厚生労働省委託事業

# 令和6年度
# 在宅医療・介護連携推進支援事業にかかる
# 調査等一式
# ＜事業報告書＞

令和 7(2025)年３月

厚生労働省老健局老人保健課

# 目　次


第Ⅰ章　事業の目的・内容 …… 1
　1　事業の目的 …… 2
　2　事業の内容 …… 2
　3　事業実施期間 …… 3
　4　検討委員会の設置・開催 …… 4
　5　ワーキンググループの設置・開催 …… 6
　（1）実態調査ワーキング …… 6
　（2）研修会議ワーキング …… 8
　（3）連携支援ワーキング …… 11
　（4）プラットホームワーキング …… 13
第Ⅱ章　在宅医療介護連携推進事業にかかる実態調査 …… 15
　（1）アンケート調査の目的・概要 …… 17
　（2）都道府県調査結果（概要） …… 19
　（3）都道府県調査結果（単純集計） …… 27
　（4）都道府県調査まとめ …… 50
　（5）市町村調査結果（概要） …… 52
　（6）市町村調査結果（単純集計） …… 63
　（7）市町村調査まとめ …… 95
　（8）コーディネーター調査（概要） …… 97
　（9）コーディネーター調査（単純集計） …… 104
　(10) コーディネーター調査まとめ …… 112
第Ⅲ章　都道府県・市町村等研修会議開催等について …… 127
　1．令和６年度 都道府県・市町村担当者等研修会議実施概要 …… 129
　2．研修 WG メンバー …… 129
　3．研修開催の流れ …… 130
　4．研修会議Ⅰ のプログラム …… 130
　5．研修会議Ⅱ のプログラム …… 132
　6．研修会議Ⅲ のプログラム …… 134
　7．研修全体の振り返り及び次年度の研修実施に向けて …… 137

第Ⅳ章　都道府県・市町村連携支援について ····· 167
１．実施概要 ····· 168
２．令和５年度都道府県・市町村連携支援の事業実施に係る課題と本年度の対応方針 ····· 168
３．検討委員会でいただいた主なご意見への対応 ····· 169
４．モデル地域一覧 ····· 169
５．支援の流れ（基本スタイル） ····· 170
６．支援経過 ： 須賀川地域（須賀川市、鏡石町、天栄村）、甲州市、牧之原市、唐津市 ···· 170
７．報告会の開催 ····· 172
８．支援のまとめ ····· 173
第Ⅴ章　プラットホームの開発について ····· 237
第Ⅵ章　在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進に向けて
～在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見～ · 249
第Ⅶ章　参考資料 ····· 283
（１）都道府県調査票 ····· 285
（２）市町村調査票 ····· 293
（３）コーディネーター調査票 ····· 301
（４）研修会議Ⅰ 研修資料 ····· 305
（５）研修会議Ⅱ 研修資料 ····· 413
（６）研修会議Ⅲ 研修資料 ····· 447
（７）在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見
（参考資料） ····· 481

# 第Ⅰ章　事業の目的・内容

## 1　事業の目的

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要であり、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する必要がある。

また、今後 2040 年にかけて人口・世帯構造が変化することに伴い、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加するため、地域 や施設で生活を送る高齢者が医療と介護双方のサービスを利用することが今後更に増えることが想定される。そのため、医療と介護の関係者、関係機関間の情報提供や情報共有等を、相互の顔の見える関係を土台とした上で、効率的に行うことが益々重要となる。

本事業では、地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組の、より一層の推進・充実を図ることを目的として以下の事業を実施する。

## 2　事業の内容

本業務において以下の事業を実施した。

Ⅰ 検討委員会およびワーキンググループの設置・開催
Ⅱ 在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査（以下、「実態調査」という。）
Ⅲ 都道府県・市町村担当者等研修会議開催の運営等（以下、「研修会議」という。）
Ⅳ 都道府県・市町村連携支援（以下、「連携支援」という。）
Ⅴ 医療・介護連携推進事業に関するプラットホームの開発（以下、「プラットホームの開発」という。）

### Ⅰ 検討委員会およびワーキンググループの設置・開催

検討委員会委員は、発注者と協議の上、在宅医療介護連携推進事業に関して、専門的知識を有する学識経験者や職能団体、実務担当者等の下記 15 名を招集し、検討委員会を 3 回開始した。

実態調査、研修会議、連携支援、プラットホームの開発の各業務を効果的に進めるため、それぞれにワーキンググループを設置した。実態調査はメンバー5 名で、ワーキングを 3 回開催、研修会議はメンバー8 名で、ワーキングを 6 回開催、連携支援はメンバー6 名で、ワーキングを 3 回開催、プラットホームの開発はメンバー7 名で、ワーキングを 3 回開催した。

### Ⅱ　実態調査

「都道府県（悉皆）」「市区町村（悉皆）」「コーディネーター（配置している都道府県、市区町村）」を対象とする 3 つのアンケート調査を実施するとともに、取組等の詳細に係る実態を把握し、事例から課題や対応策を整理することで他自治体に向け参考としていただくため、5 件のヒアリング調査を実施した。

Ⅲ　研修会議

市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、国の動向や在宅医療・介護の連携推進に必要な知識・技術等を習得し、在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資するための研修会議を全5回開催した。

研修会議（Ⅰ）：オンライン　1回開催（配信地：東京）

研修会議（Ⅱ）：東京、大阪、福岡で各1開催

研修会議（Ⅲ）：東京で1回開催

Ⅳ　連携支援

在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護の連携において特に重要となる「4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）」等について、PDCAサイクルに沿って取組を推進していくことが求められている。「４つの場面」等に取り組む市町村は増加しているが、地域の実情に応じた現状把握や課題抽出、連携体制の構築や評価指標の検討等、効果的かつ効率的に推進する上での方策に課題を有する市町村も多いと推測される。こうした実情を踏まえ、より効果的・効率的な取組の推進につなげるため、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、有識者（アドバイザー）及び事務局による連携支援を実施した。

厚生支局エリアのバランス、エントリー理由の具体性、市町村規模、医介連携事業の進捗状況などを踏まえて、（東北）福島県須賀川市・鏡石町・天栄村、（関東）山梨県甲州市、（東海）静岡県牧之原市、（九州）佐賀県唐津市の4地域で実施した。

Ⅴ　プラットホームの開発

在宅医療・介護連携に関する情報の一元化のため、在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットホームの開発を実施した。なお、有用な情報ツールを集約に加え、在宅医療介護連携推進事業の担当者間での情報交換の場となるように設計を行った。

本事業の実施内容を報告書として取りまとめるとともに、本事業を通じて得られた結果を踏まえ、検討委員会において「在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見」として取りまとめを行った。

## ３　事業実施期間

令和６年４月１日から令和７年３月21日まで

## 4　検討委員会及びワーキングの設置・開催

①検討委員会委員の設置

検討委員会委員は、発注者と協議の上、在宅医療介護連携推進事業に関して、専門的知識を有する学識経験者や職能団体、実務担当者等の下記 15 名を招集した。

**検討委員会の構成委員**

| お名前 | ご所属 |
|---|---|
| 飯野　雄治 | 稲城市市民協働課（前高齢福祉課地域支援係長） |
| 今村　英仁 | 公益社団法人日本医師会　常任理事 |
| 荻野　構一 | 公益社団法人日本薬剤師会　常務理事 |
| ◎角野　文彦 | びわこリハビリテーション専門職大学　学長 |
| 川越　正平 | 一般社団法人松戸市医師会　会長 |
| 斎川　克之 | 一般社団法人新潟市医師会　地域医療推進室　室長 |
| 斉藤　正身 | 一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会　会長 |
| 坂上　陽一 | 公益社団法人肝属郡医師会　肝属郡医師会立病院　地域医療室長 |
| 杉澤　孝久 | 北海道　保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課　医療参事 |
| 田母神 裕美 | 公益社団法人日本看護協会　常任理事 |
| 西村　一弘 | 公益社団法人日本栄養士会　常任理事 |
| 野村　圭介 | 公益社団法人日本歯科医師会　常務理事 |
| 服部　真治 | 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会<br>医療経済研究機構政策推進部 研究事業担当部長<br>研究部 主席研究員 （～令和6年12月31日）<br>株式会社日本能率協会総合研究所　主幹研究員（令和7年1月1日～） |
| 福地　裕仁 | 深谷市　福祉健康部 長寿福祉課　課長補佐 |
| 牧野　和子 | 一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事 |

（敬称略、◎は座長）

②検討委員会の議事内容

検討委員会は、全３回開催した。各会の議事内容は次の通りである。

**検討委員会の議事内容**

| 開催回 | 開催時期 | 議事内容 | 配布資料 |
|---|---|---|---|
| 第1回 | 令和6年<br>6月14日<br>（金） | 1. 開会<br>2. 在宅医療・介護連携の課題に対するご意見聴取<br>3. WGの進め方に対するご意見聴取<br>4. その他　今後のスケジュール等<br>5. 閉会 | 参加者名簿・次第<br>資料1. 在宅医療・介護連携推進支援事業について<br>資料2. WGの設置と検討事項について<br>資料2-1. 実態調査WG<br>資料2-2. 研修WG<br>資料2-3. 連携支援WG<br>資料2-4. プラットホームWG<br>参考資料1. 事業実施計画書（厚生労働省提出版の抜粋（委員事前送付版））<br>参考資料2_在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見 |
| 第2回 | 令和6年<br>11月1日<br>（金） | 1. 開会<br>2. 在宅医療・介護連携　各WGの進捗状況報告<br>3. 実態調査報告（速報値）<br>4. 在宅医療・介護連携の課題に対する意見交換<br>5. その他　今後のスケジュール<br>6. 閉会 | 参加者名簿・次第<br>資料1-1. 実態調査WG<br>資料1-2. 研修会議WG<br>資料1-3. 連携支援WG<br>資料1-4. プラットホームWG<br>資料2. 調査結果速報値抜粋<br>資料3. 在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見論点整理<br>参考資料1. 在宅医療・介護連携推進支援事業　全体進捗状況<br>参考資料2. 実態調査　調査票<br>参考資料3. 在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見<br>参考資料4. かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた議論の整理 |
| 第3回 | 令和7年<br>3月5日<br>（水） | 1. 開会<br>2. 在宅医療・介護連携　各WGの進捗状況報告<br>3. 在宅医療・介護連携の課題に対する意見交換<br>4. その他　今後のスケジュール<br>5. 閉会 | 参加者名簿・次第<br>資料1-1. 実態調査WG結果報告書（案）<br>資料1-2. 研修会議WG結果報告書（案）<br>資料1-3. 連携支援WG結果報告書（案）<br>資料1-4. プラットホームWG結果報告書（案）<br>資料2. 在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見令和6年度版（案）<br>参考資料1. 実態調査　調査票<br>参考資料2. 在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見<br>参考資料3. 事業に係る意見論点整理（第2回検討委員会_資料3）<br>参考資料4. 意見Ⅲ　令和5年度版と令和6年度版（案）の変更点<br>参考資料5. 意見　参考資料（案） |

## ５　ワーキンググループ設置・開催

「在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査」、「都道府県・市町村担当者等研修会議開催の運営」、「都道府県・市町村連携支援」、「在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットホームの開発」の各業務を効果的に進めるため、それぞれにワーキンググループを設置した。

### （１）実態調査ワーキング

①実態調査ワーキンググループの設置

実態調査ワーキンググループグループの委員は次の通りである。

**実態調査ワーキンググループの構成委員**

| 区分 | お名前 | ご所属 |
|---|---|---|
| 都道府県職員 | 大内田　由香 | 福岡県嘉穂･鞍手保健福祉環境事務所<br>参事兼健康増進課長 |
| コーディネーター | 田上　幸輔 | 北海道在宅医療推進支援センター　コーディネーター |
| 学識 | ◎村松　圭司 | 産業医科大学　准教授 |
| 市町村職員 | 諸川　千佳子 | 水戸市役所福祉部高齢福祉課地域支援センター　保健師 |
| 学識<br>実践者 | 吉江　悟 | 東京大学高齢社会総合研究機構　客員研究員<br>東京大学未来ビジョン研究センター　客員研究員<br>慶應義塾大学医学部医療政策･管理学教室　訪問研究員<br>筑波大学ヘルスサービス開発研究センター　研究員<br>広島大学医学部　客員准教授<br>一般社団法人 Neighborhood Care　代表理事 |

（敬称略、◎は座長）

②実態調査ワーキングの開催

研修会議のワーキングを全３回開催した。各会の議事内容は次の通りである。

**実態調査ワーキングの議事内容**

| 開催回 | 開催時期 | 議事内容 | 配布資料 |
|---|---|---|---|
| 第１回 | 令和6年<br>6月25日<br>（火） | 1. 開会<br>2. 在宅医療･介護連携推進支援事業について<br>3. 地域での取組状況について<br>4. 実態調査の概要<br>5. アンケート調査の討議<br>6. ヒアリング調査の討議<br>7. 閉会 | ・在宅医療・介護連携推進支援事業について<br>・実態調査の実施概要<br>・アンケート項目一覧（案）<br>・アンケート調査表（案） |
| 第２回 | 令和6年<br>10月22日（火） | 1. 開会<br>2. 調査結果速報値について<br>3. ヒアリング調査の進捗について<br>4. その他<br>5. 閉会 | ・調査結果速報値抜粋<br>・ヒアリング調査進捗 |
| 第3回 | 令和7年<br>2月14日<br>（金） | 1. 開会<br>2. 調査結果とりまとめの方向性について<br>3. ヒアリング調査結果とりまとめの方向性について<br>4. 閉会 | ・アンケート調査結果<br>・ヒアリング調査結果 |

## （２）研修会議ワーキング

①研修会議ワーキンググループの設置

研修会議のワーキンググループの委員は、次の通りである。

**連携支援ワーキンググループの構成委員**

| お名前 | ご所属 |
|---|---|
| 大夛賀　政昭 | 国立保健医療科学院　医療・福祉サービス研究部<br>福祉サービス研究領域　上席主任研究官 |
| 小田島　史恵 | 釜石市　地域包括ケア推進本部　事務局長 |
| ◎川越　雅弘 | 株式会社日本医療総合研究所　地域づくり推進部　部長 |
| 斎川　克之 | 一般社団法人新潟市医師会　地域医療推進室　室長 |
| 田中　明美 | 生駒市　特命監 |
| 松本　佳子 | 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会<br>医療経済研究機構　政策推進部　専門研究員 |
| 村井　千賀 | 石川県立こころの病院　認知症疾患医療センター　副所長 |
| 吉川　和義 | 埼玉県保健医療部医療整備課（在宅医療推進担当）　主幹 |

（敬称略、◎は座長）

②研修会議ワーキングの開催

研修会議ワーキングを全６回開催した。各会の議事内容は次の通りである。

**連携支援ワーキングの議事内容**

| 開催回 | 開催時期 | 議事内容 | 配布資料 |
|---|---|---|---|
| 第1回 | 令和6年<br>6月28日<br>（金） | 1．開会<br>2．在宅医療・介護連携推進支援事業について<br>3．研修の実施概要<br>4．都道府県・市町村連携支援の実施概要<br>5．その他<br>6．閉会 | 委員名簿<br>次第<br>資料1-1　在宅医療・介護連携推進支援事業（研修・連携支援WG資料）<br>資料1-2　在宅医療・介護連携推進事業を効果的に展開するための課題と対応策<br>資料1-3　検討資料<br>資料2　研修会議の実施概要<br>資料3　都道府県・市町村連携支援の実施概要<br>別添1　募集チラシ<br>別添2　エントリーシート<br>参考資料1　令和5年度委託事業報告書 |
| 第2回 | 令和5年<br>7月23日<br>（火） | 1．開会<br>2．第1回研修＆連携支援合同WGでのご意見共有<br>3．研修会議Ⅰ　研修概要及びプログラムについて<br>4．研修会議Ⅱ　研修概要及びプログラムについて<br>5．研修会議Ⅲ　研修概要及びプログラムについて<br>6．その他<br>7．閉会 | 委員名簿<br>次第<br>資料1　第1回研修＆連携支援合同WGにおけるご意見<br>資料2　研修会議Ⅰの実施概要とプログラム案<br>資料3　研修会議Ⅱの実施概要とプログラム案<br>資料4　研修概要及びプログラム構築に必要な要素（案）<br>参考資料1　第1回WG資料（1-1　在宅医療・介護連携推進支援事業）<br>参考資料2　第1回WG資料（1-2　在宅医療・介護連携推進事業を効果的に展開するための課題と対応策）<br>参考資料3　第1回WG資料　議事録 |
| 第3回 | 令和6年<br>8月15日<br>（木） | 1．開会<br>2．研修会議Ⅰ　研修概要及びプログラムについて<br>3．研修会議Ⅱ　研修概要及びプログラムについて<br>4．研修会議Ⅲ　研修概要及びプログラム構築に必要な要素について<br>5．その他<br>6．閉会 | 委員名簿<br>次第<br>資料1　研修会議Ⅰの実施概要とプログラム案<br>資料2　研修会議Ⅱの実施概要とプログラム案<br>資料2－①　研修会議Ⅱテーマ案<br>資料3　修会議Ⅲの実施概要とプログラム案<br>資料4　研修の委員対応スケジュール<br>参考資料1　第2回WG資料　議事録 |

| 開催回 | 開催時期 | 議事内容 | 配布資料 |
|---|---|---|---|
| 第4回 | 令和6年<br>9月11日<br>（水） | 1. 開会<br>2. 研修会議Ⅰ　研修概要及びプログラムの報告について<br>3. 研修会議Ⅱ　研修概要及びプログラムについて<br>4. 研修会議Ⅲ　研修概要及びプログラムについて<br>5. その他<br>6. 閉会 | 委員名簿<br>次第<br>資料1　研修会議Ⅰの実施概要とプログラム<br>資料2　コーディネーターの役割の定義（委員長試案）<br>資料3　研修会議Ⅲの実施概要とプログラム案<br>資料4　研修会議Ⅱの実施概要とプログラム案<br>参考資料1　第3回WG資料　議事録 |
| 第5回 | 令和6年<br>8月15日<br>（木） | 1. 開会<br>2. 研修会議Ⅰ　研修概要及びプログラムの確認について<br>3. 研修会議Ⅱ　研修概要及びプログラムについて<br>4. 研修会議Ⅲ　研修概要及びプログラムについて<br>5. その他<br>6. 閉会 | 委員名簿<br>次第<br>資料1　研修会議Ⅰの実施概要とプログラム<br>資料2　研修会議Ⅰの進行表<br>資料3　研修会議Ⅲの実施概要とプログラム案<br>資料4　研修会議Ⅱの実施概要とプログラム案<br>参考資料1　第4回WG資料　議事録 |
| 第6回 | 令和7年<br>3月12日<br>（水） | 1. 開会<br>2. 研修会議結果の報告<br>3. 次年度に向けて意見交換<br>4. 閉会 | 委員名簿<br>次第<br>資料1　研修会議結果の報告 |

## （３）連携支援ワーキング

①連携支援ワーキンググループの設置

連携支援ワーキンググループの委員は、次の通りである。

**連携支援ワーキンググループの構成委員**

| お名前 | ご所属 |
|---|---|
| 大夛賀　政昭 | 国立保健医療科学院　医療・福祉サービス研究部<br>福祉サービス研究領域　上席主任研究官 |
| 小田島　史恵 | 釜石市　地域包括ケア推進本部　事務局長 |
| ◎川越　雅弘 | 株式会社日本医療総合研究所　地域づくり推進部　部長 |
| 坂上　陽一 | 肝属郡医師会　肝属郡医師会立病院　地域医療室長 |
| 鈴木　美和 | 蓮田市　在宅医療介護課　課長 |
| 東野　定律 | 静岡県立大学　経営情報学部経営情報学科　教授 |
| 松本　佳子 | 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会<br>医療経済研究機構　政策推進部　専門研究員 |
| 村井　千賀 | 石川県立こころの病院　認知症疾患医療センター　副所長 |

（敬称略、◎は座長）

②連携支援ワーキングの開催

連携支援ワーキングを全３回開催した。各会の議事内容は次の通りである。

**連携支援ワーキングの議事内容**

| 開催回 | 開催時期 | 議事内容 | 配布資料 |
|---|---|---|---|
| 第１回 | 令和6年<br>6月28日<br>（金） | 1. 開会<br>2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について<br>3. 研修の実施概要<br>4. 都道府県・市町村連携支援の実施概要<br>5. その他<br>6. 閉会 | 委員名簿<br>次第<br>資料1-1　在宅医療・介護連携推進支援事業（研修・連携支援WG資料）<br>資料1-2　在宅医療・介護連携推進事業を効果的に展開するための課題と対応策<br>資料1-3　検討資料<br>資料2　研修会議の実施概要<br>資料3　都道府県・市町村連携支援の実施概要<br>別添1　募集チラシ<br>別添2　エントリーシート<br>参考資料1　令和5年度委託事業報告書（㈱富士通総研） |
| 第２回 | 令和6年<br>9月25日<br>（水） | 1. 開会<br>2. モデル事業の進め方<br>3. その他<br>4. 閉会 | 委員名簿<br>次第<br>資料1-1　モデル事業について<br>別添　各地域の現状・課題の整理（詳細版）<br>資料1-2　シート集_更新案<br>参考資料1　第1回WG議事要旨<br>参考資料2　各地域の基礎情報<br>参考資料3　令和5年度連携支援の成果物 |
| 第3回 | 令和7年<br>3月6日<br>（木） | 1. 開会<br>2. モデル事業の結果と報告会の実施について<br>3. 今後に向けた検討<br>4. その他<br>5. 閉会 | 委員名簿<br>次第<br>資料1　モデル事業の結果について<br>資料1別添　モデル地域のとりまとめ資料（暫定版）<br>資料2　検討資料<br>参考資料1　第2回WG議事要旨<br>参考資料2　令和5年度連携支援の成果物 |

## （4）プラットホームワーキング

①プラットホームワーキンググループの設置

プラットホームワーキンググループの委員は次の通りである。

**プラットホームワーキンググループの構成委員**

| お名前 | ご所属 |
|---|---|
| 石川　遼一郎 | 長野県健康福祉部医療政策課医療係　主任 |
| 小澤　文乃 | 長野県健康福祉部介護支援課計画係　主査保健師 |
| 川野　達也 | 株式会社DIGITAL LIFE　ヘルスケアIT事業　ディレクター |
| 杉澤　孝久 | 北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課　医療参事 |
| 田上　幸輔 | 北海道在宅医療推進支援センター　コーディネーター |
| ◎服部　真治 | 一般財団法人医療経済研究･社会保険福祉協会<br>医療経済研究機構政策推進部 研究事業担当部長<br>研究部 主席研究員 （～令和6年12月31日）<br>株式会社日本能率協会総合研究所　主幹研究員（令和7年1月1日～） |
| 福地　裕仁 | 深谷市　福祉健康部長寿福祉課　課長補佐 |

（敬称略）、◎は座長

②プラットホームワーキングの開催

プラットホームワーキングを全４回開催した。各回の議事内容は次の通りである。

**プラットホームワーキングの議事内容**

| 開催回 | 開催時期 | 議事内容 | 配布資料 |
|---|---|---|---|
| 第1回 | 令和6年<br>6月25日<br>（火） | 1. 開会<br>2. 作業部会委員等のご紹介<br>3. 在宅医療・介護連携推進支援事業について<br>4. プラットホームの構築の概要とスケジュールについて<br>5. 閉会 | 次第<br>資料1　出席者名簿・席次表<br>資料2　在宅医療・介護連携推進支援事業について<br>資料3　プラットホーム構築の概要とスケジュールについて<br>参考資料 プラットホームワーキンググループに対するご意見 |
| 第2回 | 令和6年<br>9月2日<br>（月） | 1. 開会<br>2. プラットホームに搭載する機能及び第3層の更新権限等について<br>3. テスト運用の実施方針及びマニュアルの策定方針につい<br>4. その他<br>5. 閉会 | 次第<br>参加者名簿<br>資料1 プラットホームに搭載する機能及び第3層の更新権限等について<br>資料2 テスト運用の実施方針及びマニュアルの策定方針について<br>参考資料1　第1回プラットホームWG議事録 |
| 第3回 | 令和6年<br>12月6日<br>（金） | 1. 開会<br>2. 第3層へのアクセス権限及び掲載コンテンツについて<br>3. プラットホームの名称およびサイトデザインについて<br>-サイト名について<br>-ファーストビューのデザインについて<br>4. テスト運用の進め方及び広報方法について<br>5. その他<br>6. 閉会 | 次第<br>参加者名簿<br>資料1 第3層へのアクセス権限及び掲載コンテンツについて<br>資料2 プラットホームの名称およびサイトデザインについて<br>資料3 テスト運用の進め方及び広報方法について<br>参考資料1 プラットホームの構成の詳細について<br>参考資料2 第2回プラットホームWG議事録 |
| 第4回 | 令和6年<br>12月6日<br>（金） | 1. 開会<br>2. テスト運用結果のご報告と改修内容について<br>3. サイトロゴデザインについて<br>4. 次年度の改修に向けた意見交換について<br>5. その他<br>6. 閉会 | 次第<br>参加者名簿<br>資料1 テスト運用結果のご報告と改修内容について<br>資料2 サイトロゴデザインについて<br>資料3　次年度の改修に向けた意見交換について<br>参考資料1　　第3回WG議事録 |

# 第Ⅱ章　在宅医療介護連携推進事業にかかる実態調査

# アンケート調査の目的・概要

- 都道府県・市町村調査では、在宅医療・介護連携推進事業の協議体の現状、介護保険事業計画に求める場面別状況、第８次医療計画で求められている「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」の現状と課題を把握
- コーディネーター調査では、取り組むべき内容にどの程度関与しているか等の実態、関与する上での課題を把握
- 調査結果を分析・評価した上で、検討委員会に報告し、本年度の検討や次年度以降の提言への基礎資料とする

■アンケート調査概要

| | 内容 |
|---|---|
| **実施期間** | 令和６年８月23日（金）　～　令和６年11月22日（金） |
| **調査対象** | ・都道府県（悉皆）　47自治体<br>・市区町村（悉皆）　1741自治体<br>・コーディネーター※（配置している都道府県、市区町村）　1618人 |
| **調査方法** | ・メールによる調査票（エクセル）の配布・回収<br>＜配布＞厚生労働省　→　都道府県　→　市区町村<br>＜回収＞市区町村　→　都道府県　→　日本能率協会総合研究所 |
| **主な調査項目** | ・庁内、庁外連携体制の整備状況<br>・在宅医療４場面別の取組状況<br>・コーディネーターの有無<br>・拠点の設置状況<br>等 |

※R６年度調査では、R５年度に定義された「コーディネーター」に基づき、調査を実施した。R５年度のコーディネーターの定義は次のページに記載

0

# （参考）在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの定義等

## コーディネーターの定義

○　自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的とし、実施主体である市町村と連携して在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能（主に多機関に所属する多職種の連携推進や人材育成）を果たす者を「在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター」（以下「コーディネーター」という。）とする。

## コーディネーターに期待される役割

○　自治体における関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら、コーディネート業務を実施することにより、在宅医療・介護連携推進事業の体制整備に向けた取組を推進することが期待される。

## コーディネーターの配置方針

○　自治体毎の配置人数や配置先は限定せず、地域の実情に応じた多様な配置を可能とする。
○　また、配置においては「コーディネーターに求められる要件」を有する者であることを前提とし、勤務形態（常勤・非常勤）、契約形態（直営・委託）等を規定するものではない。
○　なお、在宅医療・介護連携推進事業を推進するうえでは必ずしも配置を求めるものではないが、配置を検討することが望ましい。

## コーディネーターに求められる要件

○　自治体においてコーディネート機能を適切に担うことができる者であること。
○　医療分野かつ介護分野に関する知識を有する者が望ましい。
※　特定の資格要件は定めないが、医療分野においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または歯科衛生士等の医療に係る国家資格を有する者や、医療ソーシャルワーカーの実務経験等を有する者であるとより望ましい。また、介護分野においては、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等の介護に係る国家資格や、介護支援専門員資格を有する等の介護分野に関する知識を有する者であるとより望ましい。
※　在宅医療・介護連携推進事業への理解があり、地域の関係団体や専門職等と連絡調整できる立場の者であることが望ましい。
※　コーディネーターが属する地域の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有することが適当である。また、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、在宅医療・介護連携の推進を促す者であることが望ましい。

1

# （参考）在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターに期待される具体的な役割等

## コーディネーターに期待される具体的役割の例

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

## コーディネーターに期待される能力の例

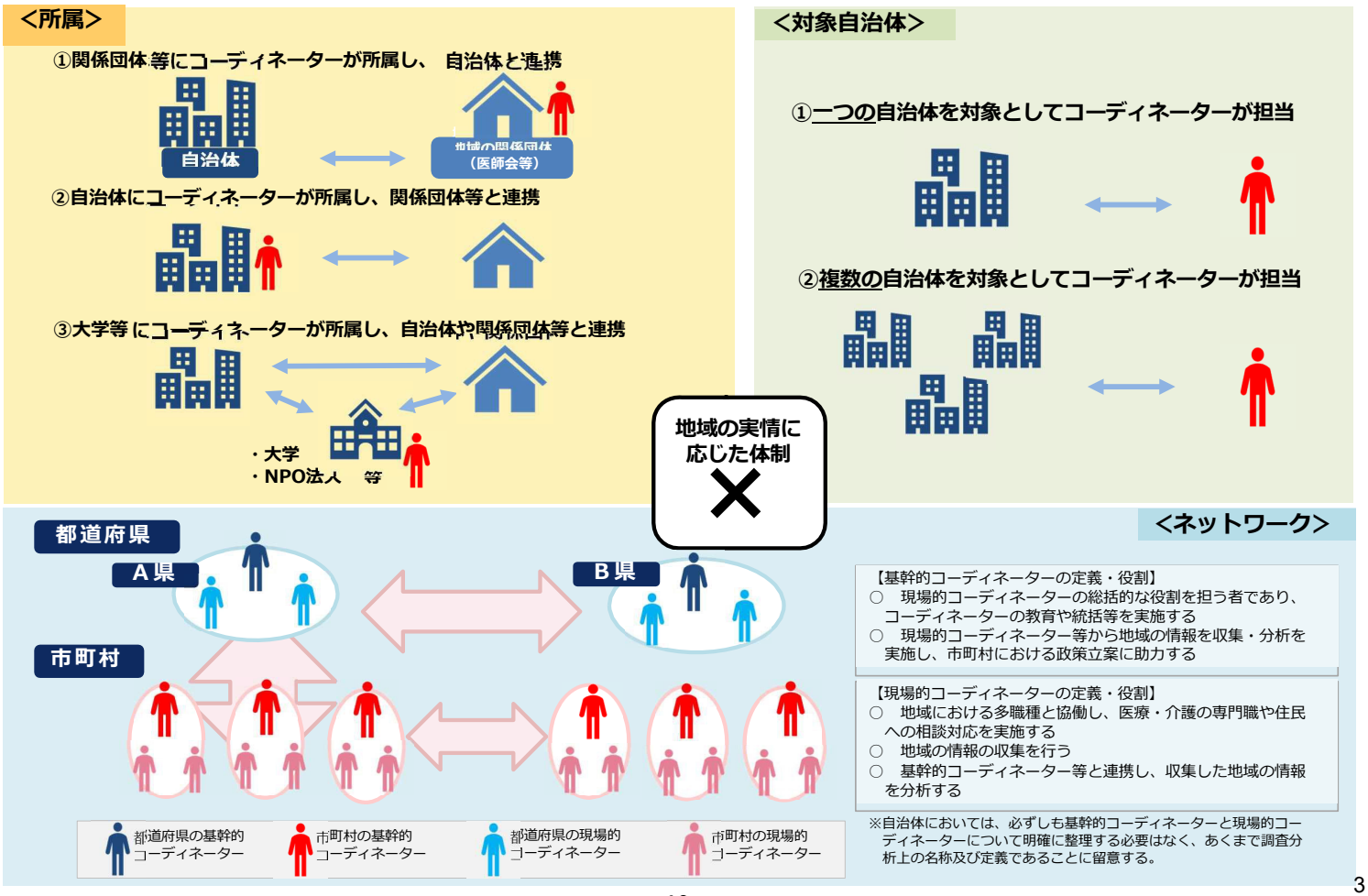
○　**組織横断的な連携や協働を行い、在宅医療・介護連携推進事業を推進する能力**
- 自治体と連携・協働し、自治体内外の関係機関・関係者との合意形成を図るとともに、効果的な連携・協働体制を構築することができる。

○　**コーディネーターとしての専門的知識・技術を推進する能力**
- 各自治体のあるべき姿を理解し、求められる役割等を実践することができる。
- 専門職や地域住民等からの相談支援等に対する分析及び検討を実施した上で、地域の実情に応じた必要な支援につなげることができる。
- コーディネーター間の連携・協働を推進することができる。

○　**在宅医療・介護連携推進におけるあるべき姿に基づき、人材育成を推進する能力**
- 資格の有無を問わず、社会の変化や情勢に応じて専門的知識や技術を常に更新することができる。
- 自治体の組織目標や施策の展望等を踏まえ、組織内での理解・共有を図り、コーディネーターとしての実施体制を整備することができる。
- コーディネーターの人材確保・育成に寄与することができる。



# （参考）在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの体制（イメージ）



# 都道府県調査結果（概要）



## 都道府県調査結果（概要）

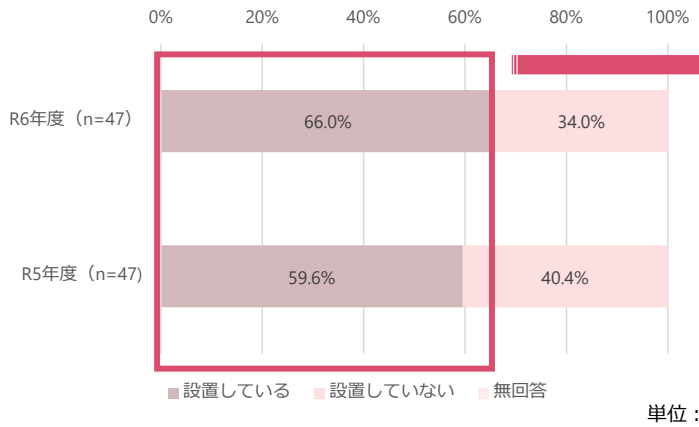
■都道府県アンケート設問概要

| | 大項目 | 設問内容 |
|---|---|---|
| Ⅰ | 基本情報 | ・都道府県名 |
| Ⅱ | 都道府県の体制 | ・協議会の設置状況<br>・高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援について取組状況<br>・「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取組状況 |
| Ⅲ | 市町村への支援状況、市町村の取組状況について | ・過疎地域、小規模自治体、中山間地域等の取組状況 |
| Ⅳ | コーディネーターについて | ・コーディネーターの設置状況等 |
| Ⅴ | 「在宅医療の圏域」・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について | ・「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療の圏域」<br>・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」数や取組内容<br>・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」数、評価実施状況 |
| Ⅵ | かかりつけ医機能報告制度について | ・かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備の状況 |
| Ⅶ | ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する研修について | ・ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する研修 |

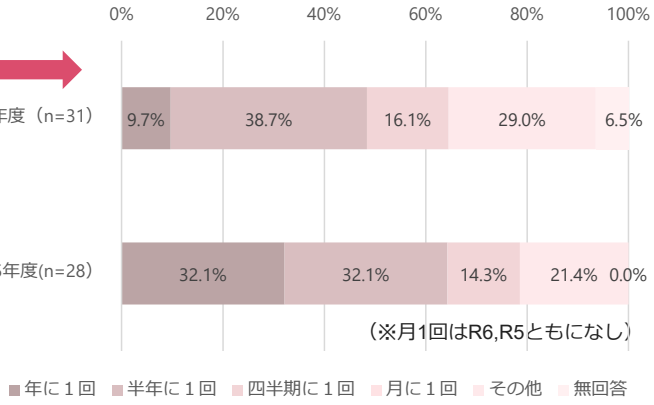
# 都道府県調査結果（概要）

- 協議会の設置状況について、R6年度調査の協議会の設置は66.0%、R5年度調査は59.6%
- 協議会の実施回数では、年1回開催が低下し、複数回が上昇している一方で、R5年度がコロナ禍であり、開催を見合わせた都道府県がみられた

■協議会の設置状況




■協議会の実施回数




単位：%

| | | 調査数 | 設置している | 設置していない |
|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 47 | 66.0 | 34.0 |
| 高齢者の人口規模 | 30万人未満 | 8 | 62.5 | 37.5 |
| | 30万人～50万人未満 | 15 | 53.3 | 46.7 |
| | 50万人～100 万人未満 | 14 | 78.6 | 21.4 |
| | 100 万人以上 | 10 | 70.0 | 30.0 |
| 問2　貴都道府県は高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援について取り組みを実施していますか。 | 実施している | 10 | 90.0 | 10.0 |
| | 実施していない | 37 | 59.5 | 40.5 |
| 問11　貴都道府県において、都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（定義は参照）と呼ばれる人はいますか。 | いる | 10 | 80.0 | 20.0 |
| | いない | 36 | 61.1 | 38.9 |
| | わからない | 1 | 100.0 | – |

＜参考＞
高齢者の人口規模別では「50万以上～100万未満」が78.6%、高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援を行っている別では「実施している」が90.0%、コーディネーター有無別では「いる」が80.0%となっている



# 都道府県調査結果（概要）

- 参加者では管轄の市町村が58.1%となっている
- 協議会未設置理由は、「既存の会議体で議論がされている」「市町村ごとに協議されるべき」「必要性を感じない」「庁内での議論が不十分」「委託している」がみられた

■協議会の参加者

単位：%

| | R6年度（n=31） | R5年度（n=28） |
|---|---|---|
| 都道府県医師会 | 93.5% | 100.0% |
| 郡市区医師会 | 35.5% | 28.6% |
| 都道府県歯科医師会 | 87.1% | 96.4% |
| 都道府県薬剤師会 | 90.3% | 96.4% |
| 都道府県看護協会 | 87.1% | 96.4% |
| 都道府県訪問看護（ステーション）連絡協議会 | 71.0% | |
| 都道府県介護支援専門員協会 | 90.3% | 96.4% |
| 都道府県栄養士会 | 64.5% | 64.3% |
| 都道府県リハビリテーション協議会 | 29.0% | |
| 都道府県理学療法士協会 | 41.9% | 50.0% |
| 都道府県作業療法士協会 | 32.3% | 39.3% |
| 都道府県言語聴覚士協会 | 22.6% | 32.1% |
| 都道府県歯科衛生士会 | 22.6% | 21.4% |
| 都道府県社会福祉士会 | 9.7% | |
| 都道府県社会福祉協議会 | 19.4% | |
| 都道府県介護福祉士会 | 25.8% | |
| 都道府県医療ソーシャルワーカー協会 | 38.7% | 35.7% |
| 都道府県老人保健施設協会 | 22.6% | |
| 都道府県老人福祉施設協議会 | 29.0% | |
| 都道府県介護医療院協会 | 0.0% | |
| 都道府県介護付きホーム協会・高齢者住宅協会 | 0.0% | |
| 都道府県認知症グループホーム協会 | 6.5% | |
| 都道府県訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会 | 12.9% | |
| 都道府県通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会 | 0.0% | |
| 地域包括支援センター | 45.2% | 57.1% |
| 管轄の市町村 | 58.1% | |
| 保健所（都道府県） | 54.8% | 64.3% |
| 保健所（市・特別区設置） | 16.1% | 25.0% |
| 消防署（救急） | 6.5% | 3.6% |
| 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | 16.1% | 17.9% |
| 大学等の教育機関 | 41.9% | 42.9% |
| 民間企業 | 6.5% | 7.1% |
| その他 | 64.5% | 75.0% |
| 無回答 | 0.0% | 0.0% |

※R6,R5で選択肢が異なるため単純比較はできない

■協議会を設置していない理由

- 在宅医療・介護連携に関する協議体や会議体がすでに別に設置されているため、新たな協議会の設置が不要。
- 在宅医療・介護連携は市町村の事業として実施されており、市町村ごとに協議するべきと考えられているため、県レベルでの協議会設置は不要。
- 協議会設置の必要性の認識不足、県レベルでの協議会設置の必要性を感じていない。
- 庁内での議論が十分に行われていないため、具体的な設置検討に至っていない。
- 医師会に委託されており、県自らが協議会を設置する必要がない。

# 都道府県調査結果（概要）

- 協議会の参加者都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項について、「在宅医療・介護連携推進事業に係る実態把握や課題の抽出」が77.4%と最も高く、次いで「在宅医療・介護間の情報共有」が74.2%となっている。

■協議会の参加者都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項

単位：%

| | | 調査数 | 医療・介護の資源確保や活用 | 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討 | 在宅医療・介護間の情報共有 | 多職種間の連携やネットワーク体制構築 | 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携 | 都道府県と市町村との連携 | 市町村間の連携 | 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | 地域住民への周知啓発 | 地域医療構想との整合性 | 医療計画との整合性 | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 31 | 48.4 | 77.4 | 32.3 | 74.2 | 64.5 | 67.7 | 48.4 | 29.0 | 41.9 | 38.7 | 29.0 | 22.6 | 32.3 | 12.9 | 3.2 |
| 高齢者の人口規模 | 30万人未満 | 5 | 80.0 | 80.0 | 40.0 | 100.0 | 80.0 | 80.0 | 60.0 | 40.0 | 40.0 | 40.0 | 20.0 | 40.0 | 40.0 | － | － |
| | 30万人～50万人未満 | 8 | 37.5 | 75.0 | 12.5 | 75.0 | 50.0 | 75.0 | 50.0 | 25.0 | 37.5 | 37.5 | 25.0 | 12.5 | 12.5 | 25.0 | － |
| | 50万人～100 万人未満 | 11 | 18.2 | 72.7 | 18.2 | 63.6 | 63.6 | 54.5 | 36.4 | 18.2 | 27.3 | 27.3 | 18.2 | 18.2 | 36.4 | 9.1 | 9.1 |
| | 100 万人以上 | 7 | 85.7 | 85.7 | 71.4 | 71.4 | 71.4 | 71.4 | 57.1 | 42.9 | 71.4 | 57.1 | 57.1 | 28.6 | 42.9 | 14.3 | － |
| 問2　貴都道府県は高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援について取り組みを実施していますか。 | 実施している | 9 | 44.4 | 88.9 | 22.2 | 77.8 | 55.6 | 66.7 | 55.6 | 44.4 | 66.7 | 55.6 | 33.3 | 33.3 | 55.6 | 22.2 | － |
| | 実施していない | 22 | 50.0 | 72.7 | 36.4 | 72.7 | 68.2 | 68.2 | 45.5 | 22.7 | 31.8 | 31.8 | 27.3 | 18.2 | 22.7 | 9.1 | 4.5 |
| 問11　貴都道府県において、都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（定義は参照）と呼ばれる人はいますか。 | いる | 8 | 75.0 | 100.0 | 37.5 | 87.5 | 87.5 | 87.5 | 50.0 | 37.5 | 62.5 | 50.0 | 62.5 | 37.5 | 50.0 | － | － |
| | いない | 22 | 40.9 | 72.7 | 31.8 | 72.7 | 59.1 | 63.6 | 50.0 | 27.3 | 36.4 | 36.4 | 18.2 | 18.2 | 27.3 | 18.2 | － |
| | わからない | 1 | － | － | － | － | － | － | － | － | － | － | － | － | － | － | 100.0 |

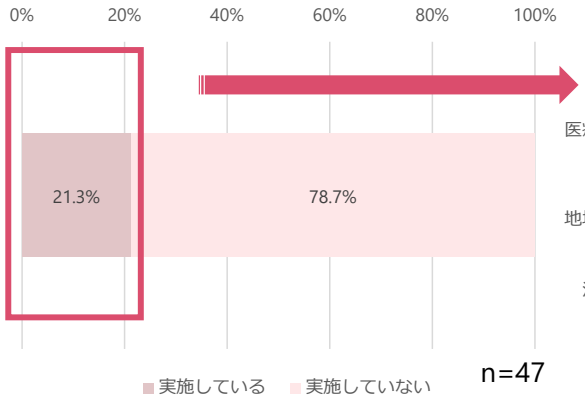
＜参考＞
高齢者の人口規模別では、「30万人未満」は「在宅医療・介護間の情報共有」が100.0%となっている
高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援別では、「実施している」は「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が88.9%となっている
コーディネーターの有無別では、「いる」は「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が100.0%となっている



# 都道府県調査結果（概要）

- 高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援を行っている都道府県は21.3%
- 取組内容としては、地域の医療関係団体に協力の依頼を行っているが50.0%

■高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援

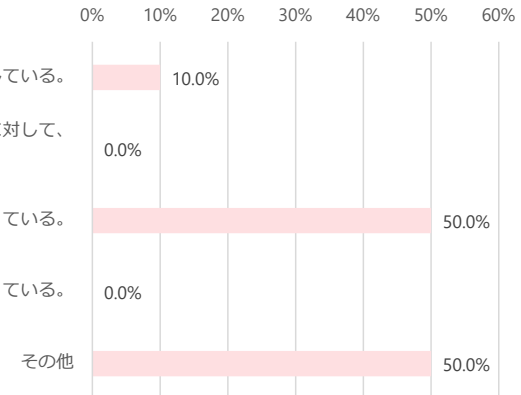



n=47

単位：%

| | | 調査数 | 実施している | 実施していない |
|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 47 | 21.3 | 78.7 |
| 高齢者の人口規模 | 30万人未満 | 8 | － | 100.0 |
| | 30万人～50万人未満 | 15 | 26.7 | 73.3 |
| | 50万人～100 万人未満 | 14 | 28.6 | 71.4 |
| | 100 万人以上 | 10 | 20.0 | 80.0 |
| 問1　貴都道府県では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。 | 設置している | 31 | 29.0 | 71.0 |
| | 設置していない | 16 | 6.3 | 93.8 |
| 問11　貴都道府県において、都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（定義は参照）と呼ばれる人はいますか。 | いる | 10 | 20.0 | 80.0 |
| | いない | 36 | 22.2 | 77.8 |
| | わからない | 1 | － | 100.0 |

■実施の内容



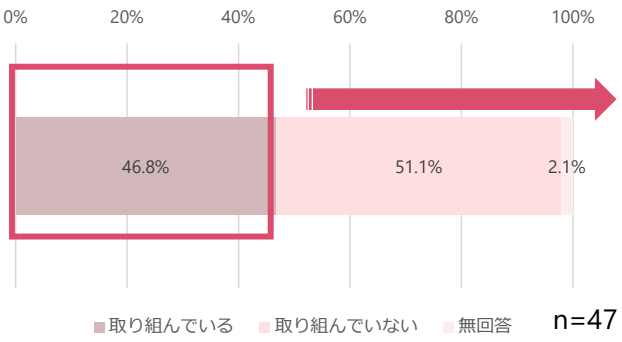

n=10

＜参考＞
高齢者の人口規模別では「30万人未満」は実施している都道府県はない
協議会の設置有無別では「設置している」は29.0%となっている

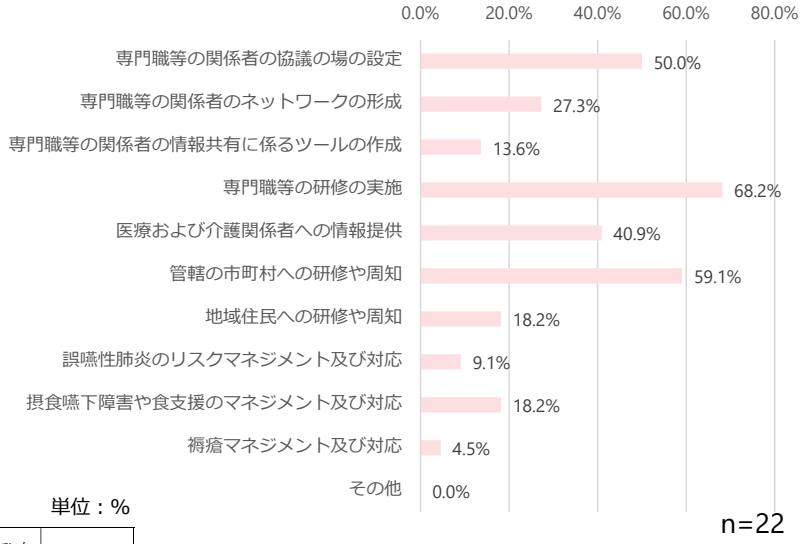
# 都道府県調査結果（概要）

- リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組を行っている都道府県は46.8%
- 取組内容としては、専門職等の研修の実施が68.2%、管轄の市町村への研修や周知が59.1%

■リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組




■実施の内容




単位：%

| | | 調査数 | 取り組んでいる | 取り組んでいない | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 47 | 46.8 | 51.1 | 2.1 |
| 高齢者の人口規模 | 30万人未満 | 8 | 25.0 | 62.5 | 12.5 |
| | 30万人～50万人未満 | 15 | 33.3 | 66.7 | – |
| | 50万人～100 万人未満 | 14 | 50.0 | 50.0 | – |
| | 100 万人以上 | 10 | 80.0 | 20.0 | – |
| 問1　貴都道府県では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。 | 設置している | 31 | 58.1 | 38.7 | 3.2 |
| | 設置していない | 16 | 25.0 | 75.0 | – |
| 問2　貴都道府県は高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援について取り組みを実施していますか。 | 実施している | 10 | 70.0 | 30.0 | – |
| | 実施していない | 37 | 40.5 | 56.8 | 2.7 |
| 問11　貴都道府県において、都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（定義は参照）と呼ばれる人はいますか。 | いる | 10 | 60.0 | 30.0 | 10.0 |
| | いない | 36 | 44.4 | 55.6 | – |
| | わからない | 1 | – | 100.0 | – |

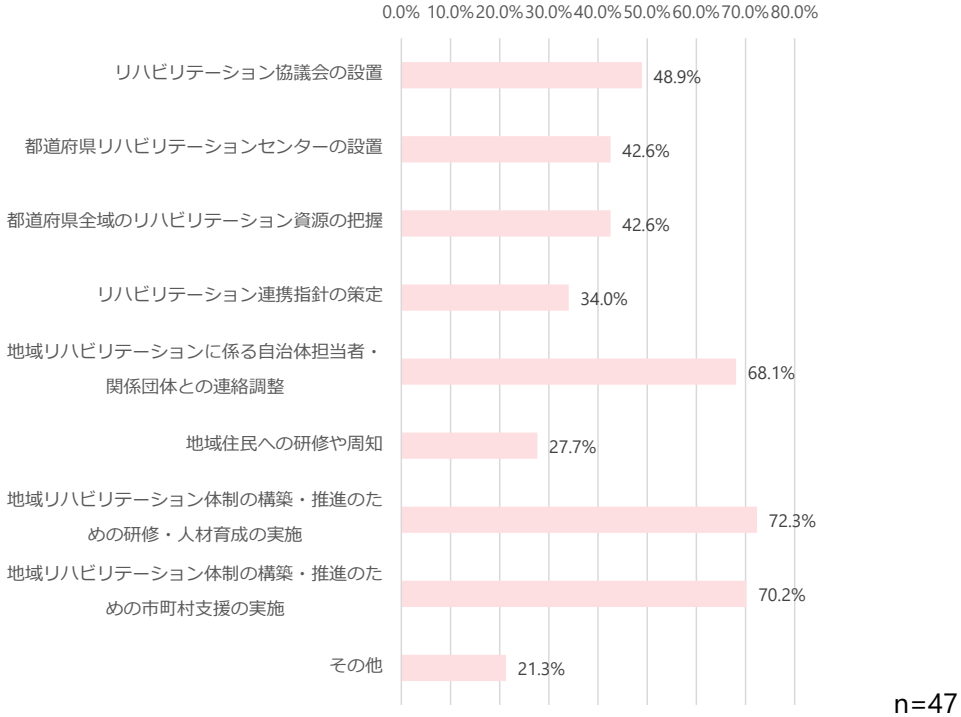
＜参考＞
高齢者の人口規模別では、「100万人以上」の「取り組んでいる」が80.0%となっている
協議会の設置有無別では、「設置している」の「取り組んでいる」 が58.1%、高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援別では「実施している」の「取り組んでいる」が60.0%、コーディネーターの有無別では「いる」の「取り組んでいる」 が60.0%となっている

10

# 都道府県調査結果（概要）

- 地域リハビリテーション体制の構築のために、貴都道府県が取り組む内容では、研修・人材育成の実施が72.3%、市町村支援が70.2%となっている

■地域リハビリテーション体制の構築のために、
貴都道府県が取り組む内容

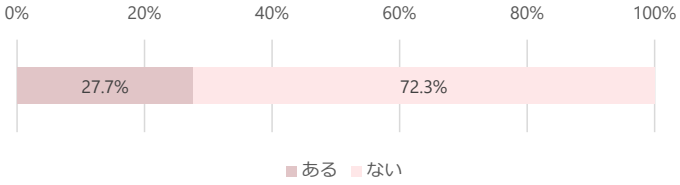



11

# 都道府県調査結果（概要）

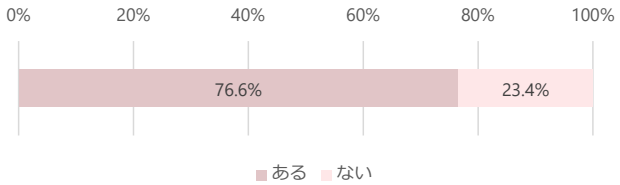
- 過疎地域、小規模自治体、中山間地域等で有効な取組を実施していると思われる自治体がある割合は、27.7%
- 過疎地域、小規模自治体、中山間地域の自治体に対しての支援を実施している割合は、34.0%
- 多職種連携において効果的な取組をされていると思われる自治体がある割合は、73.8%

■過疎地域、小規模自治体、中山間地域等で有効な取組を実施していると思われる自治体の有無



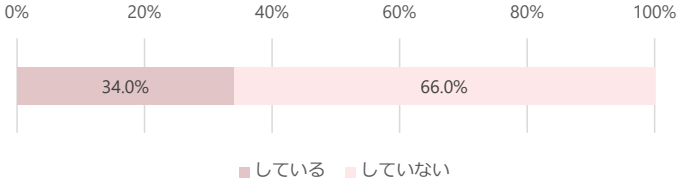

n=47

■多職種連携において効果的な取組をされていると思われる市町村の有無




n=47

■過疎地域、小規模自治体、中山間地域の自治体に対しての支援の有無



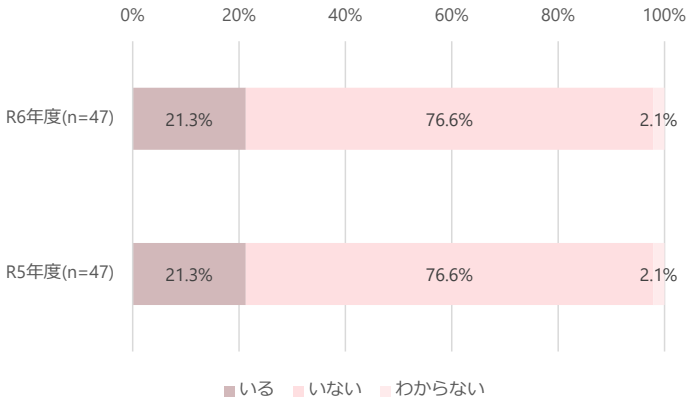

n=47



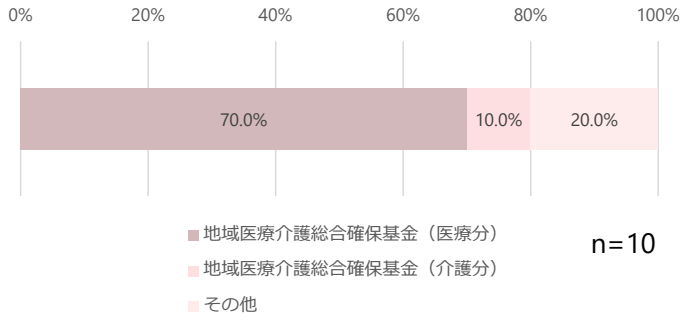
# 都道府県調査結果（概要）

- 都道府県コーディネーターの配置状況はＲ５年度と比較して変化はなかった
- 予算は「地域医療介護総合確保基金（医療分）」にて確保が70.0%

■都道府県コーディネーターの有無




■予算の確保状況




n=10

単位：%

| | | 調査数 | いる | いない | わからない |
|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 47 | 21.3 | 76.6 | 2.1 |
| 高齢者の人口規模 | 30万人未満 | 8 | 37.5 | 62.5 | - |
| | 30万人～50万人未満 | 15 | 6.7 | 93.3 | - |
| | 50万人～100 万人未満 | 14 | 21.4 | 71.4 | 7.1 |
| | 100 万人以上 | 10 | 30.0 | 70.0 | - |
| 問1　貴都道府県では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。 | 設置している | 31 | 25.8 | 71.0 | 3.2 |
| | 設置していない | 16 | 12.5 | 87.5 | - |
| 問2　貴都道府県は高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援について取り組みを実施していますか。 | 実施している | 10 | 20.0 | 80.0 | - |
| | 実施していない | 37 | 21.6 | 75.7 | 2.7 |

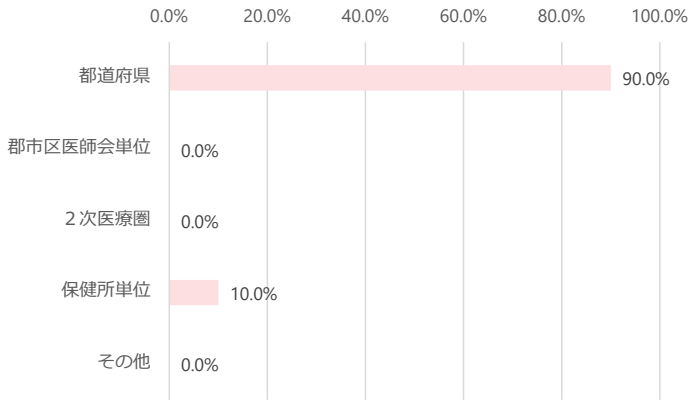
＜参考＞
高齢者の人口規模別では「30万人未満」の「コーディネーターのいる割合」が37.5%、協議会の設置有無別では、「設置している」の「いる」 が25.8%、高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援別では「実施している」の「いる」が20.0%となっている

※コーディネーターの定義自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的とし、実施主体である市町村と連携して在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能（主に多機関に所属する多職種の連携推進や人材育成）を果たす者を「在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター」とする。
※ 連携の対象として、例えば「医療機関と介護事業者」、「事業に関わる関係団体と市町村」、「事業に関わる医療及び介護専門職と市町村」等が挙げられる。また、その質を高めることもコーディネート機能の一部である。

# 都道府県調査結果（概要）

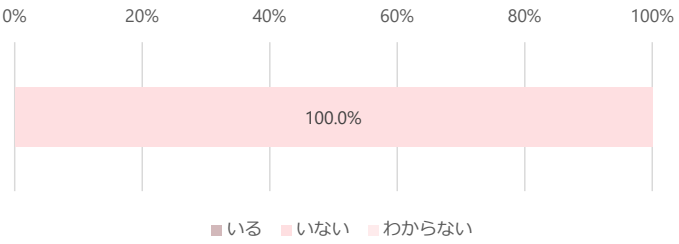
- 都道府県コーディネーターの活動圏域は都道府県が90.0%
- 基幹的コーディネーターはいないが100.0%

■都道府県コーディネーターの活動圏域




n=10

■都道府県の基幹的コーディネーターの有無



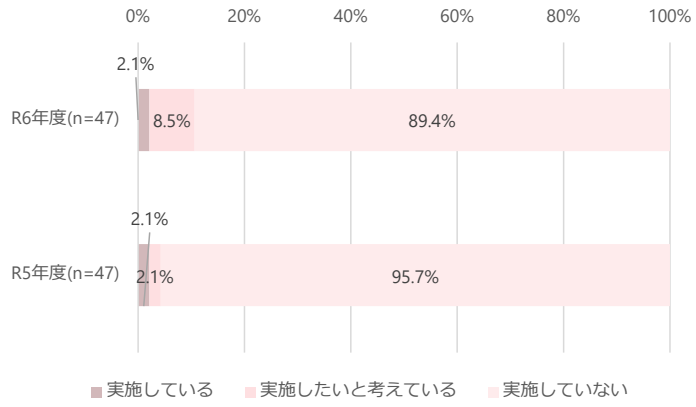

n=10

14

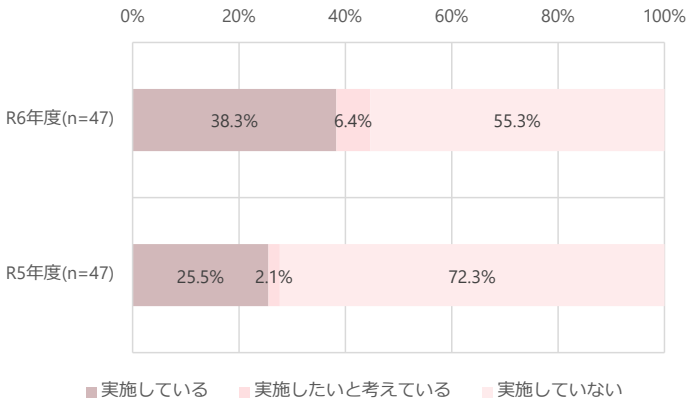
# 都道府県調査結果（概要）

- 都道府県コーディネーターの育成では、「実施したいと考えている」割合が上昇
- 市町村コーディネーターの育成では、「実施している」割合が上昇

■都道府県コーディネーターの育成




■市町村コーディネーターの育成




15

# 都道府県調査結果（概要）

- 都道府県コーディネーターの配置や取組においての課題について、「コーディネーターの適任者がわからない」が最も高く34.0%、次いで「コーディネーターの育成方法がわからない」が29.8%となっている

■都道府県単位のコーディネーターの配置や取り組みにおいての課題

単位：%

| | | 調査数 | コーディネーターの必要性がわからない | コーディネーターの適任者がわからない | 予算が確保できない | コーディネーターを配置する人的余裕がない | 市町村単位のコーディネーターとの役割分担がわからない | 知識やノウハウの蓄積方法がわからない | 具体的な連携手法がわからない | コーディネーターの育成方法がわからない | その他 | 特にない | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 47 | 19.1 | 34.0 | 21.3 | 19.1 | 25.5 | 25.5 | 14.9 | 29.8 | 19.1 | 17.0 | 2.1 |
| 高齢者の人口規模 | 30万人未満 | 8 | - | 25.0 | - | 12.5 | 12.5 | 25.0 | 12.5 | 25.0 | 37.5 | 12.5 | - |
| | 30万人～50万人未満 | 15 | 13.3 | 40.0 | 20.0 | 33.3 | 26.7 | 20.0 | 6.7 | 33.3 | - | 20.0 | - |
| | 50万人～100 万人未満 | 14 | 7.1 | 28.6 | 35.7 | 14.3 | 28.6 | 28.6 | 21.4 | 28.6 | 35.7 | 14.3 | 7.1 |
| | 100 万人以上 | 10 | 60.0 | 40.0 | 20.0 | 10.0 | 30.0 | 30.0 | 20.0 | 30.0 | 10.0 | 20.0 | - |
| 問1　貴都道府県では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。 | 設置している | 31 | 19.4 | 29.0 | 19.4 | 16.1 | 19.4 | 25.8 | 12.9 | 25.8 | 22.6 | 19.4 | 3.2 |
| | 設置していない | 16 | 18.8 | 43.8 | 25.0 | 25.0 | 37.5 | 25.0 | 18.8 | 37.5 | 12.5 | 12.5 | - |
| 問2　貴都道府県は高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援について取り組みを実施していますか。 | 実施している | 10 | 20.0 | 10.0 | 40.0 | 20.0 | 20.0 | 20.0 | - | 20.0 | 30.0 | 20.0 | - |
| | 実施していない | 37 | 18.9 | 40.5 | 16.2 | 18.9 | 27.0 | 27.0 | 18.9 | 32.4 | 16.2 | 16.2 | 2.7 |
| 問11　貴都道府県において、都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（定義は参照）と呼ばれる人はいますか。 | いる | 10 | - | - | - | 20.0 | 10.0 | 30.0 | - | 10.0 | 40.0 | 20.0 | - |
| | いない | 36 | 25.0 | 44.4 | 27.8 | 19.4 | 30.6 | 25.0 | 19.4 | 36.1 | 13.9 | 13.9 | 2.8 |
| | わからない | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 100.0 | - |

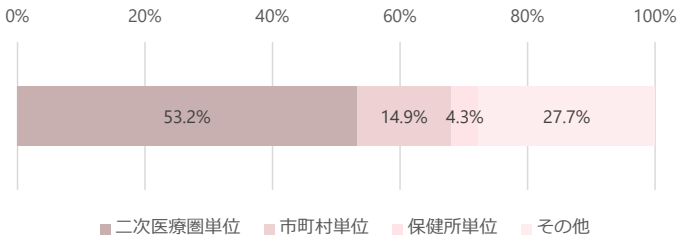
<参考>
高齢者の人口規模では「100万人以上」の「コーディネーターの必要性がわからない」 が60.0%、協議会の設置別では「設置していない」の「コーディネーターの適任者がわからない」 が43.8%、高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援別では「実施していない」の「コーディネーターの適任者がわからない」が40.5%、コーディネーターの有無別では「いない」の「コーディネーターの適任者がわからない」の割合が44.4%となっている

16

# 都道府県調査結果（概要）

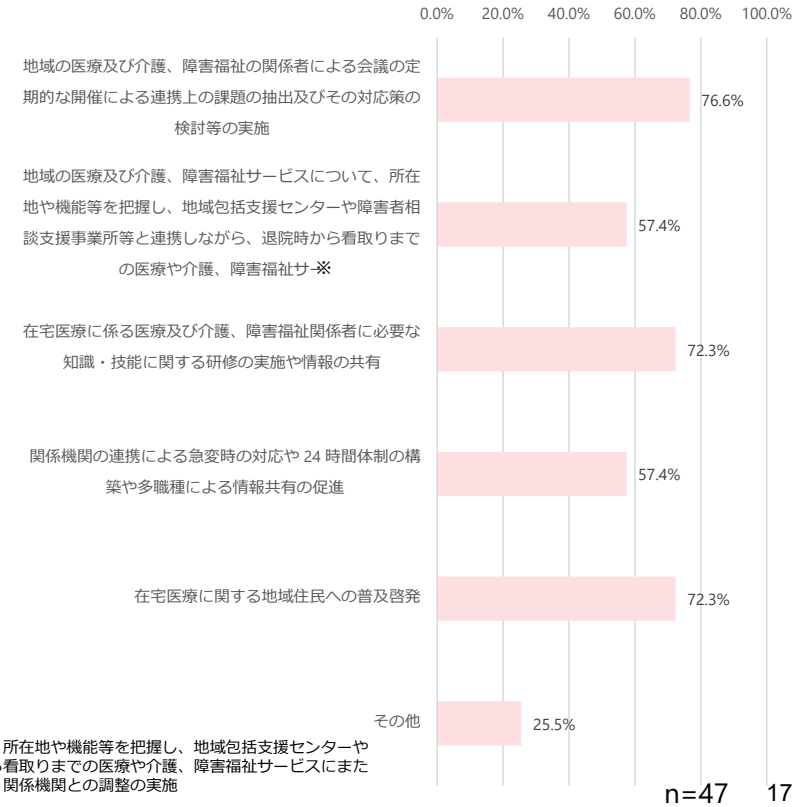
- 「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す在宅医療の圏域の設定単位は、「二次医療圏単位」が53.2%

■ 「在宅医療の圏域」の設定単位




n=47

■ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の取組内容




※地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整の実施

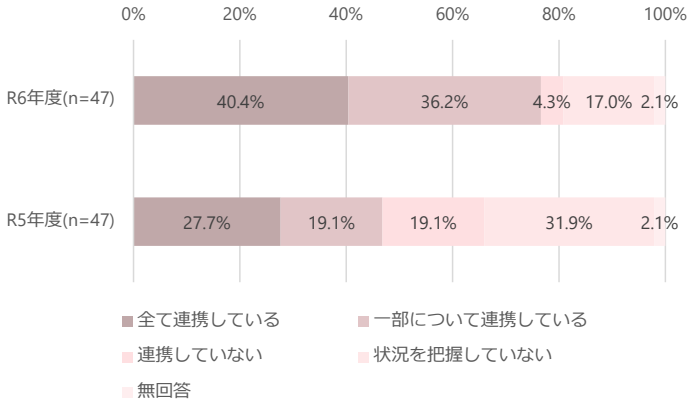
n=47

17

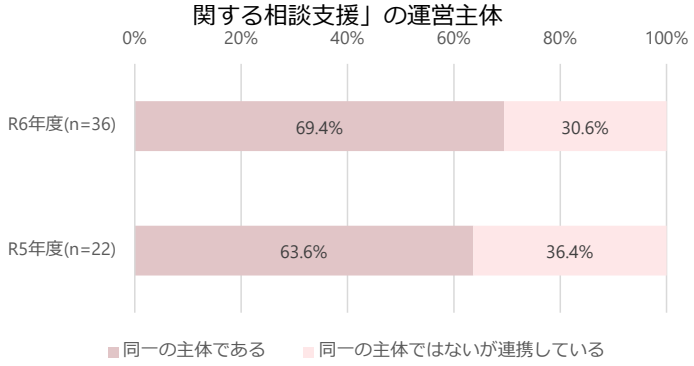
# 都道府県調査結果（概要）

- R6とR5を比較すると「状況を把握していない」が31.9%から17.0%に低下
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体は同一が上昇

■「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況




■「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体

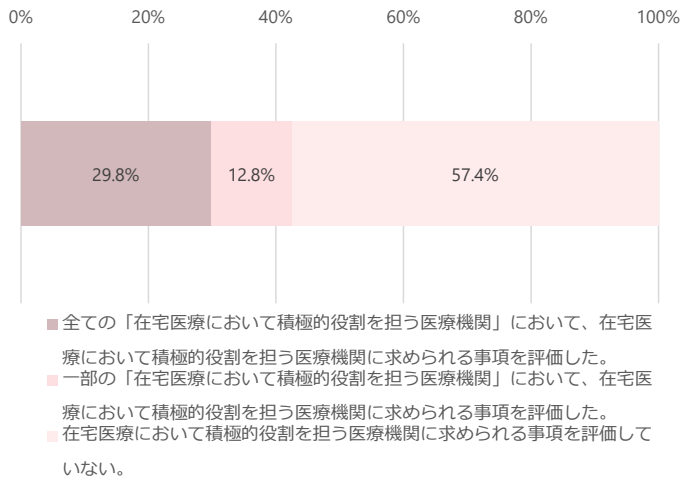





# 都道府県調査結果（概要）

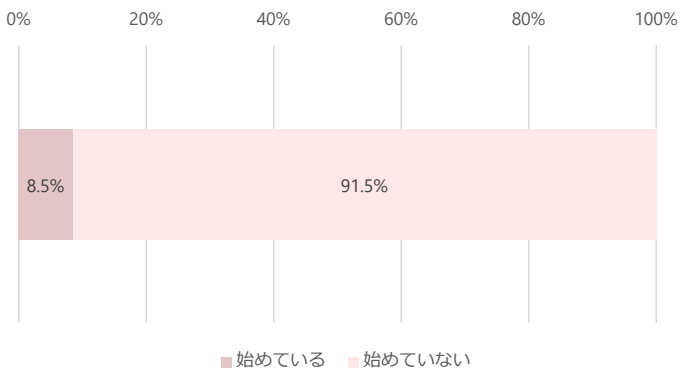
- 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項を評価したかでは、評価していないが57.4%
- かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めているかでは、始めていないが91.5%

■　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の設定にあたり、指針に記載されている在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項を評価したか




n=47

■　かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めているか

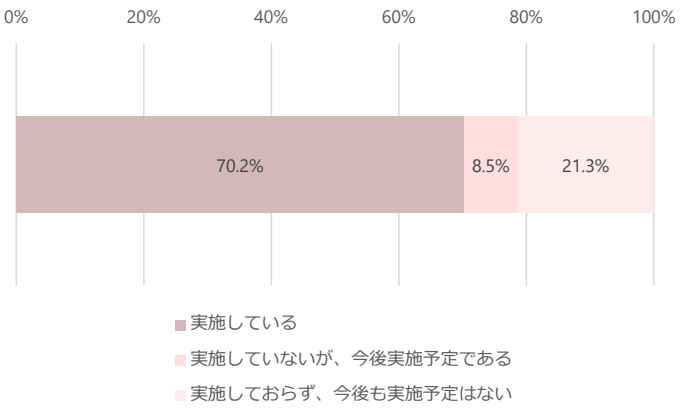



n=47

## 都道府県調査結果（概要）

- 医療従事者向けにACPに関する研修を実施しているかでは、「実施している」が70.2%

■ 医療従事者向けにACPに関する研修の実施状況




n=47

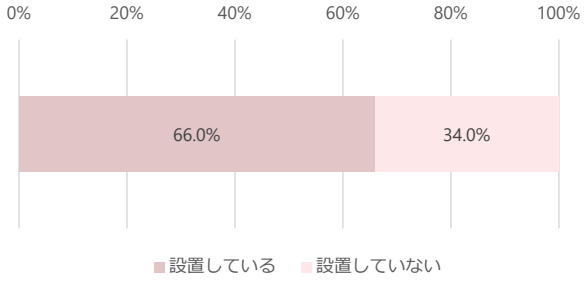
20

# 都道府県調査結果（単純集計）

21

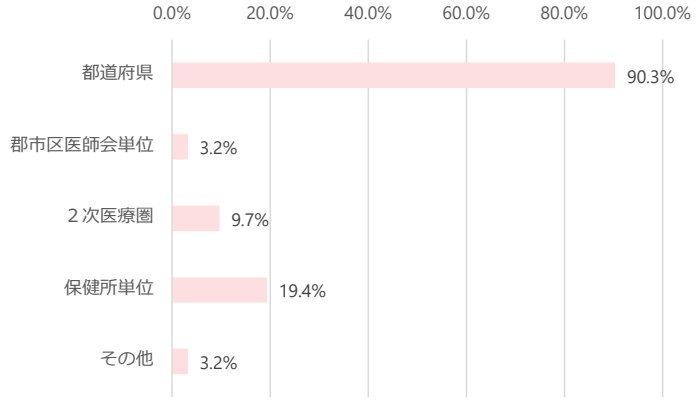
## 都道府県調査結果（単純集計）

問1　貴都道府県では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。




n=47

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




n=31

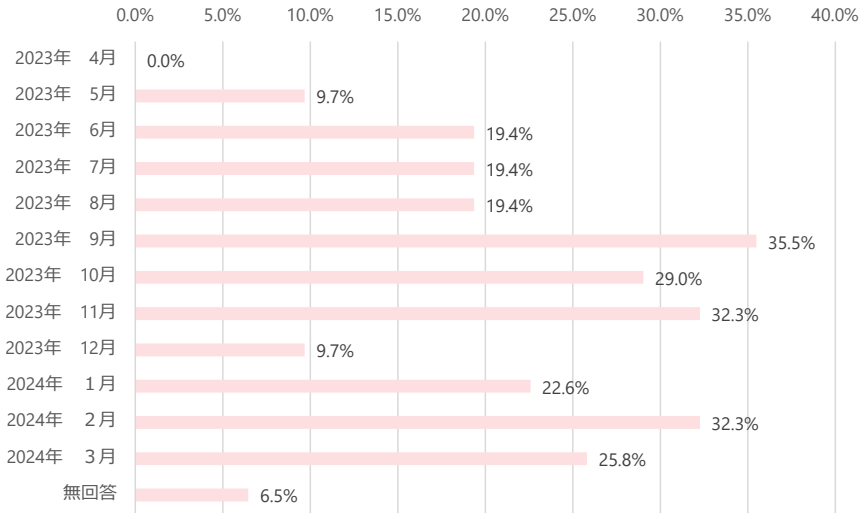
問1－1　具体的な設置していない理由や課題

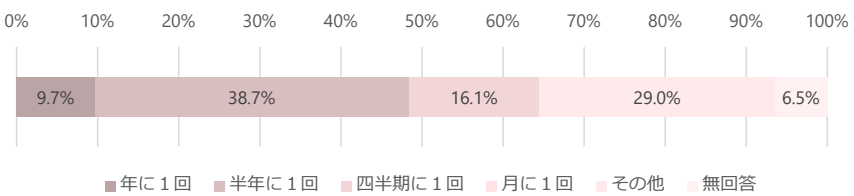
- 在宅医療・介護連携に関する協議体や会議体がすでに別に設置されているため、新たな協議会の設置が不要
- 在宅医療・介護連携は市町村の事業として実施されており、市町村ごとに協議するべきと考えられているため、県レベルでの協議会設置は不要
- 協議会設置の必要性の認識不足、県レベルでの協議会設置の必要性を感じていない
- 庁内での議論が十分に行われていないため、具体的な設置検討に至っていない。
- 医師会に委託されており、県自らが協議会を設置する必要がない



## 都道府県調査結果（単純集計）

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

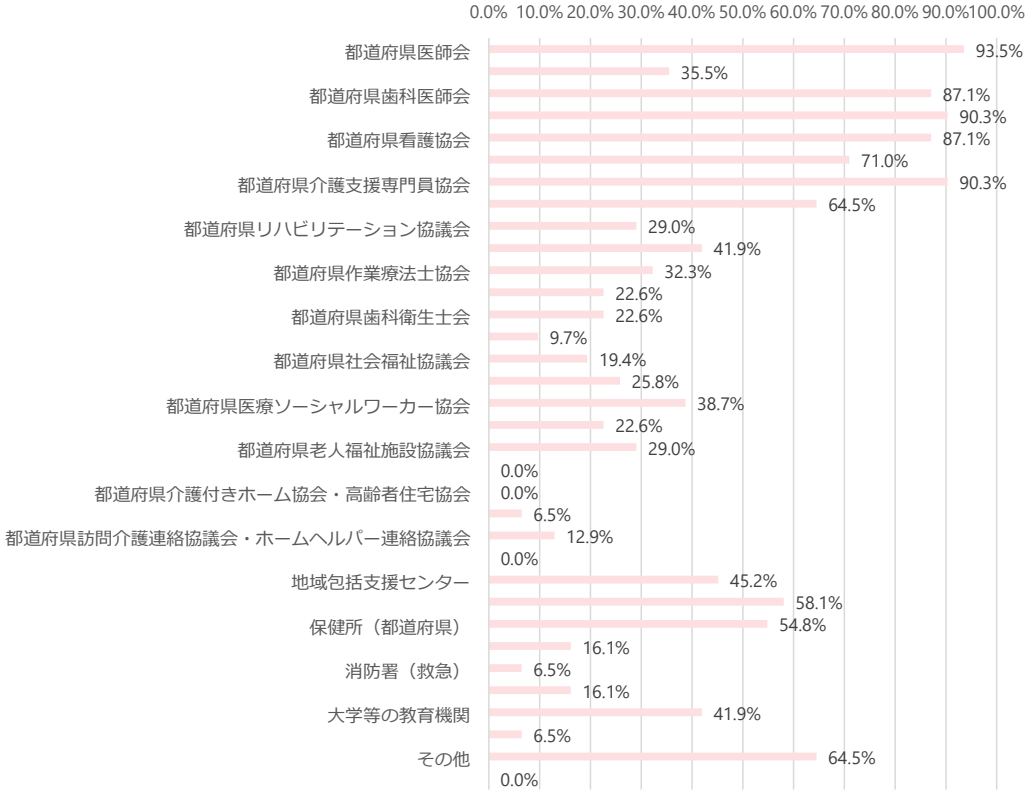



n=31

## 都道府県調査結果（単純集計）

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

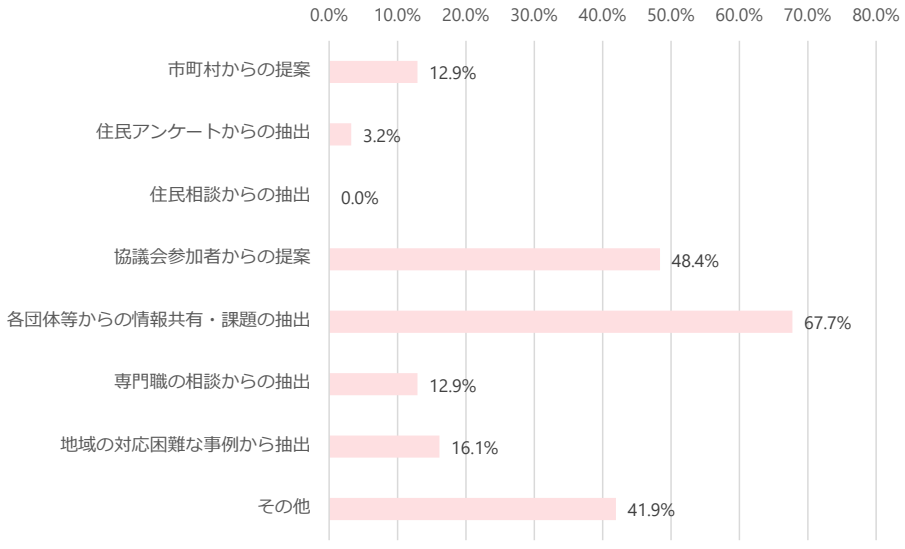



n=31

24

## 都道府県調査結果（単純集計）

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

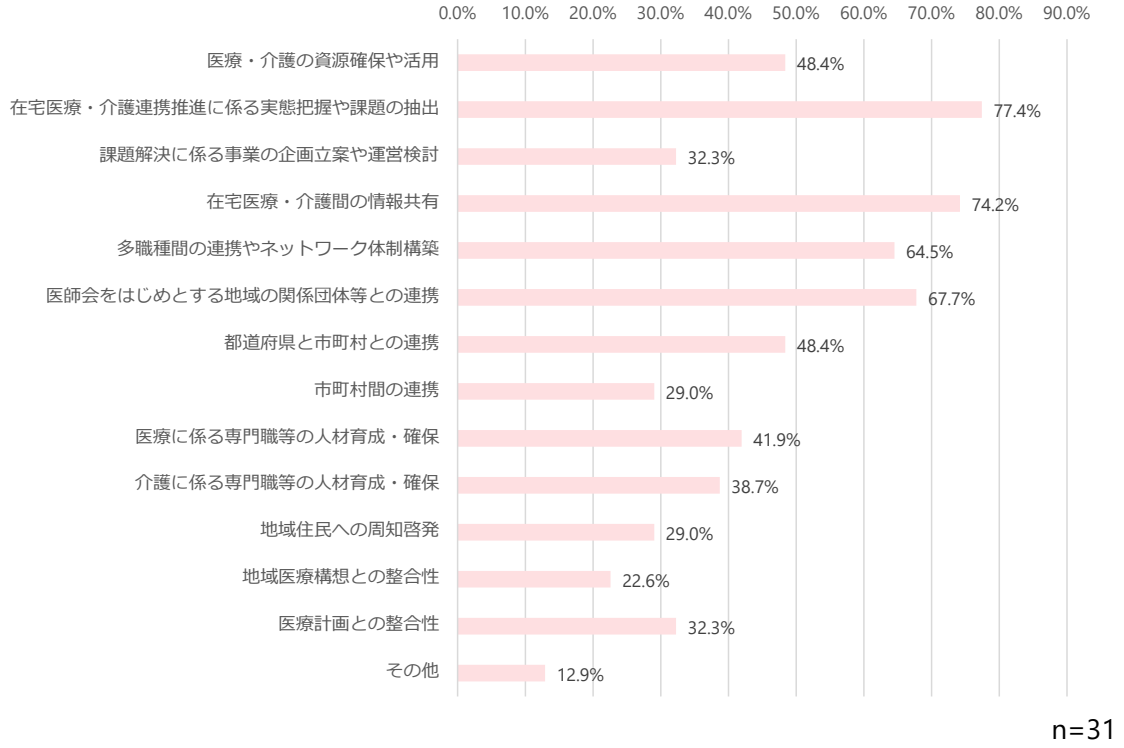



n=31

25

## 都道府県調査結果（単純集計）

問1-6-1.都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項

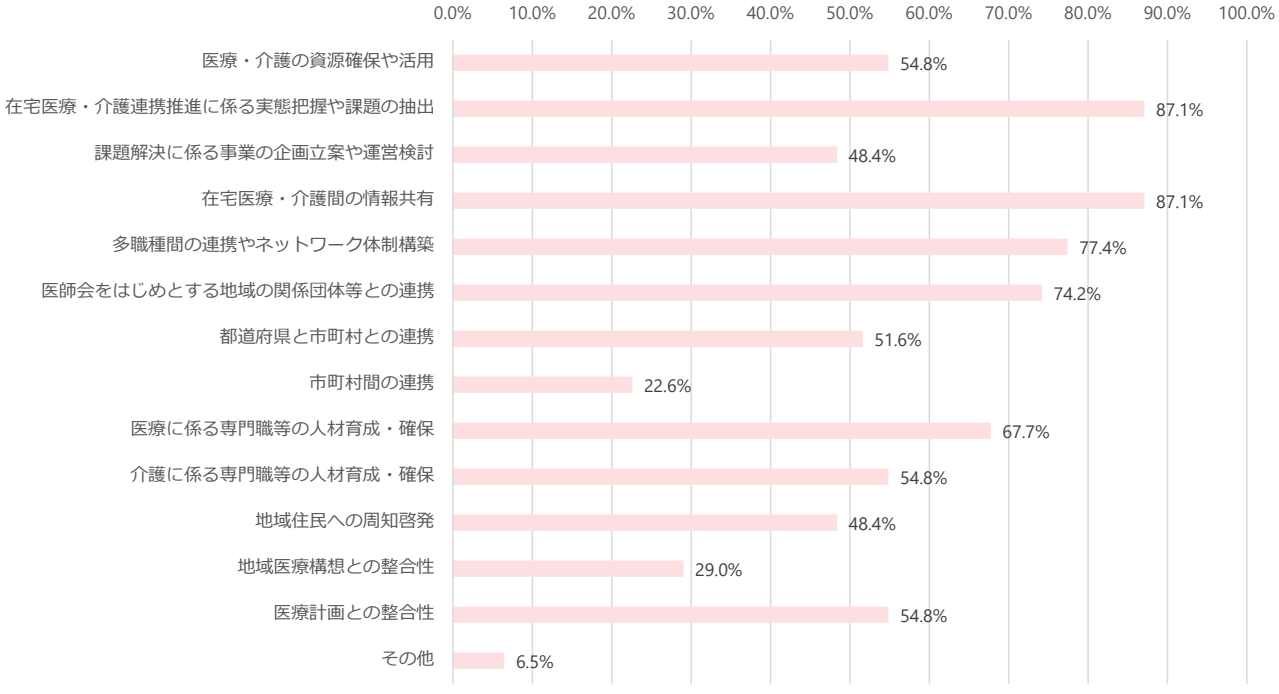



n=31



## 都道府県調査結果（単純集計）

問1-6-2.都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組む上での検討事項




n=31

## 都道府県調査結果（単純集計）

### 問1-7.　効果的・効率的な議論を行う為の工夫があれば教えてください。

- 市町村の職員などで構成される「市町村等実務者ワーキンググループ」を設置し、在宅医療推進のための協議を行っている。
- 神奈川県では、医療企画課と高齢福祉課が共同で「在宅医療推進協議会および地域包括ケア会議」を開催し、多職種連携を図っている。
- 会議の前に議題や資料を事前に配布し、参加者に検討を依頼することで、効率的な議論を可能にしている。事前に資料を確認してもらうことで、議論のポイントを明確にし、意見交換をスムーズにしている。
- 在宅医療・介護連携の課題抽出や対策の検討を行い、各団体が主体的に取り組めるように推進している。
- 調査結果を関係職種や地域に共有し、客観的な事実に基づいた議論を進めている。
- 会議をハイブリッド方式で開催するほか、夜間帯の実施や早めの開催周知を行っている。
- 定期的に議論の場を設けることで、顔が見える関係を築き、意見交換がしやすい環境を整えている。
- 県医師会長や部会長が議事進行を調整し、医療と介護の連携を促進する議論を重視している。実務者レベルと代表者レベルの会議分け代表者レベルと実務者レベルの会議を分けて開催し、用途に応じた意見交換ができるようにしている。

### 問1-8.協議会における課題を教えてください。

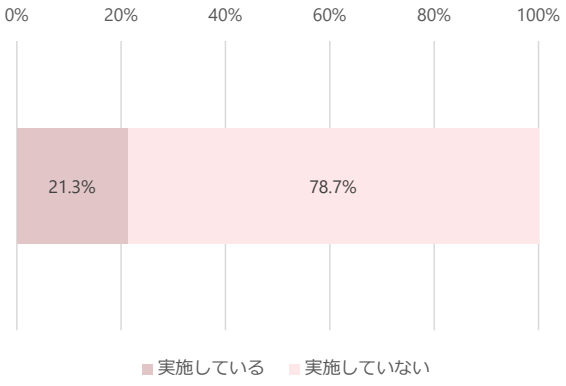
- 多くの団体が参加しており、関連する協議会や団体との役割の整理が困難。
- 多岐にわたる議題により、建設的な議論が進まないことがある。
- 医療計画の改定に関する協議が多く、継続的な議論が難しい。
- 県全域を対象にしているため、地域ごとの問題に焦点を当てにくい。
- 市町村の規模による取組の違いや、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）普及の遅れがある。
- 医療関係者の意見が多く、介護関係者の意見が少ないため、連携に関する議論が十分に進まない。
- 日程調整や参加者同士の意見交換の促進も課題。
- 行政機関が会に参加していないため、職能団体や病院の意見に偏りがち。市町村支援を重視した協議が必要。
- 在宅医療および医療介護連携に関わる人材確保が難しいという声が多い。
- 市町村ごとの進捗状況に違いがあり、個別の支援方法の検討が難しい。
- 基金事業の報告や計画の承認の場になってしまい、具体的な課題の抽出や解決策の検討が不十分。

※抜粋です



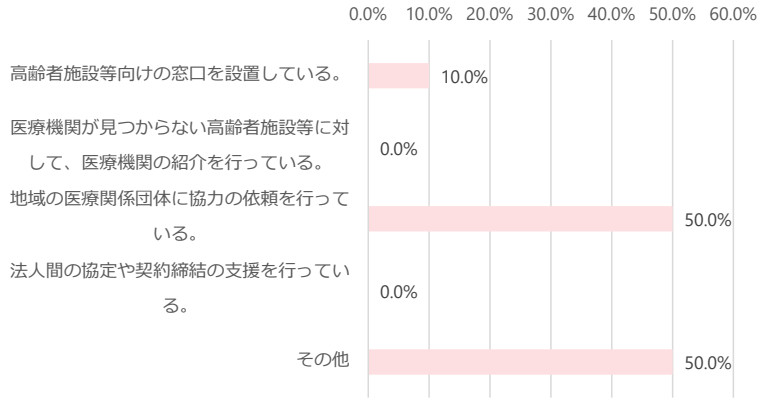
## 都道府県調査結果（単純集計）

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




n=47

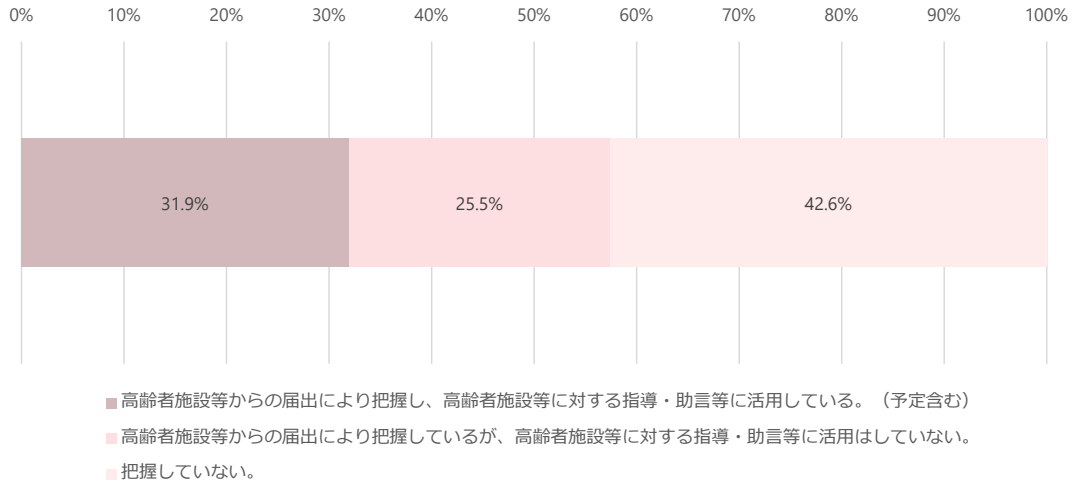
### 問2-1　問2で「1.実施している」と回答した方に伺います。どのような取組を実施していますか。（複数回答)




n=10

## 都道府県調査結果（単純集計）

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

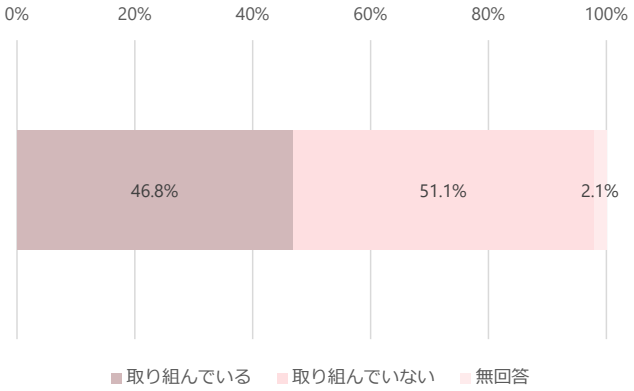



n=47



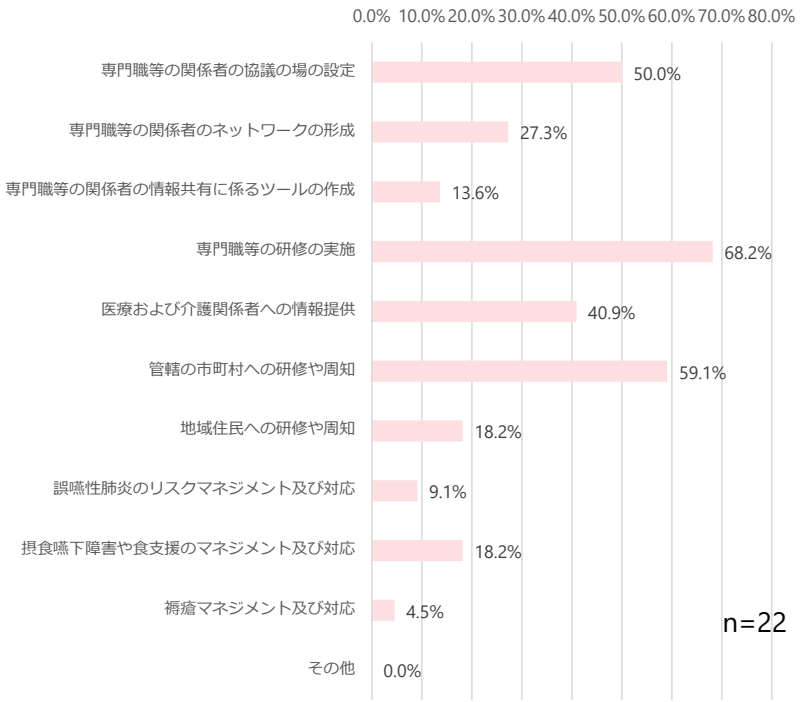
## 都道府県調査結果（単純集計）

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




n=47

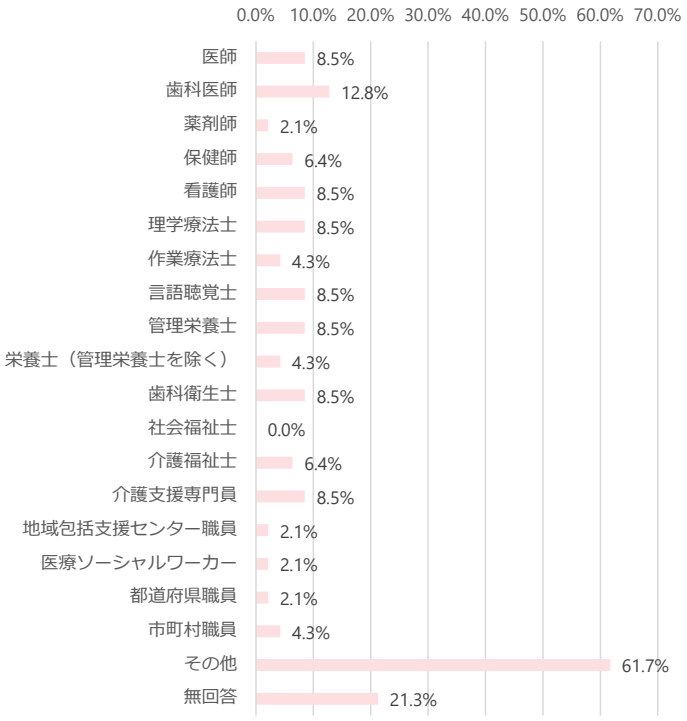
問4-1　問4で「１．取り組んでいる」と回答した方に伺います。「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる場合の実施内容を教えてください。（複数回答）




n=22

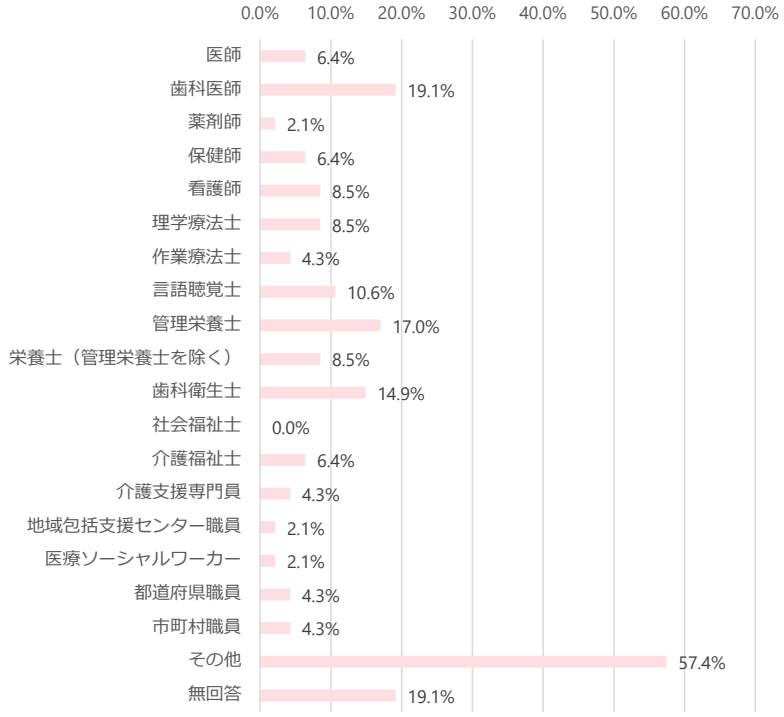
# 都道府県調査結果（単純集計）

## 問6-1　誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応




n=47

## 問6-2　摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応

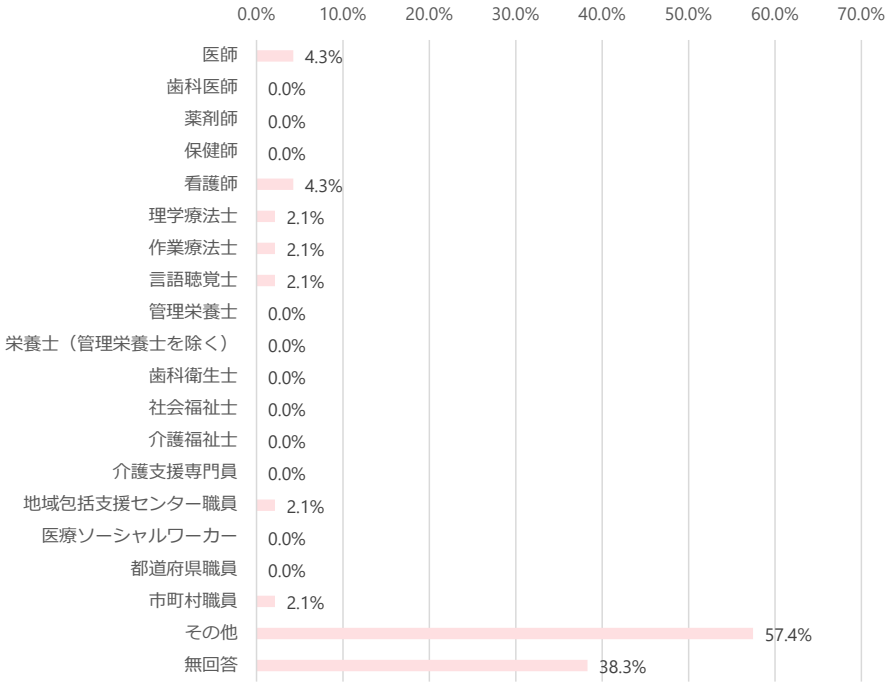



n=47



# 都道府県調査結果（単純集計）

## 問6-3　褥瘡マネジメントおよび対応



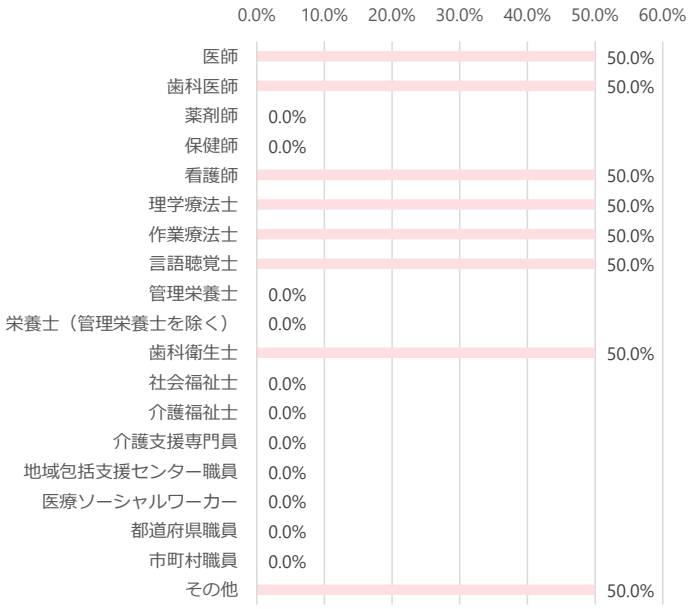

n=47



33

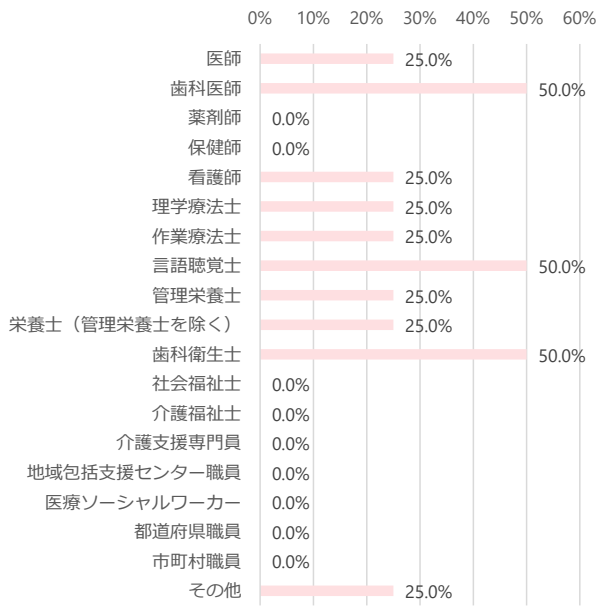
# 都道府県調査結果（単純集計）

## 問6-1　誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応（問4-1で絞り込み）




n=2

## 問6-2　摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応（問4-1で絞り込み）

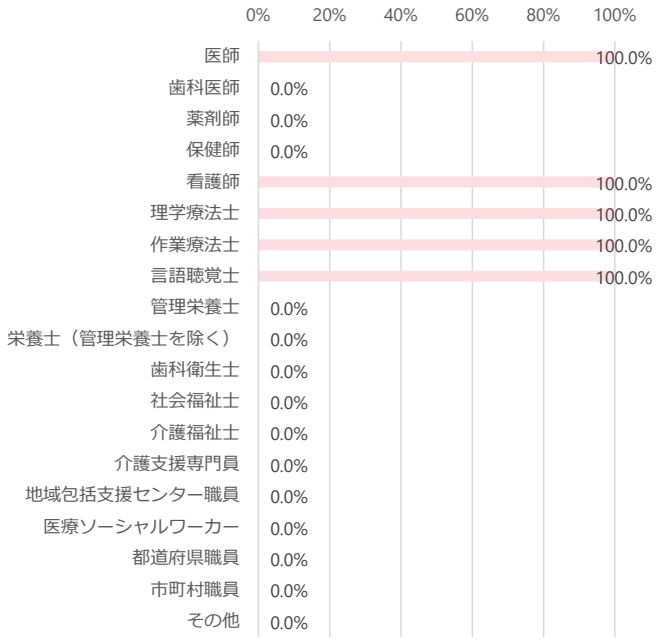



n=4



# 都道府県調査結果（単純集計）

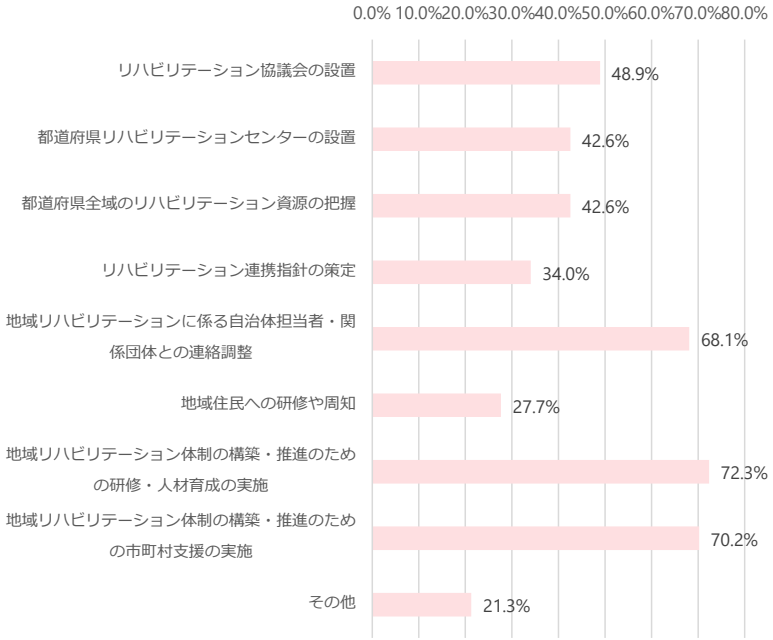
## 問6-3　褥瘡マネジメントおよび対応（問4-1で絞り込み）




n=1

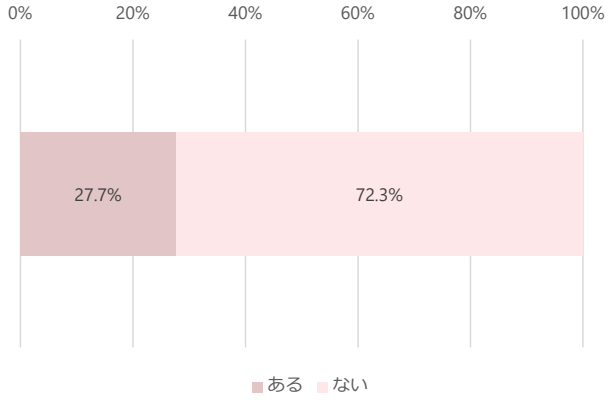
## 都道府県調査結果（単純集計）

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




n=47

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

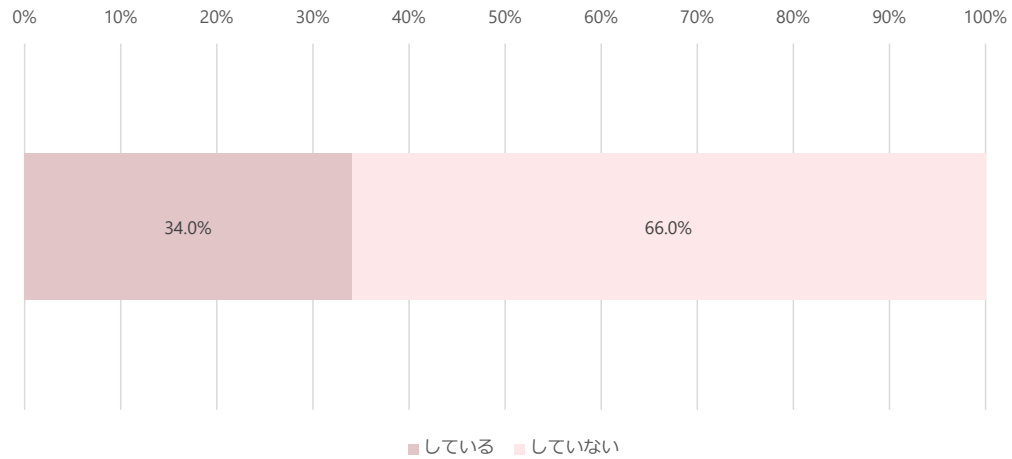



n=47



## 都道府県調査結果（単純集計）

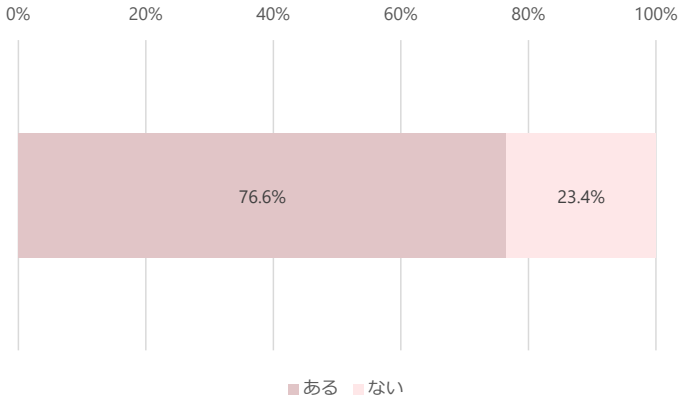
問9　過疎地域、中山間地域、小規模の自治体に対して支援を実施していますか。（複数回答）




n=47

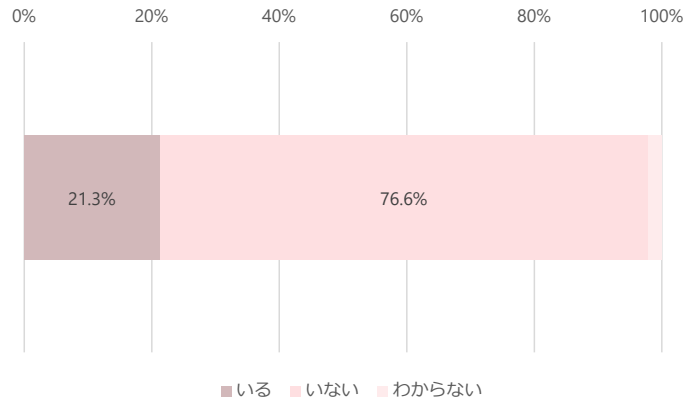
## 都道府県調査結果（単純集計）

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




n=47

問11　貴都道府県において、都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（定義は参照）と呼ばれる人はいますか。




n=47



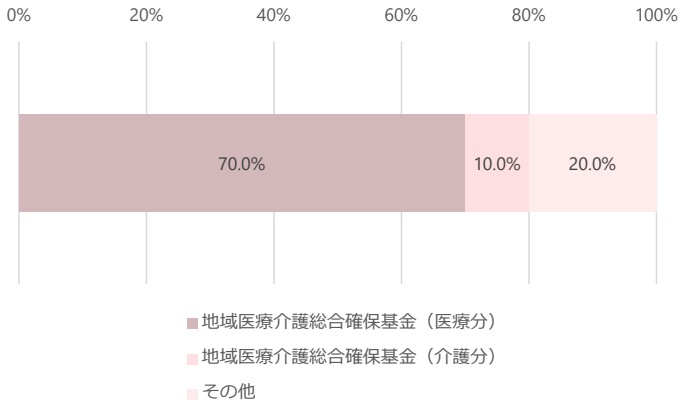
## 都道府県調査結果（単純集計）

問11-1　問11で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている都道府県単位のコーディネーターの人数を教えてください。

| | 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従 | 常勤・兼務 | 非常勤 | 不明 |
|---|---|---|---|---|
| 0人 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0人より多く2人以下 | 1 | 4 | 4 | 0 |
| 2人より多く4人以下 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 4人より多く6人以下 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6人より多く8人以下 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8人より多く10人以下 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 10人より多い | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 無回答 | 9 | 5 | 5 | 10 |

n=10

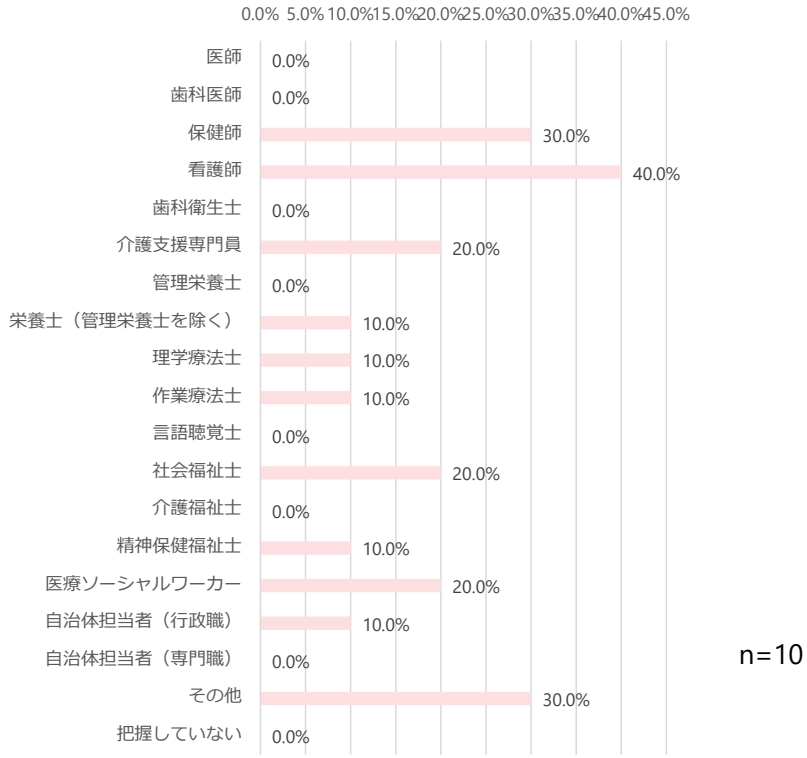
問11-2　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている都道府県単位のコーディネーターの予算確保について教えてください。（複数回答）




n=10

## 都道府県調査結果（単純集計）

問11-3　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

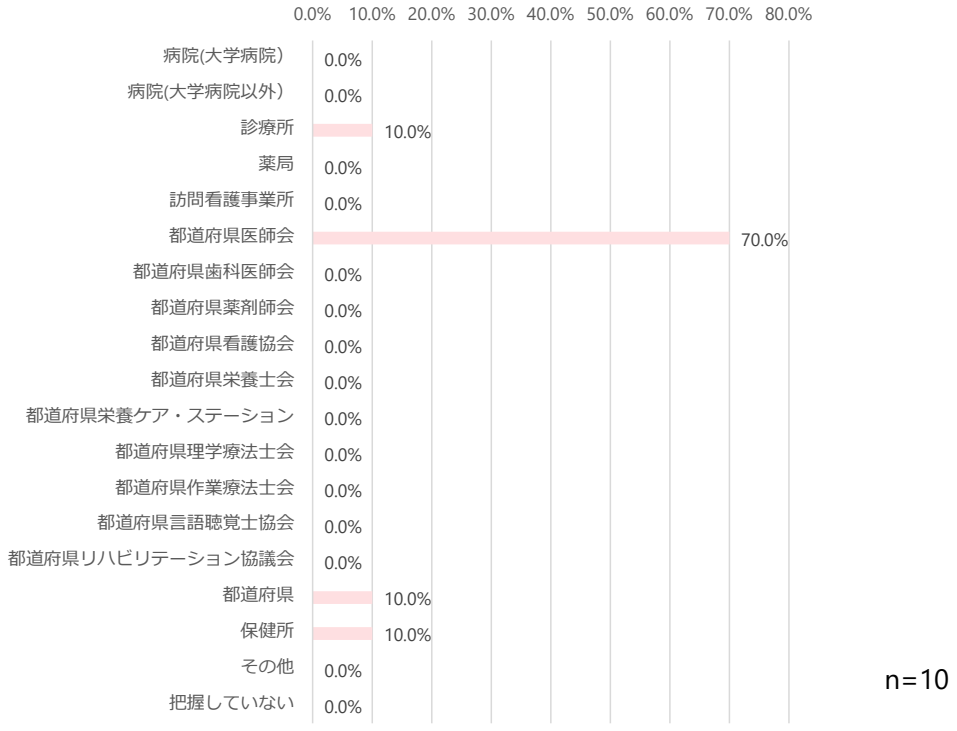



n=10

40

## 都道府県調査結果（単純集計）

問11-4　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）

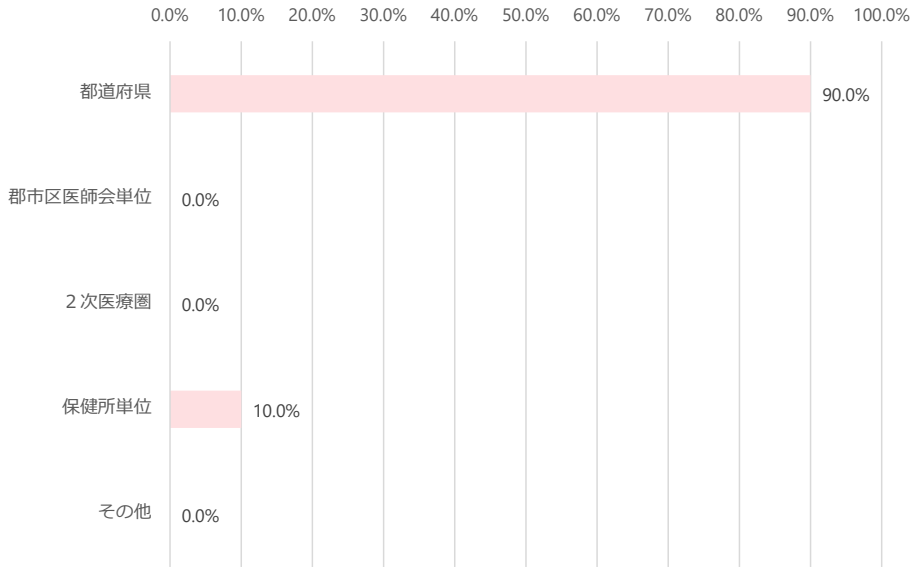



n=10

41

## 都道府県調査結果（単純集計）

問11-5　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの活動圏域を教えてください。（複数回答）

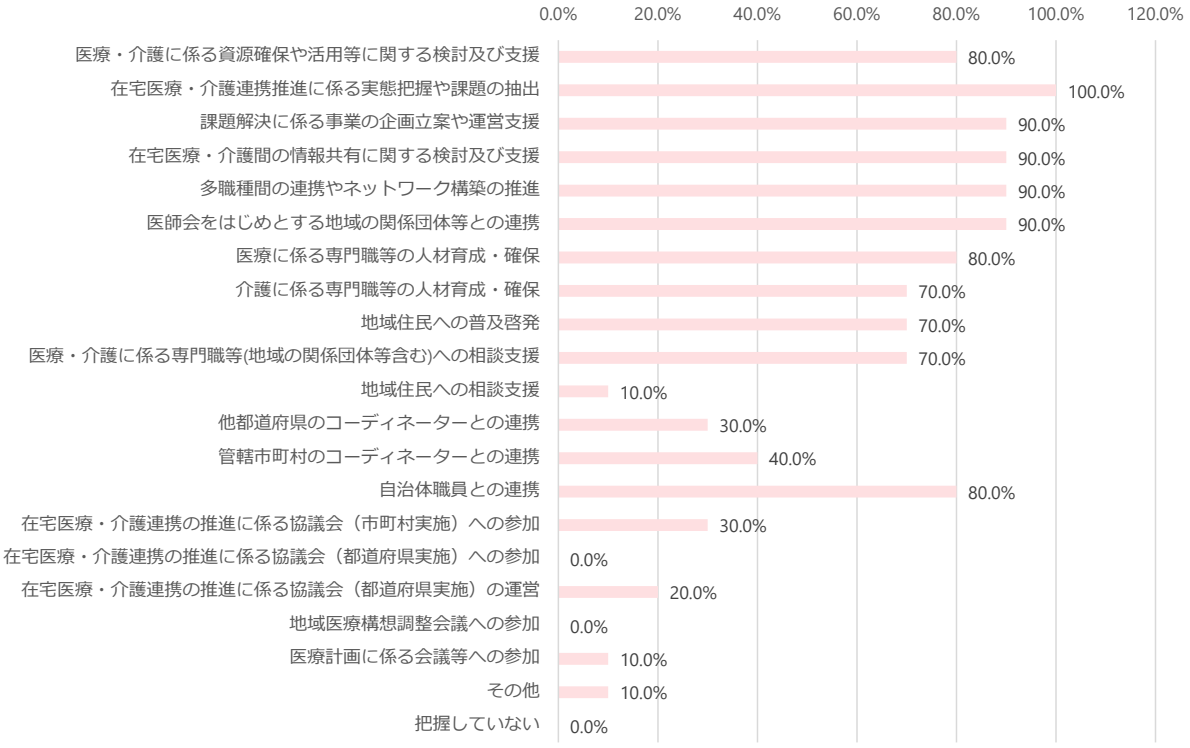



n=10

42

## 都道府県調査結果（単純集計）

問11-6　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

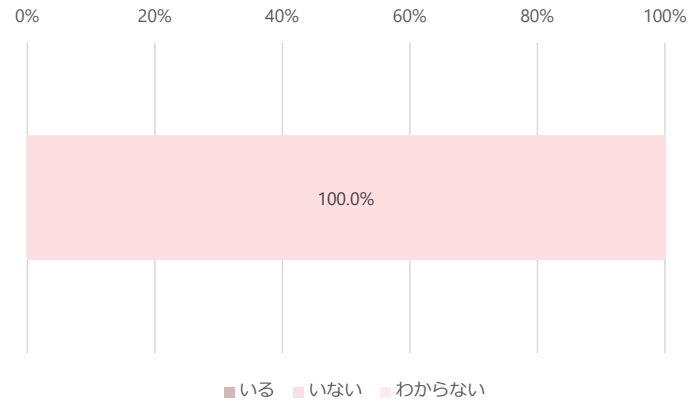



n=10

43

## 都道府県調査結果（単純集計）

問11-7　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターを統括する基幹的コーディネーター（別紙参照）はいますか。

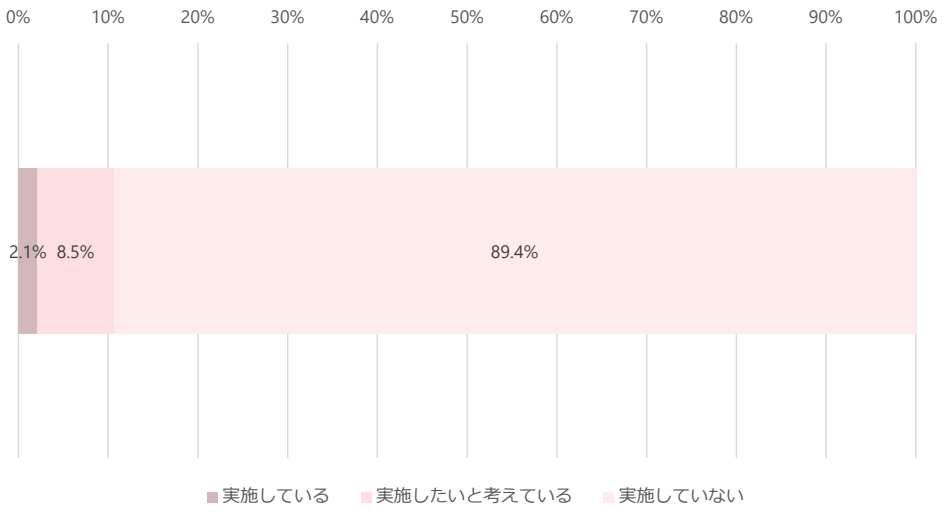



n=10

44

## 都道府県調査結果（単純集計）

問12　都道府県単位のコーディネーターの育成を行っていますか。

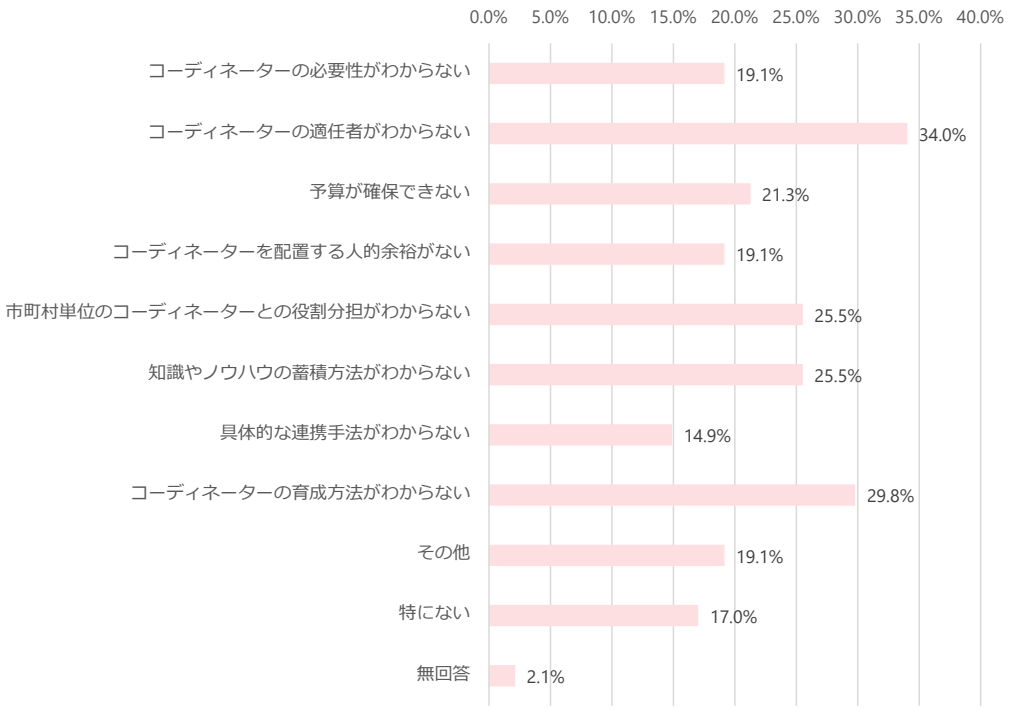



n=47

45

## 都道府県調査結果（単純集計）

問13　都道府県単位のコーディネーターの配置や取り組みにおいて課題があれば教えてください。（複数回答）

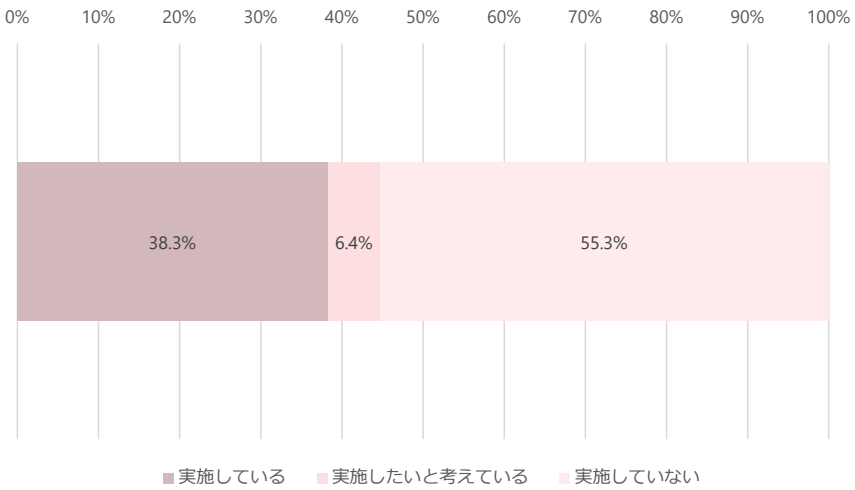



n=47

46

## 都道府県調査結果（単純集計）

問14　貴都道府県では管轄市町村において在宅医療・介護連携に係るコーディネーターの育成支援を行っていますか。

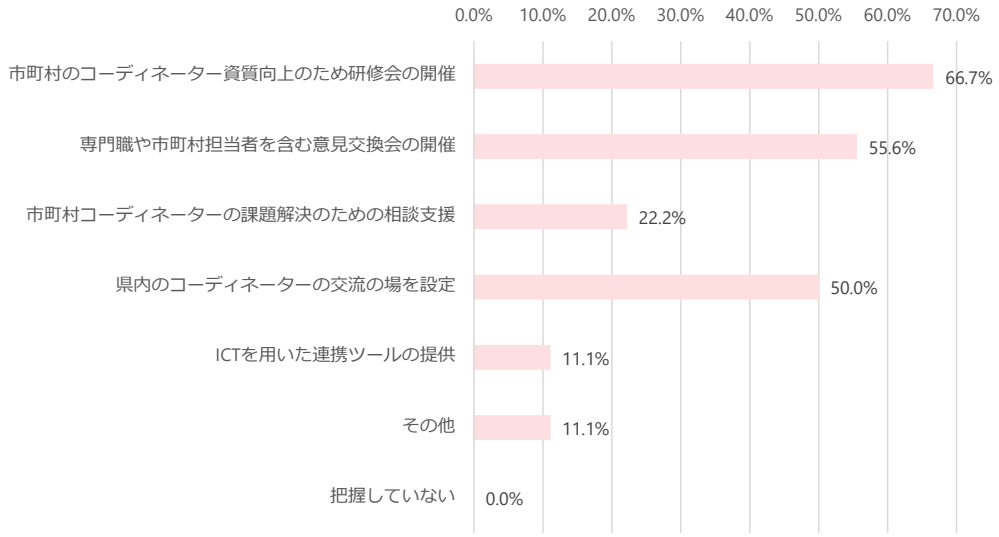



n=47

47

## 都道府県調査結果（単純集計）

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

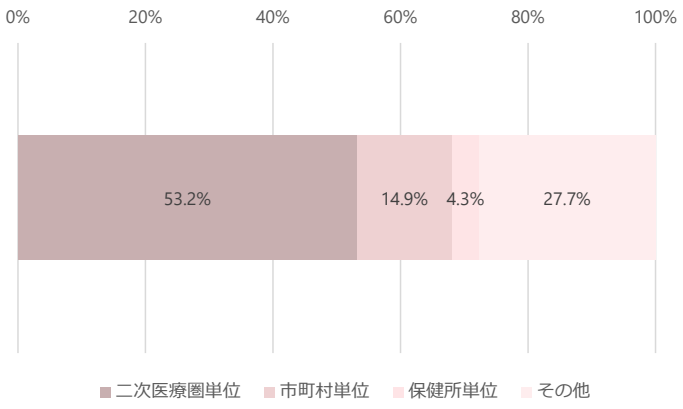



n=18

48

## 都道府県調査結果（単純集計）

問15　貴都道府県における「在宅医療の圏域」の設定単位を教えてください。




n=47

問16　貴都道府県における「在宅医療の圏域」数を教えてください。

| 調査数 | 平均 | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|
| 45 | 13.9 | 3 | 77 |

※検討中、定めていない　2自治体

問17　貴都道府県における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」数を教えてください。

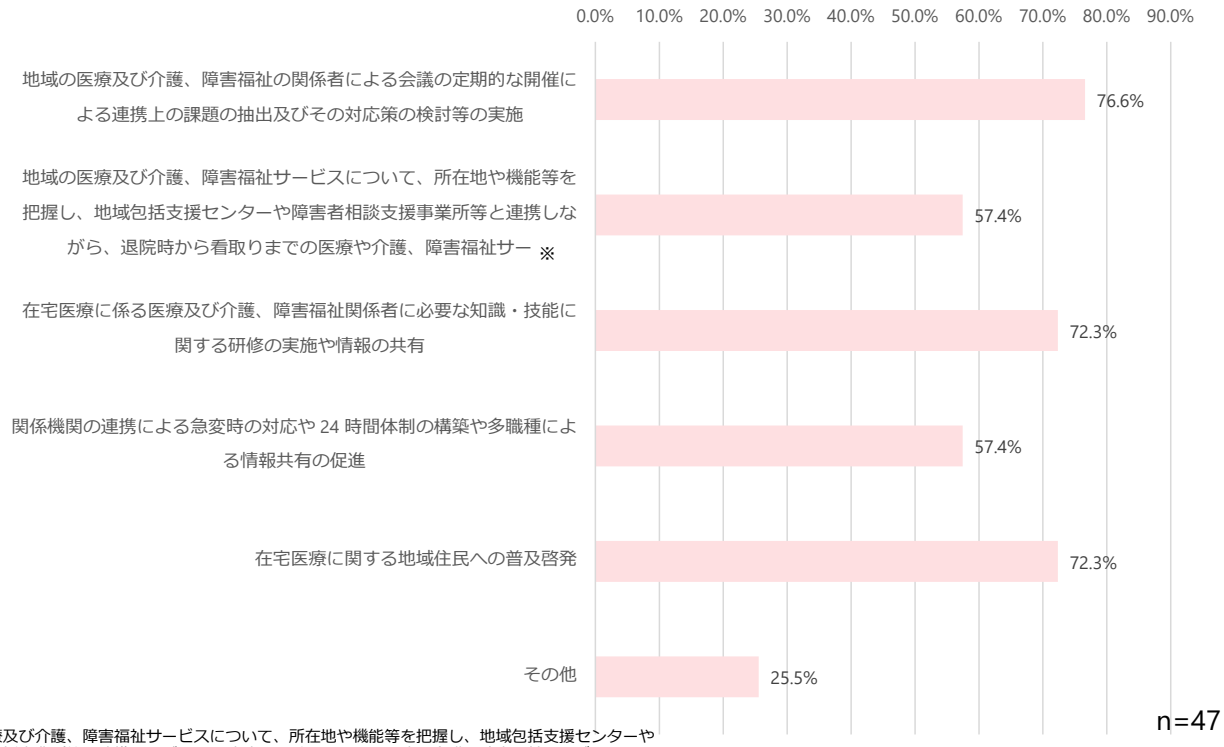
| 調査数 | 平均 | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|
| 42 | 23.2 | 0 | 77 |

※検討中，定めていない等　4自治体
無回答　1自治体

49

## 都道府県調査結果（単純集計）

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

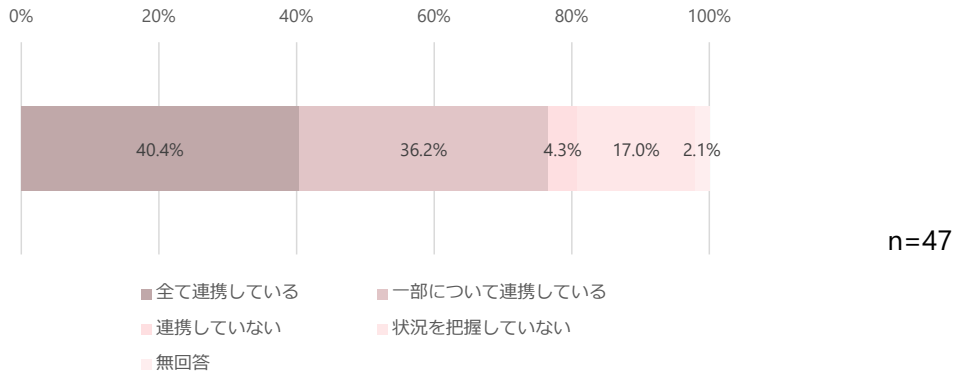



※地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整の実施

50

## 都道府県調査結果（単純集計）

問19　貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況について教えてください。



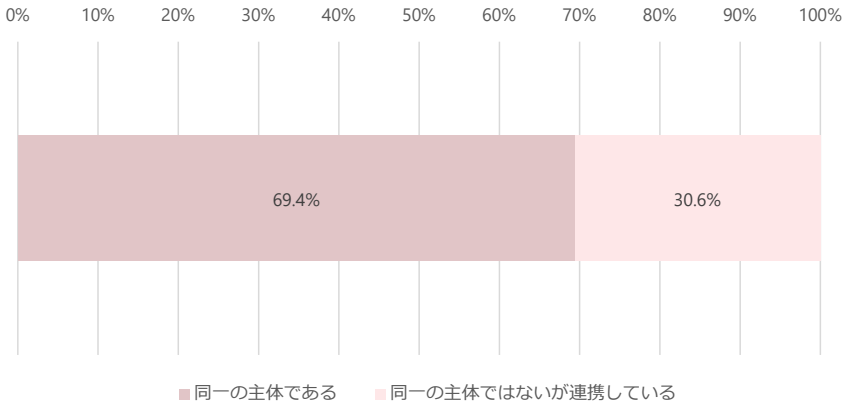

問19－1　「4．状況を把握していない」と回答した方に伺います。把握していない理由を教えてください。

- 保健医療計画には区市町村を位置づけることとしているが、具体的な内容は調整中のため。
- 今期の医療計画において、在宅医療・介護連携推進事業の主体である市町村に拠点機能を位置づけるとしており、今後、機能付与に向けた市町村との調整を行う予定。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が未設定であるため。
- 一部の拠点と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況は把握しているが、京都府で「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として位置付けている機関・数が多くすべての連携状況を把握することが困難である。
- 問１９は市町村向け設問であり、都道府県では設問対象外にて回答は省略。
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点と在宅医療介護連携事業ともに、医師会に設置・委託している市町が殆どであり、一体的に運営されていることも多いと思われるが、その運営状況について、県として把握する機会を持ってこなかった。
- 拠点として居宅介護支援事業所、介護保険施設、地域包括支援センター、在宅医療・介護支援センター、相談支援事業所、市町村、保健所を設定しているため。
- 他課との連携が取れていない。

51

## 都道府県調査結果（単純集計）

問19-2　在宅医療・介護連携推進事業では、「在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）」を通じて在宅医療・介護連携の取組の支援を行うこととしています。
「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。

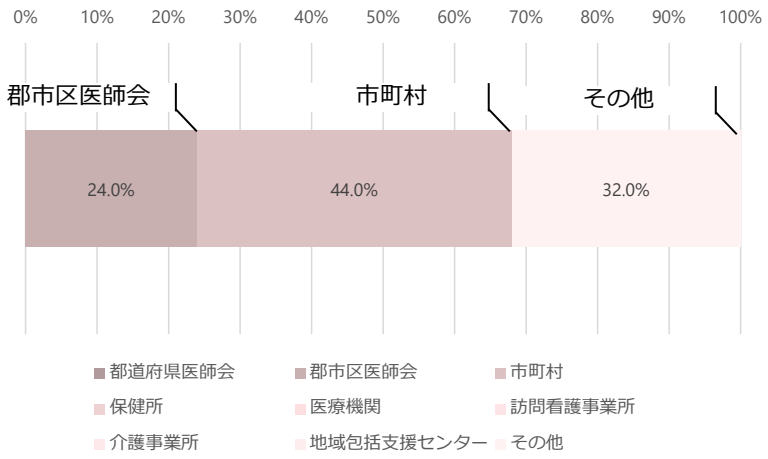



n=36

52

## 都道府県調査結果（単純集計）

問19-2-1　19-2.で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。

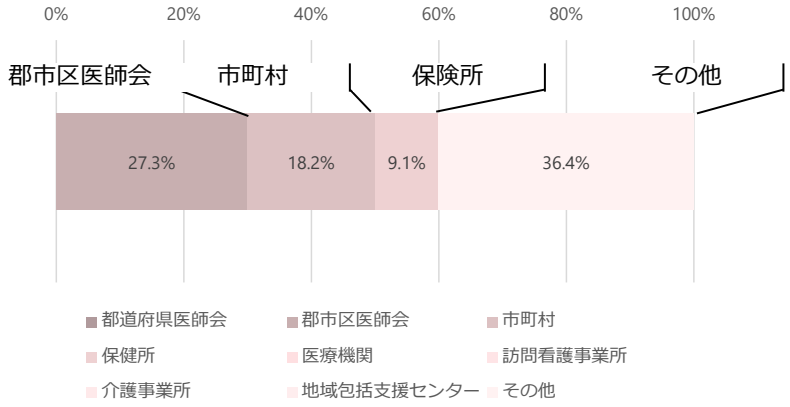



n=25

53

## 都道府県調査結果（単純集計）

問19-2-2　19-2で「2.同一の運営主体ではないが連携している」を選択した方に伺います。
「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体

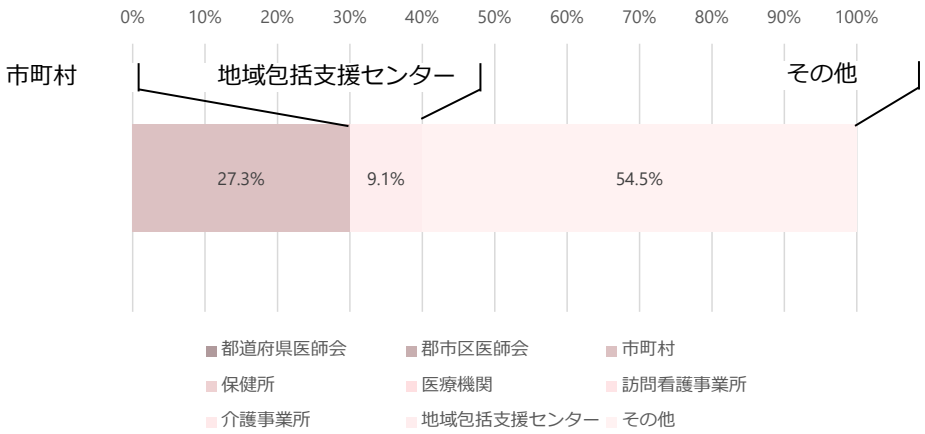



n=11

54

## 都道府県調査結果（単純集計）

問19-2-3　19-2で「2.同一の運営主体ではないが連携している」を選択した方に伺います。在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体

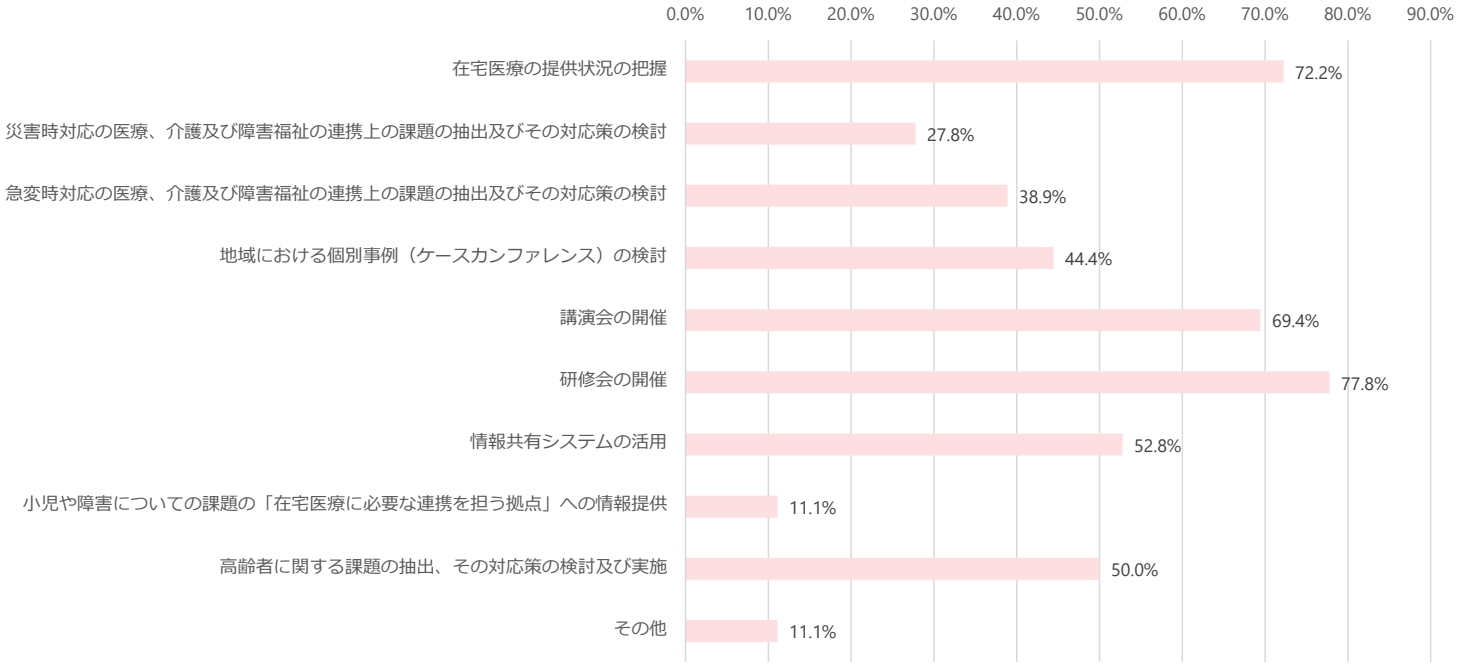



n=11

55

## 都道府県調査結果（単純集計）

問19-3　引き続き問19で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。連携の具体的な内容について教えてください。（複数回答）




n=36



## 都道府県調査結果（単純集計）

問20　貴都道府県内の「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」数と種類を教えてください。

### 1.総数

| 調査数 | 平均 | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|
| 46 | 164.7 | 0 | 1061 |

※無回答　1自治体

### 2.在宅療養支援病院（機能強化型を含む）

| 調査数 | 平均 | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|
| 36 | 30.3 | 0 | 135 |

※無回答　11自治体

### 3.在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）

| 調査数 | 平均 | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|
| 36 | 144.8 | 0 | 957 |

※無回答　11自治体

### 4.その他

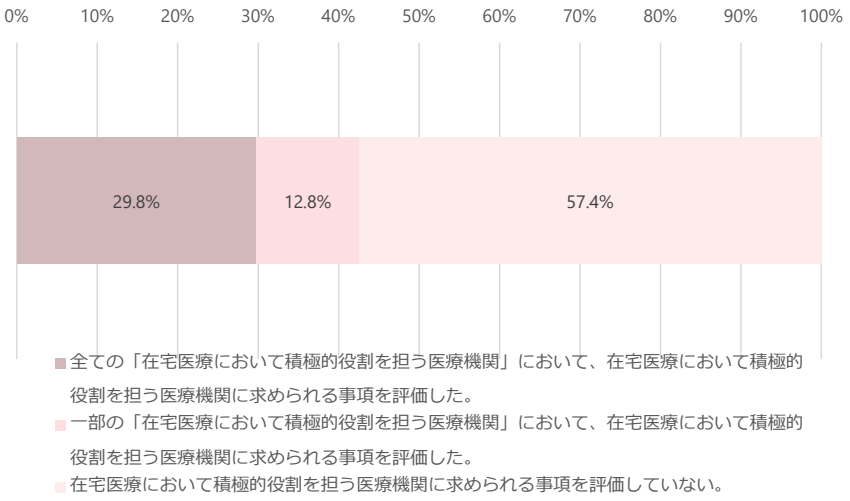
| 調査数 | 平均 | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|
| 24 | 53.9 | 0 | 438 |

※無回答　23自治体

n=47

## 都道府県調査結果（単純集計）

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

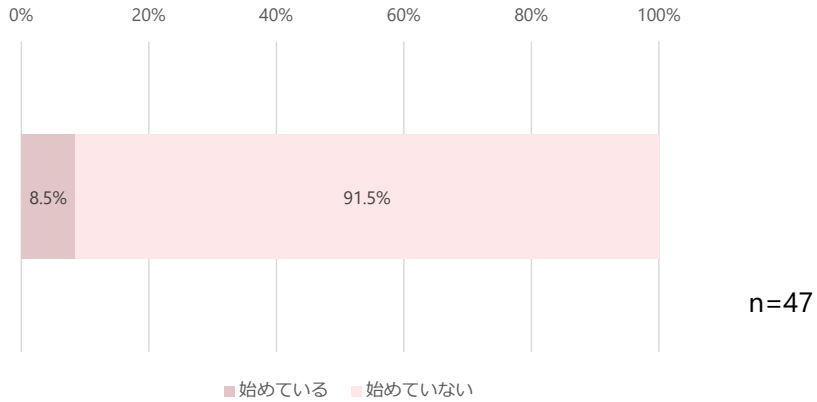



n=47

58

## 都道府県調査結果（単純集計）

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




n=47

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

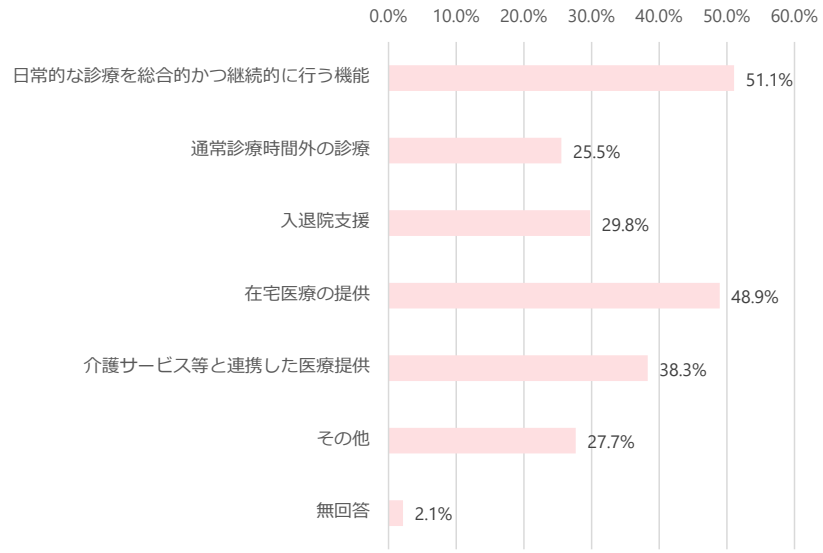
- 制度の情報収集と各保健所長への情報共有。
- 課内の役割分担のみ検討済。今後、開催される医政局総務課の説明会を受け、具体的に検討予定。
- 令和７年度の地域における協議の場（地域医療構想調整会議）の実施に向けた県予算要求の準備等。

※抜粋です

59

## 都道府県調査結果（単純集計）

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




n=47

60

## 都道府県調査結果（単純集計）

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

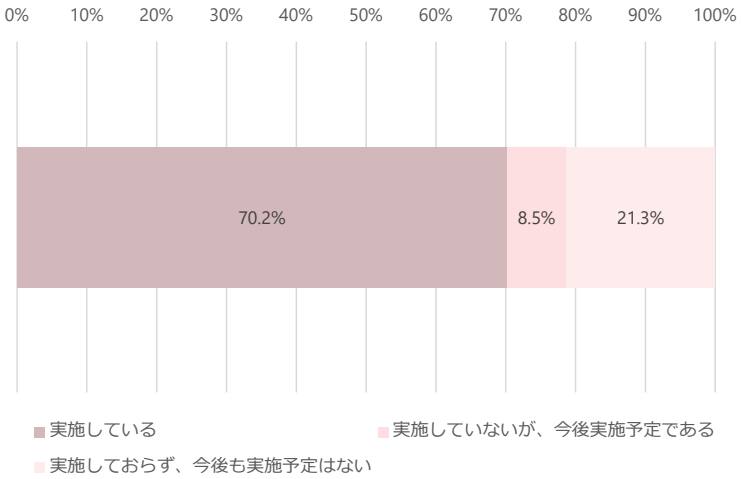
- 2040年まで在宅医療の需要が増加する一方、医師の高齢化により在宅療養支援診療所が減少している。このため、在宅医療の提供体制の維持が課題である。
- 地域医療構想調整会議で在宅医療に関する課題を議論し、県医師会に在宅医療推進センターを設置して体制構築を進めている。
- 無床診療所を含む医療機関の役割分担を県民に周知し、適切な医療機関の選択を促すことが重要である。
- 医師が1人で対応するケースが多く、夜間対応や持続可能性に懸念があるため、各診療所の専門性と役割の調整が求められている。
- 在宅医療に関する研修や、新規参入の支援を行う取組を実施している。
- 高齢化により複数の疾患を持つ患者が増加することから、総合診療医の確保と全人的な医療の提供が重要であると認識している。
- 中山間地域・離島では医療資源の効率的な分担と連携が課題であり、情報ネットワークを活用した取組を進めている。
- かかりつけ医の普及: 県民にかかりつけ医の重要性を啓発し、医療機関の役割把握を強化している。

※抜粋です

61

## 都道府県調査結果（単純集計）

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

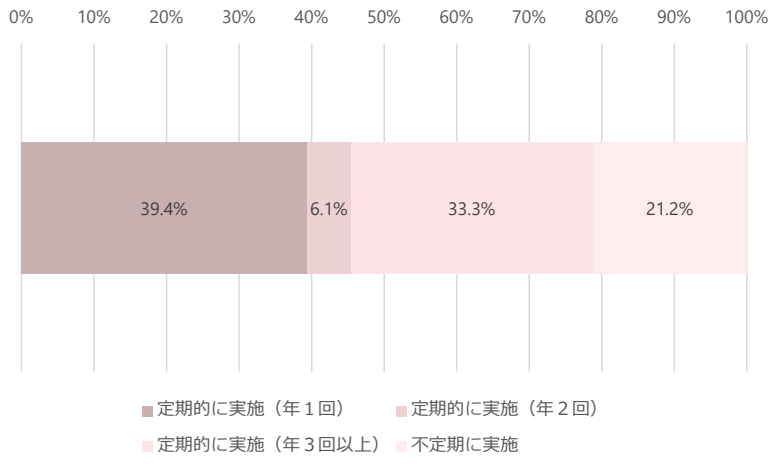



n=47

62

## 都道府県調査結果（単純集計）

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

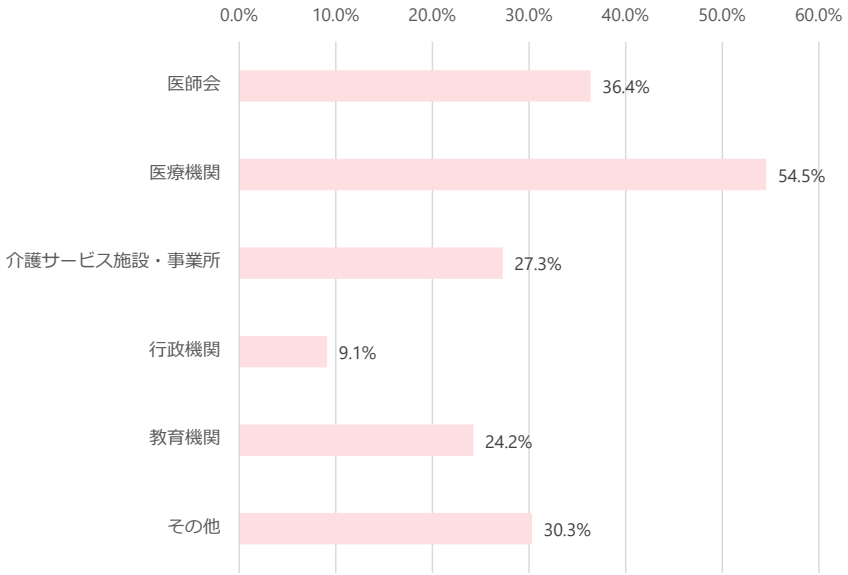



n=33

63

## 都道府県調査結果（単純集計）

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

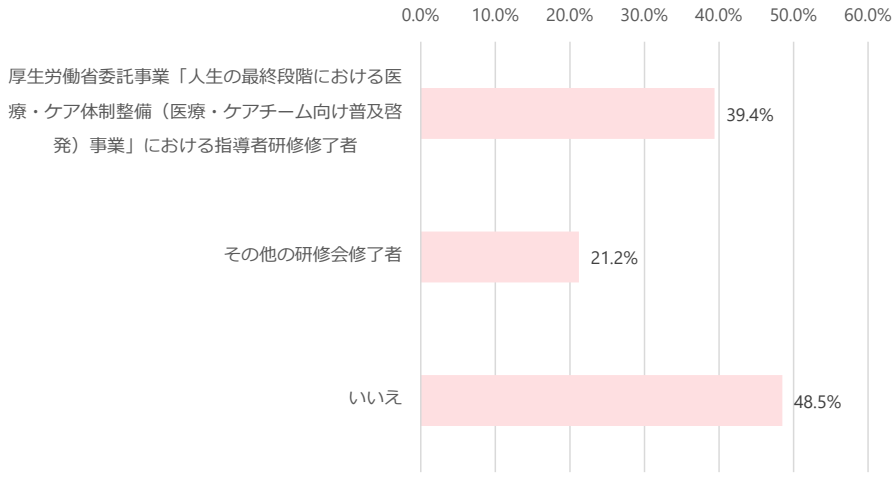



n=33

64

## 都道府県調査結果（単純集計）

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




n=33

65

# 都道府県調査まとめ



## 都道府県調査まとめ

| | 大項目 | 設問内容 |
|---|---|---|
| 1 | 協議会の設置状況 | ・R6年度調査の協議会の設置は66.0%、R5年度調査は59.6%であり、設置状況に大きな差はみられない<br>・高齢者の人口規模別では「50万以上～100万未満」の「設置している」が78.6%、高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援を行っている別では「実施している」の「設置している」が90.0%、コーディネーター有無別では「いる」の「設置している」が80.0%<br>・協議会の実施回数は、R5年度調査に比べて複数回開催が上昇（R5年度調査がコロナ禍であったことに留意）<br>・協議会に参加する管轄の市町村は58.1%<br>・都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項について、「在宅医療・介護連携推進事業に係る実態把握や課題の抽出」が77.4% |
| 2 | 高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援 | ・高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援を行っている都道府県は21.3%<br>・取組内容としては、「地域の医療関係団体に協力の依頼を行っている」が50.0% |
| 3 | 多職種連携 | ・リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組を行っている都道府県は46.8%<br>・取組内容としては、「専門職等の研修の実施」が68.2%、「管轄の市町村への研修や周知」が59.1%<br>・高齢者の人口規模別では、「100万人以上」の「取り組んでいる」が80.0%、協議会の設置有無別では、「設置している」の「取り組んでいる」 が58.1%、高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援別では「実施している」の「取り組んでいる」が60.0%、コーディネーターの有無別では「いる」の「取り組んでいる」 が60.0%<br>・地域リハビリテーション体制の構築のために、都道府県が取り組む内容では、研修・人材育成の実施が72.3%、市町村支援が70.2% |

## 都道府県調査まとめ

| | 大項目 | 設問内容 |
|---|---|---|
| 4 | 過疎地域、小規模自治体、中山間地域 | ・過疎地域、小規模自治体、中山間地域等で有効な取組を実施していると思われる自治体がある割合は、27.7%<br>・過疎地域、小規模自治体、中山間地域の自治体に対しての支援を実施している割合は、34.0% |
| 5 | コーディネーター | ・都道府県コーディネーターの配置状況は21.3%。令和５年度と比較して変化はなかった<br>・予算は「地域医療介護総合確保基金（医療分）」にて確保が70.0%<br>・基幹的コーディネーターはいなかった<br>・市町村コーディネーターの育成について、「実施している」が38.3%<br>・都道府県コーディネーターの配置や取組においての課題では、「コーディネーターの適任者がわからない」が34.0%。高齢者の人口規模では「100万人以上」の「コーディネーターの必要性がわからない」 が60.0%、協議会の設置別では「設置していない」の「コーディネーターの適任者がわからない」 が43.8%、高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援別では「実施していない」の「コーディネーターの適任者がわからない」が40.5%、コーディネーターの有無別では「いない」の「コーディネーターの適任者がわからない」の割合が44.4% |
| 6 | 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携 | ・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の取組内容では、「地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の定期的な開催による連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等の実施」が76.6%<br>・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況では、「状況を把握していない」が17.0%であり、令和5年度調査の31.9%と比較して減少 |

68

## 都道府県調査まとめ

| | 大項目 | 設問内容 |
|---|---|---|
| 7 | かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備 | ・かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めているかでは、始めていないが91.5% |
| 8 | 医療従事者向けにACPに関する研修の実施状況 | ・医療従事者向けにACPに関する研修の実施状況では、「実施している」が70.2% |

- 協議会が設置されている都道府県では、高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援の「実施している」割合が「実施していない」よりも、リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組の「取り組んでいる」割合が「取り組んでいない」よりも、都道府県コーディネーターの「いる」割合が「いない」よりも高くなっており、協議会で検討されている内容では「在宅医療・介護連携推進事業に係る実態把握や課題の抽出」が高くなっていることから、協議会設置と事業実施が関連している可能性があり、協議会を設置しておらず、事業実施もしていない都道府県について支援を強化する必要があると考えらえる。

- 高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援では、実施している都道府県が23.1%にとどまっている。R6年度介護報酬改定にて介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームでは、①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、 ③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めることが義務化されたことを踏まえれば、支援体制の強化が必要と考えられる。

- リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組では、「取り組んでいる」が46.8%と半数である。一体的取組を進めることで、多職種による連携が促進され、効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待されることから取組を強化していくことが必要と考えられる。

69

## 都道府県調査まとめ

- 過疎地域、小規模自治体、中山間地域の自治体に対しての支援を実施している都道府県は34.0%である。医療・介護スタッフの不足、高齢者人口の増加（市町村調査結果より）がより顕著な当該地域への支援の強化が必要と考えられる。
- コーディネーターの配置や取組においての課題では、「コーディネーターの適任者がわからない」が34.0%となっている。コーディネーターがいる都道府県では、リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組も高く、協議会の参加者都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項も議論されている内容が多岐にわたることから、他都道府県にてコーディネーターとして活躍している人の役職や所属等を伝える取組が必要と考えられる。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況では、「状況を把握していない」が17.0%であり、R5年度調査の31.9%と比較して減少したものの、「全て連携している」は40.4%と半数を超えておらず、支援が必要と考えられる。
- かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めているかでは、「始めていない」が91.5%となっている。R7年4月から施行に向けた取組が必要と考えられる。

70

# 市町村調査結果（概要）

71

# 市町村調査結果（概要）

■市町村アンケート設問概要

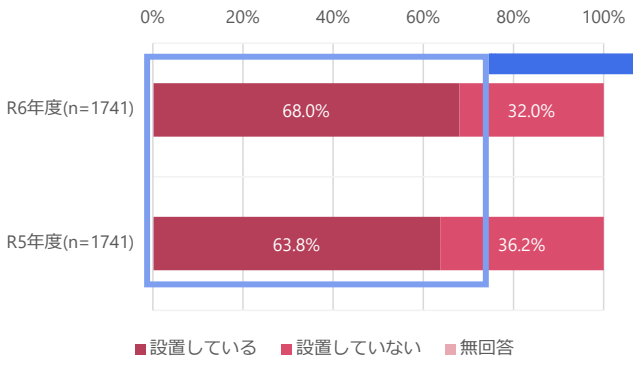
| | 大項目 | 設問内容 |
|---|---|---|
| Ⅰ | 基本情報 | ・市町村名 |
| Ⅱ | 市町村の体制 | ・協議会の設置状況<br>・現場レベルの協議の場の状況 |
| Ⅲ | 市町村の取組について | ・4場面、感染症、災害時の取組状況<br>・「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」の取組状況<br>・高齢者施設と医療機関との連携のための取組状況<br>・過疎地域、小規模自治体、中山間地域等の状況<br>・在宅医療・介護連携の課題 |
| Ⅳ | コーディネーターについて | ・コーディネーターの設置状況等 |
| Ⅴ | 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と在宅医療・介護連携推進事業の連携状況について | ・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携状況 |
| Ⅵ | かかりつけ医機能報告制度について | ・かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備の状況 |
| Ⅶ | その他 | ・看護小規模多機能型居宅介護事業所の状況 |

72

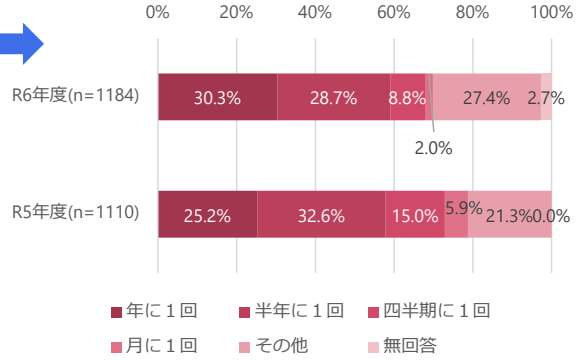
# 市町村調査結果（概要）

- 協議会の設置状況について、前年調査よりも上昇
- 協議会の実施回数では、年1回が上昇

■協議会の設置状況




■協議会の実施回数




単位：%

| | | 調査数 | 設置している | 設置していない |
|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1741 | 68.0 | 32.0 |
| 都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」がいる | いる | 483 | 56.1 | 43.9 |
| | その他 | 1258 | 72.6 | 27.4 |
| 高齢者の人口規模 | 1 万人未満 | 978 | 56.1 | 43.9 |
| | 1 万人以上3 万人未満 | 489 | 80.2 | 19.8 |
| | 3 万人以上5 万人未満 | 126 | 92.1 | 7.9 |
| | 5 万人以上10万人未満 | 84 | 86.9 | 13.1 |
| | 10万人以上 | 64 | 84.4 | 15.6 |
| 問3 「4つの場面」において、在宅医療・介護連携の推進によってあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を設定していますか。 | 4つの場面全てで設定している | 730 | 82.1 | 17.9 |
| | 4つの場面のいずれかで設定している | 418 | 66.7 | 33.3 |
| | 4つの場面全てにおいて設定していない | 592 | 51.5 | 48.5 |
| 問13 貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」と呼ばれる人はいますか。 | いる | 1027 | 78.4 | 21.6 |
| | いない | 690 | 52.6 | 47.4 |
| | わからない | 22 | 63.6 | 36.4 |

※都道府県コーディネーターの「その他」は、「いない」「わからない」の「いる」以外の合計

<参考>
都道府県コーディネーターの有無別では「その他」の「設置している」が72.6%、高齢者の人口規模では「3万人以上5万人未満」の「設置している」が92.1%、4つの場面の設定状況では「4つの場面全てにおいて設定している」の「設置している」が82.1%、市町村コーディネーターの有無別では「いる」の「設置している」が78.4%となっている

73

# 市町村調査結果（概要）

- 参加者では、R6,R5で選択肢が異なるため単純比較はできない
- 圏域では、市町村単位が61.4%と最も高く、次いで郡市区医師会単位が30.7%となっている
- 協議会未設置理由は、「人材不足」「関係者との連携不足」「必要性を感じない」「近隣自治体との連携が求められる」「職能団体の解散」がみられた

■協議会の参加者

| 団体名 | R6年度(n=1184) | R5年度(n=1110) |
|---|---|---|
| 医師会 | 90.8% | 92.2% |
| 歯科医師会 | 80.8% | 83.3% |
| 薬剤師会 | 81.0% | 82.3% |
| 看護協会 | 28.3% | |
| 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会 | 65.7% | 69.4% |
| 介護支援専門員協会または地域の連絡会 | 78.1% | 81.4% |
| 栄養士会 | 23.7% | 27.4% |
| リハビリテーション協議会 | 21.4% | |
| 理学療法士協会 | 21.8% | 35.3% |
| 作業療法士協会 | 12.1% | 20.3% |
| 言語聴覚士協会 | 7.2% | 12.2% |
| 歯科衛生士会 | 11.2% | 13.7% |
| 社会福祉士会 | 5.7% | |
| 社会福祉協議会 | 29.2% | |
| 介護福祉士会 | 6.8% | |
| 医療ソーシャルワーカー協会 | 18.4% | 21.6% |
| 老人保健施設協会 | 10.1% | |
| 老人福祉施設協議会 | 13.7% | |
| 介護医療院協会 | 0.9% | |
| 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会 | 1.0% | |
| 認知症グループホーム協会 | 5.0% | |
| 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会 | 16.2% | |
| 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会 | 9.6% | |
| 地域包括支援センター | 85.2% | 88.5% |
| 都道府県 | 9.8% | 10.2% |
| 保健所（都道府県） | 52.0% | 54.2% |
| 保健所（市・特別区設置） | 9.3% | 9.3% |
| 消防署（救急） | 16.1% | 16.5% |
| 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | 47.5% | 51.8% |
| 大学等の教育機関 | 8.4% | 9.2% |
| 民間企業 | 2.9% | 3.4% |
| その他 | 49.0% | 54.7% |
| 無回答 | 0.0% | 0.0% |

■協議会の圏域

単位：%

| | | 調査数 | 市町村 | 郡市区医師会単位 | 2次医療圏 | 保健所単位 | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1184 | 61.4 | 30.7 | 8.1 | 10.0 | 4.4 | 0.1 |
| 高齢者の人口規模 | 1 万人未満 | 549 | 40.4 | 42.3 | 11.5 | 14.8 | 8.0 | - |
| | 1 万人以上3 万人未満 | 392 | 73.7 | 26.5 | 5.4 | 6.6 | 1.0 | 0.3 |
| | 3 万人以上5 万人未満 | 116 | 85.3 | 14.7 | 4.3 | 3.4 | 1.7 | - |
| | 5 万人以上10万人未満 | 73 | 93.2 | 8.2 | 6.8 | 8.2 | 2.7 | - |
| | 10万人以上 | 54 | 90.7 | 9.3 | 3.7 | 1.9 | - | - |

＜参考＞
高齢者の人口規模では「1万人未満」の「郡市区医師会単位」が42.3%となっている

■協議会を設置していない理由

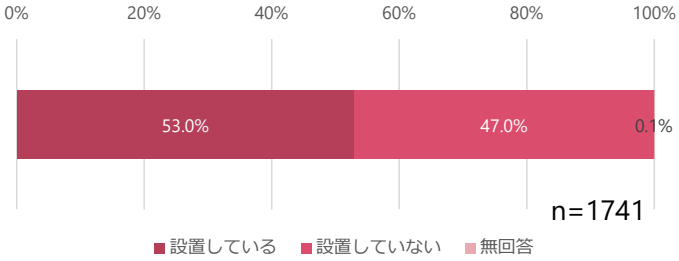
- 人材不足。
- 各関係機関との連携が不足しており、協議会を設置できない。
- 協議会の設置は必須ではないため、必要性を見出せない。
- 小規模自治体のため、近隣の自治体との連携が求められる。
- 職能団体の解散により開催が困難となった。

74

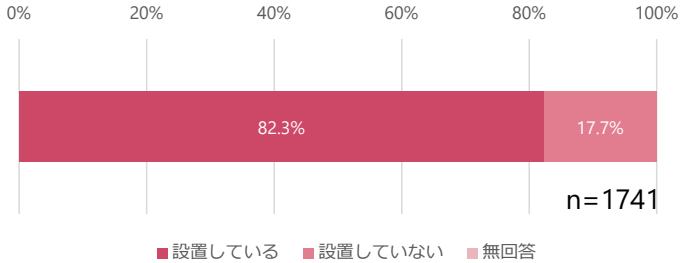
# 市町村調査結果（概要）

- 実務担当者や中心となる関係者による協議の場の設置状況では53.0%が設置
- 問1、問2を合わせたなんらかの協議の場を設置している自治体は82.3%
- 実務担当者や中心となる関係者による協議の場の設置状況では複数の協議の場がある自治体が約4割

■実務担当者や中心となる関係者による協議の場の設置状況




■なんらかの協議の場の設置状況



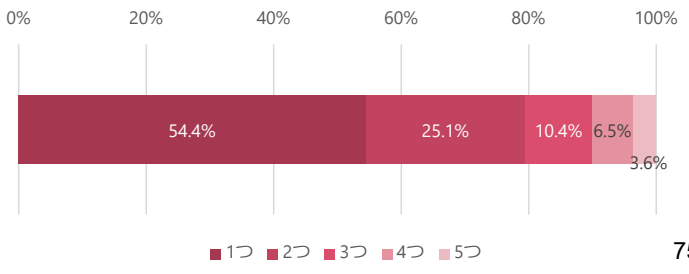

※問1の協議会を設置せず、問2の実務担当者や中心となる関係者による協議の場を設置している自治体は、249自治体

単位：%

| | | 調査数 | 設置している | 設置していない | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1741 | 53.0 | 47.0 | 0.1 |
| 高齢者の人口規模 | 1 万人未満 | 978 | 46.9 | 53.1 | - |
| | 1 万人以上3 万人未満 | 489 | 56.9 | 43.1 | - |
| | 3 万人以上5 万人未満 | 126 | 65.9 | 33.3 | 0.8 |
| | 5 万人以上10万人未満 | 84 | 65.5 | 34.5 | - |
| | 10万人以上 | 64 | 73.4 | 26.6 | - |
| 問13　貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」と呼ばれる人はいますか。 | いる | 1027 | 60.8 | 39.2 | - |
| | いない | 690 | 41.9 | 58.1 | - |
| | わからない | 22 | 36.4 | 63.6 | - |

＜参考＞
高齢者の人口規模別では、「３万人以上５万人未満」の「設置している」が65.9%、市町村のコーディネーター有無別では、「いる」の「設置している」が60.8%となっている

■実務担当者や中心となる関係者による協議の場の設置状況
協議の場の数

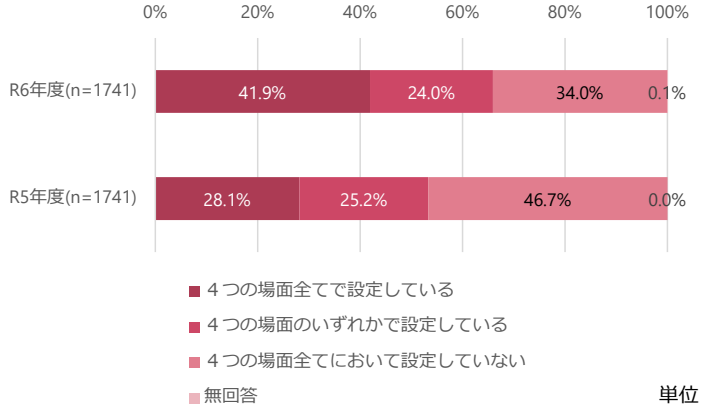



75

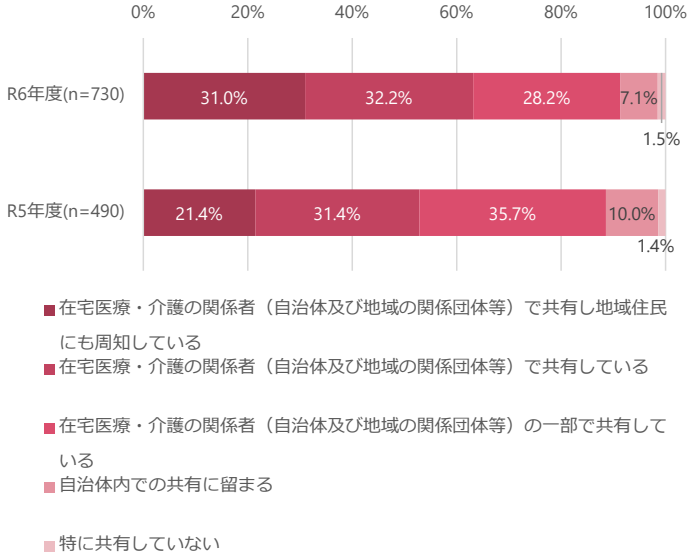
# 市町村調査結果（概要）

- あるべき姿の設定については、「４つの場面全てで設定している」が令和５年度よりも上昇
- あるべき姿の共有状況では、「地域住民にも周知している」が上昇

■あるべき在宅医療・介護提供体制の姿を設定




■あるべき姿の共有状況




単位：%

| | | 調査数 | 4つの場面全てで設定している | 4つの場面のいずれかで設定している | 4つの場面全てにおいて設定していない | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1741 | 41.9 | 24.0 | 34.0 | 0.1 |
| 都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」がいる | いる | 483 | 36.4 | 22.4 | 41.2 | – |
| | その他 | 1258 | 44.0 | 24.6 | 31.2 | 0.1 |
| 問13 貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」と呼ばれる人はいますか。 | いる | 1027 | 51.5 | 22.2 | 26.3 | – |
| | いない | 690 | 28.3 | 26.5 | 45.2 | – |
| | わからない | 22 | 27.3 | 31.8 | 40.9 | – |

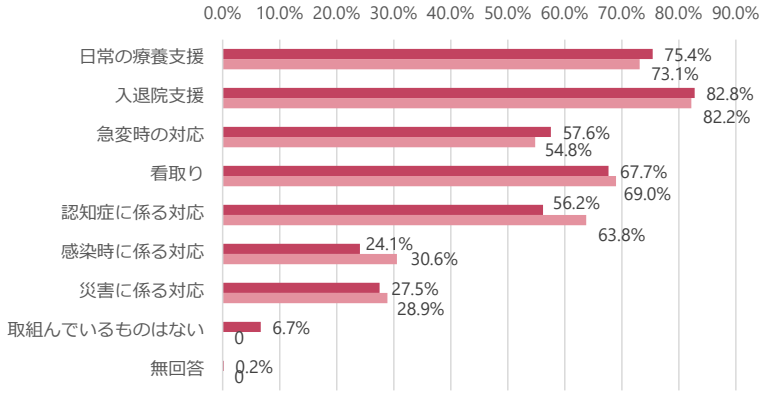
＜参考＞
都道府県のコーディネーター有無別では「その他」の「４つの場面全てで設定している」が44.0%、市町村のコーディネーター有無別では「いる」の「４つの場面全てで設定している」が51.5%となっている

76

# 市町村調査結果（概要）

- 日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応は上昇（R5と設問が異なるため単純比較はできない）

■取り組んでいる場面




単位：%

| | | 調査数 | 日常の療養支援 | 入退院支援 | 急変時の対応 | 看取り | 認知症に係る対応 | 感染時に係る対応 | 災害に係る対応 | 取組んでいるものはない | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1741 | 75.4 | 82.8 | 57.6 | 67.7 | 56.2 | 24.1 | 27.5 | 6.7 | 0.2 |
| 協議の場の有無 | ある | 1433 | 79.6 | 85.8 | 61.8 | 74.0 | 56.0 | 23.8 | 27.6 | 4.2 | 0.1 |
| | なし | 308 | 55.8 | 68.5 | 37.7 | 38.3 | 57.1 | 25.3 | 27.3 | 18.2 | 0.3 |
| 問13 貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」と呼ばれる人はいますか。 | いる | 1027 | 82.6 | 88.7 | 66.7 | 78.4 | 55.2 | 24.6 | 30.1 | 3.6 | 0.1 |
| | いない | 690 | 64.8 | 74.2 | 44.5 | 52.6 | 57.7 | 22.9 | 23.5 | 11.3 | 0.1 |
| | わからない | 22 | 77.3 | 77.3 | 40.9 | 40.9 | 54.5 | 36.4 | 31.8 | 4.5 | – |

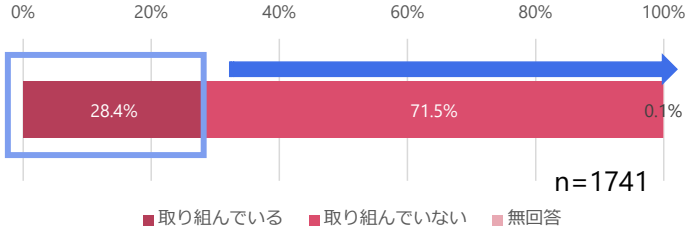
＜参考＞
協議の場の有無別では「ある」の「入退院支援」が85.8%、市町村のコーディネーター有無別では「いる」の「入退院支援」が88.7%となっている

77

# 市町村調査結果（概要）

- 「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」には28.4%が取組、取組内容では「地域住民への研修や周知」が54.7%

■「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいるか

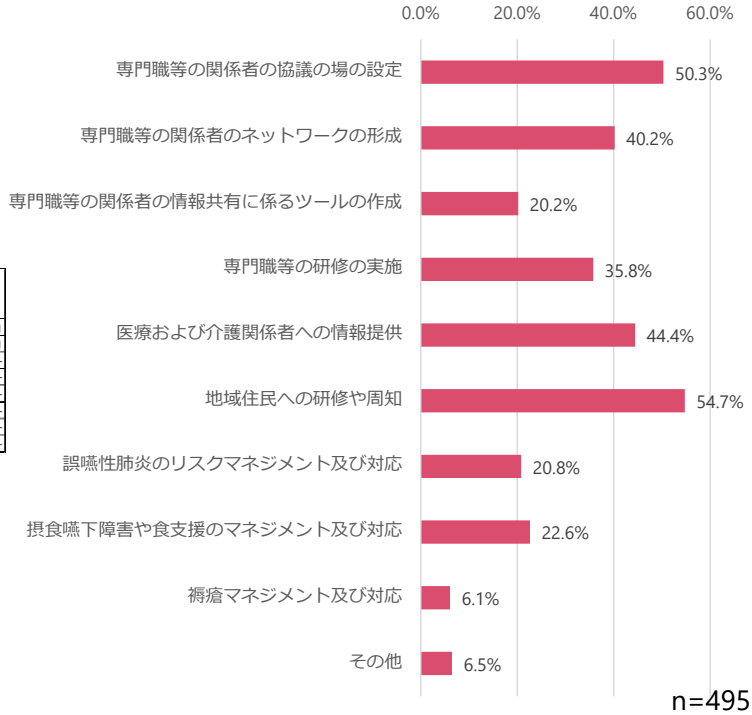



単位：%

| | | 調査数 | 取り組んでいる | 取り組んでいない | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1741 | 28.4 | 71.5 | 0.1 |
| 協議の場の有無 | ある | 1433 | 30.6 | 69.3 | 0.1 |
| | なし | 308 | 18.2 | 81.8 | - |
| 問8　貴市町村は高齢者施設と医療機関との連携のための取り組みを実施していますか。 | 実施している | 320 | 42.8 | 57.2 | - |
| | 実施していない | 1419 | 25.2 | 74.8 | - |
| 問13　貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」と呼ばれる人はいますか。 | いる | 1027 | 31.4 | 68.6 | - |
| | いない | 690 | 24.2 | 75.8 | - |
| | わからない | 22 | 27.3 | 72.7 | - |

<参考>
協議の場の設置有無別では、「ある」の「取り組んでいる」が30.6%、高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援別では「実施している」の「取り組んでいる」が42.8%、コーディネーターの有無別では「いる」の「取り組んでいる」が31.4%となっている

■「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」の取組内容

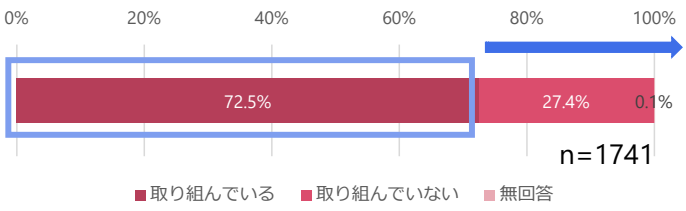





# 市町村調査結果（概要）

- 自立支援や介護予防を支援する取組について、72.5%が取組、派遣方法は「専門職所属団体に市町村が依頼」が54.8%

■理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を地域に派遣し、地域の方の自立支援や介護予防を支援する取組を行っているか

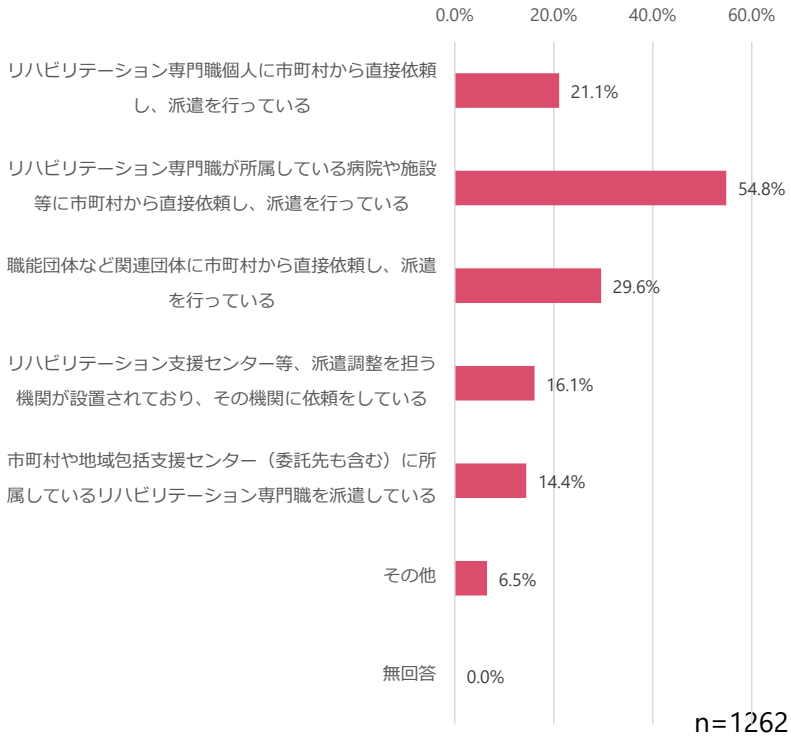



単位：%

| | | 調査数 | 取り組んでいる | 取り組んでいない | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1741 | 72.5 | 27.4 | 0.1 |
| 協議の場の有無 | ある | 1433 | 74.7 | 25.2 | 0.1 |
| | なし | 308 | 62.3 | 37.7 | - |
| 問8　貴市町村は高齢者施設と医療機関との連携のための取り組みを実施していますか。 | 実施している | 320 | 78.1 | 21.9 | - |
| | 実施していない | 1419 | 71.3 | 28.7 | - |
| 問13　貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」と呼ばれる人はいますか。 | いる | 1027 | 77.0 | 23.0 | - |
| | いない | 690 | 65.9 | 34.1 | - |
| | わからない | 22 | 72.7 | 27.3 | - |

<参考>
協議の場の有無別では「ある」の「取り組んでいる」が74.7%、高齢者施設と医療機関との連携のための取組では「実施している」の「取り組んでいる」が78.1%、市町村のコーディネーター有無別では「いる」の「取り組んでいる」が77.0%となっている

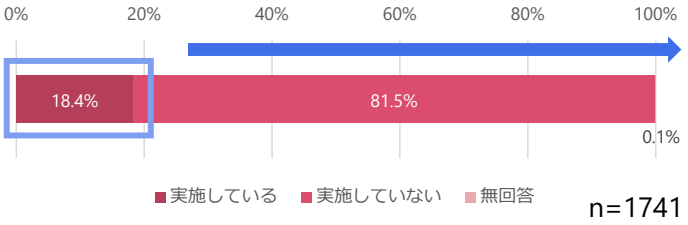
■リハビリテーション専門職の派遣方法



# 市町村調査結果（概要）

- 高齢者施設と医療機関との連携のための取組を実施しているは18.4%
- 取組の内容では「高齢者施設等向けの窓口を設置している」が34.7%

■高齢者施設と医療機関との連携のための取組



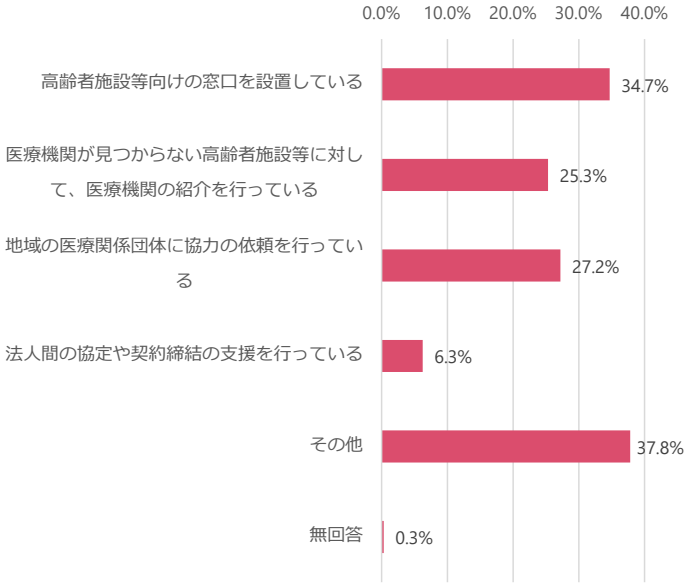

n=1741

単位：%

| | | 調査数 | 実施している | 実施していない | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1741 | 18.4 | 81.5 | 0.1 |
| 協議の場の有無 | ある | 1433 | 19.5 | 80.4 | 0.1 |
| | なし | 308 | 13.3 | 86.7 | - |
| 問13　貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」と呼ばれる人はいますか。 | いる | 1027 | 20.1 | 79.9 | - |
| | いない | 690 | 15.8 | 84.2 | - |
| | わからない | 22 | 22.7 | 77.3 | - |

<参考>
協議の場の有無別では「ある」の「実施している」が19.5%、市町村のコーディネーター有無別では「いる」の「実施している」が20.1%となっている

■取組内容



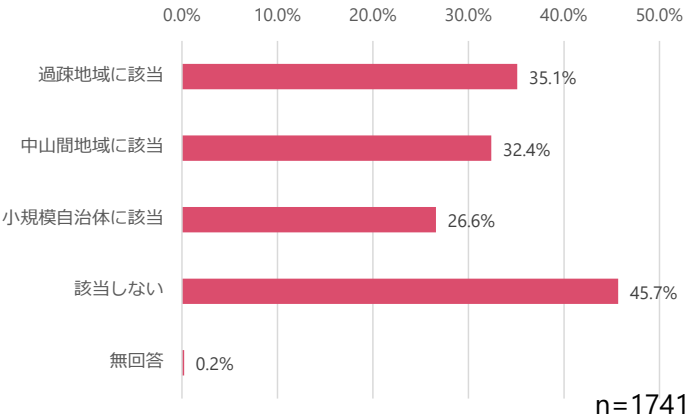

n=320



# 市町村調査結果（概要）

- 過疎地域は35.1%、中山間地は32.4%、小規模自治体は26.6%

■過疎地域、中山間地、小規模自治体の該当




n=1741

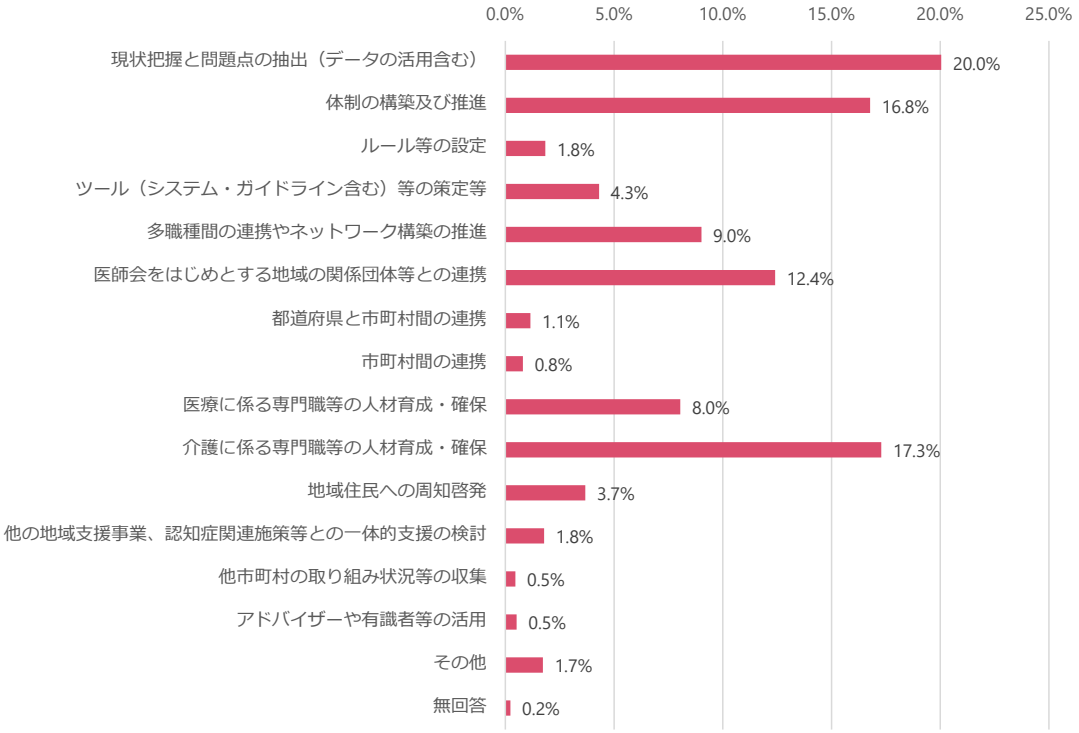
■過疎地域、中山間地、小規模自治体の課題

| 大項目 | 内容 |
|---|---|
| 医療・介護スタッフの不足 | 医師、看護師、介護職員が都市部に集中し、地域での人材確保が困難 |
| 高齢者人口の増加 | 中山間地域では高齢化率が非常に高く、在宅ケアのニーズが拡大 |
| 多職種連携の不足 | 医療機関、介護施設、行政の間での情報共有が十分でなく、連携が難しい |
| 移動・交通手段の制約 | 高齢者やケアスタッフの移動手段が限られており、訪問診療や介護が遅れる場合がある |
| ICT活用の遅れ | オンライン診療や遠隔モニタリングの導入が進んでおらず、情報伝達が非効率 |
| 地域住民の健康意識・医療知識の不足 | 健康維持や予防のための支援が難しく、慢性的な疾患が増える傾向にある |
| 医療・介護制度の複雑さ | 関係する制度が多岐にわたり、利用者・提供者双方にとって手続きが負担になる |
| 施設や機器の老朽化 | 医療・介護の現場設備が古く、更新が進まない |
| ケア提供者の負担増大と離職率の上昇 | 長時間労働や精神的な負担が原因で、スタッフの定着が難しい |

# 市町村調査結果（概要）

- 市町村が在宅医療・介護連携事業を実施していく中での課題は、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が20.0%と最も高く、次いで「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が17.3%

■在宅医療・介護連携事業を実施していく中での課題（最も優先順位が高いもの）




n=1741

82

# 市町村調査結果（概要）

■在宅医療・介護連携事業を実施していく中での課題（最も優先順位が高いもの）

| | | 調査数 | 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む） | 体制の構築及び推進 | ルール等の設定 | ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等 | 多職種間の連携やネットワーク構築の推進 | 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携 | 都道府県と市町村間の連携 | 市町村間の連携 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1741 | 20.0 | 16.8 | 1.8 | 4.3 | 9.0 | 12.4 | 1.1 | 0.8 |
| 高齢者の人口規模 | 1 万人未満 | 978 | 17.9 | 16.3 | 2.4 | 4.3 | 7.7 | 10.5 | 1.1 | 0.9 |
| | 1 万人以上3 万人未満 | 489 | 20.4 | 17.8 | 1.2 | 4.1 | 10.0 | 17.4 | 1.4 | 0.8 |
| | 3 万人以上5 万人未満 | 126 | 22.2 | 18.3 | 1.6 | 4.0 | 10.3 | 11.1 | – | – |
| | 5 万人以上10万人未満 | 84 | 31.0 | 15.5 | 1.2 | 3.6 | 15.5 | 8.3 | 2.4 | 1.2 |
| | 10万人以上 | 64 | 31.3 | 15.6 | – | 7.8 | 10.9 | 10.9 | – | – |
| 問10　貴市町村の管内は、過疎地域、小規模自治体、中山間地域等に該当しますか。（複数回答） | 該当 | 942 | 15.4 | 16.6 | 2.0 | 3.9 | 7.7 | 11.1 | 1.0 | 0.8 |
| | 非該当 | 795 | 25.7 | 17.1 | 1.6 | 4.8 | 10.6 | 14.0 | 1.4 | 0.8 |

| | | 調査数 | 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | 地域住民への周知啓発 | 他の地域支援事業、認知症関連施策等との一体的支援の検討 | 他市町村の取り組み状況等の収集 | アドバイザーや有識者等の活用 | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1741 | 8.0 | 17.3 | 3.7 | 1.8 | 0.5 | 0.5 | 1.7 | 0.2 |
| 高齢者の人口規模 | 1 万人未満 | 978 | 10.4 | 21.5 | 2.8 | 1.4 | 0.5 | 0.7 | 1.7 | – |
| | 1 万人以上3 万人未満 | 489 | 4.5 | 13.7 | 4.3 | 1.4 | 0.4 | – | 1.8 | 0.6 |
| | 3 万人以上5 万人未満 | 126 | 8.7 | 8.7 | 6.3 | 4.8 | – | 1.6 | 1.6 | 0.8 |
| | 5 万人以上10万人未満 | 84 | 3.6 | 7.1 | 4.8 | 4.8 | – | – | 1.2 | – |
| | 10万人以上 | 64 | 3.1 | 10.9 | 6.3 | – | 1.6 | – | 1.6 | – |
| 問10　貴市町村の管内は、過疎地域、小規模自治体、中山間地域等に該当しますか。（複数回答） | 該当 | 942 | 10.9 | 23.6 | 2.7 | 1.2 | 0.6 | 0.5 | 1.9 | 0.1 |
| | 非該当 | 795 | 4.7 | 9.8 | 4.9 | 2.5 | 0.3 | 0.5 | 1.5 | – |

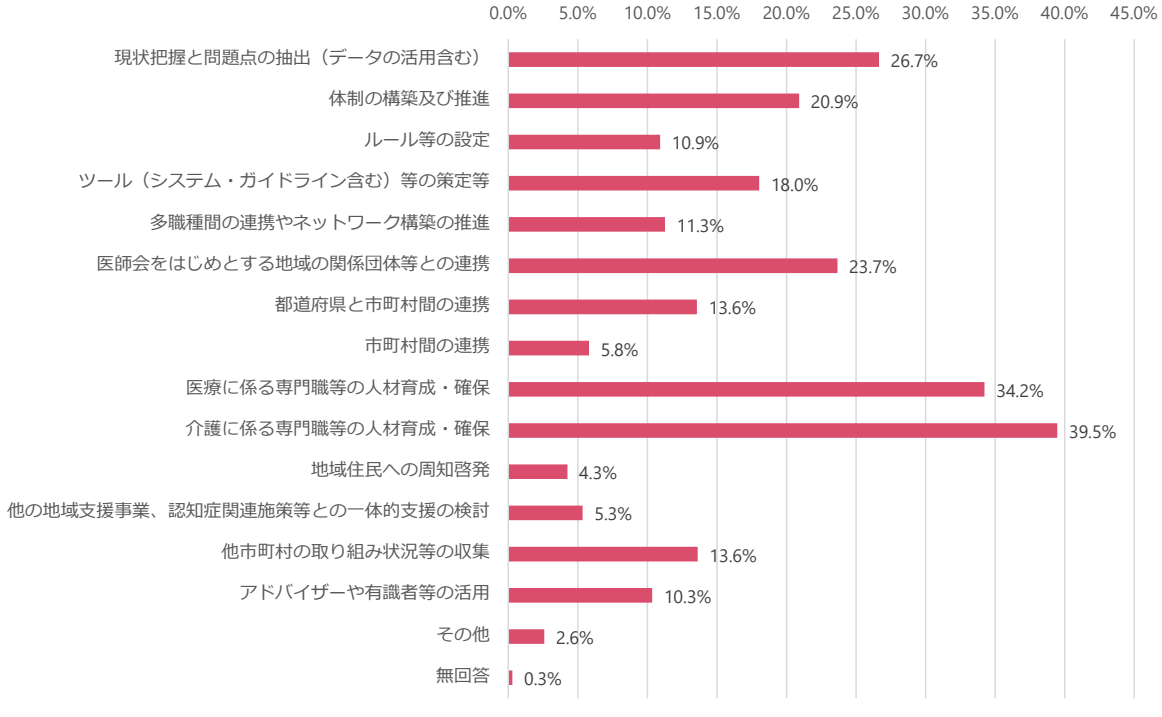
＜参考＞
高齢者の人口規模別では、「1万人未満」では「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が21.5%、「1万人以上」では「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が高くなっている
過疎地域、小規模自治体、中山間地等の該当別では「該当」では「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が23.6%、「非該当」では「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が25.7%となっている

83

# 市町村調査結果（概要）

- 市町村が国・都道府県の支援で期待することは、「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が39.5%と最も高く、次いで「医療に係る専門職等の人材育成・確保」が34.2%

■国・都道府県の支援で期待すること（３つまで回答）



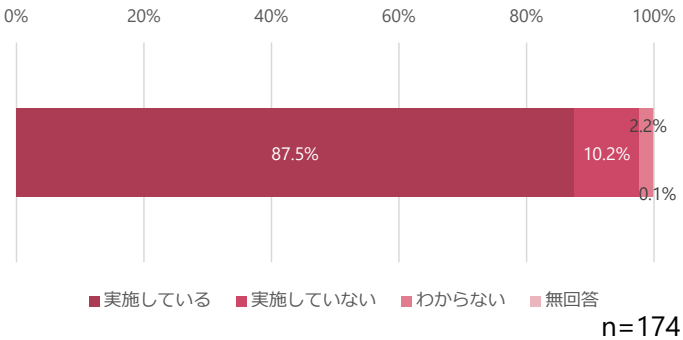

n=1741



# 市町村調査結果（概要）

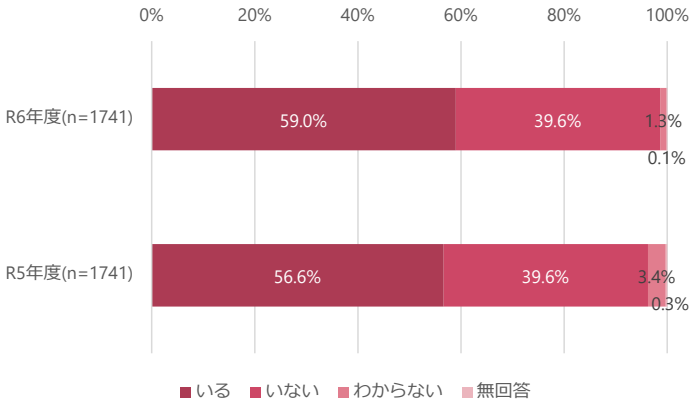
- 相談支援の実施は87.5%
- コーディネーターは59.0%でR5からやや上昇

■在宅医療・介護連携に関する相談支援は実施状況




n=1741

■市町村のコーディネーターの有無




単位：%

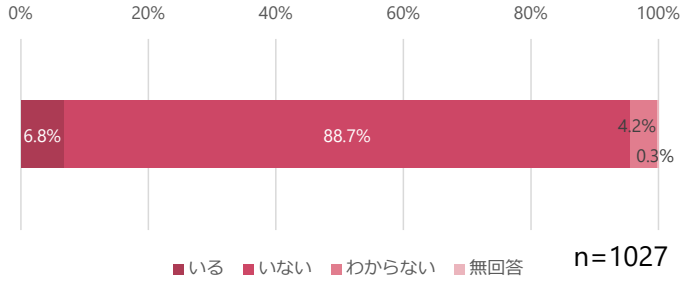
| | | 調査数 | いる | いない | わからない | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1741 | 59.0 | 39.6 | 1.3 | 0.1 |
| 都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」がいる | いる | 483 | 52.4 | 46.4 | 1.2 | – |
| | その他 | 1258 | 61.5 | 37.0 | 1.3 | 0.2 |
| 高齢者の人口規模 | 1 万人未満 | 978 | 48.8 | 49.5 | 1.7 | – |
| | 1 万人以上3 万人未満 | 489 | 66.3 | 32.9 | 0.6 | 0.2 |
| | 3 万人以上5 万人未満 | 126 | 81.7 | 17.5 | – | 0.8 |
| | 5 万人以上10万人未満 | 84 | 81.0 | 16.7 | 2.4 | – |
| | 10万人以上 | 64 | 85.9 | 14.1 | – | – |
| 協議の場の有無 | ある | 1433 | 64.8 | 33.8 | 1.2 | 0.1 |
| | なし | 308 | 31.8 | 66.6 | 1.6 | – |

＜参考＞
都道府県のコーディネーター有無別では「その他」の「いる」が61.5%、高齢者人口規模の「10万人以上」の「いる」が85.9%、協議の場の有無別では「なし」の「いない」が66.6%となっている

# 市町村調査結果（概要）

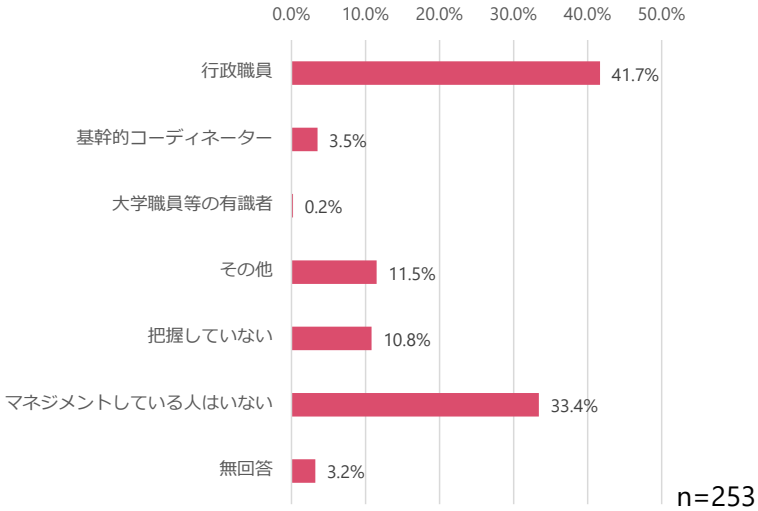
- 市町村の基幹的コーディネーター有は、6.8%
- 市町村コーディネーターのマネジメントをする者は行政職員が41.7%

■市町村の基幹的コーディネーターの有無




n=1027

■市町村コーディネーターをマネジメントする人



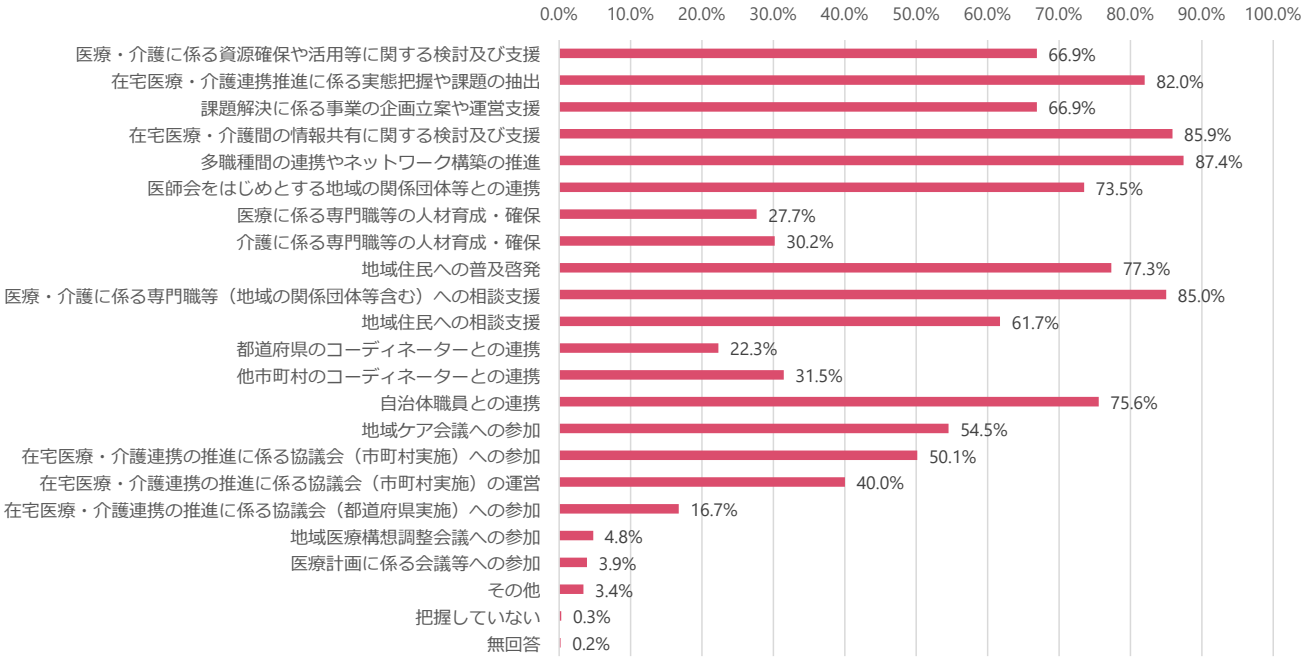

n=253

86

# 市町村調査結果（概要）

- コーディネーターの業務内容では、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が87.4%と最も高く、次いで「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」が85.9%

■コーディネーターの業務内容



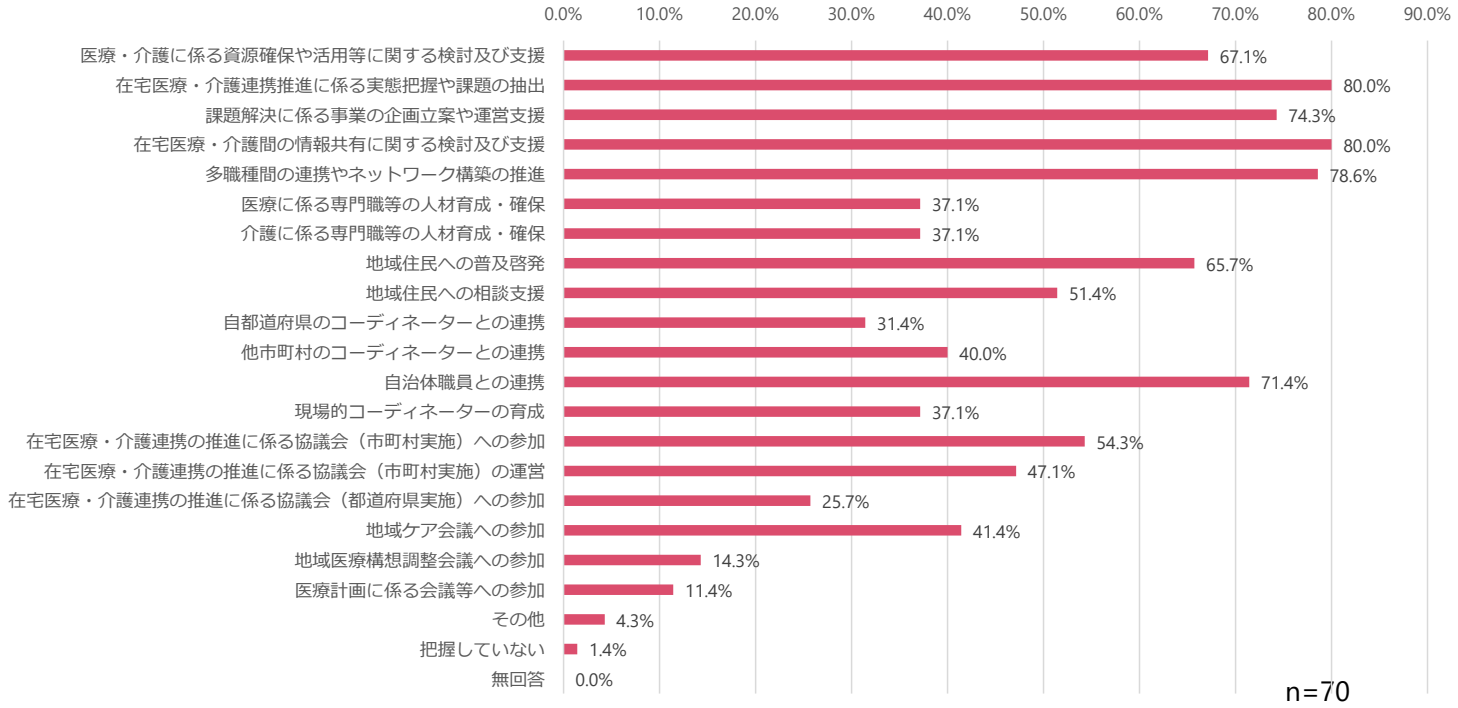

n=1027

87

# 市町村調査結果（概要）

- 基幹コーディネーターの業務内容では、「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」80.0%

■基幹的コーディネーターの業務内容

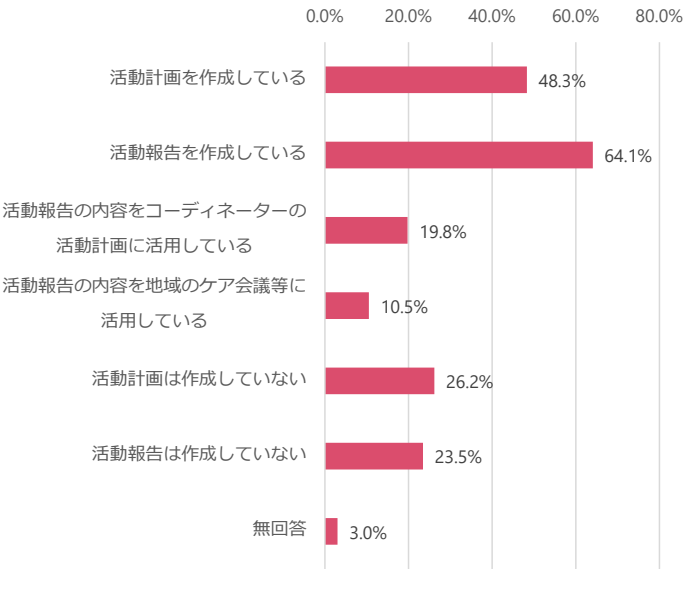



88

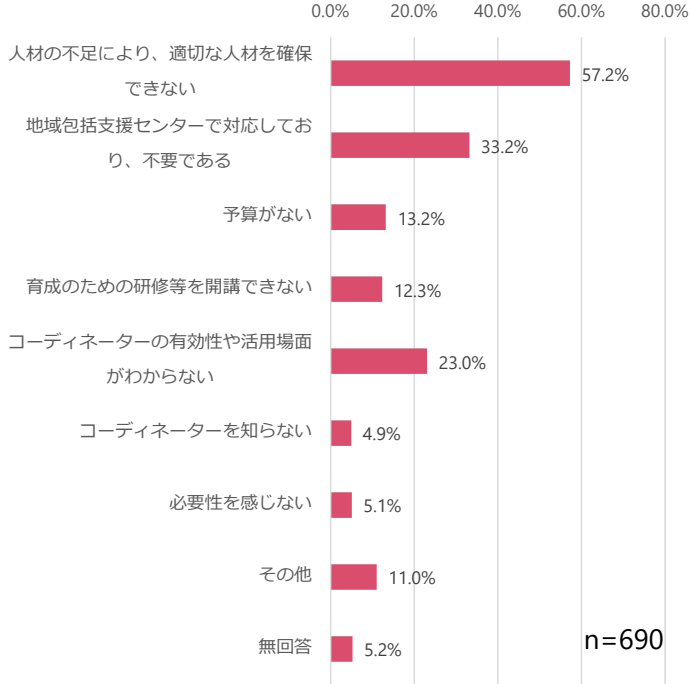
# 市町村調査結果（概要）

- コーディネーターの活動報告を作成しているが64.1%
- コーディネーターを配置できない理由は、適切な人材を確保できないが57.2%

■ コーディネーターの活動計画や活動報告の有無




■ コーディネーターを配置できない理由

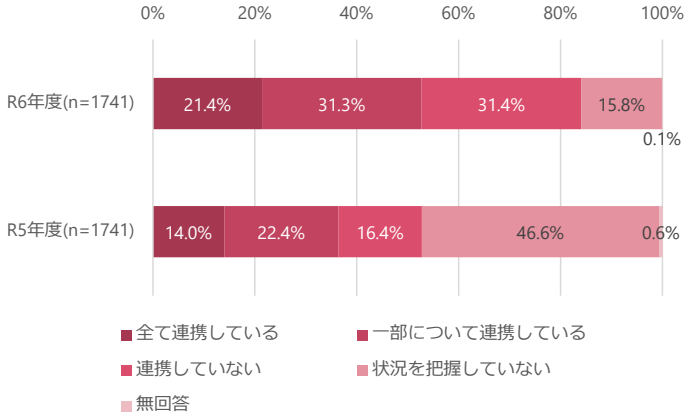



89

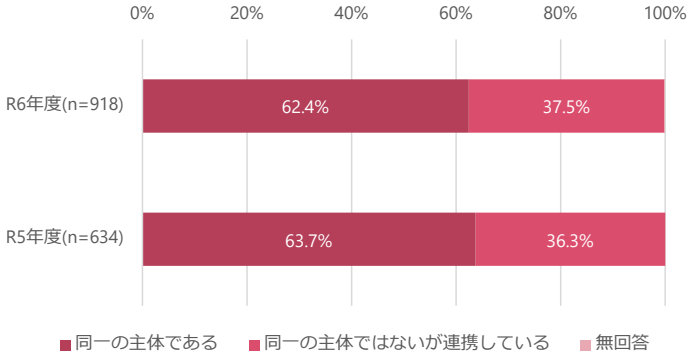
# 市町村調査結果（概要）

- R6とR5を比較すると「状況を把握していない」が46.6%から15.8%に低下
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」が同一の割合は横ばい

