

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

在宅医療・介護連携における
訪問看護事業所の効果的な連携に関する
調査分析事業

報 告 書

令和7(2025)年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

在宅医療・介護連携における
訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業
報告書

■■ 目 次 ■■

第1章	事業概要	1
1.	事業の目的	1
2.	検討委員会の設置	2
3.	事業の実施概要	3
4.	スケジュール	5
第2章	アンケート結果にみる対象自治体の特色	6
第3章	ヒアリング調査の結果	9
第1節	ヒアリング結果	9
I	一般社団法人高知市医師会 訪問看護ステーション土佐	10
II	一般財団法人 生駒メディカルセンター訪問看護ステーション	14
III	一般社団法人牛久市医師会訪問看護ステーションうしく	18
IV	一般社団法人桶川北本伊奈地区医師会 桶川北本伊奈地区在宅医療連携センター（桶川北本伊奈地区訪問看護ステーション併設）	21
V	一般社団法人 龍ヶ崎市医師会 訪問看護ステーション龍ヶ崎	25
VI	医療法人弘英会 琵琶湖大橋病院 訪問看護ステーション 医療法人良善会 訪問看護ステーションヴィーナス 24 独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院附属訪問看護ステーション	28
VII	医療法人社団同行会 エマオ訪問看護ステーション	33
VIII	公益社団法人静岡県看護協会 訪問看護ステーション掛川	37
IX	公益社団法人奈良県看護協会 橿原訪問看護ステーション	40
X	株式会社ケアーズ東久留米白十字訪問看護ステーション	43
XI	有限会社木村商事 ケアーズ訪問看護リハビリステーション 駿東	48
XII	訪問看護ステーションほほえみ	53
XIII	美祢市訪問看護ステーション	57
XIV	石川県医療在宅ケア事業団 中能登訪問看護ステーション	61
XV	石川県医療在宅ケア事業団 野々市訪問看護ステーション	65
XVI	寒河江市西村山郡訪問看護事業団（在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ）	68
XVII	豊中市訪問看護ステーション連絡会	73
XVIII	枚方市訪問看護ステーション連絡会	77
XIX	京都府、舞鶴市、京田辺市、綾部市	81
	訪問看護ステーションにおける在宅医療・介護連携推進事業の取組の推進（取組事例）	84

第2節 ヒアリング結果のまとめ	103
1. 訪問看護ステーション等にコーディネーターを配置することの利点	103
2. 開設主体の特性.....	104
3. コーディネーターの特徴	105
4. 委託範囲・支援対象者の範囲	106
5. ネットワーク・連携のための会議体等の存在	107
6. 市区町村・都道府県の役割.....	108
7. 今後の課題	109

参考資料

ハンドブック

第 1 章 事業概要

1. 事業の目的

今後 2040 年にかけて、85 歳以上の人口が増加し、世帯構造が変化することに伴い、医療と介護の両方のニーズを有する高齢者が大幅に増加するため、地域や施設で生活を送る高齢者が医療と介護の両方のサービスを利用することが今後更に増えると想定されている。このため、医療と介護の関係者、関係機関間の情報提供や情報共有等を、相互の顔の見える関係を土台とした上で、さらに進めることが重要となる。

訪問看護事業所は、地域において、医療と介護の両方が「わかる」かなめとして期待されることが多い。

令和 5 年度在宅医療介護連携推進支援事業の実態調査（以下、「令和 5 年度実態調査」という。）では、訪問看護事業所に在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターを配置している自治体も把握され、訪問看護事業所は「在宅医療に必要な連携を担う拠点」及び「在宅医療・介護連携推進事業」において自治体や地域の医師会等との効果的な連携等、一定の役割を担うことが求められていることが分かった。

そこで、本事業では以下の 3 点を実施することとした。

- ①令和 5 年度実態調査で把握された「在宅医療・介護連携推進事業」のコーディネーターを訪問看護事業所等に配置している自治体や訪問看護事業所等を対象に、在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の連携の在り方や役割等について調査し実態把握を行う。
- ②また、訪問看護事業所等における取組事例をとりまとめ、関係者にわかりやすく伝えられるよう、ホームページ（※）に掲載、公表する。
※厚生労働省で準備予定の在宅医療・介護連携推進事業に関するプラットフォームおよび当社ホームページ
- ③さらに、これらの調査結果を踏まえ、今後、在宅医療・介護連携において訪問看護事業所が更なる役割を発揮するためのポイントを提案する。

2. 検討委員会の設置

調査の進め方や、まとめ方等を検討するために検討委員会を設置し、4回開催した。

【委員等】

○委員長

齋藤 訓子 学校法人関東学院大学看護学部 地域・在宅看護学領域 学部長/教授

○委員

大竹 尊典 公益財団法人日本訪問看護財団 事務局次長

川越 雅弘 株式会社日本医療総合研究所 地域づくり推進部 部長
認知症介護研究・研修東京センター 研究員

坂口 和代 大津市健康保険部 保健所 母子保健課 保健師（副参事）

鈴木 友恵 北本市福祉部高齢介護課 高齢者福祉担当 主幹

中島 朋子 一般社団法人全国訪問看護事業協会 常務理事

本田 あゆみ 福島県保健福祉部健康づくり推進課 課長

○オブザーバー：厚生労働省

増田 絵美奈 老健局 老人保健課 課長補佐

関根 小乃枝 老健局 老人保健課 介護予防対策専門官

坂本 遊 老健局 老人保健課 老人保健施設係長

澤村 有香 老健局 老人保健課 介護技術係長

橋本 亜希子 医政局 看護課 看護サービス推進室 主査

岡野 美帆 医政局 看護課 看護サービス推進室 主査

春日 潤子 医政局 地域医療計画課 医師確保等地域医療対策室 室長補佐

榊原 のぞみ 医政局 地域医療計画課 主査

○事務局 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

星芝 由美子 社会政策部 主任研究員

鈴木 陽子 社会政策部 主任研究員

古賀 祥子 社会政策部 主任研究員

八木 涼子 研究開発第2部（大阪） 主任研究員

大西 徹郎 経営戦略第2部（大阪） マネージャー

伊與田 航 研究開発第2部（名古屋） 副主任研究員

谷川 香織 社会政策部 研究員

荻野 琴 社会政策部 研究員

小澤 亮 研究開発第2部（名古屋） 研究員

【検討委員会の開催時期・議題等】

回数	時期	議 題
1 回	8 月 6 日	調査の実施方法等の検討
2 回	11 月 18 日	ヒアリング調査中間報告① 事例のとりまとめイメージの検討
3 回	1 月 27 日	ヒアリング調査結果報告②
4 回	3 月 4 日	報告書案の検討

3. 事業の実施概要

令和 5 年度実態調査において把握された、訪問看護事業所等に在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターを配置している自治体の訪問看護事業所等を対象に、在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の役割や連携の在り方等について調査し、実態把握を行うこととした。実態把握はオンラインでのヒアリングにより行った。1 か所については訪問してヒアリングを行った。

(1) 調査対象

令和 5 年度実態調査において、訪問看護事業所等に在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターを配置している自治体（25 団体）を対象とした。

ヒアリング依頼の打診の段階で辞退された場合や訪問看護事業所にコーディネーターを配置していなかった事業所を対象外とし、最終的に 18 か所を調査対象とした。

【対象一覧】

訪問看護事業所 (23 団体)	北海道浦河町 茨城県龍ケ崎市、牛久市 埼玉県鴻巣市、北本市 東京都東久留米市 石川県野々市市、中能登町 岐阜県中津川市 静岡県掛川市、長泉町 滋賀県大津市 京都府舞鶴市、綾部市、京田辺市 大阪府枚方市 奈良県大和郡山市、橿原市、生駒市 山口県美祢市 愛媛県西条市 高知県土佐市 大分県日田市
訪問看護事業団	山形県寒河江市、河北町、西川町、朝日町、大江町
訪問看護ステーション連絡会	大阪府豊中市

(2) 主な調査項目

1) 在宅医療・介護連携事業の取組経緯

2) 在宅医療・介護連携推進事業に関する取組状況

①在宅医療・介護連携に関するエリアの特性（住民の医療・介護サービスの利用や地域資源（医療機関、訪問サービス等）の特徴、その中での事業所の特徴や強み 等）

②在宅医療・介護連携推進における貴事業所の役割・実績

- ・自治体等から期待されているコーディネーターの役割、対応状況
- ・コーディネーターの稼働状況（活動圏域等）、在宅医療・介護連携に関わる業務割合等
- ・取組の実績（対応実績、対応件数等）
- ・事業所内での職員の役割分担の状況
- ・他のコーディネーター（他自治体も含む）との連携状況
- ・コーディネーターの確保・育成のために必要だと思う支援 / 等

③自治体や関係者との連携状況

- ・医師会、地域包括支援センター、自治体等、関係者・団体との関係性、連携状況
- ・在宅医療介護連携推進協議会へのコーディネーターの参加状況、協議会での役割
- ・協議会以外で、連携のための会議等の実施・参加状況
- ・その他、自治体や関係者との連携推進に関する工夫、課題 / 等

④具体的な取組状況

- ・対象者の範囲（主に高齢者のみ／小児・精神も含む 等）
- ・具体的な取組内容（医介連携の相談支援・情報共有支援・住民普及啓発・関係者研修）
- ・（小児・精神を含む場合）その配慮や工夫点
- ・4つ（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）＋3つ（認知症、感染症、災害）の場面に関する取組状況（網羅的に実施／特定の場面に注力 等）
- ・「個別支援」と「地域支援」、それぞれ視点からの取組の工夫 / 等

⑤全体的な取組について

- ・期待役割以上に対応していること、十分に対応できていないこと
- ・訪問看護事業所がコーディネーターの役割を担うことの意義
- ・（看護師がコーディネーターの場合）看護師がコーディネーターの役割を担う意義
- ・現在は担っていないが、今後、果たしたい役割

⑥「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

【拠点に位置付けられている場合】

- ・訪問看護事業所が拠点として活動するメリット
- ・拠点としての役割、取組状況
- ・拠点に取り組むことでの事業所への効果、課題 等

【拠点に位置付けられていない場合】

- ・拠点との連携状況、内容

3) 貴事業所で在宅医療・介護連携推進事業に取り組む中で感じている効果

①住民への効果（訪問看護事業所で指標を策定している場合は、その指標及び達成状況）

②事業所内への影響・効果

③地域全体への影響・効果

4）今後の課題

①地域における在宅医療・介護連携推進の更なる推進に向けた支援の必要性

②自治体や他機関に求めること

③今後想定している事業所としての地域課題解決の取組（地域支援に関する取組など）／等

(3) ヒアリングの実施期間

令和6年9月19日～11月19日

なお、ヒアリング調査に先立ち、対象先について事業所のホームページや介護事業所・生活関連情報検索などで情報収集を行った。

また、令和5年度実態調査のデータをもとに、訪問看護事業所等にコーディネーターが配置されている自治体に限定した集計を行い、傾向を把握した。（第2章）

ヒアリングで聞き取った内容は事業所ごとに事例報告としてとりまとめるとともに、要点を1枚にとりまとめた（第3章第1節）。各事業所の取組については、多くの自治体・事業所の参考となると思われるのでぜひ活用していただきたい。

またヒアリングで聞き取った内容から訪問看護事業所に在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターを配置している場合の特色をまとめ、今後、在宅医療・介護連携において訪問看護事業所が役割を発揮するためのポイント等を提案した。（第3章第2節）

本事業の成果物の要点についてはハンドブックとして取りまとめた。

4. スケジュール

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
■事業の実施										
①対象についての情報収集										
②調査の視点・項目の検討										
③ヒアリングの実施										
④メモ作成										
⑤事例の要点とりまとめ										
⑥分析・報告書作成										
■委員会開催			①			②		③		④

第2章 アンケート結果にみる対象自治体の特色

令和5年度在宅医療・介護連携推進事業の実態調査（以下、「令和5年度実態調査」という。）について、訪問看護事業所等に在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターを配置している自治体等31自治体について、市町村調査の結果の集計、およびコーディネーター調査の結果の集計を行った。

該当の31自治体では、全体的に、事業に積極的な様子がみてとれた。主な結果は、以下のとおりである。詳しい集計結果は参考資料参照。

【主な結果】

- ・在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を「設置している」が83.9%で、全体の63.8%より高かった。（市町村調査）
- ・協議会の参加者として、「医師会」「薬剤師会」がそれぞれ100%、「歯科医師会」が96.2%と医療系の団体の参加率が高く、また、「在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター」が84.6%と高かった。
- ・コーディネーターがいる場合のコーディネーターの業務としては「医療・介護に係る専門職等への相談支援」を93.3%で実施していた。（市町村調査）
- ・コーディネーターの勤務状況は「常勤・兼務」が59.5%であった。（コーディネーター調査）
- ・コーディネーターの業務の実施形態は「委託」が83.3%であった。

（市町村調査）

問2 貴市町村では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 設置している	26	83.9%	1,110	63.8%
2. 設置していない	5	16.1%	631	36.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計		100.0%	1,741	100.0%

(市町村調査)

2-4. 協議会に参加している団体等を教えてください。(複数回答)

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 医師会	26	100.0%	1,023	92.2%
2. 歯科医師会	25	96.2%	925	83.3%
3. 薬剤師会	26	100.0%	914	82.3%
4. 看護協会・訪問看護協議会または地域の連絡会	19	73.1%	770	69.4%
5. 介護支援専門員協会または地域の連絡会	21	80.8%	903	81.4%
6. 栄養士会または地域の連絡会	6	23.1%	304	27.4%
7. 理学療法士協会	10	38.5%	392	35.3%
8. 作業療法士協会	6	23.1%	225	20.3%
9. 言語聴覚士協会	3	11.5%	135	12.2%
10. 歯科衛生士会	3	11.5%	152	13.7%
11. 医療ソーシャルワーカー協会	5	19.2%	240	21.6%
12. 地域包括支援センター	20	76.9%	982	88.5%
13. 都道府県	1	3.8%	113	10.2%
14. 保健所(都道府県)	6	23.1%	602	54.2%
15. 保健所(市・特別区設置)	4	15.4%	103	9.3%
16. 消防署(救急)	2	7.7%	183	16.5%
17. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター	22	84.6%	575	51.8%
18. 大学等の教育機関	1	3.8%	102	9.2%
19. 民間企業	0	0.0%	38	3.4%
20. その他(記述)	12	46.2%	607	54.7%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計		100.0%	1,110	100.0%

(市町村調査)

13-4. (コーディネーターがいる場合) コーディネーターの業務について教えてください。
(複数回答)

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援	19	63.3%	678	68.8%
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出	24	80.0%	768	77.9%
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援	16	53.3%	616	62.5%
4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援	25	83.3%	830	84.2%
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	25	83.3%	825	83.7%
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	23	76.7%	724	73.4%
7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	5	16.7%	292	29.6%
8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	5	16.7%	304	30.8%
9. 地域住民への普及啓発	21	70.0%	739	74.9%
10. 医療・介護に係る専門職等(地域の関係団体等含む) への相談支援	28	93.3%	828	84.0%
11. 地域住民への相談支援	16	53.3%	607	61.6%
12. 都道府県のコーディネーターとの連携	7	23.3%	214	21.7%
13. 他市町村のコーディネーターとの連携	7	23.3%	312	31.6%
14. 自治体職員との連携	19	63.3%	716	72.6%
15. 地域ケア会議への参加	13	43.3%	547	55.5%
16. その他(記述)	1	3.3%	40	4.1%
17. 把握していない	0	0.0%	2	0.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	30	100.0%	986	100.0%

(コーディネーター調査)

問1 勤務状況を教えてください。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 常勤(週5・フルタイム勤務)・専従	7	16.7%	699	41.7%
2. 常勤・兼務	25	59.5%	736	43.9%
3. 非常勤	10	23.8%	233	13.9%
未回答	0	0.0%	8	0.5%
合計	42	100%	1,676	100.0%

(コーディネーター調査)

5-1. 業務の実施形態を教えてください。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 直営	7	16.7%	585	34.9%
2. 委託	35	83.3%	1,082	64.6%
未回答	0	0.0%	9	0.5%
合計	42	100%	1,676	100.0%

第3章 ヒアリング調査の結果

第1節 ヒアリング結果

【対象一覧】

開設主体	対象自治体	所在都道府県	人口	高齢化率
医師会立				
	土佐市	高知県	25,756 人	36.9%
	生駒市	奈良県	116,819 人	29.6%
	牛久市	茨城県	84,085 人	30.3%
	北本市	埼玉県	65,297 人	32.7%
	龍ヶ崎市	茨城県	75,183 人	31.2%
医療法人立等				
	大津市	滋賀県	343,916 人	27.6%
	浦河町	北海道	11,453 人	34.2%
看護協会立				
	掛川市	静岡県	115,224 人	28.8%
	橿原市	奈良県	118,674 人	29.7%
企業立				
	東久留米市	東京都	116,359 人	28.9%
	長泉町	静岡県	43,684 人	22.4%
自治体立				
	中津川市	岐阜県	73,750 人	33.8%
	美祢市	山口県	21,617 人	45.1%
事業団立				
	中能登町	石川県	16,821 人	37.6%
	野々市市	石川県	54,523 人	20.4%
	寒河江市、 西村山郡河北町、 西川町、朝日町、 大江町	山形県	75,398 人	36.6%
訪問看護ステーション連絡会				
	豊中市	大阪府	406,047 人	25.8%
	枚方市	大阪府	392,589 人	29.1%
その他				
	京都府、舞鶴市、 綾部市、京田辺市	京都府		

※京都府および京都府内の市については事業所の聞き取り調査は行っていないが、自治体の取り組み等を把握した。

I 一般社団法人高知市医師会 訪問看護ステーション土佐 (高知県土佐市)

◆自治体概要

人口※ ¹	25,756 人
高齢化率※ ²	36.9%
地域特性	土佐市は高知市に隣接しており、高知市医師会の行政上の範囲が高知市と土佐市である。 土佐市内の主な在宅医療介護資源は以下のとおり。 ・病院 3 か所（うち、急性期 1 か所） ・診療所 11 か所（うち、在宅療養支援診療所 2 か所） ・訪問看護ステーション 2 か所 令和 5 年度の事業所の廃止状況として、居宅介護支援 1 か所、訪問介護 3 か所、訪問入浴介護 1 か所（唯一だったため市内で 0 か所になった）であり、介護サービスが不足してきている。

※¹：高知市ホームページ（2024 年 10 月 31 日）

※²：国勢調査（2020 年）

◆本事例のポイント・特徴

- 土佐市の在宅医療・介護連携推進事業は高知市医師会に業務委託され、医師会立の訪問看護ステーション土佐が実際の業務を実施している。土佐市は、医療機関と介護関係者との密接な関係性を築くことを重視し、医師会に委託した。
- コーディネーターが 3 名配置されているのが特徴である。うち 1 人が本事業に専従の非常勤の職員で、他 2 名が訪問看護ステーションと兼務（1 人は所長）。
- 相談支援、情報共有支援、住民普及啓発、関係者研修等に対応している。住民への普及啓発として、出前講座を行っている。コーディネーターが主体となって事業を進めており、交流会・研修会を企画・運営している。
- 医師会や土佐市には企画テーマ等、適宜相談の上、進めている。
- 入院を受け入れてもらえないという課題に対して、今年度、病院と歩み寄る目的の話し合いの場を市が中心となって設けた。今後も継続的に協議を進めていく予定。

【キーワード】 3人のコーディネーター配置 / 交流会・研修会の企画・運営 / 住民向けの出前講座
/ 病院との協議の場

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・平成 29 年 10 月から、土佐市から高知市医師会に在宅医療・介護連携推進事業の実施が委託され、土佐市在宅医療介護支援センターとして、事業を開始した。
- ・当初、地域包括支援センターに委託することも検討されたが、医師および医療機関と介護関係者との密接な関係性を築くことを最重視し、医師会に委託することになった。
- ・以前から、土佐市民病院、訪問看護ステーション土佐、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等と勉強会を重ねており、活動や交流があった。この勉強会は現在、意見交換会として名称を変更して継続している。
- ・訪問看護ステーション土佐内に在宅医療介護支援センターが位置づけられている。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・コーディネーターは3人配置されている。3人とも看護師であり、専従者1人（非常勤）、兼務者2人である。兼務者の1人は訪問看護ステーションの所長である。
- ・事業の6割は専従のコーディネーターが対応している。残り2割ずつを兼務者2人が対応している。専従者は主に意見交換会や多職種研修会の開催や資料作成等をしている。兼務者は対外的な会議への参加や専従者への助言等をしている。
- ・なお、高知市からも当医師会が委託を受けているが、医師会内の担当者は別である。訪問看護ステーション土佐ではなく、医師会内に独立した形で高知市在宅医療介護支援センターが設置され、運営されている。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

○	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
○	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
○	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
○	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
○	住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
○	(キ)地域住民への普及啓発
○	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
○	(ケ)その他、全体的な企画等

【医療・介護関係者の多職種研修】

- ・「土佐市包括意見交換会」と「土佐市地域医療カンファレンス及び多職種研修会」を企画、運営している。地域包括支援センターや市の担当者と協議、協力しながら、企画から運営まで行っている。
- ・意見交換会は年3～4回開催している。病院、診療所、居宅介護支援、通所介護、訪問介護、介護施設、市、保健所、高知県立大学看護学部教員等が参加している。テーマは看取り、感染症、地域共生社会、訪問看護の役割等、様々である。
- ・地域医療カンファレンスは、年3回程度の開催である。意見交換会の参加者に加えて、テーマにより参加者が増えることがある。例えば、防災の場合、消防署、警察署等にも参加してもらっている。

【地域住民への普及啓発】

- ・出前講座として、住民から依頼があり、講師として参加している。老後の心構え、人生会議、ACP等がテーマとして多い。
- ・地区の住民の代表者が年間計画を立てており、その1つとして出前講座をしている

形である。令和４年度に２件、令和５年度に６件開催した。今年度は３件の予定が確定しており、最終的に、令和５年度と同じ６件程度行うことを考えている。

【相談支援】

- ・相談者は多様である。病院関係者、ケアマネジャー、土佐市福祉事務所、地域住民等である。
- ・相談の内容も様々である。介護保険の申請方法、難病の窓口、病気に対応できる病院の問合せ、訪問診療の紹介、診療報酬点数、尊厳死、ACP等である。
- ・実績件数は令和４年度１件、令和５年度３件と報告したが、実際には月４～５件程度ある。在宅医療・介護連携推進事業としての相談なのか、訪問看護ステーションへの相談なのか仕分けが難しい。

【入退院支援】

- ・入退院支援に関して積極的に取り組んでほしいと市から要望があった。新型コロナウイルスの流行以降、入退院支援に関する関係が希薄になっている。従前から可視化シートを使って連携していたが、院内での浸透が不十分だったようだ。改めて、可視化シートを活用して、関係を強化しているところである。

【資源の把握、課題の抽出と対応策の検討】

- ・地域課題の検討の場として、地域ケア会議に参加している。
- ・土佐市地域包括支援センターの保健師や保健所の地域連携担当者と意見交換している。

【在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携】

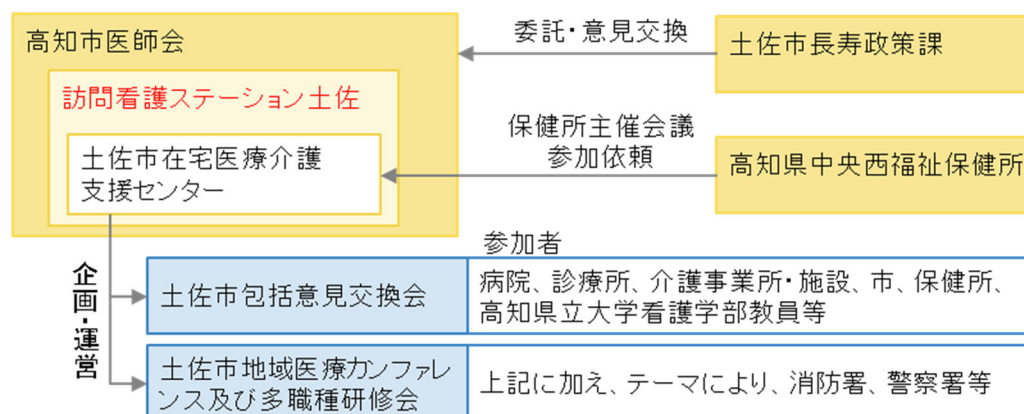
- ・土佐市長寿政策課と地域包括支援センターとは翌年度の事業計画についての打合せを年間で数回している。会議の開催後など、都度報告しており、適宜話し合いをしている。
- ・保健所が開催される入退院支援、ACPに関する会議にアドバイザー・パネリストとして年２回程度参加している。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・母体の高知市医師会とは、事業を開始して３～４年は、高知市の在宅医療介護支援センターと一緒に年３回、会議をしていた。令和４年頃からは会議がなくなり、土佐市独自の事情に応じて進めることになった。医師会の副会長が土佐市の地域医療カンファレンスの代表として現在も参加しており、そのカンファレンスで土佐市在宅医療介護支援センターの運営について意見をもらっている。
- ・連携事業の主な関係図は下記である。土佐市長寿政策課とは適宜、打合せや意見交

換して、進めている。参加している会議は、高知県西地域における事業計画や評価に関する会議、保健所が開催する会議（入退院支援、ACP 等）、地域ケア会議等が挙げられる。

図 在宅医療・介護連携推進事業の主な関係図



（出所）ヒアリング調査をもとに MURC 作成

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・訪問看護事業所が事業を実施する意義は、在宅の場面で円滑に医療側と介護側の課題を抽出して情報共有し、連携を促すことができる。訪問看護師だからこそ、医療・介護の両面への理解や入退院における病院側の事情の想像ができる。医療側と介護側を繋ぐことができる。
- ・訪問看護業務で、ケアマネジャー、施設職員、訪問介護士等とすでに顔見知りであり、相談しやすいことが利点である。お互いに理解しており、一緒に動くことができる。
- ・病院の入退院支援に課題があり、市が企画して、病院側とコーディネーター側で歩み寄る目的の話し合いの場を持った。もっと意見を伝えたかったが、第1回ということもあり、踏み込めなかった。今後も、市と連携して、病院側・医療側の協働を促し、お互いが解決できるように進めていきたい。
- ・地域の資源が不足しており、連携する先がなく、すぐに解決できない。独居高齢者が退院する際、介護する人手が足りない。金銭問題や福祉サービスを含めて、最期まで誰が世話するのか、ケアマネジャーや相談員が苦勞している。
- ・市からの期待は、入退院支援についてであり、他事業所、特にケアマネジャーの支えになるように相談を受けてほしいと市から話があった。しかし、思っていたよりも相談件数が少ない。もっと市と協働して取り組む必要がある。相談窓口の周知のほか、困難事例に対する病院との連携促進など、市と協力して進めていきたい。

Ⅱ 一般財団法人 生駒メディカルセンター訪問看護ステーション (奈良県生駒市)

◆自治体概要

人口※1	116,819 人
高齢化率※1	29.6%
地域特性	奈良市と大阪府に隣接したベッドタウン。 ・診療所 86 か所（うち、在宅療養支援診療所 13 か所） ・訪問看護ステーションが 19 か所 (2024 年 11 月 1 日)

※1：生駒市ホームページ（2024 年 4 月 1 日）

◆本事例のポイント・特徴

- 生駒市と生駒市医師会の出捐により開設された一般財団法人生駒メディカルセンターが訪問看護ステーション等を運営している。
- コーディネーターの役割は、相談窓口対応と普及啓発、各種会議の参加である。他の在宅医療・介護連携推進事業は生駒市の担当者が担っており、役割分担が明確である。コーディネーターは参加する医療介護連携ネットワーク協議会や在宅医療介護推進部会だけでなく、日ごろから生駒市の担当者と連絡を取り、事業を推進している。
- 相談窓口は、介護事業所や医療機関等の専門職からの相談を主に受けており、訪問看護や訪問診療可能な医師の紹介等の相談内容が多い。
- 平成 28 年から、生駒市医療介護連携ネットワーク協議会と、その下部組織である在宅医療介護推進部会を開催している。協議会は病院長、理事長等が集まり、部会は部門長、施設長等の現場管理者が集まっての開催で、より現場レベルである。この点が効果的であったと考えられている。
- 在宅医療介護推進部会での取組として、4 つの場面と災害・感染症対策の場面について、ロジックモデルを作成し、事業評価に活用している。また、看取りの場面では、医師や訪問看護師等とワーキンググループを開催し、エンディングノートを作成した。
- 災害・感染症対策として、連携型 BCP・地域 BCP を令和 5 年度に取り組んだ。
- 地域の医療機関や介護事業所等と市が良い関係性を築けている理由の 1 つとして、部会だけでなく必要に応じて市の担当者が対面でそれぞれに話をしてきたことが挙げられる。現場の状況を知った上で、課題出しだけでなく、目指すべき姿を部会で検討して進めることができている。

【キーワード】 会議体組成は市が主導 / ネットワーク協議会 / 在宅医療介護推進部会 / 年 100 件以上の相談 / ロジックモデル作成 / 地域 BCP / エンディングノート / 入退院調整マニュアル

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・長年、市や医師会、地域の医療機関、介護事業所等が連携してきた。
- ・平成 26 年の介護保険法の改正を受けて、平成 28 年に市が生駒市医療介護連携ネットワーク協議会と、その下部組織である在宅医療介護推進部会を立ち上げた。
- ・平成 30 年に、医師会等との連携は欠かせないものと考え、在宅医療・介護連携に係る相談窓口を（一財）生駒メディカルセンター訪問看護ステーションに委託した。

- ・なお、（一財）生駒メディカルセンターは、生駒市と生駒市医師会の出捐により開設し、訪問看護ステーション等を運営している。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・コーディネーターは1人で、一般財団法人生駒メディカルセンターが有する2つの訪問看護ステーションの統括所長である。コーディネーターが不在時には訪問看護ステーションの管理者が対応することがある。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

×	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
×	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
×	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
×	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
×	住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
○	(キ)地域住民への普及啓発
×	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
×	(ケ)その他、全体的な企画等

【相談業務】

- ・水曜日と金曜日の週2日、相談窓口を設置しているが、それ以外の曜日にも随時相談を受けている。相談件数は令和5年度で131件あり、平均して年間100～120件である。
- ・専門職からの相談が主である。医療機関や介護事業所からの相談が多く、なかでもケアマネジャーからの相談が最も多い印象である。
- ・相談が多い内容は、訪問看護の紹介、訪問診療可能な医師の紹介である。例えば、病状に合わせた医師の紹介依頼などがあり、該当する医師や医療機関に繋ぐことが多い。在宅でのケアの実施内容や看取りの進め方に関する相談もある。

【相談窓口の普及啓発】

- ・新規事業所への挨拶等に行っている。
- ・市内の研修会に参加した際に相談窓口の案内や宣伝をしている。

【その他】

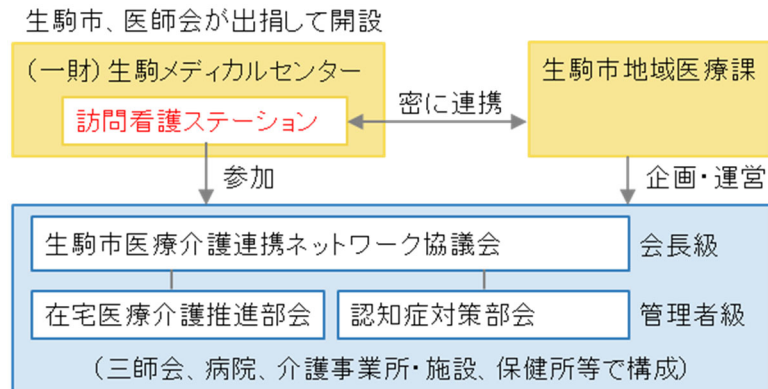
- ・コーディネーターは、医療介護連携ネットワーク協議会、在宅医療介護推進部会等に参加し、事業を推進している。在宅医療介護推進部会にはオブザーバーの立場で

参加している。コーディネーターはエンディングノートの作成ワーキンググループ等にも参加している。市の担当者とは会議以外でも連絡を取り合い、緊密に連携している。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・市が主導して、生駒市医療介護連携ネットワーク協議会と、その下部組織である在宅医療介護推進部会と認知症対策部会を平成 28 年から開催して、事業を推進している。
- ・在宅医療介護推進部会が年 3、4 回あり、その中で協議や情報共有をしている。
- ・在宅医療介護推進部会は、部会員数が 15 名前後である。医師会、病院、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、小規模多機能型居宅介護施設、郡山保健所、生駒市等で構成されており、現場担当責任者が参加している。
- ・在宅医療介護推進部会は医療介護連携をテーマに協議している。4 つの場面（入院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）ごとに評価、振り返りを行っている。災害・感染症対策として、連携型 BCP・地域 BCP を令和 5 年度に取り組んだ。
- ・在宅医療介護推進部会での取組として、4 つの場面と災害・感染症対策の場面について、ロジックモデルを作成し、事業評価に活用している。また、看取りの場面では、エンディングノートを令和 5 年度に作成した。医師やケアマネジャー、訪問看護師、歯科医等が集まってワーキンググループを年 4 回開催した。市の担当者がエンディングノートのたたき台を提示し、医療、介護の面から意見を出し合って、完成させた。今後、効果を評価していく。
- ・生駒市医療介護連携ネットワーク協議会は、構成委員は 20 名前後であり、医師会長、病院長、歯科医師会長、薬剤師会長、社会福祉法人の理事長、保健所所長などである。コーディネーターも参加しており、事業の報告をしたり、助言を受けていたりする。
- ・地域の医療機関や介護事業所等と市が良い関係性を築けている理由の 1 つとして、部会だけでなく必要に応じて担当者が対面でそれぞれに話をしてきたことが挙げられる。また、3 年に 1 回、委員の交代があるが、平成 30 年の第 2 期からは部会には、施設長等の現場管理者に参加してもらうことにしたことがよかった。市の担当者が現場の状況を知った上で、課題出しできるだけでなく、関係者が目指すべき姿を部会で検討して進めることができている。

図 在宅医療・介護連携推進事業の体制・会議体



(出所) ヒアリング調査をもとに MURC 作成

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・医療従事者は介護のことがよくわからない場合も多い。逆に、介護の担当者は医療のことがよくわからない場合もある。訪問看護は両方をまたぐ領域であるため、訪問看護師が間をつなぎ、補えることがよいところかと思う。
- ・コーディネーターの時間の確保が課題だと思う。現在の相談対応以上に関与を増やすことは困難に感じている。
- ・相談の対象者の範囲は課題である。現在は高齢者を主な対象としているが、相談窓口業務だけ先行して小児や障害等まで範囲を拡大することがよいのか、検討が必要である。コーディネーターや市の担当者の人手が足りないことも課題である。
- ・入退院調整における課題について、平成 30 年から入退院調整マニュアルを活用しているが、新型コロナウイルスの流行で勉強会や退院前カンファレンス自体が見送られたことや現場担当者が変わったことが影響し、入退院調整マニュアルの周知度、活用度が下がった。年 1 回、運用状況調査をしていて判明した。今年度、改めて勉強会を開催し、入退院支援マニュアルの周知や活用を促していくことになった。

Ⅲ 一般社団法人牛久市医師会訪問看護ステーションうしく (茨城県牛久市)

◆自治体概要

人口※ ¹	84,085 人（令和 6 年 1 月 1 日現在）
高齢化率※ ²	30.3%（令和 6 年 9 月）
地域特性	要介護状態になっても自宅で生活したいとの住民ニーズが強く、家族による介護を行っている世帯の比率も高い。今後も要介護認定者が増えていくことが予想されるため、訪問介護、通所介護ともに在宅介護サービスのさらなる整備を見込んでいる。

※¹：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和 6 年 1 月 1 日現在）

※²：介護保険事業状況報告（令和 6 年 9 月）

◆本事例のポイント・特徴

- 医師会立の訪問看護ステーション。
- 実施事業は専門職からの「相談事業」のみである。
- 訪問看護師は、地域を看ている看護師なので、幅広い対象を分け隔てなく看ることにより、地域全体を知ることができることから、訪問看護事業所がコーディネーターを担うと業務をスムーズに行うことができると考えている。
- 看護師がコーディネーターとして医師と介護士の間に入ることによりスムーズな情報共有・連携をとることが可能となる。

【キーワード】医師会立 / 地域づくり / 介護支援専門員

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・2018 年 4 月から事業を実施
- ・在宅医療・介護連携事業の相談事業について、医師会を通じて医師会立の当事業所に依頼があった。
- ・本事業が当事業所に依頼があったのは医師会立の訪問看護ステーションだったことが大きかったと考える。どのような事業を行うかについての「事業計画書」は牛久市医師会にて作成している。作成された事業計画書に沿って当事業所は事業を行っている。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・介護支援専門員の資格も持つ看護師 1 名をコーディネーターとして 1 名の配置。（常勤兼務）
- ・幅広く相談業務に対応できる人材は他にはなかなかいない。事業開始当初からこれまで、担当の変更はない。
- ・業務量としては、専従が必要となるほどの業務量ではなく、また、緊急性が高い相談もほとんどない。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

×	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
×	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
×	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
×	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
×	住民から
×	(カ)医療・介護関係者の研修
×	(キ)地域住民への普及啓発
×	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
×	(ケ)その他、全体的な企画等

- ・コーディネーターが実施しているのは専門職からの相談に対応する「相談事業」のみである。
- ・相談窓口の開設時間は、月～金（祝日等を除く）の 8:30～17:00。
- ・相談を受ける対象は、事業計画書上は、地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、病院の地域医療連携室等である。医師の記載はないが、医師からの相談があったこともある。
- ・相談は、主に、ケアマネジャーや地域包括支援センターからであるが、認知度はあまり高くないため、相談件数は月平均 1～2 件、過去最大 3 件だった。また、相談件数が 0 件の月もある。
- ・相談内容としては、訪問診療の医師の紹介希望や、精神疾患を有する利用者に対してどのような対応をすればよいかといったことがある。
- ・当事業所は、開設して来年で 30 年になる市内で最初に開設された訪問看護ステーションである。初期のころから小児も対象としており、また、精神関係の依頼も多く、幅広い利用者を対象としている。このため、相談に関しても対象を特に限定していないため、依頼があれば相談を受けている。相談の段階で精神疾患があるかは不明だが、詳細な内容を確認すると精神疾患を有している場合もある。
- ・住民については、地域包括支援センターが相談を受け付けており、当事業所で直接受け付けはしていない。

（具体的な相談内容の例）

住民からの相談は原則受けていないが、以下のような住民からの相談例があった。聞いてみるとまず、市役所に相談して、市役所が当窓口への相談を住民に勧めたようで対応を行ったものである。

- ・夕方の 17:00 頃、患者の妻から市役所に連絡をした。
- ・相談者の夫が癌に罹患しており、大学病院に入院していた。大学病院を退院後、地域の病院に入院し、その病院を退院後、自宅に帰ってきたが、妻が対応に困り市役所に相談をしたが、市役所では十分なアドバイスができなかったため当窓口を紹介した。

- ・相談を受ける中で、大学病院を退院する際には「訪問診療の医師を探しておく」という話があったとのことだったので、まずは大学病院の医師へ問合せを行った。大学病院の医師は、地域の診療所での受け入れが可能なのであれば、紹介状は書くと言ってくれた。
- ・紹介状を書いてもらったことにより、訪問診療の医師につなぐことができ、医師が訪問し、訪問看護指示書を交付してもらえ、当訪問看護事業所が緊急対応として関わることができた。
- ・自宅では、介護することが難しかったこと、経済的な問題もなかったことから、訪問診療の医師が関連する施設に、対応を開始してから約 10 日後には入所でき、その施設で看取りまで行うことができた。
- ・非常にスピーディな対応ができたと思う。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・牛久市が他の事業所に事業を委託していない事もあり、市内には他にコーディネーターはいない。
- ・市内で会議体等は特に設けられていない。
- ・近隣の市で、本事業所と同じく医師会立の訪問看護ステーションが在宅医療・介護連携推進事業を実施しているところがあり、管理者（介護支援専門員資格を有する看護師）がコーディネーターをしている。管理者同士で情報交換をしたりしている。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・訪問看護師は、地域を看ている看護師である。幅広い対象を分け隔てなく看ることにより、地域全体を知ることができることから、ステーションがコーディネーターを担うことにより、業務をスムーズに行うことができる。
- ・コーディネーターとして大学病院の医師に連絡を行うこともある。医師に何かを報告すること、相談することについて、介護士等はハードルの高さを感じるようだが、看護師は、医師に対して必要なときに、必要なタイミングで連絡・相談を行うことを躊躇なくでき、スムーズに各種サービスにつなげることができる。
- ・医師会の看板で依頼がきている仕事ではあるが、引き継いでいきたいと考えている。そのためには次を育てていかないといけないと考えているものの、本業務には、看護師の資格、介護に関する知識、牛久市の状況の理解、経験も必要なため、育てることは容易ではない。
- ・在宅で医療的処置を受けられることを知らない住民が多いため啓発を行っていきたい。それにより、ACP に関しても理解を深めていくことができるのではないかと考えている。ACP に関しては、易しい切り口で地域住民に知ってもらわないと進まないのではないかと考えている。

Ⅳ 一般社団法人桶川北本伊奈地区医師会 桶川北本伊奈地区在宅医療連携センター（桶川北本伊奈地区訪問看護ステーション併設） （埼玉県北本市）

◆自治体概要

人口※ ¹	65,297 人
高齢化率※ ²	32.7%
地域特性	・病院 2 か所 ・診療所 39 か所

※¹：北本市ホームページ（2024 年 12 月 1 日）

※²：北本市高齢者福祉計画 2024・第 9 期介護保険事業計画（2023 年 3 月）

◆本事例のポイント・特徴

- 桶川北本伊奈地区医師会が在宅医療連携センターの運営を受託している。医師会立の訪問看護ステーション（サテライト）が併設している。
- 主たるコーディネーターは元行政保健師である。高齢者だけでなく、精神や障害なども含めて、相談を受けて対応している。医療・介護関係者だけでなく、住民からの相談も受け付けている。
- 多職種向け研修会の企画・運営や出前講座の講師等、幅広く担っている。
- 埼玉県では郡市医師会ごとに在宅医療連携拠点を設置している。約 30 か所あり、それぞれにコーディネーターがいる。医師会立の訪問看護事業所所属の看護師がいる。オンライン上のコミュニケーションツールを用いて、コーディネーター同士の情報共有をしている。

【キーワード】 2市1町からの委託 / 主たるコーディネーターは元行政保健師 / 研修会の企画・運営 / 小児・精神対応 / 入退院支援ルール作成 / 県内のコーディネーターと交流

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・平成 28 年、埼玉県から北足立郡市医師会（鴻巣市医師会、桶川北本伊奈地区医師会の 2 つの医師会で構成）に事業委託が開始。北足立郡市医師会から桶川北本伊奈地区医師会に再委託して、事業を進めてきた。当時は、北本市にある桶川北本伊奈地区訪問看護ステーションの看護師が連携業務を兼務していた。また、運営費は埼玉県がすべて負担していた。
- ・平成 30 年から市町村の事業として、北本市、桶川市、伊奈町の 2 市 1 町から北足立郡市医師会に委託をすることになった。費用は 2 市 1 町で案分している。
- ・令和 3 年度から桶川北本伊奈地区在宅医療連携センターに専任のコーディネーター（保健師）と、訪問看護ステーションの兼務者（看護師）、事務員を配置。
- ・令和 4 年度から桶川北本伊奈地区医師会に直接委託することになった。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・在宅医療連携センターの専任で保健師であるコーディネーターが在宅医療・介護連携推進事業を主に担っている。専任のコーディネーターの勤務日以外は訪問看護ス

テーションの管理者が兼務者として相談業務等を担っている。

- ・在宅医療連携センターは、現在、桶川市地域福祉活動センター内にあり、桶川北本伊奈地区訪問看護ステーション（サテライト桶川）と隣り合っている。なお、令和4年までは北本市にある訪問看護ステーションと併設していた。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

○	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
○	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
○	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
○	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
○	住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
○	(キ)地域住民への普及啓発
○	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
○	(ケ)その他、全体的な企画等

- ・北本市、桶川市、伊奈町の2市1町から一括して、在宅医療連携センターが事業を受託している。

【相談支援】

- ・事業の多くの時間が相談業務になっている。
- ・医療・介護関係者や地域住民からの在宅医療や介護に関する相談に対応している。電話での相談が多い。メールでも受け付けている。
- ・近隣の在宅医療サービスや医師の紹介依頼などが多い。業務の範疇外だが、新型コロナウイルスの流行時は病院と病院を繋ぐ相談もあった。
- ・相談件数は2市1町で年間70件程度である。月5～6件になる。本人・家族からの相談は約4割である。地域としては、半分ほどが北本市である。

【情報提供支援】

- ・地域ケア会議に参加して、個別事例で支援内容を検討している。北本市は4か所ほどで地域ケア会議を開催している。

【入退院支援、医介連携体制の推進】

- ・北足立地区で入退院支援ルールを令和4年に作成した。医師会、在宅医療連携センター、病院の相談員、薬剤師会、介護支援専門員連絡会、地域包括支援センター等と会議を重ね、入院時情報提供書、退院・退所時の情報提供連絡票等の共通様式を

含めて、ルールを作成した。

- ・入退院支援ルールの資料の冒頭で、4つの場面を意識づけしている。
- ・ケアマネジャー、病院等に対して、入退院支援ルールを広めようと周知している。今後、ルール自体を評価し、活用状況や活用しない理由を検討していく。
- ・なお、平成29年から、2市1町の病院4か所で急変時の在宅支援ベッドを確保していたが、現在、支援ベッドはあまり使われていない。支援ベッドよりも救急搬送が多く、支援ベッドが使われなくなった。主治医は直接、病院とやり取りしているようだ。

【医療・介護関係者の研修】

- ・多職種向けの研修会を企画、運営している。
- ・精神保健福祉の勉強会として、アンケートを実施した。精神の事例が増えているが、支援するにあたりどこに何を聞いたらわからないという結果だった。医療の考え方の勉強会をしたら好評であった。相談先として、保健所があるが、現場職員からは敷居が高いようだ。
- ・ケアマネジャーの研修の講師にコーディネーターが呼ばれる。医師への接し方などを研修している。介護側からすると医療は敷居が高い部分がある。

