

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・介護連携推進事業のコーディネーター支援及び
スキルアップに関する調査研究事業**

報告書

令和7（2025）年 3月

株式会社 富士通総研

目次

第1章	本調査研究について	1
1.	調査研究の背景	1
(1)	在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター機能	1
(2)	コーディネーターの状況	4
2.	本調査研究について	8
(1)	コーディネーターの重要性と都道府県が支援に取り組む意義	8
(2)	調査研究の概要と方法	10
第2章	関東信越厚生局管内10都県とコーディネーターの状況	15
1.	関東信越厚生局管内10都県の状況	15
(1)	関東信越厚生局管内10都県における高齢者の状況	15
(2)	都道府県からみたコーディネーターの状況	22
2.	事例調査	23
(1)	コーディネーターの支援者	24
(2)	コーディネーターへのヒアリング	40
3.	調査結果から	42
第3章	コーディネーターによる地域課題への取り組み	45
1.	地域課題とコーディネーター	45
(1)	地域課題におけるコーディネーター機能	45
(2)	コーディネーターのスキルアップのステップ	48
2.	コーディネーターのスキルアップに向けた支援	51
(1)	スキルアップのための支援策	51
(2)	優先して取り組むべきと考えられること	53
3.	調査研究の方向性と成果の設定	56
第4章	研修プログラムの試行	57
1.	試行の概要	57
(1)	試行にあたっての考え方	57
(2)	試行の実施	61
2.	試行結果	62
(1)	試行①：関東信越厚生局地域包括ケア事例研究会での研修会の開催	62
(2)	試行②：群馬県における研修プログラムの検討と実施	78
(3)	試行③：東京都における研修プログラムの企画	88
(4)	試行④：栃木県における研修プログラムの企画	92
(5)	試行結果と考察	99
第5章	研修プログラム・研修会	102
1.	基本的な考え方	102
(1)	研修プログラムについて	102
(2)	効果を維持・拡大するための支援の考え方	103
(3)	都道府県内支援体制の強化	104
2.	研修プログラム	105
(1)	研修プログラムの概要	105
(2)	研修プログラムの詳細	106
3.	事業実施報告会での実施報告	122
第6章	まとめ	123
(1)	コーディネーター支援とスキルアップ	123
(2)	今後に向けて	124
参考資料		126

本調査研究の報告書は、以下に掲載されています。

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・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業

URL: <https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2024coordinator.html>

第1章 本調査研究について

1. 調査研究の背景

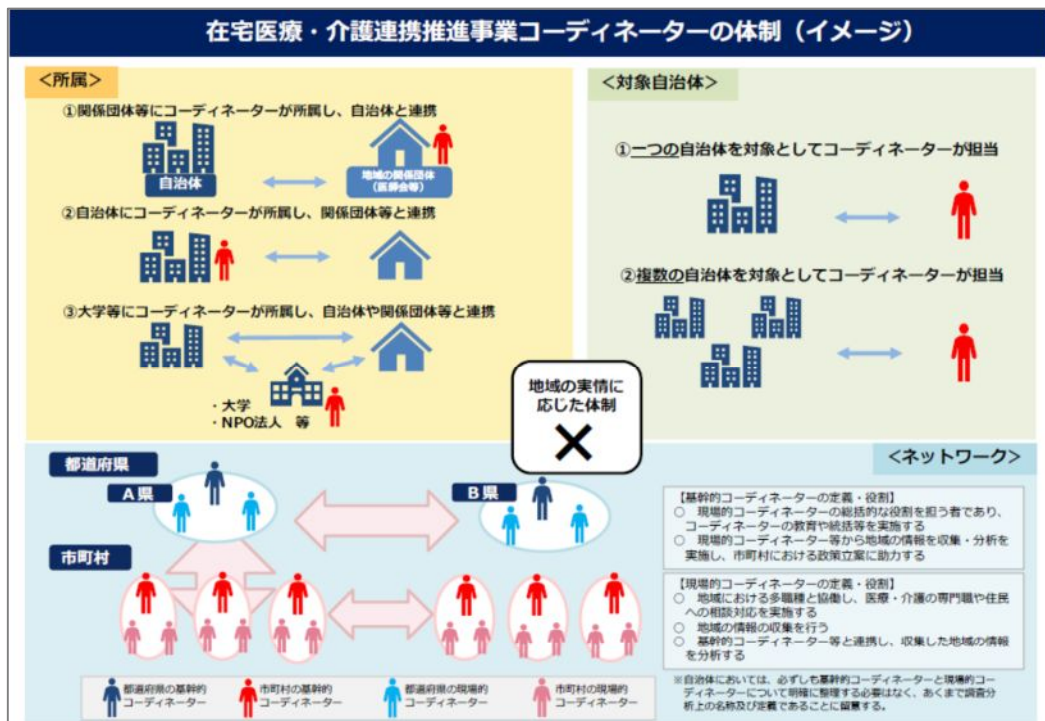
(1) 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート機能

- 在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置し、地域の在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、連携調整、情報提供等によって在宅医療・介護連携の取組を支援することが必要とされている。その実施にあたっては、郡市医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等との連携体制の確保とあわせ、地域の在宅医療・介護連携を支援する人材（コーディネーター）を配置して進めるとされている。
- 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターの定義、要件、具体的役割、能力については、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）にて次が示されている。

<p>3. 在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見 II.1-1.(2)より抜粋(※下線は事務局による)</p> <p>(コーディネーターの定義)</p> <ul style="list-style-type: none">○ 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。 <p>(コーディネーターに期待される役割)</p> <ul style="list-style-type: none">○ 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。 <p>(コーディネーターに求められる要件)</p> <ul style="list-style-type: none">○ 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者であることが望ましい。 <p>(コーディネーターに期待される具体的役割の例)</p> <ul style="list-style-type: none">○ 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期待される能力の例)

- 組織横断的な連携や協働を行い、在宅医療・介護連携推進事業を推進する能力
 - ・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とともに、効果的な連携・協働体制を構築することができる。
- コーディネーターとしての専門的知識・技術を推進する能力
 - ・各自治体のあるべき姿を理解し、求められる役割等を実践することができる。
 - ・専門職や地域住民等からの相談支援等に対する分析及び検討を実施した上で、地域の実情に応じた必要な支援につなげることができる。
 - ・コーディネーター間の連携・協働を推進することができる。
- 在宅医療・介護連携推進におけるあるべき姿に基づき、人材育成を推進する能力
 - ・資格の有無を問わず、社会の変化や情勢に応じて専門的知識や技術を常に更新することができる。
 - ・自治体の組織目標や施策の展望等を踏まえ、組織内での理解・共有を図り、コーディネーターとしての実施体制を整備することができる。
 - ・コーディネーターの人材確保・育成に寄与することができる。



出典)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)

- コーディネートは「調整」の意味合いで使われることが多い。だが、実際のコーディネートには、コーディネート対象のニーズに合致するものを探しだす、その情報提供をする、ニーズに合わせて複数の内容を結び付ける、マッチングさせるという行為が含まれる。一方、ニーズは「本来はこうありたいのにそうっていない」ことから生じる。よって、在宅医療・介護連携に係るニーズを解消する際には、目に見えている現象だけに目を向けるのではなく、「本来はこうありたい」になることを阻んでいる真因を探り、「本来はこうありたい」になるために解消すべき在宅医療・介護連携に係る課題を捉え、その解消に向けて郡市医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等の医療・介護の関係者の合意を図りながら対策を行う。よって、コーディネートにおける「調整」は、「本来はこうありたい」という「目的」を達成していく際に必要となる医療・介護の関係者の合意形成へ

の働きかけと結びついた動きであり、コーディネート機能はそれらを実施する機能となる。

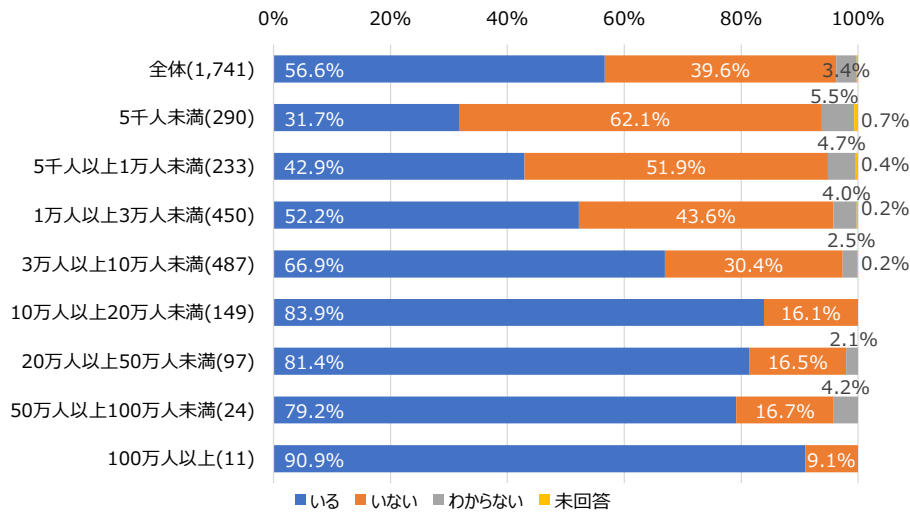
- 在宅医療・介護連携支援をする相談窓口寄せられるのは、実際に地域で生じている在宅医療・介護連携に係る個別具体の「困りごと」である。そこでは個別具体の困りごとにおける課題、すなわち「個別課題」の解消が求められるため、以上のコーディネート機能を用いて医療・介護の関係者等に働きかけることで、困りごとが生じている対象の「本来はこうありたい」に近づけていこうとする動きを取るようになる。
- 個別具体の困りごとは相談として現れるものばかりではなく、地域ケア会議、専門職らとの会話の中でキャッチされる場合もある。それらを見ていったときに、似たような困りごとが多いのではないかと、原因として共通するものがあるのではないかと等の気づきがある。それが、地域、自治体が共通して抱える「地域課題」を見出す第一歩である。地域課題の解決に向けては、郡市医師会をはじめとする地域、自治体の医療・介護の専門職の団体による課題共有、解決に向けた方針や取組を共に考えることが必要であり、コーディネート機能はその合意形成への働きかけを行う機能となる。なお、以上は市町村の政策形成のプロセスとも合致する。
- よって、いずれの市町村であっても、在宅医療・介護連携推進事業を推進する上では相談窓口の相談員やコーディネーター等の名称に関わらず、困りごとを受け付けて解決を図る機能としてコーディネート機能を有し、それら機能をもって医療・介護の関係者に働きかけて個別課題、地域課題の解決を図っていくことが求められる。一方、その機能の確保策は、市町村内部で確保する、委託によって確保する等が考えられる。但し、重要であるのは地域で起きている個別課題が地域課題につながり、地域課題の解決が在宅医療・介護連携推進事業に係る市町村の施策と紐づいていることであり、それらを市町村それぞれの実情に応じてどのように確保するかを考えねばならない。
- 従前からの在宅医療・介護連携推進事業では相談窓口の設置を進めていることから、多くの市町村では個別課題への対応は進んでいると考えられる。個別課題を踏まえて地域課題を抽出し、その対策として政策形成まで進めることは事業におけるPDCAのプロセスに他ならない。だが、地域課題に取り組んでいくにはコーディネート機能だけではなく政策形成の機能もあわせて重要である。
- 本調査研究ではコーディネート機能に着目し、その機能を果たそうとするコーディネーターの支援とスキルアップについて検討するものである。便宜上、本調査研究では困りごとを受け付けて解決を図る機能を「相談窓口」、コーディネート機能を果たす者を「コーディネーター」、政策形成機能を担う者を「市町村担当者」とする。当然ながら市町村にもコーディネート機能は存在し、更に相談窓口を直営する等の場合は市町村担当者自身がコーディネーターである等の場合もある。以上はあくまで機能としての言葉としての整理であることに留意されたい。

(2) コーディネーターの状況

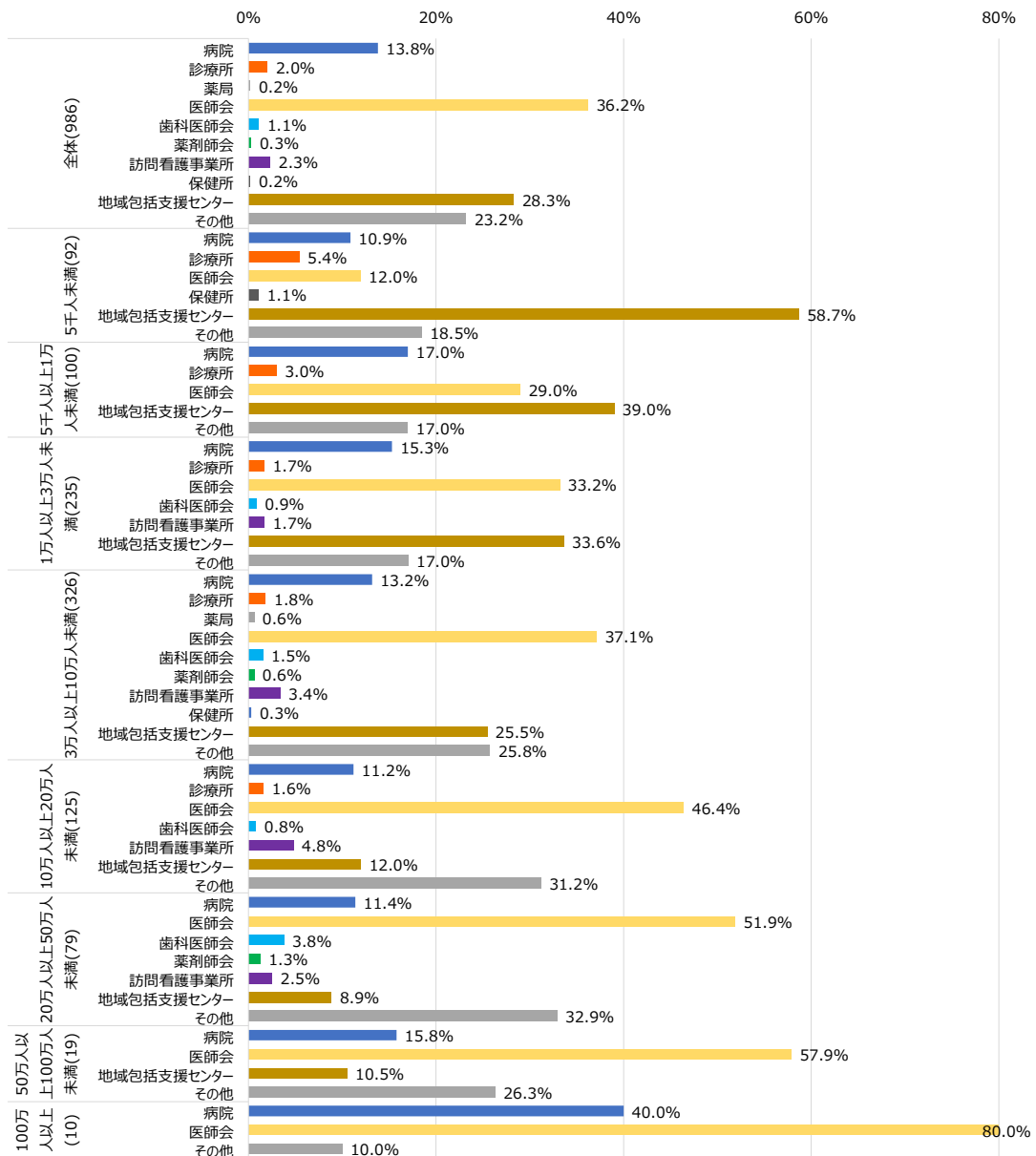
- 「「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業」(令和5年度老人保健健康増進等事業(株)富士通総研)¹では、コーディネーターに着目した詳細分析を実施している。同調査では、「地域の在宅医療・介護連携推進を支援する人材(コーディネーター)」とした上で、「コーディネーターという名称を使用していなくても、相談室を設置し、人員を配置(相談業務の委託)している場合においては回答すること」としている。
- コーディネーターを配置していると回答した市町村は自治体の人口規模が小さいほど少ない状況がみられる。(図表-1)
- コーディネーターがいると回答した市町村に対してコーディネーターの所属をみると、全体では郡市医師会、地域包括支援センター、病院の順に多い。以上は相談窓口の業務委託を行ってコーディネーターを配置しているものと考えられるが、市町村に直接配置している状況もみられる。また、自治体の人口規模別でみると、小さい市町村ほど地域包括支援センター、大きい市町村ほど郡市医師会の所属が多い状況がみられる。(図表-2)
- コーディネーターに実施した調査結果からは、コーディネーターが有する資格等としては看護師、介護支援専門員(ケアマネジャー)、保健師が多い傾向がみられるが、自治体や地域包括支援センターでは保健師、病院では医療ソーシャルワーカーが多い等の特徴もみられる。また、特に資格等は持っていないとする者もいた。(図表-3)
- 加えてコーディネーターとしての経験年数をみると、全体においては経験年数2年以下の者が3割程度を占めているが、コーディネーターの所属別でみると、市町村に所属するコーディネーターでは半数近くを占めている。また、配置人員は2人以下の所が全体の約6割を占めている。(図表-4、図表-5)
- 以上を踏まえると、市町村の資源等それぞれの実情を反映して、配置されているコーディネーターも多様であることがわかる。

¹ 「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業(令和5年度老人保健健康増進等事業(株)富士通総研)
<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2023coordinator.html>

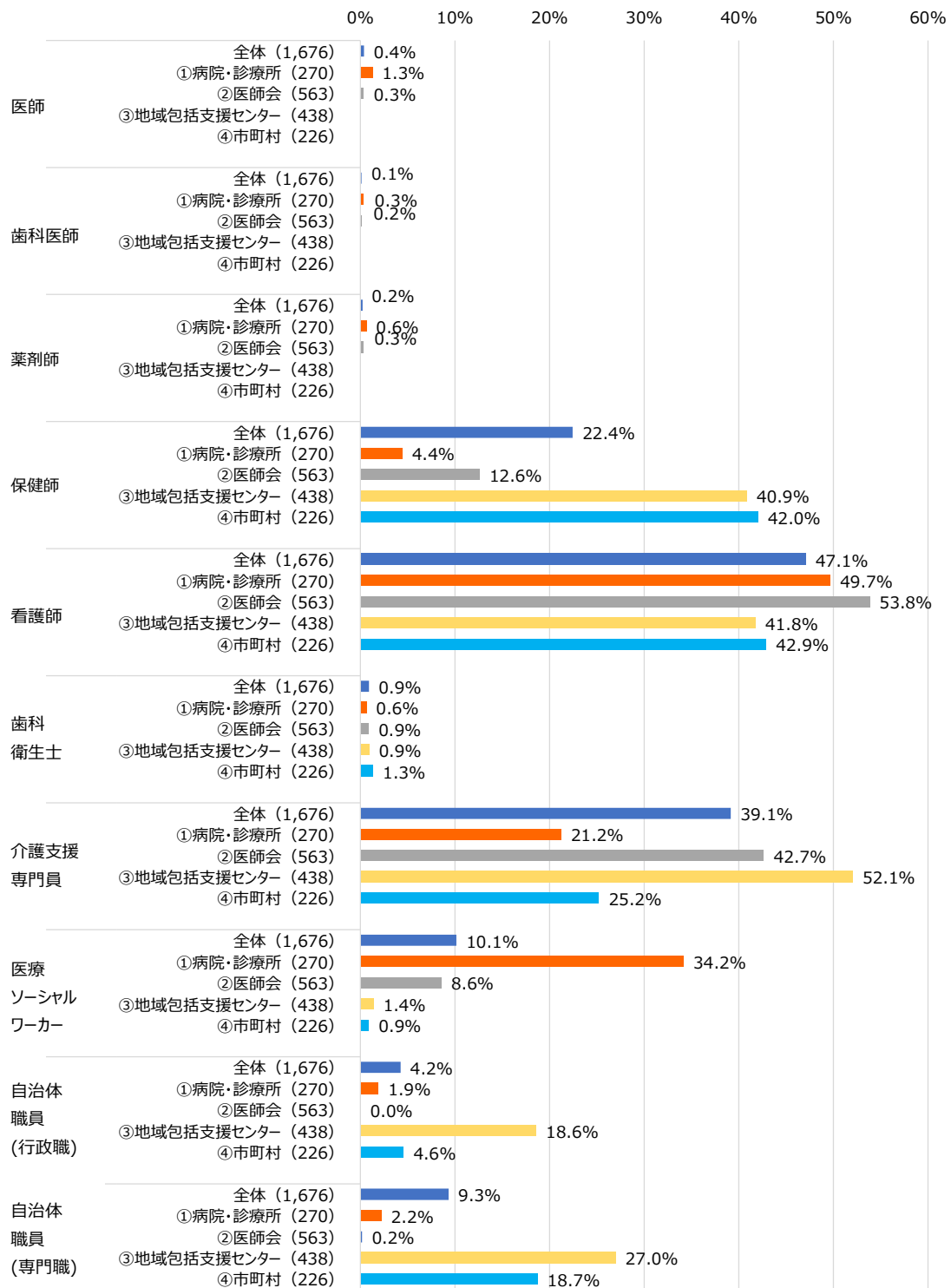
図表- 1 市町村調査:コーディネーターの配置の有無(人口規模別市町村)(n=1,741)



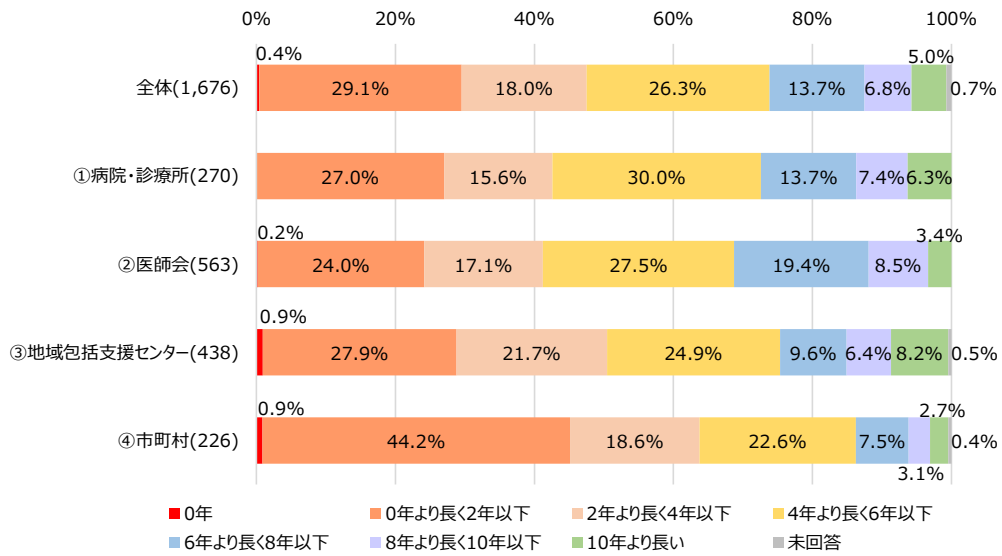
図表- 2 市町村調査:コーディネーターの配置場所(市町村・人口規模別)(複数回答)(n=986)



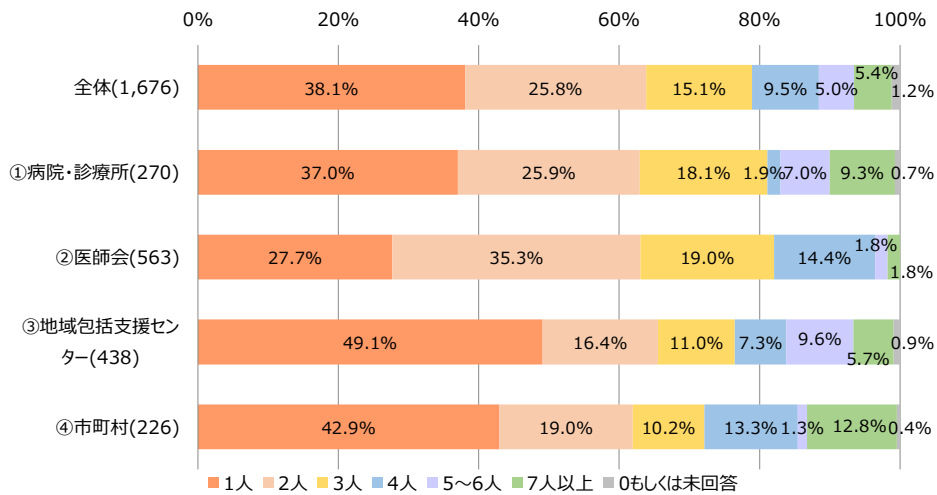
図表- 3 コーディネーター調査:コーディネーターの有している資格(所属先別)(n=1,676)



図表- 4 コーディネーター調査:コーディネーターとしての経験年数(所属別)(n=1,676)



図表- 5 コーディネーター調査:コーディネーターの人数(所属先別)(n=1,676)



図表1~5出典)「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業(令和6年度老人健康増進等事業(株)富士通総研)

2. 本調査研究について

(1) コーディネーターの重要性と都道府県が支援に取り組む意義

① コーディネーターへの期待と課題

- 「地域の医療・介護連携に関する相談を受け付け、連携調整、情報提供等によって在宅医療・介護連携の取組を支援する」ことは、一義的には相談窓口を持ち込まれた困りごと等の個別課題に対して相談支援を行い、解決を図ることで取組を支援すると理解される。だが、今後さらに期待すべきは、その個別課題を引き起こしている原因をとらえ、医療・介護の関係者に対して地域で取り組むべき課題、すなわち地域課題として提示し、その解決に向けた対策の検討・実施に向けて働きかけることへの寄与である。
- 在宅医療・介護連携推進事業の開始から10年近くを経て、コーディネーターをめぐる動きは活発になってきているが、コーディネーターの状況はようやく明らかになってきたばかりである。一部の市町村等では現場で把握した個別課題から地域課題の抽出をはかり、その解決に向けて医療・介護の関係者等に働きかけている事例もみられるが、多くにおいては相談窓口を持ち込まれた困りごと等の個別課題に対する相談支援対応に留まっている状況がうかがわれる。
- その背景には、在宅医療・介護連携推進事業の推進に向け、地域の在宅医療・介護連携を支援するコーディネーターが、どのような役割を担い、何を実施するべきなのかの検討や理解が進んでいなかったことにあるとも考えられる。また、コーディネーターが日々の業務の中から地域課題につながるような気づきを得たとしても、それらをどう生かすのか等、具体的な動きには結びつかなかった可能性もある。前掲のとおり、令和5年度の調査によれば市町村に配置されたコーディネーターの人数で最も多いのは1名、次いで2名であり、その計は6割に及ぶ。その場合、コーディネーター自身が日々の業務に気づきを得たとしても検討を深めることは難しく、取組を進める上で悩みや迷いを感じた際の相談を行うことの難しさもあると考えられる。

② コーディネーター支援に都道府県が取り組む意義

- コーディネーターには地域課題への対応を想定したスキル獲得の機会と支援の実施が行われることや、コーディネーター同士で情報等を共有し合い、共に検討し知識や技術を深め合う環境があることが望まれる。市町村が単独で行うことは難しいことから、広域行政である都道府県による市町村支援の一つとしての実施が期待されるが、コーディネーターに対する研修、市町村や圏域を越えたコーディネーター間のネットワーク形成等に取り組んでいる都道府県は限定的であり、標準的な動きではない。
- 令和6年度から始まった第8次医療計画では「在宅医療において必要な連携を担う拠点」を都道府県の医療計画に位置付けることが明記されている。在宅医療に必要な連携を担う拠点では、在宅医療を受ける者に対し、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施し、対象は全世代である。対象とする世代の違いこそあれ、都道府県による在宅医療において必要な連携を担う拠点と市町村による在宅医療・介護連携推進事業については、在宅医療の4場面である「日常の療養支援」「入院・退院支援」「急変時の対応」「看取り」での連携を必要とすることは共通し、双方の連携は必然となる。また、実際に在宅医療に必要な連携を担う拠点を市町村に指定している都道府県もある。その場合、拠点と在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターの活動には明確に関連が生じることとなり、対象を高齢者に限定せずに支援を実施している相談窓口もある。
- 都道府県には市町村が在宅医療・介護連携推進事業に積極的に取り組み、主体的に推進できるよう支援することが期待されている一方で、都道府県が医療計画、かかりつけ医機能の確保を進める上では、市町村の在宅医療・介護連携推進事業との連携を図ることが求められることになる。以上の観点からみれば、管内市町村の在宅医療・介護連携の推進は都道府県が進める医療計画等と不可分と言える。よって、市町村に配属されているコーディネーターのスキルアップは広域行政である都道府県による効果的な市町村支援の一つであると同時に、都道府県にとっても実施に値する取組と考えられる。
- 以上を踏まえて、本調査研究では、在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターにおける取組の充実、それによる市町村、都道府県での在宅医療・介護連携の推進、地域包括ケアシステムの深化を目指し、コーディネーターのスキルアップとその支援について検討する。

(2) 調査研究の概要と方法

① 調査研究の概要

- 「在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究」（以下「本調査研究」という。）では、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進に向け、コーディネーターへの効果的な支援及びスキルアップ策について検討を行う。また、市町村を支援する広域行政としての都道府県への期待だけではなく、市町村の在宅医療・介護連携推進事業の推進が都道府県全体における在宅医療の推進に影響することを踏まえ、その実施者として都道府県を明確に意図し、今後都道府県が本調査研究の成果を活用することができるよう進めた。
- なお、本調査研究は今後高齢者が急増し、在宅医療と介護の双方を必要とする85歳以上高齢者の数及び割合が高まる関東信越厚生局管内10都県（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県）を主対象として調査研究を実施することとした。

図表- 6 関東信越厚生局管内 10 都県



国土地理院 白地図(<https://maps.gsi.go.jp/development/ichiran.html>)を加工して作成

- 本調査研究は、関東信越厚生局管内10都県、コーディネーターへのヒアリング調査、を実施した後、既存調査の結果等も踏まえてコーディネーター支援及びスキルアップ策について検討を行った。
- スキルアップのために実施することが効果的と考えられた内容は、研修会の開催を含む一連の研修プログラム（研修の企画～実施～改善の一連）として企画し、研修会として試行①、試行②で実施、評価も行ったうえで取りまとめた。また、単純なスキル獲得のために研修会を行うことは意味がなく、それぞれの実情・ニーズ・課題を踏まえた上で企画し、実施する必要がある。そのため、試行②、③、④では関東信越厚生局管内10都県の中から3都県の協力を得て、現状、実施上の課題等を把握したうえで対策としてのコーディネータースキルアップ、コーディネーター支援の検討を行った。

図表- 7 調査研究の流れ

日程	検討委員会（議案）	日程	試行等
第1回 (7/29) ※対面	<ul style="list-style-type: none"> 本調査研究について 都道府県及び市町村、コーディネーターの現状及び課題について 研修の在り方、目的と実施対象、構成、内容について 		
第2回 (9/12) ※オンライン	<ul style="list-style-type: none"> 研修対象について 研修内容について（研修企画について（プログラム案）-1含む） 		
第3回 (10/22) ※オンライン	<ul style="list-style-type: none"> 研修企画について（プログラム案）-2 研修会①の試行について コーディネーターのネットワークの構築について-1 		
		試行① (11/19)	<ul style="list-style-type: none"> 試行①：関東信越厚生局事例研究会にて研修プログラムを試行（管内10都県対象）
第4回 (12/23) ※対面	<ul style="list-style-type: none"> 研修会①の報告・振り返り プログラム案の修正について 研修会②の試行について コーディネーターのネットワークの構築について-2 報告書素案について 	試行② (12月～2月末)	<ul style="list-style-type: none"> 試行②：群馬県（状況把握・課題抽出～計画～実行～振り返り） 試行③：東京都（状況把握・課題抽出～計画）※次年度に向けた検討 試行④：栃木県（状況把握・課題抽出～計画）※次年度に向けた検討
第5回 (2/10) ※オンライン	<ul style="list-style-type: none"> 試行の実施状況について プログラム案の修正について 事業報告会について 報告書案について 	試行③ (1月～3月初)	
第6回 (2/25)	<ul style="list-style-type: none"> 報告書案について 今後の課題について 	試行④ (1月～3月初)	
		事業報告会 (3/21)	<ul style="list-style-type: none"> オンラインにて全国を対象に実施

② 検討委員会の設置

- 一連の検討に際し、本調査研究では、在宅医療・介護連携に関する有識者・現場での実践者から成る検討委員会「在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究に係る検討委員会」（以下「検討委員会」という。）を設置し、計6回の検討委員会を開催して調査研究を進めた。
- 本調査研究では、コーディネーターのみならず、市町村、都道府県の観点からも検討を進めていくことが必要である。以上から、委員の選定にあたっては、市町村に配置されたコーディネーター、コーディネーターの支援者、市町村担当者としての経験を持つ者、都道府県単位や広域等でコーディネーターのスキルアップ支援の経験を持つ者、以上について研修講師やアドバイザーとしての実績を持つ有識者らに声かけを行い、検討委員会を組成した。
- また、本調査研究の成果がコーディネーターのスキルアップ、市町村における在宅医療・介護連携の推進、都道府県における在宅医療の推進等に確実に寄与できるよう、都道府県の在宅医療・介護連携推進事業、在宅医療の担当課にもオブザーバーとして参加していただいた。また、本調査研究の担当課である厚生労働省関東信越厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課からもオブザーバーとして参加して頂いた。

在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援
及びスキルアップに関する調査研究に係る検討委員会

（敬称略、五十音順）

<委員>

① いの 飯野 雄治	稲城市 市民協働課（前 高齢福祉課地域支援係長）
② かわごえ 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
くぼた 久保田 健太郎	千葉市 保健福祉局 健康福祉部 在宅医療・介護連携支援センター 所長
さいかわ 斎川 克之	一般社団法人新潟市医師会 地域医療推進室 室長
たかはし 高橋 智之	群馬県 健康福祉部 健康福祉課 医療・福祉連携推進室 室長
はっとり 服部 美加	一般社団法人新潟県医師会 新潟県在宅医療推進センター基幹センター コーディネーター
まつもと 松本 浩一	医療生協さいたま 熊谷生協病院 熊谷市在宅医療支援センター コーディネーター
よしかわ 吉川 和義	埼玉県 保健医療部 医療整備課 在宅医療推進担当 主幹

◎委員長

<オブザーバー>

(関東信越厚生局管内 10 都県からの出席者)

もとほし あきこ 本橋 明子	茨城県 保健医療部 健康推進課 地域包括ケア推進室 地域支援・在宅医療担当 室長補佐
よしだ ともゆき 吉田 友行	茨城県 保健医療部 健康推進課 地域包括ケア推進室 地域支援・在宅医療担当 係長
たぐち すずむ 田口 進	栃木県 保健福祉部 医療政策課 在宅医療・介護連携担当 課長補佐
やの ゆかり 矢野 由香里	栃木県 保健福祉部 医療政策課 在宅医療・介護連携担当 主査
いせき のぞむ 伊関 望	群馬県 健康福祉部 健康福祉課 補佐 医療・福祉連携推進室 医療・福祉連携推進係長
ねぎし りょうこ 根岸 良子	群馬県 健康福祉部 健康福祉課 医療・福祉連携推進室 医療・福祉連携推進係 主任
おおすが たくみ 大須賀 拓海	群馬県 健康福祉部 健康福祉課 医療・福祉連携推進室 医療・福祉連携推進係 主事
たけい れいこ 武井 礼子	埼玉県 福祉部 地域包括ケア課 地域包括ケア担当 主査
ねもと ちひろ 根本 千紘	千葉県 健康福祉部 高齢者福祉課 地域活動推進班 副主査
よこた ともや 横田 智也	千葉県 健康福祉部 医療整備課 地域医療構想推進室 副主査
あんどう りょうたろう 安藤 遼太郎	東京都 医療政策部 医療政策課 課長代理(地域医療連携担当)
おがさわら みな 小笠原 美奈	東京都 医療政策部 医療政策課 地域医療対策担当
かとう なつこ 加藤 奈津子	神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部 高齢福祉課 高齢福祉グループ 副主幹
さわだ ようこ 澤田 陽子	神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部 高齢福祉課 高齢福祉グループ 主任技師
こやま さおり 古山 彩織	新潟県 福祉保健部 高齢福祉保健課 在宅福祉班 主事
いしかわ りょういちろう 石川 遼一郎	長野県 健康福祉部 医療政策課 医療係 主任
おざわ あやの 小澤 文乃	長野県 健康福祉部 介護支援課 計画係 主査保健師

(厚生労働省)

さいとう やすひろ 齊藤 康博	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 課長
なかじま としお 中島 淑夫	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 課長補佐
あらい まゆみ 荒井 真弓	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進官
のぎ みさと 野木 美里	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 地域支援事業係長、医療介護連携推進係長
おざわ なおき 小澤 直樹	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 医療介護連携推進係長
ますだ えみ な 増田 絵美奈	厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐
さかもと ゆう 坂本 遊	厚生労働省 老健局 老人保健課 老人保健施設係長
かとう しょうこ 加藤 晶子	厚生労働省 老健局 老人保健課 主査

<事務局>

なとり なおみ 名取 直美	株式会社富士通総研 行政経営グループ チーフシニアコンサルタント
ふじわら りつこ 藤原 律子	株式会社富士通総研 行政経営グループ シニアコンサルタント
い か だ とおる 井加田 透	株式会社富士通総研 行政経営グループ コンサルタント

第1回(7/29) 対面	<ul style="list-style-type: none"> ・本調査研究について ・都道府県及び市町村、コーディネーターの現状及び課題について ・研修の在り方、目的と実施対象、構成、内容について
第2回(9/12) オンライン	<ul style="list-style-type: none"> ・研修対象について ・研修内容について(研修企画について(プログラム案)-1含む)
第3回(10/22) オンライン	<ul style="list-style-type: none"> ・研修企画について(プログラム案)-2 ・研修会①の試行について ・コーディネーターのネットワークの構築について-1
第4回(12/23) 対面	<ul style="list-style-type: none"> ・研修会①の報告・振り返り ・プログラム案の修正について ・研修会②の試行について ・コーディネーターのネットワークの構築について-2 ・報告書素案について
第5回(2/10) オンライン	<ul style="list-style-type: none"> ・研修会②の報告・振り返り ・プログラム案の修正について ・事業報告会について ・報告書案について
第6回(2/25) オンライン	<ul style="list-style-type: none"> ・報告書案について ・今後の課題について ・その他

第2章 関東信越厚生局管内 10 都県とコーディネーターの状況

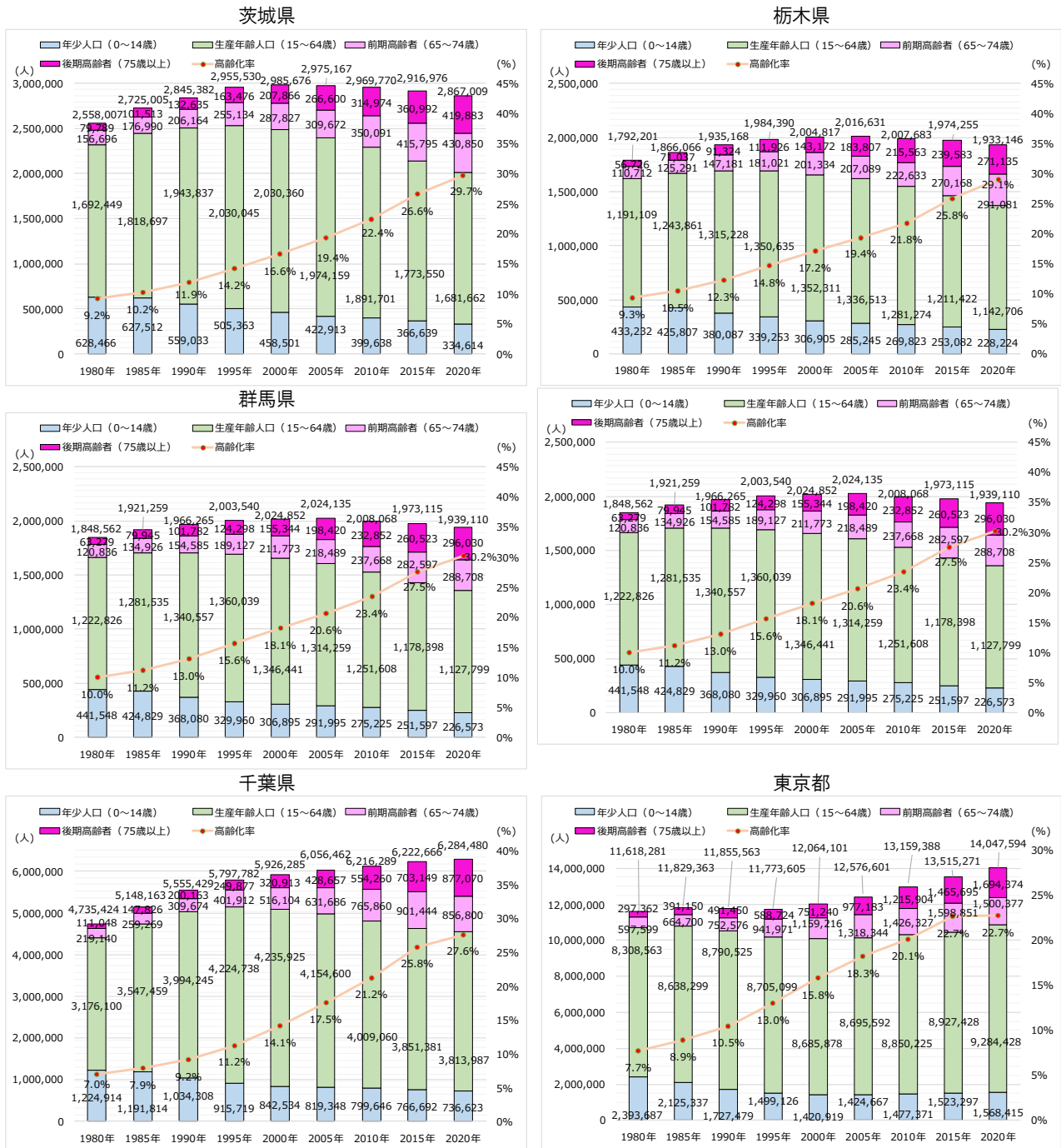
1. 関東信越厚生局管内 10 都県の状況

(1) 関東信越厚生局管内 10 都県における高齢者の状況

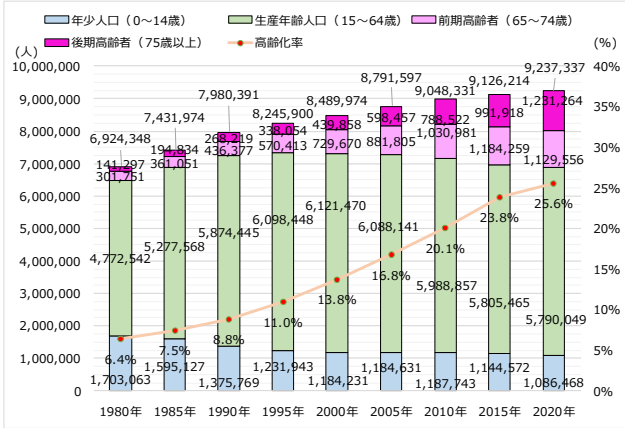
① 人口の推移

-1. 年齢 4 区分別人口推移

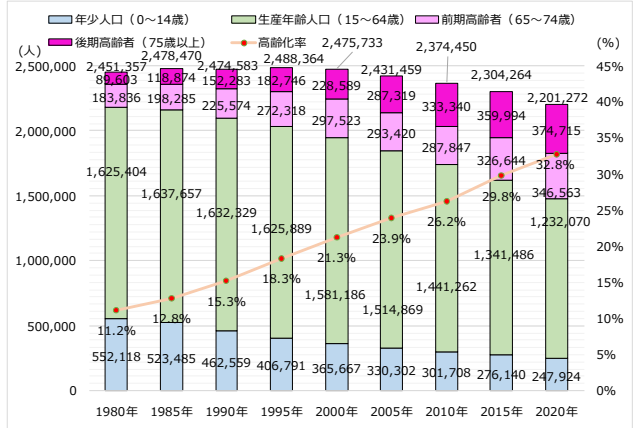
図表- 8 年齢 4 区分別人口推移(1980 年～2020 年)



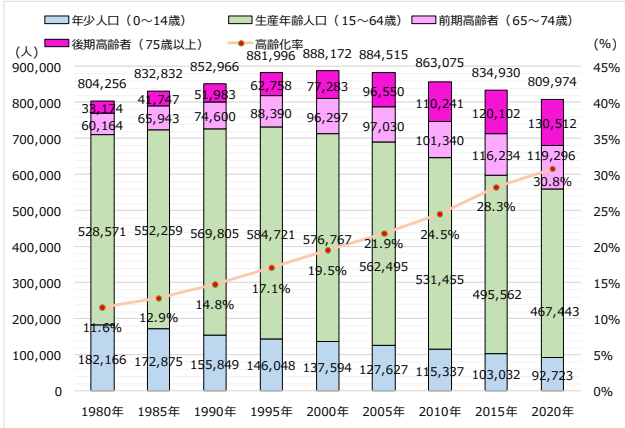
神奈川県



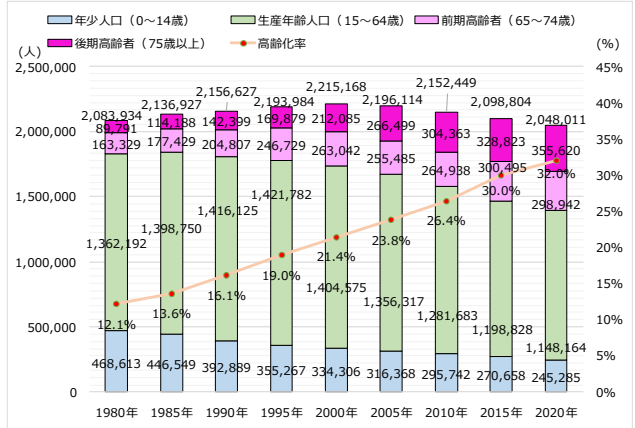
新潟県



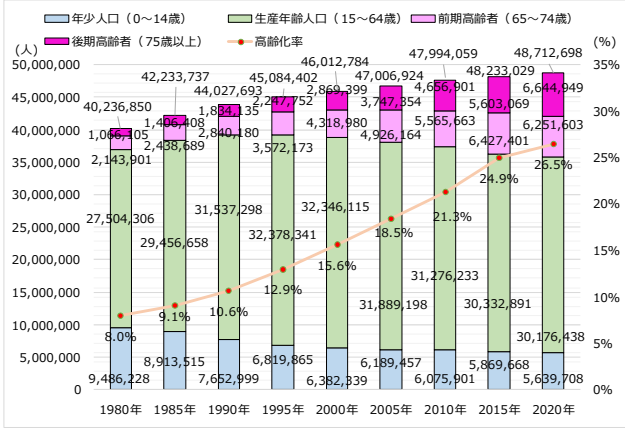
山梨県



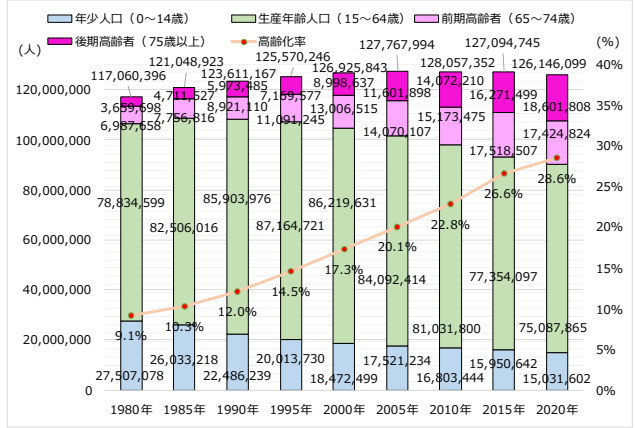
長野県



関東信越厚生局管内10都県



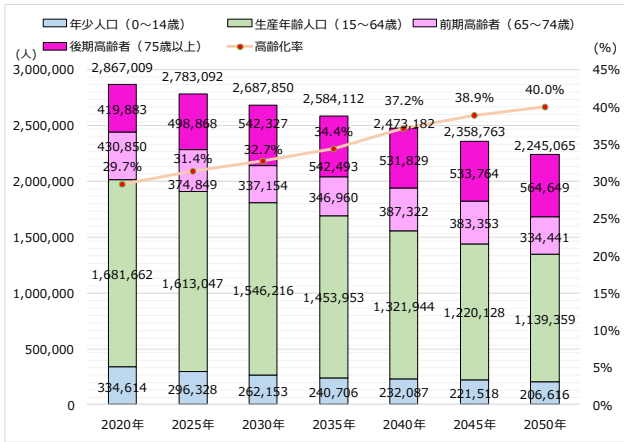
全国



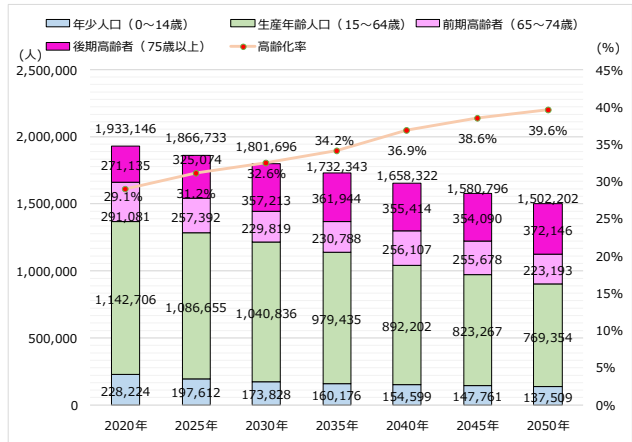
-2. 年齢4区分別将来人口推移

图表-9 年齢4区分別将来人口推移(2020年~2050年)

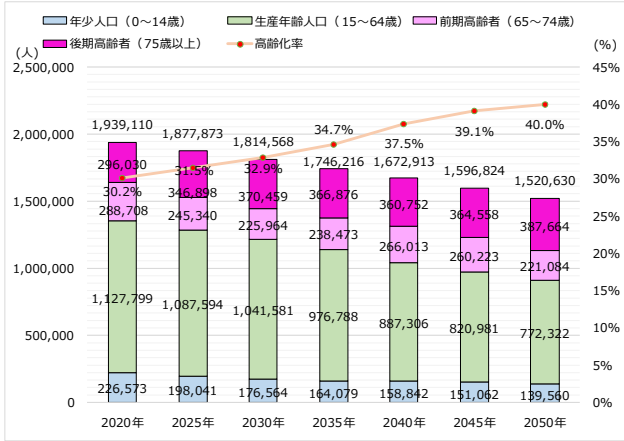
茨城県



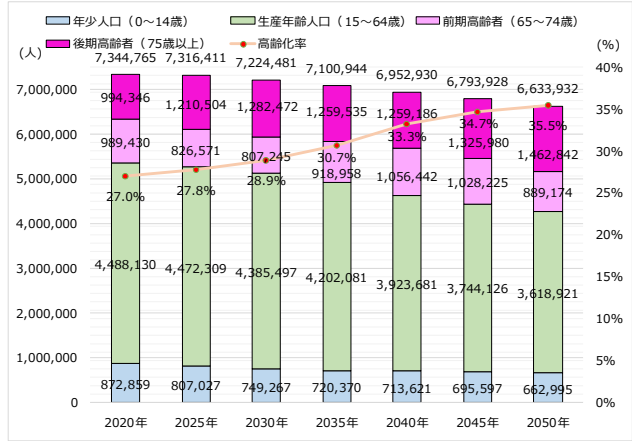
栃木県



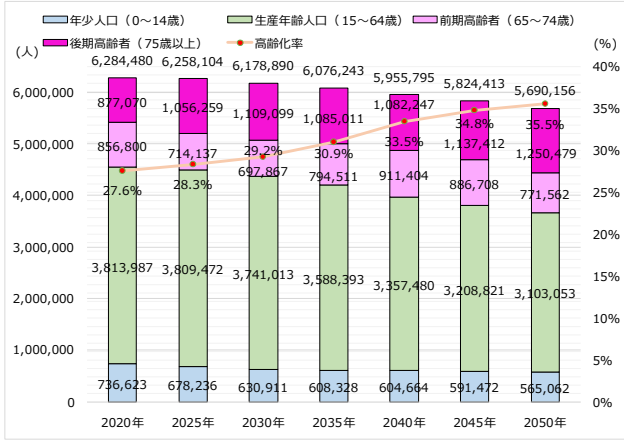
群馬県



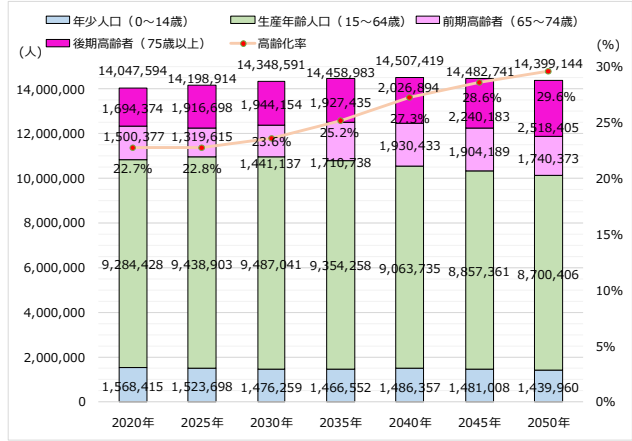
埼玉県



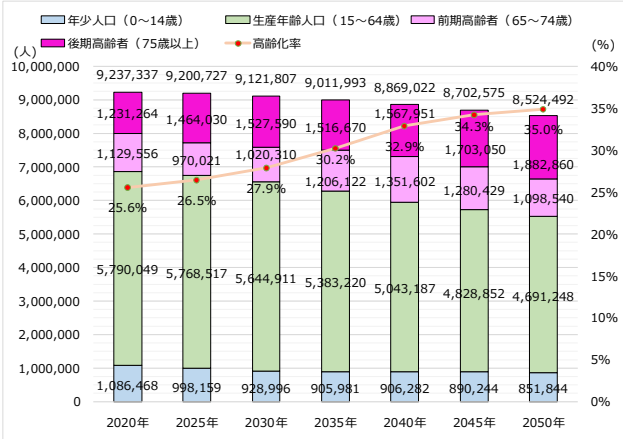
千葉県



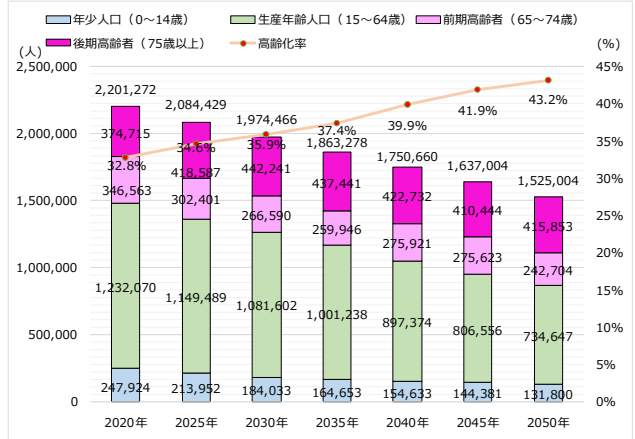
東京都



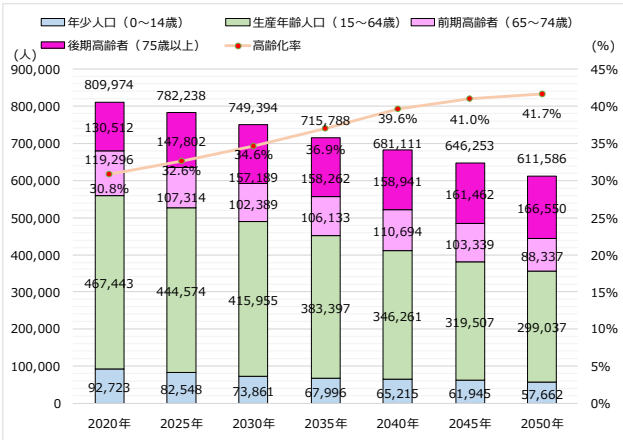
神奈川県



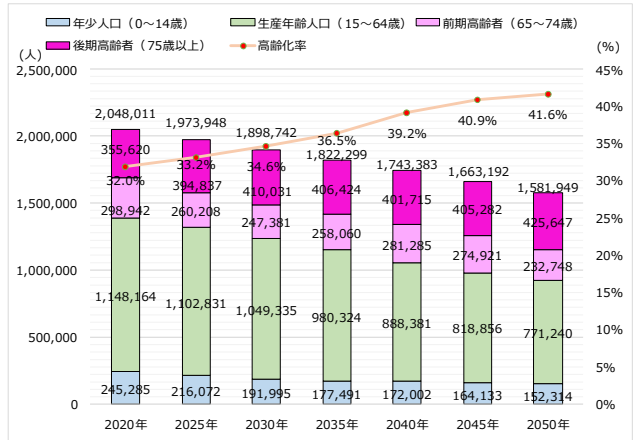
新潟県



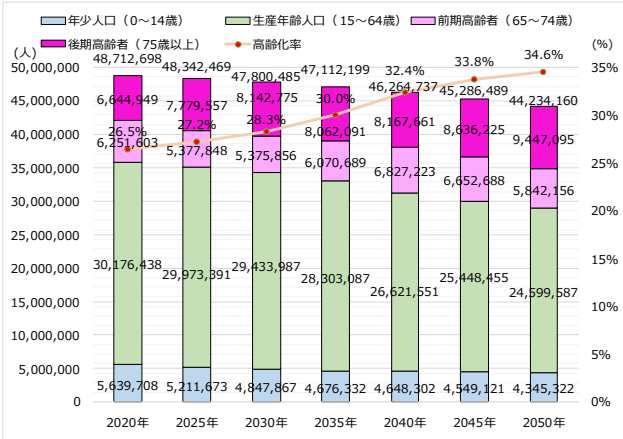
山梨県



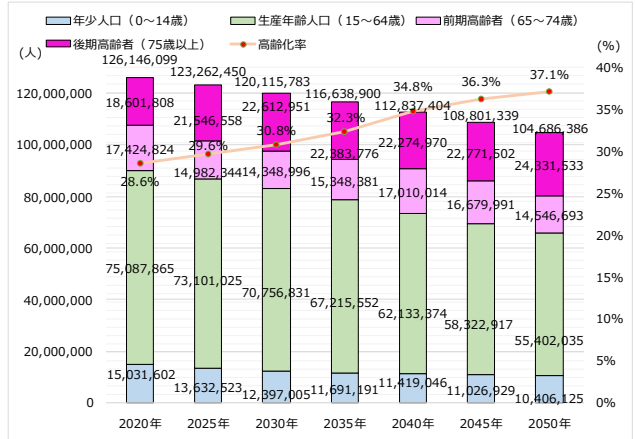
長野県



関東信越厚生局管内10都県

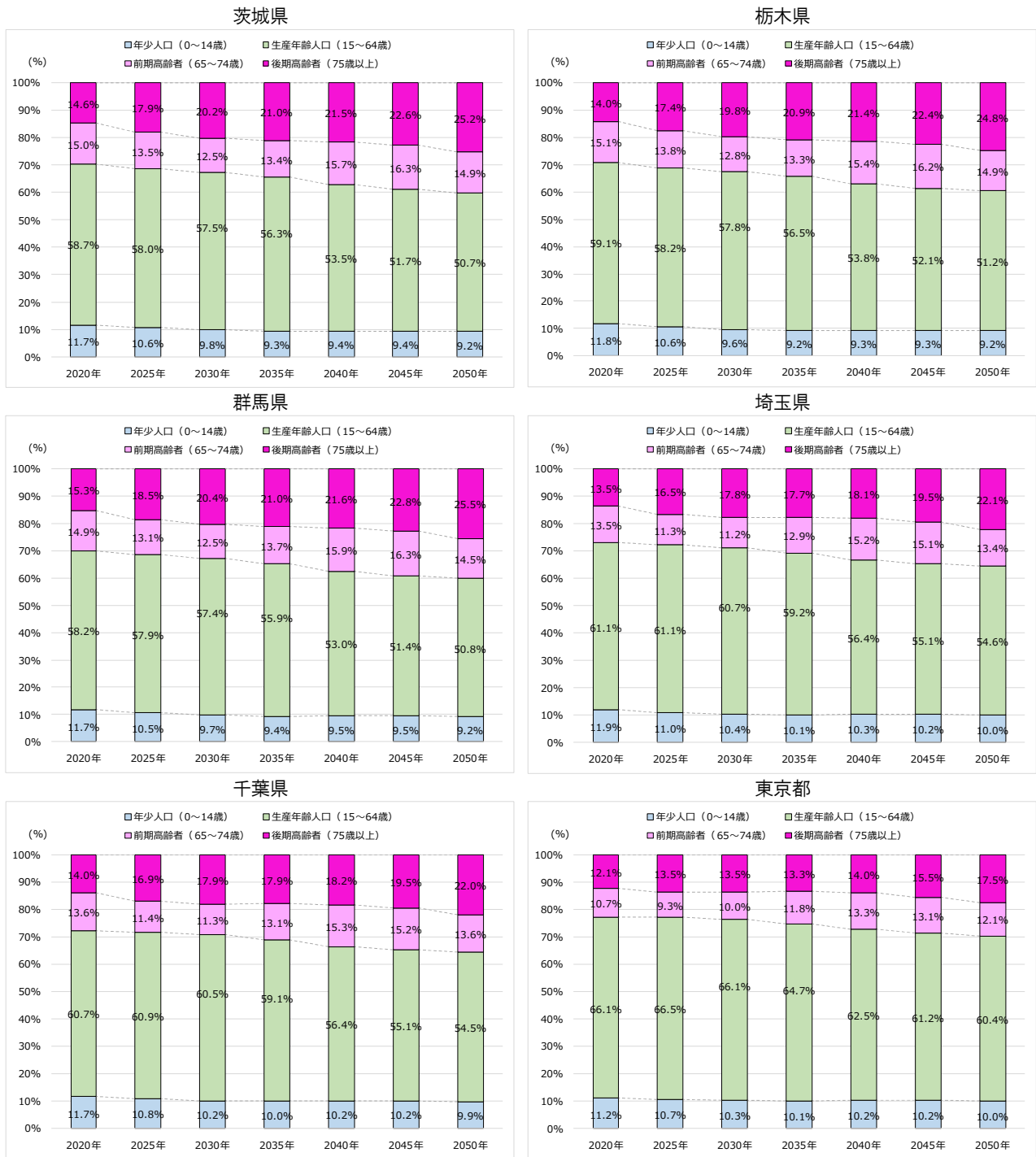


全国

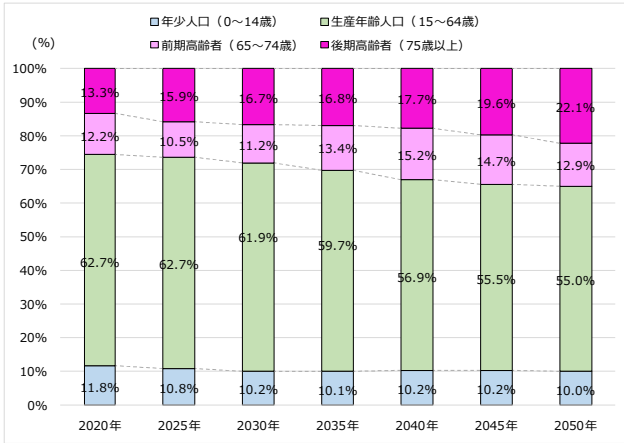


-3.年齢4区分別将来人口比率推移

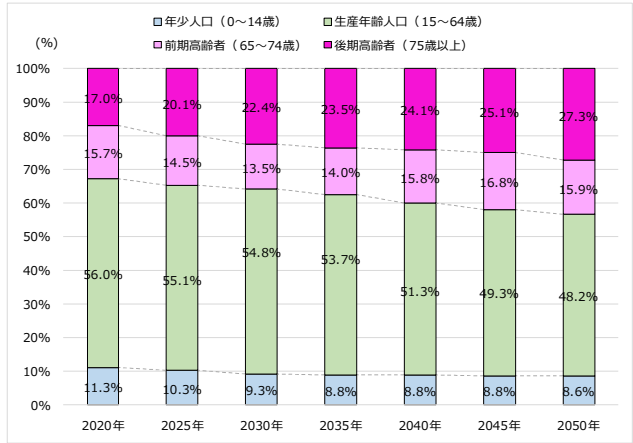
図表- 10 年齢4区分別将来人口比率推移(2020年～2050年)



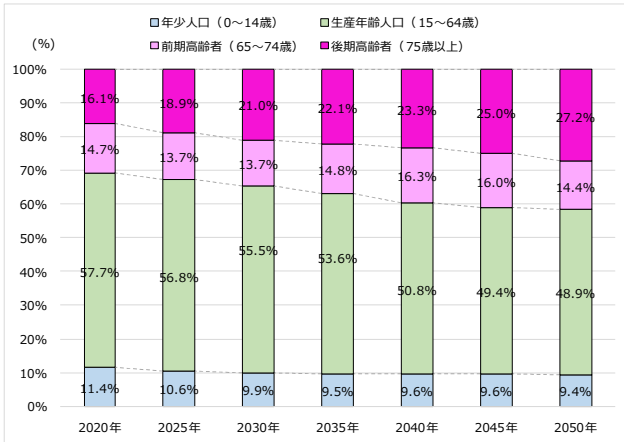
神奈川県



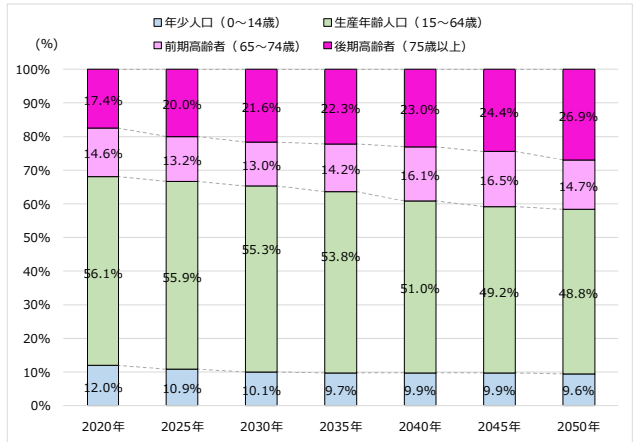
新潟県



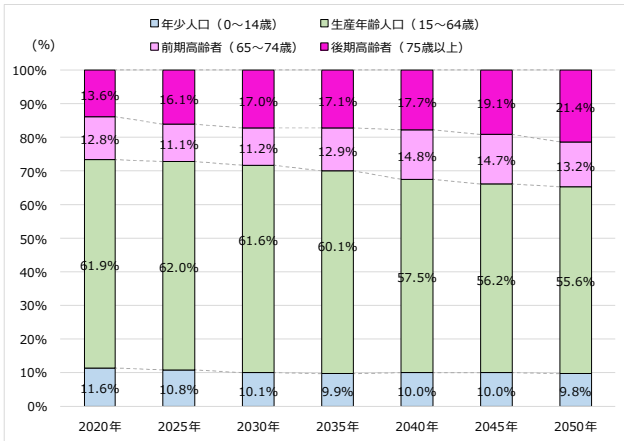
山梨県



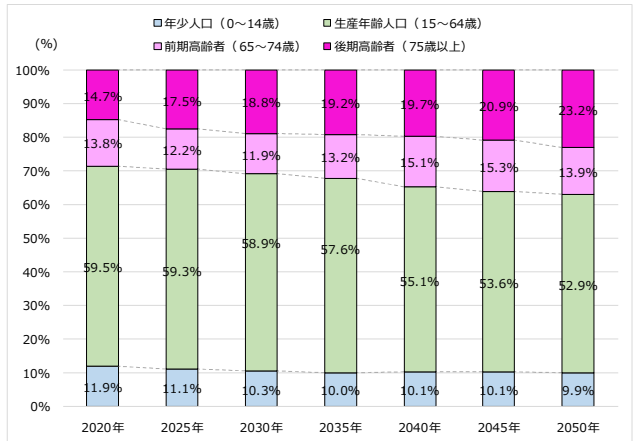
長野県



関東信越厚生局管内10都県



全国



② 関東信越厚生局管内 10 都県の状況

	在宅医療・介護 連携担当	在宅医療担当	市町村数	二次医療圏 ／都県の保健所 ※支所、都県以外除	備考
茨城県	保健福祉部 健康推進課 地域包括ケア 推進室	同じ	32 市 10 町 2 村 (計 44 団体)	9 圏域 --- 9 か所	「茨城型地域包括ケアシステム推 進センター」に県単位のコーデ ィネーターを配置。
栃木県	保健福祉部 医療政策課 在宅医療・介護 連携担当	同じ	14 市 11 町 (計 25 団体)	6 圏域 --- 広域健康福祉 センター:5 か所	「在宅医療推進支援センター」を 圏内 5 か所の広域健康福祉セン ター内に配置、各圏域の市町へ の支援を担う機関として位置付 けている。
群馬県	健康福祉部 健康福祉課 医療・福祉連携 推進室	健康福祉部 健康長寿社会 づくり担当課	12 市 15 町 8 村 (計 35 団体)	10 圏域 --- 保健福祉事務所 :10 か所	在宅医療・介護連携推進事業の 窓口名称は共通して「在宅医療・ 介護連携推進センター」と称す る。運営方法は市町村で異なる が、在宅医療・介護連携支援セン ター(相談窓口)の職員をコーデ ィネーターと想定。
埼玉県	福祉部 地域包括ケア課 地域包括ケア 担当	保健医療部 医療整備課	40 市 22 町 1 村 (計 63 団体 うち政令市 1)	10 圏域 --- 13 か所	県と医師会の共同プロジェクトと して県内 30 の郡市医師会に在宅 医療連携拠点を設置しコーデ ィネーターを配置。コーデ ィネーターによるネットワーク「さいれん 会」が組成されている。
千葉県	健康福祉部 高齢者福祉課 地域活動 推進班	健康福祉部 医療整備課	37 市 16 町 1 村 (計 54 団体 うち政令市 1)	9 圏域 --- 健康福祉センター :13 か所	
東京都	福祉保健局 医療政策部 医療政策課	同じ	23 区 26 市 5 町 8 村 (計 62 団体)	13 圏域 --- 保健所:6 か所	在宅医療・介護連携に関する相談 支援を行う窓口として都独自事業 として「在宅療養支援窓口」を設 置、多職種連携のコーディネー ト機能を有する。区市町村の直営も しくは委託で運営され、複数設置 する区市町村もあることから都内 には 234 か所ある。
神奈川県	福祉子ども みらい局 福祉部 高齢福祉課	健康医療局 保健医療部 医療企画課	19 市 13 町 1 村 (計 33 団体 うち政令市 3)	9 圏域 --- 保健福祉事務所 :4 か所	
新潟県	福祉保健部 高齢福祉 保健課 在宅福祉班	福祉保健部 医療政策課	20 市 6 町 4 村 (計 30 団体 うち政令市 1)	7 圏域 --- 12 か所	郡市医師会に「在宅医療推進セン ター」を設置、コーディネーターを 配置、一部には市町より在宅医 療・推進連携事業が委託。 県医師会に「在宅医療推進セン ター基幹センター」を設置、県単 位のコーディネーターを配置。
山梨県	福祉保健部 健康長寿推進課 認知症・地域 支援担当	福祉保健部 医務課	13 市 8 町 6 村 (計 27 団体)	4 圏域 --- 保健福祉事務所 :4 か所	
長野県	健康福祉部 介護支援課 計画係	健康福祉部 医療政策課 医療係	19 市 23 町 35 村 (計 77 団体)	10 圏域 --- 保健福祉事務所 :10 か所	

