

**地域包括ケアシステム（在宅医療）
構築のためのロードマップ
策定マニュアル**

令和3（2021）年3月 改訂

大阪府

目次

はじめに	3
I 在宅医療提供体制の確保に向けて	4
1. 市町村と在宅医療施策	4
2. 地域の在宅医療の提供体制を考えるうえでの視点	6
II 地域分析の準備 —オープンデータの整理—	8
1. 地域の基本データの収集・整理	9
2. 在宅医療に係るデータの収集・整理	11
【参考】 地域の実感を持つための定量調査の実施	14
III 地域分析の準備 —定性情報の収集・分析—	15
1. 関連団体へのヒアリングの意義	15
2. ヒアリングを行う対象者	15
【事例】 専門職能団体との連携の形 ～岩手県釜石市～	16
3. ヒアリングの内容	17
4. ヒアリングのとりまとめ	18
IV 将来像の設定とロードマップの策定	19
1. 定量・定性情報の整理・分析	19
2. 将来像（目標）の設定	19
3. ロードマップの策定	21
【事例】 複数市町村のロードマップ ～泉州地域～	23
【参考】 進捗管理：アクションプラン（行動計画）を作成する	26
V 地域における検討の場づくり	27
1. 検討の場の構成を考える	27
【事例】 複数市町村の検討の場の活用 ～愛知県北名古屋市～	28
2. 検討メンバーの選定	29
3. 評価・改善の場としての活用	29
VI 参考資料	30
① グループワーク資料	30
② ヒアリングシート（例：訪問看護ステーション）	32
③ アクションプランフォーマット（例）※記載内容は例示	33

● 地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・介護予防・住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制です。大都市やその周辺都市、地方都市、中山間地域等、地域によって高齢化の状況及びそれに伴う介護需要も異なることから、地域の実情に応じて、目指すべき方向性を明確にし、地域の特性を生かした地域包括ケアシステムの構築を推進していくことが求められます。

● モデル事業と本マニュアル策定の経緯

大阪府では、令和元年度、地域包括ケアシステムの構成要素のうち「医療」の提供体制に焦点を合わせ、3モデル地区（豊能地区、中・南河内地区、泉州地区）において、その実情に応じたロードマップ（行程表）の作成を支援する「地域包括ケアシステム（在宅医療）構築支援事業」（以下「モデル事業」という。）を実施しました。モデル事業では、データ分析等によって現状を把握し、地域の関係者とともに将来像を描いたうえで課題を抽出し、解決に向けたロードマップを策定するとともに、モデル事業において得られたノウハウを本マニュアルにまとめました。I章で市町村が在宅医療提供体制の確保に取り組む背景を整理したうえで、II章でオープンデータから地域の姿を捉え、III章で定性情報の収集・活用についてまとめました。IV章ではII・III章の結果を基に、地域において将来像の設定・課題抽出・対応策について協議・合意形成を図ること、V章では全体に係る事項として地域における検討の場づくりについて記載しています。

● 本マニュアルの位置づけ

ロードマップとは、「将来のあるべき姿」から逆算し、いつまでに・何をどこまで達成させるべきかを考え、その実現に向けて地域の各主体がそれぞれの役割を踏まえて取り組むべきことを整理した行程表です。地域のなかで合意形成を図りながらロードマップを策定することで、PDCAに沿った在宅医療・介護連携をより効果的に推進する手段となり得ます。本マニュアルは、在宅医療・介護連携分野に取り組む市町村の担当者を対象に、PDCAサイクルに沿って在宅医療の提供体制の確保をより効果的・効率的に検討していただくために作成したものです。第6期（平成27年度～29年度）以降、「地域包括ケア計画」に位置づけられている市町村介護保険事業計画の策定とあわせ、「在宅医療・介護連携の推進」の検討に使用するなど、各地域の実情に応じてご活用ください。なお、在宅医療・介護連携推進事業の事業体系が見直されたことに伴い、令和2年9月に改訂版として『在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3』が厚生労働省から示されました。取組の手順や留意事項に大きな変更はありませんが、第8期介護保険事業計画期間において、地域のあるべき姿を意識した課題解決やPDCAサイクルに沿った取組ができるよう、事業をマネジメントする視点が打ち出されています。このような国の動向も踏まえ、本マニュアルをご活用いただければ幸いです。

I 在宅医療提供体制の確保に向けて

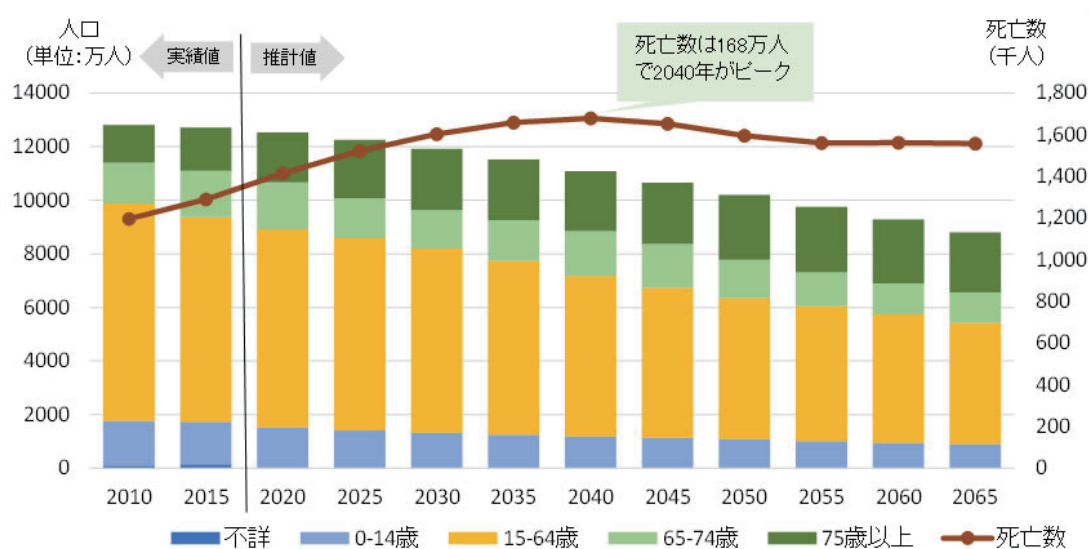
1. 市町村と在宅医療施策

◆在宅医療・介護連携の推進

高齢者は、加齢に伴って、慢性疾患による受療が多い・複数疾病にかかりやすい・要介護の発生率が高い・認知症の発生率が高い等の特徴を有しています。医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるようにするためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築することが肝要であり、都道府県（保健所等）の支援の下、市区町村が中心となり、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進することが求められます。

日本の総人口は既に減少に転じており、2025年以降は15～64歳の現役世代の減少が大きくなると見込まれています。更に、2015年の死亡者数は129万人ですが、高齢化の進展に伴って死亡者数は増加を続け、ピークとなる2040年には168万人になると見込まれています。市町村においては、住民が“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られるように”、人生の最終段階にあるような医療と介護の両方を必要とする高齢者が、どこでどのように最期まで過ごせるのか、死亡者数がピークに達する2040年を一つの目安に取り組むことが求められます。

日本の総人口と死亡者数（推移）



出典：内閣府「平成29年度版高齢社会白書」

＜人口＞ 2015年までは総務省「国勢調査」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

＜死亡数＞ 2015年までは厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本人）。2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

◆在宅医療・介護連携推進事業の位置づけ

平成 26 年介護保険法改正によって、平成 27 年度には介護保険法の地域支援事業のなかに「在宅医療・介護連携推進事業（以下「医介連携事業」という。）」が位置づけられ、市町村が主体となって、在宅医療と介護の連携に向けて地域の関係機関の連携体制の構築を推進することとなりました。平成 30 年度からは全ての市町村において実施されています。市町村は医介連携事業を活用して、地域の実情に応じた在宅医療と介護の連携体制の構築と充実を図る必要があります。

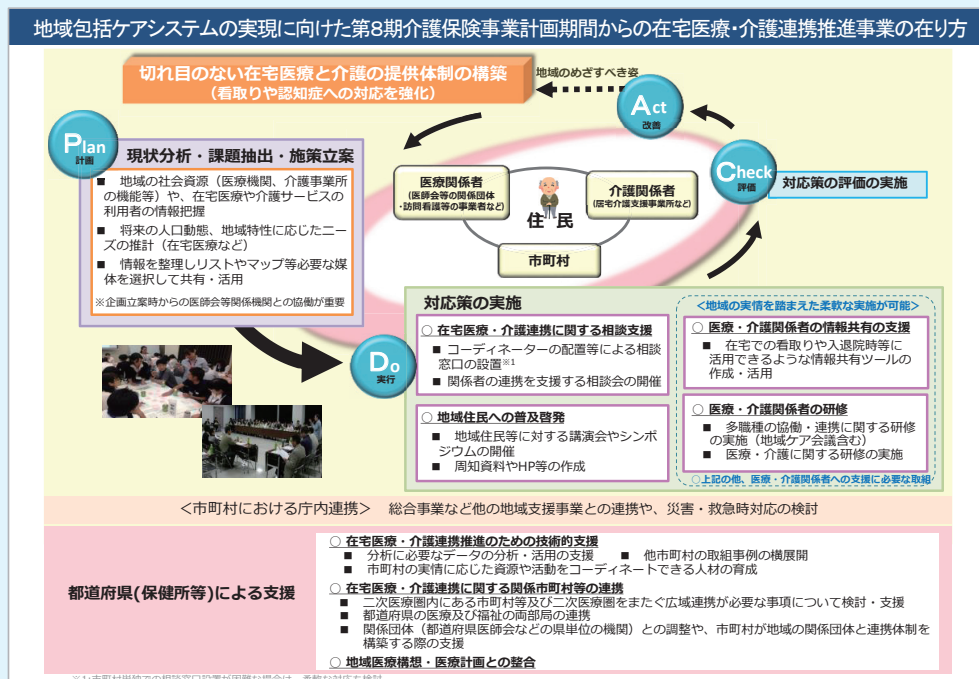
【在宅医療・介護連携事業の見直し：「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」に改訂】

全ての市町村が、医介連携事業に取り組み始めて約3年が経過し、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつあります。しかし一方で、8つの事業項目を行うこと自体を目的化してしまっている市町村があるとの指摘もなされています。

そのため、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向けて、これまでの8つの事業を踏まえても次の段階として、「市町村が地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図れる」「地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ PDCA サイクルに沿った取組を更に進める」ために、以下の考え方で見直しが図られました。加えて、看取りや認知症への取組の強化の観点、都道府県による市町村支援の重要性の明確化も図られています。

