

新たな地域医療構想の策定に係る協議の 進め方について (外来・在宅、介護連携分野)

2026年1月

沖縄県保健医療介護部地域包括ケア推進課

地域包括ケア推進課のご紹介

- ◆ **高齢者福祉に関すること**

社会参加促進（かりゆし長寿大学校、ねんりんピック、新百歳慶祝等）

- ◆ **高齢社会対策の総合企画調整に関すること**

高齢者保健福祉計画（介護保険事業支援計画）の推進等

- ◆ **地域包括ケアシステムの深化に関すること**

介護保険法に基づく地域支援事業の実施に係る市町村支援

- ◆ **認知症施策の推進に関すること**

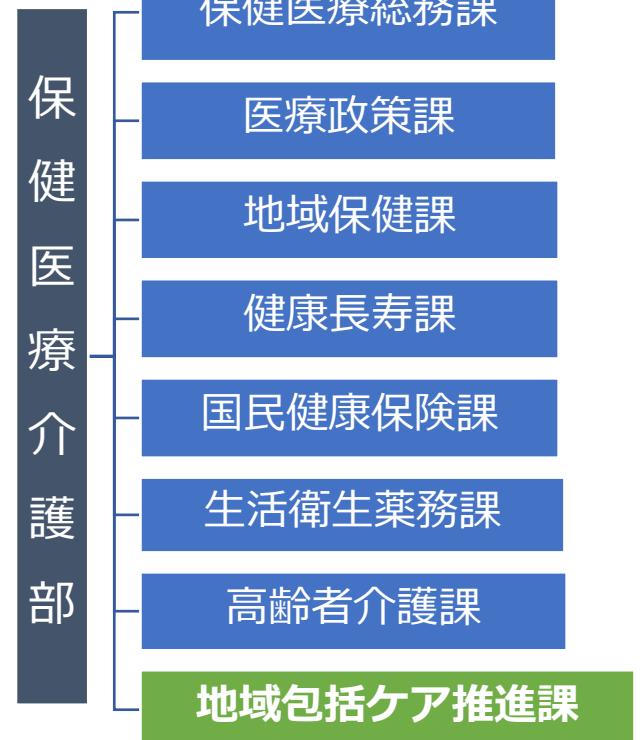
認知症の正しい理解の促進、認知症の保健医療体制整備等

- ◆ **高齢者の権利擁護に関すること**

高齢者虐待防止、成年後見制度利用促進等

- ◆ **在宅医療、介護連携に関すること**

在宅医療の体制整備、在宅医療・介護連携に係る市町村支援



地域包括ケアシステムの深化に関すること

「地域包括ケアシステム」の定義

「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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム

(厚生労働省地域包括ケアシステムHP)

第二条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、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(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、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をいう。

(地域における医療と介護の総合的な確保の促進に関する法律)

地域包括ケア

- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援しています。



専門職間の連携推進
(在宅医療・介護連携推進事業)

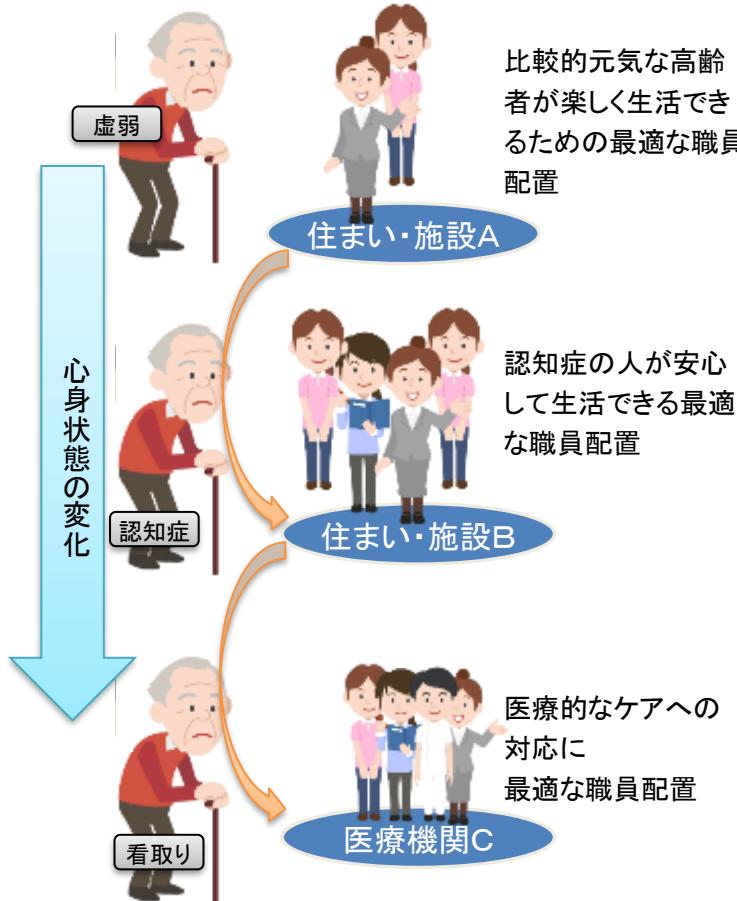
多機能化の推進
(専門職サービスと多様な支援資源の包括的提供)

地域包括ケアシステムは「人にケアを合わせる仕組み」を目指すもの

地域の実情に応じて、可能な限り

人がケアに合わせる仕組み

施設単位でパッケージ化（最適化）された仕組み

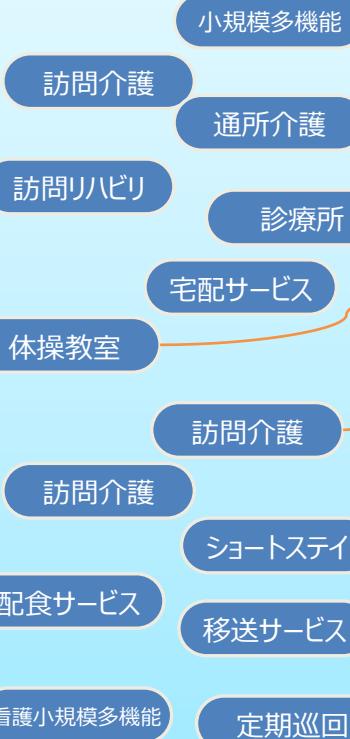


最後は「病院」が前提のケアシステム

人にケアを合わせる仕組み

地域単位でパッケージ化（最適化）された仕組み

一つの生活圏域（地域）



その時に必要なサービスを最適化して組み合わせる
(ケアマネジメント)

