

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

**令和7（2025）年3月**

## 【目次】

序文

第 1 章 在宅医療・介護連携推進事業について

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

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

結び

関係法規及び参考資料

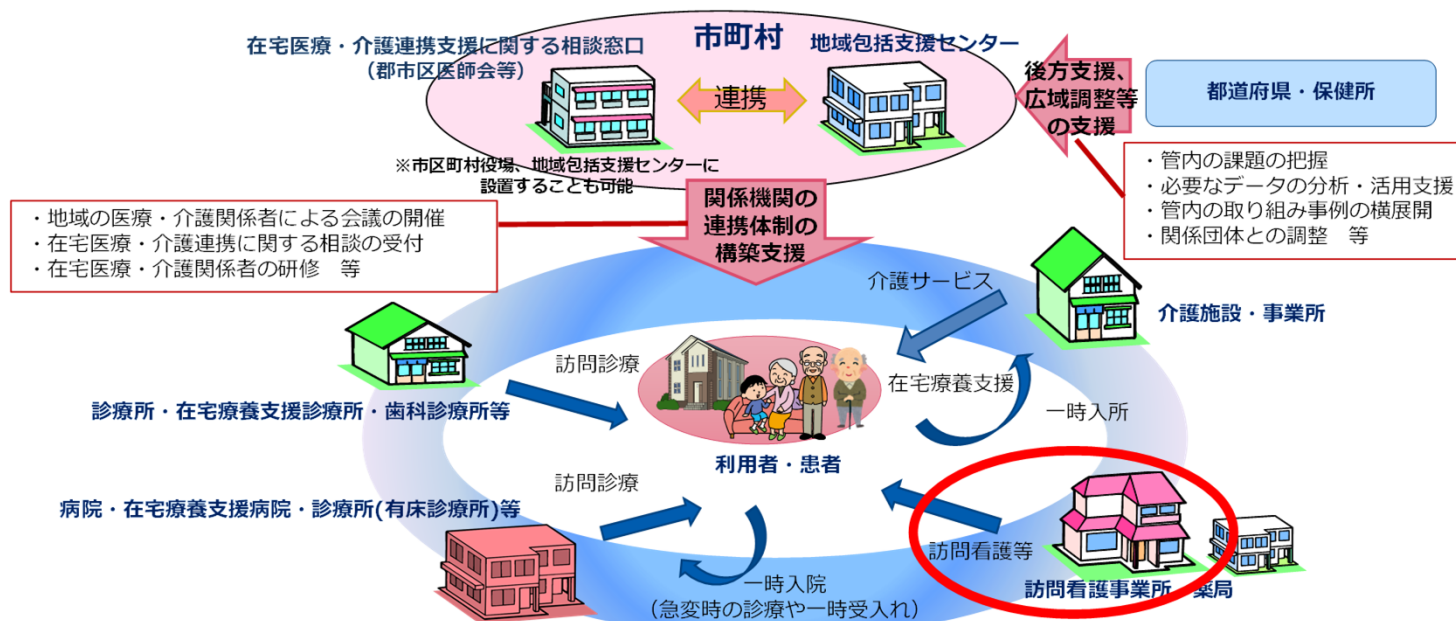
# 序文

- 2040 年にかけて人口・世帯構成が変化することに伴い、医療と介護双方のニーズを有する高齢者が大幅に増加することが想定されている。その結果、介護保険サービスを利用する高齢者の入院、退院後に介護保険サービスを利用する高齢者、医療と介護双方のサービスを利用する地域・施設の高齢者が、今後更に増えると予想される。
- したがって、相互の顔の見える関係を土台とした上で、医療と介護の関係者間、関係機関間の情報提供や情報共有を効率的に行うことが、益々重要となる。特に、在宅患者数の増加が見込まれる中、在宅医療の推進、ならびに、在宅医療・介護の連携を推進していくことの重要性が高まっている。**医療・介護の関係団体が連携し、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には、都道府県や保健所の支援の下、市町村が中心となって、地域の郡市区医師会等と緊密に連携することが重要**である。
- **高齢者の地域生活を支えるには、医療や介護の知識をもった専門職の活用も重要**である。医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーションの提供にあたる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種とが連携するには、専門職の知識を活用しつつ、専門外の職種との協働が求められる。
- 共通言語の醸成、情報共有を通じて、**専門職同士や専門職と非専門職が歩み寄り、互いに協力しつつ、在宅医療・介護連携を推進していくことも重要**である。
- 訪問看護は、「疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助」と位置付けられている。サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができ、医療、そして介護のサービスでも活用されている※。
- 医療的なケアを必要とする方が、在宅で療養する際に、訪問看護は重要な役割を果たしており、**訪問看護師及び訪問看護ステーションには、在宅医療・介護連携の推進において一定の活躍が期待される。各専門職への連携の推進を目的とした、在宅療養時の医療面からみた情報の収集、医療及び介護の両知識の活用による共通言語の醸成、各職種の情報共有等に自身の専門性を適切に活用し、在宅医療・介護連携の推進に寄与されることが望まれる。**
- 本書は、市町村・都道府県や、訪問看護ステーション、訪問看護師、在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーター等が在宅医療・介護連携の推進の取り組みを検討・実施する上で参考となる事項について、事例を踏まえて記載した。

※算定できる対象者が異なることに留意が必要。

## 訪問看護と在宅医療・介護連携

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができ、利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



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

## 訪問看護が在宅医療・介護連携推進事業を委託する利点

- 多くの事業所では、利用者の状態に合わせ、医療保険及び介護保険の訪問看護を提供していることから、医療と介護の制度を把握している。連携においては、通訳者のようにそれぞれの関係機関をつなぎ、医療と介護の連携のかなめの役割を果たすことが期待されている。