【住民への普及啓発】

- ・人生会議について、2市1町の集会所等で住民の方や民生委員向けに出前講座を実施している。

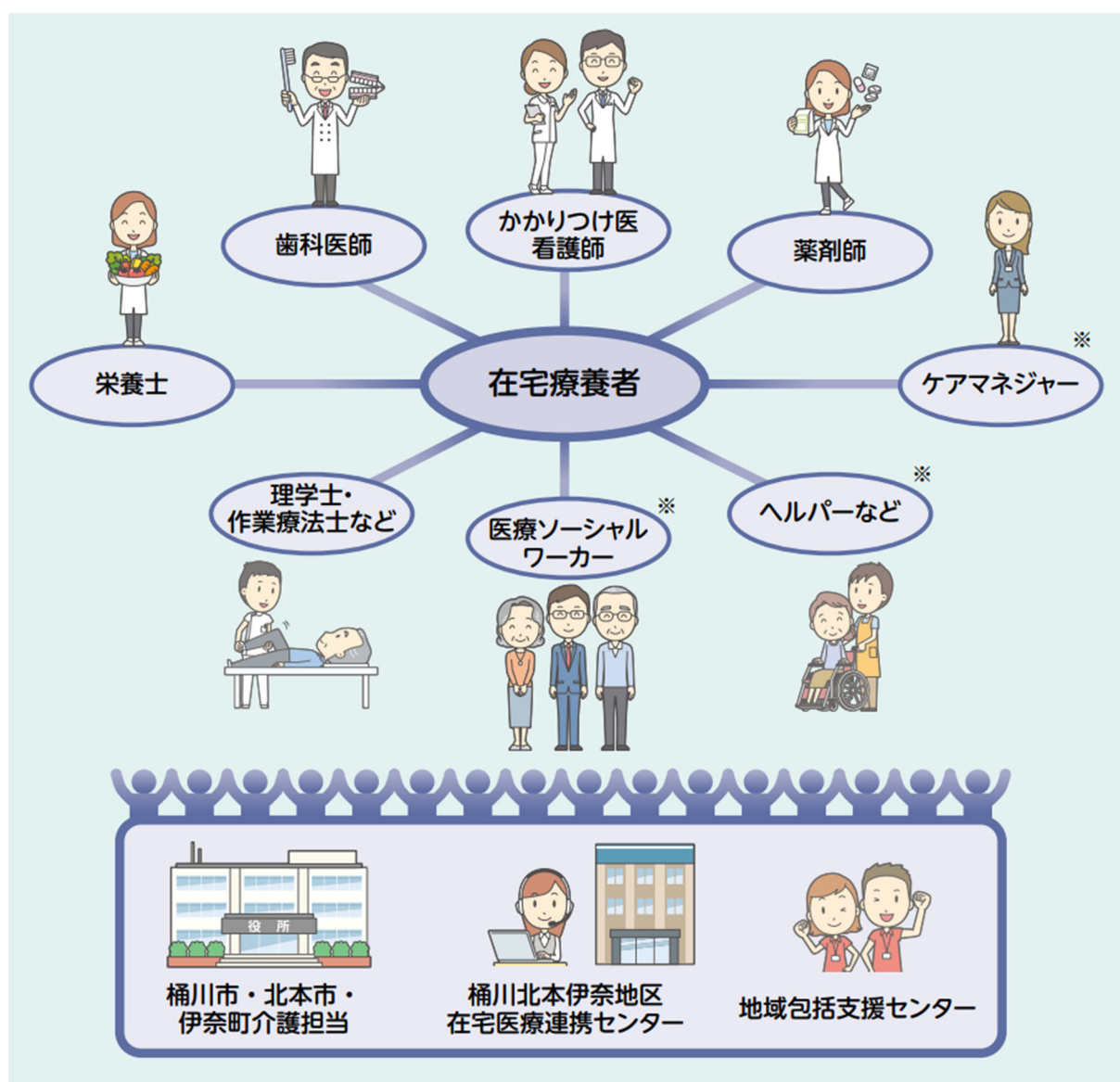
【県内のコーディネーターとの連携】

- ・埼玉県では郡市医師会ごとに在宅医療連携拠点を設置している。約30か所あり、それぞれに拠点コーディネーターがおり、ほとんどのコーディネーターが看護師だと思う。病院所属の看護師、医師会立の訪問看護所属の看護師がいるようだ。
- ・埼玉県全体で活用されているオンライン上のコミュニケーションツールにて、コーディネーター同士で情報共有や研修会の案内等を行っている。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・2市1町それぞれで、在宅医療介護連携推進事業に関する協議会があり、参加している。令和5年度に、北本市3回、桶川市5回、伊奈町2回、開催された。
- ・保健所が開催する難病対策地域協議会の委員にコーディネーターとして参加している。同じ管轄内の鴻巣市、上尾市の在宅医療連携センターも参加している。
- ・医師会には毎月報告している。医師会からのフィードバックは多くはないが、必要な時に対応してくれる。年に数回、医師会の医師と会議をしている。

図 桶川北本伊奈地区在宅医療連携センターのイメージ図



（出所）桶川北本伊奈地区在宅医療連携センターのホームページ

5. 在宅医療連携センターが事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・行政での勤務経験から、行政の各部署（福祉、障害、教育等）の役割やすみ分けを把握している。困難事例に対して各部署と協力して対応している。
- ・在宅医療・介護連携がより進展するために、訪問診療医の増加、オンライン上のコミュニケーションツールの普及が課題である。

V 一般社団法人 龍ヶ崎市医師会 訪問看護ステーション龍ヶ崎 (茨城県龍ヶ崎市)

◆自治体概要

人口※1	75,183 人（令和 6 年 10 月 1 日時点）
高齢化率※1	31.2% （令和 6 年 10 月 1 日時点）
地域特性	市内の医療資源は病院 1 か所、診療所 8 か所。在宅医療の対応をしている医療機関はあるが、24 時間の体制確保に至っていないため、隣接する市の医療機関と連携を図りながら対応している。介護資源は、高齢者が在宅生活を維持していくために十分なサービスがある。

※1：龍ヶ崎市「地区別・年齢別 住民基本台帳人口（令和 6 年 10 月 1 日）」

◆本事例のポイント・特徴

- 介護支援専門員の資格を持つ管理者が、「在宅医療連携相談室」のコーディネーターとして、週 5 日、地域の医療介護従事者、住民、行政からの幅広い相談に電話で対応している。緊急度が高い相談の場合は、相談対応の一環として相談者の自宅に訪問することもある。
- 在宅医療連携相談室の普及啓発のため、市役所の窓口担当部署職員へのプチ研修や、要介護認定の認定調査員に対する相談室の説明を行い、周知を図っている。
- 訪問看護ステーションは、地域の医療関係者と日常的に密な連携をしていることから、迅速かつ的確に医療に関わるコーディネートが可能であり、相談件数も増加傾向にある。
- 医療ニーズの高い相談では訪問看護事業所として介入することもあるが、事業を受託していることもあり、対応に迷うこともある。他事業所との連携方法、昨年度から体制が変わった地域包括支援センターとの連携方法、後任のコーディネーターの育成等を課題としている。

【キーワード】 医師会立の訪問看護ステーション / コーディネーターの資格：介護支援専門員資格を有する看護師 / 在宅医療連携相談室 / 認定調査員との連携 / 行政窓口職員に対するプチ研修／相談増加傾向

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・訪問看護ステーション龍ヶ崎は、龍ヶ崎市医師会と龍ヶ崎市（地域包括支援センター）から相談を受けて、平成 28 年から市からの委託を受けて、事業を実施している。
- ・市は、自治体と密接な連携と相互協力のもとに、訪問看護ステーション龍ヶ崎が、その専門性を活かして市民講座に取り組んだ実績や、在宅医療において職員が高い専門性を持ち、関係職種との連携を実施していることから、在宅医療連携相談室の業務を依頼した。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・介護支援専門員の資格を持つ管理者が、コーディネーターとして対応している。
- ・相談支援においては、管理者が主に対応しているが、併設する居宅介護支援事業所の介護支援専門員 2 名が不在時の一次対応を担っている。一次対応時に、介護支援専門員で対応可能であればそのまま助言を行い、管理者が報告を受けてフォローを

行う体制にある。

- ・当ステーションは、医師会立であり、茨城県訪問看護事業協議会の幹事を行うなど、リーダー的な役割を果たしている。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

×	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
×	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
×	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
×	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
○	住民から
△	(カ)医療・介護関係者の研修
×	(キ)地域住民への普及啓発
×	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
×	(ケ)その他、全体的な企画等

【相談支援】

- ・「在宅医療連携相談室」として、週5日、9時～17時で地域の医療介護従事者、住民、行政からの相談に対応している。高齢者に限定せず、幅広い相談を受け付ける。
- ・開設当初は、市内の病院のソーシャルワーカーからの在宅移行に関する相談が多かった。在宅医療連携相談室の普及啓発が行われ、住民における認知度も高くなってきて、住民からの相談が増えた。住民からは介護支援専門員のかかわりがなく、がんなどで療養に不安を抱える人から相談がある。このようなケースについては、介護支援専門員を紹介したり、緊急度が高い場合は相談対応の一環として訪問看護師が自宅に訪問し、アセスメントを行っている。
- ・また、介護関係者からは、独居高齢者の看取りケースで訪問診療に関する相談がある。看取りを行うには医師のスキルも重要になるので、対応可能な医療機関を紹介している。
- ・相談件数は増加傾向にある。令和5年度は44件の相談があり、住民からが約6割、医療関係者からが約2割、介護関係者からが約1割となっている。

【相談支援のための普及啓発活動】

- ・在宅医療連携相談室には、市役所の介護保険窓口経由での相談が多い。そのため、行政からの案内方法や連携方法について協議を行い、啓発の一環として行政の窓口担当部署職員に対して相談室の現状をお伝えするプチ研修を行った。
- ・また、要介護認定の認定調査員に対して在宅医療連携相談室の説明を行い、住民向けの案内を作成して配布を依頼した。過去に、終末期のケースで、要介護認定が下り

るまで相談を待つ方が多く、認定までに病状が進行してしまい支援が間に合わないケースがあり、早期に相談をしてもらうための工夫として取り組んでいる。現在は認定調査員から相談ケースの紹介をしてもらえるようになった。

- ・このような普及啓発の取組は、市や地域包括支援センターと相談をしながら取り組んでいる。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・自治体の事業担当者は地域包括支援センターにいたため、地域包括支援センターに取組の報告を行ったうえで、次年度の取組の内容について一緒に検討をしている。
- ・市の協議体として「在宅医療介護連携推進協議会」がある。コーディネーターは、医療・介護関係者の情報共有の支援及び研修、地域住民への普及啓発を進める「連携推進部会」に参加し、地域課題の検討や連携に関する取組の企画に携わっている。連携推進部会では、毎年、龍ヶ崎市介護支援専門員連絡協議会と共同で多職種合同研修を企画している。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・訪問看護ステーションは、地域の医療関係者と日常的に密な連携をして、現場を熟知しているので、迅速かつ的確に医療に関わるコーディネートが可能である。現に、緊急性が高く困っている人に対して支援ができるようになった。相談先がなくて長期間困っているという状況が過去にはあったが、あまり耳にしなくなった。
- ・他方で、他事業所との連携方法については課題もある。緊急の対応が必要な相談ケースは、他の事業所に断られることがあることから、多少の無理をしてでも自事業所で対応をしてきた。龍ヶ崎市の医療相談室という立場で、その対応でよいかを疑問に感じている。また、緊急性が高く、医療ニーズの高いケースでは訪問をして医療処置を行うこともある（例えば、褥瘡が悪化していたため、処置をしたうえで入院に繋いだ）。相談業務としては、医療処置は対応範囲外と思われるため、医療対応やつなぎ方についてマニュアルがあると良い。
- ・今後に向けては、地域包括支援センターとの連携と人材育成が課題である。地域包括支援センターは直営1か所だったが、令和5年度から民間事業者の運営で2か所となった。地域包括支援センターの看護師との連携の在り方や役割分担が明確になっていないため、迅速に相談対応ができるように協議を行う予定である。
- ・また、相談への早期対応を優先することで後任の育成まで手が回っていない。相談対応には地域をよく知っているだけではなく、介護保険制度や諸制度についての知識も必要である。今後は、育成に向けた相談記録の共有や同行訪問などに意識して取り組みたい。

VI 医療法人弘英会 琵琶湖大橋病院 訪問看護ステーション
 医療法人良善会 訪問看護ステーションヴィーナス 24
 独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院附属訪問看護
 ステーション
 （滋賀県大津市）

◆自治体概要

人口※1	343,916 人（令和 6 年 1 月 1 日現在）
高齢化率※2	27.6%（令和 6 年 9 月）
地域特性	7つの保健福祉ブロックに分けて地域特性に合わせた取組を進めている。 3か所の拠点訪問看護ステーション（全世代対応）が7か所の地域包括支援センターと連携して「在宅医療・介護福祉連携相談」の窓口を担う。市が全体総括を担う。 市内の病院や訪問診療実施診療所、訪問看護ステーションは中北部、中部、中南部に多い傾向があるが、対応不可能なエリアはない。 訪問看護利用者の増加とともに、訪問看護ステーション数は 65（令和 7 年 2 月時点）と 10 年間で 4 倍に増加、小規模事業所が多く機能強化型訪問看護ステーションは他圏域に比べて少ない。 訪問看護ステーション間の連携強化が必要となっている。

※1：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和 6 年 1 月 1 日現在）

※2：介護保険事業状況報告（令和 6 年 9 月）

◆本事例のポイント・特徴

- 市のイニシアティブが発揮されている事例である。
- 訪問看護師は、全世代の医療介護福祉連携の中核となることが可能であり、全世代対象の在宅医療連携拠点（以下「拠点」という。）整備と在宅医療・介護連携推進事業を一体的に進め、3か所の訪問看護ステーションにコーディネーターを配置することとした。
- 訪問看護ステーションがコーディネーターの役割を果たすには一定の人員体制（訪問看護ステーションの大規模化）が必要と考え、機能強化型訪問看護療養費を届け出るための要件を満たすことができるよう常勤訪問看護師の雇用に係る経費等に対し補助金を交付し、支援した。
- 大津市を3つのエリアに分け、病院併設の訪問看護ステーションを拠点訪問看護ステーションと位置付け、病院と一体的に取り組んでいる。
- コーディネーターの役割を訪問看護ステーションが担うことで、看看連携・小規模訪問看護ステーションへの支援に強みを発揮している。
- 拠点訪問看護ステーションが一堂に会する会議を2か月に1回開催し、情報共有を図っている。また、日々、拠点訪問看護ステーションとして地域の診療所・訪問看護ステーションをはじめとした医療・介護関係者とコミュニケーションを図りながら活動している。

【キーワード】市独自の補助金 / 中核市 / 機能強化型訪問看護療養費を算定しているステーション / 全世代型相談窓口 / 看看連携

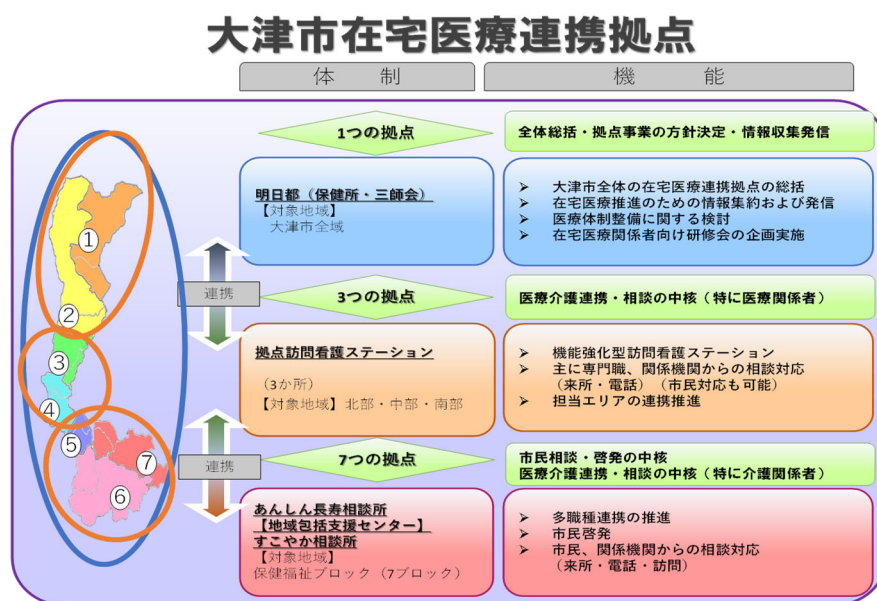
1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・国が実施した「平成 26 年度都道府県医療介護連携調整実証事業」を通して、市の担当者は、在宅医療介護連携における訪問看護師の存在が大きいことを認識し、訪問

看護師が持つ強みをもっと生かすことを様々な場面で検討した。

- ・地域の医療介護連携の推進には、医療介護関係機関所属の看護職が連携すること、また、訪問看護師が大きな役割を担うことを各職種が認識をした。
- ・大津市として訪問診療・訪問看護体制強化や病院看護部とのネットワーク強化に取り組む中で、病院と地域の看護師が更なる連携強化を深める必要があると感じた。
- ・在宅医療・介護連携推進事業は、地域包括支援センター（直営）が中心に事業を進めていたが、連携の課題や地域資源の状況を踏まえ医療面でのコーディネートは訪問看護ステーションが中心となることが特に有効であると考えた。
- ・保健所設置市として平成 28 年度から滋賀県実施の大津圏域地域医療構想調整会議に事務局として参画し、在宅医療体制整備についても議論する中で、病院と在宅医療の連携を円滑にするために 3 つのエリアを設定し、各エリアの在宅医療に関わる病院及び併設の訪問看護ステーションを連携の拠点とすることとした。
- ・拠点訪問看護ステーションの整備に当たって、在宅医療見込み量、訪問看護ステーション数、事業所の常勤換算看護職員数、規模別訪問看護ステーション数などのデータを調査分析した結果、大津市は他都市と比べ資源量が不十分であること、機能強化型訪問看護ステーションがなく、小規模訪問看護ステーションが多いことが判明した。このため、訪問看護ステーションの拠点化と一定の人員体制（訪問看護ステーションの大規模化）の整備に向け、大津市独自の補助事業を創設し機能強化型訪問看護療養費を届け出るための要件を満たすことができるよう支援した。
- ・大津市により支援した訪問看護ステーションは、機能強化型訪問看護療養費を届出することができ、訪問看護ステーションの人員体制整備や経営改善を実現することができたことから、施策の有効性を実証することができた。

図 大津市在宅医療連携拠点



（出所）第 9 期大津市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（おおつゴールドプラン 2024） 計画書

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・訪問看護業務を行う訪問看護師がコーディネーターも兼ねるため、複数配置が可能となっている（通常業務との兼務を可能とするが、拠点としての相談業務等に対して常時1人以上の稼働は確保することとしている。）。
- ・3か所の拠点訪問看護ステーションは全て病院併設型であり、病院は在宅療養支援病院又は後方支援病院を届け出し、介護保険サービス（在宅・施設とも）も実施している。
- ・訪問看護ステーションがコーディネーターの役割を行うことにより看看連携・小規模訪問看護ステーションへの支援に強みを発揮している。
- ・全世代を対象とし、医療的ケア児コーディネーター研修を受講している。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

○	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
○	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
○	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
○	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
△(※)	住民から (※)主に専門職を対象とするが、住民からの相談があれば対応
○	(カ)医療・介護関係者の研修
×	(キ)地域住民への普及啓発
○	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
○	(ケ)その他、全体的な企画等

- ・【地域の医療・介護の資源の把握】拠点訪問看護ステーションの活動として、エリアにある病院・診療所の情報収集や関係づくりを意識して連携している。
- ・新たな訪問看護ステーション開設に関する情報把握に努めている。
- ・既存の訪問看護ステーションには、こまめにコミュニケーションを図り、各訪問看護ステーションの現状や課題などの情報をアップデートしている。
- ・訪問看護ステーション情報交換会を毎年開催し、小規模訪問看護ステーションの現状や課題を把握するとともに、情報交換を行い課題解決に向けての対応策を一緒に検討している。
- ・【在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討】在宅療養患者の多くが接するのは診療所や病院外来の看護師であるが、病院外来や診療所看護師は看看連携の場合への参加が少ない。在宅医療・介護連携推進に向け、効果的な連携体制の構築を目指し、鍵となる診療所看護師にアンケートを実施した。また、在宅医療を実施していない診療所に対する医療介護連携への理解促進や訪問診療実施診療所の増加に向け、拠点訪問看護ステーションと併設病院が連携して診療所の状況把握や啓発を実施し

ている。

- ・【切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進】拠点訪問看護ステーションとして診療所を訪問し、在宅医療の取組状況や課題を聞き取り、まとめたものを提供するとともに、必要時、医療介護関係者にも情報提供している。
- ・【医療・介護関係者の情報提供の支援】大津市は拠点訪問看護ステーションを整備した後、訪問看護体制の更なる体制強化に向け、新たに機能強化型訪問看護療養費の届出を目指している訪問看護ステーションに対し体制強化補助事業を実施している。拠点訪問看護ステーションは新たに機能強化型訪問看護療養費の届出を目指す訪問看護ステーションのサポートを行っている。
- ・【在宅医療・介護連携に関する相談支援】医療介護福祉関係機関からの相談を受けている。相談内容としては、ケアマネジャー等から訪問看護の導入、介護保険制度の利用、訪問看護を利用していないケースについてのケアに関することが多い。介護保険等高齢者に関する相談が大半だが、小児、精神疾患も含めて相談対応している。
- ・【医療・介護関係者の研修】各エリアの多職種リーダーや地域包括支援センターと協働して企画会議を開催し、合同研修会（専門職（介護・医療職）向けの研修会）と市民啓発の2種類の研修を企画・実施している。また、タイムリーで効果的な訪問看護の利用を促進するために「訪問看護活用講座」の実施や、急性期病院看護部との共催で病院看護師対象の研修会を実施した。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・年1回の市内の全病院代表者や医療・介護関係団体の代表者が集まる在宅医療連携拠点運営会議で、拠点訪問看護ステーションの取組を報告している。
- ・大津市医師会、拠点病院、拠点訪問看護ステーションの代表等が参加している訪問診療・訪問看護体制強化検討会議を年2回開催している。
- ・市担当保健師と拠点訪問看護ステーション間の情報共有や活動の企画の会議を2か月に1回開催している。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・拠点訪問看護ステーションのシステム構築においては既存資源の持つ機能やネットワークを十分に生かすことを重視して関係機関と協議を進めた。
- ・拠点訪問看護ステーションは在宅医療に関わる病院と、介護保険サービス事業所・施設を同法人に持つことから、医療、看護、介護の多様なネットワークと連携することが可能である。
- ・訪問看護師は在宅医療において多職種からの信頼が厚く連携の中核的な存在になることも多い。特に医師からの信頼が大きい。
- ・拠点訪問看護ステーションの情報発信により、地域の訪問看護活動が見えることで

診療所医師が在宅医療を実施する上での安心感に繋がる。また、ケアマネジャー等介護関係者にとっても医療に対するハードルを下げることに繋がる。

- ・拠点となる病院と訪問看護ステーションが一体的に連携推進に取り組むことで、病院の認知度も向上し、外来受診だけでなく訪問診療を希望する人も増加している。
- ・相談事業の実施によりコーディネーターとなる訪問看護師一人一人の看護の質、制度への理解が深まり、対応も変化し、スタッフの育成に効果がある。また、地域の医療介護関係者との顔の見える関係が強化された。
- ・拠点訪問看護ステーションとしてコーディネーターの役割を果たすには、機能強化型訪問看護ステーション相当の人員体制や実績を維持することがポイントになるため、看護師の確保が課題である。
- ・今後の拠点訪問看護ステーションの整備については、現在のところ3か所の対応規模や配置のバランスがよいことから、現在の体制を継続し、活動の定着化を図る。
- ・拠点機能は訪問看護ステーションが単独で担うのではなく、病院と一体で地域の拠点として位置付けることで、医療、看護、介護、福祉の様々な形の連携ネットワークをサポートし強化していく。
- ・これまで、在宅医療・介護連携推進事業は、地域包括支援センター（直営）を中心に事業展開してきたが、事業の実施体制を見直し、医療・介護関係者の研修については拠点訪問看護ステーションを実施主体とすることで、さらなる在宅医療関係者の参画を目指していく。
- ・大津市では、病院による訪問診療の割合が多く、年々増加傾向にもあることから、拠点訪問看護ステーションと病院が連携の中核になることにより、円滑な在宅医療・介護連携の推進に繋がることが期待できる。

Ⅶ 医療法人社団同行会 エマオ訪問看護ステーション (北海道浦河町)

◆自治体概要

人口※ ¹	11,453 人（令和 6 年 1 月 1 日現在）
高齢化率※ ²	34.2%（令和 6 年 9 月）
地域特性	海と山に囲まれた地域で、町の端から端までの移動に約 1 時間半を要する。町内で入院病棟を有する医療機関は、1 か所のみであり、他に 5 つの診療所がある。診療所のうち、1 つは精神科、他 4 つは内科の診療所であり、4 つのうち 1 つで訪問診療を行っている。 訪問看護ステーションは 5 か所。薬局は 8 か所。歯科医院は 5 か所。ヘルパー事業所は 4 か所。 入所施設としては、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設があるが、いずれも待機者がいる状況。背景として、介護福祉士の人材不足、在宅サービスでのヘルパー不足が顕著で、在宅での十分なサービスが受けられず、施設を希望する人が増えている。施設では、介護福祉士や看護師の人材不足があり、満床での対応ができず、定員数を減らし対応せざるをえない状況。 毎月関係者との地域ケア会議を行っている。小さな町の利点として、事業所間での顔の見える関係づくりが図りやすい。

※ 1：住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和 6 年 1 月 1 日現在）

※ 2：介護保険事業状況報告（令和 6 年 9 月）

◆本事例のポイント・特徴

- 24 時間 365 日の対応体制のある診療所に併設している訪問看護ステーション。
- コーディネーターは「地域包括支援センター勤務経験者の看護師」と「専門看護師・特定行為研修修了者である看護師」の 2 名体制。
- 実際の事例をもとに地域の事業者間で問題意識を共有。

【キーワード】 診療所 / 在宅療養支援診療所(在支診) / 専門看護師 / 特定行為研修修了者 / 地域包括支援センター勤務経験 / 複数配置

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・浦河町は平成 28 年度から在宅医療・介護推進事業を開始し、当初は町の直営の地域包括支援センターが行っていたが、令和 2 年度から事業を当ステーションに委託することになった。委託当初は相談業務のみの委託であったが、徐々に業務範囲が広がってきた。
- ・併設のうらかわエマオ診療所が 24 時間 365 日在宅医療に対応していることもあって、町から依頼があった。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・コーディネーターは 2 名配置している。1 名は専門看護師で、かつ特定行為研修修了者（ステーションの所長）であり、もう 1 名は地域包括支援センター（保健師）、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）での勤務経験がある看護師である。
- ・相談業務に関しては、両名で対応しているが、研修や事業の企画に関しては、地域包

括支援センターでの勤務経験のある看護師が行っている。

- ・業務割合は、在宅医療・介護連携事業：訪問看護ステーション業務＝２：８くらいである。
- ・なお、浦河町には他にコーディネーターはいない。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

○	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
○	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
○	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
○	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
○	住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
○	(キ)地域住民への普及啓発
○	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
×	(ケ)その他、全体的な企画等

【地域の医療・介護の資源の把握】【切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進】

- ・普段の生活を見ながら、訪問介護員や事業所等と連携をとりつつ、医療と介護の橋渡し役を行っている。

【在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討】

- ・自身も医療と介護のはざまにいる人間なので、こういったことに困っているかは十分に理解しており、対応策としての研修を計画している。

【医療・介護関係者の情報提供の支援】

- ・医療介護関係者に対して、悩んでいる事を尋ねるアンケート調査を実施。その結果を受け、働きやすい職場作りを目指す場をつくることを検討している。
- ・グループホームで看取りができるようにするための研修会を開催。

【在宅医療・介護連携に関する相談支援】

- ・相談を受け付ける対象は「専門職」と「住民」の両方からである。
- ・窓口は火曜午後に開設しているが、この時間以外にも受け付けている。件数は年間で40件程度。
- ・専門職については、介護支援専門員からの相談が多く、訪問診療、訪問介護の導入に関する相談が多くなっている。
- ・住民からの相談の例としては、家族は在宅での介護を希望しており、利用者には多くの医療的ケアが必要になっているが、本当に在宅での介護が可能なのか相談をう

けた。この時は、在宅での介護は難しいと判断し、施設入所を案内した。どういう状況であっても在宅を継続させるのではなく、家族の状況をみて各種相談対応を行っている。

- ・在宅にむけての各種介護サービスの導入支援だけでなく、その前段階からの相談対応も行っている。
- ・常に考えているのは、住民がどこでサービスを受けてどこで暮らすのがベストなのか、ということである。

【医療・介護関係者の研修】

- ・年2回の研修会を実施している。
- ・実施計画を立案する際に、地域包括支援センターと相談しつつ現場での課題（メンタルヘルス、離職予防、腰痛防止等）に対する研修を計画している。
- ・研修を通して、本音で議論ができる関係を目指しており、連携しやすくなったとの声もある。
- ・地元の整骨院の柔道整復師、鍼灸師によるセルフメンテナンスの講演会の実施。

【地域住民への普及啓発】

- ・地域の老人クラブ、民生委員、建設協会など1年間に5か所程度在宅医療やACPに関する講演を実施。
- ・1年に1度、2週間～1ヶ月間程、地元の映画館と共催で介護に関するテーマの映画の上映実施。
- ・地域包括支援センター、社会福祉協議会（生活支援体制整備事業）との共催で「浦河町の未来」をテーマに、地域住民や、介護事業所や医療関係者を対象とした講演会と意見交換会を実施。

【在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携】

- ・在宅医療介護連携推進会議は開催されていないが、地域ケア会議でその機能を担っている。
- ・月1回地域包括支援センターで行われている地域ケア会議では、関係者が集まり、情報共有、事例検討を行っている。これに参加し事例を検討・評価することが、連携そのものとなっている。
- ・具体的なケースを検討することで、参加者が自分事として意識している。
- ・地域包括支援センターでの勤務経験によって行政と円滑なコミュニケーションを図ることができている。

【情報共有のプラットフォームの整備・活用支援】

- ・多職種連携用のツールとしてオンライン上のコミュニケーションツールを導入している。管理はうらかわエマオ診療所が行っている。
- ・担当者が記録した利用者の情報に既読機能をつけていること、画像を掲載できること、時系列確認ができることで、多職種との情報共有がスムーズにできるようになった。
- ・うらかわエマオ診療所で在宅訪問診療を行っている患者は全員登録がなされている。

- ・個人情報管理の厳しさ、デバイスがないなどの課題がある。
- ・薬局の利用がはじまり、連携がスムーズになった。
- ・より加盟率を高めるために地域包括支援センターもしくは医師会などで運用して欲しい。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・日高振興局管内の中心である新ひだか町が中心となって情報共有の会議を年に1～2回開催しており、これに参加し、課題等について共有している。
- ・参加者は、日高振興局管内の7町（日高町・平取町・新冠町・新ひだか町・浦河町・様似町・えりも町）である。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・病院は治療する場のため、医療や治療が優先されてしまう。利用者の実際の生活にどのように医療が関わっていくのがよいかは訪問看護師には見えているように思う。
- ・利用者の生活の場をみて、普段からヘルパー等と連携のための橋渡し役を担っているのが訪問看護師である。看護師がハブ機能を担っていることが強みであり、5～10年後の人口動態や社会資源サービスを念頭において、地域のビジョンを見据えることができる。
- ・看取りの実績が、年5～6件だったのが、20数件にまで伸びてきており、病院ではなく、家で看取りができることが広がってきており、ACPの認知度が広がってきていることを肌で感じており、地域住民に本事業について広まっていることが、効果として感じている。
- ・医療と介護の橋渡し役であり、切れ目のないサービスの提供のためには、医療と介護の両方の経験、知識が必要である。知識だけでなく実際に利用者に対応した実践経験が必要であると感じている。また、本事業を行っていくためには、行政の支援が必ず必要となる。行政と円滑なコミュニケーションがとれることも重要である。経験が必要な業務のため、育成するための支援のハードルが高くなっている。

VIII 公益社団法人静岡県看護協会 訪問看護ステーション掛川 (静岡県掛川市)

◆自治体概要

人口※ ¹	115,224人（令和6年10月末時点）
高齢化率※ ¹	28.8%（令和6年10月末時点）
地域特性	平成22年から平成27年にかけて、掛川市は地域包括ケア圏域ごとに、地域健康医療支援センター「ふくしあ」（医療、保健、福祉、介護を多職種連携で総合的に支援するための地域拠点）を設置した。「ふくしあ」では全世代を対象に相談を受け付け、多職種による協働で支援に取り組んでいる。また、事業所間で顔が見える関係をつくることのできる距離感にあり、市内では多職種の連携がしやすい環境にある。

※1：掛川市「令和6年度の旧市町別人口・世帯数」（令和6年10月末日現在）

◆本事例のポイント・特徴

- 掛川市が設置する地域健康医療支援センター「東部ふくしあ」にある訪問看護ステーション掛川では、通常業務として、住民や専門職からの在宅医療・介護にかかる相談対応やそれに伴う多職種連携のコーディネート、地域へのアウトリーチ等に取り組んでいる。
- さらに、管理者が市の在宅医療・介護連携コーディネーターとして地域の会議や研修会に参加し、情報収集及び情報発信に取り組んでいる。掛川市では、医師会などの職能団体等が連携に関する協議の場や研修会を開催し、地域の専門職それぞれが自律的に連携強化を進めていることから、コーディネーターである訪問看護師がこれらの場に参加することで、多職種の支援の質の向上や地域や生活の視点を関係者に伝える役割を果たしている。

【キーワード】 看護協会立の訪問看護ステーション / コーディネーターの資格：介護支援専門員の資格を有する看護師 / 地域の会議・研修会での情報収集・発信 / 既存の独自の連携に係る組織をもとにした発展

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・掛川市は、医療、保健、福祉、介護を多職種連携で総合的に支援するための地域拠点として、地域健康医療支援センター「ふくしあ」を設置している。訪問看護ステーション掛川は、「東部ふくしあ」にある訪問看護ステーションであり、訪問看護サービスの提供以外に、住民や事業所からの在宅医療・介護にかかる相談対応や地域に向けた支援を行っている。

表 地域健康医療センター「ふくしあ」について

配置機関	行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、訪問看護ステーション
4つの柱	在宅医療支援、在宅介護支援、生活支援、予防支援
5つの特徴	執務室のワンフロア化、迅速な多職種連携、アウトリーチの重視、垣根のない支援、予防的な支援を重視

（出所）掛川市ホームページ「地域健康医療支援センター「ふくしあ」」

（<https://www.city.kakegawa.shizuoka.jp/gyosei/docs/9832.html>、2024年10月25日閲覧）

より MURC 作成

- ・また、訪問看護ステーション掛川は、看護協会立のステーションとして地域の訪問看護ステーション内でリーダーシップを発揮してきた。また、管理者が約 25 年間、掛川市で訪問看護師としてかかわり、行政との連携や様々な会議体への参加実績も有していた。
- ・これらのことから、行政は、「ふくしあ」での訪問看護ステーションの活動や管理者の活動がコーディネーターの視点につながっているという理由で、訪問看護ステーション掛川の管理者を在宅医療・介護連携コーディネーターの 1 人として位置付けた。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・掛川市は、在宅医療・介護連携コーディネーターを 2 名配置している。
- ・2 名とも看護師だが、訪問看護ステーションの管理者と、学識経験者（掛川市の地域活動に取り組んできた元看護大学教授）であり、立場は異なる。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

【「ふくしあ」の訪問看護ステーション：相談支援、地域課題の抽出、住民啓発等】

- ・「ふくしあ」にある訪問看護ステーションとして、住民や地域の専門職からの相談を受け付けている。医療的な視点が必要な場合は、訪問看護師が相談対応を行ったり、「ふくしあ」の他団体への助言を行ったりする。また、地域の専門職からのケース相談では、必要に応じて別の機関につなぐ等の対応も行っている。
- ・このほか、民生委員との情報共有の場や地域住民との話し合いによる地域の課題抽出の場など（ふくしあ別懇談会等）への参加、地域からの要望に応じた在宅医療に関する講話の実施等も行う。
- ・このような通常業務での地域支援は、在宅医療・介護連携推進事業の開始以前から行われている。医療・介護連携コーディネーターの役割の一部を自治体の既存の仕組みが果たしていると推察される。

【コーディネーター：地域の情報収集・情報発信等】

- ・訪問看護ステーション掛川の管理者が、コーディネーターとして地域の様々な会議や研修会に参加し、顔の見える関係づくりや、地域の状況や支援にかかる情報収集、情報発信に務めている。
- ・参加する会議等としては、例えば、掛川市の防災や感染症等に関する会議、社会福祉協議会が行う高齢者のサロン活動推進に関する会議、医療・保健・福祉等の各種サービスを提供する機関、行政、議員等が集まる「小笠掛川保健・福祉・医療研究会」、

地域の医療機関が主催する多職種の研修会「多職種連携会さてつ」などがある。掛川市と袋井市の看護職が参加する「かけふく看看ネットワーク つなぐ会」では、在宅看取りや多職種連携をテーマとした研修会の講師や企画・運営に携わることもある。

- ・市からコーディネーターの業務内容の詳細が規定されているわけではなく、コーディネーターが、在宅医療・介護連携に係る活動として会議体や研修に自主的に参加し、自治体に報告を行っている。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・自治体とは、自治体が開催する会議体等で連携している。
- ・学識経験者（元看護大学教授）の立場で指定されているもう一人の在宅医療・介護連携コーディネーターとは、研修会や自治体における在宅医療・介護連携に係る取組を通じて連携している。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・訪問看護師は医療と生活の両面を見ており、家族関係や地域との関係についても視点を行き届かせることができる。多職種の支援の質の向上や地域や生活の視点を伝える役割を果たしていることから、コーディネーターを担うことは意味がある。
- ・事業に取り組む効果として、事業所内のスタッフが多職種連携の重要性を認識し、事例ベースでのOJTに取り組めるようになったことがある。地域に開かれた事業所になっており、関係機関の多職種や民生委員とのつながりができている。
- ・現状は、医師会などの職能団体等が、地域の多職種で連携について検討する場や研修会を開催している。地域の専門職それぞれが自律的に関わり合うことで、連携強化などを進めている印象がある。利用者目線では連携は円滑にできていると思うが、必要な支援に繋がることができず潜在化しているケースは掘り起こせていない可能性がある。このような地域課題や在宅医療・介護連携の課題を、俯瞰して見定めることが必要と考えており、コーディネーターと行政で検討する機会がつくれたらよい。また、コーディネーターの役割の具体的な内容についても行政と深める必要がある。
- ・また、在宅医療・介護連携コーディネーターの存在を知らない人が多いことが課題としてあり、周知が必要である。

Ⅹ 公益社団法人奈良県看護協会 橿原訪問看護ステーション (奈良県橿原市)

◆自治体概要

人口※ ¹	118,674人（令和6年10月1日）
高齢化率※ ¹	29.7%（令和6年10月1日）
地域特性	橿原市内の医療資源、介護支援は概ね充足している。 橿原市では、「かしはら街の介護相談室」（地域包括支援センターブランチ）が中学校単位で7か所に設置されており、総合相談窓口・地域の高齢者訪問・地域住民を対象とした介護予防等の教室の開催や、地域の課題解決に取り組んでいる。

※1：橿原市「地区別年齢別人口（令和6年10月1日時点）」

◆本事例のポイント・特徴

- 奈良県看護協会立の訪問看護ステーション2か所が、市から委託を受け、「在宅医療・介護連携相談窓口」の相談業務と、市が主催する多職種交流研修会でのファシリテーターを担う。相談業務には介護保険制度の知識が必要と考え、介護支援専門員の資格も持つ訪問看護師がコーディネーターとして活躍している。
- 相談支援業務では、週2回、13～17時の時間帯で市役所にて「在宅医療・介護連携相談窓口」を担当。電話と来所で相談を受け付け、相談があった困難事例については、地域包括支援センター等と協力をして必要なサービスにつなげている。相談内容から医療的処置が必要と判断した場合は、相談対応時間中に市職員と一緒に相談者宅に訪問することもある。
- 現在のコーディネーター以外には介護支援専門員の有資格者がおらず、次の担い手の確保を課題としている。

【キーワード】 看護協会立の訪問看護ステーション / コーディネーターの資格：介護支援専門員を有する看護師 / 専門職・住民を対象にした相談窓口 / 多職種研修会の進行 / 地域 BCP / 週2日、各半日（午後）の相談受付 / 市役所内に窓口を開設

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・訪問看護ステーション橿原は10年ほど前から、橿原市からの委託で、在宅医療・介護連携に関する相談業務を行っている。
- ・橿原市からは、公益社団法人が運営する、公益性の高い訪問看護ステーションであること等から依頼があった。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・橿原訪問看護ステーションと奈良県看護協会立の別の事業所の2か所、それぞれにコーディネーターが配置されている。
- ・当該訪問看護ステーションは地域の教育的な役割を担う教育ステーション¹として、3年前から活動をしているといった特色がある。

¹ 奈良県訪問看護総合支援センターが実施

- ・コーディネーターは、通常の訪問看護の活動よりも多くの介護保険制度の知識が必要であり、経験豊富で地域のことを熟知している人が望ましいと考え、介護支援専門員の資格を有するベテランの看護師が担当している。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

×	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
×	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
×	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
×	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
○	住民から
△	(カ)医療・介護関係者の研修
×	(キ)地域住民への普及啓発
×	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
×	(ケ)その他、全体的な企画等

【相談支援】

- ・週2回、13～17時の時間帯で介護支援専門員の資格を有する看護師が市役所にて「在宅医療・介護連携相談窓口」の相談支援を実施している。
- ・対象は、医療介護従事者及び住民。高齢者に限定はしておらず、精神障害のある人の相談もある。
- ・民生委員や家族から、介護認定を受けていない高齢者で介入が難しい等の相談が寄せられる。また、認定された要介護度が低い等の苦情を受けることもある。相談内容から医療的処置が必要と判断した場合は、相談対応時間中に市の職員と一緒に相談者宅に訪問をしている。

【多職種交流研修会のファシリテーター】

- ・相談窓口の担当するコーディネーターが、市主催の多職種交流研修会でファシリテーターを務める。
- ・研修会の参加者は、介護支援専門員、薬剤師、行政の担当者。開催頻度は、年に1～2回程度。残薬の問題や服薬の徹底等に向けて、薬剤師と介護支援専門員で適切な服薬の重要性やその方法等について議論をしている。
- ・コーディネーターは、研修会の事前準備のため、市とのうち合わせ等に参加し、当日はファシリテーションや職種間の橋渡し役を担っている。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・ 橿原市の在宅医療介護連携推進協議会には、橿原訪問看護ステーションの管理者が参加している。
- ・ 橿原市とは必要に応じて連携をしている。また、地域包括支援センターは、要介護認定の申請が必要なケース、申請の可能性があるケース等の相談支援において連携している。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・ 在宅医療・介護連携相談窓口には困難事例を救いあげる機能がある。助からなかった命を助けることができたり、必要なサービスにつながりやすくなった。
- ・ 訪問看護師は、生活をみて課題を抽出することに長けている。生活と命を繋ぐ視点とその人らしい生活に戻す視点を持ち合わせており、その解決策を提案できるという点でコーディネーターに相当と考えている。
- ・ 事業所内では、仕事に対する考え方、困難事例解決や地域貢献の状況が伝わることで、モチベーションの向上につながっている。窓口に寄せられた相談から訪問看護の提供につなげるケースは困難事例が多いが、コーディネーターがスタッフに「連携してかかろう」と声掛けをしながら支援している。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業における取組ではないが、災害時対応を喫緊の課題と認識している。個別支援計画の作成にあたっては、特に医療依存度の高い人について、訪問看護ステーション全体で検討を進める必要がある。厚生労働省のモデル事業で自機関の BCP、個別支援計画は作成を進めており²、今年度は地域 BCP の作成に取り組んでいる。
- ・ 現在のコーディネーターが定年退職した後の担い手確保が課題。相談業務では介護保険制度の知識が必要なため、介護支援専門員の資格も持っていることが重要と考えているが、現在の窓口担当者以外に介護支援専門員の有資格者がいない。介護支援専門員の資格取得は、訪問看護の業務上は不要であり、事業所としての収入増につながらないため育成が難しい。

² 令和 5 年度に、厚生労働省のモデル事業（連携型 BCP・地域 BCP 策定に関するモデル地域事業）に参加して、橿原市介護支援専門員連絡会、橿原市・高取町・明日香村の地域生活支援協議会、橿原市訪問看護ステーション連絡会が連携して、自機関の BCP、個別支援計画を作成

X 株式会社ケアーズ東久留米白十字訪問看護ステーション (東京都東久留米市)

◆自治体概要

人口※1	全体：116,359人（令和6年12月時点）
高齢化率※1	28.9%（令和6年12月時点）
地域特性	市内の一般病床が200床弱しかなく、二次救急に対応できる病院が2つである。そのため、二次医療圏は北多摩北部の医療資源を活用している。 東久留米市が発行している「東久留米市 在宅療養ガイドブック」によれば、市内の訪問看護事業所は9カ所、訪問診療・往診を実施する医療機関は10カ所ある。また、看取りの場所は自宅が22%、病院が62%であり、在宅看取りの比率は東京都の平均よりは低いものの、全国的には高くなっている。

※1：東久留米市「令和6年 年齢別人口（令和6年12月1日現在のデータ）」

◆本事例のポイント・特徴

- 地域の中でふらっとカフェ・相談室を運営し、健康や療養、介護の相談にのっていた強みを生かして、介護連携推進事業を受託。経験豊富な医療ソーシャルワーカーを配置し、全世代型相談窓口として、専門職だけでなく、地域住民や家族からの相談にも応じている。
- 相談窓口対応から、住民への普及啓発、多職種連携の促進、研修会の企画など、幅広い業務を担当。
- 東京都主催の研修や、他市のコーディネーターとの情報交換会を通じて、コーディネーター同士での支援体制構築や、スキルアップに努めている。

【キーワード】 株式会社／医療ソーシャルワーカー／専門職・住民を対象にした相談窓口／全世代型相談窓口／地域住民への普及啓発／コーディネーターネットワークの構築／コーディネーター研修によるスキルアップ／コーディネーターの資格：看護師以外

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

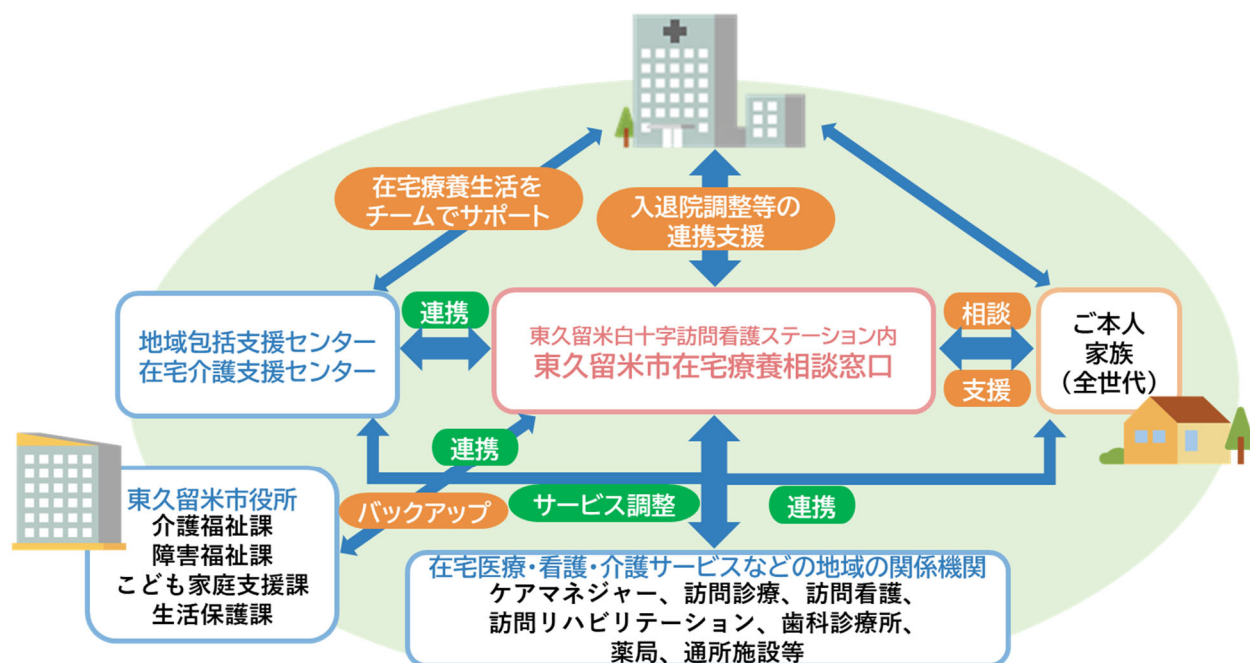
- ・東久留米白十字訪問看護ステーションは平成19年に開設し、訪問看護と居宅介護事業からスタートした。16年前には、「暮らしの保健室」の前身となるような取組として、ふらっとカフェ・相談室も始めており、訪問看護事業所・居宅介護支援事業所のかたわらで、地域活動を継続的に行ってきた。こうした取組もあって、平成26年に、医師会から相談窓口事業を受託してほしいとの依頼があり、引き受けたことがきっかけである。平成26年の後半から平成27年は医師会から委託を受けて実施していたが、平成28年からは東久留米市から直接委託を受けている。
- ・相談窓口事業を受託しているのは、訪問看護事業所ではあるが、中心となって業務を担っているのは看護職ではなく、専任の医療ソーシャルワーカーである。経験豊富な医療ソーシャルワーカーが、企画から相談対応、調整・実施等、全般を担っている。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・市内の相談窓口は東久留米白十字訪問看護ステーションの1カ所である。相談窓口

