

令和元年度 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・介護連携推進事業における
都道府県による市区町村支援に関する調査研究事業
報 告 書**

令和 2（2020）年 3 月

株式会社 富士通総研

目 次

はじめに	1
第 1 章 推進体制における課題	4
1. 各主体における課題	4
(1) 実行フェーズの中で見えてきた課題	4
(2) 取り組むべき課題	10
2. 本調査研究における取組	12
第 2 章 関東信越厚生局管内の状況(基礎データ)	13
1. 全国の状況	13
2. 関東信越厚生局管内 10 都県	15
第 3 章 連携推進の拠点・人材について	25
1. 新潟県の取組	25
(1) 新潟県の状況	25
(2) 検討経緯	32
(3) 考察	42
2. 埼玉県取組	44
(1) 埼玉県の状況	44
(2) 埼玉県・在宅医療連携拠点へのヒアリング	47
(3) 考察	53
3. 県を越えた取組	55
(1) 拠点コーディネーター意見交換会の開催(新潟県・埼玉県)	55
(2) 埼玉県在宅医療連携拠点第一回研修会	62
4. 考察～広域で取り組むことの意義	65
(1) 都道府県が取り組むことの意義	65
(2) 都道府県同士がつながることの意義～地方厚生局による支援	65
第 4 章 都道府県等による多層的な支援体制	66
1. 栃木県の取組	66
(1) 在宅医療推進支援センター	66
(2) 県南在宅医療推進支援センターでの取組	67
(3) 考察	69
2. 大学による取組	71
(1) 事業マネジメントの思考	71
(2) 教育・研究機関との連携	73
第 5 章 考察と今後の展望	75

本調査報告書を読む際の注意事項

本調査研究は主に関東信越厚生局管内を対象とするものであることから、全国の基礎的な地方公共団体について示す場合には「市区町村」と記載する。ただし、特定の都道府県内の例を示す場合には、「市町」等のように県内に存在する基礎的な地方公共団体の種類の名称のみで記載する。

また、「市町村事業」のように通例として使われているようなものについては、そのままとする。

はじめに

平成 27 年に成立した改正介護保険法では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護保険を財源とする地域支援事業の包括的支援事業の一つとして「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられた。これによって、「医療と介護の連携」を推進する事業が、市区町村の所掌する業務として制度的に明確化された。その具体的な内容は、いわゆる（ア）～（ク）の 8 つの事業項目として整理されており、すべての市区町村においては平成 30 年 4 月の本格施行までにこれらの事業を実施することとされた。

在宅医療・介護連携推進事業は、概ね平成 27 年頃より先行する市区町村から開始され、初期の基本的な推進支援体制の構築を進めて平成 30 年 4 月の本格施行を迎えた。それから 1 年あまりを経て、現在は多くの市区町村が取組を本格的に実施・拡充させる段階に入っている。しかし、在宅医療・介護連携推進事業に従事する市町村担当者からしばしば聞かれるのは、「この事業は難しい」という言葉である。では、現在の在宅医療・介護連携推進事業における難しさとは何か。

【地域の関係者らと共通課題の設定ができるか】

従来、医療を担当する部署は市区町村には設置されておらず、医療関係者とのつながりも決して太くはなかった。医療自体に関するノウハウも少ない市区町村にとって、在宅医療の関係者等に本事業への参画や協力を働きかけていくことは確かに難しく、平成 30 年 4 月の本格施行に向けては市区町村と郡市医師会等の関係づくりが大きな課題であった。しかし、平成 30 年に向けて各地で市区町村と郡市医師会等団体との連携は進み、取組の濃淡こそはあれ、現在は各地で連携した体制が示されている。

現在においても、郡市医師会をはじめとする団体との関係強化は、市区町村内の実施体制の強化に大きく関わることは言うまでもない。しかし、既に協力が得られている中で、さらに何のために関係を強化してまで取り組むべきなのかが明確ではない。それを明らかにするためには、市区町村において何を実現したいのか、そのために取り組むべき課題は何なのかをしっかりと共有し、合意する必要がある。なぜならば、課題がなければ一緒に取り組む理由はないからである。共通課題が設定できるか否かで市区町村と郡市医師会等団体の関係は大きく変わると考えると、課題の設定は本格的に事業を進めていく中での関係性の強化という点からも戦略的に考えられるべきである。しかし、こうした課題設定を行うことができていない市区町村は少ない。

【事業構造を理解し、事業を推進させるための思考を持っているか】

平成 30 年 4 月以前には、在宅医療・介護連携推進事業各事業項目に対して「取り組んでいるか」、「取り組んでいないか」等、まずは（ア）～（ク）に着手することを重視する傾向がみられた。しかし、（ア）～（ク）は在宅医療・介護連携推進事業で目指そうとする目的を達成する際に用いられる技術的な項目でもある。当然ながらその項

目自体が在宅医療・介護連携推進事業で達成しようとする目標を示すものではない。

市区町村の担当者がこの事業構造を理解していなければ、評価を行うことは困難である。なぜならば、「自分たちは何を目指しているのか」、「本事業によって何を成し遂げたいのか」という本質の議論は十分に行われたいまま、「目指し

ていることを実現する手段」である項目を評価しても意味はないからである。

本格施行を経て、本事業でも PDCA サイクルに基づいて推進していくことが望まれている。そのためには、こうした視点を持って事業に臨むことが必要だが、そうした思考を獲得していくことは簡単なことではなく、そのための機会を意識的に設定する必要がある。

在宅医療・介護連携推進事業

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

【事業の推進段階に沿った市区町村支援の必要】

次の図は、昨年度に弊社が実施した調査研究¹で作成した図に対し、今の在宅医療・介護連携推進事業の推進段階に沿った市区町村支援に関する課題に関わる範囲をプロットしたものである。市区町村に対する支援体制は、従来からの都道府県と市区町村の2層の支援体制から、個別具体の課題に対応して支援できるよう保健医療圏レベルの推進体制をつくる等重層化する動きがみられる。

「1」は、現場である市区町村の課題が影響する範囲であり、そこには前掲の「地域の関係者らと共通課題の設定ができるか」という課題がある。そして、その関係者は市区町村と郡市医師会等であり、さらに地域の拠点の中で実際に連携を推進していく人材である。

「2」は、本事業を進める市区町村に対し支援を行う広域行政である都道府県という行政同志の層である。この場合、前掲の「事業構造を理解し、事業を推進させるための思考を持っているか」という課題があり、主に市区町村の事業推進力を高めるための支援が行われることになるが、その際にはそれぞれの実情に応じた支援が可能となるよう、圏域を担う保健所等が入ってきている状況がみられる。

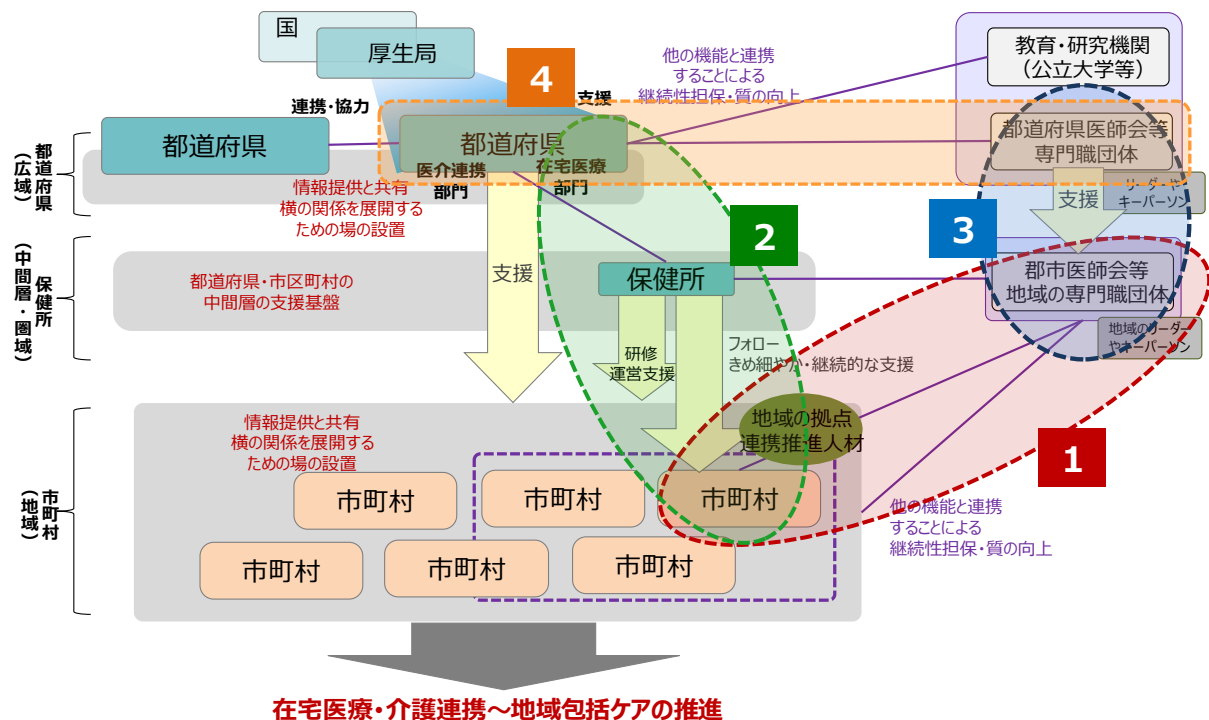
「3」は、在宅医療・介護連携の推進に市区町村と共に取り組む専門職団体の層であり、例えば広域を対象とする都道府県医師会による郡市医師会等への専門職団体同士としての支援が考えられる。

「4」は、都道府県と都道府県の推進体制の一翼を担う広域の専門職団体との連携体制である。

¹ 都道府県個別支援型在宅医療・介護連携等推進調査研究事業(㈱富士通総研 老人保健事業推進費等補助金 平成31年3月)

以上の関係性から考えると、「4」の広域行政である都道府県と広域の団体である都道府県医師会等は、「2」、「3」のとおりに、都道府県は市区町村、都道府県医師会は郡市医師会との関係性の中で各々の課題を把握することが可能な立場にある。そして、その課題は「1」にあるという構成であるのが、現在の状態であると考えられる。

図表- 1 都道府県の推進体制(例)と現在の市区町村に係る課題等



資料)「都道府県個別支援型在宅医療・介護連携等推進調査研究事業(株)富士通総研 老人保健事業推進費等補助金 平成31年3月)」の「図表-3 都道府県の推進支援体制(例)の状況」を一部改変

以上の仮説のもと、本調査研究では1における課題を本格的に在宅医療・介護連携推進事業を進めていくための拠点・人材の問題としてとらえ、県・県医師会等の課題として取り組んでいる新潟県、埼玉県を例に調査と考察を行った。また、都道府県での推進体制としても保健所を含む重層的な支援体制が期待されることから、その支援内容等を確認し、考察を行った。

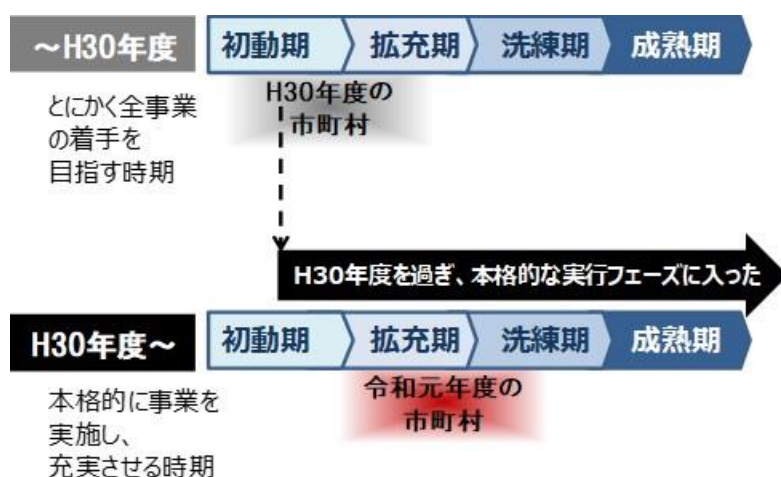
第1章 推進体制における課題

1.各主体における課題

(1) 実行フェーズの中で見えてきた課題

平成30年度より、在宅医療・介護連携推進事業は、地域支援事業として全市区町村で取り組みが本格化している。現在は、いわば事業の立ち上げから実行への移行途上にあり、推進体制の構築という初動期の段階から取り組みの充実・量の拡大・質の向上に向けた拡充期の段階への過渡期にあるともいえる。そのため、取り組み状況や内容等には市区町村で濃淡が生じ、形式的な取組のみにとどまる例もみられる。

図表- 2 体制構築のステップ



昨年度、弊社が実施した「都道府県個別支援型在宅医療・介護連携等推進調査研究事業」では、取り組みが進まない市区町村の要因として、必ずしも人口規模や構成、医療や介護に関する拠点や人材等の資源等だけに起因するのではなく、それ以外に①市区町村と郡市医師会をはじめとする関係者等、推進体制の構造的な課題、②以上の関係者による実施計画や工程立案とその実行に向けた知見や技術や情報の不足、③以上を獲得するための機会や資材の不足等が確認された。以上の課題は、平成30年度を過ぎ、本格的な事業の実行フェーズに入ったことにより、具体的に見えてきたものとも言える。

在宅医療・介護連携推進事業では、推進主体である市区町村が旗振り役となり、医療・介護の事業者、住民を巻き込みながら進めていくことになる。いわば、方向と目標を示し、その工程を見せ、他者に共有を働きかけることで達成できる取組である。実施に際し、市区町村は医療・介護の事業者と方向性を合意することが必要であり、その上でそれぞれが実施すべきことを連携し、連続性をもって取り組まねばならない。しかし、昨年度の調査からは、次のような課題が見えてきた。

① 拠点・キーパーソンとなる人材にかかる課題

実行フェーズに入ったことにより、地域での具体的な取り組みが加速し、地域において連携推進に取り組む「拠点」と「人材」の重要性が増している。拠点とキーパーソンともなる人材の確保等は、都道府県と都道府県医師会等の専門職団体が協力して在宅医療・介護が連携する拠点に配置した「コーディネーター」として、市区町村もしくは圏域ごとに配置している状況がみられる。

地域の実情に伴い、キーパーソンの主たる登場場面が異なる場合もあるが、キーパーソンは市区町村の担当者とも連携をとり、医療・介護の専門職らに対する連携のための相談支援等に携わるほか、地域包括支援センターとの連携、それ以外にも研修支援や地域住民への働きかけ、在宅医療推進のための働きかけ等も行っており、実際に在宅医療・介護連携を推進させていくための大きな役割を担っているものとする。地域の資源等の状況によって異なる場合があっても、当然、現在連携が必要とされている、連携すべき場面で連携を促していくことは共通であり、実行フェーズに入った在宅医療・介護連携推進に向けた重要な牽引役の1つとして期待されている。

在宅医療・介護連携推進事業の旗振り役は市区町村であるが、実際に在宅医療・介護を行っていくのは専門職であり、その動きを自ら自律的に進めていけるかどうかは、今後の在宅医療・介護連携推進事業の推進にも大きく関わるものとする。また、こうした拠点や人材の確保・育成については、地域の医師会等においても課題であるとする。

市区町村の直接実施・委託に関わらず、推進のための「拠点」とそれを促進させる「人材」の確保・育成は、その設置が市区町村の直接実施・委託等に関わらず戦略的に考えられるべきであるが、未だそうした取組も一部に留まる。

【課題①】 地域で在宅医療・介護の連携の推進を図る拠点・人材の確保と強化

② 目標設定・遂行型の事業に取り組む市区町村職員の課題

市区町村には事業推進のための力が問われている。在宅医療・介護連携推進事業は、推進主体である市区町村が方向と目標を示し、その工程を見せ、他者に働きかけていくことによって達成しようとする目標設定・遂行型の事業である。よって、その力が市区町村職員に備わっている必要があるが、こうした目標設定・遂行型の事業の経験は企画部門の職員等は持つものの、多くの職員においてはそれらの経験を持たない場合が多いと考えられる。よって、仕事の仕方自体を理解しないまま取り組んでいる状況がみられ、それが本事業の「難しさ」に通じている可能性が高い。

例えば市区町村が連携を促す対象である医療・介護の専門職の場合、それぞれの専門性に基づき、自ら課題を設定して取り組んでいくことはできると考えられる。市区町村は、その動きを地域包括ケアシステムの一環として機能させていくことが必要であり、そのためには市区町村と医療・介護の関係者が合意し、それらに基づく目的の確認・目標設定が重要であるが、市区町村ではそれらが十分に行われていない可能性

がある。これは本事業が実行フェーズに入ったことでさらに重要性を増し、単なる「着手」から実効性をもって進めていくためのポイントである。

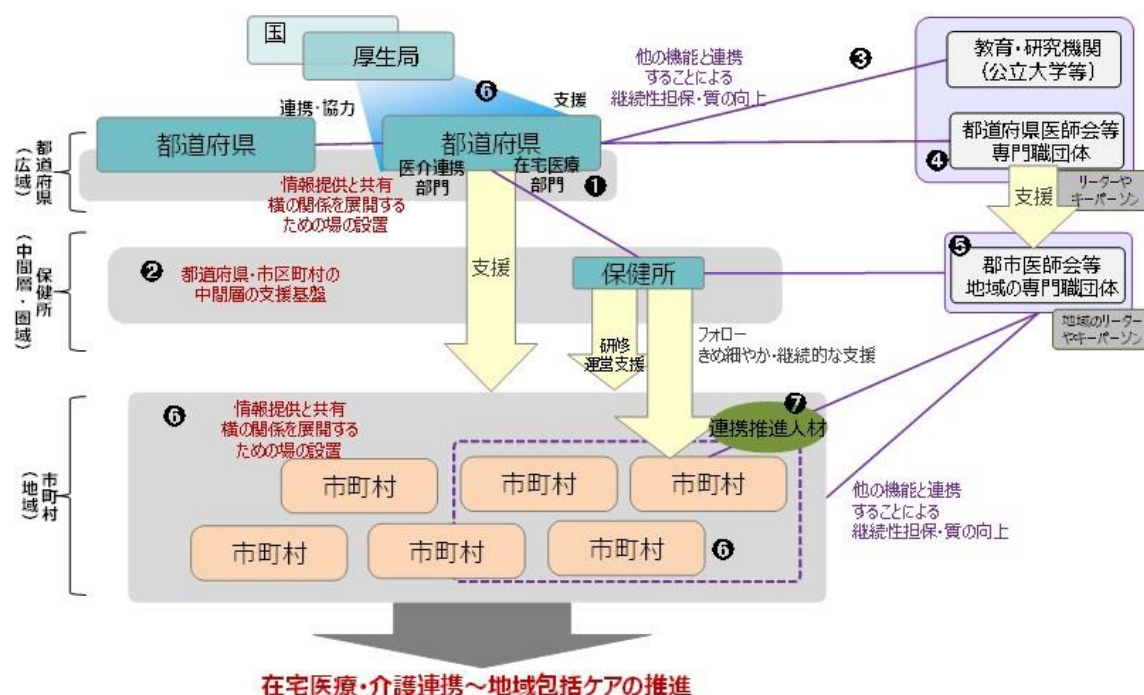
在宅医療・介護連携推進事業によって「何を実現したい」等の目的を十分に庁内で協議し、目標を設定し、それをもとに課題を抽出して施策立案をし、評価方法を考えることができなければ、他者に働きかけて目標や課題を共有して推進する、という本事業の仕組み自体も機能しにくくなる。その場合、上のような拠点・キーパーソン等の言わば「現場」の動きがあっても、それらを在宅医療・介護連携推進事業の中にうまく生かすことができない。また、在宅医療・介護連携推進事業の構造、進め方を理解していない限り、推進のために求められるPDCAも「実施した・しない」の星取表、「これだけ実施した」の事業量の単純な確認だけに留まる可能性もあり、事業を推進していく上での目標設定・遂行型の思考、事業マネジメントの考え方を身につけることが必要である。

【課題②】 事業の推進に不可欠である目標設定・遂行型の思考、事業マネジメントの考え方の獲得

③ 都道府県の支援体制に係る課題

次は昨年度弊社が実施した「都道府県型個別支援型在宅医療・介護連携等推進調査研究事業」において整理した在宅医療・介護連携推進体制の例である。都県の庁内体制を、都道府県（広域）、保健所（中間層・圏域）、市町村（地域）の3層に分け、さらに体制を構成する主体として都県医師会、郡市医師会、保健所、市町村、コーディネーター等の連携推進人材等を配置し、整理したものが次の図表-3である。在宅医療・介護連携推進事業は、以下のような複数の層の体制によって推進されるものと考えられ、上の課題①、②は主に市区町村の層の部分にあたる。

図表-3 都道府県の推進支援体制(例)の状況と課題



※図中の①～⑦は次の表の番号である

	確認された状況・意見等	ポイント
①	◆都道府県の庁内体制 ・在宅医療介護連携推進事業は高齢福祉部門、在宅医療については医療政策部門等、都県における在宅医療・介護連携推進担当と在宅医療担当のセクションが異なることは多く、各課間の連携や情報共有が不足し、医療・介護連携における全体的な推進力に欠ける場合がある。	・組織内連携に向けた課題はいずれも持っている。 ・セクション間の共通ビジョンの設定と共有、共通のロードマップ、恒常的な情報共有が必要である。
②	◆中間層の支援基盤としての保健所 ・市町村の実情に即した支援として、保健所がその役割をはたしている場合がある。在宅医療・介護の連携が推進され、市区町村それぞれの事由によって課題が個別具体になる中、地域の特性を理解している保健所が郡市医師会等の関係者とも関わりながら、きめ細やかな支援を行うことが期待されている。 ・一方、県内の推進支援体制に保健所の関わりが限定的である・位置づけ等が明確になっていない等の場合、都道府県と市町村間の中間層の支援基盤がないため、市町村の実情に沿った支援を行うことが難しくなる。(但し、担当者の属人的な関わりでフォローが行われている場合もある)	・保健所のコミットを確保するためには、庁内での整理が必要である。 ・保健所が体制に入っていない場合、都道府県は圏域ごとの実情を反映したきめ細かなフォローを行うことが難しい。
③	◆教育・研究機関 ・県内教育機関等、学識に対する期待はあるが、都道府県には関わりの契機となるチャンネルがない場合がある。 ・学識に対する期待は、データ分析等専門技能やそれらに裏打ちされた視点からの助言であり、それらを自県外から確保することについても大きな抵抗はない。なお、取組に対する並走型支援やコーディネーター的な内容については、自県内の人材で確保することを考えている。	・都道府県の主旨・内容を理解した学識者の確保が難しく、紹介等のニーズがある。なお、学識者は県外、広域からでも特に問題はない。 ・一方、並走型支援やコーディネーター等の役割は、自県内での人材を育成によって確保することを志向している。
④	◆都道府県医師会等専門職団体 ・都道府県にとって最大のパートナーとなりうる都道府県医師会と都道府県のタッグの強さは、都道府県ごとに違いがある。 ・都道府県医師会とのチャンネルは都道府県の在宅医療担当のセクションが担うことが多く、在宅医療・介護連携の担当のセクションは関わりが薄い場合もある。 ・都道府県医師会と在宅医療の協議会をつくっている場合でも、都道府県医師会以外の専門職団体も含んだ全体的な会議体を設置していない場合がある。 ・都道府県は、専門職団体と協力して連携推進人材・市町村等に支援を行うことができる専門職のアドバイザーを確保したい気持ちもあるが、そうした話自体を団体とできていない場合がある。	・①に起因して、都道府県医師会への対応が一枚岩ではなく、庁内でも情報共有が難しい場合がある。 ・都道府県と専門職団体との連携が比較的取れている所は、福祉系の団体もうまく取り組んだ体制である。 ・団体と協力して自県内の専門職をアドバイザーや連携推進人材として育成したいという意向がある。 ・業務委託の場合、協働等のパートナーシップではなく、「頼る」関係となる可能性もある。

	確認された状況・意見等	ポイント
⑤	◆都市医師会と都道府県医師会 (専門職団体間の関係) ・同じ都道府県内でも、都市医師会の取組状況は異なる場合があり、都道府県医師会は支援を行う必要もある。 ・その状況は、都道府県と市町村の関係にも類似する。	・都市医師会の取組度合いはそれぞれ異なるため、都道府県医師会は都市医師会への働きかけ・取り組むことが望ましい内容や方法等を提示する等の支援が期待される。
⑥	◆都道府県・市町村等の協議のためのプラットフォーム ・市町村間、都道府県間等、同じ種別の団体間での情報交換や協議のプラットフォーム(場)がない。市町村の場合は都道府県に対して、都道府県の場合は厚生局に対して、情報共有や相互の情報提供や協議等ができるようなプラットフォーム提供の要望がある。(但し、先進的に取り組んでいると認識している都県等の場合、その要望は低い場合がある) ・単独の県では対応しにくい政令市・中核市については、広域で集めることで協議の場を設定することの期待がある。	・同じ種別・役割に着目したプラットフォームが設置されていることの期待がある。
⑦	◆市町村等での連携推進人材 ・都道府県と都道府県医師会等によるコーディネーター等の連携推進人材が市町村等に配置されている場合、現場での連携推進を促進する重要なキーパーソンとなる。 ・連携推進人材は専門職であり、所属する都道府県医師会等専門職団体以外に都道府県としても資質向上を図るべき対象だが、①のようなセクションの異なり、④のように団体等との育成支援策の話が未整理等の状況も見られ、育成支援や活用しきれしていない等の状況がある。	・連携推進人材は、事業推進・連携推進の鍵であり、その育成は都道府県、都道府県医師会等専門職団体の共通課題として共に取り組む必要があるが、その方法が整理されていない。