(2) 都道府県からみたコーディネーターの状況

- 第1回検討委員会に先立ち、関東信越厚生局管内10都県に対してヒアリングを行った。実施日及び参加者等は次のとおりである。

都県	担当課	調査実施日	参加者等
茨城県	保健医療部健康推進課 地域包括ケア推進室	2024年7月17日	担当課が在宅医療も担当
栃木県	保健福祉部医療政策課 在宅医療・介護連携担当	2024年7月24日	担当課が在宅医療も担当
群馬県	健康福祉部健康福祉課 医療・福祉連携推進室	2024年7月18日	担当課が在宅医療も担当
埼玉県	福祉部地域包括ケア課 地域包括ケア担当	2024年8月6日	在宅医療担当の医療整備課も同席
千葉県	健康福祉部高齢者福祉課 地域活動推進班	2024年7月23日	在宅医療担当の医療整備課も同席
東京都	保健医療局医療政策部 医療政策課	2024年7月17日	担当課が在宅医療も担当
神奈川県	子どもみらい局福祉部 高齢福祉課	2024年7月16日	在宅医療担当の医療企画課も同席
新潟県	福祉保健部高齢福祉保健課 在宅福祉班	2024年7月16日	在宅医療担当の地域医療政策課も同席
山梨県	福祉保健部健康長寿推進課 認知症・地域支援担当	2024年7月22日	在宅医療担当の医務課も同席
長野県	健康福祉部介護支援課 計画係	2024年7月12日	在宅医療担当の医療政策課も同席

【確認事項等】

1.在宅医療・介護連携推進事業における市町村支援の状況について
<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村の在宅医療・介護連携推進事業について、都県で実施している支援 ・ 支援における都県内の実施体制 ・ 市町村支援の一環として研修会等を実施している場合、その実施概要（実施目的、実施時期、研修会の対象者、プログラム） ・ 「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関連 等
2.コーディネーターの状況について
<ul style="list-style-type: none"> ・ コーディネーターを配置されている市町村の数、配置人数、所属元等の状況の把握状況 ・ 都県においてコーディネーターの確保・配置に向けた働きかけや支援等の状況 ・ 貴都県管内市町村のコーディネーターに対する研修会の開催、情報提供等の実施状況 等
3.市町村に配置されているコーディネーター支援の体制について
<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村の在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターを支援する都道府県単位のコーディネーター配置に向けた意向 ・ 都道府県単位等の広域でのコーディネーターのネットワーク化の支援 等

2. 事例調査

- コーディネーターへの継続的な研修、ネットワーク化に取り組んでいる2県（新潟県、埼玉県）の状況等について、コーディネーター及び県等へのヒアリング等によって確認した。
- 各自の取組の経験ではなく、取り組んできた経緯やその時の考え等をコーディネーターのスキルアップの観点から振り返りやすいよう、コーディネーター個人々人への聞き取りではなく複数名によるディスカッション形式で場を設定し、ヒアリングを行った。

【調査対象】

(1) コーディネーターの支援者 ※敬称略氏名50音順

新潟県	調査日	令和7年2月19日
	調査対象	○ 一般社団法人新潟市医師会 地域医療推進室 室長 斎川 克之 ○ 一般社団法人新潟県医師会 在宅医療推進センター基幹センター コーディネーター 服部 美加
	実施方法	オンラインによる
埼玉県	調査日	令和7年2月13日
	調査対象	○ 埼玉県 保健医療部 医療整備課 在宅医療推進担当 主幹 吉川和義
	実施方法	オンラインによる

(2) コーディネーター ※敬称略氏名50音順

新潟県	調査日	令和6年10月2日
	調査対象	○ 燕・弥彦医療介護センター コーディネーター 伊藤 理加 ○ 一般社団法人新潟市医師会 地域医療推進室 室長 斎川 克之 ○ 一般社団法人柏崎市刈羽郡医師会 在宅医療・介護連携支援センター コーディネーター 中森 桂子 ○ 一般社団法人新発田北蒲原医師会 しばた地域医療介護連携センター コーディネーター 平野 真弓 ○ 一般社団法人新潟県医師会新潟県在宅医療推進センター基幹センター コーディネーター 服部 美加
	実施方法	対面による
埼玉県	調査日	令和6年11月7日
	調査対象	○ 一般社団法人越谷市医師会 越谷市医療と介護の連携窓口 コーディネーター 小今井 洪美 ○ 一般社団法人深谷寄居医師会 深谷寄居在宅医療連携室 コーディネーター 鈴木 眞知子 ○ 一般社団法人吉川松伏医師会 吉川松伏在宅医療サポートセンター コーディネーター 福田 安代 ○ 医療生協さいたま 熊谷生協病院 熊谷市在宅医療支援センター コーディネーター 松本 浩一 ○ 一般社団法人さいたま市与野医師会 与野在宅医療センター コーディネーター 宮本 佳代子 ○ 一般社団法人蕨戸田市医師会 蕨戸田市在宅医療支援センター コーディネーター 矢作 伸子
	実施方法	対面による

【確認内容】

コーディネーターの支援者	コーディネーター
<ul style="list-style-type: none"> ● 実施している支援 ● 実施している研修会・その内容・効果等 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターとして実施している業務 ● 市町村担当者と連携した事業推進について ● 以上の中で得た支援、望まれる支援等

(1) コーディネーターの支援者

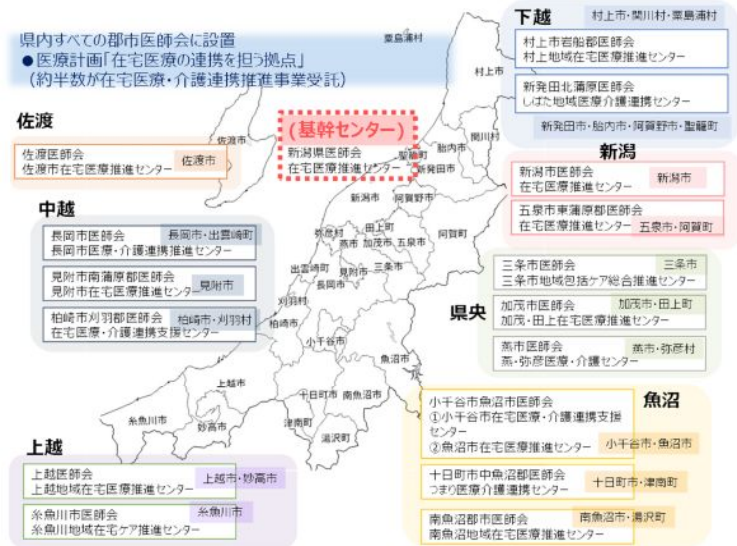
① 新潟県内で実施されているコーディネーター支援

-1. 新潟県医師会新潟県在宅医療推進センター基幹センターによる支援

【支援の状況】

- 新潟県には7つの二次医療圏、30の市町村、16の郡市医師会がある。新潟県内の在宅医療を推進する体制として、新潟県では在宅医療推進センター（本項では以下「センター」という）を新潟県医師会の協力を得て郡市医師会単位で17か所配置した。県医師会内には在宅医療推進センター基幹センター（以下「基幹センター」という）を設置、コーディネーターを配置して各センターに支援を行っている。

図表- 11 新潟県在宅医療推進センターのネットワーク



資料:(一社)新潟県医師会新潟県在宅医療推進センター基幹センター

- 平成30年の在宅医療・介護連携推進事業の本格施行に伴い、約半数のセンターが市町村から在宅医療・介護連携推進事業を受託している。また、全てのセンターは県の第8次医療計画に在宅医療の連携を担う拠点として位置づけられている。
- 基幹センターが実施・関与しているコーディネーター支援は次のようになる。

新潟県在宅医療推進センター コーディネーター研修会	主催:新潟県在宅医療推進センター基幹センター 基本的にコーディネーターのみとしている。 市町村、振興局等の傍聴は、年度によって可。
新潟県在宅医療・介護連携 推進事業担当者研修会	主催:新潟県高齢福祉保健課 ※相談のうえ、年度によっては新潟県在宅医療推進センター コーディネーター研修会と合同研修会として開催。
実践報告会	主催:新潟県在宅医療推進センター基幹センター 各センターが持ち回りで取組事例3例を報告。
情報交換会	主催:新潟県在宅医療推進センター基幹センター 年4回開催、テーマのみを決めてフリーディスカッション。
各センターの 事業計画の把握	「在宅医療推進センター コーディネーター活動指針ver.1」(令和2年9月)で事業計画を作成・運用することとし、令和2年度より試験運用開始。令和4年度からは新潟県の補助金申請様式となっている。 各センターは、年度始めに事業計画の前年度実績と当年度の事業計画を基幹センターと県担当課に提出し、基幹センターはその内容を把握し支援に活用している。 また、年度始めのミーティングでは各在宅医療推進センターの事業計画を共有し、意見交換を行っている。

【研修会がネットワーク・プラットフォームの素地に】

- 平成29年度より開催する「新潟県在宅医療推進センター コーディネーター研修会」はコーディネーター間のネットワークを構築する際の基盤にもなり、支援の基本と捉えている。研修会では講義、グループワーク等の中で情報交換、悩みの共有が行われるが、回を重ねることにコーディネーター同士の関係性も安定してスムーズに情報交換や意見集約ができるようになり、皆で解決方法を考える土壌ができてきた。よって、研修会は単に知識提供の場・学びの場ではなく、ネットワークを支える安定感のある場、精神的な支えとなる場との認識である。

図表- 12 コーディネーターの自立的な活動をサポートする



資料:(一社)新潟県医師会新潟県在宅医療推進センター基幹センター 服部美加氏

- 着任したばかりのコーディネーターの場合、自分に何が求められているのかわからないことがある。だが、研修会等の場に参加し他のコーディネーターの話を聞くことで、自分が取り組んでいることの確認のみならず、他は何をしているのかわかりにくくなる。こうした場を重ねていくことで具体的な方法等も理解し、コーディネーター同士の交流の深化や課題・ノウハウの共有が進み、前向きに取り組もうとする気持ちが生まれてきている。

図表- 13 新潟県在宅医療推進センター コーディネーター研修会(主催:基幹センター)

開催時期	開催数	開催方法	研修内容	備考
平成29年度	6月		※基幹センターコーディネーターの呼びかけで、新潟市医師会・三条市医師会・燕市医師会コーディネーターをコアメンバーとして、コーディネーター研修企画を開始	
	9月	第1回研修会	対面 1.講演「新潟県の在宅医療推進センターの役割」 新潟県福祉保健部 2.グループで近況について情報交換	コーディネーター同士で意見交換できる場がほしいとの意見多数あり→次回開催へ
	12月	第2回研修会	対面 グループワーク「コーディネーターとしての課題の抽出・共有・整理」	コーディネーターとしてやるべき具体的な取り組みを検討した結果、次回以降の研修会テーマが決定
平成30年度	5月	第3回研修会	対面 1.各センター実践報告(3か所*15分) 2.グループワーク「医師に在宅医療に関心を持ってもらうためにできること」	ワーク結果をスライドにまとめ、活動指針に掲載
	10月	第4回研修会	対面 1.各センター実践報告(3か所*15分) 2.グループワーク「地域の病院と協働するための方策を考える」	ワーク結果をスライドにまとめ、活動指針に掲載
令和元年度	6月	第5回研修会	対面 1.各センター実践報告(3か所*15分) 2.グループワーク「多職種連携・住民普及啓発をすすめる取り組み」	ワーク結果をスライドにまとめ、活動指針に掲載
	11月	第6回研修会	対面 1.各センター実践報告(3か所*15分) 2.コーディネーター活動指針ワークショップ	
令和2年度	10月	第7回	オンライン ※県北、県南に分けて開催、取組の近況を情報交換	
令和3年度	9月	第8回	オンライン 講演「越谷市医療と介護の連携窓口の取り組み」	
令和4年度	11月	第9回	対面 「退院時の連携は何のために～目的を意識したPDCAを考える～」講義と演習(グループワーク)	
令和5年度	1月	第10回	対面 「在宅医療・介護連携が求められる背景・目的と事業のあるべき展開について」 講義と演習(グループワーク)	市町村担当者と推進センターコーディネーターのパートナーシップを強化し、より質の高い事業展開へ
令和6年度	4月	第11回	対面 【基礎研修】新人向け 講義と情報交換	コーディネーターの要望で初の新人向け研修を実施、結局ほとんどのセンターからベテランも参加
	1月	第12回	対面 1.講義 「ロジックモデルの考え方や医療計画在宅医療分野ロジックモデルの理解」 2.グループワーク (1)在宅医療ロジックモデルを読み解く(IHEP版および新潟県計画) (2)自センター事業計画を見直す	「1.講義」は市町村、振興局講義のみ視聴可

資料:(一社)新潟県医師会新潟県在宅医療推進センター基幹センター

- 基幹センターは、年度によって新潟県高齢福祉保健課が実施する「新潟県在宅医療・介護連携推進事業担当者研修会」への企画協力にも関わっている。その際の研修会は、市町村担当者とコーディネーターの合同研修会となる。

【研修会からの派生：実践報告会】

- 研修会では、各センターが取組を報告するコマが設けられていた。参加するコーディネーターから好評であり、市町村担当者にも聞いてほしいという声も寄せられたことから、研修会とは別で「実践報告会」を開催することとした。
- 実戦報告会は年1回開催しており、市町村担当者も参加可能である。報告は持ち回りであり、そこで各センターの取組を共有することも重要な目的であるが、コーディネーターの発表やプレゼン能力の向上のための機会ともなっている。

令和6年度新潟県在宅医療推進センター実践報告会(令和6年6月13日オンライン開催)

(実践報告:コーディネーターより報告)

- ・ 入退院連携ガイド導入の取組
- ・ 在宅における心不全管理をテーマとした多職種連携研修の取組
- ・ ICTを活用した情報連携促進の取組

(情報提供)

- ・ 第8次新潟県保健医療計画(在宅医療)及び在宅医療に必要な連携を行う拠点の位置づけについて 一新潟県福祉保健部地域医療政策課

【研修会からの派生：情報交換会】

- 当初、研修会は年2回の開催であったが、新型コロナウイルス感染症の影響で集合開催が難しくなった。そのため令和3年度より研修会は年1回の開催とし、一方でもっと色々なテーマで話したい、情報を共有したいという希望に応え「情報交換会」を行うこととした。
- オンライン形式の会議にも慣れてきたことから、情報交換会は年4回オンラインで開催している。テーマは設定するがシナリオは準備せず、基幹センターのコーディネーター等の進行によりフリートーク形式で行う。直近では「入退院連携ガイド改訂に向けた各地域の入退院連携に係る情報共有シート使用の状況」や「次年度改訂予定のセンター実施要綱の情報提供や心配事」等がテーマとなった。

【ネットワークから生まれた知 ーコーディネーターが共通して活用できるツールの作成】

- 地域によって資源が異なっても、コーディネーターが取り組むべき課題の中には共通するものがある。研修会等の情報交換や意見交換はそれらを見つけて共に考える場でもあり、その中でコーディネーター間のネットワークも強化される。新潟県では、そのネットワークの中で行われた検討、生まれた知恵等を集め、まとめることで県下のコーディネーターが共通して使用できるツールを作成してきた。

(入退院連携ガイドを活用した入退院支援事業の手引き)

- 平成30年前後より市町村単位で入退院連携に係るルールを作成が始まり、その情報は研修会で共有された。市町村単位でルールを決めても、隣の市町村とルールが異なると運用が難しい。よって、研修会での情報共有を契機に近隣の複数センターや二次医療圏で共通運用する・地域の状況に合わせてブラッシュアップして運用する等の動きが広がった。
- 入退院に係る課題を把握しても取り組むことが難しい地域もある。県統一ルールを作成し運用を図る方法もあるが、現場の関係者が協議の場を持ち地域のルールを話し合うことを重視すべきとの考えから、基幹センターにより、県医師会においてコーディネーターを含む入退院連携検討委員会を組成し、これまでの取組の知恵を集めた「入退院連携ガイドを活用した入退院支援事業の手引き」を作成、令和6年3月に発出した。

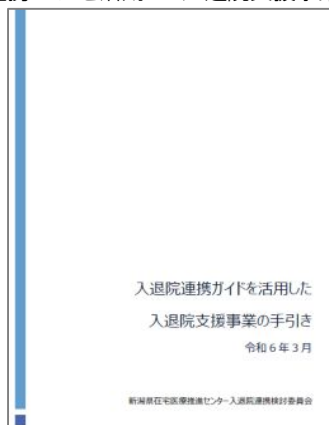
(在宅医療推進センター コーディネーター活動指針ver.1)

- 同様に作成されたものとして「在宅医療推進センター コーディネーター活動指針ver.1」(令和2年9月)がある。本活動指針はコーディネーターの仕事の考え方・進め方について整理することで、コーディネーターの取組に対する質の担保、スムーズな事業承継を目指したものである。作成にあたっては、平成30年度、令和元年度の研修会のグループワークでコーディネーターの声を集め、活動指針作成ワーキングを経て作成された。

図表- 14 コーディネーター間のネットワークから生まれた知

入退院連携ガイドを活用した入退院支援事業の手引き

在宅医療推進センターコーディネーター活動指針ver.1



資料:(一社)新潟県医師会新潟県在宅医療推進センター基幹センター

【伴走支援の実施】

- 「入退院連携ガイドを活用した入院支援事業の手引き」の発出に伴い、新たに入退院連携に係るルールの検討を開始した地域もあり、基幹センターでは各地への支援、ルール作成の進捗の情報交換の場を持つなどの支援を行っている。
- 「在宅医療推進センター コーディネーター活動指針ver.1」(令和2年9月)を機に統一の事業計画を作成・運用を開始、令和4年度からは新潟県の補助金申請様式にもなった。各センターは、年度始めに事業計画の前年度実績と当年度の事業計画を基幹センターと県担当課に提出し、基幹センターはその内容を把握して支援に活用している。また、年度始めのミーティングでも各センターの事業計画を共有・意見交換を行っている。

-2. 新潟市及び新潟市在宅医療・介護連携センターによる支援

【支援の状況】

- 政令市である新潟市の在宅医療・介護連携推進事業は、自治体の新潟市、基幹的機能である新潟市医師会の在宅医療・介護連携センター（本項では以下「センター」という。）、市内8行政区の特性を生かすため市内11か所の病院の連携室に配置された現場的機能である在宅医療・介護連携ステーション（以下「ステーション」という。）の三つの柱で推進している。

図表- 15 新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション事業



基幹型：新潟市在宅医療・介護連携センター（新潟市医師会）



資料：一般社団法人 新潟市医師会 地域医療推進室

- センターは、新潟市と共に新潟市全域に関わる委託業務とステーションのまとめ役を担っている。病院に委託しているステーションは、地域包括支援センターの取組を医療面から下支えする機能として多職種連携の体制構築と支援、各種研修会の開催、関係機関からの相談窓口、市民啓発の実務を担っている。
- 新潟市のセンターは基幹的な役割を持つセンターとして新潟市とステーションの間を取り持つ役割を担っており、センター配置のコーディネーターは新潟市から事業計画の立案に関わることと、ステーション配置のコーディネーターのまとめ役になる基幹的な取組を求められている。そのため、センターのコーディネーターは病院の連携室に所属するコーディネーターの強みをどう生かすかをコーディネーター支援のミッションに掲げている。
- センターのコーディネーターがステーションのコーディネーター支援として実施していることは、主に次のようになる。ステーションのコーディネーターに対するセミナーはセンター/ステーション会議の中で実施している。また、新たにステーションのコーディネーターとなった者への新任者研修を、市の地域包括支援センターの新任者研修との一部合同開催によって行っている。

在宅医療・介護連携センター会議 (月1回程度開催)	新潟市とセンターが在宅医療・介護連携推進事業の目的の共有を図りながら事業の進捗管理と各種事業の企画を行う。 本会議の中で研修会、センター/ステーション会議の内容等の検討も行う。
在宅医療・介護連携 センター/ステーション会議 (2ヶ月に1回程度開催) ※コーディネーター向けセミナーも この中で開催	市・センター・ステーションによる合同会議。市からは担当課である地域医療推進課が毎回参加するが、当日の内容に合わせて他の課も出席する。 当初は月1回開催だったが、現在は年間8回程度の開催である。 在宅医療・介護連携推進事業の目的の共有と事業進捗の確認を行うと共にコーディネーター間の情報共有の場として開催する定例会議であり、市の伝達事項、ステーションからの実績報告(個別相談実績、各種研修会の開催報告、会議等の参加報告)、各ステーションの実績報告の共有、が主な内容である。 本会議の中で新潟市関連事業のセミナーの実施、関係機関からの相談内容(個別相談事例)の事例振り返り会、ステーションの受託項目を中心とした実績報告と議論等も行う。
目標管理シート、年間計画書の 策定、目標達成に向けた支援	市の事業目標を踏まえ、ステーションは業務計画を作成、年度末に実績をまとめている。センターでは各ステーションの計画等の共有を進める他、その作成と目標達成に向けた支援を実施する。
新任者研修 (1/4期に計3日間実施) ※市の地域包括支援センターの 初任者研修と一部共同開催	ステーションのコーディネーター、地域包括支援センター職員として新たに着任した者に対して実施している。参加者は概ね計50名程度であり、うちコーディネーターは10名程度である。 3日間実施するうちの2日は連続で地域包括支援センターと共同で開催、1日はステーションのみを対象に開催する。

【センター/ステーション会議】

(セミナーの開催)

- センター/ステーション会議の中では、在宅医療・介護連携に係る情報・知識の他、他の地域支援事業や関連する市の施策、各種制度等について等、多様なセミナーも実施している。講師も市の担当課から医療・介護の関係者、民間事業者まで多岐に渡る。

図表- 16 センター/ステーション会議で実施したセミナー

開催時期	開催方法	研修内容	講師
平成28年度	1月 参集	「NIGATA HEARTについて」	新潟大学大学院医歯学総合研究科
	3月 参集	「新潟県後期高齢者医療広域連合からの情報提供」	新潟県後期高齢者医療広域連合
平成29年度	8月 参集	「新潟県介護支援専門員協会について」	新潟県介護支援専門員協会
	9月 参集	「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」について	新潟市地域医療推進課
	12月 参集	「新潟市における行政と医師会、医療機関の一体的な取り組み」	新潟市在宅医療・介護連携センター
	1月 参集	「ステーションのPCでもできる広報テクニックと事務省力化」	新潟臨港病院
平成30年度	4月 参集	「認知症初期集中支援チームについて」	新潟市地域包括ケア推進課
	6月 参集	「新潟市の障がい福祉事業について」	新潟市障がい福祉課
	7月 参集	「新潟市の難病に関する事業について」	新潟市保健管理課
	8月 参集	「新潟市こころの健康センターについて」	新潟市こころの健康センター
	9月 参集	「新潟市在宅歯科医療連携室について」	新潟市在宅歯科医療連携室
	11月 参集	「治療と就労の両立支援について」	新潟産業保健総合支援センター
	3月 参集	「新潟市社会福祉協議会が取り組むコミュニティソーシャルワークについて」	(社)新潟市社会福祉協議会地域福祉課
令和元年度	6月 参集	「一人一人が、より良く最期まで生きる」を支えるために～希望と尊厳のある最期とは～	在宅ケアクリニック川岸町
	7月 参集	「超高齢社会におけるエンディングライフのお手伝い」	㈱トモダテツナヒロ La priere
	8月 参集	「民法改正～特別寄与制度の創設～について」	一般社団法人はまなす
	参集	「小児慢性特定疾病児童等自立支援事業について」	新潟市こども家庭課
	11月 参集	「特定健診からみえる新潟市民の健康状況」	新潟市保険年金課 健康支援推進室
	1月 参集	「にいがたし元気力アップサポーター制度について」	新潟市地域包括ケア推進課
令和2年度	2月 参集	「救急における多職種連携について」	新潟市消防局
	8月 参集	「新潟市地域包括支援センターの役割(業務説明)について」	新潟市地域包括ケア推進課
	9月 参集	「特定健診の受診状況と重症化予防」	新潟市保険年金課 健康支援推進室
	11月 参集	「身寄りなし問題～課題と身寄りなし問題研究会の取り組み」	新潟市地域包括支援センターふなえ
	1月 オンライン	「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)～暮らしの中で輝きのちを支える意思表示」	斎藤内科クリニック
令和3年度	オンライン	「認知症について」	総合リハビリテーションセンター・みどり病院
	6月 参集	「地域包括ケア推進課の業務について」	新潟市地域包括ケア推進課
令和4年度	10月 参集	「新潟市国保・後期高齢者の医療や健診データから見えること」	新潟市保険年金課 健康支援推進室
	1月 参集	「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施について」	新潟市保険年金課 健康支援推進室
令和5年度	5月 参集	「在宅医療・介護連携推進事業のお仕事」	新潟市在宅医療・介護連携センター
	7月 参集	「在宅医療推進センターについて」	新潟市医師会在宅医療推進センター
	8月 参集	「マネジメント視点をもった在宅医療・介護連携推進事業の展開を目指してⅠ(GW)」	新潟市在宅医療・介護連携センター
	9月 参集	「マネジメント視点をもった在宅医療・介護連携推進事業の展開を目指してⅡ(GW)」	新潟市在宅医療・介護連携センター
令和6年度	3月 参集	「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施について」	新潟市保険年金課 健康支援推進室
	7月 参集	「CHAINと連携した高齢者施設等向け感染対策相談窓口について」	新潟市保健所保健管理課感染対策室
	8月 参集	「相談振り返り～相談事業の気づきから、地域課題や展開を考えるⅠ(GW)」	新潟市在宅医療・介護連携センター
	9月 参集	「相談振り返り～相談事業の気づきから、地域課題や展開を考えるⅡ(GW)」	新潟市在宅医療・介護連携センター
	11月 参集	「Net4U note について」	㈱ストローハット
	12月 参集	「相談振り返り～相談事業の気づきから、地域課題や展開を考えるⅢ(GW)」	新潟市在宅医療・介護連携センター
	2月 参集	「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施について」	新潟市保険年金課 健康支援推進室

資料：一般社団法人 新潟市医師会 地域医療推進室

(相談事例の振り返り会)

- センター/ステーション会議ではコーディネーターのスキルアップ支援として、グループワーク形式で個別相談事例から地域課題抽出のトレーニングも行っている。センターのコーディネーターが進行を担うが、地域課題にはコーディネーターが市と共に取り組むものであるという認識、コーディネーター間のネットワーク強化とそこから生まれてくるモチベーションの向上、その結果として事業の底上げを意識して進めている。
- ステーションが実施した内容は、事業報告書によって市とセンターに報告される。事業報告書には個別相談の内容も記載されているため、振り返り会ではそれらを用いて実施している。振り返る際にはステーションが受けた相談の背景を探ることを意識し、こうしたことが各区のステーションと多職種との間で実施できるようになることを目指している。

- 約2年にわたって行ってきた振り返り会では、個別課題の真因を探り、地域課題を見出し、対策を事業展開に結びつける取組も行ってきた。一連のプロセスを市も共に経験することにより、今年度実施した振り返り内容や地域課題に係る内容が次年度の計画にも盛り込まれる等、在宅医療・介護連携推進事業のアセスメントと政策形成にも寄与している。

【目標管理シート、年間計画書の策定、目標達成に向けた支援】

- 市の事業目標を踏まえ、毎年センターとステーションは目標管理シートと年間計画書を作成し、それに則って業務を進めていく。その内容や進捗状況はセンター/ステーション会議でも共有される。ステーションは年度末の実績の取りまとめと合わせて次年度の計画を作成するが、市とセンターではステーションに対してヒアリングを実施し、実績についてステーションが行う評価の支援、作成した計画の背景や課題認識等を確認する等の支援を行っている。また、その内容を元に、年間を通じて伴走支援を行う。

図表- 17 目標管理シートと年間計画書

令和4年度 新潟市在宅医療・介護連携ステーション〇〇 年間計画書		業務年度	令和4年度											令和5年度			
		業務年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	業務年度		
P 現状分析、課題抽出、施策立案 (計画)	C 対応策の手段の選択、改善の方向性 A 優先順位	(ア) 地域課題・介護の課題の把握	1 展開調査実施(マップ)実施														
		(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	2 在宅医療・介護連携推進協議会 4 地域課題抽出に関する協議、協議会 3 ステーション業務の現状、課題、業務マニュアル更新実施														
		(ウ) 対応策の手段の選択、改善の方向性の検討	5 対応策の手段の選択、改善の方向性の検討														
		(エ) 優先順位の決定	6 優先順位の決定														
		(オ) 在宅医療・介護連携に関する取組支援	7 在宅医療・介護連携に関する取組支援 8 関係機関との連携、支援														
			9 関係機関との連携、支援														
			10 関係機関との連携、支援														
			11 関係機関との連携、支援														
			12 関係機関との連携、支援														
			13 関係機関との連携、支援														
			14 関係機関との連携、支援														
			15 関係機関との連携、支援														
			16 関係機関との連携、支援														

在宅医療・介護連携センター/ステーション業務 目標管理シート										
年度	令和4年度	名称	在宅医療・介護連携〇〇 <th>形式</th> <td>形式Ⅰ</td>	形式	形式Ⅰ					
<p>【注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「I」はAIで入力可能なようにしてください。 ・「II」は入力できない場合があります。行高または列幅を変更してください。 										
<p>【目標の設定について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標の数値を設定するのための指標を設定すること。 ・「I」の数字で設定可能な場合は、数値を設定すること。 ・「II」の数字で設定可能な場合は、数値を設定すること。 ・「III」はAIで入力可能なようにしてください。 ・「IV」は入力できない場合があります。行高または列幅を変更してください。 ・「V」はAIで入力可能なようにしてください。 ・「VI」は入力できない場合があります。行高または列幅を変更してください。 ・「VII」はAIで入力可能なようにしてください。 ・「VIII」は入力できない場合があります。行高または列幅を変更してください。 ・「IX」はAIで入力可能なようにしてください。 ・「X」は入力できない場合があります。行高または列幅を変更してください。 ・「XI」はAIで入力可能なようにしてください。 ・「XII」は入力できない場合があります。行高または列幅を変更してください。 ・「XIII」はAIで入力可能なようにしてください。 ・「XIV」は入力できない場合があります。行高または列幅を変更してください。 ・「XV」はAIで入力可能なようにしてください。 ・「XVI」は入力できない場合があります。行高または列幅を変更してください。 ・「XVII」はAIで入力可能なようにしてください。 ・「XVIII」は入力できない場合があります。行高または列幅を変更してください。 ・「XIX」はAIで入力可能なようにしてください。 ・「XX」は入力できない場合があります。行高または列幅を変更してください。 										
No.	項目	目標	主な取組(事業)	項目(単位)	R1実績	R4目標	R4結果	達成・参考指標	目標達成状況	評価
1	相談支援	医療・介護関係者が在宅医療・介護連携ステーション機能を理解し、相談件数が増える。	相談窓口及び相談対応事例を分析する。 上記の分析結果を、区内医療・介護関係者等へ周知する。	連携ステーションに相談したことがある割合(%)	20.0	25.0	20.0	アンケートは、ご当地連携研修会・看護連携強化事業地域別研修会終了後のアンケートの結果	連携ステーションに相談したことがある割合は、ご当地連携研修会80.0%、看護連携強化事業地域別研修会84.0%、計82.0%で目標達成した。	達成
2	連携支援	医療・介護関係者からの相談の増加により、お互いの役割を理解することで連携研修会を開催できる。	相談連携研修会アンケート結果、医療費調査などの資料を用い、お互いに把握している地域の課題を共有し、医療介護連携に関する課題を検討する。	地域医師会連合会連携会、医療費調査会等の連携回数(回)	0	5	4		複数の指標を設定している場合、達成目標ごとに以下のとおり評価してください。	未達成
3	連携支援	医療・介護関係者が入院から退院に向けて、お互いの役割を理解することで連携研修会を開催できる。	ケアマネ会議やご当地連携研修会などを通じて、連携ハンドブックを活用した研修会を開催する。	連携ハンドブックを活用した研修会開催回数(回)	0	1	2	アンケートは、ご当地連携研修会・看護連携強化事業地域別研修会終了後のアンケートの結果	一度達成・・・全ての指標を達成(例 3/3指標) 一部達成・・・半数以上の指標を達成(例 2/3指標)	一部達成
4	地域住民への普及啓発	在宅医療やADPをテーマにした講演の参加者数が増加し、市民の理解が深まる。	地域包括支援センターと連携、あるいは地元自治会等の協力を得て、地域住民を対象とした講演を開催する。	地域の茶の憩、民生委員定例会での認知回数(回)	1	2	2			達成
5	連携支援	看護職の連携が円滑になる。	看護職の連携が円滑になる。	参加事業所数	7	10	9			未達成

取組みについて(今年度重点的取組の内容や目標設定の考え方など)	取組みの進捗について(評価内容や評価結果を踏まえた今後の方針など)

資料:一般社団法人 新潟市医師会 地域医療推進室

【新任者研修】

- ステーションと地域包括支援センターの新任者のための研修会を共同開催することの意図は、病院所属のコーディネーターが地域包括ケアの全体を把握すること、地域支援事業の総論の知識を得ること、地域包括支援センターとの連携強化である。
- 3日間の開催のうち、地域包括支援センターとの共同開催は2日間連続で実施され、残りの1日は日をおいてステーションのみを対象に実施する。当日の内容はステーションの取組に特化したものであり、在宅医療・介護連携センター会議で市とセンターが企画している。

図表- 18 新任者研修実績

開催時期	回数	開催方法	内容	講師
令和2年度	1日目	参集	地域包括支援センターに求められている意義・役割	新潟医療福祉大学
			地域包括支援センターの業務	地域包括ケア推進課
			在宅医療・介護連携推進事業	地域医療推進課
	2日目	参集	介護予防・日常生活総合事業	地域包括ケア推進課
			認知症対策について	地域包括ケア推進課
			総合相談支援業務とネットワーク構築	地域包括支援センター
	3日目	参集	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務および	地域包括支援センター
			介護支援専門員に対する支援	地域包括支援センター
			権利擁護業務	地域包括支援センター
令和3年度	1日目	参集	高齢者虐待の対応	高齢者支援課
			在宅医療・介護連携推進事業(総論)	地域医療推進課
			在宅医療・介護連携推進事業(各論)	在宅医療・介護連携センター
	2日目	参集	在宅医療推進センター業務	(市医師会地域医療推進室)
			連携ステーション業務	連携ステーション中央第二・西蒲
			地域包括支援センターに求められている意義・役割	新潟医療福祉大学
	3日目	オンライン	地域包括支援センターの業務	地域包括ケア推進課
			在宅医療・介護連携推進事業	地域医療推進課
			在宅医療・介護連携推進事業(各論)	在宅医療・介護連携センター
令和4年度	1日目	オンライン	在宅医療推進センター業務	(市医師会地域医療推進室)
			連携ステーション業務	連携ステーション中央第二・江南
			在宅医療・介護連携推進事業(総論)	地域医療推進課
	2日目	参集	在宅医療・介護連携推進事業(各論)	在宅医療・介護連携センター
			在宅医療推進センター業務	(市医師会地域医療推進室)
			地域包括支援センターに求められている意義・役割	新潟医療福祉大学
	3日目	参集	地域包括支援センターの業務	地域包括ケア推進課
			在宅医療・介護連携推進事業	地域医療推進課
			介護予防・日常生活総合事業	地域包括ケア推進課
令和5年度	1日目	オンライン	認知症対策	地域包括ケア推進課
			総合相談支援業務とネットワーク構築	地域包括支援センター
			包括的・継続的ケアマネジメント支援業務および	地域包括支援センター
	2日目	参集	介護支援専門員に対する支援	地域包括支援センター
			権利擁護業務	地域包括支援センター
			高齢者虐待の対応	高齢者支援課
	3日目	参集	地域包括支援センターの存在意義・求められる役割	新潟医療福祉大学
			地域包括支援センターの業務	地域包括ケア推進課
			新潟市における介護予防・日常生活支援総合事業について	地域医療推進課
令和6年度	1日目	オンライン	新潟市における認知症対策について	地域包括ケア推進課
			新潟市における在宅医療・介護連携について	地域医療推進課
			「SWANネット」について	新潟市医師会
	2日目	参集	新潟市成年後見支援センターについて	新潟市成年後見支援センター
			総合相談支援業務とネットワーク構築	地域包括支援センター
			包括的・継続的ケアマネジメント支援業務および	地域包括支援センター
	3日目	オンライン	介護支援専門員に対する支援	地域包括支援センター
			権利擁護業務	地域包括支援センター
			「今後の在宅医療提供について」	地域医療推進課
令和6年度	1回目	参集	地域包括支援センターの存在意義・求められる役割	新潟医療福祉大学
			「SWANネット」について	新潟市医師会
			地域包括支援センターの業務	地域包括ケア推進課
	2日目	参集	介護予防・日常生活総合事業	地域包括ケア推進課
			認知症対策	地域包括ケア推進課
			在宅医療・介護連携推進事業	地域医療推進課
	3日目	オンライン	総合相談支援業務とネットワーク構築	地域包括支援センター
			包括的・継続的ケアマネジメント支援業務および	地域包括支援センター
			介護支援専門員に対する支援	地域包括支援センター
令和6年度	5月	参集	権利擁護業務	地域包括支援センター
			「今後の在宅医療提供について」	地域医療推進課
			「新潟市在宅医療・介護連携センターの業務について」(センター)	在宅医療・介護連携センター
令和6年度	5月	参集	「新潟県在宅医療推進センター整備事業について」(センター)	(市医師会地域医療推進室)
			「新潟市在宅医療・介護連携ステーション東 活動実践報告」	新潟市在宅医療・介護連携ステーション東
			「新潟市在宅医療・介護連携ステーション東 活動実践報告」	新潟市在宅医療・介護連携ステーション東

資料：一般社団法人 新潟市医師会 地域医療推進室

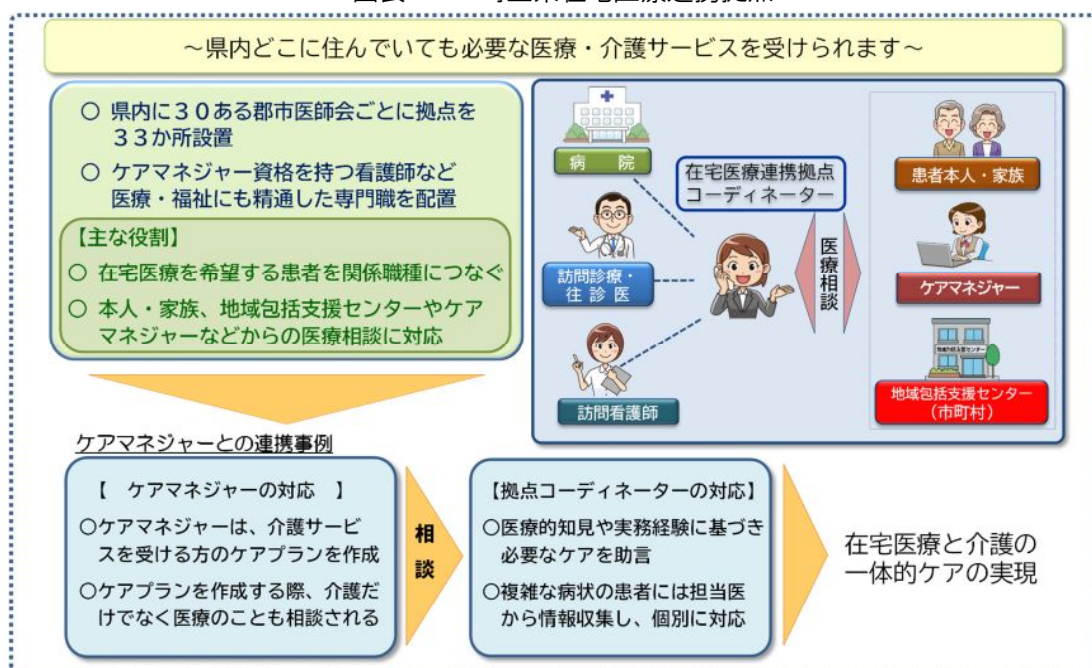
② 埼玉県内で実施されているコーディネーター支援

-1. 埼玉県による支援

【支援の状況】

- 埼玉県では、県平均の高齢化率の推計値は令和22年に33.3%に達し、40%以上の地域も増える見込みである。令和22年の推計値で圏域別の高齢化率をみると、中山間地域である秩父圏域が最も高く都市部の南部圏域が最も低いが、南部にも高齢化率の高まりがみられる。埼玉県は全国でもトップクラスのスピードで後期高齢者数の増加が見込まれ、在宅医療ニーズの大幅な増加が想定されている。そのため、さらなる在宅医療と介護の連携体制構築に向けたコーディネーターの役割が非常に重要とだと考えている。
- 今後の高齢者の急増に伴う在宅医療・介護連携の推進に向け、県は県医師会との共同プロジェクトとして「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」を平成27年度より3か年で実施した。その第一段階となる在宅医療提供体制の充実のため県下に在宅医療連携拠点の設置を進め、県内30の郡市医師会に33か所設置されている。埼玉県地域保健医療計画では在宅医療連携拠点について、病気を持ちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごす在宅医療を可能とするためケアマネジャー等の資格を持つ看護師などが地域の医療、介護を横断的にサポートする相談窓口と位置付けている。
- 全ての在宅医療連携拠点は、市町村から在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口等の委託を受けている。配置されたコーディネーターは在宅医療・介護連携推進に関する相談への対応を実施、在宅医療を希望する患者を関係職種につなぐことや、患者本人・家族や専門職からの医療相談対応を行い、在宅医療と介護の一体的ケアの実現を目指している。

図表- 19 埼玉県在宅医療連携拠点



資料:埼玉県保健医療部医療整備課

- 埼玉県では、在宅医療を所管する保健医療部医療整備課、地域支援事業を所管する福祉部地域包括ケア課の双方で在宅医療連携拠点に配置されたコーディネーターに向けた研修会開催等の支援を行っている。ICTツールを活用してコーディネーター間のネットワーク構築に向けた支援、コーディネーターと県との連携も進めており、埼玉県下のコーディネーターの自主的なネットワークである「埼玉県在宅医療連携拠点協議会」を支えるプラットフォームにもなっている。以下は、保健医療部医療整備課によるコーディネーター支援の抜粋である。

在宅医療連携拠点 コーディネーター研修会	主催:埼玉県保健医療部医療整備課 年2回開催、拠点の機能強化に向け、毎回テーマを設定して情報提供、事例紹介、グループワークを実施
ICTを活用したコーディネーター との連携体制構築	ICTツールを活用、コーディネーターグループ等を設定して情報共有、相互での相談や支援等を行える環境をつくと共に、コーディネーター間の交流を促し孤立を防ぐ
補助事業等による活動支援	地域で課題となっているテーマを抽出し、地域連携の構築に向けた研修会開催等の経費を補助することによる支援

【在宅医療連携拠点コーディネーター研修会】

- 保健医療部医療整備課主催のコーディネーター向け研修会を、上期・下期の年2回開催している。研修会は①講義、②拠点の取組紹介、③グループワークで構成される。各回の内容は保健医療部医療整備課内で議論して決めている。講義内容では、今何を伝えるべきか、なぜそれが必要かをしっかり検討した上でテーマを選定している。グループワークでは講義等を受けて「自分たちはどのように考えるか・取り組むか」という関連性を持った検討ができるように構成している。
- 令和5年度上期の研修会では、国が在宅医療に必要な連携を担う拠点の必要性を示したため、改めてコーディネーターの役割への理解を深める内容とした。令和5年度下期は、今後の更なる高齢化の進行に対する医師不足は多くに共通する課題であることから遠隔医療をテーマとした。令和6年度上期は地域BCPによる業務継続への理解を深める内容、令和6年度下期は在宅医療・介護連携を深めるための方策として診療報酬・介護報酬の理解を深める内容とした。
- 研修会の開催に際し、保健医療部医療整備課では講師を選定し、事前の打合せで当日のねらい、参加者であるコーディネーターの状況等を説明して講義内容のすり合わせを行う。講師が行うのは講義とその質問対応のみであり、グループワークの全体進行役は保健医療部医療整備課職員が実施している。各グループの話し合いの進行はコーディネーターが実施するが、経験も重ねてきたことからスムーズに進行している。ワークシートを活用しながら、最後には発表して共有を図るようにしている。
- 拠点の取組紹介は、各回2拠点に依頼している。特に講義内容に紐づけて実施しているわけではなく、保健医療部医療整備課から声かけをして了解が得られた拠点が行っている。

内容は各拠点の取組や特色の紹介等である。主たる目的としては他の拠点の状況を知る・情報や取組の共有であるが、発表資料の準備等を行うことで自身の拠点の取組や特徴等を改めて理解する・他者に対して発表や説明する力の強化も狙っている。そのため、比較的着任してからの期間が短い人に声かけをするようにしている。

- 各回の出席者数については概ね30名程度であり、全コーディネーター人数の6割に届く程度である。業務時間内に実施することから、複数配置の場合は比較的経歴の長いコーディネーターが留守番をして経歴の短いコーディネーターを参加させようとする状況がある。参加に向けては在宅医療連携拠点コーディネーターに出席を直接依頼するほか、保健医療部医療整備課より郡市医師会宛に出席依頼の文書を発出し、周知を図っている。以上はコーディネーターの所属組織である郡市医師会にコーディネーター業務の重要性を理解してもらう他、コーディネーターの研修会の出席しやすさを確保するためでもある。
- 在宅医療連携拠点の機能強化を図る上ではコーディネーターの能力の向上が重要であり、業務に対するモチベーション維持も重要である。そのためにはコーディネーター同士のネットワークがあることが重要であり、研修会はコーディネーター同士が会話をする場、ネットワーク強化を図る場としても機能している。

図表- 20 在宅医療連携拠点コーディネーター研修会(埼玉県保健医療部医療整備課・直近2か年)

開催時期		研修内容		講師
令和5年度	9月21日 15:00-17:15 於・さいたま共済会館	講義	在宅医療・介護連携推進事業に関する施策動向と在宅医療コーディネーターに期待されること	埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科
		拠点の取組紹介		
		グループワーク	多職種連携を意識した相談対応について	埼玉県保健医療部医療整備課
	3月22日 14:30-17:15 於・埼玉会館	講義	山間地域の在宅医療における遠隔医療の活用について	秩父市産業観光部 先端技術推進課
		拠点の取組紹介		
		グループワーク	在宅医療における遠隔医療の活用と地域課題への対応	埼玉県保健医療部医療整備課
令和6年度	9月26日 14:30-17:00 於・あけぼの会館	講義	地域BCPのススメ ～スタッフ・患者のいのちと暮らしを守るために～	(一社)コミュニティヘルス研究機構
		拠点の取組紹介		
		グループワーク	業務継続を意識した多職種連携について	埼玉県保健医療部医療整備課
	3月25日 14:30-17:00 於・あけぼの会館	講義	在宅医療の診療報酬について	(公社)日本医業経営コンサルタント 協会埼玉支部
		取組紹介	各地域のACPの住民向け普及の取組紹介	
		グループワーク	ACPの住民向け普及への取組について	埼玉県保健医療部医療整備課

資料:埼玉県保健医療部医療整備課

【ICTを活用したコーディネーターとの連携体制構築】

- 埼玉県は県医師会と協力して全郡市医師会が利用可能な在宅医療介護連携ネットワークシステムを県内全域で導入し、いつでも多職種が患者の情報を共有できるようにしている。システム内では「在宅医療連携拠点コーディネーターグループ」を構築しており、グループ内ではコーディネーター同士による相談や情報共有が日常的に行われている。仕事を進

めていく上で困ったことが生じた際に気軽に話ができる環境があることは、少ない人数で配置されているコーディネーターの仕事の進めやすさにも大きく寄与する。このグループでのやりとりが、後述する県下コーディネーター間のネットワークである「埼玉県在宅医療連携協議会」の立ち上げにつながっていった。

- グループには保健医療部医療整備課職員も参加しており、県下の在宅医療連携拠点と保健医療部医療推進課の情報共有の場ともなっている。別途、コーディネーターと県による検討が必要になった場合は、個別にグループを立ち上げて情報提供・共有を図る、検討を深める等の伴走支援も行っている。

図表- 21 ICT を活用したコーディネーターとの連携体制の構築



資料:埼玉県保健医療部医療整備課

【地域連携の構築を通じたコーディネーター支援】

- 県から郡市医師会に対する事業として、地域での連携構築事業を通じた在宅医療連携拠点コーディネーターへの支援も図っている。地域の医療・介護関係者等の連携推進に向けた事業として、患者の意思に沿った医療やケアを提供できる在宅医療の連携体制の構築と、がん拠点病院等と地域の医療機関や介護事業所等との連携体制の構築強化を図る在宅緩和ケアの地域連携の構築である。
- 在宅での療養には適切に患者の痛みを取り除く緩和ケアが必要不可欠であるが、その知識や診療体制については不安を抱く医療機関が多い。そのため、在宅医療連携拠点によるがん拠点病院等と地域の医療機関等との連携体制の構築・強化や、地域で在宅緩和ケアを担う人材の育成に関する研修会も実施している。

-2. 埼玉県在宅医療連携拠点協議会（通称：さいれん会）による相互支援

【支援の状況】

- 平成27年度より埼玉県内に在宅医療連携拠点の設置とコーディネーターの配置が進んだものの、コーディネーターは前例のない新しい取組に模索しながら業務に取り組んでいる状況があった。そのため県では在宅医療連携拠点コーディネーター向けの研修会を定期的に行い、その中でコーディネーター同士の交流が生まれ「顔の見える関係」ができてきた。また、埼玉県と県医師会が協力して導入した在宅医療介護連携ネットワークシステム内に設置した「埼玉県在宅医療連携拠点コーディネーターグループ」の活用は、コーディネーターひとりでは解決困難な課題を共有し、相互支援で解決を図る、不安や悩みの共有等を通じて助け合う体制へとつながっていった。
- コーディネーターによる各種取組のノウハウ、経験の共有を重ねることでコーディネーター間の連携は強化され、それに伴う知識も積み重ねられていった。その動きを強化することで更なる在宅医療・介護連携の推進を目指し、令和元年11月に県内コーディネーター有志によって「埼玉県在宅医療連携拠点協議会（通称：さいれん会、以下「さいれん会」という。）」が立ち上げられた。
- さいれん会はコーディネーターによる交流・情報共有・相互支援の場であり、コーディネーターが孤立せず、互いに支え合うことを重視している。埼玉県下のコーディネーターは全員さいれん会に含まれている。令和6年度より県内を4つのエリアに分け、近い人たち同士が話し合えるような取組を進めている。事務局も1年おきの持ち回りとし、その中から会長・副会長も選任している。

埼玉県在宅医療連携拠点協議会運営規定（※設置・目的のみ抜粋）

<設置>

第1条 埼玉県民の在宅生活継続に係る 医療介護連携の様々な問題を検討するとともに、連携拠点及び多機関・多職種をつなぐを強化するため、埼玉県在宅医療連携拠点協議会（以下「さいれん会」という。）を置く。

<目的>

第2条 さいれん会は、埼玉県内の障がい児・者および要介護高齢者・要介護者となるおそれがある者または、その家族等に、適時適切な多職種連携による在宅サービスが提供されるように、関係行政機関や在宅医療等に携わる者における連絡調整等における便宜を供与し、もって地域包括ケアシステムの向上を図ることを目的とする。

資料:埼玉県在宅医療連携拠点協議会

【ネットワークによる相互支援】

- 新たにコーディネーターとして着任する際に、前任からの引継ぎが十分に行われるとは限らない。更にコーディネーターが一人配置である等の場合、業務を進めていく難しさがある。その場合もさいれん会のネットワークがあることで、同じ圏域のコーディネーター等に気軽に質問できる環境がある。

- 精神障害の患者の場合、医療機関を複数受診しているケースがあり、複数の拠点で話をする、対応を検討する等の必要がある。他にも難病、障害、生活保護問題等、対応が難しい事例が生じた場合も、コーディネーター一人やその拠点で考えるのではなく、共に考えることができるネットワークがあることで、より良い対応に結び付けていくことができる。
- ネットワークを支えるプラットフォームとなっているのが、ICTツールである。チャット形式で利用が可能であり、情報や取組の収集、業務に取り組んでいく上での悩みや困難ケースについての相談の場として利活用されているだけではなく、良い取組の横展開が行われる場、コーディネーターとしての知識を深めていく場ともなっている。



資料:埼玉県在宅医療連携拠点協議会

【更なるコーディネーターの成長に向けて】

- さいれん会は県内コーディネーターのネットワークとして活動を続けてきたが、全国のコーディネーターの「知」を集め共有すること、そのために県を越えた連携の必要を感じるようになった。そのため、知識や経験の共有の場となるような全国規模の拠点間連携プラットフォームづくりに向け、県外のコーディネーターも参加する「埼玉県在宅医療連携拠点協議会～HITOYOSEKAI～」を埼玉県、埼玉県医師会の協力を得て令和2年2月に開催した。以降も年1回開催し、県外コーディネーターとの交流、互いの取組や知識の共有を進めている。ICTツール上にも全国コーディネーターが参加できる「繋がり！在宅医療連携拠点」のグループを作成している。
- さいれん会の取組等について日本在宅医療連合学会でも発表等も行い、コーディネーターによるコーディネーターの周知・啓発にも取り組んでいる。

図表- 23 HITOYOSEKAI

埼玉県在宅医療連携拠点協議会 第1回研修会

拠点のみんな集まれ！ HITOYOSEKAI

～繋がり全国在宅医療連携拠点へ～

別んで埼玉秀！

日時：令和2年2月2日(日) 10:00～15:30

会場：大宮ソニックシティ 602号会議室

第1部 基調講演 10:00～12:00

1) 「埼玉県医師会からみた在宅医療連携拠点の歴史、取り組みについて」
埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会 委員長 小川 都男 先生

2) 「埼玉県からみた在宅医療連携拠点について」
埼玉県保健医療部医療整備課在宅医療推進担当 主査 萩野 和博 氏

第2部 現状の取り組み各地から 13:00～15:30
各在宅医療連携拠点より報告

お申し込み・お問い合わせ 埼玉府ヶ島医師会 在宅医療相談室
TEL 049-288-1288 sakatsurusenkei6@icloud.com

参加費：1,000円(当日現金お振替) 後援：埼玉県医師会・埼玉県

第2回 埼玉県在宅医療連携拠点協議会

拠点のみんなあつまれ！ HITOYOSEKAI

オンライン開催

コロナ禍のいま、私たちから元気になるろう！

参加無料！ Zoom開催！ パソコン、スマホでどこからでも参加可能！

2021年2月7日(日) 13:00～15:30

全国の連携拠点の皆様、コロナ禍のいま、連携を取るためにどのような取り組みをしていますか？
皆様の申し込みから声を集めて「第2回埼玉県在宅医療連携拠点協議会」をZoomで開催いたします。
行政、多職種、地域・皆さんの声をぜひ、聞かせてください！

■お申し込みアンケートはこちらから…(12月20日締切)
URL <https://forms.gle/qP985jgJkAAd0d7>
右のQRコードからも申し込み可能です

※申し込みいただいた方には、『受付確認メール』を送信いたします。
※ZoomのURLは、2月10日メールにて通知します。(受付確認メールをされた方はこちらのURLからZoomのURLを確認し、当日のZoomに参加できるように事前準備をお願いします)
※ZOOMを途中でメールが届かない場合は、お問い合わせください。
※申し込みは無料ですが、本事業の運営のために参加費を徴収いたします。
※参加費の徴収により変更がなされた場合は、ご容赦いただいたメールアドレスにお知らせいたします。

後援(申請中)：埼玉県医師会・埼玉県
問い合わせ先：越谷市医療と介護の連携窓口 ☎048-910-9140

第3回 埼玉県在宅医療連携拠点協議会

拠点のみんな集まれ！ HITOYOSEKAI

～ここが私のプラットフォーム～

日時 令和4年2月6日(日)
13:00～16:00 (入室12:30～)
ZOOMによるWEB開催

内容 『プロセスからの学び』
-4つの事例を紹介-
グループワーク

詳細は裏面をご参照下さい

連携拠点事業が始まって数年が経過しました、それぞれの拠点の活動に差異を感じたり不安になることはありませんか？
コーディネーターの思いやプロセスを相継ぎ・共有する場(プラットフォーム)として今年もHITOYOSEKAIを開催します。
みんながわいわい語り合い、笑って泣いて元氣なようにしましょう！ 拠点のみんな集まれ～

お申し込みは下記よりお願いします。
Googleフォーム： <https://forms.gle/EM6cM52KycncjoQC9>
申し込み締切期：令和4年1月11日
お問い合わせ：本在り宅医療連携会在宅医療連携拠点 ☎ 0495-24-0350 担当 大沢
後援：埼玉県医師会・埼玉県

第4回 埼玉県在宅医療連携拠点協議会

～ここが私のプラットフォーム～

HITOYOSEKAI

日時 令和5年2月5日(日)
13:00～16:00 (入室12:30～)
ZOOMによるWEB開催

テーマ 『みんなできるって ACP・人生会議』
～聴こう！ 話そう！ ヨシッ、やってみよう!!～

参加費無料

詳細は裏面をご参照下さい

HITOYOSEKAIは、コーディネーターの思いやプロセスを相継ぎ・共有する場(プラットフォーム)、地域の在宅医療関係者の皆さんと集う場所です。
今回は特別講師の皆さんとオンライン語り合い、元氣にならう!!
そんな場所を作ってみよう。

地域は繋がります！ 病院も在宅もみんな集まれ～!

