

# 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 —市町村、都道府県、コーディネーターに向けて—



令和7年（2025年）3月

## 目次

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 第1章 コーディネーターの概要.....                 | 2  |
| 1. はじめに.....                         | 2  |
| 2. コーディネーターに係る近年の動向.....             | 3  |
| 3. コーディネーターとは.....                   | 3  |
| 第2章 コーディネーターに求められる能力や配置体制.....       | 6  |
| 1. コーディネーターに求められる能力.....             | 6  |
| 2. コーディネーターの配置体制.....                | 7  |
| 第3章 コーディネーターの活用にして自治体を実施すべき事項.....   | 12 |
| 1. 市町村.....                          | 12 |
| 2. 都道府県.....                         | 13 |
| 第4章 コーディネーターに獲得が望まれる知識.....          | 15 |
| 1. 地域資源の状態の把握.....                   | 15 |
| 2. 医療と介護の基礎知識の取得.....                | 15 |
| 第5章 コーディネーターの効果的な業務の推進.....          | 16 |
| 1. コーディネーターの相談支援を地域課題の解決に活用する方策..... | 17 |
| 2. コーディネーターの相談支援以外の業務例.....          | 37 |
| 第6章 コーディネーターの効果的・効率的な育成.....         | 39 |
| 1. 効果的・効率的な育成の検討.....                | 39 |
| 2. 研修会の開催.....                       | 40 |
| 第7章 コーディネーターの活躍されている事例.....          | 44 |
| 第8章 参考資料.....                        | 56 |

## 第1章 コーディネーターの概要

---

### 1. はじめに

- 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続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要であり、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進することが必要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業では、地域の実情に応じ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築することが求められている。
- 在宅医療・介護連携推進事業における地域の在宅医療・介護の連携を支援するための方策として、「在宅医療・介護連携に関する相談支援」があり、在宅医療・介護の連携を支援する人材（コーディネーター）を配置し、相談窓口の設置・運営を行うことがある。（「地域支援事業の実施について」（老発第 0609001 号 平成 18 年 6 月 9 日 最終改正 老発 0805 第 3 号 令和 6 年 8 月 5 日））
- 本ハンドブックは、効果的・効率的な窓口の運営及びコーディネーターの活用について事例を交えて記載している。窓口の有効的な活用、コーディネーターの育成、相談事例からの地域課題の抽出などに課題を抱える自治体担当者やコーディネーター、更なる発展を望む自治体担当者やコーディネーター等の医療・介護連携に係る多くの関係者において、参考とされたい。
- 本ハンドブックは、市町村や都道府県の担当者やコーディネーターが協働して、在宅医療・介護連携に取り組むための方策を 1 冊に取りまとめたものである。コーディネーターの基本業務については相談支援である。本ハンドブックの記載内容については、全ての事項の実施を単独のコーディネーターのみに求める趣旨ではないことに留意しつつ、地域の実情に応じて、自治体担当者が主体として効果的・効率的な役割分担について検討し、自治体担当者とコーディネーターが協働しながら必要な事項を実施されたい。
- なお、在宅医療・介護連携推進事業については別途、在宅医療・介護連携推進事業手引き Ver.4（令和 7 年 3 月）を参照いただきたい。

## 2. コーディネーターに係る近年の動向

- 「「地域支援事業の実施について」の一部改正について」（老発0921第3号 令和3年9月21日）において、在宅医療・介護の連携を支援する人材として、在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターの名称が地域支援事業の実施要綱に記載された。
- ヒアリング等を通じて、在宅医療・介護連携推進事業に係る取組において、相談窓口等の「コーディネーター」と呼ばれる者の配置により、市町村担当者や地域の医療・介護に係る関係団体や専門職等と連携し、当該事業の推進に寄与しているという実態があることも把握されていたものの、「コーディネーター」に係る数量的な実態把握は令和5年度まで行われていなかった。
- 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業（厚生労働省）において、コーディネーターの実態や有効性を把握するとともに、定義等を改めて整理した。（「令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等 事業実施内容報告書」令和6年3月 厚生労働省老健局老人保健課）

## 3. コーディネーターとは

### （コーディネーターの定義）

- 自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的とし、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）を果たす者を「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。）」とする。  
※ 連携の対象として、例えば「医療機関と介護事業者」、「事業に関わる関係団体と市町村」、「事業に関わる医療及び介護専門職と市町村」等が挙げられる。また、その質を高めることもコーディネート機能の一部である。

### （コーディネーターに期待される役割）

- 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る。

### (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。
  - ※ 特定の資格要件は定めないが、医療分野においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士または歯科衛生士等の医療に係る国家資格を有する者や、医療ソーシャルワーカーの実務経験等を有する者であるとより望ましい。また、介護分野においては、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等の介護に係る国家資格や、介護支援専門員資格を有する等の介護分野に関する知識を有する者であるとより望ましい。
  - ※ 在宅医療・介護連携推進事業への理解があり、地域の関係団体や専門職等と連絡調整できる立場の者であることが望ましい。
  - ※ コーディネーターが属する地域の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有することが適当である。また、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と連携し、在宅医療・介護連携の推進を促すことが可能な者であることが望ましい。

### (参考) 第8次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

- 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された。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について下記の記載がされている。
- 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際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。
- 詳細は、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）や「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）等の記載を参照にされたい。

### （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。
- また、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。

### （留意事項）

- コーディネーターについては、複数で対応することや、自治体担当者等と協働で実施することも想定されることから、当該記載は単独のコーディネーターに求める事項でないこと及び地域の実情に応じて検討される必要があることに留意されたい。



## 第2章 コーディネーターに求められる能力や配置体制

---

### 1. コーディネーターに求められる能力

- コーディネーターは、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談対応が基本業務である。
- 一方で、受け付けた相談内容や地域の現状を踏まえ、必要に応じて市町村や関係者と連携し、地域課題・必要な施策などを検討することで効果的・効率的な在宅医療・介護連携推進に寄与することが可能である。
- 相談窓口の相談事例からの課題抽出から政策への活用については第5章「コーディネーターを通じた効果的な窓口業務等」を参考にされたい。
- そのうえで、コーディネーターが活躍するために特に必要と考えられる下記の3つの能力を身につけることが重要である。
- その他、地域の実情に応じて、自治体担当者と協働し地域課題の抽出から対応策の検討に資する能力やデータ分析能力、研修会や会議等におけるファシリテート能力等も期待される。
- 自治体は、地域の実情に応じて、必要な能力を検討し、必要に応じて研修等の支援を実施されたい。

#### <自治体内外の多機関との組織横断的な連携を推進する能力>

- 自治体と連携・協働し、自治体内外の関係機関・関係者との合意形成を図ることによって、効果的な連携・協働体制の構築とともに、必要な対応策の立案・実施が可能となる。

#### <専門的側面及び技術的側面からの多職種連携・協働を推進する能力>

- 自治体職員及び医療・介護の専門職の両者の認識等を把握することにより、多職種と認識の共有が可能となる。
- 自治体職員や医療・介護の専門職の橋渡しを実施することにより、両者の連携や協働を推進することが可能となる。

#### <人材育成への寄与する能力>

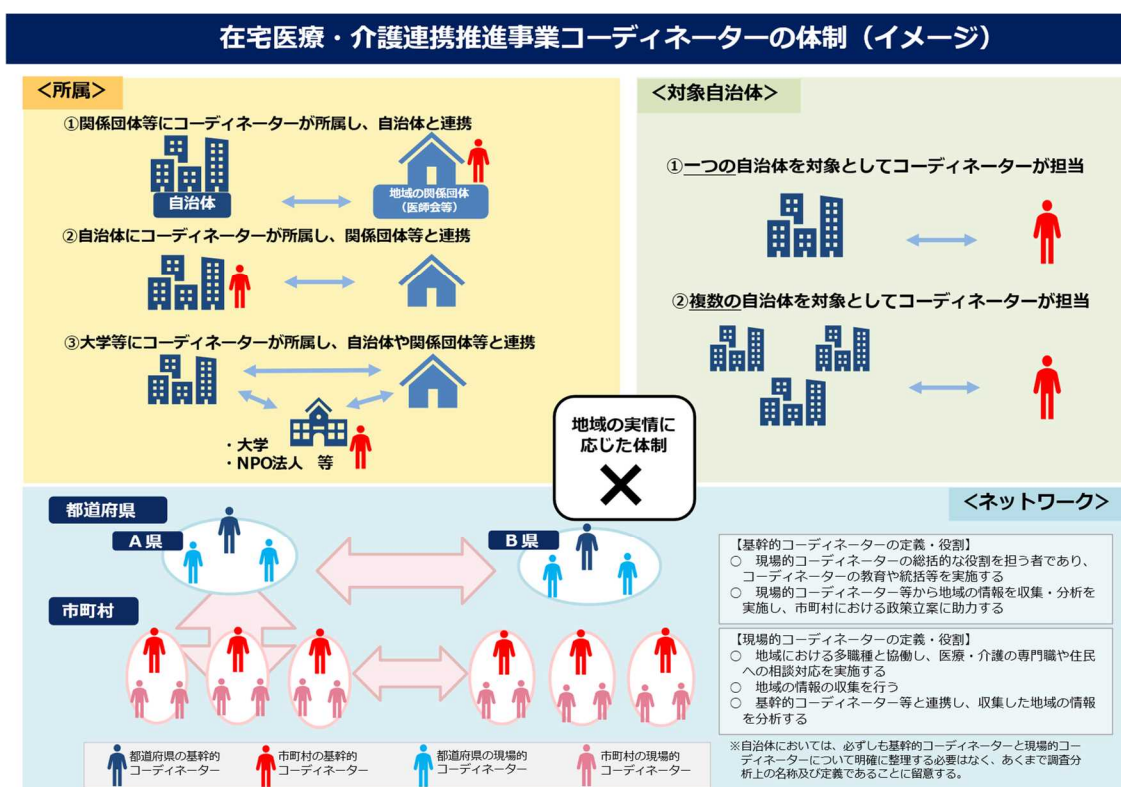
- 自治体職員への医療・介護への理解の推進や、医療・介護専門職の相互の理解の推進によって、医療・介護連携を推進する人材育成が可能となる。



## 2. コーディネーターの配置体制

- 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業（厚生労働省）においてコーディネーターの配置体制において、図1のような所属と対象自治体と形成するネットワークでパターンがあることが把握されたことを踏まえて、パターン分類とその特徴を記載する。どの配置体制であっても主体は自治体であり、コーディネーターのもつ地域の実情や医療・介護の関係者等のご意見を把握しつつ、必要な施策に活用することが重要である。

図1 在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの体制



- コーディネーターの＜所属＞として3つのパターンがある。

### ① 関係機関団体等にコーディネーターが所属し、自治体と連携 (利点)

- ✓ 関係団体との連携が効率的に実施可能。
- ✓ 配置団体に係る各専門職の活用が可能。
- ✓ 配置団体など組織内の理解や協力を得やすい。
- ✓ 患者をとりまく在宅医療・介護連携の現場の現状・課題を把握しやすい。



### (工夫が必要な点)

- ✓ 自治体の職員との連携については工夫が必要。例えば、自治体の仕組み等の説明や定期的な情報共有の場を設けること、在宅医療・介護連携に係る会議での情報共有等の対応の検討等がある。

| # | 市町村         | 都道府県 | 掲載頁   |
|---|-------------|------|-------|
| 1 | 豊島区         | 東京都  | 22    |
| 2 | 横浜市         | 神奈川県 | 24    |
| 3 | 新潟市         | 新潟県  | 29,31 |
| 4 | 豊中市         | 大阪府  | 38    |
| 5 | 飯塚市・嘉麻市・桂川町 | 福岡県  | 42    |

## ② 自治体にコーディネーターが所属し、関係団体等と連携

### (利点)

- ✓ 自治体の政策等を効率的に実施することが可能。
- ✓ 地域支援事業の他事業や地域ケア会議等から、地域包括ケアシステム全体を俯瞰して事業を実施することが可能。
- ✓ 自治体の実施する地域の住民ニーズ調査、資源量や保険データ等を活用することが可能。
- ✓ 自治体内の関係部署からの理解及び協力が得られやすい。

### (工夫が必要な点)

- ✓ 関係団体等との連携については工夫が必要。例えば、在宅医療・介護連携に係る会議での情報共有等の対応の検討等がある。
- ✓ 担当の行政職員が異動した際に業務内容を適切に引き継ぐことが必要。例えば、厚生労働省の在宅医療・介護連携推進事業に係るプラットフォームの活用や各種研修等を通じて事業に係る知識の取得を推進する等の対応の検討等がある。

| # | 市町村 | 都道府県 | 掲載頁 |
|---|-----|------|-----|
| 1 | 釜石市 | 岩手県  | 20  |
| 2 | 千葉市 | 千葉県  | 26  |

### ③ 大学等にコーディネーターが所属し、自治体や関係団体等と連携

#### (利点)

- ✓ 地域で医療介護連携において活躍する人材の育成や確保が容易。

#### (工夫が必要な点)

- ✓ 自治体の職員と関係団体の連携については工夫が必要。例えば、自治体の仕組み等の説明や定期的な情報共有の場を設けること、在宅医療・介護連携に係る会議での情報共有等の対応の検討等がある。

| # | 市町村     | 都道府県 | 掲載頁 |
|---|---------|------|-----|
| 1 | 豊明市・東郷町 | 愛知県  | -   |

#### <対象自治体>として2つのパターン

#### ① 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当

#### (利点)

- ✓ 自自治体の状況を踏まえた実施が容易。

#### (工夫が必要な点)

- ✓ 広域での対応においては、工夫が必要。例えば、広域での対応が必要な事項については都道府県（保健所等を含む）に情報共有や協力依頼をする等の検討等がある。

| # | 市町村 | 都道府県 | 掲載頁   |
|---|-----|------|-------|
| 1 | 豊島区 | 東京都  | 22    |
| 2 | 横浜市 | 神奈川県 | 24    |
| 3 | 新潟市 | 新潟県  | 29,31 |
| 4 | 豊中市 | 大阪府  | 38    |
| 5 | 釜石市 | 岩手県  | 20    |
| 6 | 千葉市 | 千葉県  | 26    |

## ② 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当

### (利点)

- ✓ 関係団体の所管が複数の自治体にまたがる場合において効率的に実施可能。
- ✓ 広域での対応が可能。

### (工夫が必要な点)

- ✓ 各市町村の状況の相違を踏まえた実施に工夫が必要。例えば、各自治体の担当者が一体として検討する場の設定を行う等の検討等がある。

| # | 市町村         | 都道府県 | 掲載頁 |
|---|-------------|------|-----|
| 1 | 飯塚市・嘉麻市・桂川町 | 福岡県  | 42  |

＜ネットワーク＞として、都道府県、市町村のそれぞれにコーディネーターが配置されている自治体や、さらに基幹的コーディネーターと現場的コーディネーターが配置されている自治体があり、多種多様なネットワークを形成している。

## ① 市町村と都道府県の両方にコーディネーターを配置

- ✓ 必要に応じて市町村と都道府県と連携し、対応策の検討実施可能。
- ✓ 都道府県内の他の市町村との連携が容易。

| # | 市町村         | 都道府県 | 掲載頁   |
|---|-------------|------|-------|
| 1 | 新潟市         | 新潟県  | 29,31 |
| 2 | 飯塚市・嘉麻市・桂川町 | 福岡県  | 42    |

## ② コーディネーターを統括するコーディネーター（基幹的コーディネーター）を配置

- ✓ コーディネーターの教育や統括等が容易。
- ✓ 効果的効率的な地域の情報を収集・分析が可能。

| # | 市町村         | 都道府県 | 掲載頁   |
|---|-------------|------|-------|
| 1 | 新潟市         | 新潟県  | 29,31 |
| 2 | 飯塚市・嘉麻市・桂川町 | 福岡県  | 42    |

- 上記のパターンについては、各利点等を把握し、地域の実情に応じた推進が重要である。
- 自治体にコーディネーターが所属しない場合においても、自治体の関与は必須であり、必要に応じて連携することにより、効果的な対応策の実施が可能である。



## 第3章 コーディネーターの活用にあたって自治体が行うべき事項

コーディネーターの活用にあたって、自治体が行うべき事項を適切に認識の上、コーディネーターへの活動に適切な支援を実施する必要がある。例えば、地域の医療や介護に係るデータの提供、自治体の施策や制度の情報提供、必要な能力の獲得に資する研修会の実施等の検討が可能である。

### 1. 市町村

#### （概要）

- コーディネーターの活用は、在宅医療・介護連携推進事業を効果的に実施する方策の一つであるが、実施主体である市町村がマネジメントの主体となる。よって、コーディネーターと市町村の役割分担について検討し、各役割を明確にした上で実施事項を検討することが必要である。
- 新たに配置する場合においては、地域資源の状況や地域のニーズ等を把握したうえで、第1章の3の「コーディネーターとは」（p3）及び第2章の2「コーディネーターの配置体制」（p7）を参考にコーディネーターの人材の選定や配置体制について検討する。