では、年代を区切ることなく全世代の住民を対象とし、ケアマネジャーや医療従事者などの専門職のほかに患者本人や家族からの相談も受け付けている。

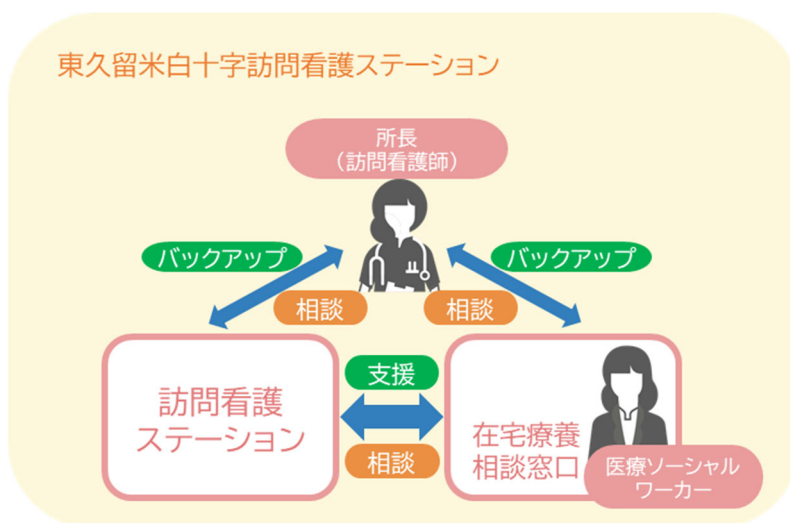
図 在宅療養相談窓口 連携図



(出所) 東久留米市「在宅療養ハンドブック」、p.5「2. 在宅療養生活の相談先」、ヒアリング調査をもとに MURC 作成

- ・コーディネーターは医療ソーシャルワーカーが専任で務めている他、管理者も兼務している。担当の医療ソーシャルワーカーは、コーディネーターに就く前に、病院でソーシャルワーカーを務めており、その経験を生かして町の医療相談室のようなイメージで相談を受け付けている。

図 東久留米白十字訪問看護ステーション 体制図



(出所) ヒアリング調査をもとに MURC 作成

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

○	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
○	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
○	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
○	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	○ 専門職から
○	○ 住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
○	(キ)地域住民への普及啓発
○	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
○	(ケ)その他、全体的な企画等

【相談支援】

- ・在宅療養に関する個別ケースの相談に対応している。事業の委託を受けた当初から、色々な困りごとを相談できる、最初の入り口となることを目指し、全世代型の相談窓口として運営している。また、先述の通り、専門職のほか、患者本人や家族からの相談にもものっており、相談内容に応じて、介護保険課以外にも、障害福祉課、こども家庭支援課、生活保護課など、必要な行政窓口とも連携している。
- ・またケースによっては、相談窓口業務の一環として、コーディネーターが本人の自宅を訪問することもある。特に、医療的な観点から状況を把握する必要があるケースなどでは看護師に同行してもらうケースもあり、事業所内で連携して対応している。
- ・2023 年度の対応実績は個別相談のケース数としては 255 件、窓口での対応回数は 1,474 件。そのうち、40%強が本人や家族から、それ以外はケアマネジャーや地域包括支援センター、病院等からの相談であった。

【情報収集】

- ・社会資源の状況把握のため、訪問看護に関するアンケート調査、レスパイト入院のアンケート調査のほか、病床での入院に関するアンケート調査等を行っている。また、市内の医療資源が少ないという地域特性があるため、二次医療圏にもアンケートを送付し、情報収集している。
- ・アンケート調査の結果は地域包括支援センターや介護福祉課とも共有している。

【普及啓発】

- ・年に1度、地域住民向けに大規模なシンポジウムを開催している。平成28年ごろから継続して開催しており、テーマは一貫して人生会議（ACP）に関連したものとしている。

- ・その他、住民からの依頼を受けて、地域の自主グループや自治会、認知症カフェ、教会などで、もしものときのことを話し合うゲームをしたり、「わたしの覚え書きノート」を作成したりしながら普及啓発を行っている。

【多職種研修業務】

- ・年に1回、市内だけでなく市外の専門職も集めて多職種研修を行っている。併せて、市内の多職種連携を深める会を開催しており、専門職同士で顔が見える関係を作れるように工夫している。
- ・研修の企画はコーディネーターが行っており、住民や専門職からの相談を受ける中で把握した課題を参考に、多職種に伝えるべきことをテーマにしている。コンテンツを検討する際には、参加型の形式とすることで、専門職同士のネットワークを作るだけでなく、互いにそれぞれの強みを理解し合えることを重視している。
- ・過去に実施したテーマには、「病院で・地域で出会う 関わりが難しい方へのアプローチ」、「身寄りのない方が亡くなった場合の葬祭・埋葬について」、「精神科へのつながり方・連携のポイント」、その他、多職種連携を深める会では、「呼吸（リハビリテーション）」等がある。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

【他市コーディネーターとの交流】

- ・東京都主催のコーディネーター研修に参加している。研修では、行政の担当者とコーディネーターが一緒に出席することになっているため、行政とコミュニケーションをとることができるほか、研修内のグループワークを通じて、近隣のコーディネーターと顔が見える関係を作る機会にもなっている。
- ・また、他市のコーディネーターと年に2回情報交換会を行っている。その際に、近隣の相談窓口の視察も行って、資料のまとめ方など実務的なことについても情報交換している。徐々にネットワークが広がっており、現在は10の自治体のコーディネーターが参加している。

【他機関との連携】

- ・地域包括支援センターとは月に1回のセンター長会議で情報共有をしているほか、個別会議や第2層協議体にも参加している。
- ・医師会との連携については、特に研修の周知広報で協力してもらっている。また、東久留米市の医療・介護連携ネットワーク「るるめネット」の管理事務局を医師会が担っているため、そこで関わることもある。
- ・行政とは2ヵ月ごとに窓口連絡会を開催しており、担当者とコーディネーターが2人で相談し合う場を設けている。他にも普段からメールや電話で頻繁にやり取りをしている。

【在宅医療介護連携推進協議会への参加】

- ・東久留米市では年に3回在宅医療介護連携推進協議会を開催しており、コーディネーターも参加している。協議会の中では、相談窓口事業の中間報告等を行うため、資料の作成も担う。また、事業の報告を通して、地域課題の抽出にも貢献している。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・訪問看護事業所は医療と生活の両面を見ているため、暮らしに関わる専門職と医療の専門職を効果的につなぐことができる。また、高齢者に限らず、全世代と関わるため、地域包括支援センターでは対応しきれない相談も拾うことが可能である。特に難病のケースなどでは、医療職や医療ソーシャルワーカーが入った方が対応しやすいことも多く、訪問看護事業所の強みを生かすことができる。
- ・ただし、相談の多くは社会制度にも関わるので、医療ソーシャルワーカーに関わってもらった方がより適切に運用できると考えている。訪問看護事業所に、他専門職を配置することで、互いの知見を引き出しながら対応できることも利点である。
- ・また、訪問看護事業所の機動力も強みである。たとえば、窓口に来た相談で、医療ケアが必要な可能性がある場合には、訪問看護師がすぐに駆け付けて救急搬送の要否を判断するといったことも可能である。
- ・その他、訪問看護事業所に相談窓口があることで地域の方も利用しやすかったり、訪問看護をしながら見えてきた地域の課題を、相談窓口を通じて発信することもでき、地域に貢献できる。
- ・一方で、コロナ禍もあって関係者同士で顔が見える関係を作りづらくなっていることが課題になっている。多職種連携には今後も力を入れて取り組みたい。また、個々のケースの中で気がついた課題を俯瞰して、地域課題として抽出することに難しさを感じている。この点については、行政との連携を密にとりながら、地域づくりにつなげていきたい。

XI 有限会社木村商事 ケアーズ訪問看護リハビリステーション 駿東（静岡県長泉町）

◆自治体概要

人口※ ¹	全体：43,684人（令和6年9月1日時点）
高齢化率※ ¹	22.4%（令和6年9月1日時点）
地域特性	若い人が多い町であり、県内で最も高齢化率が低い。 町内には、病院が2カ所、診療所が29カ所、訪問看護が5カ所ある。訪問診療を行っている診療所もあるが、看取りに対応できる診療所や、24時間対応が可能な診療所はまだ少ない。ただし、地理的な要因で他市の医療資源を利用しやすい状況にあり、町内で資源が不足している場合には近隣の自治体と連携することができている。 ※病院・診療所数は2024年4月1日 静岡県診療所名簿より

※1：長泉町より提供

◆本事例のポイント・特徴

- 町は、特にケアマネジャーへの支援を念頭に、介護と医療の両方に明るい訪問看護事業所に在宅医療・介護連携センターを委託している。センターを受託することで、行政の動きを知ってもらえたり、在宅医療・介護連携の視点で地域を見たりする経験をしてもらえるため、委託先は4年ごとに交代している。
- 相談窓口を設置し、看護師がコーディネーターを務めている。主には、地域包括支援センターで対応が難しい事例や、地域の在宅療養支援診療所、病院の地域医療連携室のソーシャルワーカーからの相談を受け付けている。
- 地域の医療資源を把握、リスト化している。車椅子で通えるか、往診に対応できるかといった情報も盛り込んでいる。専門職が互いに連絡を取りやすいように、直通電話番号やFAX番号なども載せている。また、回復期のリハビリテーション病院等については市内だけでなく、近隣市町の情報も掲載している。
- 静岡県医師会のシズケアサポートセンターが運用している情報共有システム、「シズケア・かけはし」の普及・活用に取り組んでいる。
- 地域住民への普及啓発では、在宅での看取りや人生会議（ACP）について紹介。
- 地域ケア会議への参加など、在宅医療・介護連携の知見を生かして専門職のバックアップをしている。
- 静岡県医師会が実施している県内のコーディネーター向け研修に参加。自治体の担当者と共に参加することで連携を深められるとともに、他市のコーディネーターと交流し知見を共有する機会になっている。

【キーワード】 有限会社／ 地域包括支援センターをバックアップ ／ 地域住民への普及啓発 ／ コーディネーターネットワークの構築 ／ 相談窓口は訪看による交代制 ／ 地域の医療資源の把握・リスト化 ／ コーディネーター資格：看護師

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・長泉町では、在宅療養介護連携中で重要な役割を果たしているケアマネジャーを医療保険の観点からサポートするという狙いから、平成30年度より訪問看護事業所に在宅医療・介護連携センターを設置している。
- ・長泉町としては、訪問看護事業所にセンター業務を委託することで、自治体の考えや動きを共有したり、在宅医療・介護連携の視点で地域を見る機会をつくること

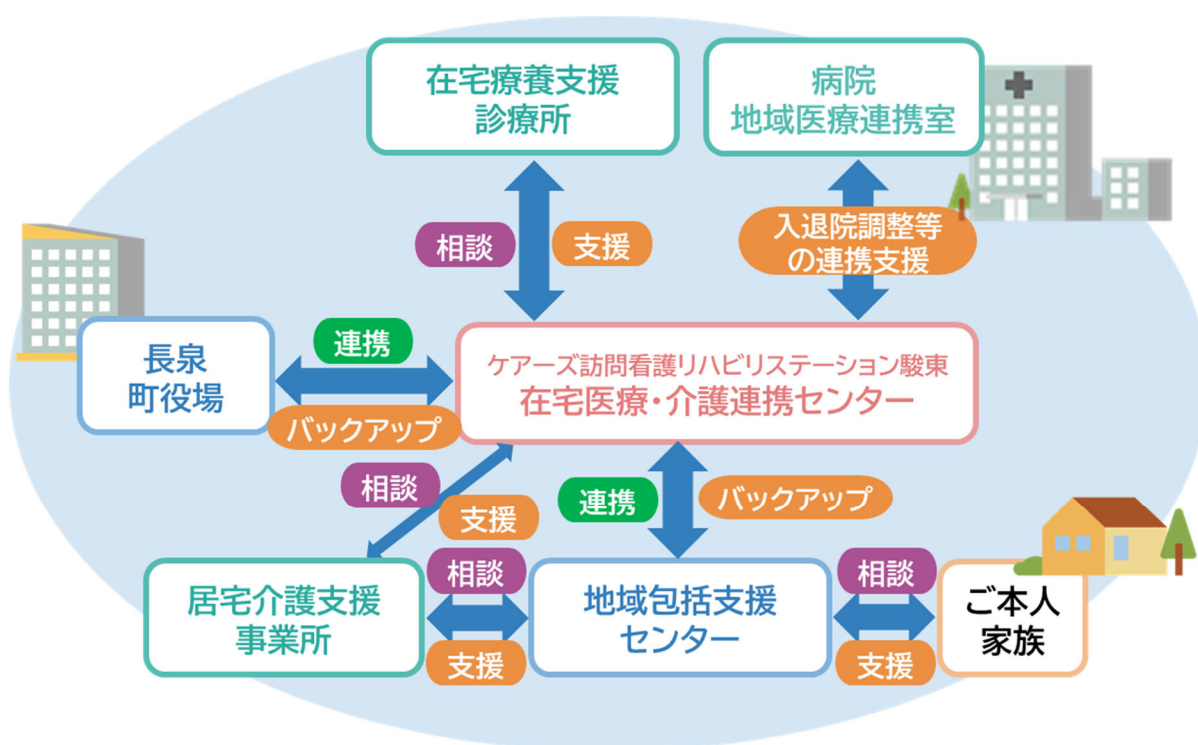
できるため、なるべく多くの訪問看護事業所に担当してほしいと考えている。また、1か所の訪問看護事業所に負担が偏らないように、4年を一区切りに委託先を交代する方針をとっている。

- ・令和3年度までの第1期では、医師会から在宅医療推進員を委託されていた訪問看護事業所に受託してもらっていた。その後、令和4年度から、現在のケアーズ訪問看護リハビリステーション駿東に受託してもらっている。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・訪問看護事業所の中に在宅医療・介護連携センターを開設し、相談窓口を設けている。コーディネーターは、前任の訪問看護事業所から引き続き看護師が務めている。現在はケアーズ訪問看護ステーション駿東のセンター長がコーディネーターを兼任しており、訪問看護の豊富な経験を生かして窓口寄せられた相談に対応している。
- ・町内に在宅医療・介護連携センターは1か所、コーディネーターも1名のみである。

図 在宅医療介護連携センター 地域の体制



(出所) ヒアリング調査をもとに MURC 作成

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

○	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
×	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
×	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
○	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
×	住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
○	(キ)地域住民への普及啓発
×	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
×	(ケ)その他、全体的な企画等

【相談支援】

- ・地域の医療・介護従事者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談を受け付けている。地域住民からの相談は地域包括支援センターが受ける体制としており、在宅医療・介護連携センターでは原則専門職の相談にのみ応じている。
- ・また、基本的には高齢者に関する相談にのることになっているが、精神疾患に関わる相談など、その他の相談であっても対応している。
- ・相談窓口の開所時間は平日 9:00 から 18:00 までである。主に電話での相談が多く、その場で回答できることが多い。相談はケアマネジャーや地域包括支援センターが多いが、クリニックや病院のソーシャルワーカーからの相談もある。
- ・主な相談者であるケアマネジャーが、最初に地域包括支援センターに相談しているケースが多く、そこで解決が難しかった場合に、在宅医療・介護連携センターに連絡がくる。そのため、相談件数はあまり多くなく、月に 2、3 件くらいである。相談内容としては、提供予定のケアが介護保険と医療保険のどちらの対象になるかといった制度に関わる質問や、他の病院との連携方法、在宅復帰への準備に関する相談が多い。

【地域の医療資源の把握】

- ・昨年度から、ケアマネジャーが参考にできるように、地域の医療資源のリストを取りまとめている。地域の診療所、歯科医院、薬局について、車椅子で通えるか、往診に対応できるかといった情報も盛り込んでいる。また、病院については、市内に限らず、近隣の沼津市、三島市、裾野市、清水町まで範囲を広げて情報を整理した。
- ・住民向けの診療所リストなどは他市でもよく見るが、本リストでは専門職が互いに連絡を取りやすいように、直通電話番号や FAX 番号なども載せている。今年度は、最新情報を確認のうえ、更新版のリストを作成する予定である。

【医療・介護関係者に対する支援】

- ・情報共有の仕組みとして、静岡県医師会のシズケアサポートセンターが運用している情報共有システム、「シズケア・かけはし」の普及に務めている。シズケア・かけはしでは、医療情報や、介護情報を入力することで、病院、クリニック、薬局、訪問看護事業所などで情報を共有できる。ただし、1事業所あたり年間1万3,200円（税込）の利用料がかかるため、利用者が少ない初期段階ではコストが高いことや、既存の電子カルテとの連携ができないために入力負担が重いという事情から、うまく導入が進んでいない。
- ・システムの利用が進めば利便性は高まっていくため、まずは自事業所の利用者から登録を進めようと主治医に勧めている。
- ・その他の支援として、地域包括支援センターや町で主催する地域ケア会議にも参加しており、ケース対応などについてアドバイスをしている。

【地域住民への普及啓発】

- ・地域住民に向けて、人生会議（ACP）に関する普及啓発をしている。特に在宅での看取りについては、希望する方は多いものの、まだよく知られていないので、選択肢が増やせるように丁寧に説明している。また、もしものときのことを考えるゲームや、長泉町で作成しているエンディングノートを書き込みながら、考えるきっかけを作っている。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・コーディネーター業務について悩むことがあれば、町の担当者に相談している。また、町の動きのほか、コーディネーター向けの研修会なども知らせてもらっており、連携できている。
- ・年に3回、町主催で在宅医療・介護連携推進会議を開催している。会議では、医師会、歯科医師会、病院、薬剤師会、地域包括支援センター、訪問介護事業所、リハビリテーション専門職、介護支援専門員の代表者が集って、地域の在宅医療・介護連携について話し合いを行う。そこに、コーディネーターも参加し、在宅医療・介護連携センターでの取組を報告したり、議論に加わったりしている。推進会議は町の担当者や他の専門職と繋がることのできるため、意識合わせの機会にもなっている。
- ・静岡県医師会シズケアサポートセンター主催で県内のコーディネーターを集めた研修会が行われている。自治体の担当者と共に参加しているため、他市の情報を得ながら一緒に考えたり、グループワーク等通して近隣のコーディネーターと連携したりする機会になっている。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・訪問看護事業所は、日頃から町内や近隣市町の医療機関、ケアマネジャー、介護事業所と連携をとっており、地域の医療、介護関係者の相談にのったり、調整役を担ったりするのに適していると考えられる。
- ・また、地域に対しては、住民への普及啓発を通して、在宅での看取りについて知ってもらい、もしものときのことを考えるきっかけを提供できていると考えており、取組の意義を感じている。加えて、訪問看護事業所としては、普段あまり接点のない自治体と関わって、町の動きや方針を知る機会を得られる点は利点である。
- ・在宅医療・介護連携センターを受託した当初は、コーディネーターの役割とは何か、悩みながら手探りで進めていた。また、個別のケース対応は得意とするが、地域課題に昇華させ、地域づくりにつなげる段階までは取り組むことができておらず課題がある。今後、他市のコーディネーターなどともっと積極的に連携して、知見を共有できるとよい。

XII 訪問看護ステーションほほえみ（岐阜県中津川市）

◆自治体概要

人口※1	73,750 人
高齢化率※1	33.8%
地域特性	中津川市内には中山間地域が多く、高齢者の移動手段が少ないことが地域課題となっている。岐阜県と長野県との県境にあり、医療圏も境界に位置する。 1市77町村の市町村合併により、医療・介護に関する機関や資源の状況が変化し、例えば、各市町村に1か所ずつ設置されていた地域包括支援センターは、市全体で6か所となった。介護保険サービスや高齢者の移動手段等の支援が必要な際に検討可能な事業所数が増えた。合併前と比較して、医療・介護に関わる環境は、充分ではないものの、一定程度改善されている。 訪問看護ステーションは、5か所から9か所に増えたものの、精神疾患や小児、医療依存度の高い人に対応できる事業所は少ない状況にある。重度者に24時間対応できるところもない。

※1：中津川市「地区別年齢別男女別人口」（令和6年10月1日）

◆本事例のポイント・特徴

- 中津川市では、医療及び介護の両方を必要とする高齢者へ在宅医療及び介護を一体的に提供するため、医療機関と介護サービス事業所等の関係者の連携を推進することを目的に、市立の訪問看護ステーションほほえみに、在宅医療・介護連携推進事業のうち、相談支援業務と在宅医療・介護関係者の研修を委託している。
- 相談支援業務としては、地域の在宅医療・介護連携に関する相談窓口を担う在宅医療・介護連携支援センターの運営を委託している。在宅医療・介護連携支援センターは市民病院内に設置されており、訪問看護ステーションほほえみのサテライト事業所も併設されている。
- ほほえみが、訪問看護ステーションであること、市が運営主体であることから、迅速な相談対応、市内の医療・介護に関わる資源把握やネットワーク構築に基づく連携が実現できている。
- コーディネーターは、市内の関係機関を対象とした研修企画・実施のほか、地域の様々な会議や研修会に積極的に参加して情報収集や情報発信、取組の周知に取り組んでいる。訪問看護ステーションでの業務経験を活かし、地域内の関係機関の情報共有を推進している。市内の訪問看護ステーションの中核として、ステーション同士のネットワーク構築にも意欲的に取り組んでいる。
- 一方、在宅医療・介護連携支援センターやコーディネーターの役割について、地域内で十分に知られていないことから、周知が課題となっている。

【キーワード】 自治体(市)立 / 中核病院内に相談窓口を設置 / 訪問看護ステーションのサテライト併設 / 専門職の相談対応 / 広域対応 / 研修会を通じて役割周知 / 訪問看護ステーションのネットワーク構築

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・ 訪問看護ステーションほほえみは坂下診療所（旧坂下病院。国保直診診療所）に併設されているが、在宅医療・介護連携推進の観点から、市の中核病院である中津川市民病院内にサテライト事業所を設置した。同時期に、当訪問看護ステーションに在宅

医療・介護連携推進事業の業務委託が行われ、あわせて、市民病院内に相談窓口として中津川市在宅医療・介護連携支援センターが設置された。

- ・ 当訪問看護ステーションで在宅医療・介護連携支援センターとして在宅医療・介護連携推進事業を受けるにあたり、相談内容や業務量の見通しが立っていなかったため、訪問看護事業との両立が検討課題としてあった。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・ 市立の訪問看護ステーションであることから、行政との関わりや、同じく市立である中核病院との連携が図りやすい。
- ・ コーディネーター1名が在宅医療・介護連携推進事業に主担当として携わっている。他に、常勤の看護師1名が補助的に関わっている。2名とも訪問看護ステーションとの兼務である。
- ・ 事業の受託開始から8年が経過し、精神疾患、小児へ相談対応等も進んでいる。
- ・ 中津川市のほか、長野県木曽郡南木曽町や大桑村も業務の範囲をなっている。
- ・ 中津川市では内科と歯科それぞれ、中津川市民病院内の「中津川市在宅医療・介護連携支援センター」（当事例）、中津川歯科医師会の「在宅歯科医療連携室」を設置し、業務委託している。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

×	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
×	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
×	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
×	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
×	住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
×	(キ)地域住民への普及啓発
×	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
×	(ケ)その他、全体的な企画等

【在宅医療・介護連携に関する相談支援】

- ・ 相談の連絡先として専用の電話番号を設け、コーディネーターが直接受けている。受付時間帯は、基本的に1人で対応しているということもあり、午前中9～12時としている。時間外の相談にも柔軟に対応している。
- ・ 事業受託当初より、地域住民からの相談は地域包括支援センターが対応するという役割分担であり、医療機関、介護支援専門員をはじめとする各関係機関の専門職が相談の大半を占めている。在宅医療・介護連携支援センターに地域住民からの相談

があった場合、地域包括支援センターにつなげているが、地域住民からの相談はほとんどない。

- ・ 県外の愛知県の大学病院等からの相談を受けることもあるが、想定の範囲内として対応している。最近では、愛知県内の訪問看護ステーションへ直接コンタクトをとることが増えており、相談件数は減少傾向にある。
- ・ 在宅医療・介護連携支援センターと訪問看護ステーションのサテライトが同じ場所にあることから、関係機関からの相談は、在宅医療・介護連携推進事業に関わる相談なのか、訪問看護ステーションへの相談なのかが判別しにくい場合がある。
令和5年度の相談件数は34件であったが、他にも、どちらへの相談か判別しにくい訪問看護ステーションへの相談も相当数ある。医療依存度の高い相談が半数程度を占めていた。

【医療・介護関係者への研修】

- ・ 研修会は市内全体の医療機関、介護サービス事業所、介護支援専門員等を対象として年に1回以上、開催している。この他にも、有志で開催する小規模な研修、ケアマネジャー部会での在宅医療・介護連携支援センターの役割周知などを行っている。主催していない研修会等にも年に数回、参加している（委託事業には含まれない）。
- ・ 主催している研修会の実施にあたっては、参加対象となる市内の医療機関、介護サービス事業所等のリストアップ（メールアドレス等の連絡先確認）、周知（メール送付）・出欠受付、研修の企画・実施、自治体への報告等、一式をコーディネーターが担っている。参加者は80人程度であり、人数は市から指定されている。
- ・ 研修内容は、関係機関の在宅医療・介護連携支援センターに対する認知度が低かったため、1回目は役割周知のための広報的な内容とした。以降は、相談事例の紹介、感染症対策等について実施している。今後は、大規模災害時における地域連携などを取り扱う予定である。
- ・ コロナ禍よりここ数年、研修はオンラインで開催している。オンラインではあるが、指名をして発言を求めるなど、参加型となるよう配慮している。毎回、参加者からの質問や意見が活発に交換されている。
- ・ ケアマネジャー部会ではコーディネーターとしての立場で出席している。内容によっては、訪問看護ステーションの立場でアドバイスすることもある。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・ 精神疾患の訪問看護に関する相談を受けた際には、精神疾患に対応している訪問看護ステーションを紹介するなど、得意分野を踏まえて振り分け可能な連携体制が構築できている。
- ・ 新設の訪問看護ステーションがあれば、在宅医療・介護連携支援センターの紹介も兼ねて出向いている。改まった訪問でなく、気軽にやり取りができるよう、直接会い

に行くことが多い。

- ・ 東濃地区全体の訪問看護ステーションの集まりがあり、そこで広域的に課題感を共有している。長野県側とも協議の場が設けられている。
- ・ 自治体職員との連携場面が少ないことから、こまめな情報共有を図っていきたい。
- ・ 中津川歯科医師会にもコーディネーターが配置されているが、連携実績はない。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

【事業所内への効果】

- ・ 訪問看護ステーションは市立であり、かつ在宅医療・介護連携事業を市から受託していることから、例えば診療所の医師に対して話がしやすいといった面がある。地域の関係機関のネットワークを形成できており、効果的に事業を実施できている。

【課題】

- ・ 在宅医療・介護連携支援センターやコーディネーターの役割について、地域内で十分に知られていないことから、周知が課題となっている。

【今後の展望】

- ・ 訪問看護ステーションの特性を生かして医療・介護の両面から地域に根差した連携を推進できている。一方で、在宅医療・介護連携センターとしての役割部分が曖昧になりがちである。
- ・ 地域への在宅医療・介護連携センターの周知は依然として課題である。特に、医療機関、介護支援専門員に知ってもらい、活用してもらう必要がある。ホームページやオンラインのコミュニケーションツール等の作成などは自治体等と連携して推進していきたい。

XⅢ 美祢市訪問看護ステーション（山口県美祢市）

◆自治体概要

人口※１	21,617 人
高齢化率※１	45.1%
地域特性	美祢市は旧美祢市と美祢郡（美東町、秋芳町）が平成 20 年に合併して発足した。人口に対して面積が広く、効率的なサービスの提供が難しいエリアがある。人材の高齢化が進んでおり、医療や介護に携わる人手が不足している。これを受けて介護保険サービス事業所が減少する中、地域住民が市外（山口市、宇部市、長門市等）の医療機関やデイサービスを利用する状況が散見される。市西部の医療資源等は少ない。その代わりの強みとして、顔の見える関係が築けており、関係機関との連携の迅速性は確保できている状況。

※１：美祢市「令和 5 年度美祢市の人口の状況について」

◆本事例のポイント・特徴

- 美祢市は、在宅医療・介護連携に係る相談業務を効果的に推進していくにあたり、既存のネットワークを活用でき、医療と介護の視点を併せ持つ機関が適当であるとし、市立の事業所である美祢市訪問看護ステーションに対して在宅医療・介護連携推進事業を委託している。
- 美祢市訪問看護ステーションは市立病院内に位置しており、病院との関係性の近さが強みである。加えて、自治体との連携が円滑であることも影響し、関係機関とのネットワーク構築や、必要に応じて情報共有ができる関係性の維持が高水準で実現されている。
- コーディネーターの有する豊富な人的ネットワークや、医療・介護双方の知見をもって円滑な事業実施がなされており、後進となる人材の育成をはじめとする継続的な事業実施が課題である。

【キーワード】 中核病院内に位置 / 病院との密接な連携 / 現コーディネーターの手挙げによる受託

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・美祢市は、在宅医療・介護連携に係る相談業務を効果的に推進していくにあたり、既存のネットワークを活用でき、医療と介護の視点を併せ持つ機関が適当であるとし、平成 30 年より市営の訪問看護ステーションに業務委託した。
- ・業務委託に際しては、山陽小野田市の訪問看護ステーションが先駆的にコーディネーター事業を実施し始めたことを背景として、当訪問看護ステーション側から名乗りを上げたという経緯がある。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・旧美祢市においては市、美祢郡においては病院組合が訪問看護事業所をそれぞれ設置していたが、自治体の合併に伴い、現在の美祢市訪問看護ステーションとして統合された。美祢市立美東病院内に位置しているが、病院とは独立した組織である。病院との連携が強化できていることが強みであり、その上で、小児から高齢者まで断

ることは基本的にしないという方針のもと対応している。

- ・美祢市病院事業局病院事業管理者（局長）を頂点とする、美祢市立病院、美祢市立美東病院、美祢市介護保険老人保健施設グリーンビル美祢との並列関係のもと、美祢市病院事業局の一面を担っており、連携強化につながっている。
- ・コーディネーターは1名であり、看護師、保健師、介護支援専門員の資格を有する。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

△	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
△	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
△	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
○	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
×	住民から
△	(カ)医療・介護関係者の研修
△	(キ)地域住民への普及啓発
△	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
×	(ケ)その他、全体的な企画等

【医療・介護関係者の情報提供の支援】

- ・医療・介護関係者が共通様式として使用する、医療・介護情報共有シート（利用者情報提供書、医師・地域包括支援センター連絡票、医療系サービスの利用に係る連絡票、軽度者に対する福祉用具貸与に係る連絡票）の作成にあたり、市が作成したものの対して訪問看護ステーションが協力・助言を行った。これは、統一的な書類で医師に情報共有できることを目的としており、市の担当者、関係機関の専門職等を交えた会議等を経てひな型として作成したものである。
- ・当時作成したシートについては全て現在も頻繁に使用している。医療サイド（病院の連携室）は医師に対して書面で情報提供できるという理由で、書類での情報提供を強く望むことが多く、こうした背景が活発な様式利用の要因となっている。
- ・その他、連携に係る情報ツールとして美祢市医師会が管轄する「みねっとわーく³」（オンライン上のコミュニケーションツール）がある。その導入過程において、コーディネーターは、運用を軌道に乗せる上での普及に係る会議情報部会メンバーとして参画した。
- ・「みねっとわーく」の運用は市が美祢市医師会に委託しているものである。グループ作成権限者を当初医師にしか設定していなかったが、権限者を介護事業者等に拡

³ 医療・介護関係者間の円滑な情報共有を目的とするコミュニケーションツールで、タブレット端末等があれば無料で利用可能。（出典：（美祢市医師会ホームページ）
https://www.mineshi-ishikai.com/?page_id=101）

大したところ、利用が増加した。

【在宅医療・介護連携に関する相談支援】

- ・ 医療介護従事者から、在宅医療・介護連携に関する相談を受け付ける。相談内容のほとんどは、ケアマネジャーからの「今後の医療との連携をどのようにしたらよいか」といった個別ケースに関する相談であり、年間 10 件～15 件程度の実績がある。相談の対象に地域住民は含まれておらず、専門職からの相談のみに対応している状況。高齢者に関する相談が多いが、小児の相談を受けることもあり、相談が来れば基本的に対応をしている。
- ・ 相談対応をしている中での問題・課題について、地域包括支援センターと共有をする場がある。市が年 1 回主催するものであり、その場には医師会も同席し、年間の事業全体について現場から報告するという形式である。（在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討の一環として実施）
- ・ 相談対応については、人的ネットワークや事業への知識の豊富さを要因として、1 名のコーディネーターで対応している。

【医療・介護関係者への研修】

- ・ 地域包括支援センターから相談を受け、コーディネーターとしての活動経験から、必要な研修について助言を行っている。
- ・ 例えば、障害分野の関係機関が現場の課題感を共有する場である地域ケア会議にて、災害時対応の在り方について議論されていた。障害分野のみでなく高齢者福祉にも共通の問題であるとして、地域包括支援センターが市との情報共有の機会を持てるよう、コーディネーターとして働きかけたことがあった。現場の課題意識を発端として研修の実施を行っている。
- ・ 必ずしも委託業務に結び付けての研修開催がすべてを占めているわけではなく、必要に応じて現場の参考になるような内容をテーマとして医療介護連携の研修を実施している。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・ 市とは、直接的なやり取りを必要に応じて実施できる関係性である。半年に 1 回程度の頻度でやり取りが発生する。
- ・ ケアマネジャーの支援の質の向上を目的とした会議では、コーディネーターとしての立場から助言・アドバイスをすることがある。
- ・ 医師会との連携が必要になった際には、市を通すことで対応している。美祢市には、美祢市医師会と美祢郡医師会の 2 つがあるが、美祢市医師会に働きかけることで医師会間の情報共有が可能な体制となっている。
- ・ この他、地域包括支援センターが主催する、ケアマネジャー同士がそれぞれの業務において苦慮している事例などを持ち寄り、報告する会議体にも同席し、医療の観

点から助言等を行っている。開催頻度としては、旧美祢市エリアで2～3カ月に1回、旧美祢郡エリアで年に2回程度である。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

【住民への効果】

- ・ コロナ禍前には住民向けの研修テーマ（「終活」、「認知症」等）の設定について意見出しをすることはあったため、現場経験を活用しながら研修等につなげられる点で効果があるものと考えられる。

【事業所内への効果】

- ・ 訪問看護ステーションとして、生活を支援する視点、地域を支えるための視点が養われている。このような視点は日常的にディスカッションをしていかないと身につかないことと認識している。

【今後の展望】

- ・ 国・自治体が医療介護連携の意義についてより強制的に各専門機関（医療・介護双方）に対して示し、働きかけると、全体の機運が高まると感じる。
- ・ 現在、コーディネーターとしての活動が現コーディネーター1名を中心に実施されている側面があるため、後進の育成は引き続き課題である。

XIV 石川県医療在宅ケア事業団 中能登訪問看護ステーション (石川県中能登町)

◆自治体概要

人口※1	16,821 人
高齢化率※1	37.6%
地域特性	医療機関や介護保険サービス事業所が少なく、訪問看護への需要が年々増加している。訪問介護事業所は1か所のみ、訪問診療に対応している診療所は4か所ある。

※1：中能登町住民基本台帳人口（令和6年1月1日）より算出

◆本事例のポイント・特徴

- 中能登訪問看護ステーション（運営法人：石川県医療在宅ケア事業団）では、長年、関係機関、専門職種が多数参加する「あじさい会」（中能登町在宅医療介護連携を考える会）の事務局を担っており、地域の医療と介護の連携推進の中核を担ってきた実績より、在宅医療・介護連携推進事業を受託するに至った。
- コーディネーターが行政とやり取りする中で決まった事項等があれば、あじさい会を主導している医師会に報告し、相談しながら事業を推進している。
- 以前から医療と介護の垣根の高さが指摘されてきた課題だが、中能登訪問看護ステーションで相談窓口を担ったり、各種事業を行う中で、関係機関が「訪問看護ステーションに相談すれば何とかなる」という安心感を持ってくれるようになった。医師からも相談があり、地域包括ケアが推進されている。
- 能登半島震災時には、地域住民、医療・介護関係者との関係づくりができていたことが、円滑で効果的な支援につながった。日頃から地域で在宅医療・介護連携に取り組んでいたことが大きく影響している。
- 出前講座を行い、震災における教訓、示唆について、地域住民と一緒に話し合い、取りまとめを実施。あじさい会にもフィードバックし、地域のBCP（事業継続計画）づくりにつなげていきたいと考えている。

【キーワード】 医療在宅ケア事業団立の訪問看護ステーション / 多職種・多機関参加の在宅医療・介護連携推進組織 / 医師会との連携 / 震災時の役割発揮 / 震災経験を踏まえた BCP づくり / 部署異動後の町職員も参加可能なネットワークづくり

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・中能登町では平成12年に在宅医療と介護連携を考える会として「あじさい会」を立ち上げ、医療と介護の顔の見える関係づくりを推進している。あじさい会は地域の医療職や介護職などの多職種で構成されており、定期的に情報共有や研修会等を行い、連携を密にしながら在宅医療と介護を一体的に提供できる体制を構築している。
- ・あじさい会の会長である医師から、訪問看護ステーションに地域連携の中心を担ってほしいとの意向を受け、中能登訪問看護ステーションがあじさい会の事務局を務めてきた。あじさい会には行政も参加しており、中能登訪問看護ステーションが地域の医療と介護の連携推進の中核を担ってきた実績より、在宅医療・介護連携推進事業を受託するに至った。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・ 中能登訪問看護ステーションに相談窓口を設置し、コーディネーター2名を配置している。主担当1名（看護師）と、事務・経理などのサポート担当1名（看護師＋保健師）からなる。
- ・ コーディネーターが行政とやり取りをする中で決まった事項等があれば、あじさい会を主導している医師会に報告し、相談しながら進めている。行政とも事業計画の作成や事業内容の検討など、協力・連携しながら取り組んでいる。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

○	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
○	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
○	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
○	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
○	住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
○	(キ)地域住民への普及啓発
○	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
○	(ケ)その他、全体的な企画等

【対象者の範囲】

- ・ 中能登町全域を対象としているほか、研修運營業務など一部については七尾市と連携して取り組んでいる。対象となる年齢層は0歳～100歳まで、どの年代にも対応している。

【医療・介護関係者の情報提供の支援】

- ・ 七尾市のソーシャルワーカー等と共同で、医療関係者とケアマネジャーの入退院時の連携強化を目的に、入退院支援ルールブックを作成した。

【在宅医療・介護連携に関する相談支援】

- ・ 相談窓口は、専門職を対象に平日の日勤帯に対応している。土日に利用者の対応をしなければならない場合もあるため、状況に応じて柔軟に対応している。

【地域住民への普及啓発】

- ・ 地域住民に対して、認知症理解の普及啓発を行うための研修会・講演会を企画・実施している。例えば、認知症を題材とした映画を上映しており、住民自身が認知症について考える機会になればと取り組んでいる。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・ あじさい会には、診療所医師、歯科医師、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、通所介護事業所、相談支援専門員、薬剤師、行政職員、隣接する七尾市総合病院の医療ソーシャルワーカーなど、幅広く参加がある。
研修会には 50～100 人が参加する。役員会は 30 人で開催している。
在宅医療・介護連携推進協議会のメンバーは、あじさい会の役員メンバーとほぼ同一である。
- ・ あじさい会に参加している行政職員の中には、異動により担当部署が変わっても、取組の意義を感じて継続して参加している人もいる。別分野の業務をしていますが、関係性は継続している。
- ・ 医師会との連携は強く、コロナ禍以前は対面での食事会、研修会などを行っていた。コロナ禍以降も、オンライン等で情報共有の機会を持っている。
- ・ ケアマネジャー連絡会との連携については、日々、困ったことがあればあじさい会に相談がある。個別ケースについて電話での相談に応じており、密に連携している関係性にある。
- ・ 訪問看護ステーション連絡会とは震災時にも早急な情報共有の上、対応に当たることができた。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

【地域への効果】

- ・ 訪問看護ステーションがコーディネーターを担うことの意義として、身体面と精神面の両者のアセスメントが可能であること、医師と地域の間に入って対応できることなどがあげられる。日頃から地域住民や関係者とコミュニケーションをとっており、地域ニーズを把握している点、世帯単位で支援可能な点などもあげられる。さらに、今後生じる可能性のあることを予測し、予防に向けて動くこともできる。この点は、震災時に地域で活動して改めて実感した。
- ・ 医療と介護の垣根の高さは以前より指摘されてきた課題だが、「訪問看護ステーションに相談すれば何とかなる」という安心感を持ってくれるようになったと感じる。医師からも相談があり、地域包括ケアが推進されていると感じる。

【今後の展望】

- ・ あじさい会の課題意識として、若い世代への医療・介護の支援があげられる。例えば、AYA 世代のがん患者への対応、親のがん患者である子どもへの支援、8050 問題や引きこもりへの対応、障害者への支援などで、地域ケア会議でも議題となっている。
- ・ コーディネーターには、次の時代の新たなテーマや課題は何か、先を見る力が求め

られる。実際に現場で新たなテーマに遭遇すると対応が難しく、先見性とその課題への対応力が求められる。全国規模で先駆的な事例を学ぶことができる研修機会などがあるとよい。

6. 能登半島地震における対応について

- ・ 能登半島地震の際、中能登町の被害は軽度であったものの、避難所が開設されるなどした。支援には訪問看護師としての立場で対応したが、コーディネーターとして活動していたことから（出前講座、講演会など）、広く住民に認知されており、避難所にいる住民から直接声をかけられたりした。避難している住民の立場からみると、訪問看護師が巡回して話を聞くことで、医師や薬局に繋がることのできる安心感がある様子だった。
- ・ 地域住民、医療・介護関係者との関係づくりができていたことが、震災時の円滑で効果的な支援につながった。日頃から地域で在宅医療・介護連携に取り組んでいたことが大きく影響したと考えている。
- ・ 令和6年4月から数回にわたり、出前講座で震災時の対応について地域住民と話し合う場を設けている。自助、共助の重要性などについて話し合っているが、震災の際、日頃、関わりのある人に会えた際には安心したなどの意見が挙げられている。住民の意見をあじさい会の役員会にフィードバックしながら、地域のBCP（事業継続計画）づくりにつなげようとしている。震災時は正しい情報が入手しづらく不自由だったという声もあり、あじさい会として早期に情報を集約し、役割分担して対応する体制を構築できると考えている。

XV 石川県医療在宅ケア事業団 野々市訪問看護ステーション (石川県野々市市)

◆自治体概要

人口※ ¹	54,523 人
高齢化率※ ¹	20.4%
地域特性	総合病院、脳神経外科病院が、市内にそれぞれ1か所ある。市民の医療機関への受診は、野々市市内だけでなく金沢市や白山市への受診も多い。また、かかりつけ医となる医療機関も市内に加え近隣市町にも多い。訪問診療を行う医療機関、訪問看護ステーションも市内外にあるため、現在、受診やサービス利用をしたいができないという相談はない。

※¹：野々市市「町丁別人口データ」（令和7年1月末）

◆本事例のポイント・特徴

- コーディネーターを担うことで、地域住民との距離が近くなったり、様々な関係機関とネットワークが構築され、支援が必要な住民の早期発見・早期対応を効果的に行うことができるようになった。
- 野々市訪問看護ステーションの管理者がコーディネーターを務めるとともに、事業所内の介護支援専門員は相談対応や社会資源マップ作成・更新、事務職員は社会資源マップ作成等の業務サポートなど、他の事業所職員にも在宅介護・介護連携推進事業の業務を分担している。
- 石川県医療在宅ケア事業団を通じて、事業団立の他自治体の訪問看護ステーションや所属するコーディネーターと情報共有している。震災時における在宅医療・介護連携推進事業の取組効果などの話を聞き、在宅医療介護連携推進協議会にて情報共有を行った。

【キーワード】 医療在宅ケア事業団立の訪問看護ステーション / 事業所管理者がコーディネーター / 事業所職員(介護支援専門員、事務職員)への業務分担 / 事業団を通じた同法人のステーションとの連携 / 震災対応

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・野々市訪問看護ステーションは石川県医療在宅ケア事業団が運営法人である。野々市市内の訪問看護事業所の中で、事業開始は早い方であった。
- ・近隣市町、看護協会、医師会などと広域的に連携していること、24時間対応が可能な訪問看護ステーションだったことなどから、在宅医療・介護連携推進事業の受託に至った。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・野々市訪問看護ステーションに配置している介護支援専門員（2名）の協力も得ながら、コーディネーター1名（事業所管理者）が在宅医療・介護連携推進事業に関わる業務を担当している。
- ・白山ののいち医師会のシンポジウムに事例提供をしたり、金沢市で開催される研修

会（いしかわ 921 在宅ネットワーク主催）に参加・連携するなど、野々市市内に限らない広域的な活動も行っている。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

○	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
△	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
△	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
△	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
○	住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
○	(キ)地域住民への普及啓発
×	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
×	(ケ)その他、全体的な企画等

【地域の医療・介護の資源の把握】

- ・ 社会資源マップの活用及び更新は、基本的に訪問看護ステーションに配置している介護支援専門員が対応している。社会資源マップ作成時には事務職員も対応しており、事業所職員に業務分担している。

【在宅医療・介護連携に関する相談支援】

- ・ 主に介護支援専門員、地域住民の相談に対応している。
- ・ 相談対応時間帯は 8:30～17:15 で、電話番号は事業所と同じものを使用している。電話対応はコーディネーターのほか、事業所の介護支援専門員も対応している。
- ・ 相談内容は、これまで高齢者介護に関わるものが主であり、精神障害、小児などの相談はほとんどなかった。一方、障害者の高齢化により、障害者の介護保険サービス利用に関する相談もあるほか、小児（特に医療的ケア児）については、市の子育て支援課から情報共有なども実施しており、対応分野の広がりがでてきている。
- ・ 地域住民（本人、家族とも）からの相談では、老々介護、引きこもりなどの相談が寄せられるようになっている。

【医療・介護関係者の研修（医師会等、他団体との共催）】

- ・ 研修・勉強会の実施については、介護支援専門員から日常業務での課題や研修ニーズを聞き取り、年間の研修計画を作成する。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・ 医師会、看護協会、地域包括支援センター、市、石川県難病相談・支援センター、他自治体のコーディネーターとは必要に応じて連携している。

- ・在宅医療介護連携推進協議会（10 数名で構成）は年に 2 ～ 3 回開催されており、コーディネーターとして参加している。
- ・他自治体のコーディネーターに相談したい場合、石川県医療在宅ケア事業団に相談すると、事業団が運営している他の訪問看護ステーションのコーディネーターにないでもらうことが可能。事業団を通じた連携体制があることで、情報共有などを行いやすい。
- ・市とは月 1 回開催される地域ケア会議後に打合せ時間を設けている。事業の進捗等について報告や相談する機会があることで、密に連携することができている。
- ・石川県医療在宅ケア事業団が設置する中能登訪問看護ステーションにおいて、平时に、在宅医療・介護連携の事業を行っていたことで、スムーズな災害時の支援につながったという事例について、在宅医療介護連携推進協議会にて情報共有を行った。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

【地域への効果】

- ・コーディネーターを担い、関係機関と密に連携することで、早期発見して医療につなげる等の対応を効率的に行うことができている。
- ・地域に根付いた活動を行っていることにより、市外も含め、様々な関係機関とのネットワークが構築できている。

【今後の展望】

- ・障害に関して、野々市市障害者基幹相談支援センター⁴が設置されたことにより、障害者に関わる連携が行いやすくなった。例えば、子育て世代の母親が精神疾患により困っている状況などが情報として入ってくるようになった。今後はこうした精神障害のケースなどにも対応していきたい。

⁴ 野々市市ホームページ「野々市市障害者基幹相談支援センター」
(<https://www.city.nonoichi.lg.jp/soshiki/13/38210.html>)

X VI 寒河江市西村山郡訪問看護事業団

(在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ)

(山形県寒河江市、西村山郡川北町、西川町、朝日町、大江町)

◆自治体概要

人口※ ¹	寒河江市：39,898人 河北町：17,250人 西川町：4,732人 朝日町：6,154人 大江町：7,364人 全体：75,398人 ※令和5年度山形県在宅高齢者調べ（令和5年4月1日現在）
高齢化率※ ¹	寒河江市：32.4% 河北町：38.5% 西川町：47.3% 朝日町：45.8% 大江町：40.8% 全体：36.6% ※令和5年度山形県在宅高齢者調べ（令和5年4月1日現在）
地域特性	西村山地域には県立河北、寒河江市立、西川町立、朝日町立の4公立病院がある。 東北厚生局の資料によると、西村山地域における診療所の配置数は54診療所。寒河江市西村山郡医師会への登録医師数は開業医が70名、そのうち8割は60代以上で、高齢の医師が多い状況にある。 寒河江市西村山郡在宅医療・介護連携支援室の調査によると、西村山地域内の4公立病院の外、19の病院・診療所が在宅医療の相談に応じている。

