

在宅医療・介護連携推進事業
在宅医療連携拠点事業
区役所実施マニュアル（Ver. 1）
（案）

令和8年3月
大阪市健康局健康推進部健康施策課

目 次

はじめに

第1章 国の動向

- 1 在宅医療・介護連携推進事業について・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 2 在宅医療に必要な連携を担う拠点について・・・・・・・・・・・・ 5

第2章 在宅医療を取り巻く状況

- 1 在宅医療の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
- 2 大阪市の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10

第3章 大阪市の取組

- 1 取組体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- 2 取組を始める前に・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
- 3 PDCA サイクルに沿った取組・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
- 4 主な場面ごとの検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16

第4章 区役所の役割

- 1 事業予算及び事業実施計画の作成・・・・・・・・・・・・ 19
- 2 業務内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

第5章 コーディネーターについて・・・・・・・・・・・・・・・・ 25

第6章 健康局の役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26

資料編・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27

新しくこの事業の担当になられた方にとっては「在宅医療の体制構築」「在宅医療・介護連携の推進」といっても、何からとりかかればいいのか分からないと思います。

在宅医療と介護の連携は行政だけで推進していくのではなく、地域の医療・介護・福祉関係者等と一緒に、連携の中心にいる「本人」に寄り添ったその人らしい暮らしを支える体制の構築が必要です。

このマニュアルは、各区の取組を進めるための参考であって、この手順どおりに進めていくことが必ずしも正解であるとは限りません。それぞれの地域の実情に応じた柔軟な取組が求められてきます。

各担当者においては、会議や研修会等を「こなす」のではなく、在宅医療を支える地域がチームとなって「取り組む」ことでPDCAを回し、在宅医療と介護・福祉の連携が進み、その結果として地域の『めざすべき姿』が実現していくと思いますので、本事業のさらなる推進をお願いします。

はじめに

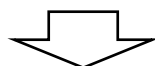
大阪市では、在宅医療・介護連携推進事業を平成 28 年 8 月より市内 11 区において、平成 29 年 10 月から 24 区において、「在宅医療・介護連携相談支援室」を設置し、事業推進に取り組んでおります。

事業開始に伴い、「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業 コーディネーター 手引書（平成 28 年 8 月）」、「大阪市高齢者等在宅医療・介護連携推進事業 実施マニュアル（平成 29 年 4 月）」を作成し、改訂を行いつつ区役所担当者やコーディネーターが円滑に業務を行えるよう支援を行ってきました。

令和 6 年 4 月より在宅医療連携拠点事業が開始され、「大阪市在宅医療連携拠点事業に関するコーディネーター手引書」を作成しました。

令和 7 年 3 月、厚生労働省において、①～④が改訂・作成されました。

- ①「在宅医療・介護連携推進事業の手引き（Ver.4）」
- 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」
- ③「在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き」
- ④「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック」



医療計画に定められた「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と地域支援事業（介護保険法）に定められた「在宅医療・介護連携推進事業」は多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築や切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築が求められており、それぞれ連携し、効率的に進める必要があることから、在宅医療・介護連携推進事業と在宅医療連携拠点事業について記載した区役所実施マニュアルとコーディネーター手引書を作成することとしました。

第1章 国の動向

1 在宅医療・介護連携推進事業について

2014（平成26）年に介護保険法が改正され、2015（平成27）年度から市町村が行う事業として、地域支援事業の中に、8つの事業項目((ア)～(ク))で構成される「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、2018（平成30）年度には、すべての市区町村において市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しながら事業を実施することとなりました。

これまでは、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年を目指して、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現を目指した取組を推進してきました。

2040（令和22）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と想定されており、特に、在宅患者数の増加が見込まれる中、在宅医療の推進および在宅医療・介護の連携を推進していくことの重要性が高まっています。

引き続き、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していくことが必要です。

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す。

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、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とされています。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り、市町村が主体となつて、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す。

図1 在宅医療・介護連携の推進

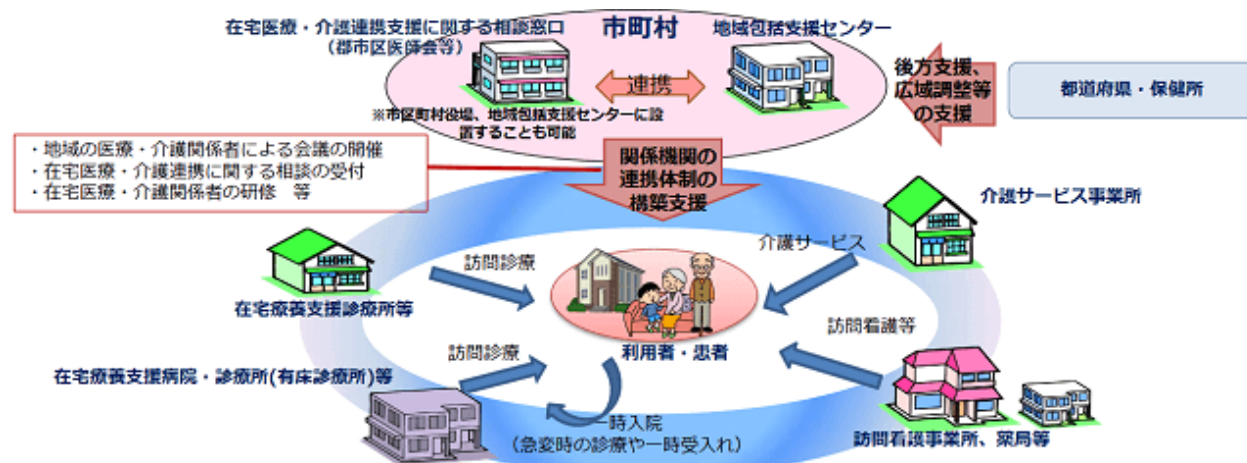
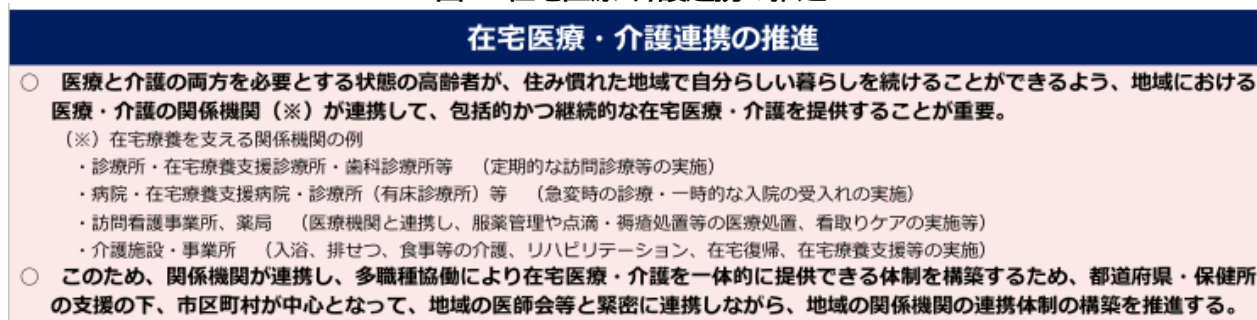
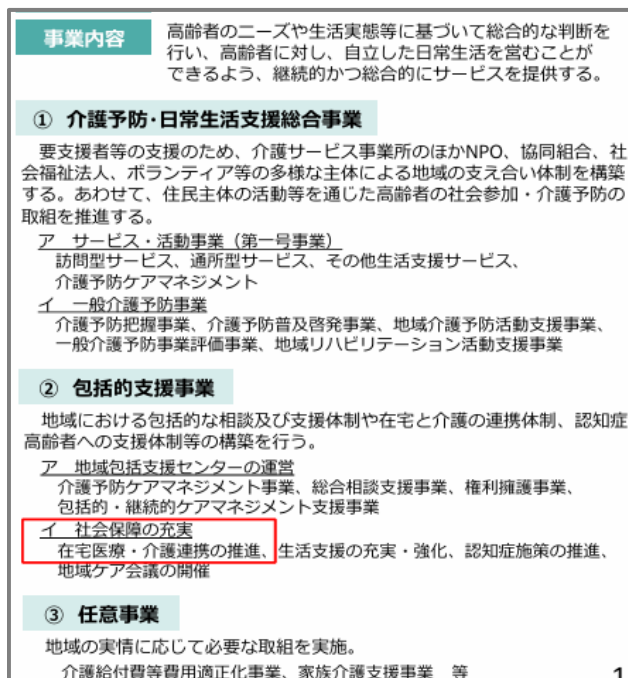
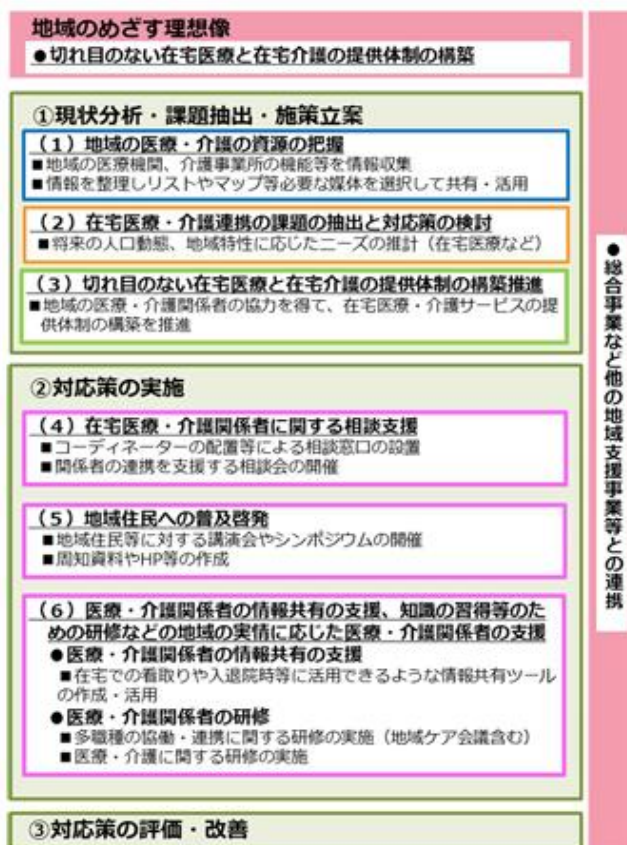


