

令和7年度 第2回 嶺南地域医療構想調整会議 二州分科会	資料2
令和8年2月25日（水）14時～	

地域医療構想の推進について

～医療・介護連携に関する協議状況と今後の方向性について～

地域医療構想の推進について

～医療・介護連携に関する協議状況と今後の方向性について～

①医療・介護連携に関する課題と各地域の取組み状況

②課題解決に向けた具体的事業の紹介

③地域医療構想にかかるWG（医療・介護連携会議）について

(1) 介護施設等における医療的行為に関する課題

- 今年度実施した調査やヒアリングの結果、**患者の流れの中で、入院から介護施設等への移行の際に、施設側がどういった医療的行為ができるか否か、どういった入所条件があるか否かが、円滑な連携が進まない最も大きな要因と認識**
- とくに、**夜間の喀痰吸引、経管栄養のケア、頻回なインスリン注射については、対応可能な介護施設等が増えれば、医療機関からの退所調整先も拡大すると考えられる**ため、郡市医師会や病院、診療所、介護事業所、市町などの関係者が集まり、**地域の実情に応じて具体的な対応策を協議**
- その際、**介護の現場が感じている課題について丁寧な聞き取りが必要**
- また、介護職員が行える喀痰吸引、経管栄養について、連携する**医療機関の支援の検討**が必要

(2) 在宅医療を担う医師、診療所の不足に関する課題

- 県医療審議会の専門部会（在宅医療）に加え、**とくに在宅医療を担う医師、診療所が不足している地域において、郡市医師会や病院、診療所、介護事業所、市町などの関係者が集まり、在宅医や専門職の確保、連携の強化について、地域の実情に応じて協議**
- その際、地域において「かかりつけ医機能」や外来医療を確保するための対策と合わせて検討

(3) ACP／人生会議の普及に関する課題

- これまで、セミナーや「つぐみ（福井県版エンディングノート）」の配布等により普及啓発を図ってきたものの、**ACPIについて十分には理解が広まっていない、取り組んでいても十分に整理されていないという意見が多い。**
- 県医療審議会の専門部会（在宅医療）に加え、郡市医師会や病院、診療所、介護事業所、市町などの関係者が集まり、**地域の実情に応じた効果的な普及方法等を協議**

各地域における医療・介護連携に関する協議状況（R7.8以降）

	協議内容		
	(1) 介護施設等における医療的行為に関する課題	(2) 在宅医療を担う医師、診療所の不足に関する課題	(3) ACP／人生会議の普及に関する課題
福井	資料 p3～6	資料 12、13	ACPと入退院支援ルール改正についての説明会および意見交換 【令和7年9月4日(木)】
坂井	介護施設等において医療的行為を行う介護職、その指導を行う認定指導看護師を養成するための取組 【令和7年10月20日(月)、参加37名】		
奥越	(1) 管内の医療・介護連携の課題の抽出【令和7年12月】 (2) 抽出した課題の解決に向けて管内の多機関・多職種で意見交換【令和8年2月予定】		
丹南		資料 p14	ACP/人生会議の普及に関する現状や課題について地域包括支援センター担当者連絡会で意見交換 【令和7年8月7日(木)】 ACP/人生会議の普及に関する研修会 【令和8年2月12日(木)】
二州	資料 p7～9		
若狭	参加型開発の手法を用いて、介護施設等における医療的行為に関する課題の洗い出しと整理を実施。 【令和7年12月9日(水)、参加21名】 【令和8年1月13日(火)、参加17名】	資料 p10、11	ロジックツリーで整理した課題を2軸マトリクスに分類し、若狭地域における具体的なアクションプランを検討。 【令和7年12月9日(水)、参加21名】 【令和8年1月13日(火)、参加17名】

(1) 介護施設等における医療的行為に関する課題の協議状況、具体的対応策

坂井HWCにおける取り組み

- 指導看護師を養成し、登録研修機関の拡充による自施設内研修体制を構築

1. 指導看護師の養成と認定状況



養成講習会の実施



令和7年度に「坂井地区医療と在宅連携推進協議会」の主催で実施



認定者数

合計56名

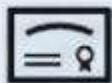
今回の独自講習会受講者: 22名

国や民間の講習会受講者: 34名

これまでの講習会も含めて、協議会で認定



認定証の発行



HP公表

坂井健康福祉センターが発行し、ホームページで公表

2. 登録研修機関の拡充



新規登録

指導看護師養成により、新たに5機関が「登録研修機関」として登録(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション等)



自施設での研修体制

外部研修
機関



自施設内研修



講義
(50h)



筆記
試験



演習

外部に頼らず、就業中に自施設内で研修(講義・試験・演習)を実施できる体制が整いつつある。

(1) 介護施設等における医療的行為に関する課題の協議状況、具体的対応策

坂井HWCにおける取り組み

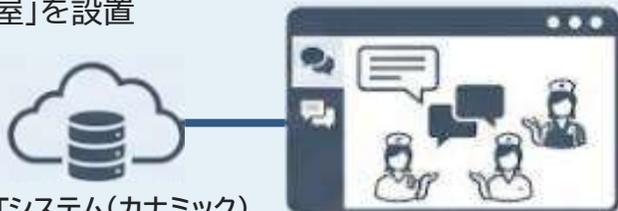
- ICTを活用した指導看護師への継続的支援体制、および病院のバックアップによる実地研修体制を整備

3. 指導看護師への継続的な支援体制



情報共有コミュニティの設置

坂井地区認定指導看護師同士が連携し、不安なく円滑に研修を行えるよう、ICTシステム(カナミック)内に「坂井地区認定指導看護師の部屋」を設置



ICTシステム(カナミック)



教材の共同作成

指導看護師の負担軽減と質の確保のため、講義資料や筆記試験問題を分担して作成・共有する仕組みを構築



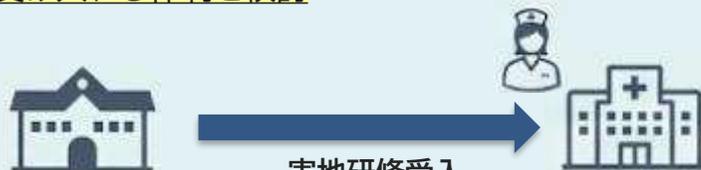
管内の指導看護師(講習会講師)が監修・助言

4. 病院での実地研修体制整備



病院での実習

自施設で吸引等の医療ケアを要する利用者がいない場合でも研修を完結できるよう、管内の病院がバックアップし、実地研修を受け入れる体制を検討



自施設(対象者なし) (バックアップ体制) 協力病院(三国病院等)



安全確保の措置

実地研修中の事故に備えた賠償責任保険への加入検討や、利用者・家族への同意取得手続き体制を整備



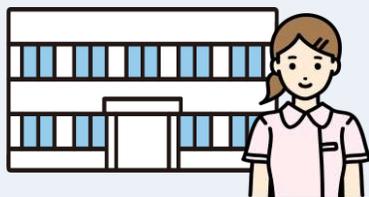
賠償責任保険加入検討
(事故への備え)



同意取得手続き整備
(利用者・家族への説明)