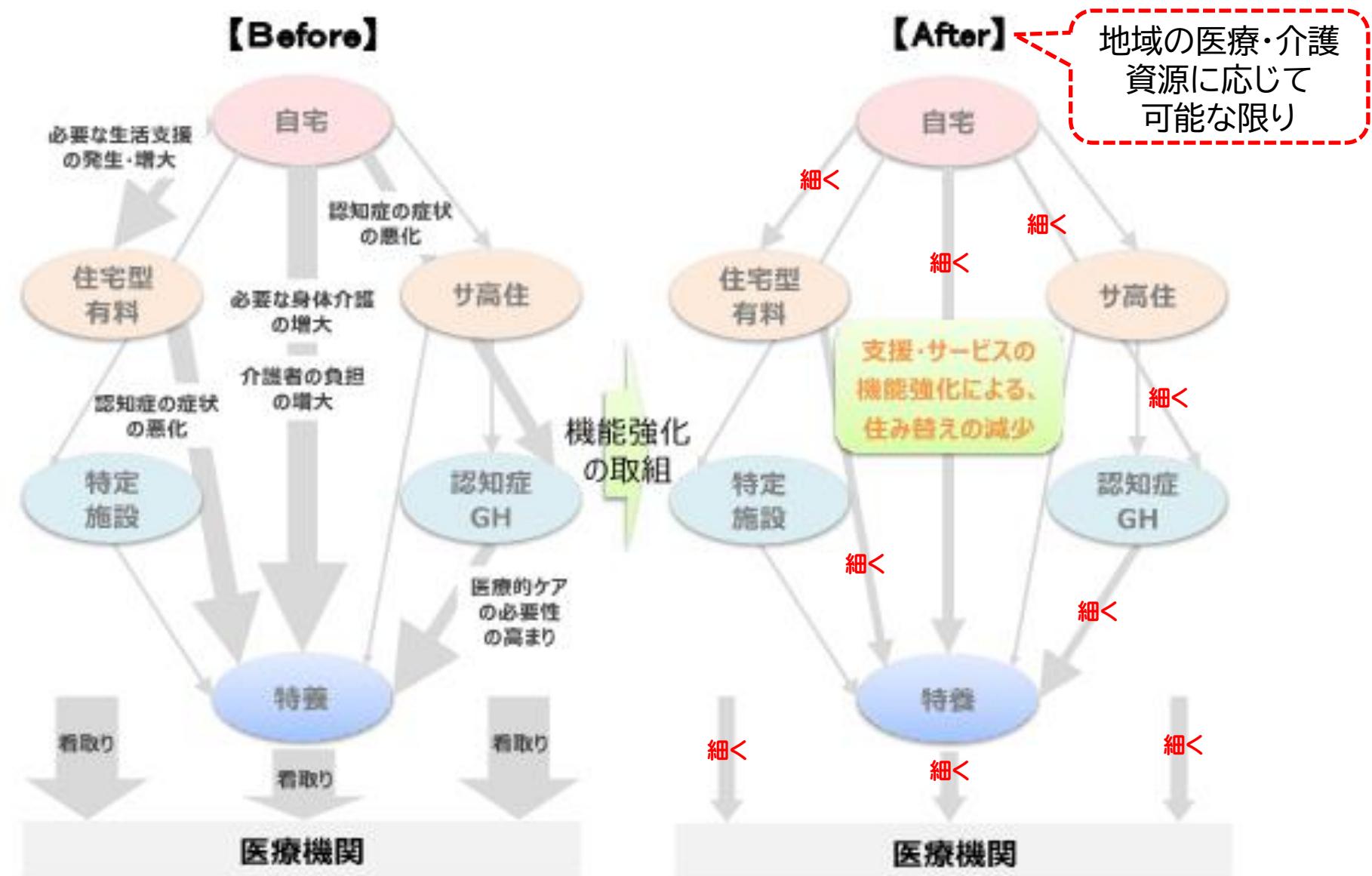


利用者はずっと同じ場所で生活を続ける

なじみの関係性／
マイペースな生活ができる
環境の維持

最後まで「今の場所」が前提のケアシステム

「人にケアを合わせる」ことで「住まいを変える生活」を減らす



資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「介護保険事業計画における施策反映のための手引き」の図に加筆

第10期計画策定にあたっての調査を市町村と県とで協力して実施中

課題：調査結果を地域課題の抽出、施策立案に活用できていない、計画に結果を掲載したのみの市町村が多数
県も市町村の調査の実施状況、調査結果を把握しておらず、地域ごとの課題を把握していなかった

改善：市町村と調査項目（必須項目、オプション等）を協議し、県が実施可能な3調査については県が実施し
集計結果を市町村に提供

ロジックモデルの指標として活用するニーズ調査については県が市町村から調査結果の提供を受け地域
分析を実施

調査名	調査対象	調査目的・主な項目	沖縄県版地域包括ケア分野のロジックモデル（後述）の指標として活用	実施
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	自立、要支援1～2、事業対象者	効果的な介護予防政策の立案と効果評価	要介護リスク者（運動、栄養、口腔、認知機能）、社会参加率など	市町村
新・在宅生活改善調査	居宅ケアマネ（居宅の要支援・要介護高齢者）	居宅での生活を継続できるよう現状の課題を把握し必要な支援を検討する ※在宅生活の限界点を確認	居所変更率、在宅での生活の維持が難しくなっている割合など	県
居所変更実態調査	介護施設等	住み慣れた場所で暮らし続けるために必要な機能等を検討する ※施設・居住系サービスの限界点を確認	喀痰吸引に常時可能な施設数など	県
介護人材実態調査	介護事業所、介護施設等	介護従事者の状況を把握し人材確保に必要な施策を検討する		県

※沖縄県では在宅介護実態調査、在宅生活改善調査を統合した新・在宅生活改善調査を実施予定

※一部市町村では従来の「在宅介護実態調査」、「在宅生活改善調査」を予定

地域包括ケアシステムの深化に向けた沖縄県版ロジックモデル

分野アウトカム

最終アウトカム

軽度者支援

住み慣れた地域で多様な活動を本人自身が選択しながら、心身の状態が低下しても、もとの生活を取り戻し在宅生活を続けることができる。

- 指標
- ・調整済み軽度認定率（要支援1～要介護2）
 - ・新規要支援・要介護者の平均年齢

中重度者支援

在宅で暮らす高齢者が、心身の状態変化があっても住み慣れた地域で最期（看取り）まで暮らし続けることができる。

- 指標
- ・自宅から施設への居所変更率
 - ・居所変更率（自宅等での死亡割合）※搬送先での死亡を含む

施設に入所している高齢者が、適切なケアを受けながら居所を頻繁に変えることなく、最期（看取り）まで暮らし続けることができる。

- 指標
- ・施設から施設等への居所変更率
 - ・施設からの退所者に占める死亡退所の割合 ※搬送先での死亡を含む

認知症施策

新しい認知症感に立ち、認知症と共に生きる地域社会が実現されている。

- 指標
- ・（認知症や認知症の人に関する国民の基本的な知識の理解度）
 - ・（認知症の人が自分らしく暮らせると考えている認知症の人及び国民の割合）
 - ・（地域で役割を果たしていると感じている認知症の人の割合）
 - ・（自分の思いを伝えることができる家族、友人、仲間がいると感じている認知症の人の割合）
- ※（）は今後国の調査により把握が可能となった際に、指標としての活用を検討