図2 地域支援事業



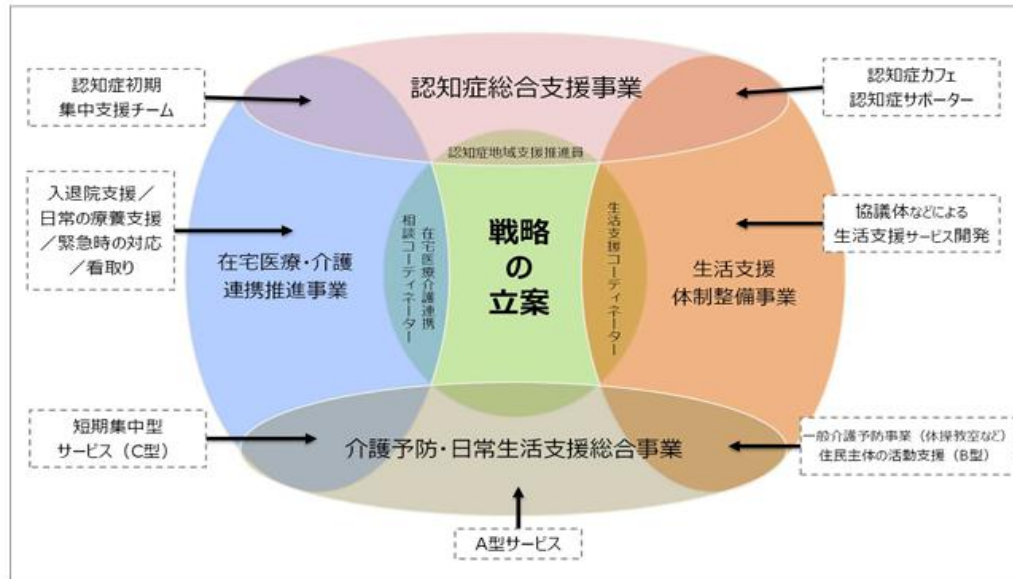
出典：厚生労働省 在宅医療・介護連携推進支援事業 研修資料抜粋

図3 在宅医療・介護連携推進事業のイメージ



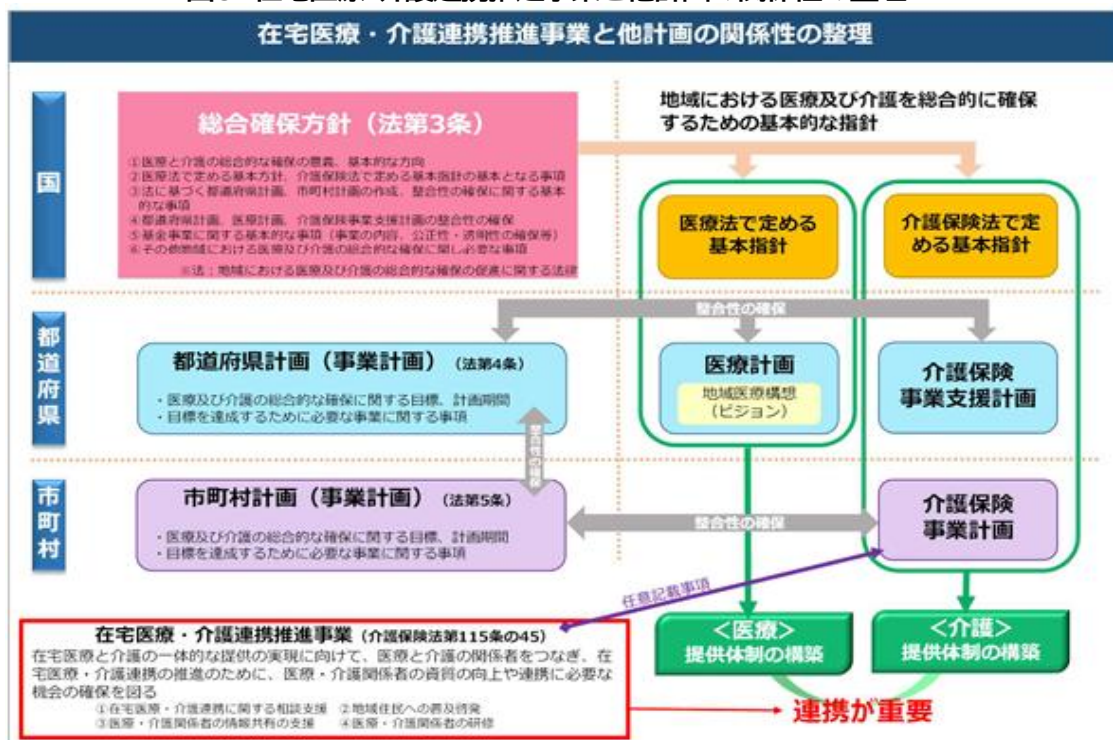
出典：厚生労働省（在宅医療・介護連携推進事業の手引き）

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）

図5 在宅医療・介護連携推進事業と他計画の関係性の整理



出典：厚生労働省（在宅医療・介護連携推進事業の手引き）

「改訂のポイント」

- 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ています。

「参 考」『在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.4』（厚生労働省老健局老人保健課）
⇒ <https://www.mhlw.go.jp/content/001468173.pdf>

2 在宅医療に必要な連携を担う拠点について

「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」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ました。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要であるとされています。

(1) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ・地域の実情に応じて、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを位置付けること
- ・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
- ・在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点が同一となることが想定される

< 目標 >

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

< 求められる事項 >

- ・地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的を開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障がい福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障がい者相談支援事所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- ・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・在宅医療に係る医療及び介護、障がい福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

(2) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関（以下、「積極的医療機関」とする）

在宅医療の提供体制に求められる4つの医療機能の体制構築に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障がい福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることとされています。