#### （自治体担当者とコーディネーターの連携）

- コーディネーター業務を委託実施する場合には、自治体担当者とコーディネーターが密に連携することができるよう、定期的な打合せや対話の機会を設けることが重要である。
- その際、コーディネーターから日頃の相談内容や回答状況を共有した上で、市町村からフィードバックを行うことで相談対応の質的向上を図ることも重要である。
- また、コーディネーターは地域の専門職等から相談対応を受ける過程で把握された地域課題を市町村へ共有することで、自治体担当者がコーディネーター経由で地域課題を把握することも期待される。

#### （地域課題の抽出及び対応策の実施等）

- 自治体担当者がコーディネーターと協働し、相談事項の収集や分析を行うことによって、相談事項からの地域課題を抽出することやその地域課題に基づいて対応策を検討することも重要である。その他、コーディネーターにおける実施が有効な事項についてはコーディネーターと連携し、対応策を実施する。
- 上記を実施する場合の、具体的な実施の流れは、第5章 「コーディネーターの効果的な業務の推進」を参照されたい。

## 2. 都道府県

- 管轄の市町村の現状や課題について認識し、課題の対応に際しては必要な支援を実施することが必要である。例えば、市町村では取得困難な医療に係るデータの提供や、広域での連携に係る支援、他の市町村の取組等の情報の共有、急変時や入退院などの広域で対応が必要とされる事例への対応等への支援が考えられる。
- 新たにコーディネーターを配置する場合においては、地域資源の状況や地域のニーズ等を把握したうえで、市町村におけるコーディネーターとの役割の相違などを含めて、人材の選定や配置体制について検討する。
- 複数市町村が共同して郡市区等医師会や医療機関に広域的なコーディネーターの活用が有効な場合、関係市町村と郡市区等医師会や医療機関との調整等の設置に向けた支援を都道府県（保健所等を含む）が行うことが重要である。また、必要に応じて都道府県医師会等の関係機関と連携して取り組まれない。
- コーディネーターの育成、コーディネーター間の連携の推進については、広域で実施した方が効果的、効率的であることから、都道府県（保健所等を含む）が積極的に取り組むことが望ましい。
- 自治体間を越境する入退院となる場合、近隣自治体の医療機関・介護事業所やケアマネジャーとの連携が必要になることも想定されるため、管内市町村間においても連携・協働が図られるよう都道府県（保健所等を含む）が関係構築の支援を行うことも重要である。
- 地域の実情に応じて、在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターは、かかりつけ医機能報告制度※に基づくコーディネーターと連携し取組を推進することが重要である。かかりつけ医機能報告については、「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」等を参照頂きたい。

### ※ 医療法におけるかかりつけ医機能報告について

- かかりつけ医機能が発揮される制度整備として、令和7年度よりかかりつけ医機能報告制度が施行される。主に都道府県において本制度の運用が行われるが、地域関係者との協議等において市町村の積極的な関与が求められている。
- 本制度は、①慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（日常的な診療の総合的・継続的实施、在宅医療の提供、介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求め、②都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに公表する。③都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する仕組みである。



- 外来医療に関する地域の関係者との協議の場での協議において、特に在宅医療や介護連携等の協議にあたっては、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議も想定され、市町村の積極的な関与が重要である。協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定する。

## 第4章 コーディネーターに獲得が望まれる知識

---

コーディネーターが活躍する上で必要不可欠となる知識については、医療と介護の基礎知識の取得・地域資源の状態の把握がある。

### 1. 地域資源の状態の把握

- 病院、診療所（歯科を含む）、薬局、訪問看護事業所等の医療資源と介護保険施設、介護事業所など社会資源の把握が必要である。
- 地域資源の把握においては、医療機関や介護事業所が「地域のどこにあるか」という基本的な情報に加えて、以下の点も把握しておくことが望ましい。
  - 訪問診療等を実施する医療機関の専門性等
  - 医療機関や介護事業所の対応可能エリアや時間等
  - 各専門職・関係機関の役割、機能、関係性等
  - 訪問診療等の実施医療機関や各専門職へ連絡する際に望ましい手段（電話、メール、FAX 等）
  - 各医療機関における入退院等に関する独自ルール等
- その他の地域の社会資源（通いの場、自主グループ、障害福祉サービス事業所等）を把握することも重要である。
- 在宅医療・介護サービス利用者の情報や地域包括支援センターの業務、地域ケア会議等の検討状況等を把握することも必要である。

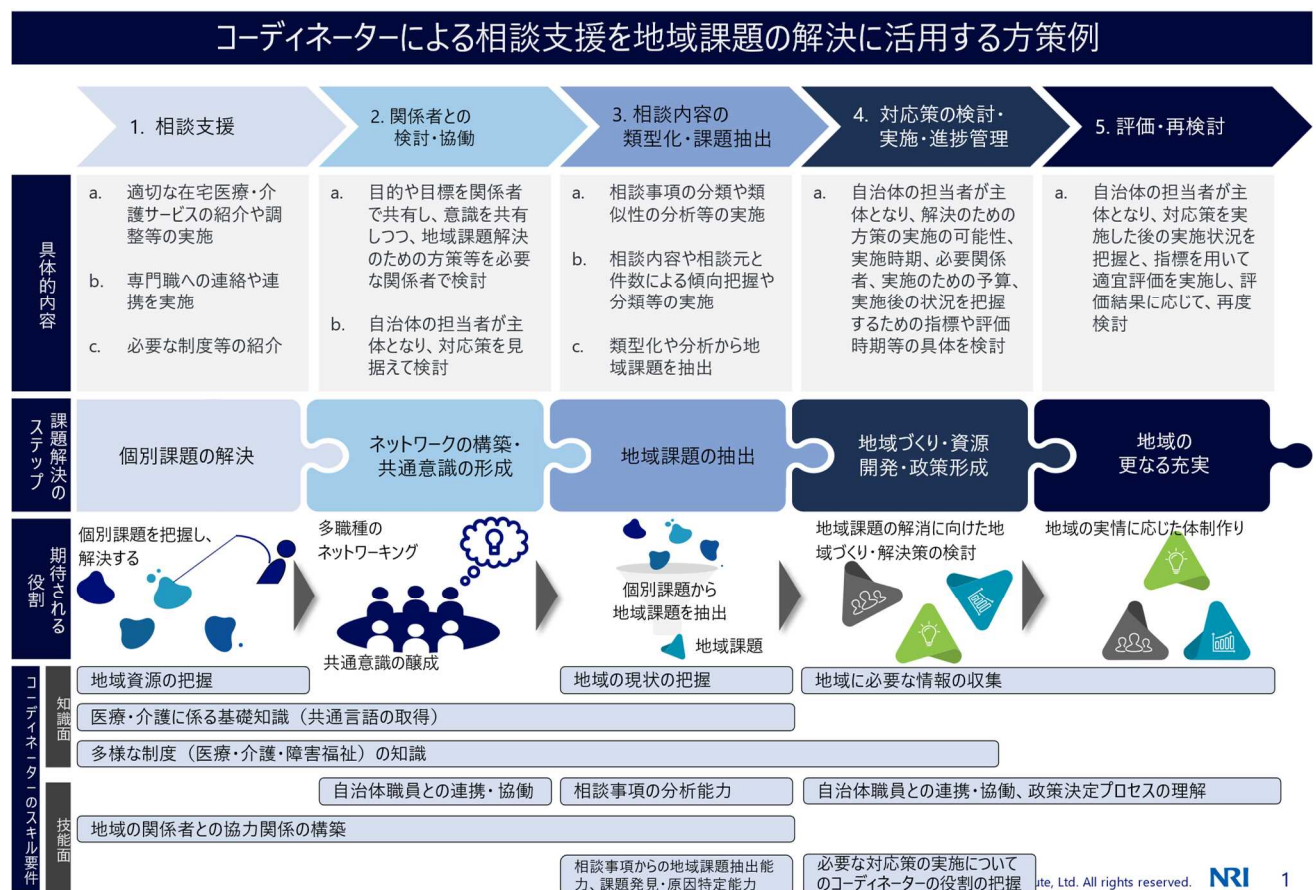
### 2. 医療と介護の基礎知識の取得

- 医療や介護の専門職との協働のため、医療の基礎知識（医療の基本用語、医療提供施設について、病床機能、診療報酬の仕組み等）及び介護の基礎知識（介護の基本用語、介護事業所のサービス類型について、介護報酬の仕組み等）の取得が必要である。
- 自治体との協働のため、医療や介護に係る関連法規（医療法、健康保険法、介護保険法等）、医療に係る政策や制度（地域医療構想、医療計画等）、介護に係る政策や制度（介護保険事業計画、介護保険事業支援計画等）等の知識の取得も望まれる。

## 第5章 コーディネーターの効果的な業務の推進

コーディネーターの基本業務は相談支援であるが、コーディネーターが収集する相談事項等は地域の課題として検討すべき事項が含まれている可能性がある。そのようなコーディネーターが収集する地域の実情を、地域全体で共有・活用して、多職種・多機関の連携を強化して運用を改善する機能・役割を担うためには、相談支援から、効果的・効率的な課題抽出を行い、対応策の実施まで、切れ目なく行っていく必要がある。よって本章では、相談支援（窓口業務等）から得られた相談事項を地域課題の解決に活用するための流れを図2に示すので、各市町村及び都道府県におかれては、必要に応じてご活用いただきたい。

図2 コーディネーターによる相談支援を地域課題の解決に活用する方策例



## 1. コーディネーターの相談支援を地域課題の解決に活用する方策

### (1) 相談支援

自治体から求められる対応の実施が必要であるが、例えば下記のような対応が検討される。

- 医療・介護サービスが必要な場合、適切な在宅医療・介護サービスの紹介や調整等を実施する。
- 医療や介護の専門的な知識が必要な場合、必要な専門職への連絡や連携を実施する。
- 相談内容の解決において、必要な制度等があれば紹介する。

なお、相談支援については、コーディネーターに求められる基本業務である。

（「地域支援事業の実施について」（老発第 0609001 号 平成 18 年 6 月 9 日 最終改正 老発 0805 第 3 号 令和 6 年 8 月 5 日）

### 事例 千葉県松戸市

#### <取組概要>

- 千葉県松戸市では、地域を「一つの病院」として捉え、地域の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって各機能を果たし、老いても病んでも（※）暮らしやすいまちづくりを推進している。（※松戸市パンフレットの記載をそのまま引用しているが表現は要検討）
- 松戸市医師会に設置されている在宅ケア委員会には、医師会、歯科医師会、薬剤師会のほか松戸市の所掌関連 2 課やコーディネーターが参加しており、関係者間の調整機能、活動状況共有、議論検討等を行っている。
- コーディネーターが対応した相談事例については、コーディネーターが所属する松戸市在宅医療・介護連携支援センターに出務する医師（医師会長および在宅ケア委員会担当理事）が出席する週 1 回のカンファレンスで医師による助言を得た後、在宅ケア委員会において類型化や施策立案の議論を行っている。その際、相談事例の件数が量的に多い課題への対応のみならず、一つ一つの困難事例等を受け止め咀嚼し、関係機関や部署を繋いだ上で、解決へのアクションや新たな活動に繋げている。このように、コーディネーターが対応する相談事例は「地域の実情や課題を早期に覚知するためのアンテナ」として捉えた上で施策立案等を進めている。

図 3 松戸市における相談支援の分析例

| 事例 | 地域要素  |       |        |             | 家族要素  |        | 本人要素       |     |      | 本人要素(医療関係) |        |      |       |
|----|-------|-------|--------|-------------|-------|--------|------------|-----|------|------------|--------|------|-------|
|    | 見守り不在 | 地縁の欠如 | ゴミ出し問題 | その他         | 世帯の困難 | その他    | 助けを求める力の欠如 | 認知症 | その他  | かかりつけ医不在   | 医療連携困難 | 精神疾患 | その他疾病 |
| A  |       |       |        |             | 独居    |        | サービス利用拒否   | 疑い  |      | ○          |        |      |       |
| B  |       |       |        |             |       | 家族要介護者 |            |     |      | ○          |        | ○    |       |
| C  |       |       |        |             | 独居    |        |            | 疑い  |      | ○          |        |      |       |
| D  |       | ○     |        |             | 独居    |        | ゴミ屋敷       |     |      |            |        |      |       |
| E  |       | ○     |        |             | 実態独居  |        |            |     |      | ○          | ○      |      | がん    |
| F  | ○     |       |        | マンションセキュリティ | 独居    |        | サービス利用拒否   | ○   |      | ○          |        |      |       |
| G  |       |       |        |             | 日中独居  | 家族不干渉  |            | ○   | 危険運転 |            |        |      | アルコール |
| H  |       | ○     |        |             |       |        | サービス利用拒否   | ○   |      | ○          |        |      |       |
| I  | ○     |       |        | 個人情報        | 日中独居  |        |            | ○   | 買い物  |            |        |      |       |
| J  |       | ○     |        | 個人情報        | 独居    |        |            | ○   | 徘徊   |            |        |      |       |
| K  | ○     |       |        |             | 認知世帯  | 家族関与拒否 |            |     |      |            |        |      |       |
| L  | ○     |       | ○      |             | 独居    |        |            | ○   |      | ○          | 服薬困難   |      |       |
| M  |       |       |        |             | 独居    | 家族不干渉  | サービス利用拒否   | 疑い  |      | ○          |        |      |       |
| N  |       |       |        |             |       | 家族障害者  |            |     |      |            |        |      | 脳疾患   |
| O  |       | ○     |        |             |       |        |            |     |      | 不信感        |        | ○    |       |

出典:<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001086090.pdf>

- また、対応の難易度・困難性の高い相談事例に対応する際は、医師が早いタイミングで関与し、大まかな診立てや支援の方向性を示すことによって、関係者それぞれが課題解決に向けて動き出せる環境を整えている。
- 以上のようなプロセスを経て、検討結果を踏まえた各種研修や資源の情報収集、また在宅医療スタートアップ支援(下記)や地域 ICT の活用推奨等に繋げている。新規事業や既存の仕組みを変える必要がある事項については行政側への提案も含めて対応している。

図 4 松戸市におけるかかりつけ医の在宅医療スタートアップ支援

## かかりつけ医の在宅医療スタートアップ支援(2016年度～)

### 1) 診療体制整備や報酬請求事務の支援

- 届け出書類・院内掲示・カルテ様式等の整備や報酬請求事務の支援等

### 2) 訪問看護師による訪問診療同行支援

- 医療ケアへの助言・介助や薬剤師・ケアマネ等との情報連携の支援

### 3) 診診連携グループへの参加 や 訪問看護との連携推奨

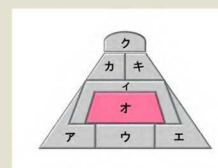
- 訪問看護連携による24時間対応、診診連携による365日対応体制の構築

### 4 かかりつけ患者に必要なソーシャルワーク

- 病院勤務医がMSWIに調整を依頼するのと同様の役割をセンター職員が担う

### 5) 医療衛生材料定数カードの活用

- いわゆるSPD(Supply Processing and Distribution)を病院外で展開



- 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  
 ウ) 医介連携を推進する体制の構築  
 エ) 関係者間の情報共有の支援  
 オ) 関係者に関する相談支援
- \* 新たに取り組む機関への支援
  - \* かかりつけ医の推奨
  - \* 困難事例に対する医師の関与
  - \* 在宅医療の質向上支援
  - \* 悩ましい事例への関与・支援
- カ) 医療・介護関係者の研修  
 キ) 地域住民への普及啓発  
 ク) 関係市区町村の連携

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター All Rights Reserved

出典: <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001086090.pdf>

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- コーディネーターが対応した相談事例を機械的に集計し行政へ報告しているが、その後の類型化や地域課題の抽出に困難感がある。

<実施による効果>

- 相談対応事例を地域の実情や課題を早期に覚知するための情報源としてモニタリングしている。これらの事例や相談内容から課題を抽出し関係者と対応策を検討することで、地域課題に即した行政施策への落とし込みが期待される。



## (2) 関係者との検討・協働

- 課題抽出の結果、地域課題として検討すべき事項については、地域と連携して検討を実施する。
- 課題の検討に必要な、他の資料やデータ、職種、関係団体等を検討し、関係者と連携して検討を実施する。解決のための方策等についても検討する。なお、検討に際しては、自治体の職員とも連携して検討することが重要である。
- 検討に際しては、地域の医療・介護の関係団体等と現状や課題、対応策、地域でめざすべき姿やあるべき姿（目的、目標）を把握するとともに関係者で共有する。

※ (2) から (5) の記載はコーディネーター必ず実施する業務ではなく、コーディネーターの更なる活躍に際して必要とされる場合における参考であることに留意されたい。なお、必要に応じて自治体担当者とも連携し、実施されたい。

