

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（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 委託業務について

- 1 実施体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
- 2 受託法人の役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20

第5章 コーディネーターの役割

- 1 業務に必要な知識・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
- 2 業務内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22

- 参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27

はじめに

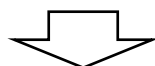
大阪市では、在宅医療・介護連携推進事業を平成 28 年 8 月より市内 11 区において、平成 29 年 10 月から 24 区において、「在宅医療・介護連携相談支援室」を設置し、事業推進に取り組んでおります。

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

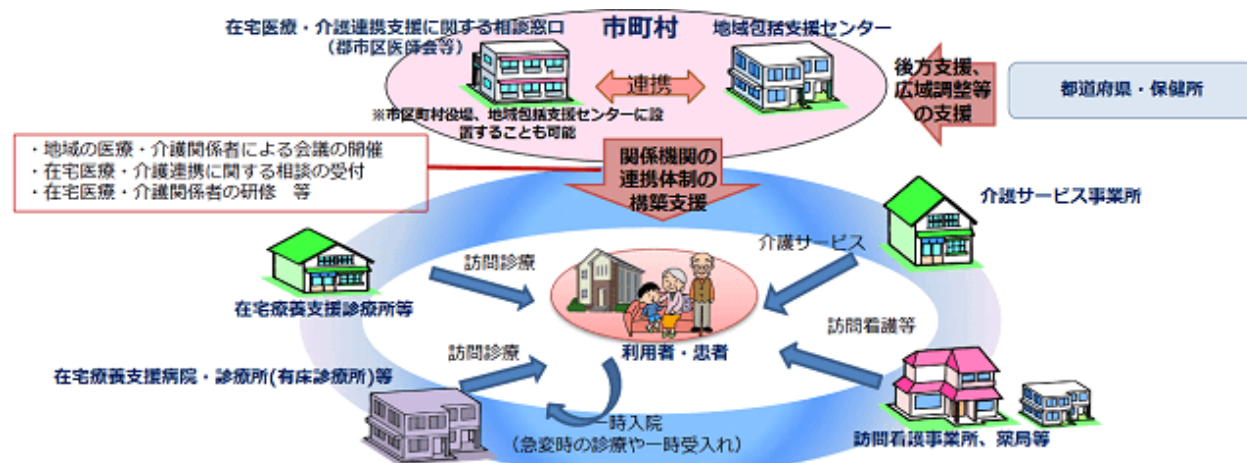
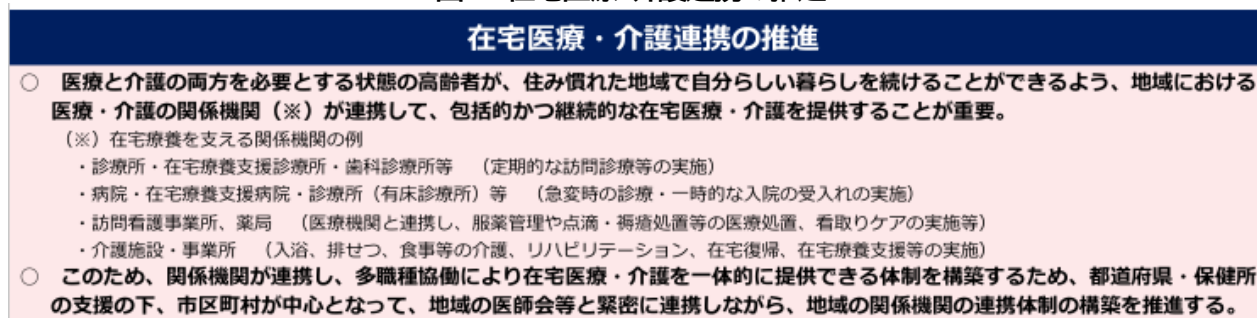
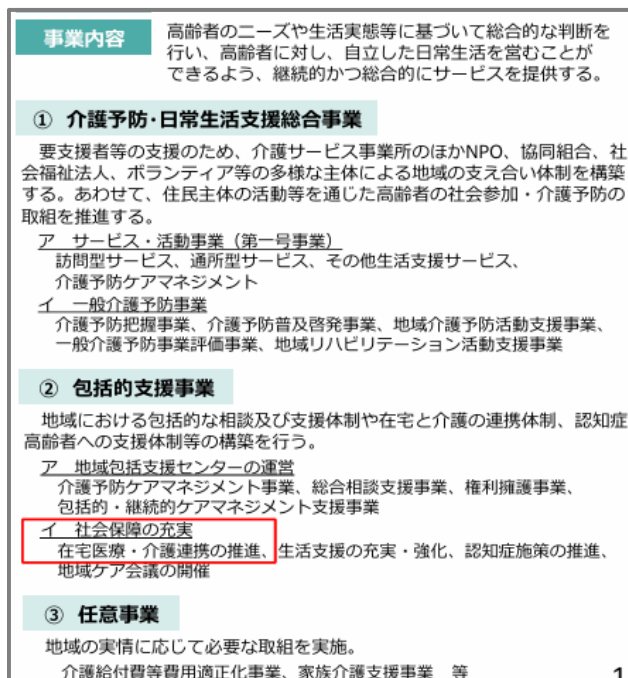
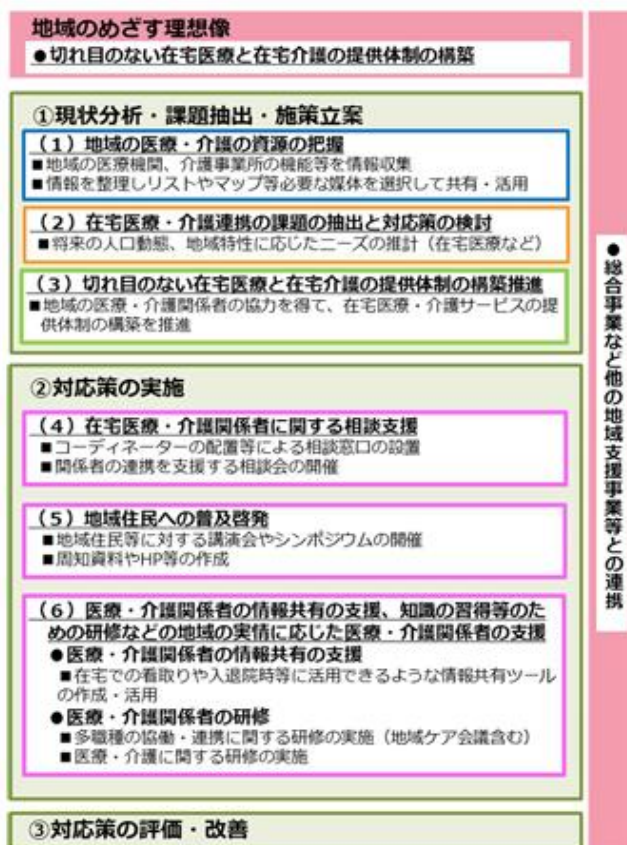


