

事務連絡
令和7年7月2日

各位

高知県健康政策部在宅療養推進課長
(公 印 省 略)

「地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業」における在宅医療の拠点の整備・運用に関する相談窓口の設置及び伴走支援実施地域の募集について

平素は、本県の医療行政の推進にご理解、ご協力をいただき厚くお礼を申し上げます。

さて、厚生労働省では、各都道府県が進める拠点の整備や運用に関する取組を支援し、地域における在宅医療提供体制の充実を図ることを目的に、令和7年度厚生労働省委託事業「地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業」を実施しています。

本事業において、都道府県、拠点、医療機関等から在宅医療の体制整備に関する相談を受け付ける窓口を設置するとともに、拠点の整備・運用に課題を抱える地域に対して、拠点の整備・運用に主体的に取り組めるよう伴走支援の実施を企画しています。

つきましては、別添資料をご確認のうえ、関係機関へのご周知をお願いいたします。また、「地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業」による在宅医療の拠点整備・運用に向けた伴走支援を希望される場合は、下記のとおりお申し込みをお願いいたします。

記

1. 提出書類

(別紙2-②) 在宅医療の拠点整備・運用に向けた伴走支援 申込書

2. 申込方法

当課までメールでお申し込みをお願いいたします。

メールアドレス：131401@ken.pref.kochi.lg.jp

3. 締切日

令和7年7月22日(火)

連絡先

高知県健康政策部在宅療養推進課 蒲原、三谷

TEL：088-823-9104

FAX：088-823-9137

E-mail：131401@ken.pref.kochi.lg.jp

令和 7 年 6 月 25 日

各都道府県衛生主管部（局）御中

地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業 事務局

在宅医療の体制整備・運用に関する相談窓口の設置について

平素より大変お世話になっております。

令和 7 年度厚生労働省委託事業「地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業（以下、「本事業」という。）」を受託している有限責任監査法人トーマツと申します。

本事業では、過年度に厚生労働省において作成・公表された「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（以下、「ガイドブック」という。）」を活用しながら、各都道府県における在宅医療に必要な連携を担う拠点（以下、「拠点」という。）の整備や運用に関する取組を推進し、地域における在宅医療提供体制の充実に向けた支援を行うこととしております。

本事業の一環として、拠点の整備・運営にあたりお役立ていただくために、下記の要領にて在宅医療の体制整備・運用に関する相談窓口を設置いたします。

拠点の整備・運用に関する悩みを解決し、拠点の整備・運用を推進する一助として、是非ご活用ください。

記

■ 対象者

- ・ 在宅医療の体制整備・運用に関わる皆様（都道府県、拠点、医療機関等）

■ お問い合わせ内容の例

- ・ 在宅医療の多職種連携を目的とした会議の参加者の例について教えて欲しい
- ・ 地域の多職種連携会議で災害時対応を検討予定だが、平時の連携内容の例を教えて欲しい
- ・ 地域の在宅医療の資源の把握のためにどのような情報を活用したらよいか教えて欲しい

■ 注意事項

- ・ 照会内容の認識齟齬防止のため、可能な限り E-mail でお問い合わせください。
- ・ 電話照会の際に不在場合があります。不在時はメッセージを残していただけると、後ほど担当者が折り返しご連絡いたします。
- ・ 照会内容は、ガイドブックの改訂の参考とさせていただく可能性がありますことご了承ください。なお、その他の目的では使用いたしません。

- お問い合わせ先：地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業 事務局
E-mail : zaitaku@tohmatu.co.jp
電話：080-4682-1760（携帯）
- 実施期間：令和7年6月27日から令和8年2月28日まで
- 受付時間：平日9時から17時まで（年末年始を除く）

- メール照会の際は、下記を記載のうえご連絡ください
件名：拠点整備・運用に関する照会
本文：1) 自治体・機関名：
2) 氏名：
3) 連絡先（TEL/メールアドレス）：
4) 照会内容（具体的に）：

以上

令和 7 年 6 月 25 日

令和 7 年度厚生労働省事業
「地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業」
在宅医療の拠点整備・運用に向けた伴走支援 公募要領

1 目的

令和 6 年度から始まった第 8 次医療計画では、各都道府県が「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点（以下「拠点」という。）」を位置づけ、在宅医療の提供体制の構築や多職種連携による療養支援などを進めることが求められています。