### 事例 岩手県釜石市

#### <取組概要>

- 岩手県釜石市の「在宅医療・介護連携推進事業」の市の担当者（連携コーディネーター）は、ケアの担い手となる各職種の専門性が発揮できる環境の整備や専門職間の関係構築を支援するため、階層別コーディネート（一次連携・二次連携・三次連携）や課題解決支援に取り組んでいる。

#### 一次連携

- 一次連携は、在宅医療連携拠点（チームかまいし）と一職種の「打合せ会」であり、①職種が抱える「連携の課題」を抽出・見える化すること、②連携拠点と職能団体等の顔の見える関係を作ること、を目的としている。WG 等の会議体の構成員を一職種に絞り他職種の目を気にすることなく発言できる環境を整えることで、現場の課題や率直な意見を引き出している。

#### 二次連携

- 二次連携は、一次連携で抽出された課題の解決のために複数職種を繋げる連携であり、課題に応じた種々の連携手法を取り入れている。一次連携から抽出される職種間の課題の多くが「お互いの理解不足」にあるため、二次連携においては専門職間の相互理解の推進の支援を主眼に置いたコーディネートを行っている（多職種合同の研修会・意見交換会のほか二職種（薬剤師&介護支援専門員、薬剤師&リハビリテーション専門職等）合同の研修会等）。

#### 三次連携

- 三次連携は、多職種が一同に会する機会であり、多職種を対象とした研修会や各職能団体等の代表者が集う協議会等を行っている。こうした場を活用することで、地域包括ケアに関するコンセンサス形成や課題の共有、職種間の連携・理解促進を図っている。



図 5 釜石市における連携手法

## チームかまいしの連携手法 ～一次～三次の階層別連携コーディネートと課題解決支援～

### 【一次連携①】

連携拠点と一職種の連携

- ・ヒアリング・顔の見える関係づくり
- ・連携の課題共有・課題解決策検討
- ・事業の打合せ・実施・反省会  
～連携の土壌づくりとタネまき～

→職種内課題解決のための取組支援

### 連携の課題解決支援

一次連携等※の結果、様々な主体が実施する課題解決策の支援を①②③等の場を活用して実施  
～解決策・手法・場などの提案と協働～

※連携に関する相談窓口設置

### 【二次連携②】

連携拠点が仲介する連携

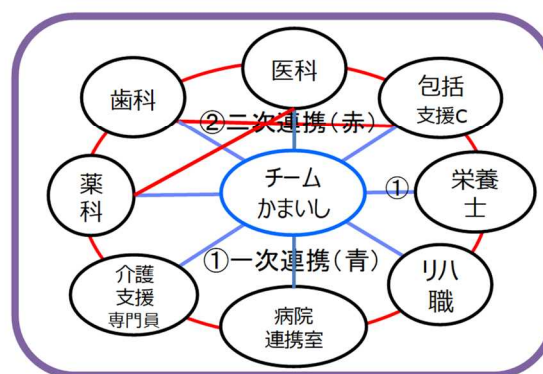
- ・ニーズのマッチング・相互理解の場  
ex. 情報交換会、同行訪問

→協働に基づく、課題解決のための連携支援

### 【三次連携③】

多職種による連携・理解促進の場

→地域のコンセンサス形成・理解促進



③三次連携

※出典：釜石市資料

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 各職種が抱える課題を行政側に共有する場・機会がなく、課題解決に資する行政施策が打ち出されていない。
- 職種間の相互理解が進んでおらず「顔の見える関係」が築かれていないため、例えば入退院カンファレンス時に地域の誰へ連絡すべきかが分からない。
- 地域の医療職と介護職の間に壁があり、気軽に相談できる関係性を構築できておらず関係性が深化していない。

<実施による効果>

- 一職種内・職種間・地域全体という階層の異なる課題を一気通貫に解決することは困難であるが、各階層に応じた連携をコーディネートすることで、漸進的に課題解決を進めることが期待できる。
- 職種間が知り合い関係を深める場や、専門職間相互のニーズを行政がマッチングすることで、その後は行政が仲介・介在することなく、専門職間による自走的な連携深化が望まれる。

## コーディネーターと協議会の連携による在宅医療・介護連携の推進

## &lt;取組事例&gt;

- 豊島区在宅医療連携推進会議を年 3 回開催している。構成員は、有識者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護師会、病院、リハビリテーション職、介護保険施設、介護事業者、介護支援専門員、在宅医療相談窓口、歯科相談窓口、高齢者総合相談センター、保健所、区民と幅広く区民の医療に携わる関係機関の連携を強化し、在宅医療体制を整備することを目的としている。
- コーディネーターは豊島区が多職種連携づくりの起点として、各種職能団体との連携をサポートし在宅医療・介護連携におけるネットワーク構築に寄与している。上述の在宅医療連携推進会議にも委員として参画（在宅医療相談窓口、歯科相談窓口）し、相談件数や相談内容の類型を報告し、豊島区の地域課題や、特性に応じた多職種連携を検討している。
- 豊島区在宅医療連携推進会議のもとに、以下6つの部会が属し、在宅医療連携推進会議で提起された課題に対して、それぞれの部会の専門性に依り調査や対策を図り報告している。
  - ICT 部会：多職種での連携・情報共有に係る ICT 活用の促進や ICT を活用した在宅医療・介護連携や病診連携等について、協議・検討。豊島区では情報共有のアプリケーションとして MCS を導入しており、MCS に関する情報共有等も行っている
  - 口腔・嚥下障害部会：主に歯科医師・歯科衛生士を中心に、医師・管理栄養士・介護支援専門員等とともに、在宅医療における歯や口腔に関する情報提供や課題を協議・検討。
  - 在宅服薬支援部会：薬剤師が主体、医療ソーシャルワーカーや居宅介護支援専門員とともに在宅での服薬支援の現状報告を実施し、多職種とのスムーズな連携体制構築のための課題を協議・検討。
  - 訪問看護ステーション部会：訪問看護ステーション管理者と在宅医で構成。意見交換会（近隣病院、高齢者総合相談センター、リハビリテーション職等）や病院看護師の訪問看護体験研修等を実施。
  - リハビリテーション部会：リハビリテーション職を中心に、医師、歯科医師、看護師等、多職種が参加し意見交換を行うとともに、病院リハスタッフによる訪問リハ体験研修を実施。
  - 臨床倫理部会：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護職による多職種で構成される部会で、多様な倫理的問題に気づき、在宅医療・ケアの安心、安全、質の向上につなげる対応策を協議・検討している。臨床倫理の勉強会も企画開催している。
  - 感染症対策部会：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護職による多職種で構成。感染症が流行する中でも在宅医療・ケアの継続をできるように、地域に根差した対策を協議・検討。（休会中）
- コーディネーターは、他にも相談対応や、在宅医療・介護連携に関する周知・啓発活動、また MCS 上での情報共有体制の構築など多職種連携拠点としての顔も持ち合わせた多様な役割を果たしている。

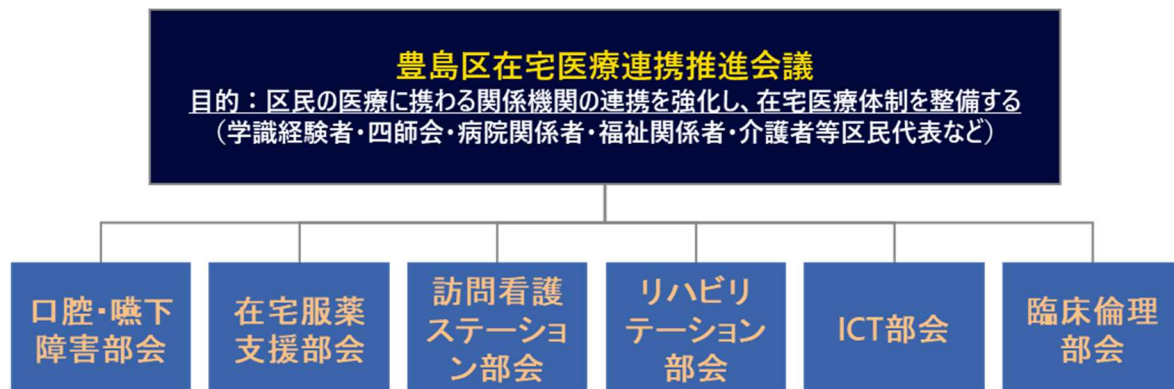
## &lt;この事例を参考とし、解決可能な課題例&gt;

- 各自治体の状況に即した、地域課題や地域特性に応じた連携がなされておらず、相談内容の分析や施策の方向性を検討できていない。

<実施による効果>

- 自治体それぞれの状況に適した連携がなされ、効果的な分析や施策立案が期待できる。

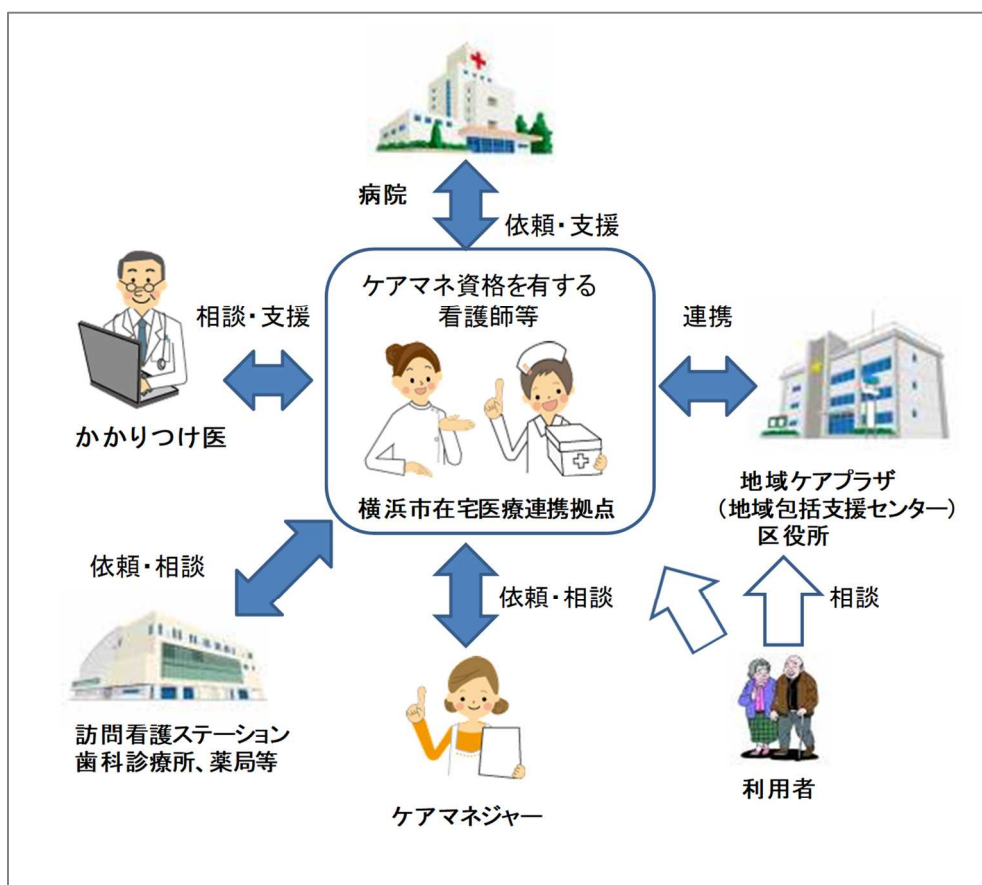
図 6 豊島区在宅医療連携推進会議の体制



## <取組概要>

- 横浜市では、18 の行政区にまたがる多大な人口に医療・介護サービスを提供するべく、18 行政区にある区医師会の全訪問看護ステーションに「在宅医療連携拠点」を設置し、1 区あたり 2-4 名のコーディネーターを配置している。地域の在宅医療の現状をよく知る区医師会が「在宅医療連携拠点」を担うことにより、医療・介護双方の視点による支援が実施できている点に特徴がある。
- また、日頃から在宅医療連携拠点を通じて地域の医療機関等との連携体制の構築を進めており、行政・区医師会・病院や診療所・介護事業所等による連携推進の強化に寄与できている。

図 7 横浜市在宅医療連携拠点と地域の各種機関との関係性



- 各行政区に配置された在宅医療連携拠点のコーディネーターは、主に以下の業務を共通して行っている。
  - ① 相談・支援業務
    - ・退院時支援
    - ・医療・介護従事者及び市民からの相談支援
    - ・情報支援

② 医療連携・多職種連携業務

- ・かかりつけ医の在宅医療研修の企画・実施
- ・多職種間での連携会議、事例検討

③ 市民啓発

在宅医療に関する市民向け講演会等

- 区医師会のコーディネーターの人事異動や、新任者への対応として、横浜市では新任者研修（年1回）のほか、コーディネーターが集まる連絡会を年2回実施している。

**<この事例を参考とし、解決可能な課題例>**

- 人口規模が大きい市町村や隣接する市町村との関係に差がある地域の場合、市町村内でも状況が異なることが多く、細分化した区分け毎の現状に応じた対応を必要とする場合

**<実施による効果>**

- 市町村内の細分化した区分け毎に対応を変更することが可能であり、より各地域に密着した支援を実施することが可能である。



### (3) 相談内容の類型化及び課題抽出

- 相談事項の分類や類似性の分析等の実施を行うことも重要である。
- 相談内容や相談元と件数による傾向把握やテーマと対応策を見据えた分類等を実施する。
- 地域課題の分析に必要な相談内容の類型化や分析を実施し、課題を抽出する。
- 課題抽出に繋げる類型化の際に単純に相談件数のみで整理し、事例の背景等の情報が消失しないよう留意することが重要である。
- 自治体担当者や地域関係者等との課題検討の際も、相談事例の背景も含めて検討することが重要である。

#### 事例 千葉県千葉市

##### <取組概要>

- 千葉県千葉市では、主に在宅医療・介護連携推進事業を担当する課相当の組織として、平成 30 年 4 月に「在宅医療・介護連携支援センター」を新設した。在宅医療・介護連携推進事業を所管するセンターの機能には、①医療・介護専門職から主に電話等で相談を受け付ける相談支援と②医療機関や介護サービス事業所などへの訪問調査などによる医療介護資源の把握を担当しており、③医療介護専門職の連携に関する研修の開催支援と④在宅医療等の市民への普及啓発については、市職員と密接に連携し取り組んでいる。
- コーディネーター業務は、市の外郭団体である（公財）千葉市保健医療事業団に委託しているが、市職員とコーディネーター（事業団職員）が同じ執務室内で業務を行っている点に千葉市の特色と強みがある。同じ空間内で業務を行うことで、コーディネーターが受ける医療・介護専門職からの相談に対する回答方針などを適時に行政職員へ相談でき、日々のコミュニケーションを充実させつつ連携を深めながら業務を推進する点が、同センターの機動力を高める上でのポイントとなっている。
- 在宅療養に関する課題は多岐にわたるが、その課題に直接的に対応するのは地域の在宅医療・介護・福祉など現場の専門職であり「医療・介護専門職の課題解決の取組を支援すること」が同センターの最大のミッションである。多職種・多機関連携の中で表出した在宅療養の課題に対して、早期に対策できるよう環境整備を行うことが同センターの主要な役割となっている。
- コーディネーターが各専門職から受ける日々の相談事例は、①相談内容（医療・介護資源、在宅療養生活、診療報酬等）や②相談者の職種（病院、診療所、薬局、訪問看護等）によって分類・整理している。また、在支診の医師や医療介護分野に精通した弁護士をオブザーバーに加えた相談事例の振り返りを毎月実施している。分類整理された相談事例や事例の振り返りから地域課題を抽出し、その課題を多職種連携会議や在宅医療推進連絡協議会において検討し、合意形成をした上で政策提言等を行っており、そうしたプロセスの成果として令和 2 年度には「入退院支援の手引き」、令和 3 年度には「おひとりさま支援の手引き」等が作成された。



図 8 千葉市における相談内容の分類例

令和X年度 相談内容・相談者別相談件数等集計表 (I)

