

令和5年10月19日

多職種による在宅医療・介護連携の 更なる推進（埼玉県）



埼玉県マスコット
(コバトン及びさいたまっち)

埼玉県保健医療部医療整備課
在宅医療推進担当 主幹 吉川 和義

1 市町村支援の取組について

- 1-1 在宅医療連携拠点の整備
- 1-2 ACP人材バンク登録制度
- 1-3 入退院支援ルール標準例の策定

2 県の取組について

- 2-1 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成
- 2-2 ACP（人生会議）及び在宅緩和ケアに係る
医療・介護従事者の育成
- 2-3 介護施設等看取り体制の強化

1 市町村支援の取組について

1 市町村支援の取組について

1-1 在宅医療連携拠点の整備

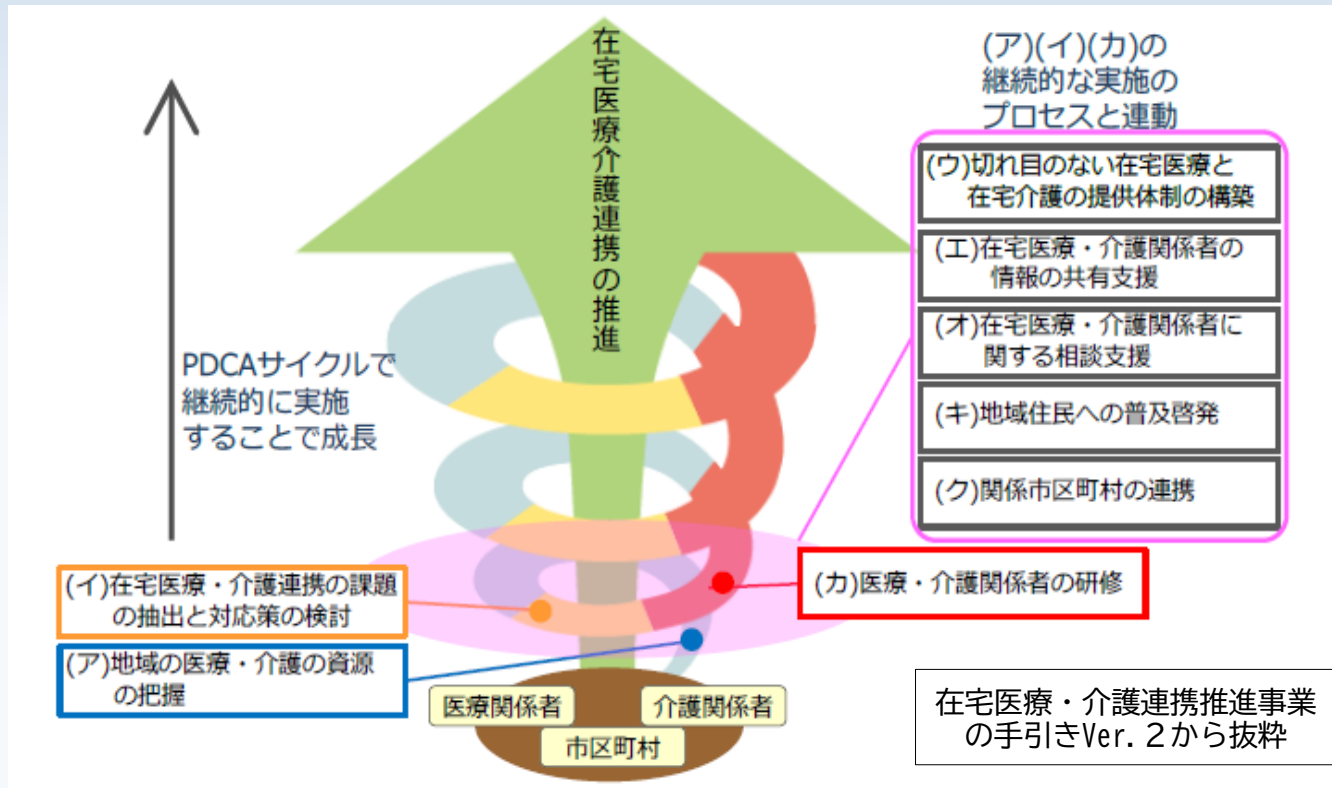
1-2 ACP人材バンク登録制度

1-3 入退院支援ルール標準例の策定

在宅医療・介護連携の整備

～ 平成30年4月までに介護保険の地域支援事業として市町村が実施 ～

- 在宅医療の充実のためには、在宅医療・介護連携の推進が不可欠
⇒ 市町村：下記（ア）～（ク）の全てを実施



在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目の進め方のイメージ

特に「（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築」及び「（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援」については、医療現場との密接な連携が不可欠

在宅医療・介護連携の整備

～埼玉県医師会と埼玉県の共同プロジェクトの実施～

