

# 在宅医療に必要な連携を担う拠点の 整備・運用に関するガイドブック

第2版



令和8年(2026年)3月

# 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック

第2版

# 目次

	<b>はじめに</b>	<b>P4</b>
1	ガイドブックの趣旨	4
2	在宅医療の医療計画について	4
	(1) 在宅医療と介護の連携に係る国の動きについて	4
	(2) 在宅医療およびその体制整備の重要性	5
3	ガイドブックの見方	7
4	在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック 検討委員会	7
	<b>第1章 在宅医療の体制構築</b>	<b>P8</b>
1	在宅医療の圏域とは	8
2	在宅医療において積極的役割を担う医療機関とは	9
3	在宅医療に必要な連携を担う拠点とは	10
	<b>第2章 在宅医療に必要な連携を担う拠点の取組</b>	<b>P14</b>
1	連携会議の開催	14
	(1) 多職種が参加する連携会議の開催	14
	事例①: チームかまいしの連携手法～一次～三次の階層別 連携コーディネートと課題解決支援 (岩手県)	18
	事例②: ワーキンググループの設置による多職種連携の推進 (山梨県)	22
	事例③: 多職種が参加する会議 (埼玉県)	26
	事例④: 地域の薬局・薬剤師が参加する多職種連携会議 (岡山県)	30
	(2) 地域における在宅医療の提供状況の把握	32
	(3) 連携上の課題の抽出と対応策の検討	33
	事例⑤: 質的・量的データに基づく在宅医療のニーズ把握と 機能分析 (福岡県)	36
	事例⑥: ロジックモデルを活用した多職種連携による課題整理と 対応策の検討 (新潟県)	40
	(4) 災害時対応の連携上の課題の抽出と対応策の検討	46
2	地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療提供体制の整備	48
	(1) 地域の医療・介護・障害福祉資源の情報把握	49
	事例⑦: 医療資源のマッピングによる利便性の向上 (新潟県)	54
	(2) 関係機関との調整 ～退院時から看取りまで～	56
	事例⑧: 小児等在宅医療推進のための多職種・会議体連携の実践 (福岡県)	60

3	質の高い在宅医療の効率的な提供	64
	(1) 急変時の対応体制や24時間体制の構築	64
	(2) 多職種による情報共有の促進	65
	事例⑨: 事前登録による円滑な受診・入院受入れ体制の構築 (京都府)	66
	事例⑩: 地域における夜間、休日の在宅医療の提供 (新潟県)	69
	事例⑪: 入退院支援ルールの作成による切れ目のない在宅医療・介護の連携 (福岡県)	70
	事例⑫: ICTを活用した医療・介護関係者間の情報連携 (宮崎県)	72
4	在宅医療に関する人材育成	74
	(1) 研修の実施	74
	(2) 知識・技能に関する情報共有	76
	事例⑬: 多職種連携座談会 飯能・日高地区ワールドカフェ (埼玉県)	78
	事例⑭: 定期的な専門職向けの情報提供 (長崎県)	80
5	地域住民への普及啓発	82
	事例⑮: 在宅医療のPR動画による地域住民への普及啓発 (鳥取県)	84

### 第3章 都道府県による支援のポイント P86

1	圏域の設定	88
	事例⑯: KDB データを活用した在宅医療の圏域の設定 (福岡県)	90
2	拠点、積極的医療機関の設定	92
	(1) 在宅医療に必要な連携を担う拠点	92
	(2) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関	94
3	拠点の活動への支援	95
	(1) 連携会議の開催	95
	(2) 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療提供体制の整備	96
	(3) 質の高い在宅医療の効率的な提供	97
	(4) 在宅医療に関する人材育成	97
	(5) 地域住民への普及啓発	97

### 第4章 その他 P98

1	在宅医療の体制構築のために活用できる財源	98
	(1) 地域医療介護総合確保基金の活用	98
	(2) 地域支援事業交付金の活用	101
	在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例	102
	ロジックモデル、PDCA サイクル	104
	組織体の解説	108
	参考文献	110

# はじめに

## 1. ガイドブックの趣旨

本ガイドブックは、主に都道府県担当者及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の担当者に対して、在宅医療の提供体制整備を行う際に、在宅医療に必要な連携を担う拠点の取組の参考としていただくことを想定し、「在宅医療の体制構築に係る指針」の記載を基本にして、都道府県の医療計画や実際の取組等に基づき作成している。

第2版では、基本的な考え方や情報は第1版のとおりとし、担当者が使いやすいガイドブックとなるよう、事例の記載をより充実させ、全体的な記載を整理・集約の上、必要な情報が閲覧しやすくなるよう目次や見出し等を整備している。

## 2. 在宅医療の医療計画について

### (1) 在宅医療と介護の連携に係る国の動きについて

在宅医療と介護の連携については、平成23年度に、在宅医療提供機関等を在宅医療の連携拠点として、地域の医師、歯科医師、薬剤師、看護師、社会福祉士などの多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すとともに、今後の在宅医療に関する政策立案や均てん化などに資することを目的とし、在宅医療連携拠点事業が実施された。また、平成24年度には、同事業が47都道府県105カ所で実施された。

平成23年度及び24年度に実施した「在宅医療連携拠点事業」で得られた成果を随時情報提供することとし、各都道府県においては、これらの知見を参考に、在宅医療・介護提供体制の確保のため、平成25年から在宅医療推進事業において、市町村(特別区を含む。以下同じ。)や地域医師会等の関係者と連携した取組が実施された。

医療計画における在宅医療は、「社会保障・税一体改革大綱」(平成24年2月17日閣議決定)において、「在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる」こととされたことを受けて、平成25年に、第6次医療計画において、在宅医療が5疾病・5事業と並ぶ柱の一つとして位置付けられた。

平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において「在宅医療・介護連携推進事業」が開始された。平成29年介護保険法の改正において、都道府県による市町村支援の役割が明確化され、平成30年4月以降、全ての市町村において「在宅医療・介護連携推進事業」が実施された。

在宅医療・介護連携において在宅医療・介護連携推進事業が重要な役割を果たしていたが、地域によっては介護主体で事業が進められ、医療との連携が課題となっているとの実情が指摘された。

この点について、先行事例も踏まえ、「在宅医療・介護連携推進事業」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が効果的との議論が、第8次医療計画に向けた「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」において行われた結果、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることが必要であることや、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」において実施する取組との連携を図ることが重要であることが、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知(令和5年6月29日一部改正))「在宅医療の体制構築に係る指針」(以下「指針」という。)に盛り込まれた。

## 在宅医療と介護の連携に係る動きについて

- 第6次医療計画（平成25年度から開始）において、在宅医療が5疾病・5事業に並ぶ柱の一つとして位置付けられた。
- 在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援として、在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療連携推進事業（平成25年度～）において実施された。これらの成果を踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業に位置付けられ、全国的に取り組まれた。
- 第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとした。

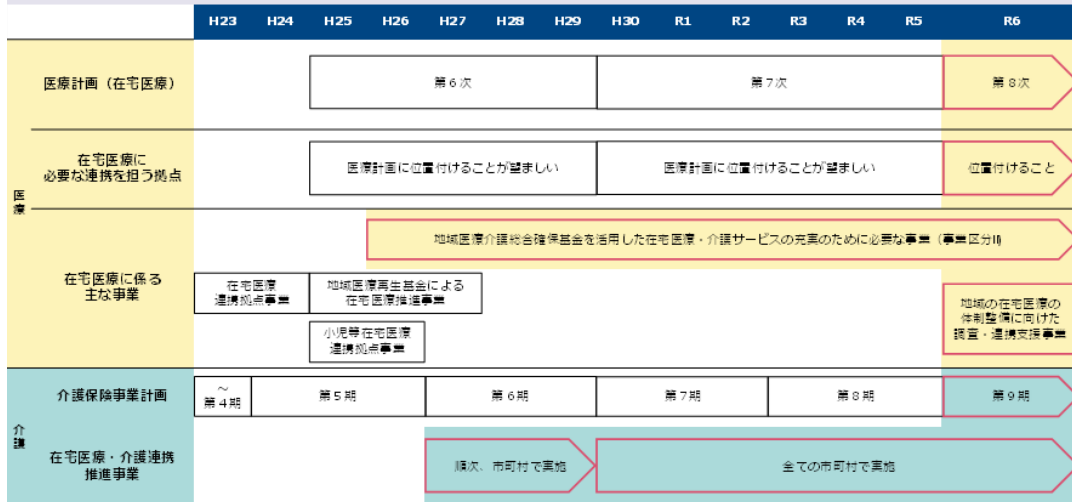


図1 在宅医療と介護の連携にかかる動きについて

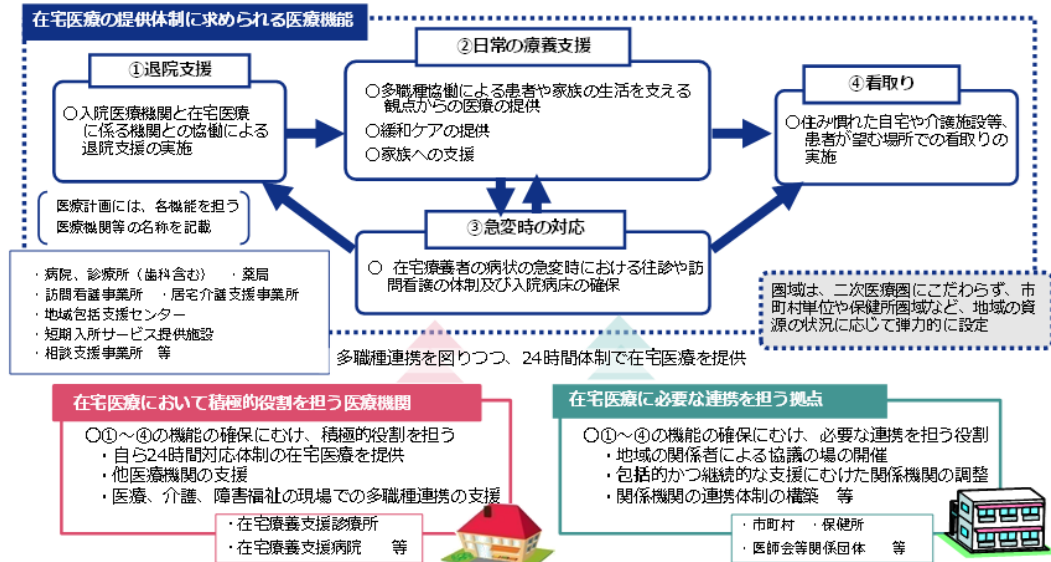
## (2) 在宅医療およびその体制整備の重要性

今後高齢化の進展等による要介護認定者や認知症患者は大幅に増加することが見込まれており、疾病や障害を抱えつつ自宅や地域で生活を送る者が今後も増加していくことが考えられ、在宅医療のニーズは増加している。そのような中、地域の関係者それぞれが連携をより強め、必要な在宅医療の提供体制を構築し、人材育成を進めていくことが重要である。

## 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



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

図2 在宅医療の体制について

出典：厚生労働省「令和5年度第2回医療政策研修会 第1回地域医療構想アドバイザー会議 資料4」

## 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に求められる役割

【在宅医療の体制構築に係る指針に位置付けた目標】多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図る。

地域の医療及び介護、障害福祉関係者等が参加する情報連携会議の開催

- 地域における在宅医療の提供状況の把握と共有  
在宅医療の各機能に沿って、以下のような情報の把握と共有を行う。
- <退院支援>
  - ・ 退院時調整に必要な医療・介護資源の現状や、退院支援ルール等の導入状況
- <日常の療養支援>
  - ・ 訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問栄養食事指導等の利用状況
  - ・ 医薬品等の提供体制の構築状況（相談応需・協議体制の整備状況を含む）
- <急変時の対応>
  - ・ 各医療機関の24時間対応として、自院による対応又は他の医療機関、薬局、訪問看護事業所等との連携による対応の構築状況（24時間対応の提供体制が構築できていない地域の把握等）
- <看取りの状況>
  - ・ 訪問看護によるターミナルケアの利用状況
  - ・ ターミナルケアに必要な麻薬等の医薬品や医療機器（医療材料を含む）等の提供体制の構築状況
- 把握・共有した情報等を通じた連携上の課題抽出
  - ・ 地域で求められる在宅医療の機能（<退院支援> <日常の療養支援> <急変時の対応> <看取り>）の分析を行う。
  - ・ 地域における連携ルールの導入、利用が進まない要因の分析
  - ・ 急変時や24時間の対応を含む医薬品等の提供体制に係る課題の分析
- 在宅医療の提供体制整備のための対応策の検討
  - ・ 地域における退院支援、夜間、休日における在宅医療提供、急変時における患者受入れ等に関するルールの作成・整備

在宅医療の対応ができる医療機関等や在宅医療と連携する介護及び障害福祉サービス事業所について、所在地や有する機能の調査・把握と共有

各種サービスについて、所在地、在宅医療対応可否及び対応日時、施設規模、連絡先（窓口）等を把握するとともに、各サービスに応じた機能の把握と共有を行う。

**医療機関**：診療科、医療機関の種類、病床の有無、対応可能な医療処置、在宅患者（小児を含む）への対応可否

**薬局**：在宅患者（小児、開局時間外を含む）への対応可否、麻薬、無菌製剤処理等の在宅医療に係る薬局機能に関する対応可否、健康サポート薬局である旨の表示の有無、地域連携薬局・専門医療機関連携薬局の認定の有無

**訪問看護事業所**：対応可能な医療処置、24時間対応の可否、ターミナルケア対応の可否、在宅患者（小児含む）への対応可否

**栄養ケア・ステーション**：在宅患者（小児含む）への対応可否

**介護サービスの提供施設（※）**：施設種別、対応サービスの種類（訪問、入所、通所等）、配置職員の職種、対応可能な医療処置

**障害福祉サービスの提供施設（※）**：施設種別、対応サービスの種類（訪問、入所、通所等）

（※）各介護、障害福祉サービスの実施主体と連携した情報把握

質の高い在宅医療の提供体制の構築

- ・ 診療のバックアップ体制や夜間輪番制、診診連携、多職種連携、病診連携を進め、急変時の対応体制の構築や24時間体制を構築する。
- ・ 情報通信技術（ICT）を活用した診療情報の多職種間での共有体制を構築し、多職種による情報共有を進める。
- ・ 退院時（退院支援）や急変時の対応における関係機関間での患者情報等の円滑な共有ができるよう、連携ルールの整備等を進める。

（注）「在宅医療の体制構築に係る指針」では、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点が同一となることも想定される。

## 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に求められる役割

【在宅医療の体制構築に係る指針に位置付けた目標】在宅医療に関する人材育成を行う。

在宅医療に係る医療、介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能の習得を目的に研修を行い、在宅医療を担う新たな人材の確保や既存の人材の専門性向上を図る。

■ 研修の実施

在宅医療の圏域内で把握された「連携上の課題」等を踏まえ、テーマを設定し、研修を行う。

【検討内容】テーマ、対象者（※）、開催形式、開催の周知方法、開催頻度等

（※）対象となる職種のみならず、想定する在宅医療の業務内容や経験年数、勤務地等も可能な限り具体的に検討

■ 知識・技能に関する情報共有

研修の開催以外にも、在宅医療の知識・技能についての情報共有を行い、人材育成を行う。

【在宅医療の体制構築に係る指針に位置付けた目標】在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行う。

現在在宅医療を利用している者のみならず、将来の潜在的な利用者も含め、それぞれの対象に即した周知内容及び周知方法を検討する。

■ 普及啓発の実施

【周知内容】地域の医療、介護、障害福祉サービスの所在地や有する機能、各在宅医療提供施設における関係機関との連携状況や住民への相談窓口（連絡先）等

【在宅医療の体制構築に係る指針に位置付けた目標】災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行う。

■ 業務継続計画（BCP）の策定支援（連携型・地域）

地域における在宅医療資源の把握、在宅医療に係る関係機関・関係職種等が参加する議論の場の提供等を通じて、連携型・地域の業務継続計画（BCP）の策定を支援する。

・ 機関型BCP：自機関のBCP

・ **連携型BCP**：同業の支援派遣・応需、患者・利用者の受け入れ等の相互支援協定を含む、同業・類似事業所間の連携又は疾患別の診療科連携によるBCP

・ **地域BCP**：地域全体の医療・ケア提供の継続と早期復旧を可能とすること、そして各機関のスタッフ・患者・利用者のみならず、多くの住民の「いのち」と「健康」と「暮らし」を守ることを目的とする、保健医療福祉の多職種・多機関によるBCP

■ 策定されたBCPの内容の関係機関・関係職種等での共有

策定された連携型・地域BCPの内容について、在宅医療に必要な連携を担う拠点が中心となって開催する会議等の機会を活用して、対象となる関係機関や関係者へ情報共有を行う。

■ 地域の抱える患者像や医療資源等の地域の実情を踏まえた災害時への備え

地域の実情に沿った災害への備えについて、地域の関係機関、関係者等で検討が行われるよう支援を行う。

【検討内容】在宅医療において人工呼吸器等の医療機器を使用している患者、医療的ケア児、高度な薬学管理を必要とする患者などの患者像に照らし、災害時の治療継続/搬送等の体制、電源確保状況や在宅療養患者の安否情報の把握方法や共有方法等の事前整理と確認

図3 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に求められる役割

### 3. ガイドブックの見方


本ガイドブックでは、在宅医療の体制整備に係る指針において求められている各種事項について、詳細な解説やその実現に向けた具体的な取組を行っている事例等を記載している。なお、記載している事例の内容については、掲載時点のものである。また、取組実施の参考となるものについては、在宅医療に必要な連携を担う拠点の取組に限らず掲載していることから、運営主体等が分かるよう記載している。


本文、事例等に記載の用語、記号については、以下のとおり。

#### 【用語説明】

- 指針……………在宅医療の体制構築に係る指針
- 拠点……………在宅医療に必要な連携を担う拠点
- 積極的医療機関…在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- 圏域……………在宅医療の圏域
- 運営主体……………実際に取組、事業等を実施している団体、組織

#### 【記号説明】

 ……………在宅医療に必要な連携を担う拠点

 ……………在宅医療・介護連携推進事業

なお、各事例における「対象圏域の人口規模」は、総務省「令和7年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）」に基づき、記載している。

## 4. 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック検討委員会

### 委員名簿

※五十音順、敬称略、役職は令和8年3月のもの。

氏名	所属	役職
井深 宏和	公益社団法人 日本薬剤師会	理事
大井 恭子	滋賀県健康医療福祉部 医療福祉推進課 在宅医療福祉・認知症施策推進係	副主幹
斎川 克之	一般社団法人 新潟市医師会 医療課	課長
坂本 泰三	公益社団法人 日本医師会	常任理事
瀬古口 精良	公益社団法人 日本歯科医師会	副会長
田上 幸輔	公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会	理事
田母神 裕美	公益社団法人 日本看護協会	常任理事
◎ 三浦 久幸	医療法人社団 悠翔会/国立長寿医療研究センター	臨床研究センター長/ 客員研究員
本川 佳子	公益社団法人 日本栄養士会	理事

◎: 委員長

# 在宅医療の体制構築

## 1. 在宅医療の圏域とは

在宅医療の提供体制を構築するに当たって、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」といった、在宅医療に求められる医療機能を提供する一体の区域としての単位である「在宅医療の圏域」を都道府県が設定する。

都道府県は圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏<sup>1</sup>にこだわらず、市町村単位や保健所圏域などの地域の医療及び介護資源などの実情に応じて弾力的に設定することとなっている。また、圏域内において、後述の「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を少なくとも1つ以上設定することとされている。これらの圏域等の設定の検討に当たっては、地域医師会などの関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

### 在宅医療の圏域の設定単位の考え方

○ 在宅医療の圏域は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえた上で、医療資源の整備状況や介護との連携の在り方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

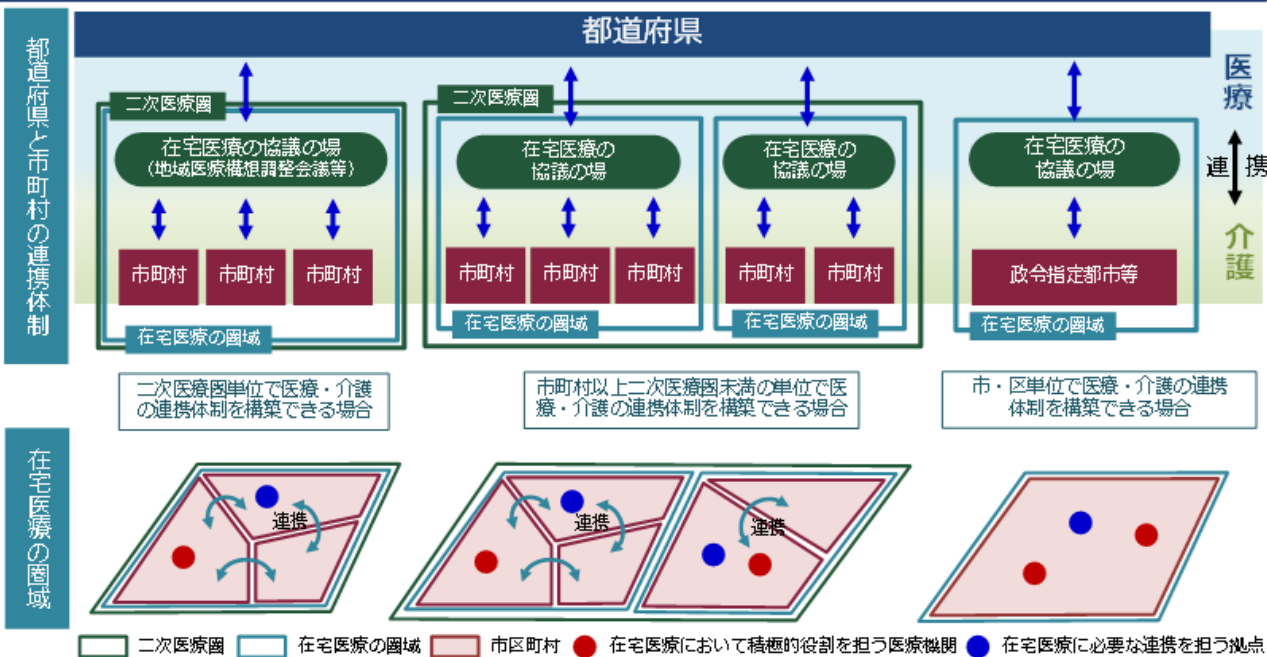


図4 在宅医療の圏域の設定単位の考え方

出典：厚生労働省 令和4年度「第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」

<sup>1</sup> 地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること（出典：医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第30条の29）

# 在宅医療の圏域の設定状況について

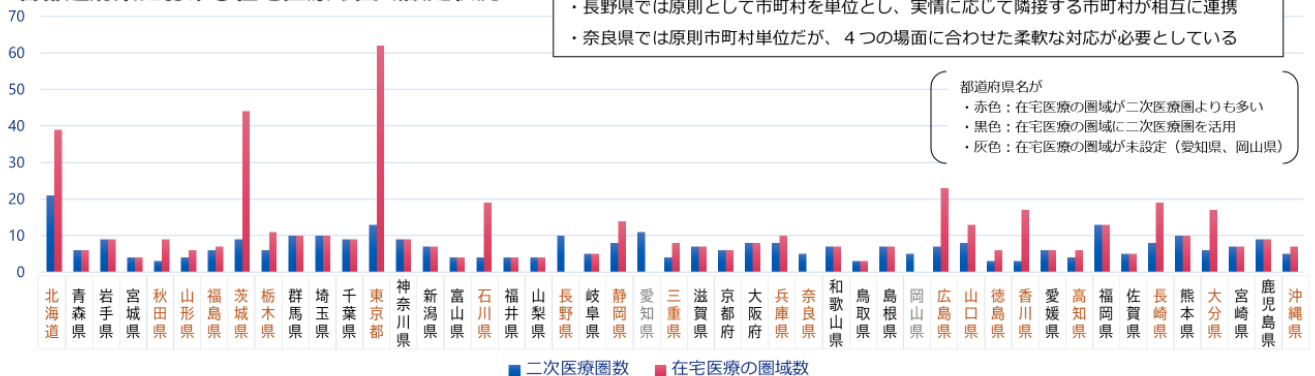
第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ 資料2  
令和7年9月24日 (一部改)

都道府県調査

- ・在宅医療の圏域として二次医療圏を活用していたのは24府県、二次医療圏よりも多い圏域を設定していたのが21都道県であった(2県は未設定)。
- ・二次医療圏よりも多い圏域を設定していた都道府県では、市町村、郡市区医師会、保健所等の単位で設定されていた。

## 各都道府県における在宅医療の圏域設定状況

※令和7年10月時点の報告情報に基づき再作成



- ・長野県では原則として市町村を単位とし、実情に応じて隣接する市町村が相互に連携
- ・奈良県では原則市町村単位だが、4つの場面に合わせた柔軟な対応が必要としている

## 各都道府県における在宅医療の圏域の設定単位



- 【その他】
- ・地域の実情により組み合わせて設定  
(二次医療圏単位、郡市区医師会単位、市町村単位)
  - ・急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう設定
  - ・基本市町村単位であるが、一部医師会単位で設定
  - ・地域医療構想の区域と同じ 等

※令和7年度「在宅医療及びACP等に係る全国調査事業」の調査結果をもとに医政局地域医療計画課にて作成

12

図5 在宅医療の圏域の設定状況

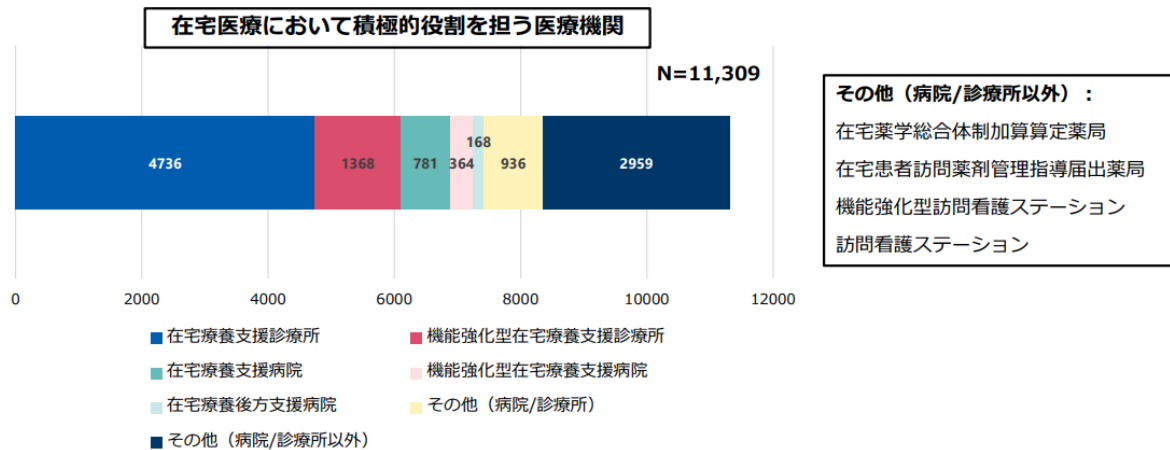
出典：厚生労働省 令和7年度「第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」

## 2. 在宅医療において積極的役割を担う医療機関とは

都道府県が設定した在宅医療の圏域において、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の提供体制を構築するため、①自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、②他の医療機関の支援も行いながら、③医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所のこと。また、これらの病院・診療所には、④災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うことや⑤患者の家族等への支援を行うことも求められる。

## 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の運営主体について

- 全国で11,309か所の医療機関等が「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に位置付けられていた。
- 位置付けられていた「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」のうち、8,350か所（全体の73.8%）は機能強化型を含む在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院並びに在宅療養後方支援病院を含む病院、診療所であった。一方で、2,959か所は病院・診療所以外が位置付けられていた。



※令和7年度「在宅医療及びACP等に係る全国調査事業」の調査結果をもとに医政局地域医療計画課にて作成

41

図6 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の運営主体について(令和7年度調査時点)

注)指針において、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」として薬局、訪問看護ステーションの位置付けは、想定されていない。

出典:厚生労働省 令和7年度「第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」

### 3. 在宅医療に必要な連携を担う拠点とは

都道府県が設定した在宅医療の圏域において、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」を行うことができる体制の確保のためには、在宅医療の関係機関(病院、診療所、薬局、訪問看護事業所、栄養ケア・ステーションなど)による機関間の連携や医療及び介護の関係職種間の連携が必要となってくる。在宅医療に必要な連携を担う拠点とは、こうした連携を図り、包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るほか、在宅医療に関する人材育成や地域住民への普及啓発、さらには災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行う組織体のこと。

在宅医療に必要な連携を担う拠点の実施主体は、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかが想定されるとともに、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と同一となることも想定される。

特に本書においては、「在宅医療の体制構築に係る指針」において示されている、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置づけることによる体制構築の【目標】に沿って、その達成のための実施事項や取り得る方法などについて解説する。

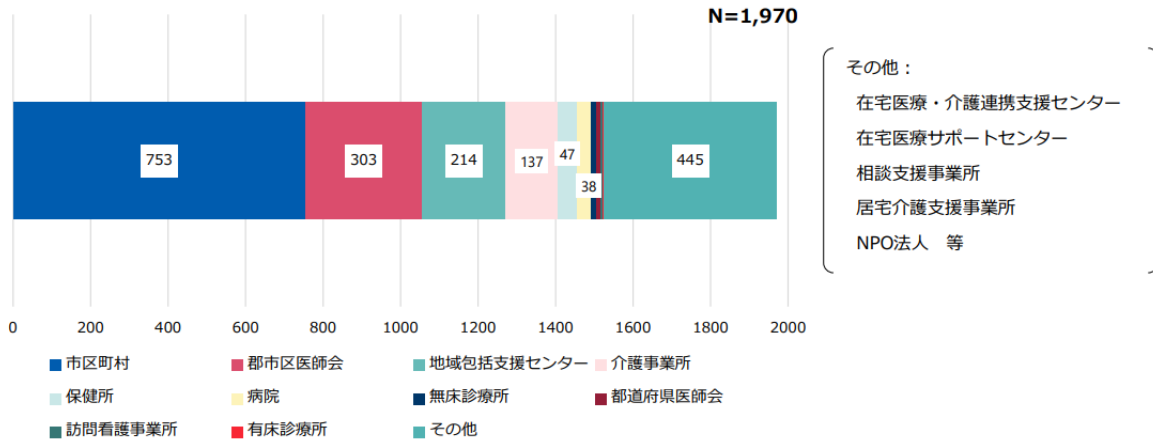
#### 【目標】

- 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

## 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体について

- 全国で1,970か所が「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に位置付けられており、市区町村（753か所）、郡市区医師会（303か所）が多かった。

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体



※令和7年度「在宅医療及びACP等に係る全国調査事業」の調査結果をもとに医政局地域医療計画課にて作成

13

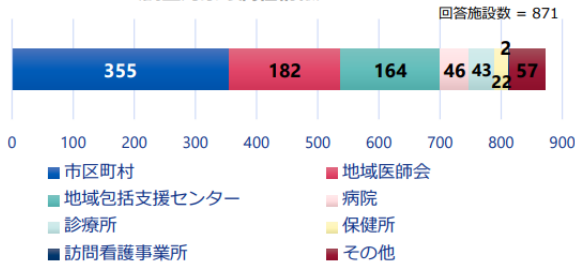
図7 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体について(令和7年度調査時点)

出典:厚生労働省 令和7年度「第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」

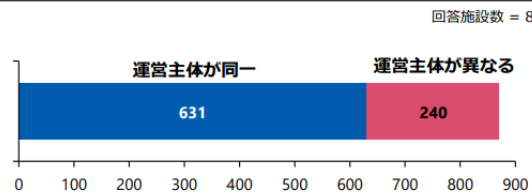
## 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業の実施主体について

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点を対象として実施した調査において、回答が得られた拠点（871か所）の属性情報として、運営主体は市区町村が355か所（回答施設の41%）と最も多かった。631か所（回答施設の72%）は在宅医療・介護連携推進事業主体と同一の運営主体であった。

<調査対象の属性情報>

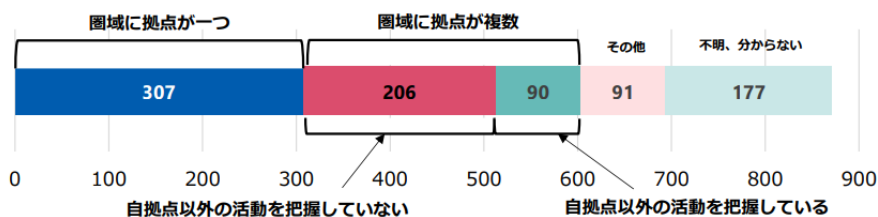


在宅医療に必要な連携を担う拠点と、市区町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業の運営主体が同一かどうか。



都道府県が医療計画で設定している「在宅医療の圏域」と、貴拠点が活動・情報把握をしている対象地域・範囲は一致しているか。

回答施設数 = 871



令和7年度 地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業 在宅医療の体制整備に関する実態調査より地域医療計画課で作成（速報値）

21

図8 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市区町村の在宅医療・介護連携推進事業で「同一の主体である」内訳(令和7年度調査時点)

出典:厚生労働省 令和7年度「第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」

## 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との違い

医療計画に定められた「在宅医療に必要な連携を担う拠点」では、在宅医療を受ける者に対し、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施する。対象は高齢者に限らない。

一方、地域支援事業(介護保険法)に定められた「在宅医療・介護連携推進事業」では、地域の実情に応じ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のための取組を実施する。対象は主に高齢者となっている。

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

- 医療計画に定められた「在宅医療に必要な連携を担う拠点」では、在宅医療を受ける者に対し、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施する。対象は高齢者に限らない。
- 地域支援事業(介護保険法)に定められた「在宅医療・介護連携推進事業」では、地域の実情に応じ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のための取組を実施する。対象は主に高齢者である。
- いずれにおいても日常の療養支援、入院・退院支援、急変時の対応、看取りの機能が求められる。
- 地域医療介護総合確保基金及び地域支援事業交付金については、併用も含めた活用が可能。