<月次報告>

|        | 相談件数 | 相談内容による分類  |            |            |          |     |     | コロナ<br>関連 | 相談者の職種 |     |    |    |                |          |           |           |    |    | 相談者の住所(相談機関の所在地) |    |    |    |    |    |    |    |
|--------|------|------------|------------|------------|----------|-----|-----|-----------|--------|-----|----|----|----------------|----------|-----------|-----------|----|----|------------------|----|----|----|----|----|----|----|
|        |      | 医療介<br>護資源 | 在宅療<br>養生活 | 在宅療<br>養医療 | 診療<br>報酬 | 研修  | その他 |           | 病院     | 診療所 | 薬局 | 訪問 | あんし<br>ん基<br>幹 | ケア<br>マネ | 入所系<br>施設 | 通所系<br>施設 | 住民 | 行政 | その他              | A区 | B区 | C区 | D区 | E区 | F区 | G区 |
| 令和5年4月 | 55   | 12         | 5          | 15         | 5        | 15  | 3   | 1         | 2      | 5   | 1  | 3  | 9              | 9        | 10        |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 5月     | 57   | 7          | 9          | 13         | 8        | 15  | 5   | 1         | 13     | 1   | 2  | 12 | 13             | 15       | 2         |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 6月     | 68   | 15         | 15         | 9          | 14       | 11  | 4   | 0         | 2      | 7   | 4  | 5  | 0              | 7        | 5         |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 7月     | 48   | 1          | 13         | 9          | 9        | 7   | 9   | 0         | 15     | 13  | 3  | 6  | 12             | 9        | 0         |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 8月     | 56   | 13         | 9          | 10         | 14       | 9   | 1   | 0         | 6      | 10  | 11 | 9  | 11             | 10       | 11        |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 9月     | 32   | 6          | 7          | 0          | 4        | 3   | 12  | 0         | 15     | 9   | 1  | 10 | 7              | 2        | 10        |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 10月    | 39   | 8          | 10         | 2          | 1        | 11  | 7   | 0         | 9      | 15  | 5  | 0  | 12             | 4        | 2         |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 11月    | 25   | 10         | 0          | 1          | 2        | 3   | 9   | 0         | 14     | 0   | 11 | 13 | 1              | 11       | 7         |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 12月    | 38   | 1          | 13         | 2          | 1        | 8   | 13  | 0         | 0      | 1   | 13 | 15 | 6              | 10       | 3         |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 令和6年1月 | 61   | 10         | 15         | 11         | 10       | 7   | 8   | 0         | 5      | 11  | 5  | 7  | 0              | 5        | 14        |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 2月     | 52   | 8          | 12         | 2          | 15       | 10  | 5   | 1         | 1      | 13  | 5  | 12 | 13             | 12       | 10        |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 3月     | 58   | 11         | 2          | 14         | 13       | 5   | 13  | 0         | 15     | 10  | 13 | 2  | 15             | 5        | 7         |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |
| 合計     | 589  | 102        | 110        | 88         | 96       | 104 | 89  | 3         | 97     | 95  | 74 | 94 | 99             | 99       | 81        |           |    |    |                  |    |    |    |    |    |    |    |

※ 情報保護の観点から、上表の値は乱数により入力。

- また、職能団体等と連携した研修会等の開催、多職種連携会議や在宅医療推進連絡協議会を通じた課題抽出と対応策の実施、アンケートやレセプト分析による実態調査など、現状で実施できることはほぼ実施してきている。
- コロナ禍において研修会等が中止となるなか、いち早くオンライン会議のノウハウを習得し、職能団体等に働きかけることで、スムーズにオンライン開催への移行を行い、コロナの影響を最小限にとどめることができた。ZOOMの運用支援など、オンライン会議運営支援に力を注いだことで、コロナ禍でも、過去より蓄積してきた顔の見える関係などの在宅医療・介護連携推進事業の成果を維持・発展させることができた。

## 令和2年度 入退院支援の手引き

<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkofukushi/renkeicenter/documents/nyuutaiinn.html>

- 千葉県の入退院支援事業をきっかけに、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携して手引きを作成した。

## 令和3年度 おひとりさま支援の手引き

<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkofukushi/renkeicenter/ending.html>

- 地域包括支援センターに寄せられた個別相談事例(身寄りのない方の看取り事例)を多職種連携会議で取り上げ、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携して手引きを作成した。

## 令和4年度 カスタマーハラスメント対策リーフレット

<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/kenkofukushi/renkeicenter/kasuhara.html>

- 地域包括支援センターに寄せられた個別相談事例(複合的課題を有する3世代家族への困難支援事例)を多職種連携会議で取り上げ、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携してリーフレットを作成した。

**<この事例を参考とし、解決可能な課題例>**

- コーディネーター業務をしているが、委託先のコーディネーターと行政間の緊密な連携が図れていない。
- コーディネーターが対応した相談事例を単純に集計し行政へ報告しているが、その後の類型化や地域課題の抽出に至っていない。

**<実施による効果>**

- コーディネーターが対応した相談事例から課題を抽出し、多職種が集う会議体において関係者と対応策を検討することで、地域課題に即した行政施策への落とし込みが期待される。

<取組概要>

- 相談事例を事例の背景等の情報も含めて記録する様式を作成している。
- 相談種別、相談者、求める支援、支援内容、支援結果及びその相談を踏まえての連携の課題の気づきなども含めて1枚で記録する様式としている。
- これにより、1相談から類型化、支援の記録、地域課題の分析までの流れを実施する仕組みとしている。
- 累積された内容は相談振り返りや個別相談事例から地域課題抽出のコーディネーターのトレーニングへも活用している。
- 加えて、当該様式は在宅医療・介護連携推進事業に係る、事業運営マニュアルや他様式と共にクラウド上の情報共有サイトで管理運営し、報告書はそこを通じアップデートし、自治体担当者等にも共有し、地域の担当者が検討できるようにしている。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 相談を受け付ける際、どのような情報を聞き取るべきかが分からない。
- 相談事例を分類・分析することの重要性を感じてはいるが、具体的にどのような観点で分類・分析すべきか迷っている。

<実施による効果>

- 相談を受けた際に、記録様式に従って聞き取りを行うことができるため、相談の受付の質を高めつつ、統一することができる。
- 類型化する観点や類型先があらかじめ決められているため、事後の分析が容易である。

図 9 新潟における相談内容シート

| 相談記録シート      |                                                                                                  |                | No. |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|
| 相談種別         | 1.ケースに関する相談 2.医療機関やサービス事業所に関する相談<br>3.研修や講師に関する相談<br>4.その他（ ）                                    |                |     |
| 受付年月日        | 令和 年 月 日（ ）： ～ ：                                                                                 | 受付者            |     |
| 相談者名         | 所属                                                                                               | TEL<br><br>FAX |     |
| 相談者の主業務      | 1.介護支援専門員 2.介護サービス事業者 3.医師 4.歯科医師 5.薬剤師<br>6.看護職 7.PT・OT・ST 8.栄養士 9.医療相談員 10. 社会福祉士<br>11.その他[ ] |                |     |
| 相談方法         | 1.電話 2.FAX 3.来所 4.訪問 5.その他（ ）                                                                    |                |     |
| 相談経路         |                                                                                                  |                |     |
| 主訴（求めている支援）  |                                                                                                  |                |     |
| 支援内容         |                                                                                                  |                |     |
| 支援結果         |                                                                                                  |                |     |
| 連携の課題としての気づき |                                                                                                  |                |     |

#### (4) 対応策の検討・実施・進捗管理

- 自治体担当者と協働し、解決のための方策について、実施の可能性や、実施時期、必要関係者、実施のための予算、実施後の状況を把握するための指標や評価時期等も併せて検討する。
- 検討の参考として、他の自治体の取組等検索可能な令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業（厚生労働省）において作成されたプラットフォーム（第8章 参考資料）を必要に応じて活用されたい。
- 広域での対応が必要または効果的な事項においては、広域での対応を検討し、隣接の市町村や保健所、都道府県等の関係者と協働で検討・実施する。
- 解決を目指す課題によっては、自治体の多数の部署の関与が必要な場合があるため、障害福祉に係る部署など必要に応じた担当者を含めて検討することが重要である。
- 対応策を実施した後は実施状況を把握し、進捗管理を実施する。

#### 事例 新潟県新潟市

##### <取組概要>

- 新潟市では地域の実情を踏まえた在宅医療・介護の連携推進のため、①市内11拠点医療機関に設置された「在宅医療・介護連携ステーション（以下、連携ステーション）」配置のコーディネーター、②市医師会に設置された「新潟市在宅医療・介護連携センター（以下、連携センター）」配置のコーディネーターが市担当課と連携して在宅医療・介護連携推進に取り組んでいる。
- 事業を着実に推進するため、市と「連携センター」のコーディネーター及び「連携ステーション」のコーディネーターは、目的・実施事項と実施主体を明確にした業務計画を作成・共有した上で事業を実施している。
- 連携ステーション（病院の連携部門に設置）のコーディネーターは、市内各区の在宅医療の推進、在宅医療・介護連携の推進に向け、次のような取組を実施している。
  - ① 在宅医療・介護の関係者からの相談対応や内容の取りまとめ  
地域の医療・介護関係者等からの在宅医療・介護サービスに関する相談への対応。相談内容は報告書を作成し、在宅医療・介護連携センター／ステーション会議等で共有し、事例振り返り会等へも提供している。
  - ② 市内各資源との連携体制の構築と支援  
区内の多職種連携の会や各種研修会等で「医療と介護の顔の見える関係づくり」をサポートする。地域包括支援センター等と連携し、地域内の課題把握に務め、連携強化を図る。
  - ③ 啓発  
地域の集い、団体、学校等、地域の声から得た情報等を基に各種研修会の開催や市民啓発を行う。
  - ④ その他

地域ケア会議をはじめ在宅医療に関係する会議への参加し、地域課題の把握とその解決のため事業を実施している。

- また、「推進センター」のコーディネーターは、地域単位での活動を主とする「連携ステーション」の活動と異なり、市医師会コーディネーターの取組は全市的な範囲で活動しており、次のような取組を実施している。

図 10 新潟市における在宅医療・介護連携推進事業にかかる業務計画書

| 新潟市在宅医療・介護連携推進事業 令和6年度業務計画書 |                                                       |      |                            |              |        |                                |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------|------|----------------------------|--------------|--------|--------------------------------|
| 事業項目                        |                                                       | 事業項目 |                            | 実施基準回数       | 実施主体   |                                |
|                             |                                                       |      |                            |              | 推進センター | 備考                             |
| P<br>C<br>A                 | (ア) 地域の医療・介護の資源の把握                                    | 1    | 医療資源調査、医療資源マップ管理           | 1回           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 2    | 地域医療提供体制に関する実態・意識調査        | 2～3年毎        | ○      |                                |
|                             |                                                       | 3    | 介護施設等における医療的ケア提供体制調査       | 1回           | ○      |                                |
|                             | (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討                            | 4    | ステーション業務の統括・調整、業務マニュアル更新管理 | 随時           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 5    | 関係機関との連携調整・連携のしくみづくり       |              | ○      |                                |
|                             |                                                       | 6    | センター・ステーション会議              | 8回           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 7    | 在宅医療・介護連携推進協議会             | 2～3回         | ○      |                                |
| D<br>対応策の実施                 | (ア) 在宅医療・介護連携に関する相談支援                                 | 8    | 医療・介護関係者の相談支援              | 適年           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 9    | 地域包括支援センターとの連携・支援          | 随時           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 10   | 地域ケア会議など関係会議等への参加・情報提供     |              | ○      |                                |
|                             | (イ) 地域住民への普及啓発                                        | 11   | 在宅医療・介護連携センターホームページ運営      | 適年           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 12   | 働く人のための医療・介護セミナー           | 2回           | ○      | ＊動画、冊子「よくわかる医療と介護」「もしもシート」等の活用 |
|                             |                                                       | 13   | 医療と介護の市民講座                 | 年6～8回（×11ST） | ○      | ＊認知症の対応、ACPについての普及啓発を重点とする     |
|                             |                                                       | 14   | 医療と介護の出前スクール               |              | ○      |                                |
|                             | (ウ) 医療・介護関係者の情報の共有支援、知識の習得等のための研修などの実情に応じた医療・介護関係者の支援 | 15   | 在宅医療ネットワーク情報交流会            | 1回           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 16   | 地域医療連携強化事業                 | 1回           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 17   | 入退院連携のあり方検討会               | 2回           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 18   | CanCanミーティング               | 1回           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 19   | 意思決定支援研修会【新規】              | 年1回×11ST     | ○      |                                |
|                             |                                                       | 20   | ご当地連携研修会                   | 年1～3回×11ST   | ○      | ＊CHAINと連携した臨床対策研修              |
|                             |                                                       | 21   | 地域看護連携強化事業                 | 年1回×11ST     | ○      | ＊新潟市医療と介護の連携ハンドブック普及・促進        |
|                             |                                                       | 22   | 病院と在宅との連携強化事業【新規】          | 年1回×11ST     | ○      |                                |
|                             |                                                       | 23   | 病院看護管理者研修                  | 1回           | ○      |                                |
|                             |                                                       | 24   | 「にいがた救急連携シート」運用            | 適年           | ○      |                                |

※出典：新潟市提供資料

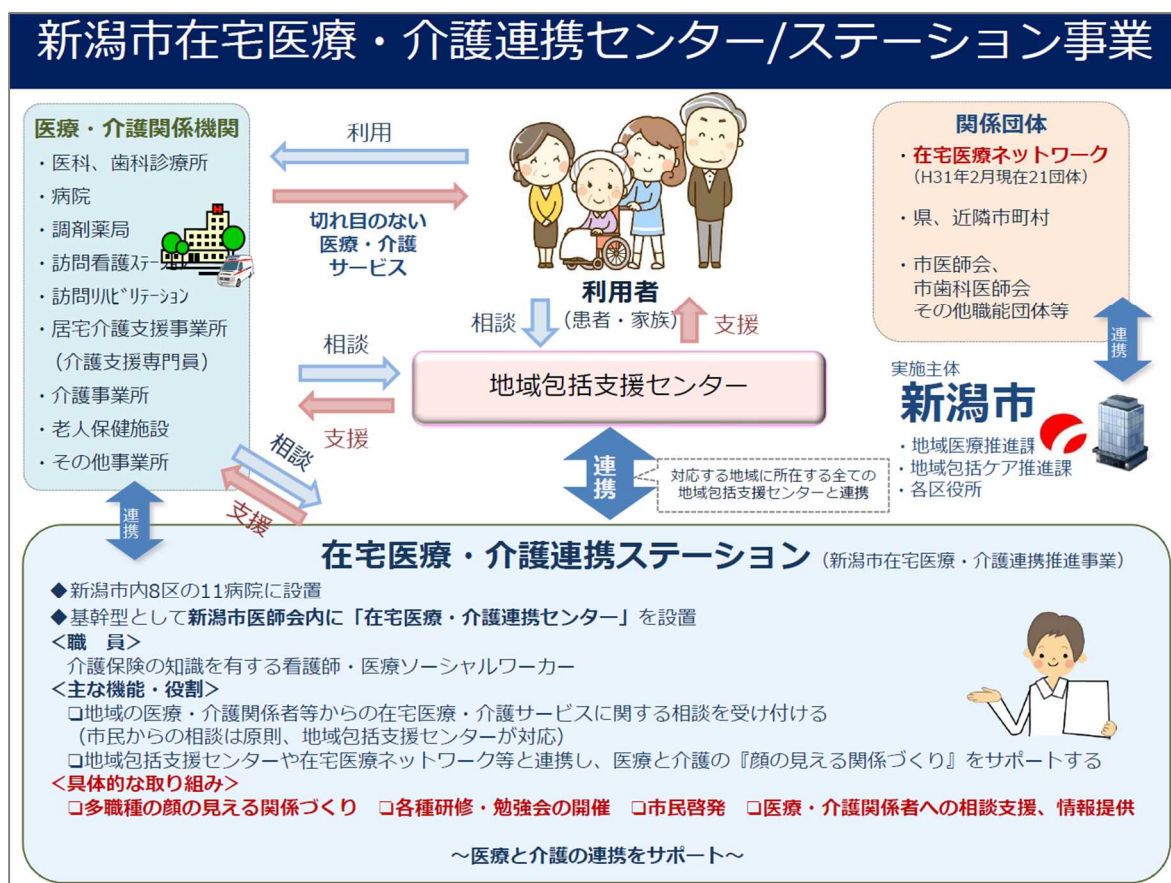
- ① 在宅医療・介護連携推進事業の目的共有と事業進捗管理（連携センターミーティング）  
毎月連携センターと行政担当者間での会議を開催し、在宅医療・介護連携センター／ステーション会議等の内容検討や連携ステーションの取り組みの情報共有、事業の進捗等について協議を行う。
- ② 相談内容、研修会開催、会議参加状況等の取りまとめと傾向の把握  
「連携ステーション」から報告される相談内容を取りまとめ、傾向を把握する。「連携ステーション」には、課題抽出とその対策を意識するよう働きかけを行う。
- ③ コーディネーター間の情報共有の場の設定  
2か月に一度開催される在宅医療・介護連携センター／ステーション会議を主催し、事業の進捗状況や好事例の共有、日頃の業務上での意見交換を通じ、コーディネーター間のネットワーク強化を図る。
- ④ その他研修等による知識や情報等の獲得



地域包括支援センターの新任者研修と合同で実施し、基本機能と基本業務の概要等について知識と技術の習得を図る。また、在宅医療・介護連携センター／ステーション会議内で、事業に関連する講師を招き、学びの場とする。相談窓口機能の事例振り返り会を実施し、各「連携ステーション」での相談事例から地域課題抽出に向けた検討を行えるよう支援する。

