

令和6年度 老人保健健康増進等事業

在宅医療・介護連携推進事業の有効的なあり方にかかる

調査研究事業

－報告書－

株式会社 野村総合研究所

令和 7(2025)年 3 月

第1章 本調査研究の背景・目的及び手法	2
1. 背景・目的	3
1-1 本調査研究の背景	3
1-2 本調査研究の目的	3
2. 調査手法	4
2-1 調査手法	4
(1) ヒアリング調査の実施	4
(2) 検討委員会の開催	5
第2章 ヒアリング調査	11
1. 調査手法	12
1-1 ヒアリング調査概要	12
(1) ヒアリング調査対象	12
(2) ヒアリング調査方法	12
(3) ヒアリング調査期間	12
(4) ヒアリング調査内容	12
2. ヒアリング調査結果	14
2-1 ヒアリング調査結果概要	14
ヒアリング個票	17
1. 福岡県飯塚市、嘉麻市、桂川町	18
2. 新潟県新潟市	22
3. 愛知県豊明市、東郷町	26
4. 北海道名寄市	28
5. 千葉県松戸市	32
6. 東京都稲城市	39
7. 岩手県北上市	42
8. 神奈川県相模原市	47
9. 千葉県白井市	51
10. 大阪府藤井寺市	54
11. 埼玉県	57
第3章 「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4」の作成	59
1. 手引き Ver.4 の概要	60
1-1 手引き Ver.4 作成における4つの方針	61
1-2 手引き Ver.4 の各章における要点や記載内容	62
参考資料① 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4	76

第1章

本調査研究の背景・目的及び手法

1. 背景・目的

1-1 本調査研究の背景

我が国では、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や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ことが想定されるため、医療と介護の関係者間や関係機関間の情報提供・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・介護連携を推進していくことの重要性が高まっている。

在宅医療・介護連携推進事業については、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組が実施されるよう、取組状況等の実態把握等を踏まえ、省令改正や手引き等の改定が行われてきた一方で、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となる。また、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もと、市町村が中心となり、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。

1-2 本調査研究の目的

上記の背景・課題認識のもと、本調査研究では、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それぞれの好事例を取りまとめるとともに、令和 2 年 9 月に作成された Ver.3 以降改訂が行われていない手引きについて、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4」を作成することを目的に本事業を実施した。

2. 調査手法

2-1 調査手法

(1) ヒアリング調査の実施

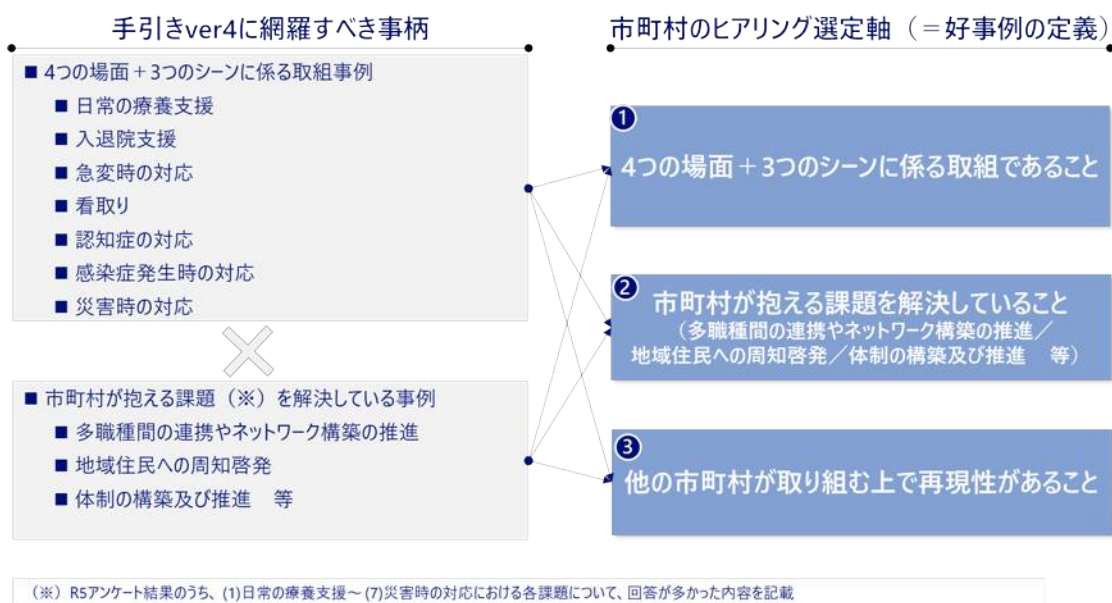
1) ヒアリング調査の目的

市町村への先進的な支援を行っている都道府県と、4つの場面や認知症・感染症・災害対応を行っている市町村の好取組事例を把握し、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4」に最新の好取組事例を紹介することを目的としてヒアリングを行った。

2) ヒアリング調査対象の抽出

ヒアリング調査対象は、令和5年度に実施された「在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査」の結果を参考とし、「①4つの場面+3つのシーンに係る取組であること」「②市町村が抱える課題を解決していること」「③他の市町村が取り組む上で再現性があること」の3点の条件を満たす自治体を候補として抽出し、厚生労働省との協議や検討委員会での議論を踏まえて選定した。

図表1 ヒアリング対象選定の考え方



3) ヒアリング調査の実施概要

上記の条件に該当するヒアリング対象を選定した後、令和6（2024）年11月中旬～令和7（2025）年2月上旬にかけてヒアリング調査を実施した。調査対象は次表の通りである。

図表 2 ヒアリング実施自治体

No.	ヒアリング先	担当課室	都道府県or 区市町村	選定ポイント	選定理由
1	福岡県飯塚市、 嘉麻市、桂川町	福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所	区市町村	PDCAサイクルに沿った取組／技術 的支援	委員からの推薦
2	新潟県新潟市	保健衛生部地域医療推進課	区市町村	4つの場面に係る市一体的な在宅医 療・介護連携推進	委員からの推薦
3	愛知県豊明市、東郷町	健康福祉部長寿課地域ケア推進係	区市町村	入退院支援	委員からの推薦
4	北海道名寄市	健康福祉部地域包括支援係	区市町村	入退院支援	昨年度調査事例
5	千葉県松戸市	福祉部長寿部地域包括ケア推進課	区市町村	日常の療養支援	昨年度調査事例
6	東京都稲城市	福祉部高齢福祉課地域支援係	区市町村	急変時の対応／PDCAサイクルに 沿った取組	昨年度調査事例
7	岩手県北上市	長寿介護課包括支援係	区市町村	看取り	過去調査事例
8	神奈川県相模原市	地域包括ケア推進課	区市町村	認知症の対応	昨年度調査事例
9	千葉県白井市	健康福祉部高齢福祉課	区市町村	感染症発生時の対応	昨年度調査事例
10	大阪府藤井寺市	健康福祉部高齢介護課	区市町村	災害時の対応	昨年度調査事例
11	埼玉県	保健医療部 医療整備課	都道府県	情報の発信	委員からの推薦

記載の順番は、手引きの記載内容に沿い、「PDCAサイクルに沿った取組」「場面ごとの取組」「市町村に対する支援」の順とした。

※ 記載の順番は、手引きの記載内容に沿い、「PDCA サイクルに沿った取組」「場面ごとの取組」「市町村に対する支援」の順とした。調査結果の詳細については第 2 章に譲る。

(2) 検討委員会の開催

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」（以下、「本事業」と記載）が位置づけられてから約 10 年が経過している。この間、地域の実情を踏まえた取組が実施されるよう、取組状況等の実態把握等を踏まえ、省令改正等がされてきた。

昨今の動向としては、令和 6 年 4 月 1 日より開始した第 8 次医療計画の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」において、本事業が実施する取組との連携について記載された。

さらに、同じく令和 6 年 4 月 1 日より開始した第 9 期介護保険事業計画に係る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旨が記載された。

本事業が、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改めて明確にされた。

一方、本事業の手引きは、令和 2 年 9 月に Ver.3 が作成されて以降、改訂されていない。

そこで、本事業の実施主体である市町村が、昨今の動向を踏まえうえて、めざす姿を実現できる手引きとするため、手引きの改訂に向けた議論を行うことを企図し、本検討委員会を開催した。

＜開催日程および議題＞

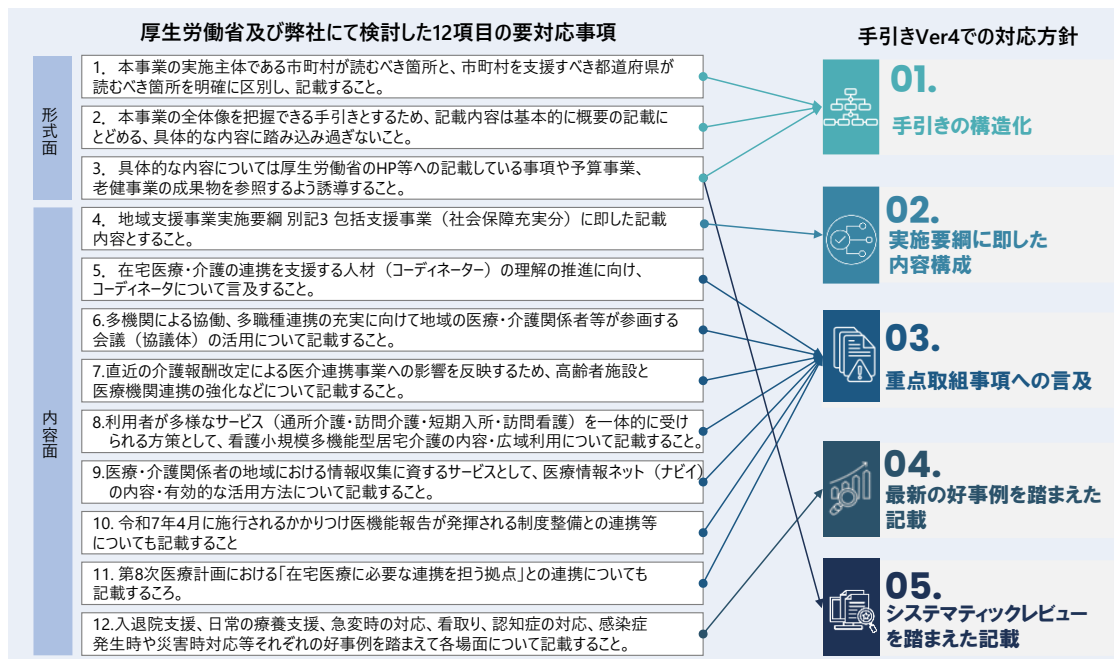
回数	日程	議題
第1回	令和6（2024）年 9月13日	・本事業の背景・目的、事業の全体像の共有 ・手引き改訂の方向性の検討
第2回	令和6（2024）年 12月12日	・ヒアリング結果の結果報告 ・ヒアリング結果の結果報告を踏まえた手引き改定案（初稿）の確認
第3回	令和7（2025）年 2月13日	・手引き改定案（修正稿）の確認

＜各回における論点＞

回	論点
第1回	厚生労働省及びNRIにて検討した12個の要対応事項（以下の図表3）と、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4」における4つの対応方針（以下の図表4）についてご説明し、その他に検討すべき事項があるか否かについてご意見をいただいた。
第2回	「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4」の初稿について、下記の論点についてご意見をいただいた。 1. 手引き全体について a) 全体的に、更に追記すべき事項や修正すべき事項はないか b) 手引き Ver.4の修正稿作成に向け、更に自治体へ確認すべき事項や調査すべき事項はないか 2. 各項目について 第2章 a) 「PDCAサイクルに沿った取組」のうち、特に取組のポイントについて追記すべき事項はないか b) 各場面（入退院支援等）における目的や考え方のポイントについて追記すべき事項はないか c) 各場面（入退院支援等）において全国的に課題となっているケース事例にはどのようなものがあるか、またその課題に対する有効な対応策やポイントにはどのような取り組み例があるか 第3章 a) 都道府県との連携におけるポイントや追記すべき事項はないか b) 近隣市町村との連携におけるポイントや追記すべき事項はないか 第4章 a) 都道府県の役割について、更に追記すべき事項はないか

回	論点
第3回	「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 4」の修正稿について、下記の論点についてご意見をいただいた。 a) 自治体ヒアリングから得られた示唆等を基に、各章へ加筆・修正等しているが（次章の赤字見え消し部分）、在宅医療・介護連携推進事業の現場や実務に即した適切な記載となっているか。 b) 自治体ヒアリングから得られた示唆一覧の中で、手引きに盛り込むべき事項がないか。 c) 第2回検討委員会におけるご意見及び自治体ヒアリングを踏まえ修正稿を作成しているが、最終稿作成に向けて更に追記すべき事項や修正すべき事項がないか。 d) その他、最終稿作成に向けて、手引き全体や在宅医療・介護連携推進事業の有効なあり方について、ご意見を頂戴したい。

図表 3 厚生労働省及び NRI にて検討した 12 個の要対応事項



図表 4 「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4」における 4 つの対応方針

	01. 手引きの構造化 本事業を体系的に理解できる手引きとするため、全体の構造はVer 2 を基準（冒頭で本事業の全体像を提示した上で、各論に入る構成）とし、PDCAに関する詳細な記載等細かい内容には踏み込まない。また、手引きの主な利用者である市町村及び都道府県がどこを読めば良いか明確にわかるように、市町村向けの手引きと、市町村を支援すべき都道府県向けの手引きは、個別に作成する。
	02. 実施要綱に即した内容構成 地域支援事業実施要綱に即した手引きとするため、基本的に同要綱の書き下しとして整理可能な範囲内での記載とする。
	03. 重点取組事項への言及 下記について、適切な項目にて言及する。 在宅医療・介護の連携を支援する人材（コーディネーター）/地域の多様な関係者の参画による協議体/ 介護報酬改定における高齢者施設と協力医療機関の連携強化/看護小規模多機能型居宅介護の広域利用/ かかりつけ医機能報告が発揮される制度整備との関わり/「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携/医療情報ネット（ナビイ）
	04. 最新の好事例を踏まえた記載 令和5年度の在宅医療・介護連携推進支援事業の実態調査結果より、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を抽出し、ヒアリング結果を踏まえて各場面について記載する。

令和6年度老人保健健康増進等事業
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
委員名簿（50音順・敬称略）

座長

角野 文彦 びわこリハビリテーション専門職大学 学長

委員

飯野 雄治 東京都稲城市 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

小黒 佳代子 公益社団法人 日本薬剤師会 理事

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

高嶺 公子 沖縄県保健医療介護部 地域包括ケア推進課 課長

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 常任理事

服部 真治 株式会社日本能率協会総合研究所 福祉・医療・労働政策研究部
主幹研究員

福地 裕仁 埼玉県深谷市 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

オブザーバー

増田 絵美奈	厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐
坂本 遊	厚生労働省 老健局 老人保健課 老人保健施設係長
加藤 晶子	厚生労働省 老健局 老人保健課 主査
松岡 克朗	厚生労働省 医政局 医療経営支援課 課長補佐
北村 直良	厚生労働省 医政局 総務課 係長
長岡 真理	厚生労働省 医政局 総務課 研修生
和田 義敬	厚生労働省 医政局 地域医療計画課 医療介護連携推進専門官
小森 有英子	厚生労働省 医政局 地域医療計画課 研修生

事務局

横内 瑛	株式会社野村総合研究所 ヘルスケア・サービスコンサルティング部 プリンシパル
沢田 佑介	株式会社野村総合研究所 ヘルスケア・サービスコンサルティング部 シニアコンサルタント
安原 美希	株式会社野村総合研究所 ヘルスケア・サービスコンサルティング部 シニアコンサルタント
山田 大志	株式会社野村総合研究所 ヘルスケア・サービスコンサルティング部 シニアコンサルタント
田中 緑郎	株式会社野村総合研究所 ヘルスケア・サービスコンサルティング部 コンサルタント

第2章

ヒアリング調査

1. 調査手法

1-1 ヒアリング調査概要

(1) ヒアリング調査対象

ヒアリング調査対象は、令和5年度に実施された「在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査」の結果を参考とし、「①4つの場面+3つのシーンに係る取組であること」「②市町村が抱える課題を解決していること」「③他の市町村が取り組む上で再現性があること」の3点の条件を満たす自治体を候補として抽出し、厚生労働省との協議や検討委員会での議論を踏まえて選定した。

図表5 ヒアリング実施自治体(再掲)

No.	ヒアリング先	担当課室	都道府県or 区市町村	選定ポイント	選定理由
1	福岡県飯塚市、 嘉麻市、桂川町	福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所	区市町村	PDCAサイクルに沿った取組／技術的支援	委員からの推薦
2	新潟県新潟市	保健衛生部地域医療推進課	区市町村	4つの場面に係る市一体的な在宅医療・介護連携推進	委員からの推薦
3	愛知県豊明市、東郷町	健康福祉部長寿課地域ケア推進係	区市町村	入退院支援	委員からの推薦
4	北海道名寄市	健康福祉部地域包括支援係	区市町村	入退院支援	昨年度調査事例
5	千葉県松戸市	福祉長寿部地域包括ケア推進課	区市町村	日常の療養支援	昨年度調査事例
6	東京都稲城市	福祉部高齢福祉課地域支援係	区市町村	急変時の対応／PDCAサイクルに沿った取組	昨年度調査事例
7	岩手県北上市	長寿介護課包括支援係	区市町村	看取り	過去調査事例
8	神奈川県相模原市	地域包括ケア推進課	区市町村	認知症の対応	昨年度調査事例
9	千葉県白井市	健康福祉部高齢福祉課	区市町村	感染症発生時の対応	昨年度調査事例
10	大阪府藤井寺市	健康福祉部高齢介護課	区市町村	災害時の対応	昨年度調査事例
11	大分県別府市	長寿社会部地域包括支援センター	区市町村	技術的支援	昨年度調査事例
12	埼玉県	保健医療部 医療整備課	都道府県	情報の発信	委員からの推薦

記載の順番は、手引きの記載内容に沿い、「PDCAサイクルに沿った取組」「場面ごとの取組」「市町村に対する支援」の順とした。

記載の順番は、手引きの記載内容に沿い、「PDCA サイクルに沿った取組」「場面ごとの取組」「市町村に対する支援」の順とした。

(2) ヒアリング調査方法

各自治体の在宅医療・介護連携事業の担当者に対するヒアリング調査

(3) ヒアリング調査期間

令和6(2024)年11月中旬～令和7(2025)年2月上旬

(4) ヒアリング調査内容

都道府県及び市町村の職員に対して、「①取組の実施理由・経緯」「②取組の具体的内容・目的」「③取組により得られた効果・成果(取組途中のものを含む)」「④取組を進める上で課題」「⑤本取組の将来展望」の計5つの観点でヒアリングを行った。具体的なヒアリング項目は下図の通り。

図表 6 都道府県及び市町村向けヒアリング項目

■ ヒアリング調査項目	
①取組の実施理由・経緯	③取組により得られた効果・成果（取組途中のものを含む）
● 取組もうと考えた経緯 ● 取組を進めようとした背景・理由 など ● 事前および現在の問題意識 ● 認識していた課題 ● 行政として取り組む必要性の有無	● 当初の目標の達成状況 ● 取組当初に掲げたゴール（あるべき姿）の達成状況 ● 改善をすべきと考えているポイント ● 改善の方針 など ● 本取組の効果・成果 ● 取組を通じて地域にもたらされた変化 ● 取組のうち効果的だった手法・施策 ● 本取組がもたらした定性的な効果・成果 ● 取組がもたらした逆効果 など
②取組の具体的内容・目的	④取組を進める上での課題
● 取組の内容・特徴 ● 取組内容 ● 実践している取組の特長 ● 市町村と連携しながら取り組んだ事例 ● 行政の体制 ● 行政が取り組むまでの地域における過去の実践 例：医師会が主導的に取り組んできた など ● 取組を通じて実現したい目的・あるべき姿 ● 取組を通じて実現したい理想像（あるべき姿） など	● 課題 ● 現在感じている課題・問題意識 ● 課題が生じている背景・原因 ● 課題解決に向けた取り組み など
	⑤本取組の将来展望
	● 今後の取組方針 ● 新たに取組もうとしていること ● 地域として実現したい地域包括ケアシステムの全体像 ● 目標達成にむけて考えている将来の事業展望 など

2. ヒアリング調査結果

2-1 ヒアリング調査結果概要

ヒアリング結果については、「4つの場面ごとの観点」「認知症・感染症発生時・災害時の対応の観点」「市町村に対する支援の観点」の観点別に以下の通り整理した。

図表 7 ヒアリングから得られた示唆(4つの場面ごとの観点)

場面	No.	ヒアリング先	ヒアリングから得られた示唆
入退院支援	4	北海道 名寄市	- 高齢者の医療・介護・服薬情報が複数システムに点在していることや紙媒体で作成されていることで、一元的な情報管理ができていないケースが存在する。 - そのようなケースに対し、市では、それらの複数情報を一元的に集約した ICT システムを構築することで、簡易かつ迅速な情報収集・共有が可能になる。
日常の療養支援	5	千葉県 松戸市	- 地域においては、年齢を問わず助けを求められない人（セルフ・ネグレクト）が一定数存在するが、本事業によるアウトリーチ支援により、そうした方へ直接介入・支援を行うことができる。またアウトリーチ事例を分析することで、地域課題の抽出も期待される。 - 医療・介護・福祉を総合する介入が必要な困難事例に対して、医師が関与し大まかな見立てや対応の方針を示すことで、介護・福祉などの関係者が介入する方向性が定まる。
急変時の対応	6	東京都 稲城市	- 高齢者の病状急変時の対応ルールが統一化されていないため、救急隊員や介護職員が緊急時にどこへ連絡すればよいかわからない、本人の希望する医療や療養場所・延命措置について関係者間で把握・共有がなされていないといった課題が表出している。 - そのような課題に対し、市では、統一的な急変時ルールを策定するとともに、対応体制を整えることで、在宅療養への不安や負担の軽減が期待される。
看取り	7	岩手県 北上市	- 北上市では、「看取り支援」の場面において活用できるツールとして、「わたしの希望ノート」を作成・配布している。 - 高齢者本人が望む生活や看取りに関する希望を行政やケア者が把握する一つのツールとして有効な取組であるとともに、ツールを活用した対話を契機として、適切な医療・介護サービスへ繋げるとともに、高齢者本人の希望に寄り添った看取り支援が行われることが期待される。

図表 8 ヒアリングから得られた示唆(認知症・感染症発生時・災害時の対応の観点)

場面	No.	ヒアリング先	ヒアリングから得られた示唆
認知症の対応	8	神奈川県 相模原市	市では地域ケアサポート医が自宅に訪問し相談等に乗るアウトリーチ事業を行っているが、その相談の中で認知症関係の相談が増加傾向にある。地域の支援機関の中でも認知症の方に対する対応が課題として上がってきており、特に意思決定支援が課題となっている。
感染症発生時の対応	9	千葉県 白井市	- 感染症対策は各介護事業所がそれぞれ対応しており、行政として統一的な支援が出来ていないことや、各介護事業所が感染症対策を手探りで進めており対応に疑義が生じた際に相談できる専門家や窓口が地域に存在しないことが課題として挙げられる。 - そのような課題に対し、市では、行政が主体となり研修会等を行うことで、地域全体として一定の質が担保された感染症対策が期待できる。
災害時の対応	10	大阪府 藤井寺市	- 災害対策は各医療機関・介護事業所がそれぞれ対応しており、地域全体として統一的な対応・連携が出来ていないことや、各医療機関・介護事業所も災害対策を手探りで進めているおり対応に疑義が生じた際に相談できる専門家や窓口が地域に存在しないことが課題として挙げられる。 - そのような課題に対し、市では、平時から有事を想定し初動対応の流れなどを検討・議論しておくことで、有事の際も円滑な連携・情報共有をできるようにしている。

図表 9 ヒアリングから得られた示唆(市町村に対する支援の観点)

場面	No.	ヒアリング先	ヒアリングから得られた示唆
技術的支援	1	福岡県	● 地域課題を解決するためのプロセスとストラクチャーを整理し、体系化された形で事業を実施することで、地域に顕在または潜在する課題一つ一つを漸進的に解決していくことが期待される。 ● 地域課題を解決するためのプロセスとストラクチャーを整理することで、全体像の中でその会議体がどのような位置付けにあり、どのような機能が発揮されるかが明確化されるとともに、課題解決が進まない場合には、どのプロセス（ストラクチャー）が障壁となっているかが特定されやすく漸進的な改善が期待できる。
情報の発信	13	埼玉県	● 埼玉県医師会に委託し、在宅医療への参入を検討している医師に対し、「在宅医療塾」と「訪問診療同行研修」の2つの研修を通して理論と実践両側面から在宅医療に関する学習をする機会を提供している。 ● 在宅医療に対しハードルの高さを感じていた受講者が、上記の研修を経て実際に在宅医療に取り組む例も存在している

次節では、ヒアリング結果について、自治体ごとに詳述する。

ヒアリング個票

1. 福岡県飯塚市、嘉麻市、桂川町

■福岡県飯塚市、嘉麻市、桂川町の取組

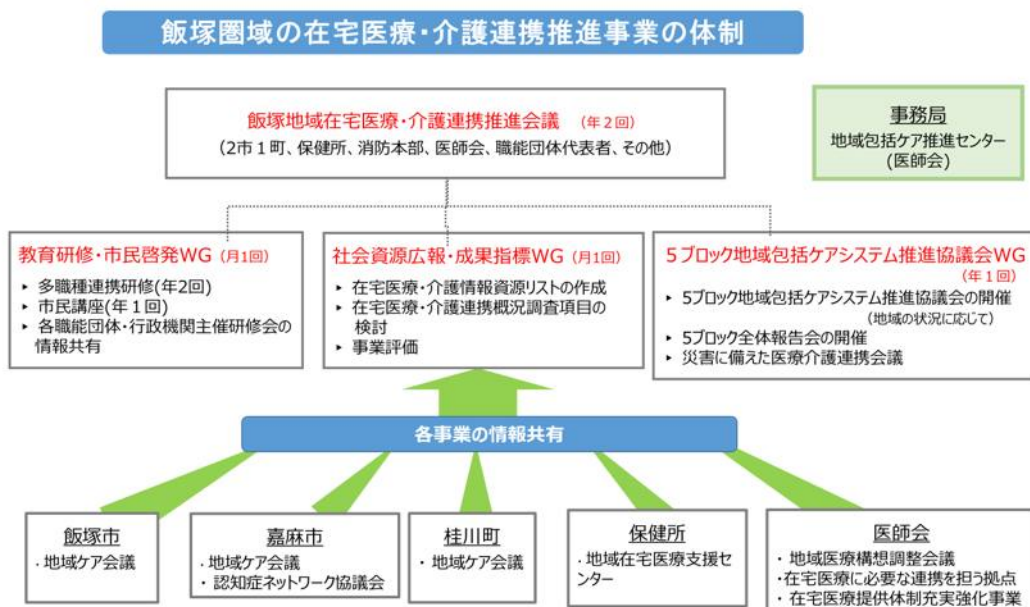
選定ポイント「PDCA サイクルに沿った取組／技術的支援」

取組「評価指標の策定」

(取組概要)

- 福岡県の飯塚医療圏を構成する飯塚市・嘉麻市・桂川町は、2市1町を管轄する飯塚医師会に在宅医療・介護連携推進事業を委託し、多職種協働で在宅医療・介護連携推進会議、教育研修・住民啓発WG、社会資源広報・成果指標WG、5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会WG、多職種連携研修会、住民啓発等を実施している。

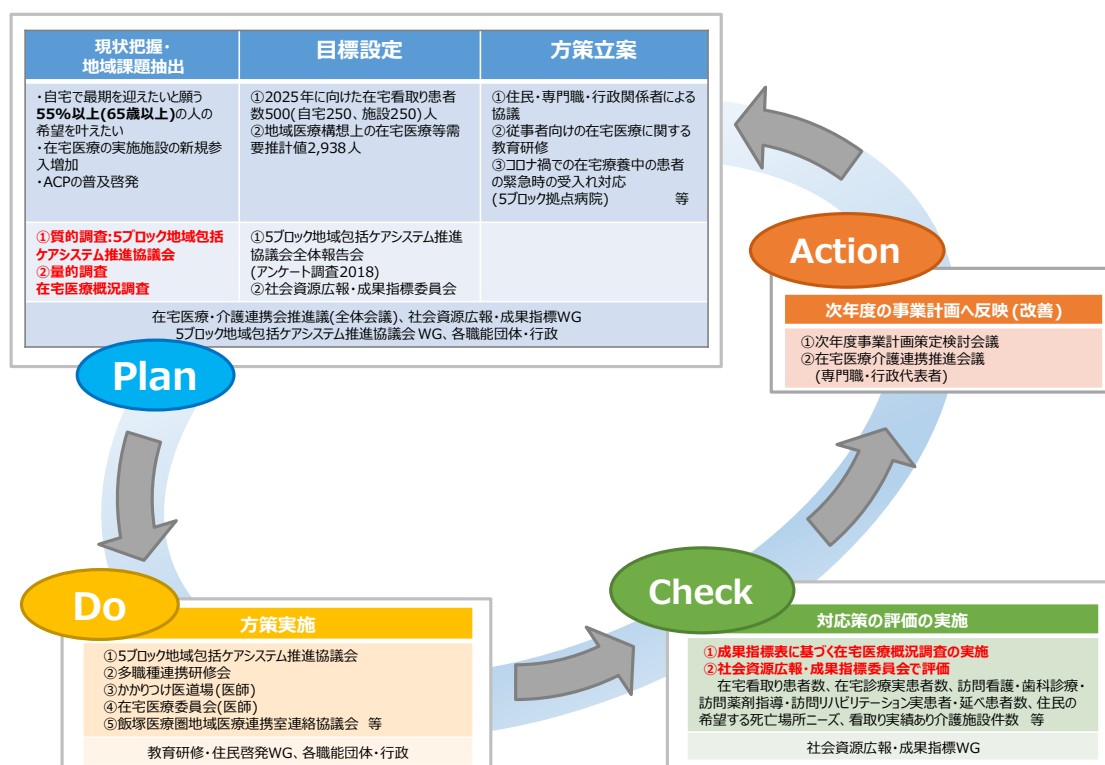
図表 10 飯塚圏域の在宅医療・介護連携推進事業の体制



- これまでの取組により関係者間で顔の見える関係が構築され、個別ケース支援や各種事業において密な連携が図られてきた結果、在宅看取り率（特に在宅看取り率）の大幅な向上など成果が出ている。5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会では、8つの医療介護連携拠点病院が中心となり、地域の特性に応じた取組を展開してきたが、従前より飯塚医療圏には以下の地域課題があった。
 - 医療・介護連携推進を行う機関・団体が存在しない
 - 医療・介護従事者同士の交流機会が少ない
 - リソースは決して少なくないが、それぞれが自分の地域のリソースを把握していない
 - ケアマネジャーと医療職との連携不足
 - 24時間体制の在宅療養支援診療所・病院や訪問看護事業所の実態が不明瞭
 - 自宅死の割合が低い
 - 救急救命センターへ施設入所中の高齢者の搬送が多い
- こうした地域課題は、PDCA サイクルに沿ったプロセスのもと、各種協議体がそれぞれの役割・機能を持ちつつ有機的に連携することで、地域解決を図っている。

図表 11 福岡県飯塚市、嘉麻市、桂川町における PDCA サイクル構築のイメージ

PDCA構築のイメージ（例）在宅看取り患者数の増加



(1) Plan

- 在宅医療・介護連携会議（全体会議）や5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会WG等の協議体において、現状把握や地域課題を抽出した上で、定量的な数値目標を設定し、それを実現するための方策を立案する。

(2) Do

- 立案された方策に基づき、5地域課題に対応すべくルールや仕組みづくりを目的とした各種会議・WGや多職種連携研修会等において、方策を実施する。

(3) Check

- 実施された対応策について、成果指標表に基づく在宅医療概況調査を実施するとともに、社会資源広報・成果指標委員会において評価を実施する（在宅看取り患者数、在宅診療実患者数、訪問看護・歯科診療・訪問薬剤指導・訪問リハビリテーション実患者・延べ患者数、住民の希望する死亡場所ニーズ、看取り実績あり介護施設件数等）。

(4) Action

- 次年度事業計画策定検討会議や在宅医療介護連携会議において検討した上で、次年度の事業計画へ反映している。

図表 12 福岡県飯塚市、嘉麻市、桂川町における評価指標の策定

地域課題への方策と評価指標

抽出された地域課題	方 策	評価指標
①在宅医療の強化	・在宅看取りの推進 約55%の住民(65歳以上)の自宅で最期を迎えたいという願いを叶える	かかりつけ医実践道場(在宅医療研修) 多職種連携研修会 在宅医療推進委員会
	・在宅医療の新規参入者への支援 ・在宅医の技術向上	かかりつけ医実践道場(在宅医療研修)
	・住民、専門職双方のACP理解の普及啓発	ACP住民サポーター養成講座 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会
②入退院支援の強化	・(高度)急性期からの円滑な退院支援 ・地域に開かれた回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の有効活用	5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 地域医療連携室連絡協議会
	・コロナ禍での在宅療養中患者の緊急時の入院対応/5ブロック拠点病院での受入れ増加	地域医療連携室連絡協議会 救急医療委員会
③医療・介護連携の強化	・介護施設での看取りが出来る施設の増加	介護福祉施設への看取りの実態調査
	・病院と介護施設との連携強化 介護施設が病院との連携をやりやすくする	5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会
④多職種連携の強化	・災害に備えた医療介護連携体制の構築 災害時における要介護者の受入れ支援	災害時の拠点病院での医療依存度の高い患者受入れ支援体制づくり 災害に備えた医療介護連携会議
	・各職種の新人(3年未満)・中途採用者が他職種の役割を説明できるようになる ・ノンテクニカルスキルの向上	多職種連携研修会
⑤住民の満足度	・介護支援専門員と多職種連携との連携強化、 ・管理栄養士の 地域連携	5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 管理栄養士への在宅訪問の実態調査
	・ICTを活用した連携の仕組み作りの検討	空床情報共有システムの導入
	・65歳以上の転出数を減らす ・自分の住んでいる市町村を周囲に勧めたい人を増やす	住民向け公開講座

(この事例を参考とし、解決可能な課題例)

- 在宅医療・介護連携推進事業において、地域課題を解決するためのプロセス（PDCA サイクル）や検討・実施体制（ストラクチャー）が定まっておらず、場当たり的な対応に終始している。
- 毎年度、同じ仕様書が踏襲され漫然と事業が行われているが、年度末の事業評価を行っておらず次年度に向けた改善もなされていない。またそもそも評価するための指標が策定されていない。

(実施の効果)

- 地域課題を解決するためのプロセスとストラクチャーを整理し、体系化された形で事業を実施することで、地域に顕在または潜在する課題一つ一つを漸進的に解決していくことが期待される。
- 地域課題を解決するためのプロセスとストラクチャーを整理することで、全体像の中でその協議体がどのような位置付けにあり、どのような機能が発揮されるかが明確化されるとともに、課題解決が進まない場合には、どのプロセス（ストラクチャー）が障壁となっているかが特定されやすく漸進的な改善が期待できる。

(個票)

図表 13 福岡県飯塚市、嘉麻市、桂川町の基本情報・取組概要

自治体・コーディネーターの概要

自治体概要

取組概要

実施主体	医療
	介護

市町村	飯塚市	嘉麻市	桂川町
人口*1	126,364人	35,473人	12,878人
高齢化率*1	65歳以上:31.9% 75歳以上:15.8%	65歳以上:40.4% 75歳以上:20.4%	65歳以上:35.1% 75歳以上:16.0%
要介護認定率*2	1号:21.8% 2号:0.2%	1号:21.2% 2号:0.4%	1号:15.0% 2号:0.9%
医療介護資源状況*3	病院:20か所（うち在宅療養支援病院4か所） 診療所:127か所（うち在宅療養支援病院23か所） 介護施設:519か所		

4つの場面・3つのシーン・市町村支援	その他（評価指標の策定）
--------------------	--------------

概要	重点課題の設定に基づく、対策および評価指標の策定
----	--------------------------

代表的なケース例	多職種連携の推進のための研修会を開催し、研修会参加者数を評価指標としてモニタリングする
----------	---

実施主体	飯塚医師会（地域包括ケア推進センター）
------	---------------------

実施体制

関係機関との連携図

担当部局	飯塚市高齢介護課・嘉麻市高齢者介護課・桂川町健康福祉課
担当職員	看護師、医療SW、事務職
委託先	飯塚医師会地域包括ケア推進センター

```
graph TD
    A["在宅医療・介護連携推進会議  
(二府一市、保健福祉環境所、消防本部、医師会、福祉団体代表者)"]
    B["在宅医療・介護連携推進事業次年度検討会議"]
    C["教育研修・住居確保WG"]
    D["5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会WG"]
    E["社会資源・広域・成果指標WG"]
    F["・5ブロック推進コーディネーター会議"]
    G1["地域包括ケアシステム推進協議会"]
    G2["地域包括ケアシステム推進協議会"]
    G3["地域包括ケアシステム推進協議会"]
    G4["地域包括ケアシステム推進協議会"]
    G5["地域包括ケアシステム推進協議会"]

    A --- B
    B --- C
    B --- D
    B --- E
    D --- F
    F --- G1
    F --- G2
    F --- G3
    F --- G4
    F --- G5
```

*1: 令和2年国勢調査。*2: 令和2年介護保険事業状況報告 *3: JMAPより引用

図表 14 福岡県飯塚市、嘉麻市、桂川町における評価指標の整理

福岡県飯塚圏域（飯塚市・嘉麻市・桂川町）では、地域課題・課題への対策・評価指標を体系的に整理することで、関係者の共通の課題・対応の認識を図っている。

地域課題		対策		評価指標	
①在宅医療の強化	在宅看取りの推進	研修講座 会議	かかりつけ医実践道場 多職種連携研修会 ACP住民サポーター養成講座	実在 参加 度 住民	在宅看取り患者数、在宅診療実患者数、在宅診療実績あり施設件数 等
	在宅医療の新規参入者への支援 在宅医の技術向上		在宅医療委員会 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会		かかりつけ医道場への参加者数
	住民、専門職のACP理解の普及啓発		5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会		住民のACP認知度
②入退院支援の強化	(高度)急性期からの円滑な退院支援	会議	地域医療連携室連絡協議会 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 救急医療委員会	加算 救急 実績	退院患者に占める入退院支援加算 等
	地域に開かれた回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の有効活用				拠点病院への救急車搬送受入れ件数、地域包括ケア病棟・病床の病床利用率
	コロナ禍での在宅療養中患者の緊急時の対応				
③医療・介護連携の強化	介護施設での看取りが出来る施設の増加	調査 会議	介護福祉施設への看取りの実態調査 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 災害に備えた医療介護連携会議	加算 取り 実取 対災 策者	入時情報連携加算、退院・退所加算 等
	病院と介護施設の連携強化				看取り実績あり施設件数 等
	災害に備えた医療介護連携体制の構築				災害時の拠点病院の受入参加登録機関数、相談件数 等
④多職種連携の強化	各職種の新人・中途採用者が他職種の役割を説明できるようになる	研修 会議 調査 システム	多職種連携研修会 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 管理栄養士への在宅訪問の実態調査 空床情報共有システムの運用	参加 研修 実績 連携 システム	多職種連携研修会参加者数
	ノンテクニカルスキルの向上				介護支援専門員がターミナル患者への対応で連携した各職種別件数 等
	介護支援専門員と多職種連携との連携強化				システム登録者数・相談所要時間
⑤在宅医療の強化	ICTを活用した連携の仕組み作りの検討				
	65歳以上の転出数を減らす 自分の住んでいる市町村を周囲に勧めたい人を増やす		住民向け公開講座	転入の住民 転出・転民 足の住民	65歳以上の人口の転入・転出 住民の満足度（周囲にすすめたいか）

出所）嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所説明資料を基にNRI作成

2. 新潟県新潟市

■新潟県新潟市の取組

選定ポイント「4つの場面に係る市一体的な在宅医療・介護連携推進」

取組「在宅医療・介護連携ステーションと新潟市在宅医療・介護連携推進センターの連携を通じた在宅医療・介護連携推進」

(取組概要)

- 新潟市では地域の実情を踏まえた在宅医療・介護の連携推進のため、①市内 11 拠点医療機関に設置された「在宅医療・介護連携ステーション（以下、連携ステーション）」（介護保険法地域支援事業を踏まえて設置）、②市医師会に設置された「新潟市在宅医療・介護連携推進センター（以下、推進センター）」（新潟県地域医療介護総合確保基金により設置・運営）が市担当課と連携して在宅医療・介護連携推進に取り組んでいる。
 - 事業を着実に推進するため、市と「連携ステーション」及び「推進センター」は、目的・実施事項と実施主体を明確にした業務計画を作成・共有した上で、次のような事業を一体的に展開している。
 - ①円滑な事業実施に向けた運営会議の開催
 - ②新潟県内の在宅医療推進センター間連携、市町村・各関係機関との連携
 - ③医療資源調査・アンケートの実施
 - ④医療連携事業の展開
 - ⑤多職種連携の会（在宅医療ネットワーク）との連携事業推進
 - ⑥各区での在宅医療推進の後押し
 - ⑦市民啓発事業の企画開催、ホームページの管理
 - ⑧情報共有システム（ICT 利用）の構築と運用
- 「連携ステーション」による地域に密着した活動と、「推進センター」による全市的な活動の重層的な推進体制を設定し事業を推進することによって、各地域の実情に応じた連携が進み、各地域のノウハウ等も他所に展開していくことで、全市的な推進が図られている。また、こうしたプロセスにおいて得られた課題や情報を基に、行政担当職員も効果的な施策の検討を行う流れもできてきている。

図表 15 新潟市医師会 地域医療推進室 概要



図表 16 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連携



(この事例を参考とし、解決可能な課題例)

- 人口規模、面積ともに大きい市町村の場合、小さなエリア毎の連携は推進されやすいが、エリア間で取組内容計画の進捗に差が生まれやすく、エリア間での情報の格差が生じやすい。

(実施の効果)

- 各々の市町村における PDCA サイクルの内容を、複数の市町村が参加する会議体や ICT ツールを通じて共有することで、多様な知見が蓄積され全体のコーディネーターの質の底上げが実現される。

(個票)

図表 17 新潟県新潟市の基本情報・取組概要

自治体・取組の概要			
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 医療介護資源状況*3	1号被保険者:19.4% 2号被保険者:0.4% 病院:42か所（うち在宅療養支援病院7か所） 診療所:533か所（うち在宅療養支援病院53か所） 介護施設:1,301か所	
取組概要 	4つの場面・3つのシーン	—	
	概要	4つの場面に係る市一体的な在宅医療・介護連携推進	
	代表的なケース例	センター・ステーション会議を通じた、市内連携	
	実施主体	医療	新潟市医師会
	介護		
	行政	新潟市在宅医療・介護連携推進センター	
		実施体制 	担当部局 新潟市保健衛生部地域医療推進課
		関係機関との連携 図*4 	担当職員 保健師、事務職等