図2 地域支援事業



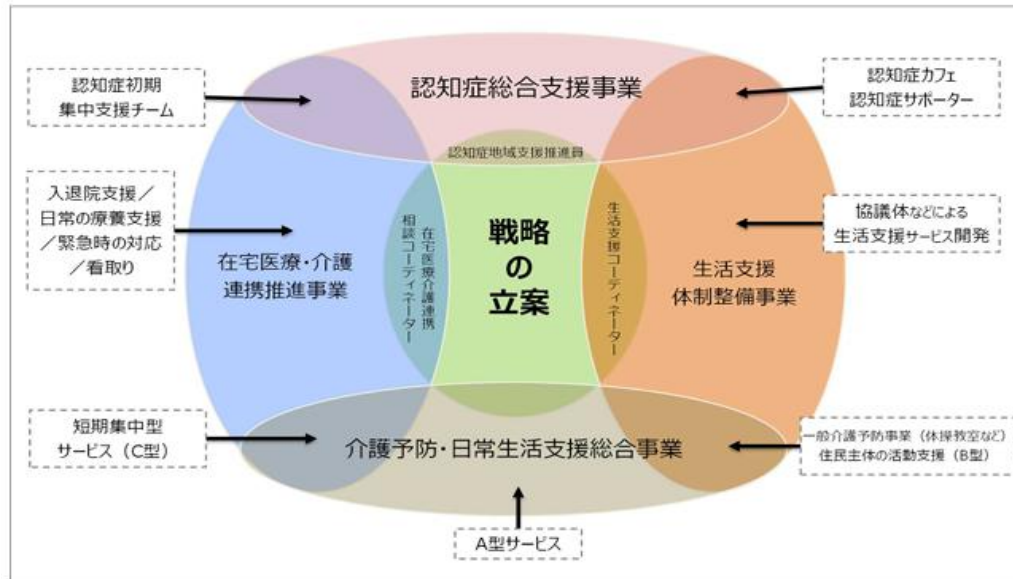
出典：厚生労働省 在宅医療・介護連携推進支援事業 研修資料抜粋

図3 在宅医療・介護連携推進事業のイメージ



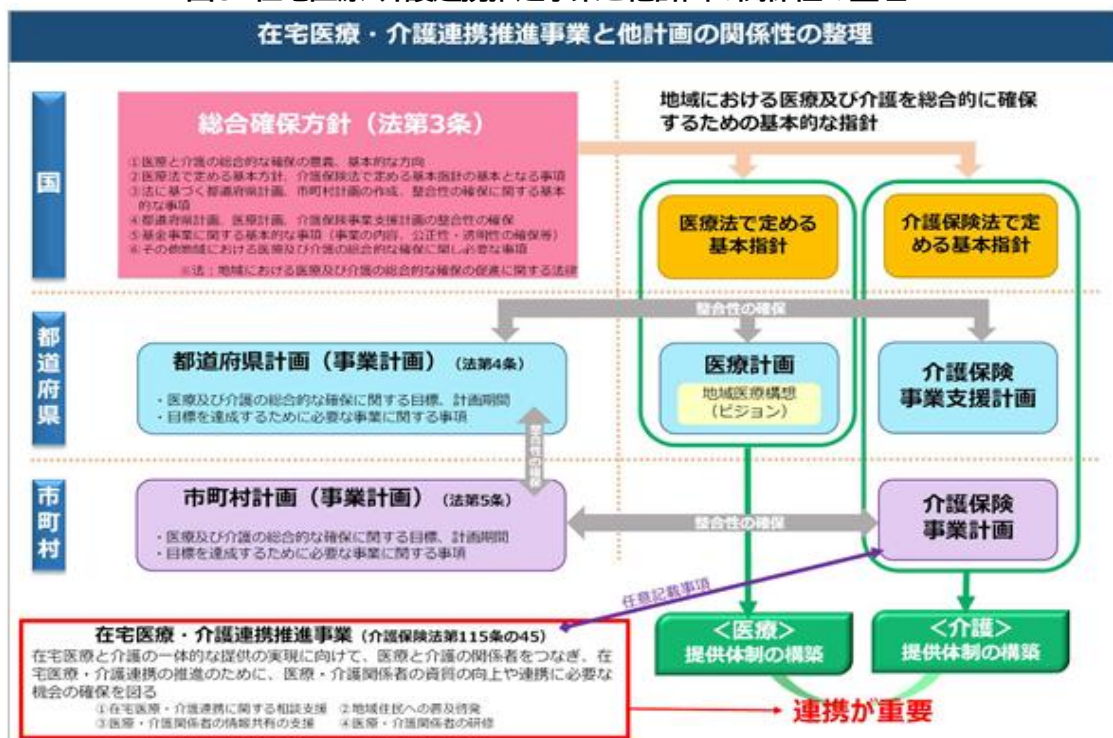
出典：厚生労働省（在宅医療・介護連携推進事業の手引き）

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

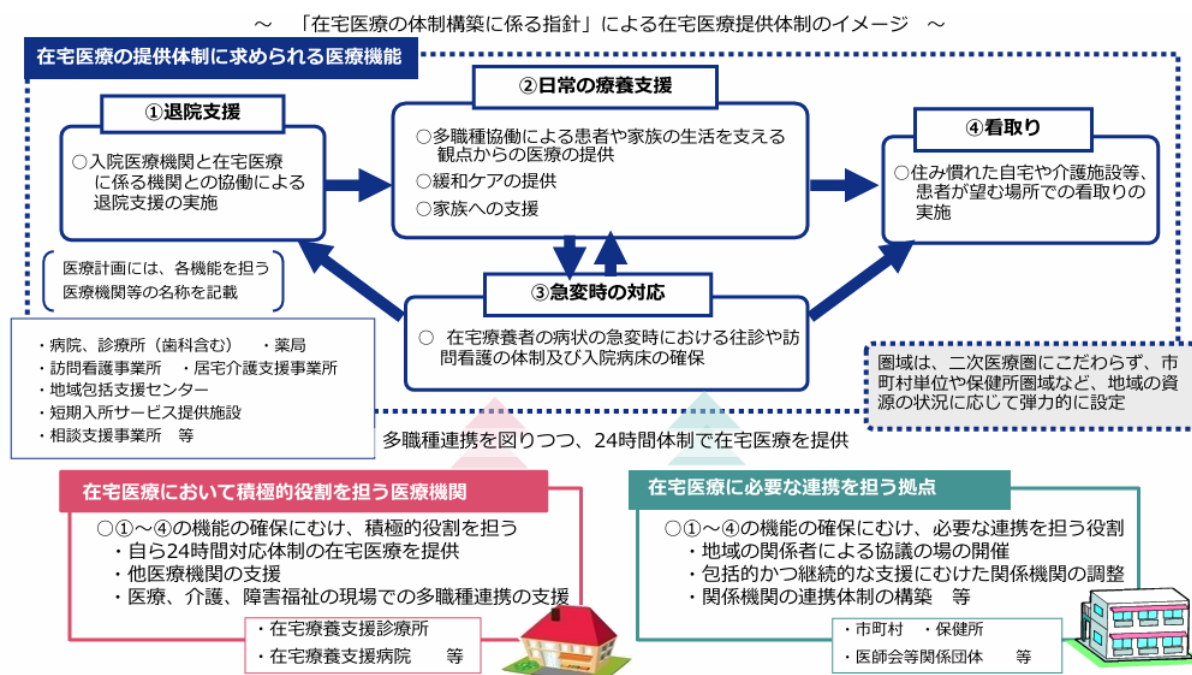
< 求められる事項 >

- ・ 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」

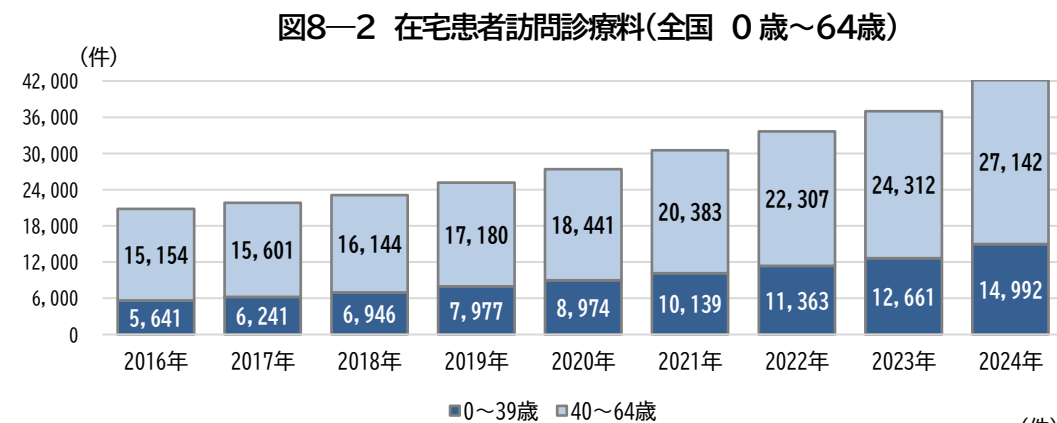
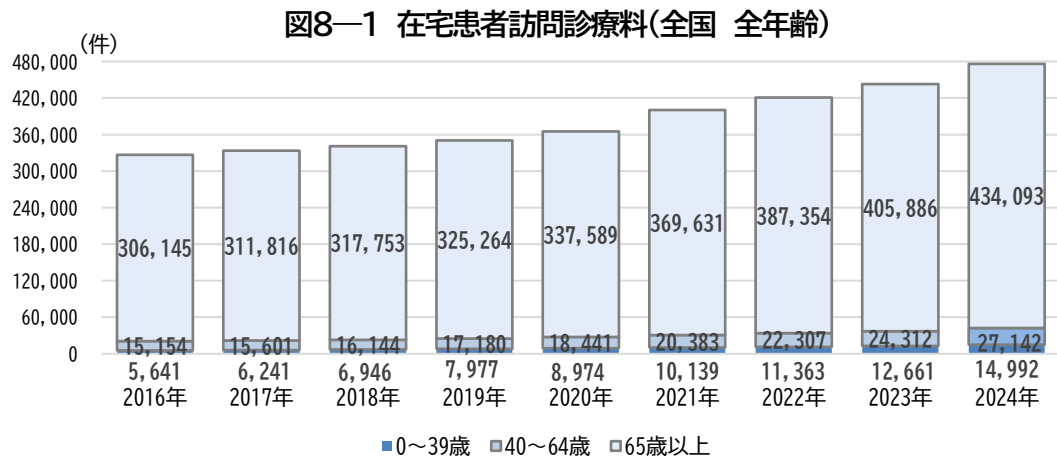
『在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック』（令和7年3月）