※1：山形県高齢者支援課「自立支援型地域ケア会議 専門職（助言者）向け 市町村データ集」
令和6年4月

◆本事例のポイント・特徴

- 在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ（以降、連携支援室）を運営している寒河江市西村山郡訪問看護事業団は、寒河江市西村山郡医師会と寒河江市西村山郡（1市4町）により設立。連携支援室の事務局体制は医師会、自治体、事業団より構成。自治体も積極的に事業に参画するため、室長補佐として、各市町の課長を配置している（寒河江市課長＋4町課長は持ち回りで計2名）。常勤専従の支援相談員（コーディネーター）（以降、コーディネーター）1名を配置。
- コーディネーターが中心となって事務局を担うが、具体的な各種事業の検討を行う会議、部会には、医師会、歯科医師会、薬剤師会、地域包括支援センター、介護サービス事業所等、様々な機関、専門職が参加。在宅医療・介護連携を推進するための会議体や組織体制が構築され、多職種を巻き込みながら事業を推進。
- 連携支援室ができるまでは主に各市町の中で地域資源を活用していたが、連携支援室設立後は、様々なサービスの広域利用が進んでいる。連携支援室が相談対応の際に市町を超えて関係機関につないだり、研修会や情報交換会で事業所や専門機関で地域の状況等を情報交換できるよう工夫している。

【キーワード】訪問看護事業団を設立 / 複数自治体・医師会による運営 / 歯科医師会との連携 / 自治体の参加推進 / 事務局体制の整備 / コーディネーターの資格：社会福祉士＋介護支援専門員 / 協議会を通じた多職種連携の推進 / 地域包括支援センターと共同企画 / 広域でのサービス利用拡大

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・介護保険法の改正に伴い地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられたことをきっかけに、寒河江市西村山郡1市4町（寒河江市、河北町、西川町、朝日町、大江町）で事業に取り組むこととなった。平成27年12月、医師会と1市4町で設立した寒河江市西村山郡訪問看護事業団（平成8年7月）に事業を委託し、平成28年3月に「在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ」を開設。事業団運営による連

寒河江市西村山郡のうち、西川町、朝日町は県内でも特に高齢化が進んでおり、県内第1位、第2位の高齢化率である。

- ・連携支援室は1市4町から委託を受けていることから、市町を超えて在宅医療・介護連携を推進する役割を担う。
- ・事務局体制は、室長（医師会：診療所医師、事業団の常務理事）、室長補佐2名（自治体の課長）、事務長（訪問看護事業団）、コーディネーター、事務員の6名で構成されている。
- ・コーディネーター1名は社会福祉士・介護支援専門員の資格を保有しており、連携支援室に常勤専従にて配置している。
- ・1市4町の自治体職員も事業に積極的に関わるため、連携支援室の事務局に室長補佐として、各自治体の課長が参画している（4町の課長は持ち回りで1名、寒河江市の課長と合わせて計2名）

The organizational chart is structured as follows:

- Top Level:** 寒河江市西村山郡医師会 (Seiwa City West Village Mountain District Medical Association)
- Second Level:**
 - 室長 (Chief) - 寒河江市西村山郡医師会 (Seiwa City West Village Mountain District Medical Association)
 - 室長補佐1 (Chief Assistant 1) - 寒河江市課長 (Seiwa City Chief)
 - 室長補佐2 (Chief Assistant 2) - 4町課長持ち回り (4 Town Chief Rotation)
 - 事務長 (Chief Clerk) - 訪問看護事業団 事務長 (Home Medical and Nursing Support Center Chief Clerk)
- Third Level:**
 - 支援相談員 (コーディネーター) (Support Consultant (Coordinator)) - 社会福祉士 + 介護支援専門員 (Social Welfare Worker + Nursing Support Specialist)
 - 事務員 (Clerk)

Branches:

- 一般社団法人 寒河江市西村山郡訪問看護事業団 (General Incorporated Association Seiwa City West Village Mountain District Home Medical and Nursing Support Center):**
 - 寒河江市 西村山郡医師会 (Seiwa City West Village Mountain District Medical Association)
 - 寒河江市 (Seiwa City)
 - 河北町 (Kita-cho)
- 西川町 (Sagami-cho):**
 - 朝日町 (Asahi-cho)
 - 大江町 (Ooi-cho)

69

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

○	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
○	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
○	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
○	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
○	住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
○	(キ)地域住民への普及啓発
○	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
○	(ケ)その他、全体的な企画等

【相談支援】

- ・在宅医療・介護連携に関する相談支援では、関係機関からの相談受付（情報提供、連携支援）、西村山地域訪問歯科診療相談窓口（県歯科医師会HP）の対応を行っている。コーディネーターの資質向上のため、各種研修会の参加に取り組んでいる。
- ・西村山地域訪問歯科診療相談の対応について、県内の地域ごとに訪問歯科診療の窓口があるが、西村山地域は担当窓口がなかったことから、西村山地区歯科医師会から連携支援室に窓口を担当してもらえないかとの相談があった。一般住民からの相談に対応しており、訪問可能な歯科診療所を紹介している。医療・介護関係者からも訪問歯科診療の相談がある。
- ・住民からの直接の相談は各市町の地域包括支援センターが担っている。例えば、地域包括支援センター等から地域住民の医療・介護に関する相談があった場合、必要に応じて訪問看護ステーションと連携し対応している。また、朝日町、西川町、大江町は西村山管内の事業所であっても通常の事業の実施地域外となることがあり、そのような場合は、地域を越えて近隣自治体の対応可能な事業所の情報を提供している。

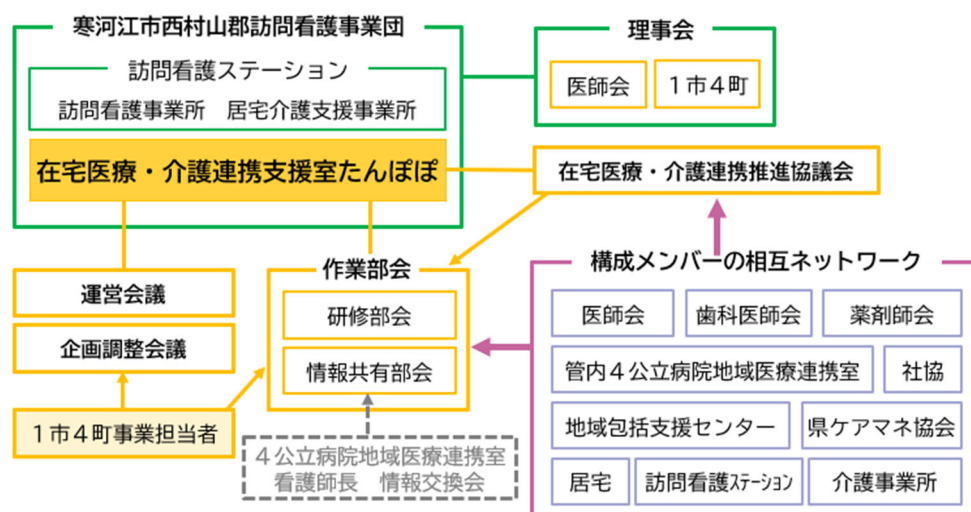
【医療・介護関係者に対する支援】

- ・作業部会の意見をもとに様々なテーマで研修会等に取り組んでいる。これまでの研修会アンケート結果や地域で得た情報をもとに、障害福祉の専門職と介護分野の専門職で研修を企画し、継続している。グループワークも組み込みながら交流を推進している。
- ・研修会の他に、交流や情報共有を目的とした情報交換会を企画実施している。地域包括支援センターとの共同企画で、参加者のニーズを踏まえ、訪問介護員の気持ちのリフレッシュや他の事業所との連携ができるような場を設けた（訪問介護事業所から、他の事業所と顔を合わせる機会がない、状況を知る機会がないなどの声があった）。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・連携支援室と関係機関の体制図は下図のとおりである。
「運営会議」「企画調整会議」「在宅医療・介護連携推進協議会」「作業部会」は、コーディネーターが中心となり連携支援室が事務局を担っている。
- ・「在宅医療・介護連携推進協議会」には1市4町の医師会代表、病院地域医療連携室代表、歯科医師会会長、薬剤師会会長、県介護支援専門員協会西村山代表、介護事業所（各市町から施設長）、寒河江市西村山郡訪問看護ステーション所長などより、令和6年現在15名が委員として参加している。
- ・「研修部会」は令和6年現在、歯科医師会1名、薬剤師会1名、介護事業所2名、行政4名（うち2名は地域包括支援センター）の計8名で構成されている。様々な視点からの意見やアイデアを参考に研修会を実施している。
- ・「情報共有部会」は令和6年現在、4公立病院の地域医療連携室の看護師長4名、地域包括支援センター2名（うち1名は行政）、居宅支援事業所2名の計8名で構成されている。各種情報共有ツールや入退院時の連携推進について様々な意見を参考に取組に反映している。
- ・様々な会議体、作業部会の運営はコーディネーター一人では対応できないため、多職種、異なる組織を巻き込んで取組を推進している。特に市町で行う事業のため、様々な会議、集まり、催し物等に行政の担当者に参加してもらっている。

図 在宅医療・介護連携支援室と関係機関



（出所）一般社団法人寒河江市西村山郡訪問看護事業団 在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ提供資料より、MURC 作成

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・訪問看護の団体であるため、在宅医療や在宅ケアの現場の実態を理解した上での活動が可能である。訪問看護ステーションは看護師の知識、ノウハウにより、日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取りの4つの局面において、中心的な役割を

担っている。

- ・連携支援室を開設した当初、介護支援専門員資格を有する看護師（ケアマネジャー資格保有・訪問看護経験あり）がコーディネーターを担っていた。地域資源の利用可能範囲には差があり、それぞれの市町で在宅医療・介護連携推進に取り組んでいたため、支援相談員（コーディネーター）が地域間をつないで地域資源の活用を促進した。その結果、市町を超えて、地域資源が活用されるようになり、様々なサービスの広域利用が進んでいる。地区歯科医師会が連携支援室の取組に積極的に関わっており、訪問歯科が広がってきている。
- ・身寄りのない独居高齢者への支援が課題となっている。例えば、終末期の方の看取りに向けた支援における医療・介護関係者の立ち回り方や医療保険でケアマネジャーがついていない場合の訪問看護の対応、入院や手術の際の医療同意、支払いが必要だが成年後見の手続きに時間がかかるなどである。好事例や連携方法について研修会や情報交換会ができたらいと考えている。
- ・災害時の医療と介護の提供、介護と消防や救急との連携に課題があるため、個々の取組を推進していきたい。

XVII 豊中市訪問看護ステーション連絡会（大阪府豊中市）

◆自治体概要

人口※1	406,047 人
高齢化率※1	25.8%
地域特性	豊中市の診療所数及び訪問看護ステーション数は、人口 10 万人対で全国と比較すると多い。病院数は人口 10 万人対で全国と比較すると少ないが、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の医療機能を有する 16 病院と、精神科病院 2 病院があり、医療へのアクセスが良いことから、高度医療から在宅医療まで様々な診療の選択肢を身近に提供できる環境にある。

※1：豊中市住民基本台帳人口（令和 6 年 10 月 1 日）より算出

◆本事例のポイント・特徴

- 訪問看護ステーション連絡会では、「切れ目のない看看連携」「相談窓口」の委託を受けている（「相談窓口」は豊中市医師会からの再委託）。豊中市では、医療・介護の実務者のネットワーク「虹ねっと」が組織化されており、ネットワークを通じて、市と連絡会で在宅医療・介護連携に関して課題共有したことから、事業委託につながった。コーディネーターは連絡会の役員（訪問看護事業所の管理者）8 名が担っている。
- 「切れ目のない看看連携」で実施している研修事業では、豊中市のあらゆる機関で働く看護職全般の連携を目的に 10 年前、当初の大阪府の教育ステーション事業で始まった。現在は教育ステーションと豊中市からの事業の共催で実施している。テーマは、連絡会役員でその年の実情を踏まえた課題などを企画している。地域の医療機関や介護事業所の看護師同士の顔の見える関係づくりにつながっている。
- 「相談窓口」は、豊中市が豊中市医師会に委託し、医師会より連絡会に再委託され、連絡会の会員事業所の管理者で、持ち回り対応している（訪問看護の知識、市の状況を把握している者が対応）。相談を受け付ける対象は医療介護関係者の専門職のみ一般相談は受けていない。

【キーワード】 中核市 / 訪問看護ステーション連絡会 / 医師会からの再委託 / 三師会との役割分担 / 8 名のコーディネーター体制 / 持ち回りによる電話相談窓口 / 電話転送による相談受付 / 専門職対象の相談窓口 / 看看連携の推進 / 災害対応テーマの研修 / 現場看護職の研修参加促進

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・在宅医療・介護連携事業の相談窓口設置にあたり、豊中市から医師会に委託され、医師会からの再委託で事業を行っている。
- ・医療・介護の実務者のネットワーク「虹ねっと」に当連絡会と行政の担当者が参加しており、地域の課題を共有したことも事業受託につながった。
- ・訪問看護は医療と介護の両者の間に立つことができることから、医療と介護の垣根を低くしたいと考えた。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・ コーディネーターは訪問看護ステーション連絡会の役員（訪問看護事業所の管理者）8名が担っている。全員、訪問看護ステーションの看護師（常勤）であり、連絡会は非常勤で兼務している。コーディネーターは、医師会や薬剤師会、歯科医師会等が主催する会議等にも参加している。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

×	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
×	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
△	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 →切れ目のない看看連携の実施
×	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
×	住民から
×	(カ)医療・介護関係者の研修
△	(キ)地域住民への普及啓発
×	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
×	(ケ)その他、全体的な企画等

【「切れ目のない看看連携」の実施】

- ・ 病院や地域の診療所、介護サービス事業所の看護師を対象に、年に1回、テーマを決めて集合研修を実施している。医療機関や介護サービス事業所等に所属する看護師に、まず訪問看護を知ってもらおうというところから開始した。
- ・ 連絡会の会合で、研修のテーマや参加者の照準をどこにするかなどを話し合っており、毎年テーマを変えて実施している。研修1回あたり、50人程度が参加している。グループワークを行い、顔の見える関係づくりにもなるよう企画している。1つの施設や事業所から複数名の参加もある。災害が多いことから、災害をテーマにすると集まりがよい。
- ・ 当初、研修への参加は、病院等の施設の上層部が多く、現場で働いている看護師の参加が得られなかった。そこで、病院のトップに案内はするが、地域連携室に積極的に出向いて、医療現場の看護師に出席してもらうよう、声掛けをした。その結果、地域連携室の看護師や病棟の看護師長が参加してくれるようになった。年を経るごとに、在宅のことを知りたいと、医療現場の看護師の参加者が増えている。
- ・ 診療所や介護サービス事業所の看護師の参加も、当初は少なかったが、日頃連携している診療所や事業所に声をかけ、そこから他の施設や事業所へ勧めてもらった。通所介護事業所の看護師は、利用している高齢者の姿を病院に知ってもらいたいなどがあり、在宅の介護サービス事業所の看護師の参加も広がっている。

【相談窓口】

- ・ 相談窓口は医師会からの再委託を受けて実施している。専門職の相談のみ受けている。
- ・ 相談対応は訪問看護ステーション連絡協議会に参加する事業所の管理者クラスで、持ち回りで対応している。10～20 か所程度の事業所の管理者の協力を得ている。
- ・ 予定表を作り、1 か月単位で当番を決めている。
- ・ 相談の受け方は、F A X、メールも案内しているが、電話がほとんどである。相談を開始した当初は、交替で、連絡会の事務所で待機していたが、2024 年からは電話転送での対応も可能とし、継続のための工夫をしている。
- ・ 相談を受ける中で、対応が難しい相談も入ってくるようになった。例えば、訪問看護ステーションより、精神障害の利用者の体調が悪化し、訪問看護に入ることができなくなったためどうしたらよいかという相談があった。精神障害のある人に対する体調不良時の対処方法について情報提供した。
- ・ 管理者間でオンライン上のコミュニケーションツールを活用しており、相談対応で困ったことがあれば、両方に情報を流す。いずれかの人から比較的すぐに回答をもらうことができる。
- ・ 相談記録を残すようにしており、翌日の担当者は、記録に新しい情報が追加されていないか等を確認する。

【住民への普及啓発】

- ・ 医師会と連携して、住民に対して、市を3つの区域に分けて、ACP（Advance Care Planning）の研修を行っている。本研修は医師会が市から受託している。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・ 豊中市では、医療・介護の実務者のネットワーク「虹ねっと」を組織化しており、介護と医療の連携の場がある。地域包括支援センター部会、通所部会など、様々な部会がある。以前は病院も参加していたが、現在は、在宅に関する部会と話をしている。市とも連携している。介護側、医療側それぞれの見方、視点から率直に意見交換が可能な場となっており、どのような思いを持って対応しているか、お互いに理解を深めることができている。

図 虹ねっと連絡会組織体制



(資料) 豊中市「虹ねっと・虹ねっと連絡会」～医療・介護連携の取り組み～【フルバージョン】
<https://www.youtube.com/watch?v=DIHyVB-Gs3s>

- ・ また、医師会、薬剤師会、歯科医師会の会議に参加している。医師会は相談窓口の事業を受託していることから連携が取れているが、薬剤師会、歯科医師会との連携は日常の訪問看護の業務から、連携を模索しているところである。今後、連携を強化していきたいと考えている。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

【団体活動への効果】

- ・ 訪問看護事業所同士で顔が見える関係づくりが行いやすくなった。事業所間のすみ分けや、得意分野に応じて利用者を紹介しあうことなどが進んだ。
- ・ 団体活動に参加している事業所は、つながりを大切に、その意義を感じている。各事業所の得意分野がわかるようになると、相談先が増えるという効果もある。

【今後の展望】

- ・ 切れ目のない看看連携、相談窓口事業について、コーディネーターが中心となって、今後の取組テーマや課題を検討し、魅力的な活動にしていく必要性を感じている。
- ・ さらなる訪問看護の魅力発信に取り組んでいきたい。地域住民と話をしていると、訪問看護は重症の人を対象にしていると思われる。それだけではないことを知ってもらいたいと考えている。地域住民の訪問看護について理解促進していくことも課題である。

XVIII 枚方市訪問看護ステーション連絡会（大阪府枚方市）

◆自治体概要

人口※1	392,589 人
高齢化率※1	29.1%
地域特性	枚方市の独自推計によると、今後も少子高齢化が進み、令和35年には人口は306,409人に減少し、高齢化率は43.8%に達することが予測されている。 市内には、病院及び診療所の医療機関数が多く、介護サービス事業者数にも恵まれている。一方、往診を行う診療所の医師は高齢化により減少している。 病院が多いことから、住民には在宅で最期までという意識は低い状況にあったが、訪問診療に特化した診療所が市内に増えており、在宅での看取りも増えている。がん末期、難病等でも、病院から在宅に戻りやすくなった。

※1：枚方市「年齢別性別人口表 住民基本台帳人口（令和6年12月1日）」より算出

◆本事例のポイント・特徴

- 市は医師会に在宅医療・介護連携推進事業を委託している。在宅医療・介護連携に関する相談支援体制について、身近な圏域内での継続的な連携強化を図るため、医師会の再委託により、枚方市訪問看護ステーション連絡会の顧問が在宅医療・介護連携支援コーディネーターを担っている。
- コーディネーターは、枚方市訪問看護ステーション連絡会顧問のほか、主に事務を担当する医師会が直接雇用している元行政保健師の2名を配置。
- 電話相談窓口は枚方市訪問看護ステーション連絡会の会員事業所の管理者の協力を得て、20事業所程度で、輪番制で対応（連絡会への委託ではなく、事業所管理者に個別に謝礼等支払い）。コーディネーターは、相談対応を担うとともに、訪問看護ステーション管理者が円滑に従事できるよう支援。身近な圏域内での連携強化・継続につながっている。
- 相談内容や対応状況などについて、半期ごとに、枚方市訪問看護ステーション連絡会で共有。会員事業所の管理者間で意見交換を行うことにより、相談対応のスキルアップを図っている。
- 今後の取組課題は、訪問診療を専門とする医療機関との連携、かかりつけ医の負担軽減、独居の看取り支援、ACPの普及（支援者のフォロー）、認知症高齢者の在宅支援、様々な立場で働く訪問看護ステーションの質の向上等。

【キーワード】 訪問看護ステーション連絡会顧問がコーディネーター / 事業担当、事務担当のコーディネーター2名体制 / 相談窓口の輪番制（会員ステーション管理者） / 会員連携による相談スキルアップ

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・枚方市では平成30年度より、枚方市医師会に在宅医療・介護連携推進事業を委託している。在宅医療・介護連携に関する相談支援体制について、必要に応じて地域の医療・介護関係者の連絡調整や紹介を行い、身近な圏域内での継続的な連携強化を図るため、市の担当課（健康づくり課）と医師会で相談の上、医師会の再委託により、枚方市訪問看護ステーション連絡会の顧問が在宅医療・介護連携支援コーディネーター

ター（以降、コーディネーター）を担っている。

- ・ コーディネーターは、枚方市訪問看護ステーション連絡会の顧問となる以前は、訪問看護ステーションの管理者を務めていた。また、その後、所属法人で行っている、小児から高齢者まで、医療や福祉に関する相談に応じる窓口事業を担当しており、地域の総合相談窓口の活動経験もあることから、コーディネーターの委託が行われることとなった。
- ・ 地域の医療・介護関係者等を対象とした電話相談窓口であることから、より医療的な相談にも対応できるよう、医師会会員医師によるバックアップ体制も整えている。

2. コーディネーター配置・体制の特色

- ・ コーディネーターとして、枚方市訪問看護ステーション連絡会顧問のほか、医師会所属の元行政保健師の2名が配置されている。医師会所属のコーディネーターは、主に事務局会議への参加、および研修会の申込受付、名簿作成などの事務業務を担当しており、地域の会議等には参加していない。
- ・ 電話相談窓口は、枚方市訪問看護ステーション連絡会の顧問であるコーディネーターが担当しているが、一人に対応するには負担が大きいため、枚方市訪問看護ステーション連絡会の会員事業所の管理者の協力を得て、20事業所程度で、輪番制で対応している。枚方市訪問看護ステーション連絡会への医師会からの再委託ではなく、対応した管理者に対して個別に、医師会から謝金が支払われている。
枚方市訪問看護ステーション連絡会には市内にある70か所の訪問看護ステーションのうち半数程度が所属している。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の事務局体制は、医師会の担当医師5～6名、医師会事務長、市健康福祉政策課、市保健予防課、保健所等より20名ほどで構成されている。
- ・ なお、市ではコーディネーターの要件を以下のとおり定めている。
 - ✓ 本市における医療と介護と福祉の各分野に精通し、各関係機関との連携・調整能力を有すること。
 - ✓ 概ね3年以上の活動経験を持つ訪問看護師、または、地域保健領域における6か月以上の活動経験を持つ保健師や看護師、地域保健領域における活動経験をもつ医師。なお、2名のうち1名は、医療（保健師、看護師等）と介護（介護支援専門員等）の専門資格をあわせ持っていること。
 - ✓ 専任については、週3日以上1日3時間以上の配置とすること。

3. 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容の特徴

○	(ア)地域の医療・介護の資源の把握
×	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
○	(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
×	(エ)医療・介護関係者の情報提供の支援
○	(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
○	専門職から
×	住民から
○	(カ)医療・介護関係者の研修
○	(キ)地域住民への普及啓発
×	(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
○	(ケ)その他、全体的な企画等

【在宅医療・介護連携に関する相談支援】

- ・ 地域の医療・介護関係者等から在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要に応じて、地域の医療・介護関係者の連携調整や紹介を行っている。
- ・ 相談受付時間は、週3日、月・水・金の13時～17時にて対応している。
- ・ 枚方市訪問看護ステーション連絡会の会員事業所の管理者も相談対応を持ち回りで行うことで、身近な圏域内で関係機関との連携強化・継続につながっている。コーディネーターは、相談対応を担うとともに、訪問看護ステーション管理者が円滑に従事できるよう、当番に関するスケジュール管理や困難な事例に対するアドバイスなどの支援を行っている。
- ・ 相談内容は、高齢者に限らず、8050問題、虐待の疑い、小児、障害者に関わるものなど様々である。

【在宅医療・介護連携の課題の抽出と提供体制の構築推進、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進】

- ・ 市内には地域包括支援センターが13か所あり、各センターで、年1～2回、圏域の多職種連携を目的とした「多職種連携研究会」を開催している。
コーディネーターとして、当初の2018年頃より、企画会議への参加、企画・運営に対するコンサルテーション、研究会への参加、アドバイザーとしての助言・提案などを行い、課題解決に向けて関わっている
また、各圏域の訪問看護ステーションの看護師が事務局会議に参加し、医療的な視点でアドバイスを行っている。
- ・ 訪問看護ステーションを対象とした、保健所保健師による難病に関する会議にコーディネーターとして参加している。訪問看護の看護師と保健所保健師の連携推進も目的としており、年数回開催している。災害対応、介護負担軽減など、様々な課題について、話し合っている。

4. 連携事業の支援体制・会議体等の特色

- ・市では、平成 20 年度より医療と介護の連携のための会議体「地域ケア推進実務者連絡協議会」を設置し、介護支援専門員向けの医師との連携用のガイドブックや ACP（人生会議）の資材を作成している。
- ・平成 24 年度より、行政、関係団体、大学、病院の 14 団体で構成された「健康医療都市ひらかたコンソーシアム連携事業」を設立し、市民の健康増進や地域医療の充実を目的として展開しており、各団体に所属する専門職による健康講座や健康・福祉・医療フェスティバル等を共同事業体として開催する等、関係機関や団体との連携強化を図っている。
- ・月 1 回の事務局会議にて在宅医療・介護連携推進事業の内容を検討しており（認知症施策を含む）、コーディネーターも参加する。

5. 訪問看護事業所が事業を実施する意義、効果、工夫、課題、今後の展望等

- ・相談内容や対応状況などについて、半期ごとに、枚方市訪問看護ステーション連絡会で共有している。会員事業所の管理者に相談内容に対して意見を求めたり、アドバイスをもらうなどして、相談対応のスキルアップを図っている。また、皆で相談することで解決方法が見つかるなど、相談対応の幅も広がっている。
- ・今後の取組課題として、訪問診療を専門とする医療機関との連携、かかりつけ医の負担軽減（往診対応等）、独居の看取り支援、ACP の普及（支援者のフォロー）、認知症高齢者の在宅支援などがあげられる。訪問看護ステーションの中には連絡会に所属せず、取組の様子が分かりづらかったり、施設の看護師との連携も十分ではないことから、多様な所属先の看護師間の連携を推進したいと考えている。

XIX 京都府、舞鶴市、京田辺市、綾部市

◆本事例のポイント・特徴

- 京都府では、医療・介護・福祉・大学等の関係団体で構成する京都地域包括ケア推進機構を設置し、府全域の地域包括ケアシステムの構築を図っている。
- 京都地域包括ケア推進機構が主体となって、「在宅療養コーディネーター養成・フォローアップ研修」を開催。多職種連携の要となる人材を養成し、地域の在宅療養連携体制を確保するための支援を行ってきた経過がある。
- 一部の市町村では、本研修修了者を市町村が主体となって実施する「在宅医療・介護連携推進事業」に活用し、コーディネーター連絡会や情報交換の機会等を設けている。

1. 【京都府】在宅医療・介護連携推進事業の取組経緯

- ・京都府では、高齢者が介護や療養が必要になっても住み慣れた地域で暮らせる「京都式地域包括ケアシステム」を実現するため、京都地域包括ケア推進機構を設立。
- ・本機構は、医療・介護・福祉・大学等の関係団体で構成されており、事務局の運営は京都府が行っている。5つのプロジェクトを設置しており、その一つである「在宅療養支援プロジェクト」において、在宅療養体制の構築を推進している。

2. 【京都府】コーディネーター配置体制の特色

- ・京都府では、団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望し在宅療養の需要増を見据えた取組の一つとして、2012年から京都地域包括ケア推進機構が主体となって、「在宅療養コーディネーター養成・フォローアップ研修」を開催。これまで京都府内の在宅療養に携わる医療・介護・福祉の専門職や行政職員が参加している。
- ・研修の目的は、医療・介護・福祉分野の従事者がチームとして高齢者や家族をサポートするための連携技能を向上させること、また、地域連携についての現状と課題を抽出し、その解決に向けて協議することである。
- ・現在は、一部の市町村において、本研修修了者を市町村が主体となって実施する「在宅医療・介護連携推進事業」に活用する動きも見られ、地域の実情に応じて、本研修修了者が市町村の取組に参加している場面もある。

3. 在宅医療介護連携拠点について

- ・京都府保健医療計画では、京都府医師会、地区医師会（京都府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター）や京都府歯科医師会（口腔サポートセンター）、地区歯科医師会、京都府薬剤師会、地区薬剤師会、京都府看護協会、各保健所へ設置する地域包括ケア推進ネット、市町村（在宅医療・介護連携推進事業）を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」（以下「拠点」）として位置づけている。
- ・2040年に向けて、関係機関へ引き続き拠点の周知を図るとともに、拠点同士の連携

についても推進する必要がある。

4. 舞鶴市

- ・在宅医療介護連携推進事業は、外部委託はせず、市で実施している。
- ・これまで、京都地域包括ケア推進機構、京都府医師会、京都府、在宅療養コーディネーター養成講座を通して、在宅医療介護連携推進に資する人材を育成してきた。舞鶴市の各種事業所に講座修了者がおり、中心となって現場の個別ケースに対応している。
- ・講座の参加は、各専門職が自主的に参加しており、市としては受講希望者の取りまとめと、受講者の把握を行っているが、令和6年度から、京都府では養成を終了している。
- ・年に1度、コーディネーター連絡会を開催し、医療・介護連携に関する現状や課題を共有し、在宅医療・介護連携ネットワーク会議の企画をしている。連絡会を通じて、意見交換やネットワーク構築をはかっているが、市との連携は多くはない。
- ・コーディネーターの中には、医師、歯科医師、薬剤師、リハビリ職、保健師、ケアマネジャー、訪問看護師がいるが、訪問看護師や訪問看護ステーションが中心になって地域の医療介護連携推進を担っているという状況ではない。あくまでも、現場で個別ケースに対応する中で、活躍されている。
- ・相談窓口、連携拠点については、今後の検討事項。現状では、各事業所にコーディネーターがおり対応ができているため、窓口の設置は行っていない。

5. 京田辺市

- ・在宅医療介護連携推進事業は、外部委託はせず、市で実施している。
- ・他市同様、これまで、京都地域包括ケア推進機構、京都府医師会、京都府、在宅療養コーディネーター養成講座を通して、在宅医療介護連携推進に資する人材を育成してきた。市内にコーディネーターが点在しており、現場の個別ケース対応の中で活躍されている。
- ・講座への参加は、各専門職が各自自主的に参加しており、市としては受講希望者の取りまとめと、受講者の把握を行っている。
- ・年に1回コーディネーターの連絡会を実施。令和6年からは「在宅医療介護連携会議」として、コーディネーターに限らず、地域の支援者で集まって、情報交換や研修会を行っている。
- ・また、コーディネーターの職種は様々であり、中には訪問看護師もいる。ただ、訪問看護師や訪問看護ステーションが地域の医療介護連携推進において中心的な役割を担っているわけではない。
- ・それぞれの現場にコーディネーターがいるため、相談窓口は設置していない。

6. 綾部市

- ・綾部市では、在宅療養を支える医療と介護の専門職から構成される在宅医療介護連携推進協議会の協力を得て、市が事務局となり事業を実施している。
- ・これまで、京都地域包括ケア推進機構、京都府医師会、京都府、在宅療養コーディネーター養成講座を通して、在宅医療介護連携推進に資する人材を育成しており、綾部市内の講座修了者は13名である。
- ・綾部市医療介護連携推進協議会の会員は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション協会、介護支援専門員協議会、リハビリ職の各団体代表で構成されており、会員の講座受講を市が取りまとめ把握している。
- ・年に2～3回コーディネーター連絡会を行い、在宅医療介護連携推進に向けての各種学習会の内容や地域課題の検討をしている。また、人生会議（ACP）をテーマに在宅療養や看取りについての市民向けの普及啓発活動を実施している。
- ・地域の医師会が積極的に活動しており、専門職同士の連携もとりやすい。

訪問看護ステーションにおける 在宅医療・介護連携推進事業の取組の推進 (取組事例)

事業所名の下に事例における特徴をキーワードとして記載しています。背景の色は、以下の項目に関連していることを指しています。

経緯

配置の特色

実施内容

支援体制・関係者
とのネットワーク

効果・課題

I 一般社団法人高知市医師会 訪問看護ステーション土佐 (高知県土佐市)

コーディネーター:看護師(複数)

実施主体:医師会

3人のコーディネーター配置

交流会・研修会の企画・運営

住民向けの出前講座

病院との協議の場

自治体概要

人口※1	25,756人	※1: 高知市ホームページ (2024年10月31日)
高齢化率※2	36.9%	※2: 国勢調査 (2020年)
要介護認定率※3	18.6%	※3: 土佐市第9期高齢者福祉計画・介護保険事業計画 (2023年度)
コーディネーターの人数・資格等	訪問看護ステーション: 3名 (非常勤専従1名、常勤兼務1名、非常勤兼務1名/いずれも看護師)	

経緯

- ◆ 平成29年10月から、高知市医師会に委託。医師会から当訪問看護ステーションに委託され、土佐市在宅医療介護支援センターとして、事業を開始

配置の特色

- ◆ コーディネーターは3人 (いずれも看護師)
- ◆ 専従者1人 (非常勤)、兼務者2人
- ◆ 兼務者の1人は訪問看護ステーションの所長

兼務者



対外的な会議の参加
や専従者へ助言等

助言

専従者



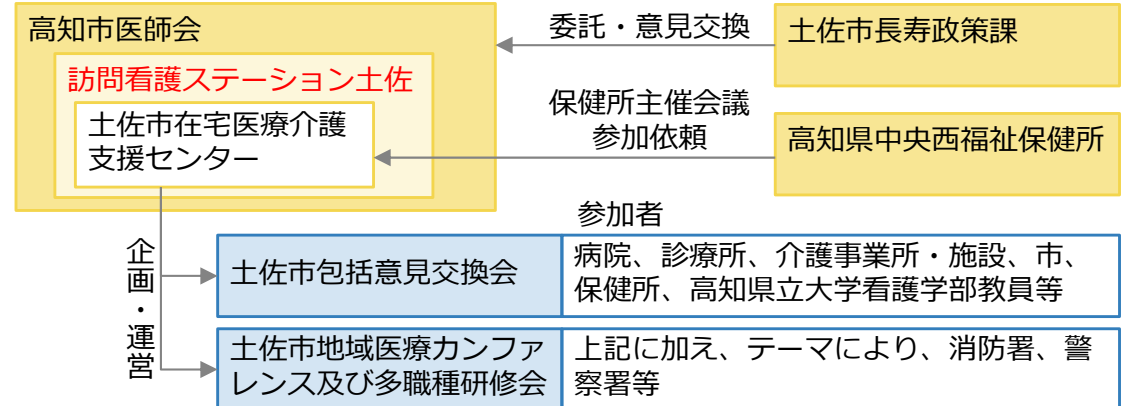
多職種研修会の運営や
相談業務、資料作成等

実施内容

- ◆ 【多職種研修】「土佐市包括意見交換会」と「土佐市地域医療カンファレンス及び多職種研修会」を企画・運営。市の担当者と協議して、意見交換会は年3～4回開催。テーマは看取り、感染症、地域共生社会、訪問看護の役割等。地域医療カンファレンスは、年3回程度の開催。
- ◆ 【地域住民への普及啓発】住民向けの出前講座に講師として参加。テーマは老後の心構え、人生会議、ACP等が多い。令和4年度に2件、令和5年度に6件開催。
- ◆ 【相談支援】相談者は多様で、病院関係者、ケアマネジャー、土佐市福祉事務所、地域住民等。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 当初、医師会との会議を個別に設けていたが、令和4年頃からは個別の会議ではなく、地域医療カンファレンスの場等で医師会からの意見も聴取している。



効果・課題

- ◆ 訪問看護師だからこそ、医療・介護の両面への理解や入退院における病院側の事情の想像ができる。在宅の場面で医療側と介護側の課題を抽出して情報共有し、連携を促すことができる。
- ◆ コロナ禍以降、病院の入退院支援に課題があり、市が企画して話し合いの場を持った。今後も、市と連携して、病院側・医療側の協働を促し、解決できるよう促していきたい。

Ⅱ 一般財団法人生駒メディカルセンター訪問看護ステーション (奈良県生駒市)

コーディネーター: 看護師

実施主体: 一般財団法人(市・医師会が出捐)

会議体組成は市が主導

ネットワーク協議会

在宅医療介護推進部会

年100件以上の相談

ロジックモデル作成

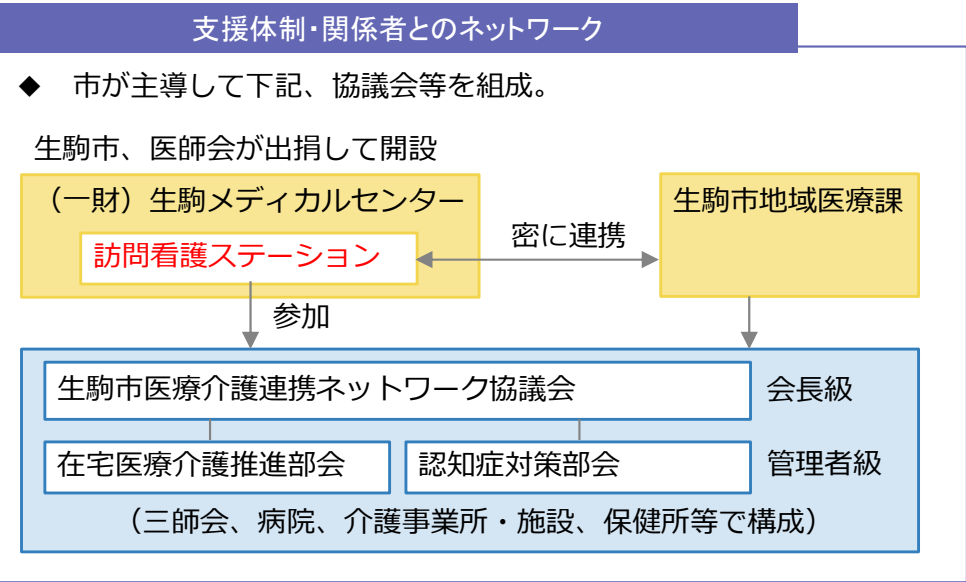
地域BCP

エンディングノート

入退院調整マニュアル

自治体概要	
人口※1	116,819人 ※1: 生駒市ホームページ (2024年4月1日)
高齢化率※1	29.6%
要介護認定率※2	15.9% ※2: 生駒市高齢者保健福祉計画第9期介護保険事業計画 (2023年9月末)
コーディネーターの人数・資格等	訪問看護ステーション: 1名 (常勤兼務/看護師)

- 経緯
- ◆ 長年、市や医師会、医療機関、介護事業所等が緊密に連携してきた。市と医師会が出資して(一財)生駒メディカルセンターを開設。
 - ◆ 平成28年に、市が生駒市医療介護連携ネットワーク協議会と、その下部組織である在宅医療介護推進部会を立ち上げた。
 - ◆ 平成30年に、市が在宅医療・介護連携に係る相談窓口を(一財)生駒メディカルセンターに委託した。



- 配置の特色
- ◆ コーディネーターは1人で、訪問看護ステーションの統括所長。

- 実施内容
- ◆ コーディネーターの役割は、相談窓口対応と会議等の参加に絞っている。市の担当者が在宅医療・介護連携推進事業の多くの部分を担当している。
 - ◆ 【相談業務】
専門職からの相談が主である。医療機関や介護事業所からの相談が多く、ケアマネジャーからの相談も多い。相談内容は、訪問看護事業所の紹介、訪問診療可能な医師の紹介が多い。在宅でのケアの実施内容や看取りの進め方に関する相談もある。
 - ◆ 【会議参加】
医療介護連携ネットワーク協議会、在宅医療介護推進部会等に参加。令和5年度に4つの場面と災害・新興感染症について、ロジックモデルを作成した。看取りに関する取組として、医師や訪問看護師等とワーキンググループを開催し、エンディングノートを作成した。災害・感染症対策として、連携型BCP・地域BCPについて取組を行った。

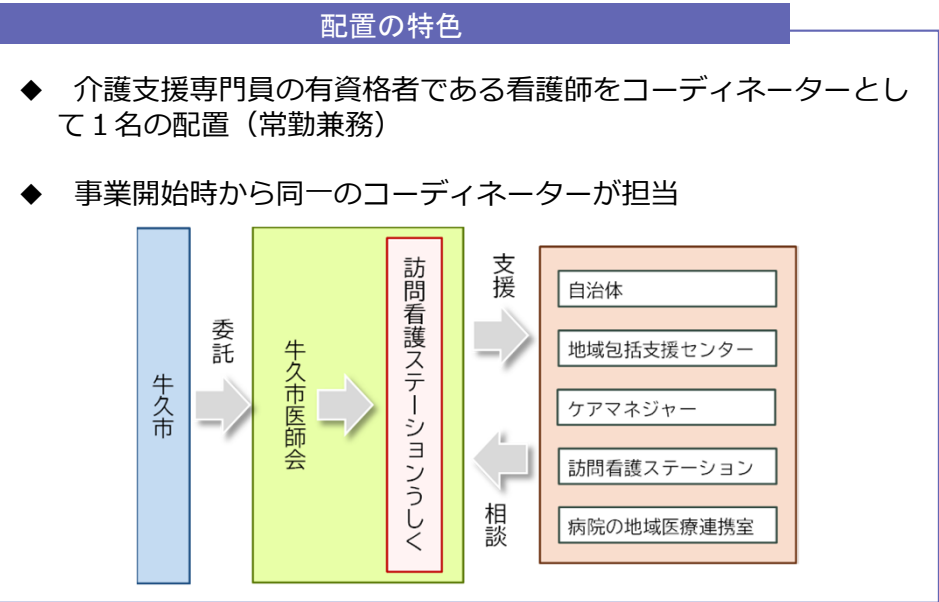
- 効果・課題
- ◆ 地域の医療機関や介護事業所等と市が良い関係性を築けている一因に、部会だけでなく市の担当者が対面でそれぞれに話をしてきたことが挙げられる。市の担当者が現場の状況を知った上で、課題出しできるだけでなく、関係者が目指すべき姿を部会で検討して進めることができています。
 - ◆ 平成30年から入退院調整マニュアルを活用しているが、新型コロナウイルスの流行で勉強会や退院前カンファレンス自体が見送られたことや現場担当者が代わったことが影響し、入退院調整マニュアルの周知度、活用度が下がった。改めて勉強会を開催し、入退院支援マニュアルの周知や活用を促していく必要がある。
 - ◆ 相談の対象者の範囲は課題である。現在は高齢者を主な対象としているが、相談窓口業務だけ先行して小児や障害等まで範囲を拡大することがよいのか、検討が必要である。コーディネーターや市の担当者の人手が足りないことも課題である。

地域づくり

介護支援専門員

自治体概要	
人口※1	84,085人
高齢化率※1	30.3%
要介護認定率※2	30.3%
コーディネーターの人数・資格等	常勤・兼務：1名（看護師＋介護支援専門員）

- 経緯
- ◆ 2018年4月から事業を実施
 - ◆ 市から医師会に委託、事業の実施は当ステーションが行っている。
 - ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」にも位置付けられている。



- 実施内容
- 【相談業務】
- ◆ 地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、病院の地域医療連携室等の専門職を対象としており、原則として住民からの直接の相談は対象とはしていない。
ケアマネジャーや地域包括支援センターからの相談が多く、内容としては、訪問診療の医師の紹介希望や、精神疾患を有する利用者に対する対応等である。
 - ◆ 相談窓口の開設時間は、月～金（祝日等を除く）の8:30～17:00。
 - ◆ 緊急性が高い相談は少ない。件数は月平均1～2件である。
 - ◆ 個別の課題解決や地域支援を行うために、相談に対して丁寧に対応している。

- 支援体制・関係者とのネットワーク
- ◆ 住民は地域包括支援センターに相談しており、住民の相談内容は地域包括支援センター経由で把握できている。
 - ◆ 近隣市のコーディネーターとも情報交換を行っている。

- 効果・課題
- ◆ 訪問看護師は幅広い対象を分け隔てなく看ることにより、地域全体を知ることができることから、ステーションがコーディネーターを担うことにより、業務をスムーズに行うことができる。
 - ◆ 介護職は医師に何かを報告したり、相談することにハードルの高さを感じるようだが、看護師であるからこそ、医師に対して必要なときに、必要なタイミングで連絡・相談を行うことができ、スムーズに各種サービスにつなげることができる。
 - ◆ 今後も継続的に本業務を行うために、次世代の育成が必要と考えている。看護師の資格、介護に関する知識、牛久市の状況の理解、経験も必要である。

2市1町からの委託

主たるコーディネーターは元行政保健師

研修会の企画・運営

小児・精神対応

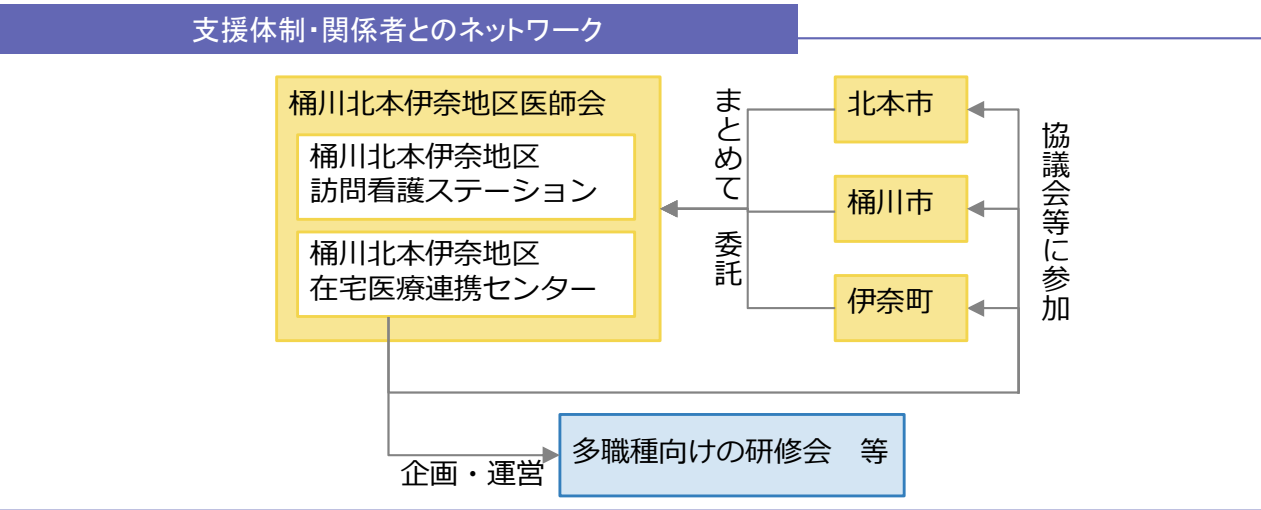
入退院支援ルール作成

県内のコーディネーターと交流

自治体概要		
人口※1	65,297人	※1：北本市ホームページ（2024年12月1日）
高齢化率※2	32.7%	※2：北本市高齢者福祉計画2024・第9期介護保険事業計画（2023年3月）
要介護認定率※2	14.5%	
コーディネーターの人数・資格等	在宅医療連携センター：1名（非常勤専従／保健師） 訪問看護ステーション：1名（常勤兼務／看護師）	

- 経緯
- ◆ 平成28年から、埼玉県より北足立郡市医師会に事業委託。北足立郡市医師会から桶川北本伊奈地区医師会に再委託され、訪問看護ステーションの看護師が業務を実施。
 - ◆ 平成30年から、市町村事業として、北本市、桶川市、伊奈町の2市1町まとめて北足立郡市医師会に在宅医療連携センター業務を委託。令和3年から現体制に移行。
 - ◆ 令和4年度から、北本市、桶川市、伊奈町の2市1町から桶川北本伊奈地区医師会に直接委託。

- 配置の特色
- ◆ 元行政保健師が専任でセンター業務の大半を対応
 - ◆ 併設の訪問看護ステーションの管理者が兼務



- 実施内容
- ◆ 【相談業務】
医療・介護関係者や地域住民からの在宅医療や介護に関する相談に対応。近隣の在宅医療サービス問合せや往診医師の紹介依頼などが多い。高齢者だけでなく小児・精神も対応。精神疾患に関する相談事例が増えている。相談件数は2市1町で年間70件程度。本人・家族からの相談は約4割。相談対象の住民が居住する地域としては、北本市が半分ほどである。
 - ◆ 【医療・介護関係者の研修】
多職種向けの研修会を企画、運営。精神保健福祉関連の勉強会もしている。介護支援専門員協会等、他機関が運営する研修会に講師として参加。
 - ◆ 【入退院支援ルール】
北足立地区で令和4年に作成。医師会、病院の相談員、介護支援専門員連絡会、地域包括支援センター等と会議を重ね、入院時情報提供書、退院・退所時の情報提供連絡票等の共通様式を含め、作成した。資料の冒頭で、医療・介護の関係者に4つの場面を意識づけしている。
 - ◆ 【県内のコーディネーターとの連携】
埼玉県では郡市医師会ごとに在宅医療連携拠点を設置しており、それぞれに拠点コーディネーターがいる。埼玉県全体で活用されているオンライン上のコミュニケーション・ツールにて、コーディネーター同士で情報共有や研修会の案内等を行っている。