- このように「連携ステーション」による地域に密着した活動と、「連携センター」による全市的な活動の重層的な推進体制を設定し事業を推進してきた結果、各地域の実情に応じた連携が進み、各地域のノウハウ等もコーディネーターが他所に展開でき、全市的な推進が図られている。また、こうしたプロセスにおいて得られた課題や情報を基に、行政担当者も効果的な施策の検討を行う流れが可能となる。
- その他、「連携センター」及び「連携ステーション」による事業計画書、研修会開催報告書、会議参加報告書、相談報告書等は、事業の進捗管理や地域課題把握のための大切な書式であり、それらは、クラウド上の共有サイトを通じて管理している。

図 11 新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション事業概略



#### <この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 人口規模、面積ともに大きい市町村の場合、小さなエリア毎の連携の取組は推進されやすいが故に、エリア間でコーディネーター業務の質や計画の進捗に差が生まれやすく、エリア間での情報の格差が生じやすい。

#### <実施による効果>

- 各々の市町村における PDCA サイクルの内容を複数の市町村が参加する会議体を通じて共有することで、多様な知見が蓄積され全体のコーディネーターの質の底上げが実現される。

図 12 新潟市におけるコーディネーターへの期待と役割

## 現場的なコーディネーターへの期待と役割

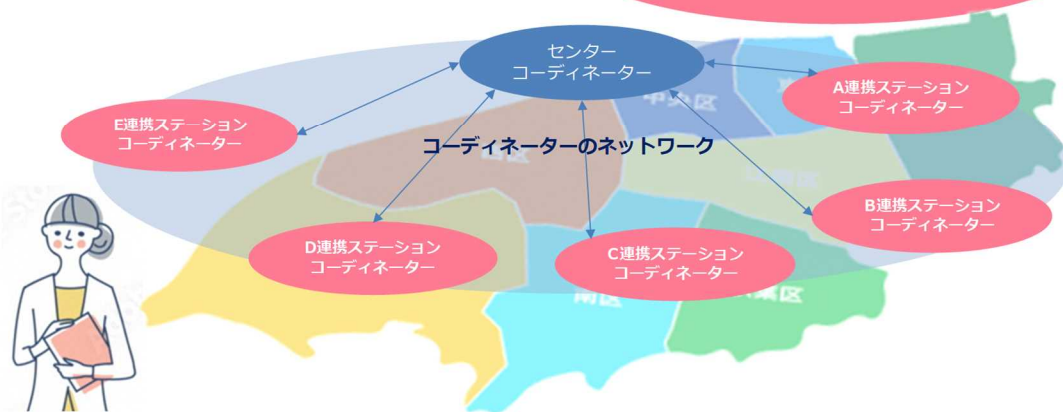
### コーディネーターの役割（厚労省資料一部改編）

自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的として、実施主体である自治体と連携して、コーディネーターの専門職が現場で何を感じ、どうありたいか知る強みを活かし、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（主に相談窓口機能や多職種の連携推進、人材育成等）を果たす。

### 新潟市における現場的なコーディネーターの役割（連携ステーション）

- ・地域ニーズ（地域住民の声、多職種の声）を把握するために、地域へアウトリーチする（出向く）。
- ・地域住民の安心につなげるため、医療と介護の関係者間が気軽につながれるネットワーク（顔の見える関係）をつくる。
- ・地域住民の声、多職種の声を自治体・連携センターと共有し事業につなげる。

地域住民の意向に沿った支援ができるよう、区内での医療と介護の専門職間の連携を推進する



## 基幹的なコーディネーターへの期待と役割

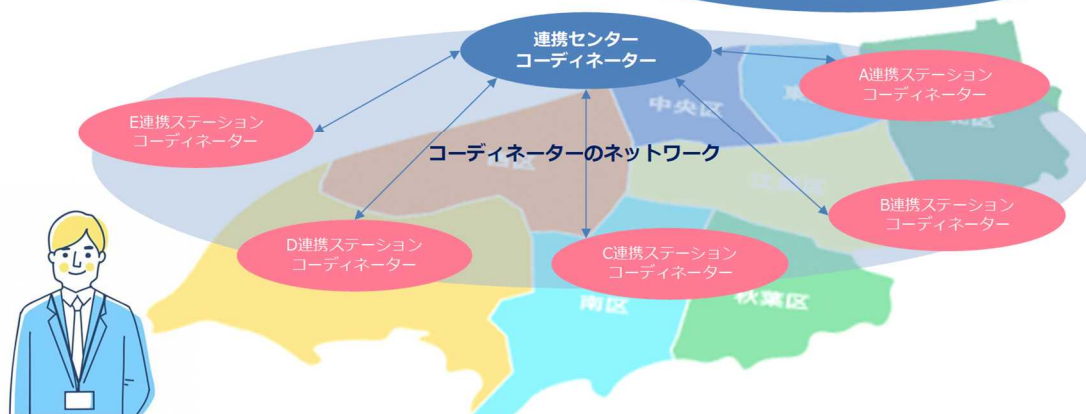
### コーディネーターの役割（厚労省資料一部改編）

自治体における在宅医療・介護連携に係る体制整備を推進していくことを目的として、実施主体である自治体と連携して、コーディネーターの専門職が現場で何を感じ、どうありたいか知る強みを活かし、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（主に相談窓口機能や多職種の連携推進、人材育成等）を果たす。

### 新潟市における基幹的なコーディネーターの役割（連携センター）

- ・現場的なコーディネーター間のネットワーク化を図り、個々のノウハウの共有とコーディネーター間の関係性を図る。
- ・コーディネーター向け研修会開催等を通じ、コーディネーターの力量アップを図る。
- ・コーディネーター活動指針等のツールの整備し、目指す姿を共有する。
- ・自治体とコーディネーター間をとりもつ。

新潟市と共に事業の企画と運営を行うこと、またコーディネーターのまとめ役を担いコーディネート機能を強化すること



#### （５） 評価・再検討

- 対応策を実施した後、実施状況を把握するとともに、指標を用いて適宜評価を実施し、評価結果に応じて、再度検討されたい。なお指標の策定方法や指標例については、本手引きの以降の記載及び「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６年度老人保健健康増進等事業（株式会社日本能率協会総合研究所）に記載しているため、参考とされたい。

※ 上記においては、相談窓口の相談事例を自治体の政策に効率的に反映するための１案であり、コーディネーター業務における必須の実施事項ではないことや実施事項の全てではないことに留意されたい。各自治体のコーディネーターにおいては、自治体の要望や委託内容等を含めた地域の実情を踏まえて、自治体と役割分担や実施事項を明確にした上で、実施されたい。

## 2. コーディネーターの相談支援以外の業務例

本記載はコーディネーターが必ず実施する業務ではなく、例示であり、コーディネーターの更なる活躍に際して必要とされる場合における参考であることに留意されたい。なお、自治体においては、必要な役割を整理し、地域の実情に合わせた事項を依頼するとともに、自治体におかれては、適宜適切な支援を実施されたい。

### （地域の在宅医療・介護関係者の連携を支援する相談会等の開催）

- 地域の在宅医療・介護関係者など多職種が集う相談会・研修会の企画・開催等をとおし、各職種の役割・職務を互いに理解し合うとともに、多職種が「顔の見える関係」を築く場を設けることも、コーディネーターの重要な役割である。その際、議事の調整や検討事項の整理等の実施を行うことも期待される。

### （地域の関係団体や医療及び介護資源等との連携調整）

- 地域の医療や介護に係る関係団体との意見交換等を実施し、地域課題に係る対応策について調整等を実施すること等の役割もある。例えば、高齢者施設と医療機関の連携の調整、地域の専門職団体の設立支援、障害福祉サービス事業者との連携支援等を地域の実情によっては実施する。

### （退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整）

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるよう、入退院の際に医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供されることが重要である。
- コーディネーターは、入退院時においても一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供されるよう、地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整等を実施することも重要である。

### （患者、利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介）

- 地域にある病院、診療所（歯科を含む）、薬局、訪問看護事業所等の医療資源と介護保険施設、介護事業所など介護資源を把握し、地域資源マップ等に一元的に集約しておくことで、患者、利用者又は家族に対して適切な医療機関等・介護事業者相互の紹介を行うことが可能となる。

### （住民等への情報共有等）

- 地域の需要を把握し、課題解決に資するために、地域住民や地域の関係者が在宅医療・介護連携に係る必要な知識や技術等を獲得することができるため研修等の実施も重要である。地域の実情を適切に研修内容等に反映されたい。
- 個別の事例に係る世帯支援等を実施することも重要である。自治体等と協働し、地域の実情に合わせた事項を適切に実施されたい。



<取組概要>

- 豊中市では、平成 18 年度より、医療・介護・行政の連携に課題意識を持ち、豊中保健所主催で「在宅医療・ケア推進会議」をきっかけに、平成 21 年度より、7 職能団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡会・介護事業者連絡会・地域包括支援センター連絡協議会・豊中市）で構成される「虹ねっと連絡会」を発足し、多職種間の連携を強化している。
- 現在は病院連絡協議会・理学療法士会を加えた 9 団体により構成されており、コーディネーターは医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡会にそれぞれ委託・設置されている。
- 通常の相談対応業務に加えて、各師会が持つ独自のワーキンググループの活動を、行政施策に活かすためのつなぎとして機能させている。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- コーディネーターの委託先が特定の職能団体に集中することによって、多職種連携を構成する職能団体の活動量や意思決定力に偏りが生じている。

<実施による効果>

- 各職能団体のワーキンググループ活動が活発になり、医療・介護・行政の連携が促進される
- 職能団体毎の連携が各々強化されることによって、属人性・属団体性な検討を減少させることができる。



## 第6章 コーディネーターの効果的・効率的な育成

---

自治体においてコーディネーターを育成する際には、適切に検討の上、効果的・効率的な研修会の開催等を実施されたい。

※ 本章は必ずしもコーディネーターに対する研修が必要ではなく、コーディネーターの確保・育成に際して必要とされる場合における記載であることに留意されたい。

### 1. 効果的・効率的な育成の検討

- コーディネーターに求められる能力については、第2章（p6）に記載している。本章ではその獲得のための方策について記載する。
- 自治体は、コーディネーターの状況や地域の実情に合わせてコーディネーターの育成について検討することが必要である。
- なお、コーディネーターに必要な知識技能に併せて、獲得可能な研修等の機会を確保することが望ましい。

#### 【研修の参考例】

- 他の機関や多職種についての理解の推進：医療や介護の基礎知識の講義、医療機関や介護事業所の見学、専門職へのヒアリング機会の確保、コーディネーター同士の連携機会の確保等
- 課題把握・分析や指標検討の手法の取得：見える化システムの利用方法の研修受講、医療レセプトや介護レセプトの基礎知識の講義等

## 2. 研修会の開催

- 研修会の開催に際しては、その対象、目的、目標を明確にし、研修内容を検討されたい。  
なお、既に行っている類似の研修がある場合は、活用等も検討する。
- また、研修会の企画に際しては、コーディネーター間の関係構築・ネットワーク作りを目的として双方向型の研修や、地域の課題を解決する手法に関するワークショップ、専門職の同行型訪問による研修等、一方向型の知識付与研修以外にも企画・検討することが望ましい。

【研修例】令和6年度在宅医療・介護連携推進支援事業（厚生労働省） 研修会議

### ①講義例

- ・ 国、都道府県、市町村の政策について
- ・ 医療・介護連携に係る関連職種の役割等について
- ・ 課題把握から対応策の実施、指標及び再検討の手法等（PDCA サイクル、事業マネジメント等）について
- ・ 他自治体の事例の解説等について

### ②グループワーク例

- ・ 地域課題について話し合い、検討すべき課題を共有する（課題抽出手法の研修）
  - ・ 課題解決に向けて、解決することの効果やその評価について検討する（評価手法の研修）
  - ・ 課題解決のための過程を検討する（対応策の検討）
- 
- 課題把握から対応策の実施、指標及び再検討の手法等については、令和4年度厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的方策に関する調査研究事業報告（令和5(2023)年3月 公立大学法人埼玉県立大学）等の資料も参考にされたい。

<取組概要>

- 静岡県では、県医師会に所属するコーディネーターが、年に一度、県内市町村のコーディネーター同士の横の繋がりを育むことを目的とした「在宅医療・介護連携コーディネーター情報交換会」を主催している。
- 情報交換会では、普段同業者が身近にいないために、業務で困った点を相談できないコーディネーター達が、悩みを共有でき課題解決をし合う環境が整えられている。
- コーディネーターだけでなく市町村の担当者と合同で参加し、コーディネーター間だけでなく、コーディネーターと市町村担当者との目線合わせを促すケースも存在する。
- また、年に数回オンラインでの座談会も行われており、上記の情報交換会に参加できず、横のつながりを得ることができなかったコーディネーターも遠隔で参加できる体制を整えている。

<この事例を参考とし、解決可能な課題例>

- 市町村のコーディネーターは所属自治体内、自治体間ともに母数が少ないため、疎外感を感じやすく定着しにくい。
- 地理的な制約によって、意見交換会や研修等の外部機会に参加することが難しく、スキルアップが促されにくい。
- 市町村事業担当者とコーディネーター間での在宅医療・介護連携推進事業に対する意思統一、信頼関係の構築

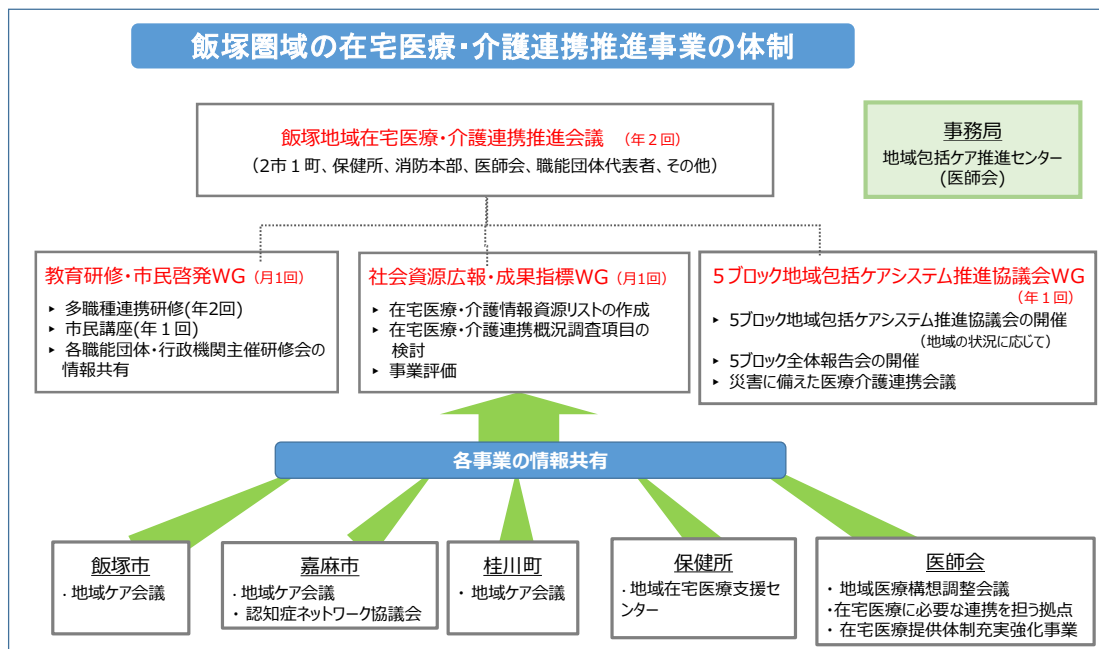
<実施による効果>

- 業務で困った際に相談し合う相手ができることによって、モチベーションが維持され定着しやすい。
- 場所に関わらず研修会等の外部機会に参加できるため、誰もがスキルアップを目指すことができる。
- コーディネーターと市町担当者が同じ方向性・課題感を持って事業に取り組む事ができる。

### <取組概要>

- 飯塚医療圏を構成する飯塚市・嘉麻市・桂川町は、2市1町を管轄する飯塚医師会に在宅医療・介護連携推進事業を委託し、医師会が設置している「地域包括推進センター」に基幹コーディネーターを2名配置（要確認）している。さらに、医療圏を5ブロックに分け、各ブロックに複数の推進コーディネーター（飯塚医師会が指定する8ヶ所の医療介護連携拠点病院の地域医療連携室職員）を配置し、事業を推進している。
- 医師会は、「飯塚地域在宅医療・介護連携推進会議」を年2回同開催し、その下には3つのWGが設置され、コーディネーターは検討支援を行うとともに、参加者が目指す姿を共有し、その活動が自律性をもって行われるようPDCAを意識した働きかけを継続的に行っている。
- 

図 13 飯塚圏域の在宅医療・介護連携推進事業の体制図



- 基幹・現場コーディネーターのあるべき姿や求められるスキルを段階的かつ具体的に定め、人材を育成している。
- 具体的には、「コーディネーター コンピテンシー目標」を掲げ、各自治体の医療介護連携推進計画・構想に基づきコーディネーターの理想状態を定義した「あるべき姿」と、その姿の実現に向けて、年次ごとに明確な目標を定義して「到達目標」を定めることで求めるスキル要件を具体化し、支援の再現性の高い人材育成を実現している。
- また、飯塚医療圏では「コーディネーター 求められるスキル」として、「知る力」「考える力」「関わる力」「繋げる力」「仕掛ける力」の5つを挙げ、各スキル要件を細分化している。推進会議やWGの場を通じて先述のスキル要件の共有を図り、質の高い支援人材の育成を推進している。