#### 日常の療養支援

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

#### 入院・退院支援

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

#### 急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保
- 患者の急変時における救急との情報共有

#### 看取り

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

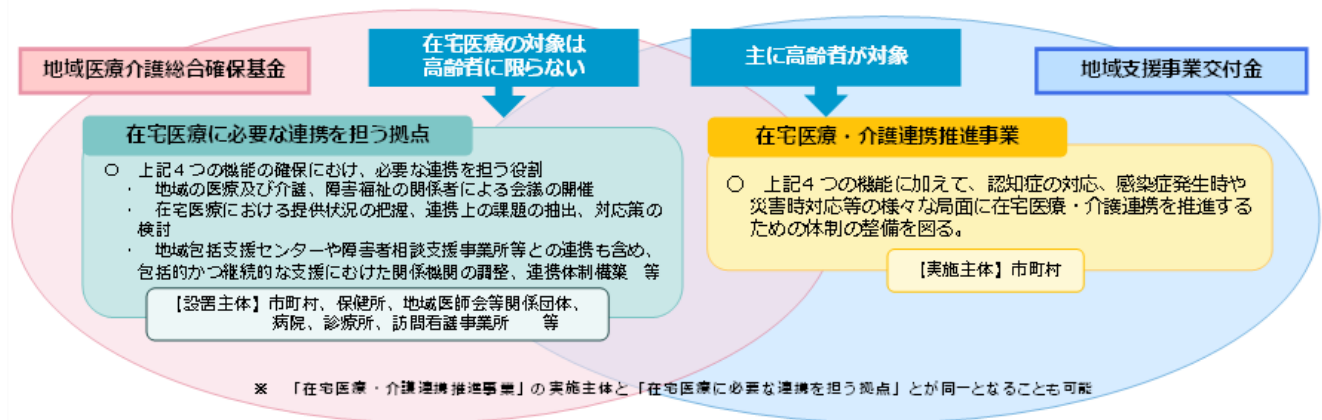


図9 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携

## 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる役割を考える上で考慮する事項(案)

- 「在宅医療の体制構築に係る指針」において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。」と記載されている。
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点の役割や取組については、在宅医療・介護連携推進事業の役割や医療との連携の状況等を踏まえ、必要に応じた支援や連携の構築・強化が必要であるとする。

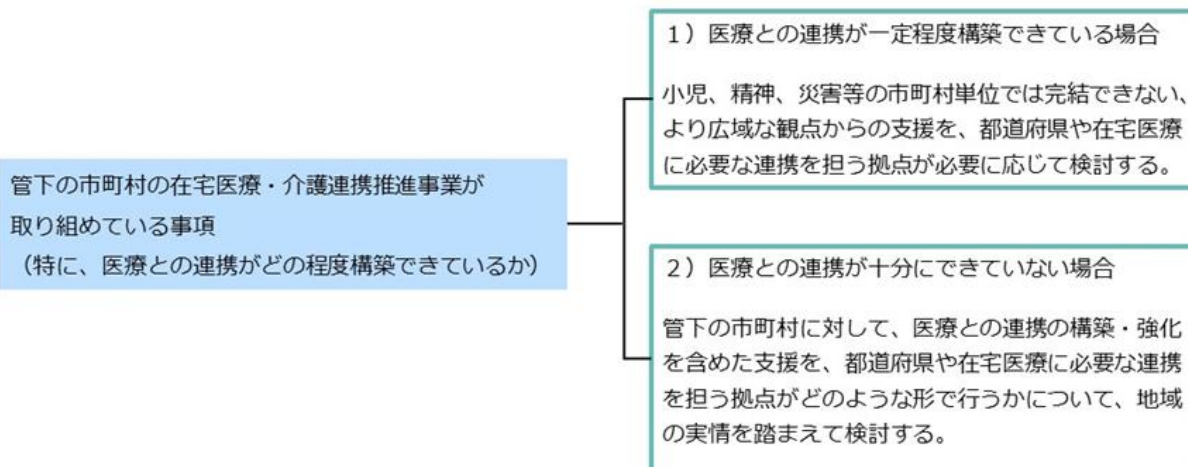


図10 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる役割を考える上で考慮する事項(案)

# 在宅医療に必要な連携を担う拠点の取組

## 1. 連携会議の開催

在宅医療では、一人の患者に対して、複数の医療及び介護、障害福祉の関係職種が異なる時間帯で介入することが特徴の一つとして挙げられ、在宅医療に関わる多職種の連携を円滑に行う体制構築を支援するため、在宅医療に必要な連携を担う拠点においては、地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的開催することが求められる。

会議においては、都道府県において設定された「在宅医療の圏域」内における、在宅医療の提供状況、各種医療、介護及び障害福祉資源の情報を定量的に把握し、それらの情報を踏まえて多職種が参加する会議において、圏域内における在宅医療の提供体制に係る課題を抽出・整理することにより、実態に沿った有効な対応策の議論につなげることが必要である。

具体的な会議の開催から対応策の検討までの流れは次のとおりである。

- 検討の場の設定(第2章の1(1)多職種が参加する連携会議の開催)
- 現状の把握及び課題の抽出(第2章の1(2)地域における在宅医療の提供状況の把握)
- 対応策の検討(第2章の1(3)連携上の課題の抽出と対応策の検討)

というステップを踏み、また、

- 平時のみならず、災害時の対応(第2章の1(4)災害時対応の連携上の課題の抽出と対応策の検討)についても同様に実施する必要がある。

これらの検討を実効性のあるものとするため、多くの関係者の参画が必要であり、特に、都道府県及び市町村、圏域内の医療、介護、障害福祉の関係者については必ず検討の場に参加してもらえよう調整が必要であると考えられる。(詳しくは第2章の1(1)「多職種が参加する連携会議の開催」を参照)

また、実態に沿った有効な対応策の検討のために、ロジックモデルの活用を検討する。

- 都道府県が医療計画でロジックモデルを設定している場合には、それを活用し、アウトプットに紐付く指標を把握すること、課題を整理し対応策を検討すること、評価や改善の仕組み(PDCAサイクル等)を取り入れることが望ましい。

### (1) 多職種が参加する連携会議の開催

#### ■ 実施内容、実施方法

##### ① 実施内容について

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点が開催する多職種が参加する連携会議については、地域における在宅医療に関わる多職種・多機関の関係者により、地域における在宅医療の提供状況の把握と共有、連携上の課題等の抽出、対応策の検討などについて協議を行う場を提供する。
- 連携会議の場は、圏域の課題と対応策を検討し、診療、看護、医薬品等の提供に関する地域の在宅医療提供体制の整備・充実に向けた協議を行う場とすることが想定されるため、個別事案の対応策の検討の場とならないよう留意する必要がある。

## ② 参加者について

- 多職種が参加する連携会議の参加者として、都道府県及び市町村担当者、圏域内の医療や介護、障害福祉に係る関係者やそれらに関連する職能団体の関係者については、会議への参加の重要性が高いと考えられる。また、その他消防機関などの参加も望ましい。
- 場合によっては会議すべてに参加する構成員と、議題に応じて参加するオブザーバーという区分を設けることも考えられる。
- 上記の関係者に加え、地域の実情や課題に沿った議論ができるよう、参加者の選定を行うとともに、会議体の目的や位置付け等に変更があった場合は適宜参加者の見直しを行う必要がある。

### 【参加者の例】

- ・ 自治体関係者の所属機関の例：
  - ✓ 都道府県、市町村、保健所、消防署
- ・ 医療関係者の所属機関の例：
  - ✓ 団体等  
地域医師会、地域歯科医師会、地域薬剤師会、都道府県看護協会、都道府県訪問看護ステーション連絡協議会、都道府県医療ソーシャルワーカー協会、都道府県理学療法士会、都道府県作業療法士会、都道府県言語聴覚士会、都道府県栄養士会、都道府県社会福祉士会、都道府県介護福祉士会
  - ✓ 機関等  
在宅医療において積極的役割を担う医療機関、地域において在宅医療を担っている医療機関(歯科を含む)、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、薬局、訪問看護事業所、栄養ケア・ステーション
- ・ 地域の介護、障害福祉関係者の所属機関の例：
  - ✓ 団体等  
地域介護支援専門員協会、社会福祉協議会、(自立支援)協議会
  - ✓ 機関等  
地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、介護保険施設、障害者相談支援事業所、基幹相談支援センター、医療的ケア児支援センター

## ③ 開催方法

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点の主体によっては、多職種が参加する既存の会議体が存在する場合がある。その場合、本項で示す多職種が参加する連携会議については、合同開催にするなど、必要に応じて開催方法の検討を行う。
- 開催時期については、第2章の1(2)～(4)の内容を確実に議論ができるよう定期的開催する。ただし、開催頻度は地域の実情に応じて適切な頻度とすることが考えられる。

### 【多職種が参加する既存の会議体の例】

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業で実施している地域医療介護連携のための会議
- ・ 地域包括ケアシステムを構築するための地域ケア会議
- ・ 退院支援連携のための会議
- ・ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の関係者による情報共有・連携のための会議
- ・ 地域の医療、介護、障害福祉等の分野横断的に実施する在宅医療の体制整備に係る会議

#### ④ 開催の手順の例(\*については初回開催前のみ実施)

- A) \* 圏域内において、医療、介護、障害福祉の多職種連携や在宅医療の提供体制に係る会議開催の有無、既存の会議体が存在する場合には、参加者の把握、合同開催可能かの検討
- B) \* 会議体の参加者の検討、参加依頼(A及びBは同時に実施することが想定される)
- C) \* 会議体の設置趣旨、開催場所、方法、頻度等の開催方法の検討
- D) 議題の検討、議題に応じた追加参加者の検討
- E) 日程調整、資料作成等開催準備
- F) 会議の開催
- G) 議論のまとめ、次回開催に向けた課題整理

### ■ その他、取組実施における工夫

#### ① 開催時間

- 参加者の職種や所属機関によって、参加しやすい曜日や時間帯が異なり、会議の開催が難航することがある。参加者が会議へ参加調整しやすいよう、会議の日程調整は十分な時間を確保すること、ウェブ会議形式の開催等多職種が参加しやすい開催方法を検討する。
- 議論を円滑に行うための工夫  
議題によっては、参加者の職種や立場で考え方が異なる場合や、専門用語に対する理解の違いから意見が上手く伝わらない場合がある。会議参加者が議論の内容を理解し、活発な議論を行うため、専門用語は可能な限り避ける、否定的な言動は行わない、連携上の課題を話し合う上で他職種(特定の職種)を迫するような発言はしない等、会議前のルール作りを行っている事例もあり、このような会議を行う上での工夫も重要である。また、初回の会議や新規の参加者がいる会議ではまだ顔の見える関係づくりができていないため、参加者同士が会話や発言がしやすくなるようにアイスブレイクの時間を十分に取ることも効果的であると考えられる。

メモ

第1章

第2章

第3章

第4章

## 【事例概要】

在宅医療における連携を一次（拠点と一職種）、二次（職種間）、三次（地域全体）の3つの階層に分類し、それぞれの課題に応じて解決策の検討・実践・共有を行う「連携の場」を拠点が設け、課題解決に向けた取組を推進している。

## 【取組主体の基礎情報】（2025年12月時点）

運営主体	釜石市保健福祉部地域包括ケア推進課	拠点 医介
担当者	5名 ○基幹型コーディネーター*1:1名（課長（兼務）） ○現場型コーディネーター*2:4名（主幹（統括保健師、兼務）、課長補佐（兼務）、係長（保健師、兼務）、事務補助（専任））	
対象圏域	釜石市、大槌町（岩手県）	
対象圏域の人口規模	釜石市人口:28,934人、老年人口:11,789人 大槌町人口:10,492人、老年人口:4,217人	

釜石市は、在宅医療・介護連携推進事業を実施しており、同時に、岩手県より在宅医療に必要な連携を担う拠点として設定されている。

\*1:基幹型コーディネーターは、現場型コーディネーターへの指示・助言を行う。

※平成24年からコーディネート業務を実践してきた経験を活かして他市や県等からの問い合わせや相談にも対応している。

\*2:現場型コーディネーターは、実際の一次連携、二次連携、三次連携の実務を担う。

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

年齢を問わず全ての住民が、住み慣れた釜石市で、安心して自分らしい生活を続けることができるよう、5つの要素である「医療・介護・予防・生活支援・住まい」のサービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築のため「地域包括ケア連携拠点チームかまいし」を設置。事業の推進方針の助言や医療的な知識の補完を行うため、釜石医師会から医師をアドバイザーとして派遣を受け、ミーティングの開催による具体的な事業内容の相談や進捗状況の共有を行う。

## ■ 取組内容

まず一次連携として同一職種内で課題の抽出を行う。次に、二次連携では、釜石市保健福祉部 地域包括ケア推進課（以下「拠点」という。）の仲介により連携の範囲をスケールアップして多職種間で協働し、連携課題解決のために検討を行う。三次連携では地域全体の視点で包括的な課題解決やコンセンサスの形成を行う。拠点はこれら各階層に応じて、課題や解決策の検討・実践・共有を推進している。

## ①一次連携:拠点と一職種の連携

一職種ごとの顔が見える関係を構築するとともに、各職種が抱える「連携の課題」を把握することを目的としている。医療・介護関係者に加えて、令和7年度は障害福祉サービス分野での連携を推進するため、相談支援事業者との一次連携を実施した。

## ②二次連携:拠点が仲介する連携

一次連携等で抽出された課題の解決のために、複数職種をつなげる連携を実施することで、相互理解の促進の機会となる。また、拠点が解決策の「場」と「手法」を提案する等、必要に応じて協働している。具体的には、訪問診療を実施する医師に在宅現場未経験の歯科医師または薬剤師が同行し、在宅医療の実際を経験する機会を設けるとともに、三職種が各々の専門的視点を相互に共有・学習する在宅医療の実地研修、二職種または多職種合同研修会、情報交換会・意見交換会等を行っている。

## ③三次連携:地域全体に関わる課題の解決を目指す場や、コンセンサスの形成と共有を行う場

多職種が一同に会する機会を設け、医療介護連携や地域包括ケア推進に資する「地域全体に関わる課題の解決」や、「コンセンサスの形成と共有」を行う。拠点が事務局を行っている釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会、釜石医師会が事務局を務める釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会のほか、二次連携の取組結果や考察を共有するために地域の職能団体により企画される多職種が参加する報告会や研修会も三次連携の場となる。

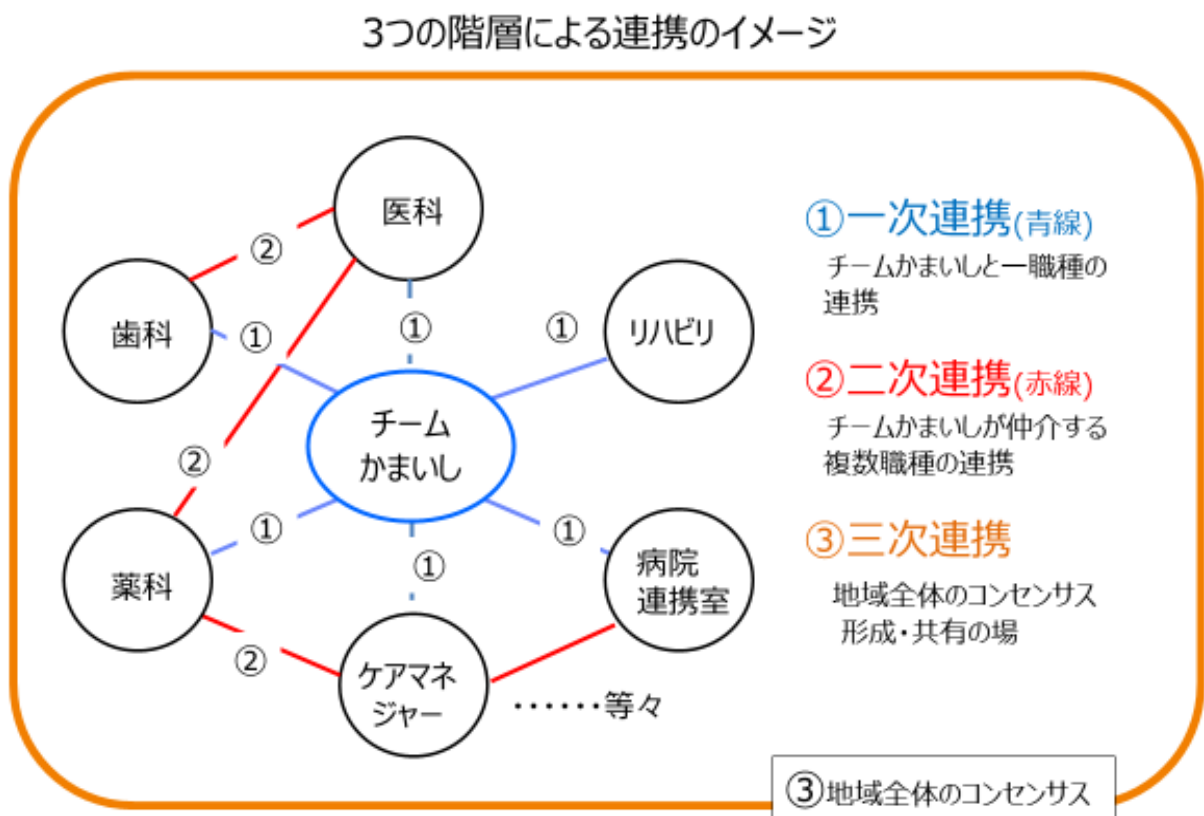


図11 一次～三次連携の3つの階層による連携イメージ

出典:釜石市ホームページ「チームかまいしの連携方法」

## ■ 実施における工夫点

### 一次連携

各職種からの意見聴取を行いやすい雰囲気づくり

「会議」形式ではなく、各職種の課題や悩み、意見、困りごとなどを気軽に話してもらう場として、拠点と一職種によるざっくばらんな「打ち合わせ会」として実施し、多職種の目を気にせずに、自由に意見交換ができるようにしている。抽出した課題はリスト化等した後、打ち合わせした一職種と再共有するなどして次のステップにつなげる。

## 二次連携

連携の主体はあくまで各職種で拠点は補助的支援を実施

医療・介護・福祉分野における連携推進の最適な担い手は各職種自身であり、特に二次連携では各職種が当事者意識を持つことが重要である。企画・準備・実行のすべてを拠点が担うのではなく、課題の洗い出し支援や連携のきっかけ作り、連携過程での補足的支援を行う。

「情報」交換による不平不満の発生防止

情報交換では連携相手の職種に対する不平や不満が出やすいため、事前に発言を控えるよう依頼し、連携当日の冒頭で二次連携の目的や趣旨を明確に説明することで、情報共有の場としての質を保つ。

参加者が発言しやすい環境の整備

新しい参加者も発言しやすいように、「当日全員が初対面」という設定で進行し、たとえ顔見知りが含まれていても、全員が初対面として話すことで、発言のハードルを下げる取組を行っている。

### ■ 課題と解決策

少人数体制に起因する連携・情報共有上の課題

拠点職員が少人数配置ゆえに連携や情報共有がしにくい環境にあつたため、あえて専任とせず、コーディネーター以外の介護保険事業等との兼務体制を構築している。

この体制により、各職員が拠点事業とは別の事業で構築した関係性を活かし、多様な連携先を拠点の取組に巻き込むことが可能となる。これは、職員間の情報共有や連携を促す有効な取組となっている。

### ■ 取組による効果

二次連携による多職種を起点とした地域の仕組みづくり

一次連携で現場の課題を見つけ、二次連携で多職種が情報共有や役割を理解し合うことで、支援が必要な方に対して具体的な対応や連携の仕組みづくりを進めることができています。

例:薬剤師とケアマネジャーの連携

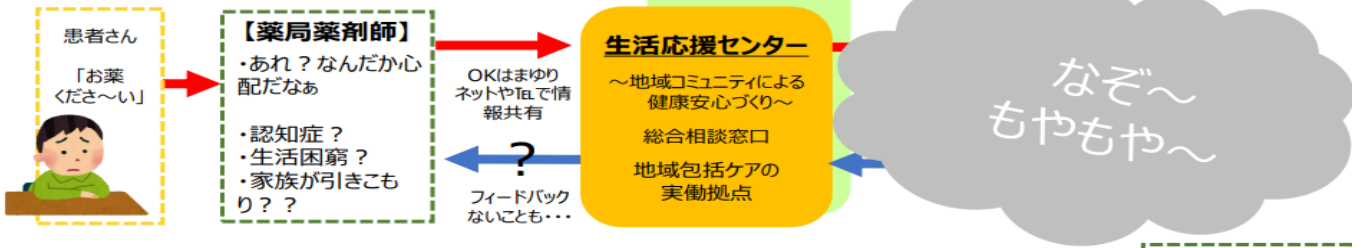
薬剤師会との一次連携において、ケアマネジャーと薬剤師の間に「相互の面識がなく相談しづらい」、「サービス担当者会議に薬剤師が招聘されない」、「ケアマネジャーが薬剤師の専門性を十分に理解できていない」といった連携上の課題が明らかになった。課題を解決するため、薬剤師とケアマネジャーでお互いの業務等について理解するための研修会である「ケアマネ薬科合同研修会」を開催し、お互いの役割について情報交換を行った。研修会での役割に関する情報交換を通じて「顔の見える関係」が構築された結果、ケアマネジャーによる薬局への薬剤相談訪問や、サービス担当者会議への薬剤師招聘など、具体的な連携が促進された。

例:薬剤師と保健師の連携

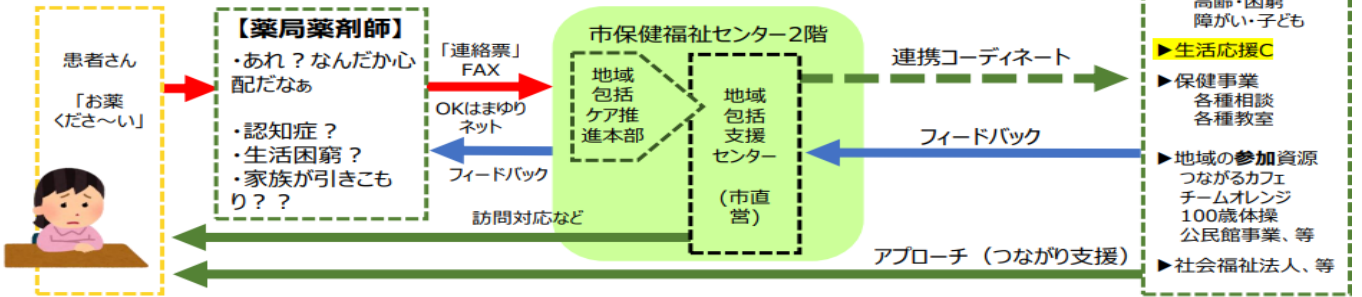
薬剤師会との一次連携では、認知症が疑われる患者に服薬の説明をした後、地域包括支援センターなどに連絡しても、その後どのような対応が取られたのか薬剤師には分からないという課題が明らかになった。一方、地域包括支援センターなどに所属する保健師との連携では、保健師が患者の服薬に関して問題を感じても、薬剤師に相談しにくいという課題が見つかった。これらの課題を解決するため、薬剤師と保健師が合同で研修会を開催し、お互いの役割について情報交換を行った。また、薬だけでは改善が難しい方や見守りが必要な方を対象に、薬局から保健師へ対象者の情報を提供し、保健師が対応した結果を薬局にフィードバックすることで、課題を抱える方が地域活動やサービスにつながるよう支援し、健康や幸福度の向上を目指す取組を実施している。

令和5年度釜石市包括的支援の仕組みづくり事業 ～③ 薬局を起点とした社会的処方連携パス～

釜石市 薬局×行政連携 ～つながり支援の現状～



R5モデル「薬局を起点とした社会的処方連携パス」 試行期間10/13～2月末



財源：厚労省保険局「令和4～5年度高齢者医療制度円滑運営事業費補助金」（保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業分）

図12 釜石市 薬局を起点とした社会的処方連携パス

出典：釜石市提供資料

## 【事例概要】

連携主体に応じたワーキンググループを設置することで職種や関係機関間で課題を共有し、具体的な取組の実施につなげ、多職種・多機関の連携を推進した事例。

### 【取組主体の基礎情報】(2025年12月時点)

運営主体	甲府市福祉部福祉支援室地域包括支援課地域包括支援係	拠点 医介
担当者	3名	
対象圏域	甲府市(山梨県)	
対象圏域の人口規模	人口:183,850人、老年人口:54,912人	

甲府市は、山梨県より、在宅医療に必要な連携を担う拠点として設定されている。

### 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

「在宅医療・介護連携推進会議(代表者会議)」の下に、「病病連携ワーキンググループ」、「病診連携ワーキンググループ」、「診診連携ワーキンググループ」、「多職種連携ワーキンググループ」を設置し、甲府市地域包括支援課の3名が事務局となり、会議の運営や関係者との事前調整等を行っている。

## ■ 取組内容

令和3年から4年にかけて市が行った医療・介護関係者への在宅医療に関するヒアリングの結果、病院同士の情報連携や、休日・夜間を含めた24時間体制の病診連携、具体的な症例を通じた診診連携、多職種連携の質の向上などのさまざまな課題や要望が挙げられた。また、これまでの会議体では各職種から1名ずつの参加となっていたが、同じ職種や機関でも規模や地域で立場や考え方が異なることから、市は各課題に関係する複数の関係機関の専門職が参画できるよう、4つのワーキンググループを設置した。

ワーキンググループでは、「課題の抽出」「方策の決定」「実施」「評価」というサイクルを年度内に一巡させている。この仕組みにより、現場のニーズや状況を反映した対応をするとともに、取組の効果を確認しながら継続的な改善を行っている。会議は年3回開催、必要に応じてメールなども活用し、会議で集約しきれなかった意見も随時取り入れられている。

具体的な活動事例として、病病連携ワーキンググループによる病院機能を分かりやすくまとめた「病院機能の見える化」リーフレットの作成が挙げられる。会議の流れは以下のとおり。

#### ○ 課題抽出

(抽出された課題)

- 軽症例まで二次・三次救急に集中しており、患者状態と病院機能が合わないミスマッチが頻発している
  - 入院前相談の導線が弱く、在宅をバックアップする病院の機能や受入条件・連絡窓口などの情報が分かりにくい
  - 一時的な入院後、在宅復帰を念頭においた準備と入院期間等をわかりやすく示す必要性
- ⇒患者背景に合った適切な入院医療を提供できる病院を予め把握できるよう、医療機関ごとの体制や機能を整理しておく必要がある、という意見が挙げられた。これを踏まえ、医療機関ごとの体制・機能の見える化を本ワーキンググループで進める方針を決定した。体制・機能の見える化を行う対象は病院及び有床診療所とし、事務局が病院・有床診療所の機能情報を収集、整理することとした。

○ 解決策の協議

在宅医療を行っている地域の診療所等への情報提供や、病院同士の連携を行うための基礎情報として各入院医療機関の体制や機能を分かりやすく示したリーフレットを作成することを会議内で合意した。事務局が収集、整理した情報を基に掲載する情報の把握と整理を行った。

○ 解決策の実行と評価

市内で入院病床をもつ医療機関の情報を収集し、相談窓口、治療期に合わせた受け入れの可否等を一覧にし、会議で整理した情報をもとに事務局で作成したリーフレットの内容確認や評価を行った。

こうした段階的なリーフレット作成の進め方により、ワーキンググループに参加する医療機関が実務上必要な情報を取り入れ、「病院機能の見える化」を行うことができた。

各ワーキンググループで議論した内容は、代表者会議に報告することとしている。代表者会議では、各ワーキンググループの取組が介護保険事業計画の施策である「医療と介護の切れ目のないサービス提供体制強化」の目的に沿い、かつ、その具体的な施策の方向性として定められた3つの柱(①ネットワーク形成支援、②人材支援、③住民啓発)と整合しているかの検証・評価を行っている。



図13 甲府市の在宅医療・介護連携体制における取組の位置づけ

出典: 甲府市ホームページ

会議体	役割	構成メンバー
病病連携WG	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関同士の在宅療養支援の現状共有と課題への対応協議</li> </ul>	地域包括ケア病棟を保有する病院、在宅療養支援病院、在宅医療後方支援病院、高度急性期機能の病院の5箇所から、入退院連携部門のセンター長及び担当者各1名 (年度の初回会議には各病院長も参加)
病診連携WG	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療のバックアップや入退院の場面の現状共有と課題への対応協議</li> </ul>	病病連携WGから5箇所及び診診連携WGの在宅療養支援診療所の4箇所から各1名
診診連携WG	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の現状共有と課題への対応協議</li> <li>専門領域以外の相談への対応に向けた協議</li> <li>医療機関との訪問看護ステーションの連携方策の協議</li> </ul>	在宅療養支援診療所及び訪問診療を実施している診療所の医師8名、訪問看護ステーションの訪問看護師4名
多職種連携WG	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療介護連携のスキルアップ研修の企画</li> <li>多職種相互理解のための取組の検討</li> <li>市民向けの普及啓発に関する企画</li> <li>家族介護者支援のための取組の検討</li> </ul>	医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、介護福祉士、社会福祉士、介護サービス事業所管理者、地域包括支援センター職員13名

※2026年2月時点

## ■ 実施における工夫点

### 会議への積極的参加を促すための行政と関係者間のコミュニケーション

ワーキンググループの運営では、関係者との継続的なコミュニケーションを特に重視している。必要に応じてメールでも日常的に情報を発信し、関係者が常に最新の状況を把握できるようにしたり、会議で集約しきれなかった意見も随時取り入れたりしている。こうした取組によって、関係者が行政を身近な存在として感じられるよう努めている。結果として、行政だけが一方的に考えるのではなく、参加者全員が一緒になって地域の課題や全国的な動向について意見を出し合い、協力しながら主体的に取り組む姿勢が育まれている。

## ■ 課題と解決策

### 関係者間の意見の相違を踏まえた柔軟な方策の実行

会議運営やプロジェクトを進める中では、関係者の中で意見の相違が生じる。全体の方向性には賛成でも、具体的な方法や、地域の関係者に新たな役割をお願いする際に調整が難航することがあるが、よほど強い反対がない限り、まずは提案した方策を一度実行してみることを基本方針としている。進行する中で新たな意見や課題が出てきた場合には、その都度柔軟に内容を修正しながら対応している。また、関係者が納得し協力してもらえる体制を築くために、ワーキンググループで話し合った内容は、主に委員の発言をもとに具体的な方策や役割分担を組み立てており、多様な意見を尊重しつつ、実行可能な合意形成に導いている。

## ■ 取組による効果

### 多職種連携の促進

ワーキンググループの設置により、病院間、病院・診療所間、診療所間のほか、病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション等の多機関間での連携の場を設定できている。特にこれまで十分に交流がなかった病院間で新たな連携が生まれている。定期的な会議や情報交換を通じて、各病院が抱える課題や独自の取組について率直に意見を交わすことができるようになった。こうした交流は、互いに学び合い、課題解決のヒントを得るだけでなく、地域全体の医療体制の強化にもつながっている。

### 現場の課題に即した方策の推進

ワーキンググループの特徴は、多職種が協働し、それぞれの専門性を活かして現場の実情やニーズを議論できる点である。医療従事者などが現場で直面している具体的な課題を持ち寄り、その知見を反映した実践的な解決策を策定しており、現場目線の方策により、参加者の納得感が高まり、実際の運用にもスムーズに反映されている。

参考ページ:

<https://www.city.kofu.yamanashi.jp/korefukushi/zaitakuiryoukaigorenkei/zaitakuiryoukaigorenkei.html>

## 【事例概要】

蓮田市では、医療や介護、住民代表、行政など多様な職種が参加する「地域包括ケア推進代表者会議」を開催している。会議では、市の事業などについて各委員が率直な意見を出し合い、現場の声を反映した施策の立案や実行につなげている。

### 【取組主体の基礎情報】(2025年11月時点)

運営主体	蓮田市長寿支援課	(医介)
担当者	2名(保健師1名、社会福祉士1名)	
対象圏域	蓮田市(埼玉県)	
対象圏域の人口規模	人口:61,111人、老年人口:19,554人	

### 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

蓮田市が運営主体となり、地域支援担当の保健師と社会福祉士の2名が中心となって運営。当該会議の構成委員として、医療・介護・福祉の関係者に加え、地域で活動している民生委員等の地域ボランティア、自治連合会、救急を担う市消防本部等、多様な職種・分野の代表者が参加している。さらに、これらの議論を専門的・学術的な見地から支えるため、地区医師会会長、在宅医療サポートセンター相談窓口である医療機関の院長、埼玉県立大学の保健医療福祉学分野等の専門家が顧問として参画している。

○会議参加者:医療・介護、福祉の関係者、民生委員、自治連合会、市消防本部(救急)等

○顧問:地区医師会会長、在宅医療サポートセンター相談窓口医療機関の院長、埼玉県立大学の保健医療福祉学分野の学術分野等の専門家

## ■ 取組内容

本会議は、市の施策形成におけるPDCAサイクルの中核として位置づけられている。委員任期の2年間に年2回(7月・2月)、計4回開催。地域支援事業の5つの事業(在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、地域ケア会議、生活支援体制整備事業、一般介護予防事業)から各回のテーマを設定している。

過去のテーマ(例)

分類	議事
在宅医療・介護連携推進事業	入退院支援ルールについて
	通院・入院時あんしんセット*1等の活用について
	急変時等課題共有にかかる情報交換会の開催について
	在宅医療・介護資源実態調査の比較からみる蓮田市の動向について
認知症総合支援事業	認知症初期集中支援チームの活動について
	認知症初期集中支援事業ちらしについて
地域ケア会議	会議でみえてきた課題について
生活支援体制整備事業	生活支援体制整備事業について(事業報告)
一般介護予防事業	はすぴい元気体操10年目の評価アンケートについて

\*1:通院している医療機関や飲んでのお薬の情報などをケース等にまとめて準備しておくもの。マイナ保険証・資格確認書、介護保険証、ケアマネジャーの名刺、お薬手帳、かかりつけ医の診察券、エンディングノートなど(書いている場合)、ご家族の連絡先等が含まれる。

市の施策や方針について、様々な関係者から意見を聴取し、その内容をより効果的な形に練り上げることを目的とし、単なる「承認」ではなく、「意見交換」の場であることが徹底されており、収集された意見は、既存施策の改善や、新たな施策の立案に繋がられている。

2月の会議は認知症初期集中支援チームの検討委員会も兼ねており、同チームの活動報告や今後の方向性について議論を行う等、関連事業との有機的な連携が図られている。

## ■ 実施における工夫点

### 論点の整理・明確化

会議の論点を明確にするため、事務局が事業担当者と協働し、課題の洗い出しや論点の絞り込みを支援する。課題が不明確な場合でも、時事的な動向や市の方針等を踏まえ、「会議で何を問い、どのような意見を得たいのか」というゴールを共有することで、議論の方向性を事前に定めている。

### 意見交換を最優先する時間管理と進行

議事説明・報告は簡潔にし、会議の中核である意見交換の時間を十分に確保する(1議事あたり30分)。また、専門職が参加しやすい午後7時から午後9時までに会議時間を設定している。議論が停滞した際には、座長が各委員を指名して発言を促したり、関連分野の専門家へ話を振ったりするなど、参加者全員の意見を引き出すためのファシリテーションが行われている。

### 多様な参加者に配慮した資料作成

多様な専門性を持つ委員が等しく議論に参加できるよう、資料作成においては平易な表現を心掛け、専門用語には注釈を付すなどの配慮がされている。また、これらの資料は議題と共に事前に配布され、参加者が十分に内容を理解し、自身の意見を準備する時間を確保している。

## ■ 課題と解決策

### 会議で各委員からの発言が得られない

会議が参加者からの主体的な発言が少ないと「報告と承認の場」に留まり、形骸化するリスクがあった。活発な意見交換の場とするため、座長と事務局が事前に綿密な打ち合わせを行い、当日の進行シナリオを構築する。単なる時間配分に留まらず、各委員の専門性を考慮し、「誰に、どのタイミングで、どのような切り口で意見を求めるか」までを設計し、意図的に議論を活性化させるよう工夫している。

