

(案)

大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業

コーディネーター手引き書 (Ver. 4)

令和3年 月

大阪市健康局健康推進部健康施策課

目 次

はじめに

第1章 在宅医療・介護連携推進事業について

1. 国における事業の位置づけ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
2. 大阪市の取組み体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

第2章 業務委託の実施体制

1. 受託法人の役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
2. コーディネーターの役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

第3章 コーディネーターの具体的な業務・活動内容

1. 現状分析・課題抽出・目標設定・施策立案・・・・・・・・・・ 8
2. 対応策の実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
3. 評価・改善・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21

参考資料編・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22

はじめに

在宅医療・介護連携推進事業は、平成 27 年に介護保険法の地域支援事業として位置づけられ、市町村が主体となり、地区医師会等と緊密に連携しながら、医療・介護関係機関間の連携体制の構築の推進等を図ることとされました。

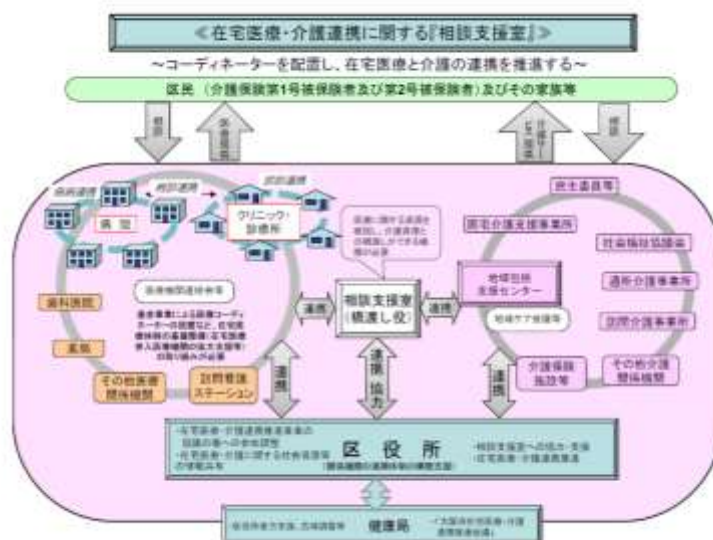
大阪市域においては、平成 24 年度以降、厚生労働省の在宅医療拠点事業や多職種モデル研修、大阪府地域医療再生基金事業の在宅医療拠点支援事業などに地区医師会等が中心となって取り組んできました。平成 26 年度からは各区役所においても地区医師会等と連携し、在宅医療・介護連携を推進するための協議の場の開催、多職種研修、区民への普及啓発等の取組みを進めてきました。

平成 30 年 4 月までに市区町村において実施することとされている 8 つの事業項目のうち、各区役所において、地域の在宅医療・介護連携を推進するための協議の場の開催や、多職種研修、地域住民への普及啓発等の取組みを進めています。また、特に専門性の高い内容については、「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業」として、平成 27 年度は東成区をモデル区とし、相談窓口の設置・専任のコーディネーターの配置、医療・介護関係者の連携調整、情報提供等の支援を実施するとともに、地域資源の把握や切れ目のない在宅医療と介護の提供体制に関する検討を行ない、その検証結果等を踏まえて、平成 28 年 8 月からは市内 11 区において、そして平成 29 年 10 月から全区で実施をしています。

この手引き書は、各区における「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業（以下、「相談支援事業」という）」に携わる、在宅医療・介護連携支援コーディネーター（以下、「コーディネーター」という）が、その役割、具体的な活動内容について理解し、日々の業務を円滑に行っていただくことを目的に作成しました。

相談支援事業における業務の内容は多岐にわたります。この手引き書に記載したすべての業務を一斉に行うのではなく、地域の実情に応じ、区役所や関係機関等とも連携しながら、ひとつひとつ優先順位を付けて、計画的に取り組んでいただきたいと思います。