研修制度の流れ

- ① 施設が指導看護師候補を選定



- ② 協議会※主催の養成講習会を受講
講師:地域の指導看護師

※ 坂井地区 医療と在宅連携推進協議会

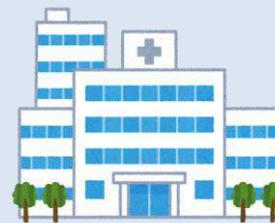


- ③ 施設が登録研修機関となり、指導看護師が自施設で講習・実技指導

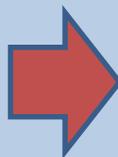
- ・50時間の講義
- ・筆記試験
- ・演習
- ・実地研修



実地研修対象者がいない施設は、病院がバックアップ



- ④ 研修修了後、介護職員を「認定特定行為業務従事者」として県が認定



- ⑤ 施設が「登録特定行為事業者」となり、介護職員が医療ケアを行う

医療ケアが必要な高齢者の受け入れへ



(1) 介護施設等における医療的行為に関する課題の協議状況、具体的対応策

本県における今後の取り組み

- 研修による高い教育効果の創出、および認定特定行為業務従事者の養成を通じた医療的ケアが必要な入所者の安定した受け入れ体制構築の全県展開を目指す。

5. 取り組みの効果と今後の方向性



受講者の評価

指導看護師養成講習の受講者アンケートでは、全員が「講義・演習を理解できた」と回答しており、高い教育効果を発揮。

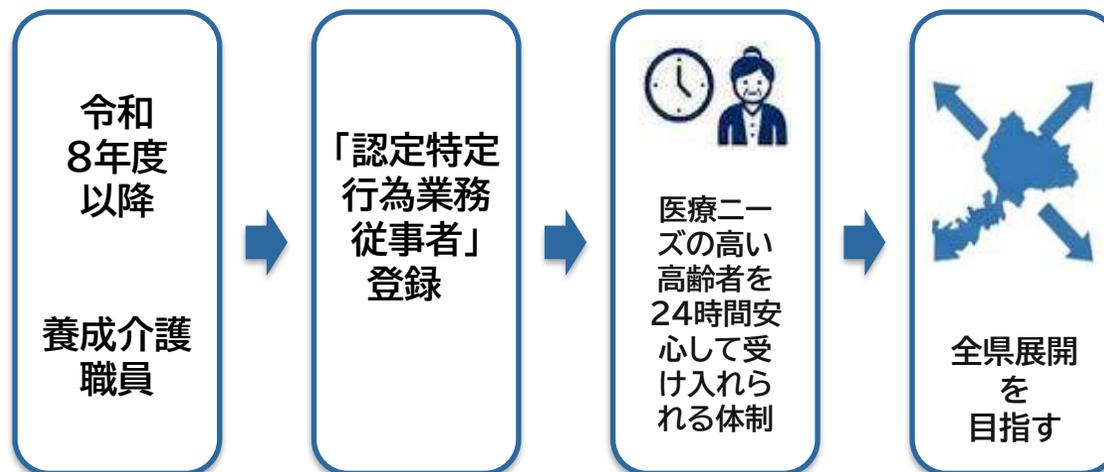


高い教育効果



今後の目標

令和8年度以降、養成された「介護職員」が「認定特定行為業務従事者」として登録され、医療ニーズの高い高齢者を24時間安心して受け入れられる体制の全県展開を目指す。



(1) 介護施設等における医療的行為に関する課題の洗い出しと整理 ～参加型開発の手法を用いて～

若狭HWCの進め方

- 参加型開発の手法を用いて、介護施設等における医療的行為に関する課題の洗い出しと整理を実施。

参加型開発とは

先進国が開発途上国において行う開発協力事業は、より現地のためになるようなやり方に変化してきた。

初期の「慈善型開発・慈善型援助」:

一方的なものになって、協力先の人々の自立を妨げる場合あり。

↓

次には「プロジェクト型(技術移転型)開発」:

先進国から協力先に技術を教育や訓練で伝えることで、協力終了後も現地で自立的に運用を続けられることを目指す。

↓

1980年代後半～「参加型開発」:

どんな開発を行うかの決定段階からプロジェクトメンバー*として現地の人々が参加することで、その地域で本当に必要とされる開発を行おうとする。

*プロジェクトメンバーは、行政リーダーや経営トップではなく、開発協力を必要とする層に属する人々

「参加型開発」手法によって、「**学びを通じた参加者自身のエンパワーメント**」が図られ、エンパワーされた参加者たちが当事者意識をもって主体的に担うことで「**事業の持続性**」が担保される。

(1) 介護施設等における医療的行為に関する課題の洗い出しと整理 ～参加型開発の手法を用いて～

若狭HWCの取り組み (12/9 第4回検討会)

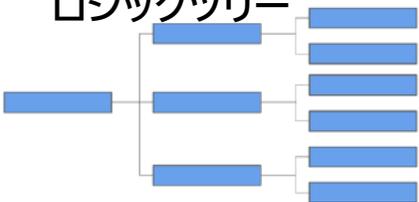
- 現場でボトルネックとなっている中心課題は「医療的行為が必要な患者の退院が円滑に進まない」
- それがなぜ生じているのか、現場で実務に携わる関係者が集まって多岐に渡る要因を拾い上げ、要因同士の因果関係を分析して、幹と枝の形に整理した(=ロジックツリー)。

検討の手法

個人ワーク
グループワーク



ロジックツリー



個人ワーク:

提示された中心課題について「現状がなぜそうなっているのか」、関係者それぞれの立場・持ち場から見える制約要因を考え、カードに記入する。

グループワーク:

個人ワークの結果を持ち寄り、他者の立場からはどのような構図に見えるのか理解する。他者の視点に触発されて、新たな制約要因を思いついたら、カードを追加する。諸要因の間に、一方が原因となって他方が結果として生じる因果関係を見つけたら、【結果】←【原因】として矢印で結ぶ。

課題解決ロジックツリーへの整理:

【原因】のさらに深層にある真の【原因】を求めて、「なぜか?」という問いを4~5回繰り返し、それより深層には原因は存在しないとなれば【根本原因】である。中心課題から【根本原因】までを枝葉の構造に解きほぐす(=要因分析ロジックツリー)。根本原因を取り除く介入策を導入して中心課題解決への道筋を図示する(=課題解決ロジックツリー)。

2軸マトリクス分類

2軸マトリクス分類:

理想的には、ロジックツリーに記述された課題のすべてを解決すること。現実的には、介入可能な策を列挙して効果の大小/実行可能性などで優先順位をつける。



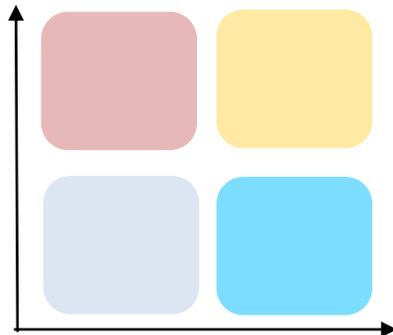
(1) 介護施設等における医療的行為に関する課題の洗い出しと整理 ～参加型開発の手法を用いて～

若狭HWC所内での課題整理

- 要因すべてを同時に取り除くことは非現実的であるため、優先順位をつけて介入に着手するしかない。
そこで課題解決ロジックツリーの中のどの枝を優先するのが得策か、介入策を2軸マトリクスに分類した。

マトリクスによる 意見の整理

←実行容易／困難→



効果大で実行容易な改善策

福祉施設での医療行為

- 自施設では対応できない医療行為を入所時に入所者・家族に説明

施設と病院間での情報共有

- カンファレンスや協議会を定期開催

介護・看護職の確保

- SNSやケーブルテレビで介護職の魅力をPRする

ACPの普及・活用

- 外来の待合室でACPのビデオを流す
- 多機関リレーでACPを書き継がせる

効果大だが実行困難な改善策

福祉施設での医療行為

- 入退院のたびに施設と病院の役割の違いを患者・家族に説明

施設と病院間での情報共有

- 病状悪化時に再入院が予期される患者等について相互に情報共有

介護・看護職の確保

- 施設看護師の夜間緊急対応を夜間オンコールサービスに委託する(資金が必要)

