

**令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業
に係る調査等
事業実施内容報告書**

成果物一式

**令和6年3月
厚生労働省老健局老人保健課**

令和5年度都道府県・市町村連携支援

茨城県水戸市について

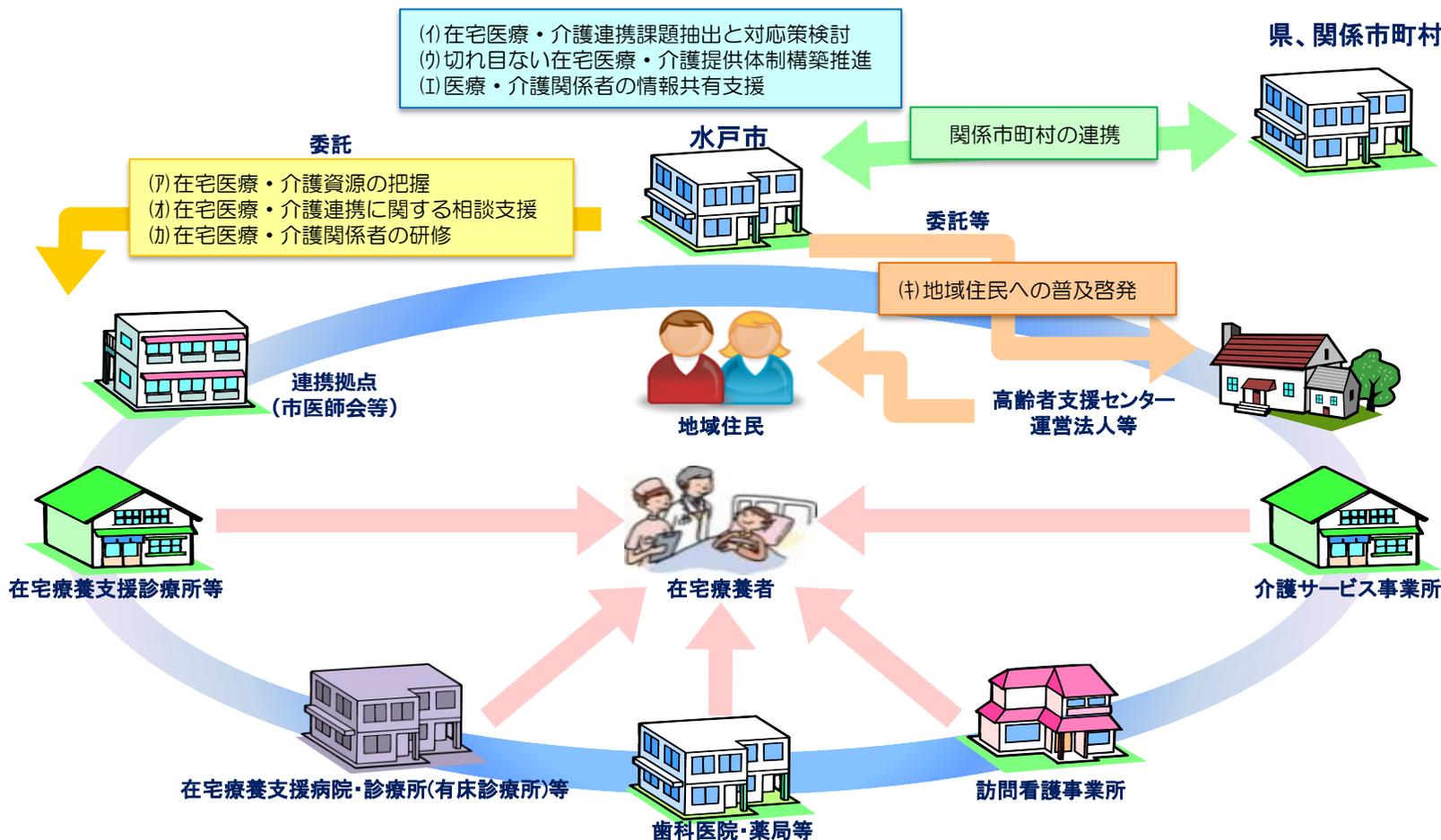
自治体概要

人口※1	270,685人
高齢化率※1	26.2% (65歳以上)、13.6% (75歳以上)
要介護認定率※2	19.2%
担当部署	水戸市福祉部高齢福祉課地域支援センター
委託先	水戸市医師会、高齢者支援センター
その他の参加者	茨城県保健医療部健康推進課地域包括ケア推進室 水戸市福祉部高齢福祉課、水戸市保健医療部保健所保健総務課 水戸市医師会在宅医療・介護連携支援センター

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

特徴

利点	高齢者の相談窓口が日常生活圏域毎に設置されており、総合相談支援事業や権利擁護業務、住民への普及啓発活動等に注力しやすい体制である。
医療の特徴	県内で最も多くの医療機関を有する。近隣市外にも救急医療機関が複数ある。
介護の特徴	他市町村と比較して、介護保険関係の事業所、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム及び特別養護老人ホーム等の施設の数も多い。
在宅医療・介護連携推進事業の現況	図の通りア～キの事業項目ごとに分担し実施していた。



茨城県水戸市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 他自治体の好事例を把握し、分析する。
- ② 現状の分析から、課題を抽出し、協議体の役割と検討テーマを明確にする。
- ③ 協議体に必要な関係者等を整理する。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法の研修。
- ③ 協議体の形式や有効性等の整理と情報提供。

【取組の方針】

- ① 関係者と同意形成に有効な協議体の設置の実施。
- ② PDCAサイクルの回し方の理解。
- ③ 関係者（医師会等）との効果的な連携方法の理解。

【成果等】

- ・ 他の自治体の事例を通じて協議体の在り方を分析するとともに、関係者（医師会等）との効果的な連携を図るため、まずは自治体の課題抽出を実施。
- ・ 課題抽出の手法として、PDCAサイクルに沿ったロジックモデル等についても整理し、その上で協議体の参加者やテーマ等を検討。

【アドバイザーとの検討①】

- 他の自治体の事例の分析から水戸市に適した事例を分析する。
- まずは、現状と課題を明確にすることが重要。

【アドバイザーとの検討②】

- 課題を更に明確にし、優先順位も含めて検討する。
- 協議体で誰と何を検討すべきかまで検討する。

【自治体の考える課題と現状】

- 協議体が未設置であるため、関係者と課題や対応策を話し合う場面がない。
- PDCAサイクルを回すことが難しく、課題抽出、事業評価が不十分。
- 関係団体等委託先についても4つの場面ではなくア～キの事業項目に沿った取組の委託内容となっている。

【中間報告】

- 4つの場面毎に現状、課題、あるべき姿を整理。
- 上記の課題も踏まえて協議体のテーマを選定。
- 医療計画に記載された「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携についても検討。

【最終報告】

- 都道府県・市町村連携支援を通しての気づきや学び、今後の展望について共有。
- 協議体の在り方について整理。
- 協議体設置に向けた事前準備会議の構成メンバーについて検討。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定①

連携支援前打合せ 及び実施計画策定②

中間報告会①

中間報告会②

最終報告会

【状況】

- ・ 4つの場面ごとの「目指す姿」や協議体、評価指標を設定していない。
- ・ PDCAサイクルの回し方が分からない。

【アドバイス等】

- ・ 協議体にどのような機能を持たせたいか、検討すると良い。
- ・ 市の既存の取組を4つの場面ごとの目標に沿って整理してみてもどうか。
- ・ 評価指標については、目標が明確でないと設定は困難である。評価は事実と価値判断によるものであり、価値判断は協議体でしかできない。

【状況、変化等】

- ・ 担当で集まり、事業の目的共有、既存の取組の整理を行うことを計画している。
- ・ 現状把握においてレセプトデータの活用が上手くできない。

【アドバイス等】

- ・ 地域包括支援センターや水戸市医師会との日頃の関係性を生かし、個々が持っている課題意識を集約すると良い。
- ・ 4つの場面毎に整理していくと良い。
- ・ レセプトデータの活用については、国立保健医療科学院を紹介する。

【状況、変化等】

- ・ 4つの場面の目指す姿（案）を設定した。担当で集まり、事業目的の共有、個々で感じる課題の集約を実施した。
- ・ 医療計画に係る「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の選定を受ける意向のある医療機関を茨城県へ推薦した。

【アドバイス等】

- ・ 既存の取組について、4つの場面ごとの目指す姿に沿ったものもあるはずなのでロジックモデル等活用し可視化してみてもどうか。
- ・ 現場の課題意識を裏付けするデータの活用が有効である。

【状況、変化等】

- ・ 4つの場面ごとの目指す姿（案）に沿って既存の取組を表に整理した。
- ・ 今後の取組を整理するためロードマップ、協議体イメージ図を作成した。
- ・ 国立保健医療科学院による支援を通してレセプトデータ等の活用について理解を深めた。

【アドバイス等】

- ・ 協議体設置においては参加する専門職との合意形成が非常に重要である。
- ・ 協議体にどのような機能を持たせたいかもっと具体的に整理する必要がある。

【結果】

- ・ 協議体の形について課内で再度整理した。
- ・ 本事業が必要とされる背景や事業の目的の共有から丁寧に行うことで、地域の専門職との合意形成を積み重ねていく過程の重要性を改めて認識した。
- ・ PDCAサイクルに沿った取組実施に向け、まずやるべきことを整理することができた。

【アドバイス等】

- ・ 事前準備会議の構成は参加者の選定から、丁寧に行うと良い。
- ・ 住民への普及啓発活動の目的を整理すると良い。
- ・ 先進地への視察も検討してみてもどうか。

支援前の課題

- 4つの場面ごとの目指す姿を設置せずに、ア～キの事業項目に沿って取組を実施している。
- 協議体を設置しておらず、地域の関係団体と協議する体制がない。
- 評価指標を設置しておらず、取組による効果を図ることができていない。
- 水戸市医師会への委託内容が4つの場面ではなくア～キの事業項目に沿った取組内容となっている。

支援前後の変化（支援の効果）

- 4つの場面ごとの目指す姿（案）を設定した。
- 在宅医療・介護連携推進事業が必要とされる背景や目的への理解を深めることができ、それを水戸市医師会、地域包括支援センター職員と共有し、現在の取組を見直すことができた。
- レセプトデータ等の活用方法や、既存の取組を数値としてみていくことの必要性について理解を深めることができ、PDCAサイクルに沿った取組に向けて、まず行うべきことを整理することができた。
- 既存の取組を、4つの場面ごとの目指す姿（案）に沿って表に整理し、水戸市の取組の現状を可視化し整理することができた。
- 水戸市医師会、高齢者支援センターへの委託内容を見直すことができた。
- 協議体設置に向け、取り組むべきことや、協議体の形を検討することができた。

今後について（予定、方向性等）

- PDCAサイクルに沿った取組に向け、現状把握を進める。（市として把握すべきデータの整理、既存の取組の整理、庁内の関係課との情報共有等）
- 既存の取組について、4つの場面ごとの目指す姿を意識した取組となるよう、事業計画や実績報告の方法を検討する。
- 協議体設置に向け、事前準備会議の開催準備を行う。事前準備会議の構成員の検討は丁寧に行う。事前準備会議においては、在宅医療・介護連携推進事業が必要とされる背景や目的の共有を行うこと、協議体の必要性について合意を得ることから始め、その上で協議体の機能や構成員について協議を深めていけるようにしたい。
- 令和6年度は事前準備会議を重ね、令和6年度末には協議体を設置できるようにすることを目標に取組んでいきたい。

水戸市 在宅医療・介護連携に係る協議体設置に向けた準備

①コアメンバーによる事前準備会議を開催する

【構成メンバー】

- ・水戸市
- ・水戸市医師会在宅医療・介護連携支援センター
- ・事前準備会議について、合意が得られた地域の専門職団体

【会議開催目的】

- ・コアメンバー間での在宅医療・介護連携推進事業の背景や目的の共通理解
- ・協議体の在り方を検討（名称・機能・構成員）
- ・関係団体への働きかけの方法について検討



②関係団体への働きかけ

在宅医療・介護連携推進協議体 (仮)

全体会 (年2~4回程度)

コ
ア
メ
ン
バ
ー

- ・水戸市
- ・水戸市医師会在宅医療・介護連携支援センター
- ・事前準備会議の必要性について、合意が得られた地域の専門職団体



※
協
議
体
メ
ン
バ
ー
候
補
団
体
に
お
い
て
決
め
る

- ・茨城県看護協会
- ・訪問看護師連絡会
- ・茨城県ケアマネジャー協会水戸地区会
- ・在宅支援診療所・病院
- ・後方支援病院
- ・水戸市薬剤師会
- ・県央地区ソーシャルワーカー協会
- ・水戸市歯科医師会
- ・茨城県歯科衛生士会水戸支部
- ・茨城県リハビリテーション専門職協会
- ・茨城県栄養士会
- ・高齢者施設関係者
- ・介護サービス事業者
- ・高齢者支援センター

【全体会の機能】

- (1) 事業全体の目的の共有=目線合わせ
- (2) 4つの場面の目指す姿に対する現状・課題の整理
- (3) 課題に対する取組を実践するWGの在り方検討
 - ①WGのテーマについて
 - ②WGの重点目標(長期・短期)について
 - ③一緒に取り組みたい関係団体について
- (4) WGによる取組の評価