- 効果・課題
- ◆ 行政での勤務経験から、行政の各部署（福祉、障害、教育等）の役割やすみ分けを把握している。困難事例に対して各部署と協力して対応している。
 - ◆ 在宅医療・介護連携がより進展するための資源の増加が必要。

V 一般社団法人 龍ヶ崎市医師会 訪問看護ステーション龍ヶ崎 (茨城県龍ヶ崎市)

コーディネーター:看護師

実施主体:医師会

在宅医療連携相談室

認定調査員との連携

行政窓口職員に対するプチ研修

自治体概要

人口※1	75,183人	※1:龍ヶ崎市「地区別・年齢別 住民基本台帳人口(令和6年10月1日)」
高齢化率※1	31.2%	
要介護認定率※2	13.5%	※2:「龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」より令和5年9月末日時点の数値
コーディネーターの人数・資格等	1名(常勤・兼務1名/看護師+介護支援専門員)	

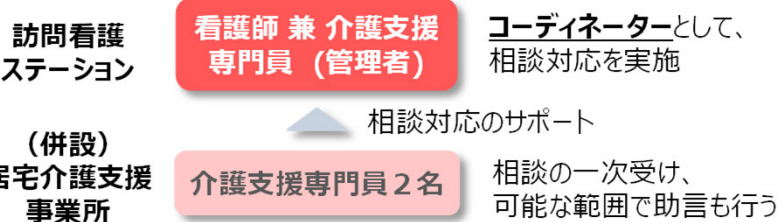
経緯

- ◆ 龍ヶ崎市医師会と龍ヶ崎市(地域包括支援センター)から相談を受けて、平成28年から市からの委託を受けて事業を実施。
- ◆ 市は、訪問看護ステーション龍ヶ崎が、自治体と密接な連携と相互協力のもとに、その専門性を活かして市民講座に取り組んだ実績や、在宅医療において職員の高い専門性を持ち関係職種との連携を実施していることから依頼した。

配置の特色

- ◆ 介護支援専門員の資格を持つ管理者が、コーディネーターとして対応し、併設する居宅介護支援事業所の介護支援専門員2名が不在時等のサポートしている。

事業所内の体制



実施内容

- ◆【相談支援】「在宅医療連携相談室」として、週5日、9時～17時で専門職、住民等からの電話相談に対応。近年は、住民から、介護支援専門員がいない、がん患者等の療養などの相談がある。介護支援専門員を紹介したり、緊急度が高い場合は相談対応の一環として訪問看護師が自宅に訪問し、アセスメントを行っている。
- ◆【相談支援のための普及啓発活動】市役所の窓口経由での相談が多いため、窓口担当部署職員へのプチ研修を実施。また、要介護認定の認定調査員に対して相談室の説明を行い、周知を図っている。



支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 自治体の事業担当者は地域包括支援センターにいたるため、地域包括支援センターに取組の報告を行ったうえで、次年度の取組の内容について一緒に検討をしている。
- ◆ 市の協議体である「在宅医療介護連携推進協議会」の「連携推進部会」に参加し、地域課題の検討や連携に関する取組の企画に携わっている。

効果・課題

- ◆ 訪問看護ステーションは、地域の医療関係者と日常的に密な連携をしていることから、迅速かつ的確な医療に関わるコーディネーターが可能であり、相談件数も増加傾向にある。
- ◆ 医療ニーズの高い相談では訪問看護事業所として介入することもあるが、事業を受託していることもあり、対応に迷うこともある。他事業所との連携方法、昨年度から体制が変わった地域包括支援センターとの連携方法、後任のコーディネーターの育成等を課題としている。

市独自の補助金

中核市

機能強化型訪問看護療養費を算定しているステーション

全世代型相談窓口

看看連携

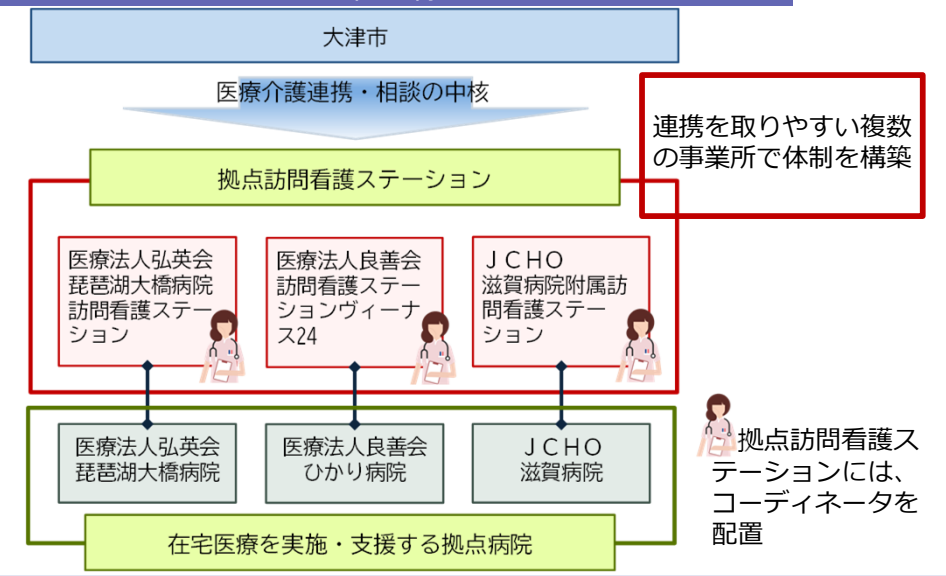
自治体概要

人口※1	343,916人	※1:住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(令和6年1月1日現在)
高齢化率※1	27.6%	
要介護認定率※2	20.9%	※2:介護保険事業状況報告(令和6年9月)
コーディネーターの人数・資格等	琵琶湖大橋病院訪問看護ステーション:1人 訪問看護ステーションヴィーナス24:4人 滋賀病院附属訪問看護ステーション:6人	

経緯

- ◆ 中核市の人口であるが、在宅医療・介護の中核となる機能強化型訪問看護ステーションがなかった(平成28年度時点)。
- ◆ 大津市が、訪問看護師の力、存在の大きさに注目し、病院が併設する訪問看護ステーションの拠点化・大規模化に向け機能強化型訪問看護療養費を届出できるよう、市独自の補助金で支援。
- ◆ 市の在宅医療連携拠点整備と在宅医療・介護連携拠点事業を一体的に進め、3か所にコーディネーターを配置することとした。

配置の特色

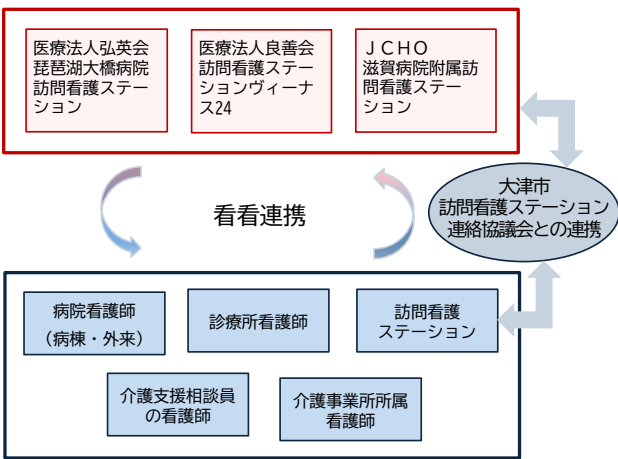


実施内容

- ◆【相談支援】医療及び介護の関係機関からの相談受付を行っている。相談内容は、ケアマネジャー等から訪問看護の導入、介護保険制度の利用、訪問看護を利用していないケースについてのケアに関することが多い。
- ◆【医療・介護関係者の研修】多職種連携協働による在宅療養に関する取組については、ブロック内の地域包括支援センター及び関係職種と連携して企画し、研修会を実施。
- ◆ 市医師会、病院、拠点訪問看護ステーションの代表等が参加している訪問診療・訪問看護体制強化検討会議を年に2回、拠点訪問看護ステーション間の情報共有の会議を2か月に1回開催し、課題への解決策検討や情報を共有。

支援体制・関係者とのネットワーク

- 【3つの拠点訪問看護ステーションの機能】
- ◆ 拠点訪問看護ステーションの運営病院との連携
- ◆ 訪問看護師の強みの活用
 - ・医療・介護の両分野でのネットワークの構築と連携及びこれらの強化
 - ・看護師の多分野連携(看看連携)によるネットワーク構築と強化
- ◆ 訪問看護ステーション間の連携強化
- ◆ 機能強化型訪問看護ステーションを目指す事業所のサポート
- ◆ 在宅医療・介護連携における多職種連携協働の中心的役割



効果・課題

- ◆ 地域のケアマネジャー、医師、看護師と顔の見える関係の構築や連携の強化に貢献するとともに、地域の在宅医療・介護関係者の技術的支援に貢献している。
- ◆ 相談事業の実施により、訪問看護ステーションの看護師の看護の質、制度理解が深まり、対応の視点も変化するなど、スタッフの育成に効果がある。
- ◆ 拠点となる病院と訪問看護ステーションが一体的に連携推進に取り組むことで、外来受診だけでなく訪問診療を希望する人も増加した。

診療所

在宅療養支援診療所（在支診）

専門看護師

特定行為研修修了者

地域包括支援センター勤務経験

複数配置

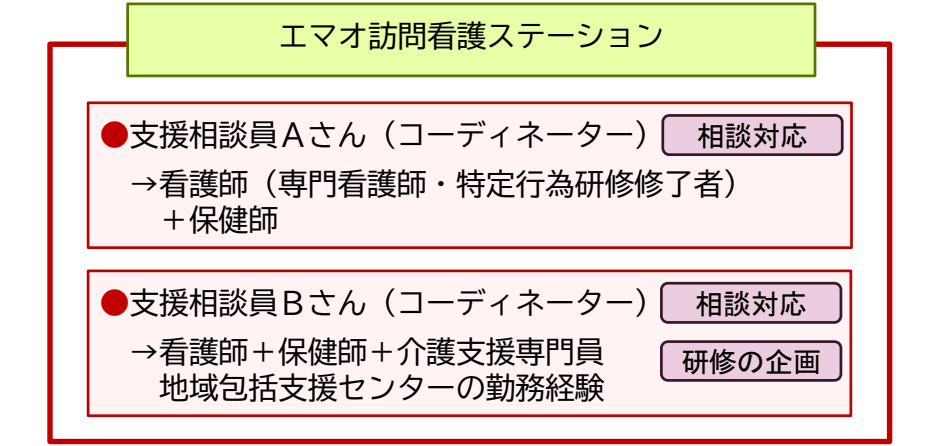
自治体概要	
人口※1	11,453人
高齢化率※1	34.2%
要介護認定率※2	19.9%
コーディネーターの人数・資格等	常勤・兼務：2名 看護師（専門看護師・特定行為研修修了者）＋保健師 看護師＋保健師＋介護支援専門員

経緯

- ◆ 併設のうらかわエマオ診療所が24時間365日の対応体制だったことから、令和2年度から事業を受託し実施。
- ◆ 当初は相談業務のみだったが、徐々に業務範囲が広がってきている。

配置の特色

- ◆ 地域包括支援センターの勤務経験があるコーディネーターが行政との調整が発生する研修の企画を担当
- ◆ 専門看護師・特定行為研修修了者の看護師がいる



実施内容

- ◆【相談事業】相談は専門職と住民の両方から受け付けている。窓口は火曜午後に開設しているが、この時間以外にも受け付けている。件数は年間で40件程度。
ケアマネジャーから、訪問診療、訪問看護の導入に関する相談が多い。「在宅」にこだわりすぎず、住民がどこでサービスを受けてどこで暮らすのがベストなのかを考えながら対応を行っている。
- ◆【医療・介護関係者に対する支援】地域包括支援センターと協働で現場での課題（メンタルヘルス、離職予防、腰痛防止等）に対する研修を年2回計画・実施している。研修を通して、本音で議論ができる関係を目指しており、連携しやすくなったとの声もある。
- ◆【医療・介護関係者の情報提供の支援】医療介護関係者に対して、悩んでいる事を尋ねるアンケート調査を実施し、集計している。その結果を受け、働きやすい職場作りを目指して管理職を集めての検討する場をつくることを検討している。
- ◆【地域住民への普及啓発】急速に少子高齢化が進行していることから、「浦河町の未来」をテーマに、うらかわエマオ診療所の医師を講師として、地域住民や、介護事業所や医療関係者を対象とした講演会を実施。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 利用者の普段の生活を見ながら、訪問介護員や事業所等と連携をとりつつ、医療と介護の橋渡し役を行っている。医療ケアについて中心的存在であることから、5～10年後の人口動態や社会資源サービスを念頭において、地域のビジョンを見据えることができる。
- ◆ 日高振興局管内の中心である新ひだか町が中心となって管内の7町情報共有の会議を年に1～2回開催しており、参加している。

効果・課題

- ◆ 利用者の生活の中で医療が最後にどのように関わっていくかを一緒に考えることができるのは看護師の強みであり、訪問看護師の役割の一つであると感じている。
- ◆ 医療と介護の橋渡し役であり、切れ目のないサービスの提供のためには、医療と介護の両方の経験、知識が必要である。本事業を遂行するためには、行政と円滑なコミュニケーションがとれることも重要である。様々な経験が必要な業務のため、育成のハードルが高い。

VII 公益社団法人静岡県看護協会 訪問看護ステーション掛川 (静岡県掛川市)

コーディネーター: 看護師
実施主体: 県看護協会

既存の独自の連携組織（ふくしあ）を活用

介護支援専門員の資格を有する看護師

地域の会議・研修会での情報収集・発信

自治体概要	
人口※1	115,224人
高齢化率※1	28.8%
要介護認定率※2	14.9%
コーディネーターの人数・資格等	1名（常勤・兼務1名／看護師＋介護支援専門員）

経緯

- 掛川市では、医療、保健、福祉、介護を多職種連携で総合的に支援するための地域拠点である地域健康医療支援センター「ふくしあ」を設置している。

※地域健康医療支援センター「ふくしあ」とは
平成22年から平成27年にかけて、地域包括ケア圏域ごとに5か所に設置。行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、訪問看護ステーションがワンフロアに集まり、全世代を対象に相談を受け付け、多職種による協働で支援に取り組んでいる

行政

地域包括支援センター

社会福祉協議会

訪問看護ステーション

(出所) 掛川市ホームページ「地域健康医療支援センター「ふくしあ」」
(<https://www.city.kakegawa.shizuoka.jp/gyosei/docs/9832.html>, 2024年10月25日閲覧) よりMURC作成

- 「東部ふくしあ」にある訪問看護ステーション掛川は、訪問看護サービスの提供以外に、住民や事業所からの相談対応や地域に向けた支援を通常業務として実施している。
- 看護協会立のステーションとして地域でリーダーシップを発揮したことや、管理者が行政との連携や様々な会議体に参加していること等を踏まえて、ステーションの管理者がコーディネーターの1人として指定を受けた。

配置の特色

- 掛川市からは、コーディネーターが2名指定されている。このうち1名が訪問看護ステーション掛川の管理者である。なお、もう1名は学識経験者（元看護大学教授、看護職）である。

実施内容

- 【相談支援、地域課題の抽出、住民啓発等】訪問看護ステーションとして、住民や地域の専門職からの相談対応を実施。また、民生委員との情報共有の場や地域住民との話し合いによる地域の課題抽出の場等（ふくしあ別懇談会等）への参加、地域からの要望に応じた在宅医療に関する講話の実施等も行っている。
- 【地域の情報収集・情報発信等】管理者が地域の専門職が立ち上げた様々な会議や研修会に参加し、顔の見える関係づくりや、地域の状況や支援にかかる情報収集、情報発信に務めている。



「ふくしあ」の訪問看護ステーションとしての地域支援の機能

相談対応、地域課題の抽出、住民啓発等



在宅医療・介護連携推進事業で追加



コーディネーターとしての地域の自主的な取組を強化する機能

地域の専門職の会議体・研修会に参加しての情報収集・提供

支援体制・関係者とのネットワーク

- 自治体とは、自治体が開催する会議体等で連携している。
- 学識経験者（元看護大学教授）の立場で指定されている在宅医療・介護連携コーディネーターとは、研修会や自治体における在宅医療・介護連携に係る取組を通じて連携している。

効果・課題

- 医師会などの地域の職能団体等が、地域の多職種で連携について検討する場や研修会を開催している。地域の専門職が自律的にかかわりあうことで、連携強化を進めている。コーディネーターがこれらの場に参加することで、多職種の支援の質の向上や地域や生活の視点を関係者に伝える役割を果たしている。
- 課題としては、必要な支援に繋がることができずに潜在化しているケースは掘り起こせていない可能性があり、地域課題や在宅医療・介護連携の課題を、俯瞰して見定める必要がある。

介護支援専門員の資格を有する看護師

専門職・住民を対象にした相談窓口

多職種研修会の進行

自治体概要	
人口※1	118,674人 ※1: 橿原市「地区別年齢別人口（令和6年10月1日時点）」
高齢化率※1	29.7%
要介護認定率※2	16.2% ※2: 「橿原市高齢者福祉計画及び第9期介護保険事業計画」より令和5年3月末日時点の数値
コーディネーターの人数・資格等	1名（常勤・兼務1名／看護師＋介護支援専門員）

経緯

- ◆ 10年ほど前から、橿原市からの委託で、在宅医療・介護連携に関する相談業務を行っている。
- ◆ 橿原市からは、公益社団法人が運営する、公益性の高い訪問看護ステーションであること等から依頼があった。

配置の特色

- ◆ 市は、奈良県看護協会立の訪問看護ステーション2か所それぞれにコーディネーターを配置。
- ◆ 橿原訪問看護ステーションは、地域の教育的な役割を担う教育ステーションとして活動しているという特色がある。
- ◆ 本事業には、通常の訪問看護の活動よりも多くの介護保険制度の知識が必要であり、地域のことを良く知る人が望ましいと考え、介護支援専門員の資格を有するベテランの看護師がコーディネーターを担当している。

看護協会立の訪問看護ステーション
2か所に委託



▶ 橿原訪問看護ステーションのコーディネーターの特徴

- ✓ 介護保険制度の知識がある（介護支援専門員の有資格者）
- ✓ 経験豊富で地域のことを熟知している

実施内容

- ◆ 【相談支援】
週2回、午後に市役所にて相談支援を実施。対象は、医療介護従事者及び住民。高齢者に限定せず幅広い相談を受け付ける。相談内容から医療的処置が必要と判断した場合は、相談対応時間中に市の職員と一緒に相談者宅に訪問をしている。
- ◆ 【多職種交流研修会のファシリテーター】
コーディネーターが、市主催の多職種交流研修会（介護支援専門員、薬剤師、行政の担当者等を対象に、年に1～2回程度開催）でファシリテーターを務める。研修会の事前準備のため、市との打ち合わせ等に参加し、当日はファシリテーションや職種間の橋渡し役を担う。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 市の在宅医療介護連携推進協議会に事業所の管理者が参加。
- ◆ 市とは必要に応じて連携。地域包括支援センターは、要介護認定の申請が必要なケース、申請の可能性のあるケース等の相談支援において連携。

効果・課題

- ◆ 相談窓口には困難事例を救いあげる機能があり、命を助けることにつながる、必要なサービスにつなげる等の効果がある。訪問看護師は、生活をみて課題を抽出することに長けており、解決策を提案できる点でコーディネーターに適任である。
- ◆ 災害時対応が喫緊の課題であり、今後は地域BCPの作成に取り組む。
- ◆ 体制面での課題として、現在のコーディネーターが定年退職した後の担い手確保がある。相談業務は介護支援専門員の有資格者の対応が望ましいと考えている。

X 株式会社ケアーズ 東久留米白十字訪問看護ステーション (東京都東久留米市)

コーディネーター: 看護師以外

実施主体: 株式会社

- 医療ソーシャルワーカーを起用
- 全世代型相談窓口
- コーディネーター研修によるスキルアップ
- コーディネーターネットワークの構築

自治体概要		
人口※1	116,359人	※1: 東久留米市「令和6年 年齢別人口」 (令和6年12月1日現在のデータ) より算出
高齢化率※1	28.9%	
要介護認定率※2	20.6%	※2: 「第9期東久留米市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」より令和5年9月末実次点の数値
コーディネーターの人数・資格等	2名(常勤・専務1名/医療ソーシャルワーカー、常勤・兼務1名/看護師)	

- 経緯
- ◆ 平成21年から、事業所でふらっとカフェ・相談室を開設し、健康や療養、介護の相談にのっていた強みを生かして、専門職だけでなく、地域住民にも開かれた窓口として、平成26年から在宅医療介護連携推進事業を受託。訪問看護事業所の中に「在宅療養相談窓口」を設置した。

配置の特色

(出所)ヒアリング調査をもとにMURC作成

- ◆ 経験豊富な医療ソーシャルワーカーをコーディネーターとして配置。相談の内容に応じて、訪問看護師が同行するなど事業所内で連携をとっている。
- ◆ また、訪問看護に長らく携わってきた所長がコーディネーターをバックアップしている。

- 実施内容
- ◆ 【相談支援】全世代を対象とし、関係機関からの相談受付(情報提供、連携推進)の他、住民・家族からの相談にも応じる。コーディネーターが本人の自宅を訪問することもあり、ソーシャルワークの知見を活かして対応。身体状況の確認が必要な場合には、看護師も同行している。
 - ◆ 【医療・介護関係者に対する支援】多職種が互いの強みを理解し合えるように、医療・介護従事者合同での研修会を企画・運営。
 - ◆ 【コーディネーター間の交流】東京都主催の研修や、コーディネーター情報交換会に参加し、近隣のコーディネーターとネットワークを構築。互いに相談できる体制を作っている。

支援体制・関係者とのネットワーク

(出所) 東久留米市「在宅療養ハンドブック」、p.5「2. 在宅療養生活の相談先」、ヒアリング調査をもとにMURC作成

- ◆ 市内1カ所の相談窓口として、医療機関、地域包括支援センター、種々の事業所とネットワークを構築。また、市内の医療資源が少ないため、二次医療圏内の情報も収集し、必要に応じて連携している。
- ◆ 市が主催する在宅医療介護連携推進協議会にコーディネーターも参加。相談窓口事業の活動報告などを通じて、地域課題の抽出にも貢献している。

- 効果・課題
- ◆ 訪問看護で生活と医療の両面を見ている強みを生かし、医療・介護従事者の間を繋ぐことで、多職種連携を効果的に推進可能。また、医療ソーシャルワーカーを配置することで医療・介護・福祉制度に関わる相談にも対応できる。日頃地域に出ている看護師が気づいた課題を相談窓口を通じて発信できることも強み。

XI 有限会社木村商事 ケアーズ訪問看護リハビリステーション駿東 (静岡県長泉町)

コーディネーター: 看護師

実施主体: 有限会社

相談窓口は訪看による交代制

地域包括支援センターをバックアップ

地域住民への普及啓発

コーディネーターネットワークの構築

自治体概要

人口※1	43,684人	※1: 長泉町より提供 (令和6年9月1日時点のデータ)
高齢化率※1	22.4%	
要介護認定率※2	11.8%	※2: 厚生労働省介護保険事業状況調査より算出 令和6年9月時点
コーディネーターの 人数・資格 等	1名(常勤・専務1名/看護師)	

経緯

- ◆ 平成30年から、特に居宅支援事業所のケアマネジャーへの支援を念頭に置き、介護と医療の両方に明るい訪問看護事業所に在宅医療・介護連携センターの運営を委託する方針をとっている。
- ◆ また、センター業務を通して、行政の動きを知ってもらえたり、地域の医療介護連携の知見を深められることから、委託は4年ごとの交代制としている。第2期目となる令和4年度からは、当ステーションに事業を委託している。

配置の特色

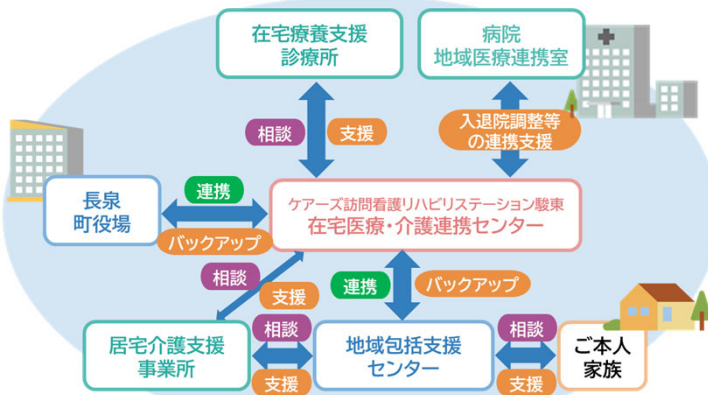
- ◆ コーディネーターは、訪問看護経験や、在宅看取りの経験が豊富な所長(看護師)が兼務している。訪問看護業務も行いながら、センターの運営も担うことで、経験を生かした対応ができている。

実施内容

- ◆ 【相談窓口】主に、ケアマネジャー、地域包括支援センター、在宅療養支援診療所、病院の地域連携室等からの相談を受けている。ケアマネジャーからの相談は、まずは地域包括支援センターに寄せられることが多いが、対応が難しいケースについては在宅医療・介護連携センターに共有され、コーディネーターがバックアップする。
- ◆ 【地域の医療資源の把握】ケアマネジャーが連携を取りやすいよう、地域の医療資源情報を整理してリスト化。車椅子での通院や往診が可能か等現場で実際に必要となる情報を盛り込んでいる。
- ◆ 【地域住民への普及啓発】町等からの講演依頼を受け、訪問看護師としての経験を生かして、在宅看取りや人生会議(ACP)について紹介している。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 町内に不足している資源もあるため、近隣市町の関係機関とも連携している。
- ◆ 町主催の在宅医療・介護連携推進会議(年3回開催)に現場の知見を持ったコーディネーターが参加。町や他機関との関係構築にも効果的。
- ◆ 静岡県医師会で、県内のコーディネーターを対象とした研修が実施されており、そこで、互いに知見を共有している。



(出所)ヒアリング調査をもとに三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

効果・課題

- ◆ 訪問看護事業所は、業務上、町内や近隣市町のケアマネジャー、医療・介護事業所と連携をとっているため、地域の医療・介護関係者への相談対応や調整役を効果的に担うことができる。
- ◆ 一方で個別ケースを地域課題として捉える視点は持ちづらく、他自治体の取組や、コーディネーターとの知見共有をさらに進め、コーディネーターのスキルアップをはかる必要がある。

XII 訪問看護ステーションほほえみ（岐阜県中津川市）

中核病院（市立）内に相談窓口を設置

訪問看護ステーション（サテライト事業所）に併設

広域対応

専門職の相談対応

研修会を通じた役割周知

訪問看護ステーションのネットワーク構築

自治体概要

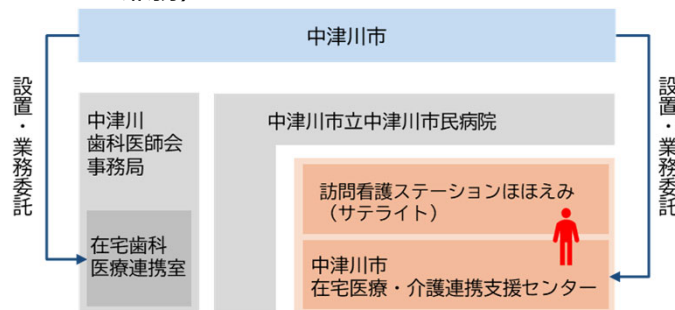
人口※1	73,750人	※1：中津川市「地区別年齢別男女別人口」（令和6年10月1日）
高齢化率※1	33.8%	
要介護認定率※2	17.4%	※2：「第9期中津川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より令和4年度末数値
コーディネーターの人数・資格等	1名：看護師（常勤、訪問看護ステーションの管理者）	

経緯

- ◆ 中津川市国民健康保険坂下診療所に併設されている市立の訪問看護ステーションほほえみが、在宅医療・介護連携推進の観点から市の中核病院である市立病院内にサテライト事業所を開設。これを機に同病院内に相談窓口として中津川市在宅医療・介護連携支援センターを設置し、ステーションに業務委託した。
- ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」にも位置付けられている。

配置の特色

- ◆ 看護師であり、訪問看護ステーションの管理者でもあるコーディネーター1名が在宅医療・介護連携支援センター長を務め、主担当として業務にあたっている。補助的に関わる看護師1名も配置（訪問看護ステーション兼務）。
- ◆ 中津川歯科医師会も、在宅医療介護連携推進事業を受託し、在宅歯科医療連携室を設置。



実施内容

- ◆ 【相談支援】専門職からの相談が大半を占める。事業受託当初より、地域住民からの相談は地域包括支援センターが対応しており、分担して対応している。市内からの相談のほか、医療圏の境界にあることから長野県の一部地域などを含め、広域に対応している。愛知県からの相談実績もある。
- ◆ 【医療・介護関係者の研修】市内全体の医療機関、介護サービス事業所、介護支援専門員等を対象とする研修会を年に1回以上開催している。当初は在宅医療・介護支援センターの認知度向上のために役割を周知した。その後は相談事例の紹介、感染症対策等のテーマで開催。オンラインでも指名して発言を求めるなど、参加型となるよう工夫している。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 地域内の訪問看護ステーションの得意分野（精神疾患に対応可能など）を踏まえており、専門職からの相談内容に応じて、対応可能な訪問看護ステーションを紹介している。各訪問看護ステーションの特色は、直接、出向いて把握しており、気軽にやりとりできる関係性を築いている。
- ◆ 東濃地域全体の訪問看護ステーションが集まる場があり、広域的に課題を共有している。長野県側とも必要に応じて協議・情報共有の場を設けている。

効果・課題

- ◆ 本ステーションが市立の事業所であることで、地域の診療所等、関係機関と話がしやすく、充実した地域ネットワークを形成できており、効果的に事業が実施できている。
- ◆ 訪問看護ステーションとしての特性を生かして医療・介護の両面から地域に根差した連携が推進できている。一方、在宅医療・介護連携事業と訪問看護の業務、役割の範囲が曖昧になりがちである。
- ◆ 地域へのコーディネート機能の周知については依然として課題である。特に、医療機関、介護支援専門員に役割を知らせることで、より活用してもらう必要がある。

現コーディネーターの手挙げによる受託

中核病院（市立）内に相談窓口を設置

病院との密接な連携

自治体概要	
人口※1	21,617人 ※1：美祢市「令和5年度美祢市の人口の状況について」
高齢化率※1	45.1%
要介護認定率※2	14.2% ※2：「第9期美祢市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より令和5年度末数値より算出
コーディネーターの人数・資格等	1名：看護師、保健師、介護支援専門員（常勤）

経緯

◆ 美祢市は、平成30年より市営の事業所である美祢市訪問看護ステーションに業務委託した。業務委託については、近隣市である山陽小野田市の訪問看護ステーションが先駆的にコーディネーター事業を実施し始めたことを背景として、当ステーションに所属する現コーディネーターから名乗りを上げた。

配置の特色

◆ 旧美祢市及び美祢郡（美東町、秋芳町）が平成20年に合併したことにより統合。美祢市立美東病院内に位置しているが、病院とは独立した組織である。

◆ 美祢市病院事業局の一面を担っており、市立病院内に位置しているという特性から、病院との連携が強化できているというのが強みである。

美祢市病院事業局 病院事業管理者（局長）

美祢市立病院

美祢市立美東病院

美祢市介護老人保健施設
グリーンヒル美祢

美祢市訪問看護ステーション

管理部

※美祢市訪問看護ステーションは、美祢市立美東病院内に位置

（出所）美祢病院事業局HPよりMURC作成

実施内容

◆【相談支援】関係機関からの相談対応が主であり、年間10～15件に対応している。高齢者から小児、障害の相談等も含め、幅広く対応している。

◆【医療・介護関係者に対する支援】市の担当者、関係機関の専門職との会議等を経て、医療・介護関係者が共通様式として使用する、利用者情報提供書などの医療・介護情報共有シートの作成支援を担った。このひな形は現在でも頻繁に活用されている。

◆【医療・介護関係者の研修】関係機関の中で共有された、障害分野における災害時対応等の課題意識を受け、地域包括支援センターと市の情報共有の場を設定したり、専門職向けの研修を実施したりしている。委託業務に含まれる研修に限らず、必要に応じて現場の参考になるテーマを設定し、研修を実施している。

支援体制・関係者とのネットワーク

◆ 各機関とは相談のしやすい関係にある。市や市立病院とは直接的にコミュニケーションをとっており、地域包括支援センターが主催する情報共有会には医療の観点から助言等を行っている。

◆ 情報共有会は、ケアマネジャー同士が苦慮している事例などを持ち寄り、報告する場であり、これにコーディネーターが出席し、医療の観点から助言等を行っている。開催頻度としては、旧美祢市エリアで2～3カ月に1回、旧美祢郡エリアで年に2回程度である。

効果・課題

◆ 自治体立の訪問看護ステーションであることから、自治体や市立関係機関との連携や相談が円滑に進みやすい。

◆ 現在、コーディネーターとしての活動が現コーディネーター個人を核としており、後進となる人材育成は課題。

XIV 石川県医療在宅ケア事業団 中能登訪問看護ステーション

(石川県中能登町)

コーディネーター: 看護師

実施主体: 石川県医療在宅ケア事業団

多職種・多機関参加の在宅医療・介護連携推進組織

部署異動後の町職員も参加可能なネットワークづくり

医師会との連携

震災時の役割発揮

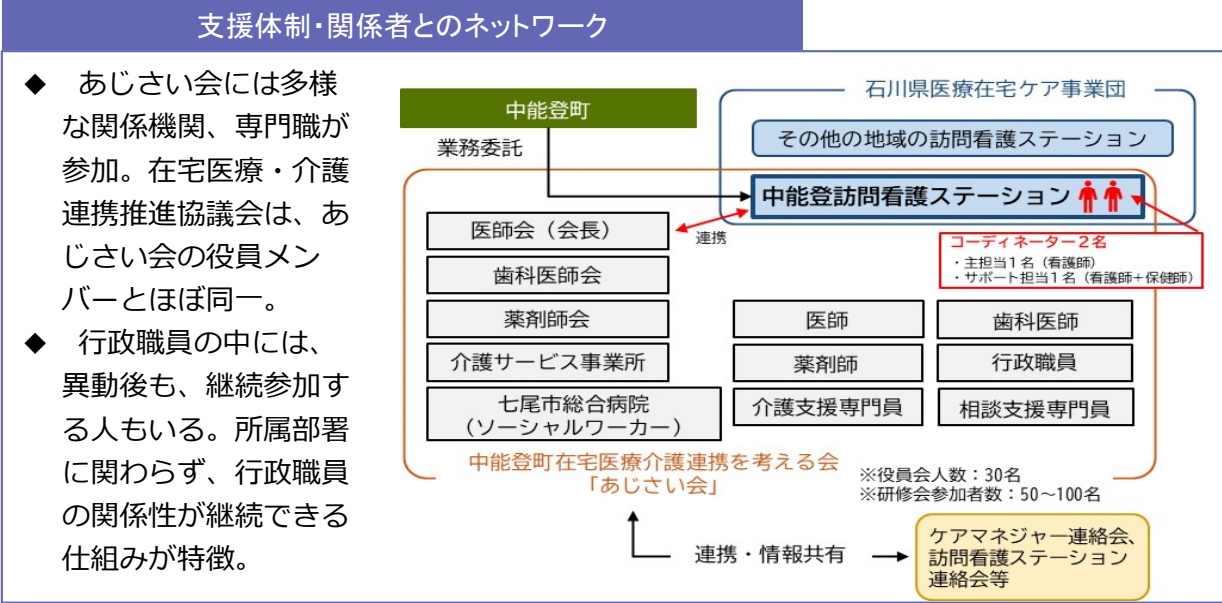
震災経験を踏まえたBCPづくり

自治体概要	
人口※1	16,821人 ※1: 中能登町住民基本台帳人口(令和6年1月1日)より算出
高齢化率※1	37.6%
要介護認定率※2	19.5% ※2: 「第9期中能登町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より令和5年6月末数値
コーディネーターの人数・資格等	常勤(看護師)1名、常勤(保健師、看護師)1名

- 経緯
- ◆ 中能登町では平成12年に在宅医療と介護連携を考える会として「あじさい会」を立ち上げた。中能登訪問看護ステーションがあじさい会の事務局を長年務め、地域の医療と介護の連携推進の中核を担ってきた実績より、在宅医療・介護連携推進事業受託に至った。
 - ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」にも位置付けられている。

- 配置の特色
- ◆ 中能登訪問看護ステーションに相談窓口を設置し、コーディネーター2名を配置。主担当1名(看護師)と、事務・経理などのサポート担当1名(看護師+保健師)。

- 実施内容
- ◆ 【医療・介護関係者の情報提供の支援】七尾市のソーシャルワーカー等と共同で入院支援ルールブックを作成。
 - ◆ 【在宅医療・介護連携に関する相談支援】相談窓口は、専門職を対象に平日の日勤帯に対応。土日に利用者の対応をしなければならない場合もあるため、状況に応じて柔軟に対応。
 - ◆ 【地域住民への普及啓発】地域住民に対して、認知症理解の普及啓発を行うための研修会・講演会・映画会などを企画・実施。



- 効果・課題
- ◆ 訪問看護ステーションの職員がコーディネーターを担うことの意義として、身体面と精神面の両者のアセスメントが可能であること、医師と地域の間に入って対応できることなどがあげられ、能登半島地震の際にも調整の役割等を発揮した。
 - ◆ 地震時の支援には訪問看護師としての立場であったが、コーディネーターとして活動していたことから(出前講座、講演会など)、広く住民に認知されており、避難所にいる住民から直接声をかけられたりした。地域住民、医療・介護関係者との関係づくりができていたことが、震災時の円滑で効果的な住民支援につながった。
 - ◆ 震災後、出前講座で震災時の対応について地域住民と話し合う場を設けている。住民の意見をあじさい会の役員会に還元しながら、地域のBCP計画につなげようとしている。
 - ◆ コーディネーターには、次の時代の新たなテーマや課題は何か、先を見る力が求められることから、先駆的な事例を学ぶ機会が必要。

XV 石川県医療在宅ケア事業団 野々市訪問看護ステーション (石川県野々市市)

コーディネーター: 看護師
実施主体: 医療在宅ケア事業団

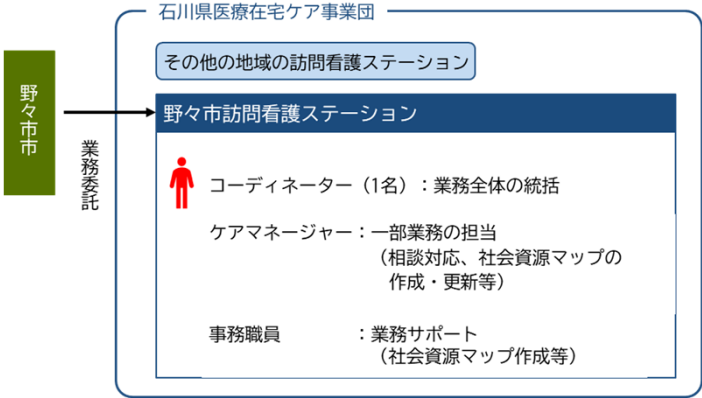
事業所職員（介護支援専門員、事務職員）への業務分担

事業団を通じた同法人のステーションとの連携

自治体概要	
人口※1	54,523人 ※1: 野々市市「町丁別人口データ」(令和7年1月末)
高齢化率※1	20.4%
要介護認定率※2	15.8% ※2: 「野々市市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画・認知症施策推進計画」より令和5年度数値
コーディネーターの人数・資格等	1名: 常勤(看護師)

- 経緯等
- ◆ 近隣市町と広域的に連携しており、地域の看護協会、医師会なども連携、24時間対応が可能な訪問看護ステーションであること等を踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業の受託に至った。市内の訪問看護ステーションのなかでも、事業開始は比較的早期であった。
 - ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」にも位置付けられている。

- 配置の特色
- ◆ 野々市訪問看護ステーションの管理者がコーディネーターを務めるとともに、事業所内の介護支援専門員、事務職員など、他の事業所職員にも在宅医療・介護連携推進事業の業務を分担している。



地域の医療・介護資源の把握

障害者・医療的ケア児の対応

- 実施内容
- ◆ 【地域の医療・介護の資源の把握】社会資源マップの活用及び更新は、基本的に訪問看護ステーションに配置している介護支援専門員が対応している。社会資源マップ作成時には事務職員も対応しており、事業所職員に業務分担している。
 - ◆ 【相談支援】主に介護支援専門員、地域住民の相談に対応している。相談対応時間帯は8:30~17:15で、電話対応はコーディネーターのほか、事業所の介護支援専門員も実施。障害者の高齢化により、障害者の介護保険サービス利用に関する相談もあるほか、小児（特に医療的ケア児）について市の子育て支援課からの情報共有なども実施しており、対応分野の広がりができている。

- 支援体制・関係者とのネットワーク
- ◆ 他自治体のコーディネーターに相談したい場合、石川県医療在宅ケア事業団に相談すると、事業団が運営している他の訪問看護ステーションのコーディネーターにつないでもらうことが可能。事業団を通じた連携体制があることで、情報共有などを行いやすい。
 - ◆ 事業団が設置するステーションにおいて、平時に在宅医療・介護連携の事業を行っていたことで、震災時にスムーズな支援につながった事例について、在宅医療介護連携推進協議会にて情報共有を行った。

- 効果・課題
- ◆ 事業所職員がコーディネーターを担い、関係機関と密に連携することで、医療ニーズのある者を早期発見して医療につなげる等の対応を効率的に行うことができている。地域に根付いた活動を行っていることにより、市外も含め、様々な関係機関とのネットワークが構築できている。

XVI寒河江市西村山郡訪問看護事業団（在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ）

（山形県 寒河江市、西村山郡 河北町、西川町、朝日町、大江町）

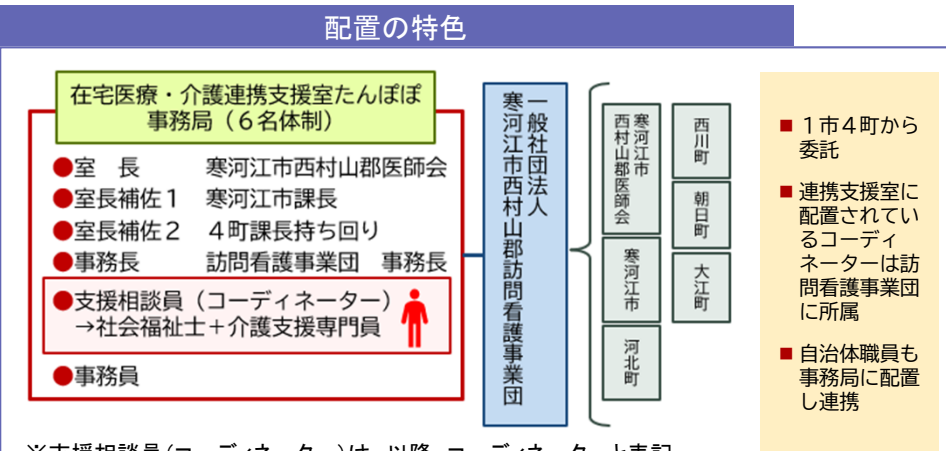
コーディネーター：看護師以外

実施主体：寒河江市西村山郡訪問看護事業団

- 訪問看護事業団を設立
- 複数自治体・医師会による運営
- 事務局体制の整備
- 協議会を通じた多職種連携の推進

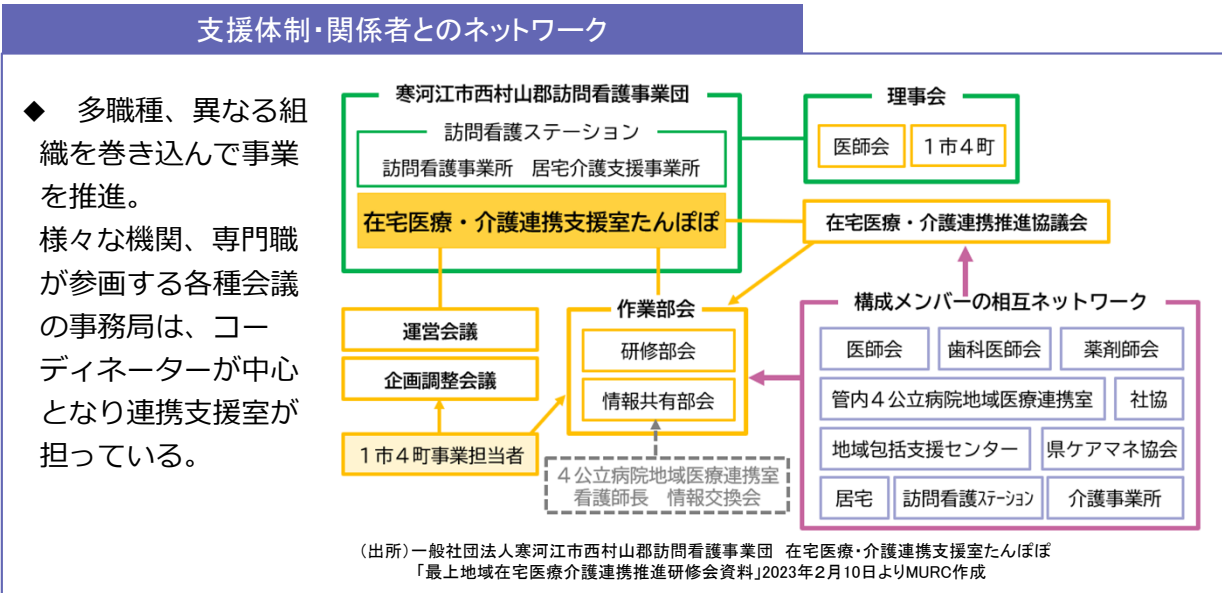
自治体概要	
人口※1	75,398人
高齢化率※1	36.6%
要介護認定率※2	17.0%
コーディネーターの人数・資格等	在宅医療相談窓口：1名（常勤・専従1名／社会福祉士＋介護支援専門員）

- 経緯
- ◆ 平成27年12月、寒河江市西村山郡（1市4町）が医師会と1市4町が設立した寒河江市西村山郡訪問看護事業団に在宅医療・介護連携推進事業を委託。
- ◆ 平成28年3月に「在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ」（以降、連携支援室）を開設。事業団運営による連携支援室が中心となって事業を推進。
- ◆ 在宅医療・介護連携拠点にも位置づけられている。



- ※支援相談員（コーディネーター）は、以降、コーディネーターと表記。
- （出所）一般社団法人寒河江市西村山郡訪問看護事業団資料よりMURC作成
- ◆ 市町を超えて1市4町全体で在宅医療・介護連携を推進する役割を担っている。

- 実施内容
- ◆ 【相談支援】関係機関からの相談受付（情報提供、連携支援）、西村山地域訪問歯科診療相談窓口の対応（地区歯科医師会からの依頼。連携により訪問歯科が拡大）。コーディネーターの資質向上のため各種研修会等の参加に取り組む。
- ◆ 【医療・介護関係者に対する支援】作業部会の意見をもとに様々なテーマで研修会等を企画実施。交流や情報共有を目的とした情報交換会では、例えば、地域包括支援センターとの共同企画で、参加者のニーズを踏まえ、訪問介護員の気持ちのリフレッシュや他事業所との連携ができるような場を設けた。



- 効果・課題
- ◆ それぞれの市町で在宅医療・介護連携推進に取り組んでいたため、連携支援室を開設した当初は、地域資源の利用可能範囲に差があった。コーディネーターが地域間をつないで地域資源の活用を促進した。その結果、市町を超えて地域資源が活用されるようになり、様々なサービスの広域利用が進んでいる。
- ◆ 身寄りのない独居高齢者への支援、災害時の医療と介護の提供、介護と消防や救急との連携が課題。

医師会からの再委託

8名のコーディネーター体制

持ち回りによる電話相談窓口

電話転送による相談受付

三師会との役割分担

看看連携の推進

自治体概要	
人口※1	406,047人 ※1: 豊中市住民基本台帳人口(令和6年10月1日)より算出
高齢化率※1	25.8%
要介護認定率 ※2	24.2% ※2: 「第9期豊中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より令和5年度数値
委託先	豊中市医師会
コーディネーターの人数・資格等	8名: 訪問看護ステーション連絡会の役員 (訪問看護事業所の管理者)