誰かが知っていることなのか？
誰かが知らないことなのか？
みんなが悩んでいることなのか？
ACPって何よ？
本番で聞こう！ さあ！ A-C-Pだ！

お申し込みは下記よりお願いします。
Googleフォーム： <https://forms.gle/wo2x76N977dR86Y19>
申し込み締切期：令和5年1月23日
お問い合わせ：入間市在宅医療支援センター ☎ 04-2366-3201 担当 末利
後援：埼玉県医師会・埼玉県

第5回埼玉県在宅医療連携拠点協議会

ここが私のプラットフォーム

HITOYOSEKAI

テーマ episode 0
新しい仲間で、新しいさいれん会へ！

日時 令和5年7月21日(金)15～18時

場所 県民健康センター1階大会議室C

対象 埼玉県在宅医療連携拠点関係者

I：研修会
お久しぶりの対面式！
参加費1000円当日支払

- 講演：「さいれん会の歩みとこれから」
- グループワーク：「お隣さんはどんな人?」

～ブロックの交流から、つながりを深める～

II：懇親会
お申し込みQRコード・URLはこちら
申し込み締め切り7月10日

<https://forms.gle/EpGKTNj4zmsXL3ig9>

問い合わせ先
埼玉県在宅医療相談室 酒野 恵理子 049-288-1288 sakatsurusenkei6@icloud.com

第5回埼玉県在宅医療連携拠点協議会実行委員会 後援：埼玉県 共催：埼玉県医師会

資料：埼玉県在宅医療連携拠点協議会

(2) コーディネーターへのヒアリング

- コーディネーター支援等の検討にあたり、今までの取組を振り返り、その中での悩みや困りごと、市町村担当者との連携状況等を把握すべく、新潟県、埼玉県内のコーディネーターに対してグループでのヒアリングを行った。
- なお、ヒアリングに出席したコーディネーターは、看護師、ケアマネジャー等の専門職の資格を有し、前職で専門職としての経験も有している。一方、コーディネーターとしての経験年数としては、既に数年間ある者と未だ1年程度と経験年数が比較的短い者がいた。
- コーディネーターの配置人数については所属によってまちまちであるが、コーディネーターが一人配置（事務職の配置除く）の者がほとんどであった。
- ヒアリングは、進行側で問いかけを行い、それに対してコーディネーター同士の意見交換を行うような方式で実施された。新潟県、埼玉県で実際の支援者やその体制等は異なるが、双方とも研修等による知識や情報のインプット、コーディネーター間のネットワークとそのため場の場となるプラットフォームによる交流、知の共有・創出とストック、コーディネーターのそれぞれが有する難しさに主体的に取り組むための伴走支援、という3つを実施してきたことは共通し、各質問等に対する意見も類似するところが多くみられた。以下は、その中で共通して見られた意見等の集約である。

(コーディネーター業務についての迷い・地域課題への対応)

- ・ 専門職としてのキャリアや経験を活かして相談には対応するものの、当初はコーディネーターとして何をすればよいのかわからず困った。
- ・ 地域から相談として寄せられた困りごとを解決するための調整等を行っているが、それを発生しないようにする等、本質的な解決に向けた深掘りの議論はなかなかできていない。そうした地域に共通する地域課題については考えねばならないことだとは思っている。
- ・ 地域課題は地域から寄せられた相談からだけでなく、専門職との会議、地域ケア会議等からも把握できると考えて情報収集をするようにしている。
- ・ 地域から相談として寄せられた困りごとは解消すべきものだが、必ずしもそれら全てが地域課題につながるかはわからない。地域課題と捉えるか、どのように取り組んでいくべきか、多職種にも聞く必要があるのではないか。
- ・ 専門職の経験があり現場感もあるため、寄せられた困りごとの解決は図れるが、その根本的な解決に向けた自治体の事業をどう形作るのかは門外漢である。その点に向けては、市町村担当者とのパートナーシップのもと多職種の協議の場での検討や合意に向けて動かねばならず、何を解決しなければいけないのか、コーディネーターと市町村担当者が共有することが大事ではないか。
- ・ いわば困りごとの解決等の個別相談は専門職が得意とするところだが、そこから皆で困りごとが生じている真因を考え、地域課題を導き出し、解決することを働きかける

というのは組織的で個別相談とは異なる動きではないか。

(共に考える環境)

- ・ 当初は一人配置等で不安もあったものの、コーディネーター同士で話がしやすい環境ができたため、ちょっと困ったことでも気軽に相談ができ、教えてもらえて非常に助かった。一人配置による体制は、仕事を進めていく上での情報や知識の得にくさだけでなく、孤独を感じることもあった。
- ・ 「明確なコーディネーター像」がない中では、自分たちで考えねばならないことが多くあった。今も十分ではないと感じるものの、取組が進んできたこと背景には「自分だけではなく他のコーディネーターも困っていたので、みんなで助け合い、知恵を出し合ってきた」、「何が問題なのか、何に取り組むべきか等コーディネーター同士が共に考えられる環境がつけられた」「必要な知識を得られる機会があった」、「自分が深く考えようとする際に話を聞いて一緒に考えてくれた」からだと思う。

(新たな知識・取組の創出)

- ・ 専門職としての経験があることから、困りごととして起きている現象の裏にどういうことがあるのか・起きているのかにはなんとなく気づいている。そのモヤモヤを同じ立場・同じことに取り組むコーディネーター同士で深く考える機会や体制があったことで、深い理解、確信、気づきを得た。結果として、それらは、自分がコーディネーターとしてやらねばならないと考えること、もっとこうしたいと考えることにもつながり、自分の普段の業務への動機付けやモチベーションにも影響を与えているように思う。

(市町村担当者との連携)

- ・ 市町村担当者との関係は比較的安定しているものの、定期的な異動によって再度関係を作り直すところから始めねばならないこともある。在宅医療・介護連携推進事業への関心、コーディネーターとのコミュニケーションも担当者それぞれで異なり、必ずしもしっかりと深く話ができきたとも言えない。在宅医療・介護連携の現場で起きていることに感心を持ってもらうこと、そのためのコミュニケーションの取り方や働きかけ方に難しさを感じている。

3. 調査結果から

○ 都県の状況、新潟県、埼玉県の2つの事例調査から、次のようなことがわかった。

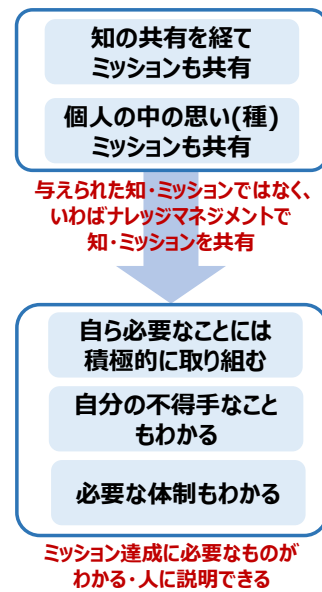
- 地域の困りごと等の相談に対応してきたが、コーディネーターとして更にどのようなことをしていけば良いのかの迷いがある。
- 地域課題を検討することの必要性は理解しているが、実施には至っておらず、どのような進め方をすれば良いのかよくわからない。
 - 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネート業務の役割、その中における相談等についての整理が進んでいない。
 - 個別相談から地域課題に昇華させるプロセスが設定されていない。
- 他の地域の状況、他の人からの意見を聞くことは参考になる。
- 相談先や対話をする相手がいないと仕事が進みにくい。心細さ・孤独を感じる。
- 迷いを感じながらも、コーディネーター同士で共に考えながら進めてきており、ネットワークがあることに助けられたと感じている。
 - コーディネーター間のネットワークは単なる交流の場ではなく、互いへの相談や支援を行う相互支援の場でもある。
 - ネットワークの中で行われた情報や知識、考えの共有、それに伴う対話の中から新たな気づきや知識が生まれ、それぞれの日常の取組に活かされている。
- 市町村担当者と意思疎通を図ることの難しさを感じている。
 - コーディネーターが何かに気づき、市町村担当者と一緒に考えたいと思っても、何をどう伝えればよいか難しさがある。
 - 市町村担当者においてもコーディネーターとの関係は業務の実施報告に留まる等、共に考える・ディスカッションすることの必要性の認識まで至っていない。

○ ヒアリング調査では、各コーディネーターが日常業務として実施している相談と地域課題との関係性についての意識はあるものの、地域課題への取り組み方が分からずにいる状況がみられ、地域課題にどう取り組むかが更なる取組の推進、コーディネーター自身のスキルアップに向けた課題ともなっていることがうかがわれた。

○ 研修による様々な知識や情報のインプットの機会はあるものの、実際にコーディネーターがそれらを用いていくには検討も経験も必要となる。だが、一人で検討を深めることは難しい。同じコーディネーター同士のネットワークがあることで、共に深く考え、コーディネーターのための手引きやコーディネーターのための連携の充実等、実際にコーディネーター自身が必要とする知や体制へと昇華させている状況がみられた。

- 共に考え、新たな知を生み出し、得るプロセスの中で、コーディネーターは何のために・何を指すのか等のミッションの共有も行われる。知・ミッションを与えられるのではなく自らが考えて獲得していくことで、自ら必要なことには積極的に取り組む、自分の不得手なこともわかる、必要な体制もわかるという状態となる。そのようになれば、自分の取り組んでいることをきちんと言語化して説明できる状態へと近づいていることになる。
- こうしたプロセスはナレッジマネジメント（個人の持つ知識やノウハウ等のナレッジを全体で共有し活用することで、新たな知識を創造・実践するもの）の理論の一つであるSECIモデルの典型とも言える。SECIモデルは特に現場発想型で共通の知を創出する際に使われる。新潟県、埼玉県双方のコーディネーターとも、提示された業務（コーディネーターは相談に対応する）に対応する中で情報を蓄積し、研修会によって知識を獲得する機会を得、実際に現場でそれらを使って対応する中で得たことをネットワークで共有し、その対話等から生まれた気づきや知識をプラットフォームの中で蓄え、改めてそれぞれの地域の取組へと活かしている状況がある。一方、各地域が抱える課題の解決にはそれぞれの実情に応じた支援が必要であることから、その主体的な解決を促す伴走支援が行われる環境がある。
- 以上のように、コーディネーターへの支援としては、「在宅医療・介護連携におけるコーディネート業務の役割や期待、必要なことを理解する等の研修会による知識や情報のインプットの機会」、それらを活かしながら取組の中で得た経験や知識を共有し新たな知の創出を図る「コーディネーター間のネットワークとその場となるプラットフォームの構築」、コーディネーターが自身の取り組むべき課題に主体的に取り組むための「伴走支援」という3つが有効であると考えられる。
- 一方、コーディネーターがより充実した取組を進めていくには、コーディネーターの力を活かすことができる環境があることも大事である。コーディネーターへの支援と並行して、共に在宅医療・介護連携に取り組む市町村担当者、コーディネーターの所属機関らにはコーディネーターが果たすべき役割の理解を働きかけていくことも重要である。

図表- 24 共有のプロセス



(参考) SECIモデル

野中幾次郎氏が提案した知識創造のモデルであり、「暗黙知」（個人の経験やスキル、直観で形成され、言葉等では表現しにくいもの）と「形式知」（言葉や文章などで明確に表現でき、他の者も理解できるもの）のスパイラルによる知識移転と知識創造のプロセスを現している。

「共同化」（暗黙知を暗黙知へ）→「表出化」（暗黙知を形式知へ）→「連結化」（形式知を形式知へ）→「内面化」（形式知を暗黙知へ）→「共同化」という知の移転プロセスをらせん状に行き来しながら正のスパイラルを描くべく、絶えずこのサイクルを繰り返していく。

図表- 25 SECIモデル



第3章 コーディネーターによる地域課題への取り組み

1. 地域課題とコーディネーター

(1) 地域課題におけるコーディネート機能

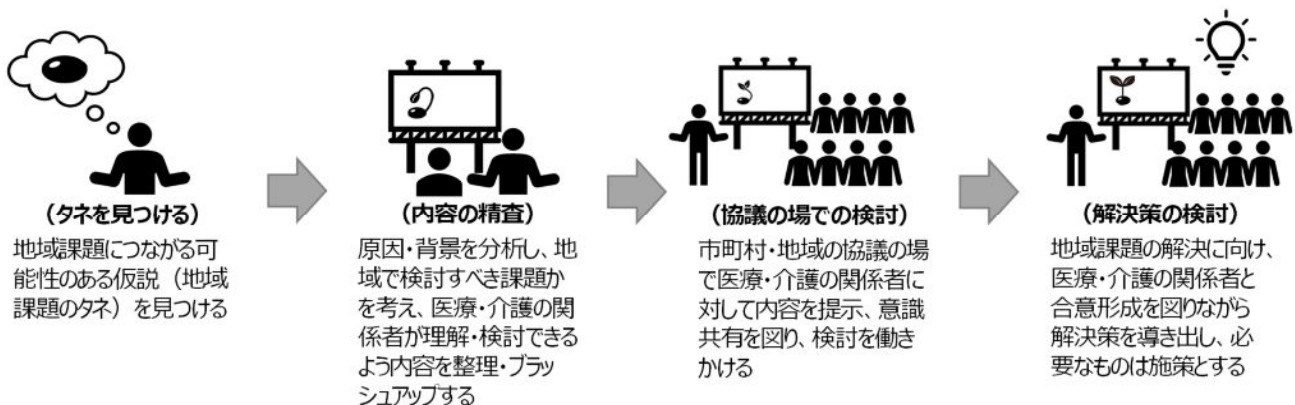
① 個別課題から地域課題へ

- 相談窓口等で在宅医療・介護連携に係る相談に対応するコーディネーターには、相談者から困りごとが寄せられる。コーディネーターはそこから解決すべき課題を見出し、その解決・改善・解消を日々の業務として行っている。相談窓口に寄せられる困りごとは「●●が××で困っている」、「●●が××したいができない」等、訴えも個別かつ具体である。よって、その困りごとから対応すべき課題として抽出される個別課題に対しては、ケースワークやケアマネジメント等による個別支援によって解決・改善・解消を図ろうということになる。
- 類似する困りごとが起きている、同じような困りごとの数が多い等の場合、地域や市町村で共通する地域課題が生じているのではないかと考えられる。この気づきや仮説は地域課題を抽出する際のタネであり、個別課題に日々対応しているコーディネーターであれば気づきやすそうにも思われるが、個別課題と地域課題の関係性を意識していないと見えにくく気づきにくい。よって、コーディネーターが地域課題にも取り組もうとする場合、それが可能となる思考を獲得することが必要となる。

② 地域課題検討のプロセス

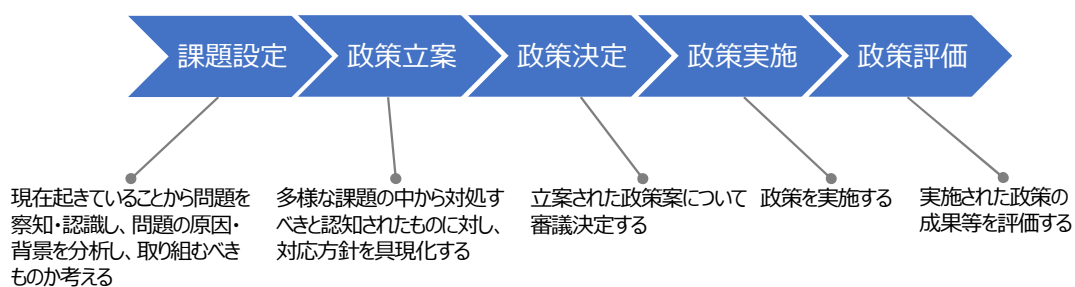
- 在宅医療・介護連携の推進に係る地域課題の検討に向けては、相談窓口等を通じて寄せられた個別具体の困りごと、個別課題の中から地域課題と考えられる可能性があるタネを見つけることが必要である。それらは、地域に共通する在宅医療・介護連携に係る課題であることから、それらに従事する医療・介護の関係者と共有・解決策等を検討し、そうした解決策は市町村の施策にもなる、というプロセスとなる。

図表- 26 地域課題検討のプロセス(例)



- 在宅医療・介護連携推進のために行われる市町村の施策は、当然ながら地域課題の解決に向けた対策等として検討されている。よって、地域課題の検討を進める際には、コーディネート機能だけでなく、在宅医療・介護連携推進事業を進める市町村の政策形成機能が連動していくことになる。
- 市町村の政策形成の過程は概ね次のような流れであり、前掲の地域課題検討のプロセスと並行して同じように進んでいく。

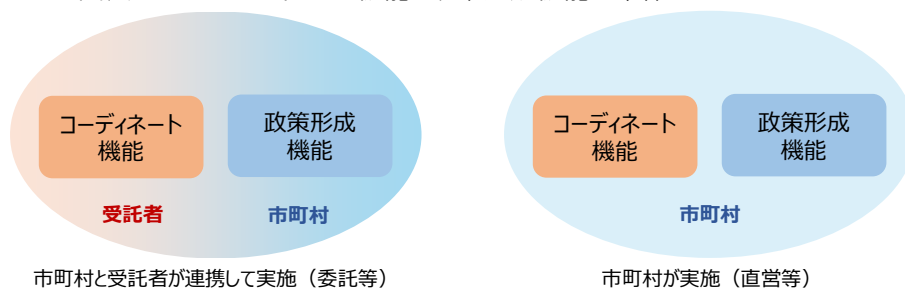
図表- 27 政策形成のプロセス(例)



③ 相談窓口の委託、直営による違い

- 地域課題の解決に向けては、コーディネート機能と政策形成機能の双方が連動して進んでいくことになる。しかし、個別課題に対応する相談窓口を郡市医師会や病院、地域包括支援センター等に委託している市町村も多く、その場合は地域課題のタネをコーディネーターと市町村担当者が共有することができるかがポイントとなる。また、市町村のみの直営で実施している場合は、地域課題のタネを見つけるところから解決策の検討・施策としての実行までの一連を市町村によって行うことができる体制や仕組みを取ることができるかがポイントとなる。

図表- 28 コーディネート機能と政策形成機能の確保について



-1. 相談窓口が委託の場合

- 相談窓口の委託を行っている市町村の場合、コーディネート機能を担うコーディネーターと、政策形成を担う在宅医療・介護連携推進事業の市町村担当者との連携が重要となる。
- 市町村担当者とコーディネーターのミッションは在宅医療・介護の連携推進では共通するが、委託側である市町村担当者の主たる役割は推進に向けたPDCAによる進捗管理と、実施過程で把握された地域課題の解決策等一層の推進に向けた効果的な対策としての政策立案が中心となる。一方、コーディネーターは日々の業務を通じて地域の在宅医療・介護

連携の実態を把握することが可能であることから、現場で起きていることから地域課題を見出し、市町村担当者と共有することが求められる。

- 特に、委託の場合のコーディネーターは医療・介護の専門職を有する者が多く、その専門的見地からの課題解決に向けた見立てへの期待がある。
- 実際の課題解決の取組は医療・介護の関係者の活動に大きく関わることから、コーディネーターは市町村担当者と協働し、市町村の協議会等の協議の場において医療・介護の関係者に対して地域課題の共有・解決に向けた検討を働きかけることが重要となる。
- 以上の構造は、コーディネーターの所属が郡市医師会、病院、地域包括支援センター等と異なる場合でも共通する。

-2.相談窓口が直営の場合

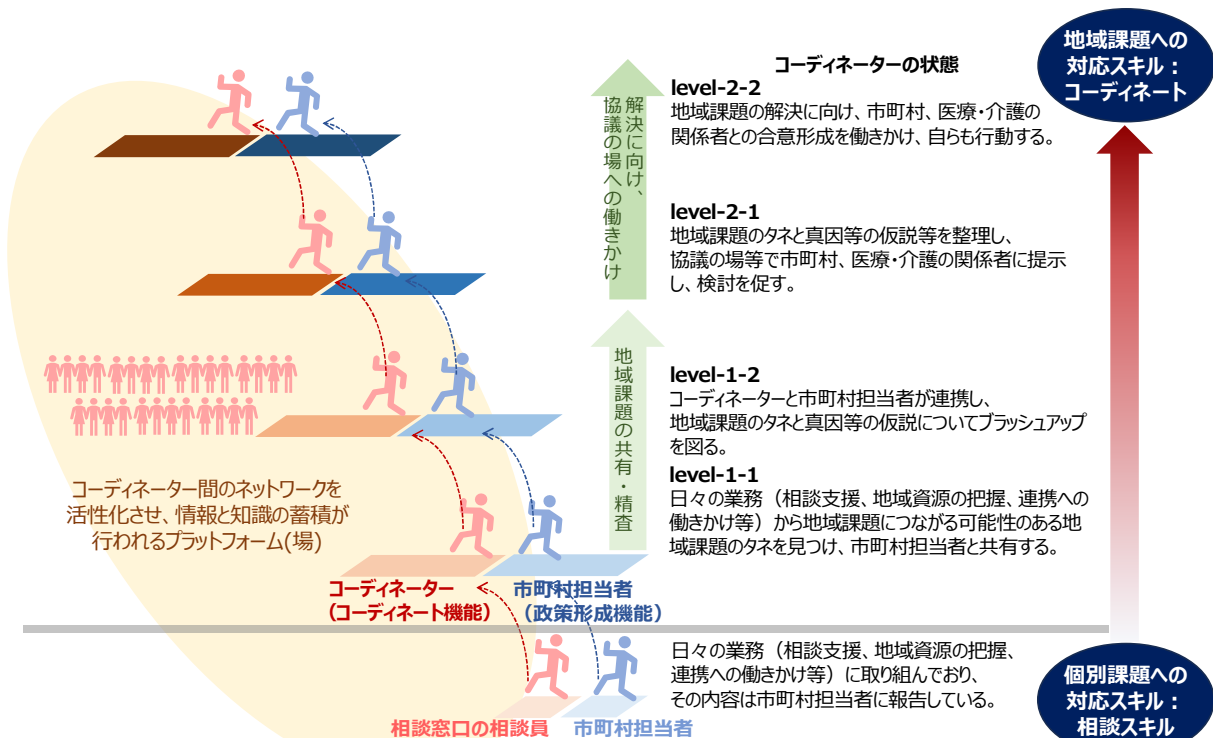
- 相談窓口が直営である、明確に相談窓口は設置していないが市町村担当者が直接対応しているという市町村もある。その場合、当該市町村ではコーディネート機能と政策形成機能の双方を市町村自ら確保して進めていくことになる。
- 直営の場合、在宅医療・介護連携推進事業を推進する市町村担当者としての役割、政策形成機能を担いつつ、どのように相談窓口を運用するか、コーディネート機能を確保・発揮して地域課題を捉えていくかが課題となる。その場合、庁内で地域課題への対応が可能となるような検討体制をつくるほか、地域包括支援センターに寄せられた一般相談や担当者からの現場情報、地域ケア会議等の情報の活用を進め、課題抽出に向けた機能を確保していくことが考えられる。
- 一方、市町村直営の場合、現場の困りごとである個別課題から地域課題への検討、施策立案までが市町村で全て実施される。負担は大きいことが想定されるが、市町村において一貫通貫で検討が行えることは強みである。また、小規模自治体ほど直営の割合も高く、その際に市町村担当者が複数の地域支援事業を担当するケースもある。事業を進めていく上でのマンパワーに課題があるが、一方で地域支援事業の各事業が縦割りにならず、地域の高齢者の状況、資源、ニーズ等を俯瞰した上で取り組めることも強みとして考えることもできる。

(2) コーディネーターのスキルアップのステップ

① コーディネーターのスキルアップのステップ

- 本項では、今後、コーディネーターが獲得・強化すべき力・スキルとして地域課題への対応を位置づけ、相談窓口での対応という現在の状態から一歩踏み出すステップについて整理した。

図表- 29 コーディネーターのスキルアップのステップ



※コーディネート機能と政策形成機能に分けて検討を行う都合上、本資料ではコーディネート機能を担う者を「コーディネーター」、政策形成機能を担う者を「市町村担当者」と記載しているが、相談窓口を直営で実施している場合は双方の機能を市町村が確保することになる。

-1. 個別課題への対応

- 現在、多くの市町村が在宅医療・介護連携に係る相談窓口を設置している。日々の業務（相談支援、地域資源の把握、連携への働きかけ等）に取り組んでおり、その内容は市町村担当者に報告している。相談窓口を置いていないという市町村でも、在宅医療・介護連携に係る困りごとに対応をしていると考えられる。まずここから地域課題にどのように取り組んでいくかを考える。

-2. level-1. 地域課題の共有と精査

- level-1は地域課題の共有と精査である。level-1-1ではコーディネーターが個別具体的な困りごとから地域で共通する課題である地域課題のタネを見出そうとする段階である。地域課題のタネは、個別課題の他、地域ケア会議等での報告、専門職との会話、住民向けに開催したセミナー等のアンケート等、様々な所にあるはずである。実際に地域で起きている事実、個別課題等を俯瞰的な視座で捉え、その上で原因と考えられることの考察や見立てを考える等の進め方や思考の整理が必要であり、市町村担当者に伝えて理解を促す・共有

を働きかける際にも有効である。

- コーディネーターからの共有をスムーズに行うには、市町村担当者側の状態も重要である。市町村担当者にとって、日々の業務を通じて現場を知るコーディネーターの気づきは、市町村担当者にとっても大事な地域課題のタネである。そうしたコーディネーターの機能、有効性を踏まえ、コーディネーターから地域課題のタネをうまく引き出すようにする。
- さらに、level-1-2では共有した地域課題のタネを精査し、真因等の仮説を精査すべく、コーディネーター、市町村担当者とで話し合いをし、ブラッシュアップを図ることになる。
- 以上を踏まえると、level-1ではコーディネーターと市町村担当者と忌憚なく話す、検討ができる等、良好なコミュニケーションのための環境整備がコーディネーター自身のスキルアップと並行して必要になることがわかる。

-3.level-2.解決に向け、協議の場への働きかけ

- level-2では、コーディネーター、市町村担当者が共にとらえた地域課題のタネ、その真因等の仮説を医療・介護の関係者等に提示し、議論を促し、合意形成を図りながら対策を検討し、解決に向けた働きかけを行っていく段階である。
- 大事なのは、コーディネーター及び市町村担当者は自ら地域課題の解決を図る者ではなく、検討を働きかける者であるということである。在宅医療・介護連携に係る地域課題は地域・市町村で医療・介護に従事する関係者等自身の課題でもあり、解消に向けては関係者が連携し自ら取り組まねばならないことが考えられる。その場合、各々が背景・原因を理解・共有し、方向性と取り組むべきことを協議し、地域の合意として進めていかねばならない。
- この時コーディネーターは市町村担当者と共に、協議の場に集まる関係者に対して、合意形成の支援を行うことが期待される。よって、level-2-1では議論を促すために地域課題のタネと真因等の仮説を提示するための準備等であり、level-2-2では実際に合意形成に向けた働きかけを自らが行うことができるとした。

-4.コーディネーター間のネットワークとそのプラットフォーム

- 一か所の配置人数が少ない中でコーディネーターが日々の業務に取り組んでいくには、困ったこと等を互いに相談し合える、共に考えることができるようなコーディネーター間のネットワークとそれを支える場としてのプラットフォームがあることが望まれる。このネットワークはコーディネート機能を担う者が参加し、委託先・直営等の所属やスキル等は問わない。コーディネーター同士の交流等による交友的支援の機能もあるが、共に考えることで新たな知識が生まれることも期待される場である。

② コーディネーターのスキルとその状態

- 各レベルにおけるコーディネーターの状態、そこに至るために必要と考えられる能力等や機会は次のとおりである。このようにコーディネーターのスキルが上がっていくことで、現場で生じている個別課題が地域課題へとつながり、実効性のある施策となって解決につながっていくことになる。

図表- 30 各レベルにおけるコーディネーターの状態とその実現のために必要なこと

	実施していること	コーディネーターの状態	実現のために必要なこと
level-2-2	地域課題の解決に向け、市町村、医療・介護の関係者との合意形成を働きかけ、自らも行動する。	<ul style="list-style-type: none"> 課題、課題を生じさせていると思われる原因と対策の議論を促すため、関係者、協議会等の協議の場で自ら提示し、合意形成に寄与できる。 自身の言動・行動により、他者に目指す姿、目標の達成意欲の向上を働きかけることができる。 (地域課題解決に向けた連携への働きかけ-2) 	<ul style="list-style-type: none"> (能力等)他者に対し、目指す姿の実現、目標の達成に向けた合意形成への寄与、機運醸成や活動の働きかけ (機会)協議・議論の場-2
level-2-1	「地域課題のタネと真因等の仮説を整理し、協議の場等で市町村、医療・介護の関係者に提示し、議論を促す。	<ul style="list-style-type: none"> 課題、課題を生じさせていると思われる原因と対策の議論を促すため、関係者、協議会等の協議の場に提示し、議論を促す準備ができる。 (地域課題解決に向けた連携への働きかけ-1) 	<ul style="list-style-type: none"> (能力等)妥当な課題設定、議論を促すための資料作成による協議の機運・環境づくり (機会)協議・議論の場-1
level-1-2	コーディネーターと市町村担当者が連携し、地域課題のタネと真因等の仮説についてブラッシュアップを図る。	<ul style="list-style-type: none"> 「仮説」を精査し、取り組むべき地域課題であるかを検討し、その課題を生じさせている原因と対策を市町村担当者と共に考えることができる。 (仮説の深掘、地域全体の俯瞰、取組の優先順位を検討) 	<ul style="list-style-type: none"> (能力等)市町村担当者との協働意識、地域全体を見通す視野 (機会)コーディネーターと自治体担当者が共に考える場
level-1-1	日々の業務（相談支援、地域資源の把握、連携への働きかけ等）から地域課題につながる可能性のある地域課題のタネを見つけ、市町村担当者と共有する。	<ul style="list-style-type: none"> 日々の業務から得た気づきが地域課題の「仮説」となるか自ら検討して整理し、市町村担当者に伝えることができる。 (自身による気づきを共有できるように言語化させ、協働する意識がある) 	<ul style="list-style-type: none"> (能力等)個別具体から地域へと俯瞰する視座、地域課題の仮説の裏付けとなる情報・データ等の収集と分析 (機会)自治体担当者が忌憚なく話せる場
	日々の業務（相談支援、地域資源の把握、連携への働きかけ等）に取り組んでおり、その内容は市町村担当者に報告している。	<ul style="list-style-type: none"> 日々の業務に直切りに取り組んでいるが、地域全体の課題を考えると至っていない。 市町村担当者との関わりも報告等に留まる場合が多く、連携・協働までは至っていない。 	<ul style="list-style-type: none"> (能力)日々の業務を実施するための必要最低限の力 (機会)業務の取り組み状況を報告する機会とその方法

地域課題への対応スキル：コーディネーター



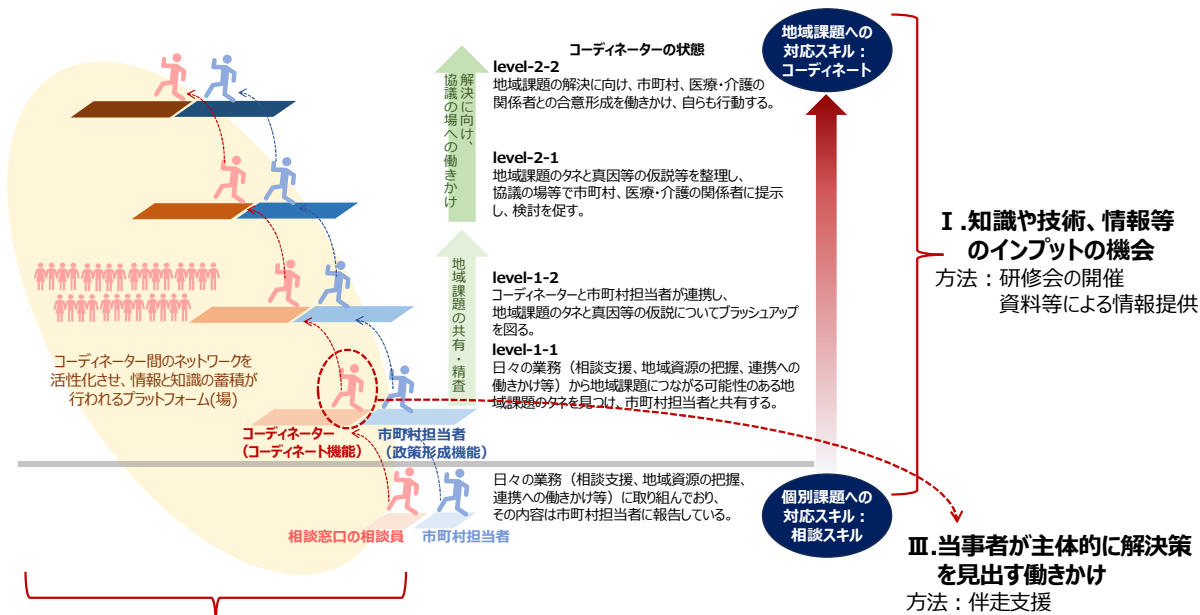
個別課題への対応スキル：相談スキル

2. コーディネーターのスキルアップに向けた支援

(1) スキルアップのための支援策

- ヒアリング調査等を踏まえたコーディネーターのスキルアップに資する支援策は、次のように整理される。

図表- 31 コーディネーターのスキルアップに資する支援



II. 共に考え・共に気づきを得る場

方法：都道府県等広域の単位、有志等によるネットワークを支えるプラットフォーム（場・土台・システム等）の組成と運営

※コーディネート機能と政策形成機能に分けて検討を行う都合上、本資料ではコーディネート機能を担う者を「コーディネーター」、政策形成機能を担う者を「市町村担当者」と記載しているが、相談窓口を直営で実施している場合は双方の機能を市町村が確保することになる。

想定される支援	方法	効果
I. 知識や技術、情報等のインプットの機会	研修会の開催（座学中心） 資料等による情報提供 （基本的な知識、新情報等）	●個人の学び・気づきを得る ・基本的な姿勢と技術等を獲得
	研修会の開催（取組発表、グループワーク等） 資料等による情報提供 （事業計画の共有、取組の共有等）	●共に学び・共に気づきを得る-1 ・研修会内で行われるため、単発的な実施となる可能性
II. 共に考え・共に気づきを得る場	都道府県等広域の単位、有志等によるコーディネーターのネットワーク（互いにつながった状態）とそれを支えるプラットフォーム（場、土台、システム等）の組成と運営	●共に学び・共に気づきを得る-2 ・ネットワーク内で行われるため、継続的な実施が期待できる ●自分たち自身の問題として取り組むべきことを見つけ、実行に移す
III. 当事者が主体的に解決策を見出す働きかけ	それぞれが目指すべきところ、理解した上で実施される伴走支援	●コーディネーターとの対話と傾聴を通じて、本質的な課題に気づくように促し、その解決に向けて主体的に検討・解決策を見出すことができるよう支援を行う。

I.知識や技術情報等のインプットの機会

- 知識や技術、情報等を獲得する方法としては、OJT（On-the-Job Training：職場内訓練）とOFF-JT（Off-the-Job Training：職場外訓練）がある。OJTは実務を通じての教育や人材育成であることから、ここでは研修会等で実施されるOFF-JTを想定する。
- 研修会も、集中して知識等を提供する座学を中心とするか、取組発表やグループワーク等で取組の共有や共に考える内容を入れ込むかで期待できる効果が変わってくるため、どのような効果を得たいかを考えて研修会を構成していくことが望まれる。
- 一方で、グループワーク等によって共有する・共に考えることは可能であるが、研修会での実施となる。よって、新たな気づきを得る等の効果はあるものの、議論を深めていくための継続性に乏しいことに留意が必要である。

II.共に考え、共に気づきを得る場

- 研修会で得た知識や技術の定着・強化、共に考えることで検討を深めていくには、同じことに取り組む者たちによる継続的なつながりが必要である。そのつながりが、コーディネーター間のネットワークである。
- ネットワークの中では、コーディネーター同士が関わり、情報、思考、知識の交換・共有が行われ、その過程の中で知識等の深耕、新しい知識の創造等も行われる。網状のネットワークを支え、以上の実施を促し、活性化させ、情報や知識の蓄積を促進するような場がプラットフォームであり、会合のようリアルでの場、ICTを活用したバーチャルな場の双方が考えられる。

III.当事者が主体的に解決策を見出す働きかけ

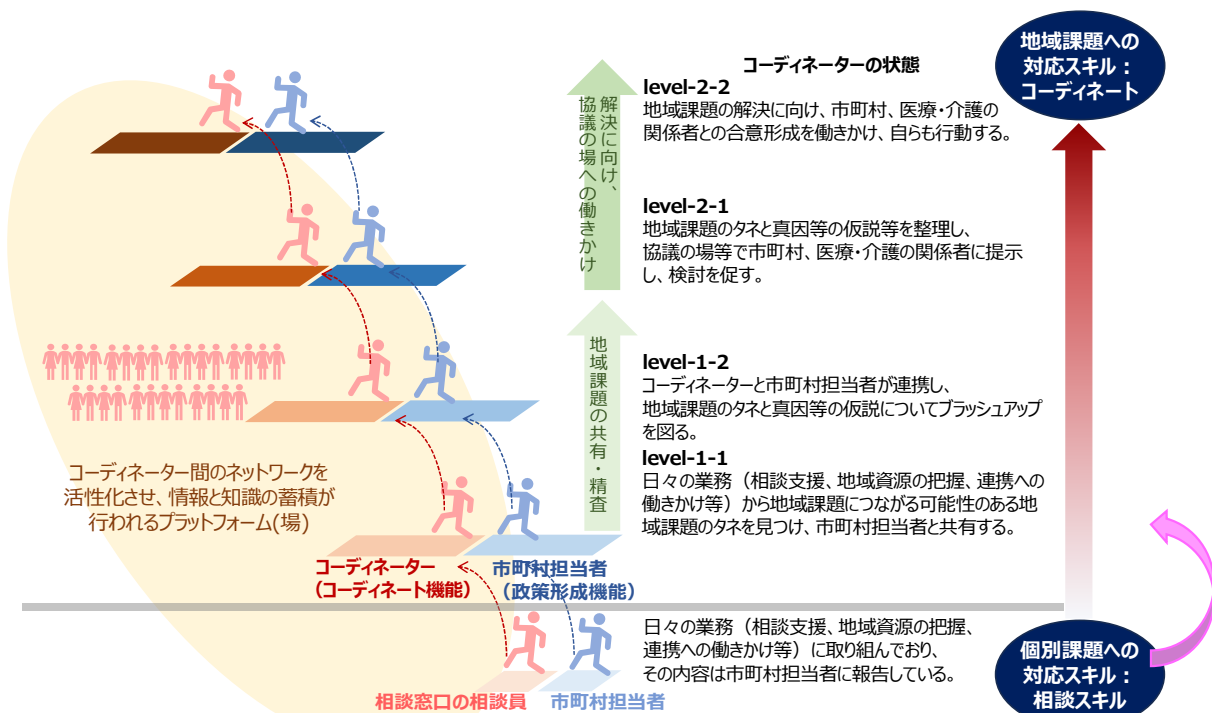
- 獲得した知識や技術、ネットワーク、プラットフォームを活かしながら、コーディネーターは自らの力でフィールドである地域・市町村で課題解決に取り組んでいく。しかし、実際には問題の原因や背景が見えにくい、原因に係るような知識や経験が乏しく検討を深めることが難しい、発想に限界がある等の場合がある。そのような時に期待されるのが、個別的な伴走支援である。
- 伴走支援はそれぞれの実情を踏まえながら実施される本人主体の支援であり、最終的には取組や検討の自走化が進むよう行われる。よって、目指すところはコーディネーター本人が取り組むべき課題を設定し、解決に向けて進められるようになることである。支援者が課題や解決策を提示して教えるのではなく、コーディネーター本人が考え、課題解決のプロセスを踏んでいくことを側面から支援するものであり、単純に課題解決を図るだけではなく、コーディネーターの課題解決に向けた力を高めようとするものである。

(2) 優先して取り組むべきと考えられること

① 地域課題に取り組むための基本的な動機付け・進め方を知るプログラムの開発

- 既存調査や今回の調査の結果からは、現在相談窓口配属されている者の多くにおいては日々の相談業務を通じて個別課題への対応は進めているものの、地域課題への対応は未だ進んでいないと考えられる。以上を踏まえると、コーディネーターのスキルアップ策として優先して取り組むべきは、まずは地域課題のタネを見つけ、市町村担当者と共有・精査ができるようになることである。
- そのためには、コーディネーター自身において地域課題の検討において期待される役割を認識し、それを自身のミッションと捉え、そのための行動を開始できるようにする必要がある。よって、「1.知識や技術情報等のインプットの機会」のための研修プログラムでは、改めて在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター配置の意味、コーディネーターに期待する役割等を伝えることで動機付けを進め、その実施のために必要となる基本的な知識や方法を知る内容とすることが必要である。

図表- 32 本調査研究で開発する研修プログラム



※コーディネート機能と政策形成機能に分けて検討を行う都合上、本資料ではコーディネート機能を担う者を「コーディネーター」、政策形成機能を担う者を「市町村担当者」と記載しているが、相談窓口を直営で実施している場合は双方の機能を市町村が確保することになる。

- 研修会を都道府県単位で行う場合、管内には既にlevel-1、level-2以上の取組を行っているコーディネーターがいる可能性が考えられる。その場合、研修会で学ぶことは既に知っている可能性もあるが、改めて言語化して自身の取組を再確認する機会を得ること、他のコーディネーターの状況を知ること、改めて自身が持つ知識の見直し・定着・強化が進むと考えられる。また、別のコーディネーターの支援も行えるようになることも期待できる。

- 研修プログラムはコーディネーターのスキルアップの観点から地域課題への対応を考える内容とするが、コーディネーターがlevel-1の動きが取れるようになるには、単純にコーディネーターがスキルアップするだけでなく、その力を活かせるような環境も求められる。今迄の調査研究の中では、相談窓口を委託している場合、委託先のコーディネーターからは市町村担当者とのコミュニケーションや連携の取りにくさ・難しさ等があること、委託元である市町村担当者からは相談窓口にどのようなことを求めれば良いのかわからない等の声が多く聞かれ、共に取り組んでいくことの難しさを双方が感じている状況がみられた。
- だが、地域課題検討のプロセスでも記載のとおり、地域課題の解決に向けてはコーディネート機能と政策形成機能が連動して進んでいくことになる。よって、この段階での研修プログラムでは市町村担当者の参加も積極的に働きかけ、在宅医療・介護連携推進事業の更なる理解、意識喚起等を図ることが望ましい。そのことが、市町村担当者とコーディネーターが在宅医療・介護連携の推進に向けて改めて目線を揃える機会ともなり、コーディネーターの活動のしやすさ、すなわち活動環境の整備にもつながる。

② コーディネーター間のネットワークとプラットフォームの整備・強化

- 市町村におけるコーディネーターの配置人数は少なく、コーディネーターは自身の取組が正しいのかを自問自答しながら進めている状況がある。今までの調査研究等のコーディネーターの声としても、日々の業務での迷いが生じた際に相談できる相手がほしい、一人しか配置されておらず孤独である等とし、コーディネーター同士のつながりを求める声が多くあった。
- 同じような取組をする者同士で相談し合える環境があることは、困りごとの解消のみならず、一緒に取り組んでいる仲間がいることを知るといふ交友的な観点、モチベーション維持の点からも重要である。
- 研修会は知識や技術情報等のインプットとしては有効だが、それだけで行動を変えていくことは困難である。得た知識等を日々の業務で使えるようになるには時間と経験も必要である。よって、スキルアップの機会を提供する研修プログラムに加え、得た知識等を用いて日々の業務をより良く進めていくことを支援できる環境があれば、実施した研修プログラムの効果が高く発揮される。以上に資すると考えられるのが、同じコーディネーター同士が互いの取組を共有する、困りごとを相談することができるネットワークである。
- コーディネーターの知識や技術は日々の業務における実践の中で培われるが、「第2章 2. 事例調査」の新潟県、埼玉県の例にみられるように、コーディネーター間のネットワークやその場であるプラットフォームには、取組を推進する上で生じた困りごとを相談し合う・助け合うという互助的な機能があるが、それに留まらず、コーディネーターだからこそ考えられる知識や取組の創出、自らその先へと行動しようというモチベーションの向上をもたらしめている状況がみられる。

- 以上のように、コーディネーターの主体的・自律的な取組への好影響、その結果として事業がスパイラルアップしていくことが、コーディネーター間のネットワークとプラットフォームの効果とも言える。よって、コーディネーターのネットワークやプラットフォームについては、交流等の交友的な側面だけを見るのではなく、コーディネーターによる主体的な取組を生み出す共創の場であることに着目すべきである。
- 一か所あたりのコーディネーターの配置人数を考えると、ネットワークやプラットフォームは都道府県等での広域で構築することが望ましい。だが、そのためにはコーディネーターに声をかけ、集め、立ち上げていくことが必要であり、コーディネーターだけで行うことも難しい。市町村のコーディネーターの配置状況を把握できる立場にあること、研修会を実施した場合の効果にも影響が期待できること等から、都道府県がコーディネーターの主体性を損なわないことに留意しながら、立ち上げのきっかけづくりや当面の活動の支援等を進め、活動の成熟を促していくことが望ましい。

③ 更なる推進に向けた実施体制の充実

保健所

- 市町村それぞれで実情が異なることから、伴走支援を考えた場合、市町村、圏域の状況も知る都道府県管轄の保健所による実施が期待される。医療計画における在宅医療に必要な連携を担う拠点の充実等は保健所にとっても課題である。市町村支援のみならず管内の在宅医療を推進するという観点からも、都道府県、保健所も市町村と改めて目線を合わせておくことが必要である。
- 在宅医療・介護連携の推進、在宅医療の推進は郡市医師会をはじめとする専門職団体、病院等の医療機関等の命題でもある。よって、在宅医療・介護連携の推進に向けて実施されるコーディネーターの育成に向けては、郡市医師会や都道府県医師会等とも情報共有や連携を図りつつ進めていく。

コーディネーターの所属元

- 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業の調査からは、在宅医療・介護連携推進事業に係る窓口の運営について郡市医師会、病院、地域包括支援センター等への委託が進んでいる状況がある。現在のコーディネーターを巡る状況、今後に向けた期待は所属元である機関も同様に理解していなければ、コーディネーターの活動にも課題が出る可能性がある。よって、委託を受けてコーディネーターを配置している機関においても同様にコーディネーターの活動や役割について理解を働きかけておくことが必要となる。

3. 調査研究の方向性と成果の設定

- 以上を踏まえ、本調査研究での検討の方向性等を次のようにおいた。

方向性1.地域課題への対応をコーディネーターが新たに獲得するスキルと設定する

・ 今後更に在宅医療・介護連携の推進を図るには、地域から困りごととして寄せられる相談支援という個別課題への対応のみならず、それらから地域課題の抽出を進め、地域の医療・介護の関係者らと共有した上でその解決に向けた検討を働きかけられる力が必要であり、その獲得がコーディネーターのスキルアップである。

- コーディネーターが以上の力を獲得するための方法・機会として、研修プログラムを検討する。
- 地域課題への対応にはコーディネーターと市町村担当者との連携が必要であり、その認識の獲得と目線合わせが必要となるため、市町村担当者も研修対象に含む。

方向性2.スキルの定着と醸成、新たな知を生み出すネットワークとプラットフォームが必要

・ 研修会等で知識・技術等を獲得する機会を得たとしても、それらを日々の業務で用いる中で迷いや新たな疑問が生じる。知識を根付かせていくには時間だけではなく、同じ課題に取り組む者との思いや経験の共有、検討の機会が重要となるが、一か所でのコーディネーターの配置人数は1～2人の場合が多くみられる。

- 思いや経験、知識の共有、知識の定着や新たな知識の共創の場となる、コーディネーター間のネットワーク、それを支えるプラットフォームの検討を行う。

方向性3.都道府県による支援の実施

・ 在宅医療・介護連携推進事業を進める上でコーディネーターのスキルアップやコーディネーター間のネットワーク・プラットフォームがあることは重要だが、市町村のみで実施することは困難であり、広域行政である都道府県による効果的な市町村支援の1つと考えられる。

・ 都道府県の医療計画における在宅医療に必要な連携を担う拠点との関連等も考えられる等、コーディネーターの充実は都道府県にとっても重要である。

- 今後、都道府県がコーディネーター支援を実施するための方策として検討を行う。



成果：都道府県によるコーディネーター支援の考え方の整理と研修プログラムの開発

・ 実際に都道府県が使用できる研修プログラムの検討・開発を行う。

・ コーディネーター支援を通じた市町村支援を行うにしても、都道府県の実情はそれぞれ異なる。

- 都道府県の実情を踏まえ、どう進めていくべきかを検討した上で支援方法を考えられるよう、考え方と検討プロセスを整理する。

・ 以上は、実際にコーディネーターにおいて効果があり、都道府県が取り組めるものであることが必須となる。

- 研修プログラムは2回の試行を行って検討する。また、都道府県における支援の検討については、関東信越厚生局管内10都県からの意見収受や検討委員会へのオブザーバー出席、モデル県での計画検討の試行を行って検討する。

第4章 研修プログラムの試行

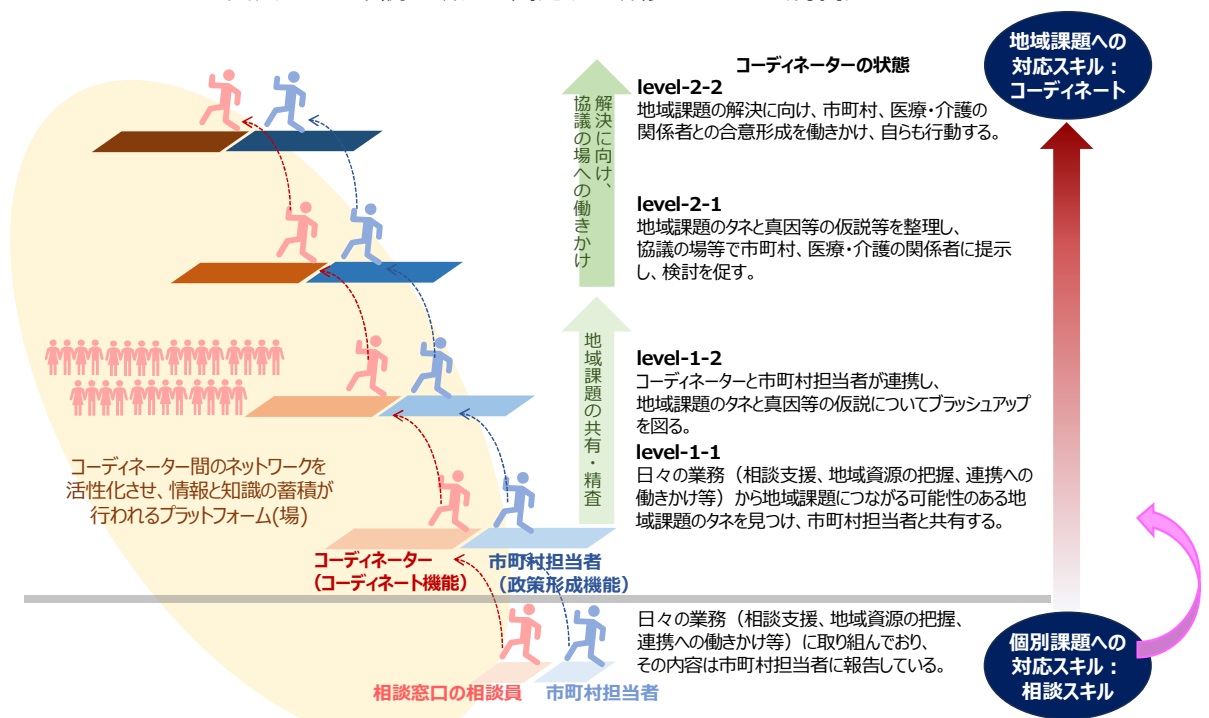
1. 試行の概要

(1) 試行にあたっての考え方

① 研修プログラムについて

- 本研修プログラムでは、コーディネーターが地域課題に取り組む意識を高め、実施のプロセスを知ること、業務の中で地域課題を意識し、実践されるようになることを目指す。
- 地域課題の解決に向けては市町村担当者との協働が求められ、共通認識を持ち、目線合わせができていくことが必要となる。よって、コーディネーターを研修プログラムの主対象とするが、市町村担当者も重要な研修対象ととらえて研修会への出席を促す。地域課題の解決に向けてはコーディネート機能と政策形成機能が連携して多職種に働きかけていくことが重要であることを明示する等し、市町村担当者自身の問題としても捉えられるよう働きかける。直営の場合は市町村担当者がコーディネート機能も行っている場合もあるため、その点も踏まえて声かけを行う。

図表- 33 本調査研究で開発する研修プログラム(再掲)



※コーディネート機能と政策形成機能に分けて検討を行う都合上、本資料ではコーディネート機能を担う者を「コーディネーター」、政策形成機能を担う者を「市町村担当者」と記載しているが、相談窓口を直営で実施している場合は双方の機能を市町村が確保することになる。

- 研修会は効果的な知識・情報提供の機会であり、グループワーク等で共に考えれば知識や経験等も共有されるが、重要なのは研修会で得た意識や認識・知識等を用いて実践にあたることである。研修会で得た意識や認識・知識は、実践を重ねる中で参加者自身のものとして定着していくが、その過程では迷い等も生じる。その際には、同じコーディネーター間のネットワークやその場となるプラットフォーム、対話等を通じた主体的な検討を促す伴走

支援が有効であることから、研修会はそれらのきっかけにもなるようにする。

- 以上は都道府県による実施を想定する。

② PDCA に基づく研修プログラム

- 研修プログラムは、対象者に求めたい姿に近づけるためのものである。よって、研修会前の状態確認、研修会の開催、研修会開催後の状態確認、研修会前後の状態を比較することで実施効果の確認、その上で次に取り組むべき事項の検討を行う等、Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）のPDCAの流れで構成する。

図表- 34 研修プログラムの流れ

1.実態確認と課題抽出	実態はどうか・解消すべき課題はなにか
2.目標設定 (短期・中期・長期)	どのようにしたいのか・なにを達成したいのか
3.達成方法の検討	達成のために効果的な手段はなにか ※この手段を研修会とするならば、研修会の企画
4.実行	手段の実行 ※この手段を研修会とするならば、研修会の実行
5.評価・改善・次の段階へ	効果確認・評価（振り返り） →達成したか・改善点はなにか・次に達成すべきことは何か

- 研修プログラムは都道府県がそれぞれの実情や特徴、問題意識、達成したいこと等をふまえて企画する。その際の検討様式は次のとおりである。

図表- 35 目標設定(例)

	短期（来年度）	中期（3年程度）	長期（将来像）
コーディネーター			
※必要に応じて追加（市町村、保健所、都道府県等）			

図表- 36 研修プログラムの企画(例)

1.本プログラムの目的		
2.入口で対象となる人物像	3.研修終了時に想定する能力・効果等	4.行動目標 (研修後)
コーディネーター :		
※必要に応じて追加 (市町村、保健所、都道府県等)		

図表- 37 研修会の全体構成

タイトル(仮)		
開催日時		
開催方法		
開催場所		
募集期間		
参加対象		
定員		
全体構成	開催前	
	研修会	
	開催後	
評価方法		

③ 研修会の内容

- 今回の試行対象は、コーディネーターが地域課題に取り組む意識を高め、実施のプロセスを知ることで取組に着手するようになる、いわば基本的な研修プログラムである。研修プログラムには、実施するためのツール＝研修資材も必要である。よって、試行ではそれぞれの実情等も反映した検討が可能となる研修プログラム検討の進め方と、その中の研修会で使用される研修資材を考える。
- 地域課題への対応を参加者がグループワークの中で体験できるよう、「グループワーク」についての資材を開発して試行する。
- 研修会の基本構成は「Ⅰ.講義・オリエンテーション等」「Ⅱ.事例・取組等の紹介」「Ⅲ.グループワーク」とする。段階的に参加者に働きかけていくことで、グループワークの実施効果も高まる。「Ⅰ」「Ⅱ」は以下の流れの趣旨を損なわなければ、各地域の要望に応じて変更することに問題はない。

図表- 38 研修会の構成

Ⅰ.講義・オリエンテーション等	基調となる話、意識を揃える話等で気持ちをセットする
Ⅱ.事例・取組等の紹介	実際の取組や情報を聞いて知る
Ⅲ.グループワーク	考える・検討のプロセスをたどることで実感する・体験する

(2) 試行の実施

- 研修プログラム、研修会の資材の妥当性確認のため、関東信越厚生局の地域包括ケア事例研究会内で研修会を終日開催にて試行することとした。次にそのプログラムの評価と修正を行ったうえで半日構成とし、群馬県の協力を得て同様の研修会を試行することとした。
- 都道府県がコーディネーターの実態を把握、その課題を検討し、一連の研修プログラムを企画するには相応の時間が必要となる。だが、研修会を行うことが目的ではなく、それによって求めたい効果、近づきたい姿に近づけるための手段である。よって、研修会開催を含む一連の研修プログラムの企画・設計をしっかりと行えているかが研修会の実施効果に大きく影響する。以上から、関東信越厚生局管内10都県内の東京都、栃木県の協力を得て、コーディネーター研修プログラムの「1.実態把握と目標設定」「2.短期目標の実現策としての研修企画」「3.研修企画」を今年度内に試行し、来年度以降に研修会の開催等を想定することとした。
- 試行①、②は実態確認～実行～評価・改善の研修プログラムの一連を実施し、研修会では研修資材も使用する。
- 試行①は関東信越厚生局管内10都県と広域を対象とし、多くの参加者も想定されるため、特に研修会の内容・研修資材の確認に重点をおく。
- 試行②は県の実情を踏まえて別途研修プログラムを企画し、実施・改善までの一連を行うが、研修資材は試行①で開発した研修資材を使用してレビューを行う。
- 試行③、④は企画都県の実情を踏まえて研修プログラム案を企画することで、検討の手順を整理する。

試行①： 関東信越厚生局事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業 研修会	研修プログラムの検討と実施(研修会開催) 対象：関東信越厚生局管内10都県内のコーディネーター、 市町村担当者、都道府県担当者(広域)
試行②： 群馬県	研修プログラムの検討と実施(研修会開催) 対象：群馬県下に設置された在宅医療・介護連携推進センター センターのコーディネーター、市町村、保健福祉事務所
試行③： 東京都	研修プログラムの企画(研修会開催は来年度以降) 対象：東京都内の在宅療養支援窓口担当者(コーディネーター)、 区市町村在宅療養担当職員
試行④： 栃木県	研修プログラムの企画(研修会開催は来年度以降) 対象：栃木県内のコーディネーター、市町職員、 在宅医療推進支援センター(健康福祉センター)

2. 試行結果

(1) 試行①：関東信越厚生局地域包括ケア事例研究会での研修会の開催

① 研修プログラムの企画

- 研修会の試行は、関東信越厚生局が実施する「令和6年度第2回地域包括ケア事例研究会」の枠内で実施した。
- 研修会のねらいは、個別課題から地域課題への展開、その中でコーディネーターに期待される役割と進め方、それを可能とする市町村担当者との関係の醸成、これらを可能とする活動環境の整備である。たとえコーディネーターが地域課題に対応できるような力をもったとしても、市町村担当者との協働体制や理解がなければその力を発揮できないため、活動環境が整っていることは大事である。よって、それが可能となる内容とした。
- 研修会の参加者はコーディネーターを主対象とするが、市町村担当者の出席も働きかけた。本研修プログラムでは、コーディネーターと市町村担当者に期待される役割を互いに認識し、目線が合うようになることを目指すため、コーディネーターの実施していることやできていることを市町村担当者が知ること、在宅医療・介護連携推進に向けて市町村担当者が担っていること等をコーディネーターが知ることが大事である。
- また、今後の都道府県による市町村支援の一環としてコーディネーターに向けた研修等の支援が行われることを想定し、関東信越厚生局管内10都県担当課からの出席も募った。

図表- 39 研修プログラムの企画

1.本プログラムの目的			
(主) コーディネーターが地域課題に取り組むことへの認識を得て、その後の主体的な取組につながるようにする (副) 市町村は地域課題に取り組む際のコーディネーターとの協働を意識、関係性を深めようとする (副) 都道府県はコーディネーター支援による効果的な市町村支援と医療計画への好影響により管内在宅医療・介護連携を推進する			
2.入口で対象となる人物像	3.研修終了時に想定する能力・効果等	4.行動目標（研修後）	
【研修対象】 関東信越厚生局管内10都県において 在宅医療・介護連携推進支援事業に従事するコーディネーター (コーディネート機能を担う者であり、事業者への委託や市町村の直営、委託先、常勤/非常勤、専任・兼務等のいずれにもこだわらない) (コーディネーターの状態) ・ level-1前を想定する	【状態】 ・ 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターのミッション・期待される役割を自分なりに他者に説明できる。 ・ 市町村担当者との連携を意識し、働きかけるための方法を考えるようになる ・ 日々の業務に取り組む際に問題や困りごとが生じた際、一緒に考えてくれそうな相手を挙げることができる。 ・ 自身の取り組みの振り返り・深耕が進み、何が自身に必要な明確になる	【行動】 次のような行動をとることができる ・ 在宅医療・介護連携推進に向け日々取り組む中で問題かもしれないとモヤモヤと考えていたことを「地域課題のタネ」として言語化できる（しようとする） ・ その仮説の裏付けとなるような情報を自ら探し、自分なりに考察できる（しようとする） ・ 以上を市町村担当者等に説明し、ブラッシュアップのため対話する（しようとする） ・ 一連の過程で生じた悩みや疑問については、一緒に考えてくれそうな相手がわかり、相談することができる	
都道府県の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) 市町村支援の難しさを感じている、コーディネーターが推進の鍵かもしれないと考えているがどう取り組めば良いかわからない。 市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) コーディネーターへの期待はあるが、コーディネーターが何をしているのか・できるのか、何を求めたら良いかわからない。	都道府県の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) 在宅医療・介護連携の推進に向けては、市町村担当者・コーディネーターの連携強化、コーディネーター支援が重要かつ効果的と考えている。 市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) 自身の役割である事業のPDCAによる推進、政策形成にはコーディネーターとの連携が必要であり、適切な情報をあげてもらうための働きかけが大事だと考えている。	都道府県の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) 効果的な事業推進・市町村支援としての戦略的な意図をもったコーディネーターのネットワークとプラットフォームの構築、次の研修等の検討を進める。 市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) コーディネーターが持つ情報・知見を引き出すための働きかけ、機会の設定、関わり方の検討等に取り組む。コーディネーターとのパートナーシップが強化される。	

② 研修会の構成

- 研修会の全体構成は次のとおりである。

図表- 40 研修会の全体構成

タイトル (仮)	在宅医療・介護連携推進事業研修会 ～コーディネーターへの期待が高まっている今、他のコーディネーターの取組から学ぼう・自身の取り組みを振り返ろう
開催日時	2024年11月19日（火） 10:00～16:30
開催方法	対面
開催場所	さいたま新都心合同庁舎 1号館 1階 多目的室
募集対象 (計50名)	50名程度 (コーディネーター) <ul style="list-style-type: none"> 市町村の在宅医療・介護連携推進事業のコーディネート業務に取り組む者（「コーディネーター」の呼称を使わない場合も、相談窓口の委託等がされている場合は該当） 在宅医療推進に向け、コーディネート業務に取り組む者（市町村） 市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者（都道府県） 10都県の在宅医療・介護連携推進支援事業の担当者
研修の 全体構成	<p>【研修会開催前】</p> <ul style="list-style-type: none"> 受講前アンケートを実施。状況の確認と研修効果測定用の設問を設定。 アンケートでは業務実施環境、取り組み状況等も確認、資料化して共有する。 <p>【研修会当日】</p> <ul style="list-style-type: none"> 研修会開催。 <p>【研修会開催後】</p> <ul style="list-style-type: none"> 受講後アンケートとして研修効果の確認を実施。研修効果測定用の設問を設定。

- 募集期間は、令和6年10月24日～11月12日である。参加者募集のパンフレット等は、関東信越厚生局地域包括ケア推進課を通じて都道府県に配布、都道府県担当者を通じて市町村担当者、市町村担当者を通じてコーディネーターに配布された。

図表- 41 研修会のパンフレット

関東信越厚生局 令和6年度 第2回 地域包括ケア事例研究会

在宅医療・介護連携推進事業研修会

～コーディネーターへの期待が高まっている今

他のコーディネーターの取り組みから学ぼう・自身の取り組みを振り返ろう～

令和6年度 老人保健健康増進等事業

在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業（㈱富士通総研）

在宅医療・介護の連携が進む中、コーディネーターに注目が集まっています。「コーディネート」には多様な要素の統合や調整で全体の調和を図ると言う意味があります。よって、コーディネーターには、多くの専門職に連携を働きかけることで在宅医療・介護連携が目指す地域包括ケアの推進に寄与することが期待されており、その実践として現場から地域で取り組むべき課題を見出し、解決に取り組むことが求められます。

では「地域課題を見つける」「それに市区町村全体で取り組む」とは一体どのようにしたら良いのでしょうか？

自信を持って答えられる**コーディネーター**は少ないのではないのでしょうか。コーディネーターではなくても相談等に取り組む中で迷いを感じている方はいませんか。そして、コーディネーターに何を求めるのか、迷う**市区町村**も多いのではないのでしょうか。**都道府県**はその市町村をどのように後押しすると良いのでしょうか。

今回の研修会では、これからの在宅医療・介護連携の進め方をコーディネーターを視点において考えます。在宅医療・介護連携推進事業の開始から約10年が経ち、「**今さら聞けない**」モヤモヤが増えていませんか。でも、多くの人が同じかもしれません。だからこそ、もう一度、お互いの話を聞いて考えてみませんか？

開催
日時

日時 : 令和6年11月19日(火)10:30～16:30(開場10:00)

開催方法 : 集合開催

会場 : さいたま新都心合同庁舎 1号館 1階 多目的室1

さいたま市中央区新都心1-1 (裏面に地図があります)

参加費無料

対象者 : 在宅医療・介護連携推進事業、在宅医療推進に係る**コーディネーター**

(「コーディネーター」の名称ではないが在医連携の相談窓口の対応をしている方もぜひ御参加ください)

市区町村担当者

都道府県担当者

定員 : 50名程度 ※応募者が定員を大きく超える場合は抽選となる場合があります

プログラム : 裏面をご参照ください。

締切 : **令和6年11月12日(火)**

申し込み : お申し込みは別添の申込ファイル (excel) で次に送付ください

fri-homecare-rs@cs.jp.fujitsu.com

(申込ファイルがお手元がない場合、上記のメールアドレスにご連絡ください。申込ファイルを送付します。)

コーディネーターとしてのスキルアップ、管内コーディネーターとの情報交換・交流の機会です。ふるってご参加ください！

※参加申し込み状況によっては合同庁舎内の別の会議室に変更する場合があります。変更の場合は参加申し込み者にお知らせいたします。

<研修後のフォローアップ>

参加して頂いた方には、研修会で得た気づきを日々の業務にも活かしていただけるよう、研修終了後も御相談への対応や情報提供等を予定しています。(令和7年3月まで)

お問い合わせ

株式会社 富士通総研 行政経営グループ 担当：名取・藤原・井加田

Email : fri-homecare-rs@cs.jp.fujitsu.com

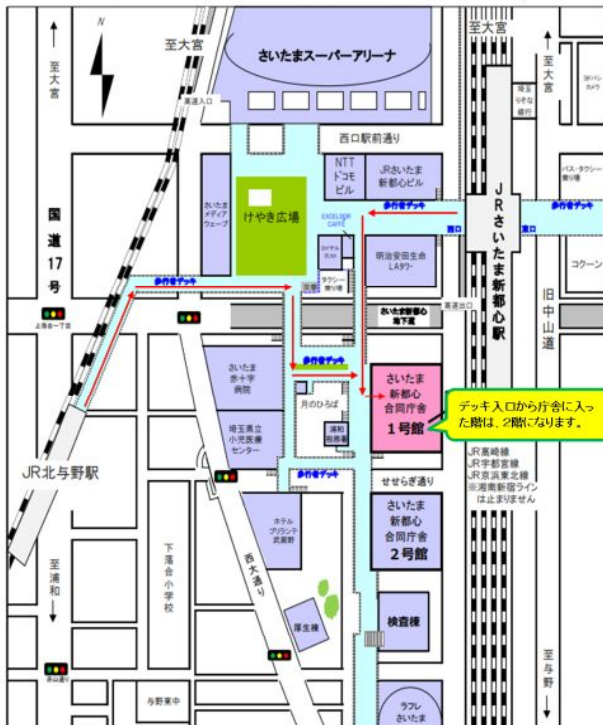
電話 : 03-6424-6752 (直通) Fax : 03-3730-6800

本研修会は株式会社富士通総研が実施する「在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業」(令和6年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業)の一環で開催されます。

<プログラム>

10:30	開会	
10:40 ~11:05	I 講義 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターの可能性	新潟県在宅医療推進センター コーディネーター 服部 美加
11:05 ~12:00	II 事例報告 地域課題のタネ、どうやって見つけていますか？活かしていますか？	
	事例① 地域課題のタネ、どう見つけている？どう伝えている？	熊谷市在宅医療支援センター コーディネーター 松本 浩一
	事例② 地域課題のタネ、コーディネーター間でどう育てている？	新潟市医師会地域医療推進室 室長 斎川 克之
	事例③ 地域課題のタネ、市町村にどう伝えればよい？共有すればよい？	千葉市在宅医療 ・介護連携支援センター所長 久保田 健太郎
12:00	休憩	
13:00 ~16:30	III これからの取組のヒントを得る ~自身の取組を振り返る・今後の取組を考える	
	オリエンテーション PDCAサイクルとコーディネーター	㈱日本医療総合研究所 地域づくり推進部 部長 川越 雅弘
	情報交換・意見交換	
	<ul style="list-style-type: none"> ○住民・患者・家族が困っていること・不利益が生じていることを出し合ってみよう (=住民の困りごとをベースとした地域課題のタネ) ○地域課題のタネから、地域で解決したいこと(地域課題)を考えてみよう ○現場で起こっていること・地域課題を市町村にうまく伝えるにはどうしたらよいか考えてみよう 	
16:30	閉会	

研修会場（さいたま新都心合同庁舎1号館）



JR京浜東北線・高崎線・宇都宮線
「さいたま新都心駅」徒歩5分
※湘南新宿ライン及び快速アーバン・ラビット
は停車しませんのでご注意ください。

JR埼京線「北与野駅」徒歩10分

③ 研修会の開催

- 当初研修会は定員50名程度を想定したが、多くの受講希望が寄せられたため、会場を変更・拡大して最大限受け入れを行った。結果、参加希望者は88名であり、その半数強がコーディネーターであった。都道府県からは8都県10名の出席があった。

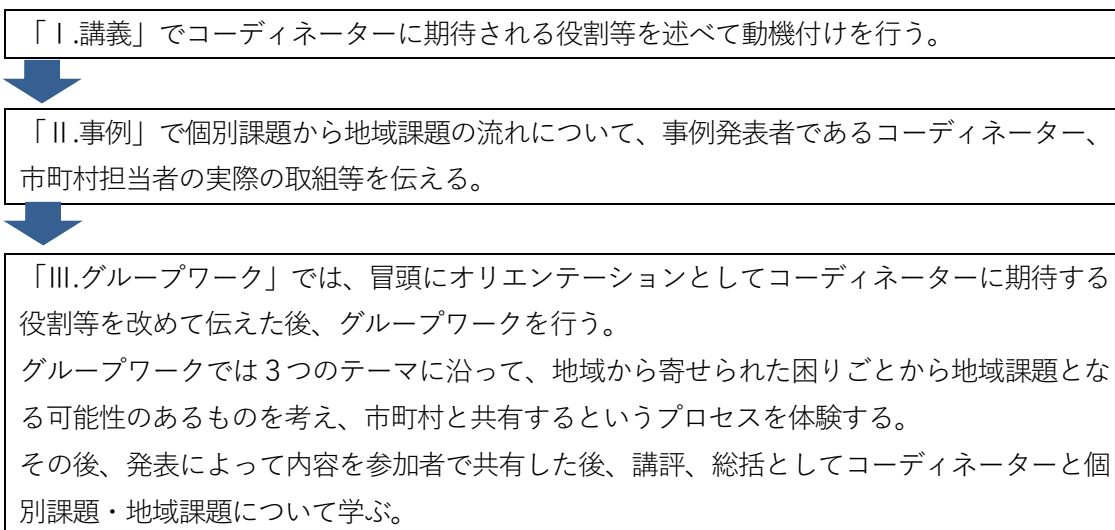
図表- 42 研修会参加者

	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	山梨県	長野県	圏域外	計
a.市町村コーディネーター	4	3	2	21	4	4	4	6	0	0	0	48
b.市町村職員（担当者）	2	3	0	7	5	7	2	1	0	1	0	28
c.市町村職員（担当者以外）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
d.都道府県職員（担当者）	1	1	0	0	1	2	2	1	0	0	0	8
e.都道府県職員（担当者以外）	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
f.その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
計	7	7	3	28	10	13	9	8	0	2	1	88

図表- 43 研修会次第

関東福祉厚生局 令和6年度 第2回地域包括ケア事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業研修会 ～コーディネーターへの期待が高まっている今 他のコーディネーターの取り組みから学ぼう・自身の取り組みを振り返ろう～ 次第	
令和6年度老人保健調査推進等事業 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業（富士通総研） 日時：令和6年11月19日（火）10：30～16：30 場所：さいたま新都心合同庁舎1号館 会議室 5-1 （敬称略）	
10:30	開会
10:40	I.講義 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターの可能性 【資料 1】 ～11:05 一般社団法人新潟県医師会 新潟県在宅医療推進センター 基幹センター コーディネーター 服部 美加
11:05	II.事例報告：地域課題のタネ、どうやって見つけていますか？活かしていますか？ 事例① 地域課題のタネ、どう見つけている？どう伝えている？ 【資料 2】 ～動き出したら仲間が増えてくる、そして繋がる～ 医療生協さいたま 熊谷生協病院 熊谷市在宅医療支援センター コーディネーター 松本 浩一 事例② 地域課題のタネ、コーディネーター間でどう育てている？ 【資料 3】 一般社団法人 新潟市医師会 地域医療推進室長 斎川 克之 事例③ 地域課題のタネ、市町村にどう伝えればよい？どう共有すればよい？ 【資料 4】 千葉県保健福祉局健康福祉部 在宅医療・介護連携支援センター 所長 久保田 健太郎
12:05	(55分)
13:00	III.これからの取組のヒントを得る ～自身の取組を振り返る・今後の取組を考える ※適宜休憩時間を挟み実施します オリエンテーション 【資料 5-1】 情報交換・意見交換 本日の振り返り・総括 【資料 5-2】 (株)日本医療総合研究所 地域づくり推進部長・認知症介護研究・研修東京センター 特別研究員 川越 雅弘
16:30	閉会
(配布資料) ・資料 1 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターの可能性 ・資料 2 事例①地域課題のタネ、どう見つけている？どう伝えている？ ・資料 3 事例②地域課題のタネ、コーディネーター間でどう育てている？ ・資料 4 事例③地域課題のタネ、市町村にどう伝えればよい？どう共有すればよい？ ・資料 5-1 オリエンテーション コーディネーターに期待される役割とは ・資料 5-2 本日の振り返り より良いコーディネートの実現に向けて、(資料 5-2 は最後にお配りします) ・参考資料 情報共有：参加コーディネーターの所属先について ※不足等があれば、お近くの事務局スタッフにお知らせください。	

- 研修会の流れは次のとおりである。研修会の終了後には、「図表-39 研修プログラムの企画」で設定した「③研修終了時に想定する能力・効果等」の状態になることを目指す。各講義資料については、資料編を参照頂きたい。



図表-44 タイムテーブル(試行①)

