

在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県・市町村担当者等研修会議Ⅰ
事例紹介3

医療的視点をビルトインする形で 地域の在宅医療・介護連携を推進する

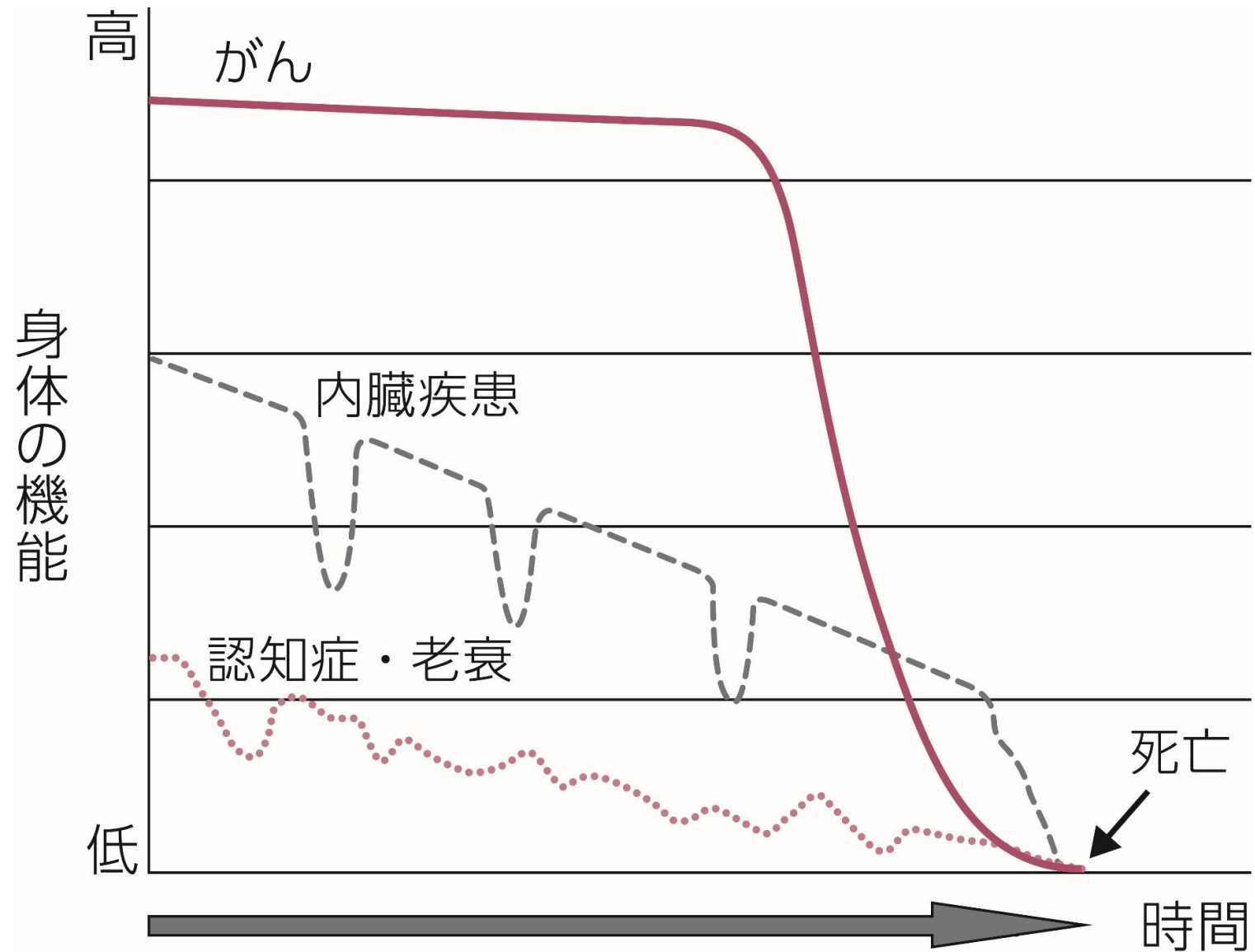
2026年9月24日
松戸市医師会 川越 正平



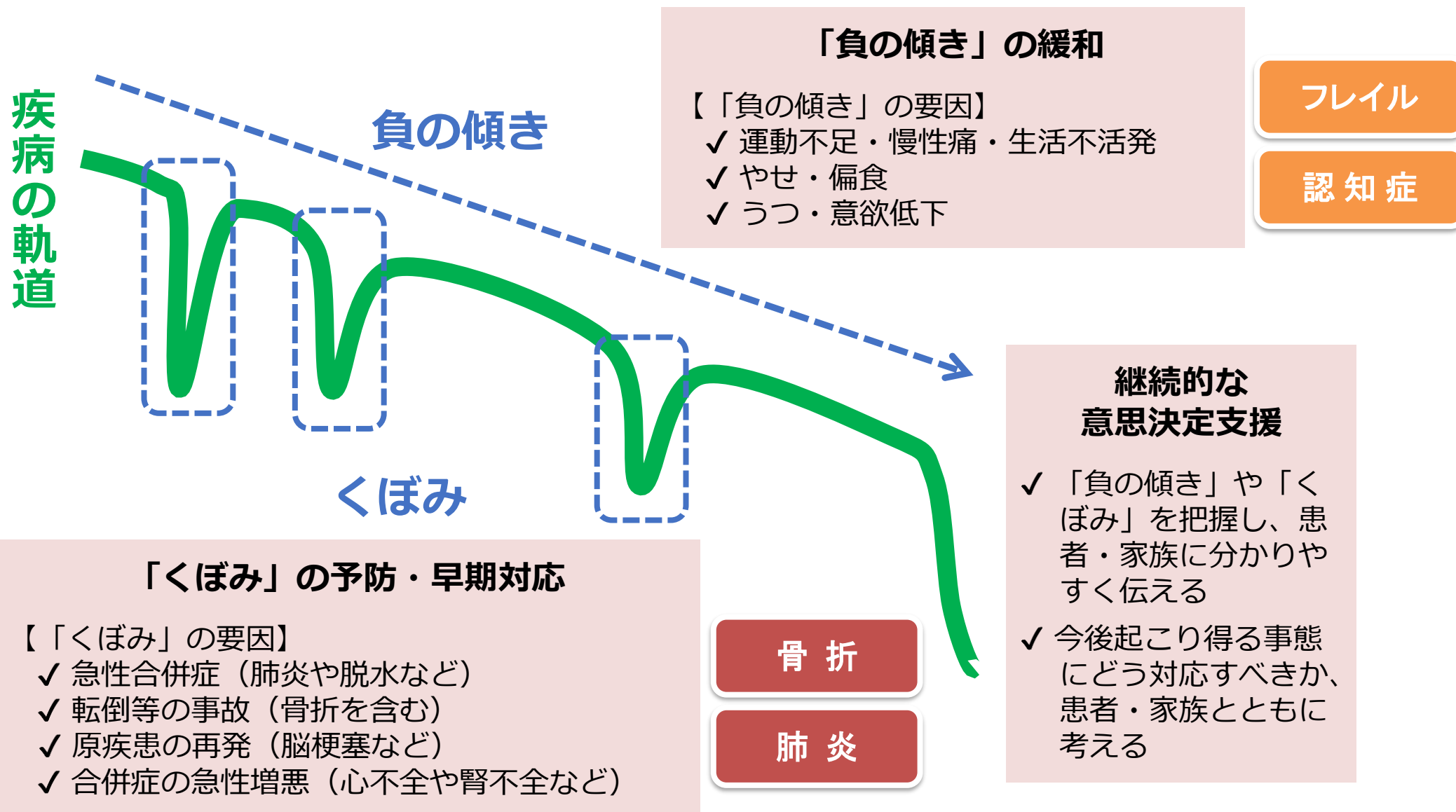
軌道という概念

人生の軌道に基づき必要な支援をイメージする

疾病の軌道



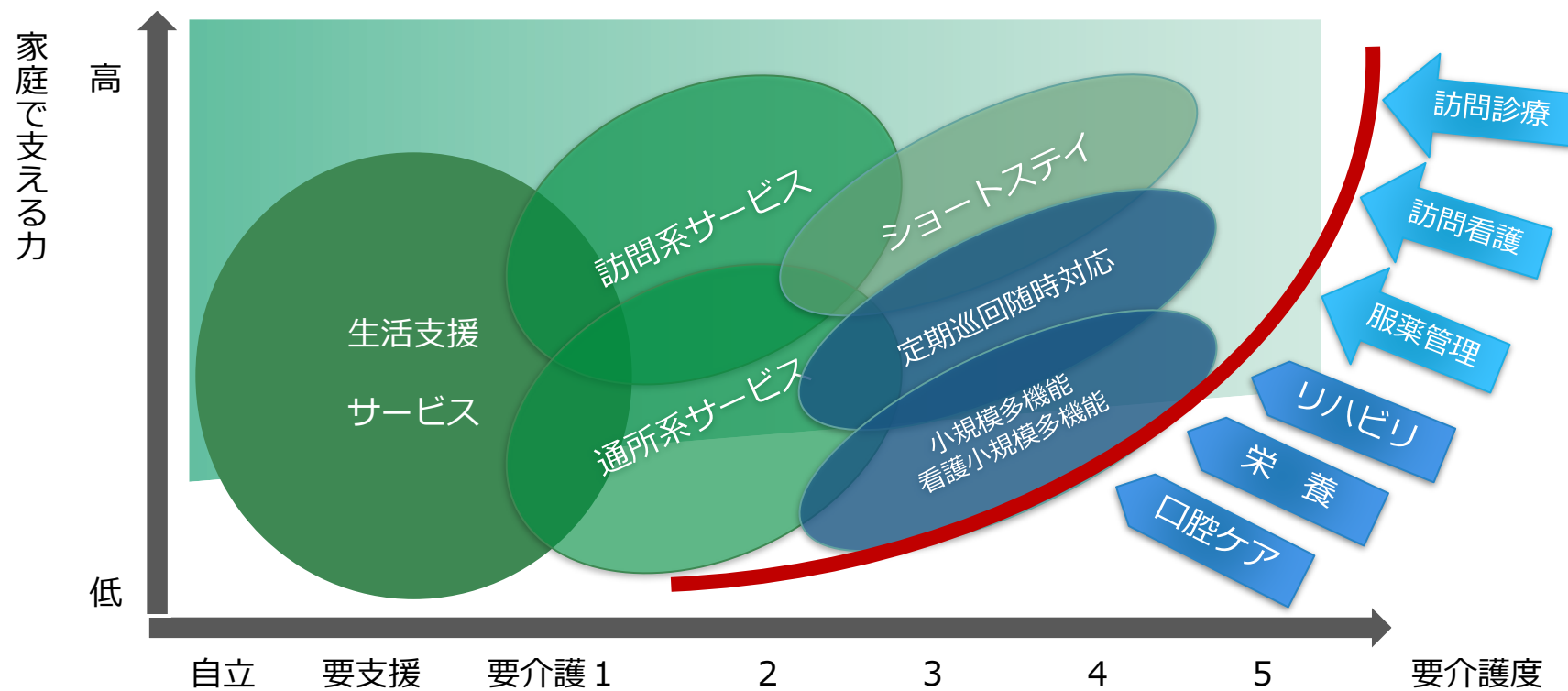
疾病の軌道



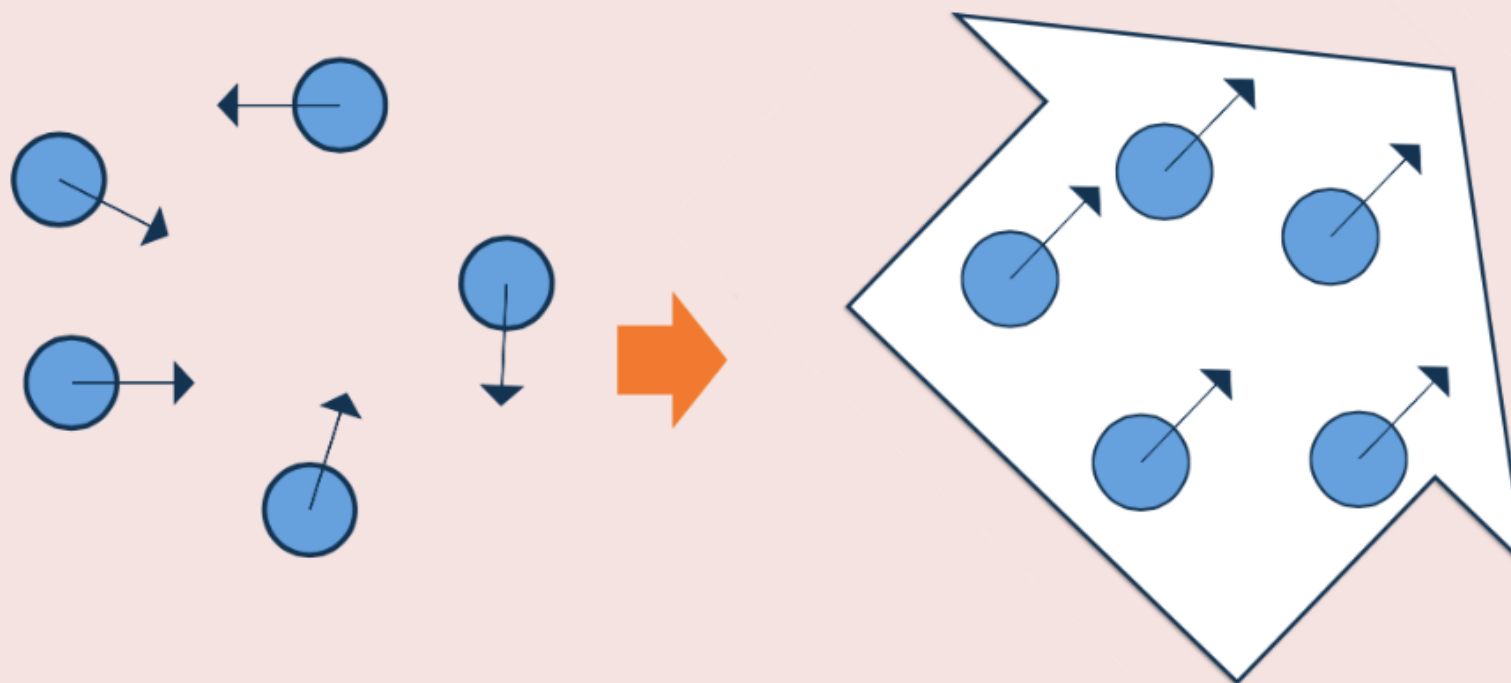
在宅限界点を高める居宅サービスや医療系サービス

〈ときどき入院、ほぼ在宅〉

〈おおむね在宅、ときどき施設〉

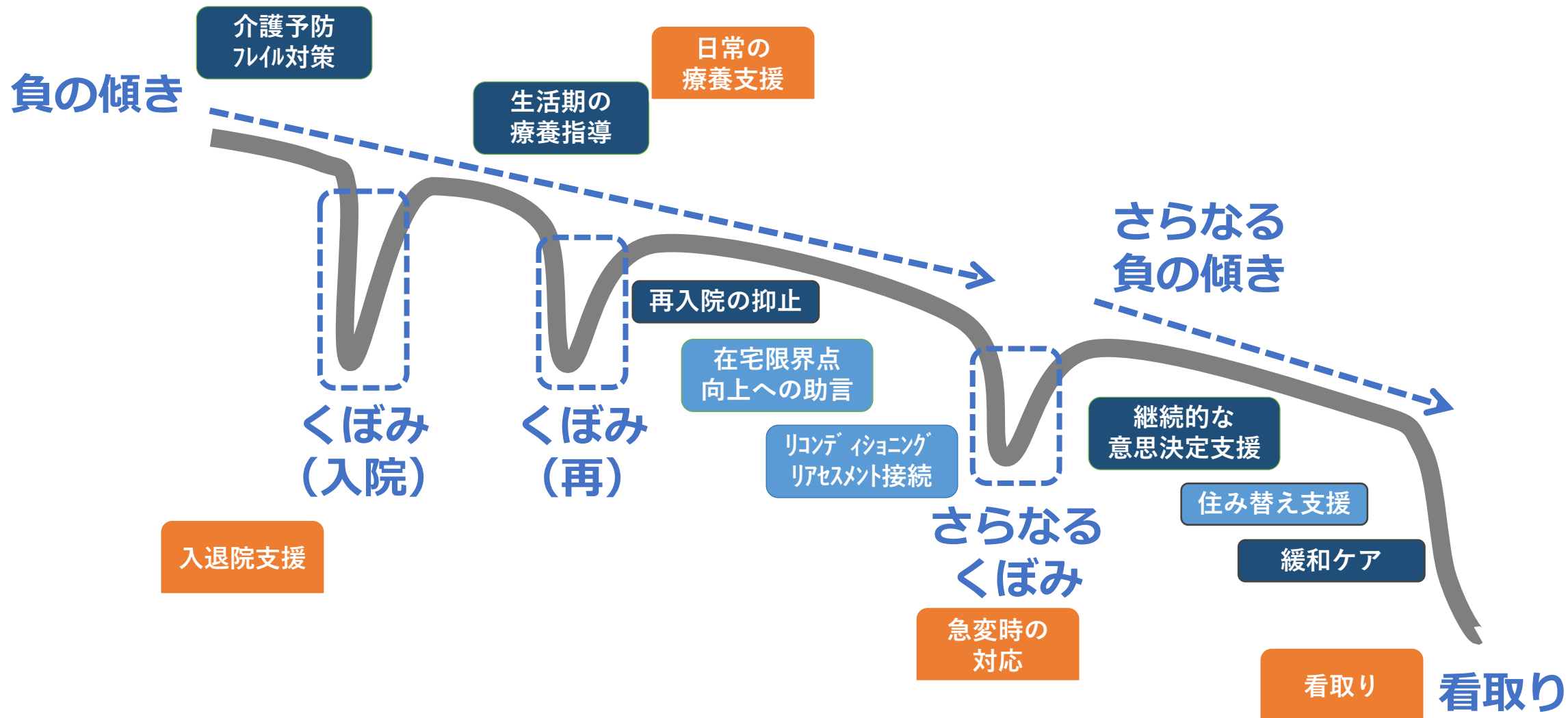


ベクトルを揃えて、縮みつつも持続しうる地域を目指す



**チームのベクトルを
同じ方向に合わせる
考え方・取り組み・組織文化**