また、相談支援事業の開始から数年が経過し各区での取組みは多様なものとなっています。「高齢者等が疾病を抱え、医療と介護の両方を必要とする状態になっても、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、医療関係者・介護関係者の連携を支援し、医療と介護が切れ目なく提供できる体制構築の実現」という目標達成へ向けて、各区の実情に応じた取組みを進めていただきたいと思います。



第1章 在宅医療・介護連携推進事業について

1. 国における事業の位置づけ

これまで国においては、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても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、医療・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現を目指した取組を推進してきました。さらに、今後急速な高齢化の進展により、医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加が予想される中、これまで制度改革や介護報酬の改定において、住まいや予防、生活支援に加え、医療や介護が一体的に提供される取組みが進められてきました。

そして、平成26年に介護保険法が改正され、平成27年度から市町村が行う事業として、地域支援事業の中に、8つの事業項目((ア)～(ク))で構成される「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられました。

平成30年度には、すべての市区町村において市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しながら本事業を実施することとなりました。

「改訂のポイント」

- 在宅医療・介護連携推進事業は、事業開始から数年が経過し、徐々に取組みが定着するとともに、広がりが出てきている一方、「将来的な本事業のあるべき姿をイメージできない」ことが課題としてあがっている等、**8つの事業項目を行うこと自体が目的になっている**との指摘も一部あるため、引き続き、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域実情に応じた取組内容の充実を図りつつ、**PDCAサイクルに沿った取組みを継続的に行う**ことによって、本事業のめざす姿を実現させる必要があります。
- 令和元年6月に策定された「認知症施策推進大綱」の柱のひとつに「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」が位置付けられ、**認知症高齢者の地域での生活を支える**ため、医療と介護の連携の推進が求められています。



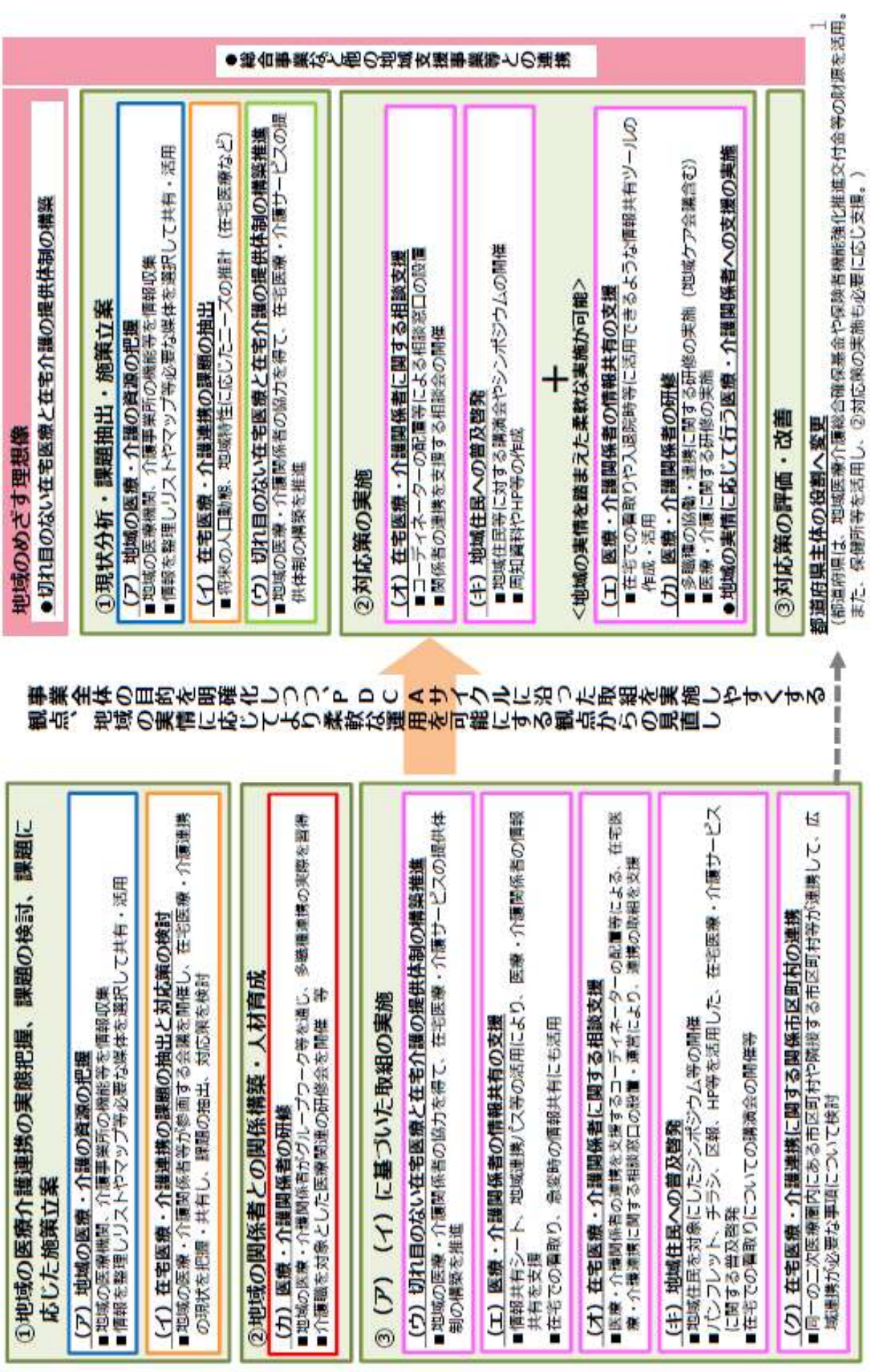
最近の動向を踏まえたとうえで、地域の実情に応じた柔軟な取組みがさらに進められるように、**事業構成の見直し**が行われましたが、これまでの取組み項目及び手順について、変更ありません。ですので、引き続き**関係機関等と連携しながらPDCAサイクルを意識した取組み**を進めてください。