⇒ <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。



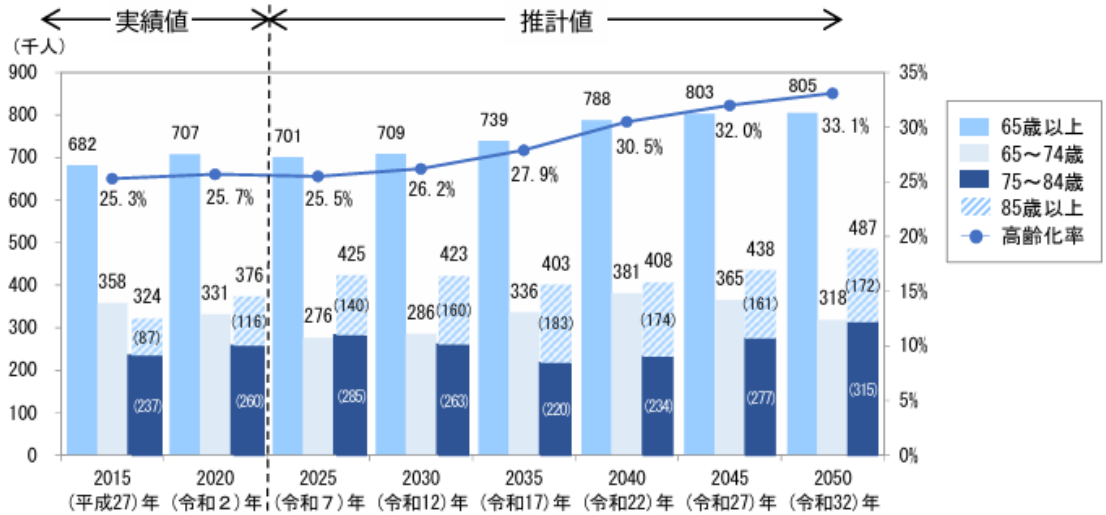
	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年
合計	326,940	333,658	340,843	350,421	365,004	400,153	421,024	442,859	476,227
65歳以上	306,145	311,816	317,753	325,264	337,589	369,631	387,354	405,886	434,093
40～64歳	15,154	15,601	16,144	17,180	18,441	20,383	22,307	24,312	27,142
0～39歳	5,641	6,241	6,946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

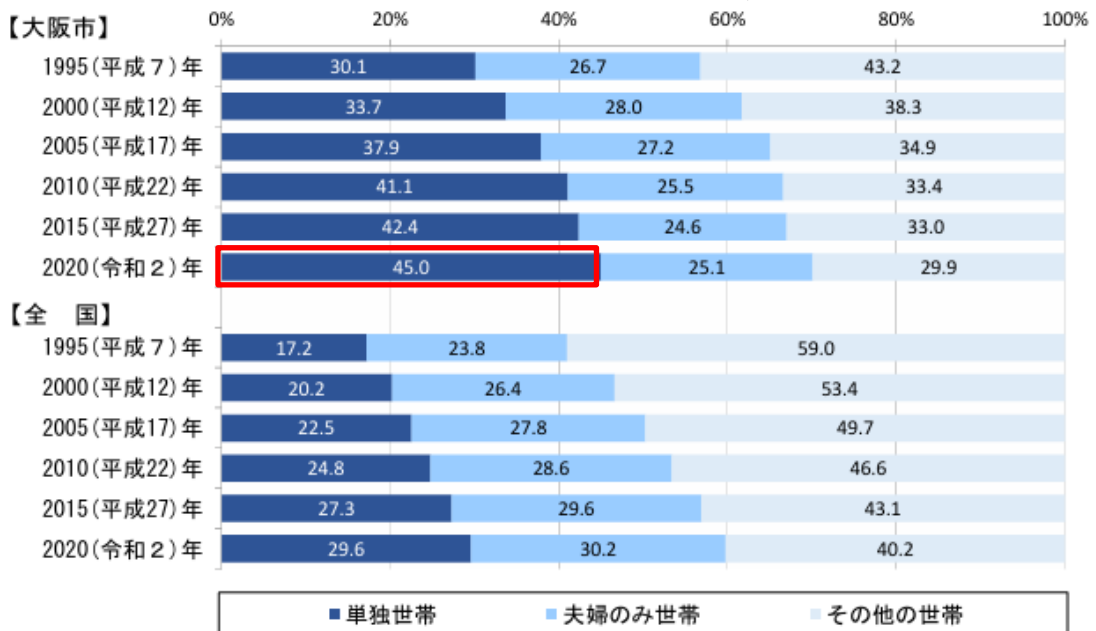
図9 大阪市の将来推計人口(高齢者)