■「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療介護連携推進事業の連携状況




■「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体

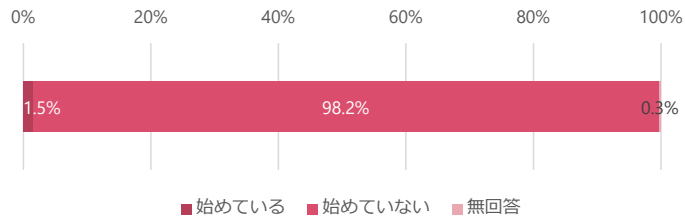



90

# 市町村調査結果（概要）

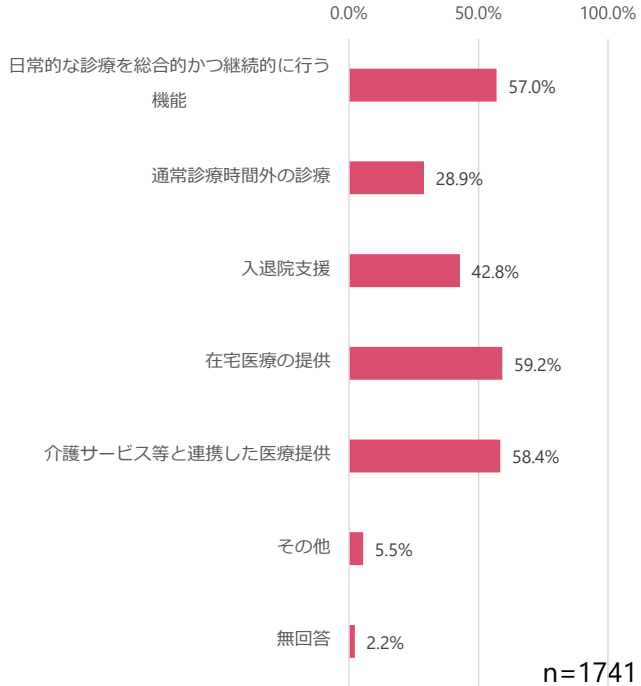
- かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めているかでは、始めていないが98.2%
- かかりつけ医機能報告制度の報告項目で重要なものでは、「在宅医療の提供」が59.2%

■ かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めているか




n=1741

■ かかりつけ医機能報告制度の報告項目のうち、重要（課題）なもの



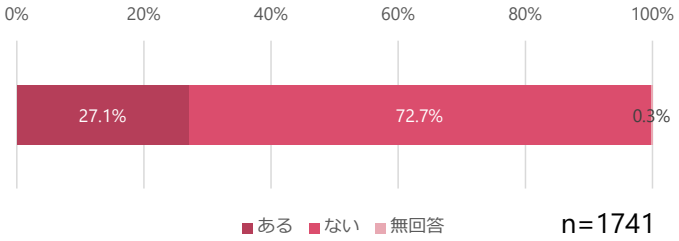

n=1741

91

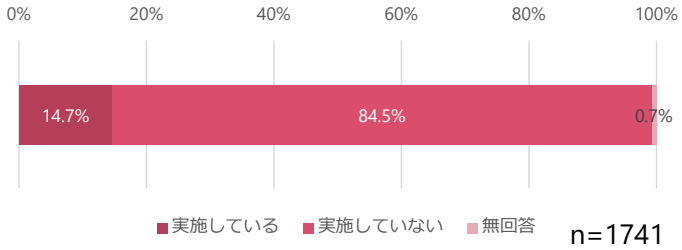
# 市町村調査結果（概要）

- 看護小規模多機能型居宅介護事業所はあるが27.1%
- 広域利用の実施は、14.7%
- 広域利用を実施しない理由は、「ニーズがない」が48.7%

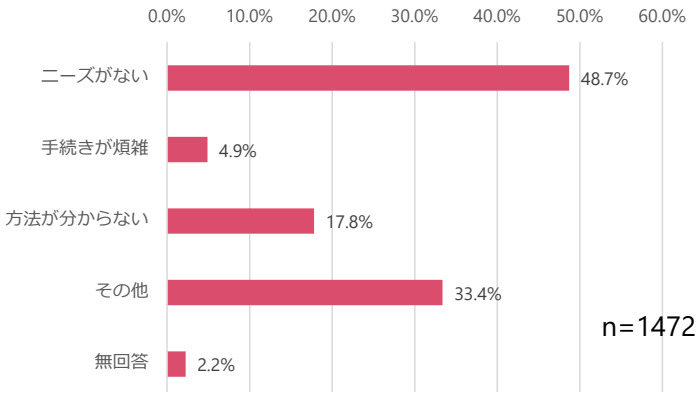
■ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の有無




■ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の広域利用の実施




■ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の広域利用の実施していない理由

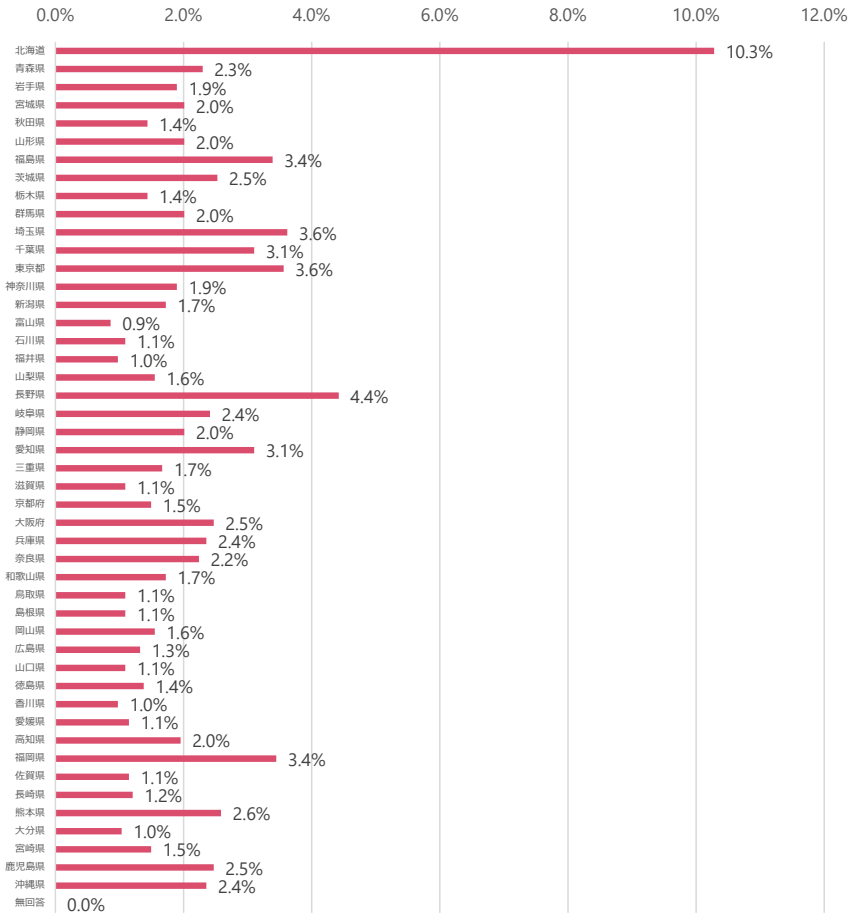





# 市町村調査結果（単純集計）

# 市町村調査結果（単純集計）

都道府県

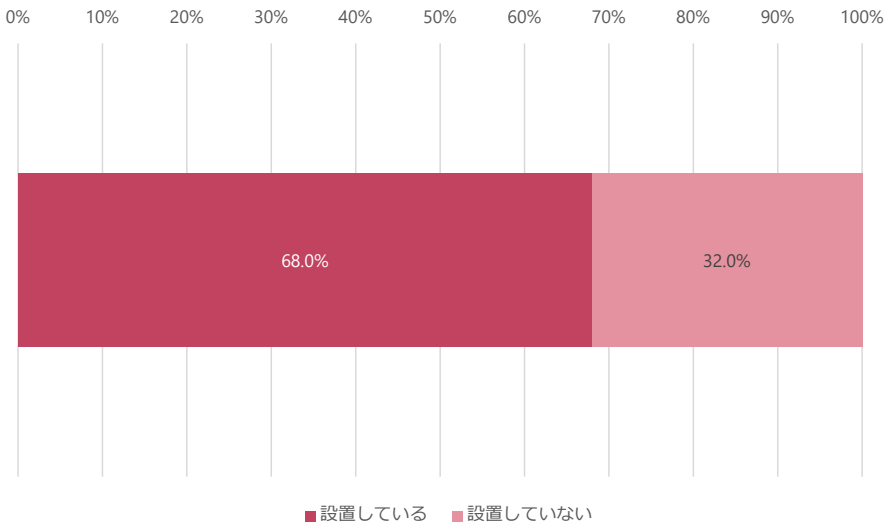



n=1741

94

# 市町村調査結果（単純集計）

問1　貴市町村では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。




n=1741

95

## 市町村調査結果（単純集計）

問1－1　在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していない理由や課題を教えてください。

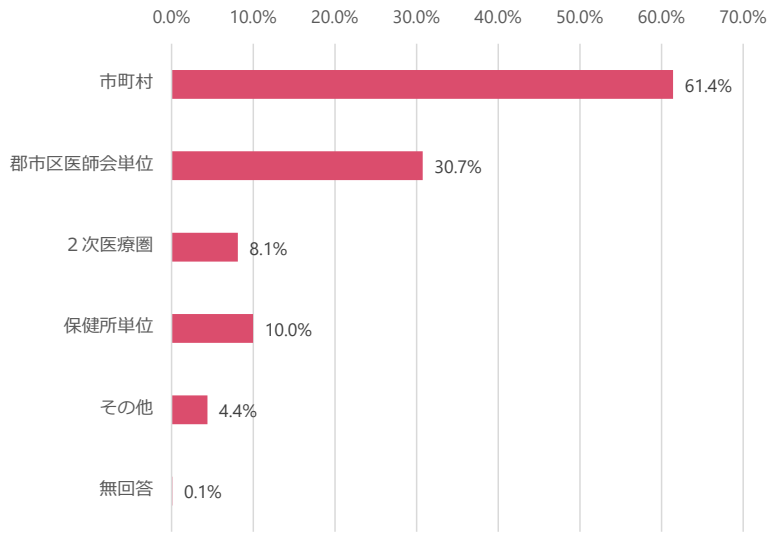
- 人材不足。
- 各関係機関との連携が不足しており、協議会を設置できない。
- 協議会の設置は必須ではないため、必要性を見出せない。
- 小規模自治体のため、近隣の自治体との連携が求められる。
- 職能団体の解散により開催が困難となった。

※抜粋です

96

## 市町村調査結果（単純集計）

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

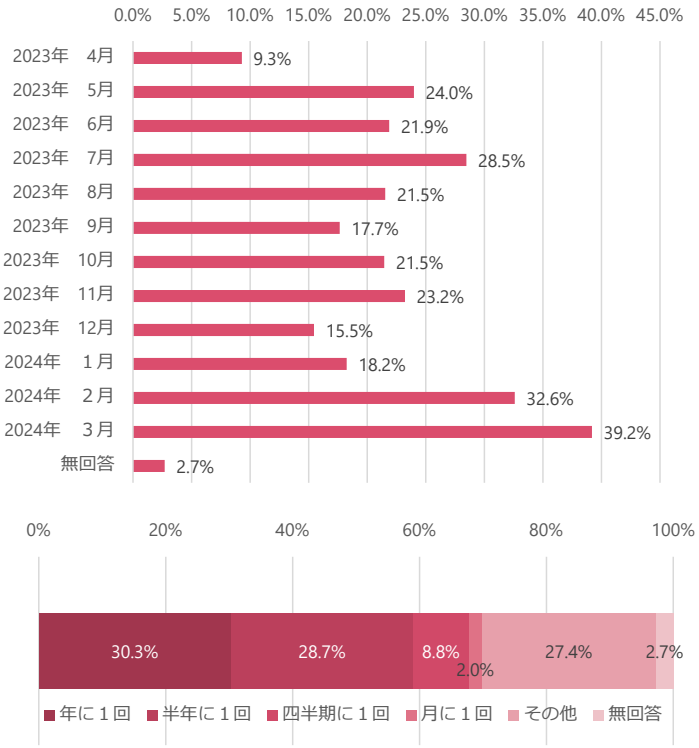



n=1184

97

## 市町村調査結果（単純集計）

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




n=1184



## 市町村調査結果（単純集計）

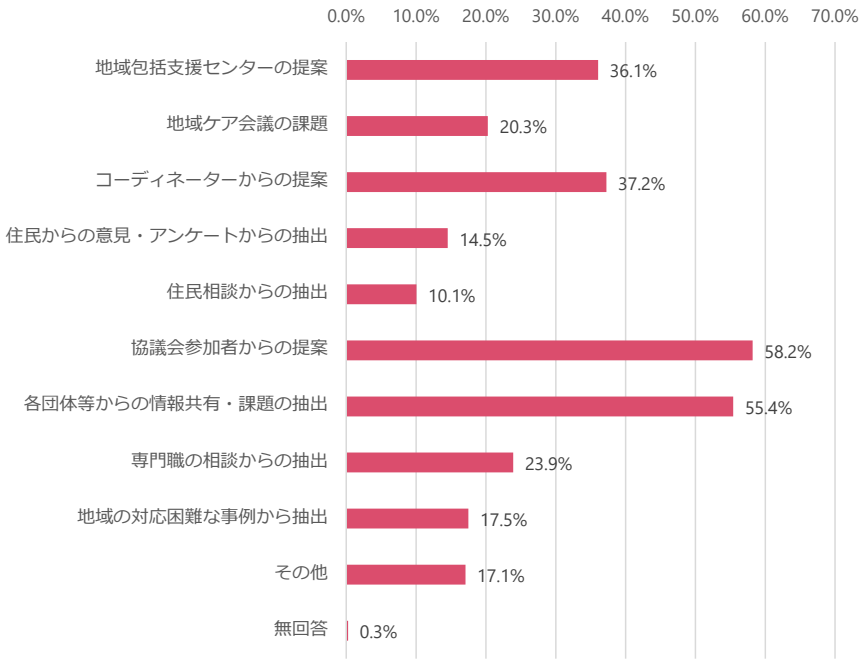
問1-4　引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会に参加している団体等を教えてください。（複数回答）

| 団体名 | | 団体名 | |
|---|---|---|---|
| 医師会 | 91.2% | 老人福祉施設協議会 | 14.1% |
| 歯科医師会 | 81.1% | 介護医療院協会 | 0.8% |
| 薬剤師会 | 81.4% | 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会 | 1.4% |
| 看護協会 | 28.0% | 認知症グループホーム協会 | 5.9% |
| 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会 | 66.8% | 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会 | 17.0% |
| 介護支援専門員協会または地域の連絡会 | 78.3% | 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会 | 9.5% |
| 栄養士会 | 25.0% | 地域包括支援センター | 84.1% |
| リハビリテーション協議会 | 20.4% | 都道府県 | 9.0% |
| 理学療法士協会 | 23.6% | 保健所（都道府県） | 53.9% |
| 作業療法士協会 | 13.6% | 保健所（市・特別区設置） | 9.2% |
| 言語聴覚士協会 | 8.5% | 消防署（救急） | 17.1% |
| 歯科衛生士会 | 11.3% | 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | 47.7% |
| 社会福祉士会 | 5.7% | 大学等の教育機関 | 9.9% |
| 社会福祉協議会 | 27.7% | 民間企業 | 2.9% |
| 介護福祉士会 | 7.4% | その他 | 47.7% |
| 医療ソーシャルワーカー協会 | 19.7% | 無回答 | 0.0% |
| 老人保健施設協会 | 10.1% | | |

n=1184

## 市町村調査結果（単純集計）

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

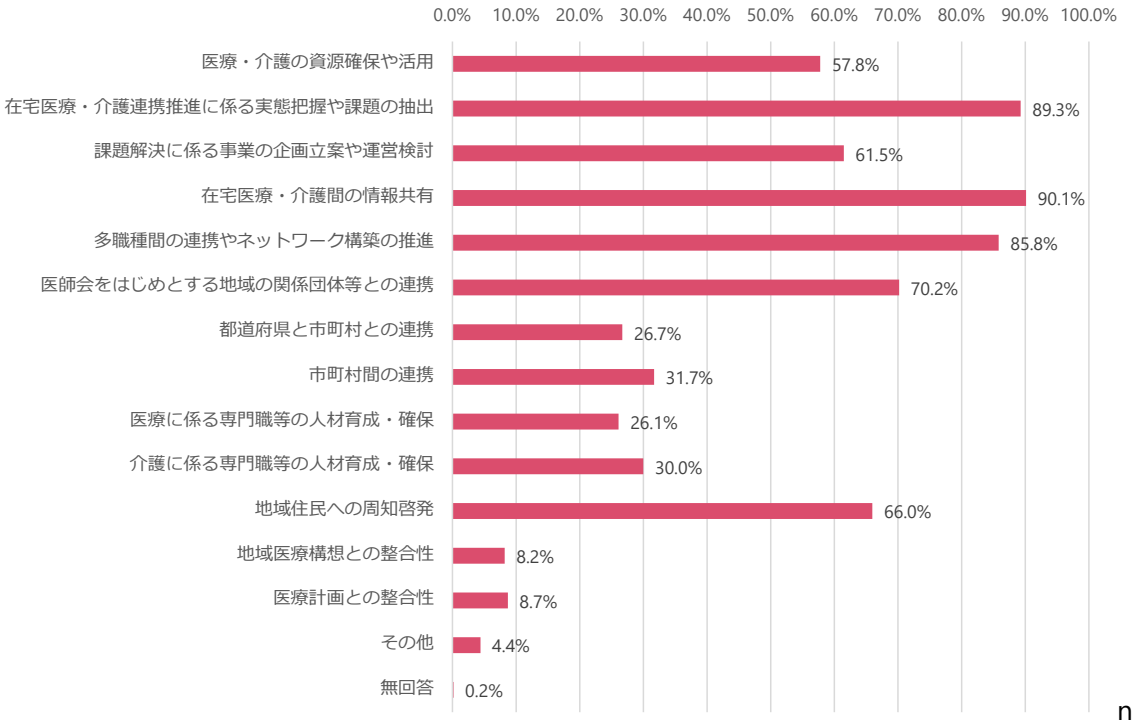



n=1184

100

## 市町村調査結果（単純集計）

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




n=1184

101

## 市町村調査結果（単純集計）

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

- 協議会や会議の前に、関連資料やアンケートを事前に配布し、参加者に準備を促すことで、当日の議論を効率化している。
- 異なる職種の専門家が集まり、各自の立場から意見交換を行うことで、多面的な視点から課題解決に取り組んでいる。
- 少人数のグループに分かれて議論する形式を取り入れ、各参加者が意見を出しやすい環境を作ることで、活発な議論を促進している。
- リモート参加が可能な環境を整備することで、より多くの関係者が会議に参加しやすくし、議論の活性化を図っている。
- 協議会や会議のアジェンダを事前に明確にし、委員に対して議事進行や議題の内容について説明することで、円滑な議論が行えるようにしている。
- 医療・介護の専門職をアドバイザーとして活用し、専門的な視点からの助言を受けることで、議論の質を向上させている。
- 日常的に関係者同士が顔を合わせ、意見交換を行う機会を設けることで、議論の際にも発言しやすい環境を整えている。
- 課題ごとに専門の部会やワーキンググループを設け、具体的な対応策を検討する場を提供することで、効果的に議論を進めている。

102

## 市町村調査結果（単純集計）

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

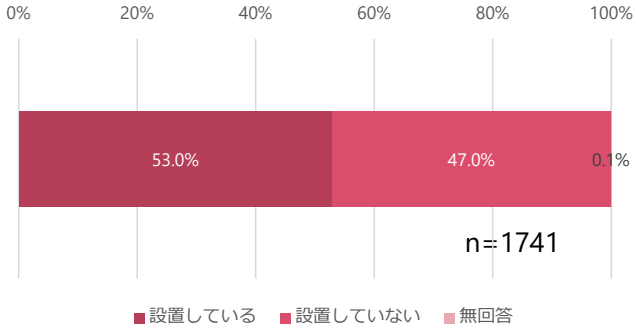
- 医療、介護、行政などの各セクター間での連携が十分に機能しておらず、協議会の効果的な運営に支障をきたしている。
- 参加者の多忙さが原因で、会議や研修の日程調整が困難となっており、定期的な開催が難しい状況である。
- 必要な人材（医師、看護師、介護士など）の確保が困難であり、人材不足が協議会での議論や事業の実施に深刻な影響を与えている。
- 地域ごとに異なる課題が存在し、共通の問題を抽出したり、明確にしたりすることが容易ではない。
- 会議での意見交換が活発に行われず、特定の参加者に発言が集中してしまい、議論が一方的になりがちである。
- 協議会の運営や議題の設定が行政側に偏りがちであり、他の参加者からの主体的な意見や提案が少ない。
- 協議会での議論や決定事項が十分に地域住民に伝わっておらず、住民の理解や協力が得られていない。
- 委員や参加者の交代により、前回までの議論内容が引き継がれず、継続的な取り組みが難しい状況にある。

※抜粋です

103

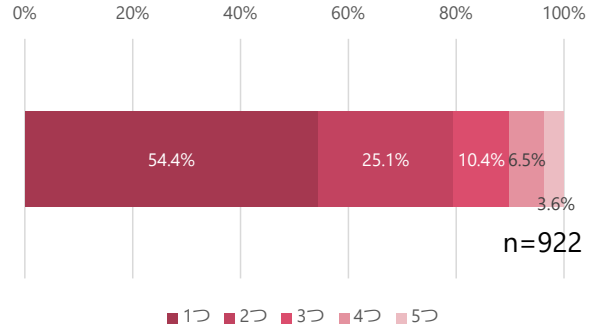
# 市町村調査結果（単純集計）

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




問2－1　問２で「1.設置している」と回答した方に伺います。具体的な内容（名称、回数、協議内容）について下記にご記入ください。

＜協議の場の数＞






# 市町村調査結果（単純集計）

問2-2-1.　2-1の1の会議（複数回答）

| 団体名 | | 団体名 | |
|---|---|---|---|
| 医師会 | 54.2% | 老人福祉施設協議会 | 6.0% |
| 歯科医師会 | 29.6% | 介護医療院協会 | 1.4% |
| 薬剤師会 | 33.9% | 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会 | 2.3% |
| 看護協会 | 11.6% | 認知症グループホーム協会 | 3.4% |
| 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会 | 33.8% | 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会 | 8.6% |
| 介護支援専門員協会または地域の連絡会 | 42.1% | 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会 | 4.7% |
| 栄養士会 | 10.3% | 地域包括支援センター | 69.2% |
| リハビリテーション協議会 | 8.5% | 都道府県 | 5.2% |
| 理学療法士協会 | 10.1% | 保健所（都道府県） | 31.9% |
| 作業療法士協会 | 6.5% | 保健所（市・特別区設置） | 6.4% |
| 言語聴覚士協会 | 3.8% | 消防署（救急） | 8.1% |
| 歯科衛生士会 | 5.2% | 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | 41.9% |
| 社会福祉士会 | 3.7% | 大学等の教育機関 | 3.4% |
| 社会福祉協議会 | 15.6% | 民間企業 | 1.7% |
| 介護福祉士会 | 3.0% | その他 | 38.8% |
| 医療ソーシャルワーカー協会 | 10.7% | 無回答 | 0.3% |
| 老人保健施設協会 | 4.8% | | |

n=922

問2-2-1.　2-1の2の会議（複数回答）

| 団体名 | | 団体名 | |
|---|---|---|---|
| 医師会 | 57.4% | 老人福祉施設協議会 | 4.8% |
| 歯科医師会 | 31.0% | 介護医療院協会 | 1.0% |
| 薬剤師会 | 35.2% | 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会 | 1.9% |
| 看護協会 | 11.9% | 認知症グループホーム協会 | 4.3% |
| 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会 | 36.9% | 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会 | 8.8% |
| 介護支援専門員協会または地域の連絡会 | 45.2% | 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会 | 5.0% |
| 栄養士会 | 11.7% | 地域包括支援センター | 61.0% |
| リハビリテーション協議会 | 9.3% | 都道府県 | 4.3% |
| 理学療法士協会 | 13.1% | 保健所（都道府県） | 32.4% |
| 作業療法士協会 | 9.0% | 保健所（市・特別区設置） | 6.2% |
| 言語聴覚士協会 | 7.4% | 消防署（救急） | 6.7% |
| 歯科衛生士会 | 5.0% | 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | 42.6% |
| 社会福祉士会 | 4.8% | 大学等の教育機関 | 4.3% |
| 社会福祉協議会 | 16.0% | 民間企業 | 1.2% |
| 介護福祉士会 | 3.8% | その他 | 36.7% |
| 医療ソーシャルワーカー協会 | 11.9% | 無回答 | 2.1% |
| 老人保健施設協会 | 3.3% | | |

n=420

# 市町村調査結果（単純集計）

問2-2-1.　2-1の3の会議（複数回答）

| 団体名 | | 団体名 | |
|---|---|---|---|
| 医師会 | 63.5% | 老人福祉施設協議会 | 5.3% |
| 歯科医師会 | 38.6% | 介護医療院協会 | 1.1% |
| 薬剤師会 | 43.4% | 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会 | 4.2% |
| 看護協会 | 10.1% | 認知症グループホーム協会 | 5.8% |
| 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会 | 46.0% | 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会 | 12.2% |
| 介護支援専門員協会または地域の連絡会 | 52.4% | 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会 | 5.8% |
| 栄養士会 | 20.6% | 地域包括支援センター | 57.7% |
| リハビリテーション協議会 | 11.6% | 都道府県 | 3.2% |
| 理学療法士協会 | 19.6% | 保健所（都道府県） | 25.9% |
| 作業療法士協会 | 15.9% | 保健所（市・特別区設置） | 4.2% |
| 言語聴覚士協会 | 12.7% | 消防署（救急） | 12.7% |
| 歯科衛生士会 | 7.4% | 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | 43.4% |
| 社会福祉士会 | 6.3% | 大学等の教育機関 | 5.8% |
| 社会福祉協議会 | 10.6% | 民間企業 | 0.0% |
| 介護福祉士会 | 2.6% | その他 | 36.0% |
| 医療ソーシャルワーカー協会 | 16.9% | 無回答 | 1.6% |
| 老人保健施設協会 | 4.8% | | |

n=189

問2-2-1.　2-1の4の会議（複数回答）

| 団体名 | | 団体名 | |
|---|---|---|---|
| 医師会 | 53.8% | 老人福祉施設協議会 | 11.8% |
| 歯科医師会 | 36.6% | 介護医療院協会 | 0.0% |
| 薬剤師会 | 43.0% | 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会 | 0.0% |
| 看護協会 | 16.1% | 認知症グループホーム協会 | 0.0% |
| 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会 | 46.2% | 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会 | 11.8% |
| 介護支援専門員協会または地域の連絡会 | 61.3% | 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会 | 4.3% |
| 栄養士会 | 25.8% | 地域包括支援センター | 61.3% |
| リハビリテーション協議会 | 12.9% | 都道府県 | 2.2% |
| 理学療法士協会 | 18.3% | 保健所（都道府県） | 12.9% |
| 作業療法士協会 | 16.1% | 保健所（市・特別区設置） | 8.6% |
| 言語聴覚士協会 | 12.9% | 消防署（救急） | 11.8% |
| 歯科衛生士会 | 6.5% | 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | 40.9% |
| 社会福祉士会 | 4.3% | 大学等の教育機関 | 1.1% |
| 社会福祉協議会 | 5.4% | 民間企業 | 0.0% |
| 介護福祉士会 | 5.4% | その他 | 31.2% |
| 医療ソーシャルワーカー協会 | 21.5% | 無回答 | 2.2% |
| 老人保健施設協会 | 4.3% | | |

n=93

106

# 市町村調査結果（単純集計）

問2-2-1.　2-1の5の会議（複数回答）

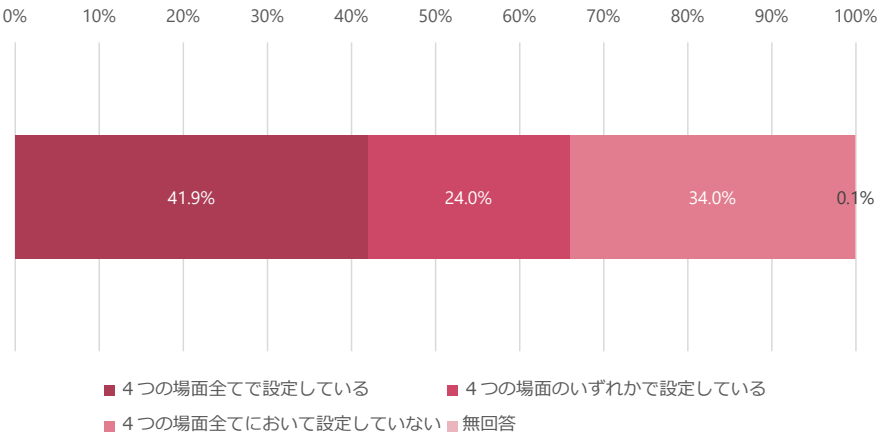
| 団体名 | | 団体名 | |
|---|---|---|---|
| 医師会 | 72.7% | 老人福祉施設協議会 | 6.1% |
| 歯科医師会 | 57.6% | 介護医療院協会 | 0.0% |
| 薬剤師会 | 57.6% | 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会 | 0.0% |
| 看護協会 | 6.1% | 認知症グループホーム協会 | 0.0% |
| 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会 | 39.4% | 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会 | 6.1% |
| 介護支援専門員協会または地域の連絡会 | 60.6% | 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会 | 6.1% |
| 栄養士会 | 27.3% | 地域包括支援センター | 78.8% |
| リハビリテーション協議会 | 3.0% | 都道府県 | 3.0% |
| 理学療法士協会 | 24.2% | 保健所（都道府県） | 27.3% |
| 作業療法士協会 | 6.1% | 保健所（市・特別区設置） | 6.1% |
| 言語聴覚士協会 | 3.0% | 消防署（救急） | 3.0% |
| 歯科衛生士会 | 6.1% | 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | 39.4% |
| 社会福祉士会 | 0.0% | 大学等の教育機関 | 3.0% |
| 社会福祉協議会 | 3.0% | 民間企業 | 0.0% |
| 介護福祉士会 | 3.0% | その他 | 60.6% |
| 医療ソーシャルワーカー協会 | 3.0% | 無回答 | 3.0% |
| 老人保健施設協会 | 0.0% | | |

n=33

107

## 市町村調査結果（単純集計）

問3　「４つの場面」において、在宅医療・介護連携の推進によってあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を設定していますか。

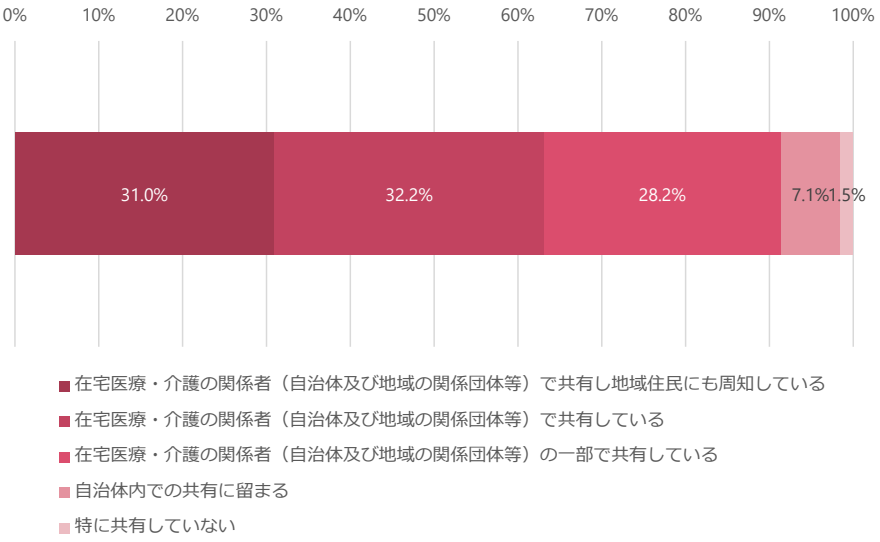



n=1741

108

## 市町村調査結果（単純集計）

問3-1　問3で「1.４つの場面全てで設定している」と回答した方に伺います。あるべき在宅医療・介護提供体制の姿の共有の状況を教えてください。

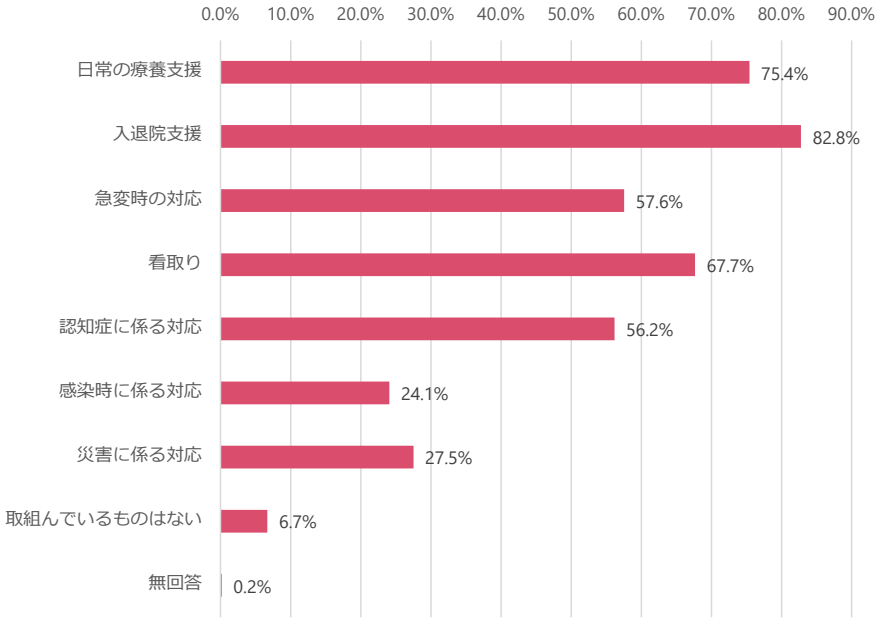



n=730

109

## 市町村調査結果（単純集計）

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

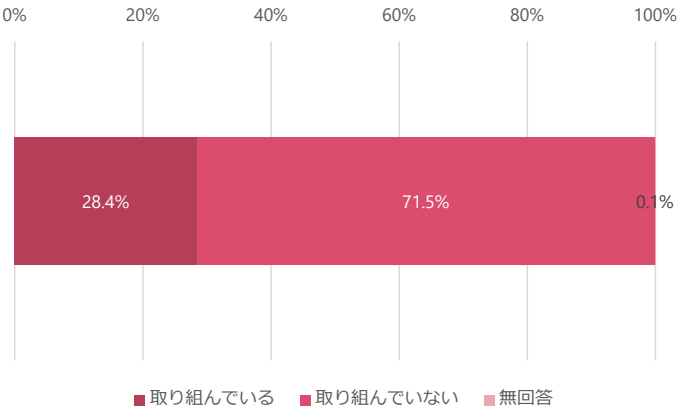



n=1741

110

## 市町村調査結果（単純集計）

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

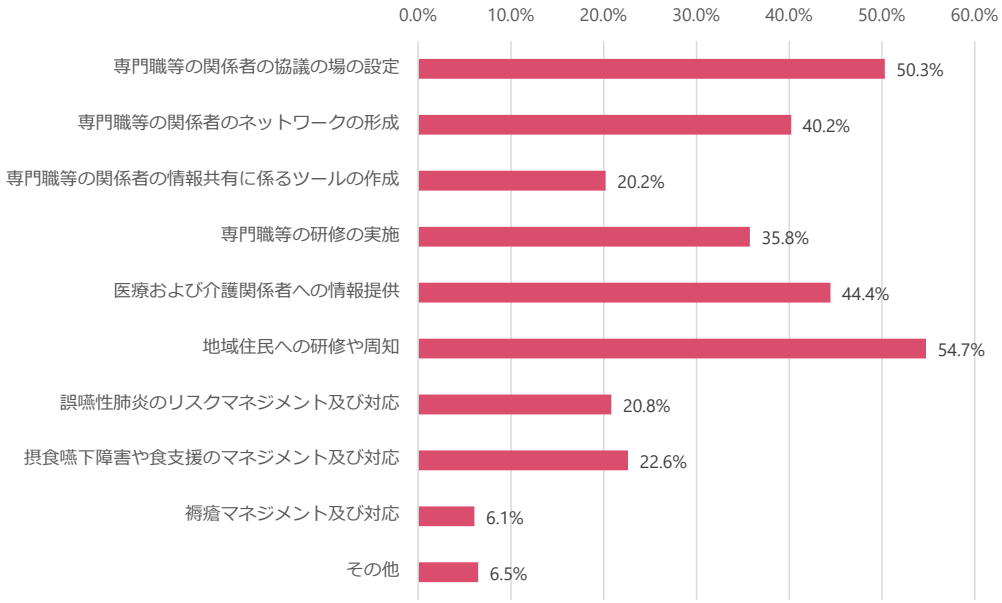



n=1741

111

## 市町村調査結果（単純集計）

問5-1　問5で「１．取り組んでいる」と回答した方に伺います。「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる場合の実施内容を教えてください。（複数回答）




n=495



## 市町村調査結果（単純集計）

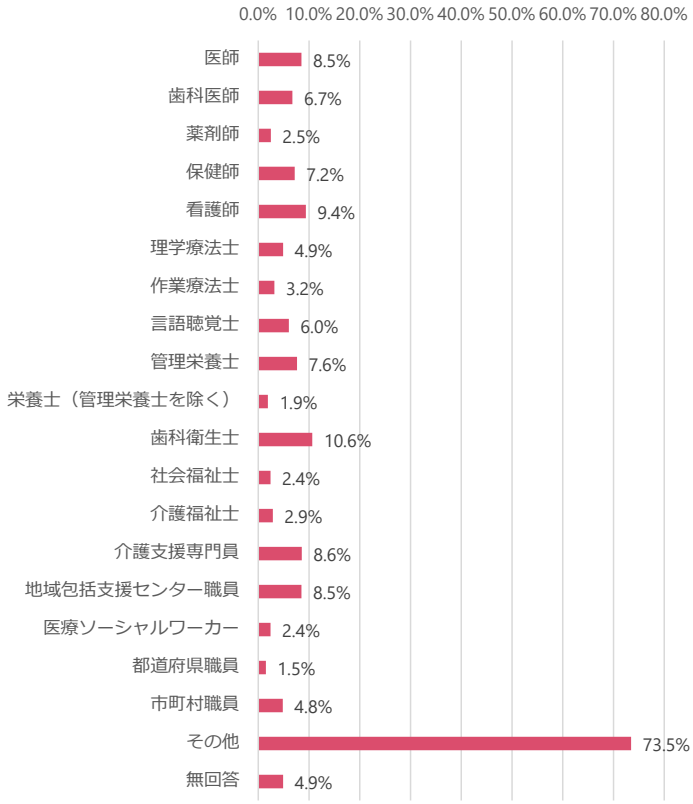
問5-2　貴自治体で「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる事例があれば内容を具体的に教えてください。

| 大項目 | 内容 |
|---|---|
| 口腔ケアワーキングチームの設置と在宅連携推進 | 在宅医療・介護連携推進検討会の中に「口腔ケアワーキングチーム」を設置。歯科医師会や薬剤師会が協力し、在宅医療の推進と口腔ケアを一体的に取り組む体制を整備。 |
| 歯科診療・口腔ケアのガイドライン作成 | 歯科医師会を中心に、市内で在宅歯科診療や口腔ケア指導が可能な歯科医院の情報を集約。市民向けにガイドラインを作成し、口腔ケアサービスを提供する仕組みを強化。 |
| 高齢者向け地域リハビリテーション支援 | 高齢者が参加する、運動を主体とする地域活動を実施。リハビリ専門職が参加し、体力向上や生活維持を目的としたプログラムを提供。 |
| 「フレイル予防教室」の開催 | リハビリ専門職を講師として招き、フレイル予防の教室を開催。教室内では、口腔や栄養に関する講話も実施し、生活の質向上を目指した支援を行う。 |
| 介護予防普及啓発事業 | 介護予防教室において、専門職による講座を開催。参加者へリハビリ、栄養、口腔ケアを統合した予防の重要性を説明。 |
| 地域におけるリハビリ・栄養・口腔の統合的サポート体制構築 | 在宅でのリハビリや栄養指導、口腔ケアを地域全体で支える仕組みを構築。医療・介護の専門職が連携し、利用者に対して包括的なサポートを提供。 |

※抜粋です

## 市町村調査結果（単純集計）

### 問6-1　誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応

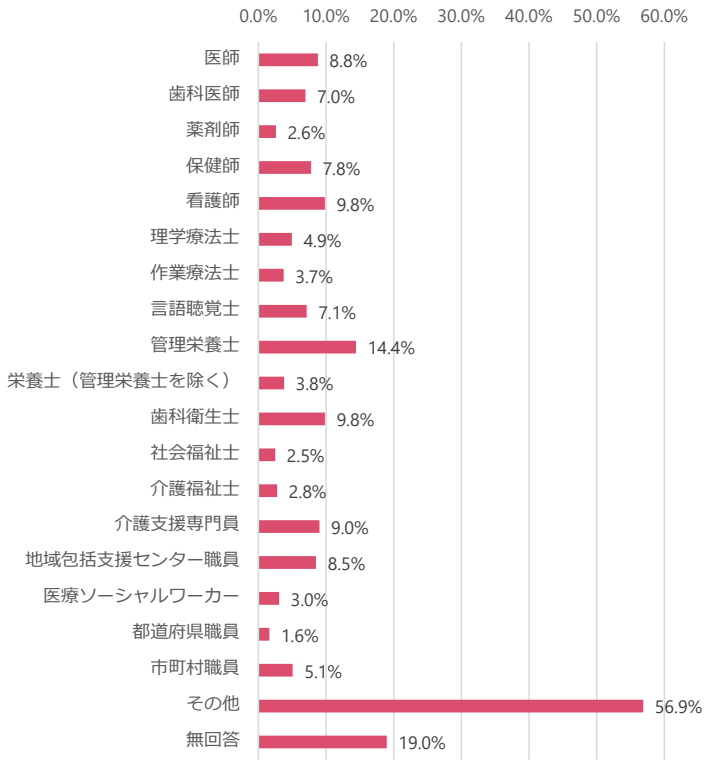



n=1741

114

## 市町村調査結果（単純集計）

### 問6-2　摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応

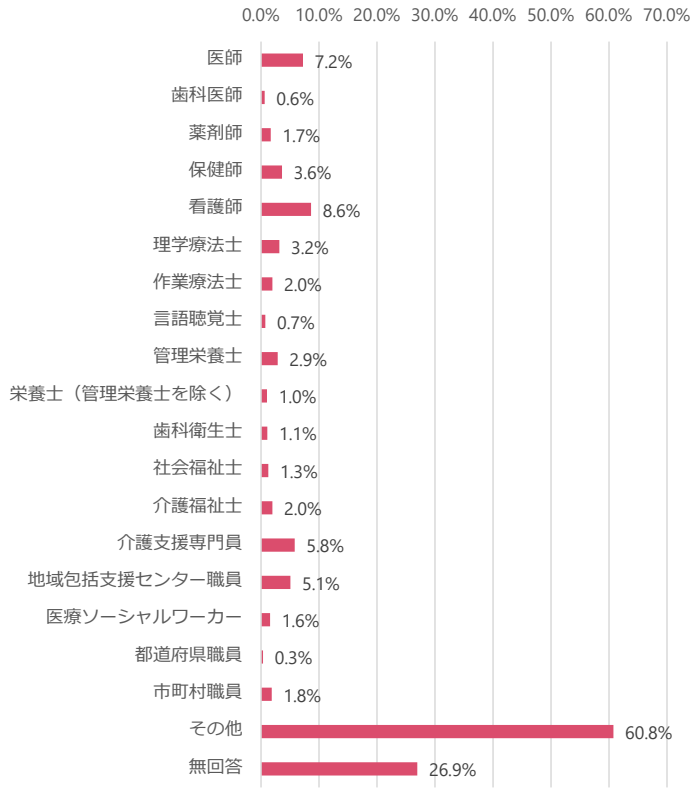



n=1741

115

# 市町村調査結果（単純集計）

問6-3　褥瘡マネジメントおよび対応

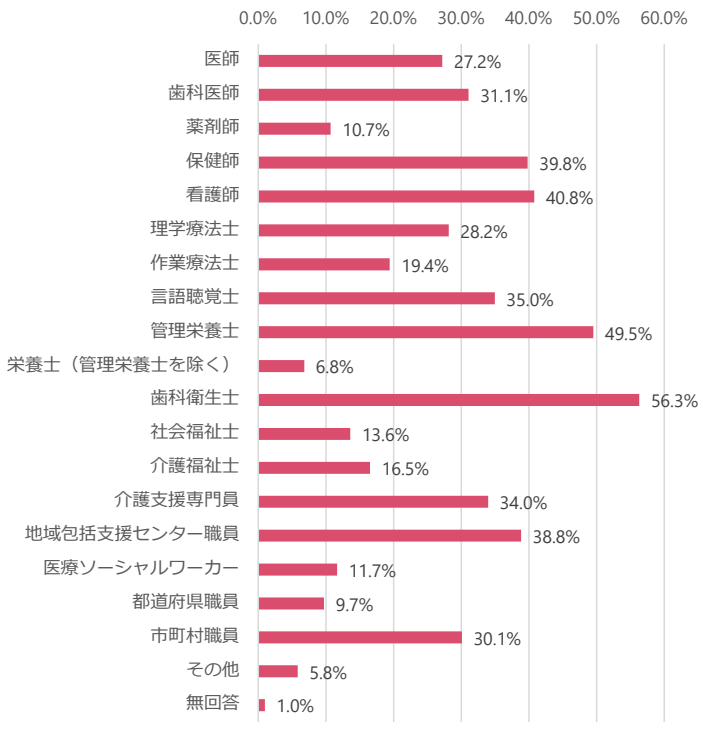



n=1741

116

# 市町村調査結果（単純集計）

問6-1　誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応
（問5-1で絞り込み）

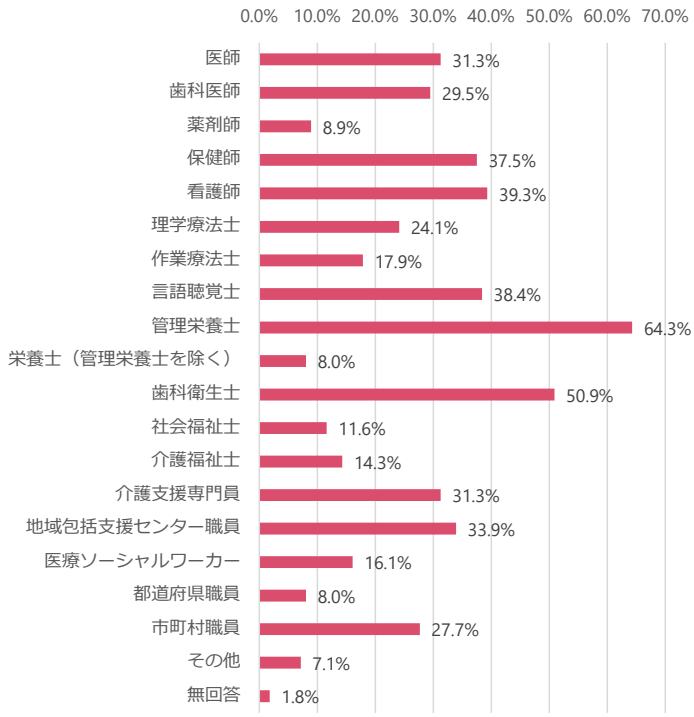



n=103

117

## 市町村調査結果（単純集計）

問6-2　摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応（問5-1で絞り込み）

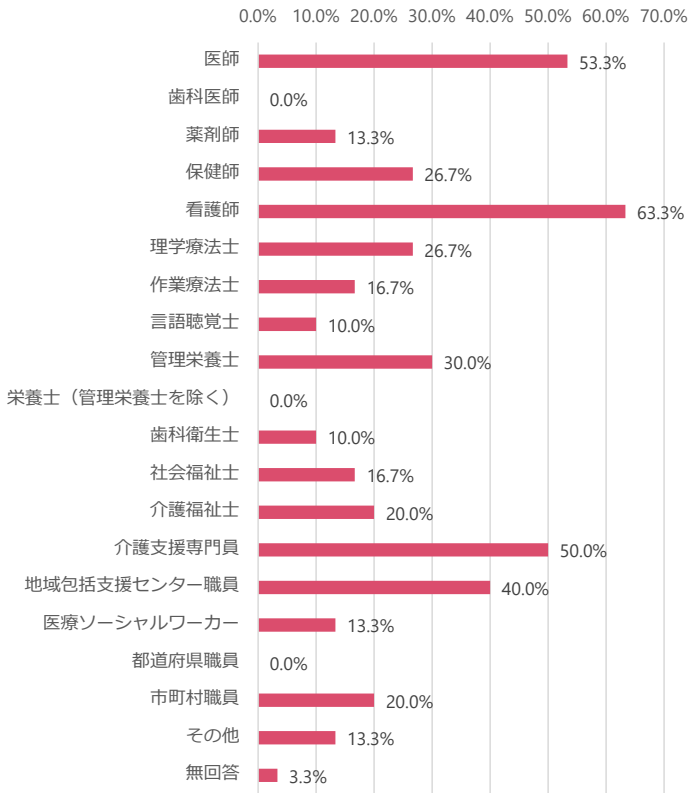



n=112



## 市町村調査結果（単純集計）

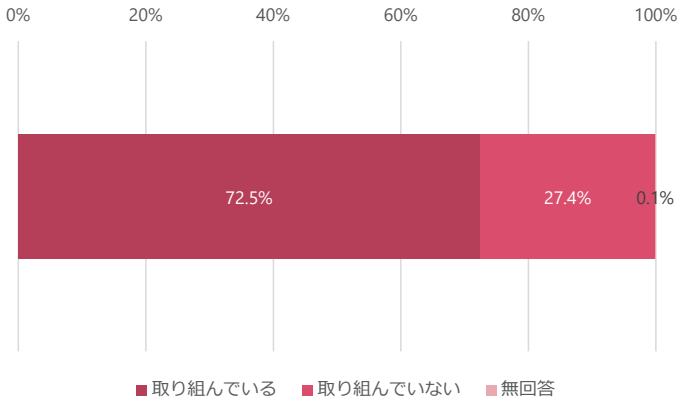
問6-3　褥瘡マネジメントおよび対応（問5-1で絞り込み）




n=30

## 市町村調査結果（単純集計）

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

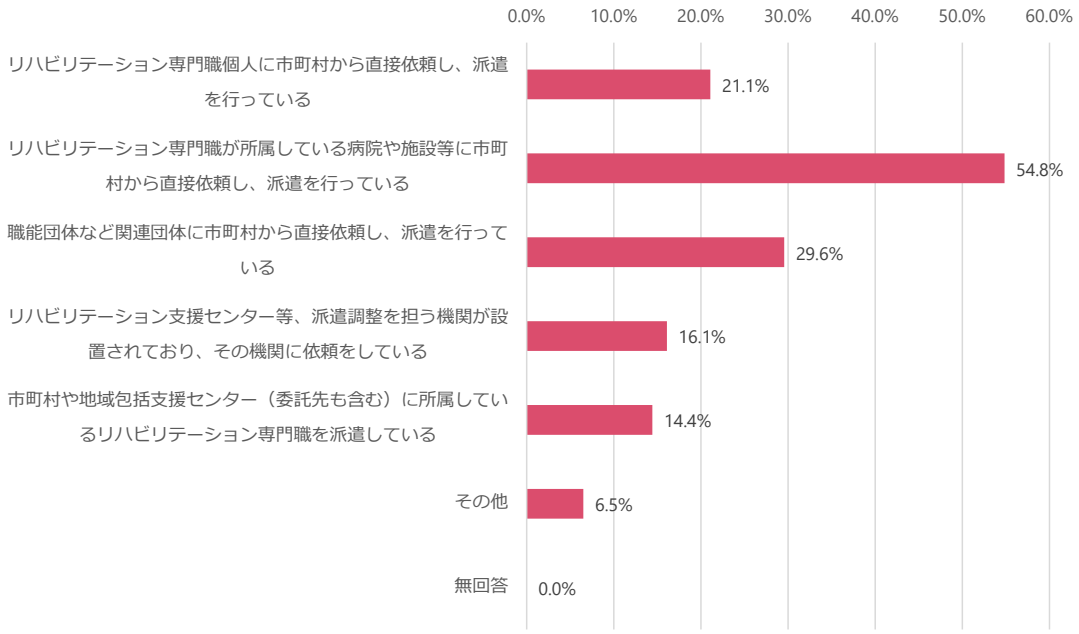



n=1741

120

## 市町村調査結果（単純集計）

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

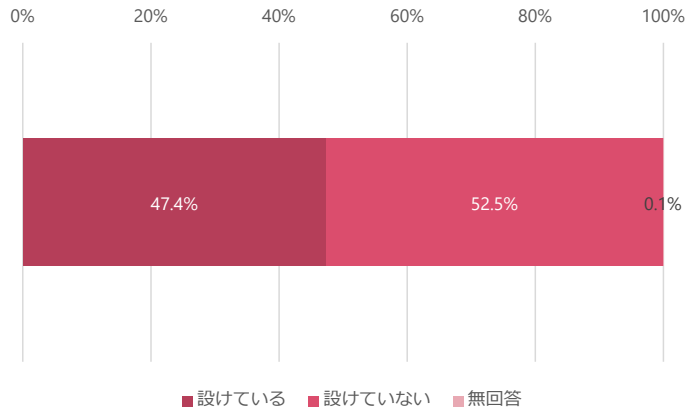



n=1262

121

## 市町村調査結果（単純集計）

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

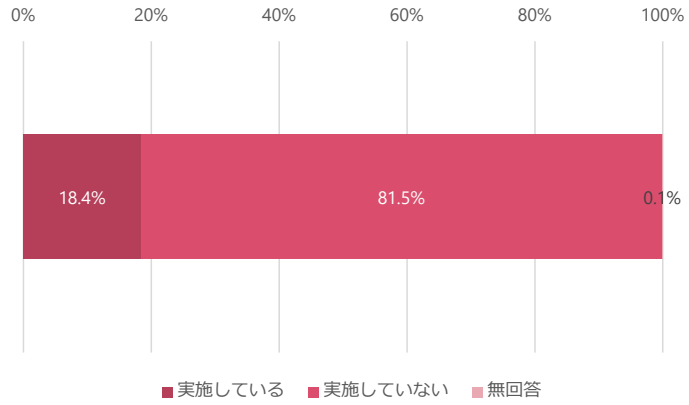



n=1262

122

## 市町村調査結果（単純集計）

問8　貴市町村は高齢者施設と医療機関との連携のための取組を実施していますか。

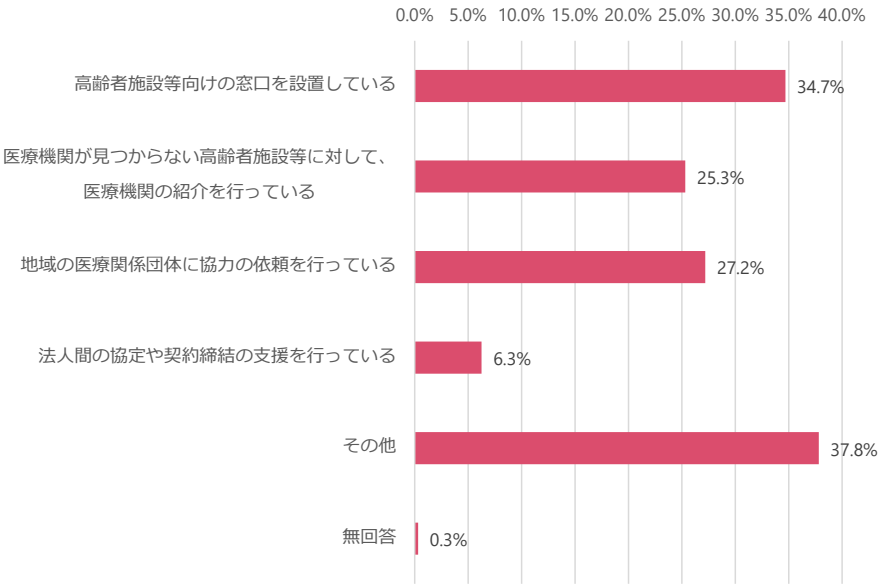



n=1741

123

## 市町村調査結果（単純集計）

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

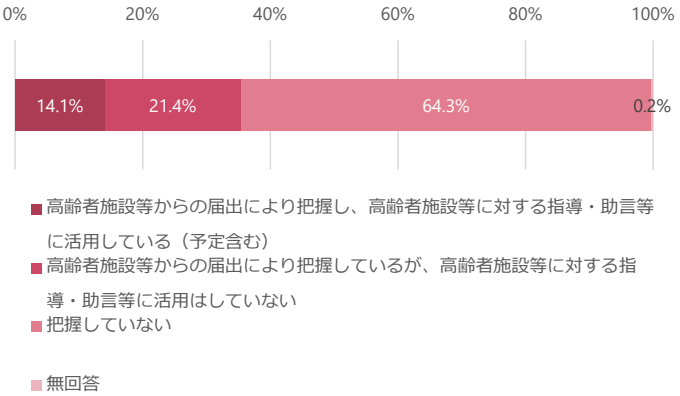



n=320



## 市町村調査結果（単純集計）

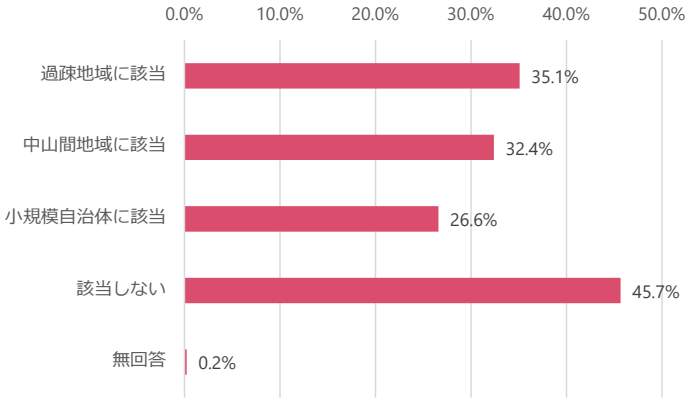
問9　高齢者施設等と協力医療機関との連携状況を把握し、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用していますか。




n=1741

# 市町村調査結果（単純集計）

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




n=1741



# 市町村調査結果（単純集計）

問10－１　過疎地域、小規模自治体、中山間地域等における在宅医療・介護連携の課題を教えてください。

| 大項目 | 内容 |
|---|---|
| 医療・介護スタッフの不足 | 医師、看護師、介護職員が都市部に集中し、地域での人材確保が困難 |
| 高齢者人口の増加 | 中山間地域では高齢化率が非常に高く、在宅ケアのニーズが拡大 |
| 多職種連携の不足 | 医療機関、介護施設、行政の間での情報共有が十分でなく、連携が難しい |
| 移動・交通手段の制約 | 高齢者やケアスタッフの移動手段が限られており、訪問診療や介護が遅れる場合がある |
| ICT活用の遅れ | オンライン診療や遠隔モニタリングの導入が進んでおらず、情報伝達が非効率 |
| 地域住民の健康意識・医療知識の不足 | 健康維持や予防のための支援が難しく、慢性的な疾患が増える傾向にある |
| 医療・介護制度の複雑さ | 関係する制度が多岐にわたり、利用者・提供者双方にとって手続きが負担になる |
| 施設や機器の老朽化 | 医療・介護の現場設備が古く、更新が進まない |
| ケア提供者の負担増大と離職率の上昇 | 長時間労働や精神的な負担が原因で、スタッフの定着が難しい |

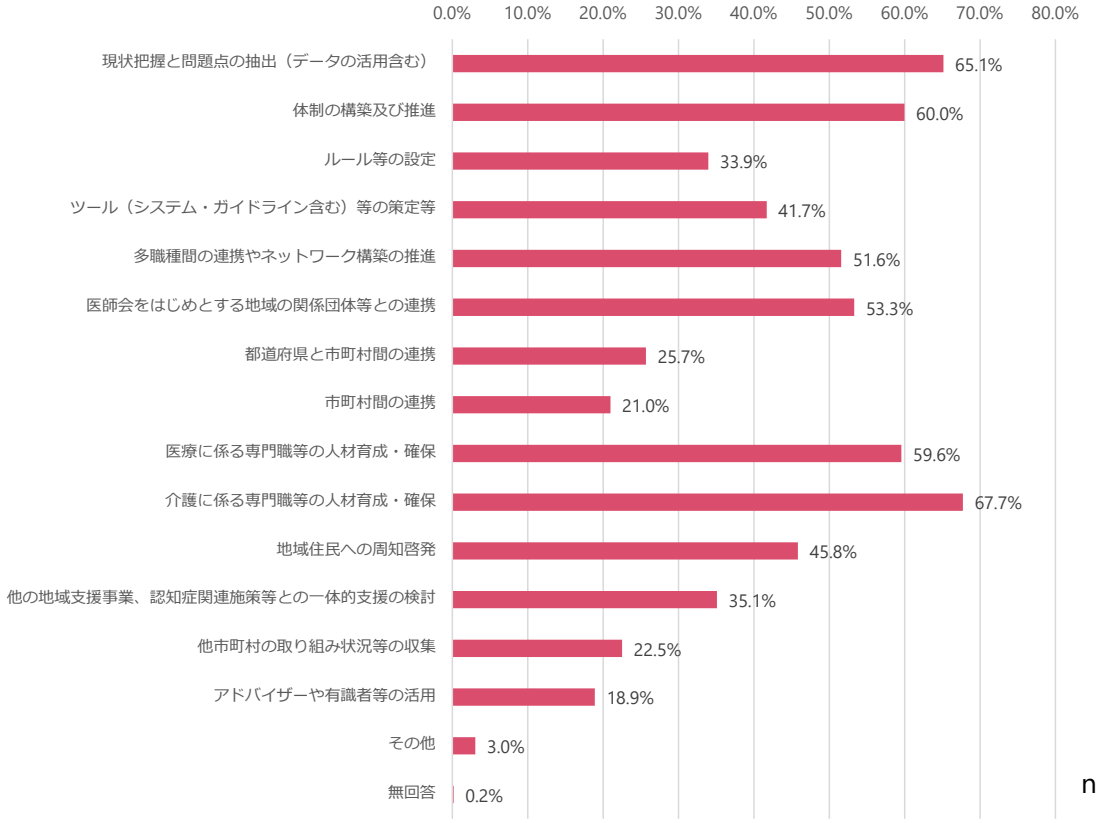
問10－２　過疎地域、小規模自治体、中山間地域等における在宅医療で都道府県に支援を期待することは何ですか。

| 大項目 |
|---|
| 人材確保への支援 |
| 事業のより良い進め方への支援 |
| 都市部との賃金格差とインフラ整備の支援 |

※抜粋です

# 市町村調査結果（単純集計）

問11-1-1　在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題等
あてはまる事項（複数回答）

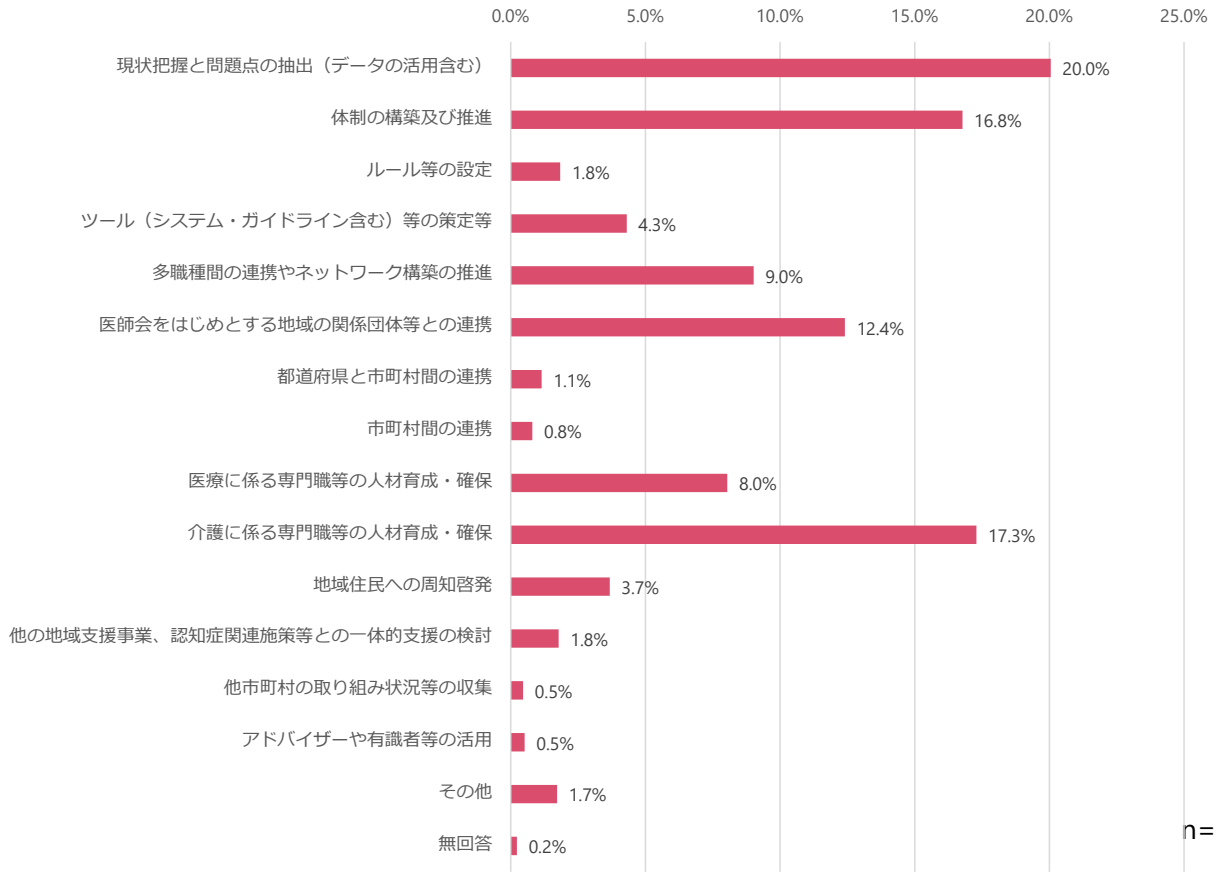



n=1741

128

# 市町村調査結果（単純集計）

問11-1-2　課題の中で、最も課題解消の優先順位が高い事項（１つだけ）

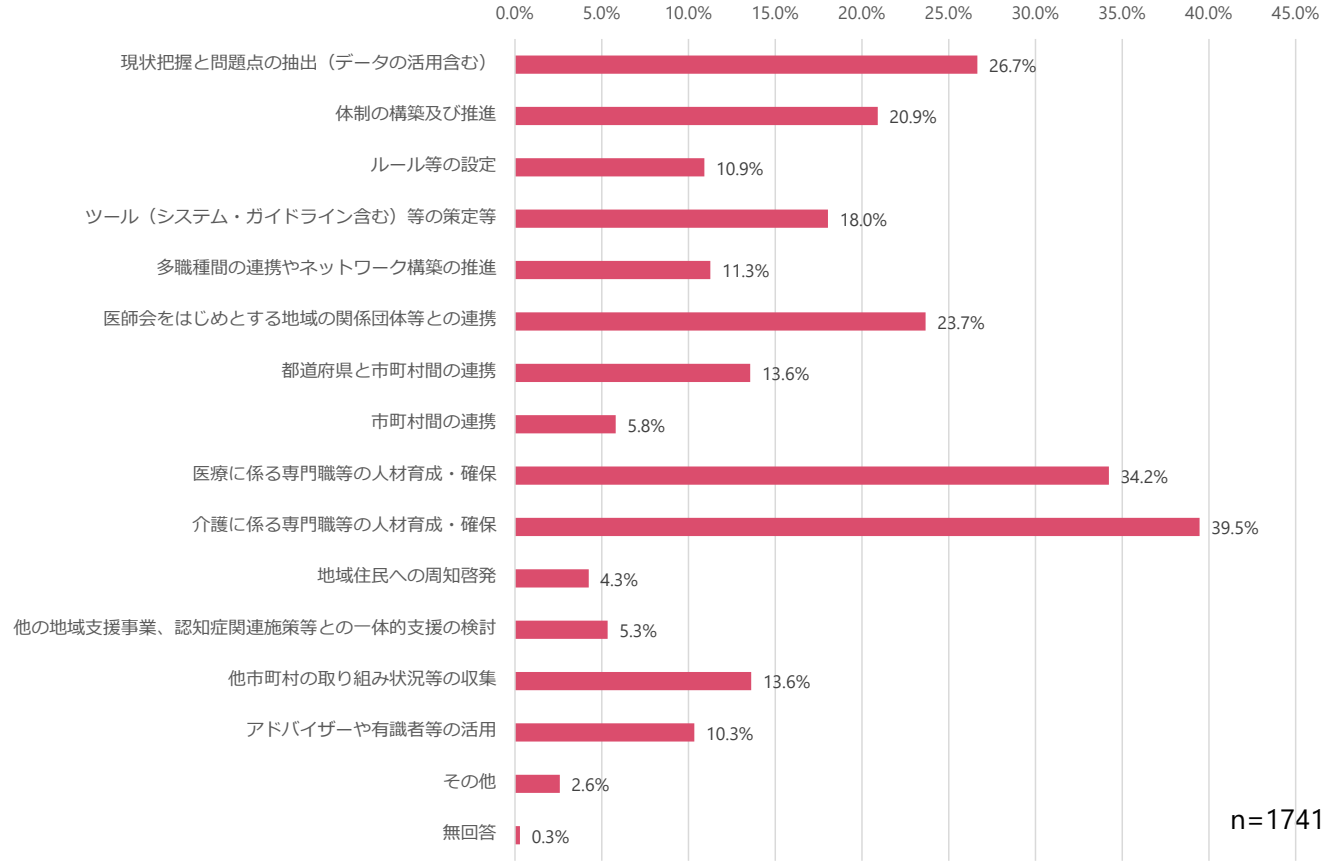



n=1741

129

## 市町村調査結果（単純集計）

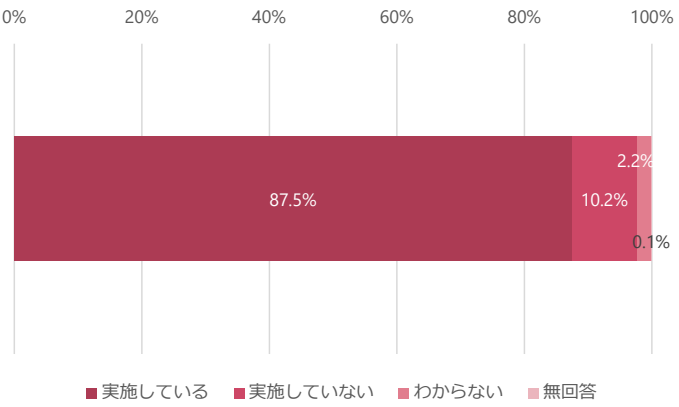
問11-2　国・都道府県に支援を期待する事項（3つまで）






## 市町村調査結果（単純集計）

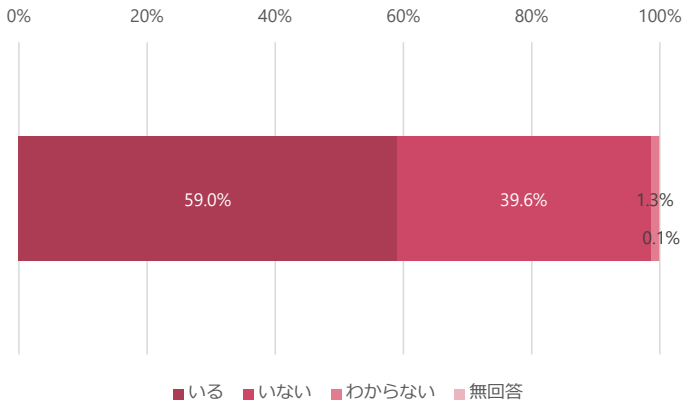
問12　貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する相談支援は実施していますか。




n=1741

## 市町村調査結果（単純集計）

問13　貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」と呼ばれる人はいますか。




n=1741

問13－1　問13で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されているコーディネーターの人数を教えてください。

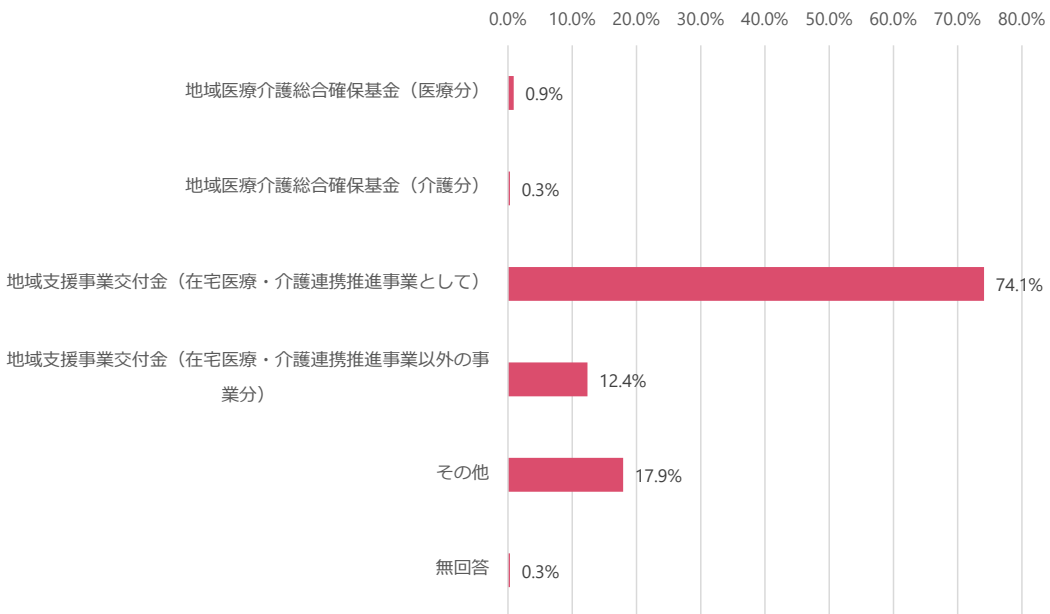
| | 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従 | 常勤・兼務 | 非常勤 | 不明 |
|---|---|---|---|---|
| 0人 | 15 | 7 | 15 | 19 |
| 0人より多く2人以下 | 335 | 422 | 226 | 6 |
| 2人より多く4人以下 | 41 | 47 | 14 | 0 |
| 4人より多く6人以下 | 15 | 16 | 5 | 2 |
| 6人より多く8人以下 | 2 | 8 | 2 | 1 |
| 8人より多く10人以下 | 9 | 12 | 4 | 1 |
| 10人より多い | 2 | 6 | 0 | 0 |
| 無回答 | 608 | 509 | 761 | 998 |

n=1027



## 市町村調査結果（単純集計）

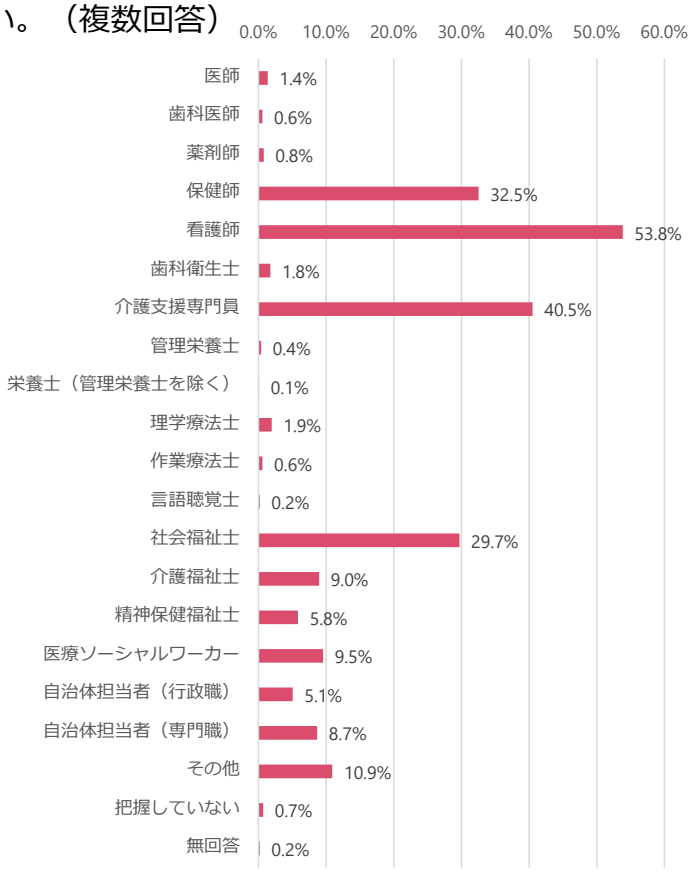
問13-2　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されているコーディネーターの予算確保について教えてください。（複数回答）




n=1027

## 市町村調査結果（単純集計）

問13-3　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

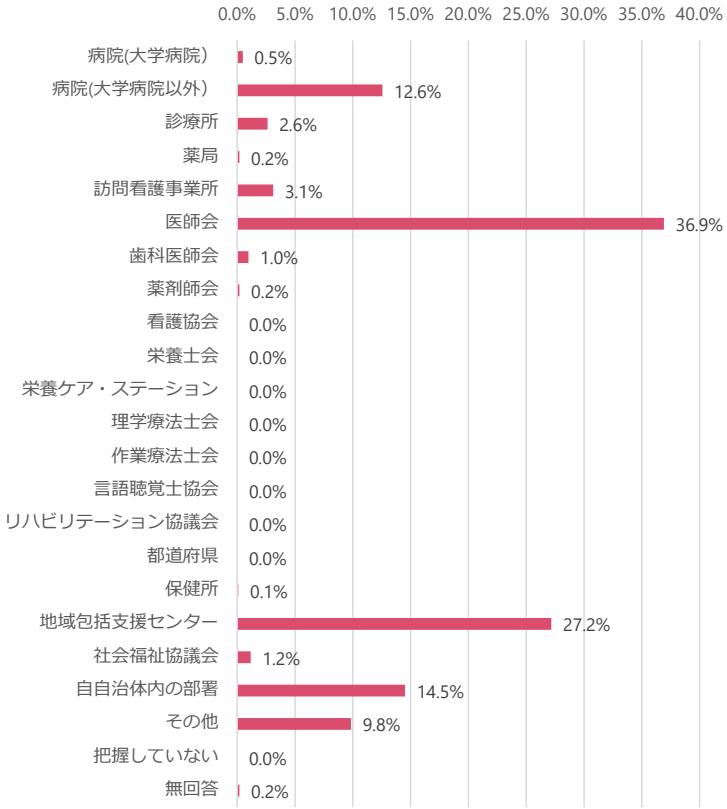



n=1027



## 市町村調査結果（単純集計）

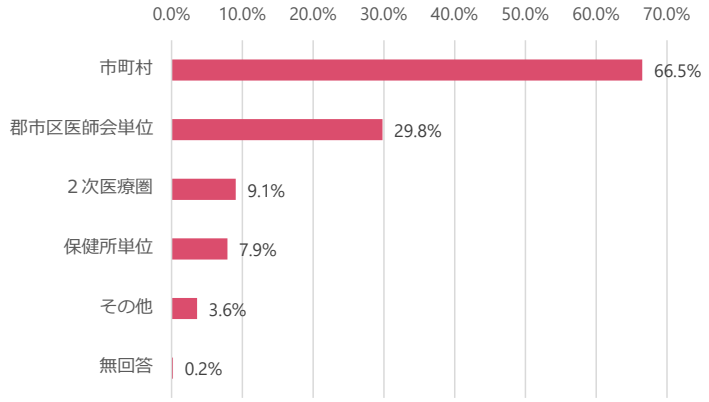
問13-4　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）




n=1027

## 市町村調査結果（単純集計）

問13-5　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの活動圏域を教えてください。（複数回答）

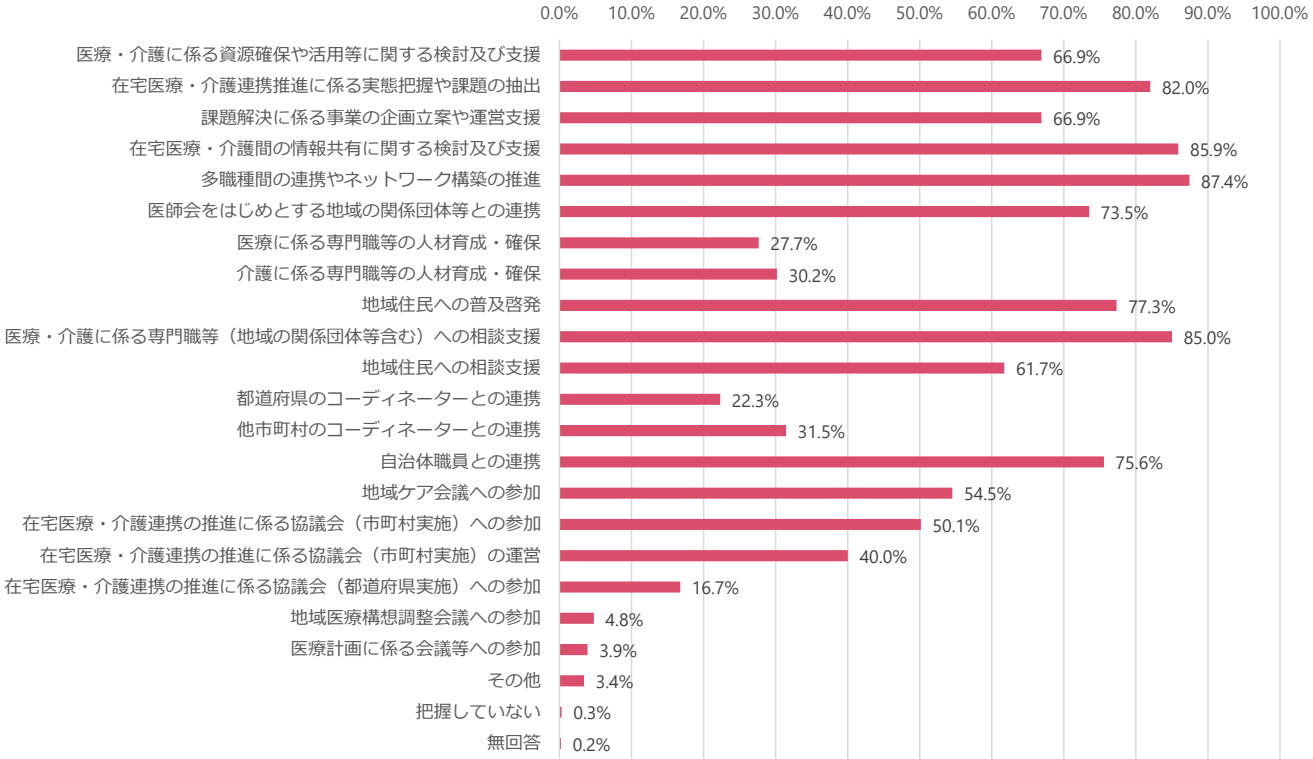



n=1027

136

## 市町村調査結果（単純集計）

問13-6　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

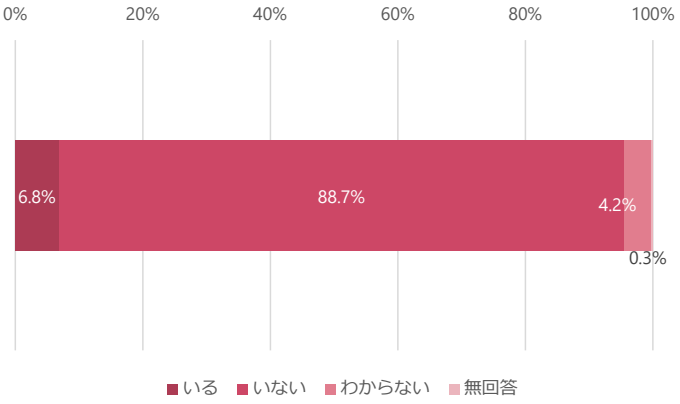



n=1027

137

## 市町村調査結果（単純集計）

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

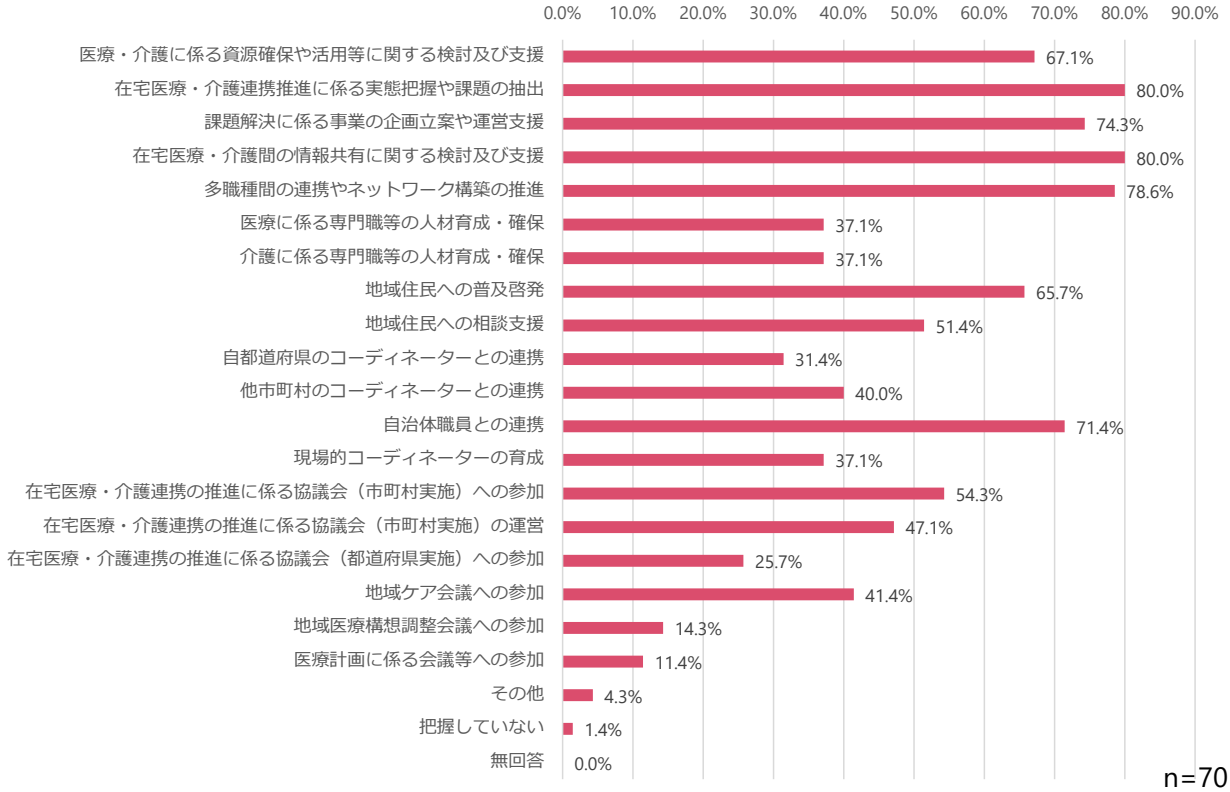



n=1027

138

## 市町村調査結果（単純集計）

問13-9　問13-7で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村単位の基幹的コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）




n=70

139

# 市町村調査結果（単純集計）

問１３－１０　市町村単位のコーディネーターの配置により効果があった取組があれば具体的に教えてください。

| 大項目 | 内容 |
|---|---|
| 多機関・多職種の理解促進と改善策 | ICTの運用改善を進めたことで、関係者間の理解が深まった。 |
| 日常生活調査による高齢者支援 | コーディネーターが調査を通して高齢者の生活状況を把握し、適切な支援を実施。 |
| 医療専門職の活用 | 医療機関のMSWや看護師をコーディネーターに起用し、専門的な事業運営が可能となった。 |
| 入退院支援での地域間連携 | 在宅医療介護推進コーディネーターが他地域と共同で入退院支援に取り組み、委託料の節約につながった。 |
| 専門知識とネットワークの活用 | 独自のネットワークを活用した相談支援が効果的で、住民に適切なサービスを提供。 |
| 地域住民の健康意識・医療知識の不足 | 健康維持や予防のための支援が難しく、慢性的な疾患が増える傾向にある。 |

都道府県との効果的な連携もあれば合わせて教えてください。

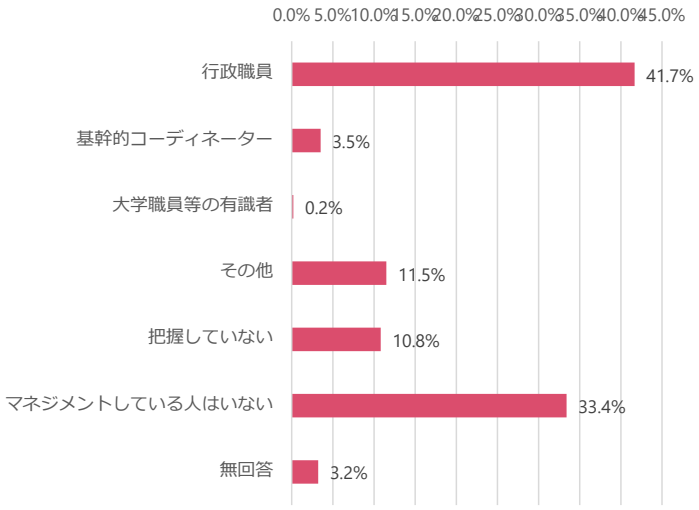
| 大項目 | 内容 |
|---|---|
| 医療・介護連携支援センターの活用 | 地域内の連携を支援し、スムーズな情報共有を実現。 |
| 協議の場の運営で課題共有 | 多機関間で協議の場を設け、在宅医療と介護の円滑な連携を促進。 |
| 在宅医療・介護のスムーズな連携 | コーディネーターの活動で、医療と介護サービスが一体化して提供された。 |

※抜粋です

140

# 市町村調査結果（単純集計）

問13-11　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの業務を計画・立案・管理等（マネジメント）している人はいますか。（複数回答）

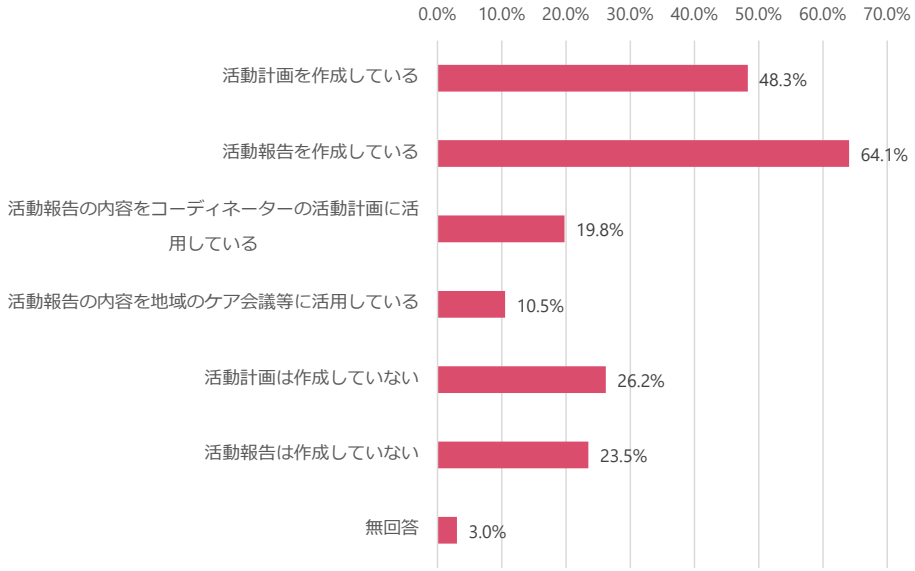



n=1027

141

## 市町村調査結果（単純集計）

問13-12　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの活動計画や活動報告はありますか。（複数回答）

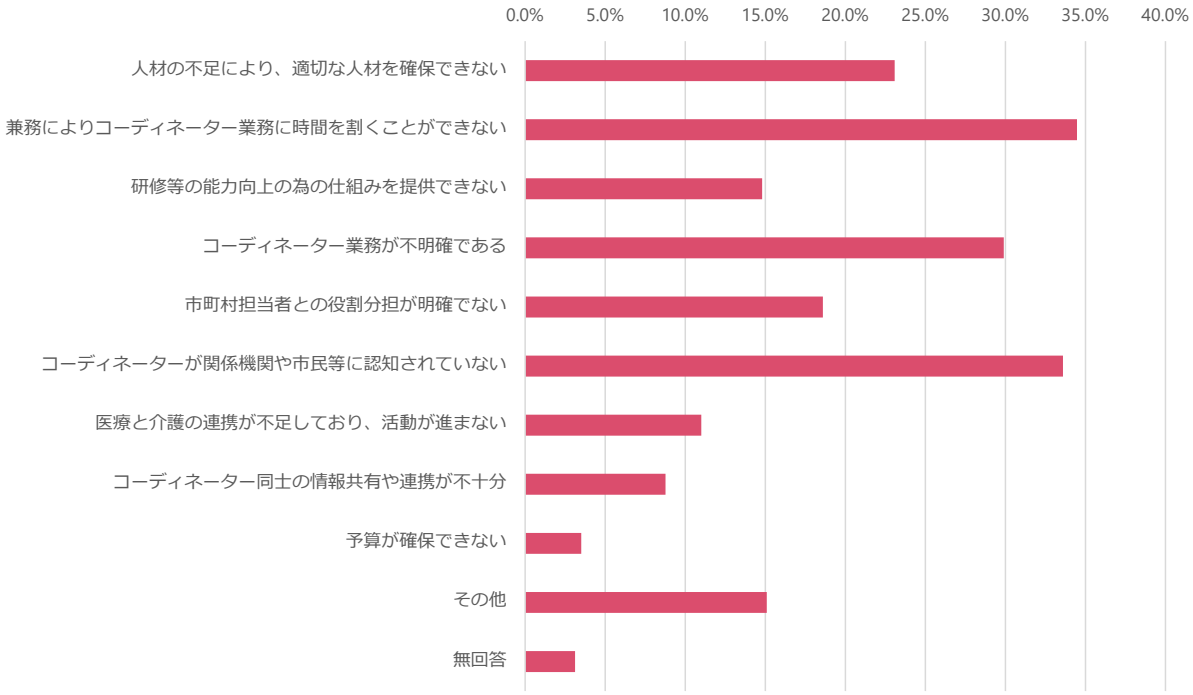



n=1027

142

## 市町村調査結果（単純集計）

問13-13　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの配置や取り組みにおいて課題を教えてください。（複数回答）

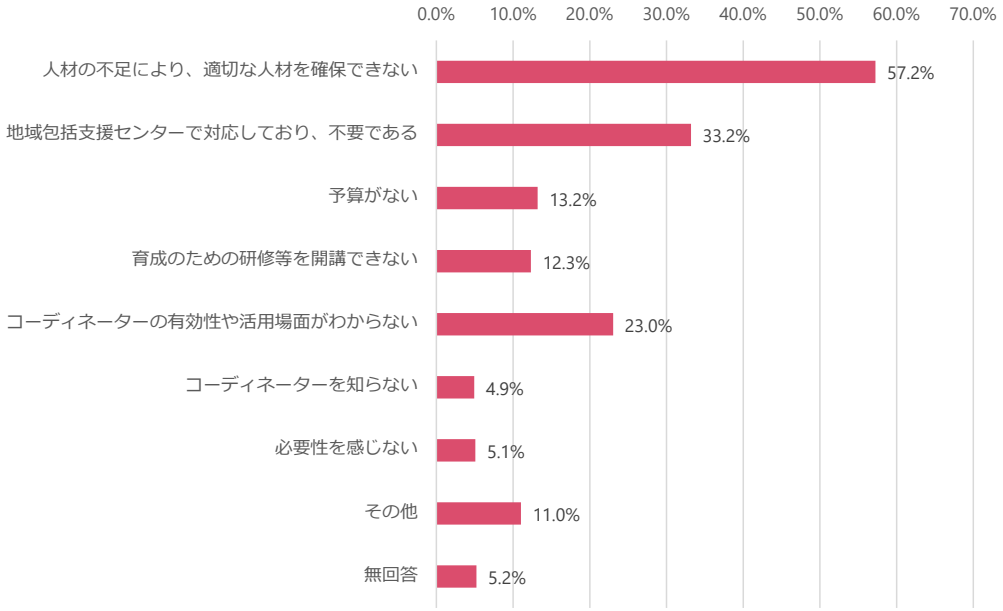



n=1027

143

## 市町村調査結果（単純集計）

問13-14　問13で「2.いない」と回答した方に伺います。コーディネーターを配置していない理由を教えてください。（複数回答）

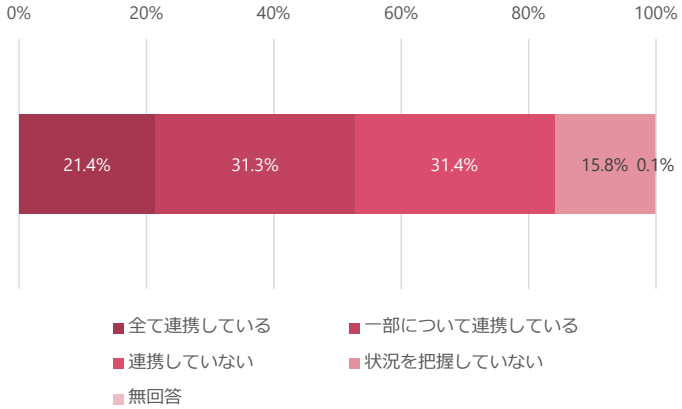



n=690

144

## 市町村調査結果（単純集計）

問14　貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況について教えてください。




n=1741

問14－１　問14で「4．状況を把握していない」と回答した方に伺います。把握していない理由を教えてください。

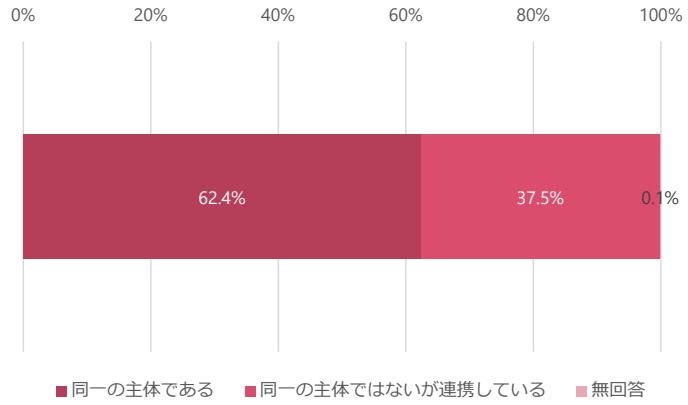
- 情報不足
- 担当部署と情報共有が行われない
- 業務時間の不足
- 人材不足

※抜粋です

145

## 市町村調査結果（単純集計）

問14-2　問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。

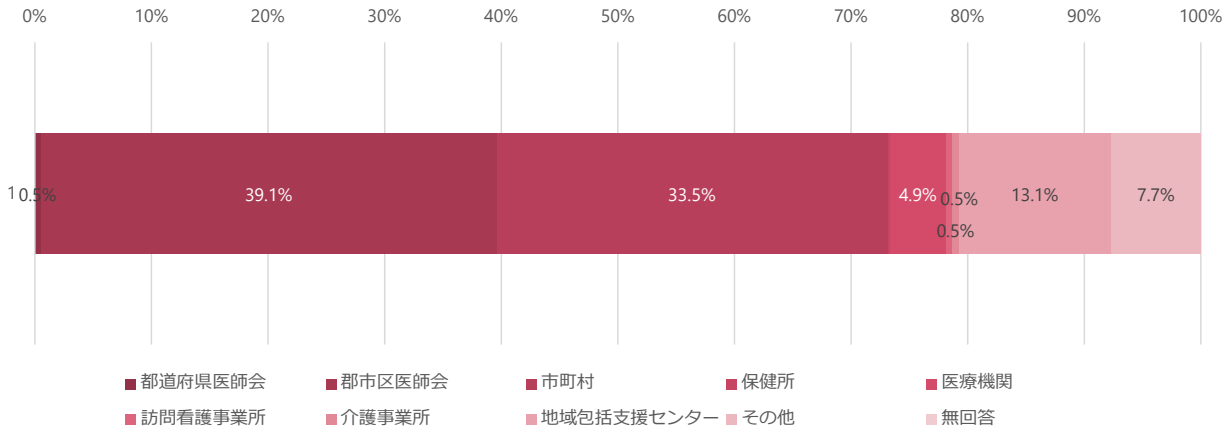



n=819



## 市町村調査結果（単純集計）

問14-2-1　問14-2.で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。

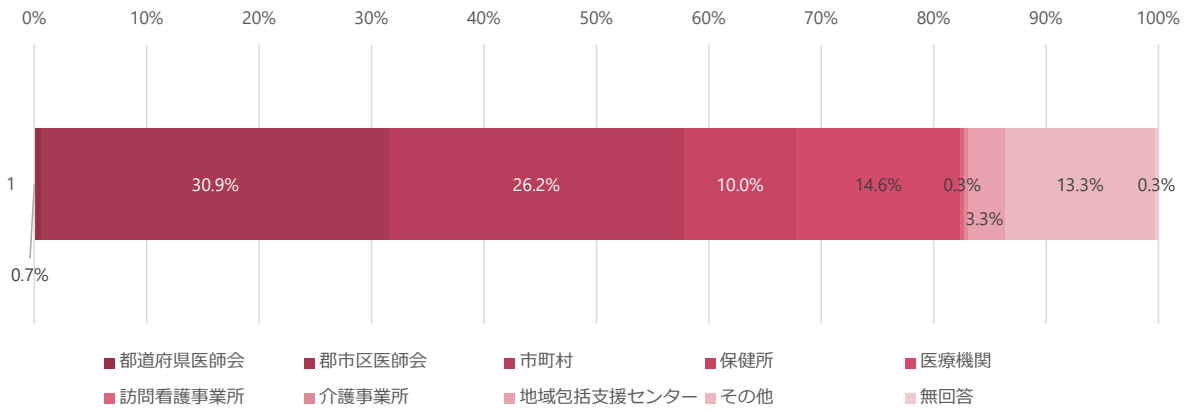



n=573

| 都道府県医師会 | 郡市区医師会 | 市町村 | 保健所 | 医療機関 | 訪問看護事業所 | 介護事業所 | 地域包括支援センター | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 224 | 192 | 1 | 28 | 3 | 3 | 75 | 44 | - |
| 0.5% | 39.1% | 33.5% | 0.2% | 4.9% | 0.5% | 0.5% | 13.1% | 7.7% | 0.0% |

# 市町村調査結果（単純集計）

問14-2-2-1　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体



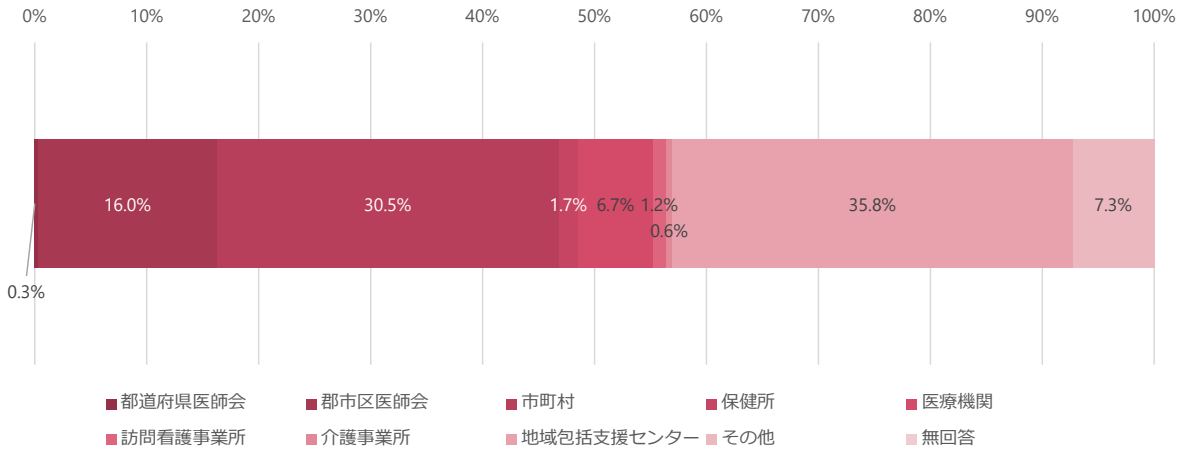

n=301

| 都道府県医師会 | 郡市区医師会 | 市町村 | 保健所 | 医療機関 | 訪問看護事業所 | 介護事業所 | 地域包括支援センター | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 93 | 79 | 30 | 44 | 1 | 1 | 10 | 40 | 1 |
| 0.7% | 30.9% | 26.2% | 10.0% | 14.6% | 0.3% | 0.3% | 3.3% | 13.3% | 0.3% |

148

# 市町村調査結果（単純集計）

問14-2-2-2　在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体



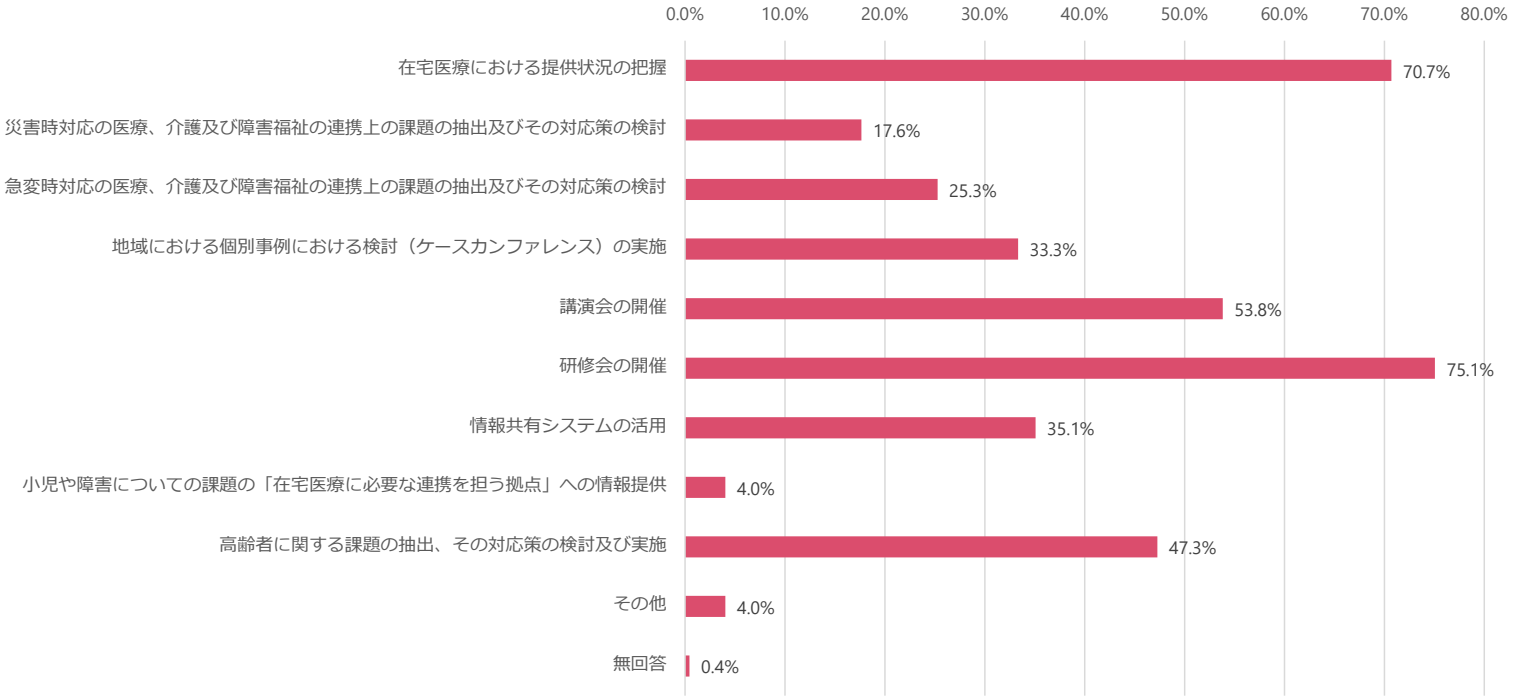

n=344

| 都道府県医師会 | 郡市区医師会 | 市町村 | 保健所 | 医療機関 | 訪問看護事業所 | 介護事業所 | 地域包括支援センター | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 55 | 105 | 6 | 23 | 4 | 2 | 123 | 25 | - |
| 0.3% | 16.0% | 30.5% | 1.7% | 6.7% | 1.2% | 0.6% | 35.8% | 7.3% | 0.0% |

149

## 市町村調査結果（単純集計）

問14-3　引き続き問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。連携の具体的な内容について教えてください。（複数回答）

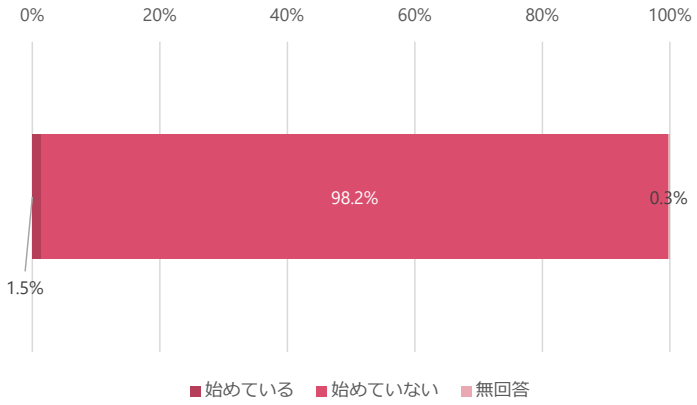



n=918

150

## 市町村調査結果（単純集計）

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




n=1741

151

## 市町村調査結果（単純集計）

問15－１　具体的にどのようなことを準備していますか。

| 大項目 | 内容 |
|---|---|
| かかりつけ医制度の普及啓発 | かかりつけ医の普及啓発市民向けのチラシや冊子でかかりつけ医の重要性を訴求。市内のデジタルサイネージでも情報を発信。<br>かかりつけ医研修システムの運営医師会が中心となって研修の運営・調整を実施。 |
| 在宅医療・介護連携の推進多部門協力の促進 | 保健所を中心に、福祉（高齢・障害）・健康増進（成人・母子）・介護部門が連携。課題整理と情報共有を通じて庁内での連携を強化。 |
| 救急対応とACP | 救急カプセルの活用緊急時にかかりつけ医の情報を確認できる仕組みを構築し、ACP（人生会議）にもつなげる。 |
| 医療機関の指導・情報更新 | 医療情報ネットへの登録・更新医療法に基づく立入検査で、医療情報ネットへの適切な情報提供を医療機関に指導。 |
| 地域医療構想調整会議への参加 | コーディネーターは地域医療構想調整会議に参加し、医師会の活動と連動して情報収集や医療機関への周知を行う。 |
| 第9期介護保険計画と在宅医療推進計画の明記 | 第9期介護保険計画に「かかりつけ医機能報告等を踏まえた国の協議結果に基づき、医師会と連携して在宅医療・介護連携を推進」と明記。 |
| 医療機関との意見交換 | 在宅医療提供体制の確保に向けて医療機関と定期的に意見交換を実施。 |

※抜粋です

152

## 市町村調査結果（単純集計）

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

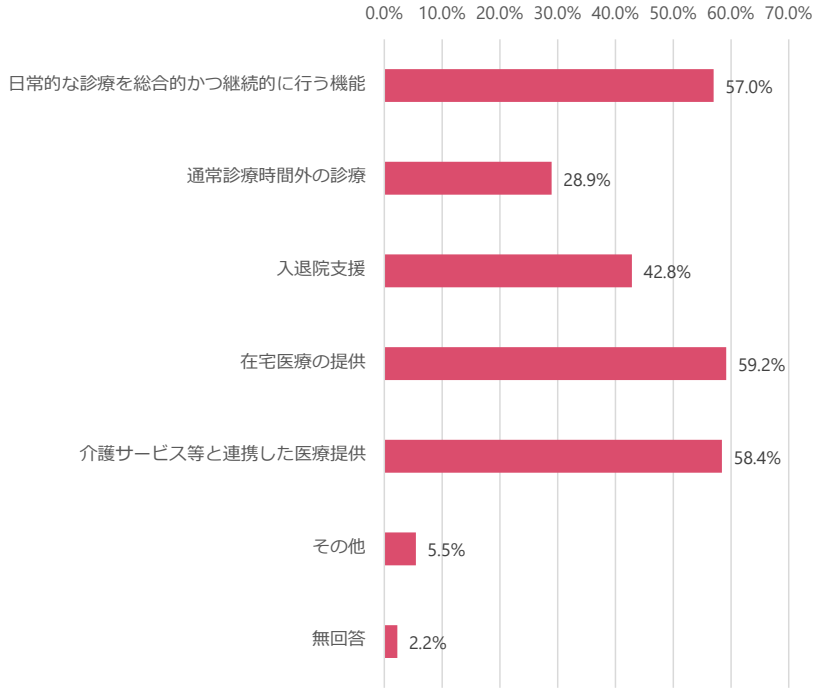
- 医師会との連携強化
- 地域の医療介護情報の共有と普及啓発
- 医療・介護の現状を住民に広める取組
- 病診連携会議や地域ケア会議での情報共有
- 地域医療機関との情報共有と連携
- 診療所での定期的な情報共有
- 情報収集と資源の開拓
- 医師の確保

※抜粋です

153

# 市町村調査結果（単純集計）

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




n=1741

154

# 市町村調査結果（単純集計）

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

## 重要と認識している課題

| 大項目 | 内容 |
|---|---|
| 患者への継続的な診療 | かかりつけ医が日常的な健康管理や慢性疾患のフォローアップを一貫して行うことが必要 |
| 地域医療との連携 | 病院や他の医療機関との情報共有を通じ、円滑な医療提供を実現すること必要 |
| 医療の質向上と効率化 | 診療の質を保ちつつ、医療リソースを効果的に活用することが必要 |

## 取り組んでいる対策

| 大項目 | 内容 |
|---|---|
| 患者教育と相談体制の充実 | 健康相談や生活習慣病予防についての指導を強化 |
| ICTの活用 | 電子カルテや地域医療ネットワークを用いた情報共有の促進 |
| チーム医療の推進 | 看護師や薬剤師など他職種と連携して、包括的なケアを提供 |
| 救急・夜間対応の強化 | 急な体調不良に対応するための診療体制を整備 |

※抜粋です

155

# 市町村調査まとめ

156

## 市町村調査まとめ

| | 大項目 | 設問内容 |
|---|---|---|
| 1 | 協議会の設置状況 | ・R6年度調査の協議会の設置は68.0%、R5年度調査は63.8%であり、増加した<br>・高齢者人口別では「１万人未満」の「設置している」が56.1%<br>・協議会を設置できない理由では「人材不足」等があった<br>・コーディネーター有無別では「いる」の「設置している」が78.4%<br>・協議会の圏域では、「市町村単位」が61.4%。高齢者の人口規模別では「1万人未満」の「市町村単位」は40.4%、「郡市区医師会単位」が42.3%<br>・協議会を含むなんらかの協議の場がある市町村は82.3% |
| 2 | 在宅医療・介護連携のあるべき姿の設定、共有状況、取り組んでいる場面 | ・R6年度調査のあるべき姿の「4つの場面全てで設定している」は41.9%、R5年度調査は28.1%であり上昇<br>・コーディネーターの有無別では「いる」の「4つの場面全てで設定している」は51.5%<br>・共有状況では、関係者及び地域住民にも周知しているの割合が上昇 |
| 3 | 多職種連携 | ・リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組を行っている市町村は28.4%<br>・協議の場の設置有無別では、「ある」の「取り組んでいる」 が30.6%、高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援別では「実施している」の「取り組んでいる」が42.8%、コーディネーターの有無別では「いる」の「取り組んでいる」 が31.4%<br>・取組内容としては、「地域住民への研修や周知」が54.7%<br>・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を地域に派遣し、地域の方の自立支援や介護予防を支援する取組を行っている市町村は72.5%<br>・協議の場の有無別では「ある」の「取り組んでいる」が74.7%、高齢者施設と医療機関との連携のための取り組みでは「実施している」の「取り組んでいる」が78.1%、市町村のコーディネーター有無別では「いる」の「取り組んでいる」が77.0% |

157

# 市町村調査まとめ

| | 大項目 | 設問内容 |
|---|---|---|
| 4 | 高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援 | ・高齢者施設等と医療機関の連携に向けた支援を行っている市町村は18.4%<br>・協議の場の有無別では「ある」の「実施している」が19.5%、市町村のコーディネーター有無別では「いる」の「実施している」が20.1%<br>・取組内容としては、「高齢者施設等向けの窓口を設置している」が34.7% |
| 5 | 過疎地域、小規模自治体、中山間地域 | ・過疎地域、小規模自治体、中山間地域の課題として、医療・介護スタッフの不足、高齢者人口の増加、多職種連携の不足、移動・交通手段の制約、ICT活用の遅れ、地域住民の健康意識・医療知識の不足、医療・介護制度の複雑さ、施設や機器の老朽化、ケア提供者の負担増大と離職率の上昇の意見があった |
| 6 | 在宅医療・介護連携事業を実施しいくうえでの課題 | ・市町村が在宅医療・介護連携事業を実施していく中での課題（優先順位が最も高いもの）は、「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が20.0%と最も高く、次いで「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が17.3%<br>・市町村が在宅医療・介護連携事業を実施していく中での課題（優先順位が最も高いもの）を過疎地域、小規模自治体、中山間地域別でみると、該当地域では「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が23.6%、「非該当」では「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」25.7%<br>・国・都道府県の支援で期待することは、「介護に係る専門職等の人材育成・確保」が39.5%と最も高く、次いで「医療に係る専門職等の人材育成・確保」が34.2% |

158

# 市町村調査まとめ

| | 大項目 | 設問内容 |
|---|---|---|
| 7 | コーディネーター | ・相談支援を実施している市町村は87.5%。市町村コーディネーターが「いる」と回答した割合は59.0%、R5年度調査は56.6%であり、増加した<br>・市町村の基幹的コーディネーターは6.8%<br>・コーディネーターの業務内容では、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が87.4%と最も高く、次いで「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」が85.9%<br>・基幹コーディネーターの業務内容では、「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」80.0% |
| 8 | 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携 | ・「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療介護連携推進事業の連携状況では、R6年度調査の「状況を把握していない」は15.8%、R5年度調査は46.6%よりも減少した |
| 9 | かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備 | ・かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めているかでは、始めていないが98.2% |

- 協議会を含む、協議の場がある市町村は82.3%と8割を超え、在宅医療・介護連携の協議の場の設定は進んできていると考えられる。協議の場の有無別について、高齢者人口が1万人未満の市町村では、協議会の設置が56.1%となっており、設置できない理由としては人材不足等があげられていることから、小規模自治体への支援の強化が必要と考えられる。

- 在宅医療・介護連携のあるべき姿の設定では、「4つの場面全てで設定している」がR5年度調査から増えており、共有状況においては関係者及び地域住民へ周知しているが上昇している。R6年度に計画の改訂を機に、あるべき姿を検討した市町村の可能性が想定されるが、「4つの場面全てで設定している」は5割に届いていないことから、引き続き４つの場面についてのあるべき姿を設定し、実現のための取組を進めていくことが必要と考えられる。

159

## 市町村調査まとめ

- リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組では、「取り組んでいる」が28.4%となっており、引き続きの取組の促進が必要であると考えられる。一方、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を地域に派遣し、地域の方の自立支援や介護予防を支援する取組を行っている市町村は72.5%となっており、事業ごとに差があることがうかがえる。

- 高齢者施設等と協力医療機関との連携に向けた支援では、実施している市町村が18.4%にとどまっており、さらなる支援の強化が必要と考えられる。

- 過疎地域、小規模自治体、中山間地域の自治体では、医療・介護スタッフの不足、高齢者人口の増加、多職種連携の不足、移動・交通手段の制約、ICT活用の遅れ、地域住民の健康意識・医療知識の不足、医療・介護制度の複雑さ、施設や機器の老朽化、ケア提供者の負担増大と離職率の上昇等の課題があげられており、地域の実情に合わせた取り組みが必要であると考えられる。

- 相談支援業務を実施している87.5%に対し、市町村コーディネーターが「いる」は59.0%となっている。相談支援の対応者がコーディネーターの役割を担えていないことがうかがえる。市町村がかかえる在宅医療・介護連携の課題（優先順位１位を一つ回答）では「現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）」が20.0%と最も高くなっているなか、基幹的コーディネーターの業務内容をみると、「在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出」が80.0%と最も高くなっている。基幹コーディネーターの配置は市町村が抱える課題への対応を期待することができるが、配置している市町村は6.8%となっていることから、さらなる配置の促進が必要と考えられる。
- コーディネーターの業務内容では、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が最も高くなっている。基幹的コーディネーターとコーディネーターのそれぞれの強みを活かせるような取組を促進することが必要である。

160

# コーディネーター調査（概要）

161

# コーディネーター調査（概要）

■コーディネーターアンケート設問概要

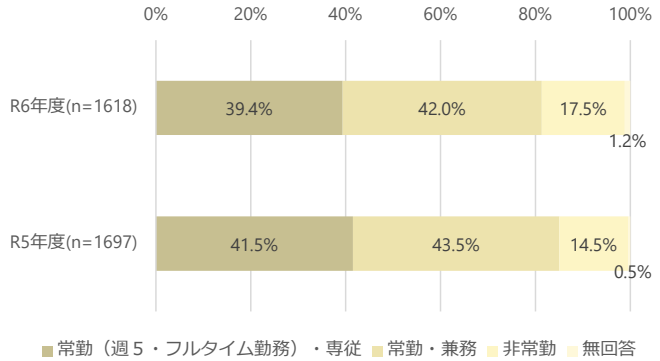
| | 大項目 | 設問内容 |
|---|---|---|
| Ⅰ | 基本情報 | ・都道府県、市町村名 |
| Ⅱ | コーディネーターについて | ・勤務状況、所属先、職種<br>・コーディネーターの業務内容<br>・基幹的コーディネーターの配置状況 |
| Ⅲ | 多職種連携について | ・「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」の取組状況 |

162

# コーディネーター調査（概要）

- 勤務状況では、R6とR5を比較し、大きな差はみられない
- 所属先では、 R6とR5を比較し、大きな差はみられない

■ 勤務状況




■ 市町村コーディネーターの勤務状況　　単位：%

| | | 調査数 | 常勤(週5・フルタイム勤務)・専従 | 常勤・兼務 | 非常勤 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1597 | 39.7 | 42.1 | 17.0 | 1.2 |
| 所属先別 | 医療機関系 | 288 | 43.4 | 46.9 | 9.7 | - |
| | 職能団体系 | 531 | 59.1 | 13.6 | 27.3 | - |
| | 自治体系 | 667 | 20.2 | 66.9 | 12.9 | - |
| | その他 | 91 | 64.8 | 22.0 | 13.2 | - |
| コーディネーター配置 | 基幹コーディネーター配置あり | 209 | 52.6 | 27.8 | 19.6 | - |
| | 基幹コーディネーター配置なし | 1368 | 38.3 | 45.0 | 16.7 | - |

＜参考＞
所属先別では「自治体系」の「常勤・兼務」が66.9%、基幹的コーディネーターの配置有無別では「あり」の「常勤（週５・フルタイム勤務）・専従」が52.6%となっている

■ 所属先

| | R6年度(n=1618) | R5年度(n=1697) |
|---|---|---|
| 病院（大学病院以外） | 13.2% | 14.3% |
| 病院（大学病院） | 0.7% | |
| 診療所 | 1.4% | 1.6% |
| 薬局 | 0.1% | 0.1% |
| 訪問看護事業所 | 2.6% | 2.7% |
| 医師会 | 32.5% | 33.8% |
| 歯科医師会 | 0.4% | 0.5% |
| 薬剤師会 | 0.1% | 0.0% |
| 看護協会 | 0.1% | |
| 栄養士会 | 0.1% | |
| 栄養ケア・ステーション | 0.1% | |
| 理学療法士会 | 0.1% | |
| 作業療法士会 | 0.1% | |
| 言語聴覚士協会 | | |
| リハビリテーション協議会 | | |
| 都道府県 | 0.1% | 0.0% |
| 保健所 | 0.5% | 0.5% |
| 市町村 | 13.2% | 13.3% |
| 地域包括支援センター | 27.3% | 25.8% |
| 社会福祉協議会 | 0.7% | |
| その他 | 5.7% | 6.9% |
| 無回答 | 1.2% | 0.5% |

163

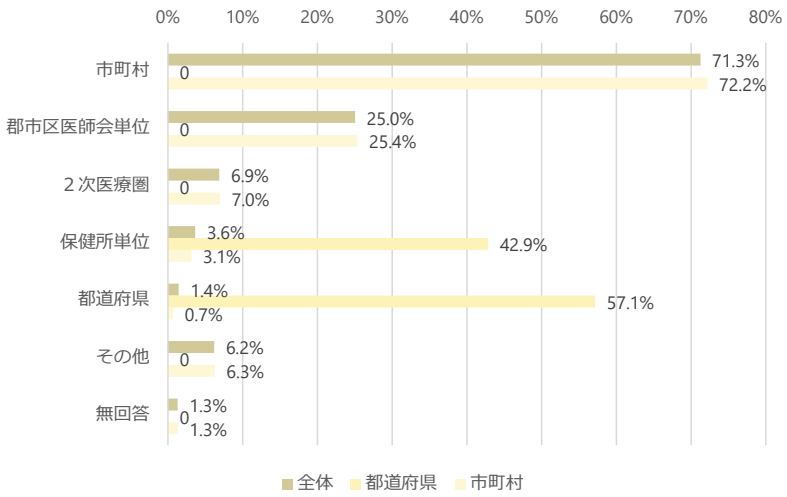
# コーディネーター調査（概要）

- 職種または保有資格では、R6とR5を比較し、大きな差はみられない（選択肢が異なるため単純に比較できない）
- 活動圏域について、全体では市町村が75.8%、郡市区医師会単位が22.4%

■ 職種または保有資格

| | R6年度(n=1618) | R5年度(n=1697) |
|---|---|---|
| 医師 | 0.7% | 0.4% |
| 歯科医師 | | 0.1% |
| 薬剤師 | 0.5% | 0.2% |
| 保健師 | 23.1% | 22.5% |
| 看護師 | 47.8% | 46.9% |
| 歯科衛生士 | 0.8% | 0.9% |
| 介護支援専門員 | 39.1% | 38.8% |
| 管理栄養士 | 0.4% | |
| 栄養士（管理栄養士を除く） | 0.2% | |
| 理学療法士 | 1.2% | |
| 作業療法士 | 0.7% | |
| 言語聴覚士 | | |
| 社会福祉士 | 24.6% | |
| 介護福祉士 | 7.8% | |
| 精神保健福祉士 | 5.1% | |
| 医療ソーシャルワーカー | 7.1% | 10.2% |
| 自治体担当者（行政職） | 3.8% | 4.2% |
| 自治体担当者（専門職） | 6.7% | 9.2% |
| その他 | 7.2% | 29.1% |
| 無回答 | 1.2% | 0.5% |

■ 活動圏域



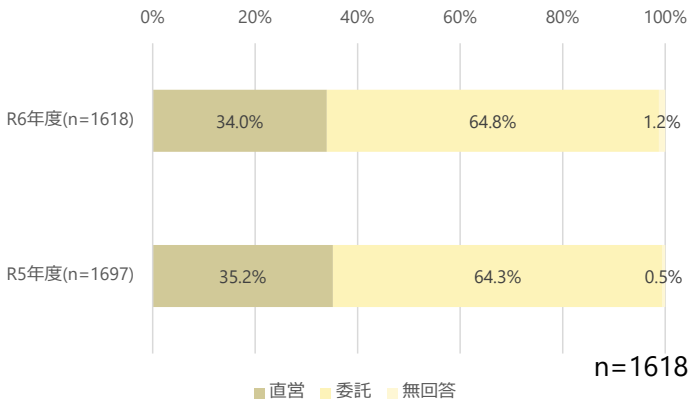

全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597



# コーディネーター調査（概要）

- 業務実施形態では、R6とR5を比較して、大きな差はみられない
- 活動内容では、 R6とR5を比較して、大きな差は見られない（選択肢が異なるため単純に比較できない）

■ 業務実施形態




n=1618

■ 活動内容

| | R6年度(n=1618) | R5年度(n=1697) |
|---|---|---|
| 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援 | 64.5% | 67.2% |
| 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | 77.2% | 77.3% |
| 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援 | 58.6% | 60.2% |
| 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援 | 82.2% | 83.4% |
| 多職種間の連携やネットワーク構築の推進 | 82.6% | 84.1% |
| 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携 | 69.5% | 73.9% |
| 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | 24.3% | 28.0% |
| 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | 26.5% | 27.8% |
| 地域住民への普及啓発 | 76.6% | 77.2% |
| 医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援 | 82.2% | 84.0% |
| 地域住民への相談支援 | 62.9% | 65.1% |
| 都道府県内のコーディネーターとの連携 | 27.1% | 32.4% |
| 他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携 | 23.0% | 26.8% |
| 自治体職員との連携 | 71.3% | 75.0% |
| 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加 | 51.9% | |
| 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営 | 33.5% | |
| 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加 | 15.5% | |
| 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営 | 2.7% | |
| 地域ケア会議への参加 | 59.8% | 61.0% |
| 地域医療構想調整会議への参加 | 6.4% | |
| 医療計画に係る会議等への参加 | 3.7% | |
| その他 | 3.6% | 6.6% |
| 無回答 | 1.2% | 0.5% |

■ 市町村コーディネーターの業務実施形態

単位：%

| | | 調査数 | 直営 | 委託 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1597 | 33.8 | 65.0 | 1.3 |
| 問1　勤務状況を教えてください。 | 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従 | 634 | 18.1 | 81.9 | – |
| | 常勤・兼務 | 673 | 48.6 | 51.4 | – |
| | 非常勤 | 271 | 35.8 | 63.8 | 0.4 |

<参考>
勤務状況別では「常勤（週５・フルタイム勤務）・専従」の「委託」が81.9%となっている

# コーディネーター調査（概要）

■　市町村コーディネーターの活動内容
（参考）

単位：%

| | | 調査数 | 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援 | 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援 | 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援 | 多職種間の連携やネットワーク構築の推進 | 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携 | 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | 地域住民への普及啓発 | 医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援 | 地域住民への相談支援 | 都道府県内のコーディネーターとの連携 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1597 | 64.5 | 77.0 | 58.5 | 82.3 | 82.8 | 69.3 | 24.0 | 26.4 | 76.8 | 82.7 | 63.2 | 26.9 |
| 問1　勤務状況を教えてください。 | 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従 | 634 | 70.7 | 84.2 | 66.4 | 86.1 | 87.9 | 77.4 | 30.9 | 31.7 | 84.5 | 87.7 | 60.3 | 39.1 |
| | 常勤・兼務 | 673 | 59.3 | 70.4 | 49.9 | 79.6 | 79.2 | 59.9 | 16.2 | 20.4 | 71.3 | 79.0 | 68.6 | 14.6 |
| | 非常勤 | 271 | 67.5 | 81.9 | 65.3 | 86.0 | 85.6 | 78.2 | 29.2 | 30.6 | 77.5 | 86.0 | 61.3 | 31.0 |
| 所属先別 | 医療機関系 | 288 | 58.0 | 64.6 | 46.9 | 74.3 | 69.8 | 57.6 | 22.2 | 22.6 | 60.1 | 88.2 | 43.8 | 26.0 |
| | 職能団体系 | 531 | 76.6 | 89.3 | 79.8 | 93.8 | 94.9 | 93.4 | 38.0 | 38.2 | 89.6 | 93.2 | 59.1 | 45.0 |
| | 自治体系 | 667 | 57.7 | 73.0 | 46.5 | 78.4 | 80.2 | 55.5 | 12.0 | 16.6 | 74.2 | 73.0 | 78.6 | 11.8 |
| | その他 | 91 | 78.0 | 91.2 | 71.4 | 87.9 | 90.1 | 81.3 | 41.8 | 46.2 | 90.1 | 93.4 | 49.5 | 40.7 |
| コーディネーター別 | 基幹コーディネーター | 51 | 84.3 | 90.2 | 84.3 | 92.2 | 88.2 | 86.3 | 43.1 | 45.1 | 84.3 | 86.3 | 72.5 | 35.3 |
| | それ以外 | 1546 | 63.8 | 76.6 | 57.6 | 82.0 | 82.6 | 68.7 | 23.4 | 25.7 | 76.5 | 82.6 | 62.9 | 26.6 |

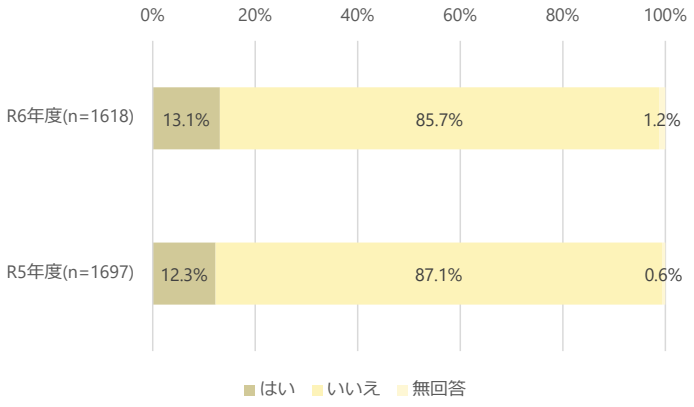
| | | 調査数 | 他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携 | 自治体職員との連携 | 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加 | 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営 | 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加 | 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営 | 地域ケア会議への参加 | 地域医療構想調整会議への参加 | 医療計画に係る会議等への参加 | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1597 | 22.7 | 71.2 | 52.1 | 33.8 | 15.4 | 2.2 | 60.4 | 6.4 | 3.8 | 3.4 | 1.2 |
| 問1　勤務状況を教えてください。 | 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従 | 634 | 27.8 | 80.8 | 56.0 | 35.8 | 17.4 | 2.4 | 64.0 | 6.2 | 3.5 | 4.4 | – |
| | 常勤・兼務 | 673 | 19.9 | 62.0 | 47.7 | 32.1 | 14.7 | 2.5 | 60.5 | 6.2 | 3.1 | 3.0 | – |
| | 非常勤 | 271 | 19.6 | 76.8 | 57.6 | 35.8 | 13.7 | 1.1 | 56.1 | 8.1 | 6.3 | 2.6 | – |
| 所属先別 | 医療機関系 | 288 | 21.2 | 66.7 | 58.7 | 32.3 | 12.2 | 2.1 | 45.8 | 5.2 | 2.8 | 2.4 | – |
| | 職能団体系 | 531 | 32.0 | 91.0 | 59.3 | 34.5 | 18.6 | 2.3 | 63.8 | 9.6 | 5.8 | 5.8 | – |
| | 自治体系 | 667 | 15.1 | 58.0 | 45.1 | 34.6 | 14.8 | 2.4 | 62.8 | 4.5 | 2.7 | 1.8 | – |
| | その他 | 91 | 34.1 | 82.4 | 51.6 | 36.3 | 14.3 | 1.1 | 82.4 | 7.7 | 3.3 | 5.5 | – |
| コーディネーター別 | 基幹コーディネーター | 51 | 31.4 | 78.4 | 66.7 | 60.8 | 37.3 | 13.7 | 78.4 | 23.5 | 15.7 | 7.8 | – |
| | それ以外 | 1546 | 22.4 | 71.0 | 51.6 | 32.9 | 14.7 | 1.8 | 59.8 | 5.9 | 3.4 | 3.3 | 1.2 |



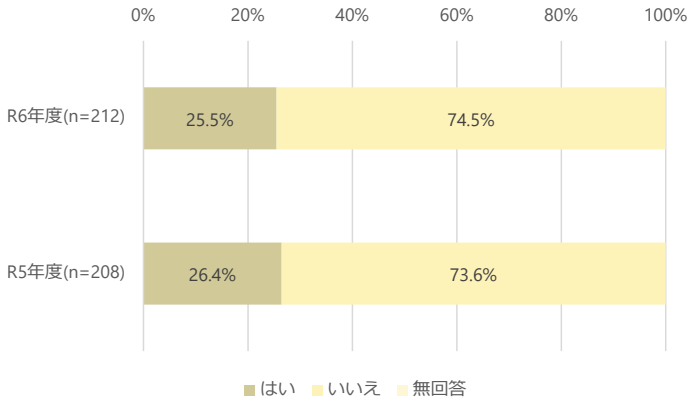
# コーディネーター調査（概要）

- 基幹的コーディネーターの配置では、R6とR5を比較して、大きな差は見られない
- 基幹的コーディネーターの回答割合では、 R6とR5を比較して、大きな差は見られない

■　基幹的コーディネーターの配置



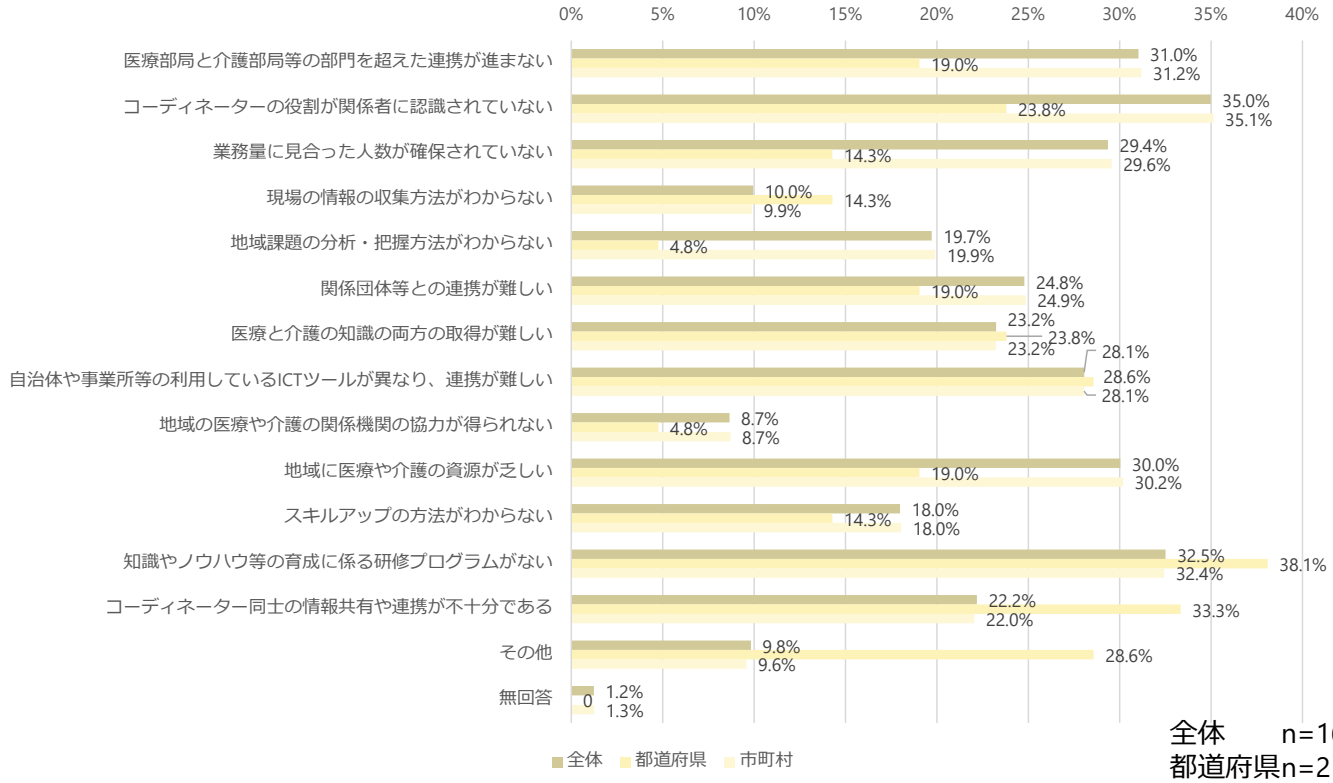

■　回答者は基幹的コーディネーターか



# コーディネーター調査（概要）

- 活動する上での課題について、全体では「コーディネーターの役割が関係者に認識されていない」が35.0%

■　コーディネーターとして活動する上での課題




全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597



# コーディネーター調査（概要）

■　市町村コーディネーターとして活動する上での課題
（参考）

単位：%

| | | 調査数 | 医療部局と介護部局等の部門を超えた連携が進まない | コーディネーターの役割が関係者に認識されていない | 業務量に見合った人数が確保されていない | 現場の情報の収集方法がわからない | 地域課題の分析・把握方法がわからない | 関係団体等との連携が難しい | 医療と介護の知識の両方の取得が難しい | 自治体や事業所等の利用しているICTツールが異なり、連携が難しい |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1597 | 31.2 | 35.1 | 29.6 | 9.9 | 19.9 | 24.9 | 23.2 | 28.1 |
| 問1　勤務状況を教えてください。 | 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従 | 634 | 36.6 | 40.5 | 26.5 | 9.5 | 23.0 | 26.3 | 28.1 | 33.8 |
| | 常勤・兼務 | 673 | 26.3 | 28.8 | 34.5 | 10.8 | 18.7 | 23.6 | 20.7 | 24.1 |
| | 非常勤 | 271 | 32.8 | 40.6 | 26.6 | 9.2 | 17.0 | 26.2 | 19.9 | 26.6 |
| 所属先別 | 医療機関系 | 288 | 27.1 | 34.7 | 22.2 | 8.0 | 21.2 | 20.1 | 18.1 | 26.4 |
| | 職能団体系 | 531 | 39.5 | 42.0 | 30.5 | 9.4 | 19.2 | 27.1 | 29.6 | 36.7 |
| | 自治体系 | 667 | 26.2 | 31.0 | 33.6 | 11.4 | 19.9 | 25.8 | 19.9 | 21.3 |
| | その他 | 91 | 38.5 | 34.1 | 23.1 | 9.9 | 24.2 | 25.3 | 31.9 | 38.5 |
| コーディネーター別 | 基幹コーディネーター | 51 | 29.4 | 31.4 | 23.5 | 7.8 | 9.8 | 17.6 | 19.6 | 23.5 |
| | それ以外 | 1546 | 31.2 | 35.3 | 29.8 | 10.0 | 20.2 | 25.1 | 23.4 | 28.2 |

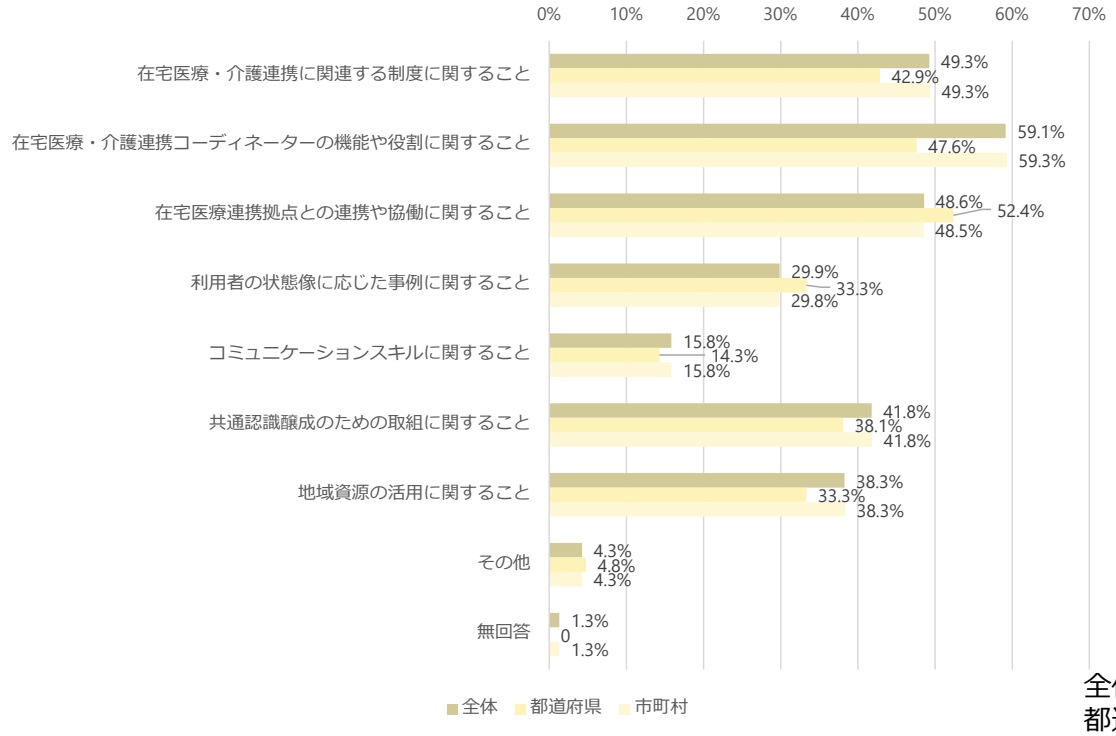
| | | 調査数 | 地域の医療や介護の関係機関の協力が得られない | 地域に医療や介護の資源が乏しい | スキルアップの方法がわからない | 知識やノウハウ等の育成に係る研修プログラムがない | コーディネーター同士の情報共有や連携が不十分である | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 問1　勤務状況を教えてください。 | 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従 | 634 | 11.5 | 30.6 | 19.6 | 36.6 | 24.6 | 10.9 | – |
| | 常勤・兼務 | 673 | 6.5 | 32.2 | 17.2 | 28.4 | 17.7 | 8.6 | 0.1 |
| | 非常勤 | 271 | 8.1 | 26.2 | 17.7 | 35.1 | 28.4 | 9.6 | – |
| 所属先別 | 医療機関系 | 288 | 8.3 | 28.5 | 18.8 | 34.4 | 24.0 | 6.3 | – |
| | 職能団体系 | 531 | 11.5 | 26.7 | 16.0 | 35.0 | 23.9 | 11.3 | – |
| | 自治体系 | 667 | 7.0 | 35.5 | 20.7 | 30.6 | 19.3 | 10.5 | 0.1 |
| | その他 | 91 | 7.7 | 22.0 | 12.1 | 31.9 | 28.6 | 5.5 | – |
| コーディネーター別 | 基幹コーディネーター | 51 | 2.0 | 17.6 | 13.7 | 37.3 | 23.5 | 15.7 | – |
| | それ以外 | 1546 | 8.9 | 30.6 | 18.2 | 32.3 | 22.0 | 9.4 | 1.3 |

＜参考＞
勤務状況別では「非常勤」の「コーディネーターの役割が関係者に認識されていない」が40.6%、所属先別では「職能団体系」の「コーディネーターの役割が関係者に認識されていない」が42.0%、基幹的コーディネーターの別では「基幹的コーディネーター」の「知識やノウハウ等の育成に係る研修プログラムがない」が37.3%となっている

# コーディネーター調査（概要）

- 受けてみたい研修について、全体では「在宅医療・介護連携コーディネーターの機能や役割に関すること」が59.1%

■　受けてみたい研修




全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597170


# コーディネーター調査（概要）


■　市町村コーディネーターの活動する上での課題×受けてみたい研修

単位：%

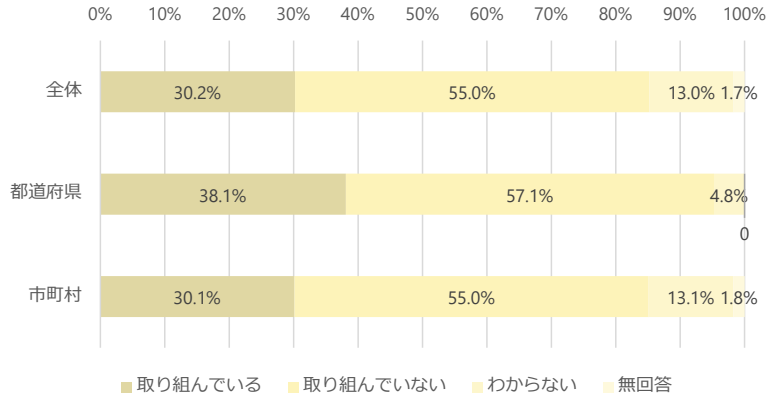
| | | 調査数 | 在宅医療・介護連携に関連する制度に関すること | 在宅医療・介護連携コーディネーターの機能や役割に関すること | 在宅医療連携拠点との連携や協働に関すること | 利用者の状態像に応じた事例に関すること | コミュニケーションスキルに関すること | 共通認識醸成のための取組に関すること | 地域資源の活用に関すること | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1597 | 49.3 | 59.3 | 48.5 | 29.8 | 15.8 | 41.8 | 38.3 | 4.3 | 1.3 |
| 問6-6　コーディネーターとして活動する上で、課題があれば具体的に教えてください。（複数回答） | 医療部局と介護部局等の部門を超えた連携が進まない | 498 | 62.2 | 64.7 | 64.1 | 33.1 | 19.5 | 53.6 | 39.2 | 3.8 | – |
| | コーディネーターの役割が関係者に認識されていない | 561 | 58.6 | 69.2 | 56.9 | 35.7 | 21.9 | 51.0 | 43.9 | 4.3 | 0.2 |
| | 業務量に見合った人数が確保されていない | 472 | 56.6 | 63.8 | 53.8 | 36.0 | 18.9 | 47.9 | 41.3 | 5.3 | 0.2 |
| | 現場の情報の収集方法がわからない | 158 | 69.0 | 86.7 | 65.2 | 43.0 | 25.3 | 55.1 | 57.0 | 1.3 | – |
| | 地域課題の分析・把握方法がわからない | 318 | 63.2 | 81.1 | 62.6 | 38.1 | 23.6 | 55.3 | 54.4 | 2.2 | – |
| | 関係団体等との連携が難しい | 397 | 62.0 | 66.8 | 62.0 | 37.3 | 19.9 | 51.4 | 47.6 | 2.0 | 0.3 |
| | 医療と介護の知識の両方の取得が難しい | 371 | 67.9 | 64.4 | 61.5 | 40.2 | 25.6 | 53.9 | 47.4 | 5.1 | – |
| | 自治体や事業所等の利用しているICT ツールが異なり、連携が難しい | 448 | 60.9 | 60.5 | 63.4 | 36.4 | 22.8 | 54.2 | 43.1 | 2.9 | – |
| | 地域の医療や介護の関係機関の協力が得られない | 139 | 59.0 | 64.0 | 61.9 | 36.7 | 21.6 | 58.3 | 47.5 | 1.4 | – |
| | 地域に医療や介護の資源が乏しい | 482 | 51.0 | 62.9 | 55.4 | 31.1 | 18.7 | 52.7 | 44.0 | 5.0 | – |
| | スキルアップの方法がわからない | 288 | 60.1 | 79.2 | 54.9 | 37.8 | 24.0 | 49.3 | 52.1 | 2.8 | – |
| | 知識やノウハウ等の育成に係る研修プログラムがない | 518 | 60.4 | 79.2 | 59.3 | 38.6 | 25.5 | 53.9 | 48.6 | 4.1 | 0.2 |
| | コーディネーター同士の情報共有や連携が不十分である | 352 | 55.4 | 74.4 | 63.1 | 40.1 | 23.3 | 57.4 | 49.4 | 5.4 | – |
| | その他 | 153 | 43.8 | 49.0 | 47.1 | 33.3 | 16.3 | 38.6 | 39.9 | 23.5 | – |

<参考>
コーディネーターとして活動する上での課題と受けてみたい研修を把握したところ、課題に係らず、在宅医療・介護連携の制度、コーディネーターの役割や在宅医療連携拠点との連携や協働に関することの割合が高く、コミュニケーションスキル等、対人関係に関することは低かった

# コーディネーター調査（概要）

- 「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」の取組状況について、全体では「取り組んでいる」が30.2%

■ 「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」の取組状況




全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

■ 市町村　「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」の取組状況

単位：%

| | | 調査数 | 取り組んでいる | 取り組んでいない | わからない | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 全体 | | 1597 | 30.1 | 55.0 | 13.1 | 1.8 |
| コーディネーター配置 | 基幹コーディネーター配置あり | 209 | 45.5 | 39.7 | 12.9 | 1.9 |
| | 基幹コーディネーター配置なし | 1368 | 28.2 | 58.0 | 13.4 | 0.4 |

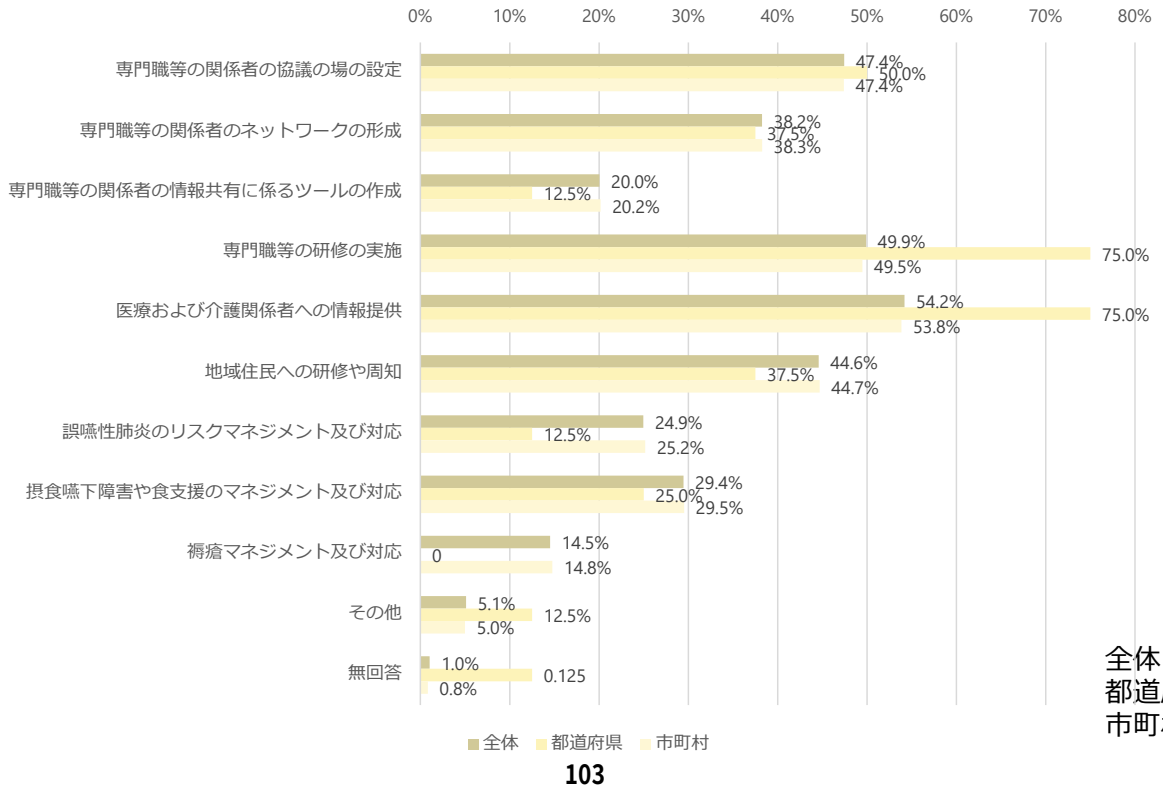
<参考>
基幹コーディネータの配置別では「なし」の「取り組んでいない」が58.0%となっている



# コーディネーター調査（概要）

- 「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」の内容について、全体では「医療および介護関係者への情報提供」が54.2%

■ 「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」の取組の実施内容



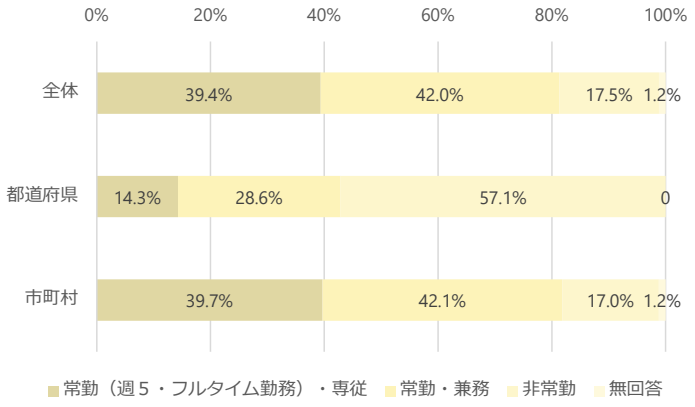

全体　　n=489
都道府県n=8
市町村　n=481

# コーディネーター調査（単純集計）



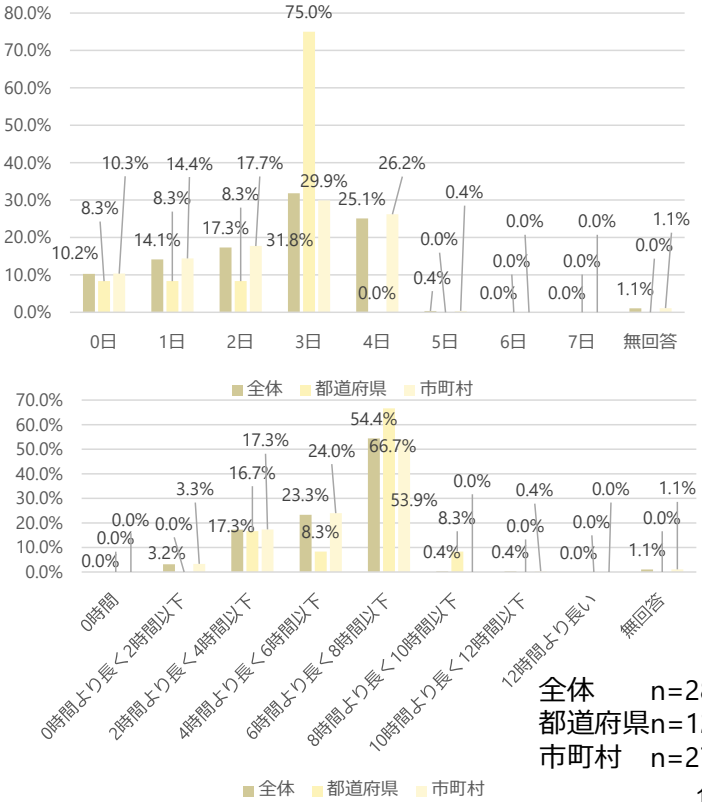
## コーディネーター調査（単純集計）

問1　勤務状況を教えてください。




全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

1-1「3.非常勤」を選択された方に伺います。勤務時間を教えてください。（記述）




全体　　n=283
都道府県n=12
市町村　n=271

# コーディネーター調査（単純集計）

問2　所属先を教えてください。

| | 全体 | 都道府県 | 市町村 |
|---|---|---|---|
| 病院（大学病院以外） | 13.2% | – | 13.3% |
| 病院（大学病院） | 0.7% | – | 0.7% |
| 診療所 | 1.4% | 9.5% | 1.3% |
| 薬局 | 0.1% | – | 0.1% |
| 訪問看護事業所 | 2.6% | – | 2.6% |
| 医師会 | 32.5% | 38.1% | 32.4% |
| 歯科医師会 | 0.4% | – | 0.4% |
| 薬剤師会 | 0.1% | – | 0.1% |
| 看護協会 | 0.1% | 4.8% | |
| 栄養士会 | 0.1% | – | 0.1% |
| 栄養ケア・ステーション | 0.1% | – | 0.1% |
| 理学療法士会 | 0.1% | – | 0.1% |
| 作業療法士会 | 0.1% | – | 0.1% |
| 言語聴覚士協会 | | – | |
| リハビリテーション協議会 | | – | |
| 都道府県 | 0.1% | 4.8% | |
| 保健所 | 0.5% | 38.1% | |
| 市町村 | 13.2% | – | 13.3% |
| 地域包括支援センター | 27.3% | – | 27.7% |
| 社会福祉協議会 | 0.7% | – | 0.8% |
| その他 | 5.7% | 4.8% | 5.7% |
| 無回答 | 1.2% | – | 1.3% |

問3　職種または保有資格等を教えてください。（複数回答）

| | 全体 | 都道府県 | 市町村 |
|---|---|---|---|
| 医師 | 0.7% | – | 0.7% |
| 歯科医師 | | – | |
| 薬剤師 | 0.5% | – | 0.5% |
| 保健師 | 23.1% | 19.0% | 23.1% |
| 看護師 | 47.8% | 28.6% | 48.1% |
| 歯科衛生士 | 0.8% | – | 0.8% |
| 介護支援専門員 | 39.1% | 19.0% | 39.3% |
| 管理栄養士 | 0.4% | 4.8% | 0.4% |
| 栄養士（管理栄養士を除く） | 0.2% | – | 0.2% |
| 理学療法士 | 1.2% | 4.8% | 1.2% |
| 作業療法士 | 0.7% | 4.8% | 0.6% |
| 言語聴覚士 | | – | |
| 社会福祉士 | 24.6% | 14.3% | 24.7% |
| 介護福祉士 | 7.8% | 4.8% | 7.9% |
| 精神保健福祉士 | 5.1% | 4.8% | 5.1% |
| 医療ソーシャルワーカー | 7.1% | 14.3% | 7.0% |
| 自治体担当者（行政職） | 3.8% | 4.8% | 3.8% |
| 自治体担当者（専門職） | 6.7% | – | 6.8% |
| その他 | 7.2% | 28.6% | 7.0% |
| 無回答 | 1.2% | – | 1.3% |

全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

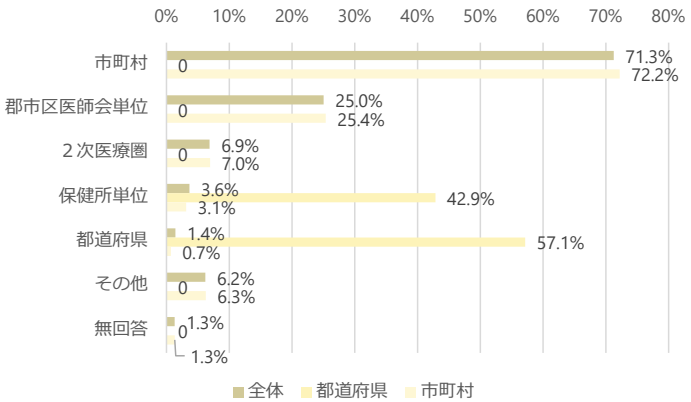
176

# コーディネーター調査（単純集計）

問4　コーディネーターとしての経験年数を教えてください。

| | 全体 | 都道府県 | 市町村 |
|---|---|---|---|
| 0年 | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| 0年より長く2年以下 | 30.5% | 33.3% | 30.4% |
| 2年より長く4年以下 | 19.5% | 23.8% | 19.4% |
| 4年より長く6年以下 | 15.7% | 19.0% | 15.7% |
| 6年より長く8年以下 | 18.0% | 14.3% | 18.0% |
| 8年より長く10年以下 | 8.9% | 9.5% | 8.9% |
| 10年より長い | 5.7% | 0.0% | 5.8% |
| 無回答 | 1.7% | 0.0% | 1.8% |

問5　コーディネーターとしての活動圏域を教えてください。（複数選択）

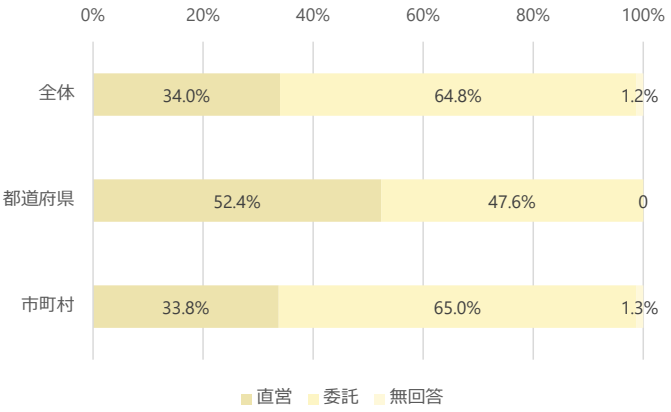



全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

177

# コーディネーター調査（単純集計）

問6-1　業務の実施形態を教えてください。




問6-2　御自身を含む所属先のコーディネーターの人数を教えてください。

常勤（週５・フルタイム勤務）・専従

| | 全体 | 都道府県 | 市町村 |
|---|---|---|---|
| 0人 | 4.9% | 0.0% | 5.0% |
| 0人より多く2人以下 | 32.3% | 14.3% | 32.5% |
| 2人より多く4人以下 | 6.0% | 4.8% | 6.0% |
| 4人より多く6人以下 | 2.0% | 0.0% | 2.0% |
| 6人より多く8人以下 | 0.1% | 0.0% | 0.1% |
| 8人より多く10人以下 | 0.6% | 0.0% | 0.6% |
| 10人より多い | 1.9% | 0.0% | 1.9% |
| 無回答 | 52.2% | 81.0% | 51.8% |

常勤・兼務

| | 全体 | 都道府県 | 市町村 |
|---|---|---|---|
| 0人 | 3.9% | 0.0% | 3.9% |
| 0人より多く2人以下 | 36.3% | 19.0% | 36.5% |
| 2人より多く4人以下 | 5.7% | 9.5% | 5.6% |
| 4人より多く6人以下 | 4.4% | 0.0% | 4.5% |
| 6人より多く8人以下 | 1.2% | 0.0% | 1.2% |
| 8人より多く10人以下 | 1.5% | 0.0% | 1.6% |
| 10人より多い | 0.2% | 0.0% | 0.3% |
| 無回答 | 46.7% | 71.4% | 46.4% |

非常勤

| | 全体 | 都道府県 | 市町村 |
|---|---|---|---|
| 0人 | 6.2% | 0.0% | 6.3% |
| 0人より多く2人以下 | 22.0% | 57.1% | 21.5% |
| 2人より多く4人以下 | 2.3% | 0.0% | 2.3% |
| 4人より多く6人以下 | 1.2% | 0.0% | 1.3% |
| 6人より多く8人以下 | 0.3% | 0.0% | 0.3% |
| 8人より多く10人以下 | 0.1% | 0.0% | 0.1% |
| 10人より多い | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| 無回答 | 67.9% | 42.9% | 68.2% |

全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597



# コーディネーター調査（単純集計）

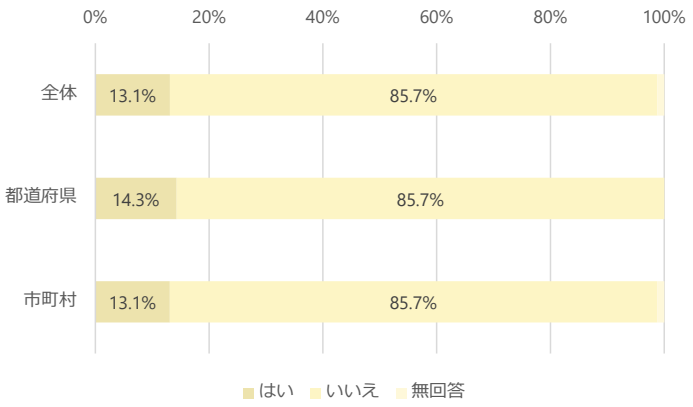
問6-3　業務内容を教えてください。（複数回答）

| | 全体 | 都道府県 | 市町村 |
|---|---|---|---|
| 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援 | 64.5% | 66.7% | 64.5% |
| 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | 77.2% | 90.5% | 77.0% |
| 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援 | 58.6% | 66.7% | 58.5% |
| 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援 | 82.2% | 71.4% | 82.3% |
| 多職種間の連携やネットワーク構築の推進 | 82.6% | 71.4% | 82.8% |
| 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携 | 69.5% | 90.5% | 69.3% |
| 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | 24.3% | 42.9% | 24.0% |
| 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | 26.5% | 33.3% | 26.4% |
| 地域住民への普及啓発 | 76.6% | 66.7% | 76.8% |
| 医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援 | 82.2% | 42.9% | 82.7% |
| 地域住民への相談支援 | 62.9% | 38.1% | 63.2% |
| 都道府県内のコーディネーターとの連携 | 27.1% | 38.1% | 26.9% |
| 他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携 | 23.0% | 42.9% | 22.7% |
| 自治体職員との連携 | 71.3% | 76.2% | 71.2% |
| 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加 | 51.9% | 33.3% | 52.1% |
| 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営 | 33.5% | 9.5% | 33.8% |
| 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加 | 15.5% | 19.0% | 15.4% |
| 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営 | 2.7% | 42.9% | 2.2% |
| 地域ケア会議への参加 | 59.8% | 14.3% | 60.4% |
| 地域医療構想調整会議への参加 | 6.4% | 4.8% | 6.4% |
| 医療計画に係る会議等への参加 | 3.7% | － | 3.8% |
| その他 | 3.6% | 14.3% | 3.4% |
| 無回答 | 1.2% | － | 1.2% |

全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

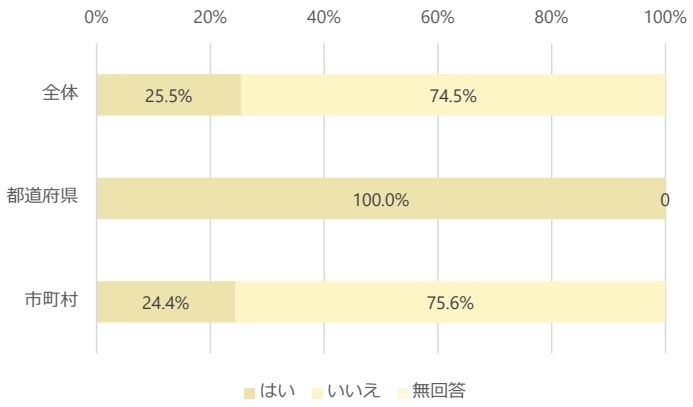
# コーディネーター調査（単純集計）

問6-4　貴方の所属先を管轄する自治体においては、現場的なコーディネーターと併せて基幹的なコーディネーターの配置がなされていますか。




全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

問6-4-1　問6-4で「1.はい」と回答した方に伺います。貴方は基幹的なコーディネーターですか。




全体　　n=212
都道府県n=3
市町村　n=209



# コーディネーター調査（単純集計）

問6-4-2　問6-4で「1.はい」と回答した方に伺います。基幹的なコーディネーターと現場的なコーディネーターとの関わりについて、各々の配置場所等を含めて具体的に教えてください。

**都道府県**

- 基幹的コーディネーターは県医師会設置の地域包括ケア推進拠点に配置、現場的コーディネーターは市町の考え方に基づき直営・委託に配置。基幹的コーディネーターは、現場的コーディネーターからの相談等に対応し、令和3年度より県下全域を対象とした研修会を実施している。

**市町村**

- 基幹的コーディネーターは主に市役所や地域包括支援センターなどの行政機関に配置されており、広域的な視点から業務を遂行している。一方、現場的コーディネーターは地域包括支援センターや医療機関に配置され、地域密着型の業務を担当している。
- 定期的な会議（年数回や月1回など）を通じて、基幹的コーディネーターと現場的コーディネーターが情報共有や課題解決に取り組んでいる。これにより、地域の医療や介護に関する連携が強化されている。
- 基幹的コーディネーターと現場的コーディネーターが兼務しているケースもあり、必要に応じて役割を流動的に切り替えることで業務の効率化を図っている。
- 医療・介護の連携支援の拠点設置:複数の病院や支援センターに、現場的コーディネーターを配置して医療・介護連携支援ステーションを運営している。これにより、地域住民からの医療や介護に関する相談に対応する体制が整えられている。

※抜粋です

全体　　n=212
都道府県n=3
市町村　n=209

# コーディネーター調査（単純集計）

問6-5　コーディネーターの配置が有効な取組を具体的に教えてください。

**都道府県**

- 市町村や多職種との連携を強化するため、会議や研修会に積極的に参加し、現場の状況を直接把握している。また、地域の状況に応じた支援を行い、県内の好事例を共有するなど、包括的なサポートを実施している。
- 在宅医療を支えるための人材育成や、ACPの普及に向けた活動を行っている。住民や専門職向けの研修やツールの作成、認知症ケアや地域リハビリテーションの推進に関する研修が含まれる。
- 保健・医療・福祉の専門職団体や市町村と協力し、地域包括ケアの推進に向けた会議や研修会を開催している。

**市町村**

- 適正な人材を配置することで、医療と介護の連携時の課題を明確にし、それに対する具体的な計画と取組を実施している。
- 地域の関係者間のネットワークを強化するために、各種研修会や会議、イベントの企画を通じて多職種間の連携を促進し、関係者同士の新たなつながりを構築する取組を行っている。
- 各地域の包括支援センターにコーディネーターを配置し、ACPの普及啓発活動を推進するとともに、医療・介護に関する相談窓口を設置し、地域住民や専門職からの相談に対応している。

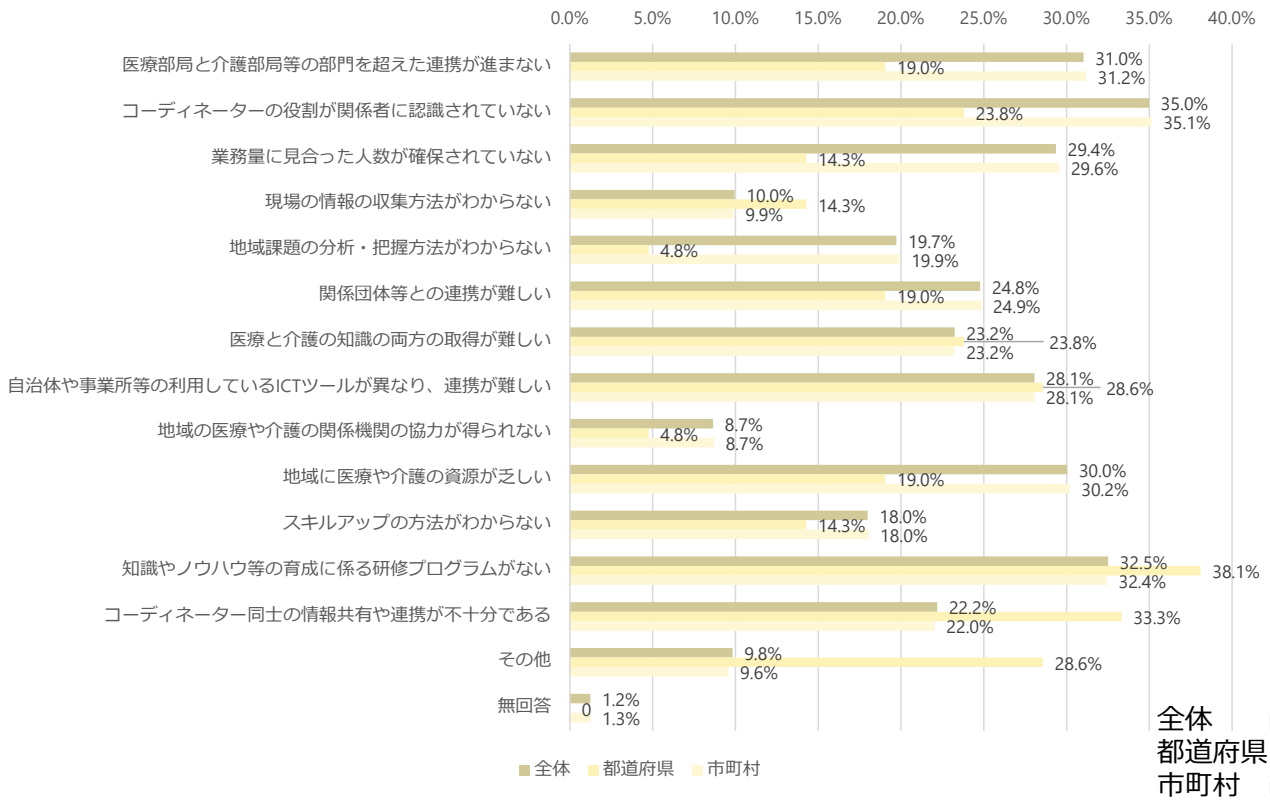
※抜粋です

全体　　n=376
都道府県n=7
市町村　n=369

182

# コーディネーター調査（単純集計）

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

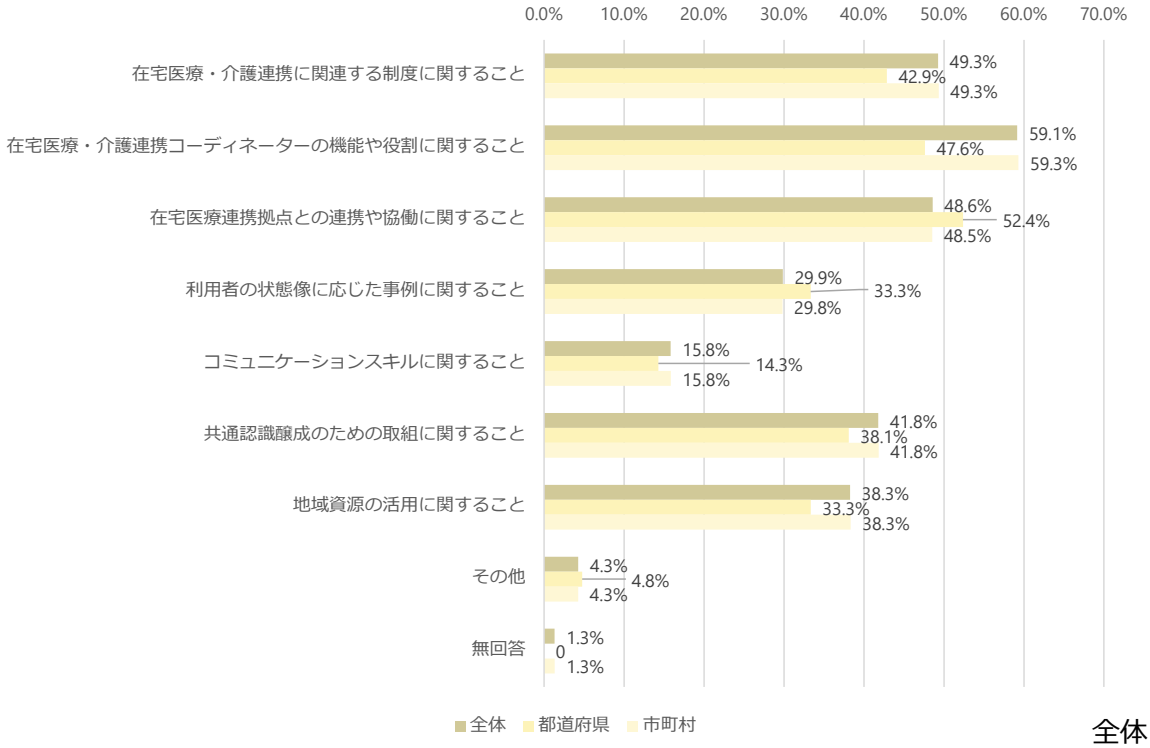



全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

183

# コーディネーター調査（単純集計）

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

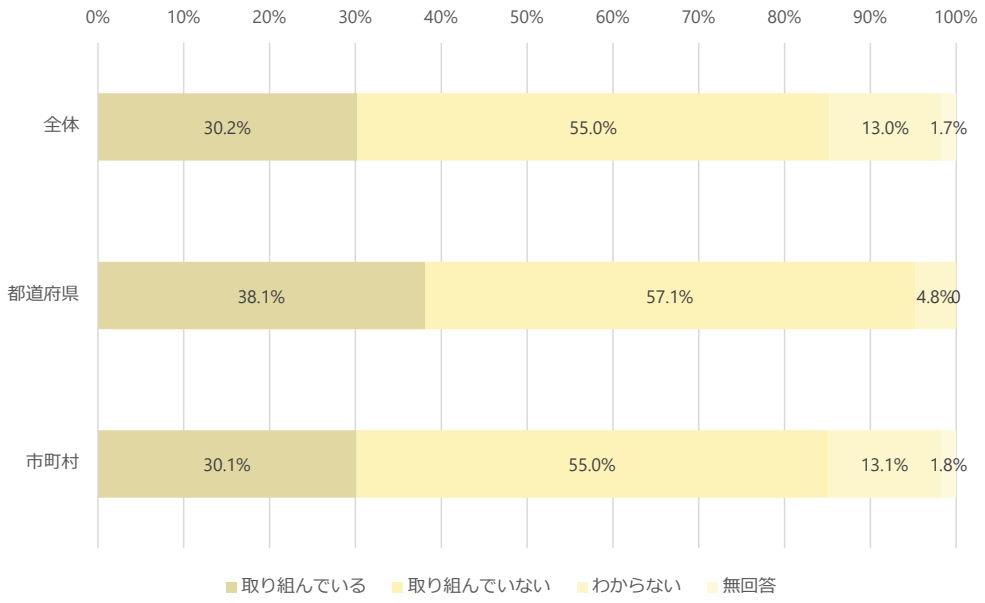



全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597



# コーディネーター調査（単純集計）

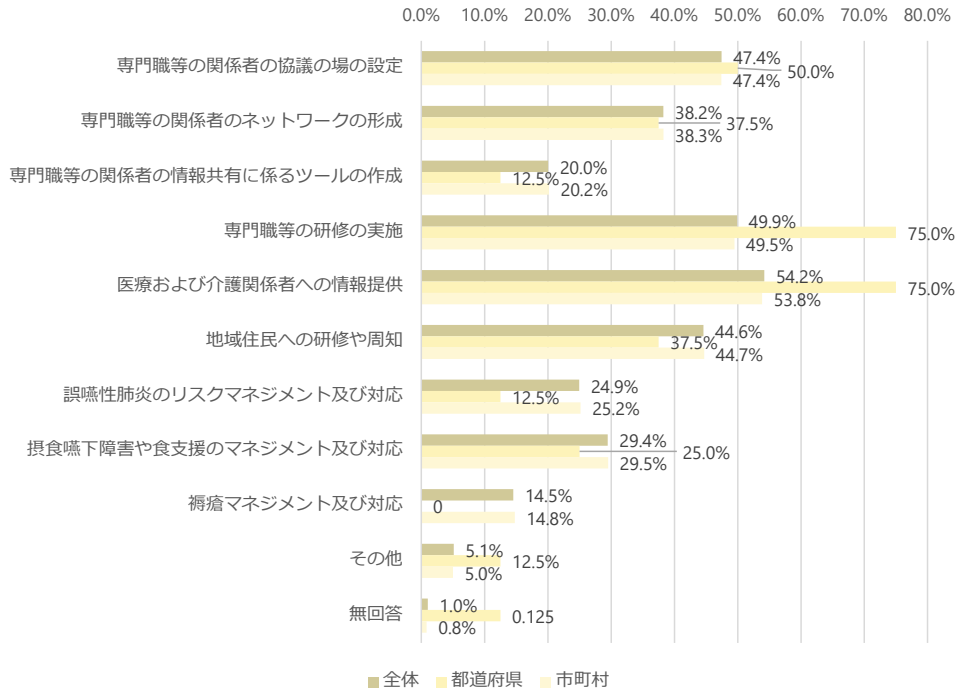
問7　「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいるかを教えてください。




全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

# コーディネーター調査（単純集計）

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

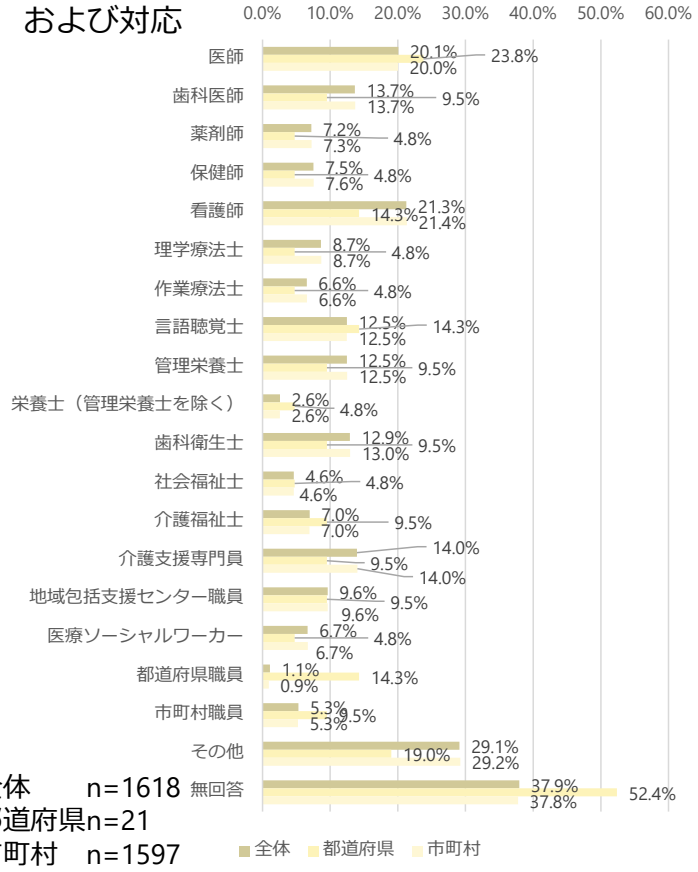



全体　　n=489
都道府県n=8
市町村　n=481



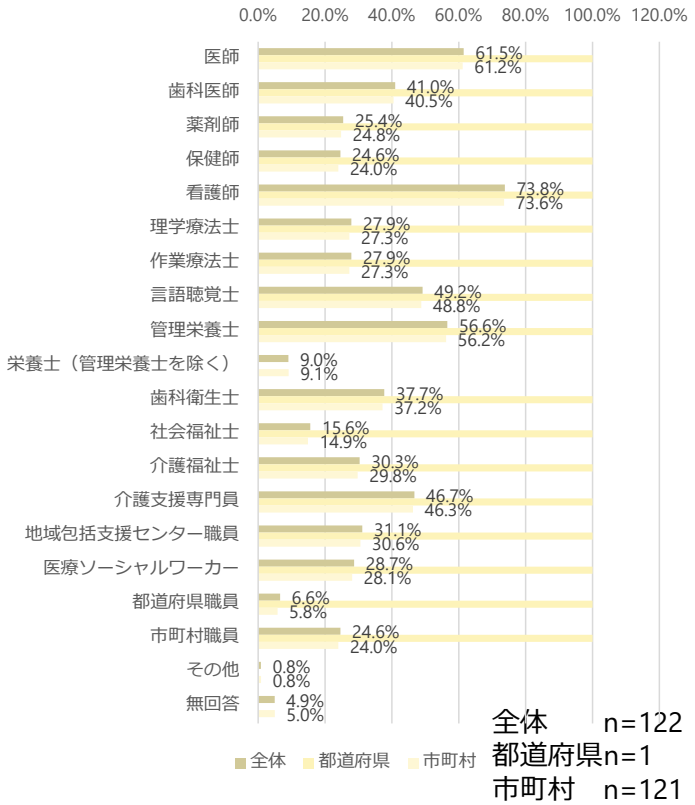
# コーディネーター調査（単純集計）

問10-1　誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応




全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

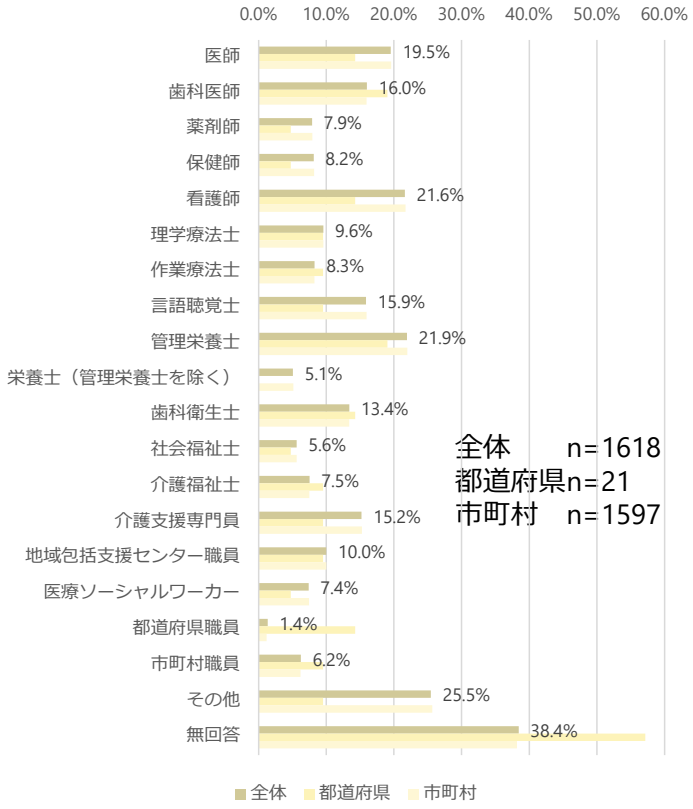
問10-1　誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応（問8で絞り込み）




全体　　n=122
都道府県n=1
市町村　n=121

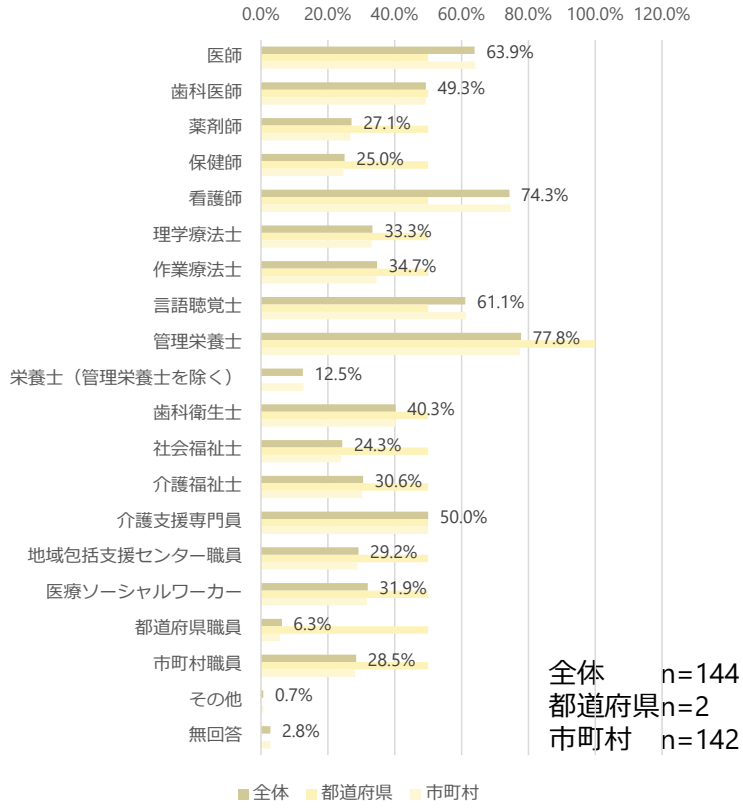
# コーディネーター調査（単純集計）

## 問10-2　摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応




全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

## 問10-2　摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応（問8で絞り込み）

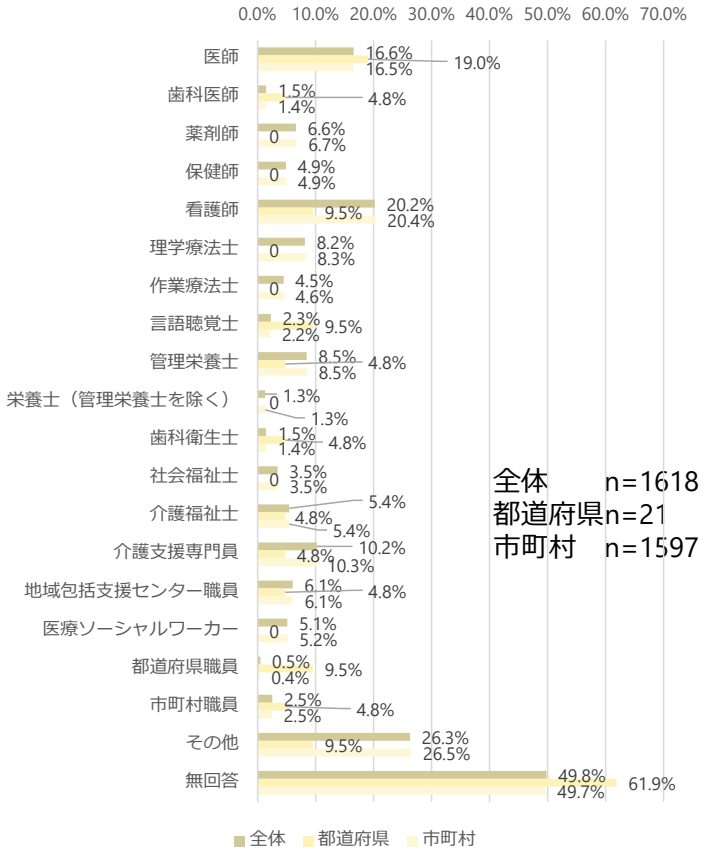



全体　　n=144
都道府県n=2
市町村　n=142



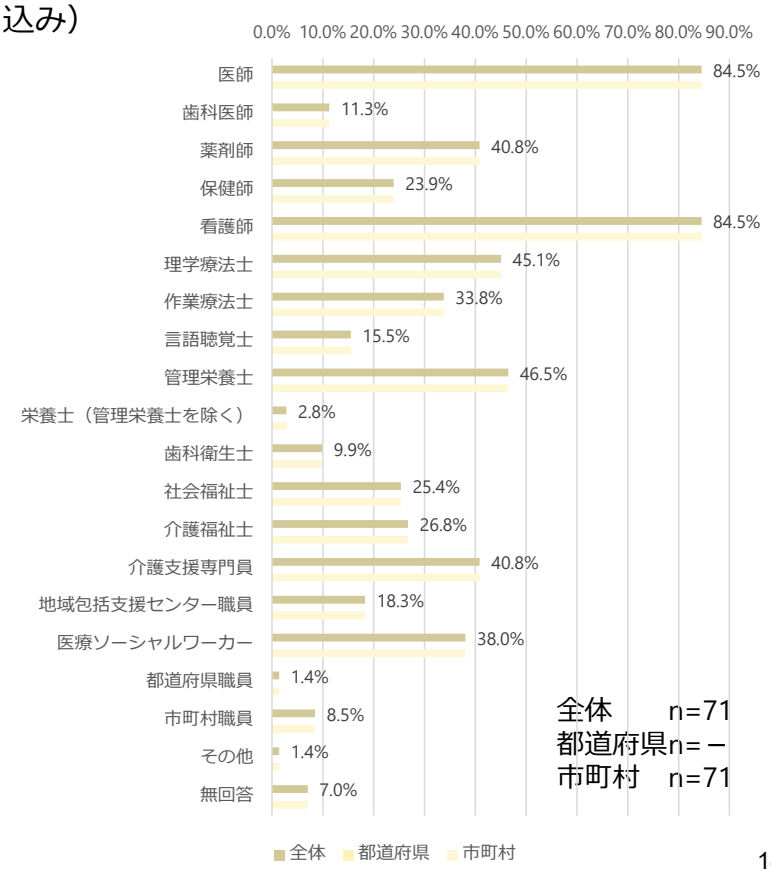
# コーディネーター調査（単純集計）

## 問10-3　褥瘡マネジメントおよび対応




全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

## 問10-3　褥瘡マネジメントおよび対応（問8で絞り込み）




全体　　n=71
都道府県n=－
市町村　n=71

# コーディネーター調査まとめ



## コーディネーター調査まとめ

| | 大項目 | 設問内容 |
|---|---|---|
| 1 | コーディネーター | ・R6年度調査とR5年度調査を比較して、勤務状況、所属先、保有資格、業務実施形態、活動内容、基幹的コーディネーターの配置状況で大きな差はみられない<br>・活動内容では、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が82.6%と高くなっている<br>・市町村の基幹コーディネーターをみると「介護に係る専門職等の人材育成・確保」「在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営」等の教育育成や場を創出する業務の割合が高くなっている<br>・コーディネーターとして活動する上での課題では、「コーディネーターの役割が関係者に認識されていない」が35.1%と高くなっている<br>・市町村の基幹的コーディネーターをみると「知識やノウハウ等の育成に係る研修プログラムがない」が37.3%となっている<br>・受けてみたい研修を把握したところ、在宅医療・介護連携の制度、コーディネーターの役割や在宅医療連携拠点との連携や協働に関することの割合が高く、コミュニケーションスキル等、対人関係に関することは低かった |
| 2 | 多職種連携 | ・リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組を行っていると回答したコーディネーターは30.1%、基幹コーディネーターの配置有無別では、「あり」の「取り組んでいる」が45.5%<br>・実施内容では「医療及び介護関係者への情報提供」が54.2% |

# コーディネーター調査まとめ

- コーディネーターの活用内容は多岐にわたり、その中でも「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が高くなっており、関係機関、関係者との調整を行っていることがうかがえる。
- 基幹的コーディネーターでは「介護に係る専門職等の人材育成・確保」「在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営」等の教育育成や協議の場への参加や創出する業務を担っていることがうかがえる
- コーディネーターとして活動する上での課題では、「コーディネーターの役割が関係者に認識されていない」が35.1%と高く、関係者への周知が必要と考えられる
- 一方、市町村の基幹コーディネーターの活動する上での課題では「知識やノウハウ等の育成に係る研修プログラムがない」が高くなっており、人材育成が課題であると考えられる
- 受けてみたい研修では、在宅医療・介護連携の制度、コーディネーターの役割や在宅医療連携拠点との連携や協働に関することの割合が高く、制度やコーディネーターの役割といったコーディネーターが活動する上で基本となる知識を伝達する研修が必要と考えられる

192

## ヒアリング調査目的・ヒアリング実施自治体

- 取組等の詳細に係る実態を的確かつ具体的に把握し、優良事例から課題や対応策を整理することで、他自治体の参考とする
- 令和５年度検討委員会の示唆から「多職種連携のさらなる推進」「協議体・地域ケア会議のあり方」「小規模自治体、過疎地域及び中山間地域への対応」「拠点との連携」の４分野についてヒアリングを実施した

| | |
|---|---|
| 多職種連携のさらなる推進 | **松戸市（千葉県）、川崎市（神奈川県）** |
| 協議体・地域ケア会議のあり方 | **熊谷市（埼玉県）** |
| 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応 | **東栄町（愛知県）** |
| 拠点との連携 | **肝属郡（鹿児島県）** |

0

## 多職種連携

### ◘ 千葉県　松戸市

松戸市は、地域包括ケアを推進するため、2019年より医師会主導でICTを活用した在宅医療介護連携体制を整備した。多職種間での情報共有を強化し、「地域を一つの病院」と捉える視点で連携を促進している。病院内で情報共有なしにケアをすることはなく、地域でも同じような環境の整備に尽力。タグ付け機能を活用した効率的な情報整理や共有が行われている。これらの取組により、情報の双方向性と共有範囲を拡大し、多職種が相互に学び合える仕組みを構築している。

Point
ICTツールの活用した多職種の連携

### １．ICTツールの活用による多職種連携概要

**背景**

- 2011年「在宅療養連携拠点事業」として在宅医療・介護連携に取り組む
- 2014年から地域包括ケアについて話し合うプラットフォーム（松戸市医師会在宅ケア委員会）を設立。
  現状や課題について話し合う環境を整備
- 在宅医療と介護の現場で多職種が効率的かつ効果的に情報を共有し、利用者のケアを最適化することを目的に2019年からICTツールを導入

**参画団体**

松戸市医師会、松戸歯科医師会、松戸市薬剤師会
松戸市訪問看護連絡協議会、松戸市訪問介護事業所連絡協議会
松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会
松戸市小多機看多機連絡協議会
松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会
松戸市福祉用具事業所連絡協議会
在宅ケア委員会に出席する職能団体又は委員会が認める職能団体

Point
多数の関係機関が無料で利用可能（松戸市の医療・介護・福祉等職能団体及び事業者団体に加盟する医療機関、事業所）。

1

## 2．　ICTツールの活用による多職種連携の工夫

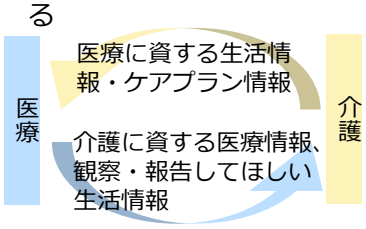
### （1）理念の重要性

医療や介護が共通の目標に向かって取り組むという合意形成のもと、多職種連携を持続可能なものするためのツールとしてICTが導入されている。

理念　：「地域を一つの病院」

医療と介護が別々に機能するのではなく、互いの情報や専門性を共有し合うことで、患者（利用者）に一貫したケアを提供するという目標

- 病院では共通記録をみて患者、利用者のケアをする




**ICTツールの導入**

- 多職種間の効率的かつ効果的な情報の共有
- 情報共有を円滑化し、職種間の理解を深められる

### （2）ICTツールの意義の理解（事例勉強会の開催）

毎月、情報共有を通じてケアの質が向上した好事例を紹介することで、各職種がICTを活用するメリットを実感でき、ICTの有用性を深く理解できるようになっている。

**好事例集の紹介**

- 毎月実施好事例を発信（導入後2年間実施）

- ICTを効果的に使いこなすスキルの向上
- 多職種間での円滑な情報共有が促進

**ICTツールの意義の理解が浸透**

- 利用機関は増加中



2

多職種連携

## 2．　ICTツールの活用による多職種連携の工夫

### （3）利用ルールの徹底（電子カルテではないことを明確に）

- ICTツールの運用において、松戸市では「電子カルテではない」という認識を徹底することが重要視されている
- 電子カルテと異なり、ICTツールは多職種が共有すべき情報を簡潔かつ要点を押さえて記録するためのプラットフォームとして利用
- 具体的には、診療記録や個人情報の詳細ではなく、ケアや生活情報に焦点を当てたタグ付けを推奨
- 運用ルールを明確化することで、夜間の利用や緊急時の対応といった使用場面が適切に管理されている
- 「二度書き」を防ぐ記録の記載方法や運用を推奨

情報過多や不適切な利用を防ぎ、ICTツールを効率的に活用するための土台に

**タグの機能**

- 利用者の情報を「転倒」「急病・合併症・急性増悪」「薬剤関連情報」「生活支援」「ACPに資する情報」などの２０種類のタグで分類し、必要な情報にすぐにアクセスできる仕組みを構築
- これにより、医療職は患者の治療状況を把握しやすくなり、介護職に介護に資する医療情報を伝え、介護職は生活面の情報を医療職に伝えることで、より包括的なケアを提供
- ケア計画の見直しや多職種間での意思決定にも有効
- 訪問看護師が記録した情報が医師や薬剤師にとって治療方針の決定に貢献する一方、医師が付けたタグが介護職員の実務に反映されることで、双方の視点が共有される

- タグは単なる情報整理のツールに留まらず、多職種間の知識とスキルの相互作用を生み出す媒介
- 松戸市の取り組みでは、タグの活用が効率的な情報共有だけでなく、患者（利用者）中心のケアを支える重要な仕組みとして機能しており、地域包括ケアの実現に貢献

3

## 2．　ICTツールの活用による多職種連携の工夫

### （4）教育的な意義

- タグを活用した情報整理や共有は、各職種が他の視点や専門性を学ぶ機会となっている
- 医師が登録した治療方針をケアマネジャーが学び、介護職員が患者の生活情報をフィードバックすることで、連携の質が向上
- ICTを通じて成功事例や改善点を共有することで、職種間での知識の蓄積やスキル向上に寄与

ICTツールを利用した多職種間の学び合いが地域全体のケアの質を向上させる重要な要素に

### （5）使い続けることの重要性と広報

- 使い続けることで、システムになじみ、情報の共有や連携がスムーズに行えるように
- 使用頻度が高まることで、新たな課題が浮き彫りになり、改善策を講じることが可能
- 利用者間でのフィードバックの仕組みを整備し、ツールの改良や運用方法の見直しを行うことで、持続的な利用を促進
- ICTの導入初期には利用者が限定的であったため、医師会や市が中心となり、ツールのメリットや利用事例を分かりやすく伝える活動を展開
- ICTツールを利用している職種からの好事例や成功体験を紹介し、新規利用者にとっての導入ハードルを下げる工夫





## □ 神奈川県　川崎市

川崎市の在宅医療・介護連携は、地域において自立した日常生活を営むことを支援する地域リハビリテーションの取組をもとに、総合リハビリテーション推進センター、地域リハビリテーションセンター、地域リハビリテーション支援拠点等が高齢者を支える地域の専門職を支援することで多職種が連携し、リハ職がケアマネジャーや地域包括支援センターと協働して、利用者の在宅生活を包括的にサポートしている。

また、情報共有の推進やACP（人生会議）の普及を通じて、終末期ケアを含む切れ目のない支援体制を構築。地域全体で住民の自立と安心を支えている。

## 1．川崎市の地域リハビリテーション体制の整備

背景・経緯

- 川崎市は、1971年（昭和46年）から精神、知的、身体の3障害分野で地域リハビリテーションを推進
- 1999年（平成11年）、市内に複数の地域リハビリテーションセンターを設置する構想が具体化。
- 2015年に「地域包括ケアシステム推進ビジョン」を策定し、その対象を高齢者だけでなく、障害者や子ども、ケアを必要とする全ての市民に拡大
- これにより、従来の障害分野の取組に加え、高齢者や子どもを含めた全世代・全対象型の支援を実施
- 2021年には、既存の3つの地域リハビリテーションセンター(体制図①）に加え、総合リハビリテーション推進センター（体制図②）を設置。相談支援体制も再編し、医療や福祉が一体となった包括的な支援体制を整備

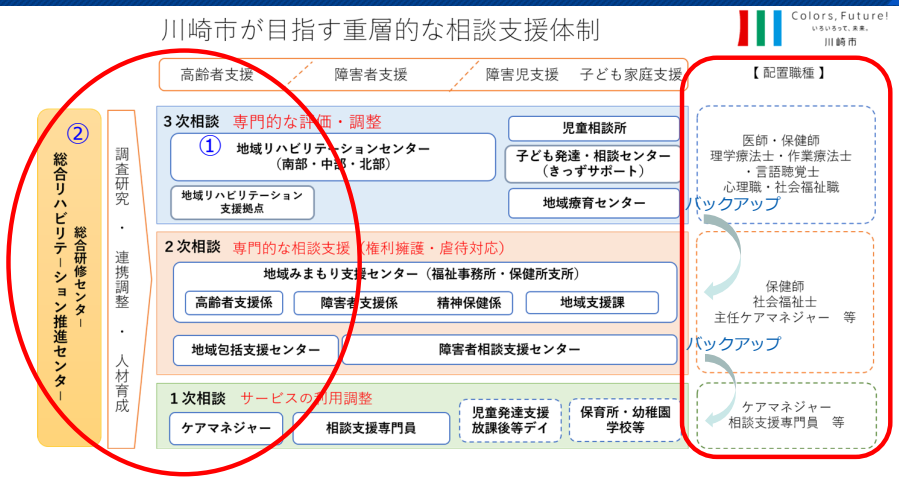
<地域リハビリテーションセンターの整備>

| 年 | 概略 |
|---|---|
| 2008年（平成20年） | 北部リハビリテーションセンター（麻生区）開設 |
| 2016年（平成28年） | 中部リハビリテーションセンター（中原区）開設 |
| 2021年（令和3年） | 南部リハビリテーションセンター（川崎区）と総合リハビリテーション推進センターが開設。 |

Point

ここでの「地域リハビリテーション」という文言は、直接的な訓練を指すのではなく、生活の自立や社会参加を支える理念を表す

# 多職種連携




専門職を効率的に配置し、高度な相談にも包括的に応じることができる体制を整備

Point

障害分野、子ども分野等も含めた重層的な体制を構築

## 2．在宅医療・介護連携における地域リハビリテーション施策の全体像

在宅から病院、再び在宅へと戻る高齢者の支援体制を強化する必要性から、リハビリテーションの視点を踏まえて、地域において自立した日常生活を営むことを支援する地域リハビリテーションの取組を推進している。リハビリテーションにかかる課題は、

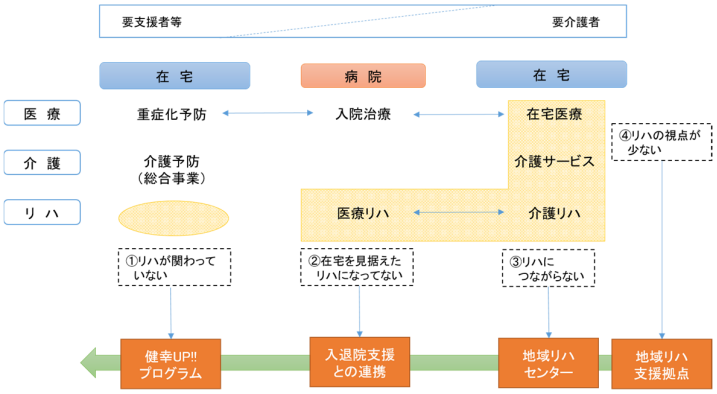
①リハビリテーションが介護が必要になる前の段階で関わる機会が少ない

②入院中のリハビリテーションは在宅生活を十分に見据えることが難しい

③在宅でのリハビリテーションが日常生活につながりにくい

④ケアプランにリハビリテーションの視点が十分取り入れられていない

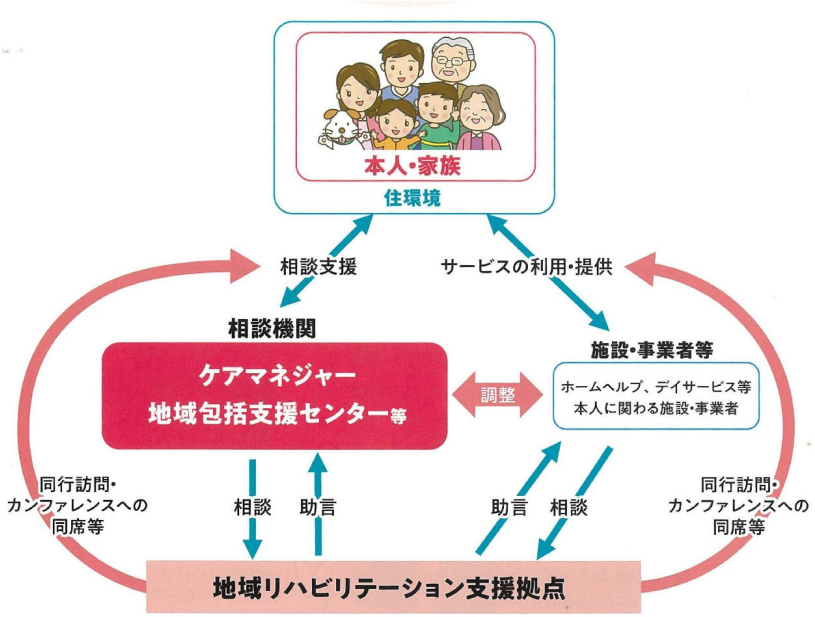
等あり、その解決に向けて相談体制を整備している。




# 多職種連携

## 3．地域リハビリテーション支援拠点の設置

今後のさらなる要介護高齢者の増加を見据えて、質の高い在宅医療・介護サービスを包括的かつ効率的に提供できるようにするために、相談支援・ケアマネジメントのプロセスにリハビリテーション専門職が関与する体制を構築し、サービスの質の向上と多様な分野の連携を促進することを目的とし、2021年（令和3年）に地域リハビリテーション支援拠点を設置した。




- 2024年（令和6年）現在、市内11カ所の病院、介護老人保健施設に拠点を設置
- コーディネーター（理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST））が相談に対応
- 訪問やカンファレンスに同席し、相談内容に応じてリハビリの視点で助言・提案