○ 在宅医療と介護の連携は、介護保険を所管する市町村が実施することとされたが、多くの市町村は在宅医療を担当するセクションがないため市町村から郡市医師会にアプローチすることが難しいとの声があった。

⇒ 医師会と調整し、医師会側から市町村にアプローチする仕組みづくりが必要。

【埼玉県医師会と埼玉県の共同プロジェクト】

「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」
を実施

在宅医療・介護連携の整備（推進手順）

～ 3ステップにより県全域で推進 ～

STEP1 在宅医療提供体制の充実 【H27:15郡市医師会 ⇒ H28:29郡市医師会 ⇒ H29:30郡市医師会】

① 在宅医療連携拠点

- 県内30ある郡市医師会ごとに拠点を設置し、ケアマネジャー資格を持つ看護師など医療や福祉に精通した専門職を配置

30郡市医師会 33か所

② 往診医登録制度

- 拠点到協力していただける医師を登録 ⇒ 登録情報をもとに紹介

③ 在宅療養支援ベッド

- 必要な時にスムーズに入院できるベッドを郡市医師会ごとに常時1床確保（※令和2年度まで実施）
※埼玉県医師会と埼玉県の共同プロジェクトとして「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」を実施

STEP2 ICTで連携の輪を広げる 【H28:各地で運用ルールなどを検討 ⇒ H29:順次導入】

- 医師、訪問看護師、ケアマネジャーなどの多職種が連絡を取り合えるよう、「ICTによる医療・介護連携ネットワーク」を導入
- 全ての郡市医師会が利用
 - ⇒ 平成28年から各拠点において、それぞれの地域の運用ルールについて多職種で議論を開始
 - ⇒ 準備ができた地域から順次導入し、全県で本格導入