*1: 令和2年国勢調査 *2: 令和2年介護保険事業状況報告 *3: JMAPより引用

*4: 新潟市HPを基にNRI作成

図表 18 新潟県新潟市における市一体的な在宅医療・介護連携の推進

新潟県新潟市では、センター・ステーション会議を実施し、各ステーション同士の連携を促進することで市一体的な在宅医療・介護連携推進を図っている。

新潟県新潟市のセンター・ステーション会議

センター・ステーション会議の概要

在宅医療・介護連携コーディネーターの質向上・地域課題への展開の取り組み
開催日: 2024年8月・9月・11月(3回予定) 会場: 新潟総合医療保健センター
主催 新潟市、在宅医療・介護連携センター
テーマ: 「個別支援から地域課題へのトレーニング」
対象者: 在宅医療・介護連携ステーション（コーディネーター）
目的: 相談記録内容を振り返り、アセスメント、マネジメントするスキルの醸成 地域課題をとらえ、事業化するスキルの醸成
内容: 在宅の4場面（日常の療養支援・入院支援・看取り・急変時の対応）毎に 相談記録シートから地域での現状、連携を阻む要因が何かを振り返り、 対応策を検討する。
方法: グループワーク
振り返り: これまでは、相談内容を記録し、コーディネーター個人としての気づきは 各々で記載をしていたものの、全体を集めて、気づきから地域の現状・ 課題抽出までの検討が十分でなかった。 2. 回のグループワークを通じて4場面ごとに現状と課題を整理できた。 3. 回目はさらに目指す姿から原因と対策、評価までの一連のプロセスにつ いて検討を行う予定。


センター・ステーション会議の取りまとめの写真



【評価・R7年度の方針性】

在宅医療・介護連携推進事業において、コーディネーターの役割が期待される中で、相談記録を4場面ごとに背景や地域での現状をアセスメントし、地域課題を検討するプロセスを繰り返してトレーニングを行うことで、各区ごとの地域の実情に応じた事業の展開へとつなげていけるとよい。次年度以降も取り組みを継続するとともに、事業全体について、現状、課題、要因、課題解決のための施策の検討・見直しを行い、PDCAを回していく。

出所）新潟市説明資料・HPを基にNRI作成

3. 愛知県豊明市、東郷町

■愛知県豊明市、東郷町の取組

選定ポイント「入退院支援」

取組「退院をサポートする事業」

(取組概要)

- 愛知県豊明市、東郷町は、藤田医科大学と協定を結び、在宅医療介護連携拠点「豊明東郷医療介護サポートセンター かけはし」（以下、かけはしという）を 2017 年 7 月に開設。「藤田医科大学地域包括ケア中核センター」が運営主体となり、医師会等と協力し、職能団体の支援、医療職・介護職の連携促進を目的とした研修会の開催、在宅医療介護の普及啓発、医療介護に関する個別相談を実施している。
- 豊明市では、退院調整や在宅療養移行に関する課題や、医療介護連携の課題等を検証するため、急性期病院からの患者動向の追跡調査を実施したところ、以下のような課題が顕在化した。
 - 退院後にケアマネジャーが調整されず、自宅と病院を行き来し、重度化・虚弱化していくケース
 - 複数診療科、複数医療機関における診療情報が共有されず、対応策が検討されないため、同一疾患を繰り返して発症して入退院を繰り返すケース
- こうした背景のもと、豊明市においては平成 29 年度より「退院サポート事業」を実施している。この事業では、入院中に新規介護認定申請をした高齢者の情報を行政から受領し、その申請者に対して直接電話をかけ入院期間中から退院に向けた支援等を行うことで、退院後の介護サービスや生活支援に繋げる取組である。
- 退院時にサービス調整が行われず、支援者が不在なことからモニタリングの機会のないケースに対して、電話訪問を行い、必要時は改めて支援者を紹介している。

(この事例を参考とし、解決可能な課題例)

- 退院後、在宅に移行したが、適切な介護サービスや生活支援に繋がれずに再憎悪・再入院を繰り返す。
- 退院後から再入院までの期間（＝在宅療養期間）が短い。

(実施の効果)

- 退院後、在宅に移行した際に適切な介護サービスや生活支援に繋げることで、在宅療養生活を継続することができる。

(個票)

図表 19 愛知県豊明市、東郷町の基本情報・取組概要

自治体・コーディネーターの概要

自治体概要	市町村		豊明市	東郷町
	人口*1		69,295人	43,903人
	高齢化率*1		65歳以上:26.2% 75歳以上:13.7%	65歳以上:23.6% 75歳以上:11.9%
	要介護認定率*2		1号:15.3% 2号:0.3%	1号:14.8% 2号:0.4%
	医療介護資源状況*3		病院:4か所 (うち在宅療養支援病院1か所) 診療所:68か所 (うち在宅療養支援診療所9か所) 介護施設:156か所	
取組概要	4つの場面・3つのシーン		入退院支援	
	概要		退院サポート事業	
	代表的なケース例		介護保険申請をした退院者への架電により、在宅療養状況のモニタリングを実施	
	実施主体	医療	コーディネーター・社会福祉士	
		介護	介護関係者	

実施体制

関係機関との連携図

担当部局	豊明市健康福祉部長寿課地域ケア推進係 東郷町高齢者支援課
担当職員	豊明市: 保健師 2 名、事務職 1 名 東郷町: 保健師 2 名
協定による連携先	学校法人藤田学園 藤田医科大学 地域包括ケア中核センター

コーディネーターの主な業務

- 相談対応
- 多職種連携ネットワーク構築
- 退院サポート事業

*1: 令和2年国勢調査 *2: 令和2年介護保険事業状況報告 *3: JMAPより引用

図表 20 愛知県豊明市における退院をサポートする事業

豊明市では、コーディネーターが退院者向けに架電によるフォローアップを行うことで、在宅療養が適切に行われる仕組みを整えている

	入院～退院	適時モニタリング電話	総合事業等の案内
対象	入院中に要介護（要支援）申請をした患者およびその家族		モニタリング電話時、アウトリーチが必要だと考えられた対象者
コーディネーターの具体的な行動	✓ 患者同意の上で、行政から対象者の電話番号等を取得 ✓ 退院支援の流れや、退院後に利用できるサービスについて説明		✓ 総合事業を対象者並びにその家族に紹介し、地域包括支援センターに案内
効果	✓ 在宅療養移行後であっても、適切なサービスを把握・申し込むことが可能 ✓ 退院直後に再度、急変する可能性等について家族が理解		✓ 退院直後では察知できなかった対象者の状態悪化に対し、早期から対策が可能 ✓ 入院時から家族の理解を得られているため、スピード感ある支援が可能

出所) ヒアリングを基にNRI作成

4. 北海道名寄市

■北海道名寄市の取組

選定ポイント「入退院支援」

取組「ICT システムを活用した医療・介護情報連携」

(取組概要)

- 北海道名寄市は、市直営の地域包括支援センターが主体となり在宅医療・介護連携推進事業を実施している。市内には病院・クリニック・診療所が 11 か所、在宅医療介護に関連する診療所が 1 か所あり、その診療所に所属する 2 名の医師や看護師と、居宅介護支援事業所のケアマネジャーとの密な連携のもと事業を進めており、特に訪問看護も行う診療所の看護師との連携が、名寄市における連携のカギとなっている。
- 平成 27 年の事業開始以降、多職種が参加するワークショップや地域包括ケアシステム構築 WG 等を開催してきたが、会議やヒアリング等において以下の意見や意向が聞かれた。
 - 介護側
 - ◇ 医療に対する「敷居の高さ」感や医療に対する知識不足を感じている
 - ◇ 正しい医療情報を知りたい、必要な医療情報を知りたい
 - ◇ 退院の時期や利用者の状況を早い段階で連絡がほしい
 - 市立病院看護師等側
 - ◇ 患者のフェースシート、ケアプラン、家族の介護力を知りたい
 - 行政側
 - ◇ 平成 30 年の胆振東部地震において全道的ブラックアウトした際、服薬歴や使用していた薬が分からなくなった
- こうした協議体において顕在化した課題を解決する一つの取組として、名寄市は令和 3 年 7 月より「名寄市医療介護連携 ICT 事業」（実施主体：名寄市、事務局：市地域包括支援センター）を開始、2 つのシステム（①ID-Link、②Team）を構築した（参加施設数：合計 58 機関（医療機関 17 機関、介護施設等 43 機関）。現在、患者の累計登録数で 1,800 人（死亡された方も含む）、主な登録者は基本は 65 歳以上で要介護認定されている方だが、医療的ケア児なども含まれており、主に以下のような情報が共有されている。

図表 21 ID-Link および Team で共有できる情報

共有できる情報	ID-Link	Team	経過観察・申し送り事項
事務局 地域包括支援C 介護保険係 高齢福祉係		住民基本情報 介護認定情報 主治医意見書 緊急連絡先 担当ケアマネ、事業所名 利用介護サービス	
市立病院	処方、注射、検体検査、画像 文書（入院治療内容）＊	処方、検体検査	
公開施設	処方、検体検査 文書（手動でUP）	処方、検体検査	
調剤薬局	調剤	調剤	
居宅介護支援(事)		フェイスシート ケアプラン、アセスメント	
介護サービス		訪問看護報告書、 介護サービス計画書など	

＊退院サマリ、看護サマリ、地域連携カンファレンス報告書、退院調整報告書、ADL表、リハビリ、栄養指導、救急外来経過表、入院診療計画書、病名病歴、アレルギー、など

- こうしたシステム構築を自治体が主導することで、市内全域で 1 つのネットワーク構築が可能であるとともに、医療・介護施設など市域全体に参加を呼びかけられている。

（この事例を参考とし、解決可能な課題例）

- 高齢者の医療・介護・服薬情報が複数システムに点在、もしくは紙媒体で作成され、一元的な情報管理ができていない。
- 結果的に、高齢者の医療・介護・服薬情報を確認するためには、高齢者が受診・利用している医療機関・介護施設やケアマネジャーに問い合わせる必要がある。

（実施の効果）

- 病院・診療所の視点
 - これまで他医療機関での診療情報や介護施設でのサービス受給状況は地域連携室からケアマネジャー等に電話確認していたが、システムから簡易かつ迅速に情報収集ができる。
 - 複数医療機関による検査の重複等が避けられる。
- 薬局の視点
 - 高齢者の状態を医療・介護双方の視点から把握することで、正確な服薬指導が期

待できる。

- 薬の情報など多職種と連携できる情報を一元的に集約することで、医療・介護サービスの連携を密に行う事が出来ている。

- **介護施設の視点**

- 入院時に、医療機関へ介護情報を簡易に伝達することができる。
- 医療機関に問い合わせることなく、高齢者の医療情報・服薬情報を確認することができる。

(個票)

図表 22 北海道名寄市の基本情報・取組概要

自治体・取組の概要				
自治体概要 	人口*1	27,282人	実施体制 	担当部局
	高齢化率*1	65歳以上:36.4% 75歳以上:18.2%		健康福祉部 こども・高齢者支援室 地域包括支援センター・地域包括支援係
	要介護認定率*2	1号被保険者:20.5% 2号被保険者:0.5%		担当職員
取組概要 	医療介護資源状況*3	病院:4か所 (うち在宅療養支援病院:1か所) 診療所:7か所 (うち在宅療養支援診療所:1か所) 介護施設:46か所	関係機関との連携 図*4 	保健師、社会福祉士、一般事務
	4つの場面・3つのシーン	入退院支援		
	概要	医療介護連携ICTツール「ID-Link」「Team」を用いて、医療介護の情報連携を行っている		
	代表的なケース例	治療内容や患者の状態をツール上に記載するため、職員間の情報共有の漏れの減少や、退院調整に要する日数が短縮される。		
実施主体	医療	医師、看護師、歯科医師、薬剤師、理学療法士等		
	介護	ケアマネジャー、介護職員等		

*1: 令和2年国勢調査。*2: 令和4年度時点
*3: JMAPより引用

*4: 名寄市HPより引用



図表 23 北海道名寄市における ICT ツール活用

北海道名寄市では、医療介護連携 ICTツール「ID-Link」「Team」の利用により、場所・時間を問わず利用者の状態を把握できることで、急激な増悪や緊急入院の減少につなげている。

医療介護連携 ICTツール「ID-Link」「Team」の概要

	ID-Link	Team
概要	1人の患者の病院や診療所での処方、検体検査、文書および調剤薬局の調剤結果を名寄せして同一画面で表示するシステム	患者や介護サービス利用者が利用する医療機関、居宅介護支援事業所、訪問・通所・施設サービスおよび地域包括支援センターなどの多職種の施設が診療、介護サービスに必要な情報を共有して連携を円滑に行うためのシステム
共有可能な情報	- 処方、検体検査、画像 - 病名、既往歴、アレルギー - 文書 - 調剤薬局の調剤データ	- 介護保険番号、介護認定情報 - ケアプラン、アセスメントシートなど介護文書 - 支援経過記録 - 写真、動画 - 連携先同士での報告、連絡、相談
利用イメージ		

*4: 名寄市様提供資料より引用

5. 千葉県松戸市

■千葉県松戸市の取組①

選定ポイント「日常の療養支援」

取組①「地域ケアサポート医事業」

（取組概要）

- 訪問看護ステーション状況等について調査を行い、調査結果を可視化し、課題を抽出、解決に向けた検討を行った。具体的には、まず各事業所の活動状況を把握するためのアンケート調査を行った。次に、調査から得られた訪問可能範囲を松戸市の地図に落とすことで可視化し、活動の空白地域を把握した。空白地域について、各事業所が活動範囲の拡大や修正を検討することで、訪問看護ステーションの活動の空白地域を減少させた。
- 同様にアンケート調査に基づき、医療機関ハンドブック、居宅介護支援事業所ハンドブック、通所介護事業所ハンドブックも作成し、医療機関や介護事業所の選択に役立つ情報を地域に共有している。医療機関のハンドブックでは担当している患者の主な状態の疾患や院長のメッセージなどを記載し、患者の医療機関選択に資する情報を共有している。介護事業所のハンドブックでは、対応可能エリアを図示や、各事業所のPR文の紹介を行っている。

図表 24 訪問看護ステーションの訪問可能範囲を可視化することで、事業所間の検討が促進された事例

訪問看護ステーション活動状況アンケート(2014年度)

訪問看護に専事している看護師の人数 (2014年9月末時点)		7名。＜常勤 5名、非常勤 2名(常勤換算 0.5名)＞	
専門看護師 いる(名、専門分野)	いない	臨床看護師 いる(名、専門分野)	いない
24時間連絡体制加算の算出		あり(方法: 携帯電話に直接連絡・転送電話で対応・その他) ない	
24時間対応体制加算の算出		あり ない	
療養強化型加算の算出		あり(療養強化型 1・2) ない	
休日の訪問体制について 土日・祝祭日の訪問 あり(定額・臨時・その他) ない(定額は定額加算あり) 定額は臨時加算あり 定額は臨時加算なし			
訪問で対応可能な療養分野		☒ 療養なケースにでも対応できる ☐ 通常のケースには対応できる ☐ ケースによっては対応可能 ☒ 対応できない	
看護職以外の職員数 (2014年9月末時点)		PT 0名 OT 0名 ST 0名 ケアマネ 1名 その他 0名 訪問看護 0名 訪問看護 0名 在宅看護実践 14名 ケーメルケア実践支援員 14名	
STの特徴		●利用者様が安心して在宅で、その人らしく、日常生活を送ることができるよう支援します。 ●在宅介護支援事業所を併設しています。	
移動手段	車・自転車・徒歩		
交通費算定	ステーションからの距離により算定。		

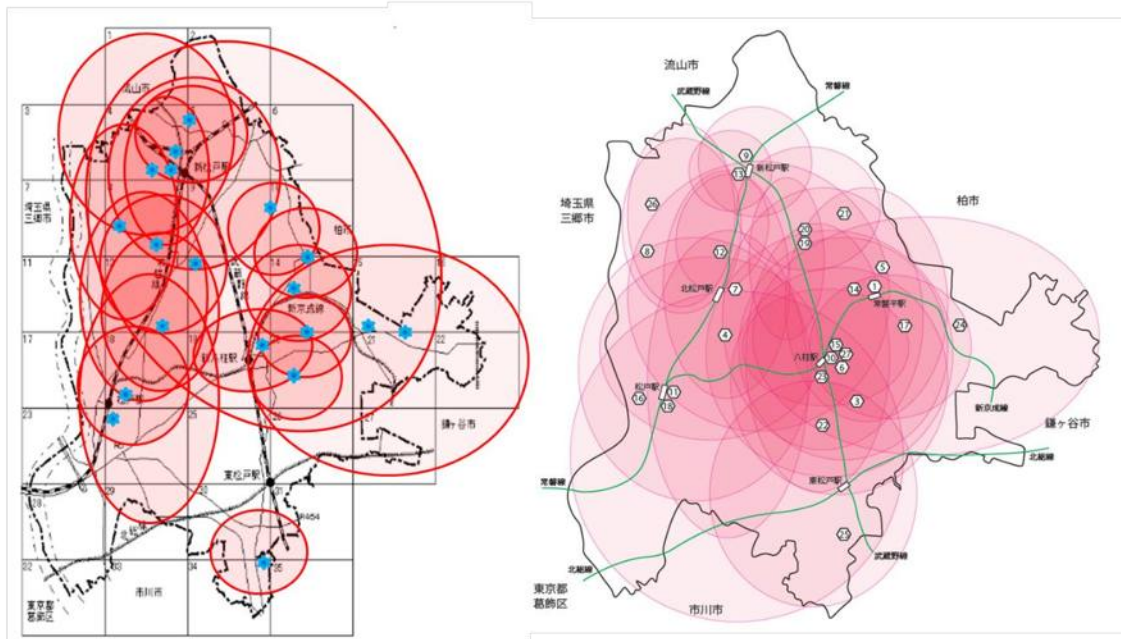
訪問可能エリア(下記の地図を○で囲んで下さい。)

訪問看護ステーションの最優先対応エリアマップ[○]

2014年度時点



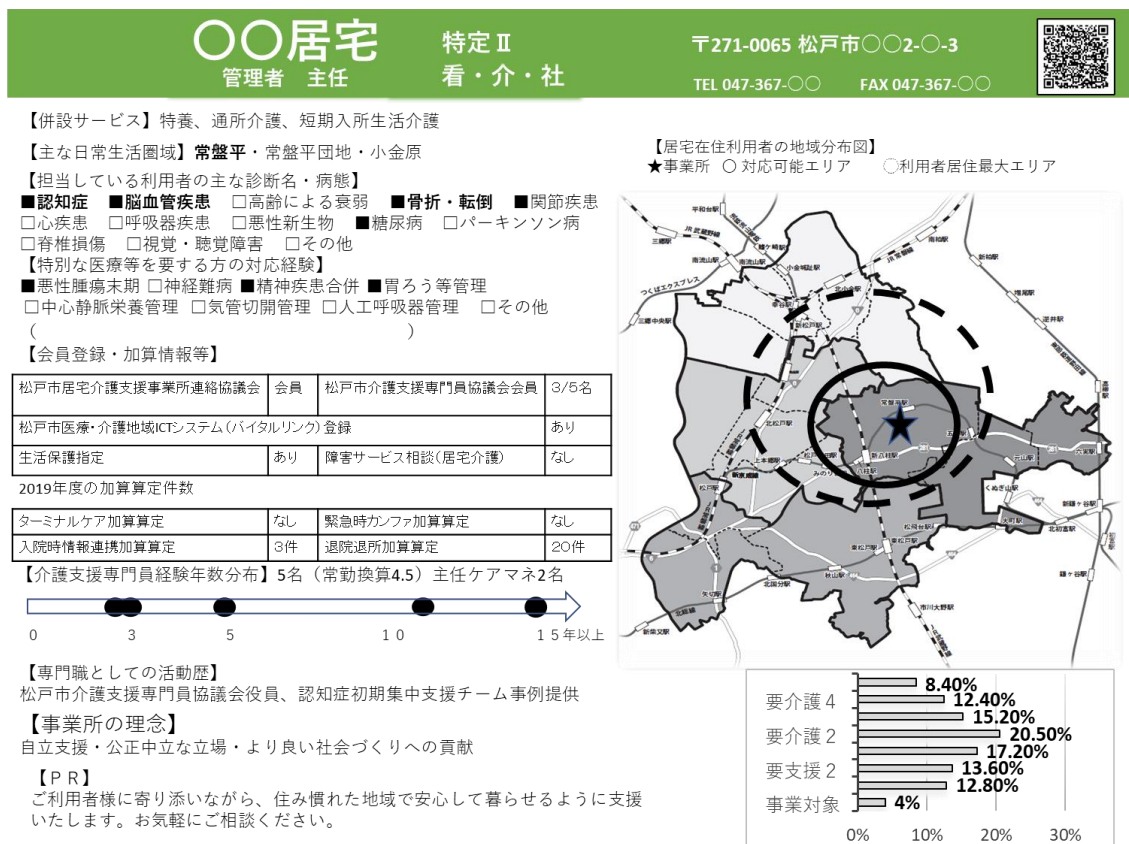
2016年度時点



図表 25 医療機関のハンドブック例

0-00 ○○診療所 内 在支援 時間外1		〒000-0000 松戸市○○○○○○○○ TEL 047-000-0000 FAX 047-000-0000		
【担当している患者さんの主な状態】 ☒ 高血圧 ☒ 糖尿病 ☒ 脂質異常症 ☒ 心疾患 ☒ 脳卒中後遺症 ☒ がん ☒ 肺気腫・喘息 ☒ 肝疾患 ☒ 胃腸の病気 ☐ 慢性腎臓病 ☒ 腰痛・関節症 ☒ うつ・不眠 ☒ 認知症 ☒ 神経難病 ☒ 更年期治療 ☐ 乳幼児の診療 ☐ 学童の診療 ☐ 発達障害の診療		臨時往診 ☒ 24時間対応 ☒ 訪問診療(自院) ☒ 訪問診療(紹介) ☒	【訪問診療で対応可能な状態・管理等】 ☒ 脳血管疾患 ☒ 認知症 ☒ 老衰 ☒ 整形外科疾患 ☒ 内部臓器障害 ☒ 悪性腫瘍末期 ☒ 神経難病 ☐ 医療的ケア児 ☐ 精神疾患合併 ☒ 胃ろう管理 ☒ 中心静脈栄養管理 ☒ 気管切開管理 ☒ 人工呼吸器管理 ☒ 看取り ☒ 緩和ケア	
【外来診療の周辺機能】 ☒ 各種ワクチン接種 ☒ 各種検診 ☒ 発熱患者対応 ☒ オンライン診療対応 ☐ 外来リハビリテーションの実施 ☐ 外来栄養食事指導の実施 ☐ 歯科医療機関への患者紹介 ☐ 地域情報連携のICT活用		【医療機関や他機関との連携】 ☒ 訪問看護指示 ☒ 自院訪問看護実施 ☒ 訪問薬剤管理指導等指示 ☒ 訪問リハビリ指示 ☒ 自院リハビリ実施 ☒ 栄養食事指導等指示 ☒ 介護相談者配置 ☒ サービス担当者会議出席、ケアプラン等への助言		
【院長からのメッセージ】 在宅訪問診療専門のクリニックです。脳卒中、がん、認知症、廃用症候群などで通院不可能な方を診ています。患者さんと介護者さんが安心して生活できるようにスタッフ一同努力して参ります。お気軽にお問い合わせ下さい。				
【地域に根ざした活動、専門医・認定医等】 介護認定審査会委員、地域ケア会議委員、地域サポート医、松戸市認知症研究会委員				

図表 26 介護事業所のハンドブック例



(この事例を参考とし、解決可能な課題例)

- 在宅医療・介護資源が不足していると思われるが、どのように不足しているかの分析が実施されていない。
- 不足する在宅医療・介護資源への対応策の検討が不十分である。
- 患者や利用者が適切な医療機関や介護事業所を選択できるだけの情報共有がなされていない。

(実施の効果)

- 在宅医療・介護資源の不足が可視化され、不足地域の具体や、不足資源の具体の把握が可能。
- 市町村のエリア毎の資源の課題把握が可能となるため、各エリアに関する対応策の検討が容易になる。
- 医療機関・介護事業所について地域の住民が身近に感じることが可能となる。
- 地域住民の医療・介護に係る理解の促進と個人の意向に沿った選択が可能となる。

■千葉県松戸市の取組②

選定ポイント「日常の療養支援」

取組②「地域サポート医による医師アウトリーチ支援」

（取組概要）

- 千葉県松戸市では、地域を「一つの病院」として捉え、地域の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって各機能を果たし、老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを推進している。在宅医療・介護連携推進事業は松戸市医師会に委託されており、医師会に設置された松戸市在宅医療・介護連携支援センターが主体となり各事業を推進している。
- 同センターにおいては、地域における複合的・重層的な課題（下記例）のうち医師の診立てが必要な事例について、松戸市医師会員であることや在宅医療の経験を一定程度有することなどを要件とした地域サポート医・専門サポート医が訪問支援を行う「医師によるアウトリーチ支援」を実施している。
 - 医療機関の受診や介護・福祉サービスの利用を拒否している
 - 虐待やセルフネグレクトが疑われる
 - 生活のしづらさを抱えているが、支援の方向性が立てられず苦慮している
 - 認知機能や理解力、コミュニケーション能力に課題があり、適切に医療を受けられていない
- 地域に潜在する困難事例については、地域包括支援センター等だけの支援では解決することが難しいため、同センターにおいては医師が直接訪問（アウトリーチ）して即時の対応を行い、地域に現にある「課題の抽出と対応策の検討」を行っている。代表的な対応フローは下記のとおりである。

① 地域包括支援センター等から同センターへの相談

地域包括支援センターやケアマネジャーから同センターに対して、医療関連困難事例を相談する。

② 同センターにおける調整

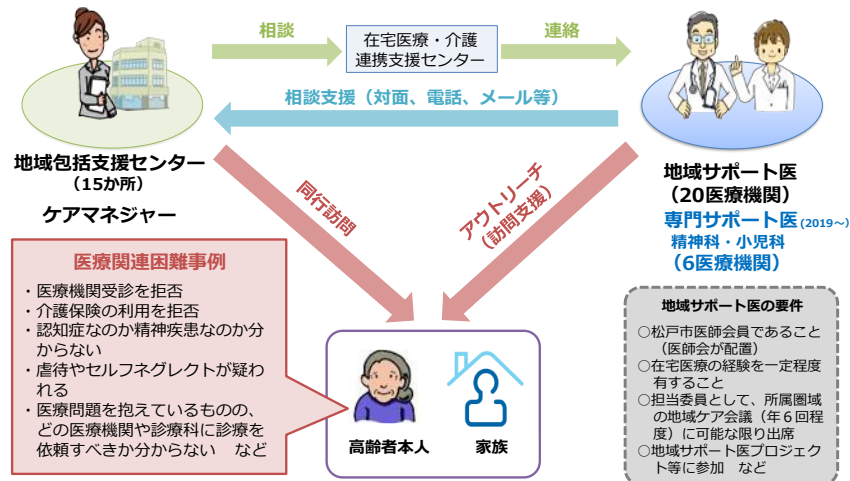
同センターにおいて、地域包括支援センターからの相談事例を整理し、アウトリーチの必要性、その緊急性を判断し、アウトリーチの必要性・緊急性が高い事例については、地域サポート医とアウトリーチの方向性を議論し訪問に向けた調整を行う。

③ アウトリーチ支援（訪問支援）

地域サポート医とケアマネジャー等が高齢者本人の自宅を訪問し、病態やその緊急性等の医療的な見立てを行い対応策を講じる。アウトリーチ支援により「助けを求める力の欠如した方」に対する重層的アウトリーチ支援を実現するとともに、医師が大まかな診立てを示すことで、介護・福祉など専門職が介入する方向性が定まる。

図表 27 地域サポート医による医師アウトリーチ

地域サポート医による医師アウトリーチ(2016年度～)



医師が大まかな見立てを示すことで介護・福祉など関係者が介入する方向が定まる

(この事例を参考とし、解決可能な課題例)

- 相談窓口を開設し、来訪者からの相談に対応しているが、地域における潜在化している複合的・重層的な課題に対して有効な打ち手を出せていない。

(実施の効果)

- 地域においては、年齢を問わず助けを求められない人 (セルフ・ネグレクト) が一定数存在するが、本事業によるアウトリーチ支援により、そうした方へ直接介入・支援を行うことができる。またアウトリーチ事例を分析することで、地域課題の抽出も期待される。
- 医療・介護・福祉を総合する介入が必要な困難事例に対して、医師が関与し大まかな見立てや対応の方針を示すことで、介護・福祉などの関係者が介入する方向性が定まる。

(個票)

図表 28 千葉県松戸市の基本情報・取組概要

自治体・取組の概要

自治体概要	人口*1	498,232人
	高齢化率*1	65歳以上:25.6% 75歳以上:13.4%
	要介護認定率*2	1号被保険者:17.5% 2号被保険者:0.5%
	医療介護資源状況*3	病院:18か所（うち在宅療養支援病院38か所） 診療所:258か所（うち在宅療養支援診療所1か所） 介護施設:745か所
取組概要	4つの場面・3つのシーン	日常の療養支援
	概要	・患者が自身の状態に適した医療機関を受診できるようにするための、医療機関ハンドブック作成 ・相談事例から地域課題を抽出、その解決に向けた検討
	代表的なケース例	・地域の「かかりつけ医」の機能の可視化 ・個別事例、地域、市としての課題整理
	実施主体	医師会 在宅医療・介護連携支援センター
	介護	訪問看護連絡協議会 介護支援専門員協議会・居宅介護支援事業所連絡協議会・介護サービス事業連合会

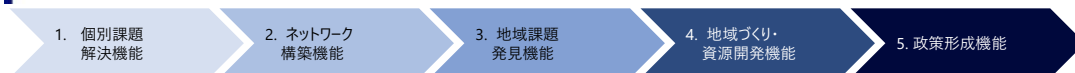
実施体制	担当部局	福祉長寿部地域包括ケア推進課
	担当職員	保健師1名・事務職1名
	委託先	松戸市医師会
関係機関との連携図		

*1: 令和2年国勢調査 *2:令和2年介護保険事業状況報告 *3: JMAPより引用

出所）松戸市様提供資料

図表 29 千葉県松戸市における地域課題抽出プロセス

松戸市では、日々寄せられる相談事例から地域課題を抽出し、その解決に向けた検討・調整・支援を継続して実施することで、在宅医療・介護連携の各機能を深化させている。



個別事例の課題整理例

集計 群	地域要素			産業要素		人口要素		人口要素(推定値)	
	東中 北北	東南 北北	北北 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
A				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
B				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
C				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
D				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
E				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
F				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
G				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
H				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
I				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
J				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
K				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
L				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
M				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
N				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北
O				東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北	東中 北北

[illegible]

詳細は下記サイト：松戸市地域ケア会議を参照
<https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/mokuteki/sonota/chiikikeakaigi.html>

明確な理念の下、日々寄せられる相談から地域課題を抽出し愚直に対応した結果・

松戸市在宅医療・介護連携支援センターが「拠点」として有している主な機能

- ① 医療介護資源を把握し、定期的に更新する
- ② 二人主治医制において、かかりつけ医の選定、病院医師との連携を支援する
- ③ 医療機関や相談支援者からの口腔内評価や栄養相談の依頼に対し、センター配属の歯科衛生士や管理栄養士が助言を行う
- ④ 地域ICTを運用し、ACPをサポート、教育効果のある優れた書き込みを共有する
- ⑤ 医師アウトリーチにおける事務局機能

出所) ヒアリングを基にNRI作成

6. 東京都稲城市

■東京都稲城市の取組①

選定ポイント「急変時の対応／PDCA サイクルに沿った取組」

取組①「PDCA サイクルを意識した在宅医療・介護連携推進事業の展開」

（取組概要）

① 現状把握・分析

- 相談窓口の相談から、地域課題等を考察するために議論する。（在宅医療・介護連携に係るコーディネーターと月1回、医師会と月に1回議論）
- 訪問診療を実施している利用者を担当する介護支援専門員を対象にアンケート調査を実施する。
- 市内の診療所に対してアンケート調査を実施する。
- レセプトデータ等から高齢者の救急搬送先や転院先等を把握する。

② 議論と検討

- 検討会の際は、委員や専門職が意見を出しやすいよう、具体的な議題を提示するよう工夫する。
- 稲城市の人口推計結果を報告し、現状の課題認識を関係者で共有する。
- 現場の課題の仮説を提示し、現場感覚での賛同を問う様な形式で議論を医療と介護の連携に関する検討会を実施する。
- 4つの場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）における目標や課題を検討し、検討内容を市の目標設定等へ活用した。例えば、日常の療養支援の場面では、必要な人であっても外来診療から在宅医療への転換が不十分な可能性などが検討された。実際には、当該事項を検討するための研修会に参加し、PDCA サイクルについて学んだ上で、各職員が検討・各自の分析を共有し、検討に活用する。
- ①の現状把握と分析で把握したことについて、現場感覚で賛同を問う様な形式で医療と介護の連携に関する検討会を実施する。

③ 対応策の検討

- 現状把握・分析結果に基づき、議論・検討を通じて、対応策を検討する。
- 例えば、日常療養支援の場面では、必要な人に在宅医療を活用頂くために、在宅医療を実施している医療機関の所在地等の基礎情報のみでなく、訪問診療している診療所と医師の個性が分かるよう取材し、紹介することを通じて関係機関とのネットワーク作りを推進するための、「稲城市民のための訪問診療医ガイド」を作成することとした。

（この事例を参考とし、解決可能な課題例）

- 現状の分析、分析に基づく課題の抽出、課題解決に向けた具体的な施策立案までの一連の流れがみえていない。

（実施の効果）

- 地域として医療や介護の関係者や自治体内の各職員が、目指す方向性を共有しつつ取り組むことができる。
- 目指す方向性について近づけるための具体策を検討可能なため、一連の流れとして検討可能であり、方向性のずれが生じにくい。

図表 30 日常療養支援の場面で課題から原因・対策までのプロセス検討例

【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

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

【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

14

(個票)

図表 31 東京都稲城市の基本情報・取組概要

自治体・取組の概要					
自治体概要 	人口*1	93,151人	実施体制 	担当部局	福祉部 高齢福祉課地域支援係
	高齢化率*1	65歳以上:22.0% 75歳以上:10.9%		担当職員	事務職2名
	要介護認定率*2	1号被保険者:14.4% 2号被保険者:0.3%		委託先	稲城市医師会 (相談員(看護師・介護支援専門員))
	医療介護資源状況*3	病院:4か所(うち在宅療養支援病院:0か所) 診療所:58か所(うち在宅療養支援診療所:5か所) 介護施設:79か所			
取組概要 	4つの場面・3つのシーン	急変時の対応	関係機関との連携 図*4 		
	概要	急変時ルール策定			
	代表的なケース例	在宅医療を利用する患者の急変時の意向確認、家族や関係者での共有			
	実施主体	医療 医師・看護師など 介護 介護支援専門員など			

*1: 令和2年国勢調査 *2: 令和2年介護保険事業状況報告 *3: JMAPより引用

*4: 稲城市HPより引用

図表 32 東京都稲城市における急変時ルール策定に向けたプロセス

東京都稲城市では、医療関係者、介護関係者、家族を巻き込んだ「急変時ルール策定」によって急変時にスムーズに対応する体制構築を目指している

稲城市における急変時ルール策定に向けたプロセス

	個々の急変症状の確認・確定 	関係者間の共有 	本人の意向の確認 	急変時ルールの策定・運用・見直し 
対象	✓ 医療関係者	✓ 介護関係者 ✓ 家族	✓ 本人 ✓ 介護関係者 ✓ 家族	✓ 医療関係者 ✓ 介護関係者 ✓ 家族 ✓ 本人
概要	✓ 患者一人一人の疾患や状態を鑑みて、退院後のリスク要因や急変の症状についてまとめる	✓ 左記の急変症状をもとに、在宅療養を担う介護関係者や家族が急変時にとるべき行動を共有する	✓ 急変の症状がみられた場合の本人の意向(延命・心肺蘇生の希望等)を確認する	✓ 先3ステップを踏まえ、急変時ルールを策定する ✓ 本人の状態に応じて定期的に更新する
目的	✓ 在宅療養を担う介護関係者や家族が、本人の急変を察知するためのサインを言語化する	✓ 医療関係者がいない在宅療養中でも、適切に急変のサインを把握できる体制を整える	✓ 急変時であっても、本人が望み(処置・搬送先など)に沿った対応を行う	✓ いつ急変した場合であっても、本人の意向に沿った対応が誰でもできる

出所) <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001195671.pdf>およびヒアリングを基にNRI作成

7. 岩手県北上市

■岩手県北上市の取組①

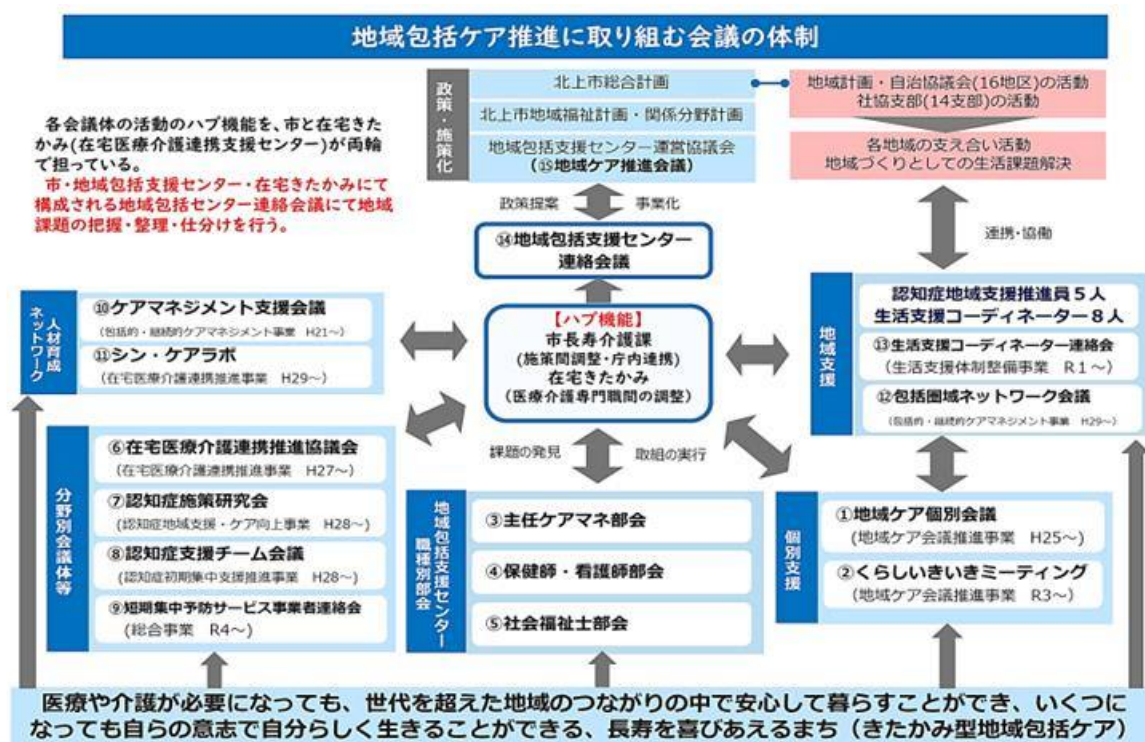
選定ポイント「看取り」

取組①「地域ケア会議と連携した協議体の形成」

(取組概要)

- 岩手県北上市においては、多様化・複雑化する福祉ニーズに対応するため、分野横断的な支援体制や地域の実情に応じた体制整備が課題となっており、市としては地域の医療・介護・保健・福祉に関わる多様な担い手の声を各分野の支援チーム（協議体）が把握し、地域課題の抽出を行う体制を推進している。
- また、抽出された地域課題に対し、地域包括支援センター運営協議会、在宅医療介護連携推進協議会、第1層協議体が連携し、各分野の機関・協議体間の連携・調整を行い、地域包括ケアシステム構築のための政策形成を推進している。
- こうした各協議体の活動のハブ機能を、北上市と在宅医療介護連携支援センター（在宅きたかみ）が担っており、市・地域包括支援センター・在宅きたかみにて構成される「地域包括センター連絡会議」にて地域課題の把握・整理・仕分けを行っている。

図表 33 地域包括ケア推進に取り組む会議の体制



- **在宅医療介護連携推進協議会**
- 岩手県北上市においては、多様化・複雑化する福祉ニーズに対応するため、分野横断的な支援体制や地域の実情に応じた体制整備が課題となっており、市としては地域の医療・介護・保健・福祉に関わる多様な担い手の声を各分野の支援チーム（協議体）が把握し、地域課題の抽出を行う体制を推進している。

- 医療・介護及び行政関係者が、医療と介護の連携の課題の共有と新たな仕組みの構築を行う会議であり、情報収集から課題の抽出、対応策の検討を実施するとともに、多職種への事業計画の協議・承認の場としても機能している。具体的には、国や県の施策の共有、医療・介護関係者への調査結果の共有・検討、在宅医療・介護連携推進事業の取組の進捗管理等を実施している。
- 令和6年度から、高齢化が著しい障がい者ケアの観点から、障がい福祉関係者も構成員として加わった。

- **地域ケア会議(自立支援型マネジメント)**

- 自立支援型の地域ケア会議として、多職種合同ケア会議「くらしいきいきミーティング」を開催し、生活環境の改善や社会参加等を含めて具体的な支援策について検討することで、地域全体のケアの質の向上を図っている。
- また、地域ケア会議の結果から抽出された地域課題を分類し、地域包括支援センター運営協議会で報告しており、地域課題の解決に向けた政策形成に取り組んでいる。

(この事例を参考とし、解決可能な課題例)

- 地域の多様化・複雑化する医療・介護・福祉ニーズに対応するため、分野横断的な支援体制や地域の実情に応じた体制整備が課題となっている。

(実施の効果)

- 従来の縦割り組織では対処が困難であった重層的な課題や、制度の狭間に落ちていた地域課題に対応するため、市の体制（ストラクチャー）とその意思決定プロセスを有機的に整理・構築することで、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築が期待される。

■岩手県北上市の取組②

選定ポイント「看取り」

取組②「高齢者本人の状態・希望を把握するツール」

(取組概要)

- 岩手県北上市における在宅医療・介護連携推進事業は、北上済生会病院に委託して実施している。北上済生会病院内に設置された北上市在宅医療介護連携支援センター「在宅きたかみ」では、きたかみ型地域包括ケアビジョンの実現に向けて、在宅医療の推進、医療と介護の連携、享受できる介護の充実など、医療と介護の関わりがより良いものとなる拠点づくりを目的に、これまでに地域資源の把握及び課題抽出と多職種のネットワーク形成に取り組んできた。
- 北上市においては、3年に一度実施している介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等を活用し、地域の高齢者が抱える課題や社会参加状況等を把握している。4つの場面のうち「看取り支援」については全国の多くの自治体と同様に、看取り支援を行う医療・介護従事者の人材不足等から、住み慣れた自宅で最期を迎えたい高齢者の希望をどこまでかなえることができるかが課題となっている。
- そうした背景課題のもと、「看取り支援」の場面において活用できるツールとして、北上市では「わたしのきぼうノート」という媒体を作成・配布している。

図表 34 わたしのきぼうノートの概要

「わたしのきぼうノート」の使い方

- 自分が考えたい、書きたい、伝えたい部分だけ活用しましょう。
- 各ページのカラー（黄緑・橙・赤・青・緑・紫）でテーマが分かれています。
- 想いは変わるものです。何度でも考えたり、話し合ってみましょう。