「参 考」

『在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3』（厚生労働省老健局老人保健課）

⇒ <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf>

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ



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

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築
(看取りや認知症への対応を強化)

地域のめざすべき姿



現状分析・課題抽出・施策立案

- 地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握
- 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）
- 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

※企画立案時から医師会等関係機関との協働が重要

対応策の実施

- 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - コーディネーターの配置等による相談窓口の設置※1
 - 関係者の連携を支援する相談会の開催

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

- 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - 在宅での看取りや入院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

医療・介護関係者の研修

- 多職種（医師、看護師）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

○上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組

＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県（保健所等）による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
 - 分析に必要なデータの分析・活用
 - 他市町村の取組事例の調査
 - 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
 - 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
 - 都道府県の医療及び福祉の両部署の連携
 - 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援

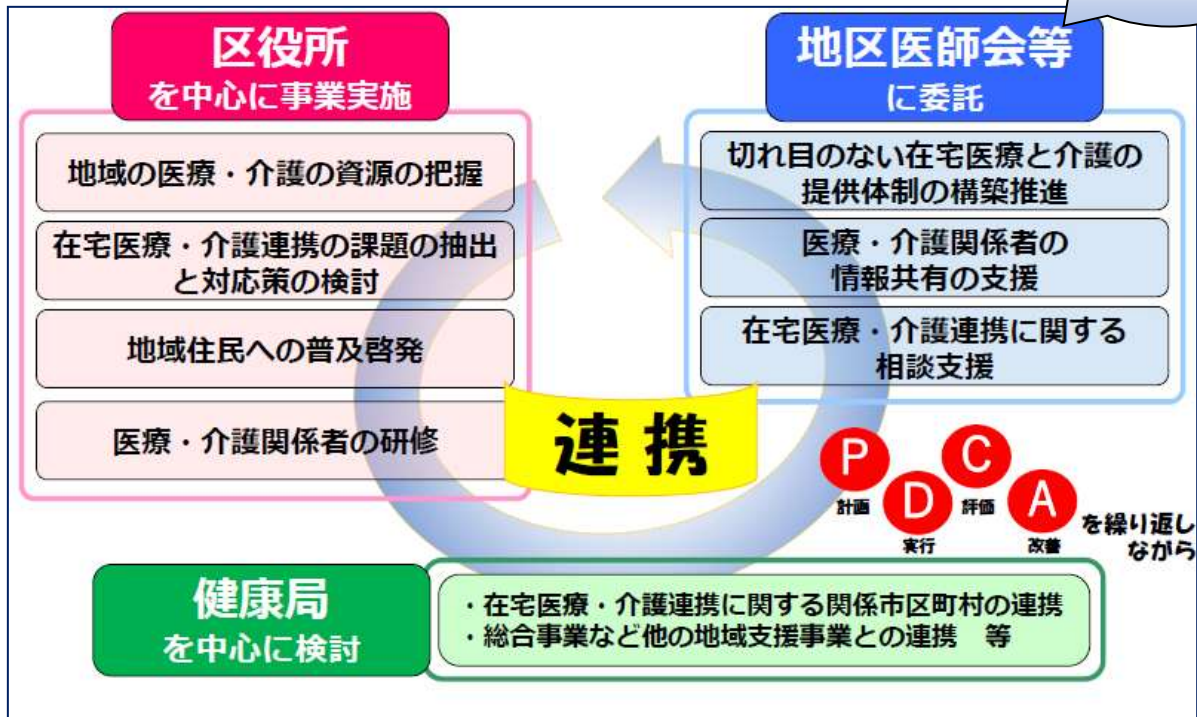
○ 地域医療構想・医療計画との整合

※1:市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討

2. 大阪市の取組み体制

本市では、国が定める取組み項目を区役所・地区医師会等・健康局との3者で体制を構築し、連携しながら取組みを進めています。特に専門性の高い取組み内容については、地区医師会等に業務委託し、医療と介護の「橋渡し役」となる相談支援室を設置し専任のコーディネーターを配置しています。

『在宅医療・介護連携相談支援室』を設置しコーディネーターを配置



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検討を行います。

また、各区間の情報の共有や区役所職員・受託法人（コーディネーター）の事業に対するスキルアップを図るための取組みを行います。

【健康局の取組内容】

- ・高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業（在宅医療・介護連携相談支援室設置）の委託
- ・大阪市在宅医療・介護連携推進会議の開催
- ・各区担当者への事業説明会の開催
- ・各区担当者を対象とした実務者研修会の開催
- ・大阪府及び府医師会実施の研修会への参加・協力
- ・在宅医療・介護連携相談支援コーディネーター連絡会の開催
- ・在宅医療・介護連携相談支援コーディネーター研修会の開催
- ・在宅医療・介護連携支援コーディネーター手引き書の作成
- ・国及び府や関係各所からの情報について、各区へ情報提供
- ・24区の取組み状況の集約及び24区への情報提供
- ・在宅医療・介護連携に関するホームページの作成
- ・関係部局との連絡調整

など

第2章. 委託業務の実施体制

受託法人内に相談窓口を設置し、専任のコーディネーターを配置して、在宅医療・介護に携わる様々な職種間の連携調整や情報提供、社会資源の確保等を行うことが、委託業務の主な内容となります。

受託法人とコーディネーター、それぞれの役割は以下の通りです。

1. 受託法人の役割

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は、受託法人として、この業務全体を円滑に、かつ着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ます。

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**です。

※ 相談窓口「相談支援室」設置に関して

- ・「相談支援室」は、既存の事務室や会議室等の空きスペースを活用する。
- ・個人情報を取り扱うため、「個人情報管理に配慮された空間」が必要である。
- ・開設時間：**原則として**月～金曜日（祝日・年末年始を除く）9～17時まで。
- ・最低1名のコーディネーターは、窓口開設時間内において本事業のみに従事する。
- ・専用回線・パソコンを確保すること