STEP3 市町村に移行 【H29:市町村に積極的な働きかけ ⇒ H30年4月に移行】

- 在宅医療連携拠点の運営について介護保険の地域支援事業として、平成30年4月に市町村からの委託事業に移行

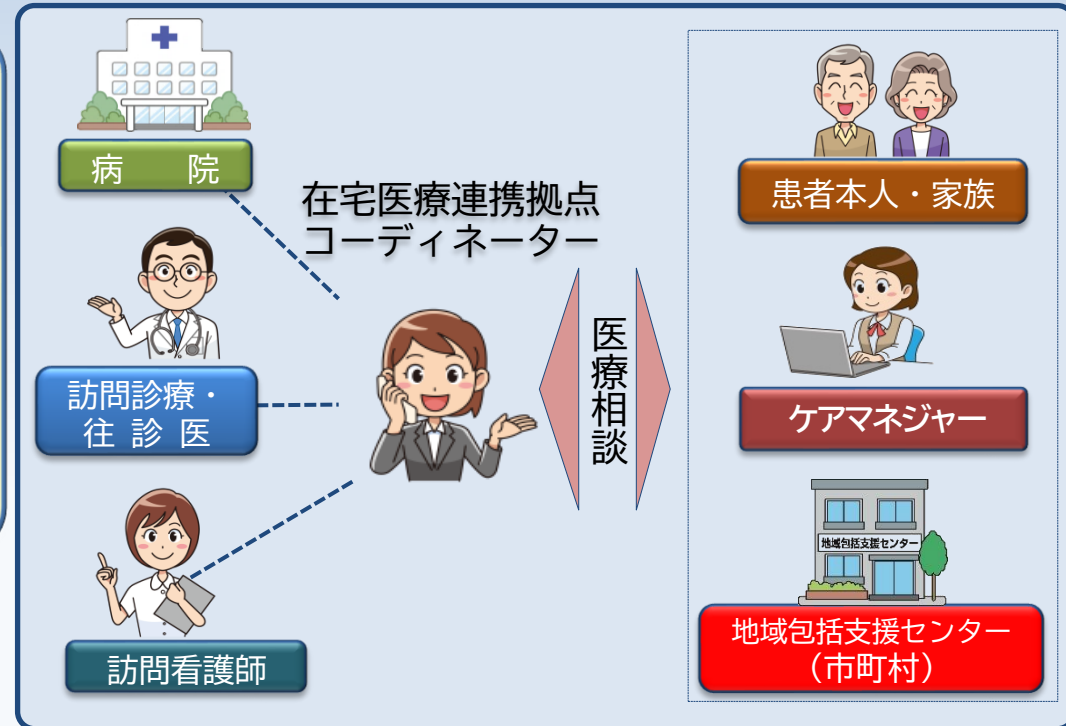
在宅医療・介護連携の整備（在宅医療連携拠点の概要）

～県内どこに住んでいても必要な医療・介護サービスを受けられます～

- 県内に30ある郡市医師会ごとに拠点を33か所設置
- ケアマネジャー資格を持つ看護師など医療・福祉にも精通した専門職を配置

【主な役割】

- 在宅医療を希望する患者を関係職種につなぐ
- 本人・家族、地域包括支援センターやケアマネジャーなどからの医療相談に対応



ケアマネジャーとの連携事例

【ケアマネジャーの対応】

- ケアマネジャーは、介護サービスを受ける方のケアプランを作成
- ケアプランを作成する際、介護だけでなく医療のことも相談される

相談

【拠点コーディネーターの対応】

- 医療的知見や実務経験に基づき必要なケアを助言
- 複雑な病状の患者には担当医から情報収集し、個別に対応

在宅医療と介護の
一体的ケアの実現

在宅医療・介護連携の整備（ICTによる医療・介護連携）

～ 多職種がいつでも患者の情報を共有 ～

全ての郡市医師会が利用できる在宅医療・介護連携ネットワークシステムを構築



- 医療・介護の多職種が訪問時の様子を書き込んだり、画像を添付することで、チーム全員が最新の患者の状況を把握でき、一体的で質の高い治療やケアを提供できる。
- 医師はメンバーが書き込んだ内容を空いた時間に確認するだけで患者の状態を確認・予測できるため、計画的に訪問診療できる。

1 市町村支援の取組について

1-1 在宅医療連携拠点の整備

1-2 ACP人材バンク登録制度

1-3 入退院支援ルール標準例の策定

ACP人材バンク登録制度①

～県民へのACP普及の取組について～

課題

(1) 住民に対するACP普及啓発が課題

人生の最終段階における医療について家族等や医療介護関係者と話し合ったことがない割合 ⇒ **55.1%**
※人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書(H30年3月)

- 地域の会合など、高齢者の生活の場所に医師などが出向いて、人生の最終段階の医療やケアをどうしていくかについて、住民に語りかけながらじっくり広げていく必要がある。
⇒大規模な講演会と地域に出向く講演を組合わせてACPを広く浸透させていく必要がある。

