

令和7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・介護連携に係る自治体の  
効率的な事業の推進事業のための調査事業  
報告書**

令和8年3月

株式会社 日本能率協会総合研究所

<b>第1章 事業の概要</b> .....	<b>2</b>
1. 事業の目的 .....	2
2. 実施概要 .....	2
<b>第2章 実施内容</b> .....	<b>5</b>
1. 先行研究レビュー .....	5
① 一次スクリーニング .....	5
② 二次スクリーニング .....	5
③ 自治体事例の抽出 .....	5
2. 有識者ヒアリング .....	6
① ヒアリング対象者 .....	6
② ヒアリング結果 .....	6
3. ヒアリング調査 .....	7
① ヒアリング対象 .....	7
② ヒアリング項目 .....	7
③ ヒアリング結果 .....	8
(1) 北海道 北見市 .....	8
(2) 岩手県 釜石市 .....	12
(3) 新潟県 新潟市 .....	15
(4) 千葉県 松戸市 .....	19
(5) 東京都 稲城市 .....	22
(6) 神奈川県 横須賀市 .....	24
(7) 神奈川県 相模原市 .....	27
(8) 北海道 沼田町 .....	29
(9) 東京都 国立市 .....	30
(10) 愛知県 蒲郡市 .....	32
(11) 石川県 小松市 .....	33
(12) 岡山県 津山市 .....	35
(13) 熊本県 玉名市 .....	37
4. 結果のまとめ .....	39
① 在宅医療・介護連携推進事業の開始前からの取組状況 .....	39
② 協議会・顔の見える関係づくり .....	39
③ 自治体と地域の連携強化について .....	40
④ 4つの場面への取組状況 .....	40
⑤ 災害時への対応への取組状況 .....	40
⑥ 複合課題への対応 .....	41
⑦ 人材について .....	41

# 第1章 事業の概要

# 第1章 事業の概要

## 1. 事業の目的

- ✓ 市町村において当事業が順次開始された H27 年度から今年で 10 年の節目となる。
- ✓ 精力的に取り組を進めてきた市町村では、この 10 年での成熟状況が確認でき、これから成熟期に入る市町村にとって参考となることが期待される。
- ✓ また、この間に災害や感染症、高齢者施策の深化・変化もあったことから、独自の取組についてもその萌芽を確認することが求められる。
- ✓ この 10 年間で様々な事例研究がなされてきているが、個別のテーマ・イシューについての研究が多く、市町村の取組推移を総合的に整理してきた研究は多くない。
- ✓ 10 年の節目として、本事業における事例収集では、市町村等における取組の総合的な整理・分析を行い、次の 10 年を目指す先発市町村、もしくは、これから 10 年目を迎える市町村にとって有益な記録を作成することを目的とする。
- ✓ また、令和 6 年度在宅医療・介護連携推進支援事業（厚生労働省委託事業）では、検討会や研修会の実施の他、幅広い事例の掲載可能なプラットフォームを作成している。
- ✓ 事例収集においては、自治体規模等を考慮しつつ、自治体の政策立案に参考となる形式で前述のプラットフォームに掲載できる形式のデータを作成するなど、幅広い事例の収集・資料作成等の自治体の効率的な事業の推進に係る事項を収集する。

## 2. 実施概要

- ✓ 本事業では事例対象となる自治体の選定にあたり、先行調査研究から先駆的な自治体であると考えられる自治体を抽出した。
- ✓ また、自治体における在宅医療・介護連携推進事業の取組に精通している有識者の助言を得た上で事例収集を行う自治体を整理した。

### ■事業項目

①先行研究レビュー	・先行研究からシステムチックレビューを実施した
②有識者ヒアリング	・有識者及び行政担当者へのヒアリングを行った
③調査の実施	・ヒアリング調査を実施した
④結果のまとめ	・ヒアリング結果から得られた知見のまとめを行った

## 第2章 实施内容



## 第2章 実施内容

### 1. 先行研究レビュー

本事業におけるヒアリング対象自治体を選定するために、過去の老人保健健康増進等事業の報告書を対象にした文献調査を行った。

#### ① 一次スクリーニング

在宅医療・介護連携推進事業に関する調査研究を抽出する一次スクリーニングを下記のとおり行った。

調査対象	老人保健健康増進等事業の報告書・別添資料
調査方法	事業名に「在宅医療・介護」「連携」「訪問」「地域包括」のいずれかが該当
調査期間	平成27年度～令和6年度の全採択事業
結果	全2,001件の報告書の内、299件の報告書を抽出

#### ② 二次スクリーニング

一次スクリーニングによって抽出した299件の事業報告書の本文を確認し、「在宅医療・介護連携推進事業に関する研究」「自治体の事例調査を行っている研究」に該当する報告書を抽出した。

調査対象	一次スクリーニングで抽出した299件の報告書
調査方法	本文精査によって「在宅医療・介護連携推進事業に関する研究」かつ「自治体事例に関する研究」に該当するものを厳選
結果	299件の報告書の内、55件の報告書（288事例）を抽出

#### ③ 自治体事例の抽出

二次スクリーニングで抽出した55件の報告書に掲載されていた288事例を自治体名で整理したところ、事例提供数が2件以上の自治体を抽出した結果が以下の表の通りである。

4事例	3事例	2事例
新潟県新潟市	神奈川県横須賀市 奈良県生駒市	北海道（更別村、沼田町、中頓別町、奈井江町、北見市、北広島市） 岩手県（釜石市） 宮城県（仙台市） 埼玉県（幸手市） 千葉県（松戸市、船橋市、流山市） 東京都（豊島区、墨田区、稲城市） 神奈川県（相模原市） 静岡県（川根本町） 愛知県（岡崎市） 兵庫県（神戸市、洲本市） 福岡県（福岡市） 長崎県（長崎市）

## 2. 有識者ヒアリング

本事業におけるヒアリング対象自治体の選定や、ヒアリング時に留意する視点を確認するために、自治体における在宅医療・介護推進事業に精通している有識者へのヒアリングを行った。

### ① ヒアリング対象者

以下の有識者に対するヒアリングを行った。

実施日	氏名（敬称略）	所属・役職
2025年10月27日	松本 佳子	一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 専門研究員
2025年10月29日	畑山 浩志	洲本市 健康福祉部 介護福祉課 理学療法士
	田上 幸輔	北海道在宅医療推進支援センター コーディネーター

### ② ヒアリング結果

ヒアリング結果から以下の視点を重視したヒアリングを行うこととした。

#### 【地域課題を踏まえた取り組みとなっているか】

- ✓ 自治体だけの取組ではなく、医師会等の関係団体・関係職種と一緒に取り組んできている自治体の取り組みに焦点をあてる必要がある。
- ✓ 関係機関等と一緒に取り組んでいる場合、「地域でできていないと困る」という課題感から始まり、在宅医療・介護連携推進事業を活用した対策の実施につながっている。
- ✓ 特に4つの場面や、災害等のトピックス事例をヒアリングする場合、地域の関係機関からの発信や課題共有に基づいて実施できているかが肝心である。