資料)「都道府県個別支援型在宅医療・介護連携等推進調査研究事業(株)富士通総研 老人保健事業推進費等補助金 平成31年3月)」の「図表-3 都道府県の推進支援体制(例)の状況」を一部改変

現在、市区町村に生じているのは「実際に自分の自治体で在宅介護・医療の連携を進めていく際の課題」であり、当該市区町村が立てた目標やそれに基づく計画の推進に対する評価方法等、個別性が高い課題が出てきている。

市区町村支援を行う都道府県は、そうした市区町村のニーズに如何に対応していくのかが課題であるが、都道府県自体もノウハウがない。そのため、圏域の厚生局に対して、同じ課題を抱える都道府県同士で情報共有や相互の情報提供や協議等が行うことができるプラットフォーム提供の期待がある。また、連携推進人材は、事業推進・連携推進の鍵であり、その育成は都道府県、都道府県医師会等専門職団体の共通課題として共に取り組む必要があるが、その方法が整理されていない。

都道府県による市区町村支援については、地域包括ケアシステム強化のため、平成29年介護保険法の改正がなされた際に明記されている。また、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き(ver.2)」(以下、「手引き」という)でも、市区町村における在宅

医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市区町村支援の役割を明確にする、と改訂がなされ、そこでは各事業項目に対する支援や、広域的に取り組むべき支援への期待が示されている。また、郡市医師会等の地域の医師会への支援は都道府県医師会においても同様に課題となっており、それらと協力した支援も期待される。しかし、推進主体が市区町村である本事業については、都道府県の支援はあくまで市区町村の自律的な動きを支援すべきものであり、基本的には後方支援になる。当初は支援として牽引していく状況があっても、そのスタンスはあくまで後方支援として明確に位置することになり、そのことが市区町村の事業の自律的な推進を促すことになる。さらに、その自律的な動きのためには、市区町村が自らの目標を立てて推進する力をつけることが必要であり、都道府県はそのための環境整備や情報提供を進めていくことに集約されていくことになるが、そこに向けた体制として何を強化するのが問われている。

【課題③】現在の在宅医療・介護連携支援事業の段階にあわせた市区町村支援のための体制強化

(2) 取り組むべき課題

令和元年度を迎え、市区町村固有の課題が明確となるにつれ、都道府県にはより一層個別支援の必要が生じてきている。そのため、併走型支援の一つとして、保健所をより市町村に近いところで支援を行う機関とし、各圏域内の市町村の取組に対する支援を主体的に担う機関として位置づけて重層的な推進支援体制をつくろうとしている都道府県も確認されているが、その具体的な方法もあまり明らかにはなっていない。

下は昨年末に開催された社会保障審議会介護保険部会における医療・介護の連携についての意見であるが、その内容からも目標を達成させていくための力とそれを実現させるための体制について言及されている。

図表- 4 介護保険制度の見直しに関する意見

2. 医療・介護の連携 P.15 より抜粋

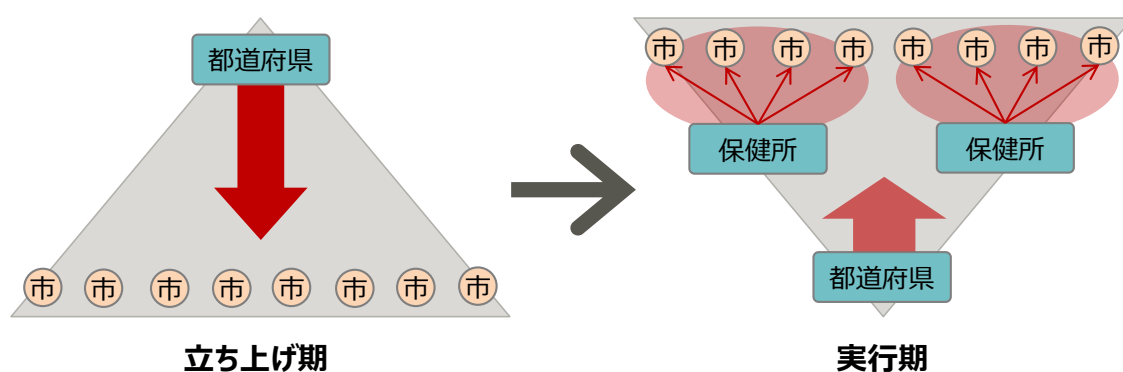
- 在宅医療・介護連携推進事業について、全ての自治体において事業が実施されている中で、市町村において、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ、PDCA サイクルに沿った取組を更に進められるよう、現行の事業体系の見直しが必要である。「認知症施策推進大綱」や看取りに関する取組等の最近の動向も踏まえることが重要である。各市町村においては、単に事業を実施するだけでなく、地域課題や取組内容の見える化を進め、目的をもって事業を進めていくことが重要である。医師会等関係機関や医師等専門職と緊密に連携して取組を進めることが重要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにすること、認知症等への対応を強化すること、事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的实施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、事業体系を明確化して示すことが適当である。地域包括ケアシステムの理念達成に向けて取り組まれるようにすることが重要である。この理念の達成に向けて、都道府県や市町村において、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にし、総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。
- 都道府県においては、地域医療構想の取組との連携や医師会等関係機関との調整、研修会等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による管内の広域的な調整やデータの活用・分析を含めた市町村支援等を更に進めることが必要である。
- 国においては、自治体における取組を支援することが必要である。自治体がPDCA サイクルに沿った取組を進めるにあたり活用可能な指標の検討を進めることが適当である。在宅看取りの状況等評価に資するデータを取得できる環境整備を進めることも重要である。また、課題抽出を含め事業実施にあたり活用できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等を活用できる環境整備を進めることが適当である。事業の好事例を横展開することも重要である。

出典：令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会

都道府県においては、如何に推進体制をつくっていくのかと合わせて、市区町村では整理しきれない課題についても取り組む必要がある。前掲の連携を推進するための拠点や人材は自治体個々の取組ではあるが、その質の向上や未実施の場合の働きかけについては、広域的に情報共有をする等して共有化を図る必要がある。それが可能であるのは都道府県であり、都道府県医師会等と連携して取り組むことが効果的と考えられる。拠点や人材はいわば推進のためのエンジンであり、そのエンジンをどう生かすかが市区町村の力にかかっている状況なのである。

都道府県による市区町村の支援は、牽引型から後方支援型に明確に変化すべき時期であり、そのことを意識して取り組むだけではなく、その戦略的に工程をひいて計画を立て、取り組むことが必要となっているのである。

図表- 5 立ち上げから実行に向かう支援のイメージ



2.本調査研究における取組

本事業では、今後の在宅医療・介護連携推進事業の推進のポイントとなると考えられる「拠点と人材」、「目標設定・遂行型の事業と市区町村職員」、「都道府県の支援体制」の3つのテーマを設定し、関東信越厚生局管内の都県で実施されている取組について検討を行うこととした。

拠点・人材の課題については、県内に県医師会と共に拠点を設置し、コーディネーターを配置している新潟県で実施されている協議体に参加し、検討を行った。ここで検討したのは、市区町村支援の一環として取り組んだ拠点と人材の強化であるが、県と県医師会の連携した推進体制の進化についても確認を行った。

新潟県と類似する拠点と人材配置の取組は埼玉県でも同様に行われているが、市区町村の自律的な推進を狙い、当初より戦略的に組み立てられていることが特徴的である。また、市区町村と拠点及びコーディネーターの自律的な動きを支援するため、拠点及びコーディネーターの情報の共有などを積極的に支援し、それぞれの取組の平準化や全体的な向上を図る支援を行っており、コーディネーターらもそれに呼応した自律的な動きを見せていることから、その確認を行った。

以上の取組は特定の県等に限定されるものではないことから、県を越えて情報を共有し、共に取り組む機会を設定することで、さらに取組が深化する可能性が考えられる。そのため、両県および両県の拠点コーディネーターの意見交換会を開催することで交流を図り、その影響を受けての以降の取組についての確認を行った。

課題が市町村それぞれで個別化する中で今後の都道府県の支援方法を考えたとき、保健所の参画は必須となることが考えられる。特に、市区町村職員が目標設定・遂行型の事業に自律的に取り組もうとする際には、個別支援・併走支援をする等のいわばコンサルタント的な動きが求められる。栃木県においては、かねてより市町職員の研修計画を立案し、計画的に取り組んでいるが、その研修後のフォローや支援については保健所である健康福祉センターが実施している。

以上のような取組から、今後の市区町村支援のあり方について検討を行った。

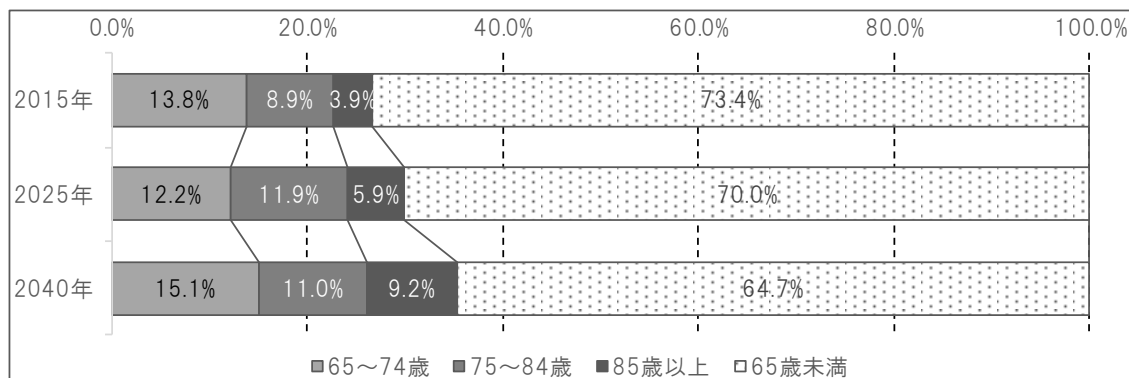
第2章 関東信越厚生局管内の状況（基礎データ）

基礎データとして、全国及び関東信越厚生局管内10都県のデータを示す。以下の出典は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」による。