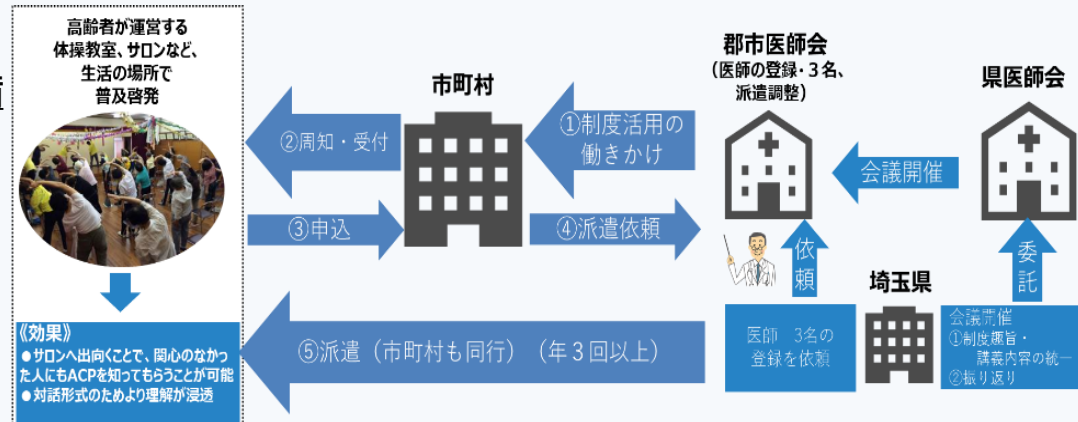
事業概要

(1) ACP普及啓発講師人材バンク登録制度の整備

- 郡市医師会ごとに、小規模な会合で住民に語りかけながらACPを普及する講師の人材バンク登録制度を整備し、地域の会合などで講演

(2) 登録医師によるネットワーク会議の開催

- 登録講師の情報交換や課題への対応策の検討等をする会議を開催(年2回)



※令和3～5年度の3年間で仕組みを構築し、令和6年度から市町村の在宅医療・介護連携推進事業への移行に向けて調整中

ACP人材バンク登録制度②

～県政世論調査の結果及びACP普及の取組について～

結果

県政世論調査結果

- ・ACPを知っている:16.7%(全国 22.5%※全年代)
(年代別)10・20代:10.3% 30代:11.1% 40代:12.9% 50代:15.5% 60代:20.2% 70代以上:**23.7%**
- ・話し合ったことがある:29.2%(全国 39.5%)
(年代別)10・20代:18.8% 30代:21.8% 40代:23.5% 50代:25.8% 60代:31.6% 70代以上:**42.8%**
- ・話し合ったことがない理由:きっかけがない 52.7% (全国 56.0%※複数回答)
- ・人生の最期を迎えたい場所:自宅48.9% 70代以上 58.2%(全国 54.6% 55歳以上)

全国調査の全年代平均値より、70代以上は若干上回るが、他世代は下回っている。

現状

今までのACP普及の取組の状況

- ・DVD、私の意思表示ノートの配布等による普及啓発
- ・市町村等による講習会
- ・医療・介護従事者への研修
- ・ACP普及啓発講師人材バンク事業の開始

主に対象は高齢者となり、**家族(現役世代)向けのアプローチは少なく**届きづらい

※ACP実践に関する現場医師からの意見

- ・実際にACPを進める中で**家族(患者の子世代)の理解が不可欠**
- ・本人の意思推定者として**家族の役割が重要**

対応

今後の取組

高齢者に加えて、高齢者以外の**幅広い世代に対して考えるきっかけを提供**していく。



【人生会議DVD】



【私の意思表示ノート】

【埼玉県ホームページ】
<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/zaitaku/zaitakuiryoukea.html>



【ACPチラシ】

1 市町村支援の取組について

1-1 在宅医療連携拠点の整備

1-2 ACP人材バンク登録制度

1-3 入退院支援ルール標準例の策定

入退院支援ルール標準例の策定

平成31年 1月29日

各都道府県衛生主管(局)長 殿
介護保険主管(局)長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
厚生労働省老健局介護保険計画課長
厚生労働省老健局老人保健課長

在宅医療の充実に向けた取組の進め方について(抜粋)

【在宅医療への円滑な移行】

病院等と在宅との間で、療養の場が円滑に移行できるよう、病院が後方支援を行うことを含めて、病院、診療所の医療関係者や、介護支援専門員等が協議を行い、在宅医療圏ごとに必要な入退院ルールを策定することが重要であり、都道府県はその支援を行うこと。