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

■地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方



出典：「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3」

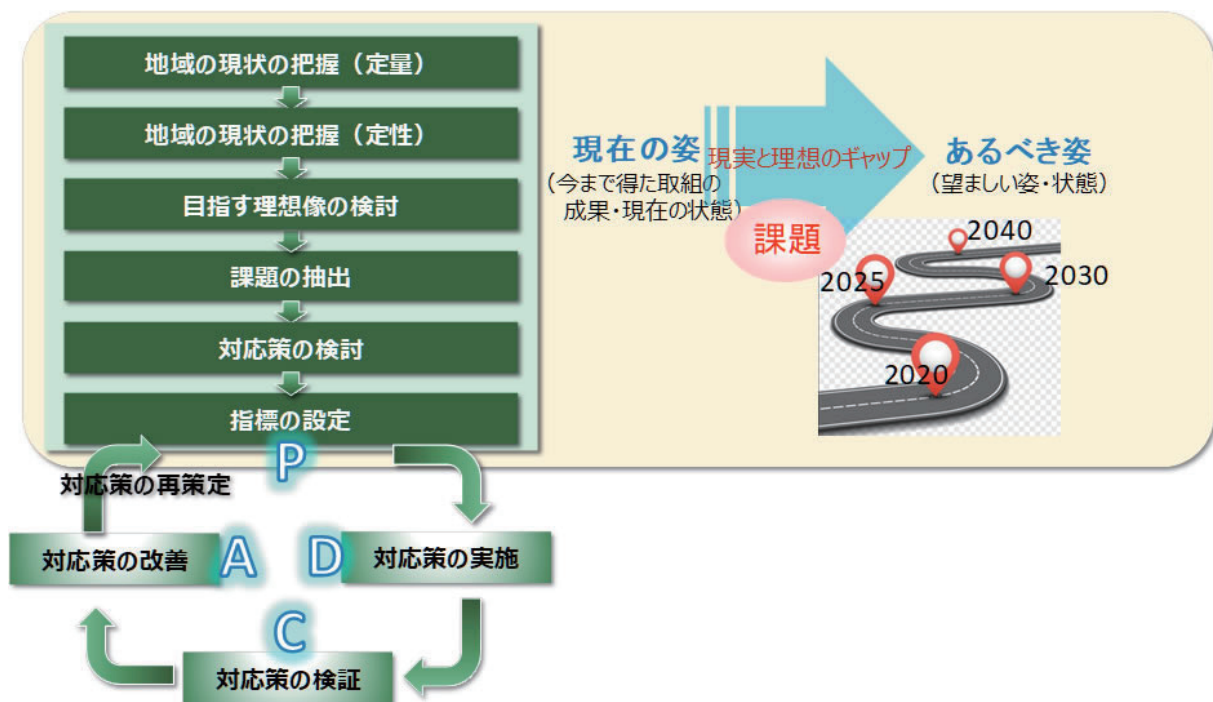
2. 地域の在宅医療の提供体制を考えるうえでの視点

◆ PDCA サイクルに沿った検討とロードマップ

地域の実情に即した在宅医療と介護の連携の推進に向けては、その実施方法について、市町村の問題を把握・分析したうえで解決に資する対応策を具体化することが求められます。

現在の在宅医療や介護の需要・供給などを定量・定性の両面から捉え、「現在の姿」を把握し、そのうえで何を指すのか「将来のあるべき姿」を明らかにします。そうすることで、現実(現在)と理想(将来)の両者のギャップ(差、乖離)を明らかにし、現状を理想に近づける策を考える必要があります。そのギャップを解消するためにとるべき対応が地域の課題であり、その進捗状況を測るために設定するのが指標となります。

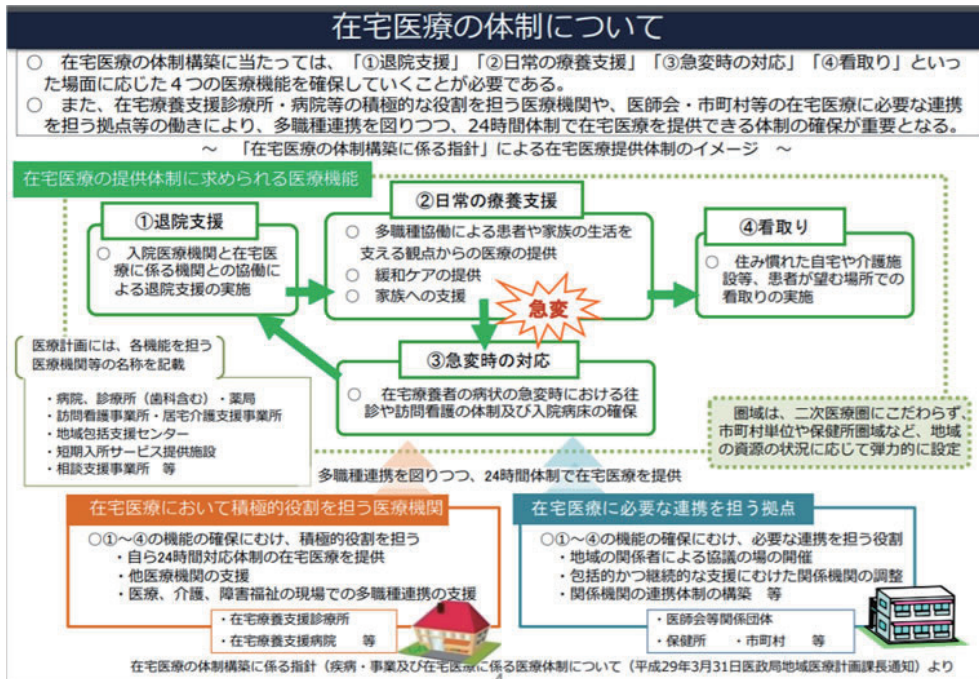
ロードマップとは、「将来のあるべき姿」から逆算し、いつまでに・何を・どこまで到達させるべきかを考え、その実現に向けて地域の各主体がそれぞれの役割を踏まえて取り組むべきことを整理した行程表です。



◆在宅医療・介護連携の具体的な連携場面：

「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」

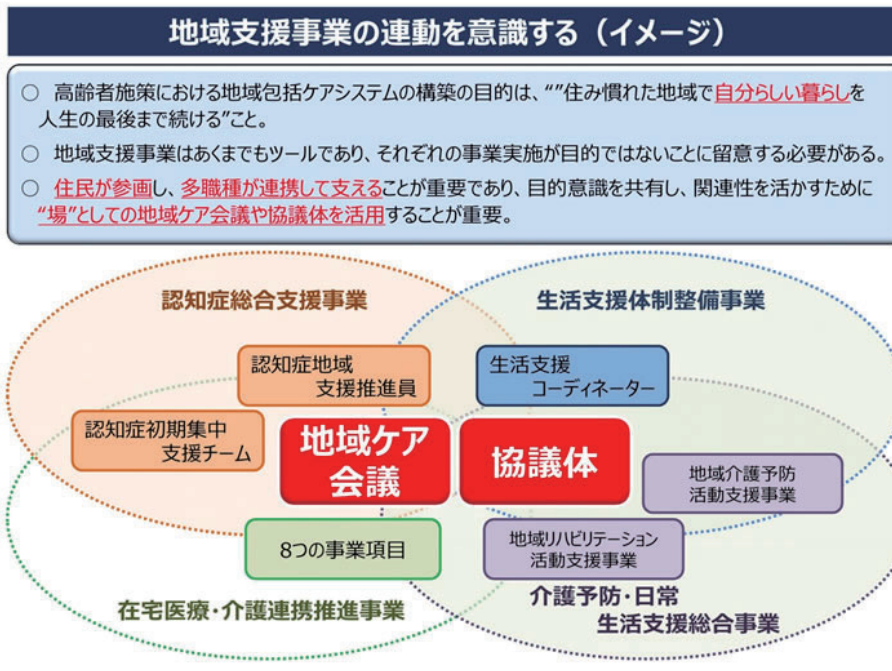
医介連携事業には取り組むべき事業項目が示されていますが、在宅療養者の生活の場において、「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」の4つの医療と介護の連携場面別に具体的に考える視点もあります。自分の地域において、4つの連携場面を支えるために、どのようなサービスの量と質が必要なのか、どのような連携があれば良いのか、医介連携事業の実施内容を検討する際に参考にしましょう。



図出典：厚生労働省

◆その他の地域支援事業等との連動

在宅医療・介護連携推進事業は、住民の暮らしをどう支えていくのかという目指す姿を実現させるための手段の一つです。地域支援事業をはじめ、地域には暮らしを支えるための事業や取組が多くあります。それらをどうつなげていくのかを考えることが必要です。地域ケア会議や協議体といった、関係者が地域の課題や目指す方向を共有していく場を上手く活用しながら、取組を展開する視点が大切です。



図出典：厚生労働省

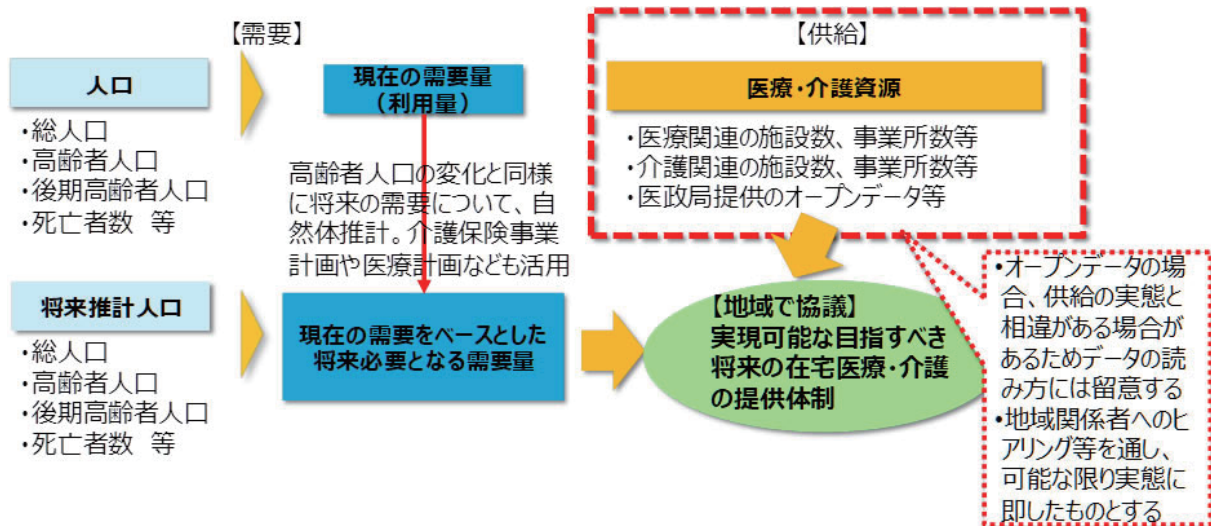
II 地域分析の準備 —オープンデータの整理—

地域の現状を理解する最初のステップとして、自分の地域の人口や世帯数、死亡者数、要介護認定者数などを整理します。既に医介連携事業等でデータ収集・整理している場合には、そちらを活用します。

データ収集・整理の目的は、地域の需要と供給の概要をおさえ、将来の姿や課題を地域のなかで協議していくうえでの基礎資料とすることにあります。Ⅲ章の地域関係者等へのヒアリング等を通して、話題になったデータを改めて調べることもあり得るため、完璧な資料を作成する必要はないことに留意しましょう。

また、医療計画や介護保険事業（支援）計画なども活用し、可能な限り客観的な数値で、将来の在宅医療・介護の提供体制を協議できるように留意しましょう。

情報整理の考え方



1. 地域の基本データの収集・整理

◆人口構造の変化を把握する

まずは、医療・介護サービスが必要な自分の地域の過去2～10年の推移と将来推計を整理し、自分の地域の人口構造の変化の傾向を把握します。

整理するデータとしては、「総人口」「前期高齢者(65-74歳人口)」「後期高齢者(75歳以上人口)」「高齢化率」「要支援・要介護認定者数」「死亡者数」「死亡場所」などが考えられます。データ収集では、次のオープンデータを活用することができます。

活用可能な主なオープンデータ

項目	収集可能な項目	出典
①人口推移	・市町村別の人口 ・高齢者単身世帯 など	国勢調査 都道府県・市区町村別統計表 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001049104&cycle=0&tclass1=000001049105
②将来人口推計	・市町村別の将来の男女5歳階級別推計人口 ・2015～2045年までの5年ごとの将来推計 ・国勢調査を基にした推計	国立社会保障・人口問題研究所「男女・年齢(5歳)階級別データ『日本の地域別将来推計人口』(2018年推計) http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp
③要支援・要介護認定者数	・保険者別の第1号被保険者数 ・保険者別の要介護認定者数 など	介護保険事業状況報告 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450351&tstat=000001031648
④死亡者数、死亡場所	・大阪府内市町村別の死亡数 ・病院、老人保健施設、自宅等の死亡場所 ・平成11～29年	大阪府人口動態調査 C-7 死亡数、死亡の場所・市町村別 http://www.pref.osaka.lg.jp/kenisomu/syuyoufukusidate/jinkou1.html
⑤死亡場所	・市町村別の自宅死の割合 ・市町村別の老人ホーム死の割合	在宅医療に係る地域別データ集 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html

これまでは団塊世代がすべて65歳以上になる2025年が中長期的なビジョンを考えるうえで重要でしたが、今後は団塊ジュニアがすべて高齢者となり、かつ、死亡者数がピークになると見込まれる2040年を見据えて将来推計を整理すると良いでしょう。