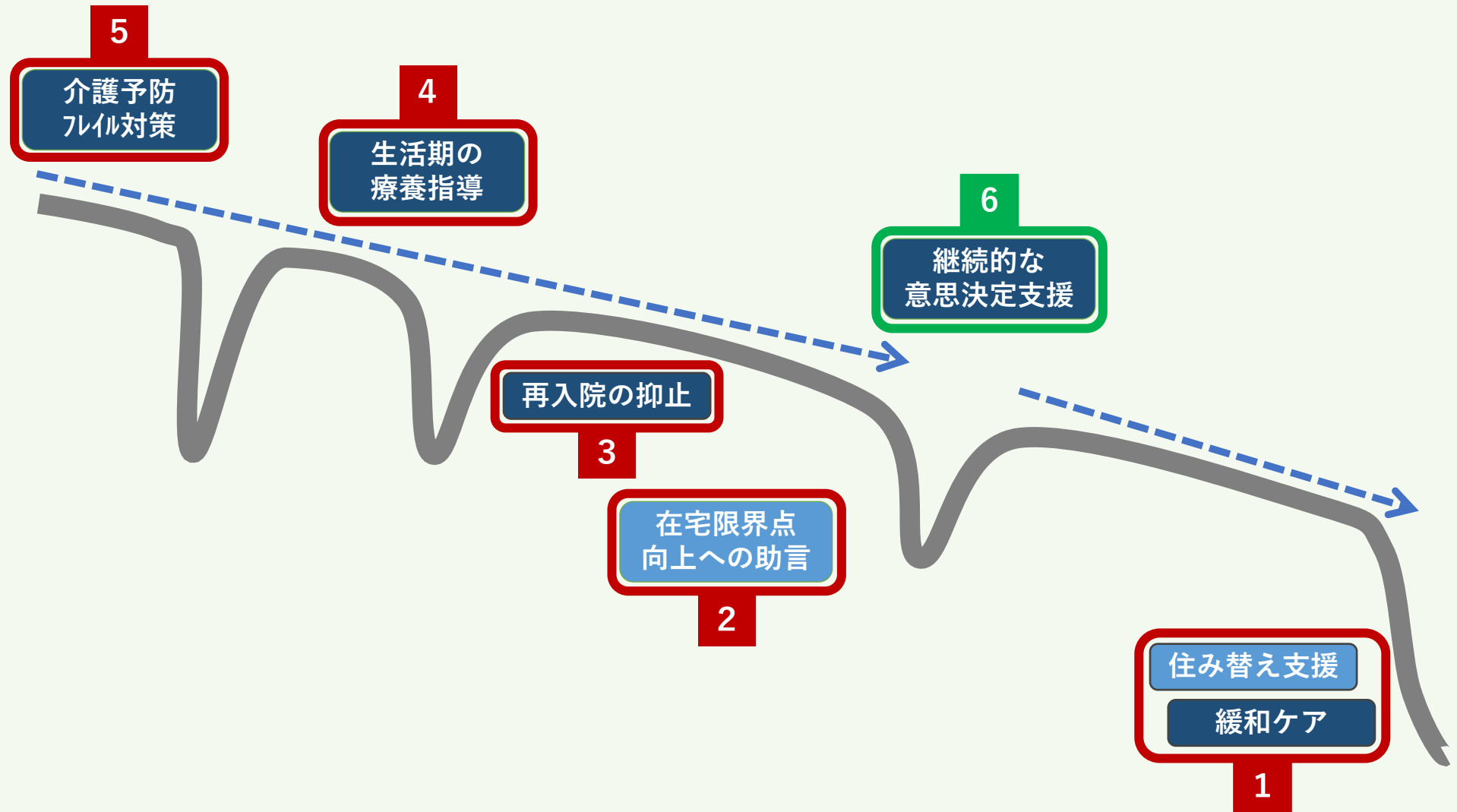
人生の軌道に基づき必要な支援をイメージする



場面ごとに必要な支援をイメージする

多機関の多職種が価値観や方針をすり合わせつつ関わる経験値を高める
支援実践や事例の検討にあたっては軌道における“上流”を意識する
医師や医師会の協力・参画を得ることによって事業の推進力が強まる

場面ごとに必要な支援をイメージする



“終の棲家” になりうる地域の居場所を把握する

類型		看護師配置	医師配置
医療機関	地域包括医療病棟	○24時間	あり
	地域包括ケア病棟	○24時間	あり
	緩和ケア病棟	○24時間	あり
	有床診療所	○24時間	あり
介護保険施設	老人保健施設	○	あり
	特別養護老人ホーム	○	嘱託医契約による
居住系施設	介護付有料老人ホーム	○	在宅医療可
	認知症グループホーム	なし（医療連携体制加算あり）	在宅医療可
	住宅型有料老人ホーム	なし	在宅医療可
	サービス付高齢者住宅	なし	在宅医療可
地域密着型サービス	看護小規模多機能	○（2.5人以上）	（訪問診療可）
	小規模多機能	○（1人以上）	（訪問診療可）
居宅	親族宅等	訪問看護可	在宅医療可
	自宅	訪問看護可	在宅医療可