○ 自分らしい人生を考える・話し合う関係を育む ○

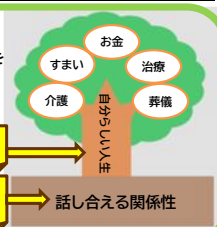
自分らしさを考える・知る	日々の暮らしやこれまでの人生を振り返り、自分らしさを考えてみましょう。
あなたのことを相手に伝える	あなたについて知っておいてほしいことを選んで伝えてみましょう。
サポートする人があなたについて知る	大事なことを話し合う前に、相手について知りたいことから聞いてみましょう。相手が話したくない場合は、その気持ちを尊重しましょう。
互いの考えを伝え合う	これまでの人生や、日々の暮らし、そして今の健康状態を踏まえ、どんなふうに歳を重ねていきたいかを伝えてみましょう。お互いに自分のノートを持ち寄って、伝え合う方法もあります。相手の考えを尊重しながら、あなたの考えも率直に伝えてみましょう。

○ 黄緑のページの使い方 ○

自分らしい人生を考えたり、大事なことを話し合ったり、託していくための土台となる関係性を育むために役立ちます。

自分らしい人生を考えるきっかけに

大事なことを話し合ったり
託すことができる関係づくりに



● 作成の経緯

- 平成28年、29年に開催された地域包括フォーラムにおいて、参加者から「歳を重ねていくことについて心配なことはたくさんあるのに、大切な人と話し合ったり、準備したりすることが難しい」との声が上がったことを契機として、市民有

志による勉強会が立ち上げられた。その勉強会の中でノートを作成する機運が高まり、話し合いや検討を重ね、平成 30 年 12 月に北上市独自の「わたしのきぼうノート」の初版が策定された。このように「わたしのきぼうノート」は市民や有志が発起人となり話し合いを重ね「ボトムアップ的」に検討が進められたことに特色がある。

- 本ノートの実現に向けては、医師、ケアマネジャー、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、看護師、市役所職員、権利擁護に係る職員、社会福祉士（包括、外部）が参加する作業班も組成され、決まった内容について最終的には北上市として決裁を行い、市のクレジットで発行するに至った。

● 改訂版の作成

- 「わたしのきぼうノート」は、令和 6 年 1 月 26 日に第 2 版が発行され、北上市 HP 等で公表されるとともに、市役所、医療機関、地域包括支援センター等で配布されている。
- 今般の改訂においては、世代を問わず、20 代 30 代など若い世代から活用いただけるように全面的な見直しを行ったほか、高齢者が記入をしやすいよう「文章ベース」で記述する項目を減らし「選択肢式」の項目を増やすことで記載する高齢者の負担軽減を図る等の改訂を行っている。

● 活用場面

- 高齢者ご本人が自分自身の人生を振り返るとともに、今後どのような生活を希望するかをノートにまとめ、家族や親しい人と話し合いお互いの考えを伝え合い一つの契機となっている。
- 地域のケアマネジャーや医療従事者等が、高齢者の状態や希望を把握するためのツールとしても、「わたしのきぼうノート」が活用されている。

（この事例を参考とし、解決可能な課題例）

- 高齢者本人が望む生活や看取りに関する希望を、行政やケア者が把握する機会がない。
- 高齢者本人が住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らすため看取り支援、意思決定支援等を実施するための契機がなく、適切な支援に繋がっていない。

（実施の効果）

- 高齢者本人が望む生活や看取りに関する希望を行政やケア者が把握する一つのツールとして有効な取組であるとともに、ツールを活用した対話を契機として、適切な医療・介護サービスへ繋がるとともに、高齢者本人の希望に寄り添った看取り支援が行われることが期待される。

(個票)

図表 35 岩手県北上市の基本情報・取組概要

自治体・取組の概要					
自治体概要	人口*1	93,045人	実施体制	担当部局	長寿介護課 包括支援係
	高齢化率*1	65歳以上:27.4% 75歳以上:13.8%		担当職員	事務職3名・保健師2名
	要介護認定率*2	1号被保険者:18.4% 2号被保険者:2.1%		委託先	北上済生会病院
	医療介護資源状況*3	病院:4か所（うち在宅療養支援病院1か所） 診療所:52か所（うち在宅療養支援診療所9か所） 介護施設:148か所			
取組概要	4つの場面・3つのシーン	看取り	関係機関との連携		
	概要	自分の気持ちや想いと向き合うためのツールである「わたしのきぼうノート」の策定。 令和3年3月に介護施設看取り実態調査を実施し、その内容を参考に令和6年1月に改訂を行った。			
	代表的なケース例	「わたしのきぼうノート」は、地域のケアマネジャーや医療従事者が、本人の状態や希望を確認するための媒体としても活用されている。			
実施主体	医療	わたしのきぼうノート作成班 （医師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、看護師、緩和ケア認定看護師）			
	介護	わたしのきぼうノート作成班 （社会福祉士、介護支援専門員）			

図表 36 北上市の「きぼうのノート」

北上市では、「看取り支援」の場面において活用できるツールとして、「わたしのきぼうノート」を作成・配布している。

北上市独自の「わたしのきぼうノート」

作成の経緯

- 平成28年、29年に開催された地域包括フォーラムにおいて、参加者から「歳を重ねていくことについて心配なことはたくさんあるのに、大切な人と話し合ったり、準備したりすることが難しい」との声が上がったことを契機として、市民有志による勉強会が立ち上げられた。その勉強会の中でノートを作成する機運が高まり、話し合いや検討を重ね、平成30年12月に北上市独自の「わたしのきぼうノート」の初版が策定された。このように「わたしのきぼうノート」は市民や有志が発起人となり話し合いを重ね「ボトムアップ的」に検討が進められたことに特色がある。

活用場面

- 本人が自分自身の人生を振り返るとともに、今後どのような生活を希望するかをノートにまとめ、家族や親しい人と話し合いお互いの考えを伝え合うこと。
- 地域のケアマネジャーや医療従事者等が、状態や希望を把握すること。

活用により
望まれる効果

- 本人が望む生活や看取りに関する希望を行政やケア者が把握する一つのツールとして有効な取組であるとともに、ツールを活用した対話を契機として、適切な医療・介護サービスへ繋げるとともに、本人の希望に寄り添った看取り支援が行われることが期待される。

（出所）ヒアリングを基にNRI作成

8. 神奈川県相模原市

■神奈川県相模原市の取組

選定ポイント「認知症の対応」

取組「地域ケアサポート医事業」

（取組概要）

- 神奈川県相模原市では、医療の必要性の高い要介護者も、安心して在宅療養を続けることのできる在宅療養支援体制を整備し、入退院支援、急変時の対応等の各場面で、医療・介護を一体的に提供できる体制づくりを推進している。
- 在宅医療・介護連携推進事業を担う在宅医療・介護連携支援センターでは、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安心して暮らすことができるよう、医療・介護従事者への相談支援などの充実を図り、高齢者が安心して在宅療養できる環境を整備している。
- 同センターにおいては、在宅の高齢者等に対し医療と介護の一体的なサービスを提供することを目的に、医療機関の受診拒否や介護サービスの利用拒否など、医師が訪問しなければ対応が困難な事例や訪問することによって課題解決が見込まれる事例等に対して、地域ケアサポート医によるアウトリーチ（訪問支援）を行っている。
 - 医療機関の受診を拒否している事例
 - 介護保険等のサービスの利用を拒否している事例
 - 医療面の問題を抱えているものの、問診や身体診察をしないと、医療機関や、どの診療科を受診すればよいのかわからない事例
 - 退院後の在宅療養環境の確認を要する患者の事例 など

図表 37 相模原市における地域ケアサポート医紹介パンフレット

地域ケアサポート医による アウトリーチ（訪問支援）・相談事業をご活用ください

事業内容

- 医師が訪問しなければ対応が困難な事例や、訪問することによって課題解決が見込まれる事例等を地域ケアサポート医がアウトリーチ（訪問支援）し、心身の診立てや今後の支援について助言等を行います。
- また、地域包括支援センターや介護支援専門員等からの医療的な相談もお受けします。

事業の申請者

- 介護支援専門員、地域包括支援センター、コミュニティソーシャルワーカー等

アウトリーチや個別相談の対象とされるケース（例）

- 医療機関の受診を拒否している事例
- 介護保険等のサービスの利用を拒否している事例
- 医療面の問題を抱えているものの、問診や身体診察をしないと、医療機関や、どの診療科を受診すればよいのかわからない事例
- 退院後の在宅療養環境の確認を要する患者の事例 など

ご不明な点は、市在宅医療・介護連携支援センターへ ☎ 042-769-9250



- 地域ケアサポート医事業は、地域の医療・介護専門職からの申請でサポート医の医師が自宅訪問し相談に乗るアウトリーチ事業である。アウトリーチ事業は、医師が居宅を訪

問し、他の医療機関やケアマネジャーに繋ぐ。8050 問題など地域の課題が複合化・重層化する中において、医師が居宅等まで域本人の様子を見た上で支援の方向性を定めることに利点がある。

- 医療・介護拒否事例への対応は、ケアマネジャーの大きな負担となるが、医師が出向き相談に応じることで実際に介護サービスを利用する方針が決まり、主治医意見書の作成に繋がった事例など、ケアマネジャーの負担軽減にも寄与している。

図表 38 相模原市におけるアウトリーチ/個別相談依頼書

相模原市在宅医療・介護連携支援センター 宛
 アウトリーチ / 個別相談 依頼書
 ※どちらかに○をつけてください 依頼日： 令和 年 月 日

相談者	所属	氏名	
	連絡先 TEL：	FAX：	携帯：
対象者	氏名	☐ 男 ☐ 女	年齢 歳
	住所	相模原市	
	介護認定	☐ 有 ☐ 無 ☐ 要支援（ ☐ 1 ☐ 2） ☐ 要介護（ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5）	
支援を要する理由	☐ 1 在宅主治医紹介依頼 ☐ 2 主治医意見書記載 ☐ 3 介護保険申請・利用拒否 ☐ 4 診療・受診拒否 ☐ 5 病態不明 ☐ 6 早期再入院抑制支援 ☐ 7 摂食嚥下障害 ☐ 8 口腔トラブル ☐ 9 その他（ ）		
	具体的な相談内容（※医師にしてもらいたいことを具体的に記載してください。） _____ _____ _____		
医療情報	かかりつけ医 ☐ 有 ☐ 無 （医療機関名： ）	生活歴（職業・趣味・特技・地域や友人との関係）	
	保険情報 （ ☐ 国保・ ☐ 社保・ ☐ 生保・ ☐ 後期高齢医療） その他（ ）		
	本人の意向と生活状況 経済的課題 ☐ 有 ☐ 無 （内容： ）	世帯構成 ☐ 1 独居 ☐ 2 高齢世帯 ☐ その他（具体的に） 家族の意向と背景	

（この事例を参考とし、解決可能な課題例）

- 事例①：80 代の方
 - 子供夫婦と同居しており、通院や要介護認定はなかったが、4 か月前より物忘れ、1 か月前より「財布を盗られた」と薬局に毎日苦情に行くようになっていた。気分の落ち込みや自殺企図もあったが、本人は「悪いところはない」と受信を拒否していた。
 - 「医療を受けていない方の家を、市職員と医師が訪問している」と子供が説明し、アウトリーチを実施。診立ての結果、血圧が高く、頻脈で貧血の疑いがあったため、受診を了承し心房細動の治療を開始した。
 - その後、脳の MRI 検査を実施した結果、認知症の診断を受けたため、要介護認定を申請し、デイサービスを利用しながら受診を継続している。

- 事例②：70代の方・要支援2
 - 夫婦と子供の3人世帯で、迷惑行為により近隣から苦情が寄せられたり、行動を制止されると暴力的になったりという状態であった。介護サービスを受けるために、必要となすのみ近くの内科医を受診していたが精神科の受診歴はなかった。
 - 精神の診立てと専門医の受診を促したいという理由からサポート医によるアウトリーチを実施。診立ての結果、長谷川式認知症スケールでは4点/30点で、会話のつじつまが合わないなど、認知機能低下が認められた。
 - ケアマネや包括の支援を受けて専門医を受診し、認知症と診断され受診を継続している。
 - また、包括が近隣の「認知症サポーター養成講座」を開催し、理解と協力を促している

（実施の効果）

- アウトリーチによる診立てを行うことで、専門医の受診を促し、認知症を早期に発見・対策することができる。
- 包括や近隣住民を巻き込むことで、地域が一体となって認知症と診断された方を支援することができる。

(個票)

図表 39 神奈川県相模原市の基本情報・取組概要

自治体・取組の概要			
自治体概要	人口*1	720,780人	実施主体
	高齢化率*1	65歳以上:27.1% 75歳以上:13.5%	
	要介護認定率*2	1号被保険者:16.9% 2号被保険者:0.3%	
	医療介護資源状況*3	病院:34か所 (うち在宅療養支援病院:6か所) 診療所:403か所 (うち在宅療養支援診療所:51か所) 介護施設:1,118か所	
取組概要	4つの場面・3つのシーン	認知症の対応	関係機関との連携 図*4
	概要	地域ケアサポート医の先生が自宅訪問し相談等に乘るアウトリーチ事業を行っている	
	代表的なケース例	相談の中でも特に認知症関係の相談が増加(医療・介護に繋がっていない認知症の疑いのあるケースについては、まずはアウトリーチにより身体的な診立てを優先して実施し、その後の支援につなげている。)	
	実施体制	医療 地域ケアサポート医 (必要に応じて看護師等) 介護 ケアマネジャー その他 コミュニティソーシャルワーカー、行政	
		担当部局	地域包括ケア推進課 在宅医療・介護連携支援センター
		担当職員	保健師4名・事務職2名
		委託先	市直営 (申請受付、カンファレンスの開催、サポート医との調整等) ※地域ケアサポート医とは個別に契約

*1: 令和2年国勢調査。*2: 令和2年度時点
*3: JMAPより引用

*4: 相模原市医師会HPより引用

図表 40 神奈川県相模原市におけるアウトリーチ事業

神奈川県相模原市では、アウトリーチ事業により、医師が家まで行き本人の状況の聞き取りや支援の方向性などの個別具体的な相談対応に応じている。

アウトリーチ事業

概要	- 医師が訪問しなければ対応が困難な事例や、訪問することによって課題解決が見込まれる事例等を地域ケアサポート医がアウトリーチ（訪問支援）し、心身の診立てや今後の支援について助言等を行う - 地域包括支援センターや介護支援専門員等からの医師による医療的な相談も行う
事業の申請者	- 介護支援専門員 - 地域包括支援センター - コミュニティソーシャルワーカー 等
ケース例	- 医療機関の受診を拒否している事例 - 介護保険等のサービスの利用を拒否している事例 - 医療面の問題を抱えているものの、問診や身体診察をしないと医療機関やどの診療科を受診すればよいかわからない事例 - 退院後の在宅療養環境の確認を要する患者の事例 等

出所) ヒアリングを基にNRI作成



9. 千葉県白井市

■千葉県白井市の取組

選定ポイント「感染症発生時の対応」

取組「介護従事者等向け感染防護対策相談事業」

(取組概要)

- 千葉県白井市では、在宅医療・介護連携推進事業を活用した感染症対策の取組として、「介護従事者等向け感染防護対策相談事業」を行っている。主に、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所等を対象とし、感染症予防対策の知識取得や感染症に対する不安や悩みの軽減を図ることを目的として、市内病院に勤務する「感染管理認定看護師」がメール・電話等による相談対応を行っている。
- 感染管理認定看護師は、病院内の感染管理を担当している看護師であり、千葉県の要請があった場合には、クラスターが発生した介護施設等に出向き施設職員への指導（个人防护具の着脱方法、手指消毒方法などの指導）を行っている。
- 取組の背景には、令和3年1月に市内の介護施設において感染クラスターが発生した際、介護事業所の感染対策体制が脆弱である状況を把握したことから、介護事業所当の職員及び利用者の感染を防止する重要性を痛感し、白井市として感染管理認定看護師による研修会等を企画するに至った。
- 例えば、訪問介護事業が、体調の悪い利用者宅への訪問時に留意すべき点や消毒・个人防护具の選択などに迷った際には、この感染管理認定看護師へメール・電話等により相談することが可能である。

図表 41 介護従事者等向け感染防護対策相談事業

令和3年1月19日
から始めました

資料 2

介護従事者等向け感染防護対策相談事業

目的：感染症予防対策の知識の習得、
感染症に対する不安や悩みの軽減を図る

対象：訪問介護事業所、居宅介護支援事業所
障害居宅介護支援事業所、相談支援事業所

内容：北総白井病院に勤務する感染管理認定看護師が、
メール・電話による相談対応を行う

(この事例を参考とし、解決可能な課題例)

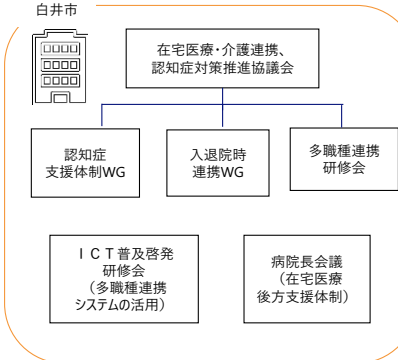
- 感染症対策は各介護事業所がそれぞれ対応しており、行政として統一的な支援が来ていない。
- 各介護事業所も、感染症対策を手探りで進めているが、対応に疑義が生じた際に相談できる専門家や窓口が地域に存在しない。

(実施の効果)

- 感染症対策を各介護事業所に任せきりにすることなく、行政が主体となり研修会等を行うことで、地域全体として一定の質が担保された感染症対策が期待できる。
- 各介護事業所においても、事業所内の感染症対策を進める過程で疑義が生じた場合には、専門の感染管理認定看護師に相談し対応することで、継続的なサービス提供を行うことができる。

(個票)

図表 42 千葉県白井市の基本情報・取組概要

自治体・取組の概要					
自治体概要 	人口*1	62,441人	実施体制 	担当部局	福祉部 高齢者福祉課 地域包括ケア推進係
	高齢化率*1	65歳以上:27.4% 75歳以上:12.9%		担当職員	保健師1名
	要介護 認定率*2	1号被保険者: 13.7% 2号被保険者:0.45%			
	医療介護 資源状況*3	病院:3か所 (うち在宅療養支援病院:0か所) 診療所:29か所 (うち在宅療養支援診療所:4か所) 介護施設:74か所			
取組概要 	4つの場面・ 3つのシーン	感染症の対応	関係機関 との連携 図*4 		
	概要	感染症認定看護師および行政職員が中心となり、感染症対策の研修会を実施			
	代表的な ケース例	✓現場職員向けの基本的な感染対策の研修 ✓管理者向けの感染対策ルール作りの研修			
	実施 主体	医療 介護 行政			

*1: 令和2年国勢調査。*2: 令和4年度時点
*3: JMAPより引用

*4: 白井市HPより引用

図表 43 千葉県白井市における感染対策ノウハウの底上げ

白井市では、認定看護師による現場職員向けの研修だけでなく、管理者向けの研修も行うことで、事業所全体の感染対策ノウハウの底上げを図っている

白井市 	対象	悩み	行った研修	認められた・望まれる効果
	介護事業所 管理者 	✓新型コロナウイルスが5類に以降したもの、何をどのように変えればよいか分からない ✓他の事業所の取り組みが分からない	✓5類以降後の感染対策や面会基準等のルールについて行政・事業所同士で議論	✓ルールが明確化・統一化されることで、迷いなく現場職員に資することが可能 ✓事業所間での情報共有促進
	介護事業所 現場職員 	✓介護現場の職員ほど、感染症対策ノウハウはなく、何をすればよいか分からない ✓ノロウイルスなど、コロナ以外の感染症への対策は把握していない	✓認定看護師による基本的な対策（手指消毒やマスク着脱）を学習 ✓多様な感染症に対する学習・危機意識の醸成	✓感染症対策の基本的なスキルの底上げ

出所) ヒアリングを基にNRI作成

10. 大阪府藤井寺市

■大阪府藤井寺市の取組

選定ポイント「災害時の対応」

取組「いけ！ネット」

(取組概要)

- 大阪府藤井寺市の『医療・ケアマネネットワーク連絡会（以下：いけ！ネット）』は、行政、藤井寺市、介護保険事業者連絡協議会、市医師会・歯科医師会・薬剤師会、市内の医療機関（MSW、看護師など）が参画する任意団体であり、利用者（患者）が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅療養に不可欠となる「スムーズな医療介護連携」の推進を図るため、5つのチームに分かれて協議・取組を実施している。
- 平成19年の発足当初、主治医とケアマネジャーが連携を密にし、利用者（患者）に対して、質の高いサービスを円滑に提供する事を目指したことが始まりであり、その後、在宅支援を行う上では様々な職種の連携が必要ということで、市内の医療・介護関係者が加わり、現在約50名が参加している。医師やケアマネジャーをはじめ様々な職種のメンバーが毎月一度集まり協議する定例会では、地域の課題等について協議し、得られた結論を全員で共有している。多職種による専門的視点に基づいた意見を出し合い、様々な支援方針を検討していることが「いけ！ネット」の強みとなっている。
- また年に一度、市内や近隣市の専門職や民生委員児童委員、福祉委員といった地域で活躍されている方々を招き交流会を開催している。毎回100人近い参加者が集まり、「いけ！ネット」の一年間の活動の成果（情報誌発行、システム構築、研修、アンケート報告等）を報告するとともに、ディスカッションの時間も設け「顔なじみの関係」になる場としても高評を得ている。
- 「いけ！ネット」では、在宅療養に不可欠な「スムーズな医療介護連携」の推進を図るため、①認知症対応チーム、②多職種連携推進チーム、③チャレンジチーム、④災害対応チーム、⑤啓発チームの5つのチームに分かれて協議・活動を行っている。
- 災害対応チームにおいては、大きな目的を設定しトップダウン的に活動内容を決定しているのではなく、構成メンバーが日常で感じる課題感（災害の報道を見た等）からボトムアップ的に活動内容を決定している。ボトムアップの意見を大切にしているからこそ、構成メンバーが「自分ごと」として考え行動が出来ている。
- これまでの多職種による議論から、簡易トイレの使い方やテントの設営方法について普及の必要性が検討されてきた。災害時には、トイレが使用できないことで二次災害が発生することから、「いけ！ネット」災害対応チームで啓発動画を製作しHPを通して発信している。また、いつ発生するか分からない災害については、いざという時に対応できるよう「防災時とっさに持って逃げるものシート」を作成し、HP等で公表している。
- 実際に災害が起こった場合、いけネットは「災害直後3日間を生き抜くためのノウハウ」を実践する想定でいる。初期対応にはMCSを用いた情報共有を想定しているが、震度6以上の場合に設置される指令センターができ次第、そちらに情報共有をシフトしていく想定でいる。

(この事例を参考とし、解決可能な課題例)

- 災害対策は各医療機関・介護事業所がそれぞれ対応しており、地域全体として統一的な対応・連携が出来ていない。
- 各医療機関・介護事業所も、災害対策を手探りで進めているが、対応に疑義が生じた際

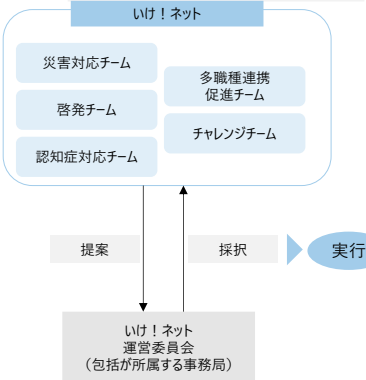
に相談できる専門家や窓口が地域に存在しない。

(実施の効果)

- 特に災害対応は機関毎ではなく地域全体で対応することが肝要であるため、平時から有事を想定し初動対応の流れなどを検討・議論しておくことで、有事の際も円滑な連携・情報共有が望まれる。

(個票)

図表 44 大阪府藤井寺市の基本情報・取組概要

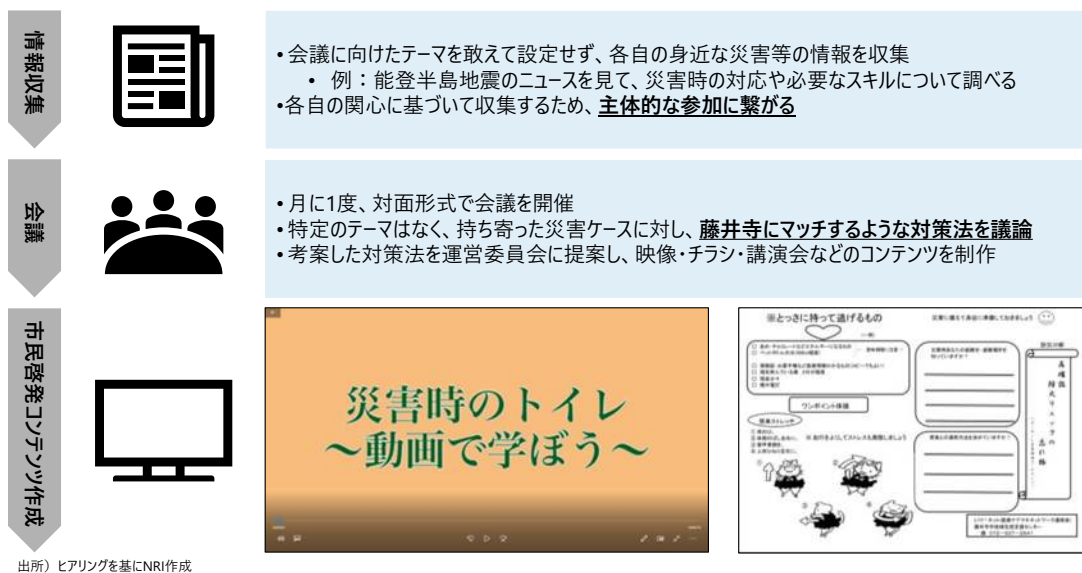
自治体・取組の概要				
自治体概要	人口*1	62,128人		
	高齢化率*1	65歳以上:28.8% 75歳以上:15.3%		
	要介護認定率*2	1号被保険者:20.1% 2号被保険者:0.4%		
	医療介護資源状況*3	病院:3か所 (うち在宅療養支援病院:2か所) 診療所:67か所 (うち在宅療養支援診療所:24か所) 介護施設:135か所		
取組概要	4つの場面・3つのシーン	災害時の対応		
	概要	災害時に備えた住民への啓発		
	代表的なケース例	医療・ケアマネネットワーク連絡会 (いけ！ネット) 医療と介護の連携		
	実施主体	医療	医師会・歯科医師会・薬剤師会・市内の医療機関 (MSW、看護師など)	
		介護	介護保険事業者連絡協議会	
		行政	藤井寺市・保健所・地域包括支援センター	
		実施体制		
		関係機関との連携図*4		
		担当部局		医療・ケアマネネットワーク連絡会 (いけ！ネット) 事務局：地域包括支援センター
		担当職員		保健師 1名
				

*1: 令和2年国勢調査 *2: 令和2年介護保険事業状況報告 *3: JMAPより引用 *4: 藤井寺市HPを基にNRI作成

図表 45 大阪府藤井寺市における医療・介護関係者による任意団体「いけ！ネット」の取組

大阪府藤井寺市では、医療・介護関係者による任意団体「いけ！ネット」において
ニュースなどの身近な情報源を基に議論し、災害時の備えとなる情報を住民に提供している

いけ！ネット活動におけるフロー



11. 埼玉県

■埼玉県の取組

選定ポイント「情報の発信」

取組「在宅医療の担い手確保に向けた在宅医療塾・訪問診療等同行研修」

（取組概要）

- 埼玉県は、人口 10 万人当たりの医師数が最も少なく、在宅医療を担う訪問診療医等の担い手確保も課題となっているが、在宅医療を担う医師の裾野を広げ、埼玉県の在宅医療提供体制の充実を図ることを目標として「在宅医療塾」及び「訪問診療等同行研修」を埼玉県医師会に委託し実施している。
- 「在宅医療塾」は、在宅医療分野への参入を検討している医師に対し、在宅医療を実施するために必要な知識の習得を目的とし（HP より引用）、座学的な学習機会を提供している。具体的には、在宅医療の基本をはじめとして、訪問診療等に関する診療報酬の算定方法や在宅医療における緩和ケアの考え方等に関する講義を実施している。1 年度当たり 5 回の講義により構成され、うち 4 回は対面とオンラインを組み合わせた座学形式、最後の 1 回は地域医療教育センターにて実技を交えた研修を行っている。
- 「訪問診療同行研修」では、在宅医療分野への参入を検討している医師に対して、訪問診療を行っている医師に同行し、現場で必要とされる技能の習得を目的とした実技的な学習機会を提供している。この研修は、実際に訪問診療を行う医師とマンツーマンで行い、在宅訪問診療の現場を見学し、外来診療とは異なる訪問診療の現場を体感してもらい、訪問診療技術を習得してもらうことを目的としている。また、埼玉県立がんセンター及び国立病院機構埼玉病院緩和ケア病棟での回診に同行する研修も並行して行うことで、訪問診療に係る緩和ケアスキルの底上げを図っている。
- 上記 2 つの研修が、座学、実技として双方向的かつ有機的に機能することで学習効果を高め、在宅医療への参入を検討する医師を後押ししており、実際に「在宅医療に対して、ハードルが高いものだ」と認識していたが、実際に在宅医療に取り組みたい」と考え、在宅医療に参入した医師も出てきている。
- なお、講師として招聘する医師の選定に際しては、自身の在宅医療に関するノウハウの開示に対して抵抗を持つ医師もいるため、行政だけでなく、県医師会や現場職員など、関係各所へ確認・調整の上、決定することが望ましい。

（この事例を参考とし、解決可能な課題例）

- 高齢者の在宅療養を支えるため、地域において在宅医療を担う医師を増やしたいが、どのように人材確保や人材育成を進めるべきか計画化ができていない。

（実施の効果）

- 座学、実技の両面から在宅医療について学ぶ体制を整えることで、地域において在宅医療を担う医師や、在宅医療への参入を検討する医師等の数を増やすことが期待される。また、参加者が同じ研修の受講を経て訪問診療医等となるため、在宅医療の知見が言語化されるとともに、提供サービスの質を均質化することができる。

(個票)

図表 46 埼玉県の基本情報・取組概要

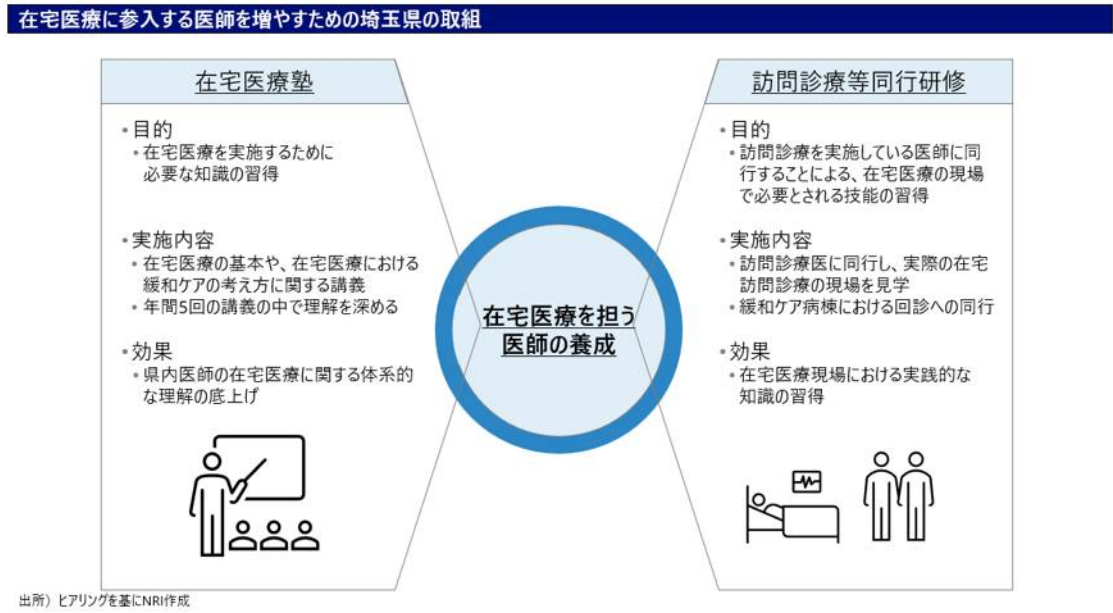
自治体・取組の概要				
自治体概要	人口*1	7,266,534人	実施体制	担当部局
	高齢化率*1	65歳以上:27.3% 75歳以上:13.7%		保健医療部 福祉部
	要介護 認定率*2	1号被保険者:14.7% 2号被保険者:0.4%		担当職員
	医療介護 資源状況*3	病院:339か所（うち在宅療養支援病院82か所） 診療所:4,070か所（うち在宅療養支援診療所555か所） 介護施設:9,245か所		医療整備課：事務職 3 名 地域包括ケア課：事務職 1 名
取組概要	4つの場面・ 3つのシーン・ 市町村支援	4 つの場面 市町村の支援*4	関係機関 との連携 図	委託先
	概要	在宅医療に参入する医師を増やすため、県医師会に委託し研修を行っている		埼玉県医師会
	代表的な ケース例	在宅医療塾および同行訪問訪問診療等同行 研修の開催		
	実施 主体	医療 埼玉県医師会、埼玉県		
	介護	－		

*1: 令和2年国勢調査 *2: 令和2年介護保険事業状況報告 *3: JMAPより引用
*4: 直接市町村への支援ではなく、県の課題に取り組む過程で、市町村の支援に繋がっている。



図表 47 埼玉県における在宅医療を担う医師の育成

埼玉県では、在宅医療塾（理論）と訪問診療等同行研修（現場）を組み合わせた学習効果の高い研修機会を提供し、在宅医療を担う医師の育成を目指している



出所) ヒアリングを基にNRI作成

第3章

「在宅医療・介護連携推進事業の 手引き **Ver.4**」の作成

1. 手引き Ver.4 の概要

本調査研究では、ヒアリングや検討委員会を通じて、市町村職員をはじめとする在宅医療・介護連携推進事業に係る全ての方が事業の理解を深めより推進できるように、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4」を作成した。作成にあたっては、実施要綱に基づくPDCA サイクルの流れや4つの場面、認知症、感染症、災害対応の全体像を整理・提示した上で各論を紹介した。さらに、各論では4つの場面、認知症、感染症、災害対応を行っている市町村の好取組事例を掲載し、好取組に至るプロセスや工夫を記載することで、他の地域でも再現・応用が可能となるように配慮した。また、実施主体である市町村だけでなく、市町村を支援する都道府県が事業をより深く理解し、効果的に支援を行えるように、支援の進め方の概要や実施方法・内容等の全体像を整理・提示するとともに、都道府県の好取組事例等の具体例を記載した。

図表 48 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4 の想定読者・活用シーン

主な想定読者	市町村職員をはじめとする在宅医療・介護連携推進事業に係る全ての人材
記載内容の特徴	(市町村) ● 実施主体である市町村が事業の理解を深めより推進できるように、実施要綱に基づくPDCAサイクルの流れや4つの場面、認知症、感染症、災害対応の全体像を整理・提示した上で各論を紹介する。 ● 各論では4つの場面、認知症、感染症、災害対応を行っている市町村の好取組事例を掲載し、好取組に至るプロセスや工夫を記載することで、他の地域でも再現・応用ができるようにする。 (都道府県) ● 市町村を支援する都道府県が事業の理解を深めより支援ができるように、支援の進め方の概要や実施方法・内容等の全体像を整理・提示するとともに、都道府県の好取組事例等の具体例を記載する。
想定活用例	(市町村) ● 市町村職員が、PDCAサイクルの流れや、4つの場面、認知症、感染症、災害対応の考え方などの概要を理解するために活用する。 (都道府県) ● 都道府県職員が、市町村に対する支援の進め方や支援をする上での留意事項などの概要を理解するために活用する。
手引きVer.3との変更点	● 前回の手引改定以降に医療計画、介護保険事業（支援）計画の基本指針など様々な改定が実施された。改定を踏まえた記載とするとともに、事業実施者にとってわかりやすい記載に変更する。

具体的な記載内容については、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4」に譲ることとし、本章では、手引き作成において検討した4つの方針や手引きの記載内容の要点について詳述する。

1-1 手引き Ver.4 作成における 4 つの方針

ヒアリングにおける自治体職員の意見や、検討委員会での委員からの意見を踏まえて、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4」においては、「手引きの構造化」「実施要綱に即した内容構成」「重点取組事項への言及」「最新の好事例を踏まえた記載」の 4 つの方針をもとに作成した。

「手引きの構造化」については、本事業を体系的に理解できる手引きとするため、全体の構造は Ver 2 を基準とした。具体的には、冒頭で本事業の全体像を提示した上で、各論に入る構成とし、PDCA に関する詳細な記載等細かい内容には踏み込まないこととした。

「実施要綱に即した内容構成」については、地域支援事業実施要綱に即した手引きとするため、基本的に同要綱の書き下しとして整理可能な範囲内での記載とした。

「重点取組事項への言及」については、近年の在宅医療・介護連携における動向を踏まえ、在宅医療・介護の連携を支援する人材（コーディネーター）など、重点的に取り組むべき事項と考えられる内容について、適切な項目を設けて記載した。

「最新の好事例を踏まえた記載」については、令和 5 年度の在宅医療・介護連携推進支援事業の実態調査結果より、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を抽出し、ヒアリング結果を踏まえて各場面について記載した。

図表 49 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4 の手引き作成における 4 つの方針

	01. 手引きの構造化 本事業を体系的に理解できる手引きとするため、全体の構造は Ver 2 を基準（冒頭で本事業の全体像を提示した上で、各論に入る構成）とし、PDCA に関する詳細な記載等細かい内容には踏み込まない。
	02. 実施要綱に即した内容構成 地域支援事業実施要綱に即した手引きとするため、基本的に同要綱の書き下しとして整理可能な範囲内での記載とする。
	03. 重点取組事項への言及 下記について、適切な項目にて言及する。 在宅医療・介護の連携を支援する人材（コーディネーター）/地域の多様な関係者の参画による協議体/ 介護報酬改定における高齢者施設と協力医療機関の連携強化/看護小規模多機能型居宅介護の広域利用/ かかりつけ医機能報告が発揮される制度整備との関わり/「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携/医療情報ネット（ナビイ）
	04. 最新の好事例を踏まえた記載 令和 5 年度の在宅医療・介護連携推進支援事業の実態調査結果より、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を抽出し、ヒアリング結果を踏まえて各場面について記載する。

1-2 手引き Ver.4 の各章における要点や記載内容

前項で述べた「Ver4 の手引き作成における 5 つの方針」に基づいて手引きを作成し、その目次構成は以下の通りである。

図表 50 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4 の目次構成

手引きVer.4（修正稿）の目次構成

目次	2. PDCAサイクルに沿った取組	第3章 事業における留意事項
第1章 在宅医療・介護連携推進事業について	P 現状分析・課題抽出・施策立案（計画）	1.事業委託
1.はじめに	D 対応策の実施	2.都道府県との連携
2.事業趣旨	C,A 対応策の評価の実施、改善の実施	3.既に実施されている取組事例
3.在宅医療・介護連携推進事業に係る近年の動向	3. 場面ごとの検討	4.近隣市町村との連携
第2章 市町村における事業の進め方	(1) 入退院支援の場面の考え方	第4章 都道府県の市町村に対する支援
1.取組を始める前に	(2) 日常の療養支援の場面の考え方	1.都道府県の役割
(1) 医療・介護関係者との連携	(3) 急変時の対応の場面の考え方	2.市町村に対する支援の進め方
(2) 庁内の組織づくり（実施体制）	(4) 看取りの場面の考え方	参考資料
(3) 都道府県との連携	(5) 認知症の対応の考え方	
	(6) 感染症発生時の対応の場面の考え方	
	(7) 災害時対応の場面の考え方	

第1章 在宅医療・介護連携推進事業について

第1章 在宅医療・介護連携推進事業は、「1.はじめに」「2.事業趣旨」「3.在宅医療・介護連携推進事業に係る近年の動向」の3つの節で構成されている。

例えば、「3.在宅医療・介護連携推進事業に係る近年の動向」では、近年の在宅医療・介護連携における動向を踏まえ、「第9期介護保険事業計画に係る基本指針」「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」「医療法におけるかかりつけ医機能報告」について整理をした。

「第9期介護保険事業計画に係る基本指針」については、第9期介護保険事業計画に係る基本指針において重要な点（例. 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で対応が必要であること）を記載した。

「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」については、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」の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連について記載した。

「医療法におけるかかりつけ医機能報告」については、かかりつけ医機能が発揮される制度整備として、かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）されたことを踏まえ、当該事項における市町村や介護、在宅医療・介護連携推進事業の関与について記載した。

第2章 市町村における事業の進め方について

第2章 市町村における事業の進め方は、「1.取組を始める前に」「2.PDCA サイクルに沿った取組」「3.場面ごとの検討」の3つの節で構成されている。

例えば、「3.場面ごとの検討」では、各場面における取組の趣旨をわかりやすく伝えることを企図し、以下のとおり、取組の目的を記載するとともに、考え方のポイントを整理した。

(1) 入退院支援の場面の考え方について

目的については、以下のとおり記載した。

- 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が情報共有・協働を行うことで、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状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

考え方のポイントについては、以下のとおり記載した。

- 入退院支援では、「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状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする」ことであり、医療機関と介護事業所等の協働・情報共有により、スムーズな入退院支援を行うことである。
- 入退院の際には、入院時、ケアマネジャーから医療機関へ、速やかに患者・利用者の在宅療養状況を共有することで、退院を見据えた入院計画の策定が可能となるなど、スムーズな入退院が可能となることが重要である。さらに、入退院カンファレンスにおいて、例えばケアマネジャーや地域包括支援センターだけではなく、訪問看護・訪問介護担当者等も参加をし、療養にあたってのノウハウが共有されることが重要である。

(2) 日常の療養支援の場面の考え方について

目的については、以下のとおり記載した。

- 医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、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場所で生活が出来るようにする。

考え方のポイントについては、以下のとおり記載した。

- 日常の療養支援では、「医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活が出来るようにする」ことであり、切れ目のない医療・介護連携の体制を整えることが必要である。その際、介護については、在宅療養者の日常生活を訪問介護等が十分に支えていくことが在宅療養を継続していくことにおいて重要である。
- 医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた場所で在宅療養を継続してい

くためには、特に、地域における訪問介護や訪問看護、訪問診療等の医療・介護資源の状況に応じた持続可能な仕組みを検討していくことが重要である。なお、この際、訪問介護事業所数や診療所数といった数値を全国平均等と比較してその多寡を評価しないように留意する。

- 在宅において、昼夜を問わず 24 時間発生する医療・介護ニーズに、医療・介護関係者が対応するためには、例えば、
 - 在宅療養者が受診を必要とした時に、直ぐに医療機関への受診・搬送ができるバックアップ体制が整っていること
 - 夜間は、訪問看護事業所や医療機関と介護施設等の看護師が、お互いに連携していることなどと合わせて、総合的に日常の療養生活を支援する体制が整っているかを確認することが重要である。
- そのためには、単に訪問介護事業所や訪問看護事業所の数を増やすなど、24 時間対応が担える機能強化型訪問看護事業所や在宅の中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズに対応した看護体制強化加算等の取得状況を増やすことのみが対応策にならないように留意が必要である。

(3) 急変時の対応の場面の考え方について

目的については、以下のとおり記載した。

- 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思を尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