【厚労省 第1回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ2016年8月3日】

- 県と医師会が組んで、退院支援ルールというものを全県一括に策定し、これにより介護支援専門員と病院の主治医との連携が進んだ。
- 入退院時の連携など、複数の市町村にまたがる広域連携の取り組みというものは、単独の市町村による取組は困難な場合もある。

入退院支援ルール標準例の策定（必要な背景）

【厚労省 第1回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ2016年8月3日】

- 入院時に介護支援専門員と病院の連携のスタートが早ければ、退院も早くなる。

【埼玉県地域保健医療計画(2018～2023年度)】

- 在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割が期待されている。何らかの医療処置を必要とする在宅療養患者が増加してきたことから、医療の継続性を確保するとともに、退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための退院後の生活を見据えた入院初期からの退院支援が重要。

【令和元年度埼玉県在宅医療部会】

- 運用だけでやっているとい医師が代わった途端にルールが運用されなくなることがある。
- ルールが明文化されていると経験の浅いケアマネジャーでも入退院に係る情報共有様式を活用するなどして医療との連携が図りやすくなる。

入院患者が退院後、住み慣れた地域で安心して生活を送れるようになるためには、入院前又は入院早期から医療と介護が連携して退院支援を行うことが必要であり、そのためにはルールを明文化することが必要。

入退院支援ルール標準例の策定（作成スケジュール（参考例））

- 地域のルール作成スケジュール（参考例）を提示し、進行管理や協議が進まない地域を支援

項目	時期	内容
埼玉県在宅医療部会	令和2年1月	埼玉県入退院支援ルール標準例の承認
関係団体等へ周知	令和2年4月	県が市町村及び県医師会、関係団体、県保健所へ標準例を周知

【地域のルール作成スケジュール（参考例）】作成済地域も標準例を参考に改めて協議する。

ルール作成の進め方の協議	●月	市町村、郡市医師会、在宅医療連携拠点が中心となり今後のルール作成の進め方について（協議ルール適用地域範囲、話し合うメンバー、スケジュール、郡市医師会・在宅医療連携拠点・市町村の役割分担など）
関係機関へ通知等による趣旨説明 代表者会議構成員の調整	●月	郡市医師会、在宅医療連携拠点、医療機関、看護協会、訪問看護ステーション協会、介護支援専門員協会、歯科医師会、薬剤師会、市町村、地域包括支援センター、保健所等
関係機関代表者会議 第1回	●月	趣旨説明、入退院支援に係る現状と課題の共有 ワーキンググループ設置
ワーキンググループ 第1回～第3回	●月	ワーキング第1回 入退院支援に係る現状と課題の共有 ワーキング第2、3回 入退院支援ルールの検討
関係団体へ素案提示	●月	関係団体入退院支援ルール案を提示し意見を伺い、案を修正
関係機関代表者会議 第2回	●月	入退院支援ルールの承認
関係機関に対する周知	●月	通知による周知の他、研修会や会議の際にルールについて説明
運用開始・ 市民へ周知	●月	通院・入院時あんしんセットを活用して地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護師等から市民へ周知

入退院支援ルール標準例の策定（多職種連携の進め方の例）

第1ステップ

協議の場の設置（医療と介護の関係者が知り合いになる）

- ・医療と介護関係者による意見交換の場が設けられる。
- ・関係者に参加の機会が等しく与えられる。

第2ステップ

課題の共有と具体的な取組の実施

- ・医療と介護の関係者がお互いの立場を理解する。
- ・課題を共有し、解決方法について話し合い、課題解決に向けた具体的な取組を進める。



入退院支援ルール作成を切り口に医療と介護の連携を深化、
連携の動きを拡大

例えば、病院内の多職種・多職位に理解浸透を図る

第3ステップ

取組の評価と自律的かつ継続的な取組の実施

- ・取組結果を評価し、新たな課題やニーズに対する対応策を検討
- ・顔の見える関係から腹の見える関係に

入退院支援ルール標準例の策定（作成状況）

【入退院支援ルール作成状況】

○ 令和5年度中には、埼玉県内の全ての地域（県内63市町村）で運用開始予定

埼玉県
入退院支援ルール
標準例

医療と介護の
切れ目ない
連携を目指して



令和2年4月

埼玉県
埼玉県地域保健医療計画
推進協議会在宅医療部会

7 埼玉県入退院支援ルール標準例

(1) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっている場合
(注) 下欄の項目は、大切な役割を記載しています。また、表中のケアマネジャーの表記は、「ケアマネ」と略しています。

