医療と介護の連携強化
在宅医療・介護連携推進事業の推進について

令和６年１１月２８日
第３回高齢者福祉推進協議会

目　　次

１．在宅医療・介護連携推進事業とは

２．第９期高齢者総合計画

３．在宅医療・介護連携推進事業における
　　ちょうふ在宅医療相談室の取り組み

４．在宅医療・介護連携推進事業における
　　地域包括支援センターの取り組み

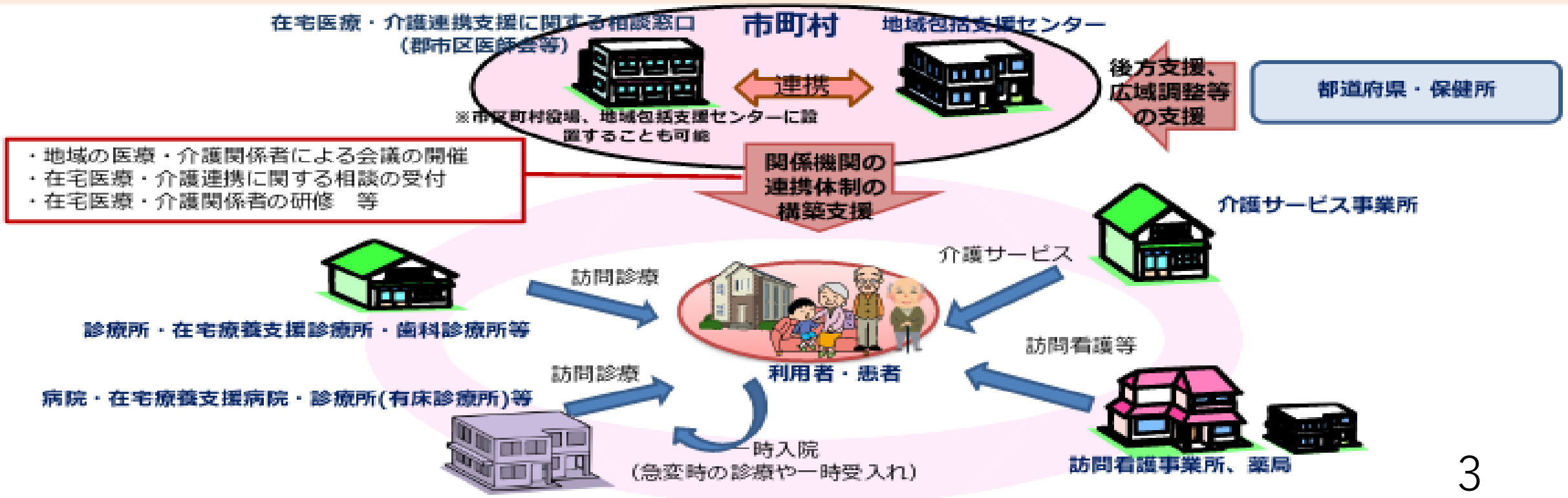
在宅医療・介護連携の推進

○　医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等　（定期的な訪問診療等の実施）
・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等　（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
・訪問看護事業所、薬局　（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
・介護サービス事業所　（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○　このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



第９期　高齢者総合計画策定
重点施策「医療と介護の連携強化」

　医療・介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるように，医療・介護の関係者が連携し，

包括的・継続的な在宅医療と介護を一体的に提供できる支援体制づくりをより一層推進することが求められている。

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

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築
（看取りや認知症への対応を強化）

地域のめざすべき姿

Plan 計画

現状分析・課題抽出・施策立案

- 地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握
- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

※企画立案時からの医師会等関係機関との協働が重要

Do 実行

対応策の実施

○ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置※1
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