< 目標 >

- ・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- ・ 患者の家族等への支援を行うこと

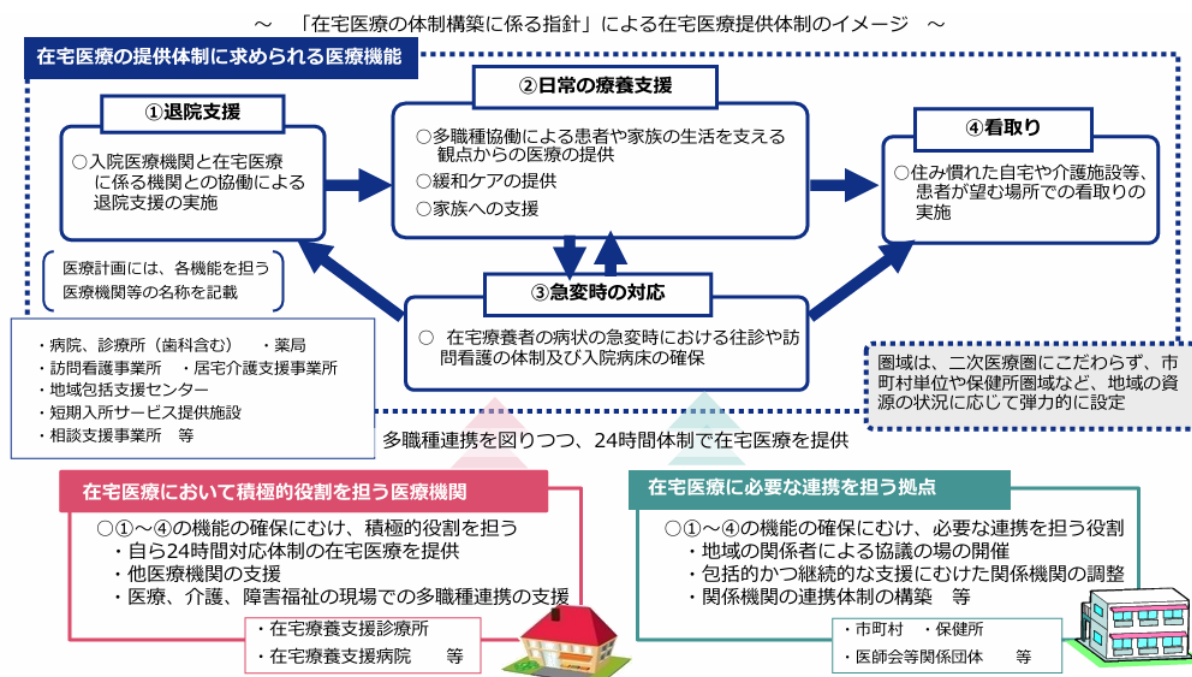
< 求められる事項 >

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

(3) 在宅医療およびその体制整備の重要性

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

図6 在宅医療の体制について



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

出典：厚生労働省（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）

(4)「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との関係性

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

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

いずれにおいても日常の療養支援、入院・退院支援、急変時の対応、看取りの機能が求められます。

図7「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



出典：厚生労働省（在宅医療・介護連携推進事業の手引き）

「参 考」

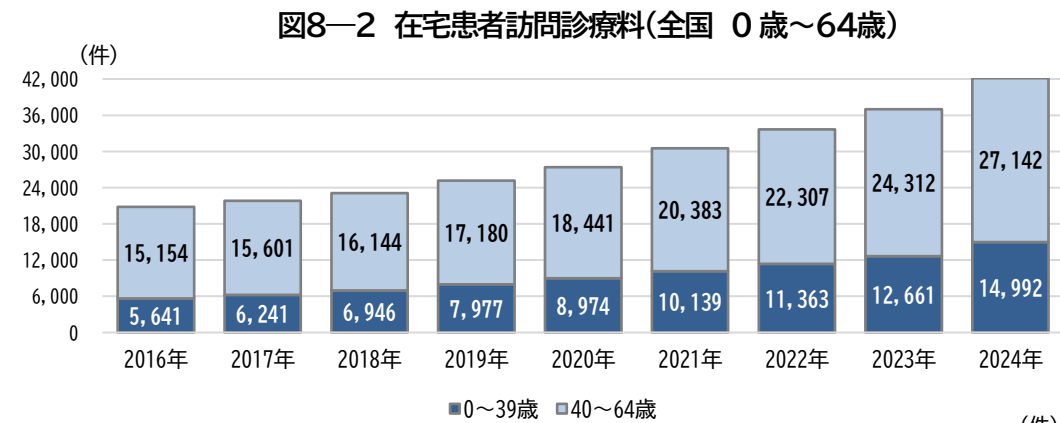
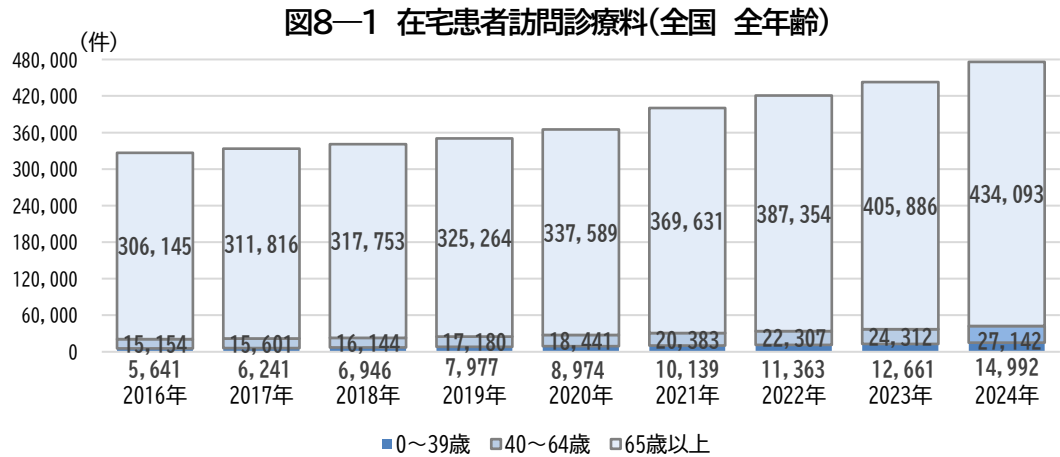
『在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック』（令和7年3月）

⇒ <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001465325.pdf>

第2章 在宅医療を取り巻く状況

1 在宅医療の状況

在宅医療を必要とする人は年々増加しており、在宅患者訪問診療料の請求件数は、2024（R6）年の総件数は、476,227 件となっています。64 歳以下においても在宅患者訪問診療料の請求件数は増加しています。



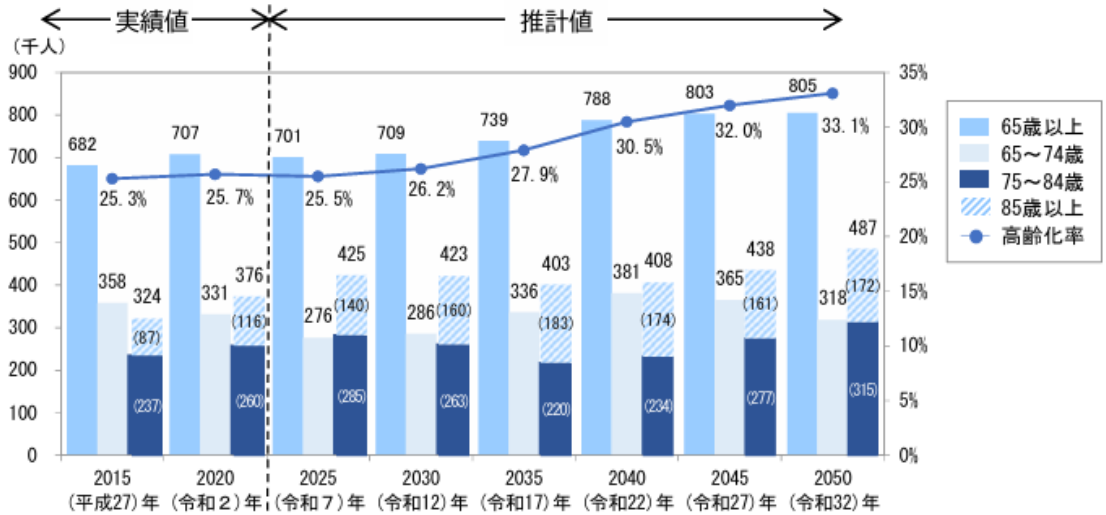
	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年
合計	326,940	333,658	340,843	350,421	365,004	400,153	421,024	442,859	476,227
65歳以上	306,145	311,816	317,753	325,264	337,589	369,631	387,354	405,886	434,093
40～64歳	15,154	15,601	16,144	17,180	18,441	20,383	22,307	24,312	27,142
0～39歳	5,641	6,241	6,946	7,977	8,974	10,139	11,363	12,661	14,992

出典：厚生労働省（社会医療診療行為別統計）

2 大阪市の状況

大阪市の高齢者人口については、将来的に大幅な増加が予測され、高齢化率についても 2025(令和 7)年に 25.5%、2040(令和 22)年に 30.5%と上昇することが見込まれます。また、高齢者の内訳をみると、前期高齢者数（65 歳～74 歳人口）を後期高齢者数（75 歳以上人口）が上回っています。