考え方のポイントについては、以下のとおり記載した。

- 急変時の対応では、「在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思が尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われる」ことであり、急変時における、医療・介護・消防（救急）の円滑な連携が重要である。
- 急変時の対応においては、単に、24 時間連絡を受ける体制があり、往診・訪問看護が可能な在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所の整備状況等を、全国平均と比べて資源数の多寡等を評価するのではなく、地域における社会資源の状況を踏まえて検討する事が重要である。例えば、医療や介護の従事者が一人で 24 時間対応を行うことは、持続性の観点からも現実的ではないため、実際に、住民が在宅療養を適切に継続していくことができる仕組みかどうかをみていくことが重要である。
- 従事者の継続性の観点だけではなく、在宅療養者の状態が悪化し、緊急で入院するほどではないが一時的に在宅での療養が困難な場合等においても、短期入所療養介護等に受け入れられる体制かどうか、というような観点も重要である。
- 実際の急変時の対応に関して、住民のニーズや医療・介護関係者からの意見を聞く等により、実際に急変時の対応がうまくいかなかった事例等、どのような課題が生じているかを把握すること

が重要である。

- 二次医療圏等より広い範囲での検討や対応が必要な事項については、自自治体のみでなく、関係市町村、保健所、都道府県、関係団体等とも連携し、検討や対応を行うことが重要である。

(4) 看取りの場面の考え方について

目的については、以下のとおり記載した。

- 地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・介護関係者が、対象者本人（意思が示せない場合は、家族）と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

考え方のポイントについては、以下のとおり記載した。

- 看取り時の対応では、「人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・介護関係者が、対象者本人等と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できる」ことであり、在宅療養生活を主として支える介護職員等を中心に医療・介護の全ての関係者が、本人のしっかりとした「人生の最終段階において送りたい生活」の意思に寄り添いながら、看取り時に、医療・介護・消防（救急）の円滑な連携が行われることが重要である。
- その前提として、住民が在宅での看取り等について十分に認識・理解されることが重要であるため、
 - 様々な理解促進等のための取組の状況
 - 看取りに関する認識・理解の程度
 - 実際に人生の最終段階における意思が十分に共有されている状態であるか等についても把握する必要がある。なお、看取りを行う場所は、病院や自宅に加えて、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど多岐に渡ること留意する。
- 看取り時における課題等は後から本人から聴取することはできないため、特に、家族や介護関係者からの意見を聞く等により、実際に、看取り時の対応に関して、本人の意思を踏まえた対応ができなかった事例等、どのような課題が生じているかを把握することが重要である。
- 本人の意思を踏まえた対応が可能となるよう、消防機関（救急）との間で、地域における意思決定に関する議論の場へ、在宅医療や介護等の関係者も含めて参画を求める等必要な事項を検討すべきである。また、在宅医療、介護及び救急の各実情等に関する情報共有を実施するとともに、継続的な取組に資するようメディカルコントロール協議会における議論に参加する等、連携を図っていることが重要である。

（５）認知症の対応について

目的については、以下のとおり記載した。

- 認知症の人が住み慣れた地域で希望に沿った生活ができ、自らの意向が十分に尊重されるよう、必要な医療・介護の提供が可能となる体制整備を推進する。

考え方のポイントについては、以下のとおり記載した。

- 認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら取組を推進することが重要である。
- 認知症の人の状況に応じた対応が可能となるよう、地域における医療と介護の資源を把握し、段階に応じて必要な医療及び介護サービスに繋ぐことが必要である。
- 地域支援事業における認知症地域支援・ケア向上事業等で作成された、各地域の「認知症ケアパス※」等を医療・介護関係者等で活用し、在宅医療・介護サービスが切れ目なく提供することが望ましい。
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省 HP：<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001323515.pdf>）を活用し、日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が送れるよう、認知症の人の意思決定に関わる人が、認知症の人の意思をできるかぎり丁寧にくみ取ることが重要である。

※認知症ケアパス：認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの。

（６）感染症発生時の対応について

目的については、以下のとおり記載した。

- 感染症発生時に、必要な医療・介護の提供が可能となる体制整備を推進するために、医療・介護連携を推進する。

考え方のポイントについては、以下のとおり記載した。

- 新興感染症を含む感染症の流行時であっても、医療と介護が分断されないよう、常時の連携の推進と相互理解が重要である。
- 感染症発生時の対応について、発生時の情報共有先や対応等、医療と介護の関係者で整理することも必要である。なお、情報共有においては、個人情報に留意することも重要である。
- 介護サービスは、要介護者、家族等の生活を支える上で欠かせないものであり、新型コロナウイルス感染症等の感染発生時であっても、感染防止対策等の徹底を前提とした継続的なサービスの提供が求められている。感染症発生時には、協力医療機関や地域で身近な医療機関との連携が重要である。介護施設・事業所における感染症発生時の事業継続ガイドライン 厚生労働省老健局（令和６年３月）：

<https://www.mhlw.go.jp/content/001073001.pdf>

- 令和3年介護報酬改定では、感染症対策の強化として、全介護サービス事業者に業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づけており※、介護報酬に係る取組についても理解の上、地域における取組を推進することが重要である。※居宅療養管理指導の事業所については、令和9年3月31日まで経過措置の継続中

（7）災害時対応について

目的については、以下のとおり記載した。

- 災害が発生した場合であっても、地域において可能な限り、必要な医療・介護の提供が可能となる体制整備を推進するために、医療・介護連携を推進する。

考え方のポイントについては、以下のとおり記載した。

- 地震等の災害時であっても、医療と介護が分断されないよう、常時の連携の推進と相互理解が重要である。なお、地震等の災害時における医療と介護の両方を必要とする高齢者への対応は、平時に地域全体で検討しておくことが重要である。
- 災害発生時の対応について、負傷者がいる場合に、必要に応じて速やかに医療機関へ搬送できるようにするための連携等について、平時から医療・介護の関係者や都道府県及び市町村の担当者等で整理することも重要である。また、災害時の医療・福祉の派遣チームとの連携等についても、平時から医療・介護の関係者や都道府県及び市町村の担当者等で整理することが望ましい。
- 介護事業者は、入所者・利用者の健康・身体・生命を守るための必要不可欠な責任を担っており、特に入所施設においては、被災時に最低限のサービスを提供し続けられるよう、自力でサービスを提供する場合と他へ避難する場合の双方について事前の検討や準備を進めることが重要であり、通所事業所や訪問事業所においても極力業務を継続できるよう努めることが必要である。なお、施設・事業所の倒壊や多数の職員の被災等、単独での事業継続が困難な事態を想定して、施設・事業所を取り巻く関係各位と協力関係を日ごろから構築しておくことが重要である。
- 介護施設・事業所における自然災害発生時の事業継続ガイドライン 厚生労働省老健局（令和6年3月）：<https://www.mhlw.go.jp/content/000749543.pdf>
- 令和3年介護報酬改定では、下記の取組を介護事業者に求めている。
 - ・業務継続に向けた取組の強化として、全介護サービス事業者に、災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づけた。
 - ・災害への地域と連携した対応の強化として、災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の

確保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系サービス、短期入所系サービス、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、施設系サービス事業者）を対象に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととした。※居宅療養管理指導の事業所については、令和9年3月31日まで経過措置の継続中

- 医療機関においては、「災害時における医療体制の充実強化について」（医政発 0321第2号 平成24年3月21日）において、病院災害対策マニュアルの作成等にて災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努めることとしている。
- 平成25年6月の災害対策基本法の一部改正により、高齢者、障害者、乳幼児等の防災施策において特に配慮を要する方（要配慮者）のうち、災害発生時の避難等に特に支援を要する方の名簿（避難行動要支援者名簿）の作成を義務付けること等が規定されている。また、この改正を受け、避難行動要支援者名簿の作成・活用に係る具体的手順等を盛り込んだ「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」（平成25年8月（令和3年5月改定））も策定・公表され、令和3年改正においては避難行動要支援者名簿の対象者について、各個人ごとの状況に即した個別避難計画の作成が市町村の努力義務となっており、作成に当たっての具体的手順等を盛り込んだ「個別避難計画の作成に取り組むみなさまへ」（令和5年1月（令和6年11月追補））も策定・公表されている。
- 「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針等を踏まえた業務継続に向けた取組等のさらなる推進について」（令和3年7月6日付け）では、居宅介護支援事業者や相談支援事業者等に避難行動要支援者名簿に係る情報共有、個別避難計画作成への参画、市町村の防災訓練との連携、安否確認、避難所等での対応を依頼している。
- 現在、避難行動要支援者名簿の作成率は100%であるが、個別避難計画の作成率は低い状況にあり、医療・介護関係者にあっても、作成への協力が求められる。
- 国の制度についても理解の上、地域における取組を推進することが重要である。

第3章 事業における留意事項について

第3章 事業における留意事項は、「(1) 事業委託」「(2) 都道府県との連携」「(3) 既に実施されている取組事例」「(4) 近隣市町村との連携」の4つの節で構成されている。

各節における記載内容は以下の通りである。

(1) 事業委託について

事業委託における留意事項については、以下のとおり記載した。

- 本事業の実施主体は市町村であるものの、地域の実情やそれぞれの取組の専門性に鑑みて委託も可能である。ただし、課題に応じて適切な委託先を選定することが重要である。
- 委託する場合においても、地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）は、医療・介護関係者とともに実現する観点を踏まえて、市町村が設定する必要がある。市町村は委託先と目標と課題を共有し、目標を達成するために効果的な取組が行われているか、事業の全体の取組を市町村が管理・調整していくことが必要である。

(2) 都道府県との連携について

都道府県との連携における留意事項については、以下のとおり記載した。

- 都道府県の地域医療構想の取組との連携や医療計画を理解し、自らの市町村が実施する事項について整理することが重要である。
- 都道府県の役割と市町村の役割を明確にし、都道府県（保健所等を含む）における実施や近隣の市町村と連携または共同しての実施が望ましい事項については、都道府県（保健所等を含む）と協議し、実施主体と実施事項及びその範囲を定めることが必要である。
- 企画立案時から都道府県（保健所等を含む）や関係団体等と将来的な在宅医療と介護連携の在り方について検討を行うことが望ましい。
- 二次医療圏内にある関係市町村等との広域連携や、医療・介護の関係機関との調整や連携体制の構築、地域医療構想・医療計画との連携や整合性の確保、他市町村の取組事例やデータの活用・分析については、必要に応じ都道府県（保健所等を含む）の助言も得ながら、取り組むことが重要である。

(3) 既に実施されている取組との連携について

既に実施されている取組との連携における留意事項については、以下のとおり記載した。

- 市町村において、既に本事業の取組内容のそれぞれについて、同様の取組が実施されている場合は、以下のような場合等に限り、市町村がその取組を実施していると考えて差し支えない。
- なお、当該取組の継続が困難になった場合は、それに替えて、当該市町村が速やかに

本事業の取組を開始する。

図表 51 市町村が本事業の取組を実施していると考えられる場合

- | |
|---|
| <p>ア．市町村以外の関係団体・関係機関等が、在宅医療・介護連携推進事業と同様の取組を実施している場合</p> <ul style="list-style-type: none">①当該取組の成果が、特定の関係団体・関係機関等の利益だけでなく、当該市町村における在宅医療・介護連携の推進に寄与すること。②在宅医療・介護連携推進事業と同様の取組を実施する関係団体・関係機関等が、当該取組の目的・内容・方法等について定めた実施要綱の提出、及び定期的な実施状況の報告等を、市町村に対して行うこと。 <p>イ．市町村が他の市町村から委託（依頼等含む）を受けて実施している場合</p> <ul style="list-style-type: none">①委託を受けて実施している取組が、本事業の趣旨に合致していること。②市町村自らが在宅医療・介護連携についての課題と対応を検討するとともに、本事業の各取組に係る目的・内容・方法等について定めた実施要綱を明確にすること |
|---|

（４）近隣市町村との連携について

近隣市町村との連携における留意事項については、以下のとおり記載した。

- 自市町村における弱みや地域の関係団体等から出されている広域な取組を要する課題についてまとめ、自市町村のみでは解決しない課題や複数市町村による連携が必要な事項については、関係市町村・都道府県・保健所・郡市区等医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等と連携し、複数の関係市町村と一緒に、広域的な連携が必要な事項について協議する。
- 広域での実施に際しては、自市町村及び近隣の市町村、都道府県等の役割分担を明確にし、主体的実施すべき事項等を整理することが重要である。
- 複数の市町村の連携を検討する際には、まず、同じ二次医療圏内の市町村による連携を考慮することが望ましいが、二次医療圏が１市のみの場合や、広域連合の圏域と異なる場合もあるため、広域的な連携については、都道府県と十分に協議・検討することが必要である。
- 関係市町村の連携は、例えば、取組の一つとして、図表 XX のような都道府県と市町村が連携して実施する取組が考えられるため参考にされたい。ただし、必要な取組は、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、表 XX の取組例に限らず、二次医療圏域と日常生活圏域が異なる場合にも留意し、医療の動向に応じた市町村間の連携も意識するなど、地域の実情に応じて実施することが重要である。

図表 52（参考）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携に向けた取組例

例 1）広域的な入退院時の医療介護連携を推進するための取組

病床の整備は、二次医療圏を単位として行われており、入退院時には市町村を越えた患者の移動が見込まれることから、入退院時の入院医療機関と居宅介護支援事業所等との医療介護連携は、市町村にまたがる連携については、複数市町村による広域的な対応が必要となる場合がある。

入退院時の医療介護連携に課題がある等の地域の実情によっては、都道府県、市町村、医療に精通した都道府県医師会等と密接に連携した上で、保健所等を活用しつつ、入退院時の医療機関と居宅介護支援事業所間の共通様式や簡単なルールを作成・運用することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供率の向上、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連絡率の向上を目的とした取組が考えられる。

例 2）広域的な在宅医療及び在宅医療・介護連携に関する協議の取組

医療・介護資源が十分ではない市町村においては、当該市町村が単独で在宅医療・介護の連携の取組を進めることは困難な場合があることから、周辺市町村や、都道府県、特に医療部局の協力を得ながら、当該市町村で実現可能な在宅医療・介護の提供体制や、実現に向けた医療・介護サービスの整備目標等について十分に検討し、関係者間で考え方を共有した上で、それを踏まえた在宅医療・介護連携の取組を進めていくことが考えられる。

- また、医療ニーズを有する高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにする観点から創設されたサービスとして、地域密着型サービスの一つである「看護小規模多機能型居宅介護」がある。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（看護・介護）」を利用者の状態に応じて柔軟に提供するサービスであり、退院直後や看取り期等をはじめとした医療ニーズの高い中重度の要介護者が在宅での療養生活を支えることができるサービスである。
- 事業所数が約 1,000（令和 6 年 6 月末時点）であり、すべての市町村に所在していないが、地域密着型サービスに位置付けられているため、医療ニーズに対応するサービスであるにも関わらず、事業所所在市町村以外の高齢者等には利用が困難である場合がある。一方で、当該市町村内だけでは利用者の確保の見込みが立たない、という理由で看多機を誘致することが難しい市町村もある。そのような場合に、事業所所在市町村のみならず利用者の広域的な利用機会を確保する観点から、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等を参考に、隣接市町村を含めた広域利用が可能となる仕組みづくりを各市町村が行うことは、利用者のニーズへの対応や看多機事業所の安定的な運営のための方策にもなる。
- 「第 5 章 参考資料」の⑨に示す看護小規模多機能型居宅介護に係る各種資料も参考にされたい。

第4章 都道府県の市町村に対する支援について

第4章 都道府県の市町村に対する支援は、「(1) 都道府県の役割」「(2) 市町村に対する支援の進め方」の2つの節で構成されている。

各節における記載内容は以下の通りである。

(1) 都道府県の役割について

都道府県の役割については、以下のとおり記載した。

- 地域における在宅医療と介護の連携を推進するためには、市町村の積極的な取組が不可欠であるが、これまで医療提供体制の確保等に係る施策は、保健所の参画等も含め、都道府県が中心となって実施されている現状がある。
- 都道府県は医療計画の推進に際して、市町村との連携と役割分担について明確にし、在宅医療提供体制の基盤整備を実施することとされている。
- そのうえで、在宅医療・介護連携の推進に際しては、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取組の発信、在宅医療・介護連携の関係者の会議の設置、市町村とも連携した在宅医療・介護を総合的に進める人材の育成に寄与する等の取組も重要である。その他、高齢者施設等と医療機関の連携の実態把握と連携推進に係る取組等も検討されたい。
- 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）第4条第3項において、「都道府県は、都道府県計画を作成するに当たっては、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならない。」とされており、地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合を検討し、医療・介護の医療・介護の提供体制や連携について検討することが必要である。
- また、令和6年度から第8次医療計画も開始されており、「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とされており、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」が効率的・効果的に連携し、実施できるよう検討されたい。

(2) 市町村に対する支援の進め方について

市町村に対する支援の進め方については、以下のとおり記載した。

<概要>

- 都道府県が保持する広域的な医療資源に関する情報や医療と介護の連携に関する情報の市町村への提供も、必要に応じて実施されたい。
- 市町村が主体的に本事業を進めることができるよう、都道府県は推進の進捗度合いを確認しながら、市町村の状態・課題に応じた支援を行う。その際、複数の市町村による事業の共同実施、複数の自治体を対象とする郡市区等医師会と市町村との関係

等、二次医療圏を対象とした支援の検討も必要なため、保健所を含む市町村の重層的な支援体制を構築し、各市町村の課題に対して丁寧な支援を実施されたい。

- なお、支援の実施にあたっては、都道府県医師会等の都道府県単位の団体とも密に連携をとりながら進めることが重要である。

<実施方法・実施内容>

- 管轄の市町村の現状把握を実施し、医療・介護の提供体制や連携における課題の把握を実施することが重要である。特に、小規模の市町村等においては、複数の市町村での共同事業の実施なども支援することが重要である。
- 市町村だけでは解決できない課題、市町村や医療・介護関係者等から出されている広域的な取組を要する課題の検討を支援する。複数の市町村で生じている課題や類似の取組については、情報や意見交換の場を設けるなど、市町村の課題解決に必要な場と機会を提供する等の取組が重要である。また、入退院支援や急変時対応など広域での取組が重要とされる事項については地域の医療及び介護の関係者に係る調整等の支援を実施されたい。
- 都道府県においても、市町村と同様に以下のように庁内連携に取り組むことが重要である。
 - 行政組織内は、担当部署のみならず、医療や介護、健康づくり、障害福祉部門等の庁内連携を密にすることも重要である。方法として、情報共有や定期的な会議の開催や研修会の企画等の方策が検討できる。
 - 地域の課題等に対する対応策の検討については必要に応じて、障害福祉部門、防災部門等と連携し、実施することが必要となる。
 - 特に消防機関（救急）とは、救急搬送ルールの策定等においてメディカルコントロール協議会（地域における救急業務について協議・調整する消防機関（救急）、医療機関、医師会等で構成される協議会）における議論に参加する等、連携を図ることが望ましい。
 - 高齢者の背景は様々であり、ライフスタイルは多様かつ連続的であることを念頭におき、在宅療養を支える地域の見守り、権利擁護に関する成年後見制度、生活困窮者への自立支援、認知症の方への支援等の社会資源の活用も検討できるよう、介護保険部門を含めた高齢・福祉部門における連携・情報共有も必要である。
- 管内の保健所等も活用しつつ、現状把握や課題分析等について実施し、必要に応じて個別に支援を実施する他、単独で実施することが難しい取組については、複数市町村との共同実施に向けた関係市町村、郡市区等医師会、医療機関等との調整を行うことが望ましい。

<実施方法・実施内容>

- 管内の保健所等も活用しつつ、現状把握や課題分析等について実施し、必要に応じて

個別に支援を実施する他、単独で実施することが難しい取組については、複数市町村との共同実施に向けた関係市町村、郡市区等医師会、医療機関等との調整を行うことが望ましい。

＜実施する上でのポイント（留意事項）＞

- 市町村が本事業を主体的に進め、地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）を実現するためには、段階的な支援や、必要な支援体制と方法を検討し、実施する必要がある。
- 市町村が抱える課題も多様であるため、都道府県による伴走型支援も検討し、圏域の状況にも精通している管内の保健所による支援等も含めて、地域の実情に応じた重層的な支援体制を検討することが必要である。
- 市町村のみで確保することが難しいデータは、都道府県が地方厚生(支)局、国民健康保険団体連合会等の協力を得ながら収集し、市町村に提供されたい。

令和6年度 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携事業の有効的なあり方にかかる
調査研究事業報告書

令和 7 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ
TEL : 03-5533-2111(代表)
〔ユニットコード:8352682〕

参考資料①

在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4

The background features a network of isometric illustrations on a blue background with white lines. The illustrations depict various home care scenarios: a person in a wheelchair being pushed, a person in a hospital bed being attended to, two people with a walker, a doctor consulting with two elderly people, a doctor at a desk with a patient, a person in a rocking chair, a doctor examining a patient in a bed, and a group of people at a dining table. Each scene is presented on a white, isometric platform.

在宅医療・介護連携推進事業の手引き

Ver.4

令和7年（2025年）3月

目次

第1章 在宅医療・介護連携推進事業について	3
1. はじめに	3
2. 事業趣旨	4
3. 在宅医療・介護連携推進事業に係る近年の動向	6
第2章 市町村における事業の進め方	9
1. 取組を始める前に	9
2. PDCA サイクルに沿った取組	14
Plan(計画) ア 現状分析・課題抽出・施策立案(計画)	18
Do(実行) イ 対応策の実施	38
Check(評価)・Act(改善) ウ 対応策の評価の実施、改善の実施	47
3. 場面毎の検討	52
(1) 入退院支援の場面の考え方	57
(2) 日常の療養支援の場面の考え方	59
(3) 急変時の対応の場面の考え方	67
(4) 看取りの場面の考え方	70
(5) 認知症の対応	74
(6) 感染症発生時	78
(7) 災害時対応	81
第3章 事業における留意事項	85
1. 事業委託	85
2. 都道府県との連携	85
3. 既に実施されている取組との連携	85
4. 近隣市町村との連携	86
第4章 都道府県の市町村に対する支援	88
1. 都道府県の役割について	88
2. 市町村に対する支援の進め方	89
第5章 参考資料	98

事業実施に係る関係法規

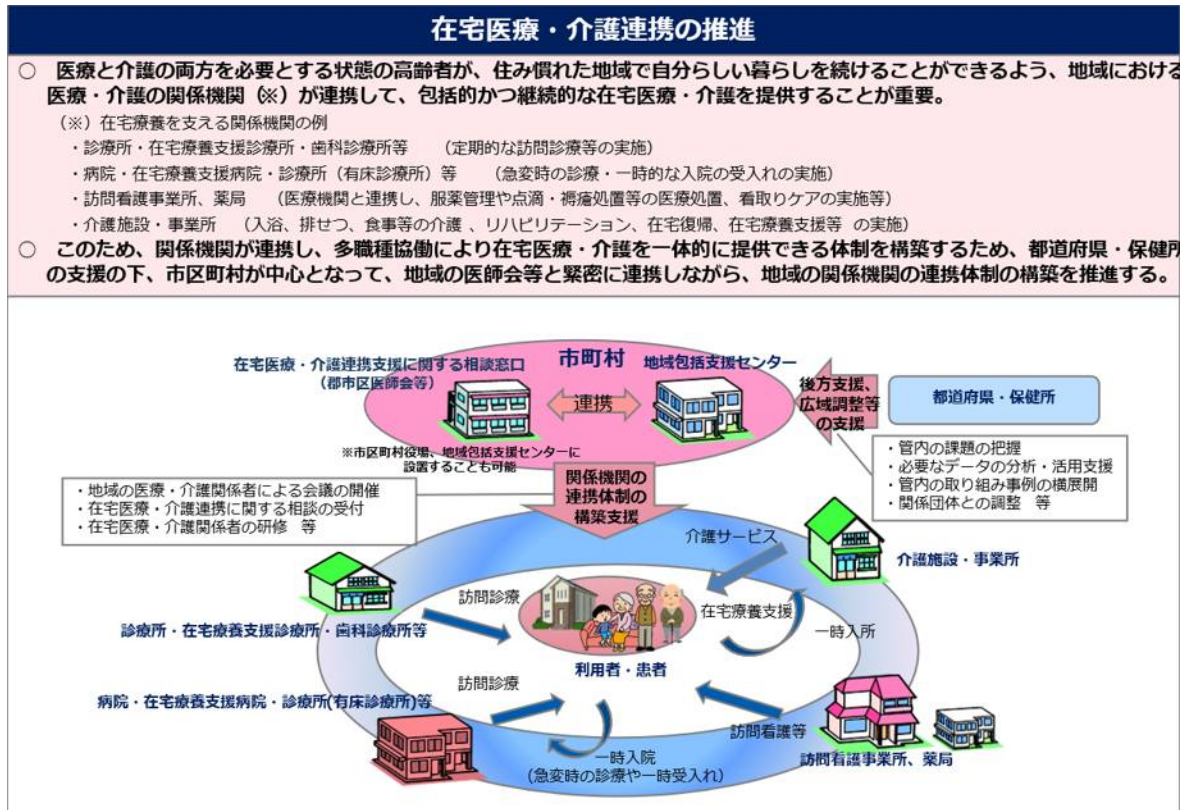
- 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第百十五条の四十五第 2 項第 4 号
- 介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第百四十条の六十二の八
- 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
（令和 6 年厚生労働省告示第 18 号）
- 「地域支援事業の実施について」（平成 18 年 6 月 9 日老発第 0609001 号）別記 3
包括的支援事業（社会保障充実分）の「1 在宅医療・介護連携推進事業」の項

第1章 在宅医療・介護連携推進事業について

1. はじめに

- 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、在宅医療の推進及び在宅医療・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重要である。
- 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、在宅医療・介護連携推進事業等を活用し、在宅医療・介護連携推進に係る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、地域のめざす姿の実現がなされるよう引きつづきお願いするとともに、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充実させるべく、本手引きの改訂に至ったところである。
- 地域住民の意向を踏まえて、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の実情を踏まえた在宅医療と介護の連携の推進を実施されたい。
- なお、他事項についての各種手引き及び事例集等も参考資料に記載したため、そちらも併せてご参照いただきたい。

図 1 在宅医療・介護連携の推進



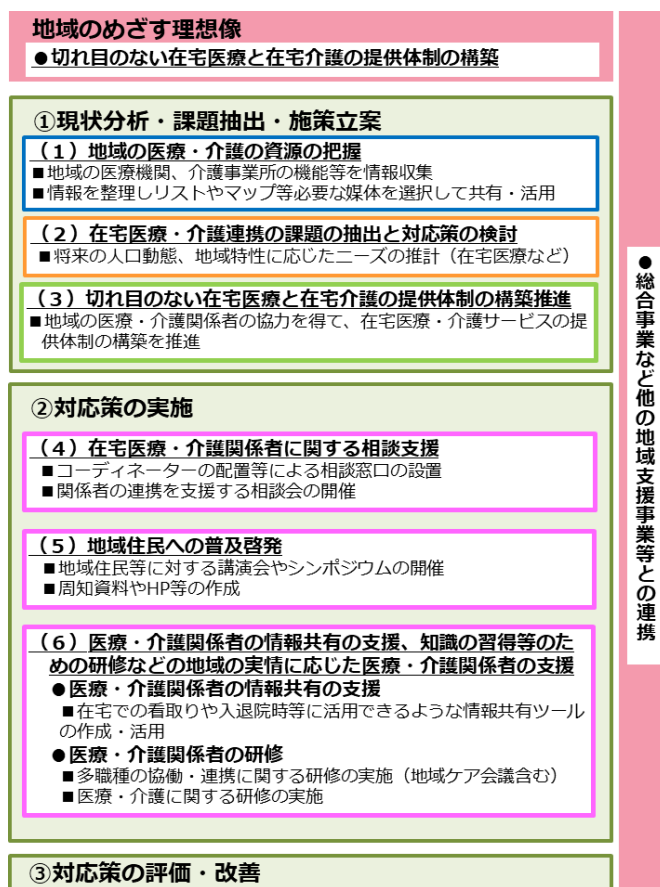
2. 事業趣旨

- 在宅医療・介護連携推進事業は、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人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築を推進するために、地域の実情を把握・分析したうえで、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿等を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的としている。
- 医療提供体制の構築及び介護施設等の整備に向けては、「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 条において規定された、「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）」に基づき、
 - 計画（事業計画）や市町村計画（事業計画）
 - 医療法で定める基本方針に基づく医療計画や地域医療構想
 - 介護保険法で定める基本方針に基づく介護保険事業（支援）計画
 等を踏まえ、都道府県及び市町村において進められているところである。

- 本事業においては、地域における医療や介護等の状況を踏まえつつ、在宅医療と介護の一体的な提供の実現に向け、
 - 地域の医療・介護の資源の把握（例：医療機関や介護事業所のリスト又はマップ作成等）
 - 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討（例：地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催等）
 - 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築の推進（例：高齢者施設と医療機関の連携に係るマッチング等）
 - 在宅医療・介護連携に関する相談支援（例：在宅医療・介護の連携を支援する相談窓口の設置・運営等）
 - 地域住民への普及啓発（例：講演会やシンポジウム等の開催等）
 - 医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得等のための研修などの地域の実情に応じた医療・介護関係者の支援（例：看取り、急変時、入退院時の情報共有ツールの作成等）

等により、医療・介護関係者の協働・連携を進め、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進するものである。

図 2 在宅医療・介護連携推進事業のイメージ



3. 在宅医療・介護連携推進事業に係る近年の動向

(1) 第9期介護保険事業（支援）計画に係る基本指針について

- 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年間で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年間で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。

- 以降に記載の①から⑪の様な具体的な支援策を定めることが重要である。①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、②医療と介護の連携に関する実態把握及び分析、③在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置、④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、⑤好事例の横展開及び人材育成等の研修会の開催、⑥市町村で事業を総合的に進める人材の育成、⑦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、⑧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、⑨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、⑩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、⑪各市町村へのデータの活用・分析

(2) 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された。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。

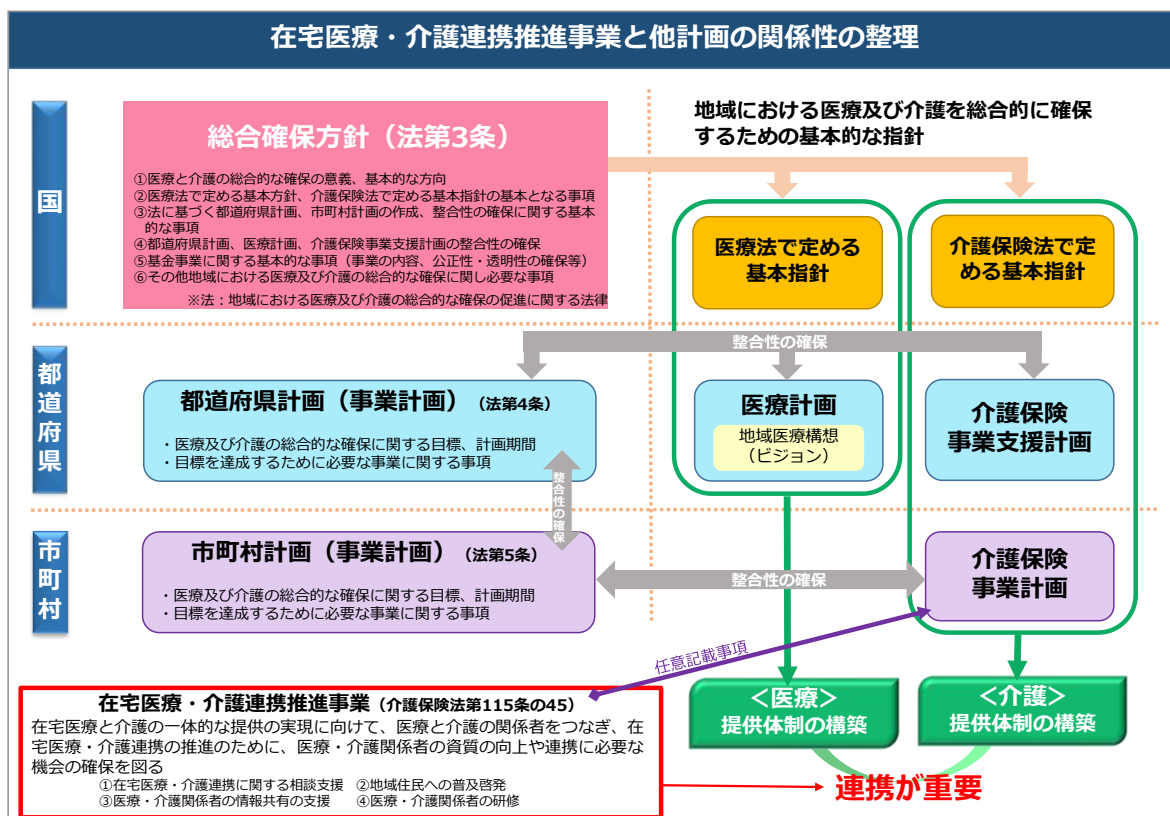
(3) 医療法における「かかりつけ医機能報告制度」について

- 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・継続的实施、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。

図 3 在宅医療・介護連携推進事業と他計画の関係性の整理



第2章 市町村における事業の進め方

1. 取組を始める前に

- 地域包括ケアシステムの実現に向けて、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のため、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、地域の実情に応じ、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、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を進める必要がある。
- 取組においては、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を推進するための体制の整備を図ることが必要である。
- 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ことが予想されている。全国での在宅患者数は2040年以降にピークを迎えることも見込まれており、在宅医療・介護連携に係る介護の主体である市町村の役割は更に重要とされることが考えられる。
- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができることが目的であるため、地域の実情を踏まえて、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の意向を踏まえた生活が可能となるよう、検討及び対応することが重要である。

(1) 医療・介護関係者等との連携

- 医療の関係職種（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等）と介護の関係職種（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）の連携が重要である。その他、医療ソーシャルワーカーなど、地域の実情も踏まえて地域の医療・介護関係者の連携の推進に必要な人材も含めて対応されたい。
- 市町村が主体となって、医療及び介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、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必要である。
- その際、企画立案時からの郡市区医師会などの医療関係機関や介護サービス施設・事業所等との協働が重要であり、医療・介護関係者や都道府県（保健所等を含む）と緊密に連携し、事業の推進を図る。

- 都道府県（保健所等を含む）、関係機関（医師会等）、関係専門職（医師等）と将来的な在宅医療と介護の連携の在り方について検討を行うことが望ましい。
- 多職種協働により在宅医療と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（保健所等を含む）の支援を得つつ市町村が中心となって、地域の医療及び介護の職能団体（事業者団体）等と連携することが望ましい。
- 多種多様な高齢者のライフスタイルに対応するためには、医療・介護のみでなく障害福祉分野の関係者との連携や制度連携が必要となる場合があることから、医療・介護・障害福祉の幅広い知見と関係者との連携が重要である。

（２）庁内の組織づくり（実施体制）

本事業は、介護保険に係る部門のみならず、市町村全体で取り組むことが重要である。

＜庁内連携＞

- 行政組織内は、担当部署のみならず、医療や介護、健康づくり、障害福祉部門等の庁内連携を密にすることも重要である。方法として、情報共有や定期的な会議の開催や研修会の企画等の方策が検討できる。
- 地域の課題等に対する対応策の検討については、必要に応じて、障害福祉部門、防災部門等と連携し、実施することが必要となる。
- 昨今の災害発生や救急搬送の動向を踏まえ、庁内関係課との連携を密にするとともに、災害・救急時の医療と介護の連携ルールの検討を行うことが望ましい。特に消防機関（救急）とは、救急搬送ルールの策定等においてメディカルコントロール協議会（地域における救急業務について協議・調整する消防機関（救急）、医療機関、医師会等で構成される協議会）における議論に参加する等、連携を図ることが望ましい。
- 高齢者の背景は様々であり、ライフスタイルは多様かつ連続的であることを念頭におき、在宅療養を支える地域の見守り、権利擁護に関する成年後見制度、生活困窮者への自立支援、認知症の方への支援等の社会資源の活用も検討できるよう、介護保険部門を含めた高齢・福祉部門においての連携・情報共有も必要である。

＜人材育成＞

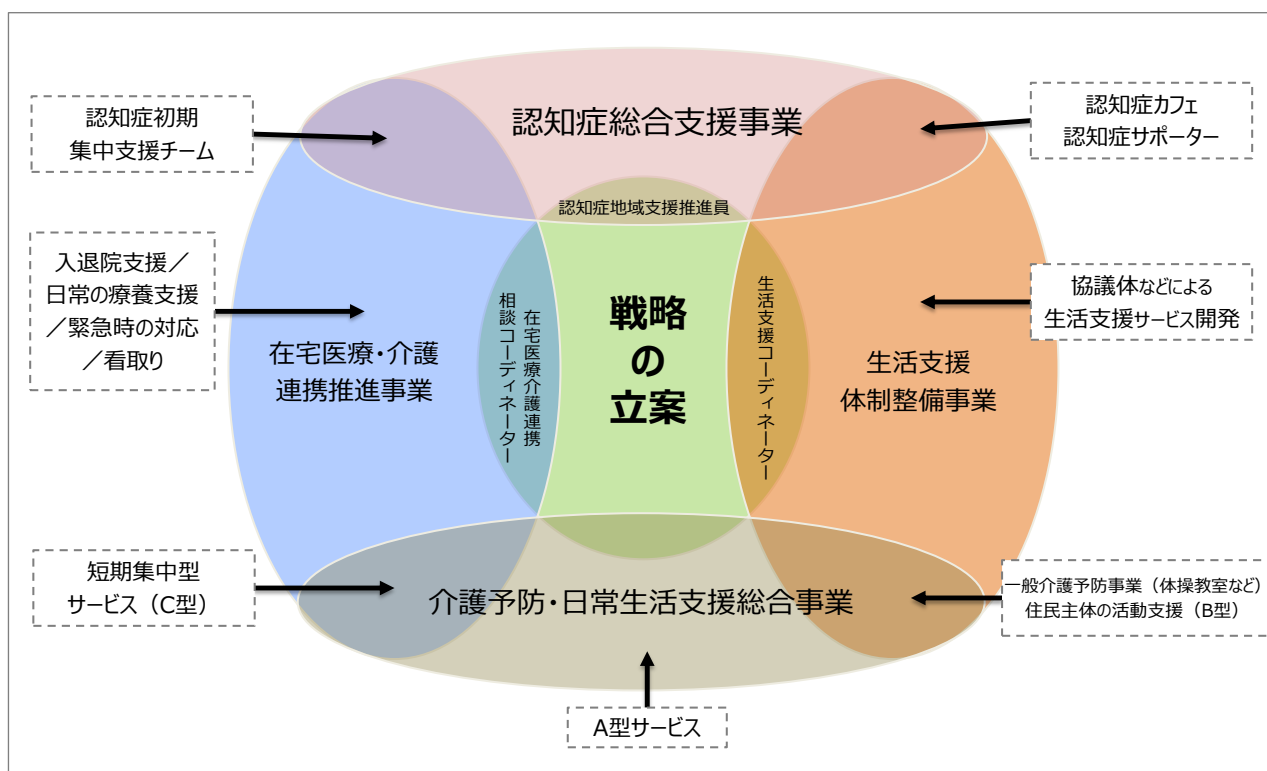
- 本事業は地域包括ケアシステムを推進する重要な要素であり、本事業を総合的に進める人材の育成・配置も重要である。

- 事業の継続性、質の確保の観点から、職員のキャリアパスや、継続性を持った人員配置等に配慮することで、介護保険部門のみならず、医療費（診療報酬）を含めた医療制度や社会福祉の視点を持つ保健医療福祉の横断的な知識と専門性を持つ、人材を養成し、配置することも重要である。その際、行政内において医療の知識を有し、地域アセスメント、医療・介護の関係団体との調整、健康施策の企画・立案等を行う保健師等の専門職を活用する等など、総合的に地域包括ケアシステムを推進することができる人材を育成・配置していくことが望ましい。
- 在宅医療・介護の連携を支援する人材としてコーディネーター等の配置も可能である。
- 在宅医療・介護の連携を総合的に支援する人材としてコーディネーター等の育成・配置も重要である。コーディネーターについては別途、活用のための「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―」令和6年度老人保健健康増進等事業（株式会社野村総合研究所）等も参考にされたい。
- 都道府県と連携して総合的に進める人材を確保・育成をしていくことが望ましい。

＜事業間連携＞

- 他の地域支援事業に基づく事業、例えば認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業、介護予防日常生活支援総合事業や地域ケア会議等の他の施策との連携し、会議や研修等の一体的な運用を図ることで、効率的・効果的な事業実施を行う。
- 自自治体の介護保険事業計画や都道府県の介護保険事業支援計画、地域医療構想、医療計画等との整合性を意識し、都道府県と連携を図りながら実施する。なお、自自治体内の他の計画（例えば、総合計画、地域福祉計画、障害福祉計画等）との整合性も考慮する。

図 4 地域支援事業の 4 つの事業の連動性



出典：地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業（平成 30 年度老人保健健康増進等事業 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング）

＜近隣市町村との広域連携＞

- 本事業の取組は複数の市町村による実施が効果的・効率的であると考えられる場合等は、近隣市町村が連携又は共同して実施することも可能である。なお、広域での実施においては、都道府県（保健所等を含む）と協議することが重要である。

（「第 3 章 4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項（4）近隣市町村との連携」参照）

(3) 都道府県との連携

- 都道府県（医療部局及び介護部局等）とは、企画立案時から、連携することが必要である。
- 下記の視点で都道府県（保健所等を含む）の助言も得ながら取組を実施するとともに、都道府県も市町村との連携と役割分担について明確にした上で、在宅医療提供体制の基盤整備を実施することが重要である。

- ① 二次医療圏内にある関係市町村等における広域連携
- ② 都道府県又は医療圏単位の医療・介護の関係機関との調整
- ③ 地域の関係団体との連携体制の構築
- ④ 地域医療構想・医療計画との連携や整合性
- ⑤ 他市町村の取組事例やデータの分析・活用
- ⑥ 市町村への広域的な医療資源に関する情報発信
- ⑦ 医療と介護の連携に関する実態把握
- ⑧ 在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置

2. PDCA サイクルに沿った取組

- 地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）はどのようなものかを考えた上で、現状分析、課題抽出、施策立案を行ったうえで、対応策を実施し、評価を行い、理想とする姿へ向かって改善を講ずることで、PDCA サイクルに沿った取組の推進が求められる。
- PDCA サイクルとは、Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)を繰り返すことで、業務を継続的に実施・改善していく手法である。
- 具体的には、まずは地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）を検討し、関係者等に共有を実施する。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検討することが重要である。
- その上で、地域における現状分析、課題抽出を実施し、対応策を検討・実施する。その際、具体的な実施時期や評価指標等を定め実施する。
- 評価指標等に基づき、実施事項の効果検証し、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等の改善のための検討を実施する。
- 実施にあたっては各局面における、必要な関係者と連携を図ることが重要である。