経緯

- 在宅医療・介護連携事業の相談窓口設置にあたり、豊中市から医師会に委託され、医師会からの再委託で事業を行っている。
- 豊中市独自の医療・介護の実務者のネットワーク「虹ねっと」に当連絡会と行政の担当者が参加しており、地域の課題を共有したことも事業受託につながった。

配置の特色

- 訪問看護ステーション連絡会の役員8名がコーディネーターを担っている。全員、訪問看護ステーションの管理者であり、連絡会の業務は非常勤で兼務している。医師会、薬剤師会、歯科医師会等が主催する会議等にも参加している。

豊中市訪問看護ステーション連絡会
(会員: 35事業所程度)

コーディネーター
役員8名

切れ目のない看看連携を
直接委託

持ち回りで相談窓口に対応

豊中市

相談窓口の委託

豊中市医師会

相談窓口を
再委託

会員事業所10~20事業所
管理者クラス

実施内容

- 【切れ目のない看看連携】病院や地域の診療所、介護サービス事業所の看護師を対象に、年に1回、テーマを決めて集合研修を実施している。研修1回あたり、50人程度が参加。グループワークを行い、顔の見える関係づくりにもなるよう企画している。在宅のことを知りたい医療現場の看護師、在宅のことを知ってほしい介護サービス事業所の看護師等、年々参加者数が増えており、参加者が所属する機関も多様さが増している。
- 【相談窓口】専門職の相談のみ受けている。連絡会の会員事業所の管理者クラスが持ち回りで、電話転送で相談に対応している。相談対応で困ったことがあれば、管理者間で活用しているオンライン上のコミュニケーションツールに投稿し、相談している。
- 【地域住民への普及啓発】医師会と連携して、市を3つの区域に分けて、ACPIに関する研修を行っている。本研修は医師会が市から受託している。

支援体制・関係者とのネットワーク

- 市で組織化している医療・介護の実務者のネットワーク「虹ねっと」では、介護側、医療側それぞれの見方、視点から率直に意見交換が可能な場となっており、どのような思いを持って対応しているか、お互いに理解を深めることができている。

効果・課題

- 医師会と連携して、ACP(Advance Care Planning)に関する研修を行っており、多くの住民に参加してもらうことができているが、住民理解を深めるツールづくりが難しい。
- 団体活動への効果として、取組を通じて訪問看護事業者間の連携が進んでいる。
- 切れ目のない看看連携、相談窓口事業について、コーディネーターが中心となって、今後の取組テーマや課題を検討し、魅力的な活動にしていける必要性を感じている。地域住民の訪問看護について理解促進していくことも課題である。

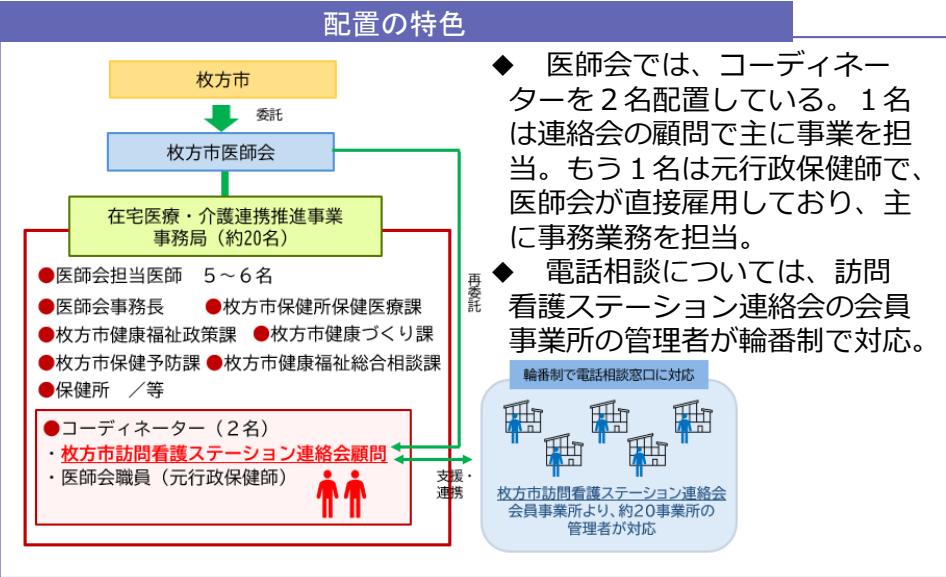
事業担当、事務担当のコーディネーター2名体制

相談窓口の輪番制（会員ステーション管理者）

会員連携による相談スキルアップ

自治体概要	
人口※1	392,589人
高齢化率※1	29.1%
要介護認定率※2	20.2%
契約関係	市から市医師会へ事業委託、医師会から訪問看護ステーション連絡会の顧問・会員事業所管理者へ再委託
コーディネーターの人数・資格等	事業担当：訪問看護ステーション連絡会顧問：1名 事務担当：医師会職員（元行政保健師）：1名

- 経緯
- ◆ 平成30年度より枚方市医師会に在宅医療・介護連携推進事業を委託。身近な圏域内での継続的な連携強化を図るため、医師会より枚方市訪問看護ステーション連絡会の顧問に在宅医療・介護連携支援コーディネーターを再委託。
 - ◆ コーディネーターは訪問看護ステーション管理者経験のほか、所属法人で行っている小児から高齢者まで、医療や福祉に関する相談に総合的に応じる窓口でも活動している。



- 実施内容
- ◆ 【相談支援】枚方市訪問看護ステーション連絡会の会員事業所の管理者が相談対応を持ち回りで行うことで、身近な圏域内で関係機関との連携強化・継続につながっている。コーディネーターは、相談対応を担うとともに、訪問看護ステーション管理者が円滑に相談窓口業務に従事できるよう、当番のスケジュール管理や困難事例へのアドバイスなどの支援を行っている。相談内容は、高齢者に限らず、8050問題、虐待の疑い、小児、障害者に関わるものなど様々である。
 - ◆ 【提供体制の構築推進】市内には地域包括支援センターが13か所あり、各センターで、年1～2回、圏域の多職種連携を目的とした「多職種連携研究会」を開催している。コーディネーターとして、企画会議へ参加、企画・運営に対するコンサルテーション、研究会への参加、アドバイザーとして助言・提案などを行っている。また、各圏域の訪問看護ステーションの看護師が研究会で講師を務めている。

- 支援体制・関係者とのネットワーク
- ◆ 市では、平成20年度より医療と介護の連携のための会議体「地域ケア推進実務者連絡協議会」を設置し、介護支援専門員向けの医師との連携用のガイドブックやACP（人生会議）の資料を作成している。
 - ◆ さらに平成24年度より、行政、関係団体、大学、病院の14団体で構成された「健康医療都市ひらかたコンソーシアム連携事業」を設立し、市民の健康増進や地域医療の充実を目的として展開している。各団体に所属する専門職による健康講座や健康・福祉・医療フェスティバル等を共同事業体として開催する等、関係機関や団体との連携強化を図っている。

- 効果・課題
- ◆ 相談内容や対応状況などについて、半期ごとに、枚方市訪問看護ステーション連絡会で共有している。会員事業所の管理者に相談内容に対して意見を求めたり、アドバイスをもらうなどして、相談対応のスキルアップを図っている。また、皆で相談することで解決方法が見つかるなど、相談対応の幅も広がっている。
 - ◆ 今後の取組課題として、訪問診療を専門とする医療機関との連携、かかりつけ医の負担軽減（往診対応等）、独居の看取り支援、ACPの普及（支援者のフォロー）、認知症高齢者の在宅支援、多様な所属先の看看連携の推進などがあげられる。

第2節 ヒアリング結果のまとめ

1. 訪問看護ステーション等にコーディネーターを配置することの利点

本事業を通じて、訪問看護ステーション等にコーディネーターを配置することの利点としては以下の点が指摘された。

- ・ 利用者の生活の中で医療が終末期を含めてどのように関わっていくかを一緒に考えることができるのは訪問看護師の強みである。
- ・ 身体面と精神面の双方のアセスメントが可能である。
- ・ 訪問看護ステーションは、普段から、地域の医療関係者、介護関係者と密な連携をしていることから、迅速かつ的確に、相談対応やサービス調整が可能である。
- ・ 医療・介護の両面への理解や入退院における病院側の事情の想像ができる。在宅の場面で医療側と介護側の課題を抽出して情報共有し、連携を促すことができる。
- ・ 医療と介護の両方の経験があることから、橋渡し役としても機能し、ケアマネジャー等と連携した切れ目のないサービスの提供ができる。
- ・ 医師とのコミュニケーションの経験が豊富であり、利用者・患者の状況等について医師に対して発言したり、サービス調整をすることができる。

訪問看護師は、日々、医療、介護の現場で活躍するからこそ、現場の情報を有していることが最大の強みである。通常の訪問看護の業務を通じて、利用者・家族と直接に接しながら、個別の課題解決を行う中で、医療職や介護職等の多職種と関わり、多職種の専門性を尊重しながら連携する関係性を構築している。また訪問看護の対象は介護保険の利用者である要介護者だけでなく、医療保険による利用者である若年・小児で医療ニーズを有する人や、障害者、難病患者、精神疾患の利用者等幅広く、訪問看護師は多様な課題解決の経験を有している。よって、訪問看護師は、医療ニーズのある住民や医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるよう在宅医療・介護連携を推進すべく、在宅医療・介護連携推進事業や在宅医療に必要な連携を担う拠点において、効率的・効果的な役割を果たす可能性がある。また、訪問看護師は在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターとしても活躍できる素養を十分に有する職種である。

他方、訪問看護師にとってもコーディネーターとしての経験は、地域をさらに深く知ることにもなり、会議や研修等、通常の訪問看護の業務とは異なる場面で行政や多機関との調整・連携の機会があることは、地域を俯瞰する視点を持てることにもなり、有益である。また、市区町村から委託業務を受けることで委託費を得られ、訪問看護ステーションの経営的な安定にもつながっていた。



2. 開設主体の特性

また、委託を受けている訪問看護ステーションは、多くが、地域の中で古くから活躍しており、中核的な役割を担っているステーションであった。自治体立や事業団立、医師会立・看護協会立といった公的な法人が比較的多く、組織の特性からも、公的な役割を担うことが期待されていると考えられたが、理念をもって取り組んでいる民間の事業所の活躍もあった。

市が、補助金を出して、訪問看護ステーションの拠点化・大規模化を図り、機能強化型訪問看護療養費を算定するステーションとなる支援をしたうえで、委託しているところもあった。

なお、市区町村が医師会に在宅医療・介護連携推進事業に関して委託をする際には、本事業で報告した事例のように医師会立の訪問看護ステーションで業務を実施する方法のほかに、医師会事業所受託し、相談機能等の一部業務を訪問看護ステーション等に再委託している場合もある。

また、受託した医師会で看護師資格を持つコーディネーターを直接雇用・配置する方法もあるが、この場合は、コーディネーターは相談事例を中心に地域を把握することになる。反対に、訪問看護ステーションが事業の全てあるいは一部を受託する場合には、訪問看護サービスで得られた知見もふまえてコーディネーター業務を行うことができる利点がある。

訪問看護ステーション連絡会で実施している団体では、相談窓口を持ち回りで実施している団体もあった。1か所の負担を下げる方法として効果的であると考えられた。

自治体側で委託先のステーションを一定の期間ごとに交代することを想定しているところもあり、比較的新しい訪問看護ステーションであっても、この経験により力をつけ、地域の訪問看護ステーションの底上げをはかる視点もあった。また、本事業を通じて自治体や地域との関係性をより深めていく機会になるとの捉え方もあった。

自治体側が訪問看護ステーションにコーディネーターの担い手役割を期待し、訪問看護ステーションの育成を行う必要性も示唆された。



3. コーディネーターの特徴

(コーディネーターの有する資格等)

今回の調査対象となった訪問看護ステーションでは、多くの場合、訪問看護師がコーディネーターであり、さらにいえば、管理者が担っている場合が多かった。社会福祉士や介護支援専門員の資格を持つ者が適切といった意見もあった。介護保険制度に関する知識や、地域の医療資源について把握していることが必要であり、他の事業所との調整等についての一定の経験が必要と考えられていた。

なかには、専門看護師や認定看護師の資格を有する看護師もあり、地域貢献の意欲が高かった。専門看護師の役割に、看護師や他の医療職からの相談を受け、多職種間の調整を行うこともある。専門看護師が地域に出るきっかけとして、また、専門看護師がその役割を発揮する場として、在宅医療・介護連携推進事業のような場があることも知ってもらうことが重要であり、地域における周知が求められる。

他方、委託は訪問看護ステーションがうけているものの、中には、コーディネーターは訪問看護師が兼務しているのではなく、ソーシャルワーカーや行政保健師経験者などをあらたに雇用して配置している場合もあった。福祉制度にかかわる相談も受けることができていた。

地域包括支援センターの勤務経験がある看護師や行政保健師の経験を持つ者もあり、地域での生活を支援する視点をもつことが有用であることが指摘された。また、本事業を遂行するためには、行政と円滑なコミュニケーションがとれることも重要であることも指摘された。この点は複数のヒアリングにおいて指摘があり、非常に重要な点である。

(相談体制の整備)

コーディネーターを1人で担っている場合もあったが、休暇の取得等を考慮すると、複数の体制を確保することが理想であろう。また、複数の配置があれば、他のコーディ

ネーターと相談しながらの対応も可能となる。異なる職種のコーディネーターの組み合わせとなれば、より幅広い課題解決につながると考えられた。

不在や電話の一次対応等はステーションの事務やその他の職員の協力を得ているような場合もあった。コーディネーターとしての任命は1人の場合でもコーディネーターをサポートするチームを作る方法もあった。



1人の訪問看護師



複数の訪問看護師



**訪問看護師と他職種・
サポートスタッフの組み合わせ**

また、相談窓口について、月～金の日中とするか、曜日を固定したり、半日とする等稼働日を調整する対応も考えられるところでもあり、効果的・効率的な運用については地域の状況、委託内容、想定される相談業務量、求められるスピード感等に応じて、検討が求められる。また、予算上の制約もあるとも考えられ、コーディネーターをバックアップする体制を構築するのは委託先内の事業所に限らず、他の団体や行政の役割として整理される場合もある。

4. 委託範囲・支援対象者の範囲

相談対応のみ委託する地域もあれば、研修会の実施や特に「看看連携」等訪問看護ステーションが得意とする部分を中心に委託している場合もあった。また、在宅医療・介護連携推進事業全般にわたり委託している地域もあった。どのような範囲を委託対象にするか、今回のヒアリング結果からは自治体の規模等にも応じて、検討・工夫があった。比較的規模が大きく、地域に多様な資源がある場合には、訪問看護ステーション以外の団体へも委託され、各組織、団体の強みに応じて委託内容を分けているような事例があった。また、1ステーションへの委託ではなく、地域を分けて複数のステーションに委託することにより、市全域をカバーするような委託方法もあれば、複数の自治体をカバーするような委託方法もあった。大規模自治体で、エリアごとに訪問看護ステーションに委託している場合には、それぞれの地域の状況を訪問看護師が把握しているため、エリア別の課題を抽出するためにも活用できる。複数の訪問看護ステーションに委託している場合には、委託先間での情報交換等を通じて、訪問看護ステーション間のネットワーク構築にも資する。

いずれにしても、自治体との十分な連携体制のもと、事業を実施する必要があると

考えられる。

自治体が、訪問看護ステーション等が持つ機能を評価し、訪問看護ステーション等を医療計画における在宅医療に必要な連携を担う拠点としている自治体もあった。訪問看護ステーション等にコーディネーターを配置することの利点においても触れたように、地域によっては、連携のかなめとしても訪問看護ステーションが評価されていた。

対象範囲について高齢者関係だけではなく、日頃から訪問看護で接している小児（医療的ケア児等）や精神障害も対象としている事業所もあった。高齢者以外を対象とする場合、委託のための予算措置として、一般財源と調整する等が必要となる。

5. ネットワーク・連携のための会議体等の存在

コーディネーター1人で連携体制を構築することは大きな困難を伴うことから、コーディネーターが連携を推進するためには、活動をサポートすることが可能な協力者や何らかのネットワークが必要である。

訪問看護ステーションの開設主体が自治体であったり、地域の医師会が関与していたり等、組織体としても強固で、バックアップ体制が十分にとられている組織の場合もあった。

また、在宅医療・介護連携推進協議会をはじめ、連携のための多様な会議体が自治体の協力も得て多く設置できており、コーディネーターに参加してもらうことで、関係者との相談やコミュニケーションの機会等が頻回に設けられている地域もあった。

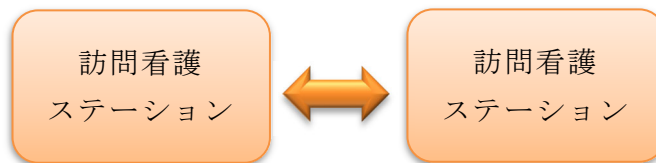
医師会などの地域の職能団体等が、地域の多職種で連携について検討する会議体等や研修会を開催している地域で、コーディネーターがこれらに参加することで、様々な職種の支援の質の向上に貢献したり、地域や生活の視点を関係者に伝える役割をうまく果たしたりしているケースもあった。

1 市区町村に配置されているコーディネーターは1人の場合には、近隣の市区町村のコーディネーターが集まって情報共有の会議を年に1～2回開催し、孤立をしないよう工夫している地域もあった。

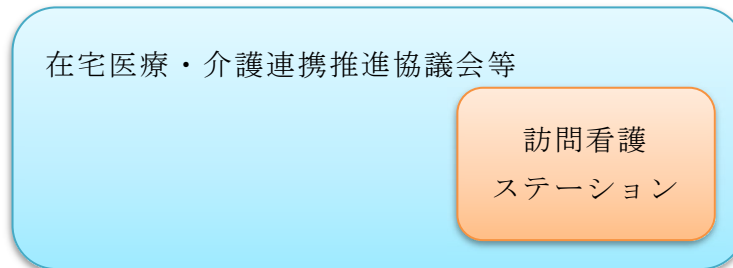
ネットワークについて、訪問看護ステーション同士の事例と、訪問看護ステーション以外とのネットワークの事例があった。訪問看護ステーション同士のネットワークでは、地域全体を見たり、専門性の視点を深めたりしていくことができていた。訪問看護ステーション以外とのネットワークでは、訪問看護ステーションの活動がより周囲から支援され円滑に実施できたり、別の専門性・資源を活用することで、より幅広い課題解決に繋げることができたりしていたと考えられる。

【ネットワークのイメージ】

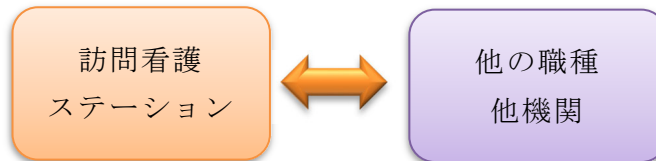
①訪問看護ステーション同士



②在宅医療・介護連携推進協議会等の会議体での連携



③訪問看護ステーションと他の職種・他機関



6. 市区町村・都道府県の役割

5. に記載のとおり、自治体が、連携のための会議体を設置し、開催することにより、コーディネーターの活躍を支援することは必須である。

相談受付自体を市役所で実施し、一緒に問題対応する等、頻度高く顔をあわせたり、自治体とコーディネーターが少なくとも週1回は連絡したりするような密な関係が構築できているところもあった。

今回のヒアリング調査の対象では、事業の企画等での相談も活発に行われていた。

自治体は委託元として、コーディネーターに業務を丸投げするような形で、事業所を孤立させることがないように、体制の構築や責任のある関わりを行うことが重要であろう。

また、都道府県が研修会やコーディネーター情報交換会を実施している地域もあり、多くのコーディネーターが積極的に参加していた。小規模の市区町村ではコーディネーターの配置が1人となっている場合も多く、広域での支援の観点から都道府県等の関与も必要である。コーディネーター養成講座の開催やコーディネーターの資質向上

も都道府県の役割となる。あわせて、市区町村間の格差をふまえた広域支援や、好事例の展開など質の標準化を行うことも重要である。都道府県には個別課題を地域課題として、捉えて改善していく役割が求められる。

地域によっては、当事業に先行して、地域資源の連携の仕組みが構築されたり、また都道府県の独自の取り組みがなされている場合もある。既存の取り組みと当事業の実施について調整、整合を図り、より発展的な取り組みを関係者に分かりやすく提示、共有することも市区町村・都道府県には求められる役割と考えられる。

7. 今後の課題

訪問看護師は個別の課題が発生した場合の対応については非常に評価されていた。一方で、在宅医療介護連携推進事業として、個別課題から見えた課題を地域課題と捉え、地域ケア会議での検討や自治体の施策化する等の検討を進める際には、同様の対象が地域にどの程度存在し、だれがどのような対策をするのか、重要度および優先順位はどのように考えるか、等検討するような視点も必要になると考えられる。

相談件数が非常に少ない自治体もあった。少ない場合に、問題がないのでそのままでもいいのか、といった視点でのアプローチの要否についても窓口の担当という立場では、判断が難しいことが指摘されていた。事業全体として、必要な検討がなされているか、行政等とも調整しながら、当該地域の在宅医療介護連携がより発展するためにどのように関わるか、自治体は訪問看護ステーションにどのように事業の見直しに関わることを期待するのか整理する必要性があることも課題であると考えられた。

訪問看護ステーションがコーディネーターを担う場合の課題として、後継者の問題がある。訪問看護ステーションはもともと看護職員の人数が少ないステーションもあり、管理者の交代については課題が指摘されてきた。本事業のコーディネーターは管理者などが担う場合も多く、同様に後継者問題が指摘されたところである。

参 考 資 料

Ⅱ. 貴市町村の体制について

問1 貴市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施体制を教えてください。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 介護部局と医療部局が連携して取り組んでいる	12	38.7%	804	46.2%
2. 介護部局のみが行っている	19	61.3%	920	52.8%
3. 医療部局のみが行っている	0	0.0%	17	1.0%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	31	100.0%	1,741	100.0%

問2 貴市町村では、在宅医療・介護連携の推進に係る協議会を設置していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 設置している	26	83.9%	1,110	63.8%
2. 設置していない	5	16.1%	631	36.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	31	100.0%	1,741	100.0%

2-1. 問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会は委託していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 委託している	6	23.1%	398	35.9%
2. 委託していない	20	76.9%	712	64.1%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	26	100.0%	1,110	100.0%

2-2. 引き続き問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会の開催頻度を教えてください。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 年に1回	10	38.5%	280	25.2%
2. 半年に1回	6	23.1%	362	32.6%
3. 四半期に1回	3	11.5%	167	15.0%
4. 月に1回	1	3.8%	65	5.9%
5. その他	6	23.1%	236	21.3%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	26	100.0%	1,110	100.0%

2-3. 引き続き問2で「1.設置している」と回答した方に伺います。協議会ではどのようなことを検討していますか。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 医療・介護の資源確保や活用	18	69.2%	645	58.1%
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出	24	92.3%	1,005	90.5%
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営検討	15	57.7%	758	68.3%
4. 在宅医療・介護間の情報共有	26	100.0%	1,038	93.5%
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	23	88.5%	990	89.2%
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	20	76.9%	879	79.2%
7. 都道府県と市町村との連携	9	34.6%	376	33.9%
8. 市町村間の連携	9	34.6%	430	38.7%
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	12	46.2%	306	27.6%
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	13	50.0%	333	30.0%
11. 地域住民への周知啓発	21	80.8%	802	72.3%
12. その他（記述）	4	15.4%	47	4.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	26	100.0%	1,110	100.0%

2-4. 協議会に参加している団体等を教えてください。（複数回答）

1. 医師会
2. 歯科医師会
3. 薬剤師会
4. 看護協会・訪問看護協議会または地域の連絡会
5. 介護支援専門員協会または地域の連絡会
6. 栄養士会または地域の連絡会
7. 理学療法士協会
8. 作業療法士協会
9. 言語聴覚士協会
10. 歯科衛生士会
11. 医療ソーシャルワーカー協会
12. 地域包括支援センター
13. 都道府県
14. 保健所（都道府県）
15. 保健所（市・特別区設置）
16. 消防署（救急）
17. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター
18. 大学等の教育機関
19. 民間企業
20. その他（記述）
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
26	100.0%	1,023	92.2%
25	96.2%	925	83.3%
26	100.0%	914	82.3%
19	73.1%	770	69.4%
21	80.8%	903	81.4%
6	23.1%	304	27.4%
10	38.5%	392	35.3%
6	23.1%	225	20.3%
3	11.5%	135	12.2%
3	11.5%	152	13.7%
5	19.2%	240	21.6%
20	76.9%	982	88.5%
1	3.8%	113	10.2%
6	23.1%	602	54.2%
4	15.4%	103	9.3%
2	7.7%	183	16.5%
22	84.6%	575	51.8%
1	3.8%	102	9.2%
0	0.0%	38	3.4%
12	46.2%	607	54.7%
0	0.0%	0	0.0%
26	100.0%	1,110	100.0%

Ⅲ. 貴市町村の取り組みについて

問3 「4つの場面」において、在宅医療・介護連携の推進によってめざすべき姿（目的）を設定していますか。

（※4つの場面：「日常の療養支援」、「入退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」）

1. 4つの場面全てで設定している
2. 4つの場面のいずれかで設定している
3. 4つの場面全てにおいて設定していない
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
12	38.7%	490	28.1%
8	25.8%	438	25.2%
11	35.5%	813	46.7%
0	0.0%	0	0.0%
31	100.0%	1,741	100.0%

3-1. 問3で「1.4つの場面全てで設定している」と回答した方に伺います。めざすべき姿の共有の状況を教えてください。

1. 在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）で共有し地域住民にも周知している
2. 在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）で共有している
3. 在宅医療・介護の関係者（自治体及び地域の関係団体等）の一部で共有している
4. 自治体内での共有に留まる
5. 特に共有していない
未回答
合計

回答数	割合	回答数	割合
1	8.3%	105	21.4%
5	41.7%	154	31.4%
6	50.0%	175	35.7%
0	0.0%	49	10.0%
0	0.0%	7	1.4%
0	0.0%	0	0.0%
12	100.0%	490	100.0%

問4 「日常の療養支援」について伺います。

1. 取り組んでいる
2. 取り組んでいない
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
28	90.3%	1,273	73.1%
3	9.7%	466	26.8%
0	0.0%	2	0.1%
31	100.0%	1,741	100.0%

4-1. 問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。「日常の療養支援」においてめざすべき姿は設定していますか。

1. 設定している
2. 設定していない
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
16	57.1%	603	47.4%
12	42.9%	670	52.6%
0	0.0%	0	0.0%
28	100.0%	1,273	100.0%

- 4-2. 引き続き問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現のための、現状把握や課題抽出をどのように行いましたか。
(複数回答)

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 地域支援事業交付金等の実績報告	8	28.6%	217	17.0%
2. 検討会等の設置	5	17.9%	303	23.8%
3. 見える化データ等を含む公的データ等	9	32.1%	392	30.8%
4. 地域ケア会議	21	75.0%	809	63.6%
5. サービス担当者会議	9	32.1%	365	28.7%
6. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	11	39.3%	385	30.2%
7. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	12	42.9%	440	34.6%
8. 地域住民への意識調査（利用者・家族からの意識聴取を含む）	13	46.4%	382	30.0%
9. 医療・介護連携の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報	21	75.0%	852	66.9%
10. 地域包括支援センター（地域住民による相談）で得た情報	24	85.7%	974	76.5%
11. その他（記述）	6	21.4%	122	9.6%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	28	100.0%	1,273	100.0%

- 4-3. 引き続き問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 設定している	12	42.9%	409	32.1%
2. 設定していない	16	57.1%	864	67.9%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	28	100.0%	1,273	100.0%

- 4-4. 引き続き問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。評価指標は策定していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 策定している	10	35.7%	267	21.0%
2. 策定していない	18	64.3%	1,006	79.0%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	28	100.0%	1,273	100.0%

- 4-6. 引き続き問4で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

4-6-1. 「日常の療養支援」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）

4-6-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

	関連付けた取り組み				課題となった部分			
	事例自治体 回答数	割合	全体 回答数	割合	事例自治体 回答数	割合	全体 回答数	割合
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	15	53.6%	727	57.1%	9	32.1%	399	31.3%
2. 体制の構築及び推進	11	39.3%	481	37.8%	8	28.6%	384	30.2%
3. ルール等の設定	2	7.1%	234	18.4%	3	10.7%	204	16.0%
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	10	35.7%	458	36.0%	10	35.7%	300	23.6%
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	24	85.7%	1,004	78.9%	8	28.6%	405	31.8%
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	22	78.6%	806	63.3%	14	50.0%	352	27.7%
7. 都道府県と市町村間の連携	9	32.1%	246	19.3%	6	21.4%	81	6.4%
8. 市町村間の連携	8	28.6%	394	31.0%	5	17.9%	87	6.8%
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	9	32.1%	272	21.4%	8	28.6%	317	24.9%
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	11	39.3%	340	26.7%	10	35.7%	373	29.3%
11. 地域住民への周知啓発	17	60.7%	715	56.2%	9	32.1%	285	22.4%
12. 認知症初期集中支援チームとの連携	17	60.7%	595	46.7%	3	10.7%	76	6.0%
13. 認知症カフェ	17	60.7%	522	41.0%	5	17.9%	68	5.3%
14. 通いの場における地域住民への周知啓発	13	46.4%	504	39.6%	1	3.6%	84	6.6%
15. 歯科医療提供体制の構築等	7	25.0%	178	14.0%	5	17.9%	77	6.0%
16. 地域リハビリテーション活動支援事業	9	32.1%	366	28.8%	2	7.1%	85	6.7%
17. その他（記述）	1	3.6%	46	3.6%	0	0.0%	36	2.8%
未回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	0.5%
合計	28	100.0%	1,273	100.0%	28	100.0%	1,273	100.0%

- 4-7. 問4で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握ができていない	2	66.7%	312	67.0%
2. 課題抽出ができていない	2	66.7%	276	59.2%
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない	1	33.3%	74	15.9%
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	18	3.9%
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	5	1.1%
6. 検討の必要性が分からない	0	0.0%	33	7.1%
7. その他（記述）	0	0.0%	64	13.7%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	3	100.0%	466	100.0%

問5 「入退院支援」について取り組んでいますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 取り組んでいる	27	87.1%	1,431	82.2%
2. 取り組んでいない	4	12.9%	308	17.7%
未回答	0	0.0%	2	0.1%
合計	31	100.0%	1,741	100.0%

5-1. 問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。「入退院支援」においてめざすべき姿は設定していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 設定している	16	59.3%	714	49.9%
2. 設定していない	11	40.7%	717	50.1%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	27	100.0%	1,431	100.0%

5-2. 引き続き問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現のための、現状把握や課題抽出をどのように行いましたか。
(複数回答)

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 地域支援事業交付金等の実績報告	5	18.5%	159	11.1%
2. 検討会等の設置	6	22.2%	419	29.3%
3. 見える化データ等を含む公的データ等	5	18.5%	322	22.5%
4. 地域ケア会議	13	48.1%	667	46.6%
5. サービス担当者会議	9	33.3%	405	28.3%
6. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	14	51.9%	542	37.9%
7. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	16	59.3%	582	40.7%
8. 地域住民への意識調査（利用者・家族からの意識聴取を含む）	9	33.3%	220	15.4%
9. 医療・介護連携の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報	21	77.8%	909	63.5%
10. 地域包括支援センター（地域住民による相談）で得た情報	23	85.2%	1,008	70.4%
11. その他（記述）	5	18.5%	176	12.3%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	27	100.0%	1,431	100.0%

5-3. 引き続き問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 設定している	13	48.1%	479	33.5%
2. 設定していない	14	51.9%	952	66.5%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	27	100.0%	1,431	100.0%

5-4. 引き続き問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。評価指標は策定していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 策定している	11	40.7%	301	21.0%
2. 策定していない	16	59.3%	1,130	79.0%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	27	100.0%	1,431	100.0%

5-6. 引き続き問5で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

5-6-1. 「入退院支援」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）

5-6-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

	関連付けた取り組み				課題となった部分			
	事例自治体		全体		事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	13	48.1%	726	50.7%	8	29.6%	381	26.6%
2. 体制の構築及び推進	16	59.3%	624	43.6%	7	25.9%	353	24.7%
3. ルール等の設定	12	44.4%	713	49.8%	6	22.2%	338	23.6%
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	18	66.7%	766	53.5%	10	37.0%	359	25.1%
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	22	81.5%	1,022	71.4%	11	40.7%	425	29.7%
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	17	63.0%	807	56.4%	10	37.0%	361	25.2%
7. 都道府県と市町村間の連携	11	40.7%	350	24.5%	2	7.4%	86	6.0%
8. 市町村間の連携	12	44.4%	429	30.0%	2	7.4%	93	6.5%
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	8	29.6%	229	16.0%	7	25.9%	245	17.1%
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	8	29.6%	251	17.5%	7	25.9%	264	18.4%
11. 地域住民への周知啓発	13	48.1%	401	28.0%	4	14.8%	193	13.5%
12. 地域における退院支援フロー等の作成	13	48.1%	472	33.0%	4	14.8%	153	10.7%
13. 退院調整カンファレンス	17	63.0%	685	47.9%	5	18.5%	200	14.0%
14. 在宅移行に向けたコーディネート	10	37.0%	535	37.4%	5	18.5%	209	14.6%
15. 施設入所に向けたコーディネート	9	33.3%	389	27.2%	5	18.5%	144	10.1%
16. その他（記述）	0	0.0%	38	2.7%	1	3.7%	52	3.6%
未回答	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	8	0.6%
合計	27	100.0%	1,431	100.0%	27	100.0%	1,431	100.0%

5-7. 問5で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握ができていない	3	75.0%	182	59.1%
2. 課題抽出ができていない	3	75.0%	178	57.8%
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいかわからない	0	0.0%	54	17.5%
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	22	7.1%
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	3	1.0%
6. 検討の必要性が分からない	1	25.0%	24	7.8%
7. その他（記述）	1	25.0%	53	17.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	4	100.0%	308	100.0%

問6 「急変時の対応」について取り組んでいますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 取り組んでいる	16	51.6%	954	54.8%
2. 取り組んでいない	15	48.4%	786	45.1%
未回答	0	0.0%	1	0.1%
合計	31	100.0%	1,741	100.0%

6-1. 問6で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。「急変時の対応」においてめざすべき姿は設定していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 設定している	10	62.5%	421	44.1%
2. 設定していない	6	37.5%	533	55.9%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	16	100.0%	954	100.0%

6-2. 引き続き問6で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現のための、現状把握や課題抽出をどのように行いましたか。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 地域支援事業交付金等の実績報告	3	18.8%	102	10.7%
2. 検討会等の設置	4	25.0%	241	25.3%
3. 見える化データ等を含む公的データ等	5	31.3%	215	22.5%
4. 地域ケア会議	9	56.3%	425	44.5%
5. サービス担当者会議	5	31.3%	273	28.6%
6. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	9	56.3%	298	31.2%
7. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等	8	50.0%	294	30.8%
8. 地域住民への意識調査（利用者・家族からの意識聴取を含む）	6	37.5%	186	19.5%
9. 医療・介護連携の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報	11	68.8%	580	60.8%
10. 地域包括支援センター（地域住民による相談）で得た情報	12	75.0%	663	69.5%
11. その他（記述）	4	25.0%	140	14.7%
未回答	0	0.0%	1	0.1%
合計	16	100.0%	954	100.0%

6-3. 引き続き問6で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 設定している	10	62.5%	311	32.6%
2. 設定していない	6	37.5%	643	67.4%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	16	100.0%	954	100.0%

6-4. 引き続き問6で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。評価指標は策定していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 策定している	9	56.3%	169	17.7%
2. 策定していない	7	43.8%	785	82.3%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	16	100.0%	954	100.0%

6-6. 引き続き問6で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

6-6-1. 「急変時の対応」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。(複数回答)

6-6-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。(複数回答)

1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）
2. 体制の構築及び推進
3. ルール等の設定
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携
7. 都道府県と市町村間の連携
8. 市町村間の連携
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保
11. 地域住民への周知啓発
12. 在宅医療支援病院との連携
13. 地域包括ケア病棟等、後方支援の医療機関との連携
14. 情報共有ツール・システムを介した救急との情報連携・運用
15. 看取り実施に向けた救急との体制整備・協力関係の構築
16. その他（記述）
未回答
合計

関連付けた取り組み				課題となった部分			
事例自治体		全体		事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
8	50.0%	449	47.1%	6	37.5%	265	27.8%
10	62.5%	366	38.4%	4	25.0%	285	29.9%
4	25.0%	212	22.2%	4	25.0%	223	23.4%
7	43.8%	297	31.1%	5	31.3%	193	20.2%
9	56.3%	585	61.3%	5	31.3%	244	25.6%
11	68.8%	503	52.7%	5	31.3%	215	22.5%
6	37.5%	104	10.9%	3	18.8%	43	4.5%
6	37.5%	184	19.3%	3	18.8%	48	5.0%
4	25.0%	134	14.0%	4	25.0%	150	15.7%
4	25.0%	156	16.4%	4	25.0%	148	15.5%
9	56.3%	391	41.0%	2	12.5%	223	23.4%
9	56.3%	344	36.1%	4	25.0%	152	15.9%
7	43.8%	279	29.2%	7	43.8%	136	14.3%
9	56.3%	369	38.7%	7	43.8%	272	28.5%
5	31.3%	306	32.1%	7	43.8%	282	29.6%
2	12.5%	47	4.9%	0	0.0%	33	3.5%
0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	6	0.6%
16	100.0%	954	100.0%	16	100.0%	954	100.0%

6-7. 問6で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。(複数回答)

1. 現状把握ができていない
2. 課題抽出ができていない
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない
6. 検討の必要性が分からない
7. その他（記述）
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
12	80.0%	549	69.8%
10	66.7%	486	61.8%
1	6.7%	104	13.2%
0	0.0%	34	4.3%
0	0.0%	6	0.8%
1	6.7%	47	6.0%
2	13.3%	93	11.8%
0	0.0%	0	0.0%
15	100.0%	786	100.0%

問7 「看取り」について取り組んでいますか。

1. 取り組んでいる
2. 取り組んでいない
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
27	87.1%	1201	69.0%
4	12.9%	540	31.0%
0	0.0%	0	0.0%
	100.0%	1741	100.0%

7-1. 問7で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。「看取り」においてめざすべき姿は設定していますか。

1. 設定している
2. 設定していない
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
15	55.6%	562	46.8%
12	44.4%	639	53.2%
0	0.0%	0	0.0%
27	100.0%	1,201	100.0%

7-2. 引き続き問7で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現のための、現状把握や課題抽出をどのように行いましたか。(複数回答)

1. 地域支援事業交付金等の実績報告
2. 検討会等の設置
3. 見える化データ等を含む公的データ等
4. 地域ケア会議
5. サービス担当者会議
6. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等
7. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への調査、視察等
8. 地域住民への意識調査（利用者・家族からの意識聴取を含む）
9. 医療・介護連携の相談窓口（専門職等による相談）で得た情報
10. 地域包括支援センター（地域住民による相談）で得た情報
11. その他（記述）
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
4	14.8%	119	9.9%
5	18.5%	307	25.6%
5	18.5%	329	27.4%
12	44.4%	495	41.2%
8	29.6%	290	24.1%
14	51.9%	393	32.7%
13	48.1%	403	33.6%
10	37.0%	438	36.5%
20	74.1%	723	60.2%
21	77.8%	812	67.6%
3	11.1%	143	11.9%
0	0.0%	1	0.1%
27	100.0%	1,201	100.0%

7-3. 引き続き問7で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。めざすべき姿の実現に向け、目標を設定していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 設定している	14	51.9%	406	33.8%
2. 設定していない	13	48.1%	794	66.1%
未回答	0	0.0%	1	0.1%
合計	27	100.0%	1,201	100.0%

7-4. 引き続き問7で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。評価指標は策定していますか。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 策定している	11	40.7%	270	22.5%
2. 策定していない	16	59.3%	930	77.4%
未回答	0	0.0%	1	0.1%
合計	27	100.0%	1,201	100.0%

7-6. 引き続き問7で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

7-6-1. 「看取り」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）

7-6-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

	関連付けた取り組み				課題となった部分			
	事例自治体		全体		事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	13	48.1%	588	49.0%	8	29.6%	307	25.6%
2. 体制の構築及び推進	8	29.6%	415	34.6%	4	14.8%	346	28.8%
3. ルール等の設定	5	18.5%	149	12.4%	5	18.5%	196	16.3%
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	9	33.3%	264	22.0%	9	33.3%	192	16.0%
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	20	74.1%	775	64.5%	10	37.0%	329	27.4%
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	17	63.0%	674	56.1%	8	29.6%	302	25.1%
7. 都道府県と市町村間の連携	7	25.9%	164	13.7%	3	11.1%	59	4.9%
8. 市町村間の連携	5	18.5%	237	19.7%	1	3.7%	43	3.6%
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	9	33.3%	301	25.1%	6	22.2%	306	25.5%
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	10	37.0%	336	28.0%	8	29.6%	320	26.6%
11. 地域住民への周知啓発	24	88.9%	828	68.9%	11	40.7%	482	40.1%
12. 人生の最終段階における意思決定支援等（ノート、パンフレットの作成）	20	74.1%	806	67.1%	8	29.6%	370	30.8%
13. 人生の最終段階にあるがん患者のコーディネート	7	25.9%	169	14.1%	3	11.1%	117	9.7%
14. その他（記述）	0	0.0%	40	3.3%	0	0.0%	37	3.1%
未回答	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	10	0.8%
合計	27	100.0%	1,201	100.0%	27	100.0%	1,201	100.0%

7-7. 問7で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握ができていない	3	75.0%	349	64.6%
2. 課題抽出ができていない	4	100.0%	322	59.6%
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいかわからない	1	25.0%	73	13.5%
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	37	6.9%
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	9	1.7%
6. 検討の必要性が分からない	0	0.0%	29	5.4%
7. その他（記述）	0	0.0%	75	13.9%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	4	100.0%	540	100.0%

問8 「認知症に係る対応」について、在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて教えてください。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 取り組んでいる	24	77.4%	1,110	63.8%
2. 取り組んでいない	7	22.6%	631	36.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	31	100.0%	1,741	100.0%

8-1. 問8で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。どのような場面において取り組んでいますか。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 日常の療養支援	24	100.0%	1,063	95.8%
2. 入退院支援	11	45.8%	639	57.6%
3. 急変時の対応	5	20.8%	352	31.7%
4. 看取り	5	20.8%	263	23.7%
5. 感染症に係る対応	4	16.7%	129	11.6%
6. 災害に係る対応	4	16.7%	173	15.6%
未回答	0	0.0%	1	0.1%
合計	24	100.0%	1,110	100.0%

8-2. 引き続き問8で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

8-2-1. 「認知症に係る対応」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）

8-2-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

	「認知症に係る対応」と関連づけて 行っている取り組み				取り組み実施上の課題			
	事例自治体		全体		事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	12	50.0%	466	42.0%	10	41.7%	281	25.3%
2. 体制の構築及び推進	9	37.5%	415	37.4%	8	33.3%	294	26.5%
3. ルール等の設定	6	25.0%	109	9.8%	8	33.3%	140	12.6%
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	7	29.2%	242	21.8%	5	20.8%	131	11.8%
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	19	79.2%	744	67.0%	8	33.3%	261	23.5%
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	16	66.7%	582	52.4%	9	37.5%	226	20.4%
7. 都道府県と市町村間の連携	10	41.7%	162	14.6%	5	20.8%	46	4.1%
8. 市町村間の連携	7	29.2%	204	18.4%	5	20.8%	35	3.2%
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	8	33.3%	155	14.0%	5	20.8%	171	15.4%
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	9	37.5%	208	18.7%	6	25.0%	202	18.2%
11. 地域住民への周知啓発	21	87.5%	798	71.9%	8	33.3%	273	24.6%
12. 認知症カフェ	21	87.5%	743	66.9%	4	16.7%	160	14.4%
13. 歯科医療提供体制の構築等	2	8.3%	56	5.0%	0	0.0%	39	3.5%
14. 受け入れ可能な急性期病院等の情報提供	6	25.0%	155	14.0%	5	20.8%	109	9.8%
15. 急変時対応ルール等の設定	3	12.5%	33	3.0%	7	29.2%	109	9.8%
16. 入退院支援における情報提供文書の作成等	7	29.2%	278	25.0%	0	0.0%	71	6.4%
17. 看取りに対する意思決定の支援	6	25.0%	208	18.7%	8	33.3%	198	17.8%
18. 看取り以外の意思決定の支援	9	37.5%	236	21.3%	6	25.0%	198	17.8%
19. 健康危機（感染症・災害）に係る対応の検討	5	20.8%	138	12.4%	5	20.8%	155	14.0%
20. その他（記述）	0	0.0%	36	3.2%	0	0.0%	26	2.3%
未回答	0	0.0%	2	0.2%	0	0.0%	12	1.1%
合計	24	100.0%	1,110	100.0%	24	100.0%	1,110	100.0%

8-3. 問8で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握ができていない	4	57.1%	358	56.7%
2. 課題抽出ができていない	6	85.7%	349	55.3%
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいかわからない	0	0.0%	77	12.2%
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	19	3.0%
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	6	1.0%
6. 検討の必要性が分からない	0	0.0%	27	4.3%
7. その他（記述）	1	14.3%	138	21.9%
未回答	0	0.0%	1	0.2%
合計	7	100.0%	631	100.0%

問9 「感染時に係る対応」について、在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて教えてください。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 取り組んでいる	12	38.7%	532	30.6%
2. 取り組んでいない	19	61.3%	1,208	69.4%
未回答	0	0.0%	1	0.1%
合計	31	100.0%	1,741	100.0%

9-1. 問9で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。どのような団体等と連携をしていますか。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 医師会	9	75.0%	336	63.2%
2. 歯科医師会	6	50.0%	159	29.9%
3. 薬剤師会	8	66.7%	162	30.5%
4. 看護協会・訪問看護協議会または地域の連絡会	4	33.3%	200	37.6%
5. 介護支援専門員協会または地域の連絡会	6	50.0%	276	51.9%
6. 栄養士会または地域の連絡会	1	8.3%	48	9.0%
7. 理学療法士協会	0	0.0%	58	10.9%
8. 作業療法士協会	0	0.0%	39	7.3%
9. 言語聴覚士協会	0	0.0%	28	5.3%
10. 歯科衛生士会	0	0.0%	22	4.1%
11. 医療ソーシャルワーカー協会	0	0.0%	44	8.3%
12. 地域包括支援センター	9	75.0%	385	72.4%
13. 都道府県	3	25.0%	100	18.8%
14. 保健所（都道府県）	9	75.0%	288	54.1%
15. 保健所（市・特別区設置）	0	0.0%	59	11.1%
16. 消防署（救急）	3	25.0%	106	19.9%
17. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター	6	50.0%	197	37.0%
18. 大学等の教育機関	0	0.0%	10	1.9%
19. 民間企業	2	16.7%	17	3.2%
20. その他（記述）	7	58.3%	113	21.2%
未回答	0	0.0%	1	0.2%
合計	12	100.0%	532	100.0%

9-2. 引き続き問9で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。回答）

9-2-1. 「感染症に係る対応」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）

9-2-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

	関連付けた取り組み				課題となった部分			
	事例自治体		全体		事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	9	75.0%	226	42.5%	5	41.7%	131	24.6%
2. 体制の構築及び推進	5	41.7%	207	38.9%	4	33.3%	165	31.0%
3. ルール等の設定	3	25.0%	120	22.6%	7	58.3%	133	25.0%
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	4	33.3%	88	16.5%	5	41.7%	94	17.7%
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	7	58.3%	304	57.1%	5	41.7%	111	20.9%
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	6	50.0%	305	57.3%	5	41.7%	115	21.6%
7. 都道府県と市町村間の連携	5	41.7%	167	31.4%	2	16.7%	41	7.7%
8. 市町村間の連携	4	33.3%	116	21.8%	0	0.0%	15	2.8%
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	3	25.0%	68	12.8%	2	16.7%	86	16.2%
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	2	16.7%	102	19.2%	2	16.7%	108	20.3%
11. 地域住民への周知啓発	4	33.3%	205	38.5%	4	33.3%	70	13.2%
12. その他（記述）	1	8.3%	42	7.9%	1	8.3%	23	4.3%
未回答	0	0.0%	3	0.6%	0	0.0%	7	1.3%
合計	12	100.0%	532	100.0%	12	100.0%	532	100.0%