## ■ 取組による効果

### 施策の質の向上と具体化

担当者のみでは施策の検討が難しい課題に対し、本会議が多角的な視点から実効性の高い解決策を導き出すための場となっている。会議で議題として取り上げることで、まずは多様な関係者間で課題に対する共通認識を持つことができ、その上で、それぞれの立場から実践的な意見や提案が交わされることにより、現場のニーズに即した具体的な施策が検討できている。

### 施策推進力の強化と協力体制の構築

多職種の委員から施策の方向性について意見や協力を得ることで、より幅広い視点で施策を進めることができる。さらに、この会議を起点とするPDCAサイクルは、施策の継続的な改善と同時に、関係者の協力体制の維持・強化にも寄与している。

（例）「通院・入院時あんしんセット」の普及に向けた施策

蓮田市から在宅医療・介護連携推進事業を受託した「南埼玉郡市在宅医療サポートセンター（一般社団法人南埼玉郡市医師会運営）」において策定している、蓮田市を含む3市1町の入退院支援ルールでは、市民向けに「通院・入院時あんしんセット」の準備を進めることとしているが、周知が進まないという課題があった。

令和5年度の代表者会議では普及方を議題に取り上げ、市民の代表である自治連合会や民生委員、普及活動をしているケアマネジャーから、「ちらしに家族や親族の連絡先を記載する欄を設けること」や「ちらしに掲載された物品をまとめて持ち運べるポーチの活用」の提案があり、新たにちらしの改訂と、通院・入院時あんしんセットを作成する際にまとめて入れるためのポーチを配布する施策を実行した。令和6年度は、在宅で生活する総合事業の対象者や要支援・要介護認定を受けている65歳以上の方に対し、ケアマネジャーから「通院・入院時あんしんセットポーチ」を配布し、活用支援を実施した。また、令和7年度は、対象を元気な高齢者である老人クラブ会員にも広げ、同様に配布と活用支援を行っている。これらの取組により、地域の救急搬送事例において実際にポーチが活用され、必要な情報が整理されていたことにより、救急搬送の現場で有用であったと評価を受けている。あわせて、あんしんセットの準備物品として掲載したことを契機に、市が作成するエンディングノートのさらなる活用にもつながっている。

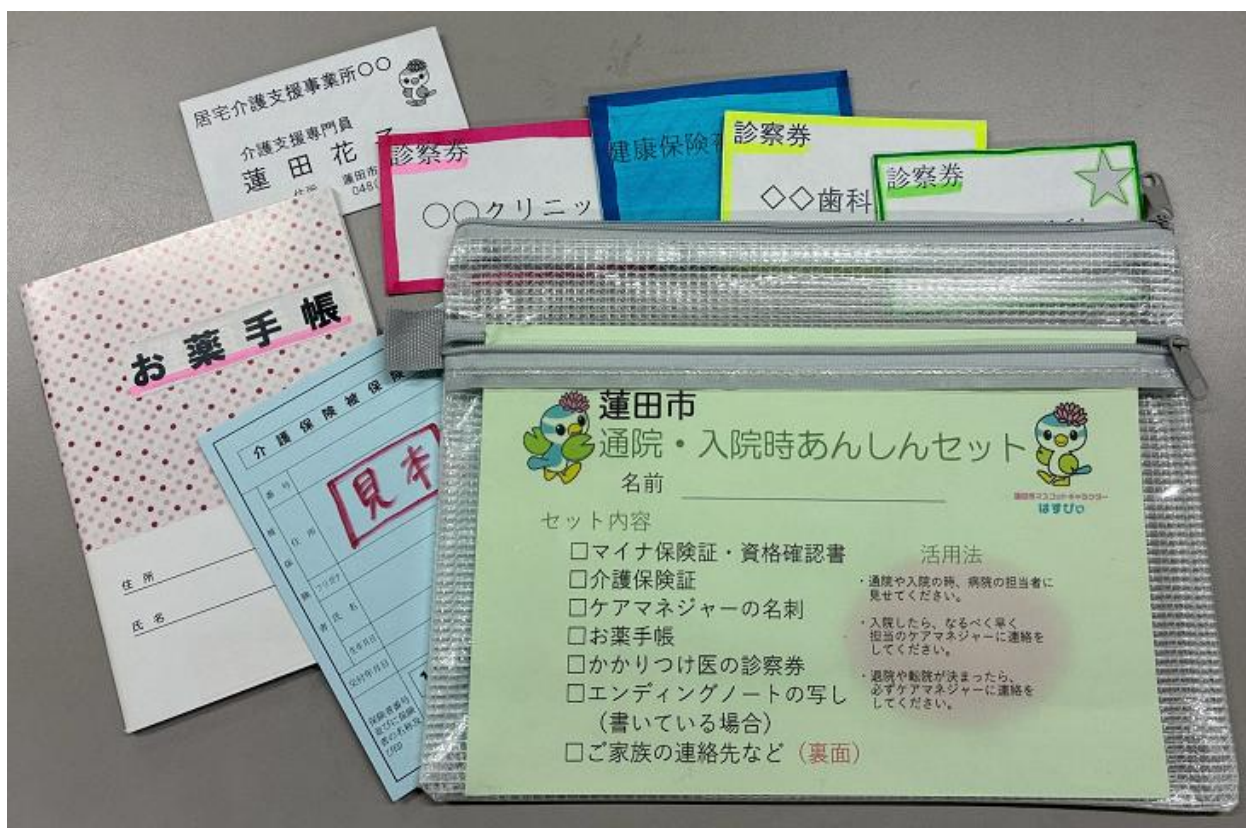




図14 通院・入院時あんしんセットポーチ活用イメージ

出典：蓮田市提供資料



## もしもの時に備えて… 「通院・入院時あんしんセット」 を準備しておきましょう

- 通院や急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- 退院予定や転院が決まったときにも、必ずケアマネジャーに連絡してください。



**通院・入院時あんしんセット**  
(準備したら○をしましょう)

① マイナ保険証・資格確認書	○
② 介護保険証	○
③ ケアマネージャーの名刺	○
④ お薬手帳	○
⑤ かかりつけ医の診察券	○
⑥ 私の意思表示ノート・エンディングノートなど(書いている場合)	○
⑦ ご家族の連絡先など	○

図15 通院・入院時あんしんセット普及啓発用ちらし

出典：一般社団法人南埼玉都市医師会 南埼玉都市在宅医療サポートセンター ホームページ

参考ページ：<https://www.city.hasuda.saitama.jp/hokatsu/kenko/koresha/daihyousyakaigimoto.html>

## 【事例概要】

自治体が地域ケア会議を運営する中で、薬剤師との連携を強化した事例。勝央町の地域ケア会議には、従来、薬剤師を含む医療職が参加していなかったが、地域包括ケアシステムの構築を推進する過程で、薬剤師との連携体制を確立した。これにより、薬剤師が他の多職種と協働しながら、個別支援や地域課題に対して専門的視点を提供し、医療・介護間の橋渡し役を果たす仕組みが構築された。

## 【取組主体の基礎情報】（2025年11月時点）

運営主体	勝央町地域包括支援センター
担当者	2名（主任介護支援専門員1名、社会福祉士1名）
対象圏域	勝央町（岡山県）
対象圏域の人口規模	人口：10,737人、老年人口：3,429人

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	未設定
--------------	-----

## ■ 取組体制

勝央町では、地域ケア推進会議（多職種が協働し、事例の共有、研修、意見交換等を通じて地域の課題解決を図る会議）を毎月1回、地域ケア個別会議（多職種による個別ケースの事例検討を行う会議）を毎月複数回開催している。いずれの地域ケア会議（地域ケア推進会議及び地域ケア個別会議のいずれも含む。）についても定期的に実施されており、町内の薬剤師が継続的に参加している。

なお、勝央町の地域ケア会議の出席者の構成は、介護関係者が主な参加者で、医療職は薬剤師のみが参加している。具体的な参加者の構成は、以下のとおりである。

- 地域ケア推進会議：社会福祉協議会、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、福祉用具事業所、薬剤師
- 地域ケア個別会議：社会福祉協議会、ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、理学療法士、薬剤師、介護サービス事業所、介護保険の保険者

## ■ 取組内容

地域ケア会議への薬剤師の参加は、約7年前から開始された。それ以前から地域ケア会議自体は開催されていたものの、薬剤師会への参加要請は行われていなかった。勝央町の薬剤師が、個人的に地域ケア会議の存在を知り、薬剤師の専門性が個別ケースや地域の課題解決に資すると考え、勝央町に申し出たことを契機として地域ケア会議への参画が始まった。

地域ケア会議で検討する事例や課題に対し、薬剤師の専門性を活かした具体的な支援内容（患者の服薬管理のため在宅訪問する、薬剤を処方している医療機関にアプローチし、患者の状況に合わせた処方回数へ変更する、災害時の在宅療養患者の薬剤管理について意見する等）の提案を行っている。

## ■ 実施における工夫点

関係職種が薬剤師の役割等をよりイメージしやすいよう、実体験に基づく提案の実施

地域ケア個別会議に出席する多職種、特に医療職以外の参加者が薬剤師の役割や関与の意義を具体的に理解できるよう、薬剤師は自身の実体験に基づく成功事例を会議の場で紹介している。具体的な支援内容や関与の過程、その結果として得られた効果を共有することで、薬剤師がどのような場面、どのような役割を果たすことができるのかを分かりやすく示している。これにより、参加者間での共通理解が促進され、地域ケア個別会議での議論を深め、多職種連携の円滑化に繋がった。

## ■ 課題と解決策

### 医療分野の専門的知見の不足

取組開始前までは、薬剤師を含む医療職が地域ケア個別会議に参加していなかったことから、議題に対する医療分野の見地からの検討が不足していた。薬剤師が参加したことで、例えば介護施設の災害訓練や研修が議題となった際に、在宅医療における災害時の薬剤管理方法等、医療的な見地から、地域の課題について多職種で検討できるようになった。

## ■ 取組による効果

### 薬局がハブとなり地域の医療と介護の連携を推進

日常的に地域住民や患者と接点を有する薬剤師が連携会議に参加することにより、薬局を起点として地域への情報発信や、患者本人や介護・福祉関係者から、在宅医療に関する相談が薬局に寄せられる機会が増加した。同時に、寄せられた相談を踏まえ、薬剤師が医療職や介護・福祉関係者に対して連携を働きかける場面も増えている。結果として、薬局が地域の医療と介護をつなぐハブとして機能し、多職種間の連携強化や地域住民とのネットワークの拡充につながった。（例：介護福祉関係者が薬剤師に相談することを契機として、患者の服薬等について医師に相談できるようになった。）

#### （相談例）

地域ケア個別会議において、担当ケアマネジャーから薬剤師に対し、患者の服薬管理に関する相談がなされた。これを受け、薬剤師、ケアマネジャー、処方元の病院が連携。多剤にわたる処方に対し、合剤の活用等により薬剤を整理・簡素化し、服薬負担の軽減を図った。この多職種連携による介入の結果、患者の病状は改善し、生活の質も向上した。

### 多職種間での適時・適切な連携体制の推進

多職種が会議を通じて、それぞれの職能や役割への理解を深めることにより、課題発生時における適切な相談先や相談のタイミングが明確になった。また、各職種から提供可能な情報や支援内容、協力体制についての認識が参加者間で共有されるようになった。これにより、在宅医療における課題に対して、状況に応じた迅速かつ適切な対応が可能となった。

## (2) 地域における在宅医療の提供状況の把握

### ■ 実施内容、実施方法

#### ① 考え方

- 都道府県の医療計画に記載された内容や都道府県から提供されたデータ等に基づき、提供状況を把握する。
- 指標については、都道府県の医療計画を基本として、第4章に記載したロジックモデルや、都道府県の医療計画において採用された指標に基づいた指標を活用することが望ましい。都道府県内で共通の指標があると、他の圏域と比較しやすく、圏域内の状況が把握しやすくなると考えられる。
- 医療(特に、在宅医療の提供体制に求められる医療機能)、介護、障害福祉のいずれに関係があるのかを意識して指標を検討する。
- 上記に加え、地域の実情に合せた指標の追加として、拠点にて指標を設定する場合には、指針や都道府県が策定した医療計画に記載されたストラクチャー、プロセス、アウトカムの指標を基本として指標を設定することを検討する。

#### ② 具体的な手順の例

- A) 圏域内の医療提供体制の現状を把握
- B) 都道府県の医療計画における在宅医療における提供状況の記載(関連する現状値や目標値、ロジックモデル等で採用されている指標等)を確認
- C) 地域の実情を踏まえ、B)において確認した情報を踏まえ指標を圏域独自に追加することを検討(「表5 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例」の指標例も参考にすること)

### ■ その他、取組実施の際の工夫

- 必要な情報については、在宅医療に必要な連携を担う拠点単独では収集が困難な情報もあるため、例えば、都道府県や関係機関、職能団体等と連携しながら情報収集を行う。
- 課題を検討するために必要な情報の中には、既存のデータや公表資料等から把握することが難しい場合も多いと想定される(例:在宅医療の提供に関する地域でのルール作成状況・活用状況、在宅医療に関する地域住民の認知度、提供される在宅医療サービスへの満足度など)。関係機関や職種と連携しながら、適宜アンケートやヒアリングを行うなど、必要に応じて独自の調査等により情報収集を行う。

### (3) 連携上の課題の抽出と対応策の検討

#### ■ 実施内容、実施方法

##### ① 連携上の課題の抽出

- 第2章の1(2)「地域における在宅医療の提供状況の把握」において把握した圏域内の在宅医療の提供状況に基づき、協議等を踏まえて連携上の課題を抽出する。
- ただし、連携上の課題については、数値情報に現れない課題もあると考えられるため、質的な課題についても、課題把握のための意見募集等を行い、会議等で議論することも望ましい。
- 質的な課題把握方法については、在宅医療の従事者や関係者、住民に対する自由記述欄を含めたアンケート及びヒアリング調査、会議における発言等が挙げられる。
- 質的な課題を把握する際は、その課題について言及している人数(アンケートの回答数等)にとらわれず、課題の内容をよく吟味し、その影響範囲や大きさを考慮して優先度等を検討することが必要である。

##### ② 目標の設定

- ①において抽出した課題に対して、都道府県と必要に応じて協議を行い、目標を設定する。
- この際、目標が数値であれば、都道府県全体の数値や、人口等の地域特性が類似している他の圏域、過年度実績等も踏まえながら、地域の実情に合わせた目標設定を協議・検討する。
- また、数値での目標設定が難しいものの、対応が必要な課題や施策についても目標設定が必要な場合は地域の実情に応じて質的目標を設定することが望ましい。

##### ③ 対応策の検討

- ②において設定した目標に対して、都道府県と必要に応じて協議を行い、対応策を検討する。
- 対応策の検討にあたっては、圏域内の関係者のみで解決可能かどうかによって検討方法が異なると考えられる。
  - A) 圏域内の関係者のみで解決できる課題
    - ・ 在宅医療の提供における業務プロセスの改善等、圏域内の関係者のみで解決できる課題については、引き続き第2章の1(1)で記載している多職種が参加する連携会議を活用して対応策を検討する。ただし、議論する内容に応じて参加する職種を選定するなどの調整は必要である。(例:退院前カンファレンスに、それまで参加していなかった職種の参加を促すなど)
    - ・ 圏域内に複数の在宅医療に必要な連携を担う拠点が位置づけられている場合は、相互に圏域内の状況や連携上の課題等を共有しつつ、圏域内で同一の対応がなされるよう調整を行うことが必要である。
  - B) 圏域内の関係者のみでは解決できない課題
    - ・ 課題解決のための専門的な知見が不足している場合  
他の圏域の取組を参考にするなどにより、解決策を検討することが考えられる。その際、課題解決のための専門家派遣や研修実施が必要な場合、都道府県や市町村の支援を仰ぐことも検討する。
    - ・ 圏域を超えた課題の場合  
拠点の活動は主に圏域内の連携に基づくものであると想定されるため、課題が圏域を超えるものである場合、都道府県等が主導して解決することが望ましく、拠点は課題等の共有も含めて都道府県と連携しながら取組を行うことが想定される。

#### ④ 連携上の課題の抽出と対応策の検討方法

○ ①～③については、第2章の1(2)「地域における在宅医療の提供状況の把握」で収集した地域の現状に関する情報等を踏まえて、第2章の1(1)の多職種が参加する連携会議において議論する。

##### 【議題の例】

- 現状把握
  - ✓ 在宅医療の提供体制について
    - 退院支援の状況
      - 退院支援ルール導入状況
    - 日常の療養支援の状況
      - 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、訪問栄養食事指導の利用状況
      - 医薬品等の提供体制の構築状況(相談応需・協議体制の整備状況を含む)
    - 急変時の対応の状況
      - 各医療機関の24時間対応として、自院による対応又は他の医療機関、薬局、訪問看護事業所等との連携による対応の構築状況
      - 夜間・休日や臨時的訪問指示への対応、医薬品等の提供状況
    - 看取りの状況
      - 訪問看護によるターミナルケアの利用状況
      - ターミナルケアに必要な麻薬等の医薬品や医療機器(医療材料を含む)等の提供体制の構築状況
- 課題整理
  - ✓ 圏域内の在宅医療提供体制に係る現状を踏まえた課題について
    - 退院支援ルールの導入、利用が進まない要因について
    - 在宅医療における24時間対応の提供体制が構築できていない圏域内の地域について
    - 急変時や24時間の対応を含む医薬品等の提供体制に係る課題について
- 対応策の検討
  - ✓ 課題を踏まえた対応策について
    - 退院支援ルール普及のためのルール見直し及び普及啓発活動について
    - 在宅医療の24時間対応体制の強化について

##### 【具体的な手順の例】

- A) 第2章の1(1)「多職種が参加する連携会議の開催」にて、第2章の1(2)「地域における在宅医療の提供状況の把握」で目標設定した指標について、都道府県や他圏域との比較を行い、低い水準にある指標について、原因や課題を考察する。
- B) 第2章の1(1)「多職種が参加する連携会議の開催」にて、(A)で考察した課題について、都道府県や他圏域、過年度の実績値をもとに、目指すべき目標数値や解決すべき課題を検討する。
- C) 第2章の1(1)「多職種が参加する連携会議の開催」にて、(B)で検討した目標について、達成するための対応策を検討する。

メモ

第1章

第2章

第3章

第4章

## 【事例概要】

在宅医療のニーズを把握するために、量的データと質的データを把握した上で、各データを組み合わせた分析を実施。根拠に基づく方策を実行することで、関係者の納得が得られる実効性の高いPDCAサイクルを確立した事例。

## 【取組主体の基礎情報】(2025年12月時点)

運営主体	飯塚医師会 地域包括ケア推進センター	拠点 医介
担当者	基幹的コーディネーター: 1名 現場的コーディネーター: 約30名	
対象圏域	飯塚市、嘉麻市、桂川町(福岡県)	
対象圏域の人口規模	飯塚市人口: 124,118人、老年人口: 40,045人 嘉麻市人口: 34,143人、老年人口: 14,181人 桂川町人口: 12,738人、老年人口: 4,634人	

飯塚医師会地域包括ケア推進センターは、飯塚市、嘉麻市、桂川町より、在宅医療・介護連携推進事業について委託を受けており、福岡県より、在宅医療に必要な連携を担う拠点として設定されている。

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

飯塚医療圏では、都道府県が設定した在宅医療の圏域(二次医療圏)を在宅療養支援、多職種協働の単位で5つのブロックに細分化し、ブロックごとに課題の抽出や施策の検討等を行っている。各ブロックの範囲は、在宅医療・介護の連携の中心となり得る基幹病院(在宅療養支援病院等)の対応範囲や病院周辺の医療機関数等をもとに設定している。

各ブロックでの取組の実施には、病院の地域連携室の担当者が現場的コーディネーターを担い、担当ブロック内での個別の現場の課題に対し、方策立案・実施、評価などのコーディネートを行い、ブロック毎の自主的な活動を展開している。また、5ブロックに跨がる内容については、飯塚医師会地域包括ケア推進センターが、基幹的コーディネーターとして飯塚医療圏内の在宅医療・介護連携推進事業の全体の統括を行い、圏域全体での課題把握、広域的な仕組み作り、5ブロック全体への情報共有、各ブロックからの意見の集約などを行っている。

## ■ 取組内容

在宅医療のニーズを把握するために、圏域全体の傾向を示す量的データと、現場の具体的な課題を捉える質的データの両方を収集し、データを組み合わせる上で分析を行っている。

量的データについては、主に基幹的コーディネーターが中心となってデータ収集や分析を行っている。公表データや県が保有する統計データ等を収集・分析するとともに、独自の調査として年に1回、多職種を対象とした「在宅医療概況調査」を実施し、その結果から在宅療養支援に関する取組実績(訪問診療、看取りの患者数等)を把握することで、地域全体のサービス提供状況についての課題を抽出している。

また、質的データについては、多職種が参画する地域の協議の場の開催や、テーマに応じて関係者に対して実施するアンケート調査、関係者へのヒアリング等を通じて把握される。アンケート調査やヒアリング等については主に現場的コーディネーターが担当する。数値データだけでは明らかにならない「なぜその課題が起きているのか」という背景を含めて把握するのに活用される。

## (例)介護福祉施設での看取りに関する課題の特定

### (1) 現状把握

「飯塚に住んでいるすべての人が、希望する場所で最期まで住み続けられるまちづくりのため、客観的データに基づく分析を実施している。圏域の現状を客観的に把握するため、量的・質的両側面からデータを収集した。

#### ① 質的データ(現場の声)

「5ブロック地域包括システム推進協議会\*1(以下「5ブロック協議会」という。)」での議論や、現場的コーディネーターに対するアンケートを通じて、「介護福祉施設からの急な入院相談が多く、連携に苦慮している」「看取り期の本人・家族への説明に悩んでいる」といった看取りに関する具体的な課題を把握した。

\*1:医療機関、介護保険施設・事業所、職能団体、保健所、市町村、消防本部、民生委員が参画し、各ブロックで日常生活圏域ごとに住民目線の在宅療養支援体制の構築に関する協議を行う。

#### ② 量的データ(数値)

圏域全体の傾向を数値で把握するため、「在宅医療概況調査」を実施し、圏域内の在宅医療に関するサービス量等、在宅医療の実施状況を定量的に調査した。調査票は基幹的コーディネーターが中心となり、圏域内の各職能団体が設問設計を行い、地域包括ケア推進センターが独自に調査を実施している。

### 在宅医療概況調査の調査項目(例)

職能団体	調査項目(例)
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 場所別*2の訪問診療・往診を行った実患者数</li> <li>・ 場所別*2の看取り患者数</li> <li>・ 病院・有床診療所での死亡患者数、退院患者数</li> </ul>
歯科医院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問歯科診療の実施可否</li> <li>・ 障害者(児)の訪問歯科診療の実施可否</li> </ul>
薬局	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 場所別*2の訪問薬剤管理指導料・居宅療養管理指導料算定件数</li> <li>・ 在宅麻薬管理指導料算定件数</li> </ul>
栄養	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問栄養食事指導の実施可否</li> <li>・ 場所別*2の医療保険/介護保険による在宅患者訪問栄養食事指導の実施件数</li> </ul>
居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院時情報連携加算算定件数</li> <li>・ 支援が終結(死亡等)した件数</li> </ul>
訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 場所別*2の訪問看護を行った実患者数</li> <li>・ 場所別*2の看取りを行った実患者数</li> <li>・ 場所別*2の看取りを行った実患者数のうちターミナルケア加算もしくはターミナルケア療養費を算定した人数</li> </ul>

\*2:在宅/グループホーム・サービス付き高齢者住宅/その他の介護施設

## (2) 課題整理

在宅医療概況調査では、「自宅での看取り」は339人である一方、「施設での看取り」は166人であることがわかった。また経年的な結果の分析から、地域での在宅医療のニーズ自体が近年は頭打ちになってきていることを把握した。

施設での看取りの実態を明らかにするために、介護福祉施設を対象とした「介護福祉施設への看取り実態調査」を追加で実施。「介護福祉施設での看取り実績」に関するデータからは、グループホームの8割が看取りの実績があるのに対し、特別養護老人ホームでは7割に届かないことが判明した。

5ブロック協議会等で、介護保険施設において看取りを実施する際の課題についてヒアリング等の追加調査を行ったところ、以下のような原因が挙げられた。

- 施設内部の体制・資源  
 看護師の不在や夜勤職員の負担増といったマンパワー不足、看取りに対応できる個室や家族の滞在スペースといった環境面の未整備、職員への研修機会の確保の難しさ、看取りに関わった職員の精神的ケアの必要性など。
- 医療と介護との連携  
 施設の嘱託医・連携医の協力が得づらかったり、遠方に住んでいるため緊急時の往診が困難であったりするケース。また、嘱託医・連携医が対応できない場合のバックアップ医師との連携体制や、施設と訪問診療医との役割分担が不明確であることなど。
- 利用者・家族との合意形成  
 本人の意思を事前に確認できないまま状態が悪化し、結果的に救急搬送に至るケースや、看取りに対する家族の理解を得ることの難しさなど。

## (3) 課題の特定

これらのデータ分析を通じて、圏域の在宅看取りの推進のためには、特に特別養護老人ホームにおける体制整備が必要であることを把握した。このため、「施設内部の体制・資源」「医療と介護との連携」「利用者・家族との合意形成」という具体的な対応策を挙げ、圏域全体とブロック単位ごとで実行策を検討し、実施した。

### ■ 実施における工夫点

#### 現場の「実感」を検証可能な「データ」へ転換

定期的な会議やヒアリング等で現場の課題を質的データとして収集するとともに、単なる意見として終わらせず、「定量的に測るためには、どのようなデータが必要か」という視点で、具体的な調査項目に落とし込んで調査の実施につなげ、実態を把握している。これにより、現場の課題認識を多職種で共有・分析できる客観的なデータへと転換している。

### ■ 課題と解決策

#### 調査参加の促進

在宅医療のニーズを適切に把握するためには十分な調査数が必要であるため、調査を担う基幹的コーディネーターや現場的コーディネーターをはじめとする関係者に対し、調査の目的、結果の活用方針、期待される効果について説明して、調査への参加協力を得ている。

## 分析に基づく原因の特定と、それに応じた解決策の実行

現場で発生する質的な課題に対して、分析によって原因を特定し、それに応じた解決策を実行する、というアプローチを徹底している。

例えば、「介護施設での看取りが円滑に進まない」という課題の根本原因を分析した結果、「緊急時に施設職員が医療機関へ相談しにくい」という障壁があることを把握した。この原因を解消するため、病院の地域連携室に「介護施設専用ホットライン」を設置した。また、「介護施設で提供されるケアの質にばらつきがある」という課題については、「職員の医療的ケアに関する知識・技術不足」が原因であると特定し、病院の専門看護師を介護施設に派遣して、ケアの提供方法を指導した。

### ■ 取組による効果

#### データが導いた、実効性のあるPDCAサイクルの実施体制の構築

多職種が連携する在宅医療の現場では、各職種の視点が異なるため、客観的データがないと、患者に提供する医療・ケアに関する共通認識を形成することが難しい。このため、質的データと量的データを組み合わせて分析し、現場の課題を客観的データとして提示することで、関係者の合意形成を促し、実効性の高い方策の立案を可能にした。この分析を起点として、課題把握から目標設定、効果検証までを一貫して行う体制が構築され、PDCAサイクルを回すことにつながっている。

## 【事例概要】

市町が主体的に地域の課題を抽出し、実効性の高い対応策を立案できるようになるため、取組の目的と成果の因果関係を可視化するツールであるロジックモデルの導入をしばた地域医療介護連携センターが支援した事例。具体的には、ロジックモデルに関するワーク研修の提供や、ロジックモデルの専門家との相談窓口となり支援をした。圏域内の各市町と連携しながら、各地域の実情に即した課題の洗い出しと解決策の検討を進めた。

## 【取組主体の基礎情報】(2025年11月時点)

運営主体	新発田北蒲原医師会 しばた地域医療介護連携センター	拠点 医介
担当者	2名(看護師1名、社会福祉士1名)	
対象圏域	新発田市、阿賀野市、胎内市、聖籠町(新潟県)	
対象圏域の人口規模	新発田市人口:91,677人、老年人口:30,850人 阿賀野市人口:39,165人、老年人口:13,944人 胎内市 人口:26,791人、老年人口:10,101人 聖籠町 人口:13,986人、老年人口: 3,710人	

新発田北蒲原医師会しばた地域医療介護連携センターは、新発田市、阿賀野市、胎内市、聖籠町より、在宅医療・介護連携推進事業について委託を受けており、新潟県より、在宅医療に必要な連携を担う拠点として設定されている。

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

市町による多職種連携の地域の課題抽出の手法として、しばた地域医療介護連携センターがロジックモデルの活用を提案し、ロジックモデルに関するワークから市町単位でのワーキング、さらに市町合同での多職種研修会までの一連の取組を企画した。取組実施にあたり、しばた地域医療介護連携センターの主担当2名に加え、4市町から2名ずつ担当者が選定され、計10名体制で実施した。役割分担として、しばた地域医療介護連携センター担当者2名が取組全体の企画及び講師との調整を行い、市町担当者が各市町におけるワーク及びワーキング参加者の選定並びに各市町レベルでの企画及び関係者との調整を行った。各市町と拠点の間で密な連携を図り、率直な相談ができる関係性を築いている。

## ■ 取組内容

以下の流れで一連の取組が実施され、各市町がロジックモデルを活用し、「在宅医療・介護連携推進施策・指標マップ」を作成した。この間、しばた地域医療介護連携センターは、講師との調整や市町から講師への相談窓口として機能した他、必要に応じ市町と協議を行い、助言を提供する等、継続的に支援を行った。

## (1) 講師によるロジックモデルに関するワーク

各市町において、数十～百人の医療職及び介護職が集まり、ロジックモデルに関する講義の後、医療と介護が必要な高齢者が目指す姿(最終アウトカム)について、参加者が自分ごととして意見を出し合い設定した。また、最終アウトカム達成のために、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りの4場面ごとに必要なサービス体制や資源についても議論し、各4つの場面に必要な体制(中間アウトカム)を言語化した。なお、講師の講義内容及び使用するロジックモデルは4市町共通で、いずれの市町でも半日かけて行われた。

## (2) 市町単位のワーキング

各市町において、医療職及び介護職の代表者10名前後(以下「コアメンバー」という。)が2回集まり、ワークで言語化した地域の目指す姿と4つの場面に必要な体制と整合を取りながら、サービス目標(初期アウトカム)について議論したうえで、サービス目標を達成するための具体的な施策(アウトプット)を検討した。さらに、各アウトカム及びアウトプットについて、評価指標の設定も行った。(講師不参加)

## (3) 合同多職種研修会

4市町の参加者が集合し、各市町で作成したロジックモデルを発表・共有したうえで、意見交換も行った。(講師参加)

しばた地域医療介護連携センターによる上記(1)～(3)の取組後、各市町で施策の検討や評価が実施されている。例として、新発田市では、毎年開催される在宅医療・介護連携推進部会において、取組のロジックモデルが活用され、各アウトカム及びアウトプットに係る評価を実施している。また、胎内市では、一部アウトプットの実践に至っている。しばた地域医療介護連携センターは、各市町による施策の実践や評価において、具体的な実践方法や評価指標に関する相談に応じ、適宜必要な情報やデータの選定・提供を行う等、継続的に支援を行っている。

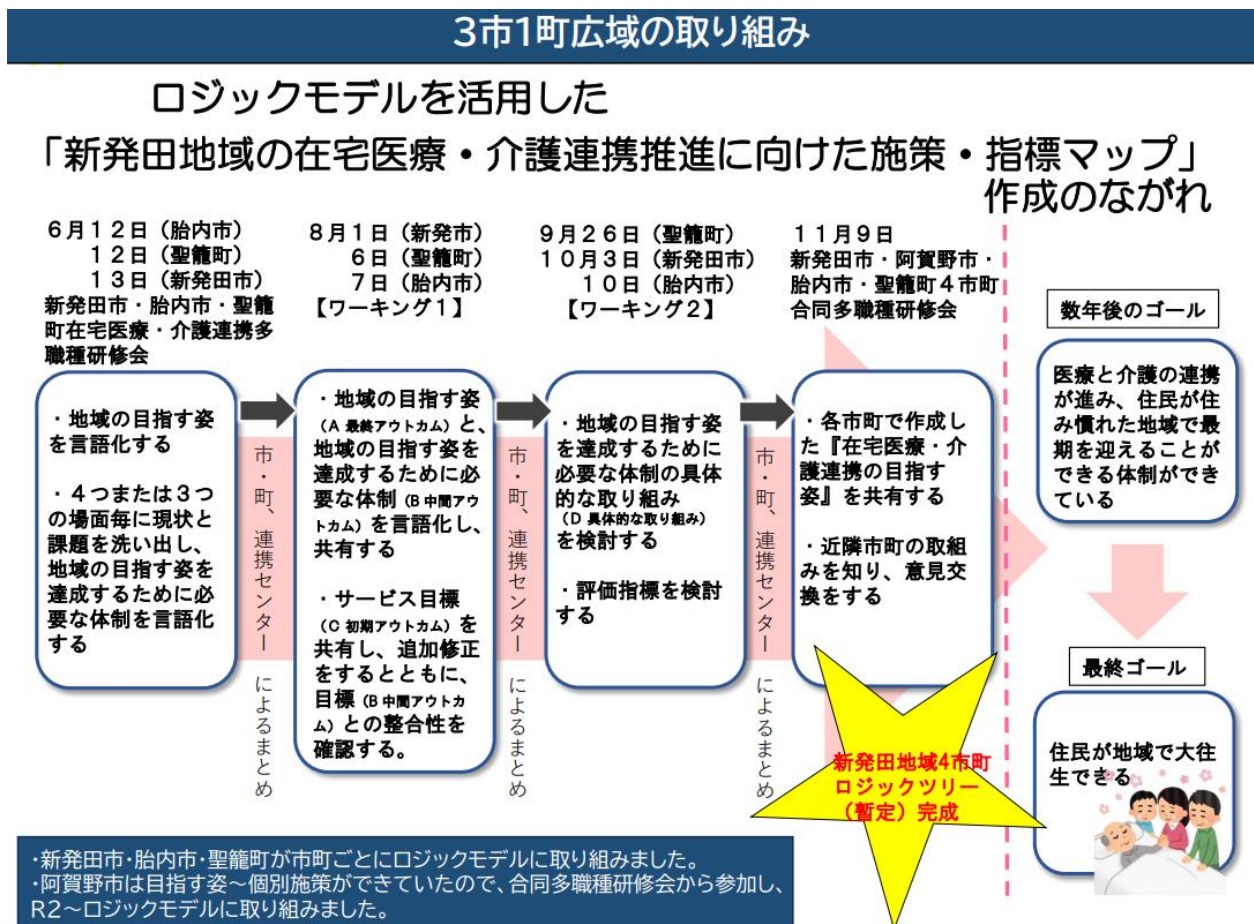


図16 取組の流れ

出典:厚生労働省「令和6年度在宅医療・介護連携推進事業 都道府県・市町村担当者等研修会議1 事例報告資料」

## ■ 実施における工夫点

### 事前準備による効率的なロジックモデル作成の推進

各市町において実施されたワーク及びコアメンバーによるワーキングには、数十～百人が参加したため、その場での議論内容の整理及び成果としてのロジックモデルを取りまとめは困難であると想定された。そのため、市町としばた地域医療介護連携センターとで協議し、ワーク及び第1回ワーキングの後に各回で議論された内容をある程度整理しまとめたものを次のワーキング当日に提示し、意見交換を行う手法で実施した。