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。

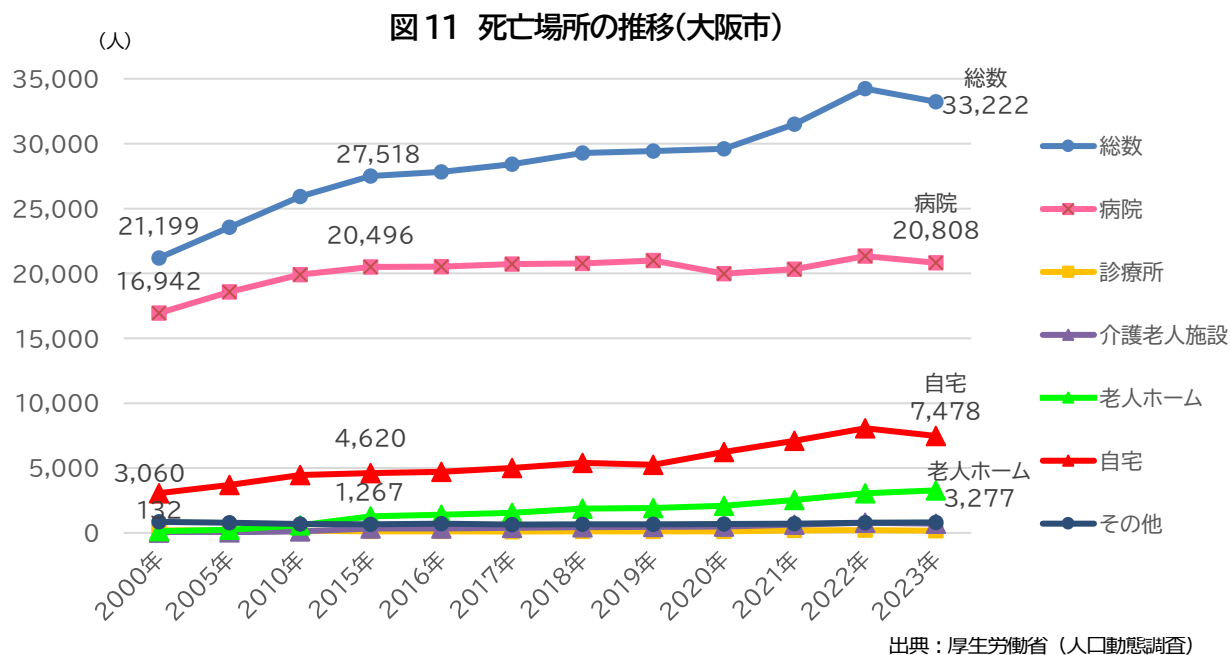
また、65 歳以上世帯員のいる一般世帯の状況を見ると、単独世帯の割合が上昇傾向で推移しており、2020(令和 2)年に 45.0%となっています。単独世帯の割合は全国平均や他都市に比べて非常に高くなっています。

図 10 65 歳以上の世帯状況の推移

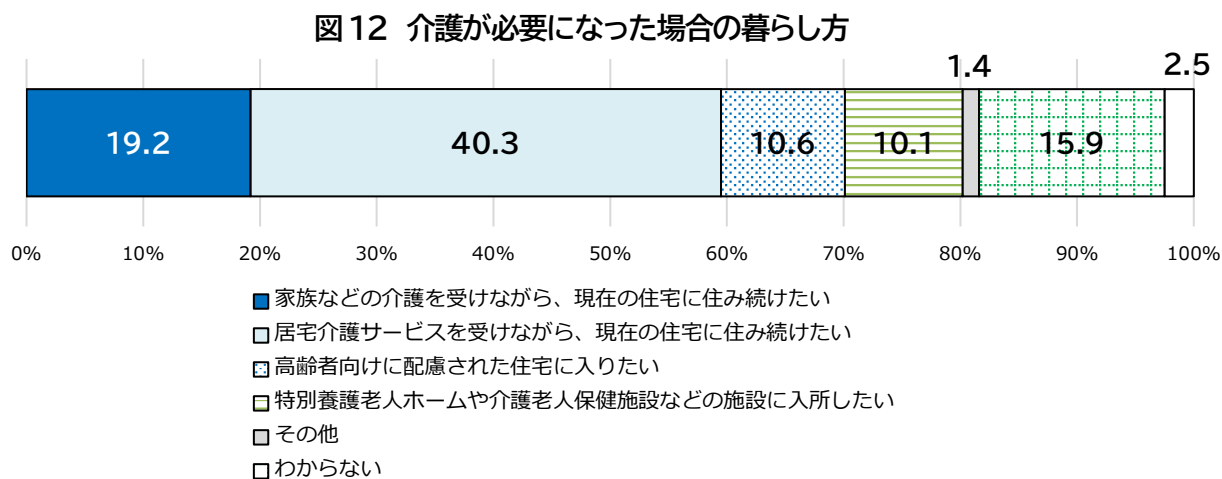


資料：国勢調査

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。



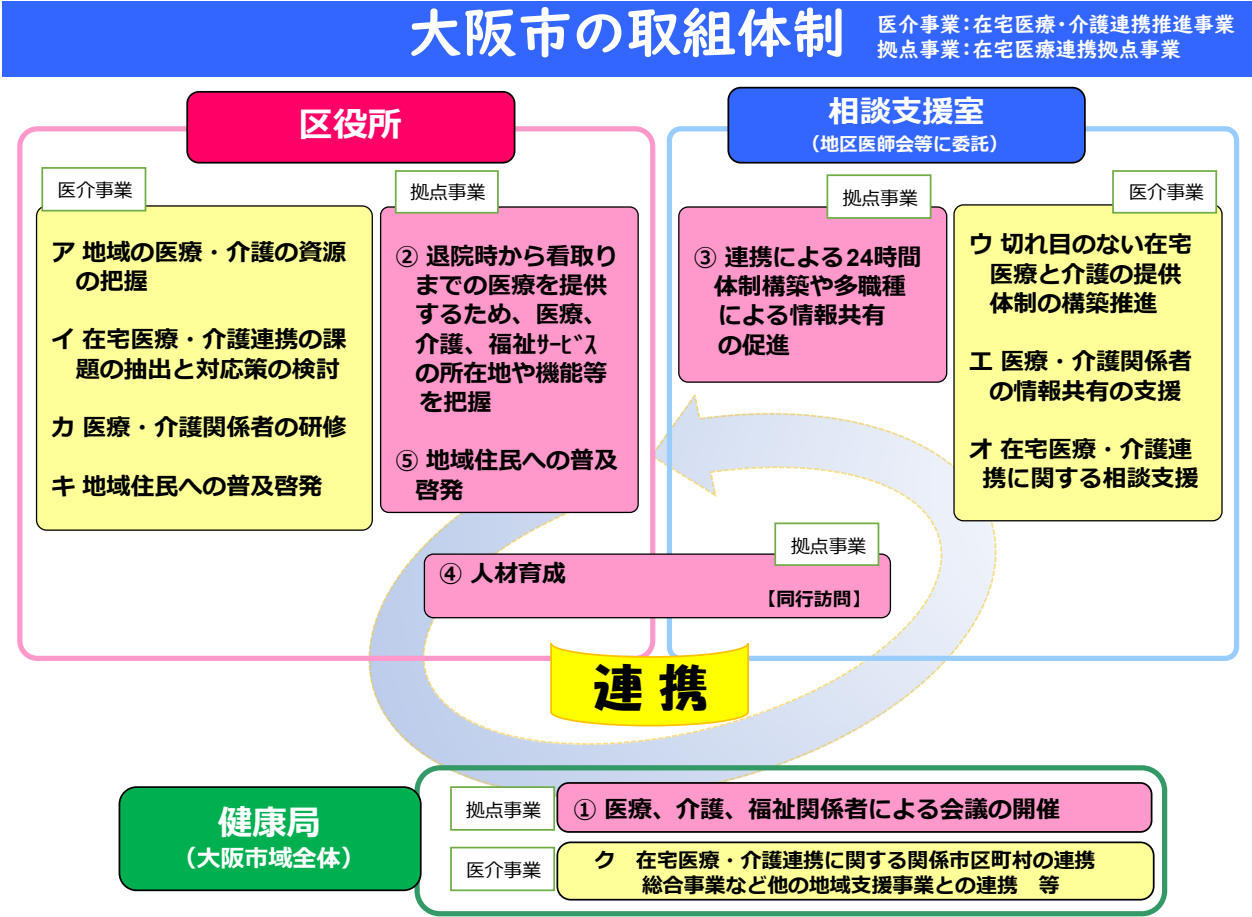
大阪市高齢者実態調査（令和4年度）では、「介護が必要になった場合に希望する暮らし方」については、「介護保険サービスの居宅介護サービスを受けながら、現在の住宅に住み続けたい」が40.3%と最も多く、「家族などの介護を受けながら、現在の住宅に住み続けたい」の19.2%とあわせると、『現在の住宅に住み続けたい』との回答は59.5%となっており、在宅を希望する割合が最も高くなっています。