#### 【顔の見える関係の継続性】

- ✓ 在宅医療・介護連携推進事業による顔の見える関係づくりによって、専門職の自立性・協働性が育まれていることが重要である。
- ✓ 顔の見える関係づくりを10年間継続できている地域では、そこに参加している専門職が参加の意義を見出すことができている可能性が高い。
- ✓ 多職種連携から地域での共通規範ができ、在宅医療・介護連携推進事業やその他の事業にも影響を与えている場合がある。

#### 【コーディネーターの役割】

- ✓ 社会や地域の変化についていく取組が必要である。
- ✓ 介護保険制度開始時と現在では老後や介護に関する考え方は大きく変化してきている。変化を先取りして課題提起をしていくような機能についてもコーディネーターに求められているのではないか。
- ✓ 課題を多職種につなぐだけでなく、課題解決に向けて多職種連携を仕掛けていく取組が、在宅医療・介護連携推進事業がうまく進んでいる地域ではみられるのではないか。

### 3. ヒアリング調査

#### ① ヒアリング対象

先行研究レビューおよび有識者ヒアリングを踏まえて、以下の自治体を対象とした。

ヒアリングにあたっては、各自治体でトピックスとなるテーマに沿ってヒアリングを行った。

また、No. 1～8の対象については、先行研究レビューも踏まえて、在宅医療・介護連携推進事業の早期から着手している自治体であることから、この10年間の事業や取組の変遷を踏まえたヒアリングを行った。

No.	自治体名	ヒアリング実施日	10年間の振り返り	トピックテーマ
1	北海道 北見市	2026年1月20日	✓	入退院支援
2	岩手県 釜石市	2026年2月4日	✓	災害時対応
3	新潟県 新潟市	2026年1月22日	✓	顔の見える関係
4	千葉県 松戸市	2026年2月16日	✓	その他
5	東京都 稲城市	2026年2月13日	✓	顔の見える関係
6	神奈川県 横須賀市	2026年2月9日	✓	顔の見える関係
7	神奈川県 相模原市	2026年2月3日	✓	入退院支援
8	北海道 沼田町	2026年1月20日		顔の見える関係
9	東京都 国立市	2026年1月26日		その他
10	愛知県 蒲郡市	2026年3月9日		その他
11	石川県 小松市	2026年2月10日		その他
12	岡山県 津山市	2026年3月5日		入退院支援
13	熊本県 玉名市	2026年2月3日		災害時対応

#### ② ヒアリング項目

ヒアリング項目は以下の通りである。

10年の振り返り	トピックテーマ
関係機関・関係職種の連携体制の概要 ・いつから始まった ・取組の内容	取組の概要 ・開始時期、キーパーソン ・取組に着手したきっかけ ・取組で苦労したこと ・今後の展開
4つの場面への取組の概要 ・いつから始まった ・取組の内容	
地域の在宅医療・介護連携の振り返り ・現在の課題となっていること ・過去の取組から活かされていること	

### ③ ヒアリング結果

#### (1) 北海道 北見市

##### 1. 在宅医療・介護連携推進事業の変遷

###### ①制度施行前の取組

- ✓ 市としての取組は、平成 21 年度から地域リハビリテーション広域支援事業の一環として北見市保健所が中心となって開始した。
- ✓ 取組の背景として、医療機関からケアマネジャーへの退院連絡が不十分な状況で、退院後のサービス介入が遅れて重症化しているケースが多発していた現場の課題を踏まえて、「入退院支援に関するルール作り」から開始した。
- ✓ 平成 23 年度には入退院支援に関するルールが策定され、在宅医療・介護連携推進事業を開始した平成 28 年度以降、毎年度継続的な実施状況の調査と評価を実施している。

###### ②協議会・多職種連携の取組状況

###### 【協議会の設置】

- ✓ 北見保健所が中心だった取組が、平成 28 年度から市が主導する形式に転換し、平成 30 年度に協議の場の核となる「医療・介護連携推進部会」が発足した。
- ✓ 令和元年度に「北見市医療・介護連携支援センター」が設置され、それまでの中心的な取組であった「入退院支援」以外の協議・取組が加速した。

###### 【多職種連携・顔の見える関係づくり】

- ✓ 医療機関・在宅ケアマネジャー連携会議、通所サービス意見交換会など、多職種および職能内の連携の場づくりをサポートしてきた。
- ✓ 北見市医療・介護連携支援センターが把握する地域の課題を、アンケートなどで定量化・可視化して多職種連携の場での協議課題として提供することを継続して行ってきた。
- ✓ 課題については、現場である医療・介護の専門職の取組内容（D o）と、その効果・成果（C h e c k）をセットで整理することで、現場の専門職たちの行動変容（A c t）を促す工夫を意識的に行ってきた。
- ✓ 多職種連携による関係づくりは現在も継続しているが、地域全体での目標の検討や共有に関する取組は限定的となっており、地域の職能団体と連携した事業所や専門職への教育に連携の目的をシフトしている。

###### ③4つの場面への取組状況

###### 【入退院支援】

- ✓ 北見市の在宅医療・介護連携の核として、在宅医療・介護連携推進事業の施行前から地域課題として取り組んできた。
- ✓ 平成 21 年度に北見保健所を中心にルール作りに着手し、平成 28 年度から市独自の手引きに基づく運用を開始し、以降は毎年度入退院連絡率の調査や会議を開催し、進捗管理を行う主たる課題として、市在宅医療・介護連携推進事業における共通テーマとして位置付けてきた。

【急変時の対応・看取り】

- ✓ 令和2年度から導入された、利用者情報の共有を目的としたICTツールである「北まる net」の利用促進に向けたコンテンツとして、「北まる net グループセッション」を開始した。
- ✓ 令和4年度から専門職に向けた「在宅医療・救急医療 連携セミナー」が開始し、本人の意思尊重のための共有ルールなど、急変時とACPを一体的な取組として推進してきた。
- ✓ 現在も、「急変時の対応」を主とした在宅医療・救急医療 連携セミナーと、「ACP(看取り)」を主としたケアマネジャーを対象としたACP研修を並行して実施し、双方において「本人の意思尊重」を共通テーマとした共有・連携に取り組んでいる。

事例①	地域課題「から」始めた在宅医療・介護の連携促進
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医療機関とケアマネジャーの間での入退院に関する情報共有が、退院後のサービス開始の遅れと利用者の重症化に影響しているという地域課題を踏まえて、北見市保健所を中心に専門職を交えた検討を平成21年度に開始した。</li> <li>✓ 平成28年度には入退院支援に関するルールが策定され、以降、北見市における在宅医療・介護連携における基軸となるテーマの一つとして進捗管理がなされている。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 在宅医療・介護連携の取組が「入退院支援」に関する現場での課題感から自主的に始まったことが、現在の北見市における在宅医療・介護連携の基本的な姿勢となっている。</li> <li>✓ 連携の目的を、地域課題の解決に重点化し、地域課題を可視化し多職種で議論をすることが北見市にとってのスタンダードとなっている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域の課題感を把握・共有することが北見市の取組の基本となっている一方で、情報共有を図るための技術に課題が生じている。</li> <li>✓ 特に、市民や地域の課題を文字でまとめる際に、多職種間で共有したい・してほしい情報が抜けてしまうことが多く、情報共有のボトルネックとなっている。</li> <li>✓ 口頭での情報共有が主となっていた職種においてICT活用の際はテキストによるコミュニケーションが中心になるが、不得手な者も多い状況となっており、対策の必要性が検討されている。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 入退院支援という地域課題への解決を、取組の最初の成功事例とできたことにより、地域全体として「課題に取り組む」という基本的な姿勢を共有することができた。</li> <li>✓ 一方で、取組に着手することで「質の向上」に関する新たな課題が表出しており、課題解決に向けた対策を検討している。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 情報共有の質の向上を必要としている専門職に対して、職能団体を通じた教育機会の充実に資する支援を行うことを検討している。</li> <li>✓ 具体的には、情報共有の優良事例の提供を行うことや、地域ケア会議において模範事例の学習機会を増やす一方で、取組に着手することで「質の向上」に関する新たな課題が表出しており、課題解決に向けた対策を検討している。</li> </ul>