住み慣れた地域で自分らしい生活を
人生の最期まで継続できる

指標

- ・主観的
- ・健康感
- ・幸福感
- ・観察

重点的に推進する分野の方向性をアウトカムとして設定

中重度者支援（在宅医療介護連携等）

個別施策の例		初期アウトカム	中間アウトカム	分野アウトカム	
在宅限界点の向上	地域の事業所等との対話の機会の創出（運営協議会等） 意見交換（振り取り等）の実施	在宅生活を支える地域密着型3サービスが整備されている（基盤整備） 1 指標 地域密着型サービス（小多機、看多機、定期巡回等）の事業所数	在宅医療や地域密着型サービス（定期巡回・小多機・看多機）を利用しながら適切な医療介護連携のもとで在宅生活を継続できる 1 指標 地域密着型サービスの給付月額（被保険者一人当たり） 看板 訪問診療実施件数（※被保険者10,000人あたり） 看板 往診実施件数（※被保険者10,000人あたり）	在宅で暮らす高齢者が、心身の状態変化があっても住み慣れた地域で暮生活（看取り）まで暮らしえることができる。 1 指標 白色から施設への場所変更率 看板 廉介更換率（白老等での死亡の割合） 看板 ※施設での死を含む	
	住民→地域密着3サービスの利用による在宅生活の継続やe7119の活用、ACPOの普及啓発等 専門職・医療機関・介護機関との相互通報を深める啓発活動	地域住民や専門職が在宅密着について理解し、必要なサービス等を選択することできる（住民や専門職への普及啓発） 3 指標 住民のアンケート項目を設け、普及啓発イベントや研修等において参加者の理解度を評価（訪問相談実績などを設ける） 看板 本人や家族の安心が軽減され、円満に在宅生活に移行することができる。 (入院防止) 4 指標 施設名によるためのもの（入院前にいた施設）に通院した人の割合 看板 施設の運営能力が強くなる（施設運営者の能力が強） 看板 施設に通院する利用者が増加され、負担が軽減される 看板 ③専門職...・専門医療...・看護師...、看護、栄養等	本人の状態に応じた日常生活的な療養支援が充実し、家族等介護者の負担が軽減される。在宅生活及び家族の負担が緩和されている。 2 指標 白色で生活する利用者のうち、生活の維持が難しくなっている割合 看板 白由で利用者のうち、家族等介護者の負担が軽くなっている割合		
	関係者間で扶助接遇時に必要な情報を何かを確認し、共通の情報ツール等により連携を強化する。 急変時の家族や支援者の対応スキームの作成・共有等 リハビ専門職とケアマネの訪問訪問アセスメント、地域ケア会議へ専門職の派遣等	関係者の評価（アンケート）により情報連携がうまくいくかを評価 指標 #7119発件件数（消防本部、自治体の相談課・毎月提供される） 多職種連携体制でサービス提供するための連携体制を構築することにより、本人の東急化が図られる（日常の連携支援） 6 指標			
	関係者間で扶助接遇時に必要な情報を何かを確認し、共通の情報ツール等により連携を強化する。	扶助接遇時に必要な情報を何かを確認し、共通の情報ツール等により連携を強化する。 専門職による技術的助言を受けた（専門職事務所） (介護事務所への助言は在宅側へ) 施所安堵急変時への対応等のための状況について相談ごとに複数に、新しい連携の強化を図る。 有料老人ホームにおける星等評定サービス提供のあり方に関する検討会の内容を踏まえ連携等検討 高齢者施設への巡回調査の実施により、施設内の多くの職員へ虐待防止の研修が可能。	扶助接遇時に必要な情報を何かを確認し、共通の情報ツール等により連携を強化する。 専門職による技術的助言を受けた（専門職事務所） (介護事務所への助言は在宅側へ) 施所安堵急変時への対応等のための状況について相談ごとに複数に、新しい連携の強化を図る。 有料老人ホームにおける星等評定サービス提供のあり方に関する検討会の内容を踏まえ連携等検討 高齢者施設への巡回調査の実施により、施設内の多くの職員へ虐待防止の研修が可能。		
	医療の医療対応力・質の向上	施設による技術的助言を受けた（専門職事務所） (介護事務所への助言は在宅側へ) 施所安堵急変時への対応等のための状況について相談ごとに複数に、新しい連携の強化を図る。 有料老人ホームにおける星等評定サービス提供のあり方に関する検討会の内容を踏まえ連携等検討 高齢者施設への巡回調査の実施により、施設内の多くの職員へ虐待防止の研修が可能。	扶助接遇時に必要な情報を何かを確認し、共通の情報ツール等により連携を強化する。 専門職による技術的助言を受けた（専門職事務所） (介護事務所への助言は在宅側へ) 施所安堵急変時への対応等のための状況について相談ごとに複数に、新しい連携の強化を図る。 有料老人ホームにおける星等評定サービス提供のあり方に関する検討会の内容を踏まえ連携等検討 高齢者施設への巡回調査の実施により、施設内の多くの職員へ虐待防止の研修が可能。	扶助接遇時に必要な情報を何かを確認し、共通の情報ツール等により連携を強化する。 専門職による技術的助言を受けた（専門職事務所） (介護事務所への助言は在宅側へ) 施所安堵急変時への対応等のための状況について相談ごとに複数に、新しい連携の強化を図る。 有料老人ホームにおける星等評定サービス提供のあり方に関する検討会の内容を踏まえ連携等検討 高齢者施設への巡回調査の実施により、施設内の多くの職員へ虐待防止の研修が可能。	
		在宅生活を支える地域密着型3サービスが整備されている（基盤整備） 1 指標 地域密着型サービス（小多機、看多機、定期巡回等）の事業所数	在宅医療や地域密着型サービス（定期巡回・小多機・看多機）を利用しながら適切な医療介護連携のもとで在宅生活を継続できる 1 指標 地域密着型サービスの給付月額（被保険者一人当たり） 看板 訪問診療実施件数（※被保険者10,000人あたり） 看板 往診実施件数（※被保険者10,000人あたり）		
		在宅生活を支える在宅療養支援診療所・病院が整備されている（基盤整備） 2 指標 在宅療養支援診療所・病院の数			
		往診可能な診療所の数 3 指標			

【特徴】

- ・在宅医療・介護連携が必要となる4場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）への対応に加え、**地域資源の拡充**を位置づけ
- ・在宅生活を支える**地域密着型サービス（小多機、看多機、定期巡回等）**の整備や、在宅生活を支える**在宅療養支援診療所・病院の整備**をアウトカムとして設定し、高齢者の**在宅限界点を引き上げる取組への市町村の積極的関与を促進**

施設による技術的助言が受けられる	
1 指標	施設から施設への場所変更率
2 指標	施設から施設への場所変更率 看板 施設からの逝去者に占める死亡施設の割合 看板 施設での死を含む