NO	事業所名	定員	登録者数																他の日常生活圏域 登録者の内訳	住所地特例対象者の 各保険者の内訳	空 き 数	待 機 者
			利用者 数	延べ利 用者数	圏域内外			男女別		要介護度別							平均要 介護度					
					小計	域内		域外	男性	女性	申請中	介1	介2	介3	介4	介5						
						同一建物	それ以外															
1		29	20	20	817	9	0	9	11	4	16	0	2	3	5	5	5	3.40	本庁4、明第一4、明第二東2、馬橋1、		9	2
2		29	25	25	945	4	0	4	21	7	18	0	2	7	0	8	8	3.52	明第一8、常盤平7、常盤平団地2、明第二東1、矢切2、明第二西1		4	0
3		29	25	24	890	4	0	4	21	10	15	0	4	6	2	7	6	3.20	新松戸5、明第二西6、馬橋西3、小金2、本庁2、小金原1、明第二東2		4	0
4		29	22	22	1,042	16	1	15	6	8	14	1	2	2	1	5	11	4.00	五香松飛台2、東部3、明第一1		7	0
5		29	20	20	631	12	0	12	8	9	11	0	5	3	1	7	4	3.10	五香松飛台5、常盤平3、		9	0
6		25	20	19	700	9	0	9	11	7	13	0	0	6	5	4	5	3.40	馬橋西1、明第二東3、明第二西2、小金4、新松戸1		5	2
7		29	16	14	462	9	0	9	7	5	11	0	3	7	0	4	2	2.69	明第一1、明第二2、小金1、小金原2、常盤平1		13	0
8		29	27	27	976	24	0	24	3	21	6	1	6	7	1	8	4	2.88	馬橋1、東部1、矢切1		2	0
9		25	10	10	544	3	3	0	7	5	5	0	3	1	3	3	0	2.60	明第二東4、小金1、本庁2		15	0
	合計	253	185	181	7,007	90	4	86	95	76	109	2	27	42	18	51	45	3.25			68	4

※利用率

73.1%

（利用者のうち日常生活圏域内利用者の占める割合

49.7%）

（令和4年度 利用率：76.7% 日常生活圏域内利用率：52.1%）

※（利用率）＝（登録者数）／（定員）

◎ 看護小規模多機能型居宅介護のサービス量の推移

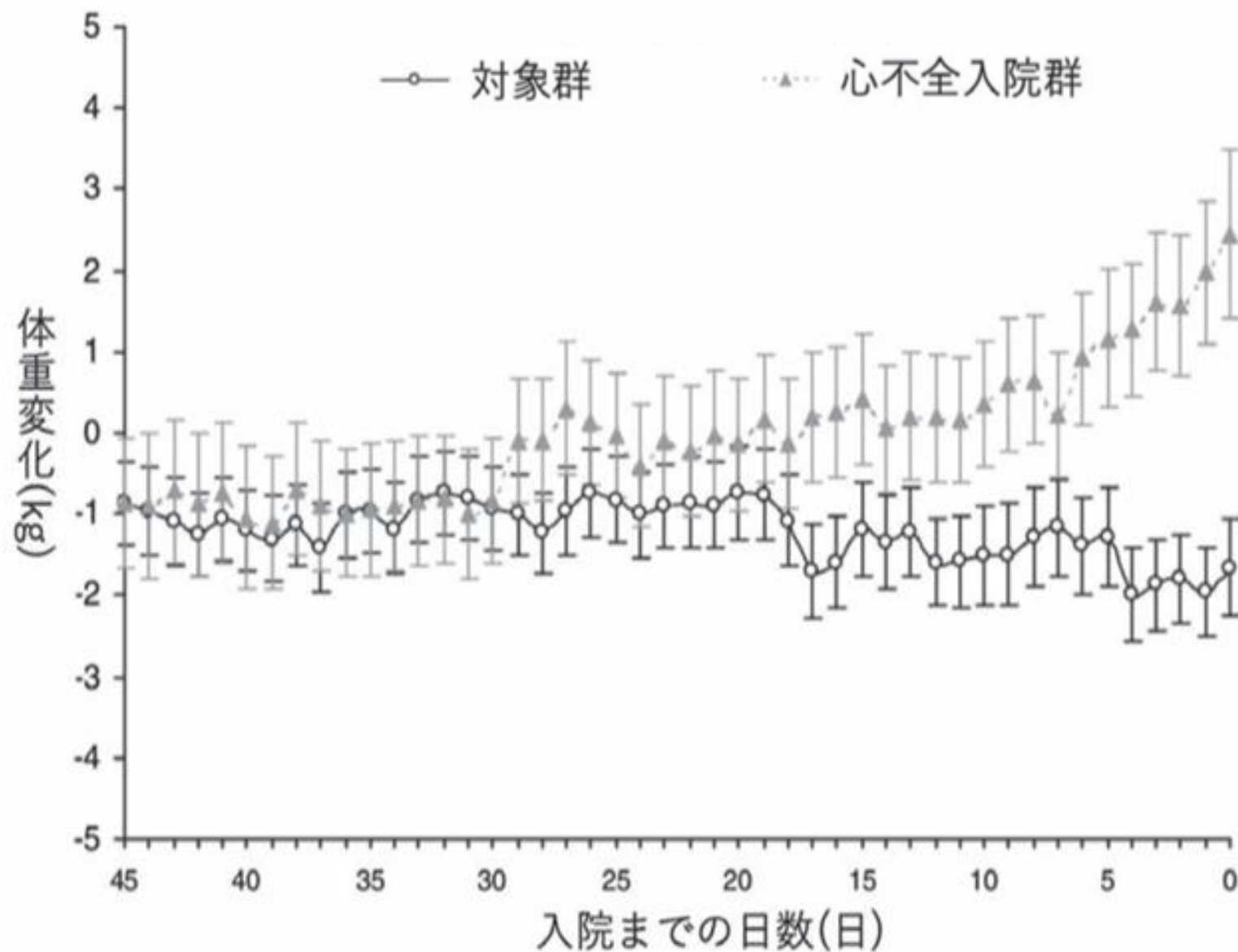
	事業所数	登録者数
H29年5月31日時点	3	73
R2年5月31日時点	7	157
R5年3月31日時点	9	197
R8年3月31日時点	9	185

資料出所：利用状況調査



観察・報告してほしい生活情報：心不全急性増悪の予防

Chaudhry SI, et al. Patterns of weight change preceding hospitalization for heart failure. Circulation. 2007 Oct 2;116 (14) :1549-54.



観察・報告してほしい生活情報：心不全急性増悪の予防

80歳代女性。心臓弁膜症・慢性心不全、サルコペニア。心不全急性増悪入院。退院後から訪問診療が導入となった。

医師

件名：〇月〇日診療報告

排便時に力んだ際、呼吸苦・胸部違和感が生じたと娘様より報告がありました。心臓弁膜症のある方ですので、力むことが心負荷となって慢性心不全の急性増悪リスクとなりえます。下剤を調整し、便を緩めにコントロールしていく必要があります。

✓ 介護に資する医療情報（居宅療養管理指導等）

訪問看護師

ブリストルスケール4~5を目標として硬さをコントロールしていきます。以前便失禁をしたことがあるようで本人も娘様も最初嫌がりましたが、心不全急性増悪を防ぐためには重要であると説得しました。娘様に排泄日記をつけてもらうようお願いしましたが、通所介護での排便状況も把握したいです。通所介護で排便があった場合、量・ブリストルスケールに応じた便の硬さをバイタル表に記録していただくことは可能でしょうか？

✓ 観察・報告してほしい生活情報

通所介護事業所 介護職員

可能です。今週から対応します。

通所介護事業所 介護職員

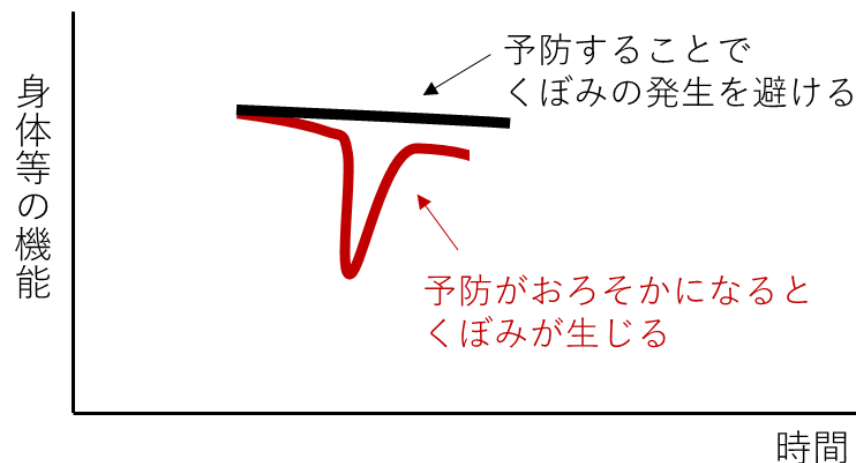
件名：〇月〇日デイ利用時

本日ブリストルスケール5の排便でしたが、便意を催して慌ててトイレに立った際にバランスを崩して転びそうになりました。ご本人は便失禁をかなり気にしています。

医師

便が緩いことで転倒・骨折リスクが増す恐れもあり、ブリストルスケール4くらいを目標にします。量・硬さ、力む様子がないか引き続き観察をお願いします。

✓ 観察・報告してほしい生活情報

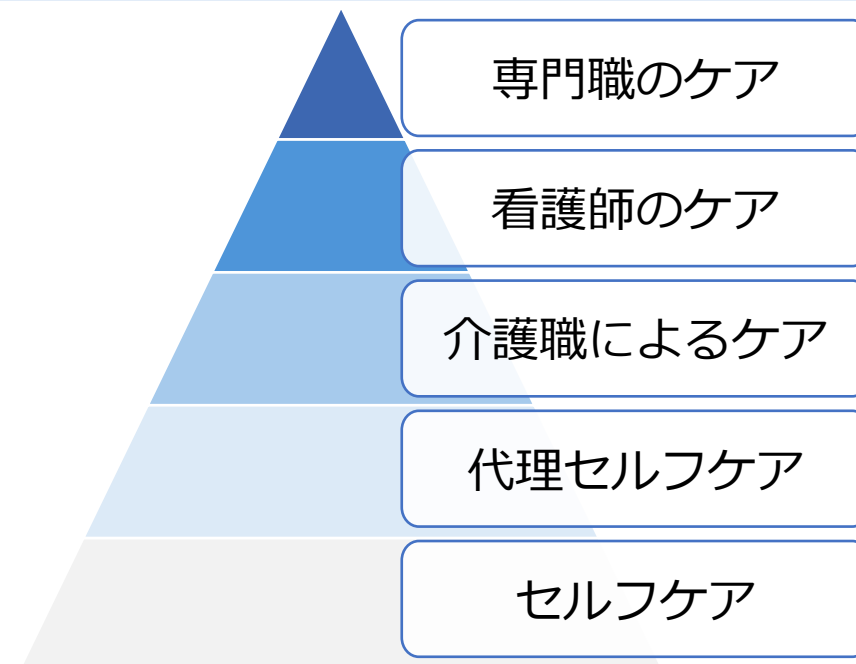
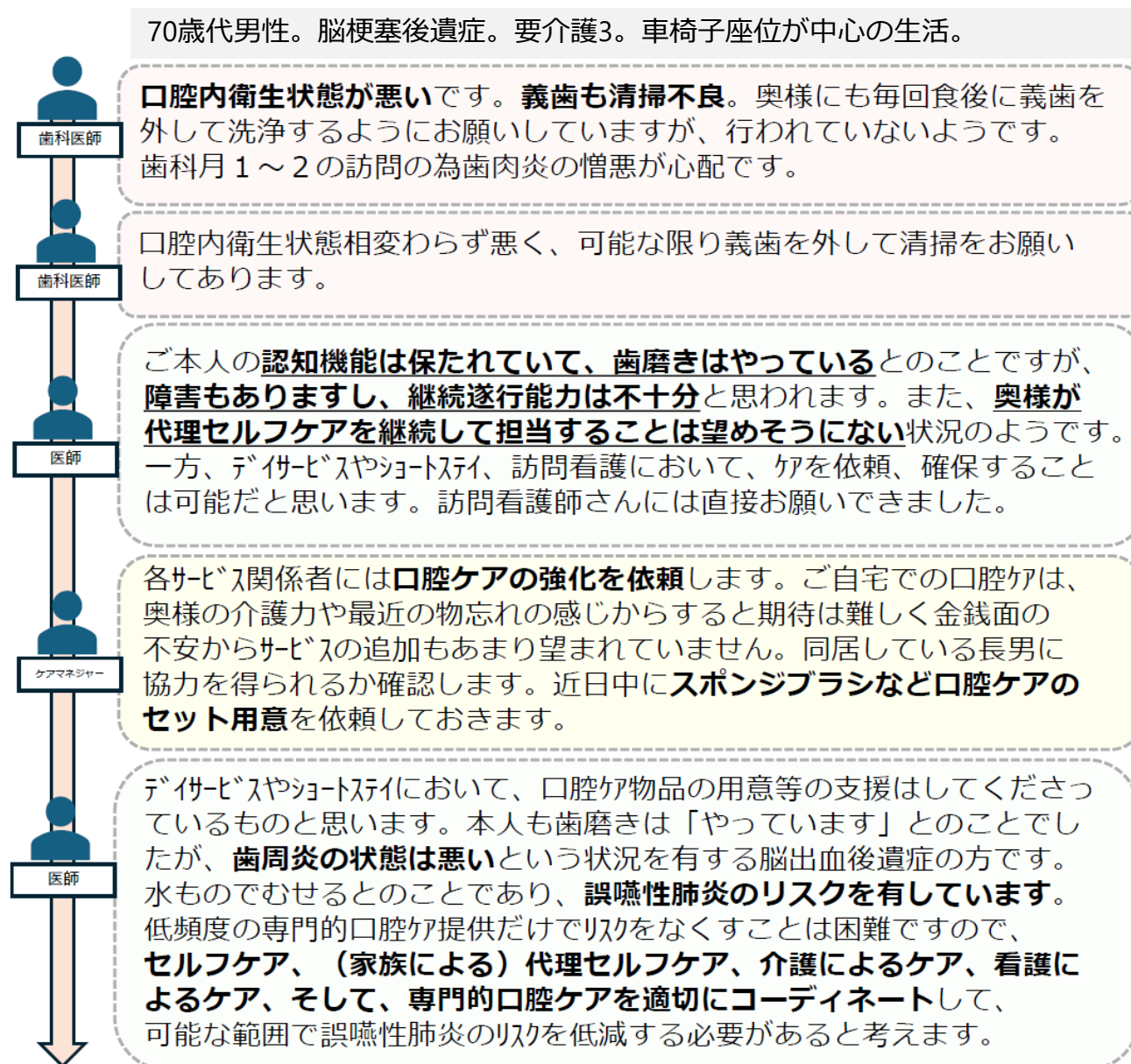