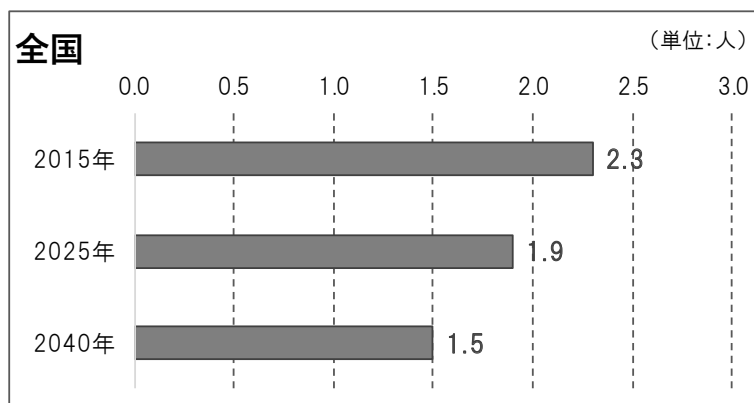
1. 全国の状況

全国

-1. 高齢化の推移

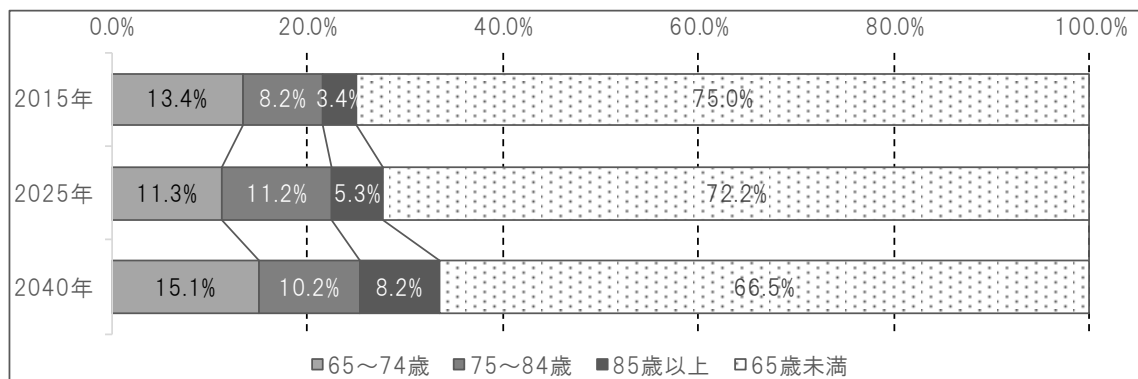


-2. 高齢者を支える割合の推移

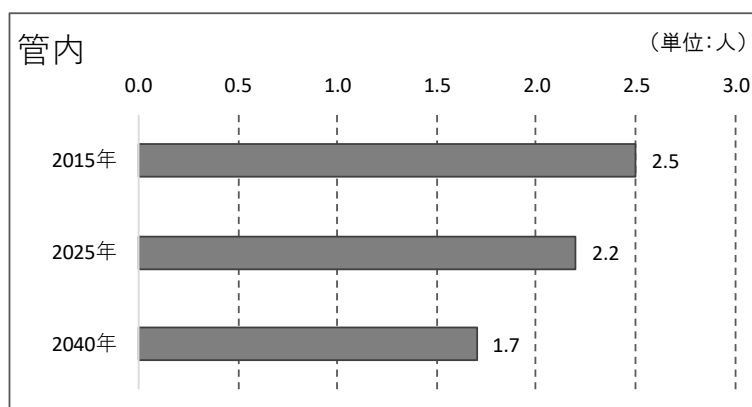


関東信越厚生局管内10都県平均

-1.高齢化の推移



-2.高齢者を支える割合の推移

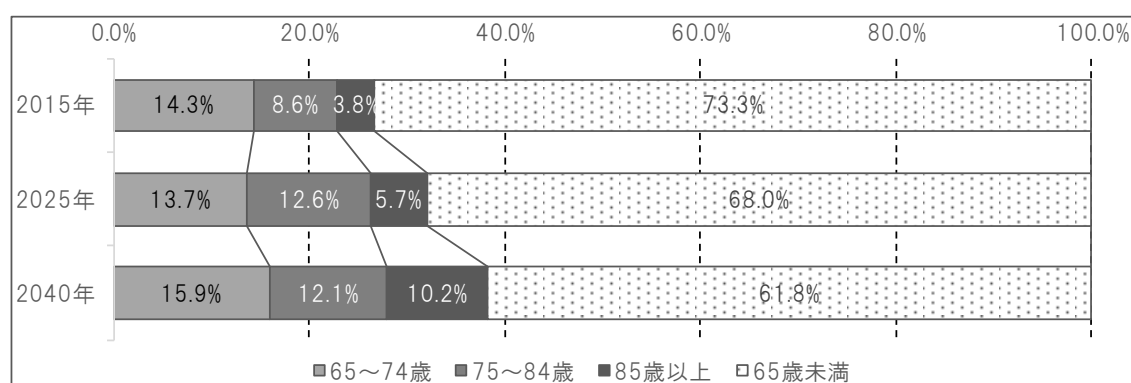


2. 関東信越厚生局管内 10 都県

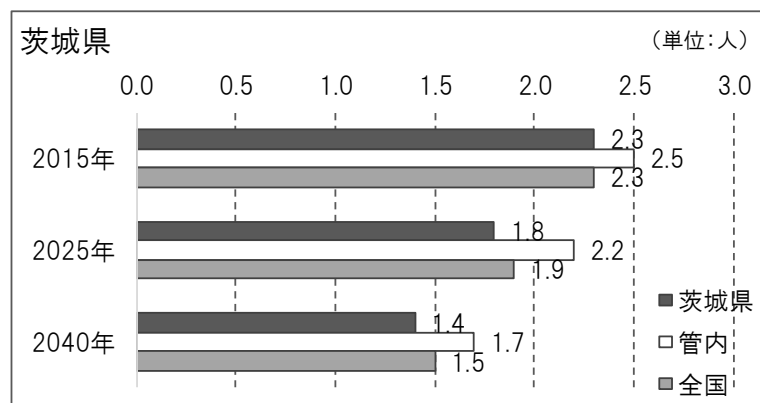
① 茨城県

市区町村数	44	うち 市区	32
		町	10
		村	2
保険者数	44		
2 次医療圏数	9		

-1. 高齢化の推移



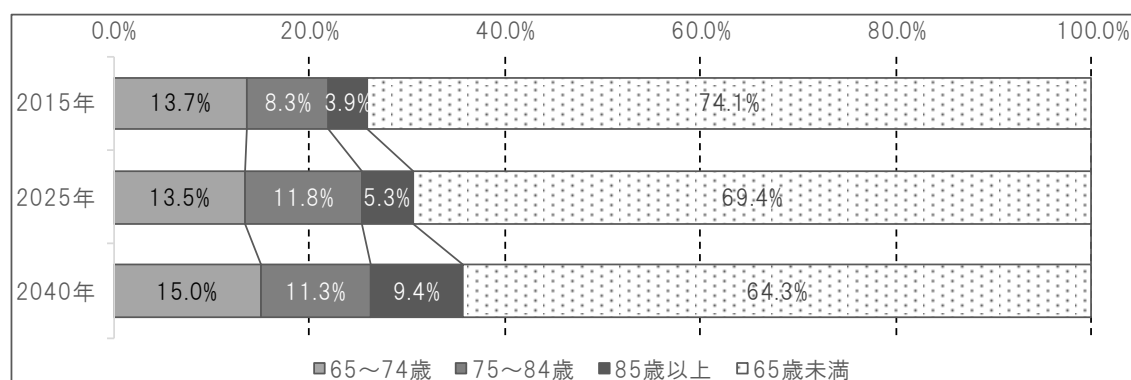
-2. 高齢者を支える割合の推移



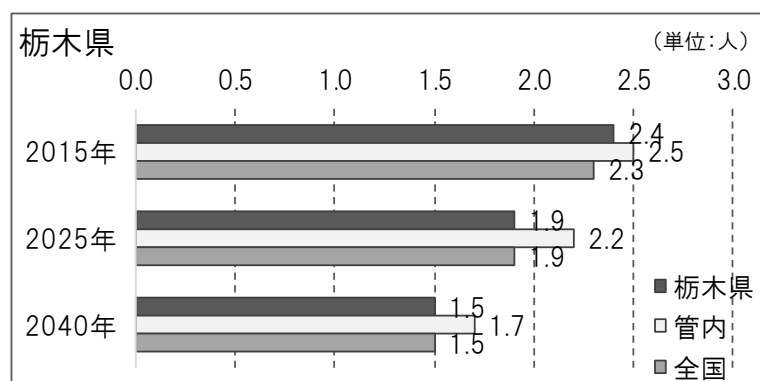
② 栃木県

市区町村数	25	うち 市区	14
		町	11
		村	0
保険者数	25		
2次医療圏数	6		

-1.高齢化の推移



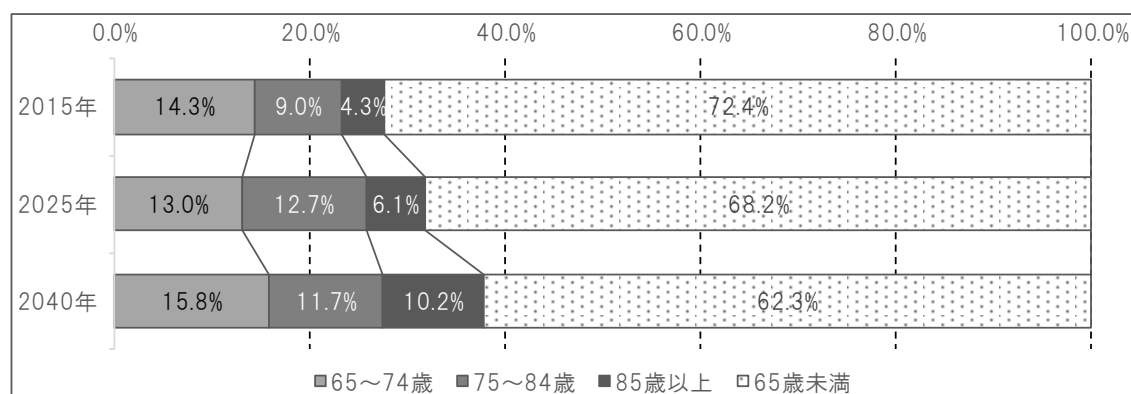
-2.高齢者を支える割合の推移



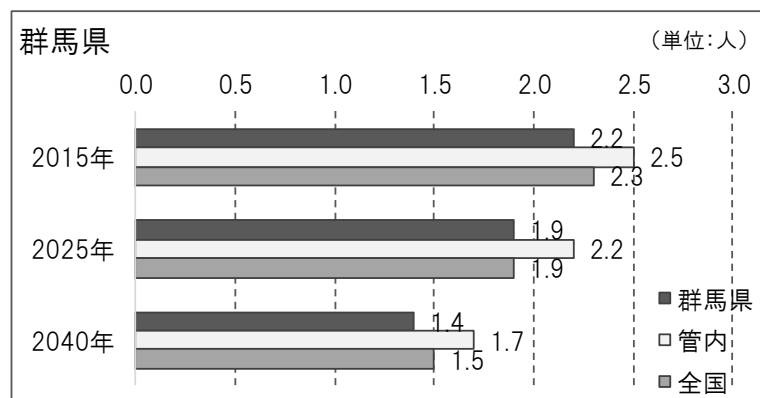
③ 群馬県

市区町村数	35	うち 市区	12
		町	15
		村	8
保険者数	35		
2次医療圏数	10		

-1.高齢化の推移



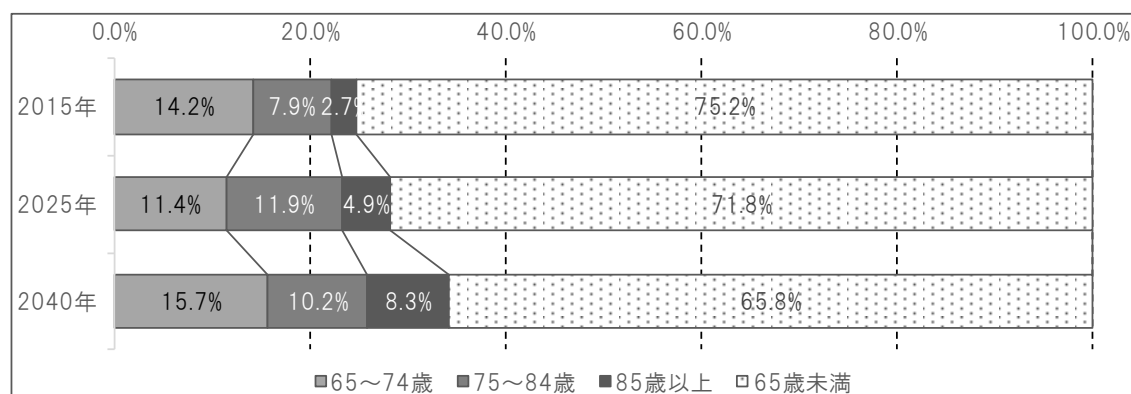
-2.高齢者を支える割合の推移



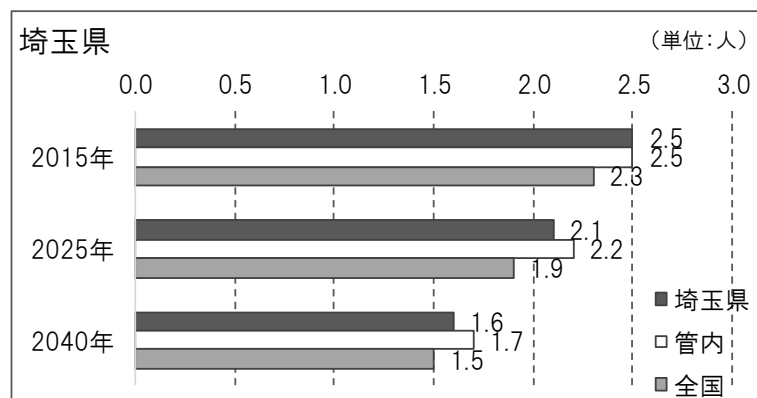
④ 埼玉県

市区町村数	63	うち 市区	40
		町	22
		村	1
保険者数	61		
2次医療圏数	10		

-1.高齢化の推移



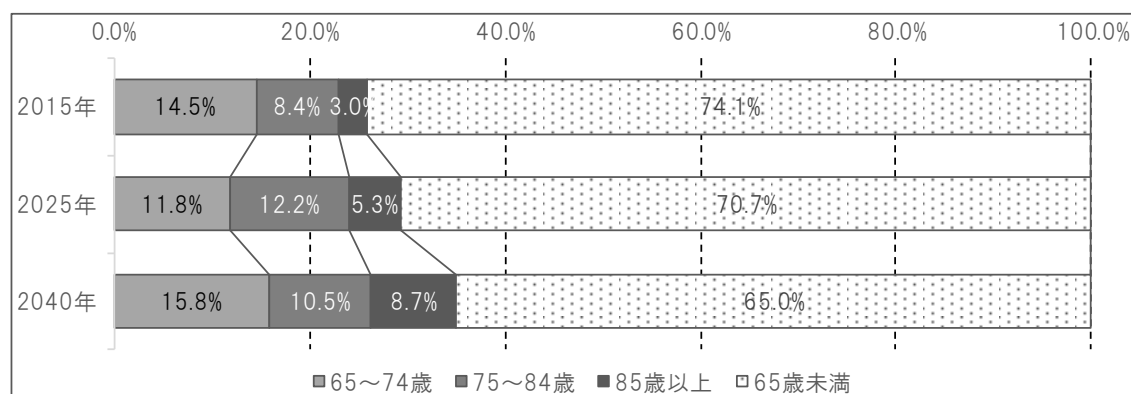
-2.高齢者を支える割合の推移



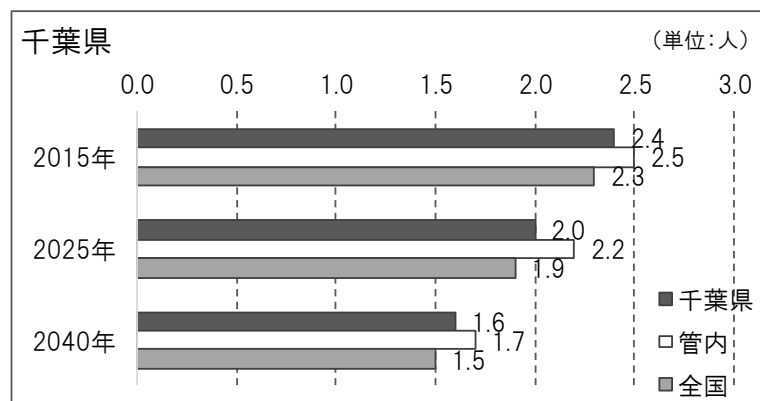
⑤ 千葉県

市区町村数	54	うち 市区	37
		町	16
		村	1
保険者数	54		
2次医療圏数	9		

-1.高齢化の推移



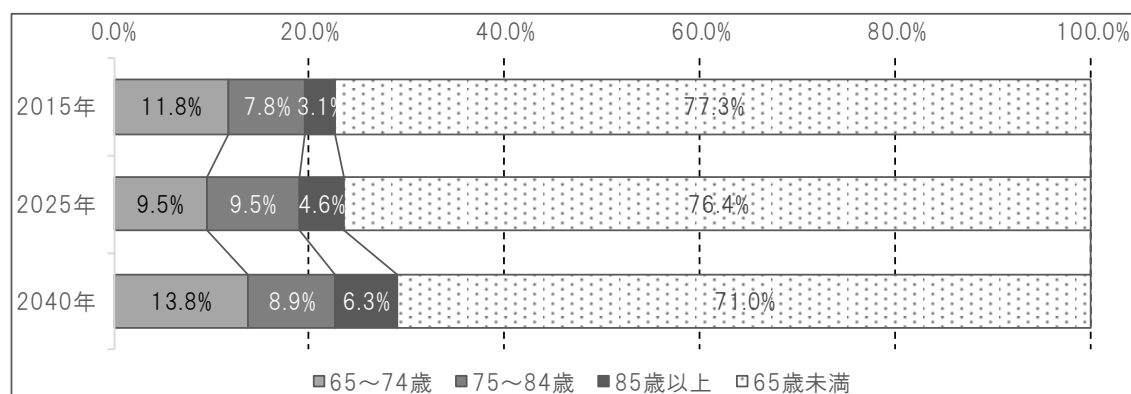
-2.高齢者を支える割合の推移



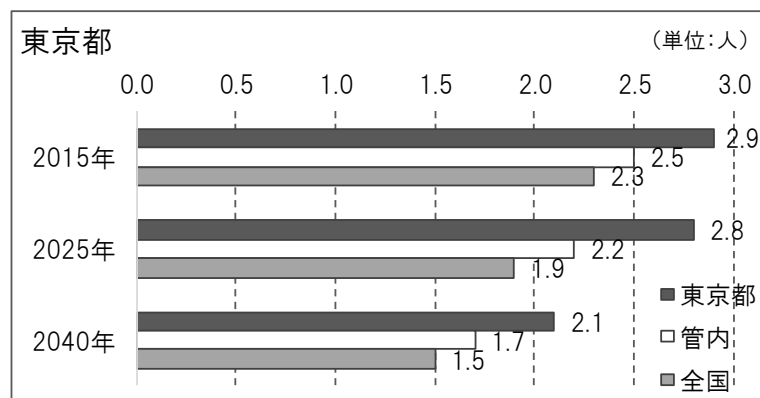
⑥ 東京都

市区町村数	62	うち 市区	49
		町	5
		村	8
保険者数	62		
2次医療圏数	13		

-1.高齢化の推移



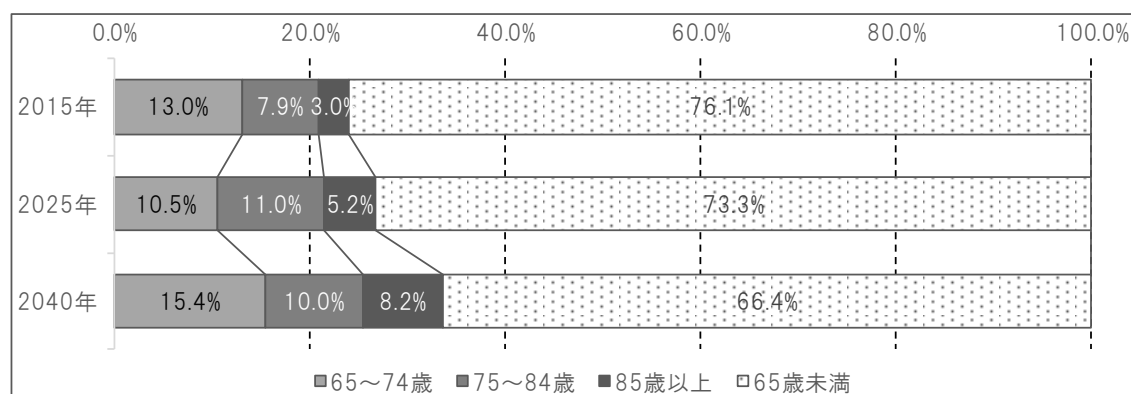
-2.高齢者を支える割合の推移



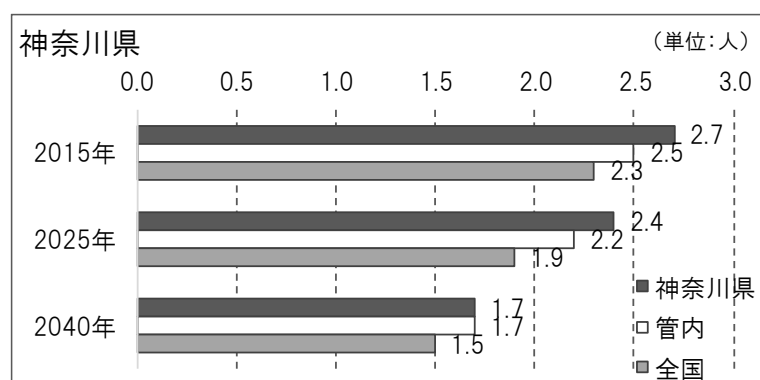
⑦ 神奈川県

市区町村数	33	うち 市区	19
		町	13
		村	1
保険者数	33		
2次医療圏数	11		

-1.高齢化の推移



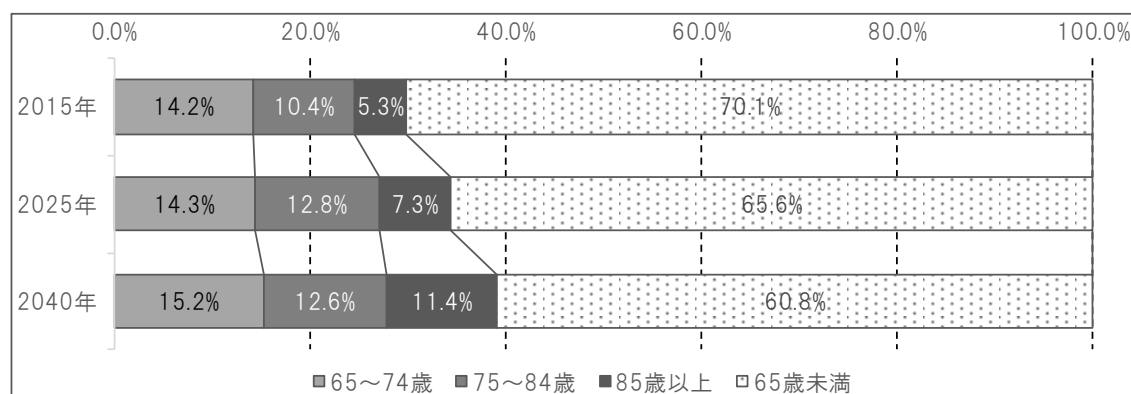
-2.高齢者を支える割合の推移



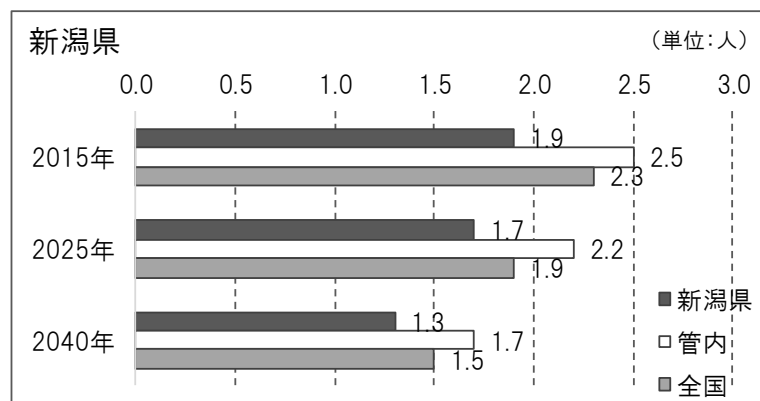
⑧ 新潟県

市区町村数	30	うち 市区	20
		町	6
		村	4
保険者数	30		
2次医療圏数	7		

-1.高齢化の推移



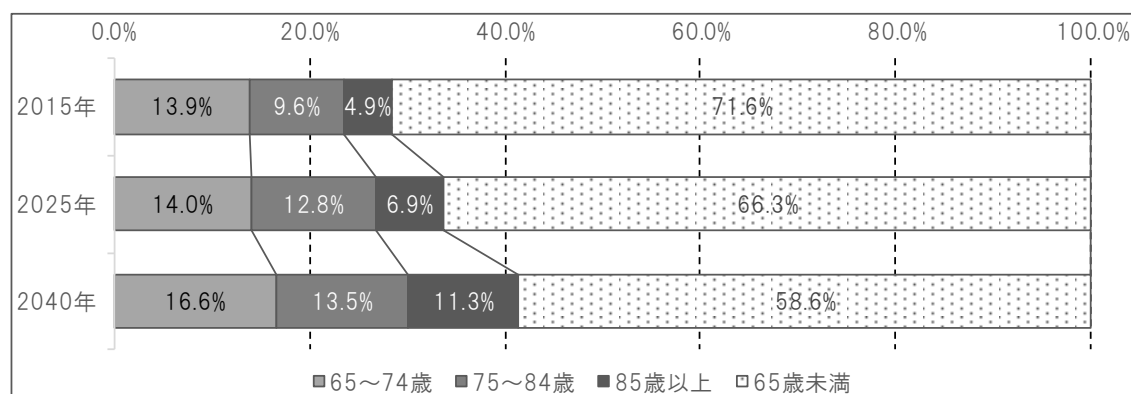
-2.高齢者を支える割合の推移



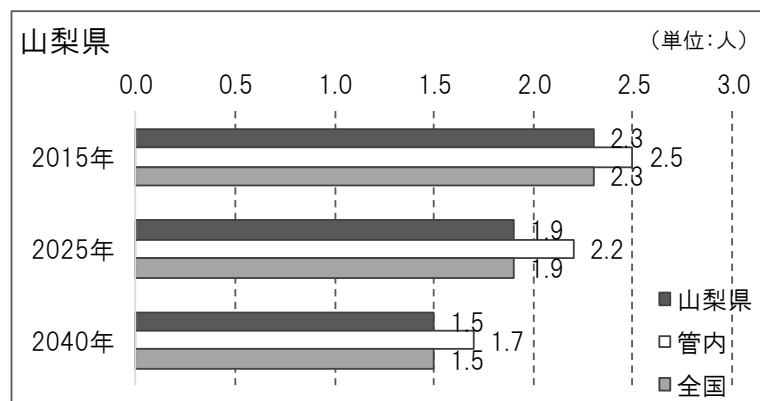
⑨ 山梨県

市区町村数	27	うち 市区	13
		町	8
		村	6
保険者数	27		
2次医療圏数	4		

-1.高齢化の推移



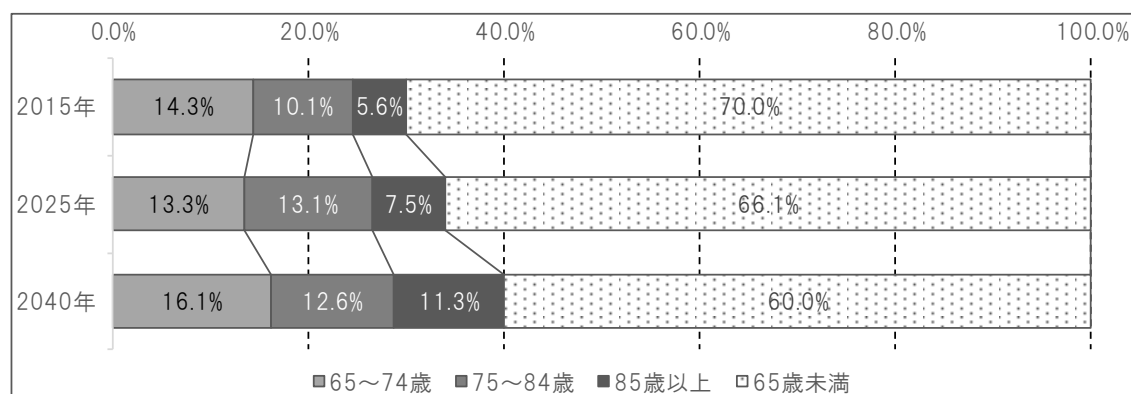
-2.高齢者を支える割合の推移



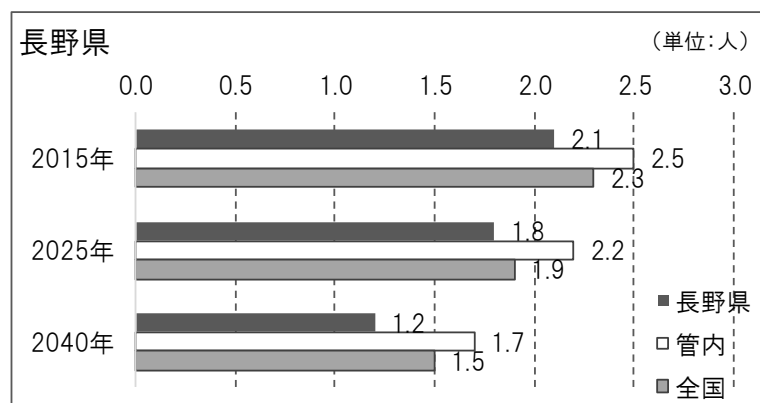
⑩ 長野県

市区町村数	77	うち 市区	19
		町	23
		村	35
保険者数	63		
2次医療圏数	10		

-1.高齢化の推移



-2.高齢者を支える割合の推移



第3章 連携推進の拠点・人材について

1.新潟県の取組

(1) 新潟県の状況

① 新潟県・在宅医療推進センター整備事業

新潟県では、地域医療介護総合確保基金を財源に、県医師会の協力を得て、新潟県在宅医療推進センター整備事業を実施している。事業の所管課は、福祉保健部医務薬事課である。

在宅医療推進センター整備事業の取組の背景としては、高齢化の進展に伴う在宅医療の需要増があることにある。一方、新潟県の高齢化の状況は、全国、関東信越厚生局管内平均を上回っている。しかし、10万人あたりの病院数は全国平均の6.65に対して新潟県は5.55、在宅療養支援病院は1.17に対して0.74である。また、一般診療所数は71.57に対して57.15、在宅療養支援診療所は11.67に対して5.86であり、高齢化の状況に対して医療資源は豊かな状況とはなっていない²。そのため、一層の多職種連携が求められることになるが、それらが十分ではなく、医師への負担が大きいという危機感があった。また、新潟県は大きく上越・中越・下越地方に分かれ、さらに海側・山側の地域もある等、地域の違いが大きく、地域の実情に合った在宅医療提供体制を構築することはより強く求められるものであった。そのため、県全域をカバーする県医師会と協力して、各地域の実情に応じた対応が可能となるように各郡市医師会に在宅医療推進センターを設置することとし（在宅医療推進センター整備事業）、多職種間で患者情報等の共有を行う在宅医療ICTシステムを整備することとなった（ICT連携システム整備事業）。

図表- 6 新潟県在宅医療推進センター整備事業の内容(抜粋)

○目的

この事業は、新潟県医師会及び新潟県の郡市医師会が各地域の在宅医療の拠点として在宅医療推進センターを整備することに対し、県が必要な経費を補助することにより、県内において地域の実情に応じた在宅医療提供体制の構築を図ることを目的とする。

○事業の内容

(1) 在宅医療推進センター運営事業

ア 郡市医師会に設置するもの

各地域の実情に応じた在宅医療提供体制を構築するため、以下の取組を行う。

(ア) 在宅医療のコーディネート

複数医師によるバックアップ体制、退院支援、後方病院との連携 等

(イ) 運営会議の開催

関係職種間での課題整理 等

(ウ) 講演会等による在宅医療の普及啓発

² JMAP 地域医療情報システムによる(2018 年 11 月現在の地域内医療機関情報の集計値。人口 10 万人あたりは、2015 年国勢調査総人口で計算) <http://jmap.jp/>

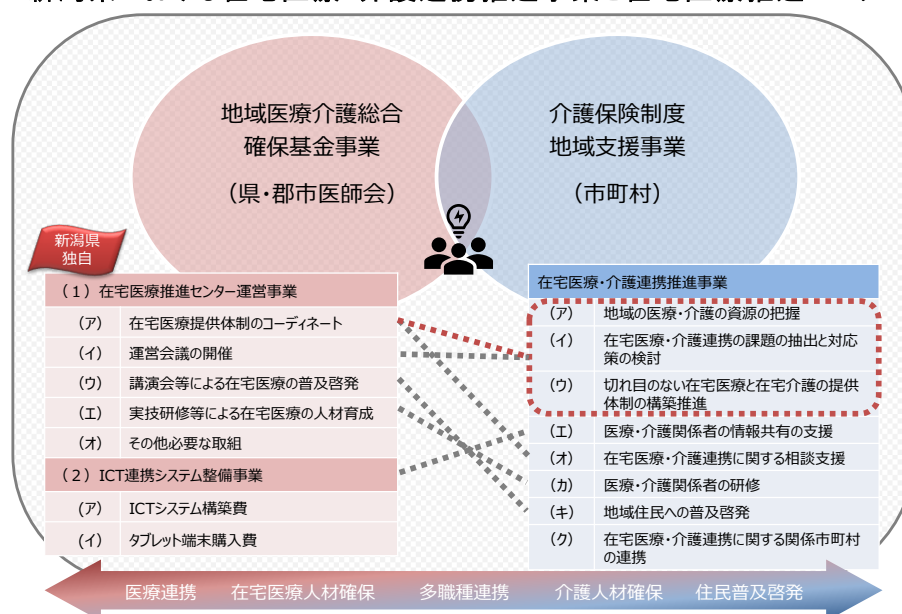
(エ) 実技研修等による人材育成	
(オ) その他必要な取組	
イ	県医師会に設置するもの
(ア) 全県レベルの在宅医療推進センター協議会の開催	
(イ) 各地域の在宅医療推進センターに対する運営支援	
(ウ) 多職種連携を促進するための研修会等による人材育成	
(エ) 訪問看護ステーションの機能強化に向けた相談窓口の設置・研修会開催	
(オ) 全県レベルでの講演会等による在宅医療の普及啓発	
(カ) 在宅医療の実態把握に向けたアンケート調査の実施	
(キ) その他必要な取組	
(2)	ICT連携システム構築費
ア	ICTシステム構築費
在宅医療を担う診療所、訪問看護、訪問介護及び後方支援病院等の多職種間の連携構築のため、情報通信技術(ICT)を活用し、患者情報を在宅医療関係者間で適時適切に共有するための基盤整備を行う。	
イ	タブレット端末購入費
ICTシステムによって共有された患者情報の閲覧や、患者宅への訪問時に得られた新たな情報を随時システムに入力するために使用するタブレット端末の購入を行う。	

資料：新潟県在宅医療推進センター整備事業実施要領(平成27年10月16日)

在宅医療推進センター整備事業には、「ア. 郡市医師会に設置するもの」として、(ア)～(オ)の内容が示されている。(ア)～(オ)は在宅医療・介護連携推進事業の内容と重なるものであり、自治体の状況に応じて一体的な運用がなされることも想定している。そのため、県においても所管である医務薬事課と在宅医療・介護連携推進事業を担当する保健福祉部高齢福祉保健課が庁内で連携している。

だが、在宅医療推進センター整備事業と在宅医療・介護連携推進事業の一体的運用を図るのか、一体的にならない場合はどのように連携させるかは市町村次第である。よって、自由度は高いものの、うまく運用できるかは市町村、当該地域の在宅医療推進センターの力量に委ねられ、市町村が事業に取り組む際の難しさにつながっている。

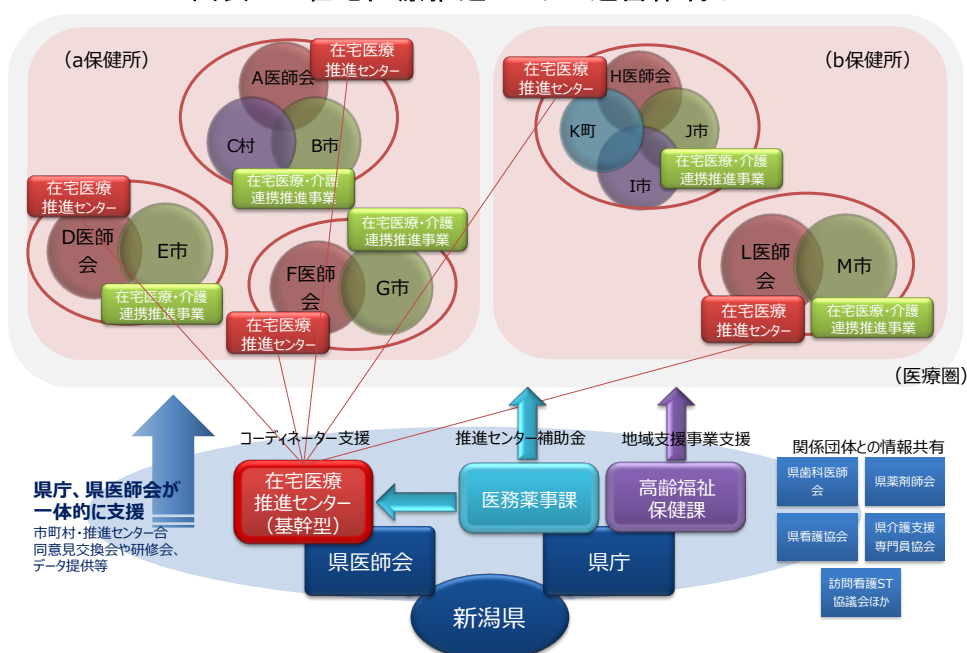
図表- 7 新潟県における在宅医療・介護連携推進事業と在宅医療推進センター整備事業



資料：新潟県医師会在宅医療推進センター

在宅医療推進センター整備事業では、各郡市医師会の活動を支援するため、県医師会内の支援体制の設置も含んでいる。県医師会では基幹型の在宅医療推進センター（以下、「基幹型在宅医療推進センター」という）を設置してコーディネーター（以下、「基幹型コーディネーター」という）を配置しており、それらは郡市医師会の在宅医療推進センター及びコーディネーターを支援する役割を持つ。そして、市町村支援にあたっては、基幹型在宅医療推進センターは県の医務薬事課・高齢福祉保健課と一体的に支援を行う体制をとっている。現在、在宅医療推進センターは、県内16の郡市医師会全てに設置され、31拠点に34名のコーディネーターが配置されている。

図表- 8 在宅医療推進センター運営体制イメージ



資料：新潟県医師会在宅医療推進センター

② 在宅医療推進センター/コーディネーターへの支援

基幹型在宅医療推進センターでは、コーディネーターへの支援として、コーディネーターを対象とする研修会を年に2回実施している。また、これとは別に市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者と在宅医療推進センター、コーディネーターの連携を支援するため、高齢福祉保健課が市町村担当職員とコーディネーターの合同研修を企画、実施している。合同研修の企画のメンバーは、高齢福祉保健課、医務薬事課、県医師会に所属する基幹型コーディネーター、市のコーディネーターである。

在宅医療推進センターが行うべきことは県が（ア）～（オ）で示しているものの、その具体的な方法については各地域の状況に応じて検討し、取り組んでいくことになる。また、在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）の内容とも重なることから市町村との協議を必要とする場面もあるため、難易度が高いと考えるコーディネーターもいた。コーディネーターの研修の中でもどのように取り組んでいけば良