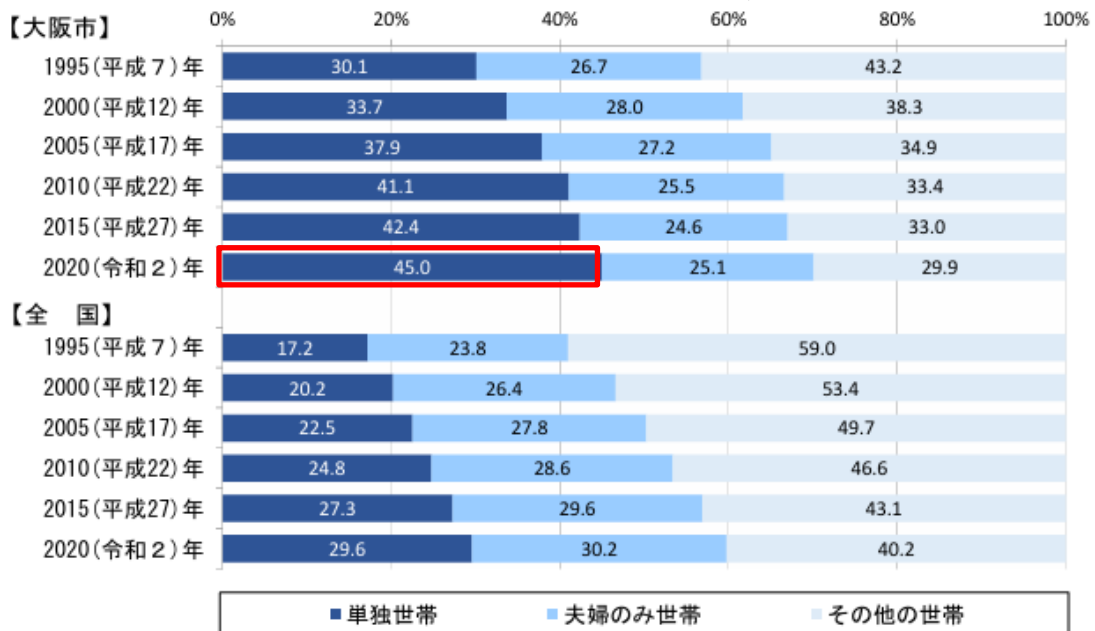
図9 大阪市の将来推計人口(高齢者)



資料：平成 27 年、令和 2 年は総務省「国勢調査 参考表：国勢調査に関する不詳補完結果」。
令和 7 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（令和 5 年推計）を基に大阪市算出。

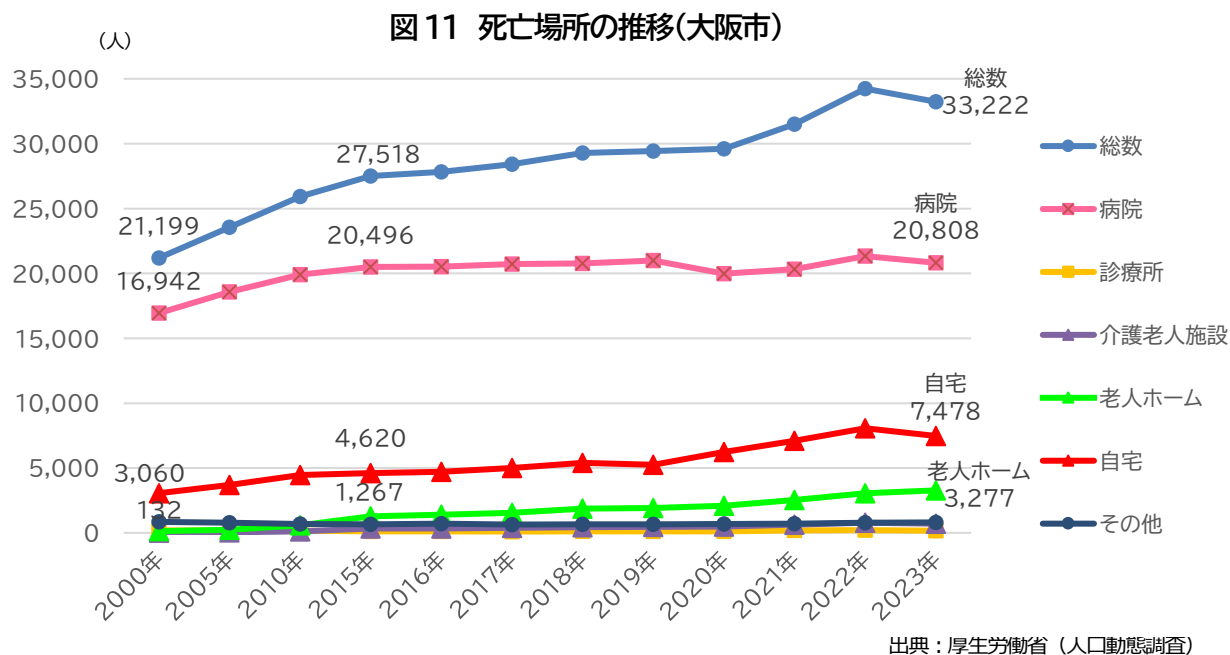
また、65 歳以上世帯員のいる一般世帯の状況を見ると、単独世帯の割合が上昇傾向で推移しており、2020(令和 2)年に 45.0%となっています。単独世帯の割合は全国平均や他都市に比べて非常に高くなっています。