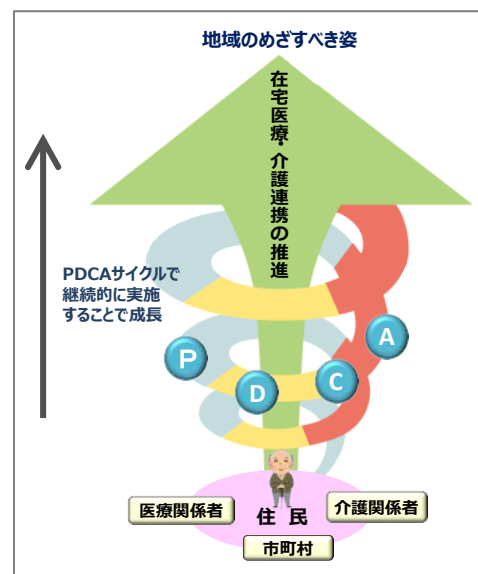


図 5 PDCA サイクルに沿った取組のイメージ

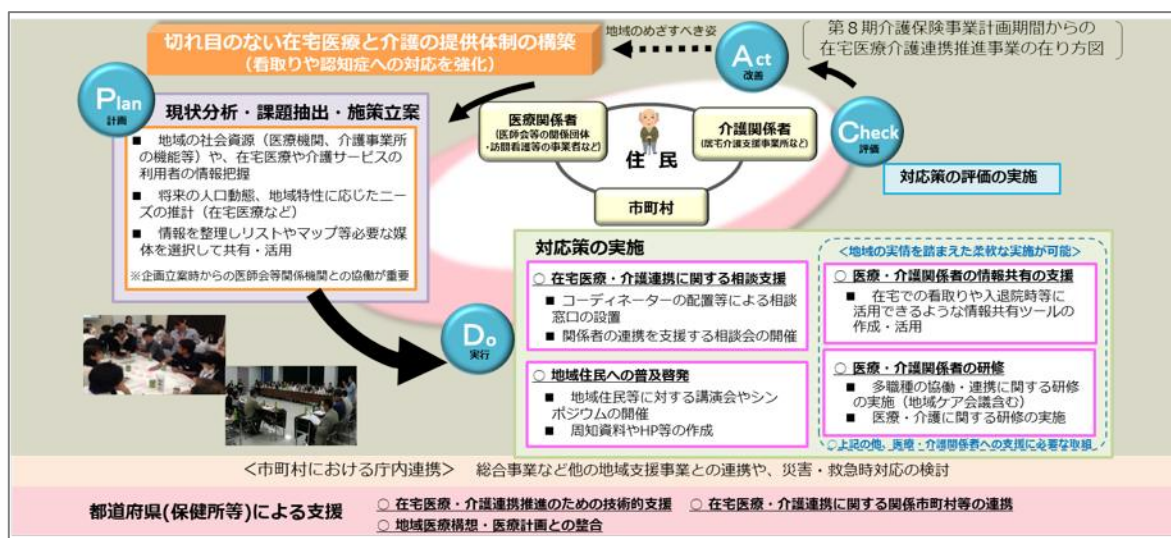
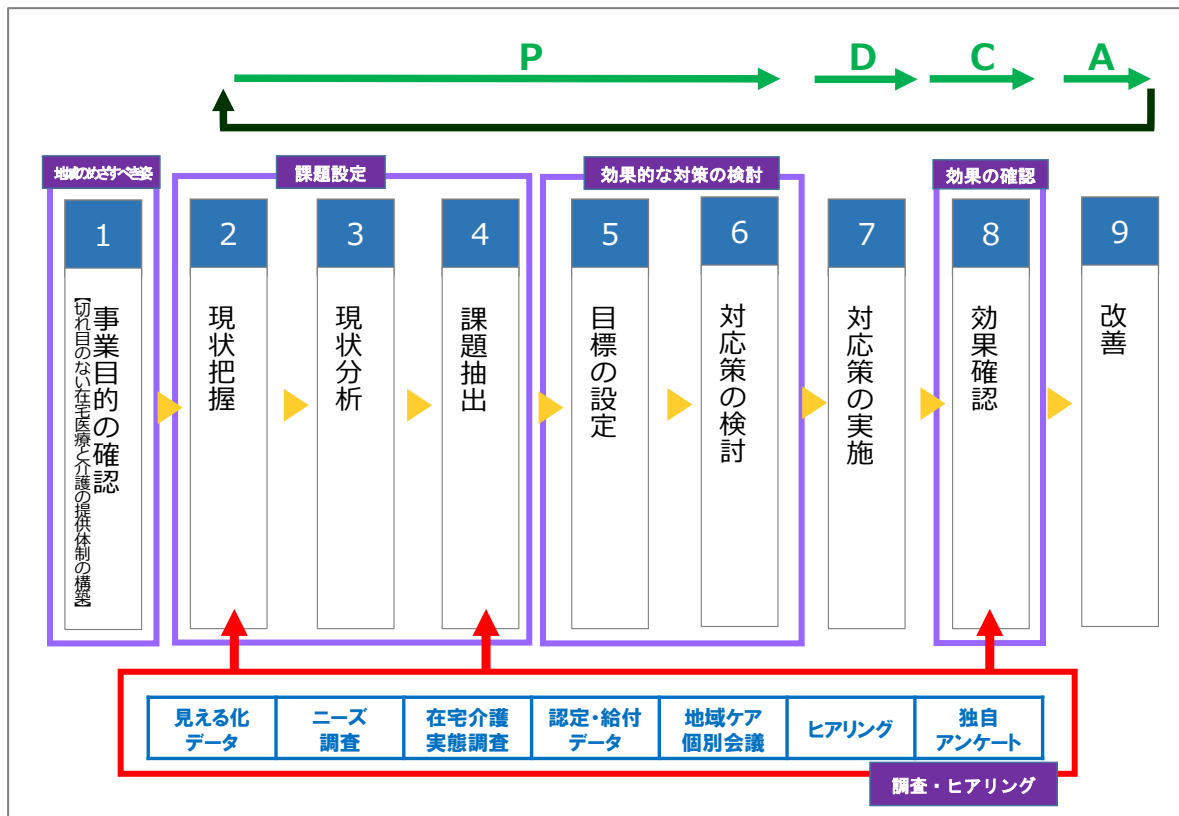


図 6 PDCA サイクルのイメージ



PDCA サイクルを意識した在宅医療・介護連携推進事業の展開

<取組概要>

① 現状把握・分析

- 相談窓口の相談から、地域課題等を考察するために議論する。（在宅医療・介護連携に係るコーディネーターと月 1 回、医師会と月に 1 回議論）
- 訪問診療を実施している利用者を担当する介護支援専門員を対象にアンケート調査を実施する。
- 市内の診療所に対してアンケート調査を実施する。
- レセプトデータ等から高齢者の救急搬送先や転院先等を把握する。

② 議論と検討

- 検討会の実施の際は、委員や専門職が意見を出しやすいよう、具体的な議題を提示するように工夫する。
- 稲城市の人口推計結果を報告し、現状の課題認識を関係者で共有する。
- 現場の課題の仮説を提示し、現場感覚での賛同を問う様な形式で議論を医療と介護の連携に関する検討会を実施する。
- 4つの場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）における目標や課題を検討し、検討内容を市の目標設定等へ活用した。例えば、日常の療養支援の場面では、必要な人であっても外来診療から在宅医療への転換が不十分な可能性などが検討された。実際には、当該事項を検討するための研修会に参加し、PDCA サイクルについて学んだ上で、各職員が検討・各自の分析を共有し、検討に活用する。
- ①の現状把握と分析で把握したことについて、現場感覚で賛同を問う様な形式で医療と介護の連携に関する検討会を実施する。

③ 対応策の検討

- 現状把握・分析結果に基づき、議論・検討を通じて、対応策を検討する。
- 例えば、日常療養支援の場面では、必要な人に在宅医療を活用頂くために、在宅医療を実施している医療機関の所在地等の基礎情報のみでなく、訪問診療している診療所と医師の個性が分かるよう取材し、紹介することを通じて関係機関とのネットワーク作りを推進するための、「稲城市民のための訪問診療医ガイド」を作成することとした。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 現状の分析、分析に基づく課題の抽出、課題解決に向けた具体の施策立案までの一連の流れがみえていない。

<実施の効果>

- 地域として医療や介護の関係者や自治体内の各職員が、目指す方向性を共有しつつ取り組むことができる。
- 目指す方向性について近づけるための具体策を検討可能なため、一連の流れとして検討可能であり、方向性のずれが生じにくい。

図 7 日常療養支援の場面で課題から原因・対策までのプロセス検討例

【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
------------	------------------------------------

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿	・訪問診療を必要とする患者には、訪問診療が利用できる
-------------	----------------------------

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1	・代理受診でまかなえている	原因2	・本人・家族が代理受診で十分と認識
原因3	・外来医が本人受診の重要性を認識せず	原因4	・外来医が代理受診の理由を把握していない

↓

最も大きな原因	・代理受診のリスク、弊害を理解していない
----------------	----------------------

【問4】現状を目標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

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。

Plan(計画) ア 現状分析・課題抽出・施策立案(計画)

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

<目的>

- 市町村が地域の在宅医療・介護連携の現状を把握し、医療・介護関係者の連携支援に関する施策の立案等に活用するとともに、医療・介護関係者がそれぞれの役割等について理解を深めること。
- 把握した事項については、地域の医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供することにより、地域の医療・介護関係者が、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようになること。
- 地域の医療・介護の資源に関して把握した情報を活用して、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援すること。

事例 千葉県松戸市

在宅医療・介護資源の可視化を通じた資源の展開の検討と 医療機関や介護事業所の選択のための情報共有

<取組概要>

- 訪問看護ステーション状況等について調査を行い、調査結果を可視化し、課題を抽出、解決に向けた検討を行った。具体的には、まず各事業所の活動状況を把握するためのアンケート調査を行った。次に、調査から得られた訪問可能範囲を松戸市の地図に落とすことで可視化し、活動の空白地域を把握した。空白地域について、各事業所が活動範囲の拡大や修正を検討することで、訪問看護ステーションの活動の空白地域を減少させた。
- 同様にアンケート調査に基づき、医療機関ハンドブック、居宅介護支援事業所ハンドブック、通所介護事業所ハンドブックも作成し、医療機関や介護事業所の選択に役立つ情報を地域に共有している。医療機関のハンドブックでは担当している患者の主な状態の疾患や院長のメッセージなどを記載し、患者の医療機関選択に資する情報を共有している。介護事業所のハンドブックでは、対応可能エリアを図示や、各事業所のPR文の紹介を行っている。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 在宅医療・介護資源が不足していると思われるが、どのように不足しているかの分析が実施されていない。
- 不足する在宅医療・介護資源への対応策の検討が不十分である。
- 患者や利用者が適切な医療機関や介護事業所を選択できるだけの情報共有がされていない。

<マッピングを通じた資源の展開の検討を実施することで望まれる効果>

- 在宅医療・介護資源の不足が可視化され、不足地域の具体や、不足資源の具体の把握が可能。
- 市町村のエリア毎の資源の課題把握が可能となるため、各エリアに関する対応策の検討が容易になる。

<実施の効果>

- 医療機関・介護事業所について地域の住民が身近に感じることが可能となる。
- 地域住民の医療・介護に係る理解の促進と個人の意向に沿った選択が可能となる。

図 8 訪問看護ステーションの訪問可能範囲を可視化することで、事業所間の検討が促進された事例

訪問看護ステーション活動状況アンケート(2014年度)

訪問看護に専任している看護師の人数 (2014年4月現在)		7名、＜常勤 5名、非常勤 2名(常勤換算 0.5名)＞	
専門看護師 いる() 名、専門分野 () ・ ()		認定看護師 いる() 名、専門分野 () ・ ()	
24時間連絡体制加算の算出 あり() 方法: 携帯電話に連絡可能・固定電話で対応・その他 ()		24時間対応体制加算の算出 あり() なし ()	
療養の提供について 主治・担当医の訪問 あり() 定期・臨時・その他 ()		在宅療養支援診療所 あり() 在宅療養支援診療所 あり() 在宅療養支援診療所 あり()	
訪問看護ステーションの活動状況		☐ 訪問サービスに専任できる ☐ 通常のサービスに専任できる ☐ 訪問サービスに専任可能 ☐ 対応できない	
訪問可能エリア(下記の地図を○で囲んで下さい。) 〇 訪問可能エリア × 訪問不可エリア			
訪問可能エリアの 延床数 (2014年4月現在) 〇 〇 〇 〇 〇 〇 訪問可能エリア (2014年4月現在) 〇 〇 〇 〇 〇 〇 在宅療養支援診療所 (2014年4月現在) 〇 〇 〇 〇 〇 〇 ホームヘルプ派遣事業 (2014年4月現在) 〇 〇 〇 〇 〇 〇		〇 〇	

〇 訪問可能エリア
× 訪問不可エリア

訪問可能エリア(下記の地図を○で囲んで下さい。)

〇 訪問可能エリア
× 訪問不可エリア

訪問可能エリアの
延床数
(2014年4月現在)
〇 〇 〇 〇 〇 〇
訪問可能エリア
(2014年4月現在)
〇 〇 〇 〇 〇 〇
在宅療養支援診療所
(2014年4月現在)
〇 〇 〇 〇 〇 〇
ホームヘルプ派遣事業
(2014年4月現在)
〇 〇 〇 〇 〇 〇

〇 〇 〇 〇 〇 〇
〇 〇 〇 〇 〇 〇
〇 〇 〇 〇 〇 〇
〇 〇 〇 〇 〇 〇

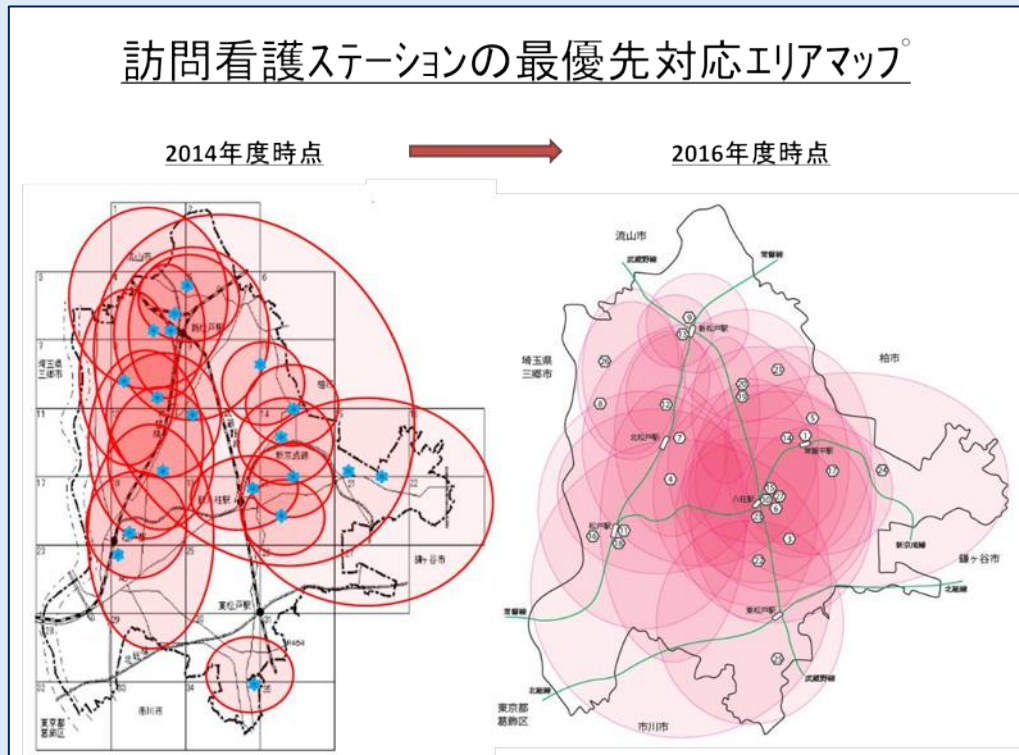


図 9 日常医療機関のハンドブック例

0-00 ○○診療所 内 在支援 時間外1		〒000-0000 松戸市○○○○○○○○○ TEL 047-000-0000 FAX 047-000-0000	
【担当している患者さんの主な状態】 ■高血圧 ■糖尿病 ■脂質異常症 ■心疾患 ■脳卒中後遺症 ■がん ■肺気腫・喘息 ■肝疾患 ■胃腸の病気 □慢性腎臓病 ■腰痛・関節症 ■うつ・不眠 ■認知症 ■神経難病 ■更年期治療 □乳幼児の診療 □学童の診療 □発達障害の診療		臨時往診 ◎ 24時間対応 ◎ 訪問診療(自院) ◎ 訪問診療(紹介) ◎	
【外来診療の周辺機能】 ■各種ワクチン接種 ■各種検診 ■発熱患者対応 ■オンライン診療対応 □外来リハビリテーションの実施 □外来栄養食事指導の実施 □歯科医療機関への患者紹介 □地域情報連携のICT活用		【訪問診療で対応可能な状態・管理等】 ■脳血管疾患 ■認知症 ■老衰 ■整形外科疾患 ■内部臓器障害 ■悪性腫瘍末期 ■神経難病 □医療的ケア児 □精神疾患合併 ■胃ろう管理 ■中心静脈栄養管理 ■気管切開管理 ■人工呼吸器管理 ■看取り ■緩和ケア	
【医療機関や他機関との連携】 ■訪問看護指示 ■自院訪問看護実施 ■訪問薬剤管理指導等指示 ■訪問リハビリ指示 ■自院リハビリ実施 ■栄養食事指導等指示 ■介護相談者配置 ■サービス担当者会議出席、ケアプラン等への助言			
【院長からのメッセージ】 在宅訪問診療専門のクリニックです。脳卒中、がん、認知症、廃用症候群などで通院不可能な方を診ています。患者さんと介護者さんが安心して生活できるようにスタッフ一同努力して参ります。お気軽にお問い合わせ下さい。			
【地域に根ざした活動、専門医・認定医等】 介護認定審査会委員、地域ケア会議委員、地域サポート医、松戸市認知症研究会委員			

図 10 介護事業所のハンドブック例

○○居宅 管理者 主任 看・介・社		〒271-0065 松戸市○○2-○-3 TEL 047-367-○○ FAX 047-367-○○																	
【併設サービス】 特養、通所介護、短期入所生活介護 【主な日常生活圏域】 常盤平・常盤平団地・小金原 【担当している利用者の主な診断名・病態】 ■認知症 ■脳血管疾患 □高齢による衰弱 ■骨折・転倒 ■関節疾患 □心疾患 □呼吸器疾患 □悪性新生物 ■糖尿病 □パーキンソン病 □脊椎損傷 □視覚・聴覚障害 □その他 【特別な医療等を要する方の対応経験】 ■悪性腫瘍末期 □神経難病 ■精神疾患合併 ■胃ろう等管理 □中心静脈栄養管理 □気管切開管理 □人工呼吸器管理 □その他 () 【会員登録・加算情報等】		【居宅在住利用者の地域分布図】 ★事業所 ○対応可能エリア ○利用者居住最大エリア																	
<table border="1"> <tr> <td>松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会</td> <td>会員</td> <td>松戸市介護支援専門員協議会会員</td> <td>3/5名</td> </tr> <tr> <td>松戸市医療・介護地域ICTシステム(バイタルリンク)登録</td> <td></td> <td></td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>生活保護指定</td> <td>あり</td> <td>障害サービス相談(居宅介護)</td> <td>なし</td> </tr> </table>		松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会	会員	松戸市介護支援専門員協議会会員	3/5名	松戸市医療・介護地域ICTシステム(バイタルリンク)登録			あり	生活保護指定	あり	障害サービス相談(居宅介護)	なし						
松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会	会員	松戸市介護支援専門員協議会会員	3/5名																
松戸市医療・介護地域ICTシステム(バイタルリンク)登録			あり																
生活保護指定	あり	障害サービス相談(居宅介護)	なし																
2019年度の加算算定件数 <table border="1"> <tr> <td>ターミナルケア加算算定</td> <td>なし</td> <td>緊急時カンファ加算算定</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>入院情報連携加算算定</td> <td>3件</td> <td>退院退所加算算定</td> <td>20件</td> </tr> </table>		ターミナルケア加算算定	なし	緊急時カンファ加算算定	なし	入院情報連携加算算定	3件	退院退所加算算定	20件										
ターミナルケア加算算定	なし	緊急時カンファ加算算定	なし																
入院情報連携加算算定	3件	退院退所加算算定	20件																
【介護支援専門員経験年数分布】 5名(常勤換算4.5) 主任ケアマネ2名 																			
【専門職としての活動歴】 松戸市介護支援専門員協議会役員、認知症初期集中支援チーム事例提供 【事業所の理念】 自立支援・公正中立な立場・より良い社会づくりへの貢献 【PR】 ご利用者様に寄り添いながら、住み慣れた地域で安心して暮らせるように支援いたします。お気軽にご相談ください。		<table border="1"> <tr> <td>要介護4</td> <td>8.40%</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>12.40%</td> </tr> <tr> <td>要介護2</td> <td>15.20%</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>20.50%</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>17.20%</td> </tr> <tr> <td>要支援1</td> <td>13.60%</td> </tr> <tr> <td>事業対象</td> <td>4%</td> </tr> <tr> <td>事業対象</td> <td>12.80%</td> </tr> </table>		要介護4	8.40%	要介護3	12.40%	要介護2	15.20%	要介護1	20.50%	要支援2	17.20%	要支援1	13.60%	事業対象	4%	事業対象	12.80%
要介護4	8.40%																		
要介護3	12.40%																		
要介護2	15.20%																		
要介護1	20.50%																		
要支援2	17.20%																		
要支援1	13.60%																		
事業対象	4%																		
事業対象	12.80%																		

＜ポイント＞

(1)地域の社会資源、利用者の情報や利用状況、住民の意向等の情報収集

- 医療機関に関する事項については、地域包括ケア「見える化」システムや医療情報ネット（ナビイ）等の、既に公表されている事項を活用し、既存の公表情報等で把握できない事項については、必要に応じて調査を行う。専門的な事項が必要な場合は、地域の医療・介護関係者の意見を参考にして調査する。
- 調査の実施に際しては、関係団体等との事前の相談等を踏まえ、調査実施負担や回答者の負担等を考慮し、情報収集後の活用を見据えて、目的や目標のために必要な事項を適切に把握するように努めるとともに、情報収集することが目的ではないことに留意されたい。

(2)地域の医療・介護の資源の情報整理（リストやマップ等の作成）及び活用

- 把握した情報は、情報を活用する対象者の類型ごと（市町村等の行政機関及び地域の医療・介護関係者等向け、地域住民向け等）に提供する内容を検討する。提供する内容、情報の整理方法については地域の医療・介護関係者と協議の上、決定する事が望ましい。
- リストやマップ等は用途を明確にした上で媒体を選択し、作成する。

(3) 地域の医療・介護の関係者との共有と活用

- 把握した情報を地域の医療・介護関係者に対して提供する際には、提供する情報について、地域の医療・介護関係者の理解と同意、協力を得た上で行うこと。
- 地域住民に対して提供する情報は、医療・介護関係者へ提供する情報と異なる場合があるため、地域住民にとって必要な情報に限定する。

＜実施内容・実施方法＞

① 地域の社会資源、利用者の情報や利用状況、住民の意向等の情報収集

- 地域の医療・介護の資源に関して、まず、既存の情報や関係団体等が所有する情報等を整理する。整理された情報を参考に把握事項と把握方法を検討する。その際、地域包括ケア「見える化」システムや医療情報ネット（ナビイ）等も適宜活用する。
- 次に、整理した情報から把握すべき事項を抽出し、それ以外の事項について調査を実施する場合は、既に取り組んでいる市町村の実施例を参考にするなど、調査事項・調査方

法・活用方法を検討する。

- 調査を実施する場合は、調査事項等の検討について地域の医療・介護関係者と検討した上で、協力を得つつ医療機関・介護事業所を対象に調査を実施する。
- 調査結果等を基に、地域の医療・介護の資源の現状を取りまとめる。
- 高齢者施設等と医療機関との連携状況については、必要に応じて、都道府県等からも情報を収集しつつ、現状把握を行う。

現状把握の考え方

- ✓ 医療機関数等地域の医療・介護の資源量や人口動態等の定量的な情報把握をすることは、地域の現状把握だけではなく、課題の抽出や今後の施策の検討の基礎資料として活用することができる。
- ✓ 将来推計にあたっては、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年などの高齢人口のピークを見据え、市町村における将来の人口動態や地域特性に応じたニーズの推計を行う。
- ✓ 最近の動向として、医療の動向、介護給付の動向、要介護認定者の推移、認知症の有病率等に注視していく必要がある。
- ✓ 関係者や住民等に対する調査においては、医療・介護関係者が普段抱いている課題、住民の在宅療養や介護に対する認識や満足度等の把握により、定量的な現状把握の数値では把握しづらい連携の実態や住民のニーズ等の把握が可能であり、課題の抽出や今後の施策の検討に資する資料となる。

② 地域の医療・介護の資源の情報整理（リストやマップ等の作成）及び活用

医療・介護関係者に対する情報提供

- 把握した情報が在宅医療・介護連携の推進に資する情報かどうか精査した上で、地域の医療・介護関係者と情報共有が図れる効果的な媒体（リストやマップ等）を選択・作成し、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センター等と共有する。なお、在宅医療・介護連携に関する相談支援の窓口等で、実際に連携支援を担う担当者の把握と連絡方法及びそれらを情報提供することも有効である。

地域住民に対する情報提供

- 把握した情報が住民にとって必要な情報かどうか、更に住民に対する提供が医療・介護関係者の連携の支障とならないか精査した上で、住民向けのリストやマップ等必要な媒体を作成し、住民に配布する。必要に応じて、市町村等の広報誌、ホームページに掲載

して、住民に情報提供する。

＜留意事項＞

- 時間経過に伴い調査時の内容と異なる可能性があることから、定期的に最新の情報に更新する。
- 医療機関・介護事業所等の調査を実施する場合には、調査を円滑に実施するため、事前に関係団体等に説明し、協力を得るとともに、情報提供の可否、提供する情報内容については、提出先から同意を得ておく。なお、調査の際には、調査対象者となる住民や事業者等の負担等を十分に考慮する。
- 医療・介護関係者や住民に提供する情報の内容については、事前に関係団体等に事実関係の確認を求めるなど、地域の医療・介護の関係各者に内容を確認してもらうことが望ましい。
- 協議に参画する関係団体等が有する資源情報について、可能な限り情報提供を受けることが望ましい。
- 特に医療機関（歯科医療機関・薬局を含む）の情報については、位置等のみでなく機能情報も重要である。医療情報ネット※（ナビイ）等も活用しつつ、医療機能も把握することが重要である。
- 地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）の情報は、医療・介護関係者にとっては自らの事業を行う上で、住民にとっては地域で生活をしていく上での基本情報である。そのため、定期的に見直しを行いながら、マップやリスト等で情報提供を行う等、情報の使用目的を明確にした上で情報の整理方法や媒体を選択し、取りまとめる。

※ 医療情報ネット（ナビイ）は診療日や診療科目といった一般的な情報に加え、対応可能な疾患・治療内容、提供しているサービスなどさまざまな情報から、全国の医療機関を検索することができる。

システム

<https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

<目的>

- 在宅医療と介護の連携に関する地域の課題を抽出し、その対応策を検討すること。

<ポイント>

- データの活用にあたっては、下記の点に留意することが重要である。
 - 現状の把握（定量的な現状把握）で得られた情報は、視覚的に経時的な変化、地域間比較等の解釈ができるように整理する。
 - 現状の把握（定性的な現状把握）で得られた情報は、医療関係や介護関係者などの職種ごとにまとめたり課題を類型化したり等、医療・介護関係者と共有しやすくまとめる。
- 地域の医療・介護の関係団体等に参画を求め、地域の医療・介護の関係団体等と現状や課題、対応策、地域でめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）を共有する。
- 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催事務について委託することは差し支えないが、議題等、会議の開催前後に検討が必要となる事項については、市町村が主体的に課題や対応策の検討に取り組む必要がある。

<実施内容・実施方法>

- 将来の人口動態や地域特性に応じた在宅医療などのニーズの推計や課題の抽出を行い、医療計画や地域医療構想との整合に留意しつつ、これに対応する施策を立案する。なお、立案時には事業の評価・見直し時期も合わせて設定し、目標に向けた取組の評価・改善を行う。
- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策等の検討を行う。
- 検討された対応策の実施に係る市町村や郡市区医師会等関係団体等の役割や実施時期等の検討をする。

<留意事項>

- 会議の構成員については、地域の医療及び介護の関係団体、地域包括支援センター等に加え、地域の実情に応じて医療関係機関や介護事業所・施設等の参加を求めることが必要である。その他、議題等に応じて、都道府県、保健所、消防機関、地域住民等の関係

者の参加を求めることが望ましい。

- 多機能による協働や多職種連携を充実させるため、地域の医療・介護の関係団体等多機能・多職種が集い、情報共有や協議を行う場（や地域ケア会議等）の機能を確立させることが重要である。
- 必要に応じて、在宅医療や介護を提供している者等からヒアリングを行うことも考えられる。
- 検討する議題に応じて、在宅医療・介護連携に関する有識者、医療機関等の入退院支援の担当者、都道府県関係部局、保健所等の担当者等の参加を求めることが望ましい。
- 会議の進行等に当たっては、特定の関係者に発言が偏ることがないように、関係者の専門性の違い等に配慮しつつ広く関係者の発言を求める。
- 会議は定期的に開催すること。ただし、開催頻度は地域の実情に応じて決定することで差し支えない。なお、感染症の流行状況や医療・介護関係者の実態に合わせ、Web 会議等の実施も差し支えない。
- 医療・介護関係者が参画する会議については、地域の在宅医療・介護連携の課題とその対応策について検討することが主旨であるため、地域の実情に応じて既存の会議を活用することも差し支えない。例えば、地域ケア会議等についても、議題、出席者の職種、回数等が当該事業の主旨を満たすものであれば、活用を検討していただき差し支えない。ただし、その場合であっても、医療・介護関係者が参画する会議を開催する前に、市町村が課題の整理や対応策について検討することが必要である。
- 対応策等の検討結果に応じて、その他、必要な協議体の議題に繋げることも重要である。
- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口において受け付けた相談内容や地域の現状を踏まえて、必要に応じて市町村や関係者等と連携し、地域課題・必要な施策などを検討することが望ましい。
- かかりつけ医機能報告制度に係る協議の場等においても、必要に応じて連携し、実施することも重要である。なお、かかりつけ医機能報告制度については、「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」等を参照されたい。

【在宅医療・介護連携の推進に係る協議会の有効的な在り方の例】

STEP0： 自治体で実施している対策等の整理や現状分析を実施する。

STEP1： 相談事例や困難事例を収集する。

STEP2： 収集事例を分類する。

例)

テーマ	実体把握	普及啓発	連携強化	取組・検討
看取り		ACP の普及	緊急搬送に関する関係機関連携の推進	
災害			災害発生時の介護保険施設と医療機関	

出典：千葉県松戸市医師会

STEP3： 協議会での検討課題を抽出する。

STEP4： 当該課題の検討に必要な職種等を検討する。

STEP5： 課題検討等に関する協議会を開催する。

STEP6： 現状との差について検討し、対応策などを検討する。

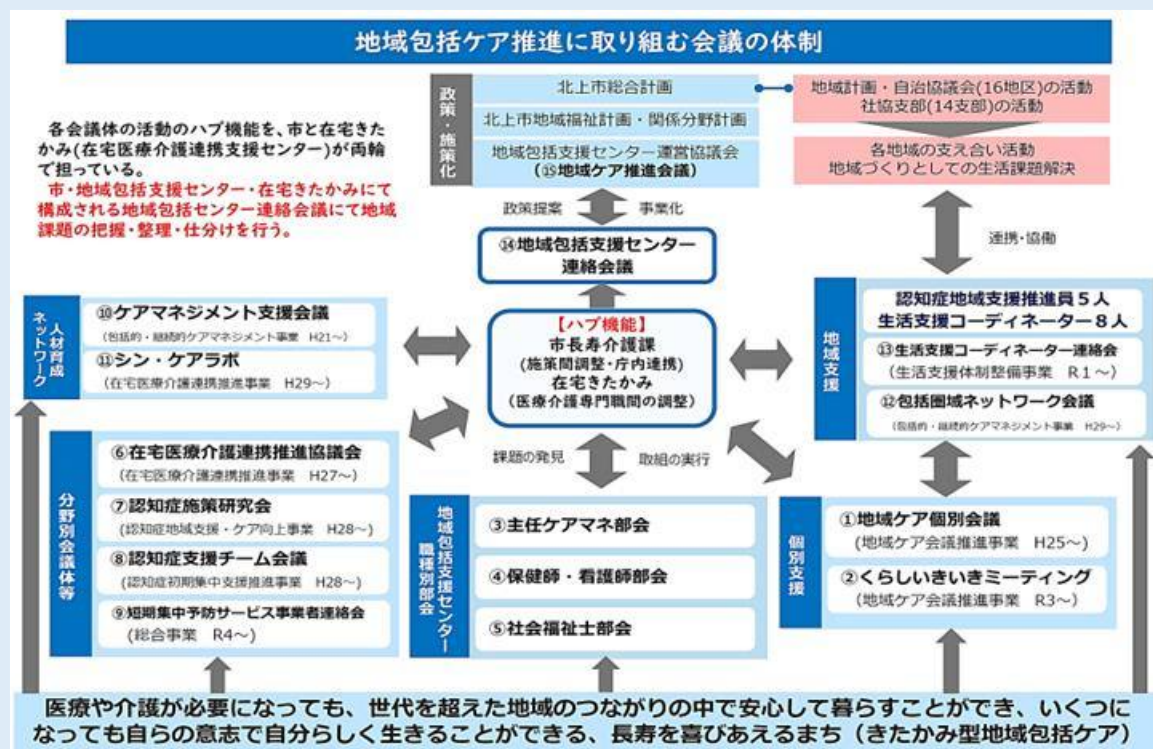
事例 岩手県北上市

地域ケア会議と連携した協議体の形成

<取組概要>

- 岩手県北上市においては、多様化・複雑化する福祉ニーズに対応するため、分野横断的な支援体制や地域の実情に応じた体制整備が課題となっており、市としては地域の医療・介護・保健・福祉に関わる多様な担い手の声を各分野の支援チーム（協議体）が把握し、地域課題の抽出を行う体制を推進している。
- また、抽出された地域課題に対し、地域包括支援センター運営協議会、在宅医療介護連携推進協議会、第1層協議体が連携し、各分野の機関・協議体間の連携・調整を行い、地域包括ケアシステム構築のための政策形成を推進している。
- こうした各協議体の活動のハブ機能を、北上市と在宅医療介護連携支援センター（在宅きたかみ）が担っており、市・地域包括支援センター・在宅きたかみにて構成される「地域包括センター連絡会議」にて地域課題の把握・整理・仕分けを行っている。

図 11 地域包括ケア推進に取り組む会議の体制



出典

https://www.city.kitakami.iwate.jp/material/files/group/18/plan_2024_2026.pdf

在宅医療介護連携推進協議会

- 在宅医療介護連携推進協議会は年3回開催している。構成員は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、療法士会、老人福祉施設連絡会、ケアマネジャー連絡協議会、病院、訪問看護事業所、地域包括支援センター、在宅医療介護連携支援センター、消防組合、市町村、県振興局・保健所、障がい福祉関係者である。地域ケア推進会議とも連携し、課題の対策の検討を実施している。
- 医療・介護及び行政関係者が、医療と介護の連携の課題の共有と新たな仕組みの構築を行う会議であり、情報収集から課題の抽出、対応策の検討を実施するとともに、多職種への事業計画の協議・承認の場としても機能している。具体的には、国や県の施策の共有、医療・介護関係者への調査結果の共有・検討、在宅医療・介護連携推進事業の取組の進捗管理等を実施している。
- 令和6年度から、高齢化が著しい障がい者ケアの観点から、障がい福祉関係者も構成員として加わった。

地域ケア会議（自立支援型マネジメント）

- 自立支援型の地域ケア会議として、多職種合同ケア会議「くらしいききミーティング」を開催し、生活環境の改善や社会参加等を含めて具体的な支援策について検討することで、地域全体のケアの質の向上を図っている。
- また、地域ケア会議の結果から抽出された地域課題を分類し、地域包括支援センター運営協議会で報告しており、地域課題の解決に向けた政策形成に取り組んでいる。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 地域の多様化・複雑化する医療・介護・福祉ニーズに対応するため、分野横断的な支援体制や地域の実情に応じた体制整備が課題となっている。

<実施の効果>

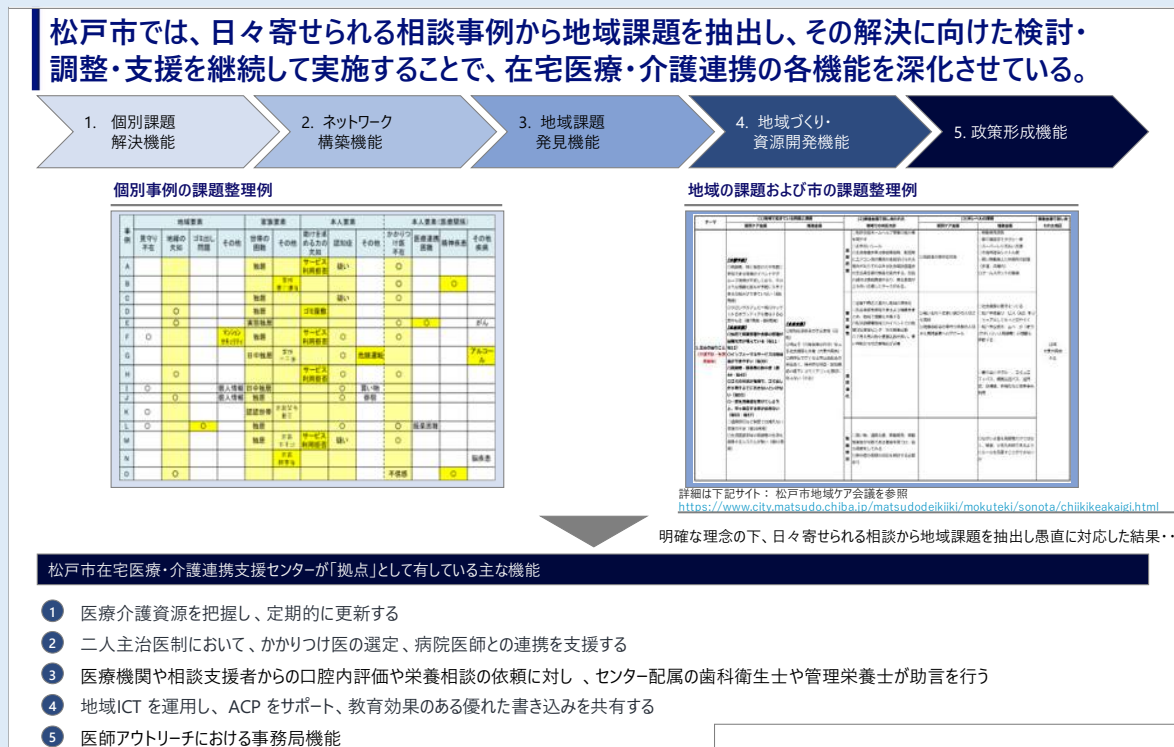
- 従来の縦割り組織では対処が困難であった重層的な課題や、制度の狭間に落ちていた地域課題に対応するため、市の体制（ストラクチャー）とその意思決定プロセスを有機的に整理・構築することで、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築が期待される。

相談事例の類型化、分析

<取組概要>

- 千葉県松戸市では、地域を「一つの病院」として捉え、地域の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって各機能を果たし、老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを推進している。
- 松戸市医師会に設置されている在宅ケア委員会には、医師会、歯科医師会、薬剤師会のほか松戸市の所掌関連 2 課やコーディネーターが参加しており、関係者間の調整機能、活動状況共有、議論検討等を行っている。
- 地域の医療・介護の専門職からコーディネーターに日々寄せられる相談事例については、コーディネーターが所属する松戸市在宅医療・介護連携支援センターに出務する医師（医師会長および在宅ケア委員会担当理事）が出席する週 1 回のカンファレンスで医師による助言を得た後、在宅ケア委員会や地域ケア会議において類型化や施策立案の議論を行っている。その際、相談事例の件数が量的に多い課題への対応のみならず、一つ一つの困難事例等を受け止め咀嚼し、関係機関や部署を繋いだ上で、解決へのアクションや新たな活動に繋げている。このように、地域における相談事例は「地域の実情や課題を早期に覚知するためのアンテナ」として捉えた上で施策立案等を進めている。
- このように在宅ケア委員会と同センターは、地域ケア会議の機能と同様に、個別相談に対応する「個別課題解決機能」の他、その相談事例を出発点として地域課題を発見・抽出し、地域づくり・資源開発や政策形成にまで至る機能を有する。このプロセスを愚直に繰り返すことで、同センターが地域の医療・介護連携の「拠点」としての機能が深化していき「在宅医療スタートアップ支援（p60）」や「地域サポート医による医師アウトリーチ支援（p62）」といった地域課題に即した施策形成への落とし込みに至っている。
- 松戸市では、市地域ケア会議の会長を在宅ケア委員会担当理事が担っており、地域ケア会議と在宅医療・介護連携に係る相談事例のそれぞれから抽出された地域課題を市地域ケア会議で共通認識としている。また、その上位会議である介護保険運営協議会の会長を医師会長が担っており、各職能団体・事業者団体や行政（障害分野等を含む）と解決策を一緒に検討し、介護保険事業計画や他団体の取り組みに反映させている。

図 12 松戸市における地域課題抽出プロセス



<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 地域の医療・介護の専門職や住民から日々寄せられる相談事例を機械的に集計し行政へ報告しているが、その後の類型化や地域課題の抽出に困難感がある。

<実施の効果>

- 相談対応事例を地域の実情や課題を早期に覚知するための情報源としてモニタリングし、これらの事例や相談内容から課題を抽出し関係者に対処策を検討することで、地域課題に即した行政施策への落とし込みが期待される。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築の推進

<目的>

医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が夜間・休日、容態急変時の対応等、切れ目なく提供される体制の構築を目指した取組を行うこと。

<ポイント>

- 当該事項については、地域の在宅医療と介護の資源状況等、地域の実情に応じた様々な取組が考えられるので、地域の医療・介護の資源の把握で得られた情報や在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討で実施した事項を踏まえ、地域で必要となる提供体制の構築に向けた検討を行い、地域の実情に応じた取組を行う。
- 高齢者施設等と医療機関の連携については、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等を踏まえて検討することが望ましい。

<実施内容・実施方法>

- 地域の医療・介護の提供状況について、市町村や郡市区等医師会等の関係団体が把握している既存情報や、地域の医療・介護の資源の把握で得られた情報等を活用して確認する。
- 地域の医療・介護関係者等の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。なお、必要な取組については、市町村等が、事前に把握した情報に基づき検討し、前述の会議等を利用して、更に地域の医療・介護関係者を集めて検討する。
- 市町村は、検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、高齢者施設と医療機関の連携の推進を含め、必要となる取組について検討する。