開始	終了	時間	項目	内容
10:00	10:30	0:30	開場	
10:30	10:40	0:10	開会・挨拶	
10:40	11:05	0:25	Ⅰ.講義	在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターの可能性
11:05	11:25	0:20	Ⅱ.事例 事例①	地域課題のタネ、どう見つけている？どう伝えている？
11:25	11:45	0:20	事例②	地域課題のタネ、コーディネーター間でどう育てている？
11:45	12:05	0:20	事例③	地域課題のタネ、市町村にどう伝えればよい？どう共有すればよい？
12:05	13:00	0:55	休憩	
13:00	13:15	0:15	オリエンテーション	Ⅲ.これからの取組のヒントを得る～自身の取組を振り返る・今後の取組を考える
13:15	13:55	0:40	グループワーク	テーマ1)住民・患者・家族が困っていること・不利益が生じていることを出し合ってみよう
13:55	14:35	0:40		テーマ2)地域課題のタネから、地域で解決したいこと(地域課題)を出し合ってみよう
14:35	15:15	0:40		テーマ3)現場で起こっていること・地域課題を市町村にうまく伝えるにはどうしたら良いか考えてみよう
15:15	16:00	0:45	全体共有	
16:00	16:20	0:20	総括	
16:20	16:30	0:10	閉会・事務連絡	

(講師・敬称略)

タイトル	内容	ここで期待したいこと
Ⅰ.講義		
在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターの可能性 (一社)新潟県医師会 新潟県在宅医療推進センター 基幹センター コーディネーター 服部 美加	コーディネーターを取り巻く状況、求められていることはなにか。 コーディネーターが日々の業務の中で感じたことやモヤモヤは地域課題のタネとなる可能性がある。 市町村担当者との連携や協働が求められること、双方の強みを活かすことが大事であり、今回の研修もその機会と捉えてほしい。	コーディネーターの取組の中での困りごと、普段感じているモヤモヤも地域課題のタネにつながる可能性がある、それを考えてみようというメッセージが伝わること。 本研修会の趣旨の把握、コーディネーター業務に取り組む者同士の共感、この後の研修に向けた心構えがされる。
Ⅱ.事例報告:地域課題のタネ、どうやって見つけていますか？活かしていますか？		
事例① 地域課題のタネ、どう見つけている？どう伝えている？ ～動き出したら仲間が増えてくる、	コーディネーターの立場から。 コーディネーターとして活動する中での仲間づくり、どのようなことにモヤモヤし、それをどのように取り組	実際の取組の中から、自身の取組にも通じる内容の確認、取組のヒント、新たな取組への気づきを得る。 コーディネーターの仕事の醍醐

そして繋がる～ 医療生協さいたま 熊谷生協病院 熊谷市在宅医療支援センター コーディネーター 松本 浩一	むべき課題として形作ってきたか。	味、楽しみを共有する。
事例② 地域課題のタネ、コーディネーター間でどう育てている？ (一社)新潟市医師会 地域医療推進室長 齋川 克之	コーディネーターを支援する基幹的な役割を持つコーディネーターの立場から。 どのような意識をもってコーディネーターと地域課題のタネをみつけ、市町村と共有し、解決を働きかけてきたか。	実際の取組の中から、自身の取組にも通じる内容の確認、取組のヒント、新たな取組への気づきを得る。地域から寄せられた相談が地域課題につながっていることを知る。
事例③ 地域課題のタネ、市町村にどう伝えればよい？どう共有すればよい？ 千葉市保健福祉局健康福祉部 在宅医療・介護連携支援センター 所長 久保田 健太郎	市町村の立場から。 市町村担当者にはどのようなミッション・役割があるのか、その達成に向けてコーディネーターに対し、どのようなことを期待したいか。	実際の取組の中から、自身の取組にも通じる内容の確認、取組のヒント、新たな取組への気づきを得る。市町村の職員の特性やミッション・役割を改めて知り、コーディネーターにどのようなことが期待されているか、どのように連携を取ると良いのかを知る。
Ⅲ.これからの取組のヒントを得る～自身の取組を振り返る・今後の取組を考える		
グループワーク (株)日本医療総合研究所 地域づくり推進部長 川越 雅弘	グループワークの導入としてコーディネーターに期待される役割、市町村担当者との連携について説明した上で、グループワーク実施。3ステップで地域の困りごとから地域課題のタネとなる可能性のあるものについて市町村担当者との共有を働きかけるプロセスを学ぶ。各グループの発表による全体共有・講師による講評を実施、総括時に再度個別課題と地域課題におけるコーディネーターへの期待を整理し、コーディネーターと市町村担当者との対話の様子も紹介。	求められていることを知ることで、地域課題に取り組むための意識がセットされる。 基本的なプロセスをたどることで、どのようにしていくのかを知り、実際に取り組んでいくための準備がなされる。

(グループワークについて)

- グループワークは次の3つのステップにて検討を実施した。グループはコーディネーターと市町村職員の混合であり、司会・書記は市町村職員が実施した。

テーマ1

住民・患者・家族が困っていること
・不利益が生じていることを
出し合ってみよう

～住民の困りごとをベースとした地域課題のタネ～

【検討の所要時間：目安】

・40分程度

【ポイント】

- ・個別課題から地域課題を考える。実際に地域の中で起きている「困りごと」をあげていく。困りごとは4つの場面でざっくりと分けてみる。※複数場面にかかる場合がある。
- ・専門職が「困っている」背景には困っている住民がいる。専門職の連携は困っている住民を中心に行われるものであり、話を明確にするためにも「住民、患者、家族」等の当事者を中心において検討する。

テーマ2
 地域課題のタネから、
 地域で解決したいこと（地域課題）
 を出し合ってみよう

- 【検討の所要時間：目安】
- ・40分程度
- 【ポイント】
- ・個別課題から地域課題を考える。テーマ1の「困りごと」の背景を考え、地域で解決したいことを整理する。
 - ・そのようなことが起きているのはなぜなのか、原因として考えられることは何か。原因の中で解決の優先度が高いものは何か、その対策としてどのようなことが考えられるのか等、何が地域課題（のタネ）なのかを考えて出し合ってみる。

テーマ3
 現場で起こっていること・地域課題を
 市町村にうまく伝えるには
 どうしたらよいか考えてみよう

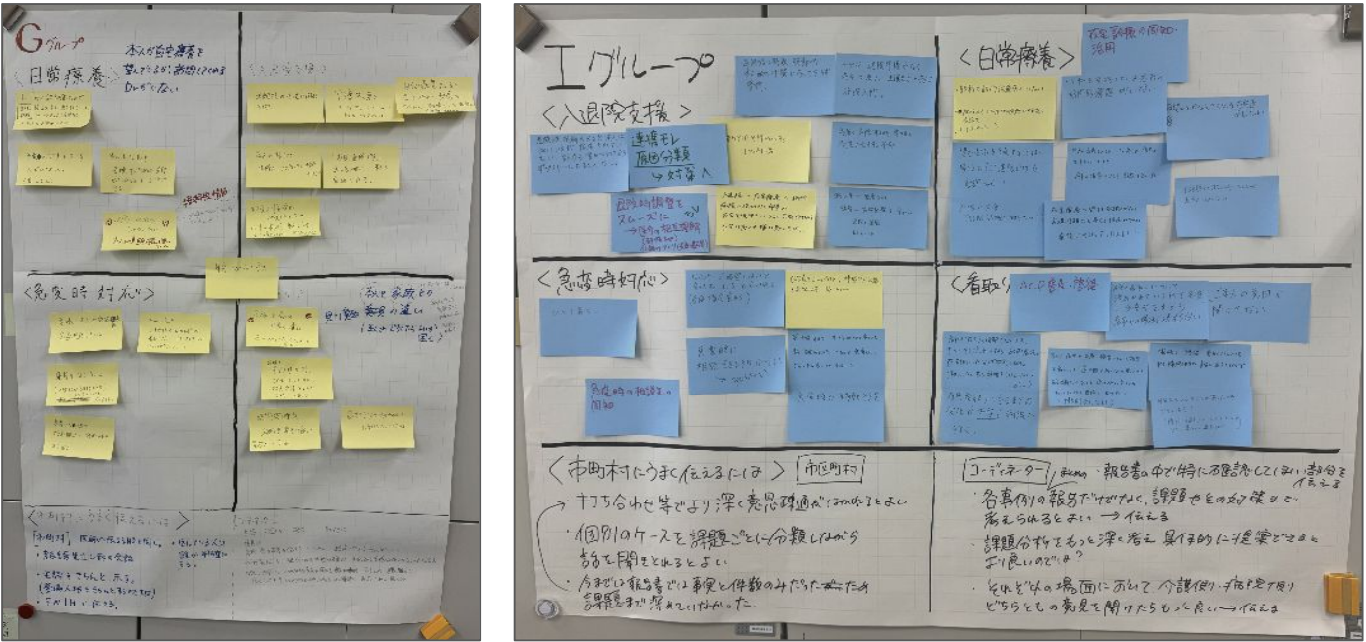
- 【所要時間：目安】
- ・40分程度
- 【ポイント】
- ・市町村担当者とコーディネーターのコミュニケーションの質を高め、地域課題を共有しやすくする方法を考える。地域課題（のタネ）を市町村にうまく伝える方法を考える。
 - ・現場で起きていることや地域課題のタネと思われるものの上手な伝え方や共有方法を考える。事実や情報、そこから考えられること（仮説・評価・見解等）、以上を補足する情報や資料等を考え、理解・共有を働きかける方法を考える。

全体での共有・講評・総括

- 【所要時間：目安】
- ・全体での共有は発表グループ数によるが、大体の発表時間を決めて実施した。
- 【ポイント】
- ・検討結果は、各グループの司会（市町村職員）が発表し、全体で共有した。
 - ・講評は事例講師及びアドバイザー、総括はグループワーク講師が実施した。

○ 模造紙は次のように枠を設定して検討を行った。

図表- 45 グループワーク発表資料



④ 研修会の実施効果の確認（評価）

-1. 実施効果の確認

- 研修会に参加したコーディネーター、市町村担当者にアンケートを送付し、受講前に実施したアンケートと合わせて実施効果を確認した。回収状況は以下のとおりである。

対象	研修参加者のうち、 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター(49名) 市町村の担当職員(29名) の計78名	
配布・回収	全対象者に対し、研修参加前・後に Microsoft Excel ファイルで作成した調査票を配布・回収したものを集計した。	
受講前 アンケート	実施時期	令和6年11月11日～11月14日
	回収状況	回収数 :78(回収率100%) うちコーディネーター :49 うち市町村担当者 :29
受講後 アンケート	実施状況	令和6年11月25日～12月2日
	回収状況	回収数 :75(回収率96.1%) うちコーディネーター :46 うち市町村担当者 :29

- なお、研修会開催当日に受講後アンケートを実施する場合、回収率は見込まれるものの、研修後の高揚した気分のまま回答してしまう場合がある。そのため、受講後アンケートについては研修会実施より数日おいてから調査票を送付、回答を依頼している。
- 開催前・後のアンケートでは次の質問を共通で設定し、回答を比較した。

1. 地域課題の検討に向けたコーディネーターと市町村担当者の状況

1. 受け付けた相談への対応結果をコーディネーターと市町村担当者と共有する
2. 受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題と自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村担当者と共有する
3. 受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、その内容や対応についてコーディネーターと市町村担当者とディスカッションする
4. 地域ケア会議や多職種との会議に出席する際は、地域固有の課題だけではなく、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけようとしている
5. 地域ケア会議や多職種との会議等から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村担当者と共有する
6. 地域ケア会議や多職種との会議等から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、その内容や対応についてコーディネーターと市町村担当者とディスカッションする

(選択肢)

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| a.常にそのようにできている | b.概ねそのようにできている |
| c.そのようにしたいと考え徐々に取り組んでいる | |
| d.そのようにしたいが取り組めていない | e.特にそのようにすることは考えていない |

II.他者に説明ができるか

1. なぜ地域包括ケアシステムにおいて、在宅医療・介護連携は必要なのか。
2. 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターは、どのような目的のもと活動しているのか。
3. 在宅医療・介護連携のコーディネーターの取組の中で、最も大事だと考えることは何か。

(選択肢)

- | | |
|-------------------|------------------|
| a.説明できそう | b.時間をかければ説明できそう |
| c.時間と資料があれば説明できそう | d.時間と資料があっても難しそう |

-2. 結果について

- 開催前・後を比較した結果については、「up」「stay」「down」で評価した。「up」は、「時間をかければ説明できそうだ→できそうだ」等、受講前より受講後の方の評価が上がったことを示す。「down」は「概ねそのようにできている→特にそのようにすることは考えていない」のように、受講前より受講後の評価が下降したことを示す。「stay」は特に変化がないものである。
- 「I.地域課題の検討に向けたコーディネーターと市町村担当者の状況」は、日々の業務をどのようにしているかの確認である。開催前・後のアンケートを実施した日には1か月もあいておらず、日々の業務は大きく変化していないと考えられる。従って、ここで生じる受講前・後の変化には、研修会の受講前・後で参加者の意識（評価）が変わったことによる考えられる。
- 「II.他者に説明ができるか」は、他者に対し言語化して説明できるかという自己評価である。ここで生じる受講前・後の変化は、研修会に参加したことによって、自分がどう変わったか感じているかによると考えられる。但し、以上はあくまで自己評価であり、特にIIの質問の回答は各々の考えによって異なる点には留意いただきたい。受講前・後の回答結果は次頁のとおりである。
- 通常「up」が研修会の実施効果として捉えられる。だが、今までは疑問に思わなかったことについて、新たに知識や認識を得たことで評価が厳しくなり「down」する場合もある。本当はできていなかったのではないか、こういうことだったのかと気づいた等の場合であり、認識、意識が変わった結果「downする」ことも研修会の実施効果として考えられる。今回の場合、「I.地域課題の検討に向けたコーディネーターと市町村担当者の状況」は、地域課題に係るコーディネーターと市町村担当者の関係についての問であり、「down」は研修会による気づきと考えられる。一方、「II.他者に説明ができるか」は新たに知識等を得ることで「up」することになると考えられる。

1.地域課題の検討に向けたコーディネーターと市町村担当者の状況

(全体)

	回答数				%		
	up	stay	down	計	up	stay	down
1.受け付けた相談への対応結果を、コーディネーターと市町村職員で共有する。	9	40	17	66	13.6%	60.6%	25.8%
2.受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村職員で共有する。	9	39	18	66	13.6%	59.1%	27.3%
3.受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、その内容や対応についてコーディネーターと市町村職員でディスカッションする。	15	38	14	67	22.7%	57.6%	21.2%
4.地域ケア会議や多職種との会議等に出席する際は、地域固有の課題だけではなく、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけようとしている。	15	36	14	65	22.7%	54.5%	21.2%
5.地域ケア会議や多職種との会議等から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村職員で共有する。	15	35	15	65	22.7%	53.0%	22.7%
6.地域ケア会議や多職種との会議等から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、その内容や対応についてコーディネーターと市町村職員でディスカッションする。	10	41	14	65	15.2%	62.1%	21.2%

(コーディネーター)

	回答数				%		
	up	stay	down	計	up	stay	down
1.受け付けた相談への対応結果を、コーディネーターと市町村職員で共有する。	6	26	9	41	14.6%	63.4%	22.0%
2.受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村職員で共有する。	6	22	13	41	14.6%	53.7%	31.7%
3.受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、その内容や対応についてコーディネーターと市町村職員でディスカッションする。	8	24	9	41	19.5%	58.5%	22.0%
4.地域ケア会議や多職種との会議等に出席する際は、地域固有の課題だけではなく、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけようとしている。	9	23	7	39	22.0%	56.1%	17.1%
5.地域ケア会議や多職種との会議等から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村職員で共有する。	9	20	10	39	22.0%	48.8%	24.4%
6.地域ケア会議や多職種との会議等から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、その内容や対応についてコーディネーターと市町村職員でディスカッションする。	5	26	8	39	12.2%	63.4%	19.5%

(市町村)

	回答数				%		
	up	stay	down	計	up	stay	down
1.受け付けた相談への対応結果を、コーディネーターと市町村職員で共有する。	3	14	8	25	12.0%	56.0%	32.0%
2.受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村職員で共有する。	3	17	5	25	12.0%	68.0%	20.0%
3.受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、その内容や対応についてコーディネーターと市町村職員でディスカッションする。	7	14	5	26	28.0%	56.0%	20.0%
4.地域ケア会議や多職種との会議等に出席する際は、地域固有の課題だけではなく、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけようとしている。	6	13	7	26	24.0%	52.0%	28.0%
5.地域ケア会議や多職種との会議等から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村職員で共有する。	6	15	5	26	24.0%	60.0%	20.0%
6.地域ケア会議や多職種との会議等から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、その内容や対応についてコーディネーターと市町村職員でディスカッションする。	5	15	6	26	20.0%	60.0%	24.0%

II.他者に説明ができるか

(全体)

	回答数				%		
	up	stay	down	計	up	stay	down
1.なぜ、地域包括ケアシステムにおいて、在宅医療・介護連携は必要なのですか？	16	46	5	67	23.9%	68.7%	7.5%
2.在宅医療・介護連携のコーディネーターは、どのような目的のもと活動しているのですか？	24	36	7	67	35.8%	53.7%	10.4%
3.在宅医療・介護連携のコーディネーターの取り組みの中で、最も大事だと考えることは何ですか？	24	33	10	67	35.8%	49.3%	14.9%

(コーディネーター)

	回答数				%		
	up	stay	down	計	up	stay	down
1.なぜ、地域包括ケアシステムにおいて、在宅医療・介護連携は必要なのですか？	11	27	3	41	26.8%	65.9%	7.3%
2.在宅医療・介護連携のコーディネーターは、どのような目的のもと活動しているのですか？	16	21	4	41	39.0%	51.2%	9.8%
3.在宅医療・介護連携のコーディネーターの取り組みの中で、最も大事だと考えることは何ですか？	13	22	6	41	31.7%	53.7%	14.6%

(市町村)

	回答数				%		
	up	stay	down	計	up	stay	down
1.なぜ、地域包括ケアシステムにおいて、在宅医療・介護連携は必要なのですか？	5	19	2	26	19.2%	73.1%	7.7%
2.在宅医療・介護連携のコーディネーターは、どのような目的のもと活動しているのですか？	8	15	3	26	30.8%	57.7%	11.5%
3.在宅医療・介護連携のコーディネーターの取り組みの中で、最も大事だと考えることは何ですか？	11	11	4	26	42.3%	42.3%	15.4%

(アンケート結果から)

I.地域課題の検討に向けたコーディネーターと市町村担当者の状況

- 「up」は参加前より評価が上がったことを示し、自身の今までの活動がどのような意味・意義を持っていたか理解した者と考えられる。「down」は参加前より評価が下がったことを示し、今まではできていたと考えていたが違った、更にすべきことがあると知った者と考えられる。
- コーディネーターの結果を見ると、「down」となった者の割合が「up」した者の割合より高い項目が多く、特に「市町村担当者と・・・」の連携についての項目にみられる。「受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村担当者で共有する」は他項目より開きが大きい。一方で、「地域ケア会議や多職種との会議等に参加する際は、地域固有の課題だけではなく、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけようとしている」では「up」傾向がみられる。

- 市町村担当者の結果を見ると、コーディネーターとの連携についての項目に対し「down」する傾向がみられる傾向がみられる。一方で、「受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、その内容や対応についてコーディネーターと市町村担当者とディスカッションする」、「地域ケア会議や多職種との会議等から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村担当者と共有する」には「up」傾向がみられる。

(考察)

- コーディネーターによる相談の対応の多くが個別対応に留まり地域課題まで至っておらず、市町村担当者とも共有が進んでいなかったことや、今回の研修を受けて地域課題に取り組むことの必要性に気づいたと考えられる。
- 同様に、市町村担当者もコーディネーターとの連携に言及した項目に「down」傾向がみられるが、「受け付けた相談への対応結果から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、その内容や対応についてコーディネーターと市町村担当者とディスカッションする」、「地域ケア会議や多職種との会議等から、地域共通の課題や自治体全体で取り組んだ方がよさそうなものを見つけ、コーディネーターと市町村担当者と共有する」には「up」傾向がみられる。以上は相談以外の場面で地域課題にコーディネーターと取り組んでいたことへの気づきと考えられる。

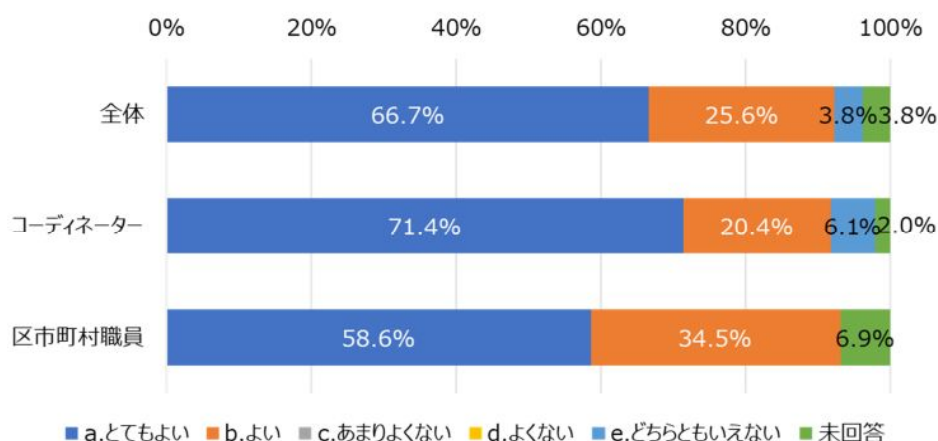
II.他者に説明ができるか

- 「up」は開催前より開催後の評価が上がったことを示し、研修前より理解が進んだことを示す。「down」は参加前より評価が下がったことを示し、研修前よりよくわからなくなってしまったことを示す。
- コーディネーターの結果をみると、いずれの項目も「up」の傾向にある。特に「up」傾向が顕著であるのは「在宅医療・介護連携のコーディネーターはどのような目的のもと活動しているのか」である。
- 市町村担当者の結果をみると、いずれの項目も「up」の傾向にある。特に「up」傾向が顕著であるのは「在宅医療・介護連携のコーディネーターの取り組みの中で最も大事なと考えることは何か」である。
- コーディネーター、市町村担当者共に全項目において「up」している。IIについては設問の間に対する答えがそれぞれ違うと考えられるが、いずれにしても理解度や意識が上がったことに変わりはない。

(考察)

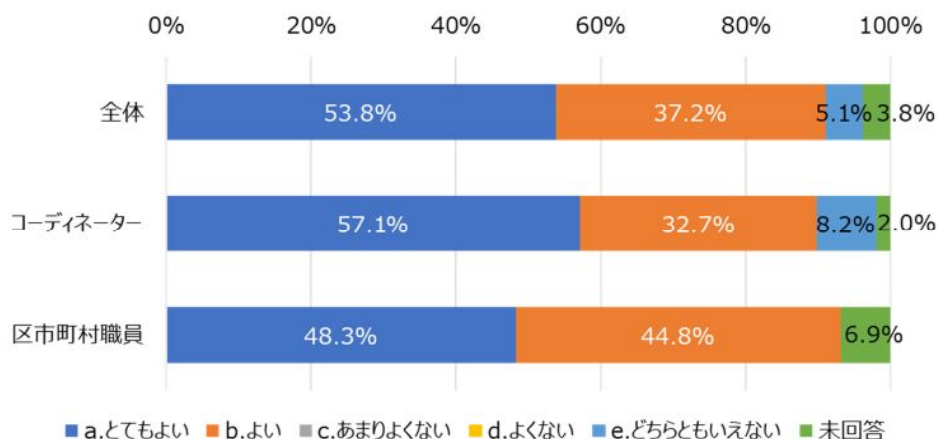
- 以上の調査結果からは、当初の研修プログラム企画時において想定していたこと（研修終了時に想定する能力・効果等）が、コーディネーター、市区町村職員とも概ね達成できたのではないかと考えられ、研修会自体の評価も高かった。

図表- 46 コーディネーターに焦点をあてた研修であることの評価



コーディネーターの自由記述(抜粋)
 (とてもよい・よい)
 ・ 求められる機能と役割について改めて学ぶことができた
 ・ 市町村から何を求められているのかわかった
 ・ 同じことに取り組む仲間の意見を聞いて有意義だった
 ・ 今までコーディネーターに焦点をあてた研修がなく、自分の行っていることが正しいのわからなかった
 ・ お互いを知ることができ、非常に面白かった ・・・等
 (どちらとも言えない)
 ・ 情報交換ができてよかったが、今以上の高いレベルを求められているような気がしてしまい、自分の力量に不安を感じた
 ・ 地域差があるためひとくくりでコーディネーターの役割となってしまうと混乱する

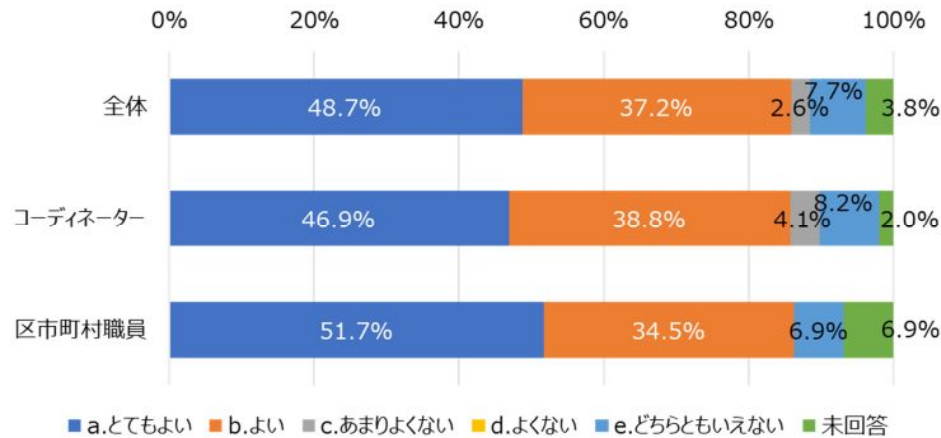
図表- 47 研修会の構成は企画趣旨※を踏まえたものとなっていたか



※企画趣旨: コーディネーターは自身の取組の振り返りと今後を考えるため・市町村は状況を知り、コーディネーターに何を期待し、どう一緒に取り組むかを考える

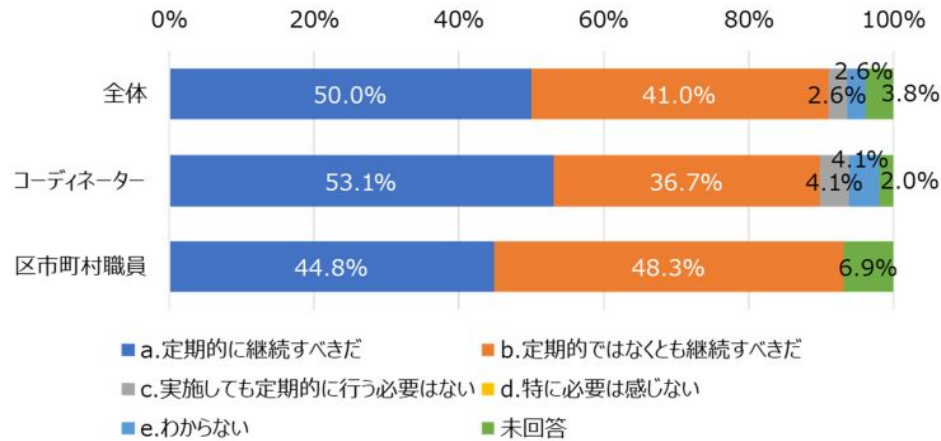
コーディネーターの自由記述(抜粋)
 (とてもよい・よい)
 ・ 役割を再認識し、行政へのアプローチ方法が明確になった。
 ・ 色々な立場のコーディネーターがどう業務しているのかを学べ、自分は地域でどうしていくことができるのかを考えることができた
 ・ 関係機関からの相談の活かし方を学べた
 ・ 考え方の順番が明確であり、それに関連した事例が聞けた
 ・ 企画の意図がわかるような内容だった 等
 (どちらとも言えない)
 ・ 実際に市町村担当者と一緒に GW できると更に協働しやすくなったと思っ 等

図表- 48 同じような課題を抱える者同士が互いに教え合う・共に話し合うことの効果



コーディネーターの自由記述(抜粋)
 (とてもよい・よい)
 ・ 今回のように集まることで自分の地域や近隣だけの特有の悩みなのか、他の地域でも感じていることなのかを知ることができ、一人ではないと感じることができた
 ・ お互い抱えていることを伝えあい、共に話し合うことができたことは自分一人が悩んでいるのではないと仲間意識が芽生えた、仲間がいるとモチベーションが上がる 等
 (あまりよくない)
 ・ 共に話し合うことはできたが、テーマが大きすぎて不消化に終わってしまった 等
 (どちらとも言えない)
 ・ 地域差があり、同じような課題とは言えないと思った
 ・ 共通性があまりなく、それはもうやった等の反応もあり、自分では役に立たないと感じた 等

図表- 49 コーディネーターに向けた研修を続けていくことについて



コーディネーターの自由記述(抜粋)
 (定期的に継続・継続すべき)
 ・ 一人で業務している者も多く色々な悩みがある中、自分だけではないという共感や振り返り等、多くのものを得られるチャンスである
 ・ 定期的であれば理解が深まる、日々の疑問や悩みを解決できる
 ・ 役割を明確にして共通理解する機会はあった方がよい
 ・ 実際に話すことで横のつながりが強化できる
 ・ 孤軍奮闘、同じ境遇の仲間とのネットワーク形成のために 等
 (実施しても定期的に行う必要はない)
 ・ コーディネーターが病院・行政と異なり、求めているものも異なるので腑に落ちないで終わってしまった (わからない)
 ・ 現状、県等の研修もあり参加の優先度は落ちるが、役だったと考える人が多いなら継続してほしい

- コーディネーターの自由回答では、「求められている役割を再認識した」、「市町村担当者とのように連携していけばよいのか理解した」「自分だけではないという共感を得た」等のプラスイメージの内容が多く見られた。一方で、「地域差があり、同じような課題とは言えないと思った」「共通性があまりないと感じた」等もあった。

(考察)

- 今回、関東信越厚生局管内と言う広域で実施したことで地域差が拡大し、特にそうした意見が出たとも考えられ、それらは都道府県単位での実施、グループワーク進行状の配慮によって軽減されるのではないかと考えられる。

-3. 関東信越厚生局での研修会の試行への委員からの評価

- 試行の結果を委員会で検証し、研修プログラム企画時に設定した「研修会終了時に想定する能力・効果等」は概ね達成できたものと評価されたため、次の試行でも同様に実施し、ブラッシュアップを図ることとなった。
- 併せて、本研修会の内容を研修プログラムと合わせて展開していく際の使いやすさを重視して半日版を検討することとした。また、研修会で実施したグループワークについて、他の講師でも進行やファシリテーションを行いやすくすることが必要と考えられた。

(2) 試行②：群馬県における研修プログラムの検討と実施

① 群馬県の状況

-1. 管内の在宅医療・介護連携推進事業とコーディネーターの状況

- 群馬県では、平成27年度より県内各市町村にて在宅医療・介護連携推進事業の実施体制の整備を開始した。県は保健福祉事務所と共に地域の関係団体と連携して支援を進め、平成30年度には管内全市町村において在宅医療・介護連携推進事業を開始することができた。
- 在宅医療・介護連携推進事業による支援窓口が、管内35市町村に対し15か所設置されている。直営の2か所を除き、多くの地域で郡市医師会及び大学が圏域内の市町村から事業を受託し、12か所ではそれぞれ相談センター等を開設している。名称は様々であるが、当報告書においては、共通名称として、群馬県内15か所の支援窓口を「在宅医療・介護連携支援センター（本項では以下「センター」という。）」と総称する。
- 群馬県ではセンターに配属されている人材をコーディネーターと想定している。配置人数は1か所あたり1人～4人と様々である。（※常勤・非常勤・兼務計 厚生労働省 令和6年度「在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査」）
- コーディネーター間のネットワークが「連携相談情報交換会：つなぐんま」（以下「つなぐんま」という。）である。「つなぐんま」は県内ほぼ全てのセンターのコーディネーターが参加する主体的な活動である。事務局は持ち回りであり、取組等の共有、情報交換を年2回程度実施し、令和6年度末までに計25回開催している。開催時には、県は会場確保等を支援し、会にもオブザーバー参加をしている。「つなぐんま」参加のコーディネーターは県担当者も参加するメーリングリストでつながっており、各センターが実施する事業の情報交換等が行われている。
- 在宅医療・介護連携推進事業、在宅医療の担当課は健康福祉課医療・福祉連携推進室である。

-2. 試行までの経緯

- 令和2年からの新型コロナウイルス感染症は、それまで培ってきた県、保健福祉事務所、市町村間の連携にも影響をもたらした。さらに地域によっては急速な人口減少と高齢化、一方での資源の少なさ等もあり、在宅医療・介護連携を進める上での難しさも生じている。
- 県では第8次医療計画の在宅医療に必要な連携を担う拠点としてセンターを位置付けており、今後の推進に向けた期待もある。令和6年度に県と県医師会は県内各地域のセンターのコーディネーターと意見交換を行ったが、県は市町村における在宅医療・介護連携推進の鍵ともいえるコーディネーターへの支援の必要性について考えることとなった。
- 県では毎年「市町村等在宅医療・介護連携推進事業研修会」を開催している。研修会は広域的な観点からの人材育成として、市町村、センターのコーディネーター、郡市医師会、保健福祉事務所を対象に座学中心で実施している。今後、県としてどのような支援が求められるのか検討を深めたいと考えている中で、本試行の打診があった。

② 研修プログラムの企画・開催

-1. 実態確認と課題抽出

- 試行に際し、現在の群馬県の実情に即した研修プログラムの検討を行った。研修プログラムはPDCAに則り構成されることから、県と事務局では意見交換によって県が把握している状況、認識を聞き取り、実態の把握と課題についての検討を行った。

図表- 50 研修プログラムの流れ(再掲)

1.実態確認と課題抽出	実態はどうか・解消すべき課題はなにか
2.目標設定 (短期・中期・長期)	どのようにしたいのか・なにを達成したいのか
3.達成方法の検討	達成のために効果的な手段はなにか ※この手段を研修会とするならば、研修会の企画
4.実行	手段の実行 ※この手段を研修会とするならば、研修会の実行
5.評価・改善・次の段階へ	効果確認・評価（振り返り） →達成したか・改善点はなにか・次に達成すべきことは何か

- コーディネーターの実態を捉える中で、市町村担当者、保健福祉事務所もコーディネーターの活動に影響を及ぼしている可能性がうかがわれた。

コーディネーター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各々の地域で日々の業務を頑張っている。 ・ 一方で、期間の経過と共に決まった業務を繰り返しているようなマンネリ感が生じている状況もみられる。 ・ コーディネーターの活動が、個々人の職歴や考え方に左右される傾向もみられる。 ・ 1人体制が多く、業務負荷が大きい、検討を深めにくい等、仕事をする上で難しさを感じている。 ・ コーディネーター間のネットワークがあることは良いが、なかなか情報交換の域を出ず、その中で共に何かを深めるまで進んでいない。 ・ 人材が定着しない。 ・ 市町村担当者は異動もあることから、仕事を進めていく際の関係づくりや、取組の推進に向けて意識を揃えることに難しさを感じている。
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人事異動もあり、コーディネーターと共に取り組む関係性を築くことへの意識を揃えることも困難(委託・受託の関係から抜け出せない懸念も)。
保健福祉事務所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ごとに市町村と保健福祉事務所との関係性もまちまちである。当初のような連携には至っていないところもある。

- 従前のコーディネーターとの意見交換等からは、コーディネーターにおける仕事の進めにくさ、その背景の一つとして市町村担当者との意識が揃えにくい状況がある可能性が認められた。また、在宅医療・介護連携推進事業を進める上でのコーディネーターと市町村担当者の役割、双方が連携することの必要性がきちんと認識されていない可能性もあると考えられた。

- 各センターへの配置人数が限られている状況から、コーディネーター間のネットワークである「つなぐんま」の有用性は高い。現状でも定期的な会合を通じてコーディネーター間の交流は図られているが、コーディネーター同士で何かを考える・生み出すような場となるよう強化を図ることが、センターの強化、在宅医療・介護連携の推進につながると思われる、県がその支援を行うことは効果的と考えられた。
- よって、一連の研修プログラム、研修会の検討・実施をする過程でコーディネーターの意見收受、意見交換等も実施することで、「つなぐんま」のより主体的な活動、ネットワーク強化も視野に入れて進めることとした。

-2. 目標設定

- 県はコーディネーターにどのようなになってほしいかを考え、それを短期・中期・長期の目標としておいた。一方、在宅医療・介護連携はコーディネーターのみで進むものではない。改めて在宅医療・介護連携の推進を図る上でも、関係者が同じ方向に目線合わせをし、皆で取り組んでいくことが必要である。よって、互いの役割や求められることを知ることは重要と考え、市町村職員、保健福祉事務所に対しても目標を設定し、その短期目標を達成するための研修プログラムを検討することとした。

図表- 51 目標設定(群馬県)

	短期（今年度）	中期（3年程度）	長期（将来像）
コーディネーター	在宅医療・介護連携推進事業に携わるコーディネーターとして、自己に求められる役割や業務内容について改めて理解できる	市町村との関係構築を進め、行政に課題を提案するとともに、地域課題を関係者間で共有できる環境を整備できる	地域の課題を的確に把握し、市町村と共有するとともに、課題解決に向けた取組を市町村等と連携して進められる
市町村職員	在宅医療・介護連携事業について、コーディネーターと共通認識のもと、話し合うことができる	コーディネーターと目指す姿を共有し、目線を合わせて事業に取り組む	コーディネーターと連携して地域の課題を把握するとともに、地域の課題解決に向けた取組を企画・実行（委託・補助含む）できる
保健福祉事務所	地域包括ケアや在宅医療と深くかかわる分野である、在宅医療・介護連携推進事業について理解を深めてもらい、事業へ協力いただける土台を作る	コーディネーターや市町村からの協力要請に必要があれば応じることができる	在宅医療に関する連携拠点（地域住民の健康を支える広域的・専門的・技術的拠点）として、コーディネーターや市町村からの相談窓口（主に保健医療分野）を担う
(環境?)	情報・知識の習得（再確認）、共有	コーディネーターが把握した課題の共有が関係者間でなされる	把握された課題の解決に向けた取組が仕組みとして行われる

→ 短期目標を達成するための「研修プログラム」の検討

資料：群馬県健康福祉課医療福祉連携推進室

-3. 達成方法の検討

- コーディネーター、市町村担当者、保健福祉事務所それぞれの短期目標に共通することは、今一度在宅医療・介護連携推進事業について考え、目線を合わせ、その中での自身の役割・なすべきことを知る・考えるということである。そのためには共通の機会が必要となるため、研修会をその機会として捉えて検討することとした。
- 研修会でコーディネーターが力をつけた場合、コーディネーターがその力を活かして活動できる環境も必要である。よって、本研修プログラムを知識や技術の獲得の機会のみとせず、研修会の中でコーディネーターと市町村が互いの持つ力を知り、共に取り組んでいくことへの意識や関係性が深まる構成を考えた。また、市町村と保健福祉事務所の連携強化、圏域単位での支援の強化も期待して、保健福祉事務所のオブザーバー参加を呼び掛けた。

図表- 52 研修プログラムの企画(群馬県)

1.本プログラムの目的		
(主) コーディネーターが、在宅医療・介護連携推進事業における自己に求められる役割や業務内容について確認できる (副) 市町村職員が、在宅医療・介護連携事業の事業主体として、コーディネーターと共通の知識・考え方を共有できる (副) 保健福祉事務所に、在宅医療・介護連携推進事業について理解を深めてもらい、事業へ協力いただける土台を作る		
2.入口で対象となる人物像	3.研修終了時に想定する能力・効果等	4.行動目標 (研修後)
コーディネーター 各センターで在宅医療・介護連携支援事業に従事する者 (level 0～1：初任者又は就任後3年未満の者※)	在宅医療・介護連携推進事業の必要性やコーディネーターの役割、基本的な業務内容に関する理解が深まる ・level1.5程度	日々の業務の遂行に当たり、意識して課題の把握・整理に取り組める。 把握した地域課題を市町村と共有するため定例会議等で報告できる。
市町村職員 在宅医療・介護連携推進事業の担当者	在宅医療・介護連携推進事業の必要性やコーディネーターの役割について理解が深まる。 事業に市町村が関わる事の必要性・有用性について理解が深まる。	コーディネーターとの打ち合わせに際し、地域課題をコーディネーターと共有しようという姿勢と市町村の役割を考える行動が見られる。
保健福祉事務所 (今回の研修ではオブザーバー的な位置付けを想定：11/19厚生局研修会の都道府県をイメージ) 地域包括ケア担当者	地域包括ケアシステムや在宅医療推進における、在宅医療・介護連携事業についての理解が深まる。	コーディネーター、市町村等関係機関からの協力要請について、必要があれば応じられる体制を整える。

資料：群馬県健康福祉課医療福祉連携推進室

- 毎年、県は市町村等在宅医療・介護連携推進事業研修会を開催しており、令和6年度も関係者間の連携強化を全体テーマとする研修会を11月に実施していた。よって、今回試行する研修会は「令和6年度第2回市町村等在宅医療・介護連携推進事業研修会～ステップアップ編～」(令和7年2月7日開催)と題し、半日開催で行うこととした。そのため、研修会の構成についても見直しを行った。
- 研修会の内容にはコーディネーターの意見を反映することが大事であり、「つなぐんま」に参加するコーディネーターに対し、難しさを感じていること、解消したいこと、研修会の中で実施してほしいこと等を確認した。また、研修会はコーディネーターの成長の機会であり、研修会はコーディネーターの問題でもある。その検討を「つなぐんま」でも行うことはネットワーク強化にもつながるため、今後の検討にはコーディネーターにも入ってもらえるよう、研修会の実施後にはコーディネーター有志による振り返り会を行うこととした。

-4. 実行

- 本研修会の周知にあたっては、対象をコーディネーター、市町村担当者、保健福祉事務所としながらも、「在宅医療・介護連携支援センターに焦点をあて、実際の取組に落とし込んで考える」として周知した。
- 募集期間も短く、年度末の時期ながらも15か所中12か所のセンターからコーディネーターの出席がある等、関心の高さがうかがわれた。

図表- 53 研修会参加者

コーディネーター (在宅医療・介護連携支援センター)	20名 (12センターより参加)	同じセンター・圏域でコーディネーターと市町村担当者のグループを組成してワークを実施
市町村担当者	14名(14市町村より参加)	
保健福祉事務所	10名(8か所より参加)	傍聴

図表- 54 研修会次第

主催 関東信越厚生局・群馬県

令和6年度 第2回 市町村等在宅医療・介護連携推進事業研修会

～ステップアップ編～

次第

令和6年度宅人保健健康増進事業 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業（富士通総研）
 日時：令和7年2月7日（金）13:00～17:00
 場所：群馬県生涯学習センター 4階 第1研修室(A・B)

(敬称略)

13:00	開会 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 課長 齋藤 康博	
～13:15	本研修の趣旨説明と第1回研修の振り返り 株式会社富士通総研 行政経営グループ チーフシニアコンサルタント 公共政策研究センター 上級研究員 名取 直美	【資料1】
13:15 ～13:45	I. 講義 市町村と在宅医療・介護連携支援センターの協働による在宅医療・介護連携の推進 ～新潟県の事例から～ 一般社団法人 新潟市医師会 地域医療推進室長 斎川 克之	【資料2】
13:45 ～16:50	II. ～自身の取組を振り返る・今後の取組を考える 日々の取組のみならず課題を考える ※適宜休憩時間を挟み実施します オリエンテーション 意見交換 本日の振り返り・総括 (株)日本医療総合研究所 地域づくり推進部長・認知症介護研究・研修東京センター 特別研究員 川越 雅弘	【資料3-1】 【資料3-2】
16:50	閉会 群馬県 健康福祉部健康増進課 医療・福祉連携推進室 室長 高橋 智之	

(配布資料)

- ・資料1 本研修の趣旨と第1回研修の振り返り
- ・資料2 市町村と在宅医療・介護連携支援センターの協働による在宅医療・介護連携の推進
- ・資料3-1 市町村と在宅医療・介護連携支援センター ～コーディネーターに期待される役割とは
- ・資料3-2 本日の振り返り より良いコーディネートの実現に向けて (資料3-2は最後にお配りします)

※不足等があれは、お近くの事務局スタッフにお知らせください。

- 研修会は、関係者間の連携強化を全体テーマとする第1回研修会との連続を意識した構成とした。「図表- 52 研修プログラムの企画（群馬県）」で設定した「3. 研修終了時に想定する能力・効果等」の状態になることを目指す。

第1回研修会の「振り返り」を行い、今回「ステップアップ編」として実施する本研修会の趣旨を説明して参加者への動機づけを行う。

「講義」として在宅医療・介護連携推進事業に市町村担当者とコーディネーターが共に地域課題の対応等にどのように取り組んでいるかを伝える。

「Ⅲ.グループワーク」では、冒頭にオリエンテーションとしてコーディネーターに期待する役割等を改めて伝えた後、グループワークを行う。
 グループワークでは3つのテーマに沿って、地域から寄せられた困りごとから地域課題となる可能性のあるものを考え、市町村と共有するというプロセスを体験する。
 その後、発表によって内容を参加者で共有した後、講評、総括としてコーディネーターと個別課題・地域課題について学ぶ。

図表- 55 タイムテーブル(試行②)

開始	終了	時間	項目	内容
12:30	13:00	0:30	開場	
13:00	13:05	0:05	開会・挨拶	
13:05	13:15	0:10	振り返り	本研修の趣旨説明と第1回研修の振り返り
13:15	13:45	0:30	講義	市町村と在宅医療・介護連携支援センターの協働による在宅医療・介護連携の推進
13:45	14:00	0:15	オリエンテーション	日々の取り組みから地域課題を考える
14:00	14:40	0:40	グループワーク	テーマ1) 住民・患者・家族が困っていること・不利益が生じていることを出し合ってみよう
14:40	15:20	0:40		テーマ2) 地域課題のタネから、地域で解決したいこと(地域課題)を出し合ってみよう
15:20	16:00	0:40		テーマ3) 現場で起こっていること・地域課題を市町村にうまく伝えるにはどうしたら良いか考えてみよう
16:00	16:30	0:30	全体共有	※グループごとに発表
16:30	16:55	0:25	総括	講師・アドバイザーからのコメント、講師総括
16:55	17:00	0:05	閉会・事務連絡	

(講師・敬称略)

タイトル	内容	ここで期待したいこと
振り返り		
本研修の趣旨説明と第1回研修の振り返り 事務局	第1回研修会でも述べた地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業、その推進を「地域の実情に応じて行っていく」ことが求められ、「市町村や地域が主体的・自律的に取り組む」ことが必要なこと、その際には多職種だけではなく市町村と専門職との連携も重要であることを説明。	全体を概観したうえで、参加者がいま取り組んでいるのはどのようなことなのか、そのためにどのようなことが求められているのかを知り、共に取り組んでいくことの必要を理解する。
I. 講義		
市町村と在宅医療・介護連携支援センターの協働による在宅医療・介護連携の推進 (一社)新潟市医師会 地域医療推進室長 斎川 克之	コーディネーターの立場から。市町村担当者と一緒に何を行っているのか、その際にはどのように行っているのか等、コーディネーターと市町村担当者との連携や相談から地域課題への対応を説明。	実際の取組の中から、自身の取組にも通じる内容の確認、取組のヒント、新たな取組への気づきを得る。コーディネーターの仕事の醍醐味、楽しみを共有する。

Ⅲ.自身の取組を振り返る・今後の取組を考える 日々の取り組みから地域課題を考える		
<p>グループワーク (株)日本医療総合研究所 地域づくり推進部長 川越 雅弘</p>	<p>グループワークの導入としてコーディネーターに期待される役割、市町村担当者との連携について説明した上で、グループワーク実施。3ステップで地域の困りごとから地域課題のタネとなる可能性のあるものについて市町村担当者との共有を働きかけるプロセスを学ぶ。各グループの発表による全体共有・講師による講評を実施、総括時に改めて個別課題と地域課題におけるコーディネーターへの期待を整理、コーディネーターと市町村担当者との対話の様子も紹介。</p>	<p>求められていることを知ることで、地域課題に取り組むための意識がセットされる。 基本的なプロセスをたどることで、どのようにしていくのかを知り、実際に取り組んでいるための準備がなされる。</p>

(グループワークについて)

- グループワークは試行①と同様に次の3つのステップにて検討を実施したが、試行②では「入退院支援」「看取り」の2つに絞って検討を行った。「入退院支援」については地域課題と考えられることを2つ、看取りについてはいわゆる自宅の在宅とサービス付き高齢者向け住宅等の自宅以外の在宅の場合の2つについて試行①と同様に検討を行い、その4つについて各グループの者(任意)が説明を行った。グループはコーディネーターと市町村職員の混合であり、司会・書記は市町村職員が実施した。

テーマ1

住民・患者・家族が困っていること
・不利益が生じていることを
出し合ってみよう

～住民の困りごとをベースとした地域課題のタネ～

【検討の所要時間：目安】

・40分程度

【ポイント】

- ・個別課題から地域課題を考える。実際に地域の中で起きている「入退院支援」「看取り」に係る「困りごと」をあげていく。
- ・専門職が「困っている」背景には困っている住民がいる。専門職の連携は困っている住民を中心に行われるものであり、話を明確にするためにも「住民、患者、家族」等の当事者を中心において検討する。

テーマ2

地域課題のタネから、
地域で解決したいこと(地域課題)
を出し合ってみよう

【検討の所要時間：目安】

・40分程度

【ポイント】

- ・個別課題から地域課題を考える。テーマ1の入退院支援、看取りに係る「困りごと」の背景を考え、地域で解決したいことを整理する。入退院支援については2つ、看取りについては自宅と自宅以外で考える。
- ・そのようなことが起きているのはなぜなのか、原因として考えられることは何か。原因の中で解決の優先度が高いものは何か、その対策としてどのようなことが考えられるのか等、何が地域課題(のタネ)なのかを考えて出し合ってみる。

テーマ3

現場で起こっていること・地域課題を市町村にうまく伝えるにはどうしたらよいか考えてみよう

【所要時間：目安】

・40分程度

【ポイント】

- ・市町村担当者とコーディネーターのコミュニケーションの質を高め、地域課題を共有しやすくする方法を考える。地域課題（のタネ）を市町村にうまく伝える方法を考える。
- ・現場で起きていることや地域課題のタネと思われるものの上質な伝え方や共有方法を考える。事実や情報、そこから考えられること（仮説・評価・見解等）、以上を補足する情報や資料等を考え、理解・共有を働きかける方法を考える。

全体での共有・講評・総括

【所要時間：目安】

・全体での共有は発表グループ数によるが、大体の発表時間を決めて実施した。

【ポイント】

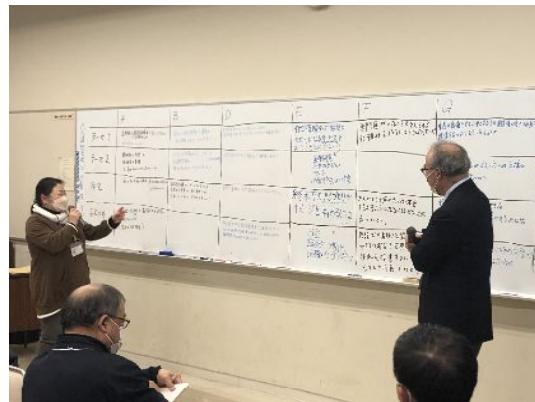
- ・検討結果は、各グループの司会（市町村職員）が発表し、全体で共有した。
- ・講評は事例講師及びアドバイザー、総括はグループワーク講師が実施した。

- 模造紙でテーマ1、2の検討を行った後、その検討結果（入退院支援2つ、看取りは自宅と自宅外の2つの計4つ）をホワイトボードに記載して共有した。発表者はホワイトボード前で説明を行った。

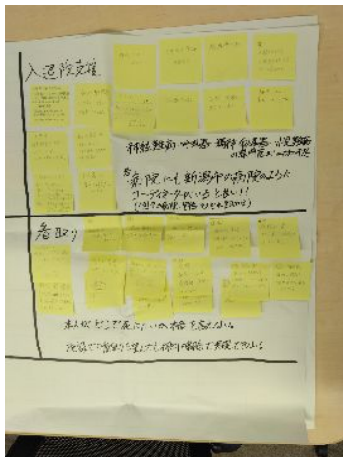
図表- 56 研修会の様子



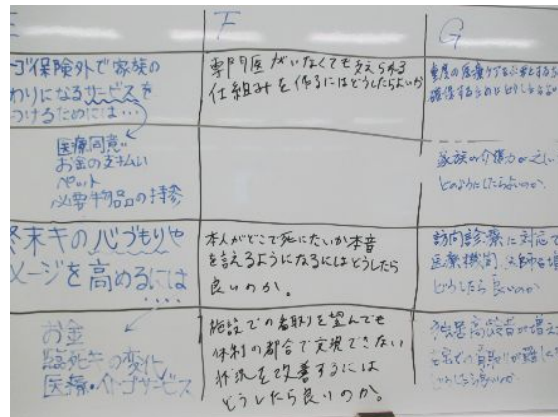
グループワークの様子



各グループ発表・共有



模造紙での検討状況



ホワイトボードの記載(共有用)

③ 研修会の実施効果の確認（評価）

- 研修会の終了後、参加したコーディネーターからの希望者を募り、コーディネーターによる研修会の振り返りを行った。振り返りの出席者は次のとおりである。研修会へのコーディネーター参加者20名中、振り返りに参加した者は17名であり、コーディネーターの関心の高さがうかがわれた。

開催日時	令和7年2月25日 10時～
開催方式	オンライン
出席者	<ul style="list-style-type: none"> ● コーディネーター(17名) ● 群馬県 健康福祉部 健康福祉課 医療・福祉連携推進室(担当課) ● 一般社団法人新潟市医師会 地域医療推進室 室長 斎川克之 (研修会講師・アドバイザー) ● 一般社団法人新潟県医師会 新潟県在宅医療推進センター基幹センター コーディネーター 服部美加(アドバイザー) ● 厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 (オブザーバー) ● (株)富士通総研 行政経営グループ(事務局)
内容	研修の目的としたところと開催結果について コーディネーターのスキルアップについて 今後のコーディネーターのスキルアップ策について 他

-1. 研修会に対する評価

- 今回の研修会の評価として出席者の多くに共通していたのは、次のようなことである。

<p>【自身の役割の認識】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コーディネーターとして取り組むこと・役割が明確になった、方向性が理解できた ・ 仕事の中でぼんやりしていたものが見えてきた <p>【市町村との関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業を推進する市町村とコーディネーターの役割がわかった ・ なぜ連携が必要なのか理解した <p>【他の地域の状況がわかった】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の地域だけではなく他の地域の状況を知ることができた ・ 他の在宅医療・介護連携支援センターや地域包括支援センターの状況がわかった ・ 市町村、保健福祉事務所も参加したことで、各地域の現状がわかったのではないかと <p>【共有】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村担当者と一緒に学ぶ機会を持てたこと ・ 同じ立場のコーディネーター同士で話すことで思いを共有できた <p>【業務への反映】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実践形式であり、勉強になった ・ 今後の仕事の中で活かそうと思えることが多かった
--

- 研修会の開催等については、こうした研修会の定期的な開催を望む声が多く聞かれた。開催方法としては対面で会話ができる方法が好ましいとし、グループワークのように自分たちの力で考え、業務にも活かせる内容への評価が高かった。

- 今後の改善や提案等としては、市町村はもっと出席してほしい、県からもその働きかけをしてほしいとの声があがった。一方で、コーディネーター同士で相談できる場も必要だから、常に行政と一緒にするのではなく、別枠の場も確保することも必要との意見もあった。また、圏域で分け、市町村とセンターが出席する方法だと検討も具体的になり、課題が明確になるのではないか等の提案もあった。

-2. コーディネーターのネットワークについて

- コーディネーター間のネットワークである「つなぐんま」は、コーディネーター同士で話せる貴重な場である。連携相談情報交換会として開催も重ねてきたが、そろそろ現在の情報提供や報告を中心とするものから、何らかの成果を生み出せる場にしていくとよいのではないかと言う声生まれ出てきており、振り返り会でも同様の話が出た。
- 県からも、「つなぐんま」がコーディネーターにとってもっと良い場になれば良いと考えているので、今後も色々と意見交換や相談を行いたいとの発言があった。
- 以上の結果から、研修プログラム企画時に設定した「研修会終了時に想定する能力・効果等」は概ね達成できたのではないかと評価した。よって、研修プログラムの企画、研修会の内容については、調査研究の成果として取りまとめを進めていくこととした。

-3. 県による試行の振り返り

- コーディネーターに対する研修プログラムの意見収受、研修会の開催、振り返りを実施する中で、県に対するコーディネーター支援への期待や一定の効果を感じることができた。県にとっても、医療計画で取り組む「在宅医療に必要な連携を担う拠点」という視点からも市町村の在宅医療・介護連携推進事業が充実していくことは重要だと考えている。
- 今回、短期・中期・長期の目標を検討し、それに則って研修プログラムの検討を進めたことで、内容がクリアになり進めやすかった。
- 今後は、今回検討した中長期目標も踏まえ、継続できるように検討を進めていきたい。今後の課題として、県がどのように持続可能な支援の形をつくれるかということがあがるが、コーディネーターの主体的な取組、今後の「つなぐんま」の動きにも期待を持っている。

(3) 試行③：東京都における研修プログラムの企画

① 東京都の状況

-1. 管内の在宅医療・介護連携推進事業とコーディネーターの状況

- 東京都では在宅医療・介護連携に関する相談支援を行う窓口として、「在宅療養支援窓口」を設置している。在宅療養支援窓口は、在宅療養患者を支える多職種が連携するためのコーディネート機能を有しているとされている。在宅療養支援窓口は平成30年度の在宅医療・介護連携推進事業の本格施行に向け、在宅療養推進のため都独自事業として設置が進められた。在宅療養支援窓口は区市町村の直営もしくは委託で運営されており、複数設置する区市町村もあることから都内には234か所ある。（令和6年4月1日現在）
- 在宅療養支援窓口で相談業務に従事する者に対しては、入退院時連携強化研修の中の一つとして、東京都在宅療養支援窓口取組推進研修が毎年実施されている。対象は在宅療養支援窓口担当者及び区市町村職員である。研修では、東京都保健医療局職員による在宅療養支援窓口の役割等の講義の他、実践報告、グループワーク等で構成される。

-2. 試行までの経緯

- 関東信越厚生局管内10都県の市町村をみると、在宅医療・介護連携推進事業に係る窓口は1か所もしくは複数自治体で1か所としている所が多い。東京都の人口規模は大きいため複数か所設置をしている可能性はあるが、委託によって運営している在宅療養支援窓口の設置場所をみると、地区医師会に1か所という自治体がある一方で1自治体内の地域包括支援センター全てに設置されている自治体もある。委託先は地区医師会のほか、医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、福祉施設と対象は幅広くあり、相談も高齢者のみを対象とする・全世代を対象とする等の違いがある。以上を踏まえると、在宅療養支援窓口が在宅医療・介護連携の推進に係る相談に対応することは共通しても、区市町村によって機能や役割の範囲が異なる可能性がうかがわれる。
- 東京都では、第8次医療計画の在宅医療に必要な連携を担う拠点²として、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である区市町村を在宅医療に必要な連携を担う拠点として位置付けるとしている。以上からは、現状の在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口と在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携が進むことが考えられる。また、在宅療養支援窓口が複数ある場合には、基幹型のような機能の設定が必要になる可能性もある。
- 以上の状況を踏まえると、都としても改めて在宅療養支援窓口の定義やその中でのコーディネーターの役割等の整理を行い、改めて在宅療養支援窓口の担当者、区市町村担当者にも周知することが必要と考えられる。それと並行して、コーディネーターとしての力を獲得するための支援を行っていく必要もある。

² 東京都では「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を「在宅療養に必要な連携を担う拠点」としている。

② 研修プログラムの企画

- 試行は研修プログラムの企画までであるため、研修会の開催は次年度以降となる。試行は事務局及びオブザーバーである関東信越厚生局地域包括ケア推進課が3回訪問し、対面による打合せとメールのやりとりなどで進めた。各回の内容は次のとおりである。

訪問先	東京都保健医療局医療政策部医療政策課
令和7年1月28日	今までの取組の棚卸と課題抽出 目指すべき方向性についての目線合わせ
令和7年2月14日	実施計画の検討① ・データ確認の必要性、事務局で分析例や確認のポイントを提示
令和7年2月28日	実施計画の検討② ・都にて分析実施、取組の方向性を確認 ・研修プログラム、研修会の構成、実施方法等についての検討

-1. 実態確認と課題抽出

- 試行に際し、現在の東京都の実情に即した研修プログラムの検討を行った。研修プログラムはPDCAに則り構成されることから、都と事務局は意見交換を行いながら把握している状況、認識等を確認し、実態の把握と課題について検討を行った。

図表- 57 研修プログラムの流れ(再掲)

1.実態確認と課題抽出	実態はどうか・解消すべき課題はなにか
2.目標設定 (短期・中期・長期)	どのようにしたいのか・なにを達成したいのか
3.達成方法の検討	達成のために効果的な手段はなにか ※この手段を研修会とするならば、研修会の企画
4.実行	手段の実行 ※この手段を研修会とするならば、研修会の実行
5.評価・改善・次の段階へ	効果確認・評価(振り返り) →達成したか・改善点はなにか・次に達成すべきことは何か

- 在宅医療・介護連携推進事業の相談以外は、それぞれの在宅療養支援窓口で機能等の範囲や相談支援の対象の違いが生じている状況があると考えられる。また、複数の在宅療養支援窓口がある自治体では、その中で基幹型の役割を持つ窓口がある可能性もある。複数の地域包括支援センターに委託している所も多くみられるが、医療に係る相談がどこまで行われているのか不明である。以上は、コーディネーターの研修を実施する際に、現在のコーディネーターの課題検討のために行ったディスカッションで出た内容等だが、以上を本格的に調査する前に、どのあたりに問題がありそうなのか仮説を立てたいと考えた。
- そのため、都道府県が調査の取りまとめを行った、令和6年度在宅医療・介護連携推進事業実態調査の市町村データの中のコーディネーターに係る設問箇所と在宅医療の連携を担う拠点に係る設問箇所について独自で集計し、分析を行った。結果をみると、都が把握してい

る在宅療養支援窓口と調査票におけるコーディネーターの配置先が異なる、在宅医療・介護連携推進事業が進んでいるとされていた自治体でもコーディネーターはいないと回答をしている等、いくつかのずれがみられた。また、コーディネーターの人数を確認する設問では、地域包括支援センターの職員数をあげてきている回答等もあった。

- 都は管内の在宅医療・介護に係る地域の実情が大きく異なっていることから、区市町村ごとに在宅医療・介護連携推進に向けた取組内容の違いがあることの認識はあったが、具体的にどのような状況、課題があるかまでは整理しておらず、どのように働きかけていけばよいか明確になっていなかった。今回、研修プログラムの検討に際し、現在の状態を把握するためにデータを分析したことにより、実際に区市町村ごとの認識に差があることが判明し、在宅医療・介護連携推進に向けて都として目指す姿や方向性を改めて明確にしていかなければならないことがわかった。また、区市町村ごとに設置されている在宅療養支援窓口についても現状を示すとともに、在宅療養支援窓口に求める役割等を区市町村に示していく必要があると考えた。

-2. 目標設定

- 都におけるコーディネーターの定義を明確にした上で、その内容をコーディネーター、区市町村の双方が理解することを短期目標におき、その目標を達成するための研修プログラムを検討することとした。中期目標としては、地域支援事業を担当する福祉局との庁内連携を深め、より区市町村の実情を踏まえた推進が可能となることを目指すこととした。

図表- 58 目標設定(東京都)

	短期（来年度）	中期（3年程度）	長期（将来像）
コーディネーター	「コーディネーター」であるという自覚を持つとともに、コーディネーターとして、自己に求められる役割や業務内容について改めて理解できる。	多職種が連携するためのコーディネート機能及び在宅医療・介護連携に関する相談支援機能を果たすとともに、個別の事象から地域課題を導き出し、行政と共有している。	地域課題を的確に把握し、行政と共有するとともに、課題解決に向けた取組を行政及び関係機関等と連携して進めることができる。
区市町村	コーディネーターの定義を周知したうえで、コーディネーターの役割・業務内容を把握するとともに、在宅医療・介護連携に関して、コーディネーターと定期的に話し合うことができる。	コーディネーターと目指す姿を共有し、在宅医療・介護連携に関して、協働して事業に取り組む体制を整備している。また、他の区市町村とも連携し、コーディネーターを導いていく役割を担うとともに、コーディネーターの中からファシリテーターを役割を担うことができる人材を育成し、コーディネーターが自ら成長していくことができる土台を作る。	コーディネーターと連携して地域課題を的確に把握するための仕組みを整備する。また、庁内関係部署とも適宜情報共有を行いながら、地域課題解決に向けた取組を企画し、担当が異動となっても的確に引継ぎを実施することで、執行していくことができる。
東京都	コーディネーターの定義を明確にする。コーディネーターの役割・業務内容と併せて「在宅療養において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅療養に必要な連携を担う拠点」など区市町村の在宅療養の推進体制のイメージ図を示せるようにする。	区市町村の在宅療養推進体制のイメージ図をベースにしつつも各区市町村の実情に応じた在宅療養体制が構築されるよう、庁内連携を強化して区市町村支援の取組を実施している。併せて、区市町村が目指すべき役割について、明確にしていく。	より一層区市町村が主体となった在宅療養体制が構築されるよう、区市町村との役割分担を意識した取組を実施するとともに、各区市町村の実情を把握し、区市町村から相談があれば適切に助言を行うことができる。

東京都保健医療局医療政策部医療政策課

-3. 達成方法の検討

- 対象をコーディネーターと区市町村職員として実施する。都では、在宅療養支援窓口取組研修をコーディネーター、区市町村職員に向けて毎年実施しているため、その機会に本内容を活用することを想定する。

図表-59 研修プログラムの企画案(東京都)

1.本プログラムの目的		
(主) コーディネーターが、在宅医療・介護連携において自己に求められる役割や業務内容について、確認する。 (副) 区市町村職員がコーディネーターと地域課題を把握・解決していくに当たっての土台を構築する。 (副) 他の区市町村のコーディネーターと顔の見える関係を構築し、適宜情報交換を行い、所属区市町村の取組に還元する。		
2.入口で対象となる人物像	3.研修終了時に想定する能力・効果等	4.行動目標（研修後）
コーディネーター	コーディネーターの役割・業務内容について、理解するとともに、他の区市町村におけるコーディネーターの取組の好事例を学ぶ。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域課題を的確に把握し、区市町村と共有するとともに、課題解決に向けた取組を区市町村や関係機関等と連携して進めることができる。 ・他の区市町村のコーディネーターと情報交換を行い、所属区市町村の取組に還元することができる。
区市町村職員 ～在宅療養担当者～	コーディネーターの役割・業務内容について、理解するとともに、コーディネーターと連携して地域課題を把握・解決することの重要性を認識する。	コーディネーターとともに地域課題を積極的に共有、解決をしていくための体制整備を行えるようになる。

タイトル(仮)	在宅療養支援窓口取組推進研修
開催日時	令和7年度又は令和8年度
開催方法	対面開催
開催場所	都内貸会議室等
募集対象	<ul style="list-style-type: none"> ・コーディネーター ・区市町村在宅療養担当職員
研修の全体構成	【研修前】 ・コーディネーターと区市町村職員で地域課題や既存の取組についてディスカッションを行い、事前提出資料として整理 ⇒ 事前提出資料については、参加区市町村間で共有 【研修】 ・コーディネーターに求められる役割（基調講演） ・事例発表（2区市町村程度） ・グループワーク①（各区市町村の取組の共有） ・グループワーク②（ケーススタディ）

東京都保健医療局医療政策部医療政策課

③ 今後について・試行を実施しての感想等

- 今後の研修については、今回分析したデータを基に改良していくことを考えている。場合によっては、都保健所との協働や区市町村に対するヒアリングの実施についても検討していく。
- 都だけではどう進めていけば分からない部分が多かったが、ディスカッションし、他自治体と比較する客観的な意見を聞いた上で今後の計画について検討することができたことが良かったと考えている。