在宅医療や地域密着型サービス（定期巡回・小多機・看多機）を利用しながら適切な医療介護連携のもとで在宅生活を継続できる	
1 指標	地域密着型サービスの給付月額（被保険者一人当たり）
2 指標	訪問診療実施件数（※被保険者10,000人あたり）
3 指標	往診実施件数（※被保険者10,000人あたり）

24時間対応在宅介護サービス(地域密着型サービス)の整備

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能
- ・定期的な訪問だけでなく、必要なときに随時サービスを受けることが可能

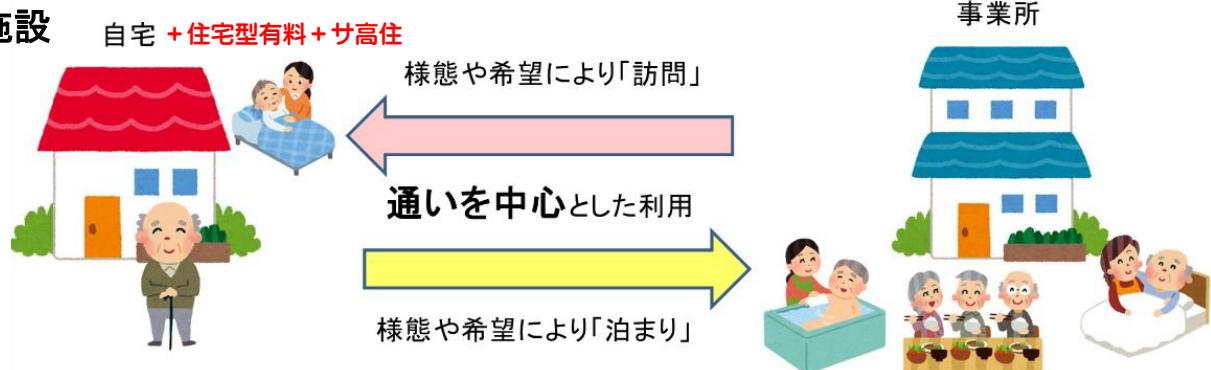
県内 3施設
(R6.3)



小規模多機能型居宅介護

- ・利用者の選択に応じ、「通い」を中心として短期間の「宿泊」や自宅への「訪問」の組合せが可能
- ・家庭的環境と地域住民との交流の下で支援や機能訓練を受けることが可能

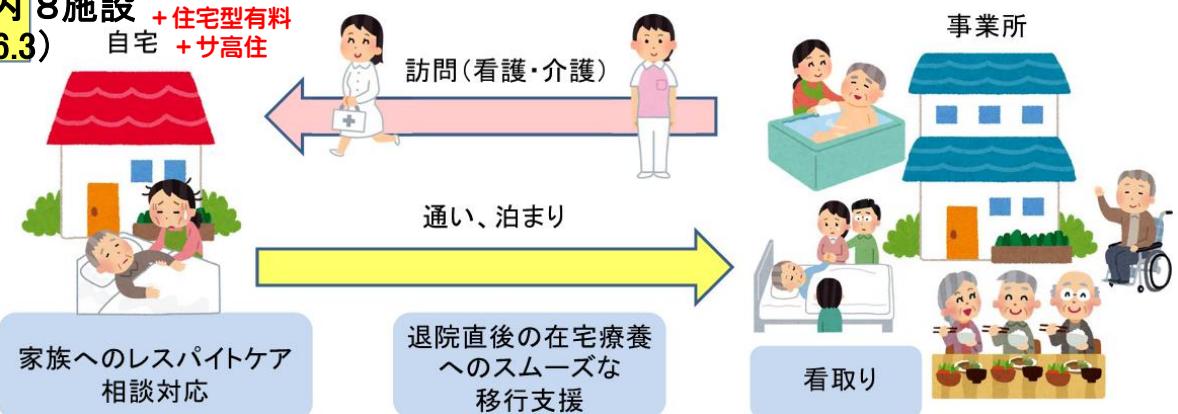
県内 57施設
(R6.3)



看護小規模多機能型居宅介護

- ・利用者の選択に応じ、「通い」を中心として短期間の「宿泊」や自宅への「訪問」に加えて、看護師などによる「訪問(看護)」も組合わせることで、家庭的環境と地域住民との交流の下で介護と看護の一体的なサービスを受けることが可能

県内 8施設
(R6.3)
+ 住宅型有料
自宅 + サ高住



在宅医療の体制整備

- 第8次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、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」と記載されている。

日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療(在宅医療を含む)・介護の提供の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援
- 認知症ケアパスを活用した支援

入院・退院支援

- 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による退院支援の実施
- 一体的にスムーズな医療・介護サービスの提供

急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保
- 患者の急変時における救急との情報共有

看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
- 人生の最終段階における意思決定支援

地域医療介護総合確保基金

在宅医療の対象は
高齢者に限らない

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 上記4つの機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の開催
 - ・ 在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出、対応策の検討
 - ・ 地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等との連携も含め、包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整、連携体制構築 等

【設置主体】市町村、保健所、地域医師会等関係団体、
病院、診療所、訪問看護事業所 等

主に高齢者が対象

地域支援事業交付金

在宅医療・介護連携推進事業

- 上記4つの機能に加えて、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在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図る。