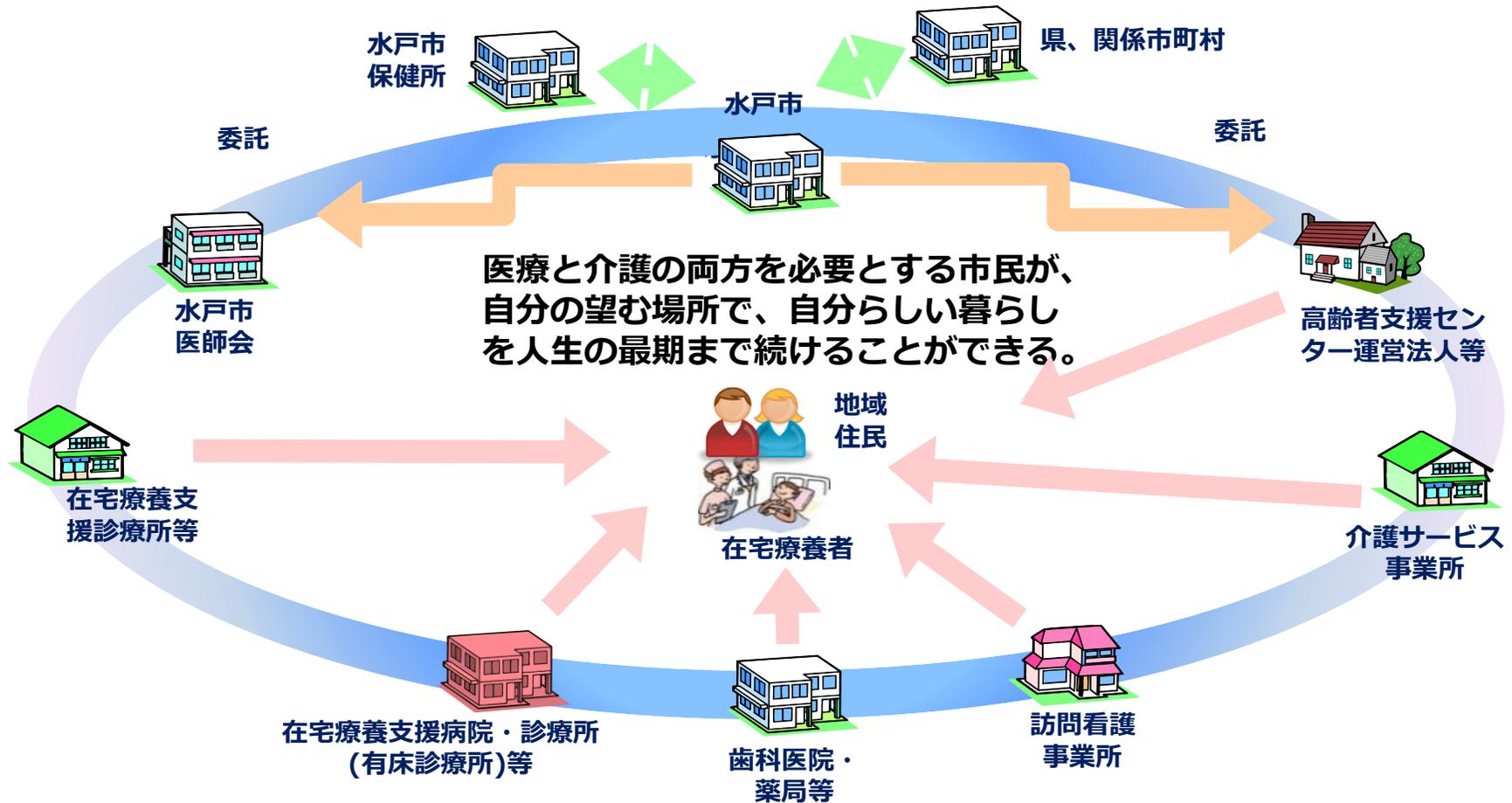
テーマ例

①専門職向け研修会WG

②ルール・ツール作成WG

③住民向け普及啓発WG

今後の水戸市在宅医療・介護連携推進事業



静岡県伊豆市について

自治体概要

人口※1	28,190人
高齢化率※1	42.6% (65歳以上)、22.8% (75歳以上)
要介護認定率※2	15.3%
担当部署	伊豆市健康長寿課
委託先	伊豆赤十字病院
その他の参加者	東部保健所、静岡県福祉長寿政策課

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

特徴

利点	地域住民のささえ合い活動が盛ん、通いの場90か所
医療の特徴	5病院、11診療所 療養病床が多い
介護の特徴	特別養護老人ホームが4か所あり、日本医師会のJMAP（地域医療情報システム）より、入所定員は全国と比較して多い
在宅医療・介護連携推進事業の現況	事業項目（ア）（オ）（カ）（キ）を医療機関へ一部委託して実施している

平成16年に4町が合併して誕生 海・山・川 自然豊か

令和4年度 高齢者等実態調査

『最期を自宅で過ごしたい一般高齢者』51.0%

『医療・介護が必要になったとき、在宅生活を継続することが可能だと思っている一般高齢者』31.2%

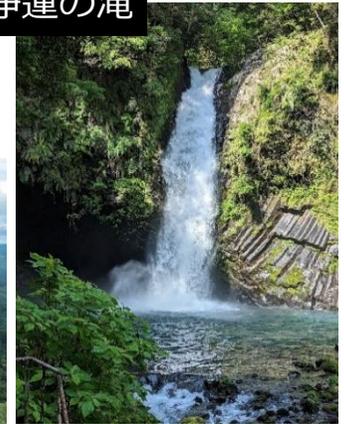
ささえ合い活動ガイドブック



天城連山



浄蓮の滝



土肥海水浴場

わさび田



自然・歴史・文化が薫る 誇りと活力に満ちた「伊豆半島の新基軸(クロスロード)」・伊豆市
～いつまでも住み続けたい 次世代に笑顔をつなぐ礎づくり～

静岡県伊豆市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 他自治体の好事例を把握し、分析する。
- ② あるべき姿を確認し、中長期的な目標なども設定し、関係者に共有。
- ③ 互いに利点がある連携関係の構築を念頭に、互いの役割分担と実施事項を確認。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法、指標の設定方法に係る研修。
- ③ 効率的・効果的な連携推進のための手法の共有。

【取組の方針】

- ① 自治体と委託先（病院）の、双方の強みを活かした役割分担の明確化及び連携の推進。
- ② 事業に係る評価指標の明確化。

【成果等】

- 実施主体としての市のマネジメント力の強化のため、
- ・ 委託先（地域の関係団体）との効果的な連携のために必要な情報の整理
 - ・ 市と委託先との役割分担に係る事項の整理
 - ・ 委託先のみならず、他の地域の関係団体や専門職、地域住民への事業周知・情報共有の実施 等を実施

【アドバイザーとの検討①】

- 好事例を踏まえ、効果的な連携に係る方策を検討する。
- ロジックモデルの活用検討も含め、市のあるべき姿に向けた課題を整理する。
- 委託先への利点等も伝えることが必要。

【アドバイザーとの検討②】

- 委託先への利点等は引き続き整理し、伝えることが必要。
- 関係者に共有できるよう、市の事業実施計画等を明確にする。
- 指標の設定方法についても整理し、検討。

【自治体の考える課題と現状】

- 在宅医療・介護連携推進事業の一部を病院へ委託しているが、市が実施してほしい事項と現在の実施事項とに乖離があり、役割分担及び連携が不十分。
- 資源情報の活用や相談窓口の周知不足、実施前後の評価共有等が不十分。
- 事業項目を実施することが目的となっており、成果がみえない。

【中間報告】

- 在宅医療・介護連携推進事業に係る中長期的展望の検討及び事業の再構築及び整理が必要。
- 事業の成果指標も適切な設定が必要。
- 相談窓口の利活用に向けた市内事業所への調査が必要。
- 委託先との意見交換会等を実施し、双方の現状認識や課題を明確化。
- 市の中長期的展望を委託先とも共有することが重要。

【最終報告】

- 委託先の人員体制および事業推進のための役割を担うことが困難であることから、委託契約を終結。
- 一旦、行政直営とし、事業の目指すこと、実施計画と評価指標を明確にする。
- 市の役割と委託先の役割を整理し、連携体制について共有した上で改めて委託しなおすこととする。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定①

【状況】

- ・ 8つの事業項目を役割分担的に実施することが目的となっており、成果がみえない。
- ・ 委託先の相談窓口に寄せられる相談に対する対応が病院連携室の対応の域を超えない。

【アドバイス等】

- ・ 受託する医療機関としても在宅復帰率を維持するために、この事業に取り組むことはメリットであると言える。
- ・ 受託側の医療機関での課題や連携状況などを視覚化して話ができるの良いのではないかな。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定②

【状況、変化等】

- ・ 地域連携室の業務に留まり、伊豆市のコーディネーターとしての役割まで担えていない。
- ・ また、連携室の業務と兼務であり、負担も大きいため役割縮小の希望も聞かれている。

【アドバイス等】

- ・ 高齢者の高齢化による病院への影響や再入院の現状など、病院側に自分ごととして捉えてもらう必要がある。
- ・ 委託医療機関の課題解決を軸に地域へ横展開できると良い。
- ・ また、担当者のみでは負担が大きいためバックアップが必要。

中間報告会①

【状況、変化等】

- ・ 市が感じている課題感を伝えたものの、委託医療機関は事業推進について、委託を受けている事業項目は取り組んでおり、役割は遂行しているとの考えであった。

【アドバイス等】

- ・ 委託契約の内容（担って欲しい役割）を明確にした仕様書を提示し、委託業務の報告及びフィードバックについても確実に行われるような体制づくりが必要である。

中間報告会②

【状況、変化等】

- ・ ケアマネジャーへ在宅医療介護連携に関するアンケート調査を実施。アンケート結果も踏まえて、相談支援に求める役割を明確化した仕様書（案）を提示し、市の考えを伝えた。

【アドバイス等】

- ・ この事業が目指すものは市民がどうなることかであり、連携は手段である。
- ・ この事業をPDCAにのせて推進するためには、市民がどうなることを目指すのか、もう一度、整理しなおすことが必要。

最終報告会

【結果】

- ・ 委託先より次年度の受託は困難であるという旨の回答があり、行政直営として目指す市民の姿やそのための事業実施、評価指標を明確にし、整次次第、再度委託を考えている。

【アドバイス等】

- ・ 自施設で解決したい課題を持ち、在宅療養支援を積極的に行っている医療機関が望ましいだろう。
- ・ コーディネーターは個々で力量に差もあり、医療機関のバックアップ体制も必須である。

支援前の課題

- 8つの事業項目が役割分担的になっており、事業を実施することが目的となっている。
- 事業の成果がみえない
- 相談窓口が効果的に活用されていない。

支援前後の変化（支援の効果）

- 委託先との協議を重ね、事業の推進に向けて、進むべき方向性の共有を図ったが、現状の受託体制を変えることが困難であるとの回答を受け、今年度末で委託を終結することとなった。
- 事業の成果がみえない理由は、事業を推進することでどうなることを目指すのかという明確なビジョンがないためであると気づき、課題の抽出と評価指標の設定から再スタートすべきだと分かった。
- 相談窓口の相談件数を増やすことを目標とするのではなく、コーディネーターが、行政とともに課題解決に取り組めるよう、4つの場面での目指す姿を共有することが必要であると分かった。

今後について（予定、方向性等）

- 行政直営とし、4つの場面で目指す姿を整理し直す。
- 目指す姿とそこに近づくためのプロセスを可視化した仕様書を作成する。
- 市内医療機関の動向をみて、再委託先を検討する。

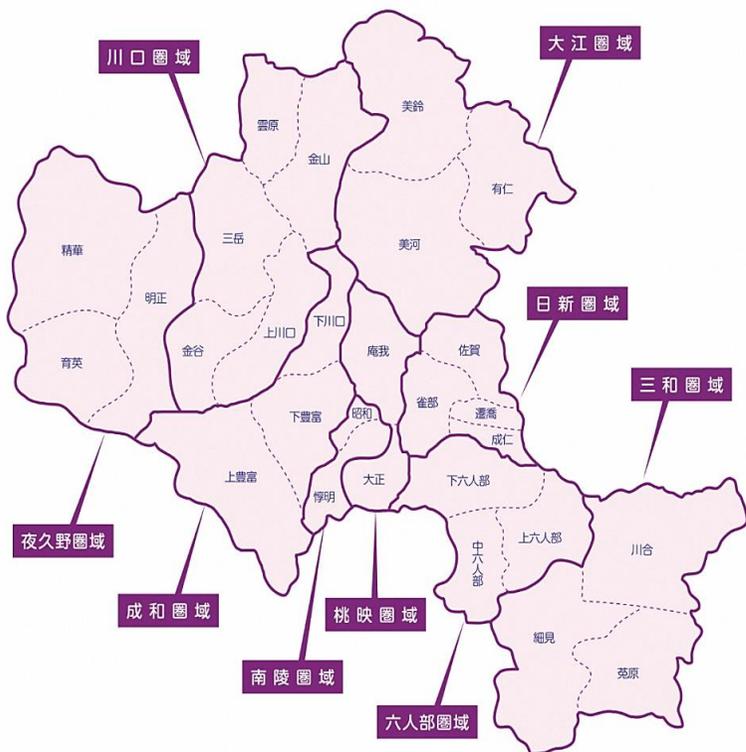
京都府福知山市について

自治体概要

人口※1	77,306人
高齢化率※1	29.7% (65歳以上)、15.8% (75歳以上)
要介護認定率※2	22.0%
担当部署	福知山市地域包括ケア推進課
委託先	-
その他の参加者	京都府高齢者支援課、中丹西保健所、福知山市健康医療課、高齢者福祉課

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

福知山市日常生活圏域図



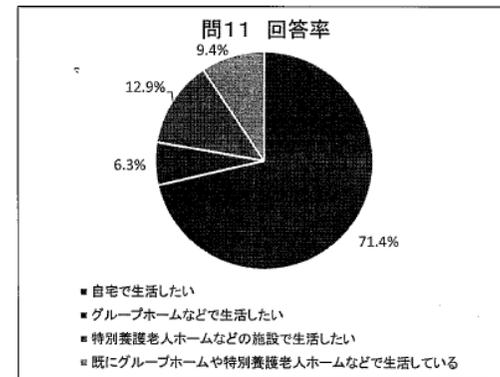
特徴

利点	合計特殊出生率2.02は、本州3位、府下1位の水準 程よく田舎、程よく都会で子育てしやすいまち 「住みよさランキング2023」では府下1位（近畿8位） 多くの災害（水害）の経験を生かして防災対策の強化が進んでいる
課題	交通手段（鉄道・バス等）の本数が少なく、運転できないと生活に制限が加わる 中心部と周辺部では、高齢化率に大きな差があり、また店舗や医療機関、介護保険事業所の数等利便性の差も大きい ⇒中学校区ごとの9つに細分化して地域包括支援センターを配置
医療の特徴	病院6か所、一般診療所57か所、歯科医院37か所、かかりつけ医では対応が難しい病状でも、市内で医療が完結できることが多い。 基本的な一次、二次、三次救急が市内に存在する。 かかりつけ医を持つ人の割合=69%
介護の特徴	種類別の介護施設数は全国と比較して大差なし。近年、施設入所の待機者は減少傾向。在宅サービスの充足度は中心部と周辺部で大きく異なるが、特にヘルパーの充足が求められる。いずれの分野においても人材不足が大きな課題。 サービスB（住民同士の支えあい事業）が拡大中。難病患者等一部の市民からヘルパー派遣等24時間対応サービスを求める声あり。
在宅医療・介護連携推進事業の現況	医療・介護・福祉の関係者から成る協議体を立ち上げ協議を重ねている。 9つの地域包括支援センターを核として、圏域ごとに多職種連携のネットワーク構築に努めている。

問11 今後、どこで生活していきたいですか。当てはまる項目1つに○をつけてください。

(有効回答数) 224

項目	回答数	回答率
自宅で生活したい	160	71.4%
グループホームなどで生活したい	14	6.3%
特別養護老人ホームなどの施設で生活したい	29	12.9%
既にグループホームや特別養護老人ホームなどで生活している	21	9.4%



『介護認定の更新対象者に対するアンケート』
令和5年度集計結果より

京都府福知山市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 場面毎の現状の分析から、課題を抽出する。（適宜ロジックモデル等を活用）
- ② 意見交換における必要関係者等について整理。
- ③ 効果的・効率的な意見交換の場の設定について検討。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② 4つの場面毎のPDCAを回すための指標の設定方法に係る研修。
- ③ 協議体の形式や有効性等の整理と情報提供。