図 10 65 歳以上の世帯状況の推移

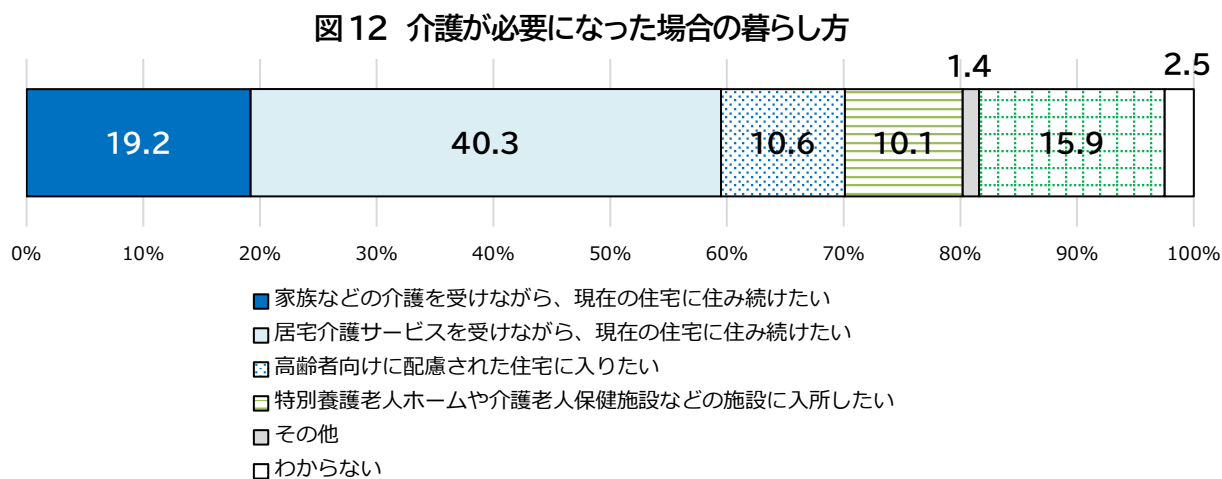


資料：国勢調査

大阪市の死亡場所の推移を見ると、病院における死亡は2015年以降横ばいですが、自宅や老人ホームにおける死亡は増加傾向となっています。



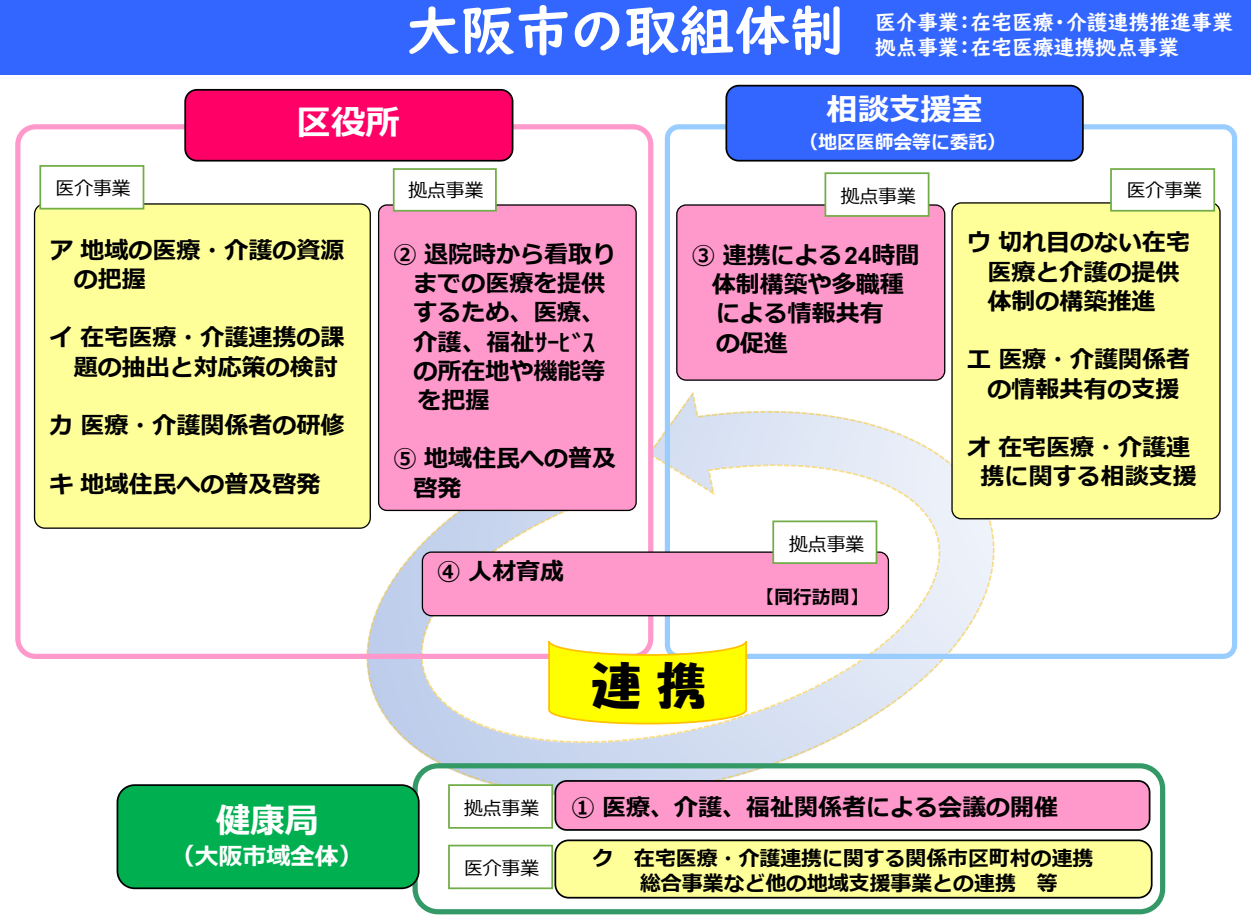
大阪市高齢者実態調査（令和4年度）では、「介護が必要になった場合に希望する暮らし方」については、「介護保険サービスの居宅介護サービスを受けながら、現在の住宅に住み続けたい」が40.3%と最も多く、「家族などの介護を受けながら、現在の住宅に住み続けたい」の19.2%とあわせると、『現在の住宅に住み続けたい』との回答は59.5%となっており、在宅を希望する割合が最も高くなっています。



第3章 大阪市の取組

1 取組体制

図13 大阪市の取組体制



2 取組を始める前に

(1) 医療・介護・福祉関係者等との連携

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、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等）と介護・福祉の関係職種（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）、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・福祉関係者の連携の推進に必要な人材も含めて連携し、企画立案時から地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、障がいサービス事業所等との協働が重要です。



地域における、医療・介護・福祉関係の各分野においてキーパーソンとなる人物を把握し、積極的に関係を構築していきましょう。

(2) 区役所内の組織づくり（実施体制）

区役所内には、医師や地域活動を行っている保健師、精神保健福祉相談員、高齢福祉を担当している保健師や福祉職など地域において区民や関係機関とかかわりを持つ職員がいます。

事業実施にあたっては、担当事業課のみならず、保健担当、福祉担当、市民協働担当等の区役所内において連携し、実施することも重要です。

在宅医療を必要とする人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・福祉部門についての連携・情報共有も必要です。

また、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ことや本市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画など他の計画との整合性も考慮する必要があります。

例) <u>制度や計画</u>	・医療保険制度、医療計画（地域医療構想含む） ・介護保険制度、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 ・地域福祉基本計画、障がい者支援計画
<u>事業</u>	・地域支援事業（地域包括支援センター業務、認知症施策、生活支援体制整備事業） ・三師会や訪問看護ステーションが担ってきた事業

(3) 地域の関係団体及び各種会議（協議体）等の把握

地域の関係団体及び協議体等担当者、医療関係・介護関係・福祉関係の各種団体についての所在地や担当者、また各種団体における連絡会や協議会等の開催の有無や事務局機能をどこが担っているのかなどを確認します。

地域に存在する社会資源（組織・機関・人材等）についてそれぞれの目的・機能及び、互いの連携・役割等の実態を把握します。

例) <u>社会資源</u>	・地区医師会 ・地区歯科医師会 ・地区薬剤師会 ・理学療法士会 ・在宅医療・介護連携相談支援室 ・区社会福祉協議会 ・地域包括支援センター ・訪問看護ステーション（訪問看護ステーション連絡会） ・居宅介護支援事業所（ケアマネ連絡会） ・訪問介護事業所（ヘルパー連絡会） ・障がい者基幹相談支援センター
----------------	--

3 PDCA サイクルに沿った取組

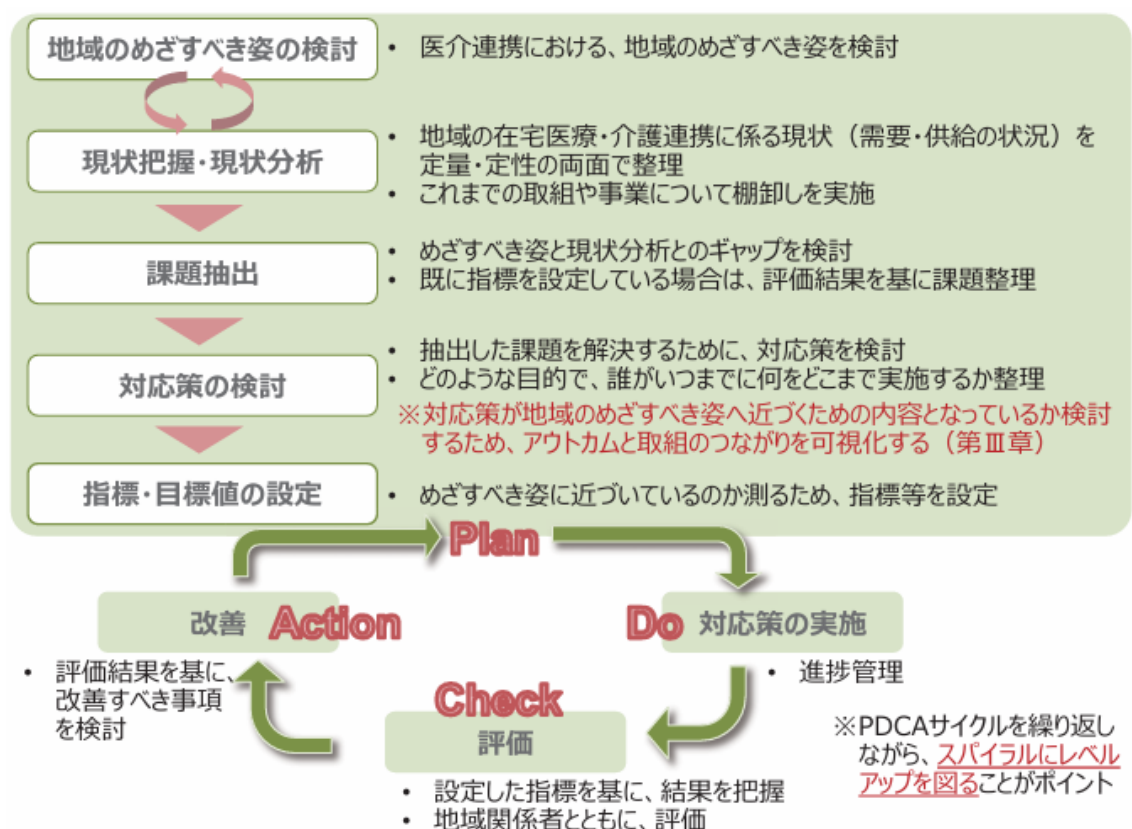
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築や連携による 24 時間体制構築、多職種による情報共有の促進のため、地域の実情に応じて「地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）」はどのようなものかを考えた上で、現状分析、課題抽出、施策立案を行ったうえで、対応策を実施し、評価を行い、理想とする姿へ向かって改善を講ずることで、PDCA サイクルに沿った取組の推進が求められます。