出典：地域リハビリテーション支援拠点のご案内

## ４．今後、強化したいと考えている取組

川崎市では、リハ職の視点を取り入れた在宅医療介連携における多職種連携を推進している一方で、次の課題も抱えている。
これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

| 課題 | 対応策（案含む） |
|---|---|
| ・介護が必要になる前からアプローチする | 【かわさき健幸UP！！プログラムの創設】<br>・日々の生活動作に不安や難しさを感じている高齢者に対し、リハビリテーション専門職が一人一人の希望を確認し、生活改善方法を提案<br>・介護予防の観点から、自立支援を目的とし生活習慣の改善や行動変容、地域活動参加等を促す |
| ・意思決定支援・ACPの観点に基づく「暮らしの情報連携」と「病院と在宅の多機関連携」<br>かかりつけ医等が把握していた暮らしや生活情報が支援者に引き継がれないことや、支援者と本人・家族の間で病状や本人の意思を共有できていないことにより、本人の意思が不明なまま終末期を迎えてしまう | リハ職も参加<br>【川崎市在宅療養推進協議会の取組】<br>・市内の医療・介護関係団体で構成する「川崎市在宅療養推進協議会」で検討<br>・本人の意思を確認するツールを作成し、関係機関による効果的な情報連携の方法等を検討<br>・市内の地域特性を踏まえた病院と在宅の連携パターンのモデルを作成し、モデルを活用した実践につなげる |





## ◘ 埼玉県　熊谷市

熊谷市では、高齢化率が上昇しており、在宅医療や介護の需要が増加している。そのため、市内の医療資源やサービスを効率的に活用し、地域の特性に合った支援を提供する必要がある。県の主導により熊谷市医師会と協議を重ね、熊谷生協病院を在宅医療支援の拠点として設置した。この拠点を中心に、医師や看護師、薬剤師など多職種が連携する仕組みを構築し、「くまねっと」などのデジタルツールを活用して地域住民との連携を進めている。
また、協議体では地域住民参加型の体制を目指し、顔の見える関係づくりに注力している。

Point
拠点と協議体が両輪となって、在宅医療・介護連携を促進

### １．協議体の概要

**部会の役割**

- 在宅医療・在宅介護の課題の抽出と対応策の検討
- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援

**目標（スローガン）**

- 地域住民参加型の顔の見える関係を目指す

**部会構成員**

| 職種 | 人数 | 職種 | 人数 |
|---|---|---|---|
| 医師 | 2 | ケアマネジャー | 2 |
| 歯科医師 | 1 | 保健所職員 | 1 |
| 薬剤師 | 1 | 消防職員 | 1 |
| 訪問看護師 | 1 | 拠点コーディネーター | 1 |
| 理学療法士 | 1 | 地域包括支援センター職員 | 2 |
| 管理栄養士 | 1 | 合計 | １４ |

# 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

## 2．協議体の具体的な活動内容

| 年 | 概略 | 内容 |
|---|---|---|
| 2016年（平成28年） | 協議体の設立 | 協議体の設立初回の協議会が開催され、在宅医療・介護の供給体制構築に向けた課題の抽出と実施方法を議論。 |
| 2019年（令和元年） | 10年先を見据えた課題抽出 | 今後の体制構築に向けて、始めるべきこと、見直すべきことを整理し、具体的な課題を抽出。 |
| 2020年（令和2年） | スローガンの策定 | 「地域住民参加型の顔の見える関係を目指す」をスローガンに掲げ、多職種間の連携強化に注力。 |
| | 入退院支援ルールの策定開始 | 地域内の病院や介護施設間でのスムーズな連携を実現するため、ルールの策定を進める。 |
| 2021年（令和3年） | ACP（人生会議）の普及啓発開始 | 講師人材バンクの登録制度を導入し、普及活動を強化。 |
| | 119シートとの連携議論 | 救急対応時に活用される情報シートにACP関連情報を含める提案が議論される。 |
| 2022年（令和4年） | 「くまねっと」の立ち上げ | 医療介護連携推進ネットワークとして、地域資源の一元管理と情報共有を目的としたツール「くまねっと」が導入される。 |
| 2023年（令和5年） | 市民向けACP普及啓発活動 | 市民向けACP普及啓発活動市報に特集記事を掲載し、住民への周知活動を強化。 |
| 消防がオブザーバーに | 消防職員をオブザーバー | 救急搬送時の対応強化を目的に、消防職員にオブザーバー（2023年5月から）参加を依頼。2023年11月に119シートの議論は収束したが、救急との情報共有と連携が重要との考えから正規メンバーに（2024年2月から） |
| 2024年（令和6年） | 多職種交流の機会創出 | 医療・介護関係者の研修会や懇親会を企画し、顔の見える関係の推進に努めている。 |
| | 普及啓発講座の拡大 | 出前講座の回数を倍増し、医師以外の多職種も講師として活躍できる体制を構築。 |
| | さらなる普及啓発の強化 | 中学校での講座実施や幅広い世代への情報発信を計画中。 |



# 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

## 3．協議体の運営の工夫

熊谷市では、協議体が有機的に機能するために、スローガンの設定や課題の抽出を行い、協議体で実施すべきことに焦点をあてている。定期的、継続的に協議体を開催することで、具体的な進捗を確認、さらなる課題について、対策を練るといった持続可能な運営がみられた。

### 地域住民の参加を促進

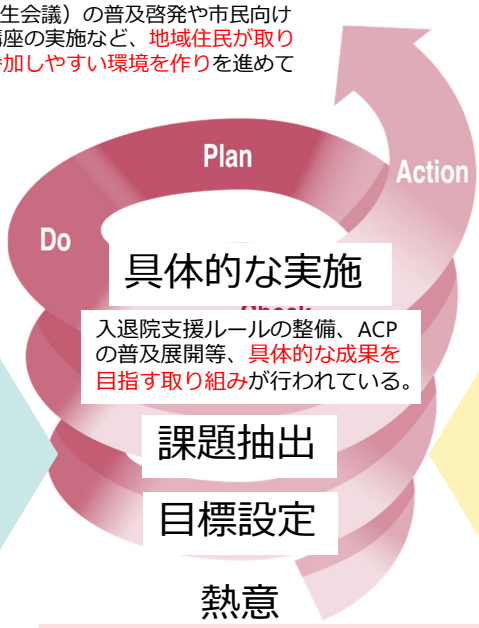
ACP（人生会議）の普及啓発や市民向けの出前講座の実施など、地域住民が取り組みに参加しやすい環境を作りを進めている

### 体制の調整

必要に応じて構成員を増員するなど、特定の課題に応じたメンバー構成を調整。例えば、消防職員を正規メンバーとして迎えたことにより、救急医療との連携を強化。

### 多職種連携と専門性の活用

医師、ケアマネジャー、消防職員など多職種が参加し、それぞれの専門知識を生かした議論。多職種連携は、包括的な議論と効果的な対策の策定を可能に。




### 定期的な会議開催と継続性

定期的に会議を開催し、多職種が顔を合わせて意見交換を行う場を維持。継続的に会議を開くことで、途切れのない連携が保たれている。

### 実務的なサポート体制

市の長寿いきがい課が事務局として、資料作成や会議運営を一手に担う。これにより、会議の円滑な進行が実現されている。

# 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

## ４．協議体運営等に関する現在の課題

熊谷市では、協議体を活用し、在宅医療・介護連携事業を推進している一方で、次の課題も抱えている。
これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

| 課題 | 対応策（案含む） |
|---|---|
| • マンパワー不足<br>職員の数が限られており、日々の業務が優先される中で計画的な課題解決が難しい現状がある。 | 事業を分担することで効率的な運営を目指している。 |
| • 協議体継続性の懸念<br>協議体を支える中心人物の異動や役職の変更により、現在の体制が将来的に維持できるかが不透明である。 | 多職種交流の機会を創出することで関係者間の協力を深めている。 |
| • 市民への周知不足<br>ACP（人生会議）や連携ツール「くまねっと」の利便性が十分に市民に伝わっておらず、利用率が低い。 | 市報や出前講座を活用して市民への普及啓発活動を強化している。 |



# 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

## ◘ 愛知県　東栄町

東栄町は、中山間地域の高齢化率が約51%と進行する中、住民が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、在宅医療介護連携を推進している。設楽町・豊根村と連携、東栄診療所に一部事業を委託し「在宅医療介護サポートセンター」を設置、サポートセンターと3町村共同で事業を進めている。地域医療介護総合確保基金の終了後も体制を維持し、ICTツールを導入して、災害時の情報共有や専門職間の連携を強化してきた。地域複合施設「ひだまりプラザ」を拠点とした多職種連携や住民啓発活動、近隣自治体との協力により、課題に取り組んでいる。

Point
複数自治体による事業の推進
ICTツールの活用

## １．市の概要

**背景**

- 過疎化と高齢化が進む中、医療・介護体制の不足が顕著。
- 医師会主導で在宅医療サポートセンターが設立されていたが、地域医療介護総合確保基金終了に伴い3町村で連携し事業を継続。現在は広域連合事業として、3町村共同で事業を展開している。
- 広域連合内（豊橋市、新城市、田原市など8市町村）での連携体制構築を図る中、特に3町村（東栄町、設楽町、豊根村）が協力し体制を維持。

**市の概要**

| | |
|---|---|
| 人口 | 2,840人（2023年3月末時点） |
| 高齢者人口 | 1,441人（2023年3月末時点） |
| 高齢化率 | 50.7%（2023年3月末時点） |
| 在宅療養支援病院 | 0（2021年3月末時点） |
| 在宅療養支援診療所 | 1（2021年3月末時点） |
| 訪問看護ステーション | 1（2021年3月末時点） |

設楽町、豊根村の在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションは「0」

# 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

## 2．具体的な活動内容

| 年 | 概略 | 内容 |
|---|---|---|
| ～2017年（平成29年）以前 | 県主導による在宅サポートの整備 | 県主導による東栄医療センターが運営する在宅サポートセンターが、設楽町・豊根村を含む3町村の在宅医療介護を支援。<br>愛知県医師会の委託により、在宅医療サポートを展開。 |
| 2018年（平成30年） | 県から広域連合への移行 | 地域医療介護総合確保基金が終了。<br>広域連合主導で「在宅医療介護連携推進事業」に移行。<br>3町村（東栄町、設楽町、豊根村）が協力し、広域連合から委託を受ける形で事業継続。<br>在宅医療介護サポートセンターを3町村で継続 |
| 2021年（令和3年） | 交通網の改善 | 三遠南信自動車道の一部（東栄～佐久間間）が開通。<br>医療・福祉施設へのアクセスが改善され、静岡県浜松市佐久間町との連携が進展。 |
| 2022年（令和4年） | 福祉複合施設開設 | 東栄町の福祉複合施設「ひだまりプラザ」が完成。 |
| | 多職種連携の強化 | 診療所、福祉課、社協などが福祉複合施設内で隣接することで、多職種連携が強化。 |
| 2023年（令和5年） | 災害による転機 | 大雨による土砂崩れにより東栄町が一時孤立。<br>災害時の情報共有ツールとしてICTツールの活用、利用促進が進む |
| 2025年（令和7年）予定 | 交通の充実 | 三遠南信自動車道のさらなる延伸により、浜松市の医療機関へのアクセスがさらに向上する見込み。 |



# 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

## 3．中山間地域での工夫

東栄町、設楽町、豊根村と連携し、在宅医療介護の推進に向けた研修会や住民啓発活動を合同で開催している。
地理的要因により従来から東栄町診療所と医療支援を通じて連携があった、県外の医療機関との連携を行い、医療資源の不足に対応をしている。連携にあたっては、ICTツールを活用し、県外病院にもICTツールを活用できる体制を整えている。

### 3町村連携の事例

- 在宅医療介護サポートセンターの共同設置

サポートセンターに配置された医療・介護の知識を持つコンダクターが相談窓口となり、必要な医療・介護の機関につなげる

- 多職種向けの研修や住民向け講演会では、テーマを共有し、開催地を持ち回り制にすることで効率化
- 住民の移動の負担を軽減するために、オンラインで各町村の会場を繋ぐ形態も採用

個別開催時の負担軽減や専門知識の普及を実現し、限られた地域資源の中で効率的に住民サービスを提供

**Point**

町と医療機関との連携関係ができていた

### 県を越えた医療機関との連携




ICTツールでの患者情報を県外で共有することへの懸念

- 東栄町の担当者が災害時の利便性や日常的な情報共有の重要性を説明、具体的な活用方法を提案
- 県外病院がシステム利用を承諾
- 通常時の患者状況の把握

情報共有が加速

**Point**

ICTツールで災害時の安否確認が可能。土砂災害を機に加速度的に普及。現在は要支援以上の全てが利用

# 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

## ４．中山間地の課題

中山間地においてさまざまな工夫を行い、在宅医療・介護連携事業を推進している一方で、次の課題も抱えている。これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

| 課題 | 対応策（案含む） |
|---|---|
| • 人材不足<br>在宅医療サポートセンター職員が減少、医療・介護現場のスタッフの確保が難航、行政職員の経験不足、頻繁な交代（一般論） | 他自治体と協力し、講演会や研修を合同開催して負担軽減。在宅医療介護の中核を担う職員の役割分担と負担軽減。経験豊富な職員のノウハウを若手に継承する体制を整備。 |
| • 災害時対応<br>土砂災害による孤立を経験したことで、危機感は醸成されているが、安否確認や情報共有の困難さにより医療・介護サービスの提供が遅延の可能性 | ICTツールを活用した安否確認や情報共有を円滑化。災害時のみ民生委員、防災士や自主防災会もアクセスできる設定となっており、関係者を活用した地域の協力体制を強化した円滑な連携手順の確立を目指す。 |
| • 医療・介護連携の維持<br>人材確保が難しいなか、現状をどのようにして維持していくかが大きな課題 | 福祉複合施設「ひだまりプラザ」を拠点とした、多職種連携によって広域を支える支援の体制を維持。<br>ICTツールを活用した情報共有の推進。 |

16

# 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

## □ 鹿児島県　肝属郡

肝属郡医師会立病院は、鹿児島県錦江町と南大隅町における医療・介護連携の中核的役割を担う拠点病院である。急性期から慢性期、在宅療養まで幅広い医療サービスを提供するとともに、地域包括ケア病棟を活用した退院支援や訪問診療、在宅療養支援診療所との連携を推進している。

また、多職種連携を強化するため、地域包括支援センターや訪問看護ステーション、ケアマネジャーと連携し、困難事例への対応や情報共有するなど、医師会や行政と協力してワーキングチームを設置し、地域課題を共有しながら具体的な解決策を検討する仕組みを構築している。さらに、ICT導入による効率化や、鹿児島大学との連携による地域医療枠の医師育成を進めることで、医療人材の確保や持続可能な医療体制の整備を実現。地域の医療・介護連携の要として、住民が安心して暮らせる環境づくりを支えている。

Point
地域を支える医療・介護連携の要

## １．拠点の概要

**拠点の役割**

- 鹿児島県錦江町と南大隅町は、いずれも高齢化率が50%近くに達しており（2020年国勢調査時点）、医療・介護資源が限られている
- 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築

**目標（スローガン）**

- 住み慣れた地域で安心して人生の最期まで暮らせるまち

**病院概要**

| | | |
|---|---|---|
| 許可病床数 | | 196床 |
| 常勤医師 | | ７人 |
| 地域連携室 | 社会福祉士 | 3人 |
| | 保健師 | ４人 |
| | 公認心理士 | １人 |
| | 事務職 | １人 |

17

# 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

## 2．在宅医療連携拠点の具体的な活動内容

| 年 | 概略 | 内容 |
|---|---|---|
| 2011年（平成23年）～<br>2012年（平成24年） | 取組の契機 | 厚生労働省が進める在宅医療連携拠点事業を2011年に把握。翌2012年度に応募し採択。医師会立病院を中心に、地域包括支援センターや訪問看護ステーションとの情報共有を進め、連携基盤の準備を整備。 |
| 2012年（平成24年）～<br>2013年（平成25年） | 多職種連携の構築 | 医師、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員など、多職種が参加するワーキングチームが設立。<br>・訪問診療や在宅療養患者の急変時対応の仕組み作り。<br>・訪問入浴サービスの提供開始。<br>・喀痰吸引体制の整備（訪問ヘルパーへの技能講習実施）。 |
| 2014年（平成26年） | 現状課題の把握 | 地域の現状を把握するため、定期的なデータ収集・評価を開始。<br>（自宅等退院患者割合、在宅復帰率（地域包括ケア病棟）、在宅復帰率に係る加算の評価） |
| | 研修会の開催 | 多職種連携の強化に向けた研修会を開催。 |
| 2015年（平成27年） | 認知症対策 | 認知症初期集中支援チームを設置（厚労省のモデル事業） |
| | 重点課題の設定 | 高齢者独居問題や身寄りのない高齢者への対応強化を重点課題に設定。 |
| 2016年（平成28年）～<br>2018年（平成30年） | ICT導入の検討 | ICT導入に関する議論を開始。 |
| | 大学との連携 | 鹿児島大学医学部との連携が本格化し、地域医療枠の医師育成が進展。 |
| 2019年（令和元年）～<br>2021年（令和3年） | ICTの活用 | ICTを活用した効率的な情報共有基盤の試験運用を開始。 |
| | 訪問診療の拡充 | 訪問診療のカバーエリアを拡大。 |
| 2022年（令和4年）以降 | 困難事例にも対応した取り組み | 独居高齢者の生活支援や認知症ケアを重点施策として取組を継続。<br>困難事例等にも対応した、地域包括ケアシステムの構築を進める。 |



# 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

## 3．拠点との連携の工夫

多職種が話し合い連携できるワーキングを設置しており、さまざまな方法によって課題を明らかにしたうえで、ワーキングを通して課題解決にあたっている。

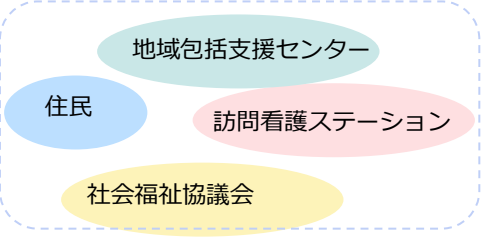
また、相談窓口としての機能を担い、地域包括支援センターや訪問看護ステーションから寄せられる相談にも迅速な対応を行うことで、信頼関係が増し、地域全体の連携を強化している。これまでの経緯から地域全体が拠点とともに連携しあう環境が醸成されている。

### 課題の抽出<br>ニーズの把握

◆アンケート調査
◆会議の設置
◆臨床実践
◆相談



コーディネーター
↑相談




など・・・

### 課題解決

- ワーキング実施による顔の見える関係づくりによる課題解決
- 訪問活動によるアウトリーチでの関係づくり

課題解決事例

**喀痰吸引体制の構築**
•**課題**: 地域の訪問ヘルパーが喀痰吸引スキルを持っておらず、呼吸器患者への対応が困難。
•**解決**: 7名のヘルパーが講習を修了し、地域で喀痰吸引が可能な体制を整備。

**独居高齢者の看取り支援**
•**課題**: 身寄りのない独居高齢者が病状悪化時に適切なケアを受けられず、看取りが困難。
•**解決**: 医師会立病院の訪問診療と地域包括支援センターの連携で、訪問看護を提供し、看取り支援を実現。

**高度医療患者の在宅療養移行支援**
•**課題**: 高度医療を受けた患者が退院後に適切な在宅療養支援を得られない。
•**解決**: 医師会立病院が退院支援を行い、訪問看護ステーションやケアマネジャーとの連携で在宅療養への移行を実現。

**地域間連携による生活支援**
•**課題**: 生活困窮者やゴミ屋敷の住人が適切な住宅環境を得られない。
•**解決**: 医師会立病院と社会福祉協議会が協力し、町営住宅への移行を支援。

**緊急時の医療対応**
•**課題**: 地域内で緊急時の医療対応が不十分。
•**解決**: 医師会立病院が地域包括ケア病棟を活用し、急変患者や緊急入院が必要なケースに迅速対応。

など・・・

### 地域住民との密接な関係

訪問看護ステーションや地域包括支援センターから寄せられる相談に迅速に対応することで、住民に寄り添った医療・介護支援を提供。この信頼関係が、地域全体の連携を強化。

### 重層的支援体制の構築

地域包括支援センターや社会福祉協議会との連携を強化し、困難事例への対応を実現。独居高齢者や身寄りのない高齢者の支援を重点的に行い、医療・介護だけでなく、生活支援や権利擁護を含む包括的な支援を提供。この体制により、地域内での支援の一元化と迅速な対応が可能。

# 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

## ４．拠点に関する現在の課題

拠点による課題解決が進み、在宅医療・介護連携事業を推進している一方で、次の課題も抱えている。
これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

| 課題 | 対応策（案含む） |
|---|---|
| • 医療・介護人材の不足<br>医師や訪問看護師、介護職員の人材不足が深刻化しており、24時間対応や緊急対応が困難な場合がある。 | 大学や地域医療教育機関と連携し、地域枠の医師育成や研修プログラムを強化。医療・介護分野の働きやすい環境整備（短時間勤務やキャリア支援）を推進し、人材定着を図る。多職種間で業務を分担し、限られた人材を効率的に活用。 |
| • ICTを活用した情報共有基盤の強化<br>訪問診療や訪問看護、ケアマネジャー間での情報共有が紙ベースやファックスに依存しており、患者情報の共有や迅速な意思決定が難しい場合がある。 | ICTツールを導入し、リアルタイムの情報共有を実現。情報共有の運用ルールを明確化し、プライバシー保護を徹底。ICT導入に向けた操作研修を実施し、全職種がツールを活用できる環境を整備。 |
| • 医療・介護連携のさらなる深化<br>医療と介護の連携は進んでいるものの、現場レベルでの細やかな連携が課題。 | 多職種による定期的なワーキングチーム会議を実施し、現場課題を共有・解決。在宅療養開始前に、医療と介護双方で詳細なケアプランを立て、役割を明確化。緊急時対応の連絡網や手順を標準化し、対応の質を向上。 |
| • 在宅医療の認知拡大と住民への啓発<br>地域住民の中には、在宅医療の仕組みや利用方法についての理解が不十分な人も多い。 | 地域住民向けの講話会や相談会を定期的に開催し、在宅医療・介護連携の仕組みを周知。<br>在宅医療経験者や家族の声を取り入れた事例紹介を行い、理解促進を図る。 |

20

# ヒアリング結果のまとめ

| 多職種連携 | |
|---|---|
| **・松戸市（千葉県）** | ●多職種が効率良く、効果的に連携（情報共有）するためには、共通の理念や顔の見える関係の構築といったソフト面と連携を実現するためのICTツール等のハード面を整えていくことが重要である。<br>●ICTツールの活用では20種類のタグを活用し、医療と介護が双方に必要とする情報を得られる工夫がされている。また、事例勉強会で好事例を共有し、ICT活用の意義を伝達するとともに、要点を簡潔に記載する等のICTの運用ルールを徹底することで導入拡大を進めている。 |
| **・川崎市（神奈川県）** | ●地域で進めてきた既存の取組を踏まえ、ビジョンを策定し、具体化していくことが重要である。<br>●ビジョンを実現するために、地域リハビリテーションの視点を取り入れ、11か所の病院や老健施設に地域リハビリテーション支援拠点を設置し、多職種の連携を促進するとともに、リハビリの視点を取り入れたケアプランの作成を進めている。 |

| 協議体 | |
|---|---|
| **・熊谷市（埼玉県）** | ●協議体の運営においては、目標を定めたうえで、現状の課題を抽出し、具体的な取組の検討がされることが重要である。<br>●そのためには、参加するメンバーを柔軟に招集し、多職種の専門性を活用するとともに、定期的かつ継続的に開催できる事務局の体制が必要である。 |

21

# ヒアリング結果のまとめ

| 小規模自治体、過疎地域、中山間地域 | |
|---|---|
| ・**東栄町**<br>**（愛知県）** | ●在宅医療介護連携に関する研修や住民啓発活動等、近隣複数の自治体で合同開催し、限られた地域資源の中で効率的に住民サービスを提供するための工夫が重要である。<br>●さらに、地域の状況に応じて医療機関と連携できる仕組みを拡充（ICTツール）するため、行政担当者が医療機関への理解を求めるといった取組が重要である。 |

| 在宅医療に必要な連携を担う拠点 | |
|---|---|
| ・**肝属郡**<br>**（鹿児島県）** | ●在宅医療に必要な連携を担う拠点が効果的、効率的に機能するためには、地域包括支援センター、訪問看護ステーションやケアマネジャー等、地域の関係者との信頼関係を築き、医療と連携が必要な場合には、まず拠点に相談するといった関係性が構築されることが重要である。<br>●そのためには、医師会や行政とも協力し、話し合いができる環境を整備し、地域の課題を解決していくこと、必要に応じて訪問活動も実施し、個別ケースを通じて課題解決を行うことが重要である。 |

# 第Ⅲ章　都道府県・市町村等研修会議開催等について

# 1．令和６年度 都道府県・市町村担当者等研修会議 実施概要

- 在宅医療・介護連携推進事業では、PDCAサイクルに沿って取り組みを推進していくことが求められている。
- 近年の在宅医療・介護連携推進事業を取り巻く状況として、第９期介護保険事業（支援）計画の施行、第８次医療計画の施行、医療法改定におけるかかりつけ医機能報告の明記等が存在する。
- 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターについても令和５年度在宅医療・介護連携推進支援事業において、整理・検討を実施した。
- こうした実情を踏まえ、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、国の動向や在宅医療・介護の連携推進に必要な知識・技術等を習得し、在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資するための研修会議を開催する。具体的な研修内容は、研修WGにおいて、検討を行う。

| | 研修概要Ⅰ | 研修会議Ⅱ | 研修会議Ⅲ |
|---|---|---|---|
| 実施日 | R６.10/21（月） | R６.11/15（金）、21（木）、22（金） | R６.12/2（月） |
| 研修場所 | オンライン開催（配信地：東京） | 東京、大阪、福岡　各1開催 | 東京 |
| 開催時間 | 10~16時 | 各10~16時45分 | 10~16時30分 |
| 対象者 | 市町村、都道府県、保健所及び厚生局の職員、在宅医療・介護連携推進のコーディネーター、地域包括支援センターの職員、医師会等の関連団体の方々 | | 左記を対象とし、以下が望ましい対象者<br>・地域の課題解決に関わっている方 |
| 参加定員 | 参加者：300名程度<br>傍聴者：1700名程度（YouTubeLive配信のため、上限制限なし） | 各回200名程度 | 50名程度 |
| 申込方法 | 申込専用サイトにてインターネットに必要事項を入力の上、申込を行う | | |
| 備考 | ・研修Ⅰの受講者が研修Ⅱに参加する連携型研修を想定。<br>＊但し、研修Ⅰに参加できないが研修Ⅱに参加したい方は、VOD等を視聴し参加。 | | ・「コーディネーター育成する方」を養成する研修を想定 |

# 2．研修WGメンバー

※敬称略・各区分で五十音順。◎は委員長

| | | お名前 | ご所属・お役職 |
|---|---|---|---|
| 学識経験者 | | 大夛賀　政昭 | 国立保健医療科学院　医療・福祉サービス研究部<br>福祉サービス研究領域　主任研究官 |
| | | ◎川越　雅弘 | 株式会社日本医療総合研究所　地域づくり推進部　部長 |
| | | 松本　佳子 | 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会<br>医療経済研究機構　政策推進部　専門研究員 |
| 行政・実践者 | 市町村 | 小田島　史恵 | 釜石市　地域包括ケア推進本部　事務局長 |
| | 市町村 | 田中　明美 | 生駒市　特命監 |
| | コーディネーター | 斎川　克之 | 一般社団法人新潟市医師会　地域医療推進室　室長 |
| | 都道府県 | 村井　千賀 | 石川県立こころの病院　認知症疾患医療センター　副所長 |
| | 都道府県 | 吉川　和義 | 埼玉県保健医療部医療整備課（在宅医療推進担当）主幹 |

# 3．研修開催の流れ

- 研修会議Ⅰは座学で広く受講・参加できる形とし、受講後に課される事前課題を回答した上で研修会議Ⅱにステップアップして参加する連動型の構成とする
- 研修日程を事前に告知し、研修開催の認識及び参加に向けた調整を促す（7月）
- プログラム告知時に、インターネットにて参加申込を行う（9月）。また、併せて申込情報を登録する際、研修Ⅰにおける行政説明への質問を聴取し、研修時に回答した

■研修WG及び開催のスケジュール

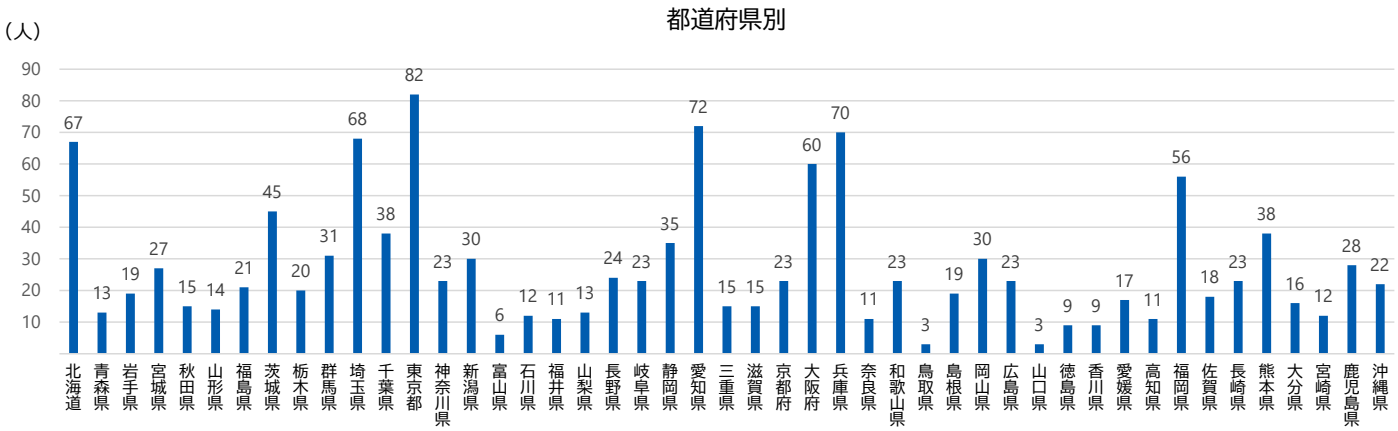
| | | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| WG | 研修WG<br>＊○（ ）は委員会 | ○ 1回目 (6/14)<br>● 1回目 6/28<br>・研修のねらい・目標設定<br>**研修会議Ⅰ・Ⅱ**<br>・実施内容検討 | ● 2回目 7/23<br>**研修会議Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ**<br>・講師・プログラム検討・確定<br>・研修Ⅱ事前課題検討<br>・資料検討 | ● 3回目 8/15 | ● 4回目 9/11<br>**研修会議Ⅱ・Ⅲ**<br>・募集結果の共有・研修内容の検討 | ● 5回目 10/8 | | | | | ● 6回目 3/12<br>・令和6年度の振り返り<br>・次年度に向けた改善点等 |
| 研修実施 | 研修案内 | | ● 事務連絡：日時・場所・暫定プログラムの告知 | | ● プログラム・申込通知 | | | | | | |
| | 研修会議Ⅰ | | | | | ● オンライン | | | | | |
| | 研修会議Ⅱ（アドバンスコース） | | | | | | ● 東京 ● 大阪 ● 福岡 | | | | |
| | 研修会議Ⅲ（スキルアップコース） | | | | | | | ● 東京 | | | |

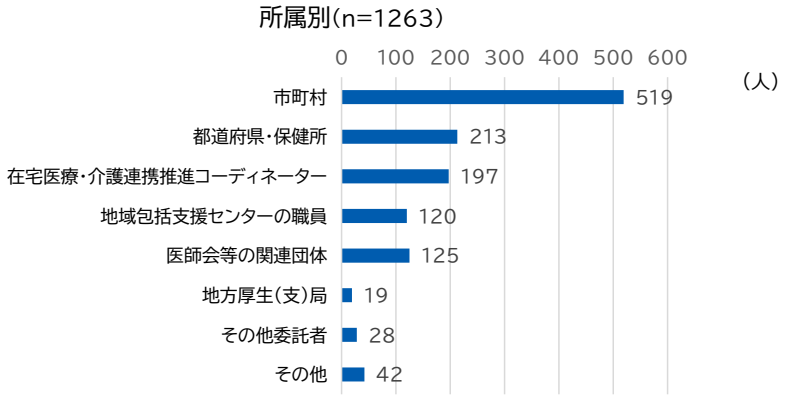


# 4．研修会議Ⅰのプログラム

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

# 4－1．研修会議Ⅰ 申し込み状況（R6.10.18時点）n＝1263



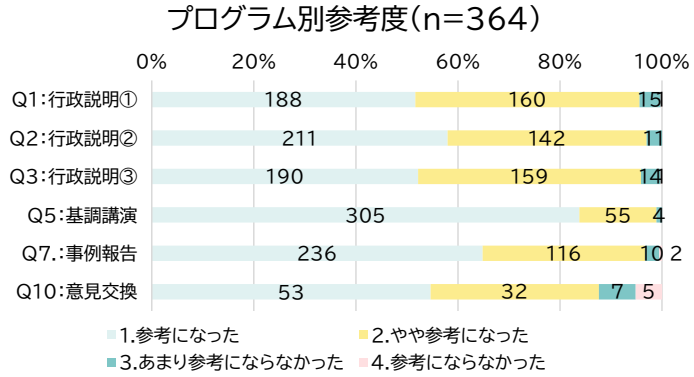



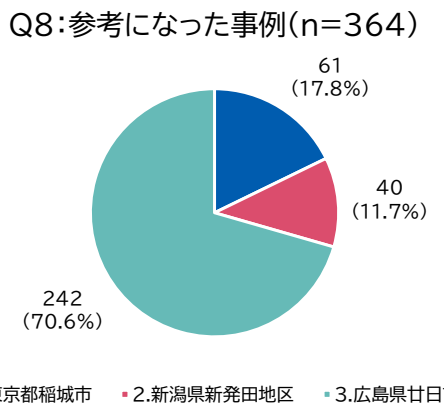


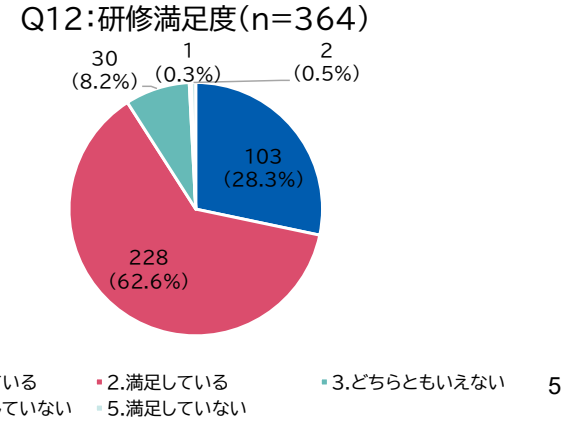

# 4－2．研修会議Ⅰ結果

- アンケート回答率は36.1%。資料掲載サイトよりWebにて回答してもらった。
- すべてのプログラムにおいて、「参考になった」「やや参考になった」の肯定的評価は85%以上であった。
  ※資料及びオンデマンド動画掲載URL：https://jmar-form.jp/renkeisem2024ref.html

| 参加方法 | 申し込み数 | 参加数＊YouTubeは視聴数、Zoomは接続数 |
|---|---|---|
| Zoom | 274 | 212 |
| YouTube | 999 | 796（視聴回数1551） |
| 計 | 1,273 | 1,008 |



# 5．研修会議Ⅱのプログラム

| 所要時間 | 目的 | プログラム | 実施内容 | 登壇者 |
|---|---|---|---|---|
| 10:00~10:05 | | 開会挨拶 | | 厚生労働省 |
| 第１部：地域課題の抽出方法／評価の考え方について学ぶ | | | | |
| 10:05～10:20 | | 【講義①】事業マネジメントのあるべき展開方法と現状・課題 | ○ 事業マネジメントのあるべき展開方法を理解する<br>○ 効果的な事業展開には、医療・介護の現場を知るコーディネーターと施策を考える市町村担当者の協働が必要であることを理解する | 川越先生 |
| 10:20～11:10 | 市町村とコーディネーターが協働しながら相談内容を振り返り、個別課題から地域課題に展開する方法・手法等を身につける | 【演習①】個別課題から地域課題への展開方法を体感しよう！<br>（グループ編成）<br>※市町村とコーディネーターを混ぜる<br>※コーディネーターの同一市町村にこだわらないグループとする<br>※4場面のうち話し合いたいものを事前に意向確認し、人口規模に配慮したGr（場面に偏りがないよう配慮） | ○ 「患者・家族にとっての課題（困っていること、不利益なこと）」を各コーディネーターから複数挙げてもらい、グループ内で共有する（４場面別）<br>○ 挙がってきた課題をもとに、「地域で解決しないといけない課題は何か（＝地域課題）」を検討する（４場面別）<br>○ 挙がってきた地域課題について、参加者全員で共有する（数Gr発表） | 全体統括：川越先生<br>巡回講師：WG委員 |
| 11:10～11:55 | | 【演習②】評価の考え方を学ぼう！<br>※演習①と同じグループ | ○ 演習①で挙がってきた地域課題から１つを選択する<br>○ もし、地域課題が解決したら、何がどうなることを期待するかを考える<br>○ 「期待したこと」について、参加者全員で共有する（数Grから発表） | 巡回講師：WG委員 |
| 11:50～12:50 | | 昼休憩 | | |
| 第２部：課題解決に向けたシナリオを考えてみよう（※AMと同じグループ） | | | | |
| 12:50～13:00 | 地域課題の解決に向けてシナリオを考えるカを高める | 【オリエンテーション】演習③の進め方 | 演習③の目的／方法について解説する | 川越先生 |
| 13:05～15:50<br>＊休憩含む | | 【演習③】課題解決に向けたシナリオを考えてみよう！<br>※演習①と同じグループ | ○ テーマは午前中に選定した地域課題とする<br>○ 課題を生じさせている原因と主原因、対策、評価指標までをシートを使って考える<br>○ 解決シナリオを参加者全員で共有する（数Grから発表） | 全体統括：川越先生<br>巡回講師：WG委員 |
| 15:50～16:05 | | 感想・コメント | 参加者及びWG委員から感想やコメントをもらう | WG委員 |
| 16:05～16:25 | | 【講義】まとめ | ○ 事業マネジメントの進め方をおさらいする<br>○ 検討事例・活用事例を紹介する（稲城市の例など） | 川越先生 |
| 16:25～16:45 | | 在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームについて | 本事業で構築するプラットホームの紹介説明 | 事務局 |
| 16:45 | | 閉会・事務連絡 | | 事務局 |

# 5－1．研修会議Ⅱ 申込み／参加状況（R6.11.21時点）

申込時

| | 東京開催 11/15（金） | 大阪開催 11/21（木） | 福岡開催 11/22（金） | 計 |
|---|---|---|---|---|
| 北海道 | 2 | | | 2 |
| 青森県 | | | | |
| 岩手県 | 2 | | | 2 |
| 宮城県 | 9 | | | 9 |
| 秋田県 | 1 | | | 1 |
| 山形県 | 2 | | | 2 |
| 福島県 | 1 | | | 1 |
| 茨城県 | 12 | | | 12 |
| 栃木県 | 2 | | | 2 |
| 群馬県 | 5 | | | 5 |
| 埼玉県 | 14 | | | 14 |
| 千葉県 | 5 | | | 5 |
| 東京都 | 25 | | | 25 |
| 神奈川県 | 19 | | | 19 |
| 新潟県 | 3 | | | 3 |
| 富山県 | 3 | | | 3 |
| 石川県 | | | | |
| 福井県 | | 2 | | 2 |
| 山梨県 | 1 | | | 1 |
| 長野県 | 4 | | | 4 |
| 岐阜県 | 2 | 3 | | 5 |
| 静岡県 | 2 | 3 | | 5 |
| 愛知県 | 4 | 7 | 1 | 12 |
| 三重県 | | 7 | | 7 |
| 滋賀県 | | | | |
| 京都府 | | 3 | | 3 |
| 大阪府 | | 19 | | 19 |
| 兵庫県 | | 14 | | 14 |
| 奈良県 | | 5 | | 5 |
| 和歌山県 | | | | |
| 鳥取県 | | 2 | | 2 |
| 島根県 | | 2 | | 2 |
| 岡山県 | | | | |
| 広島県 | | | 1 | 1 |
| 山口県 | | | 5 | 5 |
| 徳島県 | | 3 | | 3 |
| 香川県 | | | | |
| 愛媛県 | | | | |
| 高知県 | | | | |
| 福岡県 | | | 36 | 36 |
| 佐賀県 | | | 7 | 7 |
| 長崎県 | 1 | | 6 | 7 |
| 熊本県 | | | 8 | 8 |
| 大分県 | | | 2 | 2 |
| 宮崎県 | | | | |
| 鹿児島県 | | | 2 | 2 |
| 沖縄県 | 2 | 3 | | 5 |
| 合計 | 121 | 73 | 68 | 262 |

参加時

| | 東京開催 11/15（金） | 大阪開催 11/21（木） | 福岡開催 11/22（金） | 計 |
|---|---|---|---|---|
| 北海道 | 2 | | | 2 |
| 青森県 | | | | |
| 岩手県 | 2 | | | 2 |
| 宮城県 | 9 | | | 9 |
| 秋田県 | 1 | | | 1 |
| 山形県 | 2 | | | 2 |
| 福島県 | 1 | | | 1 |
| 茨城県 | 12 | | | 12 |
| 栃木県 | 2 | | | 2 |
| 群馬県 | 5 | | | 5 |
| 埼玉県 | 14 | | | 14 |
| 千葉県 | 4 | | | 4 |
| 東京都 | 25 | | | 25 |
| 神奈川県 | 19 | | | 19 |
| 新潟県 | 2 | | | 2 |
| 富山県 | 3 | | | 3 |
| 石川県 | | | | |
| 福井県 | | 2 | | 2 |
| 山梨県 | 1 | | | 1 |
| 長野県 | 4 | | | 4 |
| 岐阜県 | 2 | 3 | | 5 |
| 静岡県 | 2 | 3 | | 5 |
| 愛知県 | 4 | 7 | 1 | 12 |
| 三重県 | | 7 | | 7 |
| 滋賀県 | | | | |
| 京都府 | | 3 | | 3 |
| 大阪府 | | 18 | | 18 |
| 兵庫県 | | 13 | | 13 |
| 奈良県 | | 5 | | 5 |
| 和歌山県 | | | | |
| 鳥取県 | | 2 | | 2 |
| 島根県 | | 2 | | 2 |
| 岡山県 | | | | |
| 広島県 | | | 1 | 1 |
| 山口県 | | | 5 | 5 |
| 徳島県 | | 3 | | 3 |
| 香川県 | | | | |
| 愛媛県 | | | | |
| 高知県 | | | | |
| 福岡県 | | | 30 | 30 |
| 佐賀県 | | | 7 | 7 |
| 長崎県 | 1 | | 6 | 7 |
| 熊本県 | | | 8 | 8 |
| 大分県 | | | 2 | 2 |
| 宮崎県 | | | | |
| 鹿児島県 | | | 2 | 2 |
| 沖縄県 | 2 | 3 | | 5 |
| 合計 | 119 | 71 | 62 | 252 |

申込者：区分

| | 市町村 | 都道府県・保健所 | 在宅医療・介護連携推進コーディネーター | 地域包括支援センターの職員 | 医師会等の関連団体 | 地方厚生（支）局 | その他委託者 | その他 | 区分計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 東京開催 11/15(金) | 38 | 17 | 36 | 9 | 14 | 3 | 3 | 1 | 121 |
| 大阪開催 11/21(木) | 33 | | 27 | 6 | 5 | 2 | | | 73 |
| 福岡開催 11/22(金) | 16 | 16 | 24 | 5 | 5 | | | 2 | 68 |
| 計 | 87 | 33 | 87 | 20 | 24 | 5 | 3 | 3 | 262 |

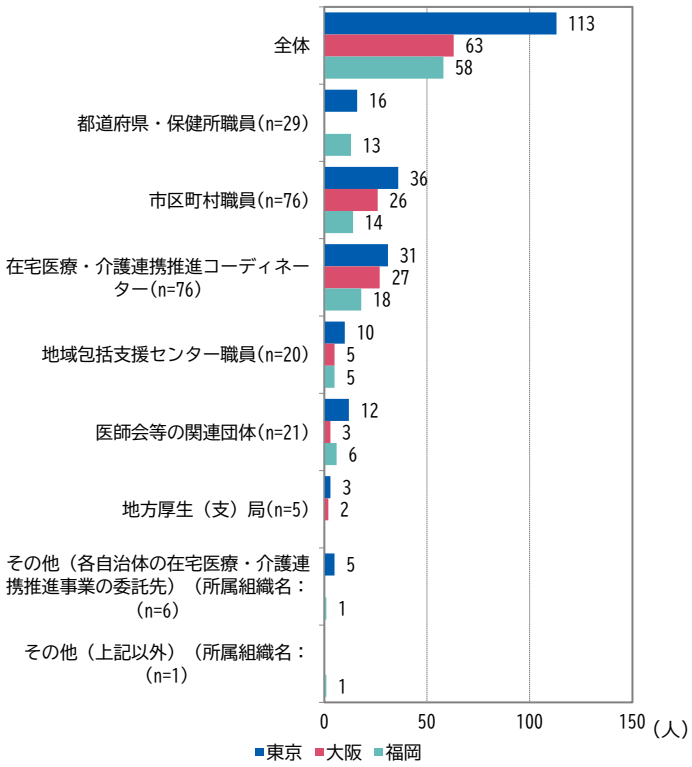
参加者：区分

| | 市町村 | 都道府県・保健所 | 在宅医療・介護連携推進コーディネーター | 地域包括支援センターの職員 | 医師会等の関連団体 | 地方厚生（支）局 | その他委託者 | その他 | 区分計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 東京開催 11/15(金) | 37 | 17 | 36 | 9 | 13 | 3 | 3 | 1 | 119 |
| 大阪開催 11/21(木) | 31 | | 27 | 6 | 5 | 2 | | | 71 |
| 福岡開催 11/22(金) | 14 | 14 | 22 | 5 | 5 | | | 2 | 62 |
| 計 | 82 | 31 | 85 | 20 | 23 | 5 | 3 | 3 | 252 |

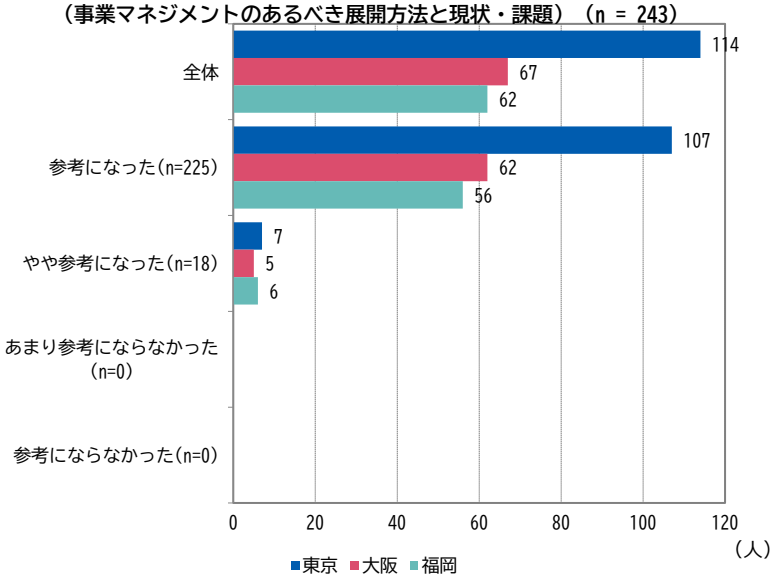
# 5－1．研修会議Ⅱ

- アンケート回答率は92.9%。
- 講演（事業マネジメントのあるべき展開方法と現状・課題）では、「参考になった(92.6%)」「やや参考になった(7.4%)」で参考度の高い内容であった。

開催会場 × 参加区分 （n = 234）




開催会場 × Q1.講演
（事業マネジメントのあるべき展開方法と現状・課題）（n = 243）

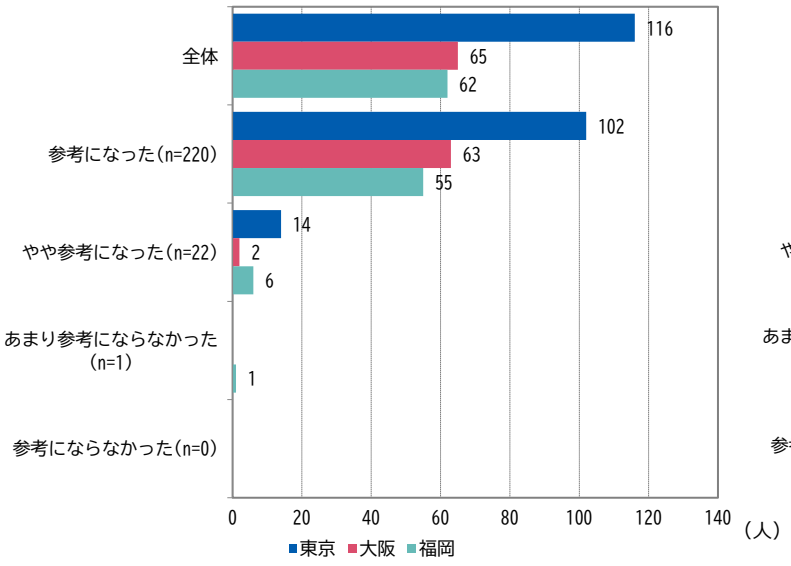




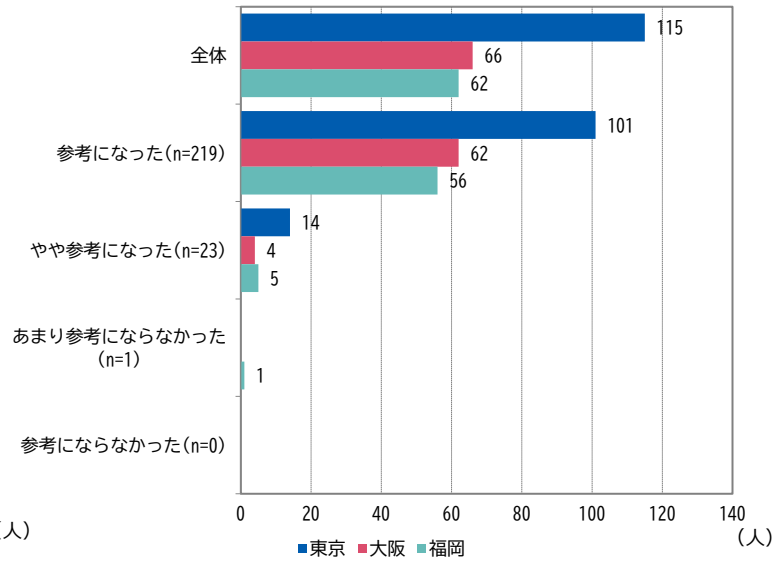

# 5－1．研修会議Ⅱ

- 演習①では、「参考になった(90.5%)」「やや参考になった(9.1%)」、
- 演習②では、「参考になった(90.1%)」「やや参考になった(9.5%)」で参考度の高い内容であった。

開催会場 × Q2.演習①の内容は参考になったか（n = 243）



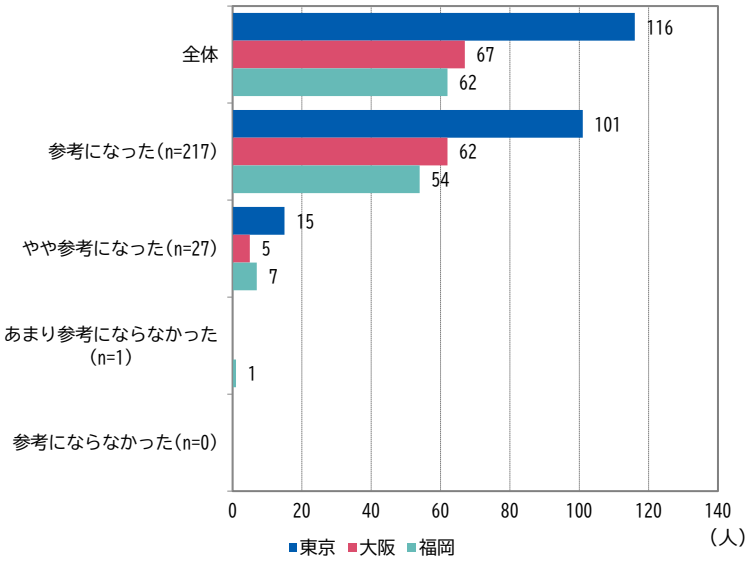

開催会場 × Q3.演習②の内容は参考になったか（n = 243）



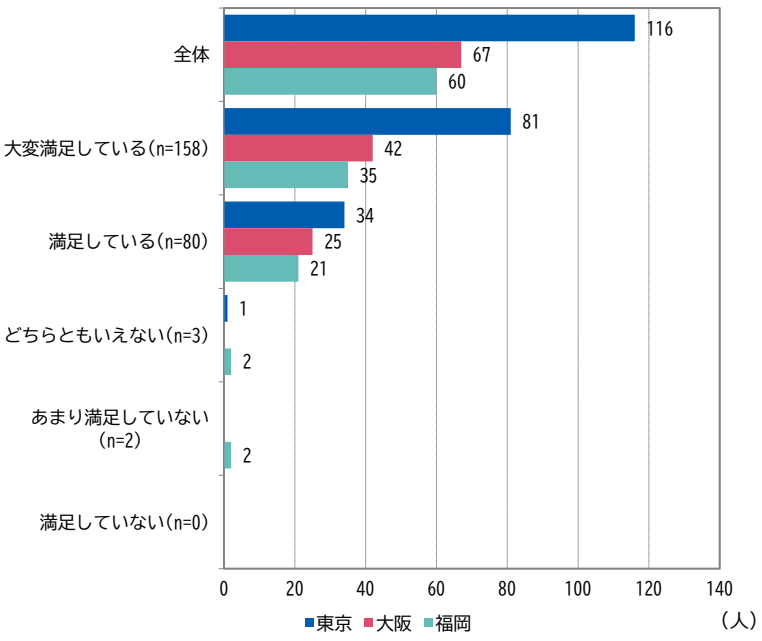
# 5－1．研修会議Ⅱ

- 演習③では、「参考になった(89.3%)」「やや参考になった(11.1%)」で参考度の高い内容であった。
- 研修の満足度では、「大変満足している(65.2%)」「やや参考になった(32.9%)」で満足度の高い内容であった。

開催会場 × Q5.演習③の内容は参考になったか（n = 245）




開催会場 × Q7.研修の満足度（n = 243）




10

# 6．研修会議Ⅲのプログラム

| 所要時間 | 目的 | プログラム | 実施内容 | 登壇者 |
|---|---|---|---|---|
| 10:00~10:05 | | 開会挨拶 | | 厚生労働省 |
| 10:05～10:30 | | 講演「在宅医療コーディネーターに期待される役割と求められる機能」 | 地域の強みを活かし、地域ケア会議や協議体等の仕組みを活用して、個別事例から地域課題を抽出するというポイントを盛り込んでお話しいただく | 小田島委員<br>田中委員<br>斎川委員 |
| **第1部：お互いの取組を知ろう！** | | | | |
| 10:30～12:00 | お互いの取組を知る | お互いの取組を共有する（全員発表）<br><br>自己紹介+情報共有（60分）+発表（30分）<br>＊6名目安（5分×6名+質疑応答）<br>＊60名の場合、10グループ程度を想定<br>＊人口規模はランダムでなるべく同じ職種の人を同Gr、都道府県参加者は各Grに散らす | ○お互いの取組を共有する<br>※自己紹介<br>※自身の取組を発表する<br>※他地域のコーディネーターの取組を知る<br><br>○全体発表 | WG委員はファシリ |
| 12:00～13:00 | | 昼休憩 | | |
| **第２部：課題と解決アイデアを出し合おう！** | | | | |
| 13:00～15:15 | 事業運営するうえで抱えている課題を出し合い、解決策を考える | 意見交換：課題の共有・解決策の検討<br>※WG委員は割り当てられたグループを担当（ファシリテート、助言）（135分のうち、適宜休憩） | ○事業運営に関わる上での課題を出し合い、解決方法を話し合う | WG委員はファシリ |
| 15:15～15:55 | | 発表共有・講評<br>発表（30分）+講評（10分）<br><br>＊AMとは異なるグループ（６～７名／G)<br>＊人口規模に配慮したGr | ○発表内容<br>①挙がってきた課題について<br>②課題解決策について<br>有効的に施策を行うためにはどのようにするとよいか等を踏まえ講評いただく | WG委員 |
| 15:55～16:25 | | 在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームについて | 本事業で構築するプラットホームの紹介説明 | 事務局 |
| 16:25～16:30 | | 閉会・事務連絡（事後課題） | | 事務局 |

事務局としての得られる成果：発展したコーディネーターとして働く方々の現状や課題、その支援に必要な事項を抽出する。

11

# 6－1．研修会議Ⅲ　申込み／参加状況（R6.12.2時点）

## 申込数／参加者数

| | 申込数 | 参加者数 | 都道府県数 |
|---|---|---|---|
| 北海道 | 2 | 2 | 1 |
| 青森県 | | | |
| 岩手県 | 3 | 3 | 1 |
| 宮城県 | 3 | 3 | 1 |
| 秋田県 | 4 | 4 | 1 |
| 山形県 | 1 | 1 | 1 |
| 福島県 | 1 | 1 | 1 |
| 茨城県 | 5 | 5 | 1 |
| 栃木県 | 1 | 1 | 1 |
| 群馬県 | 2 | 2 | 1 |
| 埼玉県 | 10 | 10 | 1 |
| 千葉県 | 4 | 4 | 1 |
| 東京都 | 13 | 13 | 1 |
| 神奈川県 | 6 | 6 | 1 |
| 新潟県 | 1 | 1 | 1 |
| 富山県 | | | |
| 石川県 | | | |
| 福井県 | | | |
| 山梨県 | | | |
| 長野県 | 1 | 1 | 1 |
| 岐阜県 | 2 | 2 | 1 |
| 静岡県 | 1 | 1 | 1 |
| 愛知県 | | | |
| 三重県 | 1 | 1 | 1 |
| 滋賀県 | 2 | 2 | 1 |
| 京都府 | | | |
| 大阪府 | | | |
| 兵庫県 | 4 | 4 | 1 |
| 奈良県 | | | |
| 和歌山県 | | | |
| 鳥取県 | | | |
| 島根県 | | | |
| 岡山県 | 1 | 1 | 1 |
| 広島県 | 1 | 1 | 1 |
| 山口県 | | | |
| 徳島県 | | | |
| 香川県 | | | |
| 愛媛県 | | | |
| 高知県 | 1 | 1 | 1 |
| 福岡県 | 1 | 1 | 1 |
| 佐賀県 | | | |
| 長崎県 | 2 | 2 | 1 |
| 熊本県 | 4 | 3 | 1 |
| 大分県 | | | |
| 宮崎県 | | | |
| 鹿児島県 | 1 | 1 | 1 |
| 沖縄県 | 2 | 2 | 1 |
| | 80 | 79 | 28 |

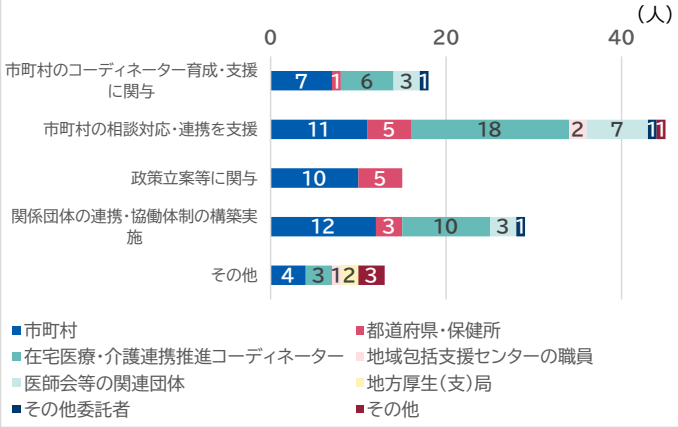
## 所属区分

| | 市町村 | 都道府県・保健所 | 在宅医療・介護連携推進コーディネーター | 地域包括支援センターの職員 | 医師会等の関連団体 | 地方厚生(支)局 | その他委託者 | その他 | 区分計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申込時 | 24 | 9 | 29 | 3 | 10 | 2 | 1 | 2 | 80 |
| 参加時 | 23 | 9 | 29 | 3 | 10 | 2 | 1 | 2 | 79 |

## 参加都道府県×業務内容・役割

| | 参加者数 | 市町村のコーディネーター育成・支援に関与 | 市町村の相談対応・連携を支援 | 政策立案等に関与 | 関係団体の連携・協働体制の構築実施 | その他 | 役割計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 北海道 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| 岩手県 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 6 |
| 宮城県 | 3 | | 3 | | 2 | | 5 |
| 秋田県 | 4 | | 1 | | 3 | | 4 |
| 山形県 | 1 | | 1 | | | | 1 |
| 福島県 | 1 | | 1 | | | | 1 |
| 茨城県 | 5 | 1 | 2 | | 2 | 2 | 7 |
| 栃木県 | 1 | | | 1 | 1 | | 2 |
| 群馬県 | 2 | | 1 | | 2 | | 3 |
| 埼玉県 | 10 | 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 14 |
| 千葉県 | 4 | 1 | | | 3 | | 4 |
| 東京都 | 13 | 2 | 8 | | 1 | 5 | 16 |
| 神奈川県 | 6 | 2 | 4 | 5 | 4 | | 15 |
| 新潟県 | 1 | 1 | 1 | | | | 2 |
| 長野県 | 1 | | | | | 1 | 1 |
| 岐阜県 | 2 | | 2 | | | | 2 |
| 静岡県 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 3 |
| 三重県 | 1 | | | 1 | | | 1 |
| 滋賀県 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 4 |
| 兵庫県 | 4 | | 2 | 1 | 2 | | 5 |
| 岡山県 | 1 | | | 1 | | | 1 |
| 広島県 | 1 | | 1 | | | | 1 |
| 高知県 | 1 | | 1 | 1 | | | 2 |
| 福岡県 | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 3 |
| 長崎県 | 2 | 1 | 1 | | | | 2 |
| 熊本県 | 3 | | 2 | | 1 | | 3 |
| 鹿児島県 | 1 | 1 | 1 | | | | 2 |
| 沖縄県 | 2 | 1 | 1 | | | | 2 |
| | 79 | 18 | 44 | 15 | 29 | 12 | 118 |

## 所属区分×業務内容・役割

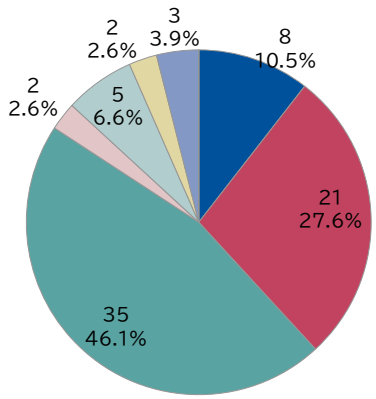




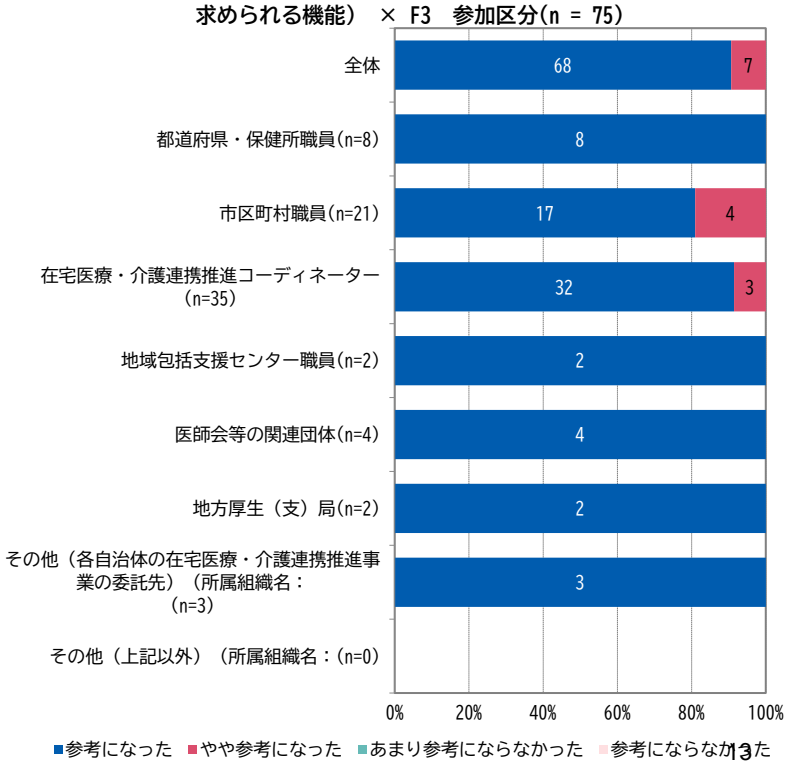

# 6－1．研修会議Ⅲ

- アンケート回答率は96.2%。
- 講演（在宅医療コーディネーターに期待される役割と求められる機能）では、「参考になった(90.7%)」「やや参考になった(9.3%)」で参考度の高い内容であった。

### F3　参加区分( n = 76)



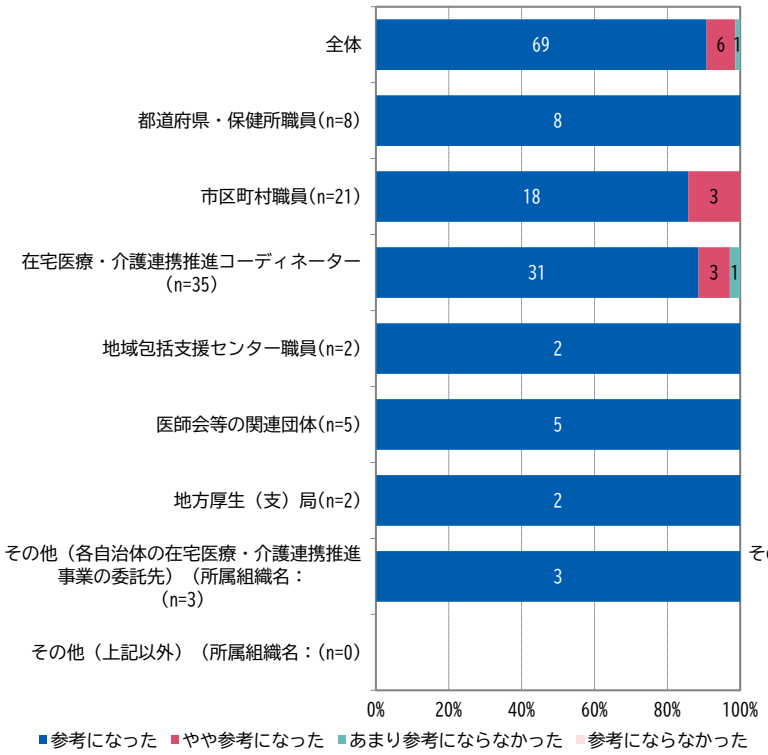

### Q1. 講演の参考度（在宅医療コーディネーターに期待される役割と求められる機能）　× F3　参加区分(n = 75)



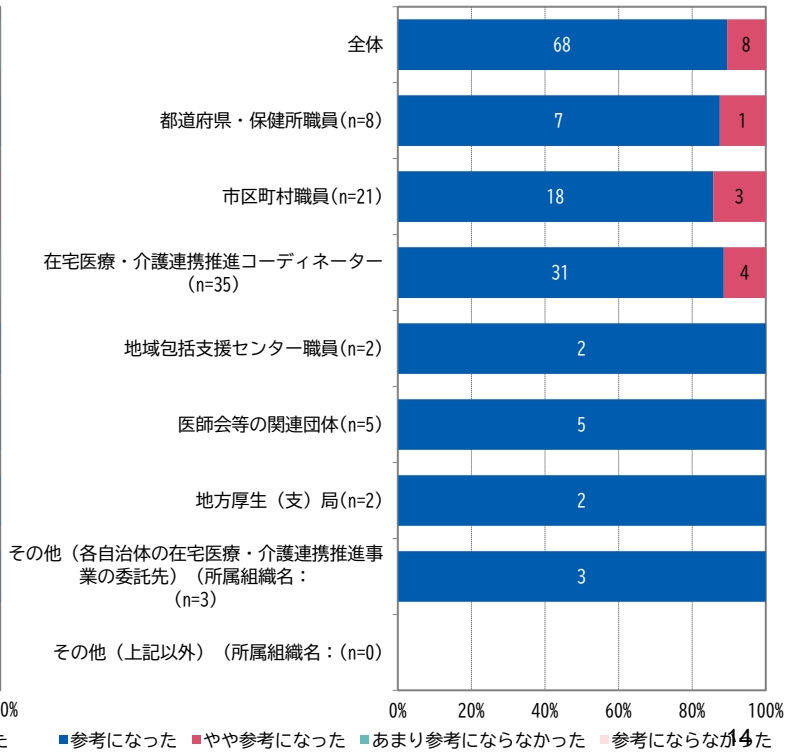
# 6－1．研修会議Ⅲ

- 情報共有①（お互いの取組を共有する）では、「参考になった(90.8%)」「やや参考になった(7.9%)」、
- 情報共有②（課題の共有・解決策の検討）では、「参考になった(89.5%)」「やや参考になった(10.5%)」で参考度の高い内容であった。

Q3.情報共有①（午前）の参考度 × F3　参加区分（ n = 76）




Q5.情報共有②（午後）の参考度 × F3　参加区分（ n = 76）

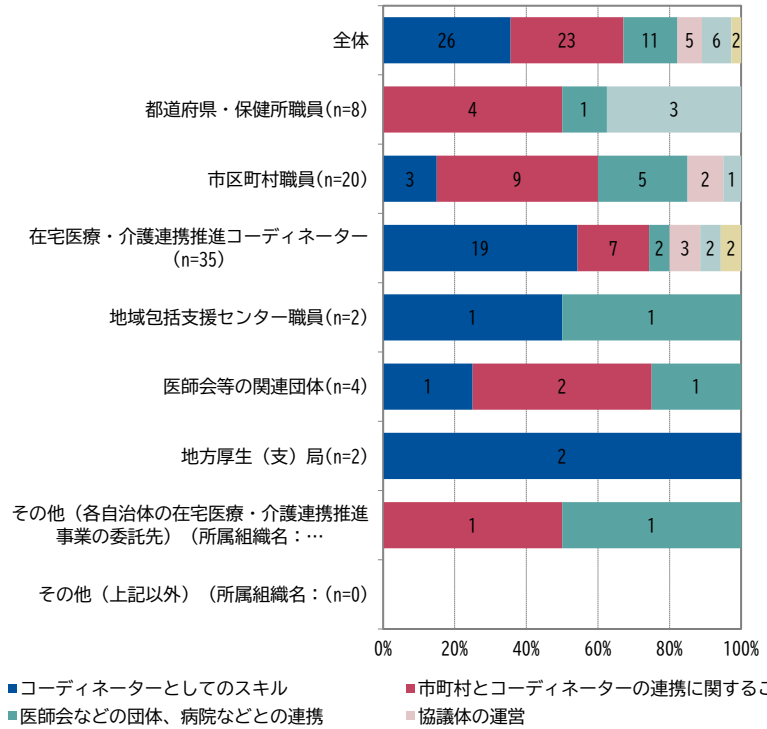




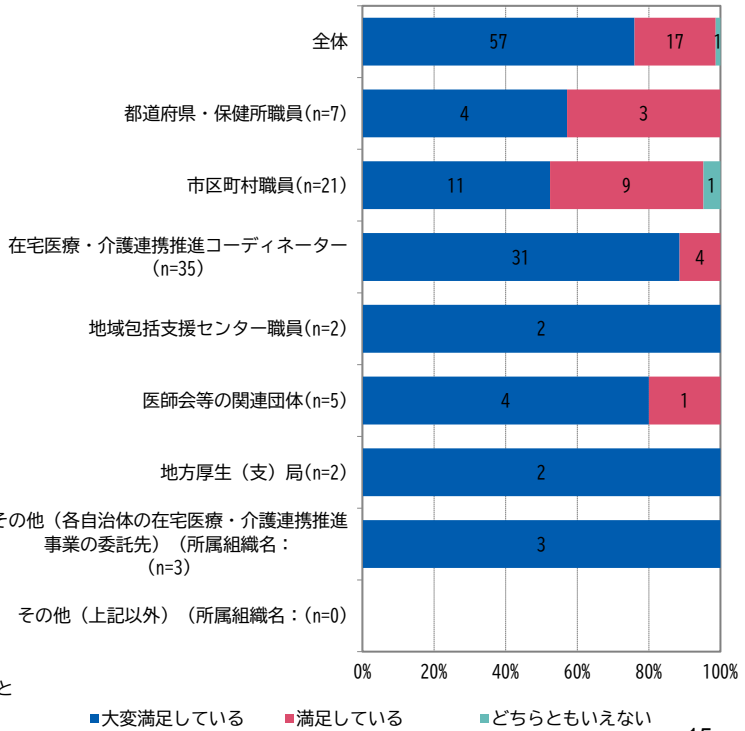

# 6－1．研修会議Ⅲ

- グループ共有で話し合ったご自身の困りごと・課題では、コーディネーター自身は「スキル向上」に強く課題感があり、市町村職員や関連団体は「コーディネーターとの連携」を課題視しているが、コーディネーター側はあまり認識していない。医師会・病院との連携は、市区町村職員や委託先が問題視しやすいが、コーディネーターは課題認識が薄い。都道府県レベルでは「コーディネーター支援の不足」を特に問題視している。
- 研修全体の満足度では、「大変満足している(76.0%)」「満足している(22.7%)」で満足度の高い内容であった。

Q7.ご自身の困りごと・課題 × F3　参加区分（ n = 73）




Q9.研修の満足度 × F3　参加区分（ n = 75）



# 7．研修全体の振り返り及び次年度の研修実施に向けて

● 令和6年度の研修会議Ⅰ・Ⅱ・Ⅲを通じて、在宅医療・介護連携の推進に必要な要素を体系的に整理し、実践に役立つ知識やスキルを学ぶ機会を提供した。特に、政策理解・実践スキル・課題解決のアプローチの3つの視点が重要であることが明らかになった。

| 研修会議Ⅰ（政策理解・事例研究） | 研修会議Ⅱ（実践スキル・演習） | 研修会議Ⅲ（課題解決・政策提言） |
|---|---|---|
| **□ 在宅医療・介護連携推進事業の背景・政策動向の理解が不十分**<br>➢ かかりつけ医機能報告制度の影響や、在宅医療の拠点整備の必要性について、各自治体の認識にばらつきがある。<br>➢ 次年度の研修では、国の施策を踏まえた地域ごとの課題整理を行うセッションが必要。 | **□ 行政とコーディネーターの連携強化**<br>➢ 「医療」「介護」「行政」の視点の違いを乗り越えるためのファシリテーションスキルが必要。<br>➢ 次年度は、合意形成や対話手法の実践的なトレーニングを強化。 | **□ コーディネーターの役割強化**<br>➢ 各自治体でコーディネーターの役割が異なり、明確な支援策が必要。行政・医療・住民と協働するための戦略が求められた。<br>➢ 次年度の研修では、コーディネーターのスキル向上と自治体との協働策を重点的に取り上げる。 |
| **□ 事例報告（稲城市・新発田地区・廿日市市）の活用**<br>➢ 成功事例の共有だけでなく、各地域の規模や特性に応じた課題解決策の分析が求められた。<br>➢ 自治体毎の状況を踏まえ、どのように事例を応用できるかを議論する研修が必要。 | **□ 事業評価・PDCAサイクルの活用**<br>➢ 事業の効果測定が難しく、評価指標が明確でない自治体が多い。<br>➢ 研修では、事業評価のためのフレームワーク（ロジックモデル等）の活用を実践的に学ぶ機会を拡充 | **□ 政策提言に向けたアクション**<br>➢ 研修Ⅲの意見交換では、地域の課題を国の施策へ反映する仕組みが必要との意見が多かった。<br>➢ 研修を通じて議論された内容を国や自治体へ政策提言として発信できる仕組みを検討。 |
| | **□ 多様な視点を取り入れることの重要性**<br>➢ 研修参加者から、「異なる視点からの学びがあるとより理解が深まる」という意見が寄せられた。<br>➢ 在宅医療・介護連携は多職種・多機関の協働が不可欠であることから、研修の講師や構成を工夫し、多角的な視点を取り入れることが求められる。<br>➢ 次年度は、事例報告や講師のバリエーションを増やし、より多様な学びの機会を提供することを検討。 | |

# 7．研修全体の振り返り及び次年度の研修実施に向けて

● 令和6年度の研修会議Ⅰ・Ⅱ・Ⅲを通じて、在宅医療・介護連携の推進に必要な要素を体系的に整理し、実践に役立つ知識やスキルを学ぶ機会を提供した。特に、政策理解・実践スキル・課題解決のアプローチの3つの視点が重要であることが明らかになった。

**● 次年度に向けた課題と提言**

□ 行政・医療・介護の連携強化
- ➢ 研修Ⅰでの政策理解 → 研修Ⅱでの実践的な連携スキル習得 → 研修Ⅲでの高度な協働策の検討 という流れを確立。

□ 評価指標の明確化
- ➢ PDCAサイクルの活用・ロジックモデルを用いた事業評価の研修を強化。

□ コーディネーター支援の充実
- ➢ 役割の整理・スキル強化・行政との協働策の具体化を研修に反映。

□ 多様な視点を活かした研修の充実
- ➢ これまでの研修では、在宅医療・介護連携の全体像を理解する機会が提供されてきたが、今後はさらに多職種の視点を活かした内容が求められる。
- ➢ 講師の構成やプログラムの工夫により、多職種が連携するための実践的な知識やスキルをより深く学ぶ場を設けることが重要。

# 【参考】アンケート票

## 在宅医療介護連携　研修会議Ⅰアンケート

**1　ご所属について**

**F1　都道府県名**

**F2　市町村名　＊都道府県・保健所の方は回答不要**

**F3　参加区分**

選択肢

1 都道府県・保健所職員
2 市区町村職員
3 在宅医療・介護連携推進のコーディネーター
4 地域包括支援センターの職員
5 医師会等の関連団体
6 地方厚生（支）局
7 その他（各自治体の在宅医療・介護連携推進事業の委託先）（所属組織名：　　）
8 その他（上記7以外）（所属組織名：　　）

**2　講義について**

**Q1　行政説明①（在宅医療・介護連携推進事業の概要について）の内容は参考になりましたか。（いずれか１つを選択）**

選択肢

1 参考になった
2 やや参考になった
3 あまり参考にならなかった
4 参考にならなかった

**Q2　行政説明②（かかりつけ医機能報告の創設について）の内容は参考になりましたか。（いずれか１つを選択）**

選択肢

1 参考になった
2 やや参考になった
3 あまり参考にならなかった
4 参考にならなかった

**Q3　行政説明③（在宅医療と介護の連携体制の構築に向けて）の内容は参考になりましたか。（いずれか１つを選択）**

選択肢

1 参考になった
2 やや参考になった
3 あまり参考にならなかった
4 参考にならなかった

**Q4　行政説明①～③について、もっと知りたかったことなどあれば記載ください。**

自由記述（どちらの行政説明について知りたかったかわかるように記載ください）

**Q5　基調講演（事業マネジメントの基本とその進め方）の内容は参考になりましたか。（いずれか1つを選択）**

選択肢

1 参考になった
2 やや参考になった
3 あまり参考にならなかった
4 参考にならなかった

**Q6　Q5を選択した理由を教えてください。**

選択した理由を教えてください。

**Q7　事例報告は参考になりましたか（いずれか１つを選択）**

選択肢

1 参考になった
2 やや参考になった
3 あまり参考にならなかった　⇒Q10 へ
4 参考にならなかった　⇒Q10 へ

**Q8　Q7で参考になった報告を教えてください。（いくつでも選択）**

選択肢

1 東京都稲城市
2 新潟県新発田地区
3 広島県廿日市市

**Q9　Q8の報告で参考になった内容を教えてください。**

参考になった内容を教えてください。

**Q10　（Zoom参加者のみ）意見交換は参考になりましたか（いずれか１つを選択）**

選択肢

1 参考になった
2 やや参考になった
3 あまり参考にならなかった
4 参考にならなかった

**Q11　（Zoom参加者のみ）Q10を選択した理由を教えてください。**

選択した理由を教えてください。

**Q12　研修の満足度をお教えください。（いずれか1つを選択）**

選択肢

1 大変満足している
2 満足している
3 どちらともいえない
4 あまり満足していない
5 満足していない

**Q13　Q12を選択した理由を教えてください。**

選択した理由を教えてください。

**3．在宅医療・介護連携において、現在の課題や困りごとなどありましたら記載ください。（自由記載）**

**4．今後、本研修等へ内容等についての要望などありましたら記載ください。（自由記載）**

ご回答ありがとうございました。



# 【参考】アンケート票

## 在宅医療介護連携　研修会議Ⅱアンケート（東京開催）

**1　ご所属について**

**F1　都道府県名**

**F2　市町村名　＊都道府県・保健所の方は回答不要**

**F3　参加区分**

1 都道府県・保健所職員
2 市区町村職員
3 在宅医療・介護連携推進のコーディネーター
4 地域包括支援センターの職員
5 医師会等の関連団体
6 地方厚生（支）局
7 その他（各自治体の在宅医療・介護連携推進事業の委託先）（所属組織名：　　）
8 その他（上記7以外）（所属組織名：　　）

**2　講義について**

**Q1　講義（事業マネジメントのあるべき展開方法と現状・課題）の内容は参考になりましたか。（１つを選択）**

1 参考になった　3 あまり参考にならなかった
2 やや参考になった　4 参考にならなかった

**Q2　演習①の内容は参考になりましたか。（１つを選択）**

1 参考になった　3 あまり参考にならなかった
2 やや参考になった　4 参考にならなかった

**Q3　演習②の内容は参考になりましたか。（１つを選択）**

1 参考になった　3 あまり参考にならなかった
2 やや参考になった　4 参考にならなかった

**Q4　午前中の演習での気づきや発見がありましたら教えてください。（自由記述）**

**Q5　演習③の内容は参考になりましたか。（1つを選択）**

1 参考になった　3 あまり参考にならなかった
2 やや参考になった　4 参考にならなかった

**Q6　Q5を選択した理由を教えてください。（自由記述）**

**Q7　研修の満足度をお教えください。（1つを選択）**

1 大変満足している　4 あまり満足していない
2 満足している　5 満足していない
3 どちらともいえない

**Q8　在宅医療・介護連携推進事業（支援事業）で困っていることなどがありましたら記載ください。（自由記述）**

**Q9　今後の研修でもっと学びたいことなどがあればお教えください（自由記述）**

**3．今後、本研修等へ内容等についての要望などありましたら記載ください。（自由記載）**

ご回答ありがとうございました。机の上においてお帰り下さい。

## 在宅医療介護連携　研修会議Ⅲアンケート

**1　ご所属について**

**F1　都道府県名**

**F2　市町村名　＊都道府県・保健所の方は回答不要**

**F3　参加区分**

1 都道府県・保健所職員
2 市区町村職員
3 在宅医療・介護連携推進のコーディネーター
4 地域包括支援センターの職員
5 医師会等の関連団体
6 地方厚生（支）局
7 その他（各自治体の在宅医療・介護連携推進事業の委託先）（所属組織名：　　）
8 その他（上記7以外）（所属組織名：　　）

**2　講義について**

**Q1　講演（在宅医療コーディネーターに期待される役割と求められる機能）の内容は参考になりましたか。（１つを選択）**

1 参考になった　3 あまり参考にならなかった
2 やや参考になった　4 参考にならなかった

**Q2　Q1の演習での気づきや発見がありましたら教えてください。（自由記述）**

**Q3　情報共有①(午前）の内容は参考になりましたか。（1つを選択）**

1 参考になった　3 あまり参考にならなかった
2 やや参考になった　4 参考にならなかった

**Q4　Q5を選択した理由を教えてください。（自由記述）**

**Q5　情報共有②(午後）の内容は参考になりましたか。（1つを選択）**

1 参考になった　3 あまり参考にならなかった
2 やや参考になった　4 参考にならなかった

**Q6　Q5を選択した理由を教えてください。（自由記述）**

**Q7　グループ共有の中で話し合われたご自身の現在の困りごと、課題にはどのような内容ですか。（自由記述）**

1 コーディネーターとしてのスキル　4 協議体の運営
2 市町村とコーディネーターの連携に関するこ　5 コーディネーターに対する支援
3 医師会などの団体、病院などとの連携　6 その他

**Q8　参考となる解決アイデアはどのような内容ですか（自由記述）**

**Q9　研修の満足度をお教えください。（1つを選択）**

1 大変満足している　4 あまり満足していない
2 満足している　5 満足していない
3 どちらともいえない

**3．ご意見、要望などありましたら記載ください。（自由記載）**

ご回答ありがとうございました。机の上においてお帰り下さい。

# 【参考】令和６年度版の募集チラシ

表面



在宅医療・介護連携推進支援事業
研修概要のご案内

参加無料

研修会議Ⅰ 講演 → 研修会議Ⅱ 基礎演習 → 研修会議Ⅲ コーディネート機能向上

対象者：市町村、都道府県・保健所、地方厚生（支）局担当者、地域の関係団体の担当者、医療及び介護の専門職、コーディネーター、委託業者等、在宅医療・介護連携推進事業の関係者等、本テーマに関心のある者

研修会議Ⅰ
日時：R6年10月21日(月) 10:00～16:00
開催方法：オンライン
対 象 者：枠外、対象者参照
定　　員：第1～4部：300名、（傍聴）定員なし
＊傍聴は第1～3部まで（15時）

＜研修のねらい＞
●国の最新の施策動向を知る
●在宅医療・介護連携を進めるうえで、事業マネジメントの展開方法について学ぶ
●関係者それぞれの役割を知り、自分の役割を再認識する

＜プログラム案＞
第1部：国の施策を詳しく聞いてみよう！
第2部：事業マネジメントの方法を学んでみよう！
第3部：実際にどのような事業展開をしているか学んでみよう！
事例①：
・市町村と医師会のエリアが同じ市町村の展開事例
事例②：
・市町村と医師会のエリアが異なる（複数市町村と1医師会）展開事例
事例③：
・小規模地域での展開事例
第4部：今日学んだことをどう活かすかを考えてみよう！（Zoom参加の方のみ）
意見交換
・他市町村と取組の共有　等

研修会議Ⅱ
日時：東京：R6年11月15日(金)
大阪：R6年11月21日(木)
福岡：R6年11月22日(金)
時間共通：10:00～16:45
開催方法：集合開催
＊会場場所は裏面掲載
対 象 者：
・研修会議Ⅰに参加、または後日視聴いただける方
・1自治体から複数名の参加を推奨
＊コーディネーターや相談対応・連携における支援している方も含む
定　　員：各回200名

＜研修のねらい＞
●市町村とコーディネーターが協働しながら、個別課題から地域課題に展開する手法等を身につける
●課題解決のシナリオを考える力を高める

＜プログラム案＞
第1部：相談事例から地域課題を考えてみよう！評価について考えてみよう！
オリエンテーション①、演習①
・相談事例から地域課題に展開する方法を学ぶ
第2部：テーマを決めたうえでPDCAをまわしてみよう！
オリエンテーション②、演習②
・課題解決のシナリオを考えてみよう

研修会議Ⅲ
日時：R6年12月2日(月) 10:00～16:30
開催方法：（東京）集合開催
＊会場場所は裏面掲載
対 象 者：（参加頂きたい方）
地域の課題解決に関わっている方
(例)
・市町村のコーディネーター育成、コーディネーター支援に関わっている方
＊コーディネーターではなくても、在宅医療・介護連携推進事業における市町村の相談対応や連携について支援している方も含む（都道府県および市町村職員、保健所職員、その他）
・政策立案等に関与している方
・関係団体の連携・協働体制の構築を実施している方　等
定　　員：50名程度

＜研修のねらい＞
●コーディネート支援を行う上での課題を共有し、課題解決となる対策を考える
●全国の事例を知る、仲間を作る

＜プログラム案＞
第1部：お互いの取組を知ろう！
情報共有
・先駆的な取り組みについて共有する
第2部：お互いの課題を出し合おう！解決アイデアを出し合おう！
意見交換
・課題の共有、解決策の検討　等

講師がグループに入り、助言いただきながら課題解決を一緒に考えます

※各研修について、プログラム内容が変更になる可能性がございますことを予めご了承ください

【研修講師のご紹介】＊敬称略　五十音順
大夛賀　政昭氏（国立保健医療科学院）
小田島　史恵氏（釜石市 地域包括ケア推進本部）
川越　雅弘氏（株式会社日本医療総合研究所）
斎川　克之氏（一般社団法人新潟市医師会）
田中　明美氏（生駒市）
松本　佳子氏（一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構）
村井　千賀氏（石川県立こころの病院 認知症疾患医療センター）
吉川　和義氏（埼玉県）

申し込みはこちら

https://www.jmar-form.jp/renkeisem2024.html
＊申込み〆切は、各研修の7日前です（休日の場合：休日前の平日）

問い合わせ先：（株）日本能率協会総合研究所　河野・鈴木・佐藤
E-mail：2024zaitaku@jmar.co.jp ／TEL：0120-506-713(平日10:00-17:00)※12～13時除く

裏面



申込み

在宅医療・介護連携推進支援事業
研修Ⅱ及び研修会議Ⅲの会場場所のご案内

研修会議Ⅱ：11/15（金）東京開催
開催場所：ビジョンセンター新橋　1801
住所：東京都千代田区内幸町1-5-2　18F
最寄り駅：JR新橋駅（日比谷口）徒歩5分
会場URL：
https://www.visioncenter.jp/shimbashi/access/

研修会議Ⅱ：11/22(金) 福岡開催
開催場所：TKPエルガーラ　大ホール
住所：福岡県福岡市中央区天神1-4-2
最寄り駅：地下鉄空港線 天神駅徒歩5分
会場URL：https://www.elgalahall.jp/access/

研修会議Ⅱ：11/21（木）大阪開催
開催場所：グランキューブ大阪　特別会議場
住所：大阪府大阪市北区中之島5-3-51　12階
最寄り駅：京阪中之島線　中之島駅2番出口すぐ
会場URL：https://www.gco.co.jp/visitor/access/
JR大阪駅より無料シャトルバスあり

研修会議Ⅲ：12/2(月) 東京開催
開催場所：AP虎ノ門　会議室A
住所：東京都港区西新橋1-6-15　日本酒造虎ノ門ビル11F
最寄り駅：銀座線虎ノ門駅　徒歩3分
会場URL：
https://www.tc-forum.co.jp/ap-shinbashitoranomon/access/

申込み　https://www.jmar-form.jp/renkeisem2024.html

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

## Q4　行政説明について

| 1.制度・手続き |
|---|
| かかりつけ医機能報告制度については初めて聞いたので、これからの動きについて知ることができよかった。 |
| かかりつけ医機能の協議の場の開催・運営について、より詳細な具体例を知りたいと思った。（都道府県と市町村の役割分担など） |
| 在宅医療の圏域とは？具体的にどのように区分されるのかがわからなかった。 |
| かかりつけ医機能報告の創設について、医療機関、保険者、公衆衛生等への研修はいつ、どのように行われるのか。 |
| かかりつけ医制度について、具体的に取り組む内容まで理解するに至らなかった。 |

| 2. 具体的な事例や適用条件 |
|---|
| 在宅医療に必要な連携を担う拠点と在宅医療介護連携推進事業の関わりについて知りたかった。 |
| 「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」の連携の有効性について、事例の紹介があるとよりイメージしやすかったです。 |
| 行政説明③について、地域医療介護確保基金を活用して、市町村実施の在宅医療介護連携推進事業の体制整備を行っている事例（具体的にどのようなことに基金を活用しているのか） |
| 診診・病診連携についての保健所の取組で具体的な好事例（医師会等との連携、下地づくりから実際に連携体制構築に至るまでのプロセス等あれば） |
| かかりつけ医機能報告の創設についてで説明があった協議の場における議論の進め方のイメージについて。 |

| 3. 役割分担・運用 |
|---|
| 在宅医療介護連携推進事業の促進に向けた役割分担について |
| ②市町村の役割を具体的に示していただきたい |
| 行政説明③の、コーディネーターの役割について、詳細をもっと知りたい。 |
| ②について具体的にコーディネーターとして知っておくべきことを得たかった。 |
| ③協議会を立ち上げるにあたり、キーパーソンをどのように探していくのか、他の市町の事例を教えてほしい。 |

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q4　行政説明について

| 4. 説明の進め方・理解しやすさ |
|---|
| 全体的に説明が早く理解が追い付きませんでした。 |
| 事業の概要など説明が早く、資料も見づらかったので、もう少し詳しく知る機会がほしい。 |
| 質疑応答のパワポも資料として欲しかった。早すぎてメモる時間もなかった。 |
| ①は説明が早すぎたので、せっかく充実した資料があるのに、見るのが追いつきませんでした。もう少しゆっくり話してもらえたらよかった。 |
| 反対に、②はゆっくりしすぎていると感じました。もう少し要点を絞って話してもらえるとよかったなと思います。 |
| 全てが早口で内容もあまり理解できなかった。 |
| 駆け足どころかとても早くてついて行けなかった。要点を絞って話してもらえると良かったと思う。 |

| 5. 制度のメリットや影響 |
|---|
| かかりつけ医登録制度のメリットが分かりづらく、もう少し経緯と役割を知りたかった。 |
| かかりつけ医機能創設のメリット |
| かかりつけ医の事業については、ゆくゆくは点数化や加算になっていくのか、なかなかメリットがないと医療機関の実施に広がらないと感じた。 |
| かかりつけ医の創設に関しては理解できたが、かかりつけ医が実際の現場において「治し、支える医療」とは具体的に何を指しているのかをもっと詳しく知りたかった。 |

| 6. 行政と関係機関の連携 |
|---|
| 行政からの医師会への働きかけの部分。現場の医師に周知されるには時間がかかりそう。 |
| 在宅医療・介護連携推進事業の取組に係る市町村での成果事例をもっと取り上げてもらいたい。 |
| 地域医療介護総合確保基金の予算を要望する県の事業はどのように採択されていくのか。 |

22

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q6　基調講演について

| 1.講演の分かりやすさ・理解しやすさに関する評価 |
|---|
| 施策案に係る基本的な考え方を講義してもらったので、大変参考になりました。 |
| 在宅医療介護連携、求められる背景についてわかりやすく解釈していただき大変参考になりました。 |
| とにかく説明がわかりやすかった。 |
| 話がとてもわかりやすく、整理されていた。 |
| ポイントを絞った説明であり簡潔でわかりやすかったです。 |
| 事業の必要性について、社会情勢・構造等の変化からわかりやすかった。 |
| なぜ必要か、またそのためにどうすべきかがわかりやすく説明されていた。 |
| 具体的な事例を交えながらお話しいただいたので、とても参考になり理解しやすかったです。 |
| 話し方もとても聞きやすく、ポイントもわかってよかった。 |

| 2.事業マネジメントの考え方に関する学び |
|---|
| 事業マネジメントの基本がよく理解でき、もっと知りたいと思った。 |
| 課題を具体的にすることで、現在の状況にあった効果的な対応策が考えられることが改めて認識した。 |
| 事業を展開していくイメージがついた。 |
| 目的・目標・手段の関係性を明確化することを学びました。 |
| 手段が先にきてしまうことが多々あるので、今回改めて目的を意識することの大切さを実感した。 |
| 事業をすることに重きがおかれがちだが、現状と目指す姿のギャップ(課題)に対してそれが解決され住民の幸せに資する取り組みをする必要があると再確認できた。 |

23

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q6　基調講演について

| 3. 在宅医療・介護連携の進め方や課題に関する気づき |
|---|
| 在宅医療介護連携で求められていること、目的や課題、どう事業を推進していくかについて考え方を整理することができました。 |
| 在宅医療・介護連携推進事業の進め方について、説明内容が分かりやすく理解できました。 |
| 在宅医療・介護連携支援は「専門職による支援」と「多様な主体による支援」を統合し、機能化させる難しい取り組みであるというお話を聞き、普段頭を悩ませている基が何か、理解が深まりました。 |
| 在宅医療・介護連携推進事業の進め方を学ぶことができたほか、「目的」を達成するために「目標」を立て、「目標」を達成するための方法として「手段」があるといった関係性を確認することができた。 |
| 在宅医療・介護連携が求められる背景が、根拠のあるデータをもとにしっかりと理解することができた。 |

| 4. PDCAサイクルやマネジメントの応用 |
|---|
| PDCAサイクルについての取り組み方が具体的にイメージできた。 |
| PDCAの大切さを再確認できました。 |
| PDCAサイクルの考え方を具体的な例を用いてご説明いただき非常に参考になった。 |
| 本事業のPDCAサイクルに沿った取組推進にあたり、マネジメントの必要性や方法について明瞭に解説されよく理解できた。 |

| 5. 目的・目標の重要性に関する学び |
|---|
| 目的・目標をしっかり立案することで方向性がぶれないことを学んだ。 |
| 目的を明確にする。目指す姿のイメージを共有することが大切である。 |
| 目的を意識して、手段を考えていけるようにしていきたいと思いました。 |
| 目的を忘れず、最後には予想と比べて評価するところまでが大事と、わかりやすく確認できた。 |
| 目標や目的などの意味が分かり易く、地域住民に説明する際にも役立てたいと思います。 |
| 目的が理解できたため。 |



# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q6　基調講演について

| 6. 講師の講義に対する評価 |
|---|
| 川越先生の話がすとんと落ちたので。とても分かりやすくお伝えいただきました。 |
| 川越先生の講義は2回目で、以前はよくわからなかったが、今回だんだん自分のものになってきました。 |
| 川越先生の説明内容は、とても振り返りになる機会で、何度聞いても自身に不足している点を見直せるのでありがたいです。 |
| 川越先生の講義はいつもとても具体的で、わかりやすいです。 |
| 何度か伺ったお話ですが、何度お聞きしても頭がクリアに整理されて事業に対する意欲がわきます。 |
| 川越先生のお話を聴かせていただくのは４回目ですが、毎回マネジメントとは何か、課題とは何かなど大変わかりやすく、聴くたびに自分の中に落とし込んで「事業に活かそう」と思います。 |

| 7. 行政とコーディネーターの役割・連携 |
|---|
| 行政とコーディネーターの業務のすみ分け方についてヒントを得れました。 |
| 行政の担当者にはこの研修のコマを必須にしてもらい、レポート提出をしなければ交付金が出ないようにしても良いのではないでしょうか？ |
| 行政（市）と医療介護コーディネーターの役割と連携について、具体的に示していただきイメージができたため。 |

| 8. 課題・改善点に関する意見 |
|---|
| 内容は理解できるものだが、登壇者の口調や声のトーンがきつく感じられ、聞くことが難しかった。 |
| 話の内容が分かりやすかったが、もう少し深掘りしてほしい内容もあった。 |
| 地域包括支援センターに相談窓口を置き、行政がコーディネーターをという構成は難しいということを理解しましたが、委託するだけの予算の確保は難しく、専従や複数担当での実施も難しいため、在宅医療・介護連携を推進するにはもう少し時間が必要になることを改めて感じました。 |

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q9　参考になった事例内容について

| 東京都稲城市 |
| --- |
| **1. 自治体の体制・状況の類似性に関する意見** |
| 当市と体制が似ているため |
| 同じく市町村と医師会のエリアが同一のため |
| 近隣地域の取り組みを知る事が出来た |
| 同スタイルで事業展開しているため。 |
| 所属する自治体の体制と比較的似ているため。また、連携の過程がわかりやすかった |
| 医療圏と市町村が同様の自治体であるため。 |
| 在宅医療の圏域が同様であり、現状課題の抽出方法に困っていたため、稲城市の取り組みは参考になった。 |
| 市と医師会（コーディネーター）との関係性が似ていたので参考になりました |

| 東京都稲城市 |
| --- |
| **2. 課題の抽出・分析に関する気づき** |
| 地域での課題を拾い上げる際、なぜこの問題がおこるのか、深く掘り下げていくことが大切だと気付けた。 |
| 相談内容の背景を探り課題を見つけていくという視点が参考となった。 |
| 医療介護コーディネーターに寄せられた相談内容から丁寧に課題分析し、地域課題を見出す方法。 |
| 寄せられた相談の中から課題を抽出するという視点では同じような取り組みだと感じたので興味深く聞かせて頂きました。 |
| 行政との連携の仕方や課題抽出についてとても参考になりました。 |
| 一つの声から課題に繋げること。 |



# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q9　参考になった事例内容について

| 東京都稲城市 |
| --- |
| **3. コーディネーターと行政の連携に関する学び** |
| コーディネーターと行政との具体的なやり取りから協議体で検討した流れを知れたから。 |
| 市の職員とコーディネータのやり取りを紹介してもらい、コーディネーターは個々の個別支援での視点で考え、市は圏域全体を考えて話すということがしっくりきた。 |
| 行政職員と支援者の目線の違いというところが参考になりました。 |
| 行政職員とコーディネーター間の問い合わせ内容の深堀について。 |
| コーディネーターの方との目線の違い、お互いの考え方が示されていて分かりやすかった。 |
| 行政とコーディネーターの関係性をどう作っていき、課題解決の実例をロープレしていただけたのが分かりやすかった。 |
| 行政職員とコーディネーターとの関係性について |

| 東京都稲城市 |
| --- |
| **4. 事業の進め方・展開方法に関する参考点** |
| 一人でコーディネートされていることは同じような境遇なので、他機関と連携取りながら遂行されているところが参考になった。 |
| 包括や連携センターがなくなってもやっていける地域を作る。 |
| 展開方法が似ていたため。市（委託元）と医師会（委託先）の関係性と役割の実際についてとても悩んでいるところであったため、大変参考になりました。 |
| お二人のやり取りが非常に具体的でわかりやすかったです。そうそうと思いながら聞けました。このような積み重ねですね。 |
| 稲城市のご発表はとても具体的で、このような関わりが行政と行っていく事ができればと思った。 |
| 行政担当者と対話の必要性（じっくり）。 |
| 状況は違えど、自分の市でも取り入れることができる考え方でした。 |

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q9　参考になった事例内容について

| 新潟県新発田地区 |
| --- |
| **1. 広域連携の取り組みに関する学び** |
| 広域で医介連携に取り組んでいるという点が同じなので参考になった。 |
| 他市町村と共同で委託しているので、参考になりました。 |
| 同様の広域での取り組みだったため、参考になりました。 |
| 広域連携の実践例、行政職員との調整例。 |
| 広域と個別の取り組みにわけているところが参考になりました。 |
| 広域と個別を分けて考える視点は参考になった。 |
| 地域ケア推進会議の組織体系、３市１町合同発表会等、広域での取り組み。 |
| 私の地域も複数市町村から1医師会が連携する地域なので参考となった。 |
| 中山間地域の取り組み。 |
| 同じような環境であることが参考になった |

| 新潟県新発田地区 |
| --- |
| **2. ロジックモデルとPDCAに関する学び** |
| ロジックモデルは面白いと思います。できるかどうか…。 |
| ロジックモデルによる評価。 |
| 指標マップを使ってPDCAを回す手法。 |
| ロジックモデルからのPDCAが参考になった。そして、評価に事実特定と価値判断を加えることを意識したいと思った。 |
| 新発田市ロジックモデル。 |
| ２ロジックモデルの活用、導入までの手順を詳しく知りたい。 |



# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q9　参考になった事例内容について

| 新潟県新発田地区 |
| --- |
| **3. 事業の進め方・役割分担に関する学び** |
| 在宅医療・介護連携推進事業自体を受託し、積極的にその取組を実施していらっしゃるお話が聞けて、当区のコーディネーターの活用方法も見直せるのではないかと感じた。 |
| 行政での役割分担が明確になっている。 |
| 在宅医療の推進と、在宅医療・介護連携推進事業における関係性や役割の整理等、大変参考になりました。 |
| どの市も参考になったのですが、南島原市でも施設・在宅看取りについて進めていこうとしている段階で、施設職員の方などに看取りを施設で進めることができていない現状の理由を確認していく必要性を改めて感じた。 |

| 新潟県新発田地区 |
| --- |
| **4. 課題整理・多職種連携の重要性** |
| 課題の整理ができておらず苦労しているので、参考になりました。 |
| 多職種連携のためには、やはり対話と目的の共有・すり合わせが重要であると再認識しました。 |
| １相談内容の共有にあたり包括の同席はないのか？包括と連携室相互の相談内容を共有することが必要なのではないかと考えさせられた。 |

| 広島県廿日市市 |
| --- |
| **1. 中山間地域・地域特性を活かした取り組みに関する学び** |
| 中山間部の状況が少し似ていた。同じことはできないと思うが、参考になった。 |
| 高齢化率等が似た地域だったので、自分の地域を思い浮かべながら聞くことができた。 |
| 近県で中山間地というところも同じなので。 |
| ほっと吉和の事例に感銘を受けました。どうやったらわが町に実現できるのだろうと考えました。 |
| 中山間地域での取り組みかた、地域住民の巻き込み方等が参考になりました。 |
| それぞれの自治体の状況に応じた取り組みについて詳しく説明していただき参考になりました |

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q9　参考になった事例内容について

| 広島県廿日市市 |
| --- |
| **2. コーディネーターの役割・連携の在り方** |
| コーディネーターの役割を知ることができた。 |
| コーディネーターの役割と事業の施策展開、PDCAサイクルについて気づきがありました。 |
| 行政とコーディネーターの連携の実際や、事業におけるPDCAサイクルの実際について知ることができ、参考になった。 |
| 相談内容をコーディネーターと行政職で振り返り、地域課題として取り上げたり、協議体へはかったりした点。 |
| 行政とコーディネーターの連携と、その前提として信頼関係をしっかりと築くことが大切だと感じました。 |
| 直営包括支援センターの主任CM職員として、在宅医療・介護連携推進コーディーネーターとして事業を運営している。 |
| コーディネーター目線のエピソードが良かった。 |
| コーディネーターと行政の役割について整理ができた。また、コーディネーターと行政の連携のあり方が理解できた。 |

| 広島県廿日市市 |
| --- |
| **3. 広域連携・行政との協力に関する学び** |
| 市町を超えた専門職との繋がりについて参考になった。 |
| 実際の動きを伺うことで行政との関係等が分かってよかった。 |
| 行政とのやりとりは相談員としてのスキルアップにつながると思った。 |
| 地区の実情に合わせ、それぞれの地区毎に事業を行ったり、合同で行ったりしているところが大変参考になった。 |
| 各市町村が広域と個別の取組を合わせ技で進めていることが参考になった。 |

30

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q9　参考になった事例内容について

| 広島県廿日市市 |
| --- |
| **4. ロジックモデル・PDCAの活用** |
| ロジックモデルで言語化すること、廿日市市での取り組み。 |
| 指標マップを使ったPDCAサイクルの回し方が参考になった。 |
| 相談から地域課題を見出す要点。 |
| 相談を月1回行政に共有すること、ロジックモデルの活用、他地域の取り組みを応用することなど、当センターでも実施したいと思いました。 |
| 目指す姿（最終アウトカム）→支援体制の目標（中間アウトカム）→事業の目標（初期アウトカム）→具体的事業（アウトプット）。 |
| 事業・施策マップが参考になった。 |

| 広島県廿日市市 |
| --- |
| **5. 在宅医療・介護連携の取り組み** |
| 在宅医療介護連携の目的を言語化して共有すること。 |
| 在宅医療・介護連携支援事業だけでなく、生活支援体制整備事業や認知症施策にも共有するべき内容だった。 |
| 早くから、多職種連携を見据えて、委員会に関係専門職を巻き込んだ五師士会を発足させ、先行で取組んでいた入退院連携等をプロセスとして事業・施策マップに落とし込み見直した上で展開していることが目的も再確認でき、評価のしやすさにも繋がっていること。 |
| 医療コーディネーターがしっかりと機能していることが、在宅医療・連携推進事業がうまく機能していくことにつながると感じた。 |

31

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q9　参考になった事例内容について

| 広島県廿日市市 |
| --- |
| **6. 人生会議（ACP）・地域住民との協力** |
| 人生会議を早い時期から取り組んでおり、取組内容が参考になった。 |
| 人生会議サポーターを養成する取り組み、市民向け出前講座をショッピングモールで行うこと。 |
| 人生会議の普及啓発について。 |
| どの自治体さんも参考になりましたが特に廿日市市さんのACPの取り組みが参考になりました。 |

| 広島県廿日市市 |
| --- |
| **7. 地域課題の抽出・改善策の考察** |
| 相談内容を深めていく話、新発田地区の、複数の自治体からの委託についての実態が参考になりました。 |
| 地域特性に応じた施策展開や好事例をどのように他地域へ展開していくかの検討の様子を学ぶことができ、参考になった。 |
| 住民の意見から課題を見つけて、実際に「ほっと吉和」の設立を実現された報告に感動しました。 |

32

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q11　意見交換について

| **1. 意見交換の有益性・学び** |
| --- |
| 具体的な取組について理解を深められたため。 |
| それぞれの考え方が聞けたため。 |
| 発表者の意見が聞けてよかった。 |
| 直接、コーディネーターの考えや活動を教えてもらえました。 |
| 率直な意見が聞けて良かった。 |
| コーディネーターや市町村担当者が感じている率直な意見が聞けて良かった。 |
| コーディネーターさんの取り組んでいる話が聞けて参考になった。 |
| ほかの自治体の様子などを聞けたから。 |
| それぞれ似たような課題を抱えていることを共有できた。 |
| 全国の方との交流はこれまで経験がなかったので貴重でしたし、楽しかったです。 |
| 各地域の担当者の声を聴けたことが何よりもよかった。 |
| 地域、立場で色々異なるのでいろいろな立場や考えがあることを知れました。 |
| いろいろな地域の行政の方などの話が聞けて良かった。またそれぞれの立場での課題なども聞けて良かった。 |
| 自センターの振り返りで、行政との目指す姿の共有が大事であり、定期的に話し合うことができていると感じた。 |
| 既に４つの場面について課題抽出され、具体的な取り組みについてお聞きでき、参考になった。 |
| 県外の方、行政の考えなどを知ることが出来ました。 |
| 他県の在宅医療拠点の活動を知り事が出来参考になった。 |
| 他の市町村の取り組みを、生の声で聞くことができて参考になりました。 |
| 行政職員とコーディネーターとでは業務内容も違っているところがあり参考にはし辛かったですが、他県の取り組みも聞けて良かったです。 |

33

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q11　意見交換について

| 2. 立場の違い・連携の課題 |
|---|
| 同じ言葉を使っていても解釈が違うことは、分野が違うとよくある。どのようにすり合わせていったかを聞けて良かった。 |
| 専門職と事務職、個々の専門職でも同じ用語についてのイメージが違うという発言に納得できました。 |
| 行政職の方から難しいと感じていることもお聞きできたのは参考になります。 |
| 私以外は行政の担当者であったので、立場が異なるがゆえに悩みもまったく異なっていたので非常に面白かった。 |
| 市町村直営であったり、コーディネーター配置がない等、各自治体による運営手法の違いを改めて理解することができたため。 |

| 3. 意見交換の進め方に関する課題 |
|---|
| もう少しテーマを限局した意見交換であれば具体的な内容に至ったのではないか。 |
| 好事例や難しいと感じていることの深掘りはあまりできなかった。 |
| 課題と感じていることの差があり、話の展開が進みにくいように感じた。 |
| 意見交換に積極的でない方もあったので、進行役がしんどかったと思います。 |
| 時間が短く十分に意見交換することができなかった。 |

| 4. 意見交換からの気づき・行動のヒント |
|---|
| どこの地域でも、交通手段の確保が課題となっていた。 |
| 行政の立場からの意見が聞けたこと。 |
| 医師にとってメリットは何かを示した研修会等を立案しなくてはと思いました。 |
| コーディネーターの役割は、多岐にわたる。一人では、叶えられないことも目的意識を共有することで何が出来るのかみんなで一緒に考えられる。 |
| 研修会の企画は、１回の研修会で飛躍的に多職種連携が向上すると考えにくい。地道に積み重ねをするためにもアンケートや振り返りが大切である。 |

34

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q13　研修全体について【要約】

**1. 事業理解の向上**

- 研修を通じて、在宅医療・介護連携推進事業の基本や背景、制度の流れを理解できたという声が多くありました。
- 「事業の内容を理解できた」「かかりつけ医制度の詳細を初めて知ることができた」など、制度に関する知識を深める機会となったようです。また、「市町村による取り組みの違いが分かり、自地域の課題と比較できた」という意見も見られました。

**2. 具体的な事例や手法の学び**

- 研修では、各自治体の具体的な取り組みが紹介され、多くの参加者にとって参考になりました。
- 「他の市町村の取り組み事例を知ることで、自分の地域での活用方法を考えるヒントになった」という声が多数。
- 特に、PDCAサイクルの実践例や、事業マネジメントの基本についての講義が役立ったという意見がありました。
- 「小地域ケア会議や事業評価の進め方を学び、今後の施策に活かしたい」といった具体的な実践意欲も見られました。

**3. コーディネーターの役割の再認識**

- 「コーディネーターとしての役割を明確に理解できた」「コーディネーターの課題や悩みに共感できた」といったコメントがあり、役割の重要性を再認識する機会となったようです。
- 特に、「コーディネーターとして自分に何ができるのか迷っていたが、研修を受けて方向性が見えてきた」との意見も多く、自信や意欲につながったことがうかがえます。

**4. 国の政策動向の把握**

- 生労働省の説明を通じて、在宅医療・介護連携推進事業の今後の方向性を理解できたとの声が寄せられました。
- ただし、「説明が早く、内容が追いきれなかった」「国の方針の話が抽象的で、現場での活用方法がイメージしづらかった」という意見もあり、より具体的な説明を求める声もありました。

**5. 他自治体の担当者との交流**

- 他の市町村の担当者と意見交換できたことが、研修の満足度につながったケースが多くありました。
- 「普段、他自治体の担当者と話す機会がないため、悩みや課題を共有できたのがよかった」
- 「同じ課題を抱える仲間がいることを知り、今後も情報交換をしたい」といったコメントがありました。

35

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q13　研修全体について【要約】

| 6. 研修の進め方に関する意見 |
| --- |
| ➢ オンライン参加の利便性<br>遠方からでも参加できたことを評価する声が多くありました。<br>➢ 時間配分の課題<br>「内容が盛りだくさんで情報量が多かったが、もう少し時間がほしかった」「講義のスピードが速すぎた」など、もう少し余裕を持って話を聞きたかったという意見もありました。<br>➢ 発表内容の調整：「先進事例が多く、自分の地域とは状況が違いすぎて参考になりにくかった」「小規模自治体向けの具体的な成功事例が知りたかった」という声もありました。 |

| 7. 今後の課題と期待 |
| --- |
| ➢ 「現場での課題を解決するために、さらに具体的なアクションプランを学びたい」<br>➢ 「行政とコーディネーターの協力体制について、より実践的な議論がしたい」<br>➢ 「来年度以降もこうした研修を継続して開催してほしい」 |



# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q14　現在の課題・困りごとについて

| 1. 医療機関・専門職の協力不足 |
| --- |
| 開業医の多くが在宅医療に関心を持たず、福祉分野への関与を避ける。 |
| 医師会との連携が難しく、協議体への参加が少ない。 |
| 在宅医療に携わる医師の高齢化が進み、訪問・往診が困難になっている。 |
| 病院の相談員が介護保険制度を理解しておらず、退院調整が適切に行われない。 |
| 医師会がリーダーシップを発揮できておらず、連携センターの役割が形骸化している。 |
| 民間病院が地域事業に関与することに消極的。 |

| 2. 行政の関与・協力の課題 |
| --- |
| 行政の担当者が頻繁に異動し、継続的な事業推進が難しい。 |
| 市町村によって在宅医療・介護連携事業に対する温度差がある。 |
| 行政が事業を委託しても、丸投げの状態になりがち。 |
| 縦割り行政の影響で、医療部門と介護部門の連携が進まない。 |
| 保健所の役割が不明確であり、在宅医療介護連携の推進に積極的でない。 |
| 担当課の意識が低く、研修などにも参加しない。 |
| 県、市町村、医師会の連携が取れておらず、広域的な視点での推進が困難。 |

| 3. 住民・地域の理解と協力 |
| --- |
| ACP（人生会議）や在宅医療の啓発が進んでおらず、住民の関心が低い。 |
| 研修会を開催しても、参加者が固定化し、新しい層に広がらない。 |
| 在宅医療の必要性が地域住民に十分に伝わっていない。 |

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q14　現在の課題・困りごとについて

| 4. コーディネーターの課題 |
| --- |
| コーディネーターが不在、または十分に機能していない自治体が多い。 |
| 相談窓口の対応が主な業務になっており、戦略的なコーディネートができていない。 |
| 人材不足で、コーディネーターの確保・育成が困難。 |
| コーディネーターと行政の役割分担が不明確。 |
| 相談業務の認知度が低く、相談件数が伸び悩んでいる。 |
| 兼務が多く、業務負担が大きいため十分な活動ができない。 |

| 5. 連携・協働の難しさ |
| --- |
| 在宅医療と介護の連携が十分に取れていない。 |
| 医療機関と介護事業所が多すぎて、全体の調整が難しい。 |
| 多職種間での認識の違いや意見の相違が大きく、合意形成に時間がかかる。 |
| 連携支援センターの意義が十分に共有されておらず、関係機関の参画が不十分。 |
| 行政や専門職が現場と向き合い、具体的な行動を共にする姿勢が不足している。 |
| 地域包括支援センターの役割が自治体によって異なり、統一した連携体制が確立できていない。 |

| 6. 人材確保・育成の問題 |
| --- |
| 医師、看護師、介護士、ケアマネジャーの人材不足が深刻化している。 |
| コーディネーターの後継者が見つからず、今後の事業継続が不安。 |
| 介護支援専門員の高齢化が進み、退職が増えている。 |



# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q14　現在の課題・困りごとについて

| 7. 事業の進め方・評価の難しさ |
| --- |
| ロジックモデルのような体系的な考え方が十分に浸透しておらず、事業の目的が不明確なまま進んでしまう。 |
| 成果確認が難しく、評価指標の設定に悩んでいる。 |
| 事業が拡大する一方で、マンパワー不足により実施が困難になっている。 |
| 広域での取り組みを進めているが、市町村間での意見の相違が目立ち、連携が難しくなっている。 |
| 在宅医療・介護連携事業の枠が広がりすぎており、コーディネーター1人では対応しきれない。 |
| 事業を続けるための財源確保が困難で、予算が増えずに運営が厳しい。 |

| 8. ICT活用の遅れ |
| --- |
| ICT連携ツールの導入に対して行政の理解が進んでいない。 |
| ICTを活用する医師・専門職が限られており、普及が進まない。 |

# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q15　研修への意見・要望について

| 1. 研修形式について |
|---|
| ZOOM配信があり、オンラインで視聴できたのがよかった。今後も継続してほしい。 |
| 研修会Ⅱも出向くのが難しいので、ZOOMやYouTubeでの配信を希望。 |
| 音響が悪く聞き取りにくかった。司会の声が小さく、活舌も悪く内容がわかりづらかった。 |
| スライドにポインターやマーカーで重要ポイントを示してほしい。研修の時間配分にゆとりを持たせてほしい。 |
| 全国の自治体・コーディネーターがつながる場として、今後も継続開催を希望。 |

| 2. 研修内容の充実 |
|---|
| 医療・介護の枠を超えた連携に関する研修を希望。 |
| 行政職員が多いため、医療側の立場を理解する内容も加えてほしい。 |
| 人口規模別、地域特性別の事例報告があるとよい。 |
| 初心者向け（行政職員や新任コーディネーター向け）の研修を開催してほしい。 |
| 「ロジックモデル」の活用方法や問題解決のシナリオについて詳しく知りたい。 |
| 市町村がコーディネーターをしている場合の事例も紹介してほしい。 |
| 成功事例だけでなく、課題が解決できない地域の事例を取り上げ、アイデアを出し合う形式の研修も面白いかもしれない。 |
| 保健所の立ち位置や役割について説明を加えてほしい。 |
| ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発の具体的な手法を知りたい。 |
| 相談業務のための知識や聞き取りのポイントを学べる初心者向け研修を希望。 |
| **在宅医療・介護連携推進事業のメーリングリスト**で情報提供をしてほしい。 |
| 市町村職員の異動があるため、基本的な内容も定期的に研修してほしい。 |
| 「かかりつけ医機能報告制度」についての説明会を、医師会・市町村医療部門にも周知してほしい。 |



# （参考資料）．研修会議Ⅰ自由記述

Q15　研修への意見・要望について

| 3. 行政との連携に関する要望 |
|---|
| **町長・副町長向けの研修**を実施し、危機感を持ってもらえるようにしてほしい。 |
| 行政職員の異動により事業の継続性が担保されないため、研修で意識づけをしてほしい |
| 。**市町村がコーディネーターを外部委託せず運営している事例**を知りたい。 |
| 委託業務の具体例だけでなく、市町村が主体となっている場合の事例も聞きたい。 |
| **市町村間の足並みがそろわず、事業が進行しづらい問題への対策**について知りたい。 |

| 4. その他 |
|---|
| **QAセッションの内容を資料として共有**してほしい。 |
| **コーディネーター向けの交流会**を企画してほしい。 |
| **厚労省の最新施策動向について詳しく知りたい**。 |
| **定期的に最新の情報をアップデートできる研修の開催**を希望。 |

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q4　研修会議Ⅱ：演習①での気づき等

| 1.課題の抽出と整理 |
|---|
| 「本人・家族にとって不利益なこと」から「地域で解決したいこと」に表現することが難しかった。対象やターゲットをしぼる |
| 「課題とは、あるべき姿を現状とのギャップ」を念頭にして課題抽出すること |
| 課題の抽出方法、原因の分析など政策立案のマネジメントで整理することができた |
| 何が家族・本人にとって不利益か洗い出すことが課題抽出に必須のプロセスだと感じました |
| 支援者の課題ではなく、本人、家族にとっての課題から考えることについて学び、とても重要なことだと感じた |
| 課題を考える際、誰が主体で考えるのかが、ぶれがちだった事に気付く事が出来た。焦点が絞れていなかったから、ぶれていたんだなと今改めて考える機会になりました |

| 2.目指す姿の再確認 |
|---|
| 自分の市のめざす姿を再確認しようと思った |
| まず目指したいことを、そして目指したいことを存在し続けることが良くわかった |
| 目指しているものに一番近い早くたどりつける対策をすべき原因は何かを考える視点。ついつい優先順位をつけずに羅列してしまう。 |
| 目指す姿を言語化して意識付けしても課題や対策を検討していると、ふと意識がうすれる。その都度目指す姿を意識しPDCAサイクルをおこなうよう心がける |
| 目指していることを常に頭におくということを忘れずにやっていきたいと思います |

| 3.主語の重要性 |
|---|
| 主語は誰かを意識して目指す姿を考えていくとこが大事だということが分かった |
| 主語が「住民」となっていない想定が多い、主語が不明確なまま取り組んでいることが多いと感じた |
| 主語が医療者側になってしまいがちだけど常に課題を意識し患者・家族の不利益で考えていきたいと思った。 |
| 誰の課題か、困っているのは誰か、主語は、本人・家族ということに改めて気づきました。 |
| 主語「誰が」が大事。いつも「支援者が（家族以外）」が主語に考えてしまうので。これ（主語「誰が」が大事）を意識していく。 |

42

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q4　研修会議Ⅱ：演習①での気づき等

| 4.グループワークの効果 |
|---|
| 本人家族におこってる不利益なことをグループで意見を出し合うことで、まとまっていった |
| いろんな視点から具体的な例を出しながらアドバイスを頂き理解が深まった |
| 医介連携を推進している現場の方の声を初めて聞いたので勉強になった。何を課題と感じているかがグループワークのおかげで少し分かった |
| グループワークを通して、自治体によって在宅医療介護連携事業の展開のしかたが異なり、立場によって行政、包括、センターの役割認識が異なることが分かった。 |
| どこの地域も、同じような課題をかかえていることが、今回のグループワークで分かった。 |

| 5.その他 |
|---|
| 本人・家族が思っているところをその人の言葉で聞き取ることができれば、より理解を深めることができると思いました。 |
| 「病院側は退院するために入院させている」と角野先生に言われ、そういえば在宅側は「退院のことを考えて入院させていない」と気づいた流れや考え方はわかったと思っても、なかなか文章にできない |
| 入職して2カ月目でまだ分からないことだらけですが、演習を通して地域課題を取り組むプロセスや骨組がよくわかりました。考え方や視点なども流れがあって分かりやすかった |
| 演習①がとても難しかった。原因ばかりを見ていたので、日頃から目指す姿を意識することが重要だと思った |
| 先生からの問いかけにより、自分の考え方が少しこりかたまっていることに気づき、学んだことを生かしてPDCAを回したいと思います |
| 常に目的にふりかえっていくこと。課題から考えてしまうクセ。 |
| GWでは話しやすく、日々の業務のことも聞けて良かった。 |
| 専門職としてやはり課題に注目しがちで、目的を意識するのが難しかった |
| 目的を意識して取り組むことが必要だと思いました。 |
| 専門職で課題を挙げる際、○○によって××になってるというように自分たち側の課題から考えがちであることが非常に分かりました。まずは「誰のために、何の目的で」を意識したいです。 |
| 患者の視点で目標を考えることが難しいことがわかった。つい専門職の視点で考えてしまう。 |

43

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q4　研修会議Ⅱ：演習①での気づき等

| 5.その他 |
| --- |
| 主語を明確にすることの大切さ |
| 目指す姿というものが抜けていたことが分かりました。 |
| 入退院支援について、多くの課題が挙げられました。特に院外からの意見は普段聞く機会がないので、大変勉強になりました。支援のテーマを考える中で主語の重要性に気づく事ができました。 |
| 私の人口欄に誤った数字が記載してありグループ内に規模の異なる方がおられ議論が進み難かった |
| グループ内で重複した意見があってもより肉付けされたものとなった |
| 地域の目指すべき姿をどう設定すべきか具体的な手法が分からず苦労していたが「本人、家族にとって不利益なこと（提供側の課題でなく）」から考えると分かり、とっかかりができた。 |
| 考える時間が短く、自分の頭の中の整理ができませんでした。 |
| 場面をしぼってのディスカッションの必要性（多職種との） |
| 住民目線での不利益に注目する。提供側の課題になりがち。 |
| 現場に近い皆様の話が聞けてよかったです。 |
| 現状と課題が違うことを理解できました。 |
| 「マネジメントの構造」の図がとてもわかりやすく、事業を考える際に必ずふり返りながら考えるべき視点だと思いました。 |
| 本人・家族の不利益について、「～だから～なる」と原因まであわせて考えがちになってしまうことに気づいた。 |
| 「不利益なこと」について、どうしても専門職としての視点になっていた。常に目的を意識すること、何を実現したくて、そのためには何が必要かを考えていきたい。 |
| 本人（や家族）の視点で課題を考えていることの大切さを学んだ。具体的な課題に設定することの重要性を感じた。 |
| 目指すべき設定の仕方から評価までの一連の流れを学ばせていただき、大変勉強になりました。 |
| 目的を明確にする「ことばとして表す」ことが最初の取っかかりで大切だと学びました。 |
| 分かっているようで、やっているようで、出来ていない事を、再確認しすっきりした。分かりやすいマネジメントを学ぶことが出来ました。 |
| 演習のシートに書く欄のない背景やロール等を書く部分があれば良いなと思いました。 |

44

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q4　研修会議Ⅱ：演習①での気づき等

| 5.その他 |
| --- |
| 具体的な場面の設定等、演習をするにあたっての留意点等を初めに教えてほしかった |
| 演習のシートに書く欄のない背景やロール等を書く部分があれば良いなと思いました。 |

Q6　研修会議Ⅱ：演習②での気づき等

| 気づき・学び |
| --- |
| 1. 問題解決のポイント |
| 問題解決に向けてのポイントが分かりやすかった |
| 問題解決の方法を学べた、人の話を聞く際に活用していきたい、今やっていることの対策、思い込み等あることに気づいた |
| 物事をシンプルに考える事を忘れていました |
| 設定をしっかりイメージすることで対策がみえてくる |
| シナリオも具体的に詰めることが大切だと気付きました |
| 設定場面をより具体的にとらえた課題の大切さ |
| 今後の業務全般に役立てることのできる考え方・手法であった |
| プロセスを知ることができた |
| 目標・ターゲットに関する視点について学ぶことができた |
| 地域課題の解決は難しいが、他の方と話す中で多くの気付きがあった |
| 目指す姿を意識することの大切さを知った |
| 大きな根幹となるテーマ、細かく原因をみていくこと考え方が整理できた |
| 具体的にシナリオを作りながら学べたので分かりやすかったです |

45

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q6　研修会議Ⅱ：演習②について

| 気づき・学び |
|---|
| 徹底的に「目的」「原因」にフォーカスしていくと、どんどん行うべきことがシンプルになっていくことが体感できたので |
| 目指す姿→原因・対策→評価、おさえるべきポイントがあり、それをしっかりとおさえること |
| グループ発表と川越先生のアドバイスを聞きながらモヤモヤしていた問題点（課題）が少しづつクリアになりました。掘り下げが深くてたくさんの学びをいただきました |
| 主な原因を確定することが対策の立案にあたって、とても重要だということが分かった |
| 解決に向けた問題の整理の方向性を考えされました |
| ポイントをしぼることで対策がはっきりする |
| 目指す姿の考え方がよく分かりました。これまでの自分が設定したものは、意味がなかったと気づかされました。取組を考える前に演習①から学んだことを活かして見直したいと思います |
| 今後実施する推進会議に演習①～③の方法を取り入れるといいと思った。地域の課題を出す苦しみを現場を知らない自分たちが出すのが大切なため何かヒントになるといいと思う。医療介護連携において対策ありきだったため、もう少し具体的に演習の流れで実施していきたい |
| 対処すべき原因の見つけ方が参考になりました |
| 具体化する重要性を再確認できた |
| 議題解決に向けてのプロセスを学ぶことができた。より具体的に考えて行うことが大切だと分かった |
| 具体的な「対策を立てる」という考え方がわかりました |
| 目指す姿→原因と対策→評価までの一連のプロセスを考えられてよかった |
| 解決シナリオの考え方ポイントを学べた |
| 視点をどこにおくかで対策が変わっていくことに気づいた |
| 本日の演習の考え方を、市町村支援にも活かしていきたいと思う |
| 他者の意見、視点がわかり、今後の参考になった |
| 常に目的意識を持って、取り組むことを再認識できたから |



# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q6　研修会議Ⅱ：演習②について

| 気づき・学び |
|---|
| **2. 整理・分析** |
| 目的・課題・手段・目標～整理できました |
| PDCAサイクルを上手に回せてなく普段の業務の中では手段を考えがちなので、一連のプロセスの考え方はわかった |
| 要因分析の考え方が頭がとても疲れたが非常に勉強になった。要因を深めていくことが大切だと思った |
| 考え方の視点 |
| 場面を具体的に分ける。使う言葉から伝わるイメージを意識しないと伝えているつもりが期待する理解につながらない可能性がある等の気づきがあった |

| 課題・問題点 |
|---|
| **1. 具体的な対策への気づき** |
| 具体的な対策への気づき、より具体的に誰が何をやるということをはっきりしておかないと誰もやらないことがほとんどと思います |
| 市で急変時の施策を進める時、どのように進めるか全く思い描けていなかったのですが、グループワークを実施して原因（対策できうる箇所）が沢山あると気づくことができました。今一度自分の自治体でもこのようにできたらと思いました |
| 何度か川越先生の演習を受けていますが、それでもなるほどと思うことがたくさんありました、今回も課題に対する一連の整理方法を考えることができとても参考になりました |
| 要因分析の考え方が頭がとても疲れたが非常に勉強になった。要因を深めていくことが大切だと思った |
| 原因・対策を考えていく上でグループワークを専門職の方・現場の方の声を聴く重要性が身をもって知りました |
| 今回学んだことは、とても参考になった。しかし現場で生かしていくのはなかなか立場的に難しいと思った |
| 川越先生の解説があるとわかるのだが、これを自分の理解でわかることができるか不安です |
| 講師からのアドバイス（各Grへの） |
| テーマ→「目指す姿」が意外と難しくて、でもそこを押さえておくと原因を考えるのが繋がってくることがよく分かりました |

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q6　研修会議Ⅱ：演習②について

| 課題・問題点 |
| --- |
| **1. 具体的な対策への気づき** |
| 演習は難しかったが大変勉強になった。今後実際に当地区でこのツールをベースに有効な取組となるような「目指すべき姿」を常に関係者間で共有しながら進めていきたい |
| テーマをどの場面設定するかで（具体的にしておくこと）目指す姿、さらに課題点がより明確になることが分かった |
| 実際の場面を想像しながら、具体的に考えることができたのでとても参考になりました |
| 関係者が同じベクトルを向くこと、目指すべき姿を実現するために原因を考える。こういった考え方はこれまでしたことがなかったです |
| 対処すべき原因、優先順位を考えるということ、場面設定を細かくして対策していかなければいけないと知ることができた |
| 行政をはじめ関わる機関のすべてが共通の目標を持つことが大切と理解できました。現在全く出来ておりません |
| 本人・家族の方を向いていきたい |
| そのように考えることがなかった。考え方やアプローチの仕方を学ぶことができた |
| ベクトルをそろえる。目指す姿のイメージをそろえる |
| 考えが固まっていたことに改めて気づいた |
| ついつい、それぞれの課題に対して解決策を考えてしまうが本当に解決すべきをしぼることでアプローチが大きく整理されること |

| 課題・問題点 |
| --- |
| **2. ディスカッション・グループワークの難しさ** |
| 皆さんでの話し合い、捉え方が様々で学びがありました。テーマ決めが難しかった |
| 難しかった。少し混乱してしまった |
| 時間が不足でした |
| 演習課題は持ち寄りと思い込んでいました |
| グループワークで課題を明確にしていくプロセスは難しかったですが、少しずつ明確にしていく作業を体験できて良かったです |

48

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q6　研修会議Ⅱ：演習②について

| 課題・問題点 |
| --- |
| **2. ディスカッション・グループワークの難しさ** |
| 午後は急に難しさを感じました！でも積極的にみなさんとディスカッションできて楽しめました |
| いろんな意見がきけた、自分の視点では考えられない意見も聞けた |

Q８　困っていること

| **1. 連携の難しさ** |
| --- |
| 医師会との連携が難しい。市の中でも役割りが部署毎に細かく関わりがもちにくい |
| 行政との連携が難しい |
| 医師会コーディネーターとの連携に困っています。医師会にも委託していますが、委託元が主で事業をしている状況に「？」となっています。 |
| ４つの場面についても課題出しができていません |
| 委託先と行政との関わり方。どこまでが行政でどこからが医師会か、広域での取り組み方など |
| 自治体とセンターとの連携が上手くいっていない気がする。委託しているから、やって下さいという感じ |
| 行政のみで取組んでいる地域があるため、他職種の連携と庁内の横のつながりをつくる体制を検討したい |
| ①医師会にあるため、そちらの意向が重視されがち　コーディネーターとしての機能について軽視されている気がしています。　②市（行政）との連携がうすい。直接行政とのやりとりはできない。市医師会を間にはさむため |
| 保健所・市、医師会で４つの場面ごとの目指す姿を設定できるよう取り組んでいるが、中々進まない。（市の担当者は他業務で忙しい…） |
| 地域ごとで取り組みに差があり、協議会の目的・目標設定内容が難しい。保健所が実施主任でないことで、取り組みのすすめ方が難しい |
| 地域の特色があり、県全体として向かうべきテーマの抽出がむずかしい |
| 地域毎や職種毎に異なる課題に苦労しています |
| Coの交流がない |

49

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q８　困っていること

| 2. 人材・リソースの不足 |
| --- |
| 各職種、日々の業務が忙しく、研修や協議の場にでてくる時間がない。又は日程調整が難しい |
| コロナ禍で停滞していた事業の再構築　コーディネーターが高齢だが1人体制で後任が不在のため委託による事業継続が不透明 |
| 医師会コーディネーター（1人だけ）に頼りっぱなし。市町村職員は異動があるため、十分な知識の伝達ができておらず、コーディネーターの退職後が不安 |
| 実務を担う者が実質自分一人なのでやるべき事が整理できずにうまく回せていない。何から何をしていくのか、考えなおす必要がある、他者の業務（休職者のフォロー）があるため多忙でもある。次世代の育成もしたいので、複数体制（正職員）を希望しているが難しいと人事課にとりあってもらえない |
| 一人職場なので休めない。後継者がいないので辞められない |
| 医師、歯科医師の高齢化、現場の人材不足で在宅医療がスムーズに動かないことがあります、今後も改善は期待できず難しい状況が続いています |
| 訪問医の不足。地域支援病院に補助して、在宅医療センターを地域で１つ作る（かかりつけ医が訪問診療をおこなっていない患者の受皿） |
| 難病や癌末期の方の在宅療養の支援が困難です。訪問医療を行っている医療機関が少ない状況です |
| 全て。本気で地域包括システムをすすめようとしている人は少ない。特に行政の中で、そういう気が乏しい |
| 事業を行っていることを地域の専門職に周知することが出来ていない。人手不足 |
| ヘルパー事業所が巻き込めていない |
| 県（本庁）として、市町村や保健所もどう支援していくか、悩みながら対応している。市町村・保健所に考えていただくきっかけ作りや支援も県のマンパワーが不足している現状ある |



# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q８　困っていること

| 3. 課題の多様性と複雑さ |
| --- |
| 北部地区は６市町村から成り立っていて、これから人口が増えるところと減るところがあり、地域によって課題が違う。課題の拾い上げや課題解決に難渋しています |
| 医介関係者が集まる場においても、医介連携で大きな課題が出てこない。Drは在宅にかかる理解があるかどうかは年代によるものが大きいため60以上のDrに変化を求めるのは難しい。医師会の事務局の力を弱くDrをまとめることや、施策を打ち出す力がない |
| 在宅医療介護連携推進事業の評価方法、市の理解が得られない、等々理解の差が大きくなる |
| 在宅医（専門科目）がなかなかみつからずに苦慮することがあります。眼科・ヒフ科等々の在宅医を増やすにはどうしたら良いのか悩みがつきません |
| 地域課題の共有とすり合わせが難しい |
| どんな情報を知れば、相談にこたえられることができるのかが難しいし、対象に適した回答をお返しすることができていないこと |
| 家族の介護を行う人への社会的サポートが足りない状況が何年経っても改善されないこと |
| 目指す姿の設定方法 |
| 行政の関わり方 |
| 庁内の部署が複数あり、庁内ですら目的の共有が上手くできず、それぞれが事業をこなすことが目的となっている |
| 事業の会議が自分たちのこととして、考えてもらうことが難しい |
| これでいいのか？といつも思い、どの辺りにいるのかが分からない |
| 分科会の委員さん達が意識をもつにはどこまで意識をもって会議に参加し、現場で働いているのか…日々の業務の中で意識もつにはどうしたら良いか |
| 連携は手弁当なんでしょうか？専門職として話したくても時間もお金もないような気がします。この考えは地域差なんでしょうか |

| 4. ICTと情報共有の課題 |
| --- |
| ICTの普及、特に行政の参加が難しいこと。（個人情報、ネット利用） |
| ICTによる情報共有 |

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q9　もっと学びたいこと

| 1. 研修の内容と方法 |
| --- |
| 市で主催する多職種研修について（より良い研修方法あれば教えてください） |
| 今回の内容をまた違う場面で演習したいと思いました |
| 色々な方とGWを行い、意見交換したいです |
| 在宅医療、研修会議Ⅲでまずは学ばせていただきたいと思います |
| 今回のように異なるエリアで多職種がGWできるような研修があるとうれしい。視野が広がる |
| 課題解決に向けた研修会を繰り返し参加していきたい |
| 評価についてもっと学びたいです |
| マネジメントという視点で学べることは少なくありがたい研修でした。個から地域、様々な場面で活用できれば1人1人の医療・介護従事者の質の向上と目的が明確になる演習的なもの（評価についてなど） |
| コーディネーター同士の活動やその方法などが分かる機会があるといいなと思います |
| このような研修は大変勉強になり、業務に活かしていきたいと思います |
| PDCAを利用し地域課題を解決した実際の事例を学びたい、知りたい（成功例） |
| 川越先生のご説明がとても分かりやすく勉強になりました。ありがとうございました |
| また川越先生の講義をうけたいです |
| コーディネーター同士の学びの場があれば有難いです |
| このような研修を何度か受けたい。行政と一緒に受けたい |
| 他職種が連携していくための方法が学べる研修を受講したいです |
| 今日の研修をあと3回は受講したい。繰り返し受講して身に付けたい |
| 他都市が具体的にどのような取組をしているか知りたいです |
| 今回の研修は明日からの業務に役立つ内容でしたので、活かしていきたい |
| 今回のように現場で活かせる内容を希望します |

52

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q9　もっと学びたいこと

| 1. 研修の内容と方法 |
| --- |
| 他グループの内容をじっくり共有したい |
| テーマを設定し具体的に行う研修があってもよいと感じました |
| 今回のような課題整理、解決のための演習は自身のスキルアップのためにもまた参加させていただきたいです |
| 今回の様な研修を毎年行ってほしい。（福岡で） |

| 2. 研修の目的と効果 |
| --- |
| 今回のように一連のプロセスの進め方を学ぶことで在宅医療コーディネーターとして、行政と協力しながら地域の施策を進めていくとこができると思います。正解はないと思うので、もっと多くのパターンが学べるようにこのような研修にどんどん参加したいです |
| まずは自分で勉強します |
| 今回の研修は明日からの業務に役立つ内容でしたので、活かしていきたい |

| 3. 支援の方法と課題 |
| --- |
| 医療職に対する権利擁護支援のあり方（1人暮らし、生活困窮、身寄りがない・・増加しているため） |
| 身寄りのない方の支援全般 |
| 災害時における医療と介護の連携 |
| 医療と介護と障害の連携 |
| 生活支援との連動 |
| 地域ケア会議で挙がった課題について、どう課題解決にむけて動けば良いか |

53

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q９　もっと学びたいこと

| 4.データと現状分析 |
| --- |
| 手引きではデータでも現状分析も手法の一つとして挙がっていたのでデータの取り方、考え方など |
| 具体的にヒアリングをどのように行い、どのような効果が挙がっているか聞きたい |
| 在宅にかかる医介連携において、具体的にどのような問題がおきているのか、そしてそれをどのように分析・対策しているのかを知りたい（資源が少なすぎる地域の例は除く。例外すぎるのは除くという意味） |

| 5. 連携と協力 |
| --- |
| 県担当者のみが集まれる場を提供していただきたいです。市町村への支援、必要な拠点・積極的医療機関への運営支援の意見交換をしたい |
| 行政とコーディネーターとの具体的な連携と課題 |
| 他の自治体、センターなどとの情報交換 |
| 目的の共有に向けたアプローチ（各立場・各場面） |
| 区と都で共同で動いているイメージがなかなか持てません。どう動いていったらよいのでしょうか |
| 地域の関係者を巻き込む具体的かつ効果的な方法 |
| 複数の市町村との連携（支援事業）の展開の仕方。各市町村との連携・課題抽出の仕方 |
| 市とコーディネーターとの連携について学びたいです |
| 都道府県との連携のやり方（医療計画上の4つの場面との連携・連動等どのように考えていけばよいか） |
| 同じ市や近隣の市町との横のつながりもしっていきたい |



# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q９　もっと学びたいこと

| 6. 具体的な事例と手法 |
| --- |
| 個別の困難ケースは限りなくあるが、そこから地域課題を整理する際にどのように考えたらいいのか医療側と介護側の立場がちがうと考え方や思いももちろん違うがそこをどうすり合わせるにはどのように働きかけたらいいのか手法を知りたい |
| 包括職員としてのコーディネーターの役割について |
| 個別ケースの課題設定から地域課題のへの広げ方 |
| 事例の中でもうまくいった例（事業として個別の支援案件として） |
| この手法を用いて実際に展開された事例を知りたい |
| 医療体制の整備について |
| Dr参加を進める方法は？ |
| 取組やルールを地域に根付かせる働きかけ |
| ACPについて、どうACPについて提供していくべきか、コーディネーターのスキルアップ |
| 事例からのおとしこみ |
| 事例検討による現状・課題把握 |
| マネジメント方法 |
| 医介連携の進め方の関係者（特に医師会メンバー！）への伝え方 |
| （事業を医師会で受託している）センターに勤めるコーディネーターの資質（スキル）向上を目的とした研修（個人差がありすぎる） |
| 地域支援事業を連動させて推進していくため、県（保健所）がどのように支援していくことができるか、考えを深めたい |
| 介護保険計画・高齢者福祉計画の立て方。(モデル計画を示してほしい) |
| 医科歯科連携を円滑に行うための学びや事例検討 |
| 照会のあったプラットフォームの効果的な使い方研修 |
| 評価の手法 |
| 今回のようなグループワークを地元で行ないたいが、アドバイザーファシリテーターができる人材がいない |

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q９　もっと学びたいこと

| 6. 具体的な事例と手法 |
| --- |
| 他の講師の６名も聞いてみたかった |
| 人口規模が違う担当者の方の考え方などもざっくばらんに聞いてみたいと思いました。取り組みのヒントとできる事がもっと聞きたいと思いました |
| 在宅医療、介護連携推進事業の進め方（おさらいのおさらい） |
| 展開方法は何とか理解できたと思います。実際、事業の会議をどのようにしているのか学びたいです。 |

Q10　研修への要望等

| 1. 研修の形式と開催方法 |
| --- |
| 初任者向けを4月にオンラインでも出来るように |
| 沖縄でも開催していただきたいです |
| 研修会議Ⅲの申込みが早々に締め切りとなってましたので参加人数の拡大など参加できるような取組をお願いします |
| 研修Ⅲ、もしできれば、後日、アーカイブ配信等対応していただけないでしょうか |
| ３回目は東京での研修だがオンラインでの参加ができないでしょうか。東京は遠いです |
| どこでも研修を受けられるようにしていただけるとありがたいです。Webなど。地域の関係者に伝えたいが、私からはむずかしくて出来ません…でもプロセスを学べたことは今後活かしていきたいです |
| 研修Ⅲは東京で行なわれる為、参加できませんでした。ユーチューブでの配信を希望します |
| 来年度も同じ内容で研修してほしい |



# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q10　研修への要望等

| 2. 講師とアドバイス |
| --- |
| 村井先生のお話をもっと聞きたいです（取り組みや活動内容とか） |
| 講師の先生がたくさんいるのだから話し合っている内容にアドバイスが欲しい。ディスカッション前に司会など担当を決めた方が上手くまわせると思う |
| 講師の先生方がワークショップに参加していただき具体的な助言もいただけることは、他の研修にはない充実感があった。引き続き本形式での実施をお願いしたい |

| 3. 研修の内容と進行 |
| --- |
| 目指す姿：時間内で研修を修了する |
| 在宅医療介護事業に関する方法論を学べてよかったです。普段、高齢者を相手にしていることもあり、講師のスピーディーなお話に頭がついていかず、理解が十分できませんでした。そうは言っても有意義な研修でした。みんなで悩んで、がんばっていこうと思いました |
| もう少しわかりやすいと有難いです |
| webのブレイクアウト研修で可能だと思った。PDCAの手法を伝えたいのか具体的対策を提示されたいのかが混在しており、理解がとても難しかった |
| 情報交換（行っている事業・評価など） |
| 市町村を連携支援する県の役割を伝えてほしい。身近な保健所に本事業を担当する |
| グループワークを継続してほしい |
| 市町村の担当者が事業推進のキーパーソンとなるが、おそらく各市でこの事業に割ける人的リソースは少ないのだろうと思います。しかし地域支援事業の全担当者に向けてこのような研修をしなければ地域支援事業は、すすまない |

# （参考資料）．研修会議Ⅱ自由記述

Q10　研修への要望等

| 4. 参加者の配置と環境 |
| --- |
| 同じ市町村で同じグループに配置された理由はなんだったのでしょうか。普段から話しているので、できれば別々の配置の方が良かったかと思います |
| グループ分けについて、メンバーの半分が同じ地域や事業所であったので、分けていただいた方が良かったです。通常話しているところなので別意見に触れたりしたかった。日常のパワーバランスもあり発見しづらい点もあった |
| 空調が機能しておらず、寒くて辛かった。私の見落としかも知れないが、暖房がないのであれば、事前に知らせて欲しかった。遠隔地からきている者は到着後に対策が取れないので |

| 5. その他 |
| --- |
| 行政職員と参加することで意見交換、思いを共有する場となりありがたく思います |
| 他地域の意見を聞くことで、自地域の現状努力すべき点を再認識できました。ありがとうございました |
| 同じグループの方とたくさん情報共有ができ、多くの学びがありました。職場に帰ってから、活動の見通しの参考としたいと思います |
| 現場（使用者と関わる事）生活相談員や介護員だった。センターに入職してまだ3カ月、自分がここで何ができるんだろうと毎日思っていた。私はここに入って良かったのかと不安もあった。でも頑張っていこうかなと思いました。この勉強会を開催して下さりありがとうございました。また来たいです |
| 1.2回聞いただけでは分からないので、また参加したいです |
| 医介コーディネーターと、拠点事業のコーディネーターが研修できる場、つながれる場がほしい |

58

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q2　講義（釜石市、新潟市の取組紹介）について

| 1.コーディネーターの役割・課題（活動の多様性・共通課題） |
| --- |
| 地域によりコーディネーターの役割も様々であると感じた |
| コーディネーターとは何か |
| コーディネーターに求められる役割がわかりやすかった |
| 各立場での考え方が参考になった |
| 皆、同じような悩みを持ちながら、手探りながらもPDCAサイクルを回している事が分かった |
| 目指す姿をどう共有していくか |
| 市とコーディネーターとのやりとりが難しい |
| 連携の上でモヤモヤしていた事が腑に落ちました |
| ４つの場面を目指すところが日々の業務に追われ、自分自身も他の事業との組み合わせにより複雑になっており、優先した考え方になっていなかった |

| 2. 他自治体の取り組み・事例の学び |
| --- |
| 他の自治体の取り組み、またコーディネーターとして、市町村として、必要な事を分けて考える事が出来た |
| 在宅医療介護連携の先進地の取り組みについて知る事が出来た |
| 釜石の取り組みは私の中で医介連携事業の核となる答えになった |
| 新潟の取り組みは参考になった |
| 釜石市の講義で顔の見える連携づくりの先の地域課題の解決、現場レベル連携支援を出来る体制と作る必要性を感じた |
| 新潟市の講義で地区別の連携ステーションの設置とシステムの構築の必要性を学んだ |
| 釜石、新潟ともに以前より注目していた地域で、様々なところで話を聞かせて頂いているが、顔を合わせて発表が聞けて良かった |
| 行政職の方がうまくつなげていて、本当に参考にしたいと思う |

59

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q2　講義（釜石市、新潟市の取組紹介）について

| 3. 連携・関係者調整の課題と工夫 |
|---|
| 職能団体との連携を強固にしていきたい |
| 市との連携のコツ |
| 行政の意識、大切 |
| 各医師会等の取り組みが知れて良かった |
| どこも行政との連携に困っていることが分かった |
| 包括をしていた頃に比べると、市とコーディネーターの間に歩み寄ろうという雰囲気があった |
| 職能団体へのヒアリングやアンケートで課題抽出している点 |
| 課題、ニーズを得るための方法 |

| 4. 地域・自治体規模の違いに関する気づき |
|---|
| 行政の自治体のグループでしたが、自治体の規模、人口、人手、体制、予算が大きくて充実している所が多くて、羨ましく思いました |
| うちはあまりPRポイントが思い浮かびませんでした |
| 自治体規模によっても実施状況が異なる事がよくわかりました |
| 地域によって活動に個性がある。参考になる事が多かった |

| 5. 研修内容に関する要望 |
|---|
| もう少し詳しく聞きたかった |
| とても勉強になる話であったが、一番聞きたかった連携の詳細が省略されたのが残念 |
| 参考となったがもう少しゆっくり聞きたかった |
| 時間的に仕方がないと思うが、もう少し時間を掛けて聞きたかった |
| 何度かお話を伺っているが、その度にやる気を引き出してくださる |

60

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q2　講義（釜石市、新潟市の取組紹介）について

| 6. 研修を通じて得られた学び・気づき |
|---|
| コーディネーターとして日頃意識している事や無意識にやっている事をスライドを通じて改めて整理することができた |
| それぞれの立場による課題の捉え方の違いを共有することができた |
| どの立場の方も地域の課題にいち早く気づいた方は、一人でも行動する事をしていることに気づいた |
| 工夫している事や課題を共有する事ができた |
| 専門職の専門性が発揮できる環境や関係性の整備が役割であること |

Q4　情報共有①（午前）について

| 1. 他自治体・他地域の取り組みの学び |
|---|
| 実際に取り組んでいる事例を知ることで参考になった。それを踏まえて意見交換ができたのが良かった |
| 他の地域の方々がどういう想いで、どんな活動をしているのか参考になった |
| 他自治体の具体的な状況を知る事が出来た |
| 在宅医療連携拠点の他都市の状況について、知る事が出来た |
| 他自治体での取り組みやご苦労などがわかり良かった |
| 他の地域での取り組みを詳しく知る事ができ、自身の自治体の振返りや新たな取組みの参考として大変勉強になった |
| 横浜市でACPのドラマ作成をしていること、区ごとに多職種連携会議を開催している情報を得た |
| 各医師会等の取り組みが知れて良かった。どこも行政との連携に困っているということが分かった |
| 他地域の行政の方がどういうやり方で市町支援を行っているかが知れて参考になった |
| 他都市の取り組みが大変参考になった。力を入れている部分、活動内容がそれぞれ違い刺激を受けた |
| 他地域の取組の工夫に刺激を頂いた |

61

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q4　情報共有①（午前）について

| 2. 情報交換・意見共有の有益性 |
|---|
| 課題を共有できた |
| 活発に意見交換できた |
| グループメンバーそれぞれのお話から、持ち帰って試したいものがあった |
| 他拠点の取り組み、面白い。情報交換楽しい。もっと時間を取って欲しい |
| 他自治体の取組みを共有できたが、具体的な手法、苦労していること、成功事例などをもっと共有できるとなお良かった |
| 同じ立場の方の取り組みを知る事ができた |
| 他市町村の意見が聞けて参考となった |
| 課題や困り事を共有できる場があって良かった |
| 同じ立場の方々と悩みを共有できた |
| 同じような環境の所属だったので、共感できる部分が多かった |
| 県同士で取組みや悩みの共有ができた |
| 同じ方向に向かっている方達と情報共有ができ、勉強になった |

| 3.研修内容・進行に関する意見 |
|---|
| 時間が短く全員の取り組みで発表したところでタイムアップだったが、とても参考になった。もっと聞きたいと思った |
| 他拠点の取り組み、情報交換が楽しかったので、もっと時間を取って欲しい |
| 経験に差があるため、ステークホルダーへの不満が多くて、十分な議論ができなかった |
| 横（相談窓口や病院や訪問診療などの地域連携の方々）との気楽な集まりは提案した方が良い空気が生まれると感じた |
| 行政によって在宅医療相談支援センターの体制が大きく異なるが、会議をする事を目的にしない事 |
| 拠点連絡会の目的を再度確認して、実施頻度を見直したい |

62

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q4　情報共有①（午前）について

| 4. 具体的な学び・気づき |
|---|
| 進め方、表現の仕方がとても参考になった |
| 取組んでいきたいことが少し見えてきた |
| 成功例だけではなく、失敗例や工夫点など、普段は聞けないような情報やヒントが得られた |
| コーディネーターにも色々な人柄、お話のされ方、考え方があり、参考になったコーディネーター、市町村の役割が明確になった |
| 綿密な計画に基づき活動されていることが分かった |
| これから取組みたいことを既に実施した方からコツを押して頂いた |
| 地域資源が違うため、課題や取り組んでいる事が違った |
| 地域の課題に取り組もうとした時に、それぞれの立場内で横の連携を図っていくことの難しさを共有でき、自分の立場で取り組める事を考える機会になった |

| 5. 研修の進め方・カリキュラムに関する提案 |
|---|
| 経験年数別の研修は必要だと思った |
| 同じような規模の自治体の方と情報共有して、自分が何をするべきなのかを困り事と併せて考えることができ、有意義だった |
| 他の職種は参考になる地域の方と繋がる事が出来て良かった |
| 市町村の支援をするにあたり、働きかけ方の参考になった |

63

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q6　情報共有①（午後）について

| 1. 意見交換・情報共有の有益性 |
| --- |
| いろいろな立場の方の困り事、その解決方法について、楽しく意見交換ができた |
| 意見交換が楽しくできた。解決のヒントがあった |
| 活発な意見交換が出来た |
| 課題解決のアイディアが具体的に知る事ができた |
| 意見交換を行う事で、参考になる意見を聞けた。また自分の考えを整理できた |
| お互いの取り組み、アイディアが知れて良かった。情報交換が楽しかった |
| 具体的にどう取り組めるか意見交換出来て良かった |
| 課題とアイディアを出すことにより、今後の参考になる |
| 様々な方々と意見交換することで視野が広くなり、貴重な機会だった |
| グループ発表で具体的課題を共有できた |

| 2. 他自治体・他機関の取り組みの学び |
| --- |
| 他県の取り組みを知る事ができ、自らの取り組みを振り返ることができた |
| 他市町村、HP、コーディネーター、医師会などの悩みを共有できたことで、一緒に考えることができた |
| 他県の取り組み状況を知ることができた |
| 他市町村の取り組みが知れて参考になった |
| Co、中核市担当者の立場から意見を聞けた |
| 各職能団体の連絡会とのつながりを強化していく、協力者を増やすことが重要 |

64

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q6　情報共有①（午後）について

| 3. コーディネーターの役割・課題 |
| --- |
| 地域やコーディネーターの経験値により、違ってくることも自分に落とし込んでいく事が出来た |
| コーディネーターさんの役割、本来やるべきことなどを知れたので良かった。自分の自治体にも持ち帰りコーディネーターと共有したい |
| コーディネーターの育成はどこの自治体でも課題。事業目的とコーディネーターが果たすべき役割、ラダーがあると良い |
| コーディネーターの活動がよく分かった |
| 県ではコーディネーターさんの実務の悩みや工夫等を聞く機会がとても少ないので、その声を聞けて事業のイメージがわいた |
| 事業を行うことを目的にしている場合が多いが、実際の相談事例等から地域課題を把握するためにコーディネーターが現場へ出向く必要がある |

| 4. 具体的な学び・気づき |
| --- |
| 単純に知らない情報を得ることができた |
| 進捗は様々ですが、多々ご意見頂き、大変勉強になった |
| 似たような課題を聞くことが出来て良かった |
| 自分の困り事が、立場や視点が異なる人達の意見を基にヒントが得られた |
| 具体的な解決法を教えて頂けたので早速実践したい |
| こちらも同じような困り事があるのだなと思った。今回のように項目別にすると理解しやすいと感じた |
| 現場で働いているコーディネーターさんや市町の職員さんから声を聞くことが出来、それぞれの立場で感じている課題、地域の特徴などを知ることが出来た |
| 各分野からきている参加者と情報を共有でき、とても身のある内容だった |

65

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q6　情報共有①（午後）について

| 5. 行政の役割・連携の課題 |
| --- |
| 行政の方もいらしたので、行政の方がコーディネーターに対して、どのような思いでいらっしゃるかも判り、身の引き締まる思いだった |
| 行政の体制のプラス面とマイナス面をどのように活かしていくのか学べた |
| 医・介・連携の協議会がないため |
| 関係機関が感じている課題を知ることができた |
| 参考にしたいこと：会議の目的と今日の会議のゴールを明確に伝えること、市とCo、他の部会委員と課題・目指す姿・原因・対策を共有すること |
| へりくだるか、愛嬌など、大切な生のメッセージを学ぶことが出来た |

| 6. 研修の進め方・改善点 |
| --- |
| まとめはわかりやすくて良かったが、不満や相手を変えさせようとする対応策の提案が多くて、少し物足りなかった |
| 全員ベテラングループだったため、1年目の人に向けたアドバイスももらえて良かった |
| 各Gの発表から取り入れたい、やってみたいものがあった |
| 課題も組織によっていろいろだと改めて感じた |
| 色々な考え方があることを聞けたことはとても勉強になった |
| 具体的に何が出来るかを考えると実際は難しいと感じる |



# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q8　参考となる解決アイデア

| 1. コーディネーター同士の横のつながり・連携強化 |
| --- |
| 他地域コーディネーターと連携できると良いと強く思った |
| 相談員、コーディネーターの横つながりが必要 |
| CoさんにはCoさんの横の繋がりが必要と思った |
| 県内・県外問わず意見交換、共有できる場が必要（マドンナ会、ブレイクアウト、雑談、飲みニケーション） |
| コーディネーターと定期的に顔を合わせて、困り事を聞いたり、課題について話し合える場を設けたい |
| 複数圏域のコーディネーター同士の連携 |
| コーディネーターの横のつながりを作る、市町村同士の情報交換の場の設定 |
| 育成講座、コーディネーターの圏域内外での情報交換 |
| ひとりコーディネーターということについて、あまり不安感はなかったが、こういう研修会で自由につながっていっていいんだと気付いた |

| 2. 行政との連携・意見交換の強化 |
| --- |
| 定期的な行政との意見交換（地域課題に向き合う熱量を同じにする）、地域に出向く |
| 市と定期的に相談会議をする、会議の目的をしっかり明らかにしておく |
| 市と拠点の定期的な会議の開催（課題抽出～課題整理～対策検討～実施～評価）、PDCAに照らして位置づけ・役割を明確化 |
| 市町村担当とコーディネーター、県と一緒に医介連携に関する困り事、課題感を共有する場を持つ |
| 仕様書を市とコーディネーターで確認する |
| 計画作成段階からのメンバー参加 |
| 県→市町→コーディネーターの情報提供ルートを見直し、県→市町、県→コーディネーターとする |

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q8　参考となる解決アイデア

| **3. 研修・育成・スーパーバイズの強化** |
|---|
| ベテランコーディネーターの派遣、指導、スーパーバイズが実現できたら嬉しい |
| 県レベルでも、このような実りのあるコーディネーター研修をやってもらえると良いと感じる |
| コーディネーターの育成講座を設ける |
| 研修体制の検討（現在は毎年新任研修のみ実施） |
| 研修で意見を聞く |
| 研修の情報の発信の仕方、ルート、期間等を様々に試してみる |
| 目的をはっきりした会議や研修をするのか考えて準備したい |
| 研修と啓発くらいは一つにまとめたい |
| スーパーバイズが受けられる制度を作る、有識者に事業展開の相談ができる仕組みを整備 |
| 仕様書の見直しを伝えてみようと思った（気づいたら「相談支援」から「コーディネーター」になっていた） |

| **4. 会議・協議体の見直し** |
|---|
| 会議の目標を明確化し、出席者へ伝える |
| 委員も役割分担をする、参加団体のメリットを考える |
| 連絡会に出席し、情報を確認する |
| 会議の目的とゴールを明確化し、関係者（市とCo、他の部会委員）と課題・目指す姿・原因・対策を共有する |
| 目的のない会議は廃止する。業務の負担をお互いに増やさないようにする |
| 圏域単位での連絡会、継続性のある関係性づくり |
| 協議会の分科会を少人数で開催 |
| 協議体の運営では、課題・目的・目指す方向を事前に共有認識する |



# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q8　参考となる解決アイデア

| **5. 関係機関との協力・巻き込み** |
|---|
| 対策にあたって関係機関との巻き込み方を工夫する（細やかな情報交換・共有、目指す姿の共有） |
| 医師会と連携できるようにお互い譲歩すること |
| 相談窓口の明確化（医師会より提示を受ける） |
| 医師会など団体との連携では、相手のおかれた立場や状況を把握した上でアプローチする |

| **6. コーディネーターの意識・スキル向上** |
|---|
| 相手は変えられないので、どのように付き合って、一緒にやっていくのかが大事 |
| 相手の立場を考えて対応していく |
| コーディネーターとして「自称」していこうと思った |
| 目的と目標をコーディネーター自身が持つことが重要 |
| 安心して発言できる会議の場づくり、心理的安全性の担保 |

| **7. その他** |
|---|
| １年目だから分からないことは何でも聞く（特に行政に） |
| 仕様書内容の事前話し合い、相談内容のコーディネーター間の共有手段 |
| 足を運びヒアリング、相談支援内容の共有・検討 |

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q10　研修への意見・要望

| 1. 研修の継続開催・拡充の要望 |
| --- |
| 来年も是非開催してください。対面で。欲を言えばコロナ前のようにブロックごとにも開催して頂けると東北も助かります |
| 他地域の実状を知ることができる。ヒントが貰える！継続して開催して頂きたい。「全国のコーディネーターの力」 |
| 今回のような機会を来年以降も作って頂きたいです |
| 今後も継続して開催してくださると、とてもありがたいです。何か自分がお手伝いできることがありましたら、手伝わせてください |
| また参加したいです |
| ありがとうございました。また来年も参加させて頂きたいです |
| とても勉強になりました。また来年度もよろしくお願いします |

| 2. 研修の進行・運営に関する意見 |
| --- |
| もう少し会場が広い方がいい、話し合いの声が周りの声で聞こえづらかった |
| 今回の研修Ⅲを効率よく話し合うため、お互いの働きを説明する |
| 共有シートから話せると良かった |
| グループメンバーの話しがきこえづらかったので、会場を広くして欲しい |
| グループはコーディネーター歴で分けてもらえると、その経験に応じた課題がより議論が深まるのではないかと思いました |
| 経験年数に応じた研修もあると良いと思います。H27年～動いている自治体は10年超えとなっており、今回の研修Ⅲの内容のようなものが定期的にあると良いと思います |
| 研修の中で出た皆さんの意見を共有してもらえたら嬉しい（スクリーンに映されていたもの） |
| 議事録を公開して頂けると助かります |
| 斎川さんが作成されていた午後の議事録を共有してください |
| モニターに出ていた各グループの発表内容を記入していたのですが、出来ない部分も多かったので、資料としていただけたら嬉しいです |



# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q10　研修への意見・要望

| 3. 研修の内容に関する意見 |
| --- |
| 研修Ⅲのような実践に直結した研修はとても有意義だった |
| 市町村との連携、敷居の高さなど、申し訳ない気持ちでした。熱意のある市町村の仲間が増えると良いです |
| 保健所が主催する在宅医療介護連携の会議を年度末に1回開催とする → 市町村と同じ内容なのになぜ企画する必要があるのか不明 |
| 初任者研修をやって欲しいです |
| ハンドブック、プラットフォームに期待しています |

| 4. コーディネーターの役割・課題 |
| --- |
| 3回の研修を受講し、少しはコーディネーターの役割がうっすら見えて来たかなと思います |
| コーディネーターが1名でやっているところが多く、会って話せた事が良かった |
| とても参考になる意見が聞けて良かったです。勉強になりました。日頃、一人で業務をしているが、こんなに多くのコーディネーターが居て、頑張っている意見が聞けて心強かったです |
| 今後、医療・介護連携が全世代型になった時もついていけるようにしていきたいと思います |
| コーディネーター歴に応じた研修があると良い（10年超えの自治体向けの継続研修） |

| 5. 関係機関との連携・情報共有 |
| --- |
| 同じ悩みの自治体との意見交換もしてみたい。また県や保健所担当の方にも参加頂き、継続的サポートを頂けると有難い（顔の見える関係づくり） |
| 医療介護連携事業と拠点について、それぞれどのような流れでできたものなのか、そしてこの後、どのような方向になるのかといった制度的なところを知りたい → 次期計画策定時に役立てたい |
| 出向の立場でとても不安定な立場で仕事をしておりとても苦しいです。同じような方がおられましたので、なるべく安定して働ける仕組みにして頂ければ嬉しいです |

# （参考資料）．研修会議Ⅲ自由記述

Q10　研修への意見・要望

| 6. 個別の相談・支援の場の必要性 |
| --- |
| 個別相談があるといいなと思います。直属の上司が、この事業に関心が無く、動けません。古い組織で困っています。愚痴です。ありがとうございました |
| 参加者同士、自由につながれるSNSなどあれば嬉しいです |

| 7. 研修の感想・謝辞 |
| --- |
| 非常に勉強になりました。ありがとうございました |
| ありがとうございました。勉強になりました |
| ありがとうございました。とても参考になりました |
| 沢山意見交換でき、皆さんからいい刺激をもらいました。楽しかったです。ありがとうございました |
| とても参考になり、かつ楽しい研修会議でした。ありがとうございました |

# 第Ⅵ章　都道府県・市町村連携支援について

# 1．実施概要

- 在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護の連携において特に重要となる「4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）」等について、PDCAサイクルに沿って取組を推進していくことが求められている。
- 「４つの場面」等に取り組む市町村は増加しているが、地域の実情に応じた現状把握や課題抽出、連携体制の構築や評価指標の検討等、効果的かつ効率的に推進する上での方策に課題を有する市町村も多いと推測される。
- こうした実情を踏まえ、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、有識者（アドバイザー）及び事務局による連携支援を行うことで、より効果的・効率的な取組の推進につなげる。

■実施概要

| | 内容 |
|---|---|
| **申込期間（募集終了）** | 令和６年７月17日（水）～８月23日（金） |
| **支援対象** | 在宅医療・介護連携推進事業に係る課題を有しており、連携支援を希望する市町村。<br>※都道府県との連携支援となるため、応募に際して管轄都道府県に事前に承諾を得ることが必要<br>※同一の都道府県内における複数市町村による共同応募も可能（この場合、１地域＝１市町村として取り扱う） |
| **募集数** | 計４地域。基本的には、市町村及び都道府県（保健所含む）のペアを１地域として取り扱った。 |
| **申込方法** | 所定のエントリーシート(Excel)に必要事項を記入し、事務局あてにメール送付。 |
| **選定方法** | 選定基準に基づき、地域性を踏まえて決定した。 |
| **支援期間** | 令和６年９月～令和７年２月。<br>この間に、３回の支援と必要に応じて支援前後のオンラインミーティングを実施し、市町村担当者との意見交換や相談支援のほか、実践を通じた継続的な支援を行う。<br>また、支援開始前にキックオフミーティング、支援終了後に合同報告会として、すべてのモデル市町村、アドバイザー等が参加する会議体をオンラインで開催した。 |

0

# 2．令和５年度　都道府県・市町村連携支援の事業実施に係る課題と本年度の対応方針

- 令和５年度事業で整理された次のような課題について、令和６年度事業では以下のような対応方針で取り組んだ。

| | 令和５年度結果を踏まえた課題 | 対応方針 |
|---|---|---|
| **伴走支援の位置づけ** | ● 研修会などのoff-JT、伴走支援などのOJT、具体的な展開プロセス・方法論の提示など、様々な連携支援の方法がある<br>● 市町村の実情（地域の資源差、市町村の実践力の違いなど）を踏まえたうえで、連携支援の在り方、本年度の伴走支援の内容を設定することが必要 | ● 第９期計画に掲げた目標や目指す姿の実現に向けて、在宅医療・介護連携推進事業をより効果的に活用する<br>● 取組主体となる地域の実情にあわせ、アドバイザー等とともに課題抽出・その解決に向けて一緒に検討し、取り組むモデル事業 |
| **募集・選定** | ● 伴走支援の位置づけを踏まえたうえで、どのような支援募集テーマが効果的か、検討が必要<br>● 課題意識を有した市町村等が応募しやすくするための周知方法の工夫が必要 | ● 特に募集テーマは設けず、エントリー時に地域課題を聴取する<br>● 過年度の支援も踏まえて、訴求ポイントを提示する |
| **支援内容** | ● 管轄の都道府県、保健所、医師会等の関係機関・医師等専門職等の緊密な連携が必要<br>● モデル市町村の現状・課題、特に地域関係者との連携体制の実際など連携支援において重要な基礎情報の把握が必要<br>● アドバイザーによる的確な助言につながるよう、伴走支援チーム内での情報共有体制の構築が必要 | ● 支援開始前に、モデル地域の関係者がオンライン上で集まるキックオフミーティングを開催し、伴走支援の目的や目標を共有する<br>● 支援開始前に、モデル地域に対してプレヒアリングを実施し、基礎情報を把握する<br>● モデル地域が作成するシート集を充実するとともに、必要に応じて支援前後のオンラインミーティングを実施する |
| **今後の展開に向けて** | ● データ分析や事例検討の蓄積など、モデル地域における「地域に根付いた有識者や人材（地域の大学等の研究機関など）」との連携・協働が必要<br>● 支援方法の検討、支援事例の分析を通じた課題の介入方法の整理・共有が必要<br>● 全国にノウハウを展開する方法（事例集の作成、他自治体で活用可能性のあるポイントの提示など）の検討が必要 | ● 地域ブロックを踏まえ、学識経験者と現場実践者を各地域のアドバイザーとして配置<br>● 昨年度のとりまとめ方法を基本に、連携支援WGにおいて支援ノウハウの集約について検討 |

1

# ３．検討委員会でいただいた主なご意見への対応

- 第１回検討委員会で頂戴したご意見については、次のように対応した。

| | 主なご意見 | 対応 |
|---|---|---|
| 考慮すべき市町村の実情 | ● 小規模自治体の場合、関連する医療機関やサービス事業者が自治体内にない場合が少なくなく、また、担当職員が様々な業務の兼務となっていることが多いなど連携を考える上で、難しい実情がある<br>● 市町村の困りごとの背景を理解することが大事。そこをどう把握し、どういった段取りで進めていくか。また、本来、都道府県が市町村に対し主体的に継続して支援すべきと思うが実態はどうか。その体制も確認すべき。事業の実施主体としての自覚と実践があるか。かつ事業実施への体制があるか<br>● 例えば、４場面を取り組む中で課題抽出、連携体制構築、効率的に推進する課題を感じている拠点（自治体、医師会等）が想定される。またそれぞれの拠点毎で強みと弱みがあると推測されるため、さらに推進または強化していきたいという点について、考慮してはどうか<br>● 全国で広く応用できるよう、自治体が抱える課題と対応策案が明確になっているが人材や実施体制・連携体制など実施上の課題があるところ、担当者負担が高いところ、など、全国の参考となりそうな市町村の実情を考慮してはどうか | ● 事務局において医介連携に係るオープンデータを収集・整理するとともに、各地域に実施体制やこれまでの取組内容について資料提供を受けた<br>● そのうえで、キックオフミーティングや支援前オンラインミーティング等を通じて、各地域の現状・課題の共有を図った<br>● 県、厚生支局等の関係者も交えて展開を図っている |
| 募集の工夫 | ● 財源、補助金の活用などの情報とセットで情報提供するなど<br>● さらに推進または強化（底上げを図りたい）していきたいという市町村<br>● 今年度計画している前年度支援内容の紹介が重要ではないか。支援を検討している市町村がまず気軽にアクセスできるような体制をつくるもの効果的ではないか<br>● 「進捗管理の手引き」に示されているように、理想と現実をみて、理想に近づいているかどうかが重要。現状は、「理想に近づいているかどうか分からない」という市町村が多いと想定される。「半年、１年後に分かりそうですか。分からなさそうな場合は応募してください」とアプローチしてはどうか | ● 支援を検討している市町村、支援を受けられると良い市町村が支援の機会を活用できるように、都道府県と調整のうえでエントリーする形式をとった |
| モデル地域の選定の留意事項 | ● 人口規模別に都市部、中山間地域それぞれ選定していただきたい。その際、人口構造の変化、医療資源を踏まえるとともに、多職種連携に取り組んでいるところを選定してほしい<br>● 案にも示されているような人口規模、都市部山間地域などの視点、会議体の設置状況に加えて、連携先機関や地域住民との関わり有無など | ● 単に支援を受けたい内容だけでなく、解決したい地域課題や、地域課題に係る現状等を記入するエントリーシートとし、選定の参考とした<br>● 地方厚生（支）局エリア間のバランスを図った |



# ４．モデル地域一覧

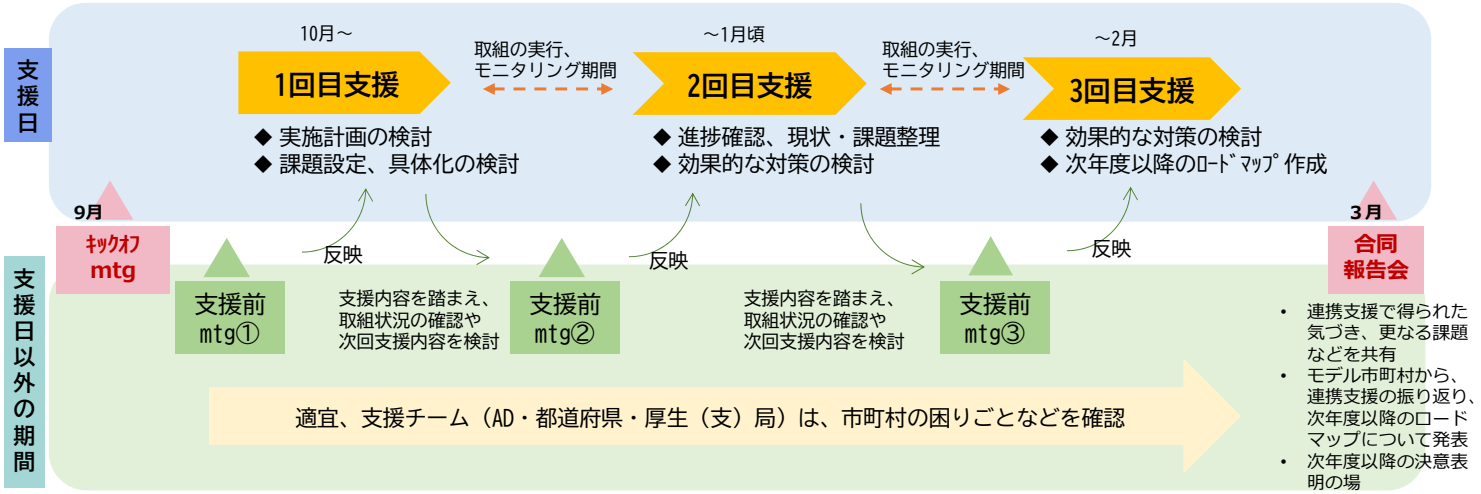
- 厚生支局エリアのバランス、エントリー理由の具体性、市町村規模、医介連携事業の進捗状況などを踏まえて、次の４地域を選定した

| 厚生局名 | 都道府県名 | 市町村名 | 主な支援テーマ | 在宅医療・介護連携において、解決したい地域課題や目指したいこと<br>※エントリー時の内容 | アドバイザー |
|---|---|---|---|---|---|
| 東北 | 福島県 | 須賀川市<br>鏡石町<br>天栄村 | ・在宅療養の提供体制（在宅医、看護師、ヘルパー）の確保<br>・多職種連携によるネットワーク構築 | ・医療と介護それぞれの専門職の多職種連携によって、在宅医療と介護ネットワークを構築する<br>・病院と在宅の連携強化、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーや訪問看護師などとの連携によるサポート体制を構築する<br>・ＡＣＰの普及・啓発<br>・在宅における看取り体制を構築する | ・松本委員<br>・小田島委員 |
| 関東 | 山梨県 | 甲州市 | ・日常の療養支援：多職種による研修会への助言<br>・急変時、入退院時：地域課題抽出への助言 | ・日常の療養支援の課題として次の２点を抽出<br>１）生活習慣病（糖尿病等）のコントロールが出来ず重症化してしまい、本人や家族の希望する生活が送りにくくなる<br>２）骨折が原因の入院が多い。また再骨折も多く、在宅での生活の支障が増える<br>・多職種による要因分析を行い、日頃支援する中で適切なタイミング・人への情報共有が必要ではないかと整理<br>・多職種連携研修を開催し、その中で市の在宅医療・介護連携の課題や現状を示し、連携の必要性について理解を得る。その上で、各々の職種で出来ることを考え、連携の方法やタイミング、内容について自ら考え、行動することができることを目指す | ・大夛賀委員<br>・村井委員 |
| 東海 | 静岡県 | 牧之原市 | ・在宅医療（特に看取り）の提供体制の確保<br>・訪問看護・訪問介護・その他（介護支援専門員）の連携の質向上 | ・在宅看取りを推進するために、ケアマネジャー・医療系サービス・介護職間の情報共有を円滑にする方法を知りたい<br>・現場において、関係者間の情報共有がスムーズに行える／スムーズな協力体制のもと、在宅看取りが行えることを目指す | ・東野委員<br>・鈴木委員 |
| 九州 | 佐賀県 | 唐津市 | ・在宅医療（特に在宅看取り）の提供体制の確保<br>※医師の負担軽減を進める | ・医師の偏在や高齢化が進む地域において、医師の在宅医療における負荷を軽減し、かかりつけ医がその役割を担うことができるように、構築された多職種連携の活用や地域住民の意識改革も含め、持続可能な地域体制をつくり上げたい<br>・在宅医療に関する医師への調査等、必要な現状を把握し、分析することで課題を抽出し、アドバイスをもらいながら最終目標（かかりつけ医が在宅医療を担うことができるよう）に向けた対策を立案する | ・川越委員長<br>・坂上委員 |

# 5．支援の流れ（基本スタイル）

- 市町村担当者と支援チームが、支援前にｵﾝﾗｲﾝﾐｰﾃｨﾝｸﾞを実施し、目的・内容のすり合わせを行いながら当日の流れを決める
- 支援当日は、市担当者と事業推進に必要な関係者・機関等に必要に応じて参画してもらい、現状の共有及び、課題の共通認識をもってもらい、参加者全員で対話しながら課題解決の方策を検討する
- 支援の過程では、実施計画に基づいて関係者間の意識共有を図る（新たな課題等が生じた場合は、更新を図る）

■**支援の流れ**（各地域の進め方によって時期は柔軟に対応）




- アドバイザーの支援方法は、打ち合わせ形式、会議形式、講義形式など、各地域の要望に応じて調整
- 参加者は、行政、医療・介護等の関係者（職能団体、事業所、従事者など）、住民など、各地域の連携状況や地域課題の内容を踏まえて調整
- 募集時にも案内のとおり、本事業で作成した資料等は、事前に内容のご確認を経たうえで、一般公開の予定。現在のところ、事業報告書や関連資料を厚生労働省ホームページやプラットフォーム（本年度、在宅医療・介護連携に関する情報の一元化を図るために本事業で作成するポータルサイト）で公開予定



# 6．支援経過：須賀川地域（須賀川市、鏡石町、天栄村）

- 各職種が置かれた現状・課題を把握するために一次連携を実施。課題意識を共有することで、市町村・委託先とのチーム力もより強化

**【１回目:一次連携に向けた準備】**
- 地域関係者の情報の棚卸しと共有：把握している地域の医療・介護関係者の状況を棚卸しの上、「誰に、何を、どう聞くか」、一次連携の計画を立案
- 先進事例の共有：一次連携の重要性とポイントを学ぶ

**【２回目:一次連携の実践】**
- 一次連携の実践：市町村がメインの聞き手となり、アドバイザー、県等とともに、在宅医療・介護連携における現状等を把握（一次連携先：在宅医、ケアマネ協議会）

**【３回目:次なる展開】**
- 一次連携の整理結果を基に、今後の展開に向けて検討
- 次年度に想定している一次連携先について、その目的、現状を整理
- 本年度の支援と成果を振り返り

**【キックオフ】**
- 現状・課題の共有：モデル地域が捉えている現状・課題の把握

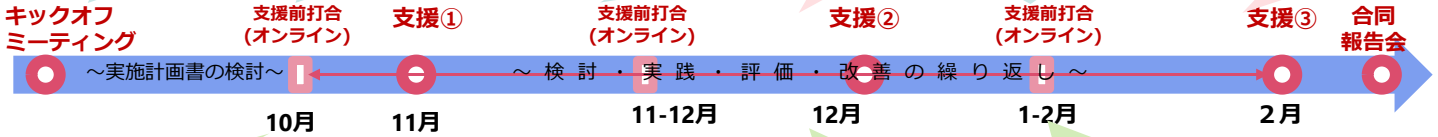
**【支援前mtg】**
- チームづくり：関係者全員の自己紹介、アドバイザーの取組紹介

**【支援前mtg/支援者間mtg】**
- 目的の意識合わせ：一次連携で聞く具体的な質問や当日の流れを確認
- 支援者間の意識合わせ：支援者間mtgにおいて、支援の目的やそれぞれの役割、今後の展開について共有

**【市の取組】**
- ３市町村が集まり、一次連携で把握したい事項を整理

**【支援前mtg】**
- 整理ノウハウの共有：一次連携結果から、各職種の医介連携における現状・課題を整理。結果の活用ポイントを学ぶ

**【市の取組】**
- 行政と委託先（拠点センター）はより相談しやすい関係性を構築
- ３市町村が集まり、一次連携結果を整理




**【ADからアドバイス】**
- ADから、医介連携の担当者の役割は、在宅医療・介護を支えるために、様々な職能団体が同じ方向を向けるように、それぞれが何を考え、何に取り組もうとしているのかをよく聞き、調整することと助言
- 課題を持っている現場が動かないと、連携の課題は解決に向かわないと助言

**【気づき】**
- 行政（３市町村）、拠点センター（医介連携事業の委託先、相談窓口）が一堂に会し、改めて在宅医療・介護連携の推進に向けた現状・課題を話すことで、相互理解を深められた
- 各職種の代表が集まり協議する場はあるものの、各職種が置かれた現状・困りごとを把握する機会がなかったこと、一次連携の必要性と事務職であっても役割を果たせることに、行政が気づく

**【ADからアドバイス、気づき】**
- 一次連携の相手を想定し、聴取のポイントや留意事項をADから助言
- 職種ごとに意見を聞くことで、各職種の置かれた現状・課題、在宅医療・ケアにかける思いを把握・実感できた
- 一次連携を図るなかで、行政と拠点センターとのやり取りも活発になり、相互に情報交換や相談がされるなど、推進に向けた垣根がより低くなった。

**【気づき、次なる展開】**
- 一次連携結果を活用して連携を図るためには、相手への要望ではなく、職能としての現状・困りごとを共有し、協力を得られる点がないか模索する姿勢が重要との気づきを得た
- 一次連携結果を踏まえ、ADから須賀川チームに今後の目標とする姿を投げ掛け。目標とする姿を共有した上で、達成するためのアイディアを出し合った。行政から、一次連携先の事情をまず把握することの大切さが言及された
- 今後、行政・拠点センター間の定期会議を開催予定

# 6．支援経過：甲州市

- 課題抽出、多職種の意識醸成を意図した研修の企画・運営を通じて、事業デザインや将来に向けた仕掛けづくりの検討にもつながった

**【１回目:入退院支援をテーマに研修】**
- 効果的なGW運営の支援：在宅医療・介護連携部会において、入退院支援をテーマとする現状分析のグループワークに、アドバイザーがファシリテーターとして関与
- 研修デザイン：次回の多職種連携研修会の内容、進め方の確認・助言

**【２回目:日常の療養支援をテーマに研修】**
- 効果的な研修運営の支援：多職種連携研修会を開催。アドバイザー等の外部出席者の講評では、客観的な立場から、市の思いや考えを伝える
- 今後の展開に向けた検討：解決したい課題の確認、今後の進め方について確認・助言

**【３回目:入退院支援をテーマに研修】**
- 効果的なGW運営の支援：在宅医療・介護連携部会において、入退院支援をテーマに課題整理・対策の検討を行うグループワークに、アドバイザーがファシリテーターとして関与
- 今後の展開に向けた検討：将来的に、地域とともに課題解決を図っていくプロセスを仕組み化する必要性について助言・検討

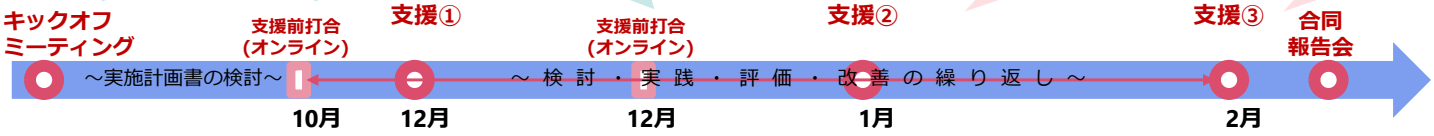
**【キックオフ】**
- 現状・課題の共有：モデル地域が捉えている現状・課題の把握

**【支援前mtg】**
- チームづくり：関係者全員の自己紹介、市が捉えている現状・課題の再確認

**【支援前mtg】**
- 結果の共有：1回目支援の振り返り
- 研修デザイン：次回の多職種連携研修会の目的、流れの確認

**【市の取組】**
- 次年度以降の展開に向けて、地域関係者の意識を醸成し、課題解決に向けたスキームを検討

**【市の取組】**
- 研修結果をニュースレターとして参加者並びに欠席関係機関にフィードバック




【ADからアドバイス】
- 効果的な研修となるよう、参加者にあわせた、テーマ設定、進め方、意見の引き出し方について助言
- 研修目的やワークの進行に支障が出ないような事例の設定について、ADの地域の実例を紹介。また、事例検討とあわせ、症例に関するミニ講座をすることで、アセスメントの視点が持てるような仕掛けづくりについても助言
- １回の研修だけでなく、今後の課題解決に向けた研修全体のデザインについてもADから助言し、広い視野での検討を促した

【 ADからアドバイス、気づき】
- 効果的な研修となるよう、研修で扱う事例の選び方、情報の出し方、GWの進め方、参加者への目的意識への訴求についてアドバイス。また、GWの結果を基に、多職種が情報収集・共有すべき情報としてまとめ、甲州市ルールへとつなげられる広がりがあることも助言
- 研修のADからの講評では、顔の見える関係づくりが、利用者へのより良いサービス提供につながることを参加者に投げかけ。外部有識者の位置づけを生かし、市の思いでもある“継続的に実施し、多職種の意識醸成を図っていく必要性”を伝えた

【 ADからアドバイス、気づき】
- 地域の関係者の意識醸成、将来的な課題解決のスキームづくりに向けて、助言。研修で出された課題の一つでも解決していく仕組みを作ることで、参加者の成功体験へつなげ、“自分ごと”としてモチベーションアップを図る工夫を紹介
- ADから、事業全体を俯瞰した助言や将来を見据えた仕掛けづくりの助言を受けることで、既存の取組に捉われない広い視野での検討につながった



# 6．支援経過：牧之原市

- 担い手が先細りとなるなか、訪看・ケアマネ・ヘルパー間の情報共有を円滑にし、在宅看取りの維持・推進に向けた検討の場を設定

**【１回目:調査結果からみた仮説の検証、今後の方針の検討 】**
- 課題認識の共有：市が実施した調査結果を基に、AD・関係者とともに市の捉えていた課題認識（仮説）を更新
- 解決したい課題の確認、今後の進め方について助言

**【２回目: 会議の企画】**
- 効果的な研修デザイン：研修目的の明確化、目的を達成するための内容の充実に向けて検討、助言
- 今後の展開に向けた検討：次年度以降の展開を見据えた企画、助言

**【３回目: ３職種合同会議の初開催】**
- ３職種(訪看、ケアマネ、ヘルパー)合同の情報共有会議を初開催
- 本年度調査結果を基に現状を共有し、事例検討形式で職種による違い・連携の大切さを共有
- ADからミニ講義と講評を行い、情報共有会議の重要性を強調

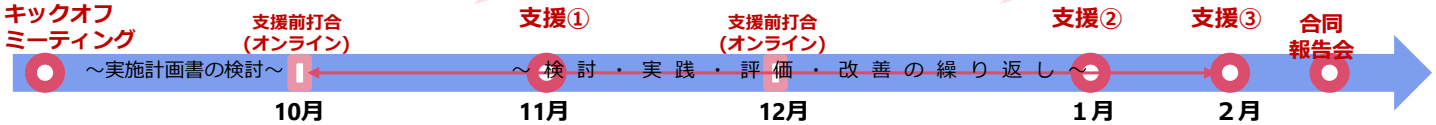
**【キックオフ】**
- 現状・課題の共有：モデル地域が捉えている現状・課題の把握

**【支援前mtg】**
- チームづくり：関係者全員の自己紹介、市が捉えている現状・課題の再確認
- 進め方の確認：実施計画
- 1回目支援の検討

**【市の取組】**
- ケアマネ・ヘルパーに在宅看取り現場における実態・課題を把握するためのアンケート、ヒアリングを実施。市の課題認識を再整理

**【支援前mtg】**
- 進捗状況の共有：支援以降の取組状況の確認
- 進め方の確認：実施計画、進め方の検討

**【市の取組】**
- 訪看、ケアマネ、ヘルパーに対し、課題認識と対応ニーズを聴取
- 情報共有会議への参加を声掛け




【ADからアドバイス】
- アンケート調査に対し、調査目的を踏まえた設問設計になるように助言

【AD等からアドバイス】
- ADから、調査結果で情報共有の機会があると明らかになったが、各職種がサービス提供する上で必要な情報が相互に得られているか、更なる検証の視点を提供。属人的なスキルによらず、牧之原流の看取りとして専門職の動きを将来的にスキーム化できると良いと助言
- 調査や協力依頼の過程も、行政の本気度を伝える機会であり、地域関係者との関係性の構築につながることを再認識

【AD等からアドバイス、気づき】
- ADより、現在は看取り対応が問題なくできているため、現場から具体的な課題などは挙がりづらいが、今後の人口動態や看取り対応のニーズを予測すると、いま取り組むべきことがあるのではないかと投げ掛け
- 将来に向けた制度設計の必要性を再認識し、関係職種が集まる場の位置づけの再検討につながった

【AD等からアドバイス】
- 次年度以降の展開も見据え、研修を企画。目的の明確化、研修で取り扱う事例のテーマ、情報提供の在り方、今後の方針を共有
- 参加者の意識変容を促すための仕掛けをAD等から助言し、参加者の特性を分かっている行政が研修の形にしていくプロセスを経た

【AD等からアドバイス】
- 職種による見方や考え方、職域の違いがあるからこそ、ケアチームとして相互に必要な存在であることを確認
- 顔の見える関係は、対話する機会を多く作り、チームとしての価値を作り上げていく規範的統合が大切だと投げ掛け、次回への参加意欲を高めた

# 6．支援経過：唐津市

- テーマ別・場面別に行政・地域関係者の本音を引き出すことで、それぞれの問題意識を具体化。関係者が共通の目的意識をもつことで、具体的な対応策の検討・実施につながった

**【１回目: 目指す姿と課題の確認・共有、対応策の検討】**
- 情報整理：ADより前回の振り返り
- 地域の課題・対応策の検討：ADの進行で、解決したい具体的テーマに対する意見交換、解決シナリオを検討

**【２回目: 対応策の進捗確認、対応策の検討】**
- 情報整理・認識合わせ：ADより前回の振り返り
- 解決シナリオの進捗共有：地域の取組を共有し、今後の対応方針を確認
- 地域の課題・対応策の検討：ADの進行で、解決したい具体的テーマに対する意見交換、解決シナリオを再検討

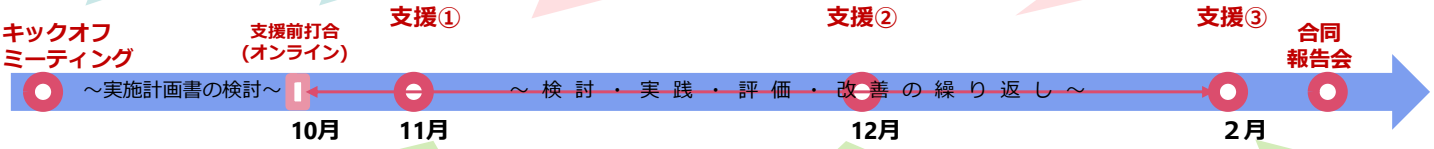
**【３回目: 今後の展開に向けた検討】**
- 解決シナリオの進捗共有：地域の取組を共有し、今後の対応方針を確認
- 今後の展開に向けた検討： ADの進行で、本年度の成果、今後取り組む課題、解決シナリオについて意見交換、検討

**【キックオフ】**
- 現状・課題の共有：モデル地域が捉えている現状・課題の把握

**【支援前mtg】**
- チームづくり：関係者全員の自己紹介、地域で捉えている現状・課題、目指したいことを再確認

**【地域の取組】**
- 各部会での検討
- 医師会在宅医療部会の立上に向けた検討
- 包括を対象に「いきかたノート」の目的を踏まえた活用研修の開催
- 高齢者施設等の看取り実態調査の実施、分析

**【地域の取組】**
- 各部会での検討
- 高齢者施設等における看取り実態調査の実施、分析・集計
- 訪問診療のニーズに関する調査（ケアマネ対象）結果の再分析




【ADのアドバイス、気づき】
- 冒頭に、マネジメント思考の講義を行い、関係者との意識合わせ
- 参加者と確認した「地域で目指したいこと（在宅に限らず、本人の意向に沿った看取りができる）」を基に、ADが視野を広げるような問い掛けで意見を引き出し、情報を整理することで、取り組むべき課題が明確になった（例：実際の事例を基に、さらに取組が必要なことがないか投げ掛けることで、具体的な場面を想定できた等）
- 課題が明確化されることで、各職種・各主体の取組の連動、アプローチ方法が整理された
- 各自が役割を認識し、次に取り組むべき事項が明確化した。調査の実施では、ADから先進地域の情報を提供

【 ADのアドバイス、気づき】
- 調査結果の分析方法、課題の捉え方をADより助言。また、地域で取り組んだ課題への対応策を共有することで、地域の強みの再認識や、強みを更に伸ばすアイディア出しにつながった
- 施設等における看取り実態調査で明らかになった、職員のスキルアップや精神的負担への対応の必要性に対し、研修だけでなく、現場経験をどう積み重ねるか、訪問看護師や在宅医によるサポート体制の可能性など、具体的なアイディア出しを基に検討を進めた

【 ADのアドバイス、気づき】
- 対応策の進捗状況を共有し、残った課題を整理することで、今後の取組や次期計画策定に向けた方向性が関係者で確認された
- 国モデル事業であることも活かして検討を進めるなど、時機を捉えたアクションにつながった
- 具体的なアクションに移すことで、地域で活躍する在宅医の思いを体現する“行政・コーディネーター・地域関係者”との体制がより強固になった。今後、整理した課題に対して優先度を決めて取り組むことで、現場を動かす展開につながると助言

8

# 7．報告会の開催

- ４地域の取組を共有し、次年度の展開に向けた４地域の意識向上を図るため、合同報告会を開催した

| | 内容 |
|---|---|
| **日程** | 2025年３月18日（火）14:00～16:00 |
| **開催方法** | オンライン（配信地：東京） |
| **参加者** | ・４つのモデル地域<br>・アドバイザー<br>・<希望者> ４つのモデル地域の関係者（県、保健所、地域関係者）<br>・<希望者>地方厚生（支）局 |
| **内容** | ・４地域からの報告<br>・アドバイザーからのコメント<br>・質疑応答 |
| **結果の取り扱い** | ・オンデマンド配信、後日視聴の予定はなし<br>・モデル地域が作成した資料については、公表不可の部分を除き、委託事業報告書に掲載 |

9

# 8．支援のまとめ

- 本年度のモデル事業を踏まえると、市町村の支援ニーズ、支援ニーズへの対応は次のようにまとめられる

| | 支援ニーズ | 対応（支援内容） |
|---|---|---|
| **事業のデザイン** | ● 医介連携を推進するうえで、既存の取組や会議体、職能団体等の役割や機能等の整理<br>➢ 現状分析・課題抽出、課題への対応策の検討、事業の企画・運営、コーディネート機能など | ● 支援に入る前提として、モデル地域すべてで一定の整理が必要<br>● 不足している点やうまく機能していない点について、将来的な取組事項として助言 |
| **現状・課題の再分析** | ● 既存の取組等の整理<br>● オープンデータの整理、分析・解釈への助言 | ● 先進地域の実施内容の情報提供、分析方法、結果の解釈への助言 |
| **多職種の現状・課題の把握** | ● 定量調査（設計、集計、分析）、定性調査（設計、聴取方法、まとめ方）への助言 | ● 先進地域の実施内容の情報提供、調査設計への助言、集計・分析方法、結果の解釈への助言 |
| **抽出した課題へのアプローチ** | ● 抽出した課題への対応策の検討<br>● 多職種の意識醸成・質の向上への助言<br>● チームビルディングへの仕掛けづくり | ● 課題への対応策を検討する会議のファシリテート<br>● 研修等の企画、講義、ワーク運営、講評<br>● 実施・検討体制の構築（市町村・都道府県の庁内連携、地区医師会との連携、コーディネーター機能など） |

（各支援の実際）

**■須賀川市・鏡石町・天栄村地域**

（1 回目連携支援前打合せ）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 10 月 3 日（木） | 開催時間 | 9：30～11：00 |
| 開催方法 | オンライン | | |
| 議題 | 1．自己紹介<br>2．アドバイザー紹介<br>3．意見交換 | | |
| 資料 | ・モデル事業の基本的な進め方について<br>・須賀川チーム自己紹介など<br>・須賀川地方在宅医療・介護連携拠点センター運営検討会資料（7/25 開催、8/29 開催、9/26 開催の 3 回分）（須賀川地域提供）<br>・須賀川地方在宅医療・介護連携拠点センター運営業務委託仕様書（須賀川地域提供）<br>・須賀川市在宅医療・介護連携拠点センター記事（須賀川地域提供） | | |

（1 回目支援）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 11 月 7 日（木） | 開催時間 | 10：00～14：30 |
| 開催方法 | 現地開催（須賀川市役所 ２０３会議室）／オンライン | | |
| 議題 | 1．事前記入シートの共有<br>2．特別講義＆質問タイム<br>3．一次連携の計画 | | |
| 資料 | ・次第（事務局作成）<br>・参加者名簿<br>・資料 1　　事前記入シート<br>・資料 1 別添　会議結果報告書<br>・資料 2　　釜石市の取組<br>・参加者アンケート | | |

（2 回目連携支援前打合せ①）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 11 月 26 日（火） | 開催時間 | 9：30～11：00 |
| 開催方法 | オンライン | | |
| 議題 | 1．趣旨説明<br>2．先生方へのアプローチ<br>3．次回に向けて | | |
| 資料 | ・在宅医療・介護連携推進支援事業について | | |

※この間に支援者間会議を実施

（2 回目連携支援前打合せ②）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 12 月 10 日（火） | 開催時間 | 13：00～15：00 |
| 開催方法 | オンライン | | |
| 議題 | 1．この事業の目標と取組みについて（支援者チームより）<br>2．12 月 25 日・26 日のスケジュールと参加人数<br>3．國分先生、関根先生に伺う内容のまとめ | | |

| | |
|---|---|
| | 4．すかがわ介護支援専門員協議会との一次連携の内容<br>5．一次連携の結果まとめイメージ（小田島 AD より）<br>6．その他 |
| 資料 | ・アドバイザー資料<br>・一次連携でお伺いしたいこと |

（2 回目支援）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 12 月 25 日（水）・26 日（木） | 開催時間 | 25 日　15：00～17：00<br>26 日　9：30～16：30 |
| 開催方法 | 現地開催（25 日：須賀川市役所　26 日：須賀川市役所、須賀川医師会医師会館） | | |
| 議題 | 【25 日】<br>1．在宅医①との一次連携<br>2．振り返り<br>【26 日】<br>1．すかがわ介護支援専門員協議会との一次連携<br>2．在宅医②との一次連携<br>3．振り返り<br>4．3 回目支援に向けて | | |
| 資料 | ・参加者名簿<br>・日程表 | | |

（3 回目連携支援前打合せ①）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 7 年 1 月 30 日（木） | 開催時間 | 9：00～10：45 |
| 開催方法 | オンライン | | |
| 議題 | 1．一次連携の結果について<br>2．次回に向けて | | |
| 資料 | ・ケアマネジャー（すかがわ介護支援専門員協議会）との一次連携<br>・在宅医①との一次連携<br>・在宅医②との一次連携 | | |

※この間に支援者間会議を実施

（3 回目支援）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 7 年 2 月 26 日（水） | 開催時間 | 9 ：00～11：00 |
| 開催方法 | オンライン | | |
| 議題 | 1．一次連携を踏まえた、須賀川地域の現状・強み、今後取り組みたいこと<br>2．一次連携を踏まえた、中長期目標<br>3．目標を達成するために、来年度に取り組みたいこと | | |
| 資料 | ・参加者名簿<br>・一次連携結果とりまとめ | | |

■甲州市

（1 回目連携支援前打合せ）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 10 月 8 日（火） | 開催時間 | 13：30～15：00 |
| 開催方法 | オンライン | | |
| 議題 | 1．自己紹介<br>2．意見交換 | | |
| 資料 | ・参加者名簿<br>・介護保険分析ツール I（第 2.1 版）甲州市<br>・参考資料 01<br>・参考資料 02 | | |

（1 回目支援）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 12 月 3 日（木） | 開催時間 | 13：30～16：00 |
| 開催方法 | 現地開催（塩山保健福祉センター） | | |
| 議題 | 1．あいさつ<br>2．講師紹介<br>3．在宅医療介護連携に関わる市の現状分析について<br>4．講評<br>5．多職種連携推進のための研修について<br>6．その他 | | |
| 資料 | ・次第<br>・参加者名簿<br>・資料 1-1　データ分析説明資料<br>・資料 1-2　データで見た甲州市の現状について<br>・資料 1-3　入院、退院に関してこれまで支援者から聞いた現状等<br>・資料 1-4　意見交換の進め方<br>・資料 2　　甲州市在宅医療・介護連携部会多職種連携研修会の開催について<br>・研修会チラシ<br>・山梨県峡東地域医療と介護の連携の手引き～入退院連携ルール～（甲州市提供）<br>・在宅医療・介護連携部会（12 月 3 日）アンケート<br>・入退院支援と情報連携<br>・甲州市の在宅医療介護連携推進事業の現状分析の案－入退院支援の指標を中心に | | |

（2 回目連携支援前打合せ）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 12 月 18 日（水） | 開催時間 | 13：30～15：00 |
| 開催方法 | オンライン | | |
| 議題 | 1．1 回目の振り返り<br>2．10 日の研修<br>3．その他 | | |
| 資料 | ・多職種連携のための研修会（案）<br>・演習シート<br>・資料 1　在宅医療・介護に関わる甲州市の現状について | | |

（2 回目支援）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 7 年 1 月 10 日（金） | 開催時間 | 打ち合わせ　15：30～：17：00<br>研修　18：30～20：00 |
| 開催方法 | 現地開催（勝沼市民会館） | | |
| 議題 | 打ち合わせ<br>１．研修会の進め方の確認<br>２．第 3 回部会資料について<br>研修<br>１．在宅医療・介護に関わる市の現状について<br>２．糖尿病について<br>３．グループワーク<br>４．講評 | | |
| 資料 | ・参加者名簿<br>・多職種連携のための研修会（案）<br>・研修会次第<br>・資料 1-1　在宅医療・介護に関わる甲州市の現状について<br>・資料 1-2　甲州市在宅医療・介護連絡ノート使用手引き（事業所用）（甲州市提供）<br>・資料 1-3　山梨県峡東地域医療と介護の連携の手引き～入退院連携ルール～（甲州市提供）<br>・資料２　　ワークの設定と進め方<br>・資料３　　収集すべき項目とその理由について（上位３つまで共有）<br>・多職種連携のための研修会（１月１０日）アンケート | | |

（3 回目支援）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 7 年 2 月 12 日（水） | 開催時間 | 13：30～15：30 |
| 開催方法 | 現地開催（勝沼市民会館　大会議室） | | |
| 議題 | １．前回の振り返りと本日の内容について<br>２．検討<br>３．講評<br>４．その他 | | |
| 資料 | ・参加者名簿<br>・資料１　事業全体像<br>・資料２　令和６年度　在宅医療介護連携推進事業まとめ<br>・資料３　多職種連携のための研修会（１月１０日）アンケート集計結果<br>・資料４　研修会報告（甲州市提供）<br>・資料 1-3　山梨県峡東地域医療と介護の連携の手引き～入退院連携ルール～（甲州市提供）<br>・資料２　ワークの設定と進め方<br>・資料３　収集すべき項目とその理由について（上位３つまで共有）<br>・多職種連携のための研修会（１月１０日）アンケート | | |

## ■牧之原市

（1 回目連携支援前打合せ①）

| 開催日 | 令和 6 年 10 月 9 日（水） | 開催時間 | 14：00～15：30 |
|---|---|---|---|
| 開催方法 | オンライン | | |
| 議題 | 1．開会<br>2．出席者自己紹介<br>3．キックオフミーティング振り返り（事務局）<br>4．実施計画について<br>5．第 1 回支援について<br>6．その他<br>7．閉会 | | |
| 資料 | ・次第<br>・モデル事業の進め方とキックオフミーティングの振り返り<br>・実施計画書（ひな形）_シート集<br>・参考資料_基礎資料<br>・参加者名簿 | | |

（1 回目支援）

| 開催日 | 令和 6 年 11 月 22 日（金） | 開催時間 | 13：30～：16：30 |
|---|---|---|---|
| 開催方法 | 現地開催（牧之原市総合健康福祉センター　さざんか 2 階 ボランティア室） | | |
| 議題 | 1．開会<br>2．前回までの振り返り（事務局）<br>3．アンケートについて<br>4．ヒアリングについて<br>5．今後の取組みについて<br>6．第 2 回目支援前ミーティングまでに行うこと<br>7．その他<br>8．閉会 | | |
| 資料 | ・次第<br>・前回までの振り返り<br>・ケアマネ調査結果<br>・ヘルパー調査結果<br>・介護保険ガイドブック【令和 6 年版】（抜粋　）<br>・研修チラシ（牧之原市提供）<br>・参加者アンケート | | |

（2 回目連携支援前打合せ）

| 開催日 | 令和 6 年 12 月 25 日（水） | 開催時間 | 9：00～11：00 |
|---|---|---|---|
| 開催方法 | オンライン | | |
| 議題 | 1．開会<br>2．出席者自己紹介<br>3．第 1 回支援後から現在までの取組状況について<br>4．実施計画について<br>5．今後のスケジュール<br>6．その他 | | |

| | |
|---|---|
| 資料 | ・ヘルパー事業所向けアンケート<br>・ケアマネへの聞き取り結果<br>・今後の方向性と聞き取り<br>・ヘルパー聞き取り結果 |

（2 回目支援）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 7 年 1 月 29 日（水） | 開催時間 | 14：30～17：30 |
| 開催方法 | 現地開催（牧之原市総合健康福祉センター　さざんか 1 階 相談室 1） | | |
| 議題 | 1．開会<br>2．支援前ミーティング以降の進捗【報告】<br>3．第 3 回支援会議について【検討】<br>4．次年度以降の展開について<br>5．その他<br>6．閉会 | | |
| 資料 | ・次第<br>・GW 作業シート<br>・GW 企画案<br>・牧之原市の在宅看取り<br>・参加者名簿 | | |

（3 回目支援）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 7 年 2 月 25 日（火） | 開催時間 | 17：00～21：00 |
| 開催方法 | 現地開催（牧之原市総合健康福祉センター　さざんか 2 階 ボランティア室） | | |
| 議題 | 牧之原市在宅看取りにかかる情報共有会議<br>1．開会<br>2．挨拶<br>3．市からアンケート・ヒアリング結果報告（現状報告）<br>4．グループワーク<br>5．講評<br>6．事務連絡<br>7．閉会 | | |
| 資料 | ・参加者名簿<br>・次第<br>・調査結果<br>・グループワークシート等<br>・アンケート | | |

## ■唐津市

（1 回目連携支援前打合せ）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 10 月 7 日（月） | 開催時間 | 14：00～15：30 |
| 開催方法 | オンライン | | |
| 議題 | １．自己紹介<br>２．意見交換<br>３．次回に向けた調整 | | |
| 資料 | ・参加者名簿<br>・【唐津市】実施計画書（ひな形）_シート集<br>・マネジメントの基本構造と PDCA サイクルの関係<br>・資料３　佐賀県唐津<br>・参考資料　モデル事業の進め方とキックオフミーティングの振り返り<br>・参考資料　基礎資料（オープンデータ） | | |

（1 回目支援）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 11 月 5 日（火） | 開催時間 | 18：00～20：30 |
| 開催方法 | 現地開催（唐津市役所　4 階大会議室）／オンライン | | |
| 議題 | 開会<br>自己紹介<br>１．前回の振り返り<br>２．解決したい具体的テーマに対する意見交換<br>３．具体的テーマに対する解決シナリオの検討<br>４．次回に向けて<br>閉会 | | |
| 資料 | ・次第<br>・参加者名簿<br>・初回オンラインミーティング議事メモ<br>・実施計画書（ひながた）<br>・参加者アンケート | | |

（2 回目支援）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 6 年 12 月 24 日（火） | 開催時間 | 18：30～21：00 |
| 開催方法 | 現地開催（唐津市役所　4 階大会議室）／オンライン | | |
| 議題 | 開会<br>自己紹介<br>１．前回の振り返りと進捗報告<br>２．解決したい具体的テーマに対する解決シナリオの検討<br>３．次回に向けて<br>閉会 | | |

| | |
|---|---|
| 資料 | ・次第<br>・参加者名簿<br>・資料１　　各部会意見報告<br>・資料 1-1　第 4 回訪問リハビリ部会議事録（唐津市提供）<br>・資料 1-2　第 3 回医療ＳＷ部会議事録（唐津市提供）<br>・資料 1-3　第 5 回訪看部会議事録（唐津市提供）<br>・資料２　「いきかたノート」包括アンケート CM 結果（R6 受講前後）<br>・資料３　　看取り実態調査集計（R6.12.20 時点）<br>・参加者アンケート |