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

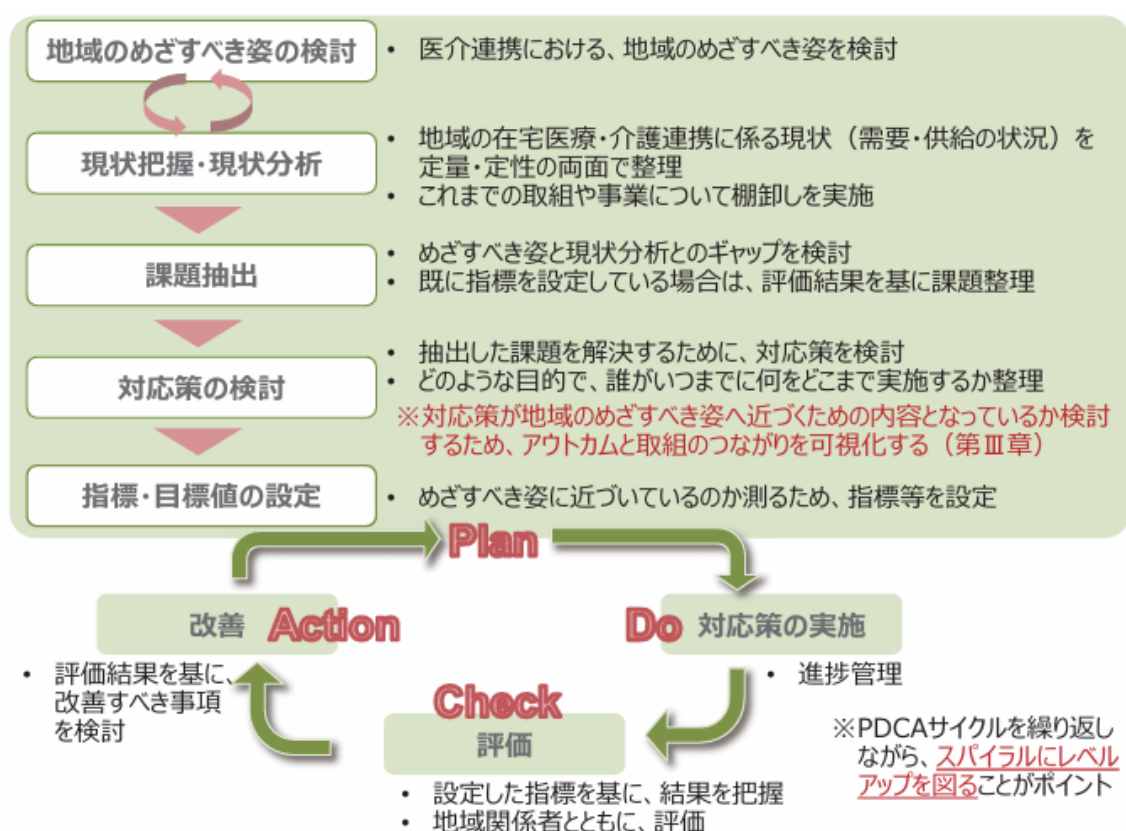
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築や連携による 24 時間体制構築、多職種による情報共有の促進のため、地域の実情に応じて「地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）」はどのようなものかを考えた上で、現状分析、課題抽出、施策立案を行ったうえで、対応策を実施し、評価を行い、理想とする姿へ向かって改善を講ずることで、PDCA サイクルに沿った取組の推進が求められます。

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。

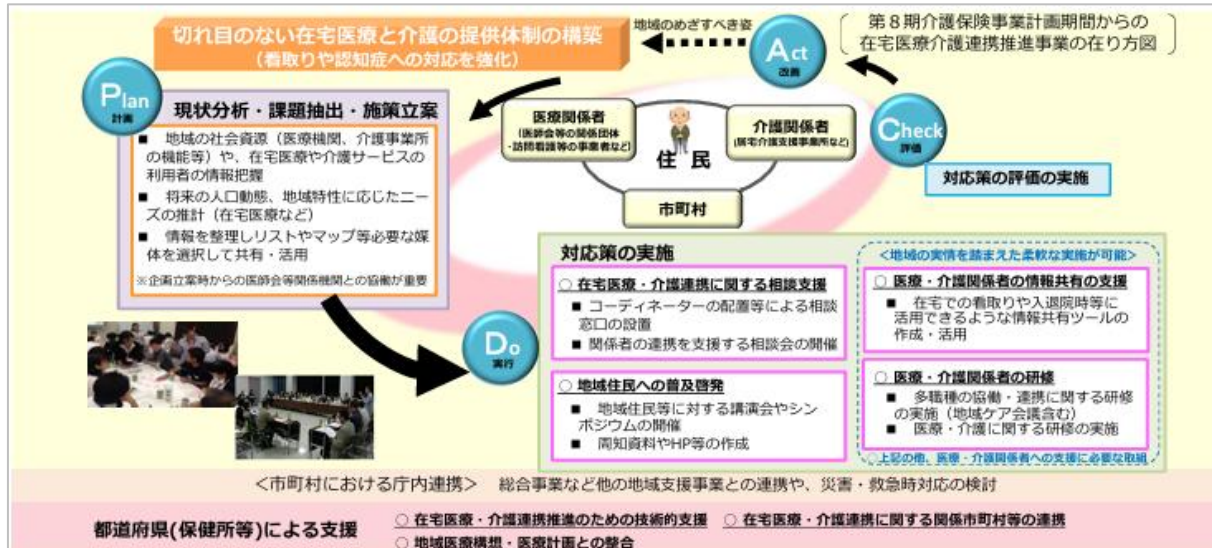
また事業を進めていくうえで、保健師等専門職が本事業に参画していくことで、より効果的な事業実施につながると考えます。

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ことがあります。「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 委託業務について

1 実施体制

受託法人は、法人内に相談窓口を設置し、専任のコーディネーターを配置して、在宅医療・介護・福祉に携わる様々な職種間の連携調整や情報提供、社会資源の確保を行うことが委託業務の主な内容となります。

	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

2 受託法人の役割

コーディネーターがその役割をしっかりと果たすために、受託法人として、事業の業務全体を円滑に、かつ着実に進めていく実施体制を構築しておくことが必要です。

具体的には、業務責任者を配置し、業務全体の進捗管理を行うとともに、コーディネーターに対する支援について協議、検討する場を設置して、受託法人としてコーディネーター業務をバックアップする体制（協議の場）が不可欠です。