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す。

実施にあたっては、区役所、コーディネーター、医療・介護・福祉関係者等で役割分担を明確にし、実施状況の定期的な進捗管理や目標の達成状況を関係者とともに確認し、評価結果を基に、改善すべき事項を検討していく必要があります。

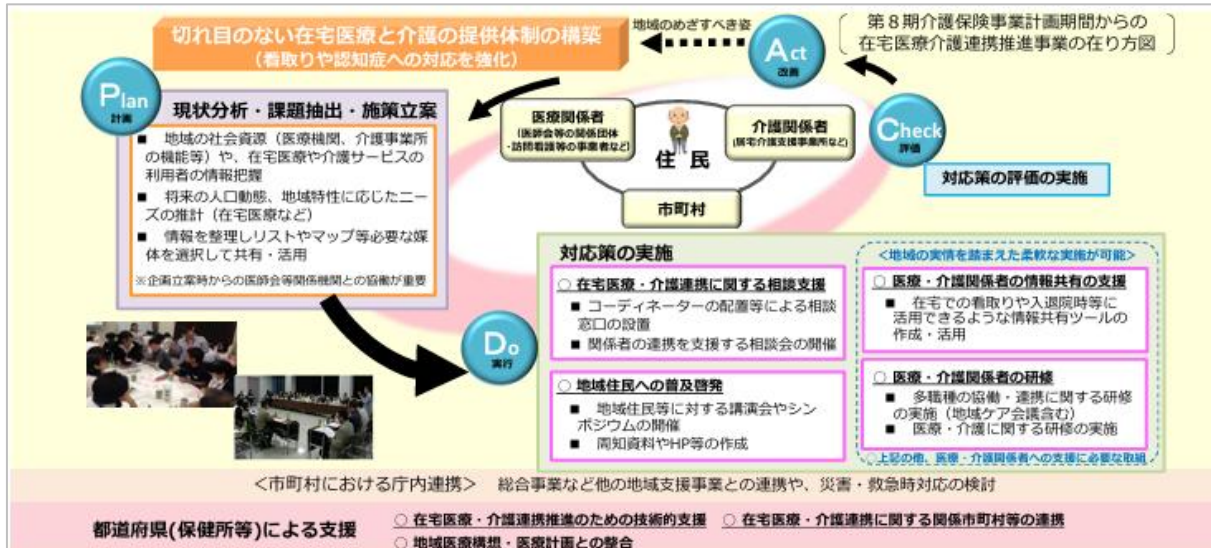
また事業を進めていくうえで、保健師等専門職が本事業に参画していくことで、より効果的な事業実施につながると考えます。

図 14 PDCA サイクルの推進



出典：厚生労働省 在宅医療・介護連携の推進委に向けた指標の考え方手引き

図 15 PDCA サイクルに沿った取組のイメージ



＜具体例＞

めざす姿の設定	
・ 住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを可能な限り続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築を推進する ・ 多職種連携・各関係先とのつながりの強化を最優先課題とし、定期的な会議や、共通の催しを通じてお互いの理解を深めていく ・ 本人の意向を大切にする在宅医療・介護連携体制を推進する	
課題の抽出	対応策の立案
・ 多職種連携が不十分	・ 医療職・介護職お互いの職務内容を照会する ・ 連携の課題、他職種の交流（勉強会、意見交換など）を増やす ・ 他の職種、他の機関に出向き、実際にどのようなことに直面して困るのかを確認する
・ 入退院支援の情報共有が不十分	・ 各関係機関の課題を抽出し、連携シートを作成する
・ ACP の認知度が低い	・ ACP に関する講演会等を実施し、区民や専門職へ理解を深められるよう働きかける ・ 広報紙や SNS 等で啓発する

ロジックモデルについて

めざす姿、目標に対応した適切な指標の設定にあたっては、事業によって生じる結果と、得られる成果の関係が整理されていると検討しやすくなる場合があります。「めざす姿」とそれを実現するためにどう「取組むか」の関係を可視化・図式化することができ、多くの関係者が、地域の戦略図を共有できるようになります。

＜参 考＞

厚生労働省 令和 5 年度 第 1 回医療政策研修会グループワーク「ロジックモデルについて」

・ 資料： <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194369.html>

・ アーカイブ動画：

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgB7b8Kpww5BuH0kdle3n4W>

4 主な場面ごとの検討

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ります。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ます。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ります。

図 16 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ります。

(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。

ポイント

入退院の際には、入院時、介護支援専門員から医療機関へ、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ります。

さらに、入退院カンファレンスにおいて、例えば介護支援専門員や地域包括支援センターだけでなく、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す。

<取組例>

- ・基幹病院との『医療と介護の相談会』実施
- ・介護支援専門員と病院の地域連携室を中心とした多職種医療連携とのグループワークの開催
- ・病院カンファレンスへの訪問看護ステーションの参加調整と、カンファレンスへの参加

(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。

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す。

特に、地域における訪問診療、訪問看護、訪問介護等の医療・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す。

<取組例>

- ・多職種連携セミナーの開催、ケアカフェの開催
- ・訪問診療、訪問看護で新規受け入れを行っているか事業所の空き状況を把握
- ・訪問介護事業所に「生きる・くらす・ささえる」という現場で役立つ情報誌を送付

（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、本人の意思が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。

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す。

<取組例>

- ・拠点事業との連携により、24 時間対応の医療機関と病院の情報共有を図る
- ・施設の救急搬送時同行と情報提供を実施
- ・消防署との情報交換会を実施

（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。

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す。

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ります。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しましょう。

<取組例>

- ・訪問看護師と介護支援専門員にターミナル期の人の支援についての研修を実施
- ・介護施設にて看取り研修の開催支援
- ・多職種・民生委員・地域福祉活動コーディネーター等に対して、人生会議（ACP）の普及啓発

第4章 区役所の役割

1 事業予算及び事業実施計画の作成

事業実施にかかる経費については、健康局から各区に予算配付を行います。

予算配付をするにあたり、事前に事業の予定を策定した「年間実施計画」を提出していただきます。「年間実施計画」は、区によって事業の取組内容や連携の進捗に違いがあるため、各区の取組内容を健康局において一元的に把握することができ、また予算の範囲内において区の実情に応じた計画的な予算配付及び執行管理ができます。

なお、事業の進捗や社会状況等により、年度途中に「年間実施計画」に修正・変更が出てきた場合には、速やかに健康局へご報告ください。

<記載例>

在宅医療・介護連携推進事業 実施計画

事業項目	具体的な実施内容	1期			2期			3期			4期		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	ワーキングや研修等で新たな資源の情報提供等	・医療・介護連携会議における新規開設医療機関や事業所の情報共有等			・医療・介護連携会議における新規開設医療機関や事業所の情報共有等			・医療・介護連携会議における新規開設医療機関や事業所の情報共有等			・医療・介護連携会議における新規開設医療機関や事業所の情報共有等		
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	区在宅医療・介護連携推進会議（親会） 同 ワーキング	・区在宅医療・介護連携推進会議（4月）内容：年間計画の検討等（5・6・7月）内容：取組進捗及び検討等 ・ワーキング（4・5・6・7月） ・多職種連携ワーキング（隔月） ・区民啓発ワーキング（隔月）			・区在宅医療・介護連携推進会議（9・10月）内容：取組進捗及び検討等 ・ワーキング（9・10月） ・多職種連携ワーキング（隔月） ・区民啓発ワーキング（隔月）			・区在宅医療・介護連携推進会議（11・12月）内容：取組進捗及び検討等 ・ワーキング（11・12月） ・多職種連携ワーキング（隔月） ・区民啓発ワーキング（隔月）			・区在宅医療・介護連携推進会議（2・3月）内容：今年度の取組振り返り及び来年度の計画検討等 ・ワーキング（2・3月） ・多職種連携ワーキング（隔月） ・区民啓発ワーキング（隔月）		
(カ) 医療・介護関係者の研修	多職種研修会（主催分） 多職種研修会（共催分）	・多職種研修会の関係団体との調整（共催）（7月） ・区内医療・介護関係者あて研修会案内送付			・多職種研修会にかかる調整（10月） ・区内医療・介護関係者あて研修会案内送付			・多職種研修会の講師、関係団体との調整（主催）（11月）					
(キ) 地域住民への普及啓発	住民向け講演会（2回） 住民向けリーフレット作成				・住民向け講演会（9月） ・住民向けリーフレット・ポスター作成（8月） 人生会議（ACP）について			・講演会周知チラシ作成（1月）			・住民向け講演会（2月）		