◆経年比較、全国・府平均・他地域比較で、自分の地域の状況を把握する

自分の地域の人口構造が、過去・現在・将来とどのように推移しているのか（推移する見込みなのか）、傾向をおさえます。そのうえで、全国・府平均や他の地域と比較することで、自分の地域の位置づけを確認しましょう。例えば、2015年と2040年の高齢者人口の増減率について、自分の地域と全国・府平均とを比較することで、高齢化の進展スピードの目安を知ることが可能になります。

分析の視点としては、次のようなことが挙げられます。

・視点①自分の地域の経年変化

自分の地域の傾向を把握しましょう

・視点②他市町との比較

近隣や人口が同規模の自治体の傾向と比べましょう

・視点③全国・府平均等との比較

自分の地域だけでなく、広域の傾向と比べましょう

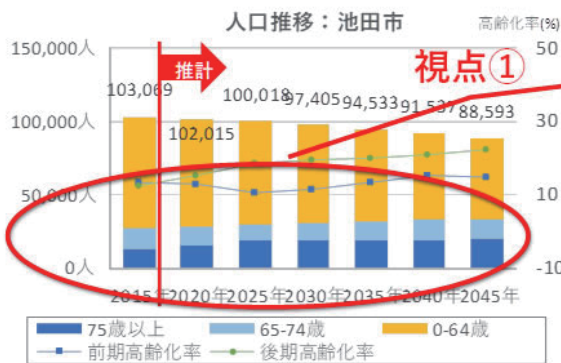
モデル事業で作成した人口構造の変化に係る資料（抜粋）

課題の調査・分析：オープンデータの整理－人口構造の変化

豊能地区

□ 豊能地区では2町で高齢化が急激に進む中、医療・介護をどのように維持するか、真剣に検討する必要がある。

- ・池田市は人口の減少と高齢化が徐々に進む。その変化は大阪府全体とほぼ同様に推移する見込み。
- ・一方、豊能町と能勢町は急激に人口が減少し、2040年で2015年の5割、2045年には4割程度まで減少する見込み。また、医療・介護ニーズが高まる後期高齢者は2030年まで増加を続け、豊能町は2015年の1.9倍、能勢町は1.5倍になる見込み。その結果、**両町とも2045年には後期高齢者が、人口の半数近くを占める**ようになる。両町では、人口の減少に伴い、医療・介護サービスの人材不足が現在でも課題となっている中で、人材不足は深刻化する。



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

総人口（国立社会保障・人口問題研究所2018年3月推計）

単位	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
	H27	R2	R7	R12	R17	R22	R47
池田市	103,069	102,015	97,405	94,533	91,537	88,593	86,593
96	100	99	97	95	92	89	86
豊能町	10,004	9,164	8,370	7,660	7,004	6,400	6,012
96	100	91	82	73	62	52	43
能勢町	10,256	9,111	8,065	7,104	6,148	5,188	4,295
96	100	89	79	69	60	51	42
1市2町計	133,259	129,290	124,462	118,971	113,085	107,117	101,590
96	100	97	93	89	85	80	76
豊能二次医療圏	1,036,617	1,052,732	1,047,352	1,035,025	1,017,240	995,670	972,775
96	100	102	101	100	98	96	94
大阪府	8,836,455	8,732,289	8,525,303	8,282,023	7,962,984	7,649,229	7,335,332
96	100	99	96	93	90	87	83

後期高齢者人口（国立社会保障・人口問題研究所2018年3月推計）

単位	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
	H27	R2	R7	R12	R17	R22	R47
池田市	12,776	15,501	18,515	19,145	18,770	18,967	19,995
96	100	121	145	150	147	148	157
豊能町	3,052	4,186	5,478	5,847	5,411	4,702	4,076
96	100	137	179	192	177	154	134
能勢町	1,592	1,791	2,219	2,405	2,391	2,245	2,094
96	100	113	139	151	150	141	132
1市2町計	17,420	21,478	26,212	27,397	26,572	25,914	26,165
96	100	123	150	157	153	149	150
豊能二次医療圏	119,616	149,665	180,391	186,801	182,982	165,570	197,704
96	100	125	151	156	153	155	165
大阪府	1,046,880	1,289,407	1,507,345	1,520,311	1,445,021	1,433,266	1,511,370
96	100	122	144	145	138	137	144

視点②

視点③

2. 在宅医療に係るデータの収集・整理

◆在宅医療の提供体制に係るデータ

病院や診療所などの施設数、従事者数など、提供体制に係るデータ収集は、既存統計から容易に入手することが可能です。人口10万人（1万人）当たりのデータで、全国・府、他の地域と比べた自分の地域の位置づけを把握します。ただし、在宅療養支援診療所の届出をしても、実際には訪問診療などを行っていない場合もあるなど、実際の稼働状況はデータ上で判断できないことに留意が必要です。

分析の視点としては、次のようなことが挙げられます。

・視点①施設全般・在宅医療・介護連携の関連施設の把握

医療機関・介護事業所全般と在宅医療に関連する届出やサービスを行っている施設・事業所を理解し、提供体制を把握しましょう。経年データがある場合は、傾向を把握しましょう

・視点②全国・府平均等との比較

実数だけでなく、人口1万人当たりの件数で整理するなど、サービスを必要とする住民に、どの程度の体制があるのか概要を把握しましょう

モデル事業で作成した提供体制に係る資料（抜粋）

課題の調査・分析：オープンデータの整理 在宅医療の提供体制

豊能地区

□ 後期高齢者人口の増加で高まる医療・介護ニーズにどのように対応するか。

- ・池田市は全国平均に比べ、病院が少ないが、診療所は充足

池田市	
医療	病院3（人口10万人当たり2.9/全国6.5）…536床 一般診療所92（89.3/68.1） 歯科67（65.0/53.7） 薬局46（44.6/45.6） 在宅診療15（14.6/11.1）
介護	訪問型45（75歳以上1千人当たり2.5/全国3.2） 通所型39（3.1/3.4） 入所型29（2.3/2.1） →定員（75歳以上1千人当たり59.8/全国74.8） 有料・軽費老人ホーム6（0.5/0.3） →定員（75歳以上1千人当たり24.1/全国18.0）

出典：「地域医療情報システム（2018年11月現在）」他

視点①

データ時点	2010.1 2010.1 2011.1 2011.1 2012.1 2012.1 2013.1 2013.1 2014.1 2014.1 2015.1 2015.1 2016.1 2016.1 2017.1 2017.1																	
	施設数	病院総数	一般診療所総数	在宅療養支援病院	在宅療養支援診療所	うち機能強化型（単独）	うち機能強化型（連携）	うち従来型	訪問診療									
									病院				一般診療所					
									施設数	実施件数	施設数	実施件数	うち、在宅療養支援病院	うち、在宅療養支援病院以外	うち、在宅療養支援診療所	うち、在宅療養支援診療所		
池田市	3	104	0	20	0	4	16	0	0	0	0	0	0	0	20	1,447	12	1,329
豊能町	3	7	0	3	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	5	79	3	51
能勢町	7	7	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	35	2	18
全国	0.67	8.08	0.10	1.17	0.01	0.22	0.93	0.22	12.93	0.08	8.96	0.13	3.97	1.61	84.86	0.85	74.63	
大阪府	0.60	9.72	0.12	2.13	0.02	0.36	1.75	0.20	16.00	0.11	12.92	0.09	3.08	2.28	####	1.41	####	
豊能療園	0.46	9.44	0.05	1.82	0.03	0.35	1.45	0.09	2.44	0.05	1.88	0.04	0.55	2.08	####	1.26	####	
豊能地区	0.23	9.59	0.00	1.89	0.00	0.45	1.43	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.11	####	1.28	####	
池田市	0.30	10.24	0.00	1.97	0.00	0.39	1.58	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.97	####	1.18	####	
豊能町	0.00	7.86	0.00	1.47	0.00	0.49	0.98	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.46	38.80	1.47	25.05	
能勢町	0.00	6.64	0.00	1.90	0.00	0.95	0.95	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.84	33.18	1.90	17.06	

出典：厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」

◆在宅医療・介護の提供量

在宅医療の提供体制でみた施設や従事者が、どのくらいのサービス量を提供したか（稼働したか）を把握します。正確な把握にはレセプトデータの活用が考えられますが、活用環境は整備段階であり、1つの市町村、特に小規模市町村では取得・集計・分析は容易とは言えません。そのため、既存統計で概要を把握したうえで、Ⅲ章で詳述する関係者ヒアリングで補完します。

分析の視点としては、次のようなことが挙げられます。

・視点①全国・府平均等との比較

実数だけでなく、人口1万人当たりの件数で整理するなど、サービスを必要とする住民に、どの程度の提供がなされているのか概要を把握しましょう

・視点②提供体制など他の項目との比較

提供体制と提供量の傾向をあわせてみることで、在宅医療・介護連携や在宅医療の取組状況など、ヒアリングで聞くべきポイントを把握しましょう

モデル事業で作成した在宅医療・介護の提供量に係る資料（抜粋）

課題の調査・分析：オープンデータの整理 在宅医療・介護の提供量

豊能地区

- 現在は全国水準を維持できているが、多死時代の「できる限り自宅」という住民のニーズにどのように対応するか
 - ・ 2017年9月の診療所の看取り件数は、池田市8件、豊能町0件、能勢町2件。池田市は診療所が多いにも関わらず、看取りを行っている診療所数は少ない可能性がある。

視点②

(データ時点)		2010.1	209月	2010.1	209月	2010.1	209月	2010.1	209月	2010.1	209月	2010.1	209月
実数	人口1万人対	看取り											
		病院						診療所					
		うち、在宅療養支援病院		うち、在宅療養支援病院以外		うち、在宅療養支援診療所		うち、在宅療養支援診療所以外					
	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	
	池田市	0	0	0	0	0	0	4	8	4	8	0	0
	豊能町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	能勢町	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1
	全国	0.05	0.11	0.03	0.07	0.02	0.04	0.38	0.79	0.28	0.65	0.10	0.14
	大阪府	0.04	0.15	0.04	0.06	0.00	0.09	0.43	0.82	0.36	0.72	0.07	0.11
	豊能療園	0.02	0.02	0.02	0.02	0.00	0.00	0.46	0.94	0.40	0.87	0.06	0.07
	豊能地区	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.45	0.75	0.38	0.68	0.08	0.08
	池田市	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.39	0.79	0.39	0.79	0.00	0.00
	豊能町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	能勢町	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.90	1.90	0.95	0.95	0.95	0.95

出典
・厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」

◆オープンデータの活用

在宅医療・介護連携に係るデータは、既存統計や各病院の公開情報などから把握可能なものが多くあります。なかには、市町村別にとりまとめられたデータ集もあるため、個別データを整理する前に、一度確認してみましょう。

■活用可能な主なオープンデータ

項目	収集可能な項目	出典
①医療系の施設数	<ul style="list-style-type: none"> ・往診を実施している診療所・病院数 ・在宅看取りを実施している診療所・病院数 ・歯科訪問診療を実施している診療所・病院数など ※実際の稼働状況は判断できない点に留意 	往診を実施している診療所・病院数医療施設調査 厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html
②医療系の施設数	<ul style="list-style-type: none"> ・医科、歯科、薬局の届出数 ・訪問看護ステーションの届出数 ・各施設基準の届出数 ※実際の稼働状況は判断できない点に留意 	施設基準の届出受理状況（各地方厚生局） 近畿厚生局 HP https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei_jokyo_00004.html
③介護系の施設数	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険施設数 ・介護事業所施設数 	介護サービス施設・事業所調査 厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html
④介護系の施設数	<ul style="list-style-type: none"> ・個別物件の登録情報のダウンロードが可能 ※集計は困難 	サービス付き高齢者向け住宅情報提供サービス https://www.satsuki-jutaku.jp/index.php
⑤患者数	<ul style="list-style-type: none"> ・往診を受けた患者数 ※都道府県別、二次医療圏別のみ 	患者調査 厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html
⑥病院の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・病床数 ・届出状況 ・入院患者の状況 など 	病床機能報告 大阪府 HP http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/keikaku/byousyokinou_30.html