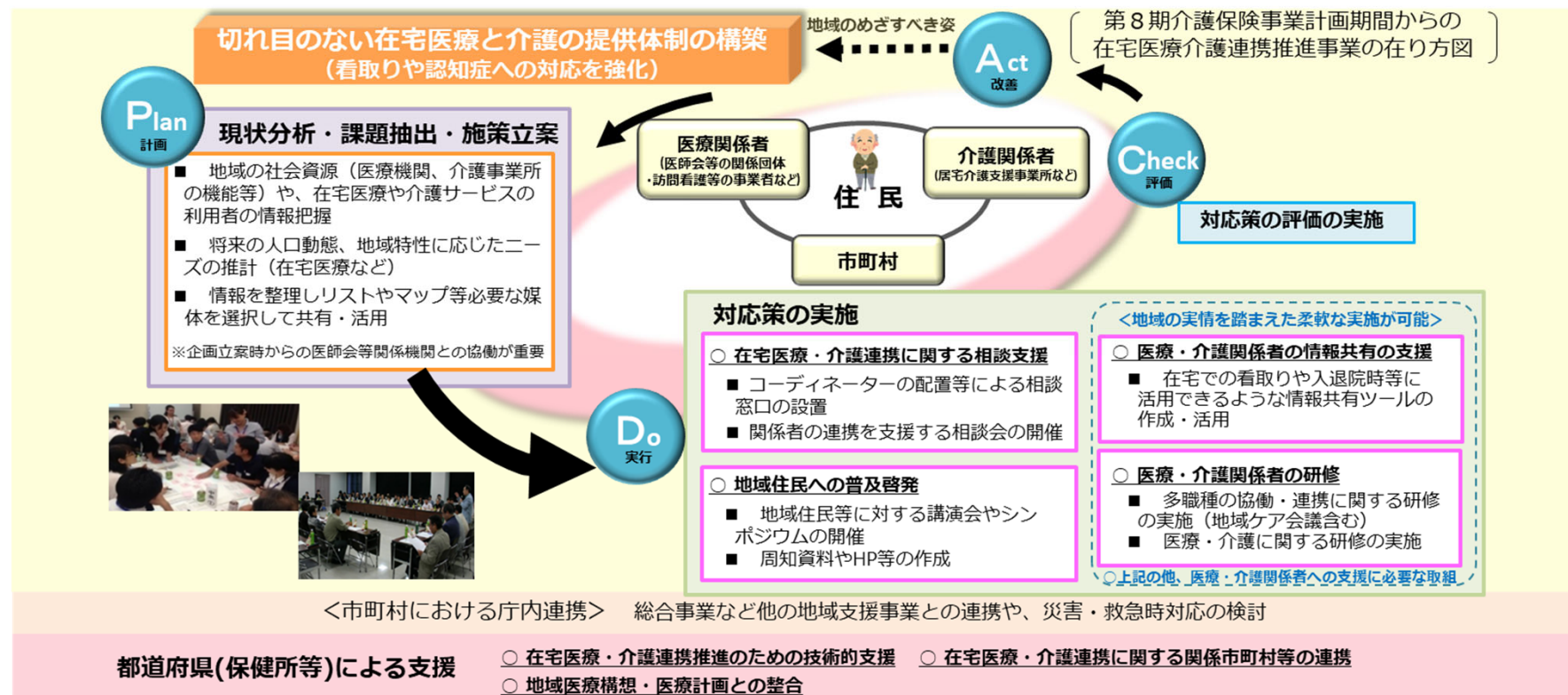
- 訪問看護師は、日々、医療と介護の現場で、利用者や家族の個別の課題に接する中で、医療職とも介護職ともコミュニケーションを行いつつ多様な課題解決を行っており、**在宅医療・介護連携の核となる人材として活躍できる素養を十分に有する職種**である。
- 訪問看護師にとっても、在宅医療・介護連携の各種事業に関わる経験は、地域をさらに深く知ることにもなり、会議や研修等、通常の訪問看護の業務の場面とは異なる場面で行政や多機関との調整・連携の機会があることは、**地域を俯瞰する視点を持てることにもなり、有益**である。
- **市町村から委託業務を受けることで訪問看護ステーションの経営的な安定にもつながる。**

# 第1章

## 在宅医療・介護連携推進事業について

# 1. 在宅医療・介護連携推進事業の概要

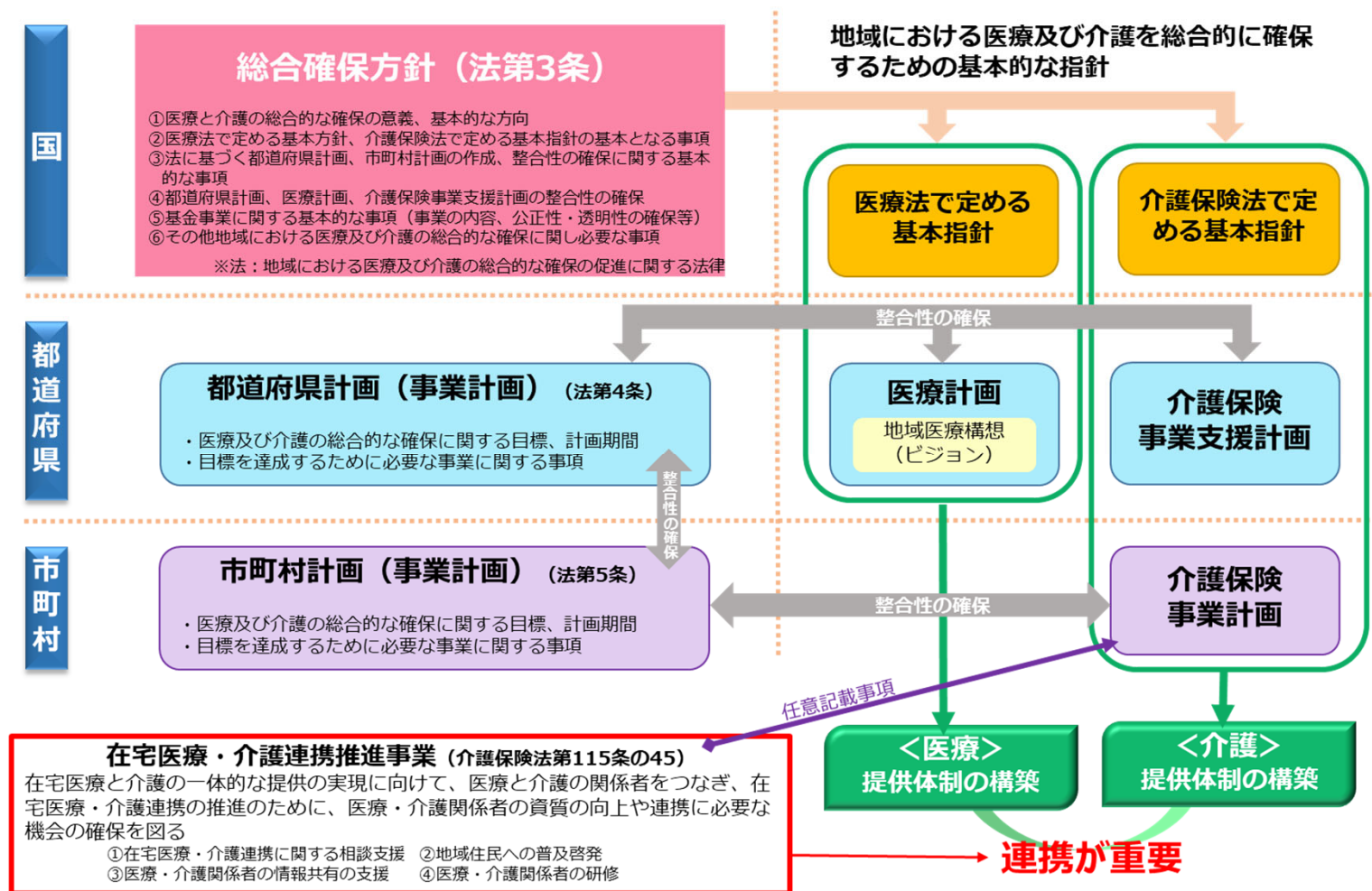
- 在宅医療・介護連携推進事業は、平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割の明確化がなされ、平成30年4月以降、全ての市町村において事業が実施となった。本事業は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築を推進するために、**地域の実情を把握・分析したうえで、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的**としている。
- 具体的には、地域の医療・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



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

## 2.在宅医療・介護連携推進事業と他計画の関係性

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



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

### 3.在宅医療・介護連携推進事業に係る近年の動向

#### 第9期介護保険事業（支援）計画に係る基本指針について

- 令和6年4月1日より、第9期介護保険事業（支援）計画が開始された。**介護保険事業計画**は、保険給付の円滑な実施のため3年間で1期として策定することとしており、国の基本指針「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和6年厚生労働省告示第18号）」に基づき各市町村が策定する。**第9期介護保険事業計画の国の基本指針では、「サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項」として、「在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備」について、下記の記載がある。**

- 市町村は、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療・介護の提供に携わる者その他の関係者の連携を推進するための体制の整備を図ることが重要である。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の医療関係職種と社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等の介護関係職種との連携が重要である。
- 市町村が主体となって、医療・介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しながら、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携等の推進を図ることが重要である。
- 市町村でPDCAサイクルに沿った事業展開を行うことができるよう、地域包括ケア「見える化」システムを周知すること等が重要である。