## 在宅医療介護連携推進コーディネーター コンピテンシー目標

### 到達目標

#### レベル 1 到達目標 1 年

- 1-1 職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくため必要な社会人基礎力がある
- 1-2 業務マニュアル・手順書を活用し、指示・指導のもと単独で事務局業務を遂行できる
- 1-3 業務遂行に際して常に目的及び目標を意識して取組める

#### レベル 2 到達目標 2 年

- 2-1 地域の社会資源情報や関係機関の役割を知る
- 2-2 地域関係機関(医師会と行政、職能団体、住民組織等)と密に連携できる
- 2-3 地域ニーズに対し、必要に応じて地域の関係機関同士を繋ぐことができる

#### レベル 3 到達目標 3 年

- 3-1 自施設内外に対して飯塚医療圏の事情や現状、さらに地域包括ケアシステムや地域医療構想等の政策を踏まえた助言・指導ができる
- 3-2 自施設の地域包括ケア推進コーディネーターの人材育成が行える
- 3-3 クオリティマネジメント(現状把握→要因分析→対策立案・実施→評価→改善)の視点を持ち業務を遂行できる

#### レベル 4 到達目標4年以上

- 4-1 地域課題解決に必要な社会資源情報や関係機関を活用し、地域課題解決に取組める
- 4-2 飯塚医療圏の取組みを他の地域に発信できる
- 4-3 県と連携し、近隣の在宅医療介護連携推進コーディネーターを育成できる

### **<この事例を参考とし、解決可能な課題例>**

- コーディネーターのあるべき姿、その実現に向けた目標設定をどのように行えばよいかが分からない。
- コーディネーターに求められるスキルについて、概要はわかるが、具体的な要件を定められていない。

### **<実施による効果>**

- コーディネーターに求められるスキルを具体的に定めることで、支援の再現性の高いかつ質の高い人材育成の実現が可能となる。

## 第7章 コーディネーターの活躍されている事例

図 14 ヒアリング先自治体一覧

| No. | ヒアリング先                    | 担当課室            | 所属        | 対象自治体      | ネットワーク       |
|-----|---------------------------|-----------------|-----------|------------|--------------|
| 1   | 千葉県松戸市                    | 福祉長寿部地域包括ケア推進課  | ①関係団体等に所属 | ①1つの自治体を担当 | 市町村×現場的      |
| 2   | 東京都豊島区                    | 池袋保健所地域保健課      | ①関係団体等に所属 | ①1つの自治体を担当 | 市町村×現場的      |
| 3   | 神奈川県横浜市                   | 地域医療部地域医療課      | ①関係団体等に所属 | ①1つの自治体を担当 | 市町村×現場的      |
| 4   | 大阪府豊中市                    | 豊中市健康医療部 医療支援課  | ①関係団体等に所属 | ①1つの自治体を担当 | 市町村×現場的      |
| 5   | 新潟県新潟市                    | 保健衛生部地域医療推進課    | ①関係団体等に所属 | ①1つの自治体を担当 | 市町村×基幹的・現場的  |
| 6   | 岩手県釜石市                    | 地域包括ケア推進本部      | ②自治体に所属   | ①1つの自治体を担当 | 市町村×現場的      |
| 7   | 千葉県千葉市                    | 在宅医療・介護連携支援センター | ②自治体に所属   | ①1つの自治体を担当 | 市町村×現場的      |
| 8   | 静岡県                       | 健康増進課地域包括ケア推進室  | ①関係団体等に所属 | —          | 都道府県×基幹的・現場的 |
| 9   | 福岡県飯塚医療圏<br>(飯塚市・嘉麻市・桂川町) | 嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所  | ①関係団体等に所属 | ②複数の自治体を担当 | —            |



図 15 千葉県松戸市の情報・取組概要

## 第7章 コーディネーターの活躍されている事例

## 千葉県松戸市の事例

## 自治体・コーディネーターの概要

### 自治体概要



|            |                                                                        |
|------------|------------------------------------------------------------------------|
| 人口*1       | 498,232人                                                               |
| 高齢化率*1     | 65歳以上:25.6% 75歳以上:13.4%                                                |
| 要介護認定率*2   | 1号被保険者: % 2号被保険者: %                                                    |
| 医療介護資源状況*3 | 病院:18か所 (うち在宅療養支援病院 38か所)<br>診療所:258か所 (うち在宅療養支援 診療所1か所)<br>介護施設:745か所 |
| 所属         | 関係団体等にコーディネーターが所属し自治体と連携                                               |

### 実施体制



|      |                |
|------|----------------|
| 担当部署 | 福祉長寿部地域包括ケア推進課 |
| 担当職員 | 保健師1名・事務職1名    |
| 委託先  | 松戸市医師会         |

### 関係機関との連携図

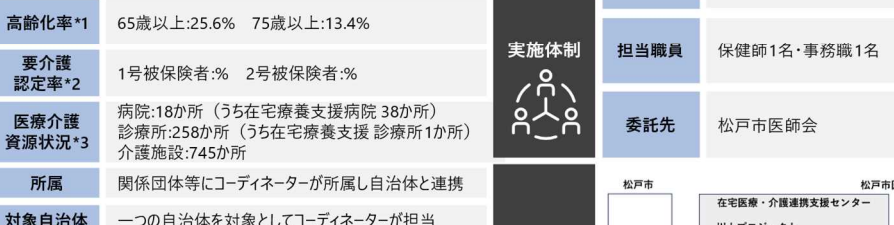


図 16 千葉県松戸市における地域課題の抽出プロセス

## 第7章 コーディネーターの活躍されている事例 | 千葉県松戸市

松戸市では、日々寄せられる相談事例から地域課題を抽出し、その解決に向けた検討・調整・支援を継続して実施することで、在宅医療・介護連携の各機能を深化させている。



### 個別事例の課題整理例

[illegible]

### 地域の課題および市の課題整理例

| 大学    | 学部・学科・専攻・コース                             |                                                                                                                                                | 推薦資格・推薦科目                                |                                                                                                                                                | 推薦方法・推薦時期                                |                                          | 推薦料                                     | 推薦書                                     | 推薦者                                     | 推薦期限                                     |
|-------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
|       | 推薦資格                                     | 推薦科目                                                                                                                                           | 推薦資格                                     | 推薦科目                                                                                                                                           | 推薦方法                                     | 推薦時期                                     |                                         |                                         |                                         |                                          |
| 立命館大学 | 推薦資格<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦科目<br>①英語<br>②数学Ⅰ・Ⅱ<br>③物理Ⅰ・Ⅱ<br>④化学Ⅰ・Ⅱ<br>⑤生物Ⅰ・Ⅱ<br>⑥地学Ⅰ・Ⅱ<br>⑦保健体育Ⅰ・Ⅱ<br>⑧芸術Ⅰ・Ⅱ<br>⑨音楽Ⅰ・Ⅱ<br>⑩体育Ⅰ・Ⅱ<br>⑪外国語Ⅰ・Ⅱ<br>⑫情報Ⅰ・Ⅱ<br>⑬総合Ⅰ・Ⅱ<br>⑭その他 | 推薦資格<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦科目<br>①英語<br>②数学Ⅰ・Ⅱ<br>③物理Ⅰ・Ⅱ<br>④化学Ⅰ・Ⅱ<br>⑤生物Ⅰ・Ⅱ<br>⑥地学Ⅰ・Ⅱ<br>⑦保健体育Ⅰ・Ⅱ<br>⑧芸術Ⅰ・Ⅱ<br>⑨音楽Ⅰ・Ⅱ<br>⑩体育Ⅰ・Ⅱ<br>⑪外国語Ⅰ・Ⅱ<br>⑫情報Ⅰ・Ⅱ<br>⑬総合Ⅰ・Ⅱ<br>⑭その他 | 推薦方法<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦時期<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦料<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦書<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦者<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦期限<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの |
|       | 推薦資格<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦科目<br>①英語<br>②数学Ⅰ・Ⅱ<br>③物理Ⅰ・Ⅱ<br>④化学Ⅰ・Ⅱ<br>⑤生物Ⅰ・Ⅱ<br>⑥地学Ⅰ・Ⅱ<br>⑦保健体育Ⅰ・Ⅱ<br>⑧芸術Ⅰ・Ⅱ<br>⑨音楽Ⅰ・Ⅱ<br>⑩体育Ⅰ・Ⅱ<br>⑪外国語Ⅰ・Ⅱ<br>⑫情報Ⅰ・Ⅱ<br>⑬総合Ⅰ・Ⅱ<br>⑭その他 | 推薦資格<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦科目<br>①英語<br>②数学Ⅰ・Ⅱ<br>③物理Ⅰ・Ⅱ<br>④化学Ⅰ・Ⅱ<br>⑤生物Ⅰ・Ⅱ<br>⑥地学Ⅰ・Ⅱ<br>⑦保健体育Ⅰ・Ⅱ<br>⑧芸術Ⅰ・Ⅱ<br>⑨音楽Ⅰ・Ⅱ<br>⑩体育Ⅰ・Ⅱ<br>⑪外国語Ⅰ・Ⅱ<br>⑫情報Ⅰ・Ⅱ<br>⑬総合Ⅰ・Ⅱ<br>⑭その他 | 推薦方法<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦時期<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦料<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦書<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦者<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの | 推薦期限<br>①高校で推薦枠を設けているもの<br>②推薦枠を設けていないもの |

詳細は下記サイト：松戸市地域ケア会議を参照  
<https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/mokuteki/sonota/chiikikeakaigi.html>

明確な理念の下、日々寄せられる相談から地域課題を抽出し愚直に対応した結果・・

松戸市在宅医療・介護連携支援センターが「拠点」として有している主な機能

- ① 医療介護資源を把握し、定期的に更新する
- ② 二人主治医制において、かかりつけ医の選定、病院医師との連携を支援する
- ③ 医療機関や相談支援者からの口腔内評価や栄養相談の依頼に対し、センター配属の歯科衛生士や管理栄養士が助言を行う
- ④ 地域ICTを運用し、ACPをサポート、教育効果のある優れた書き込みを共有する
- ⑤ 医師アウトリーチにおける事務局機能

図 17 東京都豊島区の基本情報・取組概要

第 7 章 コーディネーターの活躍されている事例

東京都豊島区の事例

| 自治体・コーディネーターの概要                                                                                       |             |                                                                     |           |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|
| 自治体概要<br>            | 人口*1        | 301,599人                                                            |           |            |            |
|                                                                                                       | 高齢化率*1      | 65歳以上:19.4% 75歳以上:10.1%                                             |           |            |            |
|                                                                                                       | 要介護認定率*2    | 1号被保険者:20.0% 2号被保険者:0.2%                                            |           |            |            |
|                                                                                                       | 医療介護資源状況*3  | 病院:14か所（うち在宅療養支援病院 7か所）<br>診療所:487か所（うち在宅療養支援病院 50か所）<br>介護施設:311か所 |           |            |            |
|                                                                                                       | 所属          | 関係団体等にコーディネーターが所属し自治体と連携                                            |           |            |            |
| コーディネーター<br>基本情報<br> | 対象自治体       | 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当                                             |           |            |            |
|                                                                                                       |             | 人数                                                                  | 基幹/<br>現場 | 常勤/<br>非常勤 | 専従/<br>非専従 |
|                                                                                                       | 職種          |                                                                     |           |            |            |
|                                                                                                       | 医師          |                                                                     |           |            |            |
|                                                                                                       | 歯科医師        |                                                                     |           |            |            |
|                                                                                                       | 歯科衛生士       | 1人                                                                  | 現場        | 常勤         | 専従         |
|                                                                                                       | 看護師         |                                                                     |           |            |            |
| 関係機関<br>との連携<br>     | 医療ソーシャルワーカー | 4人                                                                  | 現場        | 2名/2名      | 専従         |
|                                                                                                       | 事務職         |                                                                     |           |            |            |
|                                                                                                       | ケアマネ        |                                                                     |           |            |            |
|                                                                                                       |             |                                                                     |           |            |            |

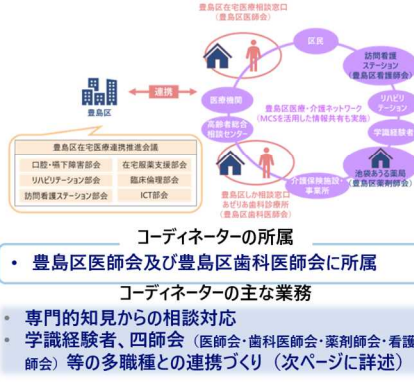
**実施体制**

担当部局 健康部地域保健課

担当職員 在宅医療相談窓口：4名  
歯科相談窓口：1名

委託先 医師会・歯科医師会

**関係機関との連携図（※）**



豊島区在宅医療相談窓口（豊島区医師会）

豊島区在宅医療連携推進会議

豊島区医師会・全世ネットワーク（MCSを活用した情報共有も実施）

豊島区歯科医師会

豊島区医師会及び豊島区歯科医師会に所属

コーディネーターの主な業務

- 専門的知見からの相談対応
- 学識経験者、四師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護師会）等の多職種との連携づくり（次ページに詳述）