相談窓口の設置「在宅医療・介護連携拠点」及び「在宅医療・介護連携相談支援室」

- ・既存の事務室や会議室等の空きスペースを活用する
- ・個人情報を取り扱うため、「個人情報管理に配慮された空間」が必要である
- ・在宅医療・介護連携推進事業と在宅医療連携拠点事業に従事するコーディネーターは、各事業最低1名以上従事させ、窓口開設時間内において、担当事業のみに従事をする
- ・電話回線（携帯電話含む）・パソコンを確保すること

大阪市在宅医療連携拠点事業

在宅医療連携拠点のご案内

大阪市では、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、市内24区において「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**を配置しています。

開設時間	役割
月～金 在宅医療・介護連携相談支援室開設時間内（※日・年末年始等を除く）	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な役割を担う医療機関との連携

支援対象者
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・介護連携相談支援室の支援対象者は除く。

支援内容
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。

在宅医療連携拠点事業

- ・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
- ・在宅医療を担う医師の人材育成

「在宅医療の提供体制に求められる医療機能」

①入院支援

②日中の療養支援

③電取リ

④急変時の対応

多職種連携を促しつつ、24時間体制で在宅医療を提供
（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所、在宅介護支援事業所、地域包括支援センター、短期入居サービス提供施設、相談支援事業所等）

在宅医療において積極的な役割を担う医療機関
・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
・医療・介護・福祉の領域での多職種連携の支援
・在宅医療に関する情報提供

よくある質問 Q&A

Q ① どのようなときに相談できるの？
A 例えば、次のような場合です。
ターミナル期に近づいている訪問看護ステーションや薬局を数えてほしい。
Q ② 今後実施して訪問診療を考えているが研修を要するようになることができるの？
A 実際の在宅医療の現場に同行して研修することができます。

大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業

在宅医療・介護連携相談支援室のご案内

大阪市では、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、市内24区において「在宅医療・介護連携相談支援室」を設置し、**在宅医療・介護連携相談支援コーディネーター**を配置しています。

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めざしています。

開設時間	役割
月～金曜日：9時～17時（祝日・年末年始等を除く）	①医療と介護の「連携し役」 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み支援」 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

支援対象者
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歳～64歳の要介護状態に陥りやすい特定の疾病持患者）

支援内容
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。

在宅医療・介護連携に関する相談支援室

コーディネーターを配置し、在宅医療と介護の連携を促進する一環として、医療・介護関係者や関係機関と連携し、高齢者等に対する在宅医療・介護の連携に関する相談等を支援する。

相談支援室は、在宅医療・介護関係者や関係機関との「顔の見える関係」の構築、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み支援」、医療・介護関係者のスムーズな「情報共有」の支援、在宅医療連携拠点コーディネーターとの連携、区役所の在宅医療・介護連携推進事業担当職員との連携などを行います。

よくある質問 Q&A

Q ① どのようなときに相談できるの？
A 例えば、次のような場合です。
訪問診療や訪問看護を行っている医師を数えてほしい。
訪問支援のサポートチームを一緒に考えてほしい。
在宅医療を支えるチーム作りが難しい場合。

【本事業に関する問い合わせ先】
大阪市健康部 高齢医療課 健康推進課 大阪市北區9之宮1丁目3番20号 電話：06-6208-9940 FAX：06-6202-6967

第5章 コーディネーターの役割

1 業務に必要な知識

●地域資源の状態の把握



地域資源の把握においては、医療機関や介護・福祉事業所の所在地などの基本的な情報に加えて、以下の点も把握しておきましょう。

- ・訪問診療等を実施する医療機関の専門性等
- ・医療機関や介護事業所の対応可能エリアや時間等
- ・各専門職・関係機関の役割、機能、関係性等
- ・訪問診療等の実施医療機関や各専門職へ連絡する際に望ましい手段（電話、メール、FAX等）
- ・各医療機関における入退院等に関する独自ルール等
- ・その他の地域の社会資源（通いの場、自主グループ、障がい福祉サービス事業所等）
- ・在宅医療・介護サービス利用者の情報や地域包括支援センターの業務、地域ケア会議等の検討状況等

●医療と介護・福祉の基礎知識の取得

医療や介護・福祉の専門職との協働のため、医療の基礎知識（医療の基本用語、医療提供施設について、病床機能、診療報酬の仕組み等）及び介護の基礎知識（介護の基本用語、介護事業所のサービス類型について、介護報酬の仕組み等）、福祉の基礎知識（福祉の基本用語、仕組み等）の取得が必要です。

医療や介護に係る関連法規（医療法、健康保険法、介護保険法等）、医療に係る政策や制度（地域医療構想、医療計画等）、介護に係る政策や制度（介護保険事業計画、介護保険事業支援計画等）等の知識の取得も望まれます。

●多機関・多職種との組織横断的な連携を推進する能力

区役所と連携協働し、区役所担当者および医療・介護・福祉の専門職の橋渡しを実施することにより、効果的な連携や協働を推進することができ、必要な対応策の立案や実施が可能となります。



コーディネーターの基本業務は相談支援であるが、コーディネーターが収集する相談事項等は地域の課題として検討すべき事項が含まれている可能性があります。コーディネーターが収集する地域の実情を、地域全体で共有・活用して、多職種・多機関の連携を強化して改善する機能・役割を担うためには、相談支援から、効果的・効率的な課題抽出を行い、対応策の実施まで、切れ目なく行っていく必要があります。



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、事業推進に取り組みましょう。

2 業務内容

	業務内容	担当
(1)	相談窓口の設置	在宅医療・介護連携相談支援室 在宅医療連携拠点
(2)	相談に対する支援	
(3)	多職種による情報共有の促進	
(4)	関係機関等との連携強化	
(5)	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向けた推進	在宅医療・介護連携相談支援室
(6)	連携による24時間体制構築の促進	在宅医療連携拠点
(7)	在宅医療において積極的役割を担う医療機関との連携	
(8)	人材育成（同行訪問）	

(1) 相談窓口の設置

本業務を円滑に実施するために必要な窓口を設置し、コーディネーターを配置します。

地域において相談支援業務を円滑に実施するために相談支援室の周知啓発を行います。

- 医療・介護・福祉関係機関に相談支援室を周知するため、医療機関や介護・福祉事業所等への個別訪問を行う。
- 相談支援室業務について、ホームページ等の作成も検討する。

(2) 相談に対する支援

在宅医療・介護・福祉に携わる関係者からの相談等を受け、様々な職種間の連携調整や情報提供を行います。相談支援を行うために必要な医療・介護・福祉関係機関などの状況を情報収集し、リスト化します。

医療・介護・福祉関係機関からの個別相談に対応する際は、「個別相談シート」に沿って聞き取りを行い、必要に応じて関係機関に「個人情報の伝達についての同意」の有無を確認して対応を行います。

受付けた相談内容の振り返りや個別相談の積み重ねから、地域の課題・必要な支援・施策などにつなげていきましょう。

ポイント

- ・関係機関からの相談対応については、関係機関が「相談支援室」に相談することを本人家族から同意が得られているか確認すること
- ・個人情報の管理について個人情報保護管理体制や緊急時の連絡体制を確立すること
- ・個別相談の対応として、関係機関の情報を提供する際には、関係機関の意向も確認すること
- ・相談支援の相手先が特定の関係機関等に理由なく偏ることがないよう、公正・中立性を確保する