### 講師との密な連携で市町を支援

コアメンバーによるワーキングでは参加者による各自治体の実情や目標の洗い出しから、最終的にロジックモデルを作成した。このプロセスにおいて、講師は、ワーク実施だけでなく、ロジックモデルの様式の提供や説明、質疑応答、作成したロジックモデルへのアドバイス、さらに全体会での講評を通じて指導を行った。また、しばた地域医療介護連携センター担当者は、市町からの質問を集約して講師に送付し、回答を市町へ共有する等、講師と市町担当者との間の情報整理と円滑なやり取りを支援した。

## ■ 課題と解決策

### 定量的評価指標の選定が難しい

ロジックモデルの評価に用いる指標及びデータは、使用方法も含めて県から提供されるが、いずれの指標及びデータが各市町のアウトカム及びアウトプットの評価に適切であるか、判断が難しい。解決策として、しばた地域医療介護連携センター担当者が、各市町のロジックモデルのアウトカム及びアウトプットに合わせ、適切な指標及びデータを選定のうえ、評価基準への組み込み方の提案を行う等の支援を行った。

### 定性的評価指標の導入が難しい

県から提供される定量的指標では、各市町が作成した定性的な要素も含むロジックモデルのアウトカムに対する評価指標として、導入や妥当性の判断が難しい。(例:「患者の意向に沿っている」というアウトカムに対して、在宅医療件数の増加は把握できても、患者本人の満足度は測れない。)解決策として、市町担当者としてしばた地域医療介護連携センター担当者が共同し、定性的データを取得するためのアンケート調査の実施と、定性的評価指標への組み込みを検討した。

上記2つの解決策の結果、各市町でより適切な評価を行えるようになった。

## ■ 取組による効果

### ロジックモデル評価の事業への反映やアウトプットの実践が実現

新発田市では、ロジックモデルを活用した評価が、毎年の事業見直しと同時に実施され、事業の改善及び実行管理(PDCAサイクルの促進)に役立っている。胎内市では、アウトプットの実践として、介護事業所に対する看取り体制・実態のヒアリングを実施し、介護事業所における「人生の最終段階の方とのコミュニケーション力の向上」という課題が明らかとなった。これにより、課題の対応策の実施主体が、市から、より実践的に主導が可能な主任介護支援専門員へ移行され、研修や検討会が実施される等実践的な改善が進んだ。

# 新発田市在宅医療介護連携推進部会 ロジックモデルを活用

価値判断を加えて  
評価

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

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

【事務局】 新発田市高齢福祉課、しばた地域医療介護連携センター

事実特定と価値判断(体感)を部会で協議

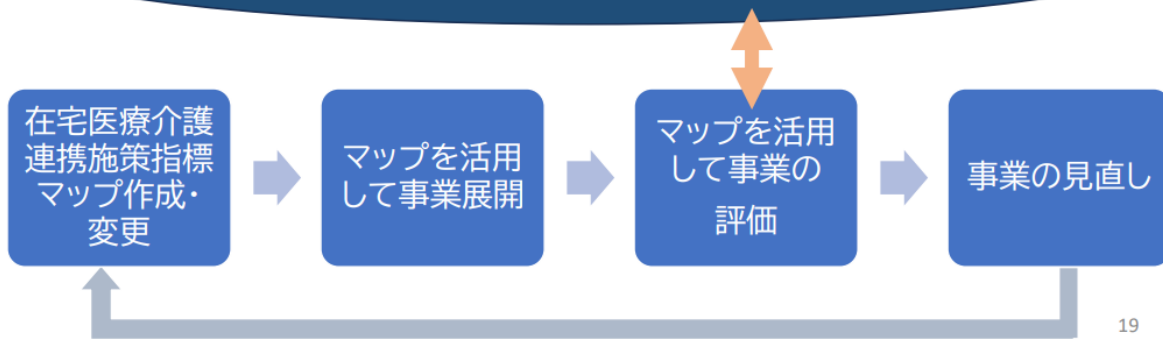


図17 新発田市でのロジックモデルの活用例

出典:厚生労働省「令和6年度在宅医療・介護連携推進事業 都道府県・市町村担当者等研修会議1 事例報告資料」

(胎内市の事例)

胎内市では、しばた地域医療介護連携センターの支援のもと、ロジックモデルを用いて課題を整理し、対応策を検討。実際に対応策の実行につなげた看取りの活動について、以下の①～④のステップを踏んで実施された。

- ① 胎内市のロジックモデルにおける看取りの指標として、中間アウトカムを「本人が望む看取りを、地域で実現する体制を整える」、そのための初期アウトカムとして「看取りの体制に関する課題を共有し、解決策を見出す」、アウトプットとして「各事業所における看取りの体制のヒアリング」と設定
- ② 令和3年度に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護、令和4年度に居宅介護支援事業所へヒアリングを実施し、「看取りの経験がなく、夜間一人で看取るのが怖い。」「苦しんでいる人(本人・家族)への関わりに自信がない。」「医師とどのように連携してよいか分からない。」等の意見を把握
- ③ ヒアリング結果を踏まえ、ロジックモデルに基づきアウトプットの検討を行ったところ、初期アウトカムとして「人生の最終段階の方とのコミュニケーション力の向上」、「在宅看取りの関わりを多職種で考える必要性」という課題を認識
- ④ 課題に対する対策として「人生の最終段階の方とのコミュニケーション力の向上」が抽出され、在宅看取りに関わる医療・介護職向けのコミュニケーション技術向上の研修開催、在宅看取り事例の検討会を開催

個別の取り組み

## 胎内市 中間アウトカム【看取り】

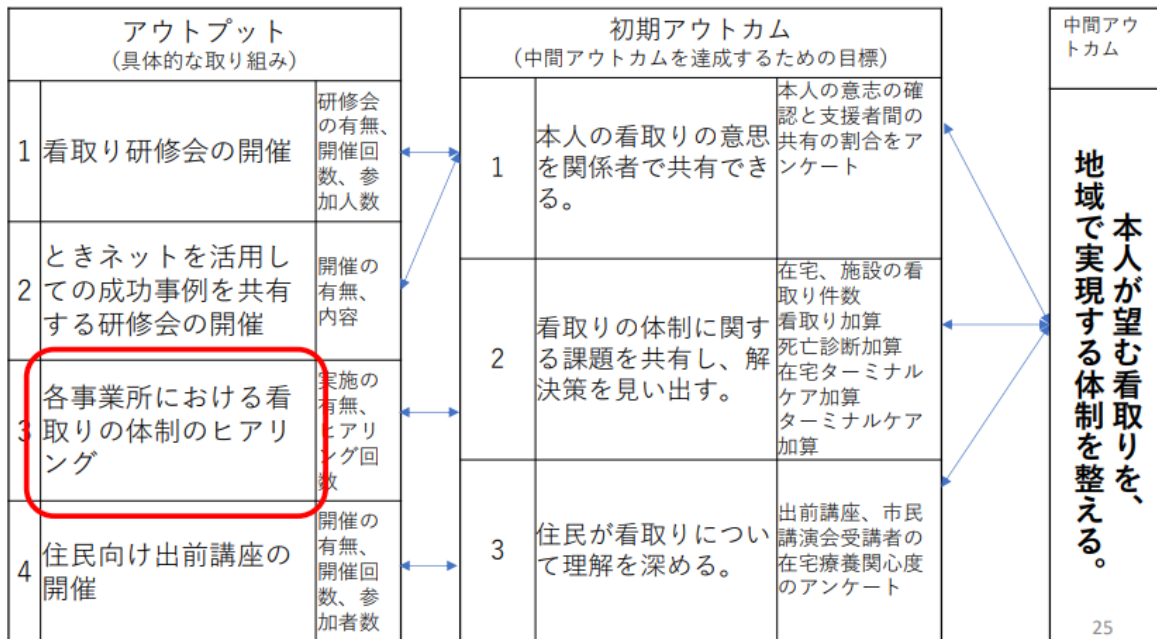


図18 胎内市でのロジックモデルの活用例

出典:厚生労働省「令和6年度在宅医療・介護連携推進事業 都道府県・市町村担当者等研修会議1 事例報告資料」

## 個別の取り組み

### ヒアリングを踏まえて

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

令和4年度～

- ・エンドオブライフ・ケアの研修  
コミュニケーション技術向上の研修開催

令和5年度～

- ・在宅看取り事例の検討開催

令和6年度  
胎内市内の主任介護支援専門員が主体となり、継続するために準備中

本人の思いを聴く。  
そして関係者と共有することしていきたい。

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

無関心にならない。  
聴くことから関わりたい。

### 胎内市での在宅看取りの可能性

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

令和4年 医療介護専門職27人  
令和5年 医療介護専門職47人

図19 胎内市での各事業所における看取り体制のヒアリングを踏まえた取組

出典：厚生労働省「令和6年度在宅医療・介護連携推進事業 都道府県・市町村担当者等研修会議1 事例報告資料」

## (4) 災害時対応の連携上の課題の抽出と対応策の検討

### ■ 実施内容、実施方法

在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる平時からの連携の内容については、以下のようなものが考えられる。

#### ○ 地域における業務継続計画(BCP)策定の参画・支援

災害時における医療提供体制の構築に向けては、各医療機関、施設等の業務継続計画(Business Continuity Plan, 以下「BCP」という。)策定に加えて、在宅療養患者に関わる関係機関を含めた地域全体で、医療・ケアの継続と早期復旧のための体制構築が重要である。地域におけるBCPの策定時には、都道府県や市町村からの要請に基づき、在宅医療に必要な連携を担う拠点も参画・支援を行う。

#### ○ 地域におけるBCPの共有

策定された地域におけるBCPの内容については、圏域内の在宅医療に関わる多職種・多機関で共有され、災害発生時の対応について認識が共有され、BCPに沿った対応がなされることが重要であり、在宅医療に必要な連携を担う拠点が開催する多職種が参加する会議等の機会を活用して情報共有を行う。

#### ○ 多機関が参加する災害訓練の実施

都道府県や市町村からの要請等に基づき、災害訓練等を実施する場合には、地域におけるBCP等を活用しながら、都道府県や市町村への支援として、在宅医療に必要な連携を担う拠点が中心となって、各機関の役割や連携方法について確認する。

#### ○ 在宅医療において人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等の体制整備

在宅人工呼吸器を使用している患者にとって、災害発生によって電力供給の停止がそのまま生命の危機に直結する恐れがある。そのため、平時から長期停電時においても自力での移動が困難な在宅患者の使用する人工呼吸器が稼働できるよう簡易自家発電装置等の整備や必要に応じて医療機関へ搬送する体制を構築するなど、在宅医療に必要な連携を担う拠点や、在宅医療に関わる多職種・多機関で連携した調整を行う必要がある。

### ■ その他、取組実施の際の工夫

○ 災害については、地域によって想定されるものが異なるため、地域の実情に沿った備えを行う。

## コラム

### 在宅医療におけるBCPの種類

BCPとは、災害など、リスク発生時に業務が中断しないために、また万が一、中断した場合でも、できるだけ早期に重要機能を再開させるための仕組みであり、平時から戦略的に業務継続について準備をしておくことと定義され、業務が中断した際に、代替手段を使って、如何に事業継続をするかという点で検討した文書である。

BCPの種類として、次の3つが挙げられる。

- ・ 機関型BCP: 自機関のBCP
- ・ 連携型BCP: 同業の支援派遣・応需、患者・利用者の受け入れ等の相互支援協定を含む、同業・類似事業所間の連携又は疾患別の診療科連携によるBCP
- ・ 地域BCP: 地域全体の医療・ケア提供の継続と早期復旧を可能とすること、そして各機関のスタッフ・患者・利用者のみならず、多くの住民の「いのち」と「健康」と「暮らし」を守ることを目的とする、保険医療福祉の多職種・多機関によるBCP

在宅医療については、災害時には機関型BCPのみならず、同業・類似事業所間や地域での連携による連携型・地域BCPへスケールアップしていく必要があるため、在宅医療提供機関等や市町村・都道府県を対象とした連携型・地域BCPを作成することが望ましい。

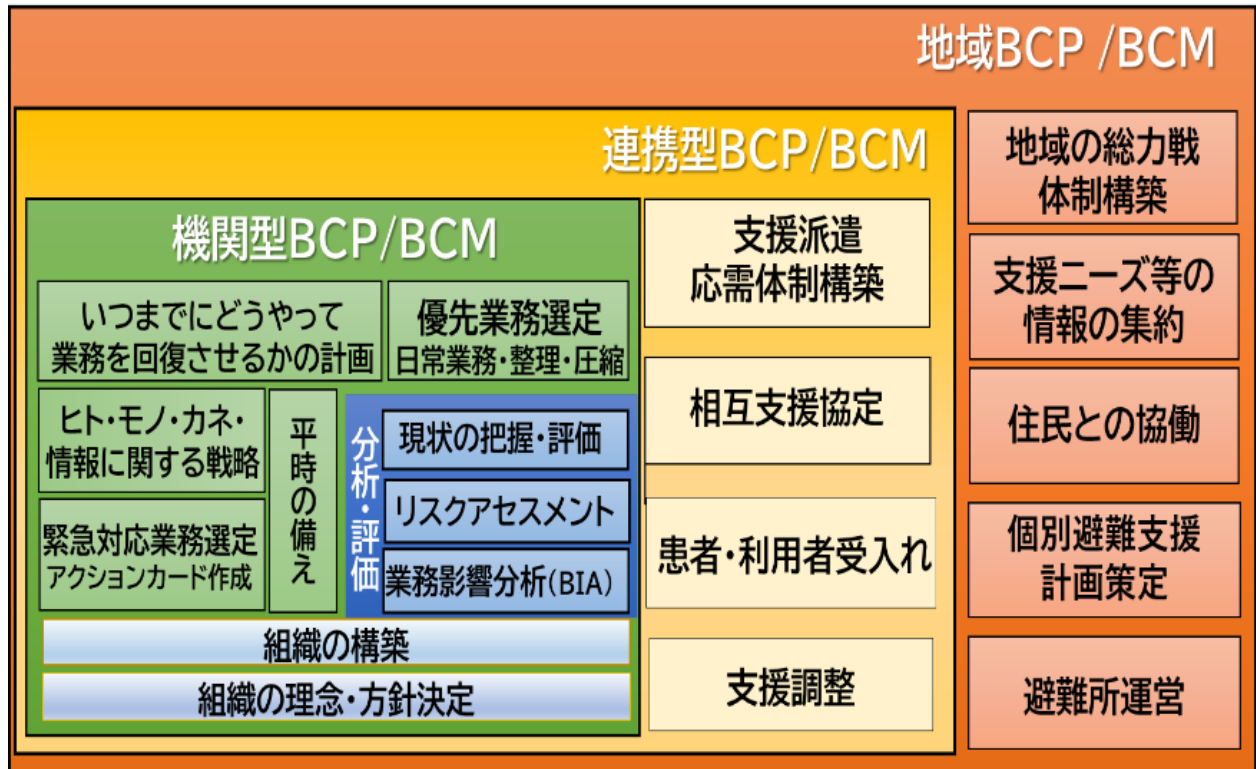


図20 地域BCP概念図

出典：厚生労働省「BCP策定の手引き」(在宅医療の事業継続計画(BCP)策定に係る研究(令和3年度 厚生労働科学特別研究事業))

## 2. 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療提供体制の整備

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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の一つとして、在宅医療の提供体制の整備が考えられることから、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や有する機能等の把握と共有を行うことが求められる。把握した情報に基づき、圏域内における関係機関、関係職種等の連携が進み、地域の实情に沿った在宅医療の提供につながる事が重要である。

### コラム

### 地域包括ケアシステムとは

重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、国は従前から医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進している。

2040年に向けて生産年齢人口が減少する中、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加が見込まれ、地域包括ケアシステムの深化が必要となっている。

### 2040年に向けた地域包括ケアシステムの深化について

- 介護分野において、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、従前から**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）の構築を推進。**
- 2040年に向けて生産年齢人口が減少する中、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加が見込まれ、**地域包括ケアシステムの深化が必要。**高齢者人口の変化に伴い、中山間・人口減少地域、大都市部、一般市など、**サービス需要に大きな地域差。**それに応じ、サービス供給体制も2040年にかけて変化する中、これらを踏まえて、利用者にとって切れ目ないサービス提供が可能となるようにしていくとともに、地域づくりを推進していくことが必要。
- 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**ことが引き続き必要。そのために地域の介護・医療資源等を見える化し、地域の関係者で分析・議論することが必要。



図21 2040年に向けた地域包括ケアシステムの深化について

## (1) 地域の医療・介護・障害福祉資源の情報把握

### ■ 実施内容、実施方法

#### ① 各種サービスを把握する理由・目的

- 医療、介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能を把握することによって、第2章の2(1)に記載する各種関係機関と連携し、患者が切れ目なくサービスを利用できる体制を構築することが必要である。
- そのため、圏域内において、以下の表の内容も参考に情報を集約し、拠点の担当者のみならず、都道府県・市町村の担当者や在宅医療の関係者が利用できるような形式でまとめ、共有する。

表1 把握する各種サービス及び把握する内容の例

関係機関共通で把握する内容の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機関の営業時間</li> <li>・住所、対応地域</li> <li>・連絡先</li> <li>・在宅医療対応の可否及び対応日/時間</li> <li>・施設規模</li> <li>・相談窓口(担当者、連絡先)</li> </ul>	
関係機関の種類ごとに把握する内容の例	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療科</li> <li>・医療機関の種類</li> <li>・病床の有無</li> <li>・対応可能な医療処置(胃ろう管理、気管カニューレ管理、中心静脈栄養、人工呼吸器管理等)</li> <li>・在宅患者(小児含む)への対応可否</li> <li>・高齢者施設等の協力医療機関としての対応可否</li> </ul>
	訪問看護事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対応可能な医療処置(胃ろう管理、気管カニューレ管理、中心静脈栄養、人工呼吸器等)</li> <li>・24時間対応の可否</li> <li>・ターミナルケア対応の可否</li> <li>・在宅患者(小児含む)への対応可否</li> <li>・精神科対応の可否</li> <li>・居宅介護支援事業所の併設有無</li> </ul>
	歯科医院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅患者(小児含む)への対応可否</li> </ul>
	薬局	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅患者(小児、開局時間外を含む)への対応可否</li> <li>・在宅医療に係る薬局機能に関する対応可否(医療用麻薬(注射剤含む)、医療材料・衛生材料、高度管理医療機器、無菌製剤処理、中心静脈栄養、医療用麻薬の持続注射療法等)</li> <li>・健康サポート薬局である旨の表示の有無</li> <li>・地域連携薬局・専門医療機関連携薬局の認定の有無</li> </ul>
	訪問リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対応可能なリハビリテーション専門職の配置(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)</li> <li>・在宅患者(小児含む)への対応可否</li> </ul>
	栄養ケア・ステーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅患者(小児含む)への対応可否</li> </ul>
	介護施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設種別(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、有料老人ホーム等)</li> <li>・対応サービスの種類(居宅介護支援(ケアマネジメント)可否、ショートステイ可否、訪問介護可否、通所介護可否、入浴介護可否等)</li> <li>・配置職員の職種</li> <li>・対応可能な医療処置</li> <li>・協力医療機関の定める状況</li> </ul>
	障害福祉サービス事業所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設種別</li> <li>・対応サービスの種類</li> </ul>

## ■ その他、取組実施の際の工夫

- 本項目で把握する内容については、各職能団体等が公開している関係機関情報を活用することで効率的に情報収集することが可能である。
- 関係機関の担当者等が利用できるよう公開し、把握した内容を、地図上にマッピングして位置関係を分かりやすくするなど、患者が容易に情報を取得できる工夫を行うことで利用促進に繋がると考えられる。

表2 職能団体等が公表する医療・介護資源に関する情報

公表サイト名	公表元	記載情報	リンク
医療情報ネット(ナビイ)	厚生労働省	医療機関(歯科含む)や薬局の基本情報やサービス内容等	
介護事業所・生活関連情報検索	厚生労働省	介護事業所の基本情報やサービス内容等	
指定訪問看護事業者の管内指定状況	地方厚生局	指定訪問看護事業者の一覧	各地方厚生局HP
地域医療情報システム(JMAP)	日本医師会	医療機関の基本情報やサービス内容等	
地域における薬局の外来対応・在宅対応・その他薬局機能に係る体制	日本薬剤師会	薬局の基本情報やサービス内容(開局時間外対応を含めた、地域の薬局に係る外来対応、在宅対応及び薬局機能等)	
全国の歯医者さん検索	日本歯科医師会	歯科診療所の基本情報やサービス内容等	
栄養ケア・ステーションを探す	日本栄養士会	栄養ケア・ステーションの基本情報やサービス内容(在宅療養者の食・栄養に関する相談、診療報酬・介護報酬にかかる業務、地域包括ケアシステムにかかる事業関連業務の対応可否等)	

○ 病院、診療所、歯科診療所等の検索

「医療機関を探す」のタブを表示後、「じっくり探す」検索の<利用者属性>から「高齢者」「小児」「障害児・者、医療的ケア児」等の目的に応じた検索が可能となっている。各項目を選択後に表示される検索タブでは、「提供できる医療の内容」から「在宅医療に対応できる病院、診療所又は歯科診療所」や「小児の在宅医療に対応できる病院、診療所又は歯科診療所」等の条件で、医療機関を探すことができる。

医療情報ネット (ナビイ) | [音声読み上げ](#) | 文字サイズの変更 小 **中** 大 特大 | [Other Languages](#) ▾

全国の病院・診療所・歯科診療所・助産所/薬局を探す

### 医療機関を探す

🔍 キーワードで探す

フリーワード ▾  削除

検索

**検索オプション** +

**🕒 急いで探す** 受付時間や場所などの情報から検索

[現在診療中の医療機関](#) > [休日夜間対応医療機関](#) >

**🏠 じっくり探す** 設備や対応内容などの医療機能情報から検索

<基本項目>

[診療科目](#) > [場所](#) > [外国語](#) >

<利用者属性>

[高齢者](#) > [小児](#) > [障害児・者、医療的ケア児](#) >

[女性](#) > [難病](#) >

<かかりつけ医機能>

[かかりつけ医機能](#) >

<その他>

[他の項目](#) >

### 薬局を探す

🗺️ 都道府県固有の機能から探す

全国共通の検索項目に加えて各都道府県独自の検索項目でも検索ができます。

- 北海道 [北海道](#) >
- 東北 [青森県](#) > [岩手県](#) > [宮城県](#) > [秋田県](#) > [山形県](#) >
- [福島県](#) >
- 関東 [茨城県](#) > [栃木県](#) > [群馬県](#) > [埼玉県](#) > [千葉県](#) >
- [東京都](#) > [神奈川県](#) >
- 中部 [新潟県](#) > [富山県](#) > [石川県](#) > [福井県](#) > [山梨県](#) >
- [長野県](#) > [岐阜県](#) > [静岡県](#) > [愛知県](#) >
- 近畿 [三重県](#) > [滋賀県](#) > [京都府](#) > [大阪府](#) > [兵庫県](#) >
- [奈良県](#) > [和歌山県](#) >
- 中国・四国 [鳥取県](#) > [島根県](#) > [岡山県](#) > [広島県](#) > [山口県](#) >
- [徳島県](#) > [香川県](#) > [愛媛県](#) > [高知県](#) >
- 九州 [福岡県](#) > [佐賀県](#) > [長崎県](#) > [熊本県](#) > [大分県](#) >
- [宮崎県](#) > [鹿児島県](#) >
- [沖縄県](#) >

(検索例:障害児・者、医療的ケア児項目で検索する場合)

医療情報ネット (ナビイ)

音声読み上げ

文字サイズの変更 小 中 大 特大

Other Languages

トップ > 障害児・者、医療的ケア児で探す (医療機関)

## 障害児・者、医療的ケア児で探す (医療機関)

障害児・者、医療的ケア児項目を選択 **必須**

施設・設備

診療科

医療従事者

提供できる  
医療の内容

### ■ 検索条件

- 選択した検索項目を全て含む  選択した検索項目のいずれかを含む

「大分類」のチェックを変更すると、「小分類」のチェックが変更されます。

<input type="checkbox"/> 病院又は診療所の種類	<input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関 (更生医療) ?	<input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関 (育成医療) ?	<input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関 (精神通院医療) ?
<input type="checkbox"/> 在宅医療への対応	<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法指定医の配置されている医療機関 ?	<input type="checkbox"/> 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく指定病院又は応急入院指定病院 ?	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医の配置されている医療機関 ?
<input type="checkbox"/> オンライン診療の実施 ?	<input type="checkbox"/> 指定養育医療機関 ?	<input type="checkbox"/> 指定療育機関 ?	<input type="checkbox"/> 指定小児慢性特定疾病医療機関 ?
	<input type="checkbox"/> エイズ治療拠点病院 ?	<input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院 ?	<input type="checkbox"/> 特定疾患治療研究事業委託医療機関 ?
	条件をさらに絞り込む >		
	<input type="checkbox"/> オンライン診療の実施		

(検索例:高齢者項目で検索する場合)

高齢者項目を選択 **必須**

施設・設備

診療科

医療従事者

提供できる  
医療の内容

### ■ 検索条件

- 選択した検索項目を全て含む  選択した検索項目のいずれかを含む

「大分類」のチェックを変更すると、「小分類」のチェックが変更されます。

<input type="checkbox"/> 対応することができる疾患・治療 ?	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 重度認知症患者デイ・ケア	<input type="checkbox"/> 摂食機能障害の治療 (耳鼻咽喉科領域)
<input type="checkbox"/> 在宅医療に対応できる病院、診療所又は歯科診療所	<input type="checkbox"/> 認知症患者リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 摂食機能障害の治療 (歯科領域)	<input type="checkbox"/> 在宅における看取り
<input type="checkbox"/> 介護に関する各種サービスの提供ができる病院又は診療所	<input type="checkbox"/> 褥瘡の治療	条件をさらに絞り込む >	
	条件をさらに絞り込む >		

○ 薬局の検索

「薬局を探す」のタブを表示後、「じっくり探す」検索の「色々な条件」から、「時間外の対応が可能」や「24時間対応」、「小児の訪問薬剤管理指導の実績」等の条件で、薬局を検索することができる。

医療情報ネット (ナビイ) [音声読み上げ](#) 文字サイズの変更 小 **中** 大 特大 Other Languages ▾

全国の病院・診療所・歯科診療所・助産所/薬局を探す

**医療機関を探す**

🔍 キーワードで探す

フリーワード ▾ 例) 市区町村名 薬局名 削除

検索キーワード追加 検索

**検索オプション** +

**🕒 急いで探す** 現在開店中の薬局を場所から検索

**🕒 じっくり探す** 設備や対応内容などの薬局機能情報から検索

外国語 ▸ **色々な条件** ▸

**🔖 お気に入り薬剤師・薬局** お気に入り薬剤師・薬局に登録した薬局などの一覧

**薬局を探す**

**📍 都道府県固有の機能から探す**

全国共通の検索項目に加えて各都道府県独自の検索項目でも検索ができます。

北海道 北海道 ▸

東北 青森県 ▸ 岩手県 ▸ 宮城県 ▸ 秋田県 ▸ 山形県 ▸

福島県 ▸

関東 茨城県 ▸ 栃木県 ▸ 群馬県 ▸ 埼玉県 ▸ 千葉県 ▸

東京都 ▸ 神奈川県 ▸

中部 新潟県 ▸ 富山県 ▸ 石川県 ▸ 福井県 ▸ 山梨県 ▸

長野県 ▸ 岐阜県 ▸ 静岡県 ▸ 愛知県 ▸

近畿 三重県 ▸ 滋賀県 ▸ 京都府 ▸ 大阪府 ▸ 兵庫県 ▸

奈良県 ▸ 和歌山県 ▸

中国・四国 鳥取県 ▸ 島根県 ▸ 岡山県 ▸ 広島県 ▸ 山口県 ▸

徳島県 ▸ 香川県 ▸ 愛媛県 ▸ 高知県 ▸

九州 福岡県 ▸ 佐賀県 ▸ 長崎県 ▸ 熊本県 ▸ 大分県 ▸

宮崎県 ▸ 鹿児島県 ▸

(検索例: 薬局の業務内容で検索する場合)

**薬局の業務内容を選択**

■ 検索条件

- 選択した検索項目を全て含む  選択した検索項目のいずれかを含む

「大分類」のチェックを変更すると、「小分類」のチェックが変更されます。

調剤業務

<input type="checkbox"/> 無菌製剤処理に係る調剤の実施 (他の薬局の無菌調剤室を利用する場合を含む) <span>?</span>	<input type="checkbox"/> 一包装に係る調剤の実施 <span>?</span>	<input type="checkbox"/> 麻薬に係る調剤の実施
<input type="checkbox"/> 浸煎薬及び湯薬に係る調剤の実施 <span>?</span>	<input type="checkbox"/> <b>小児の訪問薬剤管理指導の実績</b>	<input type="checkbox"/> 医療を受ける者の居宅等において行う調剤業務の実施
<input type="checkbox"/> 医療的ケア児への薬学的管理・指導 <span>?</span>	<input type="checkbox"/> オンライン服薬指導の実施	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの保険証利用により取得した薬剤情報等を活用した調剤の実施
<input type="checkbox"/> 電子処方箋の受付 <span>?</span>	<input type="checkbox"/> 緊急避妊薬に係る調剤	<input type="checkbox"/> 電磁的記録による薬剤服用歴管理の実施 <span>?</span>
<input type="checkbox"/> オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤	<input type="checkbox"/> お薬手帳の交付 <span>?</span>	<input type="checkbox"/> 電子版お薬手帳の対応 <span>?</span>

## 【事例概要】

しばた地域医療介護連携センターでは、地図上に地域の医療・介護資源(病院・診療所・薬局・介護事業所等)の所在地や提供サービスの内容に関する情報を掲載するウェブサイトを経営し、地域住民や医療・介護関係者向けに情報提供を行っている。また、情報の正確性を保つため、毎年情報更新を行っている。

## 【取組主体の基礎情報】(2025年11月時点)

運営主体	新発田北蒲原医師会 しばた地域医療介護連携センター	拠点 医介
担当者	2名(看護師1名、社会福祉士1名)	
対象圏域	新発田市、阿賀野市、胎内市、聖籠町(新潟県)	
対象圏域の人口規模	新発田市人口:91,677人、老年人口:30,850人 阿賀野市人口:39,165人、老年人口:13,944人 胎内市 人口:26,791人、老年人口:10,101人 聖籠町 人口:13,986人、老年人口: 3,710人	

新発田北蒲原医師会しばた地域医療介護連携センターは、新発田市、阿賀野市、胎内市、聖籠町より、在宅医療・介護連携推進事業について委託を受けており、新潟県より、在宅医療に必要な連携を担う拠点として設定されている。

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

### ■ 取組体制

拠点担当者が病院・診療所・薬局・介護事業所等の情報を収集し、ウェブサイトへの掲載や更新を行うため、定期的に市町村担当者や医師会、薬剤師会と情報交換の機会を設ける等、情報収集について関係団体と連携しながら進めている。

例年、拠点担当者が毎年11月～翌年3月末にかけて、病院・診療所・薬局等のリストの更新を行っており、11月にリストの確認、1月に病院・診療所や薬局等の各関係機関に質問票の郵送、2月中に回答受領、3月末までに更新作業の完了というスケジュールで実施している。

### ■ 取組内容

しばた地域医療介護連携センターのウェブサイトには、医療・介護資源の情報が掲載されている。掲載されている施設については、名称、診療科目、地域から検索することができ、地域住民等が目的に沿った病院・診療所・薬局・介護事業所等を探ることができる。地域住民向けページでは、施設名称、ホームページURL、住所、連絡先、営業時間、診療科目、介護保険事業所番号、所在地マップ等を確認できる。

また、医療・介護関係者向けのページもあり、施設名称、住所、連絡先、営業時間、地域連携ICTツール(「かえつ医療・介護ネットワークシステム(ときネット)」)の加入状況、提供しているサービスの内容といった、より詳細な情報が地図上の所在地とともに確認できる。さらに、病院・診療所のリストには「ケアマネタイム」という欄を設けており、ケアマネジャー等が医師に連絡を取る際、いつどのように連絡したら良いかを記載している。

### ■ 実施における工夫点

#### 回収率の高い方法で情報を収集

当該地域の場合、オンラインでの確認より、紙面による質問票への回答の方が回収率が高いため、紙面による調査を実施している。また、正確な回答を得るため、記入例も添付している。

## ニーズを反映した掲載項目の選定

記載項目について利用者アンケートを実施し、利用者からの要望に合わせて掲載項目を設定・変更することで、よりニーズに合ったリストを作成した。

参考：医療・介護関係者向け情報（地域住民向け情報に加えて、下表の情報を閲覧できる。）

サービス種別	掲載情報
病院・診療所	ICTツール加入状況、地域連携等担当部署名、連絡先、連絡手段の優先順位、連絡可能時間、注意事項、病床数、病床数内訳 等
薬局	在宅訪問の対応状況、調剤の一包化対応の可否、麻薬に係る調剤や薬剤服用歴の一元的管理等の実施状況 等
介護	定員、送迎、対応可能な処置、時間外・緊急時対応の可否、自費利用・障害福祉サービス利用の可否、介護報酬加算状況、訪問エリア 等

## ■ 課題と解決策

### 新規開業施設の情報収集が難しい

新規開業施設の情報は入手が難しいため、医師会などの関係団体と連携して情報を収集しており、必要事項を確認した上で、開業から約1か月後にリストを更新している。また、病院・診療所の新規開業に合わせて、近隣の薬局の有無を調べることで、新規薬局の開業情報も漏れなく把握できるよう工夫している。その他、薬局情報の更新には薬剤師会のホームページ等、介護事業所情報の更新には市町村の担当者との情報交換や事業所のホームページといった、様々な情報源を活用して、随時リストに反映している。

## ■ 取組による効果

### 現場での円滑な情報収集に貢献

提供サービスとともに各病院・診療所・薬局・介護事業所の所在地が地図上に表示されるため、患者住所との位置関係を把握しながら確認できることから、特にケアマネジャーや医療ソーシャルワーカーに活用されている。