いのかかわからない等の声も出されており、コーディネーター自身が自分の役割の落とし込みをできていないのではないかと考えられる状況があった。

そのため、平成30年度に県は全市町村に対して、基幹型在宅医療推進センターは各郡市医師会に設置されている在宅医療推進センターに対してそれぞれヒアリングを実施し、その結果を共有し、共に課題の洗い出しを行った。また、新年度にあたり、県は改めて市町村地域支援事業取組状況調査を行った。

以上等をもとに在宅医療・介護連携推進事業を担当する県高齢福祉保健課、基幹型在宅医療推進センターが共に整理し、設定した令和元年度の取組は次のとおりである。

図表- 9 新潟県の取組(令和元年度)

【課題】

(1) 事業実施上の課題

- ・市町村担当者は複数業務を担当していることにより、専任のように取り組めない。
- ・医療・介護・福祉分野で連携に対する温度差を感じる。
- ・医療・介護連携の現状があまり把握できておらず、在宅医療推進センターの思いにもギャップがあるように感じる。
- ・医師の参加が少ないことや、参加者の固定が進み、全体の理解・協力が進まない。
- ・医療・介護資源に限られる。

(2) 在宅医療推進センターや郡市医師会との連携課題

- ・地域関係者の声を聴く機会を設け、介護との連携を進めたい。
- ・明確な仕組みづくりがしっかりできていないため、体制整備が必要。
- ・委託の継続について、職員の高齢化や人材不足による不安がある。
- ・市が委託する在宅医療・介護連携推進センターと郡市医師会の在宅医療推進センターとの連携・協働。
～市町村地域支援事業取組状況調査結果から(H31.4実施)



【令和元年度 新潟県の取組(予定)】

地域課題の共有、方向性を理解する取組を進めるため、地区別での意見交換や研修会を実施する。

1. 重点内容

- 市町村事業を在宅医療の4場면을意識した事業へと意識の転換を促進し、在宅医療推進センター・市町村・地域振興局での意識の共有を図る。

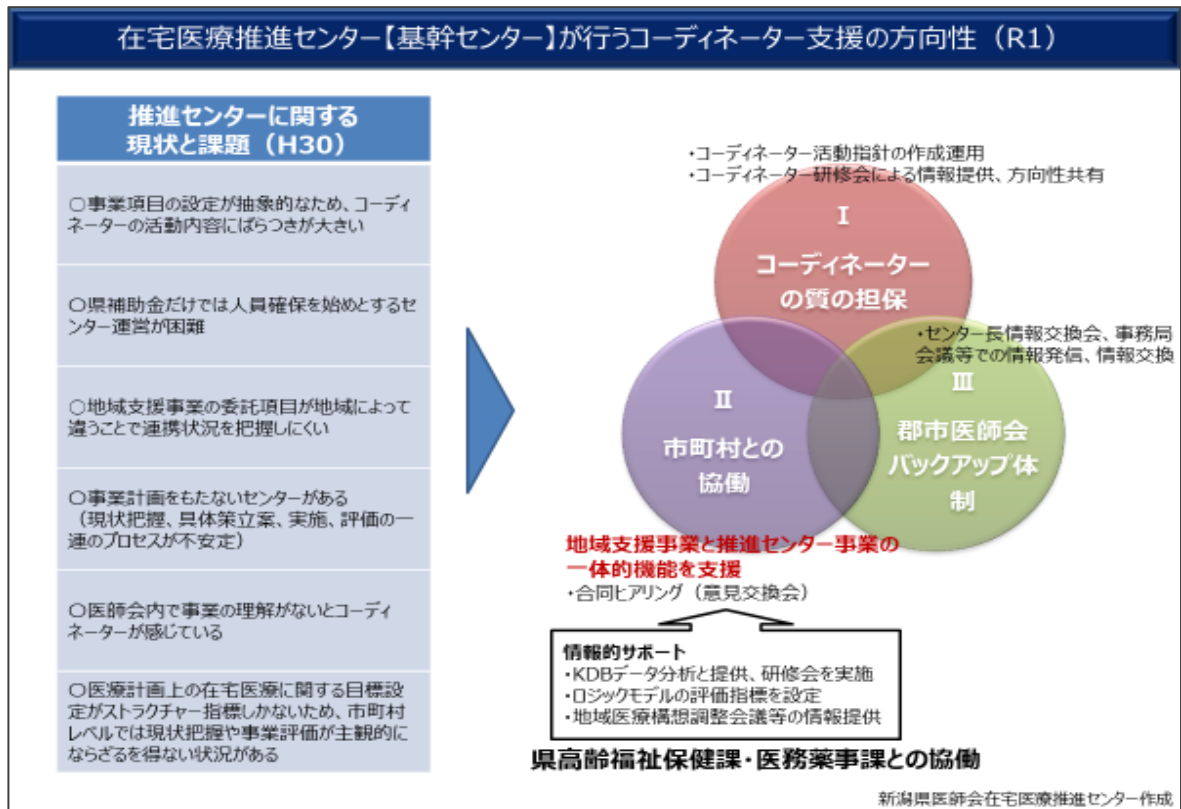
2. 取組内容

- 市町村の取組状況、課題の把握
→郡市医師会、市町村、地域振興局(企画調整課、地域保健課)との意見交換の実施
- 市町村、郡市医師会の連携の促進
→市町村・在宅医療推進センター関係者合同研修の開催
- 地域レベルでの連携強化
→県内2地区での研修、データ(評価指標やデータ分析について)や情報交換会を実施
- 市町村個別支援
→県内数市町村について要望調査を実施したうえで、支援市町村を指定し、個別支援を実施する

※下線は㈱富士通総研

資料:新潟県福祉保健部高齢福祉保健課(令和元年6月14日開催 第1回新潟県在宅医療推進支援センターコーディネーター研修会)

図表- 10 基幹型在宅医療推進センターが行うコーディネーター支援の方向性



資料：新潟県医師会在宅医療推進センター（令和元年6月14日開催 第1回新潟県在宅医療推進支援センターコーディネーター研修会）

昨年度のヒアリングにおいて、都道府県は市町村に対して実態把握を進め、県医師会の基幹型在宅医療推進センターは郡市医師会に設置されている在宅医療推進センターに対して実態把握を進め、課題を整理している。しかし、県の「令和元年度 新潟県の取組（予定）」の下線部の内容からもわかるように、市町村自身の課題も在宅医療推進センターとの連携によって解決が図られることになる。よって、都道府県及び市町村という自治体の課題は、県医師会の基幹型在宅医療センターの課題でもある在宅医療推進センターのあり方や在宅医療推進センターと市町村の連携というもので共通することになる。

また、在宅医療推進センターの活動は、その拠点で活動を行うコーディネーターの活動とも重なる。コーディネーターの課題については、市町村等との関係性、事業の位置づけ等、コーディネーターの活動の前提ともなる条件設定や活動環境の整備に係るものが見受けられる。また、人が取り組む事業では、担当者のスキルが推進状況にも反映される。よって、取組の平準化や一定のレベルの担保を考える場合、その業務を標準化し、明確に提示する方法を検討することとなった。

③ コーディネーター活動指針作成への取組

一般的に取組の平準化や一定のレベルの担保を行おうと考える場合、方法として考えられるのは指針や手引き、マニュアル等の作成である。使い手が手引きやマニュアルに過度に依存することは適切ではないが、基本的な事項が示されることで質の標準化がはかれる。また、使い手が自分自身で確認をし、考えながら自律的に取り組もうとする場合にも有効である。

指針や手引き等を作成しようとする際には、内容を明確に定義する、取り組む際の標準的なプロセスを提示することが求められるため、主体と役割、内容、手順等を整理する必要がある。それは事業や取組の再定義の機会ともなりうるものである。

類似する拠点設置と人材配置に取り組んでいる例として、大阪市の事例がある。政令指定都市である大阪市では市内24区に地区医師会と連携して「高齢者等在宅医療・介護連携相談支援室」（以下、「相談支援室」という）を設置し、そこにコーディネーターを配置している。この場合、大阪市と区の関係は、現在の新潟県と市町村の関係と類似するものとして読める。

事業の推進にあたり、大阪市では「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業 コーディネーター手引書³」を作成しているが、その内容では大阪市、区、地区医師会、コーディネーターの役割と行うべきことを明確にし、その上でコーディネーターの具体的な業務・活動内容を示していることが重要である。取組を推進するのは人であることから、ともすれば拠点の取組状況や進捗がコーディネーター個人の「資質向上」や「人材育成」に関連づけて語られることがある。無論コーディネーターの資質向上も大事なことであり、推進に大きく影響するものであるが、推進していくための実施環境、活動環境の確保は、当然ながら個人の努力だけでできるものではない。

在宅医療・介護連携がさまざまな課題を抱える中、現場である地域で連携を促し、働きかけていくためには、組織としての動きが必要である。さらに、実際に動かしていくための仕組みとするには、1つの目標に取り組むための推進体制を構成するものとして自治体・医師会等組織、コーディネーターの役割と取り組むべき事項を明確にすることが必要なのである。

大阪市の手引書では、次のように市・区・地区医師会・コーディネーターの役割を明確に整理している。拠点である相談支援室の受託者は法人である地区医師会等であり、組織としての実施体制を整える必要があると明記している。そして、コーディネーターには、医療・介護の連携について最前線で取り組むべく、何を行うのかを提示している。さらに、都道府県・市区町村の関係で考えれば市町村にあたる区役所では、どのように拠点である相談支援室の取組と連携するのかを提示している。そして、都道府県・市区町村の関係で考えれば都道府県にあたる大阪市は、全体の設計図を示した後に広域の自治体として後方支援にあたるという構造となっていることがわかる。

³ <https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000376285.html>

図表- 11 在宅医療・介護連携の推進にかかる各主体の役割

受託法人 の役割 (医師会)	○ コーディネーターがその役割をしっかりと果たすために、受託法人として、この業務全体を円滑に、かつ、確実に進めていく実施体制を構築しておくことが必要と考える。具体的には、業務全体の進捗管理や、コーディネーターに対する支援について、協議、検討する場を設置して、受託法人としてコーディネーター業務をバックアップする体制(協議の場)が不可欠である。 ○ 【法人の体制】受託法人においては、本事業全体の進捗管理にあたる責任者(担当理事等)の配置や協議の場を設置する等、コーディネーターの活動をバックアップする体制を整備することが不可欠。
コーディネーター の役割	① 医療と介護の「橋渡し役」 ② 医療・介護関係者や関係機関との「顔の見える関係」の構築 ③ 切れ目のない医療・介護の提供体制構築のための「医療・介護分野における課題抽出と解決に向けた取組支援」 ④ 医療・介護関係者のスムーズな「情報共有」の支援 ⑤ 区役所の在宅医療・介護連携推進事業担当職員との連携
区役所 の役割	区役所としては、これまで培ってきた医療・介護関係機関との連携に係る取組についてのノウハウを活かし、「相談支援室」の業務内容を十分に理解したうえで、「相談支援室」の業務をバックアップすると共に連携を強化し、各区の地域特性に応じた取組を推進する(連携例の提示)
市健康局 の役割	各区における在宅医療・介護連携の取組状況を把握し、施策の進捗状況を確認し、目標達成に向け、積極的に区役所を支援する。健康局においては、各区で出てきた広域的な課題等を集約したうえで、「大阪市在宅医療・介護連携推進会議」を開催し、区間や他市との連携についての問題提起や制度設計等の検討を行う。また、各区間の情報の共有や職員・受託法人(コーディネーター)のスキルアップを図るための取組を行う。

資料:「高齢者在宅医療・介護連携に関する相談支援事業 コーディネーター手引き書 ver3.0」

新潟県の場合、前述のとおり、在宅医療推進センター整備事業と在宅医療・介護連携推進事業は重なる部分はあるものの、委託の実施等、一体的に運用されるか否かは自治体の実情等に委ねられている。それらが一体的に運用されないことは、何よりも住民にとって不利益であり、医療・介護の関係者、自治体、在宅医療推進センターにおいても非効率である。しかし、一体的に運用されない場合は、在宅医療推進センターは市町村と何を共有すべきなのか等を示すことで、取組の方向性や行うべきことがわかる。また、指針等があることで、市町村にとっても拠点を設置する郡市医師会、コーディネーターが何に取り組もうとしているのかが明確となる。

以上から、令和元年度に県医師会は県と検討体制をつくり、コーディネーターの活動指針を作成することとした。そして、本調査研究ではプロセス・内容を整理することで知見の展開を行うべく、オブザーバーとして関東信越厚生局と共に参加し、協力を行った。

(2) 検討経緯

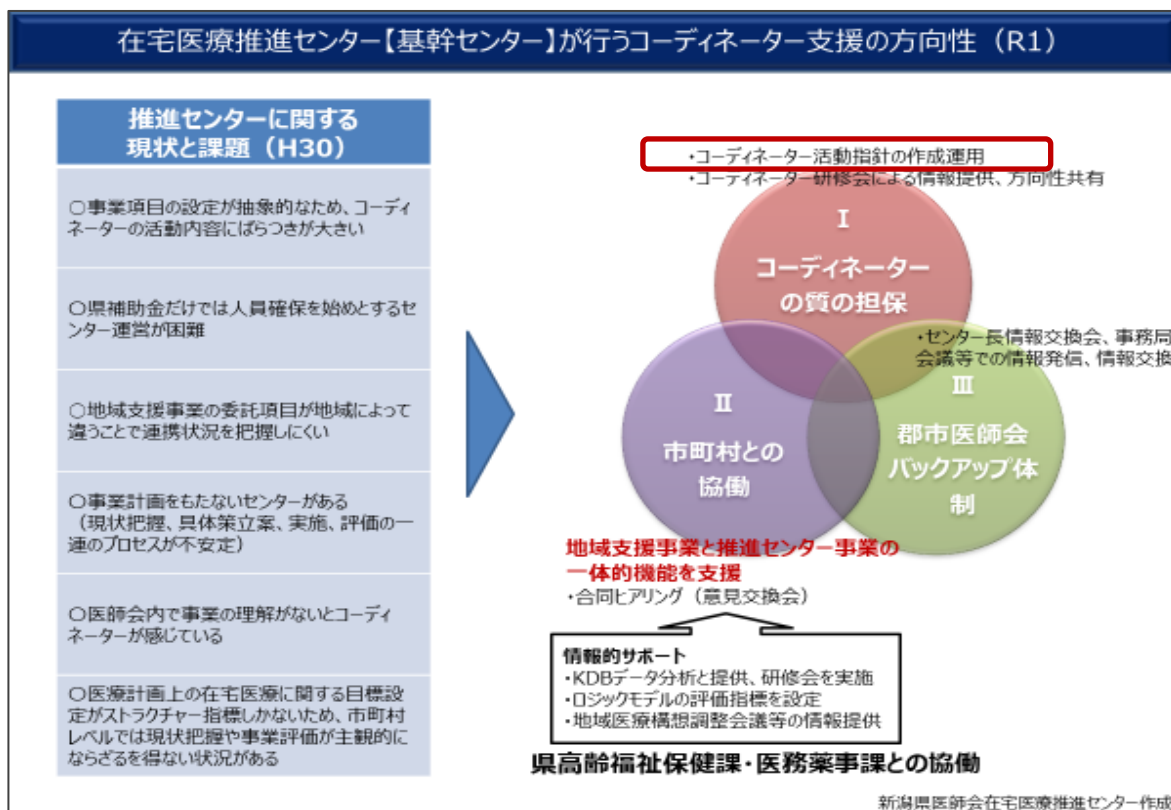
① 在宅医療推進センターコーディネーター研修会での説明（6月14日）

令和元年6月14日に「令和元年度 第1回新潟県在宅医療推進センターコーディネーター研修会」が基幹型在宅医療推進センターの主催によって開催された。当日は、14の在宅医療推進センターからコーディネーターが26名、その他参加者として市町から5名、それ以外に県医務薬事課および高齢福祉保健課、県医師会が出席し、弊社もオブザーバーとして参加した。

コーディネーターの活動指針の作成にあたっては、実際に現場で業務にあたるコーディネーターが必要と考える内容となっていることが大事である。また、コーディネーターの配置から日を置いて、今、なぜ取り組むのかという問いにも答えられることが必要であるため、背景にある課題、意義も説明しておくことが望ましい。

以上から、当日は、平成30年度に実施された市町村、郡市医師会等のヒアリング結果にも触れながら、県医務薬事課、高齢福祉保健課から課題が提示された。そして、基幹型コーディネーターが、「新潟県医師会在宅医療推進センター今年度計画」の一つとしてコーディネーター活動指針の作成運用に取り組むことを説明し、企画書と令和2年度の第1回コーディネーター研修会で最終案を提示する工程を提示した。

図表- 12 基幹型在宅医療推進センターが行うコーディネーター支援の方向性(再掲)



※赤枠は㈱富士通総研

資料：新潟県医師会在宅医療推進センター（令和元年6月14日開催 第1回新潟県在宅医療推進支援センターコーディネーター研修会）

② 新潟県・県医師会との打合せ（8月27日）

指針の検討に際し、令和元年8月27日に県高齢福祉保健課、医務薬事課、新潟県医師会及び基幹型在宅医療推進センター、関東信越厚生局、㈱富士通総研で、コーディネーター指針の方向性と内容についての打合せを行った。

平成30年度に県と基幹型在宅医療推進センターは、県内の市町村・在宅医療推進センターにヒアリングを行っているが、県は市町村、基幹型在宅医療推進センターは各郡市医師会の在宅医療推進センターと、別々にヒアリングを行って結果のみ共有をしていた。平成30年度のヒアリング結果を比較したところ、市町村の課題は在宅医療推進センターの課題とも重なることが多いことが明らかになった。

そのため、令和元年度は課題を一緒に把握することとし、県と基幹型在宅医療推進センターは県内市町村と在宅医療推進センターに対して共同でヒアリングを行っており、その場に県振興局も同席していた。

ヒアリングの最終日は8月29日であり、既に大半のヒアリングは終えていた。課題について県・基幹型在宅医療推進センターとも大きく把握していたため、認識されている課題をもとにコーディネーター指針についての意見が出されることになった。

新潟県・基幹型在宅医療推進センターの双方に共通した意見としては、市町村、コーディネーターとも、従事する職員の取組のばらつきが大きいということであった。そのため、基幹型在宅医療推進センターとしては早急に業務の標準化を図ることが重要であると考えており、まずは在宅医療推進センターのコーディネーターの業務に焦点をあてたいとの意見があった。その場合、役割や関係性等の内容にまで内容を広げることは難しく、指針の検討を行うワーキンググループもコーディネーターを中心に組成し、その中で県にはオブザーバーとして参加する体制はどうかとの意見が出た。

一方、県からは、単に在宅医療推進センターの内容のみを対象とした指針とすると、現在課題となっている在宅医療・介護連携推進事業との関係を語ることが困難ではないかとの意見が出された。全てではないものの、在宅医療推進センターが市から在宅医療・介護連携推進事業の受託を受けている状況があり、それらは一体的な運用という点では望ましく考えられる。先般の課題からも、今後は一体的な取組の推進や展開、介護との連携等を考えていくことが必要と考えられることから、そうした全体を考えた指針の検討を行うことが望ましいと考えること、その場合、県はオブザーバーの立場ではなく、委員として参加し議論することが必要ではないかとの意見が出された。

たとえ在宅医療推進センターの業務に対するコーディネーターの活動指針であったとしても、前提として全体的な方向性、関係者、各々の役割等を明確にしておくことは必要である。一気に全てを完成させる方法もあるが、指針を段階的に進めていく方法もある。その場合も全体的な方向性が定められていることは必要であり、そこは決めて共有しておく必要がある。よって、そこは県も入るワーキングで方向性だけでも考えた上で、早急に着手すべきところから着手してはどうかと検討を促した。

③ コーディネーター研修会における指針のグループワーク（11月6日）

令和元年11月6日に、再び「新潟県在宅医療推進センターコーディネーター研修会」が基幹型在宅医療推進センターの主催によって開催された。当日は、14の在宅医療推進センターからコーディネーターが24名、その他参加者として市町から2名、それ以外に県医務薬事課および高齢福祉保健課、県医師会をはじめとする活動指針のワーキングメンバーが出席し、弊社もワーキングメンバー及びオブザーバーとして参加した。

【コーディネーター活動指針作成に向けた検討体制と工程】

当日の「コーディネーター活動指針作成ワークショップ」では、指針についての取組意義の説明、検討に先立ち実施された在宅医療推進センター及び県高齢福祉保健課による大阪市視察の報告、参加者による検討を行った。なお、活動指針策定のスケジュールとコーディネーター活動指針作成ワーキング委員は、次のとおりである。

図表- 13 活動指針ワーキング委員

斎川 克之	新潟市医師会地域医療連携室 室長 新潟市医師会在宅医療推進センター
澤中 直美	厚生連小千谷総合病院 小千谷市在宅医療・介護連携支援センター 副センター長
菊池 洋子	弥彦村保健福祉課 主任
伊藤 千恵子	長岡地域振興局健康福祉環境部地域保健課 課長代理
渡邊 恵司	新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 助教
松本 佳子	東京大学高齢社会総合研究機構 学術支援専門職員
今井 貴人	新潟県福祉保健部医務薬事課 主査
山口 博史	新潟県福祉保健部高齢福祉保健課 主任
(オブザーバー) 中島 淑夫	厚生労働省関東信越厚生局地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進官
(オブザーバー) 名取 直美	株式会社富士通総研コンサルティング本部行政経営グループ チーフシニアコンサルタント

図表- 14 活動指針作成スケジュール

令和元年	10月11日	大阪市視察
	11月6日	ワークショップ
	12月19日	活動指針作成ワーキング第1回
	1月中	第1案作成
	2月	指針案に関する意見収受
	3月	活動指針ワーキング第2回開催
令和2年度	5月	活動指針2020年版(ver.1)完成 市町村担当者へも周知

【ワークショップの導入】

ワークショップの導入として、富士通総研から、参加者であるコーディネーターに対し、あらためて、なぜ今、活動指針を作成するのかの考え方の整理を行った。

人から与えられた指針やマニュアルは使い勝手がよくない場合もあり、既に経験が蓄積されている場合には内容についての意見もあることから、極力当事者の声を取り入れるべきである。また、指針やマニュアルが一方的に与えられたものの場合、取り組む者にとって自分事となりにくい傾向がある。そのため、指針、マニュアルについては当事者が参加する方法を意識的に採用することが望ましく、さらに既に実施している事業の場合は必須であると考えた方がよい。

以上から、既に取組を行ってきた今だからこそ、自らの経験を生かすことができ、実態に即した内容となること、さらに自分自身の仕事の棚卸しにもつながることの説明を行い、取組への機運を高めて動機づけを行った。

続いて、基幹型コーディネーターから10月11日に実施した大阪市の視察報告を行い、参考資料として大阪市が作成している「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業 コーディネーター手引書ver. 3」も配布した。

視察の実施先は、次のとおりである。

図表- 16 大阪市視察先

視察先	対応者
東淀川区医師会	副会長・在宅医療担当理事、コーディネーター（看護師）
北区医師会	コーディネーター2名（看護師、看護教員）
大阪市健康局（担当課）	健康推進部健康施策課 保健師

新潟県以外でも拠点の設置、コーディネーターの配置は行われているが、県を越えたコーディネーター同士の交流は未だ盛んではなく、コーディネーターが他自治体の具体の情報を聞く機会は少なく、他自治体の取組を知る方法も限られている。そのた

図表- 15 指針作成に取り組む意義

1. 手引きやマニュアル、指針等の活用は・・・

1. 時間が短縮できる … 業務時間、教育時間が短縮できる
2. 品質が安定する … スケやばつさが減り、一定程度質の担保ができる
3. リスクが軽減される … 属人的な知識・技術に頼らなくて済む
基準に沿って見直しができる
4. コストを減らせる … 結果として負担が減ることで、コストが減らせる

最低限求められるレベルに、短期・効率的にたどりつける
皆が共通して守るべきこと・すべき・すべきではないことが明確になる

「コーディネーター 手引書」（大阪市）

… 高齢者等在宅医療・介護連携に携わる
「在宅医療・介護連携支援コーディネーター」が日々の業務を円滑に行うことを目的に、役割や具体的な活動内容等を記載したもの

2. 手引きやマニュアル、指針等は誰がつくる？・・・自分たちでつくる！

- しかし、一方的に「与えられる」ものは使いにくく、自分のものになりにくい
- 既に始まっている事業であり、皆に経験もノウハウもたまっている



自分たちで手引きやマニュアル、指針等を考える・つくることには大きなメリット

- ・ 自分たちの経験を生かすことができる
- ・ リアリティのある内容となる・具体的である（お仕着せにはならない）
- ・ 自分の仕事をあらためて考えるきっかけとなる
- ・ 新たな課題やテーマが生じた時、皆で考えることができる（更新可能）

新潟県のコーディネータならではのもの、
自分たちの経験や知識・思いを活かしたものを！

め、視察報告では、大阪市の事業の概要とあわせて手引きの説明を行い、その上でヒアリング結果を報告した。

大阪市における手引書の一例として、活動計画書と活動状況の報告は受託法人である区医師会から市に提出をしてもらう等の工夫もされていることが説明された。ともすればコーディネーター単体でやりとりを行ってしまいがちなところであるが、受託法人が組織としての関わりを継続に持ってもらうための意識付けの一つとして取り組んでいるところも大きい。また、コーディネーター自身が自律的に企画運営する連絡会、区役所実務者との合同研修会（年2回）、コーディネーター活動報告会（年1回）の開催がなされていることも報告された。