事例 ②	ショートスパンのPDCAを仕掛けるコーディネーター
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 市では令和元年度から民間医療機関に委託して、在宅医療・介護連携支援センターを設置している。</li> <li>✓ センターに配置されているコーディネーターが、地域の課題抽出から論点化、協議会等での議論、対策の検討を行っている。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ コーディネーターが地域課題を整理する上で、「何となくの課題」として不透明なまま議論を進めるのではなく、事前調査等で定量化・可視化することを徹底している。</li> <li>✓ 医療と介護での情報共有の課題、といった一般的な課題についても、双方へのアンケート調査等のデータを基に、どのような点で情報共有に課題があるかを明確にした上で論点整理を行っている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 北見市医療・介護連携支援センターは、市の委託によって各種の取組を実施しており、公共事業としての中立性を意識して活動していることが効果的となっている。</li> <li>✓ 仮に、市の委託ではなく、医療機関の独自の取組になってしまうと、団体間での調整に時間を要することや、収集したデータへの分析が偏った視点になる可能性などが考えられる。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 目的とする課題が明確になっていることから、取組の評価・見直しを含めたPDCAサイクルを年度単位ではなく、各取組のイベント単位で実施することができている。</li> <li>✓ そのため、各部会へのフィードバックや、次のイベントへの改善など、短期間での取組の推進に寄与している。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ コーディネーターによる連携推進を、連携の「橋渡し」ではなく、「意図ある接続」となることを重視している。</li> <li>✓ 連携推進を地域課題の解決に結びつけるための手段として、連携する専門職が課題解決に踏み出すための「仕掛け人」としての役割が今後も重要であると考えている。</li> </ul>

事例③	地域文化としての ACP の推進
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 市では令和4年度から専門職に向けた「在宅医療・救急医療 連携セミナー」を開始し、本人の意思尊重を含めた、急変時と ACP の一体的な取組を進めてきた。</li> <li>✓ 一方で、ケアマネジャーへの調査の結果から、多くのケアマネジャーが「ACP」と「AD Advance Directive：事前指示」を混同していることや、対象者本人が健康な時から ACP を開始する「きっかけづくり」に難しさを感じていることを把握した。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ACP を看取り期の話とするのではなく、広義で「暮らしの意向」に関することであると置き換えて、医療・介護の全ての領域に関わることであるとして課題を整理した。</li> <li>✓ まず、在宅での ACP の開始ではなく、入院時に医療機関において ACP を開始するルール化を検討している。</li> <li>✓ 医療機関で ACP を完結させるのではなく、本人や家族との対話を進めるとともに、その経過を退院時看護サマリーなどに記載することで、退院後も在宅で継続した対話を行えるよう計画中である。</li> <li>✓ 退院後のフォローは、退院時看護サマリーを基に、ケアマネジャーが月次でモニタリングを行う予定としている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ケアマネジャーを含め、医療・介護において ACP に関する理解に幅があり、終末期に関することとして誤解している場合もあるため、専門職に向けた ACP 研修も並行して実施している。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 北見市における要介護者の入院は月あたり 150 人となっており、要介護者全員に対して一斉に ACP を開始することは難しくても、入院契機の ACP 開始率を段階的に高めていくことで、多くの要介護者に ACP を提供することを目標としている。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ACP を終末期に向けた準備の手段ではなく、心身の状態変化に伴うライフイベントとして、地域の文化として醸成していきたい。</li> <li>✓ 入院を契機とした ACP 開始が、地域全体のルールとして根付くように取組を進める。</li> </ul>

## (2) 岩手県 釜石市

### 1. 在宅医療・介護連携推進事業の変遷

#### ①制度施行前の取組

- ✓ 平成 18 年度から、釜石保健医療圏で医療情報ネットワークの検討が開始した。
- ✓ 平成 21 年度に地域医療の拠点の一つであった市民病院の廃止が決定し、在宅療養へのシフトが加速した。
- ✓ 平成 22 年度末に東日本大震災が発災し、地域の医療・介護の仕組みを再構築する必要性に迫られた。
- ✓ 平成 24 年度に「在宅医療連携拠点チームかまいし」を設置し、一次～三次の階層別コーディネートを開始した。(一次連携：職種内連携、二次連携：職種間連携、三次連携：地域全体のコンセンサス形成)
- ✓ また、「釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会」を設置し、医療や介護の職能団体等による、在宅医療・介護連携のための多職種連携推進に係る協議を開始した。
- ✓ 平成 25 年度には釜石市リハビリテーション療法士会（地域リハ士会）の設立支援や、ケアマネジャーと薬剤師の連携をスタートするなど、一次連携・二次連携の取組が本格化した。

#### ②協議会・多職種連携の取組状況

##### 【協議会の設置】

- ✓ 平成 24 年度に設置した「釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会」は令和 7 年に「釜石市地域包括ケア連携拠点事業推進協議会」と名称を変更し、現在も継続して実施している。

##### 【多職種連携・顔の見える関係づくり】

- ✓ チームかまいしの活動の主となっている一次連携～三次連携までのコーディネートの場そのものが顔の見える関係づくりとなっている。
- ✓ チームかまいしは、あくまで異なる主体（職種）間が連携する上での「ストレス軽減」や「連携に関する温度差の解消」のための支援を行っている。
- ✓ 連携支援を行う上で、チームかまいしは「わからないから教えてもらう」から始める、聞く姿勢を徹底しており、情報共有の漏れ防止や相互の信頼関係の構築・維持に活かされている。
- ✓ こうした連携手法は令和 4 年にマニュアルとして整理し、チームかまいしに配属される新規人材への知見の共有に活用されている。

#### ③4つの場面への取組状況

##### 【日常的な療養支援】

- ✓ 平成 24 年のチームかまいしの設立当初から取り組んでいる。
- ✓ チームかまいしによる一次連携～三次連携による取組は、日常的な療養の場面における課題を多職種の連携によって解決することを目標としている。

##### 【入退院支援】

- ✓ 県立釜石病院を中心とした多職種連携の会「OK スクラムねっと」による取組として、令和元

年に共通様式の情報提供書（入院時・退院時）を作成し運用している。

【急変時の対応】

- ✓ 厚生労働省のセミナー事業をきっかけに、令和2年から市の消防本部・救急医療機関・在宅医療診療所の顔の見える関係の構築に取り組んでいる。
- ✓ 年に1回の消防本部・救急医療機関・在宅医療診療所・地域包括支援センター等との会議を設定しており、初年度に役割分担した取組の進捗状況等の情報共有を行う場の維持に取り組んでいる。