【取組の方針】

- ① 「看取り」に係る取組の更なる推進。
- ② PDCAサイクルの回し方の理解。
- ③ 多職種からの連携の推進。

【成果等】

- ・ 多職種による小規模な協議体（意見交換会）の開催の検討。
- ・ ロジックモデルを活用した課題及び対応策の検討。
- ・ 継続的に協議体の開催を行いながら、あるべき姿に向けて整備していくことの検討等を実施。

【アドバイザーとの検討①】

- 好事例を踏まえ、効果的な連携に係る方策を検討する。
- ロジックモデル活用について検討する。
- 意見交換が実施しやすいように、小規模な協議体の必要性について検討。

【アドバイザーとの検討②】

- ロジックモデル策定による「看取り」に係る指標の精査の必要性
- 効果的・効果的な多職種の意見交換のための協議体（意見交換会）の開催方法について検討。

【自治体の考える課題と現状】

- 「医療・介護・福祉連携部会」（大規模な協議体）で「看取り」をテーマに多職種連携に係る検討を重ねているが、方向性が不明瞭となっている。
- 9つの地域包括支援センターを中心に、圏域ごとの多職種ネットワークづくりに努めているが、取り組みが進まない圏域がある。
- PDCAの回し方を知りたい。

【中間報告】

- 「看取り」に係るロジックモデルを策定し、成果（アウトカム指標）と市町村の取組状況（アウトプット指標）の関連を整理。
- ロジックモデルの策定にあたり、大規模な協議体に参加している団体等から、「看取り」の検討により有効な職種や関連団体等を検討し、核となる協議体の意見交換会の開催を検討。

【最終報告】

- 核となる協議体のメンバーを確定し、意見交換の継続開催と並行して、それぞれの団体へも丁寧なヒアリングを実施することで課題の把握と解決に向けて働きかけを行う。
- 現状の把握を行うことで抽出された重点課題を視覚化し、福知山市版ロジックモデルの作成を多職種で行い運用する。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定①

【状況】

- ・ 大規模な協議体で『看取り』をテーマに多職種連携にかかる検討を重ねているが、方向性が不明瞭。
- ・ 9つの圏域（中学校区）ごとの多職種ネットワークづくりに努めているが、取り組みが進まない圏域がある。

【アドバイス等】

- ・ 様々な取り組みは行われているが、整理ができていない。
- ・ 取り組みを住民主体にして考え直す。

『主語は行政ではなく住民』

連携支援前打合せ 及び実施計画策定②

【状況、変化等】

- ・ 持ち合わせる情報を整理して、市の現状と課題の洗い出しを行った。
- ・ 市の状況から医療・介護のニーズを抽出した。

【アドバイス等】

- ・ 現在の取り組みや課題整理の手法としてロジックモデルの紹介。
- ・ 誰もが我がごととして受け止められるように、様々な職能団体から選出したチーム形成が有効。

『ロジックモデル』
『チーム形成』

中間報告会①

【状況、変化等】

- ・ 市民公開講座の実施、広報ふくちやまで『看取り』特集。
⇒複数の職能団体が一体となり市民啓発を実施。
- ・ ロジックモデルの作成。
- ・ 成果指標の抽出。

【アドバイス等】

- ・ 核となる協議体形成、取り組みのポイントのアドバイス。
- ・ 小さな協議体を形成し、主体的に考えてもらう場の提案。

『核となる協議体』
『小さな協議体』
(例) 訪問看護師と救急隊
居宅CMと病院相談員

中間報告会②

【状況、変化等】

- ・ 核となる協議体へ現在の取り組みを報告し、協力を依頼。
- ・ 小さな協議会を開催し、みんなで目指すべき姿を認識。

【アドバイス等】

- ・ 現場で感じていることと客観的な視点が大切。数値などでの把握が重要。
- ・ 市だけで考えるのではなく、みんなで取り組むことが大切。

『客観的な視点』
『みんなで取り組む』

最終報告会

【結果】

- ・ 協議会のメンバーに個別にヒアリングを実施。
- ・ ヒアリング結果をもとに来年度へつなげていこう。

【アドバイス等】

- ・ 重点項目の中でも優先順位をつけ、取り組みやすく効果の高いものから取り組む。
- ・ 個人・団体への聞き取りを丁寧に行うことが大事。
- ・ テーマである『看取り』について、もう一度、背景を整理する必要がある。

支援前の課題

- 医療介護連携と一言でいっても、方向性が不明瞭で何から取り組めばよいのかわからない。
- 専門職個々にはいろいろと課題を把握されているが、団体として共通認識されていない。

支援前後の変化（支援の効果）

- 自分たちは、いろいろと取り組んでいた。それぞれが個々に成立しており繋がっていなかった。
⇒ロジックモデルで整理
- 『【行政】が何かをする』ではなく、『【市民】がどのように生活していきたいか』を考えることができた。
⇒主語は『市民』
- それぞれの職能団体が、我が事として考えてもらえるような客観的データの把握や整理ができた。
⇒客観的視点
- それぞれの現状や課題を話し合える場がなかった。
⇒核となる団体が立ち上がった！！

今後について（予定、方向性等）

- 核となるメンバーを確定し、協議会の継続的開催。
- 協議会での意見を各職能団体で共有し、我が事として課題の把握・解決に向け働きかけを行う。
- 福知山市版ロジックモデルの作成と団体間での希望・期待関連図の作成。
- 核となるメンバー・職能団体への現状や課題の聞き取りを行い、一緒に医療介護連携について考えてもらう人材の発掘。

《ロジックモデル》

協議体の中でこれから改めて作成予定

【目指す姿】

全ての福知山市民が、人生の最終段階まで、住み慣れた地域で自分らしく、安全に、安心して暮らすことができる。

	具体的な施策	成果指標	取り組みの方向性 (中間アウトカム)
1	入退院・外来支援窓口の明確化と、関係機関の情報共有のための窓口一覧の作成・普及	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院・外来支援を受けた患者数 ・京あんしんネットで連携された患者数(登録者数) ・退院カンファレンス実施回数 	病院、在宅療養の移行に向けて、切れ目のない入退院・外来支援を受けることができる
2	同職種、多職種間連携の検討の場の設定		
3	多職種が参画する研修の実施		
4	多職種協働による人材育成研修等の実施		
5	多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり		
6	入退院時における病院と在宅支援者の書面における情報共有の推進		
7	退院前カンファレンスへの在宅支援者参画の推進		
8	京あんしんネットを活用した多職種連携の推進		
9	訪問診療を行う医師増加を目指した研修会等の実施 (※医師会に要相談)	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療を受けた患者数 ・訪問診療実施医師数 ・訪問歯科診療を受けた患者数 ・訪問歯科診療実施歯科医師数 ・訪問看護を受けた患者数 ・訪問介護を受けた患者数 ・訪問薬剤管理指導を受けた患者数 ・訪問リハビリを受けた患者数 ・個別地域ケア会議実施ケース数、圏域地域ケア会議開催回数 ・(再)京あんしんネットで連携された患者数(登録者数) 	望む形で在宅療養を行うことができるよう、必要な支援が受けられる
10	訪問診療医のネットワークの構築 (※医師会に要相談)		
11	在宅歯科医療の推進を目指した研修会等の実施 (在宅歯科医師会に要相談)		
12	在宅療養に関わる専門職(医師、看護師、ケアマネジャー、訪問介護員、理学療法士、薬剤師、栄養士等)の育成を目指した研修会の実施		
13	医療的ケアが提供できる介護人材の育成		
14	圏域ごとの課題を明らかにし、対策を話し合う地域ケア会議の開催		
15	(再)同職種、多職種間連携の検討の場の設定(※各職種に要相談)		
16	(再)多職種が参画する研修の実施		
17	(再)多職種協働による人材育成研修等の実施		
18	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり		
19	(再)京あんしんネットを活用した多職種連携の推進		
20	レスパイト入院、緊急ショートにかかる連携推進		
21	地域包括支援センターをはじめ、在宅療養に関する各種相談窓口の周知と相談機能の充実		
22	住民が、かかりつけ医をもつことの大切さの理解する機会の確保		
23	住民が、在宅療養や看取りについて理解を深めるための機会の確保		

京都府福知山市 都道府県・市町村連携支援 (その他成果物②)

	具体的な施策	成果指標	取り組みの方向性 (中間アウトカム)		
24	在宅を支える病院のバックアップ体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・急変時、多職種(医師、訪問看護師、ケアマネジャー、救急隊等)が連携したケース数 	病状急変時に、必要な支援を受けられる。		
25	24時間薬剤調整体制の構築 (※薬剤師会に要相談)				
26	(再)同職種、多職種間連携の検討の場の設定				
27	(再)多職種が参画する研修の実施				
28	(再)多職種協働による人材育成研修等の実施				
29	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり				
30	(再)京あんしんネットを活用した多職種連携の推進				
31	急変時の医療職と介護職の情報共有体制の推進				
32	患者や家族が病状急変に備えた対応を知る機会の提供				
33	(再)訪問診療医のネットワークの構築 (※医師会に要相談)			<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取り数 ・施設看取り数 	人生の最期まで、自分の望む形で安心して暮らすことができる
34	(再)同職種、多職種間連携の検討の場の設定				
35	(再)多職種が参画する研修の実施				
36	(再)多職種協働による人材育成研修等の実施				
37	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり				
38	(再)京あんしんネットを活用した多職種連携の推進				
39	施設看取り体制の充実				
40	多職種が参画する意思決定支援や緩和ケアのための研修の実施				
41	(再)ケース検討を目的とした地域ケア会議に加え、圏域ごとの多職種連携、課題解決を目指した地域ケア会議の開催				
42	住民が、自分や家族の終末期のあり方について話し合うことの大切さを知る機会の提供				
43	医療介護連携体制に関する市の現状把握、課題分析、取り組みの方向性の検討	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携機能充実に向けて意見交換に関わった職種数 ・情報共有、意見交換をする場の開催回数 	多職種・多機関が連携した支援をうけることができる		
44	多職種が医療介護連携に関する取り組みについての情報・意見交換をする場の設定				
45	市内の病院、医師会、関係機関等との連携の体制づくり				
46	(再)多職種の顔の見える関係づくりと、日頃から必要な相談や協議ができる雰囲気づくり				
47	BCPの作成と具体的な活用に向けた検討の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時ケアプラン作成件数 ・感染症発生時に多職種連携し在宅療養支援をした数 	健康危機(災害発生時や新興感染症罹患時)が発生した際にも、必要な医療や介護が受けられる		
48	災害、感染症の発生に備えた事業所間ネットワークの構築				
49	要配慮者を対象とした、地域の個別避難計画作成の推進				
50	災害時ケアプラン(公助の要配慮者個別避難計画)の作成の推進				
51	専門職と地域が一体となった災害訓練の推進				
52	新興感染症の発生に備えた訓練の実施				
53	災害時に活躍できる人材の確保、育成				
54	感染症流行時に支援を継続するための人材育成				
55	災害・感染症に対する正しい知識や対応方法の普及啓発				

協議体の中でこれから改めて作成予定

在宅医療における現状と課題

市の現状を改めて確認 (一部抜粋)

(1) 入退院支援にかかる支援の状況

ア 入退院調整部署の明確化

○市内5病院(市立福知山市民病院、京都ルネス病院、松本病院、渡邊病院、もみじが丘病院)には、それぞれ「地域医療連携室」といった部署が設置されていたり、担当者が明確になっている。
⇒全ての支援者に浸透しているかは不明なため、窓口一覧が作成できるとよい。

イ 病院と在宅療養を支える多職種との連携状況

○京都府医師会の情報共有ツール「京あんしんネット」を広く活用いただけるよう、市を中心に、京都府や福知山医師会とともに普及啓発を実施してきたことから、一定浸透している。京あんしんネット登録事業所数は、令和4年度末現在、235事業所中82事業所。変化の大きい患者(がん末期、急性期、難病等)の情報共有には有効であるが、登録医師が少ない上に登録医師稼働率が低い点や、法人として京あんしんネット利用体制が整わない、対面での情報共有を好み利用の必要性を感じない等、利用率の伸び悩みが課題となっている。
⇒連携ツールとして、京あんしんネットに加えて、地域ケア会議、電話・対面・書面等についても取り組みを推進する必要がある。

○入退院時のサマリーによる情報共有が不十分。入院時は、担当ケアマネジャーがいれば一定の様式で病院に情報提供を行うことが多い。退院時、病院からは訪問看護師の関りがあれば看護サマリーを提供されるが、医師や介護職には渡らない場合が多い。可能な範囲で、在宅療養チームの中で看護サマリーを共有することはある。
⇒特に、福知山市民病院との連携が困難との声が、市内外から聞かれることからケアマネジャーと福知山市民病院相談員の意見交換の場を設ける等して要望を伝えているが、具体的な解決策は見いだせず。(相談員から看護職に提案するにはハードルが高いよう)中丹西保健所と共に、今後も要望を続ける予定。

○退院カンファレンスは、顔の見える情報共有の場として非常に有効であるが、「ケアマネジャーはカンファレンスに呼んでももらえない」「相談員によって、呼んでもらえたりもらえなかったりする」「リモートでの退院カンファレンス時、画面上のケアマネジャーは一言も話せず、遠くから様子を伺うだけだった」

「退院カンファレンスの日程調整にケアマネジャーは都合を聞いてもらえない等といった課題の声が多く聞かれる。一方で、市民病院サイドからは、「限られた日程(2~3日以内)の中、家族・院内スタッフの調整がやっと」「質問事項があれば、カンファレンスの場でなくても相談員に直接聞いてほしい」「入院時の情報提供があれば、担当ケアマネジャーには連絡を入れるよう心がけているつもり」等の意見が聞かれる。なお、病院からは、必要に応じて、医師・看護師・介護士・リハビリスタッフ・相談員等が出席。

⇒病院、在宅、それぞれの実情を知った上で、可能な限り有効な情報共有が行えるよう、今後も病院チームと在宅療養チームが検討できる場を設ける。

《参考》

市立福知山市民病院

病床数：354床 相談員数：11人(内相談員7人、ナースプランナー4人)

入退院件数：730人程度/月 内介入は300~400人/月

○多職種を対象としたアンケート結果より、退院調整時の課題について「本人や家族の意向が確認されていない」「医療者同士の情報共有のみで、介護関係者に情報が提供されていない」「在宅での受け入れ準備が整う前に退院された」「医療機関側の情報提供不足」等が上げられた。(詳細は別紙1のとおり)
⇒病院、在宅がこれらの課題を共有し、対応策が検討できる場を設ける。