9-3. 問9で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握ができていない	14	73.7%	843	69.8%
2. 課題抽出ができていない	12	63.2%	748	61.9%
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない	1	5.3%	95	7.9%
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	22	1.8%
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	15	1.2%
6. 検討の必要性が分からない	0	0.0%	84	7.0%
7. その他（記述）	4	21.1%	147	12.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	19	100.0%	1,208	100.0%

問10 「災害に係る対応」について、在宅医療・介護連携推進事業との関係を踏まえて教えてください。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 取り組んでいる	11	35.5%	503	28.9%
2. 取り組んでいない	20	64.5%	1,236	71.0%
未回答	0	0.0%	2	0.1%
合計	31	100.0%	1,741	100.0%

10-1. 問10で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。どのような団体等と連携をしていますか。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 医師会	9	81.8%	202	40.2%
2. 歯科医師会	6	54.5%	116	23.1%
3. 薬剤師会	5	45.5%	117	23.3%
4. 看護協会・訪問看護協議会または地域の連絡会	5	45.5%	155	30.8%
5. 介護支援専門員協会または地域の連絡会	9	81.8%	268	53.3%
6. 栄養士会または地域の連絡会	0	0.0%	38	7.6%
7. 理学療法士協会	0	0.0%	48	9.5%
8. 作業療法士協会	0	0.0%	31	6.2%
9. 言語聴覚士協会	0	0.0%	22	4.4%
10. 歯科衛生士会	0	0.0%	21	4.2%
11. 医療ソーシャルワーカー協会	0	0.0%	26	5.2%
12. 地域包括支援センター	9	81.8%	383	76.1%
13. 都道府県	4	36.4%	66	13.1%
14. 保健所（都道府県）	7	63.6%	151	30.0%
15. 保健所（市・特別区設置）	0	0.0%	40	8.0%
16. 消防署（救急）	6	54.5%	135	26.8%
17. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター	6	54.5%	151	30.0%
18. 大学等の教育機関	1	9.1%	17	3.4%
19. 民間企業	2	18.2%	24	4.8%
20. その他（記述）	3	27.3%	145	28.8%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	11	100.0%	503	100.0%

10-2. 引き続き問10で「1.取り組んでいる」と回答した方に伺います。

10-2-1. 「災害に係る対応」と関連づけて次の取り組みを行っていますか。（複数回答）

10-2-2. 取り組みの実施において課題となった部分はどこですか。（複数回答）

	関連付けた取り組み				課題となった部分			
	事例自治体		全体		事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）	8	72.7%	242	48.1%	4	36.4%	131	26.0%
2. 体制の構築及び推進	9	81.8%	268	53.3%	6	54.5%	223	44.3%
3. ルール等の設定	3	27.3%	139	27.6%	4	36.4%	136	27.0%
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等	7	63.6%	130	25.8%	6	54.5%	118	23.5%
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	7	63.6%	291	57.9%	5	45.5%	136	27.0%
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	6	54.5%	188	37.4%	5	45.5%	93	18.5%
7. 都道府県と市町村間の連携	5	45.5%	87	17.3%	4	36.4%	41	8.2%
8. 市町村間の連携	3	27.3%	93	18.5%	3	27.3%	42	8.3%
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	4	36.4%	47	9.3%	4	36.4%	64	12.7%
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	4	36.4%	64	12.7%	4	36.4%	74	14.7%
11. 地域住民への周知啓発	3	27.3%	176	35.0%	2	18.2%	112	22.3%
12. その他（記述）	0	0.0%	33	6.6%	0	0.0%	26	5.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%
合計	11	100.0%	503	100.0%	11	100.0%	503	100.0%

10-3. 問10で「2.取り組んでいない」と回答した方に伺います。現在、取り組んでいない理由を教えてください。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 現状把握ができていない	17	85.0%	878	71.0%
2. 課題抽出ができていない	13	65.0%	770	62.3%
3. 課題抽出は行っているがどのように取り組めばよいか分からない	0	0.0%	111	9.0%
4. 医療に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	17	1.4%
5. 介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）の協力が得られない	0	0.0%	9	0.7%
6. 検討の必要性が分からない	1	5.0%	63	5.1%
7. その他（記述）	4	20.0%	176	14.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	20	100.0%	1,236	100.0%

問11 貴市町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題等を教えてください。

- 11-1. 課題だと感じている事項を選択してください。また、その中で課題解消に係る優先順位が最も高いと考える事項を選択してください。
 11-2. 国・都道府県に支援を期待する事項を選択してください。

1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）
2. 体制の構築及び推進
3. ルール等の設定
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携
7. 都道府県と市町村間の連携
8. 市町村間の連携
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保
11. 地域住民への周知啓発
12. 他の地域支援事業、認知症関連施策等との一体的支援の検討
13. 他市町村の取り組み状況等の収集
14. アドバイザーや有識者等の活用
15. その他（記述）
未回答
合計

事例自治体

あてはまる事項		最も課題解消の優先順位が高い事項		国・都道府県に支援を期待する事項	
回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
21	67.7%	5	16.1%	7	22.6%
19	61.3%	4	12.9%	1	3.2%
14	45.2%	0	0.0%	9	29.0%
16	51.6%	2	6.5%	8	25.8%
21	67.7%	2	6.5%	2	6.5%
23	74.2%	7	22.6%	10	32.3%
14	45.2%	1	3.2%	6	19.4%
12	38.7%	1	3.2%	4	12.9%
16	51.6%	0	0.0%	9	29.0%
15	48.4%	3	9.7%	8	25.8%
14	45.2%	1	3.2%	0	0.0%
15	48.4%	4	12.9%	4	12.9%
10	32.3%	0	0.0%	6	19.4%
15	48.4%	1	3.2%	6	19.4%
0	0.0%	0	0.0%	1	3.2%
0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
31	100.0%	31	100.0%	31	100.0%

全体

1. 現状把握と問題点の抽出（データの活用含む）
2. 体制の構築及び推進
3. ルール等の設定
4. ツール（システム・ガイドライン含む）等の策定等
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携
7. 都道府県と市町村間の連携
8. 市町村間の連携
9. 医療に係る専門職等の人材育成・確保
10. 介護に係る専門職等の人材育成・確保
11. 地域住民への周知啓発
12. 他の地域支援事業、認知症関連施策等との一体的支援の検討
13. 他市町村の取り組み状況等の収集
14. アドバイザーや有識者等の活用
15. その他（記述）
未回答
合計

あてはまる事項		最も課題解消の優先順位が高い事項		国・都道府県に支援を期待する事項	
回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
1170	67.2%	343	19.7%	440	25.3%
1118	64.2%	326	18.7%	396	22.7%
693	39.8%	45	2.6%	219	12.6%
776	44.6%	75	4.3%	308	17.7%
886	50.9%	171	9.8%	180	10.3%
906	52.0%	257	14.8%	440	25.3%
409	23.5%	28	1.6%	259	14.9%
365	21.0%	16	0.9%	107	6.1%
925	53.1%	101	5.8%	493	28.3%
991	56.9%	180	10.3%	514	29.5%
745	42.8%	58	3.3%	64	3.7%
700	40.2%	56	3.2%	134	7.7%
432	24.8%	12	0.7%	298	17.1%
391	22.5%	19	1.1%	252	14.5%
80	4.6%	54	3.1%	56	3.2%
2	0.1%	2	0.1%	5	0.3%
1741	100.0%	1,741	100.0%	1,741	100.0%

Ⅳ. コーディネーターについて

問13 貴市町村において、在宅医療・介護連携に関する「コーディネーター」（地域の在宅医療・介護の連携を支援する人材）と呼ばれる人はいますか。

1. いる
2. いない
3. わからない
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
30	96.8%	986	56.6%
1	3.2%	690	39.6%
0	0.0%	60	3.4%
0	0.0%	5	0.3%
31	100.0%	1,741	100.0%

13-1. 問13で「1.いる」と回答した方に伺います。配置されているコーディネーターの人数を教えてください。（記述）
（※複数箇所に配置されている場合は、合算した人数を記載）

1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従
2. 常勤・兼務
3. 非常勤
4. 不明

0人
0人より多く2人以下
2人より多く4人以下
4人より多く6人以下
6人より多く8人以下
8人より多く10人以下
10人より多い
未回答
合計

事例自治体

常勤・専従		常勤・兼務		非常勤		不明	
回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
5	16.7%	16	53.3%	7	23.3%	1	3.3%
0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%	0	0.0%
0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%
0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
1	3.3%	1	3.3%	2	6.7%	0	0.0%
24	80.0%	9	30.0%	21	70.0%	29	96.7%
30	100.0%	30	100.0%	30	100.0%	30	100.0%

全体

常勤・専従		常勤・兼務		非常勤		不明	
回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
24	2.4%	16	1.6%	25	2.5%	28	2.8%
360	36.5%	380	38.5%	203	20.6%	10	1.0%
48	4.9%	52	5.3%	16	1.6%	1	0.1%
13	1.3%	12	1.2%	3	0.3%	2	0.2%
3	0.3%	6	0.6%	1	0.1%	0	0.0%
2	0.2%	5	0.5%	0	0.0%	0	0.0%
6	0.6%	11	1.1%	4	0.4%	1	0.1%
530	53.8%	504	51.1%	734	74.4%	944	95.7%
986	100.0%	986	100.0%	986	100.0%	986	100.0%

0人
0人より多く2人以下
2人より多く4人以下
4人より多く6人以下
6人より多く8人以下
8人より多く10人以下
10人より多い
未回答
合計

13-2. 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの職種を教えてください。（複数回答）

1. 医師
2. 歯科医師
3. 薬剤師
4. 保健師
5. 看護師
6. 歯科衛生士
7. 介護支援専門員
8. 医療ソーシャルワーカー
9. 市町村担当者（行政職）
10. 市町村担当者（専門職）
11. その他（記述）
12. 把握していない
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
4	13.3%	16	1.6%
4	13.3%	6	0.6%
4	13.3%	5	0.5%
10	33.3%	289	29.3%
24	80.0%	492	49.9%
2	6.7%	17	1.7%
6	20.0%	307	31.1%
1	3.3%	115	11.7%
3	10.0%	65	6.6%
1	3.3%	109	11.1%
9	30.0%	312	31.6%
0	0.0%	6	0.6%
0	0.0%	0	0.0%
30	100.0%	986	100.0%

13-3. 引き続き問13で「1.いる」と回答した方に伺います。コーディネーターの配置場所を教えてください。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 病院	3	10.0%	136	13.8%
2. 診療所	3	10.0%	20	2.0%
3. 薬局	2	6.7%	2	0.2%
4. 医師会	8	26.7%	357	36.2%
5. 歯科医師会	4	13.3%	11	1.1%
6. 薬剤師会	3	10.0%	3	0.3%
7. 訪問看護事業所	23	76.7%	23	2.3%
8. 都道府県	0	0.0%	0	0.0%
9. 保健所	1	3.3%	2	0.2%
10. 地域包括支援センター	2	6.7%	279	28.3%
11. その他（記述）	7	23.3%	229	23.2%
12. 把握していない	0	0.0%	0	0.0%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	30	100.0%	986	100.0%

13-4. （コーディネーターがいる場合）コーディネーターの業務について教えてください。（複数回答）

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援	19	63.3%	678	68.8%
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出	24	80.0%	768	77.9%
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援	16	53.3%	616	62.5%
4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援	25	83.3%	830	84.2%
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進	25	83.3%	825	83.7%
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携	23	76.7%	724	73.4%
7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保	5	16.7%	292	29.6%
8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保	5	16.7%	304	30.8%
9. 地域住民への普及啓発	21	70.0%	739	74.9%
10. 医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談支援	28	93.3%	828	84.0%
11. 地域住民への相談支援	16	53.3%	607	61.6%
12. 都道府県のコーディネーターとの連携	7	23.3%	214	21.7%
13. 他市町村のコーディネーターとの連携	7	23.3%	312	31.6%
14. 自治体職員との連携	19	63.3%	716	72.6%
15. 地域ケア会議への参加	13	43.3%	547	55.5%
16. その他（記述）	1	3.3%	40	4.1%
17. 把握していない	0	0.0%	2	0.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	30	100.0%	986	100.0%

V. 「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状況について

問14 「在宅医療の体制構築に係る指針」に示す「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業との連携について伺います。貴都道府県内の「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と市町村の在宅医療介護連携推進事業の連携状況について教えてください。

参考：「在宅医療の体制構築に係る指針」（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日付け医政地発0331第14号厚生労働省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）））

URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/001103126.pdf>

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 全て連携している	13	41.9%	244	14.0%
2. 一部について連携している	5	16.1%	390	22.4%
3. 連携していない	1	3.2%	285	16.4%
4. 状況を把握していない	12	38.7%	812	46.6%
未回答	0	0.0%	10	0.6%
合計	31	100.0%	1,741	100.0%

14-1. 問14で「1.全て連携している」、「2.一部について連携している」と回答した方に伺います。

在宅医療・介護連携推進事業では、「在宅医療・介護連携の対応策の実施（①在宅医療・介護連携に関する相談支援）」を通じて在宅医療・介護連携の取り組みの支援を行うこととしています。

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体と、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の運営主体について教えてください。参考：「在宅医療・介護連携推進支援事業の手引き ver.3（P53）」

URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf>

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 同一の主体である	14	77.8%	404	63.7%
2. 同一の主体ではないが連携している	4	22.2%	230	36.3%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	18	100.0%	634	100.0%

14-1-1. 問14-1で「1.同一の主体である」を選択した方に伺います。運営主体について教えてください。

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 医師会	1	7.1%	148	36.6%
2. 市町村	4	28.6%	184	45.5%
3. 保健所	1	7.1%	5	1.2%
4. 医療機関	1	7.1%	25	6.2%
5. 訪問看護事業所	2	14.3%	2	0.5%
6. 介護事業所	0	0.0%	3	0.7%
7. その他（記述）	5	35.7%	37	9.2%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	14	100.0%	404	100.0%

14-1-2. 問14-1で「2.同一の主体ではないが連携している」を選択した方に伺います。それぞれの運営主体について教えてください。

-1. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の運営主体

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 医師会	2	50.0%	82	35.7%
2. 市町村	1	25.0%	59	25.7%
3. 保健所	0	0.0%	33	14.3%
4. 医療機関	0	0.0%	36	15.7%
5. 訪問看護事業所	1	25.0%	1	0.4%
6. 介護事業所	0	0.0%	1	0.4%
7. その他（記述）	0	0.0%	18	7.8%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	4	100.0%	230	100.0%

-2. 在宅医療・介護連携推進事業の「在宅医療・介護連携に関する相談支援」の実施主体

	事例自治体		全体	
	回答数	割合	回答数	割合
1. 医師会	1	25.0%	55	23.9%
2. 市町村	1	25.0%	111	48.3%
3. 保健所	0	0.0%	3	1.3%
4. 医療機関	0	0.0%	17	7.4%
5. 訪問看護事業所	2	50.0%	5	2.2%
6. 介護事業所	0	0.0%	5	2.2%
7. その他（記述）	0	0.0%	34	14.8%
未回答	0	0.0%	0	0.0%
合計	4	100.0%	230	100.0%

「令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業 事態調査 厚生労働省」
コーディネーター調査の結果（参考資料2）

Ⅱ. コーディネーターについて

問1 勤務状況を教えてください。

1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従
2. 常勤・兼務
3. 非常勤
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
7	16.7%	699	41.7%
25	59.5%	736	43.9%
10	23.8%	233	13.9%
0	0.0%	8	0.5%
42	100%	1,676	100.0%

1-1. 「3.非常勤」を選択された方に伺います。勤務時間を教えてください

1 週あたりの出勤日数

0日
1日
2日
3日
4日
5日
6日
7日
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
0	0.0%	0	0.0%
5	50.0%	23	9.9%
2	20.0%	30	12.9%
0	0.0%	54	23.2%
3	30.0%	69	29.6%
0	0.0%	56	24.0%
0	0.0%	1	0.4%
0	0.0%	0	0.0%
0	0.0%	0	0.0%
10	100.0%	233	100.0%

1 日あたりの勤務時間

0時間
0時間より長く2時間以下
2時間より長く4時間以下
4時間より長く6時間以下
6時間より長く8時間以下
8時間より長く10時間以下
10時間より長く12時間以下
12時間より長い
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
0	0.0%	0	0.0%
3	30.0%	9	3.9%
3	30.0%	41	17.6%
2	20.0%	55	23.6%
2	20.0%	127	54.5%
0	0.0%	1	0.4%
0	0.0%	0	0.0%
0	0.0%	0	0.0%
0	0.0%	0	0.0%
10	100.0%	233	100.0%

問2 所属先を教えてください。

1. 病院
2. 診療所
3. 薬局
4. 医師会
5. 歯科医師会
6. 薬剤師会
7. 訪問看護事業所
8. 都道府県
9. 保健所
10. 市町村
11. 地域包括支援センター
12. その他（記述）
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
0	0.0%	243	14.5%
1	2.4%	27	1.6%
1	2.4%	1	0.1%
5	11.9%	563	33.6%
0	0.0%	9	0.5%
0	0.0%	0	0.0%
18	42.9%	45	2.7%
0	0.0%	0	0.0%
0	0.0%	0	0.0%
7	16.7%	226	13.5%
0	0.0%	438	26.1%
10	23.8%	116	6.9%
0	0.0%	8	0.5%
42	100%	1,676	100.0%

問3 有している資格等を教えてください。（複数回答）

1. 医師
2. 歯科医師
3. 薬剤師
4. 保健師
5. 看護師
6. 歯科衛生士
7. 介護支援専門員
8. 医療ソーシャルワーカー42
9. 自治体担当者（行政職）
10. 自治体担当者（専門職）
11. その他（記述）
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
0	0.0%	6	0.4%
0	0.0%	2	0.1%
1	2.4%	4	0.2%
7	16.7%	376	22.4%
27	64.3%	789	47.1%
2	4.8%	15	0.9%
13	31.0%	656	39.1%
1	2.4%	170	10.1%
4	9.5%	71	4.2%
0	0.0%	156	9.3%
8	19.0%	486	29.0%
0	0.0%	9	0.5%
42	100.0%	1,676	100.0%

問4 コーディネーターとしての経験年数を教えてください。（記述）（※前職でも実施の場合は通算年数を入力してください）

0年
0年より長く2年以下
2年より長く4年以下
4年より長く6年以下
6年より長く8年以下
8年より長く10年以下
10年より長い
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
0	0.0%	7	0.4%
18	42.9%	488	29.1%
4	9.5%	301	18.0%
11	26.2%	441	26.3%
3	7.1%	229	13.7%
4	9.5%	114	6.8%
2	4.8%	84	5.0%
0	0.0%	12	0.7%
42	100.0%	1,676	100.0%

問5 業務について教えてください。

5-1. 業務の実施形態を教えてください。

1. 直営
2. 委託
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
7	16.7%	585	34.9%
35	83.3%	1,082	64.6%
0	0.0%	9	0.5%
42	100%	1,676	100.0%

5-2. 御自身を含む所属先のコーディネーターの人数を教えてください

1. 常勤（週5・フルタイム勤務）・専従
2. 常勤・兼務
3. 非常勤

0人
0人より多く2人以下
2人より多く4人以下
4人より多く6人以下
6人より多く8人以下
8人より多く10人以下
10人より多い
未回答
合計

事例自治体

常勤・専従		常勤・兼務		非常勤	
回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
4	9.5%	2	4.8%	3	7.1%
7	16.7%	20	47.6%	14	33.3%
0	0.0%	2	4.8%	1	2.4%
0	0.0%	7	16.7%	0	0.0%
0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
31	73.8%	11	26.2%	24	57.1%
42	100.0%	42	100.0%	42	100.0%

全体

常勤・専従		常勤・兼務		非常勤	
回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
129	7.7%	112	6.7%	168	10.0%
576	34.4%	615	36.7%	329	19.6%
133	7.9%	139	8.3%	41	2.4%
15	0.9%	60	3.6%	17	1.0%
23	1.4%	10	0.6%	0	0.0%
1	0.1%	31	1.8%	0	0.0%
1	0.1%	4	0.2%	0	0.0%
798	47.6%	705	42.1%	1,121	66.9%
1,676	100.0%	1,676	100.0%	1,676	100.0%

0人
0人より多く2人以下
2人より多く4人以下
4人より多く6人以下
6人より多く8人以下
8人より多く10人以下
10人より多い
未回答
合計

5-3. 業務内容を教えてください。（複数回答）

1. 医療・介護に係る資源確保や活用等に関する検討及び支援
2. 在宅医療・介護連携推進に係る実態把握や課題の抽出
3. 課題解決に係る事業の企画立案や運営支援
4. 在宅医療・介護間の情報共有に関する検討及び支援
5. 多職種間の連携やネットワーク構築の推進
6. 医師会をはじめとする地域の関係団体等との連携
7. 医療に係る専門職等の人材育成・確保
8. 介護に係る専門職等の人材育成・確保
9. 地域住民への普及啓発
10. 医療・介護に係る専門職等（地域の関係団体等含む）への相談
11. 地域住民への相談支援
12. 都道府県内のコーディネーターとの連携
13. 他都道府県及び市町村のコーディネーターとの連携
14. 自治体職員との連携
15. 地域ケア会議への参加
16. その他（記述）
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
28	66.7%	1,125	67.1%
32	76.2%	1,290	77.0%
26	61.9%	1,003	59.8%
34	81.0%	1,399	83.5%
33	78.6%	1,410	84.1%
32	76.2%	1,234	73.6%
15	35.7%	459	27.4%
12	28.6%	463	27.6%
33	78.6%	1,293	77.1%
37	88.1%	1,412	84.2%
28	66.7%	1,094	65.3%
16	38.1%	532	31.7%
6	14.3%	438	26.1%
34	81.0%	1,254	74.8%
32	76.2%	1,029	61.4%
0	0.0%	108	6.4%
0	0.0%	8	0.5%
42	100.0%	1,676	100.0%

5-4. 貴方の所属先を管轄する自治体においては、現場的なコーディネーターと併せて基幹的なコーディネーターの配置がなされていますか。

1. はい
2. いいえ
未回答
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
2	4.8%	204	12.2%
40	95.2%	1,461	87.2%
0	0.0%	11	0.7%
42	100.0%	1,676	100.0%

5-4-1. 問5-4で「1.はい」と回答した方に伺います。貴方は基幹的なコーディネーターとしてどのような役割を担っていますか。

1. はい
2. いいえ
合計

事例自治体		全体	
回答数	割合	回答数	割合
0	0.0%	52	25.5%
2	100.0%	152	74.5%
2	100.0%	204	100.0%

ハンドブック

在宅医療・介護連携における 訪問看護ステーションの効果的な連携に 関するハンドブック

令和7（2025）年3月

1

【目次】

序文

第1章 在宅医療・介護連携推進事業について

第2章 自治体における訪問看護ステーションが在宅医療・介護連携推進事業等を実施する際のポイント

第3章 訪問看護ステーションにおける在宅医療・介護連携推進事業の取組の推進（取組事例）

結び

関係法規及び参考資料

2

序文

- 3

訪問看護と在宅医療・介護連携

- (出所)「在宅医療・介護連携推進事業手引きVer.4」(厚生労働省老健局老人保健課、令和7年3月)から一部抜粋

訪問看護が在宅医療・介護連携推進事業を委託する利点

- 4

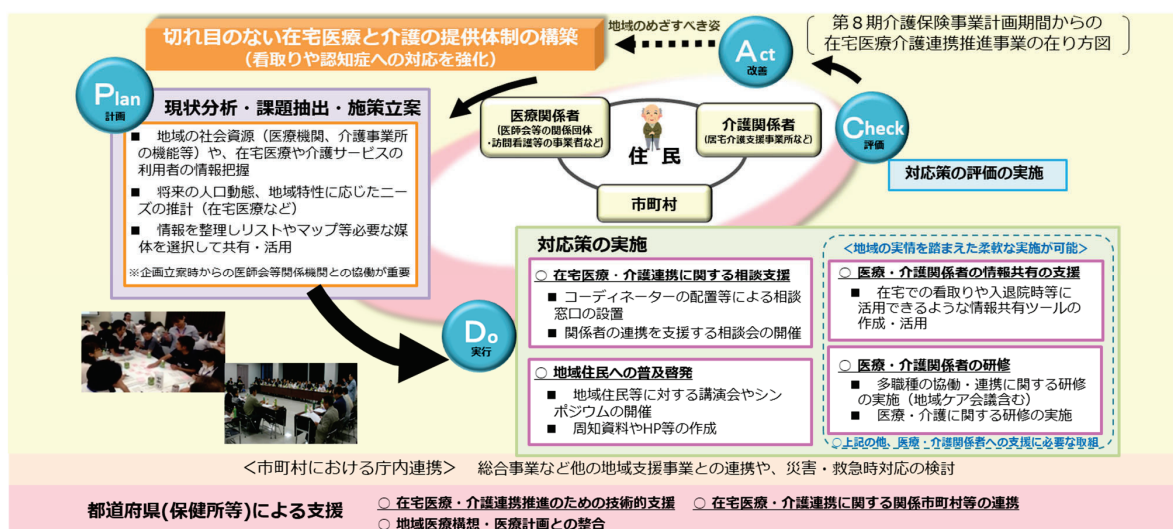
第1章

在宅医療・介護連携推進事業について

5

1. 在宅医療・介護連携推進事業の概要

- 在宅医療・介護連携推進事業は、平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割の明確化がなされ、平成30年4月以降、全ての市町村において事業が実施となった。本事業は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築を推進するために、**地域の実情を把握・分析したうえで、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的**としている。
- 具体的には、地域の医療・介護の資源の把握、課題の抽出と対応策の検討、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築の推進、在宅医療・介護連携に関する相談支援、地域住民への普及啓発、医療・介護関係者の情報共有の支援、地域の実情に応じた医療・介護関係者の支援等の実施によって、医療・介護関係者の協働・連携による、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進する。これらの取組にあたっては、地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）を検討した上で、PDCAサイクルに沿った推進が求められる。

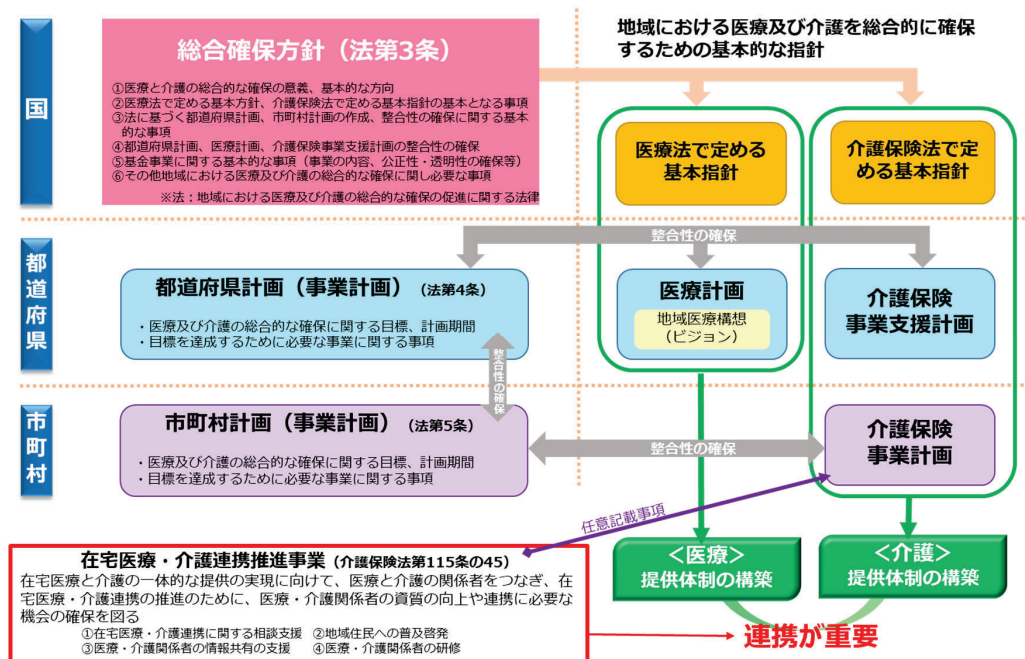


（出所）「在宅医療・介護連携推進事業手引きVer.4」（厚生労働省老健局老人保健課、令和7年3月）

6

2.在宅医療・介護連携推進事業と他計画の関係性

- 在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたっては、近年の災害や感染症の発生の動向も踏まえ、災害・救急時の対応を含めて検討を行うこと、市町村介護保険事業計画や都道府県の医療計画・地域医療構想との整合性を意識し、都道府県と連携を図りながら実施すること、市町村内の他の計画との整合性も意識することなども重要である。



（出所）「在宅医療・介護連携推進事業手引きVer.4」（厚生労働省老健局老人保健課、令和7年3月）

7

3.在宅医療・介護連携推進事業に係る近年の動向

第9期介護保険事業（支援）計画に係る基本指針について

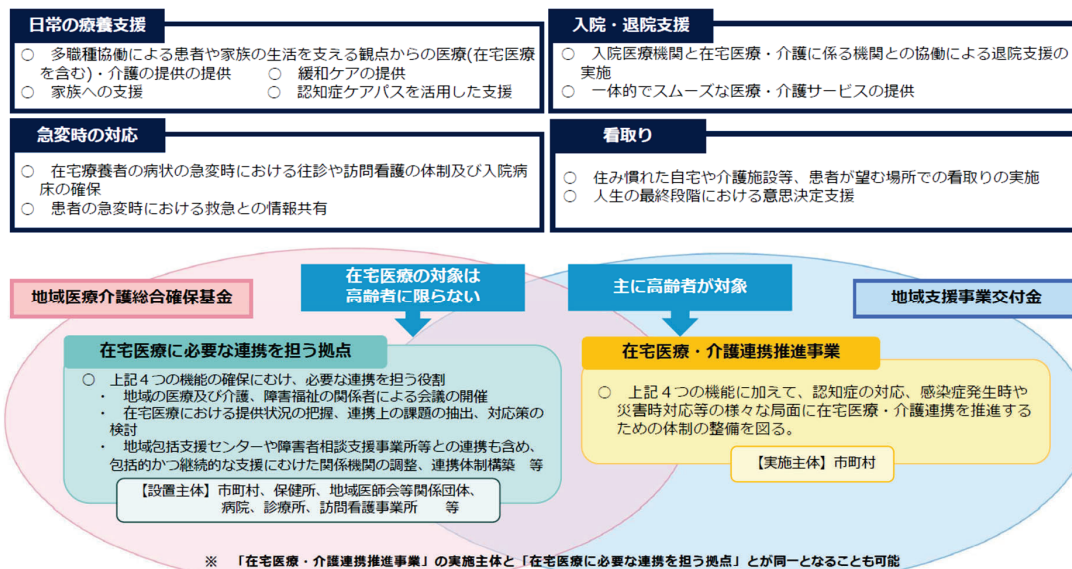
- 令和6年4月1日より、第9期介護保険事業（支援）計画が開始された。**介護保険事業計画**は、保険給付の円滑な実施のため3年間で1期として策定することとしており、国の基本指針「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和6年厚生労働省告示第18号）」に基づき各市町村が策定する。**第9期介護保険事業計画の国の基本指針では、「サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項」として、「在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備」について、下記の記載がある。**
 - 市町村は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療・介護の提供に携わる者その他の関係者の連携を推進するための体制の整備を図ることが重要である。
 - 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要である。
 - 市町村が主体となって、医療・介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しながら、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要である。
 - 市町村でP D C Aサイクルに沿った事業展開を行うことができるよう、地域包括ケア「見える化」システムを周知すること等が重要である。
- **介護保険事業支援計画**は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画を3年間で1期として策定することとしており、国の基本指針「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和6年厚生労働省告示第18号）」に基づき各都道府県が策定する。**第9期介護保険事業支援計画の国の基本指針では、「都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項」として、「地域包括ケアシステムの深化・推進のための支援に関する事項」について、下記の記載がある。**
 - 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備を支援するため、保健医療部局とも連携しながら、医療法におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しつつ、具体的な支援策を定めることが重要である。
 - 以降に記載の①から⑩の様な具体的な支援策を定めることが重要である。

- | | |
|--|--|
| ①在宅医療をはじめとした広域的な医療資源に関する情報提供 | ②医療と介護の連携に関する実態把握及び分析 |
| ③在宅医療・介護の関係者からなる会議の設置 | ④都道府県として実施する在宅医療・介護連携の推進のための情報発信 |
| ⑤好事例の横展開及び人材育成等の研修会の開催 | ⑥市町村で事業を総合的に進める人材の育成 |
| ⑦都道府県医師会等の医療・介護関係団体その他の関係機関との連携及び調整や市町村が地域の関係団体と連携体制を構築するための支援 | ⑧入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携及び調整 |
| ⑨小規模市町村が複数の市町村で共同事業を行う際の支援 | ⑩保健所の活用を含めた市町村への広域連携が必要な事項に関する支援 |
| ⑪各市町村へのデータの活用・分析 | |

8

4. 在宅医療に必要な連携を担う拠点と在宅医療・介護連携推進事業との連携

- 第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、**「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こととなった。**
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点では、幅広い年齢の在宅医療を受ける人に対して、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。そのため、**在宅医療に必要な連携を担う拠点と、在宅医療・介護連携推進事業で市町村が実施する取組については、連携を図ることが重要**である。なお、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が同一になることも可能である。
- 「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については、「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」（令和7年3月）も参照されたい。



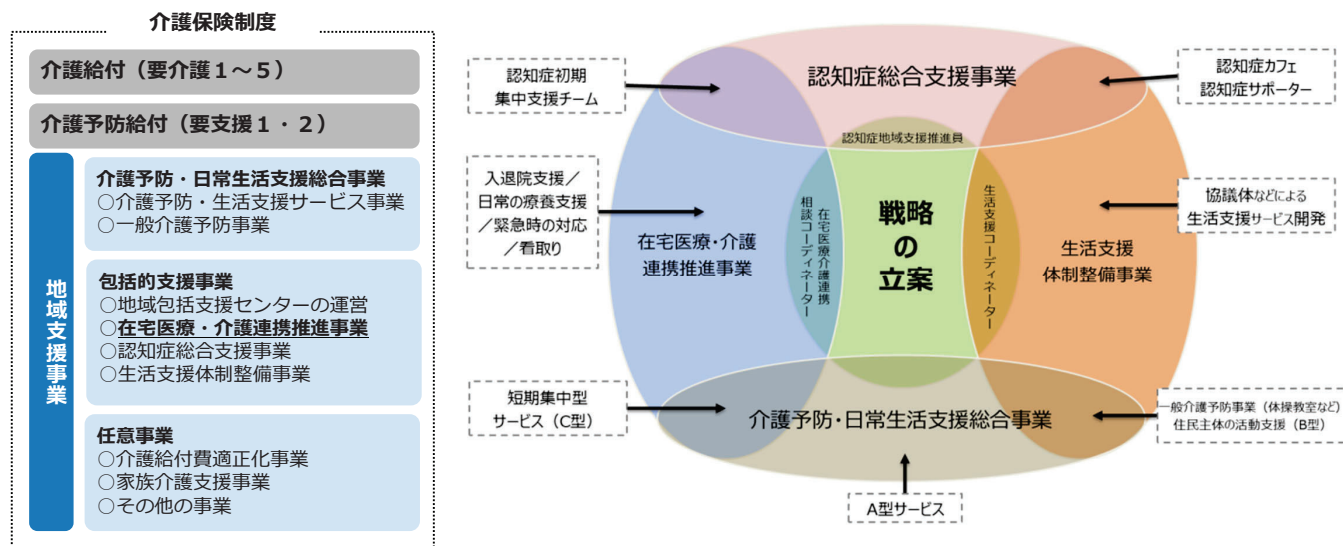
（出所）「在宅医療・介護連携推進事業手引きVer.4」（厚生労働省老健局老人保健課、令和7年3月）から一部抜粋

9

5. 地域支援事業等の他制度との連動

- 在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたっては、介護保険部門のみならず、市町村全体で取り組み、他の地域支援事業に基づく事業、例えば、**認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業等の他の施策との連携・調整を進め、会議や研修の合同開催などで一体的な運用を図ること**で、**高齢者には効果的に、そして市町村には効率的な事業実施**を行うことが期待されている。

例）短期集中予防サービス（C型）は、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービスのメニューの一つであるが、リハビリ職とケアマネジャーの連携に基づいて実施されており、取組の参加者・関係者の視点からみれば、在宅医療・介護連携推進事業の一部と整理して取り組むことができる



（出所）平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」（三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社、平成31年3月）

10

6. 在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの役割と実態

- 在宅医療・介護連携に係る体制整備の推進を目的として、実施主体である市町村と連携して在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能（主に多機関に所属する多職種の連携推進や人材育成）を果たす「在宅医療・介護連携推進事業コーディネーター（以下「コーディネーター」という）」の配置が、地域の実情に応じた形で配置されている。市町村に配置されるコーディネーターには、**自治体における関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら、コーディネート業務を実施することにより、在宅医療・介護連携推進事業の体制整備に向けた取組を推進**することが期待されている。
- なお、厚生労働省が実施した令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査によると、**市町村のコーディネーターが保有する資格は、看護師（49.9%）、その他（31.6%）、介護支援専門員（31.1%）の順に多かった**。また、所属先等は、医師会（33.6%）、地域包括支援センター（26.1%）、病院（14.5%）の順に多かった。なお、**所属先が訪問看護事業所の割合は2.7%**であった。

コーディネーターに期待される具体的役割の例

- 自治体内外の多機関との組織横断的な連携
- 専門的側面及び技術的側面からの多職種連携・協働
- 人材育成への寄与

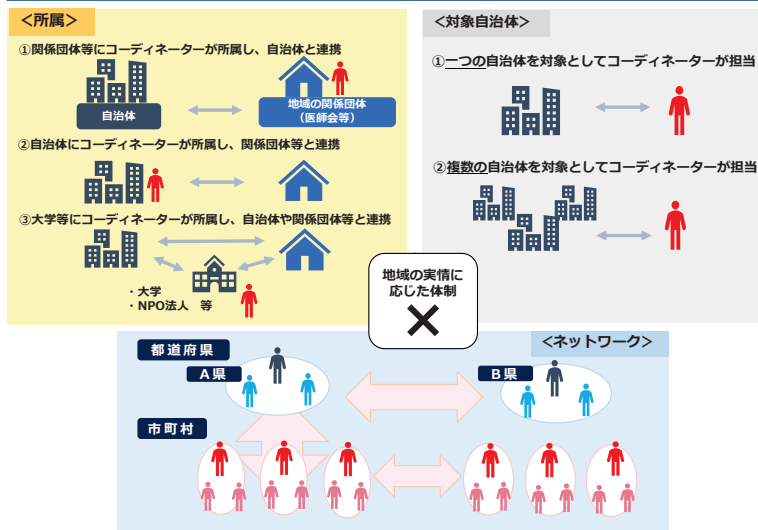
コーディネーターに求められる要件

- 自治体においてコーディネート機能を適切に担うことができる者であること
- 医療分野かつ介護分野に関する知識を有する者が望ましい

コーディネーターの配置方針

- 自治体毎の配置人数や配置先は限定せず、地域の実情に応じた多様な配置を可能とする
- 配置においては「コーディネーターに求められる要件」を有する者であることを前提とし、勤務形態（常勤・非常勤）、契約形態（直営・委託）等を規定するものではない
- 在宅医療・介護連携推進事業を推進するうえでは必ずしも配置を求めるものではないが、配置を検討することが望ましい

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）



（出所）「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報告書」（厚生労働省老健局老人保健課、令和6年3月）から一部抜粋

11

7. 在宅医療・介護連携推進事業の実施における留意事項

（1）事業委託

- 本事業の実施主体は市町村であるものの、地域の実情やそれぞれの取組の専門性に鑑みて委託も可能である。ただし、課題に応じて適切な委託先を選定することが重要である。
- 委託する場合においても、地域のめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）は、医療・介護関係者とともに実現する観点を踏まえて、市町村が設定する必要がある。市町村は委託先と目標と課題を共有し、目標を達成するために効果的な取組が行われているか、事業の全体の取組を市町村が管理・調整していくことが必要である。

（2）都道府県との連携

- 都道府県の地域医療構想の取組との連携や医療計画を理解し、自らの市町村が実施する事項について整理することが重要である。
- 都道府県の役割と市町村の役割を明確にし、都道府県（保健所等を含む）における実施や近隣の市町村と連携または共同しての実施が望ましい事項については、都道府県（保健所等を含む）と協議し、実施主体と実施事項及びその範囲を定めることが必要である。
- 企画立案時から都道府県（保健所等を含む）や関係団体等と将来的な在宅医療と介護連携の在り方について検討を行うことが望ましい。
- 二次医療圏内にある関係市町村等との広域連携や、医療・介護の関係機関との調整や連携体制の構築、地域医療構想・医療計画との連携や整合性の確保、他市町村の取組事例やデータの活用・分析については、必要に応じ都道府県（保健所等を含む）の助言も得ながら、取り組むことが重要である。

（3）近隣市町村との連携

- 自市町村における弱みや地域の関係団体等から出されている広域な取組を要する課題についてまとめ、自市町村のみでは解決しない課題や複数の市町村による連携が必要な事項については、関係市町村・都道府県・保健所・郡市区等医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等と連携し、複数の関係市町村と一緒に、広域的な連携が必要な事項について協議する。
- 広域での実施に際しては、自市町村及び近隣の市町村、都道府県等の役割分担を明確にし、主体的実施すべき事項等を整理することが重要である。
- 複数の市町村の連携を検討する際には、まず、同じ二次医療圏内の市町村による連携を考慮することが望ましいが、二次医療圏が1市のみの場合や、広域連合の圏域と異なる場合もあるため、広域的な連携については、都道府県と十分に協議・検討することが必要である。

12

8. 在宅医療・介護連携推進事業において訪問看護に期待される役割

- 序文でも述べたように、訪問看護には、各専門職への連携の推進を目的とした、在宅療養時の医療面からみた情報の収集、医療及び介護の両知識の活用による共通言語の醸成、各職種の情報共有等に自身の専門性を適切に活用し、在宅医療・介護連携推進に寄与されることが望まれている。
- 地域包括ケアシステムの推進のために、在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備として、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が主体となって、医療・介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要である。
- 医療・介護の連携の核となる人材としては、後述の在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターもその1案であるが、訪問看護師もその1つとして機能することが可能であると思慮する。また、訪問看護ステーションは医療機関や介護事業所の連携の核となる機関の1つとして検討できる。
- 訪問看護師は、医療知識を兼ね備えつつ、在宅療養者やその家族、介護事業者とその従業者と密接に関与することにより、在宅時の幅広い情報の収集が可能である。そういった情報を各職種に共有することは非常に重要であり、情報共有を通じた知識の向上にも寄与することが可能である。また、高齢者自身にも日常的なケアを提供する中で、より効果的・効率的にQOLの向上を図りつつ在宅療養を支えることが可能となる。
- 例えば、在宅医療・介護連携推進事業では入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りといった4つの場面が存在する。その場面において、訪問看護師が寄与できる可能性がある事項を下記に記載する。

日常の療養支援	： 訪問看護師が医師の指示のもとサービスを提供することで、医療資源が乏しい地域においても、医療的ケアを必要とする在宅療養者の生活を支えることが可能となる。
入退院支援	： 訪問看護師が療養支援と医療的ケアを含めたサービスを提供することや入退院時の医療・介護関係者と情報共有を実施することで、円滑な移行調整が可能となる。
急変時の対応	： 訪問看護師が継続的にサービスを提供する中で、患者の病状急変時の症状や状況の原因推測や予測が可能となる。
看取り	： 訪問看護師が状態変化を見ながら、本人等が希望する生活をに必要なサービスの調整を行うことで、療養者の最期を支えることが可能となる。

13

第2章

自治体における訪問看護ステーションが 在宅医療・介護連携推進事業等を実 施する際のポイント

14

1. 訪問看護ステーションにおける体制

(1) 委託先の訪問看護ステーションの選び方

- 訪問看護ステーションの開設主体は公的（自治体立、事業団立、医師会立、看護協会立等）と民間があるが、いずれの法人でも設置母体の特色をいかにしながら、活躍が期待できる。
- 地域の訪問看護連絡会などの団体に依頼する方法もある。
- 本事業を通じて、地域の訪問看護ステーションを育てる視点も自治体には期待される。
- 複数のステーションで分担することで、1事業所の負荷をさげたり、地域ごとの特徴をふまえた細やかな対応の可能性も広がる。地域にある訪問看護ステーション全体の質の向上にもつながる。



(2) 任命するコーディネーターの資格や相談体制の整備

- 一般的には訪問看護師がコーディネーターを兼務し、また管理者が担当が多い。介護支援専門員の資格を持つ者がよいといった意見もある。
- 訪問看護師が兼務するのではなく、ソーシャルワーカーや行政保健師OBなどをコーディネーターとして訪問看護ステーションが採用・配置する場合もある。地域の状況や訪問看護ステーションの体制等にも応じて、検討する必要がある。
- 相談体制を確実なものとするには、コーディネーターを1人だけ任命するのではなく、複数人をコーディネーターに任命したり、コーディネーター以外の職種とチームとして体制を作る必要がある。または、委託元の自治体が必要に応じてバックアップしたり、委託先を柔軟に支援する体制を確保しておくことが必要である。



15

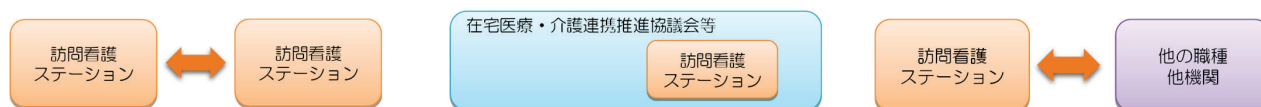
2. 円滑な連携の推進のために

(1) 委託範囲・支援対象者の範囲について、自治体ごとの検討が必要

- 相談対応のみを委託するのか、研修会の実施や「看看連携」等訪問看護ステーションが得意とする内容を委託するのか。在宅医療・介護連携推進事業全般にわたり委託するのか。どのような範囲を委託対象にするか、自治体の規模等の特性にも応じて、検討・工夫が必要である。
- 高齢者以外に関する相談対応を含む場合、委託のための予算措置として、一般財源と調整する等が必要となる。

(2) ネットワーク・連携のための会議体等の存在も不可欠

- コーディネーター1人で連携体制を構築することは大きな困難を伴うことから、コーディネーターが連携を推進するためには、活動をサポートすることが可能な協力者や何らかのネットワークが必要である。
- 在宅医療・介護連携推進協議会などの会議体をうまく活用したい。
- 近隣の市町村のコーディネーターとの情報共有も有効である。都道府県の広域での支援も期待したい。



(3) 市町村・都道府県の役割

- 市町村には委託元としての責任ある関わりが求められる。
- 都道府県には広域での支援が求められる。コーディネーター養成講座の開催やコーディネーターの資質向上、市町村間の格差をふまえた広域支援や、好事例の展開など質の標準化を行うことも重要である。都道府県には個別課題を地域課題として、捉えて改善していく役割が求められる。
- 既存の連携の仕組みがあればそれとの調整、整合を図りながら在宅医療・介護連携を発展させることが重要である。

16

第3章

訪問看護ステーションにおける 在宅医療・介護連携推進事業の取組の推進 (取組事例)

事業所名の下に事例における特徴をキーワードとして記載しています。背景の色は、以下の項目に関連していることを指しています。

経緯

配置の特色

実施内容

支援体制・関係者
とのネットワーク

効果・課題

17

I 一般社団法人高知市医師会 訪問看護ステーション土佐 (高知県土佐市)

コーディネーター:看護師(複数)

実施主体:医師会

3人のコーディネーター配置

交流会・研修会の企画・運営

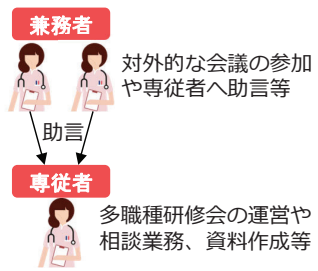
住民向けの出前講座

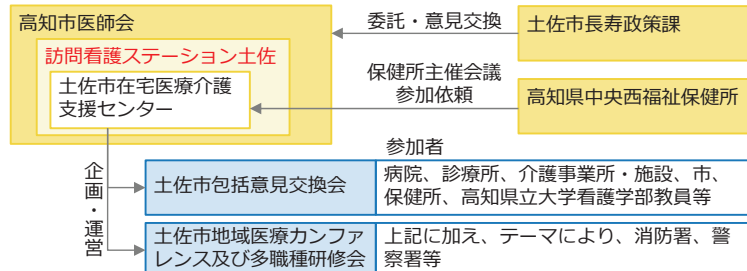
病院との協議の場

自治体概要	
人口※1	25,756人 ※1:高知市ホームページ(2024年10月31日)
高齢化率※2	36.9% ※2:国勢調査(2020年)
要介護認定率※3	18.6% ※3:土佐市第9期高齢者福祉計画・介護保険事業計画(2023年度)
コーディネーターの 人数・資格等	訪問看護ステーション:3名(非常勤専従1名、常勤兼務1名、非常勤兼務1名/いずれも看護師)