【実施主体】市町村

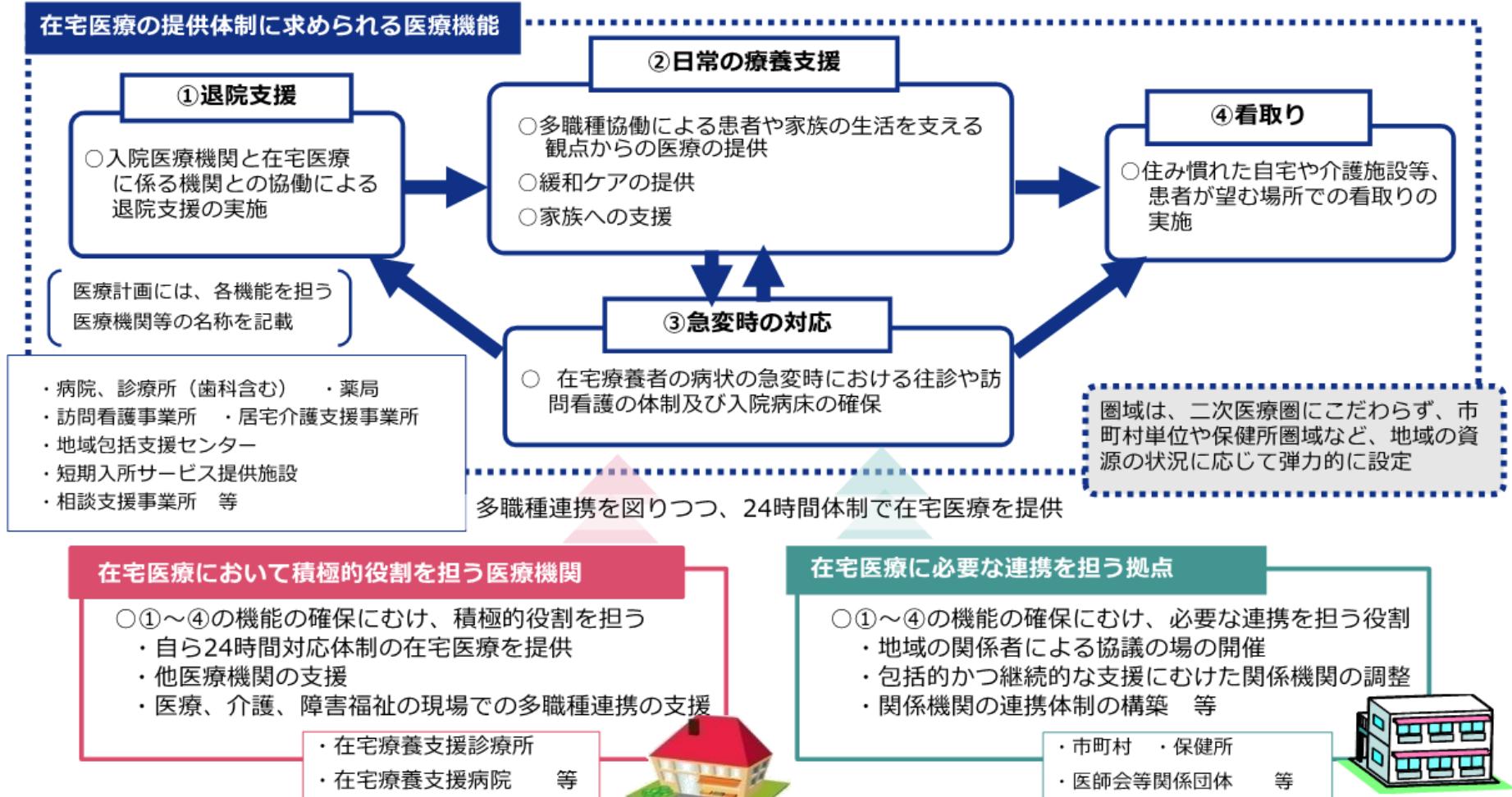
※ 「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とが同一となることも可能

在宅医療、介護連携に関すること

在宅医療の体制について

○ 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載するものとされている。国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～



【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））

在宅医療の推進体制

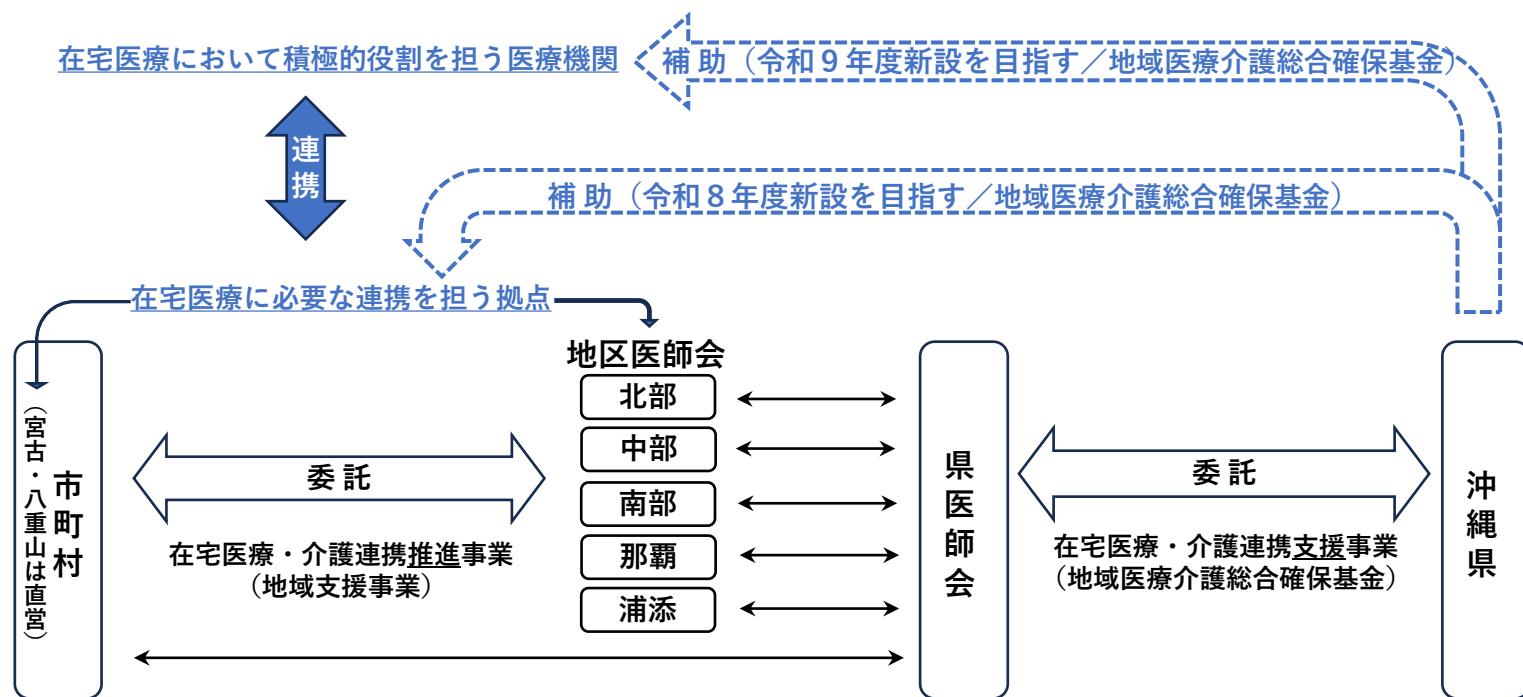
第8次沖縄県医療計画における位置づけ	医療機関名(R7.11時点)
<p>在宅医療において積極的役割を担う医療機関 退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りに係る体制構築のため、各圏域において、多職種と協働し、積極的に在宅医療を提供する医療機関</p>	<p>【北部】やまだクリニック、今帰仁診療所、かじまやリゾートクリニック、おおにし医院、中央外科、やんばる協同クリニック</p> <p>【中部】海邦病院、北中城若松病院、宜野湾記念病院、翔南病院、北谷病院、なかがみ西病院、与勝病院、愛聖クリニック、いきがい在宅クリニック、玄米クリニック、こばし内科クリニック、すながわ内科クリニック、TOWN訪問診療所沖縄、ファミリークリニックきたなかぐすく、マリン住宅クリニック、ゆい往診クリニック、和花クリニック</p> <p>【南部】西崎病院、南部クリニック(那覇地区)かかずハートクリニック、きなクリニック、ゆずりは訪問診療所、ライフケアクリニック那覇、首里千樹の杜クリニック、曙クリニック、首里協同クリニック、はいさいクリニック、Kukuruキッズクリニック、シャロンクリニック(浦添地区)牧港中央病院、名嘉村クリニック、にぬふあぶし診療所</p> <p>【宮古】下地診療所、ドクターゴン診療所、ひさまつクリニック</p> <p>【八重山】ぬちぐすい診療所、とうもーる診療所</p>
<p>在宅医療に必要な連携を担う拠点 各圏域において、在宅医療に必要な連携を推進する上で中心的役割を果たす機関</p>	北部地区医師会、中部地区医師会、南部地区医師会、那覇市医師会、浦添市医師会、宮古島市、石垣市、竹富町