【ブリストル便形状スケール】



便通異常症診療ガイドライン2023 をもとに作成

治療ケア方針の統一：ケアマネジメントの層別化



【ケアマネジメントの層別化】

ケアを構成する要素を層別化すると、図のように示すことができる。セルフケアや代理セルフケアでどの程度ケアを確保できているかを評価した上で、不足する部分について、介護職によるケア、看護師によるケア、専門的ケア等を適切に組み合わせたケア体制の確保を目指す必要がある。

2か月後に歯科医師から「改善」との評価あり

松戸市在宅医療・介護連携支援センター

[ホーム](#)[トピックス](#)[センターの取り組み](#)[お問合せ／研修・見学申込](#)[関連リンク](#)[各種書式ダウンロード](#)

医療・介護・福祉職の方へ

**松戸市在宅医療・介護
連携支援センターを
ご活用ください**

地域における保健・医療・福祉の包括的な相談支援を行っています

地域共生社会の実現を目指すため、高齢や障害、子どもなど、世代や領域を問わず、医療・介護・福祉・行政に関わっている方々からの相談に応じます。医療・介護・福祉に関する悩みや、支援の対象者が抱えている様々な課題について、関係機関とともに解決に向けて支援します。



【お問い合わせ先】
松戸市竹ヶ花45-53松戸市衛生会館2階
TEL:047-701-7533
FAX:047-701-7535
相談受付:月～金 8:30～17:00
*土日祝日・年末年始・上記時間以外は転送電話対応になります

医師
アウトリーチ
から学ぶ

**地域共生社会
実現のための
支援困難事例集**

編著 川越正平

セルフ・ネグレクト、
8050 問題、
ひきこもり、
虐待、
ヤングケアラー
への対応

医療・介護連携のための必読書

一般財団法人 長寿社会開発センター

センターの取り組み ACTION

医療・介護連携
地域ICTシステム

普及啓発プロジェクト

まちっこプロジェクト

医療・介護連携に関する相
談支援医師による
アウトリーチ

二人主治医制の推奨

新型コロナウイルス
蔓延禍における
困りごと相談窓口専門職による
相談・質向上支援ACPサポートチーム
による意思決定支援

医療と介護の連携

かかりつけ医の在宅医療ス
タートアップ支援松戸市在宅医療・介護
連携支援センターの
ご案内

医療・介護連携地域ICTシステム

new 当センターが第4回日本在宅医療連合学会大会（2022年7月）一般口演において発表した抄録及び発表スライドをご紹介します。

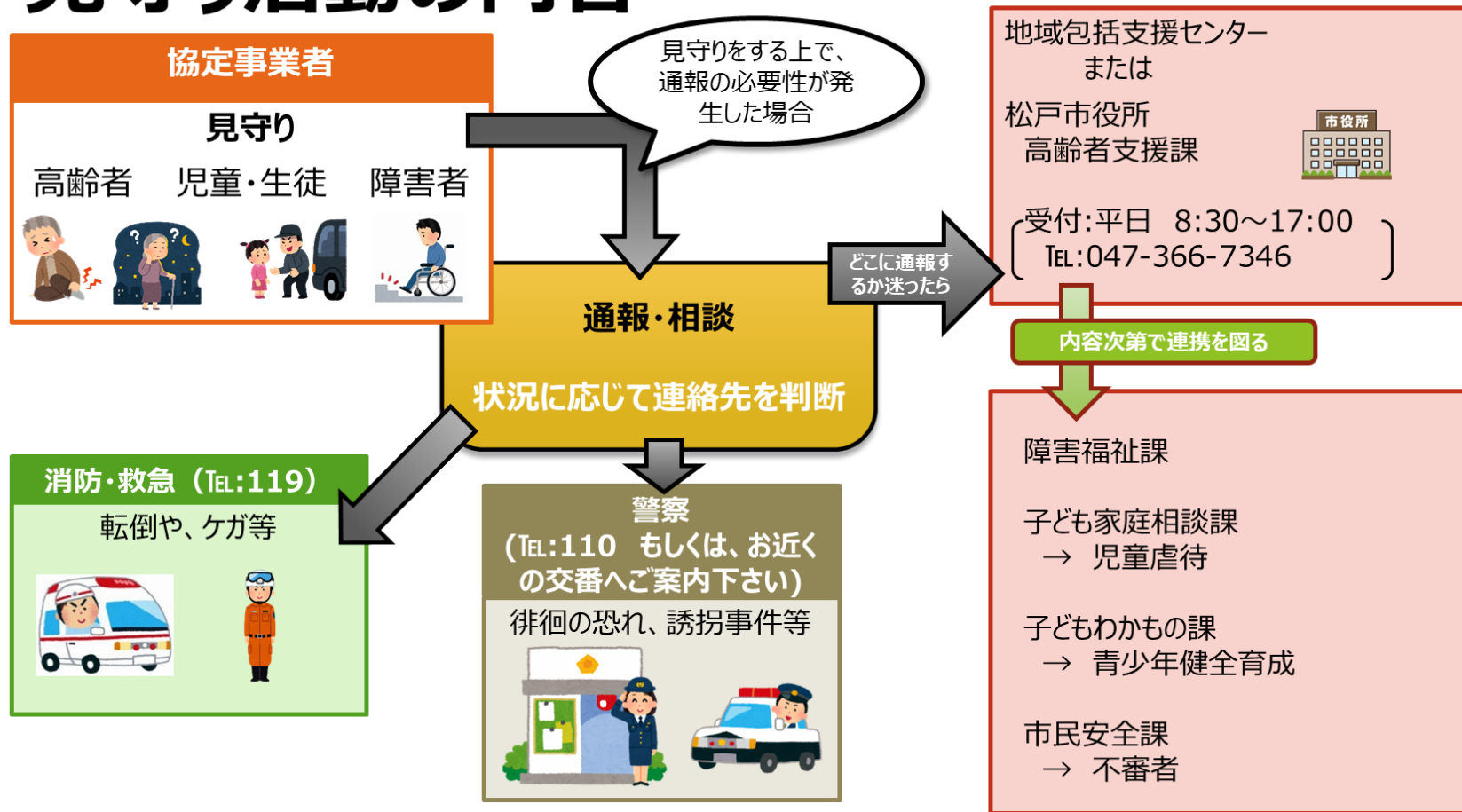
◎「記録の内容を端的に示す「タグ」を付け地域ICTに共有する作業」(PDF)



松戸市見守り協定

見守り活動の内容

※何か特別なことをしていただく必要はありません！



松戸市見守り協定

コンビニ

生協

宅配弁当

郵便業

宅急便

銀行

薬剤師会

医師会

【協定の概要とこれまでの経緯】

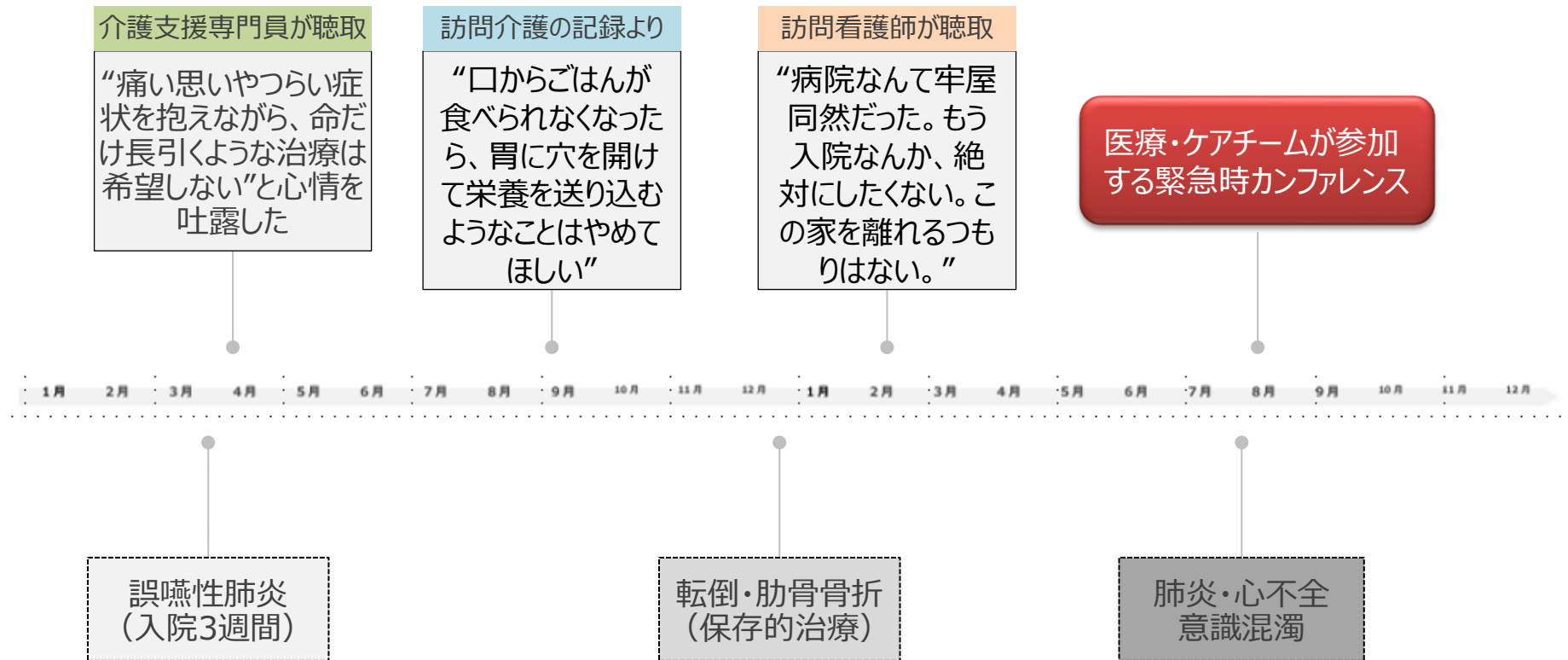
- ・市と事業者等が連携して、**高齢者、障害者及び子ども）に対する見守り活動を実施することにより**、高齢者等が安全で安心して暮らすことのできるまちをつくることを目的とする協定として、2015年に発足
- ・年1回の定例会では、**事業者が事例を発表してお互いに共有**し、日常の見守り活動に役立てている
- ・2020年に**薬剤師会**が協定を締結
- ・2023年8月の地域ケア会議において薬剤師会の取り組みが発表された
- ・2024年1月、**医師会**が協定を締結