(4) 試行④：栃木県における研修プログラムの企画

① 栃木県の状況

-1. 管内の在宅医療・介護連携推進事業とコーディネーターの状況

○ 栃木県の地域包括ケアシステムは保健福祉部の医療政策課と高齢対策課が共管で実施している。在宅医療・介護連携は、在宅医療とあわせて医療政策課が担当している。

○ 在宅医療を推進する機関として、県内5か所の広域健康福祉センター（保健所）内に「在宅医療推進支援センター（本項では以下「センター」という。）」を設置、主に保健師が担当として配置されている。センターは所属する広域健康福祉センター圏域内

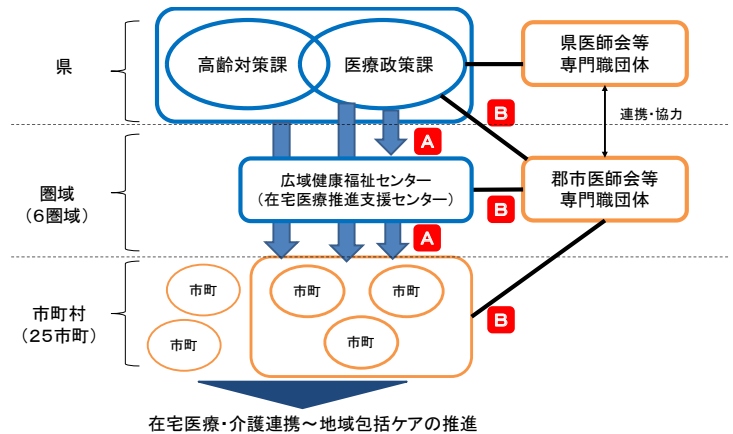
市町に対する支援を行う機関として県保健医療計画に位置づけられており、市町が参加する県の研修会の際にはファシリテーターとして参加する他、市町に適宜情報共有や助言を行っている。活動は圏域によって異なるが、市町が参加する圏域連絡会議を開催しているところもある。情報共有のため、年3回程度、センター、医療政策課、高齢対策課で担当者会議を行っている。

○ 毎年上期に県は在宅医療・介護連携推進事業の市町担当者、市町が事業委託している団体の担当者、センター担当者を対象に「在宅医療・介護連携推進事業市町担当者研修会」を開催しており、コーディネーターも出席している。

○ 令和5年度の研修会では在宅医療・介護連携推進事業における事業マネジメントについて講義と演習を実施した。実際に市町が事業マネジメントに取り組めるよう、県は「在宅医療・介護連携推進事業実施状況及び課題管理シート」（以下「管理シート」という。）を作成、市町に提供し、活用を促している。管理シートは、在宅医療の4つの場面で分かれており、目指す姿、現状、課題、その対策として実施する事業、その評価等が記載でき、PDCAを意識して事業が進められるよう工夫している。

○ 管理シートは、市町がコーディネーター等と協働で作成することを想定している。作成された管理シートは、県・センターに共有される。センターは管理シートのセンター記入欄を活用しながら伴走支援にあたる。困ったこと、他のセンターと共有したい、議論したいこと、県全体での取組が必要と考えられること等が生じた場合は、担当者会議で検討を行っている。

図表- 60 在宅医療・介護連携推進に係る推進体制



図表- 61 在宅医療・介護連携推進事業実施状況及び課題管理シート(一部抜粋)

事業のめざす姿							センターによる支援	
日常の療養支援							センターが市町に対して実施した(予定も含む)支援	センターが市町に対して実施したいが、出来ずに困っていること
めざす姿								
課題								
現状								
課題を改善するために実施している事業(対策)	実施対象及び内容(具体的に)	実施	評価時期	目標値	結果	実施状況に対する評価	<ul style="list-style-type: none"> ●記入すること● センターが市町に対して実施した(予定も含む)支援 ◆記入の目的◆ ・行った(行う予定の)支援の整理 ・振り返り ・効果的な支援の横展開 	<ul style="list-style-type: none"> ●記入すること● 支援を実施したいが、出来ずに困っていること ◆記入の目的◆ ・センター担当者が困っていることについて、担当者会議で支援方法を検討する。 ・県全体での取組が必要な場合は、県全体での取組に活かす。
	評価							
今後の改善策								
入退院支援							センターによる支援	センターが市町に対して実施したいが、出来ずに困っていること
めざす姿								
課題								
現状								
課題を改善するために実施している事業(対策)	実施対象及び内容(具体的に)	実施	評価時期	目標値	結果	実施状況に対する評価	<ul style="list-style-type: none"> ●記入すること● センターが市町に対して実施した(予定も含む)支援 ◆記入の目的◆ ・行った(行う予定の)支援の整理 ・振り返り ・効果的な支援の横展開 	<ul style="list-style-type: none"> ●記入すること● 支援を実施したいが、出来ずに困っていること ◆記入の目的◆ ・センター担当者が困っていることについて、担当者会議で支援方法を検討する。 ・県全体での取組が必要な場合は、県全体での取組に活かす。
	評価							
今後の改善策								

資料: 栃木県保健福祉部医療政策課

- 県が把握している県内のコーディネーターの配置場所は21か所であり、一部の市町は他自治体と共同で配置している。配置場所は地域の実情に応じて多様であり、郡市医師会、自治体内の部署(直営)、地域包括支援センターの順が多い。コーディネーターの実人数は43名であるが、うち24名が中核市である宇都宮市への配置となっている。

-2. 試行までの経緯

- 在宅医療・介護連携推進事業への取組は、市町によって様々な状況である。管理シートは事業のマネジメントに役立ててもらえるように作成したところであるが、活用状況は市町によって異なっている。
- センターの業務として市町支援を掲げているが、担当者の裁量に任されている部分が多い。本事業に対する市町担当者の配置状況や体制に差があり、思うように進められない圏域が存在している。
- 県は、市町の事業の取組状況や課題を把握できていないことを課題と捉え、市町の事業の見える化、センターが支援すべき内容の明確化、県全体での取組の課題の吸い上げ等を目的に管理シートの活用を開始したが、管理シートの作成自体が目的化してしまったり、市町担当者とコーディネーター等関係者との検討、内容の共有がないままに作成されたり、当初の目的とは異なった運用も見受けられた。
- 市町担当者を対象とする研修会についてはコーディネーターも参加対象としてはいるが、現在の研修方法では状況の変化にはつながりにくく、その後の事業展開に続かないことを感じていた。

- 県内市町にはコーディネーターの配置がないところもあり、配置されている場合もコーディネーターの所属や職種等は様々である。市町担当者のコーディネーターに対する意識も様々であり、コーディネーターからは、自分の役割を見出せていないとの声も聞かれた。
- 県は、令和6年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査のデータを独自に分析し、調査からコーディネーターを対象とする研修のニーズがあることを把握した。また、本調査研究の検討委員会にオブザーバー参加をする中で、都道府県がコーディネーター支援を進めることが市町支援の充実のために有効であることが理解できたことから今回の試行に取り組むこととなった。

② 研修プログラムの企画

- 試行は研修プログラムの企画までであるため、研修会の開催は次年度以降となる。試行は事務局及びオブザーバーである関東信越厚生局地域包括ケア推進課が3回訪問し、対面による打合せとメールのやりとりなどで進めた。各回の内容は次のとおりである。

訪問先	栃木県保健福祉部医療政策課
令和7年1月28日	今までの取組の棚卸と課題抽出 目指すべき方向性についての目線合わせ
令和7年2月20日	実施計画の検討① ・課題管理シートの利活用と合わせた市町職員、コーディネーターとの目線合わせ等
令和7年3月 4日	実施計画の検討② ・研修プログラム、研修会の構成、実施方法等についての検討

-1. 実態確認と課題抽出

- 試行に際し、現在の栃木県の実情に即した研修プログラムの検討を行った。研修プログラムはPDCAに則り構成されることから、県と事務局は意見交換を行いながら把握している状況、認識等を確認し、実態の把握と課題について検討を行った。

図表- 62 研修プログラムの流れ(再掲)

1.実態確認と課題抽出	実態はどうか・解消すべき課題はなにか
2.目標設定 (短期・中期・長期)	どのようにしたいのか・なにを達成したいのか
3.達成方法の検討	達成のために効果的な手段はなにか ※この手段を研修会とするならば、研修会の企画
4.実行	手段の実行 ※この手段を研修会とするならば、研修会の実行
5.評価・改善・次の段階へ	効果確認・評価(振り返り) →達成したか・改善点はなにか・次に達成すべきことは何か

- 振り返りの中で、県からは次のような発言があった。
 - ・ 事業マネジメントをテーマとした研修を実施し、管理シートの活用を開始したことで、4つの場面に沿っためざす姿の設定ができていると答える市町は増加しているが、関係機関との協働が進んでいない市町が多いと感じられた。
 - ・ コーディネーターの協働がうまくいっていない市町もあることを把握していたが、対策がとれていなかった。
 - ・ 市町に対し、センターによる支援を実施するという体制を整えているものの、有効に機能していない面があった。
 - ・ 研修による効果や研修後の行動目標を具体的に設定できていなかったため、研修の実施自体が目的化してしまい、十分な効果を得ることができていなかった。また、研修受講前・後の評価や次の研修につなげる視点も不十分であった。
- 県が導入した管理シートは、在宅医療・介護連携を進める際の事業マネジメント、市町とコーディネーターをはじめとする関係者との目線合わせ、他の市町との情報共有、センターによる市町への伴走支援等のいずれについても有効なツールと考えられる。一方で、管理シートの利用が市町および関係者間においても活発ではない現状は、活用することの目的や有効性、メリットを明確に捉えていない、十分に納得していないことが背景としてうかがわれ、その結果負担感だけが生じていることが考えられた。
- 研修は知識をインプットする場でもあるが、参加者が互いに目線合わせをする機会でもある。仮に市町担当者を中心に作成した管理シートであったとしても、研修でコーディネーター、センターと一緒にレビューするようなグループワークであれば、それぞれの目線合わせにもつながる。コーディネーターと市町担当者との連携に課題があったとしても、地域の状況に精通し現場感を持っているコーディネーターの視点があることは管理シートをレビューする際にも有効である。以上の過程を通じて、市町担当者・コーディネーターは自身と互いの役割や期待を知ることになり、こうしたことが連携への第一歩ともなる。こうした再検討のプロセスを経ることで、管理シートの内容は市町・コーディネーター・センターのそれぞれにとって「わが物」として共有されることになり、事業、各自の取組の推進のため有効なツールとなると考えられる。
- こうした意見交換を経て、県が市町の在宅医療・介護連携を支援する上で優先的に取り組むべきこととしては次の視点が必要だとの認識に至った。
 - ・ 市町担当者がコーディネーター等と協働して地域課題を把握し、関係者と対応策を検討し実施できるような環境を整える。
 - ・ 研修は意識付け・目線合わせの機会であり、参加者は研修を通じてコーディネート機能の重要性を理解し、その後は市町担当者とコーディネーターとの対話、地域関係者との対話をしながらの事業の推進につながることを目標におく。

- ・市町担当者とコーディネーターの対話時には必要に応じてセンター担当者が同席し、その際の対話のツールとして課題管理シートを活用して地域課題の共有を図るための支援を行う。

-2. 目標設定

- コーディネーター単独ではなく、市町担当者、センターのそれぞれについて、あってほしい姿を考え、短期・中期・長期の目標設定を行った。

図表- 63 目標設定(栃木県)

	短期（初年度）	中期（3年程度）	長期（将来像）
コーディネーター	・在宅医療・介護連携に係るコーディネーターに求められる役割を理解できる。 ・自身の所属する組織の活動の中で、コーディネーターの役割を果たすために何ができるのかを考えることができる。	・日頃の業務から地域課題を抽出し、市町担当者に伝えることができる。 ・市町担当者とともに、地域課題について整理し、協議体で関係者と共有し検討することができる。	・日頃の業務を通じて、的確に地域課題を把握し、市町と共有するとともに、課題解決に向けた取組を市町等と連携して進めることができる。
市町村職員	・コーディネーターの役割と市町の役割の違いを理解することができる。 ・地域課題の抽出に向けて、コーディネーターとの対話を持つことができる。	・コーディネーター及び地域の関係者と地域のめざす姿を共有し事業に取り組むことができる。 ・コーディネーターと連携して地域課題を把握し、取組の優先順位を考えることができる。 ・地域課題について協議の場で関係者と検討することができる。	・コーディネーターと連携して地域課題を把握し、地域の関係者と共有し、課題解決に向けた取組を実施することができる。 ・コーディネーターが役割を果たすことができるような環境づくりに取り組むことができる。
在宅医療推進支援センター (広域健康福祉センター)	・コーディネーターと市町担当者の役割について理解し、管内市町の状況について改めて振り返り、管内市町の抱える課題を把握することができる。	・管内市町のコーディネーターの連携状況や協議の場の開催状況を把握し、適宜、課題がある場合には支援を実施することができる。 ・他圏域の担当者の市町に対する支援状況を共有し、効果的な取組を自センター管内での支援に活かすことができる。	・管内市町の事業の取組状況を把握した上で、コーディネーターと市町担当者の連携した取組が進むように継続した働きかけを実施することができる。 ・センター担当者間で、市町支援の状況を情報交換し、市町支援のあり方について話し合い、県内全域での支援につなげることができる。

資料: 栃木県保健福祉部医療政策課

- これまで中・長期的な視野での目標設定ができていなかった。長期目標の設定は比較的容易だったが、中期目標、短期目標の設定には悩みがあった。
- 研修会の開催は目標を達成するための対策であり、研修プログラムの企画には短期目標の設定がとても重要であることの気づきがあった。

-3. 達成方法の検討

- 研修会は、座学による説明（参加者のマインドセットのため）とグループワークを用いた演習（コーディネーター等が日頃の取組で把握した困りごとから地域課題を抽出する体験）及び発表による学びの共有ができる構成とした。研修開催後は、センターにより、市町に対し、実際管理シートを活用し、市町担当者とコーディネーターとの対話を促すための個別支援を組み合わせる計画とした。

図表- 64 研修プログラムの企画案(栃木県)

1.本プログラムの目的		
<p>(主) コーディネーターが、在宅医療・介護連携推進事業において自身に求められている役割について理解することができる。</p> <p>(副) 市町担当者が、コーディネーターの役割を理解し、事業の実施主体として、コーディネーターに求めることと自身で行うべきことを整理することができる。</p> <p>(副) 在宅医療推進支援センター事業の担当者が、コーディネーターの役割を理解し、管内市町への支援の必要性及び方向性を再認識することができる。</p>		
2.入口で対象となる人物像	3.研修終了時に想定する能力・効果等	4.行動目標（研修後）
<ul style="list-style-type: none"> ・県内市町の在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター ・コーディネーター的な役割を担う者 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターの役割や業務内容について、自分の言葉で説明することができる。 ・コーディネーターとして自身に期待されることを理解することで、その後の業務に前向きに取り組むことにつながる。 ・市町担当者との連携の仕方（報告の仕方、課題抽出の方法）を考慮することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自身の所属する組織の活動の中で、コーディネーターの役割を果たすために何ができるのかを考慮することができる。 ・自身のこれまでの活動を振り返り、地域課題になりうるものをあげ、市町担当者に伝えることができる。
<ul style="list-style-type: none"> ・県内市町の在宅医療・介護連携推進事業の担当者（行政担当者） （コーディネーター機能も担う市町担当者） 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターの必要性を理解することができる。 ・事業を市町が主体となり進めること、事業を進めるにあたってのコーディネーターとの連携を具体的に考えることができる。 ※コーディネーター機能も担う市町担当者は、コーディネーター部分と市町担当者の兼務可 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域課題の抽出に向けて、コーディネーターと対話する時間を設けることができる。 ・コーディネーターの対話から地域課題を抽出し、ともに整理することができる。
<ul style="list-style-type: none"> ・県内広域健康福祉センターの在宅医療推進支援センター事業担当者 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターに求められている役割について理解し、コーディネーターと市町担当者の連携の上で、地域関係者と協働して地域課題を解決することの重要性を再認識することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・管内市町のコーディネーターと市町担当者の連携状況を把握し、両者の連携の課題を理解し、課題解決に向けた方策を考慮することができる。 ・管内のコーディネーターや市町担当者から相談があった際に対応することができる。

タイトル(仮)	在宅医療・介護連携推進事業市町担当者及びコーディネーター研修
開催日時	令和7年6月頃（案） 1日
開催方法	対面
開催場所	県庁内会議室
募集対象	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター（市町の在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター機能を担う者） ※「コーディネーター」の呼称を使わず、相談窓口の委託等がされている場合も該当 ・在宅医療・介護連携推進事業市町担当者 ・各広域健康福祉センター在宅医療推進支援センター事業担当者
研修の全体構成	<p>【研修前】アンケートの実施（経験年数や事業の理解、取組状況）</p> <p>【研修会当日】</p> <p>講義①在宅医療・介護連携推進事業の概要及び本県での実施体制（課題管理シート説明含む）</p> <p>②在宅医療・介護連携推進事業に必要なコーディネーター機能の考え方</p> <p>事例紹介①行政担当者との連携について</p> <p>②課題管理シートを用いた取組の経過について</p> <p>グループワーク：日頃の業務で把握した困りごとからの地域課題の抽出の演習</p> <p>発表（研修を通じて学んだことを発表し、学びを言語化し共有）</p> <p>総括・まとめ（課題管理シートとの関係、フォローアップ等）</p> <p>【研修後】アンケートの実施（研修前と同じ項目についてのアンケートを実施し、前後の変化を確認）</p> <p>【研修会後】在宅医療推進支援センター（広域健康福祉センター）事業担当者によるフォローアップ</p>

資料：栃木県保健福祉部医療政策課

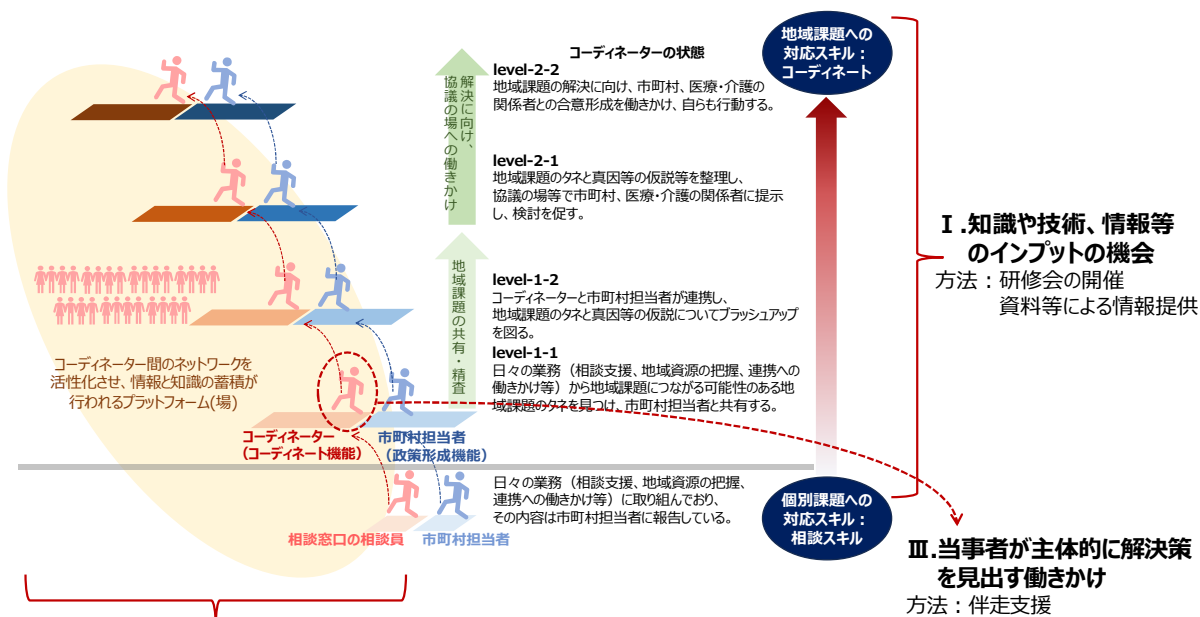
③ 今後について・試行を実施しての感想等

- 今後の意向は、以下のとおりである。
 - ・ 市町担当者及びコーディネートを担う者を対象とした研修の実施
 - ・ 研修前と研修後の状況把握による評価の実施
 - ・ 研修後には、センターによる市町への個別支援を行う
- 今回の試行により、県の課題や今後の方向性を整理することができた。市町支援は長期的な視点で実施していく必要があるため、都道府県に対する支援についても、経年的に、その都度の評価を行いながら、次につなげていけるような助言が得られる機会があれば良い。

(5) 試行結果と考察

- 本調査研究ではコーディネーターがステップアップしていく際の支援を検討している。今回、都道府県によるコーディネーターへの研修プログラム及び研修会・研修資材の試行を行った。試行では、「Ⅰ.知識や技術、情報等のインプットの機会」として研修会を捉え、その実施に向けた研修プログラムを作成したが、その過程で「Ⅱ.共に考え・気づきを得る場」であるネットワークとプラットフォーム、「Ⅲ.当事者が主体的に解決を見出す働きかけ」である伴走支援にもつながる結果が得られた。

図表- 65 コーディネーターのスキルアップに資する支援(再掲)



Ⅱ. 共に考え・共に気づきを得る場

方法：都道府県等広域の単位、有志等によるネットワークを支えるプラットフォーム（場・土台・システム等）の組成と運営

※コーディネイト機能と政策形成機能に分けて検討を行う都合上、本資料ではコーディネイト機能を担う者を「コーディネーター」、政策形成機能を担う者を「市町村担当者」と記載しているが、相談窓口を直営で実施している場合は双方の機能を市町村が確保することになる。

試行①： 関東信越厚生局事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業 研修会 開催	研修プログラムの検討と実施(研修会開催) 対象:関東信越厚生局管内10都県内のコーディネーター、 市町村担当者、都道府県担当者(広域)
試行②： 群馬県 令和6年度第2回市町村等 在宅医療・介護連携推進事業 研修会～ステップアップ編～開催	研修プログラムの検討と実施(研修会開催) 対象:群馬県下に設置された在宅医療・介護連携推進センター センターのコーディネーター、市町村、保健福祉事務所
試行③： 東京都	研修プログラムの企画(研修会開催は来年度以降) 対象;東京都内の在宅療養支援窓口担当者(コーディネーター)、 区市町村在宅療養担当職員
試行④： 栃木県	研修プログラムの企画(研修会開催は来年度以降) 対象:栃木県内のコーディネーター、市町職員、 在宅医療推進支援センター(健康福祉センター)

① 研修プログラムについて

- 試行①（関東信越厚生局事例研究会）は広域から参加対象を募るものであったため、調査の中で把握されたいわば平均的なコーディネーターを想定して目標設定、研修プログラムの企画等を行っており、出席者からの評価も高く、当初期待した効果も確認された。
- 試行②（群馬県）では、「ステップアップ編（前回研修会との連動）」「つなぐんまのネットワーク強化の働きかけ」「半日記載」という群馬県の実情を踏まえた研修プログラムの企画・実施となった。研修受講者の評価も高く、ネットワーク強化、次年度以降の動きにもつながっており、試行協力者である県からの評価も得られた。
- 試行③（東京都）での検討では、在宅療養窓口の定義づけ、在宅医療に必要な連携を担う拠点と合わせた確認・検討等の必要が確認された。定義づけに向けた庁内検討、「在宅療養窓口と拠点との連携」という東京都の実情を踏まえた研修プログラムを企画することができ、試行先からの評価も得られた。
- 試行④（栃木県）の検討では、「課題管理シートの利活用と事業推進体制の課題、双方を結び付けた解決の可能性が確認された。課題管理シートと支援体制の強化という栃木県の実情を踏まえた研修プログラムを企画することができ、試行先からの評価も得られた。

- 都県の実情に沿った研修プログラムとすることができ、PDCAを踏まえ、スパイラルアップ・継続が期待できる成果が得られた。
→他の都道府県等でも同様に実情を踏まえた支援ができるように取りまとめる

② 研修会・研修資料について

- 試行①、②で企画から実施・改善までの研修プログラムの一連を実施し、研修会を開催した。試行①は参加対象を広域から募っての一日開催、試行②は同一県内での開催でスキルアップ編として開催したが、共通する目的はコーディネーターが地域課題に取り組む意識を高め、実施のプロセスを知ること、業務の中で地域課題を意識し、その実践が行われるようになることを目指すことによるスキルアップである。
- 基本的な構成は「Ⅰ.講義・オリエンテーション等」「Ⅱ.事例・取組等の紹介」「Ⅲ.グループワーク」と共通である。双方とも最後の「Ⅲ.グループワーク」に向けて参加者の理解を深め、意識を集中させていくよう構成し、進行した。

（グループワークについて）


- 「Ⅲ.グループワーク」は、前段でオリエンテーションとしてコーディネーターに期待される役割（市町村担当者にとっては期待したい役割）の説明とグループワークの趣旨説明を行った後に実施した。グループワークは試行①、試行②とも、1.地域から寄せられた困りごとを考える、2.困りごとの背景にある地域で解決すべきこと（地域課題のタネ）を考える、3.市町村職員と地域課題のタネを如何に共有する、という3段階で共通して進めた。


- グループはコーディネーターと市町村担当者の混合とし、司会・書記は基本的に市町村職員とした。これは、グループワークの検討の中で、コーディネーターが常日頃地域から寄せられた困りごとについてどのように考えているのか、その背景にあるものを捉えようとしているのかを市町村担当者が知り、コーディネーターの力と期待したい役割を再認識してもらうためである。3テーマ目では市町村担当者との共有についてとなるが、ここでは市町村職員から「なぜそう考えるのか」等の質問がなされることでコーディネーターも困りごとの背景をより深く考える等、市町村担当者にとってもコーディネーターとの有効な対話の仕方、コーディネーターには地域課題としての掘り下げ方や他者に理解を得るためのより良い方法を学んでもらうためである。具体的な方法としては、総括時に稲城市の市町村担当者とコーディネーターとの対話の様子を紹介し、理解を促した。結果、開催後のアンケートの回答からは、「それぞれが担う役割がわかった」、「どのように進めるかがわかった」等の回答があった。


図表- 66 地域課題の解決に向けた市町村担当者とコーディネーターの対話例(稲城市)


市町村と連携するためには、コーディネーターには、あったこと／やったことの「報告」ではなく、「個別課題から地域課題のタネを伝える」というコミュニケーション力が必要


行政職員とコーディネーターとの議論の様子


 続いてはケアマネからの相談でした。「パーキンソンに強い市外の訪問診療は遠くて訪問できない」とのこと、パーキンソンに強い訪問診療医は市内にはいないので、調べて市外の●●クリニックさんを紹介しました。

 在宅療養する本人も家族も、病気の専門性が高い訪問診療医を希望することは、よくあるみたいで、ケアマネから問合せありますよ。

 さあ、そこまではケアマネさんから聞きませんでしたので、聞いてみますね。

 それって、市内にもパーキンソンに強い訪問診療医が必要ってことですか？訪問診療って専門性より「なんでも診れること」が大切って前の協議会会長によく言われたんですけど。

 そうかもしれませんが、各疾病の専門性の高い訪問診療医を市内にそろえるのは難しいですよ。一般的な訪問診療医もパーキンソンは分かっていますよね。それじゃだめなんですかね。

 それから、協議会でこの相談から見える地域課題について、医師や看護師に聞いてみましょうか。

協議会で議論したところ、パーキンソン病の患者を退院させるにあたり、専門医として在宅療養のめどが立っているはずだから、症状に困ったらケアマネや訪問診療医が専門医に相談しやすい関係性を広げることが地域課題ではないかと議論された。

出所 稲城市：在宅医療・介護連携の関係者・機関の役割を知る、都道府県・市町村担当者等研修会議Ⅰ（開催日：令和6年10月21日）資料より引用

資料 稲城市「在宅医療・介護連携の関係者・機関の役割を知る、都道府県・市町村担当者等研修会議Ⅰ」（開催日：令和6年10月21日）

- 一日開催の試行①と異なり、試行②は半日開催として時間の制約があったことから、「Ⅰ.講義」「Ⅱ.取組報告」の時間は圧縮したが、「Ⅲグループワーク」の時間は大きく変えずに実施した。結果、「もう少し時間をかけて聞きたかった」等の希望はあったものの、試行①と試行②のグループワークに対する評価は共通して好評であった。

- 地域課題に対する意識、自身の役割の認識、コーディネーターと市町村担当者との関係性強化への効果が確認され、参加者の満足度も得られた。
→他の都道府県等でも研修会開催・核となるグループワークができるよう取りまとめる

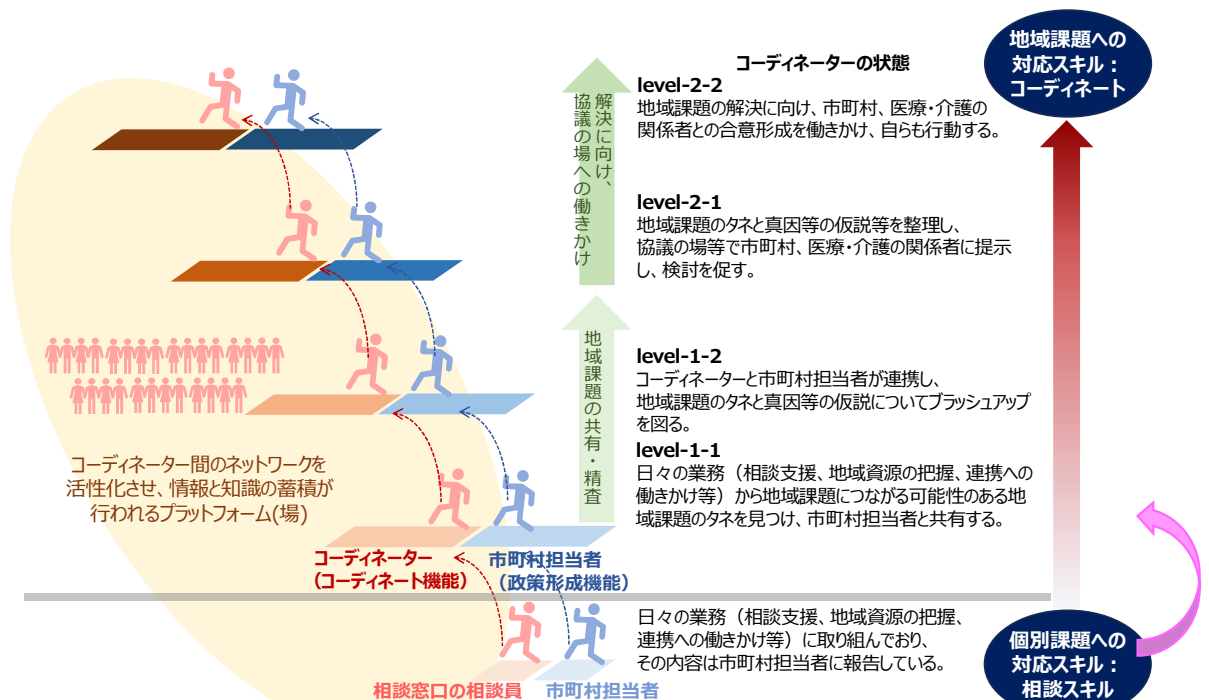
第5章 研修プログラム・研修会

1. 基本的な考え方

(1) 研修プログラムについて

- 本研修プログラムは、コーディネーターが地域課題に取り組むステップの中の最も基本的な所を学ぶものであり、取り組むための動機付け・進め方を知ることがを重視する。
- 動機付けは段階的に理解しながら自分の中で落とし込んでいくことが必要となるため、同じことに取り組む者同士で対話し検討を深めるグループワークを重視する。
- コーディネーターが地域課題に取り組んでいく上では市町村担当者の理解と関係強化、目線を共有することが必要となる。よって、研修プログラムの主たる実施対象はコーディネーターとするが、市町村担当者もその対象とする。
- 本研修プログラムを使用してコーディネーター支援にあたるのは、都道府県と想定する。都道府県は効果的な市町村支援の一つとしてコーディネーター支援に取り組むが、都道府県による医療計画を進めて管内の在宅医療推進・地域包括ケア進化に向けても取り組む。

図表- 67 本調査研究で開発する研修プログラム(再掲)

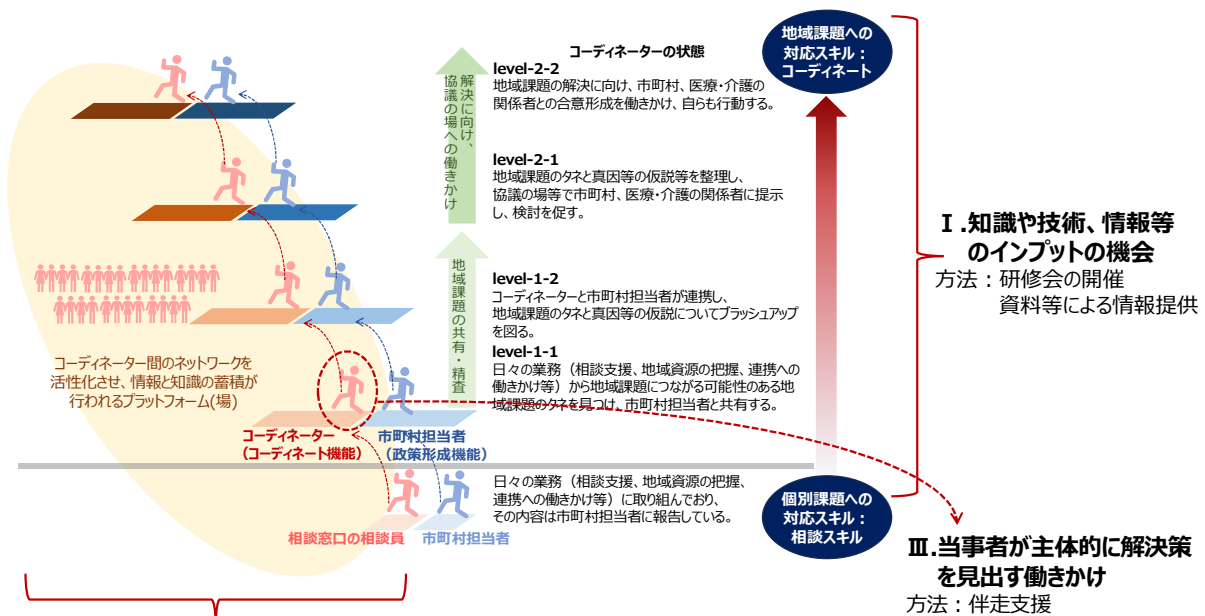


※コーディネート機能と政策形成機能に分けて検討を行う都合上、本資料ではコーディネート機能を担う者を「コーディネーター」、政策形成機能を担う者を「市町村担当者」と記載しているが、相談窓口を直営で実施している場合は双方の機能を市町村が確保することになる。

(2) 効果を維持・拡大するための支援の考え方

- 研修会は知識を獲得する機会であり、その定着や知識を用いて十分な活動をするためには経験と時間を要する。
- 研修会終了後の知識の定着、知識等研修後の継続的な支援体制として、より細かな対応や継続的な支援が必要となる。その際にはコーディネーター間のネットワークとそのためのプラットフォームが重要となるため、研修会の機会を活かし、コーディネーター間のネットワークとプラットフォームの構築を進める。
- その後の伴走支援が可能となるよう、以上の情報は保健所とも共有する。

図表- 68 コーディネーターのスキルアップに資する支援(再掲)



II. 共に考え・共に気づきを得る場

方法：都道府県等広域の単位、有志等によるネットワークを支えるプラットフォーム（場・土台・システム等）の組成と運営

※コーディネート機能と政策形成機能に分けて検討を行う都合上、本資料ではコーディネート機能を担う者を「コーディネーター」、政策形成機能を担う者を「市町村担当者」と記載しているが、相談窓口を直営で実施している場合は双方の機能を市町村が確保することになる。

想定される支援	方法	効果
I. 知識や技術、情報等のインプットの機会	研修会の開催(座学中心) 資料等による情報提供 (基本的な知識、新情報等)	●個人の学び・気づきを得る ・基本的な姿勢と技術等を獲得
	研修会の開催(取組発表、グループワーク等) 資料等による情報提供 (事業計画の共有、取組の共有等)	●共に学び・共に気づきを得る-1 ・研修会内で行われるため、単発的な実施となる可能性
II. 共に考え・共に気づきを得る場	都道府県等広域の単位、有志等によるコーディネーターのネットワーク(互いにつながった状態)とそれを支えるプラットフォーム(場、土台、システム等)の組成と運営	●共に学び・共に気づきを得る-2 ・ネットワーク内で行われるため、継続的な実施が期待できる ●自分たち自身の問題として取り組むべきことを見つけ、実行に移す

Ⅲ.当事者が主体的に 解決策を見出す働きかけ	それぞれが目指すべきところ、理解 した上で実施される伴走支援	●コーディネーターとの対話と傾聴を 通じて、本質的な課題に気づくように 促し、その解決に向けて主体的に 検討・解決策を見出すことができる よう支援を行う。
---------------------------	-----------------------------------	---

(3) 都道府県内支援体制の強化

- 以上の実施体制に向けては関係者団体との連携・協力も重要であることから、以上の情報は都道府県医師会をはじめとする関係団体等とも共有し、管内の実施体制の強化を図る。

2. 研修プログラム

(1) 研修プログラムの概要

① PDCA に基づく研修プログラム

- 研修プログラムは、研修会前の状態確認、研修会の開催、研修会開催後の状態確認、研修会前後の状態を比較することで実施効果の確認、その上で次に取り組むべき事項の検討を行い、Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）のPDCAの流れで構成される。

図表- 69 研修プログラムの流れ(再掲)

1.実態確認と課題抽出	実態はどうか・解消すべき課題はなにか
2.目標設定 (短期・中期・長期)	どのようにしたいのか・なにを達成したいのか
3.達成方法の検討	達成のために効果的な手段はなにか ※この手段を研修会とするならば、研修会の企画
4.実行	手段の実行 ※この手段を研修会とするならば、研修会の実行
5.評価・改善・次の段階へ	効果確認・評価（振り返り） →達成したか・改善点はなにか・次に達成すべきことは何か

② 実施手順

- 実施手順は次のとおりである。実施にあたっては、適宜管内保健所や都道府県医師会等の関係団体の協力も得る等し、管内の在宅医療・介護連携を推進する実施体制の強化も図ることが望ましい。
- 研修プログラムの対象者であるコーディネーターからの意見、コーディネーターと一緒に取り組む市町村担当者からの思い、ニーズ等も聞き取り、適宜研修プログラムに反映・参考にする。

図表- 70 研修プログラム検討の流れ

1. 実態確認と課題抽出	
2. 目標設定	
3. 達成方法の検討	～短期目標の実現策としての研修会の企画
4. 実行	-1.研修会開催の通知 -2.研修会開催前の状態の確認 -3.研修会の開催
5. 評価	-1.研修会開催後の状態の確認 -2.研修会の実施効果の確認・振り返り -3.次のステップに向けた改善

(2) 研修プログラムの詳細

① 実態把握と課題抽出

- 都道府県それぞれで課題は異なる可能性があるが、確認・検討等を行う場合の観点の例である。実施にあたっては、各都道府県の実情を勘案し、追加等もして確認・検討する。
- 定量的に把握できる内容自体は、適宜対象者や関係者へのヒアリングや調査などを行って把握し、取りまとめる。

図表- 71 確認・検討等を行う場合の観点(例)

<p>【管内市町村の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口の運用状況はどうか ・ 地域の困りごととして持ち込まれた個別相談が地域課題として反映される仕組みがあるか ・ 市町村担当者とコーディネーターとの連携状況、特に業務委託の場合において状況等の共有をするような機会・関係性がつくられているか ・ 在宅医療・介護連携推進事業の推進状況
<p>【コーディネーターについて】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 各市町村における配置状況(共同配置の確認含む)、配置人員、配置先 ・ コーディネーター間のネットワークや連携体制の有無 ・ 現状の業務の中での課題認識、困っていること ・ 研修を実施している場合の実施効果(評価、更に学びたいこと等の意向)
<p>【都道府県の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県としてコーディネーター支援の実績はあるか・ある場合はその内容と評価はどうか ・ 都道府県の地域医療構想、医療計画等と市町村の在宅医療・介護連携推進事業の関係、今後の方向性等

- コーディネーターはコーディネート業務を果たす者を意味する。市町村により、相談員、窓口担当者等の呼称を使用している場合も実際にコーディネート機能を果たす者、果たすことが期待される者の場合もあり、確認する際には留意する。
- 検討は都道府県の在宅医療・介護連携推進事業の担当課となるが、在宅医療の担当課が異なる場合は意見交換も行いつつ一緒に検討することが望ましい。また、市町村の状況を把握する保健所が入ることも有効であり、支援体制を強化していく点からも効果的である。
- 確認や検討にあたっては、都道府県医師会等の関係団体との意見交換や情報提供等の協力を得ることも有効である。都道府県に在宅医療・介護連携、在宅医療、地域包括ケアの推進についての協議の場がある場合、そこから情報を得ることも有効である。以上は都道府県における実施体制を強化していく点からも効果的である。

② 目標設定

- 在宅医療・介護連携の推進によってどのようになりたいのか、その中でコーディネーターにどのようになってほしいのか、短期、中期、長期で考える。
- 将来である長期に向けてどのように進んでいくかを考えるためのものである。長期を詳細に固めるのではなく、中期はその姿に近づく際のステップであり、設定する時期によって書き込みの粒度が変わる可能性はある。一方、短期はそのためにこの1年程度でどのようにしていきたいかという観点から考える。
- 本研修プログラムの主たる対象はコーディネーターであるが、市町村についても考える。都道府県の実態や今後進めたい方向性等により、保健所、関係団体等も対象となる。また、庁内での推進体制の強化も踏まえると、本検討を行う在宅医療・介護連携推進事業の担当課のほか、担当が別の場合は地域支援事業、在宅医療の担当課も対象になる可能性がある。
- 短期・中期・長期として設定する期間は任意であるが、短期については研修プログラムによって実現したい姿となることに留意する。検討に際しては、次のような簡単な様式で良いので視覚化し、共有できるようにする。

図表- 72 目標設定(例)

	短期（来年度）	中期（3年程度）	長期（将来像）
コーディネーター			
※必要に応じて追加（市町村、保健所、都道府県等）			

③ 達成方法の検討～短期目標の実現策としての研修会の企画

-1.研修プログラムの企画

- 短期目標の実現策として、コーディネーターの研修会を企画する。検討の際には以下のよ
うな簡単な様式でよいので、必要な事項を可視化し、関係者に共有できるようにする。

図表- 73 研修プログラムの企画(例)

1.本プログラムの目的		
2.入口で対象となる人物像	3.研修終了時に想定する能力・効果等	4.行動目標（研修後）
コーディネーター：		
※必要に応じて追加 (市町村、保健所、都道府県等)		

- 「1.本プログラムの目的」では、短期目標に近づけるため、本研修によってどのようになってほしいのかを端的に示す。複数の対象者がいる場合は、共通となる目的を置いた上でそれぞれの目的を記載する。
- 「2.入口で対象となる人物像」は、対象者が現在どのような状況にあるかを示す。
- 「3.研修終了時に想定する能力・効果等」は、研修会が終了した際にどのようになってほしいかを記載する。この時注意が必要なのは、研修会あくまで「機会」の提供であり、行動や意識が変わるきっかけだということである。よって、あくまで研修が終了した際の状態に着目して記載する。
- 「4.行動目標（研修後）」は、研修会が終了し、一定期間を経た状態を想定する。研修効果が定着したことで、どのように行動するようになるか・変わるか、ということである。よって、「一定期間」についても、研修会の内容や求めたいことによっても変わるが、2～3か月等と余り先ではないこと、効果確認の点からは確認できる内容等を入れておくことよい。
(例：「3」で「●●が××のために有効であることを理解している」という状態ならば「4」では「実際に●●を実施している」等)

-2.研修会の全体構成

- 研修会に向けた全体構成、いわば全体設計図をつくる。検討の際には以下のような簡単な様式でよいので、必要な事項を可視化し、関係者に共有できるようにする。

図表- 74 研修会の全体構成(例)

タイトル(仮)		
開催日時		
開催方法		
開催場所		
参加対象		
定員		
募集期間		
周知方法		
全体構成	開催前	
	研修会	
	開催後	
評価方法		
その他		

(開催日時)

- コーディネーター、市町村担当者とも異動の可能性があること、研修会で把握したことを当該年度の事業にも活かしていくことが可能であるため、極力1/4Q等の上期の早い時期に開催しておくが良い。既に実施している研修会等がある場合、それらへの反映も有効だが、同様に開催時期には留意する。また、業務繁忙期、議会等のスケジュールにも留意する。

(開催方法)

- グループワークの実施、その中での関係性を深める点から、極力参集方式とする。なお、基調講演等の講師、傍聴等についてはオンライン出席も考えられる。

(参加対象)

- 目標設定に記載した対象者となるが、対象者によって研修の受講者か、講師やアドバイザー等研修支援者か、オブザーバー、傍聴者と異なる可能性があるので留意する。

(定員・開催場所)

- コーディネーターだけではなく市町村担当者の出席も極力可能となるよう、ゆとりをもった定員と開催場所とする。グループワークのためスペースが必要となることにも留意する。

(募集期間)

- 極力ゆとりをもった期間とする。なお、申込の際等に得た情報の確認や分析・グループワーク時のグループ分け等に時間を要する可能性もあるため、留意する。

(周知方法)

- コーディネーターへの出席依頼は市町村担当課を経由させ、合わせて市町村担当者への主
席も依頼する。コーディネーター向けであれば市町村担当者の出席は不要との判断になら
ないよう、市町村担当者への出席依頼時には研修趣旨を丁寧に伝えた上でコーディネー
ターと一緒に出席することが重要であることを伝える。
- コーディネーターの業務時間内の出席のしにくさへの対応やコーディネーターの活動に対
する理解を得るためにも、コーディネーター所属先に対するコーディネーターの出席依頼
も有効である。
- その他の出席者がいる場合、適した方法で呼び掛ける。

(全体構成)

- 開催前・研修会・開催後で実施することの概要を記載しておく。研修効果の確認として開催
前・後で評価を行うことも有効であり、実施する場合は「開始前」「開始後」に実施する旨
を記載しておく。また、研修開催前に事前課題・開催後に事後課題や報告等を求める場合も
概要を記載しておく。
- 「研修会」には研修会の構成等を記載しておき具体内容については別紙とし、ここでは概
要のみ記載する。同様に「研修会」については次頁を参照すること。

(評価)

- 研修の実施効果について、いつ頃・どのような方法で確認し・どこで報告や共有し・何に使
用するのを記載しておく。
- 研修会の構成具体的な研修プログラムの企画にあたっては、当事者であるコーディネー
ターの意見を聞く、企画検討のメンバーに入れることも有効である。また、都道府県と共に
支援にあたる可能性が考えられる保健所や都県医師会等からも意見を聞く、企画検討に
入ってもらい、協力体制をつくっていくことも効果的と考えられる。

(その他)

- 他に必要な事項等や関連する事項があれば記載しておく。(例：●●課との共同開催、結果
は協議会にて報告、ネットワーク構築に向けた資料とする等)

-3.研修会の全体構成

- 「第5章2.(2)②目標設定」に掲げた短期目標、「(2)③-1.研修プログラムの企画」で示した目標の達成をするための具体的な方法を考える。
- 本プログラムは、一つの例であり、都道府県の実情や考えによって変更されることも想定するが、次の構成を基本的な構成として想定する。

図表- 75 研修会の構成

<p>I.講義・オリエンテーション</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基調となる話、意識を揃える話等で気持ちをセットする。 ・ 冒頭の講義は、参加者の意識を揃えることが期待される。テーマや趣旨が伝わるのが大事である。形式的な説明だけにならないようにし、目指していきたいところの共有、問題提起、この後の検討に向けた意識の喚起や動機付けにつながるよう働きかける。
<p>II.事例・取組等の紹介</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実際の取組や情報を聞いて知る。 ・ Iのテーマと合わせるか、特に合わせず互いの取組を知る等の取組共有とするか等は、都道府県の実情やコーディネーターのニーズに沿って検討を行う。 ・ 当該都道府県外から発表者を招く等し、この後のグループワークでの検討につながるテーマとすること、出席者に打ち込みたい好事例、昨今話題となっている内容等も考えられる。 ・ 一方、それぞれが何をしているかを知ってもらう、この機会を利用して発表等のスキルを学んでもらうという観点から実施することも考えられる。
<p>IIIグループワーク</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 考える・検討のプロセスをたどることで実感する・体験する ・ 今回開発の研修資材を使用する。（参照「第5章2.(2)④実行」） ・ 次の3テーマを順番に実施し、地域の困りごとから地域課題の抽出～市町村担当者との共有までのプロセスをたどりながら検討を行う。 テーマ1) 住民・患者・家族が困っていること・不利益が生じていることを出し合ってみる（地域課題のタネ） テーマ2) 地域のタネの中から、地域で解決したいこと（地域課題）を出し合ってみる テーマ3) 現場で起こっていること・地域課題を市町村にうまく伝えるにはどうしたらよいか考える ・ 各グループが検討した結果は、最後に発表、掲示等によって共有する。

- 研修会では【気持ちをセットする】→【実際の取組や情報を聞いて知る】→【考える・検討のプロセスをたどることで実感する・体験する】というプロセスを踏んで理解を深めていく。内容は、参加者のニーズにあっていることは当然であるが、その後の業務に活用できること、「行動」として現れることへの期待等を考えて決定する。
- ここでは時間に追われて詰込み型にならないようにすること、極力意見交換等の時間を確保することから、1日開催を想定している。終日拘束することの負担感も考えられるため、半日開催や時間短縮の検討、以上に伴い各コマの短縮も想定する場合は、極力「III.グループワーク」の時間数は減らさずに「I」「II」を短くしていくことも考えられる。

④ 実行

-1.研修会開催の通知

- 研修対象者に対し、前掲の「研修会の全体構成」で設定した周知方法で通知する。同様に出席が必要と考えられる者に対しても通知する。
- 研修会でグループワークを開催する際のグループ分けの資料にできるよう、申込時には出席者の基本的な属性が確認できると良い。申込時の資料の項目例は次のとおりである。

図表- 76 申込時に確認する項目(例)

項目	内容・選択肢等
氏名	
連絡先	メール、電話
所属と役職	機関名記載(委託先が医師会、病院、地域包括支援センター等の所属の基本情報が全くない場合はそれも確認できるようにする)
立場	選択肢:コーディネーター、市町村担当者、その他 ※実施内容に合わせて適宜修正
在宅医療・介護連携推進事業に携わってからの期間	選択肢:数字で記載させる ※本事業のコーディネーター、担当となってからの期間を確認
保有する専門職資格等	選択肢:保健師、看護師、社会福祉士、介護支援専門員、その他 ※適宜検討して追加 MSWは国家資格ではないが、病院連携室のコーディネーターの場合保有する割合が高い
その他	知りたいこと・質問等あればここで確認すると研修会に活かせる場合もある

-2.研修会開催前の状態の確認

- 受講前・後で研修効果を確認する場合、ここで参加者の状態を把握しておくことが必要となるので、その設問を設定したアンケート等を作成する。なお、これは①参加表明の際に一緒に送ってもらう、②参加表明後に送ってもらう、2つの方法がある。①の場合は上の申込時に確認する項目と一緒に送付する方法もある。②の場合は事前課題や資料送付と合わせて送ってもらうことも考えられる。いずれについても、適した方法で問題ない。
- 受講前・後の比較には全体の変化をみるか、個人の変化をみるかで2つの方法がある。第4章2.(1)④の試行では後の支援にも活かせるよう個人がどのように変わったか把握している。その場合は個人名で開催前・後のデータの突合が必要なので、その点留意すること。
- 受講前・後で比較する場合、同一の質問を設定しておく必要がある。必ずしも文言が全て一致している必要はなく、比較可能な表現となっていればよい。
- 「研修プログラムの企画(例)」(第5章2.(2)③)のとおり、研修会によって「2.入口で対象となる人物像」が「3.研修終了時に想定する能力・効果等」に変わるように進めていくため、それが確認できるような項目とする。試行①では、「1.地域課題の検討に向けたコーディネーターと市町村担当者の状況」についての自己認識の変化、「他者に説明ができるか」で知識の獲得や意識変化を確認しているので参考にされたい。(第4章2.(1)④)

-3.研修会の開催

- グループワークに向けて段階的に理解を深めていくため、次を基本的な構成とする。

図表- 77 研修会の構成(再掲)

I .講義・オリエンテーション等	基調となる話、意識を揃える話等で気持ちをセットする
II .事例・取組等の紹介	実際の取組や情報を聞いて知る
III .グループワーク	考える・検討のプロセスをたどることで実感する・体験する

- 終日開催・半日開催とも基本的な研修会の構成は変わらないが、本研修会ではグループワークが大事なので、あまり圧縮しないようにする。グループワークを含む終日開催(試行①)・半日開催(試行②)のタイムテーブルの例は次のとおりである。

図表- 78 タイムテーブル(試行①)(再掲)

開始	終了	時間	項目	内容
10:00	10:30	0:30	開場	
10:30	10:40	0:10	開会・挨拶	
10:40	11:05	0:25	I .講義	在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターの可能性
11:05	11:25	0:20	II .事例 事例①	地域課題のタネ、どう見つけている?どう伝えている?
11:25	11:45	0:20	事例②	地域課題のタネ、コーディネーター間でどう育てている?
11:45	12:05	0:20	事例③	地域課題のタネ、市町村にどう伝えればよい?どう共有すればよい?
12:05	13:00	0:55	休憩	
13:00	13:15	0:15	オリエンテーション	III.これからの取組のヒントを得る～自身の取組を振り返る・今後の取組を考える
13:15	13:55	0:40	グループワーク	テーマ1)住民・患者・家族が困っていること・不利益が生じていることを出し合ってみよう
13:55	14:35	0:40		テーマ2)地域課題のタネから、地域で解決したいこと(地域課題)を出し合ってみよう
14:35	15:15	0:40		テーマ3)現場で起こっていること・地域課題を市町村にうまく伝えるにはどうしたら良いか考えてみよう
15:15	16:00	0:45	全体共有	
16:00	16:20	0:20	総括	
16:20	16:30	0:10	閉会・事務連絡	

図表- 79 タイムテーブル(試行②)(再掲)

開始	終了	時間	項目	内容
12:30	13:00	0:30	開場	
13:00	13:05	0:05	開会・挨拶	
13:05	13:15	0:10	振り返り	本研修の趣旨説明と第1回研修の振り返り
13:15	13:45	0:30	講義	市町村と在宅医療・介護連携支援センターの協働による在宅医療・介護連携の推進
13:45	14:00	0:15	オリエンテーション	日々の取り組みから地域課題を考える
14:00	14:40	0:40	グループワーク	テーマ1)住民・患者・家族が困っていること・不利益が生じていることを出し合ってみよう
14:40	15:20	0:40		テーマ2)地域課題のタネから、地域で解決したいこと(地域課題)を出し合ってみよう
15:20	16:00	0:40		テーマ3)現場で起こっていること・地域課題を市町村にうまく伝えるにはどうしたら良いか考えてみよう
16:00	16:30	0:30	全体共有	※グループごとに発表
16:30	16:55	0:25	総括	講師・アドバイザーからのコメント、講師総括
16:55	17:00	0:05	閉会・事務連絡	

【I、IIについて】

- Iは基調講演、オリエンテーションの設定であり、テーマに向けて気持ちをセットする導入の時間でもある。本研修プログラムの目的は、コーディネーターが地域課題に取り組む意識を高め、実施のプロセスを知ること、業務の中で地域課題を意識し、その実践が行われるようになることを目指すものであり、それに適した内容とすることが望ましい。昨今話題となっている内容、連続して取り上げているテーマにする等の場合も、グループワークに向けて意識や理解が高まっていくような内容とするよう配慮する。

- IIは実際の実行や情報等、事例を知るという時間である。試行①では地域課題についての取組を段階的に複数講師によって紹介した。だが、テーマ設定をした中で事例を紹介し、役立ててもらうためには提示の仕方が重要である。取組概観的な説明の場合、知ってほしいこと等の狙いは伝わりにくくなるため、司会者側等で事例のポイントを提示することも効果的である。話者である講師に趣旨や意図が伝わっているかも重要なので、なぜこの話をしてほしいか・どこがねらいか等は資料作成時に伝えておくことも大事である。また、ヒアリング調査にもあったが、コーディネーター等の当事者が事例や取組発表を行う場合、他の地域の状況を知る・情報共有するだけではなく、発表者には資料をまとめる・発表のトレーニングの機会である。資料作成の相談にのることも伴走支援の一つと考えたい。

【IIIについて】

(グループワークの体制)

- IIIのグループワークは、5～6名程度のグループにて実施する。グループ分けはグループワークをうまく進めるために重要でもあるため、申込時に確認した内容をみてグループ分けをしておき、名簿の他にグループ用の資料もつくっておく。
- グループ分けの際は「コーディネーターかそれ以外(市町村担当職員)か」だけではなく、コーディネーターならば「所属はどこか」(医師会・病院・地域包括支援センター・直営等によって業務への取り組み方が違う場合がある)、「どの程度のキャリアがあるか」(キャリアが短い人と長い人を一緒にして知識の吸収を図る)、「専門職の資格があるか」(看護師・ケアマネジャー・社会福祉士/MSW・行政職員等で視点が異なる場合がある)等に配慮し、所属、キャリアに関わらず学ぶ機会が得られるよう工夫をする。
- 地域課題の解決に向けて期待する役割を踏まえ、グループ内の進行、書記(まとめ役)は市町村担当者、ディスカッションはコーディネーターを中心に行うことが効果的である。ワークではコーディネーターは互いの経験や取組を知ることになるが、市町村担当者はコーディネーターが現場の知識をもって日々何をし、考えているか、どのような力を持っているかを知ることができる。市町村担当者が進行や書記を務めるのは、その後の業務の中でコーディネーターと対話をして引き出していく訓練でもあり、コーディネーターがその姿をみることで今後どのように市町村担当者に伝えるとよいかの理解も促す。
- グループワークの司会者は、都道府県による内部講師、外部講師のどちらでも構わない。司会者は、グループワークの各テーマの意図、参加者の議論が段階的に進んでいくことを理解したうえで進行する。以下に記載した時間はあくまで目安であり、テーマが変わるごとに発表させることを考える場合は別途時間が必要になる。

(グループワークの実施方法や備品等)

- グループワークでは、各自がポストイットに書き出し、模造紙に整理していく方法を想定する。使用する標準的な備品は次のとおりである。

図表- 80 グループワーク用備品等

模造紙	一般的な四六判を使用。
ポストイット	各自が書きだすための手元用と、まとめるための見出し用の2種は最低限準備する。手元用は最低でも75mm×75mm以上とする。それ以外の見出し用等には75mm×100mm等の手札サイズのものがあると良い。色は手元用と見出し用で変えておく。
サインペン	各自が書きだすための筆記用具として準備する。何が書いてあるのかよく見えるよう、あまり細すぎないものを選ぶ。
マーカー	見出し等で使えるよう太めのカラーのものを準備する。
その他	ネームホルダーとネームカード 手元用のメモ用紙(A4紙等で可)

図表- 81 グループワーク時の模造紙の使用例

グループ名 ●グループ	
日常療養	入退院支援
急変時の対応	看取り
市町村にうまく伝えるには	

(グループワーク)

- グループワーク開始時におけるグループワークの目的の確認や検討に向けた意識の設定、終了時の総括では目的の再確認、本日検討したことの振り返り、実際の例を知る（「第4章 2.(5)②研修資料について 図表-66地域課題の解決に向けた市町村担当者とコーディネーターの対話例（稲城市）」参照）ことは、知識の定着を図る上でも重要である。試行①、②のオリエンテーション資料、総括資料も参考に、グループワークの前・後でそれぞれ実施して頂きたい。

図表- 82 グループワークのテーマ

オリエンテーション

- ・グループワークの導入

【検討の所要時間：目安】

- ・10～15分程度

【ポイント】

- ・グループワーク実施の目的、検討の流れ等を説明する。

テーマ1

住民・患者・家族が困っていること
・不利益が生じていることを
出し合ってみよう

～住民の困りごとをベースとした地域課題のタネ～

【検討の所要時間：目安】

・40分程度

【ポイント】

・個別課題から地域課題を考える。実際に地域の中で起きている「困りごと」をあげていく。困りごとは4つの場面※でざっくりと分けてみる。

※当初から場面を絞って検討してもよい。

専門職が「困っている」背景には困っている住民がいる。専門職の連携は困っている住民を中心に行われるものであり、話を明確にするためにも「住民、患者、家族」等の当事者を中心において検討する。

テーマ2

地域課題のタネから、
地域で解決したいこと（地域課題）
を出し合ってみよう

【検討の所要時間：目安】

・40分程度

【ポイント】

・個別課題から地域課題を考える。テーマ1の「困りごと」の背景を考え、地域で解決したいことを整理する。

・そのようなことが起きているのはなぜなのか、原因として考えられることは何か。原因の中で解決の優先度が高いものは何か、その対策としてどのようなことが考えられるのか等、何が地域課題（のタネ）なのかを考えて出し合ってみる。

テーマ3

現場で起きていること・地域課題を
市町村にうまく伝えるには
どうしたらよいか考えてみよう

【所要時間：目安】

・40分程度

【ポイント】

・市町村担当者とコーディネーターとのコミュニケーションの質を高め、地域課題を共有しやすくする方法を考える。地域課題（のタネ）を市町村にうまく伝える方法を考えてみる。

・現場で起きていることや地域課題のタネと思われるものの上手な伝え方や共有方法を考える。事実や情報、そこから考えられること（仮説・評価・見解等）、以上を補足する情報や資料等を考え、理解・共有を働きかける方法を考える。

全体での共有・講評・総括

【所要時間：目安】

・全体での共有は発表グループ数によるが、大体の発表時間を決めて実施する。

・各発表に対して都度講評を行うのか、総括のみとするのか等は状況に応じて決める。

【ポイント】

・検討結果は、発表等によって全体で共有する。

・発表に対する講評（反応）は、検討した者にとっての気づきとなる。以上はグループワークの全体進行を行う者や講師から行う場合もあるが、その難しさを感じる場合にはアドバイザー等も含み複数からコメントをもらう、それも難しいようであればワールドカフェ方式での共有を行い、その中で互いの意見をもらう方法も考えられる。

・総括時には目的の再確認、本日検討したことの振り返り、実際の例を知ることによって本日得た知識の定着を図る。

(別添)

効果的なグループワークを進めるためのファシリテーションのポイント

(株)日本医療総合研究所 川越雅弘

1. ファシリテーションとは

異なる視点、価値観を持った多様な関係者が参加したグループワークを行う場合、参加者が「自分たちで考えた、気づいた、決めた」という当事者意識を高めていくことが重要となる。そのような状況を実現するために必要な能力が「ファシリテーション力」である。

ファシリテーションとは「ことを容易にする、促進する（助長）する」という意味であり、それを担う者（ファシリテーター）には、参加者の気づきや思いが引き出され、プロセスや結果がよりよいものとなるよう支援・促進することが求められることになる。

ファシリテーションを活用することで、参加者の当事者意識が高まり、他人事が自分事になっていく。人は、誰かに指示されたことは「なるほど」と思っても、行動にまで移すことは意外とできない。自分事になることで自ら行動しようという意欲が生まれる。話し合いの中で、参加者同士の相互作用（化学反応）が起こることで、ひとりで生まれないアイデアや解決策が生まれ、相互理解や達成感が深まる。そして、「私たちで考えた。私たちで創った」という納得感が得られるようになる。

2. ファシリテーターが持つべき心構えのポイント

ファシリテーションというと技法と捉えられがちだが、ファシリテーターの「こころの持ちよう」が場に大きく影響を与える。以下、ファシリテーターが持つべき心構えのポイントを示す。

表1. ファシリテーターが持つべき心構えのポイント

- ・ 参加者を信じる（考える力を持っている、問題意識があるなど）
- ・ 主役は参加者、ファシリテーターはあくまで支援者
- ・ 自分の振る舞いが場の雰囲気に影響を与えることを自覚する
- ・ 緊張した場合は、会議の目的、参加者が主役という前提をリマインドする
- ・ 会議の目的・目標を常に意識しながら、グループワークを進行していく
- ・ 参加者の発言は受け止める（※自分の価値観を押し付けない）
- ・ 自分自身も楽しむ気持ちを持つ

3. ファシリテーションで重要となるのが、参加者に気付きを与える「問い」である

ファシリテーターは、「問い」により、参加者に様々な気づき（自身の考え方の改善点、自身と他者の考え方や価値観の違いなど）を与え、それにより、よりよい対話を実現していく。

問いには、テーマや議題をもとに事前に考えておく「問い」と、その場で参加者の発言に対して質問していく「問い」がある。「もう少し具体的に言うと？」「例えばどのような時ですか？」など発言内容に質問したり、「納得されていないようですがいかがですか」「みなさん疲れているようですが休憩しますか」などプロセスへの質問をしたりしながら進めていく。

4. 今回のグループワークの目的と「問い」の例

(1) 今回のグループワークの目的は何か

グループワークを進行する際、ファシリテーターは、「このグループワークで目指したこと（＝目的）は何か」を常に意識しておく必要がある。

さて、今回のグループワークのテーマは、「個別課題を知る在宅医療コーディネーターと、在宅医療・介護連携推進事業を担当する市町村担当者が一緒になって、個別課題から地域課題を考えること」であった。

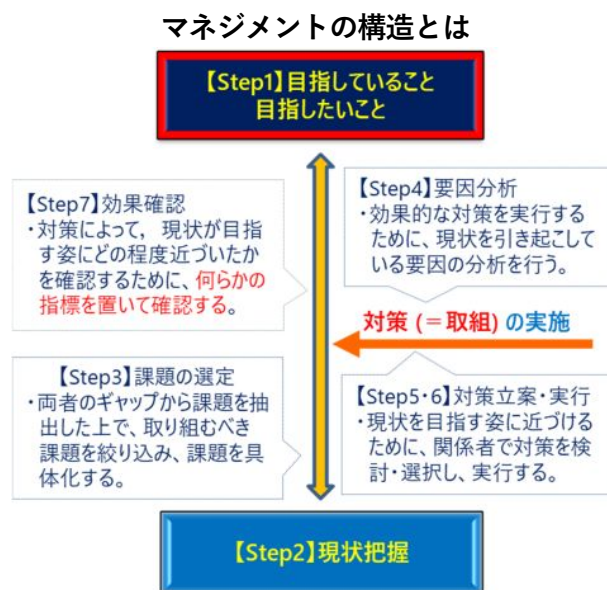
グループワークを進行していくと、どうしても目の前で起こっている議論の中身（細部）に意識が向きがちになるが、全体進行を担うファシリテーターは、常にグループワークの目的を意識しながら、少し俯瞰した立ち位置で、全体の動きを捉える必要がある。

(2) なぜ、今回のテーマを「個別課題から地域課題を考える」に設定したのか

図1に、マネジメントの構造を示す。そもそも、マネジメントとは、課題解決を図る手法のことである。なお、ここでの課題とは、「目指したいこと」と「現状」のギャップのことをいう。

ただし、課題といっても対象は、「住民・患者・家族にとっての課題（＝個別課題）」、「専門職にとっての課題」、「市町村担当者にとっての課題」、そして「地域にとっての課題（＝地域課題）」など様々である。ここで意識しないといけないのは、「個別課題」と「地域課題」は別物ではなく、「個別課題の解決につなげる」ために、「解決しないといけない地域課題を解決する（＝高齢者を取り巻く環境を整える）」という、両者の関係を捉える視点である。だからこそ、今回のテーマを、「個別課題から地域課題を考える」に設定したのである。この考え方は、地域ケア個別会議と推進会議の関係と同じである。

このテーマをコーディネーターと市町村担当者が一緒に考えることにより、個別課題を知るコーディネーターと、地域課題を知りたい市町村担当者の相互理解と連携促進が図られることも、副次的な効果として期待したものとなっている。すなわち、地域課題を相互理解することと、両者の連携強化の両方を目指したのが、今回のグループワークである。