(2) 望む場所での日常療養支援の推進

ア 在宅ニーズの状況

○高齢者保健福祉計画作成にあたって実施した、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査結果」結果より、要介護1~5を除く65歳以上の高齢者のうち、「希望する生活場所」に「自宅」を選んだ人は40.3%と最も多く、次いで「特別養護老人ホームなどの介護施設」で21.6%であった。「在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービスは何ですか」の問いでは、「移送サービス」が最も多く25.4%、次いで「外出同行」「見守り・声掛け」「掃除・洗濯」「配食」「ゴミ出し」の順で多かった。「気軽に相談できる、かかりつけ医がいますか」の問いでは、「いる」と回答した人が58.3%、「いないが、いつも受診する医療機関は決まっている」が31.8%であった。「治療中または後遺症のある病気」については、「高血圧」が42.6%で最も多く、次いで「ない」23.0%、「目の病気」13.0%、「糖尿病」12.7%、「高脂血症」11.9%であった。

(詳細は別紙2のとおり)

⇒介護保険サービスだけでは対応が難しい生活支援(ゴミ出し、草引き、雪かき、見守り等)について、地域の支え合いが有効に活用できるような仕組みづくりが

長崎県平戸市について

自治体概要

人口※1	29,365人
高齢化率※1	41.4%（65歳以上）、22.5%（75歳以上）
要介護認定率※2	19.1%
担当部署	平戸市長寿介護課
委託先	—
その他の参加者	長崎県長寿社会課、長崎県北保健所

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合） ※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

特徴

利点	自然豊かで平戸牛やひらめ、ウチワエビ、トビウオなどおいしいものがたくさん。地域のつながりも強い。
医療の特徴	—
介護の特徴	高齢化率は高い水準で推移している中、要介護認定率は令和5年度は上昇傾向にある。市民の通いの場の参加率は県内で最も高い。
在宅医療・介護連携推進事業の現況	定期的な勉強会を実施し、顔の見える関係づくりを進めている。

- 平戸市は、九州本土の最西端、平戸瀬戸を隔てて南北に細長く横たわっている平戸島と、その周辺に点在する生月島、大島、度島など大小およそ40の島々から構成されています。また、1550年にポルトガル船が来航してから国際交流の拠点として栄え、現在も数多くの史跡が残る街並みを見ることができます。



平戸市の総人口は減少傾向で推移しており、65歳未満が減少している一方で、高齢者人口（65歳以上）は継続的に増加となっていました。令和4（2022）年から高齢者人口の減少が始まっています。



資料：住民基本台帳（各年3月末）

長崎県平戸市 都道府県・市町村連携支援（概要）

【本事例からみた多職種連携に有効な協議体の設定のための手法】

- ① 現状の分析から、課題を抽出する。
- ② 課題の詳細やニーズを把握するために有効な手法を検討する。
(アンケート調査、ヒアリング等)
- ③ 調査結果等を分析し、研修手法の選択やより有効な研修の検討。

【本事例からみた市町村支援に必要な事項】

- ① 好事例の横展開の実施。
- ② PDCAを回すための手法の研修。
- ③ 認知症、感染症、災害などの局面におけるPDCAを回すための、指標の設定方法に係る研修。

【取組の方針】

- ① 多職種連携の推進。
- ② 医療・介護連携に有効な勉強会の開催。
- ③ 認知症に関する取組の推進。

【成果等】

- ・ 医療・介護の多職種連携の課題を整理し、必要な取組を検討。
- ・ 課題を整理し、介護事業所及び医療機関等へアンケート調査を実施、その結果等も踏まえて、必要な勉強会を整理し、勉強会の対象者について検討。
- ・ 認知症の取組の課題を整理し、必要な取組を検討。

【アドバイザーとの検討①】

- 現状を分析し、原因を明確にする。
- アンケート調査を実施する上で、今後の方向性を明確にし、その為の分析に資する設問を設定する。
- アンケートのみでなく、詳細を拾うためのヒアリングも検討する。

【アドバイザーとの検討②】

- アンケート、ヒアリング等の結果を分析し、勉強会の具体的なテーマ設定が必要。
- グループワークの参加者の立場や職種を踏まえた、グループ分けと内容の設定が必要。

【自治体の考える課題と現状】

- 医療と介護の連携について情報共有等が不足していると思われる事例がある。
- アンケート調査をニーズの把握に役立てたい。
- 認知症の人が増加しており、認知症の人における医療と介護の連携が不足している。
- 多職種の勉強会を開催したいが、多職種連携や課題解決の認識共有に通じる勉強会にしたい。

【中間報告】

- 医療の介護への理解不足と連携のツール（入院時情報提供文書等）の活用不足が原因で医療と介護の連携が不足。
- アンケート調査項目について、課題と対応策の仮説を踏まえ設定。
- 認知症の人へのニーズの把握と多職種と住民への周知が必要。
- アンケートに加えて、ヒアリングも実施し、ニーズを踏まえた勉強会の検討及びグループワークの実施。

【最終報告】

- アンケート結果を、次年度の勉強会で活用していく。
- アンケート結果より、退院時情報提供書の活用が進んでいない、認知症の人の支援の際、家族の無理解や本人の支援拒否の問題が確認できた。
- 前回の勉強会で検討した事例を、更に深掘りするためKJ法によるグループワークを実施。
- 勉強会後のアンケート結果より、勉強会の効果が見られた。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定①

【状況】

- ・ ツールの作成や多職種勉強会の開催を通じて、情報共有や連携を進めているが、多職種間の理解が進んでいない。
- ・ 医師（医師会）や消防等、関係団体との連携が進んでいない。
- ・ 認知症の人への支援を通じて、研修や仕組みづくりを多職種で考える機会を勉強会の中で設けていきたい。

【アドバイス等】

- ・ 多職種・関係団体等に、課題を自分事として捉えてもらうための具体的な方策を検討するといいいのではないか。
- ・ 例えば福岡県では2次医療圏単位で事業に取り組んでおり、平時からの連携を通じた消防関係等との関係構築がされている。

連携支援前打合せ 及び実施計画策定②

【状況、変化等】

- ・ 関係団体等との連携が進んでおらず、認知症の人がスムーズに在宅医療・介護を受けられていないケースがある。
- ・ ニーズ調査と勉強会を実施し、課題の抽出や職種の理解を深めていきたい。

【アドバイス等】

- ・ まずは勉強会を課題共有の場として活用し、目指す姿共有することが第一歩なのではないか。
- ・ ニーズ調査は認知症に係る対応への課題に気づくための啓発的な位置づけにもし、勉強会での活用を意識した設問や連携上の課題を抽出する設問とすると良いのではないか。

中間報告会①

【状況、変化等】

- ・ 地域包括支援センター職員へアンケートを実施、リハ職（1病院）、ケアマネ（1居宅介護支援事業所）、社会福祉士（1包括）へ現場の状況の聞き取りを行った。
- ・ 医療機関内での連携不足や、本人や家族の認知症に対する理解不足、介護側から医療機関への関係づくりへの苦慮を感じた。

【アドバイス等】

- ・ 個別ヒアリングから抽出された課題に基づき勉強会のテーマを具体的に設定してはどうか。
- ・ グループワークは、職種毎のメンバー構成や、それぞれの共有の場を設ける等、効果的な実施手法の検討が重要。

中間報告会②

【状況、変化等】

- ・ 市内医療機関と居宅介護支援事業所に対するアンケートを実施。

【アドバイス等】

- ・ 勉強会を通じた目標、成果等の明確化が必要。
- ・ 勉強会を通じた多職種連携の効果も見据え、地域の課題を施策に反映する仕組みの検討も進めてはどうか。（協議の場やコアメンバー活用等）
- ・ 認知症に係る検討の場として、協議会に部会を設置している自治体等を参考としてはどうか。

最終報告会

【結果】

- ・ 「認知症の人への支援」をテーマに多職種勉強会を開催。①職種の理解を進める、②地域資源の情報共有、③地域課題の抽出、を目的に、事例検討及びKJ法によるグループワークを実施。
- ・ アンケート結果は次年度も活用し、事業の仕組みづくりを進めたい。
- ・ 協議体は、令和6年度に具体的検討、令和7年度の設置を目指す。

【アドバイス等】

- ・ アンケート結果を踏まえ、コアメンバーによる課題抽出や取組みの検討を行うとよい。
- ・ コアメンバーは職能団体に選出してもらう等の方法もある。
- ・ 勉強会の内容として、様々な職種や地域の人を講師としてもよいのでは。

支援前の課題

- 認知症に係る相談が増加しているが、地域の関係者が互いの業務や役割を把握できておらず、相談をつなげることや多職種間の連携が不十分。
- まずは多職種間の相互理解と課題共有を図るため、有効な多職種勉強会を開催したい。

支援前後の変化（支援の効果）

- 地域包括支援センター職員や関係者への聞き取り、医療機関と居宅介護支援事業所へのアンケート調査を実施し、入退院時の連携状況や認知症の人への支援について現状を把握。→今後の医療介護連携推進事業について、課題把握、課題整理につながった。
- 多職種勉強会を開催するにあたり、目的は何か、何を達成したいのかを明確にし、勉強会の成果について検証することができた。
⇒一回一回で終わっていた勉強会が、事務局や参加者にとって次回へ繋がるものとなった。
- 事業間（生活支援体制整備事業や認知症支援体制事業など）の連携、庁内の連携、外部との連携の必要性に気付かされた。

今後について（予定、方向性等）

- 医療介護連携事業アンケートを検証し、そこから得られる課題を来年度の勉強会や運営推進会議で共有していく。
- 5月（予定）に医療介護連携推進会議を開催し、アンケート結果を報告し、課題の共有と何を取り組んでいくかを協議し、取り組む課題に関わる関係職能団体からコアメンバーの招集を依頼する。
- 多職種勉強会を7月、10月、2月で実施し、7月初回の勉強会でアンケート結果を報告、課題の共有を行う。その際、10月、2月の勉強会についてテーマを決める。
- 8月（予定）にコアメンバーの会議（懇話会）を開催、アンケートで出た課題の協議を行っていく。

○ 多職種連携勉強会 (平戸ピア③)

日時：令和6年2月19日(月) 18時30分～20時20分

目的：認知症のある人が、住み慣れた地域で、それぞれの希望に応じた自分らしい暮らしが人生の最後まで続けられるために、各職種ができること、どういった資源があればそれを実現できるかを関係者で共有する。

内容：認知症の人への支援について事例検討会 (KJ法を使用したグループワーク)

参加者：49人

要介護1 88歳 一人暮らしの男性 認知症あり

事例

3年ほど前に妻が死亡後、認知症の進行が著明。
 経済的には月7万円の年金収入、県外の不動産収入あり。
 家族は全員遠方におり、支援は見込めない。

☆支援の状況

- ・通所介護：4回/週 ・訪問介護(家事援助)：2回/週
- ・配食弁当(夕食)：1回/日 ・訪問型ボランティア：1回/週
- ・日常生活自立支援事業を利用 ・民生委員による訪問、電話安否確認(ほか)

☆最近の変化

- ・夏頃まで行っていた調理をほとんど行えなくなった。
- ・趣味の畑仕事に興味がなくなり、ベッドでテレビを見て過ごす時間が増えた。
- ・年末・年明けと意識消失、転倒、救急搬送された。

医師からは・・・「そろそろ施設入所がよいのでは」

本人は・・・「死んでいるのを発見されても自宅で過ごしたい」

⇒目指すべき姿：人生最期まで住み慣れた自宅で過ごしたい

内容

- ・グループワークによる事例検討
- ・KJ法(模造紙、付箋を使った作業による情報整理の方法)を使用
- ・1グループ5名程度とし、職種はバラバラに配置、発表者は事前にお願ひし、書記を当日決める。
- ・ファシリテーターは包括支援センター職員とする。
- ・事例の資料は勉強会の1週間前に参加者へ送付した。

【グループワークの構成】

☆この人にとってはどのような状態を目指すべきか。(目指す姿)

- ① 在宅or施設
- ② 自分の職種であれば何が出来るか。
- ③ 何があれば目指すべき姿を実現できるのか。(地域課題)
(今はないけどあったらよいサービス、地域資源、連携先など)
- ④ ②③の話聞いて、再度在宅or施設

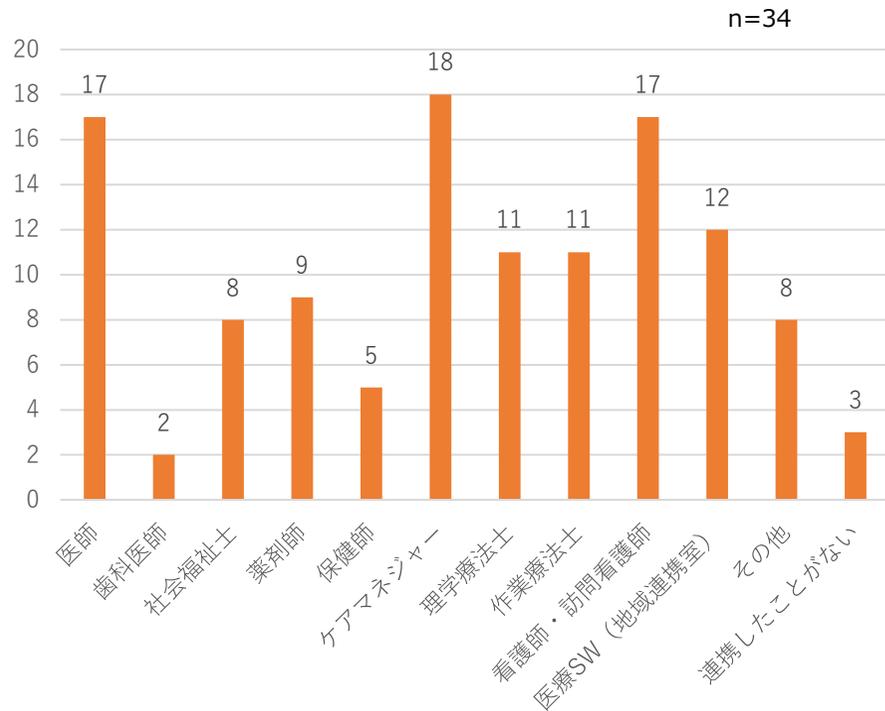
参加者職種内訳

職種	人数
歯科医	2人
保健師	3人
介護支援専門員	17人
事務	7人
MSW	1人
薬剤師	2人
看護師	2人
訪問看護師	1人
社会福祉士	2人
警察官	1人
弁護士	1人
理学療法士	2人
作業療法士	1人
介護認定調査員	1人
生活支援コーディネーター	2人
歯科衛生士	1人
生活相談員	1人
認知症地域支援推進員	1人
在宅医療介護連携コーディネーター	1人
合計	49人

○ **勉強会の効果（勉強会前後のアンケートにより、勉強会の効果を測定）：**
 勉強会受講後、連携してみたい職種について全体的に増えており、特に歯科医師、社会福祉士、薬剤師、保健師との連携については増加していることから、相互理解を深め、顔の見える関係づくりの推進等、勉強会の効果がみられた。