<個人情報管理に関する確認事項>

- ・個人情報を含む記録物の複写及び複製を行っていないか
- ・施錠できる個人情報の保管場所があるか
- ・来訪者の目に触れないように個人情報を保管しているか
- ・個人情報を入力している PC 等は外部流出しない管理体制になっているか
- ・相談者のプライバシーに配慮したスペースが確保できているか
- ・相談内容が来訪者に聞こえない環境になっているか
- ・個人情報を相談支援室外に持ち出していないか
- ・FAX 送付やメール送信時には個人情報がないことを確認しているか

< 関係機関の情報収集項目一覧例 >

分野	把握事項
【医療】	基礎情報
医科 歯科 薬局 訪問看護ステーション 訪問リハビリテーション	・医療機関名、薬局名、住所、電話番号、FAX ・診療日・診療時間、営業日・営業時間 医師との面談方法優先順位 ・直接面談・往診同席・外来同席・電話連絡・FAX連絡・メール連絡 ・比較的面談が可能な時間帯（曜日・時間） 担当者会議への医師の参加 多職種の方々への要望（連絡時の注意事項を含む）
（医科）	在宅医療の取り組み ・主治医意見書の記載の不可 ・訪問診療、かかりつけ患者の臨時往診 ・在宅療養支援診療所、強化型支援診療所・支援病院の届出
（歯科）	かかりつけ歯科医師の有無 かかりつけ歯科診療所の在宅歯科診療の取り組み ・在宅療養歯科診療所、かかりつけ機能強化型歯科診療所の届出 ・訪問歯科診療の応需・可能時間 ・口腔ケアの対応・口腔機能管理の対応・食支援の対応
（薬局）	訪問指導の応需・可能時間、訪問可能な範囲 ・経管栄養剤の対応、輸液ルート・カテーテルの供給、衛生材料の供給 ・錠剤の粉碎、麻薬の届出 担当者会議参加 事業の特色
（訪問看護ステーション）	緊急時訪問看護体制 ・受け入れ医療項目（小児・精神・人工呼吸器・ターミナル・リハビリ） 事業所の特色
（訪問リハビリテーション）	訪問リハビリ体制 ・サービス提供加算、利用地域、提供時間、職種 ・施設区分（訪問看護ステーション、病院・診療所、介護老人保健施設） ・申し込時提出書類（専用書類の有無） 事業所の特色
【介護】	基礎情報 ・事業所名、住所、電話番号、FAX、営業時間 ・受け入れの不可（積極的受入、受入、要相談、考えていない） 胃瘻/ストーマ/酸素療法/人工呼吸器/IVH/留置カテーテル/ターミナル/難病 障がい者/気管切開下の吸引/認知症/精神/インスリン注射/創傷処置
【福祉】	基礎情報 ・事業所名、住所、電話番号、FAX、営業時間 ・対応サービスの種類 事業所の特色

(3) 多職種による情報共有の促進

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化に応じた、医療・介護・福祉関係者間の速やかな情報共有が行えるよう、情報共有のための様式や ICT を活用した情報共有ツールの導入を検討するなど整備します。

ただし、情報共有のためのパソコンやモバイル機器等の購入費用、システム使用料等のいわゆるランニングコストについては事業経費の対象とはなりません。

情報共有ツールに記載された利用者の個人情報の取り扱いには、関係機関を含めて十分な注意が必要です。

< 医療・介護関係者間で共有すべき情報例 >

- 主治医や担当のケアマネジャーに関する情報（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
- 入院前の在宅医療の状況

(4) 関係機関等との連携強化

本市（健康局・区役所）が開催する在宅医療の連携に係る会議・研修・普及啓発に対して参加・協力を行います。

障がい者相談基幹センターや地域包括支援センター等が開催する会議、その他区内の医療・介護・福祉に関する会議や研修等に参加し、助言や情報提供を行います。

< 会議・研修会例 >

- ・区在宅医療・介護連携推進会議
- ・区役所担当者、コーディネーター合同研修会
- ・各基本保健医療圏域における多職種研修会
- ・大阪市「在宅医療・介護連携相談支援室」活動報告会
- ・コーディネーター連絡会 等

(5) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向けた推進

(6) 連携による 24 時間体制構築の促進

区民が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・福祉関係者の協力を得ながら、関係機関の連携による 4 つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）の対応など、24 時間在宅医療等が切れ目なく提供される体制の構築をめざした具体的取組の促進を行います。

また、4 つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を場面ごとに設定することが重要です。場面ごとの具体的な取組については、P16～P18 を参照ください。

(7) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関との連携

積極的医療機関と「日常の療養支援」、「入退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」の機能の確保について日頃から連携し、年 3 回以上会議を開催し、地域実情に応じた今後の在宅医療の体制構築について検討します。

また、区内の積極的医療機関について、リスト化のうえ保管し、健康局の求めに応じて提出します。

< 会議の議題例 >

- ・在宅医療の現状把握・課題について（訪問診療、往診、入院の受け入れ状況）
- ・積極的医療機関の役割・確保について（チーム医療、グループ診療、夜間休日対応）
- ・24 時間の在宅医療体制の構築について（急変時の病院の受入れ、緊急往診、バックベットの）
- ・多職種（歯科・薬・訪問看護）
- ・施設との連携体制について（緊急搬送時の対応）
- ・情報共有について（患者の情報共有、医療機関間の情報共有、ICT ツールの検討）
- ・同行訪問について
- ・災害時の対応について（非常用電源の整備）

(8) 人材育成（同行訪問）

在宅医療に関する人材育成を通じ、在宅医療を担う新たな人材を確保することや、既存の人材の専門性を向上することにより、持続的な在宅医療の構築や質の向上を図ります。

【拠点コーディネーターの取組内容】

- ・同行訪問による人材育成研修の周知
 - ・研修を希望する医師や医学部生からの研修申し込みの受付
 - ・受け入れ医療機関の調整
 - ・研修日時の調整
- ※同行訪問に関する調整、実施回数については報告様式にて提出すること

なお、周知や調整については、大阪府在宅医療体制強化事業に基づき行います。

「参 考」大阪府ホームページ『大阪府在宅医療体制強化事業（同行訪問）』

⇒ <https://www.pref.osaka.lg.jp/o100020/iryo/zaitaku/doukou.html>

令和7年度在宅医療体制強化事業(同行訪問等研修)

事業概要

在宅医療確保に向け、府内の医師や医学生（府内の大学在籍又は府出身者に限る）を対象に同行訪問等の在宅医療研修を実施する診療所（病院）を支援

補助対象事業者

1. 大阪府内に所在する診療所及び病院（医療法第1条の5に定める）
※積極的医療機関を優先的に支援します。
2. 第8次大阪府医療計画で設定した在宅医療に必要な連携を担う拠点

事業スキーム



補助対象経費

＜補助対象経費＞
同行訪問の在宅医療研修に要する経費（報償費（講師料）、需用費、使用料及び賃借料）
＜補助上限＞
半日あたり 42千円
※診療所等と雇用関係を結んだ上での研修や、実習生としての受入し受託料等を受理している場合は除く
※予算の範囲内において、1医療機関あたりの調整額（84万円）を設定し、調整額とこれを超えた申請額に對して調整率を乗じた額を合算し、補助交付額を決定
※研修一人につき10回分（半日×10回）を上限

研修パターン例

受講者のニーズによって研修受入機関と調整
＜例＞
・新規開業（在宅医療）予定の医師向け（10回）
目的：在宅医療にかかる診療の基礎知識、応用、看取り対応等を学ぶ
・特定分野のスキルアップをめざす医師向け（5回）
目的：特定領域・分野等の診療を学ぶ
・在宅医療を体験する学生向け（半日）
目的：在宅医療の基礎知識を学ぶ