出所) 埼玉県立大学：効果的な計画を策定するための考え方マニュアルー在宅医療・介護連携の推進に向けてー（令和5年3月31日）、p6を一部改変

<https://www.mhlw.go.jp/content/001103266.pdf>

(3) 今回のグループワークの構成を振り返る

今回のグループワークでは、以下の3つのテーマを設定していた。

【テーマ1】住民・患者・家族が困っていること・不利益が生じていることを出し合ってみよう（＝地域課題のタネ）

【テーマ2】地域課題のタネから、地域で解決したいこと（地域課題）を出し合ってみよう

【テーマ3】現場で起こっていること・地域課題を市町村に上手く伝えるにはどうしたらよいか考えてみよう

なお、テーマ1・2は個別課題から地域課題を考えるためのもの、テーマ3は市町村とコーディネーターのコミュニケーションの質の向上を図るためのものである。ファシリテーターは、①グループワーク全体の流れ、②各テーマの目的を意識しながら、グループワークを進めていく必要がある。

(4) 気づきを与えるためのグループワークでの「問い」の例（テーマ1・2）

① テーマ1に対して

コーディネーターは、1人1人の高齢者やその家族が何に困っているかを肌感覚として持っているが、それを「言語化」し、関心領域や仕事の仕方が異なる市町村担当者に「わかるように伝える力（相手に伝わっているかがポイント）」が弱い。

他方、市町村担当者は、地域で解決しないといけないことは何かに関心を払っているが、医療や介護の現場にいるわけではないので、現場で起こっていることが良くわからない。

関心領域や価値観が異なる両者の連携を促すためには、両者に共通すること、すなわち「こんな地域にしたいよね。そのために解決しないといけないことは何だろう？（地域課題）」を共有する必要がある。そのためのグループワークが、このテーマ1のグループワークである。

もし、コーディネーターから、「そういえば、担当しているAさんがこんなことに困っていた」などの発言（1人1人の住民の課題）があった場合は、「同じような困りごとを抱えている人は他にもいるの？」「担当している人のうち、どれ位いそう？」などの問いをかけると、コーディネーターの目線が、「1人1人の高齢者」から、「地域にいる同じような困りごとをかかえている高齢者たち」に変わっていく。

テーマ1

住民・患者・家族が困っていること
・不利益が生じていることを
出し合ってみよう

～住民の困りごとをベースとした地域課題のタネ～

② テーマ2に対して

たとえば、テーマ1で、「看取り期にある高齢者の家族の不安を減らすにはどうしたらよいか？」がテーマとして挙がってきたとする。

これを実現するための有効な対策を考えていく際には、

① そもそも何に対する不安を抱えているのか（不安の対象の具体化）

② なぜ不安になるのか（原因として考えられるもの）

③ 様々考えられる原因のうち、解決しないとくいけない原因は何か（主たる原因）※テーマ2

④ ③の主たる原因に対し、どのような対策が考えられるのか（対策案の列挙）

⑤ ④の中で、効果的かつ現実的な方法はどれか（効果的な対策の絞り込み）

テーマ2

地域課題のタネから、
地域で解決したいこと（地域課題）
を出し合ってみよう

などを考える必要がある。

ファシリテーターは、課題解決を進めていく上でのこうした思考の展開方法を頭の中に入れて、グループワークを進行していく必要がある。その上で、発言内容を聞きながら、適宜「問い」を掛けて、この流れでの検討が少しでも進むように促していく。例えば、いろいろ対策が挙がってきたが、どれにすべきか悩んでいるグループに対しては、「その対策がもう少しまくいったら課題解決に近づきそう？」などと問いかけると、どの対策がより有効そうかを判断出来るようになる。

5. おわりに

ファシリテーターが最も大事にすべきことは、参加者が「楽しそうにしていたかどうか」である。楽しそうにするためには、①場の雰囲気が柔らかい（固くない）、②発言したことが否定されない、逆に、「いいね」を言ってもらう、③価値観の押し付けがない などが必要となる。だからこそ、ファシリテーター自身も、参加者に合わせながら楽しむ位の気持ちをもたないといけない。

すぐに、「ファシリテーションはどうすればよいのか」など、方法論に意識を強く向ける人があるが、より重要なことは上記のマインドである。こうした、ファシリテーションの基本と、事業マネジメントの基本的流れの両方を頭に入れながらファシリテーションは展開していく。

ただし、ファシリテーションは、研修会で方法論を学んでも、それを実践しないとそのスキル（マインドを含む）は身につかない。普段の仕事、例えば、会議を運営する、サービス担当者会議を進行する、認知症サロンで当事者や家族の声を拾うなど、様々な場面で、ファシリテーターになったつもりで、相手（参加者）の声を拾うことをやってみることから始めてみてはどうでしょうか。

⑤ 評価

-1.研修会開催後の状態の確認

- 出席したコーディネーター等に受講後アンケート等を実施する。受講前・後で結果を突合するため、参加者には極力アンケートへの協力を依頼する。実施直後にアンケートを行うと回収率が高くなることが見込まれるが、研修後の高揚感で評価が高めにぶれる可能性もあることに留意する。なお、試行①、②は数日のインターバルをおいて実施した。
- 調査項目には比較のために設定した設問を含むほか、今回の研修への感想や気づき、今後期待したい支援等についての自由記述欄を設け、評価や今後の検討のヒントとする。
- 突合した結果と自由記述の内容等から、研修会開催の効果の確認を行う。重要なことは、「研修プログラムの企画（例）」（第5章2.(2)③）のとおり、研修会によって「2.入口で対象となる人物像」が「3.研修終了時に想定する能力・効果等」となっているかどうかである。試行①の「1.地域課題の検討に向けたコーディネーターと市町村担当者の状況前後比較」の結果にもあるように、必ずしも前より後の評価が「down」したからと言って研修効果がなかった等とはならない（※但し、研修受講者のレベル感とアプローチにより、この解釈も変わるので注意すること）。結果の解釈等に困る場合は、複数で考えることも大事であり、それが研修会や研修プログラムの改善にもつながる。

-2.研修会の実施効果の確認・振り返り

- 研修会に参加したコーディネーターから直接聞き取ることも有効である。代表者等から深く聞き取ることも良いが、研修のありようはコーディネーター自身の問題でもある。複数名等による振り返り会は、コーディネーター自身が考え、互いに考える機会でもあり、ネットワークの素地ともなるので有効に活用いただきたい。

-3.評価

- 効果の確認に有効な情報を集め、その結果を取りまとめる。取りまとめる際には「できなかった」ことだけに注目するのではなく、「良くなった」「改善された」等の「できた」ことにも着目し、評価することが次の内容にも好影響を与えることに留意する。
- 以上の内容については、次の短期目標に反映し、次の研修プログラムやネットワークやプラットフォームへの支援、伴走支援等にも活かす。
- 評価結果については協議の場や会合等で関係者にも共有し、理解の醸成と推進体制の強化に活かせるようにする。

3. 事業実施報告会での実施報告

- 令和7年3月21日に事業報告会「在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業 ～地域課題の解決に向けた有効策としてのコーディネーター支援とスキルアップを考える～」をオンラインにて開催した。
- 全国よりコーディネーターをはじめ、市町村担当者、都道府県担当者等からの申込があり、参加者は420名となる等、大きな反響があった。

図表- 83 事業報告会

厚生労働省 令和6年度 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業 事業報告会

地域課題の解決に向けた有効策としての
コーディネーター支援とスキルアップを考える

主催：厚生労働省関東信越厚生局 株式会社富士通総研

在宅医療・介護連携が進む中、在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターに注目が集まっています。「コーディネーター」は多様な要素を調整して全体の調和を図り、取組を円滑に遂行しようとする機能ですが、在宅医療・介護連携推進事業における「コーディネーター」には、個別の困りごと解決への働きかけだけでなく、その困りごとを引き起こしている地域課題の解決に向けた働きかけを行うことも期待されています。

本調査研究事業ではコーディネーター支援やスキルアップ、コーディネーターと市町村、都道府県の連携による在宅医療・介護連携のさらなる推進の検討を行い、関東信越厚生局及び群馬県で研修会を試行しました。本報告会では、調査研究事業の実施報告とあわせ、今後のコーディネーター支援及びスキルアップをテーマにパネルディスカッションを実施します。

オンライン開催 (zoomウェビナー)
令和7年3月21日(金) 13:00～15:30

対象者：在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター、市町村・都道府県の御担当者等 (特に対象者の制限はありません)
申込締切：令和7年3月17日(月) 18時 (※先着順締切 上限450名)
申込方法：別添のexcelファイルに記入の上、メールに添付して以下に送付ください
fri-homecare-rs@cs.jp.fujitsu.com

開催日時
参加費無料

13:00	開会
13:05 ～13:30	I. 事業実施報告 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業の報告 株式会社通総研 行政経営グループ・公共政策研究センター 名取 直美
13:30 ～13:50	II. 取組報告 県によるコーディネーター支援を通じた市町村の在宅医療・介護連携の推進支援 (仮) 群馬県健康福祉部健康福祉課 医療・福祉連携推進室 室長 高橋 智之
13:50 ～15:30	III. パネルディスカッション ～地域課題の解決に向けた有効策としてのコーディネーター支援とスキルアップを考える (コーディネーター) 川越 雅弘 ㈱日本医療総合研究所 地域づくり推進部 部長 (リネリスト) ※50音順 飯野 雄治 稲城市市民協働課 (前高齢福祉課地域支援係長) 久保田 健太郎 千葉市保健福祉局健康福祉部 在宅医療・介護連携支援センター 所長 斎川 克之 (一社)新潟市医師会地域医療推進室 室長 高橋 智之 群馬県健康福祉部健康福祉課 医療・福祉連携推進室 室長 飯部 美加 (一社)新潟県医師会新潟県在宅医療推進センター基幹センターコーディネーター 吉川 和義 埼玉県保健医療部医療整備課在宅医療推進担当主幹

※タイトル・時間配分は予定であり、変更する可能性があります

お問い合わせ 株式会社 富士通総研 行政経営グループ 担当：名取・藤原・井加田
Email: fri-homecare-rs@cs.jp.fujitsu.com
電話：03-6424-6752 (直通) Fax: 03-3730-6800

令和6年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業報告会
～地域課題の解決に向けた有効策としてのコーディネーター支援とスキルアップを考える～

次第

日 時： 令和7年3月21日(金) 13:00～13:30
場 所： オンライン開催 (敬称略)

13:00	開会 挨拶 厚生労働省関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 課長 齊藤 康博
13:05 ～13:25	I. 事業実施報告 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業実施報告 【資料1】 株式会社富士通総研 行政経営グループ チーフシニアコンサルタント 名取 直美
13:25 ～13:45	II. 取組報告 群馬県における研修の試行 ～県によるコーディネーター支援を通じた市町村の在宅医療・介護連携の推進支援 群馬県健康福祉部健康福祉課 医療・福祉連携推進室 室長 高橋 智之 【資料2】
13:45 ～15:25	III. パネルディスカッション ～地域課題の解決に向けた有効策としてのコーディネーター支援とスキルアップを考える (コーディネーター) 川越 雅弘 ㈱日本医療総合研究所 地域づくり推進部 部長 (リネリスト) ※50音順 飯野 雄治 稲城市市民協働課 (前高齢福祉課地域支援係長) 久保田 健太郎 千葉市保健福祉局健康福祉部 在宅医療・介護連携支援センター 所長 斎川 克之 (一社)新潟市医師会地域医療推進室 室長 高橋 智之 群馬県健康福祉部健康福祉課 医療・福祉連携推進室 室長 飯部 美加 (一社)新潟県医師会新潟県在宅医療推進センター基幹センターコーディネーター 吉川 和義 埼玉県保健医療部医療整備課在宅医療推進担当主幹
15:30	閉会

※時間は予定です。

(配布資料)
資料1 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業実施報告
資料2 群馬県における研修の試行
資料3 パネルディスカッション参考資料

以上

図表- 84 事業報告会出席者

	市町村・広域連合が配置する在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター等	市町村・広域連合の職員(在宅医療・介護連携推進事業の担当者)	市町村・広域連合の職員(在宅医療・介護連携推進事業の担当者以外)	都道府県の職員(在宅医療・介護連携推進事業の担当者)	都道府県の職員(在宅医療・介護連携推進事業の担当者以外)	その他
参加者計	420	181	134	10	53	33
関東信越厚生局管内10都県	183	92	58	4	17	9
都外	237	89	76	6	36	24
参加者計	100.0%	43.1%	31.9%	2.4%	12.6%	7.9%
関東信越厚生局管内10都県	100.0%	50.3%	31.7%	2.2%	9.3%	4.9%
都外	100.0%	37.6%	32.1%	2.5%	15.2%	10.1%

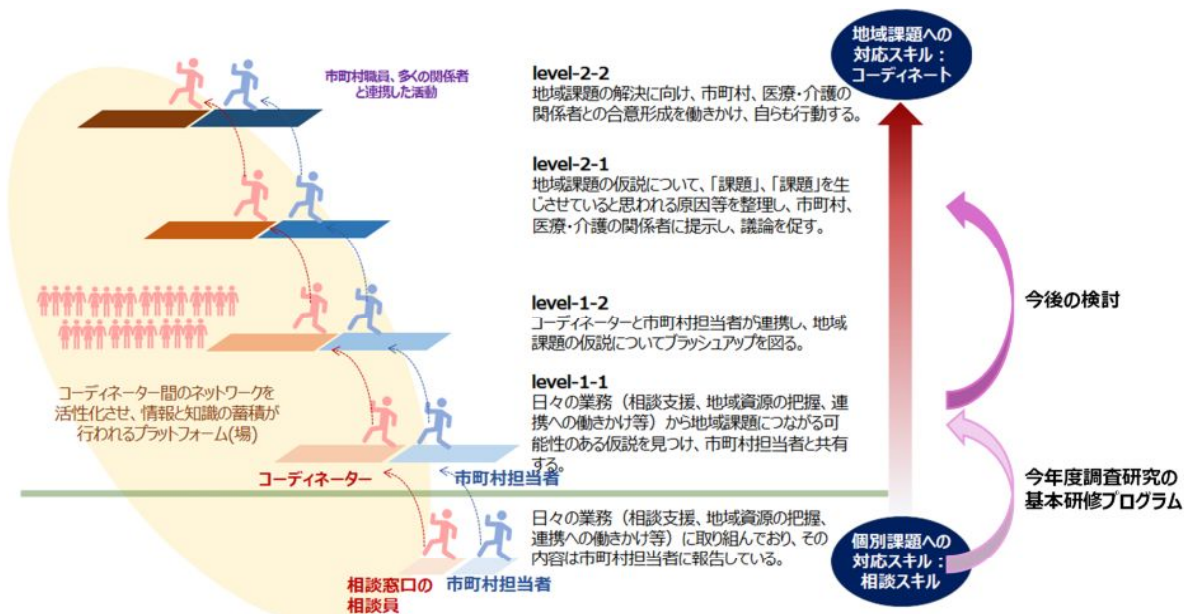
※事業報告会の出席者詳細、資料については「参考資料 2.事業報告会」を参照。

第6章 まとめ

(1) コーディネーター支援とスキルアップ

- 本調査研究では、在宅医療・介護連携の推進に向けた地域課題の解決には、コーディネーター（コーディネート機能）と市町村（政策形成機能）の双方が必要であり、その力の獲得が現在のコーディネーターにとって取り組むべきスキルアップと位置付けて検討を行った。
- コーディネーターのスキルアップを考える中では、コーディネーターが地域課題に取り組むための知識等を獲得する機会となる研修会の具体的な内容だけではなく、それぞれが持つ知や経験をコーディネーター間のネットワークを通じて新たな知へと創出するプラットフォームが重要であること、コーディネーターが自身の地域の中で主体的に検討を行うこと支援する伴走支援の体制、の3つが今後の在宅医療・介護の連携推進に向けた重要なポイントであることがわかった。
- 本調査研究では、コーディネーターのスキルアップとして、従来の個別課題を中心とする取組から地域課題に取り組むため基本的な研修プログラムの開発を行った。その内容では、コーディネーター同士、コーディネーターと市町村担当者が共に検討する中で気づきを得るため、地域課題に取り組むことへの意識づけと基本的なプロセスを知ることが重視している。また、研修プログラムを都道府県が検討していくための整理も行うことで、今後の都道府県の研修の参考になるよう検討を行った。
- 以上は、コーディネーターが地域課題に取り組むというステップにあがるための効果はあると考える。だが、実際の業務の中で運用していく上では、更に在宅医療・介護連携に焦点をあてた内容としていく必要があると考えられる。

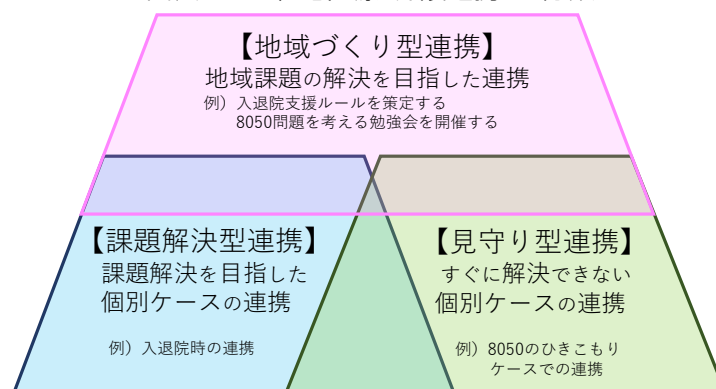
図表- 85 今後検討すべきところ



(2) 今後に向けて

- 今後は、①地域課題に取り組むことの動機付けがなされたコーディネーターのレベルアップを果たすための研修プログラムの開発、②コーディネーターへの研修実施やネットワーク等の構築に取り組む都道府県に対する市町村支援スキル向上、③地域課題の解決を図る協議の場の活性化に向けた検討と医療・介護関係者の意識醸成、に取り組むことで、更なる在宅医療・介護連携の推進を図ることが求められる。
- 特に①地域課題に取り組むことの動機付けがなされたコーディネーターのレベルアップを果たすための研修プログラムの開発として、個別課題として相談窓口に寄せられた相談を類型化し、具体的な課題分析と対策の例示を行うことで、更にコーディネーターのスキルアップを図っていくことが必要と考える。
- 相談の類型化と課題分析を行う場合、在宅医療の4つの場面（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）と認知症、感染症対応、災害対応で検討していくことが考えられるが、その際にも相談とその課題の解決がどのような連携によって解決されるのかも考えることで連携の目的等が明確となる。
- 例えば次は連携について地域課題の解決を目指した「地域づくり型連携」、個別課題の解決を目指した「課題解決型連携」、すぐには解消できない個別課題に向けた「見守り型連携」と分類したものである。このような分類も考えながら、地域から寄せられた困りごと～個別課題～地域課題の抽出、解決に向けた検討を具体的に出来るよう提示していくことが必要だと考える。

図表- 86 在宅医療・介護連携の3分類



資料: 千葉市在宅医療・介護連携支援センター 所長 久保田健太郎氏

- 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、かかりつけ医機能報告制度にもみられるように、市町村の在宅医療・介護連携は都道府県の在宅医療推進と密に関わるようになってきている。市町村と都道府県の連携は、すなわち地域の困りごととして生じている個別課題が地域課題、さらに大きな圏域等の課題、それぞれの施策にも連なっていくことを示す。この傾向は更に強くなっていくと考えられ、その全体システムを考える上でもコーディネーターのスキルアップ、支援は考えていかねばならない。

- コーディネーターに向けては国も研修会を開催し支援を進めているが、コーディネーター全員が参加することはかなわず、伝達研修となる可能性が高い。広域行政である都道府県は市町村、コーディネーターを集める力を持っており、これは都道府県の強みでもある。一方で都道府県においても市町村を支援するスキルが十分とは言い難い。特に「自分が知識や技術を高めて取り組む」のではなく「他人が知識や技術を高めて取り組むことを支援する」のは全く難しさが違う。都道府県の強みを生かす点からも都道府県への支援も考え、地域を支える市町村、市町村を支える都道府県、厚生局、国の厚みを活かした支援体制が充実することを期待したい。

資料

1. 関東信越厚生局 第2回地域包括ケア事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業研修会

～コーディネーターの期待が高まっている今、
他のコーディネーターの取り組みから学ぼう・自身の取り組みを振り返ろう～

I. 講義

在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターの可能性（資料1）

II. 事例報告：地域課題のタネ、どうやって見つけていますか？活かしていますか？

事例①地域課題のタネ、どう見つけている？どう伝えている？

～動き出したら仲間が増えてくる、そして繋がる～（資料2）

事例②地域課題のタネ、コーディネーター間でどう育てている？（資料3）

事例③地域課題のタネ、市町村にどう伝えればよい？どう共有すればよい？（資料4）

III. これからの取組のヒントを得る ～自身の取組を振り返る・今後の取組を考える

オリエンテーション コーディネーターに期待される役割とは（資料5-1）

グループワーク 地域の困りごとから地域課題を考える（※会場投影のみ）

本日の振り返り・総括 よりよいコーディネートの実現に向けて（資料5-2）

2. 事業報告会

(1) 参加者概要

(2) 資料

① 事業実施報告

在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する
調査研究事業実施報告（資料1）

② 取組報告

群馬県における研修の試行（資料2）

③ パネルディスカッション

～地域課題の解決に向けた有効策としてのコーディネーター支援と
スキルアップを考える～

新潟県医師会が行うコーディネーター支援の取組（資料3-1）

埼玉県在宅医療連携拠点コーディネーターへの支援（資料3-2）

埼玉県在宅医療連携拠点協議会（通称：さいれん会）について（資料3-3）

コーディネーターの支援とスキルアップの取組み（資料3-4）

市町村担当者としてコーディネーターに期待すること（資料3-5）

相談員からコーディネーターへ（資料3-6）

地域課題の解決を目指したコーディネートの実現に向けて

－コーディネーターのスキル向上及び支援の観点から（資料3-7）

(3) 参加者アンケート

1. 関東信越厚生局 第2回地域包括ケア事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業研修会

I. 講義

在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターの可能性（資料1）

関東信越厚生局 令和6年度 第2回地域包括ケア事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業研修会（令和6年11月19日）
～コーディネーターへの期待が高まっている今 他のコーディネーターの取り組みから学ぶ～自身の取り組みを振り返ろう～
令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究発表（敬称上省略）

資料1

I. 講義

在宅医療・介護連携推進事業における コーディネーターの可能性

一般社団法人新潟県医師会 新潟県在宅医療推進センター
基幹センター コーディネーター 服部 美加

- 委託された仕事はきちんとやっています。
- 4場面を意識しているけれど。
- 事業の成果がみえない。これを続けていてよいのか。
- コーディネーターとして何を求められているのか
- 誰も教えてくれない
- こんな研修を待ってた！

新潟県在宅医療推進センターのネットワーク

県内すべての郡市医師会に設置
●医療計画「在宅医療の連携を担う拠点」
●在宅医療・介護連携推進事業委託

佐渡
佐渡医師会 佐渡市在宅医療推進センター

中越
長岡市医師会 長岡市・出雲崎町 長岡市医療・介護連携推進センター
見附市南蒲原郡医師会 見附市在宅医療推進センター
柏崎市刈羽郡医師会 柏崎市・刈羽村 在宅医療・介護連携推進センター

新潟
新潟県医師会 在宅医療推進センター(基幹)
新潟市医師会 新潟市在宅医療推進センター
新潟市東蒲原郡医師会 新潟市在宅医療推進センター

魚沼
小千谷市魚沼市医師会 ①小千谷市在宅医療・介護連携推進センター ②魚沼市在宅医療推進センター 小千谷市・魚沼市
十日町市中魚沼郡医師会 つぶらぬ医療介護連携センター 十日町市・津南町
南魚沼郡医師会 南魚沼市・湯沢町 南魚沼地域在宅医療推進センター

上越
上越医師会 上越地域在宅医療推進センター 上越市・妙高市
糸魚川市医師会 糸魚川市 糸魚川地域在宅医療推進センター

下越
村上市若船郡医師会 村上地域在宅医療推進センター
新発田北蒲原医師会 しばた地域医療介護連携センター
新発田市・胎内市・阿賀野市・聖籠町

三谷
三谷市医師会 三谷市 三谷市地域包括ケア推進センター
加茂市医師会 加茂市・田上町 加茂・田上在宅医療推進センター
燕市医師会 燕市・弥彦村 燕市・弥彦医療・介護センター

- 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター
- 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターの現状
- コーディネーターを取り巻く状況の変化・期待
- 今日みなさんと取り組みたいこと

医療と介護の複合ニーズが一層高まる

○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
○2025年度以降、高齢高齢者の増加が懸念となるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ高齢者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率

年齢階級	認定率
65歳以上全体の認定率	57.8%
75歳以上全体の認定率	31.5%
85歳以上全体の認定率	18.3%
65-69歳	2.6%
70-74歳	3.5%
75-79歳	12.4%
80-84歳	26.4%
85-89歳	48.1%
90歳以上	72.7%

85歳以上の人口の推移

年	人口(万人)
2000年	254
2005年	294
2010年	353
2015年	494
2020年	620
2025年	720
2030年	831
2035年	1,052
2040年	1,024
2045年	970
2050年	964
2055年	1,029
2060年	1,152

出典 2020年9月8日厚生労働省「介護労働実態調査結果」及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口統計）から作成
総務省統計局「国勢調査結果」人口動態統計年報「日本の高齢者の人口」（平成26年4月調査）、「出生中絶」（平成26年）
厚生労働省「総務省統計局（国勢調査）」、「国勢」・年齢別人口を按分修正した人口

新しい地域支援事業の全体像（平成26年改正前後）

介護保険制度

改正前

- 介護給付(要介護1～5)
- 予防給付(要支援1～2)
- 介護予防・日常生活支援総合事業(要支援1～2、それ以外の者)
 - 介護予防・生活支援サービス事業
 - 訪問型サービス
 - 通所型サービス
 - 生活支援サービス(配食等)
 - 介護予防支援事業(ケアマネジメント)
 - 一般介護予防事業
- 包括的支援事業
 - 地域包括支援センターの運営
 - 認知症ケアマネジメント、総合相談支援
 - 認知症対応型共同生活介護、認知症対応型グループホーム
 - 生活支援体制整備事業(コーディネーターの配置、協議会の設置等)
- 任意事業
 - 介護給付費適正化事業
 - 家族介護支援事業
 - その他の事業

改正後

- 介護給付(要介護1～5)
- 予防給付(要支援1～2)
- 介護予防・日常生活支援総合事業(要支援1～2、それ以外の者)
 - 介護予防・生活支援サービス事業
 - 訪問型サービス
 - 通所型サービス
 - 生活支援サービス(配食等)
 - 介護予防支援事業(ケアマネジメント)
 - 一般介護予防事業
- 包括的支援事業
 - 地域包括支援センターの運営
 - 認知症ケアマネジメント、地域ケア会議の充実
 - 在宅医療・介護連携推進事業
 - 認知症対応型共同生活介護、認知症対応型グループホーム
 - 生活支援体制整備事業(コーディネーターの配置、協議会の設置等)
- 任意事業
 - 介護給付費適正化事業
 - 家族介護支援事業
 - その他の事業

地域支援事業

在宅医療・介護連携の推進

○ 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・介護の連携関係（※）が連携して、包括かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

(※) 在宅医療を支える関係者の例

- 診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- 病院、在宅療養支援病院、診療所（有床診療所）等（急変時の診療、一時的な入院の受け入れの実施）
- 訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、処方管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- 介護施設、事業所（入浴、排せつ、食事の介護、リハビリテーション、在宅医療、在宅療養支援等の実施）

○ このため、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。

厚生労働省資料 6

在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3

図 5 第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方

地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方

1. 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター

2. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターの現状

3. コーディネーターを取り巻く状況の変化・期待

4. 今日みなさんと取り組みたいこと

8

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

○ 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医師会協働の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果、それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。

○ 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市医師会等と連携し取り組む。

○ 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。

○ 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。

○ 事業項目は都市医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により実施。

○ 都道府県・保健所は、市区町村と都市医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県を通じて実施状況を把握。

○ 国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○ 事業項目と取組例

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

(イ) 地域・介護関係者の情報共有の支援

(ロ) 地域住民への普及啓発

(エ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

(カ) 在宅医療・介護関係者の研修

(キ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築支援

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

資料：厚生労働省 7

2-1. 手引きver.3における「コーディネーター」に係る記載

Ⅰ. 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）

※在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3(P53)以下は以下、下線部は事務局

<相談窓口の設置・運営>

- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営に当たっては、都市区医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等との連携体制を確保するとともに、地域の在宅医療・介護連携を支援する人材（コーディネーター）を配置し、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・介護連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等の機能を提供し、在宅医療・介護連携の取組を支援することが必要である。なお、適宜、在宅医療と介護連携を支援するための相談の実施も望ましい。
- 既に在宅医療・介護連携を支援する機能が求められている場合には、既存の組織等を活用して差し支えない。また、必ずしも、新たな建物の設置を求めるのではなく、相談窓口の事務所は、既存の会議室や事務所等の空きスペースを活用することで差し支えない。ただし、相談対応の窓口（問い合わせ先）やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等の名称を設定し、関係者等に周知する。
- 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営は、市町村や地域包括支援センターが実施する以外に、医療に関する専門的知識と地域の在宅医療関係者との都市医師会等に委託することも可能である。ただし、委託を行う場合は、市町村・委託先事業者、相談窓口を担当する人材の役割分担もあわせて行う。なお、地域の実情に応じて、地域の医療機関等や医療関係団体へ委託することも差し支えない。運営の公平性に留意する。

<相談窓口の人材>

- 在宅医療・介護連携に関する相談を受け支援する人材は、市町村が実施する地域の課題を扱う会議（例えば、生活支援体制整備事業や認知症総合支援事業や地域ケア会議などの他の地域支援事業や救急時の連携に関する会議（マルチコントロール協議会等））等に出席し、在宅医療・介護連携を推進する取組に積極的に関与し、地域の医療・介護関係者との緊密な連携の構築に取組むことが重要である。
- 在宅医療・介護連携の取組を支援する人材については、都道府県が地域医療総合確保基金等を活用して、その育成に取り組んでいる場合がある。留意する。

- 現在、在宅医療・介護連携推進事業において、「コーディネーター」が重要な役割を担っている自治体もある。
- コーディネーターの定義や役割については自治体により様々であると考えられる。

9

2-2. コーディネーターの配置状況（令和5年度実態調査 1. 都道府県調査・2. 市町村調査）

○ 都道府県コーディネーターの配置については「あり」が21.3%（10）、「ない」が76.6%（36）、「分からない」が2.1%（1）。

○ 市町村コーディネーターの配置については「あり」が56.6%（986）、「ない」が39.6%（690）、「分からない」が3.4%（60）、未回答が0.3%（5）。

出典：令和5年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査（厚生労働省老人保健課） 11

1. 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター

2. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターの現状

3. コーディネーターを取り巻く状況の変化・期待

4. 今日みなさんと取り組みたいこと

10

2-5. コーディネーターの所属先（令和5年度実態調査 3. コーディネーター調査）

○ 所属先として最も多いのは、医師会33.6%（563）、次いで地域包括支援センター26.1%（438）、病院・診療所16.1%（270）。

市町村コーディネーターの所属先（n=1,676）

所属先	回数が	%
病院	243	14.5%
診療所	27	1.6%
薬局	1	0.1%
医師会	563	33.6%
歯科医師会	9	0.5%
薬剤師会	0	0.0%
訪問看護事業所	45	2.7%
都道府県	0	0.0%
保健所	0	0.0%
市町村	226	13.5%
地域包括支援センター	438	26.1%
その他	116	6.9%
未回答	8	0.5%
合計値(n値)	1,676	100.0%

出典：令和6年度在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター業務と在宅医療に必要な連携に関する調査研究事業（新潟大学） 12

2-7. コーディネーターの勤務状況（令和5年度実態調査 3. コーディネーター調査）

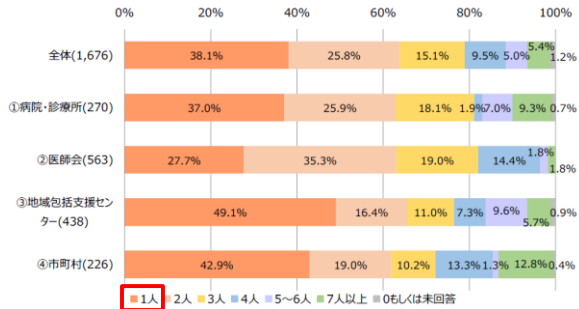
○ 常勤を含む人員体制をとっているところは医師会が最も多い。

市町村コーディネーターの勤務状況（所属先別）（n=1,676）

出典：令和6年度在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター業務と在宅医療に必要な連携に関する調査研究事業（新潟大学） 13

コーディネーター票

図表-13 市町村コーディネーターの人数(所属先別)(n=1,676)



出所：株式会社富士通総研「令和5年度老人保健連携推進費補助金老人保健健康増進事業等「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業報告書2024」

1. 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター
2. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターの現状
3. コーディネーターを取り巻く状況の変化・期待
4. 今日みなさんと取り組みたいこと

在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターに期待される役割等

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（主に多機関に跨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。

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・組織等を活用しながら、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。

コーディネーターの配置方針

- 自治体の配置人数や配置先は固定せず、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（高給・低給）等を規定するものはない。
- なお、在宅医療・介護連携推進事業を推進するうえで必ずしも配置を求めるとはしないが、配置を検討することが望ましい。

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られていないが、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ことより望ましい。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ことより望ましい。
- ※ 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関する地域の活動の仕組みを超えた視点、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者であることが望ましい。

出典：厚生労働省老健局老人保健課、令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査報告書、令和6年3月

令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会

在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に係る意見
令和6年3月31日

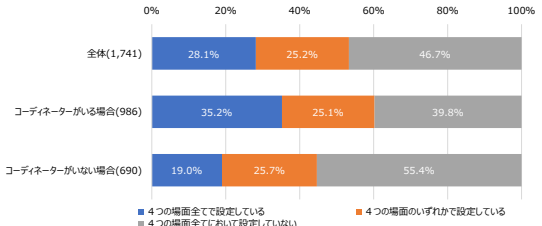
I. 背景	3
1. 総論	3
2. 「在宅医療・介護連携推進事業」に係る基本的な考え方	4
3. 医療・介護連携に係る近年の取組	5
II. 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討	9
1. コーディネーターに係る定義や役割等	10
1-1. 定義等	10
1-2. 都道府県内における自治体間の連携	13
1-3. コーディネーターの量と質の充実	15
2. 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携	17
3. 在宅医療・介護連携推進事業に係る協議体	20
III. 在宅医療・介護連携推進事業の更なる推進にむけて	22
1. 検討を要する事項	22
2. 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査	25
3. 在宅医療・介護連携推進事業に関する研修	25
4. 都道府県等における市町村支援	25
IV. 終わりに	27

<https://www.mhlw.go.jp/content/001243806.pdf>

2-6. 市町村コーディネーターと4つの場面（令和5年度実態調査 2.市町村調査）

○ 「市町村コーディネーターがいる」と「市町村コーディネーターがない」をみると、「市町村コーディネーターがいる場合の方が4つの場面全てで設定している」は16.2ポイント高い

市町村コーディネーターと4つの場面のめざすべき設定状況（配置の有無別）（n=1,676）



出典：令和6年度在宅医療「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業（報告書富士通総研）

令和5年度 在宅医療・介護連携推進支援事業 報告書（概要）

○ 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業では、市町村が地域の実情にあわせて更なる在宅医療・介護連携の推進・充実を図るため、（1）検討委員会在宅医療・介護連携推進事業の検証および充実の検討のため検討会を実施するとともに、（2）在宅医療・介護連携推進事業の取組状況等に関する調査、（3）都道府県・市町村担当者等研修会議、（4）都道府県・市町村連携支援を実施し、（5）報告書の作成に取り組みました。

（1）在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会（全4回（全オンライン）開催）

- 今後の在宅医療・介護連携推進（支援）事業のあり方について整理
- 実態調査等を踏まえ、都道府県及び市町村における課題の明確化
- 都道府県・市町村連携支援を踏まえ、課題解決に係る方策等を検討
- 在宅医療・介護連携推進事業に関するコーディネーターの役割
- 「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」について整理

（2）在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査

- 全都道府県・市町村への実態調査を実施
- 都道府県コーディネーター、市町村コーディネーターへの実態調査を実施
- 完成的取り組みを行っている都道府県及び市町村へのヒアリングを実施
- 実態調査結果を踏まえ、課題等や今後の方策等について、検討委員会にて検討

（3）都道府県・市町村担当者等研修会議

- 在宅医療・介護連携推進事業に係る各担当等（都道府県（及び保健所）、市町村、地方厚生（支）局、地域の関係団体、医師等及び介護の専門職、コーディネーター、委託業者等）を対象として、研修会議（研修会議Ⅰ、研修会議Ⅱ）を実施
- 研修会議（Ⅰ）は、オンラインにて行政説明、基調講演、セッション等を実施
- 研修会議（Ⅱ）は、集合開催（東京会場/大阪会場）にてミニレクチャー、グループワーク等を実施

（4）都道府県・市町村連携支援

- 「4つの場面」等のテーマにて整理し、4市町村に対し、都道府県・市町村連携支援等を実施
- 都道府県・市町村連携支援の結果等を踏まえ、全国的な展開につなげるための有効性等を検討委員会にて検討

（5）報告書の作成

- （1）～（4）結果及び検討結果等の取りまとめ
- 次年度以降への提言

厚生労働省のHPで全文公開しております。

資料：厚生労働省に一部加筆

在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターに期待される具体的な役割等

コーディネーターに期待される具体的な役割等の例

- 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期待される能力の例

- 組織横断的な連携や協働を行い、在宅医療・介護連携推進事業を推進する能力
 - ・ 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とともに、効果的な連携・協働体制を構築することができる。
- コーディネーターとしての専門的知識・技術を推進する能力
 - ・ 各自自治体のあるべき姿を理解し、求められる役割等を実現することができる。
 - ・ 専門職や地域住民等からの相談支援等に対する分析及び検討を実施した上で、地域の実情に応じた必要な支援につなげることができる。
 - ・ コーディネーター間の連携・協働を推進することができる。
- 在宅医療・介護連携推進におけるべき姿に基づき、人材育成を推進する能力
 - ・ 資格の有無を問わず、社会の変化や情勢に応じて専門的知識や技術を常に更新することができる。
 - ・ 自治体の組織目標や施策の展開等を踏まえ、組織内での理解・共有を図り、コーディネーターとしての実施体制を整備することができる。
 - ・ コーディネーターの人材確保・育成に寄与することができる。

出典：厚生労働省老健局老人保健課、令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査報告書、令和6年3月

II. 令和5年度在宅医療・介護連携推進支援事業における検討

1-3. コーディネーターの量と質の充実（2）提言

○ 今後、コーディネーターをより活用するためには、支援に係る質の担保が必要であり、研修カリキュラムや教材等の整備の推進、研修の実施等、人材の育成・確保に向けた取組を進めることが重要である。

（市町村の役割）
○ 市町村においては、地域資源の状況や地域のニーズ等を把握したうえで、在宅医療・介護連携推進事業の推進を図る一つの方策としてコーディネーターの活用を認識されたとともに、すでに配置している市町村においては引き続き効果的な活用について検討された。

（都道府県等での役割）
○ 都道府県等においては、管轄市町村の事業体制等を把握し、配置状況の偏在や地域の実情等を考慮しながら保健所等とも連携し、計画的かつ継続的な体制整備や人材育成を支援することが求められる。
○ 具体的には、
・ 管轄自治体における事例やノウハウ等の情報収集及びそれらの情報の発信
・ 研修等の実施
・ 都道府県内のコーディネーターのネットワークづくり等、コーディネーターを活用した在宅医療・介護連携推進事業の推進に資する取組についても検討された。
○ また、研修等の実施においては、コーディネーターに加えて、自治体の担当職員、多職種を含めた実施等、地域において層層的な展開が可能となる研修体系の仕組みづくりの工夫や検討も必要である。

（国の役割）
○ 国においては、実態調査等の結果を踏まえ、コーディネーターの活用等について都道府県及び市町村、地域の関係団体等に対する普及啓発を行うべきである。また、手引き等にコーディネーターに係る体制整備やそれらの育成の重要性、都道府県等による支援の重要性を明記することで、コーディネーターを必要とする自治体が効果的に活用できるような体制整備を検討すべきである。
○ 国で実施している研修等において、コーディネーターの効果的な活用やその連携の在り方、担う人材の育成の重要性等に関する内容を含めるよう検討を進めるべきである。
○ また、今後、コーディネーターに係る更なる事例収集や分析、調査研究等によるデータの蓄積等も必要である。

「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

○ 医療計画に定められた「在宅医療に必要な連携を担う拠点」では、在宅医療を受ける者に対し、多職種協働による包括かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施する。対象は高齢者に限らない。

○ 地域支援事業（介護保険法）に定められた「在宅医療・介護連携推進事業」では、地域の実情に応じ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のための取組を実施する。対象は主に高齢者である。

○ いずれにおいても自治体の健康支援、入院・施設支援、急変時の対応、権利の確保がめめられる。

○ 地域医療介護総合確保基金及び地域支援事業交付金については、併用も含めた活用が可能。

日常の連携支援 ○ 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療（在宅医療を含む）、介護の提供の提供 ○ 認知ケアの提供 ○ 事業への支援	入院・施設支援 ○ 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による施設支援の実施 ○ 一体的なスムーズな医療・介護サービスの提供
急変時の対応 ○ 在宅患者の病状の急変時における住居や訪問看護の体制及び入院病床の確保 ○ 患者の急変時における救急との情報共有	看取り ○ 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施 ○ 人生の最終段階における意思決定支援

地域医療介護総合確保基金 → 在宅医療の対象は高齢者に限らない → 主に高齢者が対象 → 在宅医療・介護連携推進事業 → 地域支援事業交付金

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 上記4つの機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・ 地域の健康及び介護、障害福祉に関わるによる自治体の協働
- ・ 在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出、対応策の検討
- ・ 地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等との連携も必要
- ・ 包括かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整、連携体制構築等

【設置主体】 市町村、保健所、地域医療研究会等関係団体、病院、診療所、訪問看護事業所等

在宅医療・介護連携推進事業

- 上記4つの機能に加えて、認知症の対応、認知症発症時や災害時対応等の様々な課題に在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図る。

【実施主体】 市町村

※ 「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とが同一となることも可能

厚生労働省老健局老人保健課、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 22

コーディネーターと自治体職員の協働のあり方

【コーディネーターの強み】

保健師、訪問看護、病院連携室、ケアマネジャー等の勤務経験者、医師会等専門職団体に所属する機会が多い

↓

- ・ 患者をとりまく在宅医療・介護連携の現場で何が起きているか、課題についての**肌感覚がある**
- ・ 専門職の言葉がわかる、**橋渡し**ができる
- ・ 医師会等所属組織内の理解や協力を得やすい等

現場知識

【自治体職員の強み】

- ・ 他の地域支援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いる
- ・ 地域の住民ニーズ調査、資源量や保険**データ等の収集**ができる
- ・ 会議体の設置、多様な価値観を持つ人々の**協議の場を運営**することができる
- ・ **事業マネジメント**を学んでいる 等

政策形成能力

医療・介護関係者の協議の場から施策へ展開

23

新潟のチャレンジ紹介

24



コーディネーターが知る現場の状況から、知恵を集めて作成

在宅医療推進センター
コーディネーター活動指針
ver.1
新潟県医師会

入退院連携ガイドを活用した
入退院支援事業の手引き
令和6年3月
新潟県在宅医療推進センター入退院連携検討委員会

26

新潟県内の入退院連携ルール等 取組のこれから

27

新潟の取組をひもとく

医療と介護の連携にはいろんな課題がある。何とかしたい！

具体的にどう事業化すればいいかわからない

コーディネーター同士で、疑問や問題意識、取り組みを共有

もやもやした思いを言語化し、自身のミッションにきづく

課題解決に向けた行動化

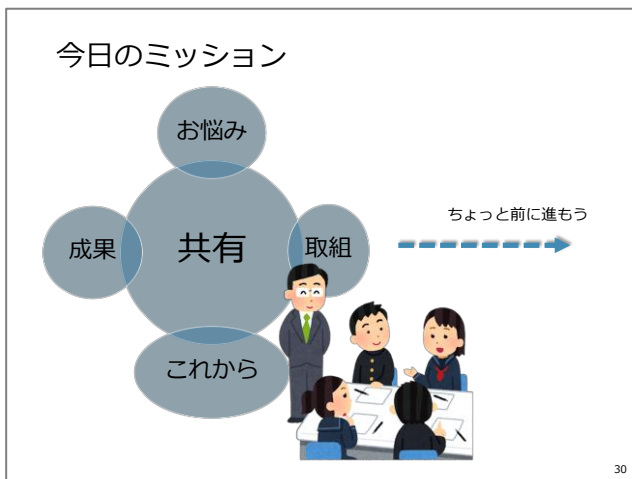
考え、共有する「機会・場」

必要に応じた研修(知識・技術習得の機会の提供)

28

1. 在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター
2. 在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターの現状
3. コーディネーターを取り巻く状況の変化・期待
4. 今日みなさんと取り組みたいこと

29



II. 事例報告：地域課題のタネ、どうやって見つけていますか？活かしていますか？

事例①地域課題のタネ、どう見つけている？どう伝えている？～動き出したら仲間が増えてくる、そして繋がる～（資料2）

関東信越厚生局 令和6年度 第2回 地域包括ケア事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業研究会（令和6年11月19日）
～コーディネーターの輪が広がっている今、他のコーディネーターの取り組みから学び、自身の取り組みを磨こう～
※協会の承認、個人情報は隠されています。在宅医療・介護連携推進事業研究会の承認をいただいております。（敬称略）

資料 2

II. 事例報告 地域課題のタネ、どうやって見つけていますか？活かしていますか？

事例①
地域課題のタネ、どう見つけている？どう伝えている？
～動き出したら仲間が増えてくる、そして繋がる～

熊谷小児診療所

Since 1953

熊谷市在宅医療支援センター
コーディネーター
熊谷生協病院
社会福祉士(MSW) 松本 浩一

今年開院71年になります

熊谷市

熊谷市地区

人口 19万1千人(令和6年4月現在)
増減率 -2.2%(全国平均-0.75%)
高齢者人口 5万8千人
高齢化率 30.4%
持ち家率 75.7%

鉄道沿線は住宅地だが、離れると農地。敷地の広い古からの一軒家が多い。日本の多くの地方都市と同じ姿 県南(浦和・川口など)とは別世界「住み慣れた家・地域」

1

熊谷生協病院概要(在宅療養支援病院)

◎総病床数 105床

- ・3階病棟
 - 一般病床 10床
 - 地域包括ケア病床 40床在宅復帰率72%以上
- ・2階病棟
 - 医療療養(強化型) 55床在宅復帰率50%以上

◎通所リハビリ 定員60名(介護50名・予防10名)

◎外来(内科・小児科) 1日平均88人(2023年度実績)
健診(人間ドック、事業所など各種)

◎訪問診療 成人約180名 小児8名

◎病児保育事業

◎無料低額診療制度は2014年度より実施

◎地域総合サポートセンター始動 2020年度～

◎熊谷市在宅医療支援センター受託 2022年度～ ※過去6年は他院

2

熊谷市在宅医療支援センターは連携室内に設置 連携室は3名の医療ソーシャルワーカーで構成

私たちは皆様が安心して療養生活を過ごして頂くために、病気やけがによって起こる様々な問題についてご相談に応じます。秘密は厳守いたしますので、お気軽にご相談ください。相談はすべて無料です！

熊谷市在宅医療支援センター
地域総合サポートセンター
地域医療課 1階111号室(平日午前9時～午後5時)

佐藤 8年目・AB型
趣味:野球観戦「日本ハム」
「大谷翔平」

山口 14年目・AB型
趣味:漫画「ワンピース」にハマっています！ ※過去卓球で全国レベル

佐藤 山口 松本

コーディネーターは私ひとり。他2名の相談員もサポート

熊谷生協病院：地域連携医療福祉相談室 相談員：松本、山口、佐藤
連絡先：048-577-7625 (直通電話)
048-524-3841 (代表電話)
048-577-7826 (直通FAX)
対応時間：平日 8:30-17:00 土曜 8:30-13:00

3

熊谷市在宅医療支援センター受託(引継ぎ)のエピソード

- 2022年3月 小堀院長「よし！在宅医療支援センターの看板もってきたぞ！
松本、あとよろしく！！」
松本「…ん？何？」
- 2022年4月 過去6年間担当していたコーディネーターさん(他院MSW)より引き継ぎ。約30分…。
前CN「年に数回研修会があるので参加してください」「相談件数の定例報告があるので提出してください」
松本「…、なんとなく分かりました」
- 同4月 熊谷市担当課職員と初回打ち合わせ
担当者「いくつかの定例会議があるので参加してください。『くまねっ』や『入退院支援ルール』をどう広げるかが課題なんです」
松本「…、なんとなく分かりました」
(本音)コーディネーターの仕事って何???
- 同5月 深谷市のコーディネーター鈴木氏へ教えを乞いに行く。本物がいた！
専門職同士の連携をいかに広げるかを学ぶ。
様々なツールの活用・研修会企画・人海戦術(とにかく広げる為に訪問)

とにかく何でもやってみよう、参加しよう、動いてみよう

4

取り組んできたこと②『会議への参加』

- 行政、地域包括支援センター、社協との連携強化
- ①「熊谷市医療介護連携推進及び認知症施策推進会議体制構築部会」の委員として参加。
・構成メンバー：医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護支援専門員、訪問看護ステーション、理学療法士、管理栄養士、包括支援センター、保健所、在宅医療支援センター、消防本部(事務局・長寿いきがい課)
・議題は「ACP普及活動」「くまねっ」「連携会議・学習会」等を中心にその時々の課題について検討
- ②市が主催する「地域ケア会議の助言者」および、地域包括支援センター単位の「地域ケア会議」や「定例会」に参加。
- ③2023年度～「熊谷市生活支援体制整備協議会」にオブザーバー参加。
・社協CSWと長寿いきがい課が事務局。
・委員は各地域包括支援センター担当者、民生委員、シルバー人材、長寿クラブ
・高齢者が自分らしく暮らすための様々な生活支援サービスの充実、住民主体の地域づくりの推進。

顔の見える連携のひろがり、新たな専門職種との出会い

6

取り組んできたこと③『現場の声』

- MSWとしての強み。現場の「困った」を直に聴ける。
- 現場でよく聴くCMの声
「病院の敷居が高い」「どこに連絡、相談したらよいのか分からない」「退院時の情報をもっと早く欲しい」「入院した事を知らなかった」「入院時情報提供書は忙しいからすぐにいせません」等
- MSWや退院支援看護師の声
「全ての入院患者に関与していないから分からない事も多い」「退院カンファレンスは全員できないよ」「退院時の情報提供は看護サマリーでいいでしょ？」「転院調整や施設への退院が多いから、介護との連携はあまり重要視していない」

スムーズな連携を取るにはお互いを知ることから！
まず、ここから取り組もう！

8

①包括支援センター保健師部会企画(2023年9月)

テーマ：『医療相談員の仕事を知らう！』講師
内容：MSWの仕事・シレンマ、病院の種別・役割、ルールの説明等
アンケート：「MSWの仕事理解した、板挟みなんです、病院の経営も大変」

ケアマネ連絡会の会長：「こっちの研修でもやってよ」

②ケアマネ連絡会研修企画(2024年2月)

テーマ：『医療介護の良質な連携を目指して医療ソーシャルワーカーの立場から』
内容：上記+3病院のMSWがシンポジストとしてケアマネの質問に答える
アンケート：「質問への回答内容が良かった、情報提供が大事、MCSの活用を学べた」

私：「年3回の研修会の1回はこのテーマでやりませんか？」

③ケアマネ連絡会 研修企画(2024年10月)

テーマ：『教えてもっと知りたい 医療機関のこと』
内容：市内11病院のMSWが参加して、「各病院の特徴報告」+「グループワーク」
アンケート：「病院側と話ができるのは有意義、顔の見える研修で良かった、敷居が高いと思っていたけど、『何でも聞いて欲しい』と言われて気持ちが楽になった」

10

取り組んできたこと①『広報』

- ・熊谷市在宅医療支援センターの宣伝
地域の病院、ケアマネに案内送付
- ・市報への掲載
「市報を見て…」の相談もちらほら。
- ・専門職種(CM、リハビリ、薬剤師)等の研修会にひたすら参加。顔を売る。

公的な後ろ盾があるんだ…と身が引き締まる

2023年度 市報8月号より



5

①熊谷市医療介護連携推進及び認知症施策推進会議体制構築部会



司会は熊谷市医師会地域包括ケア担当理事の大家塚博先生。書記は熊谷市職員。

③熊谷市生活支援体制整備協議会



高齢者の足(移動)の問題。移動スーパーやデマンドタクシー等が議論されている。

②地域ケア会議や包括の定例会への参加



コロナ禍はZOOMで参加。最近は対面。アドバイザーとして発言する。

7

ケアマネと病院の連携を強化するには？

- CM・MSW：互いの仕事や役割・考え方を理解する
- CM：病院の役割や違いを知る

入退院支援ルールに記載されている！



【実施したこと】

- 研修企画
 - ・それぞれの職種の理解と入退院支援ルールの普及啓発
 - ・どう進めようかな？
 - ・連携会議で1人の包括支援センター保健師さんに相談
→「私たちの学習会でやりましょう！！」

9

研修会後の変化

- 多職種連携と相互理解が広がる
「初めて参加しましたが、こういう事が大事なんです」
- 新たな要望、課題
「もっと病院の情報を知りたい」「他のMSWとも話がしたかった」
「CMの困りごとをもっと聴いて欲しい」「病院に望むことをもっと知りたい」
「事例検討もやりましょう」「ここに来ていない人達にどう広めるか」
「病院はMSWがいるからいいけど、開業医の先生達の対応に困っている」

医療介護連携推進会議体制構築部会で報告

- ・アンケート結果等を元に報告
- ・医師会(部会長)「ケアマネやMSWの生の意見はとっても大事。医師会で開業医の先生方にも報告したい。」
- ・行政担当者「継続して欲しい。こういう機会をたくさん作って欲しい。」

11

相談事例①

ケアマネより
「神経難病で人工呼吸器を使用している方のレスパイト(休息)入院を受け入れている病院はありますか？」



市内5か所の地域包括ケア病床保有の病院MSWへ
問い合わせ → 2か所の病院で対応可能

次に相談来たときにまた対応できるかも・・・
そういえば難病の在宅患者さん多いよな・・・
他のケアマネにも伝えられるといいかも・・・

12

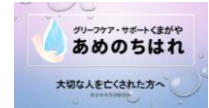
相談事例②

病院看護師より
「グリーンケアを行っている団体ってありますか？」



私「ある連携会で知り合った薬剤師さんが参加していたよな・・・。」問い合わせる。
薬剤師「え～、覚えてくれたんですか・・・」

これも知らない人多いよな・・・
今度、連携の会議で紹介しよう！



13

熊谷市内における「医療的ケア児」支援体制構築

- ・2022年6月、医師会担当理事の大塚先生より、医療的ケア児の対応を考えたいと提案。
- ・大塚先生が医師会内で医療的ケア児の診療についてアンケート実施。
- ・熊谷市在宅医療支援センターとして、基幹病院からの相談窓口およびコーディネート業務を担って欲しい。
- ・地域の関係団体との連携強化
太陽の園・茂木さん(熊谷市の医療的ケア児等コーディネーター)と懇談。
- ・2022年10月『熊谷市医ケアキッズ支援連携会議』発足。
- ・以降継続。当院のMSWが医療的ケア児等コーディネーターの資格を取得し質の向上も図る。



14



『熊谷市医ケアキッズ支援連携会議』の様子。昨年度からスタート。市内の医ケア児に関わる行政(市役所、保健所、母子、保育所等)、放課後デイ、医療、特別支援学校など

15

埼玉県在宅医療連携拠点協議会 通称:「さいれん会」の存在

- 「コーディネーターの、コーディネーターによる、コーディネーターのためのプラットフォーム」
- ・ コーディネーター同士の悩みを共有
 - ・ そして仲良くなり、気軽に相談できる関係になる
 - ・ コロナ禍でもZOOMで開催



第5回開催時(2023年7月21日)の集合写真

1人コーディネーターが多いので、一緒に考えてくれる仲間存在はめちゃくちゃ大事！感謝しかない・・・

16

まとめ『コーディネーターの楽しさ』

- 地域の様々な仲間と繋がれること
課題はたくさんあるけど、
多職種連携で解決できることがある！
- SW的に「マイクロ・メゾ・マクロ」の支援を実践
個別(マイクロ)支援(ひとつの困った)
集団(メゾ)支援(それって地域課題)
地域・社会(マクロ)支援(制度改善、政策提言)

ソーシャルワーカーの醍醐味=ソーシャルアクション！！

17

事例②地域課題のタネ、コーディネーター間でどう育てている？（資料3）

資料3

II. 事例報告 地域課題のタネ、どうやって見つけていますか？活かしていますか？

事例② 地域課題のタネ、コーディネーター間でどう育てている？

一般社団法人 新潟市医師会 地域医療推進室長 齋川 克之

新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション一覧

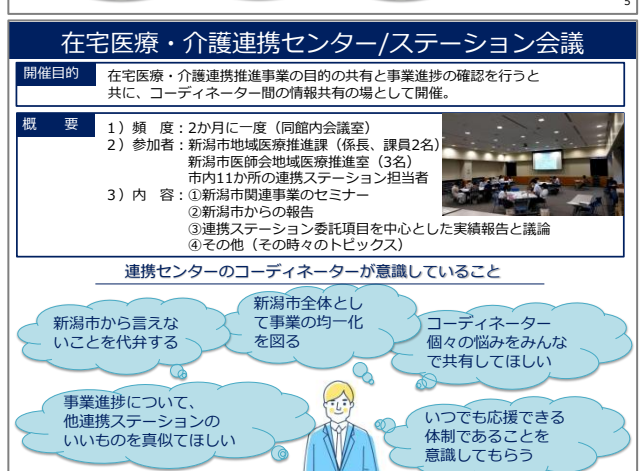
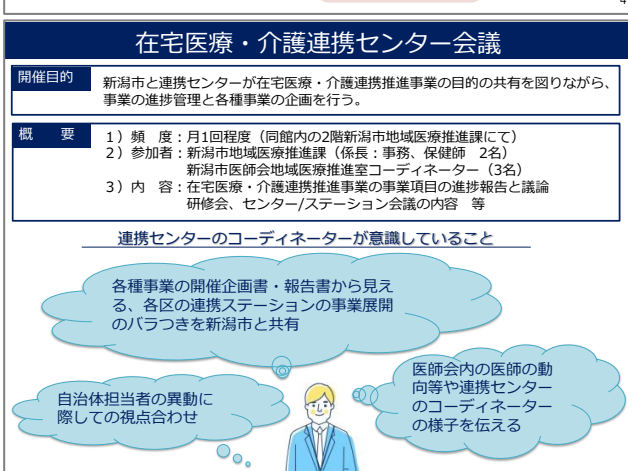
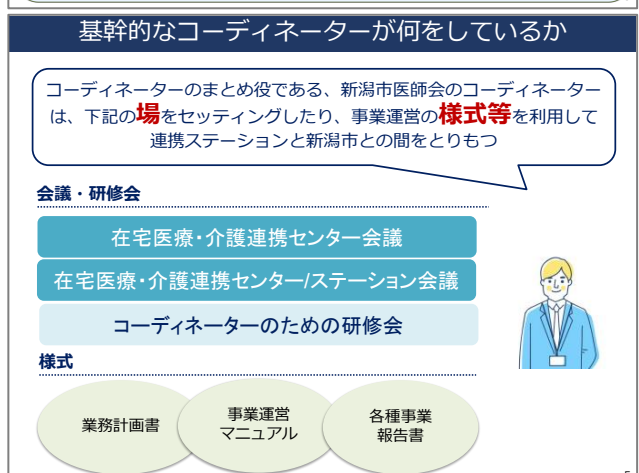
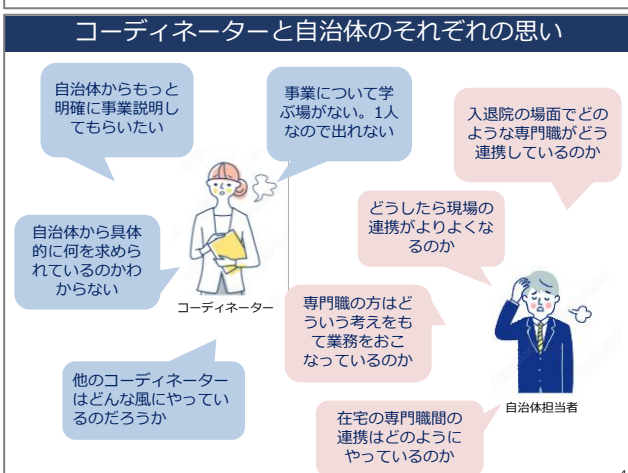
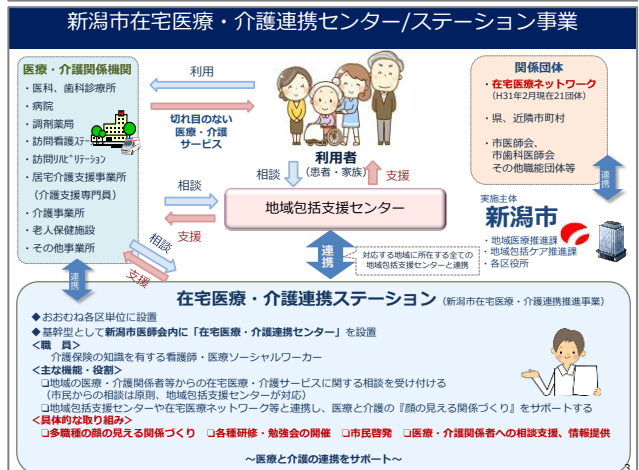
センター/ステーション名	医療機関名
新潟市在宅医療・介護連携センター	新潟市医師会
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 北	豊栄病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 東	新潟臨港病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 東第二	木戸病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 中央	新潟南病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 中央第二	みどり病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 江南	亀田第一病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 秋葉	新津医療センター病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 南	新潟白根総合病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西	済生会新潟病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西第二	信楽国病院
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西浦	西浦中央病院

	MSW	保健師・看護師	理学療法士	介護支援専門員	事務
センター	1	1			1
ステーション	19	8	1	1	1
計	20	9	1	1	2

新潟市の概要

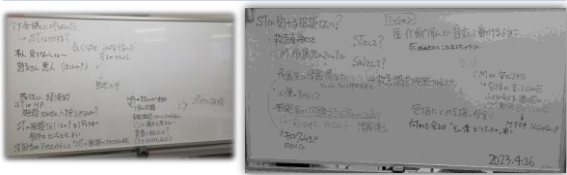
総人口	775,892人	(前年比△5,888人)
うち65歳以上人口	234,115人 (30.4%)	(前年比-31人、0.2%↑)
うち後期高齢者人口(75歳以上)	124,446人 (16.1%)	(前年比+4,469人、0.6%↑)
一般診療所/在支診数	492/47	
訪問診療可能な診療所数	151	
病院数(医療圏病院数)	42 (48)	※五泉市, 阿賀野市, 阿賀町
地域包括支援センター数	30	
要介護認定者/認定率	43,934人 / 18.8%	

※診療所・病院数 新潟県医療情報ネット
※人口 R5.3現在 ※要介護認定者/認定率 R4.5.1現在



関係機関からの相談内容の事例振り返り会（個別相談事例）

各連携ステーションでの相談事例の振り返りから、地域課題を意識。事業実施の本質は、関係機関からの相談の中にある。



連携センターのコーディネーターが意識していること

連携ステーションに寄せられる相談が事業にどういう意味を持つのか理解してもらおう



ステーションの担当者の職性の違いによっても受け止め方に違いがあることを意識

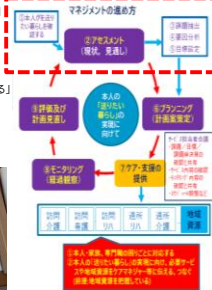
個別相談事例から在宅4分野の地域課題の抽出へ

目的 新潟市在宅医療・介護連携推進事業における個別相談事例から地域課題を抽出できる。

参加者 新潟市保健衛生部地域医療推進課
新潟市在宅医療・介護連携センターコーディネーター（医療ソーシャルワーカー、保健師）
新潟市在宅医療・介護連携ステーションコーディネーター（11か所）

プログラム（2日間の内容）

1, ステップ1 グループワーク：相談記録シート「連携の課題としての気づき」
①相談記録シートから在宅医療4分野に振り分けた事例1つを選択
②事例から日々の業務・相談の中であるさまざまな事象を出し合う
③あらためて、出された意見から地域共通の課題を導き出す（次回テーマ）



2, ステップ2 グループワーク「目指す姿を共有し、真因分析と対策・評価のプロセスを考える」

- ①目指す姿の設定
- ②目指す姿と現状のギャップから課題を把握し、要因分析
- ③対策の立案（誰に、どのような内容を進めるのか）
- ④目指す姿を設定（何がどうなるのかを考へ、その状態を何で測るのか）



新任（現任）者研修

研修日	研修内容
10月10日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月11日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月12日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月13日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月14日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月15日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月16日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月17日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月18日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月19日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月20日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月21日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月22日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月23日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月24日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月25日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月26日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月27日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月28日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月29日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月30日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割
10月31日	【研修テーマ】 連携センターの役割と連携センターコーディネーターの役割

連携センターのコーディネーターが意識していること

新任職員に対し、新潟市地域包括支援センターの新任者研修1日目に合同参加し、

総論として地域支援事業を学んでもらう

各論として在宅医療・介護連携センター/ステーション会議にて、新潟市と連携センターが用意した内容を学ぶ。



ご清聴ありがとうございました

個別相談事例から在宅医療4分野の地域課題の抽出へ

連携センターのコーディネーターが意識していること

多くの個別相談事例を在宅医療の4分野に分類

在宅医療の4分野ごとに1例ずつ事例を提示

このトレーニングで得た思考を各區で展開してもらいたい！



業務計画書

新潟市の事業目標をイメージし、連携センター/連携ステーションは業務計画を作成
①年度末に実績をまとめる。②次年度の計画作成と共に新潟市と連携センターが連携ステーションにヒアリングを行う。

連携センターのコーディネーターが意識していること

新潟市と共に業務計画作成後、連携ステーションごとにヒアリングを実施

連携ステーションごとの課題を共有し、次年度計画に反映

連携センター/ステーション会議で全体共有



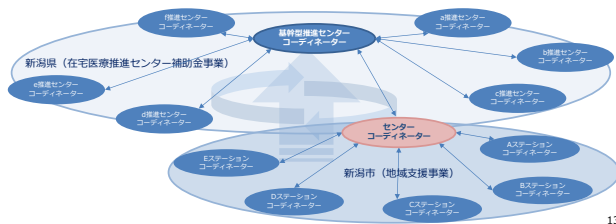
基幹的なコーディネーターの役割

コーディネーターの役割
・事業実施主体である自治体と共に、在宅医療・介護連携推進事業で目指す姿の構築に関わる。
・コーディネーターは、専門職に一番近い存在であり、専門職が現場で何を感ず、どうありたいか知っており、自治体と共にそれらを事業に活かす（活かされる）。

- 基幹的なコーディネーターの役割
- ・サテライトコーディネーター間のネットワーク化（ノウハウの蓄積と他コーディネーターへの拡散）
 - ・自治体のコーディネーターの調和
 - ・コーディネーター活動指針等のツールの整備（活動マニュアル）
 - ・質担保のためのコーディネーター向け研修会開催 等

- ・個人の業務の質向上につながる
- ・情報共有から個人の気づきを得られる
- ・業務の質を担保できる

【新潟県内のコーディネーターの体制イメージ】



参考資料

新潟市医師会 地域医療推進室 概要

設置目的
新潟市医療計画（平成26年3月策定）における在宅医療連携拠点として、在宅医療推進4つの柱である「遠隔支援」、「日間の診療支援」、「急変時対応」、「看取り」に対応するシステムを行う。

設置概要
新潟市医師会内に地域医療推進室を設置し、専任職員を配置。

新潟市医師会
地域医療推進室（※業務的に設置）
【設置年】平成27年
【配置職員】センター長：新潟市医師会理事 / スタッフ：医療ソーシャルワーカー、保健師、事務

新潟市医師会在宅医療推進センター
新潟県地域医療介護総合確保基金により設置・運営。
（医療介護総合確保推進法を根拠とする）

新潟市在宅医療・介護連携センター
新潟市から（42711号）事業委託。
（介護保険法地域支援事業を根拠とする）
※新潟市8区に新潟市在宅医療・介護連携ステーションを設置。
市内11病院の地域連携室に事業委託。