■活用可能な主なデータ集

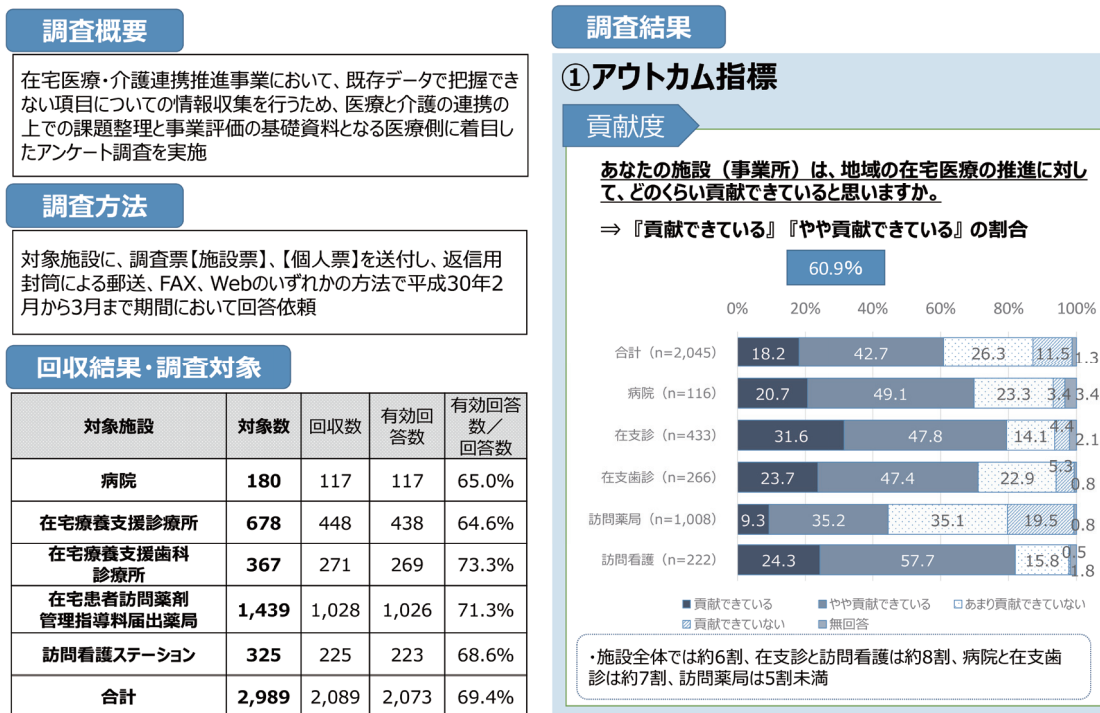
名称	収集可能な項目	出典
①在宅医療にかか る地域別 データ集	<ul style="list-style-type: none"> ・人口、在宅療養支援病院等の施設数、自宅死の割合、老人ホーム死の割合 ・平成 26 ～ 30 年 	厚生労働省 HP https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html
②地域包括ケア「見 える化」 システム	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険事業計画の策定・実行を総合的に支援するための情報システム ・訪問看護回数 ・訪問介護回数 など 	厚生労働省 HP: https://mieruka.mhlw.go.jp/
③経済・財政と暮らしの指標 「見える化」ポータル サイト (SCR)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院数 ・一般診療所による訪問診療の実施件数 など 	経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト http://wwwb.cao.go.jp/ittaiikaikaku/mieruka/index.php
④地域医療情報シ ステム (JMAP)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本医師会が運用 ・医療介護需要予測指数 ・医療系・介護系施設数 ・全国や府、二次医療圏、市町村単位 	地域医療情報システム http://jmap.jp/cities/detail/pref/27

【参考】 地域の実感を持つための定量調査の実施

データの収集に際しては、既存統計にはないケースや、地域の医療・介護関係者が定性的な情報は持っているものの定量的なデータとして保持していないケースもあります。特に、医介連携事業の結果として医療・介護関係者の連携がどのように進展したのか、また、サービス提供の結果として療養者や住民の健康状態がどう改善したのかといったアウトカムに係るデータは、医療・介護関係者や住民に対してアンケート調査等を実施して把握することになります。あわせて、取組の進捗状況を把握するための指標ともなり得るため、適切なアンケート項目が慎重に検討することが必要です。

定量調査には人手、費用、時間を要します。市町村が独自に定量調査を行う場合には、介護保険事業計画策定時の調査など既存の調査の枠組みを活用するなど、実行性や継続性にも配慮して検討する必要があります。

例：大阪市在宅医療・介護連携推進事業に関する医療施設等アンケート調査報告書（概要）



出典：大阪市「大阪市在宅医療・介護連携推進事業に関する医療施設等アンケート調査報告書（概要版）」

Ⅲ 地域分析の準備 一定性情報の収集・分析

地域の現状を理解する次のステップとして、自分の地域の医療・介護関係者に対しヒアリングを実施します。医介護連携事業等で多職種が集まる場が既にある場合には、そちらを活用しますが、職種ごとの現状や問題を聞くには、一堂に会する場ではなく、個別にヒアリングをすることも有効です。

1. 関連団体へのヒアリングの意義

地域包括ケアシステムに関連する関係者・関連団体は、基幹病院、医師会、訪問看護関連、ケアマネジャー、介護事業所、介護保険施設、消防本部等、多岐にわたります。適切な機関に対してヒアリングを行い、定性情報を収集・分析することは、現状の問題を把握する一歩となります。

上記のヒアリング対象に加え、市民ボランティアや、各種サポーターなど、インフォーマル・サービスを展開している団体からヒアリングを行うことも選択肢の一つです。小規模自治体などにとっては他団体との調整が重荷になる可能性があるため、医師会等の協力を得ながら対応していくことも有効です。

2. ヒアリングを行う対象者

把握したい事項に応じて、誰にヒアリングをするのか検討する必要があります。例えば、在宅医療の現状について全般的に確認したい場合には、以下のような方が想定されます。

■想定されるヒアリング候補

ヒアリング対象先	想定されるヒアリング対象者
医師会	・在宅担当理事、地域の在宅医療の中心的役割を担う医師、事務局長 など
病院	・事務長、入退院支援に関わる医療ソーシャルワーカー など ※急変時の搬送について確認する場合は、救急医療に従事する医師・看護師も対象となる
地域の看護団体	・訪問看護連絡会、府看護協会地区部会 など ・上記が存在しない場合は、各ステーションの所長、主要病院看護部に確認
地域の介護団体	・ケアマネジャー連絡会、介護サービス事業者連絡会、老人福祉施設会議体 など ・上記が存在しない場合は、各施設・事業所の施設長・所長に確認
消防本部	・救急業務を担う職員 ※急変時の搬送について確認する場合は、必ず対象に含めることが必要

事例 専門職能団体との連携の形 ～岩手県釜石市～

特徴

- チームかまいし（連携拠点）では医療・介護従事者間の連携調整の手法として、連携の基盤となる一次連携（同一職種との連携）、二次連携（一次連携のニーズを基にした複数職種をつなげる連携）、三次連携（地域全体に関わる課題解決、コンセンサスの形成）の3つのフェーズで連携。
- 課題の性質に合わせた、適切な解決の場と手法を選び、連携の課題を抱える当事者（職能団体等）に提案することや協働することで連携推進の取組みを実施・支援している。

釜石市の概要

基礎情報

- ・ 総人口 32,977 人 (R2.1.1、総務省)
- ・ うち 65 歳以上人口 12,925 人、39.2% (同上)
- ・ 要介護認定率 20.4%

地域の特徴

- ・ 平成 23 年東日本大震災で被災
- ・ 釜石医療圏（釜石市、大槌町）
- ・ 在宅医療機能を担う病院がなくなったことの危機感から、連携体制の検討が始まった

医療資源

- ・ 病院 5、診療所 11、歯科 15、薬局 14 ※ 1
- ・ 訪問診療を実施する一般診療所 4 か所、
- ・ 看取りを実施する一般診療所 2 か所
- （H29.10 在宅医療地域別データ集）

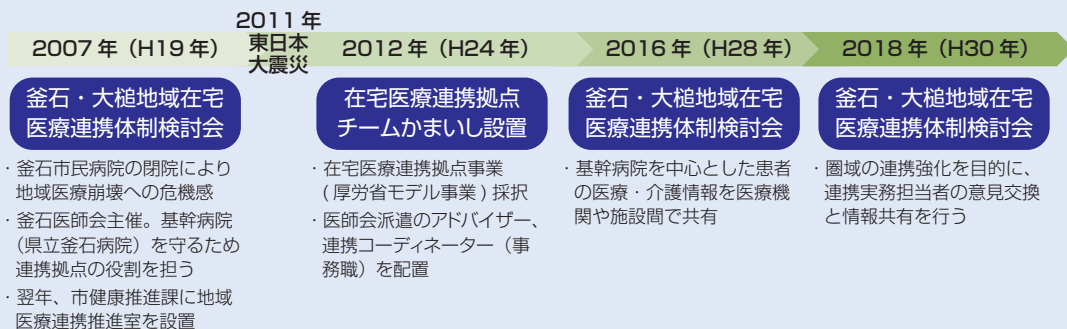
介護資源等

- ・ 訪問型 19、通所型 16、入所型 19、特定施設 0、
- ・ 居宅介護支援 12、包括支援センター 1

※ 1：JMAP R2.12 参照

経緯・流れ

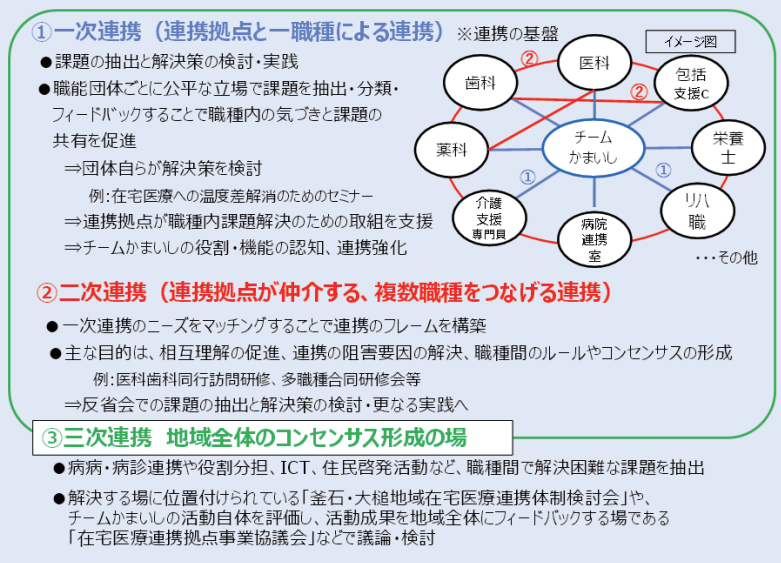
- 病院統廃合で地域の医師数が大きく減少。在宅医療を担う病院がなくなり、地域医療崩壊の危機に陥った。
- このような背景から、地域全体での役割分担の明確化と連携が求められ、釜石医師会が地域連携全体の構築のコーディネーター拠点となり、平成 19 年に釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会を設置。
- 平成 24 年には厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」に医師会と連携して取り組む釜石市の計画が採択され、地域包括ケア体制の構築を目指し、「チームかまいし」が設置された。その後も「かまいし・おおつち地域医療情報ネットワーク」の稼働、「釜石・大槌地域医療介護福祉多職種連携の会」などに繋がり、釜石医療圏における医療介護連携を推進している。平成 31 年度から、チームかまいしは釜石市地域包括ケア推進本部の所管となり、地域包括ケア連携を推進している。



取組概要

- 平成 24 年に、地域包括ケア体制の構築を目的に、チームかまいしを設置。各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えることを役割としており、他部署との役割分担によりケース対応は原則として行っていない。全員が市役所の一般事務職員のため、中立的・客観的な立場を保っている。医師会からアドバイザー派遣を受けることで、医師との対話や診療報酬、医療的処置が必要な患者の問題等を話し合う際の質を担保（不定期ミーティングのほか、メールや SNS 等で常時連絡は可能）。
- チームかまいしの特徴として、階層別連携コーディネーターの手法をとっていることが挙げられる。階層別連携コーディネーターで、“現場目線の課題解決” から “包括的な施策化” までの一貫性が強化されている。
- 一次連携は発言のしやすさを工夫し、一職種での実施としている。そこで課題を抽出し、一次連携で生じた複数職種間の課題・ニーズは、チームかまいしにより上位階層（二次、三次連携）の場へスムーズに移行させている。