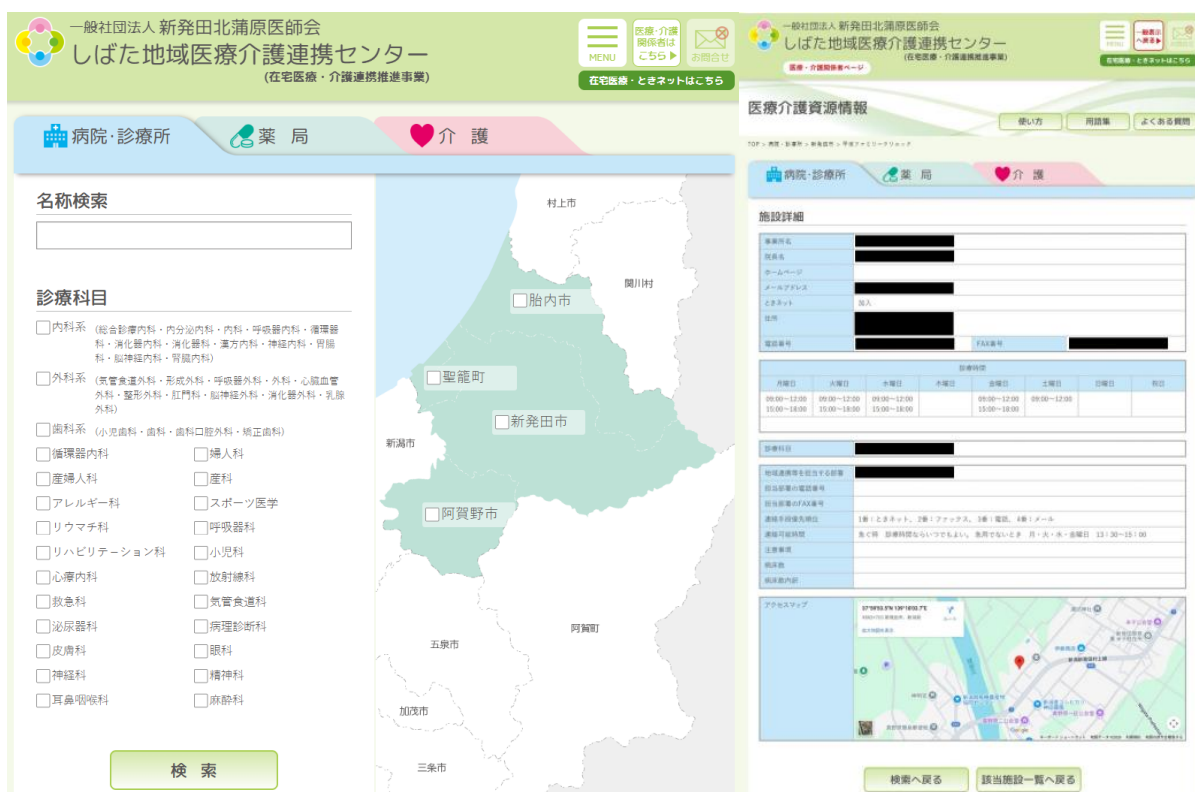


図22 医療・介護資源情報のウェブサイト掲載例

掲載ページ：<https://shibatachiiki-renkei.com/>

## (2) 関係機関との調整 ～退院時から看取りまで～

### <関係機関との連携>

#### ■ 地域包括支援センターとの連携

##### ○ 地域包括支援センターについて

市町村等が設置主体となり、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設である。

事業内容としては、主に介護予防ケアマネジメント(第一号介護予防支援事業)、総合相談支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業等を行っている。

##### 【連携内容の例】

- ・ 研修会の共同実施
- ・ 地域包括支援センターで実施している会議への拠点担当者の参加
- ・ 患者の情報を共有
- ・ 在宅医療・介護の地域課題の共有

#### ■ 障害者相談支援事業所との連携

##### ○ 障害者相談支援事業所について

障害のある人が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう身近な市町村を中心として相談支援事業を実施している施設である。

##### 【連携内容の例】

- ・ 患者の情報共有
- ・ 圏域の障害者ニーズ、既存のサービスの整備状況の共有

### <在宅医療の提供体制に求められる医療機能との連携>

#### ■ 訪問診療との連携

##### ○ 訪問診療について

通院が困難な者の自宅等に医師が訪問し、診療行為を実施すること。訪問診療の患者数は高齢化の進展に伴い今後も増加すると見込まれている。

##### 【連携内容の例】

- ・ 地域住民への訪問診療に関する普及啓発
- ・ 医療機関、薬局、訪問看護事業所等と連携し、急変時の対応体制の構築
- ・ 在宅における小児医療から成人医療に移行する際の関係機関との連携体制の構築
- ・ 小児等の在宅医療地域での通所施設等の体制整備
- ・ 医療・介護機関だけでなく教育機関等も含めた連携体制の構築

#### ■ 訪問看護との連携

##### ○ 訪問看護について

疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助のこと。サービス提供は、訪問看護ステーションと病院・診療所の両者から行うことができる。住み慣れた地域で安心して健やかに暮らすためには、24時間切れ目のない医療サービスが提供されるとともに、医療機関と居宅等との間で、療養の場が円滑に移行できることが必要であり、在宅において、患者の医療処置や療養生活の支援等のサービスを提供する訪問看護事業所の役割は重要である。

##### 【連携内容の例】

- ・ 地域住民への訪問看護に関する普及啓発

- ・ 入退院時の情報共有、共同指導等による全世代への切れ目ない支援の体制整備
- ・ 急変時等を含む24時間対応が可能な訪問看護の体制整備
- ・ 在宅医療の関係者の知識・技術の向上に向けた研修への協力

## ■ 訪問歯科診療との連携

### ○ 訪問歯科診療について

地域包括ケアシステムの構築を進める上で、歯科医療機関は地域の医療機関等との連携を推進する等、地域の実情を踏まえた取組を行うことが重要である。特に、近年は、口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、各医療連携体制の構築に当たって、歯科医療や歯科医療従事者が果たす役割を明示するとともに、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対する医科歯科連携等を更に推進することが必要となる。

#### 【連携内容の例】

- ・ 地域歯科診療所と歯科医師の配置の無い医科病院との連携体制構築
- ・ 退院前カンファレンスなどへの歯科診療所からの積極的な参加等、入退院(入退所)における医療・介護の情報共有の体制構築
- ・ 病院、施設、事業所や地域ケア会議等で在宅歯科連携室の広報や、研修の実施

## ■ 訪問薬剤管理指導との連携

### ○ 訪問薬剤管理指導について

薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きい。そのため、地域の薬局では、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携した患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが必要となる。

#### 【連携内容の例】

- ・ 在宅における薬局機能(麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応等)の把握と関係機関との情報共有体制の構築
- ・ 在宅医療に必要な医薬品等の供給体制の把握と関係機関(薬局間を含む。)との情報共有体制の構築
- ・ 退院前カンファレンスなどへの薬局からの積極的な参加等、入退院(入退所)における医療・介護との情報共有体制の構築
- ・ 医療機関をはじめ、訪問看護事業所等の関係機関との情報共有の体制構築
- ・ 薬剤師による処方提案を通じた、適切な薬剤管理に基づく医療機関との医薬品等の提供体制の構築

## ■ 訪問リハビリテーションとの連携

### ○ 訪問リハビリテーションについて

在宅患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点を踏まえ、医療機関におけるリハビリテーション(急性期・回復期)から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる提供体制の整備は重要である。高齢者のみならず、小児や若年層等の在宅患者に対する病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院から提供される訪問リハビリテーションの充実が求められる。また、地域におけるリハビリテーション提供体制の構築においては、都道府県リハビリテーション協議会等の地域リハビリテーションとの連携も考えられる。

#### 【連携内容の例】

- ・ 関係機関との患者のADLやリハビリテーションの内容等の情報共有の体制構築
- ・ 退院前カンファレンスなどへのリハビリテーション職種の参加など、退院(退所)における情報共有の体制構築

## ■ 訪問栄養食事指導との連携

### ○ 訪問栄養食事指導について

在宅患者の状態に応じた栄養管理を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション等の活

活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要である。

【連携内容の例】

- ・ 医療機関をはじめ、関係機関との患者の栄養管理に関する情報共有の体制構築
- ・ 退院前カンファレンスなどへの管理栄養士の積極的な参加等、入退院(入退所)における医療・介護の情報共有の体制構築

■ 在宅療養支援診療所/在宅療養支援病院との連携

○ 在宅療養支援診療所/在宅療養支援病院について

在宅医療において、単独又は連携により24時間体制で在宅医療を実施し、入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保を行う医療機関である。医療計画では、在宅医療において積極的役割を担う医療機関に位置付けられることが想定される。

【連携内容の例】

- ・ 地域の急変時の対応や24時間体制の構築
- ・ 地域の看取り体制の構築
- ・ 在宅医療に関する研修等の実施
- ・ 災害時対応の体制構築

■ 在宅療養後方支援病院との連携

○ 在宅療養後方支援病院について

病床数200床以上の病院において、在宅医療を提供する医療機関を通じて事前登録した入院希望患者が緊急の対応が必要と判断した時、24時間いつでも受入れを行う病院。緊急時に円滑な対応ができるよう、連携医療機関と定期的に患者の診療情報の交換を行っている。

【連携内容の例】

- ・ 登録した患者の診療情報について、在宅医療を提供する医療機関との定期的な診療情報の共有
- ・ 在宅療養支援診療所/在宅療養支援病院を含めた地域の急変時の対応や24時間体制の構築
- ・ 在宅医療に関する研修等の実施

メモ

第1章

第2章

第3章

第4章

【事例概要】

福岡県では、在宅医療を必要とする小児等が、在宅において必要な医療・福祉サービス等の提供を受け、地域で安心して療養できるよう、地域の在宅療養を支える体制の整備を進めており、多職種が参加する複数の会議体を有機的に連携させ、現場の課題抽出と解決策の検討を行っている。この体制整備に向け、毎年度、①県、県医師会及び県が指定する小児等在宅医療推進事業拠点病院\*1(以下「拠点病院」という。)が協議し、小児等在宅医療推進に係る取組方針を決定、②決定された取組方針に基づき、各地区別小児等在宅医療推進検討会\*2(以下「地区別検討会」という。)で協議、③各地区の協議結果を整理し、2つの県協議会へ報告・協議することで、県全体として現場の声を反映した施策の立案と実行につなげている。

\*1：県内で医療的ケア児の診療の多くを中心的に担っている6病院を指す。県からの委託を受け、①小児等医療提供ネットワーク構築、②医療福祉教育との連携、③社会資源調査・分析を実施している。

\*2：県内4地区に設置し、小児等在宅医療提供体制における地域課題等について協議する場。

【取組主体の基礎情報】(2025年12月時点)

運営主体*3	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課
担当者	1名(保健師1名)
対象圏域	福岡県全域
対象圏域の人口規模	人口：5,086,957人、老年人口：1,430,961人

\*3：庁内連携により体制整備に向けた取組を進めているが、本事例において「県」は、高齢者地域包括ケア推進課を指す。

【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

■ 取組体制

年度当初に、県、県医師会、拠点病院の代表である九州大学病院の3者で今年度の取組方針を決定し、県内6か所の拠点病院が参加する拠点病院会議で取組方針に基づく事業実施を依頼する。県は、地区別検討会の企画、関係団体間の調整を担う。

地区別検討会終了後には、各地区の会長、副会長、県医師会、県(高齢者地域包括ケア推進課、障がい福祉課)で、各地区の協議内容の共有と報告事項の整理を行い、福岡県在宅医療推進協議会(以下「在宅医療協議会」という。)及び障がい福祉課所管の福岡県医療的ケア児等支援協議会(以下「医療的ケア児協議会」という。)へ報告する。さらに、地区別検討会で抽出された小児等在宅医療の課題等については、県医師会の協力を得て、拠点病院をはじめとする地域の関係機関とともに、取組を進める。

■ 取組内容

県、県医師会、及び拠点病院代表が協議・決定した取組方針の下、地区別検討会において、小児等在宅医療体制における地域課題等を協議。協議内容を在宅医療協議会及び医療的ケア児協議会へ報告するとともに、拠点病院事業や在宅医療に必要な連携を担う拠点である郡市区医師会が行う在宅医療提供体制充実強化事業の取組へとつなげていくよう提案することで、県全体として、整合性があり実践的な小児等在宅医療体制構築を推進している。

会議体間の連携

各年度、地区別検討会の協議内容が、下表の区分に従い、在宅医療協議会、医療的ケア児協議会に報告され、各協議会は、報告事項について協議を行う。なお、全ての地区別検討会及び医療的ケア児協議会に、県医師会及び拠点病院代表が出席する。これにより確実な会議体間の連携と整合の取れた活動が可能となる。

参考：在宅医療協議会及び医療的ケア児協議会への報告事項の区分

在宅医療協議会	主に小児等在宅医療提供体制の整備に関する事項 ※地区別検討会で、小児の在宅医療提供体制に関連する事項が協議された場合には、在宅医療協議会に報告する。(例：在宅移行後の急性増悪時の受け入れ医療機関の拡充)
医療的ケア児協議会	主に地域での医療的ケア児の支援体制構築に関する事項 ※地区別検討会で、福祉・教育等との連携に関する事項が協議された場合には、医療的ケア児協議会に報告する。(例：レスパイト入院の利用状況や課題)

### 議題に応じた参加者の調整

地区別検討会の委員およびオブザーバーは、課題等を協議する過程で、必要に応じて随時追加している。例として、地区別検討会で医療材料・衛生材料の供給が課題として抽出されたため、委員として薬剤師会が加わった経過や、福祉・教育を含む関係機関とのネットワークの構築を行う必要があるため、オブザーバーとして県医療的ケア児支援センター、医療的ケア児等コーディネーターが加わった経過がある。現在は、委員として、拠点病院、郡市区医師会、小児科医会、小児科がある地域中核病院、地域周産期母子医療センター、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院、県訪問看護ステーション連絡協議会、地区代表歯科医師会、地区代表薬剤師会、地区代表看護協会が参加し、オブザーバーとして、市町村、県保健所、県医師会、県医療的ケア児支援センター、医療的ケア児等コーディネーターが参加している。

## ■ 実施における工夫点

関係機関から率直な意見を引き出し、共有する

今年度、地区別検討会に先立ち、地区別検討会委員及びオブザーバーに対してアンケート調査を実施し、現場で感じる率直な意見を事前に収集した。回答をもとに意見集約を行い、事前に県と県医師会と拠点病院代表とで主な検討内容の方向性について、協議・決定を行った。その後、県と地区別検討会の各会長とで各地区での進行や協議内容の詳細について協議することで、検討会で議論する事項を整理し、論点を絞った発言が行いやすい環境を整えた。また、アンケート結果を資料として提示し、参加者が他の意見も参照できるようにした。

## ■ 課題と解決策

必要時、ワーキング会議の開催を検討

地区別検討会の限られた時間の中で十分な検討が難しい課題については、地区別検討会の下部組織としてワーキング会議を設置し、実務者が柔軟に参加して具体的なテーマについて継続的に協議できる体制を整えた。これにより、現場の課題に即して議論を深め、より実践的な課題及び解決策の検討が可能となった。また、地区別検討会やワーキング会議に、在宅医療に必要な連携を担う拠点である郡市区医師会が出席することで、各地域の小児等在宅医療に係る実情を把握し、それを拠点としての活動に反映させることについても検討してもらっている。

## ■ 取組による効果

### 19歳以下の訪問診療患者数が2年間で倍増した

これまでの地区別検討会において、医療的ケア児の診療がNICUを有する一部の医療機関に集中していること、在宅移行後に家族に負担が集中していることが課題として挙げられた。この課題への対策として、令和5年度から「小児等地域療育支援病院\*4の整備」および「在宅療養児一時受入支援事業\*5」を開始した。

本取組の開始後、19歳以下の訪問診療患者数が2年間で約2倍(339人から663人)に増加し、訪問診療を提供する医療機関数も46か所から66か所に増加した。背景として、地区別検討会で協議された内容が県や拠点病院の事業に反映され、在宅移行に向けた地域の体制整備が進んだことが考えられる。今後は在宅医療を受ける小児患者数が増加したことに伴い、これらの在宅医療を支える支援体制に課題がないかを継続的に検討し、基盤強化に向けて取り組んでいく必要がある。地区別検討会等において地域課題の検討を進め、県全体および各地域の実状に即した支援体制整備に向け、必要な取組に反映させる。

\*4: 医療的ケア児の在宅療養への円滑な移行支援を目的として、在宅等に移行するための評価やトレーニング、在宅移行後の急性増悪時の受入体制整備を行う病院

\*5: 定期的医学管理や介護する家族の休養等のために、医療的ケア児を一時的に預かる事業

### 多職種間の連携強化に繋がっている

各会議体及びワーキング会議終了後も、参加者が互いに相談や事例を持ち寄り、活発な情報交換が行われており、多職種間の顔の見える関係が強化されている。

### 検討会内外での継続的な取組へと発展

地区別検討会で出された現状の課題に応じて、必要とされる専門性を持つ委員を適宜追加していくことの効果の一例として、薬剤師会の取組が挙げられる。上述の地区別検討会で抽出された地域の診療所での医療材料・衛生材料の供給に関する課題に対し、薬剤師会が、地区別検討会に継続的に参画することで、卸売販売業者による小分け対応状況の情報共有を行うとともに、小児の在宅医療では材料の取り寄せに時間を要するため早期の情報共有が重要であることなどを伝え、関係者間の共通認識を醸成した。同時に、検討会の場の外でも、従前からの県薬剤師会ホームページへの小児在宅対応薬局の掲載に加え、研修会の実施等の取組を進め、その進捗を地区別検討会へ報告してきた。このように、地区別検討会で抽出された課題は、参加者による地区別検討会内外での継続的な取組へと発展している。

# 福岡県小児等在宅医療の推進体制

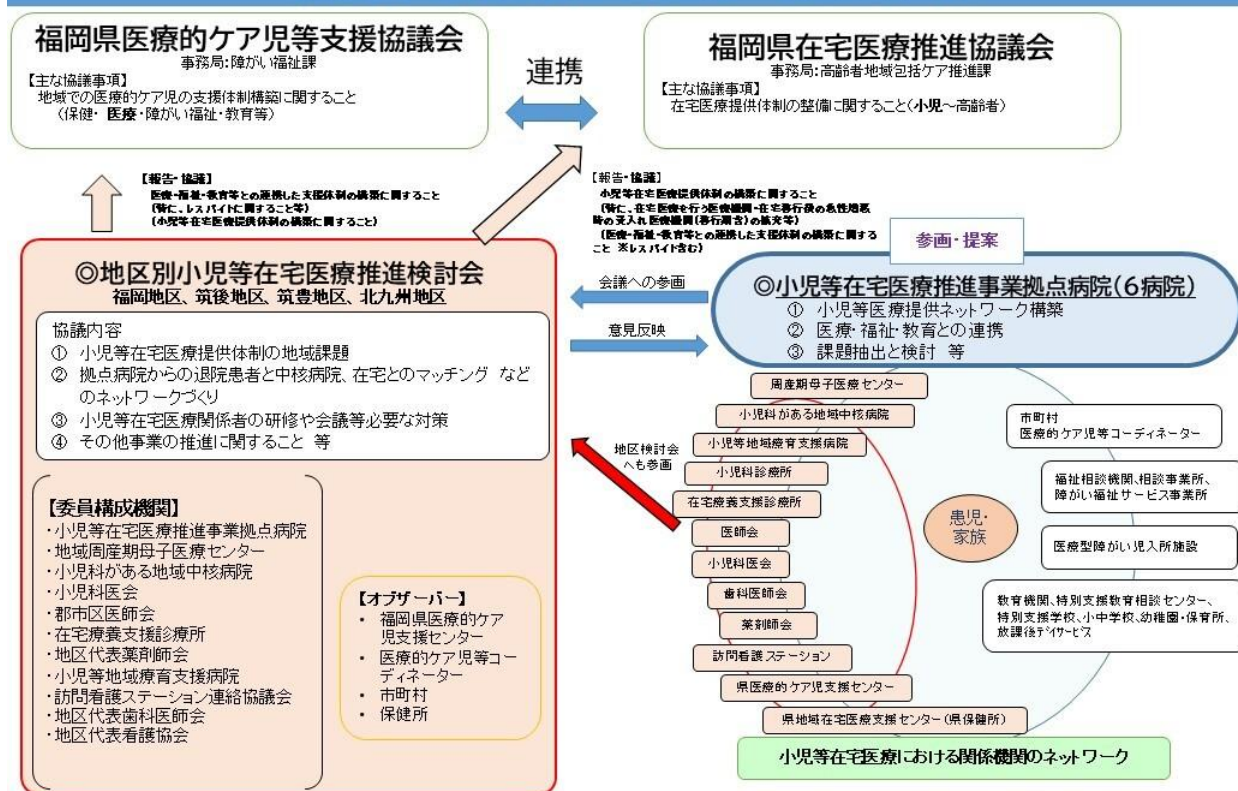


図23 福岡県の小児等在宅医療の推進体制

出典: 福岡県提供資料

### 3. 質の高い在宅医療の効率的な提供

在宅医療が必要な患者を支えるため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築、多職種による情報共有の促進を図ることが求められる。

医療体制の構築については、患者の急変時の対応を含め、医療機関が個別に24時間365日対応体制を維持することが困難な場合が考えられるため、複数の医療機関(在宅医療を提供する医療機関や後方支援機能を有する医療機関などの各種役割が考えられる。)による連携や、薬局、訪問看護事業所等の関係機関と連携することで、各医療機関の負担を減らしながら24時間365日対応体制を構築することができると考えられるため、連携体制構築のための体制整備を進めることが求められる。

多職種による情報共有の促進については、職種ごとに患者情報を取得する場合、患者への聞き取りや聞き取った情報の記入等の業務が重複することが考えられ、在宅医療をより効率的に提供し、職種ごとの患者情報の過不足をなくすため、多職種で協議し、情報共有方法を事前に決めておく必要がある。

#### (1) 急変時の対応体制や24時間体制の構築

##### ■ 実施内容、実施方法

##### ① 急変時の対応体制の構築や24時間体制の構築する際に求められる事項について

○ 体制の構築にあたっては、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要である。

##### 【急変時の対応体制の構築や24時間体制の構築する方法の例】

- ・ 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを用いて構築することが想定される。
  - ✓ 水平連携の例
    - 診診連携: かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ
    - 多職種連携: 情報共有システムの利活用(訪問看護事業所、歯科診療所、薬局含む)
  - ✓ 垂直連携の例
    - 病診連携: 急性増悪時等における救急医療機関等のバックアップ体制の確保

## (2) 多職種による情報共有の促進

### ■ 実施内容、実施方法

#### ① 「日常の療養支援」をはじめ、在宅医療提供体制全般に係る情報共有について

##### ○ 指針で求められている情報の共有の内容

- 患者への医療・ケアの提供にあたり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある。

#### ② 「退院支援」「急変時の対応」に係る情報共有について

##### ○ 指針で求められている情報の共有の内容

##### A) 退院支援

- 入院医療機関に求められる事項
  - ✓ 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報を共有する。
- 在宅医療に係る機関に求められる事項
  - ✓ 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有する。
  - ✓ 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院(退所)支援担当者に対し、地域の在宅医療、介護、障害福祉サービス等に関する情報提供や在宅療養に関する助言を行う。

##### B) 急変時の対応

- 在宅医療に係る機関に求められる事項
  - ✓ 患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、事前に入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う。
  - ✓ 急変時対応における連携ルールを作成する。
- 入院医療機関に求められる事項
  - ✓ 地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携することで、円滑な診療体制の確保に努める。

## 【事例概要】

希望する病院を事前登録した在宅療養患者について、担当するかかりつけ医が状況に応じて患者の希望する病院に診察を依頼し、診察後に必要性に応じて入院受入を行う仕組みを構築している事例。利用目的は、主に在宅療養中の高齢者の病状悪化や身体機能低下をできるだけ防ぎ、在宅生活を続けるための早期対応が想定されているが、在宅医療の多様なニーズを支えるため、今後は弾力的な対応を検討している。

## 【取組主体の基礎情報】（2026年2月時点）

運営主体	京都地域包括ケア推進機構
担当者	2名
対象圏域	京都府全域
対象圏域の人口規模	人口：2,472,013人、老年人口：732,822人

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

京都府の高齢者支援課地域包括ケア推進係が事務局を担う「京都地域包括ケア推進機構」（以下「機構」という。）は、「高齢者が介護や療養が必要になっても、住み慣れた地域で365日安心して暮らせる『京都式地域包括ケアシステム』」実現のため、京都府内の行政、医師会、歯科医師会、看護協会、介護支援専門員会といった医療・介護・福祉職の職能団体、大学、病院等の多職種・多機関で構成される団体である。

機構は、有症時の早期対応により、在宅療養中の高齢者の病状悪化や身体機能低下をできるだけ防ぎ、在宅生活を続けることを支援するため、「在宅療養あんしん病院登録システム」（以下「あんしん病院システム」という。）を構築し、その管理運用を担っている。

あんしん病院システムでは、機構が高齢者の受入に協力可能な「在宅療養あんしん病院」（以下「あんしん病院」という。）をあらかじめ募集・指定し、一覧を公表する。在宅療養中の高齢者は、一覧をもとに、在宅療養中の体調悪化時の受診・入院先として希望するあんしん病院をかかりつけ医に相談し、登録が行われる。登録された患者の基本情報は、機構から患者が希望するあんしん病院へ共有される。

## ■ 取組内容

実際のであんしん病院システムの利用に際し、かかりつけ医、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等が次の流れで連携している。

## (1) あんしん病院システムの患者への紹介

在宅療養中の高齢者に対し、かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー等があんしん病院システムの趣旨及び利用方法を紹介する。

## (2) 患者とかかりつけ医が相談及び登録申請

あんしん病院システムの利用を希望する患者は、登録の必須条件であるかかりつけ医との相談を経て、希望するあんしん病院を選び登録申請を行う。申請を受け付けた機構はかかりつけ医に状況を確認したうえで、患者を登録する。

## (3) あんしん病院への入院

患者の短期入院が必要であるとかかりつけ医が判断した場合は、登録済みのあんしん病院に情報提供を行い、診察を依頼する。あんしん病院は、外来診療にて診察のうえ、かかりつけ医と連携して入院を決定し、患者を受け入れる。入院中は、あんしん病院担当医とかかりつけ医が連携して治療方針を協議する。さらに、必要に応じてケアマネジャー、訪問看護師や地域包括支援センター等も連携に加わり、早期退院と退院後の円滑な在宅療養への移行に向け、患者を支援する。

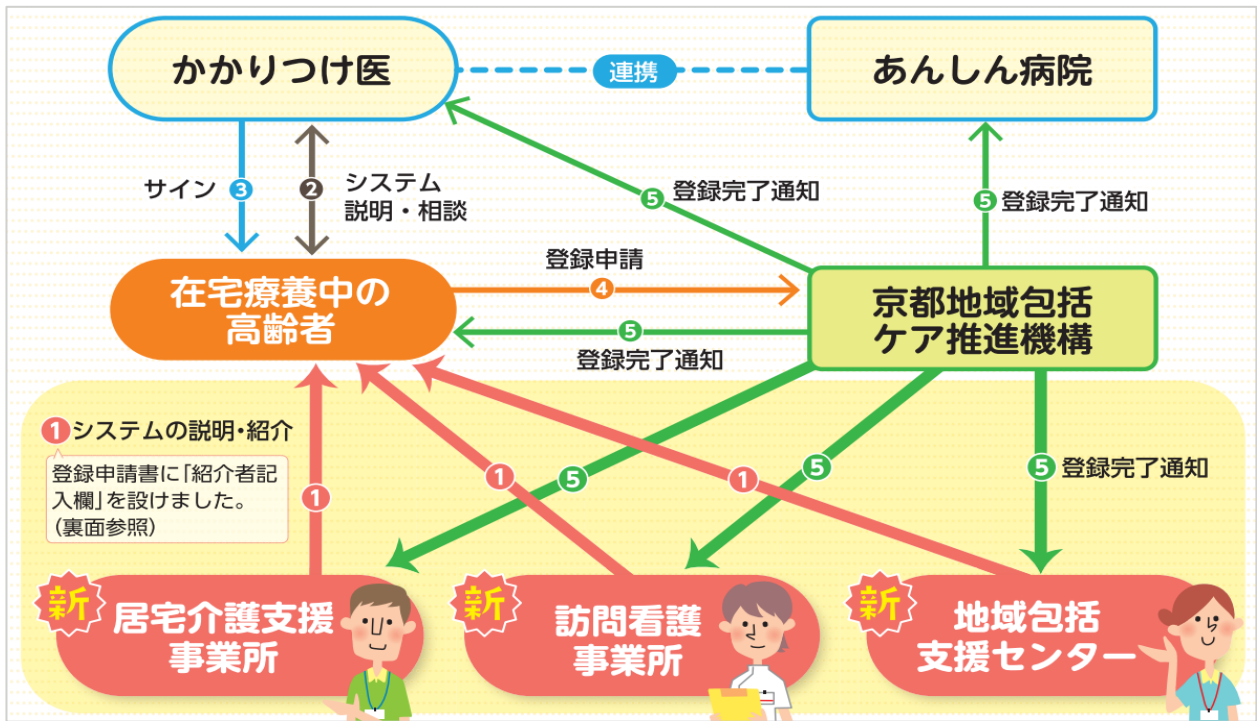


図24 患者登録までの多職種による連携イメージ

出典：令和6年度京都府介護支援専門員専門研修・実務経験者更新研修(課程Ⅰ・Ⅱ)資料

## ■ 実施における工夫点

### 患者の主体的な意思決定を支援するシステム設計

在宅医療における多職種連携が定着する一方、専門職間の協議が先行し、患者や家族の意向に沿っていない懸念がある。あんしん病院システムでは、患者や家族の意向に基づき、患者中心のケアを実現するため、患者本人がかかりつけ医に相談した上で、登録申請する仕組みを採用している。患者が自らの意思で入院先のあんしん病院を選択するプロセスは、一時的な体調悪化時の医療について事前に考え、意思表示する機会につながっている。

### アンケート調査によるあんしん病院システムの評価

機構事務局(京都府高齢者支援課)は、あんしん病院システムの有効性を客観的に検証するため、あんしん病院を対象としたアンケート調査による評価を実施している。あんしん病院システム利用の有無が「平均入院日数」に与える影響を比較分析することで、あんしん病院システムが体調悪化時から退院までの期間を短縮し、円滑な入退院に寄与することが確認された。

## ■ 課題と解決策

### 専門職間での患者を中心とした意識の醸成

日常業務において、在宅医療に関わる専門職の視点が自身の担当領域に限定されてしまう傾向がある。このため、機構内に「多職種による在宅療養支援プロジェクト委員会」を設置し、在宅医療に関わる他の専門職の視点を学ぶ機会を作っている。具体的には、職種横断的な課題や患者中心のケアを実現するための要点として「入退院支援における連携・協働の手引き」を整理・体系化しており、機構を通じて関係機関に広く共有することで、専門領域を超えた共通認識の形成と、患者中心のケアにつながっている。

## ■ 取組による効果

### 患者・家族の身体的・心理的負担を軽減する円滑な入院体制

あんしん病院システムは、入院から退院までの所要期間を短縮するという「効率性」と、患者本人の意向に沿った入院先を選択できるという「主体的な意思決定の尊重」を両立させている。これにより、円滑な入院支援の体制として、体調悪化時における患者・家族の身体的・心理的負担を大きく軽減することにつながっている。

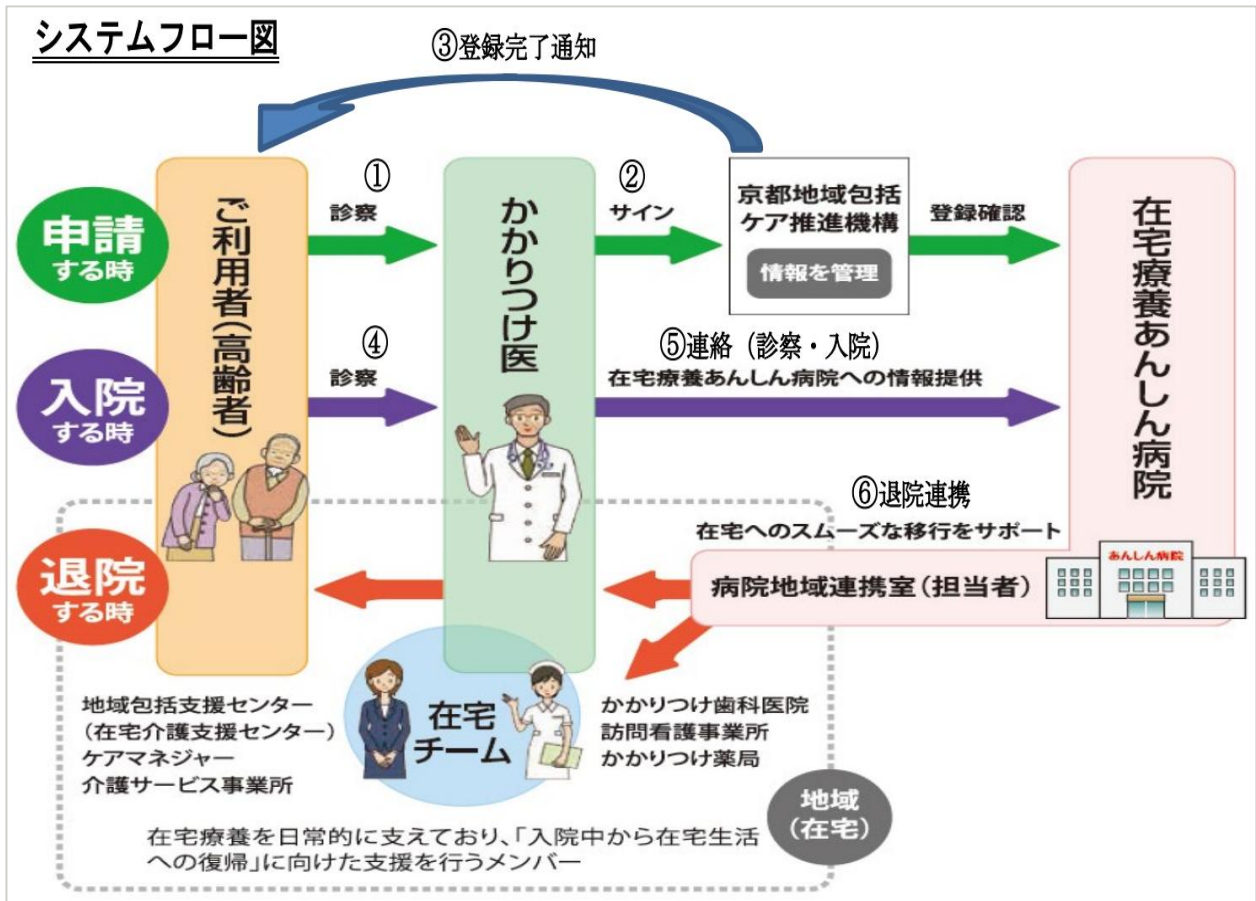


図25 登録申請及び入退院の流れ

出典: 令和6年度京都府介護支援専門員専門研修・実務経験者更新研修(課程Ⅰ・Ⅱ)資料

## 【事例概要】

圏域内で持続可能な365日24時間対応の在宅医療を提供するため、5つの診療所からなる連携型機能強化型在宅療養支援診療所が連携して輪番制で相互に患者対応を行う体制の構築を支援した。

この連携体制は地域の主要な訪問看護ステーションにも共有されており、主治医不在時に患者の容態が急変した時、訪問看護師がその日の連携先当番医と迅速に連絡を取ることが可能である。この仕組みにより、切れ目のない在宅医療の提供と多職種連携の実効性が高められている。

### 【取組主体の基礎情報】（2026年2月時点）

運営主体	十日町市中魚沼郡医師会 つまり在宅医療推進センター	拠点
担当者	3名	
対象圏域	十日町市、津南町（新潟県）	
対象圏域の人口規模	十日町市人口：47,124人、老年人口：19,638人 津南町 人口：8,456人、老年人口：3,758人	