事業内容
新潟市医師会在宅医療推進センターと新潟市在宅医療・介護連携センターの2つのセンターを一体的に展開する。

主な事業内容

- 新潟市在宅医療・介護連携センター
- 新潟市総合保健医療センター
- 5F 市民会館（地域医療推進室）
- 4F 市歯科医師会・市薬剤師会
- 3F 市保健所
- 2F 市保健所・市保健衛生部
- 1F 市民会館診療センター

一体的な事業展開
基金事業 新潟市医師会 新潟市 地域支援事業
事業の連携・協働イメージ

新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション一覧

基幹型：新潟市在宅医療・介護連携センター（新潟市医師会）

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

事業名	実施期間	実施場所	実施頻度	実施状況	備考
A 地域医療・介護連携の推進	1	新潟市医師会	毎月	○	
	2	新潟市医師会	毎月	○	
	3	新潟市医師会	毎月	○	
	4	新潟市医師会	毎月	○	
	5	新潟市医師会	毎月	○	
	6	新潟市医師会	毎月	○	
	7	新潟市医師会	毎月	○	
	8	新潟市医師会	毎月	○	
	9	新潟市医師会	毎月	○	
	10	新潟市医師会	毎月	○	
B 在宅医療・介護連携の推進	1	新潟市医師会	毎月	○	
	2	新潟市医師会	毎月	○	
	3	新潟市医師会	毎月	○	
	4	新潟市医師会	毎月	○	
	5	新潟市医師会	毎月	○	
	6	新潟市医師会	毎月	○	
	7	新潟市医師会	毎月	○	
	8	新潟市医師会	毎月	○	
	9	新潟市医師会	毎月	○	
	10	新潟市医師会	毎月	○	
C 在宅医療・介護連携の推進	1	新潟市医師会	毎月	○	
	2	新潟市医師会	毎月	○	
	3	新潟市医師会	毎月	○	
	4	新潟市医師会	毎月	○	
	5	新潟市医師会	毎月	○	
	6	新潟市医師会	毎月	○	
	7	新潟市医師会	毎月	○	
	8	新潟市医師会	毎月	○	
	9	新潟市医師会	毎月	○	
	10	新潟市医師会	毎月	○	
D 在宅医療の推進	1	新潟市医師会	毎月	○	
	2	新潟市医師会	毎月	○	
	3	新潟市医師会	毎月	○	
	4	新潟市医師会	毎月	○	
	5	新潟市医師会	毎月	○	
	6	新潟市医師会	毎月	○	
	7	新潟市医師会	毎月	○	
	8	新潟市医師会	毎月	○	
	9	新潟市医師会	毎月	○	
	10	新潟市医師会	毎月	○	

事業運営マニュアルと共有ファイルの管理運用

事業ごとの目的や事務処理の内容を詳細に記載し、事業運営と進捗管理を行う。
※新潟市、連携センター/ステーションで事業を振り返り都度改定を行う。

新潟市在宅医療・運営マニ

2024年

新潟市保健衛生部
新潟市在宅医療

報告書様式

1 在宅医療・介護連携推進

2 在宅医療・介護連携推進

3 在宅医療・介護連携推進

4 在宅医療・介護連携推進

5 在宅医療・介護連携推進

6 在宅医療・介護連携推進

7 在宅医療・介護連携推進

8 在宅医療・介護連携推進

9 在宅医療・介護連携推進

10 在宅医療・介護連携推進

関係記録シート

1 在宅医療・介護連携推進

2 在宅医療・介護連携推進

3 在宅医療・介護連携推進

4 在宅医療・介護連携推進

5 在宅医療・介護連携推進

6 在宅医療・介護連携推進

7 在宅医療・介護連携推進

8 在宅医療・介護連携推進

9 在宅医療・介護連携推進

10 在宅医療・介護連携推進

事業運営マニュアルと共有ファイルの管理運用


マニュアルを含めた各様式、報告書はサイボウズで運用。

新潟市、連携センター、連携ステーションごとにフォルダ管理

事例③地域課題のタネ、市町村にどう伝えればよい？どう共有すればよい？（資料4）

資料4

II.事例報告 地域課題のタネ、どうやって見つけていますか？活かしていますか？



事例③ 地域課題のタネ、市町村にどう伝えればよい？ どう共有すればよい？

千葉市在宅医療・介護連携支援センター 所長 久保田 健太郎

千葉市の概要

人口：980,311人
高齢化率26.3%
(令和6年3月末現在)



千葉市では、地域包括支援センターをあんしんケアセンターの名称で、出張所を含め28圏域32か所設置し、すべて委託での運営となっている。
在宅医療・介護連携支援センターは、市内に1箇所のみ。







1 千葉市在宅医療・介護連携支援センターの特徴

- 市職員と委託先のコーディネーターが一体となって、在宅医療・介護連携支援センターを構成している。市の職員と事業団の職員は、同じ居室で仕事をしており、密に連携しながら業務を行っている。
- 約98万人の人口を抱える千葉市において、センター1カ所（職員6人）で在宅医療・介護連携の推進を担当していることから、伴走型のアウトリーチ支援など、市民への直接支援は実施せず、医療・介護専門職などの支援者への支援のみ実施している。
- 地域に密着した地域包括支援センターが、医師会など関係団体の協力を得ながら、医療・介護専門職の顔の見える関係性の構築を進めることが重要であり、センターは、地域包括支援センターの側面的支援を担っている。


千葉市 3人	所長（課長級：事務） 主査（主査：事務福祉） 担当（主任業務判師）
事業団 3人	コーディネーター（看護師）2人 コーディネーター（社会福祉士・ 精神保健福祉士）1人



2 市町村職員を理解しよう

市町村職員の特徴


- 課の単位、係の単位、個人の単位で、担当業務（事務分掌）は文書で明確に決められている。
- 新たな取り組みを開始する場合などは、課長以上の役職者の許可を得る必要がある。
- 担当業務に対しては、責任と一定の権限を持っており、正確に（間違わずに）仕事を進めようとする。
- 仕事は、基本的に制度に紐付けられており、制度を理解してから、自分が何を取り組むべきか考える。



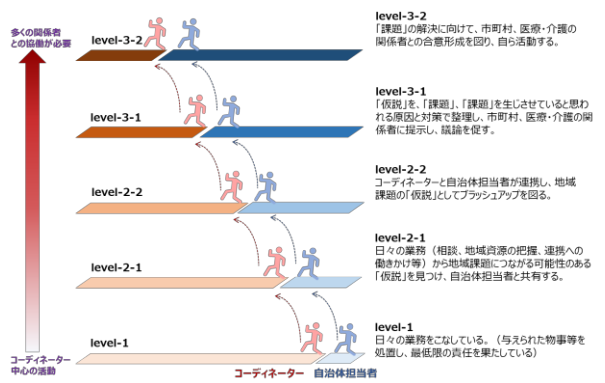
3 コーディネーターを理解しよう

コーディネーターの特徴

- やることは決まっているが、どのように、どこまで支援するかなど、業務の進め方は現場に任ざされており、自由度は大きい。
- 自分の個別課題に対しては、必ずしも制度にとらわれる訳ではなく、自分の経験やネットワークを最大限活用して、対応しようとする。
- 現場の生の声に接する機会が多く、地域課題に対する肌感覚を持っている。



4 コーディネーターと市町村職員の連携のレベル



level-3-2 「課題」の解決に向けて、市町村、医療・介護の関係者との合意形成を図り、自ら活動する。

level-3-1 「仮説」を、「課題」、「課題」を生じさせていると思われる原因と対策を整理し、市町村、医療・介護の関係者に提示し、議論を促す。

level-2-2 コーディネーターと自治体担当者が連携し、地域課題の「仮説」としてブラッシュアップを図る。

level-2-1 日々の業務（相談、地域資源の把握、連携への働きかけ等）から地域課題につながる可能性のある「仮説」を見つけ、自治体担当者と共有する。

level-1 日々の業務をこなしている。（与えられた物事を処理し、最低限の責任を果たしている）

出典)令和6年度厚生労働省老人保健福祉推進等事業在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業

5 個別相談から「おひとりさま支援の手引き」が出来るまで



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

6 訪問看護ステーションからの電話相談から

音声：音読さん

身寄りの無い方が、入院中に家に帰りたいて希望して、在宅に帰ることになったんです。でも状態が悪く、先も長くないと診断されていて、訪問診療や訪問看護をたくさん利用したので、その費用も結構かかったんです。

生活保護を申請中だったんですが、決定する前にお亡くなりになって、訪問診療医が死亡診断を行い、訪問看護でエンゼルケアも実施しました。

身寄りがなかったので、市役所に連絡したんですが、病院が警察からの連絡じゃないと受け付けられないと言われ、医師から警察へ連絡しました。

そうしたら、引き渡す前にエンゼルケアをしたことについて、警察から叱られてしまいました。

遺体は市役所に引き渡され火葬されました。その後、本人から預かっていたお金を市役所に渡そうとしたんですが、手続きが終わっているからと断られてしまったんです。

このときは、死亡届を提出できる人や、葬祭の市長執行について説明し、いったん支援終了となったが、同様の相談は他にも寄せられていた。

7 コーディネーターと市担当職員との何気ない会話から

最近、身寄りのない方の相談が多いですね。

身寄りのない方の支援では、本人の意向の把握だけでなく、お金の管理や身元保証、日常生活の支援、そして死後の手続きも必要で、大変ですね。

高齢独居世帯が増えてるしね。ギリギリ生活保護にならない年金受給者も多く、金銭的に厳しかったり、身元保証人もいなかったり、施設に入るのの難しいよね。

だから独居生活を続けるしかないケースが増えてる。その結果、在宅で看取られるケースが増えてるのかもしれないですね。

一度、地域ケア会議で話し合ってもいいかもね。

音声：音読さん

8 地域ケア会議での議論

身寄りのない人が亡くなった後に、お預かりしていた現金が残ってしまった場合、その処分は簡単にはできないんですね。

墓地や埋葬に関する法律がちゃんと理解されてないんだよね。死亡届を出せる人は親族や建物の管理者、警察に限られるんだ。訪問診療の医師は届出人にならないから、死亡時には警察に届ける必要があるんだよ。

生活保護とか、そういう制度を利用するタイミングは、後で困らないように事前にちゃんと考えておかないとですね。

身寄りのない方の看取りを経験すると、そういった知識が増えていくんだけど、経験がない支援者は何も知らないことが多いよね。

音声：音読さん

9 地域ケア会議を終えて

死亡後の金銭管理のルールを作ったりするのって、法律や制度の改正が必要で、すぐにはできないんだよね。

でも、在宅で身寄りのない方が亡くなったときの対応や、どんな準備しておくべきかを示すフローチャートがあるだけで、現場の支援者はずっと心強く感じるんじゃないですかね。

身寄りのない方が『在宅で最期まで自分らしい生活』を実現するには、「本人の意向をしっかり把握しておく」、「必要な情報をちゃんと押さえておく」、「多職種連携、他制度の活用に気を配る」この3つが求められるよね。

身寄りのない方を支援するための専門職向けの手引きを作成しましょう！！

音声：音読さん

10 おひとりさま支援の手引きを作ろう

手引きを作るとしても、どうやって作ればいいんですか。

法律的に正しい視点と、実際の支援に必要な視点のバランスに注意する必要があるよね。人生の最終段階に向けた支援では、医療や介護だけでなく、権利擁護や障害者支援なども取り入れることも大切だよ。

職能団体などと連携して作成することで、使える手引きになるし、様々な分野との協力体制の構築にも役立つんじゃないかな。

現場のケアマネジャー、訪問診療医師など、多機関・多職種と連携して作成することが大切ですね！！

音声：音読さん

11 おひとりさま支援の手引きが完成した

おひとりさま支援の手引きが完成しましたね！

手引きを活用して、支援に必要な制度や方法を前もって知っておくことで、状況に応じて、看取りも視野に入れた支援ができるようになってほしいね。

だから、支援の開始から終了までの流れを見えるようにして、各場面での視点や利用できる制度を明らかにしているんですね。支援者が一人で問題を抱え込まないようにするために、関係機関や制度の概要も記載してありますね。

地域ケア会議などで、フローを見ながら対応を振り返ったり、必要な制度を利用するためのガイドとして使えそうですね。経験が少ない支援者でも、今後の展開を予想しながら支援できるし、どこまで支援すべきか考える材料にもなりますね。

音声：音読さん

12 コーディネーターから聞きたいこと

まず、相談事例に関する事実を正確に報告してほしいです。

相談の背景などに対する自分の思いや評価は、事実とは別に報告してもらえると嬉しいですよ。

本人なのか、家族なのか、支援者なのか、誰が困っているのか分かるようにしてほしいです。

困難事例だけでなく、上手く行った事例も報告してもらおうとやる気が出ます。

13 コーディネーターと市町村担当者の連携を目指して

- 報告書を最大限活用してほしい。
→報告書は、市町村担当者を振り向かせるための強力な武器。
- 会議の場を活かしてほしい。
→日々感じている課題のタネを伝えるチャンス。
- 会議のあとの雑談は、もっと活かしてほしい。
→打ち合わせの中で課題のタネを伝えられなくても、会議後の雑談で伝えることができるかも。
- 市町村担当者の置かれた状況を想像してほしい。
→動きが悪いのは、やる気がないという理由だけではない。見えにくいかもしれないが、地域課題を解決したいという熱意は、コーディネーターと同じはず。

音声：音読さん

Ⅲ.これからの取組のヒントを得る ～自身の取組を振り返る・今後の取組を考える

オリエンテーション コーディネーターに期待される役割とは (資料 5-1)

関東信越厚生局 令和6年度 第2回 地域包括ケア事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業研究会 (令和6年11月19日)
 ～コーディネーターへの期待が高まっている今 他のコーディネーターの取り組みから学ぶ・自身の取り組みを振り返ろう～
令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業研究会のコーディネーターと連携強化に向けた取り組みの事例 (関係先ご同意)

資料5-1

Ⅲ.これからの取組のヒントを得る ～自身の取組を振り返る・今後の取組を考える

コーディネーターに期待される役割とは

(内容)

1. 地域包括ケアシステムにおける各事業／コーディネーターの位置づけ
2. コーディネーターに期待される役割を整理する
3. ケアマネジメントにおけるコーディネーターの役割とは
4. 本日の情報交換・意見交換について

(株)日本医療総合研究所 地域づくり推進部長
 認知症介護研究・研修東京センター 特別研究員
 川越 雅弘

1. 地域包括ケアシステムにおける各事業／コーディネーターの位置づけ

地域包括ケアシステムにおける各事業およびコーディネーターの位置づけ

- 地域包括ケアシステムの目的は、「**認知症や重度の要介護者になっても、住み慣れた自宅や地域で、本人が望む暮らしが送られるようにする**」こと。各事業の目的も同様。
- ただし、これを実現するためには、「**専門職による支援**」と「**多様な主体による支援**」を統合し、**機能化させる**必要がある。そのための手段として、各種事業の前設、コーディネーターの配置などの施策がこれまで展開されてきたのである。
- なお、地域包括ケアとは、「サービス支援を地域単位で包括的に提供すること」を意味する。したがって、高齢者に限らず、子ども・子育て家庭、生活困窮者、障害者なども当然対象となる（**現在構築しているのは、「高齢者向け地域包括ケアシステム**である。今後、子ども・子育て家庭向けの地域包括ケアシステムなども構築していくことになる

※高齢者の在宅生活を支えるためには、多様な主体による生活支援体制を充実させる必要がある。そのために配置された生活支援コーディネーター (SC) は行政と包括的連携推進事業による連携強化を図るための重要な存在である。

※連携の現状や課題を知っているコーディネーターと市町村が連携しながら、体制整備と連携強化を図るための重要な存在である。連携推進事業である。

※高齢者の在宅生活を支えるためには、多様な主体による生活支援体制を充実させる必要がある。そのために配置された生活支援コーディネーター (SC) は行政と包括的連携推進事業による連携強化を図るための重要な存在である。

※連携の現状や課題を知っているコーディネーターと市町村が連携しながら、体制整備と連携強化を図るための重要な存在である。連携推進事業である。

※高齢者の在宅生活を支えるためには、多様な主体による生活支援体制を充実させる必要がある。そのために配置された生活支援コーディネーター (SC) は行政と包括的連携推進事業による連携強化を図るための重要な存在である。

※連携の現状や課題を知っているコーディネーターと市町村が連携しながら、体制整備と連携強化を図るための重要な存在である。連携推進事業である。

2. コーディネーターに期待される役割を整理する

先行している生活支援体制整備事業から、コーディネーターに期待されている役割や機能を振り返る

1. 生活支援コーディネーターとは／協議体とは (ガイドラインより)
 - 高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において、**生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす者**を生活支援コーディネーターという。また、**市町村が主体となり**、各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体等が参画し、**定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークを「協議体」とする。**
2. コーディネーターと協議体に期待される役割・機能
 - 1層・2層のコーディネーター、協議体には以下の役割・機能が期待されている。
 - 1) 地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起→ニーズ・資源・地域課題の「見える化」
 - 2) 地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ→地域関係者を「動かす」
 - 3) 関係者のネットワーク化→関係者・関係団体を「つなぐ」「機能化させる」
 - 4) 目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一→関係者の意識や目標を「揃える」
 - 5) 生活支援の担い手の養成やサービスの開発→資源の「創出」、既存の資源の「活性化」
 - 6) ニーズとサービスのマッチング(2層のみ)→支援ニーズとサービスを「つなぐ」

在宅医療・介護連携推進事業の項目をマネジメントの対象・目的で整理する

地域のめざす目標 ● 現住地の在宅医療と在宅介護の提供体制の構築 ①現状分析・課題抽出・施策立案 ● 地域の課題・介護の資源の把握 ● 地域の実情に合わせたニーズの抽出 (在宅医療など) ● 関係者の連携を促進する協議体の構築 ● 関係者の連携を促進する協議体の構築	個別課題への対応 1. 相談への対応(ニーズと資源のマッチング等) ● 患者・家族から ● ケアマネジャー／地域包括支援センターから ● 医療・介護関係者から ● コーディネーターから(※コーディネーター支援) 地域課題への対応(協議体・研修会等を活用して) 1. 体制に関する課題の解決 ● 地域の医療・介護資源の把握 ● 切れ目のない医療・介護提供体制の構築 2. 連携に関する課題の解決(連携の質の向上) ● 連携の課題の抽出と対応策の検討 ● 医療・介護関係者の情報共有の支援 ● 医療・介護関係者の研修 ● 地域住民への普及啓発
②対応策の実施 (ア)在宅医療・介護関係者に関する相談支援 ● コーディネーターの配置等による相談窓口の確保 ● 関係者の連携を促進する協議体の開催 (イ)地域住民への普及啓発 ● 地域住民に対する啓発活動(地域ケア会議等) ● 医療・介護に関する情報の発信 ● 地域の実情に応じた行う医療・介護関係者への支援の実施	<相談対応のみ委託されている場合> ● 個別支援のみ (行政との関わりは少ない) <地域課題解決への貢献も求められる場合> ● 市町村や協議体との連携・協働が必須 ※地域課題解決が個別支援にもつながっていく
③対応策の評価・改善 (都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用し、また、各種研修を実施し、2対1の体制を必要に応じて構築。)	

3. ケアマネジメントにおけるコーディネーターの役割とは

6

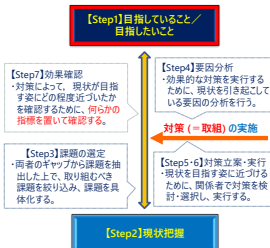
4. 本日の情報交換・意見交換について -地域課題解決への貢献の視点から-

8

PDCAサイクルと本日の演習の位置づけ

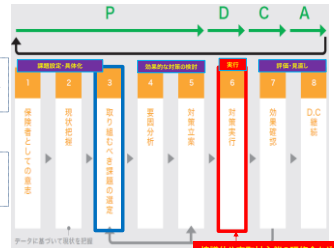
- 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を「目指す姿」に近づけること（＝課題を解決すること）である。
- 様々な対策の中から、効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通して、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

図. マネジメントの構造とは

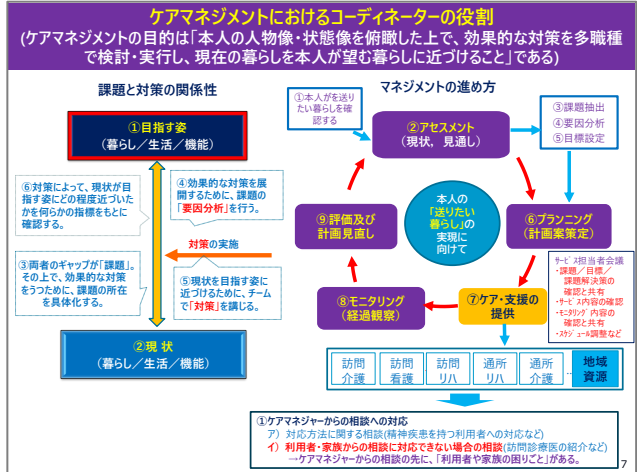


出所) 川崎作成

図. あるべき展開方法



10

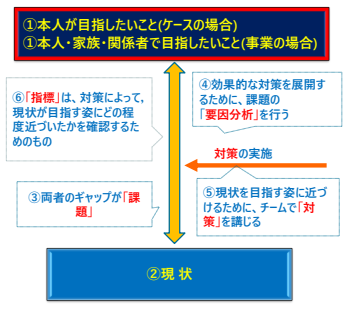


7

マネジメントの構造とは

(ケースマネジメントも事業マネジメントも構造は同じ)

課題と対策の関係性



9

本日の情報交換・意見交換について

(内容)

- 住民・患者・家族が困っていること・不利益が生じていることを出し合ってみよう
(＝住民の困りごとをベースとした地域課題のタネ)
- 地域課題のタネから、地域で解決したいこと（地域課題）を考えてみよう
- 現場で起きていること・地域課題を市町村にうまく伝えるにはどうしたらよいか考えてみよう

11

テーマ1

住民・患者・家族が困っていること
・不利益が生じていることを
出し合ってみよう

～住民の困りごとをベースとした地域課題のタネ～

テーマ2

地域課題のタネから、
地域で解決したいこと（地域課題）
を出し合ってみよう

テーマ3

現場で起こっていること・地域課題を
市町村にうまく伝えるには
どうしたらよいか考えてみよう

本日の振り返り・総括 よりよいコーディネートの実現に向けて (資料 5-2)

四国保健福祉生 令和6年度 第2回 地域包括ケア事務所研究会 在宅医療・介護連携推進事業研究会 (令和6年11月19日)
 ~コーディネーターの働きが広がっている今、他のコーディネーターの取り組みから学ぶ~ 自身の取り組みを振り返る ~
 令和6年度 老人保健福祉部 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業 (取組1) 実施中

資料5-2

Ⅲ. これからの取組のヒントを得る ~自身の取組を振り返る・今後の取組を考える

よりよいコーディネートの実現に向けて

(内容)

1. 在宅医療・介護連携推進事業においてコーディネーターに期待されていること
2. 個別支援におけるコーディネーターの役割
3. 地域支援におけるコーディネーターの役割

(株)日本医療総合研究所 地域づくり推進部長
 認知症介護研究・研修東京センター 特別研究員
 川越 雅弘

1. 在宅医療・介護連携推進事業において
 コーディネーターに期待されていること

コーディネーターには「住民・患者・家族が抱える課題解決への直接的・間接的支援」と「地域で解決しないといけない課題の解決への直接的・間接的支援」が求められている

地域での課題抽出

- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の連携体制の構築

① 現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 施設・在宅医療・介護の連携体制の把握
- 情報を整理しリストやマップ等必要な情報を整理して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 地域の人口動態、地域特性に応じたニーズの抽出 (在宅医療など)
- 地域での課題抽出・課題抽出の共有
- 在宅医療・介護サービスの連携体制の構築を推進

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の連携体制の構築

- 地域での課題抽出・課題抽出の共有
- 在宅医療・介護サービスの連携体制の構築を推進

個別課題への対応

1. 相談への対応(ニーズと資源のマッチング等)
 - 患者・家族から
 - ケアマネジャー/地域包括支援センターから
 - 医療・介護関係者から
 - コーディネーターから(※コーディネーター支援)

地域課題への対応(協議体・研究会等を活用して)

1. 体制に関する課題の解決
 - 地域の医療・介護資源の把握
 - 切れ目のない医療・介護提供体制の構築
2. 連携に関する課題の解決(連携の質の向上)
 - 連携の課題の抽出と対応策の検討
 - 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - 医療・介護関係者の研修
 - 地域住民への普及啓発

＜相談対応のみ委託されている場合＞
 ・ 個別支援のみ (行政との関わりは少ない)

＜地域課題解決への貢献も求められる場合＞
 ・ 市町村や協議体との連携・協働が必須
 ※地域課題解決が個別支援にもつながっていく

2. 個別支援におけるコーディネーターの役割

ケアマネジメントにおけるコーディネーターの役割
 (ケアマネジメントの目的は「本人の人物像・状態像を俯瞰した上で、効果的な対策を多職種で検討・実行し、現在の暮らしを本人が望む暮らしに近づけること」である)

課題と対策の関係性

① 目指す姿 (暮らし/生活/機能)

② 現状 (暮らし/生活/機能)

③ 両者のギャップが課題。その上で、効果的な対策をうつために、課題の所在を具体化する。

④ 効果的な対策を展開するために、課題の「要因分析」を行う。

⑤ 現状を「目指す姿」に近づけるために、チームで「対策」を講じる。

⑥ 対策によって、現状が「目指す姿」の程度近づいたかを何らかの指標をもとに確認する。

マネジメントの進め方

① 本人が望む暮らしを確認する

② アセスメント (現状、見直し)

③ 課題抽出

④ 要因分析

⑤ 目標設定

⑥ プランニング (計画策定)

⑦ ケア・支援の提供

⑧ モニタリング (経過観察)

⑨ 評価及び計画見直し

本人の「望む暮らし」の実現に向けて

⑩ ケアマネジャーからの相談への対応

- ア) 対応方法に関する相談(精神疾患を持つ利用者への対応など)
- イ) 利用者・家族からの相談に对应できない場合の相談(訪問診療の紹介など)

CMからの相談の先にある「利用者や家族の困りごと」が何かを意図する。

3. 地域支援におけるコーディネーターの役割

地域支援では、①地域課題のタネを市町村に伝える、②地域課題解決につながるような研修を企画・運営する、③協議体に動いてもらうよう促す役割が期待される。

● 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を「目指す姿」に近づけること(課題を解決すること)である。

● 様々な対策の中から、効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通して、より結果的な対策を開発して検討・選択し、実行していくことになる。

● 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1~3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4~6)、③評価(Step7)から構成される。

図. マネジメントの構造とは

[Step1] 目指していること / 目指したいこと

[Step2] 現状把握

[Step3] 要因分析
 効果的な対策を実行するために、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる。

[Step4] 対策 (= 取組) の実施

[Step5] 課題の選定
 両者のギャップが課題。その上で、効果的な対策をうつために、課題の所在を具体化する。

[Step6] 対策立案・実行
 現状を「目指す姿」に近づけるために、両者で対策を検討・選択し、実行する。

図. あるべき展開方法

① 課題抽出

② 要因分析

③ 目標設定

④ プランニング

⑤ ケア・支援の提供

⑥ モニタリング

⑦ 評価及び計画見直し

⑧ 評価

⑨ 評価

⑩ 評価

⑪ 評価

⑫ 評価

⑬ 評価

⑭ 評価

⑮ 評価

⑯ 評価

⑰ 評価

⑱ 評価

⑲ 評価

⑳ 評価

㉑ 評価

㉒ 評価

㉓ 評価

㉔ 評価

㉕ 評価

㉖ 評価

㉗ 評価

㉘ 評価

㉙ 評価

㉚ 評価

㉛ 評価

㉜ 評価

㉝ 評価

㉞ 評価

㉟ 評価

㊱ 評価

㊲ 評価

㊳ 評価

㊴ 評価

㊵ 評価

㊶ 評価

㊷ 評価

㊸ 評価

㊹ 評価

㊺ 評価

㊻ 評価

㊼ 評価

㊽ 評価

㊾ 評価

㊿ 評価

市町村と連携するためには、コーディネーターには、あったこと / やったことの「報告」ではなく、「個別課題から地域課題のタネを伝える」というコミュニケーションが必要

行政職員とコーディネーターとの議論の様子

続けてはケアマネからの相談でした。「パーキンソンに強い市外の訪問診療は遠くて訪問できない」とのこと、パーキンソンに強い訪問診療は市内にはないので、調べて市外の●●クリニックさんを紹介しました。

それって、市内にもパーキンソンに強い訪問診療医が必要ってことですか？訪問診療って専門性より「なんでも診れること」が大切って前の協議会会長によく言われたんですけど。

在宅療養する本人も家族も、病気の専門性が高い訪問診療医を希望することは、よくあるみたいで、ケアマネから問合せありますよ。

そうかもしれませんが、各疾病の専門性の高い訪問診療医を市内にそろえるのは難しいですね。一般的な訪問診療医もパーキンソンは分かっていますよね。それじゃだめなんですかね。

さあ、そこまではケアマネさんから聞きませんでしたので、聞いてみますね。

それから、協議会でこの相談から見える地域課題について、医師や看護師に聞いてみましょうか。

協議会で議論したところ、パーキンソン病の患者を退院させるにあたり、専門医として在宅療養のめどが立っているはずだから、症状に困ったらケアマネや訪問診療医が専門医に相談しやすい関係性を広げることが地域課題ではないかと議論された。

2. 事業報告会

(1)参加者概要

参加者

(単位:人)

		市町村・広域 連合が配置 する在宅医 療・介護連携 推進事業に 係るコーディネ ーター等	市町村・広域 連合の職員 (在宅医療・ 介護連携推 進事業の担 当者)	市町村・広域 連合の職員 (在宅医療・ 介護連携推 進事業の担 当者以外)	都道府県の 職員(在宅医 療・介護連携 推進事業の 担当者)	都道府県の 職員(在宅医 療・介護連携 推進事業の 担当者以外)	その他
参加者計	420	181	134	10	53	9	33
関東信越厚生局管内10都県	183	92	58	4	17	3	9
都外	237	89	76	6	36	6	24
参加者計	100.0%	43.1%	31.9%	2.4%	12.6%	2.1%	7.9%
関東信越厚生局管内10都県	100.0%	50.3%	31.7%	2.2%	9.3%	1.6%	4.9%
都外	100.0%	37.6%	32.1%	2.5%	15.2%	2.5%	10.1%

コーディネーター・資格

(単位:人)

		保健師	看護師	社会福祉士	介護支援専門員	その他
参加者計	420	24	110	42	87	32
関東信越厚生局管内10都県	183	9	61	20	44	15
都外	237	15	49	22	43	17
参加者計	-	5.7%	26.2%	10.0%	20.7%	7.6%
関東信越厚生局管内10都県	-	4.9%	33.3%	10.9%	24.0%	8.2%
都外	-	6.3%	20.7%	9.3%	18.1%	7.2%

コーディネーター・経験年数

(単位:人)

		1年未満	1～3年未満	3～5年未満	5年以上
参加者計	181	26	47	22	86
関東信越厚生局管内10都県	92	13	20	13	46
都外	89	13	27	9	40
参加者計	100.0%	14.4%	26.0%	12.2%	47.5%
関東信越厚生局管内10都県	100.0%	14.1%	21.7%	14.1%	50.0%
都外	100.0%	14.6%	30.3%	10.1%	44.9%

市町村担当者・担当となつての年数

(単位:人)

		1年未満	1～3年未満	3～5年未満	5年以上
参加者計	133	43	66	11	13
関東信越厚生局管内10都県	58	15	33	4	6
都外	75	28	33	7	7
参加者計	100.0%	32.3%	49.6%	8.3%	9.8%
関東信越厚生局管内10都県	100.0%	25.9%	56.9%	6.9%	10.3%
都外	100.0%	37.3%	44.0%	9.3%	9.3%

(2)資料

①事業実施報告

在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業実施報告（資料1）

令和6年度 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及び
スキルアップに関する調査研究事業 事業報告書（令和7年3月21日）

資料1

**地域課題の解決に向けた有効策としての
コーディネーター支援とスキルアップを考える**

令和6年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
**在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援
及びスキルアップに関する調査研究事業
実施報告**

2025年3月21日

株式会社 富士通総研

調査研究の流れ・検討体制

在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業

対象の設定・目指したい姿・
そのために効果的に考えられる
方策・その効果の確認方法等

現状と課題に
ついて検討

コンセプト整理・
試行時の内容(案)

試行①
(関係厚生労働省研究会)

実施内容の振り返り
良かった点、修正すべき点等
を踏まえて修正

試行②：群馬県
(検討・研修開催・振り返り)次年度へ

試行③：東京都
(検討・次年度実施計画への反映)

試行④：栃木県
(検討・次年度実施計画への反映)

報告書取りまとめ
・全国への展開
3/21事業実施報告会

今後さらに在宅医療・介護ニーズが高まる関東広域圏厚生労働省10
都県（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈
川県、新潟県、山梨県、長野県）の10都県を主フィールドに実施

試行にて、群馬県は実際に研修やネットワーク検討も実行、
振り返りも行って次年度支援の方向性を固める。
東京都、栃木県は取り組む上で課題の洗い出しと次年
度に向けた方向性を整理、次年度支援に活用。

(検討委員会 50首順 敬称略)

飯野 雄治	稲城市市民協働課（前 高齢福祉課地域支援係長）
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（検討委員会委員長）
久保田 健太郎	千葉市保健福祉局健康福祉部 在宅医療・介護連携推進センター 所長
齋川 克之	一般社団法人新潟市医師会 地域医療推進室 室長
高橋 智之	群馬県健康福祉部 健康福祉課 医療・福祉連携推進室 室長
服部 美加	一般社団法人新潟県医師会新潟県在宅医療推進センター 基幹センター コーディネーター
松本 浩一	医療生協さいたま 熊谷生協病院 熊谷市在宅医療支援センター コーディネーター
吉川 和義	埼玉県保健医療部医療整備課 在宅医療推進担当 主幹

御参考）コーディネーターの配置状況（令和5年度実態調査 1.都道府県調査・2.市町村調査）

○ 都道府県単位でコーディネーターが配置されているが76.6%（36）、「分らない」が2.1%（1）。
○ 市町村にコーディネーターが配置されているが56.6%（986）、「いない」が39.6%（690）、「分らない」が3.4%（60）、未
回答が0.3%（5）。

都道府県へのコーディネーターの配置（n=47）

配置状況	割合
わからない	2.1%
いる	76.6%
いない	21.3%

市町村へのコーディネーターの配置（n=1,741）

配置状況	割合
わからない	3.4%
いる	56.6%
いない	39.6%
未回答	0.3%

出典 令和5年度在宅医療・介護連携推進事業の実態調査等に関する調査（厚生労働省老人保健課）

調査研究の経緯

- 昨年度全国調査では、コーディネーターは「相談対応」という「個別課題」への対応に留まり、地域で何に取り組み
むべきかの「地域課題」に取り組めていない状況がうかがわれた。
→地域の連携を促す人材であるコーディネーターには「地域課題」に取り組むことが期待されており、
その力の獲得が「スキルアップ策」として考えられる。【スキルアップ：地域課題への取り組み】
- 地域の実情に精通したコーディネーターが「地域課題の球出し」はできても、実現策である「施策」に仕立てるの
は市町村。従ってコーディネーターが地域課題に取り組む（獲得したスキルを活かす）には、**それが必要だとの
認識、「コーディネーターと市町村担当者」の連携等、取り組むことが土壌づくりが重要。**
→「スキルの維持・充実」「コーディネーターと市町村担当者との連携」はうまくできていない【活動環境の整備】

コーディネーターの「スキルアップ策」と同時に「活動環境の整備」が必要

- コーディネーターのスキルアップは重要であるが、
・1か所にコーディネーターが1～2名程度の配置の場合のみ。事業を進める上で必要となる考え方や
地域の獲得だけでなく、同じことに取り組む者同士で共に、互いに相談しあうという環境が、コーディネーター
のスキルアップやモチベーション維持には必要。
→**コーディネーターのスキルアップに向けた研修等の実施・コーディネーターのネットワーク構築**
- コーディネーターだけがスキルアップしても、コーディネーターと市町村の目線合わせ・意識合わせ、互いの強み
を理解した上での役割分担に基づく連携がないと、取り組みは進みにくい。
→**コーディネーター・市町村双方に対し、改めて本取組の理解と取り組み方を伝える**

以上の働きかけは、広域行政である都道府県が実施する有効な市町村支援の一つ

以上は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とも強く関連、都道府県にとっても市町村の取り組み推進は重要では？

在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター機能

- 「在宅医療・介護連携推進事業の手引きver.3（厚生労働省）」では、「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・介護連携に関する相談の受付、連携調
整、情報提供等の機能を確保し、在宅医療・介護連携の取組を支援することが必要」として
いる。それを行うのが「在宅医療・介護連携を支援する相談窓口」であり、郡市区医師会や看
護・介護等の職能団体（事業者団体）等との連携体制の確保とあわせ、その支援を行う人
材として地域の在宅医療・介護連携を推進する人材として「コーディネーター」が記載されている。
→市町村で相談窓口の設置・人員配置が進む
- 「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）」で
は、コーディネーターの定義を次のように定義等している。

着目すべきは「機能！」

（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**コーディネーター機能（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。
- 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、コーディネーター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。

出典 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
在宅医療・介護連携推進事業及び在宅医療・介護連携推進支援事業に関する意見（厚生労働省）※抜粋

御参考）コーディネーターの配置状況（令和5年度実態調査 2.市町村調査）

○ 人口規模が10万人を切り、小規模となっているに従い、市町村コーディネーターの配置の割合は減少する。

市町村コーディネーターの配置の有無（市町村・人口規模別）（n=1,741）

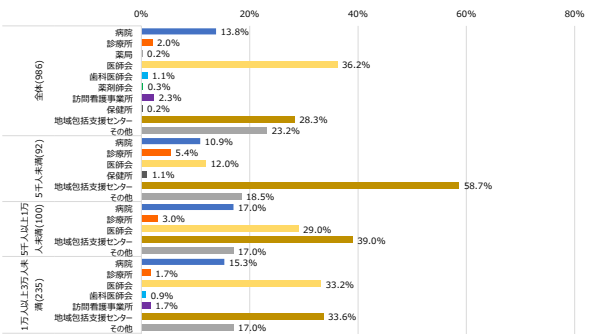
市町村	いる	いない	わからない	未回答
全体(1,741)	56.6%	39.6%	3.4%	0.3%
5千人未満(290)	31.7%	62.1%	4.7%	0.7%
5千人以上1万人未満(233)	42.9%	51.9%	4.0%	0.4%
1万人以上3万人未満(450)	52.2%	43.6%	2.5%	0.2%
3万人以上10万人未満(487)	66.9%	30.4%	2.1%	0.2%
10万人以上20万人未満(149)	83.9%	16.1%	0.2%	0.1%
20万人以上50万人未満(97)	81.4%	16.5%	1.6%	0.2%
50万人以上100万人未満(24)	79.2%	16.7%	2.1%	0.2%
100万人以上(11)	90.9%	9.1%	0.0%	0.0%

出典 令和5年度在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーター業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の業務連携に関する調査研究事業（株式会社富士通総研）

御参考) コーディネーターの配置場所-1 (令和5年度実態調査 2.市町村調査)

○人口が小規模となるに従って「医師会」の割合は減少し、人口が大規模になるに従って「地域包括支援センター」の割合は減少する傾向がみられる。

市町村コーディネーターの配置場所 (配置されている市町村・人口規模別) (n=1,741)

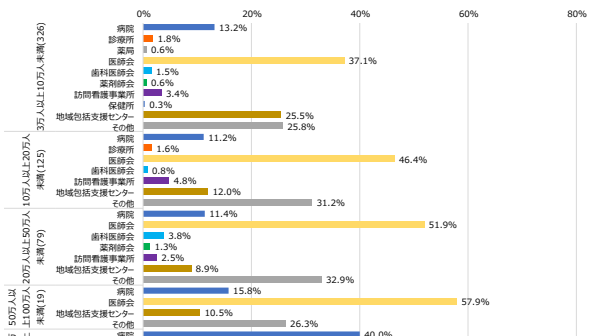


出典)令和5年度老健事業「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネーター業務と「在宅医療」に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業(海富士通総研)

御参考) コーディネーターの配置場所-2 (令和5年度実態調査 2.市町村調査)

○人口が小規模となるに従って「医師会」の割合は減少し、人口が大規模になるに従って「地域包括支援センター」の割合は減少する傾向がみられる。

市町村コーディネーターの配置場所 (配置されている市町村・人口規模別) (n=1,741)

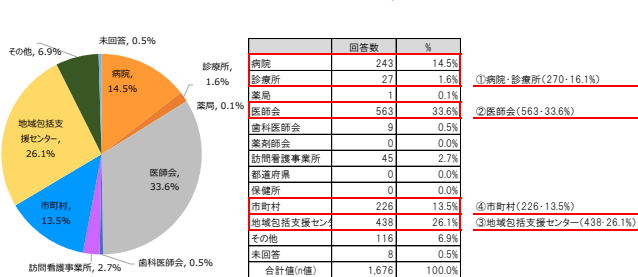


出典)令和5年度老健事業「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネーター業務と「在宅医療」に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業(海富士通総研)

御参考) コーディネーターの所属 (令和5年度実態調査 3.コーディネーター調査)

○所属先として最も多いのは、医師会33.6% (563)、次いで地域包括支援センター26.1% (438)、病院、診療所16.1% (270)。

市町村コーディネーターの所属先 (n=1,676)



出典)令和5年度老健事業「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネーター業務と「在宅医療」に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業(海富士通総研)

コーディネーター機能を果たす人が「コーディネーター」

- 「コーディネーターを配置していない」市町村もある。
 - …しかし、「コーディネーター」と言われる人がいなくても、殆どの市町村に相談窓口は設置されている。
- 相談窓口を置いていない自治体もある。
 - …しかし、在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいるならば、多少なりとも在宅医療・介護連携に関する相談への対応や、連携調整、情報提供等は行っているはず。

当然ながら、「コーディネーター」はコーディネーター業務でその機能を果たす人を指す言葉。

→人の呼称ではなく、実施する「コーディネーター機能」に着目することが必要。

では、在宅医療・介護連携推進事業において求めたい

「コーディネーター機能」とはなんだろう？

個別課題とあわせて地域課題にも取り組む

●まず求められること

…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・介護連携に関する相談を受け付け、連携調整、情報提供等を行い、解決を図る

個別課題への対応 相談窓口を持ち込まれた困りごと等の個別課題の解決を図る
 いま実際に地域で療養する高齢者に生じている「困りごと」
 →「〇〇を診てくれる医師はいるのか」

個別の相談に的確に応えられる相談員

地域において解決していきべきことは何か
 →「〇〇を診てくれる医師」の不足なのか、情報を知らないのか…等

コーディネーター業務を行うことができるコーディネーター

●在宅医療・介護連携の全体的な推進に向けて

…その個別課題を引き起こしている原因をたどらえ、都市区医師会や看護・介護等の職能団体(事業者団体)等の在宅医療・介護に関わる者に対し、地域で取り組むべき課題、すなわち地域課題として提示し、その解決に向けた対策の検討・実施に向けて働きかける

地域課題への対応スキル: コーディネーター

地域課題への対応 背景にある地域課題の解決に向け、対策の検討・実施を働きかける

地域全体での取り組み強化・施策への展開

相談窓口の実施主体が「どこか」以上に地域課題を抽出する「力」が影響するのではないかな？

Copyright 2025 FUJITSU RESEARCH INSTITUTE

なぜ都道府県が取り組むことが望ましいのか？

●第8次医療計画では「在宅医療において必要な連携を担う拠点」を位置付けることが明記。在宅医療に必要な連携を担う拠点では、在宅医療を受ける者に対し、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施。

●対象とする世代の違いはあるが、都道府県の「在宅医療において必要な連携を担う拠点」(対象:全世代)と市町村の在宅医療・介護連携推進事業(対象:高齢者)は、在宅医療の4場面である「日常の療養支援」「入院・退院支援」「急変時の対応」「看取り」での連携を必要とすることで共通する。

●管内10都県に確認したところ「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を市町村に指定している都県は7、それ以外は「在宅医療連携拠点」(埼玉県)、「在宅医療推進センター」(新潟県)であり、それらも市町村から在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口の委託を受けている等、関係が深い。さらに、既に全世代に向けた支援を行っている場合もある。

都道府県による「在宅医療において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」には密接な関係

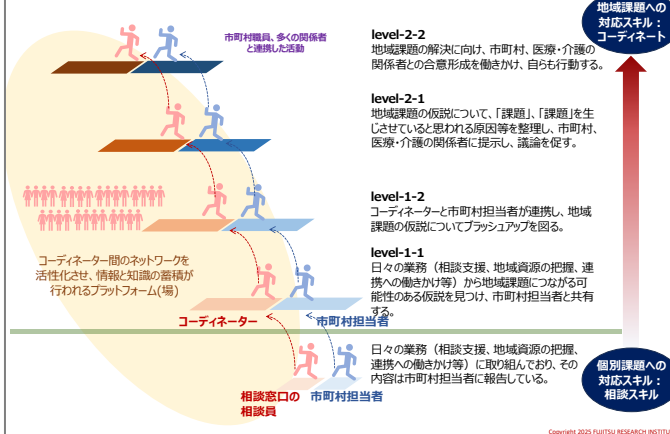
コーディネーター支援は広域行政である都道府県による有効な市町村支援の一つ

と同時に

都道府県が医療計画を進める上でも有効な取組

Copyright 2025 FUJITSU RESEARCH INSTITUTE

コーディネーターへのスキルアップ(案)



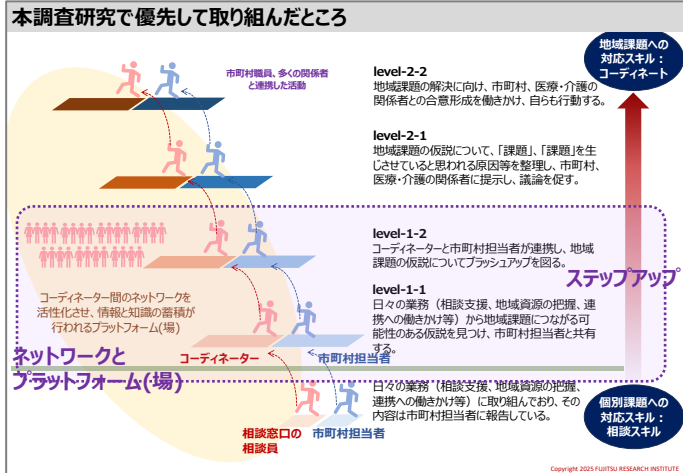
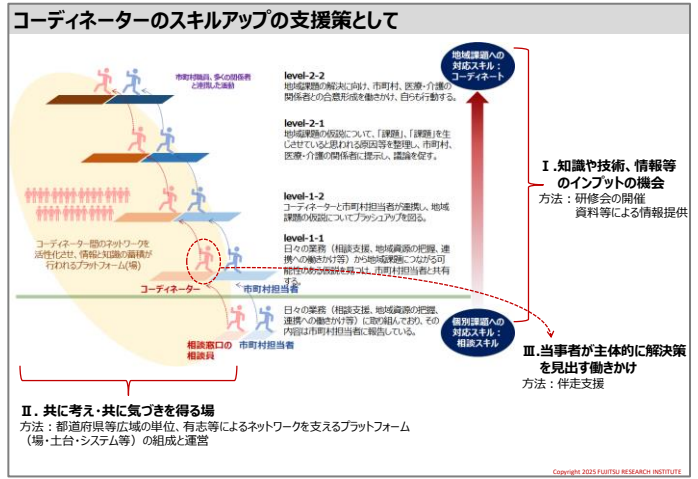
Copyright 2025 FUJITSU RESEARCH INSTITUTE

コーディネーターのスキルの設定 (案)

上にいほど市町村担当との連携は密になる

実施していること	コーディネーターの状態	実現のために必要なこと
level 2-2 地域課題の解決に向け、市町村、医療・介護の関係者との合意形成を働きかけ、自らも行動する。	課題、課題を生じさせていると思われる原因と対策の議論を促すため、関係者、協議会等の協議の場で 自ら提示し、合意形成に寄与できる 。 ・自身の行動に向け、他者に 自らの達成意欲の向上を働きかけることができる 。 (地域課題解決に向けた連携への働きかけ-2)	(能力等)他者に対し、自指す姿の実現、目標の達成に向けた合意形成への寄与、機運醸成や活動の推進ができる。 (機会)協議・議論の場-2
level 2-1 「地域課題」を生じさせていると思われる原因等を整理し、市町村、医療・介護の関係者に提示して議論を促す。	課題、課題を生じさせていると思われる原因と対策の議論を促すため、関係者、協議会等の協議の場で 自ら提示し、合意形成に寄与できる 。 (地域課題解決に向けた連携への働きかけ-1)	(能力等)自分自身の課題設定、議論を促すための資料作成による協議の機運・環境づくり。 (機会)協議・議論の場-1
level 1-2 コーディネーターと自治体担当者が連携し、「地域課題の解決」についてプラットフォームを図る。	「仮説」を精査し、取り組むべき地域課題の仮説と、その課題を生じさせていると思われる原因と対策を 市町村担当者と共に考えることができる 。 (仮説)仮説、地域全体の情報、取組の優先順位を検討)	(能力等)市町村担当者との協働意識、地域全体を見守る視野 (機会)コーディネーターと自治体担当者が共に考える場
level 1-1 日々の業務(相談支援、地域資源の把握、連携への働きかけ等)から地域課題のタネを見出し、市町村担当者と共に考える。	日々の業務から得た気づきが地域課題の「仮説」となる 自ら提示して仮説を、市町村担当者に伝えることができる 。 (自身による気づきを共有できるように言語化させ、協働する意識がある)	(能力等)個別具体的な地域へ前向きな視座、地域課題の仮説の裏付けとなる情報・データの収集・分析 (機会)自治体担当者が怠慢を話せる場
日々の業務(相談支援、地域資源の把握、連携への働きかけ等)に取組んでおり、その内容は市町村担当者に報告している。	日々の業務(相談支援、地域資源の把握、連携への働きかけ等)に取組んでおり、その内容は市町村担当者に報告している。	(能力)日々の業務を実施するための必要最低限の力 (機会)業務の取組状況や報告する機会とその方法

Copyright 2024 FUJITSU RESEARCH INSTITUTE



どのような方法であれば目的を達成できるか

- 「試行①」でのコーディネーターとしてスキルアップを図るには
 1. コーディネーターと市町村担当者が、互いの「役割」と「力」を知り、目的の達成に向け、**共に取り組むことの必要性を認識する**
 2. その際には、「地域の困りごと」から地域課題を見出す**プロセスを体感する**
..という内容のプログラムが、コーディネーターのスキルアップ、市町村担当者の気づき、コーディネーターのスキルを活かすことができる活動環境の醸成、に結び付くと考えた。
- さらに、「研修」でコーディネーター同士が交流・意見交換することをきっかけに、互いに相談し、支援しあえる**互助的なネットワーク構築**のきっかけも得られると考えた。
- 以上の検討を踏まえて作成した研修プログラムを用いて、関東信越厚生局管内10都県内を対象に研修を実施(11/19)。**【試行①】**

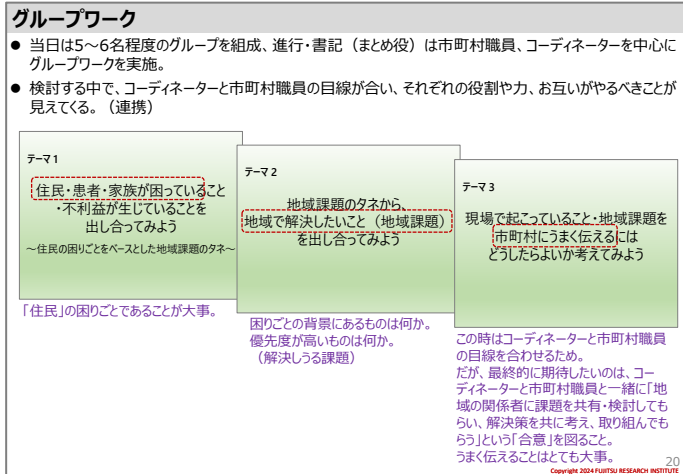
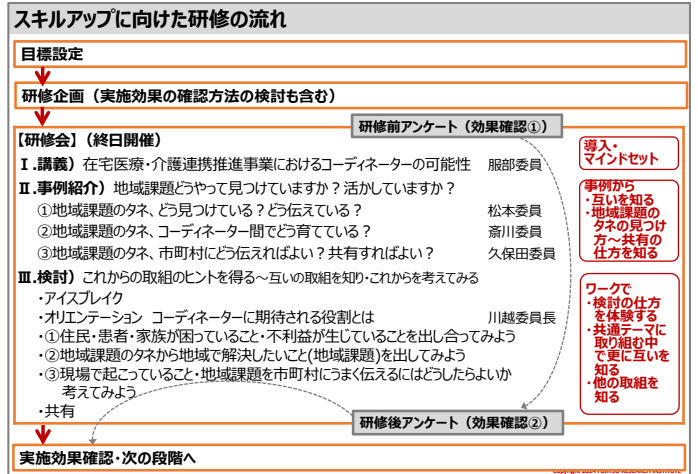
Copyright 2024 FUJITSU RESEARCH INSTITUTE

スキルアップに向けた研修企画 (例) ※関東信越厚生局事例研究会での試行

1. 本プログラムの目的 (主) コーディネーターの主体的な成長による在宅医療・介護連携推進事業の更なる進捗・深耕 (副) 地域課題をしっかりとらえ、市町村の在宅医療・介護連携推進事業の更なる進捗・深耕 (副) 都道府県効果的な市町村支援による在宅医療・介護連携推進事業の更なる進捗・深耕	2. 入口で対象となる人物像 【研修対象】 関東信越厚生局管内10都県において 在宅医療・介護連携推進事業に役員等 のコーディネーター(事務担当者)委託や市町村の運営、委託先、常勤/非常勤、専任・兼務等のいづれにもご対応可能な (コーディネーターの状態) ・level1-2 ・level2-1-2	3. 研修終了時に想定する能力・効果等 【共通事項】 ・在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターのミッション・期待される役割を自分なりに他者に説明できる。 ・日々の業務に取り組みに問題や困りごとが生じた際、一緒に考えてくれる相手を探ることができる。 (コーディネーターの状態) ・level1-2-1: 基本的な内容の理解、意識がクリアになり、取組への意欲が高まる ・level2-2-2: 自身の取組の振り返り・深掘り進め、何が自身に必要が明確になる	4. 行動目標 (研修後) 【共通事項】 ・次のような行動をとることができる ・在宅医療・介護連携推進に向け日々取組の中で問題とならざることを考えていくこと ・「地域課題」の仮説として言語化できる(しよとできる) ・その仮説の裏付けとなる情報を自ら探し、自分なりに考慮できる(しよとできる) ・以上を他者に説明し、意見をもらうことができる(もらおとできる) ・以上の過程で生じた悩みや疑問については、一緒に考えてくれる相手と相談することができる
都道府県の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) 市町村支援の難しさを感じている、コーディネーターが推進の鍵かもしれないと考えるが、適切な取組の仕方がわからない、(特)委託・受託関係の中で	都道府県の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) 市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) 市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) 期待はあるものの、コーディネーターが向うするのかわからない、担当しづらい、(特)委託・受託関係の中で	都道府県の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) 効果的な事業推進、市町村支援としての戦略的意図をもったプラットフォーム構築、研修等の検討を開始する。 市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者 (状態) コーディネーターが持つ情報・知見を引き出すため、働きかけ、機会の設定、関係の構築、市町村に支持するための工夫等(取組、パートナーシップ、協働意識)向上する。	

こうしたことをしっかりと考えて設計することが大事

Copyright 2024 FUJITSU RESEARCH INSTITUTE



実施効果等 (評価)

○参加者属性

	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	山梨県	長野県	圏域外	計
a.市町村コーディネーター	4	3	2	21	4	4	4	6	0	0	0	48
b.市町村職員(担当者)	2	3	0	7	5	7	2	1	0	1	0	28
c.市町村職員(担当者以外)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
d.都道府県職員(担当者)	1	1	0	0	1	2	2	1	0	0	0	8
e.都道府県職員(担当者以外)	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
f.その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
計	7	7	3	28	10	13	9	8	0	2	1	88

【試行①の結果について】

- 研修終了時に想定する能力・効果等について、コーディネーター、市区町村職員について概ね達成。
【コーディネーターの共通事項】
・在宅医療・介護連携推進事業におけるコーディネーターのミッション・期待される役割を自分なりに他者に説明できる。
・日々の業務に取り組みに問題や困りごとが生じた際、一緒に考えてくれる相手を探ることができる。
・連携すべき対象に対し、働きかけの仕方を考えることができる。
【コーディネーターの状態】
・level1-2-1: 基本的な内容の理解、意識がクリアになり、取組への意欲が高まる
・level2-2-2: 自身の取組の振り返り・深掘り進め、何が自身に必要が明確になる
- 市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者
(状態) 自らのミッションである事業のPDCA 政策形成にはコーディネーターとの協働が有用であり、適切な情報もあてられた。働きかけが大事だと考えている。
- 都道府県の在宅医療・介護連携推進事業の担当者
(状態) 推進に向け、市町村職員・コーディネーター共に支援対象とし、育成支援や連携を促すことが効果的と理解している。
- 都県より開催できるよう工夫が必要ではないか。都県内では課題は異なる → 実施前の検討・計画こそ大事(国または実施するだけ)研修プログラムの基本構成 → 平日版はできるが 隔日的にならないように → 講師の能力に依存しすぎない工夫

Copyright 2024 FUJITSU RESEARCH INSTITUTE

在宅医療・介護連携支援窓口 (在宅医療・介護連携支援センター)

市町村	名称	委託先等	市町村	名称	委託先等
前橋市	おうちで療養相談センターまえばし	医師会②	安中市	医療介護連携室 あんなか	医師会①
高崎市	高崎市医療介護連携相談センター南大塚	大学④	富岡市・甘楽町・下仁田町・南牧村	かぶら在宅療養ネットワークセンター	医師会②
	高崎市医療介護連携相談センターたかまつ	医師会②	沼田市・片品村・川場村・あなかつ町・砥相村	ぬまたね医療・介護連携相談室	医師会②
朝生市・みどり市	在宅医療介護連携センターさきりゅう	医師会③	太田市	太田市在宅医療介護連携センター	医師会②
渋川市・榛東村・吉岡町	渋川地区在宅医療介護連携支援センター	医師会②	中之条町・長野原町・嬬恋村・吾津町・高山村・東吾妻町	一般社団法人吾妻郡医師会	医師会①
館林市・板倉町・明和町	在宅医療介護連携相談センターたけだて	医師会①	上野村	上野村地域包括支援センター	県民①
藤岡市・高崎市(旧新町・旧藤岡多野医師会)	医療介護連携センターふじおか	医師会②	神流町	神流町地域包括支援センター	県民②
伊勢崎市・玉村町	在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら	医師会①			

- ・ 県内各市町村医師会等が圏域内市町村より受託（センター12（医師会11、大学1）、医師会1、地域包括支援センター（直営）2）
- ・ 数字はコーディネーター数（「令和6年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査」常勤・非常勤・兼務の合計。）
- ・ 有志のネットワーク「つなぐま」…各自の取組や重点項目の共有、情報交換を定期的実施

2

試行に至るまでの本県の状況（1）

- ・ 平成27年度以降、県内各市町村において、事業実施体制の整備（在宅医療・介護連携支援センター順次開設等）
- ・ 県は、各地域の保健福祉事務所とともに、地域の関係団体等と連携し、支援
 - 平成30年度までに、全ての市町村において在宅医療・介護連携推進事業開始
 - ・ その状況を踏まえ、研修など県支援を継続しつつ、実施主体である市町村へ業務移管を進める
- ・ 業務移管後、事業は滞りなく進行するも、コロナ対応などの影響もあり、当事業に関する県、保健福祉事務所、市町村の間の連携が滞りがちに

3

試行に至るまでの本県の状況（2）

- ・ 各地域それぞれ実施体制や医療資源等が異なる中、事業を受託している市町村医師会の担当者などからは事業遂行にあたっての課題、悩み、声も
- ・ 並行して、県医師会において在宅医療、多職種連携支援機能の検討について問題提起
- ・ 今年度、県医師会と連携して各地域のコーディネーター（※）と意見交換を実施
 - ※ コーディネート業務を行っている相談員等

市町村の在宅医療介護連携の推進、充実のためには、コーディネーター業務が鍵。県として支援ができないか。

→ 試行の打診あり

4

研修試行

- 1 目標設定
- 2 研修企画
- 3 実施
- 4 振り返り

5

研修試行

1 目標設定①

- ◆ 課題
 - ・ コーディネーターはそれぞれの地域で頑張っており、日々滞りなく業務を遂行
 - ・ 一方で、期間の経過とともに、ややもすると決まった業務を繰り返すといったマンネリ感も（地域課題への取組は十分といえるか）
 - ・ 行政側の人事異動もあり、意識をそろえていくことも難しく
 - ・ 各地域の市町村と保健福祉事務所との関係性もまちまち
 - ・ コーディネーターとの意見交換では「行政職員とコーディネーターの連携を図る、環境整備」への要望も
- ・ 中長期のスパンで段階を踏んで目標を整理
- ・ 研修の企画段階からコーディネーターに参加を依頼

6

研修試行

1 目標設定②

	短期（今年度）	中期（3年程度）	長期（将来像）
コーディネーター	在宅医療・介護連携推進事業に携わるコーディネーターとして、自己に求められる役割や業務内容について改めて理解できる	市町村との関係構築を進め、行政に課題を提案するとともに、地域課題を関係者間で共有できる環境を整備できる	地域の課題を的確に把握し、市町村と共有するとともに、課題解決に向けた取組を市町村等と連携して進められる
市町村職員	在宅医療・介護連携事業について、コーディネーターと共通認識のもと、話し合うことができる	コーディネーターと目指す姿を共有し、目標を合わせて事業に取り組み	コーディネーターと連携して地域の課題を把握するとともに、地域の課題解決に向けた取組を企画・実行（委託・補助含む）できる
保健福祉事務所	地域包括ケアや在宅医療と深くかかわる分野である。在宅医療・介護連携推進事業について理解を深めてもらい、事業へ協力いただける土台を作る	コーディネーターや市町村からの協力要請が必要であれば応じる事ができる	在宅医療に関する連携拠点（地域住民の健康を支える広域的・専門的・技術的拠点）として、コーディネーターや市町村からの相談窓口（主に保健医療分野）を担う
(環境?)	情報・知識の習得（再確認）共有	コーディネーターが把握した課題の共有が関係者間でなされる	把握された課題の解決に向けた取組が仕組みとして行われる

→ まずは、短期目標を達成するための計画の検討

7

研修試行

1 目標設定③

1.本プログラムの目的			
(主) コーディネーターが、在宅医療・介護連携推進事業における自己に求められる役割や業務内容について確認できる			
(副) 市町村職員が、在宅医療・介護連携推進事業の事業主体として、コーディネーターと共通の知識・考え方を共有できる			
(副) 保健福祉事務所に、在宅医療・介護連携推進事業について理解を深めてもらい、事業へ協力いただける土台を作る			
2.入口で対象となる人物像		3.研修終了時に想定する能力・効果等	4.行動目標（研修後）
コーディネーター	在宅医療・介護連携推進事業に従事する者（level 0~1：初任者又は就任後3年未満の者※）	在宅医療・介護連携推進事業の必要性やコーディネーターの役割、基本的な業務内容に関する理解が深まる -level 1.5程度	日々の業務の遂行に当たり、意識して課題の把握・整理に取り組み。 把握した地域課題を市町村と共有するため定期会議等で報告できる。
市町村職員	在宅医療・介護連携推進事業の担当者	在宅医療・介護連携推進事業の必要性やコーディネーターの役割について理解が深まる。 事業に市町村が関わる事の必要性・有用性について理解が深まる。	コーディネーターとの打ち合わせに際し、地域課題をコーディネーターと共有しようという姿勢と市町村の役割を考える行動が見られる。
保健福祉事務所	(今回の研修ではオプショナル的な位置付けを想定：11/19厚生局研修会の都道府県をイメージ) 地域包括ケア担当者	地域包括ケアシステムや在宅医療推進における、在宅医療・介護連携推進事業についての理解が深まる。	コーディネーター、市町村関係機関からの協力要請について、必要であれば応じる体制を整える。

8

研修試行

2 研修企画

- ◆ コーディネーターの参加
 - ・ 11月の国実施研修に参加いただいたコーディネーター2名に声かけ
 - ・ リモートで意見交換を実施（1/16、上記コーディネーターの他、群馬県、検討委員会委員の参加）
- ◆ 不安要素
 - ・ テーマ、講師選定、当日の進行、などなど
 - 今回は検討委員会のメンバーの全面的なバックアップをうけることで解消
 - ・ 参加者の心理的ハードル → 半日プログラムとして企画

9

研修試行 3実施 (令和6年度第2回市町村等在宅医療・介護連携推進事業 研修会)	
日時	令和7年2月7日(金) 13時から17時
場所	群馬県生涯学習センター研修室(集合研修)
参加者	在宅医療・介護連携支援センターコーディネーター、 市町村担当者、県保健福祉事務所職員(オブザーバー)→計44名参加
プログラム (半日)	<ul style="list-style-type: none"> 研修の趣旨説明と第1回研修の振り返り(※) 講義「市町村と在宅医療・介護連携支援センターの協働による在宅医療・介護連携の推進—新潟県の事例から—」 ワーク「日々の取組から地域課題を考える」

※R6.11に県主催研修を実施済み(オンライン・座学)。今回の試行はそれを踏まえたステップアップ編と位置づけ。 10

研修試行 4 振り返り	
◆ 2/25、振り返り意見交換 (WEB)実施	→ 事前に参加希望を募り、17名の参加をいただいた(主な意見)
・ 実践形式のワークが勉強になった	
・ 先進事例の取組を聞くことができ、勇気づけられた	
・ 行政職員と同じ場で研修を受ける事で、共通理解が深まった	
・ 今後も継続を その際は、常に両者一体ではなく、別々で研修をする場もあった方がよい	
◆ 研修前後における自己評価の変化	
・ コーディネーター…在宅医療・介護連携の意義についての理解↑	
・ 市町村職員…コーディネーターの業務に対する理解↑、理解しようとする意識の深まり	

11

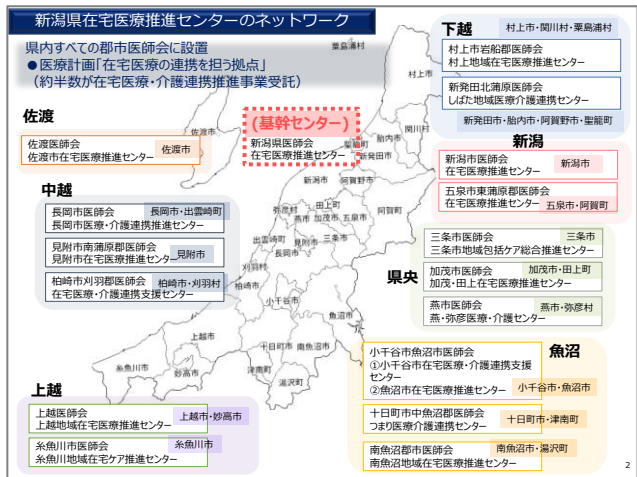
まとめ	
● 振り返りまでを実施してみて、県による市町村のコーディネーター支援への期待や一定の効果を感じた	
● 県にとっても、医療計画で取り組む「在宅医療に必要な連携を担う拠点」という視点からも市町村の在宅医療・介護連携推進事業が充実していくことは重要	
● 今回整理した中長期目標も踏まえ、継続できるように	
・ テーマや講師の選定については、今回の試行では検討委員会の全面的な支援によるところが大きかった	
・ 今後、県単独で 持続可能な形 をどう作れるかが課題	
・ 県だけでなく、 コーディネーターの主体的な取組 が必要 「つなぐま」の関わりにも期待	