【看取り】

- ✓ 平成30年の県立釜石病院主催の市民公開講座は、市の協働により開催している。
- ✓ 令和4年度からは、医療・介護の専門職向けのACP研修を実施し、令和6年度からは市民公開講座と専門職向けの研修を統合して一体的に実施している。

事例④	複合的な課題への多職種連携の応用
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 釜石市では、チームかまいしによるコーディネート手法を、一次連携・二次連携・三次連携として、継続した取組を行ってきた。また、チームかまいしでは医療、介護、福祉等の資源把握を行ってきた。</li> <li>✓ 近年、高齢者の生活課題に関するケースの中でも、高齢者だけでなく、同居している家族等を含む、障害や生活困窮など、複合的な福祉課題が混在しているケースが増加している。</li> <li>✓ また、高齢者の課題についても、独居高齢者や身寄りのない高齢者の課題が顕在化してきている状況となっており、これまでの支援方法とは異なるアプローチが必要となってきた。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 複数の福祉課題が混在しているケースの場合、市役所内でも複数部署における情報共有や連携が必要となってきた。</li> <li>✓ これまでのチームかまいしによる、連携手法を活用して、チームかまいしと他の福祉部署での打合せを一次連携と位置づけ、それぞれの部署における業務や立場を聴取し、連携を必要とする複数部署が、まずは双方の業務内容の理解度を高めるための調整から着手している。</li> <li>✓ 必要に応じて複数部署をつなぐ二次連携を行い、情報共有と調整の上で、支援方法や役割に関する合意形成を促進している。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 複合課題のあるケースの場合、関係部署間で様子を見合ってしまうことにより、「どの部署が主で担うか」が不明確となりギクシャクすることが多い。</li> <li>✓ 関係部署間で双方の業務内容や立場を理解し合う関係性をつくることが重要である。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 庁内の障害福祉や生活保護の担当部署と病院連携室との二次連携のコーディネートといった、庁内の関係部署と医療機関をつなぐ連携支援を取組の一つとして実施している。</li> <li>✓ 釜石市では、チームかまいしが把握してきた情報や経験を活用して釜石市重層</li> </ul>

	的支援体制整備事業実施計画案が作成された。
今後の方針	✓ 今後も複合的な課題のある世帯は増える見込みであるため、職員を対象としてコミュニティソーシャルワーカー研修を実施するなど市全体での組織的な体制を検討している。

事例 ⑤	災害時における支援活動のハブとしての役割
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 平成 23 年の東日本大震災の際に、釜石医師会や釜石薬剤師会と市の協働体制により「釜石市災害対策本部医療班（以下、「医療班」という。）が設置された。</li> <li>✓ 上記医療班には、医師会の災害対策本部長と行政担当者が常駐し、今でいう「保健医療福祉調整本部」の役割を担い、県外から派遣される災害派遣医療チーム等のコーディネーターや各種団体が支援活動を行う上で課題解決支援を行った。</li> <li>✓ 医療の専門職と災害時にあらゆる情報が寄せられる行政機関の連携により医療班は機能した。</li> <li>✓ 当時の医療班の取組が、医師会と行政の連携による「チームかまいし」へとつながっている。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 令和 7 年 11 月、岩手県総合防災訓練が釜石大槌地域を会場に開催されたことに合わせて、当時の「医療班」の活動を再現し役割を再確認することを目的に、「釜石市保健医療福祉調整本部訓練」を実施した。</li> <li>✓ 調整本部には、釜石医師会、釜石薬剤師会、行政担当（チームかまいし担当者）が常駐し、外部から派遣される DMAT のほか県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、日赤、DWAT、DPAT、ICAT、JRAT 等の協力を得て受援調整訓練を行った。</li> </ul>
課題	✓ 東日本大震災から 15 年が経つ中で、当時の取組を知る人が減る一方で、災害時における連携拠点の役割について整理がされていなかった。
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 市の災害対策本部に隣接する場所に設置することを想定した訓練を実施することで、情報共有の迅速性や効率性を意識した運用をシミュレーションできた。</li> <li>✓ 訓練を通じて、市の調整本部の機能と役割について、市内外の関係者に周知することができた。</li> </ul>
今後の方針	✓ 今後も年 1 回の調整本部訓練の継続を目標としている。

### (3) 新潟県 新潟市

#### 1. 在宅医療・介護連携推進事業の変遷

##### ①制度施行前の取組

- ✓ 平成 12 年度頃から地域の医療機関を中心とした自主的な多職種連携の活動が始まった。
- ✓ 平成 23 年度から市による「在宅医療ネットワーク推進事業」が開始し、平成 12 年から続く地域の自主的な活動に公共事業としての位置づけが加味された。
- ✓ 平成 27 年度から国の在宅医療・介護連携推進事業を開始した。

##### ②協議会の設置と「在宅医療・介護連携センター」「在宅医療・介護連携ステーション」の整備

###### 【協議会の設置】

- ✓ 平成 27 年度に「在宅医療・介護連携推進協議会」を設置し、「基盤整備」「多職種連携・普及啓発・人材開発育成」の 2 つの部会を立ち上げた。
- ✓ これに伴い、市内の在宅医療・介護連携推進を図るための拠点として、中核となる「在宅医療・介護連携センター」（以下、連携センター）と「在宅医療・介護連携ステーション」（以下、連携ステーション）の整備を平成 27 年度から開始し、平成 29 年度にステーションの整備（累計 11 か所）を完了した。
- ✓ 拠点整備の完了に伴い、平成 29 年度から部会を刷新し、「市民の理解を深める」「医療と介護の連携」として、協議会および拠点による具体的な在宅医療・介護連携推進事業に着手した。

##### ③在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）の事業から

###### 【相談支援】

- ✓ 市民からの相談については地域包括支援センター、医療・介護専門職からの連携に関する相談については連携センター・連携ステーションで実施をしている。連携センター主催による「センター・ステーション会議」を年 8 回程度開催し、相談支援の内容から、各地域における地域課題の抽出、研修の企画や多機関との連携支援について検討を行う機会を設けている。

###### 【普及啓発】

- ✓ 小・中学校、高校生、働き世代、市民全般とターゲットごとでの講座を開催し、在宅医療・介護の普及啓発を実施している。

###### 【多職種連携】

- ✓ 在宅医療・介護連携推進事業以前からある在宅医療ネットワークによって、地域の医療機関が中心となって、医師・病院連携室のソーシャルワーカー等が事務局を担ってきた。
- ✓ 在宅医療・介護連携推進事業が施行されてからは、連携ステーションとしての委託を受けて、在宅医療ネットワークの基盤を活かしたまま地域単位での関係づくりを継続している。
- ✓ 11 箇所の連携ステーションが主体となった「ご当地連携研修会」を年間 50 回程度実施しており、研修テーマについても課題感に応じて連携ステーションが設定し、地域実情を踏まえた多職種連携の場となっている。
- ✓ 8 つの行政区によって医療・介護資源の多寡や新規参入等の入れ替わりの差が大きく、人の入れ替わりの少ない地方部の地域では、コロナ禍であっても対面による集いが重視されてき

