

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 ーコーディネーターのスキル向上及び支援の観点からー

（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

地域のめざす理想像

●切れ目のない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

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(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

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

②対応策の実施

(オ) 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設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成



<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

●地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（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。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

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

【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

事業のあるべき展開方法とは

ー市町村、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ー

- 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。これら分析を通じて、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

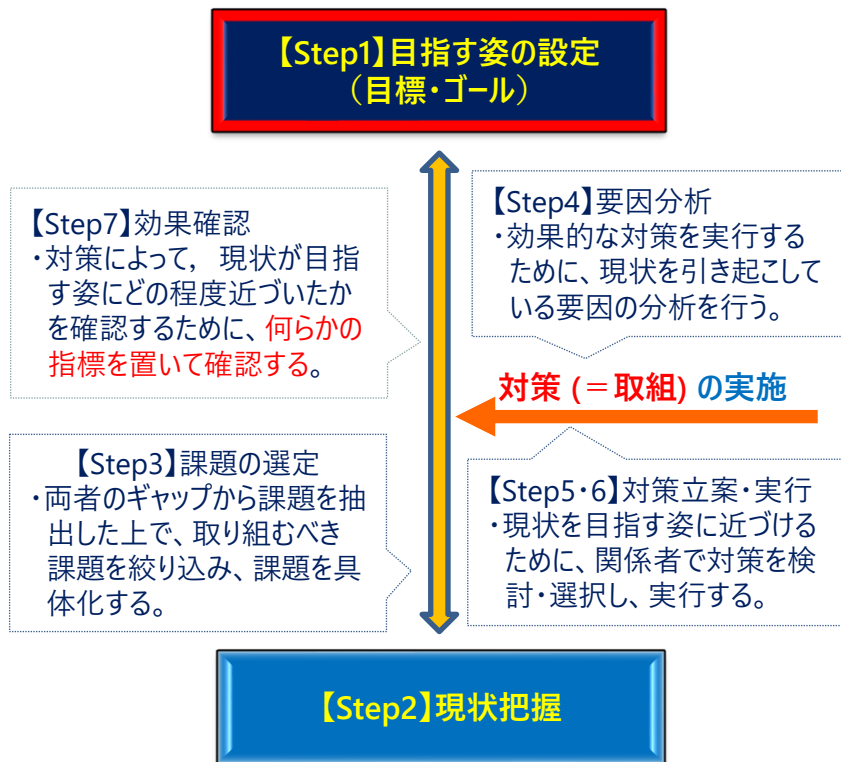
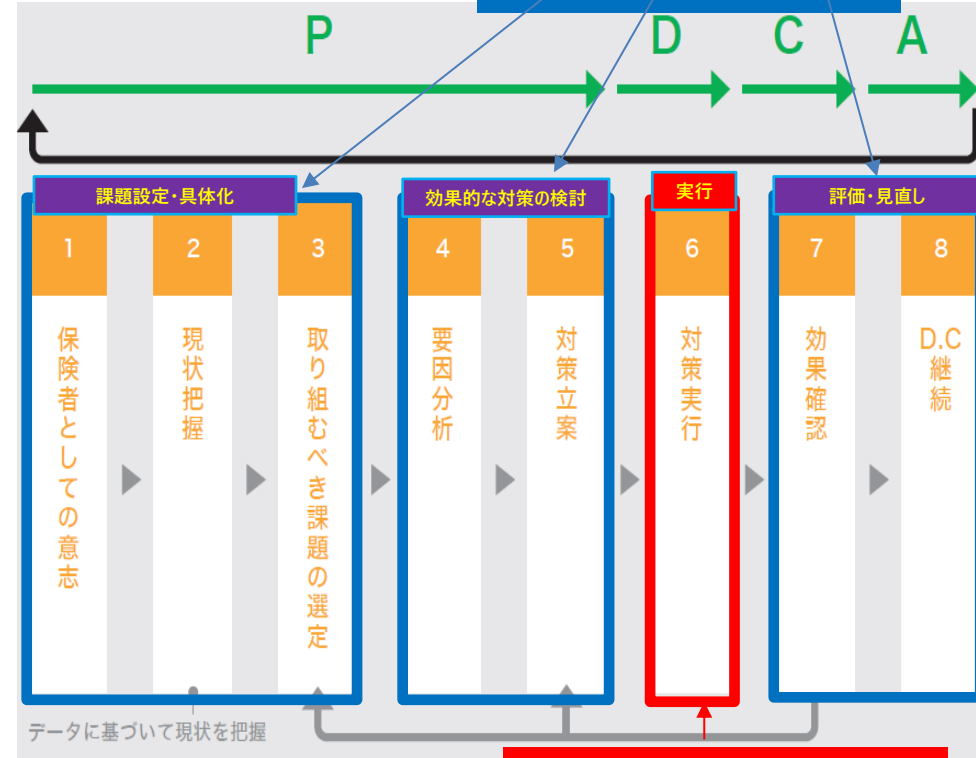