十日町市中魚沼郡医師会が運営するつまり在宅医療推進センターは、新潟県より、在宅医療に必要な連携を担う拠点として設定されている。

### 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

当初、市町内の5つの診療所からなる連携型機能強化型在宅療養支援診療所（以下「機能強化型在支診」という。）で、主治医不在時に夜間、休日の対応を担う連携体制を敷いていたが、のちに在宅医療推進センター（以下「拠点」という。）が参画し、当番医療機関を決める際の調整を担うようになった。拠点は、年度ごとに機能強化型在支診と協力して、「自宅」と「特別養護老人ホーム」のそれぞれに対応した2種類の「主治医不在時当番表（連携対応表）」を作成。さらに、作成した連携対応表を地域の訪問看護事業所や高齢者施設へメールで一斉周知する役割までを一貫して担っている。

## ■ 取組内容

拠点が作成する2種類の連携対応表に基づき、夜間、休日における在宅療養患者の急変時に対応する医療機関を明確化している。急変時の対応フローも明確化しており、患者の容態が急変した場合、訪問看護師や高齢者施設の職員はまず主治医へ連絡することになっているが、主治医が不在または対応困難な際には、連携対応表に基づき、次に指定された医師へ順次連絡する。主治医と患者との信頼関係にも配慮し、在宅療養の開始時に、緊急時には主治医以外の医師が訪問する可能性があることを患者や家族へ書面で説明し、同意を得ている。

## ■ 実施における工夫点

### 拠点による事務負担の軽減と連携体制の構築

訪問診療医が一人で24時間対応を担うことへの身体的・精神的負担を軽減する目的で取組を開始した。持続可能性も考慮した24時間対応体制の構築のためには複数の医療機関が協働する連携体制が不可欠であるが、連携対応表の作成と関係機関への周知を拠点が一元的に引き受けることで、個々の医師や診療所の負担を軽減し、参加医療機関が診療に専念できる安定した連携体制の構築を行うことができた。

## ■ 取組による効果

### 地域医療全体における心理的安全性の向上

連携体制を敷くことで、医師の負担軽減に加え、訪問看護師や高齢者施設の職員も緊急時に連絡すべき相手が明確になることで、地域医療を支える関係者全体の安心感につながり、在宅医療の不可欠な基盤となっている。

## 【事例概要】

地域の多職種が関わり、入退院支援ルールの策定及び継続的な多職種向け研修会を実施することで、在宅医療の利用者が入退院時に切れ目なく必要な支援を受けられる仕組みづくりを行っている事例。

## 【取組主体の基礎情報】（2025年12月時点）

運営主体	宗像医師会 在宅医療連携拠点事業室	拠点 医介
担当者	2名（看護師兼ケアマネジャー1名、社会福祉士兼ケアマネジャー1名）	
対象圏域	宗像市、福津市（福岡県）	
対象圏域の人口規模	宗像市人口：96,869人、老年人口：29,741人 福津市人口：69,201人、老年人口：19,001人	

宗像医師会は、宗像市、福津市より、在宅医療・介護連携推進事業について委託を受けており、福岡県より、在宅医療に必要な連携を担う拠点として設定されている。

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

宗像医師会在宅医療連携拠点事業室2名が、方針・計画づくりを行い、宗像医師会在宅医療連携拠点事業運営委員会で承認を得ている。具体的には、入退院支援ルールを協議し、策定・見直しを行う「むなかた地域入退院支援ルール作成検討会」（以下「検討会」という。）を立ち上げ、当日の検討会進行、ルール作成・修正等の実務を担っている。なお、検討会は、各病院から派遣された検討委員（看護師またはソーシャルワーカー）で構成されている。

## ■ 取組内容

各病院・有床診療所の窓口情報及び入退院前後の地域での連絡・対応の流れを検討会で整理し、入退院支援ルールを策定のうえ、冊子として関係機関に配布した。配布後は、医療機関、ケアマネジャー、地域包括支援センター他、関係する職能団体を対象としたアンケートやヒアリングを通じ、活用の実態把握や意見収集を行い、必要に応じた入退院支援ルールの見直しを行っている。また、入退院支援ルールの枠組みを基礎にしながらも個別の対応が必要なケースについて、入退院支援に関する研修会や多職種連携研修会等を開催し、関係者間の連携体制を構築している。

## 関係者との調整

検討会の立ち上げに先立ち、地域の全病院が出席する会議体であった「宗像地区看護部長会」に取組の目的・方針を説明し合意を得た。看護部門の責任者を通じて、各病院の経営陣にも取組の意義と必要性が伝わったことで、各病院から検討委員がスムーズに選出された。事業開始前に地域のキーパーソンが参画する既存の会議体を活用し、関係者の理解と協力を得たことが成功の要因となった。

## ■ 実施における工夫点

## 成功事例をベースに策定

兵庫県但馬圏域「但馬圏域入退院支援運用ガイドライン」をベースにしつつ、地域の各職種の課題を整理し、8割は先例を流用、2割は地域の実情に合わせて調整し、効果的かつ効率的な入退院支援ルール作成を実現した。

## 地域の実情に合わせたルールの最適化

参考にした但馬圏域では共通の情報提供書フォーマット等、細部に渡ったガイドラインが定められていたが、宗像・福津エリアでは既に各病院個別の運用が定着していたため、共有すべき情報の大枠を定めるのみとし、細かい運用については各医療機関の裁量に任せ、現場での柔軟な運用を重視したルールを策定した。

## ■ 課題と解決策

### ルールの普及・活用状況がわからない

策定した入退院支援ルールの普及・活用状況(入退院支援ルールの内容が現場の実情と乖離していないかの確認も含む)の把握が困難であった。これに対し、アンケートやヒアリングを通じて現場の意見を収集することにより、入退院支援ルールの普及・活用状況とともに、運用上の課題が生じていないか把握を行った。

### 入退院支援ルールの枠組みを活かした多職種間での共通認識の醸成と柔軟な支援体制の構築

アンケートやヒアリングの結果、既存の入退院支援ルールだけでは、全ての場合に対応できず、ケースごとに柔軟な対応が必要であることが分かった。一方で、新たな項目の追加では、状況に応じた柔軟なルール運用が困難となるため、病院の地域連携室職員、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員等の入退院支援に関わる職種が参加するグループワークを通じ、個別対応が必要なケースについて共通認識を持つ機会を作った。(例:「介護保険未申請者又は介護保険サービス未利用者については、必ずしも地域包括支援センターに連絡するのではなく、患者の状態によっては、居宅介護支援事業所に直接連絡する場合がある等、入退院支援ルールで一律に対応するのではなく、柔軟に対応する。」「急性期病院の機能を参加者に知ってもらい、急性期病院は患者について速やかに情報提供できるわけではないことを理解する。」)

## ■ 取組による効果

### 各病院の入退院支援の窓口が明確化され、関係者間での連携が確立

入退院支援に係る連携当事者からは、窓口や連絡の流れが確立され、連携が強化されたとの声がある。担当者変更による連携方法の変化もあるため、日常的な関係づくりの重要性も認識された。

### 様々な多職種連携の取組への展開

入退院支援ルール策定を契機に、入退院支援に関する職員が一堂に会する場の必要性を感じたため、研修会の組織に発展した。これにより、医療機関、地域包括支援センター及びケアマネジャーのお互いの事情や役割理解が深まり、取組を通じて抽出された連携上の課題に対しても日常的に円滑に対応できるようになった。またコロナ禍に、入院医療機関で立ち上げた自主組織「病・病ネットワーク会議」に在宅医療連携拠点事業室職員が参加することで、会議で挙げた課題を共有し、取組を協働することにつながり、これまでの線的な関係が、面的な連携体制へと発展している。さらに新たな連携先として、介護事業所を組み込むことが現在検討されている。

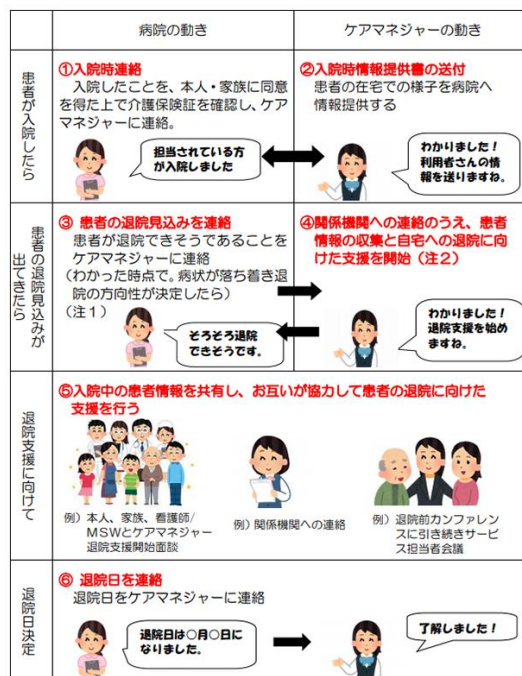


図26 入退院支援の流れ(介護保険サービス利用者の場合)

## 【事例概要】

在宅医療及び介護分野における、迅速かつ正確な多職種間の情報共有を実現するため、ICTを活用した連携プラットフォーム\*1を導入した。行政の委託事業として「在宅医療・介護連携推進事業」を担う地域包括ケア推進センターが、ICTツールの管理運営を担い、医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員等の多職種が患者情報をリアルタイムで共有する体制を構築。これにより、在宅医療の質の向上と関係者の業務負担軽減を図っている。

\*1:取組で利用しているICTツールの主な機能は、ユーザーがアプリ上の掲示板にてSNS形式で情報共有するものであり、医療機関・施設の種類や職種を問わず、患者に関わる専門職等が互いに情報を共有し、コミュニケーションを取ることができる。また、ICTツールの利用料は、基本的に無料である。

## 【取組主体の基礎情報】（2026年1月時点）

運営主体	宮崎市郡医師会 地域包括ケア推進センター	拠点 医介
担当者	5名（保健師2名、社会福祉士1名、ケアマネジャー1名、事務1名）	
対象圏域	宮崎市、国富町、綾町（宮崎県）	
対象圏域の人口規模	宮崎市人口：394,504人、老年人口：116,215人 国富町人口：18,243人、老年人口：7,088人 綾町 人口：6,785人、老年人口：2,618人	

宮崎市郡医師会地域包括ケア推進センターは、宮崎市、国富町、綾町より、在宅医療・介護連携推進事業について委託を受けており、宮崎県より、在宅医療に必要な連携を担う拠点として設定されている。

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

ICTツールの管理運営は、宮崎市郡医師会が運営する地域包括ケア推進センターの職員5名が担っている。ICTツールに係る利用者向けの研修の実務、問い合わせ対応、ユーザー管理、掲示板の運用等、日常的な管理運営実務を行っている。なお、現時点でユーザーは、医療職、介護職、介護福祉施設の職員等に限られる。システム利用希望者は、地域包括ケア推進センターに登録申請し、ICTツールの使い方や個人情報保護に関する研修を受講することにより、ICTツールを提供しているシステム会社に通知の上、ユーザーとして登録される。また、当該システム会社のポリシーを基礎に作成された宮崎市郡医師会運用ポリシーに従っての使用について誓約の上使用することとしており、不適切な掲示板の利用が認められた場合等においては、地域包括ケア推進センターが当該掲示板を削除することとしている。

運用ポリシーや利用者条件等については、システム導入時に、医師、看護師等の多職種約20名で構成される検討委員会を設置し、検討を行った。その後、宮崎市、国富町、綾町が含まれる宮崎東諸県（ひがしもろかた）医療圏においては、医療・介護関係者で構成され、在宅医療・介護連携推進を目的に宮崎市、国富町、綾町が共同で設置した「宮崎東諸県在宅医療介護連携推進協議会」の下部組織であるICTワーキング部会（年3回開催）がその機能を継承し、運用ポリシーの見直しや、新たな研修の企画を担っている。

## ■ 取組内容

多職種が使用するICTツール内に、用途に応じた2種類のグループを作成し、掲示板を利用して、多職種間の情報共有を促進している。一つは、グループ参加者を対象に、研修情報、新規事業者情報、空床情報、災害情報等を共有する広域情報用の掲示板である。もう一つは、患者単位のグループで、その患者の直接の関係者のみが参加し、個別ケースの情報共有に活用されている。

また、利用者の拡大とICTツールの定着を図るため、年1回の全体研修会に加えて、要望に応じて個別の事業所・担当者向けの研修も実施している。これらの取組の結果、2026年1月現在の登録者数は約1,800人に達し、毎年200人程度のペースで増加しており、地域の情報連携基盤として浸透している。

参考:ICTツールで共有されている情報

種別	共有情報(例)	主なユーザー	公開範囲	グループ管理者
①研修情報*2	職能団体等が実施する研修の告知等	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、相談支援専門員、保健師、理学療法士、作業療法士、地域包括ケア支援センター、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設、有料老人ホーム、グループホーム等施設等の職員等 (患者本人は不参加)	公開*3(グループ参加者のみ閲覧可能)	地域包括ケア推進センター
②新規事業者情報*2	新規事業者(新規の医療機関・介護福祉施設等)の場所や提供サービスの情報等			
③災害情報*2	災害情報(津波等災害情報、ライフライン状況等)、ユーザーの安否情報			
④空床情報	介護老人保健施設、有料老人ホーム、グループホーム等施設の空き情報、入所先の相談			
⑤患者別グループ	疾患名、薬歴、住所など基本情報共有 チャット機能を利用して訪問時の報告など共有が可能	患者を担当する医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー等 (患者本人は不参加)	非公開(グループごとの参加者のみ閲覧可能)	患者担当医師

\*2:①②③は同じ掲示板にある。

\*3:登録ユーザーに公開しているが、参加者は宮崎市郡の多職種に限定しており、それ以外の地区は参加を拒否している。

## ■ 実施における工夫点

### ユーザー視点に立ったトライ&エラーによる改善

新しい情報共有を目的とした掲示板の本運用前には、試験運用を実施し、ユーザーの意見を反映しながら改善を図った。試験運用終了後には、ユーザーアンケートで意見を収集し、本運用に向けた検討に役立てた。例として、災害情報共有の掲示板を試験運用した際、当初は津波情報、施設の被害状況、道路交通情報、停電その他のライフライン情報等の全ての情報を一つの掲示板で確認できるよう一括共有を行っていたが、「情報が時系列で流れ、必要な情報が埋もれてしまう」との課題が判明した。ユーザーの意見を反映し、情報を種類別に分けることで、目的の情報を迅速に探せるよう利便性の向上に取り組んでいる。

## ■ 課題と解決策

### ICTの利用に不慣れなユーザーへのサポート提供

ユーザーのICTツール利用スキルや利用環境の理解不足が課題となることがある。その解決策として、地域包括ケア推進センターの担当者による個別の問い合わせ対応や研修実施による直接支援に加え、各施設でICT活用を推進するキーパーソンを育成できるよう研修を工夫している。

この取組により、例えばICT操作に不慣れであっても、施設内の他の職員から支援を受けられる体制が整う。こうした組織的な支援体制がユーザーの心理的障壁を低減させ、多忙な専門職の新たな参加を促し、結果として利用者の拡大に繋がっている。

## ■ 取組による効果

### 業務負担の軽減と効率化

複数の職種・施設への一斉の情報共有が可能となり、従来の電話連絡等に比べて連絡調整業務が大幅に効率化された。これにより、現場職員の業務負担軽減につながった。

### 連携の質の向上

職種間の垣根なく情報共有ができる環境が整ったことで、医師以外の専門職も積極的に情報発信を行うようになった。各自が適切なタイミングで情報を確認できるため、多職種連携がより円滑かつ質の高いものとなった。

参考ページ: [https://www.cure.or.jp/houkatsu\\_care/](https://www.cure.or.jp/houkatsu_care/)

## 4. 在宅医療に関する人材育成

持続的な在宅医療の構築や質の向上を図るため、在宅医療に関する人材育成を通じ、在宅医療を担う新たな人材の確保や既存の人材の専門性の向上等につなげることが求められる。在宅医療に関する人材育成を効果的に行うためには、圏域の特性に合わせたテーマを選定し、そのテーマに即した対象者の選定、実施方法の検討及び周知が必要になる。

### (1) 研修の実施

#### ■ 実施内容、実施方法

##### 【研修の企画方法の例】

##### ① 研修のテーマの選定

- 第2章の1(3)に記載の「連携上の課題」等を踏まえ、圏域内で実施すべき研修のテーマを選定する。
- その他テーマを選定する際に参考となる情報は次のものが挙げられる。
  - ・ 他圏域の在宅医療に必要な連携を担う拠点で実施されている研修のテーマ
  - ・ 第2章の1(1)の連携会議に参画する委員等の意見
  - ・ 在宅医療関係者へのアンケートによる意見収集 等

##### ② 対象者の選定

- ①で検討したテーマに則した対象者を選定する。
- 対象者を選定する際は、対象者の職種のみならず、想定する在宅医療の業務内容や経験年数、勤務地等、可能な限り具体的に検討する。

※研修対象が先に決定し、それに合わせた研修のテーマを選定することも想定されるため、①、②の順番については状況に応じて入れ替わる可能性がある。

##### ③ 研修の実施方法の検討

- ①、②に則した研修の具体的な実施方法を検討する。
- 想定される検討内容については次のものが挙げられる。
  - ・ 演者・講師
  - ・ 実施時期、実施時間
  - ・ 実施場所
  - ・ 適当な講師との関係性がなく、依頼が困難な場合は、都道府県や市町村や多職種が参加する連携会議の構成員等の関係者に相談することを検討

##### ④ 周知方法の検討

- ②で検討した対象者に効果的な周知方法を検討する。
- 想定される周知方法は次のものが挙げられる。
  - ・ 在宅医療に必要な連携を担う拠点や都道府県、市町村のホームページ
  - ・ 都道府県や市町村や拠点の在宅医療に係る広報誌
  - ・ ②の対象が多く所属する関係機関への周知依頼

## ■ その他、取組実施の際の工夫

- 研修の開催頻度については、研修が顔の見える関係づくりにも寄与することを念頭に、少なくとも四半期に一度開催するなど、年に適当な回数を設定する。ただし、研修の開催に当たっては、必要に応じて、都道府県に支援を求めるなど、研修の持続性も検討することが望ましい。
- 研修を企画する際は実際どのような研修が他の拠点等で行われているか参考にすることが望ましい。
- 圏域内で在宅医療・介護連携推進事業等による研修を実施している場合を含め、既存の研修と内容が重複しないよう連携しながら、一体的に進めることが必要である。

表3 在宅医療と介護の連携推進において実際に行われている研修の例

No.	分類	開催形式	テーマ・演題	演者	対象
1	退院支援	講演	入退院時連携における各機関の役割	関係機関の退院支援の担当者等	退院支援に係る多職種
2	退院支援	講演	退院支援の流れ・連携等について	関係機関の退院支援の担当者等	退院支援に係る多職種
3	退院支援	グループワーク	自地域の連携状況と課題、対応策の検討	関係機関の退院支援の担当者等	退院支援に係る多職種
4	退院支援	グループワーク	退院支援の多職種連携とは	関係機関の退院支援の担当者等	退院支援に係る多職種
5	日常の療養支援	講演	認知症になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていけるように	認知症専門病院の医師	在宅医療・介護に係る多職種
6	日常の療養支援	講演	在宅医療におけるリスクマネジメント	在宅医療における安全管理の有識者	在宅医療・介護に係る多職種
7	急変時の対応	講演	在宅医療と救急医療の連携	地域の救急輪番病院の医師	在宅医療・介護に係る多職種
8	看取り	講演	ACPの基本を学ぶ	ACPに普段から取り組む関係者	在宅医療・介護に係る多職種
9	看取り	グループワーク	どうすれば患者や家族にACPを知ってもらえるか	ACPに普段から取り組む関係者	在宅医療・介護に係る多職種

## (2) 知識・技能に関する情報共有

### ■ 実施内容、実施方法

- 第2章の4(1)において実施する研修以外にも在宅医療の知識・技能についての情報共有を行い、人材育成を行う方法もある。
- 情報共有の方法としては、対面による情報交換と紙面・ウェブ等の媒体を介した情報共有がある。
- 研修参加等により情報収集した者が、プレゼン資料や配布資料に基づき、自施設内等で情報共有や研修ができるようにすることが、理解促進につながると考えられる。

#### 【情報共有方法の例】

- ・ ワールドカフェ形式(対面の情報共有):参加者が対話形式で業務上直面している悩み事や課題を共有し、意見交換を行う。
- ・ パンフレット形式(媒体を介した情報共有):年に数回圏域内の活動の状況を専門職向けに発行

#### 【情報共有する内容の例】

- ・ 在宅医療の体制整備等に活用できる基金等の各種制度に関する情報
- ・ 圏域内又は他圏域での課題や取組事例
- ・ 課題解決に必要な専門知識や技術等の情報
- ・ 研修会の案内

メモ

第1章

第2章

第3章

第4章

## 【事例概要】

飯能市基幹型地域包括支援センターが事務局となり、多職種協働のもと、専門職向けの「ワールドカフェ」(年2回)と住民向けの「市民フォーラム」(年1回)を開催している。ワールドカフェでは対話による顔の見える関係構築を、市民フォーラムでは住民への普及啓発を推進。ワールドカフェ、市民フォーラムを開催するための団体「多職種連携座談会 飯能・日高地区ワールドカフェ」が企画・運営を担い、参加者の意見を取組改善に繋げるなど、柔軟な活動を展開している。

## 【取組主体の基礎情報】(2025年12月時点)

運営主体	多職種連携座談会 飯能・日高地区ワールドカフェ
担当者	飯能市基幹型地域包括支援センター3名(うち、ケアマネジャー1名、保健師1名)
対象圏域	飯能市、日高市(埼玉県)
対象圏域の人口規模	飯能市人口:77,963人、老年人口:25,560人 日高市人口:54,192人、老年人口:18,356人

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

本取組は、ワールドカフェ、市民フォーラムを開催するための団体「多職種連携座談会 飯能・日高地区ワールドカフェ」(以下、「飯能・日高地区ワールドカフェ」という。)が飯能市・日高市の補助金を受けて運営を行っており、団体の事務局を飯能市基幹型地域包括支援センターが担っている。飯能・日高地区ワールドカフェの運営体制は、コアメンバーである薬剤師会を中心に、医師会、歯科医師会、柔道整復師会、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所、行政、社会福祉協議会など多様な関係機関が協働している。

## ■ 取組内容

## ① ワールドカフェ

ワールドカフェは年2回開催しており、医師会、歯科医師会、薬剤師会、柔道整復師会、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所、地域包括支援センター、行政、社会福祉協議会、障害福祉サービス事業所、障害者相談支援センター等の多様な関係機関が参加している。毎回100人以上が参加しており、参加者を小グループに分け、各グループにファシリテーター(役員等)を配置して、グループごとに意見交換を行っている。「テーマに基づいて必ず意見を発表すること」「他者の意見を批判しないこと」等のルールを定め、一定時間後にテーブルメンバーを入れ替えながら対話を繰り返し行っている。

ワールドカフェは施策への意見収集、改善の場としても活用されている。例えば、飯能市ではACP(アドバンス・ケア・プランニング)を推進する取組の一環として「人生プランノート」を作成しており、人生プランノートの更なる普及のため、ワールドカフェ参加者から意見を募る機会を設け、改善点の洗い出しにつなげた。

## ② 市民フォーラム

市民フォーラムは年1回開催しており、市民が医療や介護をより身近に感じられるようなイベントを企画・実施している。令和7年度は、ワールドカフェの過去10年間の取組を紹介する動画を作成し、会場で放映することで、ワールドカフェの活動の経緯や成果を発信したほか、人生会議に関する講演、棺おけに入る体験、ダンスや和太鼓披露などのイベントを実施した。

## ■ 実施における工夫点

### ① ワールドカフェ

#### 様々な職種と協働したワールドカフェの運営

事務局である飯能市基幹型地域包括支援センターだけでなく、飯能・日高地区ワールドカフェのコアメンバーと密に相談しながら役割分担を行い、円滑な運営体制を構築している。また、多様な関係機関等を積極的に巻き込むことで、多職種の合同勉強会よりも、参加者同士で他者の意見を聞く機会を増やすことや顔の見える関係を作ることにより重きを置き、参加者の幅を広げている。

#### 地域課題に即した柔軟なテーマ設定

テーマ選定は、飯能・日高地区ワールドカフェのメンバーがその年の社会的課題や地域のニーズを踏まえて意見を出し合い、必要に応じて事務局からの提案も取り入れることで、より適切で効果的なテーマ設定を行っている。

### ② 市民フォーラム

#### 多職種との協議による企画立案

一般の方に医療や介護を身近に感じてもらうため、さまざまな世代が興味を持てるようなイベント内容となるよう、飯能・日高地区ワールドカフェのメンバーで話し合いを重ねている。

## ■ 課題と解決策

#### 多職種参加による運営

多職種が参加することで、運営に関わる業務や役割を、飯能・日高地区ワールドカフェのメンバー等と分担できるため、運営体制が効率的で安定したものになっている。それぞれのメンバーが得意分野や専門性を活かして協力し合うことで、より円滑な運営が実現している。

## ■ 取組による効果

#### 自由な対話を通じた多様な関係者間とのネットワーク構築

多種多様な関係者が一堂に会し、多くの参加者とテーマを通じて直接対話できることで、1度に多くの意見を聞くことができるだけでなく、多くの方と顔の見える関係を築くことができる。これにより、普段は接点のない関係機関等とも気軽に話す機会が生まれることで今後の連携や協力がスムーズに進むなど、地域全体のネットワーク強化にも寄与する。

## 【事例概要】

長崎市医師会が運営する「長崎市包括ケアまちなかラウンジ」(以下「まちなかラウンジ」という。)では、市民や専門職向けに、定期的に機関誌「まちなかラウンジNEWS」を発行し、在宅医療や介護に関する情報提供を行っている。

## 【取組主体の基礎情報】(2025年12月時点)

運営主体	長崎市医師会 長崎市包括ケアまちなかラウンジ	医介
担当者	1名	
対象圏域	長崎市(長崎県)	
対象圏域の人口規模	人口:390,551人、老年人口:135,540人	

長崎市医師会が運営する長崎市包括ケアまちなかラウンジは、長崎市より在宅医療・介護連携推進事業の委託を受けている。

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	基本市町単位であるが、一部医師会単位で設定
--------------	-----------------------

## ■ 取組体制

掲載トピックの選定や原稿の作成は、まちなかラウンジ所長(事務職)が行う。また、個人情報保護、用語の正確性等の観点からの原稿の最終確認や市ウェブサイトへの掲載は、長崎市地域包括ケアシステム推進室が担当している。

## ■ 取組内容

まちなかラウンジNEWSでは、まちなかラウンジが実施する専門職向けの研修会(例:医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面ごとの課題解決に向けた研修)や市民向け講座(例:在宅医療や人生会議の周知)等に関するお知らせ、研修会等で実施したアンケート調査の結果の掲載、作成したパンフレット等の紹介を行っている。発行は年4回、電子版と紙版の両方で行い、市のウェブサイト掲載や窓口設置に加え、まちなかラウンジが主催する講座等で配布する。

## ■ 実施における工夫点

低コストで市民サービスを向上

原稿の作成、印刷、配布は、業者委託せず、全て自前で行い、低コストで市民サービスの向上につながるよう工夫している。

## ■ 課題と解決策

限られた人員による情報収集・トピック選定と他業務との両立が難しい

コロナ禍で研修会が開催できなくなったことをきっかけに作り始めた当初は、まちなかラウンジのコーディネーター(看護師、介護支援専門員)が作成に携わっていたが、市民や専門職からの相談対応等で業務多忙となったため、全ての情報を管理する所長が作成を引き継ぐこととなった。限られた人員で、継続的に情報発信を行っていくため、掲載内容はまちなかラウンジが在宅医療・介護連携推進事業の枠組みで実施している業務に関連するトピックに絞り、市や職能団体など他媒体と重複する情報(例:市民向け熱中症予防啓発)は選定から外した。また、専門職向けと市民向けにそれぞれ作成していたNEWSを共通して読める記事に絞って統合した。これにより、まちなかラウンジの所長が管理業務と両立しながら、継続して在宅医療や介護に関する情報発信を実現している。

## ■ 取組による効果

まちななか라운ジの活動が市民や専門職から広く認識され、まちななか라운ジが市民から在宅医療や介護に関する相談の受付や情報提供などを行う、医療・介護相談窓口の利用促進につながった。

**この号の内容**

- 【開催報告】まちななか라운ジ市民健康講座
- 在宅医療講座のご報告とご案内
- 専門職向け看取りパンフレットのご案内
- 出張講座のご案内
- がん患者会「さ\*く\*ら」のご案内

**施設で働くみなさまへ・看取りの場面、不安や心細さを感じていませんか？**

令和4年度に長崎市が実施した在宅医療・介護連携実態調査では、約7割の医療・介護関係者が看取りに不安や負担を感じていることが明らかになりました。

こうした結果を受け、長崎市医師会（まちななか라운ジ）では、2025年1月に「大切な人の穏やかな旅立ちのために」と題した専門職向け看取りパンフレットを発行しました。

看取りの基本的な知識や対応のポイントを、現場で役立つ形まとめています。専門職の方には無料で配布していますので、ご希望の方は、まちななか라운ジまでご連絡ください。また、看取り期を迎える利用者やご家族へ「看取り期の過ごし方」を説明する際に際する市民向けパンフレットも準備しています。

**【開催報告】まちななか라운ジ市民健康講座**

「私らしく★生きる part2 ～ふり返れば生き方がみえる 在宅看取りと人生会議～」

11月15日(土)、長崎市医師会館7階講堂にて、市民健康講座を開催し、約120名の市民や専門職の皆さまにご参加いただきました。「看取り」や「人生会議(ACP)」という重く感じられがちなテーマにもかかわらず、会場には終始温かな空気が流れ、参加者はアットホームな雰囲気の中で耳を傾けていました。

講座では、介護施設で多くの看取りを経験している職員、母親を自宅で看取ったご家族の体験談に、長崎の在宅医療を牽引してきた医師の先生方が加わって、優しさやユーモアを交えながら、在宅看取りや人生会議について語り合いました。実感に満ちた言葉の数々に、参加者は深く傾きながら聞き入り「自分らしく生きる」とは何かを見つめ直す貴重な時間となりました。

**住み慣れた場所で穏やかに自分らしく・在宅医療を学ぶ講座を各地で開催しています**

**在宅医療ってどんな医療か、ご存じですか？**

○在宅医療は、病院や診療所に通うことが難しくなった方が、自宅や施設で医療を受けられる仕組みです。医師による訪問診療や住診を中心に、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパーなど多職種が連携して支えます。

○「最期まで自宅で過ごしたい」と願う人は5割にのぼる一方で、現実には7割が病院で最期を迎えているというデータがあります。病院では元気がなかった方が、自宅に戻ると表情が明るくなることもある—それは、慣れ親しんだ空間で、自分らしく過ごせる安心感の力かもしれません。

○「これからどう生き、どう送るか」を話し合う人生会議(Advance Care Planning)は、本人の意思を尊重し、家族や医療・介護の支援者が迷わず支えられるようにするための大切な対話です。「最期まで自宅で過ごしたい」という願いを叶えるために、人生会議はとても大切です。

★長崎で在宅医療を牽引し、地域医療に貢献してきた先生方が、「在宅医療と人生会議」をテーマにした話を各地域で分かりやすく語っていただきました。

9月4日(木) 白鷺内科病院 院長 白鷺 章先生 (メルカツチまちプラザホール)

10月25日(土) たくま医院 院長 袴原 和彦先生 (香焼公民館)

11月1日(土) はらだ医院 院長 原田 義高先生 (滑石公民館)

**今後の「在宅医療講座」の予定** (お問い合わせ、お申し込みはまちななか라운ジへ)

- 令和8年2月28日(土) 14:00～15:30 ダイヤランドふれあいセンター
- まちななか라운ジ相談員による「教えて！在宅医療と介護」
- 令和7年12月4日(木) 14:00～15:30 茂木地区ふれあいセンター
- 令和7年12月18日(木) 14:00～15:30 山里地区ふれあいセンター
- 令和8年2月26日(木) 14:00～15:30 横尾地区ふれあいセンター

「もしバナゲーム」を活用して参加者同士が楽しく語り合いながら「自分らしく生きる」ことについて考える講座です

**がん患者会「さ\*く\*ら」・はじめての方も大歓迎です**

コロナ禍でお休みしていた「がん患者会さくら」をまちななか라운ジで再スタートします。

病気のこと、治療のこと、これからのこと...  
がんを経験された方のお話を聞いたり、まちななか라운ジの相談員に病気や生活の悩みを相談したり、ただただ世間話をするだけでも大丈夫  
がん以外の病気の方やご家族も、どなたでもご参加いただけます。  
事前の申し込みは不要です。お気軽にお立ちください。

○日時 毎月第3火曜日 13時～15時  
○場所 長崎市包括ケアまちななか라운ジ  
○参加費 無料

**長崎市包括ケアまちななか라운ジ 医療・介護の相談受付 在宅医療・介護の連携支援**

住所 長崎市江戸町6-5 江戸町センタービル2階  
電話 095-893-6621 FAX 095-826-3021  
Eメール machinnaka@muse.ocn.ne.jp  
開設時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30  
(土・日曜日・祝日・年末年始・8月15日はお休み)

図27 まちななか라운ジNEWSのイメージ

出典:長崎市ホームページ

## 5. 地域住民への普及啓発

在宅医療の体制構築や理解促進のため、地域住民への普及啓発を行うことが求められる。現在、在宅医療を利用している者だけでなく、将来の潜在的な利用者、またその家族等も含め、在宅医療に関する普及啓発を行うことで、在宅医療の適切な利活用につながることを期待される。これらの多様な対象者について、それぞれの対象に即した周知内容及び周知方法を検討する必要がある。

### ■ 実施内容、実施方法

#### ① 内容について

- 圏域内の現在の在宅医療の提供体制に係る情報について周知を行う。
- 具体的には、第2章の2(1)の地域の医療及び介護、障害福祉サービスの所在地や機能、第2章の2(2)において連携している機関や、住民への相談窓口等について周知することなどが考えられる。なお、他の拠点や自治体や在宅医療・介護連携推進事業の取組との重複を避けるため、あらかじめそれらの普及啓発の状況を確認することが望ましい。

#### 【普及啓発媒体の例】

- ・ ウェブサイト
  - ✓ 拠点独自のホームページを立ち上げるだけでなく自治体のウェブサイトを利用することも想定される。
  - ✓ 情報を持続的に広く発信でき、情報量の制約が少ない。
- ・ 在宅医療についての広報誌(在宅医療に関する情報が広く掲載されている資料)
  - ✓ 関係機関に設置するほか電子媒体を自治体のウェブサイトで公開することが考えられる。
  - ✓ 各所に紙媒体を設置することで在宅医療に関心が低い住民にもアプローチができる。
- ・ 公開講座の実施
  - ✓ 学術分野の専門家や他圏域内の実務者などが講師を行うことが想定される。
  - ✓ 関心の高い参加者に専門的な内容を情報発信できる。
- ・ 出前講座の実施
  - ✓ 公開講座に比べ、在宅医療への関心が低い住民の参加が期待できる。
  - ✓ 高齢化が進んでいる地域など、在宅医療についての普及啓発が必要な地域に対して選択的にアプローチできる。
- ・ 啓発資料(特定の対象に対して、伝える情報を絞って掲載した資料)
  - ✓ 在宅医療が必要になった際に住民が利用できる制度やサービス等を記載することが想定される。