在宅医療の推進に向けた県の施策

在宅医療連携拠点では、以下に例示するような、在宅医療・介護連携推進事業による充実強化が難しい項目を整理のうえ、各拠点(地区医師会等)による主体的な事業の実施を後方支援する補助制度の創設を検討する。

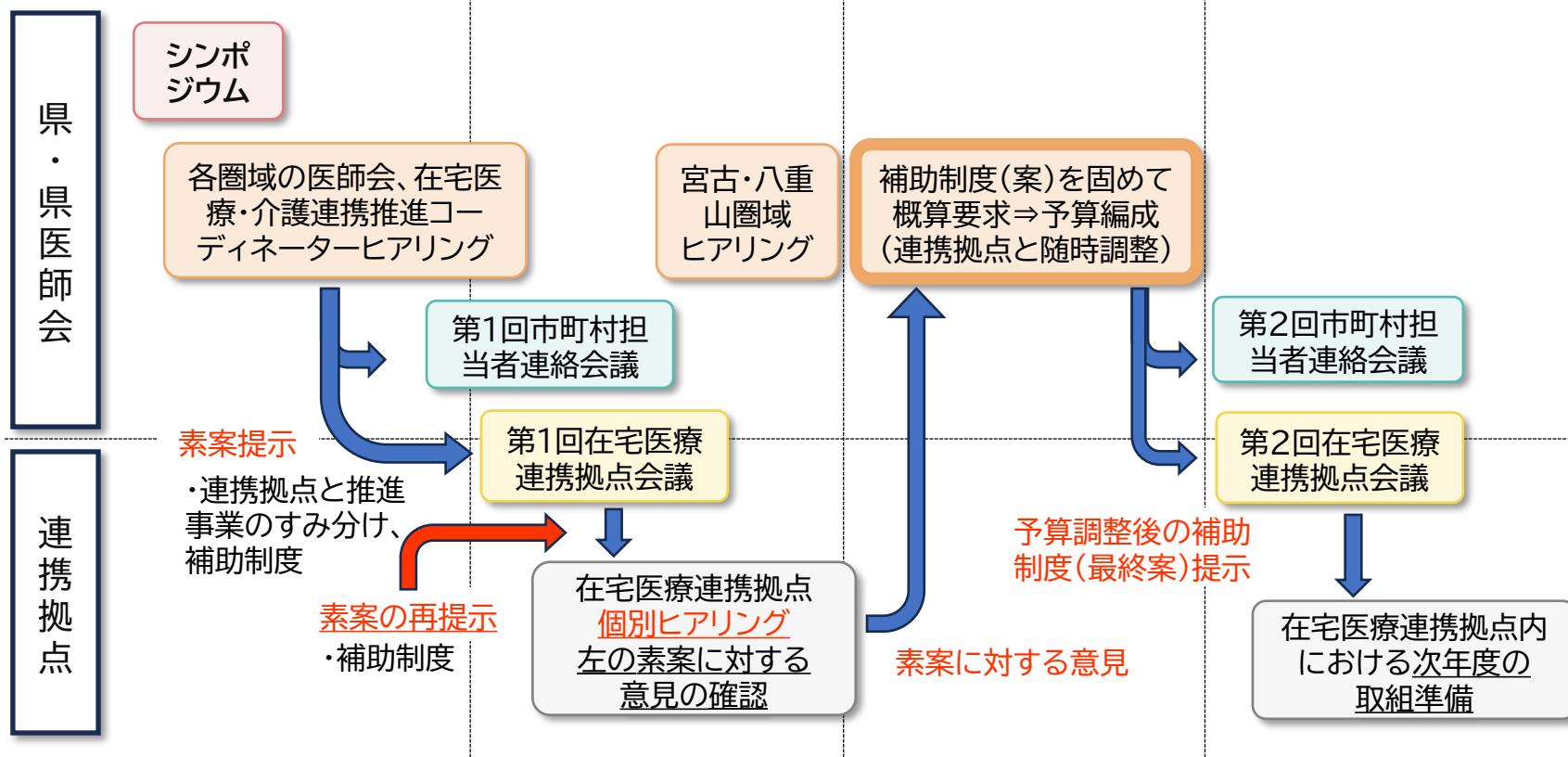
- (例)
- 会議の開催:在宅医療の提供状況を踏まえた課題の抽出、必要な対応策の検討
 - 連携強化:在宅療養者(高齢者施設含む)急変時対応や24時間体制の構築、多職種の情報共有(病診連携、診診連携、介護との連携等)
 - 研修:在宅医療についての医療、介護関係者等に対する研修の実施

また、在宅医療連携拠点による調整機能がより発揮しやすくなるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関への補助制度の創設も併せて検討する。