＜留意事項＞

- 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診等を行う医療機関の協力が求められることから、取組の検討・実施に当たっては関係団体等に委託することも可能である。
- 切れ目なく在宅医療と在宅介護を提供するための体制は、p36－37の取組例として考えられるため参考にされたい。ただし、必要な取組は、患者・利用者の状態や、その家族、介護者の状況、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、p36－37の取組例に限らず、地域の実情に応じて必要な体制を構築することが重要である。なお、検討した仕組みや取組が救急体制に関わる場合は、救急搬送を行う消防機関と情報共有を行うことも効果的である。あわせて、搬送手段として、医療機関が所有する病院救急車の活用について相談することも効果的である。
- 地域支援事業交付金の対象となる本事業項目の支出は、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築を推進する取組についての検討に係る費用が対象である。一方で、取組の一つに主治医・副主治医制が考えられるが、主治医・副主治医制の運営のための経費（医師への手当等）、夜間・休日に医療機関が診療体制を確保するための経費（医療機関の協力金等）は、在宅医療・介護連携推進事業に係る地域支援事業交付金の対象経費とならないので注意すること。（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日改正 老発0805第3号 令和6年8月5日）
- 令和6年度介護報酬改定及び診療報酬改定における、高齢者施設等と協力医療機関の連携強化の実施を踏まえて、高齢者施設と協力医療機関の連携の推進に係る取組の検討費用等も地域支援事業交付金の交付対象としている。例えば、高齢者施設と協力医療機関の連携状況の把握や課題解決に向けた対応について検討を行う会議等がある。

高齢者施設等と医療機関の連携の推進

<取組概要>

- 熊本県と玉名郡・玉名市が連携し、県事業である地域在宅医療サポート事業（医療計画上の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として地域医師会等を県が指定）と市町委託事業である在宅医療・介護連携推進事業を受託した玉名郡市医師会が一体的に事業を実施している。
- 在宅医療・介護連携推進事業における医療介護関係者の相談窓口は、高齢者施設等向けの窓口としての機能も果たすようにしている。高齢者施設等の嘱託医不在時に看取り対応のバックアップ体制を提供する等についても相談や支援を実施している。
- 高齢者施設も含めた在宅において看取り時等における主治医不在時対応は地域の有志の医師や訪問看護、介護支援専門員、薬剤師やその他多職種によって構成される「たまな在宅ネットワーク」にて対応を図っている。不在期間中の対応は手上げ方式等にて対応可能な医師等を募り、地域の多職種と共に支援を行っている。
- 協力医療機関が見つからない高齢者施設等に対する医療機関の紹介を実施している。地域の医療関係団体への協力依頼や、地域の中核病院であり在宅医療の後方支援機能を有する病院と高齢者施設等との契約締結、情報共有体制整備の支援を行っている。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 地域の在宅医療に関わる多職種や高齢者施設等と医療機関の連携が進まない。
- 高齢者施設等からの救急搬送が比較的多く、何か対応が必要
- 訪問診療医や訪問看護、協力医療機関が見つからない。

<実施の効果>

- 地域の在宅医療に関わる多職種や高齢者施設等と医療機関が密に連携可能となり、必要な際の相談がしやすくなる。
- 在宅患者や高齢者施設等の急変時対応・入退院支援などの情報連携が円滑化する。

図 13 玉名市における事例

【事例】 限られた人材で在宅医療・介護の体制整備＜熊本県玉名市・玉東町・和水町・南関町・長州町＞

「人口が減少する地域では、資源を増やすことは、かなり難しい」…これは、医療・介護に係る全ての職種での共通課題であった。そのため、「一人でも多くの方に、一日でも長く「わが家」での生活を続けるために、『だれもが気負わず関われる在宅医療』の実現を目指す取組を開始した。

＜たまな在宅ネットワーク＞
医師会に、選任のコーディネーターを配置し、以下の取組を実施

①医師不在時補完システム
主治医だけでなく他の医師も連携し、在宅生活を支える仕組みを構築。
主治医不在時に対応が必要になった場合は、出来る範囲で対応可能な医師が対応。これにより、医師の在宅医療に参加するハードルを低下。
→ ネットワーク加入の医療機関が6から36に増加。

②在宅医療資源紹介・仲介システム
在宅医療を希望する患者がいる場合に、在宅医療を支えるチームをつくるシステムを構築。地域の医師、訪問看護、介護支援専門員、ヘルパー、薬剤師等の手上げを受け、患者へ紹介しつながりを支援。

③多職種が情報共有・学びあえる場の設定
定例カンファレンスを開催し、「多職種を知る、一緒に向き合える、想いを共にする、共に成長する在宅医療ネットワーク」を強化

＜平成 30 年度厚生労働省在宅医療・介護連携推進支援事業＞
発表資料掲載先 URL: <https://www.jmar-form.jp/data/hc-fukuoka-tamana.pdf>

たまな在宅ネットワーク構成図

図 14 地域在宅医療サポートセンターについて

在宅医療サポートセンターの概要

背景・趣旨

- 高齢化の進展や地域医療構想の推進に伴う訪問診療等の在宅医療ニーズの増加
- 住み慣れた地域で人生の最期まで、自分らしく安心して暮らし続けることができる地域づくり
- 県内全域での在宅医療の取組みの推進

在宅医療サポートセンターとは

- 必要な医療の提供体制づくり、マッチング、医療機関の連携促進、関係専門職の人材育成、県民への普及啓発等を行う、在宅医療のサポート機関

県センター：熊本県医師会を指定
地域センター：自ら医療機関として在宅医療を提供する医療機関や複数の医療機関グループを指定

地域在宅医療サポートセンター

各圏域内の地域特性に応じ、日常の療養支援や急変時対応等の在宅医療を推進

(ア)在宅医療の取組みの充実
☆急変時対応 ☆入退院支援
☆日常の療養支援 ☆看取り

(イ)地域における在宅医療の普及促進
☆訪問診療等の実施機関増に向けた取組み ☆普及啓発
☆地域在宅医療サポートセンター連絡会の開催

(ウ)その他
☆災害、感染症等の発生に備えた取組み
☆地域の関係団体との連携に向けた取組み
☆その他、在宅医療の充実に資する地域独自の取組み

【地域在宅医療サポートセンターの指定先】

県在宅医療サポートセンター

各地域在宅医療サポートセンターと連携した全県的な施策を推進（人材育成、普及啓発等）

- ☆地域在宅医療サポートセンター連絡会議の開催
- ☆医師等の人材育成
- ☆多職種及び市町村職員等向け研修・優良事業所の顕彰
- ☆在宅医療の普及啓発
- ☆熊本県在宅医療連合会（H30.3設置、29団体で構成）の運営
※関係機関等の共通認識のもと人材育成、普及啓発等の在宅医療を育む取組みを推進
- ☆その他、在宅医療の充実に資する取組み（災害、感染症等の発生に備えた取組み等）

※厚生労働省「在宅医療の体制構築に係る指針」における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として、本県では「地域在宅医療サポートセンター」及び連携先の医療機関等を位置づけている。

圏域名	指定先機関名
熊本・上益城	①熊本市医師会 ②上益城郡医師会
宇城	③宇城総合病院
有明	④玉名郡市医師会 ⑤荒尾市医師会
鹿本	⑥鹿本医師会
菊池	⑦菊池郡市医師会
阿蘇	⑧小国郷医療福祉あんしんネットワーク ⑨阿蘇立野病院 ⑩阿蘇医療センター
八代	⑪八代市医師会 ⑫八代北部地域医療センター
水俣・芦北	⑬水俣市芦北郡医師会
球磨	⑭人吉医療センター ⑮公立多良木病院
天草	⑯天草地域医療センター ⑰上天草総合病院 ⑱河浦病院

(参考) 切れ目のない在宅医療と介護が提供される体制の構築推進に向けた取組例

例 1) 主治医・副主治医制の導入による体制の構築

- ① 切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、主治医・副主治医制の導入の検討について、郡市区等医師会に説明し、検討について協力を得られるよう働きかける。
- ② 導入についての検討後、市町村及び郡市区等医師会の協働の呼びかけにより、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関が参画する会議を設け、郡市区等医師会の先導の下、主治医・副主治医制の導入に係る以下の事項等について検討する。
 - ・ 賛同する医療機関の対応可能な曜日・時間帯・疾患等を考慮した副主治医の決定方法及び対応順の決定方法について
 - ・ 患者情報及び緊急時の対応について、主治医・副主治医で共有するためのカンファレンスの開催について
 - ・ 介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法について※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、患者・利用者及び家族に主治医・副主治医制について説明し、同意を得た上で、副主治医への連絡方法等について説明する。また、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護支援専門員等の介護関係者とも共有する。

例 2) 在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保

- ① 切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保体制の導入の検討について、郡市区等医師会に説明し、検討についての協力を得られるよう働きかける。
- ② 導入についての検討後、市町村及び郡市区等医師会の共同の呼びかけにより、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関が参画する会議を設け、郡市区等医師会の先導の下、急変時診療医療機関の確保の導入に係る以下の事項等について検討する。
 - ・ 緊急時の診療希望患者の登録方法や、主治医と急変時診療医療機関との連絡方法、診療希望患者についての事前の情報共有の方法等の運用や書式について
 - ・ 地域の病院・診療所等の医療関係者等及び介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法について※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、患者・利用者及び家族に急変時の診療医療機関の確保について説明し、同意を得た上で、急変時診療医療機関への連絡方法等について説明する。また、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護事業所等の介護関係者とも共有する。

例 3) 訪問診療・往診を提供する医療機関と訪問看護事業所との連携体制の構築

- ① 切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、訪問診療・往診を提供する医療機関と訪問看護事業所との連携体制について、郡市区等医師会に説明し、検討について協力を得られるよう働きかける。
- ② 導入についての検討後、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関及び訪問看護事業所が参画する会議を設け、連携体制の構築に向け、以下の事項等について検討する。
 - ・ 訪問診療・往診を提供する医療機関と訪問看護事業所の連携により対応する患者情報の共有方法について
 - ・ 夜間・休日及び容態急変時等の対応について
 - ・ 介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法について※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、訪問看護事業所との連携体制について説明し、同意を得た上で、夜間休日等における連絡方法等について説明する。ま

た、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護支援専門員等の介護関係者とも共有する。

Do（実行）イ 対応策の実施

（ア）在宅医療・介護連携に関する相談支援

<目的>

- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置し、在宅医療・介護の連携を支援する人材（コーディネーター）を配置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援すること。

<ポイント>

- 介護関係者からの相談については、既存の地域包括支援センターの役割を前提として、当該地域包括支援センターとの連携により対応することが望ましい。また、地域住民からの相談等は、原則として、引き続き地域包括支援センターが受け付けることとするが、地域の実情に応じて、直接、地域住民に対応することも差し支えない。
- 既に在宅医療・介護連携を支援する機能が設けられている場合には、既存の組織等を活用して差し支えない。ただし、相談対応の窓口やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等の名称を設定し、連絡先と合わせて関係者等に周知する。
- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口は、受け付けた相談内容や地域の在宅医療・介護連携に関する現状についての情報共有等、市町村及び地域包括支援センターと緊密な連携を図る。

<実施内容・実施方法>

- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営に当たっては、郡市区医師会等の医療・介護等の職能団体（事業者団体）等との連携体制を確保するとともに、コーディネーターを配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等の機能を確保することが必要である。
- 配置する人材（コーディネーター）は、看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、介護支援専門員資格を持つ者など介護に関する知識も有し、実務経験がある者が望ましい。このような人材を配置することが難しい場合等においては、

相談の対応について郡市区医師会等と連携しながら対応する体制も考えられる。詳細は、「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―」令和6年度老人保健健康増進等事業（株式会社野村総合研究所）を参照されたい。

- 地域の医療・介護関係者等に対して、窓口の連絡先、対応可能な時間帯等を周知する。なお、医療関係者への周知には郡市区医師会等、介護関係者への周知には地域包括支援センター等の協力を得ることが望ましい。
- 相談窓口において、受け付けた相談内容や地域の現状についての情報共有等を行い、市町村及び地域包括支援センターと緊密な連携を図る。なお、相談窓口が対応する区域に所在する、全ての地域包括支援センターと連携を図ることが重要である。
- 受け付けた相談内容や地域の現状を踏まえて、必要に応じて市町村や関係者等と連携し、地域課題・必要な施策などを検討することが望ましい。相談事項の活用方法等は「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―」令和6年度老人保健健康増進等事業（株式会社野村総合研究所）も参照されたい。
- 必要に応じて、地域の在宅医療・介護関係者の連携を支援する相談会の開催や退院の際の医療と介護の連携の調整、患者、利用者等の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。

<留意事項>

- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置・運営は、市町村や地域包括支援センターが実施する以外に、医療に関する専門的知識と地域の在宅医療関係者との関係を有する郡市区医師会等に委託することが考えられる。なお、地域の実情に応じて、地域の医療機関等や医療関連団体に委託することでも差し支えないが、運営の公平性に留意する。
- 市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、都道府県（保健所等を含む）と必要に応じ協議の上、複数の市町村による広域での設置や、コーディネーターを専従としない等の柔軟な対応も可能である。
- コーディネーターは、市町村等が実施する地域の課題を扱う会議等や地域包括ケアに関連する会議に出席し、在宅医療・介護連携の観点から助言や情報提供を行うなど、地域の様々な在宅医療・介護連携を推進する取組に積極的に関与し、地域の医療・介護関係者との緊密な関係の構築に取り組むことが重要である。
- 相談対応で情報提供する可能性のある医療機関等や介護サービス事業所等の情報、医療

と介護の連携に関する情報等は地域の医療・介護の資源の把握の結果等を参考にする。

なお、医療機関等の情報提供についての可否は、事前に確認しておくことが必要である。

- 高齢者施設等の医療・介護関係者からの相談対応においても、地域の実情や必要性に応じて対応されたい。
- コーディネーターについては、都道府県が地域医療介護総合確保基金等を活用して、その育成に取り組んでいる場合があるので役割分担等について検討し、確保・育成することが重要である。

（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（以下「コーディネーター」という。）」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。

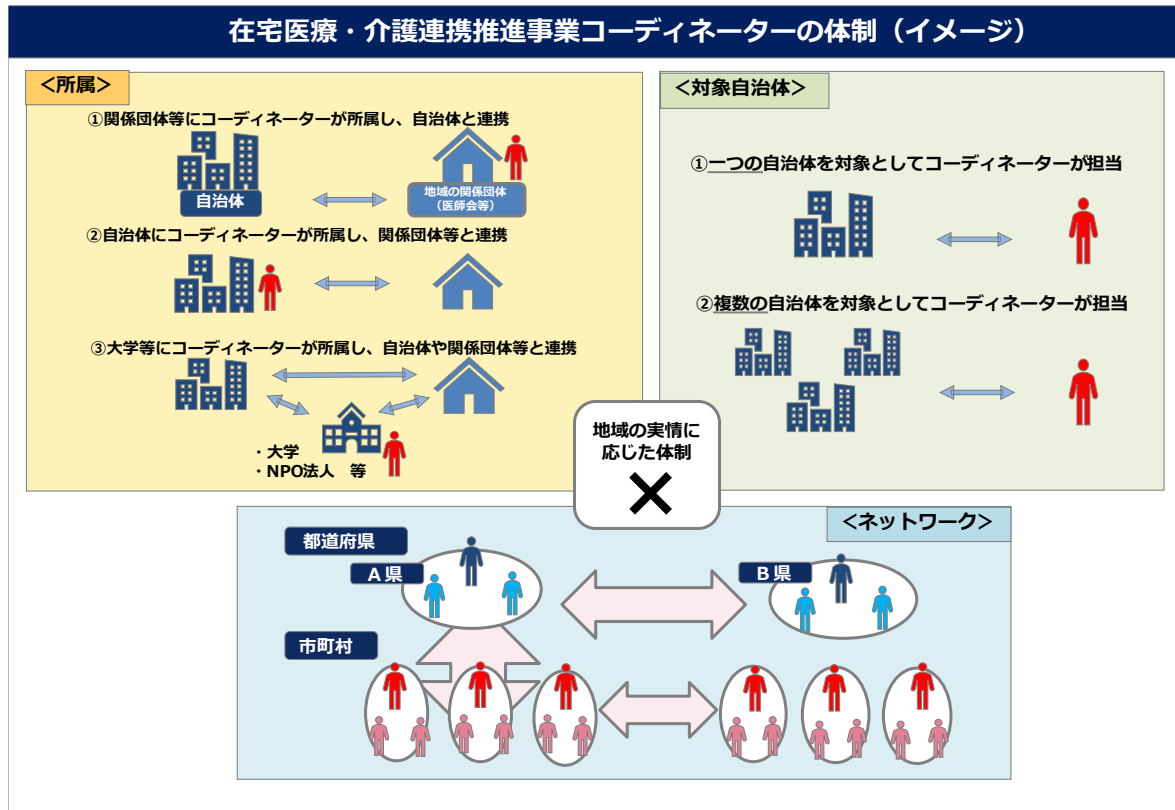
（コーディネーターに期待される役割）

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。

図 15 コーディネーターの体制（イメージ）



(イ) 地域住民への普及啓発

<目的>

- 地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係職種の連携だけでなく、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要である。また、地域住民が人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅での看取り等について理解することも、適切な在宅療養を継続するために重要であるため、これらの理解を促進する。

<ポイント>

- 普及啓発に当たっては、市町村以外の関係団体・関係機関等による既存の講演会等を把握した上で、可能な限りこれらの取組を活用する等、本手引きの「第3章 事業における留意事項」を参考に、市町村による新たな取組の必要性について判断すること。

<実施内容・実施方法>

- 普及啓発に係る既存の講演会等の内容・頻度等を確認し、新たな普及啓発の必要性について検討した上で、地域住民向けの普及啓発の内容、目標等を含む実施計画案を作成する。
- 在宅医療や介護で受けられるサービス内容や利用方法等について、計画に基づき講演会やシンポジウム等を開催する。また、在宅医療、介護で受けられるサービス内容や、利用方法等について地域住民向けのパンフレット、リーフレット等を作成し、配布するとともに、市町村等のホームページ等で公表する。
- 作成したパンフレット、リーフレット等は医療や介護の関係機関等にも配布する。

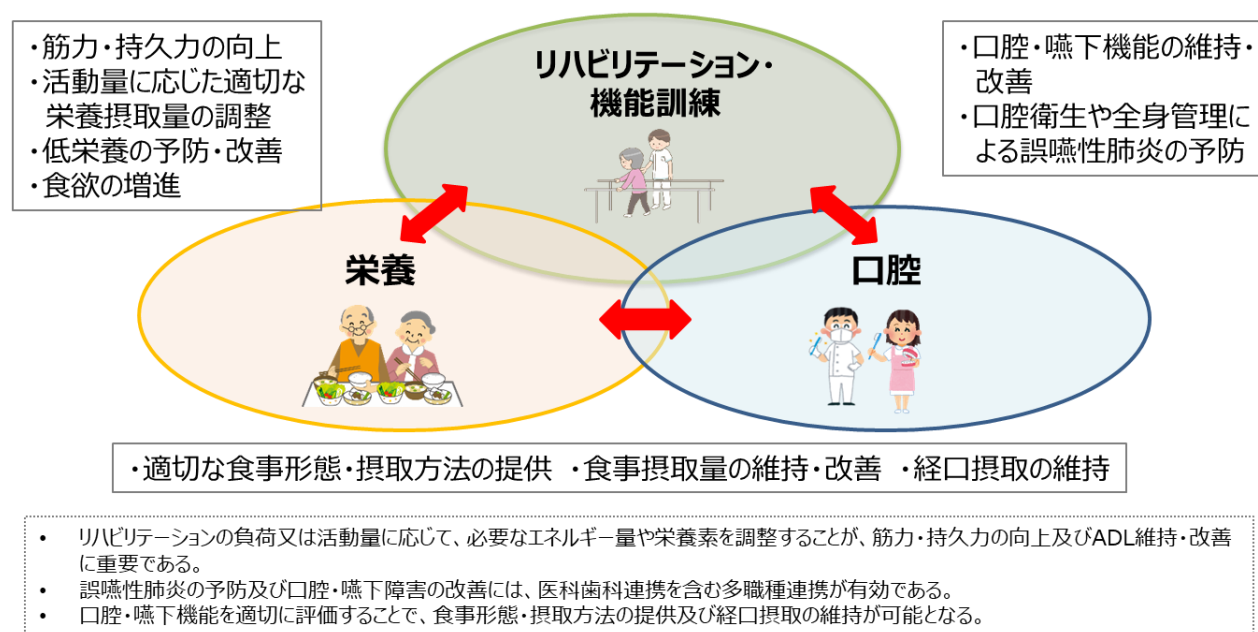
<留意事項>

- 地域住民向けの講演会は、例えば、在宅医療や介護で受けられるサービス内容や利用方法等について分かりやすく解説するなどの内容を工夫する。
- 人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅での看取りの他、高齢者虐待の未然防止や早期発見の観点から、高齢者虐待に対する地域住民の理解を深めるような内容や、感染症の発生時対応や災害時対応等について平時から理解を深めるような内容や、リハビリテーション、栄養、口腔の一体的実施の取組※について理解を深めるような内容を検討することも考えられる。

- 地域特有の情報発信ツールを活用するなど、地域の実情に応じた方法で理解を促進することが望ましい。
- 老人クラブ、町内会等の会合、医療機関、介護事業所等へ出向いての小規模な講演会や地域包括支援センター単位での講座等も効果的である。
- 地域包括支援センター、社会福祉協議会や市町村の生涯学習担当等が実施している講演会等、既に行われている場合、連携して企画・運営、実施することも考えられる。
- 講演会等の実施の際は、地域住民からの質疑等に対応できるよう、可能であれば、行政関係者だけでなく医療・介護関係者も一緒に実施することが効果的である。

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

図 16 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携



(ウ) 医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得等のための研修などの地域の実情に応じた医療・介護関係者の支援

<目的>

- 地域の医療・介護関係者の情報共有を支援するツールを整備する、多職種でのグループワーク等の協働・連携に関する研修を行うことにより、地域の医療・介護関係者との協働・連携を深める。

<実施事項>

(1) 医療・介護関係者の情報共有の支援

【情報共有ツールの確認・作成】

- 医療・介護関係者間で共有すべき情報には、具体的には、図 17 のような内容が考えられる。なお、医療・介護関係者間で、患者・利用者とその家族が、どのような療養生活を希望しているのかについて、まず、共通認識を得ることが重要である。
- 医療・介護関係者間で共有すべき情報を検討する際には、迅速かつ適切な対応が可能になるよう、高齢者虐待の未然防止や早期発見の観点からも検討することが重要である。
- 作成した情報共有ツールの成果物だけを関係者に周知するのではなく、情報共有ツールの目的や使用方法についても併せて、情報提供することが必要である。

【情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握】

- 情報共有ツールの活用状況を把握する方法として、例えば、利用している医療機関等及び介護事業所の数（人数、事業所数など）を集計する等、可能な限り利用状況を数値化することが重要である（数値化することで、使用状況の評価や改善が容易となる）。
- ICT を活用した情報共有ツールの導入を検討する際には、ICT 導入や活用による効果、その地域の多くの医療・介護関係者にとって実際に使いやすいツールであるか等について慎重に検討する。さらに、ICT 導入後、継続させていくためには、定期的に活用状況をモニタリングし、多くの医療・介護関係者間で活用・参加できるような取組（啓発や研修会等）が重要である。
- なお、情報共有の支援については、情報共有の方法やツール等を検討する際の会議、情報共有ツールの使用方法等の説明会の開催、情報共有の使用状況の把握と改善の検討に係る費用を想定しており、情報共有のための PC やモバイル機器等の購入費用、システ

ム使用料や保守点検料等のいわゆるランニングコストについては、在宅医療・介護連携推進事業に係る地域支援事業交付金の対象にならないので注意すること。（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 日改正 老発 0805 第 3 号 令和 6 年 8 月 5 日）

- 情報共有ツールに記載された利用者の個人情報の取扱いには、十分な注意が必要である旨を周知する。また、職場外での業務に係る個人情報の持ち出し等についても十分な注意が必要である。

図 17 医療・介護関係者間で共有すべき情報の例

- ✓ 主治医や担当の介護支援専門員に関する情報（氏名・連絡先）
- ✓ 患者・利用者とその家族の今後の療養や生活についての希望
- ✓ 介護提供時等に得られた患者・利用者の状況や体調の変化、服薬状況
- ✓ 患者・利用者の食事摂取状況、排泄状況等の ADL
- ✓ 患者・利用者の家屋の状況
- ✓ 家族による介護の対応可能性
- ✓ 患者・利用者の疾病、使用薬剤等に関する情報
- ✓ 患者・利用者とその家族への病状の説明内容と受け止め方
- ✓ 予測される体調の変化及び対応方法、急変時に対応する医療機関（医療機関が決まっている場合）、急変時の医療処置等に関する希望（希望が明確になっている場合）
- ✓ 在宅療養における注意点
- ✓ 在宅生活支援や介護の際の留意点
- ✓ 人生の最終段階における医療・ケアの方針 等

(2)地域の医療・介護関係者に対する研修

- 目的にあわせた研修方法や講師を選択する。その際、他事業で実施されている研修も確認して整理し、効率的な運用を図る。なお、市町村や医療・介護関係団体が既存で実施している研修の整理は研修実施までの過程であることから、整理だけでは事業を実施しているとはみなされないことに留意されたい。
- 広域で理解を深めることが効果的な場合は、都道府県（保健所を含む）や都道府県の医療・介護の関係団体、近隣の市町村等とも連携し、研修を実施する等も検討されたい。

図 18 研修実施上の留意点

＜研修を実施する上で検討する主な内容＞

- ・ 以下を検討し、研修の目的達成のために適切な手法を選択する。
現在の課題／研修の目的／研修の対象／期待する成果は何か 等
- ・ これらを実現するために、適切な研修方法を検討
(例) 講義、グループディスカッション、同行研修等
- ・ その他にも研修の実施者や予算等も検討する。

- 最近の動向に注視した内容や地域の実情に応じた課題解決のための研修企画を立案する。
- 人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅での看取りの他、高齢者虐待の未然防止や早期発見の観点から、高齢者虐待に対する地域住民の理解を深めるような内容や、感染症の発生時対応や災害時対応等について平時から理解を深めるような内容や、リハビリテーション、栄養、口腔の一体的実施の取組について理解を深めるような内容を検討することも考えられる。
- 医療と介護の関係者の他職種連携も必要ではあるが、同じ職種同士の理解や問題意識の共有も重要である。

図 19 研修の参考例

例	内容等	方法等
1. 地域の医療・介護関係者に対する研修	医療の関係者に対する介護の知識を獲得や介護の関係者に対する医療の知識を獲得のための研修	・講義 ・医療機関や介護事業所の見学 ・同行訪問 等
2. 多職種連携が必要な事例検討による研修	具体的な事例をもとに、多職種で検討を行う研修	・グループワーク ・講義

Check(評価)・Act(改善) ウ 対応策の評価の実施、改善の実施

<目的>

- 施策立案時に設定した項目をもとに取組の評価を行い、評価後の課題の抽出・改善策の検討を通じて、地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）に近づける。

<ポイント>

- 設定された指標で評価（Check）し、地域の医療・介護関係者が集まる会議へ定期的に提示、報告し、取組内容の改善を図ることが重要である。

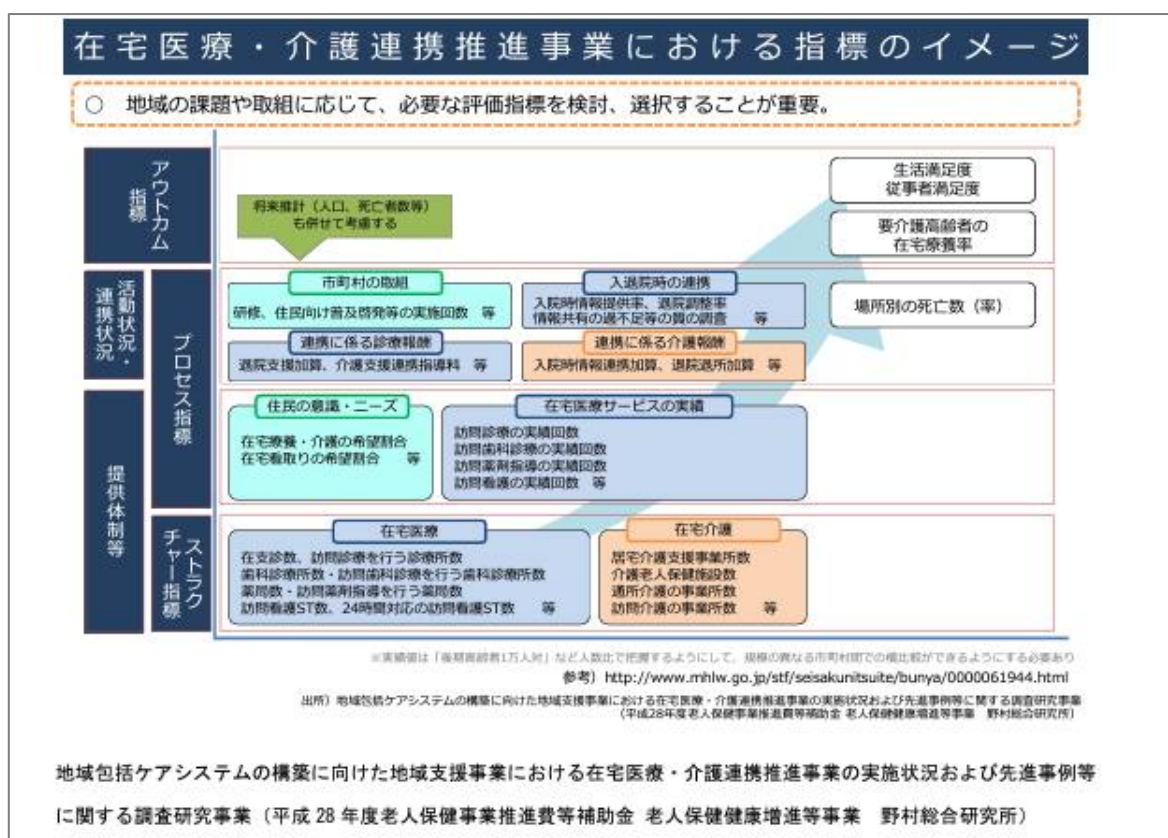
<実施内容・実施方法>

- 設定した評価指標に基づいて、データを収集し、実施した対応策について評価を行う。
- 評価結果を踏まえ、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等について、地域包括ケアシステムの実現に向け、改善のための検討を行う。

<留意事項>

- 在宅医療・介護連携の取組における指標については、市町村における課題や取組内容、医療・介護の連携の場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）や認知症の対応、感染症発生時及び災害時対応等の局面に応じて必要な指標を検討、選択することが重要である。
- 設定する指標は大きく2つの目的があり、1つは、「地域の課題の分析や事業の進捗状況を確認するための指標」であり、もう1つは、「在宅医療・介護連携推進事業を進めた結果、どれだけ目標に迫ったかを示すための指標」に大別される。本事業における指標のイメージは「地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業」（平成28年度老人保健健康増進等事業）報告書に、下記の図3のように考え方が示されている。なお指標の策定方法や指標例については、本手引きの以降の記載及び「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」令和6年度老人保健健康増進等事業（株式会社日本能率協会総合研究所）等に詳細を記載しているため、参考とされたい。

図 20 在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ



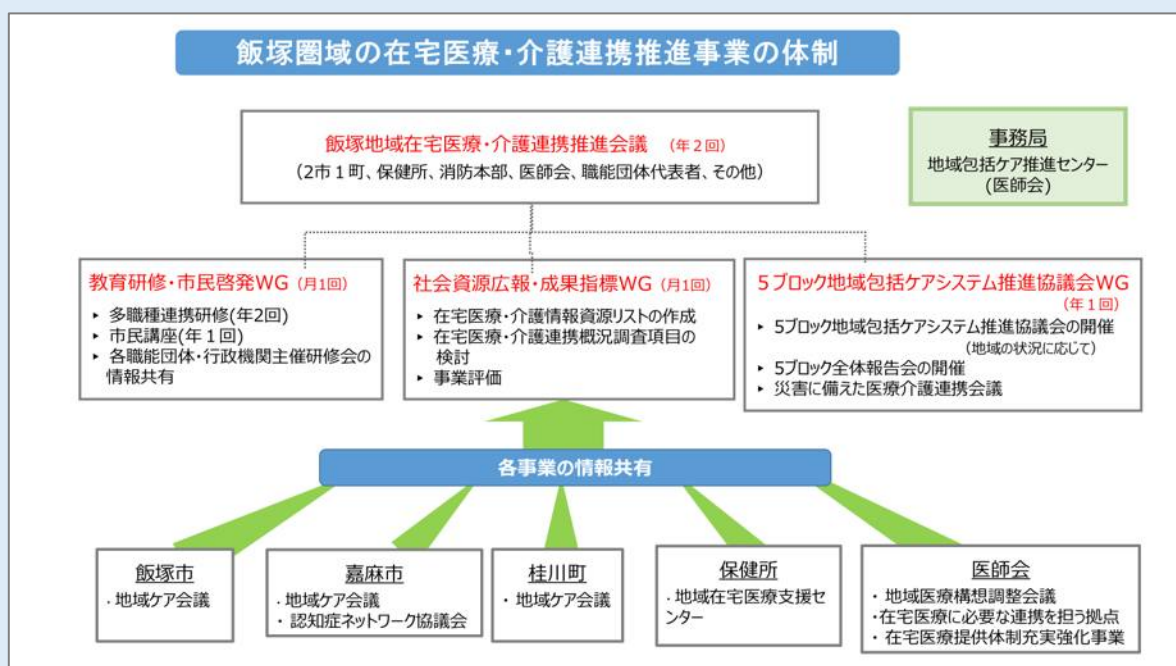
事例 福岡県飯塚圏域(飯塚市・嘉麻市・桂川町)

評価指標の策定

<取組概要>

- 福岡県の飯塚医療圏を構成する飯塚市・嘉麻市・桂川町は、2市1町を管轄する飯塚医師会に在宅医療・介護連携推進事業を委託し、多職種協働で在宅医療・介護連携推進会議、教育研修・住民啓発WG、社会資源広報・成果指標WG、5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会WG、多職種連携研修会、住民啓発等を実施している。

図 21 飯塚圏域の在宅医療・介護連携推進事業の体制

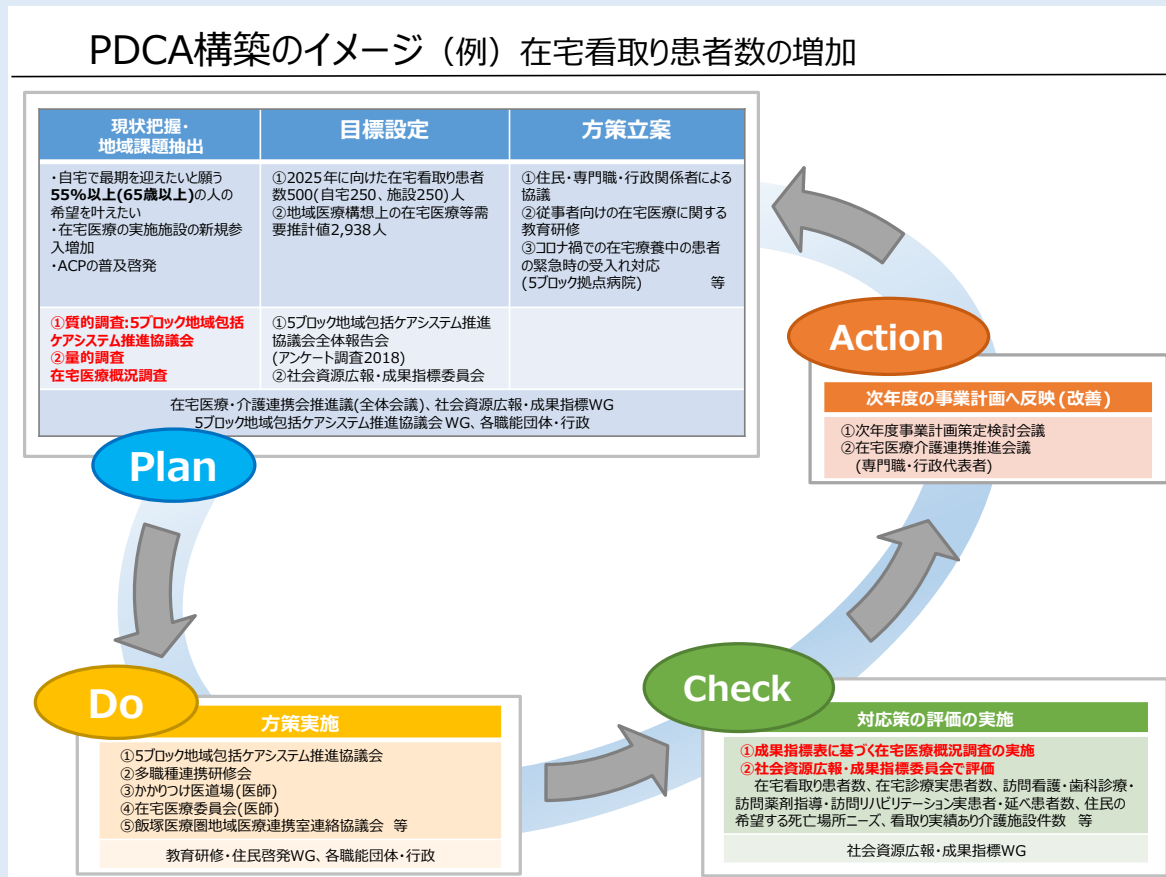


- これまでの取組により関係者間で顔の見える関係が構築され、個別ケース支援や各種事業において密な連携が図られてきた結果、在宅看取り率（特に在宅看取り率）の大幅な向上など成果が出ている。5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会では、8つの医療介護連携拠点病院が中心となり、地域の特性に応じた取組を展開してきたが、従前より飯塚医療圏には以下の地域課題があった。

- 医療・介護連携推進を行う機関・団体が存在しない
- 医療・介護従事者同士の交流機会が少ない
- リソースは決して少なくないが、それぞれが自分の地域のリソースを把握していない
- ケアマネジャーと医療職との連携不足
- 24時間体制の在宅療養支援診療所・病院や訪問看護事業所の実態が不明瞭
- 自宅死の割合が低い
- 救急救命センターへ施設入所中の高齢者の搬送が多い

- こうした地域課題は、PDCA サイクルに沿ったプロセスのもと、各種協議体がそれぞれの役割・機能を持ちつつ有機的に連携することで、地域解決を図っている。

図 22 PDCA サイクル構築のイメージ<福岡県飯塚圏域(飯塚市・嘉麻市・桂川町)>



(1) Plan

- 在宅医療・介護連携会議(全体会議)や5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会WG等の協議体において、現状把握や地域課題を抽出した上で、定量的な数値目標を設定し、それを実現するための方策を立案する。

(2) Do

- 立案された方策に基づき、5地域課題に対応すべくルールや仕組みづくりを目的とした各種会議・WGや多職種連携研修会等において、方策を実施する。

(3) Check

- 実施された対応策について、成果指標表に基づく在宅医療概況調査を実施するとともに、社会資源広報・成果指標委員会において評価を実施する(在宅看取り患者数、在宅診療実患者数、訪問看護・歯科診療・訪問薬剤指導・訪問リハビリテーション実患者・延べ患者数、住民の希望する死亡場所ニーズ、看取り実績あり介護施設件数等)。

(4) Action

- 次年度事業計画策定検討会議や在宅医療介護連携会議において検討した上で、次年度の事業計画へ反映している。

図 23 評価指標の策定

地域課題への方策と評価指標			
	抽出された地域課題	方 策	評価指標
①在宅医療の強化	・在宅看取りの推進 約55%の住民(65歳以上)の自宅で最期を迎えたいという願いを叶える	かかりつけ医実践道場(在宅医療研修) 多職種連携研修会 在宅医療推進委員会	在宅看取り患者数、在宅診療実患者数、訪問看護・歯科診療・訪問薬剤指導・訪問リハビリテーション実患者・延べ患者数、住民の希望する死亡場所ニーズ
	・在宅医療の新規参入者への支援 ・在宅医の技術向上	かかりつけ医実践道場(在宅医療研修)	在宅診療実績あり施設件数 かかりつけ医道場(在宅医療技術研修)への参加者数
	・住民、専門職双方のACP理解の普及啓発	ACP住民サポーター養成講座 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会	住民のACP認知度 住民の死亡場所のニーズ
②入退院支援の強化	・(高度)急性期からの円滑な退院支援 ・地域に開かれた回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の有効活用	5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 地域医療連携室連絡協議会	退院患者に占める入退院支援加算・退院時共同指導料算定(件数)率、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の病床利用率
	・コロナ禍での在宅療養中患者の緊急時の入院対応/5ブロック拠点病院での受入れ増加	地域医療連携室連絡協議会 救急医療委員会	拠点病院への救急車搬送受け入れ件数、地域包括ケア病棟・病床の病床利用率
③医療・介護連携の強化	・介護施設での看取りが出来る施設の増加	介護福祉施設への看取りの実態調査	看取り実績あり施設件数、福祉施設からの救急車搬送件数
	・病院と介護施設との連携強化 介護施設が病院との連携をやりやすくする	5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会	回復期の病床利用率、介護連携支援等指導料、入院時情報連携加算、退院・退所加算、社会参加支援加算
	・災害に備えた医療介護連携体制の構築 災害時における要介護者の受入れ支援	災害時の拠点病院での医療依存度の高い患者受入れ支援体制づくり 災害に備えた医療介護連携会議	システム利用件数、受入参加登録機関数、相談件数
④多職種連携の強化	・各職種の新人(3年未満)・中途採用者が他職種の役割を説明できるようになる ・ノンテクニカルスキルの向上	多職種連携研修会	多職種連携研修会参加者数
	・介護支援専門員と多職種連携との連携強化、 管理栄養士の 地域連携	5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会 管理栄養士への在宅訪問の実態調査	居宅療養管理指導料算定件数 介護支援専門員がターミナル患者への対応で連携した各職種別件数 等
	・ICTを活用した連携の仕組み作りの検討	空床情報共有システムの導入	登録者数、相談にかかる所要時間
⑤住民の満足度	・65歳以上の転出数を減らす ・自分の住んでいる市町村を周囲に勧めたい人を増やす	住民向け公開講座	65歳以上の人口の転入・転出数 住民の満足度(周囲にすすめたいか)

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 在宅医療・介護連携推進事業において、地域課題を解決するためのプロセス(PDCA サイクル)や検討・実施体制(ストラクチャー)が定まっておらず、場当たり的な対応に終始している。
- 毎年度、同じ仕様書が踏襲され漫然と事業が行われているが、年度末の事業評価を行っておらず次年度に向けた改善もなされていない。またそもそも評価するための指標が策定されていない。