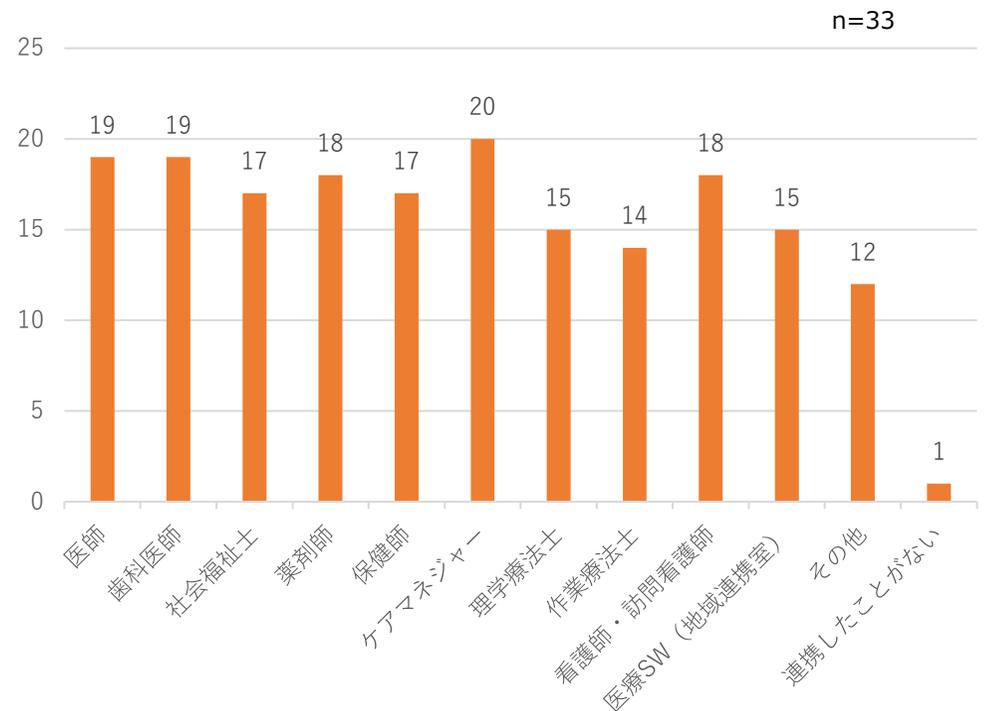
受講前

■ 認知症の人の支援で、連携したことのある職種はありますか。
 (※複数選択可)



受講後

■ 今日の勉強会を終えて、認知症の人の支援で、連携してみたいと思った職種はありますか。(※複数選択可)



○ 勉強会の効果 (勉強会前後のアンケートにより、勉強会の効果を測定) :

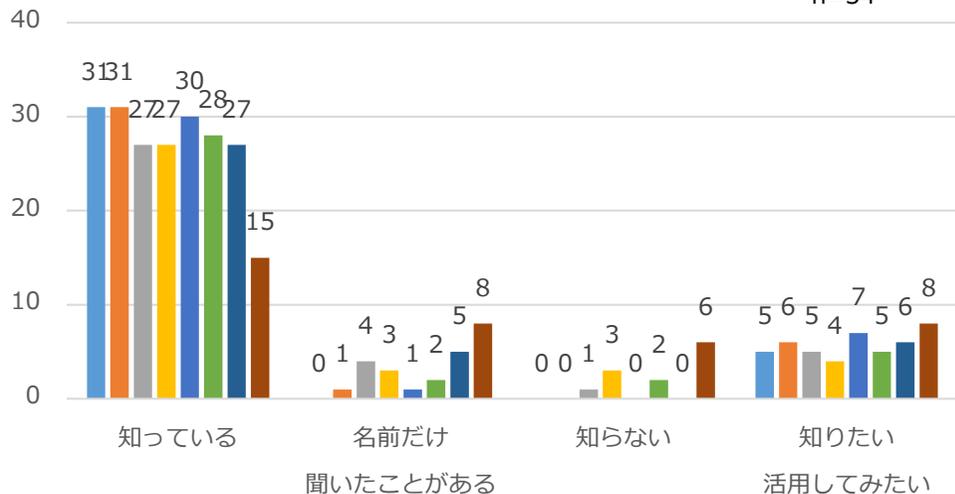
勉強会受講前は、配食サービスや通信機器貸与事業、訪問型ボランティア等の地域資源について、「名前だけ聞いたことがある」や「知らない」が多かったが、受講後は、「知らない」と答えた地域資源が減っていることから、地域資源の情報を共有することができ、勉強会の効果がみられた。

受講前

- 認知症の人が、住み慣れた地域で、それぞれの希望に応じた自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるために、どういった地域資源があると思いますか。

(※1~3で最も近そうだと感じる内容に✓。
4は知りたい・活用してみたい場合に✓。)

n=34



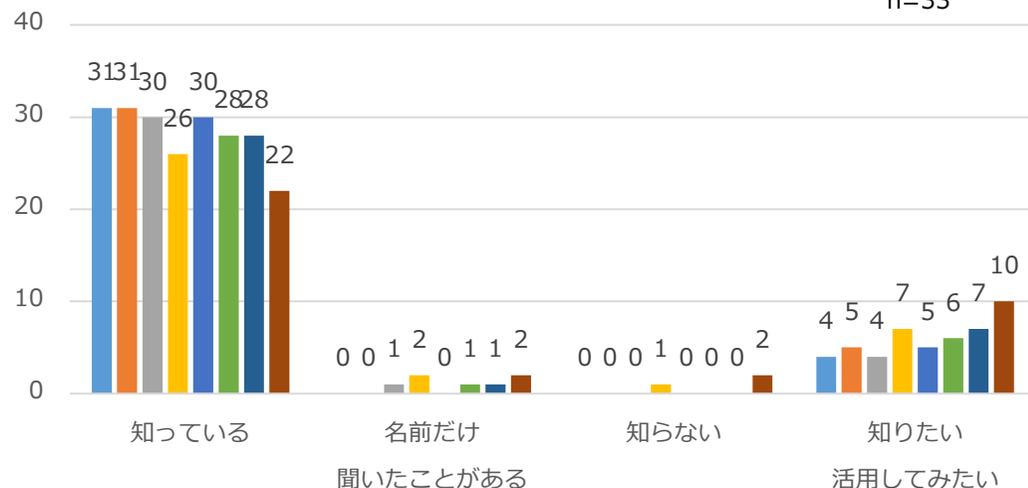
- (1) 介護保険サービス (ヘルパー、デイサービス、福祉用具など)
- (2) 訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護
- (3) 配食サービス (民間サービス含む)
- (4) 通報機器貸与事業 (緊急通報装置、人感センサー)
- (5) 民生委員や地域住民の協力
- (6) 通いの場
- (7) 高齢者の権利を守る制度 (成年後見制度)
- (8) 訪問型ボランティア

受講後

- 認知症の人が、住み慣れた地域で、それぞれの希望に応じた自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるために、どういった地域資源があると思いますか。

(※1~3で最も近そうだと感じる内容に✓。
4は知りたい・活用してみたい場合に✓。)

n=33



- (1) 介護保険サービス (ヘルパー、デイサービス、福祉用具など)
- (2) 訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護
- (3) 配食サービス (民間サービス含む)
- (4) 通報機器貸与事業 (緊急通報装置、人感センサー)
- (5) 民生委員や地域住民の協力
- (6) 通いの場
- (7) 高齢者の権利を守る制度 (成年後見制度)
- (8) 訪問型ボランティア

○ 勉強会の効果 (勉強会前後のアンケートにより、勉強会の効果を測定) :

「訪問型ボランティアなどの地域資源について内容を知ることができた」という意見があり、地域資源の情報共有ができた。また、認知症の人の支援について困難さを感じながらも、「多職種でのグループワークで新たな意見や方向性が出た」「歯科的なフォローがおろそかになっていた」と新たな気づき生まれ、勉強会の効果が見られた。

■ 認知症の人の支援を行う中で、困難さを感じる如果能够あれば教えてください。(自由記述)

職種	自由記述
歯科医師	歯科領域でいえばそれまで口腔内の清潔を保っていたのが、認知症の進行と共に口腔の清掃に興味・注意がなくなる。歯周病が進行していくのとあまって、補綴物の不具合などが起こり、最終的には咬合の崩壊が起こってくる。抜歯して総入れ歯にした方がいいのかと悩む事例がある。
歯科医師	歯科訪問診療では認知症が進行した患者の治療には限界があり、家族は入れ歯を作ってほしいというが、型を取れば入れ歯ができるものと勘違いしている。患者の協力がなければ入れ歯はできない。
薬剤師	薬の服用。独居及び老々介護で完全な服用は上手くいった例がありません。
薬剤師	抗認知症薬は週1や月1の薬はありませんので毎日服用させるのは超困難です。
保健師	服薬指導が困難(実際に訪問して確認しないと正しく服用することは難しい。)
保健師	認知症の方の支援に関し、遠方に居住している家族や親類に現状を伝えるも、サービス等の導入が進まない場合があること。
看護師	認知症がある独居の方にサービスの受け入れを拒否することがあり、在宅へ退院をすすめる際難しい。
理学療法士	家族の方々の理解。
作業療法士	関わり方を家族や支援する人へ伝える場面で難しさを感じます。(個々に関わり方、声かけ等異なるので)
社会福祉士	本人の状態の波が大きく、受け入れが困難なタイミングがある。
社会福祉士	権利擁護(日自、成年後見など)の導入のタイミングの見極め(分かる時と分からない時の差が大きい人ほど)
社会福祉士	独居であったり、家族が同居していたり近くに居ても協力が得られず思うような支援が繋がらず困難さを感じることがあります。本人の理解がだんだん難しくなる中で連携の大切さを痛感しています。
介護支援専門員	地域住民を巻き込んでの見守りが大切であるが難しい問題である。
介護支援専門員	通所拒否され、訪問型のサービスも拒否される時。
介護支援専門員	ご本人の意志や希望と現実の間で、可能か不可能か、命を守ることが、一番であると考えため、むずかしい。
介護支援専門員	独居の場合家族の支援(関わり方の頻度)←どのくらい関わりをしてくれるか。中間役としての役割に困難を感じたりする。本人が必要であろうサービスを受け入れてくれないなど…。
介護支援専門員	家族の認知症に対する理解がなく説明しても受け入れられず、結局ひとくなって施設入居…。というパターンがある。早い段階でヘルパーやSSの活用ができていけばもう少し長く在宅で生活できたのでは…というケースがある。
介護支援専門員	物忘れや体力の低下は認識(感じている)していても「まだ大丈夫」と思っている事が多い。又認知という言葉を言われると嫌う。家族の精神的な負担と生活上の色々な課題が生じている。
介護支援専門員	訪問型ボランティアさんについて詳しく知りたいです。(活動内容・内容について)
介護支援専門員	介護者の負担が大きいのが、介護サービスを拒否する。通所サービスにも行かなくなった。
弁護士	親族等身寄りがない周囲にいない場合における、死後の対応(後見との関係で、葬儀、埋葬、遺骨保管、引取り等)山林等不動産が多くある場合における、当該不動産の管理(後見人)後見人が、身の回りの家事をしなければならぬことがある。
事務	家族や支援者がいない認知症のかたが、本人の意思で相談や依頼を希望される場合の対応。親族がない相続人について、医療行為の同意、身元引受人などの、後見人ではできないことが必要な場合の対応。
無記名	同居家族はいても理解がなかったり、支援がないと対応が難しい。
無記名	入院治療になった時一般病院での受け入れが困難となる。精神科をもつ病院への転院を余儀なくされることがある。

■ 本日の勉強会について、ご自由に記載してください。(自由記述)

職種	自由記述
保健師	他職種の意見が聞くことができとても貴重な時間だった。来年も是非参加したい。
保健師	医師や歯科医師との連携があまりできていないように感じるので来年は研修会へ呼ぶことができないかと思った。
看護師	様々な意見をうかがえ楽しかったです。地域力や各職種の発信力が問われていると思いました。
歯科衛生士	多職種の意見や関わりが聞けてよかったです。勉強になりました。
MSW	研修会お疲れ様でした。グループワーク、欠席の方が4~5人でしたが、1人ずつそれぞれの意見が出やすく、ちょうど良かった様な気がしました。
社会福祉士	ボランティアさん様々な種類で活用が出来るようになるとサービス(フォーマル)にばかり頼らず、ケアプランが作成できるとあらためて感じました。地域をまき込んだ支援が自然と出来るようになることを期待したいです。
社会福祉士	民生委員、訪問型ボランティア等社会資源があるのは分かるが、実際やっている人達の話しをききたいと思います。他病院のMSWにももっと参加してほしいです。
社会福祉士	前回の事例をさらに検討を深め、職種の違ういろいろな角度からの意見を聞き勉強になりました。
社会福祉士	勉強会を通じてつながりが出来、実際の支援ではチームとして情報共有や協力体制を築いていけると心強いと思いました。
介護支援専門員	連携・情報共有がすべてにリンクします!(4班より)ケース対応の基本をもう一度確認できました。
介護支援専門員	自宅生活を支えるために民生委員や地域の方々の協力体制づくりをどのようにしていけば良いか?又地域を考えた時、事例に該当するような方がたくさんいる中であって長く継続していくことの難しさを感じました。
介護支援専門員	前回よりもグループワークのテーマが具体的に指示されていたので作業がしやすかったです。
介護支援専門員	メンバー全員が支援チームとして顔の見える関係の大切さを再確認できた事は大きな成果と思います。(具体的支援を目指して)
介護支援専門員	多職種がグループワークをすることで新たな意見や方向性が出てくることを感じた。
介護支援専門員	訪問型ボランティアの内容を知ったことは良かった。社会資源が増えると良いと思います。(訪問型)
介護支援専門員	他の職種の方と話ができ参考になりました。
介護支援専門員	歯科的なフォローがおろそかになっていた。
介護支援専門員	食べることは生きる中で一番大切なので積極的に関わり、又、Drへ対してもアプローチや質問や対応を依頼していきたいです。
介護支援専門員	多職種の方々の意見が勉強になった。
警察官	このような勉強会で出た案を今後活かしていきたい。行政の方も課題に対しての答えを出してもらいたいです。
弁護士	行方不明事案は早期把握等素早い立ち上がり重要です。早期の通報をお願いします。
事務	もっと回数を増やして開催されることを希望します。
事務	多職種の方々色々な話しができて色々な情報を得ることがいい勉強になりました。
事務	研修前は本人の希望を最大限、尊重することが絶対だと思っていたが、現実的な議論になると、正解はないことに気づかされた。より良い方向に進むために、多職種の連携がますます必要だと感じる。
事務	通報機器貸与と事業や通いの場などこれまで知らなかった地域資源について勉強会を通じて知ることができた。
事務	普段の仕事では医療・福祉の職種のかたと関わることはほとんどないので、面識を得ることのできる貴重な機会だった。
無記名	いろいろな意見がでておもしろかった。
無記名	準備から色々お疲れ様でした。多職種との連携は以前に比べると随分進んできたのではないかと思います。あとは医師も1人でもいいので入ってくれたらいいですね。