在宅医療連携拠点事業 実施計画

事業項目	具体的な実施内容	1期			2期			3期			4期		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
④ 在宅医療にかかる研修等	多職種研修会（主催分） 多職種研修会（共催分）	・多職種研修会の関係団体との調整（共催）（7月） ・区内医療・介護関係者あて研修会案内送付			・多職種研修会にかかる調整（10月） ・区内医療・介護・福祉関係者あて研修会			・多職種研修会の講師、関係団体との調整（主催）（12月）					
⑤ 在宅医療の普及啓発	住民向け講演会（2回） 住民向けリーフレット作成 住民向け啓発グッズ作成				・住民向け講演会（9月） ・住民向けリーフレット・ポスター作成（8月）			・講演会周知チラシ作成（1月）			・住民向け講演会（3月）		

2 業務内容

※P12 大阪市の取組体制の事業項目 医介：カタカナ 拠点：数字

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

② 退院時から看取りまでの医療を提供するため、医療、介護、福祉サービスの所在地や機能等を把握

<目的>

- 地域の在宅医療、介護、福祉サービスの現状を把握し、医療・介護・福祉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・福祉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・福祉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・福祉関係者が照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにすること
- 地域の医療・介護・福祉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・福祉へのアクセスの向上を支援すること

<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・福祉の資源に関して、まず、既存の情報や関係機関等が所有する情報等を整理し、整理された情報を参考に把握事項と把握方法を検討します。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）等も適宜活用しましょう。

調査を実施する場合は、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、調査事項等の検討について地域の医療・介護・福祉関係者と検討した上で、協力を得つつ医療機関、介護や福祉の事業所を対象に調査を実施します。

調査結果等を基に、地域の医療・介護・福祉の資源の現状を取りまとめます。

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、地域の医療・介護・福祉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・福祉関係者や地域包括支援センター等と共有します。

3) 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精査した上で、住民向けのリストやマップ等の作成や広報誌、ホームページに掲載するなど住民に情報提供を行います。

<留意事項>

- ・特に医療機関（歯科・薬局を含む）の情報については、所在地のみでなく医療機能情報も重要です。
- ・毎年度見直し、定期的に情報を更新しましょう。

「参 考」『医療情報ネット（ナビイ）』

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

<現状把握のための情報収集の項目例>

●基礎統計

- ・人口（総数 / 男性 / 女性）
- ・世帯数（総数 / 一世帯人員数）
- ・人口構成（年少人口 / 生産年齢人口 / 老年人口）
- ・65歳以上人口・75歳以上人口・高齢化率
- ・平均寿命
- ・健康寿命
- ・将来推計人口
- ・要介護認定者数
- ・認知症高齢者数
- ・死亡者数
- ・死亡原因（総数 / 男性 / 女性）

●社会資源

- ・病院（総数 / 在宅医療療養支援病院数）
- ・内科診療所（総数 / 在宅療養支援診療所数）
- ・歯科診療所（総数 / 在宅療養支援歯科診療所数）
- ・薬局（総数 / 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局）
- ・訪問看護ステーション事業所（総数 / 24時間対応の訪問看護事業所）
- ・地域包括支援センター数 / ブランチ数
- ・居宅介護支援事業所数
- ・訪問介護事業所数
- ・通所介護事業所数
- ・通所リハビリテーション事業所数
- ・小規模多機能型居宅介護事業所数
- ・介護老人保健施設数
- ・介護老人福祉施設数
- ・有料老人ホーム数
- ・サービス付き高齢者住宅数 等

<データ>

①政府統計の総合窓口（e-stat）

（厚生労働省） 国民生活基礎調査、人口動態調査、医療施設調査、患者調査、（総務省統計局）国勢調査など

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>

②施設基準の届出受理状況（近畿厚生局 HP）

近畿厚生局において届け出のあった保険医療機関・保険薬局（内科・歯科・薬局）について最新の指定一覧や施設基準の届出（毎月更新）

http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei_jokyo.html

③日本医師会 地域医療情報システム

各区別の将来推計人口や地域医療資源（診療科・在宅・病床数など）、介護資源（施設数）など

<http://jmap.jp/>

④福祉事業統計集

福祉局が所管する各種事務事業の統計資料

<https://www.city.osaka.lg.jp/shisei/category/3055-2-5-9-0-0-0-0-0-0.html>

⑤大阪市高齢者実態調査報告書

「大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」（3年毎）の策定の基礎資料を得ることを目的とした調査

<https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000602915.html>

⑥保健業務サイト 「保健衛生にかかる概況」（大阪市、各区）

保健業務サイトにおいて、大阪市保健所 保健医療対策課が国の統計データ等を基に区別のデータなど

参考：令和6年度 第2回区役所担当者、コーディネーター合同研修会資料抜粋

(イ) 在宅医療・介護連携等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等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

<実施内容・実施方法>

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し、関係者と共有しやすくまとめます。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します。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・改善を行います。

在宅医療・介護連携等の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催については、区役所が主体的に課題や対応策の検討に取り組む必要があります。

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・介護連携等の現状や課題、対応策、地域でめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）を共有し、検討された対応策の実施時期や役割分担等の具体的な検討を行います。

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す。

会議の構成員については、下記の例を参考に検討をお願いします。なお、議題等に応じて、消防機関等の関係者の参加を求めることも検討します。

<在宅医療・介護連携推進会議構成員・参加団体の例>

医療	医師会、歯科医師会、薬剤師会、区内の医療機関、訪問看護ステーション連絡会、理学療法士会・リハビリテーション事業所、栄養士会、在宅医療・介護連携支援コーディネーター、在宅医療連携拠点コーディネーター
介護	地域包括支援センター・ブランチ、見守り相談室、社会福祉協議会、介護支援専門員連絡会、訪問介護事業者連絡会、介護施設連絡会
行政	区役所（区長、副区長、保健担当、福祉担当、市民協働担当）
その他	社会福祉協議会、生活支援コーディネーター、民生委員、健康づくり推進員協議会、食生活推進員協議会、消防署

(カ) 医療・介護関係者の研修

④ 人材育成

<目的>

- 地域の医療・介護・福祉関係者が研修会での意見交換等を通じ相互の理解や情報共有を行い、地域の医療・介護・福祉関係者との関係構築と協働・連携を深めること

<実施内容・実施方法>

研修の実施にあたっては区内関係団体との共催にするなど協力を求め、効果的な内容となるよう目的にあわせた研修方法や講師を選択します。

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します。

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、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ましょう。

医療と介護・福祉の関係者の多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す。

研修会の評価をするために、研修会前後でアンケートを実施するなど検討をしましょう。

<取組例>

医療	・超高齢社会における歯科の役割 ・救急医療における医療・介護連携
ACP	・いざというときに困らないために看取りのプロから学ぶ専門職のための ACP 講座 ・日々の支援から気づく「もしばな」を多職種でつなげよう ・グリーフケア、看取り
その他	・認知症になっても安心して外出ができる〇区に ・地域で支える MCI 軽度認知症

(キ) 地域住民への普及啓発

⑤ 地域住民への普及啓発

<目的>

- 適切な在宅療養を継続するために、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、在宅医療や介護サービスについて理解すること

<実施内容・実施方法>

これまで区役所で実施した講演会等の内容を確認し、今年度の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します。

在宅医療や介護・福祉で受けられるサービス内容や利用方法等について、地域住民向けの講演会を開催するとともにパンフレット・リーフレット等を作成・配布し、ホームページ等で公表します。作成したパンフレット、リーフレット等は医療や介護・福祉の関係機関等にも配布します。

テーマとしては、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、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と考えられます。