○ 地域住民への普及啓発
- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

○ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

○ 医療・介護関係者の研修
- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

○上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組

Check 評価

対応策の評価の実施

Act 改善

医療関係者
（医師会等の関係団体・訪問看護等の事業者など）

介護関係者
（居宅介護支援事業所など）

住民

市町村

＜市町村における庁内連携＞　総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

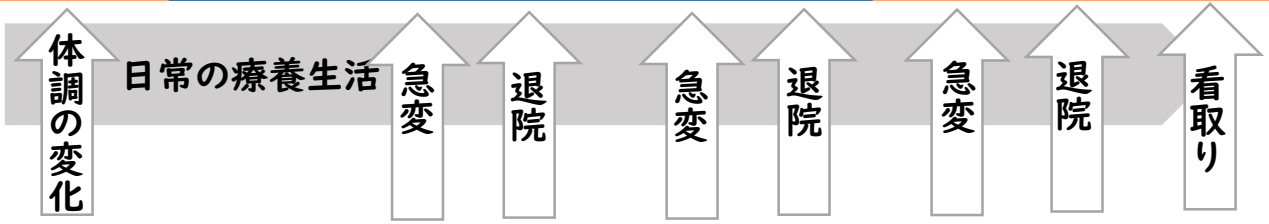
○ 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 分析に必要なデータの分析・活用の支援
- 他市町村の取組事例の横展開
- 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成

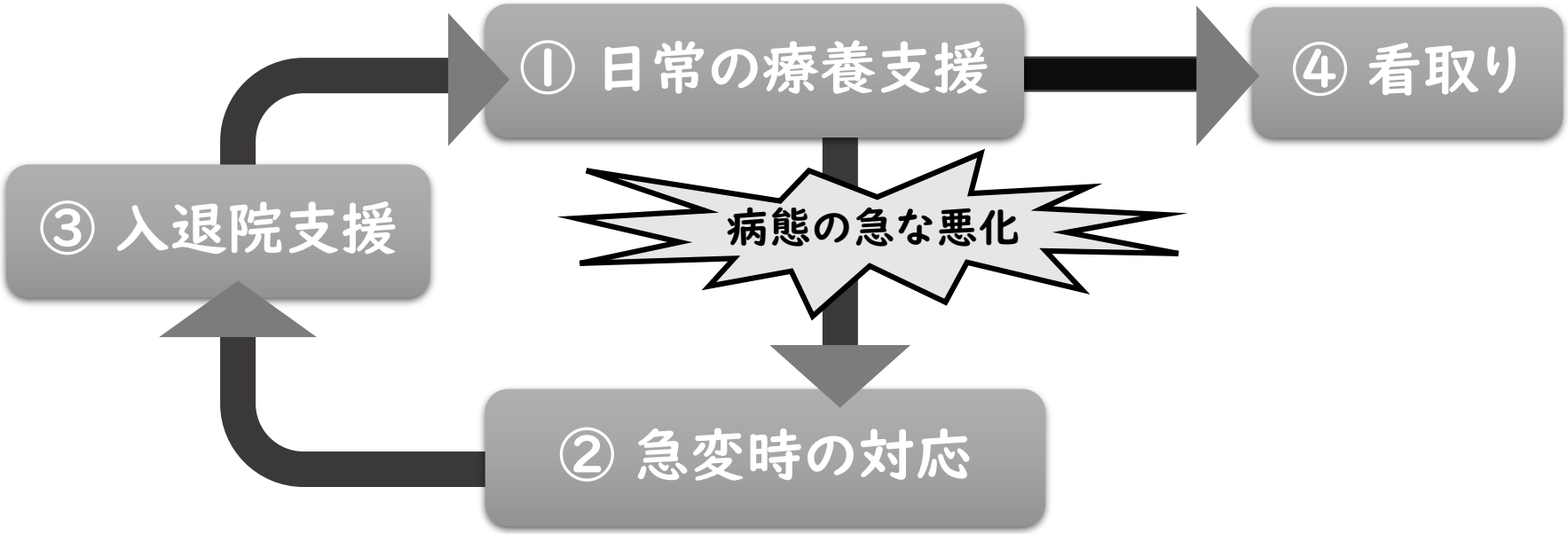
○ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- 都道府県の医療及び福祉の両部局の連携
- 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援