【医師が行う見守り活動の想定例】

- ・皮膚科を受診した患者について、**認知機能障害に気づき**、地域包括支援センターに支援を依頼した
- ・訪問診療を行っている患者の**同居家族が長年にわたり精神科受診が途絶えてひきこもっていること**を把握して、基幹相談支援センターに連絡した

意思決定に役立つ「言葉」やエピソードを記録しておく 本人の意向や人生観を知る“応援団”を把握しておく



人生の最終段階を見据えた継続的な意思決定支援



*複雑な事例や当事者間に意見の相違や対立があって第三者の介入が望ましい場合など

第三者を交えた会議の開催や文書化*

・倫理委員会やチームの関与 ・事前指示書の作成 ・代理意思決定者の選定 など

専門職が支援を通じて把握に努め、それらの記録を蓄積したい情報

①望む暮らし

・「母が肺炎のとき 医者から食事をとめられた。食べられないなら死んだも同じで、自分だったら肺炎になってもいいから食べたい」

・「どうしてもボーダルトイレは使いたくないから立ち上がるのも大変だけど、頑張ってトイレに行きたい」

②療養場所の選択

・「グループホームで母は幸せそうに最後まで暮らしていたから自分もあんな施設なら入ってもいい」

・「妻に迷惑をかけたくないから、本当は家にいたいけど、最後は入院させてください」
(肺がん末期の男性)

最初嫌がっていたが、宿泊サービスを利用を重ねたのち「ああいう所に住むのもいい」
(認知症の80代女性)

支援を通じて意向に変化を生じた

③医療についての選好

・「病院では娘にも会えず寂しいからできるだけ入院したくない」
(入院を繰り返している心不全患者)

・「父が集中治療室でたくさんの管に繋がれているのを見て、ああはなりたくないと思った」

・「もし4つ目の癌が診断されたら手術をしますか」との質問に「次は無理です」と答えた
(癌の手術を3回経験した90代男性)

意図した問いが意向を具体化する

④現状のQOLの満足度

・「母と同じ年齢までは生きたいと思う」

現状に不満ではないことの表出

・「改善の可能性が3割程度と見込まれる場合に、侵襲性の高い手術を受けるか？」と聞かれたらどう考えるか？と尋ねると「希望しない、もう早く死にたい」

現状に不満・余力のなさの反映

ステップ3

必要時には記録を速やかに共有できるように準備しておく

ステップ2

把握した“発言”や“エピソード”をできるだけ逐語的に記録し、把握した場面も分かるような記述を添える

ステップ1

本人の嫌なこと、好み、大切なこと、価値観、人生観、死生観を示す発言やエピソードの把握に努める

日常生活の中で垣間見うる情報(嫌なこと/好み、大切にしていること等)

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

- 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

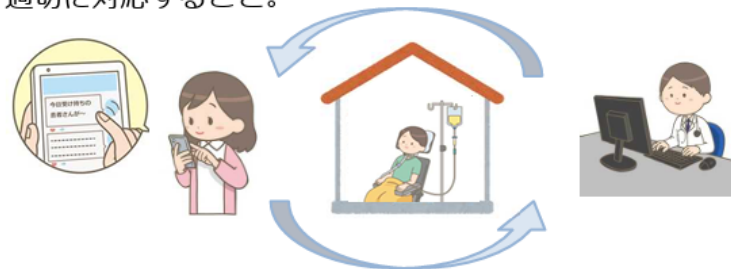
（新）在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料） 100点

〔算定要件〕（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと及び医師が診療を行った際の診療情報等について記録し、医療関係職種等に共有することについて、患者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について、適切に記録すること
 - 次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無
 - 当該患者の治療方針の変更の概要（変更があった場合）
 - 患者の医療・ケアを行う際の留意点（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
 - 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望（患者又はその家族等から取得した場合）
- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること。
- 訪問診療を行う場合に、過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報（当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をICTを用いて取得した情報の数が1つ以上であること。
- 医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること。

〔施設基準〕（概要）

- （1） 患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、5以上であること。
- （2） 地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- （3） 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- （4） （1）に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



- ・診療情報、治療方針
- ・医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
- ・人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進

訪問看護医療情報連携加算の新設

- 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した利用者に係る診療情報等を活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 訪問看護医療情報連携加算 1,000円（月1回）

[算定要件（概要）]

- 医療関係職種等により記録された利用者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行うこと及び看護師等が指定訪問看護を行った際の診療情報等について記録し、医療関係職種等に共有することについて、利用者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について記録すること。
 - 次回の訪問看護の予定日及び当該利用者の訪問看護計画の変更の有無（必要に応じて）
 - 当該利用者の訪問看護計画の変更の概要（変更の有無を記録する場合）
 - 利用者のケアを行う際の留意点（共有することが必要と判断した場合）
 - 利用者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針についての希望（利用者又はその家族等から取得した場合）
- 訪問看護を行う場合に、過去90日以内に記録された利用者の医療・ケアに関する情報（特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をICTを用いて取得した情報が1つ以上であること。

[施設基準（概要）]

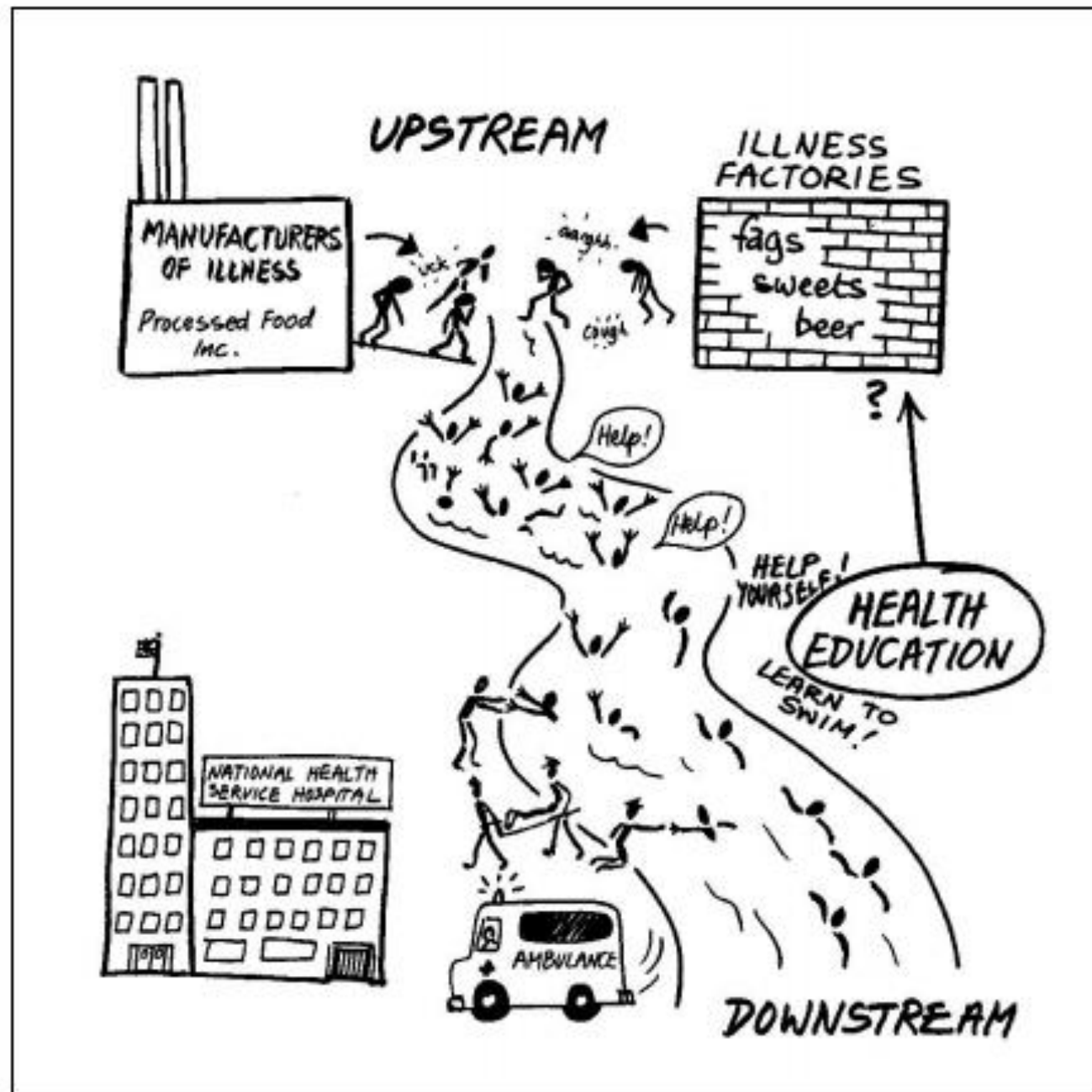
- 利用者の診療情報等について連携機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有し、以下の要件を満たすこと。
 - 記録された利用者の診療情報等が連携機関間の協議に基づき一元的に管理されたサーバーで保管されていること。
 - 診療情報等の共有は、利用者、その家族又は連携機関（以下「参加者」という。）のうち利用者が同意した者のみにおいて行われること。
 - 参加者の範囲が随時設定可能であること。
 - 参加者が診療情報等を常時閲覧・取得可能で、利用者ごとに時系列で速やかに表示されるICTを用いること。
 - 参加者が常時必要な診療情報等を共有できること。
 - 一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会が公表している「医療情報連携において、SNSを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートSNSに係る事項、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考とすること。
- 連携機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が5以上であること。
- ICTを用いた連携体制を構築している訪問看護ステーションであることについて当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示し、掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和8年9月30日までの間に限り、ウェブサイト掲載の基準に該当するものとみなす。

※在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様





McKinlay J. A case for refocusing upstream: The political economy of illness. In: Jaco EG (Ed), *Patients, Physicians, and Illness: A Sourcebook in Behavioral Science and Health*. New York, NY: Free Press, 1979;9-25.

抽出された地域課題への取組展開例

部門や機関を超えての協働やデータに基づく取組の検討

- 1) 若年性認知症の支援事例経験から支援チェックリスト作成・活用
- 2) 頻回救急搬送者・不搬送者の情報提供（消防局・行政の連携）
- 3) KDBデータに基づく健康状態不明者の特定とその後のフォローアップ
- 4) 療養場所ごとの看取り実績把握と地域における好事例の横展開

若年性認知症 検討資料 (資料提供: ケアマネジャー)

◇事例概要: 55歳で、アルツハイマー型認知症の診断を受けた。産業保健師の支援も受けていたがやむなく 57 歳で退職に追い込まれた。制度の活用は家族が調べ手続きをし、介護保険サービスを利用しながら在宅生活が継続できている。