ACPの普及・活用

- 望む医療内容をマイナ保険証に紐づける

実行容易だが効果の小さい改善策

⋮

ACPの普及・活用

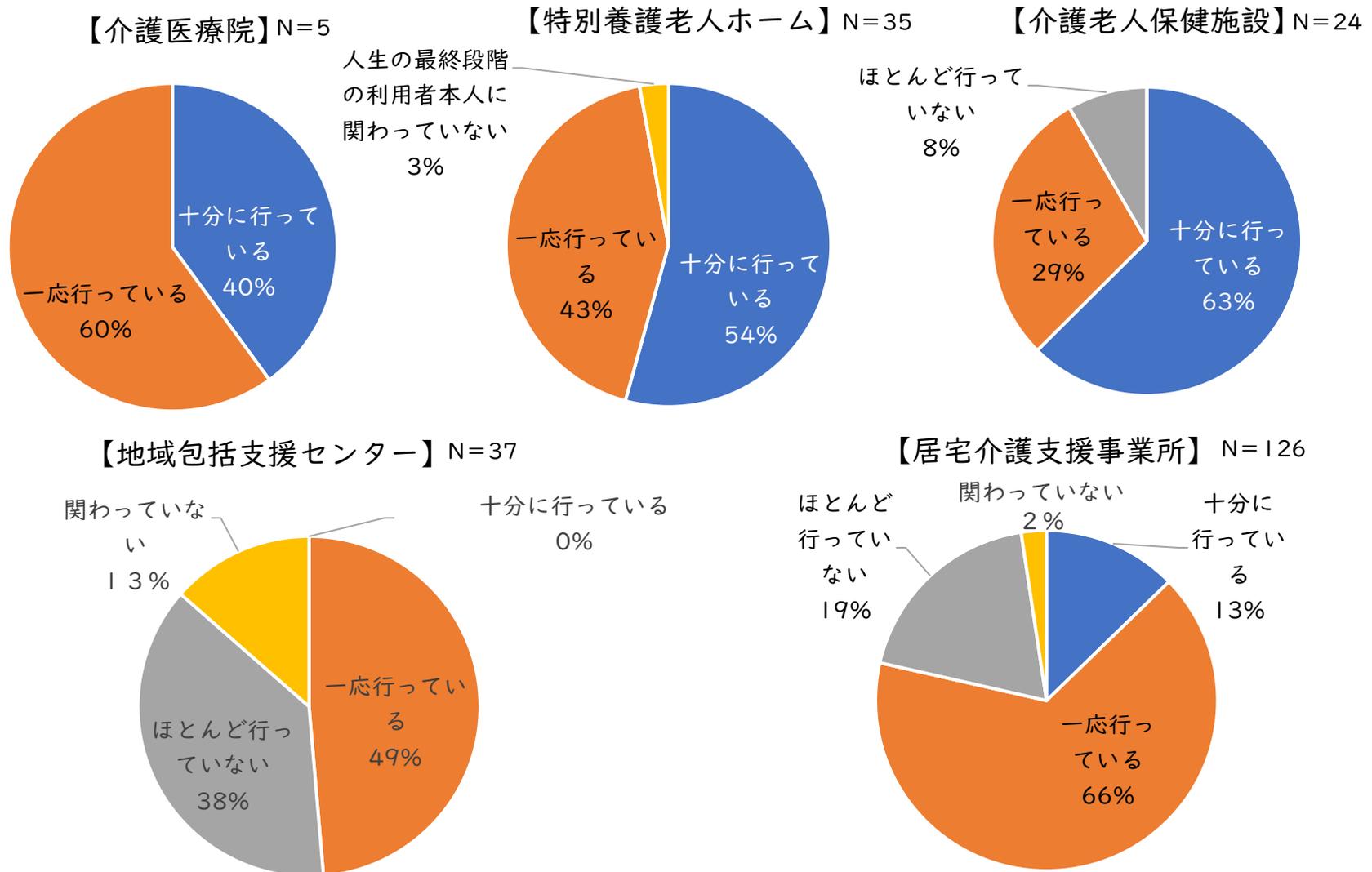
- エンディングノートを地域内で統一

実行困難で効果も小さい改善策

⋮

(3) ACP／人生会議の普及状況（R6長寿福祉課調査）

【県全体】貴所では、利用者・家族と人生の最終段階の医療・ケアについて十分な話し合いを行っていると思いますか。



(参考) 在宅ターミナルケアを受けた患者数等の推移

■ 在宅ターミナルケアを受けた患者数

〔市町別実数〕

(人)

	R2	R3	R4	R5	R6
福井市	180	209	238	231	265
永平寺町	11	21	25	43	30
あわら市	4	7	21	16	14
坂井市	63	79	88	106	133
大野市	15	28	47	67	56
勝山市	31	27	31	40	36
鯖江市	27	29	34	45	29
池田町	4	7	2	1	11
越前町	8	11	13	10	16
越前市	39	61	58	69	67
南越前町	6	16	13	16	12
敦賀市	13	31	36	35	41
美浜町	2	7	7	5	6
小浜市	25	25	37	32	14
高浜町	15	16	8	19	21
若狭町	11	14	13	21	4
おおい町	9	7	2	7	3
小計	463	595	673	763	758
社保	13	31	35	33	35
合計	476	626	708	796	793

〔圏域別 75歳以上人口1万人対〕

(人)

	R2	R3	R4	R5	R6
福井市	45	53	59	55	61
福井	36	71	84	138	94
坂井	38	49	60	65	75
奥越	44	53	75	101	84
丹南	30	44	42	47	44
二州	14	35	39	35	39
若狭	55	58	56	71	37
県計	38	50	55	60	58

■ 在宅看取り加算の算定状況

〔県全体〕

	R2	R3	R4	R5	R6
算定医療機関数	18	21	23	26	23
算定患者数	26	37	48	53	58

(3) 具体的に着手する介入策：ACP／人生会議の普及

若狭HWCの取り組み② (1/13 第5回検討会)