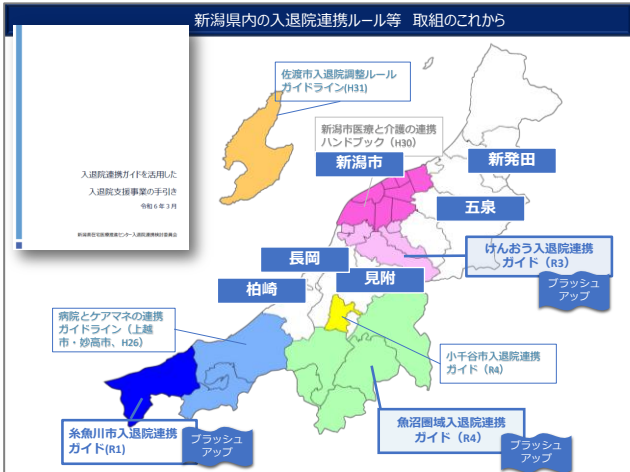
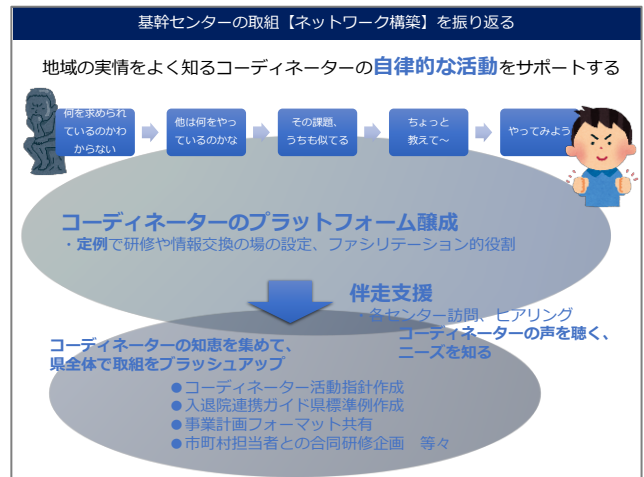
12

③ パネルディスカッション

新潟県医師会が行うコーディネーター支援の取組 (資料 3-1)

令和6年度 老人保健健康増進等事業 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及び スキルアップに関する調査研究事業 事業報告書(令和7年3月21日)	資料3-1
新潟県医師会が行うコーディネーター支援の取組	
一般社団法人新潟県医師会 新潟県在宅医療推進センター 基幹センター コーディネーター 服部 美加	





埼玉県在宅医療連携拠点コーディネーターへの支援（資料 3-2）

令和6年度 老人保健推進等事業
 在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業 事業報告書（令和7年3月21日）

資料3-2

**埼玉県在宅医療連携拠点
 コーディネーターへの支援**

埼玉県保健医療部医療整備課
 在宅医療推進担当 主幹 吉川 和義

彩の国 埼玉県

目次

- 埼玉県の現状（高齢者）
- 在宅医療連携拠点とは
- 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成
- ICTを活用したコーディネーターとの連携体制構築
- 地域連携の構築を通じたコーディネーター支援

彩の国 埼玉県 1

目次

- 埼玉県の現状（高齢者）
- 在宅医療連携拠点とは
- 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成
- ICTを活用したコーディネーターとの連携体制構築
- 地域連携の構築を通じたコーディネーター支援

目次

- 埼玉県の現状（高齢者）
- 在宅医療連携拠点とは
- 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成
- ICTを活用したコーディネーターとの連携体制構築
- 地域連携の構築を通じたコーディネーター支援

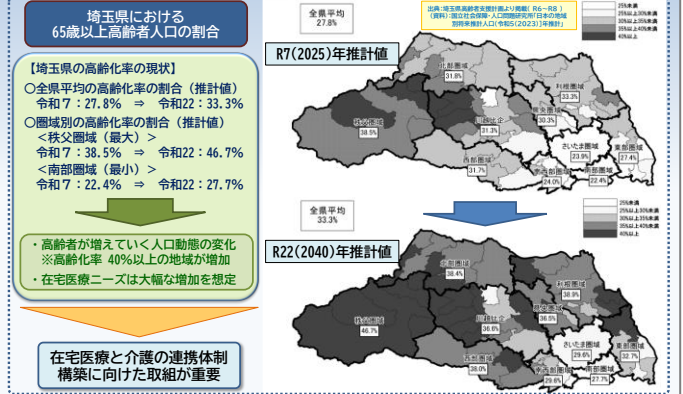
目次

- 埼玉県の現状（高齢者）
- 在宅医療連携拠点とは
- 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成
- ICTを活用したコーディネーターとの連携体制構築
- 地域連携の構築を通じたコーディネーター支援

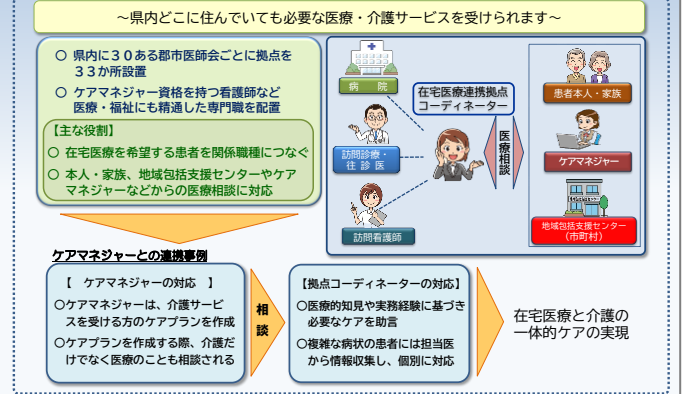
目次

- 埼玉県の現状（高齢者）
- 在宅医療連携拠点とは
- 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成
- ICTを活用したコーディネーターとの連携体制構築
- 地域連携の構築を通じたコーディネーター支援

埼玉県の現状（高齢者）



在宅医療連携拠点とは



在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

在宅医療連携拠点コーディネーターの育成

課題 ・ 新任コーディネーターの育成機会の創出
・ コーディネーターの孤立を防ぐ、コーディネーター同士のネットワークの必要性

- 在宅医療連携拠点コーディネーター等を集めた研修会を年2回開催し、地域の事例（先進事例・成功事例等）の発表や在宅医療を推進する上での課題をテーマとするグループワーク等を実施し、拠点コーディネーター等の「能力及業務意欲」の向上を図り拠点機能を強化
- 拠点からの在宅医療・介護連携に関する相談を受けたり、希望する拠点に対し、地域の連携構築を含む県事業を直接説明する等、伴走型支援を実施

【在宅医療連携拠点コーディネーター研修会】

時期	研修内容
令和5年度（第1回）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療・介護連携推進事業に関する施策動向と在宅医療コーディネーターに期待されること ○ 在宅医療連携拠点の取組紹介 ○ グループワーク（多職種連携を意識した相談対応）
令和5年度（第2回）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 山間地域の在宅医療における遠隔医療の活用について ○ 在宅医療連携拠点の取組紹介 ○ グループワーク（在宅医療における遠隔医療の活用と地域課題への対応）
令和6年度（第1回）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域DPCのスムーズなスタッフ・患者のいのちと暮らしを守るために～在宅医療連携拠点の取組紹介 ○ グループワーク（業務連携を意識した多職種連携）
令和6年度（第2回）	<ul style="list-style-type: none"> ○ （仮題）在宅医療の診療報酬について（予定） ○ 各地域のACPの住民向け普及への取組紹介（予定） ○ グループワーク（ACPの住民向け普及への取組 予定）

【コーディネーター研修会の様子】

ICTを活用したコーディネーターとの連携体制構築

ICTツールを活用し、埼玉県在宅医療連携拠点コーディネーターグループ等を構築

課題 ・ コーディネーターの孤立を防ぐ、コーディネーター同士のネットワークの必要性
・ 相談や情報共有が図れるネットワーク体制の構築（埼玉県職員も参加）

拠点コーディネーターと相談・情報共有

グループの参加者（拠点コーディネーターや県職員）の顔写真等の掲載が可能 ⇒ 「顔の見える関係」の構築

目 次

- 埼玉県の現状（高齢者）
- 在宅医療連携拠点とは
- 在宅医療連携拠点コーディネーターの育成
- ICTを活用したコーディネーターとの連携体制構築
- 地域連携の構築を通じたコーディネーター支援

埼玉県在宅医療連携拠点コーディネーターへの支援

患者・利用者

のために

医療と介護の

切れ目ない

連携を目指して



地域連携の構築を通じたコーディネーター支援

① 在宅医療の連携体制を構築

課題 ・在宅医療提供体制を充実するために、地域で連携した体制構築が必要

在宅での療養を希望する患者が住み慣れた自宅等で安心して療養できる環境を整備し、地域の医療・介護関係者等の連携を推進して患者の意思に沿った医療やケアを提供できる体制を構築



② 在宅緩和ケアの地域連携を構築

課題 ・在宅療養の支援においては、適切に患者の痛み等を取り除く、緩和ケアが必要不可欠一方で、緩和ケアに対し知識面や診療体制等の不安を感じる医療機関が多い。

都市医師会・在宅医療連携拠点によるがん拠点病院等と地域の医療機関や介護事業所との連携体制の構築・強化や、地域において在宅緩和ケアを担う人材の育成に関する研修会を実施



埼玉県在宅医療連携拠点協議会（通称：さいれん会）について（資料3-3）

令和6年度 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及び
スキルアップに関する調査研究事業 事業報告書（令和7年3月21日） 資料3-3

埼玉県在宅医療連携拠点協議会 （通称：さいれん会）について

（埼玉県在宅医療連携拠点協議会の資料提供を受けて事務局作成）

埼玉県在宅医療連携拠点協議会（通称：さいれん会）の経緯

- 埼玉県内に在宅医療連携拠点の設置が進み、コーディネーターも配置されたものの、コーディネーターは前例のない新しい取組に模索しながら業務に取り組んでいる状況があった。
- そこで県は在宅医療連携拠点向けの研修会を定期的に行い、その中でコーディネーター同士の「顔の見える関係」ができてきた。そして、医療介護専用SNSの「埼玉県在宅医療連携拠点CNグループ」（県担当もメンバー）を活用、コーディネーターひとりでは解決困難な課題を共有し、相互支援で解決を図る、不安や悩みの共有等を通じて助け合う体制を作ってきた。
- 各種取組のノウハウ、経験の共有によって作られてきた拠点間の連携をより強固にし、各拠点の更なる発展を目指し、県内コーディネーター有志によって「**埼玉県在宅医療連携拠点協議会（通称：さいれん会）**」が令和元年11月に立ち上げられた。
- 埼玉県下のコーディネーターは全員さいれん会に含まれている。現在、事務局はエリア担当制で、その中から会長・副会長が専任され、1年おき交代の持ち回りで運営されている。

さいれん会の取組

- 「さいれん会」はコーディネーターによる交流・情報共有・相互支援の場であり、コーディネーターが孤立せず思いを伝え、支え合う環境が作られている。
- 活動を続ける中、全国のコーディネーターの「知」を集めて共有し、つながりを深める機会が欲しいと考え、「埼玉県在宅医療連携拠点協議会～HITOYOSEKAI～」を年1回開催、県外からの参加者も募る等の取組を行う他、医療介護専用SNSにも「繋がろう！在宅医療連携拠点」のグループを作成している。
- 全国のコーディネーターとの取組の共有、コーディネーターについての周知、情報発信を目指して、日本在宅医療学会でも発表も行う等し、コーディネーター自身によるコーディネーター間の連携推進にも取り組んでいる。



埼玉県キャラクター コバトン 埼玉ポーズ

2

埼玉県在宅医療連携拠点協議会～HITOYOSEKAI～（年1回開催）

3

埼玉県在宅医療連携拠点協議会～HITOYOSEKAI～（年1回開催）

- ・ 自分の力が足りなくても補い合えば何とかなる。
- ・ チーム力を上げるには一人で頑張りすぎないこと
- ・ 年に1回「埼玉県在宅医療連携拠点協議会～HITOYOSEKAI」開催しているので、そこが注目されることが多いと思うが、実行するために何回も顔を合わせていることが重要だと思う（ZOOMなどでも）。メンバーが定期的に集うことで、自然と親しくなり、繋がっていることを体感することができる。そこが一番の強みだと思う。
- ・ 拠点には色々な経験の持ち主が多く、人材の宝庫。

前会長・野上めぐみ氏コメント

資料提供：埼玉県在宅医療連携拠点協議会（さいれん会） 4

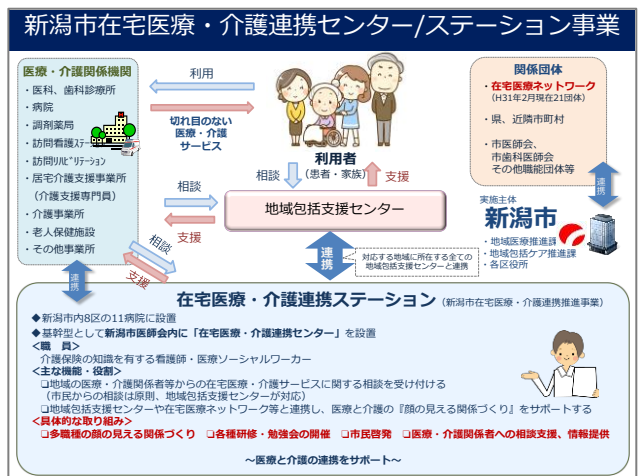
コーディネーターの支援とスキルアップの取り組み（資料 3-4）

令和6年度 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及び
スキルアップに関する調査研究事業 事業報告書（令和7年3月21日）

資料3-4

「コーディネーターの支援とスキルアップの取り組み」

一般社団法人 新潟市医師会 地域医療推進室 室長 齋川 克之



新潟市在宅医療・介護連携センター/ステーション一覧

センター/ステーション名	医療機関名				
新潟市在宅医療・介護連携センター	新潟市医師会				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 北	豊栄病院				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 東	新潟臨港病院				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 東第二	木戸病院				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 中央	新潟南病院				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 中央第二	みどり病院				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 江南	亀田第一病院				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 秋葉	新津医療センター病院				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 南	新潟白根総合病院				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西	済生会新潟病院				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西第二	信楽園病院				
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西蒲	西蒲中央病院				

	MSW	保健師・看護師	理学療法士	介護支援専門員	事務
センター	1	1			1
ステーション	19	8	1	1	1
計	20	9	1	1	2

在宅医療・介護連携センター/ステーション会議

開催目的 在宅医療・介護連携推進事業の目的の共有と事業進捗の確認を行うと共に、コーディネーター間の情報共有の場として開催。

概要

- 1) 頻度：2か月に一度（同館内会議室）
- 2) 参加者：新潟市地域医療推進課（係長、課員2名）
新潟市医師会地域医療推進室（3名）
市内11か所の連携ステーション担当者
- 3) 内容：①新潟市関連事業のセミナー
②新潟市からの報告
③連携ステーション委託項目を中心とした実績報告と議論
④その他（その時のトピックス）

新潟市から言えないことを代弁する

新潟市全体の事業の底上げを図る

コーディネーター個々の悩みをみんなで見共有してほしい

他連携ステーションの取り組みを真似てほしい

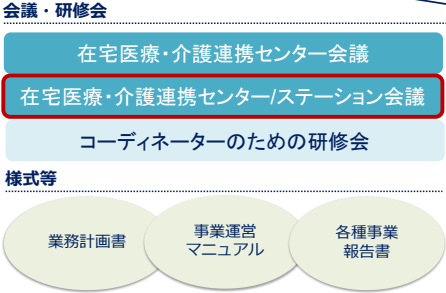
いつでも応援できる体制であることを意識してもらう

連携センターのコーディネーターが意識していること

関東福祉厚生局 令和6年度 第2回 地域包括ケア事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業研修会（令和6年11月19日）改編

基幹的なコーディネーターが何をしているか

コーディネーターのまとめ役である、連携センターのコーディネーターは、下記の会議や研修会、また事業運営のための関連様式等を利用して連携ステーションと新潟市との間をとりもっています



関東福祉厚生局 令和6年度 第2回 地域包括ケア事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業研修会（令和6年11月19日）改編

個別相談事例の振り返り（連携センター）

各連携ステーションでの相談事例の振り返りから、地域課題を意識。事業実施の本質は、関係機関からの相談の中にある。

連携ステーションに寄せられる相談が事業にどういう意味を持つのか理解してもらおう

ステーションの担当者の職性の違いによっても受け止め方に違いがあることを意識

連携センターのコーディネーターが意識していること

関東福祉厚生局 令和6年度 第2回 地域包括ケア事例研究会 在宅医療・介護連携推進事業研修会（令和6年11月19日）改編

個別相談事例から在宅4分野の地域課題抽出

目的 新潟市在宅医療・介護連携推進事業における個別相談事例から地域課題を抽出できる。

参加者 新潟市保健衛生部地域医療推進課
新潟市在宅医療・介護連携センターコーディネーター（医療ソーシャルワーカー、保健師）
新潟市在宅医療・介護連携ステーションコーディネーター（11か所）

内容

- 1, ステップ1
グループワーク：相談記録シート「連携の課題としての気づき」
①相談記録シートから在宅医療4分野に振り分けた事例1つを選択
②事例から日々の業務・相談の中でさまざまな事象を出し合う
③あらためて、出された意見から地域共通の課題を導き出す（次回テーマ）
- 2, ステップ2
グループワーク【目指す姿を共有し、真因分析と対策・評価のプロセスを考える】
①目指す姿の設定
②目指す姿と現状のギャップから課題を把握し、要因分析
③対策の立案（誰に、どのような内容を進めるのか）
④目指す姿を設定（何がどうなるのかを考え、その状態を何で測るのか）

出所）日本医療総合研究所 川越雅弘先生 資料

参考資料

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、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ター機能（主に相談窓口機能や多職種連携推進、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がるため、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（顔の見え関係）をつくる。
- ・地域住民の声、多職種の声が自治体・連携センターと共有し事業につながる。

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

センターコーディネーター

コーディネーターのネットワーク

A連携ステーション
コーディネーター

B連携ステーション
コーディネーター

C連携ステーション
コーディネーター

D連携ステーション
コーディネーター

E連携ステーション
コーディネーター

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、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ター機能（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ター機能を強化すること

連携センター
コーディネーター

コーディネーターのネットワーク

A連携ステーション
コーディネーター

B連携ステーション
コーディネーター

C連携ステーション
コーディネーター

D連携ステーション
コーディネーター

E連携ステーション
コーディネーター

市町村担当者としてコーディネーターに期待すること (資料 3-5)

令和6年度 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及び
スキルアップに関する調査研究事業 事業報告会 (令和7年3月21日) 資料3-5



市町村担当者として コーディネーターに期待すること

令和7年3月21日
千葉市在宅医療・介護連携支援センター
久保田 健太郎

1 市町村職員を理解しよう



市町村職員

市町村職員の特徴

- 課の単位、係の単位、個人の単位で、担当業務（事務分掌）は文書で明確に決められている。
- 新たな取り組みを開始する場合などは、課長以上の役職者の許可を得る必要がある。
- 担当業務に対しては、責任と一定の権限を持っており、正確に（間違わずに）仕事を進めようとする。
- 仕事は、基本的に制度に紐付けられており、制度を理解してから、自分が何を取り組むべきか考える。

1

2 コーディネーターを理解しよう



コーディネーター

コーディネーターの特徴

- やることは決まっているが、どのように、どこまで支援するかなど、業務の進め方は現場に任されており、自由度は大きい。
- 目の前の個別課題に対しては、必ずしも制度にとらわれる訳ではなく、自分の経験やネットワークを最大限活用して、対応しようとする。
- 現場の生の声に接する機会が多く、地域課題に対する肌感覚を持っている。

2

3 コーディネーターから聞きたいこと



コーディネーター



市担当職員

- まずは、相談事例に関する事実を正確に報告してほしいです。
- 相談の背景などに対する自分の思いや評価は、事実とは別に報告してもらえると嬉しいです。
- 本人なのか、家族なのか、支援者なのか、誰が困っているのか分かるようにしてほしいです。
- 困難事例だけでなく、上手く行った事例も報告してもらおうとやる気が出ます。

3

4 コーディネーターと市町村担当者の連携を目指して

- 報告書を最大限活用してほしい。
→報告書は、市町村担当者を振り向かせるための強力な武器。
- 会議の場を活かしてほしい。
→日々感じている課題のタネを伝えるチャンス。
- 会議のあとの雑談は、もっと活かしてほしい。
→打ち合わせの中で課題のタネを伝えられなくても、会議後の雑談で伝えることができるかも。
- 市町村担当者の置かれた状況を想像してほしい。
→動きが悪いのは、やる気がないという理由だけではない。見えにくいかもしれないが、地域課題を解決したいという熱意は、コーディネーターと同じはず。

4

相談員からコーディネーターへ（資料 3-6）

令和6年度 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及び
スキルアップに関する調査研究事業 事業報告書（令和7年3月21日）

資料3-6

相談員から コーディネーターへ

稲城市 前高齢福祉課地域支援係長
飯野 雄治

必要なのはコーディネーターという機能

- ① 要介護高齢者を支えるためには、介護サービスだけでなく、医療、特に在宅医療サービスが欠かせない。
- ② 医療の情報や連携は、介護現場も得意ではない。自治体も得意ではない。
- ③ 介護現場に医療情報を提供する機能が必要→多くの自治体は、相談員の配置という仕組みを導入。
- ④ 効率的に相談に対応するために地域を改善する機能=コーディネーターが必要→相談員にコーディネーター機能を持たせるとい仕組みが有力

相談室に寄せられた相談(令和4年8~12月分)から見える課題等（稲城市）

概要
〇 個々の相談内容について、①なぜ、そのような相談が生じたのか、②相談室以外に相談できるところはどこか、③相談せずに済むようにするにはどうしたらよいか、を定期的に事務局と議論している。在宅医療や医療連携、コロナ対応に関する基本的な問合せは、省略した。

相談内容の考察、課題や対応	相談内容(抜粋)
<p>【パーキンソン病へ対応する訪問診療】 パーキンソン病の専門性を有する訪問診療医に関する問合せが多い。ただし、パーキンソン病がある高齢者を診ない訪問診療医はならず、専門性があっても訪問での診療行為に大きな違いはないとも考えられる。 【課題はどれか】 a. パーキンソン病の専門性が高い訪問診療医が必要(専門性の高い治療が必要だが、通院が難しい患者が増えている) b. 訪問診療医は一定の専門性を有していることを関係者が知らない c. 日内変動や疾患の進行に応じた小まな薬の調整等がさらに必要</p> <p>【皮膚科へ対応する診察】 皮膚科の在宅医療に関する問合せがあるが、往診できる市内の皮膚科は足りていない(ない)のではないかと。</p>	<p>(ケアマネ)パーキンソンに強い市外の訪問診療は遠くで訪問できない。 (ケアマネ)同居するパーキンソン病の親と一時的に距離を取りたい。 (家族)同居するパーキンソン病の親の夜間訴えが強く、ショートステイも利用できなくなってきた。</p> <p>(ケアマネ)往診できる皮膚科は?(市外2か所を紹介)</p>
<p>【精神疾患へ対応する訪問診療、医療機関】 精神疾患がある高齢者へ対応できる訪問診療が求められている。高齢者に限らず、身近な市内に精神科や心療内科クリニックも必要ではないか。市外を頼るなら、市外クリニックに多職種連携研修に参加いただく等、連携を深める必要があるのではないかと。</p> <p>【認知症がある患者への対応】 医療機関が空診に課題ある認知症患者を相談室に相談しやすい関係作り</p> <p>【外来患者への対応】 医療機関が抱える高齢の患者を相談室に相談しやすい関係作り</p> <p>(かかりつけ医、主治医の紹介) かかりつけ医に関する市民への普及啓発</p> <p>【調剤薬局との連携】 介護保険サービス等の基本的な活用について薬局に情報提供</p>	<p>(ケアマネ)身体的に精神科への通院が難しくなってきた高齢者の訪問診療 (家族)精神的に不安定な親を老健でも昼夜転がらせず精神科訪問診療に相談したい (ケアマネ)市内の精神科、心療内科を知りたい。 (本人)自律神経失調症だが、母を介護しているため通院できない。</p> <p>(家族)配偶者が認知症を否認し、地域包括支援センターも拒否するが、持病の治療も滞り、通院先以外に相談先がない。</p> <p>(医療機関)受診できなく、何度も悩み相談に来る高齢患者への対応</p> <p>(本人)転入した後に、かかりつけ医がいなくて、作りたい。 (ケアマネ)かかりつけ医と考えていた医師が主治医意見書を拒否</p> <p>(薬局)(ガイド手渡し時)高齢で薬を取りに来るのが大きく負担になっている患者がいるが、介護サービス等は使えるか。</p>

打ち合わせしながら、相談員にコーディネーター機能を追加してきた。

- 個々の相談内容について、次を教えてもらうべく相談員に質問し続けた。
- ① なぜ、そのような相談が生じたのか
- ② 相談室以外に相談できるところはどこか
- ③ 相談せずに済むようにするにはどうしたらよいか
- 言い換えれば、次を明確にしてきた。
- A) 誰(市民、家族、支援者)が、何に困ったのか(現状の把握)。
- B) その人が困らないためには、誰が何を知り、判断できるべきだったのか(課題の抽出)。
- C) これらの重層的・連鎖的な関係や構造はどうなっているか(課題の分析)。

地域課題の解決を目指したコーディネートの実現に向けて —コーディネーターのスキル向上及び支援の観点から（資料 3-7）

令和6年度 老人保健健康増進等事業
在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及び
スキルアップに関する調査研究事業 事業報告書（令和7年3月21日）

資料3-7

地域課題の解決を目指したコーディネートの実現に向けて —コーディネーターのスキル向上及び支援の観点から—

(内容)

1. コーディネーターに期待されている役割とは何か
2. 事業のあるべき展開方法とコーディネーターに求められる役割と機能
3. 具体例の紹介
4. コーディネーターへの支援について

(株)日本医療総合研究所 地域づくり推進部長
認知症介護研究・研修東京センター 特別研究員
川越 雅弘

1. コーディネーターに期待されている役割とは何か

コーディネーターには「住民・患者・家族が抱える課題解決への直接的・間接的支援」と「地域で解決しないといけな課題の解決への直接的・間接的支援」が求められる

個別課題への対応

- 相談への対応(ニーズと資源のマッチング等)
 - 患者・家族から
 - ケアマネジャー/地域包括支援センターから
 - 医療・介護関係者から
 - コーディネーターから(※コーディネーター支援)

地域課題への対応(協議会・研修会等を活用して)

- 体制に関する課題の解決
 - 地域の医療・介護資源の把握
 - 切れ目のない医療・介護提供体制の構築
- 連携に関する課題の解決(連携の質の向上)
 - 連携の課題の抽出と対応策の検討
 - 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - 医療・介護関係者の研修
 - 地域住民への普及啓発

【地域課題への対応が求められる場合】

- 在宅医療・介護連携推進事業の枠組みのなかで、市町村や協議会・作業部会と連携・協働しながら、課題解決に貢献していくことが求められる。
- ※地域課題解決が個別支援にもつながっていく

2. 事業のあるべき展開方法と
コーディネーターに求められる役割と機能

事業マネジメントの各Stepにおける、コーディネーターに期待される役割と求められる機能 (イメージ)

【Step1】目指していること/目指したいこと

- 研修会や作業部会などを通して、各関係者が考える「目指したいこと」を出し合いながら、「地域で目指すこと」の目標を揃えていく。
- コーディネーターには、研修会等の企画力/運営力が求められる。

【Step2】現状把握

- 既存データやアンケートにより医療・介護提供体制の現状を整理し、協議会・作業部会・研修会等(以下、協議会等)で共有する。
- アンケート等より、連携の実態を定量的に把握し、協議会等で共有する。
- ヒアリング等を通して、連携の実態を質的に把握し、協議会等で共有する。
- 既存データの収集・分析力、アンケート企画・分析力、説明力が求められる。

【Step3】課題抽出・具体化

- 相談内容や現場の声をもとに、地域で解決しないといけないこと(テーマ)を市町村に伝える/市町村と一緒に考える。
- 抽出されたテーマに関し、目指したい姿を意識した上で、現場の意見も聞きながら解決しないといけないこと(=解決すべき課題)を具体化する。

【Step4】要因分析

- 関係者へのヒアリングを通して、現状課題を引き起こしている原因(複数)、主たる原因を自分なりに推察する。
- 推察した結果を市町村担当者に伝える/市町村担当者と一緒に考える。

【Step5】対策立案・実行

- 関係者から、効果的と思われる対策に対する意見やアイデアをもらい、整理する。
- 頂いた意見やアイデアを市町村担当者に伝えるとともに、対策案と一緒に考える。
- 協議会や作業部会に諮るため、①会議内容や進め方の事前打合せ、②会議資料の準備、③議事録作成などに関わる。

【Step6】対策立案・実行

- 協議会や作業部会に諮るため、①会議内容や進め方の事前打合せ、②会議資料の準備、③議事録作成などに関わる。

【Step7】評価

- 対策によって何がどう変わるかを期待しているか、期待できるかについて、関係者の意見を聞く。
- 期待されることを、何どのように測るか、どれだけの頻度で測るかなどを、関係者と一緒に検討する。
- その上で、現在の数値を把握していく。

【Step8】評価

- 関係者へヒアリングを通して、現状課題を引き起こしている原因(複数)、主たる原因を自分なりに推察する。
- 推察した結果を市町村担当者に伝える/市町村担当者と一緒に考える。

対策(=取組)の実施

事業のあるべき展開方法とは
市町村、医師会等、コーディネーターの協働による効果的な対策の検討及び実行

課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること(=課題を解決すること)である。

様々な対策の中から、効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通して、より効果的な対策を開発して選択・実行していくことになる。

課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1~3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4~6)、③評価(Step7)から構成される。

図. マネジメントの構造とは

【Step1】目指す姿の設定(目標・ゴール)

【Step2】現状把握

【Step3】課題抽出・具体化

【Step4】要因分析

【Step5】対策立案・実行

【Step6】対策立案・実行

【Step7】評価

【Step8】評価

対策(=取組)の実施

図. あるべき展開方法

① 現状把握 ② 課題抽出・具体化 ③ 要因分析 ④ 対策立案・実行 ⑤ 評価

⑥ 現状把握 ⑦ 課題抽出・具体化 ⑧ 要因分析 ⑨ 対策立案・実行 ⑩ 評価

出所) 川崎作成

3. 具体例の紹介

地域課題を解決するためには、コーディネーターには、あったこと/やったことの「報告」ではなく、「相談から見えてきた地域課題のタネを伝える」というコミュニケーション力が必要

コーディネーター: 続いてはケアマネからの相談でした。「パーキンソンに強い市外の訪問診療は遠くて訪問できない」とのこと、パーキンソンに強い訪問診療医は市内にはいないので、調べて市外の●●クリニックさんを紹介しました。

行政職員: それって、市内にもパーキンソンに強い訪問診療医が必要ってことですか? 訪問診療って専門性より「なんでも診れること」が大切って前の協議会会長によく言われたんですけど。

コーディネーター: 在宅療養する本人も家族も、病気の専門性が高い訪問診療医を希望することは、よくあるみたいで、ケアマネから問合せありますよ。

行政職員: そうかもしれませんが、各疾病の専門性が高い訪問診療医を市内にそろえるのは難しいですね。一般的な訪問診療医もパーキンソンは分かっていますよね。それじゃだめなんですかね。

コーディネーター: さあ、そこまではケアマネさんから聞きませんでしたので、聞いてみますね。

行政職員: それから、協議会でこの相談から見える地域課題について、医師や看護師に聞いてみましょうか(→訪問診療医で対応可能との意見が多かった)。

【ケアマネにとっての課題意識】※相談に答えられないという意識

- 通院困難なパーキンソン病の患者に訪問診療してくれる専門医が見つからない。

【地域で解決しないといけないテーマ】

- 訪問診療医やケアマネが「専門医と相談しやすい関係を作ること」。

出所) 稲城市: 在宅医療・介護連携の推進と、関係者の役割を定める。推進計画・市町村担当等研修会資料 (開催日: 令和6年10月21日) 資料1-一部改変

市担当者と在宅医療コーディネーターの協働による
課題解決シナリオの検討例
(東京都稲城市)

相談内容から地域課題を発見していくためのコミュニケーションの例
(東京都稲城市)

市担当者と在宅医療コーディネーターの協働による
課題解決シナリオの検討例
(東京都稲城市)

市担当者と在宅医療コーディネーターの協働による
課題解決シナリオの検討例
(東京都稲城市)

市担当者と在宅医療コーディネーターの協働による
課題解決シナリオの検討例
(東京都稲城市)

東京都稲城市の検討例 (テーマ: 看取り)

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ	【看取り】終末期に本人の意向に沿えず、家族が入院を選ぶことがある
-----	----------------------------------

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿	・終末期であっても、在宅サービスを使うことで本人の意向を尊重した在宅生活を継続できる
------	--

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1	・本人の意向を具体的に確認できていない	原因2	・衰弱すると家族が不安になる
原因3	・看取り経験少ないケアマネも不安になる	原因4	・不安になると在宅でなく救急車に連絡

根本原因 **専門職が看取るプロセスを十分説明しきれていないため、家族の不安が高まってしまっている**

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

誰に対する対策？	対策の内容は？	
対策1	・家族	・看取るプロセスを知り、在宅看取りの心理的準備性を高める
対策2	・ケアマネ、訪看	・痩せる等、在宅看取りまでのプロセスを家族に説明するスキル獲得支援
対策3	・ケアマネ、訪看、医師	・在宅看取りプロセスを家族に説明する演習や資料の作成

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

期待値1	・ケアマネ等が説明できるスキルがある	何の指標で測る？	・説明スキルのアンケート、試験
期待値2	・ケアマネ等が家族に実際に説明できるようになる		・説明した経験等の確認(アンケート)
期待値3	・説明により家族等が理解し、安心する		・家族の安心感等のヒアリング、アンケート

出所) 埼玉国立大学: 効果的な計画を策定するための考え方やツール-在宅医療・介護連携の推進に向けて-(令和5年3月31日)、p.28等一部改変
https://www.spu.ac.jp/research/results/tabid613.html

協働会での活用例 (東京都稲城市、埼玉県熊谷市)

11

解決シナリオ案を協議会に諮りながら事業を展開している例 (東京都稲城市)

第3回在宅医療・介護連携推進協議会

解決したい具体的なテーマを決めて、原因・対策・評価方法を考える

【問1】解決したい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

出所) 埼玉国立大学: 効果的な計画を策定するための考え方やツール-在宅医療・介護連携の推進に向けて-(令和5年3月31日)より一部改変

既存の会議にて、現場の声を聞きながら、現状・課題と対策を検討している例 (埼玉県熊谷市)

2023.5月の熊谷市医療介護連携推進会議

市の職員が板書を担当

司会進行は、熊谷市医師会地域連携担当理事の大塚先生が担当。

出所) 熊谷市医療介護連携推進会議より提供

13

4. コーディネーターへの支援について

14

研修実施主体とその特徴

- 国が行う研修会
 - 対象が広域になるため、同じ市町村から複数名で参加することは実質難しい。そのため、市町村の地域特性や資源の状況などを知る関係者(市町村担当者、コーディネーター、病院スタッフなど)が集まって、市町村が抱える課題の検討を行うことはできない。
 - 研修も「**研修会で学んだ方法を地元を持ち帰って展開すること**」を目的としたものになる(※off-JT)。
- 市町村が行う研修会(市町村とコーディネーターで企画)
 - テーマに応じて、市町村内の関係者(市町村担当者、コーディネーター、病院スタッフなど)を集めることができる。
 - 市町村内の課題は検討できるが、広域にまたがる課題(近隣市町村の病院に入院する患者への退院支援をどうするか)は検討できない。
 - 「研修内容の企画力」がコーディネーターの力量に左右される(※コーディネーターへの支援が必要)。
- 都道府県が行う研修会(主に都道府県が企画、コーディネーターがいる場合は一緒に企画)
 - 都道府県内の市町村を集める力を持っている(※コーディネーターを集める力も持っている)。
 - 市町村によって、地域資源も地域課題も異なる。そのため、研修会の企画・運営に工夫が必要となる。
 - 広域のコーディネーターがいる場合、市町村の場合と同様、「研修企画力」がコーディネーターの力量に左右される(※広域コーディネーターには、市町村コーディネーターとは異なる支援が必要)。

15

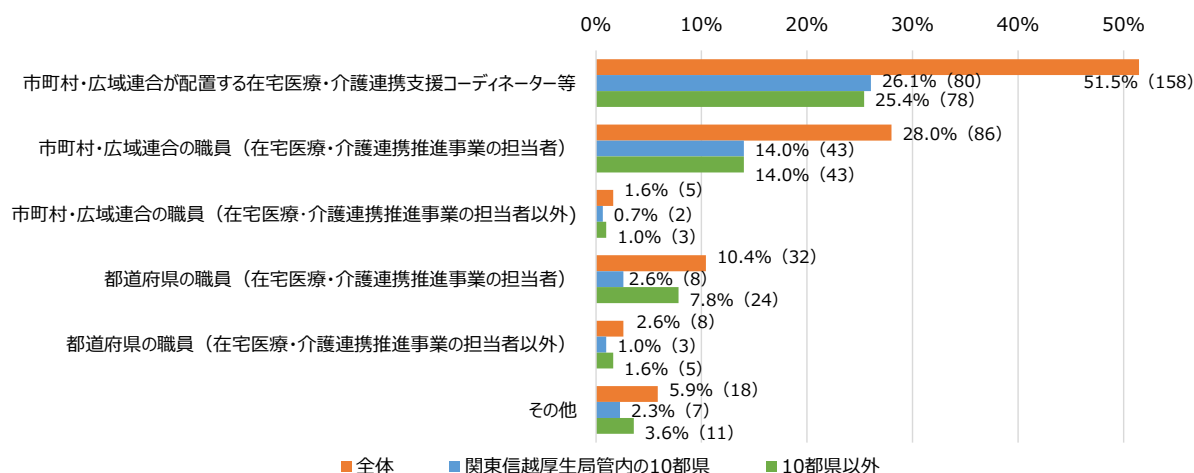
コーディネーターを支援するための各々の役割とは

- 国の役割
 - コーディネーターに必要なスキルを整理する(段階別)。
 - レベルに応じた研修内容の開発および試行・評価、制度化を図る。
 - 全国レベルで、コーディネーターのネットワーク化を図る(リーダークラス)。
- 市町村の役割
 - 日頃からコーディネーターとコミュニケーションをとる。
 - 定期的なミーティングの場を設定し、相談内容を共有しながら、地域課題を一緒に検討する。
 - コーディネーターに、現場の声(現状、課題、対策に対する意見やアイデア)を拾ってもらう。
- 都道府県・厚生局の役割(※孤立しがちなコーディネーターを支援する役割を担う。場づくりがメイン)
 - コーディネーターを集めた研修会を企画する(※情報交換、意見交換レベルからスタートでよい)。
 - 市町村担当者やコーディネーターでは行けない部分を支援する(※市町村別データの整理)。
 - 広域の課題に対し、関係市町村を集めた会議体を開催し、課題解決策の推進を図る。
- リーダー的なコーディネーターの役割(※同じ仕事をしている同士を現場レベルで支える機能として)
 - コーディネーター同士が集まれる、つながれるような場を作る。
 - コーディネーター同士が相談できる環境を作っていく。

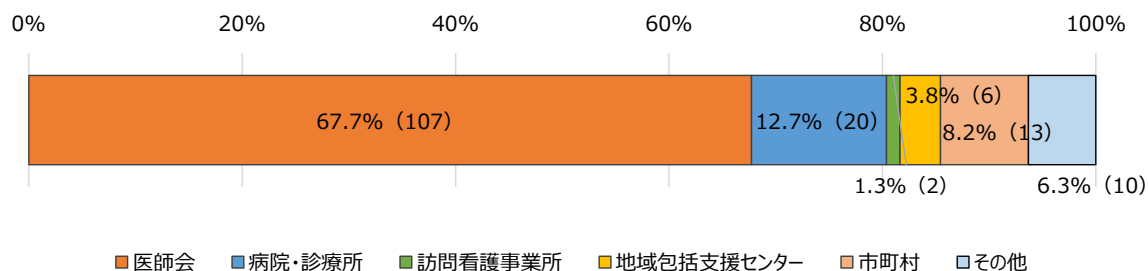
16

(3)参加者アンケート

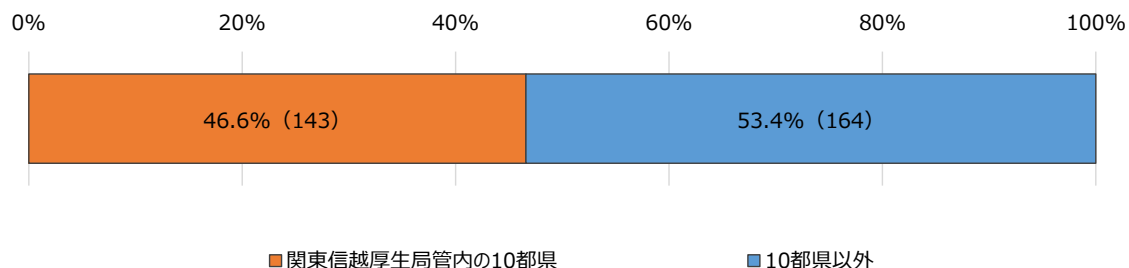
1. 回答者の所属 (n=307、ひとつだけ)



2. 在宅医療・介護連携支援コーディネーター等の所属 (n=158、ひとつだけ)

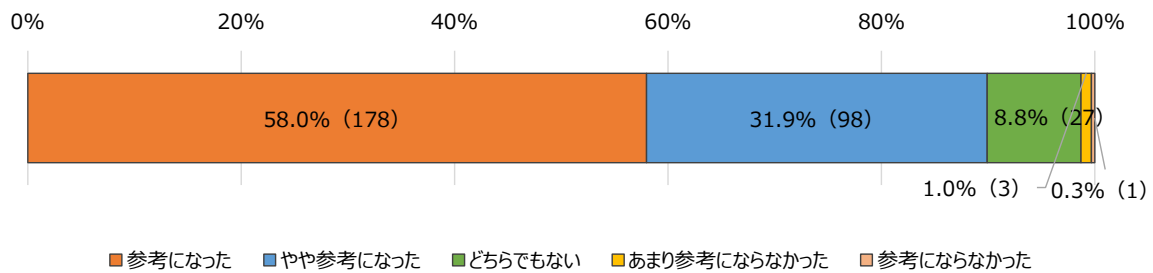


3. 所属先のある都道府県 (n=307、ひとつだけ)

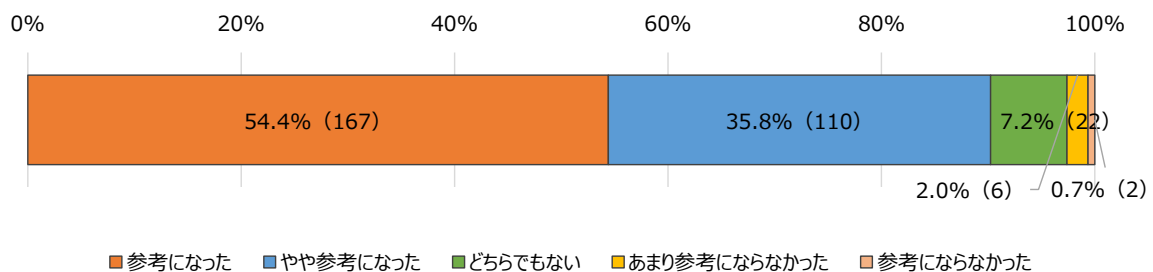


4. プログラムの感想について

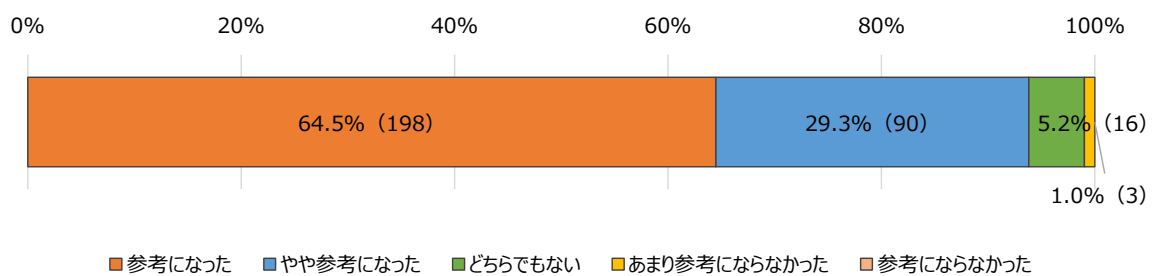
4-1. I. 事業実施報告「在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及びスキルアップに関する調査研究事業の報告」(n=307、ひとつだけ)



4-2. II. 取組報告「県によるコーディネーター支援を通じた市町村の在宅医療・介護連携の推進支援」(n=307、ひとつだけ)



4-3. III. パネルディスカッション「地域課題の解決に向けた有効策としてのコーディネーター支援とスキルアップを考える」(n=307、ひとつだけ)



4-4. 最も関心を持った・参考となった内容 (自由記載・抜粋)

市町村・広域連合が配置する在宅医療・介護連携支援コーディネーター等
(地域の困りごとから地域課題を考える・コーディネーターとしての取組)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 現場の声を知ることがとても大事であることが印象深かったです。会議の中で話されていることだけでなく、コーディネーター自身が、もっと現場の方の思いを知ろうとしないといけないと思いました。また、地域包括支援センターともっと協力関係を作ることで、地域課題に対する取組が広がるように感じました。 ・ 現場の声を聞くということに関してできていないので、今後行っていきたいと考える。 ・ 相談を受けたコーディネーターが現場の声を受け止めて、声を上げていく役割を担っていること。 ・ 相談事例から課題を抽出し対応策を検討する、柔軟性のある思考が必要と感じました。 ・ 個別相談から地域課題への掘り下げ方。現状を知るために現場の声を聴く。市町とコーディネーター

の役割分担と協働について、双方が自身の役割を説明できているか。

- ・ 個別課題から地域課題を抽出。そこから目指す目標とのギャップを見出し、その対応策として研修会・協議会などを開催しているということが改めて腑に落ちました。(つながりを改めて感じ納得できました)。
- ・ 相談からそれを地域課題としてとらえていくというお話が目からうろこだった。
- ・ 在宅医療・介護連携センター-ステーション会議内で個別相談事例の振り返り等を行っている事。また、この会議に多職種のみならず市町村関係の職員も酸化している事から在宅医療・介護連携推進事業情報共有の場として最適だと思った。
- ・ 今回の研修は地域ケア会議や認知症施策にも活かされること。そのためには待つだけではなく地域に出向いて積極的に地域課題を抽出して、チームケアで連携が図れる体制作りができればと改めて考える機会となりました。
- ・ 誰が何に困って相談しているのかという、主語を明確にしながらの相談業務がかかせないという相談援助職者として基本に立ち返らせていただいた研修となった。また、相談となった要因を俯瞰し考え、地域課題の抽出につなげたいと再確認できた。
- ・ 相談員として、相談を受ける中で、行政の「目指すべき姿」に近づけるように、ギャップを埋めていくのが必要だということ。
- ・ 個別課題から地域課題へ。市町との連携による地域課題への取り組み方法。各自の強みを生かす支援。コーディネーター機能とは。
- ・ コーディネーターとは多職種(医療と介護)をつなぐ役割と思っていたが、市民と行政をつなぐ面もあると再確認した。
- ・ 私の自治体では相談員という名称ですが、担う役割はコーディネーターであること改めて知りました。
- ・ 日々の業務からタネを見つける、知識の定着のみで終わるのは×、個別課題を地域課題へシフト出来ていない等、コーディネーターとして日頃の業務を見直すきっかけとなった。
- ・ コーディネーターの困りごと、市町村の困りごと、県の困りごとが大変参考になりました。自地域にも聞いていただき、今後活かしたいと思いました。
- ・ コーディネーターに対し個別相談はあまりなく、地域課題の方が身近に感じている。地域の医療介護専門職が問題なく連携できていると捉えている。同じ県内のコーディネーターや医師会担当者と話合う機会はあるものの、市町村担当者との関わりは差が大きい。研修会を受け、担当者が動いてくださることを期待しています。
- ・ 個々の住民への対応が重要でそこから課題も見えてくるというお話がありましたが、当センターでは、ほとんど相談が無く、研修会や講演会の準備、社会資源の把握のためのアンケート調査等に時間を費やしている現状で大丈夫か。もう少し地域住民と触れ合うためのヒントがあつたらご教示いただきたい。
- ・ 県から降りてくる事業と、市から委託される事業がイコールではない。市から委託される事業以外のもの(緩和ケアの事業と、障害福祉との連携に関する事)については、県から降りてないからと一緒に取り組めていない状況がある。

(コーディネーターのスキル・支援等)

- ・ コーディネーターの立ち位置がそれぞれなので、講師の話を自分なりに落とす作業が必要と感じた。
- ・ スキルアップのために、考え続ける必要がある職務なのだと実感した。
- ・ コーディネーターとして期待されている役割(患者、家族が抱える課題の解決と地域で解決しないといけない課題)を整理し、目指す目標と現状のギャップを見極め、専門職や行政にどう理解してもらうかが鍵となると感じました。一人でも意欲のある人と現状の問題点を少しでも共有し、課題を考えていきたいと思う。
- ・ これから CN に求められる事がわかりやすく参考になった。
- ・ 自分達の現状をしっかりアセスメントとして、目指す姿を明確にすること、大切だと思いました。市の方と早急に話し合いたい気持ちです。
- ・ スキルアップへの道が論理的に示されており、実際にこのようにやっていってみようと思いました。2市の報告は特に参考になりました。包括や行政の方と話す際に注意しようと思います。
- ・ 事務局の報告の中で市町村担当者で連携しながらスキルアップしていく内容がわかりやすかった。
- ・ 受託したはかりなので、コーディネーター支援があることがわかり、少し安心しました。
- ・ 地域によってコーディネーターの取り組みやスキルに差があること。私自身勤務経験が浅いのでそのようなコーディネーター向きの研修が、あつたらぜひ参加したいです。

(市町村との関係性の強化)

- ・ 自治体職員とコーディネーターの連携が、効果的な事業を展開していく上で必要なこと。(それぞれの立場からの意見)。
- ・ 行政と CN が共に話し合う時間の大切さについては自身も常日頃感じていたことでしたので、改めて行政へお伝えしていきたいと思いました。一緒にということ、丸投げされずに共有させていただき共に考えて行けるような関係性の構築を図っていききたいと思います。
- ・ 地域課題の抽出 コーディネーターのスキルや強みや弱み等それぞれ違いがあるが、行政と一緒に施策を考えていかなければならないと思った。
- ・ 是非、この研修を市の方に聞いてほしかった。常に上から指示。お金を出して委託しているのだから、やって当たり前。私の経験は全く活かされていないと感じる日々です。しかし、伝えることが役割とも感じました。そして話し合っていきたいと思います。
- ・ コーディネーター及び行政職員の意識の向上が必要 県の全体を取りまとめる活動(事業)が必要。
- ・ 行政とコーディネーターの関係性が重要になると感じました。常に相談事業の振り返りをしながら共有する時間の確保に努めたいと考えます。今回の研修内容を報告し今後活かしたいと存じます。
- ・ 行政との付き合い方、地域課題解決に向けてどのようなコミュニケーションが求められているかについて学び、明日から意識して関わってみようと思います。
- ・ コーディネーターと市町村職員と一緒に取り組んでいくこと。
- ・ コーディネーターと行政が顔を合わせる機会をもち、話しやすい関係をつくって、現場の声を聴いていただき、課題解決に繋げていくことが大事だということ。
- ・ 本市では行政とコーディネーターが月1回定期的に交流を持つのが難しい。そのような中で「毎月提出する報告書に現状及び伝えたいことを記載することで共有できるのではないか」との意見に心を押しされた。今後、現状の伝え方を工夫したいと思った。
- ・ 今回の研修会の様な研修をもっと開催して欲しい。行政にも積極的に興味をもってもらいコーディネート機能が今後は必要とされていると言う事を認識してもらいたい。
- ・ 当部署の委託元の行政担当者が参加しているのかわからず、合同での参加が望ましいと感じた。
- ・ 今回の発表をしていただいた市の方はコーディネーターの方へ歩み寄っている感じがした。こちらはこちら任せに感じる。それぞれの市があり、その市の問題もこちらが拾っていかないといけないが、人数も2人なので難しい。委託してお金を払っているんだからと言われました。
- ・ コーディネート機能を高めるには、やはりまずは市の職員さんからの理解が必要かと思っています。市からの委託事業なので全てそちらでやってくださいと市には言われており、方針も示していただけないので困っています。
- ・ コーディネーターの経験と共に行政の担当者が毎年変わり引継ぎも不十分な状態に負担を感じていたが、どのように行政に働きかけ、モチベーションアップを図っていけばよいかという点。
- ・ 中長期で立てていただく目標が、目標だけに終わらず、事業実施のためのしかけになれば有難いです。市町村の対応を見ていると、必須事業ではない、という印象を与えます。取り組みは必要と思っても、目指す姿が無いのが現状です。
- ・ パネルディスカッションに登場された行政の方々には積極的にこの事業に関わられています。現状はそうでない行政も多いと思います。国の方でも地域の高齢者の生活の場をなくさないですむような取り組みとして、もう少し積極的な介入が必要なのではと考えます。
- ・ 市町村と医師会との関係性は課題と常に感じています。そんな状況だからこそ、「聞く」「伝える」「原因を押し返して市町村に伝える」とのまとめがとても参考になりました。
- ・ 近隣の市町村と在宅医療、介護連携の課題を一緒に共感できる場所づくりが必要。
- ・ 地域ケア会議担当、認知症支援など、担当者が違う内容だと一緒に考えていただけないことがある。私達が市の担当者の業務分掌表なども把握し、市の方の立ち位置に立った会話が出来ると良い。また、行政担当者の目指す姿もお聞きしつつ、擦り合わせていく、こちらサイドの態度も必要と感じた。実りが多かった。
- ・ 行政担当者の異動は仕方ないこと…でも、あまりにも短いと心が折れることもあります。私なりに、今までの流れをお話しできるのは自分の役目として、新しい行政担当者の目線も大切にしながら、この事業に取り組んでいきたいと思っています。
- ・ 行政内でも横の連携を取ってほしい。庁内の部屋は同じ並びにあるのに、課が違くと連携されておらず、それぞれから相談を受けることがある。アンテナを張ってほしい。コーディネーターと行政間で相談の振り返りの場がないので、できたら良いと思うが、どこが音頭を取るのかわからない。
- ・ 関係部署との繋がりの大切さを改めて感じました。

(コーディネーター間のネットワーク強化等)

- ・ 今回コーディネーターに求められている事を学ぶことが出来ました。今している事の方向性は間違っていないと分かりましたが、一人で対応している為、負担感は大きいです。自分達の出来る範囲で少しずつ、医師会と市の皆様のお力を頂いて、今後もやっていきたいと思えます。
- ・ 県内や医療圏域でのコーディネーター間の連携をどのように構築していくか(設置主体が違う中で同じ目標を持っていけるのか)を課題として感じました。
- ・ コーディネーター同士の繋がりや連携により、自分自身もスキルアップができるように学びました。
- ・ コーディネーター同士の話し合いを持つ。
- ・ コーディネーター同士の交流の場が全国的に持てれば良いと感じた。
- ・ コーディネーターが孤立しない為の ICT ツールを活用した他市町村との連携方法と取り組みの共有。
- ・ 担当の行政職員とは色々相談できているが、同じ立場のコーディネーター同士のネットワークがない為、心細さを感じていた。まずは、身近なところから、コーディネーター同士のコミュニケーションをとっていききたいと感じた。

(その他)

- ・ 在宅医療の 4 場面の連携。在宅医療を受ける者に対し、多職種協働による包括的継続的な在宅医療の構築のための対応策の検討。病院のコーディネーターのスキルアップとして、地域包括支援センターの新人研修会に参加してもらう。
- ・ 新潟県医師会・新潟市医師会の取り組みは、都道府県単位や市町村単位での事業推進の観点でも参考になった。また、千葉市や稲城市の事例は、今後市町村や地域包括支援センターとの関係性を一層活性化させていく観点から、連携拠点を運営する立場として参考になった。
- ・ パネルディスカッションでの稲城市の内容が非常にわかりやすく、実践に活かせると感じました。

市町村・広域連合の職員(在宅医療・介護連携推進事業の担当者)

(コーディネーターのスキル・業務等)

- ・ コーディネーターのハンドブック、スキルラダーの策定について(日頃の相談支援に加えて、多様化する役割の中でどのような指標や支援をもって評価とするのか)
- ・ コーディネーターに期待される役割と求められる機能について。
- ・ コーディネーターの必要性・重要性は理解できました。在宅医療・介護連携事業は、委託しておらず市で運営しているので、職員がコーディネーターの業務に専念できると良いと思いました。
- ・ 「コーディネート機能」というワードがしっくりきました。
- ・ 個別課題を惹き起こしている地域課題を把握・解決していくためにはコーディネーターを孤立させず、関係者間で支え合う環境づくりが求められること。また、縦割りになりがちな組織の特性を踏まえた上で、いかに関係者間の横の連携を深めていくかが重要であることを学んだ。
- ・ コーディネーターのスキルアップは、地域課題への取り組みであること。
- ・ コーディネーター業務に関するいろいろな事例を知りたいと思った。
- ・ 連携コーディネーターとして支援をする人、支援される人の二つの視点からとても参考になりました。
- ・ 私たちの市町村では、4つの場面を主軸に考えていましたが、もしかしたら相談員の相談支援から4つの場面の連携がみえてくるのではと感じた。それぞれの立場で役割が明確になると、もっと動きやすいと感じた。

(コーディネーターとの関係性の強化)

- ・ 他の自治体でも、コーディネーターと市町の認識のズレがあることが理解できました。コミュニケーションの重要性を再認識できました。
- ・ 行政の立場とコーディネーターの立場とのちょっとした違いを感じましたが、川越先生の説明で何を必要とされているのかが少しわかりました。
- ・ コーディネーターに丸投げしていることが多いことに気付かされる内容であった。
- ・ 多職種の横の繋がりを大切にしつつ、相談員の相談内容を丁寧に聞き取り、対応を改善することが大切という部分が参考になりました。
- ・ 行政職員とコーディネーターの意思疎通がこれまではうまくできていなかったと反省した。雑談レベルでも定期的に会って話をすることが必要と感じた。

(コーディネーターのネットワーク)

- ・ 市町村に1人いるかいないかのコーディネーターは孤立しがちだと思います。業務のバックアップがで

きる仕組みがないと厳しいと感じました。

- ・ コーディネーター同志の顔の見える連携の機会の重要性を感じ、県にその体制整備を願いたい。
- ・ 県が積極的に市やコーディネーターに対して支援をされていること。

(他事業との連動)

- ・ 地域ケア会議と在宅医療介護連携での課題は同じ、共有すべきものだと改めて思いました。メンバーいっしょに協議する機会や顔合わせ、いるなあと思います。どうしても医療職の強さが前に出るので、事務局としては福祉の思いを助ける、寄り添うスタンスになるかなと感じています
- ・ 地域支援事業のいずれの事業も、個別事例から地域課題を抽出し、施策につなげていく。

(その他)

- ・ 報告会の中でなんども繰り返しあった、コミュニケーションをしっかりとることの重要性が響きました。かりに相手が受け取ってくれなくとも辛抱強く続ける必要があるのかなと思いました。
- ・ 本自治体とは全く異なる運営方法であり、初めて知ることばかりでした。しかし、それぞれの方法ですすめていけばよいのかなと思いました。
- ・ 先進地の内容を見せていただき大変参考になったのと同時にまだそこまでとり着いていないため、そこをどう進めて行けばよいのかどうか課題となっております。
- ・ 地域課題の解決のために、こういったことにもある程度関心を持って関わってくれる医師の存在は必要と思った。
- ・ 小さな村では様々な人材も社会資源も不足している状況があり、手が回らないのが現状です。入院できる病院も遠く、独居の方は病気の具合で早めに入院を進めたり、長期入院になるケースが多くこの事業の趣旨に沿って取り組む発想の転換が難しい。
- ・ 在宅医療・介護連携の進みが鈍いのは、都道府県レベルの熱量が低いから末端の市町村まで浸透しないことをもう少し肌を感じた方が良いでしょう。

都道府県の職員(在宅医療・介護連携推進事業の担当者)

(コーディネーターのスキル・業務)

- ・ コーディネーターの役割、地域の課題の把握方法、事業化のやり方のイメージができたことが良かったです。ありがとうございました。
- ・ コーディネーターのスキルアップ研修のテーマや開催方法について
- ・ (コーディネーターは地域課題に着目した動き・取組を求められていることをしっかりおさえた上で)地域課題を抽出するためには個別相談の把握が必須 という部分。個別課題の集合が地域課題になるという、地域ケア会議や保健師の地域保健活動等にも共通するお話でした。
- ・ 4つの場面にとられすぎて、市町村に誤った発信をしてきたことを反省しています。私自身が現場の声を聞くことから始めたいと思います。

(市町村・コーディネーターとの関係性の強化)

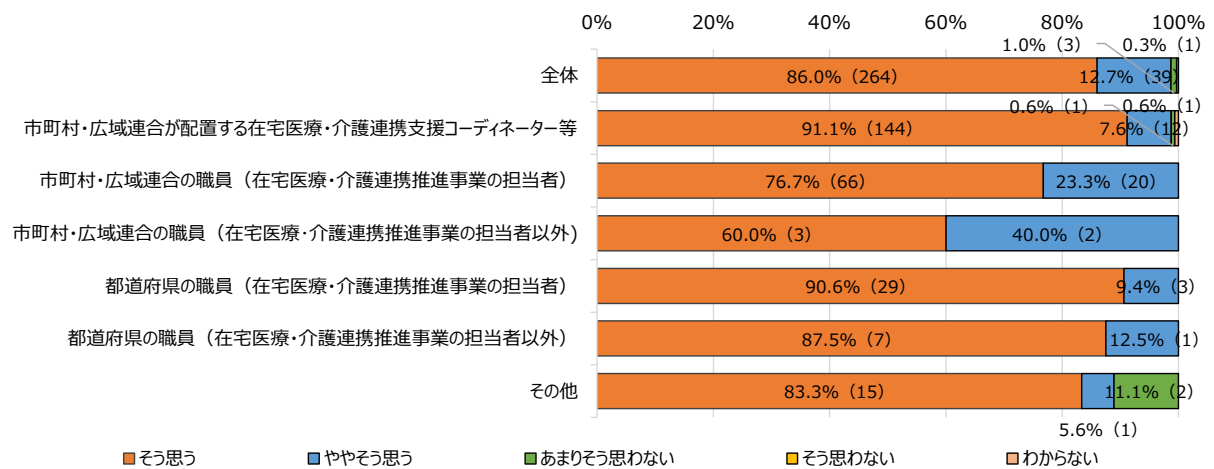
- ・ 市とコーディネーターが話をする場はあるが、県はその中に入れてもらえない。市からメリットはあるのか、と拒否されてしまう。県として何ができると明確に伝えることもできず、関係性はあまりよくない。何か打開策があれば教えていただきたい。
- ・ 行政職員の異動を考慮しコーディネーターのスキルアップを進め、在宅医療・介護連携推進事業が進むようにシステムを作り上げていくこと。

(コーディネーター間のネットワーク)

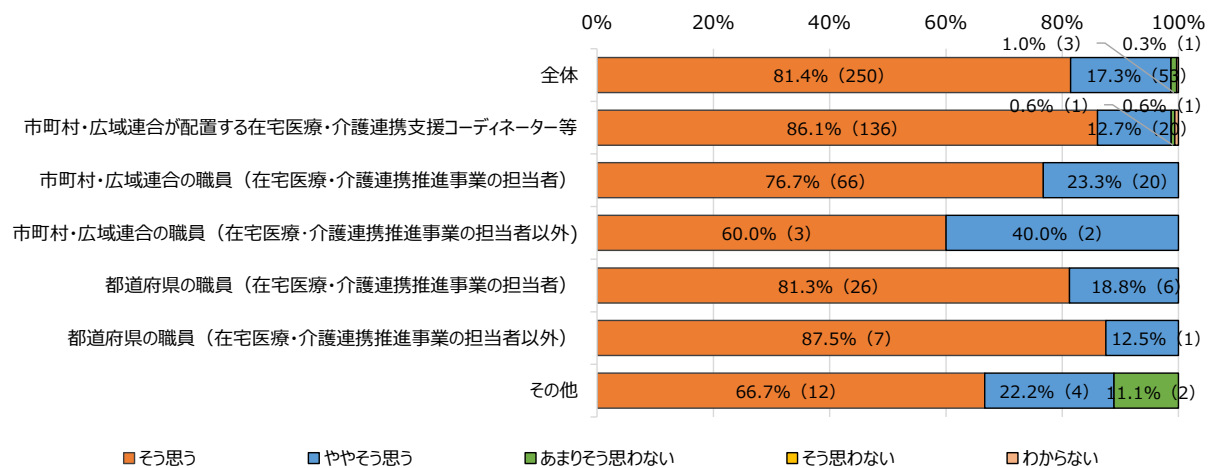
- ・ 本県もコーディネーターのプラットホームやコーディネーターの育成については課題感を持っているので参考としていきたい。
- ・ 研修事業においては市町村ごとに職種の異なるコーディネーターが集合し、意見を共有することも重要であり、グループワーク形式の重要性を感じた。
- ・ 管内市町村ではコーディネーター自体が行政職員が兼務しているような状況であり、コーディネーターの配置が確立していません。しかし、在宅医療介護連携担当である行政職員同士の横の繋がりが行われることはコーディネーターの支援と共通していると感じたので、次年度以降も継続していければと思いました。

5. 参加者のコーディネーターのスキルアップ、支援についての考え

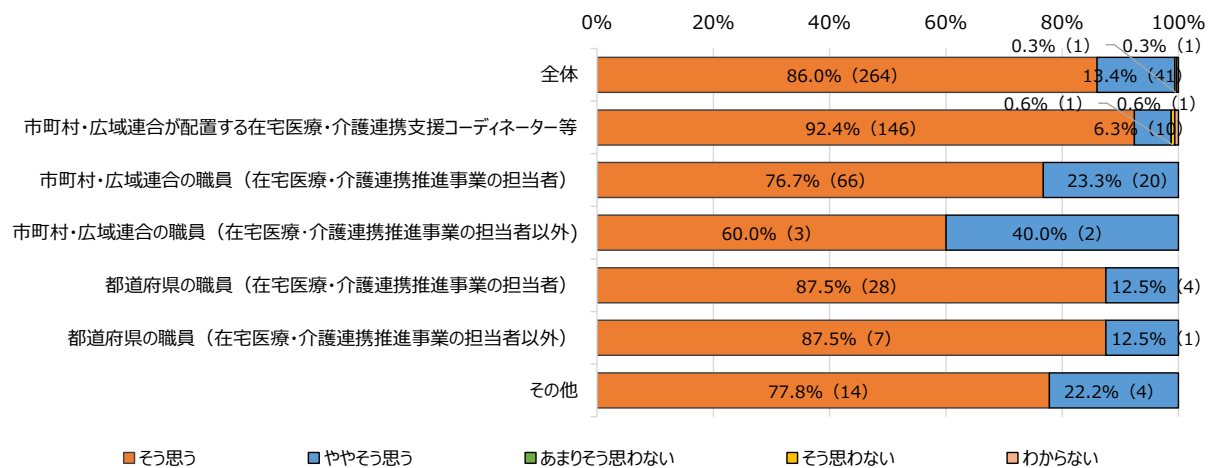
5-1. 今後の在宅医療・介護連携推進事業において市町村担当者とコーディネーター（コーディネート業務を担う者）の連携は更に重要となる。（n=307、ひとつだけ）



5-2. 今後の在宅医療・介護連携推進事業においてコーディネーター（コーディネート業務を担う者）のスキルアップは更に重要となる。（n=307、ひとつだけ）



5-3. 在宅医療・介護連携推進事業においてコーディネーター（コーディネート業務を担う者）への支援は必要だ。（n=307、ひとつだけ）



在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター支援及び
スキルアップに関する調査研究事業
(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)

発行月 令和6(2025)年3月
発行者 株式会社富士通総研
〒144-8588 東京都大田区新蒲田一丁目17番25号
富士通ソリューションスクエア
tel. 03(6424)6752 fax. 03(3730)6800
<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/>

禁 無断転載