○病歴及び支援経過

年齢	イベント	支援経過	課題・ポイント
55 歳	A 病院神経内科受診 頭部 MRI 検査、長谷川式 心理検査、血液検査等	・職場の同僚が もの忘れ に気づき、 産業保健師 が受診勧奨した(医療機関一覧を渡した) ・ A 病院神経内科 を受診、HDS-R 21 点、頭部 MRI 検査異常なし ・会社への診断書: 抑うつ状態に伴う集中力の低下	就労: ・働き盛りに発症、余儀なく退職になった(就労継続困難と判断され退職に追い込まれる)
56 歳		・妻の勧めで 車の運転中止	・産業医(保健師)と医療機関との連携が必要
57 歳	B メンタルクリニック 障害福祉課窓口 C メンタルクリニック受診 D クリニック受診: 脳神経内科 頭部 MRI 検査	・産業保健師から再度受診勧奨され、自宅に近い B メンタルクリニック を受診、 長谷川式でアルツハイマー型認知症 と診断された ・B メンタルクリニックが閉院したため、障害福祉課で新たな受診先を相談したが、自立支援医療機関一覧を渡され家族が探すよう助言された ・認知症疾患医療センター、若年性認知症コールセンターに相談 ・ C メンタルクリニック 受診(デパケン、リスパダール処方)し、 自立支援医療申請 を行ったが、 精神保健福祉手帳の申請には至らなかった (申請ができることを知らなかった) ・C メンタルクリニックから D クリニック へ頭部 MRI 検査依頼 ・頭部 MRI 検査: 脳全体、特に側頭葉が萎縮 アルツハイマー病に特徴的な脳萎縮パターンではない ・日中落ち着かず 10 分毎に喫煙やトイレで離席し、戻ると毎回パソコンのパスワードを忘れるようになった ・早退することが多くなった(妻は早退することを気にしていた) ・産業保健師、人事課から家族呼び出し: 退職にするか退職するかを求められ、本人の希望で 傷病手当 (1ヶ月)受給後に 早期退職 となった。 ・ 失業保険や障害年金は未申請 (退職がショックで申請する余裕がなかった)	・職域における若年性認知症者への理解と合理的配慮のある環境づくりが重要 ・配置転換、精神保健福祉手帳取得し障害者雇用で継続就労ができたのではないかと 医療: ・若年性認知症の診断は、認知症疾患医療センターなど専門性の高い医療機関で行うべきか ・若年性認知症を診断した医療機関は、必要な介護・福祉・就労のサービスや制度を紹介する ・認知症診療を専門としない地域のかかりつけ医はどのような役割を担うべきだろうか 制度利用: ・家族は医療機関、利用できる制度などインターネットで調べ情報を収集し、申請を行わなければならない、負担が大きかった
58 歳		・ 認知症カフェ くるみの会 に参加(介護者の仕事の都合で参加できる日が限られた)	・特に発症初期において、情報提供にとどまらず、つなぐまで伴走する支援が必要である(どの部門が司令塔的役割を果たすべきか)
59 歳	介護保険申請・徘徊相談 障害厚生年金受給 精神保健福祉手帳取得	・徘徊するようになり地域包括支援センターに相談、 介護保険を申請 した ・ 障害厚生年金申請 : 社労士に代理申請手続き依頼。家族の収入は障害年金が主になった ・ 精神保健福祉手帳 取得	
60 歳	成年後見人選任	・ 成年後見家族申立て 、司法書士代理申請手続き依頼: 後見人は親族が選任された	
62 歳	C メンタルクリニック F 歯科医院	・C メンタルクリニック院内主治医変更に伴い、訪問診療に切り替えるよう指示 ・インプラント、歯の欠損等 1 回/週(訪問歯科)	

もの忘れ等がある65歳未満の本人・家族

若年性認知症相談・支援窓口

- 認知症疾患医療センター等への受診勧奨

若年性認知症等の診断

- コンシェルジュ機能：支援制度を網羅的にまとめた「**チェックシート**」を活用し制度の包括的な紹介と申請手続きの支援を行う
- 下記のいずれかの課にチェックシートとともに、引き継ぐ

診断に至らないものの
支援が必要な場合

健康推進課

継続受診がされているかなど定期的にモニタリング

事例の蓄積・分析

高齢者支援課

サービス利用なし
状態が変化・サービス利用
の必要性などを定期的にモ
ニタリング

健康推進課

障害福祉サービス利用

障害福祉課

介護保険サービス利用

地域包括ケア推進課

担当課の移行時は引き継ぎを徹底

介護保険申請・みなし2号等で若年性認知症を把握した課

生活支援課

介護保険課

チェックシートを認知症研究会で検討し、運用を開始した

若年性認知症の方の支援 チェックリスト(案) 支援者向け

経済的支援制度		初診日(年 月 日)			
時期	診断がついたら	初診日から6か月	初診日から1年6か月	退職を決める前に	退職
制度名	自立支援医療	精神障害者健福祉手帳	障害年金	傷病手当金	基本手当(失業給付)
申請日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
認定日(交付日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
窓口	障害福祉課			ハローワーク	
メモ					

氏名:
介護度:
障害区分:
退職日:
病名:
特記事項

目的に沿った支援

ニーズ	当事者・家族の交流		介護者同士の交流	介護と仕事の両立				福祉サービスの利用	
取り組みや制度	若年性認知症の人と家族の交流会	認知症カフェ	介護者の集い	介護休業制度	選択的措置義務	介護休暇	介護休業給付金	障害福祉サービス (例)就労移行支援・就労継続支援など	介護保険サービス (例)通所介護・ショートステイや訪問介護など
紹介した日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
利用開始日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
窓口	調整中	高齢者支援課・地域包括支援センター		事業主			ハローワーク	障害福祉課	介護保険課
概要	くるみネットが主催している不定期開催のイベントです。	誰でも参加できて、気軽にお話できる居場所です。	介護者同士悩みを話し合い、相談、情報交換ができる場です。	企業に申し出ることによって取得することができ、介護休業給付の受給が可能です。	企業は、介護休業とは別に、所定労働時間の短縮などを講じる必要があります。	企業に申し出ることによって取得することができますが、原則無給です。	介護休業を取得した場合に、受給できる給付金です。	障害福祉サービスを活用して働く機会を得ることができます。	通所介護では、食事・入浴・機能訓練などが受けられます。訪問介護では、入浴・排泄・食事等の介護や、調理・洗濯などの支援が受けられます。
メモ									

症状に応じた支援

症状	道に迷ってしまう・警察保護された		金銭管理に困っている	財産の管理に不安がある
	見守りシール	徘徊高齢者探索サービス利用者助成制度(GPS)	日常生活自立支援事業	成年後見制度
申請日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
利用開始日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
窓口	高齢者支援課		松戸市社会福祉協議会	相談:松戸市成年後見相談室
概要	QRコードが印字されたシールで、発見者が読み込むことで介護者にお知らせされます。無料配布しています。	身に着けるGPS端末に対して費用の一部を助成しています。助成金額は課税状況により異なります。	府県サービスの利用支援、日常的な金銭管理、通帳・印鑑・公的書通達の保管について支援します。	判断能力が不十分の方に代わって、財産の管理や契約、サービスの手配を行います。
メモ				

救急隊・行政の連携（頻回搬送要請・不搬送等）

頻回救急搬送者
(6か月間に5回以上)

51名

頻回不搬送者
(6か月間に3回以上)

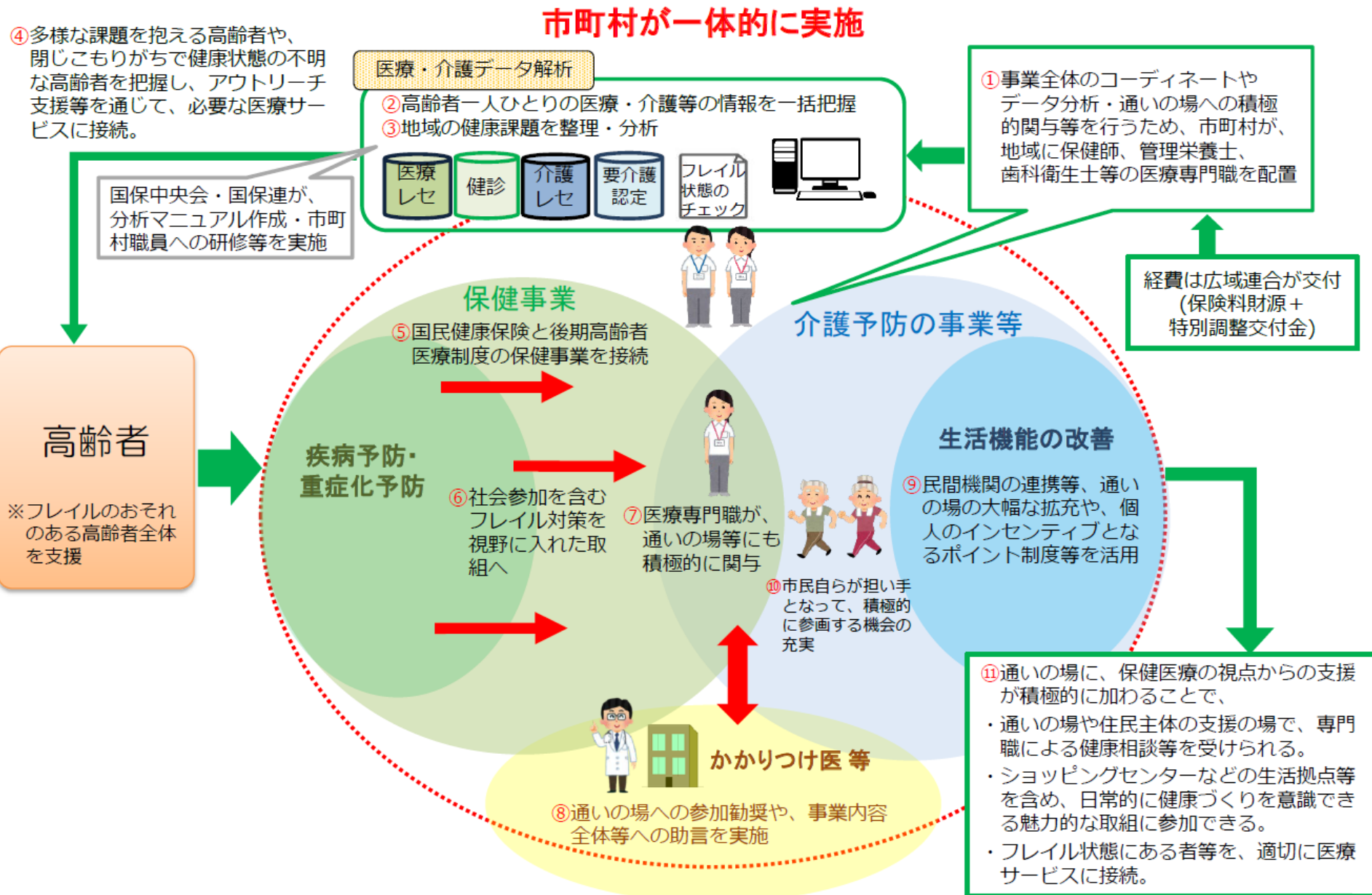
16名

- * 51名から421回の搬送要請があり(平均8.3回)、そのうち151回(35.9%)が不搬送となっていた
- * 年齢は23～89歳(平均59.2歳)、65歳以上の高齢者は22名(43%)
- * 全例が自宅等居住者
- * 要請理由として、腹痛、呼吸苦、動悸、気分不快、めまい、転倒、頭痛、意識消失、けいれん、自傷行為などが多かった
- * 10回以上の要請、または半分以上が不搬送の18名計231回の傷病程度は、死亡0、重症0、中等症28(12%)、軽症78(34%)、不搬送125(54%)であった
- * 最も搬送要請が多かった方は39回であった(うち29回が不搬送)
- * 最も不搬送の割合が高い方は、9回の搬送要請のうち、8回が不搬送となっていた

救急隊・行政の連携（頻回搬送要請・不搬送等）

番号	1	2	3	4	5	6
連絡票受理日	R6.5.28	R6.5.28	R6.10.24	R6.11.5	R7.1.7	R7.3.18
年齢	71	66	75	89	91	62
性別	女	男	女	男	男	男
家族の状況	認知症が疑われる高齢の夫と2人世帯	独居	独居（数年前に配偶者が逝去）	妻は夫からの加害行為により警察に保護	独居（弟が他県にいるが、疎遠）	息子がいるが九州在住で疎遠
要請理由	自宅内で転倒し顔面負傷	腸の様子がおかしい	胸部不快感・胸痛	「死にたい」との訴え	自宅付近の路上で転倒	自宅内で転倒し、起き上がれない
要請場所	警察署	自宅	自宅	自宅	路上	自宅
要請者	郵便局員	本人	本人	本人	通行人	本人
要請回数	1	6	5	7	1	多数
不搬送の理由	経済的理由による搬送拒否	症状の消失により	症状の消失により	明確な自殺企図なく、警察へ引き継ぐ	経済的な理由により、搬送を本人が強く拒否した	出動時より救急搬送が不要と判断し、消防車で出動
受診状況	施設往診医による往診	精神科へ定期受診。不安感強く頻回受診。	近医（内科）に定期受診	近医（内科）に定期受診	かかりつけ医に定期受診	かかりつけ医に定期受診
①元々受けていた支援	なし	介護保険サービス	不安症で色々な所へ連絡していた	夫婦喧嘩で警察や包括の対応歴あり	生活保護	生活保護
②連絡を受けた後に入った支援	介護保険サービス（短期入所→施設入所）	・施設入所	在宅医療・介護連携支援センターと連携しアウトリーチ実施	・緊急通報装置設置 ・介護申請、サービス導入	介護保険サービス（施設入所）	特になし
③現在の状況	R6年5月末より夫妻で短期入所利用開始。後見人選任後、施設入所へ移行。	令和6年6月～施設入所	内科、精神アウトリーチ実施し、転居すれば妄想性障害の症状落ち着く可能性ありとの評価	・妻は老健入所中。 ・夫は在宅でヘルパーや訪問診療が入っている。保佐人が金銭管理を担当。	施設入所中	サ高住に入所中