○ 地域医療構想・医療計画との整合

※1:市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討

高齢者の状態像変化のイメージと医療と介護の連携が求められる4つの場面





多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療・介護連携のネットワーク構築

【ニーズ把握】関係者・市民ヒアリング／アンケート調査／ちょうふ在宅医療相談室の相談業務／地域の集まりへの参加
【資源把握・活用】在宅医療機能調査（医療機関）／訪問看護ステーション機能調査／ガイドブック類のリスト更新
【情報共有の支援】MCSの普及啓発・活用／ガイドブック類の活用
【在宅医療・介護連携の相談支援】ちょうふ在宅医療相談室の相談業務
【関係者の研修】多職種研修会／その他研修会・勉強会の開催

日常の療養支援

【調布市のめざす姿】市民がかかりつけ医を持つことによって、外来診療・在宅療養等を適切に受け、生活を継続できる

【かかりつけ医・在宅療養】
・相談業務（訪問診療医・かかりつけ医紹介、在宅医療相談）
・かかりつけ医を持つことの大切さの啓発
・各種検診
【在宅療養の普及啓発】
・ちょうふ在宅医療ガイドブックの普及
・地域ケア会議・介護教室・出前講座等への参加

入退院支援

【調布市のめざす姿】本人の望む場所に戻り、支援を受けながら不安なく生活を再開する

【支援者の相互理解】
・入退院連携ガイドブック活用・周知
【本人の意思尊重と情報共有】
・入退院連携ガイドブック活用・周知
・ACPの普及啓発
・ちょうふ在宅医療ガイドブック（ACP）

急変時の対応

【調布市のめざす姿】急変時に適切に救急要請が行われ、本人の意思が尊重された治療を受けることができる

【急変時の救急要請・適切な治療】
・相談室（訪問診療医紹介、在宅医療相談）
・24時間診療体制構築に向けた検討
【本人の意思尊重】
・救急キットの普及・配布
・ACPの普及啓発（もしバナプログラム）

看取り

【調布市のめざす姿】本人の望む場所で、不安なく最期を迎える

【ACPについての理解】
・ACPの普及啓発（もしバナプログラム）
・じぶんノート：人生の最終段階を考えるきっかけづくり
【在宅療養の普及啓発】
・ちょうふ在宅医療ガイドブック
・相談室（訪問診療医紹介、在宅医療相談）

事業の進め方

実行者	Plan　対策の内容
相談室	調布市在宅療養推進会議の運営
相談室	事務局会議／事務局コア会議
相談室	認知症支援推進員および在宅医療・介護連携推進担当者検討会議出席
相談室	ケアマネット（包括主催のケアマネジャー向け勉強会）への参加
相談室	その他会議・研修会受講等
相談室	在宅医療機能調査
相談室	調布市内訪問看護ステーション機能調査
相談室	ちょうふ在宅相談室委員会（医師会事業）への出席
市	地域特性に応じたニーズを推計するためのデータ収集

事業の目標（初期アウトカム）
地域の課題と方針が明らかになり、関係者で共有する（各団体役員間等での共有）
事業の円滑な実施
地域の社会資源や在宅医療や介護サービスの利用者の情報を把握する
将来の人口動態・地域の特性を把握し、地域特性に応じたニーズを推計する
情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用する

成果を測る指標
【日常の療養支援】 ○市民意識調査※1でかかりつけ医を持つ人の割合が増える
【急変時の対応】 ○急変時の対応についての意識調査を実施（R7年以降のニーズ調査※2に急変時に関するアンケート項目を追加して評価） ○24時間診療体制構築・バックベッド体制整備に向けた検討会の開催 ○研修の開催、理解度についてのアンケート
【入退院支援】 ○入退院連携ガイドブック配布先へのアンケート・ヒアリング ○地[illegible]へのアンケート調査
【看取り】 ○ACPプログラム受講者数 ○受講前後アンケート ○ニーズ調査※2 最期を迎[illegible]の回答が減る