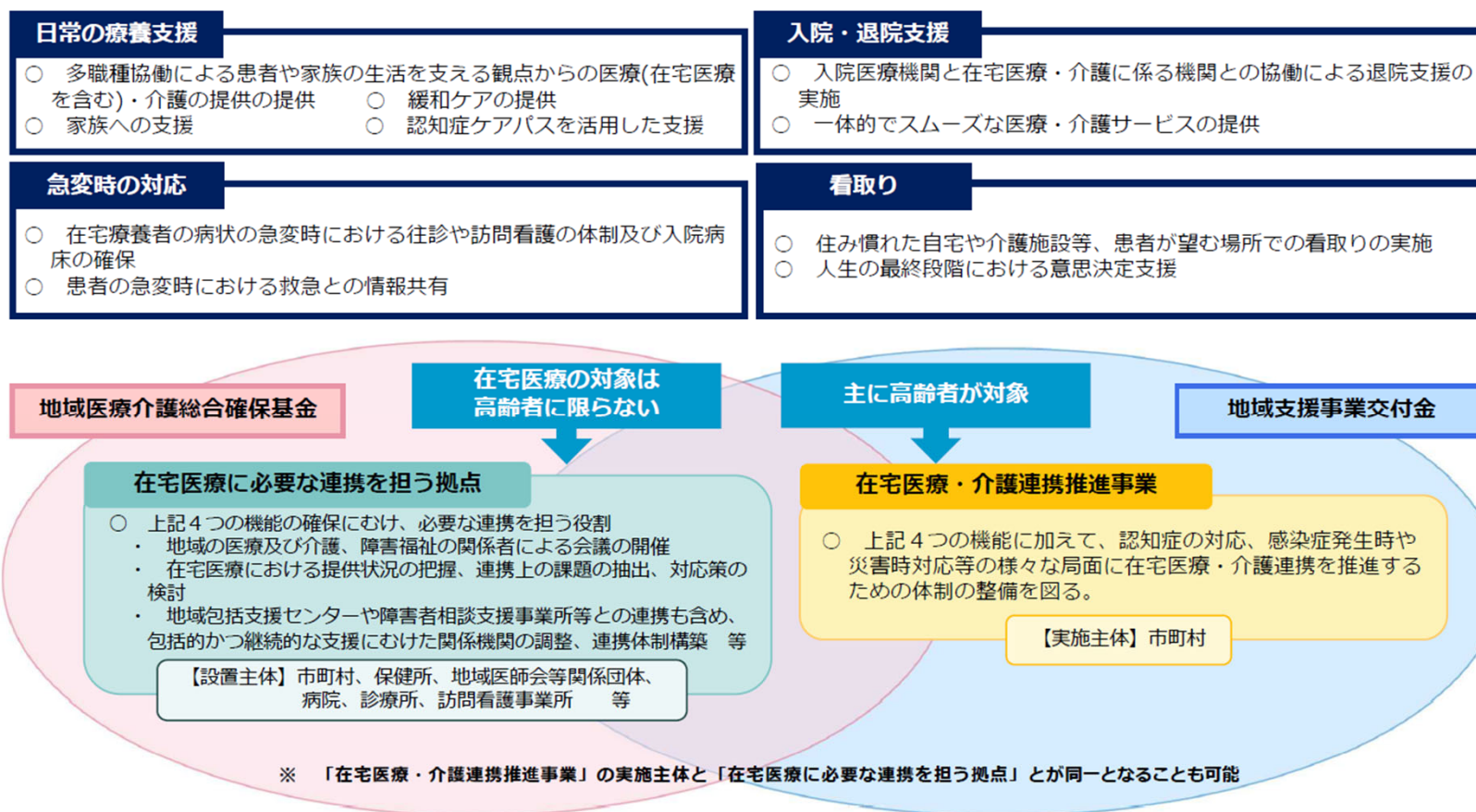
- **介護保険事業支援計画**は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画を3年間で1期として策定することとしており、国の基本指針「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和6年厚生労働省告示第18号）」に基づき各都道府県が策定する。**第9期介護保険事業支援計画の国の基本指針では、「都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項」として、「地域包括ケアシステムの深化・推進のための支援に関する事項」について、下記の記載がある。**

- 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制整備を支援するため、保健医療部局とも連携しながら、医療法におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しつつ、具体的な支援策を定めることが重要である。
- 以降に記載の①から⑪の様な具体的な支援策を定めることが重要である。

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

## 4. 在宅医療に必要な連携を担う拠点と在宅医療・介護連携推進事業との連携

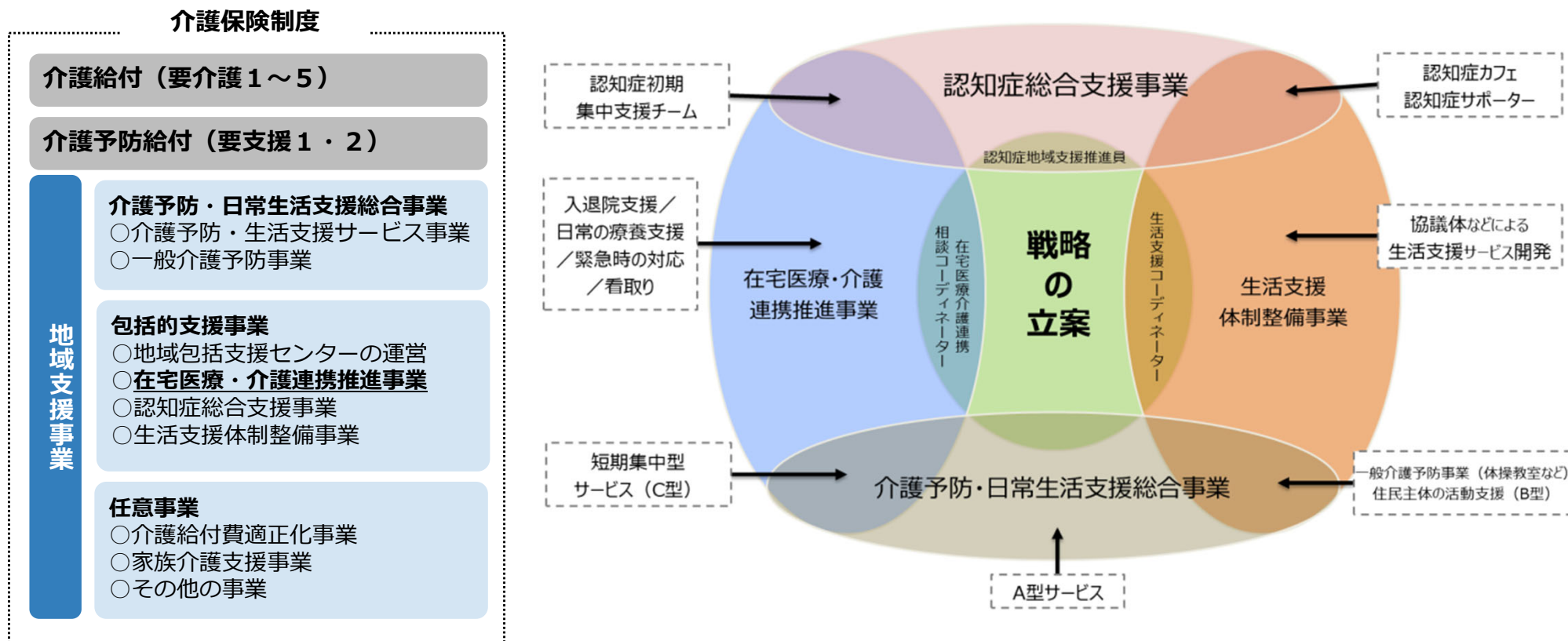
- 第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、**「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けること**となった。
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点では、幅広い年齢の在宅医療を受ける人に対して、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施する。そのため、**在宅医療に必要な連携を担う拠点と、在宅医療・介護連携推進事業で市町村が実施する取組については、連携を図ることが重要**である。なお、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点が同一になることも可能である。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と在宅医療・介護連携推進事業の連携については、「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック」（令和7年3月）も参照されたい。