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（市町村における実施のイメージ図）



国保データベース(KDB)システムにおけるデータの取扱範囲 (電子データにより管理しているものに限る)

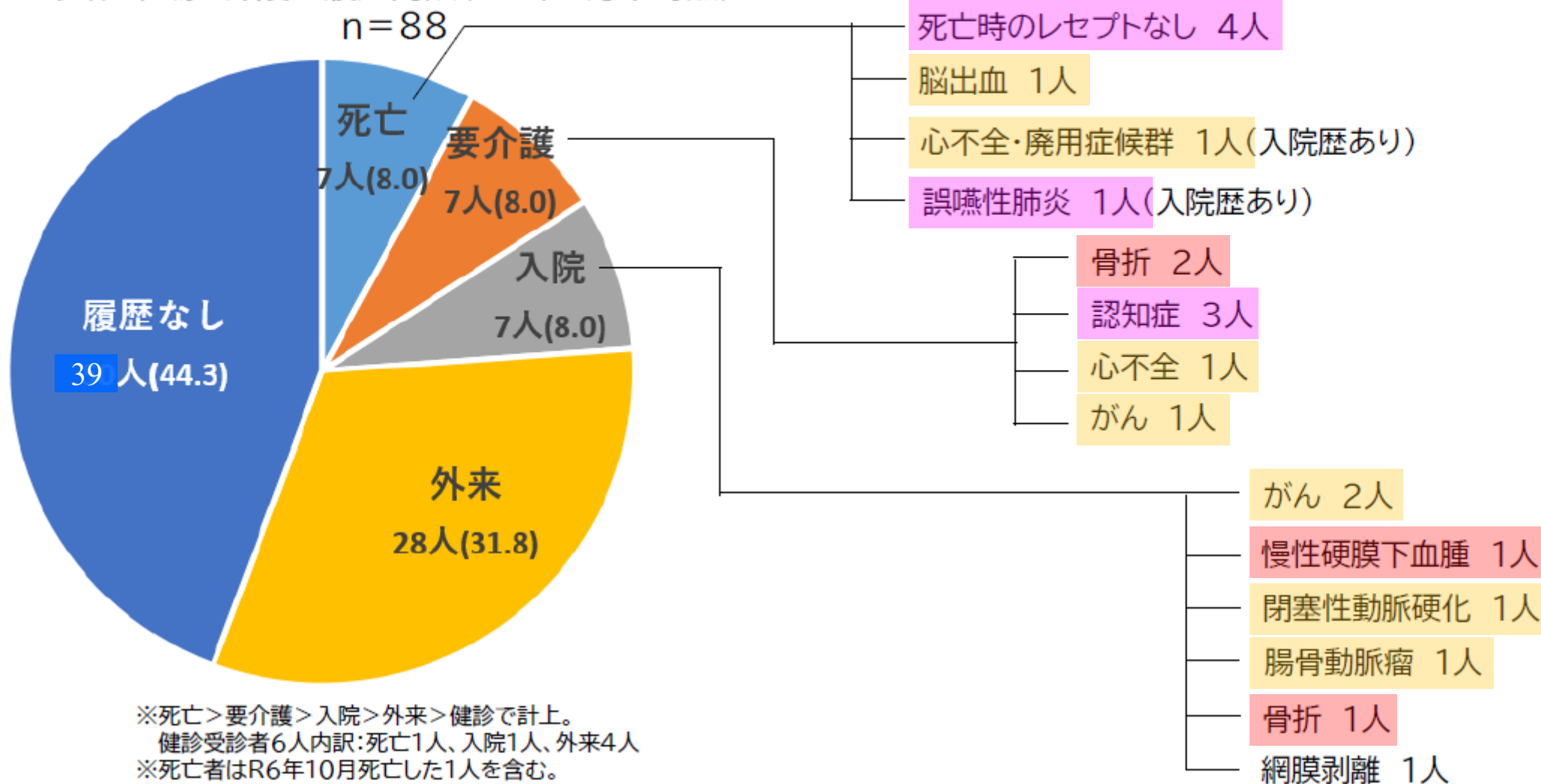
	0歳～	40歳～	65歳～	75歳～
健診	妊婦健康診査・乳幼児健康診査・学校健康診断情報等			
		特定健康診査・ 特定保健指導情報	後期高齢者健康診査情報	
医療	被用者保険（協会けんぽ、組合健保等）医療情報			
	国民健康保険医療情報		一定の障害 があるもの	後期高齢者医療情報
介護	2号被保険者 介護保険情報 1号被保険者			
	KDB取扱範囲			

KDBで健診データ・医療レセプト・介護保険情報が紐づけられたデータベースであり、自治体として地域の健康課題を可視化して取り組みに活かすことが可能になっている

R4年度健康状態不明者の健診・医療・介護の履歴

R2-3年度に健診・医療・介護
利用履歴がない者のうち
S19.4.1～S19.12.31日生

健診・医療・介護の履歴内訳(R6年9月末時点)

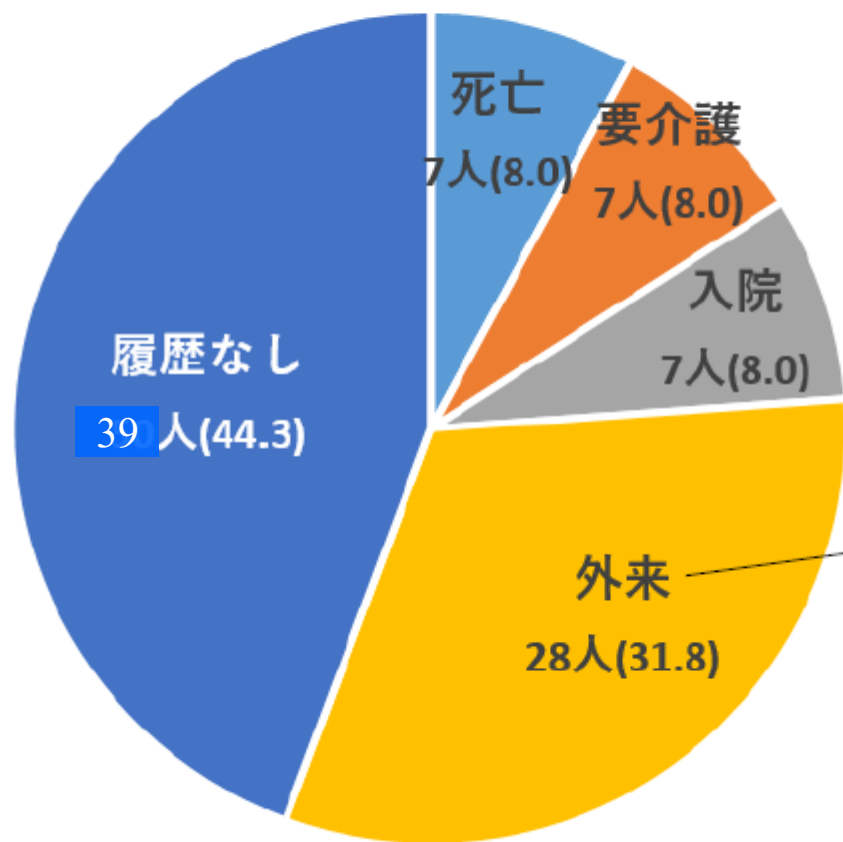


R4年度健康状態不明者の健診・医療・介護の履歴

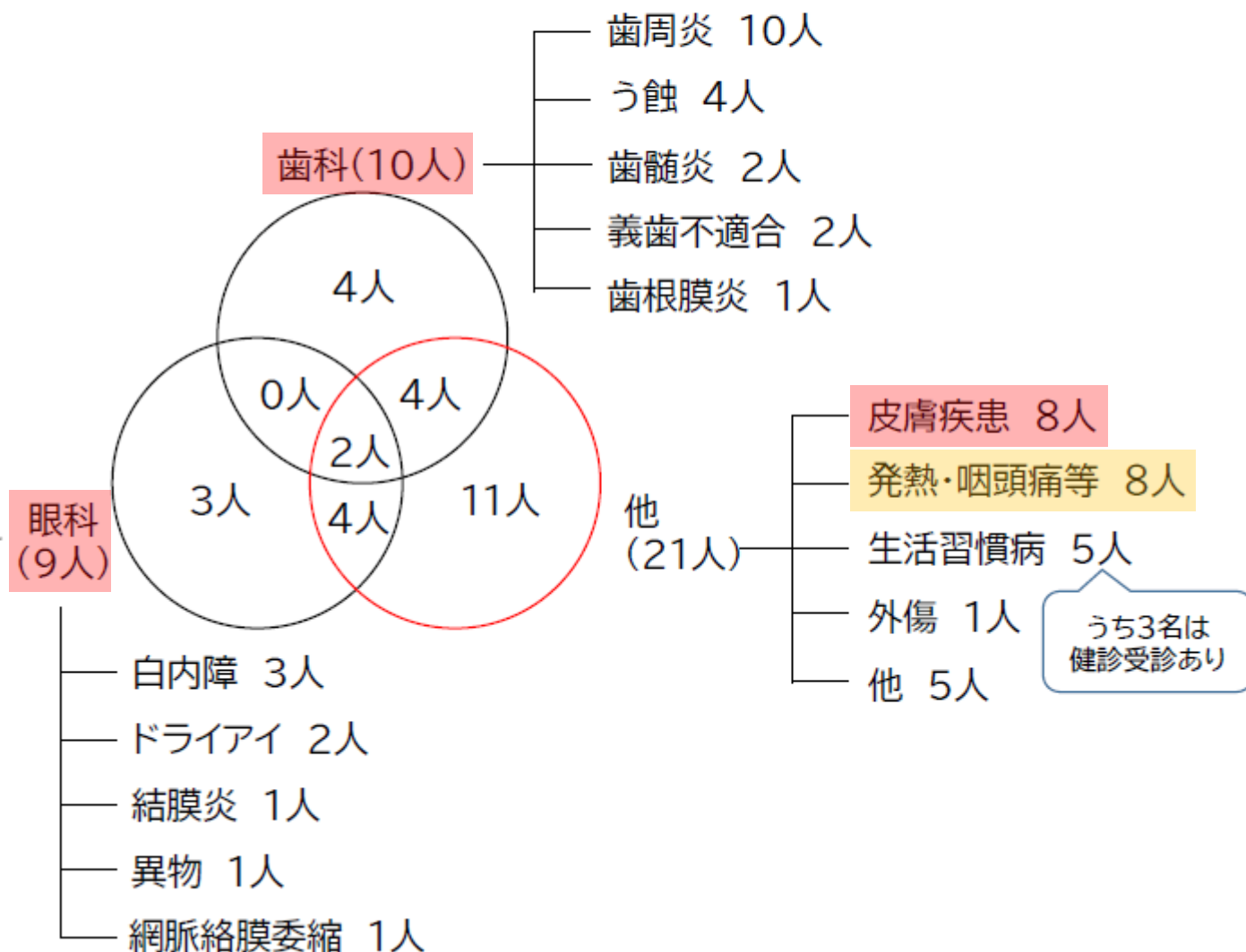
R2-3年度に健診・医療・介護
利用履歴がない者のうち
S19.4.1～S19.12.31日生