※1 調布市民の健康づくりに関する意識調査

※2 ニーズ調査：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

成果を測る指標

Plan

Act

Check

Do

目指す姿

中期アウトカム
4場面の目指す姿の実現とネットワーク構築
【在宅医療・介護のネットワーク構築】 相談・教育・啓発関連 ニーズ把握、資源把握・活用、情報共有の支援、 在宅医療・介護連携の相談支援、関係者の研修
☆【日常の療養支援】 市民がかかりつけ医を持つことによって、外来診療・在宅療養等を適切に受け、生活を継続できる
★【急変時の対応】 急変時に適切に救急要請が行われ、本人の意思が尊重された治療を受けることができる
★【入退院支援】 本人の望む場所に戻り、支援を受けながら不安なく生活を再開する
☆【看取り】 本人の望む場所で、不安なく最期を迎える

★：重点的に取り組む事業

☆：第9期・10期（令和10（2028）年度まで）に取り組む事業

どうなることを期待するか

事業の目標（初期アウトカム）
Doの対策をとることによる期待
医療・介護関係者の[illegible]
在宅医療に関わる[illegible]
在宅医療・介護サ[illegible]
地域の医療・介護への関心が高まる
他機関・多職種が顔の見える関係を構築する
専門職がかかりつけ医の役割を理解する
かかりつけ医を持つ人の割合が増える
24時間診療体制やバックベッド体制の構築により、かかりつけ医や訪問診療医の負担軽減が図れる
市民が自分の意向を表明できる
福祉職が高齢者の急変について理解する
本人・家族が入退院に向けて見通しを立てられるようになる
地域と病院が協働できるようになる
地域と病院の間の相互理解が深まる
市民のACPの理解が深まり、これからの治療・ケアに関する家族等との話し合いが進む

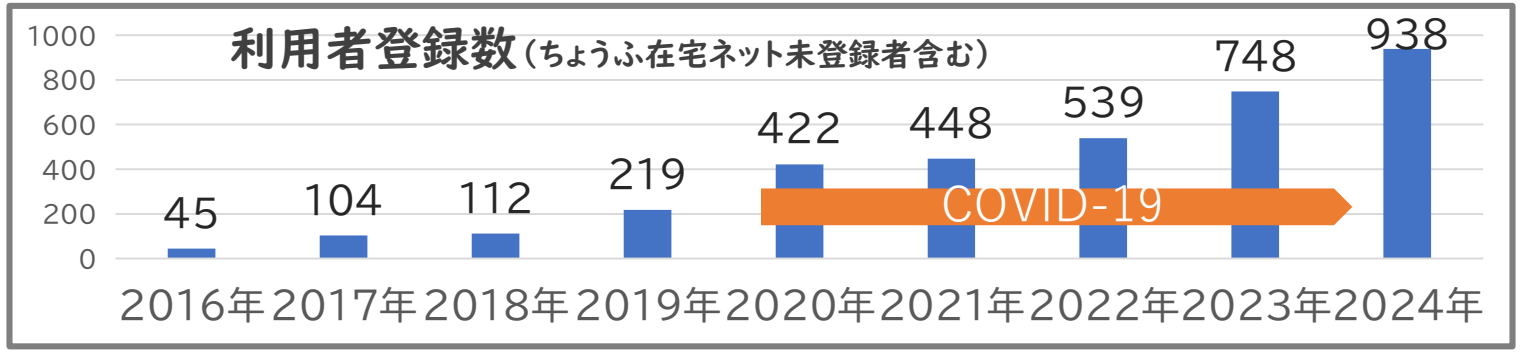
実[illegible]者		Do　実行の内容
		目指す姿に近づけるための対策
相談室	市民	◎相談業務 ◎ガイドブック類の活用・地域の集まりへの参加を通じた在宅医療の普及啓発
相談室	市民 専門職	◎ガイドブック類のリスト更新
相談室	専門職	◎相談業務 ◎MCSの普及啓発・活用
医師会 相談室	専門職	◎多職種研修会 ◎その他　研修会・勉強会の開催
医師会 市・相談室	市民	◎市報へかかりつけ医の役割や必要性などを執筆して掲載 ◎市報の内容をもとに市内3圏域（ケアマネット圏域）にて、その圏域の医師と市民との懇話会を実施
医師会 市・相談室	専門職	◎市報（かかりつけ医周知）の内容をもとに医師から関係者へ研修会を開催
市・相談室	市民	◎リーフレット作成（健診の案内に封入）
医師会	医師	◎E-Z NET CHOFU TOKYO（24時間診療体制構築）の運営 （東京都在宅医療推進強化事業　2023年度新規事業）　※3
医師会	医師	◎バックベッド体制整備についての検討　※3
相談室・市	福祉職	◎高齢者によくみられる急変時の対応（医療的対応・介護的対応）について、研修会を開催する（講師は訪問看護師・医師を想定）
相談室・市	専門職	◎入退院連携ガイドブックの活用・周知 ◎市内の事例を集め、活用や周知方法を検討する
包括 相談室	市民 関係者	◎令和5年～ACP啓発プログラム実施を継続
相談室	包括	◎実施後の感想を受け、フォローアップ等の開催を検討する