- ・ **エンディングノート(愛称:「つぐみ」)を活用した情報連携を若狭地域で社会実装する** =アクションプラン

I. 全体方針・基盤整備:「つぐみ」の普及と柔軟な活用

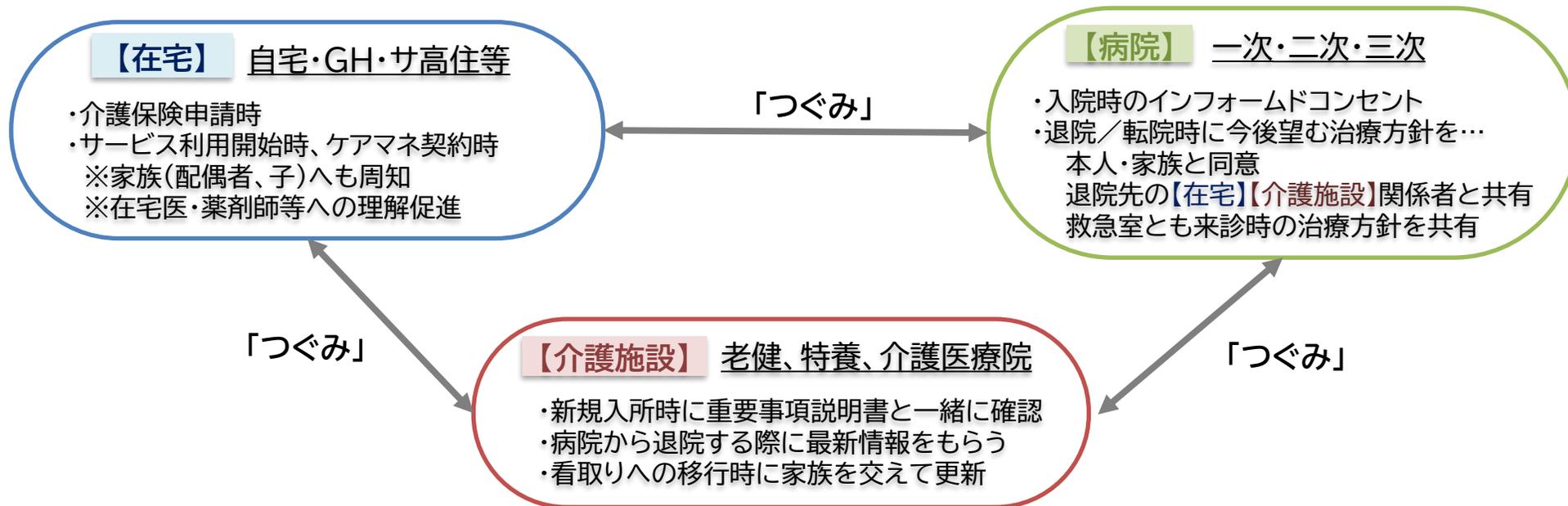
ACPの普及啓発

- 集団を対象に広報する
 - ・区長会・高齢者サロン等で周知
 - ・医療機関の待合室等に設置されたデジタルサイネージで周知
- 個々の利用者を対象にキーパーソンが働きかける
 - ・ケアマネジャーが介護保険申請時や各種サービス利用時に
 - ・在宅医や薬局薬剤師が診察時、服薬指導時に
 - ・病院や施設職員が入退院時、施設入所時に

「つぐみ」の柔軟な活用、連携による社会実装

- 柔軟な活用
 - ・「つぐみ」の第2編第2章「もしものとき」だけの記載でも可
 - ・何度でも書き換え可
- 関係者が連携して「つぐみ」の記載内容の更新を促す
 - ・医療機関(救急室、入院病棟、連携室等)、介護施設、居宅介護支援事業所、薬局、行政が協働する
 - ・「つぐみ」の所有の有無、記載内容の確認を必須化

II. 地域連携スキーム図:「つぐみ」でつなぐ



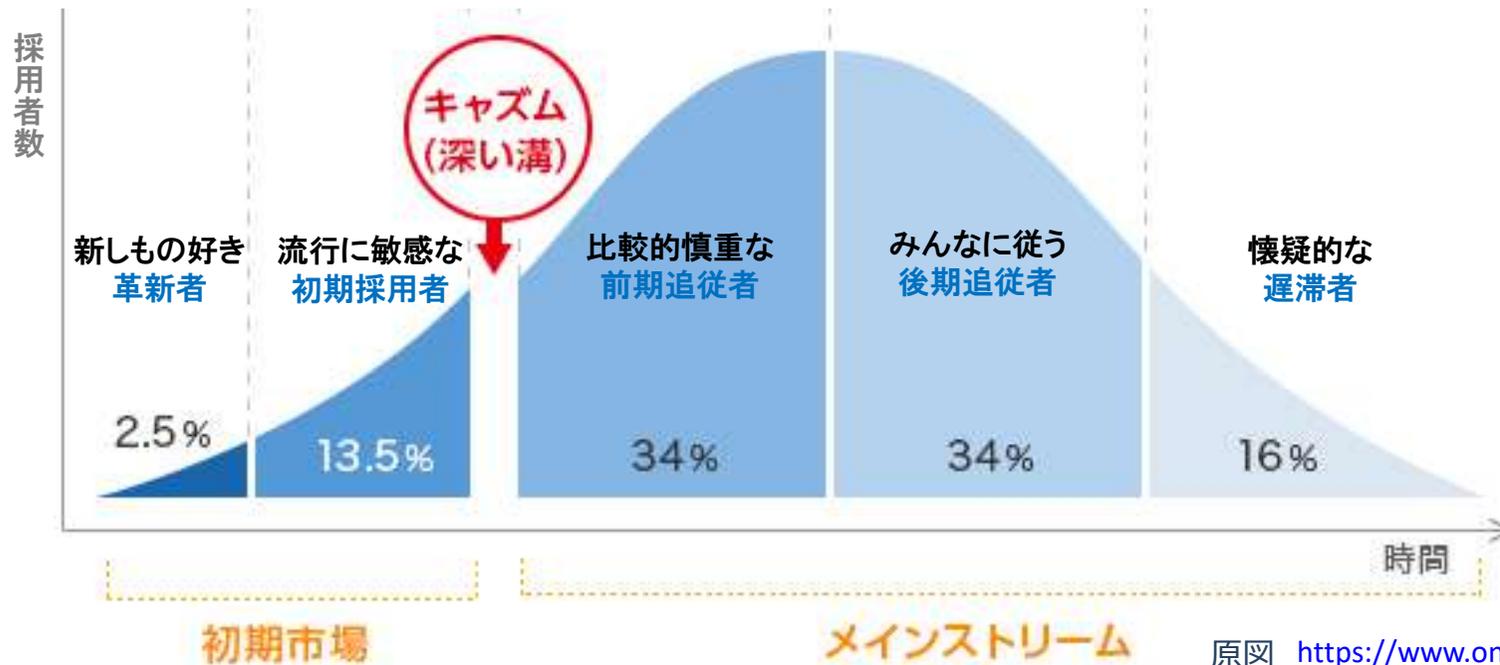
(3) 具体的に着手する介入策：ACP／人生会議の普及策

Ⅲ. 今後の課題・検討事項

エンディングノートの社会実装を図る

当事者意識をもった地域の関係者が、「つぐみ」を積極的に活用し、必要な情報を必要としている関係者へつなぐ。

キャズムとは、新商品が世の中に普及する際に現れる乗り越えるのが難しい「**深くて大きな溝**」のこと。



エンディングノートの採用者数は**初期市場**に留まり、関係各位のご努力にもかかわらず**キャズム**を越えていない。医療福祉関係者がエンディングノートを参照したくても、現状では少数の患者・利用者しか保有していない。これまでとは“異次元の”方策によって**キャズム**を乗り越えて、**追従者**の方々(**メインストリーム**)にも採用してもらうべき。そうなれば、【在宅】、【病院】、【介護施設】の間での情報共有、ひいては**患者・利用者の行き来がもっと円滑になる**。親世代のエンディングに直面した子世代には、自分自身のエンディングノートを準備し始めるよう促す。子世代は生涯未婚率が高くなっており、おひとりさま終活への備えが必要。

(3) ACP／人生会議の普及に関する課題の協議状況、具体的な対応策

福井地域 9/4 実践的ACP研修の取り組み

1. 開催の目的と背景

- ・ 高齢多死社会を迎える中、本人の意思を尊重した医療・ケア(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)の重要性が増大
- ・ 一方で現場では、**ACPの切り出し方が難しい**という声がある。
- ・ さらに、**多職種間の連携がスムーズにいかない**といった課題も散見される。
- ・ 多職種連携スキルとACPの進め方を学ぶことを目的に、研修会を開催
⇒ **事例をもとに「いつ、だれが、どんな内容でACPIについて話すか？」をテーマに意見交換を実施**

2. 開催概要

- ・ 日時: 令和7年9月4日(木) 13:30~15:00
- ・ 場所: 福井県国際交流会館
- ・ 参加者:
管内居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)、
地域包括支援センター、病院(MSW、退院支援
看護師)、訪問看護ステーション、行政職員など

計83名

3. プログラムの構成とポイント

(1)基調講演:「人生会議の進め方」
講師: 山本医院 院長 山本 雅之 先生

要点

- ・ **ACPIは「書類作成」ではなく「プロセス」**
- ・ 「Ask-Tell-Ask」法(※)を用いたコミュニケーションの重要性を提示
(※) **患者の理解を確認→情報を伝える→再度理解を確認**
- ・ **「患者の気がかり・希望・価値観」を尊重し、遺族の心の負担を軽減し、患者の希望に沿った治療およびケア体制を整えることがポイント**