た一方で、都市部の地域ではオンライン活用が主流となっている。

- ✓ 地方部では多職種による連携の強度が強い反面、中心となるキーパーソン等の交代によって連携強度が影響を受けやすい面が見受けられた。
- ✓ 一方、都市部では新規事業者の参加を促すなど、連携の場への参加勧奨等、場の再構築が常に付きまとう課題となっている。

### ③ 4つの場面への取組状況

- ✓ 平成 27 年度の事業開始当初から、4つの場面への体制の構築状況を中間アウトカムに据えたロジックモデルを導入し、事業を運営してきた。

#### 【入退院支援】

- ✓ 市内の 1,500 の医療機関・居宅介護支援事業所を対象とした実態調査を行い、その結果を踏まえて、平成 30 年度に「医療と介護の連携ハンドブック」を作成した。
- ✓ 令和元年度以降のコロナ禍を経て、令和 6 年度から病院・在宅のそれぞれの立場から見た入退院時の連携に関する課題について、連携ステーション単位で課題抽出・対策検討を行い、見直しを図っている。

#### 【急変時の対応】

- ✓ 厚生労働省の研修事業を踏まえて、令和元年度に「在宅医療・救急医療ワーキング」を立ち上げ、作成した「にいがた救急連携シート」のモデル運用を令和 2 年度から市内の特定地域のみで実施した。支援者育成として意思決定支援に関する研修会も同地域で開催した。
- ✓ 令和 6 年度にモデル事業を終了し、紙媒体であった「にいがた救急連携シート」を、医師会が運用している ICT システムを活用したオンライン版に統合する方向で再検討を行っている。
- ✓ 令和 5 年度より、連携センター主導にて「意思決定支援研修」を専門職対象に実施、令和 6 年度から各連携ステーションが主となって引き継いで実施している。

#### 【看取り】

- ✓ 平成 29 年度に実施した市民を対象としたアンケート調査結果をもとに、「市民の理解を深める」部会により、話し合うきっかけづくりとして令和元年度に「もしもシート」の検討・作成を行い、令和 2 年度から市民講座や多職種向け研修会にて周知を実施している。

事例 ⑥	地域主体の顔の見える関係づくり
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 在宅医療・介護連携推進事業の施行前から地域に根付いている在宅医療ネットワークによって、地域の主体的な連携の基盤ができています。</li> <li>✓ 市の在宅医療・介護連携推進事業においても、これまでの地域主体の取組を尊重し、各地域の課題に応じたボトムアップの取組を重視している。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 従来から地域におけるネットワークづくりを担っていた在宅医療ネットワークと繋がりのある医療機関に、在宅医療・介護連携推進事業における「在宅医療・介護連携ステーション」（以下、連携ステーション）を委託している。</li> <li>✓ 連携ステーションでは、元々のネットワークを活用しながら、地域におけるネットワークづくりや課題の抽出、地域単位の医療・介護専門職への相談支援、市民講座、研修事業などを実施している。</li> <li>✓ また、市では各地域に拠点を置く連携ステーションの中核として、市医師会に在宅医療・介護連携センター（以下、連携センター）を委託し、連携センターを基幹型として、連携ステーション間での情報共有や市全体での課題整理を行っている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域によって特性が異なるため、全市での画一的な取組は実施しづらい面があるものの、具体的な地域での取組内容についてはそこまで大きな差はない。</li> <li>✓ 連携ステーションが地域における連携の中心となることで、地域の独自性や主体性が育まれる一方で、市の職員は3年スパンでの異動が伴うため、連携ステーションや連携センターの経験や知見に依存してしまう側面がある。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 連携ステーションの主たる取組である「ご当地連携研修会」を11か所の連携ステーションで年1～3回の頻度で実施している。</li> <li>✓ 研修テーマについては、連携ステーションが地域課題に応じて個別に設定していることで、地域の課題やニーズに応じた研修を実施し、地域の医療・介護関係者が、地域課題や相互の業務内容を理解する場となっている。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域の主体性を尊重しつつ、それぞれがバラバラの取組とならないように、丁寧な段取りと合意形成を行うことを市の役割としており、今後も継続して取り組んでいく。</li> </ul>

事例⑦	ロジックモデルを活用した施策・指標マップの見直し
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 在宅医療・介護連携推進事業の施行前から地域に根付いている在宅医療ネットワークによって、地域の主体的な連携の基盤ができている。</li> <li>✓ 市の在宅医療・介護連携推進事業においても、これまでの地域主体の取組を尊重し、各地域の課題に応じたボトムアップの取組を重視している。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 新潟市医療計画（平成26年度～令和6年度）において、在宅医療・介護連携推進事業の取組の進捗管理を図ってきた。</li> <li>✓ 在宅医療・介護連携推進協議会において、毎年度事業計画とともに施策・指標マップを配布し、説明を行ってきた。</li> <li>✓ 令和6年度から、施策・指標マップの総見直しに着手しており、市と連携センター・連携ステーション・職能団体等の参画により、検討を進めている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 協議会の場で市の目標について、毎年度説明はしていたものの、説明の形骸化や医療・介護の現場の専門職に対する周知や説明については十分に取組めていなかった。</li> <li>✓ また、策定した当初から、事業の目的や人材の充足状況など、環境因子が大きく変わってきており、目的に沿った効果的な施策・指標マップとなっていない課題があった。</li> <li>✓ そのため、地域の専門職と改めて4つの場面における施策・指標マップの再検討を、グループワーク等を交えた情報交換会を通じて行っている。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域の多職種との意見交換を重ねながら、課題の抽出や対策の合意形成を丁寧に行うことで、目指す姿の明文化ができ、当事業における共通言語として、施策・指標マップが活用できることを期待している。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 新潟県の医療計画等の指標を参考としながら、アウトカムに即した指標の整理を継続する。施策・指標マップを活用した庁内外の関係機関や医療・介護の現場の専門職との合意形成を踏まえた事業推進を今後も重視して取り組む。</li> </ul>

#### (4) 千葉県 松戸市

##### 1. 在宅医療・介護連携推進事業の変遷

###### ①制度施行前の取組

- ✓ 平成 23、24 年度に、厚生労働省在宅医療連携拠点事業を市内医療機関が受託している。
- ✓ 平成 25 年度から、千葉県在宅医療連携拠点事業として市内医療機関への委託が開始した。
- ✓ 平成 26 年度から、従前から設置されている松戸市医師会が中心となっている「在宅ケア委員会」に市役所の関連 2 課が定例参加を開始した。
- ✓ 訪問看護の協議会の設立支援や、在宅医掘り起こし作戦の実施など、在宅療養に必要な地域資源の拡充をサポート。
- ✓ 平成 28 年度から松戸市医師会への委託による、市の在宅医療・介護連携推進事業が開始した。

###### ②協議会・多職種連携の取組状況

###### 【協議会の設置】

- ✓ 平成 25 年度以前から市医師会を中心に開催されていた「在宅ケア委員会」に市役所が参画する形式で現在も継続して実施している。

###### 【多職種連携・顔の見える関係づくり】

- ✓ 市の在宅医療・介護連携推進事業が始まる前から地域における多職種の顔の見える関係づくりに取り組んでおり、重点化した取り組みは行わずとも、平成 30 年度には既に関係が構築できていた。
- ✓ 多職種連携についても、相談で受けるケースに応じて連携先が異なるため、事業の中で特定テーマでの多職種連携を促す事業は行っていない。