※3：在宅医療・介護連携推進事業ではなく、医師会事業（医師会主体）としての運営および検討

具体的な取り組み

医療・介護関係者の情報共有の支援（MCSの普及啓発）

年度	ちょうふ在宅ネット（全ユーザーグループ）の動き	実施主体・予算
H27（2015）	**MCS運用開始** **説明会開催**	調布市医師会 東京都在宅療養推進基盤整備事業 H27（2015）～H29（2017）年
H30（2018）	**利用促進のためのアクションプラン策定**	ちょうふ在宅医療相談室　多職種連携部会
R1（2019）	**運用規則改訂**　患者グループの作成者の改訂 主治医→主治医の許可を得た訪問看護師もしくはケアマネジャー **体験会（デバイス操作）開催**	ちょうふ在宅医療相談室　多職種連携部会 地域医療介護総合確保基金 R1（2019）～R3（2021）
R2（2020）	**タブレット貸し出し開始**～R4（2022）年度まで **普及啓発用チラシ作成・配布**	ちょうふ在宅医療相談室　多職種連携部会 地域医療介護総合確保基金
R3（2021）	**登録ユーザー確認** ※管理者・退職者の管理（郵送）　以降隔年実施	ちょうふ在宅医療相談室　多職種連携部会 地域医療介護総合確保基金
R5（2023）	**説明会開催**（主催：相談室／地域包括支援センター） **出張講座随時開催**（病院・介護事業所等）	ちょうふ在宅医療相談室　多職種連携部会 調布市事業 R4（2022）～現在
	ICTによる医療介護連携協議会※年1～2回	



MCS（メディカル・ケア・ステーション）の概要

※参考資料

地域住民への普及啓発（ACP普及啓発）

Our mission（受託事業）

地域の課題抽出・対応策の検討
地域住民への在宅医療の普及啓発　など

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは
将来の変化に備え医療・介護のケア・看取り，心づもり等について，本人，関係者が話し合い本人の意思決定を支援する。
人生会議ともいう。

地域の課題
ACPを「自分事として考える」ことの難しさ

もしバナゲームなら自分のこととして考えられる？

一方、地域包括支援センターでは
医師を講師としたACPに関する講演会などを開催
もっと取り組みやすい普及啓発の形を作りたい…

地域包括職員が啓発できるようにしよう！

もしバナゲームを使用した“**調布市版ACP普及啓発プログラム**（90分）”を作成
構成内容：ACPに関する講義／市民調査データ／事例／もしバナゲーム
出前講座、地域ケア会議、サロンなどでできるといいな