(2)事例提供:「いつ、だれが、どんな内容でACPIについて話をしたらよいか？」
講師: 文殊苑居宅介護支援事業所管理者
中山照恵氏(主任介護支援専門員、社会福祉士)

【検討事例】

- ・ 80代女性Aさん、要介護2。
- ・ パーキンソン病診断後、約1年で急速にADL・認知機能が低下。
- ・ 訪問看護・通所介護を利用し、本人は回復を信じ畑仕事を希望。
- ・ 夜間せん妄や食事摂取量低下が進行し、誤嚥性肺炎やイレウスで入退院を繰り返す。
- ・ レビー小体型認知症も判明し、胃ろうの検討は難航。
- ・ 療養型病床へ転院後、約1年で逝去。ACPのタイミングが課題となった事例。

(3) ACP／人生会議の普及に関する課題の協議状況、具体的な対応策

福井地域 9/4 実践的ACP研修の取り組み（続き）

3. プログラムの構成とポイント(続き)

(3)グループワーク:多職種による意見交換



多職種による意見交換 (2)の事例をもとに、その改善点や自施設での課題についてグループ討議を実施。「いつ、だれが、どんな内容の話をするか」をテーマにそれぞれの職種の立場で活発に意見交換。

(4)行政説明:福井県における入退院支援ルール

「福井県入退院支援ルール」について説明 入院時から退院時までの各フェーズにおけるACPシートの活用や、情報の引き継ぎ方法について周知。

4. 成果と参加者の声(アンケート結果)

高評価多数

「事例に基づく説明により現場での活用イメージが深まった」

「客観的に話すタイミングがわかったので、今後は気を付けていきたい」

「明日からの業務で、利用者や家族への声かけを意識して変えてみたい」

5. 今後の展開

再確認されたこと

- ・多職種間の共通言語化
- ・継続的な関わり

今後のアクション

1. 本研修で得られた知見を各事業所へ持ち帰り共有

2. より具体的な事例検討の場を設ける

3. 地域全体でのACP普及・定着を図る

(3) ACP／人生会議の普及に関する課題の協議状況、具体的な対応策

丹南地域 8/7 地域包括C担当者連絡会

- 丹南地域の地域包括ケア担当者が取組事例と課題を共有し、**共通理解のもと今後の方向性を整理・深化させるための意見交換**を実施。

1. 各市町の具体的な取り組み事例 (ACP普及)

	取り組み	期待・効果
鯖江市	講座・セミナー・広報啓発	早期から(受診開始時)の重要性認識
越前市	多職種連携会議で随時取り上げる	多職種からの働きかけ検討
池田町	サロン活動での紹介	早期からの家族間共有・教育模索
南越前町	イベントで「つぐみ」の配布(文化祭・サロン)	気軽な持ち帰り促進
越前町	通知に独自の「もしものときに伝えたいことシート(簡易版)」を同封	話題のきっかけづくり 役場への「つぐみ」受取希望者増

2. 共有された主な課題と今後の方向性

現状の主な課題(ボトルネック)	今後の方向性(アクション)
ターゲットの偏り(意識高い層のみ)・家族の無関心	一般層・元気な高齢者・若年層(家族)へ拡大
介入時期の遅れ(疾患進行後)	早期(元気なうち・受診時)からのアプローチ
支援者のスキル差(切り出しのハードル)	支援者研修・スキルアップ支援
評価指標の欠如(浸透度把握難)	具体的ツール活用による意見収集・評価検討

地域医療構想の推進について

～医療・介護連携に関する協議状況と今後の方向性について～

①医療・介護連携に関する課題と各地域の取組み状況

②課題解決に向けた具体的事業の紹介

③地域医療構想にかかるWG（医療・介護連携会議）について

【新】訪問看護ステーション連携・強化支援事業について

目的: かかりつけ医機能の補完と、地域における医療・介護の切れ目のない連携体制の構築

【現状と課題】夜間対応・緊急時対応体制の不足



夜勤実施事業所: 県内**1か所**のみ
(大部分はオンコール対応)



受入拒否(半年間): **49件**発生
(理由の最多: 看護師不足 **56.5%**)



利用者側の不安(夜間に呼べない懸念)

◆R6訪問看護調査等による課題

- ・夜間・早朝の計画的訪問(医療保険): **2.9%**
(医療依存度が高い層にニーズ)
- ・訪問看護依存度(訪問診療および訪看の合計に占める訪看の割合)が高い地域(例: 二州医療圏**87%**)で体制強化が急務



⇒ 特に二州医療圏(敦賀市)等に対応力強化が不可欠



【解決策】機能強化による24時間・緊急時対応の充実

【事業内容】訪問看護ステーションの機能強化支援

①機能強化型整備支援
(対象: 公立病院設置等の比較的規模の大きいステーション)



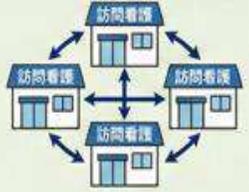
人員増・機器整備等で『機能強化型』へ移行



24時間・看取り対応体制の構築

②連携強化支援(選択肢) (対象: 小規模事業所等)

(対象: 小規模事業所等)



ICT導入・夜間輪番体制構築で連携



地域での安定的なサービス提供

【新】訪問看護ステーション連携・強化支援事業について

【メニューA】機能強化型整備支援（大規模化モデル）

Before：公立病院設置等の比較的規模の大きいST



After：地域の中核となる機能強化型STへ

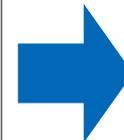
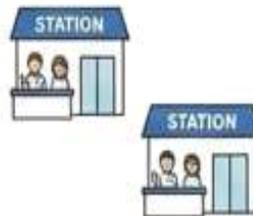


- ・常勤看護師4名程度
- ・オンコール中心の夜間対応
- ・看取り対応は限定的

- ・【支援内容】
人員増(常勤5名以上)、
ICT・専門医療機器導入、
高度研修受講
⇒ 24時間常駐体制、重症
児・看取り対応の拠点化、
地域への指導的役割

【メニューB】連携強化支援（ネットワーク化モデル）

Before：小規模な複数事業所



After：地域全体で支えるネットワーク体制へ



- ・それぞれがオンコール負担
- ・夜間・休日対応に限界
- ・職員の疲弊

- ・【支援内容】
ICT情報共有システム構築、夜間・休日輪番体制の協定、合同研修
⇒ **24時間対応を面でカバー、職員の負担軽減、サービスの安定供給**

期待される波及効果(共通)