以上の報告は基幹型コーディネーターから行われ、東淀川区医師会、北区医師会のコーディネーターのヒアリング結果についても説明が行われた。また、手引きについてのメリット等の他、新潟県でも実施しているコーディネーター連絡会のメリットの効果の確認、コーディネーターの活動環境について所属組織である区医師会がどのように整備し、バックアップを行っているか等も報告された。

図表- 17 大阪市コーディネーターへのヒアリング結果

	東淀川区	北区
手引きの メリット	・ 毎年コーディネーターの声で必要な内容が修正更新される(H29 には区役所との連携方法等)。 ・ 活動計画や報告のフォーマットがある。 ・ 何をしたらいいか分からない段階の拠り所である。	・ 他機関(歯科・薬剤師会等)との共通理解に活用。 ・ 業務の全体地図として必須、活動の評価ができるチェックリストは有用である。 ・ 後任者への説明に使用できた。自分たちが去った時のために必要である。
コーディネーター 連絡会の メリット	・ 他区のコーディネーターと悩み事や取組の情報共有ができる。 ・ コーディネーターが持つておくべき知識を学ぶ機会である。	・ 一人だと孤立してしまうので有用である。
医師会の バックアップの 状況	・ 毎月、担当理事と行政との会議を行い、活動内容等について意見交換。その内容は理事会で報告してもらっている(医師会全体で当事業の進捗を把握できる仕組みとなっている)。 ・ 関係機関や病院には担当理事と一緒に訪問してくれる。 ・ 在宅医療研修会には理事が積極的に参加してくれる(医師会内の連携ができてこそ多職種連携に取り組めると感じる)。	・ 電話やメールで随時やりとりをしている。 ・ 定例理事会で説明の機会をもらったこともある。
その他の 取り組み		・ 大阪府作成の「入退院支援の手引き」を使用し、いくつかの病院を会場として多職種のワールドカフェを開催した。

	東淀川区	北区
		・在宅医や病院連携室からの依頼を受け、入退院先を探すマッチングを実施(患者宅訪問)。時間外も対応している。 ・1年かけて区内全ての診療所ヒアリングを実施した。

資料)新潟県医師会在宅医療推進センター

以上の内容は、新潟県のコーディネーター活動指針の作成において検討対象となる事項でもあるが、既に新潟県でも取り組んでいる、もしくは同じ状況にあると思われるものも含む。しかし、同じような取組が他でも行われているということ、それをどのように評価しているかを知ることは、参加者であるコーディネーターにとっての安心や自信になる。また、視察を行った新潟県及び基幹型コーディネーター等にとって、そして視察を受けた大阪市等にとっても意義の高いものであったと考えられる。

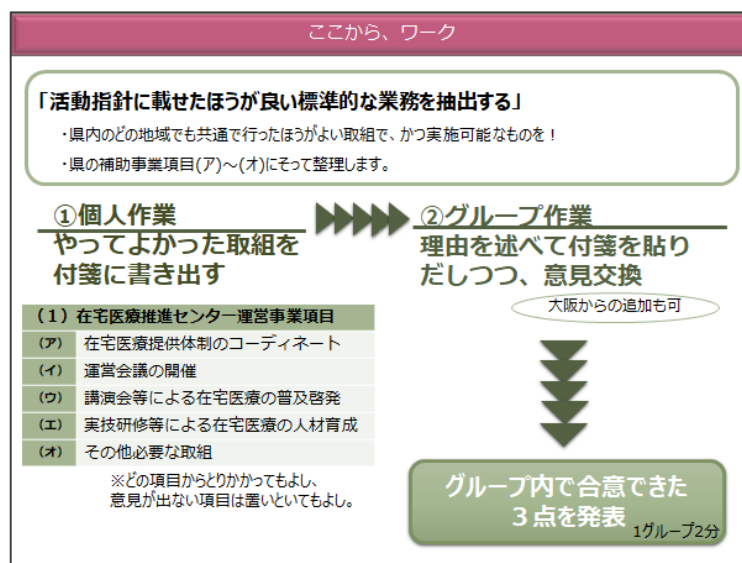
現在、県を越えた拠点やコーディネーターの交流は少なく、互いを知る機会が乏しい。活動を推進させ、取組をより充実させていくためには、こうした機会の確保を進めていくことが重要であることが、視察報告の状況からは確認された。

【グループワークの実施】

活動指針の構成案としては、市町村との協働・医師会との情報共有・コーディネーターの役割のほか、在宅医療推進センター整備事業の実施項目としてあげられている（ア）～（オ）についてとなる。前述のとおり、（ア）～（オ）は在宅医療・介護連携推進事業の内容と重なるものであり、自治体の状況に応じて一体的な運用がなされることも想定しているが、その一体的

な運用は市町村に委ねられている。よって、市町村と在宅医療センターの協議が行われる必要が想定されるが、在宅医療・介護連携推進事業の一体的運用の有無に関わらず、在宅医療推進センターとしては県から委託を受けている（ア）～（オ）の実施項目をどのように実行するかを考え、基本的な事項を整理しておく必要もある。既に運営がなされている在宅医療推進センターではあるが、その取組内容もセンターによって異なる状況がある。しかし、コーディネーターの業務としては最低限共通すべき基本的事項があるはずである。既に実施している事業だからこそ分かる強みもあり、その活動の推進や成熟にあわせて指針もバージョンを変えて進化させていけばよいと考えられる。以上の観点に基づき、基本的な取組、共通化が図られるべき取組の抽出を行い、それらが必要と考えられたことから、活動指針に載せるべき標準的な業務の抽出を図るグループワークが行われた。

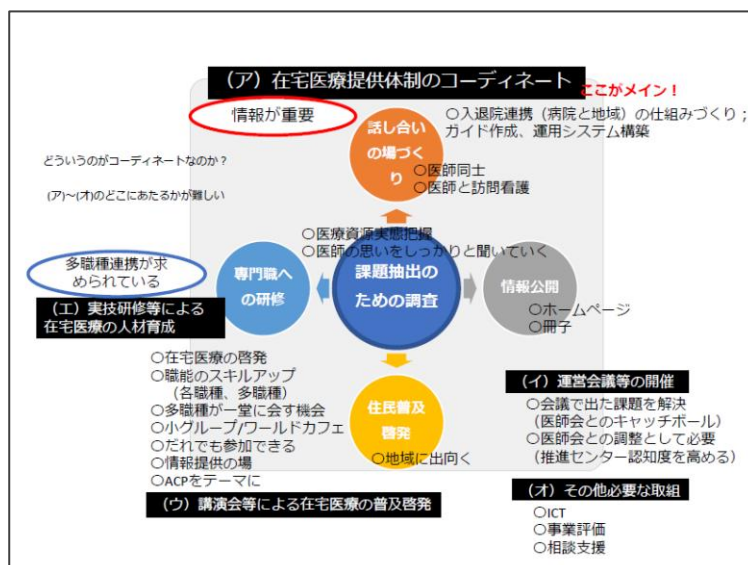
図表- 18 グループワーク内容



図表- 19 グループワーク内容と指針構成案

グループワークの検討結果を取りまとめ、その内容を整理したものが図表-19である。

在宅医療推進センターの（ア）～（オ）を実施する中で参加者が実施して良かったと考える取組をそれぞれ発表した後、グループの中で合意できた内容について理由も含み発表を行った。それらを基幹型在宅医療推進センターが取りまとめを行った。



研修に参加したコーディネーターからは、大阪市視察報告に関連した意見も多く聞かれた。その大半は、実際にセンターの職員となったものの、何をどこから進めたらよいのか悩むことが多くあったことから、大阪市のマニュアルのように最低限やるべきこと、やらねばならないことがまとめられていることによる安心感があることは良いということや、指針等としてまとめられていることで対外的に在宅医療推進センターの役割を知ってもらうための手立てとしても有効である等の意見が寄せられた。また、大阪市マニュアルについては、市、区役所、地区医師会、コーディネーターの役割が明文化されていることについての評価もあった。

図表13-19: 資料)「新潟県在宅医療推進センターコーディネーター研修会」令和元年11月6日
新潟県医師会在宅医療推進センター

④ 第1回コーディネーター活動指針作成ワーキング（12月19日）

コーディネーター研修会時のグループワークでの結果から、基幹型在宅医療推進センターは「活動指針案」（1216版）を作成した。当日は、在宅医療推進センター事業において県が意識した実施内容の自由度と内容の具体化をどう線引きするか、活動指針案の対象範囲をどこまでとするのか、目指すべき姿の実現を目指してコーディネーターが取り組む基本的な活動として示すレベル感や内容の粒度はどうすべきか等が議論され、次のような意見があった。

（全般）

- ・ 事業開始時の趣旨として、事業項目は実施主体が縛られることのないよう自由度を高くしている。それをどこまで具体的にするのか。
- ・ コーディネーターに求める内容のレベルはどうか。
- ・ 県内全体の推進体制を見せた方がよいのではないか。

（各主体について）

- ・ コーディネーター個人の業務委託仕様のようにになると厳しいのではないか。受託者としての組織の存在も必要と考えられるので、受託者としての役割、次にコーディネーターの役割を示す等、層として見せることが重要ではないか。
- ・ 郡市医師会のバックアップ体制や役割を記載できれば、郡市医師会長会議や事務局長会議を通じて説明しやすい。郡市医師会も何をすれば良いのかと困っている現状もあるのではないか。

（市町村について）

- ・ 市町村と目指す姿を共有し、役割を分担して行う事業であることを述べてもよいのではないか。
- ・ 具体的に市町村が何をやるかまでは、記載しないでよいのではないか。
- ・ 市町村によっては在宅医療推進センターに任せきりとなっている状況もうかがわれ、取組もバラバラである。協働によって実施するものであることを具体的に示したい。

（コーディネーターの業務）

- ・ コーディネーターは何を目指して取り組むのか、たとえば住民のQOL向上や、在宅医療推進等を明記した方がよいのではないか。
- ・ 連携すべきとされている4つの場面（①日常の療養生活の支援、②急変時の対応、③退院支援、④終末期（看取り）ごとの目標があったほうがよいのではないか。
- ・ （ア）～（オ）にあわせて説明することが難しい。

以上の意見を受けて、事務局である基幹型在宅医療推進センターは指針案の修正を行い、メールによるワーキンググループとの意見交換を重ねた。

その後、各郡市医師会の在宅医療推進センターに対して意見収受を実施し、その内容の取りまとめを進め、第2回に向けた指針案の作成を行った。

⑤ 第2回コーディネーター活動指針作成ワーキング（3月4日・中止）

令和2年3月4日開催予定の第2回活動指針作成ワーキングは、開催通知の発送と資料配布が委員・オブザーバーに対して行われていた。しかし、新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、開催を中止することとなった。

令和元年度3月末時点の構成案は、次の通りである。

県と県医師会及び基幹型在宅医療推進センターによる支援体制が明記されたほか、従来からの課題であった在宅医療推進センター事業と在宅医療・介護連携推進事業の一体的運用に対する言及がなされており、コーディネーターに必要な視点や基本的な業務等が簡潔に整理された。

在宅医療推進センターコーディネーター活動指針構成案（令和2年2月時点）

1. 本活動指針について
2. 在宅医療推進センターの運営
3. 市町村の在宅医療・介護連携推進事業との関係
4. コーディネーターに必要な視点
5. コーディネーターの基本的な業務
6. 基幹センターの役割
7. 活動指針作成経過
8. 参考資料
9. 引用・参考通知文献等

本来であれば、3月の第2回ワーキングを経て、5月にはバージョン1の完成版が出る予定であった。今回は延期になったが、既に内容も詰まってきたことから、今後も策定に向けて検討を継続していくことになる。

(3) 考察

コーディネーターの活動指針は、一義的には取組の質の担保、標準化を保つことや、取組に不慣れな者や迷いがあった場合にも、参照することで仕事の進めやすさを確保させるためのものである。

活動指針において具体的に示されているコーディネーターの取組等は、既に研修会等においてコーディネーターが互いに協議し、基幹型在宅医療推進センターからも都度示してきた内容も多く含まれることになる。だが、同じ内容であったとしても、地域の拠点である在宅医療推進センターのコーディネーターの活動指針の内容として明文化し、明確に提示する場合と、暗黙のうちに関係者間だけで共有されてきた知見とでは大きく異なる。また、体制・仕組みに呼応した活動内容として整理されることから、自治体や他団体等の事業者、住民等に対しても在宅医療推進センターやコーディネーターの役割や内容が見えやすい。

一方、コーディネーターがどのような役割や業務に従事するかを示すことは、配置する側の組織に対し、提示された内容を行いうる能力を持つ人材の確保と配置が必要であることの理解を促すことになる。

新潟県の在宅医療推進センターのような拠点は、市区町村の在宅医療・介護連携推進事業の「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」の窓口と兼ねて設置されている可能性が高いと考えられる。令和元年度の在宅医療・介護連携推進支援事業で実施された全国調査の回答によれば、全国に設置されている相談支援の窓口のうち、自治体以外に委託していると回答した自治体は、市区町村内設置で454自治体、広域設置で353自治体の計807自治体であり、そのうちの約6割を医師会が受託している。その場合、そうした相談支援窓口が医療と介護の連携を地域で推進していく役割を担っている・ないしはそのポテンシャルを有している可能性は十分に考えられる。

しかし、こうした拠点の取組の多くは散発的な状況がみられ、自治体を越えて情報交換を行う、連携するという場面が少ない。その場合、こうした新潟県のように都道府県が県医師会等と連携し、広域的な取組として支援のためのプラットフォームをつくる、人材としての役割を整理する、交流や情報交換を促す等に取り組む意義は高いと考えられる。また、こうした拠点整備や人材育成は、市区町村・都道府県だけではなく、郡市医師会・都道府県医師会にとっての共通課題でもある。共通課題に取り組むことで、さらに都道府県と都道府県医師会においては連携が強化され、支援体制もより洗練されたものになる。

新潟県の取組は、市町村に対して広域行政である県と広域の団体である県医師会が連携して支援を行うものである。在宅医療・介護連携推進事業は従来の事業と異なる点も多く、県においても試行錯誤をしながら取り組んでいる状況がある。その場合、同様ないしは類似する課題を持つ県と県同士を結び付けることで、情報交換や共有を

図り、取組の充実や推進を図ることが市区町村を支援する都道府県への支援として考えられる。その場合には、各都道府県を取組や実情等を把握しているものが実施することが望ましく、その役割が地方厚生局には期待されることになる。

2. 埼玉県取組

(1) 埼玉県の状況

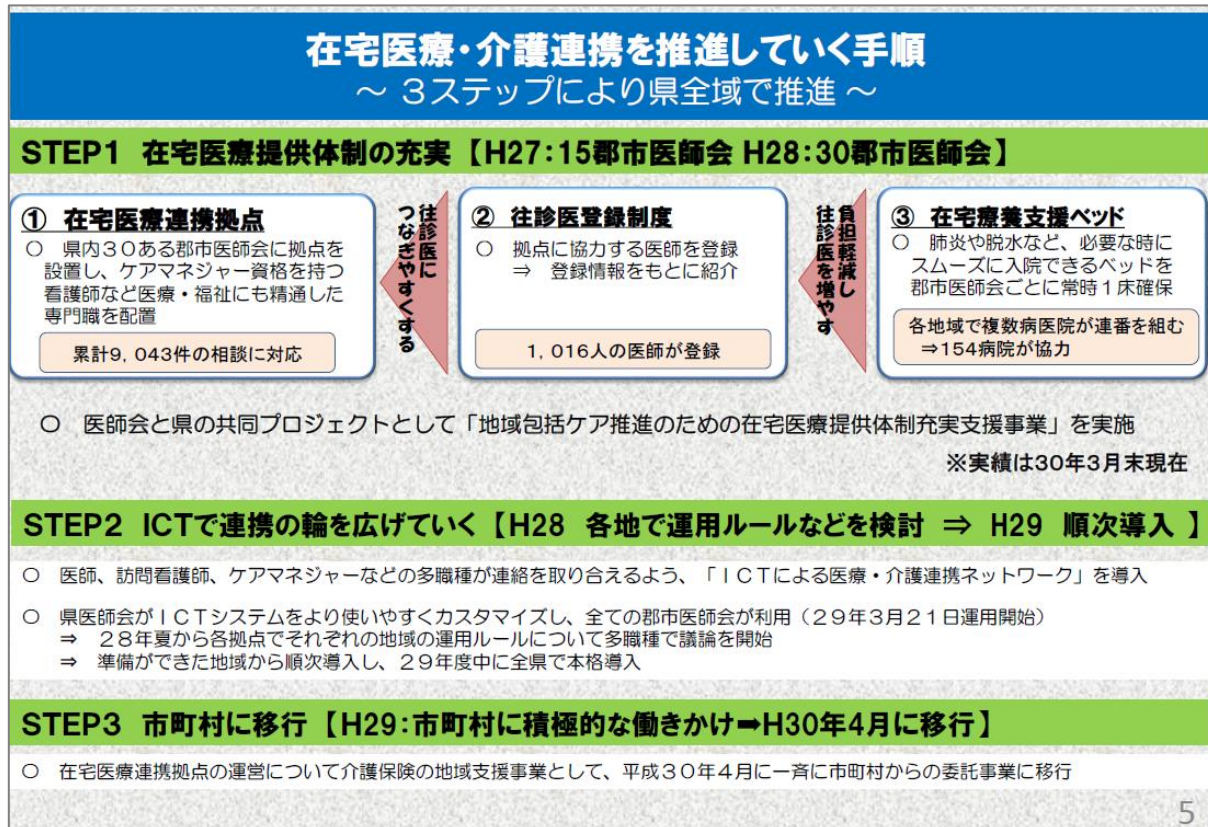
① 埼玉県・地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業

平成26年の介護保険法改正により、在宅医療・介護の連携推進が制度化された。介護保険法の地域支援事業としての位置付けによって市町村が主体となり、郡市医師会等関係団体と緊密に連携し取り組むことになるが、県内市町村の多くに在宅医療担当部署はなく、郡市医師会にアプローチすることの難しさを訴える声があがった。

市町村側からの声に応えるべく、県は県医師会・郡市医師会と「在宅医療・介護連携の推進」について調整、準備を行い、医師会側から市町村にアプローチする仕組みとして構築し、医師会と県の共同プロジェクトとして誕生させた。これが平成27年度から平成29年度に実施された「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」であり、保健医療部医療整備課と福祉部地域包括ケア課が連携して取り組んだ。

同事業は、県内の各地域に在宅医療・介護連携の基盤を整備するが、それらは平成30年4月の在宅医療・介護連携推進事業の本格施行にあわせて県内市町村に引き継いでいく工程を計画した。そして、そのために必要な3つのステップを県全域で展開することとした。その3つのステップは、次のとおりである。

図表- 20 埼玉県の在宅医療連携拠点コーディネーター



資料)「埼玉県における在宅医療の充実について」埼玉県保健福祉部医療整備課(第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG埼玉県)

以上に加え、県医師会のリーダーシップ、郡市医師会の理解、コーディネーターの努力もあり、平成30年4月から全拠点を市町村事業として移行することができた。

STEP1で示した在宅医療連携拠点は、埼玉県の実地医療と介護の連携を支援するための窓口であり、県内30郡市医師会全ての地域に拠点を設置している。（令和2年1月現在：計33か所）

拠点には、ケアマネジャー資格を持つ看護師など、医療・福祉に精通したコーディネーターを配置し、主に在宅医療、多職種連携に関する医療機関や地域包括支援センター、患者家族等からの相談に対応している。この他、多職種を対象とした各種研修会や交流会の企画・運営、医療・介護連携システムであるメディカルケアステーション（以下、「MCS」という。）の普及にも積極的に取り組んでいる。また、各地域で開催される在宅医療に関する各種会議にも出席する等、コーディネーターは各地域において在宅医療・介護連携を推進する取組に積極的に関与、重要な役割を担っている。

現在、コーディネーターの数は53名で、全て有資格者である。また、この他に拠点の事務を担う職員が32名おり、計85名が活躍している。（令和2年1月）

既に地域の在宅医療・介護の連携推進拠点として成長してきた在宅医療連携拠点であるが、開設当初は、新潟県のコーディネーター同様、いったい何を進めればよいのか、さらに職場としても少人数の所が多く相談相手がないという課題があった。その場合、他の拠点の取組を横展開できるような環境や、拠点同士をつなぎ、それぞれの悩みを相談できる体制があれば、大分救われると考えられる。県は、コーディネーター同士の連携を深める仕組みを作り、それによって互いが支えあえる環境をつくることとし、全ての拠点が参加する在宅医療連携拠点コーディネーター研修会を開催し、良い取組や情報を県全域に広めていくことを行った。また、拠点のネットワーク化は必ずしも対面である必要もないことから、MCSに医療整備課と全拠点のコーディネーターをメンバーとするグループを立ち上げた。メンバーの自由なコミュニケーションの場として、いつでも連絡や相談ができる状態が確保され、医療整備課と拠点間の連絡手段としても機能することになった。

図表- 21 埼玉県の在宅医療連携拠点コーディネーター

看護師	37名
ケアマネジャー	8名
社会福祉士	3名
MSW	2名
保健師	1名
PT	1名
臨床検査技師	1名
計	53名

※この他、拠点の事務を担う職員が32名・拠点数は33か所（2020.1.1現在） 埼玉県資料

STEP3では、在宅医療連携拠点が市町村事業として移行されることとなったが、市町村事業への移行は在宅医療連携拠点設置当初からの決まり事であった。そのため、平成28年度頃からは徐々に市町村へと移行の準備が進むことになったが、特徴的であるのは、県がその移行に関する協議には出席して市町村との検討の支援を行ったことであり、コーディネーターにおいても自ら移行に向けた協議に取り組んでいたことである。

移行については、既に郡市医師会が在宅医療連携拠点を受託した当初からの決まり事であったが、実際に移行する上では市町村が拠点到どの事業を業務委託するのか等の合意形成が必要となる。その際には、市町村と郡市医師会の協議とするのではなく、必ず県も入って協議の支援を行った。その中で医師会・コーディネーターも、市町村との関係づくりを進めつつも、市の役割と委託事業内容を双方が納得するまで協議を重ねてきた等、移行は全員の努力によって進んできた状況がみられる。

県内すべての在宅医療連携拠点は、地域の状況によって違いはあるものの、何らかの市町村事業を受託している。それは、こうした協議のたまものであり、県・県医師会・コーディネーターがスクラムを組み、市町村と考える体制をつくったことによると考えられる。在宅医療連携拠点・コーディネーターの活動は、在宅医療の担当である医療整備課、在宅医療・介護連携推進事業の担当である福祉部地域包括ケア課が連携して支援している。

② 在宅医療推進センター/コーディネーターへの支援

平成30年4月を機に在宅医療連携拠点は市町村事業に移行している。県は従来の牽引型の支援から後方支援へと配置を変えたが、継続して拠点への支援を行っている。拠点を動かすのは人＝コーディネーターであることから、県は積極的に県内のコーディネーターの連携や研修等の支援を行っているが、その場合も県医師会と共催で行う等の体制をとっている。

在宅医療・介護連携推進事業研修会は、市町村の在宅医療・介護連携推進事業の担当者と、在宅医療連携拠点のコーディネーターが一緒に受ける研修であり、その企画や協力にも医師会が関わっている。このように支援の網目がさまざまな主体同士の連携によってかかることで、支援は充実したものとなる。

(2) 埼玉県・在宅医療連携拠点へのヒアリング

埼玉県および在宅医療連携拠点の取組について、さらに詳細を確認すべく、関東信越厚生局・地域包括ケア推進課の協力を頂き、意見交換のかたちでヒアリングを行った。出席者等は次のとおりである。

実施日	2019年(令和元年)11月5日(火)14:00～16:30
開催場所	関東信越厚生局 会議室
出席者 (敬称略)	(敬称略) 【埼玉県在宅医療連携拠点コーディネーター】 坂戸鶴ヶ島医師会 在宅医療相談室 室長 清野恵理子 越谷市医療と介護の連携窓口 コーディネーター 野上めぐみ 上尾市在宅医療連携支援センターコーディネーター 民部田美保 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 与野在宅医療センターコーディネーター 皆島悦子 草加八潮医師会 在宅医療サポートセンター コーディネーター 高橋恵子 浦和在宅医療支援相談センターコーディネーター 松本良子 【埼玉県】 埼玉県保健医療部医療整備課 主査 荻野和博(在宅医療推進担当) 【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 中島淑夫 健康福祉部地域包括ケア推進課 地域支援事業係長 岩渕美峰 【㈱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

① 事業のはじまり

- 埼玉県では、県医師会と協議を行い、県内郡市医師会に在宅医療連携拠点を設置した。共通して実施することを想定した内容は、在宅医療・介護連携推進事業の「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」、「(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援」、「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」のほか、往診医の登録・患者情報の共有、在宅療養支援ベッド⁴の確保である。なお、(ウ)、(エ)、(オ)とした理由は、専門職にしか行えないと考えたことによる。これら以外は、各地域の状況に応じて追加して実施することを想定したが、いずれも想定であり、実施に際しては市町村の状況にあわせて検討を行うこととなる。

⁴ 「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」では、「在宅療養支援ベッドの確保」として、肺炎や脱水等、必要な時にスムーズに入院できるベッドを郡市医師会ごとに常時1床確保した。