地域の関係者で作成

啓発する職員側の課題
ACPはそれぞれが必要性に応じ勉強しており、知識・経験の差が大

ファシリがサポート

地域包括職員向けに“**ACPの講義＋プログラムの説明会**”を開催
狛江・調布でACPを育む会による“ACP育みびと研修会”への参加も推奨

お寺の広間で開催された事も

2023年度～当プログラムを活用した活動が開始

地域住民への普及啓発（ACP普及啓発）

余命わずかの想定で
自らの価値観を考え
みなで話し合う

もしバナゲーム™

※トランプのようなカードゲーム

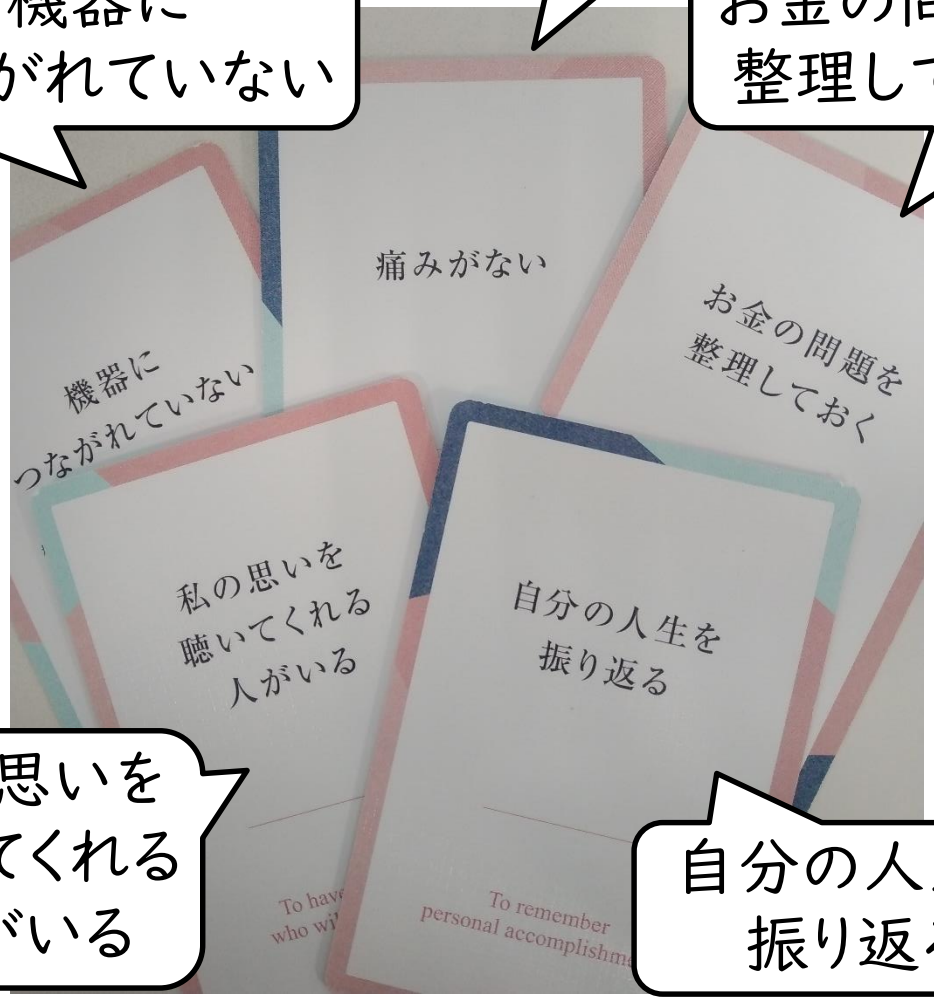
iACP Institute of Advance Care Planning

© 2015 Institute of Advance Care Planning

地域住民への普及啓発（ACP普及啓発）

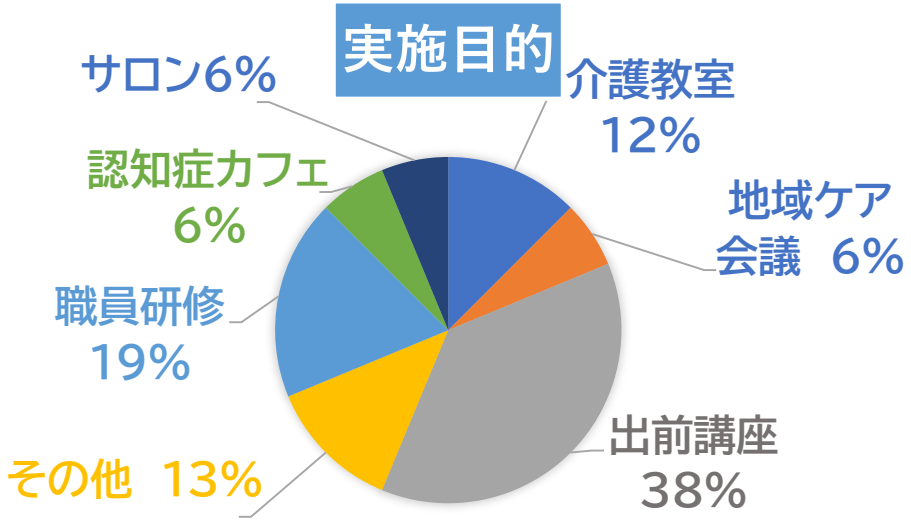
■治療困難な病気で
■生命の危機が迫っている
■あと半年から1年の命

このような状況のとき、あなたは
どのカードを選びますか？
※カードは全部で36枚



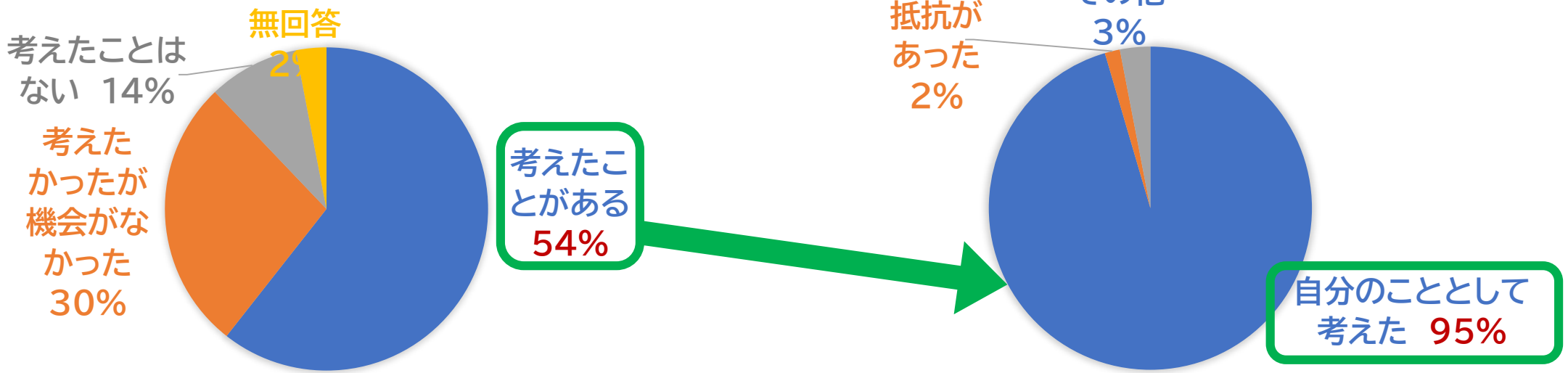
iACP Institute of Advance Care Planning

地域住民への普及啓発（ACP普及啓発）



実施前
もしもの話を自分事として考えたことがある

実施後
もしもの話を自分事として考えたか



医療・介護関係者の情報共有の支援（入退院時連携ガイドブックの作成）

市内8病院+近隣の2大学病院
連携室or入退院支援担当者に入退院連携に関するヒアリングを実施

情報共有部会のコアメンバーにて対応を検討

入退院時に関係者が活用する手引き作成

ヒアリングから抽出した課題に対応する内容を検討