###### ③4つの場面への取組状況

- ✓ 4つの場面に分けた事業や相談対応ではなく、全てのケースに対して、患者・利用者の様々な人生の軌道に基づいた必要な支援をイメージすることを重視している。
- ✓ そのため、あらゆるケースで4つの場面を中心とした状態像の変化を見越した支援を行っている。

事例⑧	庁内外の関係機関と連携した複合課題への対応
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 在宅医療・介護連携支援センターに相談されるケースとして、複合的な課題のある世帯への支援に関する相談が増加してきている。</li> <li>✓ 具体例として、障害児や精神障害のある人を含む世帯や、不登校児や若年ひきこもりの人がいる世帯など、高齢者だけに限らない、世帯単位での多様な課題が複合化しているケースに関する相談となっている。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 市では課題によって所管する組織が異なっているため、相談を受けた在宅医療・介護連携支援センターが、関係課に関する情報共有や、必要な支援を行うための医療機関等の関係機関をつなぐ役割を担っている。</li> <li>✓ 医療・介護関係者の連携能力向上に向けた多職種連携研修や、相談事例を題材にした研修を行うことで、複合課題に対する理解を高めている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 関係各課において分野ごとに判断基準が異なるため、具体的な支援や介入につながるまでのスピード感に差が発生している。</li> <li>✓ また、在宅医療・介護連携推進事業の対象外となるケースも多く、在宅医療・介護連携支援センターとして活動するための予算の確保が課題となっていた。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 複合課題への個別対応にあたり、高齢者を対象とした在宅医療・介護連携推進事業だけでなく、市の関係各課において分野ごとに在宅医療・介護連携支援センターと協働する体制を整えている。</li> <li>✓ これにより、在宅医療・介護連携支援センターが地域の課題に合わせて柔軟に対応することができる。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 今後も地域からの相談に柔軟に対応できる体制を市全体として構築していく。</li> </ul>

事例⑨	個別ケースへのアウトリーチ支援への重点化
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 在宅医療・介護連携推進事業の施行前から、市医師会を中心とした在宅医療・介護の提供体制の構築を行ってきたことで、事業開始後の平成 30 年度には、地域における連携体制の基盤づくりを完了させ、事業の重点を相談対応からの個別支援に移行してきた。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 年間の個別事例の対応件数は約 250 件程度となっており、在宅医療・介護連携支援センターによる連絡・訪問・調整等のアクションは年間 3,000 回を超えている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 個別ケースの複雑さは増しており、幅広い制度理解と対応力を要した人材育成を図ることが課題となっている。</li> <li>✓ また、在宅医療・介護連携支援センターの現場判断に依存しすぎることで、関係課間での意思決定や緊急対応への迅速性に差が出てしまい、市による速やかな意思決定が行えないリスクがある。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 個別ケースへの対応に伴い、関係者・関係機関との連携も事例対応を通じて高まっており、特に高齢分野単体での相談は減ってきている。</li> <li>✓ さらに、事例を起点に地域の課題抽出に昇華することで、マクロな視点での地域課題への対策への検討においても良い影響を与えている。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 行政経験等の豊富な人材の採用・活用による専門性の継承や、市共通の緊急性共有プロトコルの策定など、在宅医療・介護連携支援センターでの取組の効率化・標準化を図ることが必要になってきている。</li> </ul>

(5) 東京都 稲城市

1. 在宅医療・介護連携推進事業の変遷

①制度施行前の取組

- ✓ 平成 25 年度から、市の事業として実施した摂食・嚥下機能支援推進事業が在宅医療・介護連携推進事業の前身となっている。
- ✓ 摂食・嚥下機能支援推進事業では、協議会の設置や、研修会・市民啓発の実施が主たる内容となっていた。
- ✓ 平成 26 年度から、市の独自の在宅医療・介護連携推進協議会が設置され、平成 27 年度からの国制度としての在宅医療・介護連携推進事業の本格化に合わせて、摂食・嚥下機能支援推進事業から在宅医療・介護連携推進協議会に引き継がれた。
- ✓ 平成 27 年度の市の在宅医療・介護連携推進事業によって、市医師会に対して「いなぎ在宅医療・介護相談室」の委託が開始した。

②協議会・多職種連携の取組状況

【協議会の設置】

- ✓ 平成 25 年度の摂食嚥下機能支援推進事業における協議会から継続して実施しており、年間 3 回の実施している。
- ✓ 構成員は医師会、歯科医師会、薬剤師会の医療関係者に加え、地域包括支援センターや介護支援専門員など介護事業者も加わっている。

【多職種連携・顔の見える関係づくり】

- ✓ 市が開催している多職種連携研修会と専門職向け研修会において、多職種連携、顔の見える関係づくりに資する取組みを行っている。
- ✓ 多職種連携研修会では、市から各職能団体に参加者選出を依頼して、約 50 名の参加者を職種によってバラつきをもたせたグループに分けて、ケース検討や意見交換を実施している。
- ✓ 職能団体を經由して、職種別に一定の参加者を担保することで、多職種によるグループワークが実現できている。
- ✓ 一方で、専門職研修会については希望参加者による申込制で年間 2 回実施している。

③4つの場面への取組状況

- ✓ 第 8 期介護計画から、4つの場面を意識した点検や研修の企画検討に活かしている。
- ✓ しかし、場面毎での専用施策は限定的となっている。

【入退院支援】

- ✓ いなぎ在宅医療・介護相談室が中心となり、地域連携連絡会を年 2 回程度開催している。

【急変時の対応】

- ✓ 第 9 期計画策定時のケアマネのアンケートから、訪問診療利用者の急変時の体制への課題や ACP 未実施の割合が一定程度あることを把握し、第 9 期計画の中で、在宅医療と介護の連携

推進の目指すべき姿として、「在宅医療を利用する患者の急変時の意向を確認するだけでなく、家族や関係者で共有し、本人の意向に沿って連携できる体制の標準化」を掲げ、令和6年度から新規に部会を立ち上げて検討を進めている。

事例⑩	市と相談室の緊密な連携
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 平成27年度から、市医師会に委託して、いなぎ在宅医療・介護相談室を設置している。</li> <li>✓ 毎月の相談件数は10～30件となっている。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 毎月の市の担当課と相談室でミーティングを行っており、その際、前月の相談内容については、全件のフォローアップを行っている。</li> <li>✓ ミーティングの中で、相談対応後に相談室主導で迅速な対応・改善を図るものと、協議会での審議・事業化を図るものに関するすみ分けを協議している。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 事業開始当初から継続して行っている取組のため、特に課題はない。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 相談室での役割と事業化を含めた市の役割を双方が明確になっている。</li> <li>✓ 通常は、相談室の職員が市役所に来てミーティングを行うが、別途、市の職員が医師会を訪問して、相談室の運営や情報の共有を行うことで、市と市医師会が透明性の高い連携を行うことができている。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 相談室との情報共有を密に取りながら、事業の推進を図っていく。</li> </ul>