（3 回目支援）

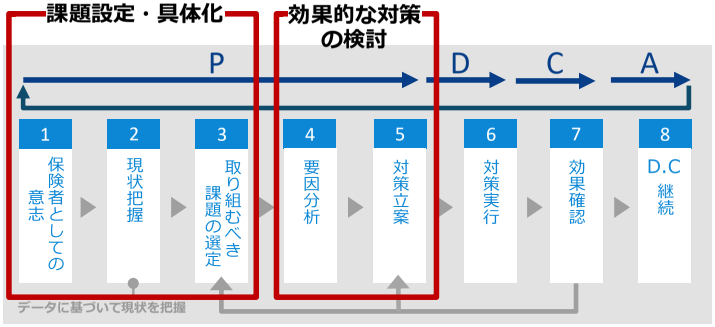
| | | | |
|---|---|---|---|
| 開催日 | 令和 7 年 2 月 14 日（金） | 開催時間 | 18：30～21：00 |
| 開催方法 | 現地開催（唐津市役所　4 階大会議室）／オンライン | | |
| 議題 | 開会<br>自己紹介<br>１．取組報告<br>・在宅医療・介護協議会 WG、各部会の状況<br>・看取り実態調査<br>・看取りアンケート<br>２．次年度以降の進め方に関する意見交換<br>３．その他<br>閉会 | | |
| 資料 | ・次第<br>・参加者名簿<br>・資料１-１　退院支援ルールに関するアンケート調査<br>・資料１-２　施設看取りに関する実態調査<br>・資料２-１　４つの場面の目指すべき姿<br>・参加者アンケート | | |

厚生労働省委託事業「令和６年度 在宅医療・介護連携推進支援事業」

# 在宅医療・介護連携の推進に向けた都道府県・市町村連携 個別支援事業【モデル地域 募集のご案内】

## 第９期計画に掲げた目標や目指す姿の実現に向けて、在宅医療・介護連携推進事業をより効果的に活用しませんか？

目標達成に向けては、何が必要なのかを分析し、施策を具体化し、施策効果を評価するプロセスが重要です。在宅医療・介護連携の推進における地域課題の解決策について、アドバイザーと一緒に考えるモデル地域を募集します。

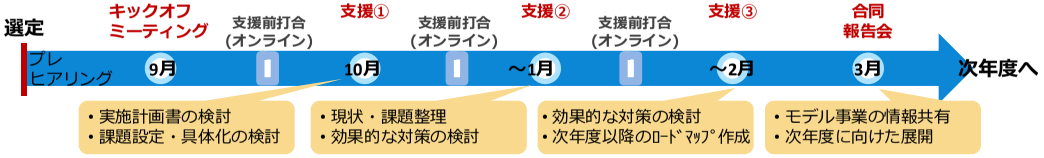



第９期計画はあるけど、何が・どうなると在宅医療と介護の連携が推進したと言えるのだろう？
地域課題の解決に向けて何に取り組むべきか、改めてアドバイザーと一緒に考えてみよう！



### ◆モデル事業の進め方

各地域で課題解決に向けて取り組む内容を具体化するために、アドバイザーがみなさんと一緒に考えます。支援方法は、打ち合わせ形式、会議形式、講義形式など各地域の要望に応じて調整します。
参加者は、行政、医療・介護等の関係者（職能団体、事業所、従事者など）、住民など、各地域の連携状況や地域課題の内容を踏まえてご調整ください。




### ◆アドバイザー　※五十音順、敬称略

| お名前 | ご所属 |
|---|---|
| テーマとアドバイザーを記載 | |



厚生労働省委託事業「令和６年度 在宅医療・介護連携推進支援事業」
在宅医療・介護連携の推進に向けた都道府県・市町村連携　伴走支援事業【モデル地域 募集のご案内】

### ◆事業概要




弊社では、厚生労働省から標記委託事業を受託し、在宅医療・介護連携の推進に向けた各種取組を実施しています。在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護の連携において特に重要となる４つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）等について、PDCAサイクルに沿って取組を推進していくことが求められています。
上記を踏まえ、４つの場面等に取り組む市町村は増加しているところですが、地域の実情に応じた現状把握や課題抽出、連携体制の構築や評価指標の検討等、効果的かつ効率的に推進する上での方策に課題を有する市町村も多いと考えられます。

こうした現状を踏まえ、より効果的・効率的な在宅医療・介護連携の推進につなげることを目的に、市町村及び都道府県を対象とした、有識者（アドバイザー）による連携支援事業をモデル地域において実施することといたしました。これは、応募のあった市町村・都道府県からモデル地域を選定し、取組主体となる地域の実情にあわせ、**アドバイザー等とともに課題抽出・その解決に向けて一緒に検討し、取り組むモデル事業**です。
ご多用中とは存じますが、ご応募につきましてご検討いただけますようお願い申し上げます。

### ◆実施概要

| | |
|---|---|
| 目的 | ・より効果的・効率的な在宅医療・介護連携の推進につなげるため、市町村・都道府県・関係者の連携を推進する |
| 応募方法 | ・次の２つの方法のいずれかで応募<br>① **市町村担当者がメイン**：都道府県担当者と相談のうえで、市町村担当者が所定エントリーシートに必要事項を入力し、事務局にメールで応募する<br>② **都道府県担当者がメイン**：都道府県担当者が、管内市町村のいずれかをモデル地域として、所定エントリーシートに必要事項を入力し、事務局にメールで応募する<br>・応募締切：2024年８月23日（金）17時<br>※在宅医療の担当部署が、介護部局、医療部局など複数に分かれている場合、両部署が参画することが望ましいです<br>ご応募にあたりご不明な点がある場合には、事務局までお気軽にご相談ください |
| 実施方法 | 現地・オンライン・ハイブリッドなど、地域の状況に応じて各モデル地域にて調整 |
| 募集数 | ・４地域<br>※基本的に市町村・都道府県（保健所含む）単位とします<br>※二次医療圏単位など、複数市町村が同じ課題に対してともに検討・実施する場合、１体制として取り扱います |
| 応募条件 | ・市町村と都道府県（保健所含む）が一緒に参加し、主体的に取り組むこと<br>・モデル事業で開催予定の会議体（支援のほか、ｷｯｸｵﾌﾐｰﾃｨﾝｸﾞや報告会）に参加できること<br>※キックオフミーティングは９月10日午前を予定しています<br>・モデル事業に関連する制作物の一般公開に承諾できること　※公開前に確認依頼を行います |
| 応募多数の場合の選定方法 | ・モデル４地域は、厚生支局エリアの重複が生じないように選定する<br>・応募多数の場合、応募理由や市町村規模、地域関係者との連携状況、在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況などを踏まえて候補地域を選定する<br>※選定結果は、８月30日を目途に、応募のあった地域にご連絡します |

応募の必須条件や必要な事項を記載。
具体的な支援テーマを提示。

【応募先／問合先】

# ４つのモデル地域の報告会

# 発表資料

○福島県須賀川地域（須賀川市、鏡石町、天栄村）

○山梨県甲州市

○静岡県牧之原市

○佐賀県唐津市

# 福島県須賀川地域
# （須賀川市、鏡石町、天栄村）



## 1．エントリー理由【須賀川地域】

【応募当初の課題】

- 在宅医師不在時の対応について、臨時往診や自宅看取りを他の医療機関と協力できる体制づくり
- 在宅医空白区をカバーできる体制づくりや連携の方法
- ターミナル症例で早期の在宅医介入（受け持ち期間が短期間であることが多く、本人、家族との関係性の構築がむずかしい）

支援当初に、須賀川市、鏡石町、天栄村・須賀川地方在宅医療・介護連携拠点センター
アドバイザー、県・県中保健福祉事務所が、地域の現状・課題の話をしていくなかで・・・

【改めて、本年度に取り組む動機を共有】

須賀川市の第９期介護保険事業計画で、「医療と介護が連携し、必要なサービスが切れ目なく利用できる体制の構築」を政策方針としているが、行政として、新たにどんなことに取り組めるのか明確に見えずにいた。また、実際に現場に出向くことがないため、どのような課題があるのか、実際が見えてこないところもあり、まず、それら課題を明らかにするとともに、より効果的・効率的な在宅医療・介護連携の推進を図っていくための契機としたい。

岩手県釜石市の連携手法である「一次連携」の手法を本事業を通して学び、各職能団体が抱える現状や連携の課題を把握すること、そして、職能団体と顔の見える関係づくりを行うこととした。

# チームかまいしの連携手法
## ～一次～三次の階層別連携コーディネートと課題解決支援～

**【一次連携①】**
**連携拠点と一職種の連携**

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

**【二次連携②】**
**連携拠点が仲介する連携**

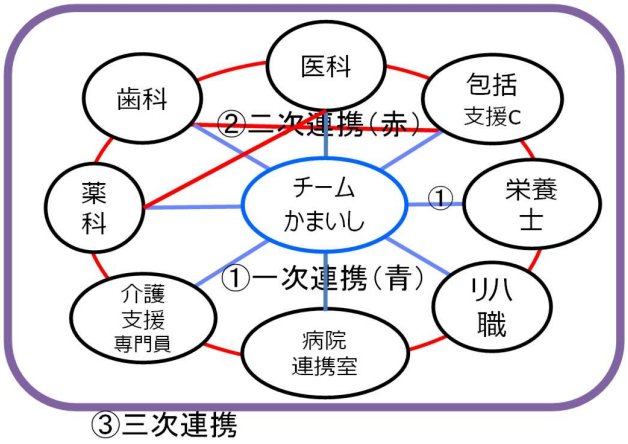
・ニーズのマッチング　・相互理解の場
ex.情報交換会、同行訪問
**➡協働に基づく、課題解決のための連携支援**

**【三次連携③】**
多職種による連携・理解促進の場
**➡地域のコンセンサス形成・理解促進**

**連携の課題解決支援**

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

※連携に関する相談窓口設置



③三次連携





## ～何故、現場レベルの連携推進の取組みが進まないのか～

### ◆層の異なる課題を同一の場で解決することは困難

一次連携で抽出された課題

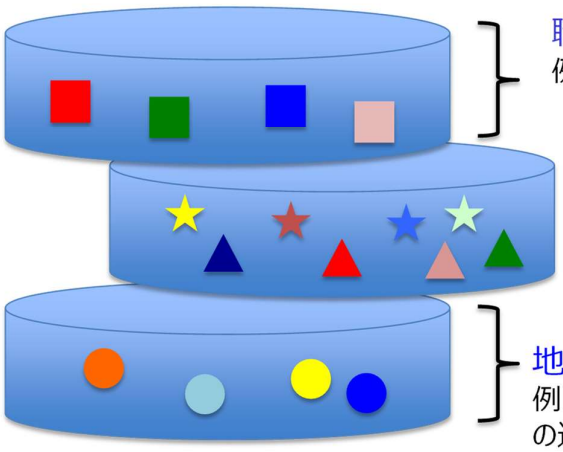
職種Aの課題

職種Bの課題

職種Cの課題

職種Dの課題

« 職種における課題の3層構造 »



**職種内の課題**（フィードバック）
例:職能団体の総意形成、
知識不足、温度差

**職種間の課題**（二次連携へ）
例:他職種との相互理解、
相談ルート、窓口

**地域全体の課題**（三次連携へ）
例:地域医療における役割分担、ICT
の運用、各職能団体の総意の共有

連携拠点の役割:
課題の分類とフィードバック、課題内容に応じた解決の場・手法の提案

# チームかまいしの連携コーディネート手法・一次連携

✓ 一次連携は、連携拠点と一職種の「打ち合わせ会」です。

「会議」とせず、ざっくばらんに意見交換できる場となるよう努めます。

一職種に絞ることで、他職種の目を気にせず発言しやすいです。

✓ 一次連携の目的は、

①職種が抱える「連携の課題」を抽出・見える化

段階を経て、課題を共有し、解決策を検討する場ともなります。

②連携拠点と職能団体等の顔の見える関係を作ること

拠点担当者にとっては、各職種のキーパーソン発掘の場となります。

✓ 抽出した課題は、リスト化するなどして職能団体等と共有します。

課題は、自らの職種、団体、職場にある場合も多く、

職能団体等が主体的な取組みを行うきっかけにもなっています。

✓ リストは、基本的には非公開（部外秘）としています。

4



## 取組内容と気づき

（第１回目支援の取組内容）

・ 地域の医療・介護に関わる職能団体、病院・診療所の活動状況、キーパーソンを情報共有

・ 連携の課題の明確化、関係づくりにおいて優先順位の高い職能団体、キーパーソンを検討＝一次連携の対象

⇒須賀川医師会から医師会長と拠点センター長の在宅医２名、すかがわ介護支援専門員協議会とした。

・ それぞれに、何をどのように聞くのか、話しやすい場づくりをどうするか、日時と場所、アポイントの取り方を検討した。



第１回支援の様子

（第１回目支援での気づき）

・ 一次連携を進める上で、行政、拠点センター間で、関係団体の活動やキーパーソンの情報を共有することができた。

・ 各職種間の現状・課題を把握する機会としての一次連携の必要性に気づいた。

5

## 2．モデル事業の支援内容と気づき②【須賀川地域】

（第２回目支援の取組内容）
・ 在宅医２名、ケアマネ協議会を一次連携先として、実際に一次連携を３回実施した。

【在宅医への質問例】
・ 在宅医療における現状の課題
・ 在宅医に対するモチベーションについて
【ケアマネジャーへの質問例】
・ 入退院時の課題について
・ 病院・訪看などとの連携の課題について

（第２回目支援を通しての気づき）
・ 職種ごとに意見を聞くことで、各職種の現状や課題、在宅医療・介護にかける思いに気づくことができた。



在宅医との一次連携の様子



ケアマネジャーとの一次連携の様子



## 2．モデル事業の支援内容と気づき③【須賀川地域】

（第３回目支援の取組内容）
・ 一次連携の整理結果を元に今後の展開に向けたの検討を行った。

■一次連携のとりまとめイメージ
※小田島ADから、連携における課題のピックアップ方法や、解決に向けた考え方についてアドバイス

| 職種 | 発言者 | 意　見 | 課題の所在等 | 発言内容<br>（逐語録からそのままコピー） | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| ケアマネ | - | ○○で、連携が難しい病院がある。 | 病院×ケアマネ | （P2）○○病院は・・・・<br>**小田島　史恵：**<br>この中から自治体担当者等が「アプローチできそうな連携の課題の所在」をピックアップする。<br>課題の所在は複数あってよい。断定しなくてよい。<br>個人の主観が入るので、複数の人と意見調整の機会があるとよい。 | |
| ケアマネ | - | 病院によって○○なので、ケアマネとして対応が難しい場合がある。<br>**小田島　史恵：**<br>他職種に責任を求めるまとめ方ではなく、意見した職種に注目してまとめるとよいかもしれません。 | 病院×ケアマネ<br>or<br>個別の病院×ケアマネ | すごく難しいなと感じてます。 | ・個別の病院ごとに一次連携が必要か<br>・複数病院の退院調整事例紹介＆情報交換※1<br>※1…あくまでも現状どうあるかの「情報交換」で「意見交換」ではない。意見交換だと、○○すべきなどと、要望＆批判になる可能性あり。 |

## 2．モデル事業の支援内容と気づき④【須賀川地域】

### 取組の結果

各職能団体にとって、在宅医療・介護連携において、どのような課題があるかについて、話を聞く必要があることに気づいた。そして、それぞれの職能団体が抱えている課題を把握しながら、行政として各々の職能団体を繋げていくことが必要であることが分かった。

まず、在宅医２名とケアマネ協議会のケアマネジャー４名と一次連携を図ることとなり、顔の見える関係が構築され、また、それぞれが持つ課題に対する認識の共有を図ることができた。

また、在宅医の負担軽減を図る上でも、顔の見える関係の構築が重要であることを認識することができ、今後、多職種連携を進める上での契機となった。

具体的な共通課題に取り組むことにより、須賀川市・鏡石町・天栄村の事業担当者及び拠点センターのさらなる連携を図ることができた。

【地域の強みの再認識】

・須賀川地域内の開業医の間では、顔の見える関係が既に出来上がっており、互いに相談し合える環境がある。
・拠点センターが相談を受けることが、医療と介護の連携がスタートとなっている。
・初回の訪問診療前に、在宅医の先生が患者や家族と顔を合わせたカンファレンスを行い、双方が安心して在宅医療が出来る仕組みづくりが出来上がっている。
・地域内の在宅医を担う複数の医療機関で連携を模索する動きがある。
・在宅医の先生方は、他の職種の頑張りに敬意を表している。
・ケアマネジャーや訪問看護師は、在宅医と連携が図られており、相談しやすい関係となっている。
・須賀川地域内には、地域包括ケア病棟を活用し、緊急時やレスパイト入院の受け入れをしていくという考えを持つ病院がある。



## 2．モデル事業の支援内容と気づき⑤【須賀川地域】

【全体を通しての気づき】

・３市町村と拠点センターの信頼関係が重要であり、今回の取組により、関係性が近くなり、今後も多職種との連携に向けた作戦会議を定期的に開催するための契機となった。
・須賀川地域では、医師、看護師、ヘルパーの確保や緊急時の入院先の確保、そして、病院との入退院時の連携が課題ではないかと思われた。
・一次連携を通して、各職能団体が、どのような課題を抱えているのか、実際に話を聞く必要があることに気づいた。
・在宅医療・介護連携事業において、行政と拠点センター相談員は、色々な職能団体が抱えている課題を把握しながら、同じ方向を向けるように調整し、繋げていくことが大きな役割であることに気づいた。
・在宅医療・介護連携事業では、各職能団体とのコミュニケーションが不足していないか、顔の見える関係が構築されているかを常に見ながら取り組むことが重要だと感じた。
・毎月様々な職能団体の代表者が出席する須賀川地方在宅医療・介護連携拠点センター運営検討会が開催されており、各職能団体の課題などを共有できるので、今後はこの場を生かしていく必要があると気づいた。
・アドバイザーから、「まずは分からないので教えてください。」という素直な姿勢でアプローチすることの大切さを伝授されたことにより、在宅医の先生との一次連携が実現できたことから、今後の他の職能団体への一次連携でも同様に取り組んでいきたいと感じた。

## 【参考】次年度以降の目標と取組【須賀川地域】

【一次連携の結果で想定された連携の課題】

- 病院によって退院調整の方法が異なるため、ケアマネジャーとして対応が難しいことがある。
- ケアマネジャーからの入院時の情報が、病院の病棟の看護師に伝わらない場合がある。
- ヘルパー不足で、訪問介護が必要な方に対する調整が難しい。
- 市内の訪問看護師が人手不足で、他市の訪問看護ステーションに頼らなければならない状況にある。
- ケアマネが他の専門職と会って話すのが、サービス担当者会議くらいしかない。
- 在宅医が休日を休める体制づくり（在宅医の連携による負担軽減）。
- 在宅医療・介護を選択した家族の負担軽減。

**中・長期目標**

・医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けることができている。
・各職能団体が、在宅医療・介護連携分野において、お互いの事情を知り、必要な連絡・相談し合える関係になっている。

**今後の展開**

・３市町村の医療機関を含めた様々な職能団体と顔の見える関係を構築し、連携していくことで、在宅医療・介護連携に関する課題解決に取り組む。令和７年度には、病院との一次連携を実施していきたいと考えている。
・在宅医療・介護関係者間で連携を円滑にするため、引き続き須賀川地方在宅医療・介護連携拠点センターにおける運営検討会を、課題の抽出や対応策の協議を行う場として開催する。
・研修会や講演会を開催し、在宅医療や在宅介護に従事する専門職の顔の見える関係をつくる、多職種の連絡・相談し合える関係をつくる。
・ケアマネと一次連携の結果のフィードバックと共有。



## 【参考】本年度の取組経過【須賀川地域】

| 開催日 | 開催内容 |
|---|---|
| 令和６年９月10日 | キックオフミーティング |
| 10月３日 | オンラインミーティング |
| 10月29日 | ３市町村・県中保健福祉事務所との事前ミーティング（須賀川市役所） |
| 11月７日 | 第１回支援（須賀川市役所） |
| 12月10日 | 第２回支援前ミーティング |
| 12月25日～26日 | 第２回支援（須賀川市役所・須賀川医師会館）<br>・在宅医２名との一次連携<br>・介護支援専門員との一次連携 |
| 令和７年１月30日 | 第３回支援前ミーティング |
| ２月５日 | 市町村・県中保健福祉事務所との事前ミーティング（鏡石町ほがら館） |
| ２月26日 | 第３回支援 |
| ３月18日 | オンライン報告会 |

# 都道府県・市町村
# 連携支援を受けて



## 甲州市の在宅医療介護連携の現状（当初の問題意識）

**甲州市高齢者地域ケア推進会議**
**～高齢者が要介護状態になっても自分の意思が尊重された生活ができるまちを目指して～**

- 権利擁護・認知症対策部会
- **在宅医療・介護連携部会**
  - ・身寄りのない方への支援の検討
  - ・想いノートの普及啓発
  - ・多職種による医療と介護の連携に関する事例の検討
- 個別課題検討部会
- 生活支援体制整備事業
- ケアマネジメント支援部会

高齢者が医療と介護の両方が必要な状態となっても、馴染みの人間関係や居住環境の中で生活を続けることができるよう、在宅療養者の状態変化に応じた医療・介護サービスが一体的に提供される体制の構築に向けた取組を行う。様々な連携機関での協議の結果も考慮しながら、地域の医療機関や介護事業所等と協働し在宅医療・介護連携の推進を図る。

**事業課題**

・令和3年度まで地域課題の分析なし。関係者アンケートを取って、そこから取組実施 **＊２**

**支援者の課題でいいのか？市民が困っていること、連携の課題は何か？➤４つの場面に基づいた地域課題の抽出が必要ではないか**

・令和4年度手引きを基に認知症の事例を用いて4つの場面の連携の課題を分析（次年度以降のイメージを付ける目的）

・令和5年度手引きにある指標を基に量的データの分析で課題のあたりをつけ、「日常の療養支援」について部会にて関係者の声を聴取し課題を抽出

**日常の療養支援**

**生活習慣病（糖尿病等）のコントロールができず重症化してしまい、本人や家族の希望する生活が送りにくくなる**

**情報連携の重要性の認識が必要**
（適切なタイミングで適切な職種へ意図的に伝えていく）

・透析ができる療養病棟が近くにない
→家族の面会が困難、
住み慣れた地域ではない
・疾患のコントロールができてないと
デイサービスやショートステイが
利用しにくくなる
→閉じこもりがちになる
→家族が休めない
在宅で緊急的に過ごせなくなった
ときに行き場がない　等

・この事業の必要性って皆知らない
・今とこれからの市の課題知っている？（多分知らない）
・他の職種とケース支援以外で関わることは少ない
・どこの事業所の誰かはわかるけど、顔は見たことがない
・各々の職種で何ができるか詳細までわからない
（誰に聞いていいかもわからない・・・）

**入退院支援**　令和6年度（今年度）課題の検討

**・本人と家族の退院先の意向が食い違い、本人の希望と異なる退院先となる**
**・自宅での生活と入院中の環境のギャップがあり、在宅生活に支障が出る**
**※要因分析し、取り組みの検討**

**“連携”が必要なのはなんとなくわかる**

・どうやって？
・誰が？（何かあればケアマネさんから発信がある）
・なんで必要？

**専門職の連携の意識の醸成が必要**

**急変時の対応**
令和7年度課題検討予定

**看取り**
令和8年度課題検討予定

**＊１**
**➤赤字部分解決のために多職種連携のための研修会を開催**

## 支援内容と気づき（１）

### キックオフミーティング

（気づき）
・本市では“在宅療養者の状態変化に応じた一体的なサービス提供を行う上で、情報連携がうまくいっていないのではないか”という現状・問題点の視点のみで、どうすれば解決すればよいのかまで検討できていなかった。
キックオフミーティングで、**言われたことのみを行う連携ではなく“目的”を意識したコミュニケーションができると情報連携の質が向上するという助言から、具体的な対策を検討できた。**

### 多職種連携のための研修会への支援

（支援内容）多職種連携のための研修会の構成への助言と当日グループワークへの助言と全体講評

（気づき）
・元々考えていた研修会の内容について、参加者のニーズに合っていないのはないかと助言を受け、キックオフミーティングでも助言いただいた内容に立ち返り、**目的を再確認した上で、研修会を組み立て直すことができた。**
・第3者の立場で市の方向性や目指したい姿を講評でいただくことで、研修会の参加者へ共有することができた。



## 支援内容と気づき（２）

### １回目の支援

（支援内容）第2回在宅医療・介護連携部会にて入退院支援の現状と課題の分析
多職種連携のための研修会の内容への助言
（気づき）
・入退院支援での現状把握から課題の整理までアドバイザーにファシリテーションを行っていただきながら検討し、**現状を俯瞰的、広域的に見る視点や、課題の整理の仕方について学ぶことができた。**

### 3回目の支援

（支援内容）第3回在宅医療・介護連携部会で課題の要因分析と対策への助言
今後の市の在宅医療・介護連携の進め方への助言
（気づき）
・昨年、今年度の都道府県・市町村担当者等研修会議Ⅱでも対処すべき原因の抽出について難しさがあった。今年度、部会にて同様に行うことでも困難さがあり、次年度に向けて工夫が必要であると感じた。
・今後の本事業の進め方については、対処すべき要因に対しての対策のみに焦点を絞っており、他の対策や広域的な対策についても検討すべきであると助言をいただき、視野を広げることができた。

# 医療・広域的な在宅医療介護連携との連動について

医療体制（広域）/在宅医療・介護（広域）

県
医務課
健康長寿推進課

峡東保健福祉事務所
（峡東保健所）

※山梨県地域保健医療計画「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、市健康増進課と共に所管
※峡東地域在宅医療・介護広域連携会議、担当者会議等を実施

（市）在宅医療・介護

甲州市
介護支援課

甲州市在宅医療・
介護ｻﾎﾟｰﾄｾﾝﾀｰ
（塩山市民病院）

（広域）在宅医療・介護

やまなし県央※
連携中枢都市圏

①現状分析・課題抽出・施策立案
（ア）地域の医療・介護の資源の把握
→医療・介護情報検索システム
②対応策の実施
（キ）地域住民への普及啓発
→ACP講演会
→想いノート作成
（カ）医療・介護関係者の研修
→基礎講座・ステップアップ講座

（市）地域医療

甲州市
健康増進課

※山梨県地域保健医療計画「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、峡東保健福祉事務所と共に所管
※高齢者を地域でみるための連携会議開催（大藤診療所）

（市）介護

甲州市介護ｻｰﾋﾞｽ
事業者連絡協議会

※市内の介護事業所９割以上加入
・介護サービス事業者間の連携をはかり、質の高い介護サービスを行うことを目的に設置
・居宅介護支援部会、居宅サービス部会、介護保険施設部会で構成されている。
・全体研修会（年1回）認知症について（R6）
事例発表会（年1回）想いが尊重された生活ができるための支援（R6）
各部会で学習会を開催

関係団体

東山梨（山梨市・甲州市）
医師会・歯科医師会
・薬剤師会

甲州市
医師会・歯科医師会
・薬剤師会

看護協会峡東地区支部、
介護支援専門員協会峡東支部、
医療ソーシャルワーカー協会　等

➤１市のみで課題解決できないことについては都市圏の取組や県、保健所に助言を受けながら事業展開していきたいと考える

※やまなし県央連携中枢都市圏　在宅医療・介護連携分科会
甲府市、韮崎市、南アルプス市、甲斐市、笛吹市、北杜市、山梨市、甲州市、中央市、昭和町の９市１町で構成。（令和７年度より富士川町、市川三郷町参画予定）
連携して共通課題に取り組み、住民福祉の増進や住民サービスの向上を目指す。



# 甲州市の在宅医療・介護連携の課題解決のための体系図

県
医務課・健康長寿推進課

県単位での広域的な課題

峡東保健福祉事務所
（峡東保健所）

峡東管内での医療の課題、
在宅医療・介護連携の課題

甲州市　高齢者地域ケア推進会議

生活支援
体制整備事業

権利擁護
・認知症対策部会

個別課題検討部会

地域の支え合いで
対応できる課題

ACPや身寄りのない方
の支援等の課題

個別ケースでの
連携の課題

在宅医療・介護連携部会
※４つの場面課題抽出

①日常の療養支援　②入退院支援
③急変時の対応　④看取り

広域的な在宅医療・介護の課題

やまなし県央連携中枢都市圏
在宅医療介護連携分科会

医療の課題

市　健康増進課

高齢者を地域で
みるための連携会議

職種間に関わる課題

医師会・薬剤師会・歯科医師会等

病院で対応できる課題

研修会で対応できる課題

介護の課題

甲州市介護事業所連絡協議会

甲州市在宅医療
・介護サポートセンター

具体的
な対応策

プロジェクトチー
ムの立ち上げ

※次年度以降立ち上げの検討

病診連携に関わる課題

多職種連携のための研修会

【目的】
・多職種連携の必要性の意識の醸成
・顔の見える（医療介護の垣根を超え、相談し合える）関係づくり
・他職種、他機関への理解を深める

## 今後の展開について

**支援を受けて感じたこと、良かったこと　等**

・事業担当が事業全体を考える上で参考になる支援であった。
・市の課題抽出について考え方に困難さを感じていたが、整理していただくことができた。
・課題を抽出しても支援前は市の中で解決しなければならないと考えていたが、既存の組織等を活用しながら、広域的な解決方法も検討すべきであることに気づくことができた。
・2040年に向け、市民が安心して住み慣れた地域で生活するためには専門職同士の連携体制の構築は急務であると考える。しかし、支援者も行政も人員が充足しているとは言えず、本事業は効果的、効率的に優先順位をたてて事業運営する必要があると思う。そのために具体的にどのようにすればよいか不安は残るが、改めて　市の体制として検討していかないとならないと感じた。
・本市は課題抽出からであったため、具体的な解決策の検討までは半年間の支援の中では難しかった。
小規模の市でもあるため、規模に応じた対応策を検討していく必要があった。

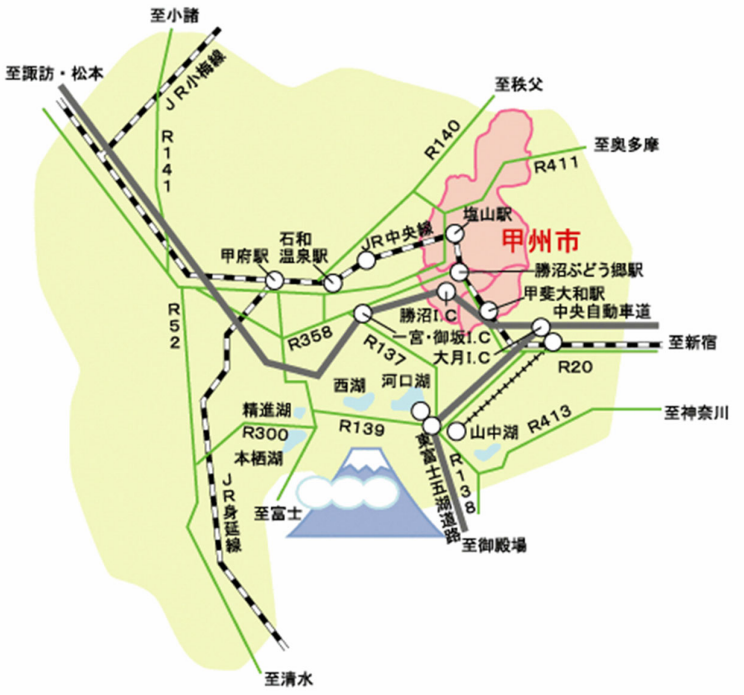
**・4つの場面の課題抽出を行い、取り組みの優先順位をつける（短期・中長期的な取組）**
**・多職種連携のための研修会を開催しながら、連携の必要性や連携に必要となる情報、内容について更に理解を深める（中長期的な取組）**
**・在宅医療の所管課や保健所、都市圏の取り組みを活用しながら、役割分担をし、課題解決を目指す（長期的な取組）**
**・ツールやルール等作成時はより現場の意見を反映できるよう、作業グループ（プロジェクトチーム）を発足していく（短期・中長期的な取組）**

6

# 参考資料



## 甲州市の概況




■人口：29,411人

■高齢者人口：11,103人

■高齢化率：37.8%

■後期高齢者人口：6,327人

■後期高齢者割合：21.5%

（令和6年4月1日現在）

■面積：264.11平方キロメートル

■地域包括支援センター数：1カ所（委託）

■甲州市は、山梨県の北東部に位置し、ぶどうや桃などの果樹栽培が盛んな地域です。2005年に旧塩山市、旧勝沼町、旧大和村が合併し甲州市が誕生しました。



## 甲州市在宅医療・介護連携推進事業で目指す姿

「甲州市高齢者いきいきプラン（甲州市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画）」において、施策の1つとして地域包括ケアシステムの深化、推進、在宅医療・介護の連携の推進が位置付けられている。
「甲州市高齢者いきいきプラン」「甲州市高齢者地域ケア推進会議」の基本理念を基に、在宅医療・介護連携の目指す姿を以下のように位置付ける。

**甲州市高齢者いきいきプランの基本理念**

高齢者が住み慣れた地域で、健康でいきいきと安心して暮らせるよう　支え合う地域づくり

↑

**甲州市高齢者地域ケア推進会議**

高齢者が要介護状態になっても自分の意思が尊重された生活ができるまちを目指して

↑

**甲州市高齢者地域ケア推進会議　在宅医療・介護連携部会**

高齢者が医療と介護の両方が必要な状態となっても、馴染みの人間関係や居住環境の中で生活を続けることができるよう、**在宅療養者の状態変化に応じた医療・介護サービスが一体的に提供される体制の構築に向けた取組を行う。様々な連携機関での協議の結果も考慮しながら、地域の医療機関や介護事業所等と協働し在宅医療・介護連携の推進を図る。**

- 生活支援体制整備事業
- 権利擁護・認知症対策部会
- 個別課題検討部会
- ケアマネジメント支援部会

## 多職種連携のための研修会の開催　＊１

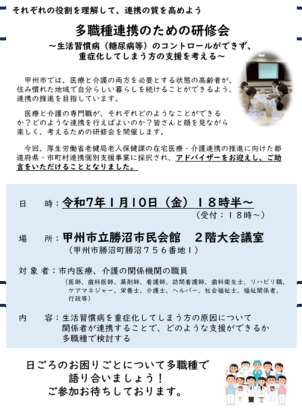
**テーマ**
生活習慣病（糖尿病）のコントロールが出来ず、重症化してしまう方の支援を考える

**目的**
生活習慣病（糖尿病等）を重症化してしまう原因の１つに、情報連携の必要性があることを知り、各職種（知りたい情報）を理解し、各職種のアセスメントの視点を学ぶ。

**対象**
市内医療、介護の関係機関の職員（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、訪問看護師、歯科衛生士、リハビリ職、ケアマネジャー、栄養士、介護士、ヘルパー、社会福祉士、福祉関係者、行政等）

**内容**
１．在宅医療・介護に関わる市の現状について（介護支援課　赤池）
２．糖尿病について（大藤診療所　田中千絵医師）
３．グループワーク
４．講評

**実績**
参加者　５７名（欠席10名※感染症、業務多忙等）


それぞれの役割を理解して、連携の質を高めよう

多職種連携のための研修会

～生活習慣病（糖尿病等）のコントロールができず、重症化してしまう方の支援を考える～

甲州市では、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、連携の推進を目指しています。

医療と介護の専門職が、それぞれどのようなことができるかつどのような連携を行えばよいのか？皆さんと顔を見ながら楽しく、考えるための研修会を開催します。

今回、厚生労働省老健局老人保健課の在宅医療・介護連携の推進に向けた都道府県・市町村連携強制支援事業に採択され、アドバイザーをお迎えし、ご助言をいただけることとなりました。

日　時：令和7年１月10日（金）１８時半～
（受付：１８時～）

場　所：甲州市立勝沼市民会館　２階大会議室
（甲州市勝沼町勝沼７５６番地１）

対 象 者：市内医療、介護の関係機関の職員
（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、訪問看護師、歯科衛生士、リハビリ職、ケアマネジャー、栄養士、介護士、ヘルパー、社会福祉士、福祉関係者、行政等）

内　容：生活習慣病を重症化してしまう方の原因について
関係者が連携することで、どのような支援ができるか
多職種で検討する

日ごろのお困りごとについて多職種で語り合いましょう！
ご参加お待ちしております。



## 多職種連携のための研修会　グループワーク　①個人ワーク

ワークの設定と進め方

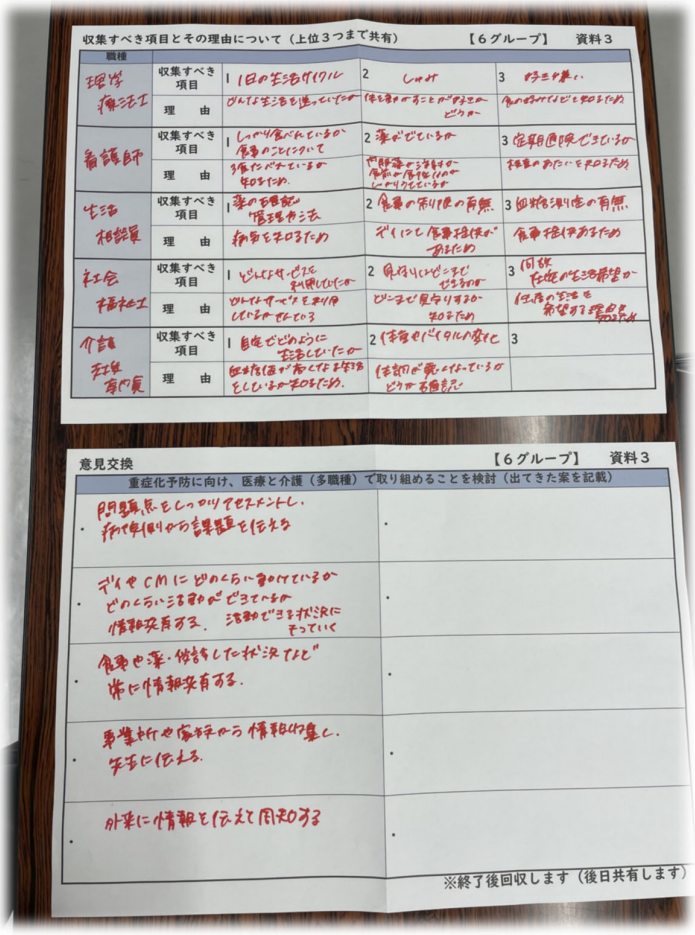
**資料２**

●Aさんは７６歳の男性で、独居です。在宅での生活を強く希望され、地域の方に見守りを受けながら、サービスを利用し生活しています。一時期血糖値が高く、食事療法や薬の管理が必要になり入院をしていたこともあります。認知症の診断はついてはいませんが、物忘れが顕著になってきており、要介護１の認定がついています。
●「Aさんが再入院せず安心して在宅生活を過ごせる」ため、支援をすることになりました。その際、①どのような情報収集をしますか？②その情報をどのように収集しますか？③なぜその情報を収集しますか？
●進め方
①収集すべきと思う項目（５つまで）を優先度が高いものから記入してください。また、その情報をどのように収集するか、選択してください。更に、なぜその情報を収集するか理由を記入してください。
②グループ内で記載した項目を共有してください。
③重症化予防に向け、医療と介護（多職種）で取り組めることをグループ内で検討してください。

| | |
|---|---|
| あなたの職種（該当番号に○をつけてください） | １．医師　２．歯科医師　３．薬剤師　４．病院関係者（看護、医療相談員等）　５．リハ職　６．訪問看護師<br>７．歯科衛生士　８．栄養士、管理栄養士　９．医療相談員　１０．ケアマネジャー　１１．介護施設職員<br>１２．通所介護サービス職員　１３．訪問介護サービス職員　１４．行政職員　１５．保健師<br>１６．その他（　　） |

| 収集すべきと思う項目 | | 収集方法 | 理由 |
|---|---|---|---|
| ①収集すべきと思う項目と収集方法、理由（最大５つ） | １ | 1.自身で観察、評価　2.本人、家族に確認<br>3.病院、他職種から情報収集　4.その他 | |
| | ２ | 1.自身で観察、評価　2.本人、家族に確認<br>3.病院、他職種から情報収集　5.その他 | |
| | ３ | 1.自身で観察、評価　2.本人、家族に確認<br>3.病院、他職種から情報収集　6.その他 | |
| | ４ | 1.自身で観察、評価　2.本人、家族に確認<br>3.病院、他職種から情報収集　7.その他 | |
| | ５ | 1.自身で観察、評価　2.本人、家族に確認<br>3.病院、他職種から情報収集　8.その他 | |

## 多職種連携のための研修会　グループワーク②③


収集すべき項目とその理由について（上位３つまで共有）　【６グループ】　資料３

| 職種 | | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 理学療法士 | 収集すべき項目 | 1日の生活サイクル | しゃがみ | 好きな食べ物 |
| | 理由 | 安定な生活を送っていたか | 体を動かすことができるか | 食のおすすめなどを知るため |
| 看護師 | 収集すべき項目 | しっかり食べられているか 食事のこだわりについて | 薬がでているか | 定期通院できているか |
| | 理由 | 痩せていないか 知るため | 内服薬の管理ができているか 食欲の低下はないか | 体重の変化を知るため |
| 生活相談員 | 収集すべき項目 | 薬の種類 服薬方法 | 食事の制限の有無 | 趣味を続けたの有無 |
| | 理由 | 飲み忘れるため | ずくにと食事摂取が困難なため | 食事摂取のため |
| 社会福祉士 | 収集すべき項目 | どのように生活していたか | 見守りはどこまで | 同居家族の生活希望か |
| | 理由 | 以前と生活スタイルが変わっていないか | どこまで見守りするか 知るため | 住居の変更を希望する場合 |
| 介護支援専門員 | 収集すべき項目 | 自宅でどのように過ごしていたか | 体重やバイタルの変化 | 3 |
| | 理由 | 低栄養が起こしやすくなるため そしゃく知るため | 体調が悪くなっているか どうか確認 | |

意見交換　【６グループ】　資料３

重症化予防に向け、医療と介護（多職種）で取り組めることを検討（出てきた案を記載）

- 問題点をしっかりアセスメントし、病態側から課題を伝える
- ディやCMにどのくらい食べているか どのくらい活動ができているか 情報共有する。活動できる状況にそっていく
- 食事や薬・依頼した状況など 常に情報共有する。
- 事業所や家族から情報収集し、先生に伝える。
- 外来に情報を伝えて周知する

※終了後回収します（後日共有します）

②個人ワークで記載した収集すべき項目とその理由についてグループ内で共有

③重症化予防に向け、医療と介護（多職種）で取り組めることを、まず個人ワークし、その後グループ内で共有

12

## 多職種連携のための研修会グループワークの様子

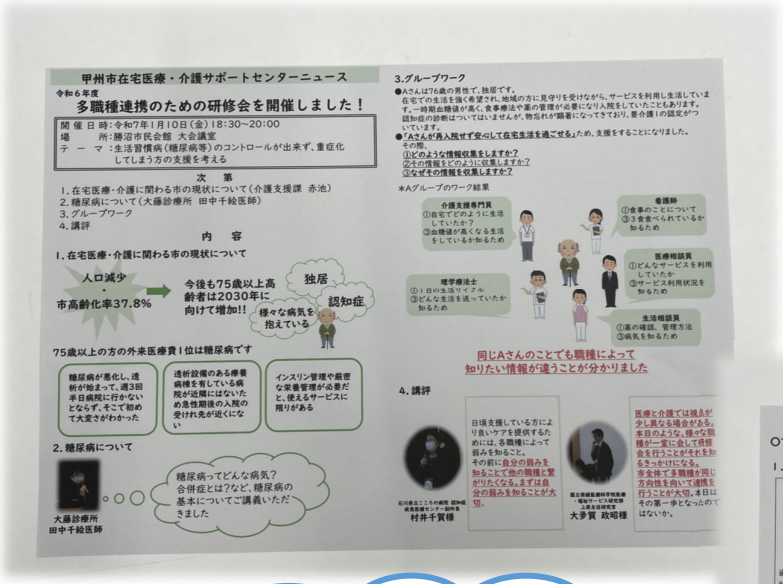


医療と介護の職種が概ね半々になるよう、4-5人のグループに編成しました



13

## 多職種連携のための研修会　報告書の作成・送付


甲州市在宅医療・介護サポートセンターニュース

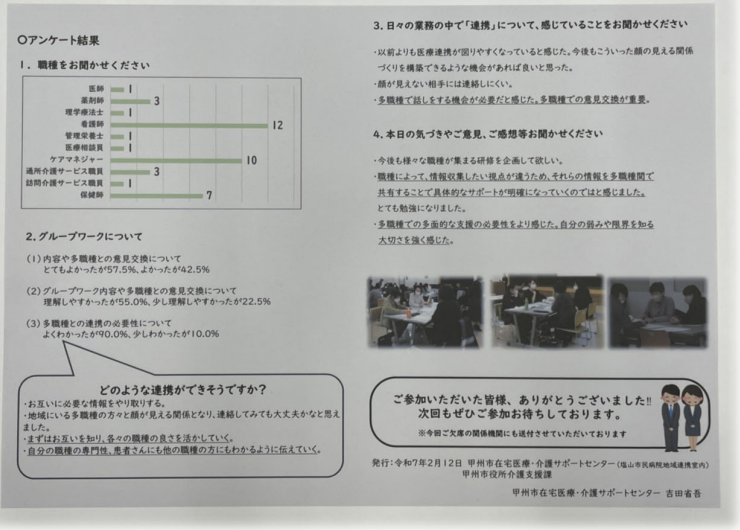
令和６年度
多職種連携のための研修会を開催しました！

開 催 日 時：令和7年1月10日（金）18:30～20:00
場　　所：勝沼市民会館　大会議室
テ ー マ：生活習慣病（糖尿病等）のコントロールが出来ず、重症化してしまう方の支援を考える

次　第
1．在宅医療・介護に関わる市の現状について（介護支援課　赤池）
2．糖尿病について（大藤診療所　田中千絵医師）
3．グループワーク
4．講評

内　容
1．在宅医療・介護に関わる市の現状について
人口減少
市高齢化率37.8%
今後も75歳以上高齢者は2030年に向けて増加!!
独居
認知症
様々な病気を抱えている
75歳以上の方の外来医療費1位は糖尿病です
糖尿病が悪化し、透析が始まって、週3回半日病院に行かないとならず、そこで初めて大変さがわかった
透析設備のある療養病棟を有している病院が近隣にはないため急性期後の入院の受け入れ先が近くにない
インスリン管理や厳密な栄養管理が必要だと、使えるサービスに限りがある
2．糖尿病について
糖尿病ってどんな病気？合併症とは？など、糖尿病の基本についてご講義いただきました
大藤診療所
田中千絵医師

3．グループワーク
●Aさんは76歳の男性で、独居です。
在宅での生活を強く希望され、地域の方に見守りを受けながら、サービスを利用し生活しています。一時期点滴が高く、食事療法や薬の管理が必要になり入院もしていたこともあります。認知症の診断まではいませんが、物忘れが顕著になってきており、要介護1の認定がついています。
●「Aさんが再入院せず安心して在宅生活を過ごせる」ため、支援をすることになりました。
その際、
①どのような情報収集をしますか？
②その情報をどのように収集しますか？
③なぜその情報を収集しますか？
＊Aグループのワーク結果
介護支援専門員
①自宅でどのように生活していたか？
②金銭面が高くなる生活をしているかを知るため
看護師
①食事のことについて
②3食食べられているかを知るため
医療相談員
①どんなサービスを利用していたか
②サービス利用状況を知るため
理学療法士
①1日の生活サイクル
②どんな生活を送っていたかを知るため
生活相談員
①薬の確認、管理方法
②病気を知るため
同じAさんのことでも職種によって知りたい情報が違うことが分かりました
4．講評
日頃支援している方により いつアプを提供するためには、各職種によって弱みを知ること。その前に自分の弱みを知ることで他の職種と繋がりたくなる。まずは自分の弱みを知ることが大切。
村井千賀穂
医療と介護では視点が少し異なる場合がある。本日のような、様々な職種が一堂に会して情報を行うことがそれを知るきっかけになる。
大多賀 政昭様
その第一歩となったのではないか。


○アンケート結果
1．職種をお聞かせください
医師 1
薬剤師 3
理学療法士 1
看護師 12
管理栄養士 1
医療相談員 1
ケアマネジャー 10
通所介護サービス職員 3
訪問介護サービス職員 1
保健師 7
2．グループワークについて
(1) 内容や多職種との意見交換について
とてもよかったが57.5%、よかったが42.5%
(2) グループワーク内容や多職種との意見交換について
理解しやすかったが55.0%、少し理解しやすかったが22.5%
(3) 多職種との連携の必要性について
よくわかったが90.0%、少しわかったが10.0%
どのような連携ができそうですか？
・お互いに必要な情報をやり取りする。
・地域にいる多職種の方々と顔が見える関係となり、連絡してみても大丈夫かなと思えました。
・まずはお互いを知り、各々の職種の良さを活かしていく。
・自分の職種の専門性、患者さんにも他の職種の方にもわかるように伝えていく。
3．日々の業務の中で「連携」について、感じていることをお聞かせください
・以前よりも医療連携が図りやすくなっていると感じた。今後もこういった顔の見える関係づくりを構築できるような機会があれば良いと思った。
・顔が見えない相手には連絡しにくい。
・多職種で話しをする機会が必要だと感じた。多職種での意見交換が重要。
4．本日の気づきやご意見、ご感想等お聞かせください
・今後も様々な職種が集まる研修を企画して欲しい。
・職種によって、情報収集したい視点が違うため、それらの情報を多職種間で共有することで具体的なサポートが明確になっていくのではと感じました。とても勉強になりました。
・多職種での多面的な支援の必要性をより感じた。自分の弱みや限界を知る大切さを強く感じた。
ご参加いただいた皆様、ありがとうございました!!
次回もぜひご参加お待ちしております。
※今回ご欠席の関係機関にも送付させていただいております
発行：令和7年2月12日　甲州市在宅医療・介護サポートセンター（塩山市民病院地域連携室内）
甲州市役所介護支援課
甲州市在宅医療・介護サポートセンター　吉田省吾

研修会の内容、アンケート結果をまとめた報告書を作成し、研修会の案内を送付した機関すべてへ送付しました。

14

## ４つの場面の検討「入退院支援」＊２　１回目の支援

**内容**

在宅医療介護連携に関わる市の<u>現状分析</u>について

目　的：数値的なデータ等を各構成員の立場から見て、市の現状を把握し課題について考える

流　れ：1）各4つの場面の考え方並びに市のデータ分析について説明
本日は「入院・退院の場面」について現状分析
2）日ごろ感じている入院・退院の場面の現状や課題についてグループに分かれて意見交換

※各場面で本人・家族が困ってしまうことはあるか
1G）入院時（中）の場面
2G）退院時の場面
3G）退院後の場面

3）各々のグループから発表

・講評

15

## ４つの場面の検討「入退院支援」

入退院時を更に細分化し、3つのグループに分かれて現状・課題分析を行いました

②退院時



医療と介護の職種が概ね半々になるよう、5-6人のグループに編成しました

①入院時（中）



③退院後

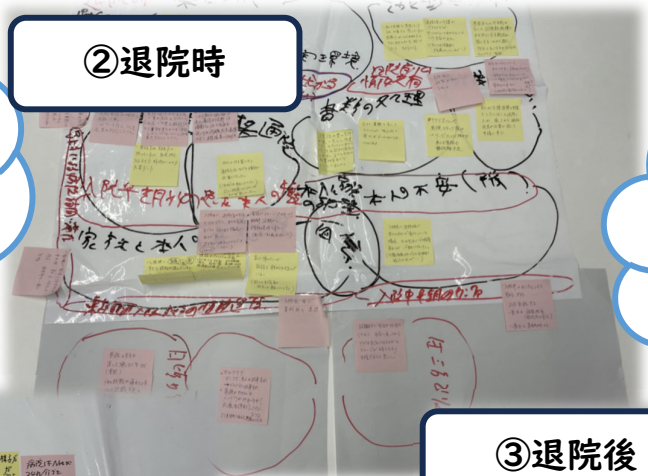


16

## ４つの場面の検討「入退院支援」＊２

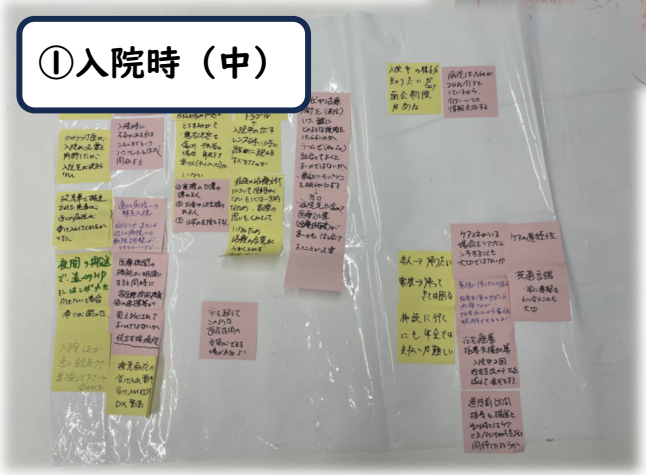
黄　色：現状の整理
ピンク：対策

②退院時

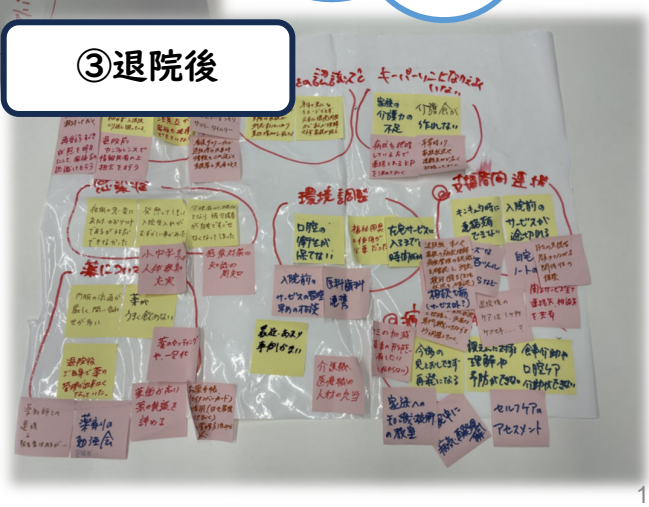


アドバイザーにファシリテイトと、グルーピングの助言等をしていただきました

①入院時（中）



③退院後



17

## ４つの場面の検討「入退院支援」

第２回在宅医療介護連携部会　グループワークまとめ①　資料１

| 入院時（中） | 退院時 | 退院後 |
|---|---|---|
| 本人と家族の退院先の意向が食い違い、本人の希望と異なる退院先となる | 本人と家族の退院先の意向が食い違い、本人の希望と異なる退院先となる | |
| 本人→帰りたい<br>家族→帰ってきては困る<br>施設に行くにも年金では支払いが難しい | 入院時に既に認知が進んでいると本人の意思を家族が確認し、対応するのが難しい<br>退院カンファレンスの場面で初めて対面<br>在宅療養の話し合いで家族の方針が合っていない | |
| ケアマネがいる場合はケアプランを入手することも大切ではないか<br>ケアの連続性 | コロナ制限で患者本人と家族が会う機会が少ない<br>家に帰したいが施設を勧められ悩んでいる（周りの支援者が在宅は難しいと言う） | |
| 家族が帰ってきては困る<br>在宅生活のサポート内容など在宅チームから家族説明ができると良い<br>共通言語<br>常に連絡を取り合うことも大切 | セルフケア<br>どこまで本人ができるか、どのくらいできるか<br>家族がちゃんと面倒が見れるか？衣食住（手すり）、トイレ、お風呂等より具体的に伝えて準備をさせる | |
| 在宅療養指導支援加算入院中2回在宅支援のチームを超えて会議をする<br>退院前訪問指導を推進とその時にはケアマネ及び地域支援と同行してはどうか | | |
| 家族関係の詳細の情報連携がとれていないため、退院に向けての方向性が決まらない | | |
| 主な介護者を直接介護している人が違うことでのトラブル入院中のカンファレンス時に誰に説明すべきなのか<br>病気の治療方針について説明がないしくは一方的なため家族の想いを汲み取っていないため、治療の合意がうまく取れず家族本人が不満ある | | |
| | 自宅での生活と入院中の環境のギャップがあり、在宅生活に支障が出る | 自宅での生活と入院中の環境のギャップがあり、在宅生活に支障が出る |
| | オムツ交換を見学していたため、出来ると思っていたが実際にやってみたらうまく関われず困ってしまった<br>退院後の介護が出来るかどうか、やってみないとわからないという不安がある（オムツや食事等の指導はしているが）<br>落れたりした | 生活動作が行えると思っていたが、実際に家族がすることになり負担増加し困った<br>身体の変化をイメージできず、必要な環境調整など本人が理解されず家族が困る |
| | 患者本人のやる気がないと | |

グループワークの内容整理し、現状の整理と課題の抽出を行いました

GWを整理し、2つの課題を抽出

- **本人と家族の退院先の意向が食い違い、本人の希望と異なる退院先となる**
- **自宅での生活と入院中の環境のギャップがあり、在宅生活に支障が出る**

冒頭の基本理念とこの2つの現状は大きくギャップあり。このギャップを少しでも埋める必要があると考えた。

18

## ４つの場面の検討「入退院支援」＊２　２回目の支援

**内容**

在宅医療介護連携に関わる市の現状分析について

目的：前回抽出した課題の<u>根本要因を分析</u>し、<u>効果的な取り組みついて検討</u>する

1）グループワーク

【問１】解決したいテーマの確認

<u>入院・退院時①：本人と家族の退院先の意向が食い違い、本人の希望と異なる退院先となる</u>

<u>入院・退院時②：自宅での生活と入院中の環境のギャップがあり、在宅生活に支障が出る</u>

<u>退　院　後　：自宅での生活と入院中の環境のギャップがあり、在宅生活に支障が出る</u>

【問2】テーマに応じた目指す姿の検討

【問3】考えられる原因と根本要因の選定

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策の検討（根本要因を意識）

2）各グループの発表

講評

19

## ４つの場面の検討「入退院支援」＊２　２回目の支援

前回と同じグループメンバーと課題に合わせた職種（PT）も加わっていただきました










20

## 入退院支援に関する対策検討　演習シート

**解決したい具体的テーマを決めて、原因・対策・評価方法を考えてみる**

**【問１】解決したい具体的なテーマを１つ決めてください**

| | |
|---|---|
| 解決したいテーマ | 本人と家族の退院先の意向が食い違い、本人の希望と異なる退院先となる<br>自宅での生活と入院中の環境のギャップがあり、在宅生活に支障が出る |

**【問２】問１のテーマの「目指す姿」は何ですか？**

| | |
|---|---|
| 目指す姿 | |

**【問３】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因（最大４つ）と根本原因を挙げてください。**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 原因１ | | 原因２ | |
| 原因３ | | 原因４ | |

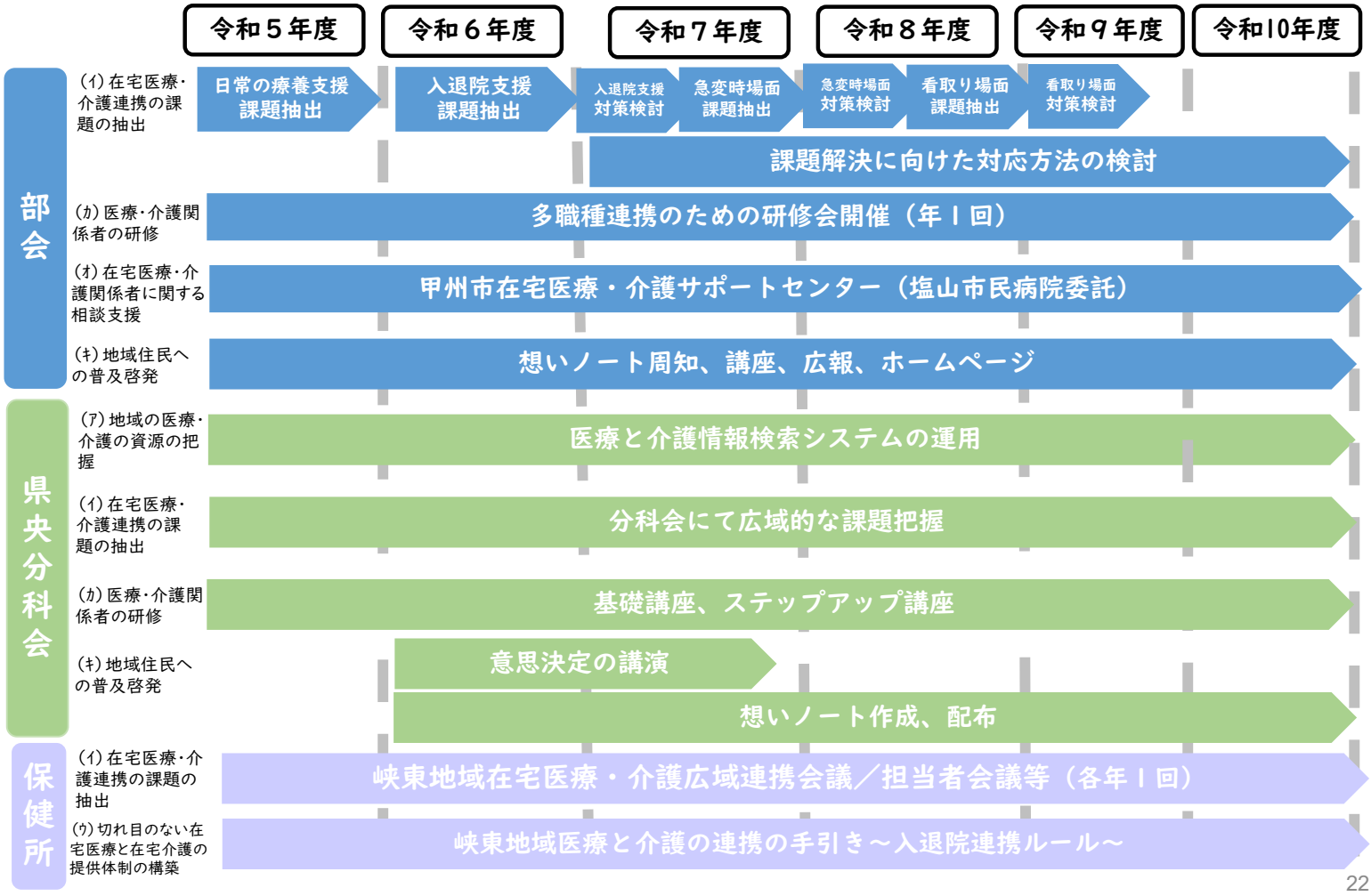
| | |
|---|---|
| 対処すべき要因 | |

**【問４】現状を目指す姿に近づけるための対策を、根本原因を意識しながら考えて見てください。**

| | 誰に対する対策？ | 対策の内容は？ |
|---|---|---|
| 対策１ | | |
| 対策２ | | |
| 対策３ | | |
| 対策４ | | |
| 対策５ | | |

21

# 在宅医療・介護連携推進事業




22

# 静岡県牧之原市



## 1．令和６年度モデル地域の取組【静岡県　牧之原市　地域】

エントリー理由

【現状】
・ケアマネジャーや訪問看護のスタッフと、訪問介護の職員間で認識の齟齬が生じやすい現状があるように思われた。
・在宅看取りに必要不可欠な訪問介護の担い手が先細りとなるなか、在宅看取りを推進するためにも現状を改善したい。

【応募動機】
在宅看取りを推進するために、ケアマネジャー・医療系サービス・介護職間の情報共有を円滑にする方法を知りたい。

【取組み当初】

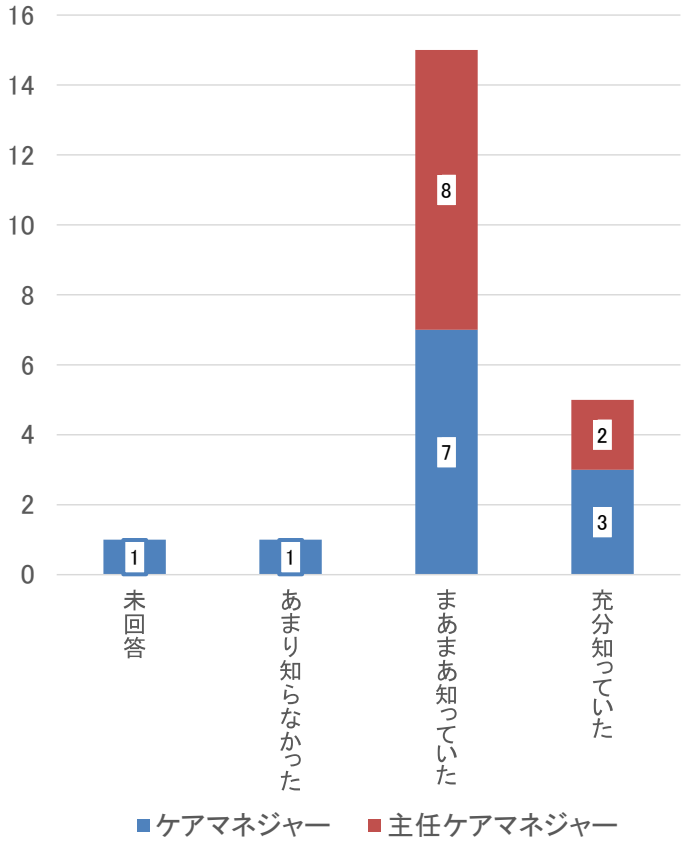
当初は、以下の3つの内のどこかに、課題があるのではないかと仮定していた

1　疾患に対する基礎知識の不足や利用者の予後予測が不十分であることから介護職が精神的ショックを受けやすい
2　医療職からの指示の理解・伝達に対して、介護職が困難を抱えている
3　チームケアを行うにあたり緊急連絡の基準または連絡先の共有に困難を抱えている

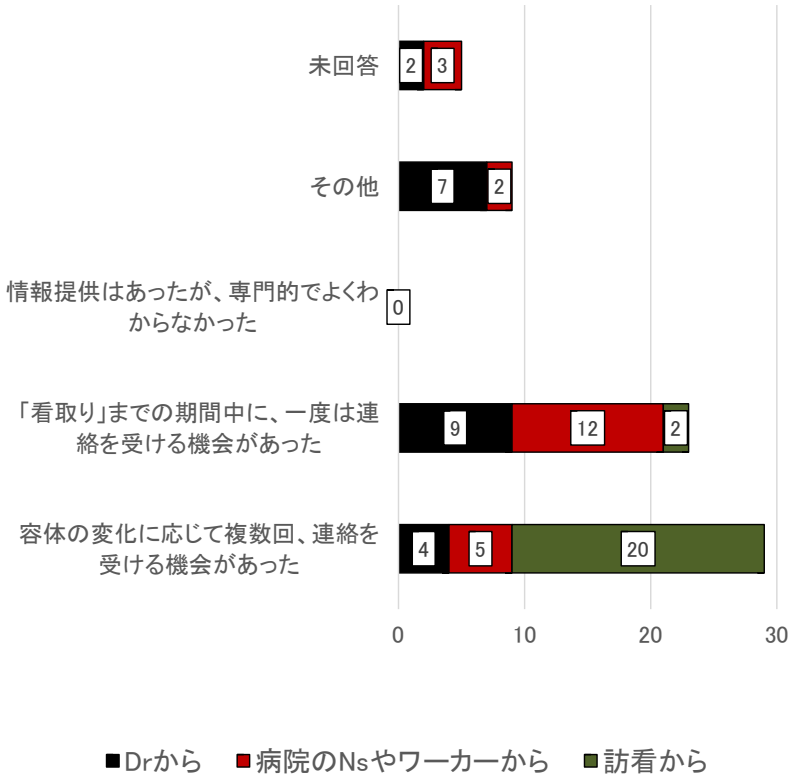
**在宅看取り現場における、各専門職の実状を確認するためにアンケート調査を実施した**

## （ケアマネジャーへのアンケート結果）疾患の基礎知識と利用者の予後予測

### 1　疾患（がん）について「一般的な病態や症状の変化」を知っていたか



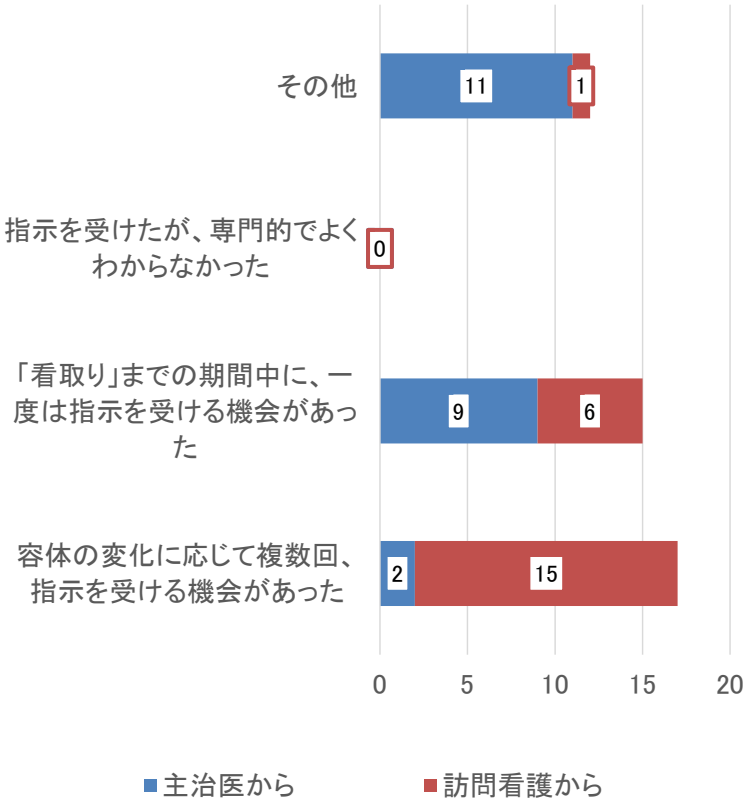

### 2　今後の予後や病状の変化、症状の緩和方法（薬や体位、ケアの方法）などについての連絡



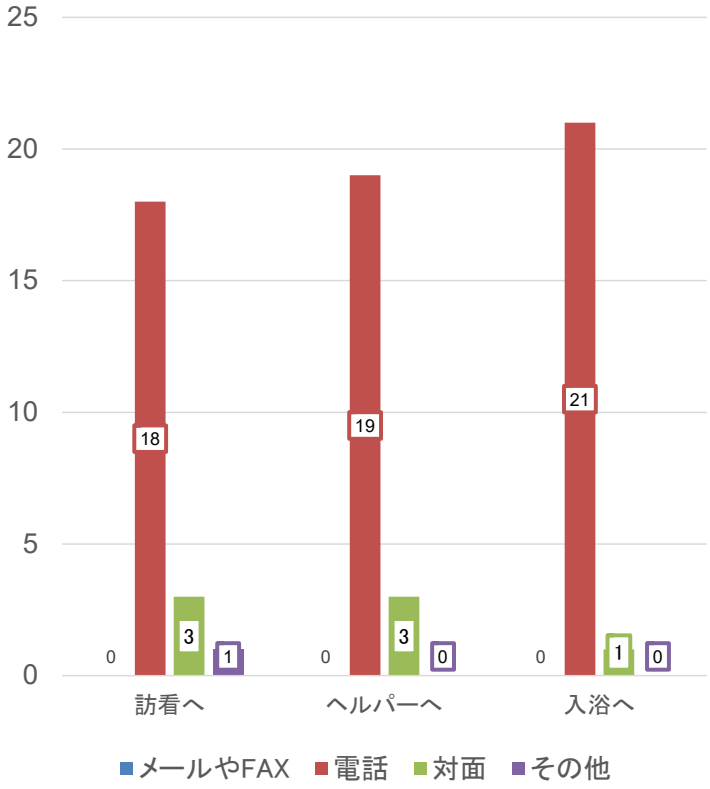

2

## （ケアマネジャーへのアンケート結果）報告・連絡の共通認識

### 3「急変・悪化」した際に、「早急に報告する」ポイントについての指示



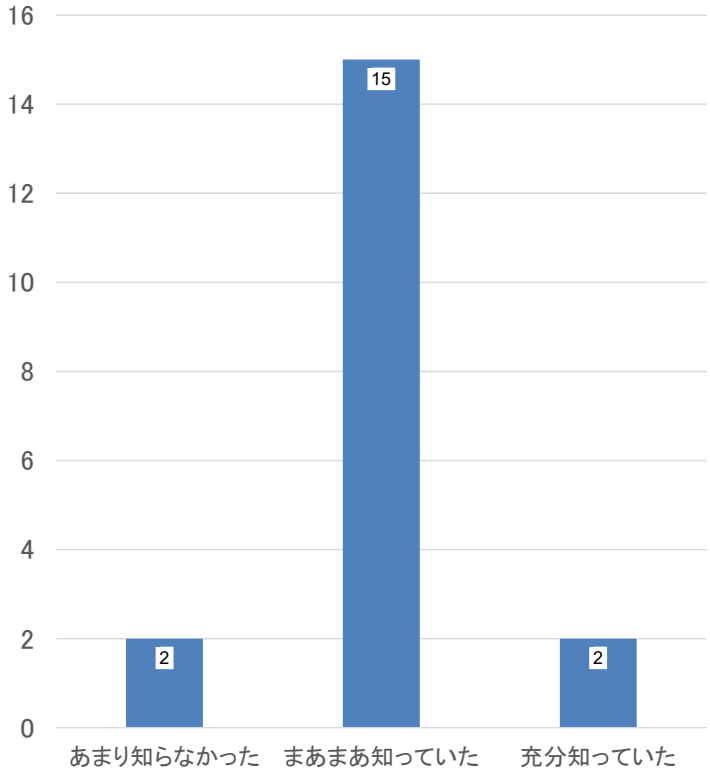

### 4　急変・悪化」した際に、「早急に報告する」ポイントについての共有方法



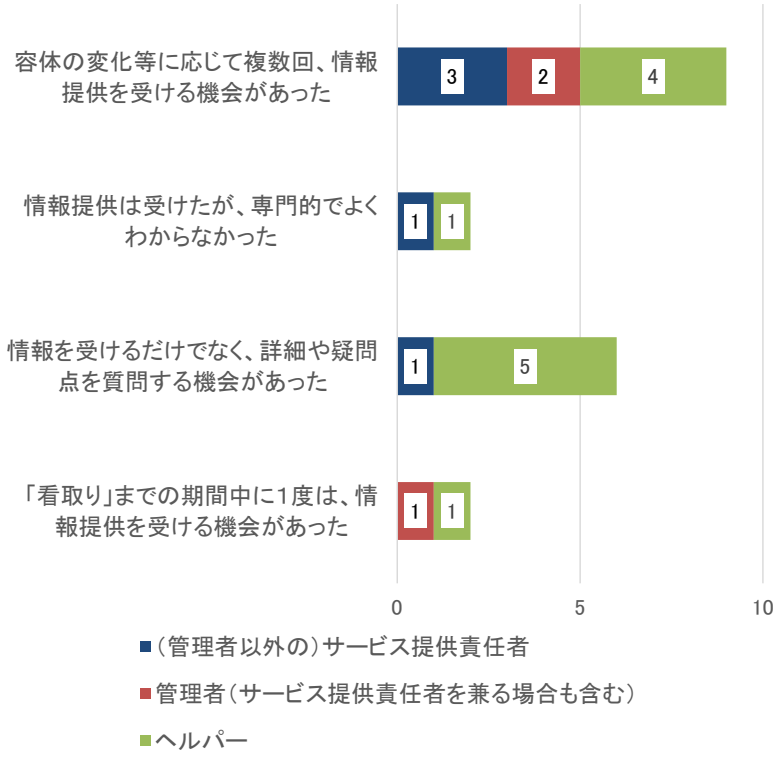

3

## （ヘルパーへのアンケート結果）疾患の基礎知識と利用者の予後予測

### 1　疾患（がん）について「一般的な病態や症状の変化」を知っていたか



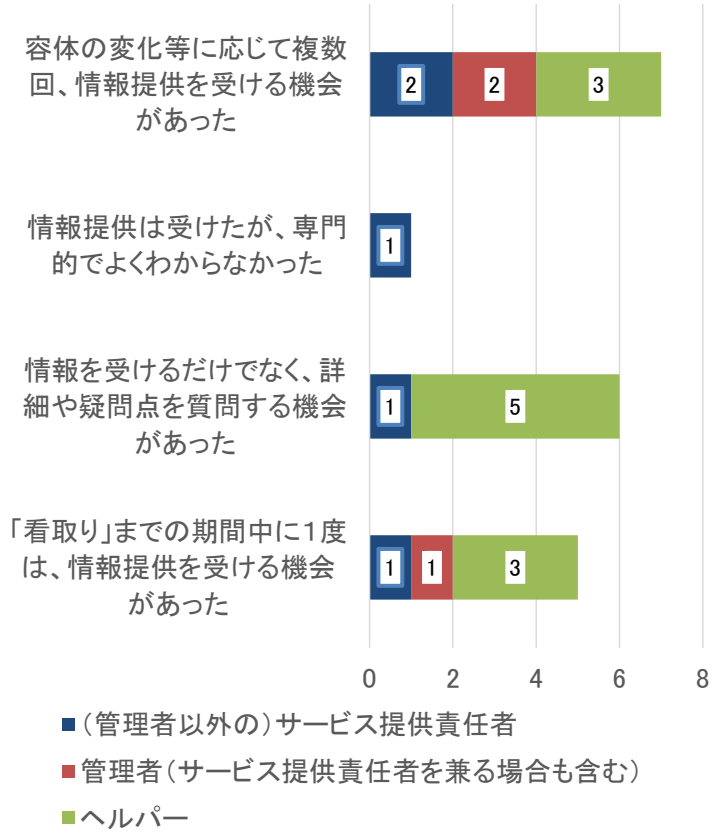

### 2　今後の予測や病状の変化、症状の緩和方法（薬や体位、ケアの方法）などの情報



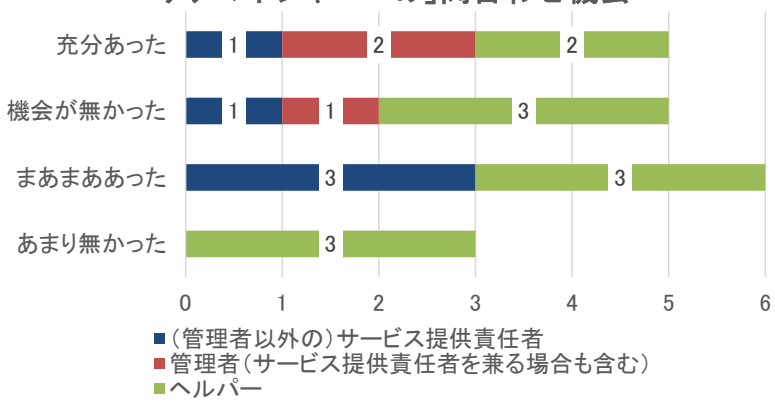



## （ヘルパーへのアンケート結果）報告・連絡の共通認識

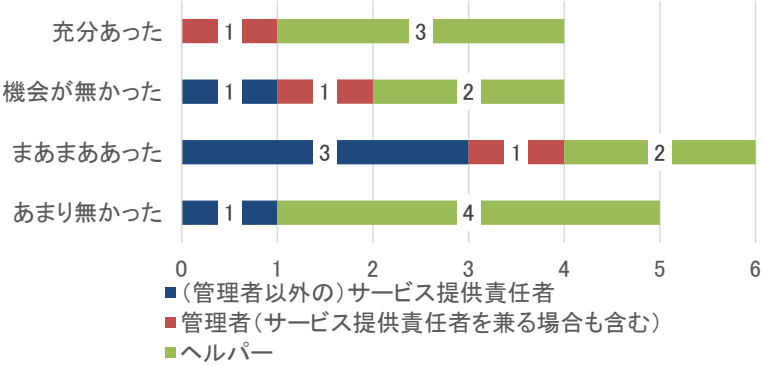
### 3　「急変・悪化」した際に、「早急に報告する」ポイントについての指示




### 4-1「早急に報告する」ポイントについて「ケアマネジャーへの」問合わせ機会




### 4-2早急に報告する」ポイントについて「訪問看護への」問合わせ機会



## ヒアリング結果（情報共有・報告について）

アンケート調査の結果からは、思っていたような結果は得られなかった

そのため、より詳細まで聞き取るために、ヒアリングを実施した

**【ケアマネジャー】**

ヘルパーからの報告が2極化している

・事実だけの報告　例)「ご飯はあまり食べれませんでした」

・事細かに1から10までの報告

訪問看護との連携

・「どうしたいの？どうして欲しいの？」と訪問看護から問われることが有る

・相談事項はケアマネジャーから、管理者に会いに行くこともある



## 1．令和６年度モデル地域の取組【静岡県　牧之原市　地域】

**【ヘルパー】**

・「自己判断禁止」:少しでも利用者に状態変化が見られたら、サービス提供責任者に報告してもらい、サービス提供責任者からケアマネジャーや訪看に伝える

・過去のケースから「直接、訪看へ」「直接、サービス提供責任者へ」が決まっている

現場のヘルパーから直接訪看へ電話:高熱、点滴止まっている、反応が鈍い　など

サービス提供責任者に連絡:上記以外　サービス提供責任者がケアマネジャー報告、訪看連絡、事業所内判断をしている

**【訪問看護】**

・他の利用者のケアをしながら、電話連絡を受けていることが多い

・報告者がパニックになっている場合などは、「私の質問にだけ答えて」と一問一答形式にする場合がある

・「今、何が困っているのか」知りたい

事業所からは「困り事」としては聞かれなかったが、情報連携がスムーズに行われることで、現場の負担が減らせる様子が伺えた。

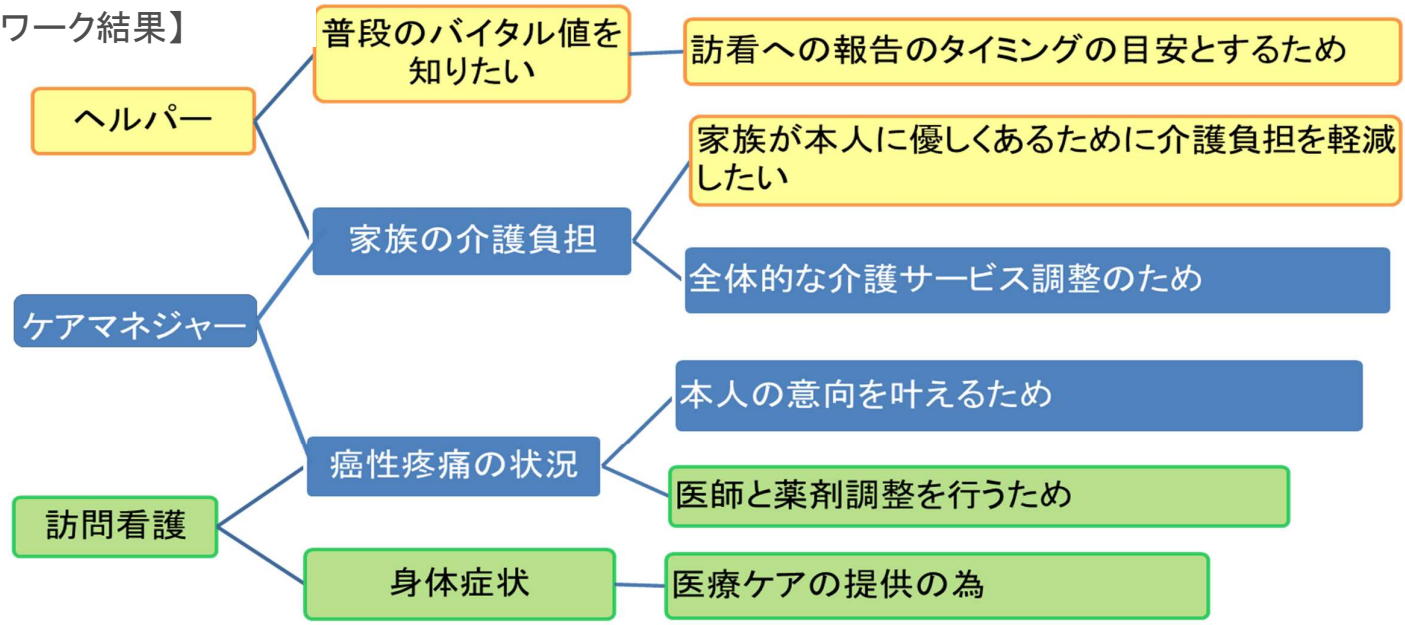
連携の機会の場として、「3職種が一堂に会する場」の提供が必要である

## 1．令和６年度モデル地域の取組【静岡県　牧之原市　地域】

【参加者】

訪問介護事業所　　7人（7/8 事業所）
居宅介護支援事業所13人（8/10 事業所）
訪問看護事業所　　3人（1/1 事業所）
計24人

【ワーク結果】






## 2．モデル事業を終えての現状・課題【静岡県　牧之原市　地域】

取組の結果

どの職種も忙しいが、顔を合わせる機会を求めていた
今回、職種による見方の違いや考え方の違いを知った

**➡情報連携ｼｽﾃﾑ自体ではなく、「情報の質」に係る部分で困難を抱えていることを共有した**

地域の強み・課題

年間100件近くの在宅看取りが実施できている
業務が忙しく、情報共有ではなく情報伝達で止まっていたことに事業所が気づくことができた
今回のグループワークで参加者から、「見方が違うからこそ、お互いが連携し、利用者を支えていくことが大切」との発言が聞かれた

# 牧之原市の現状

人口：42,136人（令和7年2月末時点）

65歳以上：14,280人（33.8%）、75歳以上：7,798人

市内に所在する介護サービス事業所（一部）

居宅介護支援事業所　10事業所

訪問介護事業所　8事業所

訪問看護事業所　1事業所

牧之原市
MAKINOHARA

## 1．令和６年度モデル地域の取組【静岡県　牧之原市　地域】

【取組み当初】
当初は、以下の3つの内のどこかに、課題があるのではないかと仮定していた

1　疾患に対する基礎知識の不足や利用者の予後予測が不十分であることから介護職が精神的ショックを受けやすい
2　医療職からの指示の理解・伝達に対して、介護職が困難を抱えている
3　チームケアを行うにあたり緊急連絡の基準または連絡先の共有に困難を抱えている

在宅看取り現場における、各専門職の実状を確認するためにアンケート調査を実施した

【アンケート調査】 令和6年11月

【対象】
市内に所在する「訪問介護事業所」および「居宅介護支援事業所」の全従事者

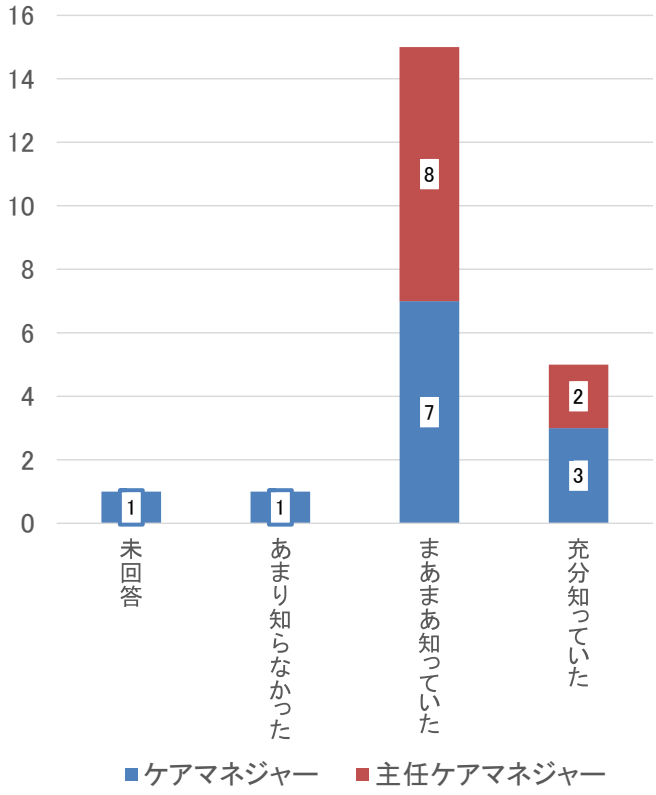
【回答】
ケアマネジャー
ケアマネ総数　27名　　回答者数　　27名　回答率100%
直近2年の看取り対応あり　25名／27名（92.5%）
うち「がん末期」看取り対応あり　22名／25名（81.4%）

ヘルパー総数　　77名　回答者数　　43名　回答率55.8%
直近2年の看取り対応あり　　21名／43名（48.8%）
うち「がん末期」看取り対応あり　19名／ 21名（90.5%）

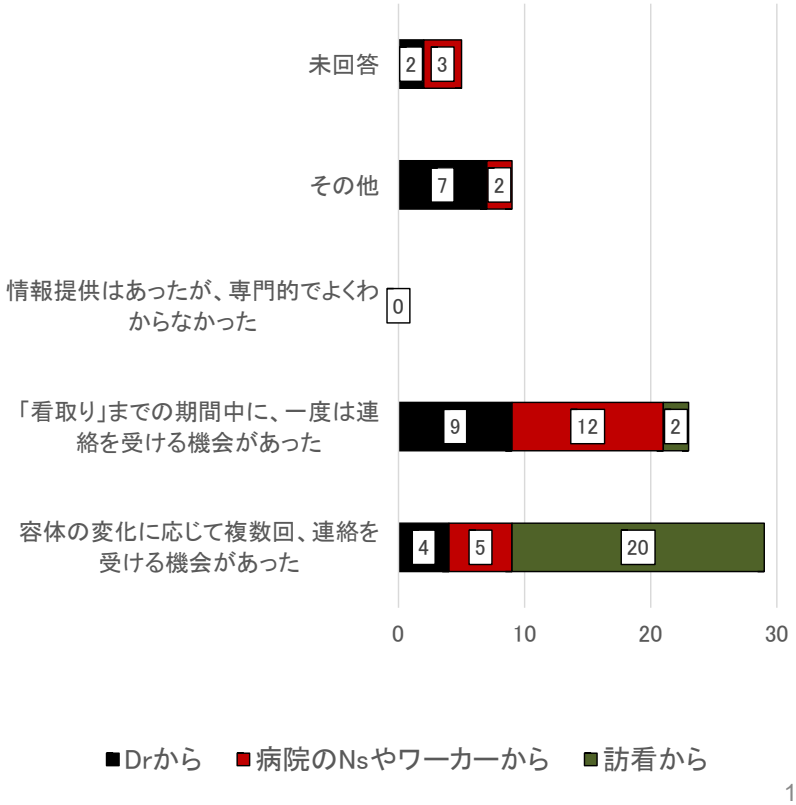




## １　疾患（がん）について「一般的な病態や症状の変化」を知っていたか

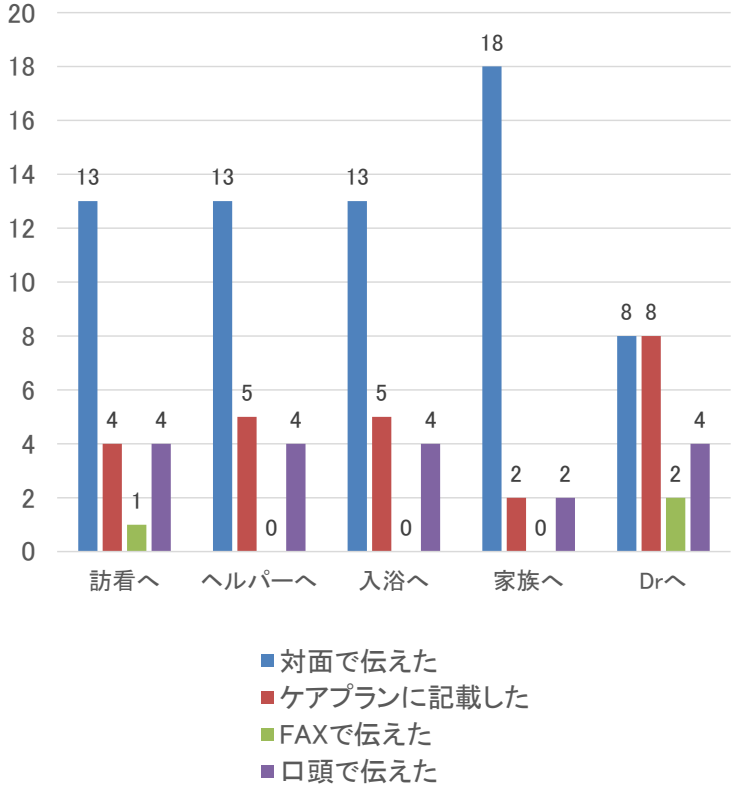



## ２　今後の予後や病状の変化、症状の緩和方法（薬や体位、ケアの方法）などについての連絡

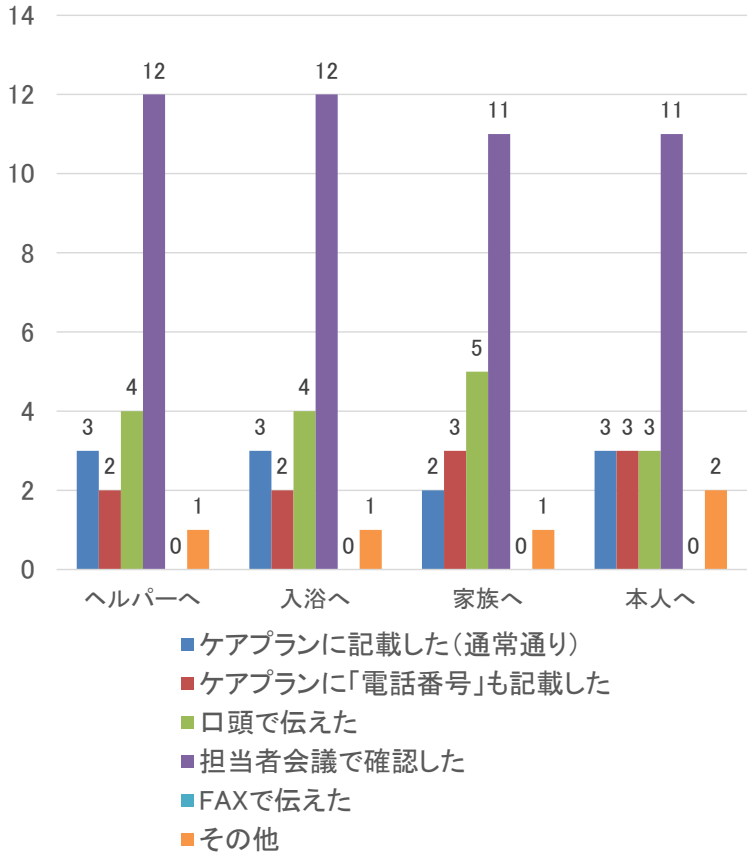


## （ケアマネジャーへのアンケート結果）関係者の緊急連絡先の共有

### 3 「担当ケアマネジャー」への緊急連絡方法の共有



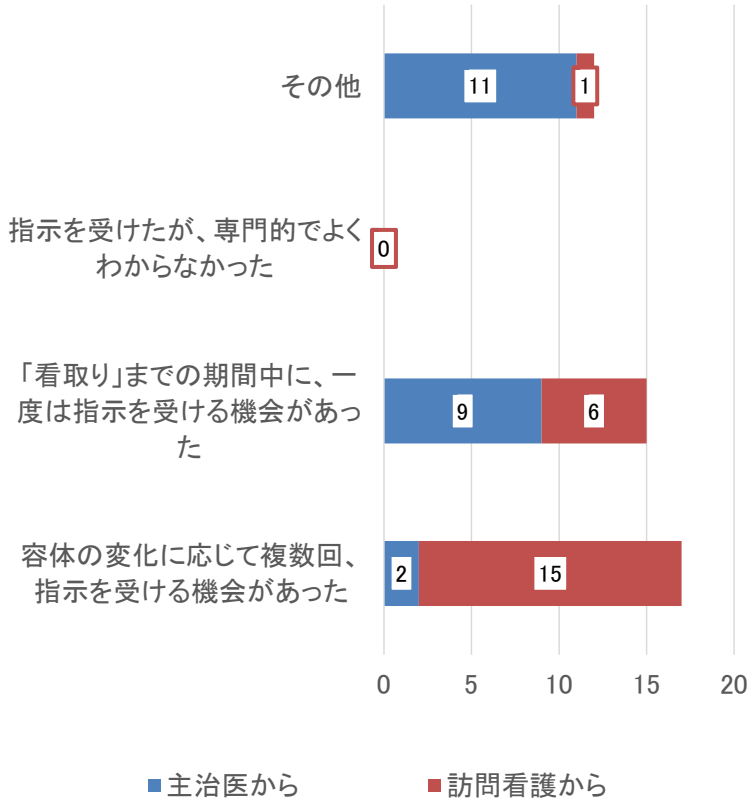

### 4 「訪問看護」への緊急連絡方法の共有



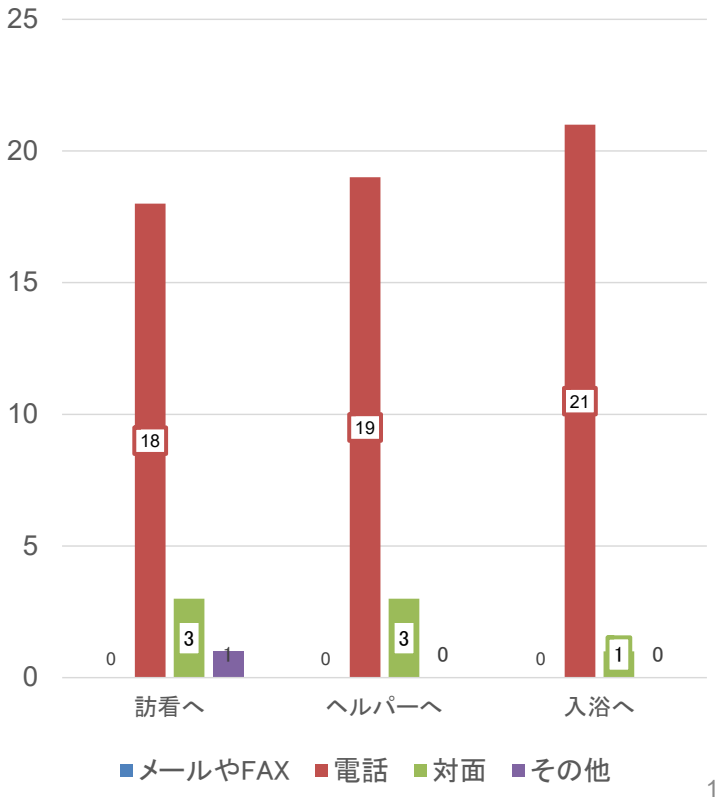



## （ケアマネジャーへのアンケート結果）報告・連絡の共通認識

### 5「急変・悪化」した際に、「早急に報告する」ポイントについての指示

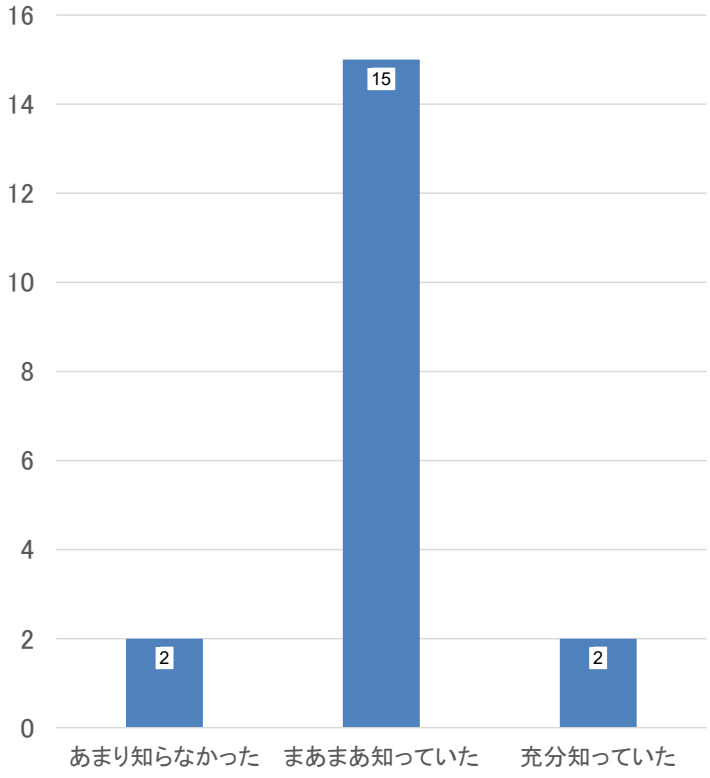



### 6 急変・悪化」した際に、「早急に報告する」ポイントについての共有方法

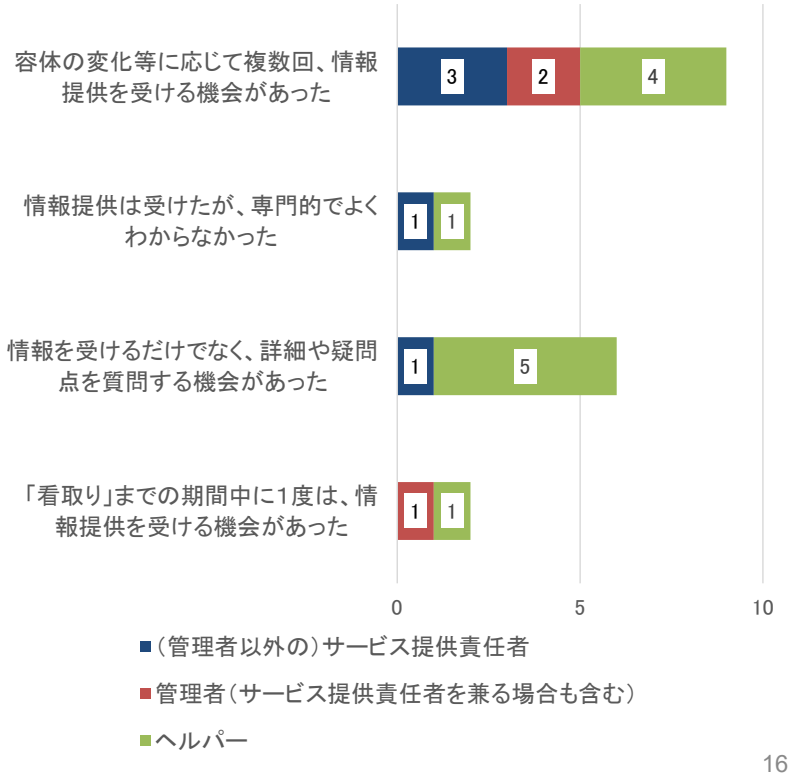


## （ヘルパーへのアンケート結果）疾患の基礎知識と利用者の予後予測

### 1　疾患（がん）について「一般的な病態や症状の変化」を知っていたか



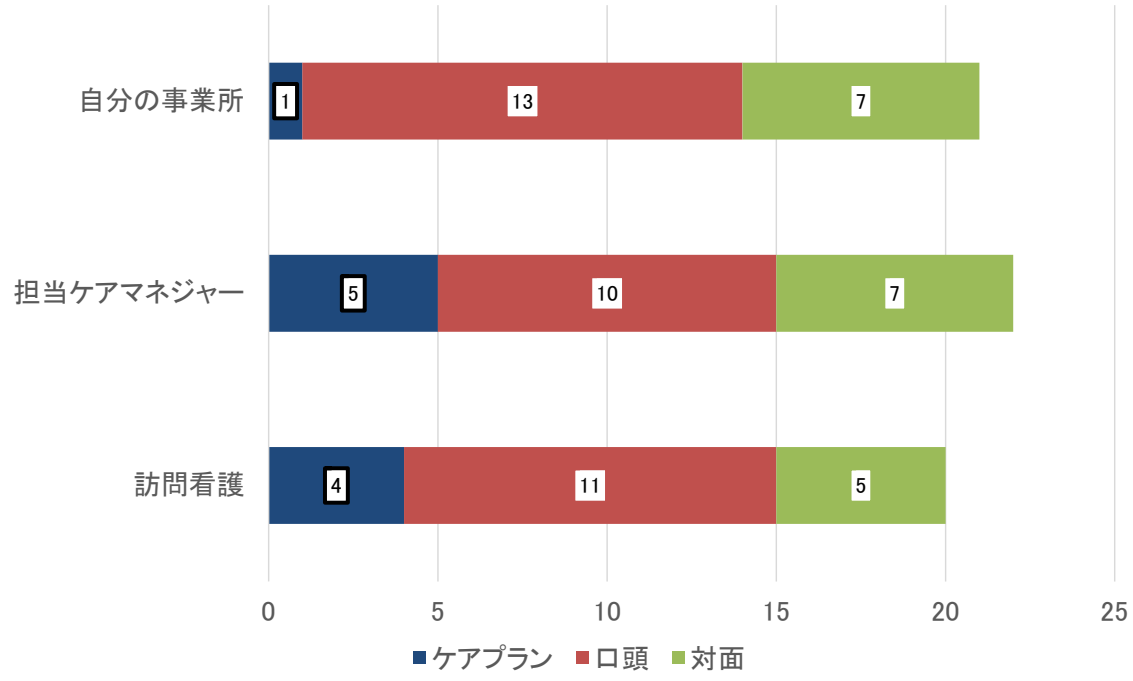

### 2　今後の予測や病状の変化、症状の緩和方法（薬や体位、ケアの方法）などの情報



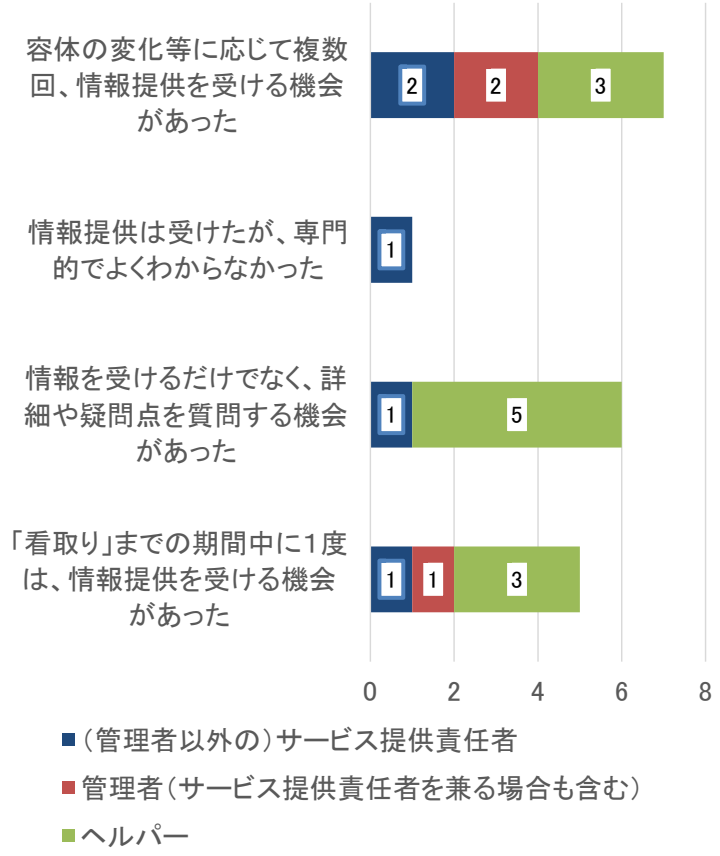



## （ヘルパーへのアンケート結果）関係者の緊急連絡先の共有

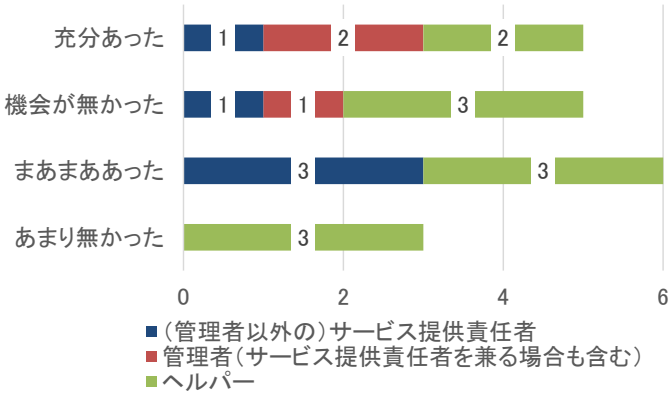
### 3　緊急連絡先・連絡方法の共有



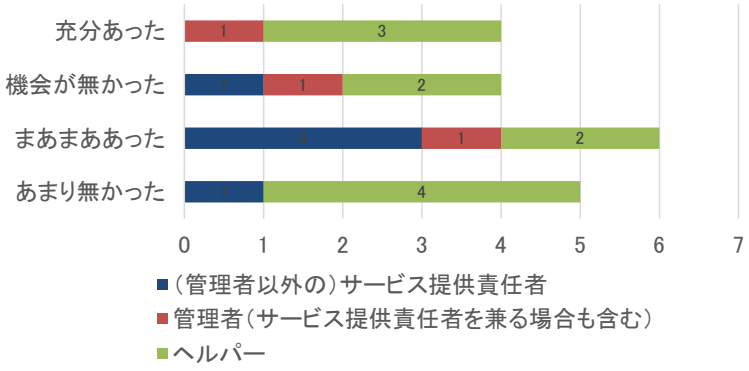
## 4 「急変・悪化」した際に、「早急に報告する」ポイントについての指示




## 5-1「早急に報告する」ポイントについて「ケアマネジャーへの」問合わせ機会



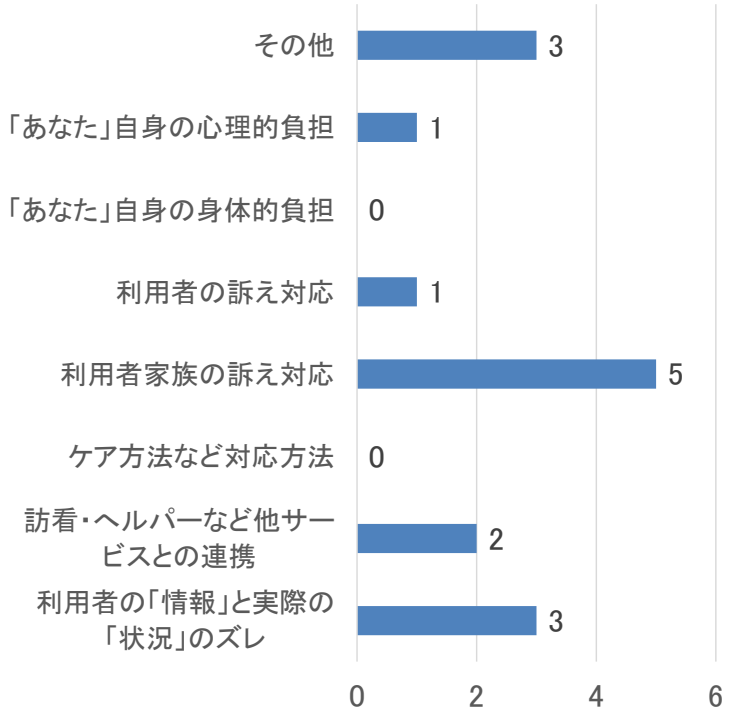

## 5-2早急に報告する」ポイントについて「訪問看護への」問合わせ機会



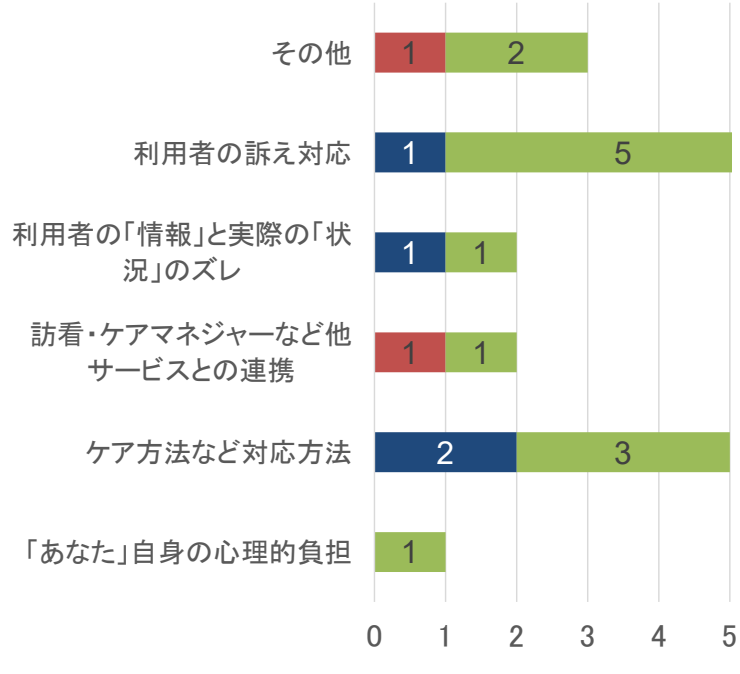




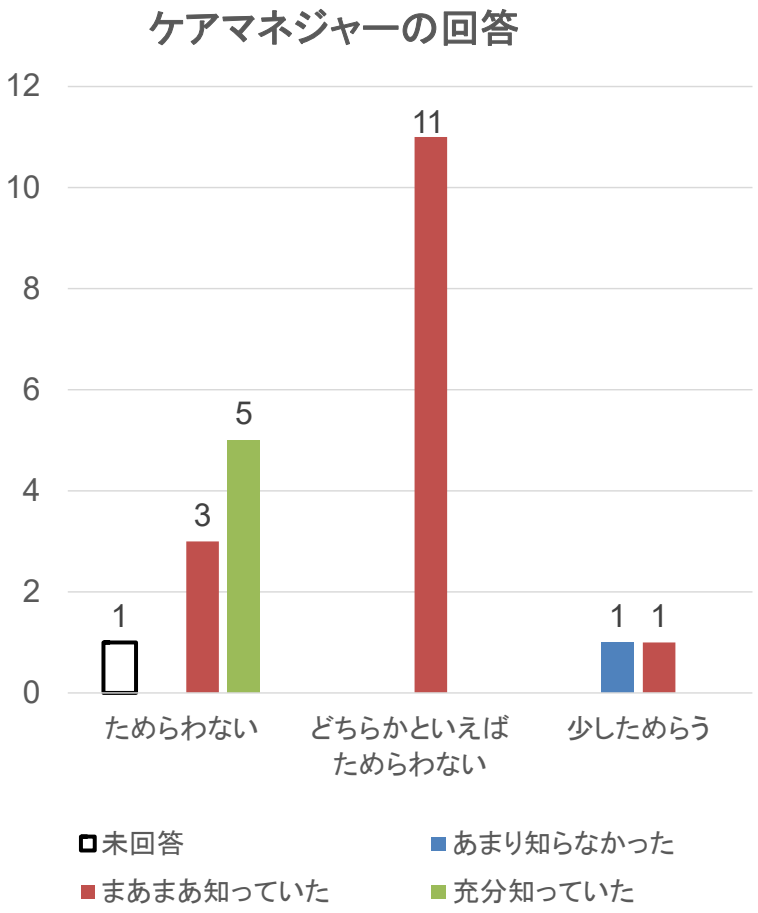

## ケアマネジャーの回答

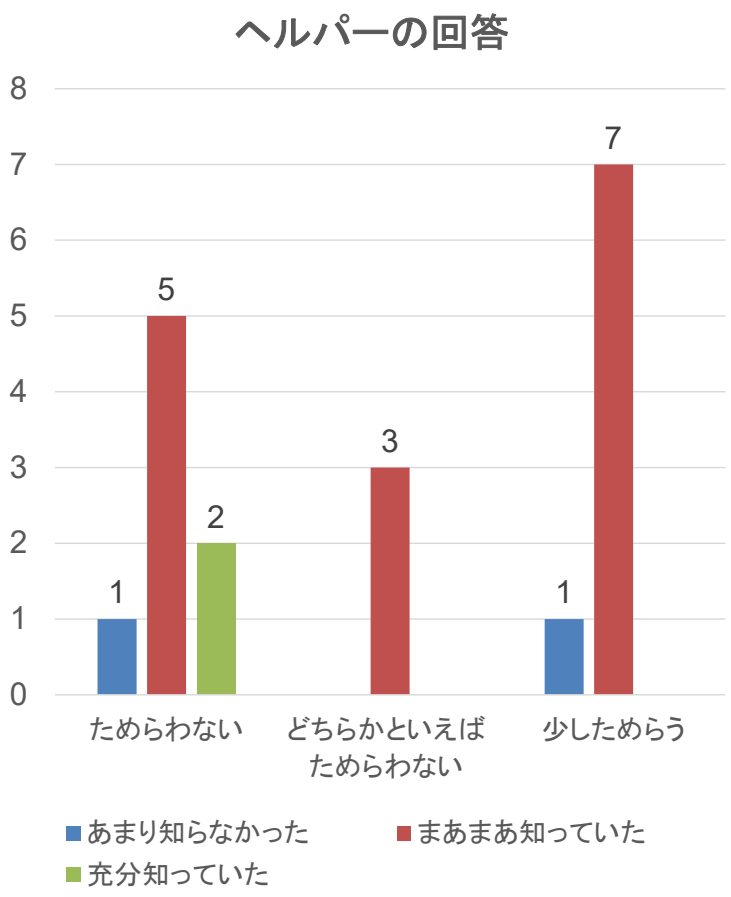



## ヘルパーの回答



## 「一般的な病態や症状の変化の理解」と担当することへの「ためらい」






## ヒアリング結果（情報共有・報告について）

アンケート調査の結果からは、思っていたような結果は得られなかった

そのため、より詳細まで聞き取るために、ヒアリングを実施した

【ケアマネジャー】

ヘルパーからの報告が2極化している

・事実だけの報告　例)「ご飯はあまり食べれませんでした」

・事細かに1から10までの報告

訪問看護との連携

「どうしたいの？どうして欲しいの？」と問われることが有る

相談事項はケアマネジャーから、管理者に会いに行くこともある

【ヘルパー】
・「自己判断禁止」：少しでも違ったらサービス提供責任者に報告してもらい、サービス提供責任者からケアマネジャーや訪看に伝える
・過去のケースから「直接訪看へ」「サービス提供責任者へ」が決まっている
現場のヘルパーから直接訪看へ電話：高熱、点滴止まっている、反応が鈍い　など
サービス提供責任者に連絡：上記以外　サービス提供責任者がケアマネジャー報告、訪看連絡、事業所内判断をしている

【訪問看護】
・他の利用者のケアをしながら受けていることが多い
・報告者がパニックになっている場合などは、「私の質問にだけ答えて」と一問一答形式にする場合がある
・「今、何で困っているのか」知りたい

ヒアリング時に、事業所からは「困り事」としては聞かれなかったが、情報連携がスムーズに行われることで、現場の負担が減らせる様子が伺えた。



## 「在宅看取り」に関する市民の思い

「牧之原市　高齢者の暮らしと介護のアンケート調査報告書」
（令和5年3月）

総人口　43,284人（うち65歳以上　14,238人、75歳以上　7,314人）

調査対象と回答数
①一般高齢者（要支援・要介護認定を受けていない65歳以上の者）
566/800通

②事業対象者及び要支援認定者
268/400通

③介護実態調査：要介護認定者（在宅で介護を受けている65歳以上の者）
318/500通

あなた自身が将来、最後を迎える場として、どこを希望しますか。

（最も多い回答）

①　一般高齢者：　自宅　54.6%

②−1　事業対象者：　自宅　41.5%

②−2　要支援認定者：自宅 53.7%

あなたの家族に介護が必要となった場合、どのように介護したいと思いますか。

（最も多い回答）

介護保険サービスなどを使いながら自宅で介護したい。

①　一般高齢者：　51.8%

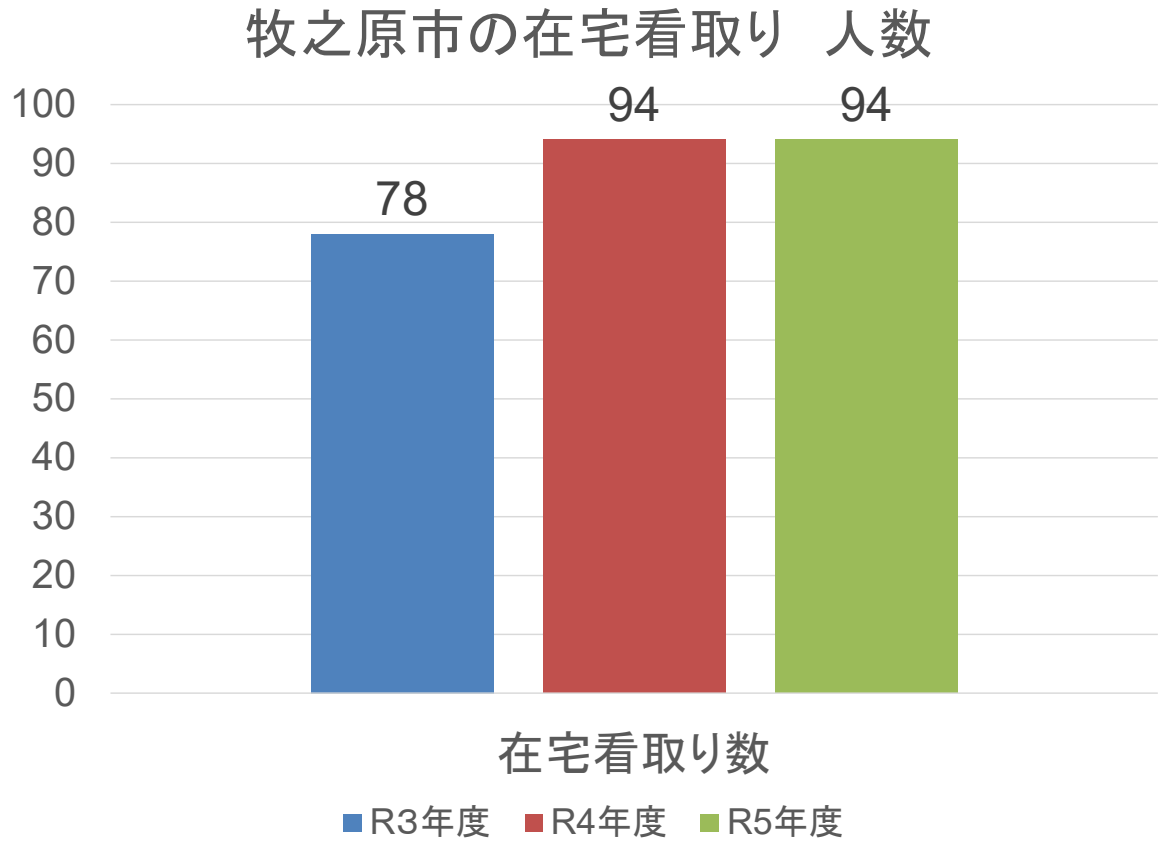
②−1　事業対象者：　32.1%

②−2　要支援認定者：36.4%

**本人も家族も「自宅」の回答が最も多い**

24

## 在宅看取りの推移




25

【解決方法】
連携の機会の場として、3職種が一堂に会する研修会を実施した

【参加者】
訪問介護事業所　　7人（7/8 事業所）
居宅介護支援事業所13人（8/10 事業所）
訪問看護事業所　　3人（1/1 事業所）
計24人

【グループワークの事例概要】

通院が難しくなった前立腺がんの男性高齢者の支援の開始にむけて
70代　男性　要介護4　妻と二人暮らし。県内に娘夫婦が住んでいる。
前立腺がん　StageⅣ　骨盤内リンパ節転移、骨盤に骨転移あり。倦怠感と腰痛、下肢のむくみあり。通院困難になり、区分変更を行ったところ要支援2→要介護4となった。



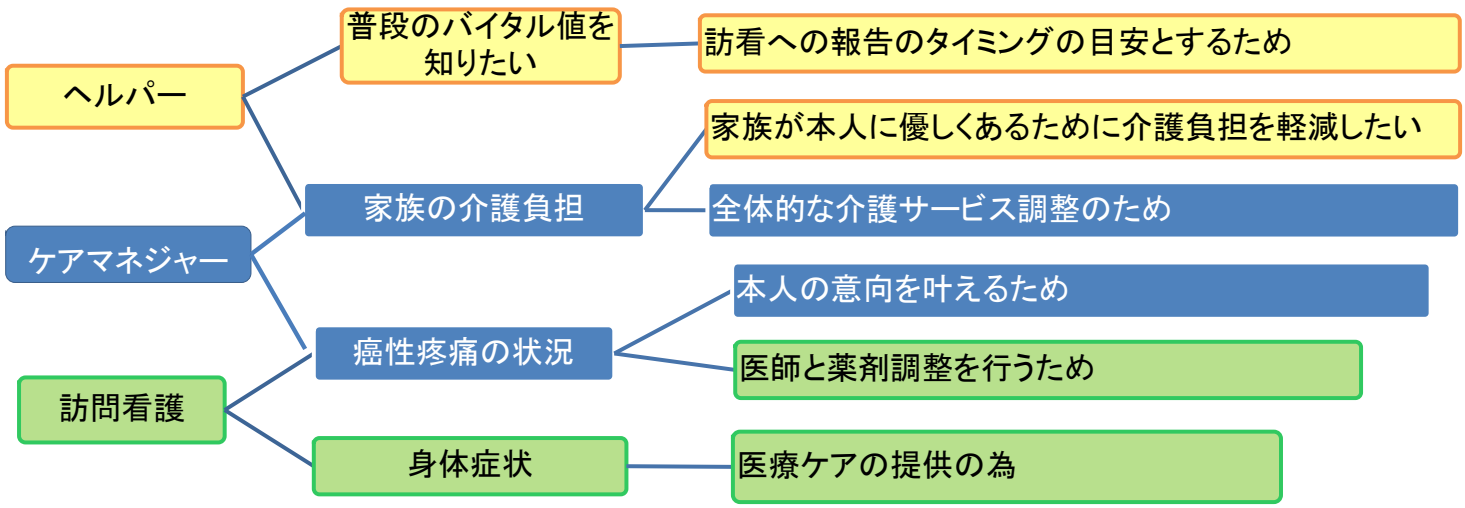


【ケースワークの設問】
1　①Aさんを支えるために欲しい情報はありますか（最大3個）
②何のために・どうしてその情報が欲しいですか

2　①あなたならAさんにどのようなケアを提供しますか
②そのケアが必要だと思った理由は何ですか（複数のケアがある場合は優先順位も）

3　Aさんを最期まで自宅で看取るために「あなた」は何ができますか

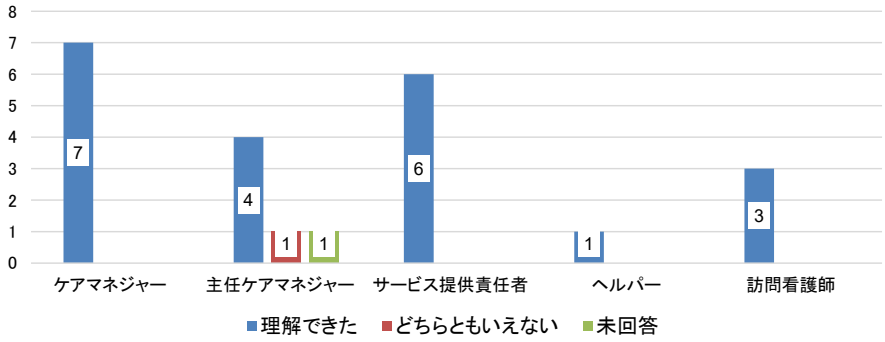
【グループワークの実施結果】



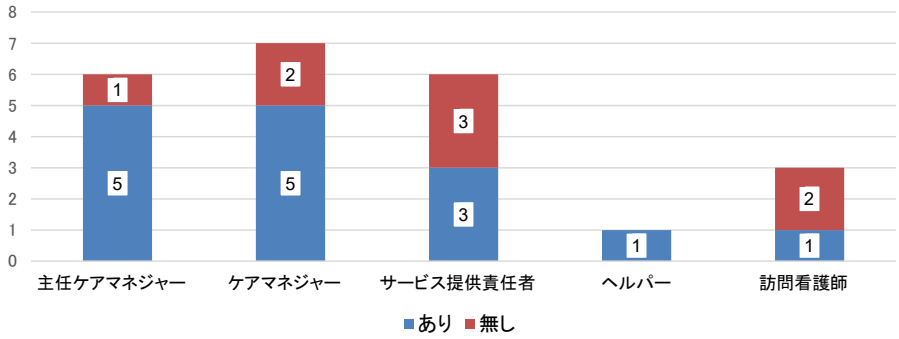
【実施後のアンケート結果】

1 実施テーマについて　良い　100%

2 実施内容の理解




3 次回の参加希望




アンケート1名未回収のため　N＝23



## 2．モデル事業を終えての現状・課題【静岡県　牧之原市　地域】

取組の結果

どの職種も忙しいが、顔を合わせる機会を求めていた
今回、職種による見方の違いや考え方の違いを知った

地域の強み・課題

年間100件近くの在宅看取りが実施できている
業務が忙しく、情報共有ではなく情報伝達で止まっていたことに事業所が気づくことができた
今回のグループワークで参加者から、「見方が違うからこそ、お互いが連携し、利用者を支えていくことが大切」との発言が聞かれた。

**情報連携システム自体ではなく、「情報の質」に係る部分で、困難を抱えていたことが判明した**

**↳連携の機会の場として、「3職種が一堂に会する場」の提供を継続したい**

## 3．次年度以降の目標と取組【静岡県　牧之原市　地域】

中長期・短期目標

令和7年度中

①市内に所在する「訪問介護事業所」および「居宅介護支援事業所」の全従事者を対象としたアンケート調査を実施する
アンケート調査にて、現場が直面している「つまづいたケース・場面」を調査する

②訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、訪問看護事業所が一堂に会しての意見交換会を実施する
アンケート調査により明らかになった「ケース・場面」をもとに作成した事例を用いて、グループワークを行う

今後の展開

・毎年1回は、意見交換会を継続し、顔が見える関係、**連携を深めるための相互理解の場の提供**を行う

30

# 佐賀県唐津市



## 1．令和６年度モデル地域の取組【唐津地域】

エントリー理由

**【現状】**

在宅医療・介護連携推進事業は、平成30年度から唐津東松浦医師会に委託。医療・介護関係者の研修会等を実施し、多職種連携による地域の受け皿は概ねできている。

①高齢化率は３３．５％（R5.10月時点）と佐賀県３１．９％より高く、医師の高齢化も進んでいる。

②在宅医療を担える医師が足りていない状況。

③介護事業所による在宅（施設含む）での看取りに対する意識格差がある。

**【課題】**

在宅医療を担う医師との連携確保や介護施設での看取り体制強化により医師不足を補っていくこと。

**【応募動機】**

医師の偏在や高齢化が進む地域において、医師の在宅医療における負荷を軽減してかかりつけ医がその役割を担うことができるように、構築された多職種連携の活用や地域住民の意識改革を含め、持続可能な地域体制をつくり上げたい。

## 1．令和６年度モデル地域の取組【唐津地域】

取組内容と気づき　【キックオフミーティング：地域の現状と課題の把握】

**メインテーマ**

AD）在宅に焦点が行き過ぎていないか

**医師の負担を軽減しながら在宅医療や在宅看取りの提供体制を確保するための手立てについて**

本人が希望する場所での看取り ＝ 在宅（自宅）

【気付き】
本人の希望するところは「在宅」と思い込んでいたが「施設」も含まれ、希望する場所はさまざまであり「病院」も選択肢であること

医師が在宅を躊躇する理由 ⇨ 24時間体制の負担等、医師の不安を一つずついかに解消するかがテーマになるかも

まずは開業医の先生方の声を聞いてくることが必要かな



## 1．令和６年度モデル地域の取組【唐津地域】

取組内容と気づき　【①初回オンラインミーティング：現状・課題・目指したいことの再確認】

〈看取りの目指すべき姿についての確認〉

**市：「本人が自分らしく安心して人生の最期まで生きるとともに、本人が望む場所、望む形で最期まで暮らすことができる」**

現状　離島や山間部があり、医療・介護の資源がないところがある

⇩

在宅で本人の思いを受け止めたケアが受けられること、本人がしんどくなって施設や病院を選んだとしても、本人の思いを受け止めたケアが提供できる状況が整うこと

【気づき】

聞き取りながら瞬時に課題を整理し、本人の思いを受け止めることがポイントと捉え、常に本人のためにどうしていくかという視点

施設での看取りを増やすことが課題の解決につながることは支援を受けたからこその気づき
（在宅医の先生は既に気づかれていた）

病院と在宅の医師の目的意識が違う事も初めて知る機会を得た

改めて「いきかたノート®」活用の重要さに気づく

## 1．令和６年度モデル地域の取組【唐津地域】

取組内容と気づき　【1回目支援：目指す姿と課題の確認・共有、対応策の検討】

（解決したいテーマ）

気づき ／ 取組むこと

### 〈テーマ①〉本人の意向に沿ったケアの提供

「いきかたノート®」については発行6年目で配布部数は5千冊達成していたため、今の普及啓発を継続していこうと考えていた。

支援

要支援の段階で出会うケアマネが要！
要介護になった時に橋渡しできるように。
本人と仲の良い人を、関係者で共有しておくことが大事。

地域包括支援課職員（特にケアマネ）「いきかたノート®」活用研修をしよう！

### 〈テーマ②〉在宅医療提供体制の確保

現状：在宅を断らない医師に主治医を通さず移行するケースや基本かかりつけ医だが、飛び越えて在宅医へ移行していたこともある。
在宅医療へのつなぎ、訪問看護の提供状態がわかるシステムがない。

### 〈テーマ③〉施設での看取り

現状：個室の確保や体制の問題で最期は入院することが多い
・介護職員は、死期が迫る中でケアすることに対して抵抗を感じている　等

支援

始めは、この問題解決には在宅医を担ってもらう医師へのアプローチだと思っていたが、そうではなく、施設の看取りの体制整備をすることも問題解決につながることに気づかされた。

各専門部会等で意見・課題聴取

高齢者施設へ看取りに関する実態調査





## 1．令和６年度モデル地域の取組【唐津地域】

取組内容と気づき　【2回目支援：対応策の進捗確認、対応策の検討】

### 支援日までに取り組んだこと

気づき

①地域包括支援課職員（特にケアマネ）「いきかたノート® 」活用研修
研修及び研修前後アンケートの実施
（全受講者：３１人／４８人中）

支援

「いきかたノート®」は包括内では共有できていると思っていたが思いの外共有できていなかった。
ケアマネ学習会の機会にしっかり活用してもらえるような働きかけをし、利用者と信頼関係を築きながら、思いを時間をかけて聞いていくことが役割だと思う。

②各部会からの意見の聞き取り利用状況共有のためのシステム構築に向けての検討

・業者にシステムについて相談
・毎年実施している退院支援ルールアンケートに「訪問診療が必要な人が在宅につながったか」の項目を追加し実施

支援

各部会では概ね在宅医療の需給バランスはとれているとの意見だったが、「訪問診療が必要な人が在宅につながったか」のケアマネジャーの半数はつながっていないと回答。また、住民からも「入院中に在宅の選択肢を病院からは提示されない」という現状を聞かされた。このような事例（訴求力も高い）を出し、地域課題として検討すると皆の目線が『患者さんを支援する』に揃ってくることを学ぶ。

③市内の高齢者施設に看取りに関する実態調査（回答69施設（４４%）／１５６施設中）

支援

生活の場でもある施設のことを知らなかった。
全体的にアンケート結果を見ていた。施設の種別の違いや介護保険制度上の問題がわかり、看護師の配置状況で看取りへ取組み方が違うこともわかった。看取り指針は６割が作成。看取りの取組みの相談先になってもよいと回答する施設もあり、協力してもらえる。
施設分類別にクロス集計することで、施設分類別での特徴がわかり、具体的な対策がわかることを知る。

→クロス集計の技量なく、川越ADの支援を受ける

取組内容と気づき【3回目支援：今後の展開に向けた検討】

【取り組み内容】
①退院支援ルールアンケート調査結果から在宅医療ニーズの検討
②在宅医療の体制整備のため、訪問看護、訪問リハビリの利用状況（対応可能エリア、状態等）を共有するシステム導入に向けての検討
③施設看取りに関するアンケートの未提出施設への回答要請・集計
④施設類別クロス集計結果についてのワーキング委員会及び各専門部会での意見聴取
⑤今抱えている課題：４つの場面の目指すべき姿の設定について

ADの質問の投げかけが、常に『住民や家族に起こる不利益をなくすため』であること、現実と目指すべき姿のギャップ課題を在宅医の思いをしっかり聞きながら整理していただき、また、４つの場面の設定について、決めかね悩んでいた部分のアドバイスをしてもらえたこと。

地域包括では、認知症や生活体制整備だったり色々な事業をしているが、各担当で考え、同じ部署内でも状況共有ができていない。今回、包括の中で目線合わせをすると目指す姿が決まり、同じような目的で取組んでいる事業が手段としてあるということがわかった。

入院時の情報提供に関して病院側に伝える内容をケアマネ側も考える必要があるかなと思った。協議会やワーキンググループで内容をブラッシュアップしていくこと、病院側にも情報共有することの意図を知ってもらいスタッフで共有してもらいたい。

地域住民として自分ごととして捉えた時に、安心して過ごすためには関わる人が目線合わせをしてくれるといいと思った

各職種の方がどういう動きをされているのかやはりわからない。書類でのやりとりだけなので、お互い映像などで見られる形での研修があれば、お互いが理解し合え、うまくつながるのかなというところが見えてより良くなっていくと思った。



1．令和６年度モデル地域の取組【唐津地域】

取組内容と気づき【3回目支援：今後の展開に向けた検討】

地域包括ケアシステムが目指していることが最上位
認知症施策や生活支援体制整備との整合性

**4つの場面の目指すべき姿の設定アドバイス**

| | 住民 （想定） | 支援者 |
|---|---|---|
| 日常の療養支援 | 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 | ぴあとをハブとした切れ目のない提供体制づくり |
| 入退院支援 | 安心して退院できる | ・病院からケアマネへの確実な引継ぎ（退院時の情報提供）・再入院率の低下 |
| 急変時の対応 | 未設定 | |
| 看取り | ・ACPの選択（最期を迎える場所の選択） | ・いきかたノートの普及啓発<br>・医療と介護の体制作り |

「不安なく」とするのか見直すと違う。安心しては結構レベルが高い。まずは、どんな不安を抱えている人がいるのかおさえる。**不安なく送れる**となると、抱えている不安を整理してあげることも対策になる。

対策が入っている。不安なく帰れる状況を作る。連携の質が問われる。目指すのは在宅側。病院とケアマネの関係が縦にならないようにする。

看取り期に何が起こるか住民がイメージを持っているか知ること、イメージが持てるよう伝えていく（ニーズ調査で定着具合を確認）

【気づき】
認知症施策や生活支援体制整備と在宅医療・介護連携推進事業は手段であり、関連していることに気づく。各事業のつながり一体感がなく、各事業担当者もモヤモヤしていたことを共有できた。事業目的がブレない様に目線合わせをしたい。

実践

【行動したこと】
支援後に開催された退院支援ルール調整会議で、関係者の目的意識を揃えるために『なんのために連携しているのか』のグループワークを実施し共有した。

急変の時とは、思ってもいなかったことが起こること。不安なく日常生活が送れるようにするにはどうしたらよいか。住民目線で考える。

取組の結果

## 今回の支援を受けた気づき（チーム唐津の各メンバーより）

普段行っている相談業務、ケアマネジャーの業務など自分の業務範囲のみを意識した業務を行っていた。病院側、在宅側のお互いの業務内容を知ることで理解が深まり、より連携した支援が出来ると感じた。

本人の思いについて、関わる医療介護関係者が共有出来ていない事、不安が取り除けていない事が大きな課題となっていることが分かった。
今後、いきかたノートの活用や早い段階での本人の思いを聞く事を共有していくことが大事だと気付いた。

ついつい事業を一生懸命することが目的になり、何のためにするのかなという目的がブレていたような気がする。住民がどういう生活を送りたいのかきちんと医療介護連携で捉えておくこと

「どこが何をやるのか」ではなく、『なんのためにやるのか、何を実現するためにやるのか』の視点をもつこと

唐津市の課題を俯瞰した視点で見ること、各課題に対し、行政と各専門職で共通認識を持ち多角的視点を持って解決すること

調査結果等一方的な視点ではなく、クロス集計を活用し、見方を変えてみると課題の本質等見えてくる。調査はヒアリングも有効であること。

同じ職種で認識を揃えていけばシームレスな支援が実現可能となってくることが腑に落ちた。





取組の結果

## 支援を受けて感じたこと、良かったこと（チーム唐津の各メンバーより）

今回の支援を受けたことで、実態調査に必要な調査票の提供や自分たちではできないアンケート集計方法（クロス集計）していただけたことで各施設への対策が明確化された。
対策から考えて、調査や結果分析をそれぞれの分類ごとに特徴を整理しないといけないときはクロス集計が有効だということ。実態調査データの扱い方が学べた。

ADのケアマネジメント技法は凄かった。関係者から現状や思いを引き出し、膨大な情報を系統立てて整理され、的を絞って誘導してもらい、どんどん具体的に取り組む対策が見えてきて、その結果、自然と取り組む必要性を感じ、主体的に行動に移すことができた。
この手法は何事にも活かせることを学んだ。

これまでの事業の中ではできなかったような色んな調査だったり、アクションも、この支援を受けているということで出来た部分も非常に多く、今までのことをまとめてそこからまたステップへ踏み出すというきっかけが出来たと思う。

頭の中でしか表現できなかったことを要約して言葉にしたり標準化したりというところで、それが誰でもできるような体制を作らなければいけないと改めて感じた。

繰り返しになるが、目指すべき姿や連携の目線合わせ、お互いイメージがつくレベルで認識を合わせることが、住民が安心して過ごすためには必要で、連携はとれているけれど連携の質をこれからは高めていくことが大切だと気づかせてもらえた。

医療・介護に携わる各専門職ができること、行政ができること適材適所できることできないことをある程度認識しながらお互いできることを補充し合ってこの事業を進めていくことがやっぱり重要ということを改めて感じた。

## 1．令和６年度モデル地域の取組【唐津地域】

取組の結果

・目指すべき姿の主体は、あくまでも住民である。手段から考える癖がついていて、課題の捉え方が間違っていた。川越AD作のマネジメントの基本構造の図表や演習シートを参考にし、考えられる力を関係者を巻き込んで付けていきたい。

【今回の唐津の取組みイメージ図表】

**❶目指す姿本人が望む場所、望む形で、最期まで暮らすことが出来るようになる**

**❻効果確認（指標）**
**ニーズ調査が大事**
**リアルな特に聞きたいところを場面設定すると、住民への意識付にもなる設問となる**

**❹課題の要因分析**
**・包括職員への「いきかたノート」活用アンケート**
**・在宅医療・介護の現場のヒアリング**
**・施設看取りの実態調査**
**・退院支援ルールアンケートに訪問診療の設問追加**

❸課題の選定
現状報告からADマネジメント力で瞬時に整理された
１）本人の意向に沿ったケアの提供
２）在宅医療提供体制の確保
３）施設での看取り

**❸この❶❷のギャップが課題**

対策の実施

**❺対策**
**連携は図れているが同職種同士、関わる者同士の目的意識を揃えて取組む**

**住民に生じている不利益なこと**

**❷現状**
**在宅医療・介護の提供体制が（啓発含む）できていないことで本人や家族が望む看取りができていない**

効果的な計画を策定するための考え方
マニュアル／埼玉県立大学
P24 図表４－９参考

10



支援最終回に記念撮影

# 以下、詳細資料

11

取組内容とアドバイス【キックオフミーティング：9月10日4地域合同】

## メインテーマ

# 医師の負担を軽減しながら在宅医療や在宅看取りの提供体制を確保するための手立てについて

【気づき】

本人が望む場所での看取り＝「在宅」と思っていたが、「施設」も含まれること
また、望む場所は様々であり「病院」も選択肢であること。

【アドバイス】

## 課題解決のための3つの視点

①在宅での看取り　②介護施設での看取り　③医師同士の連携のためのアプローチ

・訪問診療を利用している人は、要介護3以上の人が多いと思われ、その人たちがよく利用しているサービスは何か考える。
・医師の在宅医療への負担を減らすことが課題解決につながる。医師が偏在していることも担えない原因になっているかもしれないため、聞き取りに行くとよい。





取組内容と気づき【①初回オンラインミーティング：10月7日】

〈看取りの目指すべき姿についての確認〉

市：「本人が自分らしく安心して人生の最期まで生きるとともに、
本人が望む場所、望む形で最期まで暮らすことができる」

↓

最期を迎えたい場所と実際に亡くなる場所をできるだけ一致させたい。

〈目指している現場レベルの実践（＝専門職に対する手段）〉

その人の「思い」や「歴史」を受け止めたケアができること（自宅・病院・施設でも）

↓ 結果

**地域で目指す姿**　本人が望む場所、望む形で、最期まで暮らすことができるようになる。

**対　策**

①いきかたノートの導入と運用：「思い」を知ることでケアの質を上げる。
②本人の意向に沿ったケアの提供：どこにいてもその人の「思い」や「歴史」を受け止めたケア、望むようなケアが受けられる環境を構築する
③医師同士の目的意識・役割分担意識を揃える：病院医も本人の「思い」を知る。
病院から在宅へいかにバトンをつなぐか。病院主治医と在宅主治医が並走できると、救急搬送されず最期を自宅で迎える環境もできる。

## 1．令和６年度モデル地域の取組【唐津地域】

取組内容と気づき　【1回目支援：11月5日】

（意見交換で整理された課題）　　（課題へのアクション）

### 〈テーマ①〉本人の意向に沿ったケアの提供

必要な要素：本人の意向を知る
現状：要介護が重度になると意思確認が難しい
対策：意向確認を要支援状態から確認することが必要

→ 地域包括支援課職員（特にケアマネ）「いきかたノート」活用研修

### 〈テーマ②〉在宅医療提供体制の確保

現状：在宅医療の24時間体制を課題と感じる
・在宅医の高齢化による負担感
・専門部会は色々あるが、在宅医部会はない　等
対策：在宅医療の負荷・負担をどう軽減するか

→ 各専門部会等で意見・課題聴取

### 〈テーマ③〉施設での看取り

現状：個室の確保や体制の問題で最期は入院することが多い
・介護職員は、死期が迫る中でケアすることに対して抵抗を感じている　等

→ 高齢者施設へ看取りに関する実態調査



## 1．令和６年度モデル地域の取組【唐津地域】

取組内容と気づき　【2回目支援：12月24日】

### ★2回目支援日までに取り組んだこと★

①地域包括支援課職員（特にケアマネ）「いきかたノート」活用研修
研修及び研修前後アンケートの実施

②各部会からの意見の聞き取り、利用状況共有のためのシステム構築に向けての検討

③市内の高齢者施設に看取りに関する実態調査
（12月2日依頼―回答〆切：12月20日）

取組内容と気づき　【2回目支援①：12月24日】

## 支援日までに取り組んだこと①

### ①地域包括支援課職員（特にケアマネ）「いきかたノート」活用研修 研修及び研修前後アンケートの実施　（全受講者：31人／48人中）




【気づき】
・「いきかたノート」を知らない人が10%、説明を聞いたことがない人が48%いた。

・「いきかたノート」が作成された経緯や、作成した思いを知る機会となり、意識変容につながった。

・『「いきかたノート」を業務に活用できると思うか』に対して、「できる」、「チャレンジしたい」と答えた人が92%おり、利用者のケア向上のため、活用してくれることに期待したい。





取組内容と気づき　【2回目支援②：12月24日】

## 支援日までに取り組んだこと②

### ②各部会からの意見の聞き取り、利用状況共有のためのシステム構築に向けての検討

【気づき】

**在宅医療の需給バランスについて**

（介護支援専門員協議会、訪問看護部会、医療ソーシャルワーカー部会、訪問リハビリ部会）
・離島以外は概ね需給バランスはとれているとの意見だった。
⇒退院支援ルールアンケートに「訪問診療が必要と思われる人が在宅につながったか」の項目を追加したが半数はつながっていないと回答。また、住民からも入院中に在宅の選択肢を提示されなかったとの意見があった。

**在宅医療介護資源の見える化の必要性**

・訪問看護、訪問リハビリ、介護施設等の利用状況を見える化することで、サービスを求めている側と供給する側のタイムリーなやりとりが出来るようになる。

**在宅医部会の立ち上げについて**

・唐津東松浦医師会会長、副会長に了承を得て令和7年度から年3回の会議を予定

取組内容と気づき　【2回目支援③：12月24日】

## 支援日までに取り組んだこと③

## ③市内の高齢者施設に看取りに関する実態調査（回答：69施設（44%）／156施設）

【実態調査からの気づき】

・主治医・担当医の協力が必要、かかりつけ医と救急搬送先の病院との連携
　➡在宅医と病院医師との連携強化及び目的意識をそろえておく必要がある
・看取りをしない理由：「看護職が常時施設にいないから」が8施設、「医療的ケアが看護職員不足により対応できない」
　➡看護師がいなくても看取りはできることを事例を通して共有する
　　精神的サポートも含めて訪問看護ステーション等との連携が必要
・現在看取りをしていないが、取り組みたいと思っている施設：4施設
　➡詳細を調べ、この施設をターゲットとしアプローチする
・看取りに関する指針なし：27施設。看取りに対しての不安がある。
　➡指針を標準化することで、看取りへの不安の解消につながるのではないか
・本人や家族の思いや希望を聞き、かなえられる仕組みづくりを作っていきたい
　➡「いきかたノート」を活用した本人の意思決定支援

★今は看取りをやっていないけれど、今後やってもいいと答えている施設について、どんなことがあったら「やろう」という後押しになるかをヒアリングをするとよいこと





取組内容と気づき　【3回目支援：2月14日】

## ★3回目支援日までに取り組んだこと★

①退院支援ルールアンケート調査結果から在宅医療ニーズの検討

②在宅医療の体制整備のため、訪問看護、訪問リハビリの利用状況（対応可能エリア、状態等）共有するシステム導入に向けての検討

③施設看取りに関するアンケートの未提出施設への回答要請・集計
※川越先生から施設分類別クロス集計データ提供

④施設分類別クロス集計結果についてワーキング委員会及び各専門部会での意見聴取

取組内容と気づき　【3回目支援①：2月14日】

## 支援日までに取り組んだこと①②

### ①退院支援ルールアンケート調査結果から在宅医療ニーズの検討（阿部先生）

1）「ぴあと」による在宅医療への橋渡しの機能強化

2）多職種における意思決定支援のアプローチ

3）病院主治医から在宅医へのシームレスな移行体制のアプローチ

4）住民へACPやALPの考え方を普及

### ②在宅医療の体制整備のため、訪問看護、訪問リハビリの利用状況（対応可能エリア、状態等）共有するシステム導入に向けての検討

⇒業者のソフトは、多額な費用がかかるため断念
Googleスプレットシートで対応予定





取組内容と気づき　【3回目支援①：2月14日】

## 支援日までに取り組んだこと③

### ③施設看取りに関するアンケートの未提出施設への回答要請・集計

未回答施設へ提出を要請69施設⇒98施設（＋29施設が回答）　回答率44%→60%

【気づき】

・病院医と在宅医との2人主治医制は、病院の組織体と医療ソーシャルワーカー、来年度新規立ち上げを予定している在宅医部会がつながることで急性期病院と在宅医の連携ができてくる

・高齢者施設の看取りに関する実態調査も施設種類別に集計したことで、どの施設に対して何をしていくべきかの課題が整理できた。

## 1．令和６年度モデル地域の取組【唐津地域】

取組内容と気づき　【3回目支援③④:2月14日】

### 支援日までに取り組んだこと③④

**④施設分類別クロス集計結果についてのワーキング委員会及び各専門部会での意見聴取**

1）看取りは看護師配置がなくても応えられる

2）訪問診療を行う医師の協力は必須

3）看取りは予期しない状態である「急変」ではなく自然な流れ。「急変」という考え方が不安を招く

4）看取りの状態変化について医師が家族や介護者等にしっかり説明し、話合えれば心の準備ができ、受け入れることができていく

5）病院から施設に移行する際に、人生の最終段階であることや、穏やかに最期を迎えることができるかの検討を退院までに十分行うことが必要

6）介護保険制度上の問題
居宅は自宅としての位置づけ。住宅型有料老人ホームや地域共生ステーション・宅老所等デイサービス併設型施設では、施設の経営方針等で看取り期に必要な外部サービスを導入しにくい。グループホームでの訪問看護利用に制限がある。

7）介護保険3施設（介護医療院、老人保健施設、特別養護老人ホーム）は、看取りの体制が確保（介護職員の喀痰吸引・胃瘻管理資格取得研修受講等）できているが、それ以外の施設は、経費面や人員配置が困難で、施設経営者の考えや熱意によるところが多い。

8）看取りを行わない方針の施設は、ギリギリに救急搬送するのではなく、経過の中で看取りができる介護保険3施設等に移行していく体制も必要ではないか。

22

## 2．モデル事業を終えての現状・課題【唐津地域】

取組の結果

①支援を受けるまでは、在宅看取りのみを目指すべきものと思っていたが、施設や病院看取りでも本人の思いを受け止めたケアが提供できる状況が整い、本人が望む場所となれば良いこと。

②目指すべき姿の主体は、あくまでも住民ということ。目指すべき姿に対策まで入れない。手段から考える癖が付いていて、課題の捉え方が間違っていた。

③退院支援ルールにしても、不安なく入退院できるようにとされているものだが、医療面が優先され、その人のこれまでの人生やどのような生活を送りたがっているのかの情報は提供されていない。
「どこが何をやるのか」ではなく、『何のためにやるのか、何を実現するためにやるのか』
⇒本人の生活歴と本人が何をしたがっているかという情報（ケアマネの入院時情報提供書）

④病院と在宅は縦の連携であり、同じ職種間でも見ているものが全然違う。目線合わせが必要　[病院リハビリは機能面重視　VS　在宅リハビリは生活機能重視]
[病院看護　VS　訪問看護]
[病院医のがん患者への対応の仕方　VS　かかりつけ医の対応の仕方]等
同じ職種で認識を揃えていけばシームレスな支援が実現可能となってくる。
目指すべき姿は、イメージを揃えるためにおくものと捉えてもよい。

⑤在宅医療・介護連携推進事業や認知症総合支援事業、生活支援体制整備等、各事業で取り組むのではなく、特に認知症は5つすべての地域ケアシステムのパーツを含む。

23

## 地域の現状

・退院支援の際、ケアマネジャーに連絡がある時には、すでに退院日や退院場所が決められていることが多い。また、引継ぎは医療側から介護側に縦の連絡である。

・看取りをするには、看護職の配置が必須と思っている高齢者施設が多い。

・「いきかたノート」を実際に活用されてよかったという報告は少ない。

## 地域の強み

・在宅医療・介護連携推進事業に係る多職種連携（行政含む）による関係づくりは概ねできている。

・在宅療養支援診療所（強化型）が11か所ある。令和7年度に在宅医部会ができること。

・「いきかたノート」があり、作成したプロジェクトメンバーがワーキンググループ委員に残っている。

・看取りをしている介護施設が、看取りをしていない施設に対して「相談役として協力できる」と答えた施設が98施設中34施設、「自施設で研修を受講させることができる」12施設、「事例検討会や研修会の講師になることができる」8施設（複数回答）の回答があった。

・地域医療や在宅医療を担うリーダー的医師の存在
（すべての専門部会及び介護支援専門員協議会、関連する行政会議に参加し、全体の把握をしている）





## 地域の課題

・訪問診療をできない理由として、「家族の都合や協力が得られない」、「家族から断られた」といった、家族と本人の思いの共有化、話合いが出来ていない事例が目立った。

・在宅や施設看取りについて、介護職にとって看取りはケアも含めて死に対する精神的負担が大きいという不安を抱えている。

・看取りに取り組む上で、特養嘱託医での施設間における連携、かかりつけ医と施設との連携、病院医と在宅医の連携のあり方に課題がある。

・いきかたノートが思うように活用されていない。要支援者については、包括ケアマネがキーマンとなるが、利用者に紹介するスキルと時間的余裕がない。

・地域包括ケアシステムには様々な事業による運営組織がある。それらと在宅医療・介護連携とつなげる役割を地域包括支援センターにどう落とし込んでいくか？

・介護現場で施設看取りをしている人が、看取りをやりたいけれどできていない施設に対して看取りについて教える役割を担ってよいとの回答もある。地域資源を有効活用し、うまくマッチングできるのではないか？

## 3．次年度以降の目標と取組【唐津地域】

| テーマ | 中長期目標 | 短期目標（令和7年度中） |
|---|---|---|
| 在宅での看取り | ・市内の在宅医療・介護職員が、いきかたノートを活用する<br>本人がどこにいても、本人の思いや生きかたを受け止めたケアを受けることができ、望む場所で最期を迎えることができる。 | ・地域包括支援課職員（特にケアマネジャー）がいきかたノートを活用する<br>・市民が在宅で受けられる医療・介護サービスについて知る |
| 介護施設での看取り | | ・介護職が看取りについて正しい知識を得ることで苦手意識や精神的苦痛の軽減ができる<br>・看取りに関する指針を標準化することで、看取りへの不安の解消につながる |
| 在宅医療の提供体制 | ・複数医師で対応できる仕組みづくり | ・在宅医と病院医師との連携。目的意識を揃えておく<br>病院医師も本人の想いを知る<br>・職種同士の目線合わせと、訪問看護提供状況の把握がスムーズにできる |



## 3．次年度以降の目標と取組【唐津地域】

今後の展開

スケジュール

第9期介護保険事業計画 | 第10期

令和7年度（2025） | 令和8年度 | 令和９年度～

**市**

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

いきかたノート普及啓発（包括ケアマネ活用含）

市報11号掲載：ACP特集
いきかたノート活用エピソード募集

地域包括支援センター運営（地域ケア会議等）
認知症総合支援事業
生活体制整備事業
（各事業の目指す姿設定）

第10期計画用ニーズ実態調査・集計

職員間で各事業の目指す姿のｲﾒｰｼﾞを揃える

第10期計画策定

第９期計画の評価

**在宅医療・介護連携推進事業（唐津東松浦医師会委託）**

ワーキンググループ委員会（月1回）／退院支援ルール調整会議（年2回）・アンケート（年1回）

新 在宅医部会（年３回）

病院主治医から在宅医へのシームレスな移行体制構築

ぴあと看板設置

看取りｹｱ研修（訪問看護部会）

看取り事例検討（ケアマネ協議会）

第10期計画用ニーズ実態調査結果を受けて各専門部会対策検討課題解決のための事業を展開

各専門部会の開催（MSW(年4回)

訪問看護（年6回）

訪問リハ（年6回）

新 訪問リハ・訪問看護ｼｽﾃﾑ

対象エリア・利用状況（運営の見直し・改善）

市民へのACPやALPの普及

自らが主体となって自分自身のいきかたを考える（いきかたノート軸）

新 介護保険認定時の意思確認

項目追加

ミニEXPOイベント開催予定 11月30日（いいみとり）

**＜実施計画＞ 支援①の前、あるいは支援①にて策定　※本年度中、必要に応じてブラッシュアップ**

| **連携支援に向けて** |
| --- |
| １．本支援で取り組みたいテーマ |
| |

| ２．どのようなことを目指すか、どうなりたいか（目指す姿、目的） |
| --- |
| |

| ３．「１.取り組みたいテーマ」にて記載したテーマについて、いまどうなっているか（2024.9時点の現状） |
| --- |
| |

| ４．「２.目指す姿」と「3.現状」のギャップ（課題）とその原因はなにか |
| --- |
| |

| ５．目指すこと（目標） | | |
|---|---|---|
| 短期 | 目標 | |
| | 達成時期 | |
| 中長期 | 目標 | |
| | 達成時期 | |
| 本年度の取組方針 | | |
| 本年度の達成目標 | | |

| ６．「4.」の課題を解決し、「5.」の目標を達成するために実施すること |
|---|
| |

| ７．その他 |
|---|
| |

## ＜気づきシート＞（支援当日）＊参加者全員が記載

所属先：

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 市町村職員 | | 市町村(包括) | | コーディネーター | | 地域の関係団体 |
| | 県職員 | | 厚生(支）局 | | その他（　　） | | |

＊該当するものに〇を付けてください

| 参加しての気づき･感じたこと |
|---|
| |

**＜支援後のまとめシート＞　支援①　※支援②も同一内容**

| **取組に係る報告** |
|---|
| 1．進捗状況 |
| |

| 2．支援の中で得られた気づき等　※複数ある場合は、コピーしてご記入ください | |
|---|---|
| 目指す姿（どうなりたいか） | |
| 現状 | |
| 課題 | |
| 支援の中で得られた気づき等 | |
| 対策案 | |

| 3．今後の方針・次回の議題 |
|---|
| |

| 4．次回支援までに市町村が準備する資料など |
|---|
| |

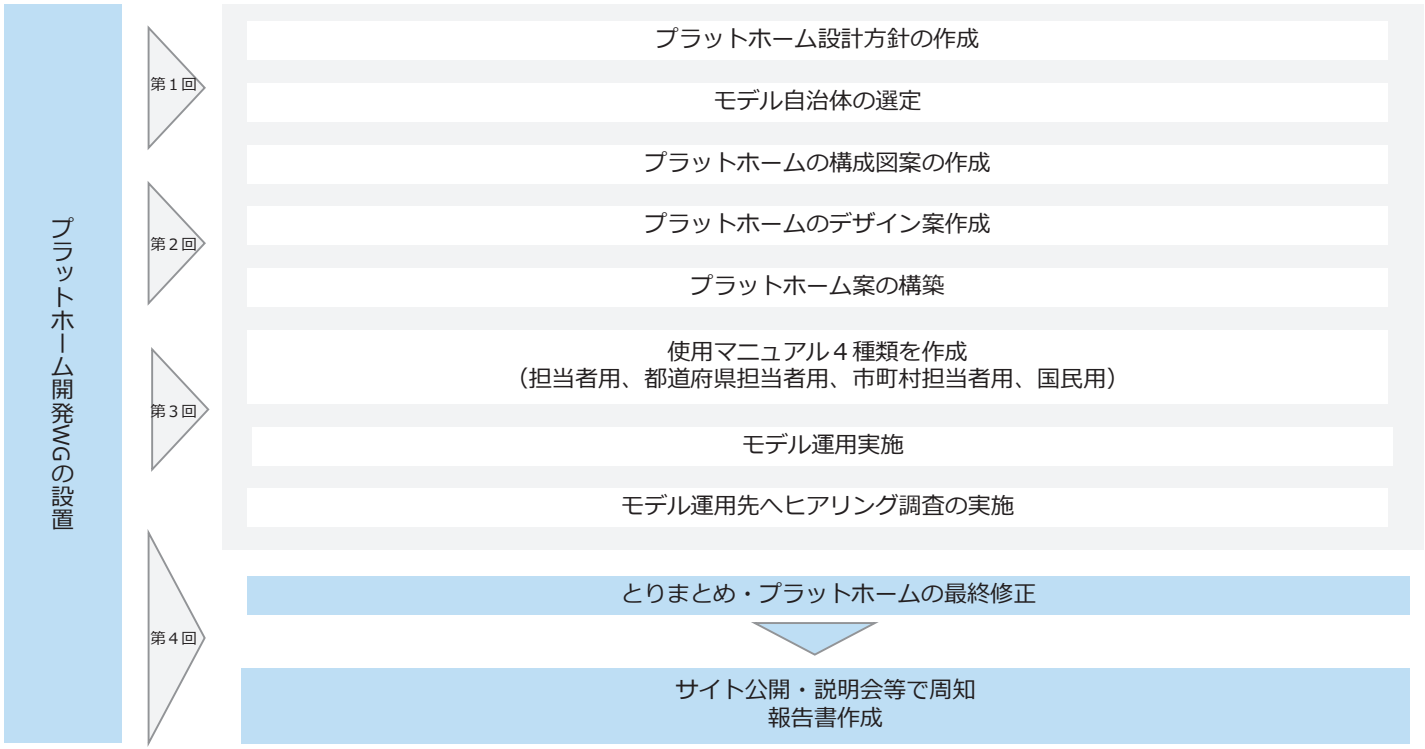
| 5．その他（確認したい事項や連絡事項） |
|---|
| |

| アドバイザーからコメント |
| --- |
| |

# 第Ｖ章　プラットホームの開発について

# 在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームの開発の概要

- 本事業では、地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組のより一層の推進・充実を図ることを目的として、在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査、都道府県・市町村担当者等研修会議開催及び都道府県・市町村連携支援を行う。
- 在宅医療・介護連携に関する情報の一元化のため、在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットホームの開発を実施した。




# プラットホームの開発による期待される効果及び掲載コンテンツの基本方針

- プラットホームには、有用な情報ツールを集約に加え、在宅医療介護連携推進事業の担当者間での情報交換の場とすることで、切れ目のない在宅医療・介護連携推進の実現を目指す。

事業担当者等にとって、有用な情報ツールを集約するとともに、事業担当者間の情報交換の場とする

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 関係法令・通知・手引き等の整備 | これまでの成果物等の整備 | 各自治体の事例・取組掲載 | 事業担当者等を対象とした研修ツールの提示 | 既存データ及びツールの活用方法の提示 | 事業担当者間での情報交換の場（Q&A） |

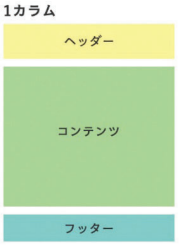
期待される効果

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

# プラットホームの主な仕様

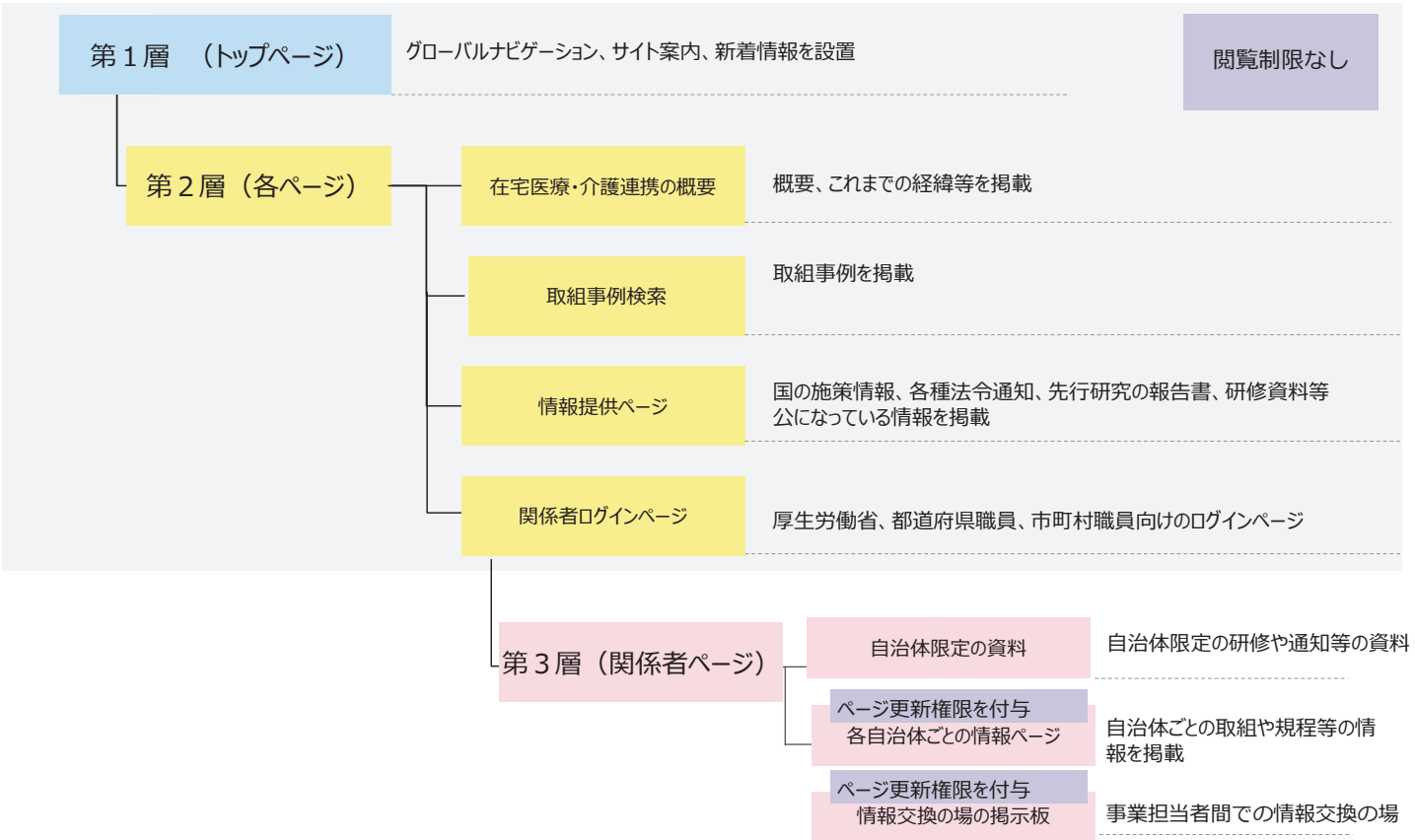
| 区分 | 内容 |
|---|---|
| HP公開場所 | 厚生労働省ホームページ上<br>URL：https://zaitakupf.aic-test.com/（テスト段階） |
| 閲覧予定者 | 都道府県職員、市町村職員、関係団体職員、在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター、国民 |
| レイアウト | シングルカラムレイアウトとし、PC、スマホでも表示可能なレイアウト |
| アクセシビリティ | 厚生労働省ウェブアクセシビリティ方針に準拠<br>（URL：https://www.mhlw.go.jp/accessibility/） |
| 文字サイズ変換機能及びページ内検索を搭載 | 高齢者等も見やすいよう文字サイズ変換機能を搭載<br>Webページ内をキーワードから検索出来る機能を搭載 |
| その他 | ・今後もコンテンツを追加できるよう、拡張可能な仕様とする<br>・将来的に別ホームページ等との統合も視野に入れたものとする<br>・閲覧者別に３段階のページ更新権限等の強度が設ける<br>第１段階（厚生労働省）：全頁編集可<br>第２段階（都道府県・市町村）：関係者ログインページに都道府県及び市町村が内容のアップロード権限（1,788箇所権限）<br>第３段階（国民）：編集権限なし |

＜参考＞シングルカラムレイアウトとは




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

# プラットホームの主な構成

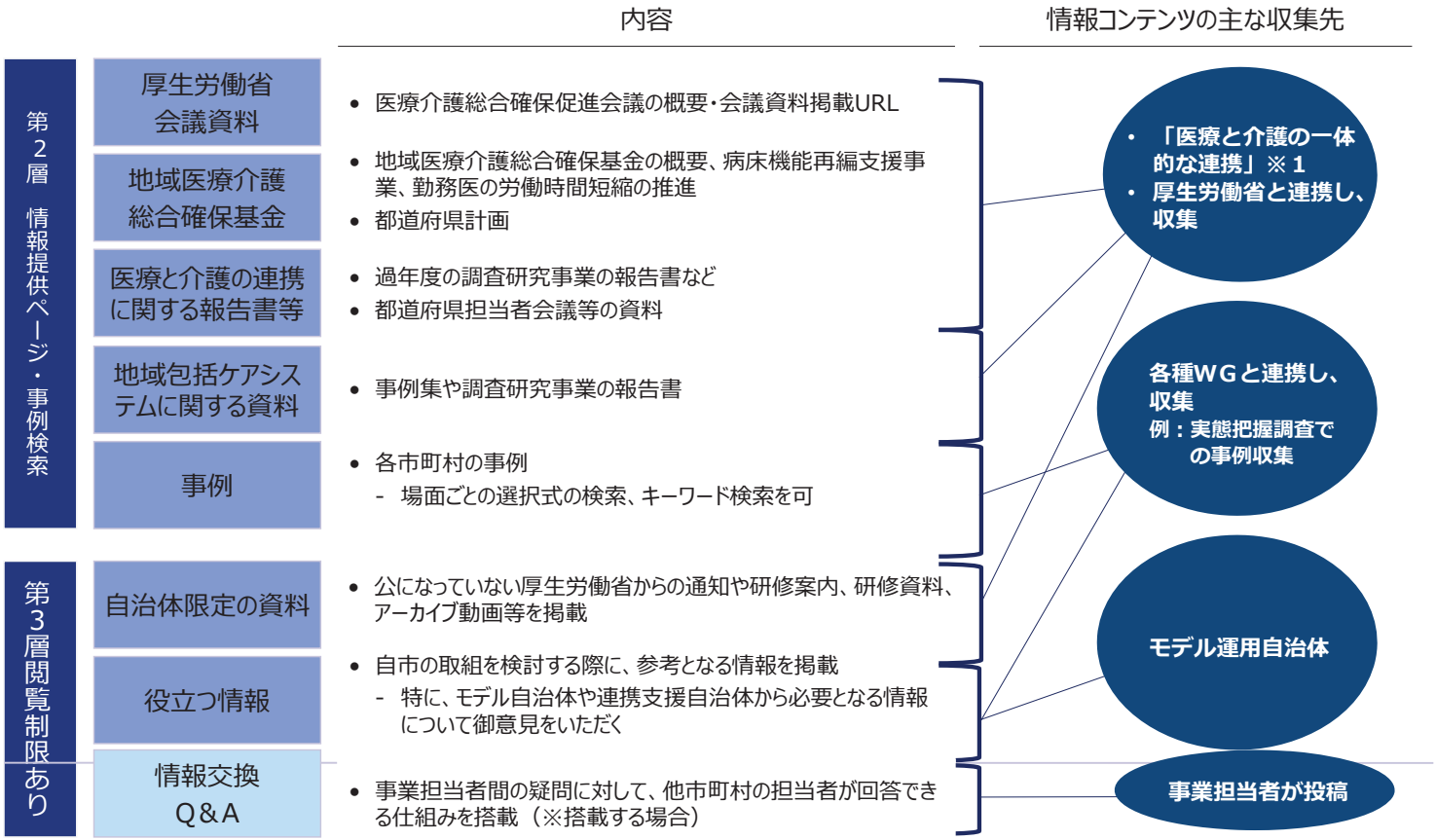


# プラットホームの閲覧権限と更新権限の整理

- プラットホームは、「厚生労働省」、「都道府県・市町村」、「団体職員・コーディネーター」、「国民」で４段階の閲覧権限と更新権限を付与する。各階層ごとに前述のスライド通り権限権限を整理した結果が下表である。
- 第３層（各自治体ごとの情報ページ）では、市町村がアップロードした際に都道府県に通知が行くようにし、厚生労働省あるいは都道府県が情報の更新を可能となるよう権限を付与する。

| | 厚生労働省 | | 都道府県・市町村所属の職員 | | 都道府県・市町村所属以外の関係者 | | 国民 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 閲覧可否 | 更新可否 | 閲覧可否 | 更新可否 | 閲覧可否 | 更新可否 | 閲覧可否 | 更新可否 |
| 第１層　トップページ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 第２層　各ページ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 第３層　国からの通知や研修資料 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | |
| 第３層　各自治体ごとの情報ページ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| 第３層　情報交換（Q&Aの投稿） | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |

# ＜第２層　第３層＞掲載する情報コンテンツ



## 第2層：各ページの概要（閲覧制限なし）

第2層では、在宅医療・介護連携推進事業に関する情報を、閲覧制限を設けずに公開する。第2層の各ページには、TOPページのリンクボタンもしくは、グローバルナビゲーションウィンドウからアクセスできるよう構築する。

| 情報提供 | | コンテンツの概要 |
|---|---|---|
| 在宅医療・介護連携の推進 | | 「医療及び介護の一体的な推進」、「在宅医療・介護連携推進事業について」、「当プラットホームについて」を掲載 |
| 取組事例の検索 | | 在宅医療・介護連携推進事業に関する取組事例の検索フォームを設置 |
| 国の施策・審議会等 | 各種法令・通知 | 在宅医療・介護連携推の進に関する各種法令や通知、指針等を掲載 |
| | 地域医療介護総合確保基金 | 医療介護総合確保基金に関する資料を掲載 |
| | 主な検討の場 | 在宅医療・介護連携推進事業に関する国が主催する会議のリンクを掲載 |
| | 報酬改定等 | 令和6年度介護報酬改定に関する資料を掲載 |
| 先行研究・研修等 | | 先行研究や手引きを掲載するとともに、厚生労働省が主催する会議・研修（例：研修会議）の資料等を掲載する。 |
| その他 | | 関係者ログインページ、利用規約、よくある質問について掲載 |

## 関係者ページの構成（閲覧制限あり）

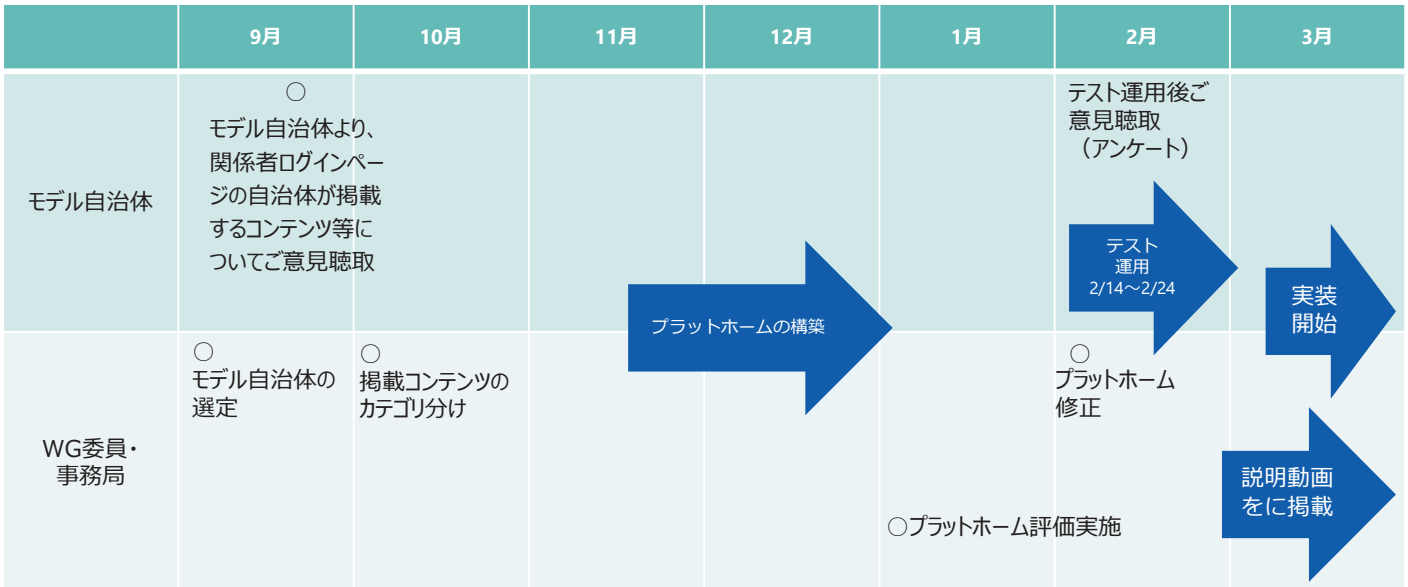
第3層関係者ページでは、本事業関係者のみログイン可能とする。提供するコンテンツは以下の通り想定している。

| 関係者ログインページ | | コンテンツの概要 |
|---|---|---|
| 各自治の取組情報 | 新規投稿 | 取組情報の投稿フォームを設置 |
| | 検索フォーム | 検索フォームを設置 |
| 情報交換Q＆A | 質問・相談 | Qを投稿するためのフォームを設置 |
| | Q＆Aコミュニティ | 投稿されたQを掲載する。Aについては、Qのページから投稿可能とする。 |
| 通知 | | Q＆Aに回答があった通知を掲載 |
| ユーザー情報 | | ユーザーの自治体名、メールアドレス等を確認可能なページ |

## テスト運用・広報の進め方について

モデル自治体によるプラットホームのテスト運用を実施し、プラットホームに対する意見を聴取した上で、改良を行う。テスト運用では、実際の利用状況やユーザーからのフィードバックを収集し、必要な改修を実施することで、利便性の高いプラットホームの構築に寄与する意見を集めた。また、当プラットホームの普及に向けてリンクバナーを作成し、プラットホーム実装の連絡時に普及を依頼する。さらに、プラットホームの使い方に関する説明動画をプラットホームの第3層に配置することで、サイトへのアクセスを促す。

■テスト運用・広報の実施の流れ




## テスト運用自治体の選定方針

テスト運用を依頼するモデル自治体は、「委員ご所属の自治体」、「連携支援WG参加自治体」、「研修会議Ⅱ、研修会議Ⅲに参加した自治体担当者」を対象に合計85自治体にて実施した。テスト運用を評価するため、アンケートを実施したところ、16自治体より回答があった。

| 委員ご所属の自治体 | 連携支援WG参加自治体 | その他 |
|---|---|---|
| • 深谷市<br>• 北海道２自治体程度<br>• 長野県２自治体程度 | • 連携支援WGにおける支援先４自治体 | • 研修会議Ⅱ、Ⅲにおいて現地参加した都道府県・市町村担当者 |
| ５自治体 | ４自治体 | 76自治体 |

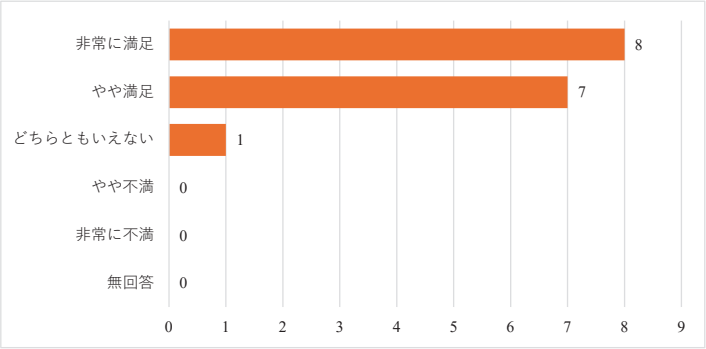
北海道・長野県におけるモデル自治体の選定基準

人口規模 × 業務委託の有無 × 在宅医療・介護連携推進事業に関する取組が
・うまくいっている、
・うまくいっていない

# プラットホームのテスト運用に関するアンケート結果について

- プラットホームのデザインについてお伺いしたところ、「非常に満足」が８件（50.0%）と最も多く、次いで「やや満足」が７件（43.8%）、「どちらともいえない」が１件（6.3%）と続いている。「やや不満」「非常に不満」との回答はなく、プラットホームのデザインについては概ね満足されている。
- 「やや不満」「非常に不満」と回答した方に、理由、改善案を自由記入で回答いただく設問を設けており、「やや不満」「非常に不満」との回答はなかったものの、１件のみご意見をいただいた。

Q1 このプラットホームのデザインについてお伺いします。プラットホーム全体のデザインについて、見やすい、情報を探しやすい、読みやすい等、総合的な満足度について教えてください。
（例；トップページの配置やメニュー構成、色づかい、文字の大きさなどを含めます）



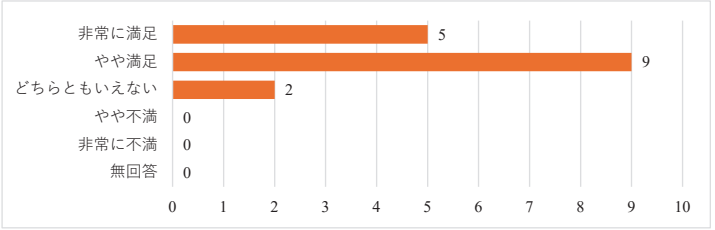

Q1-2 「Q1」で「やや不満」、「非常に不満」と回答した方にお伺いします。プラットホームのデザインについて、「やや不満」、「非常に不満」と回答した理由、改善案あれば教えてください。（自由回答）

1.デザイン・視認性
- デザインは良いが、読みやすさが不足していたため評価を③にした

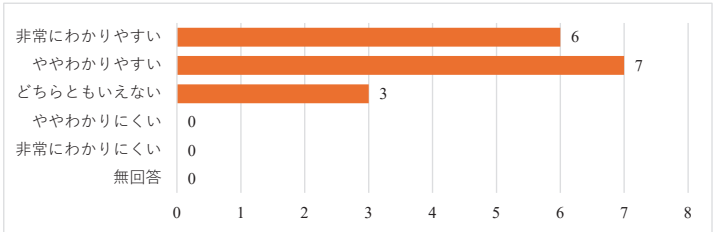
# プラットホームのテスト運用に関するアンケート結果について

- 情報交換Q＆Aの満足度についてお伺いしたところ、「やや満足」が９件（56.3%）と最も多く、次いで「非常に満足」が５件（31.3%）、「どちらともいえない」が２件（12.5%）と続いている。「やや不満」「非常に不満」との回答はなく、情報交換Q＆Aについては概ね満足されている。
- 情報交換Q＆Aの質問の新規投稿のわかりやすさについてお伺いしたところ、「ややわかりやすい」が７件（43.8%）と最も多く、次いで「非常にわかりやすい」が６件（37.5%）、「どちらともいえない」が３件（18.8%）と続いている。「ややわかりにくい」「非常にわかりにくい」との回答はなく、情報交換Q＆Aの質問の新規投稿は概ねわかりやすいと判断されている。
- 情報交換Q＆Aについて、わかりにくい点や改善点等について自由にご回答いただいた内容をカテゴリ分けして整理した。

Q2-1 情報交換Q＆Aは、都道府県担当者、市町村担当者が在宅医療介護連携推進事業に関することを自由に情報交換できる掲示板です。
※匿名でのやり取りも可能です。情報交換Q＆Aの満足度について教えてください。（選択式）




Q2-2 情報交換Q＆Aについてお伺いします。情報交換Q＆Aの質問の新規投稿のわかりやすさについて教えてください。（選択式）




Q2-3 情報交換Q＆Aについて、わかりにくい点や改善点等について自由にご回答ください。（自由回答）

1. 利用のハードル・心理的要因
- 質問の敷居が高い（レベルの低い質問しかできないと感じ、投稿をためらう）
- 投稿のハードルを下げる施策の提案（「こんな質問でもOK」という事例を掲載すると良い）

2. UI・操作性の改善要望
- 「質問する」ボタンを大きくする（視認性向上のため）
- 質問解決の操作方法がわかりにくい（ガイドや説明が必要）

3. 通知・連絡機能の改善
- 回答の通知方法についての要望（通知タブの通知に加え、メール通知の有無を確認したい）
- 複数メールアドレスの登録要望（個人と代表アドレス両方に通知が届くと便利）

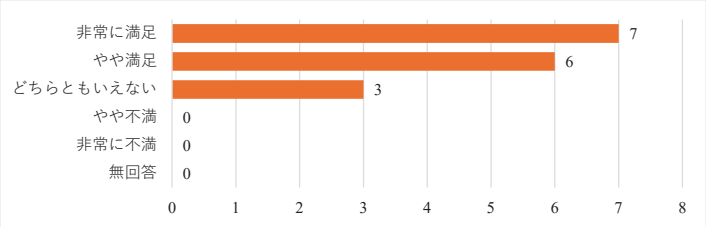
4. 匿名性の明確化
- 質問への回答を匿名で行ったが、通知に自治体名が表示されたことへの懸念
- 匿名設定に関する注意書きの提案（質問自治体には自治体名が共有されることを明記）

5. プラットホームの運用・機能に関する質問・要望
- 厚労省や厚生局も閲覧・回答可能か（運営範囲の確認）
- 添付ファイルの仕様改善要望（質問文内ではなく、別枠で添付ファイルを選択できるように）

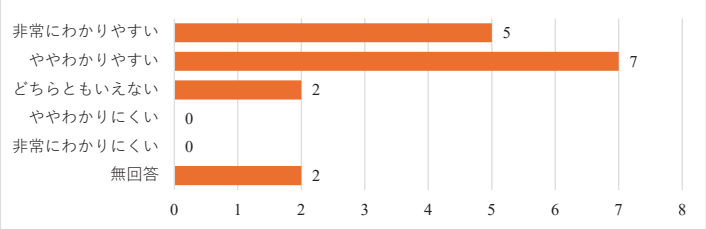
# プラットホームのテスト運用に関するアンケート結果について

- 各自治体の取組情報一覧の満足度についてお伺いしたところ、「非常に満足」が７件（43.8%）と最も多く、次いで「やや満足」が６件（37.5%）、「どちらともいえない」が３件（18.8%）と続いている。「やや不満」「非常に不満」との回答はなく、各自治体の取組情報一覧については概ね満足されている。
- 各自治体の取組情報一覧の資料の新規投稿のわかりやすさについてお伺いしたところ、「ややわかりやすい」が７件（43.8%）と最も多く、次いで「非常にわかりやすい」が５件（31.3%）、「どちらともいえない」が２件（12.5%）と続いている。「ややわかりにくい」「非常にわかりにくい」との回答はなく、各自治体の取組情報一覧の資料の新規投稿は概ねわかりやすいと判断されている。
- 各自治体の取組情報一覧に追加してほしいコンテンツについて自由にご回答いただいた内容をカテゴリ分けして整理した。

Q3-1各自治体の取組情報一覧では、市町村担当者が情報をアップロードでき、他市町村の在宅医療介護連携推進事業に関する資料等を見ることができます。各自治体の取組情報一覧の満足度について教えてください。（選択式）




Q3-2各自治体の取組情報一覧の資料の新規投稿のわかりやすさについて教えてください。（選択式）




Q3-3 各自治体の取組情報一覧では、以下のコンテンツを収集しています。追加してほしいコンテンツについて自由に教えてください。（自由回答）

1. 実態調査・評価指標の共有
- 各種調査票の提供希望（アンケートや実態調査に関する資料）
- 在宅医療・介護連携推進事業の評価指標の例（評価に活用できる指標の共有希望）

2. 政策・計画・指針に関する資料
- 第8期保健医療計画の共有希望
- 支援センター運営マニュアル・指針の提供希望

3. 在宅医療・介護連携に関する資料
- 在宅医療・介護連携推進事業に関する資料（市町村支援に関する提案書・企画書・事業概要書の提供希望）
- 在宅医療の拠点・連携事例の共有希望

4. 普及啓発・実務支援ツールの提供希望
- 人生会議（ACP）の普及啓発資料の共有希望
- アンケートに記載されているコンテンツは参考になる

# プラットホームのテスト運用に関するアンケート結果について

- 各自治体の取組情報のわかりにくい点や改善点等について自由にご回答いただいた内容をカテゴリ分けして整理した。
- 「在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホーム」について、改善点や要望等を自由に教えてください。（自由回答）

Q4 各自治体の取組情報のわかりにくい点や改善点等について自由にご回答ください。（自由回答）

1. 事例の問い合わせ・連携強化
- 取組事例の問い合わせ先の明示希望（自治体や担当者の連絡先がわかると便利）
- 担当者情報の更新要望（毎年度の担当者変更時に全国的な更新依頼を実施してほしい）

2. 検索機能の強化
- 自治体規模別の検索機能要望（人口規模別に検索できると、同規模自治体を短時間で探せる）
- 人口規模が近い自治体の検索機能希望（類似自治体の事例を参照しやすくなる）

Q5 「在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホーム」について、改善点や要望等を自由に教えてください。（自由回答）

1. プラットホームの活用・利便性向上
- プラットホームの全自治体での活用を希望（在宅医療・介護連携推進事業の理解が深まるため）
- Logoフォームのような閲覧方式の提案（仮想空間を介さず、より手軽に閲覧できる形式が望ましい）
- ダウンロードやPDF閲覧の不便さの指摘（セキュリティ上の制約があるため、利便性向上は難しいが課題として認識）

2. 全国的な統一・情報集約の意義
- 医介連携事業の全国的な統一化の期待（バラバラだった取組が一つに集約され、事例を取り入れやすくなった）

3. システムのパフォーマンス・動作環境
- システムの動作が重い点の指摘（自治体側の環境による影響の可能性もあるが、動作改善の検討が必要）

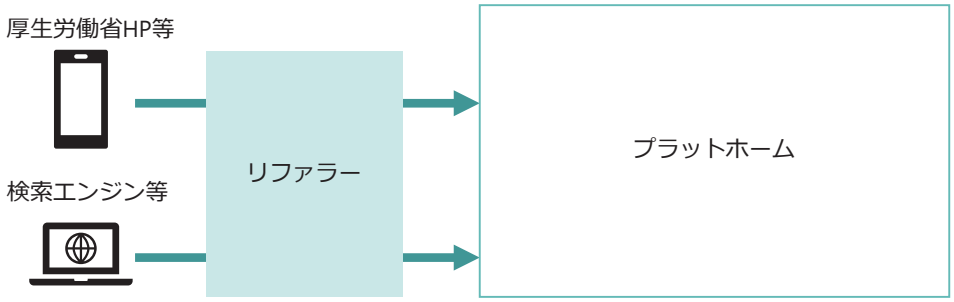
4. 運用後の活用状況への期待
- 投稿数や自治体の活用状況が運用開始後にどうなるか不透明（投稿が多いほど使い勝手が良くなるため、積極的に活用したい）

5. 情報公開の制約
- 委託仕様書の公開が難しい点の指摘（地域特性が強く出るため、関係者間でもアップしにくい）

## 次年度以降の改修に備えて　｜　リファラーの設定

リファラー（Referrer）とは、ユーザーがウェブサイトにアクセスする際に、直前に訪れていたウェブページのURLを指すものである。リファラーを確認することにより、ユーザーがどの経路を通って現在のウェブサイトに到達したのかを把握することができる。テスト運用中はアクセス経路が限定されることが想定されるが、実装後も評価ができるよう、今年度中にリファラーの設定を行う。

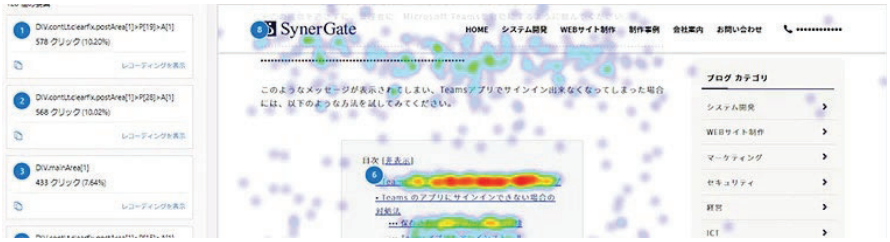
| 区分 | 内容 |
|---|---|
| アクセス元の特定 | ユーザーがどのウェブサイト、検索エンジン、またはソーシャルメディアからプラットホームにアクセスしたかを特定することができる。これにより、どのアクセス経路が最も効果的かを評価できる。 |




## 次年度以降の改修に備えて　｜　ヒートマップ（clarity）の設定

ヒートマップ（Heatmap）とは、ユーザーがプラットフォーム上でどの部分を最も多く利用したか、または注目したかを視覚的に示すためのツールである。色のグラデーションを用いて、特定のエリアに対するユーザーの関心や行動を視覚的に表現することが特徴である。一般的には、赤やオレンジ色の部分が高い関心を示し、青や緑が低い関心を示す。ヒートマップを利用することで、以下のような情報を得ることができる。

| 区分 | 内容 |
|---|---|
| ユーザーの注目エリアの特定 | ユーザーがどの部分に最も多くの時間を費やしているか、どのエリアを頻繁にクリックしているかを把握することで、ユーザーの関心を特定できる。 |
| コンテンツ配置の最適化 | ヒートマップを使って、ユーザーがあまり利用していないエリアや逆に集中して利用しているエリアを把握することで、ページのレイアウトやコンテンツ配置を最適化できる。 |
| ナビゲーションの改善 | ユーザーがどのようにページを移動しているかを視覚的に把握できるため、ナビゲーションの改善点を見つけやすくなる。これにより、ユーザーが必要とする情報に簡単にアクセスできるように調整することが可能となる。 |




引用：https://www.synergate.co.jp/blog/clarity-heatmap/

# プラットホームの構築に関する今年度と次年度以降の実施事項の整理

本年度では、事業担当者等が在宅医療・介護連携を進めるにあたって、有用な情報を集約し、プラットホームのたたき台を構築した。今年度は、テスト運用結果を踏まえ、軽微な改修を行い、次年度以降、運用結果等を踏まえプラットホームに必要な機能の追加を行う。

| | 2024年度 | 2025年度以降 |
|---|---|---|
| 概要 | • 在宅医療・介護連携を進めるにあたって、有用な情報を集約し、プラットホームのたたき台を構築 | • プラットホームを実際に運用し、必要な改修を行い、事業担当者等がプラットホームを効果的に活用 |
| 掲載する情報 | • 過年度に作成された成果物を集約し掲載<br>• 本事業の各種WGと連動し、情報を収集し掲載 | • 2024年度以降に作成された成果物を掲載する<br>• 事業担当者にとって有用な教材の開発・掲載（例：新任担当者向けの研修教材） |
| 搭載する機能 | • プラットホームの基本となる機能を搭載する<br>• ユーザビリティ向上の機能は優先的に搭載する | • プラットホームのユーザーを増やす、活用いただけるような機能を搭載<br>• 2024年度に搭載できなかったユーザビリティの向上のための機能を追加 |
| その他 | • プラットホームの運用状況を適切に評価するために、必要な評価機能をプラットホームに搭載 | • 2024年度に搭載した機能を用いて、プラットホームの評価を行い、その結果に応じて必要な改修を行う |

# 第Ⅵ章　在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進に向けて

## ～在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見～

令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業においては、継続的な事業評価等を行う観点から、本年度の実施事項を基盤とするとともに、実態調査結果やアンケート等も踏まえ、更なる充実・拡充を図る必要がある。

また、国においても在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームの作成及びコーディネーターの育成に資する研修の拡充が示されたことも踏まえ、在宅医療・介護連携推進支援事業の更なる推進にむけた検討が必要である。具体的な検討事項等と課題及び方向性を次頁に示す。

# 在宅医療・介護連携推進事業及び
# 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見

令和７年３月 31 日

令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会

# 〈目次〉

**Ⅰ．背景 ..... 3**
１．総論 ..... 3
２．「在宅医療・介護連携推進事業」に係る基本的な考え方 ..... 4
３．医療・介護連携に係る近年の方策 ..... 5
**Ⅱ．令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討 ..... 10**
１．医療計画と介護保険事業（支援）計画実施の開始を踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の在り方 ..... 11
２．多職種連携の更なる推進 ..... 14
３．在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方 ..... 16
４．在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直し ..... 18
５．在宅医療・介護に関する事例の幅広い共有 ..... 18
６．小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応 ..... 20
７．コーディネーターの育成 ..... 21
**Ⅲ．在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進にむけて ..... 24**
１．検討を要する事項 ..... 24
２．在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査 ..... 27
３．在宅医療・介護連携推進事業に係る研修 ..... 28
４．都道府県等における市町村支援 ..... 28
５．在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームの作成 ..... 28
**Ⅳ．終わりに ..... 30**

**（令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会　構成員名簿）**

| 氏名 | 所属・役職 |
|---|---|
| 飯野　雄治 | 稲城市市民協働課（前高齢福祉課地域支援係長） |
| 今村　英仁 | 公益社団法人日本医師会　常任理事 |
| ○ 角野　文彦 | びわこリハビリテーション専門職大学　学長 |
| 川越　正平 | 一般社団法人松戸市医師会　会長 |
| 斎川　克之 | 一般社団法人新潟市医師会　地域医療推進室　室長 |
| 斉藤　正身 | 一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会　会長 |
| 坂上　陽一 | 公益社団法人肝属郡医師会　肝属郡医師会立病院　地域医療室長 |
| 杉澤　孝久 | 北海道　保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課　医療参事 |
| 田母神 裕美 | 公益社団法人日本看護協会　常任理事 |
| 西村　一弘 | 公益社団法人日本栄養士会　常任理事 |
| 野村　圭介 | 公益社団法人日本歯科医師会　常務理事 |
| 服部　真治 | （元）一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構<br>政策推進部　研究事業担当部長　研究部 主席研究員<br>（現）日本能率協会総合研究所　主幹研究員 |
| 福地　裕仁 | 深谷市　福祉健康部 長寿福祉課　課長補佐 |
| 牧野　和子 | 一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事 |
| 村杉　紀明<br>荻野　構一 | 公益社団法人日本薬剤師会　常務理事<br>※荻野委員 ~6 月/村杉委員 7 月~ |

**（○は委員長　五十音順、敬称略）**

**（令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会　開催日時と検討事項）**

**第１回検討委員会　令和６年６月 14 日（金）（10：00～12：00）**

１．在宅医療・介護連携の課題に対するご意見聴取

２．WG の進め方に対するご意見聴取

３．その他

**第２回検討委員会　令和６年 11 月１日（金）（15：00～17：00）**

１．在宅医療・介護連携 各 WG の進捗状況報告

２．実態調査報告（速報値）

３．在宅医療・介護連携の課題に対する意見交換

４．その他

**第３回検討委員会　令和７年３月５日（水）（15：00～17：00）**

１．在宅医療・介護連携 各 WG の進捗状況報告
２．在宅医療・介護連携の課題に対する意見交換
３．その他

## Ⅰ．背景

（参考資料 P1～Ｐ100）

### １．総論

**（人口・世帯構成の変化）**（参考資料 P2～P10）

○　団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年、更にはその先の 2040 年にかけて、85 歳以上の人口が急増するとともに、高齢単独世帯や夫婦のみ世帯が増加することが見込まれている。85 歳以上高齢者の増加に伴い、要介護度が中重度の人、医療・介護双方のニーズを有する人、認知症が疑われる人および認知症の人が大幅に増加し、また、様々な生活支援や住まいに対する支援を要する人や世帯も増加することが見込まれている。

○　2040 年に向けて、全国的に生産年齢人口の急激な減少が生じるが、同傾向は、現役世代が流出する地方でより顕著となる。増大する介護ニーズを限りある資源で支えていくためには、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が重要であり、医療・介護の質を維持・向上させながら、今より少ない職員でも医療・介護を提供できるようなサービス・支援体制の在り方に変えていくことが必要となる。

○　これら人口構造の変化は全国一律ではない。都市部では 75 歳以上人口が急増する一方で、既に高齢化が進んだ地方ではその伸びが緩やか、あるいは減少していくなど、地域の置かれている状況や課題は全く異なる。そのため、今まで以上に、地域の特性に応じた対応を、住民を含めた関係者で議論していくことが重要となる。

**（地域包括ケアの深化の必要性）**（参考資料 P11～Ｐ18）

○　介護が必要となっても、できる限り住み慣れた地域で、これまでの日常生活に近い環境で暮らし続けたいということは、国民の共通の願いである。その願いを実現させるためには、介護や介護予防、医療はもとより、住まい、生活支援、そして社会参加・役割づくりまでもが包括的に確保される地域を、各地域の実情に応じて構築し、維持し続けていくことが必要であり、「地域包括ケアシステム」を更に深化させていかなければならない。

**（地域包括ケアシステムと地域共生社会）**（参考資料 P19～P 20）

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

○　また、地域包括ケアシステムは、地域共生社会（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会をいう。）の実現に向けた中核的な基盤となり得るものである。

○　包括的支援を必要とするのは高齢者だけではない。子ども・子育て家庭、障害者、生活困窮者も包括的な支援を必要としている。本稿では、高齢者向け地域包括ケアシステムの構築・深化について主に議論するが、全世代を対象とした地域包括ケアシステムへと深化していくことを念頭に置いておく必要がある。

## ２．「在宅医療・介護連携推進事業」に係る基本的な考え方

**（医療・介護連携）**（参考資料 P21～P 26）

○　2040 年にかけて人口・世帯構成が変化することに伴い、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加する。

○　その結果、介護保険サービスを利用する高齢者の入院、退院後に介護保険サービスを利用する高齢者、医療と介護双方のサービスを利用する地域・施設の高齢者が今後更に増えると想定される。したがって、相互の顔の見える関係を土台とした上で、医療と介護の関係者間、関係機関間の情報提供や情報共有を、効率的に行うことが益々重要となる。

○　特に、在宅患者数の増加が見込まれる中、在宅医療の推進、ならびに在宅医療・介護の連携を推進していくことの重要性が高まっている。

○　医療・介護の関係団体が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するためには、都道府県や保健所の支援の下、市町村が中心となって、地域の郡市区医師会等と緊密に連携することが、今以上に重要となる。

**（在宅医療・介護連携推進事業）**（参考資料 P27～P 36）

○　在宅医療と介護を一体的に提供するため、平成 23・24 年度に、厚生労働省在宅医療連

携拠点事業委託費を活用した在宅医療連携拠点事業を実施、同事業で設置された 105 ヶ所が地域拠点となり、医療と介護の連携促進を図る取組が進められてきた。さらに、同事業で得られた知見を参考に、地域医療再生臨時特例交付金を活用した在宅医療連携推進事業（平成 25 年度～平成 27 年度）及び地域医療介護総合確保基金（平成 26 年度～）等を活用し、地方自治体や医師会等の関係機関が連携して、地域の実情に応じた医療及び介護の提供体制の構築に取り組んできた。

○　これらの成果を踏まえ、平成 26 年度介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業のなかの包括的支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられ、翌年 4 月から一部市町村で、平成 30 年 4 月から全市町村で同事業が開始された。さらに、これら市町村の取組を支援するため、平成 29 年介護保険法改正（地域包括ケア強化法）により、都道府県による市町村支援が明記された。

○　こうした経過を経て、同事業はスタートしたものの、８つの事業項目を行うこと自体が目的化している、事業マネジメントの考え方に対する理解が不足しているなどが問題点として指摘されてきた。そこで、令和２年度介護保険法改正において、取組内容の充実を図りつつ、PDCA サイクルに沿った継続的な取組がなされるよう省令改正が行われた。

○　このような中で、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ PDCA サイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるようするとともに、第９期介護保険事業（支援）計画や第８次医療計画の実施に伴う事項を周知すべく、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き（Ver.４）」（厚生労働省老健局老人保健課　令和７年３月）（以下「手引き」という。）が公開された。

○　現在に至るまで、各市町村では、市町村が主体となり、都道府県（保健所等）や医師会を始めとする関連団体等と協働しながら、在宅医療・介護連携推進事業への取り組みが進んでいる。

## ３．医療・介護連携に係る近年の方策

### （地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針））

（参考資料 P37～P 45）

○　「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（平成元年法律第 64 号）第３条に基づき、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」が定められているが、医療介護総合確保促進会議の議論を踏まえ、令和５年３月に同法の改正が行われた。

○　改正された総合確保方針では、基本的な方向性として、①「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築、②サービス提供人材の確保と働き方改革、③限りある資源の効率的かつ効果的な活用、④デジタル化・データヘルスの推進、⑤地域共生社会の実現の５つが示されている。

○　さらに、総合確保方針の別添として、「ポスト 2025 年の医療・介護提供体制の姿」がとりまとめられ、以下の３つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならないことが明記された。

①　医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること

②　地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること

③　健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けることができること

**（第９期介護保険事業（支援）計画の取組）**（参考資料 P46～Ｐ48）

○　令和６年４月１日より、第９期介護保険事業（支援）計画が開始された。介護保険事業計画は、保険給付の円滑な実施のため 3 年間を 1 期として策定することとしており、国の基本指針「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和６年厚生労働省告示第 18 号）」に基づき各市町村が策定する。第９期介護保険事業計画の国の基本指針では、「サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項」として、「在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備」について、下記の記載がある。

☒市町村は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療・介護の提供に携わる者その他の関係者の連携を推進するための体制の整備を図ることが重要である。

☒医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要である。

☒市町村が主体となって、医療・介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しながら、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図るこ

とが重要である。

☒市町村でＰＤＣＡサイクルに沿った事業展開を行うことができるよう、地域包括ケア「見える化」システムを周知すること等が重要である。

○　介護保険事業支援計画は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画を 3 年間を 1 期として策定することとしており、国の基本指針「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和６年厚生労働省告示第 18 号）」に基づき各都道府県が策定する。第９期介護保険事業支援計画の国の基本指針では、「都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項」として、「地域包括ケアシステムの深化・推進のための支援に関する事項」について、下記の記載がある。

☒切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備を支援するため、保健医療部局とも連携しながら、医療法におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しつつ、具体的な支援策を定めることが重要である。

**（第８次医療計画の取組）**（参考資料 P49～Ｐ63）

○　都道府県は、当該都道府県における良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制（以下「医療提供体制」という。）の確保を図るため、６年を１期とする医療計画を策定している。

○　国においては、「第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ（令和４年 12 月 28 日第８次医療計画等に関する検討会）」を踏まえ、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年３月 31 日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月 29 日一部改正））が示された。

○　第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について下記の記載がされている。

☒在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定されるとしている。

○　「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については、「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」（令和

7年3月）を公開した。

**（在宅医療の推進）**（参考資料P53～P63）

○　「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））別紙にて「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」が示されている。

○　そのうち「在宅医療の体制構築に係る指針」においては、第8次医療計画において、適切な在宅医療の圏域を設定し、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置づけ、在宅医療における各職種の関わりを明確化するなど、今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進めることとされている。

**（かかりつけ医機能が発揮される制度整備）**（参考資料P64～P74）

○　「新経済・財政再生計画改革工程表2021」において、かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について検討を進めることとされたことを受け、全世代型社会保障構築会議等において、かかりつけ医機能が発揮される制度整備に関する議論が行われた。また、「医療提供体制の改革に関する意見」（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会）を踏まえ、かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映することを内容として、第211回通常国会にて「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）」が成立した。

○　かかりつけ医機能が発揮される制度整備として、令和7年度よりかかりつけ医機能報告制度が施行される。主に都道府県において本制度の運用が行われるが、地域関係者との協議等において市町村の積極的な関与が求められている。

○　本制度は、①慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（日常的な診療の総合的・継続的実施、在宅医療の提供、介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求め、②都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに公表し、③都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する仕組みである。

○　外来医療に関する地域の関係者との協議の場での協議において、特に在宅医療や介護連携等の協議にあたっては、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議も想定され、市

町村の積極的な関与が重要である。協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定することとされている。

○　今後、かかりつけ医機能報告制度については、令和７年度の施行に向けて「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」が発出される予定である。

**（共生社会の実現を推進するための認知症基本法）**（参考資料 P75～Ｐ77）

○　令和５年６月、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とした「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（令和６年１月１日施行）が成立した。同法では、基本理念のなかで、全ての認知症の人が基本的人権を享受する（生まれながらに持つ）個人として、自らの意思によって日常生活と社会生活を営むことができるようにするとしたほか、認知症の人の意思表明や社会参画の機会の確保、家族らへの支援も記されている。

**（医療・介護連携に係る報酬上の評価）**（参考資料 P78～Ｐ100）

○　累次の改定では、医療と介護の連携について、以下のような視点で様々な評価を行っている。また、双方間の情報提供にあたっては、必要な様式等を定めているものもある。

①　入退院等により患者・利用者の療養場所が移ることに伴う情報提供・連携に係る評価

②　在宅療養中の者を支える医療機関と介護保険の居宅サービス等との連携に係る評価

③　関係者・関係機関間の日頃からの顔の見える連携体制構築に係る評価

○　令和６年度介護報酬改定においても、基本的な視点の一つに「（１）地域ケアシステムの深化・推進」があげられ、「医療と介護の連携の推進」として、在宅における医療ニーズへの対応強化、高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、在宅における医療・介護の連携強化、高齢者施設等と医療機関の連携強化の観点から、必要な見直しが行われた。また、「２．自立支援・重度化防止に向けた対応」においても、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等の観点から必要な見直しが行われた。

## Ⅱ．令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討

（参考資料 P101～P201）

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

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

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

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

に係る事項について議論を行い、各事項の充実及び拡大を図ってきた。

○　なお、令和６年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査（（以下「令和６年度実態調査」という。）は、令和６年８月 23 日-11 月 22 日の期間で実施し、都道府県及び市町村においては、悉皆調査かつ回収率は 100％であった。在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターへの調査は、1,618 人より調査票の回収が実施された。

○　さらに、本年度は昨年度の在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会において、引き続き検討すべき事項とされた、

①　医療計画と介護保険事業（支援）計画実施の開始を踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の在り方
②　多職種連携の更なる推進
③　在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方
④　在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直し
⑤　在宅医療・介護に関する事例の幅広い共有
⑥　小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応
⑦　コーディネーターの育成

に関する議論を行ってきた。

○　なお、検討においては、これまでの在宅医療・介護連携推進事業に関する法制度や厚生労働科学研究、老人保健健康増進等事業等による調査研究の結果等も踏まえるとともに、厚生労働省関係者等をオブザーバーとして、より多角的な視点にて検討を進めた。各実施内容の詳細については、「在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見書（参考資料）」及び「令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業　報告書」を参照されたい。昨年度の整理については「令和５年度在宅医療・介護連携推進支援事業　報告書」（https://www.mhlw.go.jp/content/001243806.pdf）を参照されたい。

## １．医療計画と介護保険事業（支援）計画実施の開始を踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の在り方

（参考資料 P112～P 137）

○　令和５年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より下記の提案があった。

・令和５年度は基本指針の改正や令和６年度診療報酬改定及び介護報酬改定も実施されたところであり、これらも踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の今後の在り方について引き続き検討されたい。また、特に高齢者施設と医療機関の連携の強化等については在宅医療・介護連携推進事業の効果的・効率的な活用等を含めて検討することが望ましい。

・また、社会保障審議会（介護保険部会）や直近における議論の進捗、課題の整理状況等も踏まえ、次期介護保険法改正や、医療計画の中間見直し、第 10 期介護保険事業（支援）計画等を見据えた、在宅医療・介護連携推進（支援）事業の総合的な在り方について、更なる検討及び整理を行うべきである。

○　昨年度の御意見を踏まえて、本年度は実態調査を中心に現状把握を実施した。

○　事業実施に係る記載については、手引きの改定に反映したところ。

### （１）令和６年度実態調査より把握された事項

**【「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について】**

○　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況について、「全て連携している」または「一部について連携している」と回答した市町村は、52.7%であった。「全て連携している」、「一部について連携している」と回答した市町村のうち、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体が同一と回答したのは、62.4%であった。「同一の主体である」市町村において、運営主体は、郡市

区医師会が 39.1%、市町村が 33.5%、医療機関が 4.9%であった。また、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体は、地域包括支援センターが 35.8%、市町村が 30.5%、郡市区医師会が 16.0%であった。

○「全て連携している」、「一部について連携している」と回答した市町村のうち、連携の具体については、「研修会の開催」が 75.1%、「在宅医療における提供状況の把握」が 70.7%、「講演会の開催」が 53.8%、「高齢者に関する課題抽出、その対応策の検討及び実施」が 47.3%であった。