コーディネーターの体制 事例集

在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの体制（イメージ）

<所属>

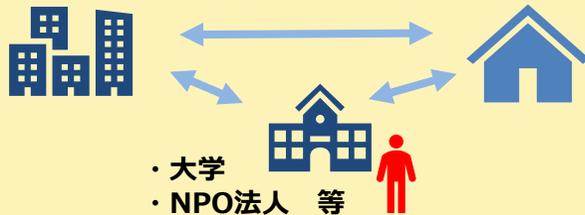
① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



② 自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携



③ 大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携



・大学
・NPO法人 等

地域の実情に
応じた体制

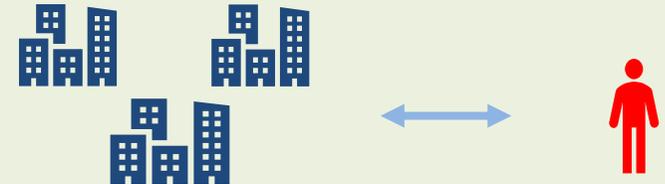


<対象自治体>

① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



② 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当

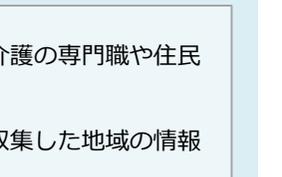
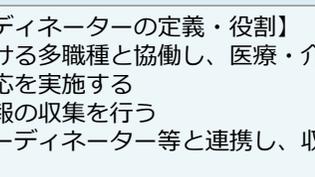
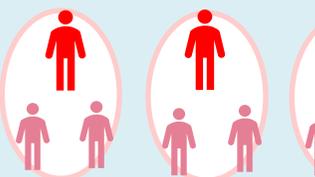
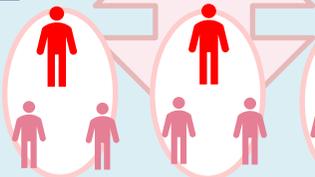


<ネットワーク>

都道府県



市町村



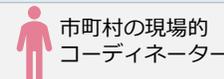
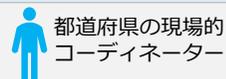
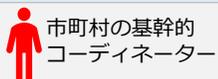
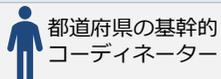
【基幹的コーディネーターの定義・役割】

- 現場的コーディネーターの総括的な役割を担う者であり、コーディネーターの教育や統括等を実施する
- 現場的コーディネーター等から地域の情報を収集・分析を実施し、市町村における政策立案に助力する

【現場的コーディネーターの定義・役割】

- 地域における多職種と協働し、医療・介護の専門職や住民への相談対応を実施する
- 地域の情報の収集を行う
- 基幹的コーディネーター等と連携し、収集した地域の情報を分析する

※自治体においては、必ずしも基幹的コーディネーターと現場的コーディネーターについて明確に整理する必要はなく、あくまで調査分析上の名称及び定義であることに留意する。



コーディネーターの体制の具体例：豊島区（東京都）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

人口※1	301,599人
高齢化率※1	65歳以上：19.4% 75歳以上：10.1%
要介護認定率※2	1号被保険者：20.0% 2号被保険者：0.2%
担当部署	豊島区地域保健課
委託先	在宅医療相談窓口：豊島区医師会 歯科相談窓口：豊島区歯科医師会
コーディネーターの人数・資格等	在宅医療相談窓口：4名（常勤・専従2名、非常勤・専従2名/いずれも医療ソーシャルワーカー） 歯科相談窓口：1名（常勤・専従/歯科衛生士）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

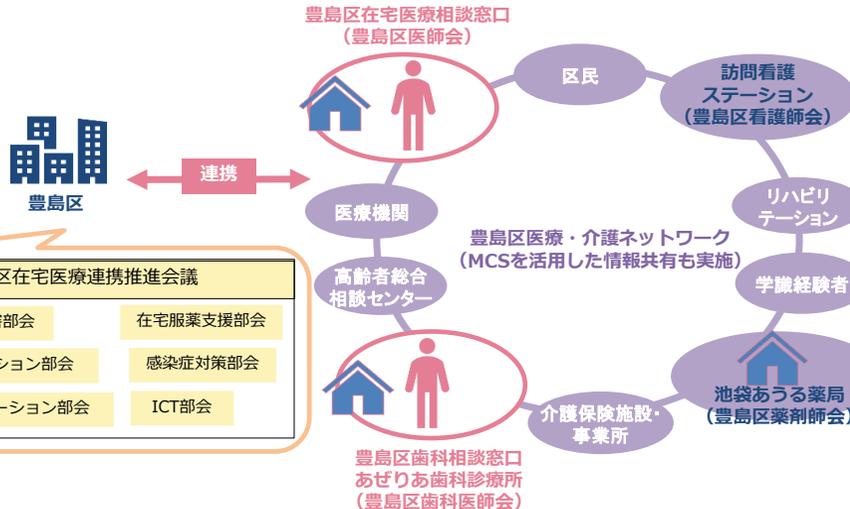
- ◆ 平成20・21年度に豊島区医師会をはじめとする三師会にて都のモデル事業である「在宅医療ネットワーク事業」を実施し、行政と三師会との関係性を構築。
- ◆ モデル事業後は実施主体を区に移行したが、「豊島区在宅医療連携推進会議」を基点として、四師会（医歯薬看）を中心に医療・看護・介護等の多職種連携による取組を実施。
- ◆ 具体的な多職種連携は「豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業」により、豊島区医師会が中心となって推進し、包括圏域毎に取組を実施。

コーディネーターの主な取組内容等（歯科医師会の例）

- ◆ **多職種の連携づくり**
 - ・ 学識経験者、地域医療関係者、四師会、リハビリテーション職、介護事業者、高齢者総合相談センター、地域住民、行政等で構成された「豊島区在宅医療連携推進会議」及び、個別の検討課題を行うことを目的として部会の下に設置された6つの専門部会等に参画。
- ◆ **専門的知見からの相談対応**
 - ・ 「豊島区歯科相談窓口」（あぜりあ歯科診療所）として、区内の一般歯科診療が困難な有病者や障がい者に対する歯科・口腔ケアに係る相談対応及び関係機関への連絡調整等を実施。また、医療機関や介護事業所からの相談にも対応。
- ◆ **在宅医療・介護に係る関係者及び地域住民への育成、周知・普及啓発**
 - ・ 地域の関係機関・専門職等への研修や、訪問歯科診療・居宅療養管理指導、老人保健施設訪問歯科診療・口腔ケア、介護施設でのミールラウンドへの参加等を通じた、他職種との協働した取組を実施。
 - ・ 区民向け講演会等での講演。
- ◆ **MCS※を活用した情報共有**
 - ・ SNS（「メディカルケアステーション」）を活用し、チームでの情報共有、対応を実施。
※利用者とその医療・介護に携わる者を連携するための完全非公開型医療介護専用SNS。

効果

- ◆ **四師会と区との緊密な連携（多職種連携・地域医療の拠点）**
 - ・ 四師会が中心となり地域のニーズを把握できる体制づくりが構築されており、属人的な業務に寄らない。
 - ・ コーディネーターを基盤として、各会員診療所との連携につながる等、多職種連携及び地域の在宅医療・介護連携に係るネットワーク構築に寄与。
- (行政との連携)
 - ・ コーディネーターは在宅医療連携推進会議の委員でもあり、相談件数、相談方法、主な事例、他機関との連携状況等を報告。また支援に向けた課題を共有し、豊島区の特性に合わせた多職種連携を検討。
- (啓発活動・教育的役割)
 - ・ 地域医療・介護連携の核となる人材の育成及び場の提供に寄与する他、研修会等を通じ、専門的知見にて住民への効果的な啓発が可能。
- ◆ **MCSの活用による効果**
 - ・ 迅速な情報共有により、利用者や家族の負担軽減につながる他、コーディネーターを含めた多職種間の連携・情報共有の円滑化につながる。



コーディネーターの体制の具体例：横浜市（神奈川県）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

人口※1	3,777,491人
高齢化率※1	65歳以上：24.4% 75歳以上：12.8%
要介護認定率※2	1号被保険者：18.7% 2号被保険者：0.3%
担当部署	横浜市医療局地域医療課
委託先	横浜市医師会
コーディネーターの人数・資格等	43名（常勤・専従12名、常勤・兼務22名、非常勤9名 / 看護師、保健師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー等）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

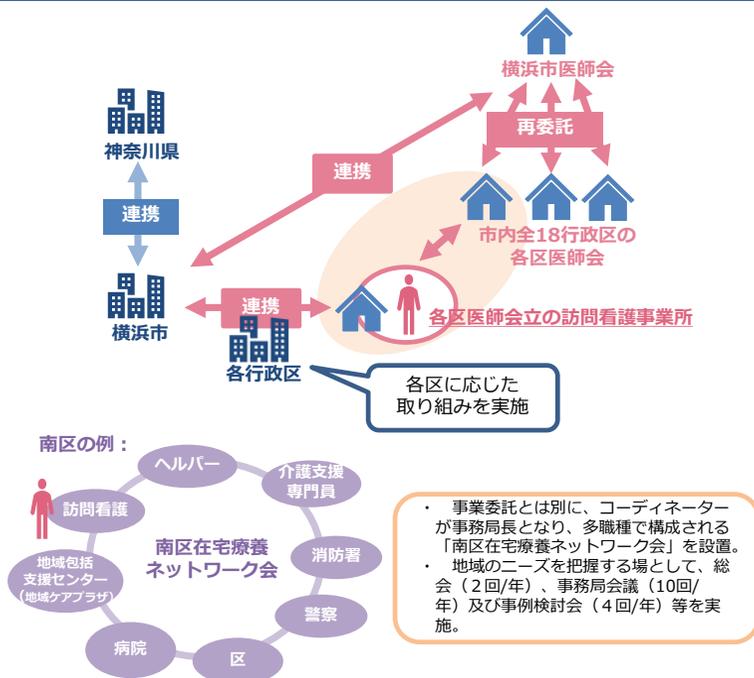
- ◆ 令和4年度まで、横浜市から市内18行政区それぞれに「在宅医療連携拠点事業」を委託。
- ◆ 運営の安定化等に伴い、令和5年度より、横浜市から横浜市医師会へ委託、さらに、横浜市医師会より市内18行政区の各医師会に再委託する形へ移行。
- ◆ 現在、18行政区の各区医師会立の訪問看護事業所に併設し、コーディネーター2名・事務員1名（いずれも兼務）を標準的に配置。

コーディネーターの主な取組内容等

- ◆ **在宅医療・介護連携推進に資する取り組みの実施**
 - ・ 多職種連携会議の開催（2回/年）。
 - ・ 事例検討会の開催（4回/年）や研修の実施。
 - ・ 市民啓発に係る事項の実施（1回/年）。
 - ・ 多職種からの相談支援、市民からの相談対応。等
- ◆ **地域包括支援センターとの連携**
 - ・ 区域に応じ、地域包括支援センターの担当医を「エリアリーダー」として配置し、困難事例等が生じた際は「エリアリーダー」に相談できる体制を構築。
- ◆ **在宅医療に関わる医師との連携**
 - ・ 在宅医療に関わる医師を中心とした部会に参画し、地域の課題や具体的な相談事項等を定期的に情報共有し、運営会議を開催（11回/年）。

効果

- ◆ **重層的な連携体制構築**
 - ・ 在宅医療・介護の連携推進において、市—各区—市医師会—各区医師会という、重層的な連携体制が構築されている。
 - ・ 各区にコーディネーターを配置することにより、コーディネーター間のネットワーク体制が構築されているとともに、それぞれの特性・実情を踏まえた事業実施が可能。
- ◆ **医師会立の訪問看護事業所の関わりによる効果（南区）**
 - ・ 相談支援等を訪問看護師等が担うことにより、医療・介護双方の視点による支援が可能。
 - ・ 日頃から医師会が行政や地域の医療機関、介護事業所等と連携体制を構築しており、円滑な連携ができる。
 - ・ 在宅や訪問診療に係る医師の関心や理解が深まり、訪問診療を行う医師が増加。
- ◆ **円滑な相談支援体制の構築**
 - ・ 地域包括支援センターとの連携により、スムーズな相談支援事業の実施や、地域ケア会議参加等に係る円滑な調整が可能。



コーディネーターの体制の具体例：新潟市（新潟県）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



都道府県の基幹的コーディネーター
市町村の基幹的コーディネーター、現場的コーディネーター

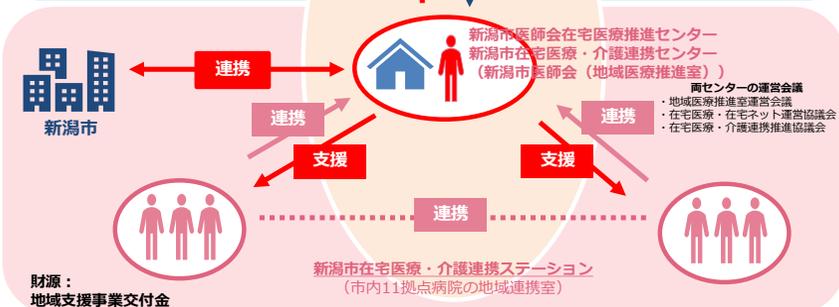
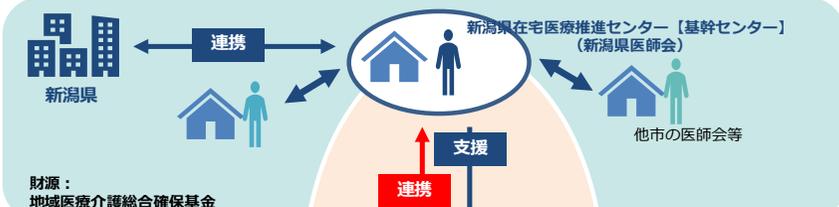
自治体概要

人口※1	789,275人
高齢化率※1	65歳以上:29.3% 75歳以上:14.9%
要介護認定率※2	1号被保険者:19.4% 2号被保険者:0.3%
担当部署	新潟市保健衛生部地域医療推進課
委託先	新潟市医師会地域医療推進室
コーディネーターの人数・資格等	都道府県の基幹的コーディネーター1名（常勤・兼務／看護師） 市町村の基幹的コーディネーター3名（いずれも兼務／保健師・看護師、医療ソーシャルワーカー・社会福祉士、事務職） 市町村の現場的コーディネーター30名（いずれも常勤・兼務／保健師、看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、歯科衛生士、介護福祉士、社会福祉士等）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 在宅医療の推進を目的として、平成28年に新潟県医師会内に地域医療介護総合確保基金により設置・運営される「新潟県医師会在宅医療推進センター【基幹センター】」を設置。合わせて、県内全ての郡市医師会に在宅医療の連携拠点となる「在宅医療推進センター（新潟市は「新潟市医師会在宅医療推進センター」（以下、「推進センター」。））を設置。
- ◆ 市は、在宅医療・介護連携推進事業を新潟市医師会へ委託し「新潟市在宅医療・介護連携センター（以下、「連携センター」。）」を設置。さらに新潟市8区11病院の地域連携室に「在宅医療・介護連携ステーション（以下、「連携ステーション」。）」を設置。
- ◆ 現在、委託の有無に関わらず、市町村と医師会がそれぞれの地域で目指す姿を共有し協働した一体的な取組を実施。