#### 【関係機関と連携した普及啓発の例】

- ・ 自治体のウェブサイト
  - ✓ 自治体の在宅医療の取組を紹介すると同時に、②の在宅医療に必要な連携を担う拠点のウェブサイトのリンクの掲載を依頼することも想定される。
- ・ 自治体が発行する広報誌
  - ✓ 他の圏域や在宅医療に必要な連携を担う拠点の活動や、在宅医療、介護、福祉及び健康情報を含めた情報発信を行うことが想定される。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の普及啓発の取組との連携
  - ✓ 在宅医療に必要な連携を担う拠点と在宅医療・介護連携推進事業の実施主体が同一の場合、ウェブサイト等を共用することも想定される。

- ✓ 別の場合、相互リンクを設置し、それぞれの閲覧者がもう一方のウェブサイトも利用できるよう配慮することが考えられる。
- ✓ 在宅医療に必要な連携を担う拠点以外の医療機関や薬局等との連携
- ✓ 医療機関や薬局(かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進を積極的に支援する機能を備えた薬局(健康サポート薬局)による取組を含む。)において、既に行われている住民向けのイベント等と協働することが想定される。

## 【事例概要】

鳥取県では、県民が在宅医療を具体的な療養の選択肢として捉えられるよう、理解促進とイメージ共有を目的としたPR動画を制作した。より多くの方に情報を届けるため、県の公式ホームページや動画共有サイトでのオンライン公開。また、各地区医師会にDVDを配布し、住民向け出前講座等で活用することで、地域に根差した情報提供を推進している。オンラインとオフラインを組み合わせたこの多角的な普及啓発により、在宅医療をより身近なものとし、県民一人ひとりが自身の日常療養を主体的に考えるきっかけとなることを目指している。

## 【取組主体の基礎情報】（2025年12月時点）

運営主体	鳥取県福祉保健部健康医療局医療政策課
担当者	2名（在宅医療担当 主査1名、副査1名）
対象圏域	鳥取県全域
対象圏域の人口規模	人口：534,003人、老年人口：178,317人

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

本取組は、県の医療政策課（在宅医療担当2名）と地区医師会が、それぞれの専門性に基づき役割を分担し、緊密に連携する体制で推進された。

医療政策課は企画・推進等の取組全体の事務局機能を担い、地区医師会等へのヒアリング調査、動画構成案の検討・作成を、地区医師会は専門的知見から主に企画内容への助言や制作業者の選定協力等、取組全般の監修を担った。

## ■ 取組内容

## 取組の経緯

本取組は、県が平成28年度に実施した「『地域医療構想』に関する県政参画電子アンケート」の結果がきっかけとなっており、この調査において、県民の半数以上が療養の場所や人生の最期を迎えたい場所として「自宅」を希望していることが明らかになった。一方で、「実際にどこで最期を迎えると思うか」という設問に対して「自宅」と回答した県民は15.6%に留まり、県民の希望と現実認識との間には大きな乖離があることが浮き彫りとなった。

この結果は、多くの県民が在宅での療養を望みながらも、その実現性に不安を感じている現状を示唆しており、在宅医療に関する正しい情報を提供し、県民の理解を促進することが喫緊の行政課題として認識された。

## 取組内容

県民に対し、在宅医療が身近な選択肢であることを伝えるため、訪問診療、訪問看護等のサービス内容や、多職種の活動を紹介するPR動画を制作した。

企画段階において、県は地域医療の実情と専門的知見を反映させるため、地区医師会にヒアリングを実施し、「高齢者のみならず、小児や若年層を対象とする在宅医療も含む内容とすること」や「オンラインでの配信のみならずDVD等配布が可能な媒体も制作すること」といった意見があり、動画の構成・仕様に反映した。

制作においては、多様な視聴ニーズと広報効果を考慮し、詳細な情報を提供する「全体版」と、関心を喚起するための「ダイジェスト版」の2種類を制作した。動画のリアリティと信頼性を確保するため、訪問看護ステーション等の紹介と本人の十分な同意に基づき、患者本人及びその家族から出演の協力を得た。また、専門職の出演者については、訪問看護ステーション連絡協議会等の関係職能団体から選定した。

## ■ 実施における工夫点

小児をはじめとする全世代に向けた在宅医療の啓発

高齢者のみならず、小児や若年層も対象とした在宅医療の実態を、県内の患者やご家族に出演いただくことで、より具体的かつリアルに伝えることを重視した。

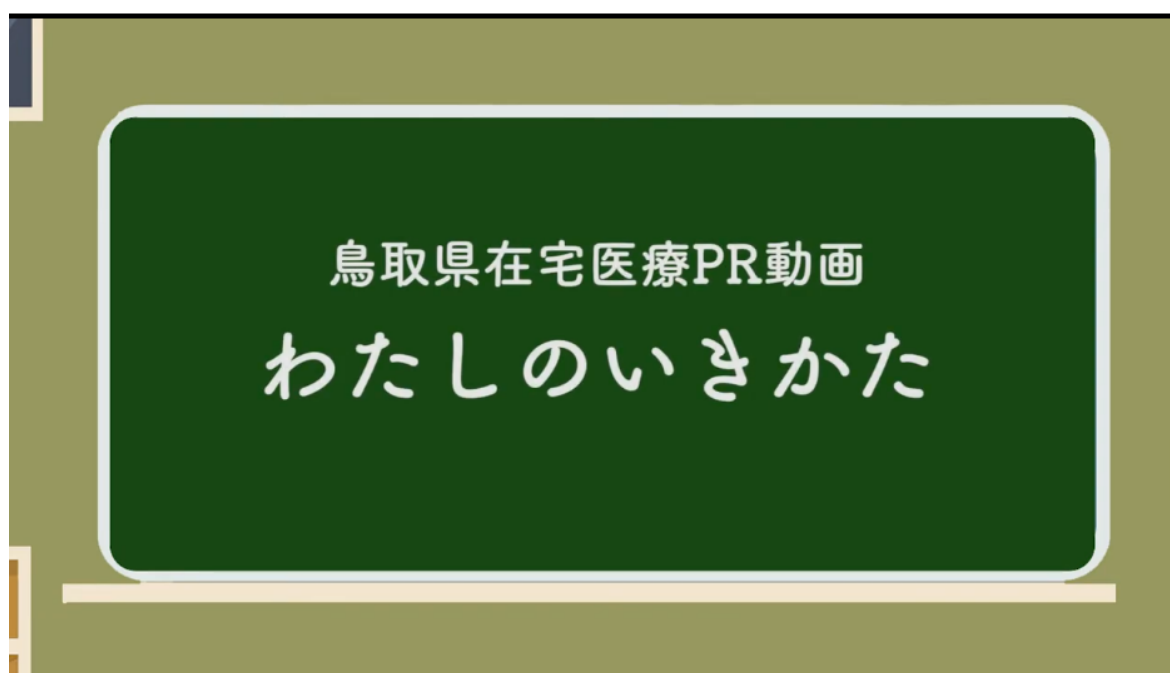
動画活用方法の事前協議

動画制作前に動画の活用に関するヒアリングを地区医師会に実施することで、内容及び仕様を明確化した。これにより県ホームページ等での公開だけでなく、例えば各地区医師会による出前講座等での活用を可能にし、幅広い用途に対応できるようにした。

## ■ 取組による効果

ウェブ配信と地域活動を組み合わせた効果的な情報提供

本取組により、在宅医療に関する情報を県民へ届けるための体制が構築された。動画のウェブ配信は広域的な情報発信を可能とし、DVDの配布は出前講座等の地域活動における普及啓発を強化した。このオンラインとオフラインの多角的なアプローチによって、幅広い県民への効果的な情報提供が実現した。



在宅医療で「いきかた」が変わる！広がる！「わたしの いきかた」（鳥取県）



【公式】とっとり動画ちゃんねる  
チャンネル登録者数 2.39万人

チャンネル登録

👍 高評価

🗨️

🔗 共有

📌 保存

⋮

7,367回視聴 2018/04/12

病気やけがで療養が必要になった時、入院以外にも、患者と家族が自宅で暮らしたいという希望をかなえる「在宅医療」という選択肢があります。

在宅医療キャラクター「たくい先生」と「りょうこさん」が、在宅医療の利用者、サポートしている方々のインタビューとともに、在宅医療のしくみや鳥取県の事例を紹介します。

鳥取県では、「希望すれば在宅で療養できる地域づくり」を進めています。

相談窓口など、詳しくはこちらを御覧ください。

<http://www.pref.tottori.lg.jp/274301.htm>

動画内容

(0:00) わたしは生き方を変えました

(7:17) 訪問介護

(10:45) 訪問看護

(12:21) 子どもの在宅医療

(22:36) わたしの逝き方

(26:42) 在宅看取り

図28 鳥取県在宅医療PR動画のイメージ

出典:YouTube【公式】とっとり動画ちゃんねる

# 都道府県による支援のポイント

## 都道府県による支援のポイント～全体の流れの概略～

### 圏域の設定

○圏域を設定する際に検討する要素

- ・在宅医療の提供体制に求められる医療機能を担う関係機関の状況
- ・地域包括ケアシステムの構築状況
- ・地理的要素や、患者の居住地域における在宅医療の提供体制、また後述の在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点と想定される医療機関、実施主体の状況も考慮に入れる

(参照) 指針第3 1、2

- A) 市町村を圏域として設定することを検討する場合
- B) 保健所圏域を圏域として設定することを検討する場合
- C) 二次医療圏を圏域として設定することを検討する場合
- D) その他地域の医療、介護資源等の実情に応じた圏域を設定することを検討する場合

### 在宅医療において積極的役割を担う医療機関・在宅医療に必要な連携を担う拠点の設定

○在宅医療において積極的役割を担う医療機関  
地域の診療所又は病院（特に、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院）について、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携を支援することのできる機関を適切に位置付ける。

(参照) 指針第2 2 (5)

○在宅医療に必要な連携を担う拠点  
在宅医療提供施設等の連携構築や地域における在宅医療に係る課題の抽出と対応策の検討等の協議を行う場としての機能を発揮するため、主体となる機関を適切に位置付ける。

(参照) 指針第2 2 (6)

### 在宅医療に必要な連携を担う拠点の運用支援

○また、以下のような在宅医療に必要な連携を担う拠点の実施内容について、必要な支援を行う。

(※特に災害時の対応をはじめ、圏域内のみでは完結しない内容も含まれるため、拠点同士の連携や、圏域を超えた範囲での調整を行うことも想定される。)

- ・多職種が参加する連携会議の開催
- ・地域における在宅医療の提供状況の把握
- ・連携上の課題の抽出と対応策の検討
- ・災害時対応の連携上の課題の抽出と対応策の検討
- ・地域の医療・介護・障害福祉資源の情報把握
- ・関係機関との調整 ～退院時から看取りまで～
- ・急変時の対応体制の構築や24時間体制の構築
- ・多職種連携による情報共有の促進
- ・研修の実施
- ・知識・技能に関する情報共有
- ・地域住民への普及啓発

○質の高い在宅医療を提供することのできる体制構築のため、在宅医療に必要な連携を担う拠点を位置付けた後もその活動を把握する。

メモ

第1章

第2章

第3章

第4章

# 1. 圏域の設定

## ■ 実施内容、実施方法

### ① 圏域を設定する際に検討する要素

- 在宅医療の提供体制に求められる医療機能を担う関係機関の状況
  - ・ 課題の抽出、施策の立案のため、圏域内において、患者動向に関する情報や医療資源・連携等に関する情報、指標による現状把握等を通じて、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を明確にして、在宅医療の提供体制が構築されている必要がある。
  - ・ 急変時の対応体制については、可能な範囲で、入院医療機関に求められる事項として指針に記載されている「在宅医療に係る機関(特に無床診療所)が担当する患者の病状が急変した際の受入れを行うこと」を参照すること。在宅療養支援病院、有床診療所(在宅療養支援診療所を含む。)、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等の配置状況を把握することが望ましい。
  - ・ 在宅医療に必要な連携を担う拠点は圏域内に少なくとも1つ設定されている必要があるが、拠点が連携できる範囲は拠点の主体としての活動範囲に依存する。そのため、設定した拠点の活動の範囲を圏域とすることを検討する。
  - ・ 一方、在宅医療の提供体制に求められる医療機能等、圏域の検討要素を鑑み、圏域の範囲と一致しない場合は、圏域内に複数の在宅医療に必要な連携を担う拠点を設定するなど、弾力的に拠点及び圏域の設定を行うことを検討する。
- 在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況
  - ・ 在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定する必要がある。
- 地域包括ケアシステムの状況
  - ・ 地域包括ケアシステムにおける地域の医療、介護、障害福祉サービスの所在地や機能等を把握し、地域包括ケアシステムを踏まえた圏域を設定することを検討する。
- その他検討する要素
  - ・ 患者の居住地域と在宅医療の提供体制  
患者は在宅医療の提供体制に求められる医療機能に応じ、必要な施設を利用すると考えられるところ、地域での在宅医療の状況を把握する上では在宅医療を同一圏域内において一貫して利用できることが望ましいため、地域における患者の医療機関等の利用範囲を加味して圏域を設定することが望ましい。
  - ・ 地理的要素  
山、河川、道路交通機関等、地理的要素については、患者の受診範囲や、災害時の対応等、在宅医療提供体制に大きく影響すると考えられる。したがって、これらの状況に応じ、既存の医療圏や行政区等にとらわれずに弾力的に圏域を検討することが望ましい。

## ② 具体的な圏域の範囲

○「①圏域を設定する際に検討する要素」を踏まえ、次のA～Dの範囲を参考に圏域の設定を検討する。

### A) 市町村を圏域として設定することを検討する場合の例

- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点の主体の活動範囲が市町村の場合（拠点が市町村の場合や、一つの市町を活動範囲とする医師会の場合等）
- ・市町村単独で在宅医療の提供体制に求められる医療機能の体制を構築できる場合 等

### B) 保健所圏域を圏域として設定することを検討する場合の例

- ・保健所が既に在宅医療の取組で積極的な役割を担っている場合
- ・市町村単独で在宅医療体制の構築は困難であるが、二次医療圏まで広げる必要がない場合 等

### C) 二次医療圏を圏域として設定することを検討する場合の例

- ・二次医療圏でないと在宅医療の提供体制に求められる医療機能の体制が構築できない場合
- ・患者が市町村を超えた広い地域で在宅医療を利用しており、在宅医療の提供体制を二次医療圏の範囲で構築することが適当であると考えられる場合 等

### D) その他地域の医療、介護資源等の実情に応じた圏域を圏域として設定することを検討する場合の例

- ・市町村単独では「① 圏域を設定する際に検討する要素」に記載の在宅医療の提供体制に求められる医療機能構築は困難だが、隣接する市町村と共同であれば構築が可能である場合
  - ✓ 保健所圏域や二次医療圏域など既存の区分けに従う必要はなく、地域の実情に応じた圏域を設定することも考えられる。
- ・小児や障害等を対象とした地域が、在宅医療患者の大半を占める高齢者を対象とした地域と大きく異なる場合
  - ✓ 患者動向を踏まえ、小児や障害等の対象者ごとの圏域を別に設定することも考えられる。
- ・複数の市町村が対象である郡市区医師会がある場合
  - ✓ 地域の資源などに応じて、郡市区医師会単位で在宅医療の圏域を設定することも考えられる。

## 【事例概要】

県と県医師会が連携し、KDB(国保データベース)データと、それを補完する「県独自調査」のデータを活用して在宅医療の圏域の設定を行った。データに基づく客観的な根拠を確保するとともに、地域の実情に応じた柔軟な設定を可能とすることで、適切な圏域設定を実現した。

## 【取組主体の基礎情報】(2025年12月時点)

運営主体	福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課 (福岡県医師会の協力のもと、本取組を実施)
担当者	1名
対象圏域	福岡県全域
対象圏域の人口規模	人口:5,086,957人、老年人口:1,430,961人

## 【都道府県の医療計画の情報】

在宅医療の圏域の設定単位	二次医療圏
--------------	-------

## ■ 取組体制

本取組は、県、県医師会、在宅医療推進協議会の三者が中心となって推進。県及び県医師会は本取組の主体であり、全体の方向性を示している。また、県が事務局を担う在宅医療推進協議会(在宅医療にかかる地域の課題や対策について、行政と医療関係者等が協議を行う場)は、医療・介護関係者等の多様な委員で構成されており、県と県医師会が共同で作成した施策案について、多職種の意見を反映する役割を担っている。

## ■ 取組内容

第8次医療計画の策定にあたり、従来二次医療圏単位としてきた在宅医療の圏域設定について、その妥当性を客観的エビデンスに基づき再検証するため、特性の異なる以下の2つのデータを活用した分析を実施。

## ① KDBデータによる患者受療動向の分析

KDBデータを活用し、福岡県医師会が在宅療養患者の住所と診療を行った医療機関の所在地情報を突合し、患者の受療動向を客観的に可視化する分析を実施した。

- ・ 訪問診療の実施地域範囲:訪問診療は、複数の二次医療圏にまたがり、県内を福岡、北九州、筑豊、筑後の4つに分けた、より広域な4地区内で概ね完結している。
- ・ 地域完結率:圏域内患者が圏域内医療機関から在宅医療を受けている割合は、市町村単位では完結しておらず、概ね二次医療圏単位で完結している。

## ② 在宅療養支援診療所等調査の分析

最新状況を反映するために、県と県医師会が毎年共同で実施している「在宅療養支援診療所等調査」(以下「県独自調査」という。)を活用した。本調査では「医師数」「訪問診療患者数」「在宅看取り患者数」といった直近の医療資源量や提供量を調査しているため、医療提供体制の動向を圏域設定の資料に反映させた。

①、②の状況及び医療・介護資源の充足状況を踏まえ、福岡県、県医師会及び関係団体が協議を行い、原則、二次医療圏を在宅医療の圏域と定めたが、地域の実情及び取組に応じて弾力的に定めることを可能とした。

## ■ 実施における工夫点

## 客観的データに基づく圏域設定

従来、根拠が曖昧であった圏域設定に対し、データ活用を全面的に導入し、議論の客観的根拠を確立した。特に、この分析を県と県医師会が共同で実施する体制を構築したことが、本取組の質を大きく高める要因となった。これにより、統計データに専門的知見が反映され、データ解釈の質的向上を実現した。

## 地域の実情に応じた柔軟な圏域設定

データ分析の結果を唯一の答えとせず、あくまで圏域を議論するための客観的な「土台」と位置づけた。その上で、データが示す患者の受療動向を踏まえつつも、市町村の行政区域、既存の医療・介護連携体制、地理的条件といった地域固有の実情を考慮して最終的な調整を行った。このプロセスにより、データに基づく合理性と地域の実情に応じた最適化が両立され、実効性の高い柔軟な圏域設定が可能となっている。

## ■ 課題と解決策

### KDBデータの課題を補完する独自調査の活用

医療計画策定に活用できるKDBデータは、参照するデータが過去のものとなるため、数年単位の時間的乖離が生じる。この課題に対し、県と県医師会が毎年共同で実施する「県独自調査」を活用した。本調査はアンケート形式で当年の実績をタイムリーに把握でき、回収率も95%以上と極めて高く、信頼性のあるデータ収集が可能である。これにより、KDBデータの弱点を補完し、常に最新かつ正確な情報に基づいた政策判断を可能とする体制を構築した。

## ■ 取組による効果

### 在宅医療提供体制の整備促進と利用者の増加

適切な圏域が設定されたことにより、その圏域内での在宅医療・介護連携が推進され、提供体制の整備が進んだ。住民が在宅医療を利用しやすい環境が構築され、在宅医療の利用者数が増加するという具体的な成果に結びついた。県独自調査によると、訪問診療の患者数は直近2年間で約1万人増加し、医療機関数はほぼ変わらない中で利用者が増えている。在宅療養患者の所在地(二次医療圏)と同一圏域内での在宅医療の提供(地域完結率)が県内で84.9%であった。特に高齢者向け住居の入居者が訪問診療患者数の約7割を占めており、都市部において増加する在宅療養患者の受け皿の提供が進んでいる。

令和5年度 医療機関所在地	保険者所在地															合計
	福岡・糸島	粕屋	宗像	筑紫	朝倉	久留米	八女・筑後	有明	飯塚	直方・鞍手	田川	北九州	京築	県外		
福岡・糸島	11,706	595	134	960	14	36	6	25	16	15	12	67	5	399	13,990	
粕屋	175	759	46	25	1	3	0	1	3	2	1	4	0	12	1,032	
宗像	28	140	969	2	0	1	0	1	1	4	0	52	1	21	1,220	
筑紫	333	31	2	1,595	41	62	0	1	6	0	0	5	1	70	2,147	
朝倉	2	0	0	6	370	59	0	0	0	1	0	0	0	9	447	
久留米	19	0	1	41	44	2,672	155	52	0	0	0	0	0	104	3,088	
八女・筑後	4	1	0	0	0	82	713	22	0	0	0	0	0	9	831	
有明	4	0	1	0	0	21	28	1,261	0	0	0	2	0	118	1,435	
飯塚	15	8	4	3	2	1	0	0	1,218	78	100	12	0	13	1,454	
直方・鞍手	5	3	24	0	0	1	0	2	48	747	45	144	2	6	1,027	
田川	2	1	0	0	0	2	0	0	11	20	548	20	14	7	625	
北九州	26	9	23	3	1	1	1	0	13	95	13	9,021	150	93	9,454	
京築	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	39	716	30	796	
県外	271	23	41	221	28	421	16	110	11	14	8	124	77	0	1,365	
合計	12,592	1,570	1,250	2,856	501	3,362	919	1,475	1,328	976	735	9,490	966	891	38,911	
地域完結率	93.0%	48.3%	77.5%	55.8%	73.9%	79.5%	77.6%	85.5%	91.7%	76.5%	74.6%	95.1%	74.1%		84.9%	

図29 KDBより集計した福岡県における訪問診療の診療圏(令和5年度)

出典:福岡県提供資料(KDBの外来データを利用した、在宅医療患者の住所と在宅医療を提供した医療機関の住所をもととした実態調査。4色の円は、県内4地区を示したもの。)

## 2. 拠点、積極的医療機関の設定

### (1) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

#### ■ 実施内容、実施方法

##### ① 在宅医療に必要な連携を担う拠点を設定する際に検討する要素

- 地域の在宅医療の提供体制に求められる医療機能の実施状況
  - ・ 在宅医療の提供体制に求められる医療機能の実施状況について、指標等を用いて明確にし、拠点を設定することが想定される。
  - ・ 在宅医療・介護連携推進事業の実施する取組との連携を図るため、当該事業の実施主体や、地域における位置付け等の実施状況を把握することが想定される。
- 主体となる機関の特徴
  - ・ 主体となる機関の設立趣旨や設置者、事業内容等を踏まえて検討する。
- 主体となる機関のこれまでの在宅医療の取組
  - ・ 主体となる機関の在宅医療の提供体制における地域の役割に加え、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体や在宅医療において積極的役割を担う医療機関との連携状況、また、主体となる機関の活動状況を踏まえて検討する。

##### ② 具体的な在宅医療に必要な連携を担う拠点の主体

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点の主体としては、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等のいずれかを候補とする。
- 在宅医療・介護連携推進事業での取組を踏まえ、在宅医療に必要な連携を担う拠点において同一の主体を設定することも考えられる。
  - A) 病院・診療所・訪問看護事業所
    - ・ 在宅医療を直接提供している機関であるため、圏域全体の在宅医療の関係機関との関係性が構築されている場合、実態に沿った連携が可能となると考えられる。
    - ・ 特に地域において在宅医療を提供する中核となる機関が限られる場合、その機関を拠点とした連携体制を構築することで、在宅医療提供体制の構築が円滑に行われることが想定される。
    - ・ 行政や普段連携していない他機関との調整等との連携体制構築にも留意する必要がある。
  - B) 地域医師会
    - ・ 各地に地域医師会が設置されており、医療機関との関係性が既に構築されているため、比較的速やかに在宅医療に必要な連携を担う拠点としての機能を発揮しやすいと考えられる。
    - ・ 特に、退院支援、急変時の対応や24時間体制の構築に関しては病病連携・病診連携が重要と考えられ、医師会が関わることで円滑に体制が構築されることが想定される。
    - ・ 研修や広報を行う際に、在宅医療を推進している医療機関等から講師の依頼や派遣が円滑になると想定される。
    - ・ 地域の医療資源の把握が円滑に行われることが想定される。
    - ・ 医師会員以外の医療機関との連携体制構築に留意する必要がある。
  - C) 保健所
    - ・ 地域の医療機関、介護事業所等の状況を中立的立場から把握しており、病院、一般診療所だけでなく、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等、在宅医療に係る様々な関係機関をつ

なぐことで、地域包括ケア体制の構築が進みやすくなると考えられる。

- 管轄区域が複数の市町村に及ぶ場合、市町村間の連携が円滑に行えることが想定される。
  - 都道府県の方針を踏まえた取組を円滑に行えることが想定される。
  - 在宅医療において、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等の関係団体と連携して医療機関相互の調整を行う等、積極的な役割を果たすことが求められていることから、在宅医療に求められる連携を担う拠点の取組と親和性が高いと考えられる。
  - 都道府県や市町村等との情報共有を行い、地域全体として効率的な取組ができるよう調整する必要がある。
- D) 市町村
- 市町村には介護担当部署のみならず、在宅医療が対象としている小児・障害者等に関連する福祉担当部署も設置されているため、拠点として設定することで各種福祉施策等との連携がとりやすいことが考えられる。
  - 都道府県や市町村における方針や取組との整合性を図りやすいことが考えられる。
  - 幅広い関係者や住民に対し情報発信が可能であると考えられる。
  - 都道府県や市町村等との情報共有を行い、地域全体として効率的な取組ができるよう調整する必要がある。
  - 都道府県の医療及び介護の所管部署、市町村の医療及び介護の所管部署等、関係者全体で情報共有を行い、効率的に取り組む必要がある。
- E) 地域包括支援センター
- 包括的支援事業を効果的に実施するため、医療機関や介護サービス事業者を含めた地域の多様な主体と連携するなど地域包括支援ネットワークの構築に努めることとされており、こうしたネットワークを活用することで連携が円滑に行えると考えられる。
  - 地域ケア会議の開催をとおして地域における関係者間の連携強化を図っており、多職種が参加する連携会議の開催が円滑に行えると考えられる。
  - 都道府県や市町村等との情報共有を行い、地域全体として効率的な取組ができるよう調整する必要がある。
- F) 在宅医療・介護連携推進事業の実施主体
- 既に設定されている在宅医療・介護連携推進事業の実施主体がA～Eの場合で、同一の主体を在宅医療に必要な連携を担う拠点とする場合、高齢者を対象として過年度から取り組んできた在宅医療・介護連携活動を踏まえて取り組むことができるため、比較的速やかに拠点としての機能を発揮しやすいものと考えられる。
  - 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」では、高齢者に限らず、医療的ケア児等も支援の対象となる点に留意する必要がある。
- G) 複数の機関で連携して在宅医療に必要な連携を担う拠点の機能を担う場合
- 地域によってはその地域の実情に応じ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能や在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項に適した複数の主体を拠点として設定する等弾力的に検討することが想定される。
    - ✓ 例えば、在宅医療の連携上の課題の抽出及び対応策の検討を、管轄の保健所が行い、関係機関と連携した研修会の開催等の取組については訪問看護事業所が行うということが考えられる。
  - それぞれの機関の役割を明確にするとともに、円滑な対応を可能とする連絡体制を整備する必要がある。

## (2) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

### ■ 実施内容、実施方法

#### ① 在宅医療において積極的役割を担う医療機関の候補

- 都道府県が在宅医療の圏域を設定する際に把握した地域の病院、診療所(特に、在宅療養支援診療所/病院)の中から、体制構築に求められる事項等を踏まえ、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を位置付ける。
- 支援の方法としては、指針において求められている「在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかける」際に関係機関との関係性の構築や場の提供、「地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介する」際のサービスに関する情報提供等が想定される。

＜在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項＞

- ・ 医療機関(特に一人の医師が開業している診療所)が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。)を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

表 4 在宅療養支援診療所/病院と在宅医療において積極的役割を担う医療機関の役割

	在宅療養支援診療所/病院 (診療報酬における施設基準)	(参考)在宅医療において積極的役割を担う医療機関(※)
在宅医療に係る役割	・単独又は連携により24時間体制で往診及び訪問看護を提供	・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 ・夜間や救急時における他の医療機関の支援 ・災害時に備えた体制構築 ・患者家族へ必要なサービスの紹介 ・臨床研修制度において在宅医療についての研修の機会の確保
在宅療養者の入院に係る役割	・緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保	・入院機能を有する場合には、急変時の受け入れ実施
多職種連携に係る役割	・在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携や、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議への出席 ・病院若しくは介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席 ・介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホームからの求めに応じて、協力医療機関となること	・医療や介護、障害福祉の関係機関への働きかけ ・在宅医療・介護提供者への研修の実施

※指針の内容を踏まえて作成。

### 【在宅医療において積極的役割を担う医療機関の設定の手順の例】

- A) 地域の医療機関(特に、在宅療養支援診療所/病院)について、指針における在宅医療において積極的役割を担う医療機関に対する目標や求められる事項を踏まえ、在宅医療への対応状況や配置状況を把握する。
- B) (A)の内容に加え、第1章の3「在宅医療に必要な連携を担う拠点とは」及び第3章の1「圏域の設定」の検討内容も踏まえ、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を設定する。

## 3. 拠点の活動への支援

### (1) 連携会議の開催

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点が、圏域内の連携上の課題の抽出及びその対応策を検討する上で前提となる、都道府県全体の方針や目標については、都道府県から拠点や関係者へ提示すること望ましい。
  - ・ 都道府県内の在宅医療に必要な連携を担う拠点の関係者を集めた会議を定期的で開催し、都道府県の現状や方針を共有するとともに拠点の取組状況や都道府県の方針との整合性を確認している地域もある。
- 都道府県で採用しているロジックモデルや現状の把握を行うための指標について、単に医療計画に記載されているものを在宅医療に必要な連携を担う拠点に共有するのではなく、採用の理由や考え方を共有することで、拠点の取組が都道府県の方針に則したものとなることが考えられる。
- 一方、在宅医療に必要な連携を担う拠点の主体によっては、このような圏域全体の現状把握や対応策を行うことに慣れていないことも考えられるため、都道府県は拠点が圏域にわたる課題に対しての対応策を検討できるよう支援する。
  - ・ 特にロジックモデルやPDCAサイクルの考え方については、必要に応じて在宅医療に必要な連携を担う拠点の担当者への研修会を行う等の支援を行うことが望ましい。

### 【多職種が参加する連携会議の開催】

- 都道府県においては、「① 参加者について」の参加候補者が検討の場に参加しやすいよう必要に応じて在宅医療に必要な連携を担う拠点と参加候補者の関係性構築を支援することが想定される。
  - ・ 保健所が管轄内の拠点に加え、医療、介護及び障害福祉の関係者並びに市町村関係者が参加する会議を開催し、管轄内の状況を共有し、顔の見える関係構築を支援している地域もある。
- 連携会議の開催の主体は、在宅医療に必要な連携を担う拠点となることが想定されるが、都道府県は議論の内容を踏まえ、今後の都道府県の在宅医療に関する方針決定や、適切な拠点の活動支援につながると考えられるため、拠点と協議の上、構成員としての参加、オブザーバー参加、事後の議事録の共有などを検討することが望ましい。
- 医療計画の見直しを実施する際には、連携会議で議論された課題や対応策を踏まえて検討することが望ましい。

### 【在宅医療における提供状況の把握】

- 在宅医療の提供状況の把握については、在宅医療に必要な連携を担う拠点が単独で行うことが困難な内容もあるため、データ集計等、都道府県全体で共通の内容については、都道府県から情報を提供することで、拠点の負担軽減に繋がる。
- 情報提供のみではなく、分析方法の研修や、分析を代行してデータブックとして提供するなど分析に関する支援を行うことも想定される。

- 特に、同一都道府県内の他の圏域と比較できるようにすることで、在宅医療に必要な連携を担う拠点の属する圏域の現状をより正確に把握できるようになる。

#### 【連携上の課題の抽出と対応策の検討】

- 多職種が参加する連携会議において、抽出課題に対する施策目標を設定する際に、都道府県の方針を考慮した上で、どの水準の目標とすべきか助言することが望ましい。
- 第2章の1(3)③「対応策の検討」(B)に示すような圏域内の関係者で解決できない課題については、その事由に応じ、専門的な知識が不足している場合は、都道府県が技術的な支援を行い、圏域を超えた課題の場合は、都道府県が対応策を検討することが想定される。
- 対応策を検討する際に、費用が発生するようなものについては、活用可能な補助金等がないか、併せて助言する。

#### 【災害時対応の連携上の課題の抽出と対応策の検討】

- 都道府県、市町村そのものの法令上の役割も明示した上で、拠点と連携しながら、より具体的な課題抽出と対策を検討することが望ましい。
- 災害マニュアル及びBCP(機関型)については、関係機関が個別に作成することが想定されるため、都道府県が作成を支援することを検討する。
- BCP策定の際、在宅医療に必要な連携を担う拠点が知見を有しない場合は、研修の実施や資料提供を行う等、策定支援を行う。
- 複数の圏域に影響がある災害も想定し、在宅医療に必要な連携を担う拠点間の連携についても都道府県が主導し体制構築を行うことが望ましい。

## (2) 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療提供体制の整備

#### 【地域の医療、介護及び障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握】

- 第2章の2(1)において把握する情報については、在宅医療に必要な連携を担う拠点のみでは収集が困難なものもあると考えられるため、都道府県で共通の内容を定め、都道府県から情報を提供することが想定される。
- 介護関係機関等については、都道府県と比較して、市町村の方がより詳細な情報を把握していることも考えられるため、在宅医療に必要な連携を担う拠点が、市町村やその他機関から情報を取得しやすくなるよう、拠点と関係機関の連携を支援することも考えられる。
- 関係部局と活動計画や調査データの共有、今後の取組に関するすり合わせ、在宅医療関係機関の窓口情報の共有等を行う等、都道府県内で連携をすることでより効率的に取組が進められると考えられる。

#### 【地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携した上で退院時から看取りまで医療や介護、障害福祉サービスにまたがる関係機関との調整】

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点においては、主体によって拠点の設定初期から連携できる関係機関もあれば、関係が構築できていない機関もあると考えられる。都道府県においては、市町村や地域医師会、薬局、訪問看護事業所等と協力し、拠点が必要な関係機関との連携体制を構築できるよう支援することが想定される。

### (3) 質の高い在宅医療の効率的な提供

#### 【急変時の対応体制の構築や24時間体制の構築】

急変時の対応体制の構築や24時間体制の構築における都道府県の役割は、主に以下のA～Fが考えられる。

- A) 情報発信 必要なデータの分析・活用支援
- B) 人材の育成
- C) 他市町村の取組事例の横展開
- D) 関係団体との調整
- E) 広域連携が必要な事項について検討・支援
- F) 他の計画や取組との整合性の確認