「地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業」では、拠点の整備・運用に課題を抱える都道府県に対して、拠点の整備・運用に主体的に取り組めるような集中的かつ実践的な支援を通して、当該都道府県における在宅医療の体制整備についての課題を解決することを目的に、伴走支援を実施いたします。

2 伴走支援実施地域について

在宅医療の体制整備に課題を抱え、外部支援を希望する在宅医療の圏域（在宅医療の圏域がない場合は、二次医療圏や市町村単位等）

3 伴走支援の内容

地域における在宅医療の体制整備についての課題の整理や対応策の検討に向けて、令和 7 年 8 月頃から令和 8 年 2 月末（予定）までに 3～4 回の会議を開催し、地域で実行可能な対応策の立案を支援します。必要時、会議とは別に、検討にあたってアドバイザーの派遣（最大 3 回）や、伴走支援の実施地域の構成員からの質問への対応を行い、地域が主体的に取り組めるよう実践的に後押しします。

伴走支援の実施イメージ

議題	実施内容
第 1 回 現状把握と課題確認	地域の現状と在宅医療の体制整備に関する課題の把握
第 2 回 対応策案の検討①	第 1 回で把握した課題に対し、地域で対応策案を作成した上で、実行可能な案となるようアドバイザーを交えて協議
第 3 回 対応策案の検討②	第 2 回での協議内容をもとに <u>対策案をアップデートし、協議した上で最終化</u>
第 4 回 予備	第 3 回までの協議で施策案がまとまらなかった場合の予備日として想定

4 アドバイザー

アドバイザー代表 三浦 久幸先生（医療法人社団悠翔会 臨床研究センター長、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 客員研究員）

他 4 名程度

5 選定数

1 地域程度（応募地域が複数の場合は、事務局にて選定します。）

6 応募要件

- ・ 拠点を設置している地域であること
- ・ 拠点を中心とし、在宅医療の体制整備に向けた取組を進めていること
- ・ 伴走支援実施地域の参加者（構成員）は、下記を含む 10～15 名程度とすること
 - 拠点担当者及び都道府県（保健所を含む）担当者（※双方参加必須）
 - 地域の在宅医療関係者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等）
 - 地域の医療関係団体（地区医師会、地区歯科医師会、地区薬剤師会、訪問看護ステーション連絡協議会等）
 - 地域の介護関係者（ケアマネジャー等）
 - 地域の介護関係団体及び障害福祉関係団体
 - 市町村担当者（介護担当を含む）

等

※特定の職種・団体に偏らないように留意すること

7 申込方法

別紙 2 - ②「在宅医療の拠点整備・運用に向けたモデル地域への伴走支援 申込書」に必要事項を記入の上、都道府県でとりまとめの上、都道府県担当者よりメールにてご提出ください。

8 申込締切 令和 7 年 7 月 31 日

9 選定結果の通知

申込締切から 2 週間程度

（応募いただいた全ての地域の代表者宛てにメールにて通知します。）

10 申込書提出先及びお問い合わせ先

地域の在宅医療の体制整備に向けた調査・連携支援事業 事務局

有限責任監査法人トーマツ

E-mail zaitaku@tohmatu.co.jp

在宅医療の拠点整備・運用に向けた伴走支援 申込書

■ 応募地域の基本情報をご記入ください。

都道府県			
応募地域の単位	※右の回答欄に 1 又は 2 をご記入ください	回答	
	1 在宅医療の圏域 2 在宅医療の圏域ではない		
応募地域名	※上記設問で 1 と回答した場合は在宅医療の圏域を、2 と回答した場合はその地域名をご記載ください		

■ 代表者の基本情報をご記入ください。

所 属	
部 署	
氏 名	
役 職	
住 所	〒
電話番号	
E-mail	

■ 応募の理由をご記入ください。(※できる限り具体的にご記載ください)

--

- 地域の特徴をご記入ください。(※できる限り具体的にご記載ください)

- 拠点の取組内容をご記入ください。(※できる限り具体的にご記載ください)

- 地域の課題について、該当する項目に○を付けたうえで、詳細を枠内にご記入ください。

(※できる限り具体的にご記載ください)

- ・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
- ・在宅医療に関する人材育成
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- ・災害時及び災害に備えた体制構築への支援
- ・その他

- 想定される本伴走支援の参加者（構成員）をご記入ください。
（※現時点で参加を想定している職種や機関の記載で構いません）
（※行が足りない場合は適宜追加してご記入ください）

No.	所属	部署	役職	職種
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

以上