3つのフェーズによる連携のイメージ



<チームかまいしの成果>

- 一次連携で抽出された課題の解決に向けた、職能団体等主催の研修を開催支援・協力することで、同じテーマの研修の乱立・動員される専門職の疲弊を防ぐ。
- 複数職種による連携のフレームづくり(二次連携)として、「在宅医療同行訪問研修」「多職種合同研修会」「多職種情報交換会」「視察対応」「学会等共同発表」など、課題内容に応じた様々な連携手法で支援。

一次連携を基にした、二次連携の成果 (一例: ケアマネ薬科)

《二次連携》ケアマネ薬科合同研修会

【一次連携で抽出された課題】
ケアマネジャーの顔を知らない。サービス担当者会議に呼ばれない。職能が理解されていない。等

【目的】
自分の職能を再確認する。お互いを理解する。地域包括ケアにおける2職種の共通の目的を確認する。

【手法】グループワークと講義

- ①同職種のGW「自分の職種の再確認」※特に薬剤師のため
- ②相互理解のためのAピルタイム
- ③講義「地域包括ケア時代の多職種連携あり方」
- ④異職種混合のGW「多職種連携・この地域の包括ケアために」

【結果】
お互いに理解不足であることを認識。声には出さなかったがケアマネジャーも薬剤師との連携を望んでいた。どちらの職種も地域包括ケアの重要な担い手であることを認識

【成果】ケアマネジャーと薬剤師の連携推進

- ◆ケアマネジャーと薬剤師との在宅患者への同行訪問
- ◆サービス担当者会議に薬剤師が参加
- ◆介護施設職員を対象とした薬剤師の職能紹介
- ◆連携グループが誕生し、自主活動(ケアカフェの開催等)を推進

3. ヒアリングの内容

市町村がヒアリングを行う場合、各関連団体がどのような課題を持っているのかを確認していくことが肝要です。ただし、各関連団体から率直な課題に関する意見が共有できるかは、日頃の関係性によっても変わってくるため、注意が必要です。課題が出にくい場合は、II章で把握した地域の概要に対する意見を求めても良いでしょう。また、以下の項目にあるように、具体的な課題と思われるものを提示しながら、確認していくことも考えられます。詳細なヒアリング項目は、参考資料をご参照ください。

■想定されるヒアリング項目

ヒアリング対象先		想定されるヒアリング対象者
人員		<ul style="list-style-type: none"> ・現場においての需要と供給における問題 ・関係する多職種の人員における問題
診療・ケアについて		<ul style="list-style-type: none"> ・関連する多職種の診療・ケアにおける問題
4つの医療機能別(※)	入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時の多職種連携や患者情報連携における問題 ・患者入院時の病院選定における問題 ・患者退院時、病院や在宅医の連携、介護資源の調整における問題
	日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> ・療養時の多職種での連携における問題 ・退院後の患者の療養における問題 ・在宅で療養する患者の情報連携における問題 ・患者や患者家族、地域の多職種の ACP（愛称：人生会議）等への理解における問題
	急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・搬送時の多職種での連携における問題 ・後方支援体制における問題 ・搬送時の多職種での患者情報連携における問題
	看取り	<ul style="list-style-type: none"> ・看取り時の多職種での連携における問題 ・診療における患者の意思を多職種で共有することにおける問題

(※) 医療機能別によって課題が異なる場合があるため、分けて確認しても良い

4. ヒアリングのとりまとめ

ヒアリングのとりまとめにあたっては、主体別、共通項目別、地域の検討の場で活用することを想定した検討テーマ別など、ヒアリング結果の活用目的にあわせて整理することになります。

各ヒアリング結果を個票としてとりまとめるほか、結果概要を説明するための概要資料を作成しておくこと、IV章の情報整理やV章の検討の場での議論がスムーズとなります。ここでは、項目別・主体別の概要説明資料のフレームを例示します。

例：ヒアリング結果の整理フォーマット

	都市区医師会 在宅医療担当理事	在宅医 (看取り多)	訪看協議会	ケアマネ協議会	介護事業者 協議会
多職種の集まる場	多職種間の横の連携、地域課題を共有する場について				
将来に向けた課題認識	人口構造の変化や在宅医療・介護提供者の高齢化など、将来の地域に向けた問題意識について				
入退院	4つの連携場面に関する具体的な連携・取組内容、提供量などについて				
日常療養					
急変時					
看取り					
その他	住民意識やインフォーマルサービス、推進体制などについて				

IV 将来像の設定とロードマップの策定

1. 定量・定性情報の整理・分析

Ⅱ・Ⅲ章の定量・定性の情報を集めた結果は、地域における協議に活用するために整理・分析を行い、現状と課題を見える化することが重要です。例えば、以下のシートのように4つの医療機能ごと、また、地域づくりや啓発、推進体制等の地域特有の視点で分類整理することが可能です。今後の課題（問題）、将来の目標、取組イメージは、データ収集・整理やヒアリング調査結果を分析する過程で推察される、課題（問題）となりそうな状況や実態を基に記載してみましょう。

例：定量・定性情報の整理フォーマット

	現状	今後の課題(問題)	2040年の目標(案)	2025年/2040年に向けた取組イメージ
入退院支援				
日常の療養支援	施設数や提供量などの現状の数値や各職種の取組内容などを整理	人口構造の変化や関係者ヒアリングでの意見なども踏まえ、課題(問題点)を整理する	関係者ヒアリングでの意見を基に、担当者レベルで案を作成	関係者ヒアリングでの意見や他の自治体の施策などを踏まえ、担当者レベルで案を作成
急変時対応				
看取り				
地域特有の視点	推進体制や住民啓発、地域づくり、インフォーマルサービスなど、各地域特有の視点について記載する項目を用意する			

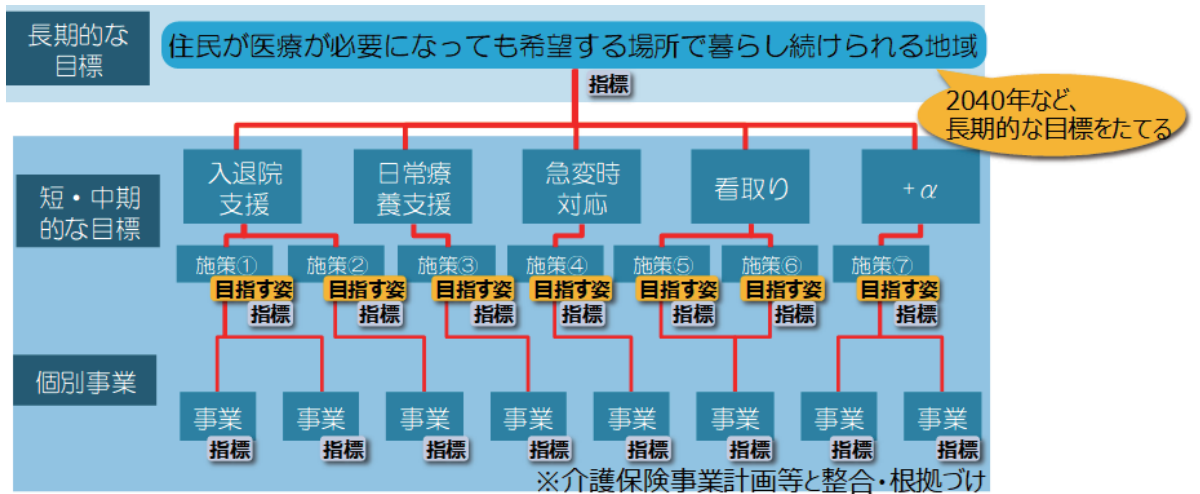
2. 将来像（目標）の設定

◆将来像を設定する

V章で紹介する検討の場を活用し、地域の医療・介護関係者とともに、「1. 定量・定性情報の整理・分析」の資料を用いながら協議しましょう。医療・介護等の地域関係者は多様であり、現状や問題意識はそれぞれ異なります。そのため、同じ方向性を持って在宅医療の提供体制の確保、在宅医療・介護連携の推進を図るためには、地域での合意形成が図られた将来像（目標）を持つことが大切です。将来像（目標）とは、在宅医療提供体制の確保、在宅医療・介護連携のあるべき姿、達成されるべき状態を指します。将来像（目標）を設定する場合は、最終的に達成すべき将来像と、中間的に達成すべき将来像（本マニュアルでは、「施策の方向性」として整理）の2つを設定すると、具体的なイメージを持って対応策を検討しやすくなります。

なお、会議形式で意見があまり出ない場合には、多くの医療・介護等の地域関係者が参加できるワークショップを開催し、意見を集約していく方法もあります（⇒具体的なワークショップの実施方法は参考資料を参照）。

ロードマップの体系



◆注意すべき点

将来像の設定、次のロードマップの策定時に最も重要なことは、「特定の団体の意見等に偏らない、検討の場全員の総意が得られた課題を抽出する」ことです。課題の抽出後は、当該課題についての対応策を検討することになりますが、後述する検討の場（後述「Ⅴ 地域における検討の場づくり」で記載する検討の場）の一部が納得しないままの課題では、対応策を実施する際に理解を得られないか、理解は得られても実際に対応策を実施する際の行動が伴わない、などの事柄が想定されます。

そのため、以下のように対応しながら課題抽出していくと良いでしょう。

検討の場で構成員全員の総意を得る工夫

- ① 課題の根拠のあるデータ（定量情報）を示し、分析結果を添える
- ② 検討の場の構成員の所属する団体等、もれなくヒアリングし結果を抽出（定性情報）する
- ③ 検討の場を活用して課題抽出のグループワーク等を行い、その内容をとりまとめる
⇒上記①～③等の結果を複合させ、とりまとめたうえで検討の場（後述「Ⅴ 地域における検討の場づくり」で記載する検討の場）に上程し、全体としての承認を得る

※上記①についての対応は、前述の「Ⅱ 地域分析の準備 —オープンデータ整理—」、上記②についての対応は、前述の「Ⅲ 地域分析の準備 —定性情報の収集・分析—」に記載。③については、参考資料としてグループワークの方法を掲載

3. ロードマップの策定

◆課題を抽出し、対応策を検討する

設定した将来像（目標）を実現するために、取り組むべきことが地域の課題となります。整理方法としては、短期的な観点（現状で何が対応できるか）や、中・長期的な視点でどのように取り組んでいくかが重要となります。

例：対応策の整理フォーマット

	施策の方向性	現状と課題	今、何ができるか (できそうか)	2025年までに 誰が何をするか	2040年までに 誰が何をするか
入退院支援					
日常の療養支援	目指すべき将来像を達成する状態について記載	現状と課題について整理	すぐに取り組めることを記載	短期的に取り組めることを記載 ※可能な限り、取組主体を明示する	中・長期的に取り組めることを記載 ※可能な限り、取組主体を明示する
急変時対応					
看取り					
地域特有の視点	推進体制や住民啓発、地域づくり、インフォーマルサービスなど、各地域特有の視点について記載する項目を用意する				

◆検討したことをロードマップとして整理・共有する

ここまで地域で検討したことについて、いつまでに・誰が・何に取り組み、将来の姿（目標）を実現させるかを地域の関係者で共有するために、ロードマップとして整理します。このとき、長期的な目標を達成する年から逆算し、いつまでにどこまで実現させるかを検討します。

ここで留意すべきことは、現状の取組の延長として将来を考えるのではなく、将来の姿を実現するために、今から何に取り組むべきかを考える必要があります。また、各関係者が個別に取り組むのではなく、地域課題の解決に向けて全体での最適化を図るとともに、市町村であれば行政計画に明示するなど各関係機関において取り組むべきこととして組織の承認を得ることが重要です。