コーディネーターの主な取組内容等

（基幹的コーディネーター：基幹センター）

- ◆ 県下のコーディネーターのネットワーク形成（研修開催等）
 - ・ 県内のコーディネーター対象の研修会開催や情報交換会の開催。
- ◆ 県下のコーディネーターの支援・育成
 - ・ 「在宅医療推進センターコーディネーター活動指針」の策定。
 - ・ 事業計画フォーマットの統一による進捗把握・介入、評価等。

（基幹的コーディネーター：連携センター）

- ◆ 市内コーディネーターのマネジメント
 - ・ 「多職種連携の会」の推進や「新潟医療圏地域連携会議」等、市全体に関わる事業の推進や各種研修会等の開催。
 - ・ 市とともに業務計画書を策定し、連携ステーションへの業務計画遂行を支援。
 - ・ 連携ステーションの相談内容等を取りまとめ、課題抽出及び解決に向けた働きかけ。
- ◆ 市内コーディネーターのネットワーク形成
 - ・ 「在宅医療・介護連携センター/ステーション会議」（年6回程度）の実施。
- ◆ 市内コーディネーターの支援・育成
 - ・ 新任（現任）者研修の実施や、相談対応事例の振り返りを通じた取組の標準化。
 - ・ 「新潟市在宅医療・介護連携推進事業運営マニュアル」のとりまとめと更新。

（現場的コーディネーターの取組：連携ステーション）

- ◆ 地域の実情に応じた活動展開
 - ・ 医療・関係者等への相談支援等の実施及び得られた地域課題等を事業計画へ反映するとともに会議等で共有。
- ◆ 多職種連携の体制構築
 - ・ 区内の多職種連携の会や関係機関、団体等と連携し「顔の見える関係づくり」を支援することにより地域内の連携強化を推進。
- ◆ 多職種の研修体制（各種研修・勉強会の開催）
 - ・ 「多職種連携の会」での研修会開催や、ニーズに応じた各種連携研修会の開催。
- ◆ 市民啓発
 - ・ 「医療と介護の市民講座」や「医療と介護の出前スクール」等の実施。

効果

◆ 体系的なコーディネーター体制

- ・ 県（基幹的）－市（基幹的）－市（現場的）の体系的なコーディネーター体制により、全県的なコーディネーター間のネットワーク化及びノウハウの蓄積に寄与。
- ・ 統一化されたフォーマットやマニュアル等を全県的に活用することにより、一定の質担保に寄与。

◆ 在宅医療・介護連携ステーション配置による効果

- ・ 病院の地域連携室にコーディネーターを配置することにより、地域の入退院の実情や課題把握を得やすく、「入退院支援」の円滑な連携に寄与。また、兼務でコーディネーター業務を実施しているため、継続的な人材確保や育成も期待される。

コーディネーターの体制の具体例：豊中市（大阪府）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

人口※1	401,558人
高齢化率※1	65歳以上:26.2% 75歳以上:14.2%
要介護認定率※2	1号被保険者:23.1% 2号被保険者:0.3%
担当部署	福祉部長寿安心課、長寿社会政策課 健康医療部医療支援課
委託先	専門団体：医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会
コーディネーターの人数・資格等	29名（いずれも非常勤・兼務／医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生 等）

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査 及び 令和2年介護保険事業状況報告

背景

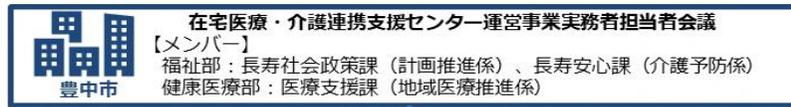
- ◆ 平成18年度頃より、現場の医療・介護関係者と保健所が「密接に連携できる仕組みづくり」が必要と感じ、医療・介護関係者で構成される多職種連携の会「虹ねっと」を構築。
※「虹ねっと」に参画する団体は、医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡会・介護事業者連絡会・地域包括支援センター連絡協議会・病院連絡協議会・理学療法士会・市町村（保健所）。
- ◆ 平成26年度には「在宅医療に向けた提言書」を策定。虹ねっとの参画団体の代表者で構成される「虹ねっと連絡会」という会議体を設定。虹ねっと連絡会の下部組織として課題別にワーキンググループ（WG）を設置し、それぞれの課題解決に向けて取り組んだ。
※「虹ねっと連絡会」では、医療・介護連携の仕組みを作り、「虹ねっと」では、その仕組みを広げるという役割を担う。
- ◆ 令和3年度より、虹ねっと連絡会で設置したWGを、「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」として引継ぎ、豊中市から専門団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会）へ委託する現在の体制に移行した。

コーディネーターの主な取組内容等

- ◆ 「在宅医療・介護連携支援センター運営事業」の事業展開
 - ・ 各専門団体にコーディネーターとして地域医療に精通している理事等を7-8名配置。
 - ・ 配置されたコーディネーターは、それぞれの専門性を活かし、WGや事業内容に応じた企画・運営を実施。
例：在宅医療・介護スキル向上に向けた取組（研修会等）について、「リハビリ・栄養」は医師会、「口腔ケア」は歯科医師会、「服薬管理」は薬剤師会が実施。看護職の交流会や意見交換会・勉強会は訪問看護ステーション連絡会が実施。 等
- ◆ 行政との連携
 - ・ 豊中市は医療・介護の関連部署で実務担当者が検討する場を設けている。豊中市は委託先の専門団体に配置されたコーディネーター向けに説明会を実施後、各委託内容ごとのWGを立ち上げ取り組んでいる。
 - ・ 行政職員は、オブザーバーという立場で各WGの活動に参加し、情報収集、課題抽出の一助としている。

効果

- ◆ 重層的な多職種連携
 - ・ 多職種の特徴や専門性の発揮により、課題解決に向け円滑な取組が可能。
 - ・ 各専門団体のコーディネーターが、それぞれ中心となって業務を担うことにより、多職種連携の促進やネットワーク構築に寄与。
 - ・ 複数のコーディネーターの配置により、コーディネーター間の役割分担や負担軽減に寄与。
- ◆ 「虹ねっと・虹ねっと連絡会」との連携による効果
 - ・ 虹ねっとの参画団体との協力体制が取りやすい。
 - ・ また、地域の現状や多職種多機関の医療・介護関係者が抱える課題について、共通認識を統一し、課題解決に取り組むことが可能。
- ◆ 行政との効果的な連携
 - ・ 医療・介護の両部署によるマネジメントにより、両側面にてコーディネーター業務の把握及びマネジメントがなされ、質の担保が図られている。
 - ・ 虹ねっと・虹ねっと連絡会と在宅医療・介護連携支援センター運営事業を繋ぐ役割を行政が担うことにより、虹ねっとの取組みによって得られた課題提起及び情報を、在宅医療・介護連携支援センター運営事業へ反映することが可能。
 - ・ 各専門団体において地域医療に精通している理事等がコーディネーターの役割を担うことで、市からの在宅医療等に関する情報を各専門団体へ効果的に周知できる。



委託 ※「虹ねっとcom」とは非公開型SNSのことである。

虹ねっと連絡会
※医療・介護の連携の仕組み構築
※現在9団体で構成

虹ねっと
※構築された仕組みを広める役割



各課題のワーキンググループ

コーディネーターの体制の具体例：飯塚市・嘉麻市・桂川町（福岡県）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



② 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



都道府県の基幹的コーディネーター、現場的コーディネーター
市町村の基幹的コーディネーター、現場的コーディネーター

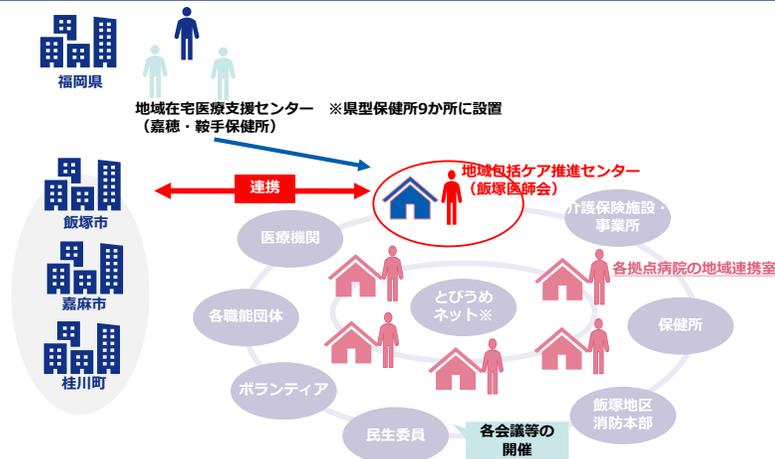
自治体概要

	飯塚市	嘉麻市	桂川町
人口※1	126,364人	35,473人	12,878人
高齢化率※1	65歳以上:31.4% 75歳以上:15.6%	65歳以上:40.4% 75歳以上:20.4%	65歳以上:35.1% 75歳以上:16.0%
要介護認定率※2	1号被保険者:22.2% 2号被保険者:0.2%	1号被保険者:21.2% 2号被保険者:0.4%	※広域連合のため不明
担当部署	飯塚市高齢介護課	嘉麻市高齢者介護課	桂川町健康福祉課
委託先	飯塚医師会地域包括ケア推進センター		
コーディネーターの人数・資格等	都道府県の基幹的コーディネーター1名（常勤・兼務/事務職） 都道府県の現場的コーディネーター9名（いずれも非常勤/保健師、看護師） 市町村の基幹的コーディネーター1名（非常勤/医療ソーシャルワーカー・社会福祉士） 市町村の現場的コーディネーター8名（いずれも常勤・兼務/医療ソーシャルワーカー・社会福祉士）		

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 飯塚医療圏では医療・介護事業者同士の連携が乏しく、顔の見える関係の深化・多職種連携、医療・介護の連携強化及び推進体制づくりを地域課題としていたことから、飯塚医師会と2市1町が協働してシステム構築を目指した。
- ◆ 平成28年より、5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会を発足。日常生活圏域毎に、住民目線の地域完結型医療・介護提供体制を構築することを目的とし、2市1町が各医療・介護連携拠点病院のもと、5つのブロックに分かれて各地域の医療・介護連携を推進（現在7つの拠点病院配置）。
- ◆ 飯塚医師会に配置されたコーディネーターを中心に、各連携拠点病院にもコーディネーターを配置。



コーディネーターの主な取組内容等

（基幹的コーディネーターの役割：福岡県）

- ◆ 管内市町村の広域的支援

（基幹的コーディネーターの役割：地域包括ケア推進センター）

- ◆ 飯塚地域在宅医療・介護連携推進会議の開催（年2回）、各WGの開催
 - ・ 教育研修・住民啓発WG（1回/月）。
 - ・ 社会資源広報・成果指標WG（1回/月）。
 - ・ 5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会WG（2回/年）。

◆ 現場的コーディネーターの支援

- ・ 継続した事業推進が図られるよう、業務マニュアルの作成。
- ・ あるべき姿の実現に向け、コーディネーターに求められる能力を段階的に設定した「地域包括ケア推進コーディネーター コンピテンシー目標」を作成中。
- ・ 各ブロックに配置されているコーディネーターの支援を実施するとともに、圏域全体に係る事業推進の中心として機能。

（現場的コーディネーターの役割）

- ◆ 各ブロックの実情に応じた取組の実施
 - ・ 地域資源の把握・課題分析、地域課題に向け各ブロック毎に事業計画及び評価を策定。
- ◆ 基幹的コーディネーターとの連携
 - ・ 各事業の情報共有、会議・WG等への参画。

効果

◆ ブロック毎のコーディネーター配置による効果

- ・ 地域内の医療・介護関係者で協議を行うことにより、ブロック毎に抱えている課題の抽出が可能。また、各ブロック毎に取組や評価等を数値化することにより、事業の達成状況を視覚的に把握できる他、多角的な視点での検討が可能。
- ・ コーディネーターの連携調整により、専門職のみならず、住民等多様な関係者・機関との多職種連携が促進され、ネットワークづくりの進展、事業の推進体制に寄与。
- ・ WG参加者に別の協議会・WGで講師としての役割を担ってもらう等、コーディネーターを通じてWGで地域の人材育成を進め、協議体企画側の底上げにも寄与。

◆ コーディネーターと医師会との連携

- ・ コーディネーターを通じて、多職種連携の場に医師を巻き込むことや、治療領域以外の知見を提供することにつながり、よりよい医療提供体制に寄与。
- ・ 各連携拠点病院においても、地域連携室を通じて地域住民の生活に密着した関わりが増加。

◆ コーディネーター間の連携

- ・ 基幹的コーディネーターを基盤として、コーディネーター同士の情報共有や取組を通じたネットワーク体制が構築されている。
- ・ コンピテンシーを掲げることにより、質の担保や継続性に寄与。

コーディネーターの体制の具体例：坂戸市・鶴ヶ島市（埼玉県）

① 関係団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携



② 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

	坂戸市	鶴ヶ島市
人口※1	100,275人	70,117人
高齢化率※1	65歳以上:29.4% 75歳以上:14.4%	65歳以上:28.9% 75歳以上:13.5%
要介護認定率※2	1号被保険者：14.0% 2号被保険者：0.3%	1号被保険者：12.8% 2号被保険者：0.4%
担当部署	坂戸市高齢者福祉課	鶴ヶ島市健康長寿課
委託先	坂戸鶴ヶ島医師会 在宅医療相談室	
コーディネーターの人数・資格等	3名（常勤・専従1名、常勤・兼務1名、非常勤1名／看護師、社会福祉士）	

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 平成27年頃より、県は県内30ある都市医師会ごとに「在宅医療連携拠点」を設置し、ケアマネージャー資格をもつ看護師など、医療や福祉に精通した専門職を配置（30都市医師会33か所）。
- ◆ 坂戸市と鶴ヶ島市は医師会（及び歯科医師会、薬剤師会）の圏域がまたがっていることから、従前より医師会の働きかけを通じて2市で協働した取組を実施していた経緯あり。在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられた際、上記拠点の運営についても2市協働での委託事業に移行し、現在の体制が整備された。