\*1: 令和2年国勢調査 \*2: 令和2年介護保険事業状況報告 \*3: JMAPより引用

図 18 東京都豊島区における在宅医療連携推進会議

第 7 章 コーディネーターの活躍されている事例 | 東京都豊島区

豊島区では、6つの部会で構成された在宅医療連携推進会議を定期開催している。



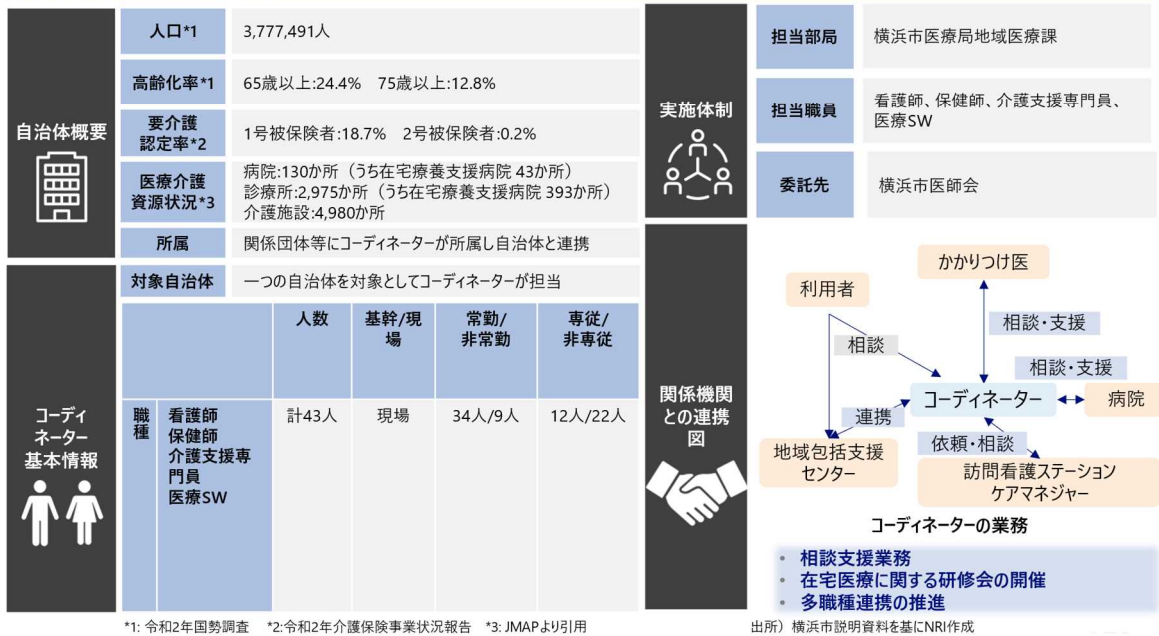
出所）豊島区様ヒアリング内容を基にNRI作成

**図 19 神奈川県横浜市の基本情報・取組概要**

## 第7章 コーディネーターの活躍されている事例

## 神奈川県横浜市の事例

## 自治体・コーディネーターの概要



**図 20 神奈川県横浜市におけるクラウドツールを用いた連携**

## 第7章 コーディネーターの活躍されている事例 | 神奈川県横浜市

横浜市では、クラウドツールを用いた確実な拠点内情報共有により、相談・支援の質の向上を図っている。

クラウドツールを用いた確実な拠点内情報共有により、相談・支援の質の向上を図っている

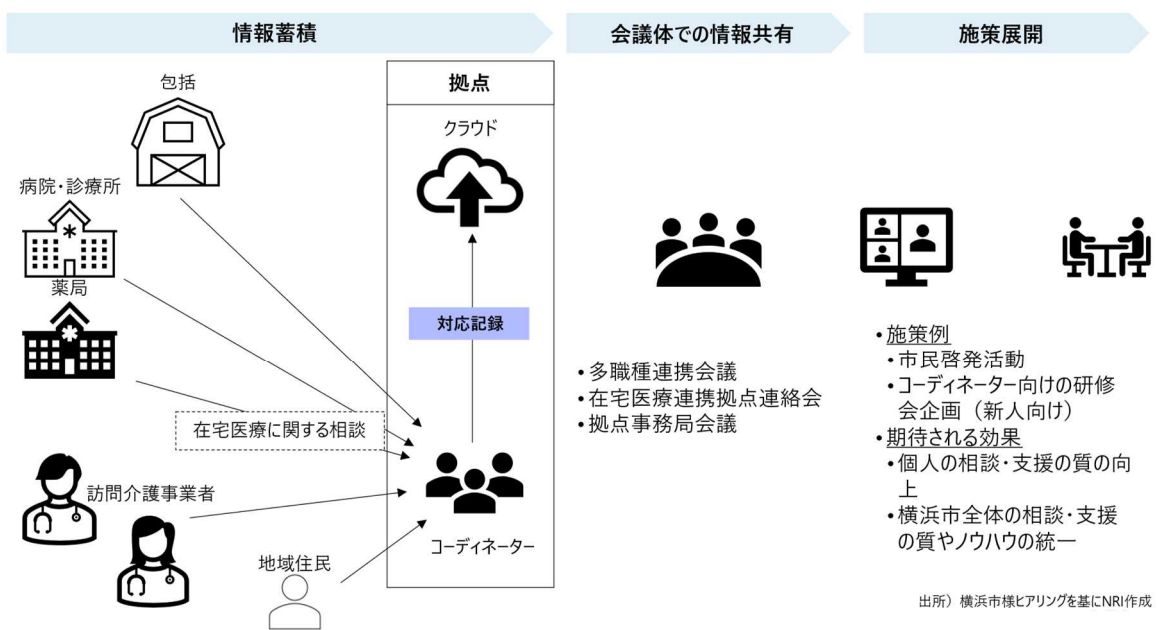




図 21 新潟県新潟市の基本情報・取組概要

第 7 章 コーディネーターの活躍されている事例

新潟県新潟市の事例

自治体・コーディネーターの概要

自治体概要



|            |                                                                       |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 人口*1       | 789,275人                                                              |
| 高齢化率*1     | 65歳以上:29.3% 75歳以上:14.9%                                               |
| 要介護認定率*2   | 1号被保険者:19.4% 2号被保険者:0.4%                                              |
| 医療介護資源状況*3 | 病院:42か所（うち在宅療養支援病院 7か所）<br>診療所:533か所（うち在宅療養支援病院 53か所）<br>介護施設:1,301か所 |
| 所属         | 市が委託する関係団体                                                            |
| 対象自治体      | 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当                                               |

コーディネーター基本情報



|                                               |      |    |    |     |
|-----------------------------------------------|------|----|----|-----|
| 保健師・看護師<br>医療SW・社会福祉士<br>事務職                  | 3名   | 基幹 | 常勤 | 専従  |
| 保健師<br>看護師<br>医療SW<br>歯科衛生士<br>社会福祉士<br>事務職 等 | 計32名 | 現場 | 常勤 | 非常勤 |

実施体制

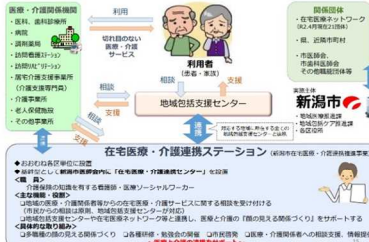


|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| 担当部局 | 新潟市保健衛生部地域医療推進課                  |
| 担当職員 | 保健師、事務職等                         |
| 委託先  | 新潟市医師会地域医療推進室及び<br>新潟市内 11 の医療機関 |

関係機関との連携



在宅医療・介護連携ステーション



コーディネーターの主な業務

- ・基幹的：コーディネーターのネットワーク形成・支援・育成
- ・現場的：関係機関からの相談窓口、多職種連携の体制構築と支援、研修実施、普及啓発

\*1: 令和2年国勢調査 \*2: 令和2年介護保険事業状況報告 \*3: JMAPより引用

出所）新潟市説明資料・HPより引用

\*1: 令和2年国勢調査 \*2: 令和2年介護保険事業状況報告 \*3: JMAPより引用 出所) 新潟市説明資料・HPより引用

図 22 新潟県新潟市におけるセンター・ステーション会議

第 7 章 コーディネーターの活躍されている事例 | 新潟県新潟市

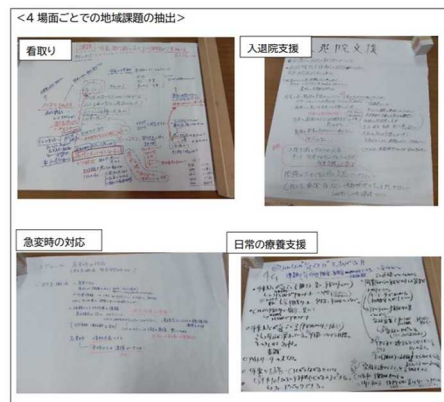
新潟市では、センター・ステーション会議を実施し、コーディネーターの質の向上や地域課題への取組につなげている。

新潟県新潟市のセンター・ステーション会議

センター・ステーション会議の概要

|                                                                                                                                                                                             |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 在宅医療・介護連携コーディネーターの質向上・地域課題への展開の取り組み                                                                                                                                                         |                  |
| 開催日:2024 年 8 月 9 日(11 月 3 日 予定)                                                                                                                                                             | 会場: 新潟総合医療保健センター |
| 主催: 新潟市、在宅医療・介護連携推進センター                                                                                                                                                                     |                  |
| テーマ: 「個別支援から地域課題へ」のトレーニング                                                                                                                                                                   |                  |
| 対象者:在宅医療・介護連携推進ステーション (コーディネーター)                                                                                                                                                            |                  |
| 目 的:相談記録内容を振り返り、アセスメント、マネジメントするスキルの醸成<br>地域課題を捉え、事業化するスキルの醸成                                                                                                                                |                  |
| 内 容:在宅の 4 場面(日常の療養支援・入院支援・看取り・急変時の対応)毎に<br>相談記録シートから地域での現状、連携を阻む要因が何かを振り返りこし、<br>対応策を検討する。                                                                                                  |                  |
| 方 法:グループワーク                                                                                                                                                                                 |                  |
| 振り返り:これまで、相談内容を記録し、コーディネーター個人としての気づきは<br>各々で記載をしていたものの、全体を集約して、気づきから地域の現状・<br>課題抽出までの検討が十分でなかった。<br>2 回のグループワークを通じて 4 場面ごとに現状と課題を整理できた。<br>3 回目はさらに目指す姿から原因と対策、評価までの一連のプロセスにつ<br>いて検討を行う予定。 |                  |
|                                                                                                          |                  |

センター・ステーション会議の取りまとめの写真



【評価・R7 年度の方向性】

在宅医療・介護連携推進事業において、コーディネーターの役割が期待される中で、相談記録を 4 場面ごとに背景や地域での現状をアセスメントし、地域課題を検討するプロセスを繰り返しトレーニングを行うことで、各区分ごとの地域の実情に応じた事業の展開へとつなげていけるとよい。次年度以降も取り組みを継続するとともに、事業全体について、現状、課題、要因、課題解決のための施策の検討・見直しを行い、PDCAを回していく。  
出所) 新潟市説明資料を基にNRI作成

図 23 大阪府豊中市の基本情報・取組概要

第7章 コーディネーターの活躍されている事例

大阪府豊中市の事例



図 24 大阪府豊中市におけるコーディネーターの役割

第7章 コーディネーターの活躍されている事例 | 大阪府豊中市

豊中市では、職能団体にコーディネーターを配置し、医療・介護機関と行政のつなぎ役として機能することで、各団体の専門性に基づく施策展開を目指している

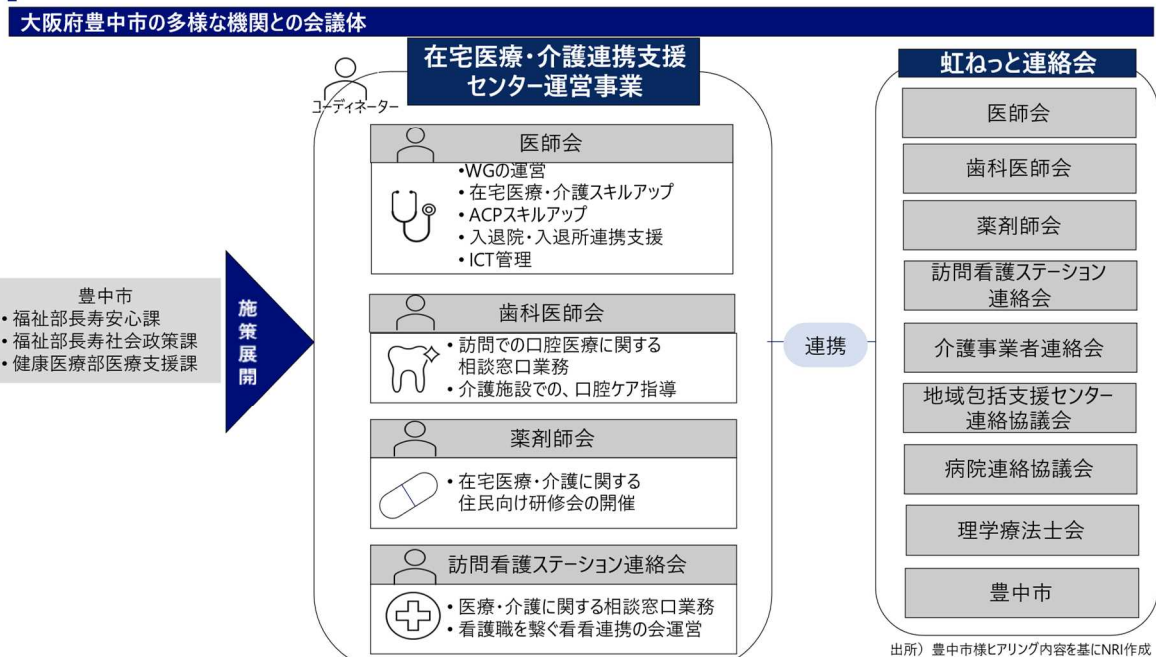


図 25 岩手県釜石市の基本情報・取組概要

第 7 章 コーディネーターの活躍されている事例

岩手県釜石市の事例

自治体・コーディネーターの概要

自治体概要

コーディネーター  
基本情報

|            |                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------|
| 人口*1       | 32,078人                                                     |
| 高齢化率*1     | 65歳以上:40.1% 75歳以上:22.5%                                     |
| 要介護認定率*2   | 1号被保険者:21.7% 2号被保険者:0.4%                                    |
| 医療介護資源状況*3 | 病院:5か所<br>診療所:12か所 (うち在宅療養支援診療所 3か所)<br>介護施設及びサービス事業所 :99か所 |
| 所属         | 自治体にコーディネーターが所属                                             |
| 対象自治体      | 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当                                     |

|    | 人数    | 基幹/<br>現場 | 常勤/<br>非常勤 | 専従/<br>非専従 |       |
|----|-------|-----------|------------|------------|-------|
| 職種 | 医師    |           |            |            |       |
|    | 歯科医師  |           |            |            |       |
|    | 歯科衛生士 |           |            |            |       |
|    | 看護師   |           |            |            |       |
|    | 保健師   | 1人        | 現場         | 常勤1名       | 非専従1名 |
|    | 薬剤師   |           |            |            |       |
|    | 事務職   | 3人        | 現場         | 2名/1名      | 1名/2名 |

実施体制

|      |               |
|------|---------------|
| 担当部局 | 地域包括ケア推進本部事務局 |
| 担当職員 | 事務職3名、保健師1名   |
| 委託先  | -             |

関係機関  
との連携  
図

チームかまいしの体制  
連携コーディネーター4名

連携コーディネーターの業務

- 顔(腕・腹)の見える関係性づくり
- 職種または組織ごとの課題把握とフィードバック
- 職種等が抱える連携の課題解決支援
- 職種間の連携推進や相互理解促進の「場」の設定

出所) 釜石市説明資料を基にNRI作成

\*1: 令和2年国勢調査 \*2: 令和6年3月末時点「介護情報システム」 \*3: JMAPより引用

\*1: 令和2年国勢調査 \*2: 令和6年3月末時点「介護情報システム」 \*3: JMAPより引用

図 26 岩手県釜石市における連携ステップ

第 7 章 コーディネーターの活躍されている事例 | 岩手県釜石市

釜石市では、一次・二次・三次の連携の組み合わせにより、課題解決を行っている。各段階の連携におけるコーディネーターの役割は下記のとおり。

| チームかまいしの一次連携・二次連携・三次連携のフロー |                                                             |                                                       |                                                                      |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|                            | 一次連携                                                        | 二次連携                                                  | 三次連携                                                                 |
| 取組                         | ✓連携拠点と各職能団体(一職種)との打ち合わせ会<br>⇒ 歯科医師会・薬剤師会・病院連携室・訪看ステ・包括etc.. | ✓ニーズのマッチングによる課題解決の「場」の設定<br>⇒ 2職種情報交換会、同行訪問、合同研修会etc. | ✓職能団体等代表者会議<br>✓二次連携等取組報告会                                           |
| 目的                         | ✓各職種の「連携の課題」の把握とフィードバック<br>✓連携拠点と職能団体の顔の見える関係構築             | ✓2職種(複数職種)間での連携・お互いの事情理解促進<br>✓職種が抱える連携の課題解決支援        | ✓在宅医療や多職種連携推進に資する地域のコンセンサス形成                                         |
| 効果                         | ✓各職種の事情を言い出せる関係性の構築<br>✓各職能団体が主体となった課題解決の取組促進               | ✓関係者の顔(腕・腹)の見える関係性の構築、課題解決<br>✓地域包括ケアシステムの充実          | ✓多職種の相互理解の促進<br>✓地域包括ケアシステムの充実                                       |
| コーディネーターの役割                | ✓「場」の設定、課題の分類<br>✓職能団体自ら取り組める課題や、二次・三次連携に繋がる課題の抽出とフィードバック   | ✓課題解決の「場」と「手法」提案、協働、関係者の調整<br>✓実施結果や反省会を介した新たな課題把握    | ✓「場」の設定と関係者の調整<br>⇒ 当日運営、広報、アンケートetc<br>✓取組の見える化<br>⇒ 地域連携だより、FB、市HP |

出所) 釜石市説明資料及びヒアリングを基にNRI作成

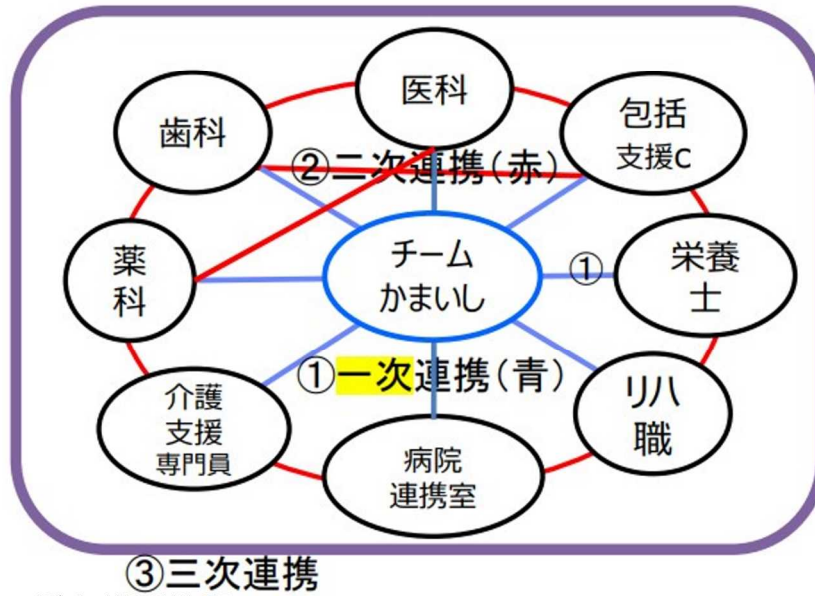


図 27 岩手県釜石市における連携イメージ

第 7 章 コーディネーターの活躍されている事例 | 岩手県釜石市

一次・二次・三次の連携のイメージ図は下記のとおり。

チームかまいしの一次連携・二次連携・三次連携のイメージ図



出所) 釜石市様説明資料より引用

図 28 千葉県千葉市の基本情報・取組概要

第 7 章 コーディネーターの活躍されている事例

千葉県千葉市の事例

自治体・コーディネーターの概要

|       |            |                                                                        |
|-------|------------|------------------------------------------------------------------------|
| 自治体概要 | 人口*1       | 985,077人                                                               |
|       | 高齢化率*1     | 65歳以上:26.1% 75歳以上:13.4%                                                |
|       | 要介護認定率*2   | 1号被保険者:17.4% 2号被保険者:0.3%                                               |
|       | 医療介護資源状況*3 | 病院:47か所（うち在宅療養支援病院 12か所）<br>診療所:636か所（うち在宅療養支援病院 84か所）<br>介護施設:1,413か所 |
|       | 所属         | 関係団体等にコーディネーターが所属し自治体と連携                                               |

|                  |       |                         |           |            |            |    |
|------------------|-------|-------------------------|-----------|------------|------------|----|
| コーディネーター<br>基本情報 | 対象自治体 | 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当 |           |            |            |    |
|                  |       | 人数                      | 基幹/<br>現場 | 常勤/<br>非常勤 | 専従/<br>非専従 |    |
|                  | 職種    | 医師                      |           |            |            |    |
|                  |       | 歯科医師                    |           |            |            |    |
|                  |       | 歯科衛生士                   |           |            |            |    |
|                  |       | 看護師                     | 2人        | 現場         | 常勤         | 専従 |
|                  |       | 保健師                     |           |            |            |    |
|                  |       | 薬剤師                     |           |            |            |    |
|                  |       | 社会福祉士                   | 1人        | 現場         | 常勤         | 専従 |
|                  |       | 事務職                     |           |            |            |    |