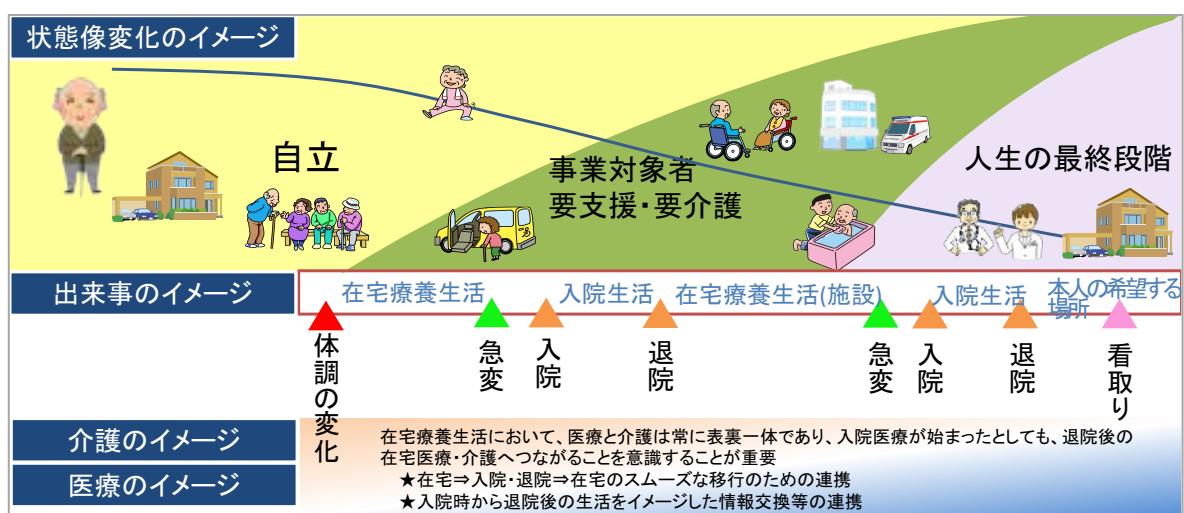
<実施の効果>

- 地域課題を解決するためのプロセスとストラクチャーを整理し、体系化された形で事業を実施することで、地域に顕在または潜在する課題一つ一つを漸進的に解決していくことが期待される。
- 地域課題を解決するためのプロセスとストラクチャーを整理することで、全体像の中でその協議体がどのような位置付けにあり、どのような機能が発揮されるかが明確化されるとともに、課題解決が進まない場合には、どのプロセス(ストラクチャー)が障壁となっているかが特定されやすく漸進的な改善が期待できる。

3. 場面毎の検討

- 人生において常に健康状態は変化するが、特に、高齢期になると、加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活において、医療や介護が必要となることや、容態が急変して入院することもある。また、退院後は在宅医療や介護が必要となる場合や、あるいは在宅療養中に容態が急変し、看取りに至ることも想定される。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に支援していく必要がある。

図 24 状態像変化・出来事・介護・医療のイメージ



- 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、医療と介護が主に共通する4つの場面（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。在宅医療・介護連携推進事業においては入院支援も含めて入退院支援を実施することとしており、（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）としている。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。
- なお、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ており、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とも連携を図ることが重要であるとしている。
- 都道府県が主体的に実施する「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村が主体的に実施する在宅医療・介護連携推進事業は、実施事項を整理し、互いの役割を明確にした上で実施することが重要である。

- 在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療に必要な連携を担う拠点においては、都道府県が活用可能な地域医療介護総合確保基金（医療分及び介護分）、市町村が活用可能な地域支援事業交付金等を効果的に活用し、実施することが可能である。
- 「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）も参照されたい。

図 25 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携



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

- （例1）二次医療圏を超える退院支援や急変時対応や災害対応等について「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、課題や取組について検討・実施する。
- （例2）高齢化する障害福祉サービスの利用者について、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、課題や取組について検討・実施する。

事例 新潟県新潟市

在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する事例

<取組概要>

- 新潟市では地域の実情を踏まえた在宅医療・介護の連携推進のため、①市医師会に地域医療推進室を設置し、「新潟市在宅医療・介護連携センター（以下、連携センター）」（介護保険法地域支援事業を踏まえて設置）と「新潟市医師会在宅医療推進センター（以下、推進センター）」（地域医療介護総合確保基金により設置・運営）を一体的に運営、また②市内 11 の医療機関に設置された「在宅医療・介護連携ステーション（以下、連携ステーション）」（介護保険法地域支援事業を踏まえて設置）と共に、市担当課と連携して在宅医療・介護連携推進に取り組んでいる。
- 連携センターは、各区の連携ステーションのまとめ役と市内全域を対象とした事業を実施し、連携ステーションが事業の柱とする関係機関からの相談体制の充実、多職種間の連携体制構築と支援、市民啓発等を通じ、新潟市と共に在宅医療における医療と介護の連携推進を図る。また推進センターは、県内の郡市医師会全てに設置されており、本会推進センターでは、在宅医療推進に向けた医師相互の協議の場の設置、医療連携に関する取り組み、認知症委員会等その関連の連携を協議する場の設置、また ICT 運用の事務局機能等を通じ、在宅医療の推進を図っている。両センターの財源は異なるが、区分を明確に分け事業を一体的に運用している。
- 「連携ステーション」による各区の地域に密着した活動と、「連携センター」、「推進センター」による全市的な活動の重層的な推進体制を設定し事業を推進することによって、各地域の実情に応じた連携が進み、各地域のノウハウ等も他所に展開していくことで、全市的な推進が図られている。また、こうしたプロセスにおいて得られた課題や情報を基に、行政担当職員も効果的な施策の検討を行う流れもできてきている。

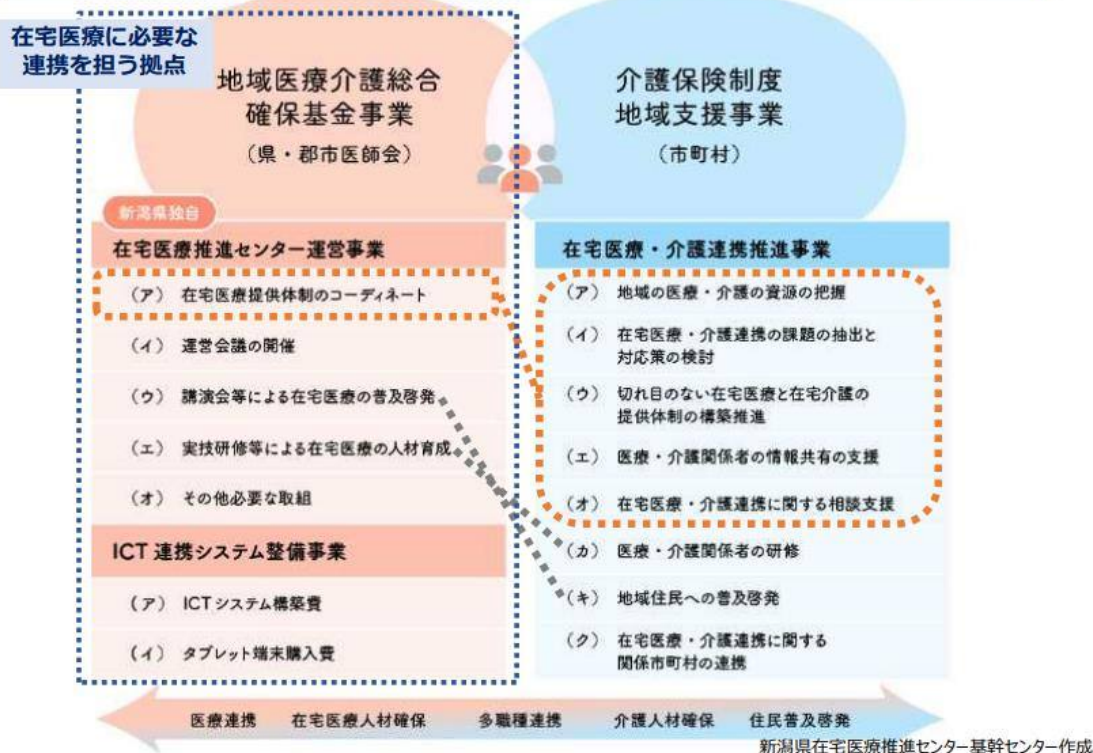
図 26 新潟市医師会 地域医療推進室 概要



図 27 新潟市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連携

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連携

（委託の有無にかかわらず）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する



<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 人口規模、面積ともに大きい市町村の場合、小さなエリア毎の連携は推進されやすいが、エリア間で取組内容計画の進捗に差が生まれやすく、エリア間での情報の格差が生じやすい。
- 自治体は、介護、福祉との連携については連携体制を取りやすいが、医師との関わりや病院との連携がとりにくい。

<実施の効果>

- 各々の市町村における PDCA サイクルの内容を、複数の市町村が参加する会議体や ICT ツールを通じて共有することで、多様な知見が蓄積され全体のコーディネーターの質の底上げが実現される。
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点、かつ在宅医療・介護連携支援センターを医師会に置き、一体的に運用することで、自治体と共に協働し、より在宅医療の推進が図られる。
- 各区の病院に在宅医療・介護支援センターのサテライト機能を置くことで、各区の実態に応じた展開を医療面から推進できる。

※本書に記載の p34 の熊本県玉名市の事例も、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業の実施主体が連携して取り組んでいる。

(1) 入退院支援の場面の考え方

<目的>

- 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が情報共有・協働を行うことで、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状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

<考え方のポイント>

- 入退院支援は、「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状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする」ことであり、医療機関と介護事業所等の情報共有・協働により、スムーズな入退院支援を行うことが重要である。
- 入退院の際には、入院時、ケアマネジャーから医療機関へ、速やかに患者・利用者の在宅療養状況を共有することで、退院を見据えた入院計画の策定が可能となるなど、スムーズな入退院が可能となることが重要である。さらに、入退院カンファレンスにおいて、例えばケアマネジャーや地域包括支援センターだけではなく、訪問看護・訪問介護担当者等も参加をし、療養にあたっての必要事項や注意事項が共有されることが重要である。

事例 愛知県豊明市

退院をサポートする事業

<取組概要>

- 愛知県豊明市、東郷町は、藤田医科大学と協定を結び、在宅医療介護連携拠点「豊明東郷医療介護サポートセンター かけはし」（以下、かけはしという）を 2017 年 7 月に開設。「藤田医科大学地域包括ケア中核センター」が運営主体となり、医師会等と協力し、職能団体の支援、医療職・介護職の連携促進を目的とした研修会の開催、在宅医療介護の普及啓発、医療介護に関する個別相談を実施している。
- 豊明市では、退院調整や在宅療養移行に関する課題や、医療介護連携の課題等を検証するため、急性期病院からの患者動向の追跡調査を実施したところ、以下のような課題が顕在化した。
 - 退院後にケアマネジャーが調整されず、自宅と病院を行き来し、重度化・虚弱化していくケース
 - 複数診療科、複数医療機関における診療情報が共有されず、対応策が検討されないため、同一疾患を繰り返して発症して入退院を繰り返すケース
- こうした背景のもと、豊明市においては平成 29 年度より「退院サポート事業」を実施している。この事業では、入院中に新規介護認定申請をした高齢者の情報を行政から受領し、その申請者に対して直接電話をかけ入院期間中から退院に向けた支援等を行うことで、退院後の介護サービスや生活支援に繋げる取組である。
- 退院時にサービス調整が行われず、支援者が不在なことからモニタリングの機会のないケースに対して、電話訪問を行い、必要時は改めて支援者を紹介している

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 退院後、在宅に移行したが、適切な介護サービスや生活支援に繋がれずに再憎悪・再入院を繰り返す。
- 退院後から再入院までの期間（＝在宅療養期間）が短い。

<実施の効果>

- 退院後、在宅に移行した際に適切な介護サービスや生活支援に繋げることで、在宅療養生活を継続することができる。

出典

<https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/57200.pdf>

<https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/211614.pdf>

(2) 日常の療養支援の場面の考え方

<目的>

- 医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、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場所で生活が出来るようにする。

<考え方のポイント>

- 日常の療養支援では、「医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活が出来るようにする」ことであり、切れ目のない医療・介護連携の体制を整えることが必要である。その際、介護については、在宅療養者の日常生活を訪問介護等が十分に支えていくことが在宅療養を継続していくことにおいて重要である。
- 医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた場所で在宅療養を継続していくためには、特に、地域における訪問介護や訪問看護、訪問診療等の医療・介護資源の状況に応じた持続可能な仕組みを検討していくことが重要である。なお、この際、訪問介護事業所数や診療所数といった数値を全国平均等と比較してその多寡を評価しないように留意する。
- 在宅において、昼夜を問わず 24 時間発生する医療・介護ニーズに、医療・介護関係者が対応するためには、例えば、
 - 在宅療養者が受診を必要とした時に、直ぐに医療機関への受診・搬送ができるバックアップ体制が整っていること
 - 夜間は、訪問看護事業所や医療機関と介護施設等の看護師が、お互いに連携していることなどと合わせて、総合的に日常の療養生活を支援する体制が整っているかを確認することが重要である。
- そのためには、単に訪問介護事業所や訪問看護事業所の数を増やすなど、24 時間対応が担える機能強化型訪問看護事業所や在宅の中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズに対応した看護体制強化加算等の取得状況を増やすことのみが対応策にならないように留意が必要である。

事例 千葉県松戸市

かかりつけ医の在宅医療スタートアップ支援<千葉県松戸市>

<取組概要>

- 千葉県松戸市では、地域を「一つの病院」として捉え、地域の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって各機能を果たし、老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを推進している。在宅医療・介護連携推進事業は松戸市医師会に委託されており、医師会に設置された松戸市在宅医療・介護連携支援センターが主体となり各事業を推進している。
- 高齢者の在宅療養を支えるためには、地域において訪問診療等を行う医師が必要となるが、全国の多くの自治体において在宅医療の担い手となる医療・介護人材の不足が課題となっている。松戸市が 2016 年度に実施した在宅医療未着手の開業医へのインタビューにおいても、地域の開業医が在宅医療に参入する際のハードルの高さが顕在化した（以下例）。

診療体制整備・報酬請求事務関係

- ✓ 保険請求等の制度が複雑で難しい
- ✓ 介護保険制度についての知識がない
- ✓ 在宅医療を始めるための準備に手間がかかりそう
- ✓ 検査機器がないところで診断することは難しい

多職種連携関係

- ✓ 自院に訪問診療に同行してくれる看護師がいないので心細い
- ✓ 急病の知らせがあっても、外来診療中にすぐには往診できない
- ✓ 慣れない疾患をみることへの不安がある
- ✓ 専門外の病気の方の最期を決めてしまうことにためらいがある

夜間などの緊急時対応関係

- ✓ 夜間緊急時にすぐ駆けつけられるとは正直限らない
- ✓ 急な往診があると思うと、アルコールを飲めなくなるのでは・・・
- ✓ 必要なときに入院できる病院が見つからないのではないかな

- こうした背景のもと、松戸市在宅医療・介護連携支援センターにおいては 2018 年度より「かかりつけ医の在宅医療スタートアップ支援事業」を実施し、新規開業・在宅医療新規参入の医院を支援している。
- 新規開業や在宅医療新規参入、在宅医療保険請求や介護保険等の制度理解に不安を抱える医院等からの依頼に対し、松戸市在宅医療・介護連携支援センターが届出書類・院内掲示・同意書・契約書等の 雛形提供や解説、保険診療の支援を行っている。

- ① **診療体制整備や報酬請求事務の支援**
届け出書類・院内掲示・カルテ様式等の整備や報酬請求事務の支援等
- ② **訪問看護師による訪問診療同行支援（マッチング）**
医療ケアへの助言・介助や薬剤師・ケアマネ等との情報連携の支援
- ③ **診診連携グループへの参加 や 訪問看護との連携推奨**
訪問看護連携による 24 時間対応、診診連携による 365 日対応体制の構築
- ④ **かかりつけ患者に必要なソーシャルワークの支援**
病院勤務医が MSW に調整を依頼するのと同様の役割をセンター職員が担う
- ⑤ **医療衛生材料定数カートの活用**
いわゆる SPD(Supply Processing and Distribution)を病院外で展開

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 高齢者の在宅療養を推進したいが、地域に在宅医療を担う訪問診療医等が不足している。

<実施の効果>

- 在宅医療への参入を阻害する要因を特定し解決するための支援を行うことで、地域における在宅医療参入や受入拡大に有用である。

地域サポート医による医師アウトリーチ支援<千葉県松戸市>

<取組概要>

- 千葉県松戸市では、地域を「一つの病院」として捉え、地域の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって各機能を果たし、老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを推進している。在宅医療・介護連携推進事業は松戸市医師会に委託されており、医師会に設置された松戸市在宅医療・介護連携支援センターが主体となり各事業を推進している。
- 同センターにおいては、地域における複合的・重層的な課題（下記例）のうち医師の診立てが必要な事例について、松戸市医師会員であることや在宅医療の経験を一定程度有することなどを要件とした地域サポート医・専門サポート医が訪問支援を行う「医師によるアウトリーチ支援」を実施している。
 - 医療機関の受診や介護・福祉サービスの利用を拒否している
 - 虐待やセルフネグレクトが疑われる
 - 生活のしづらさを抱えているが、支援の方向性が立てられず苦慮している
 - 認知機能や理解力、コミュニケーション能力に課題があり、適切に医療を受けられていない
- 地域に潜在する困難事例については、地域包括支援センター等だけの支援では解決することが難しいため、同センターにおいては医師が直接訪問（アウトリーチ）して即時の対応を行い、地域に現にある「課題の抽出と対応策の検討」を行っている。代表的な対応フローは下記のとおりである。

① 地域包括支援センター等から同センターへの相談

地域包括支援センターやケアマネジャーから同センターに対して、医療関連困難事例を相談する。

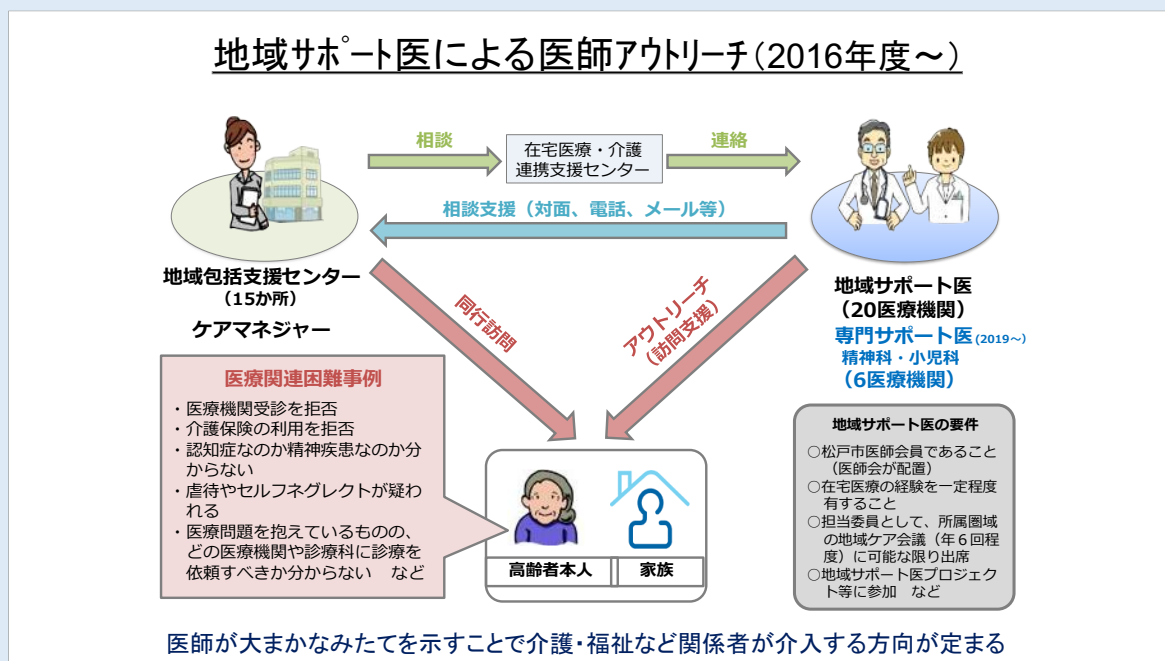
② 同センターにおける調整

同センターにおいて、地域包括支援センターからの相談事例を整理し、アウトリーチの必要性、その緊急性を判断し、アウトリーチの必要性・緊急性が高い事例については、地域サポート医とアウトリーチの方向性を議論し訪問に向けた調整を行う。

③ アウトリーチ支援（訪問支援）

地域サポート医とケアマネジャー等が高齢者本人の自宅を訪問し、病態やその緊急性等の医療的な見立てを行い対応策を講じる。アウトリーチ支援により「助けを求める力の欠如した方」に対する重層的アウトリーチ支援を実現するとともに、医師が大まかな診立てを示すことで、介護・福祉など専門職が介入する方向性が定まる。

図 28 地域サポート医による医師アウトリーチ



<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 相談窓口を開設し、来訪者からの相談に対応しているが、地域における潜在化している複合的・重層的な課題に対して有効な打ち手を出せていない。

<実施の効果>

- 地域においては、年齢を問わず助けを求められない人(セルフ・ネグレクト)が一定数存在するが、本事業によるアウトリーチ支援により、そうした方へ直接介入・支援を行うことができる。またアウトリーチ事例を分析することで、地域課題の抽出も期待される。
- 医療・介護・福祉を総合する介入が必要な困難事例に対して、医師が関与し大まかな見立てや対応の方針を示すことで、介護・福祉などの関係者が介入する方向性が定まる。

出典

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001086090.pdf>

<https://matsudo-zaitaku.org/action/#sc03>

事例 北海道名寄市

ICT システムを活用した医療・介護情報連携

<取組概要>

- 北海道名寄市は、市直営の地域包括支援センターが主体となり在宅医療・介護連携推進事業を実施している。市内には病院・クリニック・診療所が 11 か所、在宅医療介護に関連する診療所が 1 か所あり、その診療所に所属する 2 名の医師や看護師と、居宅介護支援事業所のケアマネジャーとの密な連携のもと事業を進めており、特に訪問看護も行う診療所の看護師との連携が、名寄市における連携のカギとなっている。
- 平成 27 年の事業開始以降、多職種が参加するワークショップや地域包括ケアシステム構築 WG 等を開催してきたが、会議やヒアリング等において以下の意見や意向が聞かれた。

介護側

- 医療に対する「敷居の高さ」感や医療に対する知識不足を感じている
- 正しい医療情報を知りたい、必要な医療情報を知りたい
- 退院の時期や利用者の状況を早い段階で連絡がほしい

市立病院看護師等側

- 患者のフェースシート、ケアプラン、家族の介護力を知りたい

行政側

- 平成 30 年の胆振東部地震において全道的ブラックアウトした際、服薬歴や使用していた薬が分からなくなった
- こうした協議体において顕在化した課題を解決する一つの取組として、名寄市は令和 3 年 7 月より「名寄市医療介護連携 ICT 事業」（実施主体：名寄市、事務局：市地域包括支援センター）を開始、2 つのシステム（①ID-Link、②Team）を構築した（参加施設数：合計 58 機関（医療機関 17 機関、介護施設等 43 機関）。現在、患者の累計登録数で 1,800 人（死亡された方も含む）、主な登録者は基本は 65 歳以上で要介護認定されている方だが、医療的ケア児なども含まれており、主に以下のような情報が共有されている。

図 29 ID-Link、Team で共有できる情報

共有できる情報	ID Link	Team	経過観察・申し送り事項
事務局 地域包括支援C 介護保険係 高齢福祉係		住民基本情報 介護認定情報 主治医意見書 緊急連絡先 担当ケアマネ、事業所名 利用介護サービス	
市立病院	処方、注射、検体検査、画像 文書（入院治療内容）*	処方、検体検査	
公開施設	処方、検体検査 文書（手動でUP）	処方、検体検査	
調剤薬局	調剤	調剤	
居宅介護支援(事)		フェイスシート ケアプラン、アセスメント	
介護サービス		訪問看護報告書、 介護サービス計画書など	

*退院サマリ、看護サマリ、地域連携カンファレンス報告書、退院調整報告書、ADL表、リハビリ、栄養指導、救急外来経過表、入院診療計画書、病名病歴、アレルギー、など

- こうしたシステム構築を自治体が主導することで、市内全域で1つのネットワーク構築が可能であるとともに、医療・介護施設など市域全体に参加を呼びかけられている。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 高齢者の医療・介護・服薬情報が複数システムに点在、もしくは紙媒体で作成され、一元的な情報管理ができていない。
- 結果的に、高齢者の医療・介護・服薬情報を確認するためには、高齢者が受診・利用している医療機関・介護施設やケアマネジャーに問い合わせる必要がある。

<実施の効果>

病院・診療所の視点

- これまで他医療機関での診療情報や介護施設でのサービス受給状況は地域連携室からケアマネジャー等に電話確認していたが、システムから簡易かつ迅速に情報収集ができる。
- 複数医療機関による検査の重複等が避けられる。

薬局の視点

- 高齢者の状態を医療・介護双方の視点から把握することで、正確な服薬指導が期待できる。
- 薬の情報など多職種と連携できる情報を一元的に集約することで、医療・介護サービスの連携を密に行う事が出来ている。

介護施設の視点

- 入院時に、医療機関へ介護情報を簡易に伝達することができる。
- 医療機関に問い合わせることなく、高齢者の医療情報・服薬情報を確認することができる。

出展

<https://hokkaido-zaitaku.jp/cms/wp-content/uploads/2022/09/20675a4929715e922f0e91a869dacbb8.pdf>

<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/001195568.pdf>

(3) 急変時の対応の場面の考え方

<目的>

- 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思を尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

<考え方のポイント>

- 急変時の対応では、「在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思が尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われる」ことであり、急変時における、医療・介護・消防（救急）の円滑な連携が重要である。
- 急変時の対応においては、単に、24 時間連絡を受ける体制があり、往診・訪問看護が可能な在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所の整備状況等を、全国平均と比べて資源数の多寡等を評価するのではなく、地域における社会資源の状況を踏まえて検討する事が重要である。例えば、医療や介護の従事者が一人で 24 時間対応を行うことは、持続性の観点からも現実的ではないため、実際に、住民が在宅療養を適切に継続していくことができる仕組みかどうかをみていくことが重要である。
- 従事者の継続性の観点だけではなく、在宅療養者の状態が悪化し、緊急で入院するほどではないが一時的に在宅での療養が困難な場合等においても、短期入所療養介護等に受け入れられる体制かどうか、というような観点も重要である。
- 実際の急変時の対応に関して、住民のニーズや医療・介護関係者からの意見を聞く等により、実際に急変時の対応がうまくいかなかった事例等、どのような課題が生じているかを把握することが重要である。
- 二次医療圏等より広い範囲での検討や対応が必要な事項については、自自治体のみでなく、関係市町村、保健所、都道府県、関係団体等とも連携し、検討や対応を行うことが重要である。

急変時対応ルールの策定事例

<取組概要>

- 東京都稲城市の介護保険事業計画（第 9 期）における在宅医療・介護連携の目標（目指すべき姿）は「在宅医療を利用する患者の急変時の意向を確認するだけでなく、家族や関係者で共有し、本人の意向に沿って連携できる体制が標準になっている」と設定され、4 つの場面でも特に「急変時対応」に主眼が置かれている。
- 稲城市が市内ケアマネジャーを対象として令和5年1月に実施した、在宅医療に関する調査においては以下の地域課題が顕在化した。
 - 延命措置や急変時の本人の意向が確認できていない事例の 7 割は、看取り場所の本人の意向が分からず、5 割はACPを話し合ったことがない。同様に 5 割は急変時の連携ルールがない（ただし、連絡取りやすい親族はいる）。
 - 急変対応した事例は、末期がん等で在宅酸素や点滴、カテーテルを必要とする事例が多く、その半数は急変時の意向を確認していなかった。
 - 令和 5 年 1 月に東京都稲城市で実施したケアマネジャー向けアンケートにおいては、訪問診療を利用している 150 事例のうち 107 件は急変時の本人の意向を確認できていなかった。また、56 件は急変時ルールが作成されておらず、52 件は ACP について実施したことがなかったことが分かった。
- 退院後の日常療養は、医療関係者が中心になって個々の「急変」症状を確認し、介護関係者や家族でも理解できるよう関係者間で共有する必要がある、それが見られた場合の本人の意向（急変時 ACP、延命・心肺蘇生の希望）を確認することが肝要となるため、稲城市において急変時対応ルールの策定が推進された。

◆急変時ルール検討部会の検討の流れ

市内外の急変時ルールの確認



- ・急変症状の例、急変時の本人意向の例の検討
- ・急変時の本人の意向の確認方法の例の検討
- ・急変時の本人の意向の共有方法の例の検討
- ・急変時の関係者との連絡方法の例の検討



これらをまとめた急変時ルール（案）の作成

◆急変時ルール作成のプロセス

個々の「急変」症状の確認・確定（医療関係者が中心）

↓

先の関係者での共有（医療的なことを介護関係者や家族で理解する）

↓

症状が見られた場合の本人の意向の確認（延命や心肺蘇生の希望等）

↓

これに沿った急変時ルールの作成（救急車やバックベッドの活用、連絡網、症状共有ノート）

↓

ルールの運用、見直し

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 高齢者の病状急変時の対応ルールが統一化されていない。そのため、救急隊員や介護職員が緊急時にどこへ連絡すればよいか分からない、本人の希望する医療や療養場所・延命措置について、関係者間で把握・共有がなされていないといった課題が表出する。

<実施の効果>

- 住み慣れた自宅での療養を希望していても、それを実現できない理由の一つに「急変時の対応に関する本人の不安や家族負担への懸念」が挙げられるが、市として統一的な急変時ルールを策定した上で対応体制を整えることで、在宅療養への不安や負担が軽減されることが期待される。

出典

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001195671.pdf>

https://www.city.inagi.tokyo.jp/shisei/keikaku_hokoku/fukushi/kaigohokenjigyokeikaku.files/03honnnpenn.pdf

(4) 看取りの場面の考え方

<目的>

- 地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・介護関係者が、対象者本人（意思が示せない場合は、家族）と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

<考え方のポイント>

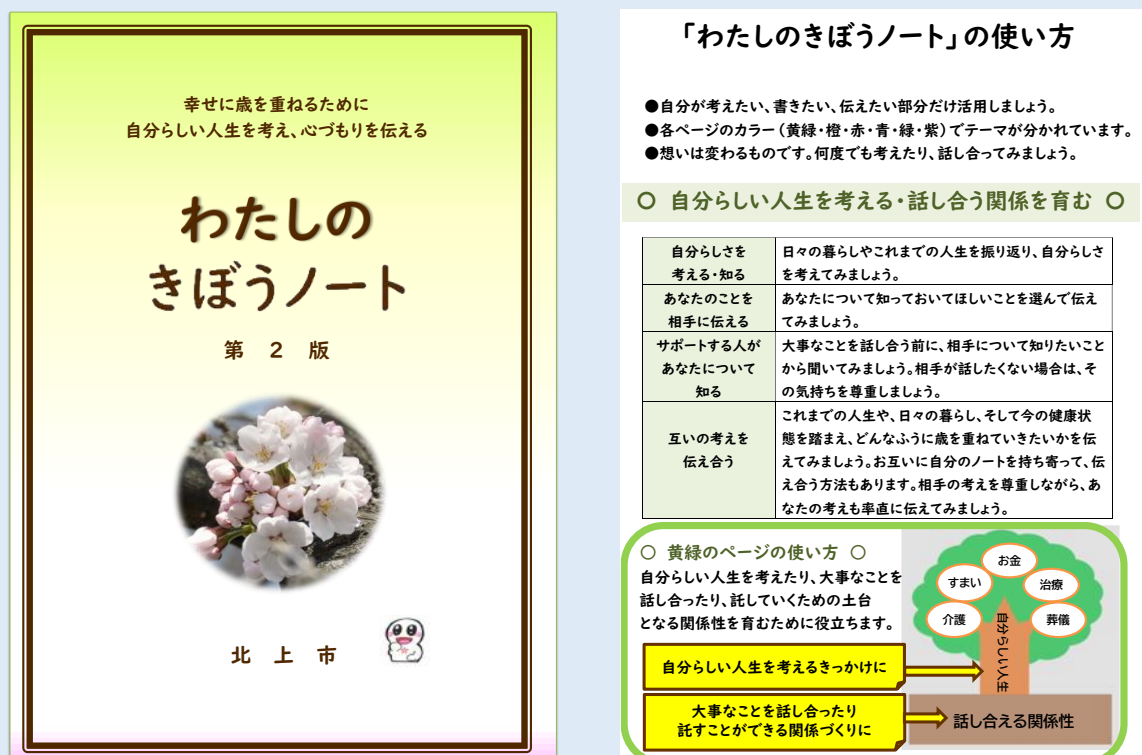
- 看取り時の対応では、「人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・介護関係者が、対象者本人等と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できる」ことであり、在宅療養生活を主として支える介護職員等を中心に医療・介護の全ての関係者が、本人のしっかりとした「人生の最終段階において送りたい生活」の意思に寄り添いながら、看取り時に、医療・介護・消防（救急）の円滑な連携が行われることが重要である。
- その前提として、住民が在宅での看取り等について十分に認識・理解されることが重要であるため、
 - 看取りに関する認識・理解の程度
 - 様々な理解促進等のための取組の状況
 - 実際に人生の最終段階における意思が十分に共有されている状態であるか等についても把握する必要がある。なお、看取りを行う場所は、病院や自宅に加えて、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなど多岐に渡ること留意する。
- 看取り時における課題等は後から本人から聴取することはできないため、特に、家族や介護関係者からの意見を聞く等により、実際に、看取り時の対応に関して、本人の意思を踏まえた対応ができなかった事例等、どのような課題が生じているかを把握することが重要である。
- 本人の意思を踏まえた対応が可能となるよう、消防機関（救急）との間で、地域における意思決定に関する議論の場へ、在宅医療や介護等の関係者も含めて参画を求める等必要な事項を検討すべきである。また、在宅医療、介護及び救急の各実情等に関する情報共有を実施するとともに、継続的な取組に資するようメディカルコントロール協議会における議論に参加する等、連携を図っていることが重要である。

高齢者本人の状態・希望を把握するツール<岩手県北上市>

<取組概要>

- 岩手県北上市における在宅医療・介護連携推進事業は、北上済生会病院に委託して実施している。北上済生会病院内に設置された北上市在宅医療介護連携支援センター「在宅きたかみ」では、きたかみ型地域包括ケアビジョンの実現に向けて、在宅医療の推進、医療と介護の連携、享受できる介護の充実など、医療と介護の関わりがより良いものとなる拠点づくりを目的に、これまでに地域資源の把握及び課題抽出と多職種のネットワーク形成に取り組んできた。
- 北上市においては、3年に一度実施している介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等を活用し、地域の高齢者が抱える課題や社会参加状況等を把握している。4つの場面のうち「看取り支援」については全国の多くの自治体と同様に、看取り支援を行う医療・介護従事者の人材不足等から、住み慣れた自宅で最期を迎えたい高齢者の希望をどこまでかなえることができるかが課題となっている。
- そうした背景課題のもと、「看取り支援」の場面において活用できるツールとして、北上市では「わたしのきぼうノート」という媒体を作成・配布している。

図 30 わたしのきぼうのノート



作成の経緯

- 平成 28 年、29 年に開催された地域包括フォーラムにおいて、参加者から「歳を重ねていくことについて心配なことはたくさんあるのに、大切な人と話し合ったり、準備したりすることが難しい」

との声が上がったことを契機として、市民有志による勉強会が立ち上げられた。その勉強会の中でノートを作成する機運が高まり、話し合いや検討を重ね、平成 30 年 12 月に北上市独自の「わたしのきぼうノート」の初版が策定された。このように「わたしのきぼうノート」は市民や有志が発起人となり話し合いを重ね「ボトムアップ的」に検討が進められたことに特色がある。

- 本ノートの実現に向けては、医師、ケアマネジャー、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、看護師、市役所職員、権利擁護に係る職員、社会福祉士（包括、外部）が参加する作業班も組成され、決まった内容について最終的には北上市として決裁を行い、市のクレジットで発行するに至った。

改訂版の作成

- 「わたしのきぼうノート」は、令和 6 年 1 月 26 日に第 2 版が発行され、北上市 HP 等で公表されるとともに、市役所、医療機関、地域包括支援センター等で配布されている。
 - 今般の改訂においては、世代を問わず、20 代 30 代など若い世代から活用いただけるように全面的な見直しを行ったほか、高齢者が記入をしやすいう「文章ベース」で記述する項目を減らし「選択肢式」の項目を増やすことで記載する高齢者の負担軽減を図る等の改訂を行っている。

図 31 わたしのきぼうのノート

はじめに

生きていくことは「選択」の積み重ね

あなたはこれまで
たくさんの選択をしてきたのではないだろうか。
日々の何気ない選択から、人生の重要な選択まで、
様々な場面で、一人悩んだり、時に信頼できる人に相談しながら、
自分が大切にしたいことに沿って
自分なりの「選択」を重ねてきたことだろう。

記入日	年	月	日
書き直した日	年	月	日
書き直した日	年	月	日

Ⅳ 老いや病気と共に暮らしていく

老衰（老いが進行する状況）、病気や障がいなど向き合いながら自分らしく暮らすための選択を考えてみましょう。
なお、話し合いたくない（書きたくない）ときはその気持ちを優先しましょう。

◆ 医療機関を選ぶ時に大事にしたいこと 複数チェック可能

☐ 長年お世話になっていること（医療機関名 ）

☐ 何でも相談できること

☐ 専門性が高いこと

☐ 通院できなくなったら訪問してくれること

☐ いざという時に入院できること

☐ その他（ ）

◆ 重い病気や認知症になったとき、病名・病状を知りたいですか？

☐ 知りたい

☐ 知りたくない（代わりに伝えてほしい人 ）

☐ その他（ ）

理由や補足

◆ 命に係わる治療を選択する時に、相談したい人は誰ですか？

氏名・あなたとの関係

氏名・あなたとの関係

大きなケガをしたり、重い病気や認知症になることは誰にも予想できません。また、いのちの終わりが近づいてきたら、自分のことを決めることが困難になる場合があります。今は医療を選択する時代です。自分自身で選択できなくなった場合に備え、あなたの家族やかかりつけ医に心づもりを伝えてみましょう。

活用場面

- 高齢者ご本人が自分自身の人生を振り返るとともに、今後どのような生活を希望するかをノートにまとめ、家族や親しい人と話し合いお互いの考えを伝え合い一つの契機となっている。
- 地域のケアマネジャーや医療従事者等が、高齢者の状態や希望を把握するためのツールとしても、「わたしのきぼうノート」が活用されている。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 高齢者本人が望む生活や看取りに関する希望を、行政やケア者が把握する機会がない。
- 高齢者本人が住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らすため看取り支援、意思決定支援等を実施するための契機がなく、適切な支援に繋がられていない。

<実施の効果>

- 高齢者本人が望む生活や看取りに関する希望を行政やケア者が把握する一つのツールとして有効な取組であるとともに、ツールを活用した対話を契機として、適切な医療・介護サービスへ繋げるとともに、高齢者本人の希望に寄り添った看取り支援が行われることが期待される。

(5) 認知症の対応

<目的>

- 認知症の人が住み慣れた地域で希望に沿った生活ができ、自らの意向が十分に尊重されるよう、必要な医療・介護の提供が可能となる体制整備を推進する。

<考え方のポイント>

- 認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら取組を推進することが重要である。
- 認知症の人の状況に応じた対応が可能となるよう、地域における医療と介護の資源を把握し、段階に応じて必要な医療及び介護サービスに繋ぐことが必要である。
- 地域支援事業における認知症地域支援・ケア向上事業等で作成された、各地域の「認知症ケアパス※」等を医療・介護関係者等で活用し、在宅医療・介護サービスが切れ目なく提供することが望ましい。
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省 HP：<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001323515.pdf>）を活用し、日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が送れるよう、認知症の人の意思決定に関わる人が、認知症の人の意思をできるかぎり丁寧にくみ取ることが重要である。
- 認知症ケアパス：認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの。

事例 神奈川県相模原市

地域ケアサポート医事業

<取組概要>

- 神奈川県相模原市では、医療の必要性の高い要介護者も、安心して在宅療養を続けることのできる在宅療養支援体制を整備し、入退院支援、急変時の対応等の各場面で、医療・介護を一体的に提供できる体制づくりを推進している。
- 在宅医療・介護連携推進事業を担う在宅医療・介護連携支援センターでは、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安心して暮らすことができるよう、医療・介護従事者への相談支援などの充実を図り、高齢者が安心して在宅療養できる環境を整備している。
- 同センターにおいては、在宅の高齢者等に対し医療と介護の一体的なサービスを提供することを目的に、医療機関の受診拒否や介護サービスの利用拒否など、医師が訪問しなければ対応が困難な事例や訪問することによって課題解決が見込まれる事例等に対して、地域ケアサポート医によるアウトリーチ（訪問支援）を行っている。
 - 医療機関の受診を拒否している事例
 - 介護保険等のサービスの利用を拒否している事例
 - 医療面の問題を抱えているものの、問診や身体診察をしないと、医療機関や、どの診療科を受診すればよいのかわからない事例
 - 退院後の在宅療養環境の確認を要する患者の事例 など

図 32 相模原市における地域ケアサポート医紹介

地域ケアサポート医による アウトリーチ（訪問支援）・相談事業をご活用ください

事業内容

- ▶ 医師が訪問しなければ対応が困難な事例や、訪問することによって課題解決が見込まれる事例等を地域ケアサポート医が**アウトリーチ（訪問支援）**し、心身の診立てや今後の支援について助言等を行います。
- ▶ また、地域包括支援センターや介護支援専門員等からの**医療的な相談**もお受けします。

事業の申請者

- ▶ 介護支援専門員、地域包括支援センター、コミュニティソーシャルワーカー等

アウトリーチや個別相談の対象とされるケース（例）

- ▶ 医療機関の受診を拒否している事例
- ▶ 介護保険等のサービスの利用を拒否している事例
- ▶ 医療面の問題を抱えているものの、問診や身体診察をしないと、医療機関や、どの診療科を受診すればよいのかわからない事例
- ▶ 退院後の在宅療養環境の確認を要する患者の事例 など

ご不明な点は、市在宅医療・介護連携支援センターへ ☎ 042-769-9250



- 地域ケアサポート医事業は、地域の医療・介護専門職からの申請でサポート医の医師が自宅訪問し相談に乗るアウトリーチ事業である。アウトリーチ事業は、医師が居宅を訪問し、他の医療機関やケアマネジャーに繋ぐ。8050 問題など地域の課題が複合化・重層化する中において、医師が居宅等まで域本人の様子を見た上で支援の方向性を定めることに利点がある。
- 医療・介護拒否事例への対応は、ケアマネジャーの大きな負担となるが、医師が出向き相談に応じることで実際に介護サービスを利用する方針が決まり、主治医意見書の作成に繋がった事例など、ケアマネジャーの負担軽減にも寄与している。

図 33 相模原市におけるアウトリーチ/個別相談依頼書

相模原市在宅医療・介護連携支援センター 宛

アウトリーチ / 個別相談 依頼書

※どちらかに○をつけてください 依頼日： 令和 年 月 日

相談者	所属			氏名		
	連絡先	TEL：		FAX：		携帯：

対象者	氏名			☐ 男 ☐ 女	年齢	歳
	住所	相模原市				
	介護認定	☐ 有 ☐ 無	☐ 要支援（ ☐ 1 ☐ 2）	☐ 要介護（ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5）		

支援を要する理由	☐ 1 在宅主治医紹介依頼 ☐ 2 主治医意見書記載 ☐ 3 介護保険申請・利用拒否 ☐ 4 診療・受診拒否 ☐ 5 病態不明 ☐ 6 早期再入院抑制支援 ☐ 7 摂食嚥下障害 ☐ 8 口腔トラブル ☐ 9 その他（ ）					
	具体的相談内容（←医師にしてもらいたいことを具体的に記載してください。）					

医療情報	かかりつけ医 ☐ 有 ☐ 無 （医療機関名： ）	生活歴（職業・趣味・特技・地域や友人との関係）
	保険情報 （ ☐ 国保・ ☐ 社保・ ☐ 生保・ ☐ 後期高齢医療） その他（ ）	