## (6) 神奈川県 横須賀市

### 1. 在宅医療・介護連携推進事業の変遷

#### ①制度施行前の取組

- ✓ 平成 23 年度から、在宅療養連携会議が設置された。当時の市の課長が市民としての個人的な体験から、地域における在宅療養の充実の必要性を痛感し、市医師会と協働して取り組む体制を構築した。
- ✓ 平成 24 年度には連携会議に 3 つの部会（①広報啓発、②連携手法、③研修・セミナー）を設置し議論の具体化や、在宅医療連携拠点事業で医師会に「かもめ広場」を設置するなど、検討と実行の体制を急速に拡充した。
- ✓ 平成 25 年度には、市内を 4 つのブロックに分けた「在宅療養ブロック連携拠点体制」を構築した。
- ✓ 平成 26 年度には、在宅療養ハンドブック vol.1 の発行や退院前カンファレンスシートの作成、在宅患者入院登録システムを開始するなど、在宅医療・介護を円滑に進めるための各種ツールの運用が始まった。

#### ②協議会・多職種連携の取組状況

##### 【協議会の設置】

- ✓ 平成 23 年度に在宅療養連携会議を発足した。
- ✓ 行政担当者が現場の医師、ケアマネジャー、看護師等に個別ヒアリングを実施し、それぞれの専門職の立場での本音を聞き取り、多職種連携や地域課題についての情報を収集した。
- ✓ 平成 24 年度に設置した 4 つの部会（令和 4～5 年は 3 つの部会）は令和 6 年度まで実施していたが、年間で延べ 14 回の会議開催の負担に対して、検討すべき地域課題についても一定程度の達成状況を共有できたことから、令和 7 年度は全体会のみの実施となっている。

##### 【多職種連携・顔の見える関係づくり】

- ✓ 在宅療養連携会議や多職種連携セミナーの定期開催によって場づくりを行っている。
- ✓ 市内を 4 つに分けた在宅療養ブロック連携拠点体制では、各ブロックにある総合病院が連携拠点となって、各ブロックで年 2 程度の会議と 2 回の多職種合同研修を実施している。
- ✓ 各ブロックでの実施内容について、市から地域全体での方向性は伝達しつつ、ブロックにおける課題やニーズに応じた地域裁量に基本的に任せている。

#### ③ 4 つの場面への取組状況

##### 【日常的な療養支援】

- ✓ 平成 12 年の介護保険制度開始から段階的に強化している。
- ✓ 患者情報を一元管理している「よこすかりんくパスポート」や、多職種で情報共有を図るための「かもめネット」など、ICT の活用による情報共有の円滑化を実施している。
- ✓ ケアマネジャーや介護職向けに在宅療養に関する研修を実施。
- ✓ 市民向けに、自宅での療養や看取りについての基礎的な知識をとりまとめた、在宅療養ガイドブックを作成している。

#### 【入退院支援】

- ✓ 平成 25 年から体系的に整備している。
- ✓ 在宅療養中の急変時に速やかに入院調整を行える「在宅患者入院支援登録システム」や、病院と在宅の連携の標準化のための「横須賀市退院調整ルール」を実施している。
- ✓ 4ブロックでの連携拠点体制を活用して、各ブロックの総合病院を中心として、診療所・介護事業所との連携強化を地域単位で実施している。

#### 【急変時の対応】

- ✓ 在宅療養推進の初期段階から重視している。
- ✓ 平成 26 年に運用を開始した「在宅患者入院支援登録システム」では、在宅療養をしている患者の、急な病状の悪化や、短期間の検査・治療（またはご家族の介護負担軽減のためのレスパイトなど）によって入院が必要になった際に、スムーズに病院へ受け入れてもらえるよう、あらかじめ協力病院の登録を進めている。

#### 【看取り】

- ✓ 平成 24 年のかもめ広場の設置以降、本格的に開始している。
- ✓ 人生の最終段階の意思決定支援として「横須賀版リビング・ウィル」の普及や、市民向け在宅医療講演会など、市民に対する普及啓発を実施している。
- ✓ 専門職に対しては、ACP の推進や多職種による多職種間の連携を深める研修等を通して看取りの連携体制の構築を実施している。

事例 ⑪	在宅療養ブロック連携体制
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 横須賀市では、市内を4つのブロックに分けて、ブロック別に在宅医を中心とした協力体制を構築している。</li> <li>✓ 医療や介護が必要になっても、自宅がある住み慣れた地域で過ごせるように、在宅医の増加や地域内での診療所と介護事業者のネットワークづくりを目的とした取組となっている。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 各ブロックの総合病院に対して、ブロック連携拠点を事業委託して実施している。</li> <li>✓ 市医師会に在宅療養センター連携拠点「かもめ広場」を設置して、各ブロックの拠点との情報交換等を行いブロック間での連携面もサポートしている。</li> <li>✓ 地域の実情に応じた連携拠点（ブロック）を設けることで居住地域ごとの在宅療養支援体制を強化する。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ブロック制導入の背景には、病院側と在宅側の間での情報共有のタイミングや内容調整の困難さと、退院前カンファレンスへの多職種参加に向けた日程調整の難しさという課題も含め、地区毎でのブロック制開始の一つのきっかけとなった。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ブロックを入退院支援の連携だけでなく、研修等の顔の見える関係の基盤としても事業を推進することで、診療所・介護事業者の連携が進み、退院から在宅復帰への移行がスムーズになった。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 在宅療養を支える基盤として、地域の診療所や介護事業者の連携強化を図る。</li> <li>✓ また、地域課題を抽出する場として、行政も積極的にブロック会議に参画していくことを検討している。</li> </ul>

事例 ⑫	協働者としての自治体の地域への参画
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 在宅医療・介護連携推進事業の本格実施より先んじて取組を進めてきた反面、現在実施している取組の多くが過去の取組から大きな変更がなく、マンネリ化してきている。</li> <li>✓ ブロック制の導入などにより、地域や専門職の自主性や主体性に委ねて事業を推進してきており、行政としてのかかわりはオブザーブとして一歩引いた立場となっていた。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ オブザーブの立場にこだわるのではなく、行政として支援できることを確認するために、地域課題の再確認に着手している。</li> <li>✓ 特に、これまでオブザーブの立場が強かった地域が主体となっているブロック会議等に積極的に参画することを検討している。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 積極的な参加は行政担当者の業務負荷が大きくなることが課題となる。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 今後、取組を進めながら確認する。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 今後、ブロック会議の研修会等に積極的に参加し、多職種だけでなく、行政も顔の見える関係づくりを行い、各職種の考え等を知ることで事業効果をあげたいと考えている。</li> </ul>

(7) 神奈川県 相模原市

1. 在宅医療・介護連携推進事業の変遷

①制度施行前の取組

- ✓ 平成 18 年度から、市から市医師会への委託を行い、ケアマネジャー向けの研修会を開始した。
- ✓ ケアマネジャーの強化を図るために、年間 12 回の頻度で実施し、年数を重ねる中で回数や多職種が入るなど形態を変化させてきた。
- ✓ 平成 22 年度から、困難事例に対して、医療と介護の連絡調整を行う地域ケアサポート医事業を全市的に開始した。
- ✓ 平成 27 年度から国の在宅医療・介護連携推進事業を開始した。