例：ロードマップのフォーマット

長期的目標		住民が医療が必要になっても希望する場所で暮らし続けられる地域									
	あるべき姿(目標)	指標 現状値/目標	具体的な取組・施策	関係機関	2040年までの主な取組						
					2020	2023	2025	2030	2035	2040	
1. 入退院支援											
	1-1. 施策の方向①										
	1-2. 施策の方向②										
2. 日常療養支援											
	2-1. 施策の方向③										
	2-2. 施策の方向④	中・短期的目標と長期的な目標の関係は、短・中期的な目標が達成されると、長期的な目標も達成されるように定める	進捗状況を測るための物差しとして定める	長期的な目標、短・中期的な目標を達成するために取り組むべきことを定める	関係機関を列挙する。その際、実施に責任を持つ主関係機関と協働する関係機関を分け、役割分担できるようにする	達成年度などは地域で協議して定める。最終達成目標年から逆算し、いつまでに何をすべきかを検討する					
	2-3. 施策の方向⑤										
	2-4. 施策の方向⑥										
	2-5. 施策の方向⑦										
	2-5. 施策の方向⑦										
3. 急変時対応											
	3-1. 施策の方向⑧										
4. 看取り											
	4-1. 施策の方向⑨										

◆指標の設定

指標は、取組の結果と成果がどこまで達成できているのかを評価するための物差しです。様々な指標がありますが、設定にあたっては下記がポイントとなります。

- 取組によるアウトカムを明確にすること
- 同じ指標データを継続的に入手し、取組の経過を観察できること（時系列の推移をみられること）
- 他地域と同じ指標を設定できると、その地域と自地域を比較し、特徴を把握することができるようになる

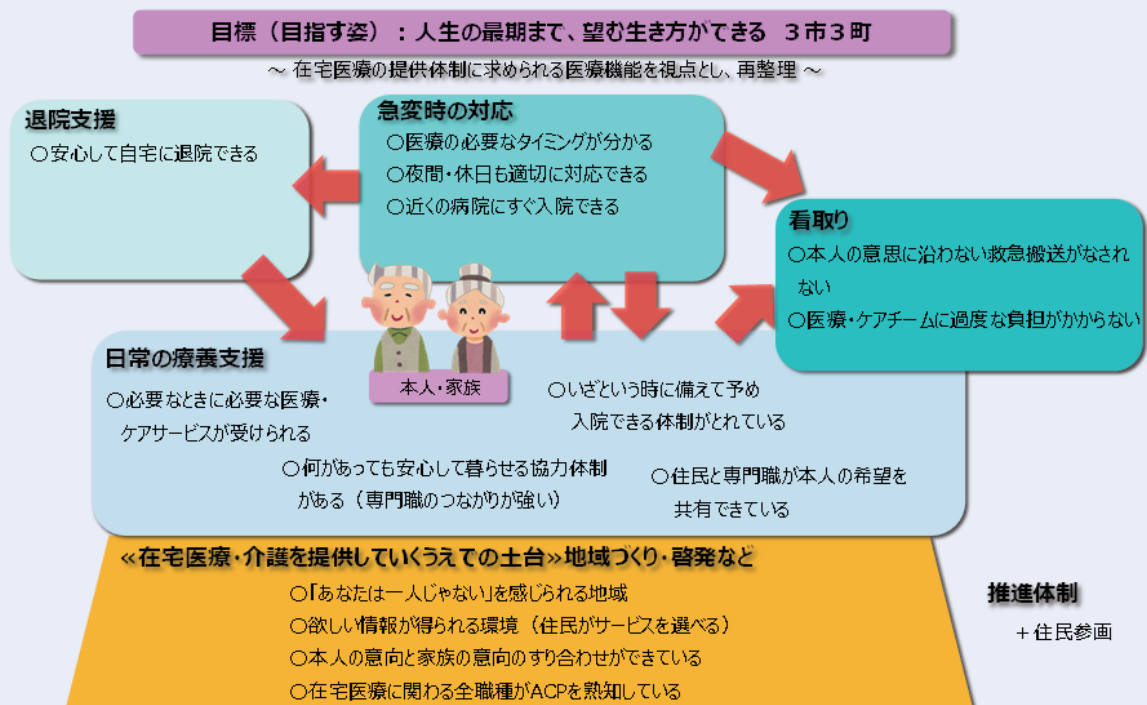
また、指標設定にあたっては、臨床の現場の専門職の動きや連携の在り方と指標をうまく連携させる必要があります。レセプトの算定回数など、地域の専門職とともに、指標や数値をどのように解釈するのか検討していくことが求められます。

事例 複数市町村のロードマップ ～泉州地域～

モデル事業に参加した泉州地区は、泉佐野市・熊取町・田尻町・泉南市・阪南市・岬町の3市3町で構成され、一般社団法人泉佐野泉南医師会に医介連携事業の一部を委託しています。これまでの3市3町の行政職員の集まる場や医師会との協議の場を活用し、また、各市町の医療・介護関係者へのヒアリング結果等を踏まえて、泉州地区の目指す姿として「人生の最期まで、望む生き方ができる 3市3町」という目標を掲げました。

施策の方向性：泉州地区（3市3町）で目指す姿

- グループワーク及び関係者ヒアリング等も踏まえ、目標について施策の方向性を次のように整理
 - ・「望むべき生き方」⇒最期の場所・看取りの場面だけが重要なのではなく、住民・利用者が最期までどう生きるかというプロセスが大事



この目標を達成するために、中・長期的にどのような取組を推進すべきか提案事項を整理したのが下記のロードマップです。誰が・いつまでに・何をするのかを明確に定めるまでには至りませんでした。モデル事業の終了後も既存の協議体を活用して、各市町村で取り組むべき事項を推進しながら、3市3町で協働できることを検討しています。

■泉州地区（3市3町）のロードマップ

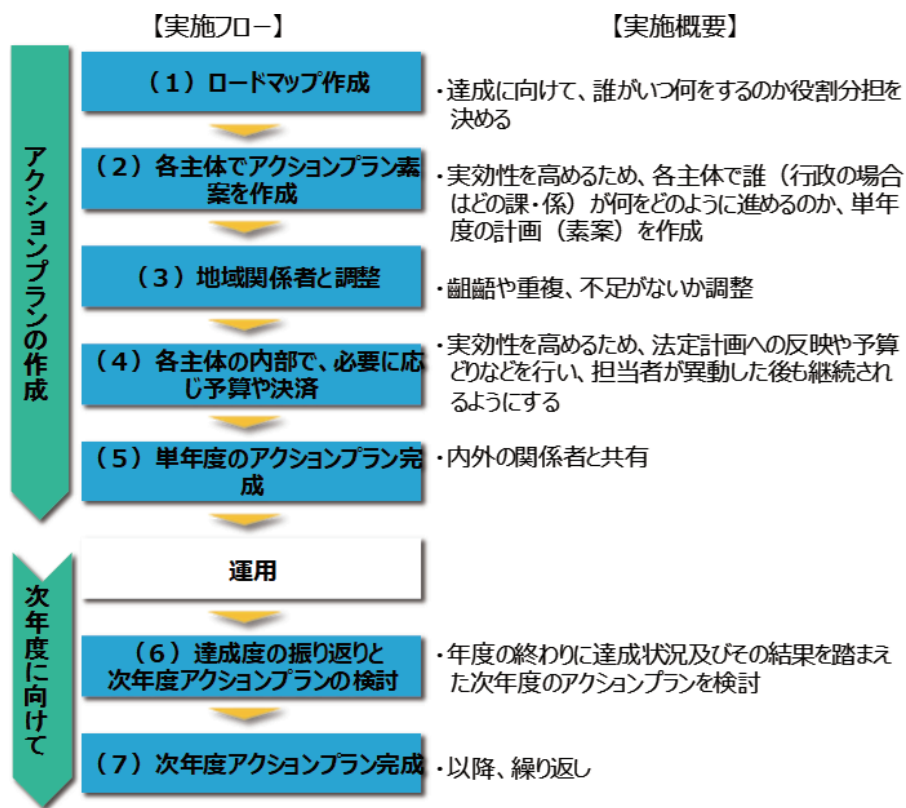
視点	施策の方向性	現状と課題（3市3町）
退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 安心して自宅に退院できる 	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護連携シートの活用により、病院-ケアマネの情報連携は充実 今後は、平時（在宅療養に備える時期）や退院時の連携についても視野を広げることが肝要 入院時にかかりつけ医やケアマネがない・困難事例（老々介護・生活保護など）の場合、病院一包括等の連携体制の確立が必要 退院時の病院の相談窓口が周知されていない（特に、介護保険未利用者など、これまで支援等を受けていない方） 在宅医療が必要になった場合（元のかかりつけ医が24時間対応できない場合など）、本人の病状・意向にあわせた医療・ケアチームを組めることが必要 病院（入退院調整担当者）に在宅を知ってもらうことも必要（病院⇄在宅：各専門職の強みをいかに組み合わせられるか） 転院・退院など、本人の過ごす場所が変わる際には、本人の意向を含めた情報共有が必要
日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> 必要なときに必要な医療・ケアサービスが受けられる いざという時に備えて予め入院できる体制がとれている 住民と専門職が本人の希望を共有できている 何があっても安心して暮らせる協力体制がある（専門職のつながりが強い） 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医、在宅療養や看取りに対応できる訪看・ケアマネ・ヘルパー等が多忙かつ限定的なため、在宅医・専門職の確保（負担軽減、新規開業医へのアプローチ、多職種の高質の向上等）など医療・ケアチームの充実が必要 在宅医や地域の専門職の声を拾い、市あるいは複数市町での仕組みへとつなげるための工夫が必要 在宅医-訪看・ケアマネのなかには、書面のやりとりのみの関係しかないケースも聞かれたことから、専門職同士が連携できるようにつなぐ（マッチングする）機能や機会が必要 医療・ケアチーム（特に在宅医）にとって過度な負担とならない仕組み・ルールの検討が必要 MCSの活用により医介連携が進んだケースもみられるが、活用の深度は市町・事業所によって大きく異なることから、更なる活用が必要 家族をサポートする体制が必要
急変時対応	<ul style="list-style-type: none"> 医療の必要なタイミングが分かる 夜間・休日にも適切に対応できる 近くの病院にすぐ入院できる 本人の意思に沿わない救急搬送や入院がなされない 	<ul style="list-style-type: none"> 後方支援体制の更なる周知が必要 夜間・休日など、医療・ケアチーム（特に在宅医）にとって過度な負担とならない仕組み・ルールの検討が必要 意思確認のないまま高度の救命措置を受け、長期入院となるケースがある 定期巡回・随時対応型訪問看護介護など、急変時対応が可能な介護保険サービスの利用促進が必要
看取り	<ul style="list-style-type: none"> 本人の意思に沿わない救急搬送がなされない 医療・ケアチームに過度な負担がかからない 日頃から本人・家族の望む看取りを関係者が共有しそれに対応できる 	<ul style="list-style-type: none"> 住民の在宅看取りのニーズは未知数 住民啓発・多職種研修を実施 大々的な啓発を限定的にするだけでなく、出前講座や専門職と住民をつなぐ場の構築など身近な場所で啓発を数多く行うことを求める声が多く 在宅看取りに対応できる訪看・ケアマネ等は限定的（特に医療依存が高い場合）
地域づくり、啓発	<ul style="list-style-type: none"> 「あなたは一人じゃない」を感じられる地域 欲しい情報が得られる環境（住民がサービスを選べる） 本人の意向と家族の意向のすりあわせができている 在宅医療に関わる全職種がACPを熟知している 	<ul style="list-style-type: none"> 2040年にかけて全市町で高齢化は進展。多くの市町で死亡者数は増加傾向 住民が自分の生き方 / 最期の場所を考えられるような対話の機会が必要 望む生き方となるよう、住民が医療・介護サービスを選べる必要がある。現在は情報格差が生まれつつあるとの声も聞かれる 独居でも地域のつながりのなかで望みをかなえられることが必要 インフォーマルサービスとの連携が必要
推進体制	<ul style="list-style-type: none"> 医師会と行政との協働のもと、広域で取り組む必要のある医・介連携ができている 	<ul style="list-style-type: none"> 各市町の取組内容（強み）の共有が必要 行政と医師会との協働のもと、広域に取り組むこと / 各市町単位で取り組むこと、各関係機関の役割分担の整理が必要 複数市町で推進する事項を検討・承認し、実行、評価する体制が必要