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	本人・家族の役割
在宅時		<ul style="list-style-type: none"> ・日頃から本人・家族に入院の際は、ケアマネに連絡を依頼 ・通院・入院時あんしんセット(8頁)の準備を本人、家族へ依頼 ・日頃から本人・家族に居宅サービス事業所に入院した事実を把握した場合は連絡を依頼 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・「(※) 通院・入院時あんしんセット」の準備が完了し ・キーパーソン(主に本人に關わってくれる家族)を決定 ⑧0 ・ケアマネの名刺 ・健康(介護)保険証 ・診察券 ・お薬手帳 ・事前意思表示書
入院時 (退院入 院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・転院8日以内に「通院・入院時あんしんセット」(8頁)等により介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認。不明の場合は地域包括支援センターに連絡するよう依頼 ・かかりつけ医・薬局・歯科の有無を確認 ・転院8日以内にケアマネに連絡(家族へ依頼も可) <p><small>*連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス事業所はケアマネに入院の電話連絡、ケアマネは訪問看護師へ電話連絡(利用がある場合) ・ケアマネ及び訪問看護師は連絡を控えてから転院8日以内に利用費情報提供費等を要請又は電話連絡の上、持参 ※FAXの場合は個人情報保護に留意 ④ケアマネは、退院支援を行うために入院前の生活の状況など必要な情報を積極的に伝えましょう 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅時の服薬等の情報提供 ・入院先の歯科口腔外科に引継 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡 ・病院へ担当ケアマネを連絡 <p><small>・可能であれば、居宅サービス事業所、主治医、かかりつけ歯科医に連絡(ケアマネと調整)</small></p>
入院中	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに入院中の様子を情報提供 ・外泊の場合はケアマネに電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院を訪問し、患者・家族、病棟スタッフ等と面接(訪問時は、事前に病院スタッフと日調整) 	<ul style="list-style-type: none"> ・(入院先へ)口腔内状況評価(病棟ケアシステム) ・(入院先へ)訪問歯科診療 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の生活意向を家族内で意思統一 ・外泊の場合はケアマネに連絡
退院見込	<ul style="list-style-type: none"> ・退院見込日が決まり次第(できれば1週間前まで)、ケアマネに電話連絡 ※後日、退院見込日に変更がある場合はすみやかに電話連絡 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス事業所等に退院見込日等の情報を電話連絡などして、情報を共有 		<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡
退院調整	<ul style="list-style-type: none"> ・入院前と状況の変化(新たなサービス利用等)がある場合は退院調整会議開催(退院予定日、福祉用具や住宅改修・養護等の調整・服薬管理・医療サービスの必要性の検討等) ・ケアマネ・訪問診療医・訪問看護師・歯科・薬局等に対して会議への参加を依頼 ・ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定 			
退院時	<ul style="list-style-type: none"> ・看護情報提供費等をケアマネ、訪問看護師に提供(患者・家族へ依頼も可) ・医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・次回受診日等を確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・処方箋レシーバーの提案や内服のアドバイス 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護情報提供費等をケアマネに提供
(転院時)	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡(家族へ依頼も可) ・転院先に情報提供 			<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに連絡
退院後	<ul style="list-style-type: none"> ・継続受診者で状態の変化や受診中断等があった場合は、ケアマネに情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランを患者・家族、かかりつけ医、居宅サービス事業所、病院、薬局等に提供 ・退院後の生活状況を病院(※)、歯科、薬局等へ情報提供 ※医療機関へモニタリング結果をフィードバック(1か月後)(医療機関のニーズがある場合) 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬局は内服の状況を確認し、問題があればケアマネに連絡 ・かかりつけ歯科医へ ・家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施 ・かかりつけ歯科医へ ・在宅歯科医療推進窓口地域拠点・支援窓口が窓口となり、歯科医を紹介 	