- 当初は県補助金を医師会向けに拠出し、在宅医療連携拠点の整備を進めることでスタートした。県補助金は平成29年度で終了し、平成30年度からは市町村から在宅医療・介護連携推進事業のいずれか受託することで運営を行っており、市町村事業として移行されたかたちとなった。そのため、移行前年度の平成29年度には、市町村・郡市医師会の協議が重要となったことから、県も市町村と郡市医師会の協議の場には何度も参加し、移行に向けたサポートを実施した。
- 県内では、必ずしも1市に対して1郡市医師会ではなく、1郡市医師会が複数自治体をカバーしているところもある。その場合は各自治体の違いが生じることから、対応するコーディネーターが苦勞することもあった。（以上、埼玉県）

② 人員体制

- 当日出席があった拠点では、複数人員による体制がとられていた。拠点に従事している職員は、従前より郡市医師会の訪問看護ステーションで勤務していた者が多く、本日の出席者の中で新規雇用された者は1名である。（埼玉県Co.）

図表- 22 在宅医療連携拠点協議会研修会

③ 連携拠点協議会による大会の企画

- 当初、在宅医療連携拠点が何なのか、在宅医療推進、在宅医療介護連携推進や課題解決のためにどのように有効なのかが認識されにくい状況があったが、研修講師や情報発信を重ね、「拠点は役に立つ」ということのアピールを重ねた結果、やっと知られてきたように思う。
- 今回、在宅医療連携拠点協議会で全国大会を企画したのは、各拠点のコーディネーターのやりがいが増え、自ら発信しようという意欲や機運が高まってきたためである。また、在宅医療連携拠点創設時の初期メンバーの交替等も起きており、培ってきた知見の継承も考えねばならないと考えたこともある。「全国大会」とは名打っているが、スモールスタートを想定しているので、県外で同様に取り組んでいるところがあれば来てくれたら広域による研修会であり、それは全国大会だ・位のところから始めたいと思っていた。

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～

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 郁男 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
荻野 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 坂戸鶴ヶ島医師会 在宅医療相談室
TEL 049-288-1288 sakatsururenkei6@icloud.com

参加費：1000円（当日払いお弁当付き） 後援：埼玉県医師会・埼玉県

- そのため、他県の拠点からも来てほしいと思っているが、そのチャネルや情報がない。共通するところ、異なるところはあるだろうが、色々なところと話をしてみたい。個別の拠点の取組は聞くことがあるが、全体的な取組をしているところはあるのだろうか。（富士通総研より、県内全域に配置等の取組は少なく、同じような取組をしているところは新潟県や大阪市等があると説明）そういう所があるのであれば、是非とも話をする機会がほしい。（以上、埼玉県Co.）

図表- 23 医療と介護の連携窓口便り(広報誌:越谷市医療と介護の連携窓口)

2020年2月分Vol.1.47号 事業所の皆様で閲覧してね！

医療と介護の連携窓口便り

春和の候、新型コロナウイルスの情報に日本中が翻弄されている今日この頃です。業路の事、家族の事、自分の体調管理等懸念材料もたくさんありますが、なんとかこの事態をうまく切り抜けていきたいものです・・・

医療と介護、行政の連携がスムーズに行われるように、皆様からのご相談内容や活動報告等を定期的にお送りしております「医療と介護の連携窓口便り」47号。市内各関係事業所等の課題解決の一歩は多職種の情報共有から始まります。個人情報にも考慮しつつ地域共生社会の充実を図って参ります。

★医療機関

1. # MCSで患者グループ招待
MCS（医療介護専用SNS メディカルアステーション）で患者グループを作るのに、当院で関わっている訪問看護ステーションがMCSに登録しているかどうか知りたいです。

→（窓口）①MCSご利用者にはMCSの全ユーザーグループに入ってくださいようお助めています。関わっている訪問看護ステーションは入っていますので、つながらずメールで名前を確認して招待をして下さい。

2. # ケアマネジャーとの関係改善について
入院中の利用者さんが自宅に戻るにあたってケアプランの変更を希望されていますが、患者さんとケアマネさんとの関係性が悪く、どうすればいいかとご家族より相談を受けています。何か良い方法はありますか？

→（窓口）利用者さんのお住まいの地域包括センターに相談されてはいかがでしょうか？ケアマネさんとの関係修復にあたってくれるかもしれません。ケアマネ交代が必要な時には、その支援を下さると思います。ご家族が嫌な思いをしないように配慮して下さると思います。

2020年2月分Vol.1.47号 事業所の皆様で閲覧してね！

医療と介護の連携窓口便り

★ケアマネジャーより #レスパイト入院のできるところ
嚥下障害でCVポートをつけている患者の方が退院に向けて動いています。訪問診療と訪問看護導入予定です。レスパイト入院ができればと探しています。

→（窓口）①越谷市には訪問診療登録医の受け持ち患者様が利用できる“在宅療養支援ベッド”（後方支援ベッド）というシステムがあります。市内で5病院が毎日輪番制で1日1床を確保しています（越谷市医師会ホームページ内の輪番表を参照）。在宅療養支援ベッドのご利用に関しては訪問診療医にご相談ください。詳細についてのお問い合わせは連携窓口まで。

②在宅療養支援ベッドご利用対象外の方でも、その5病院ではレスパイト入院の受け入れが可能です。ご希望の方は病院連携担当者に相談ください。

③嚥下障害については在宅で訪問歯科やST（言語聴覚士）さんに協力をしていただく方法もあります。

CVポートとは
中心静脈栄養の一種、埋め込み式ポート：皮下に埋め込まれる血管内に薬剤を注入するための医療機器で十分に管理をしていれば長期留置に留置できます。高栄養点滴や抗がん剤、疼痛管理等で主に使用します。

★訪問看護ステーションより #ヘルパーさんの産業挿入の可否
A事業所ではヘルパーさんのサービス時に排泄効果のある産業を挿入してもらえますか？

次頁へ

2020年2月分Vol.1.47号 事業所の皆様で閲覧してね！

医療と介護の連携窓口便り

前頁より
→（窓口）①確認して連絡します。

②A事業所に確認。
医師法第17条の解釈で、医師又は看護職員への確認・指示のもと
●ご本人・ご家族から事前に依頼があること。
●自覚が安定していること。●経過観察が必要でないこと。
●肛門から出血の可能性がなく専門的な配慮が必要でないこと。
など、条件を満たしていれば可能との返答がありました。

③上記を相談者に報告し、事業所間で再度確認していただくように伝えました。（医師法第17条の解釈に関する資料をご希望の方は連携窓口までご連絡下さい。）

<<1・自助力を上げていこう!!>>
地域共生社会・地域包括ケアシステムを考える4つの「助」：自助（個人）
互助（隣人）、共助（保険）、公助（行政）の基礎は「自助」です。
自助の力を上げるのに「正しい情報を受け取る意識」もその一つではないでしょうか？マスコミでは、新型コロナウイルスの話で溢れており、不安をあおる噂には翻弄されずにいたいものです。

<<2・危機管理のさしすせそ>>
教育の現場で、危機管理の指標として使われていますが、企業の危機管理にも活用できるそうです。

さ：最悪を想定 し：慎重に す：素早く
せ：誠意をもって そ：組織で対応する
小さい家族単位の「さしすせそ」に置き換えて考える機会になれば良いかもしれませんね・・・

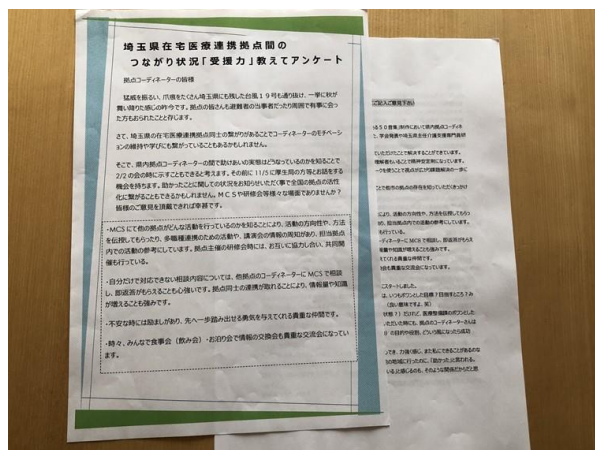
■医療と介護の連携窓口便り

越谷市医療と介護の連携窓口のコーディネーターである野上氏による資料提供。
相談内容や活動報告を定期的にとまめて市内関係事業所等に配布し、多職種の情報共有を図っている。

④ 拠点コーディネーター同士のつながり

- 拠点のコーディネーターや事務職、県医療整備課担当、医師会医師の1名で、在宅医療連携拠点のグループをMCS上につくっている。色々な場面でMCSは有効に働いている。「こんな時にどうしている?」、「困っているのだけど助けてほしい」等の問いかけに対し、すぐに色々な人から回答が入る。今回のヒアリングに際し、「互いにどのようなことを支援しあっているのかについて聞かれたので、教えてほしい」とMCSでアンケートを呼びかけたところ、たった数時間程度で33拠点中31拠点から返事が来た。(埼玉県Co.)

図表- 24 実施されたアンケート



【実施されたアンケートの内容】(一部抜粋:富士通総研)

【視点やヒントを得られる】

- ・ 地域によって行政・医師会のスタンスも異なるが、ネットワークによって視点が広がり、課題解決の一步につながっている。
- ・ 地域の特性もあると思われ、同じことはできなくても、たくさんの拠点の活動、情報が共有できることで、一人では考えられない視点、気づきを得ることができている。
- ・ 自分の力では足りないことも、経験豊富な方々からのアドバイス、MCSのやりとりを見ただけで勉強になり、励みになる。
- ・ 各地域の実情は違っても、埼玉県内の情報共有、発信であり、必ずヒントがある。
- ・ 拠点主催の研修会の時には、お互いに協力しあい、協働開催も図っている。

【取組の参考になる】

- ・ MCSで他の拠点がどんな活動を行っているのかを知ることにより、活動の方向性や方法を伝授してもらう等、多職種連携のための活動や、後援会の情報の周知があり、担当拠点内の活動の参考になっている。
- ・ 他の拠点の研修に参加させてもらうことで、新しい情報を基盤として自分のところの研修企画の参考となっている。周りの活動状況が常に手本になっているので、目標の設定がしやすい。
- ・ 各拠点がが出している広報や研修会のお知らせをMCSで知り、地域の課題や講師、テーマ等を参考にしている。自分の地域で何が不足し、優先順位や必要性を考えながら参考にさせてもらっている。

【共に取り組んでいる】

- ・ 研修会資料の提供をお願いしたりしている。一人ではできないことの力になる。
- ・ 困った時にMCSに載せたことで情報提供し、アドバイスをして頂いたことで解決できた。
- ・ MCS県コーディネーターのグループを開くと、皆で毎日カンファレンスをしている気持ちになり、安心する。
- ・ 不安な時に励ましがあがり、先へ一歩踏み出す勇気を与えてくれる貴重な仲間である。
- ・ 困った時に「ちょっと聞いてみよう」と思えることは、大きな力である。
- ・ 一人じゃないよ、といつも拠点のみんなが支えてくれる。

- 「自分の地域で研修会を開く・研修会が開かれる」等の情報もMCSで発信している。基本的に相互の傍聴は受け入れており、交流は頻繁にある。傍聴したいと言う他拠点のコーディネーターには、ファシリテータ等の手伝いをしてもらうことも多い。同業者ならではの示唆をもらうことも多い。別の拠点のコーディネーターが視察に来るということは、視察側が情報を得るだけの機会ではなく、受け入れる側にとっての気づきの機会でもあると感じており、情報も資料も惜しみなく出し合える関係性ができている。先般もある拠点でACPの研修会があったが、それはMCSで情報提供され、他拠点のコーディネーターが参加した。
- 地域の状況がそれぞれ異なるため、他地域で得た情報が全て生かせるものばかりではないとは思っている。しかし、他を知ることによって、自分たちの取り組み方を改めて考える、エッセンスを地域に合わせて考える、という機会にもなっている。
- 今、課題だと思っているのは、ネットワークの強化である。そして、設立時からの熱い思いを如何に引き継いでいくかである。自分たちの取組を県も応援してくれており、サポートしてくれている。

⑤ 各拠点の動き

【越谷市】

- 各種会議として、在宅医療の会議（医師会医師）のほか、医療と介護の連携会議（医師5名・看護師1名・市役所/地域包括担当課・地域医療担当課が参加）、そのワーキンググループである世話人会（各団体の長、医師3人等）の開催を図る等、要の役割となっている。
- 自組織（郡市医師会）には、2か月に1回定期的に報告を行っている。

【坂戸鶴ヶ島】

- 在宅医療会議の中で四半期に1回拠点の報告を行っている。拠点の担当理事に対しては、月1回の報告を行っている。
- 当初、市の在宅医療・介護連携推進会議は拠点（郡市医師会）が事務局を担っていたが、現在は事務局を市に帰している。但し、協力する姿勢は変わらない。
- 実績の把握や評価について、特段共通して取り組んでいるようなものはない。しかし、市から在宅での看取り数（往診の看取り数）をよく聞かれることから、在宅医療連携拠点でカウントし、把握している。その他では医師による訪問看護の指示書についても確認しており、医師会会員の医師からは毎月実施状況を提出してもらっている。
- 同様に、相談件数と多職種との検討・ケース会議（検討会議）への結びつきの状況も確認している。

【草加八潮】

- 医師会では、認知症初期集中支援チームにも取り組んでいる。市から依頼されて郡市医師会が受けることになり、その経緯から在宅医療連携拠点も取り組むことになった。大変ではあるが、市からは在宅医療連携拠点のステータス向上や認知度向上のためにも重要な取組であるということ、複数の事業に取り組むことで体制的にも人を増やすことが大事であると言われている。

⑥ その他コーディネーター連携のための取組等

「本音あるある50音集」は、なかなか共有できないコーディネーターの思いや考えを共有することが今後の取組にも生きるのではないかと考え、作成された。

この取組はMCSでの募集と投稿によって行われており、コーディネーター同士の相互の理解や交流、当該事業に関わる者同士としての結束を促すものとなっている。

図表- 25 埼玉県在宅医療連携拠点コーディネーターの「本音あるある 50 音集」と「さ行」の例



埼玉県在宅医療連携拠点コーディネーターの
本音あるある50音集

はじめに

埼玉県在宅医療拠点コーディネーターは、地域における多職種連携の中心的役割を担っています。今迄にない新たなものであり、私達コーディネーターは自らのネットワークを駆使して日々奮闘しています。どうしても分からない時には医療介護専用SNSを活用してつぶやき、他の拠点コーディネーターの提案助言を受けることで「一人じゃないんだ」と励まされ、解決の糸口を見出しています。

更なる成長のため、日頃感じていることを各拠点に自由に投稿してもらい「本音あるある50音集」としてまとめ、拠点コーディネーターの周知理解を促進し、今後の課題提起にも繋がるのではないかと考え作成しました。

さ) 33の連携拠点！さいたま県の在宅医療を多職種連携（みんな）で支えます！！
※在宅医療介護連携推進においては多職種連携が欠かせません。

し) 親身になって相談にのります。安心保障のコーディネーター！
※住み慣れた地域で安心して暮らしていただく為に日々対応しています。

し) 親切・丁寧・神対応！フットワークが自慢の拠点！！
※当拠点のモットーです。

す) 素敵な医師。仕事も趣味も妥協なし！！
※仕事に会議、トレーニング、趣味の山登り、ランニング・・・。

す) ストレスは、連携の中でうすれていく。

せ) せんせい（先生）の言葉は患者や家族の何よりの支えであり、薬以上のパワーがあります！
※特に在宅医はハートが熱く…実は涙もろい人が多いです。朝日新聞の『みんなで語ろう私の先生』に所沢のお医者さんの記事が掲載されました。タイトルは「介護の10年を支えた主治医の言葉」です。

せ) 先人が苦勞を重ねたその知恵を、惜しげなく差し出す。その心にただ感謝…。

そ) そこ力、発揮します！在宅医療連携拠点コーディネーター！！
※とてつもない力とエネルギーを持っている集団だと思っている。

さ行

5

(3) 考察

埼玉県および在宅医療連携拠点のヒアリングは、地域の多職種連携を推進していくという新しい取組の重責を感じながら、共にコーディネーター同士で連携して取り組んでいこうという気概にあふれていた。こうした連携が重視されるのも、普段は少人数で手探りしつつ進んでいく状況があることが伺われ、知識や経験を共有する機会を増やす、そして互いにエールを贈りあえるような環境が必要だと考えられる。

埼玉県の在宅医療連携拠点の場合は、MCSもその方法の1つと考えられるが、このようなプラットフォームが準備されていない拠点やコーディネーターの場合、その能力を発揮することが難しい可能性はある。

ヒアリングにおいても、色々とところと話をしてみたい、他はどうなっているのだろう等の発言が複数回聞かれ、こうした取組の情報が県を越えて共有されていないことがわかる。

在宅医療連携拠点のような拠点は、対象とする自治体を特定する。そのため、在宅医療連携拠点及びコーディネーターは、その地域を越えて同種の取組をしている人々との情報共有を図る、知見を得ること等は難しい。他の自治体でも埼玉県の在宅医療連携拠点と同種の拠点やセンター等を設置し、優れた取組をしている所もあるが、こうした情報は必ずしも面として展開されるものではない。

よって、そのための工夫が必要である。埼玉県の場合、平成29年度の市町村事業への移行までは県医師会等の協力を得ながら流れを牽引していった。その工程は、当初より市町村と在宅医療連携拠点がつながるという所を第一段階のゴールとして明確に設定し、取り組んできた。よって、平成30年度に入り、市町村事業としての移行が行われてからは次の段階である。県は市町村と拠点の自律的な取組を促すべく、明確に後方支援の体制に入り、在宅医療連携拠点やコーディネーターに対する直接的な支援は大分少なくなっている。しかし、自治体を越えての連携を促すことができるのは、県が広域行政であるがゆえである。在宅医療連携拠点の取組はそれぞれの自律的な成長にかかっているが、それはヒアリング時のコーディネーターの発言にみられるように、拠点同士・コーディネーター同士が連携することで知見や情報の共有が行われることで加速化される可能性が高い。これは、自律的な成長の一步であり、こうした自律的な動きを促す後方支援も、広域行政の都道府県が都道府県医師会と連携して、綿密に工程を考えて進める動きをとってきたからこそ行える支援である。

第7次埼玉県地域保健医療計画において、埼玉県は在宅医療連携拠点について次のように記載している。

「県内全ての郡市医師会に設置され、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業として運営されている在宅医療連携拠点については、退院支援、日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅における看取りなどを推進するため、在宅医療に必要な連

携を担う窓口として積極的な役割を果たせるよう支援していきます。また、在宅医療・介護連携推進事業において、特に『切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進』、『在宅医療・介護連携に関する相談支援』、『在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携』については、医療に係る専門的・技術的な対応が必要であり、また、二次保健医療圏等の広域的な連携が必要であることから重点的に支援をしています。⁵」とし、主な取組として「在宅医療連携拠点に対する広域的な支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援⁶」をあげている。この支援の一つが以上のような取組であろうと考えられる。

だが、自分たち以外の取組を知らないのは県も同じであり、他団体の取組への関心への高さや情報交換や共有の重要性は新潟県の大阪市視察の報告の状況からも確認された。また、類似する取組を行っている県同士が同じテーマについて意見交換を行うことによって、それぞれの取組に対する新たな展開も期待できる。

埼玉県在宅医療連携拠点コーディネーターが作成した「本音あるある50音集」や様々なところで行われているコーディネーター間の情報共有や交流は、コーディネーター個人間で取組や思いの共有を図ることで自身の取組を確認・自己評価する機会でもあり、それが取組の成熟と次の取組に向かうための動機にもつながるものである。このことは、事業に取り組む組織や団体においても同じと考えられる。

そのため、関東信越厚生局の協力を頂いて、県と県医師会が連携をとって拠点を支援するという類似する取組を行う新潟県・埼玉県に働きかけ、意見交換会の機会を持つこととした。あわせて、埼玉県の在宅医療連携拠点協議会が開催する第1回研修会の情報についても新潟県に提供を行い、発表についての働きかけを行った。

⁵ 「第7次埼玉県地域保健医療計画」(平成30～35年度)第3部第3章在宅医療の推進 第1節在宅医療の推進 3 課題への対応(4)

⁶ 「第7次埼玉県地域保健医療計画」(平成30～35年度)第3部第3章在宅医療の推進 第1節在宅医療の推進 4 主な取組(4)

3.県を越えた取組

(1) 拠点コーディネーター意見交換会の開催（新潟県・埼玉県）

新潟県、埼玉県とも、地域に拠点・人材を配置し、その充実を持って在宅医療・介護連携推進を図ろうとする先駆的な取組であるが、他県の情報等が少ないという点では共通する。両県とも関東信越厚生局の管内であり、関東信越厚生局の協力を頂きながら意見交換会を実施した。出席者は次のとおりである。

日 時	令和 2 年 1 月 15 日(水)15:00～17:00
場 所	TKP 大宮ビジネスセンターカンファレンスルーム 1
出席者 (敬称略)	＜埼玉県＞ 本庄市児玉郡医師会在宅医療連携拠点 大沢 由美子(拠点コーディネーター) 北埼玉在宅医療連携室 佐藤 政代(拠点コーディネーター) 坂戸鶴ヶ島医師会在宅医療相談室 室長 清野 恵理子(拠点コーディネーター) 越谷市医療と介護の連携窓口 野上 めぐみ(拠点コーディネーター) 上尾市医師会在宅医療連携支援センター 民部田 美保(拠点コーディネーター) 蕨・戸田市在宅医療支援センター 矢作 伸子(拠点コーディネーター) 埼玉県福祉部地域包括ケア課 地域包括ケア担当 主幹 今井 隆元(県・在宅医療・介護連携推進担当) 埼玉県保健医療部医療整備課 在宅医療推進担当 荻野 和博(県・在宅医療担当) ＜新潟県＞ 一般社団法人新潟県医師会在宅医療推進センター 服部 美加(県医師会コーディネーター) 新潟市医師会在宅医療連携室 室長 斎川 克之(拠点コーディネーター) 新潟県福祉保健部高齢福祉保健課 在宅福祉班 政策企画員 土田 雄介(県・在宅医療・介護連携推進担当) 新潟県福祉保健部高齢福祉保健課 在宅福祉班 主任 山口 博史(県・在宅医療・介護連携推進担当) ＜関東信越厚生局＞ 地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進官 中島 淑夫 地域包括ケア推進課 地域支援事業係長 岩渕 美峰 ＜(株)富士通総研＞ (株)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 (株)富士通総研行政経営グループ コンサルタント 森川 岳大

各自が持参した資料を用いて事業概要を説明した後、意見交換が始まった。

① 設置経緯等

【埼玉県】

- 在宅医療・介護連携推進事業は、市町村が主体となり、郡市医師会等の関係団体と緊密に連携しつつ取り組むこととなっている。埼玉県内の多くの市町村には、在宅医療を担当する部門がなかったことから、当初は補助事業として県と県医師会、郡市医師会と一緒に在宅医療連携拠点を作り、平成30年度からは市町村にそれらを移行させて地域支援事業と連動させたものとするプロセスを検討し、市町に提示することとした。（埼玉県）
- 以上から、平成27年度～平成29年度にかけて県医師会と県の共同プロジェクト「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」を実施し、27年度に15か所、28年度に14か所、29年度の4月に1か所の計33か所の拠点を整備した。また、拠点整備に併せてICTを活用した医療介護連携システムを導入するため、MCSと呼ばれるLINEの様なコミュニケーションツールを導入した。（埼玉県）
- 市町村に移行する際には、当事者の郡市医師会、市町村、県で協議を進め、その結果、平成30年4月には全ての拠点を市町村に移行することができた。各拠点には医療、福祉の両面に精通したコーディネーターを配置し、各コーディネーターには患者や家族、医療機関やケアマネジャー等からの訪問診療や訪問看護、多職種連携に関する相談に対応してもらう他、MCSの普及にも積極的に取り組んでもらっている。（埼玉県）
- 在宅医療連携拠点の市町村への移行に向けた協議の場には同席し、県として必要な説明は行ったが、県として特段何かをしたという訳ではない。県医師会が郡市医師会へ積極的なアプローチを行ったことから、スムーズに協議を進めることが出来た。市町村が会議を設定し、郡市医師会を呼ぶのはハードルが高いことから、協議に際しては郡市医師会が会議を設定し、市町村を招くという方法をとったことも良かったと考えている。（埼玉県）
- 市町村から在宅医療連携拠点への委託内容については、地域の実情を考慮し、特に条件は設けていない。ただし、在宅医療・介護の事業者への相談機能の部分と切れ目のない在宅医療と介護の提供体制については実施して欲しいと市町村と郡市医師会に対してお願いをした。相手に直接確認しにくい委託費用の件については、市町村に平成29年度までの県の補助事業基準額の積算内容の情報提供を行い、移行後についても県としてサポートしていくと伝えた。（埼玉県）
- 県が主催する研修会としては、地域包括ケア課と、医療整備課で個々に実施している。地域包括ケア課では市町村職員とコーディネーターを対象とし、医療整備課ではコーディネーターのみを対象としている。研修会を実施する際には事前に参加者にアンケートを回答いただき、各拠点の状況を参加者に配布する

様にしている。（埼玉県）

- 埼玉県の場合、多くの郡市医師会に訪問看護ステーションが設置されている。訪問看護ステーションの職員は、かねてより地域でコーディネーターの役割を果たしており、地域の実情も把握していた。そのため、郡市医師会に拠点を設置するという話になった。拠点ごとに事業の実施内容に違いはあるものの、後方支援病床と相談支援等については在宅医療連携拠点設置時の仕様として共通であることから、拠点間でも繋がりができやすいと考えている。（埼玉県拠点Co）