## 5. 地域支援事業等の他制度との連動

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

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



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

## 6. 在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの役割と実態

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

### コーディネーターに期待される具体的役割の例

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

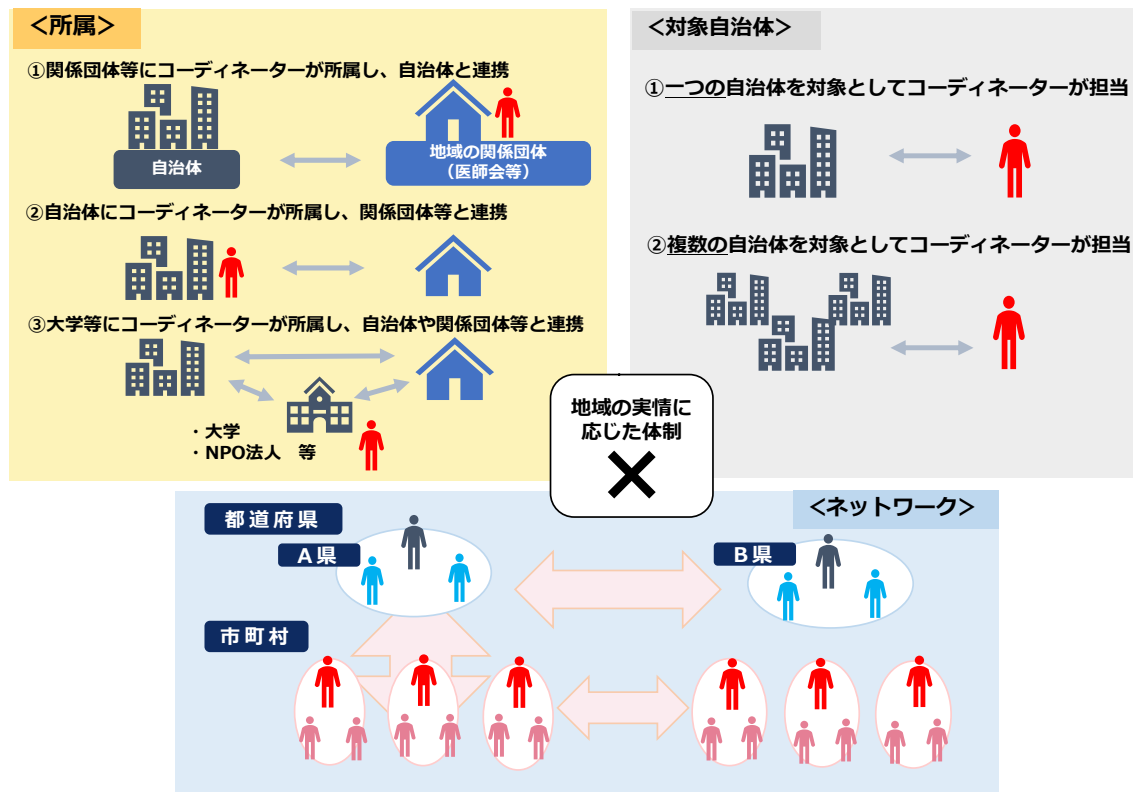
### コーディネーターに求められる要件

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

### コーディネーターの配置方針

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

### 在宅医療・介護連携推進事業コーディネーターの体制（イメージ）



## 7. 在宅医療・介護連携推進事業の実施における留意事項

### (1) 事業委託

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

### (2) 都道府県との連携

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

### (3) 近隣市町村との連携

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

## 8. 在宅医療・介護連携推進事業において訪問看護に期待される役割

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

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

## 第2章

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

# 1. 訪問看護ステーションにおける体制

## (1) 委託先の訪問看護ステーションの選び方

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



## (2) 任命するコーディネーターの資格や相談体制の整備

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



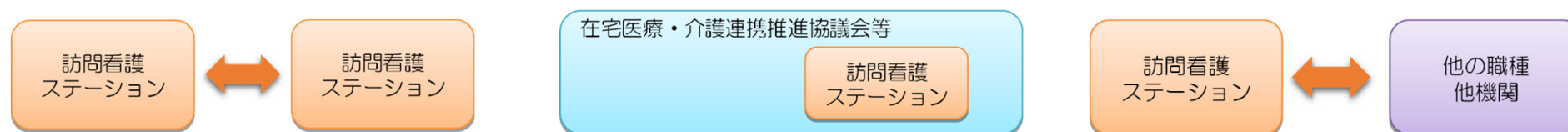
## 2.円滑な連携の推進のために

### (1) 委託範囲・支援対象者の範囲について、自治体ごとの検討が必要

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

### (2) ネットワーク・連携のための会議体等の存在も不可欠

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



### (3) 市町村・都道府県の役割

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

## 第3章

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

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

経緯

配置の特色

実施内容

支援体制・関係者  
とのネットワーク

効果・課題

# I 一般社団法人高知市医師会 訪問看護ステーション土佐 (高知県土佐市)

コーディネーター:看護師(複数)

実施主体:医師会

## 3人のコーディネーター配置

## 交流会・研修会の企画・運営

## 住民向けの出前講座

## 病院との協議の場

### 自治体概要

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

### 経緯

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

### 配置の特色

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

#### 兼務者



対外的な会議の参加  
や専従者へ助言等

助言

#### 専従者



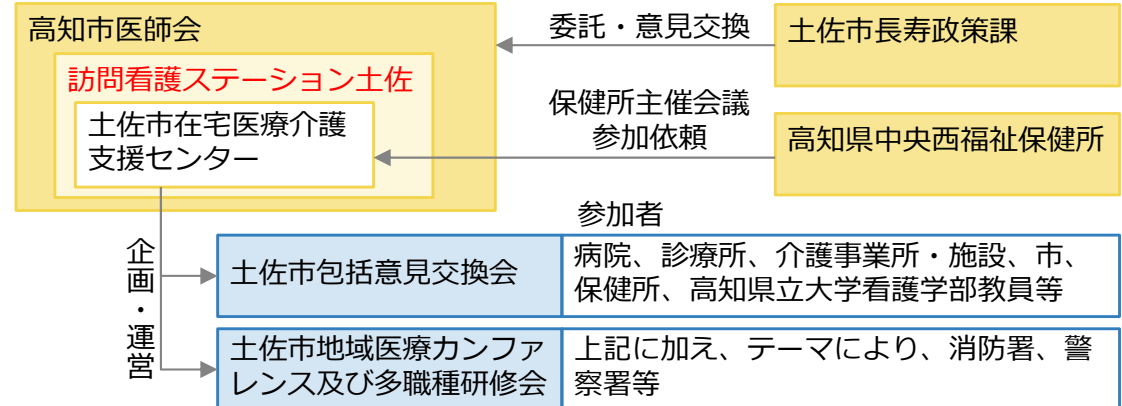
多職種研修会の運営や  
相談業務、資料作成等

### 実施内容

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

### 支援体制・関係者とのネットワーク

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



### 効果・課題

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

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

コーディネーター: 看護師

実施主体: 一般財団法人(市・医師会が出捐)