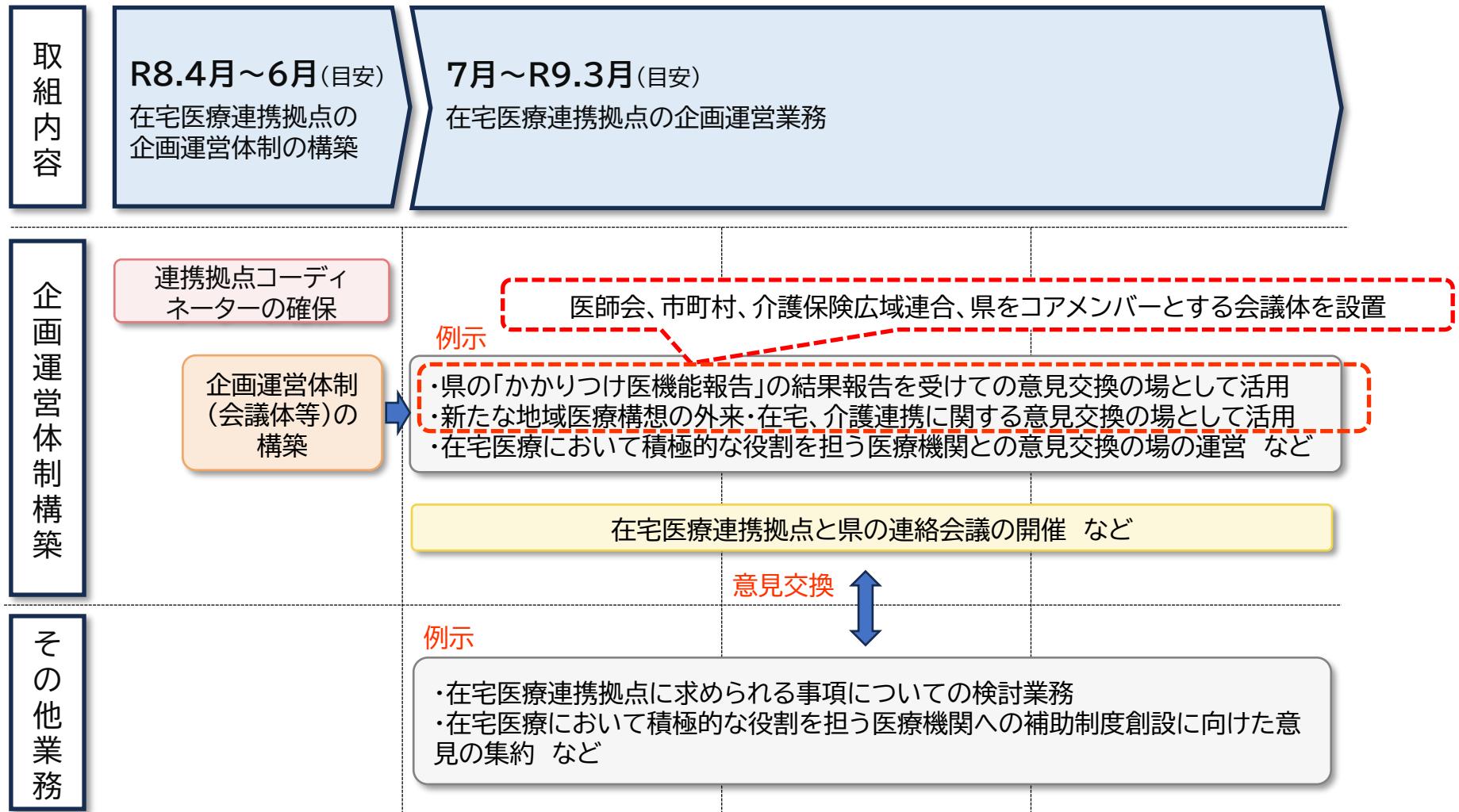


令和7年度のスケジュール

取組内容	R7.7月～8月 在宅医療連携拠点と在宅医療・介護連携推進事業のすみ分け及び補助制度の素案作成	9月～10月 在宅医療連携拠点の個別ヒアリング及び左の素案に対する意見の確認	11月～R8.1月 在宅医療連携拠点の意見を踏まえた補助制度(案)の作成と予算の概算要求	2月～3月 予算調整後の補助制度(最終案)の説明を受けた在宅医療連携拠点の取組準備
------	--	---	---	--



令和8年度 在宅医療連携拠点事業計画の標準例(素案)



在宅医療に必要な連携を担う拠点に設置する会議の活用①

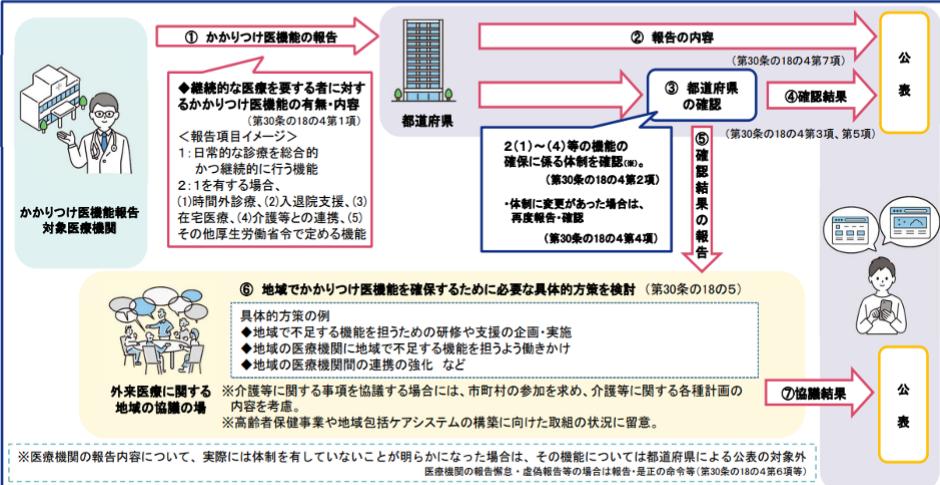
在宅医療連携拠点では、地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の開催や関係機関との調整を行うことが求められている。

同会議体は、同様の趣旨・内容を協議することとなる「かかりつけ医機能報告制度における協議の場」及び「新たな地域医療構想における外来・在宅、介護連携に関する調整の場」としての活用も想定される。

(参考)かかりつけ医機能報告制度

かかりつけ医機能報告概要

○慢性疾患有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
○都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
○都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的な方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



出典：第102回社会保障審議会医療部会　令和5年9月29日資料

(参考)新たな地域医療構想の方向性

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期機能・専門等機能)、広域的な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加
- ④ 都道府県知事の権限
① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚生大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

※「かかりつけ医機能報告制度における協議の場」及び「新たな地域医療構想における外来・在宅、介護連携に関する調整の場」として在宅医療連携拠点の会議体を活用する場合は、参加者の追加・変更が必要か調整のうえ、議題の提案や協議結果の公表は県が行うことを想定している。