健診・医療・介護の履歴内訳(R6年9月末時点)

n=88

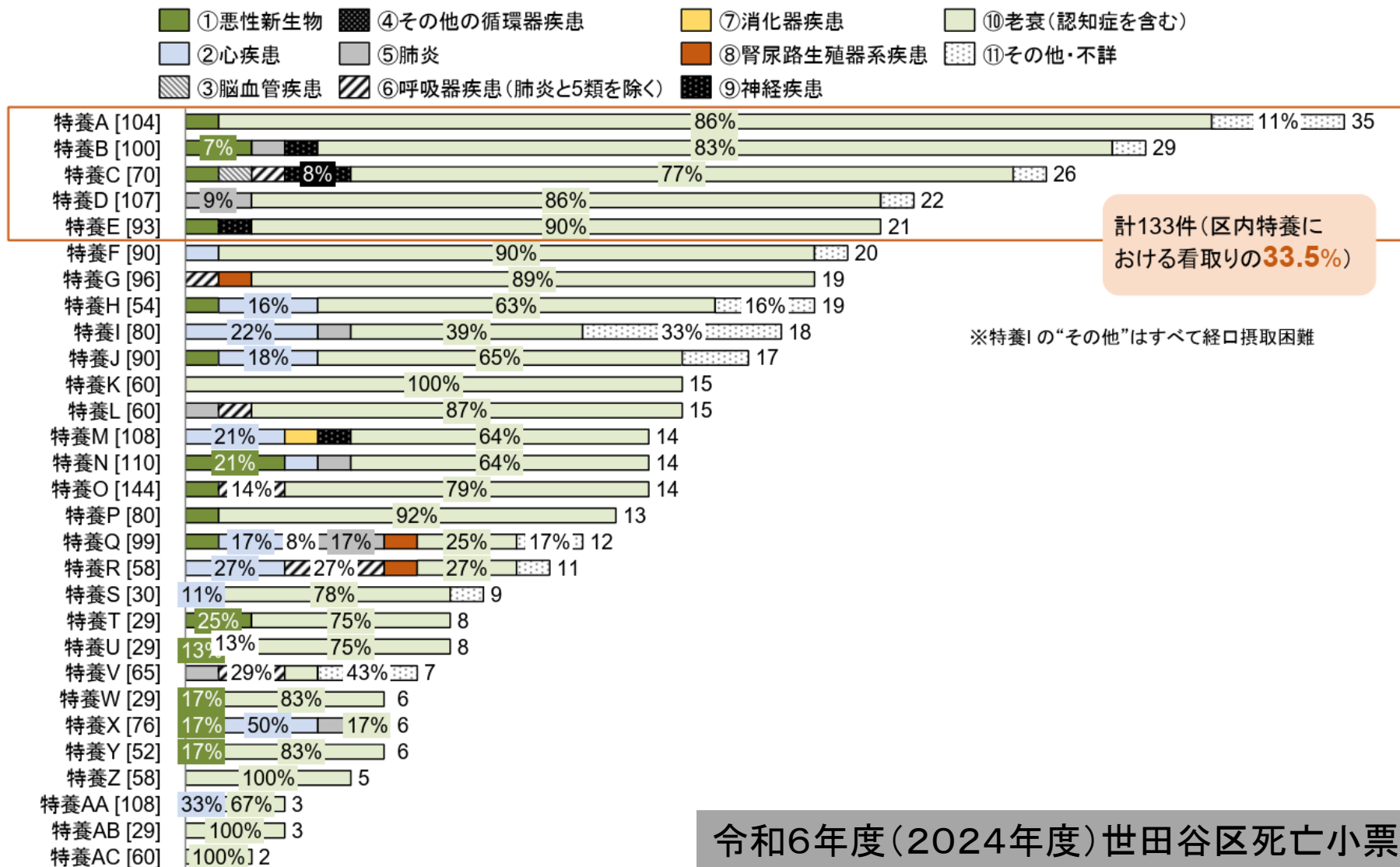


※死亡>要介護>入院>外来>健診で計上。
健診受診者6人内訳:死亡1人、入院1人、外来4人
※死亡者はR6年10月死亡した1人を含む。



区内全施設(特養)における看取りー施設・死因別(全年齢区分)

特養における看取りは施設ごとの件数の差がやや大きく、年間看取り21件以上の上位5施設が区内特養における看取りの3割強を占める。老衰以外の看取りはまだ少ない。



地域密着型サービス利用動向等調査結果(令和7年4月1日～令和8年3月31日分) (認知症対応型共同生活介護)

No	事業所名称	定員	平均 要介 護度	合計	退去者数										入院	その他
					死亡			施設入所								
					看取り	看取 /退去	その他	特養	合計	特養以外						
老健	医療院	サ高住	介護付 有料	住宅型 有料												
21		9	2.70	1	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
22		18	3.10	3	0	0.0%	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
23		18	3.85	4	1	25.0%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
24		18	3.00	3	2	66.7%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
25		18	3.20	6	2	33.3%	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
26		18	3.10	4	3	75.0%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
27		18	3.00	4	2	50.0%	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
28		18	2.30	6	0	0.0%	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0
29		18	2.50	1	0	0.0%	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
30		18	3.30	5	3	60.0%	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
31		18	2.70	7	4	57.1%	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
32		18	2.50	2	0	0.0%	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
33		9	2.88	1	1	100.0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34		18	3.30	11	6	54.5%	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
35		18	3.05	6	3	50.0%	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0
36		9	3.00	2	1	50.0%	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
37		18	2.56	5	0	0.0%	2	0	3	0	0	0	3	0	0	0
38		18	3.10	4	1	25.0%	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
39		18	3.00	3	0	0.0%	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
40		18	2.00	3	0	0.0%	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
41		9	2.10	0	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		698	2.82	163	62	38.0%	15	25	13	0	0	0	13	0	41	7



地域密着型サービス利用動向等調査結果(令和7年4月1日～令和8年3月31日分)(看護小規模多機能型居宅介護)

No	事業所名称	定員	平均 要介 護度	新規登録者数			合計	死亡					利用終了者数										入院	その他
				合計	男性	女性		合計	看取り				その他	特養	施設入所									
									合計	在宅	事業 所内	看取/退去			特養以外									
															合計	老健	介護療養 型医療施設	介護医療 院	GH	サ高住	介護付き有 料 老人ホーム	住宅型有料 老人ホーム		
1		29	3.30	8	2	6	12	2	2	0	16.7%	0	3	2	0	0	0	2	0	0	0	3	2	
2		29	3.13	15	6	9	15	0	0	0	0.0%	4	0	3	0	0	0	0	0	2	1	6	2	
3		29	3.40	34	16	18	8	2	2	0	25.0%	0	3	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	
4		29	3.70	19	9	10	20	9	3	6	45.0%	0	0	6	1	0	0	1	2	2	0	4	1	
5		29	3.30	24	11	13	13	6	2	4	46.2%	3	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	
6		25	3.30	14	3	11	11	2	2	0	18.2%	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	5	
7		29	2.50	1	1	0	6	2	0	2	33.3%	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
8		29	2.80	16	5	11	16	0	0	0	0.0%	3	1	4	1	0	0	0	1	0	2	6	2	
9		25	2.75	9	2	7	3	0	0	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
		253	3.13	140	55	85	104	23	11	12	22.1%	14	10	20	3	1	0	5	4	4	3	23	14	

まとめ：医療と介護の統合

“ケアチーム”や“事業検討チーム”への医師の参画が成否の鍵

真の意味での“医療と介護の統合”とは

医療は、介護が把握している膨大な生活情報をリアルタイムに医療介入へ反映させる

尿失禁や食事中のむせ、夜間の混乱など、必ずしも診察時に観察できない生活情報を介護から得ることによって、例えば薬剤の副作用に由来すると判断しうる

介護は、医療が治療方針や未来予測などの動的視点を提示することでケアの方向性をつかむ

病態がもはや回復不能であり今後の軌道が下っていくという医療の判断をもと、緩和ケアの観点から栄養やリハビリの介入、介助方法等についてケアを再構築する

医療と介護の統合

生活情報に基づく状態変化の把握が
診断や対応方針の立案に役立つ

医療

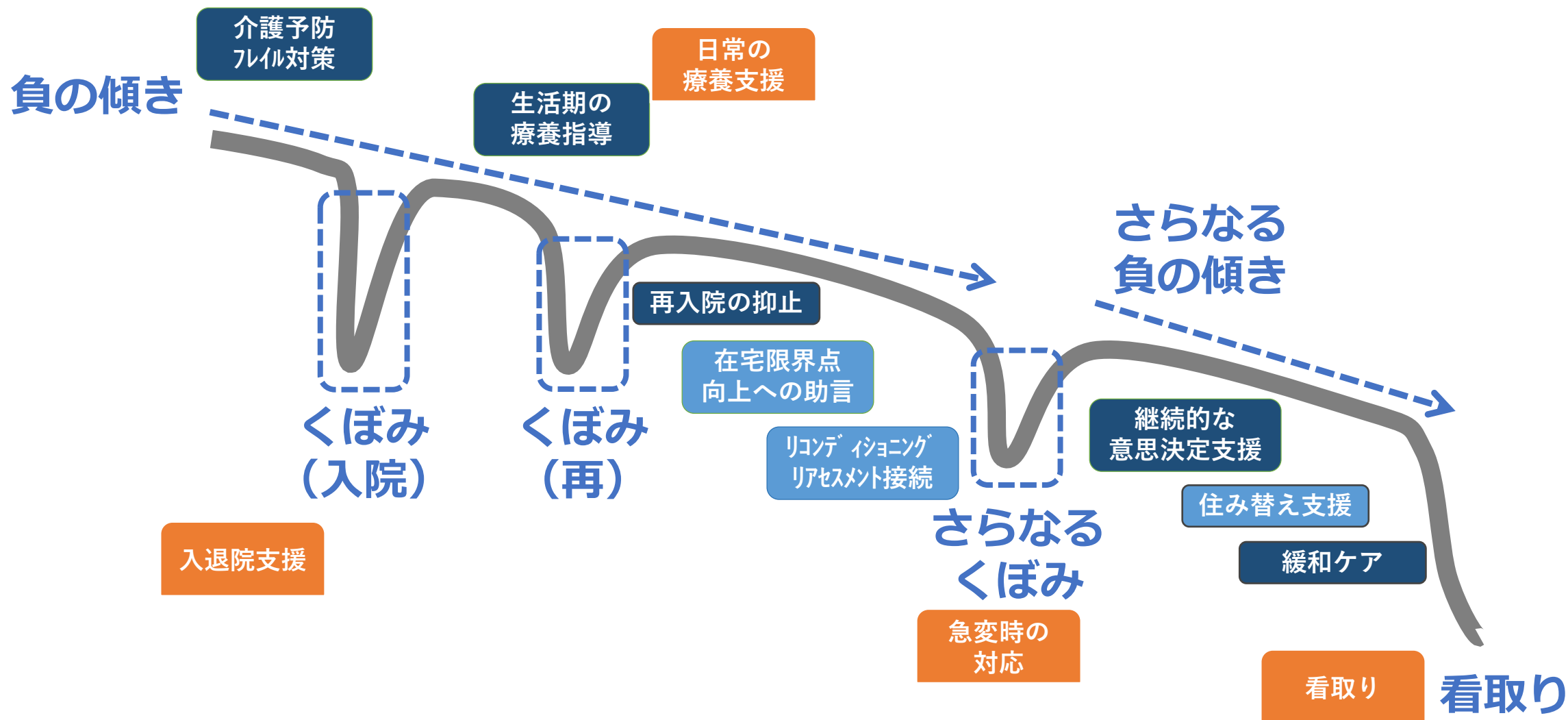
疾病の軌道

介護

生活の視点

未来予測と意思決定の支援に基づき
生活や人生の方向性を定める

人生の軌道に基づき必要な支援をイメージする



多岐にわたる支援に結びつけるためには、医療・介護・行政が連動して機能する必要がある
“地域の目指すべき姿”について検討を重ね、多領域・多機関の関係者が同じ方向を目指す

医師が“ケアチーム”の一員に入るかどうかが鍵となる

かかりつけ医がいない利用者の
主治医意見書を記載してくれる医師

地域ケア会議や介護認定審査会において
専門的見地から助言してくれる医師

地域包括支援センターからの医療に関連する
相談に応じる医師（地域サポート医）

困難事例対応や医師アウトリーチに取り組む
地域サポート医・専門サポート医の体制

データ分析や行政の事業に協力し
医療的見地から助言する医師会・大学等