●地域住民の在宅療養への安心感向上

- ・24時間いつでも呼べる体制
- ・住み慣れた地域での生活継続

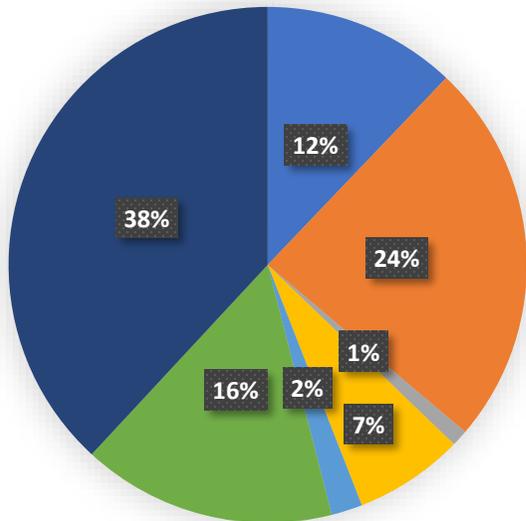
●救急搬送の減少

- ・夜間の的確な医療的判断・対応
- ・**不必要な救急要請の回避**

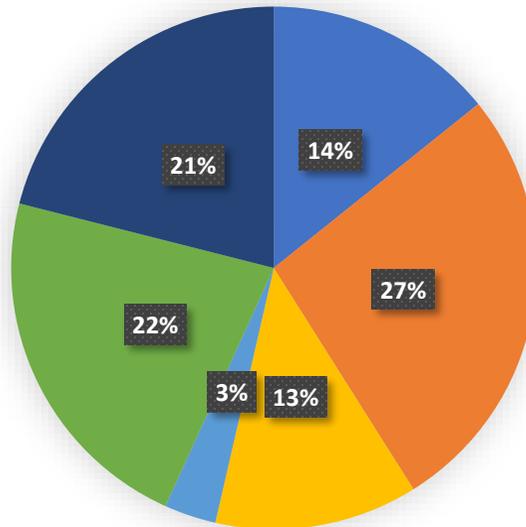
●訪問看護師の労働環境改善

- ・**オンコール負担の軽減・分散**
- ・離職防止と人材確保

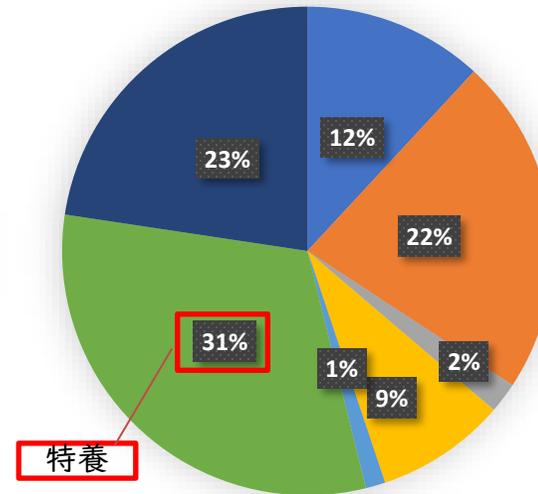
福井



坂井



奥越

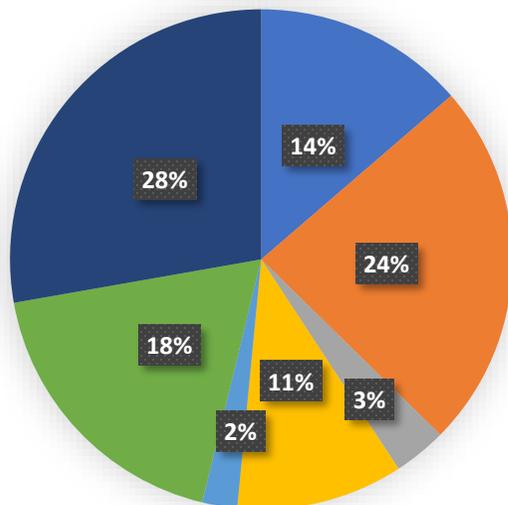


特に割合が大きい

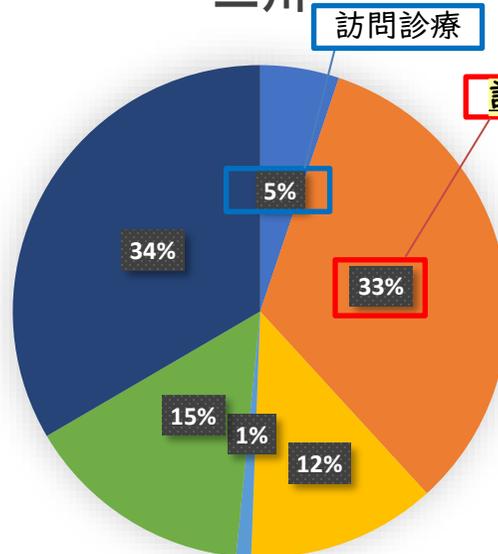
特に割合が少ない

- 訪問診療
- 訪問看護
- 介護医療院
- 老健
- 看多機
- 特養
- 病床

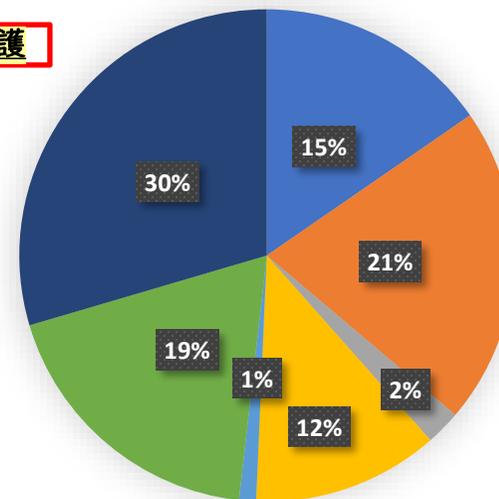
丹南



二州



若狭



【新】介護現場におけるスポットワーカー活用促進事業について

背景・課題

介護現場の人材不足と高齢化

職員の約47%が50代・60代。
若手確保が急務。

現場の負担・スポットワーカー導入の壁

専門職がノンコア業務も担う。
業務切出や安全面への不安で導入進まず。

具体的な取組内容

① 導入入口

事業所向けセミナー、
マッチング相談会



② 伴走支援(モデル事業・実証)

支援体制: 福井県、支援センター、スポットワーカー事業者

1. 業務棚卸・切り出し
専門業務(有資格者)と
補助業務(ワーカー)の仕
分け

2. マッチング支援
求人票作成、
ワーカー手配

3. 定着・効果検証
受入体制整備、
タイムスタディ調査

モデル事業所

③ 広報

SNS発信
(若年層へアプローチ)



期待される効果

生産性向上



人材確保



イメージアップ



専門職がケアに集中できる時間創出
⇒ 吸痰等医療的ケア体制強化に寄与

潜在的労働力の活用、
将来的な直接雇用へ

若年層への認知拡大と参入促進

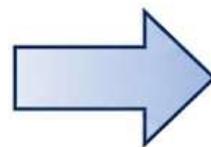
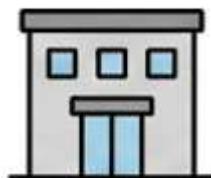
【新】通所介護事業所等の多機能化推進事業について ～既存資源を活用した地域包括ケア再構築～

現状・課題：
中山間地域の訪問介護不足

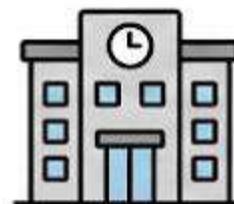
需給逼迫、事業所休廃止



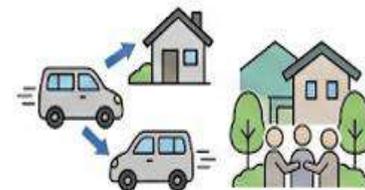
既存：
通所介護事業所
(デイサービス)



多機能化
(通所+訪問機能)



事業効果：
在宅サービス基盤の強化



迅速な体制確保、
経営安定、担い手確保

1. 伴走支援
(導入・定着アドバイザー)



2. 初期費用補助
(車両・設備・広告)



3. 運営安定化支援
(一定期間の定額補助)



既存の通所介護事業所への訪問機能追加による多機能化の推進、および伴走支援や費用補助を通じた在宅サービス基盤を強化することで、医介連携を推進

介護職員一人あたりのサービス利用者数と多機能化について

多機能化によるニーズ対応の余地について

- 訪問介護が不足する(=職員一人当たり利用者数が多い)地域では、通所介護事業所においても職員一人当たり利用者数は多くなっているものの、相対的に通所介護にはやや余力があるのではないかと。
- 上記の場合、**通所介護の多機能化により訪問介護の不足を補う余地はないか。**