本人の意向と生活状況	世帯構成 ☐ 1 独居 ☐ 2 高齢世帯 ☐ その他（具体的に）
	家族の意向と背景 経済的課題 ☐ 有 ☐ 無 （内容： ）

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 具体的な事例を記載する
- 事例①:80代の方
 - 子供夫婦と同居しており、通院や要介護認定はなかったが、4か月前より物忘れ、1か月前より「財布を盗られた」と薬局に毎日苦情に行くようになっていた。気分の落ち込みや自殺企図もあったが、本人は「悪いところはない」と受信を拒否していた。
 - 「医療を受けていない方の家を、市職員と医師が訪問している」と子供が説明し、アウトリーチを実施。診立ての結果、血圧が高く、頻脈で貧血の疑いがあったため、受診を了承し心房細動の治療を開始した。
 - その後、脳のMRI検査を実施した結果、認知症の診断を受けたため、要介護認定を申請し、デイサービスを利用しながら受診を継続している。
- 事例②:70代の方・要支援2
 - 夫婦と子供の3人世帯で、迷惑行為により近隣から苦情が寄せられたり、行動を制止されると暴力的になったりという状態であった。介護サービスを受けるために、必要なときのみ近くの内科医を受診していたが精神科の受診歴はなかった。
 - 精神の診立てと専門医の受診を促したいという理由からサポート医によるアウトリーチを実施。診立ての結果、長谷川式認知症スケールでは4点/30点で、会話のつじつまが合わないなど、認知機能低下が認められた。
 - ケアマネや包括の支援を受けて専門医を受診し、認知症と診断され受診を継続している。また、包括が近隣の「認知症サポーター養成講座」を開催し、理解と協力を促している

<実施の効果>

- アウトリーチによる診立てを行うことで、専門医の受診を促し、認知症を早期に発見・対策することができる。
- 包括や近隣住民を巻き込むことで、地域が一体となって認知症と診断された方を支援することができる。

出典

<https://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/kosodate/1026646/kaigo/1006970.html>

(6) 感染症発生時

<目的>

- 感染症発生時に、必要な医療・介護の提供が可能となる体制整備を推進するために、医療・介護連携を推進する。

<考え方のポイント>

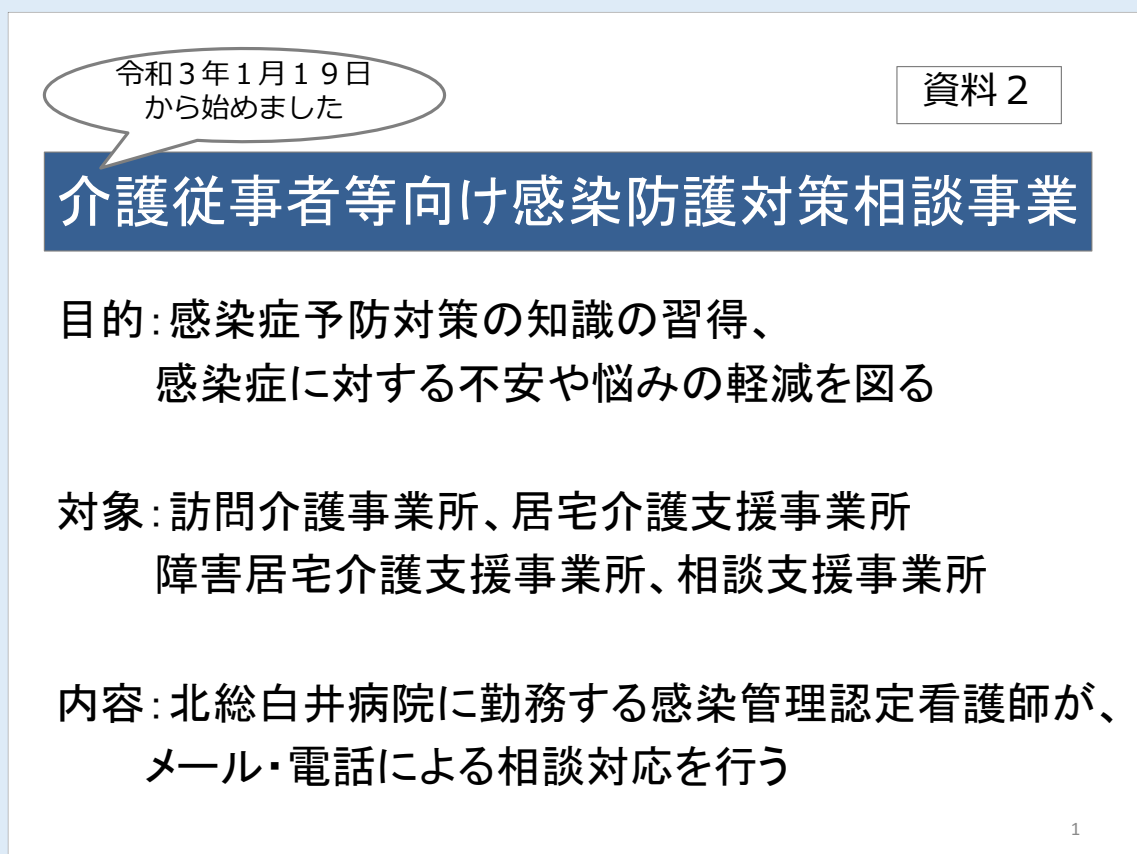
- 新興感染症を含む感染症の流行時であっても、医療と介護が分断されないよう、常時の連携の推進と相互理解が重要である。
- 感染症発生時の対応について、発生時の情報共有先や対応等、医療と介護の関係者で整理することも必要である。なお、情報共有においては、個人情報に留意することも重要である。
- 介護サービスは、要介護者、家族等の生活を支える上で欠かせないものであり、新型コロナウイルス感染症等の感染発生時であっても、感染防止対策等の徹底を前提とした継続的なサービスの提供が求められている。感染症発生時には、協力医療機関や地域で身近な医療機関との連携が重要である。介護施設・事業所における感染症発生時の事業継続ガイドライン 厚生労働省老健局（令和6年3月）
<https://www.mhlw.go.jp/content/001073001.pdf>
- 令和3年介護報酬改定では、感染症対策の強化として、全介護サービス事業者に業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づけており※、介護報酬に係る取組についても理解の上、地域における取組を推進することが重要である。※居宅療養管理指導の事業所については、令和9年3月31日まで経過措置の継続中

介護従事者等向け感染防護対策相談事業

<取組概要>

- 千葉県白井市では、在宅医療・介護連携推進事業を活用した感染症対策の取組として、「介護従事者等向け感染防護対策相談事業」を行っている。主に、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所等を対象とし、感染症予防対策の知識取得や感染症に対する不安や悩みの軽減を図ることを目的として、市内病院に勤務する「感染管理認定看護師」がメール・電話等による相談対応を行っている。
- 感染管理認定看護師は、病院内の感染管理を担当している看護師であり、千葉県の要請があった場合には、クラスターが発生した介護施設等に出向き施設職員への指導（個人防護具の着脱方法、手指消毒方法などの指導）を行っている。
- 取組の背景には、令和 3 年 1 月に市内の介護施設において感染クラスターが発生した際、介護事業所の感染対策体制が脆弱である状況を把握したことから、介護事業所当の職員及び利用者の感染を防止する重要性を痛感し、白井市として感染管理認定看護師による研修会等を企画するに至った。
- 例えば、訪問介護事業所が、体調の悪い利用者宅への訪問時に留意すべき点や消毒・個人防護具の選択などに迷った際には、この感染管理認定看護師へメール・電話等により相談することが可能である。

図 34 白井市における介護従事者向け幹線防護対策相談事業



<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 感染症対策は各介護事業所がそれぞれ対応しており、行政として統一的な支援が出来ていない。
- 各介護事業所も、感染症対策を手探りで進めているが、対応に疑義が生じた際に相談できる専門家や窓口が地域に存在しない。

<実施の効果>

- 感染症対策を各介護事業所に任せきりにすることなく、行政が主体となり研修会等を行うことで、地域全体として一定の質が担保された感染症対策が期待できる。
- 各介護事業所においても、事業所内の感染症対策を進める過程で疑義が生じた場合には、専門の感染管理認定看護師に相談し対応することで、継続的なサービス提供を行うことができる。

出典

<https://www.city.shiroi.chiba.jp/material/files/group/14/20210311zenntaisetumei.pdf>

<https://www.city.shiroi.chiba.jp/kenko/koreisha/zaitaku/1497332069563.html>

(7) 災害時対応

<目的>

- 災害が発生した場合であっても、地域において可能な限り、必要な医療・介護の提供が可能となる体制整備を推進するために、医療・介護連携を推進する。

<考え方のポイント>

- 地震等の災害時であっても、医療と介護が分断されないよう、常時の連携の推進と相互理解が重要である。なお、地震等の災害時における医療と介護の両方を必要とする高齢者への対応は、平時に地域全体で検討しておくことが重要である。
- 災害発生時の対応について、負傷者がいる場合に、必要に応じて速やかに医療機関へ搬送できるようにするための連携等について、平時から医療・介護の関係者や都道府県及び市町村の担当者等で整理することも重要である。また、災害時の医療・福祉の派遣チームとの連携等についても、平時から医療・介護の関係者や都道府県及び市町村の担当者等で整理することが望ましい。
- 介護事業者は、入所者・利用者の健康・身体・生命を守るための必要不可欠な責任を担っており、特に入所施設においては、被災時に最低限のサービスを提供し続けられるよう、自力でサービスを提供する場合と他へ避難する場合の双方について事前の検討や準備を進めることが重要であり、通所事業所や訪問事業所においても極力業務を継続できるよう努めることが必要である。なお、施設・事業所の倒壊や多数の職員の被災等、単独での事業継続が困難な事態を想定して、施設・事業所を取り巻く関係各位と協力関係を日ごろから構築しておくことが重要である。

介護施設・事業所における自然災害発生時の事業継続ガイドライン 厚生労働省老健局
(令和6年3月) : <https://www.mhlw.go.jp/content/000749543.pdf>

- 令和3年介護報酬改定では、下記の取組を介護事業者に求めている。
 - ・業務継続に向けた取組の強化として、全介護サービス事業者に、災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づけた※。
 - ・災害への地域と連携した対応の強化として、災害への対応においては、地域との連携が不可欠であることを踏まえ、非常災害対策（計画策定、関係機関との連携体制の確

保、避難等訓練の実施等）が求められる介護サービス事業者（通所系サービス、短期入所系サービス、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、施設系サービス事業者）を対象に、訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならないこととした。※居宅療養管理指導の事業所については、令和 9 年 3 月 31 日まで経過措置の継続中

- 医療機関においては、「災害時における医療体制の充実強化について」（医政発 0321 第 2 号 平成 24 年 3 月 21 日）において、病院災害対策マニュアルの作成等にて災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努めることとしている。
- 平成 25 年 6 月の災害対策基本法の一部改正により、高齢者、障害者、乳幼児等の防災施策において特に配慮を要する方（要配慮者）のうち、災害発生時の避難等に特に支援を要する方の名簿（避難行動要支援者名簿）の作成を義務付けること等が規定されている。また、この改正を受け、避難行動要支援者名簿の作成・活用に係る具体的手順等を盛り込んだ「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」（平成 25 年 8 月（令和 3 年 5 月改定））も策定・公表され、令和 3 年改正においては避難行動要支援者名簿の対象者について、各個人ごとの状況に即した個別避難計画の作成が市町村の努力義務となっており、作成に当たっての具体的手順等を盛り込んだ「個別避難計画の作成に取り組むみなさまへ」（令和 5 年 1 月（令和 6 年 11 月追補））も策定・公表されている。
- 「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針等を踏まえた業務継続に向けた取組等のさらなる推進について」（令和 3 年 7 月 6 日付け）では、居宅介護支援事業者や相談支援事業者等に避難行動要支援者名簿に係る情報共有、個別避難計画作成への参画、市町村の防災訓練との連携、安否確認、避難所等での対応を依頼している。
- 現在、避難行動要支援者名簿の作成率は 100%であるが、個別避難計画の作成率は低い状況にあり、医療・介護関係者にあっても、作成への協力が求められる。
- 国の制度についても理解の上、地域における取組を推進することが重要である。

<取組概要>

- 大阪府藤井寺市の『医療・ケアマネネットワーク連絡会（以下：いけ!ネット）』は、行政、藤井寺市、介護保険事業者連絡協議会、市医師会・歯科医師会・薬剤師会、市内の医療機関（MSW、看護師など）が参画する任意団体であり、利用者（患者）が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅療養に不可欠となる「スムーズな医療介護連携」の推進を図るため、5 つのチームに分かれて協議・取組を実施している。
- 平成 19 年の発足当初、主治医とケアマネジャーが連携を密にし、利用者（患者）に対して、質の高いサービスを円滑に提供する事を目指したことが始まりであり、その後、在宅支援を行う上では様々な職種の連携が必要ということで、市内の医療・介護関係者が加わり、現在約 50 名が参加している。医師やケアマネジャーをはじめ様々な職種のメンバーが毎月一度集まり協議する定例会では、地域の課題等について協議し、得られた結論を全員で共有している。多職種による専門的視点に基づいた意見を出し合い、様々な支援方針を検討していることが「いけ!ネット」の強みとなっている。
- また年に一度、市内や近隣市の専門職や民生委員児童委員、福祉委員といった地域で活躍されている方々を招き交流会を開催している。毎回 100 人近い参加者が集まり、「いけ!ネット」の一年間の活動の成果（情報誌発行、システム構築、研修、アンケート報告等）を報告するとともに、ディスカッションの時間も設け「顔なじみの関係」になる場としても高評を得ている。

災害時の取組

- 「いけ!ネット」では、在宅療養に不可欠な「スムーズな医療介護連携」の推進を図るため、①認知症対応チーム、②多職種連携推進チーム、③チャレンジチーム、④災害対応チーム、⑤啓発チームの 5 つのチームに分かれて協議・活動を行っている。
- 災害対応チームにおいては、大きな目的を設定しトップダウン的に活動内容を決定しているのではなく、構成メンバーが日常で感じる課題感（災害の報道を見た等）からボトムアップ的に活動内容を決定している。ボトムアップの意見を大切にしているからこそ、構成メンバーが「自分ごと」として考え行動が出来ている。
- これまでの多職種による議論から、簡易トイレの使い方やテントの設営方法について普及の必要性が検討されてきた。災害時には、トイレが使用できないことで二次災害が発生することから、「いけ!ネット」災害対応チームで啓発動画を製作し HP を通して発信している。また、いつ発生するか分からない災害については、いざという時に対応できるよう「防災時とっさに持って逃げるものシート」を作成し、HP 等で公表している。
- 実際に災害が起こった場合、いけ!ネットは「災害直後 3 日間を生き抜くためのノウハウ」を実践する想定でいる。初期対応には MCS を用いた情報共有を想定しているが、震度 6 以上の場合に設置される指令センターができ次第、そちらに情報共有をシフトしていく想定でいる。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 災害対策は各医療機関・介護事業所がそれぞれ対応しており、地域全体として統一的な対応・連携が出来ていない。
- 各医療機関・介護事業所も、災害対策を手探りで進めているが、対応に疑義が生じた際に相談できる専門家や窓口が地域に存在しない。

<実施の効果>

- 特に災害対応は機関毎ではなく地域全体で対応することが肝要であるため、平時から有事を想定し初動対応の流れなどを検討・議論しておくことで、有事の際も円滑な連携・情報共有が望まれる。

出典

https://www.fujiidera-shakyo.net/support_center/about_net/

第3章 事業における留意事項

1. 事業委託

- 本事業の実施主体は市町村であるものの、地域の実情やそれぞれの取組の専門性に鑑みて委託も可能である。ただし、課題に応じて適切な委託先を選定することが重要である。
- 委託する場合においても、地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）は、医療・介護関係者とともに実現する観点を踏まえて、市町村が設定する必要がある。市町村は委託先と目標と課題を共有し、目標を達成するために効果的な取組が行われているか、事業の全体の取組を市町村が管理・調整していくことが必要である。

2. 都道府県との連携

- 都道府県の地域医療構想の取組との連携や医療計画を理解し、自らの市町村が実施する事項について整理することが重要である。
- 都道府県の役割と市町村の役割を明確にし、都道府県（保健所等を含む）における実施や近隣の市町村と連携または共同しての実施が望ましい事項については、都道府県（保健所等を含む）と協議し、実施主体と実施事項及びその範囲を定めることが必要である。
- 企画立案時から都道府県（保健所等を含む）や関係団体等と将来的な在宅医療と介護連携の在り方について検討を行うことが望ましい。
- 二次医療圏内にある関係市町村等との広域連携や、医療・介護の関係機関との調整や連携体制の構築、地域医療構想・医療計画との連携や整合性の確保、他市町村の取組事例やデータの活用・分析については、必要に応じ都道府県（保健所等を含む）の助言も得ながら、取り組むことが重要である。

3. 既に実施されている取組との連携

- 市町村において、既に本事業の取組内容のそれぞれについて、同様の取組が実施されている場合は、以下のような場合等に限り、市町村がその取組を実施していると考えて差し支えない。
- なお、当該取組の継続が困難になった場合は、それに替えて、当該市町村が速やかに本事業の取組を開始する。

図 35 市町村が本事業の取組を実施していると考えられる場合

- | |
|---|
| <p>ア. 市町村以外の関係団体・関係機関等が、在宅医療・介護連携推進事業と同様の取組を実施している場合</p> <p>①当該取組の成果が、特定の関係団体・関係機関等の利益だけでなく、当該市町村における在宅医療・介護連携の推進に寄与すること。</p> <p>②在宅医療・介護連携推進事業と同様の取組を実施する関係団体・関係機関等が、当該取組の目的・内容・方法等について定めた実施要綱の提出、及び定期的な実施状況の報告等を、市町村に対して行うこと。</p> <p>イ. 市町村が他の市町村から委託（依頼等含む）を受けて実施している場合</p> <p>①委託を受けて実施している取組が、本事業の趣旨に合致していること。</p> <p>②市町村自らが在宅医療・介護連携についての課題と対応を検討するとともに、本事業の各取組に係る目的・内容・方法等について定めた実施要綱を明確にすること</p> |
|---|

4. 近隣市町村との連携

- 自市町村における弱みや地域の関係団体等から出されている広域な取組を要する課題についてまとめ、自市町村のみでは解決しない課題や複数市町村による連携が必要な事項については、関係市町村・都道府県・保健所・都市区等医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等と連携し、複数の関係市町村と一緒に、広域的な連携が必要な事項について協議する。
- 広域での実施に際しては、自市町村及び近隣の市町村、都道府県等の役割分担を明確にし、主体的実施すべき事項等を整理することが重要である。
- 複数の市町村の連携を検討する際には、まず、同じ二次医療圏内の市町村による連携を考慮することが望ましいが、二次医療圏が1市のみの場合や、広域連合の圏域と異なる場合もあるため、広域的な連携については、都道府県と十分に協議・検討することが必要である。
- 関係市町村の連携は、例えば、取組の一つとして、図 36 のような都道府県と市町村が連携して実施する取組が考えられるため参考にされたい。ただし、必要な取組は、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、図 36 の取組例に限らず、二次医療圏域と日常生活圏域が異なる場合にも留意し、医療の動向に応じた市町村間の連携も意識するなど、地域の実情に応じて実施することが重要である。

図 36 （参考）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携に向けた取組例

例 1）広域的な入退院時の医療介護連携を推進するための取組

病床の整備は、二次医療圏を単位として行われており、入退院時には市町村を越えた患者の移動が見込まれることから、入退院時の入院医療機関と居宅介護支援事業所等との医療介護連携は、市町村にまたがる連携については、複数市町村による広域的な対応が必要となる場合がある。

入退院時の医療介護連携に課題がある等の地域の実情によっては、都道府県、市町村、医療に精通した都道府県医師会等と密接に連携した上で、保健所等を活用しつつ、入退院時の医療機関と居宅介護支援事業所間の共通様式や簡単なルールを作成・運用することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供率の向上、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連絡率の向上を目的とした取組が考えられる。

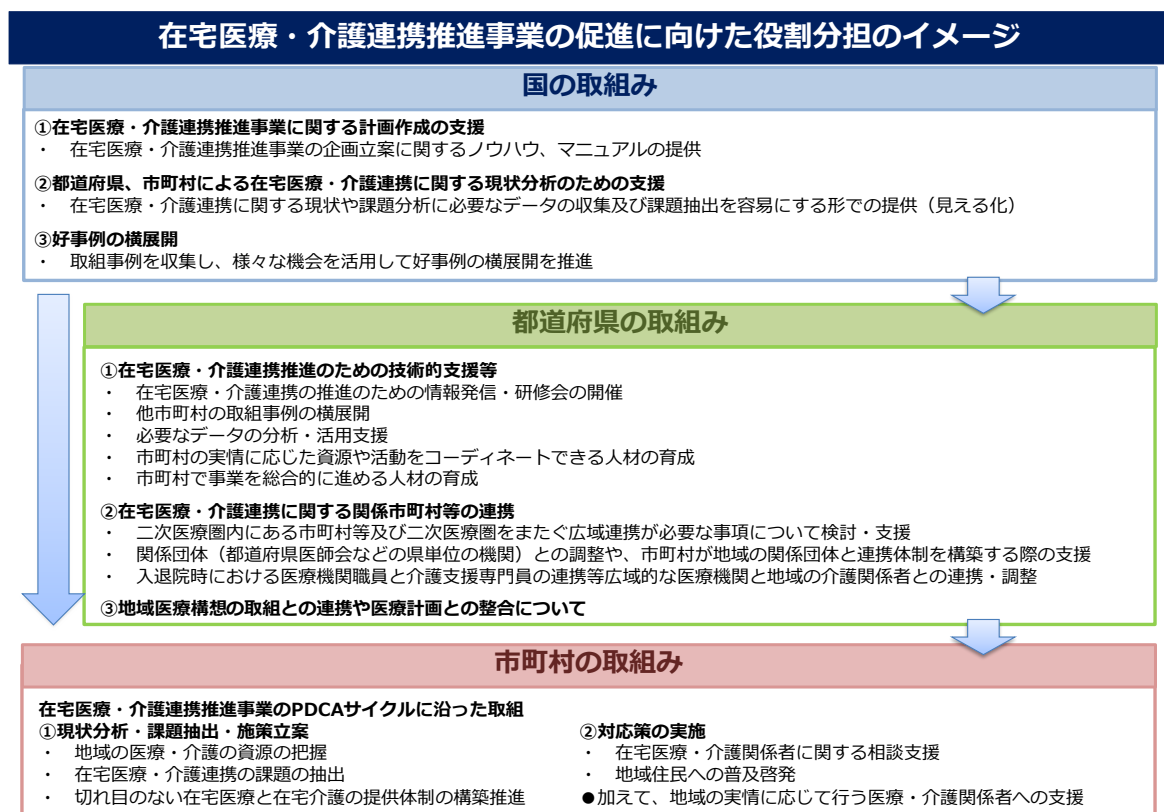
例 2）広域的な在宅医療及び在宅医療・介護連携に関する協議の取組

医療・介護資源が十分ではない市町村においては、当該市町村が単独で在宅医療・介護の連携の取組を進めることは困難な場合があることから、周辺市町村や、都道府県、特に医療部局の協力を得ながら、当該市町村で実現可能な在宅医療・介護の提供体制や、実現に向けた医療・介護サービスの整備目標等について十分に検討し、関係者間で考え方を共有した上で、それを踏まえた在宅医療・介護連携の取組を進めていくことが考えられる。

- また、医療ニーズを有する高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにする観点から創設されたサービスとして、地域密着型サービスの一つである「看護小規模多機能型居宅介護」がある。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（看護・介護）」を利用者の状態に応じて柔軟に提供するサービスであり、退院直後や看取り期等をはじめとした医療ニーズの高い中重度の要介護者が在宅での療養生活を支えることができるサービスである。
- 事業所数が約 1,000（令和 6 年 6 月末時点）であり、すべての市町村に所在していないが、地域密着型サービスに位置付けられているため、医療ニーズに対応するサービスであるにも関わらず、事業所所在市町村以外の高齢者等には利用が困難である場合がある。一方で、当該市町村内だけでは利用者の確保の見込みが立たない、という理由で看多機を誘致することが難しい市町村もある。そのような場合に、事業所所在市町村のみならず利用者の広域的な利用機会を確保する観点から、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等を参考に、隣接市町村を含めた広域利用が可能となる仕組みづくりを各市町村が行うことは、利用者のニーズへの対応や看多機事業所の安定的な運営のための方策にもなる。
- 「第 5 章 参考資料」の⑨に示す看護小規模多機能型居宅介護に係る各種資料も参考にされたい。

第4章 都道府県の市町村に対する支援

図 37 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



1. 都道府県の役割について

- 地域における在宅医療と介護の連携を推進するためには、市町村の積極的な取組が不可欠であるが、これまで医療提供体制の確保等に係る施策は、保健所の参画等も含め、都道府県が中心となって実施されている現状がある。
- 都道府県は医療計画の推進に際して、市町村との連携と役割分担について明確にし、在宅医療提供体制の基盤整備を実施することとされている。
- そのうえで、在宅医療・介護連携の推進に際しては、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取組の発信、在宅医療・介護連携の関係者の会議の設置、市町村とも連携した在宅医療・介護を総合的に進める人材の育成に寄与する等の取組も重要である。その他、高齢者施設等と医療機関の連携の実態把握と連携推進に係る取組等も検討されたい。
- 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四

号) 第4条第3項において、「都道府県は、都道府県計画を作成するに当たっては、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならない。」とされており、地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合を検討し、医療・介護の医療・介護の提供体制や連携について検討することが必要である。

- また、令和6年度から第8次医療計画も開始されており、「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とされており、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」が効率的・効果的に連携し、実施できるよう検討されたい。

2. 市町村に対する支援の進め方

<概要>

- 都道府県が保持する広域的な医療資源に関する情報や医療と介護の連携に関する情報の市町村への提供も、必要に応じて実施されたい。
- 市町村が主体的に本事業を進めることができるよう、都道府県は推進の進捗度合いを確認しながら、市町村の状態・課題に応じた支援を行う。その際、複数の市町村による事業の共同実施、複数の自治体を対象とする郡市区等医師会と市町村との関係等、二次医療圏を対象とした支援の検討も必要なため、保健所を含む市町村の重層的な支援体制を構築し、各市町村の課題に対して丁寧な支援を実施されたい。
- なお、支援の実施にあたっては、都道府県医師会等の都道府県単位の団体とも密に連携をとりながら進めることが重要である。

<実施方法・実施内容>

- 管轄の市町村の現状把握を実施し、医療・介護の提供体制や連携における課題の把握を実施することが重要である。特に、小規模の市町村等においては、複数の市町村での共同事業の実施なども支援することが重要である。
- 市町村だけでは解決できない課題、市町村や医療・介護関係者等から出されている広域的な取組を要する課題の検討を支援する。複数の市町村で生じている課題や類似の取組については、情報や意見交換の場を設けるなど、市町村の課題解決に必要な場と機会を提供する等の取組が重要である。また、入退院支援や急変時対応など広域での取組が重要とされる事項については地域の医療及び介護の関係者に係る調整等の支援を実施されたい。

- 都道府県においても、市町村と同様に以下のように庁内連携に取り組むことが重要である。
 - 行政組織内は、担当部署のみならず、医療や介護、健康づくり、障害福祉部門等の庁内連携を密にすることも重要である。方法として、情報共有や定期的な会議の開催や研修会の企画等の方策が検討できる。
 - 地域の課題等に対する対応策の検討については必要に応じて、障害福祉部門、防災部門等と連携し、実施することが必要となる。
 - 特に消防機関（救急）とは、救急搬送ルールの策定等においてメディカルコントロール協議会（地域における救急業務について協議・調整する消防機関（救急）、医療機関、医師会等で構成される協議会）における議論に参加する等、連携を図ることが望ましい。
 - 高齢者の背景は様々であり、ライフスタイルは多様かつ連続的であることを念頭におき、在宅療養を支える地域の見守り、権利擁護に関する成年後見制度、生活困窮者への自立支援、認知症の方への支援等の社会資源の活用も検討できるよう、介護保険部門を含めた高齢・福祉部門における連携・情報共有も必要である。
- 管内の保健所等も活用しつつ、現状把握や課題分析等について実施し、必要に応じて個別に支援を実施する他、単独で実施することが難しい取組については、複数市町村との共同実施に向けた関係市町村、郡市区等医師会、医療機関等との調整を行うことが望ましい。

＜実施する上でのポイント（留意事項）＞

- 市町村が本事業を主体的に進め、地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）を実現するためには、段階的な支援や、必要な支援体制と方法を検討し、実施する必要がある。
- 市町村が抱える課題も多様であるため、都道府県による伴走型支援も検討し、圏域の状況にも精通している管内の保健所による支援等も含めて、地域の実情に応じた重層的な支援体制を検討することが必要である。
- 市町村のみで確保することが難しいデータは、都道府県が地方厚生(支)局、国民健康保険団体連合会等の協力を得ながら収集し、市町村に提供されたい。

(参考) 市町村に対する支援例

(1) 各取組に関する市町村支援の取組例

① 在宅医療・介護連携に係るデータの提供及び分析に対する市町村支援

- 市町村の在宅医療・介護連携における現状把握及び課題分析に対する支援として、市町村で収集が困難な在宅医療等に関する情報の提供や分析の支援を行う。

<取組内容>

在宅医療・介護資源や診療報酬・介護報酬のデータ等の提供

- 本事業を効果的に展開するためには、地域の課題を踏まえ、課題に応じた対応策を実施することが必要であり、地域の現状把握、課題分析に際して、地域の在宅医療・介護に関するデータは極めて重要である。
- しかし、市町村においては、介護事業者等の介護に関するデータは比較的入手しやすいが、医療に関するデータについては入手が難しい。このため、都道府県においては、在宅医療を担う医療機関に関する情報や在宅医療・介護に関する診療報酬・介護報酬の算定状況、死亡者数・死亡場所等の人口動態に関する情報、高齢者施設等と協力医療機関との連携に関する情報等、地域の在宅医療・介護に関するデータを集約し提供することが望ましい。また、可能なデータについては、市町村別に整理し提供することが重要である。

地域の課題分析に向けたデータの活用方法に対する指導・助言

- 在宅医療・介護に関するデータの提供に加えて、保健所の活用や大学等と連携しながら、提供したデータの活用及び分析方法に関する市町村担当職員等を対象とした説明会や研修の実施、また必要に応じて個別の市町村に対する支援等、地域の実情に応じた支援を実施することが望ましい。

② 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進に対する支援

- 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制整備を図るため、地域の実情に応じて、広域的視点で連携に取り組むべき関係団体（例えば都道府県医師会などの県単位の機関）と密接な調整・連携をとった上で広域的に体制整備に取り組むなど、市町村や郡市区等医師会に対する支援を行う。

<取組内容>

- 広域的な在宅医療の体制整備の取組による支援

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制整備を図るためには、地域の病院や訪問看護事業所等の医療機関や介護事業所が連携し、休日夜間や容態急変時の対応を含めた体制整備を図ることが重要である。

地域により、かかりつけ医と在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の連携体制の構築や在宅医療を担う医師によるグループ制や後方病床確保等の取組が必要と考えられるが、このような在宅医療の体制整備に対する取組については、郡市区等医師会単位など広域的に実施した方が効率的な場合がある。このような地域の取組については、都道府県が都道府県医師会と密接に連携しつつ、郡市区医師会や市町村に対する支援を行うことが重要である。

また、地域によっては、高齢者施設等における協力医療機関となりうる医療機関が少ない場合もあり、高齢者施設等と協力医療機関のマッチングにあたっては、広域的に実施することが必要な場合がある。

- 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制整備に関する情報提供

休日夜間や容態急変時の対応を含めた多職種連携チームの構築例等、効果的な取組事例の収集及び情報提供を行う。

③ 在宅医療・介護連携に関する相談窓口に対する支援

- 都道府県単位で実施した方が効果的、効率的な医療介護連携の取組については、市町村との役割分担を確認の上、都道府県が関係団体と連携しながら実施する。

<取組内容>

- 広域的な相談窓口の設置等への支援

複数市町村が共同して郡市区等医師会や医療機関に広域的な相談窓口を設置する場合、関係市町村と郡市区等医師会や医療機関との調整等、都道府県が設置に向けた支援を行うことが重要である。

また、相談窓口において、医療と介護のコーディネートを担う人材の育成については、広域で実施が望まれる場合は、都道府県が積極的に取り組むことが望ましい。

この他、都道府県医師会や都道府県歯科医師会等に広域的な在宅医療の相談窓口として設置されている在宅医療連携室や在宅歯科医療連携室について、市町村や介護関係者に周知を行う等連携を促進する取組も重要である。

④ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村連携に対する支援

- 市町村をまたがる入退院時の医療機関と介護事業所との連携の充実を図るため、都道府県が都道府県医師会と密接な連携の上、保健所等を活用しつつ、入退院に関わる医療介護専門職の人材育成や地域の医療介護関係者の協議等の取組により、市町村支援を行う。

<取組内容>

- 市町村をまたがる入退院時の連携等
地域の実情に応じて、都道府県と都道府県医師会が密接に連携し、保健所等活用しつつ、入退院に関する地域ルール作成に全県又は複数の市町村と共同で取り組むことにより、入退院時の医療介護連携を促進する。
地域の郡市区等医師会、入院医療機関、居宅介護支援事業所、市町村等による協議を通じて、地域の入退院連携に必要な共通様式やルールを作成・運用することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供割合の増加、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連携割合の増加を図る等の取組が検討される。
- 入退院に関わる医療介護専門職の人材育成等
入退院において連携を担う看護師、医療ソーシャルワーカー等の医療専門職及び在宅介護のサービス調整を担う介護支援専門員を対象に、医療専門職に対しては退院支援や介護との連携に関する研修、介護支援専門員に対しては在宅医療に関する基本的な知識や医療との連携に関する研修を全県又は二次医療圏等を単位として実施する等の取組が検討される。
その他、地域の実情に応じて、入退院連携のための専門職向けのマニュアル作成や通所リハなど介護事業所との連携を含めた連携パスの普及等の取組による支援も考えられる。

事例 埼玉県

在宅医療の担い手確保に向けた在宅医療塾・訪問診療同行研修

<取組概要>

- 埼玉県は、人口 10 万人当たりの医師数が最も少なく、在宅医療を担う訪問診療医等の担い手確保も課題となっているが、在宅医療を担う医師の裾野を広げ、埼玉県の在宅医療提供体制の充実を図ることを目標として「在宅医療塾」及び「訪問診療同行研修」を埼玉県医師会に委託し実施している。
- 「在宅医療塾」は、在宅医療分野への参入を検討している医師に対し、在宅医療を実施するために必要な知識の習得を目的とし（HP より引用）、座学的な学習機会を提供している。具体的には、在宅医療の基本をはじめとして、訪問診療等に関する診療報酬の算定方法や在宅医療における緩和ケアの考え方等に関する講義を実施している。1 年度当たり 5 回の講義により構成され、うち 4 回は対面とオンラインを組み合わせた座学形式、最後の 1 回は地域医療教育センターにて実技を交えた研修を行っている。
- 「訪問診療同行研修」では、在宅医療分野への参入を検討している医師に対して、訪問診療を行っている医師に同行し、現場で必要とされる技能の習得を目的とした実技的な学習機会を提供している。この研修は、実際に訪問診療を行う医師とマンツーマンで行い、在宅訪問診療の現場を見学し、外来診療とは異なる訪問診療の現場を体感してもらい、訪問診療技術を習得してもらうことを目的としている。また、埼玉県立がんセンター及び国立病院機構埼玉病院緩和ケア病棟での回診に同行する研修も並行して行うことで、訪問診療に係る緩和ケアスキルの底上げを図っている。
- 上記 2 つの研修が、座学、実技として双方向的かつ有機的に機能することで学習効果を高め、在宅医療への参入を検討する医師を後押ししており、実際に「在宅医療に対して、ハードルが高いものだ」と認識していたが、実際に在宅医療に取り組みたい」と考え、在宅医療に参入した医師も出てきている。
- なお、講師として招聘する医師の選定に際しては、自身の在宅医療に関するノウハウの開示に対して抵抗を持つ医師もいるため、行政だけでなく、県医師会や現場職員など、関係各所へ確認・調整の上、決定することが望ましい。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 高齢者の在宅療養を支えるため、地域において在宅医療を担う医師を増やしたいが、どのように人材確保や人材育成を進めるべきか計画化ができていない。

<実施の効果>

- 座学、実技の両面から在宅医療について学ぶ体制を整えることで、地域において在宅医療を担う医師や、在宅医療への参入を検討する医師等の数を増やすことが期待される。また、参加者が同じ研修の受講を経て訪問診療医等となるため、在宅医療の知見が言語化されるとともに、提供サービスの質を均質化することができる。
- なお、本取り組みは市町村支援を担当する課が主導しているわけではなく、在宅医療の推進を担当する課が主導している。したがって、本取り組みは直接的な市町村支援ではなく、あくまで埼玉県内で在宅医療に参入する医師を増やす取り組みに対するアプローチとなる。

出典

<https://zaitaku.medical-meeting.jp/>

(2) 広域的に実施する市町村支援の取組例

① 在宅医療・介護連携推進事業の充実に向けた支援

<取組内容>

在宅医療・介護連携推進事業に関する技術的支援

- 本事業の効果的な展開について、都道府県内外における先行事例や好事例について整理し、市町村や委託事業者の事業担当職員を対象とした研修や情報交換の機会を設ける等の支援を行う。また、必要に応じて、個別の市町村を対象に事業のノウハウや課題分析について技術的な助言を行う等の市町村支援を行う。

複数市町村との共同実施に向けた関係市町村や郡市区等医師会等との調整

- 郡市区等医師会の管轄地域に比較的小規模な市町村が多く市町村単独での実施が困難な取組については、必要に応じて、都道府県が保健所等を活用して、共同実施に向けた関係者の調整の支援を行う。

小規模市町村における「医療・介護関係者の研修」や「地域住民への普及啓発」の共同実施

- 小規模市町村等に対する支援として、保健所等を活用しつつ、事業のノウハウの提供や課題分析等について個別に支援を実施する他、単独で実施することが難しい取組については、複数市町村との共同実施に向けた関係市町村、郡市区等医師会、医療機関等との調整を行う。
- 複数市町村による共同実施が望ましいが、それも困難な場合については、都道府県と複数市町村との共同実施による事業展開の検討も必要である。具体的には、「医療・介護関係者の研修」や「地域住民への普及啓発」について保健所等を活用しつつ、都道府県と市町村との役割分担を協議の上、市町村と共同で広域的に実施する等の支援などが考えられる。（例えば、テーマの選定は共同で実施、会場の確保や講師の手配等は都道府県が担い、市町村内の関係者への周知等は市町村が担うなど）

② 広域的に実施する医療介護連携の環境整備

- 都道府県単位で実施した方が効果的、効率的な医療介護連携の取組（人材育成、個別テーマに関する医療介護連携、普及啓発等）については、市町村との役割分担を確認の上、都道府県が関係団体と連携しながら実施する。

<取組内容>

個別の医療介護専門職に対する人材育成等

- 都道府県においては、医療介護連携を担う医療、介護の各専門職の人材育成に取り組むことが重要である。
- 具体的には、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士等の医療職、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、介護保険施設職員等の介護職について、それぞれの職種毎に医療介護連携に必要な詳細かつ個別専門性の高い研修を実施することが望ましい。
- また、個別の疾患等に関する医療介護連携の人材育成については、個別テーマに関して専門的な知識や経験等を有する有識者の確保や個別テーマと関わりの深い地域の医師会、歯科医師会等の関係団体の関与が必要となる場合があるため、都道府県が広域的に取り組むことが必要となる場合がある。
- 例えば、誤嚥性肺炎の発症リスクが高い摂食嚥下障害を有する要介護高齢者に対して、摂食嚥下障害に関わる医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員等の多職種連携を推進するための人材育成を含めた様々な取組を実施している事例がある。
- このような個別の疾患等に特化した専門職に対する研修や連携ツールの作成等の医療介護連携の取組を都道府県が医師会、歯科医師会等の関係団体と連携しながら、保健所等を活用して広域的に実施することが考えられる。

全県的な普及啓発

- 地域住民への普及啓発については、例えば、在宅療養や在宅での看取りについての普及啓発に係るパンフレット等を都道府県が統一して作成し、各市町村がそれを活用して普及啓発するなどの役割を分担することも一つの方法である。

第5章 参考資料

各資料等も事業を実施にご活用ください。

各種資料は在宅医療・介護連携に係るプラットフォームに順次掲載予定です。

在宅医療・介護連携に係るプラットフォーム

令和7年3月より厚生労働省では事業担当者等にとって、有用な情報を集約するとともに、自治体の事業担当者間の情報交換の場とするホームページを作成いたしました。関連法規、研修会情報、事例等も一元化して掲載しております。

アクセス先 URL 及び QR コード

<https://zaitakupf.mhlw.go.jp/>



- また、厚生労働省ホームページの「医療と介護の一体的な改革」のページ中段にも当該プラットフォームのリンクがあります。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

資料(掲載予定も含む)

※プラットフォームには下記以外も掲載されますが、ご参考の一部お示しします。

① 「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」

在宅医療・介護連携事業の推進のために指標の作成や活用についての情報を集約した手引き
令和 6 年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討」（令和 7
(2025)年 3 月 株式会社日本能率協会総合研究所）

② 「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―」

令和 6 年度老人保健健康増進等事業「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」（株式会社野村総合研究所）
※こちらは厚生労働省の HP にも掲載しております。

③ 「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）

④ かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン

⑤ 在宅医療・介護連携推進事業に係る PDCA サイクルを用いた事業実施のためのマニュアル

令和 4 年度老人保健健康増進等事業「PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的方策に関する調査研究事業報告書」（令和 5 (2023)年 3 月 公立大学法人埼玉県立大学）

URL: <https://api.zaitakupf.mhlw.go.jp/storage/material/67cfc6b2ab8df.pdf>

⑦ 口腔に係る在宅医療・介護連携推進のための自治体向けの手引きと事例集

(手引き)

「自治体向け 地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック 地域支援事業等の活用に向けて」

令和6年度老人保健健康増進等事業「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構築の検討」（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター）

URL: <https://www.tmghig.jp/research/publication/hokenjigyoku/>

(事例集)

令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症患者の口腔管理体制に関する調査研究事業」

（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター）

認知症の人の口腔機能を地域で守っていくための事例集

URL: https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/5072dfe9076794e958d486a31b7abcb8.pdf

⑧ 訪問看護に係る在宅医療・介護連携推進のための事例集

令和6年度老人保健健康増進等事業「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」（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング）

⑨ 看護小規模多機能型居宅介護に係る各種資料

- 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）について

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html>

- 看多機紹介冊子 かんたき虎の巻

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000844322.pdf>

- 看多機紹介動画 「在宅医療を支える かんたき」（アクセンチュア YouTube チャンネル）

<https://youtu.be/KsnLKoAFj9o>

- 看護小規模多機能型居宅介護の広域利用について

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001213668.pdf>

令和 6 年度 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携推進事業の有効的なあり方にかかる調査研究事業

在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4

令和 7 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ

TEL : 03-5533-2111 (代表)

〔ユニットコード : 8352682〕