図. あるべき展開方法



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じて、各関係者が考える「目指したいこと」を出し合いしながら、「地域で目指すこと」の目線を揃えていく。
→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。

【Step7】評価

- 対策によって何がどう変われることを期待しているか、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、何でどのように測るか、どれ位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にいく。

【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。

【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。
- アンケート等により、連携の実態を定量的に把握し、協議会等で共有する。
- ヒアリング等を通じて、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。

【Step4】要因分析

- 関係者へのヒアリングを通じて、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

- 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。

【Step5・6】対策立案・実行

3. 具体例の紹介

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)

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」とのことで、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。



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（→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】※相談に応えないといけないという意識

- ・ 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。

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

・不安になると在宅医でなく救急車に連絡

主たる原因

結果

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？

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・ケアマネ等が説明できるスキルがあがる	・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するようになる	・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

協働会での活用例
(東京都稲城市、埼玉県熊谷市)

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

次 第

1 開会のあいさつ

2 議事

(1) 事業報告

- ① 第2回専門職向け研修
- ② 令和4年度市民向けシンポジウム
- ③ 医師会主催の市民健康教育講座
- ④ いなぎ在宅医療・介護相談室に寄せられた相談(8月~12月)から見える課題等
- ⑤ エンディングに向けた準備に関する住民意識調査
- ⑥ 令和5年度の高齢者連携研修会(予定)

(2) 第9期介護保険事業計画の作成に向けた議論について

- ① 令和5年度のスケジュール(案)
- ② 現時点での「4つの場面」ごとの目標や課題
- ③ 当協議会に設置されている部会の在り方
- ④ 「稲城市民のための訪問診療医ガイド」や稲城在宅医療介護連携マップの更新や活用

配布資料

- 資料1 令和4年度 第2回医療・介護職向け研修会 開催報告
- 資料2 令和4年度 市民向けシンポジウム「医師に自宅に来てもらうという選択肢」 開催報告
- 資料3 市民健康教育講座「心不全に負けず健康長寿を目指す」チラシ
- 資料4 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
- 資料5 エンディングに向けた準備に関する住民意識調査について
- 資料6-1 令和4年度 在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携研修会(案)
- 資料6-2 令和4年度多職種研修アンケート(回答はwebアンケートで)(案)
- 資料6-3 グループワーク用シート「連携の目的を考える」
- 資料7 第9期介護保険事業計画の作成に向けた議論について

解決したい具体的テーマを決めて、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。

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)と根本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

・不安になると在宅医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、根本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？

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・ケアマネ等が説明できるスキルある	・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する	・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-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ご提供

4. コーディネーターへの支援について

研修実施主体とその特徴

1. 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)。

2. 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など）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）。

3. 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）。

コーディネーターを支援するための各々の役割とは

1. 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）。

2. 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。

3. 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いにくい部分を支援する（※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。

4. 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。