○「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況について、「全て連携している」または「一部について連携している」と回答した都道府県は、76.6%であった。「同一の主体である」を選択した都道府県の運営主体は、郡市区医師会が 20.4%、市町村が 44.0%であった。

○「同一の運営主体ではないが連携している」とした都道府県において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体は、郡市区医師会が 27.3%、市町村が 18.2%、保健所が 9.1%であった。また、同一の運営主体ではないが連携している」とした都道府県において、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体は、市町村が 27.3%、地域包括支援センターが 9.1%であった。

○「全て連携している」、「一部について連携している」と回答した都道府県のうち、連携の具体については、「研修会の開催」が 77.8%、「在宅医療における提供状況の把握」が 72.2%、「講演会の開催」が 69.4%、「情報共有システムの活用」が 52.8%「高齢者に関する課題抽出、その対応策の検討及び実施」が 50.0%であった。

○市町村の半数程度、都道府県の 8 割近くが「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業を連携して実施しており、その場合、郡市区医師会や市町村の運営が多いことが示された。

○「在宅医療における提供状況の把握」のような地域在宅医療の現状把握や住民や地域専門職への情報共有については連携して実施している実態が把握された。

○鹿児島県肝属郡及び埼玉県熊谷市へのヒアリング結果からは、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携について、協議や情報共有を通じた課題解決の実施が挙げられるとともに、鹿児島県肝属郡の結果からは、相談窓口の有効活用が挙げられた。

**【かかりつけ医機能報告制度について】**

○かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めていると答えた市町村は 1.5%※であった。また、かかりつけ医機能報告制度の報告項目のうち、特に重要（課題）だと考えるものとして、「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」が 57.0%、「在宅医療の提供」が 59.2%、「介護サービス等と連携した医療提供」では

58.4%であった。

○かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備を始めていると答えた都道府県は 8.5%※であった。また、かかりつけ医機能報告制度の報告項目のうち、特に重要（課題）だと考えるものとして、「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」が 51.5%、「在宅医療の提供」が 48.9%、「介護サービス等と連携した医療提供」では 38.3%であった。

○かかりつけ医機能報告制度の施行に向け体制整備等の準備については、市町村も都道府県も実施割合が少ない状況が示された。また、市町村も都道府県も課題は「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」、「在宅医療の提供」、「介護サービス等と連携した医療提供」としている実態が把握された。

※あくまで調査期間（令和 6 年 8 月 23 日- 11 月 22 日）における状況であることに留意されたい。

**【高齢者施設と医療機関との連携について】**

○高齢者施設等と協力医療機関との連携状況について、高齢者施設等からの届出により把握し、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用している市町村の割合は 14.1%、高齢者施設等からの届出により把握しているが、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用していない市町村の割合は 21.4%であった。

○高齢者施設と医療機関との連携のための取り組みを実施している市町村は、18.4%であり、取り組み内容としては、「高齢者施設等向けの窓口の設置している」が 34.7%、「地域の医療関係団体への協力医療機関の依頼を行っている」は 27.2%、「医療機関が見つからない高齢者施設等に対しての医療機関の紹介を行っている」は 25.3%であった。

○高齢者施設等と協力医療機関との連携状況について、高齢者施設等からの届出により把握し、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用している都道府県の割合は 31.9%、高齢者施設等からの届出により把握しているが、高齢者施設等に対する指導・助言等に活用していない都道府県の割合は 25.5%であった。

○高齢者施設と医療機関との連携のための取り組みを実施している都道府県は 21.3%であり、取り組み内容としては、「地域の医療関係団体への協力医療機関の依頼」50.0%、「高齢者施設等向けの窓口の設置」が 10.0%であった。

○高齢者施設等と協力医療機関との連携状況については、把握してない市町村や都道府県が多く、高齢者施設等と医療機関との連携のための取り組みを実施している市町村や都道府県も少ない状況が示された。また、連携のための取り組み内容については、市町村

では「高齢者施設等向けの窓口の設置」や「医療機関が見つからない高齢者施設等に対しての医療機関の紹介」等を実施している割合が高く、都道府県では「地域の医療関係団体への協力医療機関の依頼」について実施している割合が高い実態が示された。

**（2）提言**

○　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療・介護連携推進事業の連携は、協議や情報共有などが必要な事項の効率的な共有や相談窓口を通じた相談支援、地域課題に対する対応策の実施において、効率的・効果的な実施への一助となる可能性が示唆された。

○　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療・介護連携推進事業は、連携が有効な事項等において引き続き検討及び周知していくとともに、実態把握等に努めることが必要である。

○　かかりつけ医機能報告制度については、調査時点では、準備を進めている自治体は少なく、実施事項を含めて周知していくことが重要である。次年度以降はかかりつけ医機能報告制度施行後となることから、引き続き実態把握等に努めることが重要である。なお、協議の場においては、市町村等の関与も必要とされる場合もあることから、かかりつけ医機能報告制度についての市町村及び都道府県への周知を実施するとともに、各自治体においては、地域の在宅医療及び介護、在宅医療・介護の連携状況等の現状の整理に努めることが重要である。

○　高齢者施設等と医療機関との連携については、実効性のある連携体制を構築する必要があり、令和６年介護報酬改定において、介護保険施設は、入所者の病状急変時等に、相談や診療を常時行う体制や、入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保している協力医療機関を定めることが、経過措置３年として義務化された。

○高齢者施設等と医療機関との連携を確実に推進するためには、全ての市町村や都道府県において、連携状況を把握することが求められる。また、連携のための取り組みにおいても、市町村及び都道府県において実施割合は少ないため、更なる推進が求められる。また、都道府県と市町村では地域の実情を踏まえた上で実施すべき事項を整理し、都道府県と市町村が連携して実施することが望まれる。次年度以降においても、引き続き実態把握等に努めるとともに、更なる推進の方策について検討されたい。

## ２．多職種連携の更なる推進

（参考資料 P138～153）

○　令和５年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より下記の提案があった。

・多職種が在宅医療・介護連携推進事業により参画しやすくするための取組についても検討するとともに、地域における高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、医療関係者及び介護関係者の相互理解の深化に資する方策等についても検討すべきである。

○　昨年度の御意見を踏まえて、本年度は実態調査を中心に現状把握を実施した。

**（1）令和６年度実態調査より把握された事項**

○　「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいる市町村は、28.4％であった。その実施内容については、「地域住民への研修や周知」が54.7%、「専門職等の関係者の協議の場の設定」が 50.3%、「医療及び介護関係者への情報提供」では 44.4%であった。

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

○「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる都道府県は、46.8％であった。その実施内容については、「専門職等への研修の実施」が68.2%、「管轄の市町村への研修や周知」が 59.1%、「専門職等の関係者の協議の場の設定」では 50.0%であった。

○「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」においては、都道府県ごとの平均が164.7 件であった。在宅療養支援病院（機能強化型を含む）は、都道府県ごとの平均が30.3 件、在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）では、都道府県ごとの平均が 144.8件であった。

○看護小規模多機能型居宅介護事業所がある市町村は、27.1%であり、広域利用を実施している市町村は 14.7%であった。広域利用を実施していない理由としてはニーズがない他、方法がわからないと回答した市町村も 17.8%あった。

○千葉県松戸市のヒアリング結果からは、 ICT ツールの活用による多職種連携の推進の取り組みや、神奈川県川崎市のヒアリング結果からは、地域リハビリテーションの事業と連携した取り組みについて報告があった。

### （2）提言

○　「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」については、令和６年度介護報酬改定において評価を新設した事項であるが、自治体の取り組みとしては都道府県の実施割合の方が多く、必要に応じて各自治体が実施可能となるよう実態把握や周知に努めることが重要である。

○　高齢者の転倒は骨折等に繋がる可能性がある。その他にも口腔衛生の状態悪化により、誤嚥性肺炎が起こる可能性がある。よって、転倒や骨折、誤嚥性肺炎等の予防の実態把握や取り組みの推進も重要である。

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」においては、件数等の実態が把握されたが、その機能等において引き続きの把握等が求められる。

○　その他にも、在宅医療・介護連携における薬剤師等の関与なども重要であり、地域の実情に応じた推進が求められる。

○　看護小規模多機能型居宅介護事業所については、利用者の多様なニーズへの対応として広域利用があるため、広域利用の方法等の更なる周知等の対応が求められる。

○　多職種が在宅医療・介護連携推進事業により参画しやすくするための取組についても検討するとともに、地域における高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るよう、医療関係者及び介護関係者の相互理解の深化に資する方策等についても地域の実情に応じて検討すべきである。例えば、対応策の検討に資するよう幅広い多職種連携の事例等の地域の取組の参考となる情報提供も考えられる。その際、連携が不足している専門職との連携の在り方が示されることが、地域における取組の深化に資するものとなる。

## ３．在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

（参考資料 P154～164）

○　令和５年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より下記の提案があった。

・今後、より一層市町村が主体となり、定期的な情報共有及び連携強化の場の中核となるための協議体及び地域ケア会議の実態を踏まえた有効的な在り方等について検討すべきである。また、これにより、在宅医療・介護連携推進事業の推進や、個別事例の検討が積み重なることで地域の課題が明らかになり、その解決に向け、例えば、参加支援の充実の検討を進めるなど、市町村の取組の充実や質（機能）の向上が期待される。

○　昨年度の御意見を踏まえて、本年度は実態調査を中心に現状把握を実施した。

### （1）令和６年度実態調査より把握された事項

○　在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置している市町村は、68.0%であり、設

置圏域としては、市町村単位が 61.4%、郡市区医師会単位が 30.7%であった。参加者としては、医師会が 91.2%、地域包括ケアセンターが 84.1%、薬剤師会が 81.4%、歯科医師会が 81.1%、介護支援専門員協会または地域の連絡会が 78.8%であった。

○市町村における議事の設定については、「協議会の参加者からの提案」や「各団体等からの情報共有・課題抽出」が 55.4%であった。一方で、「住民相談からの抽出」は 10.1%であり、「専門職の相談からの抽出」は 23.9%であった。

○市町村における在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の検討内容としては、「在宅医療・介護間の情報共有」が 90.1%、「在宅医療・介護連携に係る実態把握や課題の抽出」が 89.3%、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が 85.8%であった。

○在宅医療・介護連携の実務担当者や中心となる関係者に限定して協議する場を設置については、53.0%の市町村が実施しているとしていた。

○在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置している都道府県は、66.0%であり、設置圏域としては、都道府県単位が 90.3%、保健所単位が 19.4%であった。参加者としては、都道府県医師会が 93.5%、都道府県薬剤師会と都道府県介護支援専門員が 90.3%、都道府県歯科医師会と都道府県看護協会が 87.1%であった。

○都道府県における議事の設定については、「各団体等からの情報共有・課題抽出」が 67.7%であり、「協議会の参加者からの提案」が 48.4%であった。一方で、「住民相談からの抽出」は 0.0%であり、「専門職の相談からの抽出」は 12.9%であった。

○都道府県における在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の検討内容としては、管轄市町村を支援する上での検討事項としては「在宅医療・介護連携に係る実態把握や課題の抽出」が 77.4%、「在宅医療・介護間の情報共有」が 74.2%、「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が 67.7%であった。都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組む上での検討事項としては、「在宅医療・介護連携に係る実態把握や課題の抽出」および「在宅医療・介護間の情報共有」が 87.1%、「多職種間の連携やネットワーク構築の推進」が 77.4%であった。

○多数の市町村や都道府県では在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置しており、医療と介護に係る関係団体の参加が多数あることが示された。検討事項としては、「在宅医療・介護連携に係る実態把握や課題の抽出」、「在宅医療・介護間の情報共有」が実施されていることが示された。

○在宅医療・介護連携の実務担当者や中心となる関係者に限定して協議する場を設置している、市町村が約半数存在することから、地域の代表者等の協議体と実務担当者による協議体は異なる可能性が示唆された。

○一方で、議事の設定については、「各団体等からの情報共有・課題抽出」や「協議会の参加者からの提案」多く、「住民相談からの抽出」や「専門職の相談からの抽出」につ

いては、実施している市町村や都道府県が少なかった。

**（2）提言**

○　在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口等に寄せられる「住民相談からの抽出」や「専門職の相談からの抽出」においては、地域課題に繋がる事項が含まれている場合がある。よって、地域における相談内容を分析し、地域の個別課題の検討も含めて実施される等の対応が検討される。

○　地域の代表者等の協議体と実務担当者による協議体は異なる可能性については実態把握をするとともに、その両者の役割等の明確化と実務担当者による協議体による議論の結果を効率的・効果的に地域の対応策に反映する方策の検討が望まれる。

○　市町村における議論の結果を必要に応じて都道府県等と共有することも重要であり、広域での対応が求められる事項において、連携する方策についても引き続き検討が望まれる。

○　医療法の改正や医療計画の改定を踏まえると今後、更に在宅医療・介護連携における市町村の検討が重要となることが想定される。定期的な情報共有及び連携強化の場の中核となるための協議体及び地域ケア会議の実態を踏まえた有効的な在り方等について引き続き検討すべきであり、単なる情報共有の場ではなく、地域課題を踏まえ、関係者間で協議を重ねることが求められる。

## 4．在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直し

（参考資料　掲載なし）

○　令和５年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より下記の提案があった。

・在宅医療・介護連携推進事業の開始から約 10 年が経過することから、これまでの成果等も踏まえ、実施主体である市町村においてより実用的な活用がなされるよう、現状に応じた手引きの改定も求められる。

○　昨年度の御意見を踏まえて、本年度は老人保健健康増進等事業を活用し、手引きの改定を実施した。

## 5．在宅医療・介護に関する事例の幅広い共有

（参考資料 P165～173）

○　令和５年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より下記の提案があった。

・令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業で実施予定の「在宅医療・介護に関するプラットホームの作成」においては、在宅医療・介護連携を展開する関係者自身の知識

の拡充や継続性、更には多様な事例の共有及び収集等を可能とするプラットホームとなるよう検討されたい。

・また、プラットホームの作成により、国から行政及び地域の関係団体等への迅速な情報共有や理解促進等を図ると共に、例えば大学等の教育機関や民間企業、さらには地域住民等へもより一層の周知啓発を可能とする。また、地域の実情の的確な把握や分析を通じた施策の検討及び実施へ寄与することも期待する。

○　昨年度の御意見を踏まえて、本年度はプラットホーム WG を設置の上、在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの作成を実施した。

**（1）本年度の作成を踏まえての提言**

○　医療関係者の介護の知識の取得、介護関係者の医療の知識の取得は、異なる分野における相互理解や共通言語の醸成の一助となることが考えられる。よって、医療と介護の連携においては、自身の専門に寄らず幅広い知識の取得が望まれる。そのため、例えばプラットホームにおける E ラーニング等を活用の推進もその一助となることが期待される。

○　令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業で実施した予定の「在宅医療・介護に関するプラットホームの作成」においては、令和 7 年度当該事業においても在宅医療・介護連携を展開する関係者自身の知識の拡充や継続性、更には多様な事例の共有及び収集等を可能とするプラットホームとなるよう引き続き検討を行い、改善に努められたい。プラットホームにより各地域の実情を踏まえた課題の把握や取組の考え方等が共有され、自地域の施策の検討及び実施に資するものになることを期待したい。

○　また、プラットホームの作成により、国から行政及び地域の関係団体等への迅速な情報共有や理解促進等を図ると共に、例えば大学等の教育機関や民間企業、さらには地域住民等へもより一層の周知啓発が重要である。

○　プラットホームは、在宅医療・介護連携推進事業に係る関係者等をはじめとする医療・介護の連携に係る全ての人材の知識の向上・情報の共有・相互連携・後継者の育成の一助となる事を目的に作成された。地域の実情の的確な把握や分析を通じた施策の検討及び実施へ寄与することも期待する。

○　今後、社会資源が不足することが予測されている中で、地域共生の観点からも、幅広い人材の在宅医療・介護連携に係る基礎知識の取得や、事例の収集、知識の蓄積、関係者のコミュニケーションのツールとして活用し、より多くの多様な人材に働きかける場となることを期待したい。

## ６．小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

（参考資料 P174～P183）

○　令和５年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より下記の提案があった。

・既に効果的・効率的な事業展開等が困難となっている自治体もあると推測されることや、今後、生産年齢人口の急激な減少が生じ、現役世代が流出する地域ではますますこうした問題が深刻になるとされている。限りある資源で増大する介護ニーズを支えていくため、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が重要であり、特に小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等における実態把握や事例収集等を踏まえ、そのような自治体においても効果的・効率的な医療・介護の推進に資する取組がなされるよう、その対応や方策等について検討すべきである。

○　昨年度の御意見を踏まえて、本年度は実態調査を中心に現状把握を実施した。

### （１）令和６年度実態調査より把握された事項

○　市町村において、過疎地域、小規模自治体、中山間地域等における在宅医療・介護連携の課題をとしては、「医療・介護スタッフの不足」、「高齢者人口の増加による在宅ケアの需要増加」、「多職種連携の不足」、「移動・交通手段の制約」、「ICT 活用の遅れ」、「地域住民の健康意識・医療知識の不足」、「医療・介護制度の複雑さ」、「施設や機器の老朽化」、「ケア提供者の負担増大と離職率の上昇」が挙げられた。

○市町村が過疎地域、小規模自治体、中山間地域等における在宅医療で都道府県に支援を期待することは、「人材確保への支援」、「事業のより良い進め方への支援」、「都市部との賃金格差とインフラ整備の支援」が挙げられた。

○過疎地域、中山間地域、小規模の自治体に対して支援を実施している都道府県は 34.0%であった。

○都道府県で管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業において、過疎地域、小規模自治体、中山間地域等で有効な取組を実施していると思われる自治体があると回答した割合は 27.7%であった。ツールの作成や ICT を活用した連携、多職種のワーキンググループの設定を通じた連携強化の方策などが回答された。

○愛知県東栄町へのヒアリング結果では、複数自治体による事業の推進、ICT ツールの活用が示された。

○市町村が都道府県に支援を期待することは、「人材確保への支援」、「事業のより良い進め方への支援」、「都市部との賃金格差とインフラ整備の支援」等があるが、支援を実施する都道府県の割合は、34.0%にとどまった。

○過疎地域、小規模自治体、中山間地域等で有効な取組を実施していると思われる自治体があると回答した割合は 27.7%あり、こうした有効事例の収集は可能と考えられる。

### （2）提言

○既に効果的・効率的な事業展開等が困難となっている自治体もあると推測されることや、今後、生産年齢人口の急激な減少が生じ、現役世代が流出する地域ではますますこうした問題が深刻になるとされている。よって、限りある資源を更に効率的・効果的に活用することが求められる。

○令和 7 年度在宅医療・介護連携推進支援事業において設置される「へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討部会」においては、限りある資源で増大する介護ニーズを支えていくため、介護サービスの提供体制の最適化を図っていくという視点が検討を行うことが重要である。

○特に小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等における実態把握や先進事例の収集等を行い踏まえ、そのような自治体においても効果的・効率的な医療・介護の推進に資する取組がなされるよう、その対応や方策等について検討し、プラットホーム等を活用して周知すること等も求められる。その他にも、自治体の背景を踏まえた、効率的・効果的在宅医療・介護連携の在り方等の例示や、自治体間交流の推進等が検討される。

## 7．コーディネーターの育成

（参考資料 P184～P195）

○　令和５年度在宅医療・介護連携推進支援事業の検討委員会より下記の提案があった。

・令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業で実施予定の「事業コーディネーターの育成」については、検討委員会において効果的かつ体系的な研修の在り方等について議論するとともに、コーディネーター及び在宅医療・介護連携推進事業の関係者に対する研修を実施すべきである。

・令和５年度は基本指針の改正や令和６年度診療報酬改定及び介護報酬改定も実施されたところであり、これらも踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の事業コーディネーターの育成や都道府県や市町村の理解の推進についても検討すべきである。

○　昨年度の御意見を踏まえて、研修の効果的在り方等を WG で検討するとともに、研修会議の回数や段階の充実を図ったところ。

### （1）令和６年度実態調査より把握された事項

○　「コーディネーター」がいると回答した市町村は、59.0%であり、74.1%が地域支援事業交付金で配置をしていた。職種としては、看護師が 53.8%、介護支援専門員が 40.5%、保健師が 32.5%、社会福祉士が 29.7%であった。配置場所としては、医師会が

36.9%、地域包括支援センターが 27.2%、自治体内の部署が 14.5%であった。活動圏域としては、市町村単位が 66.5%、郡市区医師会単位が 29.8%であった。業務としては、過去医療・介護に係る専門職等への相談支援の他には、「多職種連携やネットワーク構築の推進」が 87.4%、「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」が 85.9%、「在宅医療・介護連携に係る実態把握や課題の抽出」が 82.0%、「自治体職員との連携」が 75.6%であった。

○　「コーディネーター」がいると回答した都道府県は、21.3%であり、70.7%が地域医療介護総合確保基金（医療分）で配置をしていた。職種としては、看護師が 40.0%、保健師が 30.0%、介護支援専門員・社会福祉士・医療ソーシャルワーカーが 20.0%であった。配置場所としては、都道府県医師会が 70.0%、診療所・都道府県・保健所 10.0%であった。活動圏域としては、都道府県単位が 90.0%、保健所単位が 10.0%であった。業務としては、過去医療・介護に係る専門職等への相談支援の他には、「在宅医療・介護連携に係る実態把握や課題の抽出」が 100%、「多職種連携やネットワーク構築の推進」が 87.4%、「課題解決に係る事業の企画立案や運営支援」・「在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援」・「医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携」が 90.0%であった。

○コーディネーターとして活動する上での課題としては、市町村で活動するコーディネーターでは、「コーディネーターの役割が認識されていない」が 35.1%、「コーディネーター同士の情報共有や連携が不十分である」が 33.3%、「知識やノウハウ等の育成に係るプログラムがない」が 32.4%であったが、都道府県で活動するコーディネーターでは、「知識やノウハウ等の育成に係るプログラムがない」が 38.1%、「自治体や事業所等の利用している ICT ツールが異なり、連携が難しい」が 28.6%、「医療と介護の知識の両方の取得が難しい」が 23.8%であった。

○コーディネーターは、医療や介護の専門職が多く、地域において自治体担当者や専門職等の連携支援に携わることが多いことが示された。

○知識やノウハウ等の育成に係るプログラムの提供の必要性や、コーディネーターの周知、医療と介護の知識の両方の取得の研修などの必要性が示唆された。

### （2）提言

○令和 7 年度在宅医療・介護連携推進支援事業で実施予定の「事業コーディネーターの育成」については、検討委員会及びワーキンググループにおいて効果的かつ体系的な研修の在り方等について議論を重ねるとともに、本事業の推進がコーディネーターの活動に支えられていることを踏まえ、コーディネーター及び在宅医療・介護連携推進事業の関係者に対する研修を継続して実施することが重要である。なお、その際、コーディネー

ターが地域で果たしている機能や役割が異なっていることを考慮した研修とすることが求められる。

○厚生労働省より示された「在宅医療・介護連携の推進に係るコーディネーターの活用ハンドブック―市町村、都道府県、コーディネーターに向けてー」（令和 7 年（2025 年）3 月　厚生労働省　老健局老人保健課）を適切に周知するとともに、在宅医療・介護連携推進事業の事業コーディネーターの育成や都道府県や市町村の理解の推進について、令和 7 年度においても引き続き検討すべきである。

## Ⅲ．在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進にむけて

（参考資料 P196～P201）

○　令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業においては、継続的な事業評価等を行う観点から、本年度の実施事項を基盤とするとともに、実態調査結果やアンケート等も踏まえ、更なる充実・拡充を図る必要がある。

○　また、国においても令和 7 年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る在宅医療・介護連携推進事業に係る僻地、中山間地域、小規模自治体における在宅医療・介護連携に係る事例収集や検討会の実施、在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームの拡充、都道府県・市町村担当者や事業コーディネーターの研修の医療・介護連携に係る近年の方策の拡充及び厚生労働科学研究費補助金における僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討の実施が示されたことも踏まえ、在宅医療・介護連携推進支援事業の更なる推進にむけた検討が必要である。

○「Ⅱ．令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討」を踏まえた具体的な検討事項等と課題及び方向性を以下に示す。

### １．検討を要する事項

#### （１）近年の医療法や医療計画の改定を踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の在り方

○　第８次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」において、在宅医療・介護連携推進事業が実施する取組との連携について記載された。また、基本指針においては、医療法におけるかかりつけ医機能報告等を踏まえた協議の結果も考慮しつつ、在宅医療・介護連携の推進を図ることが重要である旨が記載された。

○　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業は、連携が有効な事項等において引き続き検討することが必要である。また、プラットホームや研修会を活用しつつ周知していくとともに、実態調査等を用いて実態把握等に努めることも必要である。

○　かかりつけ医機能報告制度については、次年度以降はかかりつけ医機能報告制度施行後となることから、引き続き実態調査等を用いて実態把握等に努めることが重要である。自治体の準備や実施が推進されるよう、プラットホームや研修会を活用しつつ必要な情報提供の実施等を検討されたい。

○　新たな地域医療構想に関するとりまとめ　令和６年 12 月 18 日　新たな地域医療構想等に関する検討会においては、「４．医療提供体制の現状と目指すべき方向性」の（７）構想区域のあり方において、「在宅医療については、第８次医療計画における在宅医療の圏域の設定に当たっては、市町村単位や保健所圏域等、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こととされているほか、介護保険事業計画を作成する市町村において在宅医療・介護連携推進事業が実施されるなど、二次医療圏より狭い区域において取組が行われている。」とする記載や、「５．新たな地域医療構想」の（６）国・都道府県・市町村の役割の③ 市町村 において「 新たな地域医療構想においては、新たに在宅医療、介護との連携等が対象に追加される中で、在宅医療・介護連携推進事業を実施するとともに、介護保険事業を運営している市町村の役割が重要となる。」とする記載がなされた。

○　上記等を踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業は、介護保険法のみならず医療法の観点等からも様々な施策に横断的に関連する事業であることが更に明確となった。これらを踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の今後の在り方について引き続き検討されたい。

○在宅医療・介護連携推進事業においては、医療と介護の関係機関や、医療及び介護に係る多職種等の多機関・多職種との連携・協働にて、自治体全体で地域の実情に応じた事業を進めることが重要であり、地域の取組の参考となる情報提供をする等の支援の実施が今後も重要である。

○また、高齢者施設と医療機関の連携の強化等については、取組が不足している現状も踏まえて、在宅医療・介護連携推進事業の効果的・効率的な活用等を含めて引き続き検討することが望ましい。

○　今後の社会保障審議会（介護保険部会）や直近における議論の進捗、課題の整理状況等も踏まえ、次期介護保険法改正や、医療計画の中間見直し、第 10 期介護保険事業（支援）計画等を見据えた、在宅医療・介護連携推進（支援）事業の総合的な在り方について、更なる検討及び整理を行うべきである。

**（２）多職種連携の更なる推進**

○　複雑多様化する医療・介護ニーズの高まりに対応するために、市町村が都道府県・保健所及び地域の関係団体等とこれまで以上に幅広く連携することが重要である。さらに、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の連携が重要であり、このような多機関・多職種との連携・協働にて、自治体ぐるみで各自治体の実情に応じた事業を進めることが重要である。

○　多職種が在宅医療・介護連携推進事業により参画しやすくするための取組についても検討するとともに、地域における多職種連携の好事例の収集と周知、転倒や骨折の予防、歯科と連携した誤嚥性肺炎の予防、薬剤師等の在宅医療・介護連携における多職種の関与

における調査、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の機能等の調査、看護小規模多機能型居宅介護事業所における広域利用の更なる周知等、今年度の提言を踏まえた対応の実施を必要に応じて検討されたい。

**（3）在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方**

○　各地域が地域における相談内容を分析し、地域の個別課題の検討も含めて実施されるために、実施手法等の周知等の対応が検討される。

○　地域の代表者等の協議体と実務担当者による協議体の実態は実態調査等を用いて把握をするとともに、その両者の役割等の明確化と実務担当者による協議体による議論の結果を効率的・効果的に地域の対応策に反映する方策の検討が望まれる。

○　市町村における議論の結果を必要に応じて都道府県等と共有することについて、広域での対応が求められる事項や、それについて効果的・効率的に連携する方策についても引き続き実態把握や検討等が望まれる。

○　医療法の改正や医療計画の改定を踏まえると今後、更に在宅医療・介護連携における市町村の検討が重要となることが想定される。定期的な情報共有及び連携強化の場の中核となるための協議体及び地域ケア会議の実態を踏まえた有効的な在り方等について引き続き検討すべきであり、令和７年度の在宅医療・介護連携支援事業においても、必要に応じた調査・検討等の対応が求められる。

**（4）在宅医療・介護に関する事例の幅広い共有**

○　多職種連携を含む事項で多様な事例の提供は、自治体の対応策の検討の一助となることが考えられる。令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業で実施した予定の「在宅医療・介護に関するプラットホームの作成」においては、令和 7 年度当該事業においても在宅医療・介護連携を展開する関係者自身の知識の拡充や継続性を可能とするプラットホームとなるよう引き続き検討を行うとともに、多様な事例の収集・公開が求められる。

○また、プラットホームのより一層の周知啓発を実施することも重要である。

○限りある資源の有効活用のため、在宅医療・介護連携の一助として、医療と介護の連携における各専門職の専門性を超えて幅広い知識の取得に資する E ラーニング等作成・提供を実施されたい。

○　今後、社会資源が不足することが予測されている中で、地域共生の観点からも、幅広い人材の在宅医療・介護連携に係る基礎知識の取得や、事例の収集、知識の蓄積、関係者のコミュニケーションのツールとして活用し、より多くの多様な人材に働きかける場となることを期待したい。

### （5）小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

○今後、現在の小規模自治体、過疎地域及び中山間地域抱える問題が、より多くの自治体で拡大する可能性があることから、有効的な方策の検討やプラットホームを活用した多様な事例の提示が必要である。効果的・効率的な医療・介護の推進に資する取組については、その対応や方策等について検討し、プラットホーム等を活用して周知すること等が求められる。また、自治体の背景を踏まえた、効率的・効果的在宅医療・介護連携の在り方等の例示や、自治体間交流の推進等も検討されたい。

○令和 7 年度在宅医療・介護連携推進支援事業において設置される「へき地、中山間地域、小規模自治体に係る検討部会」においては、現状や事例を踏まえて検討される必要がある。その際には、厚生労働科学研究費補助金で令和 7 年度より実施される「僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討」等の検討結果等も踏まえつつ推進することが重要である。

### （6）コーディネーターの育成

○令和 7 年度在宅医療・介護連携推進支援事業で実施予定の「事業コーディネーターの育成」については、検討委員会において効果的かつ体系的な研修の在り方等について議論を踏まえ実施することが重要である。なお、その際、コーディネーターが地域で果たしている機能や役割が異なっていることを考慮した研修とすることが求められる。

○かかりつけ医機能報告や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等の近年の医療・介護連携に係る近年の方策等のコーディネーターへの周知啓発は重要である。現状把握等を実施し、必要に応じた連携が可能となるようコーディネーターの知識の向上に資する研修の実施も重要である。

## 2．在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

○　令和６年度実態調査結果及び提言を踏まえ、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携状況、かかりつけ医機能報告制度の状況、高齢者施設等と医療機関連携の状況、コーディネーター実態や育成状況、協議体及び地域ケア会議の状況、過疎地域・小規模自治体・中山間地における実態、都道府県による市町村支援の実態、多職種連携の状況等については引き続き調査・検討を要する。なお、在宅医療・介護連携の状況においては、在宅医療・介護連携推進事業の以外の実施事項であっても地域の実施内容等の把握や有効な施策等の収集を実施することが望まれる。

○　令和７年度在宅医療・介護連携推進事業においても、各自治体の在宅医療・介護連携

推進事業における実態把握及びモニタリングに資する調査とするとともに、引き続き検討を要する事項についても検討し、令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る基礎データに資する実態調査とすべきである。

## ３．在宅医療・介護連携推進事業に係る研修

○令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業において、引き続き講義的事項を中心とした研修会議Ⅰでの政策の理解及び実践的連携スキル習得を中心とした研修会議Ⅱ、更により高度な協働事項を中心とした研修会議Ⅲを行った。研修に対する現場のニーズは高く、今後も、引き続き、課題に即した研修を行うことが求められる。

○ そのためにも、在宅医療・介護連携推進事業における効果的・効率的な研修の在り方について検討委員会等で議論するとともに、議論の結果を基に、令和７年度の研修実施において更なる拡充を行うことが必要である。

## ４．都道府県等における市町村支援

○　実施主体である市町村が在宅医療・介護連携推進事業をより効果的に実施することができるよう、その実情に応じた市町村への支援が重要であることから、管轄の都道府県及び保健所、医師会等関係機関・医師等専門職等と緊密に連携しながら実施することが適当である。特に、都道府県及び保健所においては、より一層の積極的な関与がなされるよう検討すべきである。今年度に引き続き国（厚生（支）局も含む）においては、支援への丁寧な対応をすることが望ましい。

○　令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業と同様に、令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業においても、事業運営の課題を抱える他の自治体の参考に資する取組となるよう、支援方法の更なる検討や支援事例の分析を通じた課題への介入手法を共有することが必要である。

○　また、地域の大学等の研究機関との連携・協働についても、検討すべきである。

## ５．在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームの作成

○　令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業において、有用な情報の集約に加え、在宅医療介護連携推進事業の担当者間での情報交換の場とすることで、切れ目のない在宅医療・介護連携推進の実現を目指すことを目的に、在宅医療・介護に関するプラットホームの作成を行った。プラットホームは、「厚生労働省」「都道府県・市町村」「団体

職員・コーディネーター」「国民」と4段階の閲覧権限と更新権限を付与するものである。実装に向け、モデル自治体によるプラットホームのテスト運用の結果は、デザイン、情報交換 Q&A、各自治体の取組情報一覧について、概ね満足度が高いという結果を得る一方、改善点や要望等も挙げられている。

○　令和7年度在宅医療・介護連携推進支援事業においては、テスト運用を踏まえた改修を行い、ユーザビリティを高め、より役立つプラットホームとなることを期待したい。

## Ⅳ. 終わりに

○　平成 26 年度介護保険法改正から約 10 年が経過し、この間、介護保険行政を取り巻く社会環境が大きく変化するとともに、医療・介護関連制度の見直しや新たな事業の創設等により、在宅医療・介護連携推進事業に求められる事項も変化し、業務は拡大してきた。

○　また、近年の医療法の改正や医療計画の改定においても、医療と介護の連携を踏まえて実施されるものが多く、医療・介護の連携は今後の更なる推進が求められており、在宅医療・介護連携推進事業や、事業に係るコーディネーターが果たす役割にも期待が寄せられている。

○　新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和 6 年 12 月 18 日 新たな地域医療構想等に関する検討会）においても、在宅医療・介護連携推進事業に係る記載もあることから、医療・介護の連携は今後の更なる推進は引き続き重要と考えられる。

○　そのため、本年度は、昨年度に引き続き今後の在宅医療・介護連携推進（支援）事業の更なる推進を前提とし、その充実・拡充に向けた方策について検討を行うとともに、昨年度引き続き検討が必要とした事項について整理を行い、提言を行った。なお、複数の事項について、議論が十分に尽くせていない部分もある。このため、国、都道府県、市町村等の人材育成に関する取組状況等をみながら、今後も継続的に検討していく必要がある。

○　今後、より地域の実情に応じた真に実効ある在宅医療・介護連携推進事業が整備され、質の高い取組や支援の活性化が求められる。

○　国においては、本報告書の内容を踏まえ、今後より一層の事業の充実等に取り組むとともに、市町村や関係団体等に積極的に発信し、都道府県に対しても市町村支援に対する一層の充実を促していくべきである。

○　さらに、現状の社会ニーズ等も踏まえ、自治体や地域の関係機関、専門職等の声を十分に聞いた上で、これまでの取組等も十分に尊重しながら、在宅医療・介護連携推進（支援）事業が取り組むべき事業の在り方や、更なる仕組みの構築について、関係法令の改正や予算の拡充等も含めて総合的に検討し、取り組まれることを期待する。

# 第Ⅷ章　参考資料

# 令和６年度　在宅医療・介護連携推進事業　　都道府県調査票

御回答方法
- ○ 本調査は、管轄市町村の在宅医療・介護連携推進事業の支援を行っている都道府県担当者が御回答ください。**また、必要に応じて関連部署（医療部局）、保健所、関連団体等とも御相談ください。**
- ○ 回答欄は青いセルです。原則１問につき回答はひとつですが、複数を選んでいただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。
- ○ 「記述」については必須回答、「自由記載」については任意回答です。概ね200字程度が見える大きさですが、それ以上入力していただいた場合もデータ上で確認できます。
- ○ 記述及び自由記載部分につきまして、関連するURL等があれば併せて記載ください。
- ○ 調査時点は、令和6年8月1日とします。

## Ⅰ．基本情報

F1　貴都道府県の「都道府県コード」（２桁）を記入してください。

未回答設問あり

| F1 |
|---|
| |

半角数字2桁(全角数字は不可)

| 都道府県名 |
|---|
| |

←都道府県名が正しいか御確認ください

## Ⅱ．貴都道府県の体制について

問1　貴都道府県では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。

未回答設問あり

| | 問1 |
|---|---|
| 1. 設置している | |
| 2. 設置していない | |

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

⇒

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

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

⇒

あてはまる場合「１」を選択

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

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

あてはまる場合「１」を選択

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

| | 問1-4 |
|---|---|
| 1. 都道府県医師会 | |
| 2. 都市区医師会 | |
| 3. 都道府県歯科医師会 | |
| 4. 都道府県薬剤師会 | |
| 5. 都道府県看護協会 | |
| 6. 都道府県訪問看護（ステーション）連絡協議会 | |
| 7. 都道府県介護支援専門員協会 | |
| 8. 都道府県栄養士会 | |
| 9. 都道府県リハビリテーション協議会 | |
| 10. 都道府県理学療法士協会 | |
| 11. 都道府県作業療法士協会 | |
| 12. 都道府県言語聴覚士協会 | |
| 13. 都道府県歯科衛生士会 | |
| 14. 都道府県社会福祉士会 | |
| 15. 都道府県社会福祉協議会 | |
| 16. 都道府県介護福祉士会 | |
| 17. 都道府県医療ソーシャルワーカー協会 | |
| 18. 都道府県老人保健施設協会 | |
| 19. 都道府県老人福祉施設協議会 | |
| 20. 都道府県介護医療院協会 | |
| 21. 都道府県介護付きホーム協会・高齢者住宅協会 | |
| 22. 都道府県認知症グループホーム協会 | |
| 23. 都道府県訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会 | |
| 24. 都道府県通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会 | |
| 25. 地域包括支援センター | |
| 26. 管轄の市町村 | |
| 27. 保健所（都道府県） | |
| 28. 保健所（市・特別区設置） | |
| 29. 消防署（救急） | |
| 30. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | |
| 31. 大学等の教育機関 | |
| 32. 民間企業 | |
| 33. その他（記述） | |

⇒

あてはまる場合「１」を選択

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

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

あてはまる場合「１」を選択

1-6. 引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会ではどのようなことを検討していますか。下記それぞれで選択してください。（複数回答）

| | 問1-6-1.<br>都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項 | 問1-6-2.<br>都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組む上での検討事項 |
|---|---|---|
| 1. 医療・介護の資源確保や活用 | | |
| 2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | | |
| 3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討 | | |
| 4. 在宅医療・介護間の情報共有 | | |
| 5. 多職種間の連携やネットワーク体制構築 | | |
| 6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携 | | |
| 7. 都道府県と市町村との連携 | | |
| 8. 市町村間の連携 | | |
| 9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | | |
| 10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | | |
| 11. 地域住民への周知啓発 | | |
| 12. 地域医療構想との整合性 | | |
| 13. 医療計画との整合性 | | |
| 14. その他（記述） | | |
| ⇒問1-6-1の「その他」 | | |
| 問1-6-2の「その他」 | | |

あてはまる場合「１」を選択

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

⇒

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

⇒

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

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

未回答設問あり

| | 問2 |
|---|---|
| 1. 実施している | |
| 2. 実施していない | |

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

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

あてはまる場合「１」を選択

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

未回答設問あり

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

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

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

未回答設問あり

| | 問4 |
|---|---|
| 1. 取り組んでいる | |
| 2. 取り組んでいない | |

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

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

あてはまる場合「１」を選択

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

⇒

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

未回答
設問あり

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

あてはまる場合
「１」を選択

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

未回答
設問あり

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

あてはまる場合
「１」を選択

## Ⅲ. 市町村への支援状況、市町村の取組状況について

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

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

| | 問8 |
|---|---|
| 1. ある | |
| 2. ない | |

未回答
設問あり

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

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

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

| | 問9 |
|---|---|
| 1. している | |
| 2. していない | |

未回答
設問あり

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

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

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

| | 問10 |
|---|---|
| 1. ある | |
| 2. ない | |

未回答
設問あり

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

| | 問10-1-1.<br>市町村名（自由記載） | 問10-1-2.<br>取り組みテーマ<br>1.日常の療養支援　2.入退院支援<br>3.急変時の対応　4.看取り<br>5.認知症に係る対応　6.感染症に係る対応<br>7.災害に係る対応　8.その他 | 問10-1-3.<br>内容（自由記載）<br>（※医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等における取組） |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |

## Ⅳ. コーディネーターについて

問11　貴都道府県において、都道府県単位で在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（定義は参照）と呼ばれる人はいますか。　⇒コーディネーターの定義についてはこちら

未回答設問あり

| | 問11 |
|---|---|
| 1. いる | |
| 2. いない | |
| 3. わからない | |

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

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

11-2.　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている都道府県単位のコーディネーターの予算確保について教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

11-3.　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

| | 問11-3 |
|---|---|
| 1. 医師 | |
| 2. 歯科医師 | |
| 3. 保健師 | |
| 4. 看護師 | |
| 5. 歯科衛生士 | |
| 6. 介護支援専門員 | |
| 7. 管理栄養士 | |
| 8. 栄養士（管理栄養士を除く） | |
| 9. 理学療法士 | |
| 10. 作業療法士 | |
| 11. 言語聴覚士 | |
| 12. 社会福祉士 | |
| 13. 介護福祉士 | |
| 14. 精神保健福祉士 | |
| 15. 医療ソーシャルワーカー | |
| 16. 自治体担当者（行政職） | |
| 17. 自治体担当者（専門職） | |
| 18. その他（記述） | |
| ⇒ | |
| 19. 把握していない | |

あてはまる場合「１」を選択

11-4.　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

11-5.　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの活動圏域を教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

11-6.　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

| | 問11-6 |
|---|---|
| 1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援 | |
| 2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | |
| 3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援 | |
| 4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援 | |
| 5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進 | |
| 6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携 | |
| 7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 9. 地域住民への普及啓発 | |
| 10. 医療・介護に係る専門職等(地域の関係団体等含む)への相談支援 | |
| 11. 地域住民への相談支援 | |
| 12. 他都道府県のコーディネーターとの連携 | |
| 13. 管轄市町村のコーディネーターとの連携 | |
| 14. 自治体職員との連携 | |
| 15. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加 | |
| 16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加 | |
| 17. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営 | |
| 18. 地域医療構想調整会議への参加 | |
| 19. 医療計画に係る会議等への参加 | |
| 20. その他（記述） | |
| ⇒ | |
| 21. 把握していない | |

あてはまる場合「１」を選択

11-7.　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターを統括する基幹的コーディネーター（別紙参照）はいますか。

| | 問11-7 |
|---|---|
| 1. いる | |
| 2. いない | |
| 3. わからない | |

⇒基幹的コーディネーターのについてはこちら

11-8. 問11-7で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている基幹的コーディネーターの人数を教えてください。（記述）（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）

| | 問11－8 |
|---|---|
| 1. 常勤（週５・フルタイム勤務）・専従 | |
| 2. 常勤・兼務 | |
| 3. 非常勤 | |
| 4. 不明 | |

11-9. 引き続き問11-7で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位の基幹的コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

| | 問11－9 |
|---|---|
| 1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援 | |
| 2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | |
| 3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援 | |
| 4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援 | |
| 5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進 | |
| 6. 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 7. 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 8. 地域住民への普及啓発 | |
| 9. 地域住民への相談支援 | |
| 10. 他都道府県のコーディネーターとの連携 | |
| 11. 管轄市町村のコーディネーターとの連携 | |
| 12. 自治体職員との連携 | |
| 13. 現場的コーディネーターの育成 | |
| 14. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加 | |
| 15. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加 | |
| 16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営 | |
| 17. 地域医療構想調整会議への参加 | |
| 18. 医療計画に係る会議等への参加 | |
| 19. その他（記述） | |
| ⇒ | |
| 20. 把握していない | |

あてはまる場合「１」を選択

11-10. 問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの配置により効果があった取組があれば具体的に教えてください。
また、管轄市町村との効果的な連携もあれば合わせて教えてください。（自由記載）（※コーディネーターに係る資料等のURL等があれば記載ください。）

| |
|---|
| ⇒ |

問12 都道府県単位のコーディネーターの育成を行っていますか。

未回答
設問あり

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

問13 都道府県単位のコーディネーターの配置や取り組みにおいて課題があれば教えてください。（複数回答）

未回答
設問あり

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

あてはまる場合「１」を選択

問14 貴都道府県では管轄市町村において在宅医療・介護連携に係るコーディネーターの育成支援を行っていますか。

未回答
設問あり

| | 問14 |
|---|---|
| 1. 実施している | |
| 2. 実施したいと考えている | |
| 3. 実施していない | |

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

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

あてはまる場合「１」を選択

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

問15　「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療の圏域」について伺います。
参考：「在宅医療の体制構築に係る指針」（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和５年３月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf
貴都道府県における「在宅医療の圏域」の設定単位を教えてください。

未回答設問あり

| | 問15 |
|---|---|
| 1. 二次医療圏単位 | |
| 2. 市町村単位 | |
| 3. 保健所単位 | |
| 4. その他（記述） | |
| ⇒ | |

問16　貴都道府県における「在宅医療の圏域」数を教えてください。（記述）

未回答設問あり

| | 問16 |
|---|---|
| 在宅医療の圏域数 | |

問17　「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の設定について伺います。
参考：「在宅医療の体制構築に係る指針」（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和５年３月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf
貴都道府県における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」数を教えてください。（記述）

未回答設問あり

| | 問17 |
|---|---|
| 在宅医療に必要な連携を担う拠点数 | |

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

未回答設問あり

| | 問18 |
|---|---|
| 1. 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の定期的な開催による連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等の実施 | |
| 2. 地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整の実施 | |
| 3. 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有 | |
| 4. 関係機関の連携による急変時の対応や 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進 | |
| 5. 在宅医療に関する地域住民への普及啓発 | |
| 6. その他（記述） | |
| ⇒ | |

あてはまる場合「１」を選択

問19　「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業との連携について伺います。
貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況について教えてください。
参考：「在宅医療の体制構築に係る指針」（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和５年３月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf

未回答設問あり

| | 問19 |
|---|---|
| 1. 全て連携している | |
| 2. 一部について連携している | |
| 3. 連携していない | |
| 4. 状況を把握していない | |

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

| | |
|---|---|
| ⇒ | |

19-2.　問19で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。
在宅医療・介護連携推進事業では、「在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）」を通じて在宅医療・介護連携の取り組みの支援を行うこととしています。
「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。
参考：「在宅医療・介護連携推進支援事業の手引き ver.3（ P53）」
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf

| | 問19-2 |
|---|---|
| 1. 同一の主体である | |
| 2. 同一の主体ではないが連携している | |

19-2-1.　19-2.で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。

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

19-2-2.　19-2.で「2.同一の運営主体ではないが連携している」を選択した方に伺います。それぞれの運営主体について教えてください。
-1.　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体

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

-2　在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体

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

19-3. 引き続き問19で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。連携の具体的な内容について教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「1」を選択

問20 「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の設定について伺います。

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

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

貴都道府県内の「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」数と種類を教えてください。（記述）

未回答設問あり

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

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

未回答設問あり

| | 問21 |
|---|---|
| 1. 全ての「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」において、在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項を評価した。 | |
| 2. 一部の「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」において、在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項を評価した。 | |
| 3. 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項を評価していない。 | |

## Ⅵ. かかりつけ医機能報告制度について

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

未回答設問あり

| | 問22 |
|---|---|
| 1. 始めている | |
| 2. 始めていない | |

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

| |
|---|
| ⇒ |

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

未回答設問あり

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

あてはまる場合「1」を選択

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

| |
|---|
| ⇒ |

## Ⅶ. ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する研修について

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

未回答設問あり

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

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

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

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

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

あてはまる場合「1」を選択

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

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

あてはまる場合「1」を選択

**未回答・エラーのある設問があります。再度ご確認下さい。**

# 令和６年度　在宅医療・介護連携推進事業　　市町村調査票

御回答方法
- ○ 本調査は、市町村の在宅医療・介護連携推進事業を行っている市町村担当者が御回答ください。
- ○ 回答欄は青いセルです。原則１問につき回答はひとつですが、複数を選んでいただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。
- ○ 「記述」については必須回答、「自由記載」については任意回答です。概ね200字程度が見える大きさですが、それ以上入力していただいた場合もデータ上で確認できます。
- ○ 記述及び自由記載部分につきまして、関連するURL等があれば併せて記載ください。
- ○ 調査時点は、令和6年8月1日とします。

## Ⅰ. 基本情報

F1　貴市町村の「市町村コード」（５桁）を記入してください。

未回答設問あり

| F1 |
|---|
| |

半角数字5桁（全角数字は不可）

※市町村コードを入れると自動で入力されます

| | | |
|---|---|---|
| 都道府県名 | | ←都道府県名が正しいか御確認ください |
| 市町村名 | | ←市町村名が正しいか御確認ください |

## Ⅱ. 貴市町村の体制について

問1　貴市町村では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。

未回答設問あり

| | 問1 |
|---|---|
| 1. 設置している | |
| 2. 設置していない | |

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

⇒

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

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

あてはまる場合「１」を選択

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

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

あてはまる場合「１」を選択

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

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

あてはまる場合「１」を選択

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

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

あてはまる場合「１」を選択

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

| | 問1-6 |
|---|---|
| 1. 医療・介護の資源確保や活用 | |
| 2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | |
| 3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討 | |
| 4. 在宅医療・介護間の情報共有 | |
| 5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進 | |
| 6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携 | |
| 7. 都道府県と市町村との連携 | |
| 8. 市町村間の連携 | |
| 9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 11. 地域住民への周知啓発 | |
| 12. 地域医療構想との整合性 | |
| 13. 医療計画との整合性 | |
| 14. その他（記述） | |
| ⇒ | |

あてはまる場合「１」を選択

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

| | |
|---|---|
| ⇒ | |

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

| | |
|---|---|
| ⇒ | |

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

未回答設問あり

| | 問2 |
|---|---|
| 1. 設置している | |
| 2. 設置していない | |

2-1. 問２で「1.設置している」と回答した方に伺います。具体的な内容（名称、回数、協議内容）について下記にご記入ください。（自由記載）

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

2-2. 引き続き問２で「1.設置している」と回答した方に伺います。上記会議に参加している団体等を教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

## Ⅲ. 貴市町村の取り組みについて

問3　「４つの場面」において、在宅医療・介護連携の推進によってあるべき在宅医療・介護提供体制の姿※を設定していますか。（※４つの場面：「日常の療養支援」、「入退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」）
※地域支援事業の実施について（老発第０６０９００１号　平成１８年６月９日　最終改正 老 発 0 805 第 3 号　令和６年 8 月 5 日）
別紙　地域支援事業実施要綱　別記３ 包括的支援事業（社会保障充実分）１ 在宅医療・介護連携推進事業（法第 115 条の 45 第２項第４号）参照
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001284389.pdf

未回答設問あり

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

3-1.　問3で「1.４つの場面全てで設定している」と回答した方に伺います。あるべき在宅医療・介護提供体制の姿の共有の状況を教えてください。

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

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

未回答設問あり

| | 問4 |
|---|---|
| 1. 日常の療養支援 | |
| 2. 入退院支援 | |
| 3. 急変時の対応 | |
| 4. 看取り | |
| 5. 認知症に係る対応 | |
| 6. 感染時に係る対応 | |
| 7. 災害に係る対応 | |
| 8. 取組んでいるものはない | |

あてはまる場合「１」を選択

問5　「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいるかを教えてください。
※医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による一体的なリハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理（以下、「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」）

未回答設問あり

| | 問5 |
|---|---|
| 1. 取り組んでいる | |
| 2. 取り組んでいない | |

5-1.　問5で「１．取り組んでいる」と回答した方に伺います。「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる場合の実施内容を教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

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

⇒

問6　リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組に関わらず、市町村が次の対応を行っていない、把握してない場合は、「19.その他」に1を選択し、「取組なし」等と記入してください。
「誤嚥性肺炎のリスクマネジメントおよび対応」、「摂食嚥下障害や食支援のマネジメントおよび対応」及び「褥瘡マネジメントおよび対応」に関し、連携している職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

未回答設問あり

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

あてはまる場合「１」を選択

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

未回答設問あり

| | 問7 |
|---|---|
| 1. 取り組んでいる | |
| 2. 取り組んでいない | |

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

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

あてはまる場合「１」を選択

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

| | 問7-2 |
|---|---|
| 1. 設けている | |
| 2. 設けていない | |

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

未回答設問あり

| | 問8 |
|---|---|
| 1. 実施している | |
| 2. 実施していない | |

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

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

あてはまる場合「１」を選択

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

未回答設問あり

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

問10　貴市町村の管内は、過疎地域、小規模自治体、中山間地域等に該当しますか。（複数回答）
※　過疎地域とは、「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法 第二条第二項」示す定義でご回答ください。
小規模市町村とは、当該調査では人口1万人未満の市町村としてご回答ください。
中山間地域等とは、食料・農業・農村基本法第四十七条における、「山間地及びその周辺の地域その他の地勢等の地理的条件が悪く、農業の生産条件が不利な地域」としてご回答ください。
https://www.maff.go.jp/j/nousin/tyusan/siharai_seido/s_about/cyusan/　（左記のHPには食料・農業・農村基本法第35条とありますが、改定により47条となっております。）

未回答設問あり

| | 問10 |
|---|---|
| 1. 過疎地域に該当 | |
| 2. 中山間地域に該当 | |
| 3. 小規模自治体に該当 | |
| 4. 該当しない | |

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

| |
|---|
| ⇒ |

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

| |
|---|
| ⇒ |

問11　貴市町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題等を教えてください。
11-1.　課題だと感じている事項を選択してください。また、その中で課題解消に係る優先順位が最も高いと考える事項を選択してください。
11-2.　国・都道府県に支援を期待する事項を選択してください。

未回答設問あり

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

**K列は少なくとも1つ選んでください。**

あてはまる場合「１」を選択

## Ⅳ. コーディネーターについて

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

未回答設問あり

| | 問12 |
|---|---|
| 1. 実施している | |
| 2. 実施していない | |
| 3. わからない | |

問13　貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」と呼ばれる人はいますか。

未回答設問あり

| | 問13 |
|---|---|
| 1. いる | |
| 2. いない | |
| 3. わからない | |

⇒コーディネーターの定義についてはこちら

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

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

13-2.　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されているコーディネーターの予算確保について教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

13-3.　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの職種または保有資格を教えてください。（複数回答）

| | 問13-3 |
|---|---|
| 1. 医師 | |
| 2. 歯科医師 | |
| 3. 薬剤師 | |
| 4. 保健師 | |
| 5. 看護師 | |
| 6. 歯科衛生士 | |
| 7. 介護支援専門員 | |
| 8. 管理栄養士 | |
| 9. 栄養士（管理栄養士を除く） | |
| 10. 理学療法士 | |
| 11. 作業療法士 | |
| 12. 言語聴覚士 | |
| 13. 社会福祉士 | |
| 14. 介護福祉士 | |
| 15. 精神保健福祉士 | |
| 16. 医療ソーシャルワーカー | |
| 17. 自治体担当者（行政職） | |
| 18. 自治体担当者（専門職） | |
| 19. その他（記述） | |
| ⇒ | |
| 20. 把握していない | |

あてはまる場合「１」を選択

13-4.　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）

| | 問13-4 |
|---|---|
| 1. 病院(大学病院) | |
| 2. 病院(大学病院以外) | |
| 3. 診療所 | |
| 4. 薬局 | |
| 5. 訪問看護事業所 | |
| 6. 医師会 | |
| 7. 歯科医師会 | |
| 8. 薬剤師会 | |
| 9. 看護協会 | |
| 10. 栄養士会 | |
| 11. 栄養ケア・ステーション | |
| 12. 理学療法士会 | |
| 13. 作業療法士会 | |
| 14. 言語聴覚士協会 | |
| 15. リハビリテーション協議会 | |
| 16. 都道府県 | |
| 17. 保健所 | |
| 18. 地域包括支援センター | |
| 19. 社会福祉協議会 | |
| 20. 自自治体内の部署 | |
| 21. その他（記述） | |
| ⇒ | |
| 22. 把握していない | |

あてはまる場合「１」を選択

13-5.　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの活動圏域を教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

13-6.　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

| | 問13-6 |
|---|---|
| 1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援 | |
| 2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | |
| 3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援 | |
| 4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援 | |
| 5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進 | |
| 6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携 | |
| 7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 9. 地域住民への普及啓発 | |
| 10. 医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援 | |
| 11. 地域住民への相談支援 | |
| 12. 都道府県のコーディネーターとの連携 | |
| 13. 他市町村のコーディネーターとの連携 | |
| 14. 自治体職員との連携 | |
| 15. 地域ケア会議への参加 | |
| 16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加 | |
| 17. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営 | |
| 18. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加 | |
| 19. 地域医療構想調整会議への参加 | |
| 20. 医療計画に係る会議等 | |
| 21. その他（記述） | |
| ⇒ | |
| 22. 把握していない | |

あてはまる場合「１」を選択

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

⇒基幹的コーディネーターのについてはこちら

| | 問13-7 |
|---|---|
| 1. いる | |
| 2. いない | |
| 3. わからない | |

13-8. 問13-7で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されている基幹的コーディネーターの人数を教えてください。（記述）（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）

| | 問13-8 |
|---|---|
| 1. 常勤（週５・フルタイム勤務）・専従 | |
| 2. 常勤・兼務 | |
| 3. 非常勤 | |
| 4. 不明 | |

13-9. 問13-7で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村単位の基幹的コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

| | 問13-9 |
|---|---|
| 1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援 | |
| 2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | |
| 3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援 | |
| 4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援 | |
| 5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進 | |
| 6. 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 7. 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 8. 地域住民への普及啓発 | |
| 9. 地域住民への相談支援 | |
| 10. 自都道府県のコーディネーターとの連携 | |
| 11. 他市町村のコーディネーターとの連携 | |
| 12. 自治体職員との連携 | |
| 13. 現場的コーディネーターの育成 | |
| 14. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加 | |
| 15. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営 | |
| 16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加 | |
| 17. 地域ケア会議への参加 | |
| 18. 地域医療構想調整会議への参加 | |
| 19. 医療計画に係る会議等 | |
| 20. その他（記述） | |
| ⇒ | |
| 21. 把握していない | |

あてはまる場合「１」を選択

13-10. 問13で「1.いる」と回答した方に伺います。市町村単位のコーディネーターの配置により効果があった取組があれば具体的に教えてください。
また、都道府県との効果的な連携もあれば合わせて教えてください。（自由記載）（※コーディネーターに係る資料等のURL等があれば記載ください。）

⇒

13-11. 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの業務を計画・立案・管理等（マネジメント）している人はいますか。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

13-12. 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの活動計画や活動報告はありますか。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

13-13. 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの配置や取り組みにおいて課題を教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

13-14. 問13で「2.いない」と回答した方に伺います。コーディネーターを配置していない理由を教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

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

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

未回答設問あり

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

14-1.　問14で「4. 状況を把握していない」と回答した方に伺います。把握していない理由を教えてください。(自由記載)

⇒

14-2.　問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。
在宅医療・介護連携推進事業では、「在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）」を通じて在宅医療・介護連携の取り組みの支援を行うこととしています。
「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。
参考：「在宅医療・介護連携推進支援事業の手引き ver.3（ P53）」
URL：https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf

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

14-2-1.　問14-2.で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。

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

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

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

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

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

14-3.　引き続き問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。連携の具体的な内容について教えてください。（複数回答）

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

あてはまる場合「１」を選択

## Ⅵ. かかりつけ医機能報告制度について

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

未回答設問あり

| | 問15 |
|---|---|
| 1. 始めている | |
| 2. 始めていない | |

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

⇒

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

⇒

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

未回答設問あり

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

あてはまる場合「１」を選択

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

⇒

## Ⅶ. その他

問18　貴市町村の管内には、看護小規模多機能型居宅介護事業所はありますか。

未回答設問あり

| | 問18 |
|---|---|
| 1. ある | |
| 2. ない | |

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

未回答設問あり

| | 問19 |
|---|---|
| 1. 実施している | |
| 2. 実施していない | |

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

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

**未回答・エラーのある設問があります。再度ご確認下さい。**

# 令和６年度　在宅医療・介護連携推進事業　　コーディネーター調査票

御回答方法

○　本調査は、コーディネーターの方が御回答ください。
本調査票における「在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター」とは、自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的とし、実施主体である市町村と連携して在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能（主に多機関に所属する多職種の連携推進や人材育成）を果たす方です。なお、「コーディネーター」という名称を使用していなくとも、定義に該当している場合においては回答をお願いします。コーディネーターの定義等については、参考資料を参照してください。

**⇒コーディネーターについて（参考資料はこちら）**

○　回答欄は青いセルです。原則１問につき回答はひとつですが、複数を選んでいただく場合は、質問文に「複数回答」と記載しています。
○　「記述」については必須回答、「自由記載」については任意回答です。概ね200字程度が見える大きさですが、それ以上入力していただいた場合もデータ上で確認できます。
○　　記述及び自由記載部分につきまして、関連するURL等があれば併せて記載ください。
○　調査時点は、令和6年8月1日とします。

## Ⅰ.基本情報

Ｆ１　本調査票の提出先となる自治体の「市町村コード」または「都道府県コード」を記入してください。

未回答設問あり

F1-1．市町村に提出される場合
「自治体コード」シートの「市町村コード」（5桁）を参照し、記入してください。

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

F1-2．都道府県に提出される場合
「自治体コード」シートの「都道府県」（2桁）を参照し、記入してください。

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

## Ⅱ.コーディネーターについて

問1　勤務状況を教えてください。

未回答設問あり

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

1-1.　「3.非常勤」を選択された方に伺います。勤務時間を教えてください。（記述）

| １週あたりの出勤日数を入力 | １日あたりの勤務時間を入力（例：4.5時間） |
|---|---|
| | |

問2　所属先を教えてください。

未回答設問あり

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

問3　職種または保有資格等を教えてください。（複数回答）

未回答設問あり

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

あてはまる場合「１」を選択

問4　コーディネーターとしての経験年数を教えてください。（記述）（※前職でも実施の場合は通算年数を入力してください）

未回答設問あり

| ○年 | ○ヶ月 |
|---|---|
| | |

問５　コーディネーターとしての活動圏域を教えてください。（複数選択）

未回答設問あり

| | 問５ |
|---|---|
| 1. 市町村 | |
| 2. 郡市区医師会単位 | |
| 3. ２次医療圏 | |
| 4. 保健所単位 | |
| 5. 都道府県 | |
| 6. その他（記述） | |
| ⇒ | |

あてはまる場合「１」を選択

問６　業務について教えてください。

6-1.　業務の実施形態を教えてください。

未回答
設問あり

| | 問6-1 |
|---|---|
| 1. 直営 | |
| 2. 委託 | |

6-2.　御自身を含む所属先のコーディネーターの人数を教えてください。（記述）

未回答
設問あり

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

6-3.　業務内容を教えてください。（複数回答）

未回答
設問あり

| | 問6-3 |
|---|---|
| 1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援 | |
| 2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出 | |
| 3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援 | |
| 4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援 | |
| 5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進 | |
| 6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携 | |
| 7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保 | |
| 9. 地域住民への普及啓発 | |
| 10. 医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援 | |
| 11. 地域住民への相談支援 | |
| 12. 都道府県内のコーディネーターとの連携 | |
| 13. 他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携 | |
| 14. 自治体職員との連携 | |
| 15. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）への参加 | |
| 16. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（市町村実施）の運営 | |
| 17. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）への参加 | |
| 18. 在宅医療・介護連携の推進に係る協議会（都道府県実施）の運営 | |
| 19. 地域ケア会議への参加 | |
| 20. 地域医療構想調整会議への参加 | |
| 21. 医療計画に係る会議等への参加 | |
| 22. その他（記述） | |
| ⇒ | |

あてはまる場合
「１」を選択

6-4.　貴方の所属先を管轄する自治体においては、現場的なコーディネーターと併せて基幹的なコーディネーターの配置がなされていますか。
（※基幹的なコーディネーターとは、コーディネーターの教育や統括等を実施する方、地域の情報収集・分析し政策立案を助力することを想定して

未回答
設問あり

| | 問6-4 |
|---|---|
| 1. はい | |
| 2. いいえ | |

6-4-1.　問6-4で「1.はい」と回答した方に伺います。貴方は基幹的なコーディネーターですか。

| | 問6-4-1 |
|---|---|
| 1. はい | |
| 2. いいえ | |

6-4-2.　引き続き問6-4で「1.はい」と回答した方に伺います。基幹的なコーディネーターと現場的なコーディネーターとの関わりについて、各々の配置場所等を含めて具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

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

⇒

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

未回答
設問あり

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

あてはまる場合
「１」を選択

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

未回答
設問あり

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

あてはまる場合
「１」を選択

6-8.　コーディネーターとして活動する上で、市町村や都道府県、国に支援してほしいこと等があれば、要望先の対象を明記の上、具体的に教えてください。（自由記載）

⇒

## Ⅲ.多職種連携について

問7　「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいるかを教えてください。

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

未回答
設問あり

| | 問7 |
|---|---|
| 1. 取り組んでいる | |
| 2. 取り組んでいない | |
| 3. わからない | |

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

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

あてはまる場合
「１」を選択

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

| | |
|---|---|
| ⇒ | |

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

未回答
設問あり

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

あてはまる場合
「１」を選択

**未回答・エラーのある設問があります。再度ご確認下さい。**

在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等一式

# 研修会議Ⅰ　研修資料

令和 6 年 10 月 21 日（月）

# 研修会議Ⅰのプログラム

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

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

# 在宅医療・介護連携推進事業の概要について

厚生労働省老健局老人保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

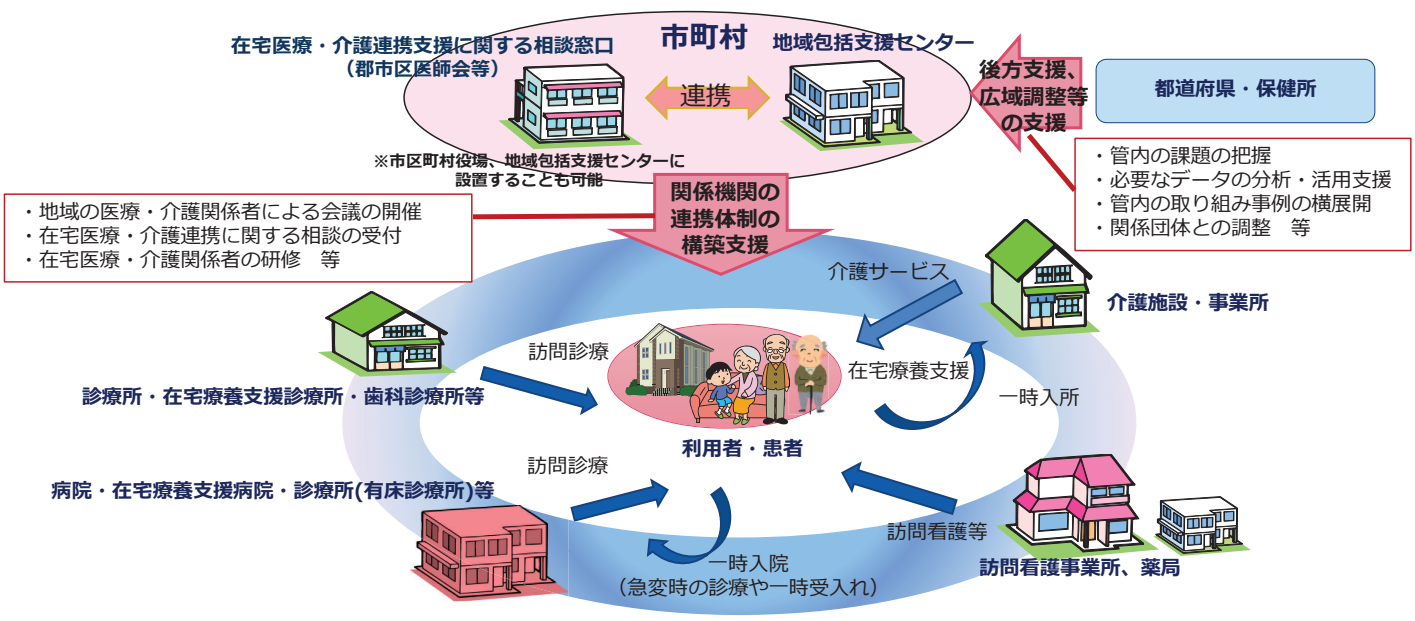


## 在宅医療・介護連携の推進

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

（※）在宅療養を支える関係機関の例
- 診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等　（定期的な訪問診療等の実施）
- 病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等　（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- 訪問看護事業所、薬局　（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- 介護施設・事業所　（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

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



# 介護保険法における給付と事業の構造

## 介護保険

### 保険給付

**在宅サービス**
（ホームヘルプ、デイサービス等）

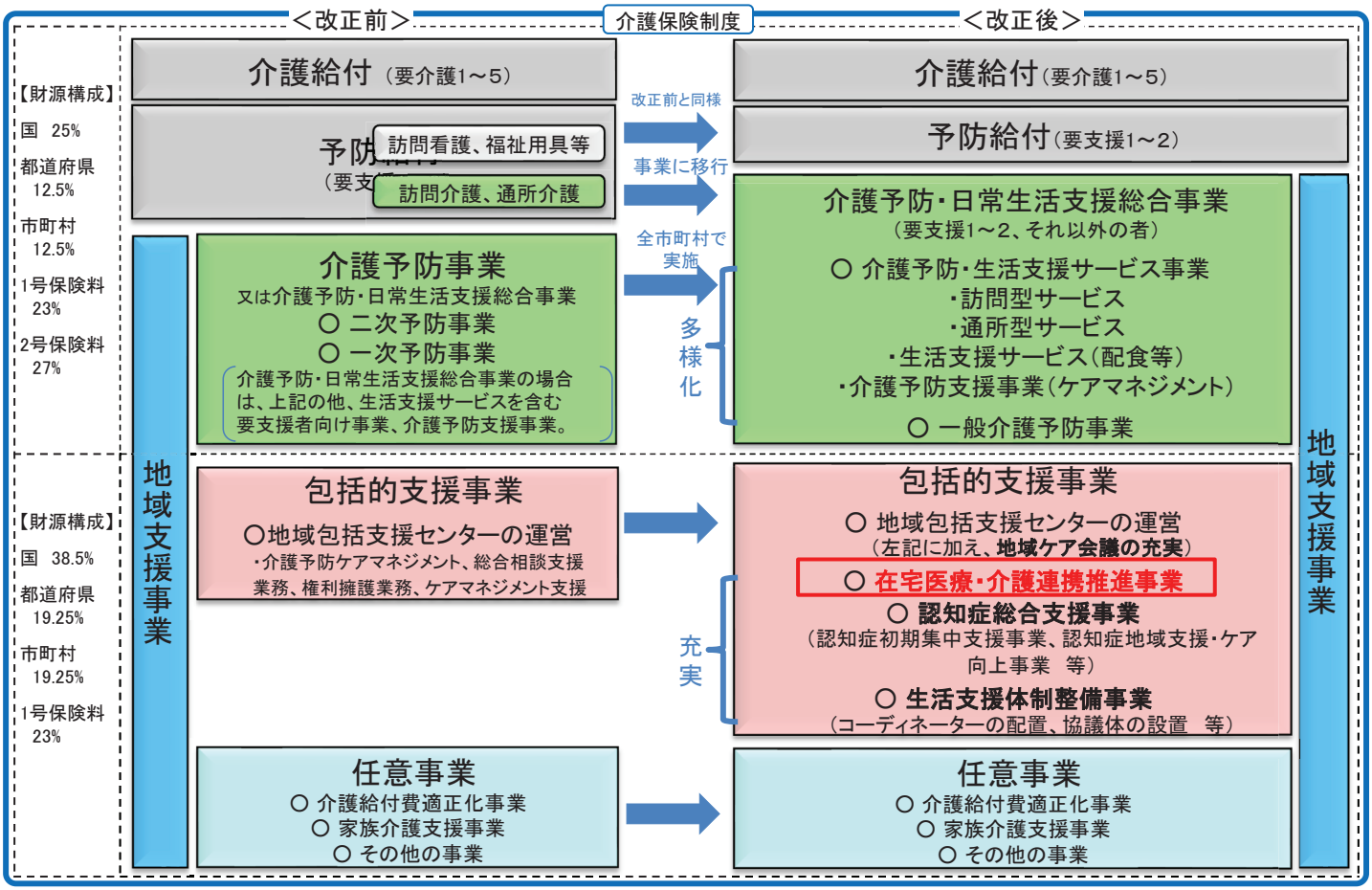
**施設サービス**
（特別養護老人ホーム等）

※ 上記の他、ケアプランの作成等に対して保険給付が行われる。

### 地域支援事業

4

# 新しい地域支援事業の全体像（平成26年改正前後）




5

# 参考条文

**○介護保険法（平成９年法律第123号）**

（地域支援事業）

第百十五条の四十五　（略）

２　市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～三　（略）

四　医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）

五・六　（略）

３～５　（略）

（市町村の連絡調整等）

第百十五条の四十五の十　市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

２　市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

３　都道府県は、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する支援に努めるものとする。

**○介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）**

（法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業）

第百四十条の六十二の八　法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、市町村が、同号に規定する連携を推進するに当たり、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築を目的として行う次に掲げる事業であって、地域支援事業(同号に規定する事業を除く。)その他の在宅医療及び介護に関する施策との連携を図るものとする。

一　地域における在宅医療及び介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携(以下「在宅医療・介護連携」という。)に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、在宅医療・介護連携に関する施策の企画及び立案(医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者(以下この条において「医療・介護関係者」という。)と共同して行うものとする。)、並びに医療・介護関係者に対して周知を行う事業

二　地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

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

四　医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業、医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得及び当該知識の向上のために必要な研修を行う事業その他の地域の実情に応じて医療・介護関係者を支援する事業

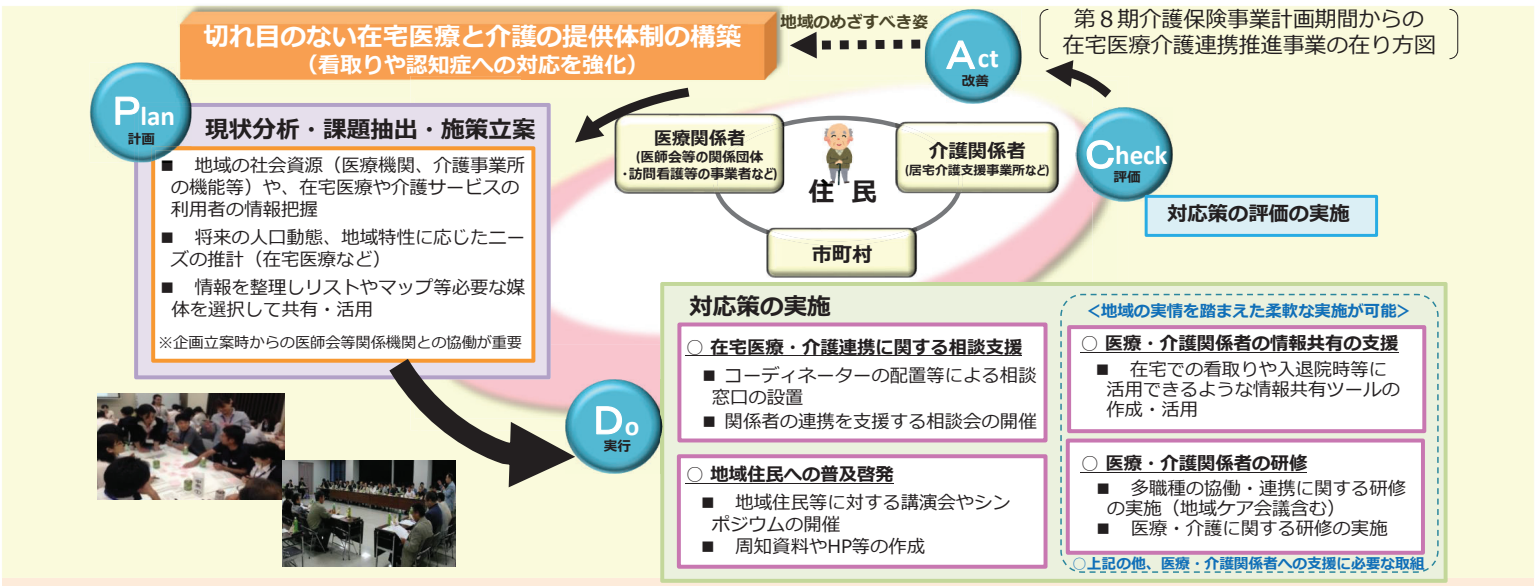


# 在宅医療・介護連携推進事業

○　在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。

○　平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。

○　令和２年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



# 在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

## 国の取組み

**①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援**
- 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供

**②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援**
- 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）

**③好事例の横展開**
- 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

## 都道府県の取組み

**①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等**
- 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- 他市町村の取組事例の横展開
- 必要なデータの分析・活用支援
- 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

**②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携**
- 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

**③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について**

## 市町村の取組み

**在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組**

**①現状分析・課題抽出・施策立案**
- 地域の医療・介護の資源の把握
- 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

**②対応策の実施**
- 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- 地域住民への普及啓発

●加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援

8

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

# 介護保険事業（支援）計画について

○　保険給付の円滑な実施のため、３年間を１期とする介護保険事業（支援）計画を策定している。

### 国の基本指針（法第116条、８期指針：令和３年１月厚生労働省告示第29号）

○ 介護保険法第116条第１項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める

※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

### 市町村介護保険事業計画（法第117条）

○ 区域（日常生活圏域）の設定
○ 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）
○ 各年度における必要定員総数（区域毎）
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
○ 各年度における地域支援事業の量の見込み
○ 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標　　○ その他の事項

### 都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）

○ 区域（老人福祉圏域）の設定
○ 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）
○ 各年度における必要定員総数（区域毎）
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）
○ 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標　　○ その他の事項

### 保険料の設定等

○保険料の設定
○市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

### 基盤整備

○都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

9

# 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和６年厚生労働省告示第18号）

**第一　サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項**
**一　地域包括ケアシステムの基本的理念**
**３　在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備**

地域包括ケアシステムの構築に必要となる在宅医療の提供体制は在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、在宅医療・介護が円滑に提供される仕組みの構築のため、国又は都道府県の支援の下、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要である。今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、市町村は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療・介護の提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）を推進するための体制の整備を図ることが重要である。

そのために、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が主体となって、医療・介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和五年法律第三十一号。以下「令和五年の健保法等改正」という。）によって創設された医療法（昭和二十三年法律第二百五号）におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しながら、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要である。その際には、医療や介護、健康づくり部局の庁内連携を密にするとともに、取組を総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。

また、市町村でＰＤＣＡサイクルに沿った事業展開を行うことができるよう、地域包括ケア「見える化」システムを周知すること等が重要である。

**第二　市町村介護保険事業計画の作成に関する事項**
**三　市町村介護保険事業計画の任意記載事項**
**１　地域包括ケアシステムの深化・推進のため重点的に取り組むことが必要な事項**
**（一）　在宅医療・介護連携の推進**

在宅医療・介護連携の推進により、在宅医療・介護が円滑に提供される仕組みを構築し、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、医療計画に基づく医療機能の分化と並行して、令和五年の健保法等改正によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等を踏まえた協議の結果も考慮しつつ、市町村が主体となって、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることが重要である。市町村は、地域の医師会等の協力を得つつ、在宅医療・介護連携を計画的かつ効果的に推進するため、各地域においてあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を共有した上で、在宅医療・介護連携推進事業の具体的な実施時期や評価指標等を定め、ＰＤＣＡサイクルに沿って取組を推進していくことが重要である。また、推進に当たっては、看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力を強化していく観点からの取組を進めていくことが重要である。さらに、感染症発生時や災害時においても継続的なサービス提供を維持するため、地域における医療・介護の連携が一層求められる中、在宅医療・介護連携推進事業を活用し、関係者の連携体制や対応を検討していくことが望ましい。

なお、市町村は、地域住民に対して、医療・介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供及びわかりやすく丁寧な説明を行っていくことや関連施策との連携を図っていくことが重要である。

**第三　都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項**
**三　都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項**
**１　地域包括ケアシステムの深化・推進のための支援に関する事項**
**（一）　在宅医療・介護連携の推進**

在宅医療の提供体制の充実に係る都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を推進することが重要である。

在宅医療・介護連携を推進し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備を支援するため、保健医療部局とも連携しながら、令和五年の健保法等改正によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しつつ、在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析、在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための情報発信、好事例の横展開及び人材育成等の研修会の開催、市町村で事業を総合的に進める人材の育成、都道府県医師会等の医療・介護関係団体その他の関係機関との連携及び調整や市町村が地域の関係団体と連携体制を構築するための支援、入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携及び調整、小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援、保健所の活用を含めた市町村への広域連携が必要な事項に関する支援や、各市町村へのデータの活用・分析を含めた具体的な支援策を定めることが重要である。

10

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

11

# 令和５年度　在宅医療・介護連携推進支援事業　報告書（概要）

○　令和５年度在宅医療・介護連携推進支援事業では、市町村が地域の実情にあわせて更なる在宅医療・介護連携の推進・充実を図るため、（１）検討委員会在宅医療・介護連携推進事業の検証および充実の検討のため検討会を実施するとともに、（２）在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査、（３）都道府県・市町村担当者等研修会議、（４）都道府県・市町村連携支援を実施し、（５）報告書の作成にて取りまとめた。

## （１）在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会（全４回（全オンライン）開催）

- 今後の在宅医療・介護連携推進（支援）事業のあり方について整理
- 実態調査等を踏まえ、都道府県及び市町村における課題の明確化
- 都道府県・市町村連携支援を踏まえ、課題解決に係る方策等を検討
- 在宅医療・介護連携推進事業に関するコーディネーターについて整理
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」について整理

## （２）在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

- 全都道府県、市町村への実態調査を実施
- 都道府県コーディネーター、市町村コーディネーターへの実態調査を実施
- 先進的な取り組みを行っている都道府県及び市町村へのヒアリングを実施
- 実態調査結果を踏まえ、課題等や今後の方策等について、検討委員会にて検討

## （３）都道府県・市町村担当者等研修会議

- 在宅医療・介護連携推進事業に係る各担当者等（都道府県（及び保健所）、市町村、地方厚生（支）局、地域の関係団体、医療及び介護の専門職、コーディネーター、委託業者等）を対象として、研修会議（研修会議Ⅰ、研修会議Ⅱ）を実施
- 研修会議（Ⅰ）は、オンラインにて行政説明、基調講演、シンポジウム等を実施
- 研修会議（Ⅱ）は、集合開催（東京会場/大阪会場）にてミニレクチャー、グループワーク等を実施

## （４）都道府県・市町村連携支援

- 「４つの場面」等のテーマにて募集し、４市町村に対し、都道府県・市町村連携支援等を実施
- 都道府県・市町村連携支援の結果等を踏まえ、全国的な横展開につなげるための有効性等を検討委員会にて検討

## （５）報告書の作成

- （１）～（４）結果及び検討結果等の取りまとめ
- 次年度以降への提言

**厚生労働省のHPで全文公開しております。**

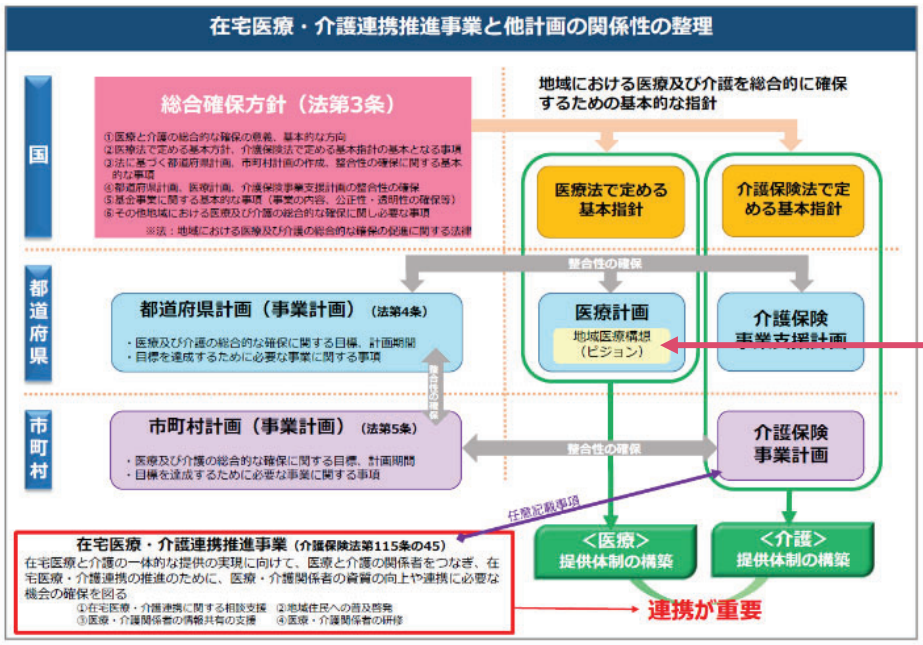
12

令和５年度第２回医療政策研修会
第１回地域医療構想アドバイザー会議
令　和　５　年　９　月　１５　日
資料４

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

○　第８次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には「市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である」と記載されている。

○「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。




※　在宅医療・介護連携推進事業の手引き　Ver.3（令和２年9月）

在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】病院、診療所、訪問看護事業所、
地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

【求められる事項】
- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

（関係機関の例）
- 病院・診療所
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 居宅介護支援事業所
- 訪問介護事業所
- 介護保険施設
- その他の介護施設・事業所
- 地域包括支援センター
- 基幹相談支援センター・相談支援事業所
- 消防機関

13

# 「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
○　家族への支援
○　緩和ケアの提供
○　認知症ケアパスを活用した支援

## 入院・退院支援

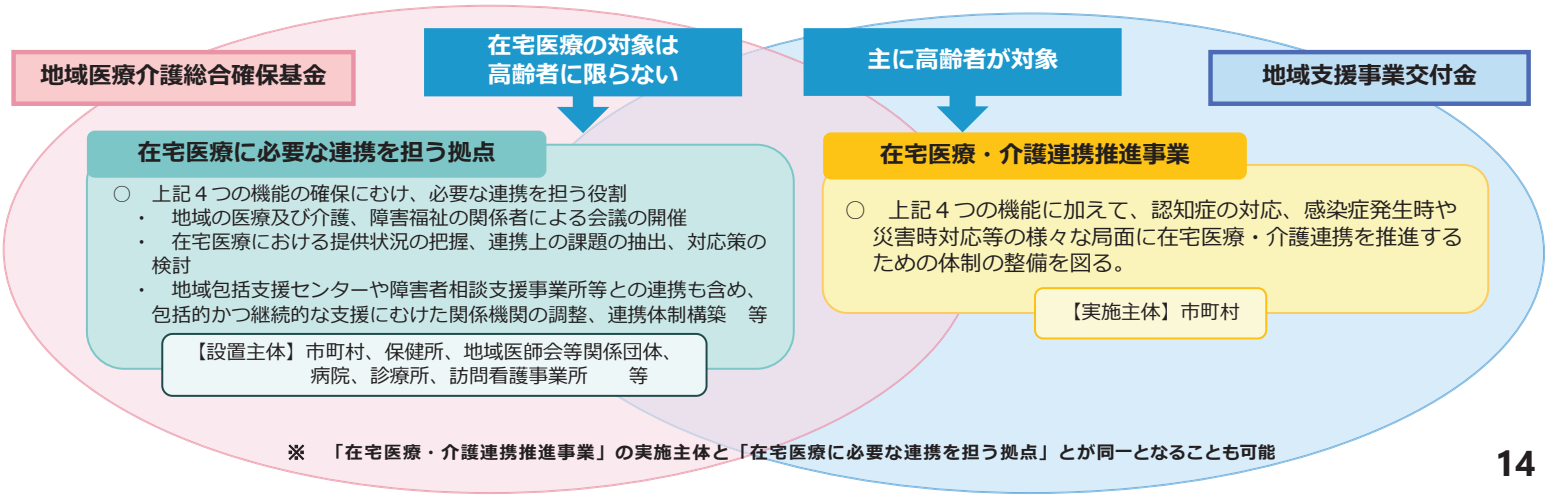
○　入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による退院支援の実施
○　一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

## 急変時の対応

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

## 看取り

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




※　「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とが同一となることも可能



# 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターに期待される役割等

## コーディネーターの定義

○　自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的とし、実施主体である市町村と連携して在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能（主に多機関に所属する多職種の連携推進や人材育成）を果たす者を「在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター」（以下「コーディネーター」という。）とする。

## コーディネーターに期待される役割

○　自治体における関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら、コーディネート業務を実施することにより、在宅医療・介護連携推進事業の体制整備に向けた取組を推進することが期待される。

## コーディネーターの配置方針

○　自治体毎の配置人数や配置先は限定せず、地域の実情に応じた多様な配置を可能とする。
○　また、配置においては「コーディネーターに求められる要件」を有する者であることを前提とし、勤務形態（常勤・非常勤）、契約形態（直営・委託）等を規定するものではない。
○　なお、在宅医療・介護連携推進事業を推進するうえでは必ずしも配置を求めるものではないが、配置を検討することが望ましい。

## コーディネーターに求められる要件

○　自治体においてコーディネート機能を適切に担うことができる者であること。
○　医療分野かつ介護分野に関する知識を有する者が望ましい。
※　特定の資格要件は定めないが、医療分野においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士または歯科衛生士等の医療に係る国家資格を有する者や、医療ソーシャルワーカーの実務経験等を有する者であるとより望ましい。また、介護分野においては、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等の介護に係る国家資格や、介護支援専門員資格を有する等の介護分野に関する知識を有する者であるとより望ましい。
※　在宅医療・介護連携推進事業への理解があり、地域の関係団体や専門職等と連絡調整できる立場の者であることが望ましい。
※　コーディネーターが属する地域の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有することが適当である。また、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、在宅医療・介護連携の推進を促す者であることが望ましい。

# 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターに期待される具体的な役割等

## コーディネーターに期待される具体的役割の例

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

## コーディネーターに期待される能力の例

○　**組織横断的な連携や協働を行い、在宅医療・介護連携推進事業を推進する能力**
・　自治体と連携・協働し、自治体内外の関係機関・関係者との合意形成を図るとともに、効果的な連携・協働体制を構築することができる。

○　**コーディネーターとしての専門的知識・技術を推進する能力**
・　各自治体のあるべき姿を理解し、求められる役割等を実践することができる。
・　専門職や地域住民等からの相談支援等に対する分析及び検討を実施した上で、地域の実情に応じた必要な支援につなげることができる。
・　コーディネーター間の連携・協働を推進することができる。

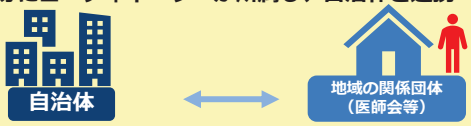
○　**在宅医療・介護連携推進におけるあるべき姿に基づき、人材育成を推進する能力**
・　資格の有無を問わず、社会の変化や情勢に応じて専門的知識や技術を常に更新することができる。
・　自治体の組織目標や施策の展望等を踏まえ、組織内での理解・共有を図り、コーディネーターとしての実施体制を整備することができる。
・　コーディネーターの人材確保・育成に寄与することができる。

16

# 在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの体制（イメージ）

<所属>

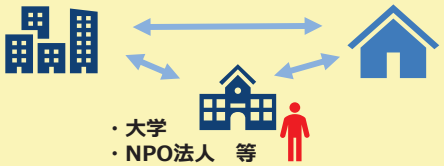
①関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携




②自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携



③大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携

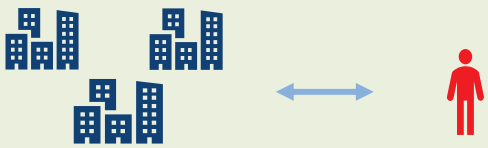



<対象自治体>

①一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当

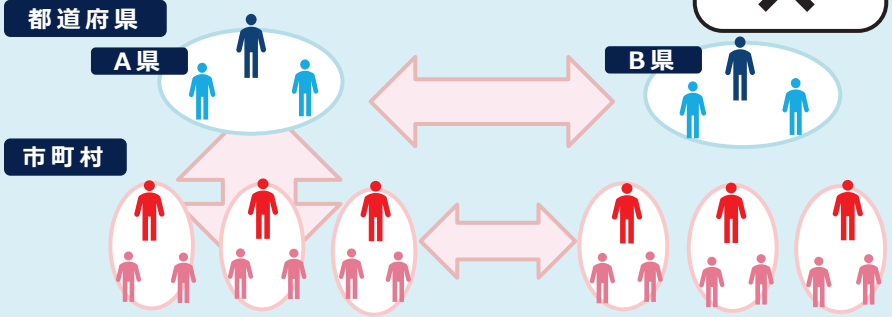


②複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



地域の実情に応じた体制 ×

<ネットワーク>




【基幹的コーディネーターの定義・役割】
○　現場的コーディネーターの総括的な役割を担う者であり、コーディネーターの教育や統括等を実施する
○　現場的コーディネーター等から地域の情報を収集・分析を実施し、市町村における政策立案に助力する

【現場的コーディネーターの定義・役割】
○　地域における多職種と協働し、医療・介護の専門職や住民への相談対応を実施する
○　地域の情報の収集を行う
○　基幹的コーディネーター等と連携し、収集した地域の情報を分析する

都道府県の基幹的コーディネーター　市町村の基幹的コーディネーター　都道府県の現場的コーディネーター　市町村の現場的コーディネーター

※自治体においては、必ずしも基幹的コーディネーターと現場的コーディネーターについて明確に整理する必要はなく、あくまで調査分析上の名称及び定義であることに留意する。

17

# 【１例】コーディネーターの体制の具体例：豊島区（東京都）

①関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携 × ①一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当 × 市町村の現場的コーディネーター

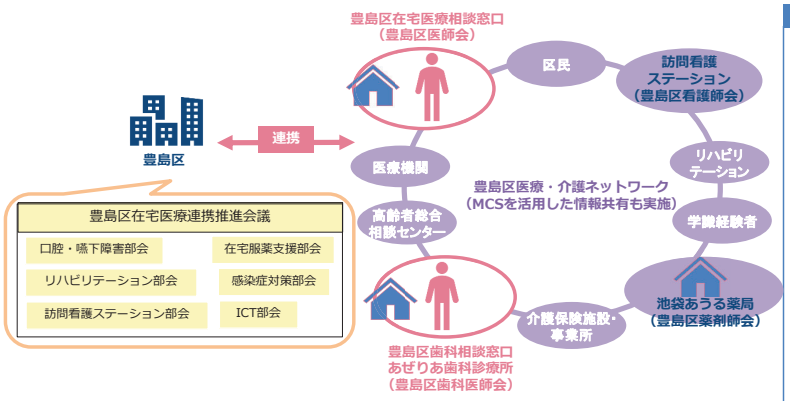
## 自治体概要

| | |
|---|---|
| 人口※1 | 301,599人 |
| 高齢化率※1 | 65歳以上：19.４％　75歳以上：10.1% |
| 要介護認定率※2 | １号被保険者：20.0%　２号被保険者：0.2% |
| 担当部署 | 豊島区地域保健課 |
| 委託先 | 在宅医療相談窓口：豊島区医師会<br>歯科相談窓口：豊島区歯科医師会 |
| コーディネーターの人数・資格等 | 在宅医療相談窓口：４名（常勤・専従２名、非常勤・専従２名／いずれも医療ソーシャルワーカー）<br>歯科相談窓口：１名（常勤・専従／歯科衛生士） |

※1：令和２年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査 及び 令和2年介護保険事業状況報告

## 背景

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




## コーディネーターの主な取組内容等（歯科医師会の例）

◆　**多職種の連携づくり**
・　学識経験者、地域医療関係者、四師会、リハビリテーション職、介護事業者、高齢者総合相談センター、地域住民、行政等で構成された「豊島区在宅医療連携推進会議」及び、個別の検討課題を行うことを目的として部会の下に設置された６つの専門部会等に参画。

◆　**専門的知見からの相談対応**
・　「豊島区歯科相談窓口」（あぜりあ歯科診療所）として、区内の一般歯科診療が困難な有病者や障がい者に対する歯科・口腔ケアに係る相談対応及び関係機関への連絡調整等を実施。また、医療機関や介護事業所からの相談にも対応。

◆　**在宅医療・介護に係る関係者及び地域住民への育成、周知・普及啓発**
・　地域の関係機関・専門職等への研修や、訪問歯科診療・居宅療養管理指導、老人保健施設訪問歯科診療・口腔ケア、介護施設でのミールラウンドへの参加等を通じた、他職種との協働した取組を実施。
・　区民向け講演会等での講演。

◆　**MCS※を活用した情報共有**
・　SNS（「メディカルケアステーション」）を活用し、チームでの情報共有、対応を実施。
※利用者とその医療・介護に携わる者を連携するための完全非公開型医療介護専用SNS。

## 効果

◆　**四師会と区との緊密な連携**
**（多職種連携・地域医療の拠点）**
・　四師会が中心となり地域のニーズを把握できる体制づくりが構築されており、属人的な業務に寄らない。
・　コーディネーターを基盤として、各会員診療所との連携につながる等、多職種連携及び地域の在宅医療・介護連携に係るネットワーク構築に寄与。

**（行政との連携）**
・　コーディネーターは在宅医療連携推進会議の委員でもあり、相談件数、相談方法、主な事例、他機関との連携状況等を報告。また支援に向けた課題を共有し、豊島区の特性に応じた多職種連携を検討。

**（啓発活動・教育的役割）**
・　地域医療・介護連携の核となる人材の育成及び場の提供に寄与する他、研修会等を通じ、専門的知見にて住民への効果的な啓発が可能。

◆　**MCSの活用による効果**
・　迅速な情報共有により、利用者や家族の負担軽減につながる他、コーディネーターを含めた多職種間の連携・情報共有の円滑化につながる。

18

# 都道府県・市町村連携支援

## 概要

○　在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護の連携において特に重要となる「4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）」等について、PDCAサイクルに沿って取り組みを推進していくことが求められている。
○　上記を踏まえ、「４つの場面」等に取り組む市町村は増加しているが、地域の実情に応じた現状把握や課題抽出、連携体制の構築や評価指標の検討等、効果的かつ効率的に推進する上での方策に課題を有する市町村も多いと推測される。
○　こうした実情を踏まえ、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、有識者（アドバイザー）及び事務局による連携支援を行うことで、より効果的・効率的な取り組みの推進につなげるとともに、第9期介護保険事業計画策定への一助となることを目指し、都道府県・市町村連携支援を実施。

## 支援内容

○　継続的な連携支援（９月上旬から順次実施）の実施
・　支援開始に当たり、支援自治体への概要説明及び継続的な検討が可能となるチェックリストを作成
・　複数回（連携前支援①、連携前支援②、中間報告会①、中間報告会②、最終報告会）にて、市町村担当者との意見交換や相談支援の他、実践を通じた継続的な支援を実施
・　支援に際しては、有識者（アドバイザー）に加え、都道府県等も同席

| 都道府県 | 市町村 | 有識者（アドバイザー） |
|---|---|---|
| 茨城県 | 水戸市 | 服部　美加（一般社団法人　新潟県医師会　新潟県医師会在宅医療推進センター　コーディネーター） |
| 静岡県 | 伊豆市 | 川越　雅弘（公立大学法人　埼玉県立大学大学院　保健医療福祉学研究科　研究開発センター　教授）<br>坂上　陽一（公益社団法人　肝属郡医師会　肝属郡医師会立病院　地域医療室長） |
| 京都府 | 福知山市 | 角野　文彦（滋賀県　健康医療福祉部　理事） |
| 長崎県 | 平戸市 | 大内田　由香（福岡県　嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所　参事兼健康増進課長（職種：保健師）） |

※①過去に（県として）支援を実施していない、②地域区分、③テーマや取組要望内容、④厚生局による意見（関東甲信越）等を総合的に検討し、上記４自治体を選定。

19

# 長崎県平戸市　都道府県・市町村連携支援（概要）

**【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】**
① 現状の分析から、課題を抽出する。
② 課題の詳細やニーズを把握するために有効な手法を検討する。
（アンケート調査、ヒアリング等）
③ 調査結果等を分析し、研修手法の選択やより有効な研修の検討。

**【本事例からみた市町村支援に必要な事項】**
① 好事例の横展開の実施。
② PDCAを回すための手法の研修。
③ 認知症、感染症、災害などの局面におけるPDCAを回すための、指標の設定方法に係る研修。

**【取組の方針】**
① 多職種連携の推進。
② 医療・介護連携に有効な勉強会の開催。
③ 認知症に関する取組の推進。

**【成果等】**
・ 医療・介護の多職種連携の課題を整理し、必要な取組を検討。
・ 課題を整理し、介護事業所及び医療機関等へアンケート調査を実施、その結果等も踏まえて、必要な勉強会を整理し、勉強会の対象者について検討。
・ 認知症の取組の課題を整理し、必要な取組を検討。

**【アドバイザーとの検討①】**
○ 現状を分析し、原因を明確にする。
○ アンケート調査を実施する上で、今後の方向性を明確にし、その為の分析に資する設問を設定する。
○ アンケートのみでなく、詳細を拾うためのヒアリングも検討する。

**【アドバイザーとの検討②】**
○ アンケート、ヒアリング等の結果を分析し、勉強会の具体的なテーマ設定が必要。
○ グループワークの参加者の立場や職種を踏まえた、グループ分けと内容の設定が必要。

**【自治体の考える課題と現状】**
○ 医療と介護の連携について情報共有等が不足していると思われる事例がある。
○ アンケート調査をニーズの把握に役立てたい。
○ 認知症の人が増加しており、認知症の人における医療と介護の連携が不足している。
○ 多職種の勉強会を開催したいが、多職種連携や課題解決の認識共有に通じる勉強会にしたい。

**【中間報告】**
○ 医療の介護への理解不足と連携のツール（入院時情報提供文書等）の活用の不足が原因で医療と介護の連携が不足。
○ アンケート調査項目について、課題と対応策の仮説を踏まえ設定。
○ 認知症の人へのニーズの把握と多職種と住民への周知が必要。
○ アンケートに加えて、ヒアリングも実施し、ニーズを踏まえた勉強会の検討及びグループワークの実施。

**【最終報告】**
○ アンケート結果を、次年度の勉強会で活用していく。
○ アンケート結果より、退院時情報提供書の活用が進んでいない、認知症の人の支援の際、家族の無理解や本人の支援拒否の問題が確認できた。
○ 前回の勉強会で検討した事例を、更に深掘りするためKJ法によるグループワークを実施。
○ 勉強会後のアンケート結果より、勉強会の効果が見られた。



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 令和６年度介護報酬改定の概要

■ 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

## １．地域包括ケアシステムの深化・推進

■ 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- 質の高い公正中立なケアマネジメント
- 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- 医療と介護の連携の推進
  - ➢ 在宅における医療ニーズへの対応強化　➢ 在宅における医療・介護の連携強化
  - ➢ 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
  - ➢ 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- 看取りへの対応強化
- 感染症や災害への対応力向上
- 高齢者虐待防止の推進
- 認知症の対応力向上
- 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

## ２．自立支援・重度化防止に向けた対応

■ 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- LIFEを活用した質の高い介護

## ３．良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

■ 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

- 介護職員の処遇改善
- 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- 効率的なサービス提供の推進

## ４．制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

- 評価の適正化・重点化
- 報酬の整理・簡素化

## ５．その他

- 「書面掲示」規制の見直し
- 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- 基準費用額（居住費）の見直し
- 地域区分

22

## 医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

### 協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■　介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

ア　以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。＜経過措置３年間＞

①　入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

②　診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

③　入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

イ　１年に１回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ　入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

### 協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■　高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

ア　協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。

①　利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

②　診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。

イ　１年に１回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ　利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

23

# 1．（3）⑳　協力医療機関との定期的な会議の実施

## 概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

○　介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する新たな加算を創設する。
○　また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】

## 単位数

**【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】**

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
**協力医療機関連携加算**
**協力医療機関が（1）右記の①～③の要件を満たす場合**　100単位/月（令和6年度）50単位/月（令和7年度～）（新設）
**（2）それ以外の場合**　5単位/月（新設）

**【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護】**

＜現行＞
医療機関連携加算
80単位/月

▶

＜改定後＞
**協力**医療機関連携加算
**協力医療機関が（1）右記の①、②の要件を満たす場合**　**100**単位/月（変更）
**（2）それ以外の場合**　**40**単位/月（変更）

**【認知症対応型共同生活介護】**

＜現行＞
なし

▶

＜改定後＞
**協力医療機関連携加算**
**協力医療機関が（1）右記の①、②の要件を満たす場合**　100単位/月（新設）
**（2）それ以外の場合**　40単位/月（新設）

（協力医療機関の要件）
① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

## 算定要件等

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

24

令和６年度診療報酬改定（令和6年2月20日時点）

# 医療機関と介護保険施設の連携の推進

## 協力医療機関の入院の受け入れ等に関する加算の新設

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

**（新）　協力対象施設入所者入院加算（入院初日）**
**1　往診が行われた場合　600点**
**2　1以外の場合　200点**

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

**（新）　介護保険施設等連携往診加算　200点**

## 医療機関と介護保険施設の連携の推進

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

25

## 医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

省令改正、告示改正

■ 退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。

■ リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価を新たに設ける。

**訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★**

【基準】（義務付け）

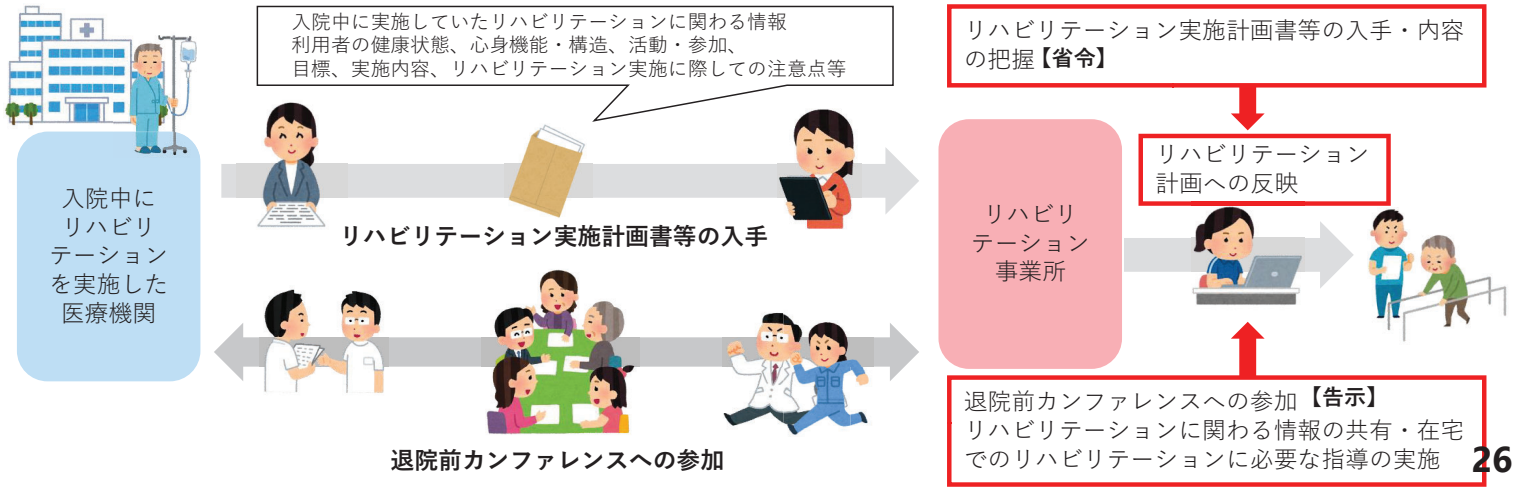
○ 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【単位数】

**退院時共同指導加算** 600単位/回（退院時１回に限る） （新設）

【算定要件等】

○ リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行う。



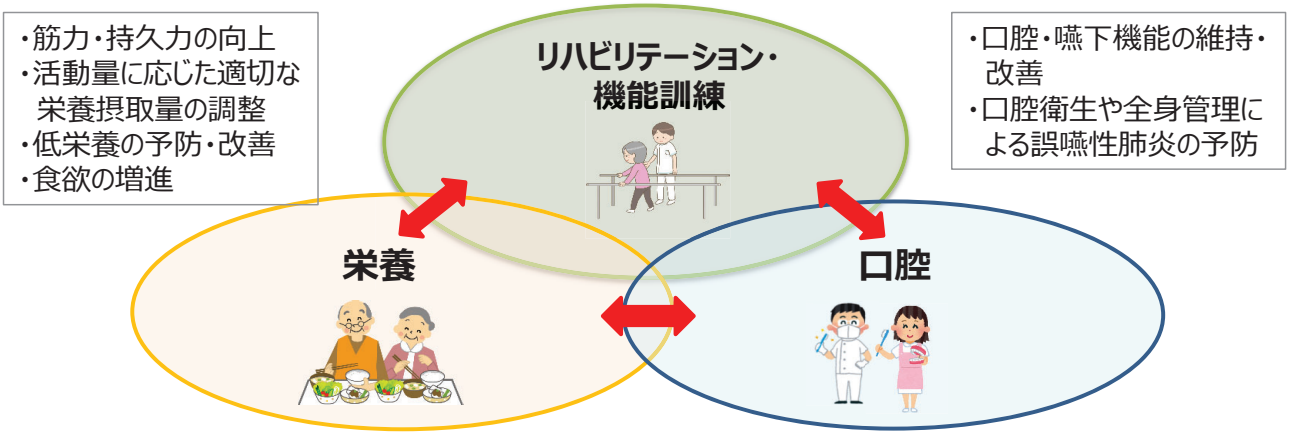



# 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審－介護給付費分科会 第178（R2.6.25） 資料１

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

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




・適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

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

令和6年介護報酬改定

# リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組

## 施設

### 介護老人保健施設

**<リハビリテーションマネジメント計画書情報加算>**
**Ⅰ： 53単位/月　　Ⅱ： 33単位/月**　※加算（Ⅰ）、（Ⅱ）は併算定不可
**Ⅰの主な算定要件：**口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。

### 介護医療院

**<理学療法 、作業療法 、言語聴覚療法>**
**理学療法 注６、作業療法 注６、言語聴覚療法 注４ 33単位/月の算定に加えて、**
**各々、理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５ 20単位/月を更に算定可能**
**理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５の算定要件：**口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。

### 介護老人福祉施設 / 地密介護老人福祉施設

**<個別機能訓練加算>**
**Ⅰ：12単位/日 、Ⅱ：20単位/月、Ⅲ：20単位/月**
**算定要件：**口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出している場合にⅠ、Ⅱに加えて更にⅢを算定可。

**一体的な実施計画書**
**【リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）】**
**【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）】**

## 通所

### 通所リハビリテーション

**<リハビリテーションマネジメント加算>**
**（6月以内）**
**イ：560単位/日 、ロ：593単位/月、ハ：793単位/月**
**（6月以上）**
**イ：240単位/日 、ロ：273単位/月、ハ：473単位/月**
**ハの算定要件：**管理栄養士の配置（外部連携可）、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の配置。口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントを実施し、関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。

**<口腔機能向上加算>**
**（月2回）**Ⅰ：150単位/回、
**Ⅱイ（リハ・栄養）：155単位/回、**
**Ⅱロ（LIFE）：160単位/回**
**Ⅱイの算定要件**：リハビリテーションマネジメント加算ハを算定し、口腔清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導若しくは実施。

### 介護予防通所リハビリテーション

**一体的な実施計画書**
**【リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）】**
**【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）】**

## 訪問

### 訪問リハビリテーション / 介護予防訪問リハビリテーション

**赤字：R6改定で新設又は大規模な改定事項**

28

---

## リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等

### リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

告示改正

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

**通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設等**

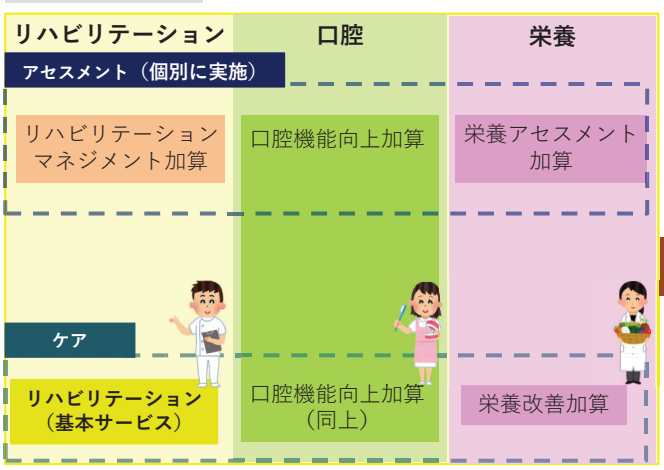
**【単位数】**（通所リハビリテーションの場合）

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

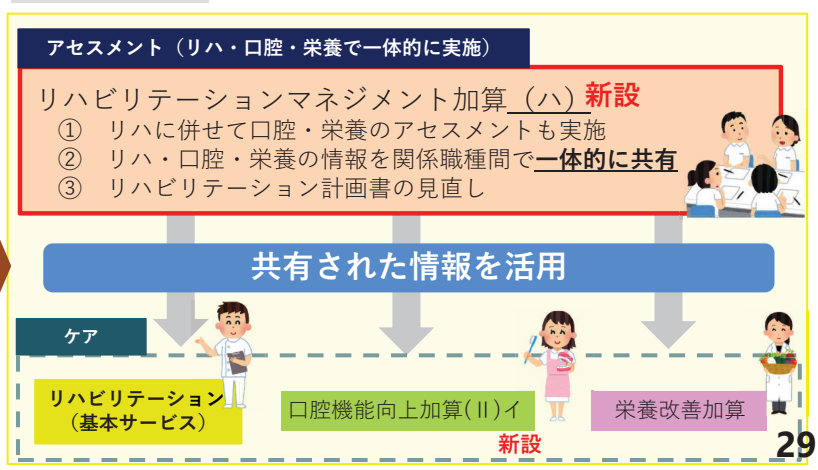
※　事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合、上記に270単位を加算

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

**現行**（一体的に実施した場合の評価なし）




**改定後**（一体的に実施した場合の評価の新設）




29

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

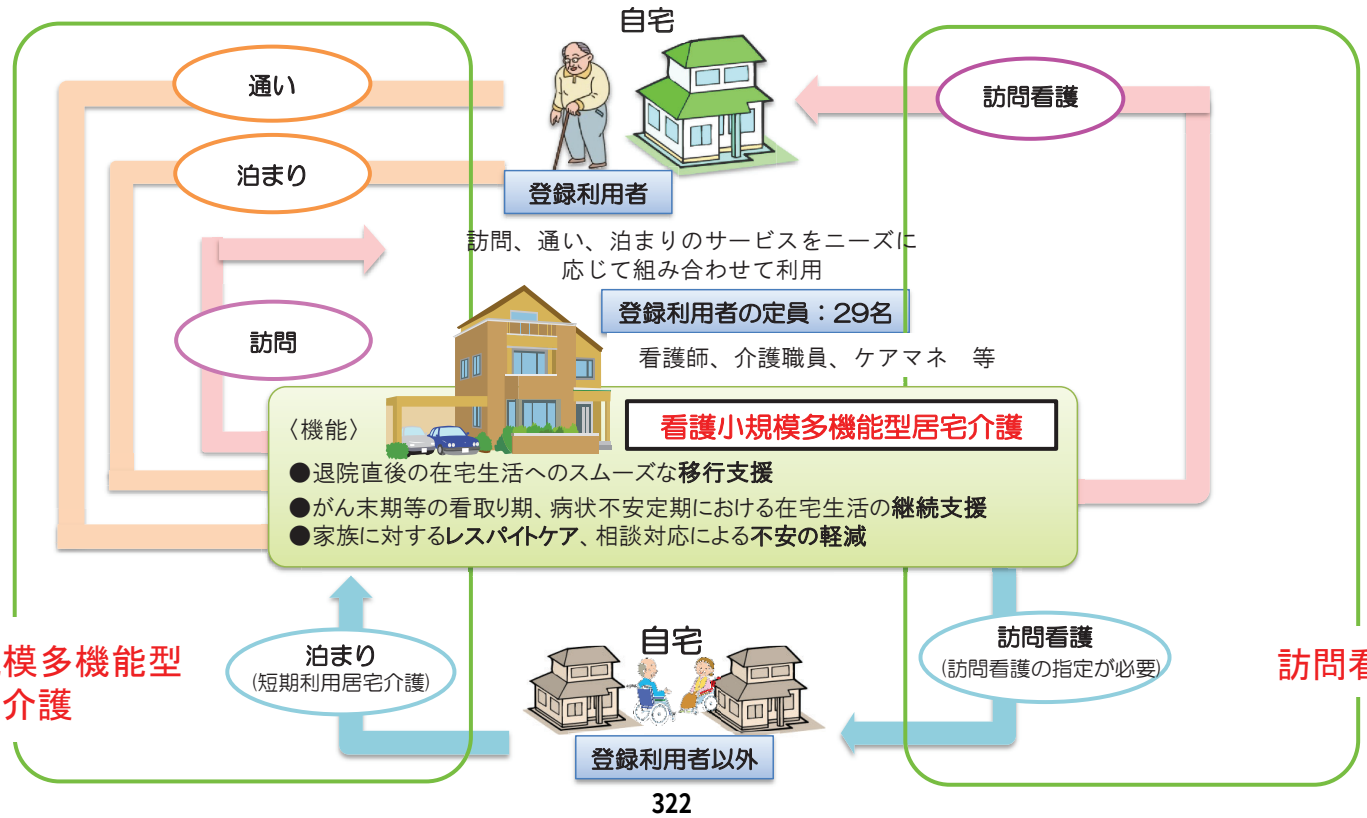
1. 在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進支援事業について
3. 令和６年度介護報酬改定について
4. **その他情報共有**

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare



## 看護小規模多機能型居宅介護の概要

○　小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることにより、退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を一体的に24時間365日提供。
○　また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



# 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年５月19日公布）

## 改正の趣旨

- 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）は、訪問看護※１と小規模多機能型居宅介護※２とを組み合わせて、多様なサービスを一体的に提供する複合型サービス。

  ※１：**自宅**での**看護サービス**（療養上の世話又は必要な診療の補助）
  ※２：**自宅**に加え、サービス拠点での「**通い**」「**泊まり**」における、**介護サービス**（日常生活上の世話）

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

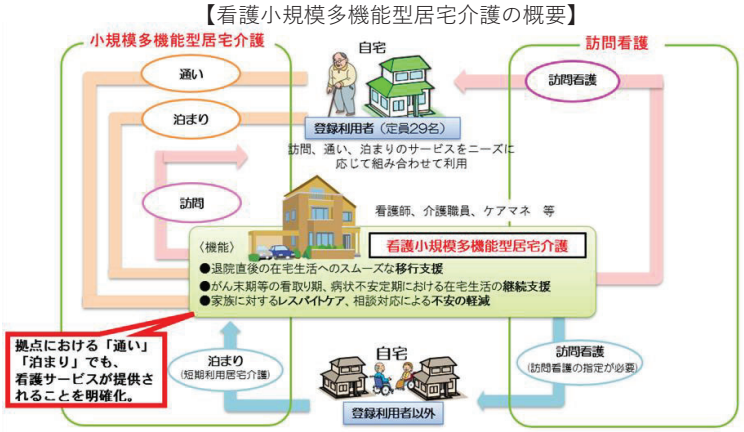
  ※：看多機の請求事業所数は740箇所。看多機サービスの利用者は要介護３以上が62.8%。（いずれも令和３年）

## 改正の概要・施行期日

- 看多機を、複合型サービスの一類型として、法律上に明確に位置付けるとともに、そのサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化する。

- 施行期日：令和６年４月１日

【看護小規模多機能型居宅介護の概要】




32

# 基本指針の構成について

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

| 市町村 | 都道府県 | 見直しの方針案 |
|---|---|---|
| ２　各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策 | ２　介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項 | ○現行の「中長期的な人口構造や介護ニーズの変化を見据えた的確なサービス量の見込み及び見込量確保のための方策」は、介護ニーズの変化だけでなく医療ニーズの変化も追記。【市（P50）】<br>○地域密着型サービスについて、指定の事前同意等による広域利用等に係る検討について記載。【市（P50）】 |
| （一）関係者の意見の反映 | （一）介護保険施設その他の介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備に関する事項 | |
| （二）公募及び協議による事業者の指定 | （二）ユニット型施設の整備に係る計画に関する事項 | |
| （三）都道府県が行う事業者の指定への関与 | （三）ユニット型施設の整備の推進のための方策に関する事項 | |
| （四）報酬の独自設定 | | |
| ３　各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策 | | |
| （一）地域支援事業に要する費用の額 | | |
| （二）総合事業のうち、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス（以下「訪問型サービス等の総合事業」という。）の種類ごとの見込量確保のための方策 | | |
| （三）地域支援事業及び予防給付の実施による介護予防の達成状況の点検及び評価 | | |
| （四）総合事業の実施状況の調査、分析及び評価 | | |

33

# 看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引きについて

## 手引きの内容（概要）

令和５年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護の特性を踏まえた普及を図る方策に関する事業」

1　本手引きの使い方
2　看護小規模多機能型居宅介護の概要
3　看多機の広域利用について
（１）看多機のサービス利用機会拡充の必要性
（２）広域利用が必要な場合
（３）広域利用に関する方策
・どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすくなるよう、
広域利用に関する方策は以下のような取組が考えられる。
・区域外指定における所在地市町村長の同意を事前に得る（事前同意）
・区域外指定に係る申請を簡略化する
・定員数を増やす（条例改正（※１）、過疎地域等における登録定員超過の特例活用（※２））　等

※１　厚生労働省令で定める看多機の登録定員及び利用定員は、市町村が定める上での「標準基準」である。
※２　登録定員及び利用定員を超えてサービス提供はできない。ただし、過疎地域その他これに類する地域において、地域の実情により効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は、一定の期間に限り、登録定員及び利用定員を超えてサービス提供が出来る。（令和３年度介護報酬改定）

※　他の地域密着型サービスの広域利用においても同様




4　区域外指定における取組の具体
（１）区域外指定に関係する都道府県及び隣接する市町村と協議の場を設置する
（２）協議で定める事項を検討する
（３）区域外利用の条件（当該サービス事業所がない、当該事業所の登録定員充足率、利用可能な距離等）
（４）同意の確認方法（同意の確認不要、担当者に都度要確認等）
（５）区域外指定申請で簡略化できる事項（所在地の指定通知書による申請等）
（６）協議で定めた事項について協定等を締結する
（７）介護サービス事業所及び地域住民へ周知を図る

○看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引き（厚生労働省HP）
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001213668.pdf

34

# 本研修会議Ⅰはアーカイブ配信を実施いたします。

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

**研修会議Ⅰのアーカイブ配信は**
**申し込み時のサイトにて実施します。**
https://www.jmar-form.jp/renkeisem2024.html

**令和5 年度在宅医療・介護連携推進支援事業**
**の報告書は厚生労働省ホームページに掲載しています。**
https://www.mhlw.go.jp/content/001243806.pdf



**お時間頂きありがとうございました**

35

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

# かかりつけ医機能報告の創設について

厚生労働省 医政局 総務課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan



## 人口動態・医療需要・マンパワーの変化の概要

### 人口動態

○ 2025年以降、85歳以上を中心に高齢者が増加し、現役世代が減少する。

○ 地域ごとに65歳以上の人口が増減し、生産年齢人口が減少。

### 医療需要

○ 全国の入院患者数は2040年ごろにピークを迎える。

○ 外来患者数は2025年ごろにピークを迎えることが見込まれ、65歳以上の割合が増加する。

○ 在宅患者数は2040年以降にピークを迎え、要介護認定率は85歳以上で高くなることから、医療・介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

○ 死亡数は2040年まで増加傾向にあり、年間約170万人が死亡すると見込まれている。

### マンパワー

○ 2040年には医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

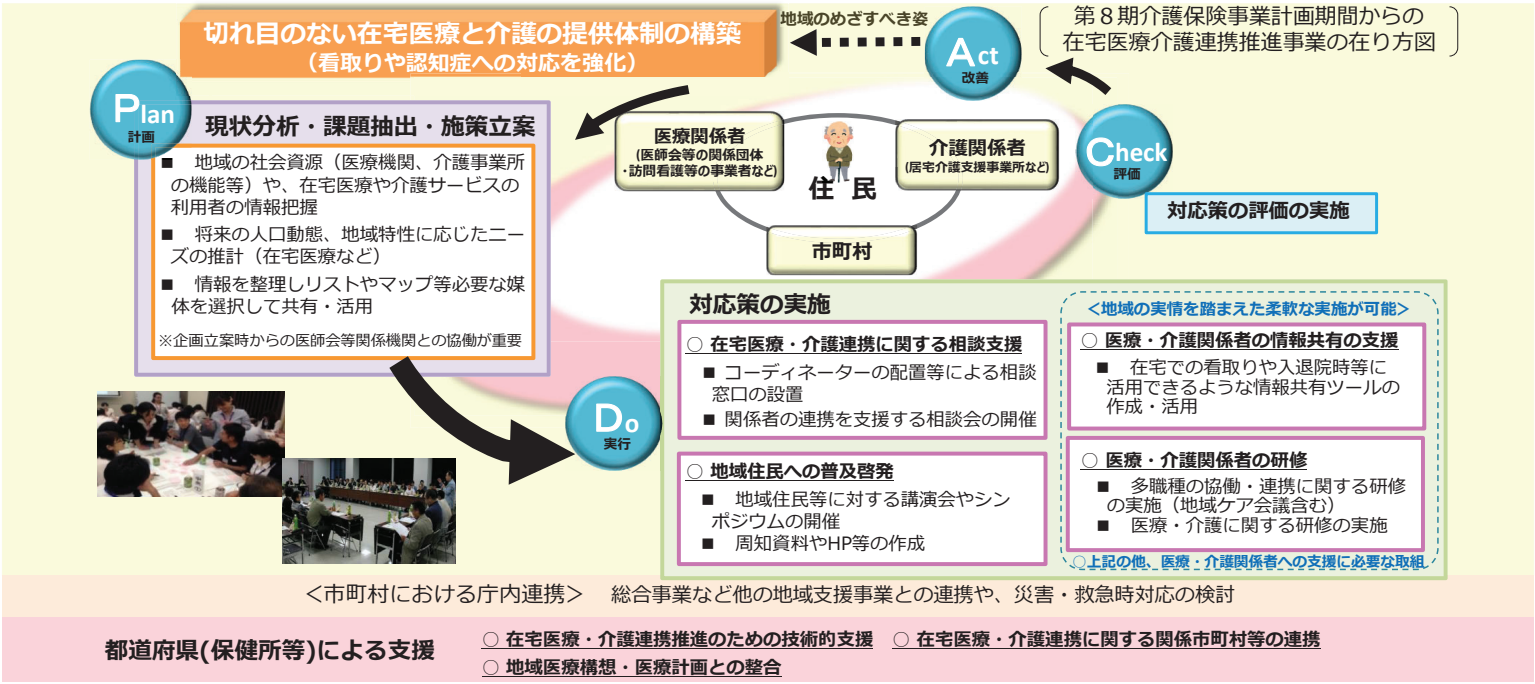
○ 病院や診療所に従事する医師の平均年齢が上昇しており、60歳以上の医師の割合も増加している。

# （参考）在宅医療・介護連携推進事業

○　在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。

○　平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。

○　令和２年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。




# 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年法律第31号）の概要

令和５年9月29日 | 第102回社会保障審議会医療部会 | 資料１

## 改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

## 改正の概要

### １．こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

①　出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和５年４月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
②　産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

### ２．高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

①　後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
②　前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

### ３．医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

①　都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
②　都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（６年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
③　経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

### ４．医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

①　かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
②　医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
③　医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
④　地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
⑤　出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和５年９月末→令和８年12月末)等を行う。

等

## 施行期日

令和６年４月１日（ただし、３①の一部及び４⑤は公布日、４③の一部は令和５年８月１日、１②は令和６年１月１日、３①の一部及び４①は令和７年４月１日、４③の一部は公布後３年以内に政令で定める日、４②は公布後４年以内に政令で定める日）

# かかりつけ医機能が発揮される制度の目的・枠組み

## かかりつけ医機能が発揮される制度整備

令和５年9月29日 | 第102回社会保障審議会医療部会 | 資料１

### 趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

**今回の法改正による制度整備の目的**

### 概要

**（１）医療機能情報提供制度の刷新（令和６年４月施行）**

- かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

**（２）かかりつけ医機能報告の創設（令和７年４月施行）**

- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

**（３）患者に対する説明（令和７年４月施行）**

- 都道府県知事による（２）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

**今回の法改正による制度整備の枠組み**



## かかりつけ医機能報告の創設

令和５年9月29日 | 第102回社会保障審議会医療部会 | 資料１

- **慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。**

- **慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告**を行う。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

**【報告対象となる医療機関】**

○　地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な**病院又は診療所**として厚生労働省令で定めるもの
※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

**【報告事項】**

○　かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
①：継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の**日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**（厚生労働省令で定めるものに限る）
②：①を有する場合は、⑴**通常の診療時間外の診療**、⑵**入退院時の支援**、⑶**在宅医療の提供**、⑷**介護サービス等と連携した医療提供**、⑸**その他厚生労働省令で定める機能**（⑴～⑷は厚生労働省令で定めるものに限る）
・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容

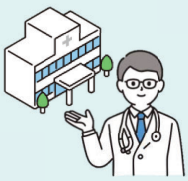
- 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした**医療機関がその機能の確保に係る体制**として厚生労働省令で定める要件に該当するもの**を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告する**とともに、厚生労働省令で定めるところにより**公表**する。

- 都道府県知事は、**医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表**する。

# かかりつけ医機能報告の流れ

## かかりつけ医機能報告概要

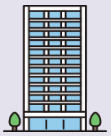
○慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
○都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
○都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



かかりつけ医機能報告
対象医療機関

① かかりつけ医機能の報告

◆継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能の有無・内容
（第30条の18の４第１項）
＜報告項目イメージ＞
1：日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
2：1を有する場合、
(1)時間外診療、(2)入退院支援、(3)在宅医療、(4)介護等との連携、(5)その他厚生労働省令で定める機能



都道府県

② 報告の内容
（第30条の18の４第７項）

③ 都道府県の確認

④確認結果

公表

（第30条の18の４第３項、第５項）

2(1)～(4)等の機能の確保に係る体制を確認(※)。
（第30条の18の４第２項）
・体制に変更があった場合は、再度報告・確認
（第30条の18の４第４項）

⑤確認結果の報告





外来医療に関する
地域の協議の場

⑥ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討（第30条の18の５）

具体的方策の例
◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
◆地域の医療機関間の連携の強化　など

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。
※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

⑦協議結果

公表

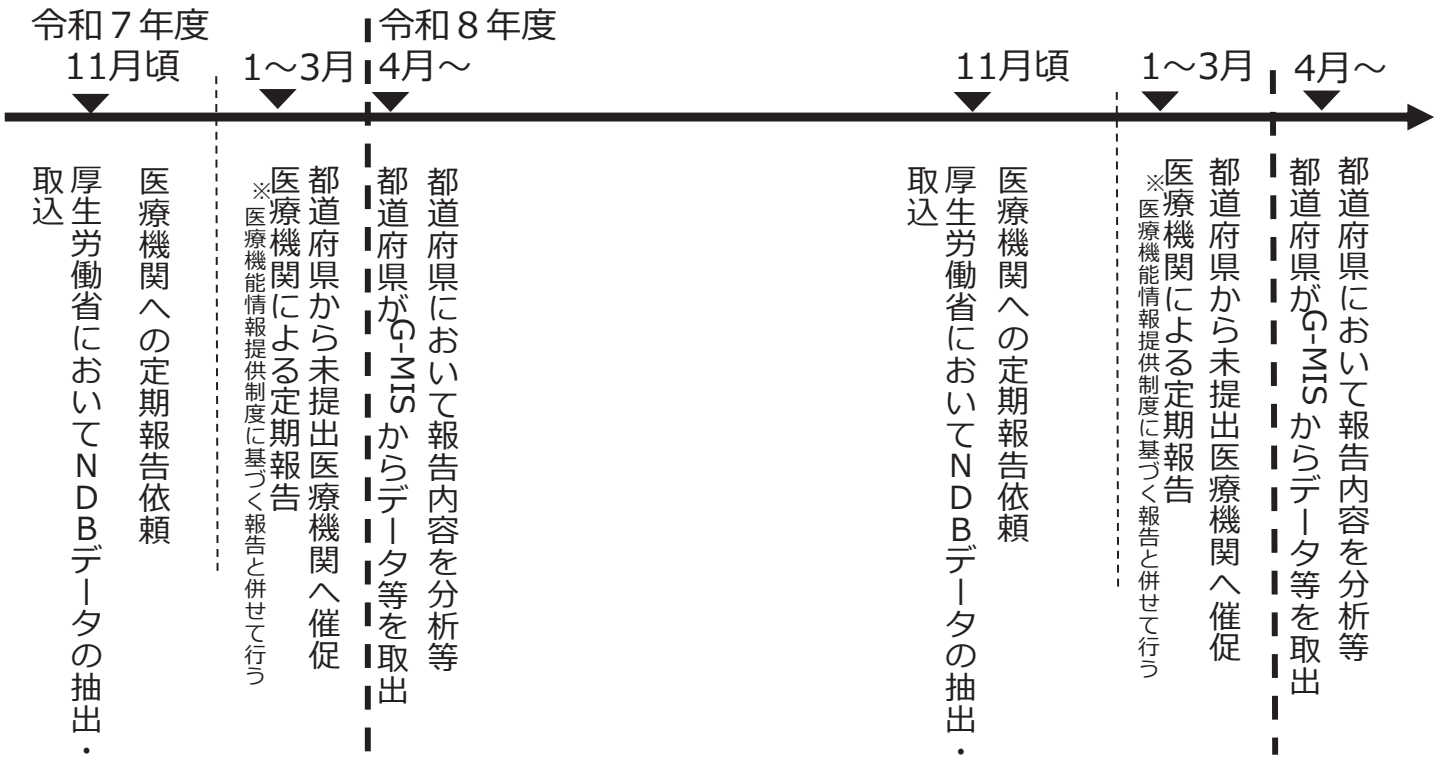
※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外
医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等（第30条の18の４第６項等）





# 令和７年度以降の実施スケジュール

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



# かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会について

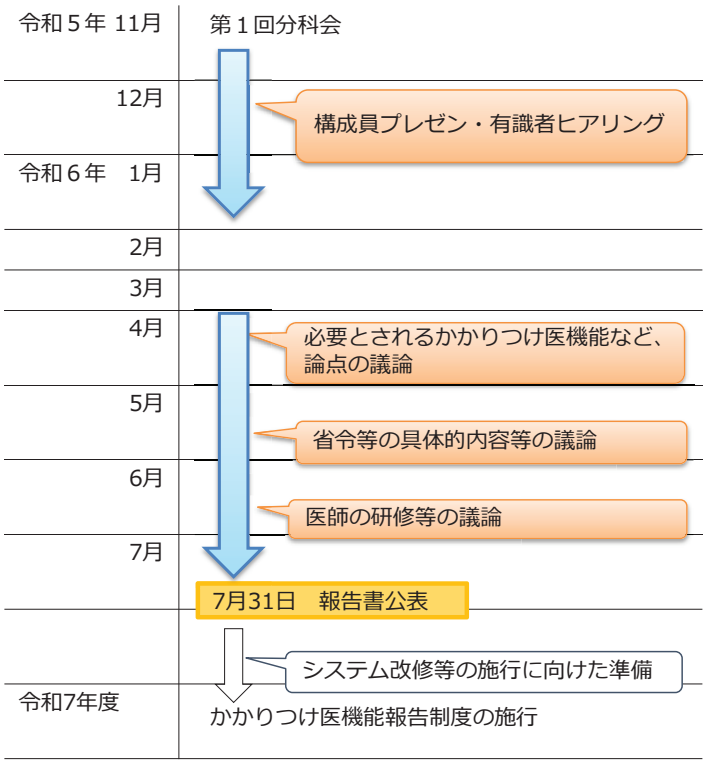
令和6年9月5日　第110回社会保障審議会医療部会（資料３）

## かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

（敬称略、五十音順）

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

## かかりつけ医機能報告の施行に向けた検討スケジュール




9

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

令和6年9月5日　第110回社会保障審議会医療部会（資料３）

## 制度施行に向けた基本的な考え方

○ 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。

○ このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
- 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
- また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。

○ かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

## 報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

### １号機能

○ **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
- 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
- かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

※　施行後５年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

### ２号機能

○ **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**

※ １号機能を有する医療機関は、２号機能の報告を行う。

### その他の報告事項

○ **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

## 地域における協議の場での協議

○ 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。

○ 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
- 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

## かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

### 医師の教育や研修の充実

○ かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。

○ 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。

○ 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

### 医療DXによる情報共有基盤の整備

○ 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。

○ 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでにも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

## 患者等への説明

○ 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。

○ 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する１号機能や２号機能の内容、連携医療機関等とする。

## 施行に向けた今後の取組

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

10

# 都道府県における今後のスケジュールイメージ

○　今後のスケジュール（現時点の想定）は以下のとおり。

**スケジュール**

2024年(令和6年度)：10～12月、1～3月
2025年(令和7年度)：4～6月、7～9月、10～12月、1～3月
2026年(令和8年度)：4～6月、7～9月

**厚生労働省**
- ガイドライン・事例集の作成 → 提示 → ガイドライン・事例集の周知など → ガイドラインの見直しなど
- 省令・告示等の改正
- 報告システムの改修に向けた要件定義 → 報告システムの改修（設計、開発、テスト等）操作マニュアルの作成など → 報告システムの運用開始
- 説明会 / 説明会 / 説明会 → ※随時、説明会を開催予定

**都道府県**
- かかりつけ医機能報告：（R7年度報告に向けた準備）
  ・かかりつけ医機能報告制度の担当者や体制の確認　など
  ※医療機能情報提供制度の現行のスキームや人員体制等を踏まえて検討
  → 医療機関への周知等
  → 11月頃～ 医療機関に報告依頼
  → １～３月 医療機関から定期報告受領
  → 報告内容確認 未提出の医療機関へ催促等
  → 報告内容の集計・分析
  → 報告結果の公表
- 協議の場：**（現状把握）** 市町村と調整しながら、以下の点の確認・検討
  ・既存の協議の場等の体制確認、活用可能な会議体の検討
  ・協議を進める際のキーパーソンの確認
  ・既存の地域の医療・介護関係等の調整役（コーディネーター）の配置有無や役割等の確認
  ・市町村等が把握している地域医療・介護等の課題の確認
  ・圏域・参加者の検討
  **・上記を踏まえた都道府県担当者や体制の検討**　など
  → **（方向性の検討）** 国が示すガイドライン等を踏まえ、市町村等と連携しながら協議の場開催に向けた調整
  ・地域医療・介護等の課題や必要なデータ等を整理し、協議テーマ案の検討
  ・圏域及び参加者の設定　など
  → 協議の場での協議

# 協議の場のイメージ（例：時間外対応）

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

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

**市町村等（協議の場の基本的な圏域）**

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

【協議の場】

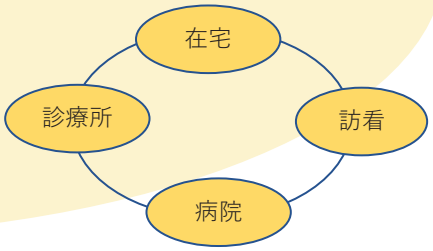


【課題解決の具体策の例】
・時間外対応の連携先の確保
・休日夜間急患センターの参加調整・促進




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

【課題解決の具体策の例】
・ICTの活用による患者情報の共有



# 協議の場における議論の進め方のイメージ（例：時間外対応）

## （1）地域の具体的な課題

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

## （2）様々な視点から考えられる原因（ex：医療側、介護側、住民側・・・）

【原因①】：地域の医師全体の高齢化もあり、24時間対応が困難となっている。
【原因②】：在宅医療の意向がないわけではないが、在宅患者の急変時対応等の経験が少なく、心理的な不安から連携体制に積極的に参加できていない医師がいる。

## （3）地域で目指すべき姿

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

## （4）対策と役割分担（誰に誰が何をするか）

【対策①】：地域の医療提供者全体で、在宅患者の24時間対応を行うための連携体制について見える化し、24時間体制が困難な地域で在宅医療を提供可能な医療機関があるかどうか、連携体制でカバーできないか等について検討する。
⇒連携体制構築、個々の在宅患者ごとの緊急時連絡先リストの整備　など

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

【対策③】：在宅医療の現実や課題、ノウハウ、事例等の共有による、在宅医療に参加する医師の不安感の解消
⇒在宅現場経験の少ない医師に対する同行研修や事例等の共有　など

## （5）対策により期待できる効果

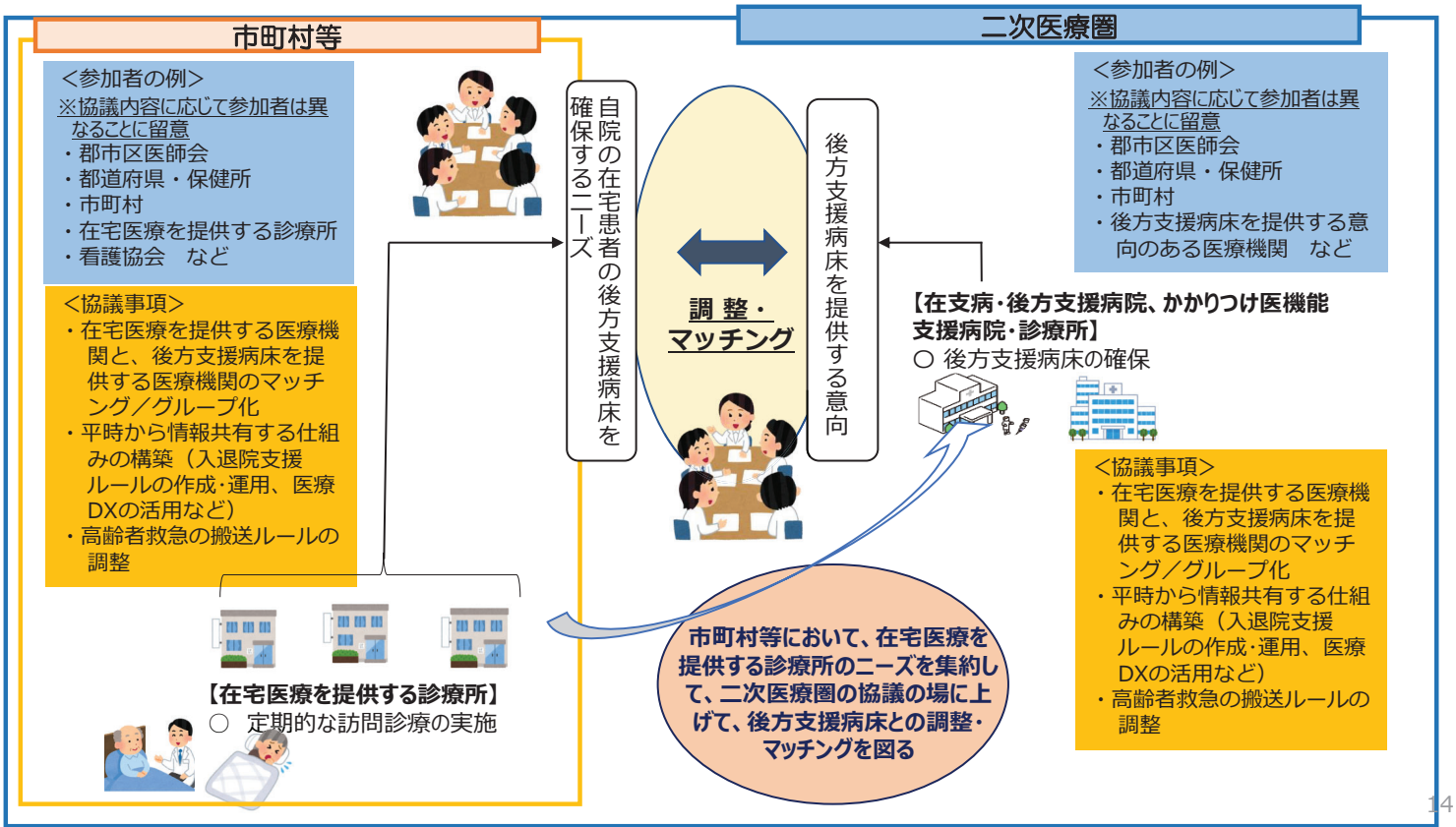
【効果】：在宅患者が急変した場合も、家族が緊急相談することができ、身近な地域において24時間の往診や訪問看護を受けることができる。



# 協議の場のイメージ（例：入退院支援）

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

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



# 協議の場における議論の進め方のイメージ（例：入退院支援）

**（１）地域の具体的な課題**

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

**（２）様々な視点から考えられる原因**
**（ex：医療側、介護側、住民側・・・）**

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

**（３）地域で目指すべき姿**

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

**（４）対策と役割分担（誰に誰が何をするか）**

【対策①】：地域で後方支援病床を確保し、運用する。
⇒圏域ごとの一定数の後方支援病床の確保、マッチング、後方支援病床を確保するニーズの把握　など

【対策②】：入退院支援のルール作り、活用する参加者を広げていく。
⇒入退院支援の標準ルール作成とフォロー、地域性に沿った入退院支援ルール作成の場作りと支援　など

**（５）対策により期待できる効果**

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

15



# 協議の場立ち上げにあたっての流れとポイント

1. 既存の場（都道府県、市町村、医師会等主体は問わず）で**同様の趣旨・内容を協議している、または協議可能な会議体がないか確認**する。
   （例）地域医療構想調整会議、地域ケア会議、在宅医療・介護連携会議　など

   ※医療分野だけではなく、**都道府県・市町村の介護・福祉分野を含めた会議体の現状把握が重要**となる

2. 同様の会議体がある場合は協議の場として活用できないか検討する。その場合、参加者についても追加・変更する必要があるか検討する。
   **※既存の会議をそのまま活用する場合、地域の具体的な課題や具体的方策について協議が可能かどうか精査することが必要。**

   （協議が進まない事例）
   ・会議に全市町村の参加を呼びかけたところ、関係者が多くなり、形式的な会議となって協議が進まない　など

3. かかりつけ機能を協議するにあたって適切な会議体がない場合は、**都道府県の介護部局、市町村や医療・介護関係者等と相談しながら、**協議の場の在り方を検討し、新たな協議の場の立ち上げを含め、検討する。

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

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

16

# 報告制度の開始に伴い必要となる事項

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

## 都道府県の取組事項

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

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

# 在宅医療と介護の連携体制の構築に向けて

厚生労働省医政局地域医療計画課

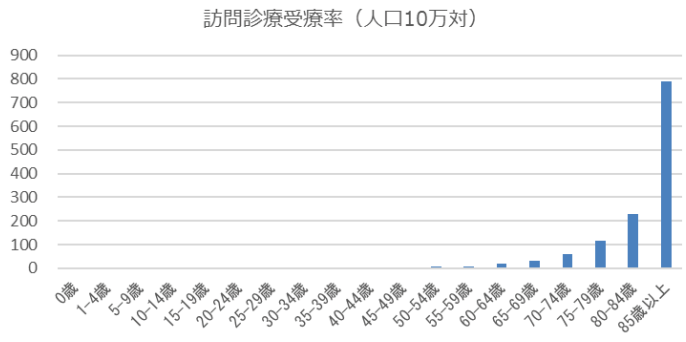
外来・在宅医療対策室

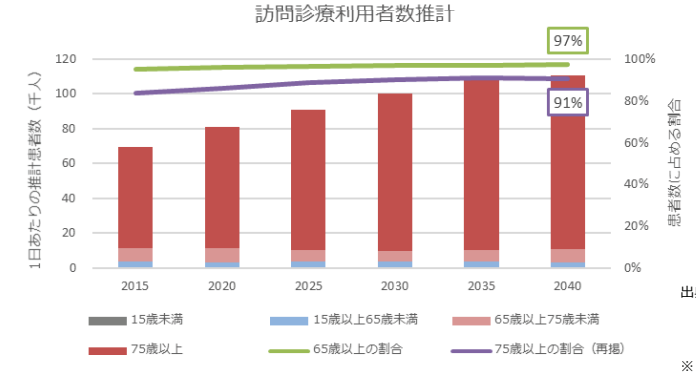
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

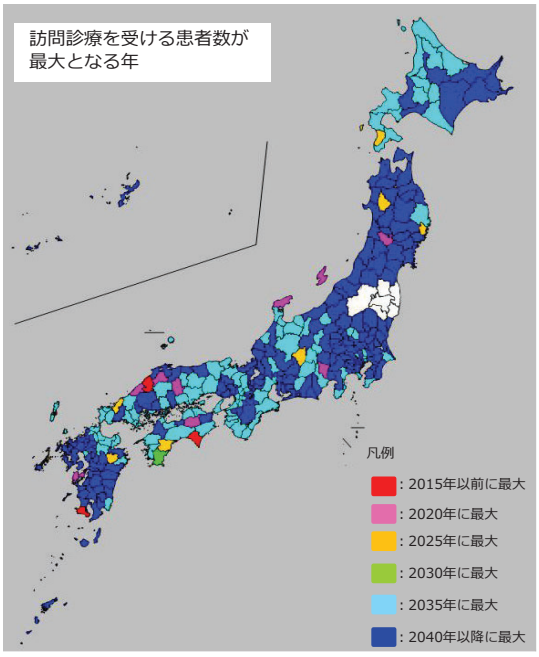
## 医療需要の変化①　在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

第７回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年３月４日
資料1改

○　全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
○　在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。




出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院ー外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

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

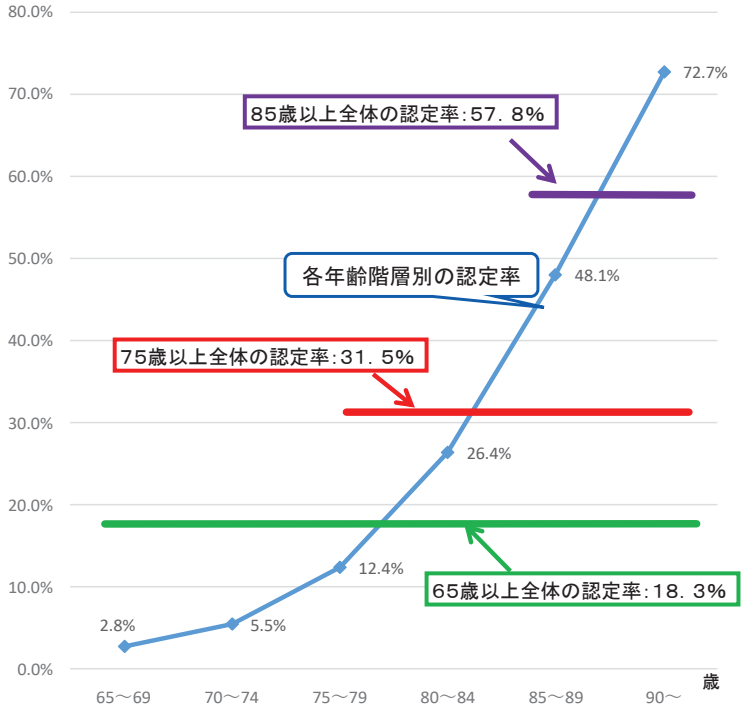
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化②　医療と介護の複合ニーズが一層高まる



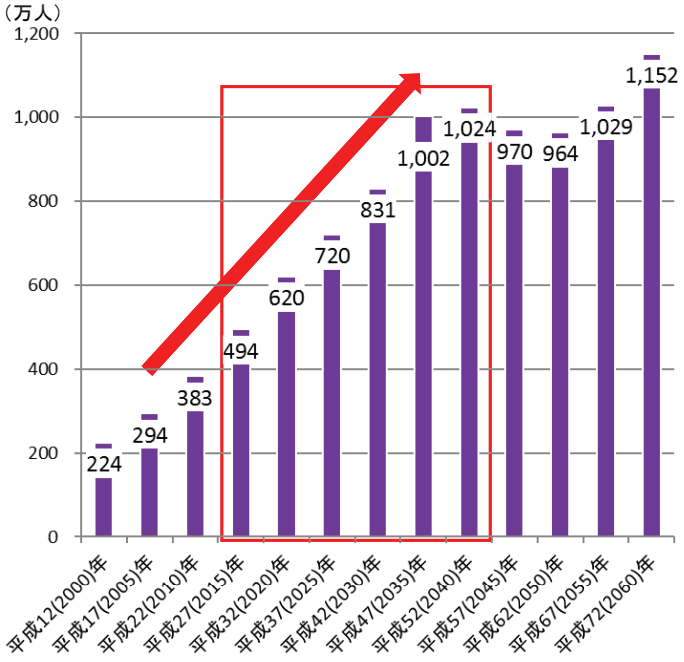
○　要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
○　2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

## 年齢階級別の要介護認定率




出典：2020年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

## 85歳以上の人口の推移




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

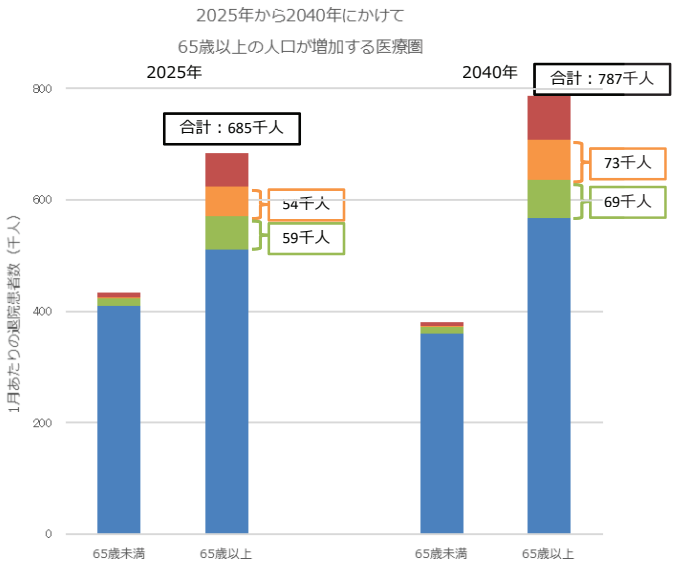


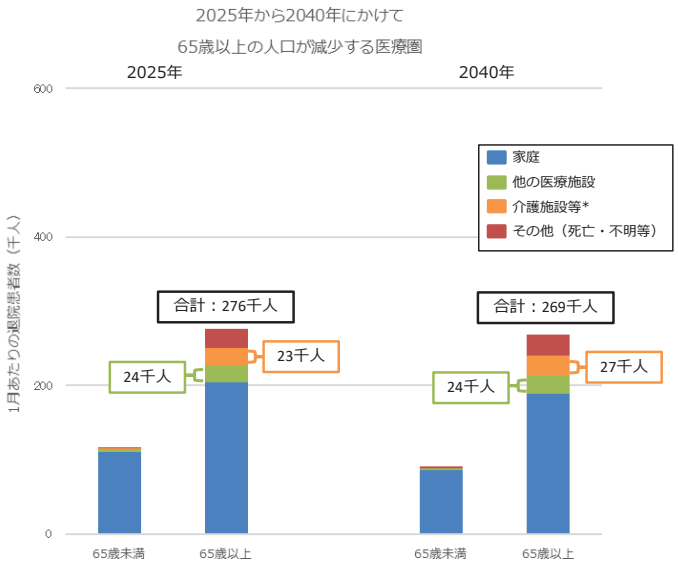
# 医療需要の変化③　介護施設等・他の医療施設へ退院する患者数が増加する



○　2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が増加する医療圏（135の医療圏）では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて15%増加するが、そのうち、介護施設等（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設）へ退院する患者数は34%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は18%増加すると見込まれる。
○　2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が減少する医療圏（194の医療圏）では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて減少するが、そのうち、介護施設等へ退院する患者数は16%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は微増すると見込まれる。

## 退院患者の退院先の推移




出典：患者調査（平成29年）「推計退院患者数、入院前の場所×性・年齢階級別」「推計退院患者数、退院後の行き先×性・年齢階級別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
*介護施設等：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設
※ 退院患者数は、患者調査の時点での人口を用いて受療率を算出し、将来の推計人口を掛け合わせて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 在宅医療の体制について

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

～　「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ　～

**在宅医療の提供体制に求められる医療機能**

**①退院支援**
○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

**②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の提供
○緩和ケアの提供
○家族への支援

**④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

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

**③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

・病院、診療所（歯科含む）　・薬局
・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
・短期入所サービス提供施設
・相談支援事業所　等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

**在宅医療において積極的役割を担う医療機関**
○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
・他医療機関の支援
・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院　　等



**在宅医療に必要な連携を担う拠点**
○①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
・地域の関係者による協議の場の開催
・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
・関係機関の連携体制の構築　等
・市町村　・保健所
・医師会等関係団体　　等



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

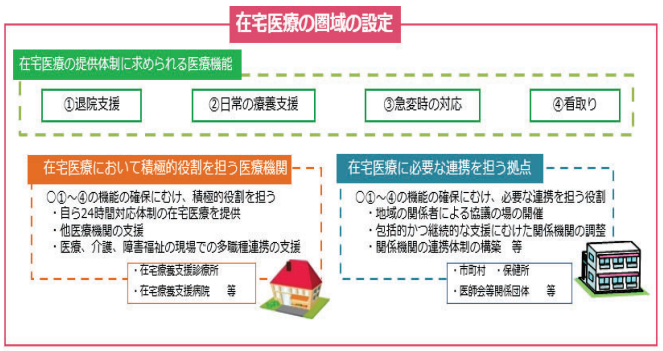
5

# 在宅医療の体制（第８次医療計画の見直しのポイント）

## 概　　要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

## 在宅医療の提供体制




◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。

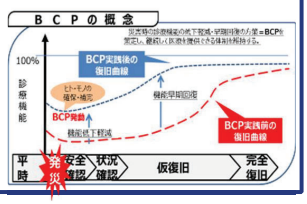
◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。

◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

## 急変時・看取り、災害時等における整備体制

◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。

◆ 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。




## 在宅医療における各職種の関わり

◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。

◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。

◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。

◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。

◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

6

# 在宅医療の体制構築に係る指針①（体制整備、介護との連携）

令和５年度第１回医療政策研修会 資料13
令　和　5　年　5　月　2　4　日

＜在宅医療の体制構築に係る指針（令和５年３月31日）より抜粋＞

第２　医療体制の構築に必要な事項

２　各医療機能と連携

（５）在宅医療において積極的役割を担う医療機関
　自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関**として**医療計画に位置付けること**。
　また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、**在宅療養支援診療所**及び**在宅療養支援病院**等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。
　なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担う**こととする。

（６）在宅医療に必要な連携を担う拠点
　地域の実情に応じ、**病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれか**を**在宅医療に必要な連携を担う拠点**として**医療計画に位置付ける**こと。
　在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が**在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携**を図ることが重要である。
　また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。
　なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

第３　構築の具体的な手順

２　圏域の設定

（３）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、**従来の二次医療圏にこだわらず**、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、**市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定**する。なお、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも１つは設定する**こと。



# 在宅医療の体制構築に係る指針②（急変時、看取り、災害時）

令和５年度第１回医療政策研修会 資料13
令　和　5　年　5　月　2　4　日

＜在宅医療の体制構築に係る指針（令和５年３月31日）より抜粋＞

第２　医療体制の構築に必要な事項

２　各医療機能と連携

（３）急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】
②　在宅医療に係る機関に求められる事項
・　患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、**事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等**、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、**消防関係者も含め連携体制の構築**を進めることが望ましい
③　入院医療機関に求められる事項
・　特に、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院**においては、**地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携**することで、円滑な診療体制の確保に努めること
（４）患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】
②　在宅医療に係る機関に求められる事項
・　本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、**医療と介護の両方を視野に入れ**、利用者の状態の変化に対応し、**最期を支えられる訪問看護の体制**を整備すること
・　**麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制**を整備すること

第３　構築の具体的な手順

３　連携の検討
（４）災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、**業務継続計画（BCP）の策定**を推進すること。

# 在宅医療の体制構築に係る指針③（各職種の関わり）

| 令和５年度第１回医療政策研修会 | 資料 |
|---|---|
| 令　和　５　年　５　月　２　４　日 | 13 |

＜在宅医療の体制構築に係る指針（令和５年３月31日）より抜粋＞

第１　在宅医療の現状

２　在宅医療の提供体制
（２）日常の療養生活の支援
③　訪問歯科診療
近年、口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔の管理の重要性が高まっている。こうした観点から、歯科医師だけでなく、**歯科衛生士の口腔の管理へのより一層の関わり**が期待されている。今後は地域の実情を踏まえ、**歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携**や**医科歯科連携**を更に推進していくことが求められている。
④　訪問薬剤管理指導
高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、**麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備**が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。
⑤　訪問リハビリテーション
今後、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点を踏まえ、**医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制の整備**が求められる。
なお、医療計画においては病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院から提供される訪問リハビリテーションについて検討することとする。

第２　医療体制の構築に必要な事項

２　各医療機能と連携
（２）日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】
②　在宅医療に係る機関に求められる事項
・　身体機能及び生活機能の維持向上のための**口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理**を適切に提供するために、関係職種間で**連携体制**を構築すること
・　日常生活の中で、**栄養ケア・ステーション等と連携**し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
・　在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、**医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供**される必要がある

9

# 第８次医療計画における在宅医療の圏域について

| 令和５年度第２回医療政策研修会<br>第１回地域医療構想アドバイザー会議 | 資料 |
|---|---|
| 令　和　５　年　９　月　１　５　日 | 4 |

## 二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること

【出典】医療法施行規則　第三十条の二九（昭和二十三年厚生省令第五十号）

## 在宅医療の圏域について

５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

【出典】「医療計画について」（令和５年３月31日　厚生労働省医政局長通知（令和５年６月15日一部改正））

＜在宅医療の体制構築に係る指針＞
第３　構築の具体的な手順
２圏域の設定
（１）都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第２ 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１ 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。
圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。
（２）医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
（３）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも１つは設定すること。
（４）検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

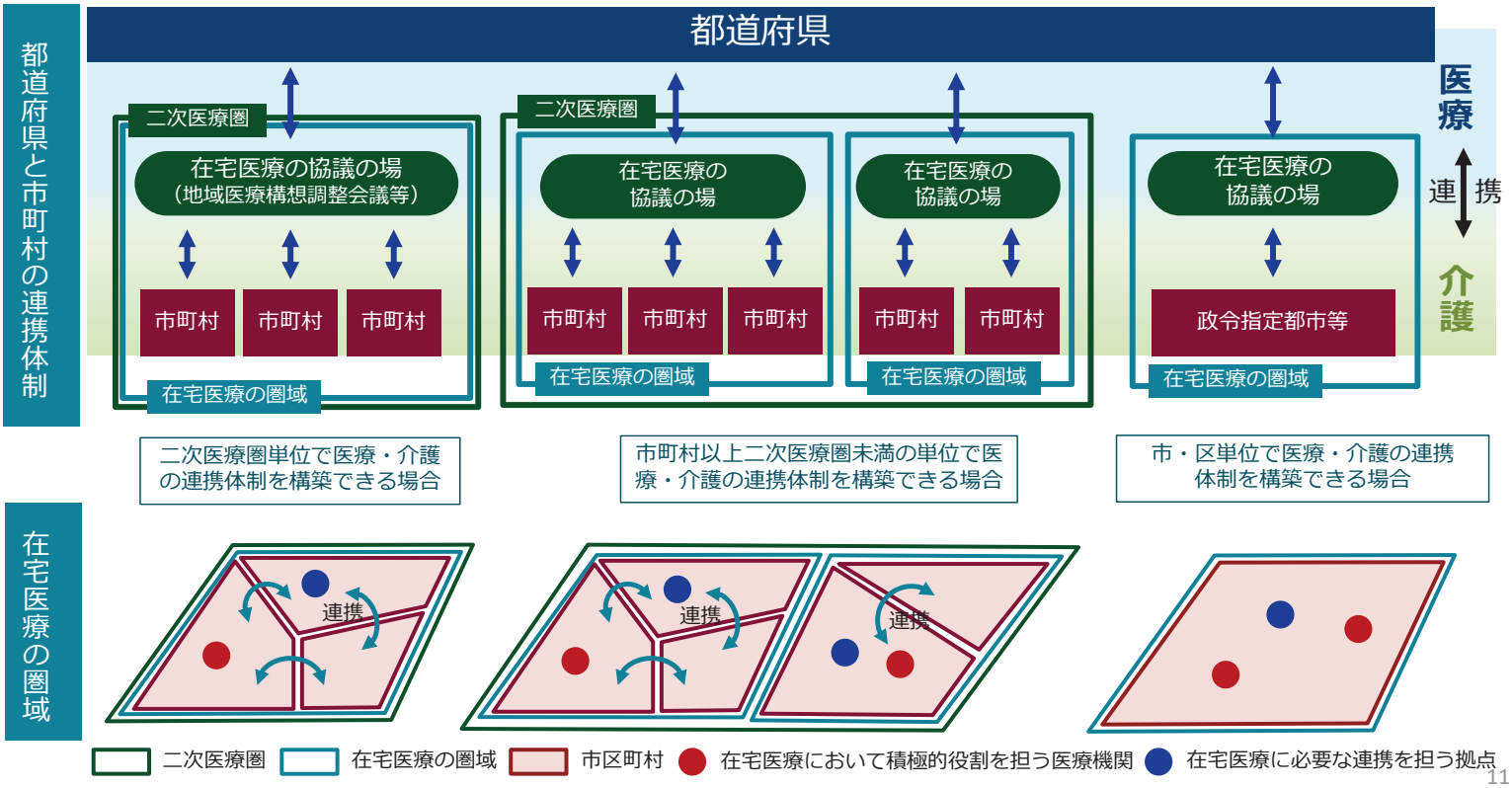
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日　厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

10

# 在宅医療の圏域の設定単位の考え方

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

○　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。







11

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

# 第８次医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。

＜「在宅医療の体制構築に係る指針」＞
第２　医療体制の構築に必要な事項
２　各医療機能との連携
（５）　在宅医療において積極的役割を担う医療機関
前記（１）から（４）までに掲げる目標の達成に向けて、自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置づけられることが想定される。
なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。
① 目標
・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
・ 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
・ 患者の家族への支援を行うこと
② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項
・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
・ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
・ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

【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））

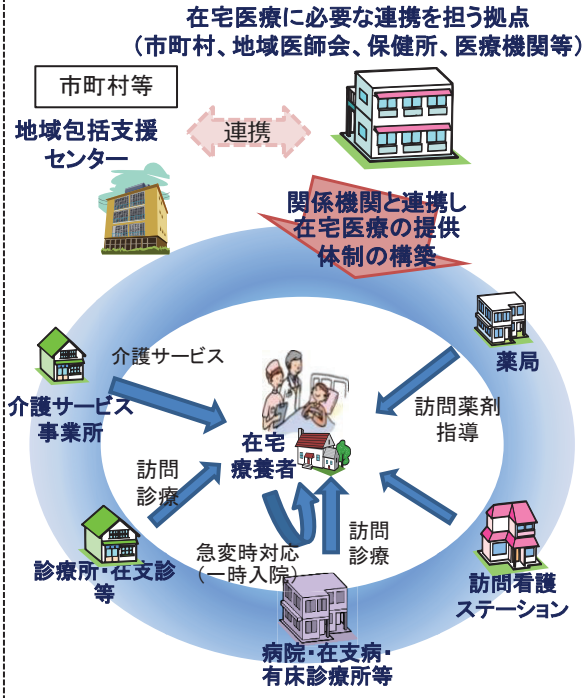
12

令和５年度第２回医療政策研修会
第１回地域医療構想アドバイザー会議
令　和　５　年　９　月　１　５　日
資料 4

# 第８次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について記載した。

＜「在宅医療の体制構築に係る指針」＞
第２　医療体制の構築に必要な事項
　２　各医療機能と連携
（６）　在宅医療に必要な連携を担う拠点
　前記（１）から（４）までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。
　在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。
　また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。
　なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。
① 目標
・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと
② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項
・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること
※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容




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

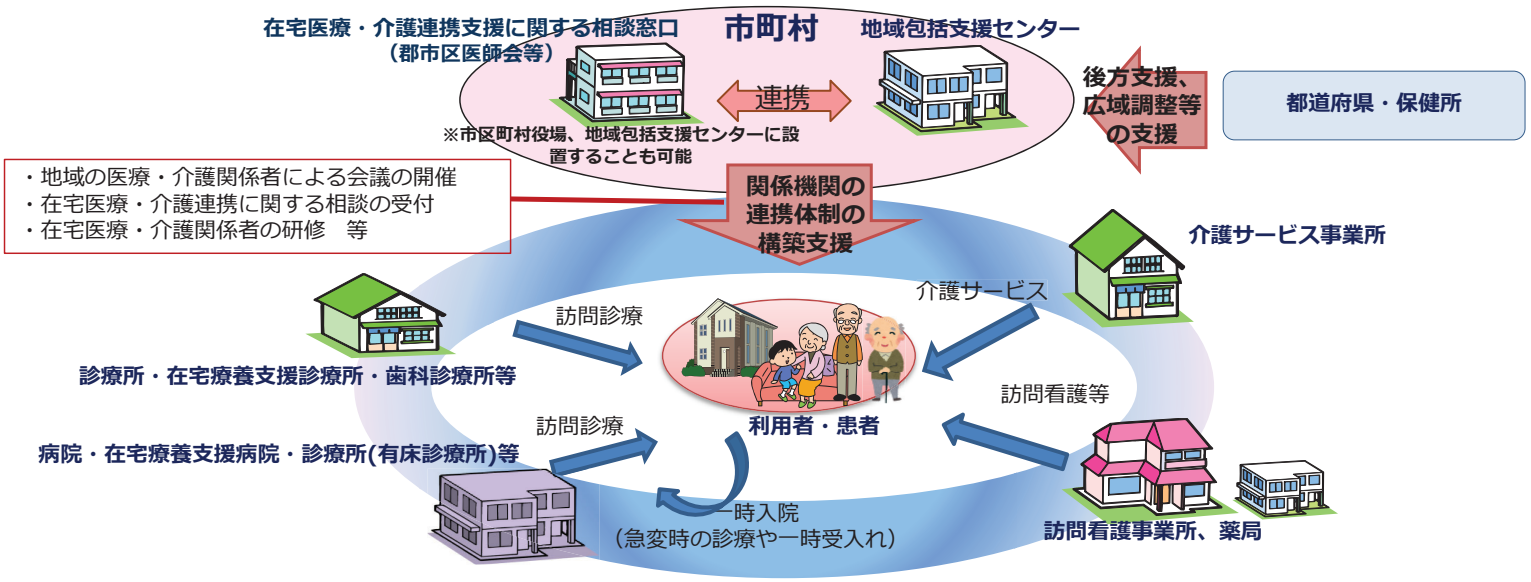
13

# 在宅医療・介護連携の推進

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
令　和　３　年　１０　月　１３　日
資料 2

○　**医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。**
（※）在宅療養を支える関係機関の例
・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等　（定期的な訪問診療等の実施）
・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等　（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
・訪問看護事業所、薬局　（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
・介護サービス事業所　（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

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

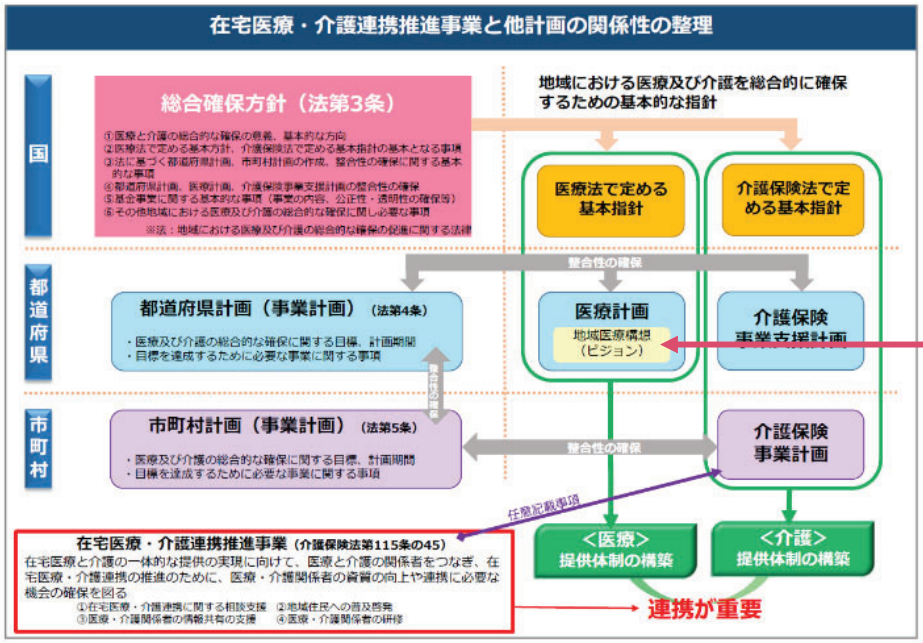



14

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

○　第８次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には「市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である」と記載されている。

○「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。




※　在宅医療・介護連携推進事業の手引き　Ver.3　（令和２年9月）

在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】病院、診療所、訪問看護事業所、
地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

【求められる事項】
- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること
  （関係機関の例）
  - 病院・診療所
  - 薬局
  - 訪問看護事業所
  - 居宅介護支援事業所
  - 訪問介護事業所
  - 介護保険施設
  - その他の介護施設・事業所
  - 地域包括支援センター
  - 基幹相談支援センター・相談支援事業所
  - 消防機関



# 新潟県における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の取組

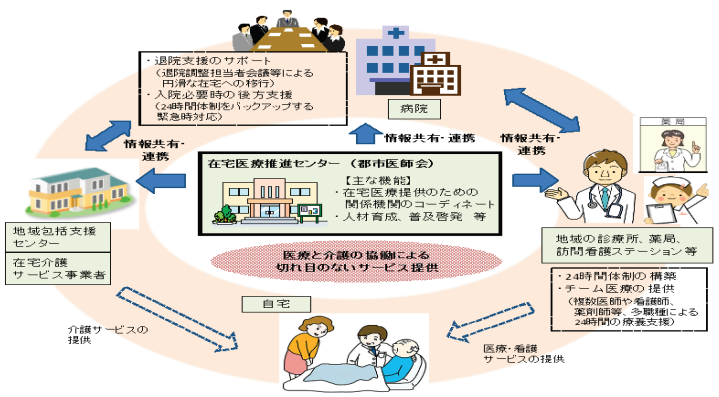


## 取組の背景

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

## 事業概要（取組の特長）

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




## 事業の成果等

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

（令和４年３月末現在）

## 在宅医療・介護連携推進事業との連携

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




## 事業推進上の課題等

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

# 福岡県における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」への取組

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

在宅医療連携拠点整備事業　※財源：地域医療介護総合確保基金

主な事業メニュー

| | |
|---|---|
| A | 在宅医療相談窓口事業 |
| B | 在宅医療提供体制の検討（医療+介護）<br>在宅医療提供体制の検討（医療のみ） |
| C | 在宅医療推進に係る研修会の開催（医療+介護）<br>在宅医療推進に係る研修会の開催（医療のみ） |
| D | 住民への啓発 |
| E | 退院時連携促進事業（研修会等実施）<br>退院時連携促進事業（連携パスの策定等） |
| F | 在宅医師等同行訪問事業（多職種間）<br>在宅医師等同行訪問事業（同職種間） |
| G | 在宅医療機器整備事業 |

県 → 補助 → 郡市区医師会

～H29

H30～

地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）　※財源：介護保険料 ＋ 公費

市町村 / 郡市区医師会 → 委託

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

R2～ 手引き Ver.3に改訂



在宅医療提供体制充実強化事業　※財源：地域医療介護総合確保基金

県 / 郡市区医師会 → 補助

| |
|---|
| ①在宅医療の充実強化のためのルールづくり（病診連携・診診連携等） |
| ②医療従事者に対する研修 |
| ③在宅医療・介護連携に関する広域的・補完的事業 |
| ④その他（①～③以外で在宅医療提供対策の充実強化に資すると認められる事業） |

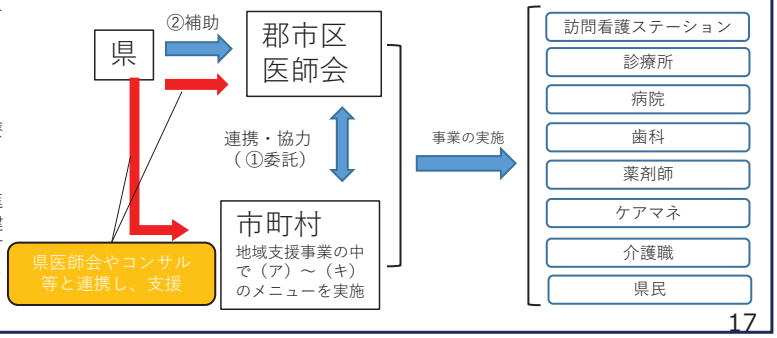
※③地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）で、市町村等の単独実施が難しい事業や、広域的な実施が効果的・効率的な事業に対しての支援

・・・地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）に係るもの

・・・在宅医療の充実のための専門的・技術的な対応が必要な取組

・H29まで郡市区医師会に連携拠点事業として、補助していたが、H30から、市町村においては、在宅医療と介護の連携推進が介護保険法の地域支援事業として位置づけられたため、市町村と県での事業のすみわけを整理した。
・拠点整備事業の実施により、在宅医療・介護の連携体制は徐々に構築されつつあるが、さらなる受け皿の拡大のため、充実強化事業として、県が市町村（郡市区医師会）に広域的・補完的な取組の支援を実施。
・市町村が地域支援事業の中でどの程度の役割を委託しているか、マンパワーや医療資源等の違いから、市町村と郡市区医師会の事業の役割分担は地域により差がある。
・福岡県は、ほぼすべての市町村で郡市区医師会に在宅医療・介護連携事業の委託を行っており、原則として、郡市区医師会が中心となり、在宅医療・介護連携を推進しているところだが、県としては、在宅医療・介護連携従事者として、市町村・保健所の職員にも研修会等を通じて、事業の推進を呼び掛けている。郡市区医師会・市町村・保健所等が協議の場等で話し合い、地域の役割分担の中で協力して事業を推進していくのが望ましいと考えている。

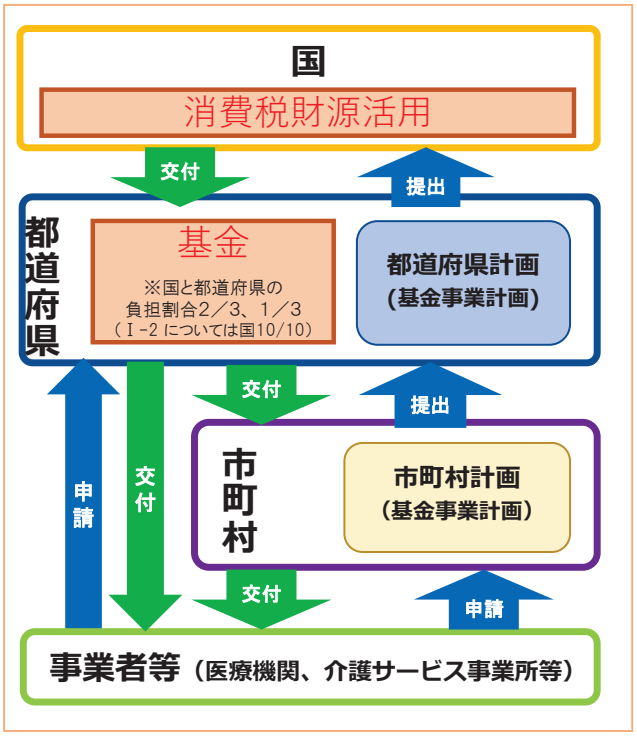
①在宅医療・介護連携推進事業 ・ ②在宅医療提供体制充実強化事業 スキーム図






# 地域医療介護総合確保基金

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




## 都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

○ **基金に関する基本的事項**
・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
・診療報酬・介護報酬等との役割分担

○ **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 ／ 目標と計画期間（原則1年間） ／ 事業の内容、費用の額等 ／ 事業の評価方法※2
※1　都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
※2　都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用

○ **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

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

# 地域医療介護総合確保基金を活用した在宅医療の推進

令和6年度予算額：363億円（公費544億円）
（令和5年度予算額：327億円（公費491億円））
※ 予算額は区分Ⅳ（医療従事者の確保）との合算

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

**事業区分Ⅱ　居宅等における医療の提供に関する事業**

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

**1．在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備に資する事業**

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

**2．在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業**

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

**3．その他在宅医療の推進に資する事業**

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

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

19

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

# 事前質問への回答について

厚生労働省　老健局老人保健課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

## 在宅医療・介護連携推進事業の概要について

### ご質問の概要

① 国、都道府県、市町村のそれぞれの役割と連携について

② 都道府県と市町村の連携が上手くいっている事例について

③「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と
「在宅医療・介護連携推進事業」について

④ コーディネーターに必要な能力について

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

# ①　在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

## 国の取組み

**①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援**
- 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供

**②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援**
- 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）

**③好事例の横展開**
- 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

## 都道府県の取組み

**①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等**
- 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- 他市町村の取組事例の横展開
- 必要なデータの分析・活用支援
- 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

**②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携**
- 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

**③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について**

## 市町村の取組み

**在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組**

**①現状分析・課題抽出・施策立案**
- 地域の医療・介護の資源の把握
- 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

**②対応策の実施**
- 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- 地域住民への普及啓発

●加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援

2

# ②　コーディネーターの体制の具体例：新潟市（新潟県）

**①関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携** × **①一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当** × **都道府県の基幹的コーディネーター 市町村の基幹的コーディネーター、現場的コーディネーター**

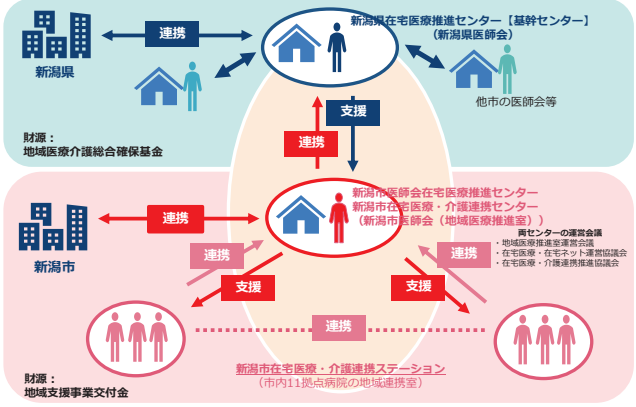
### 自治体概要

| | |
|---|---|
| 人口※1 | 789,275人 |
| 高齢化率※1 | 65歳以上:29.3%　75歳以上:14.9% |
| 要介護認定率※2 | １号被保険者:19.4%　２号被保険者:0.3% |
| 担当部署 | 新潟市保健衛生部地域医療推進課 |
| 委託先 | 新潟市医師会地域医療推進室 |
| コーディネーターの人数・資格等 | 都道府県の基幹的コーディネーター１名（常勤・兼務／看護師）<br>市町村の基幹的コーディネーター３名（いずれも兼務／保健師・看護師、医療ソーシャルワーカー・社会福祉士、事務職）<br>市町村の現場的コーディネーター30名（いずれも常勤・兼務／保健師、看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、歯科衛生士、介護福祉士、社会福祉士等） |

※1：令和２年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査 及び 令和2年介護保険事業状況報告

### 背景

◆　在宅医療の推進を目的として、平成28年に新潟県医師会内に地域医療介護総合確保基金により設置・運営される「新潟県医師会在宅医療推進センター【基幹センター】」を設置。合わせて、県内全ての郡市医師会に在宅医療の連携拠点となる「在宅医療推進センター（新潟市は「新潟市医師会在宅医療推進センター」（以下、「推進センター」。））　を設置。
◆　市は、在宅医療・介護連携推進事業を新潟市医師会へ委託し「新潟市在宅医療・介護連携センター（以下、「連携センター」。）」を設置。さらに新潟市８区11病院の地域連携室に「在宅医療・介護連携ステーション（以下、「連携ステーション」。）」を設置。
◆　現在、委託の有無に関わらず、市町村と医師会がそれぞれの地域で目指す姿を共有し協働した一体的な取組を実施。




### コーディネーターの主な取組内容等

**（基幹的コーディネーター：基幹センター）**

◆　**県下のコーディネーターのネットワーク形成（研修開催等）**
- 県内のコーディネーター対象の研修会開催や情報交換会の開催。

◆　**県下のコーディネーターの支援・育成**
- 「在宅医療推進センターコーディネーター活動指針」の策定。
- 事業計画フォーマットの統一による進捗把握・介入、評価等。

**（基幹的コーディネーター：連携センター）**

◆　**市内コーディネーターのマネジメント**
- 「多職種連携の会」の推進や「新潟医療圏地域連携会議」等、市全体に関わる事業の推進や各種研修会等の開催。
- 市とともに業務計画書を策定し、連携ステーションへの業務計画遂行を支援。
- 連携ステーションの相談内容等を取りまとめ、課題抽出及び解決に向けた働きかけ。

◆　**市内コーディネーターのネットワーク形成**
- 「在宅医療・介護連携センター/ステーション会議」（年６回程度）の実施。

◆　**市内コーディネーターの支援・育成**
- 新任（現任）者研修の実施や、相談対応事例の振り返りを通じた取組の標準化。
- 「新潟市在宅医療・介護連携推進事業運営マニュアル」のとりまとめと更新。

**（現場的コーディネーターの取組：連携ステーション）**

◆　**地域の実情に応じた活動展開**
- 医療・関係者等への相談支援等の実施及び得られた地域課題等を事業計画へ反映するとともに会議等で共有。

◆　**多職種連携の体制構築**
- 区内の多職種連携の会や関係機関、団体等と連携し「顔の見える関係づくり」を支援することにより地域内の連携強化を推進。

◆　**多職種の研修体制（各種研修・勉強会の開催）**
- 「多職種連携の会」での研修会開催や、ニーズに応じた各種連携研修会の開催。

◆　**市民啓発**
- 「医療と介護の市民講座」や「医療と介護の出前スクール」等の実施。

### 効果

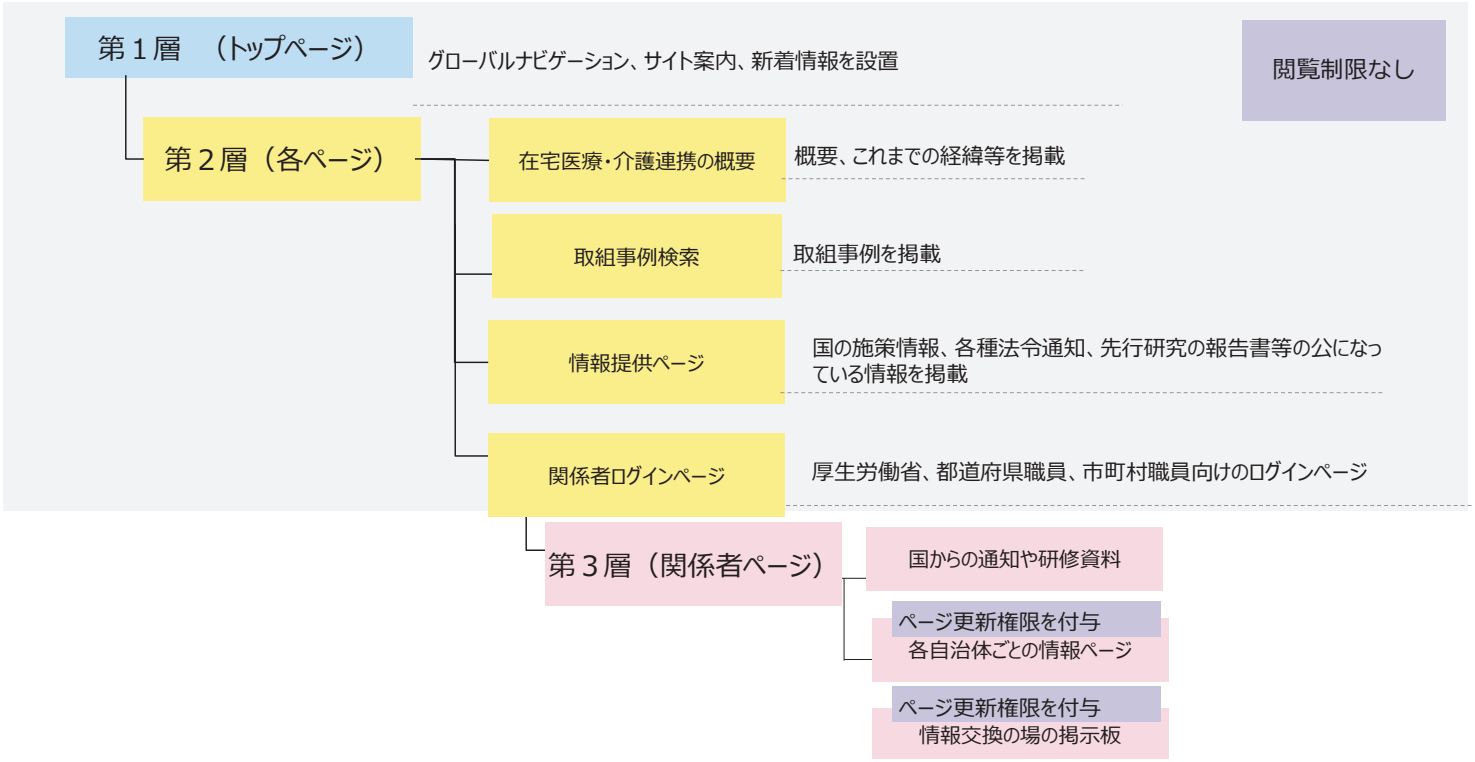
◆　**体系的なコーディネーター体制**
- 県（基幹的）ー市（基幹的）ー市（現場的）の体系的なコーディネーター体制により、全県的なコーディネーター間のネットワーク化及びノウハウの蓄積に寄与。
- 統一化されたフォーマットやマニュアル等を全県的に活用することにより、一定の質担保に寄与。

◆　**在宅医療・介護連携ステーション配置による効果**
- 病院の地域連携室にコーディネーターを配置することにより、地域の入退院の実情や課題把握を得やすく、「入退院支援」の円滑な連携に寄与。また、兼務でコーディネーター業務を実施しているため、継続的な人材確保や育成も期待される。

3

## ②　在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームの作成（予定）

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




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

4

## ③「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携

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

### 日常の療養支援

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

### 入院・退院支援

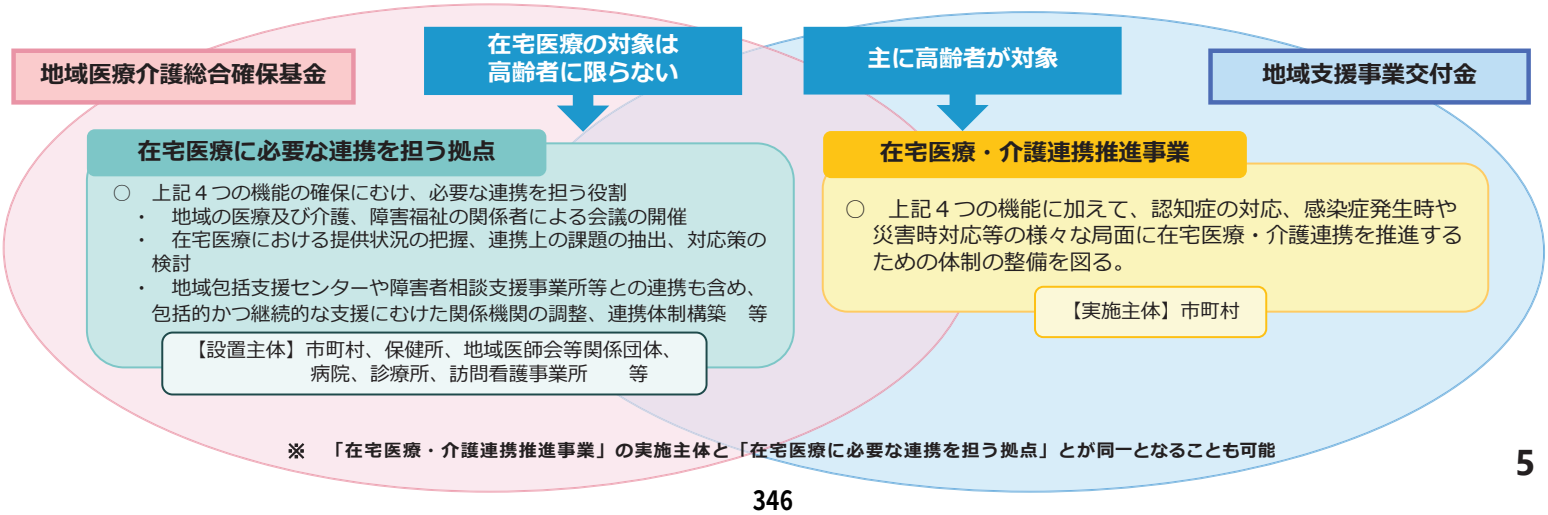
○　入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による退院支援の実施
○　一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

### 急変時の対応

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

### 看取り

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




※　「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とが同一となることも可能

5

## ④　在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターに期待される具体的な役割等

### コーディネーターに期待される具体的役割の例

○　自治体内外の多機関との組織横断的な連携

○　専門的側面及び技術的側面からの多職種連携・協働

○　人材育成への寄与

### コーディネーターに期待される能力の例

○　**組織横断的な連携や協働を行い、在宅医療・介護連携推進事業を推進する能力**
- 自治体と連携・協働し、自治体内外の関係機関・関係者との合意形成を図るとともに、効果的な連携・協働体制を構築することができる。

○　**コーディネーターとしての専門的知識・技術を推進する能力**
- 各自治体のあるべき姿を理解し、求められる役割等を実践することができる。
- 専門職や地域住民等からの相談支援等に対する分析及び検討を実施した上で、地域の実情に応じた必要な支援につなげることができる。
- コーディネーター間の連携・協働を推進することができる。

○　**在宅医療・介護連携推進におけるあるべき姿に基づき、人材育成を推進する能力**
- 資格の有無を問わず、社会の変化や情勢に応じて専門的知識や技術を常に更新することができる。
- 自治体の組織目標や施策の展望等を踏まえ、組織内での理解・共有を図り、コーディネーターとしての実施体制を整備することができる。
- コーディネーターの人材確保・育成に寄与することができる。



## ④　在宅医療・介護連携推進に向けた事業コーディネーターの育成

### 【研修会議Ⅱ】（基礎演習）

**日時:(東京)令和6 年11 月15 日(金)、(大阪)令和6 年11 月21 日(木)、(福岡)令和6 年11 月22 日(金)**
**各日10:00～16:45**
**会場:(東京)ビジョンセンター新橋1801(東京都千代田区内幸町1-5-2 17F)**
**(大阪)グランキューブ大阪特別会議場(大阪府大阪市北区中之島5-3-51 12F)**
**(福岡)TKP エルガーラ大ホール(福岡県福岡市中央区天神1-4-2 8F)**
**対象者:市町村、都道府県、保健所及び厚生局の職員、在宅医療・介護連携推進のコーディネーター、地域包括支援センターの職員、医師会等の関連団体の方々等**　※研修会議Ⅰに参加、または後日視聴いただける方、1自治体から複数名の参加を推奨
**研修の狙い:市町村とコーディネーターが協働しながら、個別課題から地域課題に展開する手法等を身につける課題解決のシナリオを考える力を高める。**
**※申込締切:東京開催令和6年11月8日(金)17:00、大阪・福岡開催令和6年11月15 日(金)17:00**

### 【研修会議Ⅲ】（応用演習）

**日時:令和6 年12 月2 日(月)10:00～16:30**
**会場:(東京)AP 虎ノ門会議室A(東京都港区西新橋1-6-15 11F)**
**対象者:市町村、都道府県、保健所及び厚生局の職員、在宅医療・介護連携推進のコーディネーター、地域包括支援センターの職員、医師会等の関連団体の方々等**
**※研修会議Ⅱに参加していなくても参加可能です。**
**※対象者として想定している参加いただきたい方は、地域課題解決に関わっている方となります。**
**研修の狙い:コーディネート支援を行う上での課題を共有し、課題解決となる対策を考える全国の事例を知る、仲間を作る**
**※申込締切:令和6年11月25 日(月)17:00**

特設サイト（申し込み）

# 令和６年度老人保健健康増進等事業

## ①　在宅医療・介護連携事業の有効的なあり方にかかる調査研究事業

平成26年介護保険法改正により、市町村が実施する事業として、地域支援事業の一つに「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられてから約10年が経過する。
この間、地域の実情を踏まえた取り組みが実施されるよう、取り組み状況等の実態把握等を踏まえ、省令改正や手引き等を改訂した。
一方、介護保険行政を取り巻く状況は大きく変化しており、今後の更なる事業推進のためには、これまでの知見等も元に、現在の社会ニーズ等も踏まえた上で整理が必要である。
そのため、本事業では、以下を実施する。

・　在宅医療・介護連携推進事業に係る厚生労働科学研究や老健事業、調査研究等についてシステマティックレビュー等を行う。また、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等それぞれの好事例について取りまとめる。さらに、今後の施策への提言を報告書にとりまとめる。
・　学識者や有識者、実施主体である市町村をはじめとする行政職等からなる検討委員会を設置し、成果物として、令和５年介護保険法改正や令和６年介護報酬改定事項等を踏まえた「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.　３」の改訂（案）を作成する。

⇒最終成果案：「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.　３」の改訂

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

在宅医療・介護連携推進事業において地域の実情に応じた取り組みを進めている一方事業の実施に課題を抱える市町村も多い状況にある。また、「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和４年12月20日社会保障審議会介護保険部会）において、「データの活用・分析など、都道府県による市町村支援の推進」や「総合的に進める人材の育成・配置」を進める必要性について指摘されているが、都道府県や、在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターがどのような働きかけを行うべきか等について特化して示した媒体はない。
　そのため、本事業では、都道府県が管内市町村の連携支援を行う際の参考とし、事業の進捗管理や効果測定等も実施できるよう、一連のプロセスを体系化・構築するため、以下を実施する。
①　過去の「在宅医療・介護連携推進支援事業」及び在宅医療・介護連携推進事業及び類似事業に係る老人保健健康増進等事業等の成果等の分析
②　実施主体である市町村や、支援する都道府県、在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターへのヒアリング調査等を行い、効果的な支援及び取り組みに資するプロセスをそれぞれ体系化
③　①～②による成果をそれぞれハンドブックとしてまとめ、市町村及び都道府県に周知

⇒最終成果案：都道府県が管内市町村の連携支援を行う際のハンドブック、
在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターのハンドブック

8

# 令和６年度老人保健健康増進等事業

## ③　在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討

　在宅医療・介護連携推進事業の一層の推進に向けては、各市町村がその進捗状況を自己評価し、自らの施策を顧みることができる評価指標や評価スキームが求められるが、当該事業は地域の実情に応じて構築されていくものであり、定量的な評価が困難な側面もある。
　そのため、令和４年度～５年度の厚生労働科学研究（医療および介護レセプトデータ分析による在宅医療・介護連携推進のための適正な評価指標等の提案のための研究（研究代表者：国立保健医療科学院　赤羽学））において、既存指標の妥当性の評価や新たな指標の必要性の検討のための基礎データの収集及び提案等がなされたところである。
　本事業は、これらを踏まえた上で、以下を実施する。
①　検討委員会を設置し、市町村及び都道府県においてより活用可能な指標案と、実際　　に評価を行う際のポイント等を整理
②　市町村におけるモデル事業の実施
③　①、②の成果も踏まえ、指標案の更なる精査を実施し「指標集ないし手引き」を策定
また、得られた結果等は、保険者機能強化推進交付金等の評価指標等の検討に活用することも見据えて整理を行い、報告書にまとめる。

⇒最終成果案：在宅医療・介護連携推進事業の指標集ないし手引き

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

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（医政地発0331第14号令和５年３月 31日）において、「病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。」とされている。「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に訪問看護事業所を位置づけている自治体や、訪問看護事業所に在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターを配置している自治体もあることから、訪問看護事業所は「在宅医療に必要な連携を担う拠点」及び「在宅医療・介護連携推進事業」において一定の役割が求められている。そのため、本事業では、訪問看護事業所を対象に、医療・介護連携における訪問看護事業所の連携の在り方や役割等を調査して実態把握を行う。また、効果的・効率的な連携を行っている訪問看護事業所に係る事例集を作成する。さらに、これらの調査結果を踏まえ、今後、医療・介護連携において訪問看護事業所が更なる連携や役割を発揮するために必要な方策等を提案する。

⇒最終成果案：訪問看護事業所に係る事例集

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

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

⇒最終成果案：自治体向けの手引き

9

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 主なご質問への回答

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

## 主なご質問への回答

### １．総論

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

今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域で必要となる時間外診療体制や、在宅医療、入退院支援などのかかりつけ医機能を確保していくことが不可欠であると考えています。

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

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

# 主なご質問への回答

## ２．行政の役割

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

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

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

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

※以下、現時点において、都道府県及び市町村にお願いしたい主な事項。

【都道府県】

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

【市町村】

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



# 主なご質問への回答

## ３．報告業務

**Q3．具体的な報告方法を知りたい。**

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

## ４．その他

**Q4．先進事例を知りたい。**

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

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

# 主なご質問への回答

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

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

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

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

# 在宅医療と介護の連携体制の構築に向けて

## ご質問の概要

① 在宅医療の圏域について

② 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」における障害福祉への対応について

③ 在宅医療における情報共有・情報伝達に対する認識、それに対する施策や方向性について

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

1

# 在宅医療と介護の連携体制の構築に向けて

## ご質問の概要

① 在宅医療の圏域について

② 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」における障害福祉への対応について

③ 在宅医療における情報共有・情報伝達に対する認識、それに対する施策や方向性について

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

2

# 第８次医療計画における在宅医療の圏域について

令和５年度第２回医療政策研修会
第１回地域医療構想アドバイザー会議
令　和　5　年　9　月　1　5　日
資料 4

## 二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること

【出典】医療法施行規則　第三十条の二九（昭和二十三年厚生省令第五十号）

## 在宅医療の圏域について

５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

【出典】「医療計画について」（令和５年３月31日　厚生労働省医政局長通知（令和５年６月15日一部改正））

＜在宅医療の体制構築に係る指針＞
第３　構築の具体的な手順
２圏域の設定
（１）都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第２ 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１ 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。
圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。
（２）医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
（３）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも１つは設定すること。
（４）検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

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

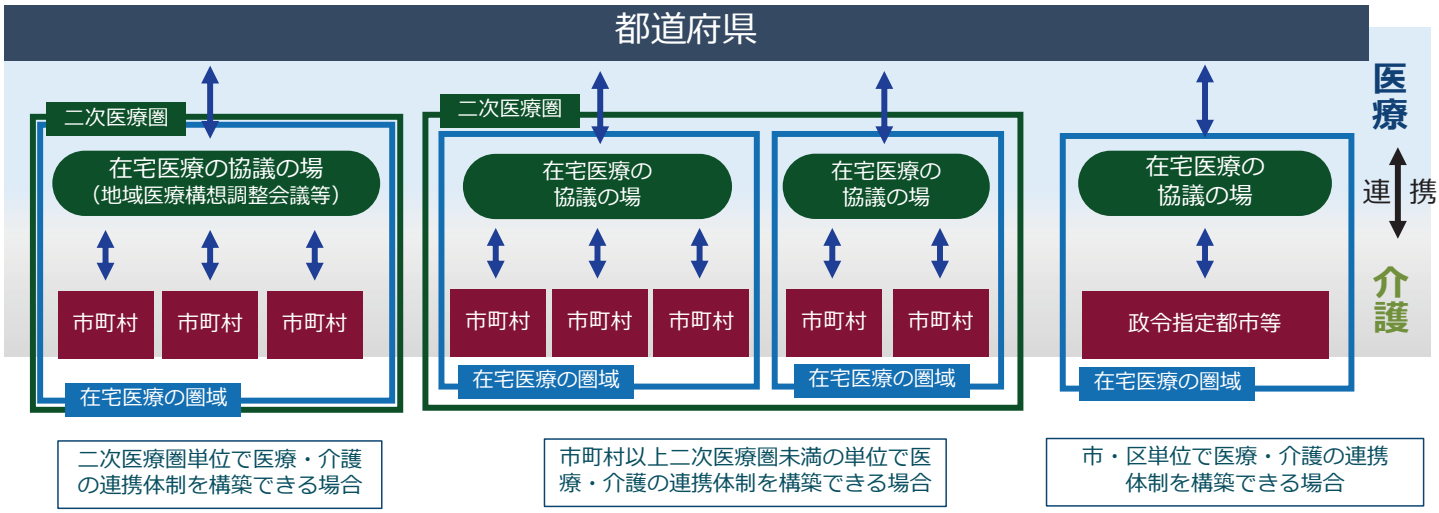


# 在宅医療の圏域の設定単位の考え方

第６回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令　和　4　年　9　月　2　8　日
資料

○　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。

都道府県と市町村の連携体制

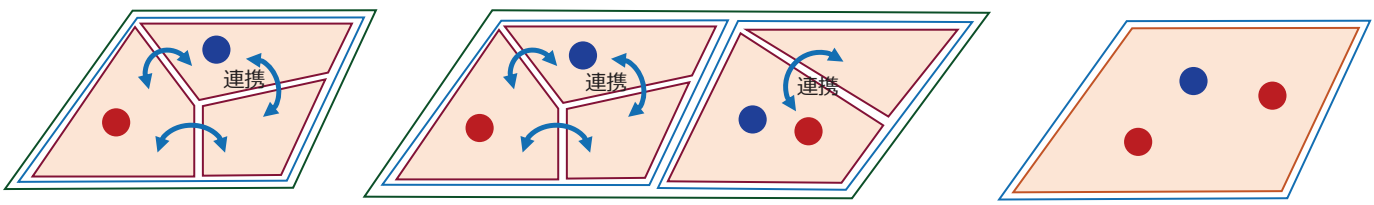



二次医療圏単位で医療・介護の連携体制を構築できる場合

市町村以上二次医療圏未満の単位で医療・介護の連携体制を構築できる場合

市・区単位で医療・介護の連携体制を構築できる場合

在宅医療の圏域




二次医療圏　在宅医療の圏域　市区町村　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

# 在宅医療と介護の連携体制の構築に向けて

## ご質問の概要

① 在宅医療の圏域について

② 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」における障害福祉への対応について

③ 在宅医療における情報共有・情報伝達に対する認識、それに対する施策や方向性について

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



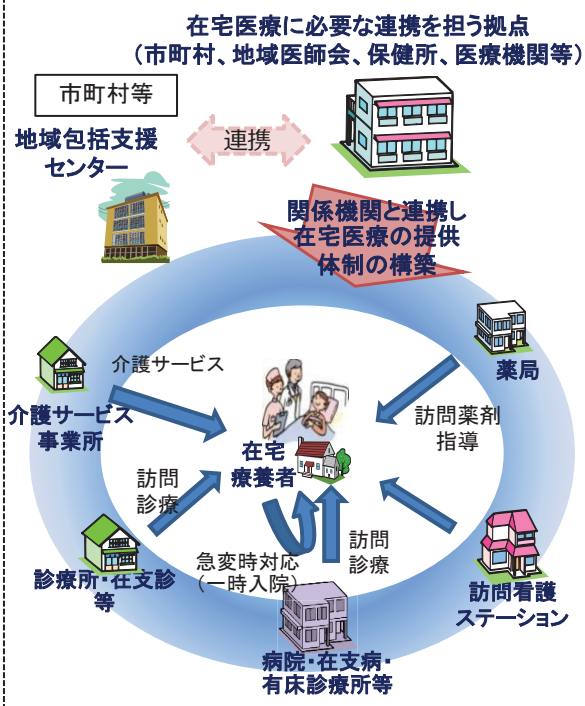
令和５年度第２回医療政策研修会
第１回地域医療構想アドバイザー会議
令和５年９月１５日
資料４

# 第８次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について記載した。

＜「在宅医療の体制構築に係る指針」＞
第２　医療体制の構築に必要な事項
　２　各医療機能と連携
（６）　在宅医療に必要な連携を担う拠点
　前記（１）から（４）までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。
　在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。
　また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。
　なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。
　① 目標
　・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
　・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
　・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
　・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと
　② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項
　・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
　・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
　・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
　・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
　・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容




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

# 在宅医療と介護の連携体制の構築に向けて

## ご質問の概要

① 在宅医療の圏域について

② 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」における障害福祉への対応について

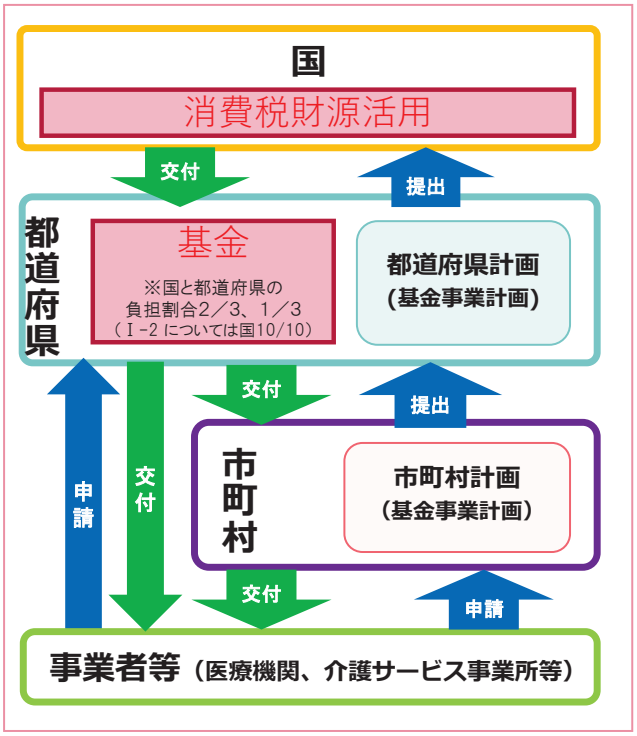
③ 在宅医療における情報共有・情報伝達に対する認識、それに対する施策や方向性について

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



# 地域医療介護総合確保基金

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




### 都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

○ **基金に関する基本的事項**
・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
・診療報酬・介護報酬等との役割分担

○ **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 ／ 目標と計画期間（原則1年間） ／ 事業の内容、費用の額等 ／ 事業の評価方法※2
※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用

○ **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

### 地域医療介護総合確保基金の対象事業

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

# 地域医療介護総合確保基金を活用した在宅医療の推進

令和6年度予算額：363億円（公費544億円）
（令和5年度予算額：327億円（公費491億円））
※ 予算額は区分Ⅳ（医療従事者の確保）との合算

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

**事業区分Ⅱ　居宅等における医療の提供に関する事業**

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

**1．在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備に資する事業**

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

**2．在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業**

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

**3．その他在宅医療の推進に資する事業**

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

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

9

# 事業マネジメントの基本とその進め方
## －在宅医療・介護連携推進事業を例に－

（内容）

1．在宅医療・介護連携が求められる背景とは
2．在宅医療・介護連携推進事業の目的と求められる機能
3．マネジメントの基本を理解する
4．在宅医療・介護連携推進事業の進め方
　－Plan・Check部分を中心に－
5．協議体を活用した事業の展開例

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

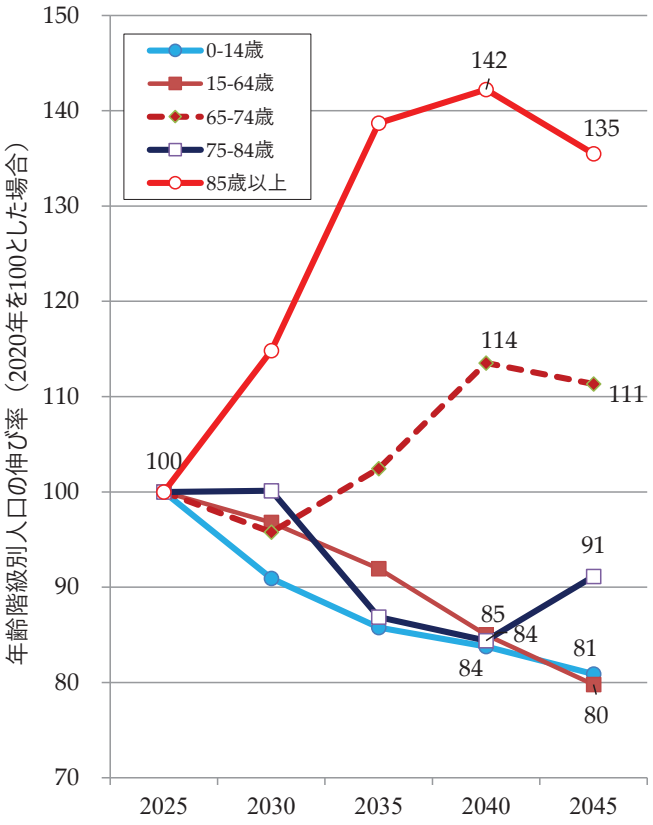
## 1．在宅医療・介護連携が求められる背景とは
### －85歳以上高齢者の増加によるニーズの変化－