■ 訪問介護

〔市町別推計〕

(人)

	全国	福井市	永平寺町	坂井広域	大野市	勝山市	鯖江市	越前市	池田町	南越前町	越前町	敦賀市	美浜町	高浜町	おおい町	若狭町
訪問介護職員数		598	28	172	50	32	81	97	11	7	16	173	9	32	6	44
職員一人あたり利用者数	104.1	49.8	70.5	50.1	76.3	77.0	59.2	74.6	28.9	81.1	66.5	59.6	159.4	51.8	157.3	68.0

■ 通所介護

〔市町別推計〕

(人)

	全国	福井市	永平寺町	坂井広域	大野市	勝山市	鯖江市	越前市	池田町	南越前町	越前町	敦賀市	美浜町	高浜町	おおい町	若狭町
通所介護職員数		483	35	274	88	50	145	167	11	6	52	164	18	27	15	31
職員一人あたり利用者数	56.8	61.6	56.4	31.4	43.4	49.3	33.1	43.3	28.9	94.6	20.4	63.7	79.7	61.4	62.9	96.4

出典：介護給付費等実態統計および介護従事者実態調査により推計

【拡充】介護現場の生産性向上推進事業について

現状・課題と目的

現状・課題

人手不足、物価高騰による経営難
ICT導入ノウハウ・人材不足
小規模事業所の単独改善困難
(医介連携の足かせ)



目的

介護職員の負担軽減・環境改善
生産性向上(業務改善)の推進
⇒ 医介連携の促進

ふくい介護テクノロジー・業務改善支援センター
(令和6年7月開設)
ワンストップ窓口:相談・体験・研修

① 伴走支援(コンサル)の強化

通常枠
10事業所(拡)

経営改善枠
5事業所(新)

連携:スポットワーカー活用

② 補助金メニューの拡充

伴奏支援型ICT導入支援 10施設

パッケージ型ICT導入支援 20施設(新)

個別ICT導入支援 130施設

小規模事業者等

協働化等推進事業 1グループ

経営分析等への支援 12施設

③ 新たな課題への対応

訪問介護等の外国人材受入
検討会議(新)

福祉人材確保のプラットフォーム
構築モデル支援事業(新)

成果目標(KPI)
(R8年度)

介護ロボット導入率:目標50.0%(現状31.3% ※予定含む)

ICT導入率:目標85.0%(現状67.0% ※予定含む)

地域医療構想の推進について

～医療・介護連携に関する協議状況と今後の方向性について～

①医療・介護連携に関する課題と各地域の取組み状況

②課題解決に向けた具体的事業の紹介

③地域医療構想にかかるWG(医療・介護連携会議)について

かかりつけ医機能報告の流れ

令和5年11月15日 第1回かかりつけ医機能が発揮される制度の

厚生労働省 令和7年1月31日
かかりつけ医機能報告制度に係る自治体向け説明会 資料 抜粋

令和6年10月18日 かかりつけ医機能報告制度に係る

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を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方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



かかりつけ医機能報告
対象医療機関

① かかりつけ医機能の報告

◆継続的な医療を要する者に対する
かかりつけ医機能の有無・内容

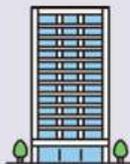
(第30条の18の4第1項)

<報告項目イメージ>

1: 日常的な診療を総合的
かつ継続的に行う機能

2: 1を有する場合、

(1)時間外診療、(2)入退院支援、(3)
在宅医療、(4)介護等との連携、(5)
その他厚生労働省令で定める機能



都道府県

② 報告の内容

(第30条の18の4第7項)

③ 都道府県
の確認

④ 確認結果

公
表

2(1)~(4)等の機能の
確保に係る体制を確認(※)。

(第30条の18の4第2項)

・体制に変更があった場合は、
再度報告・確認

(第30条の18の4第4項)

⑤ 確認結果の
報告

(第30条の18の4第3項、第5項)



外来医療に関する
地域の協議の場

⑥ 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方策を検討 (第30条の18の5)

具体的方策の例

- ◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
- ◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
- ◆地域の医療機関間の連携の強化 など

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。

※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

⑦ 協議結果

公
表

※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外
医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

かかりつけ医機能報告について

- 対象は特定機能病院（福井大学医学部附属病院）および歯科診療所を除く医療機関（病院、有床および無床診療所）
- R7.11月頃に県から医療機関へ報告依頼を通知
- R8.1月から3月までにG-MISにより報告いただきたい。
- R8.4月以降、報告された内容等について県ホームページに公開

令和8年度以降も同様の報告スケジュールを想定

- 秋ごろを目途に、国が報告事項の詳細についてマニュアルを作成し、周知予定

外来医療に関する地域の関係者との協議の場について

- 国は、既存会議の活用も視野に入れながら、協議の目的・内容に応じた「地域のキーパーソン」に相談・参画することが重要としている。
- 具体的には、地域医療構想調整会議や在宅医療・介護連携会議などを想定



- 本県においては、地域医療構想調整会議に医療機関だけでなく、在宅医療関係者や保険者、市町なども参加しており、かかりつけ医機能の確保について幅広い視点から協議ができるため、国が想定する「協議の場」となり得ると考える。
- 認知症や透析治療など個別疾患に関する協議が必要な場合は、その都度、地域のキーパーソンに参加を依頼

令和8年度以降は、地域医療構想調整会議において報告結果を提示。それを踏まえた協議をお願いしたい

- また、各地域で取組んでいる医療・介護の連携体制づくりのための協議等においても、適宜、検討の参考となる「かかりつけ医機能報告」の結果を提示

地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

医療計画

都道府県医療審議会

- ・ 都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医師確保計画

地域医療対策協議会

- ・ 医療計画において定める医師確保に関する事項の実施に必要な事項について協議

作業部会

(医療審議会もしくは地域医療対策協議会の下に設置)

- ・ 5 疾病・6 事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するための協議

地域医療構想

地域医療構想調整会議 (都道府県単位)

- ・ 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用、議論の進捗状況、課題解決等について協議
- ・ 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項について協議

外来医療計画

(外来・かかりつけ医機能)

連携



支援



報告



圏域連携会議

(必要に応じて設置)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議

地域医療構想調整会議 (構想区域単位)

- ・ 将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議

外来医療の協議の場

(二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに設置)

- ・ 外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議
- ・ 対象区域が構想区域と一致する場合は、地域医療構想調整会議の活用も可

医療及び介護の体制整備に係る協議の場

(二次医療圏単位での設置が原則。地域医療構想調整会議の下にWGを設置する等の柔軟な運用が可能)

- ・ 医療計画及び介護保険事業(支援)計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議

かかりつけ医機能の協議の場

- ・ 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方策を検討

本県における医療・介護連携推進の体制について

協議方法・体制

- **かかりつけ医機能報告制度により収集したデータに基づき、地域医療構想調整会議で取り上げられた課題**など、各保健所単位で「**医療・介護連携会議**」を実施し、**地域ごとに具体的な方策を協議・実行**する。
- 課題の共有や対応策の検討にあたっては、**各会議体と連携して様々な関係者の知見を活用**する。

福井県医療審議会（在宅医療検討部会）
【福井県医療計画に反映】

地域医療構想調整会議
【全体方針・課題提起・進捗共有】
(課題例：医療的行為、在宅医師、ACP普及など)

課題の提起・不足機能の共有

対応策の共有・全県横展開の推進

地域医療構想にかかるWG(医療・介護連携会議)
【地域ごとの具体的方策の協議・実行】
(令和7年度:各HWCで協議を開始 → 令和8年度:地域医療構想にかかるWG(医療・介護連携会議)として協議継続)