2025年に向けて	2040年に向けて
<ul style="list-style-type: none"> ・退院時連携について病院 - 多職種で話し合う場がある ・病院→在宅の情報連携が、3市3町全域で一定のルールを基に運用されている <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院から在宅への情報共有の仕組みづくりを地域で検討する（在宅医・多職種の課題の把握→既存会議体を活用した検討） ・府作成手引きの活用 ・病院・役所の相談窓口の明確化 ・退院時連携の事例共有 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院⇄在宅の情報連携が3市3町全域でスムーズに行われている <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・各病院に、在宅との連携を円滑に図れるような専門職を養成する（病院 MSW と行政が集まる場を設ける） ・医師会単位で「望ましい退院支援のあり方」の仕組みをつくり、評価する ・要介護認定の申請結果が出るまでのタイムラグをどうカバーするのか検討
<ul style="list-style-type: none"> ・多職種が互いの役割を理解し、必要な連携がとれている ・2040年の医療ニーズを支える在宅医の確保に向けた取組に着手できている <p><現時点で考えられる取組案></p> <p>在宅療養の充実を阻害する要因の明確化（各職種・職能団体への意見聴取）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医確保に向けた取組の検討 ・訪問看護の役割を関係者や家族等に周知する ・退院後の在宅生活を安定させるための医療・リハビリの視点を持つ介護事業所の把握・養成 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民ニーズに応えるための在宅医療提供体制が確保できている ・多職種連携によって、質の高い在宅医療・ケアを提供できている <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会情勢を踏まえながら、在宅医療・ケアの提供体制の在り方を検討する（誰がどのくらい提供できるか）
<ul style="list-style-type: none"> ・後方支援体制の確立に向けた検討ができています ・本人の意思に沿わない救急搬送が減少している ・本人・家族・関係機関が緊急時対応について日頃から話し合い、共有できている（ACP） <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・急変時にも対応できる既存サービスの周知 ・救急・消防等との協議の場づくり ・施設向け研修など、まずは施設での取組を推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・後方支援体制が整っている ・本人の意思に沿わない救急搬送が減少している <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・各病院に、在宅との連携を円滑に図れるような専門職を養成する ・施設の次のステップとして、在宅での本人の意思に沿わない救急搬送を減らすための取組を実施
<ul style="list-style-type: none"> ・看取りの実態（需要と供給）を把握できている ・住民・専門職の意識醸成が進められている <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りをするうえでの阻害要因の把握 ・住民ニーズの把握（訪問看護を対象とする調査） ・ターミナルケアや看取り対応の介護事業所の把握 ・施設看取りの実態把握 ・対応力向上に向けた具体的な取組の検討 ・住民・専門職向け啓発（ともに考える機会づくり） 	<ul style="list-style-type: none"> ・元気なうちから住民が ACP を実践し、周囲（家族やかかりつけ医・ケアチーム等）と対話ができている ・住民が希望する人生の最終段階の在り方を支えることができている <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ICT の活用も含めた、終末期医療への希望を伝えるためのツールの開発
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療について、住民・専門職が自分ごととして考えられている ・住民が選択するための情報提供ができています <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・住民の状態（段階）・情報の活用レベルにあわせた情報提供（サービス案内） ・身近な場所での頻度の高い啓発（出前講座など） ・専門職に対する ACP 研修（概念・考え方の統一に向けた取組） ・住民を巻き込んでいくための啓発方法の検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・元気なうちから住民が ACP を実践し、サービス等を選択できている ・専門職が、地域の視点を持ってサービス提供できている <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・インフォーマルサービス（ちょっとした買い物、散歩の付き添い、地域の見守り等）の充実に向けた取組の検討 ・独居（身寄りのない一人暮らし）でも最期まで過ごせる地域づくりに向けた取組の検討
<ul style="list-style-type: none"> ・地域課題・解決策について、検討・承認・実行・評価するための推進体制が確立できている <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・第8期計画を検討するなかで、地域ビジョンを明確にし、役割分担を検討 ・市町・代表者会議の議案（検討）の整合性を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・行政・医師会・地域の多職種がそれぞれの役割を認識して主体的に取り組んでいる <p><現時点で考えられる取組案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材不足でも対応できる体制づくり ・府・保健所からの他（多）分野情報の提供

【参考】進捗管理：アクションプラン（行動計画）を作成する

ロードマップの実現性を高めるために、具体的な行動に移すためのアクションプランを作成し、進捗管理にも活用しましょう。取り組むべきこと（対応策）の役割分担で、主担当となった主体が作成者となり、単年度ごとにいつまでに何に取り組むのか計画をたてることで、実行性を高めることができます。

実施フロー



V 地域における検討の場づくり

地域における課題、対応策、将来像を検討していく際は、立場の異なる組織・団体（自治体、医師会・医療機関、介護施設・事業所等）が、組織・団体の壁を越えてお互いの強みを出し合い、課題解決を目指すアプローチが肝要です。市町村には、このような検討の場の設定や検討の場のマネジメントが求められています。検討の場をどのように活用していくかは、地域の多職種とともに地域包括ケアシステムの構築を進めていくうえで大変重要になってきます。

既に、在宅医療・介護連携推進事業の「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」として、「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・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討」されているようであれば、既存の会議体で実践していくことが望めます。

1. 検討の場の構成を考える

多職種が集まる検討の場においては、以下のように、効果的に場を活用できていないケースが散見されます。

効果的に検討の場を活用できていないケース

- 単に多職種が集まる場・報告する場としてしか活用されず、課題の抽出や共有ができていない
- 顔の見える関係はできたが、具体的な連携に至らない
- 課題の共有はできても、課題解決にまで至らない
- 課題のとりまとめ結果がその場限りとなり、行政の計画等に反映されていない

検討の場として重要なこととして、課題の抽出を行い、対応策の検討まで行うこと、つまり、行政の施策等に結びつけて、役割を分担して推進していくことが挙げられます。検討の場が既に存在する場合も、「課題抽出、対応策の検討ができる場であるか」という点を注視して確認していくことが重要です。自地域の振り返りに、下図の確認項目を参考にしてください。

また、参加を促すためには、背景や意義・目的の説明とあわせ、課題認識を受け止め、まずは「関係者それぞれの課題を相互に共有する場」を創っていくという認識合わせが重要です。市町村には、各団体の中心に立ち地域をマネジメントしていく視点が求められます。

確認項目一覧	確認項目詳細
運営主体	医師会、保健所、市町村等、どこが主体となって運営している会議であるか。市町村が運営している会議であれば、庁内連携との関係など、把握した問題を主として多職種で共有できる構成となっているか
参加メンバー	どのようなメンバーが参加している協議会であるか（問題を共有する際に必要となるメンバーは含まれているか）
主な議題	どのような議題が議論される協議会であるか（議論したい問題を共有する場として適切か）

事例 複数市町村の検討の場の活用 ～愛知県北名古屋市～

特徴

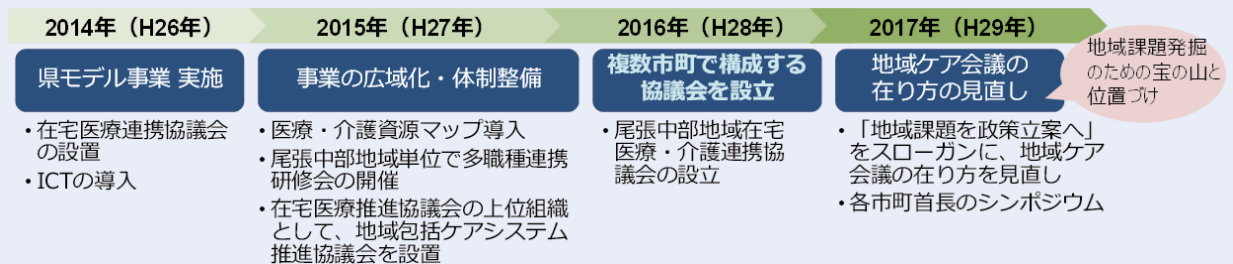
- 複数市町で構成される尾張中部地域在宅医療・介護連携協議会を各市町の地域包括ケアシステム推進のための最上位機関として設置。広域的な多職種が集まる協議会に発展している。
- 北名古屋市内部には、地域支援事業の各事業との連動も図れるよう、地域ケア会議⇔在宅医療連携協議会⇔地域包括ケアシステム推進協議会の意思決定プロセスがある。また、協議会とも連動させ、地域の課題を協議会に吸い上げ、市の取組と地域における取組の整合の担保を図っている。

北名古屋市の概要

<p>基礎情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総人口 86,297 人 (R2.1.1、総務省) 　うち 65 歳以上人口 20,655 人、高齢化率 23.9% (同上) ・要介護認定率 13.2% (調整済 15.6%) <p>地域の特徴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2025 年までの後期高齢者の伸びが顕著 (2010 年比 2.2 倍) ・名古屋・尾張中部医療圏 (名古屋市・清須市・北名古屋市・豊山町)。 医師会、歯科医師会、薬剤師会は2市1町にまたがる ・行政、職能団体の関係には長い歴史があり、医師会も協力的 	<p>医療資源</p> <p>病院 2、診療所 44、歯科 37、薬局 33 ※1 訪問診療を実施する一般診療所 10 か所、 看取りを実施する一般診療所 1 か所 (H29.10 在宅医療地域別データ集)</p> <p>介護資源等※1</p> <p>訪問型 24、通所型 24、入所型 12、特定施設 5、 居宅介護支援 13、包括支援センター 3 ※ 1 : JMAP R2.12 参照</p>
---	--

取組経緯・流れ

- 一般病床を近隣市に依存しているため、市町間の連携が必須だった。県モデル事業をきっかけに、平成 27 年に尾張中部地域単位での多職種連携研修会を開催。あわせて、地域包括ケアシステムの推進に向けて、包括的に検討する場として、市に地域包括ケアシステム推進協議会を設置。
- 平成 28 年には、多職種連携研修会や資源マップづくりを広域的に進めていくために、尾張中部地域在宅医療・介護連携推進協議会を設立し、地域包括ケアシステムの推進に向けた最上位機関と位置付けた。
- 平成 29 年には、個別ケース会議として単発の課題検討で終了していた地域ケア会議を見直した。