【新潟県から埼玉県への質問】

- ① 在宅医療連携拠点の市町村への移行に向け、県はどのように支援しているのか。
- ② コーディネーターから市町村に対して何か思うことはあるか。

- ①の県の支援については、在宅医療連携推進拠点が県の補助金事業から市町村事業の業務委託に移行する際の論点や、その際の業務委託に関する課題等を説明し、業務委託に向けた合意形成のサポートをしていただいた。その他、後方支援病床やACPの研修会、緩和ケアの委員会の立ち上げに関する予算をいただいている。コーディネーター研修会も開催していただいているが、その後の懇親会でコーディネーター同士が情報共有を行う場を設けていただいております、その場も有効に機能している。（埼玉県拠点Co）
- ②については、同じような内容のコーディネーター向け研修会が、翌日には別の課主催で開催されること等があり、自治体内部の横の繋がりが希薄であると感じることがある。（埼玉県拠点Co）

【新潟県】

- 地域の実情に応じた在宅医療の推進体制を整備する必要から、県医師会と協議して郡市医師会に在宅医療推進センターを設置することとし、県の補助事業として展開してきている。新潟県の在宅医療推進センターを担当するのは医務薬事課であり、市町村の在宅医療・介護連携推進支援を担当するのは地域支援事業の担当である高齢福祉保健課である。そうした経緯等から、県と市町村間で在宅医療・介護連携推進事業としての擦り合わせを十分に行って開始することができなかった。（新潟県）
- 新潟県には16の郡市医師会がある。平成27年度から在宅医療推進センターが設置され、現在は15か所の設置が完了した。残り1か所については、来年度に設置される予定である。事業の推進上の課題としては、地域ごとに取り組み内容の差があることや、ICTを上手く活用できていないといった課題がある。新潟県では、顔の見える関係づくりは多職種間でできつつあるが、「その後、どのよ

うに進めていくか」というイメージが関係者間で共有されていないことや、認知症施策、介護予防事業との連携をどのように進めていけばよいのかといった悩みも抱えている。（新潟県）

- 市町村の地域支援事業の（ア）～（ク）と新潟県の在宅医療推進センターの事業項目として決められている（ア）～（オ）は似た項目となっているが、あわせて作成されたわけではなく、関連して示されていない。また、市町から地域支援事業の（ア）～（ク）の全てを郡市医師会が受託し、センター事業と連動させて実施している所もあるが、郡市医師会には委託をせず、センター事業と市町村の地域支援事業が別で動いている所もある。（新潟県医師会Co）
- 在宅医療推進センターに勤務するコーディネーターの職種では保健師や看護師、社会福祉士等がみられるが、専門職ではない場合もある。特に職種を限定していないため、各センターで職種構成や実施内容も異なる。在宅医療推進センターから病院に事業の再委託を行っているところもある。（新潟県医師会Co）
- 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）と、在宅医療推進センター事業である（ア）～（オ）の事業が異なることで、地域間で取り組み内容に違いが出てきている。どのように地域支援事業と一体的に運営していくのか、考える必要がある。（新潟県Co）

② 市町村との関係等

【新潟県】

- 実施状況のばらつきが気になり、県の地域支援事業担当課と在宅医療担当課、県医師会コーディネーター等で市町村を回ったが、コーディネーターだけではなく、市町村間でも力量に大きな差があることを痛感した。最低限、市町村とコーディネーターで協議体を持ち、PDCAを回すような体制を整備していくことが必要であると感じている。県医師会側からは市町村にはアプローチできないため、県がバックアップすべきと感じている。（新潟県医師会Co）
- コーディネーターと所属組織の状況についてだが、新潟市のコーディネーターの立場としては、郡市医師会の会長をはじめ、郡市医師会の職員も在宅医療連携に対する理解があると感じている。市町村の担当者も在宅医療・介護連携に積極的な職員が多く、市医師会と市は良好な関係を築いている。（新潟市医師会Co）

【埼玉県】

- 市町村間でお互いのことを知らないのではないかと感じることもある。市町村とコーディネーターが参加する県主催の研修会が年に1～2回開催されるが、あまり出てこない市町村もあるため、積極的に参加するべきであると感じている。（埼玉県拠点Co）

- 一つの郡市医師会に9市町村がある地域があるが、そこでは各市町村が頻繁に集まり、持ち回りで事業を進めている地域もある。（埼玉県）
- 人口減少が加速したことで危機感が出てきたため、以前に比べ在宅医療・介護連携の推進に市町村が積極的になったと感じている。（埼玉県拠点Co）
- 以前は国や県からの命令にただ従うだけの市町村が多いと感じる場面もあったが、最近では地域の実情に合わせて市町村が関係者と共に自ら作り上げていくという意識が芽生えてきたと感じる。今後は、市町村と住民、専門職が一緒になり、在宅医療・介護連携を推進する必要があるが、MCSだけではなく、実際に会って関係者間で話し合いを行う必要があると考えている。（拠点Co）

③ 個別テーマ

【ICTの活用】

（埼玉県）

- MCSを採用する際の話し合いの中に、市町村は入っていない。平成28年の春にMCSの導入に向けた検討を開始し、平成29年の3月に一斉に導入した。導入したのは県医師会（県が一部費用負担）であり、それを郡市医師会に周知し、郡市医師会は個々に運用している。（埼玉県）
- 郡市医師会がそれぞれ運用しているため、郡市医師会毎にポリシー（運用ルール）を作っている。そのため、各地域でポリシーが異なり、郡市医師会を超えた連携が難しいという課題もある。市町村によってはMCSを使っていない地域もある。（埼玉県拠点Co）
- 地域医療ネットワークシステム「とねっと」については、医師や薬剤師を中心に利用されていることや、個々の患者が持っているID・パスワードがないと情報にたどり着けないことがあり、MCSに比べて素早く情報共有をすることができないと感じている。（埼玉県拠点Co）

（新潟県）

- 新潟県の場合も、各郡市医師会でICTの活用状況は様々である。新潟県医師会が音頭をとり、郡市医師会と市町村を対象にICTの活用に関する情報交換会を開催している。（新潟市医師会Co）

【コーディネーターの活動計画】

- 来年度の予算要求額を決める際に、ある程度の活動計画を作っている。MCSを使って来年度の活動内容に関する確認を関係者間で行うことがある。（埼玉県拠点Co）
- 1市3町と県医師会で協議会を作り、コーディネーターも入り、課題の共有や今

後の方針について年2回話し合いを行っている。（埼玉県拠点Co）

- 自治体の職員には定期的な移動があるため、如何に今までやってきたことを市と一緒に積み上げていくか、考えなければいけないと感じている。（埼玉県拠点Co）

【評価・指標設定やデータ活用】

- 共通する課題として、事業の進捗状況の把握と評価方法があるのではないか。今まで取り組んできたことをどのように評価していけば良いか分からず、不安に思うことがある。答えのない中で今後どのように進めていけば分からないことも多く、県にサポートしてほしいと考えている。（新潟県Co）
- その答えを県がもっている訳ではなく、目指すべき姿をしっかりと議論することが必要であると考えている。課題面ばかり見るのではなく、現状できている所を評価し、前向きに事業を進めていけるよう、県から問いかけを行うことも必要だと考える。県では各市町村と話し合いを行い、質問を投げかけて検討を促す等、コンサルティング的な動きをしている。（埼玉県）
- 指標の設定には、①目標を設定し、②課題を設定し、③どのようにその課題を解決していくかということの中で考えることが必要である。しかし、現状は指標の設定が先行していると感じることがある。地域づくりや介護予防の場合はコミュニティの状態が重要だが、そもそも指標を作りづらいものに対して指標を作ることになるため、その結果、指標に縛られてしまう危険性を感じる場面がある。在宅医療・介護連携でもデータ分析の話が出るが、分析が目的となってしまうと感じることがある。（埼玉県）
- 新潟県の場合、コーディネーターだけで実施する研修を年に2回、市町と共に実施する研修を年に2回行っている。昨年度、今年度にはロジックモデルを活用するための研修会を開催した。（新潟県）

④ 意見交換会から

新潟県と埼玉県では、同じように拠点を設置し、コーディネーターを配置している。各県で拠点やコーディネーターの支援方法が異なるが、これは各県個別の事由や状況からの違いであるものと考えられる。しかし、広域を対象とする県もしくは県医師会が拠点のコーディネーターのプラットフォームとなるという構成は同じであり、試行錯誤をしながらもそれぞれの取組が進んできた状況から、県が取り組むことの効果はあるものと考えられる。

一方、その拠点をどのように市町村の事業にと紐づけていくかは、両県の間で分かれた。埼玉県が在宅医療連携拠点を明確に市町村事業として位置付け、工程を引いて移行させていったのに対し、新潟県の取組は必ずしも市町村事業とすることを意図し

たものではなく、各市町村の実情を重視した市町村と郡市医師会間の検討事項である。そのため、それらの整理については県及び県医師会の支援が期待されることから、両者がタッグを組んで支援を強化しているものと考えられる。

少人数で取り組むコーディネーターのノウハウをどのように共有していくかも両県にとって共通の課題であり、各々取り組んでいる状況がある。埼玉県は対面によるネットワークだけではなく、MCSの活用を進めることで多くのコーディネーターに情報の即時共有が図られている状況があり、レスポンスが早い。そうした機動性の高さが、取組の標準化だけではなく、取り組む人であるコーディネーターの負担軽減やモチベーションの持続にも影響しているのではないかと考えられた。

本意見交換会を契機として、新潟県コーディネーターと埼玉県コーディネーターの間には交流が生まれ、県を越えた情報交換行われることとなった。そして、その動きは、埼玉県在宅医療連携拠点協議会第一回への新潟県の基幹型コーディネーターの参加につながる事となった。

(2) 埼玉県在宅医療連携拠点第一回研修会

埼玉県在宅医療連携拠点が主催する「埼玉県在宅医療連携拠点 第一回研修会」が令和2年2月2日に開催された。これは、地域の拠点で在宅医療・介護の連携推進に取り組むコーディネーターの取組や情報等の共有を図るものであるが、埼玉県以外にも新潟県、東京都、千葉県等から報告者が登壇して広域での情報共有の場となり、来場者も80人に及ぶ等、盛会のうちに終了した。

図表- 26 在宅医療連携拠点協議会 第一回プログラム

拠点のみんな集まれ！ HITOYOSEKAI ～繋がり全国在宅医療連携拠点へ～	
令和2年2月2日(日) 於 大宮ソニックシティ602	
(第1部)	
開会	さいれん会会長 清野 恵理子
	公開名刺説明 大沢 由美子
講演1	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 郁男 医師
講演2	埼玉県医療整備課 在宅医療推進担当 荻野 和博 主査
講演3	関東信越厚生局地域包括ケア推進課 中島 淑夫 推進官
ランチミーティング	
(第2部)	
県内・全国各地の在宅医療連携拠点の取組報告	
1	川越市医師会地域包括推進委員会 担当理事 得丸 幸男
2	千葉市在宅医療・介護センター 久保田 健太郎
3	新潟県医師会在宅医療センター 服部 美加
4	ちちぶ在宅医療・介護連携相談室 若林 政典
5	豊島区医師会豊島区在宅医療相談窓口 中辻 康博
6	越谷市医療と介護の連携窓口 野上 めぐみ
講評	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科教授 川越 雅弘
閉会	あいさつ さいれん会副会長 野上 めぐみ
(敬称略)	

第一部では清野会長からの開会のあいさつの後、講演1として、埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長の小川医師より「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、今後に向けて」と題して講演が行われた。拠点設置の契機となった埼玉県在宅医療提供体制充実支援事業においては、県と県医師会の良好な関係のもと、郡市医師会も交えて戦略的に在宅医療連携拠点を配置し、在宅医療の推進に取り組んできたことの紹介がされた。また、「拠点は多職種の牽引役」として、坂戸鶴ヶ島医師会の拠点における様々な職種・機関との連携の状況が紹介された。

また、拠点同士のつながりの例として、埼玉県と埼玉県医師会で行う多職種連携地域包括ケアシステム推進会議の紹介のほか、第一回日本在宅医療連合学会において、県医療整備課がシンポジストとして登壇して本取組の紹介を行い、県内拠点も合同発表を行ったことが紹介された。また、行政と郡市医師会の良好な関係が重要であるが、推進主体である行政がきちんと柱を持つ体制であることを意識すべきとの意見が述べられた。また、在宅医療連携拠点は「つながりの始点である」と述べ、医師会にとっても在宅医療連携拠点が重要な場となっていることを印象付けた。

それに呼応するかたちで、設置当初から拠点のサポートにあたってきた埼玉保健医療部医療整備課荻野氏から、講演2として今までの在宅医療連携拠点の経緯が紹介された。その紹介の終わりとして、本日のこの研修会のように全国の在宅医療連携拠点とつながってほしいこと、さらに「経験」と「知」の共有を図り、皆で課題の解決策を見出し、互いの強みを生かし、協力しながら取り組んでいってほしいこと、そうした役割を今後も担ってほしいとのエールが送られた。

講演3として、関東信越厚生局中島推進官より、「地域包括ケアシステム構築に向けた関東信越厚生局における後方支援の取組」と題して講演が行われ、在宅医療・介護連携推進支援のための「国と自治体・地域をつなぐ」、「自治体・地域同士をつなぐ」、「地域づくりの視点で、福祉分野と他分野をつなぐ」の3つの視点から実施されている厚生局の取組が紹介された。

午後からは埼玉県内拠点の登壇者の他、新潟県、千葉市、豊島区等、埼玉県外からの報告が行われた。新潟県からは基幹型コーディネーターが登壇し、新潟県内の状況、県と県医師会が連携して取り組んでいる支援の状況、コーディネーターの自律的な質の向上に向け、コーディネーター活動指針の作成にあたっていることが紹介された。

最後に、埼玉県立大学川越雅弘教授が登壇し、講評を行った。在宅医療連携拠点は、市町村が設置運営している場合と、委託を行っている場合で異なり、さらに行政や医師会の関わりも違うため、地域によって実情は大きく異なる。しかし、他地域の取り組みを参考とすることで、自分たちがどのように推進していくのかを考えねばならないことを述べた。続いて、在宅医療・介護連携推進事業を進めていく上で重要となる

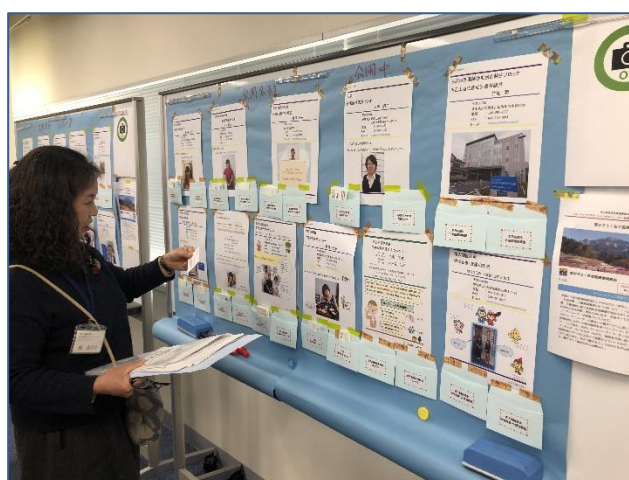
目的、目標、手段の考え方を解説し、関係者間で合意をしながら事業展開を図っていく方法を示した。在宅医療連携拠点のコーディネーターの仕事は、互いに支えあいながら進めていくことが必要であり、仲間同士のつながり、情報や解決策の共有、互いに相談できる環境が必要であること、今後もこうした機会を持ち、つながりをつくり、共に解決策を共有できる環境を確保して欲しいとの言葉が述べられた。

図表- 27 在宅医療連携拠点協議会 研修報告



図表- 28 公開名刺

会場には「公開名刺」と題して、それぞれの拠点・コーディネーターのプロフィールと共に連絡先が掲示され、昼食の時間帯を使った来場者も参加するランチミーティング等も行われ、参加者間の交流も図られた。



4. 考察～広域で取り組むことの意義

(1) 都道府県が取り組むことの意義

新潟県、埼玉県が県医師会と共に取り組んでいる拠点・人材の取組は、今後、本格的に在宅医療・介護連携を推進し、多職種連携を進めていくためのエンジンともなりうるものと考えられる。そして、道を切り開いていく過程で、医療・介護の多様な事業者、地域の人々等に働きかけていくという重要な役割を持つ。

だが、多くの拠点において配置されている人数は、ごく少数である。さらに、市区町村、委託先である郡市医師会等の理解が低ければ、いくらコーディネーター個人の資質や力量があったとしても、拠点の機能を十分に発揮することができない。また、その課題を当該人材の資質や力の向上を図ることで解決しようとしても限界がある。

さらに、配置されている人材自体も、その環境から他の拠点や人材が行っている取組等を知らない等、情報が限られている中で活動しているケースも多いと考えられる。だが、前述の新潟県、埼玉県では、県・県医師会等が関与することで、拠点や人材に対する情報が広く提供され、意見交換や共有するための環境が確保され、さまざまなテーマについての協議がなされている状況がみられる。これは、広域的な動きがあつてこそ得られている環境であると考えられる。

新潟県と埼玉県の取組では、県・県医師会が全体的な方針をもって拠点への支援を行っており、そのことが結果的に市町村の推進につながるものと考えられる。特定の地域を対象とする拠点、人材への働きかけではあるが、以上はその効果も確認しやすく、働きかけを行うことができる広域行政の都道府県だからこそ可能な支援でもある。

(2) 都道府県同士がつながることの意義～地方厚生局による支援

自分たち以外の取組を知る機会が少ないのは、県も市区町村同じである。在宅医療・介護連携推進事業は、新しい取組であるため前例も乏しく、地域の実情を反映したものであることから多様である。そのため、自分たちで類似する取組を見つけることは難しい。しかし、その都道府県がどのような意図をもってどのような取組をしているのかの情報を持っているところがあれば、同じような取組をしている所同士がつながる機会を設定する、ヒントを得られそうな所と意見交換する機会を設定する、ということも可能となる。

今回の意見交換会は、管内10都県の情報をもとに取組の実態や特徴を把握していたからこそ可能となった支援である。一連は関東信越厚生局の協力を頂いて実施したが、地方厚生局には、今回のようにテーマに合わせて県同士が意見交換する場の設定や個別の仲介を行うことも併走型支援の一つとして期待され、そのためには管内都道府県の特徴や状態を十分に把握したコーディネーターとしての動きも求められる。

第4章 都道府県等による多層的な支援体制

前章のような役割定義や啓発的な動きの場合、統一的な取組や環境整備、広域間の展開と関わるものであることから、都道府県の本庁が全県をカバーして推進することも困難ではないかもしれない。

しかし、そこに市区町村の個別具体の事由が絡むような課題が生じた場合、個別支援・併走支援の必要性は高まることになる。しかし、都道府県の本庁が個別支援・併走支援の体制をとることは容易ではなく、圏域対応やそれ以外で個別支援が可能な体制を考えることが妥当である。

本章では、栃木県の保健所である県南健康福祉センターを例に、保健所による管内自治体への支援、県の保健福祉人材の養成機関である保健福祉系大学による支援の状況を確認する。

1. 栃木県の取組

(1) 在宅医療推進支援センター

栃木県内には14市11町の計25自治体があり、二次医療圏域は6圏域である。保健所である健康福祉センターは6か所設置されており、うち1か所は宇都宮市保健福祉センターである。

栃木県では、在宅医療（在宅医療・介護連携推進事業）を推進する機関として健康福祉センター内に「在宅医療推進支援センター」を設置し、各圏域の市町への支援を主体的に担う機関として県保健医療計画に位置付けている。また、在宅医療・介護連携を含む地域支援事業に従事する市町職員に対し、共通研修、各事業の個別研修を含む年間の研修計画を立てる等して市町職員の育成支援にあたっているが、その研修後の市町のフォローアップにあたるのも在宅医療推進支援センターである。

図表- 29 栃木県の二次医療圏

二次保健医療圏	構成市町	自治体数
県北保健医療圏	大田原市、矢板市、那須塩原市、さくら市、那須烏山市、 塩谷郡 塩谷町、高根沢町 那須郡 那須町、那珂川町	5市4町
県西保健医療圏	鹿沼市、日光市	2市
宇都宮保健医療圏	宇都宮市	1市
県東保健医療圏	真岡市 芳賀郡 益子町、茂木町、市貝町、芳賀町	1市4町
県南保健医療圏	栃木市、小山市、下野市 河内郡 上三川町 下都賀郡 壬生町、野木町	3市3町
両毛保健医療圏	足利市、佐野市	2市

出典) 栃木県保健医療計画(7期計画)

(2) 県南在宅医療推進支援センターでの取組

在宅医療・介護連携推進事業は市町事業であるが、在宅医療推進支援センターに求められているのは、それら市町の主体的実施に向けた支援と関係機関間の調整を通じた在宅医療推進体制の構築である。在宅医療推進支援センターに示されている役割は、次の通りである。

図表- 30 在宅医療推進支援センターの主な役割

- 各市町の在宅医療・介護連携に係る取組の進捗状況の把握・分析・評価及び課題解決に向けた指導・助言
- 在宅医療の連携を担う拠点を含む在宅医療に係る関係機関との連絡調整
- 後方支援対英、退院調整ルール等医療連携に関する広域調整

資料：県南在宅医療推進支援センター

【それぞれに合わせた対応方法】

二次保健医療圏域内の自治体数、地区医師会の状況等で在宅医療・介護連携推進体制は異なるため、それぞれの在宅医療推進支援センターの支援方法も異なることになる。

県南在宅医療推進支援センター管内には、3市3町がある。管内自治体を対象とする郡市医師会等は2であり、栃木地区・小山地区の在宅医療連絡会議で、在宅医療推進支援センターでは、それぞれと情報の共有や連携を図っている。

【管内における統一的な評価指標・データ活用に向けた検討】

現在の管内市町において課題となっているのは、評価の問題である。上の「主な役割」にもあるように、在宅医療推進支援センターには「各市町の在宅医療・介護連携に係る取組の進捗状況の把握・分析・評価及び課題解決に向けた指導・助言」があり、センターでは、管内市町在宅医療・介護連携推進事業担当者会議等の機会を使って、データ等を活用した在宅医療・介護提供状況の把握等の説明を行っている。

平成31年に開始された「第1回管内市町在宅医療・介護連携推進事業担当者会議」では、以前の会議において「県南エリアごと、圏域ごとに共通の評価を示してほしい」、「取組を行ったことでの地域の変化や住民の意識や想いの変化が分かる指標が必要」等の意見があったことから、各市町が自市町の状況を他市町と比較しながら把握することができるよう、「在宅医療・介護連携推進事業に係る統一的な評価指標の設定」を、管内自治体と話し合いの上、行っている。

国保データベース（以下、「KDB」という。）システムを活用した在宅医療・介護提供状況の把握についても説明を行っている。評価に際してはKDBデータの活用が有効であるとは聞いていても、その詳細や取得方法等を知らない市町職員も多い。また、評価に使おうとするのであれば、どのようなことについて知りたいのかということ市町自ら明確にしておく必要がある。そのため、どのようなデータが取れるか等の説明を行った上で、自分たちはどのようなことを知りたいのか等を考えるように

促している。また、KDBデータ利用に伴い生じる諸作業については、市町と役割分担を行う等して、共に取り組む体制がつけられるよう働きかけている。

KDBシステムの活用により、医療保険と介護保険の審査・支払情報を加工したデータを抽出し、分析することが可能である。例えば、市町は医療機関を退院した者のうち、退院後に介護保険サービスを利用する者の動向等を統計として把握することができる。こうした具体例の紹介は、市町職員にとってデータ活用を考えるためのヒントとなる。

それ以外にも、「第1回管内市町在宅医療・介護連携推進事業担当者会議」ではKDBデータの加工例として、「療養病床から退院した高齢者（65歳以上）における介護サービスの利用状況」の分析例として、療養病床から退院した高齢者（65歳以上。医療区分1）のうち、退院後介護サービスを利用した者の割合を示している。それ以外にも、「管内市町住民の両状況」として、療養病床、介護保険施設、在宅医療のデータを示し、KDBデータの活用によって療養の場ごとの療養者の把握や抽出が可能であることを説明している。また、医療機関・訪問看護事業所単位での在宅医療の提供状況を知るための加工例も示している。これは、医療機関および訪問看護事業所それぞれの医療保険（「在宅患者訪問診療料(1)1（同一建物居住者）」及び「在宅患者訪問診療料(1)1（同一建物居住者以外）」、「往診」、「訪問看護指示料」、「在宅患者訪問看護・指導料（准看護師）（週3日まで）」）と介護保険（「訪問看護（介護保険）」、「訪問介護」）の提供量を抽出したものであり、実際に住民にどの程度在宅医療を提供しているのか、自分たちの市町の住民はどここの医療機関や訪問看護事業所から在宅医療を受けているのかがわかる。また、これに患者・利用者の住所地情報（郵便番号）を活用すれば、自市町のどのようなエリアで在宅医療が受けやすいか・提供されているか等の把握も可能となること等も説明し、理解を促している。

【データの提供】

推進状況の確認には、データが必要である。今後の管内の在宅医療等にかかる実態把握のため、関係機関と連携・協力して実態調査の計画を行っている。調査結果については、今後は県南保健医療圏域に設置される「医療・介護体制検討部会」で評価等を行った後、活用することを想定している。