もしもの時に備えて・・・

「通院・入院時あんしんセット」を準備しておきましょう

- 通院や急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒にケース等に入れて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- 退院予定や転院が決まつたときにも、必ずケアマネジャーに連絡してください。

通院・入院時あんしんセット(準備したら○をしましょう)

①医療保険証	①医療保険証	④お薬手帳
②介護保険証	②介護保険証	③かかりつけ医の診察券
③ケアマネジャーの名刺	③ケアマネジャーの名刺	⑥私の意思表示ノート
④お薬手帳	④ケアマネジャーの名刺	⑥私の意思表示ノート

※この他、御家族の連絡先など、御自身で必要と思う大切なものを一緒にに入れておきましょう。

【埼玉県入退院支援ルール標準例】

【埼玉県ホームページ】

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/zaitaku/zaitaku20160119.html>



【通院・入院時あんしんセット】

2 県の取組について

2 県の取組について

2-1 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

2-2 ACP（人生会議）及び在宅緩和ケアに係る医療・介護従事者の育成

2-3 介護施設等看取り体制の強化

在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

課題

- ・ 新任コーディネーターの育成機会の創出
- ・ コーディネーターの孤立を防ぐ、コーディネーター同士のネットワークの必要性

- 在宅医療連携拠点コーディネーター及び事務担当者を集めた研修会を年2回開催
先進事例や成功事例の発表や在宅医療を推進する上での課題をテーマとするグループワーク等を実施し、拠点スタッフの能力及び業務意欲の向上を図り拠点機能を強化
- 拠点からの在宅医療・介護連携に関する相談を受けたり、希望する拠点に対し、県事業を直接説明する等、伴走型支援をしている。

【在宅医療連携拠点コーディネーター研修】

時期	研修内容
R4年度 (第1回)	<ul style="list-style-type: none">○ 在宅医療の課題について(嚥下機能、認知症について)○ 在宅現場における暴力等に対する相談と通報について
R4年度 (第2回)	<ul style="list-style-type: none">○ 埼玉県の在宅医療及び在宅医療連携拠点における課題と取組○ グループワーク(地域で感じる課題(医療資源・多職種連携・拠点業務))
R5年度 (第1回)	<ul style="list-style-type: none">○ 在宅医療・介護連携推進事業に関する施策動向と在宅医療コーディネーターに期待されること○ 在宅医療連携拠点の取組紹介○ グループワーク(多職種連携を意識した相談対応)



【コーディネーター研修会の様子】

2 県の取組について

2-1 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

2-2 ACP（人生会議）及び在宅緩和ケアに係る
医療・介護従事者の育成

2-3 介護施設等看取り体制の強化

ACP（人生会議）及び在宅緩和ケアに係る医療・介護従事者の育成

① ACP（人生会議）に係る医療・介護従事者の育成

課題

- ・患者の意思決定を支援するには、医療介護従事者の専門的知識の取得や技術の向上が必要

※ACPを知らない割合 医師：41.6% 看護師：42.5% 介護職員：51.6%
(人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書(H30年3月))

地域の医師、看護師などの医療従事者やケアマネジャーなどの介護従事者等を対象とした人生の最終段階における医療・ケア等に関する研修会や会議を実施し、専門的な知識の習得、技術の向上を図り、関係職種がチームとなって患者や家族を支える体制を構築