法人の体制【必須！】

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！

2. コーディネーターの役割

コーディネーターは、在宅医療・介護連携に関する「相談支援室」の**専任の従事者**として、具体的な取り組みを進めていきます。

求められる役割としては、次のようなことが考えられます。

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、関係各機関との「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 在宅医療・介護連携推進事業担当の区役所職員との連携

《コーディネーターの資格要件》

（以下のいずれかの要件を満たす専門職にて編成）

（ア）保健師、看護師などの医療に関する国家資格を有する者で、地域において訪問看護及び保健福祉に関する相談等の実務経験を有する者

（イ）医療ソーシャルワーカー業務指針「厚生労働省健康局長通知（平成14年11月29日健康発第1129001号）」に基づく実務経験1年以上を有する者

（ウ）介護支援専門員資格をもつなど介護に関する知識を有し、保健福祉に関する相談などの実務経験1年以上を有する者
なお、相談窓口開設時間内は、最低1名を本業務のみ従事すること

第3章 コーディネーターの具体的な業務・活動内容

ここでは、コーディネーターの具体的な活動内容について説明します。

区によって異なる医療と介護の現状や住民のニーズに対応するため、計画的に活動に取り組みましょう。

活動の手順

(1)現状分析・課題抽出・目標設定・施策立案 (plan)

まずは区における医療・介護についての現状を把握することから始めてください。それに基づき、現状の分析、課題の抽出、活動目標の設定と進めていきます。

次に、設定した目標に向けて、課題解決のための活動計画を立てます。

計画の立案の際には評価する時期（1か月後、3か月後、半年後など）や方法も合わせて検討しておきます。

(2)対応策の実施(Do)

計画に沿って具体的な取組みを実施します。

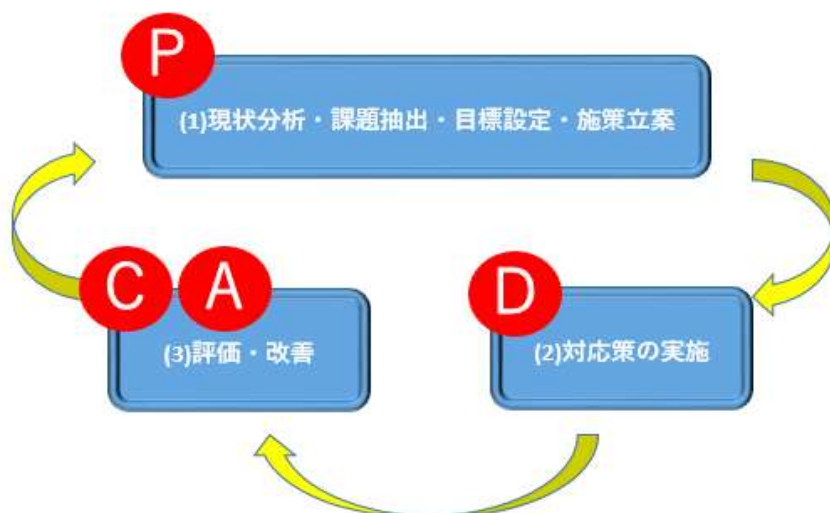
(3)評価・改善(Check・Action)

計画立案の際に設定した時期に実行してきた活動内容を振り返り、評価を行います。

評価後、次の目標を設定し、さらなる計画を検討します。

※以上のサイクルを繰り返すことで現状を理想（地域の目指すべき姿）へと近づけていきます。

《活動の手順》



※ 計画通りに進んでいるのか、目標に向かって進んでいるのか等を確認し、必要であれば計画を見直し、新たな目標を設定するなど、常に活動の手順を意識して、サイクルを繰り返していきます。