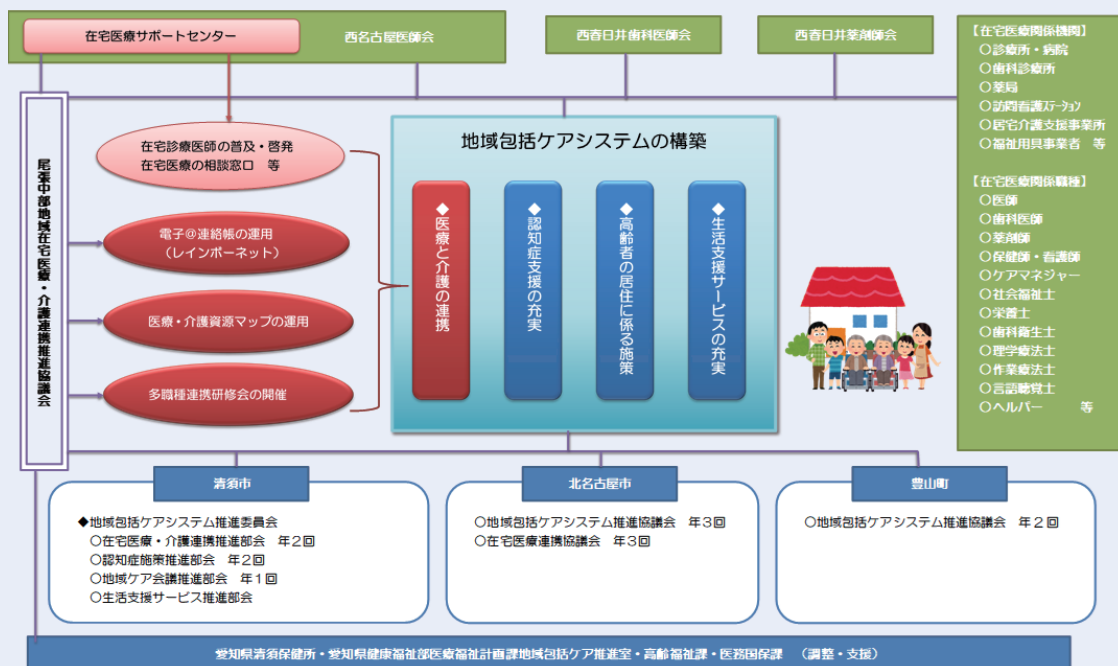
取組概要

<医介連携事業と協議会>

- 平成 28 年度に複数市町で設立した「尾張中部地域在宅医療・介護連携推進協議会」は、三師会、在宅療養後方支援病院、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、保健所、在宅医療サポートセンター、市町で構成されている。
- 全体会を年1回、ワーキング部会 (各地域から 20 ~ 40 人が集まる意見交換の場) を2か月に1回開催。打合を含めると「市町・保健所・医師会」単位でほぼ毎月集まり、日頃の現場を通じ、「自分たちの地域をよくするためにはどうしたらいいか」を自由に発言し合っている。連携体制がきちんと位置付けられたことで、各地域の多職種の意見を行政施策に反映させられるようになっていく。
- 平成 30 年度からは、清須市・北名古屋市・豊山町合同で西名古屋医師会に在宅医療サポートセンターを委託し、医介連携事業を協働して実施している。

<複数市町で取り組むメリット>

- 住民にとって市の境界は関係ないため、「自分たちの地域を良くするためには何をしたらよいか」という考えを土台に取り組んでいる。他の市町とのパワーバランスはなく、自由な意見交換ができています。実際の施策は各市町の地域特性等にあわせて展開することになるが、複数市町で取り組むことで、課題の共通認識を持ったうえで多様な意見や情報を得ることができ、業務効率、意識向上につなげることができる。
- 尾張中部地域在宅医療・介護連携推進協議会で協議されることで、行政単独では時間のかかることや困難なことでもスピード感を持って取組を進められる。病院との連携についても、医師会との協議ができていたため取り組みやすい。事業を実施した際のフィードバックも、市単独で実施した場合よりも大きい。



2. 検討メンバーの選定

検討メンバーは、議論の目的を鑑みて人選（構成員の修正・追加含む）する必要があります。地域全体における課題を検討する場では、地域内の多職種等を代表する団体が必ず含まれていることが重要です。

なお、全国的にみて地域包括ケアシステムの構築が進んでいる地域においては、検討の場が複数あり、各検討の場の役割が明確になっている地域が多くみられます。つまり、検討の場がそれぞれ機能を持ち、どのような関係性にあるのか、会議のデザインができていくことが重要です。例えば、決定権を持つ各団体の代表等を構成員とした検討の場では、全体の決定事項など広範な議題を扱うことが考えられます。次に、現場の職員等の実務者等のフロントランナーを構成員とした検討の場では、具体的な課題抽出や、対応策の検討など、現場目線で検討しなければいけない事柄を協議すること等が考えられます。前者を親委員会、後者を小委員会とし、小委員会で検討された結果を親委員会に上程し、審議・承認を得ることで、地域全体としての合意形成を図り、施策を推進していくスタイルをとっているケースが多くみられます。

3. 評価・改善の場としての活用

進捗管理を行った結果を評価し、次の対応策を検討し、取組を改善していく場としても活用しましょう。検討の場を立ち上げる（ロードマップを策定する）際に、進捗管理のために、具体的な取組や数値目標を決定するだけでなく、評価時点や評価方法・評価基準について事前に決めておくことが重要です。

VI 参考資料

①グループワーク資料

検討の場の活用：課題抽出グループワークの手法

グループワークについて、参考までに、在宅医療・介護連携を進めるにあたり、地域の目指す姿や課題について抽出するグループワークの流れの案を以下に示します

グループワークの進め方

■全体概要

6～10人程度で取り組んでみましょう

課題について検討するグループワークを行う際、グループの参加者地域の目指す将来像がばらばらでは、ワークが成り立たない恐れがあります。将来像の共有を行ったうえで、その将来像に基づいた課題を抽出していくことが重要となります。


内容	時間	目的	作業内容
グループワーク	60分程度	地域の将来の目指す姿について整理・共有し、課題抽出の基礎資料とする	①地域の目指す姿(目標、期待)を個人ワークでカードに書きだす ②グループ内で、模造紙にカードを貼りながら意見交換を行い、地域の目指す姿(目標、期待)を主要3つに絞る ③目指す姿を達成するために、どのような課題(取り組むべきこと)があるか個人ワークでカードに書きだす ④グループ内で、模造紙にカードを貼りながら意見交換を行う ⑤残り時間で、課題の共通項や解決方を検討する

【地域・地区の特徴を踏まえた、在宅医療・介護連携に向けて】



地域の目指す姿、課題について、整理しましょう。

STEP1 各地域の目指す姿を考えましょう <20分>

● 個人ワーク<5分程度>

- ①各地域の目指す姿(目標、期待)をカードに書き出します。
(黄色のカードを使用 )

● グループワーク<15分程度>


- ②個人ワークで作成したカードを簡単に説明しながら、模造紙に貼っていきます。
同じような意見のカードがある場合は、どんどん模造紙に貼っていきます。
(黄色のカードを使用 )
- ③似たような「目指す姿」をグループ化し、グループ毎に見出しをつけて主要3つに絞ります。(見出しは、ピンクのカードを使用 )

<留意事項>



支援「入退院」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4場面を意識して、目指す姿を考えてみましょう

STEP2 3つに絞った目指す姿について、達成に向けた課題を決めましょう < 20 分 >

● 個人ワーク<5分程度>

- ①目指す姿（目標、期待）を達成するための自分の地域の課題について、カードに書き出します。（青色のカードを使用 ）

● グループワーク< 15 分程度 >


- ②個人ワークで作成したカードを簡単に説明しながら、模造紙に貼っていきます。同じような意見のカードは、どんどん模造紙に貼っていきます。（青色のカードを使用 ）
- ③似たような「課題」をグループ化し、グループ毎に見出しをつけます。（見出しは、ピンクのカードを使用 ）

<留意事項>

課題は、「●●すべきこと」と記載します。単なる問題提起で終わらないようにしましょう（「医療資源の不足」は課題でなく、問題点です。「医療資源の不足に対してすべきこと」が課題となります）

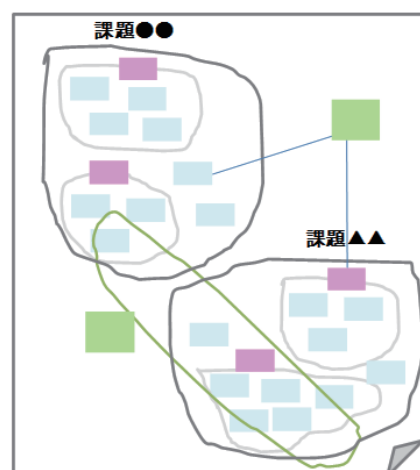
STEP3 今後、取り組むべきことを検討するために、視点を整理しましょう < 15 分 >

● グループワーク< 15 分程度 >

- ・STEP 2 で出された課題について、共通事項や効率化が図れること、また、今後どのように連携していけばよいか、意見交換を行ってください。
- ・出された意見の概要は、模造紙に、緑色のカード  で貼ってください。

<留意事項>

今後に向けて、いつまでに・誰が・何をするのかを意見交換し、前向きな検討ができるようにしましょう



②ヒアリングシート（例：訪問看護ステーション）

テーマ	ヒアリング内容	関係団体等				
		病院	医師会	市町村	ケアマネ	介護
1. 在宅医療提供体制・提供状況、連携状況						
①事業所概要	従事者数（過不足感）、人材確保・定着状況					
	対応可能な時間・曜日、エリア、ケア（24時間対応、ターミナル、難病、精神、認知症、リハ、小児など）					
	利用者数（年代別、要介護度別、居住地別など）など					
	職能団体への協力状況					
②連携状況	市内外の在宅医					
	市内外の訪問看護 ST					
	市内外のその他の専門職（在宅対応が可能な医療・リハ職）					
	市内外の介護事業所					
③診療、ケアについて	その他					
	病院の対応について課題に思うこと					
	医療・リハ専門職の対応可能な処置等で課題に思うこと（例：看取り対応等が実施可能な医師不足など）					
	ケアマネの対応について課題に思うこと					
④介護事業所のケア、対応について課題に思うこと	介護事業所のケア、対応について課題に思うこと					
	その他、個別ケースの課題／地域課題					
2. 4 医療機能別の確認事項						
① 入退院支援	入院時に、病院、在宅医等、多職種との連携はスムーズにできているか					
	退院調整はスムーズにできているか（利用者情報を適時に確認できているか）					
	退院時、病院や在宅医との連携はスムーズにできているか					
	患者入院時の病院の選定は無理なく行えているか					
	退院時、元のかかりつけ医のもとに戻ることができているか（在宅療養中の場合 / 通院→在宅療養に変更の場合） ▶退院時の介護資源の調整はスムーズにできているか					
② 日常の療養支援	病院、診療所、薬局、ケアマネ等の多職種との連携はスムーズにできているか					
	病院と在宅医の連携はスムーズにできているか（緩和ケアの場合等）					
	家族への支援はできているか					
③ 急変時の対応	地域包括支援センター等を中心に、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保できているか					
	24H 対応の診療所・訪問看護 ST は、需要と供給に見合った数存在するか					
	24H 対応が難しい場合、市内の診療所は他機関と連携して体制確保できているか					
④ 看取り	後方支援体制は整備されているか					
	急変時に患者の情報（医療情報・DNAR など社会的情報等）を多職種で共有できているか（仕組みはあるか）					
	看取り時の病院、診療所、薬局、訪看、ケアマネ等多職種の連携はスムーズにできているか					
	ACP 等の利用者の意思を多職種で共有できる体制はできているか					
⑤ 利用者・家族の看取りへの意識はどうか	利用者・家族の看取りへの意識はどうか					
	がんの場合、退院後の予後期間は平均して概ねどのくらいか（病院からどの時期に戻ってきているか）					
	がんの場合、予後 1 カ月程度のケアマネ、介護職の役割・機能はどのようにになっているか					
3. 今後の課題認識について						
① 課題認識	2025 年 / 2040 年に向けて、どのような課題認識があるか					
② 将来に向けた取組	目指すべき地域の将来像はどのようなものか					
	将来像と現状とのギャップを埋めるために何ができるか					
	行政に提案・期待したいこと					

③アクションプランフォーマット（例） ※記載内容は例示

施策の方向①：入院医療から在宅医療等への円滑な移行

4 機能の別	入退院支援
短・中期的な目標	入院医療から在宅医療等への円滑な移行ができています
指標	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携室設置数、専従職員数 ・会議の定期開催
主担当/連携担当	病院／各市町村担当者

【2025年度までのスケジュール・目標】

R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)

【令和3年度のスケジュール】

事業名等	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	目指す達成状況
●●事業 【●●病院】	・企画の再検討	・会議の開催	・会議の開催	・次年度の企画	・地域課題を議題にして、定期的に開催できている
●●事業 【●●課】	・企画への要望	・会議への参加 ・既存会議体への意見反映	・会議への参加 ・既存会議体への意見反映		・会議への議題の提供、意見の反映を行えている

【令和3年度の達成度】

指標の達成	コメント
達成 ・ 未達成 ・ その他 (数値：)	

事業名等	目指す達成状況に対する評価	次年度に向けた課題
●●事業 【●●病院】		
●●事業 【●●課】		

【備考（各事業の関連、留意すべき点等）】

・他の病院や、他のエリアからの流出入の取り扱いについて検討が必要



健康医療部 保健医療室 保健医療企画課
〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目
TEL.06 (6941) 0351 (代表)