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

### 2020年と2040年の年齢階級別人口の変化

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

### 年齢階級別人口の伸び率の推移




出所）国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（令和5年推計）より自作

3

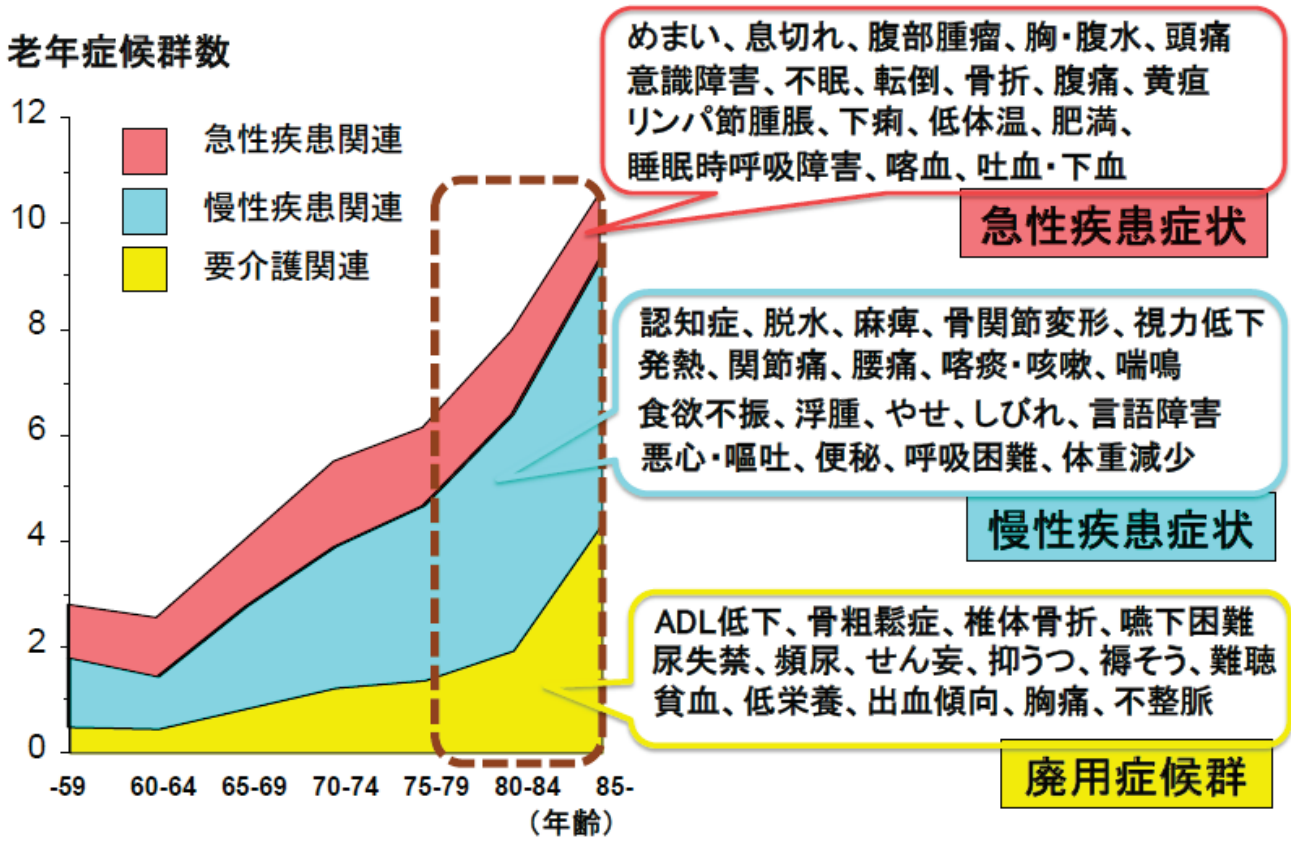
# 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響とは
## （在宅医療・介護連携に関連する部分を中心に）

4

# 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響①

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

図. 年齢階級と老年症候群の保有数の関係




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

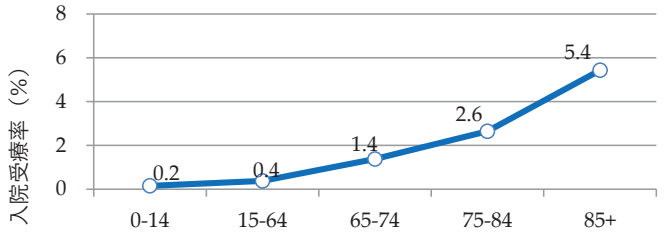
5

# 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響②

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

## 年齢階級別にみた入院受療率

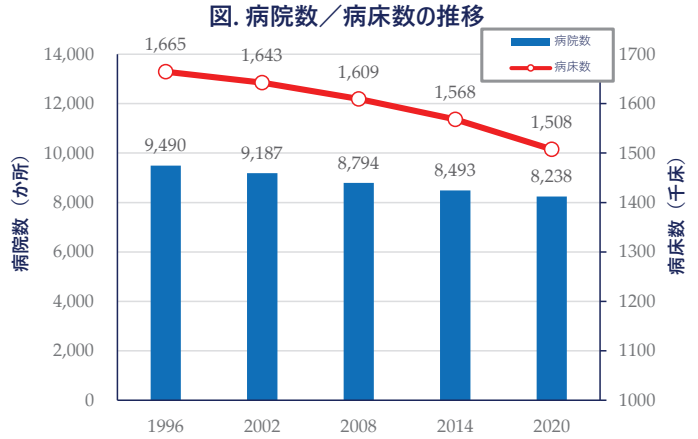
図. 年齢階級別にみた入院受療率




出所）厚生労働省「2020年患者調査」より自作

## 病院数／病床数の推移

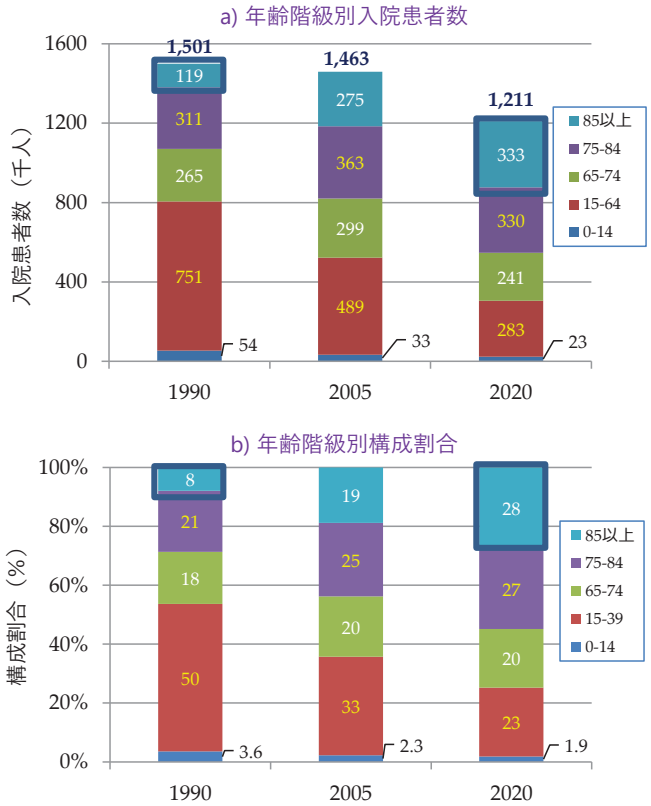
図. 病院数／病床数の推移




出所）厚生労働省「医療施設調査・病院報告」より自作

## 年齢階級別にみた入院患者数及び構成割合

図. 年齢階級別入院患者数／構成割合の推移




出所）厚生労働省「患者調査」より自作

6

# 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響③
（多様な場所での看取りの増加⇒ACPの推進、居住系・施設系と在宅関係者の連携強化）

## 死亡場所別死亡者数の推移

**図. 場所別にみた死亡者数及び伸び率の推移**

a) 場所別死亡者数（万人）

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

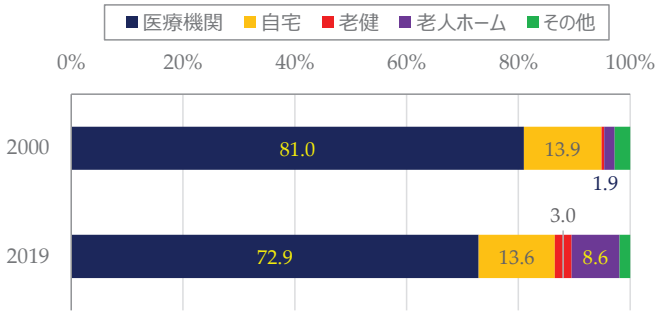
b) 場所別死亡者数の伸び率（2000年を100とした場合）

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

出所）厚生労働省：人口動態調査

## 死亡場所別死亡者構成割合

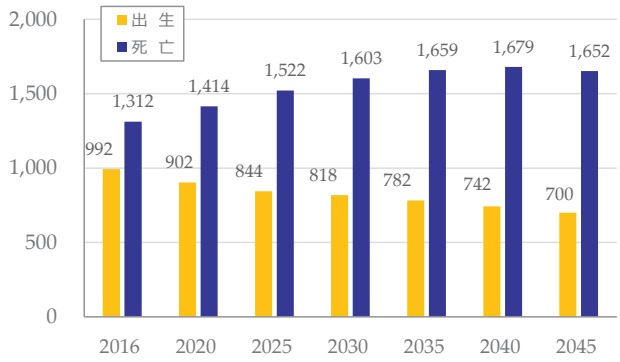
**図. 死亡場所別にみた死亡者構成割合の推移**




出所）厚生労働省：人口動態調査

## 出生数・死亡数の将来推計（単位：千人）

**図. 出生数・死亡数の将来推計**




出所）国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成29年推計）

7

# 在宅医療・介護を取り巻く状況の変化
－人口構造の変化とそれに伴うニーズの変化の視点から－

## 人口構造の変化

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

## ニーズの変化

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

## 医療・介護への影響

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

# 2．在宅医療・介護連携推進事業の目的と求められる機能

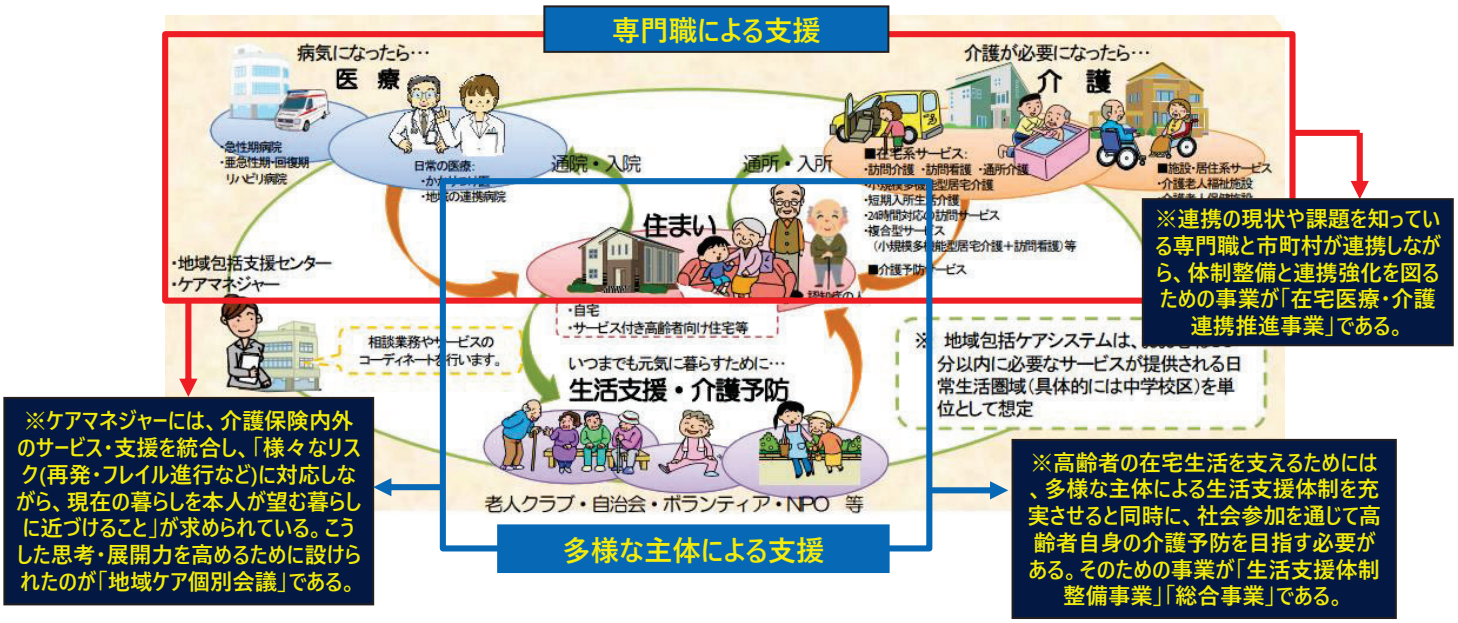
## −4場面別にみた提供体制構築と連携強化−



## 地域包括ケアシステムの「目的」と各種事業の関係

（各事業は目的達成のための手段。目的達成に向け、事業間連携も必要となる）

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

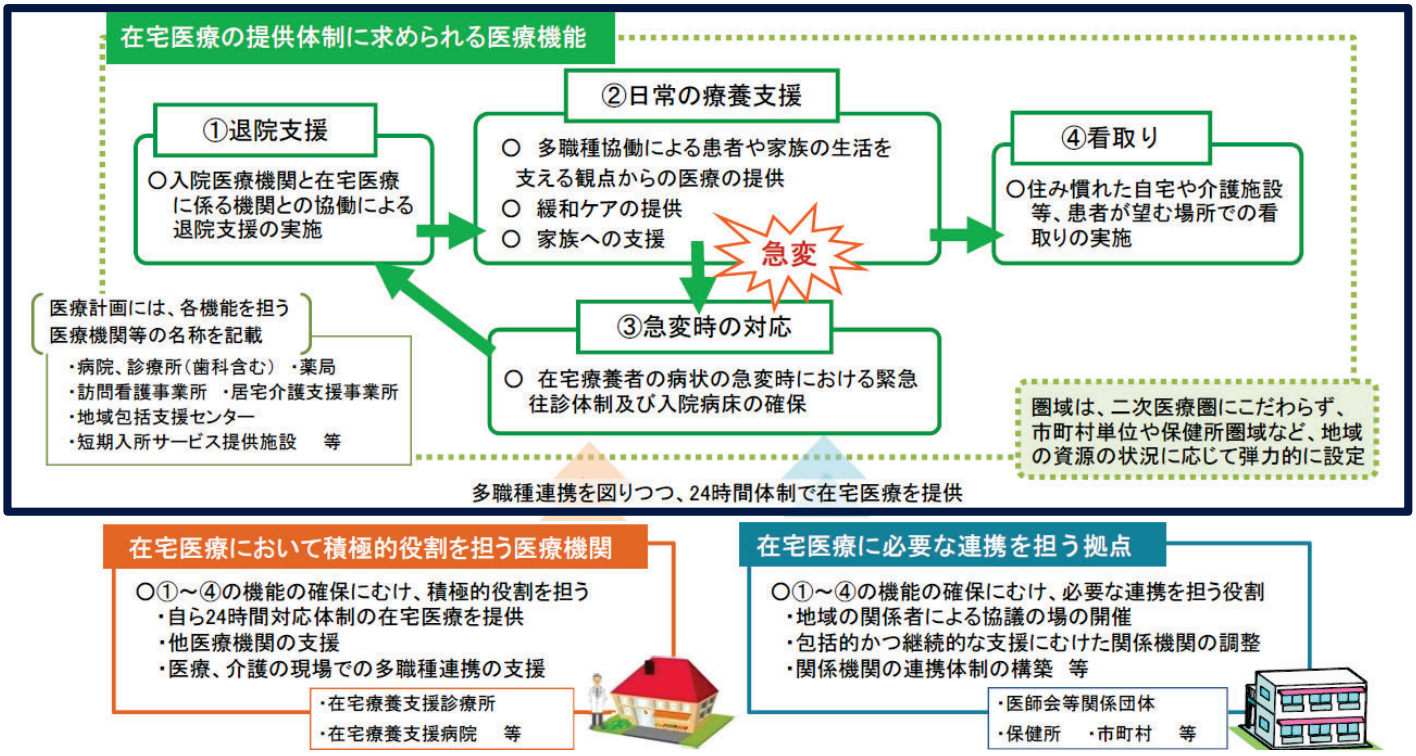



出所）厚生労働省：地域包括ケアシステムの構築に向けて、第46回介護保険部会 資料3（2013年8月28日）を改変

# 【期待されること】場面別にみた提供体制の構築及び連携の質の向上

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

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～




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

11

# ３．マネジメントの基本を理解する

12

# 【ポイント1】マネジメントでは、常に「目的」を意識しながら「手段」を考える

ポイント

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

図. 目的・目標・手段の関係

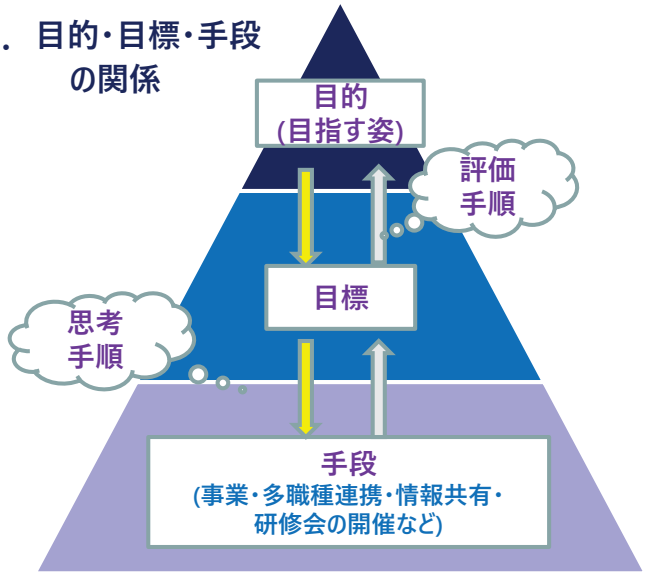
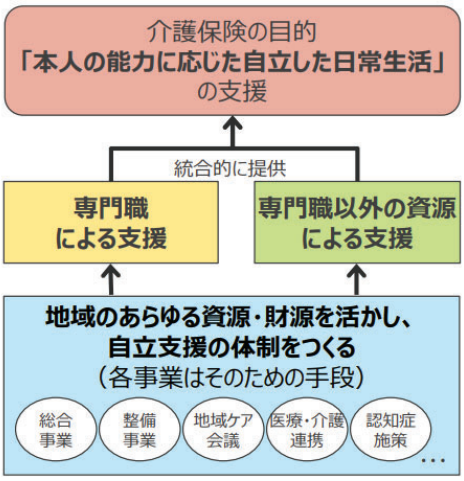



図. 介護保険の目的と手段の関係




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



# なぜ、手段から考えてはいけないのか？

## 目的・目標・手段の関係性とは

**【目的】成し遂げようと目指す事柄のこと**

- 「何のために行うのか」に重点が置かれる。

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

**【目標】目的を達成するために設けた目印・道筋のこと**

- 目指す地点、数値などに重点が置かれた、より具体的なもの
- 何に対する目標かを意識する。
  - ・事業所数に対する目標　・利用者数に対する目標
  - **・住民／患者の意識や気持ち等に対する目標（目的に対する目標）等**

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

（例：退院支援ルールを作る、情報共有を図る、多職種連携を強化する、…）

⇒何のために退院支援ルールを作るのか？

目的を意識しないと、「退院支援ルールを作ること」自体が目的となりやすい

（※これを一般的に、「手段の目的化」という）。

# 【ポイント2】マネジメントとは、課題を解決するために行うものである

**ポイント**

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

**図. マネジメントの定義・目的・担当者の役割について**

**【マネジメントとは】**

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

**【介護保険における各種事業の目的（＝目指す姿）】**

- たとえ要介護状態や認知症になっても、可能な限り、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようにすること。

**【事業担当者の役割とは】**

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

出所）筆者作成

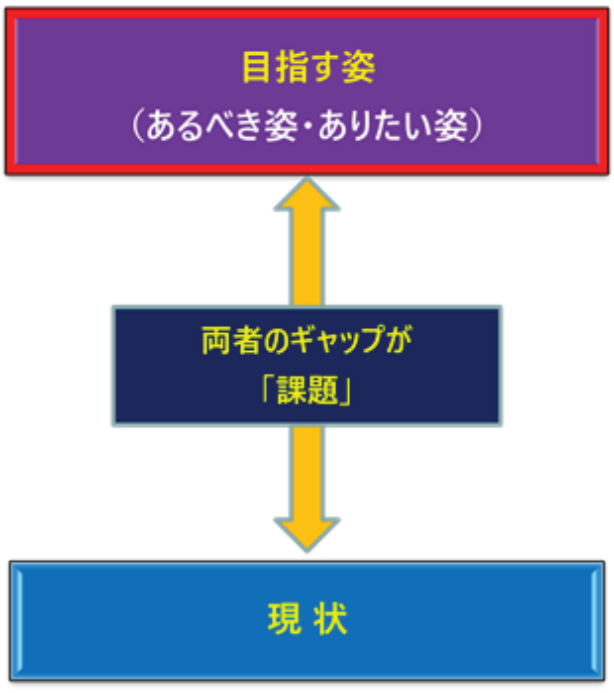


# 【ポイント3】課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのことである

**ポイント**

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

**図. 課題とは何か**

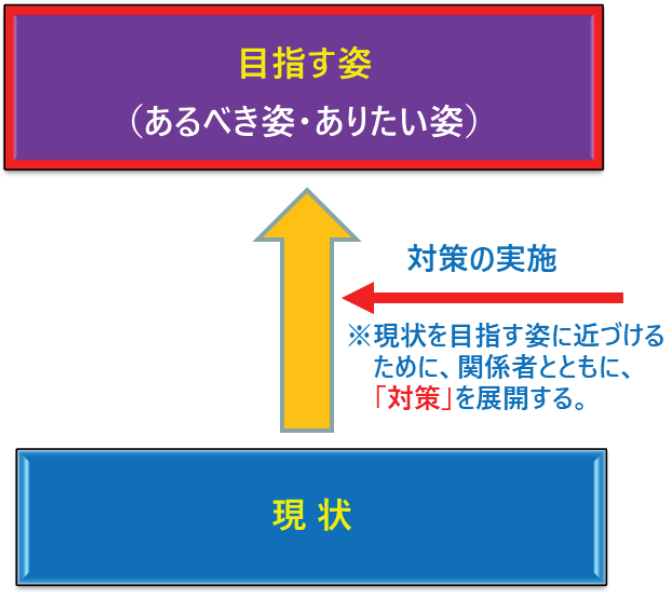


# 【ポイント4】対策とは、「現状」を「目指す姿」に近づけるために行う

ポイント

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

**図. 対策とは何か**






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

ポイント

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

**図. 対症療法的アプローチと真因へのアプローチの違い**

**【対症療法的なアプローチとは】**

- 課題を生じさせた要因や真因を追究しないまま、**現在の状態に対して解決策を考えるといったアプローチ**のこと。目指す姿をきちんと設定していない場合も多く、その場合は、**現状が目指す姿に近づいたかどうかが評価できない**。

【例1】入浴ができないので、デイサービスをケアプランに入れて、デイで入浴ができるようにした。
【例2】医療職と介護職の連携が弱いので、多職種研修会を開催することにした。

**【真因へのアプローチとは】**

- 課題を生じさせた要因を分析し、**真の原因に対して対策をとろうとするアプローチ**のこと。

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

# 4． 在宅医療・介護連携推進事業の進め方

## −Plan・Check部分を中心に−

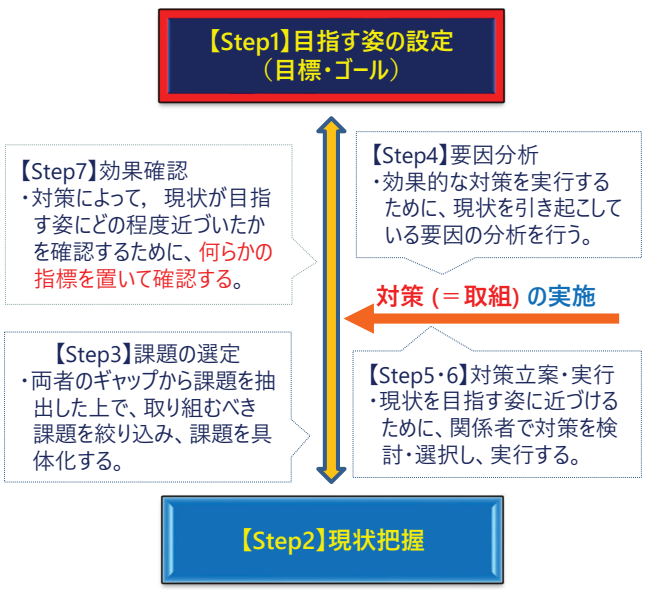


## 事業のあるべき展開方法と必要な要素

−厚生労働省「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引きより」−

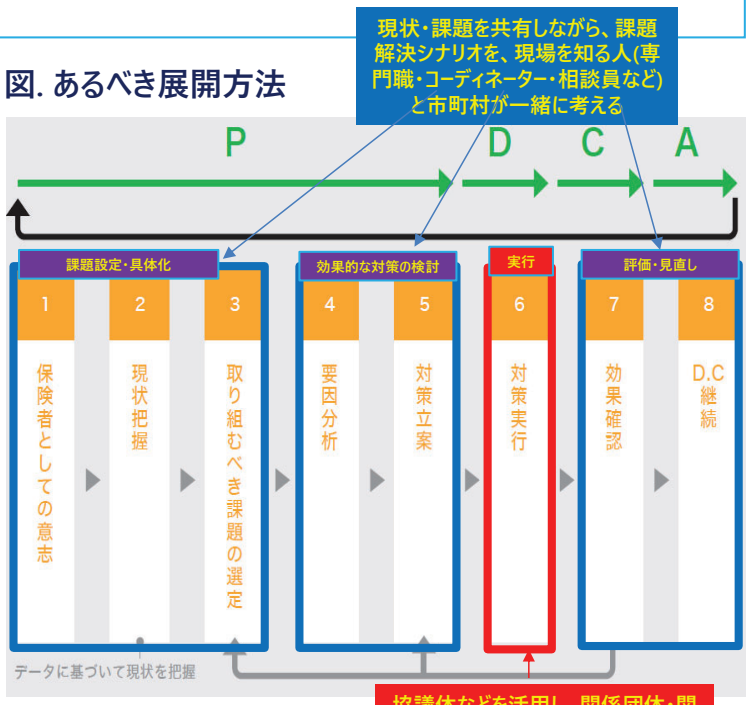
- 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること（＝課題を解決すること）である。
- 様々な対策の中から、効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

### 図. マネジメントの構造とは




出所）川越作成

### 図. あるべき展開方法




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

# 主なStep別にみた具体的な進め方

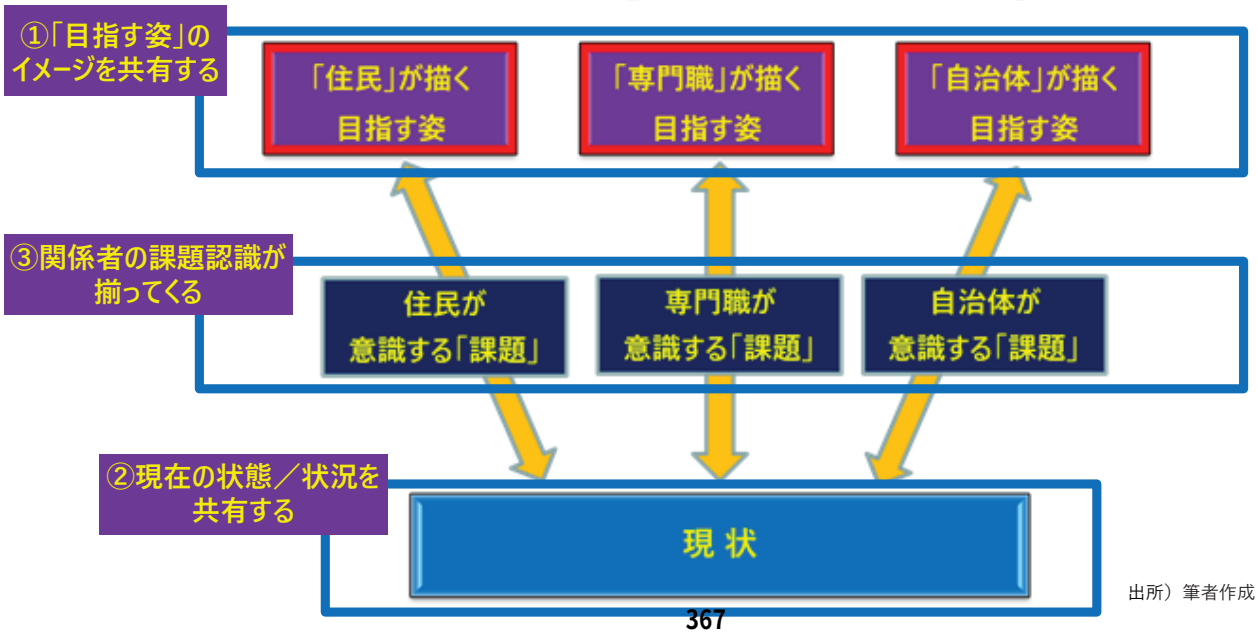


## 【 Step1】目指す姿・目標・期待することを関係者で共有する

**ポイント**

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

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




出所）筆者作成

# 【Step2】目指す姿を意識しながら、現状を把握しにいく

**ポイント**

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

**図. ヒアリングを通じて現状を把握する (入退院支援の例)**

**＜住民の声から＞**

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

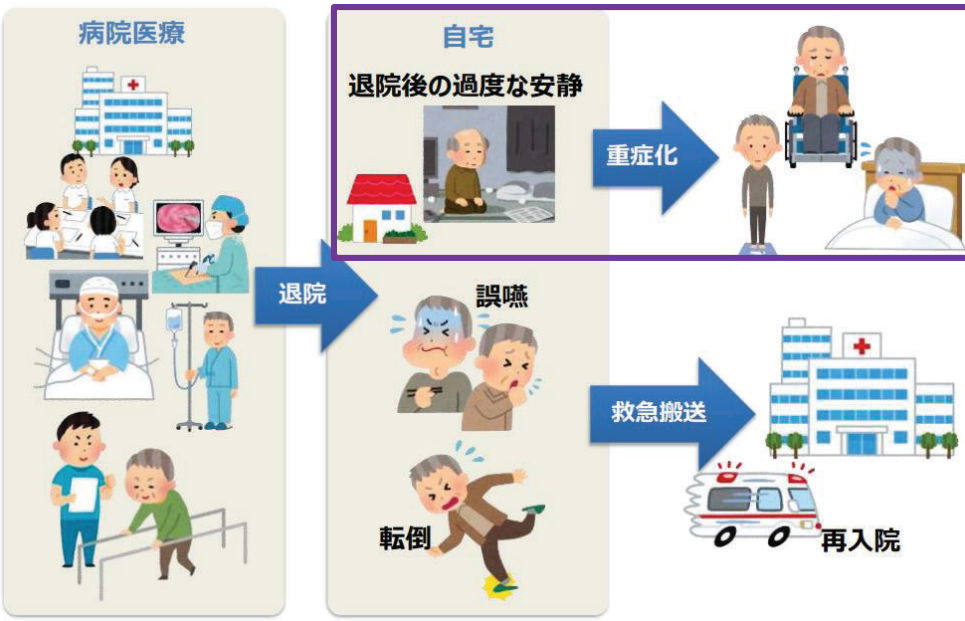
**＜専門職の声から＞**

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

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



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



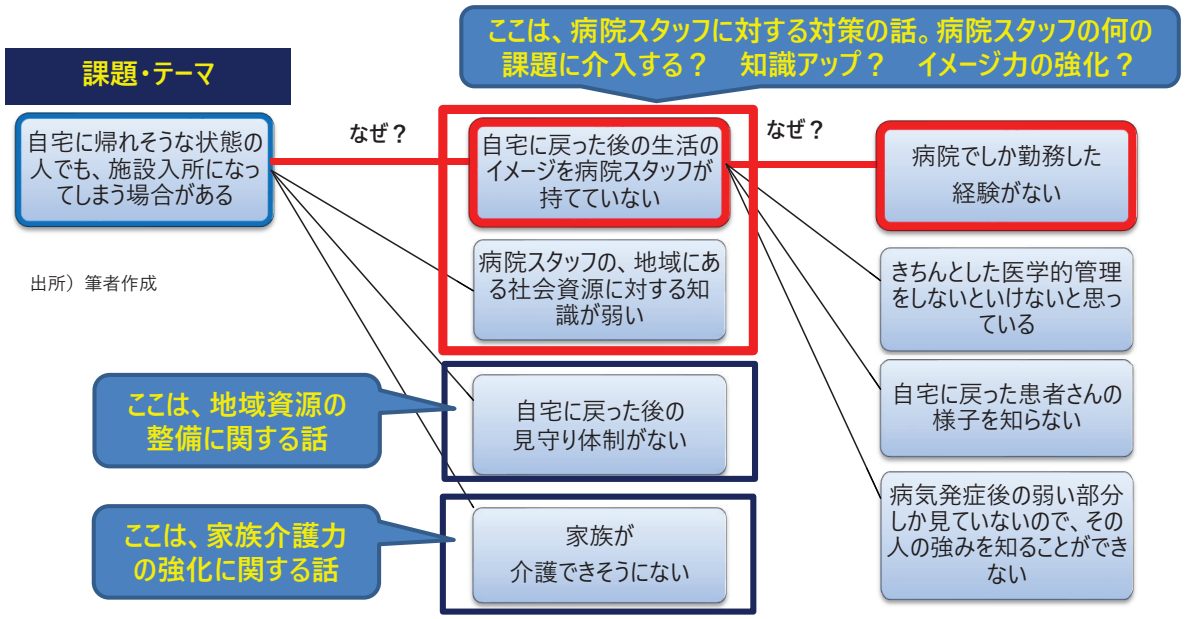

出所）豊明市：「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」地域資源の発掘と新しい価値観の創造を目指して、第136回市町村職員を対象とするセミナー(2018年9月21日)より引用

| | |
|---|---|
| 今までのテーマ | ・病院と在宅関係者の連携を強化するためにはどうしたらよいか？ |
| 新たな設定テーマ | ・骨折で入院した高齢者が、退院後に適切な療養生活（運動・栄養・睡眠・活動など）を送れるようにするためにはどうしたらよいか？ |

# 【Step4】現状を引き起こしている真因は何かを、関係者と一緒に検討する

**ポイント**

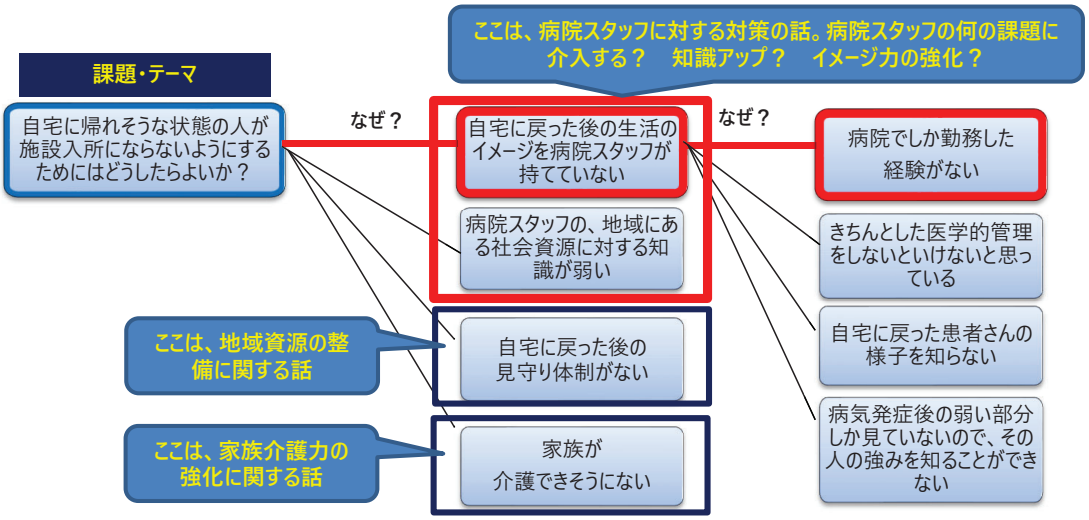
- A市では、自宅に帰れそうな状態にも関わらず、施設入所になってしまう例が多い状況にあります。その要因としては、①病院スタッフが、自宅に戻った後の生活のイメージを持てていない、②病院スタッフが、地域にある社会資源に対する知識が弱いなどが考えられました。このうち、どの要因の可能性が高いかを考え、①が原因である可能性が高いなどと判断するわけです。
- 次に、同様の手順で、なぜ病院スタッフが在宅生活をイメージできないかを考えます。その結果、病院でした勤務経験がないことが原因だと思えば、この原因をどうやって改善するかの視点で、対策を考えていくことになります（訪問看護を体感する、看多機を見学するなど）。




出所）筆者作成



# 【Step5】真の原因を推察した上で、関係者と一緒に対策の内容を検討する




出所）筆者作成

（原因）病院でしか勤務した経験がない

ここを改善したい場合は、①病院看護師に訪問看護を体験してもらう、②訪問看護に同行するなどの対策が考えられる。

・自宅に戻った後の生活のイメージを持てない
・地域にある社会資源に対する知識が弱い

ここを改善したい場合は、①病院・訪問看護師・看多機・外来看護師で定期的な情報交換会を開催する、②訪問看護ステーションや看多機事業所の見学会を開催する、③退院先を決める院内会議に、訪問看護師などを入れるなどの対策が考えられる。

状態像から自宅退院可能かどうかを判断してしまう

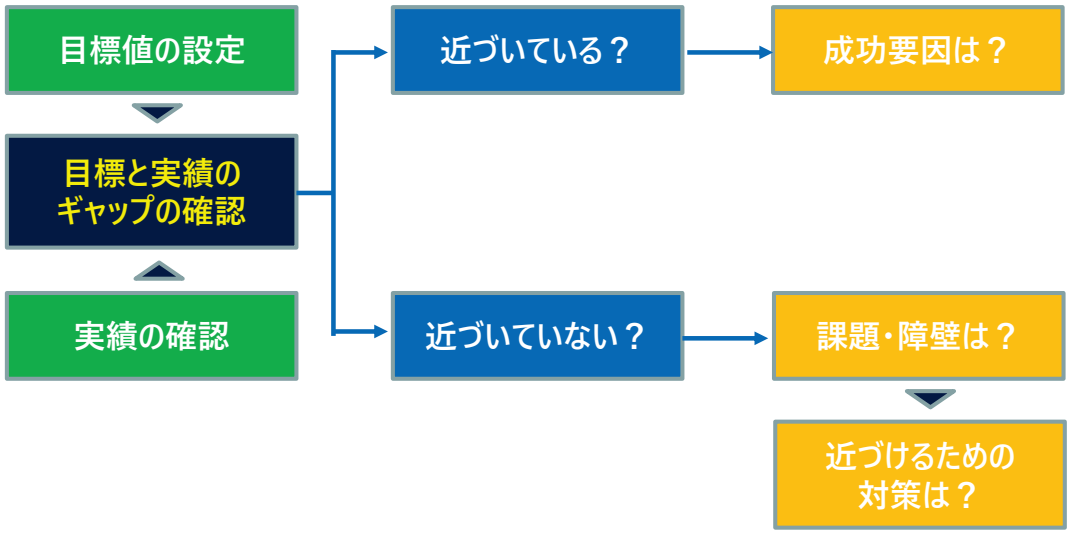
（最終結果）自宅に戻れそうな状態の人が施設入所になってしまう場合がある

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

ポイント

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

図. 評価方法のイメージ






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

# 東京都稲城市の検討例（テーマ：看取り）

【問1】取り組みたい具体的なテーマを１つ決めて下さい。

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

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

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

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

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

主たる原因　　結果

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

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

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

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

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

出所）埼玉県立大学：効果的な計画を策定するための考え方マニュアル−在宅医療・介護連携の推進に向けて−（令和5年3月31日）、p.28を一部改変
https://www.spu.ac.jp/research/results/tabid613.html



# ５．協議体を活用した事業の展開例

# 解決シナリオ案を協議会に諮りながら事業を展開している例（東京都稲城市）

第３回在宅医療・介護連携推進協議会

次　　第

1　開会のあいさつ

2　議事
(1) 事業報告
① 第２回専門職向け研修
② 令和４年度市民向けシンポジウム
③ 医師会主催の市民健康教育講座
④ いなぎ在宅医療・介護相談室に寄せられた相談（８月～12月）から見える課題等
⑤ エンディングに向けた準備に関する住民意識調査
⑥ 令和５年度の多職種連携研修会（予定）
(2) 第９期介護保険事業計画の作成に向けた議論について
① 令和５年度のスケジュール（案）
② 現時点での「４つの場面」ごとの目標や課題
③ 当協議会に設置されている部会の在り方
④ 「稲城市民のための訪問診療医ガイド」や稲城在宅医療介護連携マップの更新や活用

配布資料
資料１　令和４年度　第２回医療・介護職向け研修会　開催報告
資料２　令和４年度　市民向けシンポジウム「医師に自宅に来てもらうという選択肢」　開催報告
資料３　市民健康教育講座「心不全に負けず健康長寿を目指す」チラシ
資料４　相談室に寄せられた相談（令和４年８～12月分）から見える課題等
資料５　エンディングに向けた準備に関する住民意識調査について
資料６－１　令和４年度　在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携研修会（案）
資料６－２　令和４年度多職種研修アンケート（回答はwebアンケートで）（案）
資料６－３　グループワーク用シート「連携の目的を考える」
資料７　第９期介護保険事業計画の作成に向けた議論について

**解決したい具体的テーマを決めて、原因・対策・評価方法を考えてみる**

【問1】解決したい具体的なテーマを１つ決めて下さい。

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

問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

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

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

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

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

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

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

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

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

出所）埼玉県立大学：効果的な計画を策定するための考え方マニュアル―在宅医療・介護連携の推進に向けて―（令和5年3月31日）より一部改変

31

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

**2023.5月の熊谷市医療介護連携推進会議**



市の職員が板書を担当

司会進行は、熊谷市医師会地域連携担当理事の大塚先生が担当。

出所）熊谷市医療介護連携推進会議 体制構築部会よりご提供

32

令和６年10月21日
（都道府県・市町村担当者等研修会議Ⅰ）
在宅医療・介護連携の関係者・機関の役割を知る

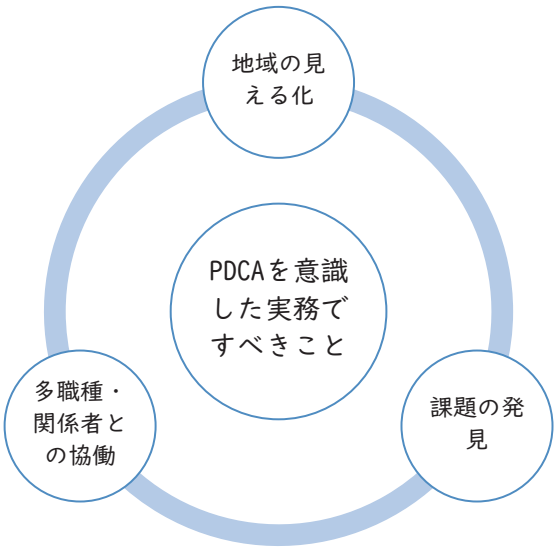
稲城市　前高齢福祉課地域支援係長　飯野雄治
いなぎ在宅医療・介護連携室（稲城市医師会内）山田佳子



# 本日の内容：協働の仕方と効果

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

1. 市（保険者）
   ① どういった方法で個別課題を拾えばよいのか
   ② 個別課題から地域で解決しないといけない課題にどのように展開しているのか
   ③ その際、コーディネーターとどのようなやり取りをしていったのか
2. コーディネーター
   ① 市とどのように連携しているのか
   ② 市担当者とどのようなコミュニケーションをとっていったのか
   ③ 市と一緒に課題や対策を整理していった中で感じたこと
   ④ 「市とこういったやり取りをすればよいのか」と感じたことやコツ



# 稲城市の紹介

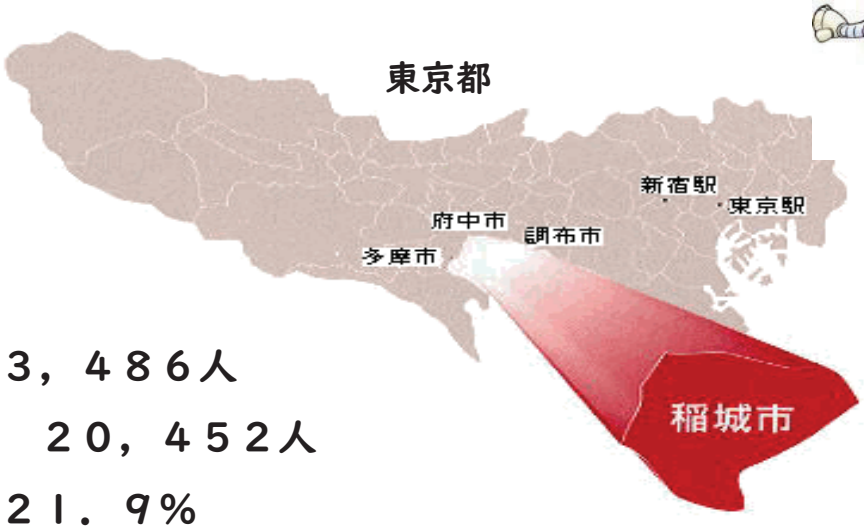
稲城市公式イメージキャラクター
稲城なしのすけ








ガンダム&シャアザク








特産品の梨とぶどう

人口　９３，４８６人

高齢者人口　２０，４５２人

高齢化率　２１．９％

要介護認定者数　３，３６８人、　認定率　１６．５％

（令和５年４月１日現在）

★東京都心の新宿から西南に約25ｋｍ、南多摩地区の東端に位置しています。
★面積は 17.97ｋ㎡（ 東西、南北とも約 5.3ｋｍ）です。

★日常生活圏域４か所です。

1



## 行政職員から見たコーディネーターとの協働の歴史

① 平成31年度に着任した際、在宅医療相談員（コーディネーター）は配置され、事業は開始させていたが、「ア）～ク）はやれてるので安心ください」と言っていたことから、事業の目的化が気になった。

② 稲城市の現状を把握したいと考えていたので、相談員からの月に1回の報告は興味深く聞かせてもらおうとしたが、当初は理解できなかった（相談内容、対応の是非等）。一定の関係性ができた後に、個々の相談内容を詳しく聞くようにした。

③ 月に一度の相談内容の報告は、医師会執務室内にて事務局長の同席のもと行われるため、局長の負担を気遣い、相談内容を簡素化しようと相談員が試みていることが分かった。

④ このことから、月に一度、市役所に来ていただき、相談内容をじっくり聞かせていただく機会を別に設けることとし、それとは別に局長を交えて報告することとした。

⑤ 報告では、相談員の対応方法をチェックしたり、批判する雰囲気にならないよう配慮しつつ、素朴な疑問を問い続けるようにした。それでも質問することで、当初は対応方法等に文句をつけていると勘違いいただいたかのような反応があったため、質問することの趣旨を説明し続けた。

⑥ 個々の相談に対して宿題（相談者に確認する等）を両者で見出し、そのことについても報告いただき、現状把握に努めるうちに稲城市の課題等が見えてきた。

⑦ 毎月の相談の報告だけでなく、立ち話や研修の参加時も活用し、現状と課題の把握を協働することで、相談への対応だけでなく、さらにやるべき業務や作業を相談員自らが見出し、自発的に取り組んでいただくことが増えた。この結果、相談への対応だけでなく、関係機関の情報収集や周知などコーディネート機能を果たしていくようになった。



# コーディネーターから見た行政職員との協働の歴史

① 寄せられた相談への対応だけが相談員の仕事だと理解していた。

◆電話相談に対応する相談員として着任し、相談を受けたら連携先を探すなどして対応していた。

◆同僚の相談員はいない「１人職場」なので、その対応で「良かった」「他の対応が合ったのでは？」と思うことがあっても、特に深堀することもなかった。

◆相談内容は、報告書としてまとめて毎月月初に実績報告書と共に提出していた。

② 担当者（飯野さん）に相談内容を分析され始めるようになった。

◆はじめは同じように報告するだけで、担当者が分からないところを質問してくる程度だった。

◆しばらくして、「せっかくだから、相談内容の振り返りをしませんか？」と言われ、「相談室が無かったら、この相談者はどうしていたと思いますか？」等と各報告に質問されるようになり正直、（何で急に？いちいち面倒…）と思い、（辞めようかな…）と反発心さえあった。

③ 分析される理由やねらいを理解できるようになった。

◆一つ一つの相談内容を分析していると、自分の中で「よくある相談」「たまにある相談」「レアケース」などが見えてくるようになった。その中から、地域課題として取り組めることは何か等がみえてくるようになった。

◆『相談員』としての業務だけではなく『コーディネーター』としての業務も期待していることが分かった。

④ 飯野さんが異動した後もコーディネーターを継続している。

◆相談件数も着実に増えた。週５日での対応となり、昨年度の相談件数を超えている。

◆多くの方と『顔の見える関係つくり』を進めることで、より連携強化できるように業務している。

# 行政職員とコーディネーターとの議論の様子



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



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



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



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



さぁ、そこまではケアマネさんから聞きませんでしたので、聞いてみますね。



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

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

# 相談室に寄せられた相談(令和4年8～12月分)から見える課題等（稲城市）

概要

○ 個々の相談内容について、①なぜ、そのような相談が生じたのか、②相談室以外に相談できるところはどこか、③相談せずに済むようにするにはどうしたらよいか、を定期的に事務局と議論している。在宅医療や医療資源、コロナ対応に関する基本的な問合せは、省略した。

| 相談内容の考察、課題や対応 | 相談内容（抜粋） |
|---|---|
| （パーキンソン病へ対応する訪問診療）<br>パーキンソン病の専門性を有する訪問診療医に関する問合せが多い。<br>ただし、パーキンソン病がある高齢者を診ない訪問診療医はおらず、専門性があっても訪問での診療行為に大きな違いはないとも考えられる。<br>【課題はどれか】<br>a. パーキンソン病の専門性が高い訪問診療医が必要（専門性の高い治療が必要だが、通院が難しい患者が増えている）<br>b. 訪問診療医は一定の専門性を有していることを関係者が知らない<br>c. 日内変動や疾患の進行に応じた小まめな薬の調整等がさらに必要 | （ケアマネ）パーキンソンに強い市外の訪問診療は遠くて訪問できない。<br>（ケアマネ）同居するパーキンソン病の親と一時的に距離を取りたい。<br>（家族）同居するパーキンソンの親の夜間訴えが強く、ショートステイも利用できなくなりつらい。 |
| （皮膚科へ対応する往診）<br>皮膚科の在宅医療に関する問合せがあるが、往診できる市内の皮膚科は足りていない（ない）のではないか。 | （ケアマネ）往診できる皮膚科は？（市外2カ所を紹介） |
| （精神疾患へ対応する訪問診療、医療機関）<br>精神疾患がある高齢者へ対応できる訪問診療が求められている。<br>高齢者に限らず、身近な市内に精神科や心療内科クリニックも必要ではないか。市外を頼るなら、市外クリニックに多職種連携研修に参加いただく等、連携を深める必要があるのではないか。 | （ケアマネ）身体的に精神科への通院が難しくなってきた高齢者の訪問診療<br>（家族）精神的に不安定な親が老健でも昼夜逆転が治らず精神科訪問診療に相談したい<br>（ケアマネ）市内の精神科、心療内科を知りたい。<br>（本人）自律神経失調症だが、母を介護しているため通院できない。 |
| （認知症がある患者への対応）<br>医療機関が受診に課題ある認知症患者を相談室に相談しやすい関係作り | （家族）配偶者が認知症を否認し、地域包括支援センターも拒否するが、持病の治療も途絶え、通院先以外に相談先がない。 |
| （外来患者への対応）<br>医療機関が抱える高齢の患者を相談室に相談しやすい関係作り | （医療機関）受診でなく、何度も悩み相談に来る高齢患者への対応 |
| （かかりつけ医、主治医の紹介）<br>かかりつけ医に関する市民への普及啓発 | （本人）転入した後に、かかりつけ医がいないので、作りたい。<br>（ケアマネ）かかりつけ医と考えていた医師が主治医意見書を拒否 |
| （調剤薬局との連携）<br>介護保険サービス等の基本的な利活用について薬局に情報提供 | （薬局）（ガイド手渡し時）高齢で薬を取りに来るのが大きく負担になっている患者がいるが、介護サービス等は使えるか。 |

7

# 【演習4】目指す姿⇒原因と対策⇒評価までの一連のプロセスを考える

【問1】取り組みたい具体的なテーマを１つ決めて下さい。

| | |
|---|---|
| テーマ | ・【日常療養】家族が代理で通院し続け、訪問診療に切り替えられていない |

研修受講時に作成したもの。市の認識等を示したものではない。

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

| | |
|---|---|
| 目指す姿 | ・訪問診療を必要とする患者には、訪問診療が利用できる |

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

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

| | |
|---|---|
| 最も大きな原因 | ・代理受診のリスク、弊害を理解していない |

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

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

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

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

8

# 行政と支援者との思考の違いを知ったうえで、対話して連携すべき

- 現場の支援者は、個々の高齢者等が今すぐに、よりよい生活を送るための手段を考え、調整することに興味があり、訓練されている。
  - 「この人」に特有の情報しか頭に入らない。➡俯瞰する機会はない
  - 情報を一つでも見落としたくない。➡抽象化するのは怖い
  - すぐに解決できないのであれば役立たない。➡資源の創出を考える機会が少ない

- 行政の担当者は、圏域の高齢者「全体」が近い将来、よりよい生活を送るための手段を考えるために、地域に共通する課題等に興味がある。
- 現場の支援者から「教えて」もらった話を俯瞰して整理して、理解しやすいよう単純化して「地域を見える化」するスキルと勇気が必要。

令和6年10月21日

令和6年度在宅医療・介護連携推進事業
都道府県・市町村担当者等研修会議1　事例報告

# 複数市町村と1医師会が連携する取り組み

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

しばた地域医療介護連携センター
ロゴマーク

## 3市1町と当センターのご紹介

新潟県

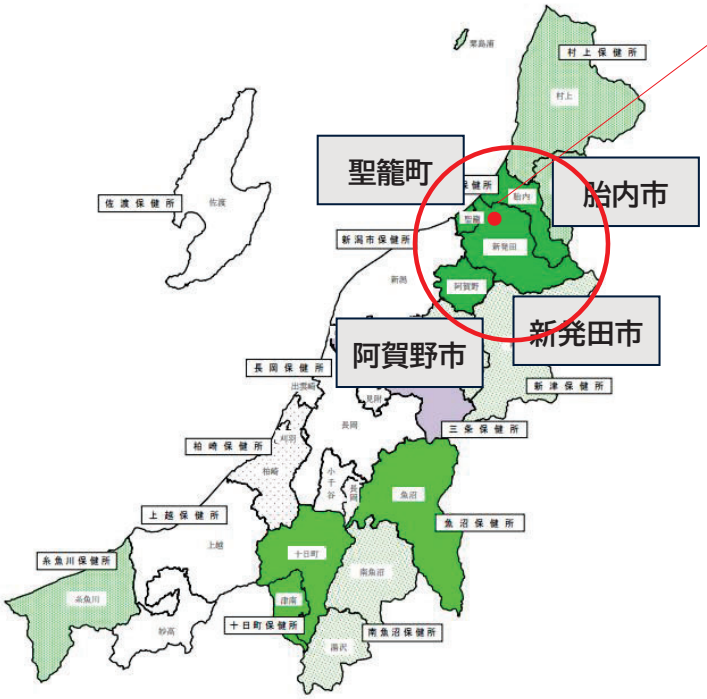
新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町

&

新発田北蒲原医師会

しばた地域医療介護連携センター

# 3市1町＆しばた地域医療介護連携センター




## しばた地域医療介護連携センター

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

〈事業対象地域〉
**新発田北蒲原医師会管内**
新発田市、阿賀野市、胎内市、聖籠町

**新発田保健所管轄**
新発田市、阿賀野市、胎内市、聖籠町

**二次保健医療圏**
**（下越医療圏）** 新発田市・胎内市・聖籠町
村上市・関川村・粟島浦村
阿賀野市は**（新潟医療圏）**

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

R6.3.31現在



## 新発田市について

**将来都市像：住みよいまち日本一健康田園文化都市・しばた**



人口： 92,276人
世帯数：37,385世帯
(R6.3.31現在)

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



市の木：さくら



新発田城三階櫓

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

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

## 阿賀野市の概要



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

## 新潟県胎内市の概要






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

## 聖籠町の概況

聖籠町

| | | |
|---|---|---|
| 人口 | ： | 13，987人 うち高齢者3，691人 ※令和6年3月末現在 |
| 高齢化率 | ： | 26．4% |
| 世帯 | ： | 5，032世帯 |
| 面積 | ： | 37．58㎢ |
| 産業 | ： | 果樹（主にさくらんぼ、ぶどうなど）をはじめとする農業<br>新潟東港工業地帯（エネルギー、食料品、半導体など） |
| 主な医療資源 | ： | 新潟聖籠病院、新潟手の外科研究所病院<br>聖籠町国民健康保険診療所及び 1の開業医、5の歯科医療機関 |
| 主な介護資源 | ： | 居宅介護支援事業所 4事業所、特養 2施設、老健 1施設、グループホーム 1施設、有料老人ホーム 1施設、小規模多機能 1施設（休止中）、訪問介護 2事業所、通所介護 3事業所、通所型サービスC 1事業所（地域包括支援センター直営）<br>地域包括支援センター1事業所（行政直営） |
| 第1号保険料 | ： | 6，500円 |

聖籠町の特産品



さくらんぼ



ぶどう

生産量県内1位！！



聖籠町のイメージキャラクター「緑丸（みどりまる）」



国際拠点港湾「新潟港（東港区）」

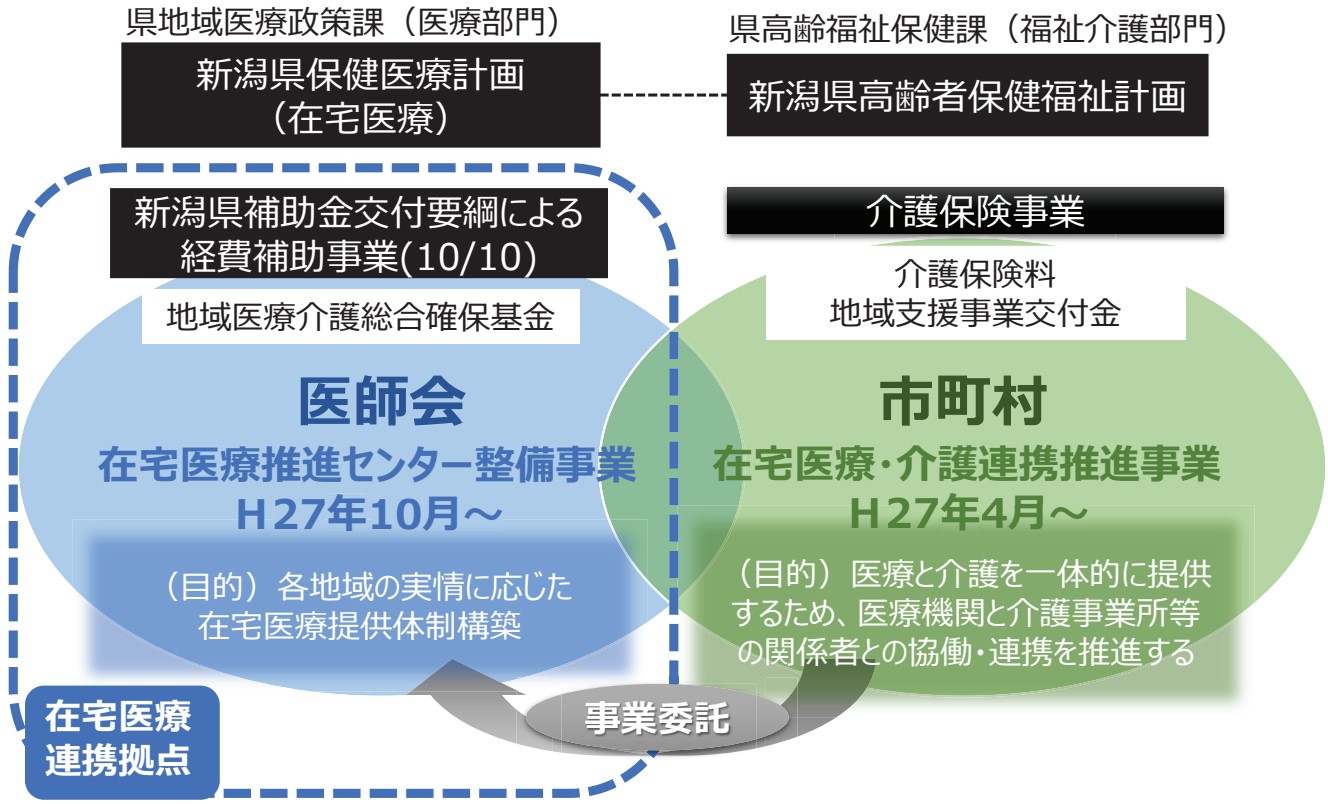
# 3市1町　医療・介護資源情報

新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町の市・町の概要　（令和6年3月31日現在）

| 項目 | | | 新発田市 | 阿賀野市 | 胎内市 | 聖籠町 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 人口（人） | 総人口 | | 92,276 | 39,584 | 27,069 | 13,987 |
| | 65歳以上人口 | 65歳～74歳 | 14,453 | 6,822 | 4,627 | 1,860 |
| | | 75歳～84歳 | 10,472 | 4,491 | 3,558 | 1,198 |
| | | 85歳以上 | 6,011 | 2,725 | 1,961 | 633 |
| 人口推計（人） | 2040年 | 総人口 | 73,280 | 30,772 | 20,825 | 13,385 |
| | | 65歳～74歳 | 11,417 | 4,812 | 3,226 | 1,662 |
| | | 75歳～84歳 | 9,909 | 4,262 | 5,858 | 1,309 |
| | | 85歳以上 | 6,890 | 3,891 | | 1,076 |
| 世帯数（世帯） | | | 37,385 | 14,930 | 10,860 | 5,032 |
| 市町面積（㎢） | | | 533.11 | 192.7 | 264.89 | 37.58 |
| 高齢化率 | | | 33.52 | 35.5 | 37.45 | 26.4 |
| 介護保険認定率 | | | 16.8 | 18.4 | 17.33 | 17.1 |
| 医療資源・介護資源一部を掲載 | | | （令和6年1月1日現在） | | | |
| 医療資源（事業所数） | 病院 | | 6 | 2 | 2 | 2 |
| | | ※訪問診療可能な病院 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| | 診療所 | 医科 | 53 | 13 | 13 | 2 |
| | | ※訪問診療・往診可能な診療所 | 23 | 6 | 9 | 2 |
| | | 歯科 | 45 | 15 | 12 | 4 |
| | 薬局 | | 54 | 17 | 11 | 3 |
| | | ※在宅訪問可能な薬局 | 45 | 11 | 9 | 2 |
| | 訪問看護（※訪問看護ステーションを含む） | | 9 | 3 | 2 | 0 |
| 介護資源（事業所数） | 地域包括支援センター | | 5 | 2 | 4 | 1 |
| | 居宅介護支援事業所 | | 20 | 10 | 7 | 4 |
| | 在宅 | 訪問介護 | 9 | 4 | 2 | 2 |
| | | 訪問入浴介護 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| | | 通所介護 | 24 | 9 | 3 | 3 |
| | | 通所リハビリ | 4 | 4 | 4 | 1 |
| | | 短期入所生活介護・短期入所療養介護 | 14 | 7 | 7 | 2 |
| | | 小規模多機能型居宅介護 | 5 | 1 | 2 | 0 |
| | 地域密着型 | 通所介護・認知症対応型共同生活介護・介護老人福祉施設入所者生活介護等 | 25 | 13 | 10 | 1 |
| | 施設 | 介護老人福祉施設 | 8 | 8 | 2 | 2 |
| | | 介護老人保健施設 | 4 | 2 | 3 | 1 |
| | | 介護医療院 | 1 | 1 | 0 | 0 |

5

# 新潟県在宅医療推進センター整備事業と在宅医療・介護連携推進事業の関係




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

新潟県医師会在宅医療推進センター作成

6

（一社）新発田北蒲原医師会

# しばた地域医療介護連携センター

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

## ＊在宅医療推進センター整備事業（平成27年度～）

（地域医療介護総合確保基金事業 / 新潟県・新潟県医師会）

## ＊在宅医療・介護連携推進事業（平成30年度～）

（介護保険制度地域支援事業 / 新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町）

7

**一般社団法人新発田北蒲原医師会しばた地域医療介護連携センター**

センター長

**地域医療介護総合確保基金事業**
**新潟県在宅医療推進センター整備事業(※1)**

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

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

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

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

新潟県在宅医療推進センターコーディネーター活動指針参考

## 介護保険制度地域支援事業　在宅医療・介護連携推進事業（※2）

## 複数市町からの委託事業の取り組み

### 3市1町　広域の取り組み

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

### 3市1町　個別の取り組み

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

9

# 3市1町　広域の取り組み

# 在宅医療・介護連携施策・指標マップ 取り組みのご紹介

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

10

## ロジックモデルに取り組んだのは

# 在宅医療・介護連携はなぜ必要？

コーディネーターの悩み

＊医療・介護連携は何のためにするのか。

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

＊関係者の視点を共有し、進めるには
どうしたらよいか。

11

## 3市1町広域の取り組み

ロジックモデルを活用した
「新発田地域の在宅医療・介護連携推進に向けた施策・指標マップ」
作成のながれ

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

・地域の目指す姿を言語化する

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

市・町、連携センターによるまとめ

**８月１日（新発市）**
**６日（聖籠町）**
**７日（胎内市）**
【ワーキング１】

・地域の目指す姿（A 最終アウトカム）と、地域の目指す姿を達成するために必要な体制（B 中間アウトカム）を言語化し、共有する

・サービス目標（C 初期アウトカム）を共有し、追加修正をするとともに、目標（B 中間アウトカム）との整合性を確認する。

市・町、連携センターによるまとめ

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

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

・評価指標を検討する

市・町、連携センターによるまとめ

**１１月９日**
新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町４市町合同多職種研修会

・各市町で作成した『在宅医療・介護連携の目指す姿』を共有する

・近隣市町の取組みを知り、意見交換をする

新発田地域4市町
ロジックツリー
（暫定）完成

数年後のゴール

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

最終ゴール

住民が地域で大往生できる



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

## 広域の取り組み（新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町）

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



令和元年度

在宅医療介護多職種研修会

日時：令和元年11月9日（土）

場所：月岡温泉ホテル清風苑

**在宅医療・介護連携 目指す姿 3市1町合同発表会**

【参加者】117名
新発田市43名　阿賀野市12名　胎内市18名
聖籠町18名　新潟県9名　他市12名　事務局5名
（コーディネーター含む）

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



13

## 広域の取り組み（新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町）

### 私たちの街で最期まで
### ～ロジックモデルを活用して、目指す地域の姿を共有しよう～

【オープニングリマークス】
　新発田北蒲原医師会　会長 「当地域の在宅医療等の現状と今後？」
【講義】
　「新発田地域はロジックモデルで”わがまちで最期まで活き活き人生”を達成」
　　～　ロジックモデルのチェックポイント　～
　東京大学高齢社会研究機構　松本　佳子　氏
【研修会の主旨説明】
　在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター　平野　真弓
【3市1町在宅医療・介護連携推進施策・指標マップ発表】
　新発田市・胎内市・聖籠町・阿賀野市の在宅医療・介護連携推進事業担当者
【グループディスカッション】
　3市1町への質問・感想・協力したいアウトプット・あったらいいなと思うアウトプット
【インタビュー】
　ワーキング参加者へのインタビュー
【閉会】
　代表市担当課課長

医師会報に掲載していただきました。

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

14

## 広域の取り組み（新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町）

### しばたロジックモデルミーティング

日　時：令和4年10月27日（木曜日）午前9時～12時　新発田市
令和4年10月27日（木曜日）午前1時～　4時　阿賀野市
令和4年11月　9日（水曜日）午前9時～12時　聖籠町
令和4年11月　9日（水曜日）午後1時～　4時　胎内市

会　場：一般財団法人下越総合健康開発センター

講　師：一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構
政策推進部　松本　佳子　氏

内　容：在宅医療・介護連携施策・指標マップの指標の作成、PDCAの回し方

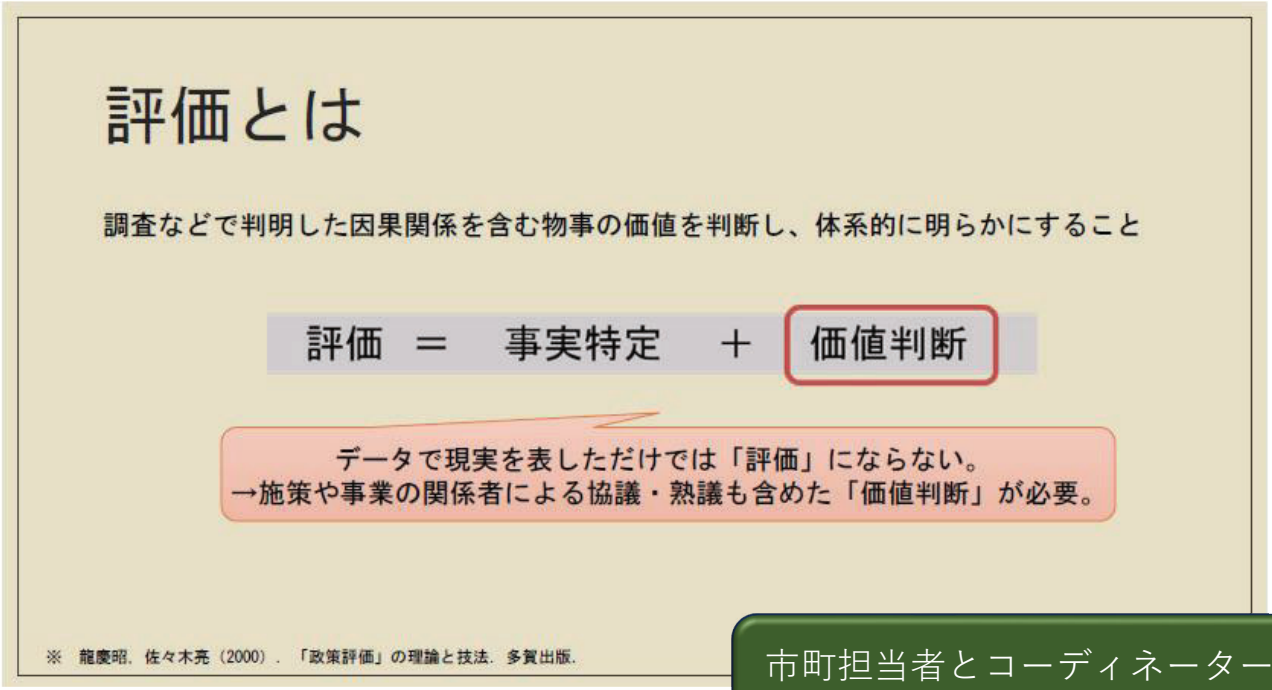
対　象：在宅医療・介護連携推進事業担当者、コーディネーター

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

15

## 広域の取り組み（新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町）

### しばたロジックモデルミーティング




市町担当者とコーディネーターで
「評価」を共通に

令和4年年10月27日・11月9日　しばたロジックモデルミーティング
一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構　松本佳子氏資料引用

## 広域の取り組み

# 在宅医療・介護連携推進施策・指標マップを使ってPDCAを回す

# 新発田市の取り組みをご紹介

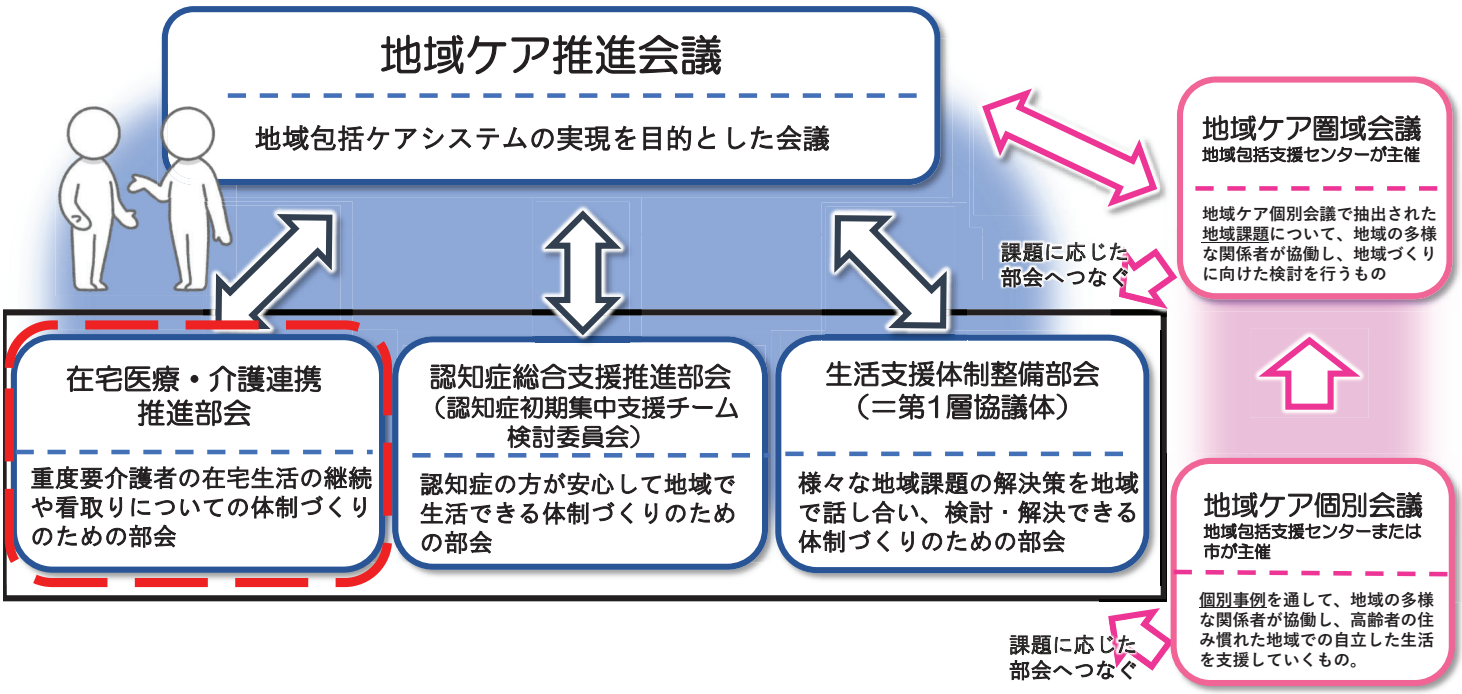
在宅医療・介護連携推進部会を利用して価値判断を実施している事例の報告

「価値判断」は、事業をやったことの価値（効果があったのか、あまり効果がなかったのか）を協議会で意見出しすることです。

17

## 在宅医療・介護連携推進施策・指標マップを使ってPDCAを回す

# 新発田市
# 地域ケア推進会議の組織体系について




新発田市高齢福祉課提供発表者一部改変

# 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

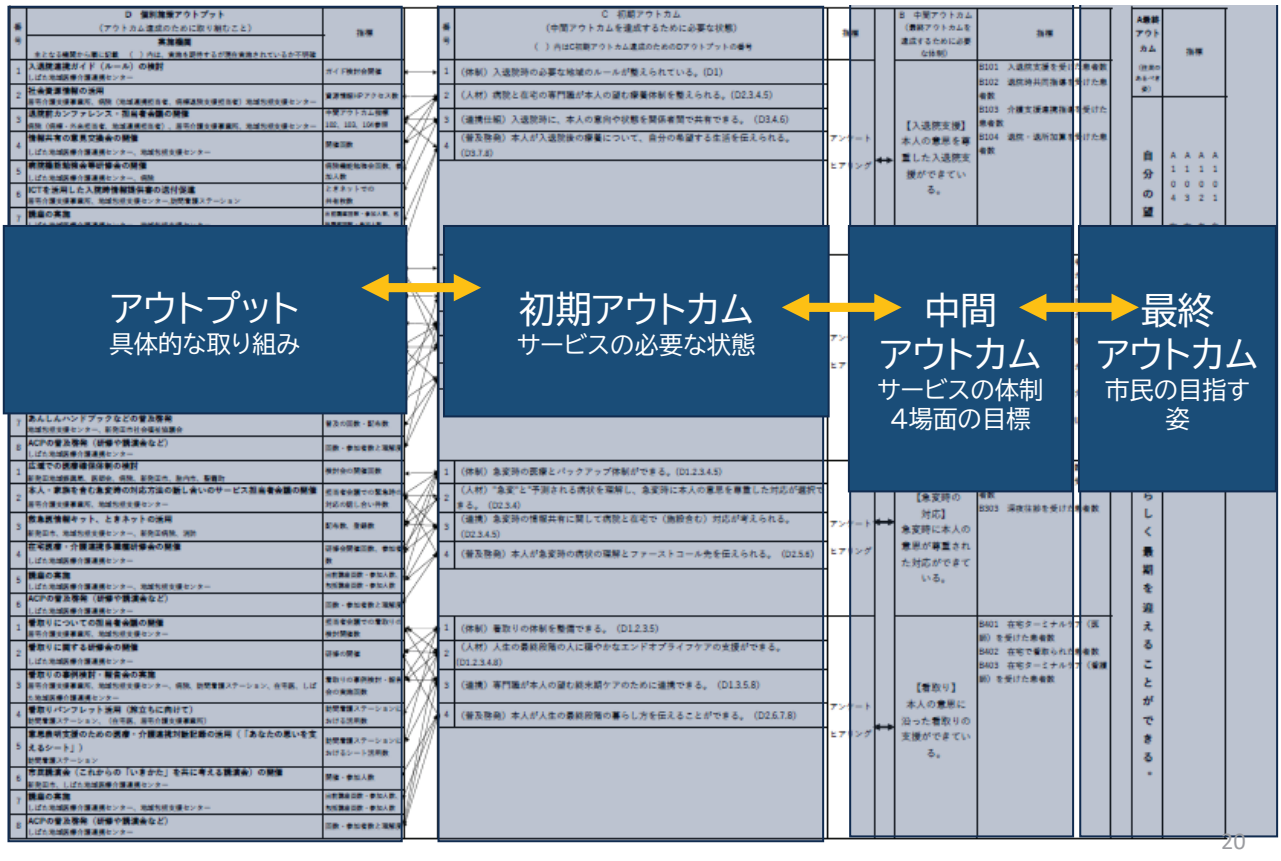
事実特定と価値判断（体感）を部会で協議

在宅医療介護連携施策指標マップ作成・変更 → マップを活用して事業展開 → マップを活用して事業の評価 → 事業の見直し

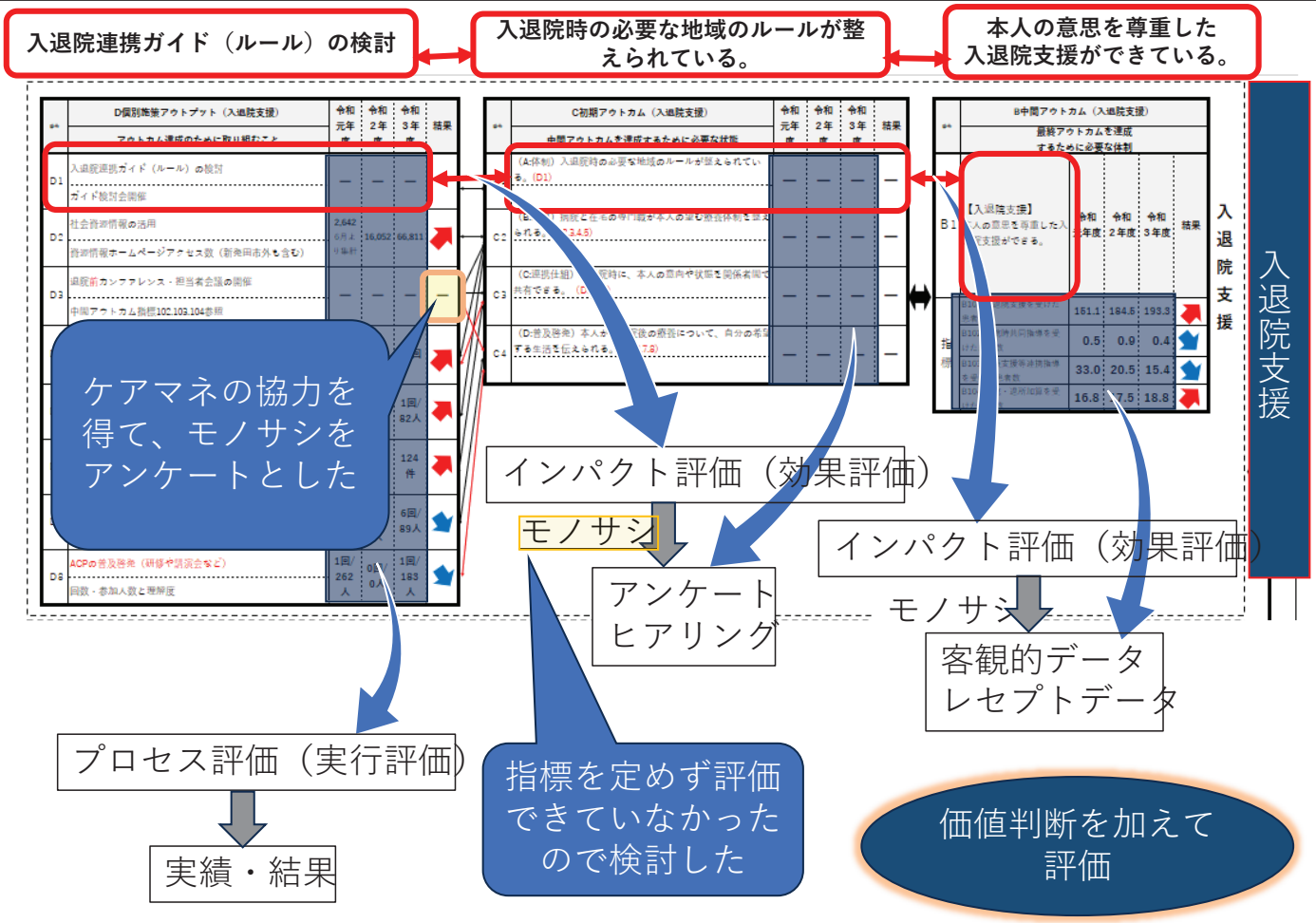




# 新発田市ロジックモデルの全体像
## （新発田市在宅医療・介護連携施策・指標マップ）



# 在宅医療・介護連携推進施策・指標マップを使ってPDCAを回す






# 在宅医療・介護連携推進施策・指標マップに3市1町で取り組んでいるのは

## ✤在宅医療・介護連携の目的を言語化して共有する。

センターと行政とで目的を共有すること。
そして、地域の関係者と目的を共有すること。

## ✤PDCAを回していきやすくする。

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

## 個別市町の取り組み

# 看取りの体制のヒアリング

# 胎内市の取り組みをご紹介

「地域の声を一緒に聞く」

行政と委託されているコーディネーターともに大事にしたいところ
地域の現状と課題を考える際は、一緒に聞くことが重要と考えました。



## 個別の取り組み

# 胎内市ロジックモデルの全体像
（胎内市在宅医療・介護連携施策・指標マップ）

**胎内市**在宅医療・介護連携施策・指標マップ　令和元年度版

| 番号 | D個別施策アウトプット（アウトカム達成のために取り組むこと） | 指標 | | 番号 | C初期アウトカム（中間アウトカムを達成するために必要な状態） | 指標 | | B中間アウトカム（最終アウトカムを達成するために必要な状態） | 指標 | | A最終アウトカム（住民のあるべき姿） | 指標 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 入退院連携ガイドの検討 | 検討をするための会議やアンケートの有無 | ↔ | 1 | 入退院時に、本人の生活状況と意思が共有できる。 | 入院時情報連携加算（介護）介護支援等連携指導料（診療報酬）、退院時共同指導料（診療報酬）、入院時支援加算、入 | ↔ | 【入退院支援】本人の意思を尊重した、生活が見える入退院支援ができる。 | 退院支援をうけた割合<br>患者、利用者の退院後の生活に対する希望の共有 | | 地域とつながりをもちながら、住民が望む人生を送ることができる。 | 住民ニーズ調査<br>A1001 自宅死亡割合<br>A1102 老人ホーム死亡の割合<br>A1103 在宅療養率<br>A1002 在宅医療の主観的幸福感<br>A1004 地域とのつながりの有無（個人・施設）<br>【胎内市独自調査】<br>人生の満足度 |
| 2 | 本人・家族を含めた退院時カンファレンス・担当者会議の開催 | カンファレンスの内容、開催の有無、回数 | ↔ | 2 | 退院時に本人の身体状況を家族や介護・医療従事者で共有し、在宅生活の支援方法に対して共通認識が持てる。 | | | | | | | |
| 3 | 社会資源マップの周知 | マップ等の有無、周知方法、回数 | ↔ | 3 | 地域資源の情報を入手しやすくなる。 | 胎内市の社会資源マップ、しばた地域医療介護連携センターホームペー | | | | | | |
| 1 | 多職種業務の役割及び連携に関する意見交換会の開催 | 意見公開会開催の有無 | ↔ | 1 | 在宅医療体制の現状や課題を明らかにし、取組の方向性を考えることができる。 | 在宅医療体制に関する目標設定 | | 【日常の療養支援】地域で見守られながら、本人の望む療養支援体制を整える。 | 訪問看護、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導を受けた人の実人数<br>地域とのつながりの有無 | | | |
| 2 | 看看連携のためのヒアリング | ヒアリングの有無、回数 | ↔ | 2 | 他分野・他施設の看護職が、互いの役割を知り、連携することができる。 | 看護職の連携に対する評価をヒアリング | | | | | | |
| 3 | 「医療と介護が必要になった場合における地域とのつながりの変化に関する実態 | 調査の有無、回数 | ↔ | 3 | 医療や介護が必要な状況になり、自由に行動することが困難な状況になっても、地域の人や友人が本人の気持ちを尊重し、日々の生活を見守る関係が保た | 地域とのつながりの有無を要介護認定者へアンケート | | | | | | |
| 1 | 地域医療体制に関する住民向け出前講座の開催 | 開催の有無、開催回数、参加者数 | ↔ | 1 | 家族・支援者が急変時にあわてない対応方法を知っている。 | 急変時の対応の理解度について利用者支援者にアンケート<br>救急医療に関する出前講座受講者の理解度<br>急変時の対応を本人、家族、支援者で共有している割 | ↔ | 【急変時の対応】急変時に取るべき対応が、本人・家族・支援者で共有されている。 | 急変時の対応方法を本人、家族支援者で共有しているかの利用者アンケート、支援者アンケート | ⇔ | | |
| 2 | 急変時の対応方法について担当者会議で共有 | 担当者会議の有無 | ↔ | 2 | 急変時の受入体制について、住民の理解が深まっている。 | | | | | | | |
| 3 | 本人の意思を共有できるツールの作成 | ツールの有無、ツールの作成の有無 | ↔ | 3 | 急変時に対する本人の意思が関係者で共有できる。 | | | | | | | |
| 1 | 看取り研修会の開催 | 研修会の有無、開催回数、参加人数 | ↔ | 1 | 本人の看取りの意思を関係者で共有できる。 | 本人の意思の確認と支援者間の共有の割合をアンケート | ↔ | 【看取り】本人が望む看取りを、地域で実現する体制を整える。 | 在宅、施設で看取りを行なった人数<br>最期の療養について本人、家族、支援者で共有しているかどうか | | | |
| 2 | ときネットを活用しての成功事例を共有する研修会の開催 | 開催の有無、内容 | ↔ | | | | | | | | | |
| 3 | 各事業所における看取りの体制のヒアリング | 実施の有無、ヒアリング回数 | ↔ | 2 | 看取りの体制に関する課題を共有し、解決策を見い出す。 | 在宅、施設の看取り件数<br>看取り加算<br>死亡診断加算 | | | | | | |
| 4 | 住民向け出前講座の開催 | 開催の有無、開催回数、参加者数 | ↔ | 3 | 住民が看取りについて理解を深める。 | 出前講座、市民講演会受講者の在宅療養関心度のアンケート | | | | | | |

# 胎内市　中間アウトカム【看取り】

| アウトプット（具体的な取り組み） | | | 初期アウトカム（中間アウトカムを達成するための目標） | | | 中間アウトカム |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 看取り研修会の開催 | 研修会の有無、開催回数、参加人数 | 1 | 本人の看取りの意思を関係者で共有できる。 | 本人の意志の確認と支援者間の共有の割合をアンケート | 本人が望む看取りを、地域で実現する体制を整える。 |
| 2 | ときネットを活用しての成功事例を共有する研修会の開催 | 開催の有無、内容 | 2 | 看取りの体制に関する課題を共有し、解決策を見い出す。 | 在宅、施設の看取り件数<br>看取り加算<br>死亡診断加算<br>在宅ターミナルケア加算<br>ターミナルケア加算 | |
| 3 | 各事業所における看取りの体制のヒアリング | 実施の有無、ヒアリング回数 | 3 | 住民が看取りについて理解を深める。 | 出前講座、市民講演会受講者の在宅療養関心度のアンケート | |
| 4 | 住民向け出前講座の開催 | 開催の有無、開催回数、参加者数 | | | | |

25

個別の取り組み

# 看取り場面　アウトプット3 各事業所における看取り体制のヒアリング

令和3年度
・特別養護老人ホーム、老人保健施設、小規模多機能型居宅介護

令和4年度
・居宅介護支援事業所　介護支援専門員

看取り場面だけではなく、日々の医療との連携の困りごともキャッチ

（介護職）
看取りの経験がなく、夜間一人で看取るのが怖い。

（ケアマネ）
苦しんでいる人（本人・家族）への関わりに自信がない。

（施設）
医師とどのように連携してよいか分からない。

何をどのように言葉をかけたらよいか‥‥
足が遠のく

etc…

26

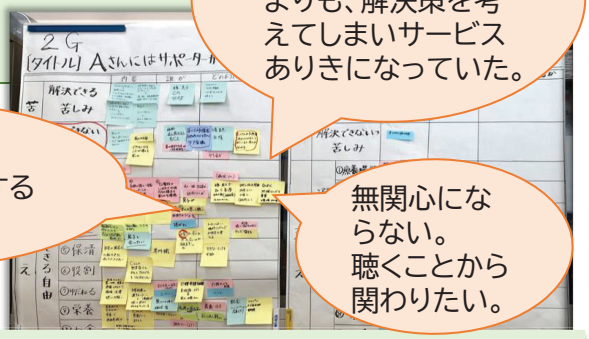
## 個別の取り組み

### 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




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。

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。

無関心にならない。
聴くことから関わりたい。

**胎内市での在宅看取りの可能性**
令和4年　在宅看取り　17件
令和5年　在宅看取り　29件
（訪問看護ステーションへのヒアリングより）

令和4年　医療介護専門職27人
令和5年　医療介護専門職47人



## 3市1町　個別の取り組み⇒広域の取り組みへ

### ヒアリングを踏まえて

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

令和4年度～
・**エンドオブライフ・ケアの研修**
　**コミュニケーション技術向上の研修開催**
令和5年度～
・在宅看取り事例の検討開催

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

# センターコーディネーター取り組みの拠り所

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

**新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町 在宅医療介護連携4場面 中間アウトカム**

**しばた地域医療介護連携センター事業計画**
（在宅医療介護連携センター整備事業　在宅医療・介護連携推進事業）

| | | 4市町在宅医療介護連携4場面の中間アウトカム | 中間アウトカム | 初期アウトカム | 整備事業 | 医介事業 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 最終アウトカム | | 在宅医療介護の連携体制が構築されて、医療と介護を必要とする住民が、望む場所で自分らしい暮らしを続けることができる。<br>（分野別のアウトカム）在宅医療体制が強化され、多職種連携により医療と介護が一体的に提供できる体制がある。 | | |
| 日常の療養支援 | (新) | 日常の療養生活において、本人の意思と状態に応じた医療・介護の支援ができている。 | 【日常の療養支援】<br>重症度に応じた医療と介護が、多職種協働により提供できる体制がある。<br>医療・介護関係者が、意思決定・表明・実現の支援を行えている。 | ①地域の在宅医療介護連携の現状と課題について情報共有できる。 | エ、ア | イ①、イ②-1、イ②-2 |
| | (阿) | 毎日の生活を送る上で、必要な療養支援が整っている | | ②病院と地域の専門職がお互いの窓口を活用し、利用者・患者の意思、療養生活を共有できる。 | ア | ア①、ア②-1、ア②-2、イ③-2、イ③-3、エ①-1 |
| | (胎) | 地域で見守られながら、本人の望む療養支援体制を整える。 | | ③互いの役割を知り、連携が円滑になっている。 | ア、ウ、オ | ウ①-2、イ③-4 |
| | (聖) | 地域で、本人・家族がその人らしい暮らしを選択できるための支援体制が整っている。 | | ④医療依存度の高い利用者の療養生活を支えるサービスがある。 | | カ②-3、カ②-1 |
| | | | | ⑤関係する多職種がACPプロセスにかかわることができる。 | | カ①-4 |
| 入退院支援 | (新) | 本人の意思を尊重した入退院支援ができている。 | 【入退院支援】<br>病院と地域の医療介護関係者が協働して、切れ目のない入退院支援が構築されている。 | ①病院と地域の専門職がお互いの窓口を活用できる。 | ア | イ③-2、イ③-3 |
| | (阿) | 入退院に際して、医療と介護の切れ目のない支援体制が整っている | | ②病院と地域の専門職がそれぞれの役割や機能を理解し、自分の役割を果たすことができる。 | | カ①-1、エ①-3 |
| | (胎) | 本人の意思を尊重した、生活が見える入退院支援ができる。 | | ③利用者(患者）のACPプロセスを関係者で共有できる。 | ア、オ | キ②-3、カ①-4 |
| | (聖) | 退院後にできる限り家で安心して暮らすことができるための支援体制が整っている | | ④利用者（患者）の療養生活を関係者で共有できる。 | オ | エ①-3 |
| 急変時の対応 | (新) | 急変時に本人の意思が尊重された対応ができている。 | 【急変時の対応】<br>急変時に対応できる連携体制が構築されている。 | ①急変の対応をする医療体制が整っている。 | オ、ア | イ③-4、ウ①-2 |
| | (阿) | 本人の意思が尊重された急変時の対応のできる体制が整っている | | ②予測される状態変化と急変について対応ができている。 | オ、ア | カ②-3、カ②-1 |
| | (胎) | 急変時に取るべき対応が、本人・家族・支援者で共有されている。 | | ③ACPプロセスを関係者間で共有できている。 | エ、ア、 | エ①-2、カ①-4 |
| | (聖) | 日頃の備えがあり、本人がどこにいても急変時に速やかな対応がとれる体制が整っている。 | | | | |
| 看取り | (新) | 本人の意思に沿った看取りの支援ができている。 | 【看取り】<br>終末期における症状や不安を解消した看取りの体制が構築されている。 | ①看取りをする医師がいて、居宅でも施設でも看取りをする医師のサポート体制が整う。 | ア、エ | ウ①-1、ウ①-2 イ③-4 |
| | (阿) | 在宅でも施設でも本人が望む看取りの体制が整っている | | ②人生の最終段階の人に穏やかなエンドオブライフケアの支援ができる。 | | カ②-2、キ②-2、エ①-2 |
| | (胎) | 本人が望む看取りを、地域で実現する体制を整える。 | | ③住民が人生の最終段階における意思決定・表明の大切さを理解し、人生会議を行っている。 | | キ①-1、キ①-2、キ②-1、キ②-3 |
| | (聖) | 検討中 | | ④終末期に関わる関係者が人生の最終段階のACPプロセスを共有している。 | | カ①-4、ウ①-2 |
| | | | 【全般】 PDCAサイクルに沿った事業運営ができている。 | ①医療介護連携状況を俯瞰してみることができる。 | イ、オ | イ④、イ③-1、イ①、イ②-1、イ②-2、オ①、オ② |
| | | | 【ICT】 安全安心で効率的な情報を共有できる。 | ①ときネットの利活用が推進される。 | ア、エ、オ | エ①-4、エ①-1 |



# センターコーディネーター取り組みの拠り所

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

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

（新）新発田市
（阿）阿賀野市
（胎）胎内市
（聖）聖籠町

## センターコーディネーターの支え

✤市町担当者

3市1町担当者間の広域展開の目線合わせ

各市町個別展開を地域の実情にあわせて実施

✤医師会

理事役員会と在宅医療・福祉対策委員会への相談・助言

医師会医師の講演等の協力

医師会報への事業掲載

✤新潟県医師会在宅医療推進センター(基幹センター)

在宅医療推進センターコーディネーターの育成

県内在宅医療連携拠点コーディネーターの繋がり

31

## 複数市町と1医師会コーディネーター

【メリット】

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

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

◆各市町の実情に合わせた企画にも参画させていただける。

（横展開・広域展開ができる。）

◆3市1町の事業担当者が代わっても、取り組みを進めることができる。

◆多職種連携を、市町村単位のみならず広域で交流し、考えることができる。

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

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

32

## 複数市町と1医師会コーディネーター

【デメリット】

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

⇒これは複数市町からの委託コーディネーターでなくても？・・・

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

⇒市町の実情をよく知る医師等に参画していただき、地元開催を細やかに・・・

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

⇒3市1町の事業担当者と共に話し合い、個別で実施することも・・・

◆3市1町にコーディネーター2人の体制なので慌ただしい。

⇒3市1町の事業担当者と一緒に事業を進めるチャンス・・・

33

## 複数市町と1医師会コーディネーター

今後も、事業担当者と共に、広域または個別に

3市1町の実情に合った事業を、

進めて参りたいと思います。

皆様からアドバイスを頂戴できますと幸甚でございます。



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

広島県
廿日市市在宅医療・介護連携相談室
在宅医療・介護連携コーディネーター（保健師） 阿部 朱美

## 本日お話しすること

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

# 廿日市市の概要

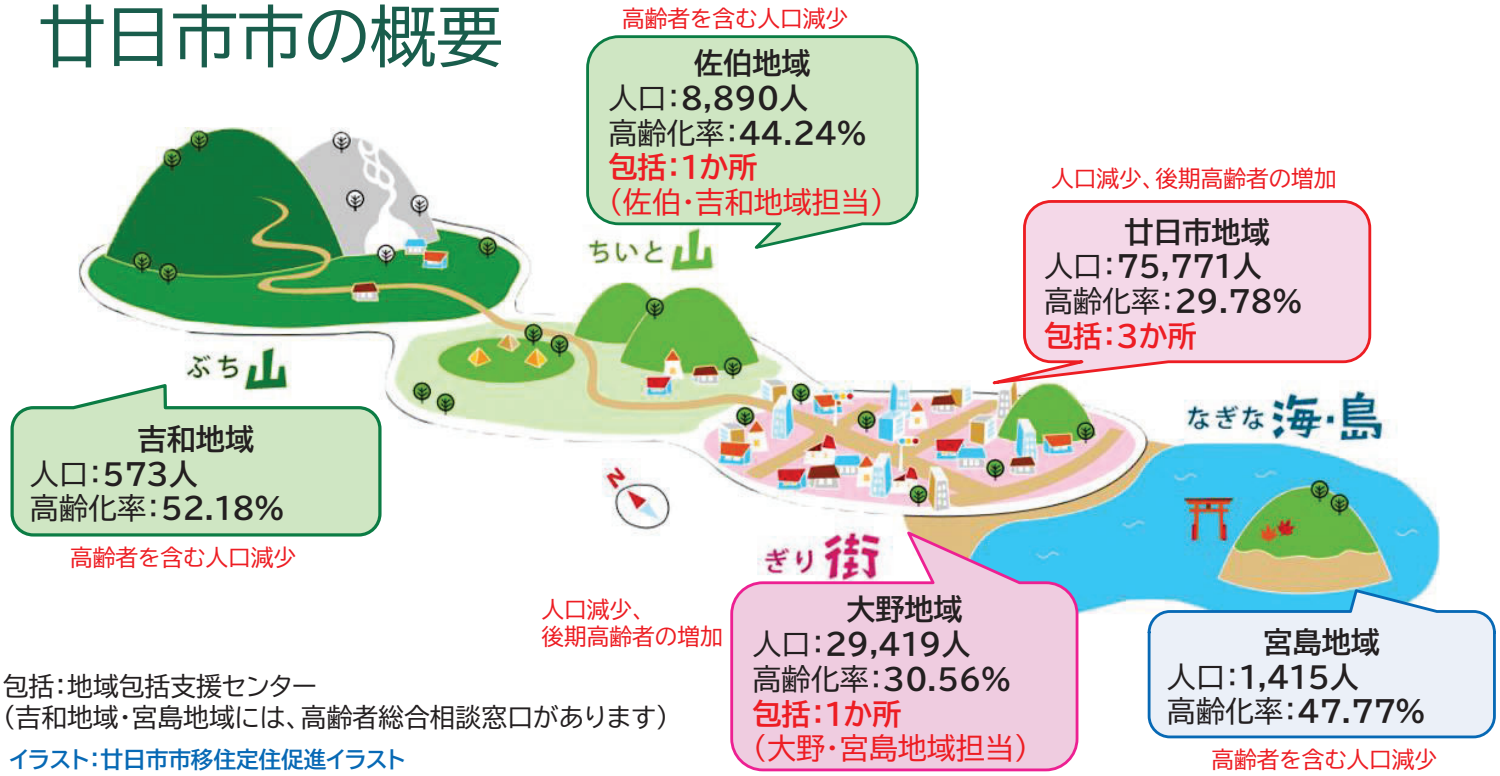



| 市全体 | |
|---|---|
| 人口※1 | 116,068人 |
| 世帯数※1 | 53,473世帯 |
| 高齢化率※1 | 31.4% |
| 要支援・要介護認定率※2 | 18.0% |

※1　令和5年10月1日現在
※2　令和5年9月末時点



# 廿日市市の概要

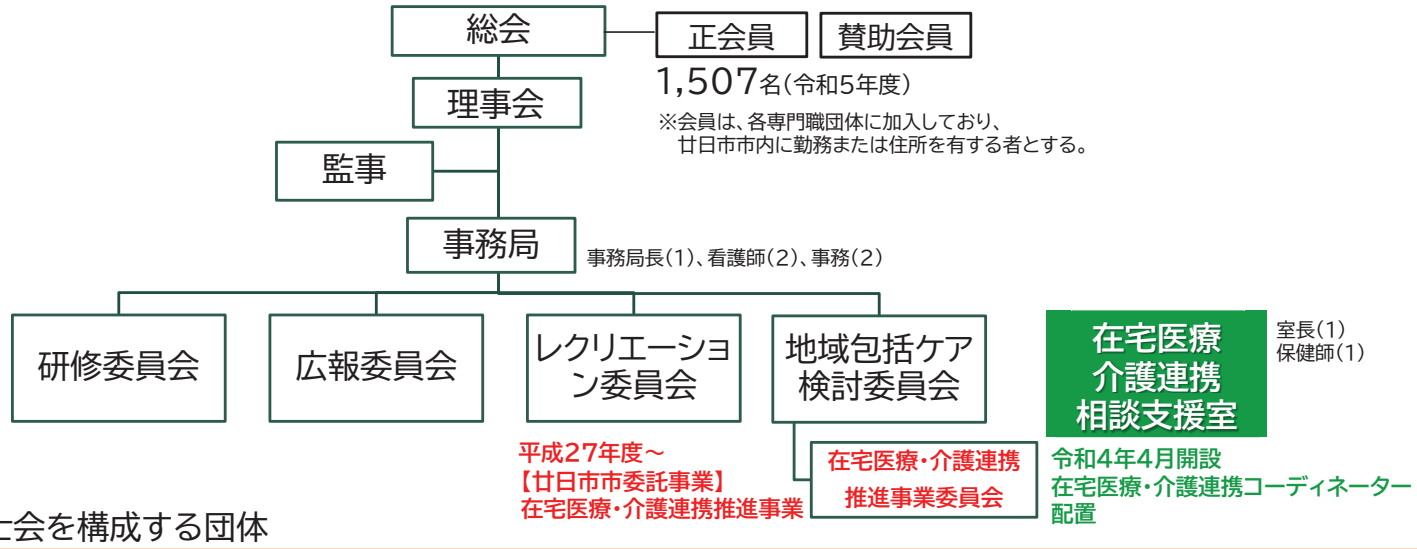



包括:地域包括支援センター
(吉和地域・宮島地域には、高齢者総合相談窓口があります)

イラスト:廿日市市移住定住促進イラスト

# 在宅医療・介護連携推進事業の運営体制

## 廿日市市五師士会（平成17年発足、平成27年NPO法人化）



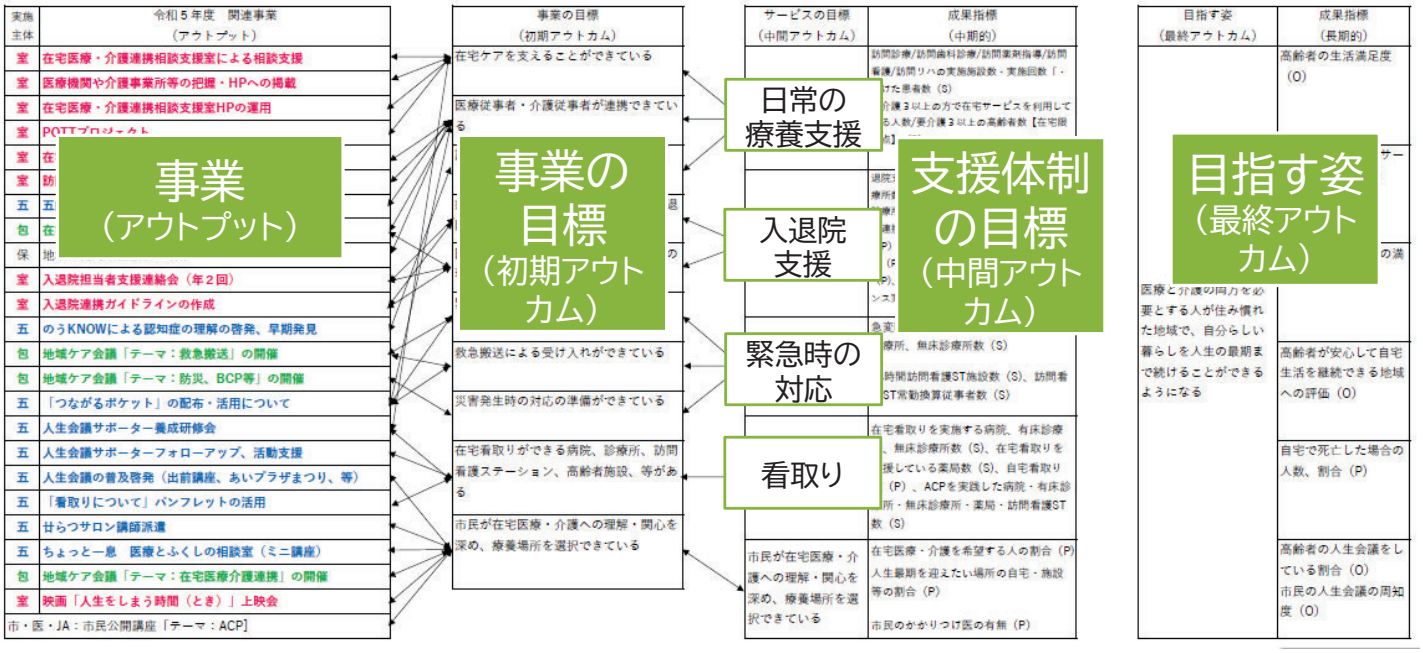

五師士会を構成する団体

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

# 事業・施策マップ

**廿日市市在宅医療・介護連携推進事業　施策・指標マップ（令和５年度）**

（廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室作成）



# 評価指標（人生会議の普及啓発）

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







もしバナゲーム

※ 要介護認定3以上の高齢者の在宅サービス利用者の割合

# プロセス（人生会議の普及啓発）

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

中山間地域では、玖島（R3～4）、浅原（R5）で開催。R6は吉和で行う予定。

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

# 人生会議サポーター

令和6年度

## 養成研修（4回目）

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

【研修会の内容】

1　講座（60分）

2　ロールプレイ（60分）



ロールプレイの様子







養成研修の修了者には認定証を発行しています！
現在、160名です！

## フォローアップ研修

テーマ：緩和ケア



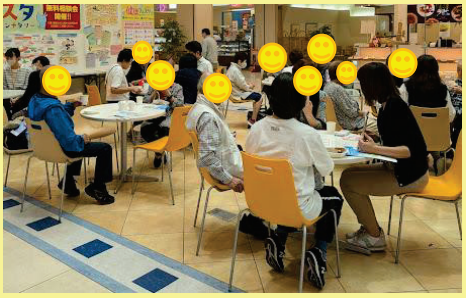
# 人生会議の出前講座

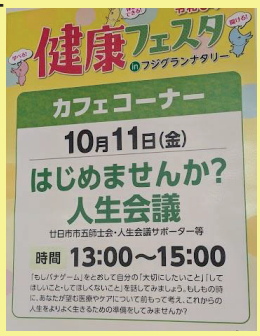
令和6年度

## 吉和地域での様子



## ショッピングモールでの様子










その他、市民センター（公民館）、集会所などで行っています。

# 評価指標（入退院連携）

## 令和5年度事業（アウトプット）

入退院連携ガイドラインの作成（3月完成）

- 入退院連携ガイドライン策定委員会の開催（2回）
- 入退院連携ワーキングの開催（2回）
- リハビリテーションに関する入退院連携ワーキングの開催（2回）
- 関連団体への説明・聞き取り（訪問看護ステーション管理者連絡会、訪問介護事業所連絡会介護保険部会、介護支援専門員連絡協議会、等）

入退院担当者連絡会
年2回開催
（市内の病院・有床診療所、行政が参加）

## 事業の目標（初期アウトカム）

病院とケアマネジャーを中心とした入退院時の連携が強化されている

在宅医療・介護サービスの適切な導入支援が図れている

## 支援体制の目標（中間アウトカム）

円滑な入退院支援の体制が構築されている



退院調整率 92.0%（R4）
退院前カンファレンス実施率 23.8%（R4）
退院支援加算を実施している病院・有床診療所の割合 60.0%（R3）
介護支援等連携指導料の算定をしている病院・有床診療所の割合 70.0%（R3）
入院時情報連携加算を実施している居宅の割合 78.4%（R3）

## 目指す姿（最終アウトカム）

誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるまち　はつかいち

医療体制満足度 50.3%（R5）
介護保険サービス満足度 33.6%（R5）
在宅看取り率 12.3%（R3）
在宅療養率※ 34.5%（R4）



※1　要介護認定3以上の高齢者の在宅サービス利用者の割合

# プロセス（入退院連携）

| 時期 | 主な内容 | |
|---|---|---|
| 平成21年度 | 地域包括ケア検討委員会で、次の取組を行った。<br>・在宅療養支援診療所、訪問歯科診療を行っている歯科医療機関、訪問薬剤管理指導等の在宅医療サポートを行っている薬局の把握<br>・退院前カンファレンス実施要領の作成 | 初動期 |
| 平成22年度 | 【退院前カンファレンス実施要領の検証】<br>実施報告（162件）から、退院前カンファレンスの課題は、在宅主治医の参加が少ないこと、在宅主治医がいない患者がいること、などであった。 | 拡充期 |
| 平成23年度 | 市内で、退院前カンファレンスの標準化が進んできたので、実施報告の終了 | |
| 令和2～4年度 | コロナの影響で、退院前カンファレンスの実施率の低下 | 停滞・見直し |
| 令和4年度 | 在宅医療・介護連携相談支援室で、医療機関や居宅、事業所へヒアリングを実施した。<br>「以前は行っていたが、最近、地域医療連携室の連絡会をしていない」「広域的には難しいかもしれないが、市内の入退院連携のルールが必要では？」「退院サマリーが統一化されているといいな…」等 | |
| 令和5年度 | 入退院担当者連絡会の開催<br>入退院連携ガイドラインの作成 | 初動期 |

今後：入退院連携ガイドラインの活用とモニタリング、病院・有床診療所ごとの入退院時の流れの把握と一覧作成、退院時サマリーの統一化に向けた検討、など

拡充期

# 入退院連携ガイドライン第1版

令和6年度







500部の配布先

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

**住宅政策課より**
「職員が、市営住宅入居者（高齢者）を支援するときに役立つ！」

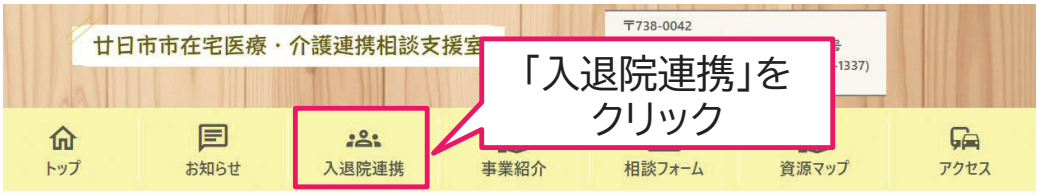
**病院より**
「各病棟の師長が退院調整するときに役立つ！」

500部増刷！

# 入退院連携ガイドラインの入手方法

令和6年度

廿日市市在宅医療・介護連携相談支援室のホームページから入手できます




「入退院連携」をクリック

【URL】http://h-goshi.org/Soudan




ダウンロード・印刷可能

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

# 在宅医療・介護への理解・関心を深める




令和5年度
上映会




令和6年度　特別講演会

令和7年度
上映会(予定)




# 中山間地域の紹介

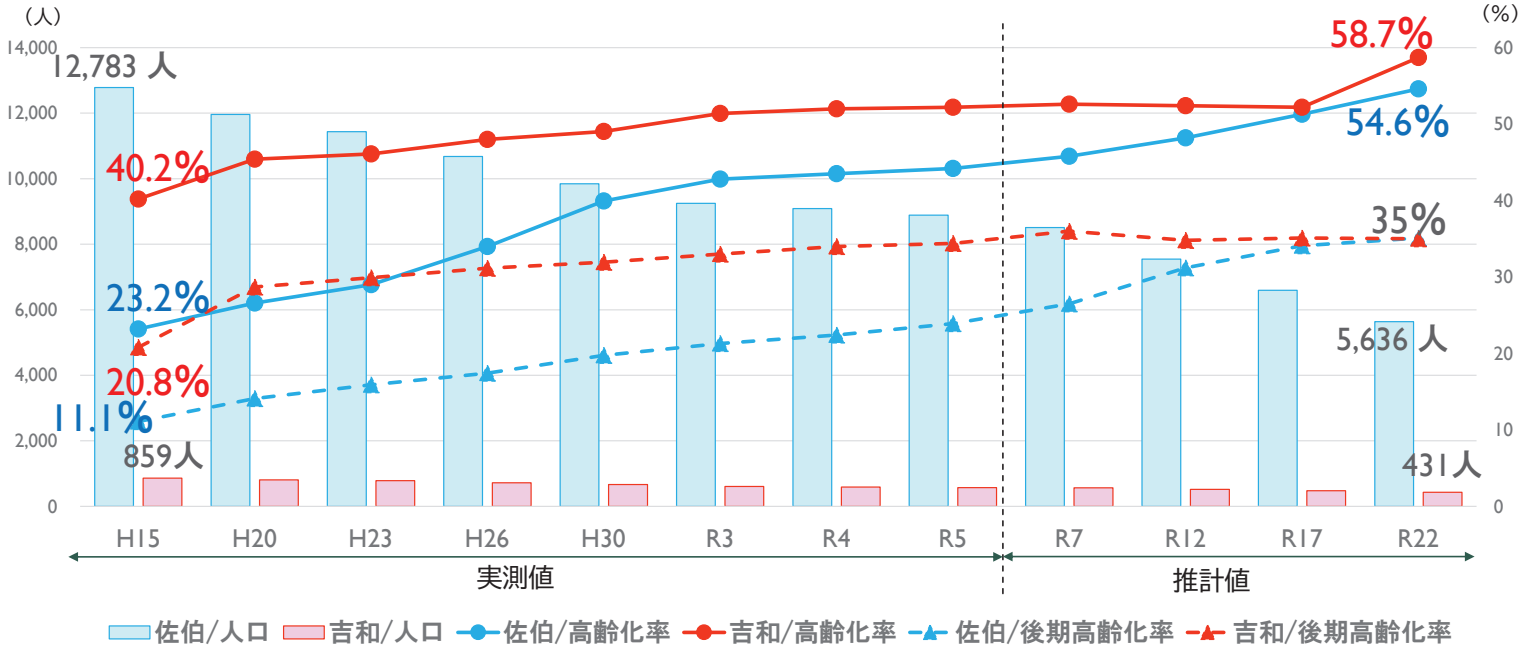
## 中山間地域の概要

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




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

# 中山間地域の人口・高齢化率・後期高齢率の推移・推計




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

# プロセス（吉和地域の在宅医療・介護連携）

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

人口減少、高齢化率・後期高齢化率のさらなる増加⇒在宅医療と介護の充実

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

初動期

拡充期

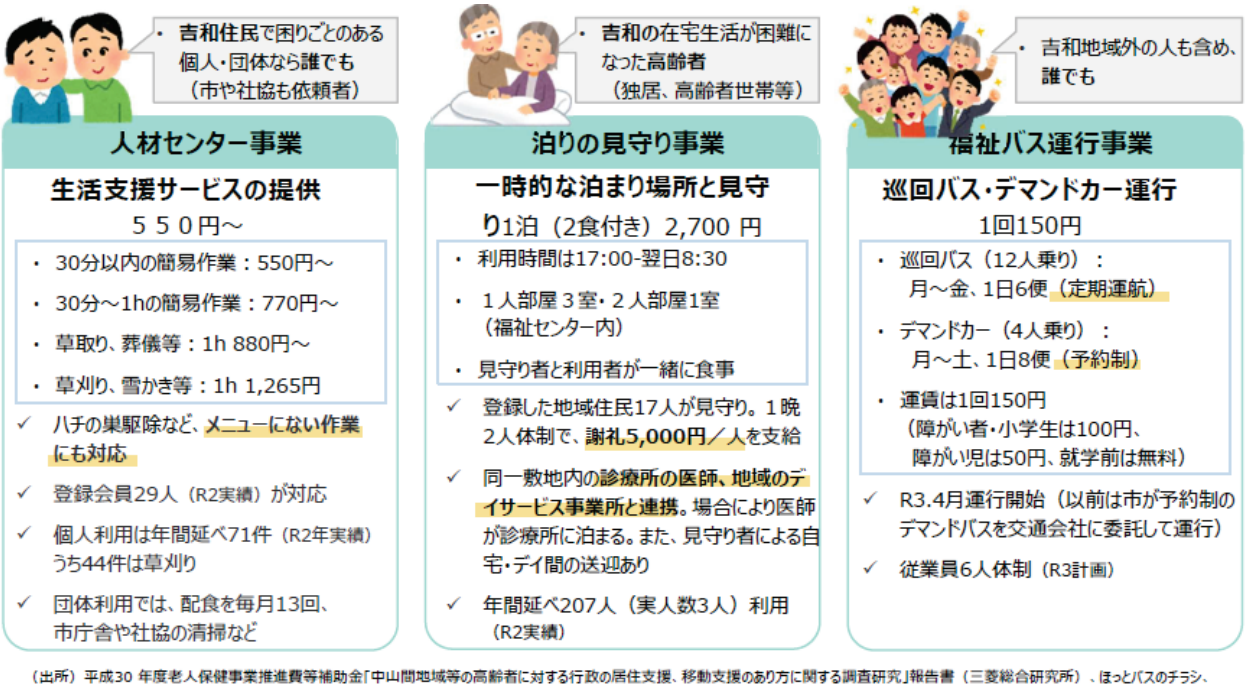
洗練期

成熟期

# プロセス整理(ほっと吉和に至るまで・・・)

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

# ほっと吉和の3つのサービス




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

# ほっと吉和の紹介



吉和複合施設との連絡通路から見た
ほっと吉和







←民間商店
「NAKAZAWA」



←吉和複合施設
（令和5年～）

# ほっと吉和の紹介




外観



一人部屋







居間とキッチン







各部屋にあるトイレ

二人部屋



# 吉和地域から得たヒント

## ①複合的な機能を担う拠点

吉和の場合




人材センター事業(ほっと吉和)
泊まりの見守り事業(ほっと吉和)
福祉バス運行事業(ほっと吉和)
デイサービス(社会福祉法人)
社会福祉協議会


デイスタッフ

吉和福祉センター


ほっと吉和
会員

お店の人


NAKAZAWA




社会福祉士

商店(民間)
買い物バス
(東回りと西回り、週1回ずつ)






吉和複合施設


ボランティア

廿日市市吉和診療所
内科、歯科(週1回)






保健師

吉和支所・高齢者総合相談窓口
吉和交流ふれあいセンター
(災害時の防災拠点)


医師

# 吉和地域から得たヒント

## ①複合的な機能を担う拠点

ポイント

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

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

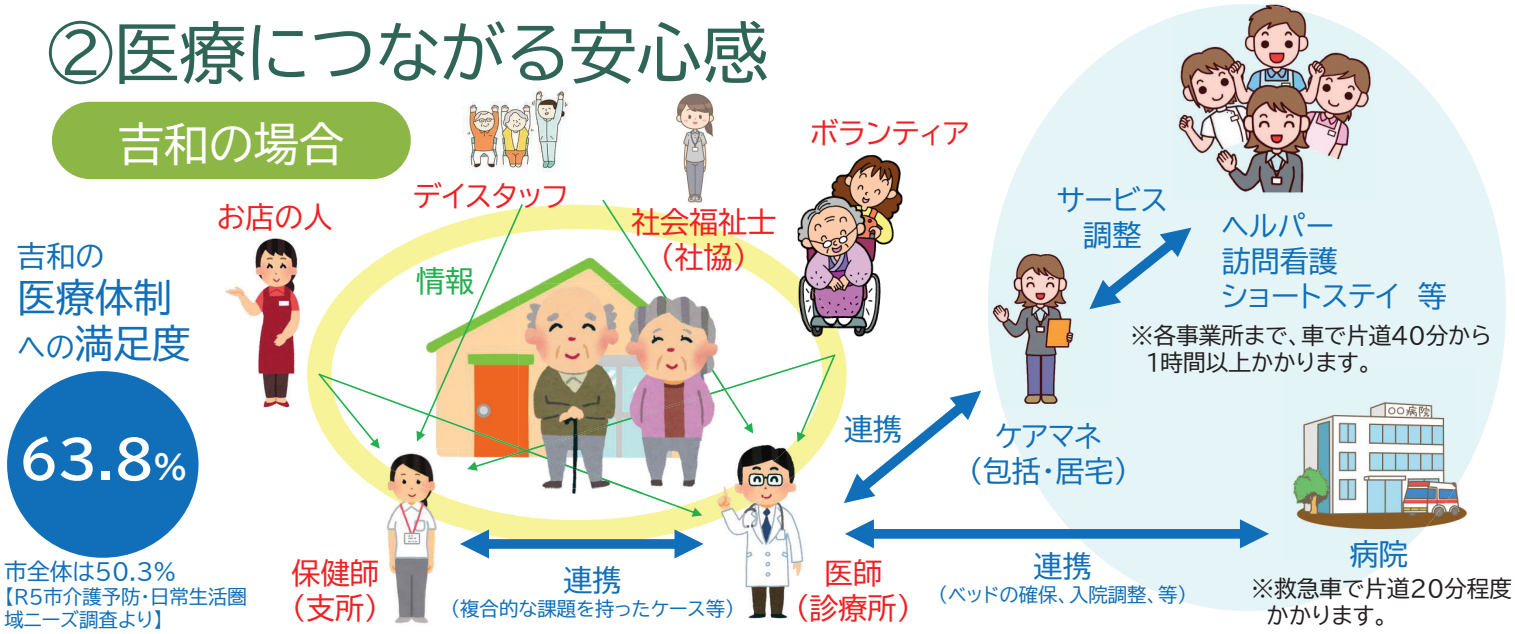
➡ 話し合って、つくることで、使いたい機能を持った拠点に！

➡ 話し合いの場がなければ、つくる
あるなら、乗っかる！！

# 吉和地域から得たヒント

## ②医療につながる安心感

吉和の場合




# 吉和地域から得たヒント

## ②医療につながる安心感

ポイント

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

➡ 医療知識や技術を持つコーディネーターが地域内に必要

➡ 看護師、保健師、コミュニティナースが、
その地区にいないだろうか

# 他の地区へ展開するイメージ

## ①複合的な機能を担う拠点

**浅原の場合**

ワークショップにより
「あさはらビジョン2023」を策定

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

地域の拠点へ
おじゃましています！



包括、認知症地域支援推進員、社協、SC、地区担当の保健師・栄養士、ボランティア、在宅医療・介護連携コーディネーター

浅原市民センター
いきいき百歳体操
あんきな会（認知症カフェ）
市民センター職員
中山間地域支援員
地区の人たち



浅原交流会館
（旧浅原小学校跡地を活用）



浅原の縁側



地区の看護師
（ボランティア）

無人店舗（民間）
移動販売車（民間）
産直市（地区の人たち）
カフェあさはら（地区の人たち）
やまざと保健室（地区の看護師）
デマンドバス（委託）



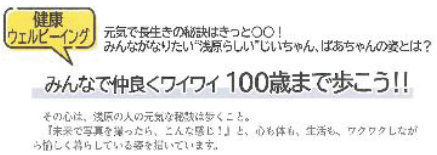
地区の人たち



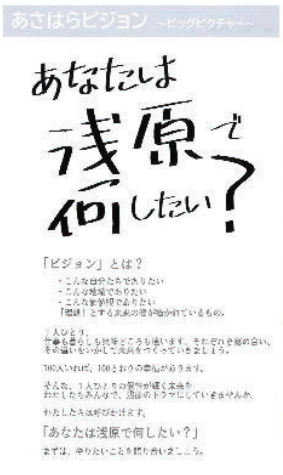
## 浅原市民センター

令和5年度優良公民館表彰！
優秀館！！

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









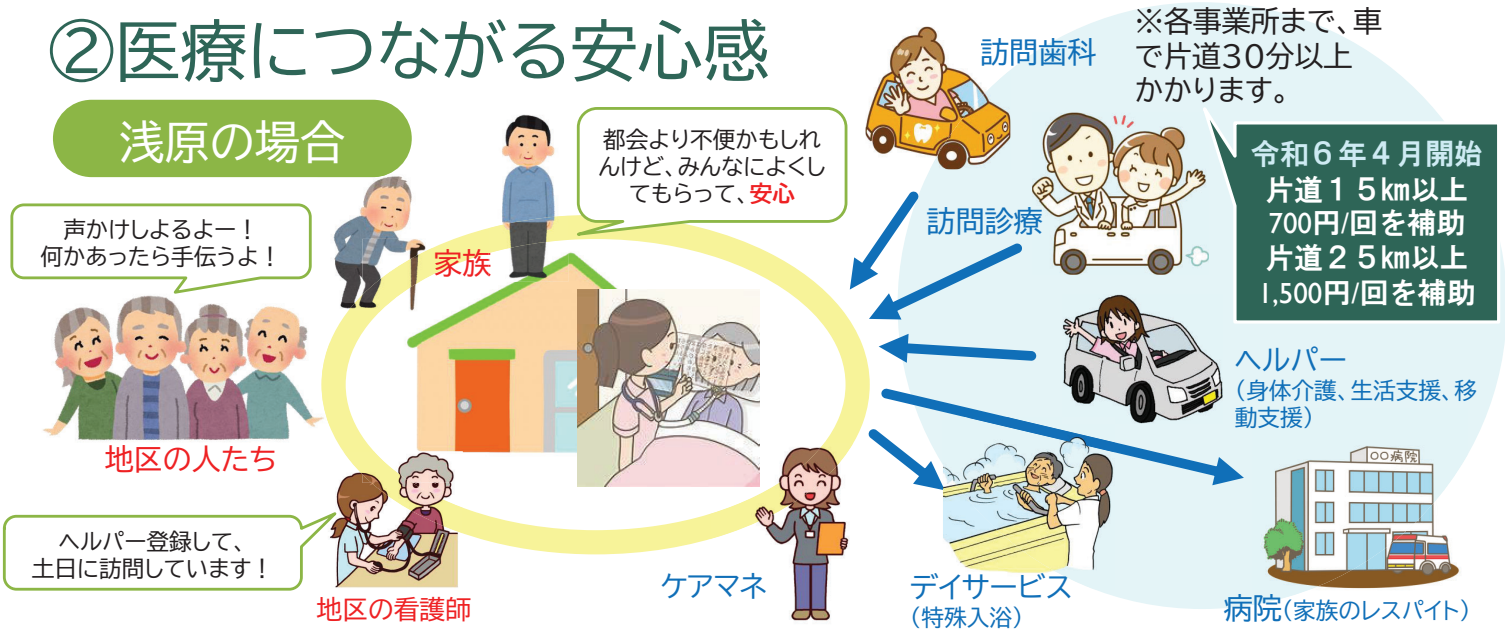
6つのテーマのワークショップ

- 拠点づくり「みんな顔見知りの浅原にしていこう！車に乗れなくても楽しく集えるように」
- 農地・山林「来てもらえる浅原にしたい！」
- 防災「助け合いのできる浅原にしていこう！」
- 健康ウェルビーイング「みんなで仲良くワイワイ100歳まで歩こう！」
- 子ども・子育て「蛍・ヤマメ・ウナギなどがたくさんいる川 川の復活!!」
- インターネット「インターネットで豊かな浅原暮らし」

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

# 他の地区へ展開するイメージ

## ②医療につながる安心感




# 中山間地域で在宅医療・介護連携を進めるポイント

## 吉和で得たヒントを他の地区に活かすために・・・

### ①複合的な機能を担う拠点と一緒に動く

3年以上かかる・・・

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

行政

### ②医療につながる安心感を生み出す ←中山間地域に限らない

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

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

行政 ←中山間地域では特に必要？

## ①複合的な機能を担う拠点　⇒将来的には・・・？

令和6年度

### 歯科講座







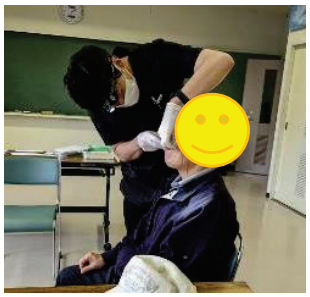

出張型
歯科診療所
？？





### 歯科相談会





## ②医療につながる安心感を生み出す
## ⇒身近な医療従事者の存在

令和6年度



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

浅原地区で・・・
(まずは2～3の集落で)



NPOあさはらのスタッフとして
民生委員と高齢者を訪問

＋



カフェスペースの片隅で・・・



やまざと保健室
血圧測定・健康相談

悩んだときは…



個別に相談

・地域包括支援センター
・支所保健師
・在宅医療・介護連携相談支援室

定期的な話し合い

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




# ご清聴ありがとうございました

## 15:15～15:45
## 研修会議Ⅰ　意見交換（情報共有）

グループに分かれたのち、Zoomに●がある方：進行役です。
参加いただいている皆さんが発言できるように、時間配分いただきながら
発言者を指名ください。

＜1接続あたり3分目安＞

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

1

在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等一式

# 研修会議 II　研修資料

東京開催：令和 6 年 11 月 15 日（金）
大阪開催：　　11 月 21 日（木）
福岡開催：　　11 月 22 日（金）

# 研修会議Ⅱのプログラム

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

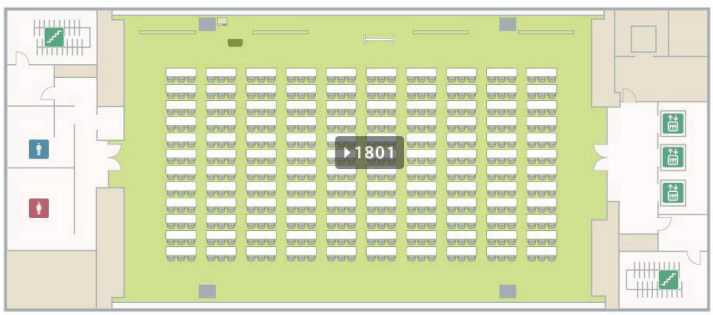
# 【参考】研修会議Ⅱ：開催場所

**研修会議Ⅱ:11/15(金):東京開催**

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

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

18階フロア図






# 【参考】研修会議Ⅱ：開催場所

## 研修会議Ⅱ:11/21(木)大阪開催

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

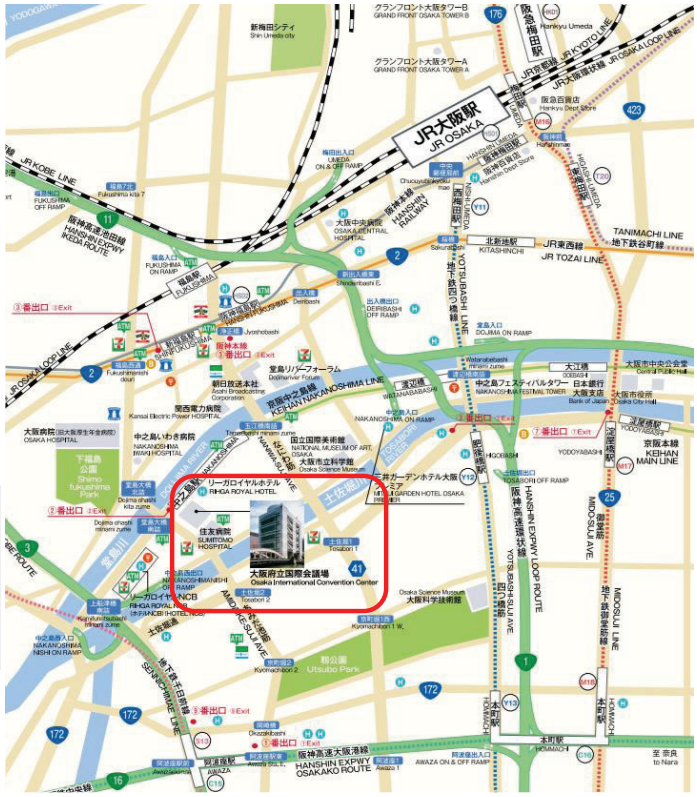
最寄り駅
＜京阪電車中之島線をご利用の場合＞
「中之島駅」からすぐ
＜JR線をご利用の場合＞
　東西線「新福島駅」3番出口から徒歩10分、
　大阪環状線「福島駅」から徒歩15分
＜阪神本線をご利用の場合＞
「福島駅」3出口から徒歩10分
＜大阪メトロをご利用の場合＞
「阿波座駅」中央線1号出口・千日前線9号出口より徒歩15分
＊詳細はホームページをご覧ください

JR大阪駅シャトルバス乗り場
（7:45～22:30　毎時15分間隔）




12階フロア図




# 【参考】研修会議Ⅱ：開催場所

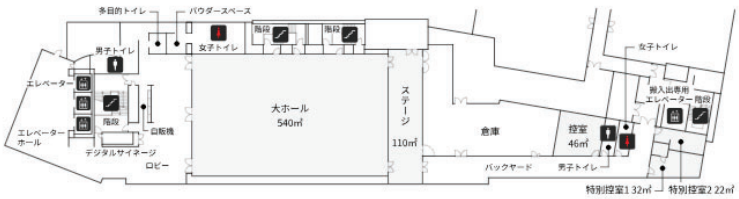
## 研修会議Ⅱ:11/22(金)福岡開催

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

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




8階フロア図



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

（内容）

１．在宅医療・介護連携推進事業の「目的」とは

２．事業のあるべき展開方法と現状

３．現状をあるべき展開方法に近づけるための改善ポイントとは

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

## １．在宅医療・介護連携推進事業の「目的」とは

# 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携の位置づけと目的

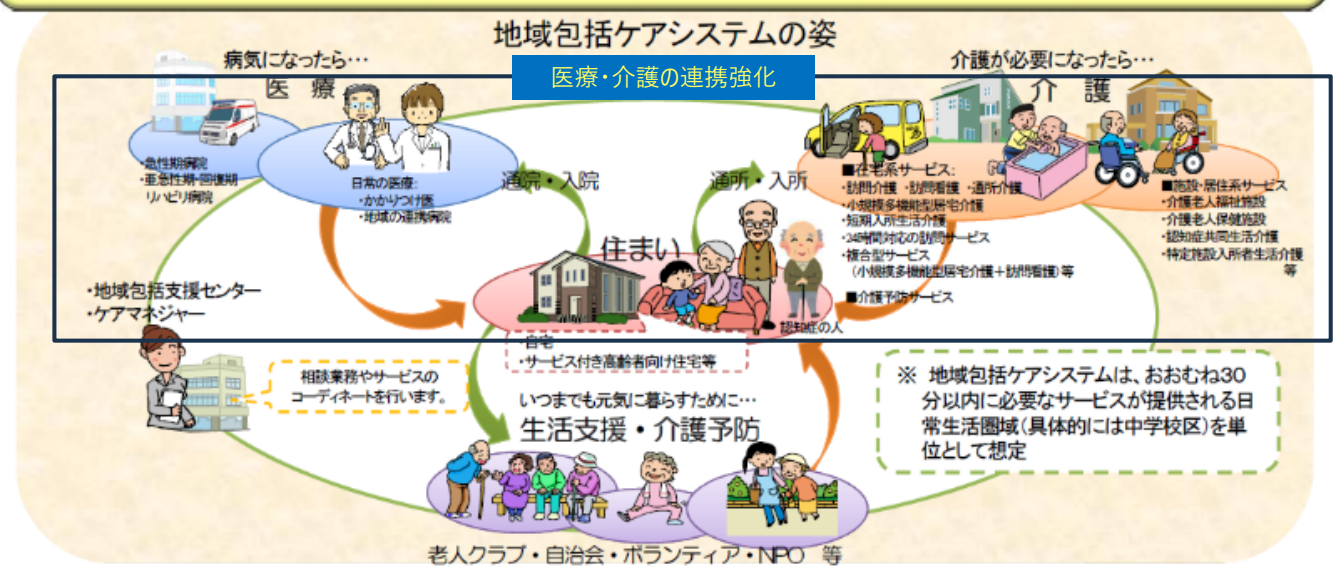
○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

○ 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

ここが目的




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

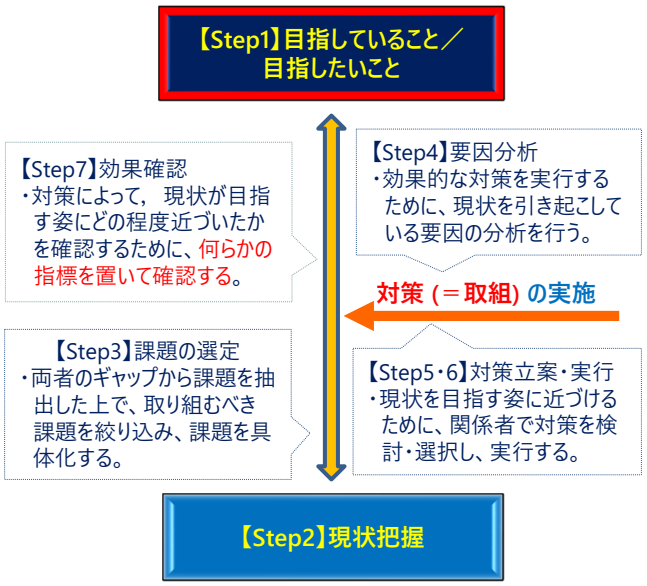


## 2. 事業のあるべき展開方法と現状

# 事業のあるべき展開方法とは
## −厚生労働省「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引きより」−

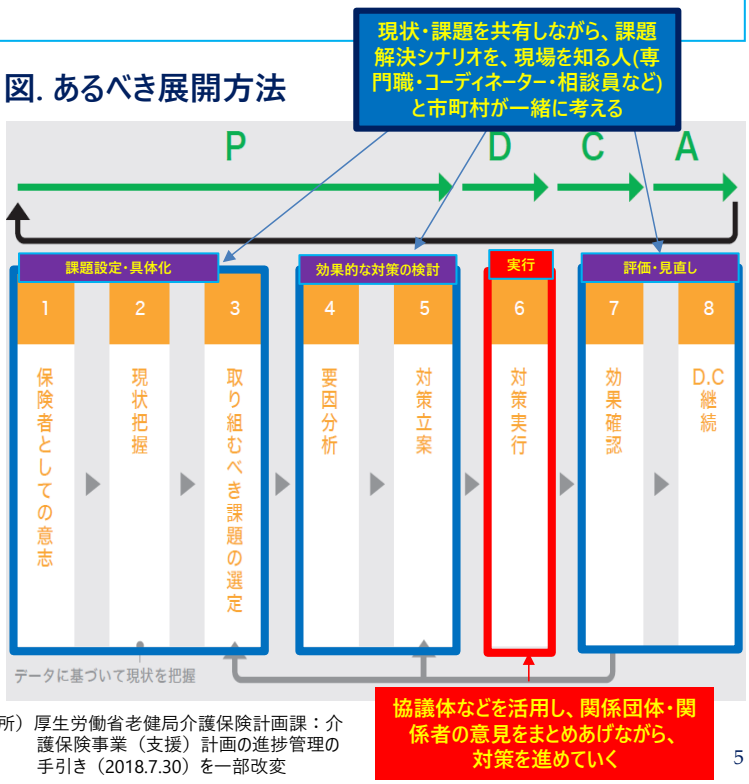
- **課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること**（＝課題を解決すること）である。
- 様々な対策の中から、**効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる**必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

### 図. マネジメントの構造とは




出所）川越作成

### 図. あるべき展開方法




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

5

# 事業計画の策定例からみた事業マネジメントの現状・課題

**【基本目標】**

住み慣れた地域で暮らし続けられるまち

**施策3　地域包括ケアシステムの深化・推進**

①地域包括ケアシステムの推進体制の充実
②地域包括支援センターの機能強化
③介護予防・日常生活支援総合事業の推進
④生活支援体制整備事業の推進
⑤認知症施策の推進
⑥在宅医療・介護連携の推進
⑦地域ケア会議の充実
⑧高齢者の住居安定に係る施策との連携

**施策4　高齢者にやさしいまちづくり**

①支え合いの仕組みづくり
②権利擁護
③相談体制の充実
④外出環境の整備
⑤災害等安全対策の推進

**【在宅医療・介護連携推進事業】**

① 医療・介護サービス資源の把握
② 連携課題の抽出と対応の協議
③ 切れ目ない在宅医療と介護提供体制の構築
④ 専門職間の情報共有支援
⑤ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
⑥ 在宅医療・介護関係者への研修
⑦ 地域住民への普及啓発
⑧ 関係市町との連携

**よくみられる課題設定と対策**

（課題）
・病院とケアマネの連携が弱い

（対策）
・退院支援ルールを作る
・研修会を開催する　など

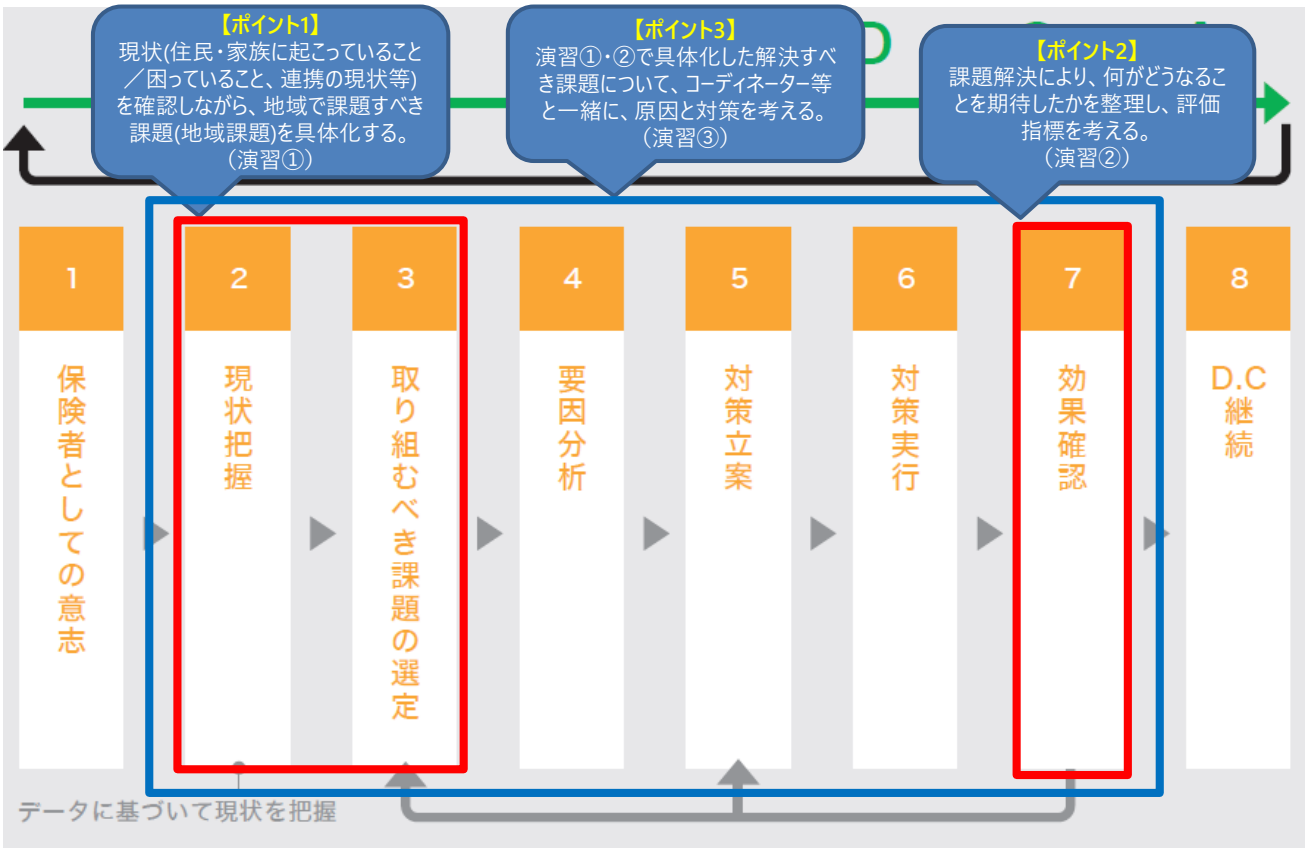
**国の手順とどこが違うのか？**

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

# 3． 現状をあるべき展開方法に近づけるための改善ポイント



## あるべき事業展開方法に近づけるための強化ポイント




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

## 【演習①：個別課題から地域課題への展開方法を体感しよう！】
## ＜個人ワークシート＞本人・家族に起こっている不利益なことを挙げてみよう！

【問1】看取りに関して、「本人・家族にとって不利益なこと」が起こっていませんか？　あれば挙げてみて下さい。
（例１）がんの看取りを行ってくれる医師がなかなか見つからず、家族が困っていた
（例２）自宅で看取る予定であったが、家族が救急車を呼んでしまい、病院で亡くなってしまった

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1** | | **2** | |
| 3 | | 4 | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1** | | **2** | |
| 3 | | 4 | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1** | | **2** | |
| 3 | | 4 | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1** | | **2** | |
| 3 | | 4 | |

## 【演習①：個別課題から地域課題への展開方法を体感しよう！】
## ＜グループワークシート＞本人・家族に起こっている不利益なことを整理しよう！

【問1】看取りに関して、メンバーから挙がってきた「本人・家族にとって不利益なこと」を整理してください（最大12まで）。
その中から、「地域で最も解決したいと思うもの」の番号に〇をつけてください。

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

【問2】入退院に関して、メンバーから挙がってきた「本人・家族にとって不利益なこと」を整理してください（最大12まで）。
その中から、「地域で最も解決したいと思うもの」の番号に〇をつけてください。

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

## 【演習①：個別課題から地域課題への展開方法を体感しよう！】
## ＜グループワークシート＞本人・家族に起こっている不利益なことを整理しよう！

【問3】急変時対応に関して、メンバーから挙がってきた「本人・家族にとって不利益なこと」を整理してください（最大12まで）。
その中から、「地域で最も解決したいこと」の番号に〇をつけてください。

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

【問4】日常療養に関して、メンバーから挙がってきた「本人・家族にとって不利益なこと」を整理してください（最大12まで）。
その中から、「地域で最も解決したいこと」の番号に〇をつけてください。

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

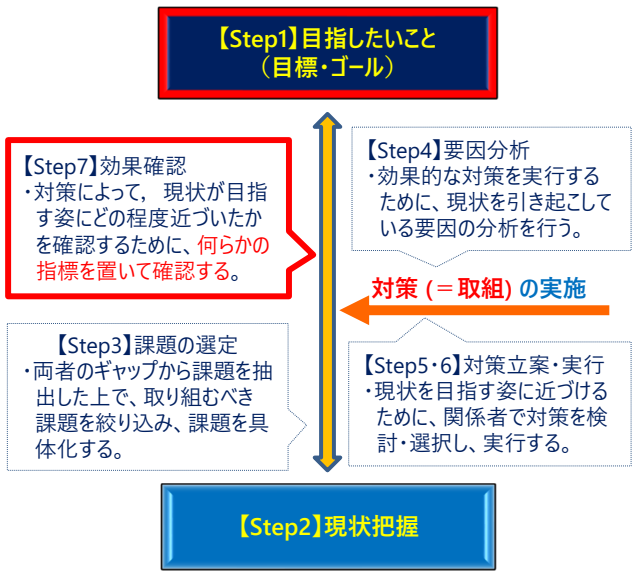
# 演習②（評価の考え方を学ぼう！）を行うに当たって



## 事業マネジメントの構造と評価の位置づけ

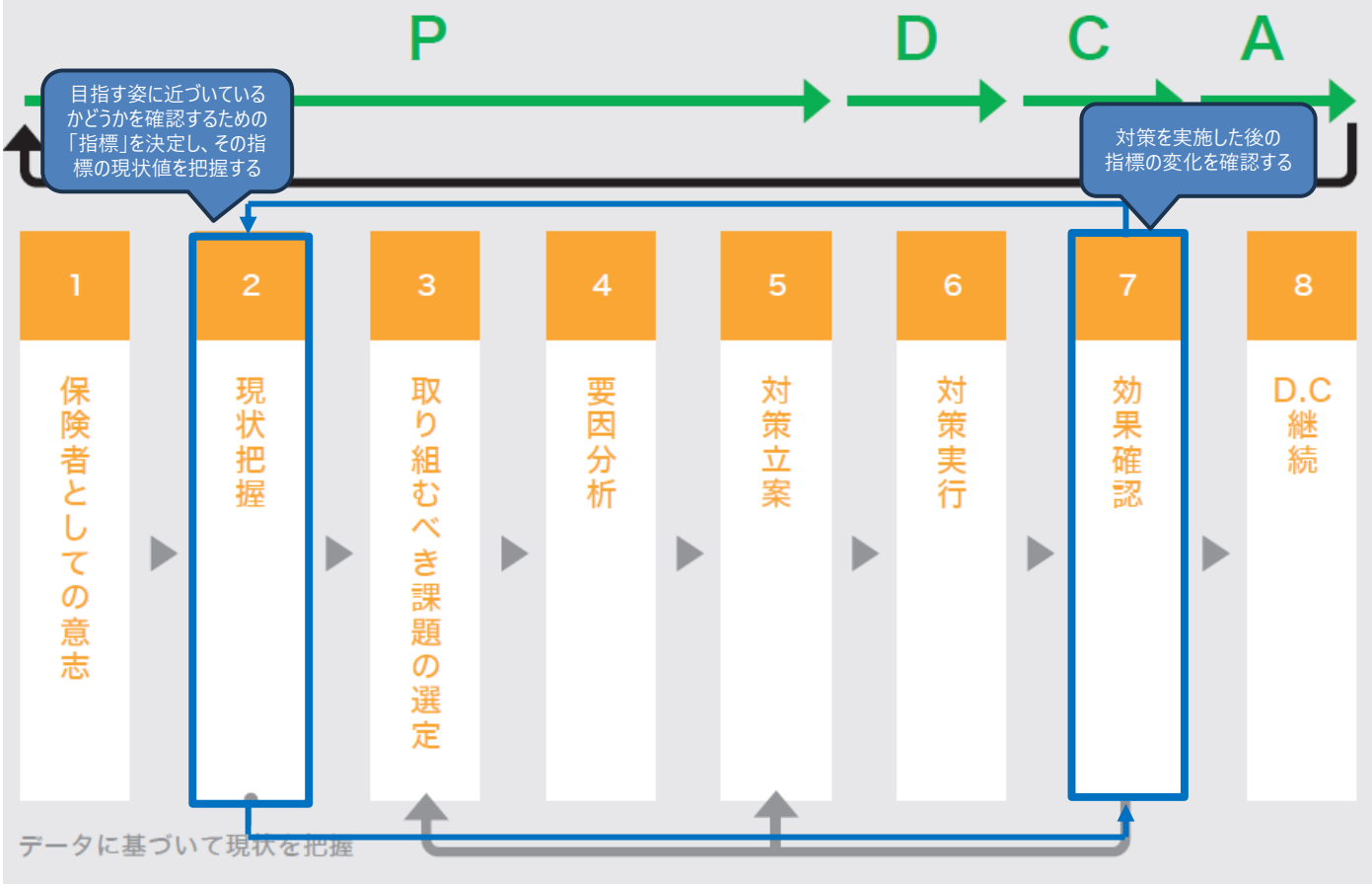
- 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること（＝課題を解決すること）である。
- 様々な対策の中から、効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

**図. マネジメントの構造と評価の位置づけ**




出所）川越作成

# 「指標の現状値」の把握と「対策実施後の変化」の把握の流れ




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

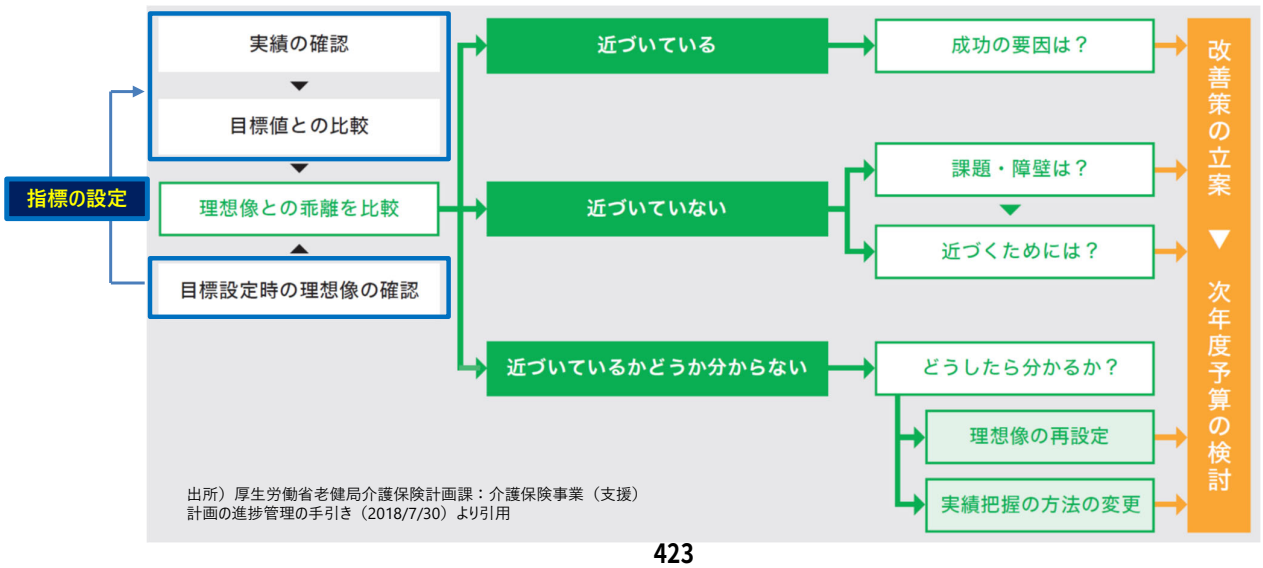


# 「評価」とは、期待した効果・成果の達成状況を確認する作業のこと

**ポイント**

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

**図.評価の手順**




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

# 演習シート

5

## 【演習②：評価の考え方を学ぼう！】
## ＜個人ワークシート＞対策の成果として期待することを挙げてみよう！

| 演習①で挙げた「地域で解決したいこと（地域課題）」 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ・ | | | | |
| 地域課題の解決に向けて、あなたは様々な対策をとっています。<br>もし、演習①で挙げた地域課題が解決したら、何がどうなることを期待しますか？ | | | | |
| 患者／家族に対する成果 | 1 | | 2 | |
| | 3 | | 4 | |
| 専門職に対する成果 | 1 | | 2 | |
| | 3 | | 4 | |
| 地域住民に対する成果 | 1 | | 2 | |
| | 3 | | 4 | |
| その他の成果 | 1 | | 2 | |
| | 3 | | 4 | |

## 【演習②：評価の考え方を学ぼう！】
## ＜グループワークシート＞対策の成果として挙がってきたことを整理しよう！

| 演習①で挙げた「地域で解決したいこと（地域課題）」 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ・ | | | | |
| 演習①で挙げた地域課題が解決したら、何がどうなることを期待しますか？<br>その上で、全体の中から、特に期待することを３つ選び、番号に〇をつけてください。 | | | | |
| 患者／家族に対する成果 | 1 | | 2 | |
| | 3 | | 4 | |
| | 5 | | 6 | |
| 専門職に対する成果 | 1 | | 2 | |
| | 3 | | 4 | |
| | 5 | | 6 | |
| 地域住民に対する成果 | 1 | | 2 | |
| | 3 | | 4 | |
| | 5 | | 6 | |
| その他の成果 | 1 | | 2 | |
| | 3 | | 4 | |
| | 5 | | 6 | |

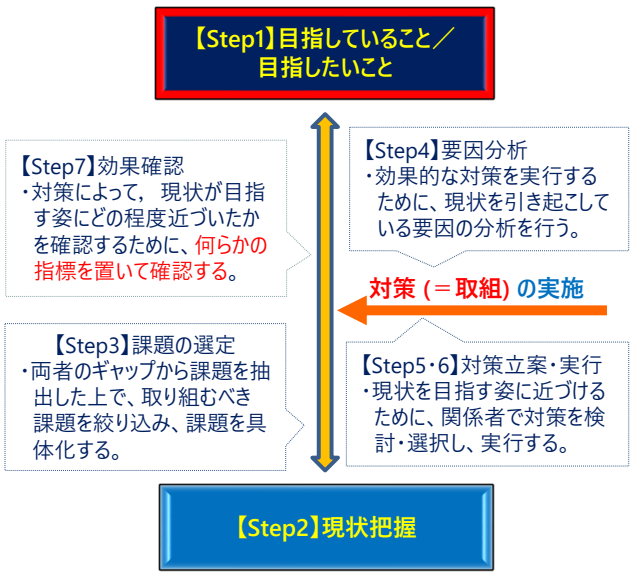
# 演習③（課題解決に向けたシナリオを考えてみよう！）を行うに当たって



## 事業のあるべき展開方法とは
－厚生労働省「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引きより」－

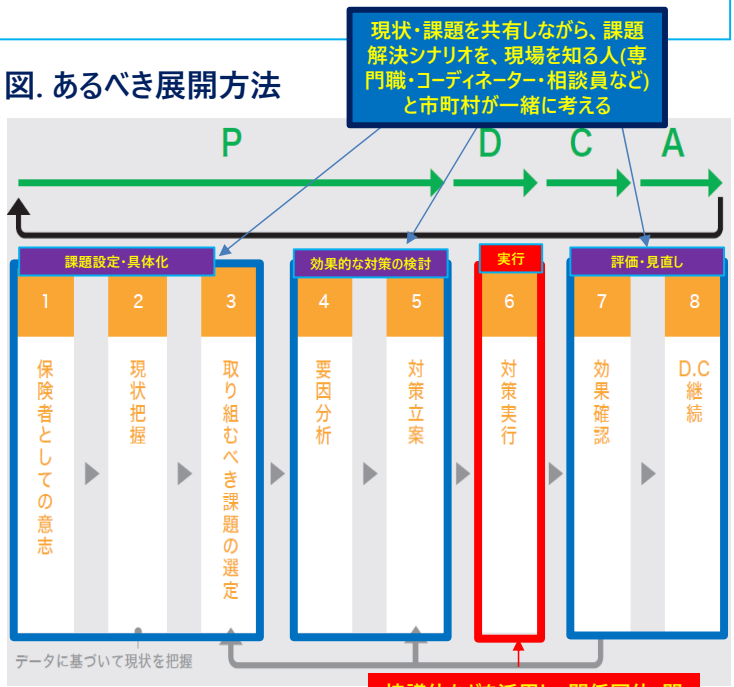
- **課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること**（＝課題を解決すること）である。
- 様々な対策の中から、**効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる**必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

### 図. マネジメントの構造とは




出所）川越作成

### 図. あるべき展開方法




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

# 演習シート

3

## 【演習③】目指す姿⇒原因と対策⇒評価までの一連のプロセスを考える

【問1】取り組みたい具体的なテーマを記載下さい（午前中の演習で設定した地域課題を転記）。

| | |
|---|---|
| テーマ | ・ |

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

| | |
|---|---|
| 目指す姿 | ・ |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 原因1 | ・ | 原因2 | ・ |
| 原因3 | ・ | 原因4 | ・ |

| | |
|---|---|
| 対処すべき原因 | ・ |

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

| | 誰に対する対策？ | 対策の内容は？ |
|---|---|---|
| 対策1 | ・ | ・ |
| 対策2 | ・ | ・ |
| 対策3 | ・ | ・ |

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

| | 何がどうなることを期待しますか？ | 何の指標で測る？ |
|---|---|---|
| 期待値1 | ・ | ・ |
| 期待値2 | ・ | ・ |
| 期待値3 | ・ | ・ |

# 在宅医療・介護連携推進事業の進め方（おさらい）

（内容）

1．マネジメントの基本構造とPDCAサイクル

2．現在の展開方法をあるべき展開方法に近づけるための改善ポイント

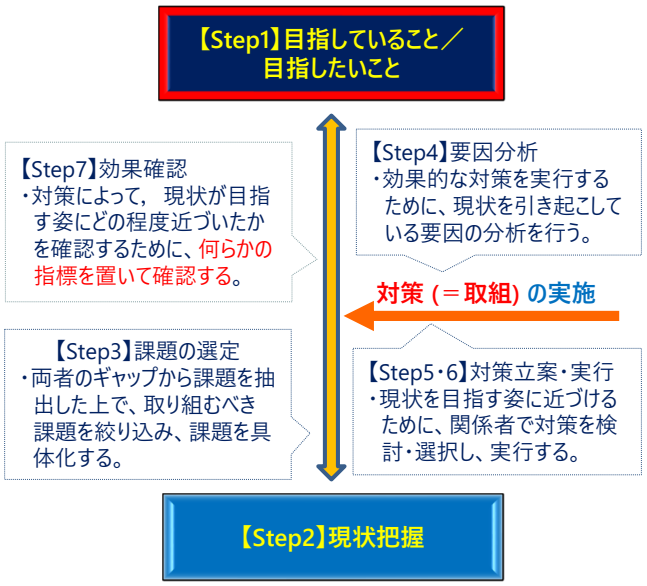
(株)日本医療総合研究所　地域づくり推進部長
認知症介護研究・研修東京センター 特別研究員
川越雅弘

## 1．マネジメントの基本構造とPDCAサイクル

# 事業のあるべき展開方法とは
## −厚生労働省「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引きより」−

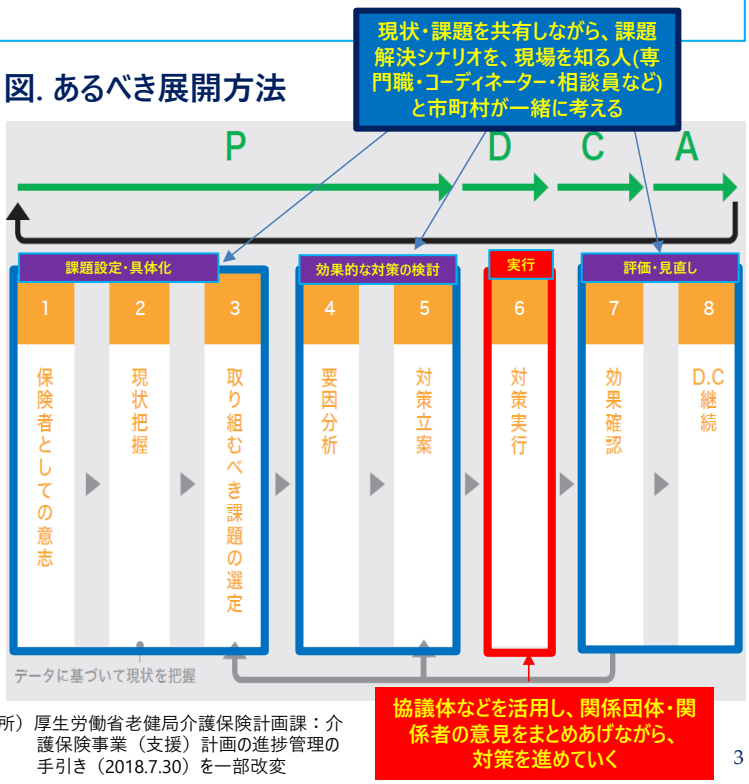
- **課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること**（＝課題を解決すること）である。
- 様々な対策の中から、**効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる**必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

### 図. マネジメントの構造とは




出所）川越作成

### 図. あるべき展開方法



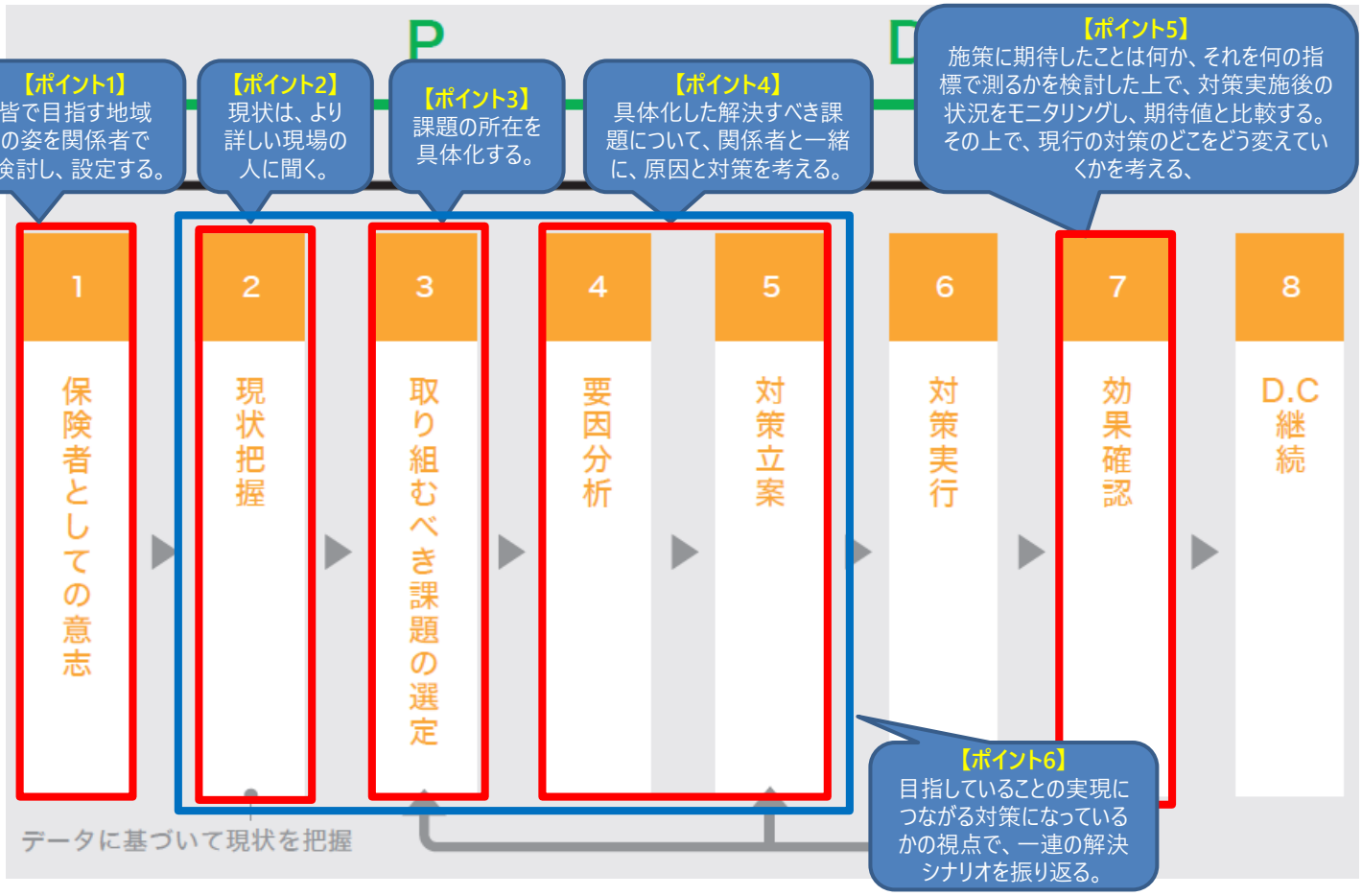

出所）厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018.7.30）を一部改変

3

## 2． 現在の展開方法をあるべき展開方法に近づけるための改善ポイント

4

# 現状をあるべき展開方法に近づけるための強化ポイントとは




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



## 【ポイント1】

## 事業・施策の目的を
## あなたが意識する／関係者に意識させる

**その結果**

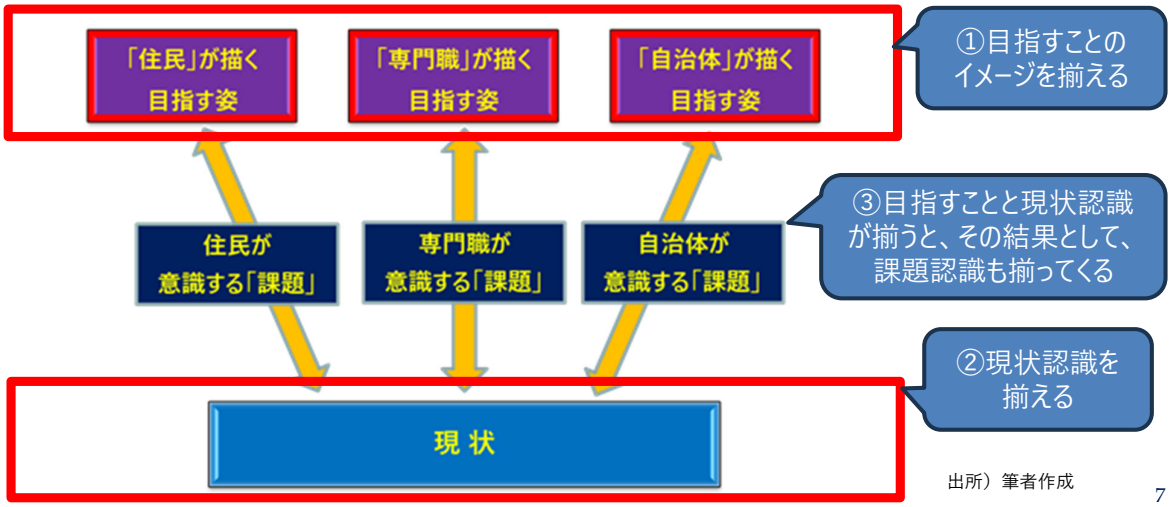
- 関係者のゴールのイメージが揃ってくる。
- 何のために、何を期待して対策を講じてきたのかが意識されるようになる。
- 評価指標を考えやすくなる。

# なぜ、目指す姿(=目的)を関係者で検討・共有する必要があるのか？

**ポイント**

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

**図. まずは、関係者間で、「目指す姿」のイメージを揃えましょう！**




出所）筆者作成



# 入退院支援における目指す姿の設定イメージ




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

## 【ポイント2】

## 現状・課題、解決策は、現場に詳しい人に聞く

**その結果**

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



## ヒアリングを用いた現状・課題把握の例

**ポイント**

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

**図. ヒアリングを通じて現状を把握する (入退院支援の例)**

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

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

**＜専門職の声から＞**

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

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

# 事例検討による現状・課題把握の例（東京都国立市の例）

**めざす看取り期の姿を明確化**

＜めざす看取り期の姿＞
本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らす

あるべき姿




現状

**めざす姿に対する事例の達成度をみる**

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

**めざす姿の達成に必要な要素を抽出**

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

**具体的目標の設定**

- めざす看取り期の姿を達成するための目標を設定



**事例分析の具体例（看取りの場面）①**

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

（　概　要　）90 歳代、女性、最期を過ごすために家族と同居、大腸がんの末期

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

**（本事例で達成できていること）**
・関係者全員で ACP に取り組み、本人と家族の意思を明確にしている

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

**めざす姿の達成に必要な要素**

**○家族や医療・介護専門職及び近隣関係者（ボランティアなど）間での、本人の意思の適宜把握かつ共有**

**○本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備**

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

**めざす姿に対する事例の達成度をみる**

**めざす姿の達成に必要な要素を抽出**

注：人物像の一部を脚色するなど、人物が特定されないよう配慮

出所）国立市地域医療計画（2019年3月）

## 【ポイント3】

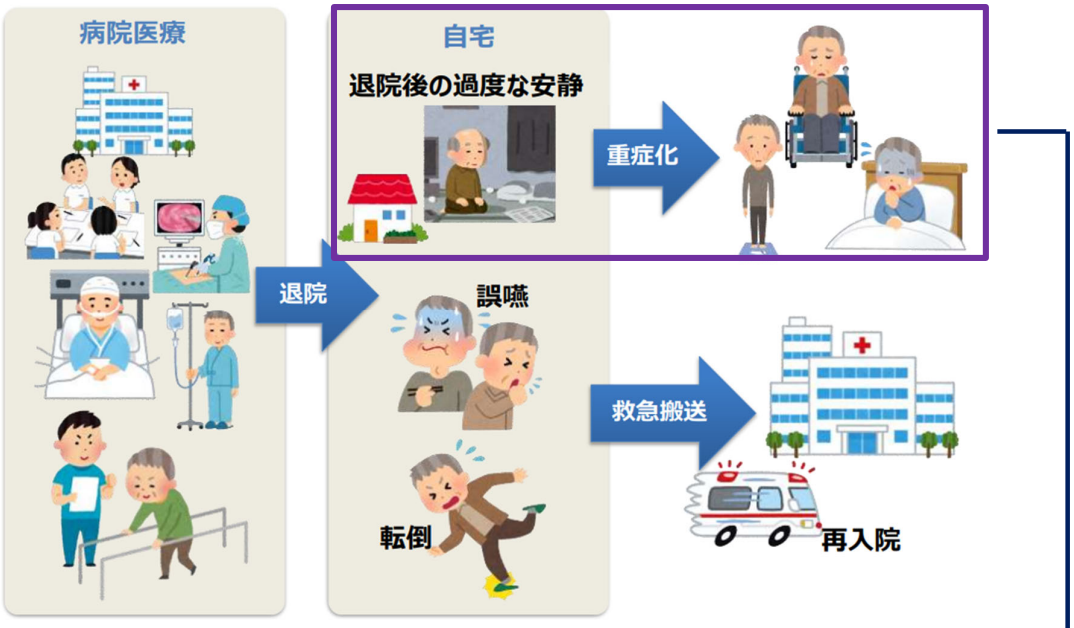
## 解決したいテーマを具体化する

**その結果**

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



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




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

| | |
|---|---|
| 今までのテーマ | ・病院と在宅関係者の連携を強化するためにはどうしたらよいか？ |
| 新たな設定テーマ | ・骨折で入院した高齢者が、退院後に適切な療養生活（運動・栄養・睡眠・活動など）を送れるようにするためにはどうしたらよいか？ |

## 【ポイント4】

## 根本原因を関係者を交えて検討した上で、対策を検討する

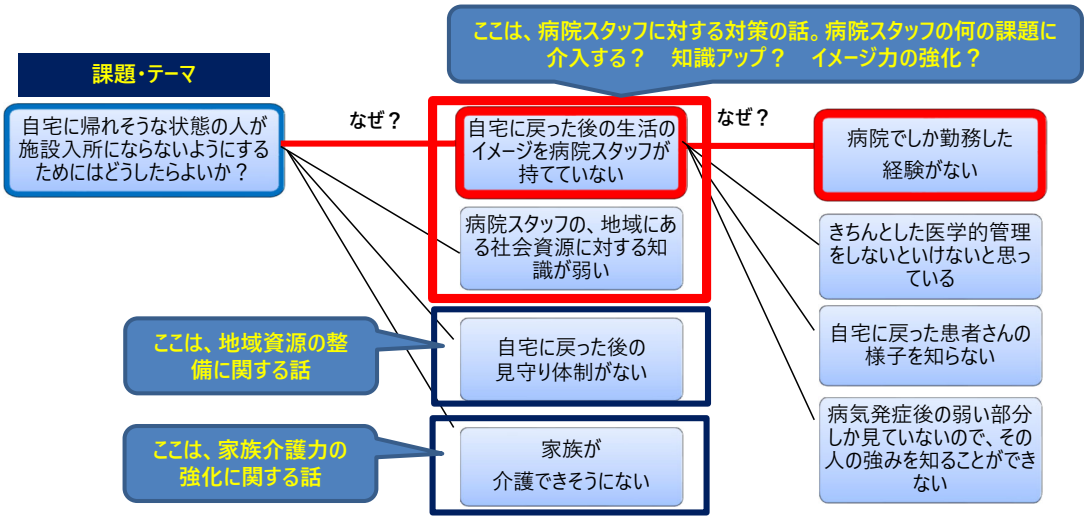
## （誰に対してどんな対策を打つのか？）

**その結果**

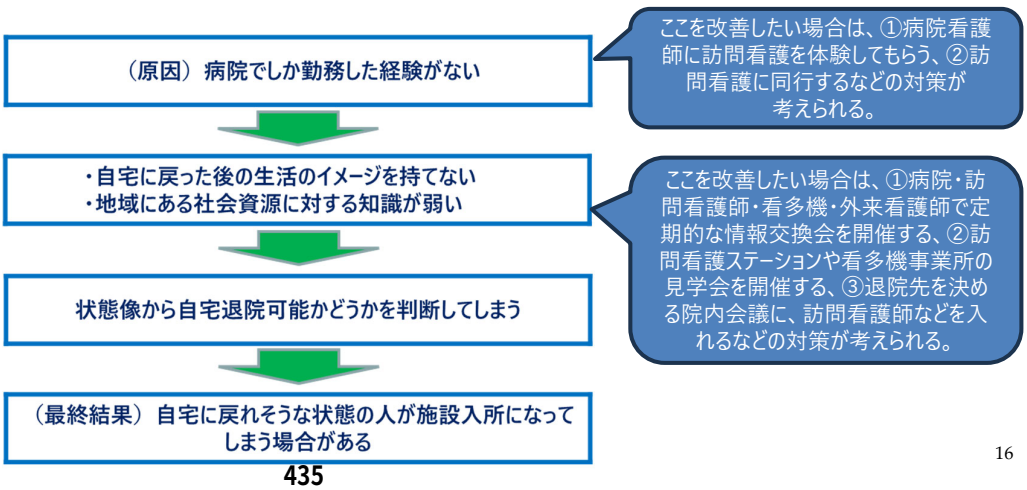
- 誰・何に対して対策を打つのか、その対象が明確になる。
- 対策の内容が具体的になる。
- 効果的な対策をうつことができる。



## ロジックツリーを使って、真の原因を推察し、対策の内容を考える




出所）筆者作成



## 【ポイント5】

## 目的を意識した上で、対策に期待したことを整理し、現状と比べる

**その結果**

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

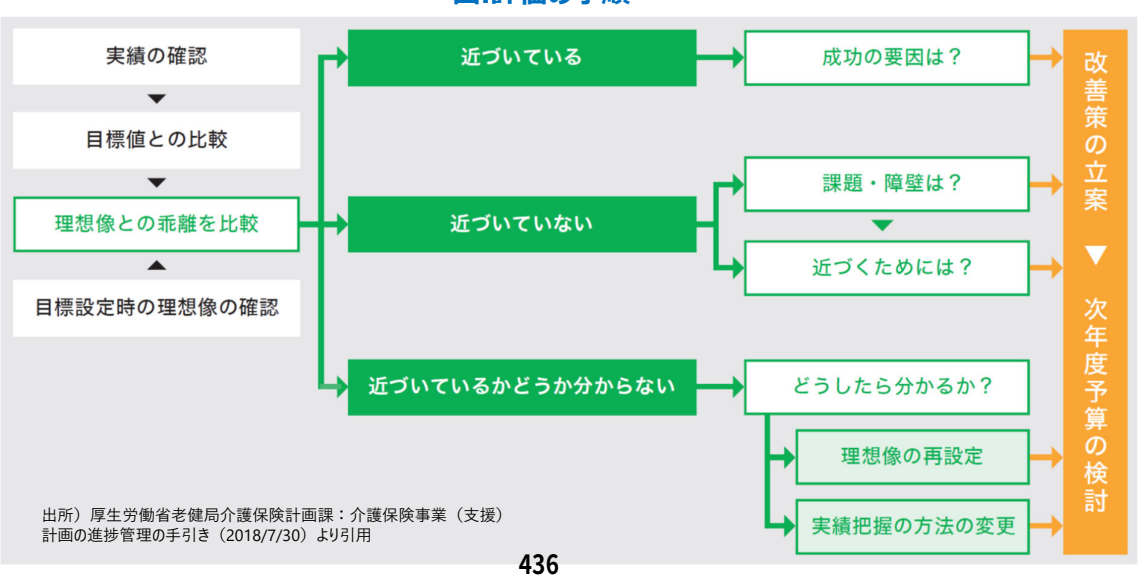


## 「評価」とは、期待した効果・成果の達成状況を確認する作業のこと

**ポイント**

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

**図.評価の手順**




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

## 【ポイント6】

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

**その結果**

- 目的や目標達成に向けた効果的な対策を検討することができる。



## 東京都稲城市の検討例

【問1】解決したい具体的なテーマを１つ決めて下さい。

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

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

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

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

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

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

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

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

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

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

令和６年度厚生労働省老健局委託事業　在宅医療･介護連携推進支援事業

在宅医療･介護連携推進事業
～研修会議Ⅱ（基礎演習）～

# 在宅医療･介護連携推進支援事業に係るプラットフォームについて

**株式会社日本能率協会総合研究所**
社会イノベーション研究事業本部
研究員　**遠藤　慧一郎**
〒105-0011
東京都港区芝公園3-1-22　日本能率協会ビル５階

JMAR JMA Research Institute Inc 株式会社日本能率協会総合研究所

## 在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの開発の概要

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

| | 2024年度 | 2025年度以降 |
|---|---|---|
| 概要 | • 在宅医療・介護連携を進めるにあたって、有用な情報を一元化するとともに、情報交換の掲示板を構築し、プラットフォームのたたき台を構築 | • プラットフォームを実際に運用し、必要な改修を行い、事業担当者等がプラットフォームを効果的に活用 |
| 掲載する情報 | • 過年度に作成された成果物を集約し掲載<br>• 本事業の各種WGと連動し、情報を収集し掲載 | • 2024年度以降に作成された成果物を掲載する<br>• 事業担当者にとって有用な教材の開発・掲載 |
| 搭載する機能 | • プラットフォームの基本となる機能を搭載する<br>• ユーザビリティ向上の機能は優先的に搭載する | • プラットフォームのユーザーを増やす、活用いただけるような機能を搭載<br>• 2024年度に搭載できなかったユーザビリティの向上のための機能を追加 |
| その他 | • プラットフォームの運用状況を適切に評価するために、必要な評価機能をプラットフォームに搭載 | • 2024年度に搭載した機能を用いて、プラットフォームの評価を行い、その結果に応じて必要な改修を行う |

# プラットフォームに掲載するコンテンツの基本方針

- プラットフォームには、有用な情報ツールを集約に加え、在宅医療介護連携推進事業の担当者間での情報交換の場とすることで、切れ目のない在宅医療・介護連携推進の実現を目指す。
- 具体的な期待される効果としては、国からの効果的な情報発信・周知、在宅医療・介護連携推進事業に係る関係者間の認識の統一化等が想定される

関係法令・通知・手引き等の整備
これまでの成果物等の整備
各自治体の事例・取組掲載
事業担当者等を対象とした研修ツールの提示
既存データ及びツールの活用方法の提示
事業担当者間での情報交換の場（Q&A）

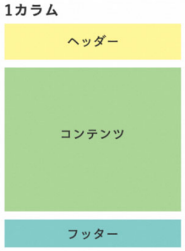
期待される効果
○ 国からの効果的な情報発信・周知が可能
○ 在宅医療・介護連携推進事業に係る関係者間の認識の統一化
○ 同規模自治体等の取組収集や事業展開への活用
○ 動画や支援ツール蓄積等による研修教材としての活用（新任の担当者向けを含む）
○ 地域住民への在宅医療・介護連携推進事業に関する情報提供
○ 事業者担当者の困りごとの解決の一助



# プラットフォームの主な仕様

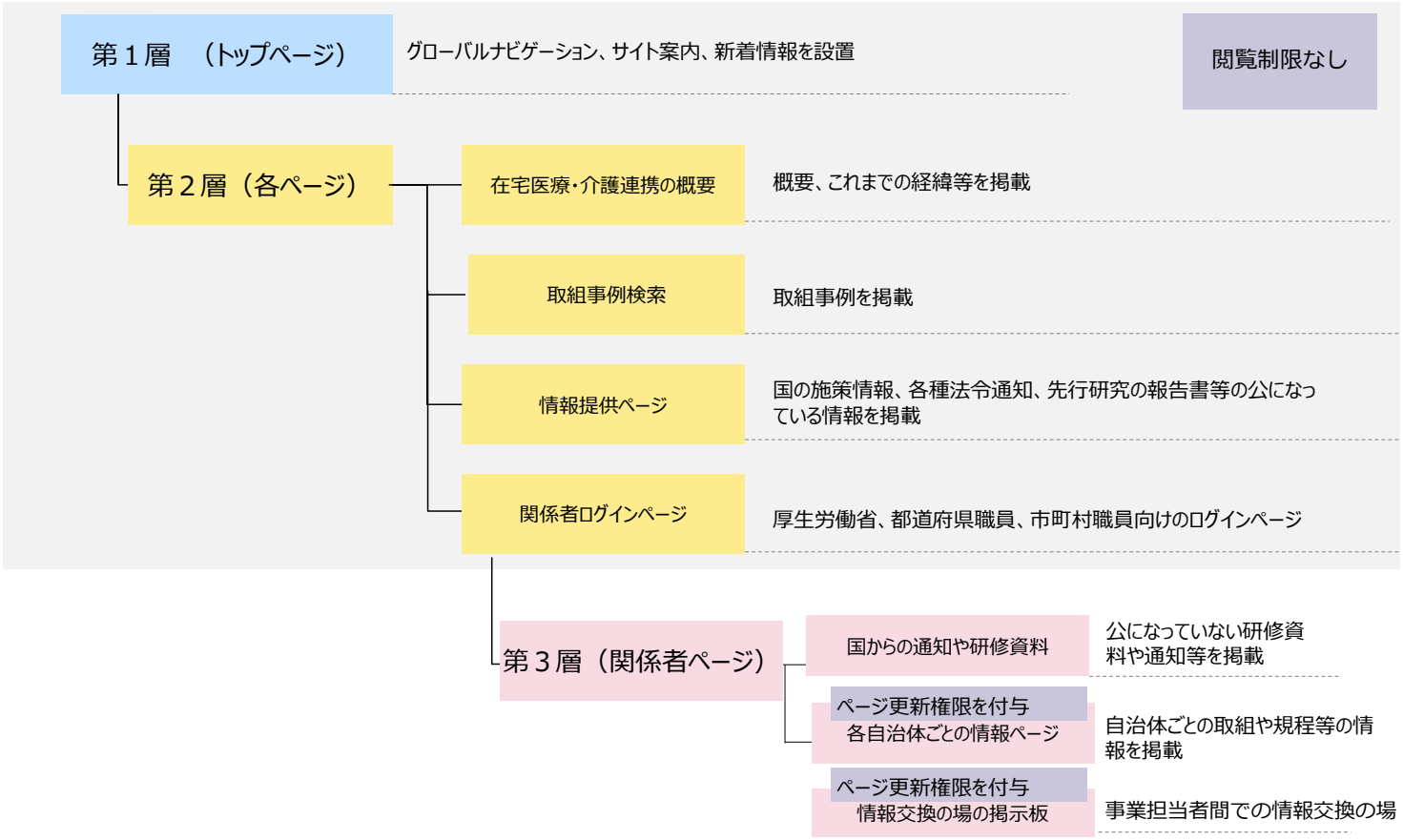
| 区分 | 内容 |
|---|---|
| HP公開場所 | 厚生労働省ホームページ上 |
| 閲覧予定者 | 都道府県職員、市町村職員、関係団体職員、在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター、国民 |
| レイアウト | シングルカラムレイアウトとし、PC、スマホでも表示可能なレイアウト |
| アクセシビリティ | 厚生労働省ウェブアクセシビリティ方針に準拠<br>（URL：https://www.mhlw.go.jp/accessibility/） |
| 文字サイズ変換機能及びページ内検索を搭載 | 高齢者等も見やすいよう文字サイズ変換機能を搭載<br>Webページ内をキーワードから検索出来る機能を搭載 |
| その他 | ・今後もコンテンツを追加できるよう、拡張可能な仕様とする<br>・将来的に別ホームページ等との統合も視野に入れたものとする<br>・閲覧者別に３段階のページ更新権限等の強度が設ける<br>第１段階（厚生労働省）：全頁編集可<br>第２段階（都道府県・市町村）：関係者ログインページに都道府県及び市町村が内容のアップロード権限（1,788箇所権限）<br>第３段階（国民）：編集権限なし |

＜参考＞シングルカラムレイアウトとは




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

# プラットフォームの構成（予定）






# 掲載する情報コンテンツ（予定）

第２層（各ページ）　第３層（関係者ページ）

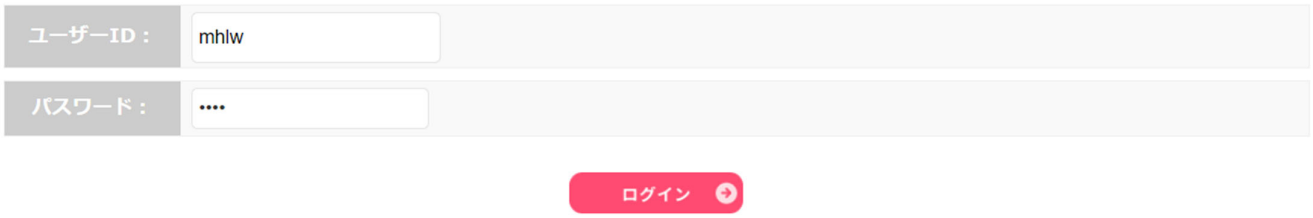
**第２層 情報提供ページ・事例検索**

| | |
|---|---|
| 厚生労働省 会議資料 | • 医療介護総合確保促進会議の概要・会議資料掲載URL |
| 地域医療介護総合確保基金 | • 地域医療介護総合確保基金の概要、病床機能再編支援事業、勤務医の労働時間短縮の推進<br>• 都道府県計画 |
| 医療と介護の連携に関する報告書等 | • 過年度の調査研究事業の報告書など<br>• 都道府県担当者会議等の資料 |
| 地域包括ケアシステムに関する資料 | • 事例集や調査研究事業の報告書 |
| 事例 | • 各市町村の事例<br>- 場面ごとの選択式の検索、キーワード検索を可 |

**第３層閲覧制限あり**

| | |
|---|---|
| 国からの通知 研修資料 | • 公になっていない厚生労働省からの通知や研修案内、研修資料、アーカイブ動画等を掲載 |
| 役立つ情報 | • 自市の取組を検討する際に、参考となる情報を各事業担当者がデータをアップロードして掲載 |
| 情報交換 Q&A | • 事業担当者間の疑問に対して、他市町村の担当者が回答できる仕組みを搭載（※搭載する場合） |

# 関係者ログインページ



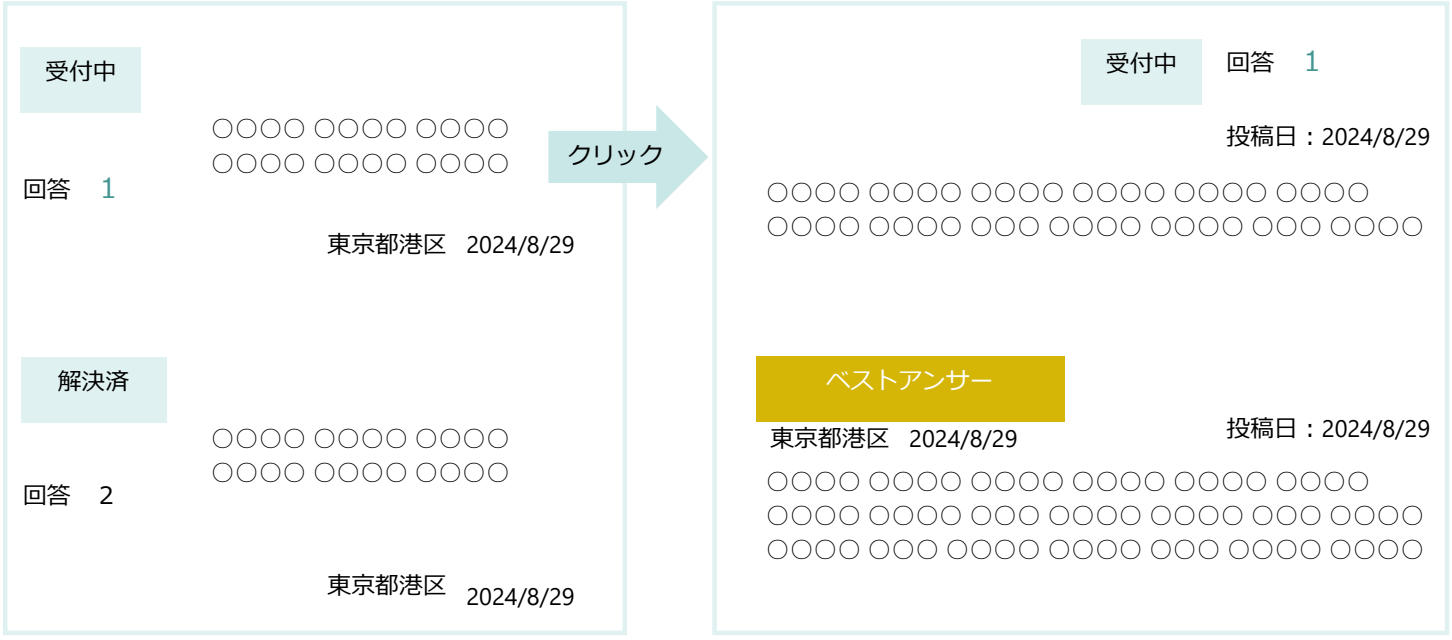

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare





## ＜第３層＞事業者担当者間の情報交換掲示板のイメージ

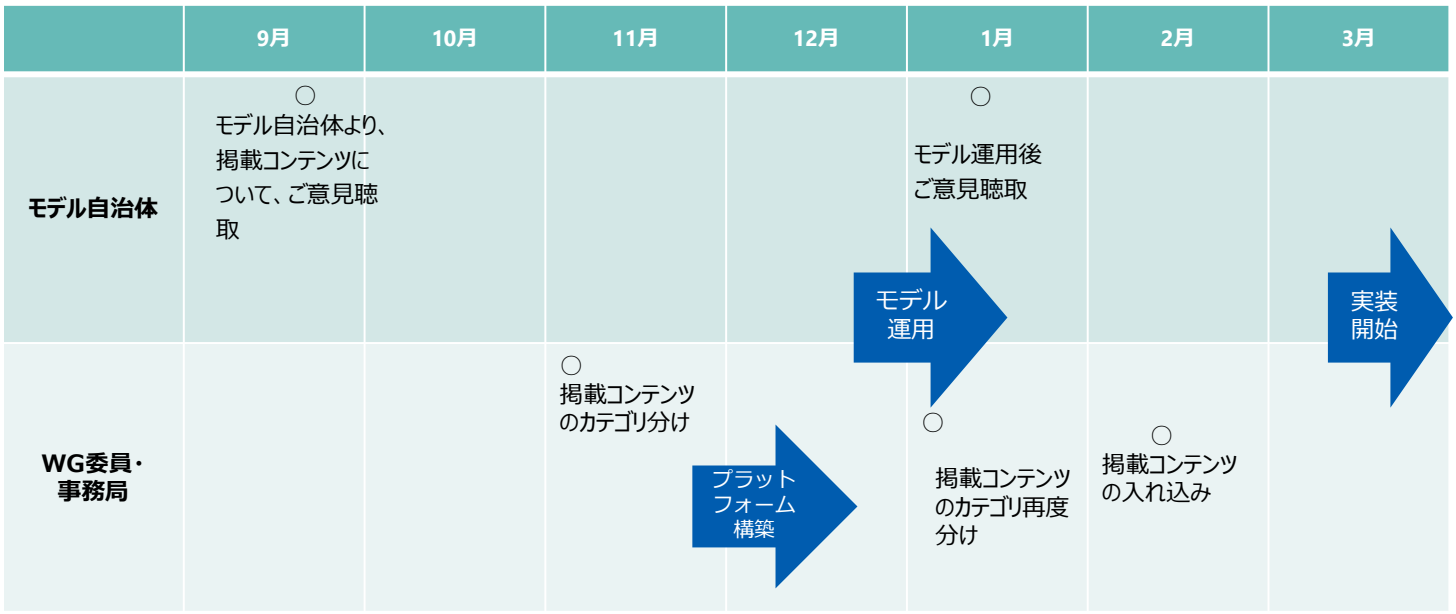
- 事業担当者間での交流の場として掲示板機能を想定している。取組のノウハウや事例に関する疑問にピンポイントで答えることができ、早期の疑問解決及び情報の蓄積による取組の質向上が見込まれる。
- 都道府県担当者及び市町村担当者、厚生労働省が投稿可能とする。
  ベストアンサー機能や「受付中/回答済」機能を実装することで利用を促す。



## モデル運用の進め方

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

■今後の進め方について






## 令和６年度　在宅医療・介護連携推進事業<br>プラットフォームワーキンググループ

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

# 御静聴ありがとうございました。

モデル運用へのご参加をぜひ！
事務局までよろしくお願いします！

取組事例のご提供もぜひ！
事務局までよろしくお願いします！

株式会社日本能率協会総合研究所

在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等一式

# 研修会議III　研修資料

令和 6 年 12 月 2 日（月）

# 研修会議Ⅲのプログラム

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

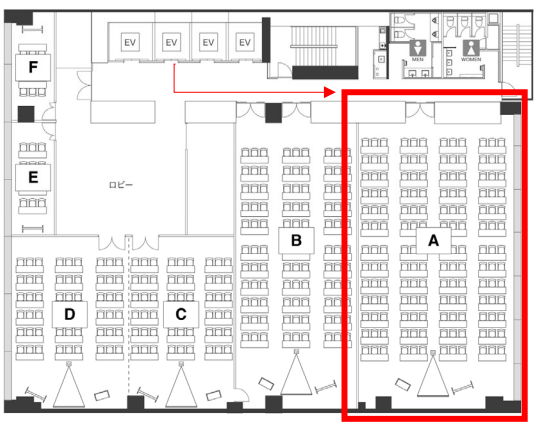
# 【参考】研修会議Ⅲ：開催場所

**研修会議Ⅲ：12/2(月）：東京開催**

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

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

11階フロア図






# 在宅医療・介護連携推進支援事業
# 研修会議III

令和6年12月2日（月）10:00～16:30



# 在宅医療コーディネーターに期待される役割と求められる機能

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

## 意見交換①：お互いの取組を知ろう！

＜グループ共有＞

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

○全体共有（ 11:30～12:00 ）



## 課題と解決アイデアを出し合おう！

＜グループ共有＞

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

○全体共有（ 15:15～15:55 ）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# 【意見交換③グループワークシート】課題解決のアイディアを出してみよう！

【問】意見交換②で出てきた課題に対する解決策を挙げてみて下さい。

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

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

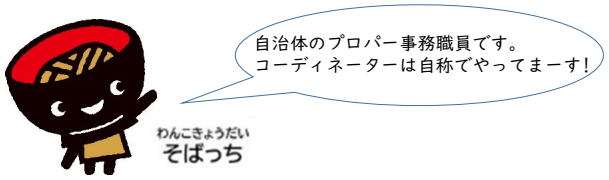
| 【コーディネーターに対する支援策について】 | | 【その他】 | |
|---|---|---|---|
| ・ | ・ | ・ | ・ |
| ・ | ・ | ・ | ・ |
| ・ | ・ | ・ | ・ |
| ・ | ・ | ・ | ・ |

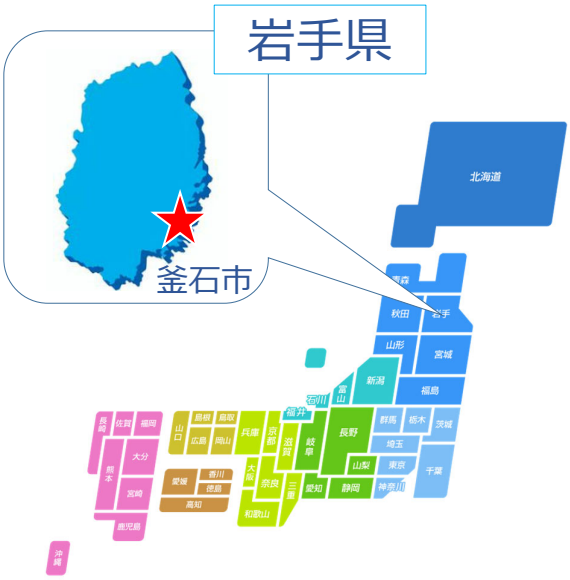
釜石市の在宅医療・介護連携推進事業

# 在宅医療連携拠点チームかまいしの取組から考える

## 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターに期待される役割と求められる機能

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




## 釜石市地域包括ケア推進本部

地域包括ケア推進本部
地域包括ケアシステム構築に向け、関係部署に対し、一元的な企画、監督、指揮命令を実施すると共に、関係団体の組織横断的な取組を推進することを目的に2014年に設置

釜石市地域包括ケア推進本部長：市長

地域包括ケア推進本部副部長：副市長

地域包括ケア推進本部部長（保健福祉部長が兼任）※R3～

**釜石市地域包括ケア推進アドバイザー**
釜石医師会　寺田尚弘氏
東海大学准教授　後藤　純氏

保健福祉部
- 子ども家庭課
  - こども家庭センター
- 地域福祉課
  - 地域医療対策室
- 健康推進課
- 高齢介護福祉課
  - 地域包括支援センター(直営)

市民生活部
- まちづくり課
  - 地域づくり係
  - 生涯学習係
- 市民課
- ○課
- ○課

○○部
○○部

地域包括ケア推進本部事務局
在宅医療連携拠点
チームかまいし
（在宅医療・介護連携推進事業）

アドバイザー派遣
釜石医師会

### 地区生活応援センター（市内8カ所）

- ●住民との協働による地域づくりの拠点
- ●保健・医療・福祉・生涯学習の連動による地域包括ケアの実働拠点
  - ▶一般職員に加えて保健師が配置
  - ▶地域包括支援センターのサブセンターとして機能
  - ▶生活支援体制整備事業における第2層協議会「地区センター会議」を所管
  - ▶重層的支援体制整備事業における「相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」が一体的に機能

# 在宅医療連携拠点チームかまいし　@釜石市地域包括ケア推進本部事務局

| | |
|---|---|
| 背景 | ◆当圏域の地域医療全体の中心的な合意事項<br>「県立釜石病院（地域の基幹病院）を守る!」<br>◆医師会が連携拠点の役割を担ってきた<br>H19年4月　県立釜石病院と釜石市民病院の統廃合<br>H19年6月　釜石医師会主催<br>「釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会」設置<br>在宅療養の推進に向けた医療と介護の連携体制の構築、<br>コンセンサス形成、　医療機能の分担と明確化、連携の課題抽出と解決策の検討 |
| 開始 | 厚労省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機として、平成24年7月、医師会との連携体制による釜石市役所の所管業務としてスタート |
| 特徴 | ①医師会の介護在宅診療部会長がアドバイザーとして派遣<br>②一次～三次の階層別・職種別の連携手法<br>③連携資源(ケアの担い手団体等)の設立や、職能団体などが主体となった多職種連携推進の取組（課題解決）支援 |
| 目的 | 地域包括ケアシステムの充実に向けた<br>切れ目のない医療と介護の提供体制の構築<br>※包括ケアの5つの要素…医療・介護・予防・生活支援・住まい<br>患者・利用者の生活の質の向上のため |
| 連携コーディネーターの役割 | ケアの担い手となる各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えること<br>・職種間の連携に関するストレスを軽減すること　・職種内の温度差解消のお手伝い　など |







# チームかまいしの「ア～ク」　～主な取組みの位置づけ～

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

目指すを念頭に【ア】から【ク】を稼働

**釜石市 ４つの場面 目指す姿**

**①日常の療養支援**
医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた場所で安心して暮らすことができる。

**②入退院支援**
一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする本人が希望する場所で望む日常生活が過ごせる。

**③急変時の対応**
医療・介護・消防(救急)が円滑に連携することにより、本人の意思を尊重したうえで急変時に適切な対応ができる。

**④看取り**
人生の最終段階における本人が望む場所での看取りが実施される。

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

# チームかまいしの連携手法
## ～一次～三次の階層別連携コーディネートと課題解決支援～

【一次連携①】
連携拠点と一職種の連携

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

【二次連携②】
連携拠点が仲介する連携

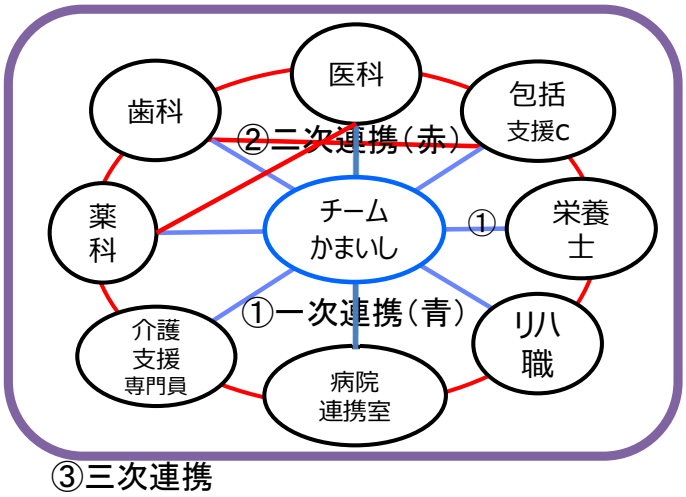
・ニーズのマッチング　・相互理解の場
ex.情報交換会、同行訪問
➡協働に基づく、課題解決のための連携支援

【三次連携③】
多職種による連携・理解促進の場
➡地域のコンセンサス形成・理解促進

**連携の課題解決支援**

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

※連携に関する相談窓口設置



③三次連携

# 《三次連携》 多職種が一堂に会する機会
## ～コンセンサス形成・共有の場～

地域包括ケアの担い手となる職能団体や施設の代表等が集まる会議等の開催

◆連携拠点設置当初◆
多職種連携の第一歩

**顔の見える関係づくり**

◆釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会

◆釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会
（釜石医師会との合同開催）



【課題!!!】

多職種が一堂に会しても

課題解決のための
現場レベルの連携
ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄは進まない



# 《一次連携》職能団体等との打ち合わせ会　～連携の土壌づくりとタネまき～

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

スタンスは、
「わからないので教えてください」

一次連携は連携の基盤です。
事業推進の土台となります。

H24_歯科医師会と



H25_リハ士会と



「釜石リハ士会」の設立を支援

H25_介護支援専門員
連絡協議会と



H27_栄養士会と



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

※冒頭の数字は初回年度

連携コーディネーターの
顔と腕の知ってもらう機会です。

# チームかまいしの連携コーディネート手法・一次連携

✓ 一次連携は、連携拠点と一職種の「打ち合わせ会」です。

「会議」とせず、ざっくばらんに意見交換できる場となるよう努めます。

一職種に絞ることで、他職種の目を気にせず発言しやすいです。

✓ 一次連携の目的は、

①職種が抱える「連携の課題」を抽出・見える化

段階を経て、課題を共有し、解決策を検討する場ともなります。

②連携拠点と職能団体等の**顔の見える関係を作る**こと

拠点担当者にとっては、各職種のキーパーソン発掘の場となります。

✓ 抽出した課題は、リスト化するなどして職能団体等と共有します。

課題は、自らの職種、団体、職場にある場合も多く、

職能団体等が主体的な取組みを行うきっかけにもなっています。

✓ リストは、基本的には非公開（部外秘）としています。

# チームかまいしの連携コーディネート手法・二次連携

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


同行訪問

◆課題の内容に応じた様々な連携手法◆◆

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


視察対応


研修会


情報交換会



共同発表

# チームかまいしの連携コーディネート手法・三次連携

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

※1　地域の連携推進に関するコンセンサスや取組み等を共有する場

～主な「三次連携」の機会～

| |
|---|
| ◆釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会<br>(事務局：地域包括ケア推進本部) |
| ◆釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会<br>※現在休止中　(事務局：釜石医師会+地域包括ケア推進本部) |
| ◆(特非)釜石・大槌地域医療連携推進協議会　～OKはまゆりネット運用主体～<br>※事務局運営会議構成員として各種会議、主催事業に参画　(事務局：釜石医師会) |
| ◆釜石・大槌地域医療介護福祉多職種連携の会　～通称：OKスクラムねっと～<br>※世話人として各種会議・主催事業開催に参画　(事務局：県立釜石病院) |
| その他　多職種対象○○事業報告会など<br>例：歯科医師会主催多職種対象「歯科×他職種」連携推進研修会 |





# チームかまいしの連携コーディネート手法・研修会の開催支援 課題解決支援

◆チームかまいし多職種連携推進支援事業

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

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

・事前打ち合わせにより役割を分担
・要所要所で進捗共有、再調整

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


リハ一次連携


事前打ち合わせ

【開催支援の例】
・医科歯科連携推進セミナー
（講師派遣、ほか）★二次
・三師会学術講演会（周知、
・薬科・リハ合同研修会（周知
・介護支援専門員研修会（周知、運営、ほか）☆相談支援
・患者のための薬局ビジョン推進事業 ★二次・三次連携
（検討会・報告会運営協力、連絡調整、ほか）
★二次・三次連携 ☆相談支援

これをデメリット（負担）ととるか、投資ととるか？れ


薬科・リハ合同研修会

# チームかまいしの相談支援 【オ】

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

◆◆チームかまいしの課題抽出の場◆
一次～三次連携の場（特に一次連携）、
資源把握、調査、相談窓口、等

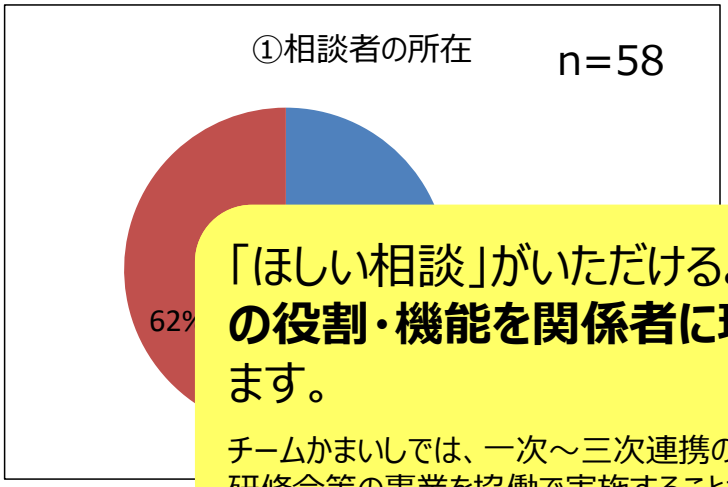
◆チームかまいしの相談窓口機能
・ケース対応は基本行っていません。
包括支援センター等と役割り分担済み。
既にある機能は奪わず活かす。
・職種間、病院・施設間などの連携に関する相談に対応

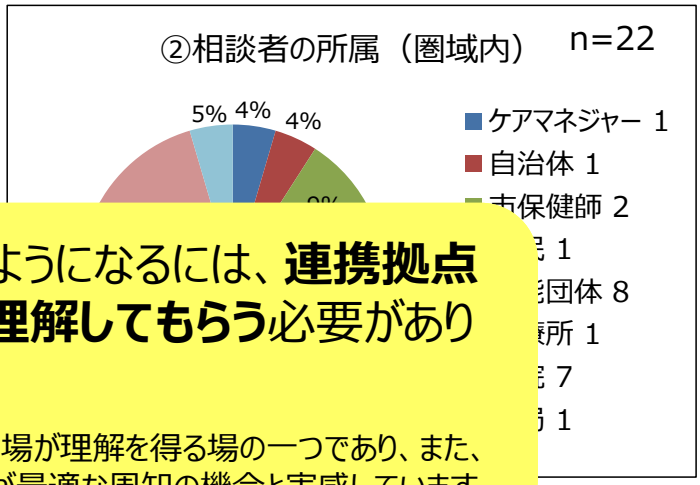
**研修会でよくある質問**
✋相談窓口は設置したが、どんな相談をうけたらよいかわからない。
✋既存の相談窓口との違いは？