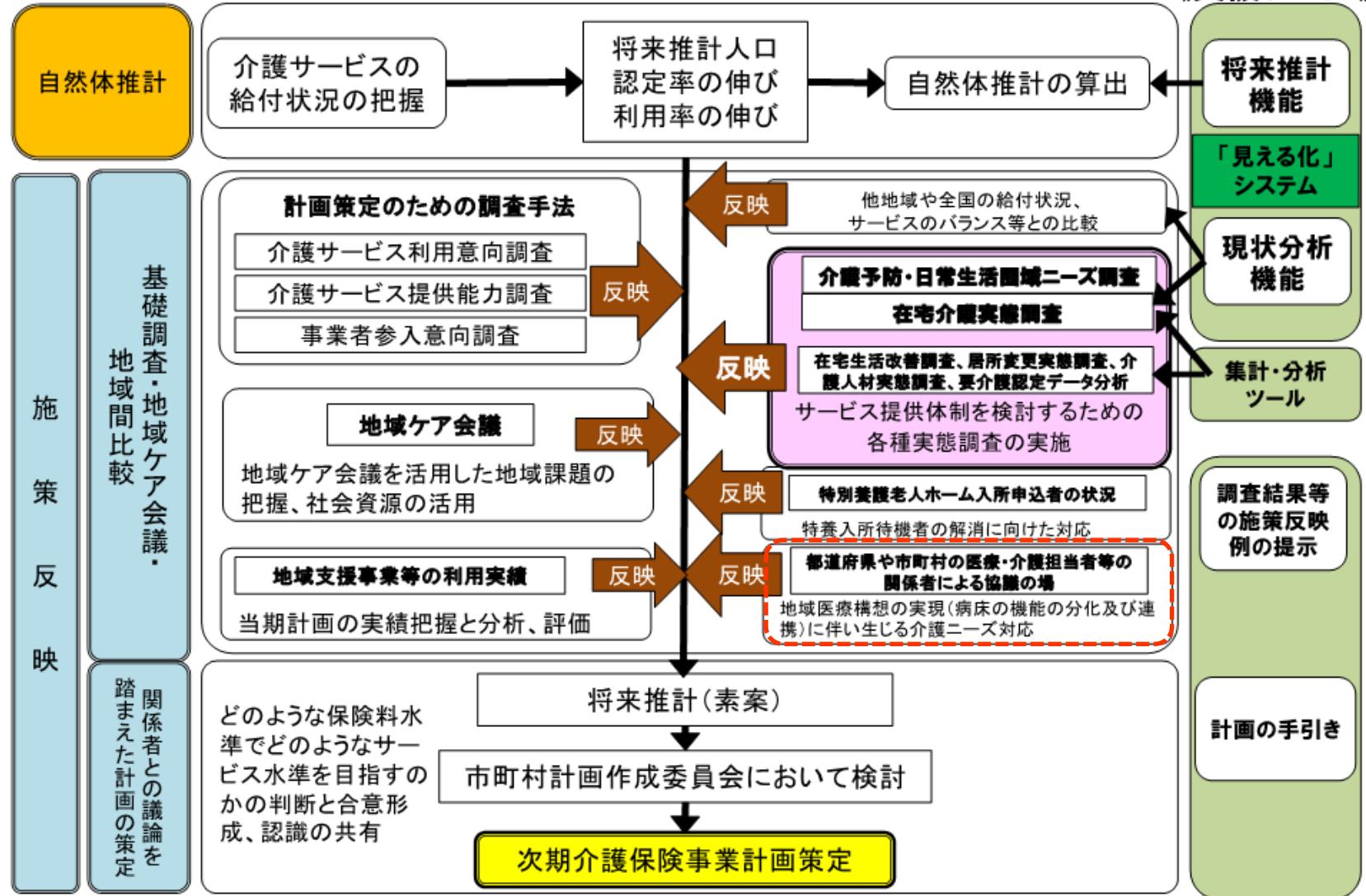
在宅医療に必要な連携を担う拠点に設置する会議の活用②

関連して、新たな「介護保険事業計画の作成に向けた協議の場」として活用することも想定される。

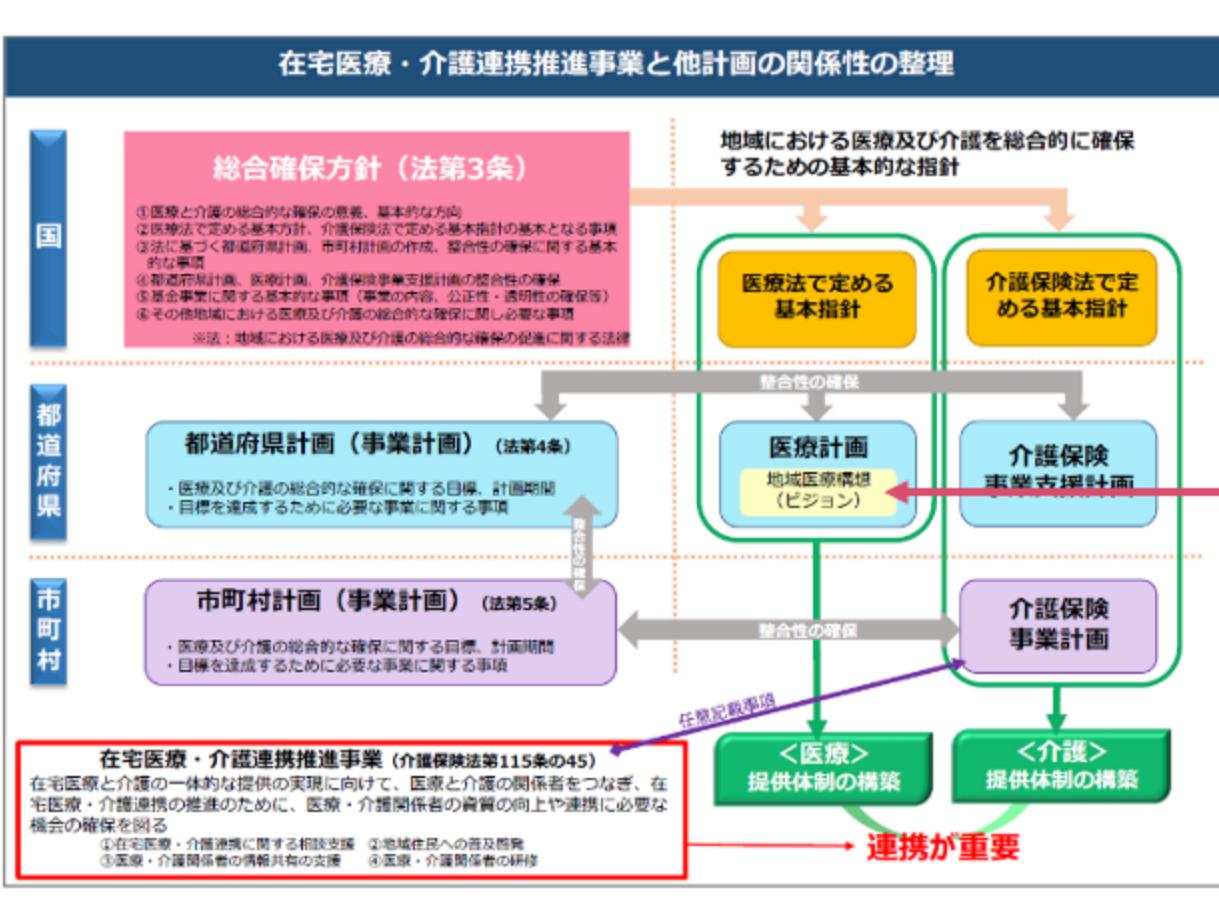
(参考)第10期介護保険事業計画の作成プロセス

《作成プロセス》

《支援ツール》



【参考】医療計画と介護保険事業(支援)計画の関係性



在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】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

【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に開催し、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、障害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害者相談支援事業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、障害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、障害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
(関係機関の例)
 - ・病院・診療所
 - ・薬局
 - ・訪問看護事業所
 - ・居宅介護支援事業所
 - ・訪問介護事業所
 - ・介護保険施設
 - ・その他の介護施設・事業所
 - ・地域包括支援センター
 - ・基幹相談支援センター・相談支援事業所
 - ・消防機関

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・運用について」

ご清聴ありがとうございました。