※各健康福祉センターで
2~3回の実施を想定

かかりつけ医機能報告制度に基づく「外来医療に関する協議の場」として位置づけ

多職種連携に関する課題の共有

意見共有・地域取組みの推進

連携

福井県在宅医療センター連携協議会
【多職種連携の推進・施策議論】
(看護、ケアマネ、リハビリ等、広範な団体が参画)

関係団体と連携

在宅医療サポートセンター
(医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会)

各市町在宅医療・介護連携推進会議

介護施設に関する意見照会・周知活動の場
介護人材確保対策協議会・介護現場革新会議
老人福祉施設協議会施設長会議
集団指導 など

- R7.11
 - ・地域医療課から各医療機関にかかりつけ医機能報告依頼
- R8.1～3
 - ・医療機関からの報告（G-MIS）
- R8.4
 - ・公表
- R8.4～6
 - ・**長寿福祉課によりかかりつけ医機能の報告内容を集計・分析**
- R8.7
 - ・**各HWCごとに会議開催（年2～3回）**
 - 地域医療構想調整会議（年2～3回）で協議内容を報告・検討
- R9.3
 - ・協議結果の公表
 - ・在宅医療検討部会（医療審議会専門部会）で医療計画の推進に関する協議事項（入退院支援ルールの改定など）を報告・決定

<参考:令和7年度協議における参加者の詳細>

坂井HWC	
【4/21(参加者:18名)検討会 参加者構成(実務者中心)】	
病院・医療: 坂井市立三国病院(室長、師長)、宮崎病院(師長)	
在宅・介護: シンシア訪問看護S(管理者)、ネットさかい(施設長、相談員、師長)、坂井市社協HHS(管理者)、ケアマネSAKAI(会長)	
専門団体: 医師会(事務局長)、言語聴覚士会(代表)、栄養士会(理事)	
行政: 県(地域医療課、長寿福祉課、坂井健康福祉C)	
【5/19(参加者:40名)、10/20(参加者:37名)協議会 参加者構成(管理者層参画)】	
トップ層(医師会・病院): 医師会(会長、理事)、坂井市立三国病院(院長)、あわら病院(室長/師長)、春江病院、木村病院、加納病院、藤田神経内科病院(多病院の看護師長や相談員)	
専門職・消防: 福井県看護協会(会長/常務理事)、栄養士会(理事)、福井県看護実践教育研究C(代表)、嶺北消防組合(課長、参事)	
在宅・介護: 坂井地区訪問看護S代表(管理者)、シンシア訪問看護S(管理者)、ふるさと往診CL(看護師)、ネットさかい(施設長、師長、主任)、坂井市社協HHS(管理者)、ケアマネSAKAI(顧問)、トゥモローズリハビリG(管理者)	
行政: 県、坂井地区広域連合(課長補佐、主事)、あわら市・坂井市(課長補佐、参事)	

嶺南	【若狭地区での実務者中心の協議内容(6/16(参加者:33名)、6/25(参加者:18名))を踏まえて、二州地区で管理者層も参画し、具体的対応策を検討(7/16(参加者:19名)、7/24(参加者:13名))】	
	若狭HWC ワーキング(実務者・多施設)	二州地区 ワーキング(管理者・トップ層)
医療機関	公立小浜病院、若狭高浜病院、田中病院、高浜町国保和田診療所(主に地域連携室、看護師、MSWといった実務担当者)	敦賀市医師会(副会長)、市立敦賀病院(病院事業管理者、次長)、敦賀医療センター、泉ヶ丘病院、レイクヒルズ美方病院(トップ・管理層が参画し、病院種別も多様)
介護施設・事業所	アクール若狭、若狭ハイツなど、管内広域の特養・老健・居宅介護支援事業所から多数の支援相談員、介護支援専門員、看護師(現場実務者)が参画	眞盛苑(施設長)、リバーサイド気比の杜(支援相談員)。施設数は少数だが、施設長や支援相談員(管理層)が参画
行政・調整	県、小浜市、高浜町、おおい町、若狭町の健康福祉課、地域包括支援センター(課長補佐、主任保健師、主事など実務担当者)	県、敦賀市・美浜町・若狭町の健康福祉課、地域包括支援センター(課長補佐、主任保健師など)

各市町における在宅医療・介護連携推進会議の設置状況

各市町の状況

- 全17市町中11市町で協議会（在宅医療・介護連携推進会議）を設置済み（R6.12市町との意見交換会で確認）。
- ICT活用の遅れや在宅医療の担い手不足が全県で共通する課題となっている。

	該当市町	協議会設置状況 (頻度)	コーディネーター配置	主な連携課題 (抜粋)
福井	福江市	有 (年2回)	検討中	急な退院調整、施設の人手不足 (受け入れ不可)。
	永平寺町	有 (年1回)	有 (常勤・専従/社協/ケアマネ)	町外の医療機関・施設との連携把握。
坂井	あわら市、坂井市 (広域連合)	有 (年2回)	有 (非常勤/医師会/保健師)	情報共有のリアルタイム化 (ICT) が課題 (→「つながるさかい」を導入)。
奥越	大野市、勝山市	有 (年4回/2回)	有 (非常勤/包括/保健師・看護師)	市外の病院との連携。ケアマネの医療連携への心理的敷居の高さ。
丹南	鯖江市、池田町、 越前市、越前町、 南越前町	有 (年1回~4回) (池田町:なし)	池田町 鯖江市、越前町、越前市、南越前 町:有 (常勤/兼務/市職員・包括・ 診療所/保健師・ケアマネ・医師)	ICT普及の遅れ (二重管理の負担)。かかりつけ 医の高齢化と担い手不足。
二州	敦賀市	有 (年3回)	有 (常勤・兼務/包括/保健師)	24時間対応訪問看護ステーションが限定的。
	美浜町	なし	有 (常勤・兼務/包括/保健師)	訪問診療できる医療機関が限定的。
若狭	小浜市	なし	なし	狭い地域内で連携できているが、コーディネー ターは未配置。
	高浜町、おおい町、 若狭町	なし	高浜町、若狭町:なし おおい町:有 (常勤・兼務/包括/保 健師)	医療・介護の人材不足、夜間の支援不足 (医療 依存度の高い方の在宅受け入れに不安)。

かかりつけ医機能報告に基づく想定協議事項

- 報告データを基に地域課題を分析し、具体的方策を検討する。

報告事項の概要 (現状把握)	想定される協議テーマ (課題解決)
1. 継続的な日常診療機能 (例: 総合診療体制の有無、研修修了者、機能の院内掲示)	1. 日常診療体制の強化と専門連携 (課題: 総合診療体制 の強化、専門外疾患への円滑な連携方法)
2. 専門医療との連携 (例: 専門病院からの紹介患者数、救急医療への協力体制)	2. 専門医療へのアクセス改善 (課題: 専門医への情報提供の質向上、地域での 救急医療協力体制 の明確化)
3. 入退院支援・地域連携 (例: 入退院支援加算の算定回数、地域パスへの参加状況)	3. 切れ目のない入退院支援体制 (課題: 入退院支援ルール の活用徹底、地域包括ケア病棟からの在宅復帰支援)
4. 在宅医療提供体制 (例: 訪問診療の実施有無、在宅患者数、24時間対応体制)	4. 在宅医療を担う人材育成と体制構築 (課題: 在宅医の担い手育成、 急変時対応・看取り のための多職種連携体制)
5. 介護・福祉との連携/ACP推進 (例: 居宅療養管理指導の実施、主治医意見書作成状況、ACP支援の有無)	5. 介護・福祉との連携強化とACP普及 (課題: 介護サービスへの適切な情報共有、 ACP推進 に向けた多職種の役割分担)