《課題解決支援を実施した相談事例》

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

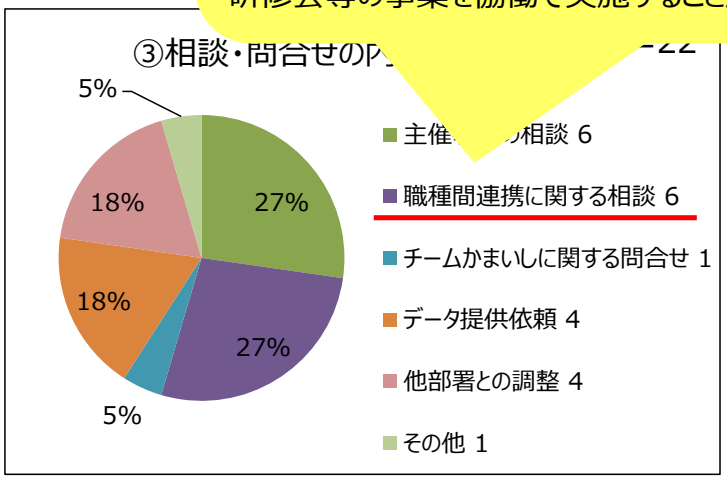
# 平成29年度問い合わせ＆相談概要

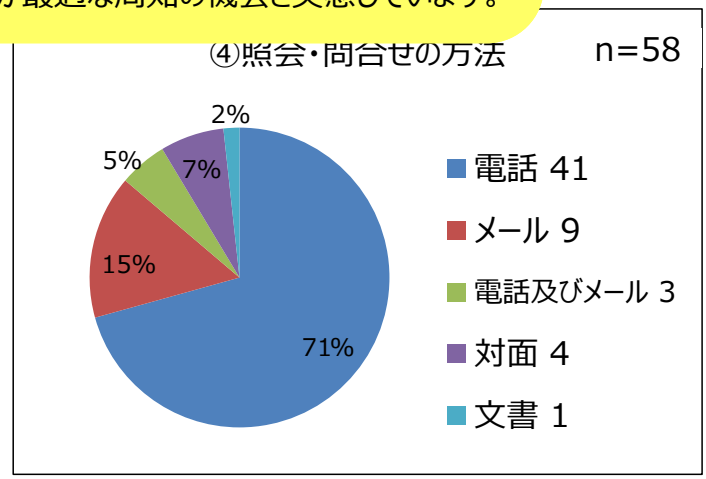


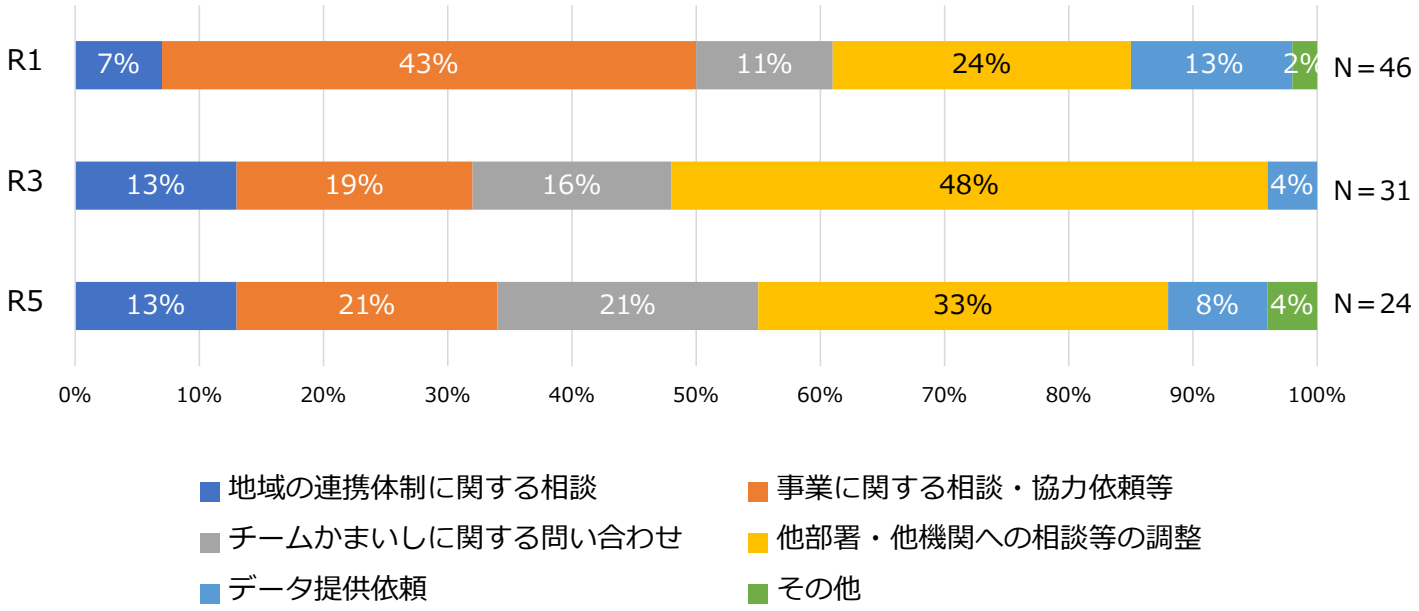

「ほしい相談」がいただけるようになるには、**連携拠点の役割・機能を関係者に理解してもらう**必要があります。

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




# 相 談 内 容 の 推 移

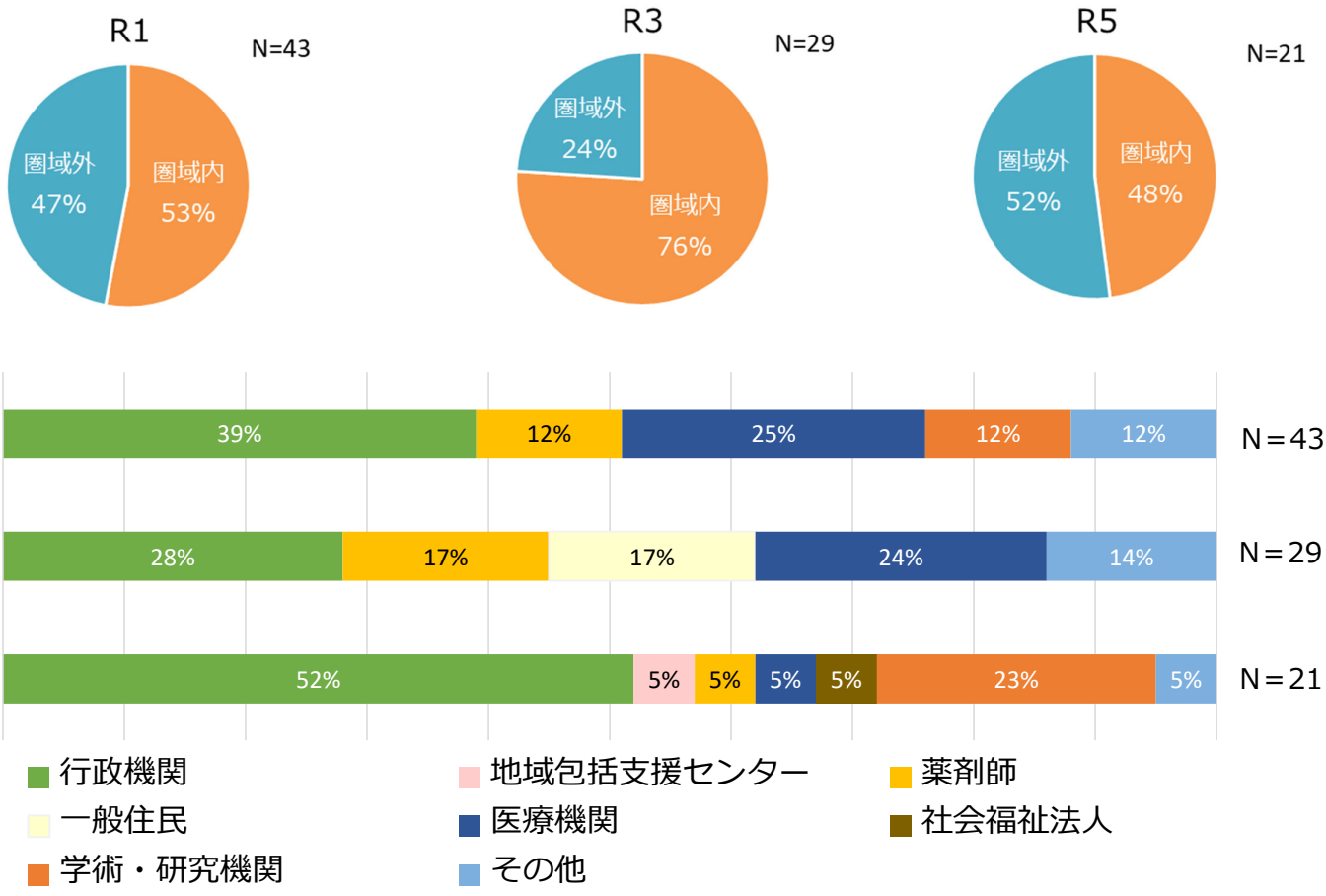



以前、多職種研修会等で、他地域の医療や介護関係者から、自治体は敷居が高い、自治体の担当部署がわからない、**自治体担当者の顔が見えない**等という意見がだされたことがありました。

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



# 相 談 者 の 属 性 の 推 移




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

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

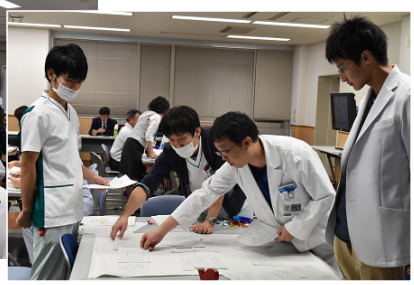
主　　催：県立釜石病院（研修委員会＆地域医療情報ネットワーク委員会）

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

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

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





## 《病院連携室との連携の歩み》

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

## 在宅医療連携拠点チームかまいし×釜石薬剤師会の打合せ会 〈一次連携〉

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





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

**A** ケアマネジャーの顔が分からない

**B** 認知症？虐待？なんか心配
どこに相談すればよいの？

**C** ケアカンファレンスに呼ばれない

**D** 訪問のきっかけがつかめない



平成24年度
抽出課題

**E** 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携

**F** 「訪問指示」の処方箋が来ない

**G** 薬剤師の職能が認知されていない

## チームかまいしと釜石薬剤師会の連携による課題解決に向けた事業

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

薬剤師×市保健師 連携推進の取組
患者宅への同行訪問



医×薬在宅医療
同行訪問研修




保健師　薬剤師

★…チームかまいしの役割周知、薬剤師会と行政の連携による取組、及び周知　等

※その他、視察対応への協力多数あり

# 釜石市地域ケア推進会議の提言により立案された　釜石市包括的支援の仕組みづくり事業（社会的処方の仕組みづくり）


地域連携だより
Face to Face
第45号

役職等はすべて取材日時点のものです

令和３年度第３回・令和４年度第１回
釜石市地域ケア推進会議開催

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

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

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

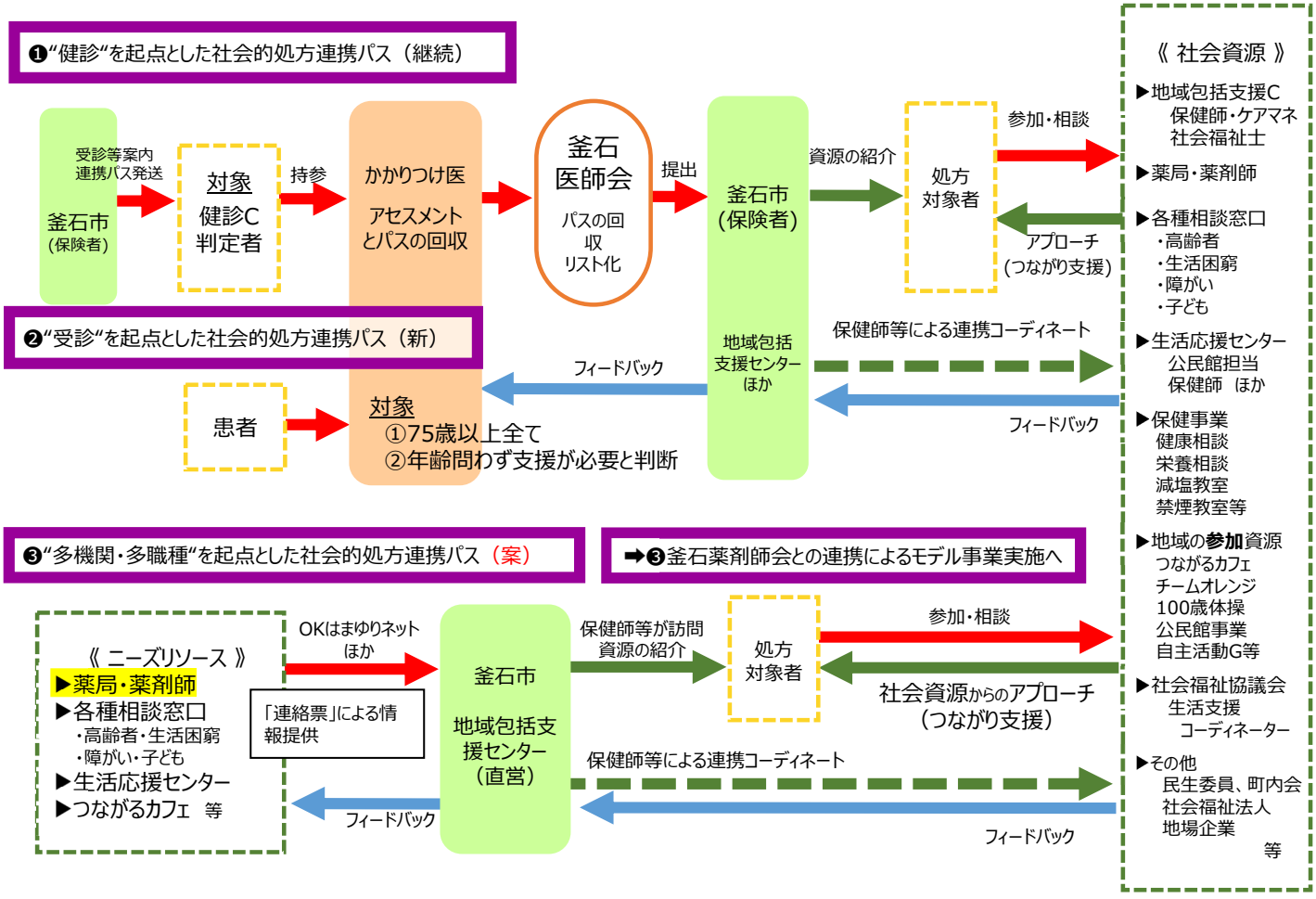
【課題分析の手法】
・共通のアセスメントシートによる事例報告

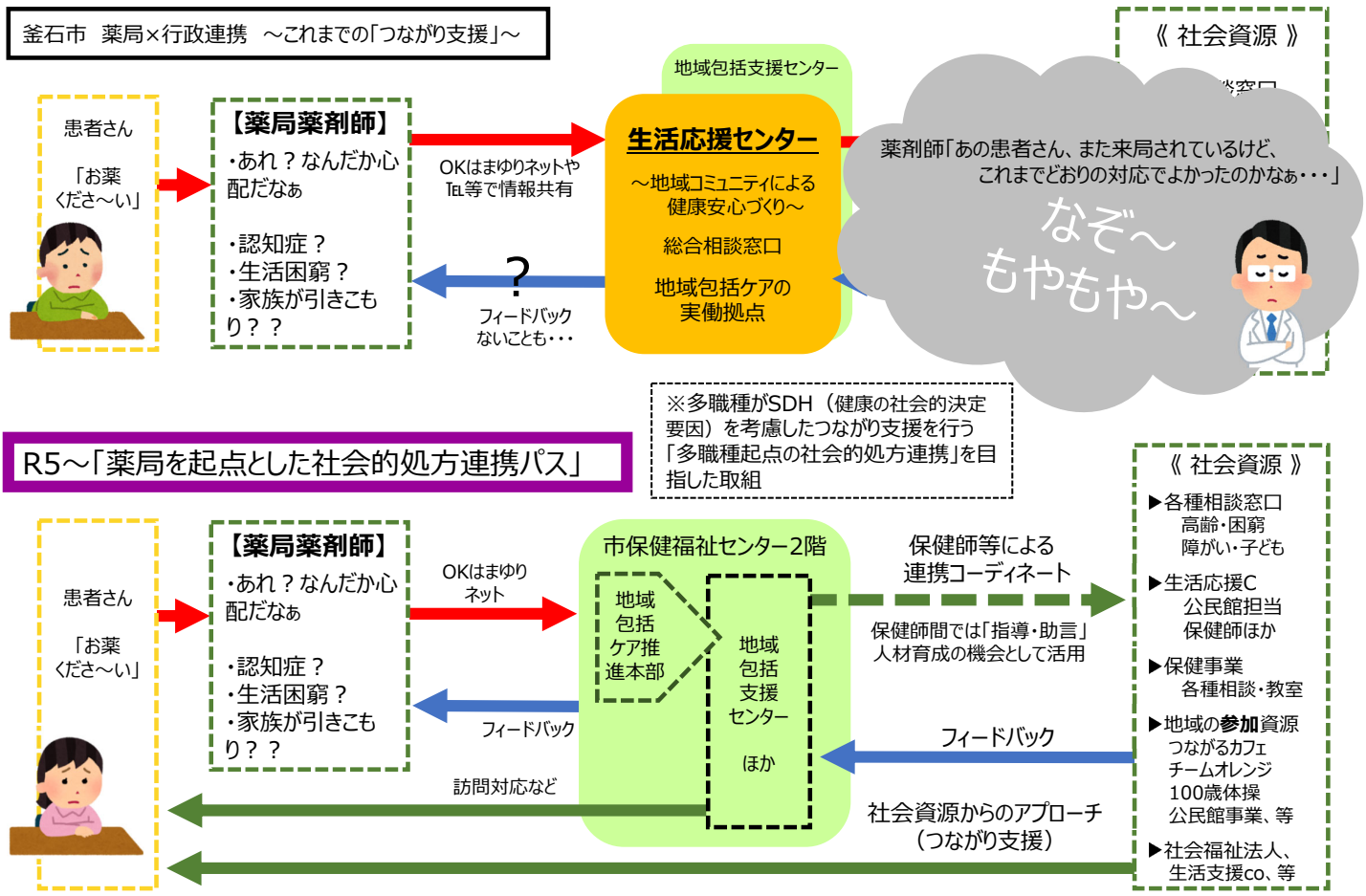
## 孤立・孤独・不安　～薬だけでは治せないこともあります～

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




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






# 地域連携だより「Face to Face」の発行

- 相互理解を目的とした医療や介護の専門職向け情報誌
- コンセプトは、情報誌版「顔の見える会議」
- 紙ベースで圏域の関係機関に送付のほか、釜石市HPに掲載

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

市HP・地域連携だよりのページ

《主な掲載内容》

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




「取材」 ～拠点が資源を把握するためのツールとして有効～

『支えられる側(一般住民)』には見えにくい 『支え手』 の取組の見える化

# チームかまいしの取組から考えた
# 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターに期待される役割 と 求められる機能



## コーディネーターの機能・所在等の発信

どこにいるの？どんな機能を持ってるの？相談したくなる人なの？

※自治体直営の場合は、ダレがコーディネーター(連携担当)かわかりにくい



## 顔(腕・腹)の見える関係性づくり「場の設定」

コーディネーター(自治体連携担当) ⇦⇨ 某職種　　例：一次連携

職種A ⇦ (コーディネーター) ⇨ 職種B　　例：二次連携(情報交換会、研修会ほか)

自治体担当者 ⇦⇨ 委託先コーディネーター

例：事業の協働実施、下記等のための作戦会議など

▶組織・会議体を動かすためのネゴシエーション

▶ケアの担い手等をフィールドとしたコミュニティワーク的な…

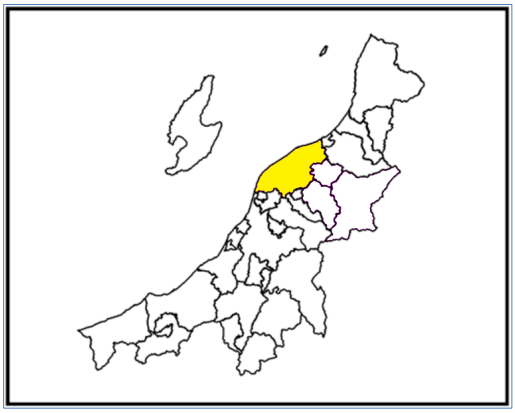
コミュニティワークとは、地域住民がその地域生活上に生ずる様々な問題(①)に主体的・組織的に取り組むとともに、問題解決に必要な資源の調達やそのネットワークを図ることを援助する社会福祉の方法（出典：百科事典マイペディア）

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

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

一般社団法人 新潟市医師会　地域医療推進　室長　　斎川　克之

## 新潟市の概要






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

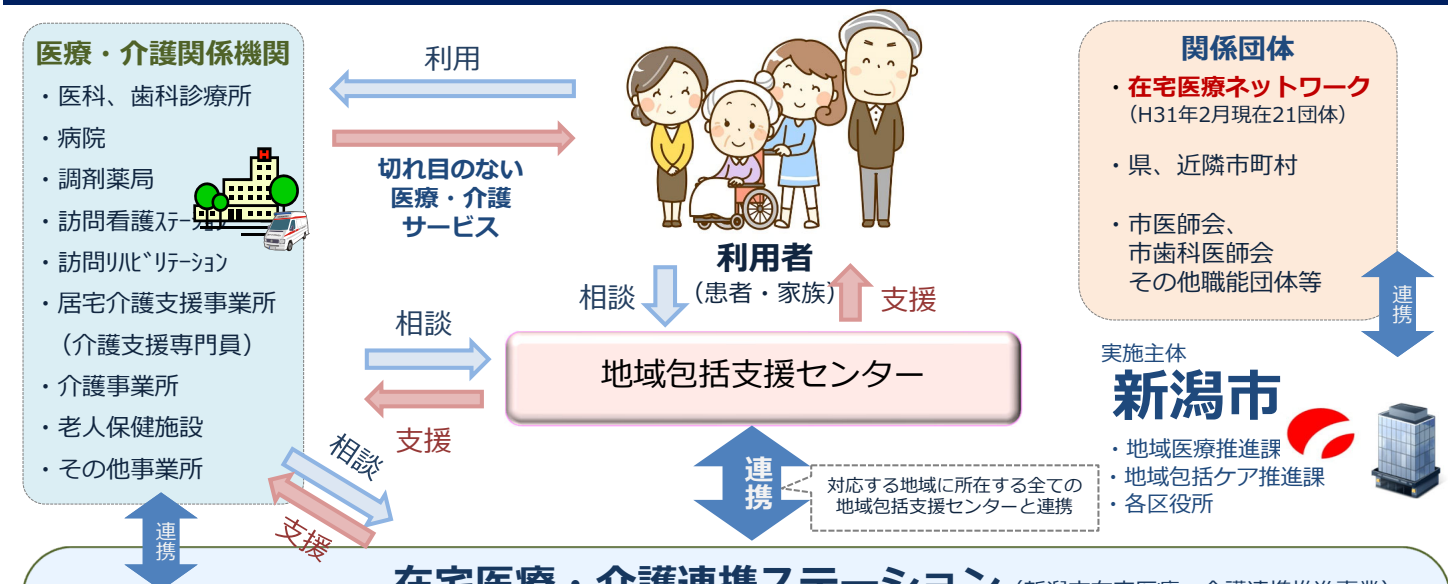
※診療所・病院数　関東信越厚生局
※人口　R6.3.31現在　※要介護認定者／認定率　R６.4現在

# 新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション一覧

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

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

# 新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション事業




## 在宅医療・介護連携ステーション（新潟市在宅医療・介護連携推進事業）

◆各区単位に設置

◆基幹型として**新潟市医師会内に「在宅医療・介護連携センター」**を設置

**<職　員>**

介護保険の知識を有する看護師・医療ソーシャルワーカー

**<主な機能・役割>**

❑地域の医療・介護関係者等からの在宅医療・介護サービスに関する相談を受け付ける
（市民からの相談は原則、地域包括支援センターが対応）

❑地域包括支援センターや在宅医療ネットワーク等と連携し、医療と介護の『顔の見える関係づくり』をサポートする

**<具体的な取り組み>**

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



**～医療と介護の連携をサポート～**

# 新潟市在宅医療・介護連携推進事業　令和６年度業務計画書

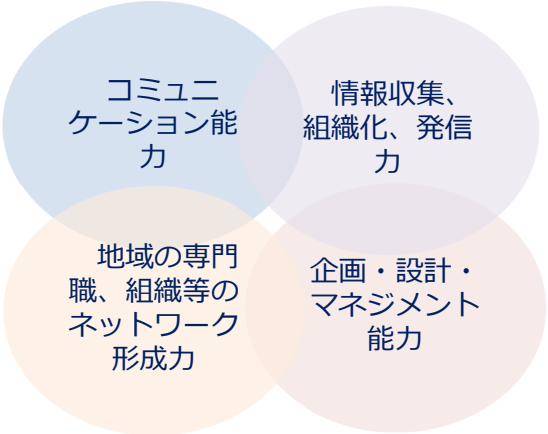
| 事業項目 | | | 令和6年度 | 実施基準回数 | 実施主体 センター | ステーション | 市 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P 現状分析・課題抽出・施策立案（計画）<br>C 対応策の評価の実施、改善の実施<br>A | （ア） | 1 | 医療資源調査、医療資源マップ管理 | | ○ | | | |
| | 地域の医療・介護の資源の把握 | 2 | 地域医療提供体制に関する実態・意識調査 | | ○ | | | |
| | | 3 | 介護施設等における医療的ケア提供体制調査 | | ○ | | | |
| | （イ）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

# 在宅医療におけるコーディネーターとは（新潟の事例から）

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

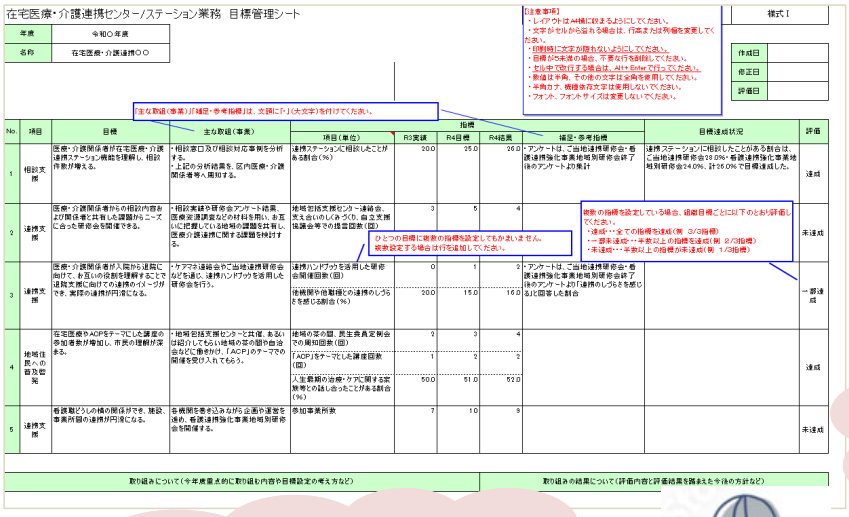
出典「実用日本語表現辞典」

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



# 地域の声を業務計画に反映する（連携ステーション）

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



在宅医療・介護連携センター/ステーション業務　目標管理シート

様式１

| 年度 | 令和○年度 |
|---|---|
| 名称 | 在宅医療・介護連携○○ |

| 作成日 | |
|---|---|
| 修正日 | |
| 評価日 | |

【注意事項】
・レイアウトはA4横に収まるようにしてください。
・文字がセルから溢れる場合は、行高または列幅を変更してください。
・印刷時に文字が隠れないようにしてください。
・目標が5未満の場合、不要な行を削除してください。
・セルを1つ飛ばして移動する場合は、Alt＋Enterで行なってください。
・数値は半角、その他の文字は全角を使用してください。
・半角カナ、機種依存文字は使用しないでください。
・フォント、フォントサイズは変更しないでください。

「主な取組（事業）」「補足・参考指標」は、文頭に「・」（大文字）を付けてください。

| No. | 項目 | 目標 | 主な取組（事業） | 指標 | | | | 目標達成状況 | 評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 項目（単位） | R3実績 | R4目標 | R4結果 | 補足・参考指標 | | |
| 1 | 相談支援 | 医療・介護関係者が在宅医療・介護連携支援機能を理解し、相談件数が増える。 | ・相談窓口及び相談対応事例を分析する。<br>・上記の分析結果を、区内医療・介護関係者等へ周知する。 | 連携ステーションに相談したことがある割合（%） | 20.0 | 25.0 | 16.0 | ・アンケートは、ご当地連携研究会・看護連携強化事業地域別研究会終了後のアンケート訪問計 | 連携ステーションに相談したことがある割合は、ご当地連携研究会28.0%・看護連携強化事業地域別研究会4.0%、計16.0%で目標達成した。 | 達成 |
| 2 | 連携支援 | 医療・介護関係者からの相談内容および関係者と共有しる課題からニーズに合った研修会を開催できる。 | ・相談実績や研究会アンケート結果、医療資源調査などの材料を用い、お互いに把握している地域の課題を共有し、医療介護連携に関する課題を検討する。 | 地域包括支援センター連絡会、支え合いのしくみづくり、自立支援協議会等での提言回数（回） | 3 | 5 | 4 | | | 未達成 |
| 3 | 連携支援 | 医療・介護関係者が入院から退院に向けて、お互いの役割を理解することで退院支援に向けての連携のイメージができ、実際の連携が円滑になる。 | ・ケアマネ連絡会や□当地連携研究会などを通じ、連携ハンドブックを活用した研修会を行う。 | 連携ハンドブックを活用した研修会開催回数（回） | 0 | 1 | 2 | ・アンケートは、ご当地連携研究会・看護連携強化事業地域別研究会終了後のアンケートより「連携のしづらさを感じる」と回答した割合 | | 一部達成 |
| | | | | 後機関や他職種との連携のしづらさを感じる割合（%） | 20.0 | 15.0 | 16.0 | | | |
| 4 | 地域住民への普及啓発 | 在宅医療やACPをテーマにした講座の参加者数が増加し、市民の理解が深まる。 | ・地域包括支援センターと共催、あるいは紹介してもらい地域の茶の間や自治会などに働きかけ、「ACP」をテーマの開催を受け入れてもらう。 | 地域の茶の間、民生委員定例会での周知回数（回） | 0 | 3 | 4 | | | 達成 |
| | | | | 「ACP」をテーマにした講座回数（回） | 1 | 2 | 2 | | | |
| | | | | 人生最期の治療・ケアに関する話題等との話しあったことがある割合（%） | 50.0 | 51.0 | 51.0 | | | |
| 5 | 連携支援 | 看護職どうしの横の関係ができ、施設、事業所間の連携が円滑になる。 | 各機関を巻き込みながら企画や運営を進め、看護連携強化事業地域別研究会を開催する。 | 参加事業所数 | 7 | 10 | 9 | | | 未達成 |

取り組みについて（今年度重点的に取り組む内容や目標設定の考え方など）

取り組みの結果について（評価内容と評価結果を踏まえた今後の方針など）

目標の指標を設定している場合、組織目標ごとに以下のとおり評価いただきたい。
・達成・・全ての指標を達成（例 3/3指標）
・一部未達成・・半数以上の指標を達成（例 2/3指標）
・未達成・・半数以上の指標が未達成（例 1/3指標）

2つの目標に複数の指標設定してもかまいません。
複数設定する場合は行を追加してください。

新潟市の今年度の事業計画との連動

他地域支援事業との関連を意識

地域で見聞きしている情報を次年度計画に反映



コミュニケーション能力

情報収集、組織化、発信力

地域の専門職、組織等のネットワーク形成力

企画・設計・マネジメント能力

連携ステーションのコーディネーターが意識していること

7

# 多職種連携の体制構築と支援（連携ステーション）

## 在宅医療ネットワーク

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





多職種連携の会の風景

専門職の声や現場で起っている臨場感を顕在化する

ニーズの合った職種間での情報共有と連携促進

終わった後の飲み会の会場予約せねば！



コミュニケーション能力

情報収集、組織化、発信力

地域の専門職、組織等のネットワーク形成力

企画・設計・マネジメント能力

連携ステーションのコーディネーターが意識していること

# 専門職種対象の各種研修会（連携ステーション）

連携ステーションが地域のニーズを聞き取り、地域の特性に応じて企画・実施




多職種連携の会での声をもとに、企画運営

できるだけ地域の専門職を表に出せる企画を（他職種の理解）！



市で推しのテーマを区内で企画運営

- コミュニケーション能力
- 情報収集、組織化、発信力
- 地域の専門職、組織等のネットワーク形成力
- 企画・設計・マネジメント能力

連携ステーションのコーディネーターが意識していること



# 医療と介護の市民講座（連携ステーション）

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






民生委員・団体・学校からの声を聴き、講師選定と企画調整



市で推しのテーマを区内で企画運営

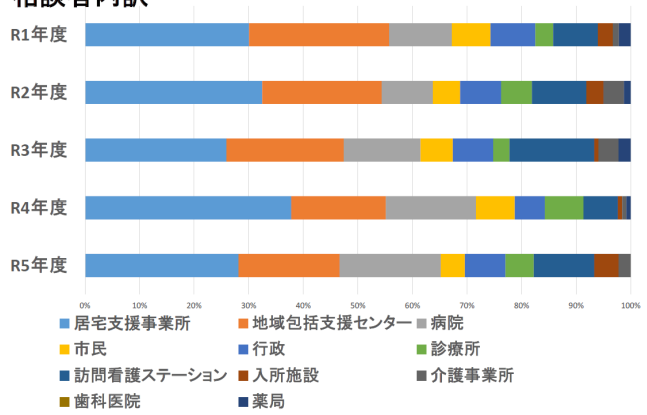
- コミュニケーション能力
- 情報収集、組織化、発信力
- 地域の専門職、組織等のネットワーク形成力
- 企画・設計・マネジメント能力

連携ステーションのコーディネーターが意識していること

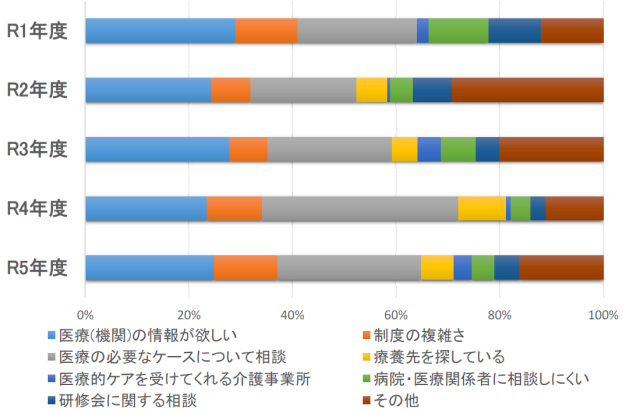
# 関係機関からの相談支援窓口機能（連携センター・ステーション）

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

**相談者内訳**




**相談内容別**




相談者する職種、内容がかわってきた。包括支援センターと共有してみよう



地域で何度も相談される内容は他地域と共有しよう

連携ステーションのコーディネーターが意識していること




# コーディネーターと自治体それぞれの思い（よくある話）

私の悩みを聴いてもらいたい

事業について学ぶ場がない

入退院の場面でどのような専門職がどう連携しているのか



コーディネーター

自治体から具体的に何を求められているんだろ

どうしたら現場の連携がよりよくなるのか

専門職の方はどういう考えをもて業務をおこなっているのか



自治体担当者

他のコーディネーターはどんな風にやっているのだろうか

在宅の専門職間の連携はどのようにやっているのか

# 基幹的なコーディネーターが何をしているか

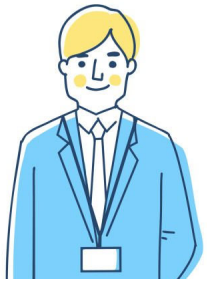
コーディネーターのまとめ役である、連携センターのコーディネーターは、下記の**場**を設けたり、事業運営のための関連**様式等**を利用して連携ステーションと新潟市との間をとりもっています

**会議・研修会**

- 在宅医療･介護連携センター会議
- 在宅医療･介護連携センター/ステーション会議
- コーディネーターのための研修会

**様式**

- 業務計画書
- 事業運営マニュアル
- 各種事業報告書



連携センター
コーディネーター



# 在宅医療・介護連携センター会議（連携センター）

| | |
|---|---|
| 開催目的 | 新潟市と連携センターが在宅医療・介護連携推進事業の目的の共有を図りながら、事業の進捗管理と各種事業の企画を行う。 |
| 概　　要 | １）頻　度：月1回程度（同館内の2階新潟市地域医療推進課にて）<br>２）参加者：新潟市地域医療推進課（係長：事務、保健師　2名）<br>新潟市医師会地域医療推進室コーディネーター（3名）<br>３）内　容：在宅医療・介護連携推進事業の事業項目の進捗報告と議論<br>研修会、センター/ステーション会議の内容　等 |

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

自治体担当者の異動に際しての視点合わせ

医師会内の医師の動向等や連携センターのコーディネーターの様子を伝える



連携センターのコーディネーターが意識していること

# 在宅医療・介護連携センター/ステーション会議

**開催目的**

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

**概　　要**

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



新潟市から言えないことを代弁する

新潟市全体の事業の底上げを図る

コーディネーター個々の悩みをみんなで共有してほしい



他連携ステーションの取り組みを真似てほしい

いつでも応援できる体制であることを意識してもらう

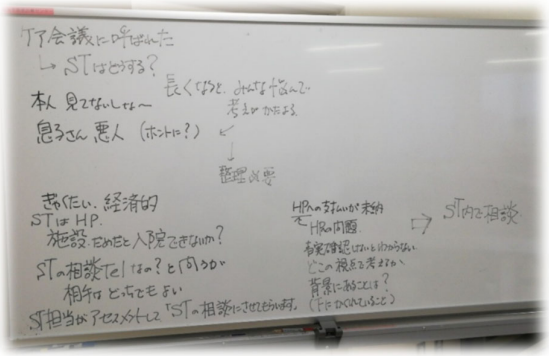
連携センターのコーディネーターが意識していること

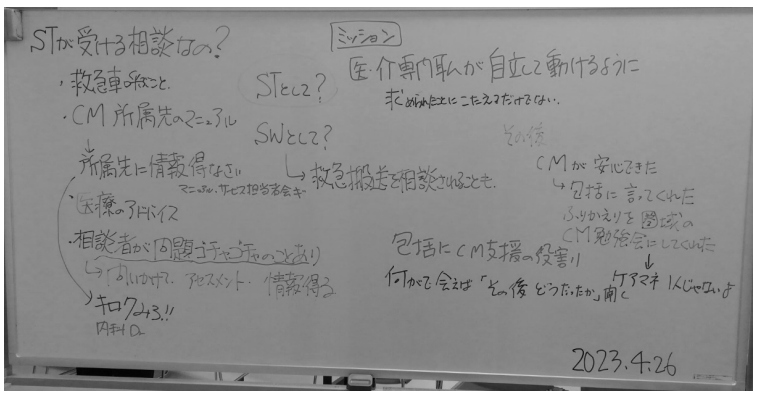




# 関係機関からの相談内容の振り返り（連携センター）

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




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



ステーションの担当者の職性の違いによっても受け止め方に違いがあることを意識

連携センターのコーディネーターが意識していること

# 関係機関からの相談内容の振り返り（連携センター）

様式１

相談記録シート　　No.

相談種別

受付年月日

相談者名

相談者の主業務

相談方法

相談経路

主訴（求め

支援内容

支援結果

連携の課題

相談記録シート「連携の課題としての気づき」

【相談の内容：日常の療養支援】

・普段の様子を知る人が、本人の変化を感じ取る確率が高く、特に医療機関（外来）はその役割を多く担っていると推察する。ちょっとした【おかしい？】、【どうした？】等の疑念を吸い上げ、支援を展開していく必要性があると改めて認識した。※しかしながら、【どこまで？】を対象として線引きか、課題も多いか？（なんでもかんでも呼ばれては、マンパワーにも限界が…）

医療への つながり方は、当然のことながらその方の意向が尊重されなければならないが は、家族に意向が強く反映される場合もある。本人にとっての最善策は何になるのか話し ても、主治医との連携が重要。地域関係者と医師とが、気軽に相談し合えるような関係構築 組みが必要。

【相談の内容：入退院支援】

医療側の都合、在宅側の都合。どちらも譲れないところがあり、その場合に連携ステーションが間に入ることが橋渡しとなれるのだと再確認した。

【相談の内容：看取り】

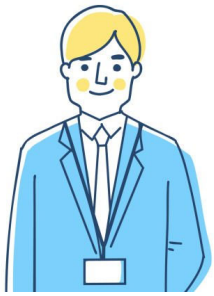
相談内容の対応のみにとらわれて と感じた。

【相談の内容：急変時の対応】

・救急搬送された日が【3連休前の金曜日】であり、対応できる時間 に至ったのも昼前であり、尚担車をかけていた。システム上致し方ない部分ではあるが…）本来であれば【関係機関との情報共有、支援体制の構築】を入院中に行うことが望ましい状況であったが、開催できなかったことが悔やまれる。・連携、協働といった視点から言えば円滑に且つ適切に行えていたのではないか、と考察する。日頃からの関係性づくりを行い、良好な関係を構築していくことを目標とし、対応していきたい。

このトレーニングで得た思考を各区で展開してもらいたい！

在宅医療の４分野ごとに１例づつ事例を提示してわかりやすく



連携センターのコーディネーターが意識していること





# 連携ステーションへのヒアリング（連携センター）

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


在宅医療・介護連携センター/ステーション業務　目標管理シート

様式１

| 年度 | 令和○年度 |
|---|---|
| 名称 | 在宅医療・介護連携○○ |

作成日　修正日　評価日

【注意事項】
・レイアウトはA4横に収まるようにしてください。
・文字がセルから溢れる場合は、行高または列幅を変更してください。
・印刷時に文字が隠れないようにしてください。
・目標が○未満の場合、下表を行ごと削除してください。
・セル中で改行する場合は、Alt+Enterで行ってください。
・数値は半角、その他の文字は全角を使用してください。
・半角カナ、機種依存文字は使用しないでください。
・フォント、フォントサイズは変更しないでください。

「主な取組（事業）」「補足・参考指標」は、文頭に「・」（大文字）を付けてください。

| No. | 項目 | 目標 | 主な取組（事業） | 指標 項目（単位） | R3実績 | R4目標 | R4結果 | 補足・参考指標 | 目標達成状況 | 評価 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 相談支援 | 医療・介護関係者が在宅医療・介護連携ステーション機能を理解し、相談件数が増える。 | ・相談窓口及び相談対応事例を分析する。<br>・上記の分析結果を、区内医療・介護関係者等へ周知する。 | 連携ステーションに相談したことがある割合（%） | 20.0 | 25.0 | 26.0 | ・アンケートは、ご当地連携研修会・看護連携強化事業地域別研修会終了後のアンケート約○集計 | 連携ステーションに相談したことがある割合は、ご当地連携研修会28.0%・看護連携強化事業地域別研修会34.0%、計26.0%で目標達成した。 | 達成 |
| 2 | 連携支援 | 医療・介護関係者からの相談内容および関係者と共有した課題からニーズに合った研修会を開催できる。 | ・相談実績や研修会アンケート結果、医療介護連携に関する課題を共有し、医療介護連携に関する課題を検討する。 | 地域包括支援センター連絡会、支え合いのしくみづくり、自立支援協議会等での提言回数（回） | 3 | 5 | 4 | ひとつの目標に複数の指標を設定してもかまいません。<br>複数設定する場合は行を追加してください。 | 複数の指標を設定している場合、目標目標ごとに以下のとおり評価してください。<br>・達成・・・全ての指標を達成（例 3/3指標）<br>・一部未達成・・・半数以上の指標を達成（例 2/3指標）<br>・未達成・・・半数以上の指標が未達成（例 1/3指標） | 未達成 |
| 3 | 連携支援 | 医療・介護関係者が入院から退院に向けて、お互いの役割を理解することで退院支援に向けての連携のイメージができ、実際の連携が円滑になる。 | ・ケアマネ連絡会やご当地連携研修会などを通じ、連携ハンドブックを活用した研修会を行う。 | 連携ハンドブックを活用した研修会開催回数（回） | 0 | 1 | 1 | ・アンケートは、ご当地連携研修会・看護連携強化事業地域別研修会終了後のアンケート約○「連携のしくみを感じる」に回答した割合 | | 一部達成 |
| | | | | 連絡関係者間の連携のしくみを感じる割合（%） | 20.0 | 15.0 | 16.0 | | | |
| 4 | 地域住民への普及啓発 | 在宅医療やACPをテーマにした講座の参加者数が増加し、市民の理解が深まる。 | ・地域包括支援センターと共催、あるいは組み合わせてもらう地域の茶の間や自治会などに働きかけ、「ACP」のテーマでの開催を受け入れてもらう。 | 地域の茶の間、民生委員定例会での開知回数（回） | 3 | 3 | 4 | | | 達成 |
| | | | | 「ACP」をテーマにした講座開催（回） | 1 | 2 | 2 | | | |
| | | | | 人生最期の治療・ケアに関する話題等のお話し合いをしたことがある割合（%） | 50.0 | 51.0 | 52.0 | | | |
| 5 | 連携支援 | 看護職どうしの横の関係ができ、施設、事業所間の連携が円滑になる。 | 各機関を巻き込みながら企画や運営を進め、看護連携強化事業 を開催する。 | 参加事業所数 | 7 | | | | | |

新潟市と共に業務計画作成後、連携ステーションごとにヒアリングを実施

連携ステーションごとでの課題を共有し、次年度計画に反映



連携センター/ステーション会議で全体共有していいとこどり

連携センターのコーディネーターが意識していること

# 新任（現任）者研修（連携センター）

【研修スケジュール】

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

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

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

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

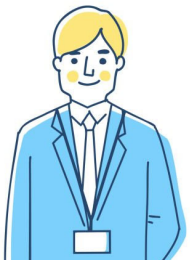
○ 3日目　令和5年5月15日（月）10：00～16：30　／　会場：横越地区公民館

| 所要時間 | | 内容 | 講師 |
|---|---|---|---|
| 10：00～12：00 | 120 | 講義⑩「介護予防ケアマネジメント」 | 医療法人社団敬成会 新潟市地域包括支援センターあじかた |
| 12：00～13：00 | | 昼食休憩 | |
| 13：00～14：40 | 100 | | |
| 14：50～16 | | | |
| 16：20～16：30 | | | |

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

総論として地域支援事業を学んでもらう

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



連携センターのコーディネーターが意識していること

19

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

# 現場的なコーディネーターの役割と期待

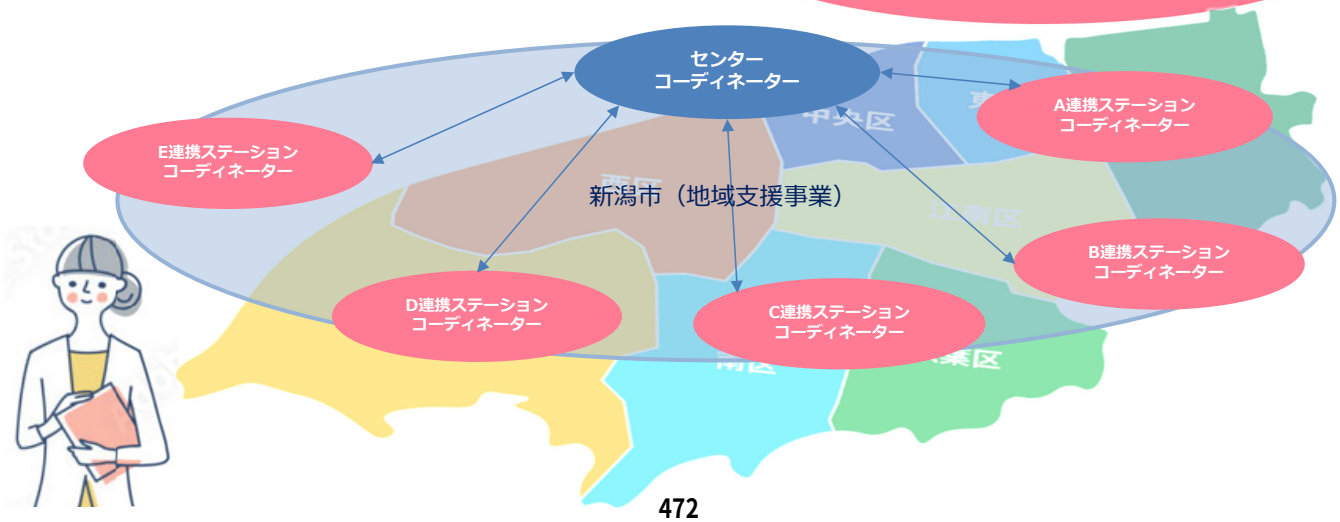
**コーディネーターの役割（厚労省資料一部改編）**

自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的として、実施主体である自治体と連携して、コーディネーターの専門職が現場で何を感じ、どうありたいか知る強みを活かし、在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能（主に相談窓口機能や多職種の連携推進、人材育成等）を果たす。

**新潟市における現場的なコーディネーターの役割（連携ステーション）**

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

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

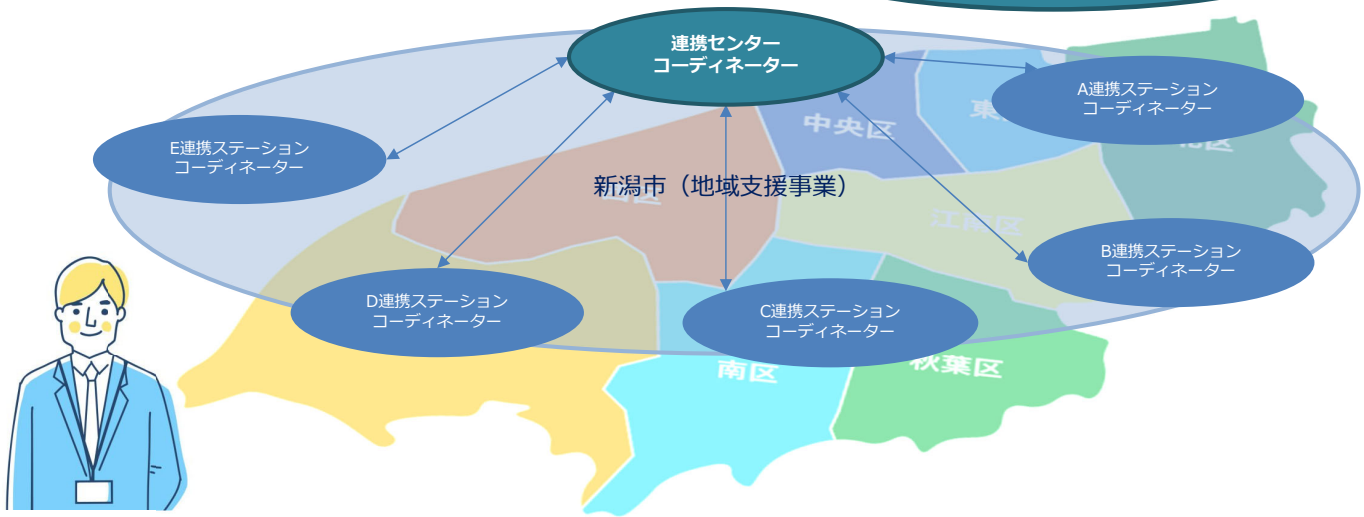


# 基幹的なコーディネーターの役割と期待

**コーディネーターの役割（厚労省資料一部改編）**
自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的として、実施主体である自治体と連携して、コーディネーターの専門職が現場で何を感じ、どうありたいか知る強みを活かし、在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能（主に相談窓口機能や多職種の連携推進、人材育成等）を果たす。

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

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




# ご清聴ありがとうございました

令和６年度厚生労働省老健局委託事業　在宅医療･介護連携推進支援事業

在宅医療･介護連携推進事業
～研修会議Ⅲ～

# 在宅医療･介護連携推進支援事業に係るプラットフォームについて

**株式会社日本能率協会総合研究所**
社会イノベーション研究事業本部
研究員　**遠藤　慧一郎**
〒105-0011
東京都港区芝公園3-1-22　日本能率協会ビル５階

JMAR JMA Research Institute Inc 株式会社日本能率協会総合研究所

## 在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの開発の概要

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

| | 2024年度 | 2025年度以降 |
|---|---|---|
| 概要 | • 在宅医療・介護連携を進めるにあたって、有用な情報を一元化するとともに、情報交換の掲示板を構築し、プラットフォームのたたき台を構築 | • プラットフォームを実際に運用し、必要な改修を行い、事業担当者等がプラットフォームを効果的に活用 |
| 掲載する情報 | • 過年度に作成された成果物を集約し掲載<br>• 本事業の各種WGと連動し、情報を収集し掲載 | • 2024年度以降に作成された成果物を掲載する<br>• 事業担当者にとって有用な教材の開発・掲載 |
| 搭載する機能 | • プラットフォームの基本となる機能を搭載する<br>• ユーザビリティ向上の機能は優先的に搭載する | • プラットフォームのユーザーを増やす、活用いただけるような機能を搭載<br>• 2024年度に搭載できなかったユーザビリティの向上のための機能を追加 |
| その他 | • プラットフォームの運用状況を適切に評価するために、必要な評価機能をプラットフォームに搭載 | • 2024年度に搭載した機能を用いて、プラットフォームの評価を行い、その結果に応じて必要な改修を行う |

# プラットフォームに掲載するコンテンツの基本方針

- プラットフォームには、有用な情報ツールを集約に加え、在宅医療介護連携推進事業の担当者間での情報交換の場とすることで、切れ目のない在宅医療・介護連携推進の実現を目指す。
- 具体的な期待される効果としては、国からの効果的な情報発信・周知、在宅医療・介護連携推進事業に係る関係者間の認識の統一化等が想定される

関係法令・通知・手引き等の整備

これまでの成果物等の整備

各自治体の事例・取組掲載

事業担当者等を対象とした研修ツールの提示

既存データ及びツールの活用方法の提示

事業担当者間での情報交換の場（Q&A）

期待される効果

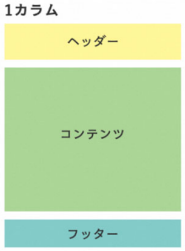
○ 国からの効果的な情報発信・周知が可能
○ 在宅医療・介護連携推進事業に係る関係者間の認識の統一化
○ 同規模自治体等の取組収集や事業展開への活用
○ 動画や支援ツール蓄積等による研修教材としての活用（新任の担当者向けを含む）
○ 地域住民への在宅医療・介護連携推進事業に関する情報提供
○ 事業者担当者の困りごとの解決の一助



# プラットフォームの主な仕様

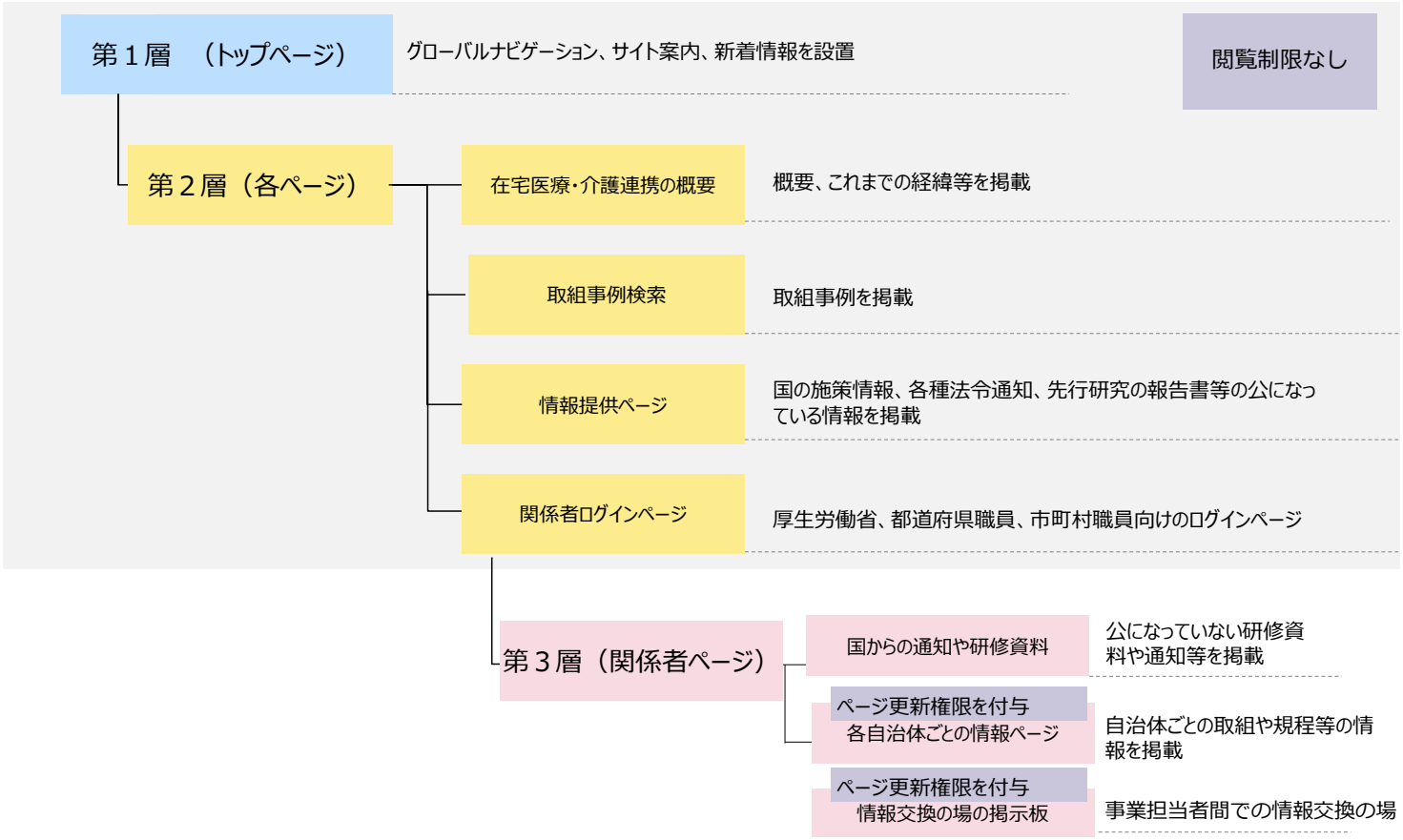
| 区分 | 内容 |
|---|---|
| HP公開場所 | 厚生労働省ホームページ上 |
| 閲覧予定者 | 都道府県職員、市町村職員、関係団体職員、在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター、国民 |
| レイアウト | シングルカラムレイアウトとし、PC、スマホでも表示可能なレイアウト |
| アクセシビリティ | 厚生労働省ウェブアクセシビリティ方針に準拠<br>（URL：https://www.mhlw.go.jp/accessibility/） |
| 文字サイズ変換機能及びページ内検索を搭載 | 高齢者等も見やすいよう文字サイズ変換機能を搭載<br>Webページ内をキーワードから検索出来る機能を搭載 |
| その他 | ・今後もコンテンツを追加できるよう、拡張可能な仕様とする<br>・将来的に別ホームページ等との統合も視野に入れたものとする<br>・閲覧者別に３段階のページ更新権限等の強度が設ける<br>第１段階（厚生労働省）：全頁編集可<br>第２段階（都道府県・市町村）：関係者ログインページに都道府県及び市町村が内容のアップロード権限（1,788箇所権限）<br>第３段階（国民）：編集権限なし |

＜参考＞シングルカラムレイアウトとは




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

# プラットフォームの構成（予定）






# 掲載する情報コンテンツ（予定）

第２層（各ページ）　第３層（関係者ページ）

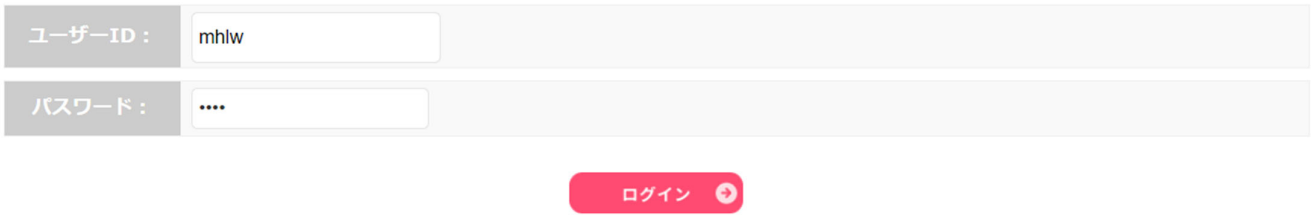
**第２層 情報提供ページ・事例検索**

| | |
|---|---|
| 厚生労働省 会議資料 | • 医療介護総合確保促進会議の概要・会議資料掲載URL |
| 地域医療介護総合確保基金 | • 地域医療介護総合確保基金の概要、病床機能再編支援事業、勤務医の労働時間短縮の推進<br>• 都道府県計画 |
| 医療と介護の連携に関する報告書等 | • 過年度の調査研究事業の報告書など<br>• 都道府県担当者会議等の資料 |
| 地域包括ケアシステムに関する資料 | • 事例集や調査研究事業の報告書 |
| 事例 | • 各市町村の事例<br>- 場面ごとの選択式の検索、キーワード検索を可 |

**第３層閲覧制限あり**

| | |
|---|---|
| 国からの通知 研修資料 | • 公になっていない厚生労働省からの通知や研修案内、研修資料、アーカイブ動画等を掲載 |
| 役立つ情報 | • 自市の取組を検討する際に、参考となる情報を各事業担当者がデータをアップロードして掲載 |
| 情報交換 Q&A | • 事業担当者間の疑問に対して、他市町村の担当者が回答できる仕組みを搭載（※搭載する場合） |

# 関係者ログインページ



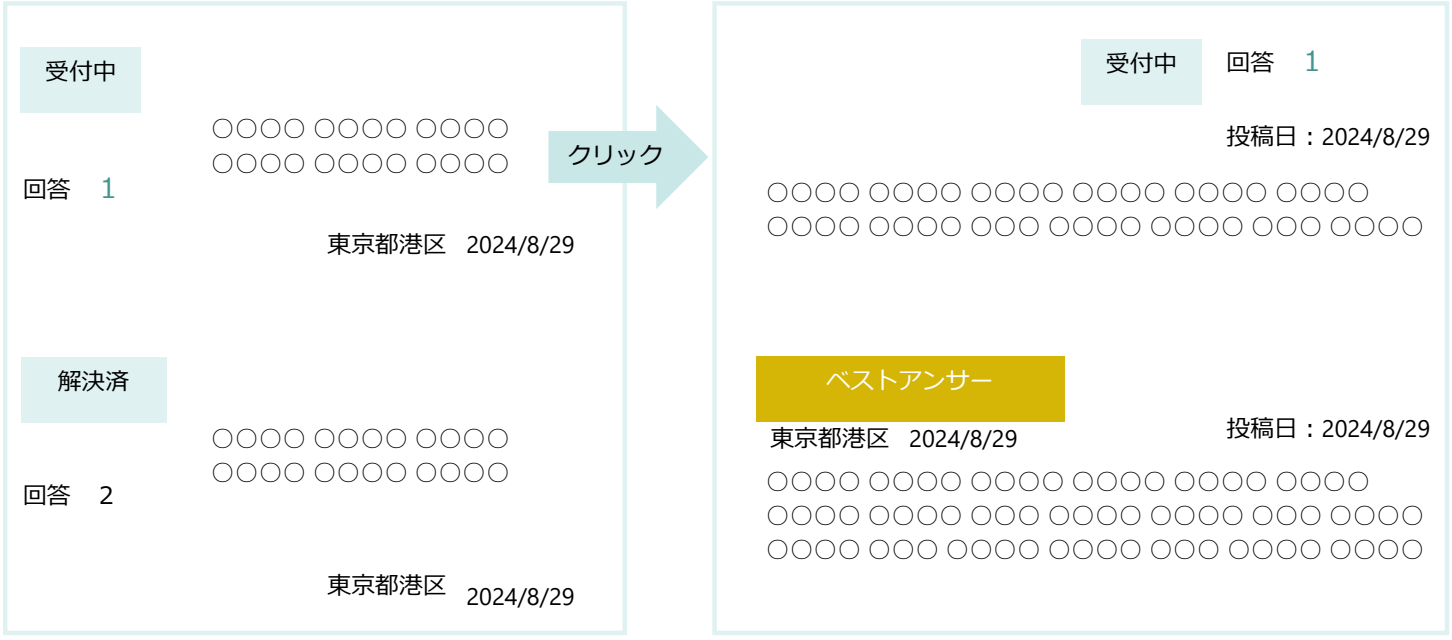

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

6



## ＜第３層＞事業者担当者間の情報交換掲示板のイメージ

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

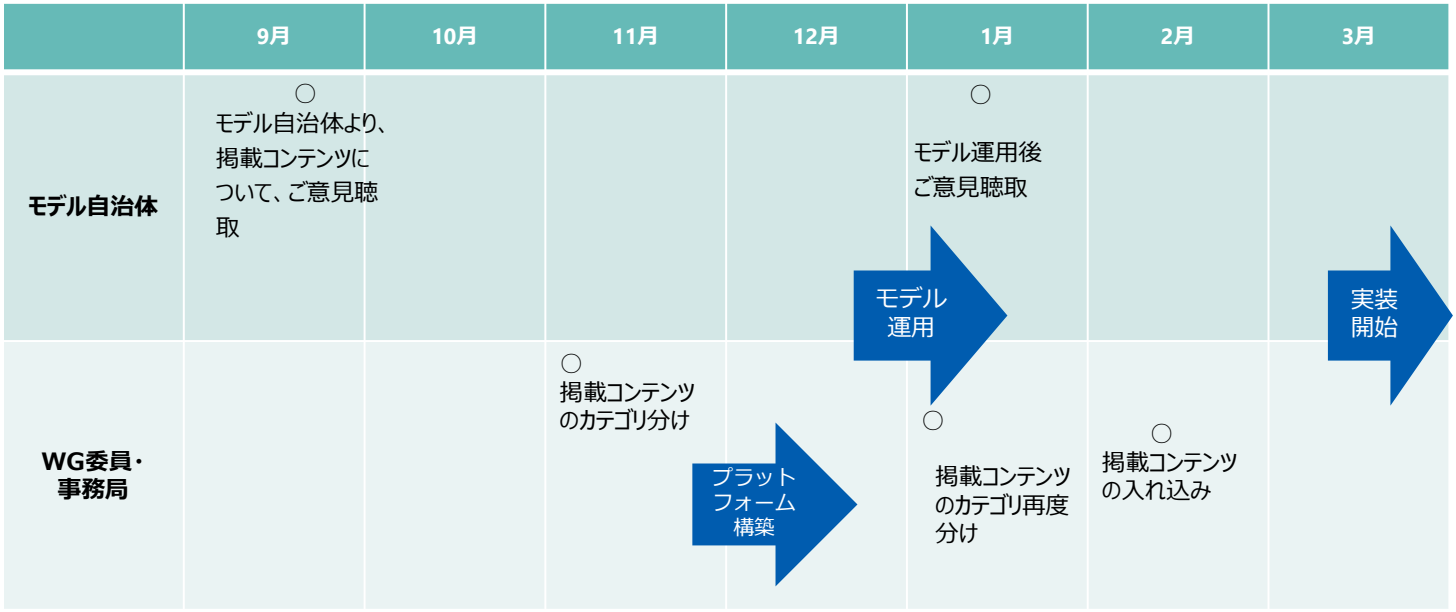



7

# モデル運用の進め方

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

■今後の進め方について






# 令和６年度　在宅医療・介護連携推進事業
# プラットフォームワーキンググループ

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

# 御静聴ありがとうございました。

モデル運用へのご参加をぜひ！
事務局までよろしくお願いします！

取組事例のご提供もぜひ！
事務局までよろしくお願いします！

JMAR 株式会社日本能率協会総合研究所
JMA Research Institute Inc

# 在宅医療・介護連携推進事業及び
# 在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見

# （参考資料）

# Ⅰ.背景

# 1.総論

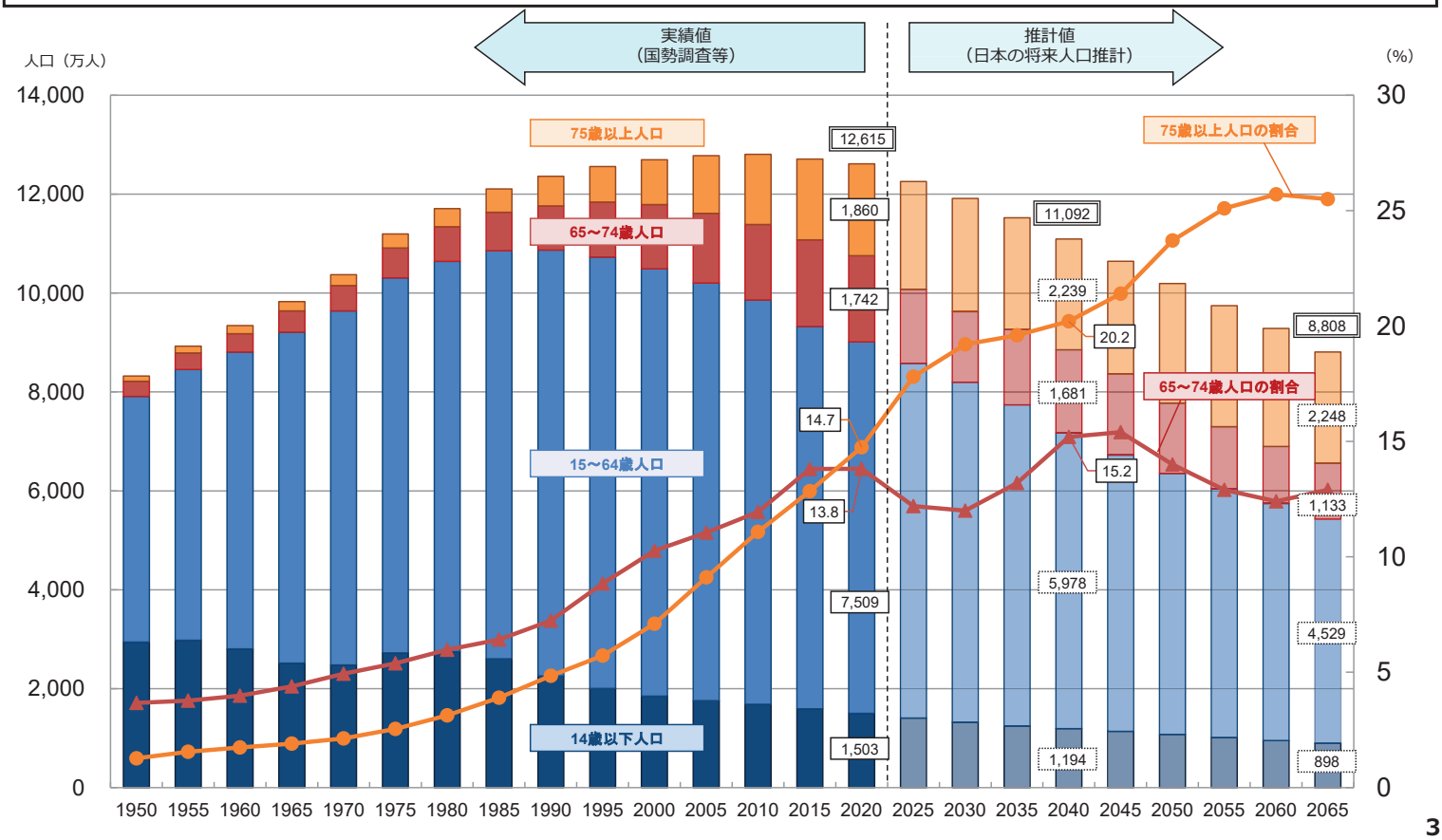
# （人口・世帯構成の変化）



## 日本の人口の推移

| 社会保障審議会<br>介護保険部会（第107回） | 参考資料<br>1－2 |
|---|---|
| 令和５年７月10日 | |

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。




資料：2020年までは総務省「人口推計」（各年10月１日現在）等、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

# 今後の介護保険をとりまく状況（１）

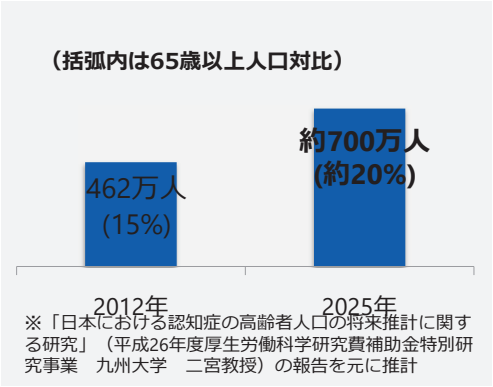


**① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,935万人）。
また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。**

| | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2055年 |
|---|---|---|---|---|
| 65歳以上高齢者人口（割合） | 3,387万人（26.6%） | 3,619万人（28.9%） | 3,677万人（30.0%） | 3,704万人（38.0%） |
| 75歳以上高齢者人口（割合） | 1,632万人（12.8%） | 1,872万人（14.9%） | 2,180万人（17.8%） | 2,446万人（25.1%） |

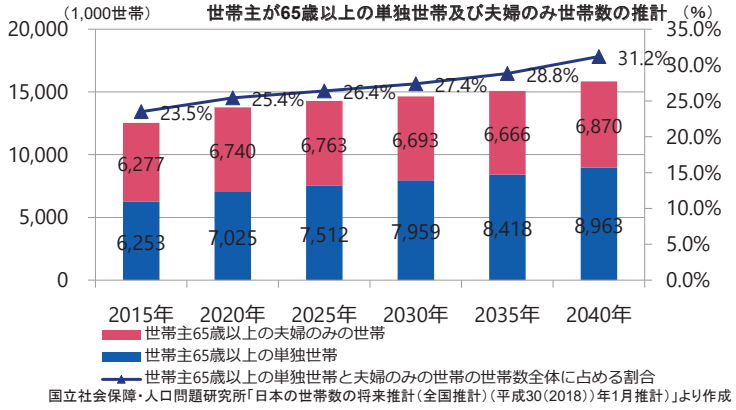
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（全国）（平成29(2017)年4月推計）」より作成

**② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。**




※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）の報告を元に推計

**③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく**




国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30(2018)）年1月推計）」より作成

**④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。**

**※都道府県名欄の（ ）内の数字は倍率の順位**

| | 埼玉県(1) | 千葉県(2) | 神奈川県(3) | 愛知県(4) | 大阪府(5) | ～ | 東京都(17) | ～ | 鹿児島県(45) | 秋田県(46) | 山形県(47) | 全国 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2015年<br><>は割合 | 77.3万人<br><10.6%> | 70.7万人<br><11.4%> | 99.3万人<br><10.9%> | 80.8万人<br><10.8%> | 105.0万人<br><11.9%> | | 146.9万人<br><10.9%> | | 26.5万人<br><16.1%> | 18.9万人<br><18.4%> | 19.0万人<br><16.9%> | 1632.2万人<br><12.8%> |
| 2025年<br><>は割合<br>（ ）は倍率 | 120.9万人<br><16.8%><br>（1.56倍） | 107.2万人<br><17.5%><br>（1.52倍） | 146.7万人<br><16.2%><br>（1.48倍） | 116.9万人<br><15.7%><br>（1.45倍） | 150.7万人<br><17.7%><br>（1.44倍） | | 194.6万人<br><14.1%><br>（1.33倍） | | 29.5万人<br><19.5%><br>（1.11倍） | 20.9万人<br><23.6%><br>（1.11倍） | 21.0万人<br><20.6%><br>（1.10倍） | 2180.0万人<br><17.8%><br>（1.34倍） |

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」より作成

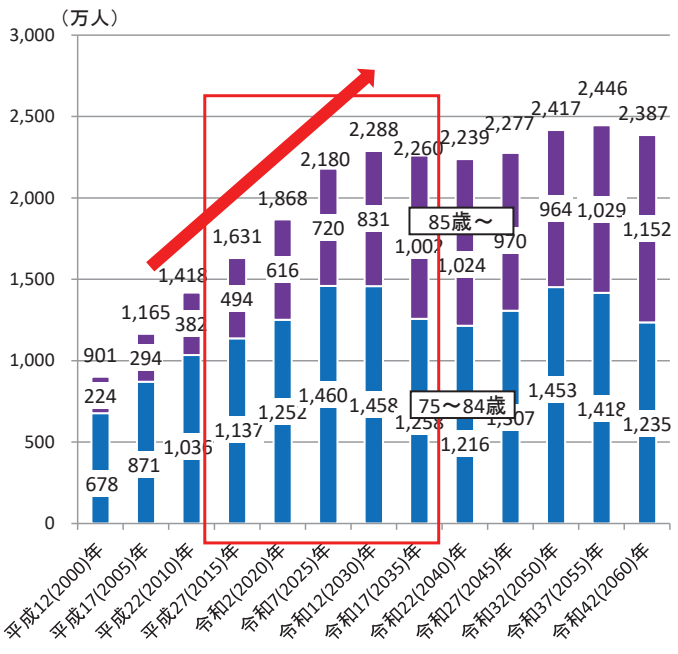
4

# 今後の介護保険をとりまく状況（２）



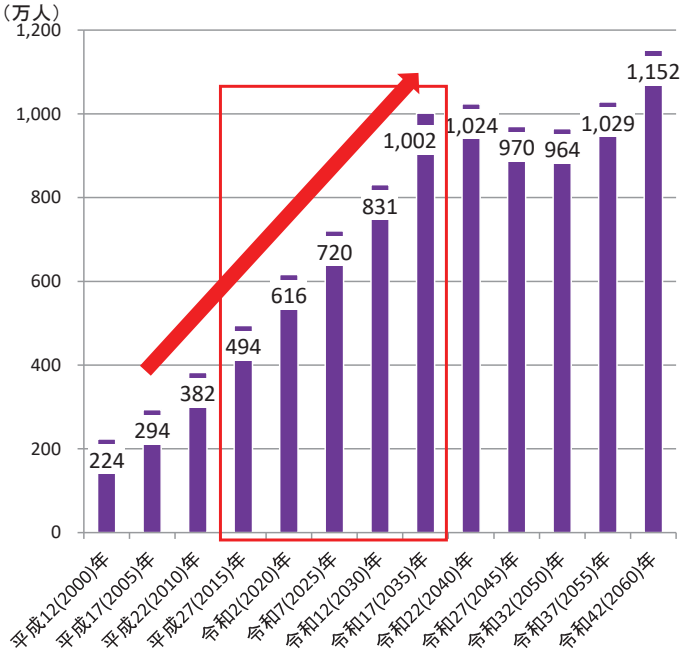
## 75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間も、急速に増加。




## 85歳以上の人口の推移

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



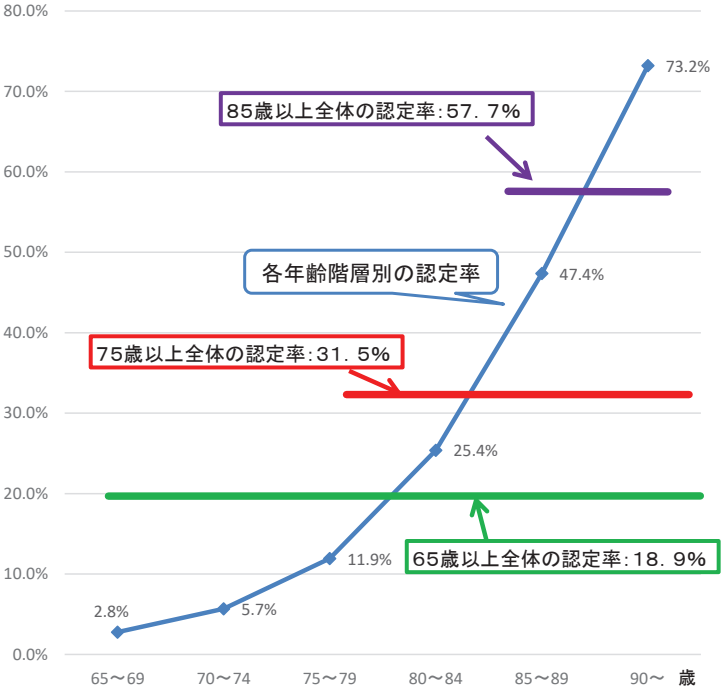

（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

5

# 今後の介護保険をとりまく状況（３）

## 年齢階級別の要介護認定率

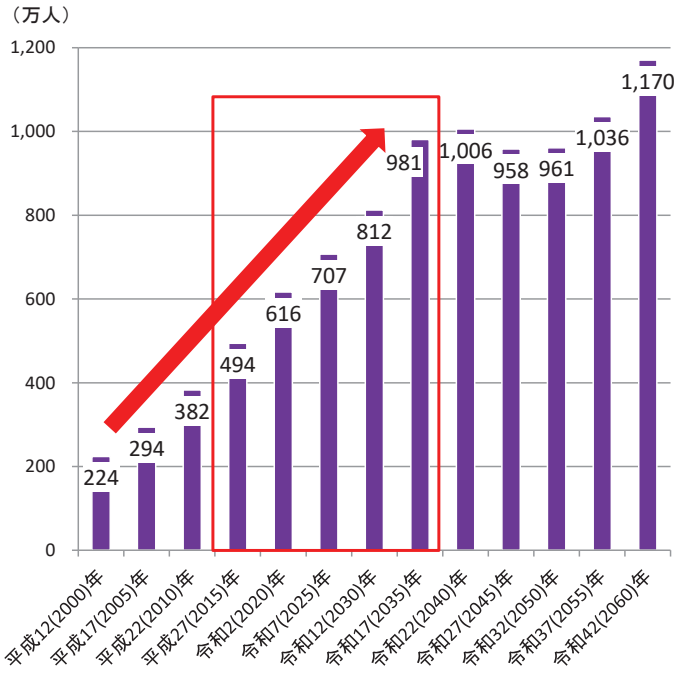
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。




出典：
○ 2022年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月１日人口（総務省統計局人口推計）

## 85歳以上の人口の推移

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




出典：
○ 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
○ 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

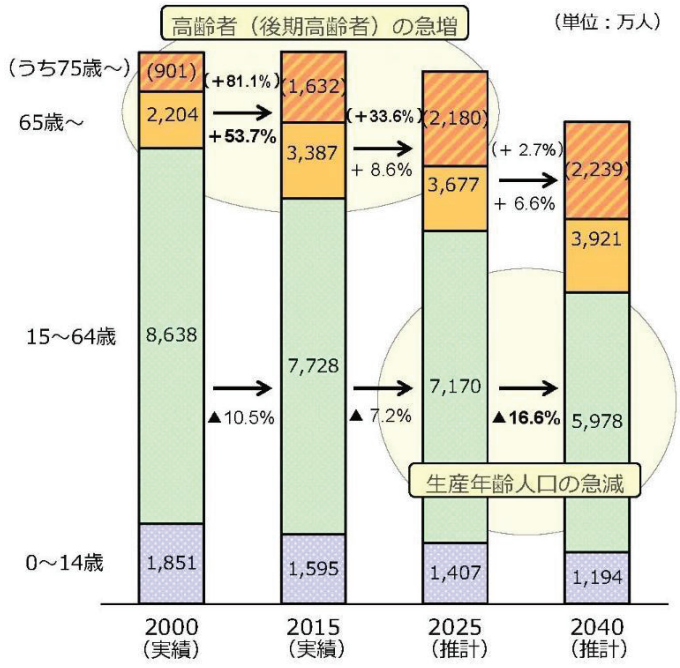




# 今後の介護保険をとりまく状況（４）

○人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

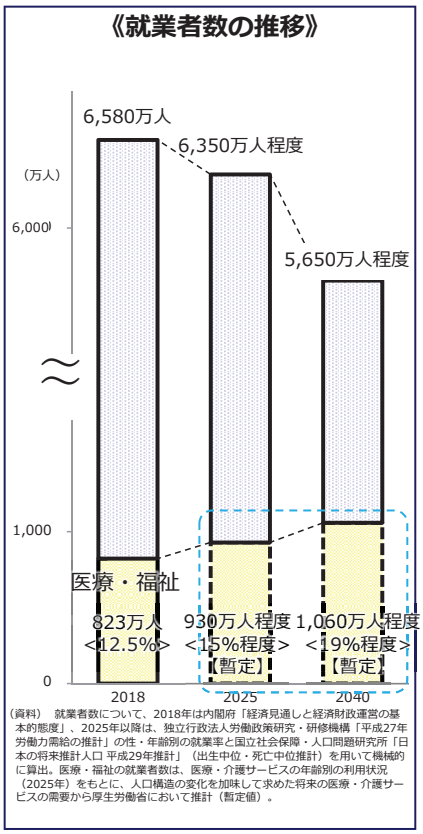
【人口構造の変化】




〈出典〉総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

（出典）平成30年４月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料（厚生労働省）

《就業者数の推移》

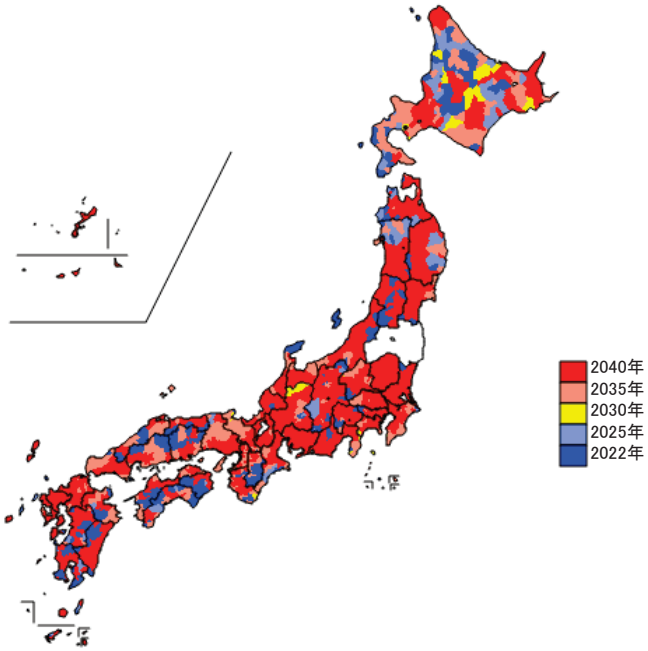



（資料） 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」（出生中位・死亡中位推計）を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況（2025年）をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計（暫定値）。

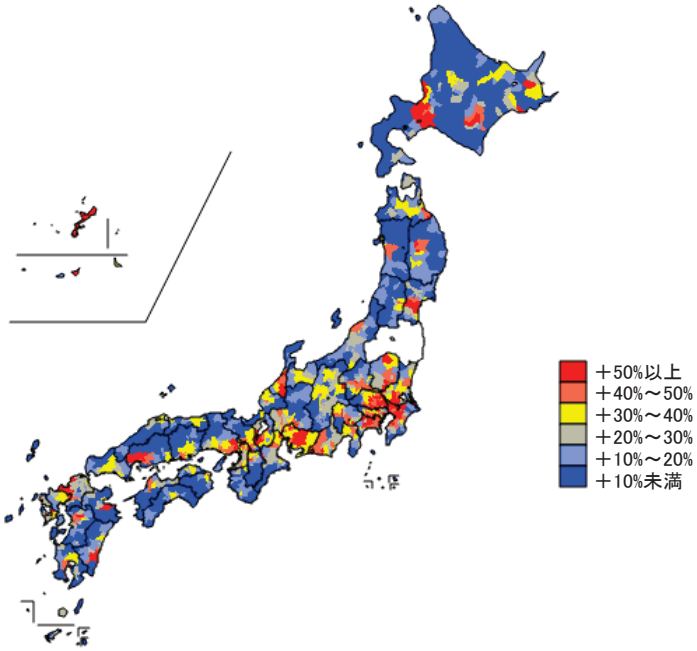
# 保険者別の介護サービス利用者数の見込み

○　各保険者（福島県内の保険者を除く）における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
○　また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2022年の利用者数との比（増加率）をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、＋50%以上となる保険者も存在する。

【保険者別　2040年までの間にサービス利用者数が最も多い年】




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




※　2022年12月(10月サービス分)介護保険事業状況 月次報告（厚生労働省）、2021年度介護給付費等実態調査（厚生労働省・老健局特別集計）から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口（日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）を乗じて、2022年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成（推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く）。

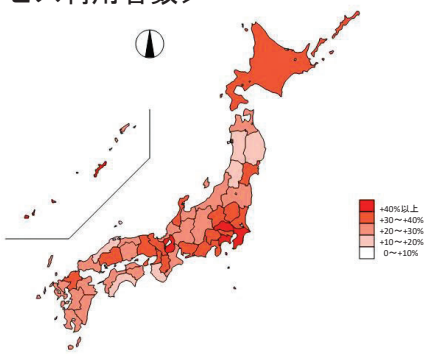
8



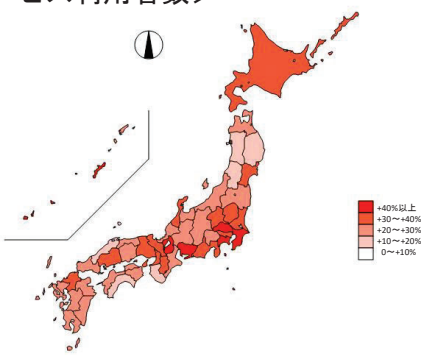
# 介護需要の変化　サービス種別の介護保険利用者数（増加率）

2025年利用者数に対する2040年の利用者数（増加率）

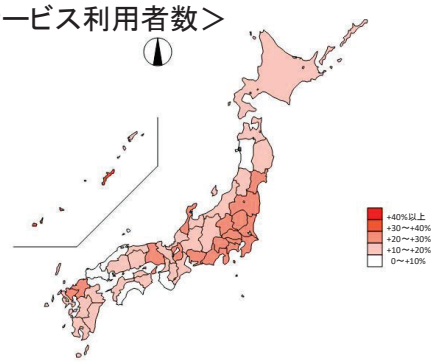
＜施設系サービス利用者数＞




＜居住系サービス利用者数＞




＜在宅系サービス利用者数＞




出典）内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（ 2018年5月）を基に推計

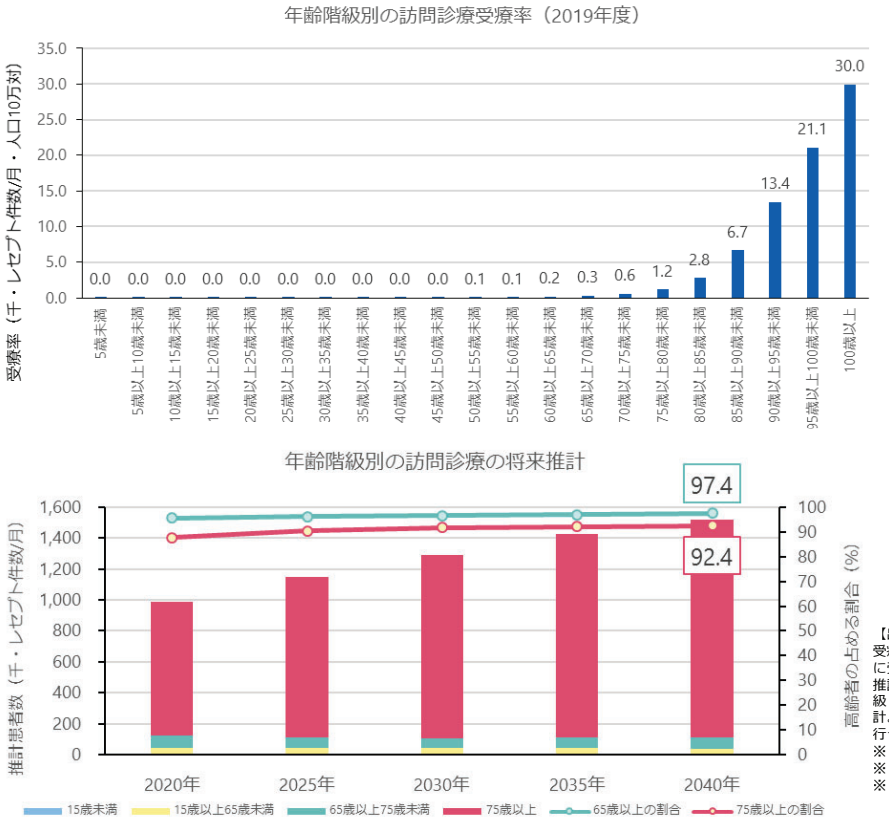
※　2040年の介護サービス利用者数は、7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降は年齢階級別のサービス利用率を2025時点で固定し、将来推計人口による被保険者数見込みに乗じて機械的に算出。

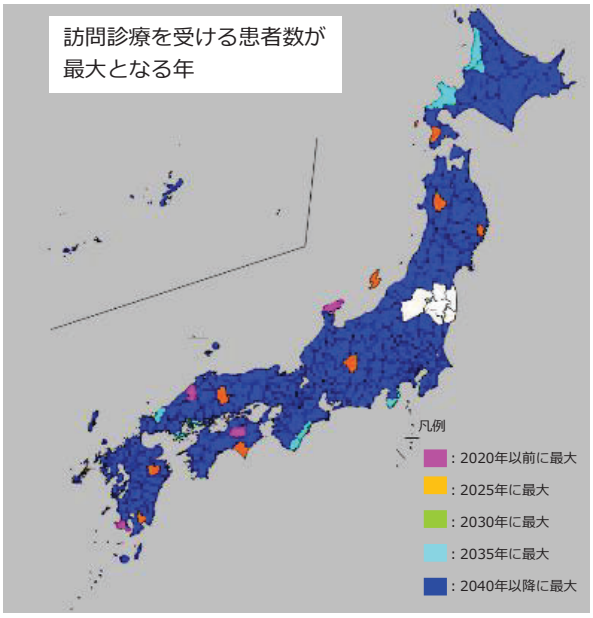
9

# 訪問診療の必要量について

第12回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年８月４日
資料１

○　年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
○　訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が９割以上となることが見込まれる。
○　訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。




【出典】
受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年１月１日時点）を基に受療率を算出。
推計方法：NDBデータ（※１）及び住民基本台帳人口（※２）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※３）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
※１　2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。
※２　2020年1月１日時点の住民基本台帳人口を利用。
※３　国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。



# １.総論

## （地域包括ケアの深化の必要性）
## （地域包括ケアシステムと地域共生社会）

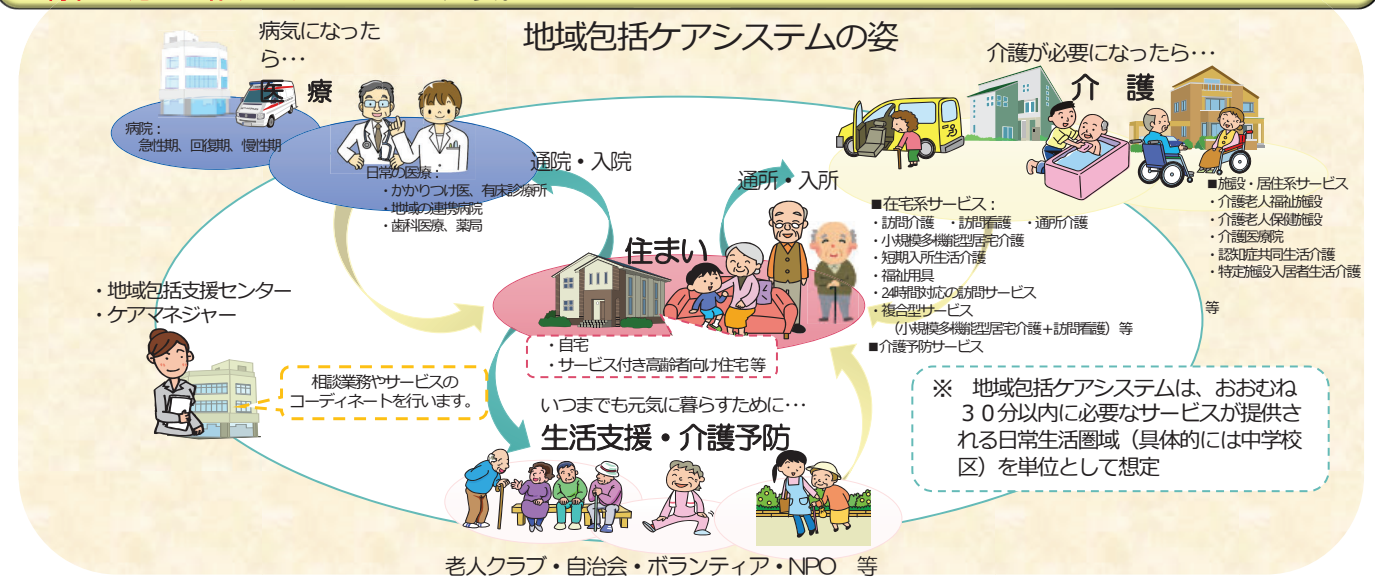
# 地域包括ケアシステムの構築について

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現**。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○ 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。






# 地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「まとまる」取組

**葉っぱ：多職種連携**




**土：地域づくり**

関係者が「まじわる」取組

## 資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

## 日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせて多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

出典：植木鉢の絵：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」（地域包括ケア研究会）、平成27年度老人保健健康増進等事業。

# 介護保険法(平成9年12月17日法律第123号)（抄）

社会保障審議会 介護保険部会（第102回） 令和４年11月24日 | 資料３ 一部改変

**(目的)**

第一条　この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)

第四条　国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2　国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

**(国及び地方公共団体の責務)**

第五条　国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

2　都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

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

4　国及び地方公共団体は、前項の規定により同項に掲げる施策を包括的に推進するに当たっては、障害者その他の者の福祉に関する施策との有機的な連携を図るよう努めるとともに、**地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現に資するよう努めなければならない**。※太字部分が令和2年法律第52号で追加（令和3年4月施行）



# 社会福祉法(昭和26年3月29日法律第45号)

社会保障審議会 介護保険部会（第102回） 令和４年11月24日 | 資料３ 一部改変

**(目的)**

第一条　この法律は、社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まつて、福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉(以下「地域福祉」という。)の推進を図るとともに、社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、もつて社会福祉の増進に資することを目的とする。

**(地域福祉の推進)**

第四条　**地域福祉の推進は、地域住民が相互に人格と個性を尊重し合いながら、参加し、共生する地域社会の実現を目指して行われなければならない。**※本項は令和2年法律第52号で追加（令和3年4月施行）

2　地域住民、社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者(以下「地域住民等」という。)は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が確保されるように、地域福祉の推進に努めなければならない。

3　地域住民等は、地域福祉の推進に当たつては、福祉サービスを必要とする地域住民及びその世帯が抱える福祉、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、保健医療、住まい、就労及び教育に関する課題、福祉サービスを必要とする地域住民の地域社会からの孤立その他の福祉サービスを必要とする地域住民が日常生活を営み、あらゆる分野の活動に参加する機会が確保される上での各般の課題(以下「地域生活課題」という。)を把握し、地域生活課題の解決に資する支援を行う関係機関(以下「支援関係機関」という。)との連携等によりその解決を図るよう特に留意するものとする。

# 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年6月30日法律第64号）

社会保障審議会 介護保険部会（第102回） 令和４年11月24日 | 資料３ 一部改変

**(目的)**

第一条　この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

**(定義)**

第二条　この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。※本項は平成26年法律第83号で追加（公布日（平成26年6月25日施行）



# 介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）（抄）

社会保障審議会 介護保険部会（第102回） 令和４年11月24日 | 資料３ 一部改変

**地域共生社会の実現**

○　人々の暮らしや地域の在り方が多様化している中、地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる「地域共生社会」の実現が目指されている。

○　平成29年には、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法の改正とあわせて、「地域共生社会」の実現に向けた地域づくり・包括的な支援体制の整備を行うための社会福祉法等の改正が行われた。また、高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置付ける改正が行われた。

○　現在、地域共生社会の実現に向けて、必要となる社会福祉基盤の整備を一層進めるため、
- 8050世帯（高齢の親と働いていない独身の50代の子とが同居している世帯）等の地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、①断らない相談支援、②参加支援、③地域づくりに向けた支援を市町村が一体的に実施し、それに対する国の財政支援を行う新たな事業の創設、
- 地域の課題や福祉サービスの提供のための課題に対し、社会福祉法人等の連携により対応する選択肢の１つとして、社会福祉法人を中核とする非営利連携法人制度の創設、
- 介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験合格義務付けの経過措置等の在り方

等について、検討が進められている。

○　地域共生社会とは、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会である。今後高齢化が一層進む中で、高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となり得る。

○　これまで、介護保険制度においても、地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきたが、今後、地域共生社会の実現に向けた地域づくりや社会福祉基盤整備の観点からも、介護保険制度について見直しを進め、前述の社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備とあわせて一体的に改革に取り組み、地域共生社会の実現を図っていくことが必要である。

# 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和３年厚生労働省告示第29号）

社会保障審議会 介護保険部会（第102回） 令和４年11月24日 | 資料３ 一部改変

※下線部が令和3年度から追加

第一　サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一　地域包括ケアシステムの基本的理念

・・・

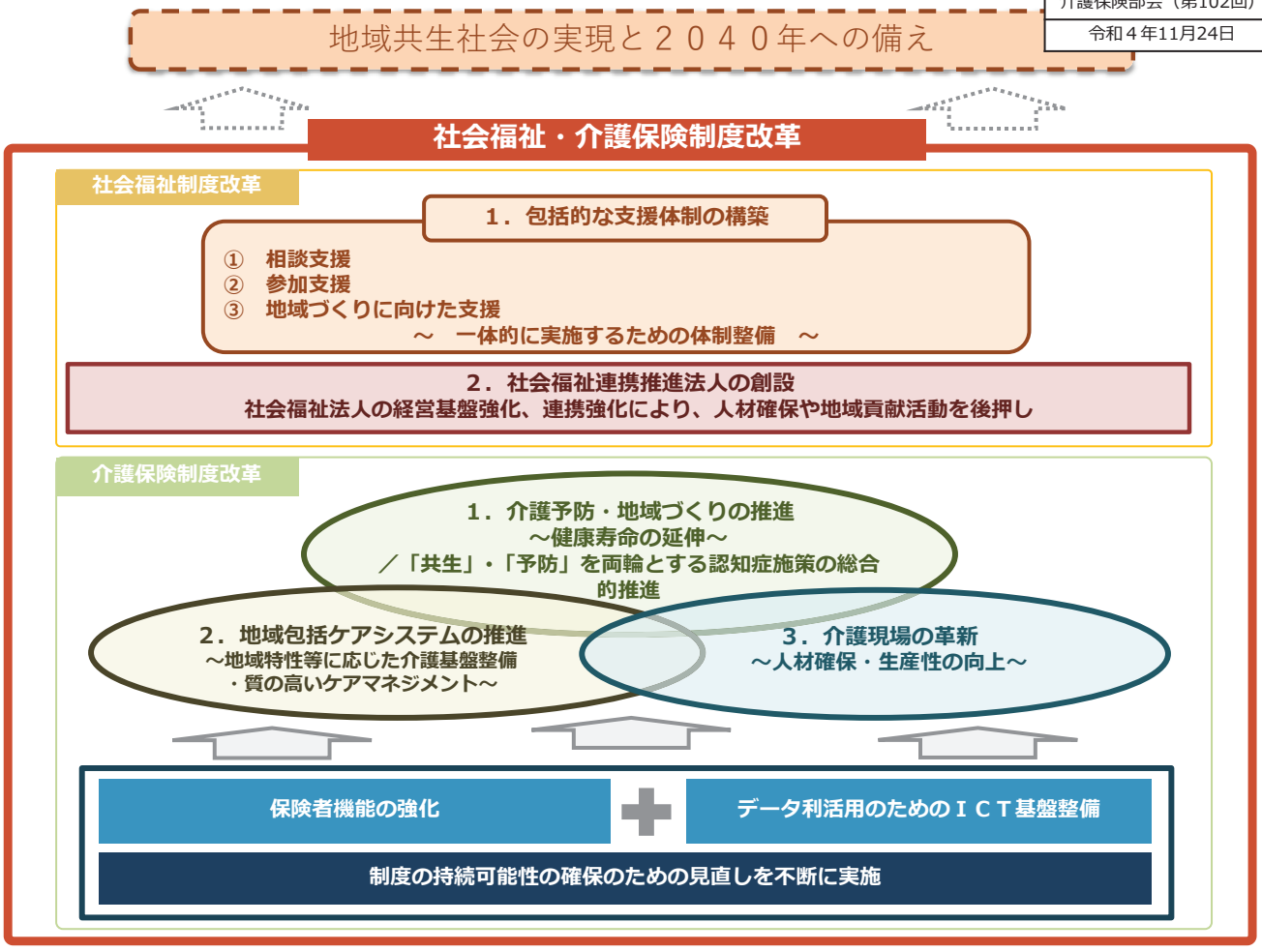
また、今後高齢化が一層進展する中で、高齢者の地域での生活を支える**地域包括ケアシステムは、地域共生社会(高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会をいう。**以下同じ。)**の実現に向けた中核的な基盤となり得るもの**である。

こうした地域共生社会の実現に向けて、平成二十九年の法改正により社会福祉法(昭和二十六年法律第四十五号)が改正され、地域住民と行政などが協働し、公的な体制による支援とあいまって、地域や個人が抱える生活課題を解決していくことができるよう、「我が事・丸ごと」の包括的な支援体制を整備することが市町村の努力義務とされたところである。

これまで、介護保険制度においても、地域包括ケアシステムを推進する観点から、共生型サービスの創設のほか、生活支援や介護予防、認知症施策などの地域づくりに関係する取組を進めてきたが、地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律(令和二年法律第五十二号。以下「令和二年の法改正」という。)においては、二千四十年を見据えて、また、地域共生社会の実現を目指して、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の促進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人の創設など社会福祉法等に基づく社会福祉基盤の整備と介護保険制度の一体的な見直しが行われたところであり、今後は包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備とあわせて介護保険制度に基づく地域包括ケアシステムの推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図っていくことが必要である。

18

社会保障審議会 介護保険部会（第102回） 令和４年11月24日 | 資料３

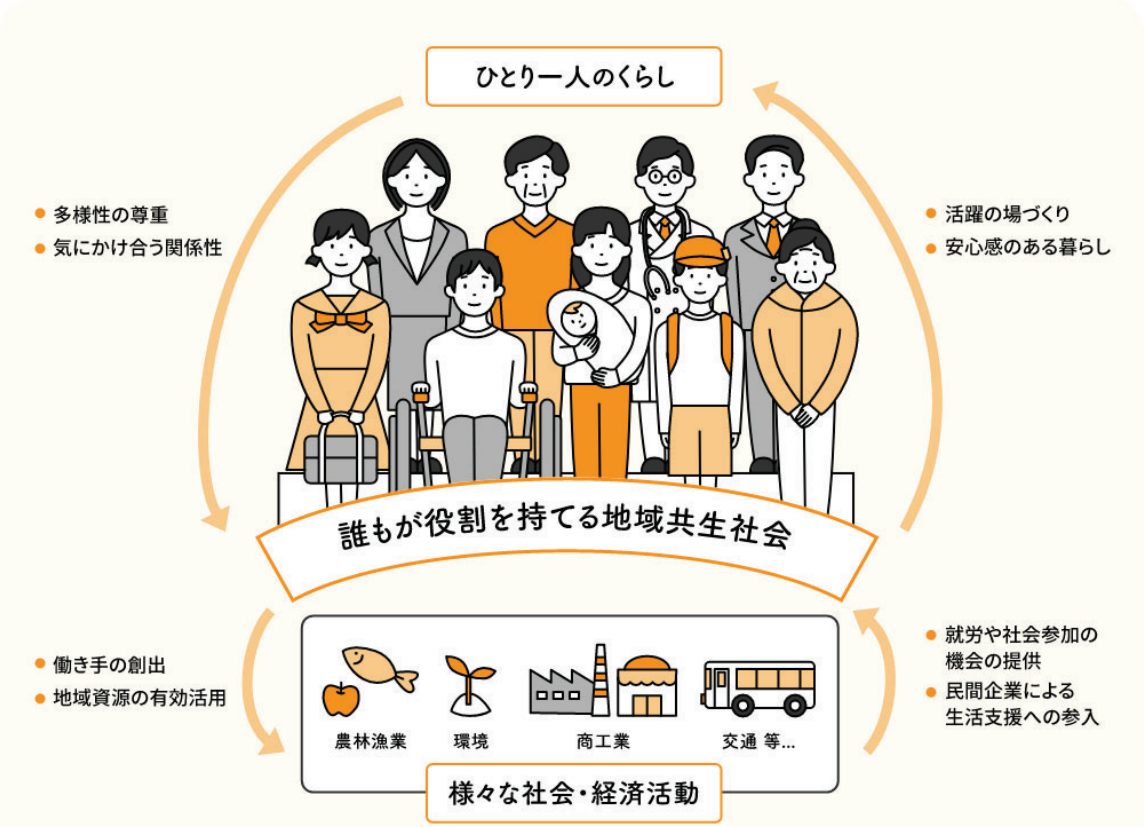



※「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）より抜粋・一部改変

19

# 地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、
地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が
世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を指しています。




出典：厚生労働省「地域共生社会のポータルサイト」 URL：https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/



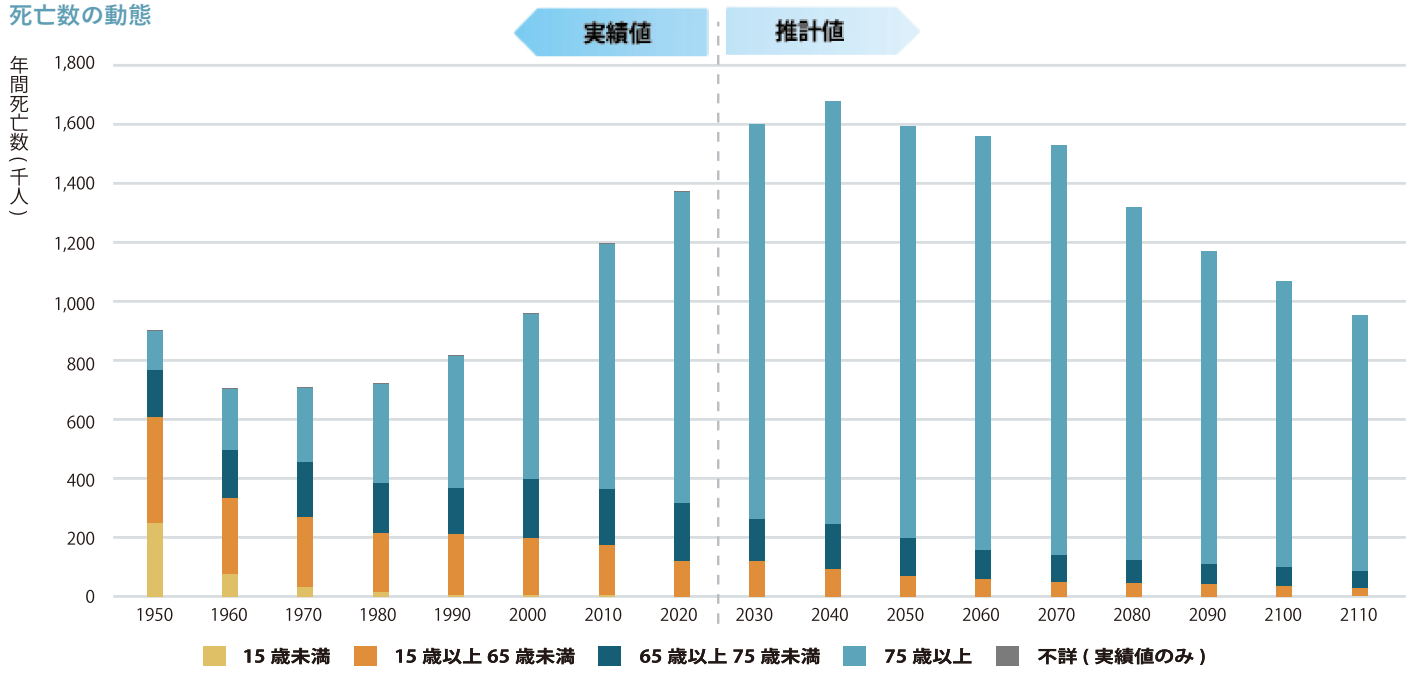
# 2.「在宅医療・介護連携推進事業」に係る基本的な考え方

# （医療・介護連携）

# 死亡数が一層増加する

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

## 死亡数の動態




出典　2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和３年）」
2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成

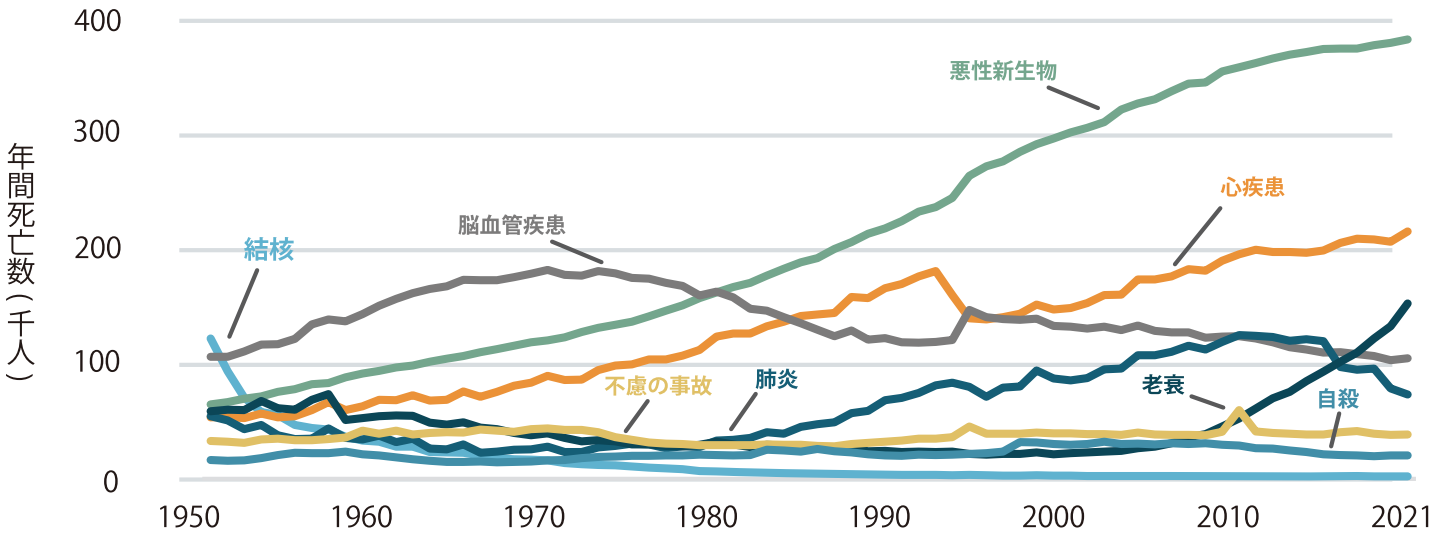




# 死因の推移

○ 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。

## 死因の推移

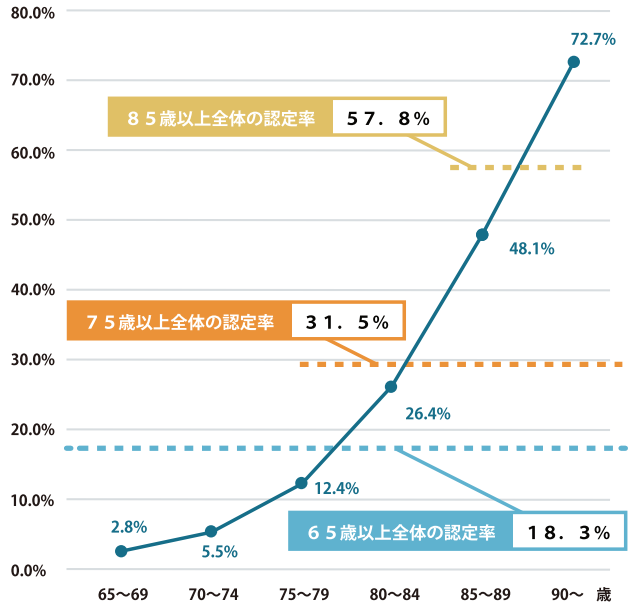



出典　厚生労働省「人口動態統計（令和３年）」

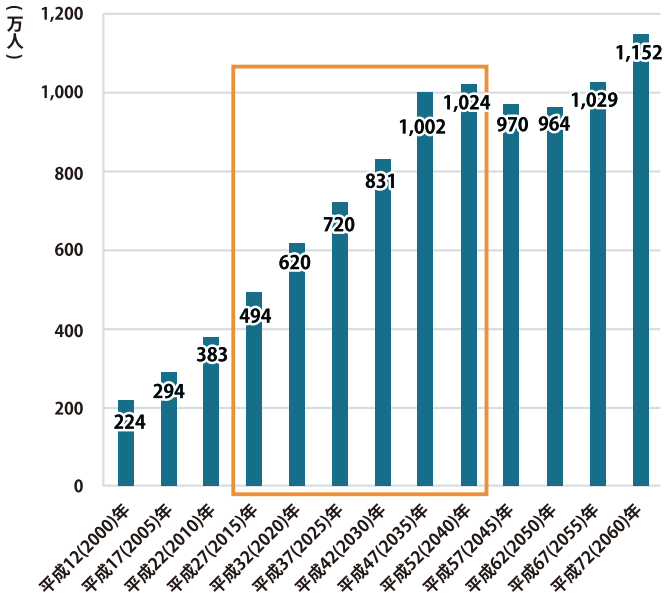
# 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

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

## 年齢階級別の要介護認定率




## 85歳以上の人口の推移




出典　2020年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成
将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

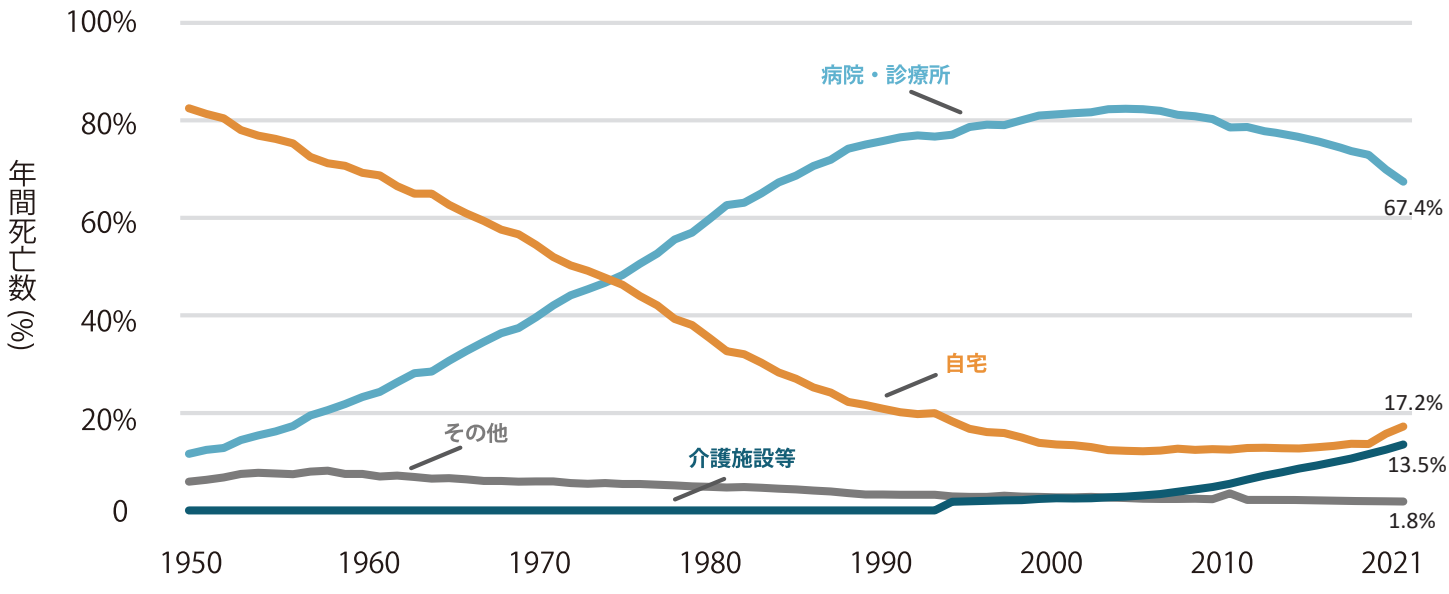




# 死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

## 死亡の場所の推移




出典　厚生労働省「人口動態統計（令和３年）」

## 在宅医療・介護連携の推進

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

（※）在宅療養を支える関係機関の例

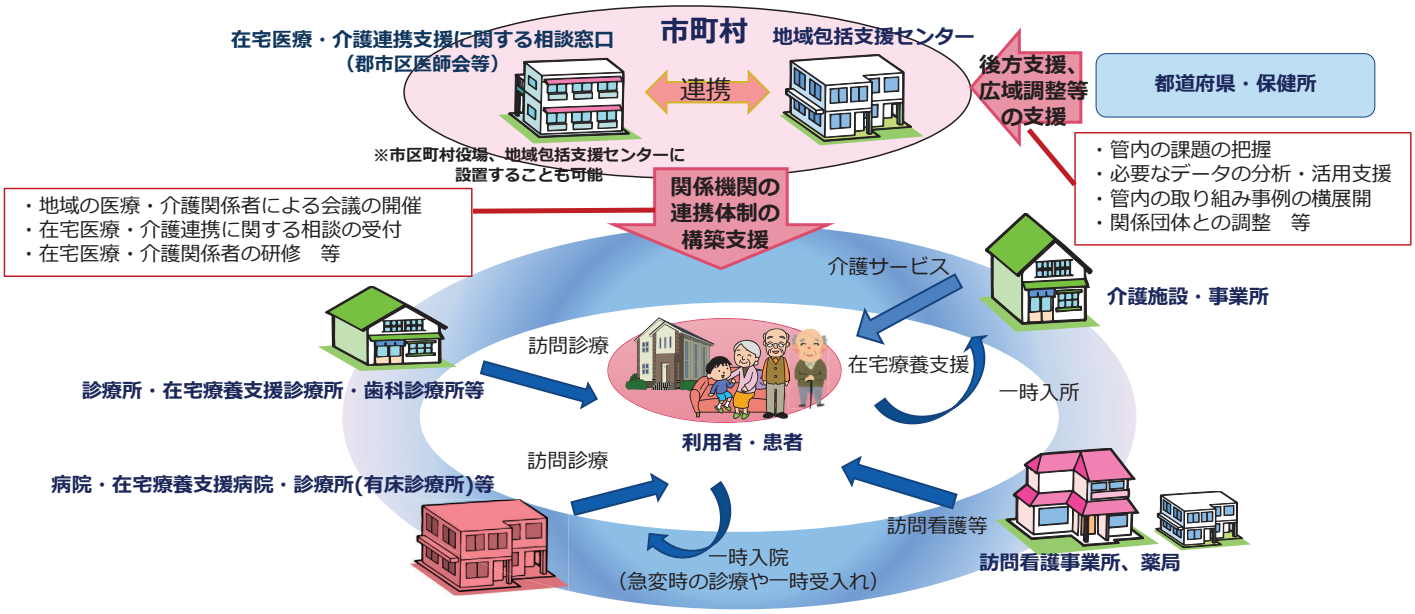
・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等　（定期的な訪問診療等の実施）

・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等　（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）

・訪問看護事業所、薬局　（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）

・介護施設・事業所　（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

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

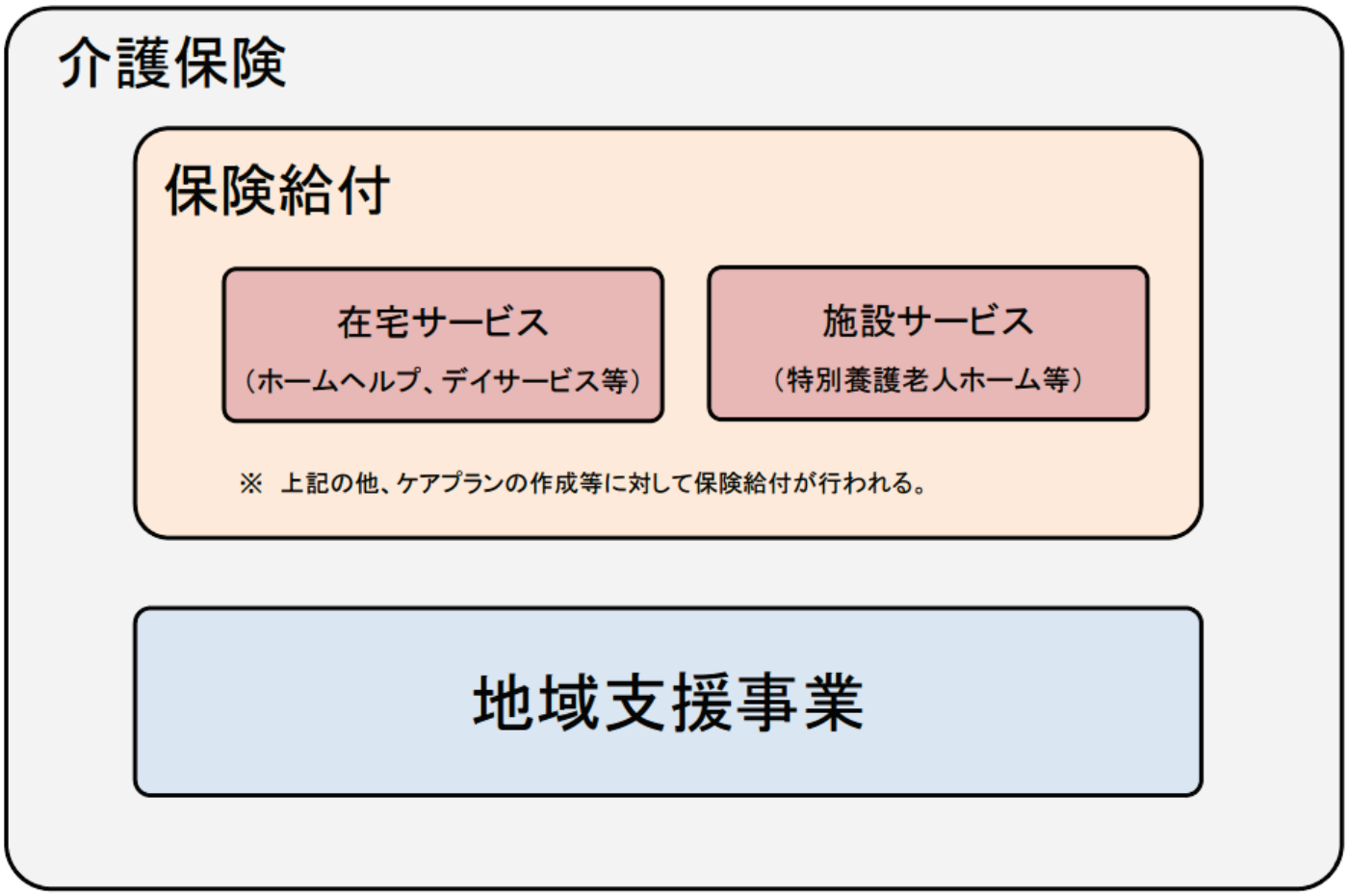





# 2.「在宅医療・介護連携推進事業」に係る基本的な考え方

# （在宅医療・介護連携推進事業）

# 介護保険法における給付と事業の構造




28

# 地域支援事業について

## 地域支援事業とは

地域支援事業とは、介護保険法第百十五条の四十五の規定に基づき、介護保険制度の円滑な実施の観点から、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業である。

## 地域支援事業の目的及び趣旨について

地域支援事業は、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進する。

29

# 介護保険給付・地域支援事業の全体像

【財源構成】

国：25%

都道府県：12.5%

市町村：12.5%

1号保険料：23%

2号保険料：27%

**S介護給付（要介護1～5）**

**予防給付（要支援1～2）**

地域支援事業

**介護予防・日常生活支援総合事業**（要支援1～2、それ以外の者）

○ **介護予防・生活支援サービス事業**
- 訪問型サービス
- 通所型サービス
- 生活支援サービス（配食等）
- 介護予防支援事業（ケアマネジメント）

○ **一般介護予防事業**

【財源構成】

国：38.5%

都道府県：19.25%

市町村：19.25%

1号保険料：23%

**包括的支援事業**

○ **地域包括支援センターの運営**
（介護予防ケアマネジメント、総合相談支援 業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援、地域ケア会議の充実）

○ **在宅医療・介護連携推進事業**

○ **認知症総合支援事業**
（認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業　等）

○ **生活支援体制整備事業**
（コーディネーターの配置、協議体の設置　等）

**任意事業**

○ **介護給付費適正化事業**

○ **家族介護支援事業**

○ **その他の事業**

30

# 参考条文

**○介護保険法（平成９年法律第123号）**

**（地域支援事業）**

第百十五条の四十五　（略）

２　市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～三　（略）

四　医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）

五・六　（略）

３～５　（略）

**（市町村の連絡調整等）**

第百十五条の四十五の十　市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

２　市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

３　都道府県は、市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業及び第百十五条の四十五第二項各号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する支援に努めるものとする。

**○介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）**

**（法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業）**

第百四十条の六十二の八　法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、市町村が、同号に規定する連携を推進するに当たり、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築を目的として行う次に掲げる事業であって、地域支援事業(同号に規定する事業を除く。)その他の在宅医療及び介護に関する施策との連携を図るものとする。

一　地域における在宅医療及び介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携(以下「在宅医療・介護連携」という。)に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、在宅医療・介護連携に関する施策の企画及び立案(医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者(以下この条において「医療・介護関係者」という。)と共同して行うものとする。)、並びに医療・介護関係者に対して周知を行う事業

二　地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

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

四　医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業、医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得及び当該知識の向上のために必要な研修を行う事業その他の地域の実情に応じて医療・介護関係者を支援する事業

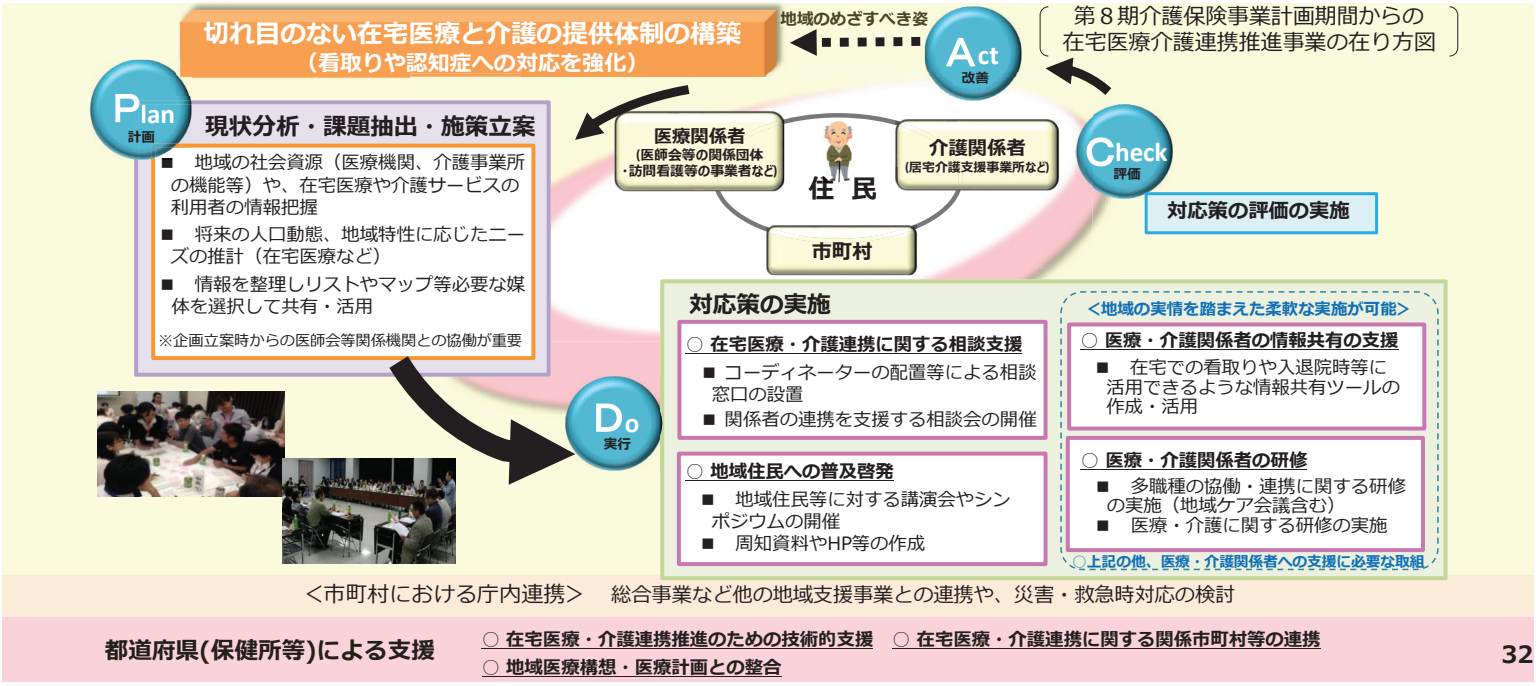
31

# 在宅医療・介護連携推進事業

○　在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。

○　平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。

○　令和２年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。




32

# 在宅医療・介護連携推進事業の手引き　改訂の要旨

○　平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、８つの事業項目を開始してきた。

○　本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知を行う。

○　さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたところ。

○　そして、本事業の開始から数年が経過し、現在では、８つの事業項目に限らず、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある。一方で、「将来的な本事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる等、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、８つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかとの指摘もある。

○　このような中で、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」として、令和２年９月に発出。

## 1　改訂のポイント



○　PDCAサイクルに沿った具体的な運用ができるような構成に再編

○　目標の設定の必要性や事業マネジメントの考え方、都道府県の役割の明確化

○　高齢者の状態像の変化と出来事のイメージに沿った、４つの場面を意識した考え方

○　好事例の横展開を図るため、事例の掲載

★在宅医療・介護連携推進事業の手引き(Ver.3)
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf

33

# 在宅医療・介護連携推進事業の手引き　改訂の要旨（抜粋）

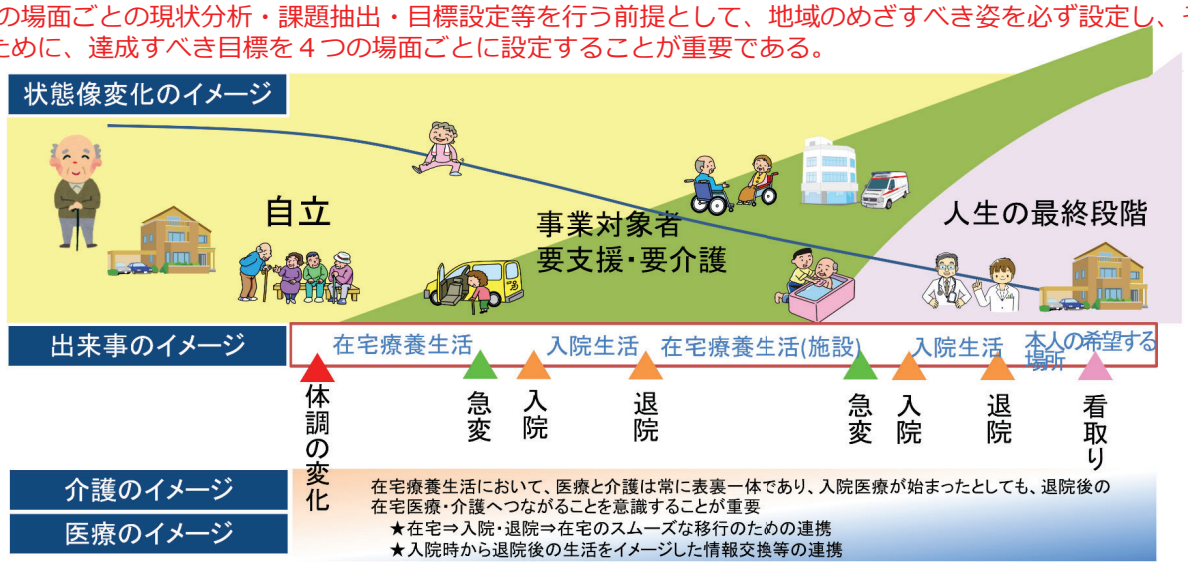
## 4　「第２章　市町村における事業の進め方」の要旨

### ●　４つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例　　P23

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

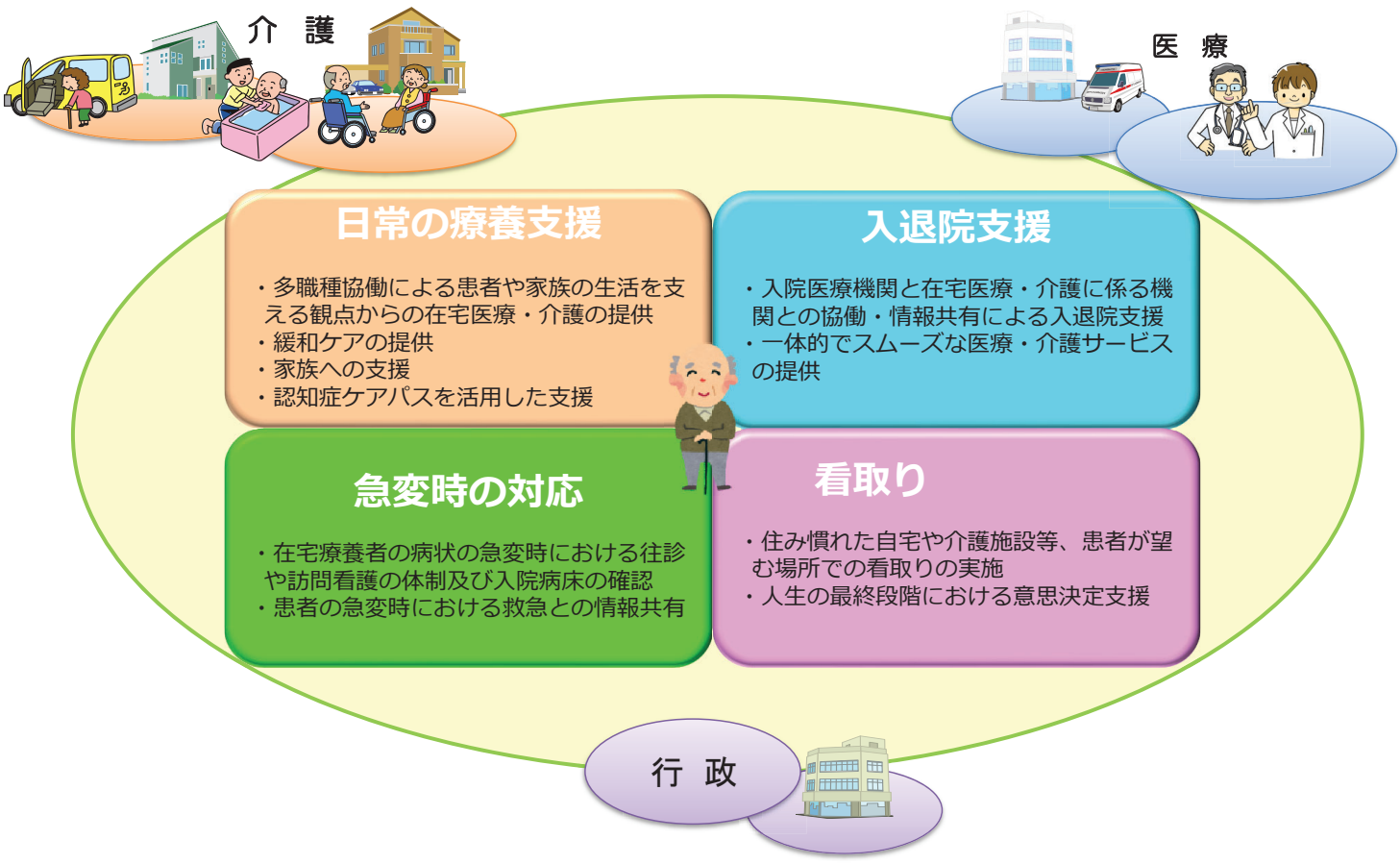
○　在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する４つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。なお、この４つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。

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




34

# 在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の４場面別にみた連携の推進）




35

# 在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

## 国の取組み

**①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援**
- 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供

**②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援**
- 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）

**③好事例の横展開**
- 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

## 都道府県の取組み

**①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等**
- 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- 他市町村の取組事例の横展開
- 必要なデータの分析・活用支援
- 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

**②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携**
- 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

**③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について**

## 市町村の取組み

**在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組**

**①現状分析・課題抽出・施策立案**
- 地域の医療・介護の資源の把握
- 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

**②対応策の実施**
- 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- 地域住民への普及啓発

●加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援

36

# 3.医療・介護連携に係る近年の方策

# （地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針））

37

# 総合確保方針の意義・基本的方向性の見直し（案）

【現行】

## 意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現

## 基本的方向性

（１）効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
（２）地域の創意工夫を活かせる仕組み
（３）質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
（４）限りある資源の効率的かつ効果的な活用
（５）情報通信技術（ICT）の活用

【見直し案】

## 意義

- 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者・国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

## 基本的方向性

（１）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築
（２）サービス提供人材の確保と働き方改革
（３）限りある資源の効率的かつ効果的な活用
（４）デジタル化・データヘルスの推進
（５）地域共生社会の実現
（別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿





# 総合確保方針の意義の見直し案

## １．意義

- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年（2025年）にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和22年（2040年）に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速する。
- 全国で見れば、65歳以上人口は令和22年を超えるまで、75歳以上人口は令和32年（2050年）を超えるまで増加が続くが、例えば、要介護認定率や１人当たり介護給付費が急増する85歳以上人口は令和7年まで75歳以上人口を上回る勢いで増加し、令和17年（2035年）頃まで一貫して増加する。外来患者数は令和７年（2025年）頃、入院患者数は令和22年（2040年）頃、在宅患者数は令和22年（2040年）以降に最も多くなる。一方で、都道府県や２次医療圏単位で見れば、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、入院・外来・在宅それぞれの医療需要も、ピークを迎える見込みの年が地域ごとに異なる。
- 生産年齢人口が減少していく中で、急激に高齢化が進行する地域もあれば、高齢化がピークを越える地域もあるなど、人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なる。こうした地域の実情に応じた医療及び介護提供体制の確保を図っていくことが重要である。その際、中山間地域や離島では、地理的要因によって医療や介護の資源が非常に脆弱な地域も存在することに留意する必要がある。また、求められる患者・利用者の医療・介護ニーズも変化している。高齢単身世帯が増えるとともに、慢性疾患や複数の疾患を抱える患者、医療・介護の複合ニーズを有する患者・利用者が増加しており、医療・介護の連携の必要性が高まっている。
- 特に、認知症への対応については、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人やその家族の視点を重視しながら共生と予防を車の両輪として施策を推進していく必要がある。
- いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

# 総合確保方針の基本的な方向性の見直し案（その１）

## （１）「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築

- 医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築が進められてきたが、今般の新型コロナウイルス感染症対応において、地域における医療・介護の提供に係る様々な課題が浮き彫りとなった。
- こうした課題にも対応できるよう、平時から医療機能の分化と連携を一層重視して国民目線で提供体制の改革を進めるとともに、新興感染症等が発生した際にも提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えることができるような体制を確保していくことが必要である。
- 入院医療については、まずは令和7年に向けて地域医療構想を推進し、その上で、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、更に医療機能の分化・連携を進めていくことが重要である。外来医療・在宅医療については、外来機能報告制度を踏まえ紹介受診重点医療機関の明確化を図るとともに、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行っていくことが重要である。これらについては、地域医療構想を更に推進する中で対応を進めるとともに、医療従事者の確保と働き方改革を一体的に進めていくことが重要である。また、医薬品の安定供給や提供体制の確保を図っていくことが必要である。
- 地域包括ケアシステムについては、介護サービスの提供体制の整備、住まいと生活の一体的な支援、医療と介護の連携強化、認知症施策の推進、総合事業、介護予防、地域の支え合い活動の充実等を含めた地域づくりの取組を通じて、その更なる深化・推進を図っていくことが重要である。
- 人口構成の変化や医療・介護需要の動向は地域ごとに異なることから、医療及び介護の総合的な確保を進めていくためには、地域の創意工夫を活かせる柔軟な仕組みを目指すことが必要である。
- 国民の行動変容を促す情報発信、人生の最終段階において本人が望む医療やケアについて家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発等、患者・利用者など国民の視点に立った医療・介護の提供体制の整備を進めていくことが重要である。





# 総合確保方針の基本的な方向性の見直し案（その２）

## （２）サービス提供人材の確保と働き方改革

- 令和22年に向けて生産年齢人口が急減する中で、医療・介護提供体制の確保のために必要な質の高い医療・介護人材を確保するとともに、サービスの質を確保しつつ、従事者の負担軽減が図られた医療・介護の現場を実現することが必要となる。
- 医療従事者については、働き方改革の取組を進めるとともに、各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の整備やタスク・シフト／シェア、チーム医療の推進、復職支援等を進めていくことが重要である。介護従事者については、これまでの処遇改善の取組に加え、ICTや介護ロボット等の活用、手続のデジタル化等により介護現場の生産性向上の取組を推進し、専門性を生かしながら働き続けられる環境づくりや復職支援、学校等と連携した介護の仕事の魅力発信に取り組むとともに、いわゆる介護助手の導入等の多様な人材の活用を図ることで、必要な人材の確保を図っていくことが重要である。
- このような取組を通じて、患者・利用者など国民の理解を得ながら、医療・介護サービス提供人材の確保と働き方改革を地域医療構想と一体的に進めることが重要である。

## （３）限りある資源の効率的かつ効果的な活用

- 人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくことが必要である。急速に少子高齢化が進む中、医療及び介護の提供体制を支える医療保険制度及び介護保険制度の持続可能性を高めていくためには、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用していく必要がある。
- こうした観点からも、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供、介護サービスの質の向上、介護サービス事業者の経営の協働化・大規模化、ケアマネジメントの質の向上を推進することが重要である。

# 総合確保方針の基本的な方向性の見直し案（その３）

## （４）デジタル化･データヘルスの推進

- オンライン資格確認等システムにおいては、患者の同意の下に、医療機関・薬局において特定健診等情報や薬剤情報等を確認し、より良い医療が提供される環境の整備が進められている。
- 介護についても、地域包括ケアシステムを深化・推進するため、介護情報を集約し、医療情報とも一体的に運用する情報基盤の全国一元的な整備を進めることとしている。
- オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等に加え、予防接種、電子処方箋、自治体検診、電子カルテ等の医療（介護を含む。）全般にわたる情報について共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」を創設する方向が示されている。
- 医療・介護連携を推進する観点から、医療・介護分野でのDX（デジタルトランスフォーメーション）を進め、患者・利用者自身の医療・介護情報の標準化を進め、デジタル基盤を活用して医療機関・薬局・介護事業所等の間で必要なときに必要な情報を共有・活用していくことが重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に向けた施策の立案に当たり、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）、公的データベース等やこれらの連結解析等を通じ、客観的なデータに基づいてニーズの分析や将来見通し等を行っていくEBPM（エビデンス・ベースト・ポリシー・メイキング）の取組が重要である。





# 総合確保方針の基本的な方向性の見直し案（その４）

## （5）地域共生社会の実現

- 孤独・孤立や生活困窮の問題を抱える人々が地域社会と繋がりながら、安心して生活を送ることができるようにするため、地域の包括的な支援体制の構築、いわゆる「社会的処方」の活用など「地域共生社会」の実現に取り組む必要がある。現に、従来からの地域包括ケアシステムに係る取組を多世代型に展開し、地域共生社会の実現を図る地方自治体も現れてきている。
- 医療・介護提供体制の整備については、住宅や居住に係る施策との連携も踏まえつつ、地域の将来の姿を踏まえた「まちづくり」の一環として位置付けていくという視点を明確にしていくことも重要である。
- 医療・介護提供体制の確保に当たっては、地域住民や地域の多様な主体の参画や連携を通じて、こうした「地域共生社会」を目指していく文脈の中に位置付けていくことが重要である。

## （別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの

※このほか、市町村計画の共同策定の明確化など所要の見直し

# （別添）ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿

## 1.ポスト2025年に対応した医療･介護提供体制の姿

- 医療･介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療･介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療･介護ニーズを支えていくため、医療･介護提供体制の最適化･効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療･介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療･介護提供の姿として現時点で想起し得るものを、患者･利用者など国民の目線で描いたもの。

## 2.ポスト2025年の医療･介護提供体制の姿の３つの柱

ポスト2025年の医療･介護提供体制の姿は、以下の３つの柱を同時に実現することを通じて、患者･利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

Ⅰ　医療･介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること

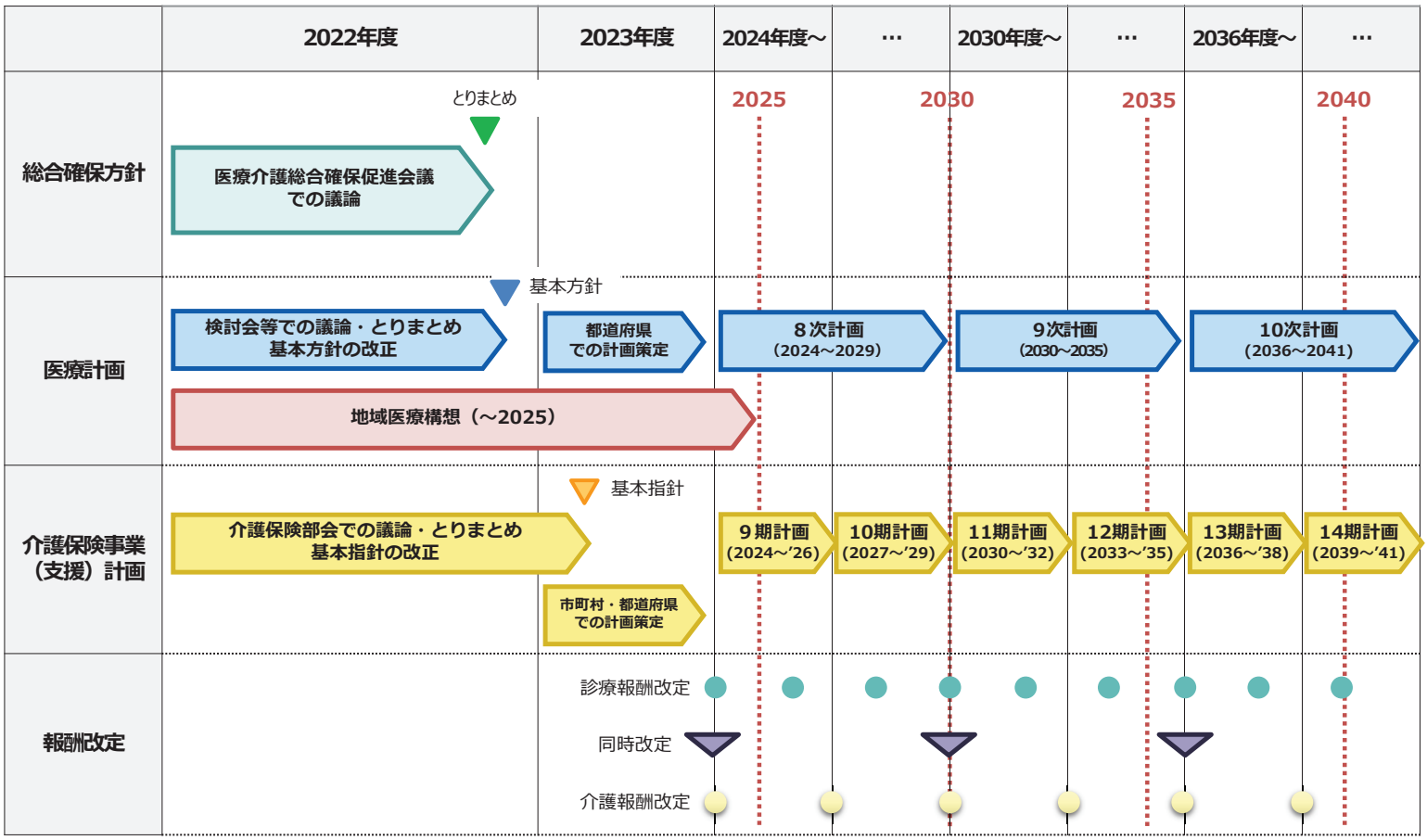
Ⅱ　地域に健康･医療･介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること

Ⅲ　健康･医療･介護情報に関する安全･安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療･介護を効果的･効率的に受けることができること





# （参考）今後のスケジュール



# ３.医療・介護連携に係る近年の方策

# （第９期介護保険事業（支援）計画の取組）



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

## 介護保険事業（支援）計画について

○　保険給付の円滑な実施のため、３年間を１期とする介護保険事業（支援）計画を策定している。

**国の基本指針（法第116条、８期指針：令和３年１月厚生労働省告示第29号）**

○ 介護保険法第116条第１項に基づき、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に規定する総合確保方針に即して、国が介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針を定める

※市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

**市町村介護保険事業計画（法第117条）**

○ 区域（日常生活圏域）の設定
○ 各年度における種類ごとの介護サービス量の見込み（区域毎）
○ 各年度における必要定員総数（区域毎）
※認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
○ 各年度における地域支援事業の量の見込み
○ 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標　　○ その他の事項

**保険料の設定等**

○保険料の設定
○市町村長は、地域密着型の施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定をしないことができる。

**都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）**

○ 区域（老人福祉圏域）の設定
○ 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（区域毎）
○ 各年度における必要定員総数（区域毎）
※介護保険施設、介護専用型特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
※混合型特定施設に係る必要定員総数を設定することもできる（任意）
○ 市町村が行う介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標　　○ その他の事項

**基盤整備**

○都道府県知事は、介護保険施設等について、必要定員総数を超える場合に、指定等をしないことができる。

## 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和６年厚生労働省告示第18号）

**第一　サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項**
**一　地域包括ケアシステムの基本的理念**
**３　在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備**

地域包括ケアシステムの構築に必要となる在宅医療の提供体制は在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、在宅医療・介護が円滑に提供される仕組みの構築のため、国又は都道府県の支援の下、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要である。今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、市町村は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療・介護の提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）を推進するための体制の整備を図ることが重要である。

そのために、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が主体となって、医療・介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和五年法律第三十一号。以下「令和五年の健保法等改正」という。）によって創設された医療法（昭和二十三年法律第二百五号）におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しながら、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要である。その際には、医療や介護、健康づくり部局の庁内連携を密にするとともに、取組を総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。

また、市町村でＰＤＣＡサイクルに沿った事業展開を行うことができるよう、地域包括ケア「見える化」システムを周知すること等が重要である。

**第二　市町村介護保険事業計画の作成に関する事項**
**三　市町村介護保険事業計画の任意記載事項**
**１　地域包括ケアシステムの深化・推進のため重点的に取り組むことが必要な事項**
**（一）　在宅医療・介護連携の推進**

在宅医療・介護連携の推進により、在宅医療・介護が円滑に提供される仕組みを構築し、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、医療計画に基づく医療機能の分化と並行して、令和五年の健保法等改正によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等を踏まえた協議の結果も考慮しつつ、市町村が主体となって、日常生活圏域において必要となる在宅医療・介護連携のための体制を充実させることが重要である。市町村は、地域の医師会等の協力を得つつ、在宅医療・介護連携を計画的かつ効果的に推進するため、各地域においてあるべき在宅医療・介護提供体制の姿を共有した上で、在宅医療・介護連携推進事業の具体的な実施時期や評価指標等を定め、ＰＤＣＡサイクルに沿って取組を推進していくことが重要である。また、推進に当たっては、看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力を強化していく観点からの取組を進めていくことが重要である。さらに、感染症発生時や災害時においても継続的なサービス提供を維持するため、地域における医療・介護の連携が一層求められる中、在宅医療・介護連携推進事業を活用し、関係者の連携体制や対応を検討していくことが望ましい。

なお、市町村は、地域住民に対して、医療・介護サービスについて理解を深めてもらえるよう、的確な情報提供及びわかりやすく丁寧な説明を行っていくことや関連施策との連携を図っていくことが重要である。

**第三　都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項**
**三　都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項**
**１　地域包括ケアシステムの深化・推進のための支援に関する事項**
**（一）　在宅医療・介護連携の推進**

在宅医療の提供体制の充実に係る都道府県と市町村の連携と役割分担について、医療計画を推進していく中で改めて明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を推進することが重要である。

在宅医療・介護連携を推進し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備を支援するため、保健医療部局とも連携しながら、令和五年の健保法等改正によって創設された医療法におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しつつ、在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析、在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための情報発信、好事例の横展開及び人材育成等の研修会の開催、市町村で事業を総合的に進める人材の育成、都道府県医師会等の医療・介護関係団体その他の関係機関との連携及び調整や市町村が地域の関係団体と連携体制を構築するための支援、入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携及び調整、小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援、保健所の活用を含めた市町村への広域連携が必要な事項に関する支援や、各市町村へのデータの活用・分析を含めた具体的な支援策を定めることが重要である。

48

# ３.医療・介護連携に係る近年の方策

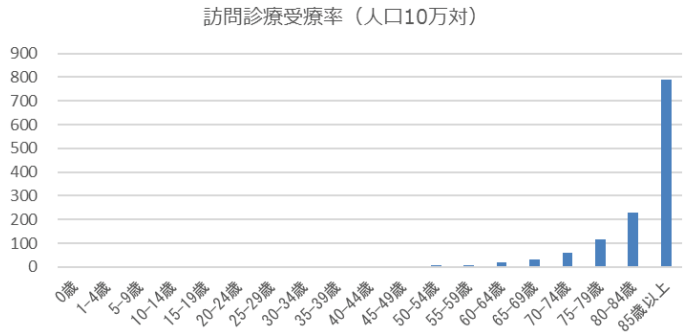
# （第８次医療計画の取組）
# （在宅医療の推進）

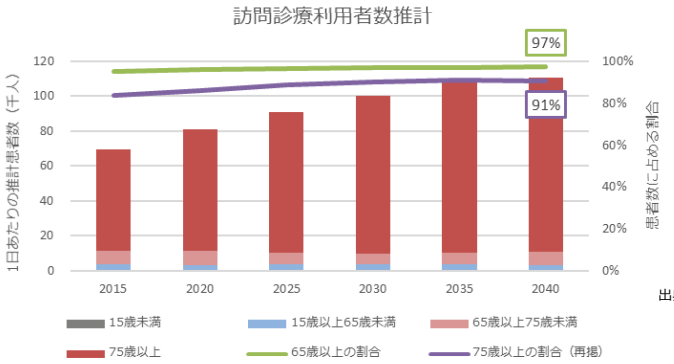
49

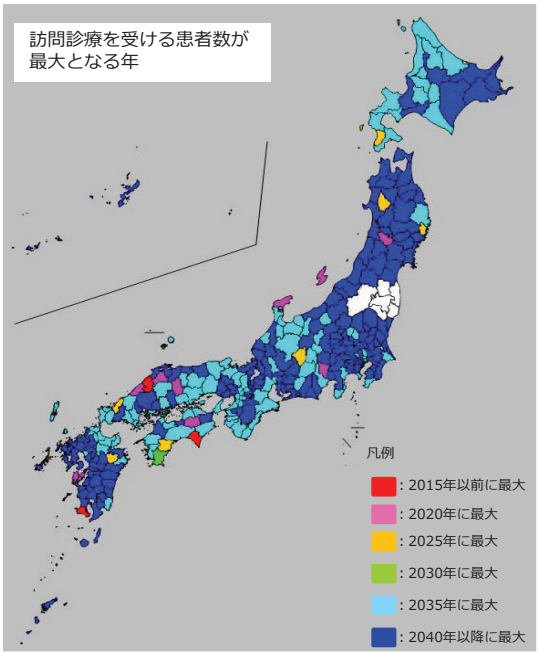
# 医療需要の変化①　在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

第７回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年３月４日
資料１改

○　全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
○　在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。




出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院ー外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
※ 病院、一般診療所を対象に集計。
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

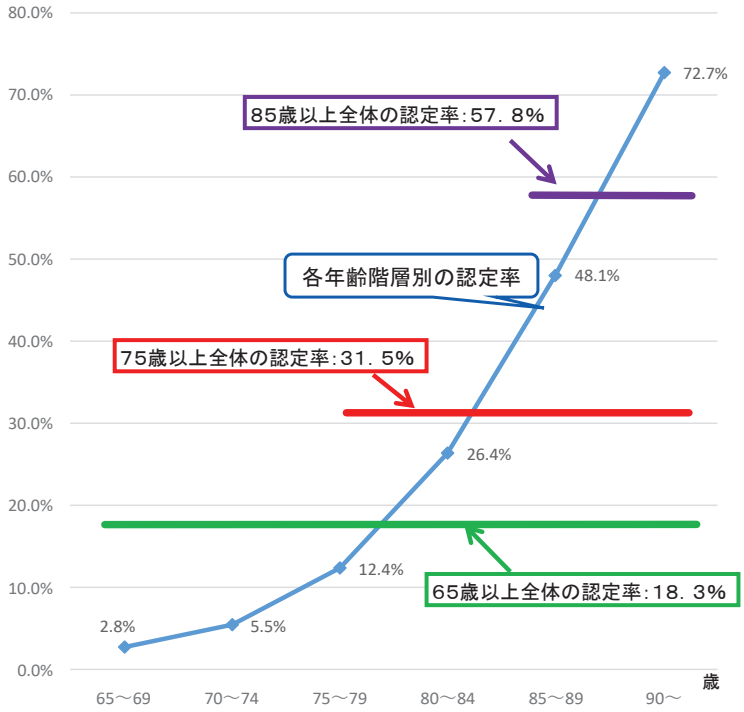
50

# 医療需要の変化②　医療と介護の複合ニーズが一層高まる

第７回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年３月４日
資料１改

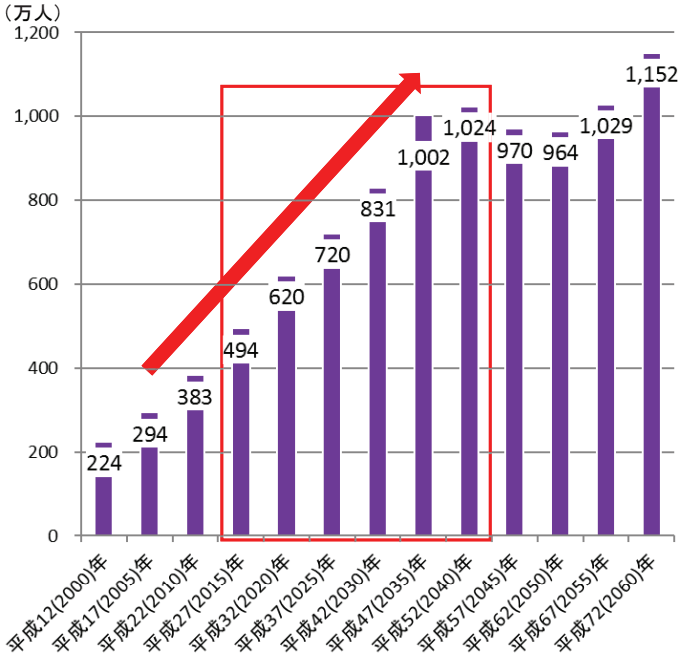
○　要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
○　2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

## 年齢階級別の要介護認定率




出典：2020年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

## 85歳以上の人口の推移




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

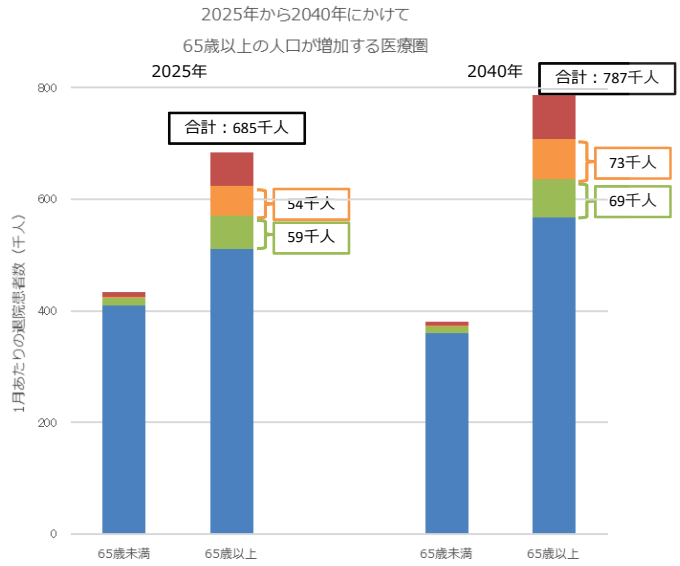
51

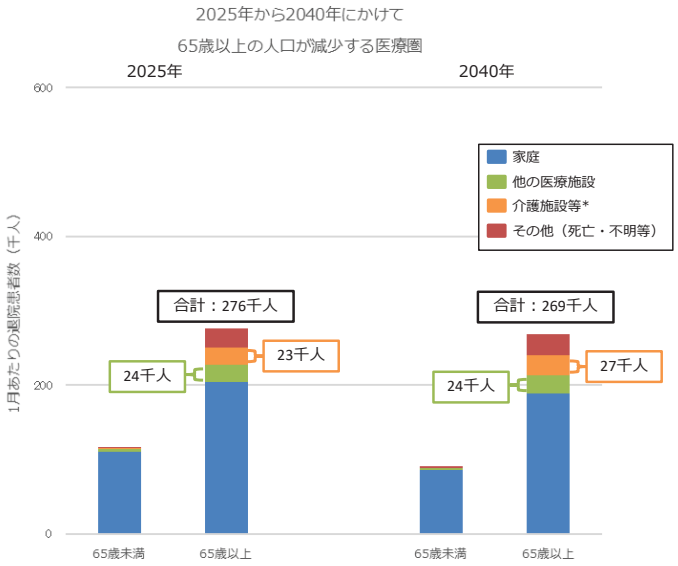
# 医療需要の変化③　介護施設等・他の医療施設へ退院する患者数が増加する

第７回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年３月４日
資料１改

○　2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が増加する医療圏（135の医療圏）では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて15%増加するが、そのうち、介護施設等（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設）へ退院する患者数は34%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は18%増加すると見込まれる。
○　2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が減少する医療圏（194の医療圏）では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて減少するが、そのうち、介護施設等へ退院する患者数は16%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は微増すると見込まれる。

## 退院患者の退院先の推移




出典：患者調査（平成29年）「推計退院患者数、入院前の場所×性・年齢階級別」「推計退院患者数、退院後の行き先×性・年齢階級別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
*介護施設等：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設
※ 退院患者数は、患者調査の時点での人口を用いて受療率を算出し、将来の推計人口を掛け合わせて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

52

# 在宅医療の体制について

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

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

～　「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ　～

**在宅医療の提供体制に求められる医療機能**

**①退院支援**
○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

**②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の提供
○緩和ケアの提供
○家族への支援

**④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

**③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

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

・病院、診療所（歯科含む）　・薬局
・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
・短期入所サービス提供施設
・相談支援事業所　等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

**在宅医療において積極的役割を担う医療機関**
○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
・他医療機関の支援
・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院　等



**在宅医療に必要な連携を担う拠点**
○①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
・地域の関係者による協議の場の開催
・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
・関係機関の連携体制の構築　等

・市町村　・保健所
・医師会等関係団体　等



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

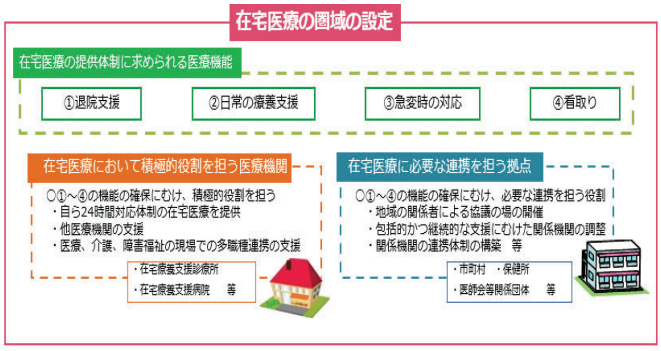
53

# 在宅医療の体制（第８次医療計画の見直しのポイント）

## 概　　要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

## 在宅医療の提供体制




◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。

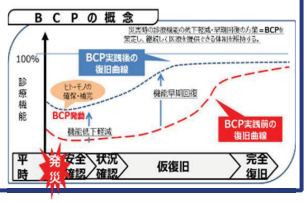
◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。

◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

## 急変時・看取り、災害時等における整備体制

◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。

◆ 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。




## 在宅医療における各職種の関わり

◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。

◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。

◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。

◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。

◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

54

# 在宅医療の体制構築に係る指針①（体制整備、介護との連携）

| 令和５年度<br>第１回医療政策研修会 | 資料13 |
|---|---|
| 令和５年５月24日 | |

＜在宅医療の体制構築に係る指針（令和５年３月31日）より抜粋＞

第２　医療体制の構築に必要な事項

２　各医療機能と連携

（５）在宅医療において積極的役割を担う医療機関

自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関**として**医療計画に位置付けること**。

また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、**在宅療養支援診療所**及び**在宅療養支援病院**等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担う**こととする。

（６）在宅医療に必要な連携を担う拠点

地域の実情に応じ、**病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれか**を**在宅医療に必要な連携を担う拠点**として**医療計画に位置付ける**こと。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が**在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携**を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

第３　構築の具体的な手順

２　圏域の設定

（３）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、**従来の二次医療圏にこだわらず**、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、**市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定**する。なお、**在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも１つは設定する**こと。

55

# 在宅医療の体制構築に係る指針②（急変時、看取り、災害時）

令和５年度
第１回医療政策研修会
令和５年５月24日

資料13

<在宅医療の体制構築に係る指針（令和５年３月31日）より抜粋>

第２　医療体制の構築に必要な事項

２　各医療機能と連携

（３）急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】
②　在宅医療に係る機関に求められる事項
・　患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、**事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等**、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、**消防関係者も含め連携体制の構築**を進めることが望ましい
③　入院医療機関に求められる事項
・　特に、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院**においては、**地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携**することで、円滑な診療体制の確保に努めること
（４）患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】
②　在宅医療に係る機関に求められる事項
・　本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、**医療と介護の両方を視野に入れ**、利用者の状態の変化に対応し、**最期を支えられる訪問看護の体制**を整備すること
・　**麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制**を整備すること

第３　構築の具体的な手順

３　連携の検討
（４）災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、**業務継続計画（BCP）の策定**を推進すること。



# 在宅医療の体制構築に係る指針③（各職種の関わり）

令和５年度
第１回医療政策研修会
令和５年５月24日

資料13

<在宅医療の体制構築に係る指針（令和５年３月31日）より抜粋>

第１　在宅医療の現状

２　在宅医療の提供体制
（２）日常の療養生活の支援
③　訪問歯科診療
近年、口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔の管理の重要性が高まっている。こうした観点から、歯科医師だけでなく、**歯科衛生士の口腔の管理へのより一層の関わり**が期待されている。今後は地域の実情を踏まえ、**歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携**や**医科歯科連携**を更に推進していくことが求められている。
④　訪問薬剤管理指導
高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、**麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備**が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。
⑤　訪問リハビリテーション
今後、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点を踏まえ、**医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制の整備**が求められる。
なお、医療計画においては病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院から提供される訪問リハビリテーションについて検討することとする。

第２　医療体制の構築に必要な事項

２　各医療機能と連携
（２）日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】
②　在宅医療に係る機関に求められる事項
・　身体機能及び生活機能の維持向上のための**口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理**を適切に提供するために、関係職種間で**連携体制**を構築すること
・　日常生活の中で、**栄養ケア・ステーション等と連携**し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
・　在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、**医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供**される必要がある

# 第８次医療計画における在宅医療の圏域について

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

## 二次医療圏について

地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（中略）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること

【出典】医療法施行規則　第三十条の二九（昭和二十三年厚生省令第五十号）

## 在宅医療の圏域について

５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

【出典】「医療計画について」（令和５年３月31日　厚生労働省医政局長通知（令和５年６月15日一部改正））

＜在宅医療の体制構築に係る指針＞
第３　構築の具体的な手順
２圏域の設定
（１）都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第２ 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１ 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。
圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。
（２）医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
（３）圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも１つは設定すること。
（４）検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

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

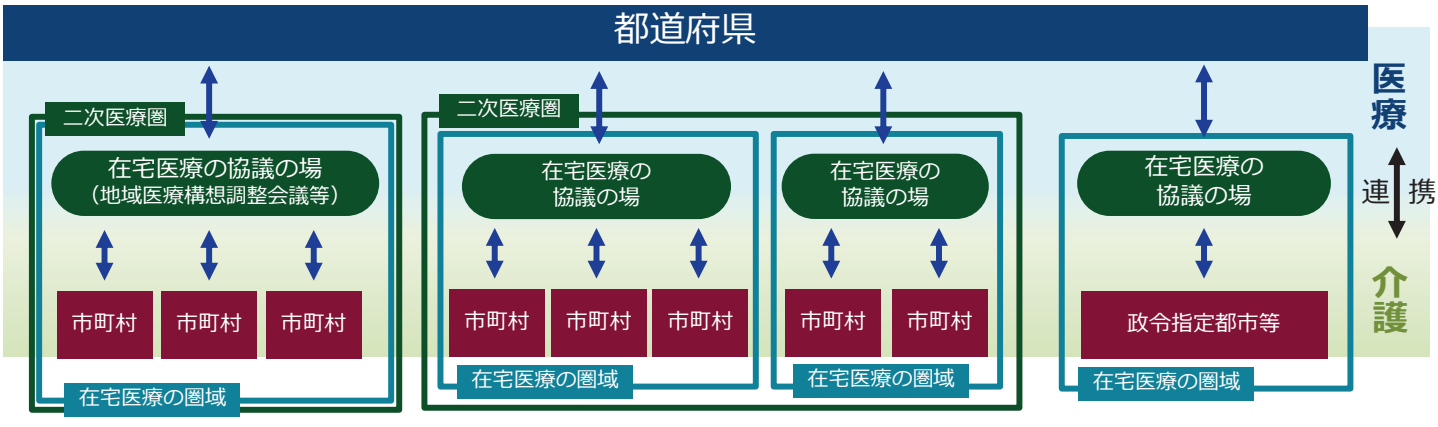


# 在宅医療の圏域の設定単位の考え方

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

○　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。

都道府県と市町村の連携体制

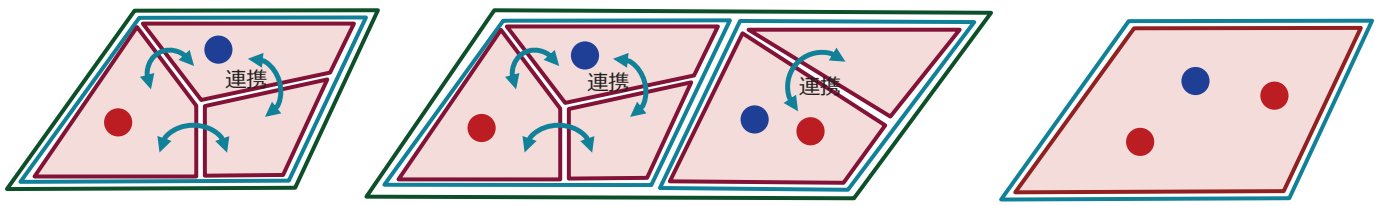



二次医療圏単位で医療・介護の連携体制を構築できる場合

市町村以上二次医療圏未満の単位で医療・介護の連携体制を構築できる場合

市・区単位で医療・介護の連携体制を構築できる場合

在宅医療の圏域




二次医療圏　在宅医療の圏域　市区町村　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

# 第８次医療計画における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、 ①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。

＜「在宅医療の体制構築に係る指針」＞
第２　医療体制の構築に必要な事項
　２　各医療機能との連携
（５）　在宅医療において積極的役割を担う医療機関
　前記（１）から（４）までに掲げる目標の達成に向けて、自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置づけられることが想定される。
　なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。
① 目標
・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
・ 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
・ 患者の家族への支援を行うこと
② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項
・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
・ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
・ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

【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））



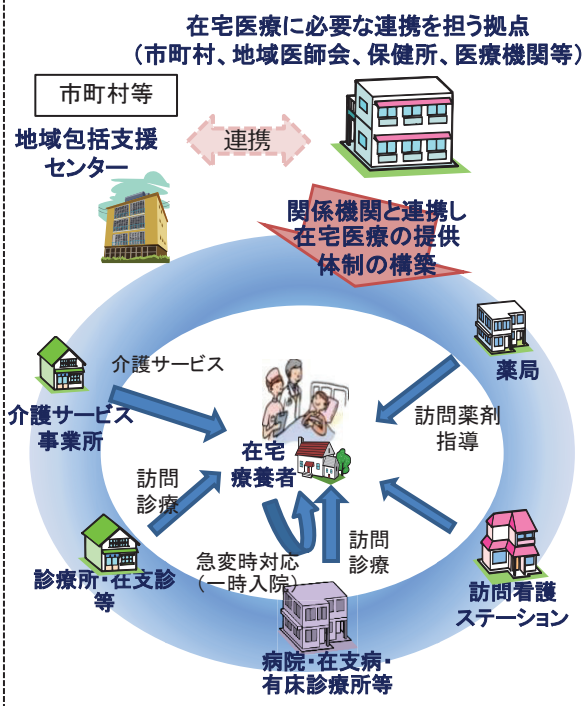


# 第８次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、 ①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について記載した。

＜「在宅医療の体制構築に係る指針」＞
第２　医療体制の構築に必要な事項
　２　各医療機能と連携
（６）　在宅医療に必要な連携を担う拠点
　前記（１）から（４）までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。
　在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。
　また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。
　なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。
① 目標
・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと
② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項
・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

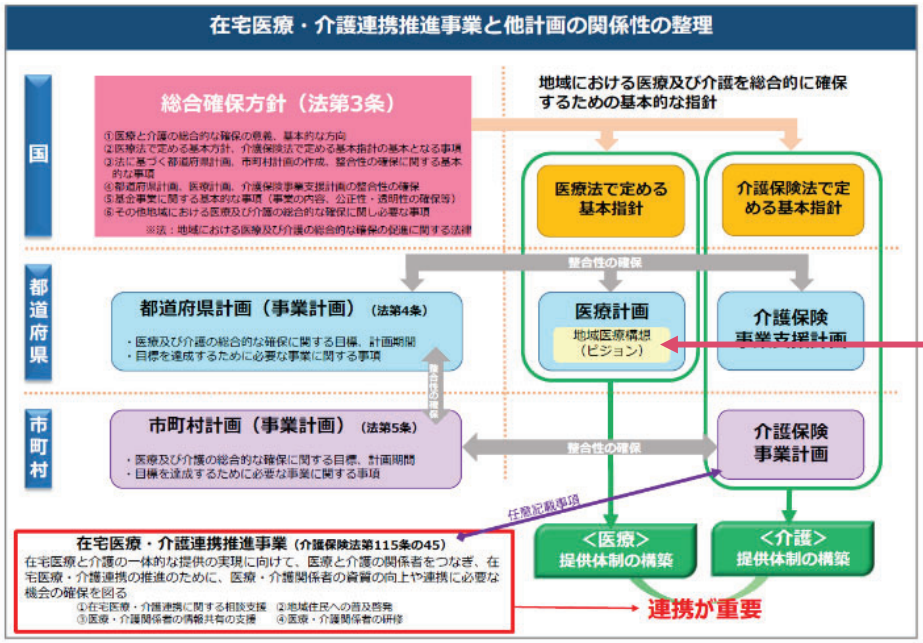



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

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

○　第８次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には「市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である」と記載されている。

○「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。




※　在宅医療・介護連携推進事業の手引き　Ver.3　（令和２年9月）

在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】病院、診療所、訪問看護事業所、
地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

【求められる事項】
- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること
  （関係機関の例）
  - 病院・診療所
  - 薬局
  - 訪問看護事業所
  - 居宅介護支援事業所
  - 訪問介護事業所
  - 介護保険施設
  - その他の介護施設・事業所
  - 地域包括支援センター
  - 基幹相談支援センター・相談支援事業所
  - 消防機関



# 「在宅医療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
○　家族への支援
○　緩和ケアの提供
○　認知症ケアパスを活用した支援

## 入院・退院支援

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

## 急変時の対応

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

## 看取り

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

地域医療介護総合確保基金

在宅医療の対象は高齢者に限らない

主に高齢者が対象

地域支援事業交付金

### 在宅医療に必要な連携を担う拠点

○　上記４つの機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の開催
- 在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出、対応策の検討
- 地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等との連携も含め、包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整、連携体制構築　等

【設置主体】市町村、保健所、地域医師会等関係団体、
病院、診療所、訪問看護事業所　　等

### 在宅医療・介護連携推進事業

○　上記４つの機能に加えて、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面に在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図る。

【実施主体】市町村

※　「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とが同一となることも可能

# 3.医療・介護連携に係る近年の方策

# （かかりつけ医機能が発揮される制度整備）



## 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年法律第31号）の概要

令和5年5月12日成立、5月19日公布

### 改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

### 改正の概要

**1．こども・子育て支援の拡充**【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和５年４月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。

② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

**2．高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し**【健保法、高確法】

① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。

② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

**3．医療保険制度の基盤強化等**【健保法、船保法、国保法、高確法等】

① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。

② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（６年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。

③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

**4．医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化**【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。

② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。

③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。

④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。

⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和５年９月末→令和８年12月末)等を行う。

等

### 施行期日

令和６年４月１日（ただし、３①の一部及び４⑤は公布日、４③の一部は令和５年８月１日、１②は令和６年１月１日、 ３①の一部及び４①は令和７年４月１日、４③の一部は公布後３年以内に政令で定める日、４②は公布後４年以内に政令で定める日）

# 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律における介護保険関係の主な改正事項

## Ⅰ．介護情報基盤の整備

○ **介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を医療保険者と一体的に実施**

- 被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を介護保険者である市町村の地域支援事業として位置付け
- 市町村は、当該事業について、医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託できることとする

※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。

## Ⅱ．介護サービス事業者の財務状況等の見える化

○ **介護サービス事業所等の詳細な財務状況等を把握して政策立案に活用するため、事業者の事務負担にも配慮しつつ、財務状況を分析できる体制を整備**

- 各事業所・施設に対して詳細な財務状況（損益計算書等の情報）の報告を義務付け

※職種別の給与（給料・賞与）は任意事項。

- 国が、当該情報を収集・整理し、分析した情報を公表

## Ⅲ．介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務

○ **介護現場における生産性の向上に関して、都道府県を中心に一層取組を推進**

- 都道府県に対し、介護サービス事業所・施設の生産性の向上に資する取組が促進されるよう努める旨の規定を新設　など

## Ⅳ．看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

○ **看多機について、サービス内容の明確化等を通じて、更なる普及を進める**

- 看多機のサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化　など

## Ⅴ．地域包括支援センターの体制整備等

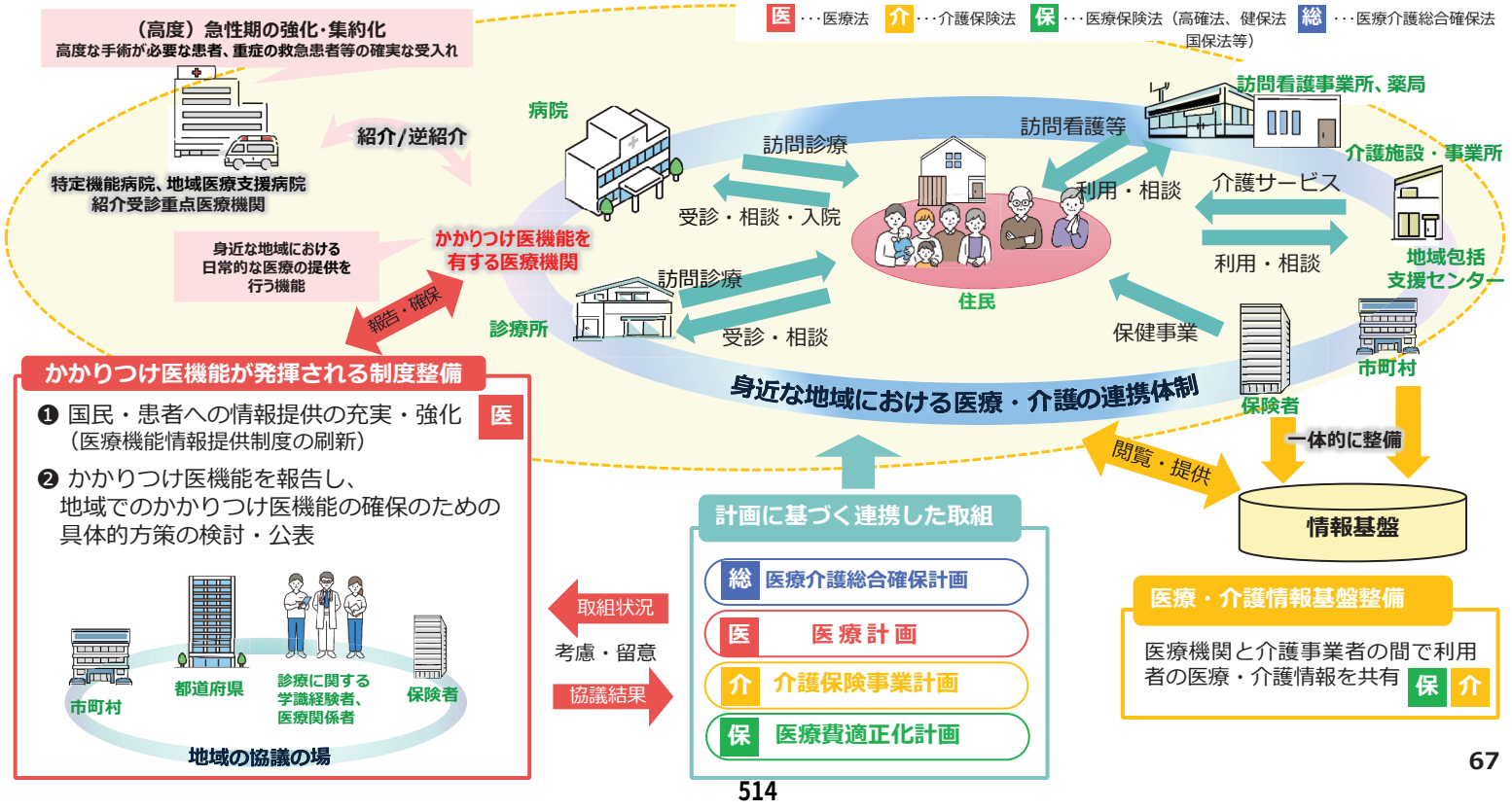
○ **地域の拠点である地域包括支援センターが地域住民への支援をより適切に行うための体制を整備**

- 要支援者に行う介護予防支援について、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施可能とする　など



# 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



# （参考）関連附帯決議、閣議決定

全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（令和３年６月３日 参議院厚生労働委員会）（抜粋）

十二、2022年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。

経済財政運営と改革の基本方針2022（令和４年６月７日 閣議決定）（抜粋）

（少子化対策・こども政策）

結婚・妊娠・出産・子育てに夢や希望を感じられる社会を目指し、「希望出生率1.8」の実現に向け、「少子化社会対策大綱」等に基づき、結婚、妊娠・出産、子育てのライフステージに応じた総合的な取組の推進、結婚新生活立上げ時の経済的負担の軽減や出会いの機会・場の提供など地方自治体による結婚支援の取組に対する支援、妊娠前から妊娠・出産、子育て期にわたる切れ目ない支援の充実、「新子育て安心プラン」の着実な実施や病児保育サービスの推進等仕事と子育ての両立支援に取り組む。妊娠・出産支援として、不妊症・不育症支援やデジタル相談の活用を含む妊産婦支援・産後ケアの推進等に取り組むとともに、出産育児一時金の増額を始めとして、経済的負担の軽減についても議論を進める。流産・死産等を経験された方への支援に取り組む。

（全世代型社会保障の構築）

全世代型社会保障は、「成長と分配の好循環」を実現するためにも、給付と負担のバランスを確保しつつ、若年期、壮中年期及び高齢期のそれぞれの世代で安心できるよう構築する必要がある。そのために、社会保険を始めとする共助について、包摂的で中立的な仕組みとし、制度による分断や格差、就労の歪みが生じないようにする。これにより、我が国の中間層を支え、その厚みを増すことに寄与する。給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、能力に応じて皆が支え合うことを基本としながら、それぞれの人生のステージに応じて必要な保障をバランスよく確保する。その際、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、後期高齢者医療制度の保険料賦課限度額の引上げを含む保険料負担の在り方等各種保険制度における負担能力に応じた負担の在り方等※の総合的な検討を進める。全世代型社会保障の構築に向けて、世代間の対立に陥ることなく、全世代にわたって広く基本的な考え方を共有し、国民的な議論を進めていく。（略）

※これまでの経済財政運営と改革の基本方針や新経済・財政再生計画改革工程表に掲げられた医療・介護等に関する事項を含む。



# かかりつけ医機能が発揮される制度整備

## 趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

## 概要

**（１）医療機能情報提供制度の刷新（令和６年４月施行）**

- かかりつけ医機能（「 身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

**（２）かかりつけ医機能報告の創設（令和７年４月施行）**

- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

**（３）患者に対する説明（令和７年４月施行）**

- 都道府県知事による（２）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

# かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

○ 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
○ 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

## 国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携　　等

イメージ図

医療機能情報提供制度（H18）

| | | |
|---|---|---|
| 入院 | | 病床機能報告（H26） |
| 外来 | 有床診・病院 | 外来機能報告（R3）（紹介受診重点医療機関の確認） |
| | 無床診 | かかりつけ医機能報告（新設） |
| 在宅 | | |

## 制度整備の内容

### 医療機能情報提供制度の刷新

・医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
❶情報提供項目の見直し
❷全国統一のシステムの導入

### かかりつけ医機能報告による機能の確保

・慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
・都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表**（※）。
・あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で**「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。**

※　医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。



# 医療機能情報提供制度の刷新

| 第102回社会保障審議会医療部会 | 資料１ |
|---|---|
| 令和５年９月29日 | |

➢ 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能を十分に理解した上で**、自ら適切に医療機関を選択できるよう、「医療機能情報提供制度」（※）の充実・強化を図る。

（※）医療機能情報提供制度は、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報（診療科目、診療日、診療時間、対応可能な治療内容等）について都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。

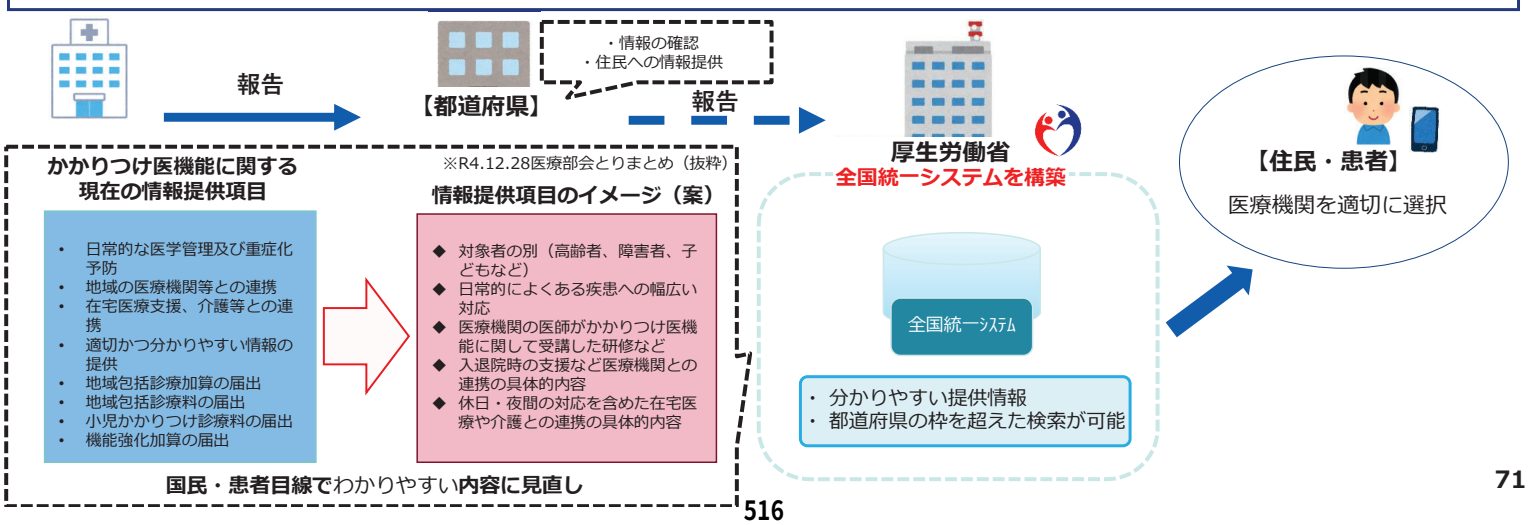
**【見直しのポイント】**

①　医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化

＜かかりつけ医機能＞
**身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能を「かかりつけ医機能」と定義**

②　全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供

③　国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**（厚生労働省令）
（具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。）



# かかりつけ医機能報告の創設



➢ **慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。**

➢ **慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告**を行う。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

**【報告対象となる医療機関】**

○　地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な**病院又は診療所**として厚生労働省令で定めるもの
※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

**【報告事項】**

○　かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
①：継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の**日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**（厚生労働省令で定めるものに限る）
②：①を有する場合は、⑴**通常の診療時間外の診療**、⑵**入退院時の支援**、⑶**在宅医療の提供**、⑷**介護サービス等と連携した医療提供**、⑸**その他厚生労働省令で定める機能**（⑴～⑷は厚生労働省令で定めるものに限る）
・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容

➢ 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした**医療機関がその機能の確保に係る体制**として厚生労働省令で定める要件に該当するもの**を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告する**とともに、厚生労働省令で定めるところにより**公表**する。

➢ 都道府県知事は、**医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表**する。

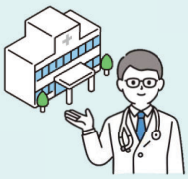
72

# かかりつけ医機能報告の流れ



## かかりつけ医機能報告概要

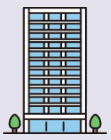
○慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
○都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
○都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



かかりつけ医機能報告
対象医療機関

① かかりつけ医機能の報告

**◆継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能の有無・内容**
（第30条の18の４第１項）
＜報告項目イメージ＞
1：日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
2：1を有する場合、
⑴時間外診療、⑵入退院支援、⑶在宅医療、⑷介護等との連携、⑸その他厚生労働省令で定める機能



都道府県

② 報告の内容
（第30条の18の４第７項）

③ 都道府県の確認

④確認結果
（第30条の18の４第３項、第５項）

公表

**2(1)～(4)等の機能の確保に係る体制を確認(※)。**
**（第30条の18の４第２項）**
**・体制に変更があった場合は、再度報告・確認**
**（第30条の18の４第４項）**

⑤確認結果の報告







外来医療に関する
地域の協議の場

⑥ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討（第30条の18の５）

具体的方策の例
◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
◆地域の医療機関間の連携の強化　など

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。
※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

⑦協議結果

公表

※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外
医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等（第30条の18の４第６項等）

73

## 介護保険制度の見直しに関する意見
## （令和４年12月20日　社会保障審議会介護保険部会）

**（医療・介護連携）**

○　在宅医療・介護連携の推進に向けて、
- 市町村と医師会等関係機関・医師等専門職の緊密な連携
- 施設・居住系サービスをはじめとする介護事業者と地域の医療機関等との連携
- 都道府県や市町村における医療や介護・健康づくり部門の庁内連携、総合的に進める人材の育成・配置
- 広域的な調整やデータの活用・分析など、都道府県による市町村支援の推進
- 国による自治体支援

などを進めていく必要がある。

○　在宅医療・介護連携推進事業について、これまでの事業を踏まえつつも、市町村が地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図られるとともに、最近の動向を踏まえ、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつＰＤＣＡサイクルに沿って運用することが重要である。令和２年介護保険制度改正において見直した省令や手引き等について、国としても引き続きその周知を図っていくことが適当である。また、各自治体の取組状況や課題を把握し、国による自治体支援の内容を検討していくことも重要である。

○　自治体がＰＤＣＡサイクルに沿った事業展開を確立していくため、地域包括ケア「見える化」システムも含むデータの活用方法を分かり易く整理し、周知することが適当である。加えて、事業の好事例を横展開することも重要である。

○　地域の介護サービス基盤の整備に当たっては、介護保険事業（支援）計画と地域医療構想の整合も含め、医療提供体制の在り方と一体的に議論を行いながら進めていくことが必要である。

○　医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性を図るため、計画策定の際に、都道府県や市町村における医療・介護の担当部局間で協議を行い、緊密な連携を図ることが重要であり、国としても両計画の整合性を図るための支援を行うことが適当である。

○　なお、介護保険事業（支援）計画の作成に当たっては、地域福祉計画、障害福祉計画その他要介護者の保健、医療、福祉等に関する事項を定める計画との調和を図ることが重要である。

**（かかりつけ医機能との連携）**

○　社会保障審議会医療部会において、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が検討されている。かかりつけ医機能には、在宅医療の提供、介護との連携が含まれることから、医療と介護の連携を更に強化するため、こうした検討状況を踏まえて必要な対応を検討することが適当である。



# ３.医療・介護連携に係る近年の方策

# （共生社会の実現を推進するための認知症基本法）

# 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

## 1.目的

**認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう**、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ **認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進**

**～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～**

## 2.基本理念

認知症施策は、**認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう**、①～⑦を基本理念として行う。

① 全ての**認知症の人**が、**基本的人権を享有する個人**として、**自らの意思**によって日常生活及び社会生活を営むことができる。

② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深めることができる。

③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁**となるものを**除去**することにより、全ての認知症の人が、**社会の対等な構成員**として、**地域**において**安全**にかつ**安心**して**自立した日常生活**を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会**及び社会のあらゆる分野における活動に**参画する機会**の確保を通じて**その個性と能力を十分に発揮**することができる。

④ 認知症の人の**意向を十分に尊重**しつつ、**良質かつ適切**な**保健医療サービス**及び**福祉サービス**が切れ目なく提供される。

⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が**地域**において**安心**して**日常生活**を営むことができる。

⑥ **共生社会**の実現に資する**研究等を推進**するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る**予防、診断**及び**治療**並びに**リハビリテーション**及び**介護方法**、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく**研究等の成果**を広く**国民が享受できる環境を整備**。

⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の**各関連分野**における**総合的な取組**として行われる。

## 3.国・地方公共団体等の責務等

**国・地方公共団体**は、**基本理念**にのっとり、認知症施策を**策定・実施する責務**を有する。

**国民**は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深め、共生社会の**実現に寄与**するよう努める。

**政府**は、認知症施策を実施するため必要な**法制上又は財政上**の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

## 4.認知症施策推進基本計画等

**政府**は、**認知症施策推進基本計画**を策定（**認知症の人**及び**家族等**により構成される**関係者会議**の意見を聴く。）

**都道府県・市町村**は、それぞれ**都道府県計画・市町村計画**を策定（**認知症の人**及び**家族等**の意見を聴く。）（努力義務）

76

## 5.基本的施策

①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
- 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
- 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策

③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
- 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
- 若年性認知症の人（６５歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策

④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
- 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
- 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
- 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策

⑥【相談体制の整備等】
- 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
- 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策

⑦【研究等の推進等】
- 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及　等
- 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用　等

⑧【認知症の予防等】
- 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
- 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※　その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

## 6.認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする**認知症施策推進本部**を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、**認知症の人**及び**家族等**により構成される**関係者会議**を設置し、意見を聴く。

※　施行期日等：公布の日から起算して１年を超えない範囲内で施行、施行後５年を目途とした検討

77

# 3.医療・介護連携に係る近年の方策

# （医療・介護連携に係る報酬上の評価）



## 令和６年度介護報酬改定の概要

■ 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

### １．地域包括ケアシステムの深化・推進

■ 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- 質の高い公正中立なケアマネジメント
- 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- 医療と介護の連携の推進
  - ➢ 在宅における医療ニーズへの対応強化　➢ 在宅における医療・介護の連携強化
  - ➢ 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
  - ➢ 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- 看取りへの対応強化
- 感染症や災害への対応力向上
- 高齢者虐待防止の推進
- 認知症の対応力向上
- 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

### ２．自立支援・重度化防止に向けた対応

■ 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- LIFEを活用した質の高い介護

### ３．良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

■ 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

- 介護職員の処遇改善
- 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- 効率的なサービス提供の推進

### ４．制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

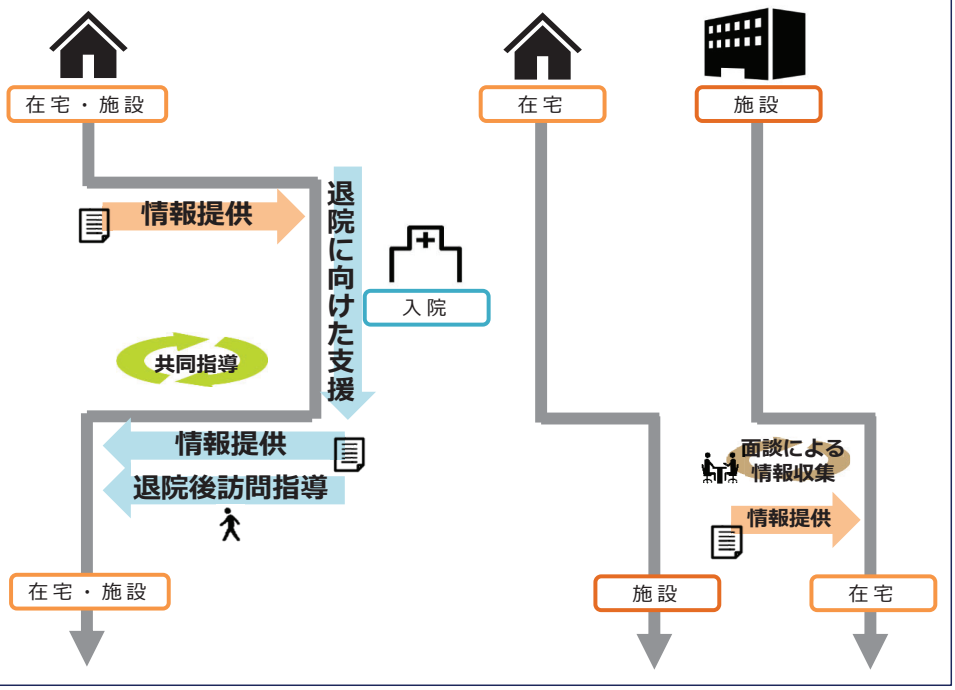
- 評価の適正化・重点化
- 報酬の整理・簡素化

### ５．その他

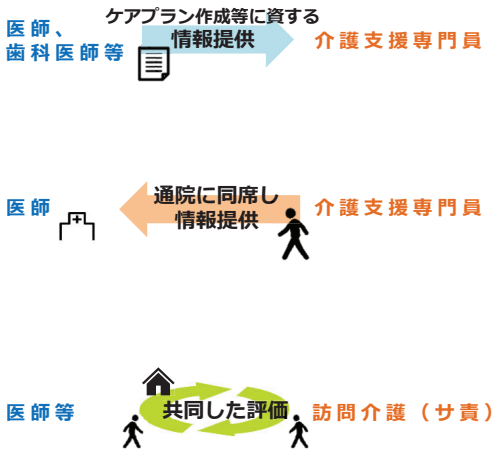
- 「書面掲示」規制の見直し
- 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- 基準費用額（居住費）の見直し
- 地域区分

# 医療と介護の連携に関する評価（イメージ）

## 療養場所が移行することに伴う情報提供・連携等の主な評価




## 在宅療養中の者を支える医療と介護の連携の主な評価




**関係者・関係機関間の日頃からの連携体制構築の評価**



## 1．地域包括ケアシステムの深化・推進

■ **認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において利用者の尊厳を保持しつつ、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進**

※各事項は主なもの

### 医療と介護の連携の推進

＜在宅における医療ニーズへの対応強化＞
- 医療ニーズの高い利用者が増える中、適切かつより質の高い**訪問看護**を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設。

＜高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化＞
- 所定疾患施設療養費について、**介護老人保健施設**の入所者に適切な医療を提供する観点から、対象に慢性心不全が増悪した場合を追加する。

＜在宅における医療・介護の連携強化＞
- 退院後早期に連続的で質の高い**リハビリテーション**を実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書を入手し、内容を把握することを義務付ける。

＜高齢者施設等と医療機関の連携強化＞
- **高齢者施設等**について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関等と実効性のある連携体制を構築するための見直しを行う。

### 質の高い公正中立なケアマネジメント

- **居宅介護支援**における特定事業所加算の算定要件について、ヤングケアラーなどの多様な課題への対応を促進する観点等から見直しを行う。

### 感染症や災害への対応力向上

- **高齢者施設等**における感染症対応力の向上を図る観点から、医療機関との連携の下、施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止するための医療機関との連携体制の構築や感染症対策に資する取組を評価する加算を新設する。
- 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、特定の場合を除き基本報酬を減算する。（１年間の経過措置）

### 高齢者虐待防止の推進

- 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

### 認知症の対応力向上

- 平時からの認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防及び出現時の早期対応に資する取組を推進する観点から、認知症のチームケアを評価する加算を新設。

### 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

- 利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、**福祉用具**の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明や多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととする。

### 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組

- **訪問介護**における特定事業所加算について、中山間地域等で継続的なサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点等から見直しを行う。

### 看取りへの対応強化

- 各種サービスにおける、看取り・ターミナルケア関係の加算の見直し等を行う。

## 医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

○　令和６年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

### 高齢者施設等
【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】



### ①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■医療提供等にかかる評価の見直しを実施

＜主な見直し＞

**・配置医師緊急時対応加算の見直し**
【(地域密着型)介護老人福祉施設】
日中の配置医の駆けつけ対応を評価

**・所定疾患施設療養費の見直し**
【介護老人保健施設】
慢性心不全が増悪した場合を追加

**・入居継続支援加算の見直し**
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加

**・医療連携体制加算の見直し**
【認知症対応型共同生活介護】
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

### ②高齢者施設等と医療機関の連携強化

■実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

**(1)平時からの連携**
- 利用者の病状急変時等における対応の年１回以上の確認の義務化（運営基準）
- 定期的な会議の実施に係る評価の新設

**(2)急変時の電話相談・診療の求め**

**(3)相談対応・医療提供**
- 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※1（運営基準）

**(4)入院調整**
- 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※2（運営基準）
- 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

**(5)早期退院**
- 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化（運営基準）

### 在宅医療を支援する地域の医療機関等



・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院
・在宅療養後方支援病院
・地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定



※１ 経過措置３年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。　※２ 介護保険施設のみ。

82

## 医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

### 協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■　介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】
ア　以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。＜経過措置３年間＞
①　入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
②　診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
③　入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
イ　１年に１回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
ウ　入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

### 協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■　高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】
ア　協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
①　利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
②　診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
イ　１年に１回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
ウ　利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

83

# 1.（3）⑩　入院時情報連携加算の見直し

## 概要　【居宅介護支援】

○　入院時情報連携加算について、入院時の迅速な情報連携をさらに促進する観点から、現行入院後３日以内又は入院後７日以内に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合に評価しているところ、入院当日中又は入院後３日以内に情報提供した場合に評価するよう見直しを行う。その際、事業所の休業日等に配慮した要件設定を行う。【告示改正】

## 単位数・算定要件等　※（Ⅰ）（Ⅱ）いずれかを算定

＜現行＞

入院時情報連携加算（Ⅰ）　200単位/月

利用者が病院又は診療所に入院してから３日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

▶

＜改定後＞

入院時情報連携加算（Ⅰ）　**250**単位/月（変更）

利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※　入院日以前の情報提供を含む。

※　営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

＜現行＞

入院時情報連携加算（Ⅱ）　100単位/月

利用者が病院又は診療所に入院してから４日以上７日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

▶

＜改定後＞

入院時情報連携加算（Ⅱ）　**200**単位/月（変更）

利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※　営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して３日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

84

# 1.（3）⑦　円滑な在宅移行に向けた看護師による退院当日訪問の推進

## 概要　【訪問看護★】

○　要介護者等のより円滑な在宅移行を訪問看護サービスとして推進する観点から、看護師が退院・退所当日に初回訪問することを評価する新たな区分を設ける。【告示改正】

## 単位数

＜現行＞

初回加算　300単位/月

▶

＜改定後＞

**初回加算（Ⅰ）**　350単位/月（新設）

初回加算（Ⅱ）　300単位/月

## 算定要件等

○　**初回加算（Ⅰ）**（新設）

新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。ただし、（Ⅱ）を算定している場合は、算定しない。

○　初回加算（Ⅱ）

新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日の翌日以降に初回の指定訪問看護を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。ただし、（Ⅰ）を算定している場合は、算定しない。

85

## 医療と介護の連携の推進－在宅における医療・介護の連携強化－

### 医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

省令改正、告示改正

■ 退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。

■ リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価を新たに設ける。

**訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★**

**【基準】（義務付け）**

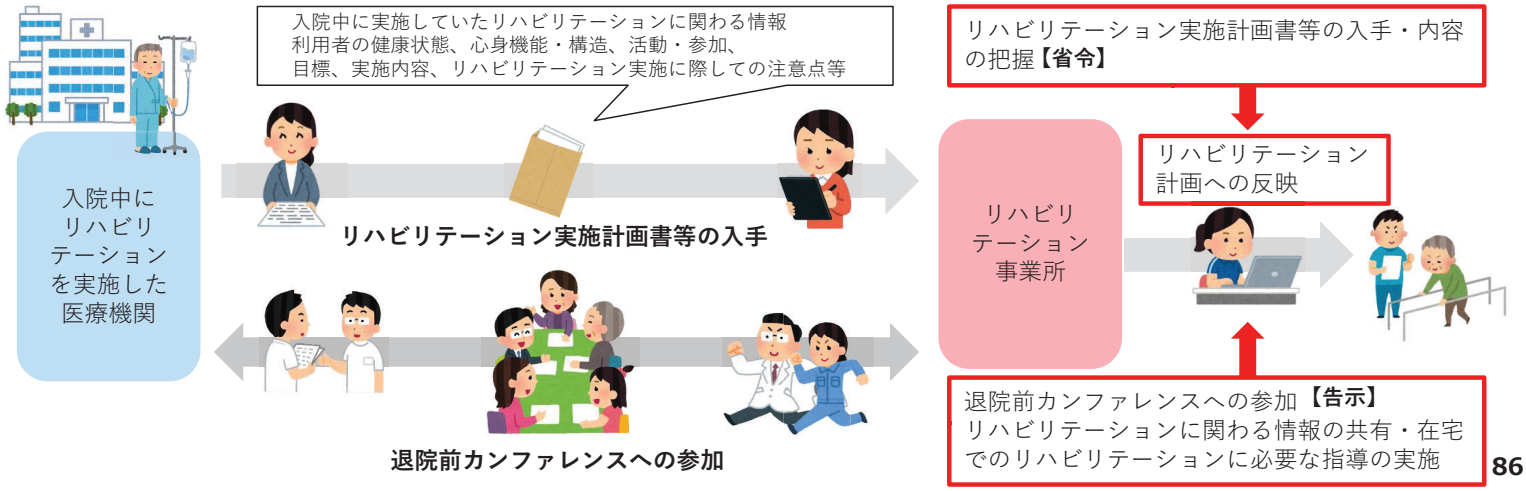
○ 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