会議体組成は市が主導

ネットワーク協議会

在宅医療介護推進部会

年100件以上の相談

ロジックモデル作成

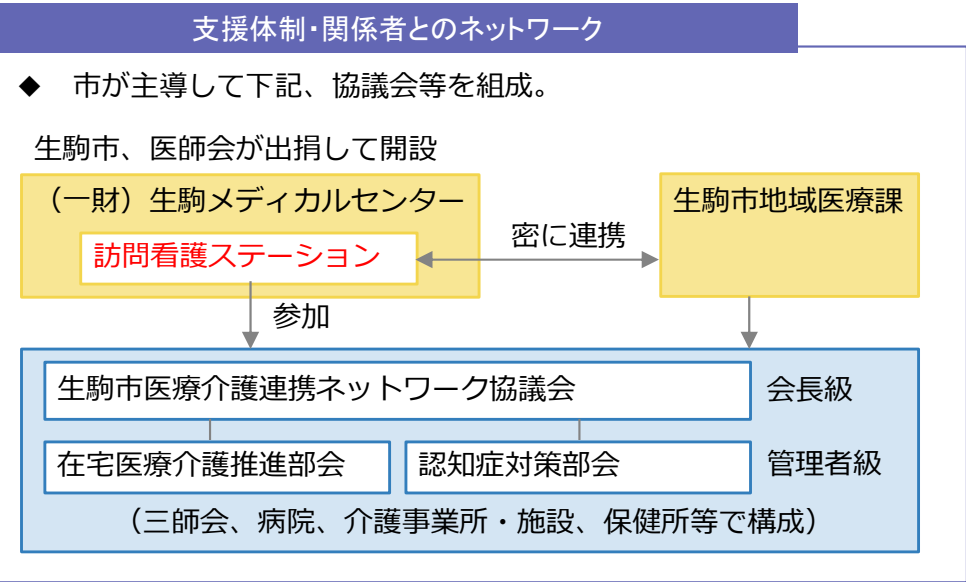
地域BCP

エンディングノート

入退院調整マニュアル

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

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



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

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

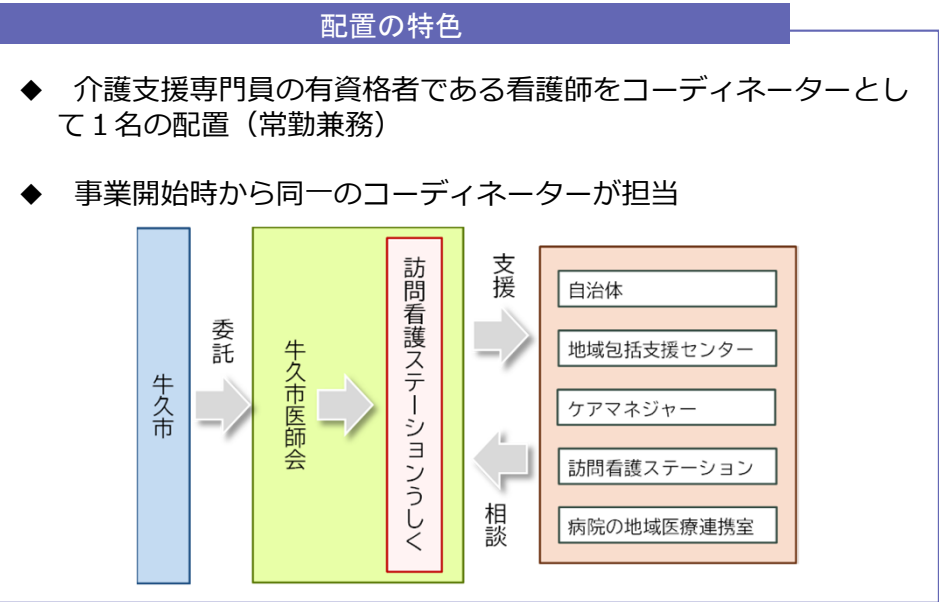
- 効果・課題
- ◆ 地域の医療機関や介護事業所等と市が良い関係性を築けている一因に、部会だけでなく市の担当者が対面でそれぞれに話をしてきたことが挙げられる。市の担当者が現場の状況を知った上で、課題出しできるだけでなく、関係者が目指すべき姿を部会で検討して進めることができています。
  - ◆ 平成30年から入退院調整マニュアルを活用しているが、新型コロナウイルスの流行で勉強会や退院前カンファレンス自体が見送られたことや現場担当者が代わったことが影響し、入退院調整マニュアルの周知度、活用度が下がった。改めて勉強会を開催し、入退院支援マニュアルの周知や活用を促していく必要がある。
  - ◆ 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