- 相互理解（立場・業務）の必要性
- 入院時情報提供書の活用
- ACPの情報収集に関する課題
- 病院の連携に関する窓口情報のわかりにくさ

- 病院連携室の窓口情報
- 入退院時の情報提供で記入が求められる項目
- 情報共有を行う際の留意点
- 入退院支援のポイント（医療・介護の加算要件等）
- ケアマネタイム
- ACPについて

※発刊6か月で利用状況調査を実施
→活用に関するミニ講習会開催予定

医療・介護関係者の研修（多職種研修会の開催）

在宅療養推進会議

ケアマネ協議会

「医療連携がうまくいっていない例が散見されている」

医師会

「CMだけではなく、医療にも問題があるのでは？」

CM協議会＋医師会＋調布市　3者共催の多職種研修会開催の提案

多職種研修会ワーキンググループを結成（メンバーも多職種）

- 連携の困りごと
- 連携しやすい・しにくい職種
- 各職種に望むこと
- 連携した良かったエピソード 等

事前に市内医療・介護・福祉関係者に連携に関するアンケートを実施

アンケート結果から入退院時連携にフォーカスした内容を検討

多職種研修会開催

「思いをつなぐ多職種連携」
～入退院時の連携のあり方を考える～

- アンケート結果報告
- 多職種＆同職種でのグループワーク
- WGのメンバーがファシリテーター
- 講義

まとめ

「あなたが望む療養生活を実現するために」

～相談員（在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター）に求められる役割～

切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制を構築するため

医療と介護をつなぐ

個別支援・関係者からのヒアリング・地域活動等をとおして、
メゾ・マクロの視点で地域の課題を明らかにします