**【単位数】**

**退院時共同指導加算** 600単位/回（退院時１回に限る） （新設）

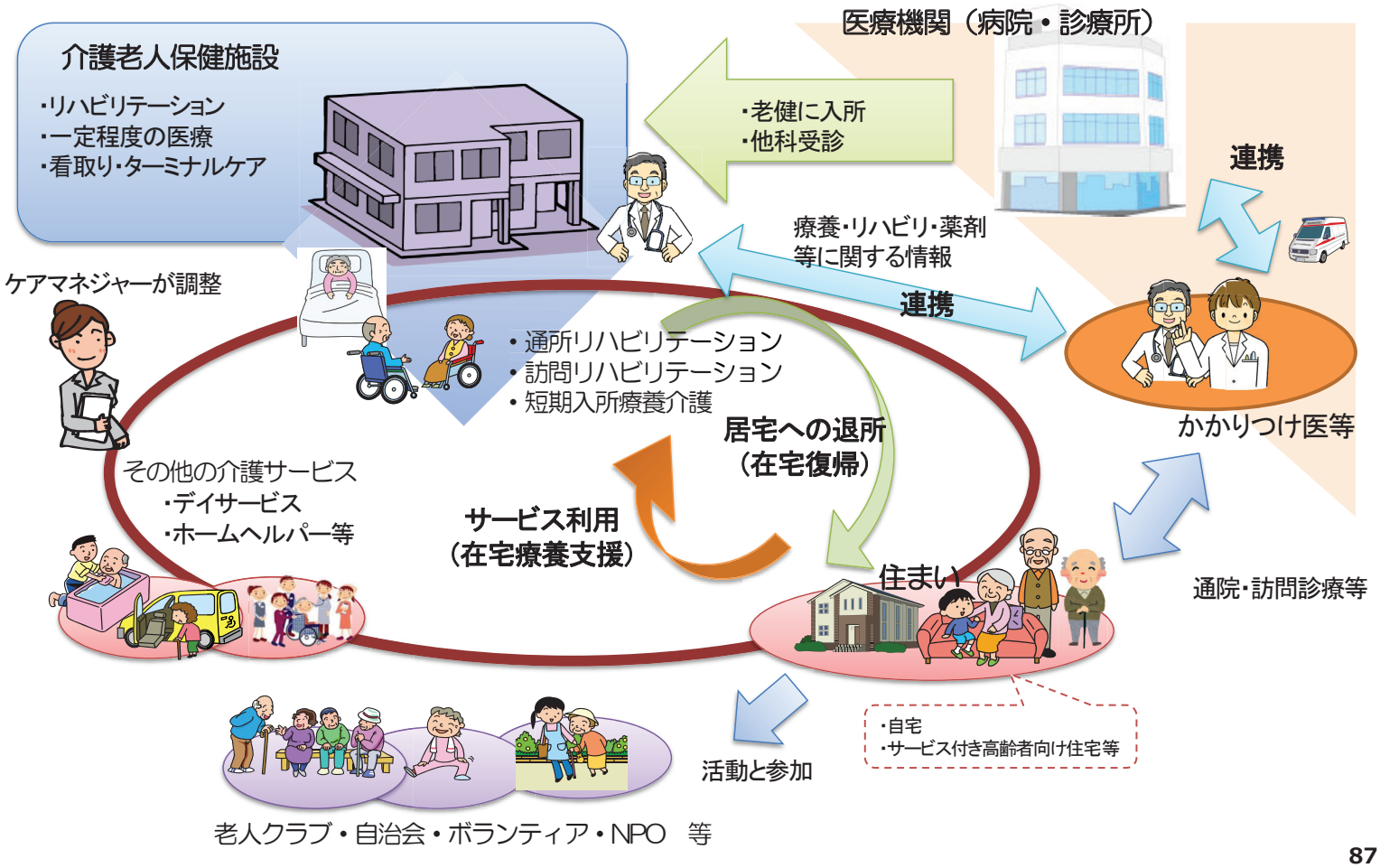
**【算定要件等】**

○ リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行う。






## 地域包括ケアシステムにおける介護老人保健施設のイメージ

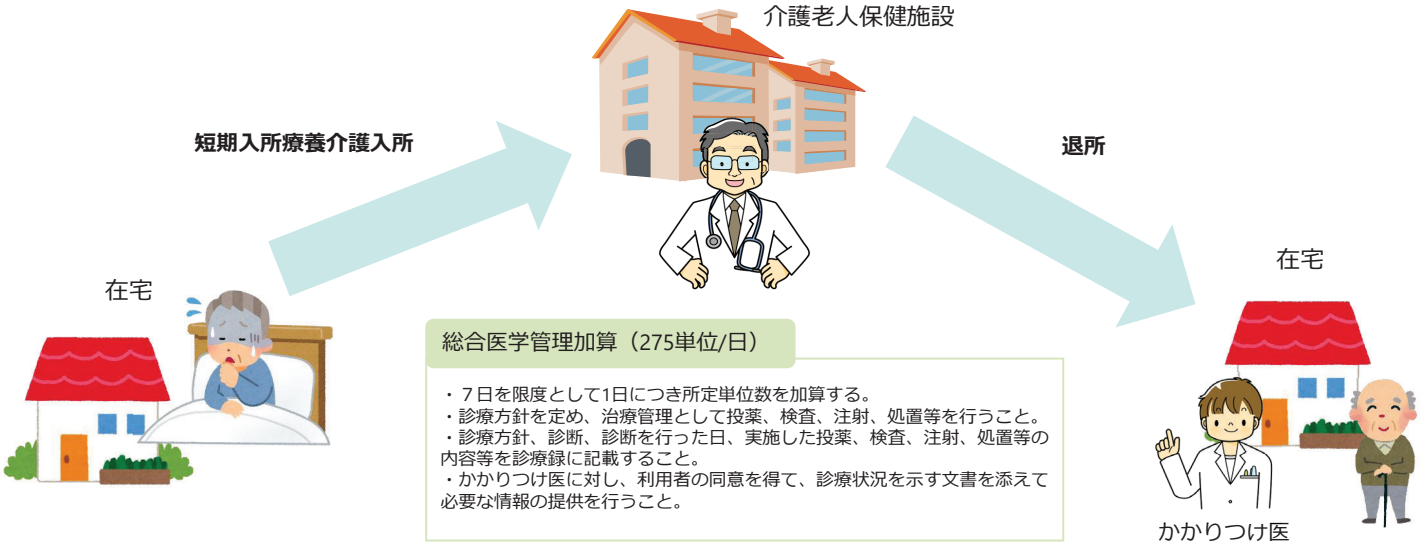


# 介護老人保健施設による在宅療養支援の推進

介護老人保健施設における医療ニーズのある利用者の受け入れを促進するため、令和3年度介護報酬改定において、総合医学管理加算（短期入所療養介護）を新設。

## 概要

○　介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護について、医療ニーズのある利用者の受入の促進や介護老人保健施設における在宅療養支援機能の推進を図るため、医師が診療計画に基づき必要な診療、検査等を行い、退所時にかかりつけ医に情報提供を行う総合的な医学的管理を評価する加算。




**総合医学管理加算（275単位/日）**

・７日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
・診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
・診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
・かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

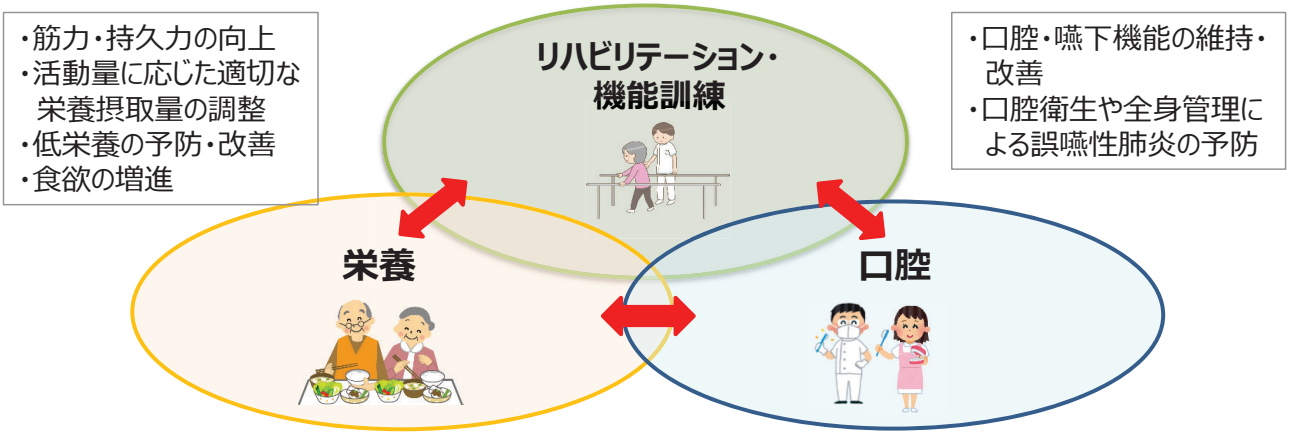


# 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審－介護給付費分科会
第178（R2.6.25）　資料１

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

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




・適切な食事形態・摂取方法の提供　・食事摂取量の維持・改善　・経口摂取の維持

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

令和6年介護報酬改定

# リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組

## 施設

### 介護老人保健施設

**＜リハビリテーションマネジメント計画書情報加算＞**
**Ⅰ： 53単位/月　　Ⅱ： 33単位/月**　※加算（Ⅰ）、（Ⅱ）は併算定不可
**Ⅰの主な算定要件：**口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。

### 介護医療院

**＜理学療法 、作業療法 、言語聴覚療法＞**
**理学療法 注６、作業療法 注６、言語聴覚療法 注４ 33単位/月の算定に加えて、各々、理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５ 20単位/月を更に算定可能**
**理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５の算定要件：**口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。

### 介護老人福祉施設
### 地密介護老人福祉施設

**＜個別機能訓練加算＞**
**Ⅰ：12単位/日 、Ⅱ：20単位/月、Ⅲ：20単位/月**
**算定要件：**口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出している場合にⅠ、Ⅱに加えて更にⅢを算定可。

**一体的な実施計画書**
**【リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）】**
**【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）】**

## 通所

### 通所リハビリテーション

**＜リハビリテーションマネジメント加算＞**
**（6月以内）**
**イ：560単位/日 、ロ：593単位/月、ハ：793単位/月**
**（6月以上）**
**イ：240単位/日 、ロ：273単位/月、ハ：473単位/月**
**ハの算定要件：**管理栄養士の配置（外部連携可）、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の配置。口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントを実施し、関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出。

**＜口腔機能向上加算＞**
**（月2回）**Ⅰ：150単位/回、
**Ⅱイ（リハ・栄養）：155単位/回、Ⅱロ（LIFE）：160単位/回**
**Ⅱイの算定要件**：リハビリテーションマネジメント加算ハを算定し、口腔清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導若しくは実施。

### 介護予防通所リハビリテーション

**一体的な実施計画書**
**【リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）】**
**【個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）】**

## 訪問

### 訪問リハビリテーション
### 介護予防訪問リハビリテーション

赤字：R6改定で新設又は大規模な改定事項



---

R6年改定後

# リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的取組

赤字：R6の主な改定事項

## 施設

### 介護老人保健施設

**＜リハビリテーションマネジメント計画書情報加算＞**
**Ⅰ：53単位/月、Ⅱ：33単位/月**
※加算（Ⅰ）、（Ⅱ）は併算定不可
**Ⅰの主な算定要件：**口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出

### 介護医療院

**＜理学療法 、作業療法 、言語聴覚療法＞**
**理学療法 注６、作業療法 注６、言語聴覚療法 注４ 33単位/月の算定に加えて、各々、理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５ 20単位/月を更に算定可能**
**理学療法 注７、作業療法 注７、言語聴覚療法 注５の算定要件：**口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出

### 介護老人福祉施設
### 地密介護老人福祉施設

**＜個別機能訓練加算＞**
**Ⅰ：12単位/日 、Ⅱ：20単位/月、Ⅲ：20単位/月**
**Ⅲの算定要件：**口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハビリテーション実施計画等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出している場合にⅠ、Ⅱに加えて更にⅢを算定可

**＜栄養マネジメント強化加算＞**
**11単位/日**
**算定要件：**管理栄養士を規定の常勤換算数以上配置し、低栄養状態のリスクが高い入所者への丁寧な栄養ケア（週３回以上の食事観察や退所時の栄養情報連携等）を行う

**＜口腔衛生管理加算＞**
**Ⅰ：90単位/月、**
**Ⅱ（LIFE）：110単位/月**
**算定要件：**歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対する専門的口腔ケアを月２回以上実施。入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応を実施。

**一体的な実施計画書**
○リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）
○個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（施設系）

## 通所

### 通所リハ

**＜リハビリテーションマネジメント加算＞**
**（6月以内）**
**イ：560単位/日、ロ：593単位/月、ハ：793単位/月**
**（6月以上）**
**イ：240単位/日、ロ：273単位/月、ハ：473単位/月**
**ハの算定要件**：管理栄養士の配置（外部連携可）、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の配置。口腔の健康状態の評価及び栄養アセスメントを実施し、関係職種の間で一体的に共有するとともに、LIFEに情報提出

**＜栄養アセスメント加算＞**
**50単位/月**
**算定要件：**管理栄養士が多職種と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握）を実施し、利用者等への相談に応じる

**＜栄養改善加算＞**
**200単位/回**
**算定要件：**栄養改善を目的として管理栄養士等が共同して作成した利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて居宅訪問等を実施し、栄養管理を行うとともに、定期的な栄養ケア計画の進捗状況の評価を実施

**＜口腔機能向上加算＞**
**（月2回）**Ⅰ：150単位/回、
**Ⅱイ（リハ・栄養）：155単位/回、Ⅱロ（LIFE）：160単位/回**
**Ⅱイの算定要件**：リハビリテーションマネジメント加算ハを算定し、口腔清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導若しくは実施

**＜口腔機能向上加算＞**
**（月2回）**Ⅰ：150単位/回、
Ⅱ（LIFE）：160単位/回
**算定要件**：口腔清掃の指導若しくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導若しくは実施

**一体的な実施計画書**
○リハビリテーション・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）
○個別機能訓練・栄養管理・口腔管理実施計画書（通所系）

### 介護予防通所リハ
### 通所介護

※リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組においては各加算において共有された情報を活用する。

## リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

告示改正

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

**通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設等**

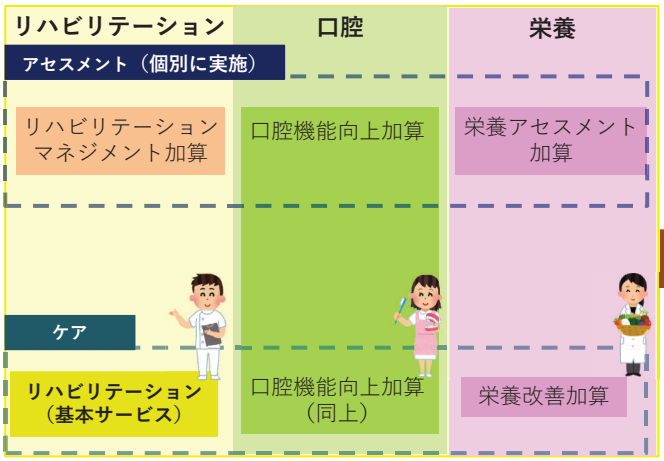
【単位数】（通所リハビリテーションの場合）

| | | |
|---|---|---|
| リハビリテーションマネジメント加算(イ) | 同意日の属する月から６月以内 | 560単位/月、６月超　240単位/月 |
| リハビリテーションマネジメント加算(ロ) | 同意日の属する月から６月以内 | 593単位/月、６月超　273単位/月 |
| **リハビリテーションマネジメント加算(ハ)**（新設） | 同意日の属する月から６月以内 | 793単位/月、６月超　473単位/月 |
| | ※　事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合、上記に270単位を加算 | |

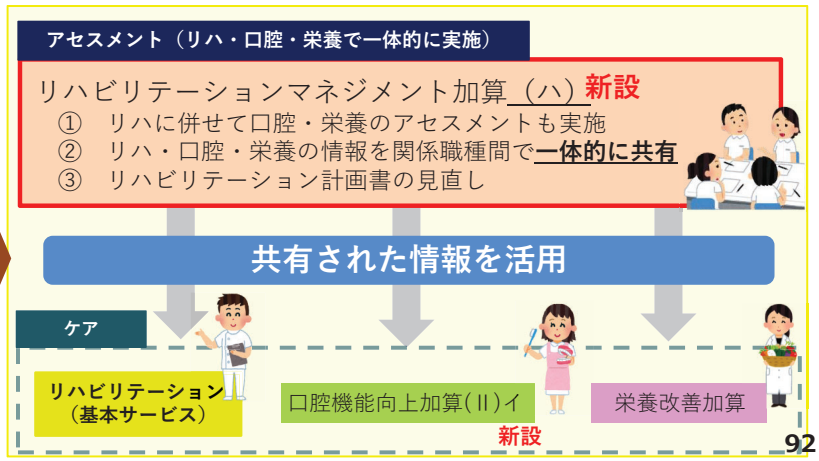
（新設・現行の要件の組み替え）

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

**現行**（一体的に実施した場合の評価なし）




**改定後**（一体的に実施した場合の評価の新設）




92

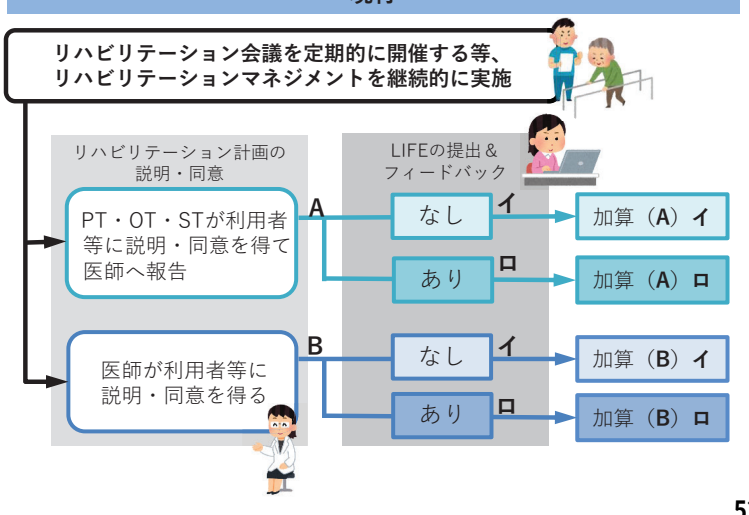
## 2.(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進①

### 概要

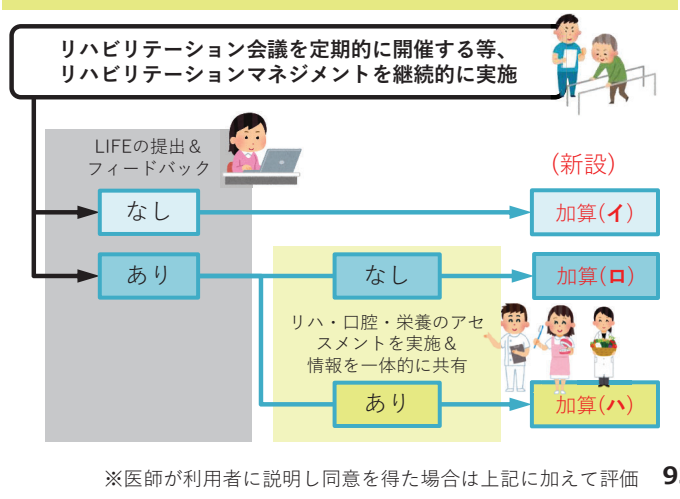
【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション】

○　リハビリテーション・口腔・栄養を一体的に推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、以下の要件を満たす場合を評価する新たな区分を設ける。
　ア　口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。
　イ　リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて LIFEに提出した情報を活用していること。
　ウ　共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。
　また、報酬体系の簡素化の観点から、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算（B）の要件について新規区分とし、加算区分を整理する。【告示改正】

**現行**




**改定後**




※医師が利用者に説明し同意を得た場合は上記に加えて評価

93

## 2.(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進②

### 単位数

○　**訪問リハビリテーション**

＜現行＞
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ　180単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ　213単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ　450単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ　483単位/月

▶

＜改定後＞
リハビリテーションマネジメント加算**(イ)**　180単位/月
リハビリテーションマネジメント加算**(ロ)**　213単位/月
廃止（以下の条件に統合）
廃止（以下の条件に統合）

※医師が利用者又はその家族に説明した場合上記に加えて270単位
（新設・Bの要件の組み替え）

### 算定要件等

○　**訪問リハビリテーション**

＜リハビリテーションマネジメント加算**(イ)**＞
・現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)イ と同要件を設定。

＜リハビリテーションマネジメント加算**(ロ)**＞
・現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ と同要件を設定。

＜リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合＞（新設）
・現行の(B)の医師の説明に係る部分と同要件を設定し、別の加算として設定。



## 2.(1)①訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組の推進③

### 単位数

○　**通所リハビリテーション**

＜現行＞
リハビリテーションマネジメント加算(A)イ
同意日の属する月から６月以内 560単位/月，６月超 240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ
同意日の属する月から６月以内 593単位/月，６月超 273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)イ
同意日の属する月から６月以内 830単位/月，６月超 510単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ
同意日の属する月から６月以内 863単位/月，６月超 543単位/月

▶

＜改定後＞
リハビリテーションマネジメント加算(イ)
同意日の属する月から６月以内 560単位/月，６月超 240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)
同意日の属する月から６月以内 593単位/月，６月超 273単位/月
廃止

廃止

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

※医師が利用者またはその家族に説明した場合　上記に加えて270単位
（新設・Bの要件の組み替え）

### 算定要件等

○　**通所リハビリテーション**

＜リハビリテーションマネジメント加算(イ)＞　現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)イ と同要件を設定。

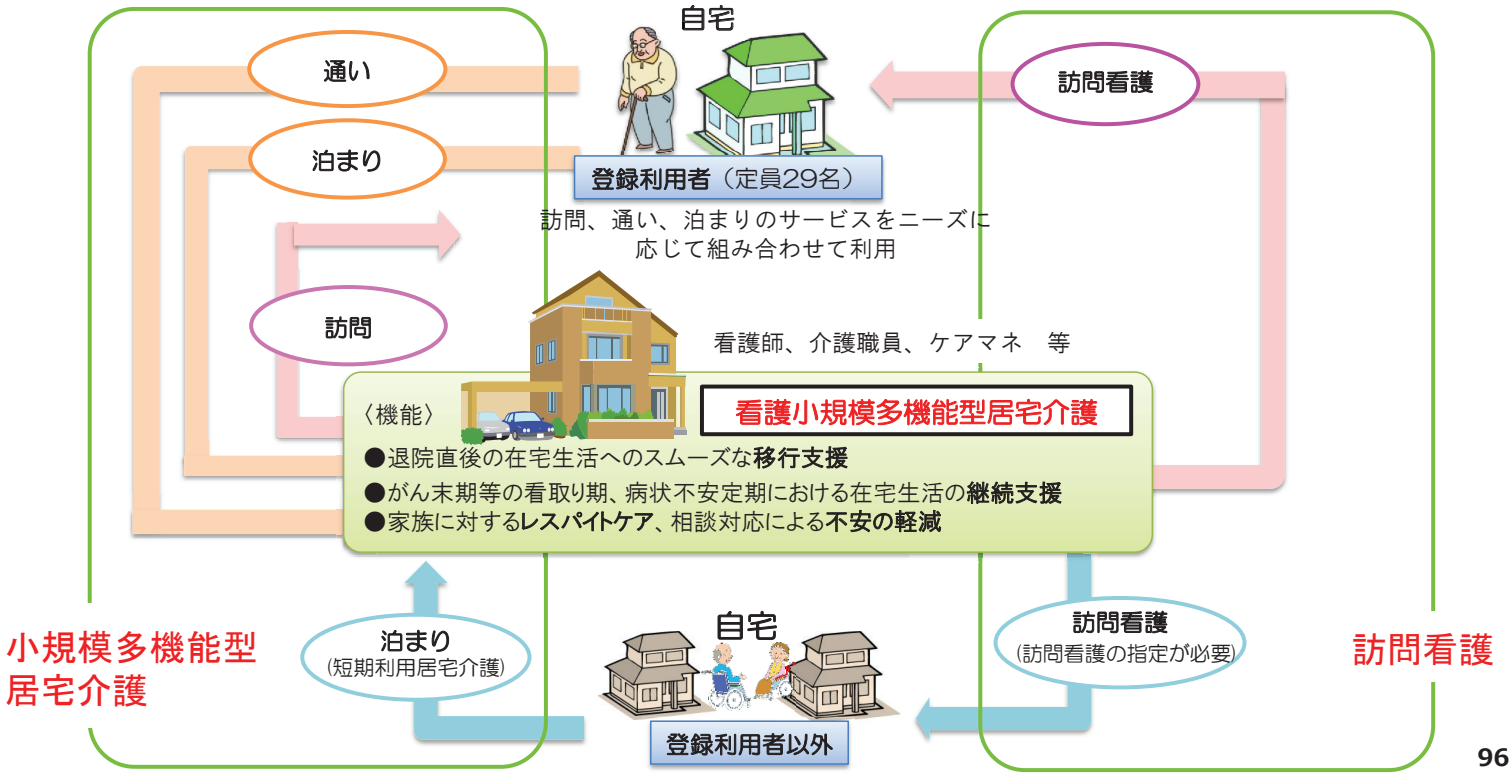
＜リハビリテーションマネジメント加算(ロ)＞　現行のリハビリテーションマネジメント加算(A)ロ と同要件を設定。

＜リハビリテーションマネジメント加算(ハ)＞（新設）
・リハビリテーションマネジメント加算(ロ)の要件を満たしていること。
・事業所の従業者として、又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置していること。
・利用者ごとに、多職種が共同して栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っていること。
・利用者ごとに、言語聴覚士、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。
・利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報及び利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有すること。
・共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種に対して情報提供していること。

＜リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合＞
・現行の(B)の医師の説明に係る部分と同要件を設定。

# 看護小規模多機能型居宅介護の概要

○　小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることにより、退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を一体的に24時間365日提供。
○　また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。




96

## 介護保険制度の見直しに関する意見（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

介護保険制度の見直しに関する意見（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）　抜粋

○　看護小規模多機能型居宅介護は、主治医との密接な連携の下、通い・泊まり・ 訪問における介護・看護を利用者の状態に応じて柔軟に提供する地域密着型 サービスとして、退院直後の利用者や看取り期など医療ニーズの高い中重度の要介護者の在宅での療養生活を支えている。今後、サービス利用機会の拡充 を図るため、地域密着型サービスとして、どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすくなるような方策や提供されるサービス内容の明確化など、更なる普及を図るための方策について検討し、示していくことが適当 である。

97

# 看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年５月19日公布）

## 改正の趣旨

- 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）は、訪問看護※１と小規模多機能型居宅介護※２とを組み合わせて、多様なサービスを一体的に提供する複合型サービス。

  ※１：**自宅**での**看護サービス**（療養上の世話又は必要な診療の補助）
  ※２：**自宅**に加え、サービス拠点での「**通い**」「**泊まり**」における、**介護サービス**（日常生活上の世話）

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

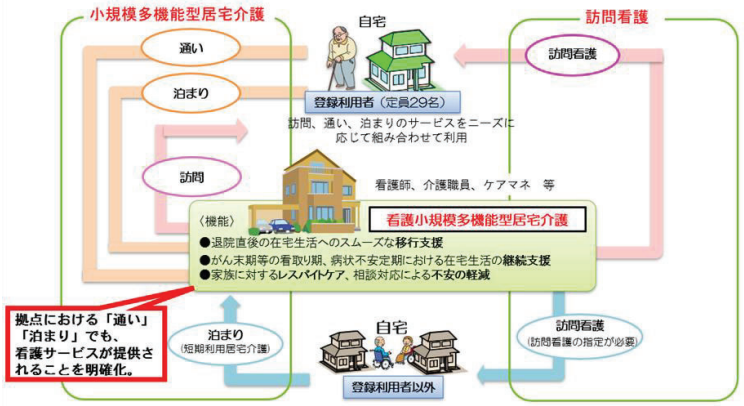
  ※：看多機の請求事業所数は740箇所。看多機サービスの利用者は要介護３以上が62.8%。（いずれも令和３年）

## 改正の概要・施行期日

- 看多機を、複合型サービスの一類型として、法律上に明確に位置付けるとともに、そのサービス内容について、サービス拠点での「通い」「泊まり」における看護サービス（療養上の世話又は必要な診療の補助）が含まれる旨を明確化する。

- 施行期日：令和６年４月１日

【看護小規模多機能型居宅介護の概要】




98

# 基本指針の構成について

社会保障審議会 介護保険部会（第107回）
令和５年７月10日

資料 1－1

| 市町村 | 都道府県 | 見直しの方針案 |
|---|---|---|
| ２　各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策 | ２　介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項 | ○現行の「中長期的な人口構造や介護ニーズの変化を見据えた的確なサービス量の見込み及び見込量確保のための方策」は、介護ニーズの変化だけでなく医療ニーズの変化も追記。【市（P50）】<br>○地域密着型サービスについて、指定の事前同意等による広域利用等に係る検討について記載。【市（P50）】 |
| （一）関係者の意見の反映 | （一）介護保険施設その他の介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備に関する事項 | |
| （二）公募及び協議による事業者の指定 | （二）ユニット型施設の整備に係る計画に関する事項 | |
| （三）都道府県が行う事業者の指定への関与 | （三）ユニット型施設の整備の推進のための方策に関する事項 | |
| （四）報酬の独自設定 | | |
| ３　各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策 | | |
| （一）地域支援事業に要する費用の額 | | |
| （二）総合事業のうち、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス（以下「訪問型サービス等の総合事業」という。）の種類ごとの見込量確保のための方策 | | |
| （三）地域支援事業及び予防給付の実施による介護予防の達成状況の点検及び評価 | | |
| （四）総合事業の実施状況の調査、分析及び評価 | | |

99

# 看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引きについて

令和６年２月22日付け事務連絡

## 手引きの内容（概要）

令和５年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護の特性を踏まえた普及を図る方策に関する事業」

1　本手引きの使い方
2　看護小規模多機能型居宅介護の概要
3　看多機の広域利用について
（１）看多機のサービス利用機会拡充の必要性
（２）広域利用が必要な場合
（３）広域利用に関する方策
・どのような地域であっても必要な方がサービスを利用しやすくなるよう、広域利用に関する方策は以下のような取組が考えられる。
・区域外指定における所在地市町村長の同意を事前に得る（事前同意）
・区域外指定に係る申請を簡略化する
・定員数を増やす（条例改正（※１）、過疎地域等における登録定員超過の特例活用（※２））　等
※１　厚生労働省令で定める看多機の登録定員及び利用定員は、市町村が定める上での「標準基準」である。
※２　登録定員及び利用定員を超えてサービス提供はできない。ただし、過疎地域その他これに類する地域において、地域の実情により効率的運営に必要であると市町村が認めた場合は、一定の期間に限り、登録定員及び利用定員を超えてサービス提供が出来る。（令和３年度介護報酬改定）
4　区域外指定における取組の具体
（１）区域外指定に関係する都道府県及び隣接する市町村と協議の場を設置する
（２）協議で定める事項を検討する
（３）区域外利用の条件（当該サービス事業所がない、当該事業所の登録定員充足率、利用可能な距離等）
（４）同意の確認方法（同意の確認不要、担当者に都度要確認等）
（５）区域外指定申請で簡略化できる事項（所在地の指定通知書による申請等）
（６）協議で定めた事項について協定等を締結する
（７）介護サービス事業所及び地域住民へ周知を図る

※　他の地域密着型サービスの広域利用においても同様

○看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引き（厚生労働省HP）
https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001213668.pdf

100

# Ⅱ．令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討

101

# 拡充 在宅医療・介護連携推進支援事業

令和６年度当初予算案　37百万円（22百万円）※（）内は前年度当初予算額

## 1 事業の目的

○地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組の推進・充実を図るため、在宅医療・介護連携推進事業に係る検討委員会の設置、実態調査、プラットホームの作成、担当者会議等を実施するとともに、事業コーディネーターの育成を実施する。また、都道府県・市町村への連携支援を行う。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

### 事業の概要

在宅医療・介護連携推進事業の検証及び充実の検討、都道府県・市町村への連携支援を実施。具体的な事業内容は以下のとおり。

・在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームの作成
・在宅医療・介護連携に係る検討委員会の設置
・在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査
・都道府県・市町村担当者等会議の開催
・在宅医療・介護連携推進に向けた事業コーディネーターの育成
・都道府県・市町村への連携支援の実施

### 所要額

| | |
|---|---|
| 要介護認定調査委託費 | 36百万円 |
| 職員旅費 | 1百万円 |

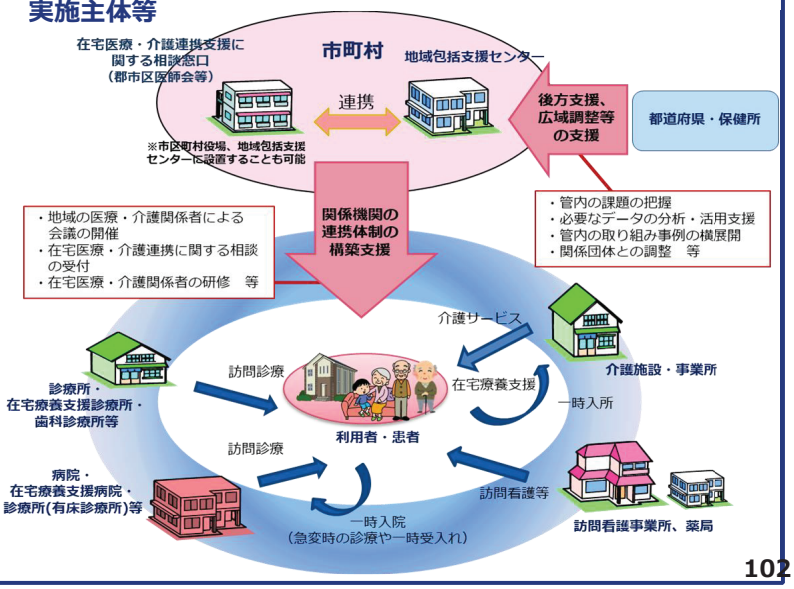
### 事業スキーム




### 成果目標

市町村が地域の実情にあわせて在宅医療・介護連携に関する取組を推進・充実を図ることを目標とする。

### 実施主体等






# 令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会

### 趣旨

○　医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要であり、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する必要がある。

○　平成 26 年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられ、平成30 年４月以降、全ての市町村において事業が実施されている。また、令和２年介護保険法改正により、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつＰＤＣＡサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等の見直しが行われた。

○　また、今後 2040 年にかけて人口・世帯構造が変化することに伴い、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加するため、地域や施設で生活を送る高齢者が医療と介護双方のサービスを利用することが今後更に増えることが想定される。そのため、医療と介護の関係者、関係機関間の情報提供や情報共有等を、相互の顔の見える関係を土台とした上で、効率的に行うことが益々重要となる。

○　現在、「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和４年 12 月 20 日社会保障審議会介護保険部会）や、「第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和４年 12 月 28 日第８次医療計画等に関する検討会）等において、在宅医療・介護の更なる連携や、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携の有効性の観点から、同一の実施主体となりうることも含め、両者の関係について次期指針に記載すること等が求められている。

○　これらの経緯等を踏まえ、本事業では、地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組のより一層の推進・充実を図ることを目的とする。

### 開催日時

第１回 検討委員会　令和６年　6月14日（金）（10：00～12：00）
第２回 検討委員会　令和６年11月　1日（金）（15：00～17：00）
第３回 検討委員会　令和７年　3月　5日（水）（15：00～17：00）

### 構成員（敬称略、五十音順　○委員長）

| 氏名 | 所属・役職 |
|---|---|
| 飯野　雄治 | 稲城市市民協働課（前高齢福祉課地域支援係長） |
| 今村　英仁 | 公益社団法人日本医師会 常任理事 |
| ○角野　文彦 | びわこリハビリテーション専門職大学 学長 |
| 川越　正平 | 一般社団法人松戸市医師会 会長 |
| 斎川　克之 | 一般社団法人新潟市医師会 地域医療推進室　室長 |
| 斉藤　正身 | 一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 会長 |
| 坂上　陽一 | 公益社団法人肝属郡医師会 肝属郡医師会立病院 地域医療室長 |
| 杉澤　孝久 | 北海道　保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課 医療参事 |
| 田母神 裕美 | 公益社団法人日本看護協会 常任理事 |
| 西村　一弘 | 公益社団法人日本栄養士会 常任理事 |
| 野村　圭介 | 公益社団法人日本歯科医師会 常務理事 |
| 服部　真治 | （元）一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構　政策推進部　研究事業担当部長 研究部 主席研究員<br>（現）日本能率協会総合研究所 主幹研究員 |
| 福地　裕仁 | 深谷市 福祉健康部 長寿福祉課 課長補佐 |
| 牧野　和子 | 一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事 |
| 村杉　紀明<br>荻野　構一 | 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事<br>※荻野委員 ~令和6年6月/村杉委員 令和6年7月~ |

# 令和６年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

## 調査の目的

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

## 調査概要

| | 内　容 |
|---|---|
| **実施期間** | 令和６年８月23日（金）　～　令和６年11月22日（金） |
| **調査対象** | ・都道府県（悉皆）　47自治体<br>・市区町村（悉皆）　1741自治体<br>・コーディネーター※（配置している都道府県、市区町村）　1618人 |
| **調査系統** | ・メールによる調査票（エクセル）の配布・回収<br>＜配布＞厚生労働省　→　都道府県　→　市区町村<br>＜回収＞市区町村　→　都道府県　→　日本能率協会総合研究所 |
| **主な調査項目** | ・庁内、庁外連携体制の整備状況<br>・在宅医療４場面別の取組状況<br>・コーディネーターの有無<br>・拠点の設置状況　等 |

※R６年度調査では、R５年度に定義された「コーディネーター」に基づき、調査を実施した。

104

# 都道府県・市町村担当者等研修会議

## 調査の目的

市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、国の動向や在宅医療・介護の連携推進に必要な知識・技術等を習得し、在宅医療・介護連携推進に関する企画立案能力及び実践能力の向上、さらに地域の実情に応じた効果的・効率的な事業の推進に資することを目的に実施。

## 開催概要

| | 研修概要Ⅰ | 研修会議Ⅱ | 研修会議Ⅲ |
|---|---|---|---|
| **実施日** | 令和６年10月21日（月） | 令和６年11月15日（金）<br>・21日（木）・22日（金） | 令和６年12月2日（月） |
| **研修場所** | オンライン開催（配信地：東京） | 東京、大阪、福岡　各1開催 | 東京 |
| **開催時間** | 10時~16時 | 各10時~16時45分 | 10時~16時30分 |
| **対象者** | 市町村、都道府県、保健所及び厚生局の職員、在宅医療・介護連携推進のコーディネーター、地域包括支援センターの職員、医師会等の関連団体の方々 | | 左記を対象とし、以下が望ましい対象者<br>・地域の課題解決に関わっている方 |
| **参加定員** | 参加者：300名程度<br>傍聴者：1700名程度<br>（YouTubeLive配信のため、上限制限なし） | 各回200名程度 | 50名程度 |
| **申込方法** | 申込専用サイトにてインターネットに必要事項を入力の上、申込を行う | | |
| **備考** | ・研修Ⅰの受講者が研修Ⅱに参加する連携型研修を想定。<br>＊但し、研修Ⅰに参加できないが研修Ⅱに参加したい方は、VOD等を視聴し参加。 | | ・「コーディネーター育成する方」を養成する研修を想定 |

105

# 都道府県・市町村連携支援

## 概要

○　在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護の連携において特に重要となる「4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）」等について、PDCAサイクルに沿って取り組みを推進していくことが求められている。

○　上記を踏まえ、「４つの場面」等に取り組む市町村は増加しているが、地域の実情に応じた現状把握や課題抽出、連携体制の構築や評価指標の検討等、効果的かつ効率的に推進する上での方策に課題を有する市町村も多いと推測される。

○　こうした実情を踏まえ、市町村及び市町村を後方支援する都道府県に対し、有識者（アドバイザー）及び事務局による連携支援を行うことで、より効果的・効率的な取り組みの推進につなげるとともに、第9期介護保険事業計画策定への一助となることを目指し、都道府県・市町村連携支援を実施。

## 支援内容

○　継続的な連携支援（９月上旬から順次実施）の実施

- 複数回（キックオフミーティング、１～３回支援、必要に応じて前後にオンラインミーティング、合同報告会）にて、市町村担当者との意見交換や相談支援の他、実践を通じた継続的な支援を実施
- 支援に際しては、有識者（アドバイザー）に加え、都道府県等も同席

| 都道府県 | 市町村 | 有識者（アドバイザー） |
|---|---|---|
| 福島県 | 須賀川市、鏡石町、天栄村 | ・松本　佳子　（一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構　政策推進部　専門研究員）<br>・小田島　史恵（釜石市　地域包括ケア推進本部　事務局長） |
| 山梨県 | 甲州市 | ・大矛賀　政昭（国立保健医療科学院　医療・福祉サービス研究部　福祉サービス研究領域　上席主任研究官）<br>・村井　千賀　（石川県立こころの病院　認知症疾患医療センター　副所長） |
| 静岡県 | 牧之原市 | ・東野　定律　（静岡県立大学　経営情報学部　経営情報学科　教授）<br>・鈴木　美和　（蓮田市　在宅医療介護課　課長） |
| 佐賀県 | 唐津市 | ・川越　雅弘　（株式会社日本医療総合研究所　地域づくり推進部　部長）<br>・坂上　陽一　（肝属郡医師会肝属郡医師会立病院　地域医療室長） |

※①地域区分、②テーマや取組要望内容を総合的に検討し、上記４自治体を選定。

106

# 支援経過：須賀川地域（須賀川市、鏡石町、天栄村）

● 各職種が置かれた現状・課題を把握するために一次連携を実施。課題意識を共有することで、市町村・委託先とのチーム力もより強化

**【１回目:一次連携に向けた準備】**
- 地域関係者の情報の棚卸しと共有：把握している地域の医療・介護関係者の状況を棚卸しの上、「誰に、何を、どう聞くか」、一次連携の計画を立案
- 先進事例の共有：一次連携の重要性とポイントを学ぶ

**【２回目:一次連携の実践】**
- 一次連携の実践：市町村がメインの聞き手となり、アドバイザー、県等とともに、在宅医療・介護連携における現状等を把握（一次連携先：在宅医、ケアマネ協議会）

**【３回目:次なる展開】**
- 一次連携の整理結果を基に、今後の展開に向けて検討
- 次年度に想定している一次連携先について、その目的、現状を整理
- 本年度の支援と成果を振り返り

**【キックオフ】**
- 現状・課題の共有：モデル地域が捉えている現状・課題の把握

**【支援前mtg】**
- チームづくり：関係者全員の自己紹介、アドバイザーの取組紹介

**【支援前mtg/支援者間mtg】**
- 目的の意識合わせ：一次連携で聞く具体的な質問や当日の流れを確認
- 支援者間の意識合わせ：支援者間mtgにおいて、支援の目的やそれぞれの役割、今後の展開について共有

**【市の取組】**
- ３市町村が集まり、一次連携で把握したい事項を整理

**【支援前mtg】**
- 整理ノウハウの共有：一次連携結果から、各職種の医介連携における現状・課題を整理。結果の活用ポイントを学ぶ

**【市の取組】**
- 行政と委託先（拠点センター）はより相談しやすい関係性を構築
- ３市町村が集まり、一次連携結果を整理

キックオフミーティング　支援前打合（オンライン）　支援①　支援前打合（オンライン）　支援②　支援前打合（オンライン）　支援③　合同報告会

～実施計画書の検討～　～検討・実践・評価・改善の繰り返し～

10月　11月　11-12月　12月　1-2月　2月

【ADからアドバイス】
- ADから、医介連携の担当者の役割は、在宅医療・介護を支えるために、様々な職能団体が同じ方向を向けるように、それぞれが何を考え、何に取り組もうとしているのかをよく聞き、調整することと助言
- 課題を持っている現場が動かないと、連携の課題は解決に向かわないと助言

【気づき】
- 行政（３市町村）、拠点センター（医介連携事業の委託先、相談窓口）が一堂に会し、改めて在宅医療・介護連携の推進に向けた現状・課題を話すことで、相互理解を深められた
- 各職種の代表が集まり協議する場はあるものの、各職種が置かれた現状・困りごとを把握する機会がなかったこと、一次連携の必要性と事務職であっても役割を果たせることに、行政が気づく

【ADからアドバイス、気づき】
- 一次連携の相手を想定し、聴取のポイントや留意事項をADから助言
- 職種ごとに意見を聞くことで、各職種の置かれた現状・課題、在宅医療・ケアにかける思いを把握・実感できた
- 一次連携を図るなかで、行政と拠点センターとのやり取りも活発になり、相互に情報交換や相談がされるなど、推進に向けた垣根がより低くなった。

【気づき、次なる展開】
- 一次連携結果を活用して連携を図るためには、相手への要望ではなく、職能としての現状・困りごとを共有し、協力を得られる点がないか模索する姿勢が重要との気づきを得た
- 一次連携結果を踏まえ、ADから須賀川チームに今後の目標とする姿を投げ掛け。目標とする姿を共有した上で、達成するためのアイディアを出し合った。行政から、一次連携先の事情をまず把握することの大切さが言及された
- 今後、行政・拠点センター間の定期会議を開催予定

7

# 支援経過：甲州市

- 課題抽出、多職種の意識醸成を意図した研修の企画・運営を通じて、事業デザインや将来に向けた仕掛けづくりの検討にもつながった

**【１回目:入退院支援をテーマに研修】**
- 効果的なGW運営の支援：在宅医療・介護連携部会において、入退院支援をテーマとする現状分析のグループワークに、アドバイザーがファシリテーターとして関与
- 研修デザイン：次回の多職種連携研修会の内容、進め方の確認・助言

**【２回目:日常の療養支援をテーマに研修】**
- 効果的な研修運営の支援：多職種連携研修会を開催。アドバイザー等の外部出席者の講評では、客観的な立場から、市の思いや考えを伝える
- 今後の展開に向けた検討：解決したい課題の確認、今後の進め方について確認・助言

**【３回目:入退院支援をテーマに研修】**
- 効果的なGW運営の支援：在宅医療・介護連携部会において、入退院支援をテーマに課題整理・対策の検討を行うグループワークに、アドバイザーがファシリテーターとして関与
- 今後の展開に向けた検討：将来的に、地域とともに課題解決を図っていくプロセスを仕組み化する必要性について助言・検討

**【キックオフ】**
- 現状・課題の共有：モデル地域が捉えている現状・課題の把握

**【支援前mtg】**
- チームづくり：関係者全員の自己紹介、市が捉えている現状・課題の再確認

**【支援前mtg】**
- 結果の共有：1回目支援の振り返り
- 研修デザイン：次回の多職種連携研修会の目的、流れの確認

**【市の取組】**
- 次年度以降の展開に向けて、地域関係者の意識を醸成し、課題解決に向けたスキームを検討

**【市の取組】**
- 研修結果をニュースレターとして参加者並びに欠席関係機関にフィードバック

キックオフミーティング（10月）→ 支援前打合（オンライン）（12月）→ 支援①（12月）→ ～検討・実践・評価・改善の繰り返し～ → 支援前打合（オンライン）（1月）→ 支援②（2月）→ 支援③ → 合同報告会

【ADからアドバイス】
- 効果的な研修となるよう、参加者にあわせた、テーマ設定、進め方、意見の引き出し方について助言
- 研修目的やワークの進行に支障が出ないような事例の設定について、ADの地域の実例を紹介。また、事例検討とあわせ、症例に関するミニ講座をすることで、アセスメントの視点が持てるような仕掛けづくりについても助言
- １回の研修だけでなく、今後の課題解決に向けた研修全体のデザインについてもADから助言し、広い視野での検討を促した

【 ADからアドバイス、気づき】
- 効果的な研修となるよう、研修で扱う事例の選び方、情報の出し方、GWの進め方、参加者への目的意識への訴求についてアドバイス。また、GWの結果を基に、多職種が情報収集・共有すべき情報としてまとめ、甲州市ルールへとつなげられる広がりがあることも助言
- 研修のADからの講評では、顔の見える関係づくりが、利用者へのより良いサービス提供につながることを参加者に投げかけ。外部有識者の位置づけを生かし、市の思いでもある“継続的に実施し、多職種の意識醸成を図っていく必要性”を伝えた

【 ADからアドバイス、気づき】
- 地域の関係者の意識醸成、将来的な課題解決のスキームづくりに向けて、助言。研修で出された課題の一つでも解決していく仕組みを作ることで、参加者の成功体験へつなげ、“自分ごと”としてモチベーションアップを図る工夫を紹介
- ADから、事業全体を俯瞰した助言や将来を見据えた仕掛けづくりの助言を受けることで、既存の取組に捉われない広い視野での検討につながった



# 支援経過：牧之原市

- 担い手が先細りとなるなか、訪看・ケアマネ・ヘルパー間の情報共有を円滑にし、在宅看取りの維持・推進に向けた検討の場を設定

**【１回目:調査結果からみた仮説の検証、今後の方針の検討 】**
- 課題認識の共有：市が実施した調査結果を基に、AD・関係者とともに市の捉えていた課題認識（仮説）を更新
- 解決したい課題の確認、今後の進め方について助言

**【２回目: 会議の企画】**
- 効果的な研修デザイン：研修目的の明確化、目的を達成するための内容の充実に向けて検討、助言
- 今後の展開に向けた検討：次年度以降の展開を見据えた企画、助言

**【３回目: ３職種合同会議の初開催】**
- ３職種(訪看、ケアマネ、ヘルパー)合同の情報共有会議を初開催
- 本年度調査結果を基に現状を共有し、事例検討形式で職種による違い・連携の大切さを共有
- ADからミニ講義と講評を行い、情報共有会議の重要性を強調

**【キックオフ】**
- 現状・課題の共有：モデル地域が捉えている現状・課題の把握

**【支援前mtg】**
- チームづくり：関係者全員の自己紹介、市が捉えている現状・課題の再確認
- 進め方の確認：実施計画
- 1回目支援の検討

**【市の取組】**
- ケアマネ・ヘルパーに在宅看取り現場における実態・課題を把握するためのアンケート、ヒアリングを実施。市の課題認識を再整理

**【支援前mtg】**
- 進捗状況の共有：支援以降の取組状況の確認
- 進め方の確認：実施計画、進め方の検討

**【市の取組】**
- 訪看、ケアマネ、ヘルパーに対し、課題認識と対応ニーズを聴取
- 情報共有会議への参加を声掛け

キックオフミーティング（10月）→ 支援前打合（オンライン）（11月）→ 支援①（11月）→ ～検討・実践・評価・改善の繰り返し～ → 支援前打合（オンライン）（12月）→ 支援②（1月）→ 支援③（2月）→ 合同報告会

【ADからアドバイス】
- アンケート調査に対し、調査目的を踏まえた設問設計になるように助言

【AD等からアドバイス】
- ADから、調査結果で情報共有の機会があると明らかになったが、各職種がサービス提供する上で必要な情報が相互に得られているか、更なる検証の視点を提供。属人的なスキルによらず、牧之原流の看取りとして専門職の動きを将来的にスキーム化できると良いと助言
- 調査や協力依頼の過程も、行政の本気度を伝える機会であり、地域関係者との関係性の構築につながることを再認識

【AD等からアドバイス、気づき】
- ADより、現在は看取り対応が問題なくできているため、現場から具体的な課題などは挙がりづらいが、今後の人口動態や看取り対応のニーズを予測すると、いま取り組むべきことがあるのではないかと投げ掛け
- 将来に向けた制度設計の必要性を再認識し、関係職種が集まる場の位置づけの再検討につながった

【AD等からアドバイス】
- 次年度以降の展開も見据え、研修を企画。目的の明確化、研修で取り扱う事例のテーマ、情報提供の在り方、今後の方針を共有
- 参加者の意識変容を促すための仕掛けをAD等から助言し、参加者の特性を分かっている行政が研修の形にしていくプロセスを経た

【AD等からアドバイス】
- 職種による見方や考え方、職域の違いがあるからこそ、ケアチームとして相互に必要な存在であることを確認
- 顔の見える関係は、対話する機会を多く作り、チームとしての価値を作り上げていく規範的統合が大切だと投げ掛け、次回への参加意欲を高めた

# 支援経過：唐津市

- テーマ別・場面別に行政・地域関係者の本音を引き出すことで、それぞれの問題意識を具体化。関係者が共通の目的意識をもつことで、具体的な対応策の検討・実施につながった

**【１回目: 目指す姿と課題の確認・共有、対応策の検討】**
- 情報整理：ADより前回の振り返り
- 地域の課題・対応策の検討：ADの進行で、解決したい具体的テーマに対する意見交換、解決シナリオを検討

**【２回目: 対応策の進捗確認、対応策の検討】**
- 情報整理・認識合わせ：ADより前回の振り返り
- 解決シナリオの進捗共有：地域の取組を共有し、今後の対応方針を確認
- 地域の課題・対応策の検討：ADの進行で、解決したい具体的テーマに対する意見交換、解決シナリオを再検討

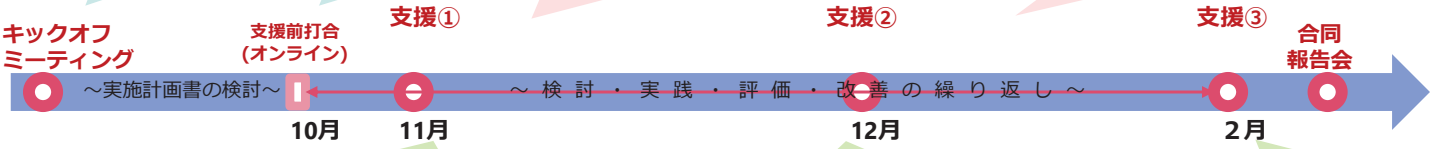
**【３回目: 今後の展開に向けた検討】**
- 解決シナリオの進捗共有：地域の取組を共有し、今後の対応方針を確認
- 今後の展開に向けた検討： ADの進行で、本年度の成果、今後取り組む課題、解決シナリオについて意見交換、検討

**【キックオフ】**
- 現状・課題の共有：モデル地域が捉えている現状・課題の把握

**【支援前mtg】**
- チームづくり：関係者全員の自己紹介、地域で捉えている現状・課題、目指したいことを再確認

**【地域の取組】**
- 各部会での検討
- 医師会在宅医療部会の立上に向けた検討
- 包括を対象に「いきかたノート」の目的を踏まえた活用研修の開催
- 高齢者施設等の看取り実態調査の実施、分析

**【地域の取組】**
- 各部会での検討
- 高齢者施設等における看取り実態調査の実施、分析・集計
- 訪問診療のニーズに関する調査（ケアマネ対象）結果の再分析




【ADのアドバイス、気づき】
- 冒頭に、マネジメント思考の講義を行い、関係者との意識合わせ
- 参加者と確認した「地域で目指したいこと（在宅に限らず、本人の意向に沿った看取りができる）」を基に、ADが視野を広げるような問い掛けで意見を引き出し、情報を整理することで、取り組むべき課題が明確になった（例：実際の事例を基に、さらに取組が必要なことがないか投げ掛けることで、具体的な場面を想定できた等）
- 課題が明確化されることで、各職種・各主体の取組の連動、アプローチ方法が整理された
- 各自が役割を認識し、次に取り組むべき事項が明確化した。調査の実施では、ADから先進地域の情報を提供

【 ADのアドバイス、気づき】
- 調査結果の分析方法、課題の捉え方をADより助言。また、地域で取り組んだ課題への対応策を共有することで、地域の強みの再認識や、強みを更に伸ばすアイディア出しにつながった
- 施設等における看取り実態調査で明らかになった、職員のスキルアップや精神的負担への対応の必要性に対し、研修だけでなく、現場経験をどう積み重ねるか、訪問看護師や在宅医によるサポート体制の可能性など、具体的なアイディア出しを基に検討を進めた

【 ADのアドバイス、気づき】
- 対応策の進捗状況を共有し、残った課題を整理することで、今後の取組や次期計画策定に向けた方向性が関係者で確認された
- 国モデル事業であることも活かして検討を進めるなど、時機を捉えたアクションにつながった
- 具体的なアクションに移すことで、地域で活躍する在宅医の思いを体現する“行政・コーディネーター・地域関係者”との体制がより強固になった。今後、整理した課題に対して優先度を決めて取り組むことで、現場を動かす展開につながると助言

0

# 令和6年度　在宅医療・介護連携推進支援事業　報告書（概要）

○　令和６年度在宅医療・介護連携推進支援事業では、市町村が地域の実情にあわせて更なる在宅医療・介護連携の推進・充実を図るため、（１）今後の在宅医療・介護連携推進事業の在り方等について検討を行う委員会の設置、（２）在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査、（３）都道府県・市町村担当者等研修会議の開催、（４）都道府県・市町村連携支援、さらに、在宅医療・介護連携に関する情報の一元化のため、（５）在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットホームの開発を実施し、報告書として取りまとめた。

## （1）検討委員会（全3回開催）

・今後の在宅医療・介護連携推進事業の在り方等について検討を行うため、15名の有識者や職能団体、関係団体、自治体担当者等から構成される検討委員会を設置し、3回開催した
・「在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見」として取りまとめを行った

## （2）在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査

・在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査ＷＧを設置し、調査票や調査結果について検討を行った
・都道府県調査（悉皆）、市区町村調査（悉皆）、コーディネーター調査を実施し、調査結果として取りまとめを行うとともに、「小規模自治体、過疎地域及び中山間地域への対応」「拠点との連携」等４分野、5自治体へヒアリングを行った

## （3）都道府県・市町村担当者等研修会議

・都道府県・市町村担当者等研修会議ＷＧを設置し、効果的な研修会議の在り方に係る検討を行った
・研修会議は、講義的事項を中心とした研修会議Ⅰでの政策の理解及び実践的連携スキル習得を中心とした研修会議Ⅱ、更により高度な協働事項を中心とした研修会議Ⅲを行った

## （4）都道府県・市町村連携支援

・都道府県・市町村連携支援ＷＧを設置し、効果的な都道府県・市町村連携支援の在り方に係る検討を行った
・厚生支局エリアのバランス、エントリー理由の具体性、市町村規模、医介連携事業の進捗状況などを踏まえて、４地域を選定し、アドバイザーによる伴走支援を行った

## （5）在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットホームの開発

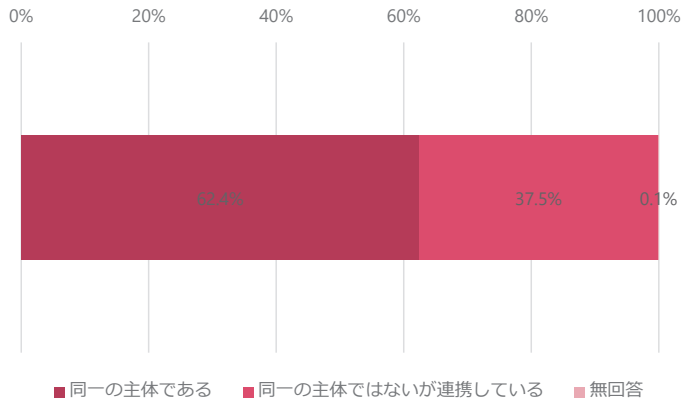
・在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームＷＧを設置し、効果的なプラットホーム作成に係る検討、全自治体で運用可能な仕組みの検討を行った
・プラットホームは、「厚生労働省」「都道府県・市町村」「団体職員・コーディネーター」「国民」と４段階の閲覧権限と更新権限を付与するもので、実装に向け、モデル自治体によるプラットホームのテスト運用を行った

# １．医療計画と介護保険事業（支援）計画実施の開始を踏まえた在宅医療・介護連携推進事業の在り方



## １．市町村調査

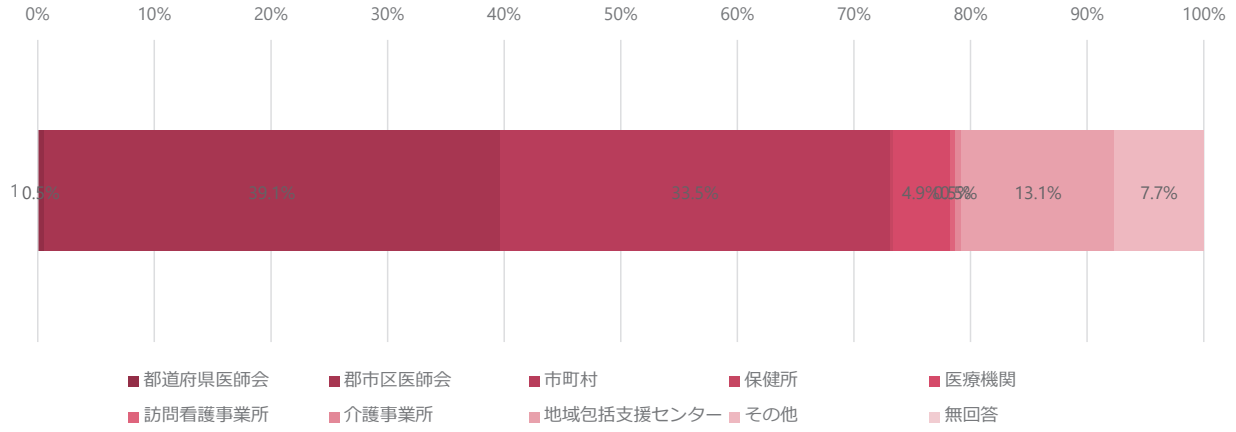
問14-2　問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。




n=819

# 1．市町村調査

問14-2-1　問14-2.で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。



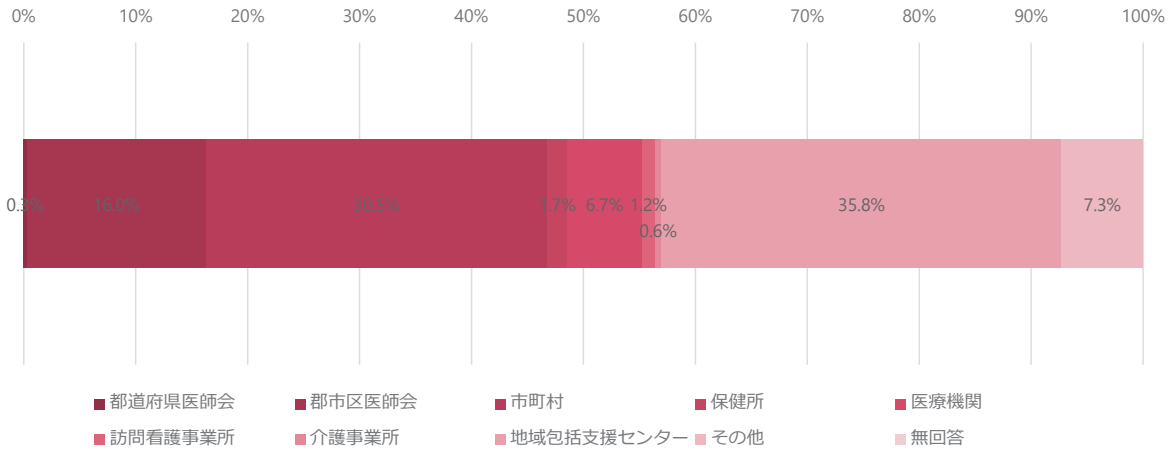

n=573

| 都道府県医師会 | 郡市区医師会 | 市町村 | 保健所 | 医療機関 | 訪問看護事業所 | 介護事業所 | 地域包括支援センター | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 224 | 192 | 1 | 28 | 3 | 3 | 75 | 44 | - |
| 0.5% | 39.1% | 33.5% | 0.2% | 4.9% | 0.5% | 0.5% | 13.1% | 7.7% | 0.0% |



# 1．市町村調査

問14-2-2-2　在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体

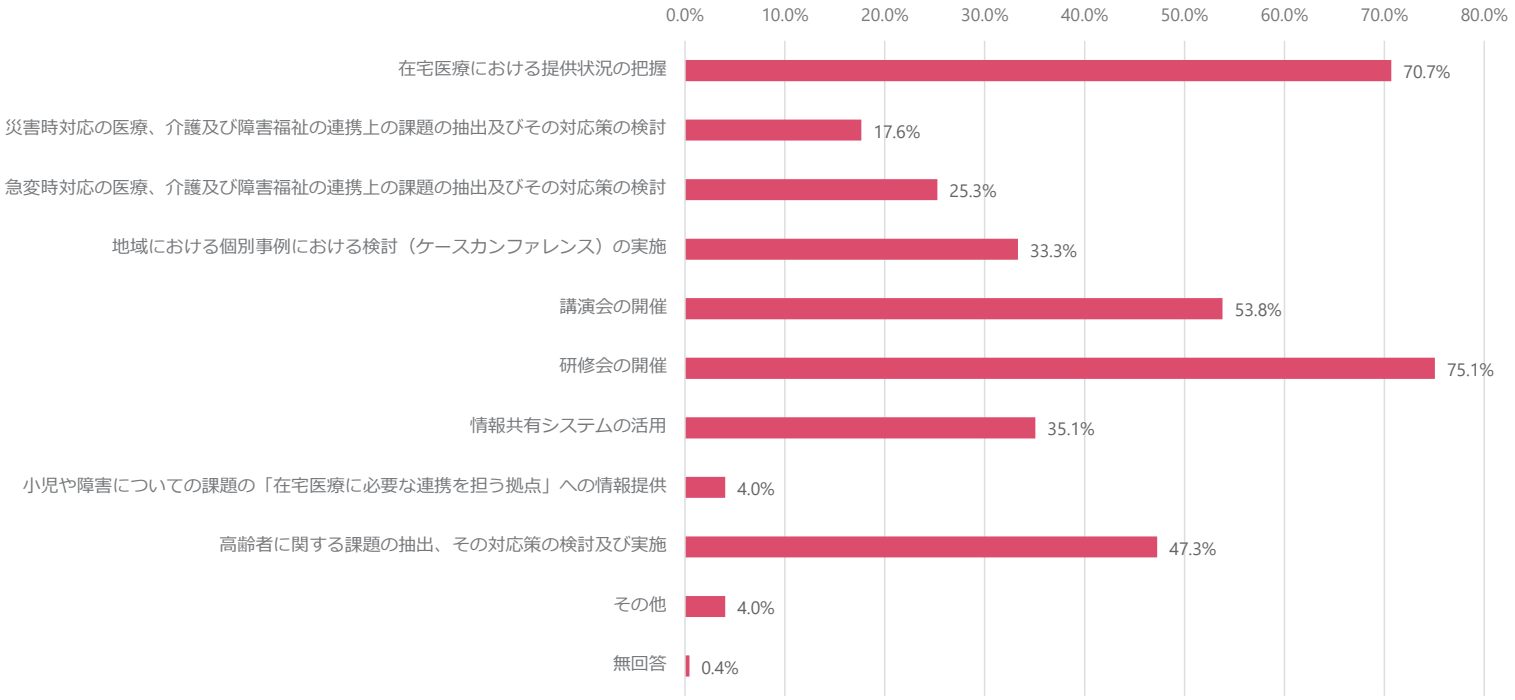



n=344

| 都道府県医師会 | 郡市区医師会 | 市町村 | 保健所 | 医療機関 | 訪問看護事業所 | 介護事業所 | 地域包括支援センター | その他 | 無回答 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 55 | 105 | 6 | 23 | 4 | 2 | 123 | 25 | - |
| 0.3% | 16.0% | 30.5% | 1.7% | 6.7% | 1.2% | 0.6% | 35.8% | 7.3% | 0.0% |

## 1．市町村調査

問14-3　引き続き問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。連携の具体的な内容について教えてください。（複数回答）

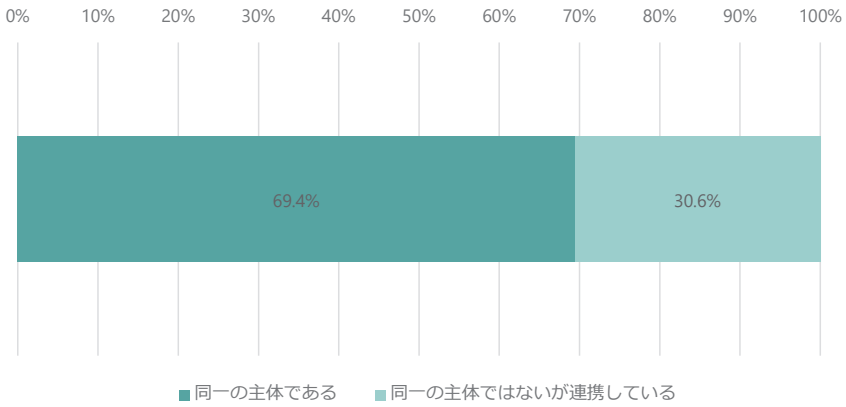



n=918



## 1．都道府県調査

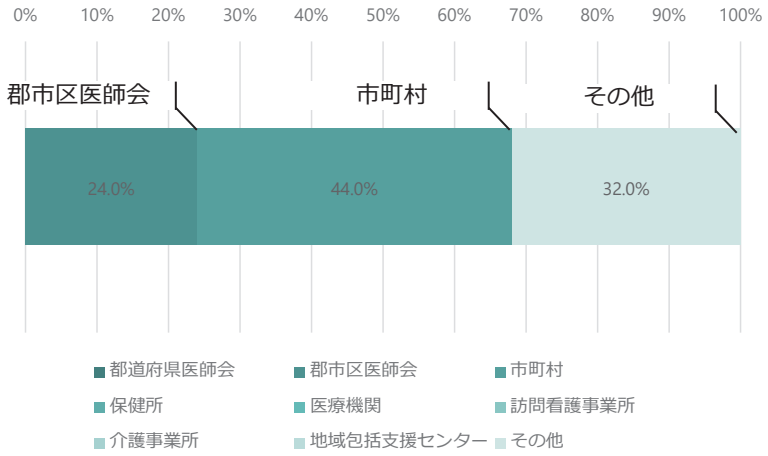
問19-2　在宅医療・介護連携推進事業では、「在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）」を通じて在宅医療・介護連携の取り組みの支援を行うこととしています。
「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。




n=36

## 1．都道府県調査

問19-2-1　19-2.で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。

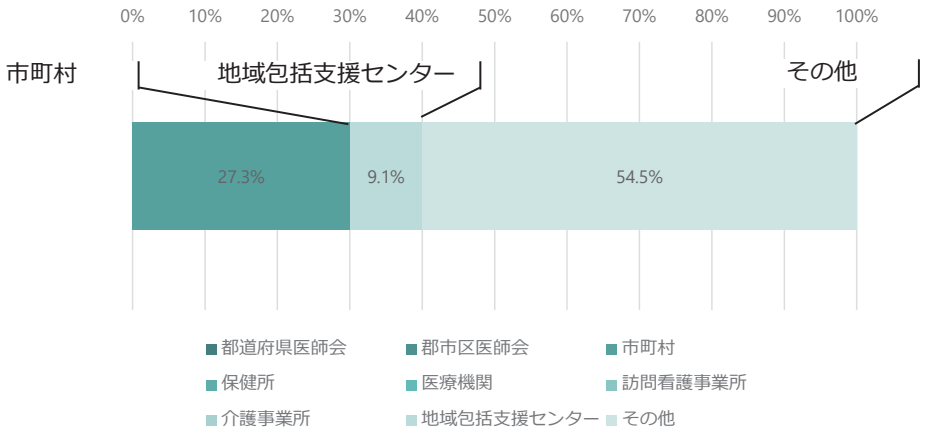



n=25



## 1．都道府県調査

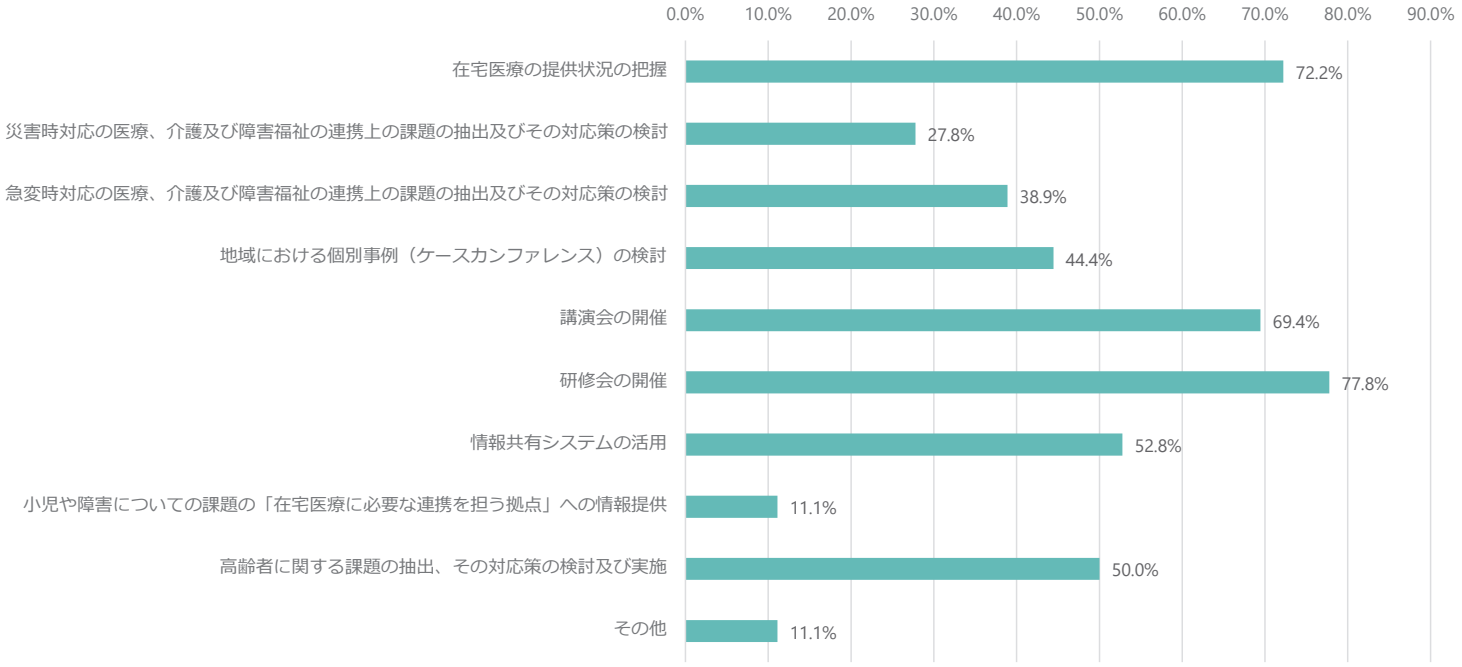
問19-2-3　19-2で「2.同一の運営主体ではないが連携している」を選択した方に伺います。在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体




n=11

# 1．都道府県調査

問19-3　引き続き問19で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。連携の具体的な内容について教えてください。（複数回答）




n=36



# 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

## □ 鹿児島県　肝属郡

肝属郡医師会立病院は、鹿児島県錦江町と南大隅町における医療・介護連携の中核的役割を担う拠点病院である。急性期から慢性期、在宅療養まで幅広い医療サービスを提供するとともに、地域包括ケア病棟を活用した退院支援や訪問診療、在宅療養支援診療所との連携を推進している。

また、多職種連携を強化するため、地域包括支援センターや訪問看護ステーション、ケアマネジャーと連携し、困難事例への対応や情報共有するなど、医師会や行政と協力してワーキングチームを設置し、地域課題を共有しながら具体的な解決策を検討する仕組みを構築している。さらに、ICT導入による効率化や、鹿児島大学との連携による地域医療枠の医師育成を進めることで、医療人材の確保や持続可能な医療体制の整備を実現。地域の医療・介護連携の要として、住民が安心して暮らせる環境づくりを支えている。

Point
地域を支える医療・介護連携の要

### 1．拠点の概要

**拠点の役割**

- 鹿児島県錦江町と南大隅町は、いずれも高齢化率が50%近くに達しており（2020年国勢調査時点）、医療・介護資源が限られている
- 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築

**目標（スローガン）**

- 住み慣れた地域で安心して人生の最期まで暮らせるまち

**病院概要**

| | | |
|---|---|---|
| 許可病床数 | | 196床 |
| 常勤医師 | | 7人 |
| 地域連携室 | 社会福祉士 | 3人 |
| | 保健師 | 4人 |
| | 公認心理士 | 1人 |
| | 事務職 | 1人 |

# 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

## 2．在宅医療連携拠点の具体的な活動内容

| 年 | 概略 | 内容 |
|---|---|---|
| 2011年（平成23年）～<br>2012年（平成24年） | 取組の契機 | 厚生労働省が進める在宅医療連携拠点事業を2011年に把握。翌2012年度に応募し採択。医師会立病院を中心に、地域包括支援センターや訪問看護ステーションとの情報共有を進め、連携基盤の準備を整備。 |
| 2012年（平成24年）～<br>2013年（平成25年） | 多職種連携の構築 | 医師、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員など、多職種が参加するワーキングチームが設立。<br>・訪問診療や在宅療養患者の急変時対応の仕組み作り。<br>・訪問入浴サービスの提供開始。<br>・喀痰吸引体制の整備（訪問ヘルパーへの技能講習実施）。 |
| 2014年（平成26年） | 現状課題の把握 | 地域の現状を把握するため、定期的なデータ収集・評価を開始。<br>（自宅等退院患者割合、在宅復帰率（地域包括ケア病棟）、在宅復帰率に係る加算の評価） |
| | 研修会の開催 | 多職種連携の強化に向けた研修会を開催。 |
| 2015年（平成27年） | 認知症対策 | 認知症初期集中支援チームを設置（厚労省のモデル事業） |
| | 重点課題の設定 | 高齢者独居問題や身寄りのない高齢者への対応強化を重点課題に設定。 |
| 2016年（平成28年）～<br>2018年（平成30年） | ICT導入の検討 | ICT導入に関する議論を開始。 |
| | 大学との連携 | 鹿児島大学医学部との連携が本格化し、地域医療枠の医師育成が進展。 |
| 2019年（令和元年）～<br>2021年（令和3年） | ICTの活用 | ICTを活用した効率的な情報共有基盤の試験運用を開始。 |
| | 訪問診療の拡充 | 訪問診療のカバーエリアを拡大。 |
| 2022年（令和4年）以降 | 困難事例にも対応した取り組み | 独居高齢者の生活支援や認知症ケアを重点施策として取組を継続。<br>困難事例等にも対応した、地域包括ケアシステムの構築を進める。 |



# 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

## 3．拠点との連携の工夫

多職種が話し合い連携できるワーキングを設置しており、さまざまな方法によって課題を明らかにしたうえで、ワーキングを通して課題解決にあたっている。

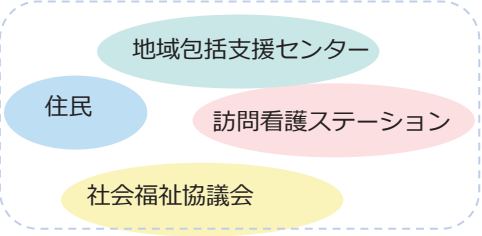
また、相談窓口としての機能を担い、地域包括支援センターや訪問看護ステーションから寄せられる相談にも迅速な対応を行うことで、信頼関係が増し、地域全体の連携を強化している。これまでの経緯から地域全体が拠点とともに連携しあう環境が醸成されている。

### 課題の抽出<br>ニーズの把握

◆アンケート調査
◆会議の設置
◆臨床実践
◆相談



コーディネーター
↑相談




など・・・

### 課題解決

- ワーキング実施による顔の見える関係づくりによる課題解決
- 訪問活動によるアウトリーチでの関係づくり

#### 課題解決事例

**喀痰吸引体制の構築**
•**課題**: 地域の訪問ヘルパーが喀痰吸引スキルを持っておらず、呼吸器患者への対応が困難。
•**解決**: 7名のヘルパーが講習を修了し、地域で喀痰吸引が可能な体制を整備。

**独居高齢者の看取り支援**
•**課題**: 身寄りのない独居高齢者が病状悪化時に適切なケアを受けられず、看取りが困難。
•**解決**: 医師会立病院の訪問診療と地域包括支援センターの連携で、訪問看護を提供し、看取り支援を実現。

**高度医療患者の在宅療養移行支援**
•**課題**: 高度医療を受けた患者が退院後に適切な在宅療養支援を得られない。
•**解決**: 医師会立病院が退院支援を行い、訪問看護ステーションやケアマネジャーとの連携で在宅療養への移行を実現。

**地域間連携による生活支援**
•**課題**: 生活困窮者やゴミ屋敷の住人が適切な住宅環境を得られない。
•**解決**: 医師会立病院と社会福祉協議会が協力し、町営住宅への移行を支援。

**緊急時の医療対応**
•**課題**: 地域内で緊急時の医療対応が不十分。
•**解決**: 医師会立病院が地域包括ケア病棟を活用し、急変患者や緊急入院が必要なケースに迅速対応。

など・・・

### 地域住民との密接な関係

訪問看護ステーションや地域包括支援センターから寄せられる相談に迅速に対応することで、住民に寄り添った医療・介護支援を提供。この信頼関係が、地域全体の連携を強化。

### 重層的支援体制の構築

地域包括支援センターや社会福祉協議会との連携を強化し、困難事例への対応を実現。独居高齢者や身寄りのない高齢者の支援を重点的に行い、医療・介護だけでなく、生活支援や権利擁護を含む包括的な支援を提供。この体制により、地域内での支援の一元化と迅速な対応が可能。

# 在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携

## ４．拠点に関する現在の課題

拠点による課題解決が進み、在宅医療・介護連携事業を推進している一方で、次の課題も抱えている。
これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

| 課題 | 対応策（案含む） |
|---|---|
| • 医療・介護人材の不足<br>医師や訪問看護師、介護職員の人材不足が深刻化しており、24時間対応や緊急対応が困難な場合がある。 | 大学や地域医療教育機関と連携し、地域枠の医師育成や研修プログラムを強化。医療・介護分野の働きやすい環境整備（短時間勤務やキャリア支援）を推進し、人材定着を図る。多職種間で業務を分担し、限られた人材を効率的に活用。 |
| • ICTを活用した情報共有基盤の強化<br>訪問診療や訪問看護、ケアマネジャー間での情報共有が紙ベースやファックスに依存しており、患者情報の共有や迅速な意思決定が難しい場合がある。 | ICTツールを導入し、リアルタイムの情報共有を実現。情報共有の運用ルールを明確化し、プライバシー保護を徹底。ICT導入に向けた操作研修を実施し、全職種がツールを活用できる環境を整備。 |
| • 医療・介護連携のさらなる深化<br>医療と介護の連携は進んでいるものの、現場レベルでの細やかな連携が課題。 | 多職種による定期的なワーキングチーム会議を実施し、現場課題を共有・解決。在宅療養開始前に、医療と介護双方で詳細なケアプランを立て、役割を明確化。緊急時対応の連絡網や手順を標準化し、対応の質を向上。 |
| • 在宅医療の認知拡大と住民への啓発<br>地域住民の中には、在宅医療の仕組みや利用方法についての理解が不十分な人も多い。 | 地域住民向けの講話会や相談会を定期的に開催し、在宅医療・介護連携の仕組みを周知。<br>在宅医療経験者や家族の声を取り入れた事例紹介を行い、理解促進を図る。 |



# 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

## ◘ 埼玉県　熊谷市

熊谷市では、高齢化率が上昇しており、在宅医療や介護の需要が増加している。そのため、市内の医療資源やサービスを効率的に活用し、地域の特性に合った支援を提供する必要がある。県の主導により熊谷市医師会と協議を重ね、熊谷生協病院を在宅医療支援の拠点として設置した。この拠点を中心に、医師や看護師、薬剤師など多職種が連携する仕組みを構築し、「くまねっと」などのデジタルツールを活用して地域住民との連携を進めている。
また、協議体では地域住民参加型の体制を目指し、顔の見える関係づくりに注力している。

Point
拠点と協議体が両輪となって、
在宅医療・介護連携を促進

### １．協議体の概要

**部会の役割**

- 在宅医療・在宅介護の課題の抽出と対応策の検討
- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援

**目標（スローガン）**

- 地域住民参加型の顔の見える関係を目指す

**部会構成員**

| 職種 | 人数 | 職種 | 人数 |
|---|---|---|---|
| 医師 | 2 | ケアマネジャー | 2 |
| 歯科医師 | 1 | 保健所職員 | 1 |
| 薬剤師 | 1 | 消防職員 | 1 |
| 訪問看護師 | 1 | 拠点コーディネーター | 1 |
| 理学療法士 | 1 | 地域包括支援センター職員 | 2 |
| 管理栄養士 | 1 | 合計 | １４ |

# 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

## 2．協議体の具体的な活動内容

| 年 | 概略 | 内容 |
|---|---|---|
| 2016年（平成28年） | 協議体の設立 | 協議体の設立初回の協議会が開催され、在宅医療・介護の供給体制構築に向けた課題の抽出と実施方法を議論。 |
| 2019年（令和元年） | 10年先を見据えた課題抽出 | 今後の体制構築に向けて、始めるべきこと、見直すべきことを整理し、具体的な課題を抽出。 |
| 2020年（令和2年） | スローガンの策定 | 「地域住民参加型の顔の見える関係を目指す」をスローガンに掲げ、多職種間の連携強化に注力。 |
| | 入退院支援ルールの策定開始 | 地域内の病院や介護施設間でのスムーズな連携を実現するため、ルールの策定を進める。 |
| 2021年（令和3年） | ACP（人生会議）の普及啓発開始 | 講師人材バンクの登録制度を導入し、普及活動を強化。 |
| | 119シートとの連携議論 | 救急対応時に活用される情報シートにACP関連情報を含める提案が議論される。 |
| 2022年（令和4年） | 「くまねっと」の立ち上げ | 医療介護連携推進ネットワークとして、地域資源の一元管理と情報共有を目的としたツール「くまねっと」が導入される。 |
| 2023年（令和5年） | 市民向けACP普及啓発活動 | 市民向けACP普及啓発活動市報に特集記事を掲載し、住民への周知活動を強化。 |
| 消防がオブザーバーに | 消防職員をオブザーバー | 救急搬送時の対応強化を目的に、消防職員にオブザーバー（2023年5月から）参加を依頼。2023年11月に119シートの議論は収束したが、救急との情報共有と連携が重要との考えから正規メンバーに（2024年2月から） |
| 2024年（令和6年） | 多職種交流の機会創出 | 医療・介護関係者の研修会や懇親会を企画し、顔の見える関係の推進に努めている。 |
| | 普及啓発講座の拡大 | 出前講座の回数を倍増し、医師以外の多職種も講師として活躍できる体制を構築。 |
| | さらなる普及啓発の強化 | 中学校での講座実施や幅広い世代への情報発信を計画中。 |

126

# 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

## 3．協議体の運営の工夫

熊谷市では、協議体が有機的に機能するために、スローガンの設定や課題の抽出を行い、協議体で実施すべきことに焦点をあてている。定期的、継続的に協議体を開催することで、具体的な進捗を確認、さらなる課題について、対策を練るといった持続可能な運営がみられた。

### 地域住民の参加を促進

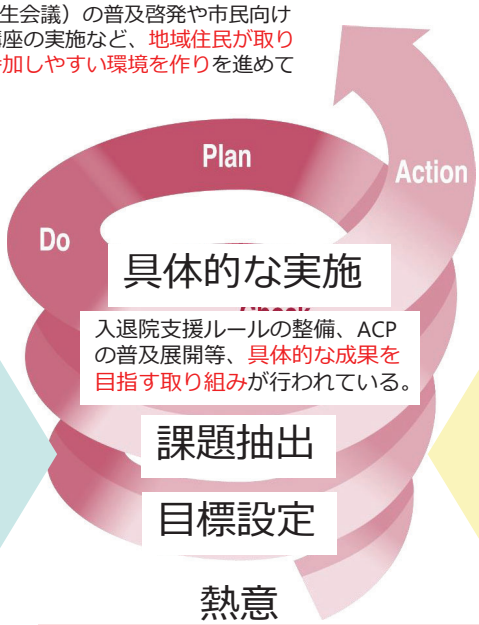
ACP（人生会議）の普及啓発や市民向けの出前講座の実施など、地域住民が取り組みに参加しやすい環境を作りを進めている

### 体制の調整

必要に応じて構成員を増員するなど、特定の課題に応じたメンバー構成を調整。例えば、消防職員を正規メンバーとして迎えたことにより、救急医療との連携を強化。

### 多職種連携と専門性の活用

医師、ケアマネジャー、消防職員など多職種が参加し、それぞれの専門知識を生かした議論。多職種連携は、包括的な議論と効果的な対策の策定を可能に。




### 定期的な会議開催と継続性

定期的に会議を開催し、多職種が顔を合わせて意見交換を行う場を維持。継続的に会議を開くことで、途切れのない連携が保たれている。

### 実務的なサポート体制

市の長寿いきがい課が事務局として、資料作成や会議運営を一手に担う。これにより、会議の円滑な進行が実現されている。

### 熱意

市の現状から増加する在宅医療・介護連携のニーズに応える気概

127

# 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方

## ４．協議体運営等に関する現在の課題

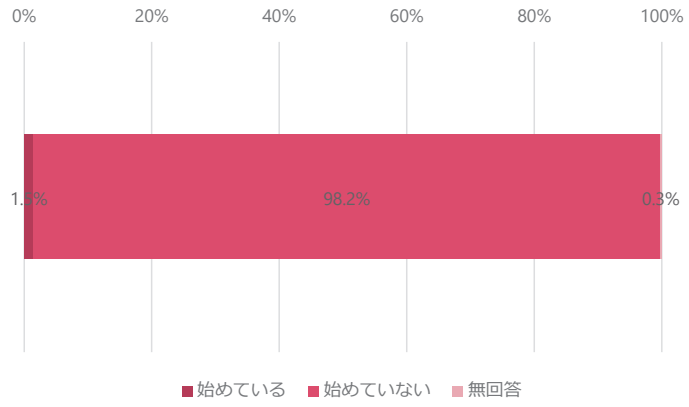
熊谷市では、協議体を活用し、在宅医療・介護連携事業を推進している一方で、次の課題も抱えている。
これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

| 課題 | 対応策（案含む） |
| --- | --- |
| • マンパワー不足<br>職員の数が限られており、日々の業務が優先される中で計画的な課題解決が難しい現状がある。 | 事業を分担することで効率的な運営を目指している。 |
| • 協議体継続性の懸念<br>協議体を支える中心人物の異動や役職の変更により、現在の体制が将来的に維持できるかが不透明である。 | 多職種交流の機会を創出することで関係者間の協力を深めている。 |
| • 市民への周知不足<br>ACP（人生会議）や連携ツール「くまねっと」の利便性が十分に市民に伝わっておらず、利用率が低い。 | 市報や出前講座を活用して市民への普及啓発活動を強化している。 |

128

# １．市町村調査

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

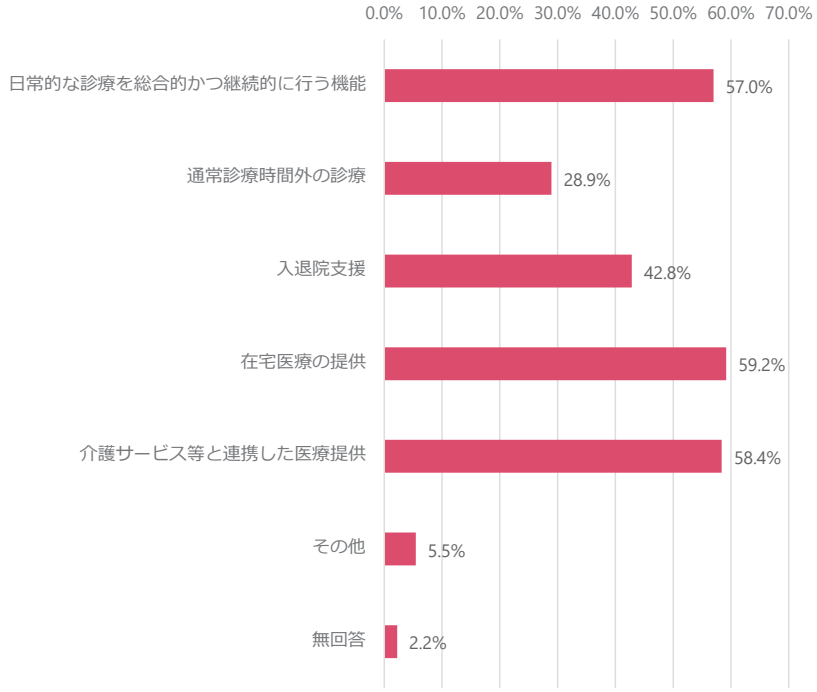



n=1741

129

## 1．市町村調査

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

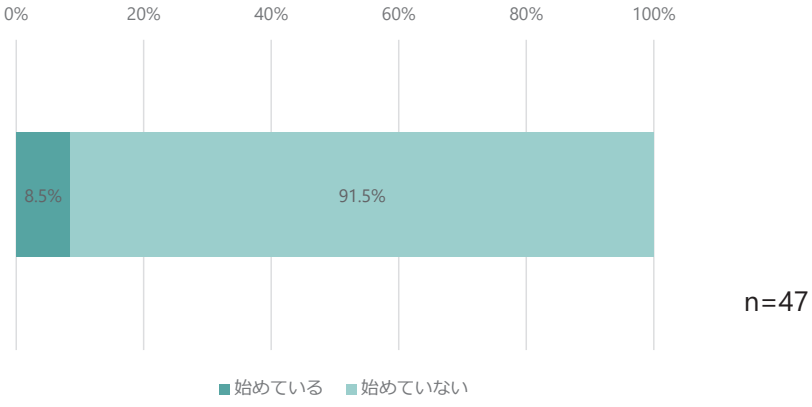



n=1741

130

## 1．都道府県調査

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




n=47

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

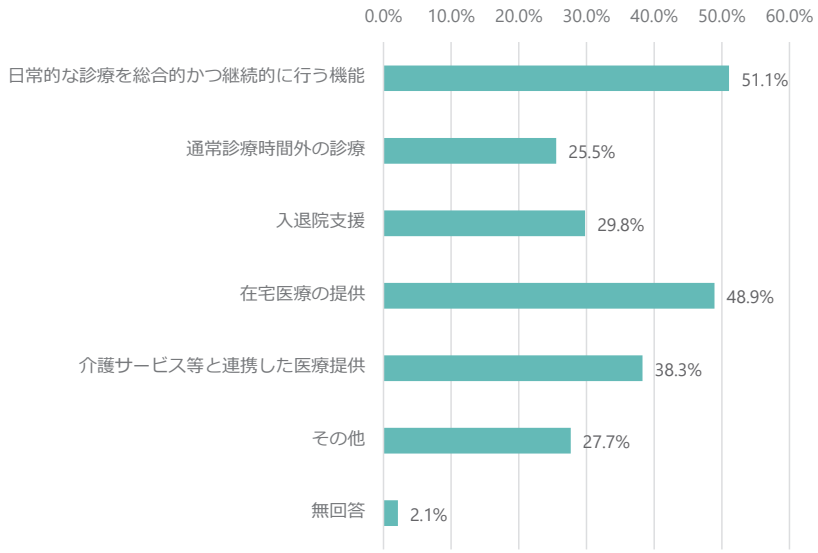
- 制度の情報収集と各保健所長への情報共有。
- 課内の役割分担のみ検討済。今後、開催される医政局総務課の説明会を受け、具体的に検討予定。
- 令和７年度の地域における協議の場（地域医療構想調整会議）の実施に向けた県予算要求の準備等。

※抜粋です

131

## 1．都道府県調査

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

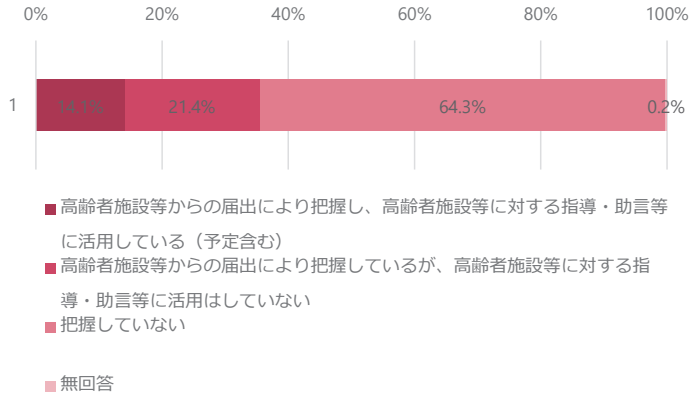



n=47

132

## 1．市町村調査

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

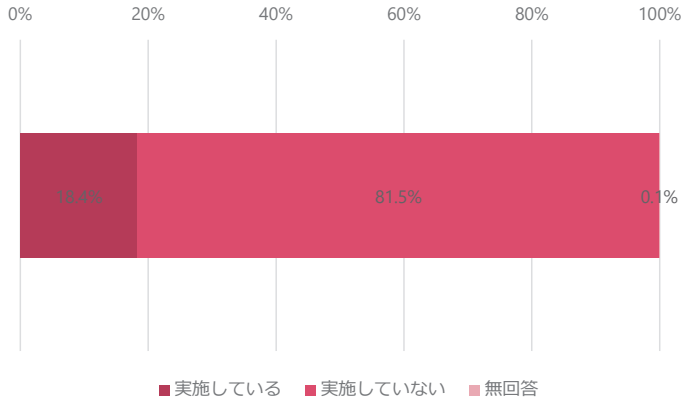



n=1741

133

## 1．市町村調査

問8　貴市町村は高齢者施設と医療機関との連携のための取り組みを実施していますか。

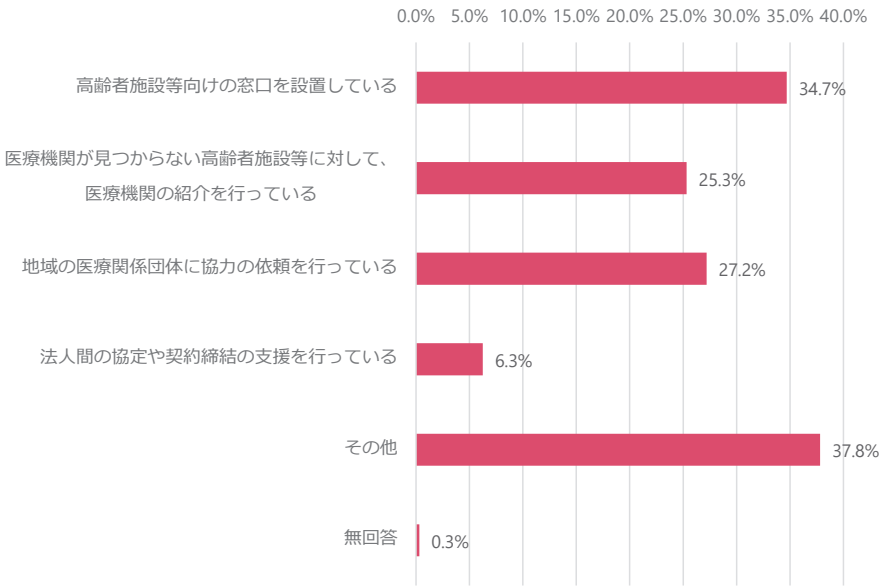



n=1741



## 1．市町村調査

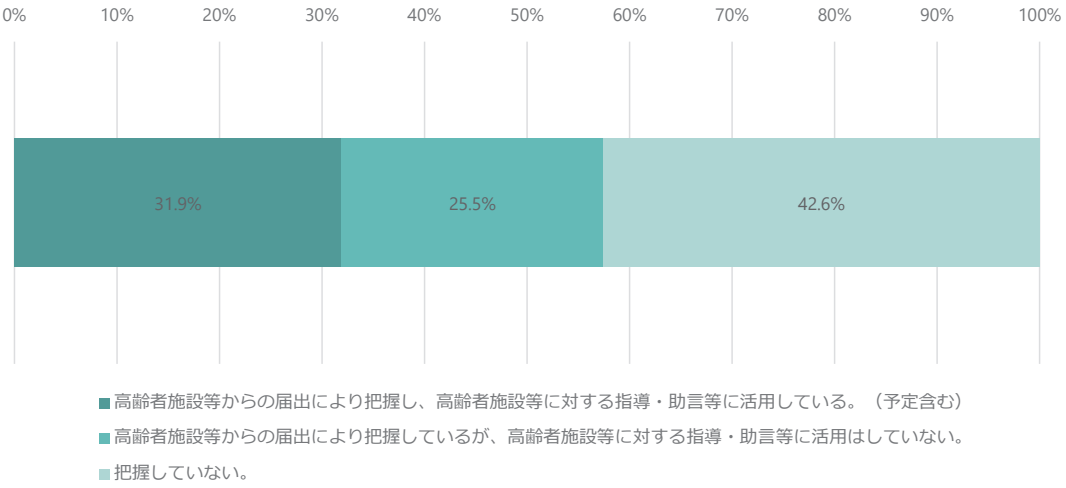
問8-1　問8で「1.実施している」と回答した方に伺います。どのような取り組みを実施していますか。（複数回答）




n=320

## 1．都道府県調査

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

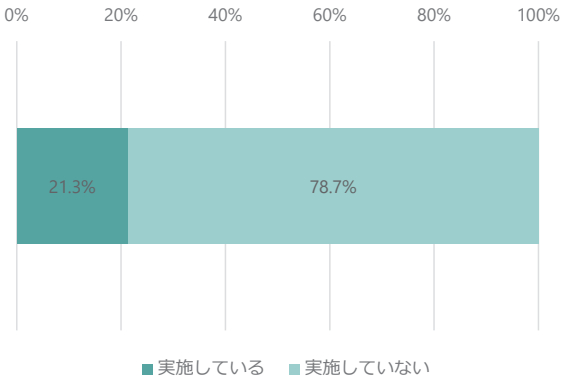



n=47



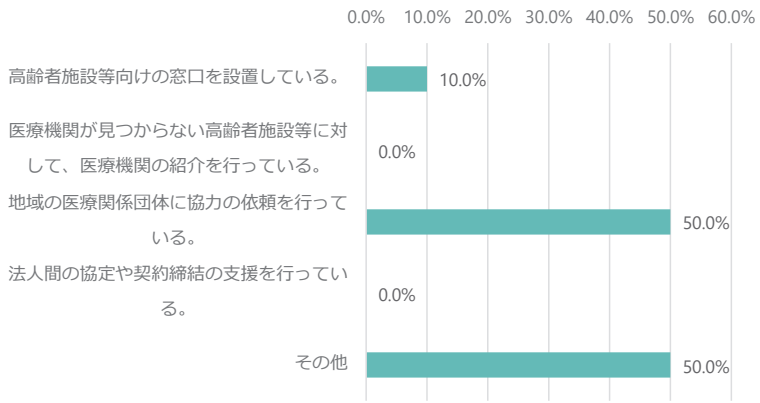
## 1．都道府県調査

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




n=47

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



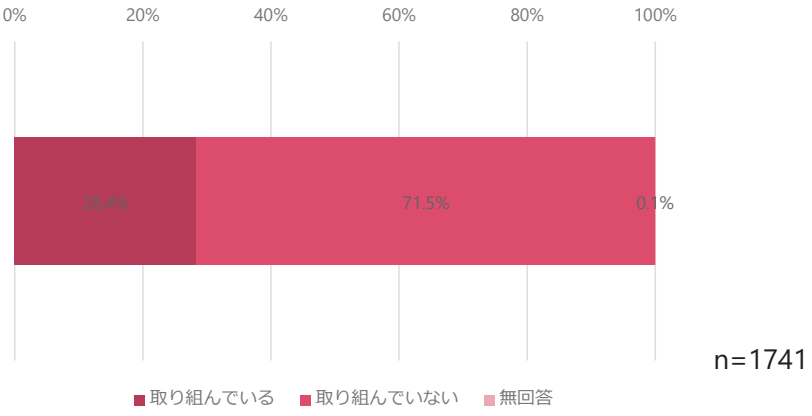

n=10

# 2．多職種連携の更なる推進



## 1．市町村調査

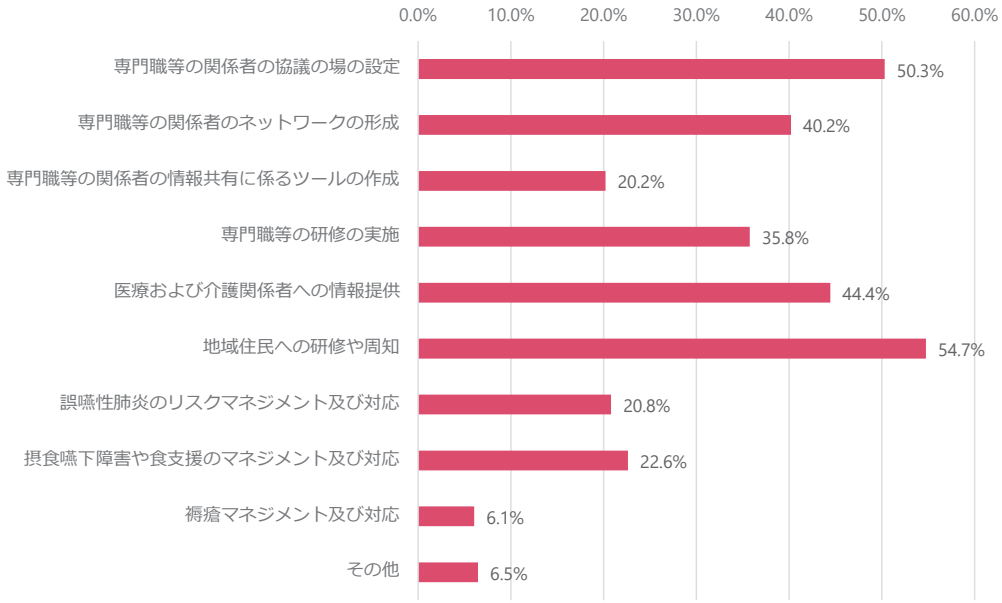
問5　「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいるかを教えてください。




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

## 1．市町村調査

問5-1　問5で「１．取り組んでいる」と回答した方に伺います。「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組」について取り組んでいる場合の実施内容を教えてください。（複数回答）

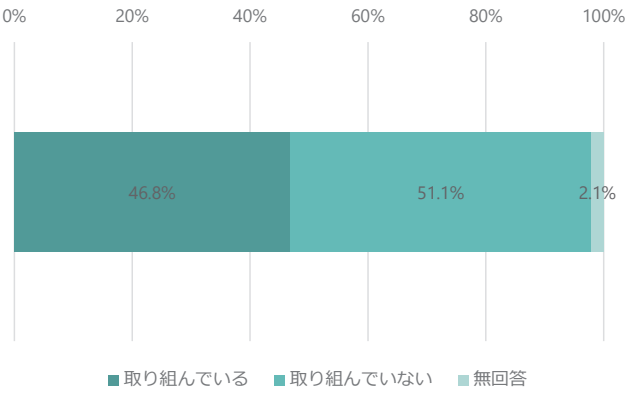



n=495



## 1．都道府県調査

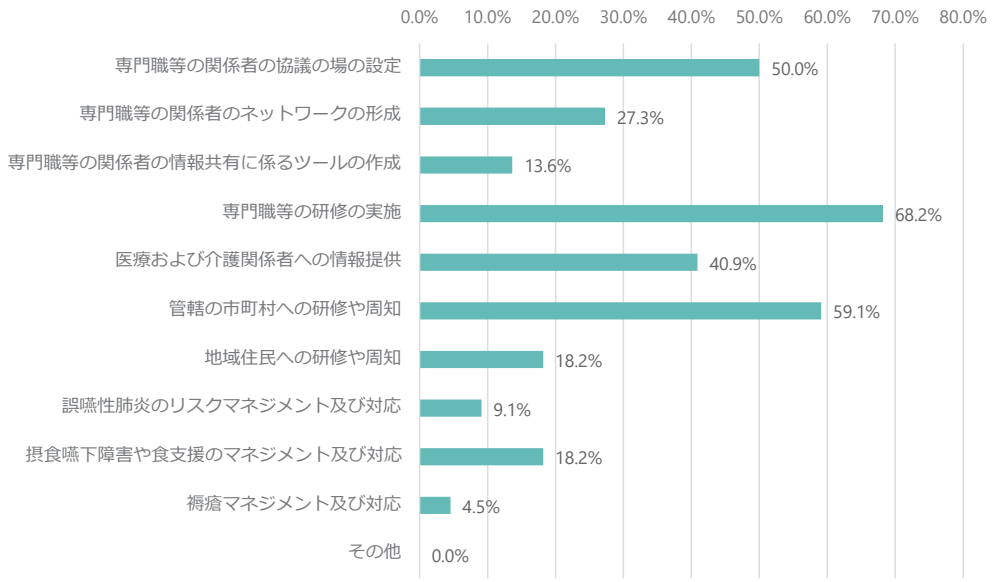
問4　貴都道府県では「リハビリテーション、栄養、口腔の一体的取組※」について取り組んでいますか。




n=47

## 1．都道府県調査

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




n=22



## 1．都道府県調査

問20　貴都道府県内の「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」数と種類を教えてください。

### 1.総数

| 調査数 | 平均 | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|
| 46 | 164.7 | 0 | 1061 |

※無回答　1自治体

### 2.在宅療養支援病院（機能強化型を含む）

| 調査数 | 平均 | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|
| 36 | 30.3 | 0 | 135 |

※無回答　11自治体

### 3.在宅療養支援診療所（機能強化型を含む）

| 調査数 | 平均 | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|
| 36 | 144.8 | 0 | 957 |

※無回答　11自治体

### 4.その他

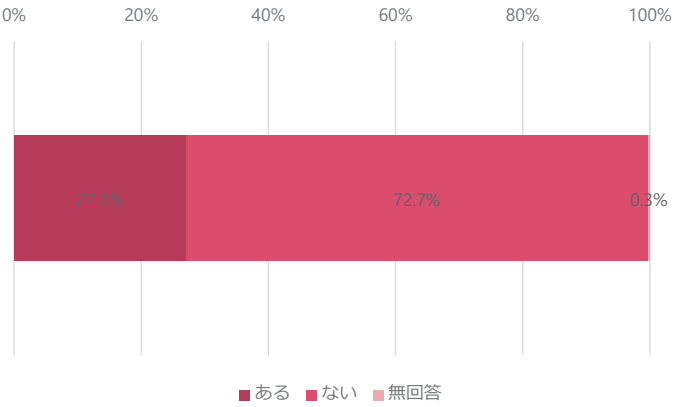
| 調査数 | 平均 | 最小値 | 最大値 |
|---|---|---|---|
| 24 | 53.9 | 0 | 438 |

※無回答　23自治体

n=47

## 1．市町村調査

問18　貴市町村の管内には、看護小規模多機能型居宅介護事業所はありますか。

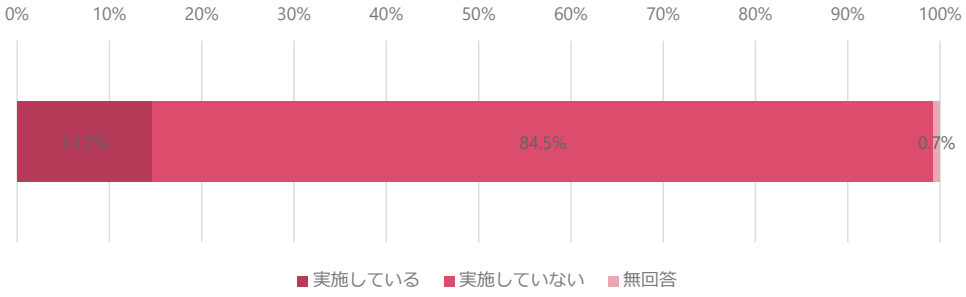



n=1741



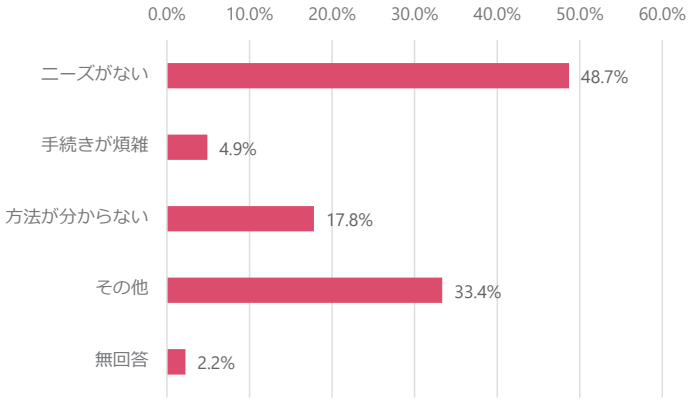
## 1．市町村調査

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




n=1741

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




n=1472

## ◘ 千葉県　松戸市

松戸市は、地域包括ケアを推進するため、2019年より医師会主導でICTを活用した在宅医療介護連携体制を整備した。多職種間での情報共有を強化し、「地域を一つの病院」と捉える視点で連携を促進している。病院内で情報共有なしにケアをすることはなく、地域でも同じような環境の整備に尽力。タグ付け機能を活用した効率的な情報整理や共有が行われている。これらの取組により、情報の双方向性と共有範囲を拡大し、多職種が相互に学び合える仕組みを構築している。

Point
ICTツールの活用した多職種の連携

### 1．ICTツールの活用による多職種連携概要

**背景**

- 2011年「在宅療養連携拠点事業」として在宅医療・介護連携に取り組む
- 2014年から地域包括ケアについて話し合うプラットフォーム（松戸市医師会在宅ケア委員会）を設立。
  現状や課題について話し合う環境を整備
- 在宅医療と介護の現場で多職種が効率的かつ効果的に情報を共有し、利用者のケアを最適化することを目的に2019年からICTツールを導入

**参画団体**

松戸市医師会、松戸歯科医師会、松戸市薬剤師会
松戸市訪問看護連絡協議会、松戸市訪問介護事業所連絡協議会
松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会
松戸市小多機看多機連絡協議会
松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会
松戸市福祉用具事業所連絡協議会
在宅ケア委員会に出席する職能団体又は委員会が認める職能団体

Point
多数の関係機関が無料で利用可能（松戸市の医療・介護・福祉等職能団体及び事業者団体に加盟する医療機関、事業所）。

146



### 2．ICTツールの活用による多職種連携の工夫

#### （1）理念の重要性

医療や介護が共通の目標に向かって取り組むという合意形成のもと、多職種連携を持続可能なものするためのツールとしてICTが導入されている。

理念　：「地域を一つの病院」

医療と介護が別々に機能するのではなく、互いの情報や専門性を共有し合うことで、患者（利用者）に一貫したケアを提供するという目標

- 病院では共通記録をみて患者、利用者のケアをする

医療 → 介護：医療に資する生活情報・ケアプラン情報
介護 → 医療：介護に資する医療情報、観察・報告してほしい生活情報

**ICTツールの導入**

- 多職種間の効率的かつ効果的な情報の共有
- 情報共有を円滑化し、職種間の理解を深められる

#### （2）ICTツールの意義の理解（事例勉強会の開催）

毎月、情報共有を通じてケアの質が向上した好事例を紹介することで、各職種がICTを活用するメリットを実感でき、ICTの有用性を深く理解できるようになっている。

**好事例集の紹介**

- 毎月実施好事例を発信
  （導入後2年間実施）

- ICTを効果的に使いこなすスキルの向上
- 多職種間での円滑な情報共有が促進

**ICTツールの意義の理解が浸透**

- 利用機関は増加中



147

## 2．　ICTツールの活用による多職種連携の工夫

### （３）利用ルールの徹底（電子カルテではないことを明確に）

- ICTツールの運用において、松戸市では「電子カルテではない」という認識を徹底することが重要視されている
- 電子カルテと異なり、ICTツールは多職種が共有すべき情報を簡潔かつ要点を押さえて記録するためのプラットフォームとして利用
- 具体的には、診療記録や個人情報の詳細ではなく、ケアや生活情報に焦点を当てたタグ付けを推奨
- 運用ルールを明確化することで、夜間の利用や緊急時の対応といった使用場面が適切に管理されている
- 「二度書き」を防ぐ記録の記載方法や運用を推奨

情報過多や不適切な利用を防ぎ、ICTツールを効率的に活用するための土台に

#### タグの機能

- 利用者の情報を「転倒」「急病・合併症・急性増悪」「薬剤関連情報」「生活支援」「ACPに資する情報」などの２０種類のタグで分類し、必要な情報にすぐにアクセスできる仕組みを構築
- これにより、医療職は患者の治療状況を把握しやすくなり、介護職に介護に資する医療情報を伝え、介護職は生活面の情報を医療職に伝えることで、より包括的なケアを提供
- ケア計画の見直しや多職種間での意思決定にも有効
- 訪問看護師が記録した情報が医師や薬剤師にとって治療方針の決定に貢献する一方、医師が付けたタグが介護職員の実務に反映されることで、双方の視点が共有される

- タグは単なる情報整理のツールに留まらず、多職種間の知識とスキルの相互作用を生み出す媒介
- 松戸市の取り組みでは、タグの活用が効率的な情報共有だけでなく、患者（利用者）中心のケアを支える重要な仕組みとして機能しており、地域包括ケアの実現に貢献





## 2．　ICTツールの活用による多職種連携の工夫

### （４）教育的な意義

- タグを活用した情報整理や共有は、各職種が他の視点や専門性を学ぶ機会となっている
- 医師が登録した治療方針をケアマネジャーが学び、介護職員が患者の生活情報をフィードバックすることで、連携の質が向上
- ICTを通じて成功事例や改善点を共有することで、職種間での知識の蓄積やスキル向上に寄与

ICTツールを利用した多職種間の学び合いが地域全体のケアの質を向上させる重要な要素に

### （５）使い続けることの重要性と広報

- 使い続けることで、システムになじみ、情報の共有や連携がスムーズに行えるように
- 使用頻度が高まることで、新たな課題が浮き彫りになり、改善策を講じることが可能
- 利用者間でのフィードバックの仕組みを整備し、ツールの改良や運用方法の見直しを行うことで、持続的な利用を促進

- ICTの導入初期には利用者が限定的であったため、医師会や市が中心となり、ツールのメリットや利用事例を分かりやすく伝える活動を展開
- ICTツールを利用している職種からの好事例や成功体験を紹介し、新規利用者にとっての導入ハードルを下げる工夫

# 多職種連携

## ◘ 神奈川県　川崎市

川崎市の在宅医療・介護連携は、地域において自立した日常生活を営むことを支援する地域リハビリテーションの取組をもとに、総合リハビリテーション推進センター、地域リハビリテーションセンター、地域リハビリテーション支援拠点等が高齢者を支える地域の専門職を支援することで多職種が連携し、リハ職がケアマネジャーや地域包括支援センターと協働して、利用者の在宅生活を包括的にサポートしている。

また、情報共有の推進やACP（人生会議）の普及を通じて、終末期ケアを含む切れ目のない支援体制を構築。地域全体で住民の自立と安心を支えている。

### 1．川崎市の地域リハビリテーション体制の整備

背景・経緯

- 川崎市は、1971年（昭和46年）から精神、知的、身体の3障害分野で地域リハビリテーションを推進
- 1999年（平成11年）、市内に複数の地域リハビリテーションセンターを設置する構想が具体化。
- 2015年に「地域包括ケアシステム推進ビジョン」を策定し、その対象を高齢者だけでなく、障害者や子ども、ケアを必要とする全ての市民に拡大
- これにより、従来の障害分野の取組に加え、高齢者や子どもを含めた全世代・全対象型の支援を実施
- 2021年には、既存の3つの地域リハビリテーションセンター(体制図①）に加え、総合リハビリテーション推進センター（体制図②）を設置。相談支援体制も再編し、医療や福祉が一体となった包括的な支援体制を整備

＜地域リハビリテーションセンターの整備＞

| 年 | 概略 |
|---|---|
| 2008年（平成20年） | 北部リハビリテーションセンター（麻生区）開設 |
| 2016年（平成28年） | 中部リハビリテーションセンター（中原区）開設 |
| 2021年（令和3年） | 南部リハビリテーションセンター（川崎区）と総合リハビリテーション推進センターが開設。 |

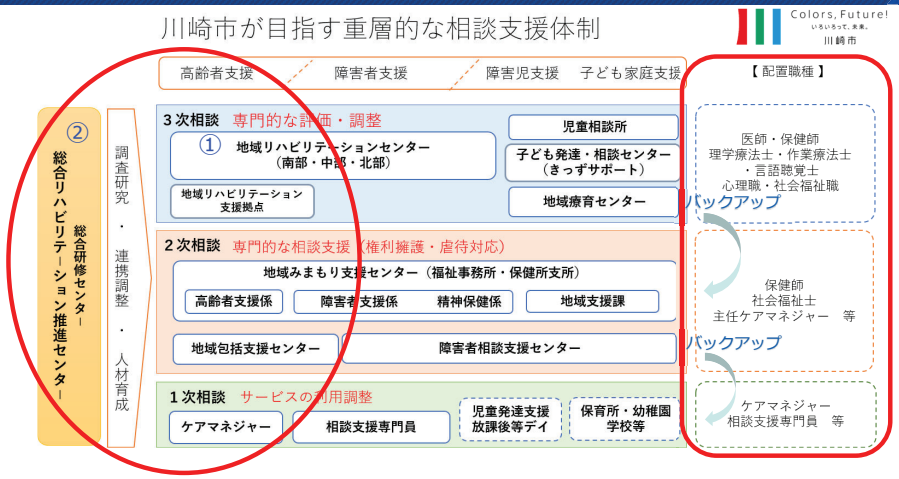
Point

ここでの「地域リハビリテーション」という文言は、直接的な訓練を指すのではなく、生活の自立や社会参加を支える理念を表す

150

# 多職種連携

川崎市が目指す重層的な相談支援体制




専門職を効率的に配置し、高度な相談にも包括的に応じることができる体制を整備

Point

障害分野、子ども分野等も含めた重層的な体制を構築

### 2．在宅医療・介護連携における地域リハビリテーション施策の全体像

在宅から病院、再び在宅へと戻る高齢者の支援体制を強化する必要性から、リハビリテーションの視点を踏まえて、地域において自立した日常生活を営むことを支援する地域リハビリテーションの取組を推進している。リハビリテーションにかかる課題は、

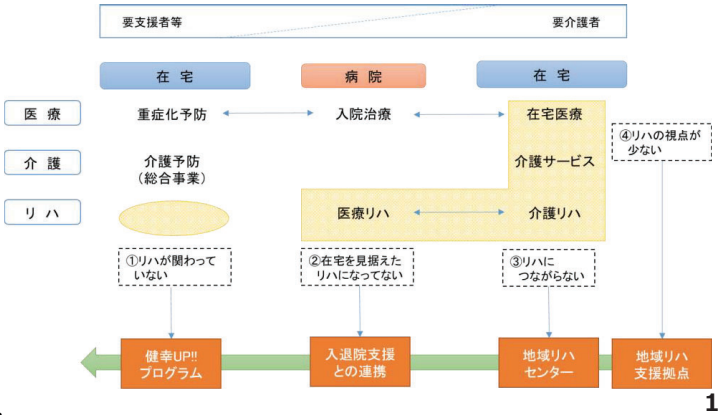
①リハビリテーションが介護が必要になる前の段階で関わる機会が少ない

②入院中のリハビリテーションは在宅生活を十分に見据えることが難しい

③在宅でのリハビリテーションが日常生活につながりにくい

④ケアプランにリハビリテーションの視点が十分取り入れられていない

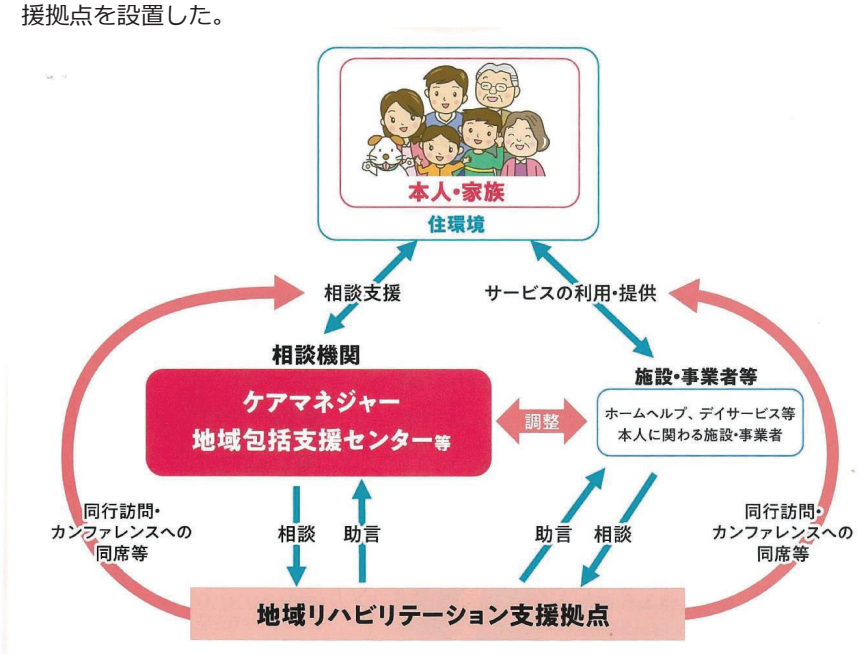
等あり、その解決に向けて相談体制を整備している。




151

## 3．地域リハビリテーション支援拠点の設置

今後のさらなる要介護高齢者の増加を見据えて、質の高い在宅医療・介護サービスを包括的かつ効率的に提供できるようにするために、相談支援・ケアマネジメントのプロセスにリハビリテーション専門職が関与する体制を構築し、サービスの質の向上と多様な分野の連携を促進することを目的とし、2021年（令和3年）に地域リハビリテーション支援拠点を設置した。




- 2024年（令和6年）現在、市内11カ所の病院、介護老人保健施設に拠点を設置
- コーディネーター（理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST））が相談に対応
- 訪問やカンファレンスに同席し、相談内容に応じてリハビリの視点で助言・提案

出典：地域リハビリテーション支援拠点のご案内





## 4．今後、強化したいと考えている取組

川崎市では、リハ職の視点を取り入れた在宅医療介連携における多職種連携を推進している一方で、次の課題も抱えている。
これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

| 課題 | 対応策（案含む） |
|---|---|
| • 介護が必要になる前からアプローチする | 【かわさき健幸UP！！プログラムの創設】<br>・日々の生活動作に不安や難しさを感じている高齢者に対し、リハビリテーション専門職が一人一人の希望を確認し、生活改善方法を提案<br>・介護予防の観点から、自立支援を目的とし生活習慣の改善や行動変容、地域活動参加等を促す |
| • 意思決定支援・ACPの観点に基づく「暮らしの情報連携」と「病院と在宅の多機関連携」<br>かかりつけ医等が把握していた暮らしや生活情報が支援者に引き継がれないことや、支援者と本人・家族の間で病状や本人の意思を共有できていないことにより、本人の意思が不明なまま終末期を迎えてしまう | リハ職も参加<br>【川崎市在宅療養推進協議会の取組】<br>・市内の医療・介護関係団体で構成する「川崎市在宅療養推進協議会」で検討<br>・本人の意思を確認するツールを作成し、関係機関による効果的な情報連携の方法等を検討<br>・市内の地域特性を踏まえた病院と在宅の連携パターンのモデルを作成し、モデルを活用した実践につなげる |

# 3．在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体及び地域ケア会議等のあり方



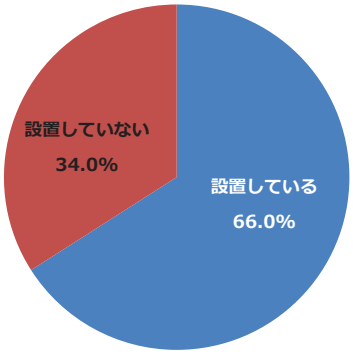
## 令和６年度実態調査：協議体の設置

都道府県票・市町村票

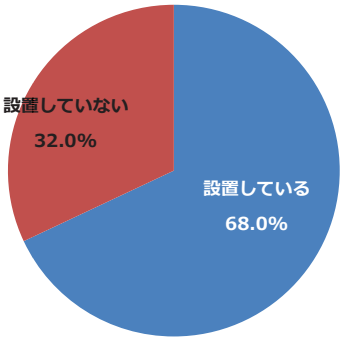
○　協議体を設置している割合は、都道府県で66.0%、市町村で68.0%であった。
○　協議体を設置している自治体における開催圏域は、都道府県では都道府県単位が71.8%、市町村では市町村単位が53.5%であった。

■　在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の設置状況

■　都道府県（n=47）

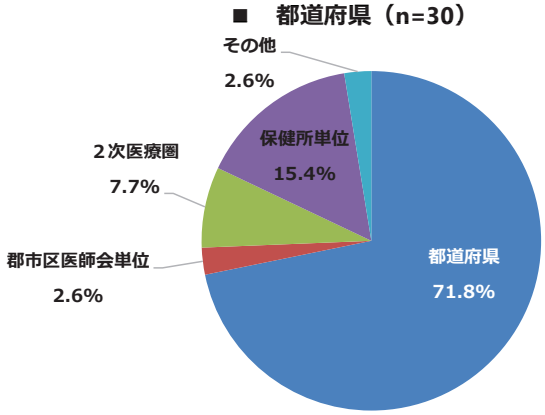



■　市町村（n=1,741）

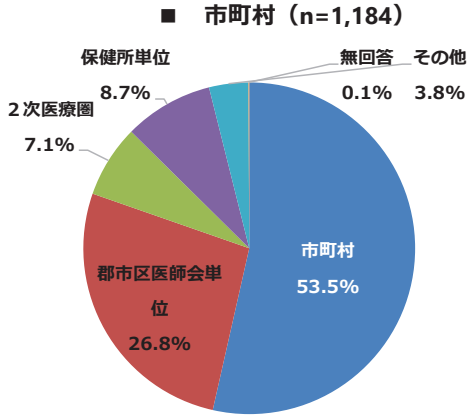



■　在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の開催圏域

■　都道府県（n=30）




■　市町村（n=1,184）



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

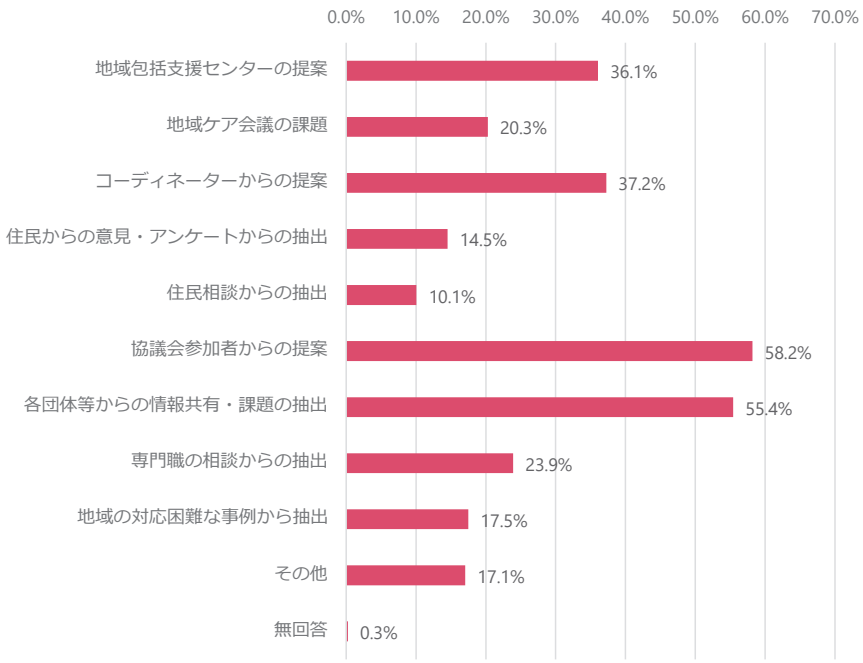
| 団体名 | | 団体名 | |
|---|---|---|---|
| 医師会 | 91.2% | 老人福祉施設協議会 | 14.1% |
| 歯科医師会 | 81.1% | 介護医療院協会 | 0.8% |
| 薬剤師会 | 81.4% | 介護付きホーム協会・高齢者住宅協会 | 1.4% |
| 看護協会 | 28.0% | 認知症グループホーム協会 | 5.9% |
| 訪問看護（ステーション）連絡協議会または地域の連絡会 | 66.8% | 訪問介護連絡協議会・ホームヘルパー連絡協議会 | 17.0% |
| 介護支援専門員協会または地域の連絡会 | 78.3% | 通所サービス事業所連絡協議会・デイサービス協会 | 9.5% |
| 栄養士会 | 25.0% | 地域包括支援センター | 84.1% |
| リハビリテーション協議会 | 20.4% | 都道府県 | 9.0% |
| 理学療法士協会 | 23.6% | 保健所（都道府県） | 53.9% |
| 作業療法士協会 | 13.6% | 保健所（市・特別区設置） | 9.2% |
| 言語聴覚士協会 | 8.5% | 消防署（救急） | 17.1% |
| 歯科衛生士会 | 11.3% | 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター | 47.7% |
| 社会福祉士会 | 5.7% | 大学等の教育機関 | 9.9% |
| 社会福祉協議会 | 27.7% | 民間企業 | 2.9% |
| 介護福祉士会 | 7.4% | その他 | 47.7% |
| 医療ソーシャルワーカー協会 | 19.7% | 無回答 | 0.0% |
| 老人保健施設協会 | 10.1% | | |

n=1184



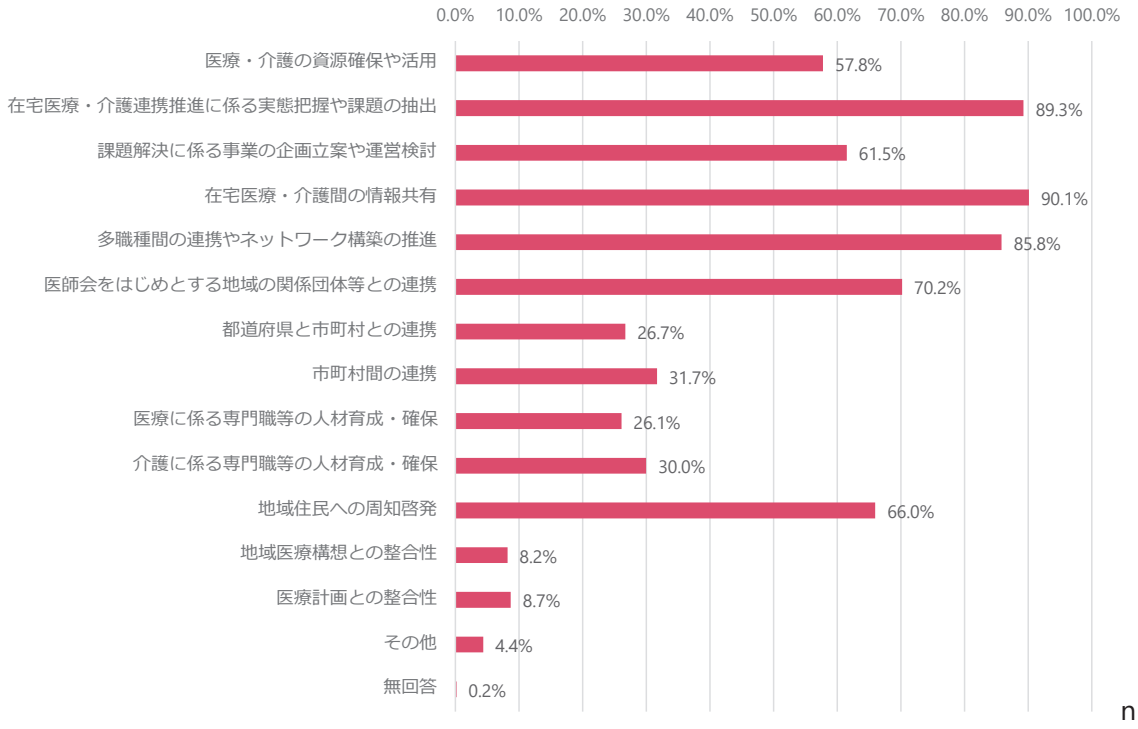


問1-5　引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会での議事はどのように設定していますか（複数回答）




n=1184

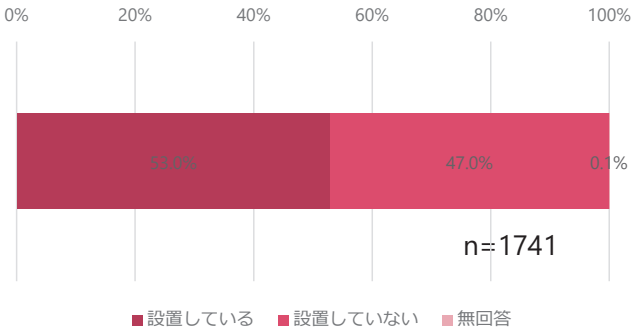
問1-6　引き続き問1で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会ではどのようなことを検討していますか。（複数回答）





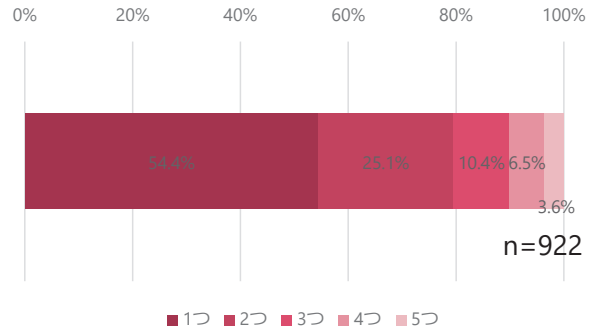



問2　問１で回答した協議会の他に、在宅医療・介護連携の実務担当者や中心となる関係者に限定して協議する場を設置していますか。



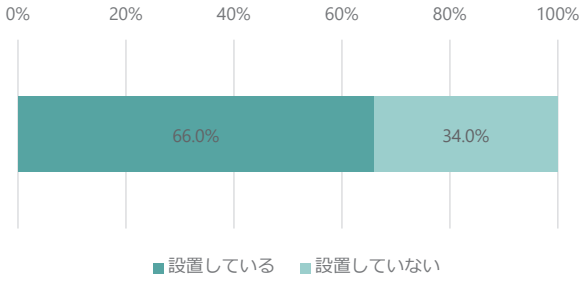

問2－1　問２で「1.設置している」と回答した方に伺います。具体的な内容（名称、回数、協議内容）について下記にご記入ください。

＜協議の場の数＞



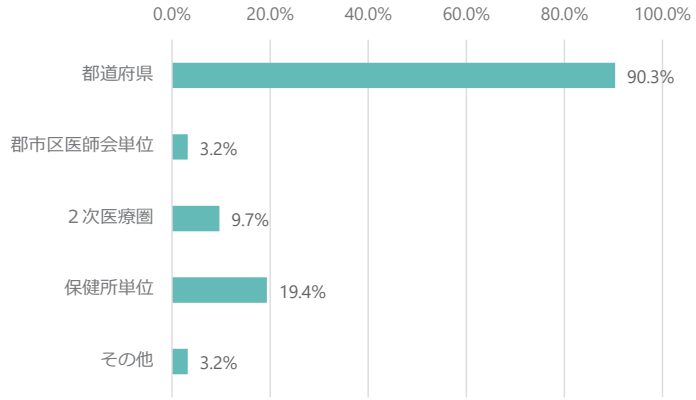
# 1．都道府県調査

問1　貴都道府県では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。




n=47

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




n=31

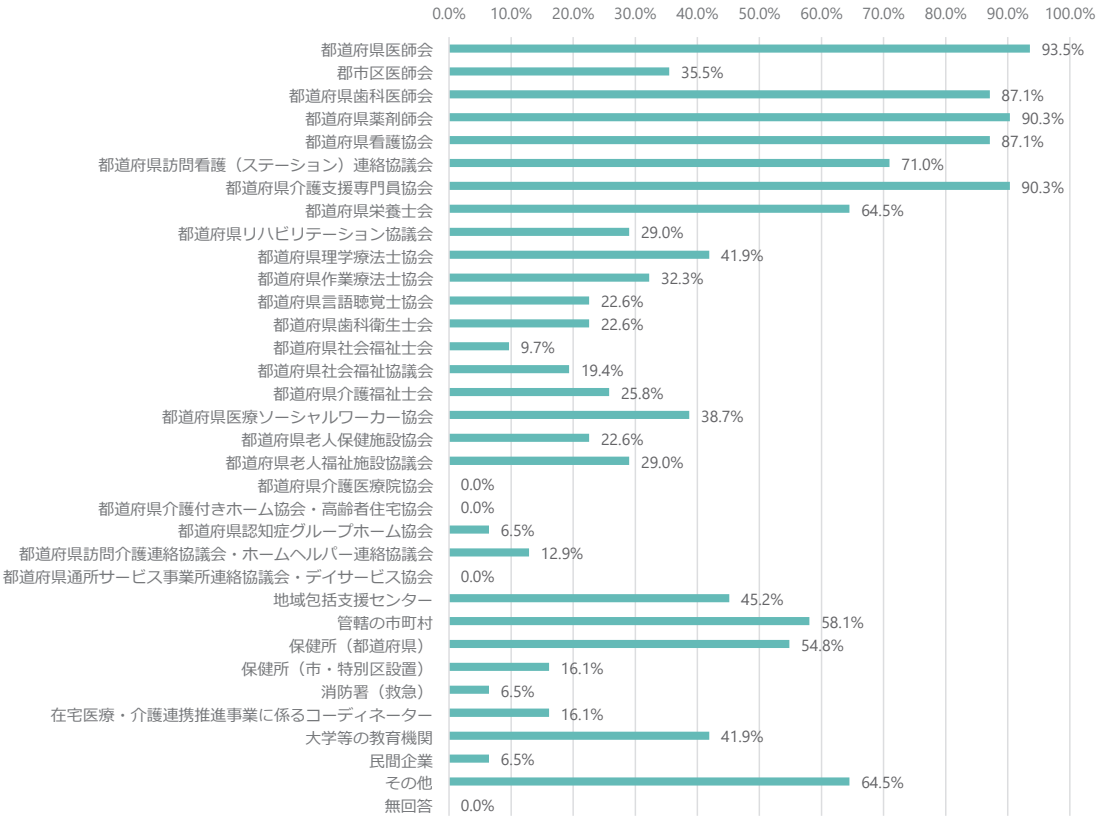
問1－1　具体的な設置していない理由や課題

- 在宅医療・介護連携に関する協議体や会議体がすでに別に設置されているため、新たな協議会の設置が不要
- 在宅医療・介護連携は市町村の事業として実施されており、市町村ごとに協議するべきと考えられているため、県レベルでの協議会設置は不要
- 協議会設置の必要性の認識不足、県レベルでの協議会設置の必要性を感じていない
- 庁内での議論が十分に行われていないため、具体的な設置検討に至っていない。
- 医師会に委託されており、県自らが協議会を設置する必要がない



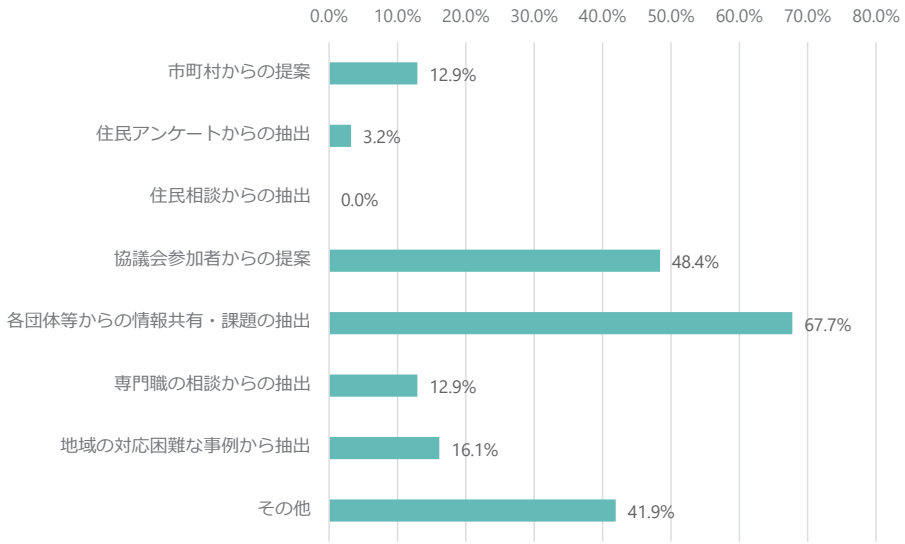
# 1．都道府県調査

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




n=31

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

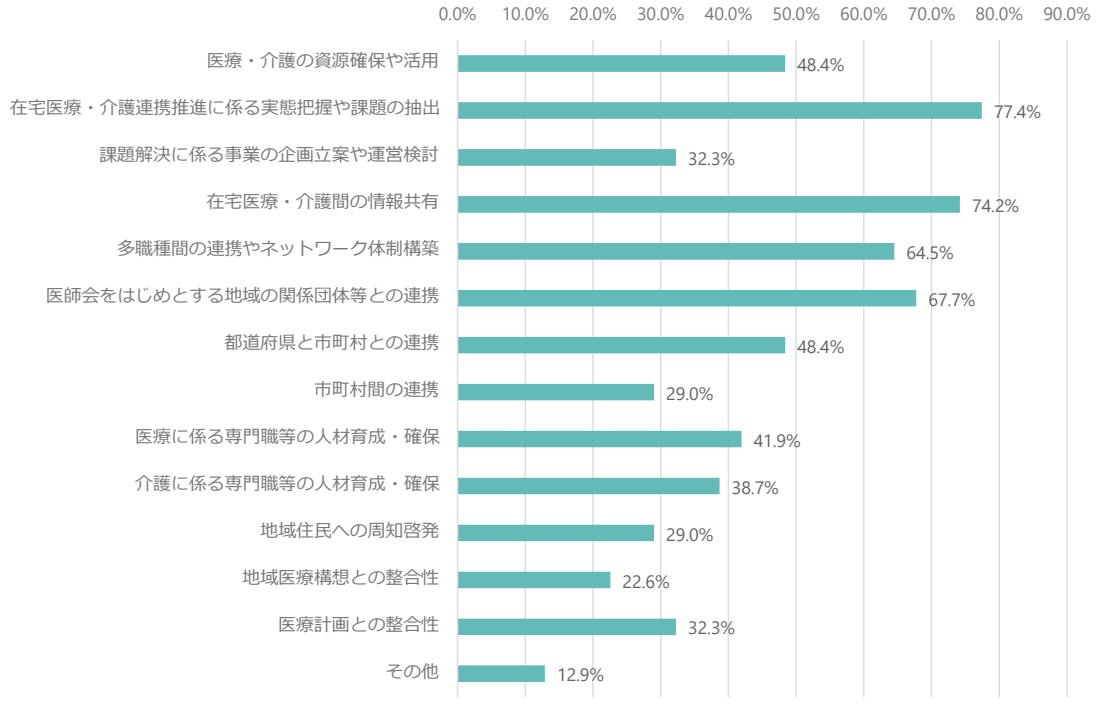



n=31



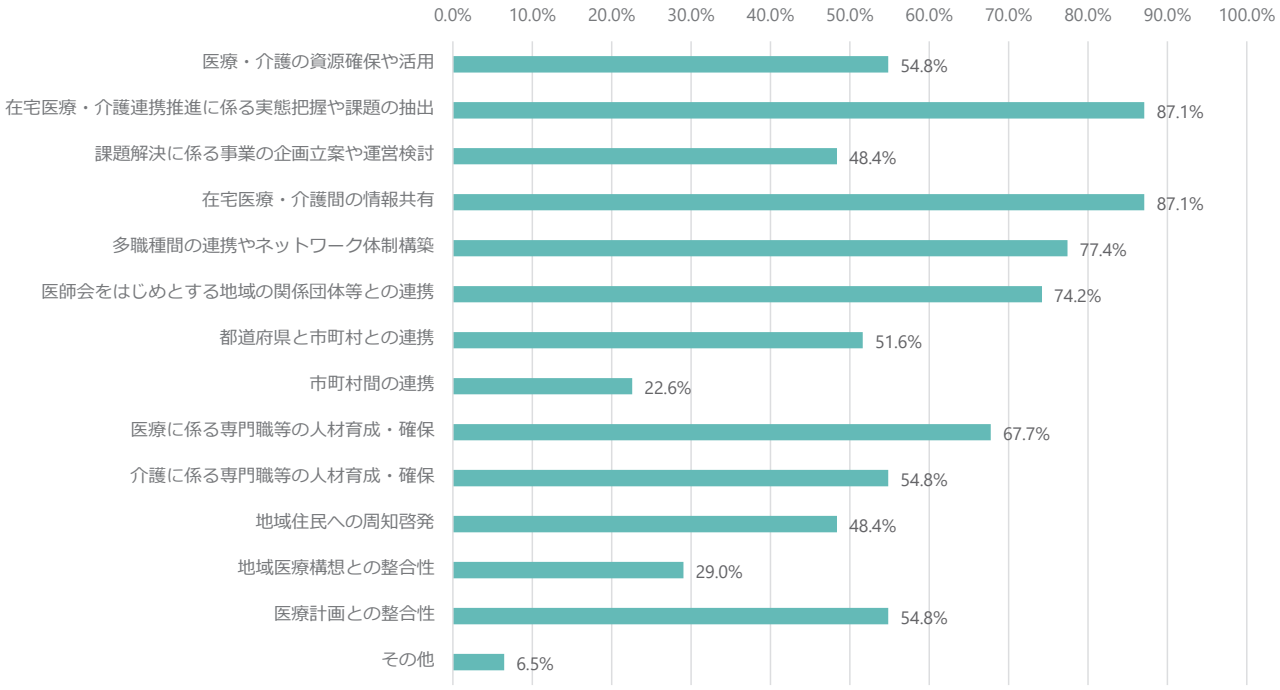


問1-6-1.都道府県が管轄市町村を支援する上での検討事項




n=31

問1-6-2.都道府県として在宅医療・介護連携推進に取り組む上での検討事項




n=31



# 5．在宅医療・介護に関する事例の幅広い共有

※4. 在宅医療・介護連携推進事業の手引きの見直しについては参考資料なし

# 在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームの開発の概要

- 本事業では、地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組のより一層の推進・充実を図ることを目的として、在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査、都道府県・市町村担当者等研修会議開催及び都道府県・市町村連携支援を行う。
- 在宅医療・介護連携に関する情報の一元化のため、在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットフォームの開発を実施した。

プラットフォーム開発WGの設置

第１回
- プラットフォーム設計方針の作成
- モデル自治体の選定

第２回
- プラットフォームの構成図案の作成
- プラットフォームのデザイン案作成
- プラットフォーム案の構築

第３回
- 使用マニュアル４種類を作成（担当者用、都道府県担当者用、市町村担当者用、国民用）
- モデル運用実施
- モデル運用先へヒアリング調査の実施

第４回
- とりまとめ・プラットフォームの最終修正
- サイト公開・説明会等で周知
  報告書作成



# プラットホームの開発による期待される効果及び掲載コンテンツの基本方針

- プラットフォームには、有用な情報ツールを集約に加え、在宅医療介護連携推進事業の担当者間での情報交換の場とすることで、切れ目のない在宅医療・介護連携推進の実現を目指す。

事業担当者等にとって、有用な情報ツールを集約するとともに、事業担当者間の情報交換の場とする

- 関係法令・通知・手引き等の整備
- これまでの成果物等の整備
- 各自治体の事例・取組掲載
- 事業担当者等を対象とした研修ツールの提示
- 既存データ及びツールの活用方法の提示
- 事業担当者間での情報交換の場（Q&A）

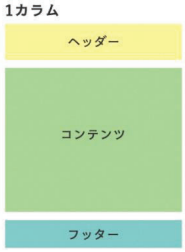
期待される効果

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

# プラットフォームの主な仕様

| 区分 | 内容 |
|---|---|
| HP公開場所 | 厚生労働省ホームページ上<br>URL：https://zaitakupf.aic-test.com/（テスト段階） |
| 閲覧予定者 | 都道府県職員、市町村職員、関係団体職員、在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター、国民 |
| レイアウト | シングルカラムレイアウトとし、PC、スマホでも表示可能なレイアウト |
| アクセシビリティ | 厚生労働省ウェブアクセシビリティ方針に準拠<br>（URL：https://www.mhlw.go.jp/accessibility/） |
| 文字サイズ変換機能及びページ内検索を搭載 | 高齢者等も見やすいよう文字サイズ変換機能を搭載<br>Webページ内をキーワードから検索出来る機能を搭載 |
| その他 | ・今後もコンテンツを追加できるよう、拡張可能な仕様とする<br>・将来的に別ホームページ等との統合も視野に入れたものとする<br>・閲覧者別に３段階のページ更新権限等の強度が設ける<br>第１段階（厚生労働省）：全頁編集可<br>第２段階（都道府県・市町村）：関係者ログインページに都道府県及び市町村が内容のアップロード権限（1,788箇所権限）<br>第３段階（国民）：編集権限なし |

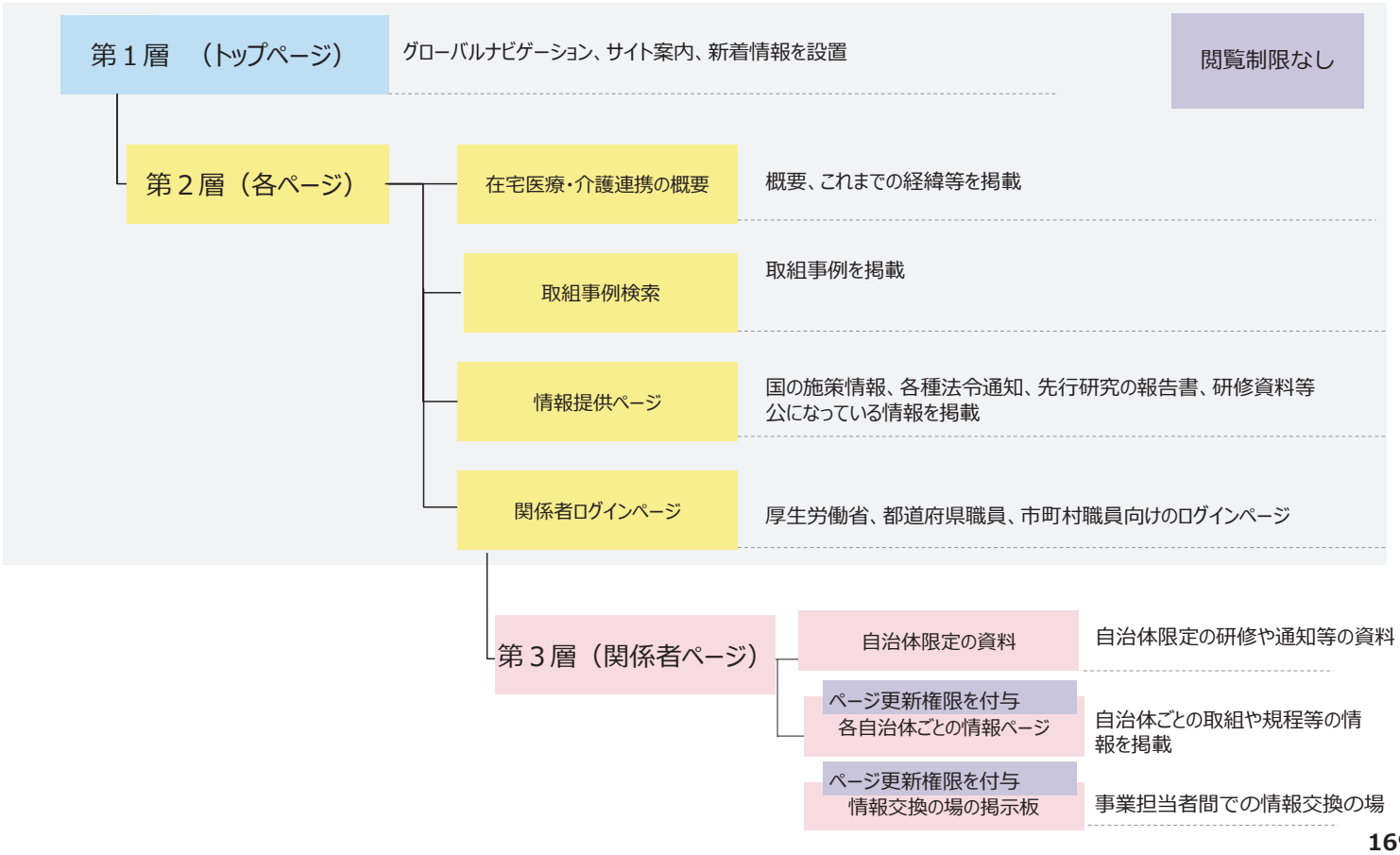
＜参考＞シングルカラムレイアウトとは




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



# プラットフォームの主な構成



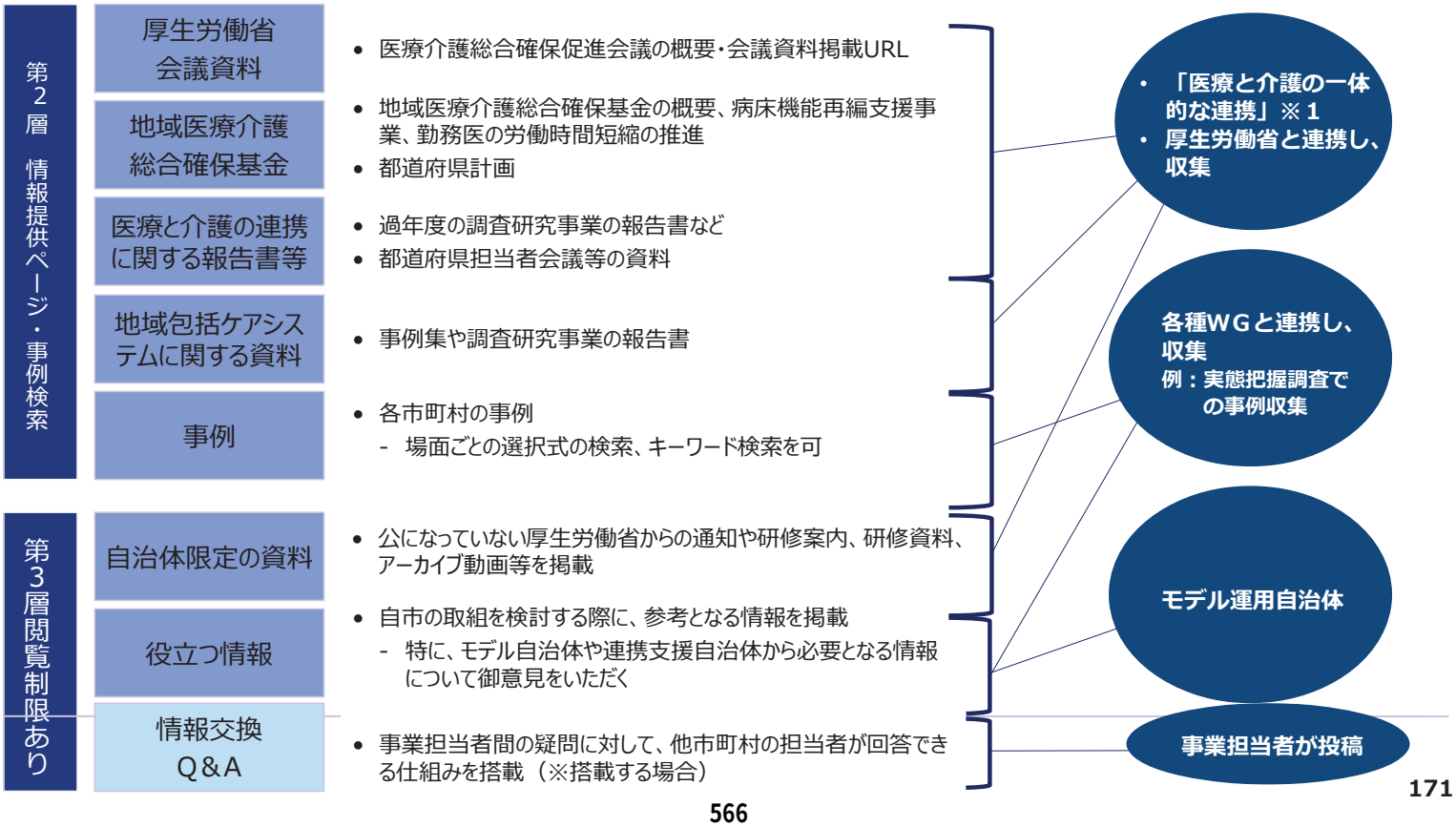
# プラットフォームの閲覧権限と更新権限の整理

- プラットフォームは、「厚生労働省」、「都道府県・市町村」、「団体職員・コーディネーター」、「国民」で４段階の閲覧権限と更新権限を付与する。各階層ごとに前述のスライド通り権限権限を整理した結果が下表である。
- 第３層（各自治体ごとの情報ページ）では、市町村がアップロードした際に都道府県に通知が行くようにし、厚生労働省あるいは都道府県が情報の更新を可能となるよう権限を付与する。

| | 厚生労働省 | | 都道府県・市町村所属の職員 | | 都道府県・市町村所属以外の関係者 | | 国民 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 閲覧可否 | 更新可否 | 閲覧可否 | 更新可否 | 閲覧可否 | 更新可否 | 閲覧可否 | 更新可否 |
| 第１層　トップページ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 第２層　各ページ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 第３層　国からの通知や研修資料 | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | |
| 第３層　各自治体ごとの情報ページ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |
| 第３層　情報交換（Q&Aの投稿） | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | |

170

# ＜第２層　第３層＞掲載する情報コンテンツ




171

# 第2層：各ページの概要（閲覧制限なし）

第2層では、在宅医療・介護連携推進事業に関する情報を、閲覧制限を設けずに公開する。第2層の各ページには、TOPページのリンクボタンもしくは、グローバルナビゲーションウィンドウからアクセスできるよう構築する。

| 情報提供 | | コンテンツの概要 |
|---|---|---|
| 在宅医療・介護連携の推進 | | 「医療及び介護の一体的な推進」、「在宅医療・介護連携推進事業について」、「当プラットフォームについて」を掲載 |
| 取組事例の検索 | | 在宅医療・介護連携推進事業に関する取組事例の検索フォームを設置 |
| 国の施策・審議会等 | 各種法令・通知 | 在宅医療・介護連携推の推進に関する各種法令や通知、指針等を掲載 |
| | 地域医療介護総合確保基金 | 医療介護総合確保基金に関する資料を掲載 |
| | 主な検討の場 | 在宅医療・介護連携推進事業に関する国が主催する会議のリンクを掲載 |
| | 報酬改定等 | 令和6年度介護報酬改定に関する資料を掲載 |
| 先行研究・研修等 | | 先行研究や手引きを掲載するとともに、厚生労働省が主催する会議・研修（例：研修会議）の資料等を掲載する。 |
| その他 | | 関係者ログインページ、利用規約、よくある質問について掲載 |

172

# 関係者ページの構成（閲覧制限あり）

第3層関係者ページでは、本事業関係者のみログイン可能とする。提供するコンテンツは以下の通り想定している。

| 関係者ログインページ | | コンテンツの概要 |
|---|---|---|
| 各自治の取組情報 | 新規投稿 | 取組情報の投稿フォームを設置 |
| | 検索フォーム | 検索フォームを設置 |
| 情報交換Q＆A | 質問・相談 | Qを投稿するためのフォームを設置 |
| | Q＆Aコミュニティ | 投稿されたQを掲載する。Aについては、Qのページから投稿可能とする。 |
| 通知 | | Q＆Aに回答があった通知を掲載 |
| ユーザー情報 | | ユーザーの自治体名、メールアドレス等を確認可能なページ |

173

# ６．小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応



## １．市町村調査

問10－１　過疎地域、小規模自治体、中山間地域等における在宅医療・介護連携の課題を教えてください。

| 大項目 | 内容 |
|---|---|
| 医療・介護スタッフの不足 | 医師、看護師、介護職員が都市部に集中し、地域での人材確保が困難 |
| 高齢者人口の増加 | 中山間地域では高齢化率が非常に高く、在宅ケアのニーズが拡大 |
| 多職種連携の不足 | 医療機関、介護施設、行政の間での情報共有が十分でなく、連携が難しい |
| 移動・交通手段の制約 | 高齢者やケアスタッフの移動手段が限られており、訪問診療や介護が遅れる場合がある |
| ICT活用の遅れ | オンライン診療や遠隔モニタリングの導入が進んでおらず、情報伝達が非効率 |
| 地域住民の健康意識・医療知識の不足 | 健康維持や予防のための支援が難しく、慢性的な疾患が増える傾向にある |
| 医療・介護制度の複雑さ | 関係する制度が多岐にわたり、利用者・提供者双方にとって手続きが負担になる |
| 施設や機器の老朽化 | 医療・介護の現場設備が古く、更新が進まない |
| ケア提供者の負担増大と離職率の上昇 | 長時間労働や精神的な負担が原因で、スタッフの定着が難しい |

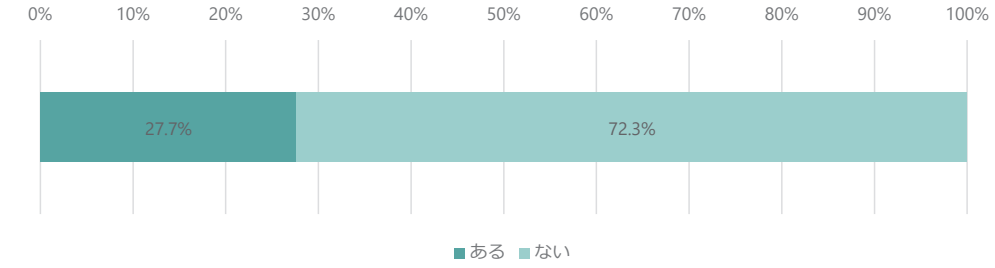
問10－２　過疎地域、小規模自治体、中山間地域等における在宅医療で都道府県に支援を期待することは何ですか。

| 大項目 |
|---|
| 人材確保への支援 |
| 事業のより良い進め方への支援 |
| 都市部との賃金格差とインフラ整備の支援 |

※抜粋です

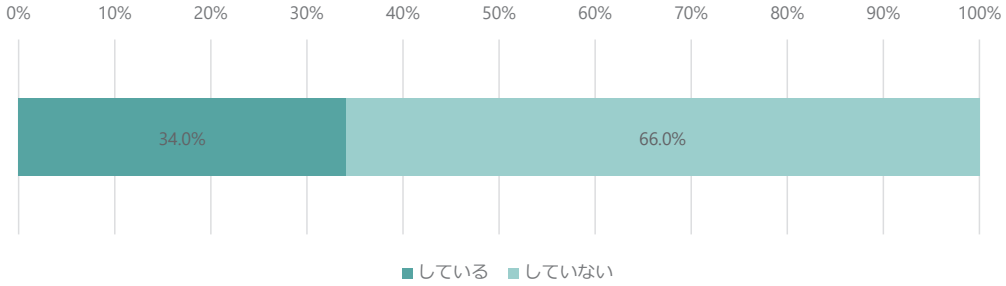
## 1．都道府県調査

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




n=47

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




n=47

176

## 1．都道府県調査

問8－1．　問8で「1.ある」と回答した方に伺います。その効果的な取り組みについて、具体的に教えてください。

| 市町村名 | 地域特性 | テーマ | 内容 |
|---|---|---|---|
| K市 | 過疎、中間山地 | 看取り | 市独自でACP啓発ツールを作成。→　連携中枢都市圏での取り組みに取り入れられ、共通ツールとして9市1町での活用に拡大した。 |
| K市 | 過疎、中間山地 | その他 | 医療機関連携、職種間連携でのネットワーク構築を目指したワーキンググループ（病病連携WG、病診連携WG、診診連携WG、多職種連携WG）を設置し、それぞれの場面における連携方法等について検討している。 |
| K町 | 過疎、中間山地、小規模 | 看取り | 看取りについて、紙芝居を用いてACPの普及啓発を行い、また関係職種とワーキンググループを開催して連携体制を築いている。これらについて、日常の療養支援、急変時の対応、生活支援体制整備事業や認知症施策等と一体的に取り組んでいる。 |
| T町 | 過疎、中間山地、小規模 | 入退院支援 | 県外の医療機関と、ICTを活用した連携（情報の共有）を実施。 |
| T村 | 過疎、中間山地、小規模 | 入退院支援 | 県境を越える救急搬送の体制整備（長野県や静岡県の医療機関との協定締結）。 |
| S町、T町、T村 | 過疎、中間山地、小規模 | その他 | 3町村合同で、在宅医療介護サポートセンターを設立することで、医療・介護人材の課題の共有や情報収集を行っている。 |
| N市 | 過疎、中間山地 | 急変時の対応 | 新見地域在宅医療連携実務者会議の構成員として、消防が参加し、救急の実情の情報共有や急変時の対応等について、ACPの取組をとおして検討している。 |

※抜粋です

177

## 1．都道府県調査

問8－1.　問8で「1.ある」と回答した方に伺います。その効果的な取り組みについて、具体的に教えてください。

| 市町村名 | 地域特性 | テーマ | 内容 |
|---|---|---|---|
| B市 | 過疎 | 日常の療養支援 | 地域の医療・介護に関する施設や事業者の情報を掲載したケアマップの作製。 |
| N市 | 中間山地 | 看取り | 各月「在宅医療・介護連携症例検討会」をハイブリッド形式で実施し、事例をとおして地域の関係機関との連携を推進しているほか、住民向けの講演会を実施している。 |
| U町 | 過疎 | 看取り | ACPに関する講演会を事業者や一般住民向けに実施。老人クラブ等の小規模な集まりにおいては、保健師が「もしばなカード」を使って出前講座を実施し、丁寧に周知啓発に努めている。 |
| U町 | 過疎 | その他 | 令和６年度から「上島町孤立ゼロプロジェクト」を立ち上げ、独居高齢者の実態把握や新たな見守りツール（徘徊高齢者と日常の見守りの2本立て）の導入などについて、検討を進めている。 |
| H町 | 過疎、中間山地、小規模 | 災害に係る対応 | 町内で運用している医療介護障がい連携システムに災害時の情報共有のため災害連携のツールを追加、運用。 |
| M市 | 中間山地 | 日常の生活支援 | 医療依存度の高い高齢者の在宅支援をテーマに医療・介護分野それぞれの役割等について知る住民向けのシンポジウムを開催。 |
| Ｉ市 | 過疎、中間山地 | 日常の生活支援 | 在宅医療専門部会を立ち上げ、研修等を通じて情報交換、連携の場の確保を提供。 |
| T町 | 過疎、中間山地 | 日常の療養支援 | 在宅医療・介護連携推進事業検討会を開催し、課題や対応策等について意見交換を実施。 |
| K町 | 過疎、中間山地、小規模 | その他 | 地域における在宅医療介護にかかる4つの場面ごとの実態把握を、多職種多機関によるワールドカフェ方式や住民や専門職を対象にアンケート調査を実施し、集計結果から多職種による連携会議において、課題の抽出や対策を検討している。 |

※抜粋です

178

## 1．都道府県調査

問8－1.　問8で「1.ある」と回答した方に伺います。その効果的な取り組みについて、具体的に教えてください。

| 市町村名 | 地域特性 | テーマ | 内容 |
|---|---|---|---|
| S市 | 過疎、中間山地 | 日常の療養支援 | 医療機関と在宅支援者の情報共有をスムーズにし円滑な在宅等への移行を図ることを目的に「島原市情報提供・共有シート、ものわすれ連携シート」を作成している。 |
| M市 | 過疎、中間山地 | 入退院支援 | 入退院時の共有シート及び入退院時の手引きを在宅医療介護連絡協議会にて作成し、市のホームページからダウンロードして活用できるようにしている（連携シートはすべての事業所にて活用）。 |
| N町 | 中間山地 | 看取り | 町で作成している「エンディングノート」の活用を図るため、町の窓口配布の他、いきいきサロン（通いの場）への出前講座等で書き方講座を実施している。 |
| U市 | 過疎 | 急変時の対応 | 臼杵石仏ネット：病院や診療所、薬局、介護施設、訪問介護ステーション等のネットワーク参加機関で診療情報、介護情報の一部を共有することで多職種連携を図るシステム及びネットワーク構築に取り組んでいる。 |

※抜粋です

179

## ◘ 愛知県　東栄町

東栄町は、中山間地域の高齢化率が約51%と進行する中、住民が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、在宅医療介護連携を推進している。設楽町・豊根村と連携、東栄診療所に一部事業を委託し「在宅医療介護サポートセンター」を設置、サポートセンターと3町村共同で事業を進めている。地域医療介護総合確保基金の終了後も体制を維持し、ICTツールを導入して、災害時の情報共有や専門職間の連携を強化してきた。地域複合施設「ひだまりプラザ」を拠点とした多職種連携や住民啓発活動、近隣自治体との協力により、課題に取り組んでいる。

Point
複数自治体による事業の推進
ICTツールの活用

### 1．市の概要

**背景**

- 過疎化と高齢化が進む中、医療・介護体制の不足が顕著。
- 医師会主導で在宅医療サポートセンターが設立されていたが、地域医療介護総合確保基金終了に伴い3町村で連携し事業を継続。現在は広域連合事業として、3町村共同で事業を展開している。
- 広域連合内（豊橋市、新城市、田原市など8市町村）での連携体制構築を図る中、特に3町村（東栄町、設楽町、豊根村）が協力し体制を維持。

**市の概要**

| | |
|---|---|
| 人口 | 2,840人（2023年3月末時点） |
| 高齢者人口 | 1,441人（2023年3月末時点） |
| 高齢化率 | 50.7%（2023年3月末時点） |
| 在宅療養支援病院 | 0（2021年3月末時点） |
| 在宅療養支援診療所 | 1（2021年3月末時点） |
| 訪問看護ステーション | 1（2021年3月末時点） |

設楽町、豊根村の在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションは「0」





### 2．具体的な活動内容

| 年 | 概略 | 内容 |
|---|---|---|
| ～2017年（平成29年）以前 | 県主導による在宅サポートの整備 | 県主導による東栄医療センターが運営する在宅サポートセンターが、設楽町・豊根村を含む3町村の在宅医療介護を支援。<br>愛知県医師会の委託により、在宅医療サポートを展開。 |
| 2018年（平成30年） | 県から広域連合への移行 | 地域医療介護総合確保基金が終了。<br>広域連合主導で「在宅医療介護連携推進事業」に移行。<br>3町村（東栄町、設楽町、豊根村）が協力し、広域連合から委託を受ける形で事業継続。<br>在宅医療介護サポートセンターを3町村で継続 |
| 2021年（令和3年） | 交通網の改善 | 三遠南信自動車道の一部（東栄～佐久間間）が開通。<br>医療・福祉施設へのアクセスが改善され、静岡県浜松市佐久間町との連携が進展。 |
| 2022年（令和4年） | 福祉複合施設開設 | 東栄町の福祉複合施設「ひだまりプラザ」が完成。 |
| | 多職種連携の強化 | 診療所、福祉課、社協などが福祉複合施設内で隣接することで、多職種連携が強化。 |
| 2023年（令和5年） | 災害による転機 | 大雨による土砂崩れにより東栄町が一時孤立。<br>災害時の情報共有ツールとしてICTツールの活用、利用促進が進む |
| 2025年（令和7年）予定 | 交通の充実 | 三遠南信自動車道のさらなる延伸により、浜松市の医療機関へのアクセスがさらに向上する見込み。 |

# 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応

## 3．中山間地域での工夫

東栄町、設楽町、豊根村と連携し、在宅医療介護の推進に向けた研修会や住民啓発活動を合同で開催している。
地理的要因により従来から東栄町診療所と医療支援を通じて連携があった、県外の医療機関との連携を行い、医療資源の不足に対応をしている。連携にあたっては、ICTツールを活用し、県外病院にもICTツールを活用できる体制を整えている。

### 3町村連携の事例

- 在宅医療介護サポートセンターの共同設置

サポートセンターに配置された医療・介護の知識を持つコンダクターが相談窓口となり、必要な医療・介護の機関につなげる

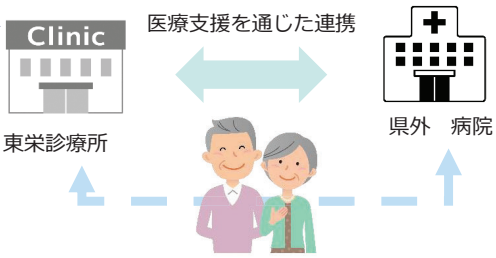
- 多職種向けの研修や住民向け講演会では、テーマを共有し、開催地を持ち回り制にすることで効率化
- 住民の移動の負担を軽減するために、オンラインで各町村の会場を繋ぐ形態も採用

個別開催時の負担軽減や専門知識の普及を実現し、限られた地域資源の中で効率的に住民サービスを提供

**Point**

町と医療機関との連携関係ができていた

### 県を越えた医療機関との連携




ICTツールでの患者情報を県外で共有することへの懸念

- 東栄町の担当者が災害時の利便性や日常的な情報共有の重要性を説明、具体的な活用方法を提案
- 県外病院がシステム利用を承諾
- 通常時の患者状況の把握

情報共有が加速

**Point**

ICTツールで災害時の安否確認が可能。土砂災害を機に加速度的に普及。
現在は要支援以上の全てが利用

182


# 小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等への対応


## 4．中山間地の課題

中山間地においてさまざまな工夫を行い、在宅医療・介護連携事業を推進している一方で、次の課題も抱えている。これらの課題について、どのような対応策を検討しているか確認した。

| 課題 | 対応策（案含む） |
|---|---|
| • 人材不足<br>在宅医療サポートセンター職員が減少、医療・介護現場のスタッフの確保が難航、行政職員の経験不足、頻繁な交代（一般論） | 他自治体と協力し、講演会や研修を合同開催して負担軽減。在宅医療介護の中核を担う職員の役割分担と負担軽減。経験豊富な職員のノウハウを若手に継承する体制を整備。 |
| • 災害時対応<br>土砂災害による孤立を経験したことで、危機感は醸成されているが、安否確認や情報共有の困難さにより医療・介護サービスの提供が遅延の可能性 | ICTツールを活用した安否確認や情報共有を円滑化。災害時のみ民生委員、防災士や自主防災会もアクセスできる設定となっており、関係者を活用した地域の協力体制を強化した円滑な連携手順の確立を目指す。 |
| • 医療・介護連携の維持<br>人材確保が難しいなか、現状をどのようにして維持していくかが大きな課題 | 福祉複合施設「ひだまりプラザ」を拠点とした、多職種連携によって広域を支える支援の体制を維持。<br>ICTツールを活用した情報共有の推進。 |

183

# 7．コーディネーターの育成

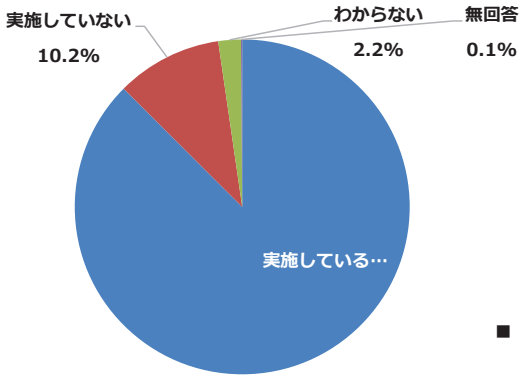


## 令和６年度実態調査：コーディネーターの配置状況

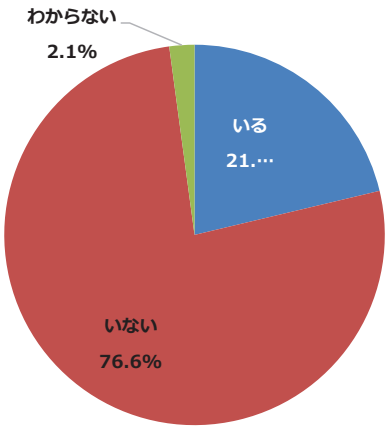
都道府県票・市町村票

○　在宅医療・介護連携に関する相談支援は、市町村の87.5%で実施されている。
○　都道府県コーディネーターの配置について「いる」が21.3%、市町村コーディネーターの配置について「いる」が59.0%である。

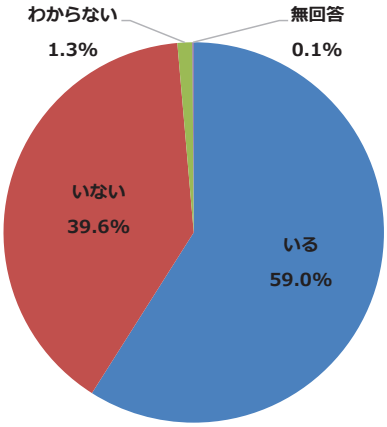
■　在宅医療・介護連携に関する相談支援の実施（n=1,741）市町村



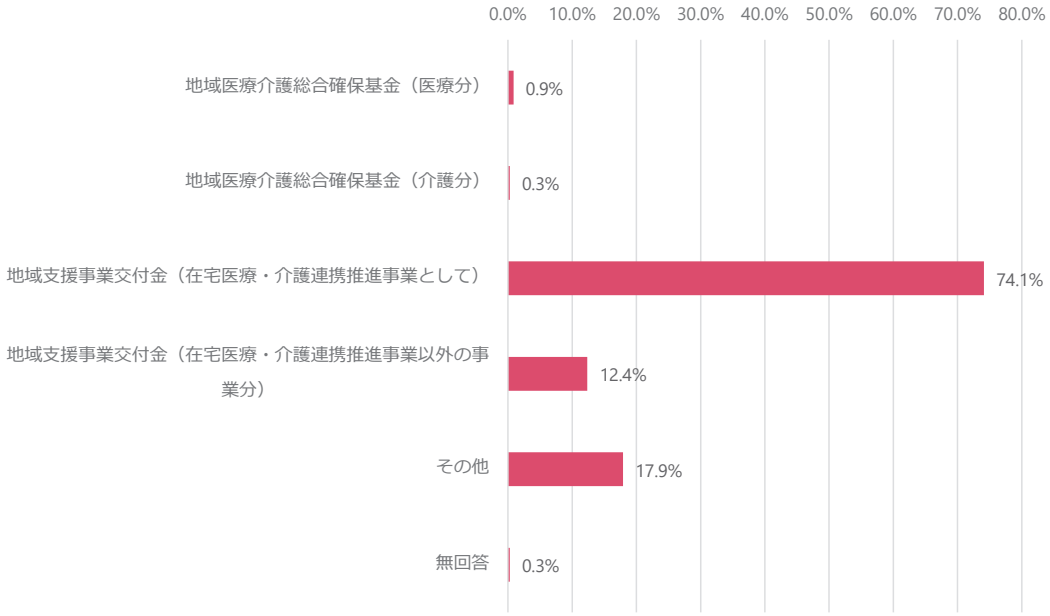

■　都道府県コーディネーターの配置（n=47）




■　市町村コーディネーターの配置（n=1,741）



問13-2　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されているコーディネーターの予算確保について教えてください。（複数回答）

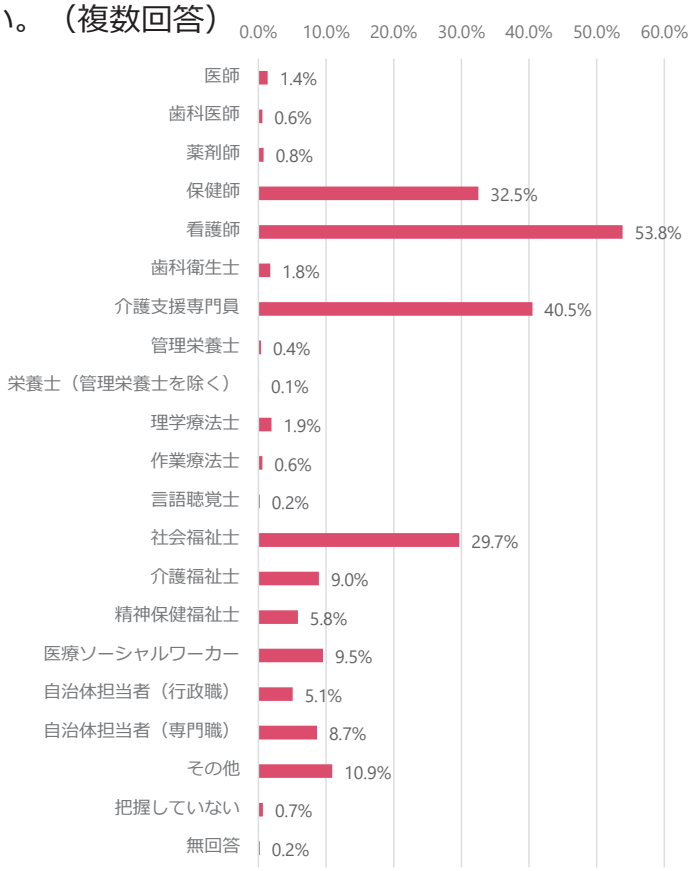



n=1027



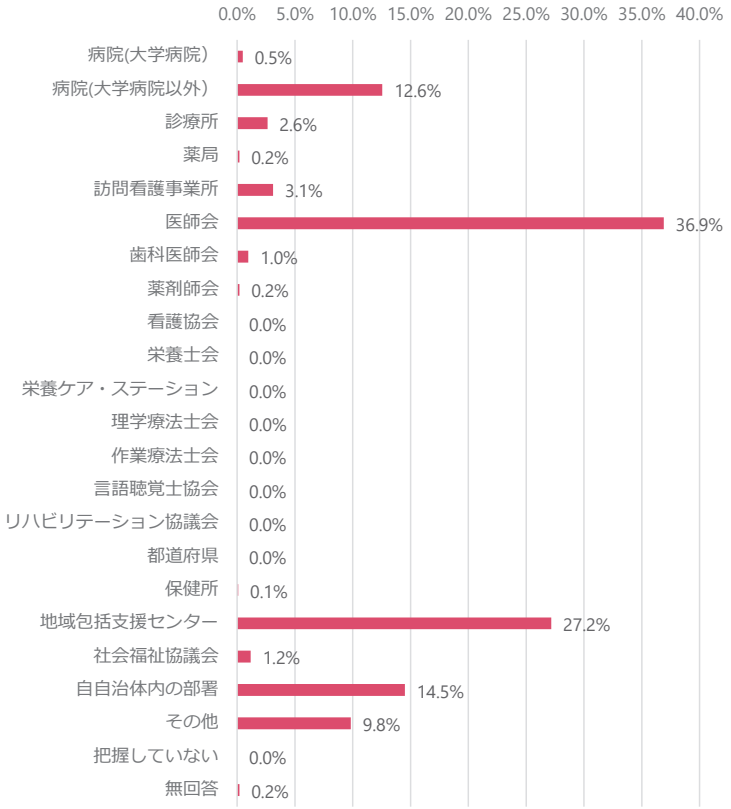


問13-3　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの職種または保有資格を教えてください。（複数回答）




n=1027

問13-4　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）

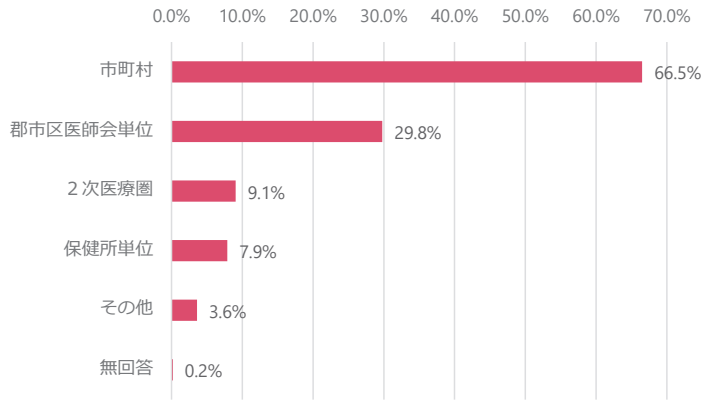



n=1027





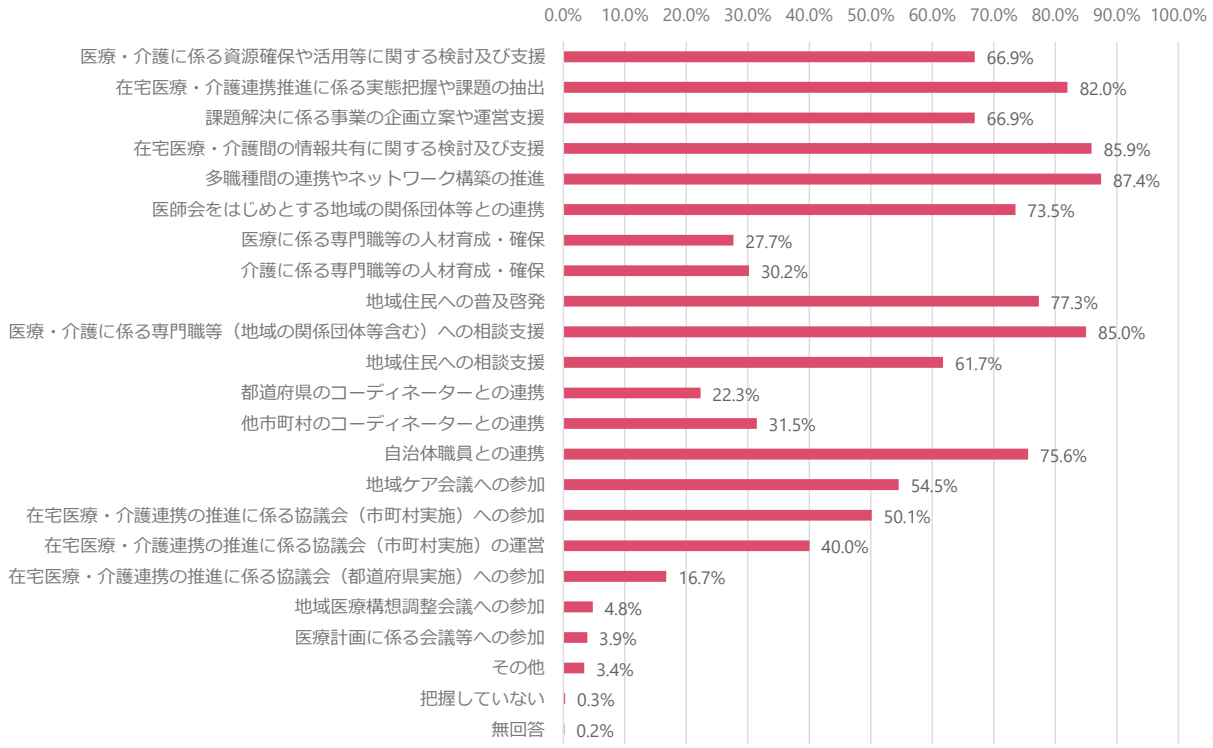
問13-5　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの活動圏域を教えてください。（複数回答）




n=1027

# 1．市町村調査

問13-6　引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

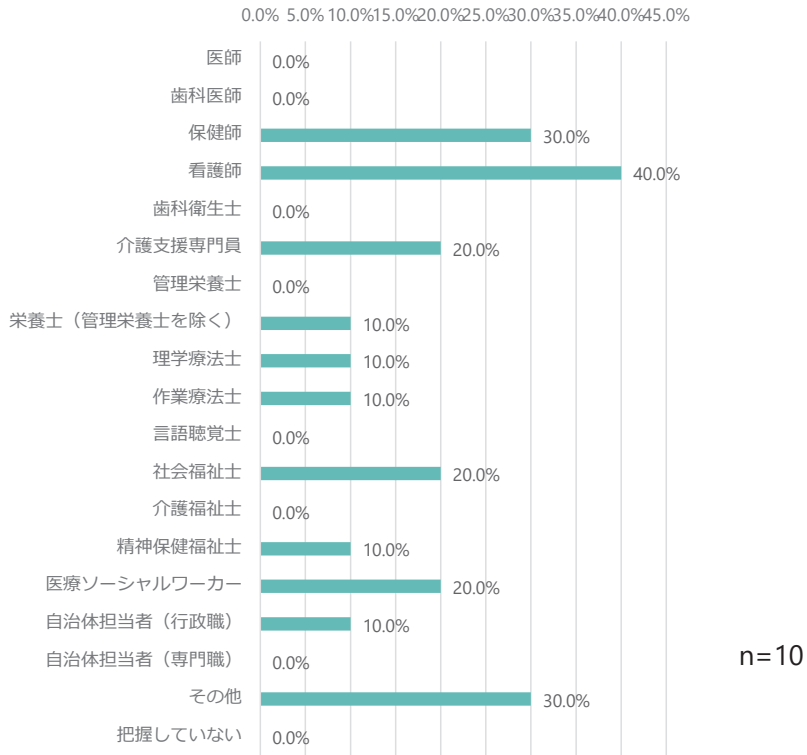



n=1027



# 1．都道府県調査

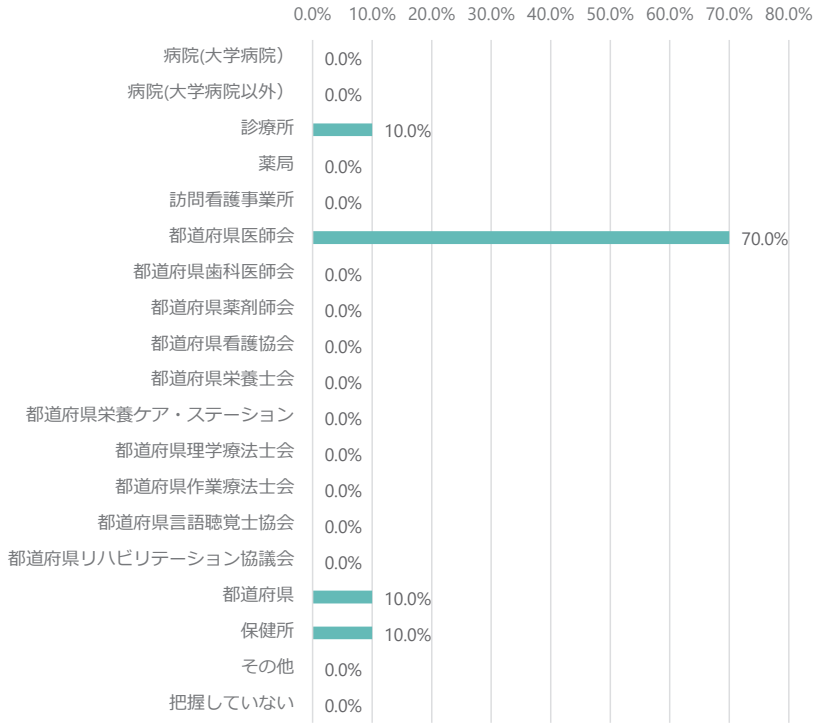
問11-3　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの職種または保有資格を教えてください。（複数回答）




n=10

# 1．都道府県調査

問11-4　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）

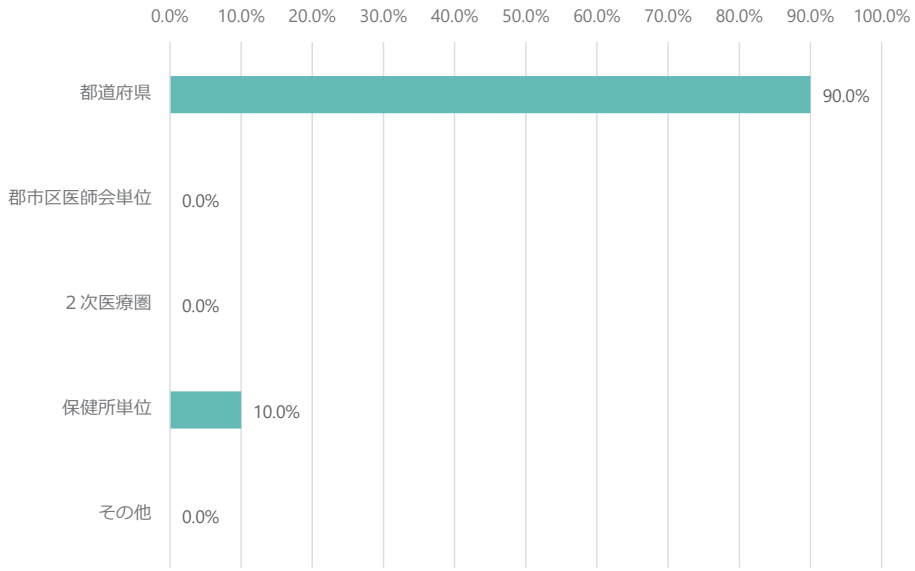



n=10



# 1．都道府県調査

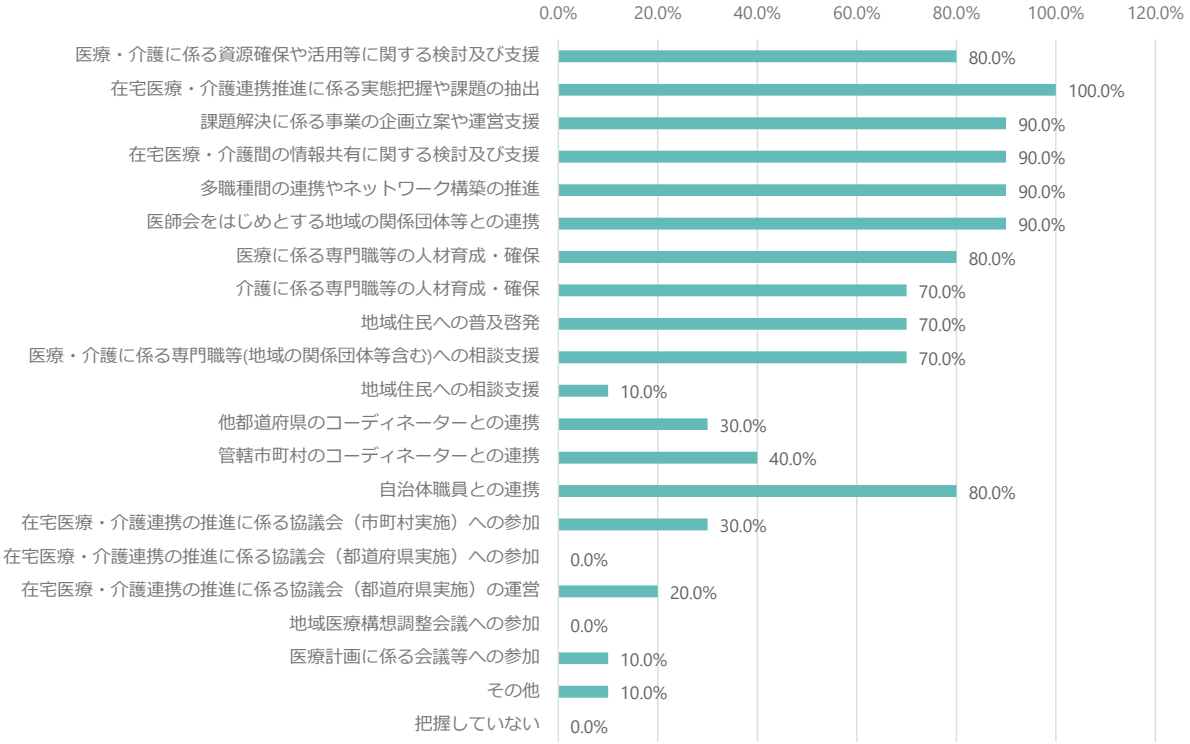
問11-5　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの活動圏域を教えてください。（複数回答）




n=10

# 1．都道府県調査

問11-6　引き続き問11で「1.いる」と回答した方に伺います。都道府県単位のコーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

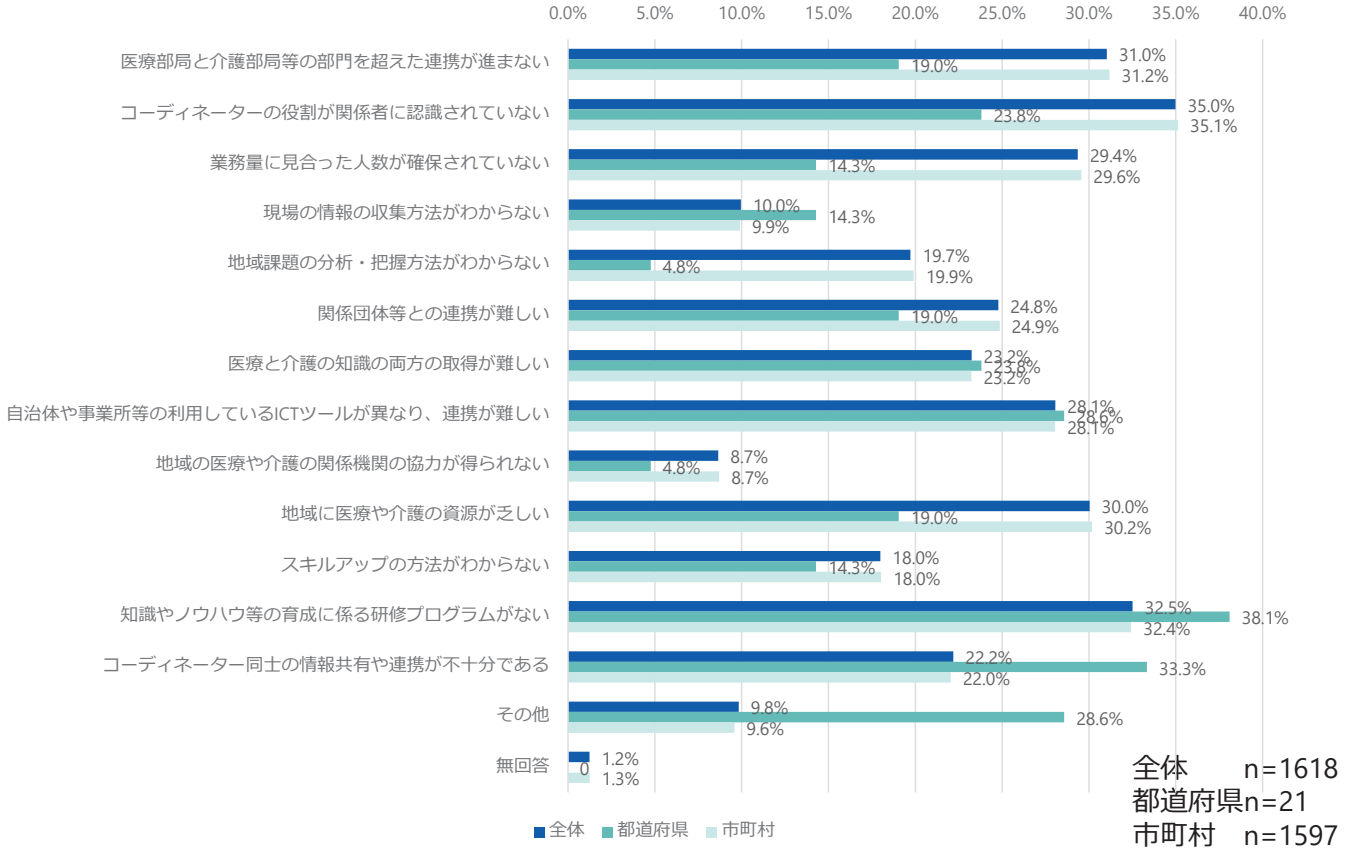



n=10



# 1．コーディネーター調査

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




全体　　n=1618
都道府県n=21
市町村　n=1597

# Ⅲ. 在宅医療・介護連携推進支援事業の更なる推進にむけて



## 地域支援事業（地域支援事業交付金・重層的支援体制整備事業交付金）

老健局認知症施策・地域介護推進課
（内線3986）

令和７年度当初予算案 1,800億円（1,804億円） ※（）内は前年度当初予算額

### 1 事業の目的

地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、高齢者を地域で支えていく体制を構築する。




### 2 事業費・財源構成

**事業費**

政令で定める事業費の上限の範囲内で、介護保険事業計画において地域支援事業の内容・事業費を定めることとなっている。

**【事業費の上限】**

① 介護予防・日常生活支援総合事業
「事業移行前年度実績」×「75歳以上高齢者の伸び率」
※ 災害その他特別な事情がある場合は、個別協議を行うことが可能

② 包括的支援事業・任意事業
「26年度の介護給付費の２％」×「65歳以上高齢者の伸び率」

**財源構成**

① 介護予防・日常生活支援総合事業
１号保険料、２号保険料と公費で構成
（介護給付費の構成と同じ）

② 包括的支援事業・任意事業
１号保険料と公費で構成
（２号は負担せず、公費で賄う）

| | ① | ② |
|---|---|---|
| 国 | 25% | 38.5% |
| 都道府県 | 12.5% | 19.25% |
| 市町村 | 12.5% | 19.25% |
| １号保険料 | 23% | 23% |
| ２号保険料 | 27% | － |

### 3 実施主体・事業内容等

**実施主体** 市町村

**事業内容** 高齢者のニーズや生活実態等に基づいて総合的な判断を行い、高齢者に対し、自立した日常生活を営むことができるよう、継続的かつ総合的にサービスを提供する。

#### ① 介護予防･日常生活支援総合事業

要支援者等の支援のため、介護サービス事業所のほかNPO、協同組合、社会福祉法人、ボランティア等の多様な主体による地域の支え合い体制を構築する。あわせて、住民主体の活動等を通じた高齢者の社会参加・介護予防の取組を推進する。

ア サービス・活動事業（第一号事業）
訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、介護予防ケアマネジメント

イ 一般介護予防事業
介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業

#### ② 包括的支援事業

地域における包括的な相談及び支援体制や在宅と介護の連携体制、認知症高齢者への支援体制等の構築を行う。

ア 地域包括支援センターの運営
介護予防ケアマネジメント事業、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

イ 社会保障の充実
在宅医療・介護連携の推進、生活支援の充実・強化、認知症施策の推進、地域ケア会議の開催

#### ③ 任意事業

地域の実情に応じて必要な取組を実施。
介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業　等

# 拡充 在宅医療・介護連携推進支援事業

老健局老人保健課（内線3872、3866、3993）

## 1 事業の目的

令和７年度概算要求額案　43百万円（37百万円）※（）内は前年度当初予算額

○地域の実情にあわせた在宅医療・介護連携に関する取組の推進・充実を図るため、在宅医療・介護連携推進事業に係る検討委員会の設置、僻地、中山間地域、小規模自治体における検討、プラットホームの拡充、実態調査、都道府県・市町村への連携支援、都道府県・市町村担当者への研修を実施するとともに、事業コーディネーターの育成を実施する。

## 2 事業の概要・スキーム・実施主体等

### 事業の概要

在宅医療・介護連携推進事業の検証及び充実の検討、都道府県・市町村への連携支援を実施。具体的な事業内容は以下のとおり。

- ・在宅医療・介護連携に係る検討委員会の設置
- ・僻地、中山間地域、小規模自治体における在宅医療・介護連携に係る事例収集や検討会の実施
- ・在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットホームの拡充
- ・在宅医療・介護連携推進事業に係る実態調査
- ・都道府県・市町村への連携支援の実施
- ・都道府県・市町村担当者への研修（※）
- ・事業コーディネーターの育成（※）

（※）医療・介護連携に係る近年の方策を踏まえたものとする。

### 所要額

| | |
|---|---|
| 要介護認定調査委託費 | 42百万円 |
| 職員旅費 | 1百万円 |

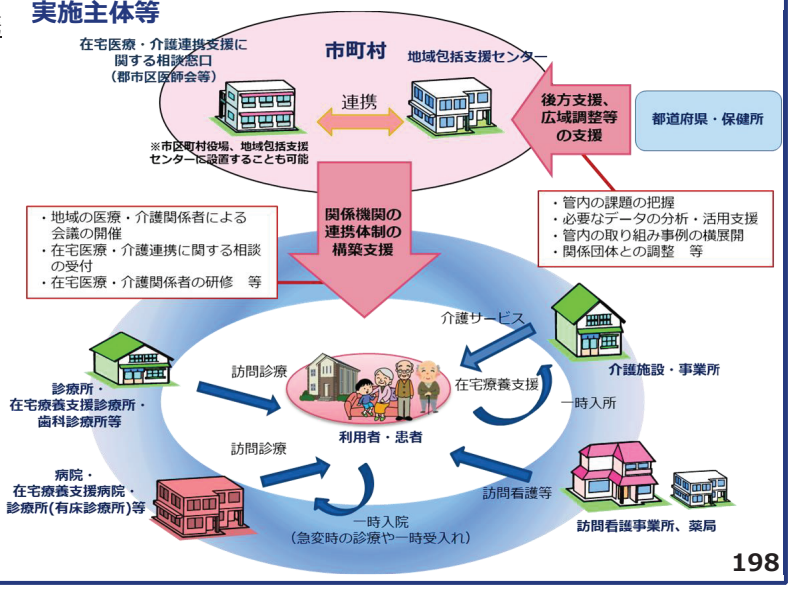
### 事業スキーム




### 成果目標

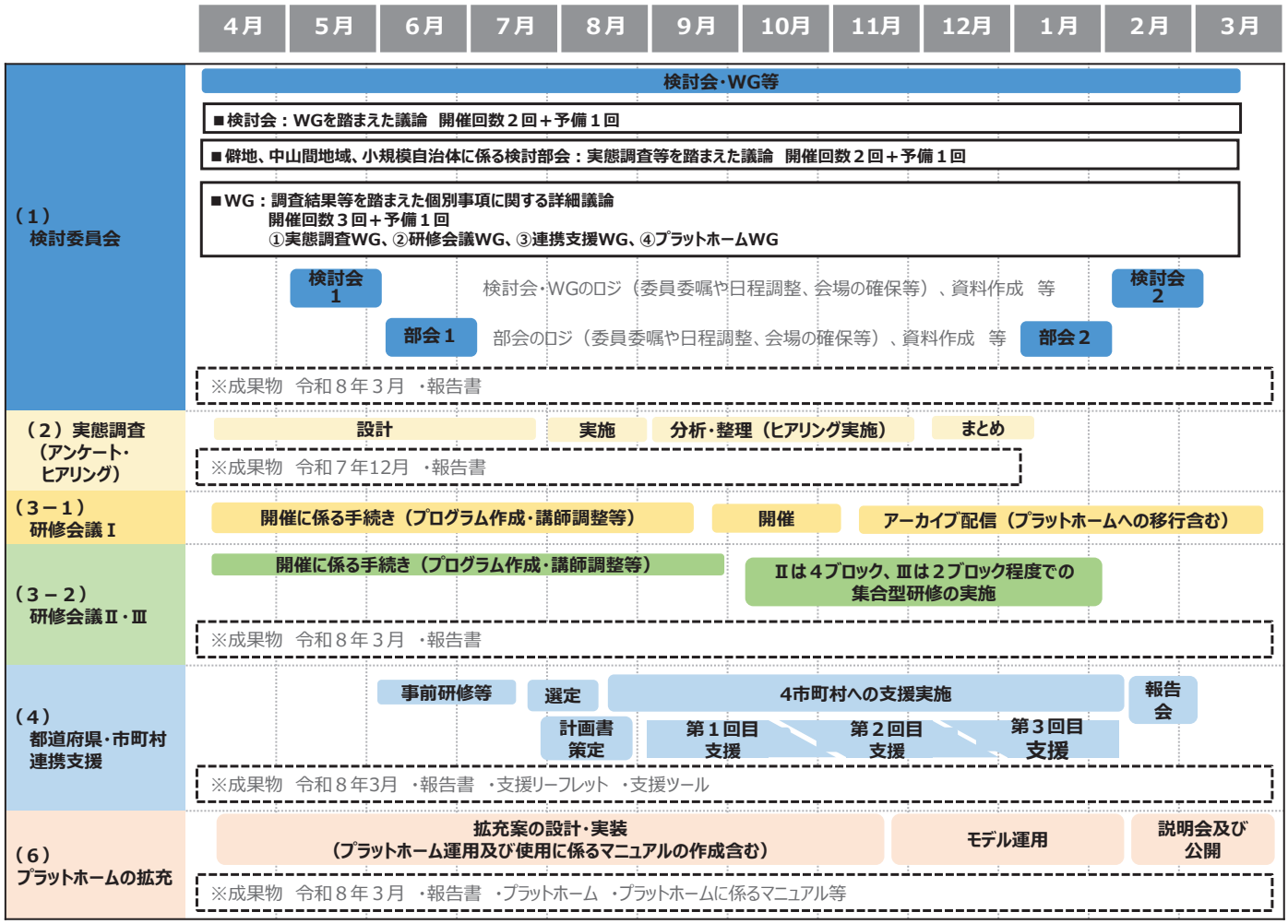
市町村が地域の実情にあわせて在宅医療・介護連携に関する取組を推進・充実を図ることを目標とする。

### 実施主体等



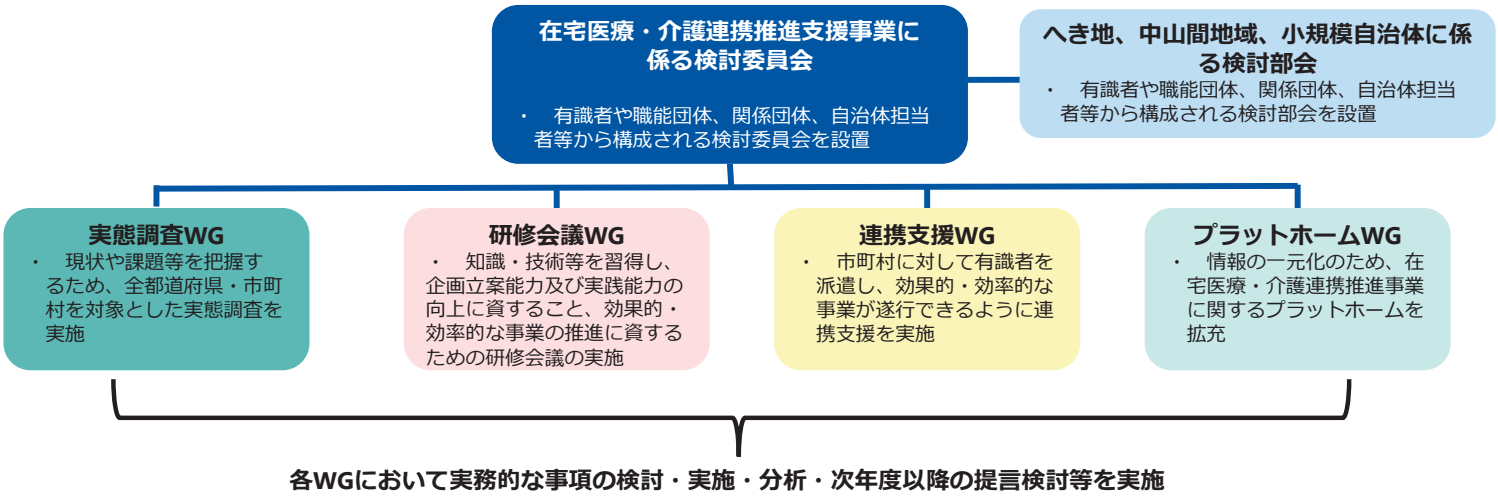

198

# 令和７年度在宅医療・介護連携推進支援事業　スケジュール（案）




199

# 検討委員会並びに検討部会及びWGの設置について




200

# 厚生労働科学研究費補助金：僻地、中山間地域、小規模自治体を中心とした医療・介護連携に係る指標の検討

第 142 回 科学技術部会 資料 1 – 3　令和 6 年 12 月 12 日より抜粋

## 1．目標

2014 年介護保険法改正により、「在宅医療・介護連携推進事業」が地域支援事業に位置づけられ、都道府県（保健所等）や医師会を始めとする関係団体等と協働しながら取り組みを進め、開始から約 10 年が経過した。各自治体の医療・介護連携の推進状況は様々であり、自治体規模や高齢化率等、地域によっておかれている状況や課題も異なる。特に小規模自治体、過疎地域及び中山間地域等においては効果的・効率的な事業展開が求められおり、このような地域に対する方策を検討する必要がある。

本研究では、

・NDB、介護 DB、KDB 及び地域包括ケア「見える化システム」等のデータを用いた、僻地、中山間地域、小規模自治体における医療資源の現状等の分析

・僻地、中山間地域、小規模自治体における効率的・効果的な医療・介護の連携及びその指標の抽出

・モデル地域における試行的分析と提案を実施することを目標とする。

## 2．求められる成果

・僻地、中山間地域、小規模自治体においても活用可能な医療・介護連携の評価のための口 ジックモデルの策定 ・ロジックモデルを踏まえ、第 10 期介護保険事業計画に向けた、地域の実情に応じた在宅 医療・介護連携推進事業等に活用可能な評価指標及び評価方法等への提言（保険者機能強 化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の評価指標案を含む）

## 3．研究費の規模等※

・僻地、中山間地域、小規模自治体においても活用可能な医療・介護連携の評価のための口 ジックモデルの策定 ・ロジックモデルを踏まえ、第 10 期介護保険事業計画に向けた、地域の実情に応じた在宅 医療・介護連携推進事業等に活用可能な評価指標及び評価方法等への提言（保険者機能強 化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金の評価指標案を含む）

201

厚生労働省委託事業

# 在宅医療介護連携推進支援事業

ー 事業報告書 ー

令和 7 年 3 月

株式会社　日本能率協会総合研究所