【個別相談への対応】

市町が取組を考える際には、県南在宅医療推進支援センターの職員と一緒に検討を行うこともある。管内市町がACPについての研修を行いたいとの相談にきたが、そこで何を学んでほしいのかが明確には整理されていなかった。センターの目的は、市町の主体的な「やりたい」という気持ちは尊重しつつ、質問を重ね、選択肢を提示する等して、当該市町が「こうしたい」にたどりつくまで検討の支援を行う。いわばコンサルタント的な併走支援である。

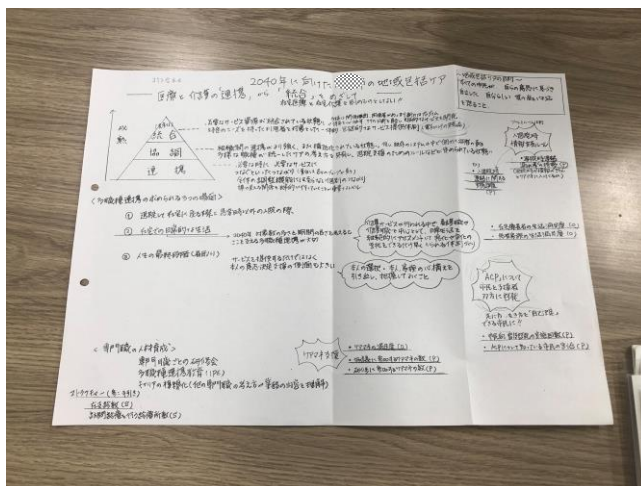
(3) 考察

① 市町が明らかにしたいことを一緒に考える併走型支援

着目すべきは、市町の「こうしたい」にたどりつくことをセンター担当者は一つの市町支援の目安にしていることである。

次は、前述のACP研修を開催したいと考えていた市町の検討支援の過程において、その市町が作成したものである。単に「●●をする」のではなく、市町が「こうしたいから●●をする」という思考ができるように促すこと、そのための方法を考えられるように一緒にディスカッションを行うことを通じて働きかけることで市町の力が引き出されると考えて、センターは支援に取り組んでいることが伺われた。

図表- 31 検討によって市町が作成した資料



以上については、データ活用の支援においても同じである。センターは市町に必要なものはデータ提供したいと考えているが、その前提として評価を行おうとする市町がデータによって「何が知りたい」のかが考えられていることが大事である。「このことを明らかにしたいから、このデータを見てみたい」ということ、少なくとも「こうしたことを明らかにしたいのだが、どうしたらわかるか」ということを考えていなければ、データがあってもそこからの評価や示唆は読み取れない。そのため、センターは市町が何を知りたいのか、どうしたいのかを引き出すことには留意しているとのことであった。

こうしたセンターの取組は、それぞれ市町の異なる状況等を理解したうえで、目的に向かって共に進んでいこうとする併走型支援のかたちであると考えられる。市町が自ら考える・汗を流すことができるよう側面から支援する姿勢には、今後の都道府県における市区町村支援の新たな方向性がみえる。

また、「このことを明らかにしたい」という姿勢は、昨今の市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の事業マネジメントの目的の設定の話とも類似する。こうした検討のパートナーとなることも、併走型支援の一つである。

② データ活用の際しの支援

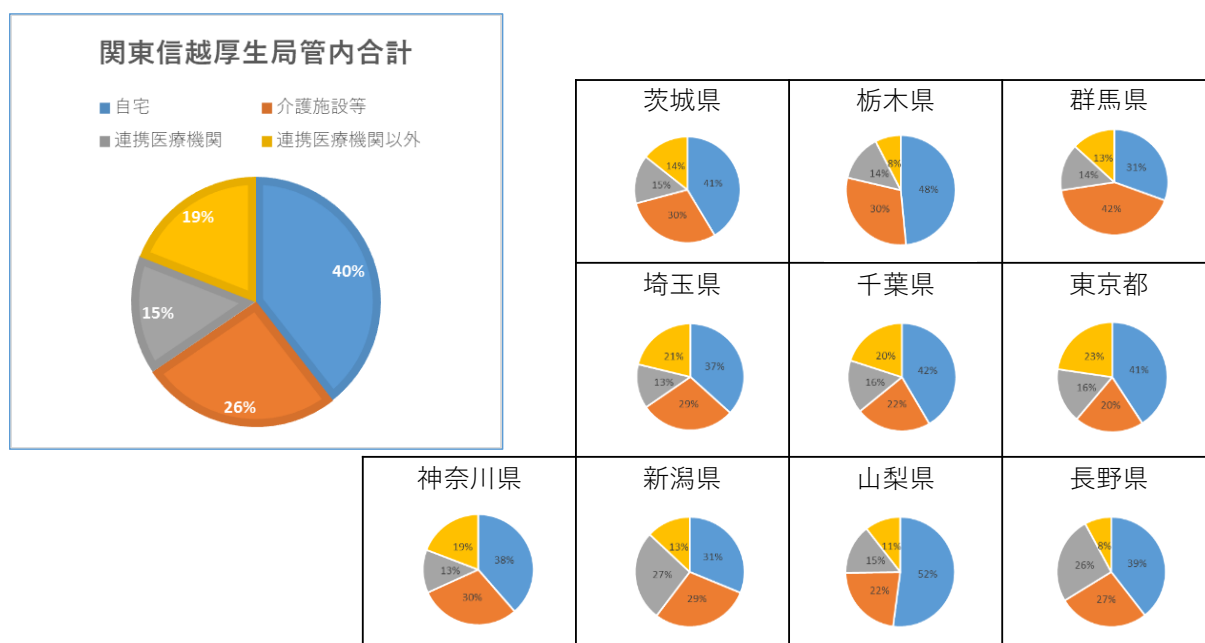
現在、在宅医療・介護連携推進事業の評価を行うため、市区町村においてはデータ活用が大きな課題となっている。しかし、センターへのヒアリング内容からもわかるように、大事であるのは「データ活用で何がわかるか」ではなく「これを明らかにしたいからデータを活用する」という思考である。そのため、センターではその説明を行った上で、市町に何を明らかにしたいか考えてほしいと伝えており、併走型支援でそれを考えるための支援も行っているという状況がみられる。

データ活用に際し、現在は未だ「何を明らかにしたいか」で足踏みをしている市区町村が多くみられるが、目的・目標が明らかになってくれば、次はどのような材料を使ってそれを明らかにするかである。現在はさまざまな指標も示されているため、今後は各市区町村が知りたいことをどのように確認するかを考える支援も必要である。

市区町村支援を行うのに際し、都道府県自身も自らの状態を概観しておくことが必要である。また、KDBデータ以外にも医療機関の届け出状況等の実態は、在宅医療及び在宅医療・介護の連携の推進状況をあらわすものとして活用することができる。

関東信越厚生局では、市区町村の在宅医療・介護連携推進事業及び都県の市区町村支援のための資料として、管内の全ての保険医療機関等の届け出状況を保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーションごとにホームページに掲載し、毎月更新している。また、在宅療養支援診療所等の届出状況等も取りまとめて都県を経由して市区町村に提供している。これは、市区町村に取り組む都県への後方支援でもあり、こうした支援も今後重要となる。

図表- 32 関東信越厚生局管内の在宅療養支援診療所等の患者の看取り場所の内訳



資料)関東信越厚生局が2019年度在宅療養支援診療所等定例報告から作成(都県の圏域別も有)

2.大学による取組

(1) 事業マネジメントの思考

在宅医療・介護連携推進事業に係る市区町村、都道府県の担当者からは、「どのように進めたらよいかわからない」という言葉を聞くことが多い。それには、在宅医療・介護連携推進事業をはじめとする地域包括ケアシステムにおける「自治体の仕事の仕方」が、従来からの「自治体の仕事の仕方」と大きく異なることにあると考える。

① 事業をマネジメントする力

地域包括ケアシステムが目標とする姿は、市区町村、事業者、本人・家族を含む住民の参画という公民が一体となって取り組むことで実現するものであり、これは在宅医療・介護連携推進事業も同様である。在宅医療・介護連携推進事業も、推進の旗振り役である市区町村、事業を担う事業者、それぞれが担う役割があり、さらに、その事業を担う事業者において医療と介護の事業者/専門職が連携しているという複雑な構造である。こうした事業は、異なる主体が1つの目標を共有しながら各々の役割を果たすことで成立するという構造を持つものであり、市区町村職員には今まであまり経験をしてこなかった「事業のマネジメント」というスキルを求められる。これは、いわば「立てた目標を他の主体と共有し、その力を生かしながら実現させる」技術でもあり、それが事業の推進力にもつながる。

② 目標設定型の思考

地域包括ケアシステムが目指す姿は、「このまちで人々がどう生きられるようにしたいか」を問うものであり、まちのめざす姿という本質的な問に対する一つの答えでもある。人が老いていく過程で生じる様々な課題に対応するには、当然ながら一つの事業だけで支えることは困難であり、複数の事業で連続的に支えていくことが必要である。ゆえに、段階や状況に即した多様な事業やアプローチが求められるのであり、在宅医療・介護連携推進事業もその一つである。

事業のマネジメントを行う場合、そこで自分が何を目指しているのか、その目的を達成するための設計図はどのようになっているのか等の全体像を理解していることは必須となる。在宅医療・介護連携推進事業は、他事業と同様に地域包括ケアシステムが目指す姿を実現するための事業の一つにほかならないが、単なる連携を目的とするものではない。地域包括ケアシステムで目指す姿の実現のために、在宅医療・介護連携推進事業で医療と介護の連携を推進させることで何を達成しようとしているのかを理解し、意識していることが大事である。

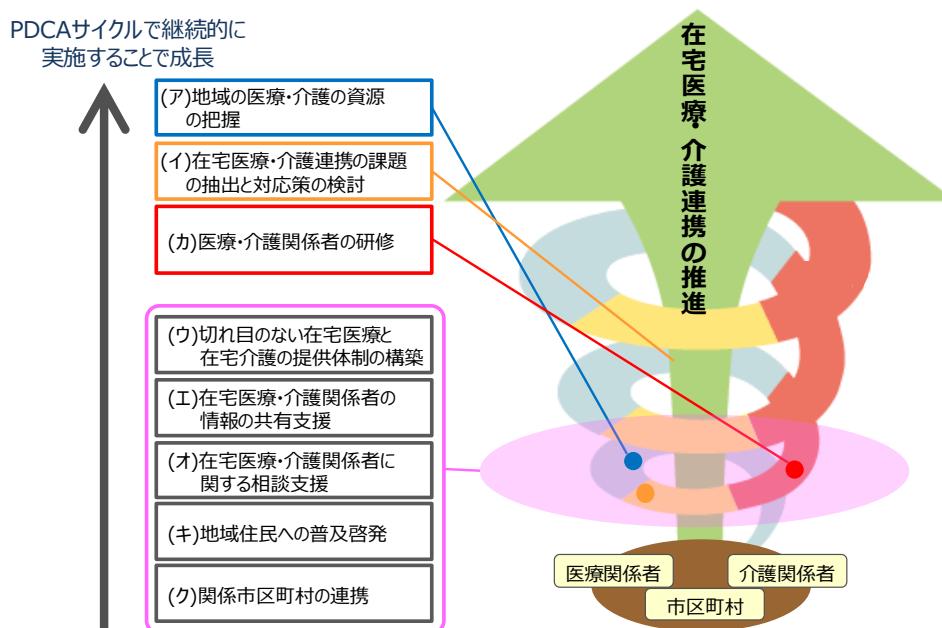
自治体職員の仕事の中で、目指す姿や目的等の本質的な議論が行われる、または継続的に行われていることは少なく、行われていても企画部門等の部署等に限定されているのが実際である。よって、在宅医療・介護連携推進事業の担当者にも、事業のマ

ネジメントの方法が目標達成型の思考ではなく、事業ありきの単純な進捗管理の思考に陥りがちな傾向がある。

在宅医療・介護連携推進事業は(ア)～(ク)の8つの項目で示されたが、これは在宅医療・介護連携推進事業で目指そうとする目的を達成する際に用いられる技術的な項目でもあり、当然ながらその項目自体が在宅医療・介護連携推進事業で達成しようとする目標を示すものではない。また、それぞれの項目の位置づけ等も異なる。

以下は以前の弊社の調査研究において、在宅医療・介護連携推進事業の推進のため、本事業の構造について理解を促すために作成したイメージ図であるが、このように伸びていこうとする立体的な事業の構造を理解するためには「複数の取組（実施事業）によって1つの目的を完遂させる」、「複数の主体が連携して1つの課題に取り組む」、「推進には段階的な工程・プロセスがある」こと等を理解していること、すなわち前述の「事業をマネジメントする力」、「目標設定型の思考」を有しているか否かが影響する。しかし、市区町村・都道府県のいずれの自治体の現場においても、それらを経験する機会は多くはないのが実態である。

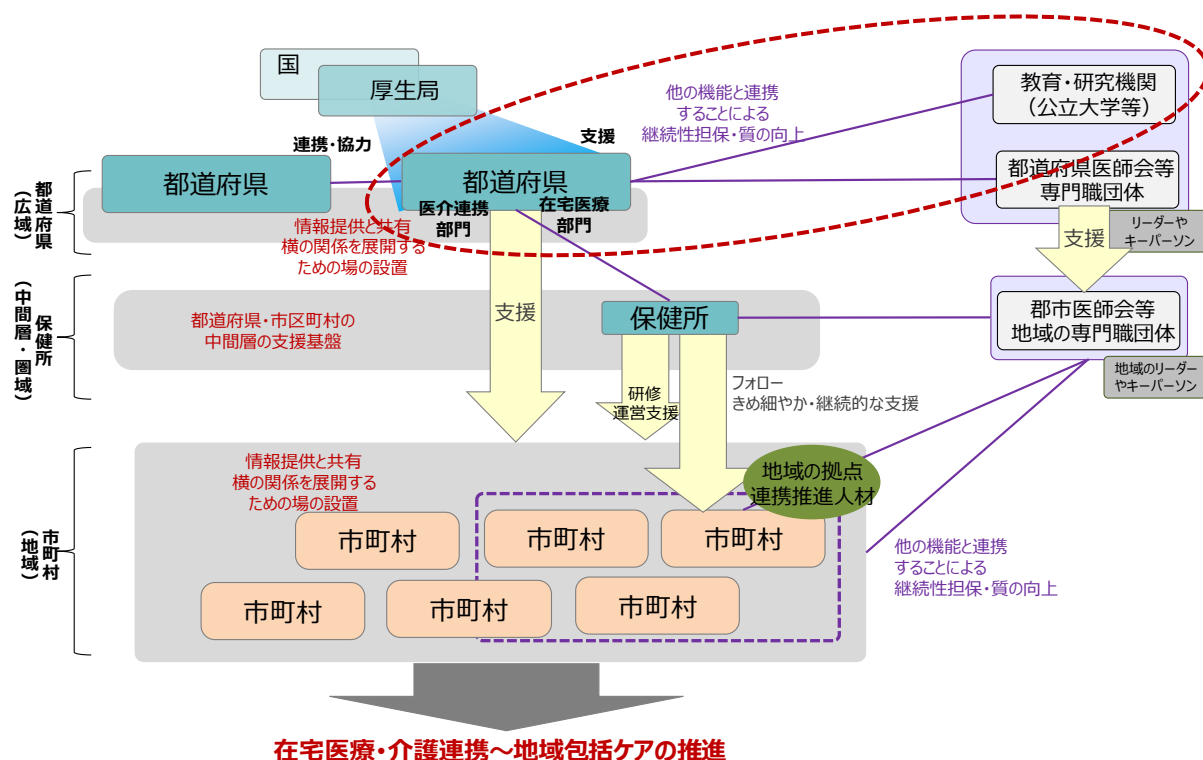
図表- 33 在宅医療・介護連携推進事業の成長



(2) 教育・研究機関との連携

在宅医療・介護連携推進事業には、事業マネジメント思考で取り組むこと、PDCAを用いながら継続的に成長させていくこと、医療と介護を促すだけではなく、それらと自治体が連携すること等、自治体職員には経験が少ない方法を用いて進めていくことが求められる。また、市区町村に対してのデータ提供等についても、都道府県において常にそれが適切に提供できるような人材がいるかは不明である。その場合、医療・福祉の人材を輩出する公立大学等の力を借り、市区町村支援に入る方法も有効である。

図表- 34 都道府県と教育・研究機関の連携



こうした取組の一つが、埼玉県立大学研究開発センターによる自治体支援である。同センターは基本理念として「保健医療福祉に関する教育・研究の中核となって地域社会に貢献する」とし、県内の志木市等と地域包括ケアシステムの構築に関する協定を締結している。実施事項としては、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の運営、介護保険事業計画の策定と実施に関すること等であり、医療・介護連携ワークショップに教員がアドバイザーで参画する、市役所内の地域包括ケアシステム構築のプロジェクトチームに教員がコーディネーターで参画する等の取組を行っている。

事業マネジメントの思考は医療・介護の専門職にとっても重要であることから、市と実施している医療介護ワークショップでは市内の医療・介護の専門職に対して研修を行う等している。こうした研修の事務局を市も担うことで、市職員の学びにも通じ、市自身でも同様の研修を行うことが可能になる。

図表- 35 埼玉県立大学研究開発センターによるワークショップ概要



資料)埼玉県立大学大学院研究開発センター 川越雅弘教授

こうした取組は市区町村に対して直接行われるものだけではなく、都道府県と一緒に取り組むという方法においても同様に有効である。在宅医療・介護連携、そして地域包括ケアシステムも、自治体、そして地域の人材の輩出機関でもある教育・研究機関にとっても同様に重要テーマであることから、共に取り組んで行く関係をつくっていくことが望まれる。

第5章 考察と今後の展望

【拠点と人材は今後さらに重要になる】

本調査研究では、関東信越厚生局管内で行われている活動と併走しながら調査研究を行ってきた。冒頭で述べたように、現在の在宅医療・介護連携推進事業は本格的に動き出してきており、それは地域の中で展開されていかねばならない。今回述べた「拠点と人材」は、今後在宅医療・介護連携の推進を進めていく地域の推進拠点として、今、まさに強化すべきところであると考ええる。

拠点の実施内容には在宅医療及び在宅医療・介護の連携推進に係る多くのことが関わるが、大事なそれはそれを全て拠点が自ら行うことを期待されるのではなく、市区町村や関係者と進めていく際のハブ、それらを地域で進めていく際のフロントの機能が期待されていると考えられる。ゆえに拠点の人材はコーディネーターたる必要がある。

拠点は地域の多職種連携、在宅医療の推進を担う場であり、自治体および医療をはじめとする専門職にとって共通の重要な場である。在宅医療の充実在宅医療・介護の連携があることを必要とするが、具体的な活動として行われる入退院時の移行、各種相談のための情報の収集や蓄積、そして地域に向けた窓口等のためには地域に拠点が置かれていることが必要である。令和2年2月2日に開催された埼玉県在宅医療連携拠点協議会の講演では、登壇した埼玉県医師会の地域包括ケアシステム推進委員会委員長から在宅医療・介護連携推進事業の事業項目を受託している埼玉県内の拠点について「それぞれの地域でその地域の特性を活かし、医師会と行政・地域住民との接点をより強固にし、地域づくりの最前線で活躍している」という発言があった。この言葉が示すように、地域の中で在宅医療と介護の連携を推進していく拠点と人材があることは重要であり、その強化は地域包括ケアシステムの推進にも大きく関わるものと考えられる。

全国に設置された相談窓口でも同様の役割を果たしうるものは多いと考えられ、以上のような取組がなされれば、各地でさらに在宅医療・介護の連携推進が図られ、地域包括ケアシステムの推進も図られるものと考ええる。だが、それらは市区町村内に1か所程度しか設置されていないために他の情報が入りにくく、事業に携わる市区町村や、委託の場合は委託先の郡市医師会をはじめとする団体等の拠点に従事するコーディネーター等にとって共通の課題である。今後、拠点は市区町村で在宅医療・介護の連携を推進させる上で重要な場であると考えられ、その確保や従事する人材の資質向上や活動環境の整備等による強化は市区町村を支援する広域行政である都道府県にとっても、広域の団体である都道府県医師会等にとっても共通の課題である。ゆえに、広域行政である都道府県は広域の団体である都道府県医師会等と連携して、市区町村に対して拠点と人材の有用性の周知、その確保と強化のための方策、市区町村を越えた情報共有等の場づくりを働きかけていくことが大事であり、さらに県を越えてそれらの情報を共有する機会をつくっていくことが必要である。

【目的・目標と工程を明確にして推進する】

埼玉県と医師会が実施した連携拠点の市町村への移行は、目的と期限を設定して戦略的に進めた事例である。目的・目標と工程を明確にして進めていく方法は、事業マネジメントによってなされるものである。

埼玉県の事例では、その実施工程において、県と医師会、市町村、さらにはコーディネーターと、段階に応じてさまざまな主体が目的に対して合意していった。これは、きちんと目的と道筋を考え、その中で市町村が自律的に本事業に携わることを踏まえて設計したことで、全拠点の市町村への移行という結果に結び付いたものとする。

以上は市区町村に対して併走型支援を行う場合も同様である。市区町村の目標・そこに至るまでの工程をみながら実施することが大事であり、支援にあたっては工程の設計やその管理を意識して進めていかねばならない。

【都道府県は市区町村支援のための体制と人を整える】

在宅医療・介護の連携推進に伴い、都道府県による市区町村支援には、併走型支援、個別支援の割合が増えると考えられる。市区町村が目標設定・遂行型に思考を切り替えていくためには、栃木県県南在宅医療推進センターのヒアリングで聞かれたように市区町村の「こうしたい」という考えを導きだすための支援が重要となってくる。

以上を進めるためには、都道府県において市区町村への併走型支援が可能となるような体制を整えることと、そのような支援を行える職員を確保するということである。

体制については、圏域の状況、郡市医師会をはじめとする関係者の状況をよく知るといっても、保健所の参画はもはや不可欠である。地域医療構想における在宅医療の推進も、在宅医療・介護の連携がなければ進まない。だが、このことはともすれば業務増にもつながるものであることから、都道府県は市区町村支援の目標設定、そのための工程の検討とあわせて本庁と保健所の役割分担についても考えていくべき時期に入っている。

以上を行いうる職員の確保という点では、市区町村支援を行いうる職員として「何をすべきか」という定義の設定をする必要がある。

現在の市区町村支援のポイントとなっているところは、事業を進めていく市区町村職員が事業マネジメントに則った考え方ができているかである。これができていない限り、データ活用の意味も変わってくることから、その思考の獲得を促すことが必要である。そのため、基本的な考え方等は、都道府県が実施する市区町村向けの集合研修等を行うことも望まれるが、そもそも都道府県職員自体がその思考を持っているかという問題もある。ゆえに、都道府県職員においても、そうした能力の獲得を進めていく必要がある。

評価を行う上で重要となるデータ活用ではあるが、都道府県の担当者全てがデータ活用のスキルを持つわけではない。無論、そうしたスキルを獲得していくことも必要

であるが、県の中でも役割分担をする、大学や地方厚生局とも連携して考える等、方法は色々とある。連携・協力によって可能になることも多いため、自県の状況をみて組み立てていくことが望ましい。

【都道府県を支援する地方厚生局への期待】

本調査研究の新潟県と埼玉県の例にもみられるように、都道府県も他県の状況を知らない中で試行錯誤しながら取り組んでいる。そうした県同士を引き合わせた場合、うまくいけばお互いに新たな視点や異なる方法等のヒントを得られる等、好影響が生じることになる。しかし、そうした効果を双方が得られる機会とするためには、参加するもの同士の状況や背景等をよく理解し、その上で場の進行を行うことが望まれる。

以上はいわば複数の対象を決めて行われるコーディネート機能である。都道府県を支援する地方厚生局にとっては、今後は全体的な支援、もしくは単体の県等の支援だけでなく、テーマや切り口を設定して新たな展開を戦略的に図るような支援を行うことも期待される。たとえ対象を決めて実施したものであっても、そこで得られた知見は管内に展開することで全体の知恵となるのであり、そのことがこれから都道府県のニーズにもあわせた支援方法であると考えられる。

本調査研究では、新潟県及び新潟県医師会と県内郡市医師会、新潟県在宅医療推進センターのコーディネーターの方々、埼玉県及び埼玉県医師会と県内郡市医師会、埼玉県在宅医療連携拠点のコーディネーターの方々、栃木県県南在宅医療推進センターの方々に、資料をはじめとする情報提供、ヒアリングや意見交換等で視点を提示頂く等、多くのご協力をいただきました。また、埼玉県立大学研究開発センターにも資料提供のご協力と研究指導をいただきました。

関東信越厚生局地域包括ケア推進課からは、調査環境確保のためのご支援、情報提供のご協力をいただきました。

いずれの方々のご協力がなければ、本調査研究を進めることはできませんでした。

末筆ではございますが、感謝申し上げます。

令和元年度

在宅医療・介護連携推進事業における
都道府県による市区町村支援に関する調査研究事業

（令和元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 2(2020)年 3 月

発行者 株式会社富士通総研

〒105-0022 東京都港区海岸 1-16-1 ニューピア竹芝サウスタワー

tel. 03(5401)8396 fax. 03(5401)8439

<http://jp.fujitsu.com/group/fri/>

禁 無断転載