実施内容
◆【多職種研修】「土佐市包括意見交換会」と「土佐市地域医療カンファレンス及び多職種研修会」を企画・運営。市の担当者と協議して、意見交換会は年3～4回開催。テーマは看取り、感染症、地域共生社会、訪問看護の役割等。地域医療カンファレンスは、年3回程度の開催。
◆【地域住民への普及啓発】住民向けの出前講座に講師として参加。テーマは老後の心構え、人生会議、ACP等が多い。令和4年度に2件、令和5年度に6件開催。
◆【相談支援】相談者は多様で、病院関係者、ケアマネジャー、土佐市福祉事務所、地域住民等。

経緯
◆ 平成29年10月から、高知市医師会に委託。医師会から当訪問看護ステーションに委託され、土佐市在宅医療介護支援センターとして、事業を開始

配置の特色
◆ コーディネーターは3人(いずれも看護師)
◆ 専従者1人(非常勤)、兼務者2人
◆ 兼務者の1人は訪問看護ステーションの所長


支援体制・関係者とのネットワーク
◆ 当初、医師会との会議を個別に設けていたが、令和4年頃からは個別の会議ではなく、地域医療カンファレンスの場等で医師会からの意見も聴取している。


効果・課題
◆ 訪問看護師だからこそ、医療・介護の両面への理解や入院における病院側の事情の想像ができる。在宅の場面で医療側と介護側の課題を抽出して情報共有し、連携を促すことができる。
◆ コロナ禍以降、病院の入退院支援に課題があり、市が企画して話し合いの場を持った。今後も、市と連携して、病院側・医療側の協働を促し、解決できるよう促していきたい。

Ⅱ 一般財団法人生駒メディカルセンター訪問看護ステーション (奈良県生駒市)

コーディネーター:看護師

実施主体:一般財団法人(市・医師会が出捐)

会議体組成は市が主導

ネットワーク協議会

在宅医療介護推進部会

年100件以上の相談

ロジックモデル作成

地域BCP

エンディングノート

入退院調整マニュアル

自治体概要

人口※1	116,819人	※1:生駒市ホームページ(2024年4月1日)
高齢化率※1	29.6%	
要介護認定率※2	15.9%	※2:生駒市高齢者保健福祉計画第9期介護保険事業計画(2023年9月末)
コーディネーターの人数・資格等	訪問看護ステーション:1名(常勤兼務/看護師)	

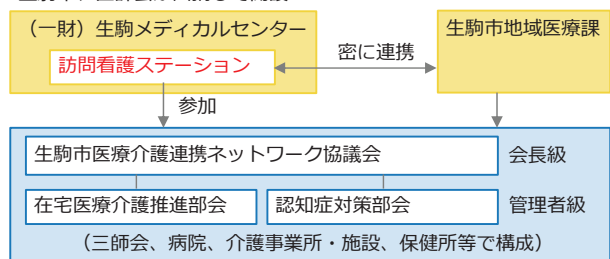
経緯

- ◆ 長年、市や医師会、医療機関、介護事業所等が緊密に連携してきた。市と医師会が出資して(一財)生駒メディカルセンターを開設。
- ◆ 平成28年に、市が生駒市医療介護連携ネットワーク協議会と、その下部組織である在宅医療介護推進部会を立ち上げた。
- ◆ 平成30年に、市が在宅医療・介護連携に係る相談窓口を(一財)生駒メディカルセンターに委託した。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 市が主導して下記、協議会等を組成。

生駒市、医師会が出捐して開設



配置の特色

- ◆ コーディネーターは1人で、訪問看護ステーションの統括所長。

実施内容

- ◆ コーディネーターの役割は、相談窓口対応と会議等の参加に絞っている。市の担当者が在宅医療・介護連携推進事業の多くの部分を担当している。
- ◆ 【相談業務】専門職からの相談が主である。医療機関や介護事業所からの相談が多く、ケアマネジャーからの相談も多い。相談内容は、訪問看護事業所の紹介、訪問診療可能な医師の紹介が多い。在宅でのケアの実施内容や看取りの進め方に関する相談もある。
- ◆ 【会議参加】医療介護連携ネットワーク協議会、在宅医療介護推進部会等に参加。令和5年度に4つの場合と災害・新興感染症について、ロジックモデルを作成した。看取りに関する取組として、医師や訪問看護師等とワーキンググループを開催し、エンディングノートを作成した。災害・感染症対策として、連携型BCP・地域BCPについて取組を行った。

効果・課題

- ◆ 地域の医療機関や介護事業所等と市が良い関係性を築けている一因に、部会だけでなく市の担当者が対面でそれぞれに話をしてきたことが挙げられる。市の担当者が現場の状況を知った上で、課題出しでできるだけでなく、関係者が目指すべき姿を部会で検討して進めることができています。
- ◆ 平成30年から入退院調整マニュアルを活用しているが、新型コロナウイルスの流行で勉強会や退院前カンファレンス自体が見送られたことや現場担当者が代わったことが影響し、入退院調整マニュアルの周知度、活用度が下がった。改めて勉強会を開催し、入退院支援マニュアルの周知や活用を促していく必要がある。
- ◆ 相談の対象者の範囲は課題である。現在は高齢者を主な対象としているが、相談窓口業務だけ先行して小児や障害等まで範囲を拡大することがよいのか、検討が必要である。コーディネーターや市の担当者の手が足りないことも課題である。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

19

Ⅲ 一般社団法人牛久市医師会 訪問看護ステーションうしく (茨城県牛久市)

コーディネーター:看護師

実施主体:医師会

地域づくり

介護支援専門員

自治体概要

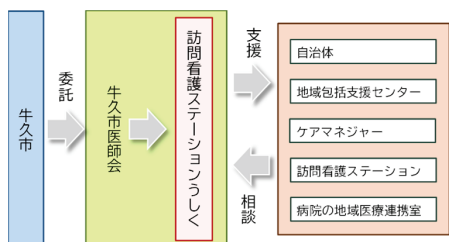
人口※1	84,085人	※1:住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(令和6年1月1日現在)
高齢化率※1	30.3%	
要介護認定率※2	30.3%	※2:介護保険事業状況報告(令和6年9月)
コーディネーターの人数・資格等	常勤・兼務:1名(看護師+介護支援専門員)	

経緯

- ◆ 2018年4月から事業を実施
- ◆ 市から医師会に委託、事業の実施は当ステーションが行っている。
- ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」にも位置付けられている。

配置の特色

- ◆ 介護支援専門員の有資格者である看護師をコーディネーターとして1名の配置(常勤兼務)
- ◆ 事業開始時から同一のコーディネーターが担当



実施内容

- ◆ 【相談業務】地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、病院の地域医療連携室等の専門職を対象としており、原則として住民からの直接の相談は対象とはしていない。ケアマネジャーや地域包括支援センターからの相談が多く、内容としては、訪問診療の医師の紹介希望や、精神疾患を有する利用者に対する対応等である。
- ◆ 相談窓口の開設時間は、月～金(祝日等を除く)の8:30～17:00。
- ◆ 緊急性が高い相談は少ない。件数は月平均1～2件である。
- ◆ 個別の課題解決や地域支援を行うために、相談に対して丁寧に対応している。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 住民は地域包括支援センターに相談しており、住民の相談内容は地域包括支援センター経由で把握できている。
- ◆ 近隣市のコーディネーターとも情報交換を行っている。

効果・課題

- ◆ 訪問看護師は幅広い対象を分け隔てなく看ることにより、地域全体を知ることができることから、ステーションがコーディネーターを担うことにより、業務をスムーズに行うことができる。
- ◆ 介護職は医師に何かを報告したり、相談することにハードルの高さを感じるようだが、看護師であるからこそ、医師に対して必要なときに、必要なタイミングで連絡・相談を行うことができ、スムーズに各種サービスにつなげることができる。
- ◆ 今後も継続的に本業務を行うために、次世代の育成が必要と考えている。看護師の資格、介護に関する知識、牛久市の状況の理解、経験も必要である。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

20

Ⅳ 一般社団法人桶川北本伊奈地区医師会 桶川北本伊奈地区在宅医療連携センター（桶川北本伊奈地区訪問看護ステーション併設）（埼玉県北本市）

コーディネーター：保健師

実施主体：医師会

2市1町からの委託

主たるコーディネーターは元行政保健師

研修会の企画・運営

小児・精神対応

入退院支援ルール作成

県内のコーディネーターと交流

自治体概要

人口※1	65,297人	※1：北本市ホームページ（2024年12月1日）
高齢化率※2	32.7%	※2：北本市高齢者福祉計画2024・第9期介護保険事業計画（2023年3月）
要介護認定率※2	14.5%	
コーディネーターの人数・資格等	在宅医療連携センター：1名（非常勤専従／保健師） 訪問看護ステーション：1名（常勤兼務／看護師）	

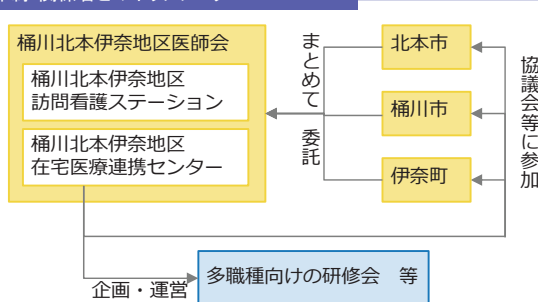
経緯

- ◆ 平成28年から、埼玉県より北足立郡市医師会に事業委託。北足立郡市医師会から桶川北本伊奈地区医師会に再委託され、訪問看護ステーションの看護師が業務を実施。
- ◆ 平成30年から、市町村事業として、北本市、桶川市、伊奈町の2市1町まとめて北足立郡市医師会に在宅医療連携センター業務を委託。令和3年から現体制に移行。
- ◆ 令和4年度から、北本市、桶川市、伊奈町の2市1町から桶川北本伊奈地区医師会に直接委託。

配置の特色

- ◆ 元行政保健師が専任でセンター業務の大半に対応
- ◆ 併設の訪問看護ステーションの管理者が兼務

支援体制・関係者とのネットワーク



実施内容

- ◆ 【相談業務】医療・介護関係者や地域住民からの在宅医療や介護に関する相談に対応。近隣の在宅医療サービス問合せや往診医師の紹介依頼などが多い。高齢者だけでなく小児・精神も対応。精神疾患に関する相談事例が増えている。相談件数は2市1町で年間70件程度。本人・家族からの相談は約4割。相談対象の住民が居住する地域としては、北本市が半分ほどである。
- ◆ 【医療・介護関係者の研修】多職種向けの研修会を企画、運営。精神保健福祉関連の勉強会もしている。介護支援専門員協会等、他機関が運営する研修会に講師として参加。
- ◆ 【入退院支援ルール】北足立地区で令和4年に作成。医師会、病院の相談員、介護支援専門員連絡会、地域包括支援センター等と会議を重ね、入院時情報提供書、退院・退所時の情報提供連絡票等の共通様式を含め、作成した。資料の冒頭で、医療・介護の関係者に4つの場面を意識づけしている。
- ◆ 【県内のコーディネーターとの連携】埼玉県では郡市医師会ごとに在宅医療連携拠点を設置しており、それぞれに拠点コーディネーターがいる。埼玉県全体で活用されているオンライン上のコミュニケーション・ツールにて、コーディネーター同士で情報共有や研修会の案内等を行っている。

効果・課題

- ◆ 行政での勤務経験から、行政の各部署（福祉、障害、教育等）の役割やすみ分けを把握している。困難事例に対して各部署と協力して対応している。
- ◆ 在宅医療・介護連携がより進展するための資源の増加が必要。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

21

V 一般社団法人 龍ヶ崎市医師会 訪問看護ステーション龍ヶ崎（茨城県龍ヶ崎市）

コーディネーター：看護師

実施主体：医師会

在宅医療連携相談室

認定調査員との連携

行政窓口職員に対するプチ研修

自治体概要

人口※1	75,183人	※1：龍ヶ崎市「地区別・年齢別 住民基本台帳人口（令和6年10月1日）」
高齢化率※1	31.2%	
要介護認定率※2	13.5%	※2：「龍ヶ崎市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」より令和5年9月末日時点の数値
コーディネーターの人数・資格等	1名（常勤・兼務1名／看護師＋介護支援専門員）	

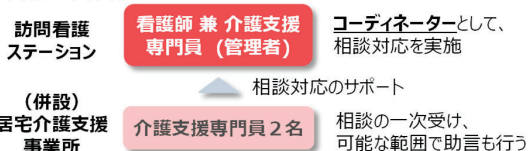
経緯

- ◆ 龍ヶ崎市医師会と龍ヶ崎市（地域包括支援センター）から相談を受けて、平成28年から市からの委託を受けて事業を実施。
- ◆ 市は、訪問看護ステーション龍ヶ崎が、自治体と密接な連携と相互協力のもとに、その専門性を活かして市民講座に取り組んだ実績や、在宅医療において職員の高い専門性を持ち関係職種との連携を実施していることから依頼した。

配置の特色

- ◆ 介護支援専門員の資格を持つ管理者が、コーディネーターとして対応し、併設する居宅介護支援事業所の介護支援専門員2名が不在時等のサポートしている。

事業所内の体制



実施内容

- ◆ 【相談支援】「在宅医療連携相談室」として、週5日、9時～17時で専門職、住民等からの電話相談に対応。近年は、住民から、介護支援専門員がいない、がん患者等の療養などの相談がある。介護支援専門員を紹介したり、緊急度が高い場合は相談対応の一環として訪問看護師が自宅に訪問し、アセスメントを行っている。
- ◆ 【相談支援のための普及啓発活動】市役所の窓口経由での相談が多いため、窓口担当部署職員へのプチ研修を実施。また、要介護認定の認定調査員に対して相談室の説明を行い、周知を図っている。



支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 自治体の事業担当者は地域包括支援センターにいたため、地域包括支援センターに取組の報告を行ったうえで、次年度の取組の内容について一緒に検討をしている。
- ◆ 市の協議体である「在宅医療介護連携推進協議会」の「連携推進部会」に参加し、地域課題の検討や連携に関する取組の企画に携わっている。

効果・課題

- ◆ 訪問看護ステーションは、地域の医療関係者と日常的に密な連携をしていることから、迅速かつ的確な医療に関わるコーディネーターが可能であり、相談件数も増加傾向にある。
- ◆ 医療ニーズの高い相談では訪問看護事業所として介入することもあるが、事業を受託していることもあり、対応に迷うこともある。他事業所との連携方法、昨年度から体制が変わった地域包括支援センターとの連携方法、後任のコーディネーターの育成等を課題としている。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

22

Ⅷ 公益社団法人静岡県看護協会 訪問看護ステーション掛川 (静岡県掛川市)

コーディネーター:看護師

実施主体:県看護協会

既存の独自の連携組織（ふくしあ）を活用

介護支援専門員の資格を有する看護師

地域の会議・研修会での情報収集・発信

自治体概要	
人口※1	115,224人
高齢化率※1	28.8%
要介護認定率※2	14.9%
コーディネーターの人数・資格等	1名（常勤・兼務1名／看護師＋介護支援専門員）

経緯

- 掛川市では、医療、保健、福祉、介護を多職種連携で総合的に支援するための地域拠点である地域健康医療支援センター「ふくしあ」を設置している。

※地域健康医療支援センター「ふくしあ」とは平成22年から平成27年にかけて、地域包括ケア圏ごとに5か所に設置。行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、訪問看護ステーションがワンフロアに集まり、全世代を対象に相談を受け付け、多職種による協働で支援に取り組んでいる

行政

地域包括支援センター

社会福祉協議会

訪問看護ステーション

（出所）掛川市ホームページ「地域健康医療支援センター「ふくしあ」」
（https://www.city.kakegawa.shizuoka.jp/gyosei/docs/9832.html, 2024年10月25日閲覧）よりMURC作成

- 「東部ふくしあ」にある訪問看護ステーション掛川は、訪問看護サービスの提供以外に、住民や事業所からの相談対応や地域に向けた支援を通常業務として実施している。
- 看護協会立のステーションとして地域でリーダーシップを発揮したことや、管理者が行政との連携や様々な会議体に参加していること等を踏まえて、ステーションの管理者がコーディネーターの1人として指定を受けた。

配置の特色

- 掛川市からは、コーディネーターが2名指定されている。このうち1名が訪問看護ステーション掛川の管理者である。なお、もう1名は学識経験者（元看護大学教授、看護職）である。

実施内容

- 【相談支援、地域課題の抽出、住民啓発等】訪問看護ステーションとして、住民や地域の専門職からの相談対応を実施。また、民生委員との情報共有の場や地域住民との話し合いによる地域の課題抽出の場等（ふくしあ別懇談会等）への参加、地域からの要望に応じた在宅医療に関する講話の実施等も行っている。
- 【地域の情報収集・情報発信等】管理者が地域の専門職が立ち上げた様々な会議や研修会に参加し、顔の見える関係づくりや、地域の状況や支援にかかる情報収集、情報発信に務めている。



「ふくしあ」の訪問看護ステーションとしての地域支援の機能

相談対応、地域課題の抽出、住民啓発等



在宅医療・介護連携推進事業で追加



コーディネーターとしての地域の自立的な取組を強化する機能

地域の専門職の会議体・研修会に参加しての情報収集・提供

支援体制・関係者とのネットワーク

- 自治体とは、自治体が開催する会議体等で連携している。
- 学識経験者（元看護大学教授）の立場で指定されている在宅医療・介護連携コーディネーターとは、研修会や自治体における在宅医療・介護連携に係る取組を通じて連携している。

効果・課題

- 医師会などの地域の職能団体等が、地域の多職種で連携について検討する場や研修会を開催している。地域の専門職が自律的にかかわりあうことで、連携強化を進めている。コーディネーターがこれらの場に参加することで、多職種の支援の質の向上や地域や生活の視点を関係者に伝える役割を果たしている。
- 課題としては、必要な支援に繋がることができずに潜在化しているケースは掘り起こせていない可能性があり、地域課題や在宅医療・介護連携の課題を、俯瞰して見定めることが必要である。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

25

Ⅸ 公益社団法人奈良県看護協会 橿原訪問看護ステーション (奈良県橿原市)

コーディネーター:看護師

実施主体:看護協会

介護支援専門員の資格を有する看護師

専門職・住民を対象にした相談窓口

多職種研修会の進行

自治体概要	
人口※1	118,674人
高齢化率※1	29.7%
要介護認定率※2	16.2%
コーディネーターの人数・資格等	1名（常勤・兼務1名／看護師＋介護支援専門員）

経緯

- 10年ほど前から、橿原市からの委託で、在宅医療・介護連携に関する相談業務を行っている。
- 橿原市からは、公益社団法人が運営する、公益性の高い訪問看護ステーションであること等から依頼があった。

配置の特色

- 市は、奈良県看護協会立の訪問看護ステーション2か所それぞれにコーディネーターを配置。
- 橿原訪問看護ステーションは、地域の教育的な役割を担う教育ステーションとして活動しているという特色がある。
- 本事業には、通常の訪問看護の活動よりも多くの介護保険制度の知識が必要であり、地域のことを良く知る人が望ましいと考え、介護支援専門員の資格を有するベテランの看護師がコーディネーターを担当している。

看護協会立の訪問看護ステーション
2か所に委託



▶橿原訪問看護ステーション
のコーディネーターの特徴

- 介護保険制度の知識がある（介護支援専門員の有資格者）
- 経験豊富で地域のことを熟知している

実施内容

- 【相談支援】週2回、午後に市役所にて相談支援を実施。対象は、医療介護従事者及び住民。高齢者に限定せず幅広い相談を受け付ける。相談内容から医療的処置が必要と判断した場合は、相談対応時間中に市の職員と一緒に相談者宅に訪問をしている。
- 【多職種交流研修会のファシリテーター】コーディネーターが、市主催の多職種交流研修会（介護支援専門員、薬剤師、行政の担当者等を対象に、年に1～2回程度開催）でファシリテーターを務める。研修会の事前準備のため、市との打ち合わせ等に参加し、当日はファシリテーションや職種間の橋渡し役を担う。

支援体制・関係者とのネットワーク

- 市の在宅医療介護連携推進協議会に事業所の管理者が参加。
- 市とは必要に応じて連携。地域包括支援センターは、要介護認定の申請が必要なケース、申請の可能性があるケース等の相談支援において連携。

効果・課題

- 相談窓口には困難事例を救いあげる機能があり、命を助けることにつながる、必要なサービスにつなげる等の効果がある。訪問看護師は、生活をみて課題を抽出することに長けており、解決策を提案できる点でコーディネーターに適任である。
- 災害時対応が喫緊の課題であり、今後は地域BCPの作成に取り組む。
- 体制面での課題として、現在のコーディネーターが定年退職した後の担い手確保がある。相談業務は介護支援専門員の有資格者の対応が望ましいと考えている。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

26

实施主体:株式会社

コーディネーターネットワークの構築

实施主体: 有限会社

コーディネーターネットワークの構築

XII 訪問看護ステーションほほえみ（岐阜県中津川市）

コーディネーター：看護師

実施主体：市

中核病院（市立）内に相談窓口を設置

訪問看護ステーション（サテライト事業所）に併設

広域対応

専門職の相談対応

研修会を通じた役割周知

訪問看護ステーションのネットワーク構築

自治体概要

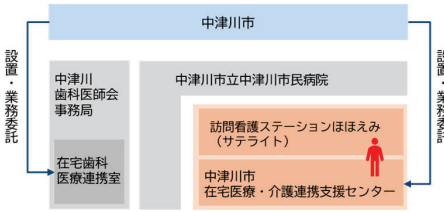
人口※1	73,750人	※1：中津川市「地区別年齢別男女別人口」（令和6年10月1日）
高齢化率※1	33.8%	
要介護認定率※2	17.4%	※2：「第9期中津川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より令和4年度末数値
コーディネーターの人数・資格等	1名：看護師（常勤、訪問看護ステーションの管理者）	

経緯

- ◆ 中津川市国民健康保険坂下診療所に併設されている市立の訪問看護ステーションほほえみが、在宅医療・介護連携推進の観点から市の中核病院である市立病院内にサテライト事業所を開設。これを機に同病院内に相談窓口として中津川市在宅医療・介護連携支援センターを設置し、ステーションに業務委託した。
- ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」にも位置付けられている。

配置の特色

- ◆ 看護師であり、訪問看護ステーションの管理者でもあるコーディネーター1名が在宅医療・介護連携支援センター長を務め、主担当として業務にあたっている。補助的に関わる看護師1名も配置（訪問看護ステーション兼務）。
- ◆ 中津川歯科医師会も、在宅医療介護連携推進事業を受託し、在宅歯科医療連携室を設置。



令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

29

実施内容

- ◆ 【相談支援】専門職からの相談が大半を占める。事業受託当初より、地域住民からの相談は地域包括支援センターが対応しており、分担して対応している。市内からの相談のほか、医療圏の境界にあることから長野県の一部地域などを含め、広域に対応している。愛知県からの相談実績もある。
- ◆ 【医療・介護関係者の研修】市内全体の医療機関、介護サービス事業所、介護支援専門員等を対象とする研修会を年に1回以上開催している。当初は在宅医療・介護支援センターの認知度向上のために役割を周知した。その後は相談事例の紹介、感染症対策等のテーマで開催。オンラインでも指名して発言を求めするなど、参加型となるよう工夫している。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 地域内の訪問看護ステーションの得意分野（精神疾患に対応可能など）を踏まえており、専門職からの相談内容に応じて、対応可能な訪問看護ステーションを紹介している。各訪問看護ステーションの特色は、直接、出向いて把握しており、気軽にやりとりできる関係性を築いている。
- ◆ 東濃地域全体の訪問看護ステーションが集まる場があり、広域的に課題を共有している。長野県側とも必要に応じて協議・情報共有の場を設けている。

効果・課題

- ◆ 本ステーションが市立の事業所であることで、地域の診療所等、関係機関と話しやすく、充実した地域ネットワークを形成できており、効果的に事業が実施できている。
- ◆ 訪問看護ステーションとしての特性を生かして医療・介護の両面から地域に根差した連携が推進できている。一方、在宅医療・介護連携事業と訪問看護の業務、役割の範囲が曖昧になりがちである。
- ◆ 地域へのコーディネート機能の周知については依然として課題である。特に、医療機関、介護支援専門員に役割を知らせることで、より活用してもらう必要がある。

XIII 美祢市訪問看護ステーション（山口県美祢市）

コーディネーター：看護師

実施主体：市

現コーディネーターの手挙げによる受託

中核病院（市立）内に相談窓口を設置

病院との密接な連携

自治体概要

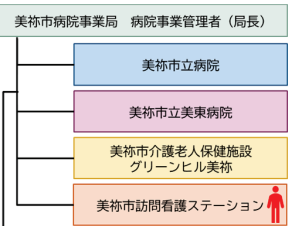
人口※1	21,617人	※1：美祢市「令和5年度美祢市の人口の状況について」
高齢化率※1	45.1%	
要介護認定率※2	14.2%	※2：「第9期美祢市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より令和5年度末数値より算出
コーディネーターの人数・資格等	1名：看護師、保健師、介護支援専門員（常勤）	

経緯

- ◆ 美祢市は、平成30年より市営の事業所である美祢市訪問看護ステーションに業務委託した。業務委託については、近隣市である山陽小野田市の訪問看護ステーションが先駆的にコーディネーター事業を実施し始めたことを背景として、当ステーションに所属する現コーディネーターから名乗りを上げた。

配置の特色

- ◆ 旧美祢市及び美祢郡（美東町、秋芳町）が平成20年に合併したことにより統合。美祢市立美東病院内に位置しているが、病院とは独立した組織である。
- ◆ 美祢市病院事業局の一面を担っており、市立病院内に位置しているという特性から、病院との連携が強化できているというのが強みである。



（出所）美祢市病院事業局HPよりMURC作成

※美祢市訪問看護ステーションは、美祢市立美東病院内に位置

実施内容

- ◆ 【相談支援】関係機関からの相談対応が主であり、年間10～15件に対応している。高齢者から小児、障害の相談等も含め、幅広く対応している。
- ◆ 【医療・介護関係者に対する支援】市の担当者、関係機関の専門職との会議等を経て、医療・介護関係者が共通様式として使用する、利用者情報提供書などの医療・介護情報共有シートの作成支援を担った。このひな形は現在でも頻繁に活用されている。
- ◆ 【医療・介護関係者の研修】関係機関の中で共有された、障害分野における災害時対応等の課題意識を受け、地域包括支援センターと市の情報共有の場を設定したり、専門職向けの研修を実施したりしている。委託業務に含まれる研修に限らず、必要に応じて現場の参考になるテーマを設定し、研修を実施している。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 各機関とは相談のしやすい関係にある。市や市立病院とは直接的にコミュニケーションをとっており、地域包括支援センターが主催する情報共有会には医療の観点から助言等を行っている。
- ◆ 情報共有会は、ケアマネジャー同士が苦慮している事例などを持ち寄り、報告する場であり、これにコーディネーターが出席し、医療の観点から助言等を行っている。開催頻度としては、旧美祢市エリアで2～3カ月に1回、旧美祢郡エリアで年に2回程度である。

効果・課題

- ◆ 自治体立の訪問看護ステーションであることから、自治体や市立関係機関との連携や相談が円滑に進みやすい。
- ◆ 現在、コーディネーターとしての活動が現コーディネーター個人を核としており、後進となる人材育成は課題。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

30

XIV 石川県医療在宅ケア事業団 中能登訪問看護ステーション (石川県中能登町)

コーディネーター:看護師

実施主体:石川県医療在宅ケア事業団

多職種・多機関参加の在宅医療・介護連携推進組織

部署異動後の町職員も参加可能なネットワークづくり

医師会との連携

震災時の役割発揮

震災経験を踏まえたBCPづくり

自治体概要

人口※1	16,821人	※1:中能登町住民基本台帳人口(令和6年1月1日)より算出
高齢化率※1	37.6%	
要介護認定率※2	19.5%	※2:「第9期中能登町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より令和5年6月末数値
コーディネーターの人数・資格等	常勤(看護師)1名、常勤(保健師、看護師)1名	

経緯

- ◆ 中能登町では平成12年に在宅医療と介護連携を考える会として「あじさい会」を立ち上げた。中能登訪問看護ステーションがあじさい会の事務局を長年務め、地域の医療と介護の連携推進の中核を担ってきた実績より、在宅医療・介護連携推進事業受託に至った。
- ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」にも位置付けられている。

配置の特色

- ◆ 中能登訪問看護ステーションに相談窓口を設置し、コーディネーター2名を配置。主担当1名(看護師)と、事務・経理などのサポート担当1名(看護師+保健師)。

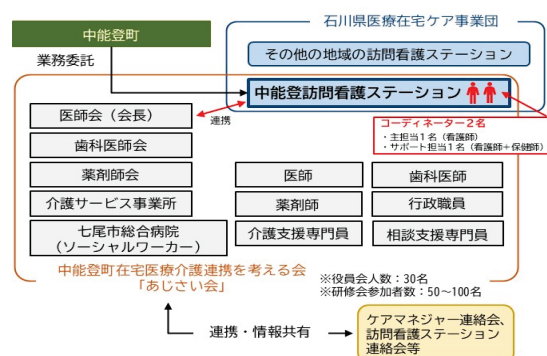
実施内容

- ◆【医療・介護関係者の情報提供の支援】七尾市のソーシャルワーカー等と共同で入退院支援ルールブックを作成。
- ◆【在宅医療・介護連携に関する相談支援】相談窓口は、専門職を対象に平日の日勤帯に対応。土日に利用者の対応をしなければならない場合もあるため、状況に応じて柔軟に対応。
- ◆【地域住民への普及啓発】地域住民に対して、認知症理解の普及啓発を行うための研修会・講演会・映画会などを企画・実施。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ あじさい会には多様な関係機関、専門職が参加。在宅医療・介護連携推進協議会は、あじさい会の役員メンバーとほぼ同一。
- ◆ 行政職員の中には、異動後も、継続参加する人もいる。所属部署に関わらず、行政職員の関係性が継続できる仕組みが特徴。



効果・課題

- ◆ 訪問看護ステーションの職員がコーディネーターを担うことの意義として、身体面と精神面の両者のアセスメントが可能であること、医師と地域の間に入って対応できることなどがあげられ、能登半島地震の際にも調整の役割等を発揮した。
- ◆ 地震時の支援には訪問看護師としての立場であったが、コーディネーターとして活動していたことから(出前講座、講演会など)、広く住民に認知されており、避難所にいる住民から直接声をかけられたりした。地域住民、医療・介護関係者との関係づくりができていたことが、震災時の円滑で効果的な住民支援につながった。
- ◆ 震災後、出前講座で震災時の対応について地域住民と話し合う場を設けている。住民の意見をあじさい会の役員会に還元しながら、地域のBCP計画につなげようとしている。
- ◆ コーディネーターには、次の時代の新たなテーマや課題は何か、先を見る力が求められることから、先駆的な事例を学ぶ機会が必要。

31

XV 石川県医療在宅ケア事業団 野々市訪問看護ステーション (石川県野々市市)

コーディネーター:看護師

実施主体:医療在宅ケア事業団

事業所職員(介護支援専門員、事務職員)への業務分担

地域の医療・介護資源の把握

障害者・医療的ケア児の対応

事業団を通じた同法人のステーションとの連携

自治体概要

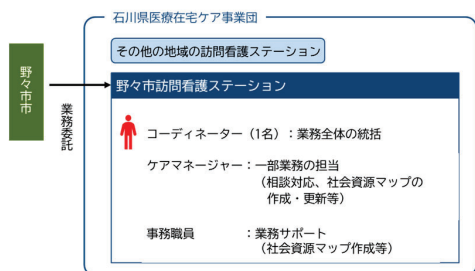
人口※1	54,523人	※1:野々市市「町丁別人口データ」(令和7年1月末)
高齢化率※1	20.4%	
要介護認定率※2	15.8%	※2:「野々市市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画・認知症施策推進計画」より令和5年度数値
コーディネーターの人数・資格等	1名:常勤(看護師)	

経緯等

- ◆ 近隣市町と広域的に連携しており、地域の看護協会、医師会なども連携、24時間対応が可能な訪問看護ステーションであること等を踏まえ、在宅医療・介護連携推進事業の受託に至った。市内の訪問看護ステーションのなかでも、事業開始は比較的前期であった。
- ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」にも位置付けられている。

配置の特色

- ◆ 野々市訪問看護ステーションの管理者がコーディネーターを務めるとともに、事業所内の介護支援専門員、事務職員など、他の事業所職員にも在宅医療・介護連携推進事業の業務を分担している。



実施内容

- ◆【地域の医療・介護の資源の把握】社会資源マップの活用及び更新は、基本的に訪問看護ステーションに配置している介護支援専門員が対応している。社会資源マップ作成時には事務職員も対応しており、事業所職員に業務分担している。
- ◆【相談支援】主に介護支援専門員、地域住民の相談に対応している。相談対応時間帯は8:30~17:15で、電話対応はコーディネーターのほか、事業所の介護支援専門員も実施。障害者の高齢化により、障害者の介護保険サービス利用に関する相談もあるほか、小児(特に医療的ケア児)について市の子育て支援課からの情報共有なども実施しており、対応分野の広がりができている。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 他自治体のコーディネーターに相談したい場合、石川県医療在宅ケア事業団に相談すると、事業団が運営している他の訪問看護ステーションのコーディネーターにつないでもらうことが可能。事業団を通じた連携体制があることで、情報共有などを行いやすい。
- ◆ 事業団が設置するステーションにおいて、平時に在宅医療・介護連携の事業を行っていたことで、震災時にスムーズな支援につながった事例について、在宅医療介護連携推進協議会にて情報共有を行った。

効果・課題

- ◆ 事業所職員がコーディネーターを担い、関係機関と密に連携することで、医療ニーズのある者を早期発見して医療につなげる等の対応を効率的に行うことができています。地域に根付いた活動を行っていることにより、市外も含め、様々な関係機関とのネットワークが構築できています。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

32

XVI 寒河江市西村山郡訪問看護事業団（在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ）

コーディネーター：看護師以外

実施主体：寒河江市西村山郡訪問看護事業団

訪問看護事業団を設立

複数自治体・医師会による運営

事務局体制の整備

協議会を通じた多職種連携の推進

自治体概要

人口※1	75,398人
高齢化率※1	36.6%
要介護認定率※2	17.0%
コーディネーターの人数・資格等	在宅医療相談窓口：1名（常勤・専従1名／社会福祉士＋介護支援専門員）

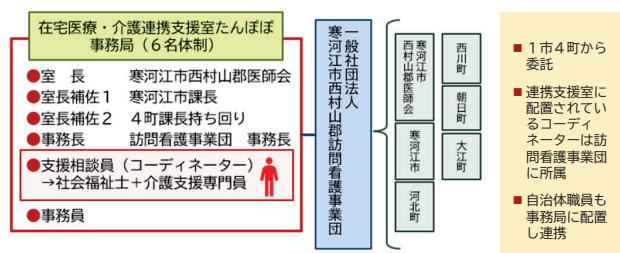
※1：令和5年4月1日現在：山形県高齢者支援課「自立支援型地域ケア会議 専門職（助言者）向け 市町村データ集」令和6年4月より算出

※2：令和5年12月現在：山形県高齢者支援課「自立支援型地域ケア会議 専門職（助言者）向け 市町村データ集」令和6年4月より算出

経緯

- ◆ 平成27年12月、寒河江市西村山郡（1市4町）が医師会と1市4町が設立した寒河江市西村山郡訪問看護事業団に在宅医療・介護連携推進事業を委託。
- ◆ 平成28年3月に「在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ」（以降、連携支援室）を開設。事業団運営による連携支援室が中心となって事業を推進。
- ◆ 在宅医療・介護連携拠点にも位置づけられている。

配置の特色



※支援相談員（コーディネーター）は、以降、コーディネーターと表記。
（出所）一般社団法人寒河江市西村山郡訪問看護事業団資料よりMURC作成

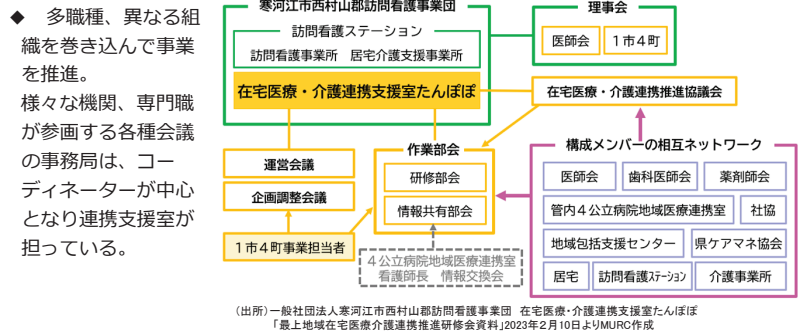
- ◆ 市町を超えて1市4町全体で在宅医療・介護連携を推進する役割を担っている。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

実施内容

- ◆ 【相談支援】関係機関からの相談受付（情報提供、連携支援）、西村山地域訪問歯科診療相談窓口の対応（地区歯科医師会からの依頼。連携により訪問歯科が拡大）。コーディネーターの資質向上のため各種研修会等の参加に取り組む。
- ◆ 【医療・介護関係者に対する支援】作業部会の意見をもとに様々なテーマで研修会等を企画実施。交流や情報共有を目的とした情報交換会では、例えば、地域包括支援センターとの共同企画で、参加者のニーズを踏まえ、訪問介護員の気持ちのリフレッシュや他事業所との連携ができるような場を設けた。

支援体制・関係者とのネットワーク



効果・課題

- ◆ それぞれの市町で在宅医療・介護連携推進に取り組んでいたため、連携支援室を開設した当初は、地域資源の利用可能範囲に差があった。コーディネーターが地域間をつないで地域資源の活用を促進した。その結果、市町を超えて地域資源が活用されるようになり、様々なサービスの広域利用が進んでいる。
- ◆ 身寄りのない独居高齢者への支援、災害時の医療と介護の提供、介護と消防や救急との連携が課題。

33

XVII 豊中市訪問看護ステーション連絡会(大阪府豊中市)

コーディネーター：看護師

実施主体：訪問看護ステーション連絡会

医師会からの再委託

8名のコーディネーター体制

持ち回りによる電話相談窓口

電話転送による相談受付

三師会との役割分担

看看連携の推進

自治体概要

人口※1	406,047人
高齢化率※1	25.8%
要介護認定率※2	24.2%
委託先	豊中市医師会
コーディネーターの人数・資格等	8名：訪問看護ステーション連絡会の役員（訪問看護事業所の管理者）

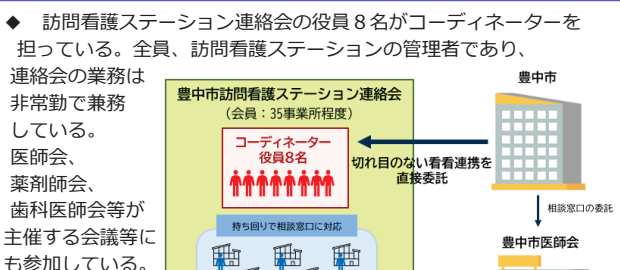
※1：豊中市住民基本台帳人口（令和6年10月1日）より算出

※2：「第9期豊中市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より令和5年度数値

経緯

- ◆ 在宅医療・介護連携事業の相談窓口設置にあたり、豊中市から医師会に委託され、医師会からの再委託で事業を行っている。
- ◆ 豊中市独自の医療・介護の実務者のネットワーク「虹ねと」に当連絡会と行政の担当者が参加しており、地域の課題を共有したことも事業受託につながった。

配置の特色



◆ 訪問看護ステーション連絡会の役員8名がコーディネーターを担っている。全員、訪問看護ステーションの管理者であり、連絡会の業務は非常勤で兼務している。医師会、薬剤師会、歯科医師会等が主催する会議等にも参加している。

実施内容

- ◆ 【切れ目のない看看連携】病院や地域の診療所、介護サービス事業所の看護師を対象に、年に1回、テーマを決めて集合研修を実施している。研修1回あたり、50人程度が参加。グループワークを行い、顔の見える関係づくりにもなるよう企画している。在宅のことを知りたい医療現場の看護師、在宅のことを知ってほしい介護サービス事業所の看護師等、年々参加者数が増えており、参加者が所属する機関も多様さが増している。
- ◆ 【相談窓口】専門職の相談のみ受けている。連絡会の会員事業所の管理者クラスが持ち回りで、電話転送で相談に対応している。相談対応で困ったことがあれば、管理者間で活用しているオンライン上のコミュニケーションツールに投稿し、相談している。
- ◆ 【地域住民への普及啓発】医師会と連携して、市を3つの区域に分けて、ACPIに関する研修を行っている。本研修は医師会が市から受託している。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 市で組織化している医療・介護の実務者のネットワーク「虹ねと」では、介護側、医療側それぞれの見方、視点から率直に意見交換が可能な場となっており、どのような思いを持って対応しているか、お互いに理解を深めることができている。

効果・課題

- ◆ 医師会と連携して、ACP（Advance Care Planning）に関する研修を行っており、多くの住民に参加してもらうことができているが、住民理解を深めるツールづくりが難しい。
- ◆ 団体活動への効果として、取組を通じて訪問看護事業者間の連携が進んでいる。
- ◆ 切れ目のない看看連携、相談窓口事業について、コーディネーターが中心となって、今後の取組テーマや課題を検討し、魅力的な活動にしていくな必要を感じている。地域住民の訪問看護について理解促進していくことも課題である。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

34

XVIII 枚方市訪問看護ステーション連絡会(大阪府枚方市)

コーディネーター:看護師

実施主体:訪問看護ステーション連絡会

事業担当、事務担当のコーディネーター2名体制

相談窓口の輪番制（会員ステーション管理者）

会員連携による相談スキルアップ

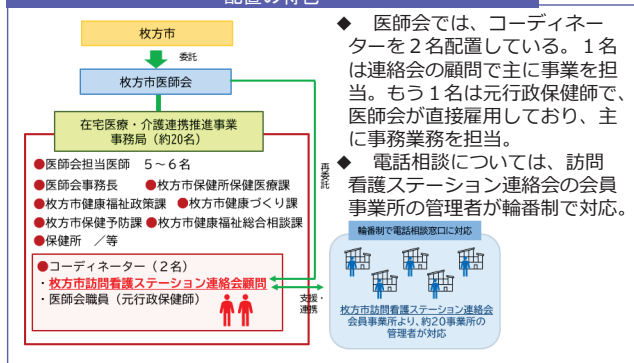
自治体概要

人口※1	392,589人	※1:枚方市「年齢別性別人口表 住民基本台帳人口（令和6年12月1日）」より算出
高齢化率※1	29.1%	
要介護認定率※2	20.2%	※2:「ひらかた高齢者保健福祉計画21（第9期）」より令和3年時点の数値（厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報）
契約関係	市から市医師会へ事業委託、医師会から訪問看護ステーション連絡会の顧問・会員事業所管理者へ再委託	
コーディネーターの人数・資格等	事業担当:訪問看護ステーション連絡会顧問:1名 事務担当:医師会職員（元行政保健師）:1名	

経緯

- ◆ 平成30年度より枚方市医師会に在宅医療・介護連携推進事業を委託。身近な圏域内での継続的な連携強化を図るため、医師会より枚方市訪問看護ステーション連絡会の顧問に在宅医療・介護連携支援コーディネーターを再委託。
- ◆ コーディネーターは訪問看護ステーション管理者経験のほか、所属法人で行っている小児から高齢者まで、医療や福祉に関する相談に総合的に応じる窓口でも活動している。

配置の特色



実施内容

- ◆ 【相談支援】枚方市訪問看護ステーション連絡会の会員事業所の管理者が相談対応を持ち回りで行うことで、身近な圏域内で関係機関との連携強化・継続につながっている。コーディネーターは、相談対応を担うとともに、訪問看護ステーション管理者が円滑に相談窓口業務に従事できるよう、当番のスケジュール管理や困難事例へのアドバイスなどの支援を行っている。
- ◆ 【提供体制の構築推進】市内には地域包括支援センターが13か所あり、各センターで、年1～2回、圏域の多職種連携を目的とした「多職種連携研究会」を開催している。コーディネーターとして、企画会議へ参加、企画・運営に対するコンサルテーション、研究会への参加、アドバイザーとして助言・提案などを行っている。また、各圏域の訪問看護ステーションの看護師が研究会で講師を務めている。

支援体制・関係者とのネットワーク

- ◆ 市では、平成20年度より医療と介護の連携のための協議体「地域ケア推進実務者連絡協議会」を設置し、介護支援専門員向けの医師との連携用のガイドブックやACP（人生会議）の資料を作成している。
- ◆ さらに平成24年度より、行政、関係団体、大学、病院の14団体で構成された「健康医療都市ひらかたコンソーシアム連携事業」を設立し、市民の健康増進や地域医療の充実を目的として展開している。各団体に所属する専門職による健康講座や健康・福祉・医療フェスティバル等を共同事業体として開催する等、関係機関や団体との連携強化を図っている。

効果・課題

- ◆ 相談内容や対応状況などについて、半期ごとに、枚方市訪問看護ステーション連絡会で共有している。会員事業所の管理者に相談内容に対して意見を求めたり、アドバイスをもらうなどして、相談対応のスキルアップを図っている。また、皆で相談することで解決方法が見つかるなど、相談対応の幅も広がっている。
- ◆ 今後の取組課題として、訪問診療を専門とする医療機関との連携、かかりつけ医の負担軽減（往診対応等）、独居の看取り支援、ACPの普及（支援者のフォロー）、認知症高齢者の在宅支援、多様な所属先の看看連携の推進などがあげられる。

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

35

結び

- 人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化することが想定されている。介護保険サービスを利用する高齢者の入院、退院後に介護保険サービスを利用する高齢者、医療と介護双方のサービスを利用する地域・施設の高齢者の増加に対して、減少した現役世代で、医療や介護の提供における対応が必要となる。
- また、75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加するとされており、各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要とされる。
- このような状況に対応するためにも、効果的・効率的な在宅医療・介護の連携は重要である。
- 医療と介護の両側面から支援することが可能な訪問看護の在宅医療・介護連携に期待される役割は非常に大きく、重要である。
- 1つの事業所や1人の看護師の大きな負担とならないように、地域全体で取り組むとともに、必要な情報を地域が認識し、受領・活用できるための体制作りも必要である。
- 訪問看護師、訪問看護ステーション、その他医療・介護の専門職、地域の医療・介護の関係団体、地域の医療・介護の関係機関、市町村、保健所、都道府県等が連携し、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の推進に取り組むことが望まれる。
- 本書を参考に、訪問看護師や訪問看護ステーションの在宅医療・介護の連携において実施可能な事項や関与することによる利点、訪問看護師が収集可能な情報や保持している知識等を地域の関係者等が適切に認識し、有効的に活用しつつ、地域における在宅医療・介護連携の推進に役立てられたい。

第4章

関係法規及び参考資料

37

事業実施に係る関係法規及び参考資料

(1) 関係法規

- 介護保険法（平成9年法律第123号）第百十五条の四十五第2項第4号
- 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第百四十条の六十二の八
- 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和6年厚生労働省告示第18号）
- 「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号）別記3 包括的支援事業（社会保障充実分）の「1 在宅医療・介護連携推進事業」の項

(2) 参考資料

- 在宅医療・介護連携推進事業手引きVer.4（令和7年3月 厚生労働省 老人保健課）

URL : <https://www.mhlw.go.jp/content/001468173.pdf>

- 在宅医療・介護連携に係るプラットフォーム

令和7年3月より厚生労働省では事業担当者等にとって、有用な情報を集約するとともに、自治体の事業担当者間の情報交換の場とするホームページを作成いたしました。関連法規、研修会情報、事例等も一元化して掲載しております。

URL : <https://zaitakupf.mhlw.go.jp/>

- 在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き（令和7年3月 令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討」 株式会社日本能率協会総合研究所）
- 在宅医療・介護連携の推進に係るコーディネーターの活用ハンドブックー市町村、都道府県、コーディネーターに向けてー（令和7年3月 令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携推進事業における都道府県・市町村連携及びコーディネーターの有効な在り方に関する事業」 株式会社野村総合研究所）
- 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（令和7年3月）

38

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業

**在宅医療・介護連携における訪問看護ステーションの
効果的な連携に関するハンドブック**

令和7（2025）年3月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業
報 告 書

令和7（2025）年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