※いずれの研修においても次の研修内容を盛り込むこと
・訪問診療における関係機関との連携に関する内容
・感染予防や感染症患者への訪問診療に関する内容
※上記以外に、人生会議（ACP）の意思決定支援にかかる内容を含めるよう努めること。

補助対象期間

＜補助対象期間＞
2025年4月～2026年3月
※3月31日までに研修を完了すること

募集期間

令和7年8月29日〆切
※提出書類は下記ホームページに掲載しています。
<https://www.pref.osaka.lg.jp/o100020/iryo/zaitaku/doukou.html>

問合せ

大阪府健康医療部保健医療室
保健医療企画課在宅医療推進グループ
電話：06-6944-6025(直通)
E-mail: zaitakuiryo@gbox.pref.osaka.lg.jp

主な研修スケジュール例（半日×上記の回数）

項目	時間	内容（例）
事前カンファレンス（座学）	1	在宅医療の概要、診療報酬、訪問患者の診療情報の説明等
同行訪問	2.5	患者宅への同行訪問
まとめ（座学）	0.5	研修の振り返り・まとめ

※同行訪問のみ補助対象となります。

※コーディネーター業務に関連する補足事項

●コーディネーター連絡会について

健康局が開催している「コーディネーター連絡会」に出席し、各区の医療・介護・福祉に関する現状把握や取組内容等の情報交換を行い、スキルアップを図ります。

●学会発表等、本事業に関する外部への参加、報告について

在宅医療・介護連携推進事業および在宅医療連携拠点事業に関する学会発表等を行う際には、事前に健康局に報告・相談します。なお、学会参加・発表は、業務外となりますのでご留意ください。

<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）

＜報告様式について＞

報告書については、定期的に健康局に提出します。その際には、必ず受託法人の責任者にも確認していただき活動内容の経過等を共有してください。

コーディネーターが主に作成する報告様式（様式8～様式16）は、当該業務が完了した日の属する年度の終了後5年間保存してください。

様式番号	様式名	拠点	医介	提出期限
様式1-1、1-2	業務従事者届（新規・変更）	●1-1	●1-2	契約締結後 14日以内
様式2	履歴書	●		
様式3	誓約書	●		
様式4	コーディネーター出務変更届			
様式5	再委託承諾申請書（必要時）	●		
様式6	再委託誓約書（必要時）	●		
様式7	指示・承諾・協議書（必要時）	●		
様式8	実績報告書（月報）		○	月末× 翌月10日まで
様式9	実績報告書（日報）		○	
様式10	個別相談シート		○	
様式11	会議・研修等報告書		○	
様式12	在宅医療において積極的役割を担う 医療機関との連携状況報告書	●		
様式13	年間計画表		○	6月末まで
様式14	実績報告書（個別事例）		○	7月・11月・3月× 翌月10日まで
様式15-1～15-3	実績報告書（場面別）		●	
様式16	実績報告書（同行訪問）	●		
様式17	積極的医療機関申出書	●(写し)		速やかに提出 原本は拠点にて保管
様式18	積極的医療機関内諾書	●(写し)		
様式19	積極的医療機関辞退届 （連携の拠点あて）	-		提出不要 原本は拠点にて保管
様式20	積極的医療機関辞退届 （保健医療協議会会長あて）	●		速やかに提出
様式21	事業従事者研修実施報告書	●		年度終了後 速やかに提出
様式22	業務完了通知	●		
様式23	明細書	●		
様式24	請求書	●		検査終了後提出

※ ●は表の区分に応じて提出、○は、原則1つの様式にまとめて提出するものとし、やむを得ない場合のみ、別々に提出することも可とする

＜事業経費の考え方＞

対象となる事業経費：事業を進めていくうえで、直接必要な経費のみが対象になります。

●対象となる事業経費

費 目	該当する支出例等
人件費	本事業に従事させるために雇用したコーディネーター及び事務に関する常勤・非常勤・臨時職員の賃金、時間外・休日出勤手当、通勤手当、報酬、退職引当金、健康保険・年金保険・労災保険・雇用保険等の法に基づく社会保険にかかる事業主負担
福利厚生費	労働安全衛生法 66 条に基づく健康診断費用 ※経費については、会社が直接診療機関に支払わなければなりません。検診費用を現金支給された場合には、給与として源泉徴収の対象となりますので、注意が必要です。 損害保険料（自転車保険等）
報償金	コーディネーターが開催する講演・研修の講師に対する謝礼（ <u>単なる会議参加者に対する謝礼は対象外</u> ）や法人内部の報酬規程に基づく当該事業のための出務に対する報酬
旅費	①従事者にかかる出張交通費（実費相当額） ②講師等に対する交通費（実費相当額）
会議費	会議資料代 会議・勉強会・研修等の参加費・受講料等（懇親会経費については対象外）
消耗品費	事務用品（リングファイル・ボールペン・マーカー・トナー、封筒、付箋、セキュリティソフト、自転車（アシスト機能付き含む）、会議等でのお茶代等）、用紙代等、書籍の購入など購入予定価格が 10 万円（税込）未満の物品 ※10 万円を超える物品の購入については個別にご相談願います。
印刷製本費	名刺、冊子、チラシ、パンフレット、報告書等の印刷経費
光熱水費	電気使用料、上下水道使用料、ガス使用料等 ※他事業等との共用で按分等が必要な場合は、事務所使用面積等で明確な按分率を設定したうえで按分を行う。
通信運搬費	【郵便料】切手、はがき、小包、速達、書留等の料金 【電信料】電話料、電報料、及び電話加入、設備料、移転料等加入電話利用に関する規定の料金、電話架設料等（インターネットプロバイダー料も含む）
手数料	公金取扱手数料、送金手数料等
使用料及び賃借料	コピー機使用料、事務用パソコン機器類等のレンタル料 ※コピー機等を他事業との共有の場合は、主契約における 1 枚あたりの単価を契約書等で明確にしたうえで、使用簿により実枚数について精算を行う。 本業務において、研修会や講演等を行う場合の会場借上料 本業務を実施するために必要な賃貸借契約に基づく経費
委託料	高度・専門的な業務を専門事業者に委託する場合の経費 ※主たる業務については、再委託禁止となっているため、個別にご相談願います。

●対象とならない事業経費

費 目	該当する支出例等
人件費	本事業に従事しない常勤・非常勤・臨時職員の給料、手当、報酬、社会保険料等
報償金	主治医・副主治医の仕組みの運営経費（手当など）、診療体制確保のための経費（確保料・協力金等）
消耗品費	飲食費、会食費、弁当代
参加料	学会等の会費、研修の懇親会費等（飲食を伴う経費）
工事費	施設・設備の整備費や修繕費
資産購入費	固定資産、有価証券等の購入費
貸付金・利子等	賠償金、出資金、寄付金等これらに類する経費
その他	ICT 関連経費 情報共有のためのパソコンやモバイル機器等の購入費用、システム使用料等のいわゆるランニングコストについては対象になりません。

※上記「費目」は、支出例であり、団体・事業所の経理規程等の変更を求めるものではありません。

【その他】

- ・連携の拠点の週当たりの窓口開設時間が 20 時間に満たさず、20 時間を上限として時間数を増やす場合、契約変更の手続きが必要となります。なお、契約変更日は原則として手続きが完了した日が属する月の翌月 1 日となるため、速やかに大阪市健康局に連絡願います。
- ・病気や事故等によりコーディネーターの配置が欠ける場合は、代替コーディネーターの確保が必要となります。人員配置ができず、週当たりの窓口開設時間を確保できない場合は、確保できない窓口開設時間数と当該月の窓口開設時間数の比率をもって減額となるため、速やかに健康局に連絡願います。