#### 【多職種による情報共有の促進】

- ICTを活用した情報共有をはじめ、取組促進に向けて費用面の支援が必要となる場合は、地域医療介護総合確保基金等を活用した補助金事業の実施等を検討する。
- 本項目の取組は圏域内にとどまらず、都道府県全域で推進することも検討する。その場合、圏域をまたぐ情報共有や、在宅医療に必要な連携を担う拠点間の連携の支援については都道府県が行うことが想定される。

### (4) 在宅医療に関する人材育成

#### ① 研修の実施

- 研修会ではテーマにより学術分野の専門家や他圏域内の実務者などが講師を行う事が考えられ、在宅医療に必要な連携を担う拠点のみでは、講師を集めることが困難な場合がある。依頼できる講師の選択肢が広がることで、研修会のテーマの幅が広がるため、都道府県からも講師を紹介することが望ましい。
- ある圏域で実施した研修会の内容は、他圏域でも効果的な内容であることが多い。都道府県の担当者は、他圏域の研修会のテーマや内容を把握しておくことで、各圏域の課題に応じた研修会テーマや講師が提案でき、研修会の充実を図ることができると考えられる。
- 研修会参加者を募集する際、在宅医療に必要な連携を担う拠点のみならず、都道府県からも参加を募ることで、幅広い職種や機関からの参加者が見込めると考えられる。
- 「在宅医療関連調査・講師人材養成事業」で養成された講師人材の紹介等、国が実施している事業も活用することが望ましい。

#### ② 知識・技能に関する情報共有

- 第2章の4(1)「研修の実施」の内容を参考に、支援することが想定される。
- ワールドカフェ等対面の情報共有の場やパンフレット等の媒介を利用した情報共有方法等については、市町村と協力して、情報共有の場や機会を在宅医療に必要な連携を担う拠点へ提供することが望ましい。

### (5) 地域住民への普及啓発

- 都道府県のウェブサイトにおいて在宅医療に必要な連携を担う拠点の活動を紹介することを検討する。
  - ・ 在宅医療に必要な連携を担う拠点の主体が専用のウェブサイトを持たない場合、費用の補助を行うことを検討する。
  - ・ ウェブサイトのみならず、自治体新聞、動画配信、講演会等、都道府県独自の広報媒体がある場合、積極的に活用することを検討する。

# その他

## 1. 在宅医療の体制構築のために活用できる財源

在宅医療に必要な連携を担う拠点においては、地域医療介護総合確保基金（医療分及び介護分）、地域支援事業交付金等を複合的・効果的に活用し、実施することが可能である。

### (1) 地域医療介護総合確保基金の活用

#### ① 地域医療介護総合確保基金の概要

いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題であることから、消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金を各都道府県に設置している。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施することとしている。

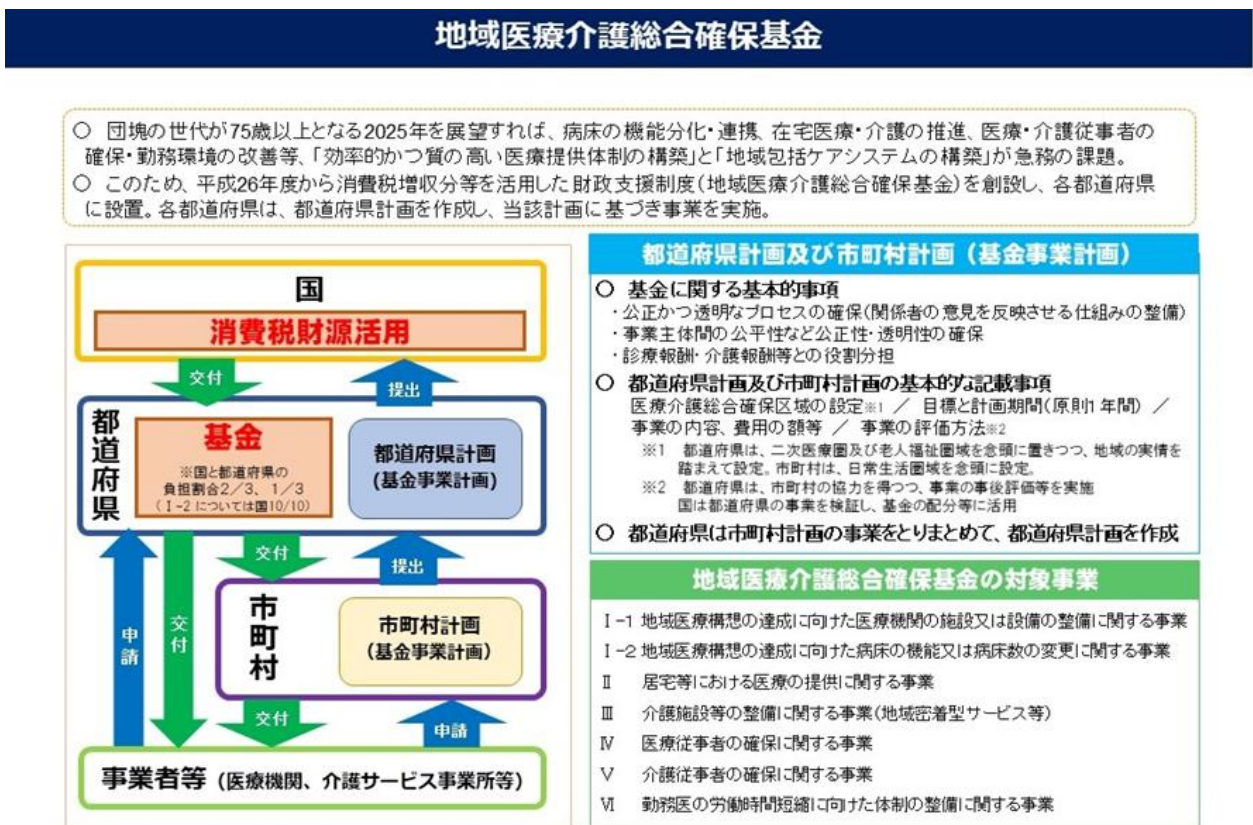


図30 地域医療介護総合確保基金

## ② 地域医療介護総合確保基金の対象となる在宅医療に係る事業について

## ＜地域医療介護総合確保基金の対象事業＞

## Ⅱ. 居宅等における医療の提供に関する事業

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

- ✓ 在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備
  - ・ 在宅医療の実施に係る拠点の整備
  - ・ 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援
  - ・ 在宅医療推進協議会の設置・運営 等
- ✓ 在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業
  - ・ 在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成
  - ・ 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施 等
- ✓ その他在宅医療の推進に資する事業
  - ・ 在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備
  - ・ 訪問薬剤管理指導を行おうとする薬局への研修や実施している薬局の周知
  - ・ 在宅医療における衛生材料等の円滑供給の体制整備 等

＜各都道府県における地域医療介護総合確保基金を使用した「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関連する事業の例＞

都道府県	施策名	主な施策内容
秋田県	秋田県在宅医療推進センター運営事業	在宅医療の各圏域に連携を担う拠点を設け、市町村が行う医療・介護連携推進事業との連携を図るほか、医療デジタルやACPの普及など、広域に推進すべき事項に取り組む。
千葉県	在宅医療連携促進支援事業	「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置付けた市町村に対し、拠点の整備にかかる費用の一部を助成する。 [対象事業] 在宅医療と介護の連携に必要な体制構築等(介護保険事業は除く) [対象経費] 関係会議の開催、研修・人材育成、地域住民への普及啓発 等 [補助率]10/10 [上限額]1市町村あたり3,000千円
新潟県	新潟県在宅医療推進センター整備事業	新潟県医師会及び新潟県内の郡市医師会が各地域の在宅医療の拠点として在宅医療推進センターを整備することに対し、県が必要な経費を補助することにより、県内において地域の実情に応じた在宅医療提供体制の構築を図る。
富山県	市町村による在宅医療・介護・障害福祉連携促進支援事業	在宅医療に必要な連携を担う拠点として在宅医療の提供体制を整備する市町村の支援を行う。

都道府県	施策名	主な施策内容
静岡県	①在宅医療提供体制整備事業 ②在宅医療・介護連携推進事業費助成 ③シズケア*かけはし地域づくり推進事業	①在宅医療に必要な連携を担う拠点等に対する活動費助成【補助率10/10、1機関あたり1,250千円上限】 (各拠点では、医療介護福祉の連携協議会・同住民相談会の実施、病棟カンファレンスへの訪問看護師の派遣、在宅医療介護連携コーディネーターの実習等を実施) ②全県を対象とする地域包括ケアの拠点(静岡県医師会シズケアサポートセンター)の運営費助成【補助率10/10、30,000千円上限】 (同拠点では、訪問診療を行う医師の育成、郡市区医師会・市町行政の連絡協議会、県内市町設置の在宅医療介護連携コーディネーター向けの研修会・ネットワークづくり、各専門職団体の研修担当者連絡会、ACP普及に向けた多職種連携ツールの開発等を実施) ③情報共有システム「シズケア*かけはし」を活用した地域での多職種連携体制の構築支援 (静岡県医師会が管理する地域包括ケアにかかる多職種・多機関連携支援のためのクラウド型の情報共有システム「シズケア*かけはし」を利用し、地域の課題解決を行いながら多職種連携を進める取組を支援(多職種が共有する情報連携シート作成、職種・職能に応じたモデルケース開発等))
京都府	在宅医療推進体制整備事業	府内の在宅医療を充実させるため、府医師会・府病院協会が実施する以下の在宅医療人材の育成を目的とした研修等の事業及び地域包括ケアシステムの推進を目的とした拠点整備等の事業に要する経費を補助するもの。 ①地区医師会が実施する市町村、地域の関係団体等との連携による在宅医療・地域包括ケアを推進するための拠点としての体制整備事業及び各地区の在宅医療・地域包括ケアの推進に向けた、多職種協同による各種事業、府民向けの啓発等の事業 ②「府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター」を設置し、地区医師会の在宅地域連携事業活動の支援及び在宅医療提供体制を拡充するための研修会等を実施する事業 ③病院協会が実施する病院の訪問診療を行う多職種チームを対象とした研修及び院外関係者も含めた病診連携、病介連携を円滑に行うための多職種研修の実施並びに病院と地域の専門職との連携活動等を行う事業
鳥取県	在宅医療連携拠点事業	在宅医療を提供する機関等を拠点として、介護支援専門員の資格を持つ看護師等及び医療ソーシャルワーカーを配置し、地域の医療・介護関係者による協議の場の定期開催などの活動等を通して地域における包括的かつ継続的な在宅医療を提供するための体制を構築する。 各地区医師会の実施する以下のような取組を支援する。 ・医療・介護関係者による協議会の開催 ・多職種が参加する研修会や、課題検討のための定例会の開催 ・在宅医療・介護の事例検討会の開催 ・在宅医療の際に使用する医療機器の貸出 ・地域で統一した地域連携クリティカルパスの運用促進のための研修会・協議会等の開催 ・在宅医療に関する講演会の開催 ・ACPノートの活用促進
愛媛県	在宅医療連携拠点運営支援事業	在宅医療に関連する多職種の支援、情報の集約等の機能を備えた在宅医療連携拠点の運営に要する費用の補助を行う。
熊本県	在宅医療サポートセンター事業	在宅医療において必要な連携を担う拠点及びサポート機関として「在宅医療サポートセンター」を指定し、各地域及び県内全域での包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制づくり、マッチング、医療機関の連携促進、関係専門職の人材育成、県民への普及啓発等に取り組む。

## (2) 地域支援事業交付金の活用

### ① 地域支援事業交付金の概要

この交付金は、市町村が、地域支援事業を行うことにより、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進するための交付金である。(令和6年度地域支援事業交付金交付要綱より)

### ② 地域支援事業交付金の対象となる在宅医療に係る事業について

#### <地域支援事業>

包括的支援事業(社会保障充実分)のうち、在宅医療・介護連携推進事業

#### ア 現状分析・課題抽出・施策立案(計画)

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向け、現状の分析、課題の抽出、施策の立案を行う。

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築の推進

#### イ 対応策の実施

- (ア) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (イ) 地域住民への普及啓発
- (ウ) 医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得等のための研修などの地域の実情に応じた医療・介護関係者の支援

#### ウ 対応策の評価の実施、改善の実施

出典:地域支援事業の実施について(平成18年6月9日老発0609001号厚生労働省老健局長通知)の別紙「地域支援事業実施要綱」

# 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

表 5 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

## ■ ストラクチャー

退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
退院支援担当者を配置している診療所・病院数	訪問診療を実施している診療所・病院数	往診を実施している診療所・病院数	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数
退院支援を実施している診療所・病院数	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	在宅療養後方支援病院数	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数		
退院時共同指導を実施している診療所・病院数	訪問看護事業所数、従事者数	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
退院時訪問指導を実施している診療所・病院数	機能強化型の訪問看護ステーション数		
	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数		
	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
	在宅療養支援歯科診療所数		
	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数		
	在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数		
	訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数		
	在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	24時間対応可能な薬局数	
	麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数、無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数		
	訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数		
	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数		

## ■ プロセス

退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
退院支援(退院調整)を受けた患者数	訪問診療を受けた患者数	往診を受けた患者数	在宅ターミナルケアを受けた患者数
介護支援連携指導を受けた患者数	小児の訪問診療を受けた患者数		訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数
退院時共同指導を受けた患者数	訪問看護利用者数		看取り数(死亡診断のみを含む)
退院後訪問指導を受けた患者数	小児の訪問看護利用者数		在宅死亡者数
	訪問歯科診療を受けた患者数		
	歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数		
	訪問口腔衛生指導を受けた患者数		
	訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
	小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
	麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数、無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数		
	訪問リハビリテーションを受けた患者数		
	訪問栄養食事指導を受けた患者数		

出典:厚生労働省「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針(別表12)」

## ロジックモデル、PDCAサイクル

### ■ ロジックモデルとは

ロジックモデルとは、ある施策や事業について、「地域の課題」「取組(活動)」「成果(アウトカム)」の関係を整理し、施策の目的や成果を明確化するための枠組みである。

在宅医療の体制整備においては、地域における在宅医療の提供状況や課題を踏まえ、どのような取組を行うことで、どのような成果につながるのかを整理し、関係者間で共通理解を形成することが重要である。ロジックモデルは、その関係を可視化し、施策の方向性を共有するためのツールとして活用される。

また、ロジックモデルを用いることで、地域課題の整理、取組の検討、成果の評価、改善(PDCAサイクル)につなげていくことが可能となる。

ロジックモデルの基本的な考え方や作成方法については、厚生労働省のホームページや、医療経済研究機構が作成した「医療計画の評価に関するガイド」において整理されているため、参考とされたい。

※参考資料

医療経済研究機構

- ・「医療計画の評価に関するガイド」  
※医療経済研究機構のウェブサイトよりダウンロード可能。  
<https://iryō-keikaku.jp/t/ig/>



### ■ ロジックモデル作成の手順

ロジックモデルの作成に当たっては、地域の現状のみから積み上げて整理するのではなく、まず地域として目指すべき姿や目標を設定し、そこから必要な取組を整理していく「バックキャスト」の考え方を採用することが有効である。具体的には、次のような手順で整理することが考えられる。

#### ① 目標(目指す姿)の設定

まず、地域として目指す在宅医療の姿や到達すべき目標を設定する。この際、都道府県の医療計画や地域の施策の方向性を踏まえながら、地域の関係者と議論を行い、共有できる目標を整理する。目標は、可能な場合には指標を用いて設定することが望ましいが、数値化が難しい場合には質的な目標を設定することも考えられる。

#### ② 必要な成果(中間アウトカム、初期アウトカム)の整理

設定した目標を達成するために、どのような成果が必要となるのかを整理する。

例えば、

- ・ 退院支援が円滑に行われている
- ・ 在宅医療の24時間対応体制が整備されている
- ・ 多職種連携が円滑に行われている

など、目標に至るための中間的な成果を整理する。

#### ③ 必要な取組(活動)の整理

整理された成果を実現するために、どのような取組が必要となるのかを検討する。

例えば、

- ・ 多職種連携会議の開催
- ・ 在宅医療に関する研修の実施
- ・ 地域資源の情報共有
- ・ 医療・介護機関間の連携体制の構築

など、既存の取組も含めて整理する。

#### ④ 地域の現状との比較・課題整理

整理した成果や取組について、地域の現状と比較し、どのような課題があるのかを整理する。

この際には、医療計画の指標、統計データ、関係機関からの情報(アンケートやヒアリング)などを活用し、数値データだけでなく、現場の実践や関係者の意見等の質的情報も踏まえて検討することが重要である。

#### ⑤ ロジックモデルとして整理・共有

目標、成果、取組、地域課題の関係を整理し、ロジックモデルとして可視化する。また、ロジックモデルの作成は、在宅医療に必要な連携を担う拠点のみで作成するものではなく、都道府県、市町村、医療・介護・障害福祉の関係機関、職能団体等と議論を重ねながら作成していくことが重要である。

必要に応じて関係団体へのヒアリング等を行い、地域の実情や関係者の認識を踏まえながら整理することで、地域の関係者間で共通理解を形成することができる。

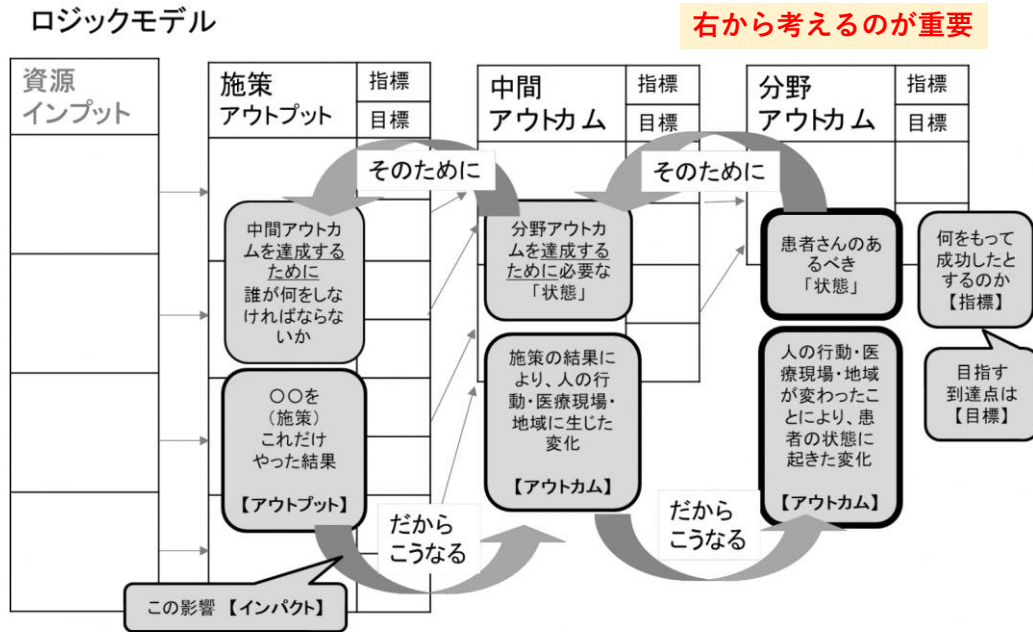


図31 ロジックモデルの骨格の考え方

さらに、ロジックモデルは一度作成して終わるものではなく、地域の取組の進捗状況や環境の変化を踏まえ、関係者間で定期的に見直しを行うことが重要である。こうした過程を通じて、地域における目標を共有し、各関係機関がそれぞれの事業や活動の中でその目標を意識しながら取組を進めていくことが期待される。

### ■ ロジックモデルの活用の考え方

都道府県の医療計画においてロジックモデルが示されている場合には、在宅医療に必要な連携を担う拠点においても、当該ロジックモデルを参考にしながら地域課題の整理や取組の検討を行うことが望ましい。

ただし、都道府県のロジックモデルをそのまま拠点が採用するものではなく、圏域の実情、地域課題、既存の取組状況等を踏まえ、都道府県や関係機関と協議しながら調整していくことが重要である。

そのため、ロジックモデルは固定されたものではなく、地域の実情や事業の進捗状況に応じて見直しながら活用することが想定される。

また、ロジックモデルは単に図として作成するだけでなく、地域の現状データや課題分析と結びつけながら、課題整理、取組の検討、評価・改善のサイクルの中で活用していくことが重要である。

例えば、ロジックモデルを用いることで、

- 地域における在宅医療の課題の整理
  - 関係機関との共通理解の形成
  - 取組の方向性の検討
  - 取組の進捗確認や評価
- などに活用することができる。

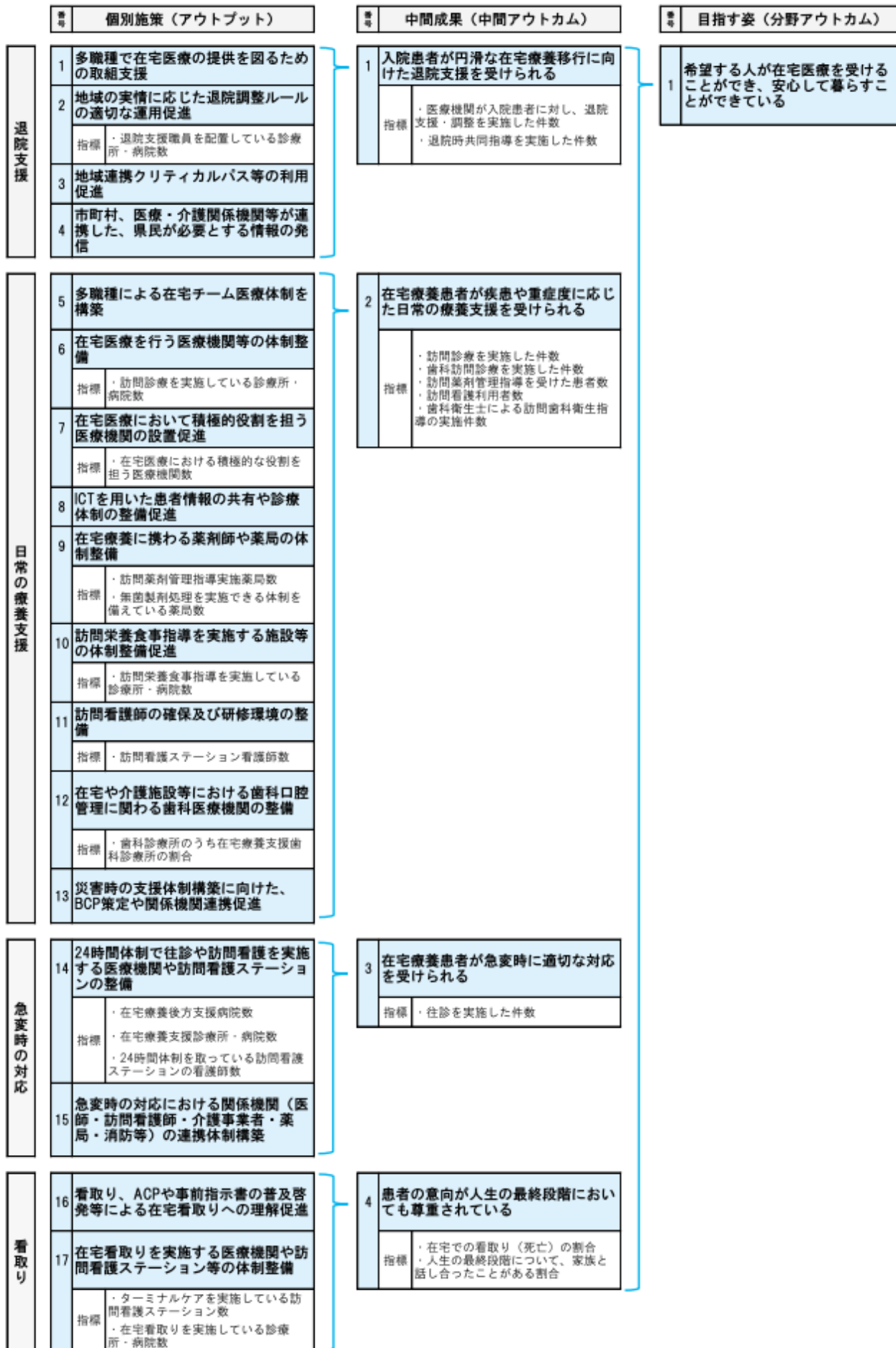


図32 ロジックモデルの例

出典：長野県「第3期信州保健医療総合計画」

## ■ PDCAサイクルとは

PDCA サイクルとは、成果(アウトカム)に向けて、Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)を繰り返すことで、業務を継続的に実施・改善していく手法である。実施にあたっては、事業の趣旨を踏まえた上で、成果(アウトカム)達成のために、

- ・ 現状を把握した上で、現状の分析、課題の抽出を行い、施策立案(目標の設定、対応策の検討、効果の確認指標の設定)を実施 — Plan(計画)
- ・ 計画に沿った、具体的な取組の実施 — Do(実行)
- ・ 施策立案の際に設定した、評価時期に、地域の実情に応じて設定した指標等を用いて効果の確認を実施 — Check(評価)
- ・ 目指すべき成果(アウトカム)に向けて、業務内容を見直し、次の目標を設定し、更なる対応策を検討 — Act(改善)

を繰り返す。

○ 本ガイドブックでは、第2章の1(1)「多職種が参加する連携会議の開催」において、多職種が参加する連携会議が、PDCA全体を検討する場であること、第2章の1(2)「地域における在宅医療の提供状況の把握」及び第2章の1(3)「連携上の課題の抽出と対応策の検討」において、その検討の場においてPlan(計画)、Check(評価)、Act(改善)に基づいて取組を進める方法、第2章の2以降においてDo(実行)をするための拠点の具体的取組について記載している。

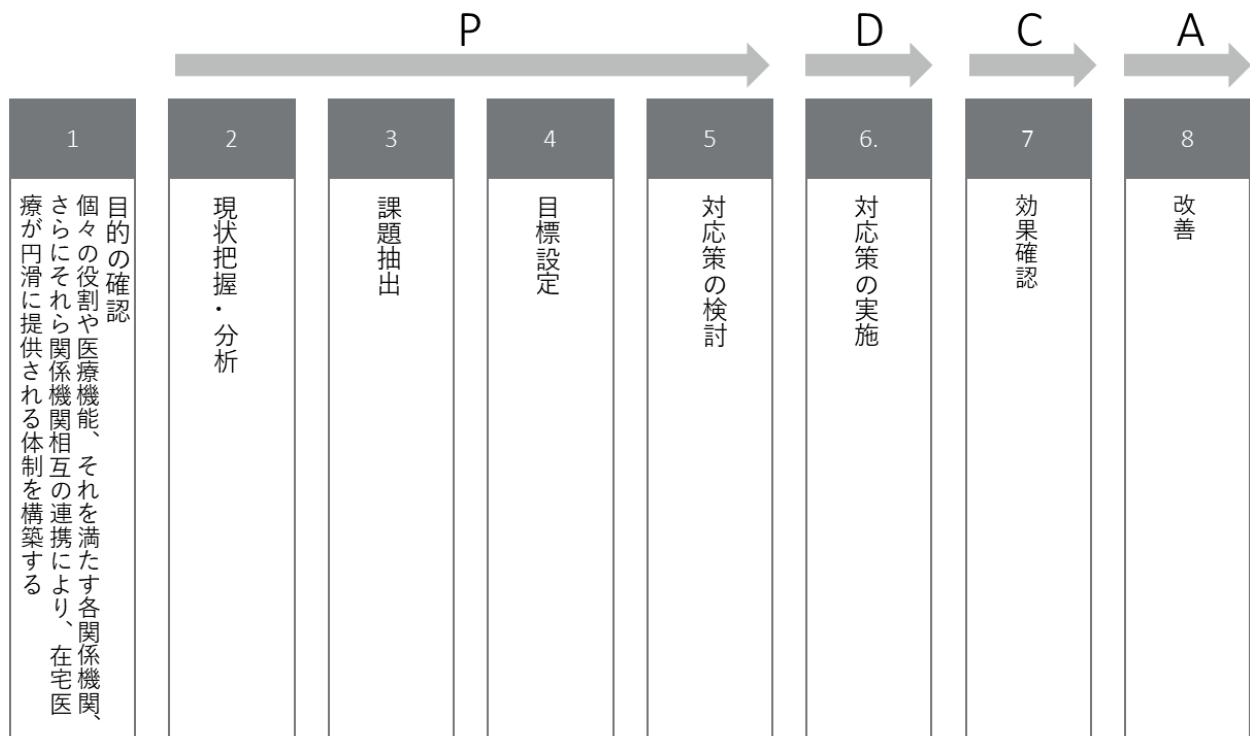


図33 PDCAサイクルのステップ

出典:厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3」を参考に作成

## 組織体の解説

表 6 組織体の解説

組織体	設定根拠(設置者等)	解説
地域包括支援センター	介護保険法 (市町村等)	市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設。
障害者相談支援事業所	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(都道府県、市町村) 児童福祉法 (市町村)	障害のある人が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう身近な市町村を中心として相談支援事業を実施。 ・ 基幹相談支援センター:総合的・専門的な相談を実施 ・ 障害者相談支援事業:福祉サービスの利用援助等を実施 ・ 指定特定相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所:基本相談支援や計画相談支援等を実施 ・ 指定一般相談支援事業所:基本相談支援や地域相談支援等を実施
基幹相談支援センター	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(市町村)	障害者相談支援事業所の事業所の一種。 総合的・専門的な相談の実施の他、基幹相談支援センター機能強化事業において地域の相談支援体制強化の取組や地域移行・地域定着の取組を実施。
在宅療養支援診療所	診療報酬による施設基準(都道府県)	施設基準として以下を満たす必要がある。 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年に1回、看取り数等を報告している ⑦適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい
在宅療養支援病院	診療報酬による施設基準(都道府県)	単独施設で基準を満たす「単独型」と複数施設で基準を満たす「連携型」があり、また一定の実績を満たす「機能強化型」がある。
在宅療養後方支援病院	診療報酬による施設基準(都道府県)	施設基準として以下を満たす必要がある: ・ 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

組織体	設定根拠(設置者等)	解説
居宅介護支援事業所	介護保険法 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 (市町村)	居宅要介護者が心身の状況等に応じた適切な介護サービスを利用できるよう、サービスの利用計画(ケアプラン)の作成や介護サービス事業者等との連絡・調整などを行う事業所 従業者として常勤の介護支援専門員を配置し、管理者として主任介護支援専門員※を配置する必要がある。 ※令和8年度末まで猶予措置あり
医療的ケア児支援センター	医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律 (都道府県)	医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の基本理念の実現のため以下の業務を実施。 ・ 医療的ケア児及びその家族の相談に応じ、又は情報の提供若しくは助言その他の支援を行う ・ 医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関等への情報の提供及び研修を行う

## 参考文献

### <在宅医療の体制整備全般に関すること>

- 厚生労働省ホームページ【疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について】  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/iryuu\\_keikaku/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/index.html)
- 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革【在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 4(令和7年(2025年)3月 厚生労働省老健局老人保健課)】  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

### <データ把握に関すること>

- 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革【在宅医療・介護連携推進事業のデータ把握のための項目一覧(参考例)】  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>
- 厚生労働省ホームページ 在宅医療の推進について【在宅医療にかかる地域別データ集】  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>
- 厚生労働省ホームページ 病床機能報告  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>
- 厚生労働省ホームページ 外来機能報告について  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000095525\\_00013.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000095525_00013.html)

### <PDCAサイクルやロジックモデルに関すること>

- 厚生労働省ホームページ 医療政策研修会【令和5年度第1回医療政策研修会グループワーク「ロジックモデルについて」】  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194369.html>
- 文部科学省ホームページ 研究調査事業【令和4年度文部科学省における基本的な政策の立案・評価に関する調査研究(EBPMの推進による効果的な政策立案形成に係る調査研究について)(別添)EBPMマニュアル】  
[https://www.mext.go.jp/a\\_menu/hyouka/seido/1291627.htm](https://www.mext.go.jp/a_menu/hyouka/seido/1291627.htm)
- 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革【効果的な計画を策定するための考え方マニュアルー在宅医療・介護連携の推進に向けてー(令和4年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 公立大学法人埼玉県立大学)】  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

### <災害時の対応に関すること>

- 厚生労働省ホームページ 令和5年度在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業【在宅医療を提供する入院医療機関BCP、在宅医療を提供する診療所BCP、訪問看護BCP、在宅版BCP(連携型・地域)策定支援】  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_39946.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39946.html)

### <地域の医療、介護及び障害福祉サービスについて、所在地や機能等の把握に関すること>

- 厚生労働省ホームページ 医療情報ネット(ナビイ)  
<https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>  
※医療機関と薬局の情報サイト
- 厚生労働省ホームページ 介護事業所・生活関連情報検索  
<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

- 独立行政法人福祉医療機構ホームページ(WAMNET) 障害福祉サービス等情報検索  
<https://www.wam.go.jp/sfkohyoout/COP000100E0000.do>
- 日本医師会ホームページ 地域医療情報システム(JMAP)  
<https://www.jmap.jp/>
- 日本歯科医師会ホームページ 全国の歯医者さん検索  
<https://www.jda.or.jp/search/>
- 日本薬剤師会ホームページ 地域における薬局の外来対応・在宅対応・その他薬局機能に係る体制について  
<https://www.nichiyaku.or.jp/yakuzaisi/pharmacy-info/iyakuhinteikyoutaisei>
- 日本栄養士会ホームページ 栄養ケア・ステーションを探す【全国の栄養ケア・ステーション】  
<https://www.dietitian.or.jp/carestation/>
- 各地方厚生(支)局 指定訪問看護事業者の管内指定状況
  - ・ 北海道厚生局  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo\\_shido/ns\\_iryoku.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo_shido/ns_iryoku.html)
  - ・ 東北厚生局  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/houmon.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/houmon.html)
  - ・ 関東信越厚生局  
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/houmon.html>
  - ・ 東海北陸厚生局  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage\\_00245.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage_00245.html)
  - ・ 中国四国厚生局  
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/chugokushikoku/chousaka/shisetsukijunjuri.html>
  - ・ 四国厚生局  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/shikoku/shinsei/shido\\_kansa/kango/kijun\\_r6.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/shikoku/shinsei/shido_kansa/kango/kijun_r6.html)
  - ・ 九州厚生局  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/index\\_00004.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_00004.html)

### <急変時の対応に関すること>

- 厚生労働省ホームページ 令和5年度在宅医療・救急医療連携セミナー【令和5年度版都道府県向け在宅医療・救急医療等の連携ルール策定等に関する市町村等支援の手引き】  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_37627.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_37627.html)

### <最近の動向に関すること>

- 厚生労働省ホームページ 令和5年度在宅医療関連調査・講師人材養成事業  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_39311.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39311.html)
- 厚生労働省ホームページ 令和5年度人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_39940.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39940.html)

### <在宅医療の体制構築のために活用できる財源に関すること>

- 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革【地域医療介護総合確保基金】  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>
- 厚生労働省ホームページ 総合事業の関係規程等【地域支援事業実施要綱】  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184585.html>