地域づくり

介護支援専門員

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

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



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

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

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

2市1町からの委託

主たるコーディネーターは元行政保健師

研修会の企画・運営

小児・精神対応

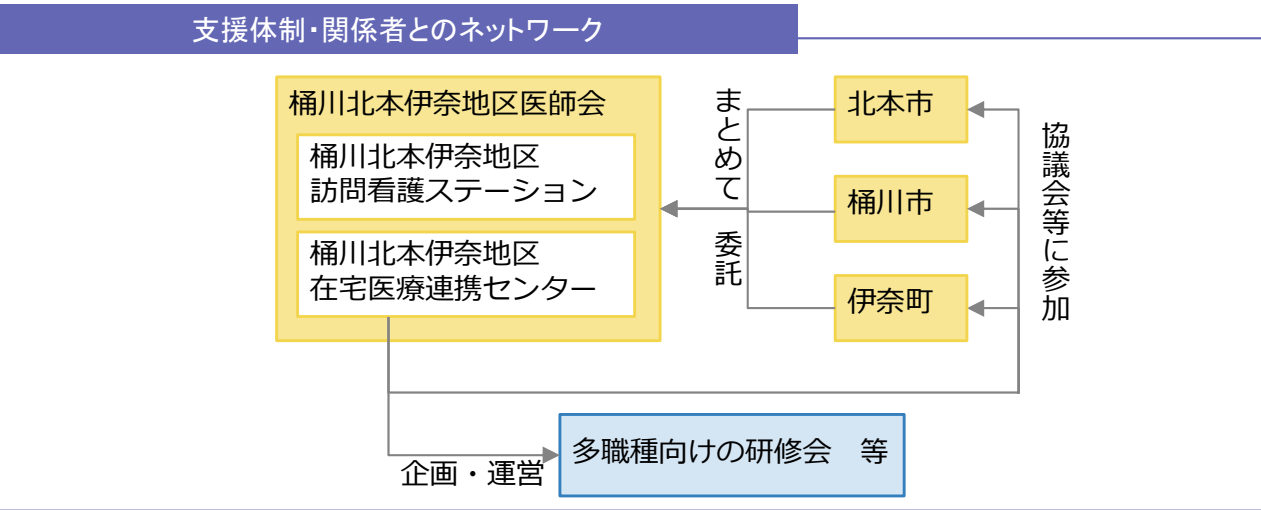
入退院支援ルール作成

県内のコーディネーターと交流

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

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

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



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

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

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

コーディネーター:看護師

実施主体:医師会

## 在宅医療連携相談室

## 認定調査員との連携

## 行政窓口職員に対するプチ研修

### 自治体概要

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

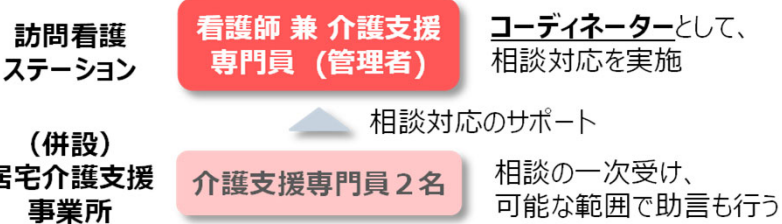
### 経緯

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

### 配置の特色

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

### 事業所内の体制



### 実施内容

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



### 支援体制・関係者とのネットワーク

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

### 効果・課題

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

市独自の補助金

中核市

機能強化型訪問看護療養費を算定しているステーション

全世代型相談窓口

看看連携

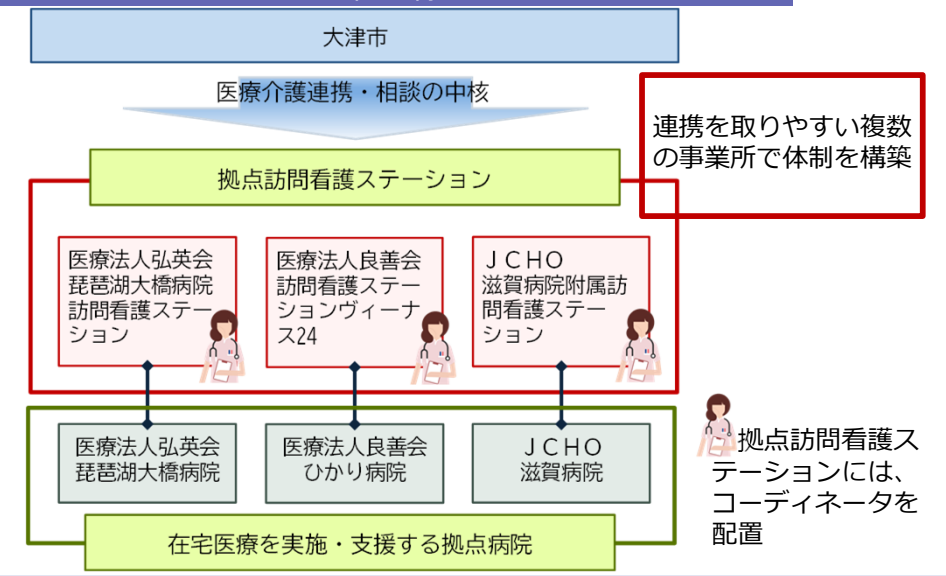
自治体概要

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

経緯

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

配置の特色

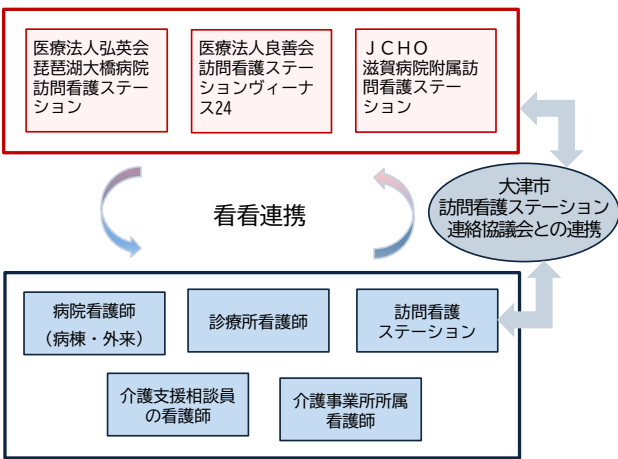


実施内容

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

支援体制・関係者とのネットワーク

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



効果・課題

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

診療所 在宅療養支援診療所（在支診） 専門看護師

特定行為研修修了者 地域包括支援センター勤務経験 複数配置

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

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

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

エマオ訪問看護ステーション

●支援相談員Aさん（コーディネーター） 相談対応  
→看護師（専門看護師・特定行為研修修了者）  
＋保健師

●支援相談員Bさん（コーディネーター） 相談対応  
→看護師＋保健師＋介護支援専門員  
地域包括支援センターの勤務経験 研修の企画

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

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

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

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

コーディネーター: 看護師

実施主体: 県看護協会

既存の独自の連携組織（ふくしあ）を活用

介護支援専門員の資格を有する看護師

地域の会議・研修会での情報収集・発信

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

経緯

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

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

行政

地域包括支援センター

社会福祉協議会

訪問看護ステーション

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

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

配置の特色

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

実施内容

◆【相談支援、地域課題の抽出、住民啓発等】訪問看護ステーションとして、住民や地域の専門職からの相談対応を実施。また、民生委員との情報共有の場や地域住民との話し合いによる地域の課題抽出の場等（ふくしあ別懇談会等）への参加、地域からの要望に応じた在宅医療に関する講話の実施等も行っている。

◆【地域の情報収集・情報発信等】管理者が地域の専門職が立ち上げた様々な会議や研修会に参加し、顔の見える関係づくりや、地域の状況や支援にかかる情報収集、情報発信に務めている。



「ふくしあ」の訪問看護ステーションとしての地域支援の機能

相談対応、地域課題の抽出、住民啓発等

+



在宅医療・介護連携推進事業で追加

コーディネーターとしての地域の自主的な取組を強化する機能

地域の専門職の会議体・研修会に参加しての情報収集・提供

支援体制・関係者とのネットワーク

◆ 自治体とは、自治体が開催する会議体等で連携している。

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

効果・課題

◆ 医師会などの地域の職能団体等が、地域の多職種で連携について検討する場や研修会を開催している。地域の専門職が自律的にかかわりあうことで、連携強化を進めている。コーディネーターがこれらの場に参加することで、多職種の支援の質の向上や地域や生活の視点を関係者に伝える役割を果たしている。

◆ 課題としては、必要な支援に繋がることができずに潜在化しているケースは掘り起こせていない可能性があり、地域課題や在宅医療・介護連携の課題を、俯瞰して見定める必要がある。

# IX 公益社団法人奈良県看護協会 橿原訪問看護ステーション (奈良県橿原市)

コーディネーター: 看護師

実施主体: 看護協会

## 介護支援専門員の資格を有する看護師

## 専門職・住民を対象にした相談窓口

## 多職種研修会の進行

### 自治体概要

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

### 経緯

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

### 配置の特色

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

#### 看護協会立の訪問看護ステーション 2か所に委託



#### ▶ 橿原訪問看護ステーション のコーディネーターの特徴

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

### 実施内容

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

### 支援体制・関係者とのネットワーク

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

### 効果・課題

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

コーディネーター：看護師以外

実施主体：株式会社

## コーディネーターネットワークの構築

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

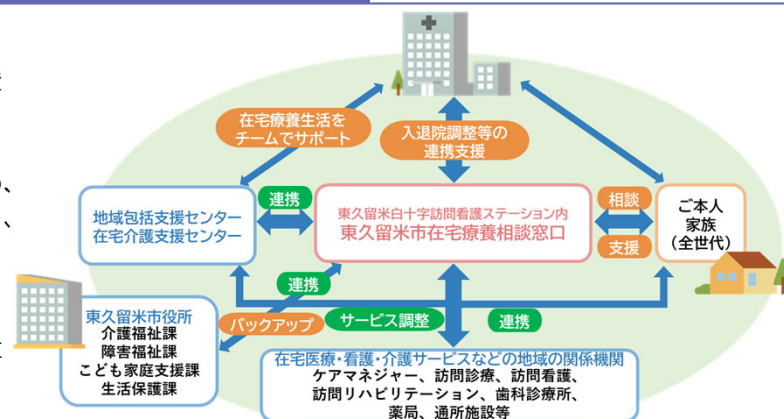
◆ 平成21年から、事業所でふらっとカフェ・相談室を開設し、健康や療養、介護の相談にのっていた強みを生かして、専門職だけでなく、地域住民にも開かれた窓口として、平成26年から在宅医療介護連携推進事業を受託。訪問看護事業所の中に「在宅療養相談窓口」を設置した。