目的達成（現状を目指す姿に近づける）のため、多職種で協働します

地域包括ケアシステムを構築していきます

中辻康博.「東京都豊島区における在宅医療相談窓口・多職種連携拠点の取り組み」.
第6回日本在宅医療連合学会 S8在宅医療コーディネーターセッション資料,2024年 改編

地域包括支援センターにおける４つの場面についての取り組み

○日常の療養支援について

○地域包括支援センター仙川の取り組み

介護教室にて，
「自分らしさを紡ぐ在宅医療」をテーマに在宅医療について事例を通し自分事として考えてみる体験や，もしバナゲームを用いて自らの価値観を考え，共有する取り組みを行った。

地域包括支援センターにおける４つの場面についての取り組み

○急変時の対応について

○地域包括支援センターちょうふ花園の取り組み

地域ケア会議にて，
「在宅で急に具合が悪くなった時どうしよう
～医療的な知識を知り今後に生かそう～」
をテーマに，いつもと違う状態に対する気づきと対応について意見交換。

地域包括支援センターにおける４つの場面についての取り組み

○入退院支援について

○地域包括支援センター至誠しばさき
○地域包括支援センターときわぎ国領

- 入退院連携に関して，専門職だけでなく市民も一緒に意見交換を行った
- 入退院支援について医療側の取り組み体制について説明の後，意見交換を行った

地域包括支援センターにおける４つの場面についての取り組み

○看取りの対応について

○地域包括支援センターはなみずき

・地域ケア会議において,
もしバナゲームを体験することで,
ACPについて理解を深めてもらい,
感じたことを意見交換した。

課　題

〇住み慣れた地域で暮らし続ける支援として，病院と地域の診療所，訪問看護，介護事業所等やその他の福祉サービスの連携をしていく必要がある。

➡ **継続的，持続的な連携強化。**