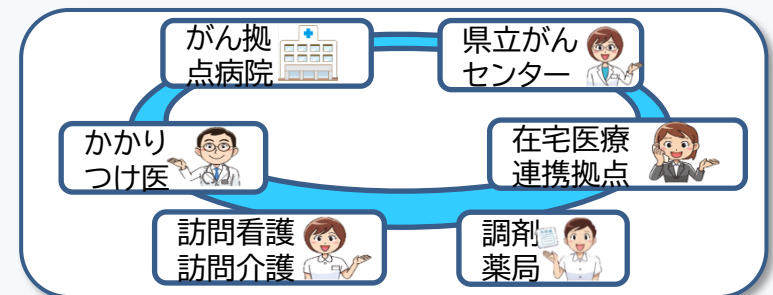
【ACPちらし】

② 在宅緩和ケアに係る医療・介護従事者の育成

課題

- ・在宅療養の支援においては、適切に患者の痛み等を取り除く、緩和ケアが必要不可欠
- ・一方で、緩和ケアに対し知識面や診療体制等の不安を感じる医療機関が多い。

郡市医師会・在宅医療連携拠点によるがん拠点病院等と地域の医療機関や介護事業所との連携体制の構築・強化や、地域において在宅緩和ケアを担う人材の育成に関する研修会の実施



【がん拠点病院等と地域の医療機関や介護事業所との連携体制】

2 県の取組について

2-1 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

2-2 ACP（人生会議）及び在宅緩和ケアに係る
医療・介護従事者の育成

2-3 介護施設等看取り体制の強化

介護施設等看取り体制の強化

課題

今後、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、介護施設の看取り体制を強化する必要がある。しかし、看取りの経験がないことなどから看取りに不安を感じる施設がある。

① 看取りケア研修

介護施設等で看取りを実践する人材を育成するため、看取りケア研修を実施

○対象

介護施設の管理者、実務職員等
※特養、老健、グループホーム、特定施設、サ高住など

○研修種別

管理者向け研修 実務者向け研修

○研修内容

- ・看取りに必要な基礎知識、看取りケアの手順、施設における看取りの体制づくり、グループワーク など

▼看取りケア研修申込

【管理者向け】

【実務者向け】



② 看取りケア講師派遣

「これから看取りを始めたい」、「始めたけれどうまくいかない」、「加算を取る体制は整ったけども、経験がなくて不安」など、看取りケアについて悩みのある県内介護施設等に対して、看取りケアを実践している施設職員を講師として派遣

○内容

- ・管理者向け講師派遣、実務者向け講師派遣

○対象

- ・介護施設等（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症グループホーム、特定施設）

▼看取りケア講師派遣申込



多職種による在宅医療・介護連携の 更なる推進（埼玉県）

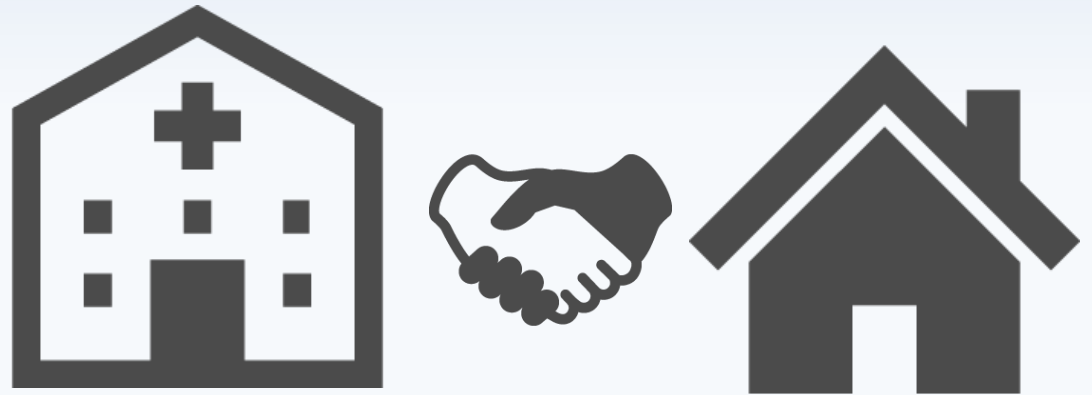
患者・利用者

のために

医療と介護の

切れ目ない

連携を目指して



令和5年度都道府県・市町村担当者等研修会議