(出所)ヒアリング調査をもとにMURC作成

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

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

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



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

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

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

コーディネーター: 看護師

実施主体: 有限会社

相談窓口は訪看による交代制

地域包括支援センターをバックアップ

地域住民への普及啓発

コーディネーターネットワークの構築

## 自治体概要

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

## 経緯

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

## 配置の特色

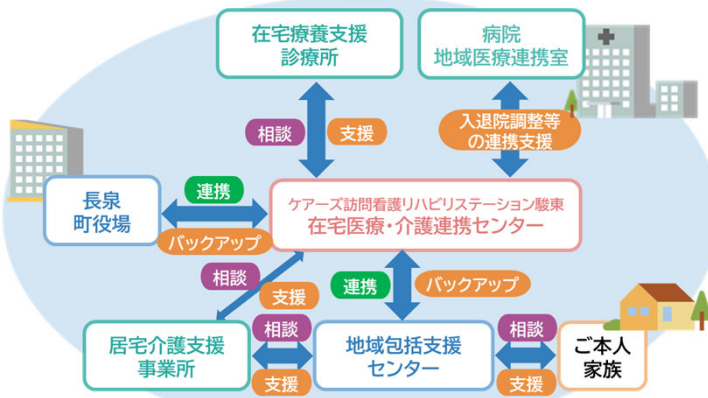
- ◆ コーディネーターは、訪問看護経験や、在宅看取りの経験が豊富な所長(看護師)が兼務している。訪問看護業務も行いながら、センターの運営も担うことで、経験を生かした対応ができています。

## 実施内容

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

## 支援体制・関係者とのネットワーク

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



(出所)ヒアリング調査をもとに三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

## 効果・課題

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

# XII 訪問看護ステーションほほえみ（岐阜県中津川市）

中核病院（市立）内に相談窓口を設置

訪問看護ステーション（サテライト事業所）に併設

広域対応

専門職の相談対応

研修会を通じた役割周知

訪問看護ステーションのネットワーク構築

## 自治体概要

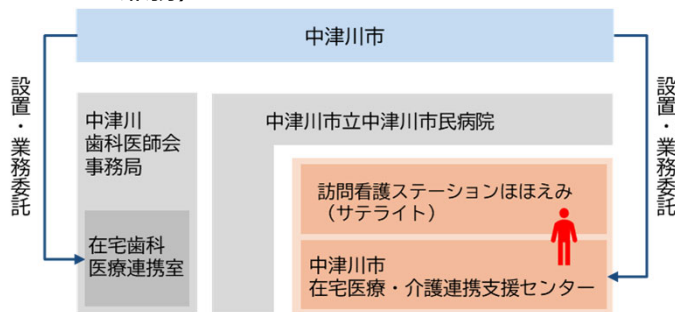
|                 |                           |                                          |
|-----------------|---------------------------|------------------------------------------|
| 人口※1            | 73,750人                   | ※1：中津川市「地区別年齢別男女別人口」（令和6年10月1日）          |
| 高齢化率※1          | 33.8%  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

## 経緯

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

## 配置の特色

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



## 実施内容

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

## 支援体制・関係者とのネットワーク

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

## 効果・課題

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

現コーディネーターの手挙げによる受託

中核病院（市立）内に相談窓口を設置

病院との密接な連携

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

経緯

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

配置の特色

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

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

美祢市病院事業局 病院事業管理者（局長）

美祢市立病院

美祢市立美東病院

美祢市介護老人保健施設  
グリーンヒル美祢

美祢市訪問看護ステーション

管理部

※美祢市訪問看護ステーションは、美祢市立美東病院内に位置

（出所）美祢病院事業局HPよりMURC作成

実施内容

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

支援体制・関係者とのネットワーク

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

効果・課題

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

多職種・多機関参加の在宅医療・介護連携推進組織

部署異動後の町職員も参加可能なネットワークづくり

医師会との連携

震災時の役割発揮

震災経験を踏まえたBCPづくり

自治体概要

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

経緯

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

配置の特色

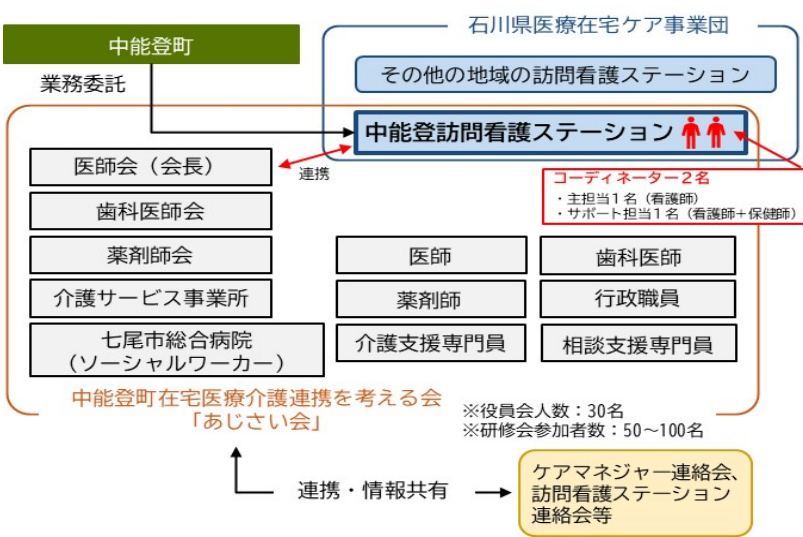
- ◆ 中能登訪問看護ステーションに相談窓口を設置し、コーディネーター2名を配置。主担当1名(看護師)と、事務・経理などのサポート担当1名(看護師+保健師)。

実施内容

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

支援体制・関係者とのネットワーク

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



効果・課題

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

# XV 石川県医療在宅ケア事業団 野々市訪問看護ステーション

## (石川県野々市市)

コーディネーター: 看護師

実施主体: 医療在宅ケア事業団

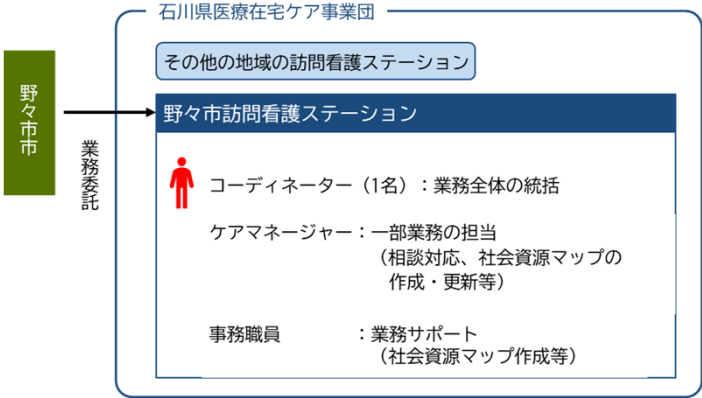
### 事業所職員（介護支援専門員、事務職員）への業務分担

### 事業団を通じた同法人のステーションとの連携

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

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

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



### 地域の医療・介護資源の把握

### 障害者・医療的ケア児の対応

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

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

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

XVI寒河江市西村山郡訪問看護事業団（在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ）  
（山形県 寒河江市、西村山郡 河北町、西川町、朝日町、大江町）