コーディネーターの主な取組内容等

◆ 3者共同の事務局機能

- ・ 地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所等の多職種・多機関による関係団体を構成員とした「坂戸市・鶴ヶ島市地域包括ケアシステム推進協議会」にて、地域の実情に応じた検討を実施。
- ・ なお、上記協議会は下記を特色とする。
 - ・ 2つの自治体と1つの医師会による協働、3者事務局による協働した運営。
 - ・ オブザーバー参加できる開かれた会議。
 - ・ 現場の最前で働く専門職等の参画。
 - ・ 専門職による出前講座の実施主体。
 - ・ 他地域支援事業と連動した取組も実施。

◆ 両市の担当者との緊密な連携

- ・ 坂戸市・鶴ヶ島市の担当職員とコーディネーターにて定期的に打ち合わせを行い、常に両市と連携して課題解決を図る体制を構築。
- ・ 上記の協議会には、両市より高齢福祉主管課、保健主管課、国民健康保険主管課、市民協働推進主管課が参画し、部局を横断した連携体制を構築。

◆ コーディネーターを支援する県の取組

- ・ 30都市医師会33か所のコーディネーターに対する研修実施（2回/年）。

効果

◆ 2市を支援対象とする効果

- ・ 2市で委託事業者・医療圏が重なるため、ノウハウや知見の共有により足並みを揃えた効果的な事業推進が可能。

◆ 協議会活用による効果

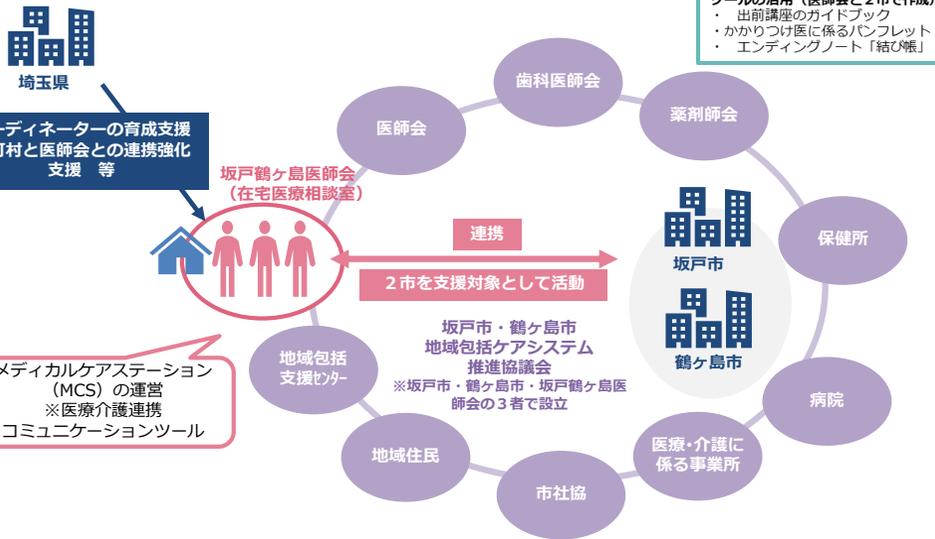
- ・ コーディネーターの参画により、所属や職種を超えた、各関係機関や専門職の効果的な理解促進を担うことに寄与。また、介護部署を主とする両市と医療とを仲介する役割も実施。
- ・ コーディネーターを中心に多職種が協働することにより、多角的な視点にて、優先順位を踏まえた上で地域の課題に応じた検討が可能。

◆ 医師会委託による効果

- ・ ACPの普及、在宅緩和ケア推進等、医療的側面に係る効果的な連携が可能。
- ・ 医療的側面以外についても、コーディネーターを通じて事業を通じて医師会へのアプローチが可能となり、生活支援等への理解促進に寄与。
- ・ 医師の地域共生社会構築の理解が促進。

◆ 県による支援の効果

- ・ 全県的な支援により、統一的な質が確保されるとともに、コーディネーター間のネットワーク構築にも寄与。



コーディネーターの体制の具体例：釜石市（岩手県）

②自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携



①一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当



市町村の現場的コーディネーター

自治体概要

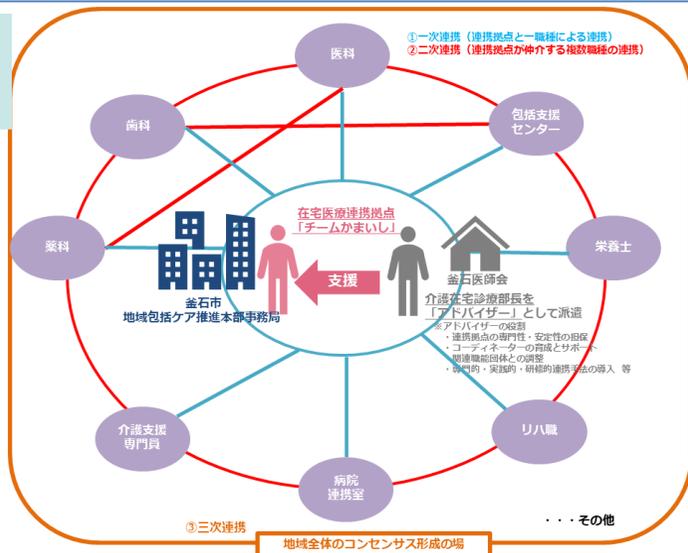
人口※1	32,078人
高齢化率※1	65歳以上:39.8% 75歳以上:22.4%
要介護認定率※2	1号被保険者:20.1% 2号被保険者:0.4%
担当部署	地域包括ケア推進本部事務局
委託先	-
コーディネーターの人数・資格等	3人(常勤・兼務2人、非常勤・専従1人/事務職)

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合）※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 平成19年に県立釜石病院に釜石市民病院を統合したことにより、県立釜石病院の医療機能の確保、負担軽減を目的に、行政・医師会・市内の関係機関等の多職種・多機関の役割分担の明確化と連携体制の構築が推進。
- ◆ 厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機に、平成24年に釜石医師会との連携により、地域包括ケアシステム構築全体への連続性と整合性を図る観点にて釜石市保健福祉部内に「チームかまいし」を設置。
- ◆ モデル事業終了後、在宅医療・介護連携推進事業が制度化された後も体制を継続し、アドバイザーとして医師が派遣されている他、事業の担当者が連携コーディネーターとなり取組を推進。

狭義のチームかまいし
在宅医療連携拠点「チームかまいし」
広義のチームかまいし
連携拠点と志を同じくする
医療・介護関係多職種



コーディネーターの主な取組内容等

- ◆ **階層別の連携コーディネート（連携の課題解決支援）**
 - ・ 医師会から派遣されたアドバイザー（医師）を交えた「チームかまいし定例会」の開催（月1～2回）。
 - ・ 一次連携：コーディネーターと一職種（または組織）にて、課題共有、課題解決策検討、事業の打ち合わせ、及び顔の見える関係づくりを実施。
 - ・ 二次連携：コーディネーターが仲介する複数職種の連携のフレームづくり。連携の課題解決策の実施または実施の支援（研修会、情報交換会、共同発表、同行訪問、視察対応等の協働実施）。
 - ・ 三次連携：多職種が一堂に会する機会として、各職能団体や関係機関の代表等が参画する会議の開催や、多職種を対象とした研修会議を開催し、地域全体の連携推進に関するコンセンサスや取組等を共有。
- ◆ **コーディネーターに関するマニュアルの作成**
 - ・ 他自治体への展開として、在宅医療・介護連携推進事業の自治体担当者及びコーディネーター向けに、「チームかまいしの連携手法」を作成、市HPで公開。
- ◆ **地域連携だよりの発行**
 - ・ 相互理解を目的とした医療や介護の専門職向け情報誌として、「情報誌版顔の見える会議」をコンセプトに地域連携だよりの「Face to Face」を発行。
 - ・ 紙媒体にて圏域の関係機関に送付している他、釜石市HPへも掲載。

効果

- ◆ **ケアの担い手となる連携当事者の主体的な取組を促進**
 - ・ 患者や利用者のQOLの向上に向けて、コーディネーターの役割を「ケアの担い手となる各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えること」、「職種内の温度差解消のお手伝い」と位置づけて、一次連携～三次連携の場を活用して連携当事者の課題解決支援に取り組んだ結果、職能団体の主体的な取組が促進されたほか、主体的に多職種連携推進に取り組む新たな資源が創出。
- ◆ **医師会との連携体制**
 - ・ アドバイザー（医師）と連携することにより、コーディネーター（行政）と医師会の双方が得意分野を補完し合う、効果的な事業推進が可能。
- ◆ **先進自治体としての発信**
 - ・ 在宅医療・介護連携推進事業の先進事例として多くの研修会や視察を受けている他、マニュアルを作成し広く公開する等、他自治体のコーディネーター支援・育成にも寄与。
- ◆ **庁内連携の推進**
 - ・ 釜石版地域包括ケアシステムの構築のため、部局横断的に企画の調整し、具体的な取組の推進を図る部署として平成26年に設置された釜石市地域包括ケア推進本部の取組の方向性等に影響を与えた。平成31年(令和元年)からは、本部事務局が事業を所管。

コーディネーターの体制の具体例：豊明市・東郷町（愛知県）

③大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携

×

②複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当

×

市町村の現場的コーディネーター

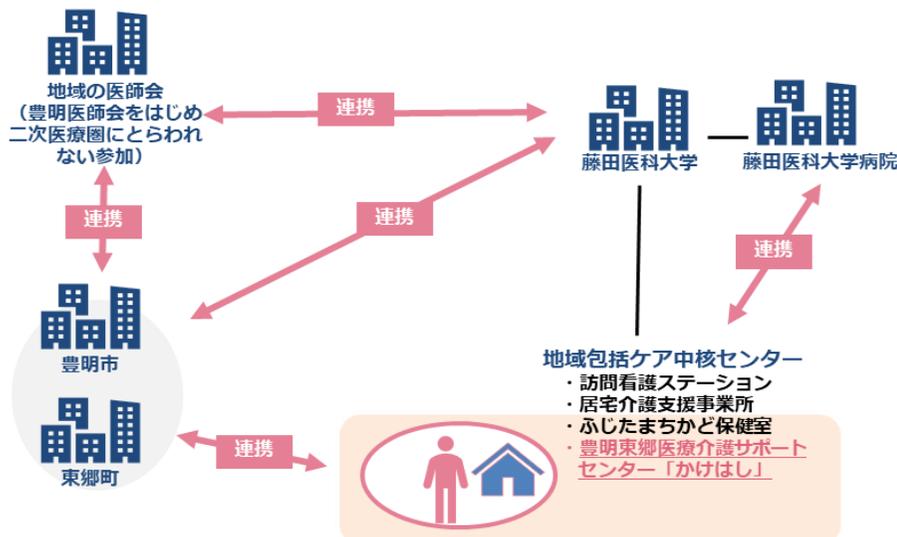
自治体概要

	豊明市	東郷町
人口※1	69,295人	43,903人
高齢化率※1	65歳以上:26.2% 75歳以上:13.7%	65歳以上:23.2% 75歳以上:11.8%
要介護認定率※2	1号被保険者:15.3% 2号被保険者:0.3%	1号被保険者:15.0% 2号被保険者:0.3%
担当部署	豊明市長寿課	東郷町高齢者支援課
委託先	学校法人藤田学園 藤田医科大学（配置先は豊明東郷医療介護サポートセンター「かけはし」）	
コーディネーターの人数・資格等	2名（いずれも常勤・専従／社会福祉士、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカーの実務経験） ※状況に応じて他の地域医療室のコーディネーターも参加	

※1：令和2年国勢調査（高齢化率は全人口に占める割合） ※2：令和2年国勢調査及び令和2年介護保険事業状況報告

背景

- ◆ 藤田医科大学にて「藤田医科大学地域包括ケア中核センター※」を設立。
※地域の人材育成を主とした「大学」に所属する部署。大学病院とは人事交流等、連携協力関係にある。
- ◆ 行政（豊明市・東郷町）と大学（藤田医科大学）による包括協定を締結。医師会（東名古屋医師会）の協力を得て、全国初となる学校法人による運営として、研究機能も有する「豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし」を設置。



コーディネーターの主な取組内容等

◆ 退院サポート事業（豊明市）

- ・ 入院中に新規で要介護（要支援）認定申請した者に対し、申請者・家族へ初回電話訪問及び退院後のモニタリングを実施。在宅医療や介護保険・介護予防・日常生活支援総合事業に関する説明を補足。入院先の医療ソーシャルワーカーと、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携して、在宅復帰を側面的に支援。

◆ 職能団体の立ち上げ・連携（豊明市）

- ・ これまで事業所外の連携が少なかった看護師、リハビリ職、社会福祉士等が地域組織を設立（看護連絡協議会、リハビリテーション連絡協議会、介護支援専門員連絡協議会、ソーシャルワーカー連絡協議会、栄養士連絡協議会）。
- ・ 三師会及び上記の各職能団体、行政が「豊明市地域包括ケア連絡協議会」にて連携。

◆ 多職種連携ネットワークの構築

- ・ 「同職種会合同研修会」、「多職種人材育成研修会」、「かけはし一歩塾」等にて各連絡協議会の活動報告や合同研修会を実施する他、地域活動を支援。

◆ 在宅医療・介護に関わる人材育成や調査研究

- ・ 非常勤コーディネーターの多くは大学教員との兼務であり、学生教育と一体的な取組を実施。
- ・ 多職種人材育成に係る研修、ケース分析研究等の実施。

◆ 高齢者以外の取組

- ・ 高齢者以外に医療的ケア児・重症心身障がい児も、訪問診療や訪問看護を利用。医療介護の専門職や行政、教育関係者等と医療的ケア児や重症心身障がい児とその家族との情報交換会（「かけはなしキッズ」）を開催して、実際の生活や小児在宅医療のニーズ、取り巻く地域課題を共有。

効果

◆ 大学運営による効果

- ・ 公益性の高い事業実施展開が可能。
- ・ 大学病院の退院調整を担う医療連携福祉相談部と、地域の医療・介護関係機関等や専門職との緊密な連携により、地域住民のニーズに応じたタイムリーかつシームレスな対応が可能。
- ・ 地域の医療・介護職、地域住民の教育、活動支援に寄与。また、特に将来の在宅医療・介護連携の現場を担う教職員や学生に対する人材育成や実践の場としても大きく寄与。

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携

- 医療計画に定められた「在宅医療に必要な連携を担う拠点」では、在宅医療を受ける者に対し、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を図るため、在宅医療における提供状況の把握、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。対象は高齢者に限らない。
- 地域支援事業（介護保険法）に定められた「在宅医療・介護連携推進事業」では、地域の実情に応じ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のための取組を実施する。対象は主に高齢者である。
- いずれにおいても日常の療養支援、入院・退院支援、急変時の対応、看取りの機能が求められる。
- 地域医療介護総合確保基金及び地域支援事業交付金については、併用も含めた活用が可能。

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
- 一体的でスムーズな医療・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

主に高齢者が対象

地域支援事業交付金

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

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