\*1: 令和2年国勢調査 \*2: 令和2年介護保険事業状況報告 \*3: JMAPより引用

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| 担当部署 | 保健福祉局健康福祉部<br>在宅医療・介護連携支援センター |
| 担当職員 | 所長・主査・主任薬剤師 1名ずつ              |
| 委託先  | (公財) 千葉市保健医療事業団               |

実施体制

関係機関との連携図

在宅医療・介護連携支援センターは、地域の医療・介護サービスを支えます！

支援センターの体制

|          |     |       |
|----------|-----|-------|
| 市職員      | 事務  | 薬剤師   |
| コーディネーター | 看護師 | 社会福祉士 |

コーディネーターの業務

- 相談支援業務と医療介護資源の把握
- かかりつけ医等の多職種・多機関との連携

出所) 千葉市HPより引用

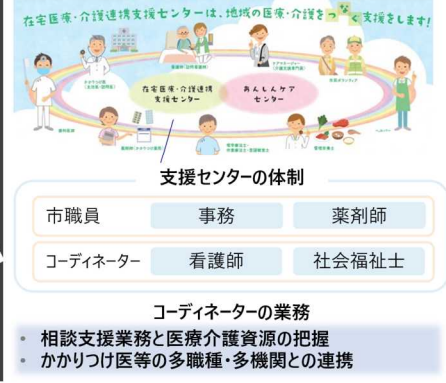


図 29 千葉県千葉市における人材確保に係る工夫点

第 7 章 コーディネーターの活躍されている事例 | 千葉県千葉市

千葉市では、外郭団体と行政の密接な連携を通じて、資質のあるコーディネーター人材を効果的に採用・育成している。

千葉県千葉市のコーディネーターの採用・育成・活躍のフロー



出所) ヒアリングを基にNRI作成

### 図 30 静岡県の基本情報・取組概要

## 第7章 コーディネーターの活躍されている事例

## 静岡県事例

## 自治体・コーディネーターの概要

自治体概要

コーディネーター  
基本情報

|                |                                                                            |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 人口*1           | 3,633,202人                                                                 |
| 高齢化率*1         | 65歳以上:30.1% 75歳以上:15.6%                                                    |
| 要介護<br>認定率*2   | 1号被保険者:16.7% 2号被保険者:0.5%                                                   |
| 医療介護<br>資源状況*3 | 病院:170か所（うち在宅療養支援病院 13か所）<br>診療所:2,321か所（うち在宅療養支援診療所366か所）<br>介護施設:6,048か所 |
| 所属             | 関係団体等にコーディネーターが所属し自治体と連携                                                   |
| 対象自治体          | 一つの自治体を対象としてコーディネーターが担当                                                    |

|       | 人数 | 基幹/<br>現場 | 常勤/<br>非常勤 | 専従/<br>非専従 |
|-------|----|-----------|------------|------------|
| 職種    |    |           |            |            |
| 社会福祉士 | 1人 | ※*4       | 常勤         | 専従         |

実施体制

関係機関  
との連携  
図

|      |                                         |
|------|-----------------------------------------|
| 担当部局 | 福祉長寿政策課地域包括ケア推進室<br>※静岡県医師会館駐在          |
| 担当職員 | 保健師 1 名（在宅医療・介護連携担当）<br>事務職 1 名（在宅医療担当） |
| 補助先  | 一般社団法人静岡県医師会                            |

コーディネーターの主な業務

県内市町村のコーディネーター向けの

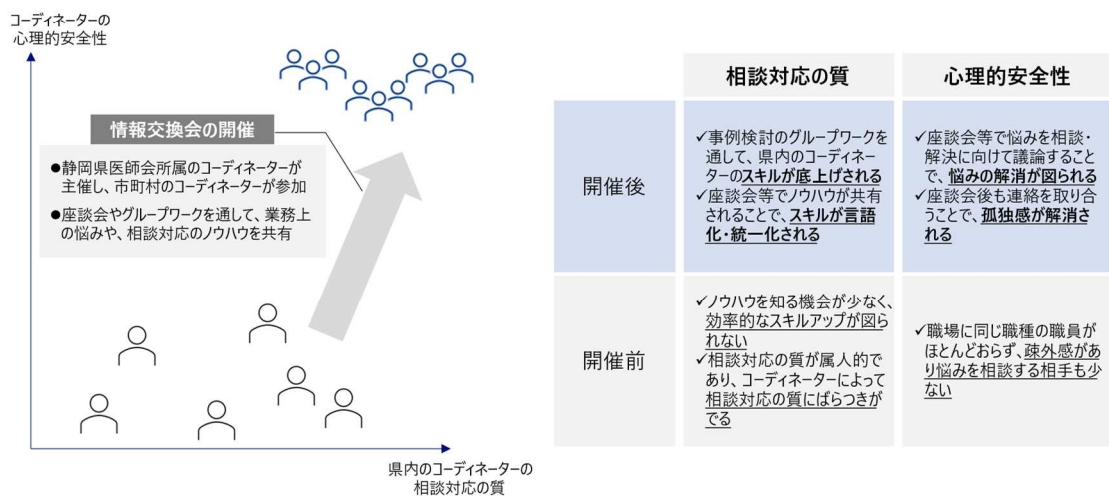
- 情報交換会の開催
- データ分析の支援

**図 31 静岡県におけるアウトリーチ事業**

## 第7章 コーディネーターの活躍されている事例 | 静岡県

静岡県では、静岡県医師会に所属するコーディネーターが、県内市町村のコーディネーター向けに情報交換会を開催し、市町村コーディネーターの横の繋がりの創出に寄与している。

## 情報交換会の開催による、静岡県内コーディネーターの変化



出所) 静岡県医師会HP、ヒアリング内容を基にNRI作成

図 32 福岡県飯塚医療圏の基本情報・取組概要

第7章 コーディネーターの活躍されている事例

福岡県飯塚市・嘉麻市・桂川町の事例

自治体・コーディネーターの概要

|                  |                |                                                                      |                            |                            |
|------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 自治体概要            | 市町村            | 飯塚市                                                                  | 嘉麻市                        | 桂川町                        |
|                  | 人口*1           | 126,364人                                                             | 35,473人                    | 12,878人                    |
|                  | 高齢化率*1         | 65歳以上:31.9%<br>75歳以上:15.8%                                           | 65歳以上:40.4%<br>75歳以上:20.4% | 65歳以上:35.1%<br>75歳以上:16.0% |
|                  | 要介護<br>認定率*2   | 1号:21.8%<br>2号:0.2%                                                  | 1号:21.2%<br>2号:0.4%        | 1号:15.0%<br>2号:0.9%        |
|                  | 医療介護<br>資源状況*3 | 病院:20か所（うち在宅療養支援病院 4か所）<br>診療所:127か所（うち在宅療養支援診療所 23か所）<br>介護施設:519か所 |                            |                            |
| コーディネーター<br>基本情報 | 所属             | 関係団体等にコーディネーターが所属し自治体と連携                                             |                            |                            |
|                  | 対象自治体          | 複数の自治体を対象としてコーディネーターが担当                                              |                            |                            |
|                  | 県型保健所          | 人数                                                                   | 基幹/<br>現場                  | 常勤/<br>非常勤                 |
|                  | 看護師            | 1人                                                                   | 現場                         | 非常勤                        |
|                  | 市町村            |                                                                      |                            |                            |
| 関係機関<br>との連携     | 医療SW<br>事務職    | 2人                                                                   | 基幹                         | 非常勤（医療SW）<br>常勤（事務職）       |
|                  | 医療SW<br>看護師    | 約20人                                                                 | 現場                         | 常勤                         |
|                  |                |                                                                      |                            |                            |

\*1: 令和2年国勢調査。\*2: 令和2年介護保険事業状況報告 \*3: JMAPより引用

出所) 嘉徳・鞍手保健福祉環境事務所説明資料を基にNRI作成

図 33 福岡県飯塚医療圏におけるコーディネーターのスキル定義

第7章 コーディネーターの活躍されている事例 | 福岡県飯塚市・嘉麻市・桂川町

飯塚圏域（飯塚市・嘉麻市・桂川町）では、コーディネーターに求められるスキルを具体的に定めることで、支援の質の高い人材育成を実現している。

1 知る力

- ビジネスマナー ●関係する制度政策の理解 ●社会資源の把握 ●情報リテラシー ●住民ニーズ、現場の課題
- クライアントを捉える共通の視点として ICF（国際生活機能分類） ●ステークホルダーの関心領域、課題認識

2 考える力

- 目的及び目標を常に意識 ●地域が抱える問題をデータに基づく分析・評価
- PDCAをまわして在宅医療介護連携の質を管理 ●課題解決のシナリオを戦略的に考える

3 関わる力

- リフレクション、セルフコントロール ●円滑なコミュニケーション推進 ●対人援助技術、面接技術
- 問題解決、課題達成スキル ●多様なステークホルダーとの関係性強化 ●健全な根回しと付度

4 繋げる力

- コーディネーション（調整機能）、ファシリテーション（促進機能） ●「地域（住民）よし」「相手（関係機関よし）」「自分（所属機関）よし」の3万人よしの精神で提案・交渉 ●ステークホルダーが必要とする地域情報の収集及び活用

5 仕掛ける力

- リーダーシップ、プロジェクトマネジメント ●課題解決のゴールをイメージしてステークホルダーと共有
- 地域課題を行政に相談・調整し、協議の場に提案

5.仕掛ける力  
4.繋げる力  
3.関わる力  
2.考える力  
1.知る力

出所) 嘉徳・鞍手保健福祉環境事務所説明資料を基にNRI作成



図 34 福岡県飯塚医療圏における評価指標の定義

第 7 章 コーディネーターの活躍されている事例 | 福岡県飯塚市・嘉麻市・桂川町

飯塚圏域（飯塚市・嘉麻市・桂川町）では、地域課題・課題への対策・評価指標を体系的に整理することで、関係者の共通の課題・対応の認識を図っている。

| 地域課題        | 対策                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 評価指標                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①在宅医療の強化    | <ul style="list-style-type: none"> <li>研修 <ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医実践道場</li> <li>多職種連携研修会</li> </ul> </li> <li>講座 <ul style="list-style-type: none"> <li>ACP住民サポーター養成講座</li> </ul> </li> <li>会議 <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療委員会</li> <li>5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会</li> </ul> </li> </ul>                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>実績 <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅看取り患者数、在宅診療実患者数、在宅診療実績あり施設件数 等</li> </ul> </li> <li>参加 <ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医道場への参加者数</li> </ul> </li> <li>住民 <ul style="list-style-type: none"> <li>住民のACP認知度</li> </ul> </li> </ul>       |
| ②入退院支援の強化   | <ul style="list-style-type: none"> <li>会議 <ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療連携室連絡協議会</li> <li>5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会</li> <li>救急医療委員会</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>退院患者に占める入退院支援加算等</li> </ul> </li> <li>救急実績 <ul style="list-style-type: none"> <li>拠点病院への救急車搬送受入れ件数、地域包括ケア病棟・病床の病床利用率</li> </ul> </li> </ul>                                                                          |
| ③医療・介護連携の強化 | <ul style="list-style-type: none"> <li>調査 <ul style="list-style-type: none"> <li>介護福祉施設への看取りの実態調査</li> </ul> </li> <li>会議 <ul style="list-style-type: none"> <li>5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会</li> <li>災害に備えた医療介護連携会議</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>入時情報連携加算、退院・退所加算等</li> </ul> </li> <li>看取り実績 <ul style="list-style-type: none"> <li>看取り実績あり施設件数 等</li> </ul> </li> <li>災害 <ul style="list-style-type: none"> <li>災害時の拠点病院の受入参加登録機関数、相談件数 等</li> </ul> </li> </ul>    |
| ④多職種連携の強化   | <ul style="list-style-type: none"> <li>研修 <ul style="list-style-type: none"> <li>多職種連携研修会</li> </ul> </li> <li>会議 <ul style="list-style-type: none"> <li>5ブロック地域包括ケアシステム推進協議会</li> </ul> </li> <li>調査 <ul style="list-style-type: none"> <li>管理栄養士への在宅訪問の実態調査</li> </ul> </li> <li>システム <ul style="list-style-type: none"> <li>空床情報共有システムの運用</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>参加 <ul style="list-style-type: none"> <li>多職種連携研修会参加者数</li> </ul> </li> <li>連携 <ul style="list-style-type: none"> <li>介護支援専門員がターミナル患者への対応で連携した各職種別件数 等</li> </ul> </li> <li>システム <ul style="list-style-type: none"> <li>システム登録者数・相談所要時間</li> </ul> </li> </ul> |
| ⑤在宅医療の強化    | <ul style="list-style-type: none"> <li>講座 <ul style="list-style-type: none"> <li>住民向け公開講座</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>転入・転出 <ul style="list-style-type: none"> <li>65歳以上の人口の転入・転出数</li> </ul> </li> <li>住民 <ul style="list-style-type: none"> <li>住民の満足度（周囲にすすめたいか）</li> </ul> </li> </ul>                                                                                           |

出所）嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所説明資料を基にNRI作成



## 第8章 参考資料

---

各資料等も事業を実施にご活用ください。

各種資料は在宅医療・介護連携に係るプラットフォームに順次掲載予定です。

### 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。

アクセス先 URL 及び QR コード

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



- また、厚生労働省ホームページの「医療と介護の一体的な改革」のページ中段にも当該プラットフォームのリンクがあります。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

## 資料(掲載予定も含む)

※プラットフォームには下記以外も掲載されますが、ご参考の一部お示しします。

### ① 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)

在宅医療・介護連携推進事業に係る近年の動向(第 8 次医療計画、第 9 期介護保険事業(支援)計画の実施等)を踏まえて事業の実施を推進するための方策を踏まえて事業手引を改定しております。※こちらは厚生労働省の HP にも掲載しております。

令和 6 年度老人保健健康増進等事業 「在宅医療・介護連携事業の有効的なあり方にかかる調査研究事業」(株式会社 野村総合研究所)

### ② 在宅医療・介護連携事業の推進のために指標の作成や活用についての情報を集約した手引き

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・介護連携事業に係る指標の検討」(令和 7 (2025) 年 3 月 株式会社日本能率協会総合研究所)

### ③ 「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)

### ④ かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン

### ⑥ 在宅医療・介護連携推進事業に係る PDCA サイクルを用いた事業実施のためのマニュアル

令和 4 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「PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的方策に関する調査研究事業報告書」(令和 5 (2023) 年 3 月 公立大学法人埼玉県立大学)

URL : <https://api.zaitakupf.mhlw.go.jp/storage/material/67cfc6b2ab8df.pdf>

## ⑦ 口腔に係る在宅医療・介護連携推進のための自治体向けの手引きと事例集

### (手引き)

「自治体向け 地域における高齢者の口腔・食支援の取組推進のためのハンドブック 地域支援事業等の活用に向けて」

令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携に係る認知症の人を含む高齢者の口腔管理体制構築の検討」（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター）

URL: <https://www.tmghig.jp/research/publication/hokenjigyou/>

### (事例集)

令和5年度老人保健健康増進等事業「認知症患者の口腔管理体制に関する調査研究事業」（地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター）

認知症の人の口腔機能を地域で守っていくための事例集

URL: [https://www.tmghig.jp/research/info/cms\\_upload/5072dfe9076794e958d486a31b7abcb8.pdf](https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/5072dfe9076794e958d486a31b7abcb8.pdf)

## ⑧ 訪問看護に係る在宅医療・介護連携推進のための事例集

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）

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

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  
―市町村、都道府県、コーディネーターに向けて―

令和7年3月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0004東京都千代田区大手町1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ

TEL : 03-5533-2111 (代表)

〔ユニットコード : 8352682〕