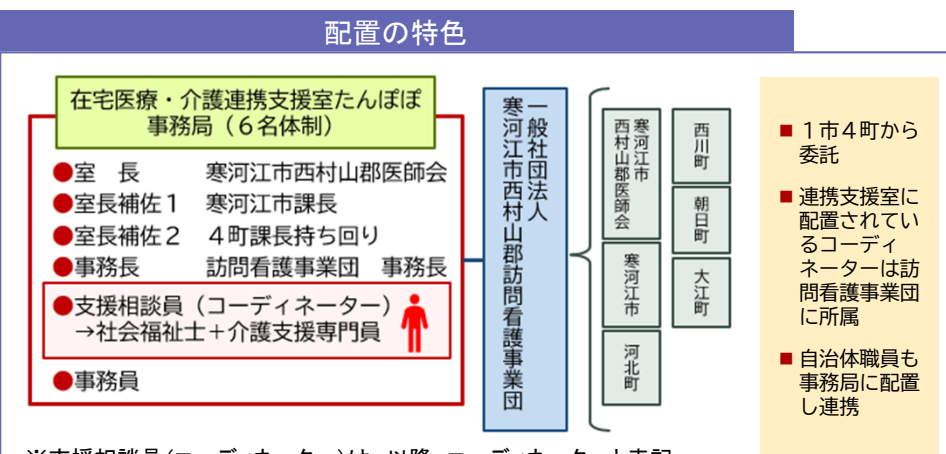
コーディネーター：看護師以外

実施主体：寒河江市西村山郡訪問看護事業団

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

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

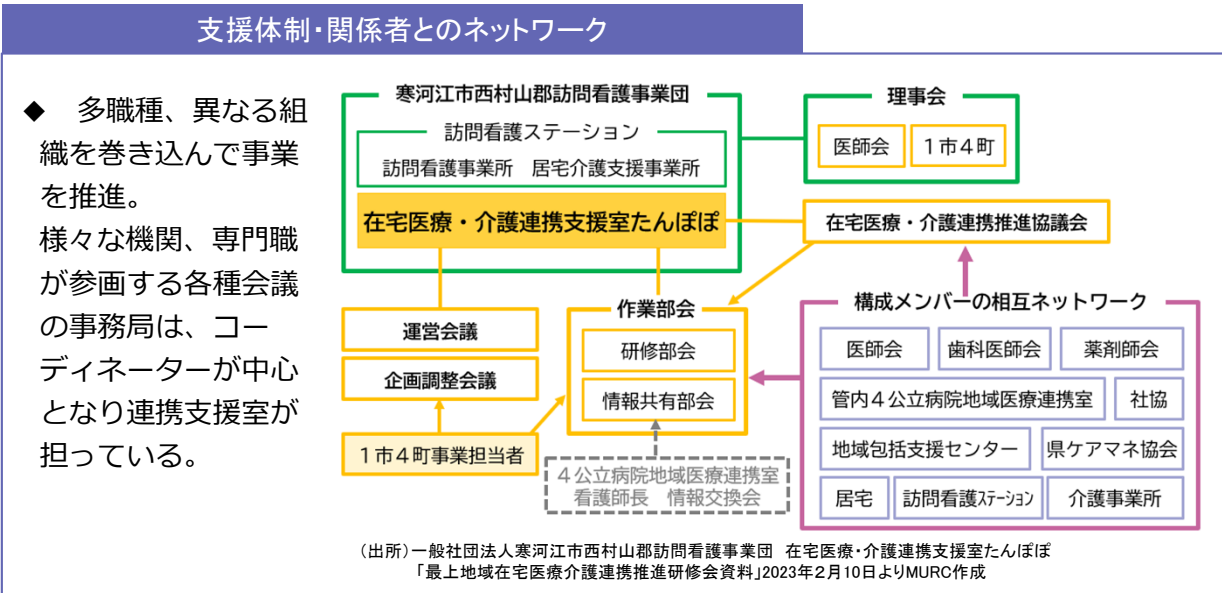
- 経緯
- ◆ 平成27年12月、寒河江市西村山郡（1市4町）が医師会と1市4町が設立した寒河江市西村山郡訪問看護事業団に在宅医療・介護連携推進事業を委託。
  - ◆ 平成28年3月に「在宅医療・介護連携支援室たんぽぽ」（以降、連携支援室）を開設。事業団運営による連携支援室が中心となって事業を推進。
  - ◆ 在宅医療・介護連携拠点にも位置づけられている。



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

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

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



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

医師会からの再委託

8名のコーディネーター体制

持ち回りによる電話相談窓口

電話転送による相談受付

三師会との役割分担

看看連携の推進

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

経緯

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

配置の特色

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

豊中市訪問看護ステーション連絡会 (会員: 35事業所程度)

コーディネーター 役員8名

切れ目のない看看連携を直接委託

持ち回りで相談窓口に対応

豊中市

豊中市医師会

相談窓口の委託

相談窓口を再委託

会員事業所10~20事業所 管理者クラス

実施内容

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

支援体制・関係者とのネットワーク

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

効果・課題

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

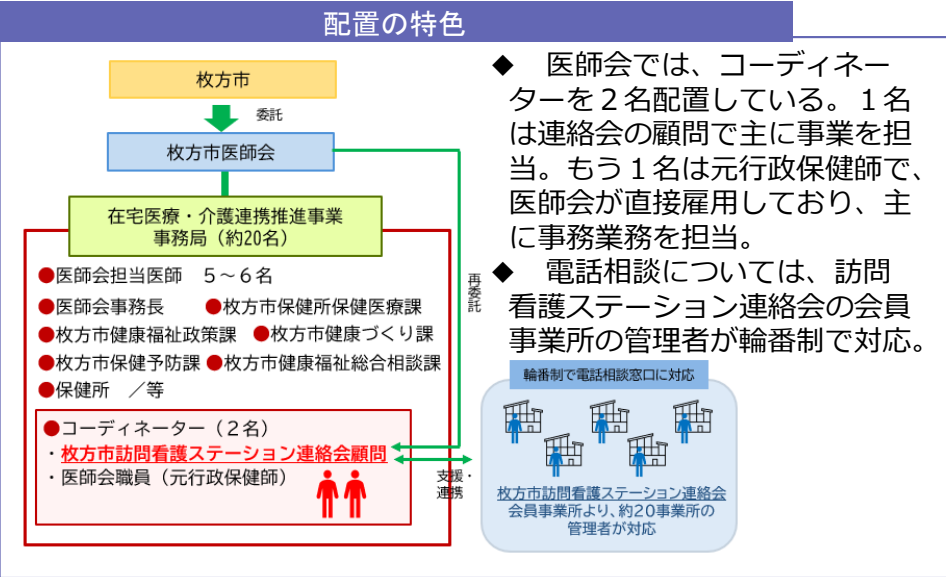
事業担当、事務担当のコーディネーター2名体制

相談窓口の輪番制（会員ステーション管理者）

会員連携による相談スキルアップ

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

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



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

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

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

## 結び

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

# 第4章

## 関係法規及び参考資料

# 事業実施に係る関係法規及び参考資料

## (1) 関係法規

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

## (2) 参考資料

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

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

- 在宅医療・介護連携に係るプラットフォーム

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

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

- 在宅医療・介護連携の推進に向けた指標の考え方手引き（令和7年3月 令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携事業に係る指標の検討」 株式会社日本能率協会総合研究所）
- 在宅医療・介護連携の推進に係るコーディネーターの活用ハンドブックー市町村、都道府県、コーディネーターに向けてー（令和7年3月 令和6年度老人保健健康増進等事業「在宅医療・介護連携推進事業における都道府県・市町村連携及びコーディネーターの有効な在り方に関する事業」 株式会社野村総合研究所）
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック（令和7年3月）

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

在宅医療・介護連携における訪問看護事業所の効果的な連携に関する調査分析事業

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

---

令和7（2025）年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社  
〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2