開催場所は、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す。

地域の課題に応じた、独自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地域住民の理解を促進します。

<取組例>

講演会テーマ例

- ・ご存じですか？在宅医療・介護
- ・住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らしていくために
- ・目からウロコの介護技術講習会
- ・もしもの時のために大切な人に伝えておきたいことはありませんか？
- ・知って得する人生会議
- ・もしバナカード体験

リーフレット例



第5章 コーディネーターについて



今後も在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療連携拠点事業を継続して推進していくためには、区役所担当者とコーディネーターが互いの役割を理解し、取組むことが重要です。それぞれが把握している、地域の現状や課題を共有する機会を持ち、相互理解を深め、事業推進に取組みましょう。

	在宅医療・介護連携相談支援室	在宅医療連携拠点
概要	地域の医療・介護関係者などからの高齢者等にかかる在宅医療・介護の連携に関する相談等を支援するため、各区に「在宅医療・介護連携相談支援室」を設置し、在宅医療連携支援コーディネーターを配置している 多職種間の連携の調整、必要に応じた情報提供等を行うことにより、多職種間の円滑な相互理解や情報の共有を行える体制を構築することを目指している	在宅医療を必要とする人に対し、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、各区に「在宅医療連携拠点」を設置し、在宅医療連携拠点コーディネーターを配置している
開設時間	月～金曜日の9時～17時 (祝日・年末年始及び法人が定める休業日を除く)	月～金曜日の在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口開設時間内(祝日・年末年始及び法人が定めた休業日を除く)
対象者	区民に対して支援を行っている医療・介護関係者 《相談の対象となる区民》 ・介護保険第1号被保険者(65歳以上) ・介護保険第2号被保険者 (40～64歳の医療保険加入者で特定の疾病該当者)	区民に対して支援を行っている医療・介護・福祉関係者。 ただし、在宅医療・介護連携推進事業対象者は除く
内容	地域の医療機関や介護事業所等に対する連携調整や情報提供等	地域の医療機関や介護支援事業所、障がい福祉サービス事業所等に対する連携調整や情報提供等
役割	①医療と介護の「橋渡し役」 ②医療・介護関係者や関係機関との顔の見える関係の構築 ③切れ目のない医療・介護の提供体制構築のための「医療・介護分野における課題抽出と解決に向けた取組支援」 ④医療・介護関係者のスムーズな「情報共有」の支援 ⑤在宅医療連携拠点事業コーディネーターとの連携 ⑥区役所の在宅医療・介護連携推進事業担当職員との連携	①在宅医療に関する相談に対する支援 ②連携による24時間体制の構築の促進 ③多職種による情報共有の促進 ④在宅医療において積極的役割を担う医療機関との連携 ⑤在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターとの連携 ⑥区役所の在宅医療連携拠点事業担当職員との連携 ⑦在宅医療の実施を検討している医師に対する同行訪問に関する調整
コーディネーター資格要件	(以下のいずれかの要件を満たす者にて編成) (ア) 保健師、看護師などの医療に関する国家資格を有する者で、地域において訪問看護及び保健福祉に関する相談等の実務経験を有する者 (イ) 医療ソーシャルワーカー業務指針「厚生労働省健康局長通知(平成14年11月29日健康発第1129001号)」に基づく実務経験1年以上を有する者 (ウ) 介護支援専門員資格をもつなど介護に関する知識を有し、保健福祉に関する相談などの実務経験1年以上を有する者	(以下のいずれかの要件を満たす者にて編成) (ア) 保健師、看護師などの医療に関する国家資格を有する者で、地域において訪問看護及び保健福祉に関する相談等の実務経験を有する者 (イ) 医療ソーシャルワーカー業務指針「厚生労働省健康局長通知(平成14年11月29日健康発第1129001号)」に基づく実務経験1年以上を有する者 (ウ) 介護支援専門員資格をもつなど介護に関する知識を有し、保健福祉に関する相談などの実務経験1年以上を有する者 (エ) 地域における保健医療の場において、保健・医療・福祉に関する関係機関・関係職種等との連携・調整の実務経験3年以上を有する者

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

① 医療、介護、福祉関係者による会議の開催

健康局は、「大阪府医療計画（地域医療構想）」や「大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」に基づき、各区における取組状況を把握し、施策の進捗状況を確認し、事業を推進します。

各区において抽出された広域的な課題等を集約したうえで、「大阪市在宅医療推進会議」「大阪市在宅医療・介護連携推進会議（部会）」を開催し、今後の事業実施に向け検討を行います。

各区への情報の共有や区役所職員・受託法人・コーディネーターの事業に対するスキルアップを図るための取組を行うなど、積極的に区役所を支援します。

<取組内容>

- ・大阪市在宅医療連携推進会議の開催
- ・大阪市在宅医療・介護連携推進会議（部会）の開催
- ・24 区の取組状況の進捗管理
- ・在宅医療・介護連携推進事業/在宅医療連携拠点事業 区役所実施マニュアルの作成
- ・在宅医療・介護連携推進事業/在宅医療連携拠点事業 コーディネーター手引書の作成
- ・区役所担当者、コーディネーター合同研修会の開催
- ・区役所担当者への事業説明会の開催
- ・コーディネーター連絡会の開催
- ・各基本保健医療圏域における多職種研修会の開催
- ・大阪市「在宅医療・介護連携相談支援室」活動報告会の開催
- ・市民向け人生会議（ACP）普及啓発セミナーの開催
- ・在宅医療・介護連携に関するホームページの作成
- ・国および府、関係各所からの情報について、各区へ情報提供
- ・関係部局との連絡調整

など

< 資料編 >

(1) 法的位置付け

・介護保険法【抜粋】

第百十五条の四十五

市町村は、地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従って、地域支援事業として、次に掲げる事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を行うものとする。

第百十五条の四十五の二

市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

第百十五条の四十五の二の四

医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）

・介護保険法施行規則【抜粋】

第百四十条の六十二の八

法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、市町村が、同号に規定する連携を推進するに当たり、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築を目的として行う次に掲げる事業であって、地域支援事業（同号に規定する事業を除く。）その他の在宅医療及び介護に関する施策との連携を図るものとする。

- 一 地域における在宅医療及び介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、在宅医療・介護連携に関する施策の企画及び立案（医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者（以下この条において「医療・介護関係者」という。）と共同して行うものとする。）、並びに医療・介護関係者に対して周知を行う事業
- 二 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業
- 三 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業
- 四 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業、医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得及び当該知識の向上のために必要な研修を行う事業その他の地域の実情に応じて医療・介護関係者を支援する事業

（２）大阪府地域医療介護総合確保基金事業（主な事業）

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、平成 26 年度から消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し地域医療構想との整合性を図り、当該計画に基づき事業を実施する。

※財源内訳 国：都道府県 2/3：1/3

◆地域包括ケアシステム構築支援事業

2025 年度までに在宅医療の提供体制を構築するため、在宅医療の推進に向けたモデル３区（泉州、中・南河内、豊能）のロードマップ（活動方針）作成を個別に支援し、作成手法を府域全体に展開する。

◆在宅医療普及促進事業

患者や家族が医療従事者から適切な情報提供（説明）を受け、在宅医療の選択肢を知り、意思決定できる状態をめざすことを目的に、在宅医療に携わる医療従事者等の理解促進を支援する。

補助対象事業者…大阪府医師会、地区医師会、大阪府内に所在する医療法第 1 条の 5 に定める病院

◆医科歯科連携推進事業

がん患者が継続的に口腔管理を受けられるよう、がん患者の療養に携わる医療機関スタッフの口腔ケアに対する理解の促進、地域病院と歯科との連携推進を図る。

①院内スタッフの口腔ケアへの理解促進

- ・歯科口腔に関する専門的助言
- ・院内スタッフの人材育成支援

②地域病院との連携推進

③歯科医療従事者の資質向上

④医科歯科連携推進支援室の設置

<参考資料>

- ① 在宅医療・介護連携推進事業手引き Ver.4（令和 7 年 3 月 厚生労働省 老人保健課）

在宅医療・介護連携推進事業に係る近年の動向（第 8 次医療計画、第 9 期介護保険事業（支援）計画の実施等）を踏まえて事業の実施を推進するための方策を踏まえて事業手引を改定

※こちらは厚生労働省の HP にも掲載しております。

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」（株式会社 野村総合研究所）

- ② 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「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）

- ③ 「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。

- ④ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック」（令和 7 年 3 月）