②協議会・多職種連携の取組状況

【協議会の設置】

- ✓ 平成 27 年度に在宅医療・介護連携推進会議を発足した。
- ✓ 当初は医療・介護のメンバーが構成員となっていたが、令和 6 年度から障害分野の事業者団体や認知症疾患医療センターなどを構成員に追加した。
- ✓ 部会については平成 30 年度から連携体制部会・高齢者救急部会を設置した。
- ✓ コロナ禍を経て、オンラインを併用したハイブリッド開催が中心となってきている。

【多職種連携・顔の見える関係づくり】

- ✓ 多職種研修・事例発表会・市主催の意見交換会によって関係づくりを行っている。
- ✓ 多職種研修は、平成 18 年度から取り組んでいるケアマネジャー向け研修を母体として実施。ケアマネジャーからの要望を踏まえて、地域密着型サービス事業者の意見交換会をケアマネジャー研修に統合するなど、現場のニーズに応じた座組を行っている。
- ✓ 事例発表会は、平成 30 年度から年 1 回実施しており、各職種からの事例発表と、登壇者やコーディネーターを交えた意見交換を行っている。
- ✓ 意見交換会は、地域密着型サービスの事業所を中心に実施しており、初期は市が主となって開催し、現在は有志による既存の連絡会において、テーマ適合時に市がオブザーブ参加をして関係を維持している。

③4つの場面への取組状況

- ✓ 基本的に4つの場面を個別の事業や取組に結び付けておらず、事例ベースの横断的な学びや連携促進の中で扱っている。

【入退院支援】

- ✓ 現在、マニュアルの作成に着手している。
- ✓ これまで、入退院にあたっての課題に関する声はあっても、数としては少なかったが、ここ数年で現場からの課題感が強くなってきた。
- ✓ 高齢化の進展に伴う母数の増加や、コロナ禍の特殊な運用形態からの通常運用への回帰に伴

い課題が一気に表面化してきている。

- ✓ 退院時のケアマネジャーの不関与や、家族経由での情報共有に伴う医療と介護での情報不達、救急搬送経由での入院などが、現場での混乱の主となっている。
- ✓ 推進会議に専門のワーキングチームを設置し課題の整理や、先進事例として他市の担当者を招聘して話を聞くなど、令和7年度から開始している。

【急変時の対応】

- ✓ 平成30年度に設置した高齢者救急部会にて検討が行われた。
- ✓ 背景として、不要不急の救急出動の増加が課題となり、救急と医療・介護での情報共有や連携の必要があった。
- ✓ 救急隊への情報共有の迅速性を高めるためや、介護施設等との意思疎通のために、救急連絡シートや高齢者施設における救急ガイドブックを作成した。

事例 ⑬	人口構造の変化に伴う入退院支援に関する課題への対応
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 相模原市では、平成18年度から医療・介護連携に着手してきたが、入退院支援に関する課題は近年になって表面化してきている。</li> <li>✓ 背景として、高齢者や認定者数の増加に伴い、これまでの医療・介護の関係機関で対応できていた許容量を超え始めていることが要因となっていると思われる。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 推進会議の下位組織としてワーキングを設置し、令和7年度から課題整理の議論を実施している。</li> <li>✓ 入退院支援に取り組んでいる先進自治体の職員に話を聞くなど、他自治体の事例を参考にすることで、市での取組方針の検討を進めている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 入退院時の医療と介護での情報共有が十分にできておらず、ケアマネジャーが不関与となっている場合や、家族を介した情報共有に依存している場合などが影響している。</li> <li>✓ これまでは、市の方で調整を行わなくても大きな課題とはなっていなかったが、高齢者の増加に加えて、介護の事業所減少による業務の増大によって、現場の工夫だけでは対処できなくなっている。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 入退院支援の手引き作成に着手しており、市独自の情報共有の標準様式やプロセスの明確化を目指している。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ワーキングでの議論を踏まえて、検討を進めていく。</li> </ul>

(8) 北海道 沼田町

事例 ⑭	小規模地域を活かした全方位の目配り体制
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 沼田町は総人口 2,600 人程度で、高齢者数が約半数を占める小さい規模の自治体である。</li> <li>✓ 町内の介護施設・事業所は全て町営となっており、クリニックも指定管理となっているため、医療と介護が連携しやすい環境にある。</li> <li>✓ また、町全体が 2013 年からエコタウン構想に則ったまちづくりを進めており、町内の医療・介護の施設等が、町の中心部に「車で 15 分程度」の範囲に集約されている。</li> <li>✓ そのため、町内の高齢者の状態像の変化への対応についても、初期の段階で把握・共有・介入が実現しやすい環境にある。</li> <li>✓ 医療・介護の連携においては、町の介護施設や社会福祉協議会や医療機関の他にも、警察・消防・民生委員・新聞配達員など、地域の様々な関係機関や、地域の住民からも「困っている高齢者」についての相談が町に届くことが多く、日常生活の変化から「異変」を察知する目配りの体制ができています。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2015 年頃から、支援が必要な住民を把握してマッピングする取組を行っている。</li> <li>✓ 住民からの申請に基づき登録を行う仕組みとなっているが、支援が必要と思われる住民の 8 割程度を網羅できている。</li> <li>✓ マップを作る過程で、町内会との情報共有を行い、共同作業として取り組んだ。</li> <li>✓ 取組を進める中で、地域との「つながり」を重視しており、顔だけでなく、一人ひとりの名前を覚え、行政の職員の顔も地域の人に覚えてもらうことを目標に取り組んでいる。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 現在は職員 2 名で対応しているが、今後 2～3 年は高齢者の増加が続く見込みとなっている。</li> <li>✓ 現時点での緊急搬送は、全体で月 11 人程度、ほとんどが高齢者の搬送となっており、現在の人員体制でもカバーできているが、今後対象者の増加や緊急搬送の頻度が高くなると、2 人では対応できない恐れがある。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 「近所同士の繋がり」により、行政から聞かなくても地域から情報提供してくれる関係性となっている。</li> <li>✓ 行政での業務や、在宅医療・介護連携に直接的ではない地域の活動においても、職員に無理のない範囲で顔を出し、参加することによって、地域や住民からも「行政が参加してくれたから、こちらも協力しよう」という相互関係が成り立っている。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域と連携したマイクロな連携体制の維持は、今後もお互いの活動を尊重し合う関係づくりを継続していく。</li> <li>✓ 一方で、人材や財政的に町単独での許容を超える可能性を考慮しながら、町単独ではなく、広域的な目線も考えながら、地域における在宅医療・介護の提供体制のバランスを検討している。</li> </ul>

(9) 東京都 国立市

事例 ⑮	複合化した高齢者への課題に対する社会的処方を取組
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 国立市は市内の入院可能な医療機関が少なく、在宅での療養の充実を、基本的な方針として取り組んできた。</li> <li>✓ 2008 年度から、東京都のモデル事業を活用して在宅療養推進連絡協議会を設置し、在宅医療・介護連携推進事業の開始後も継続して協議を進めてきた。</li> <li>✓ これまでに、在宅療養ハンドブックの作成や認知症の日など、医療・介護の専門職から市民に向けた情報提供や関係者が一体となった取組を継続して実施してきている。</li> <li>✓ また、在宅医療・介護連携推進事業の実施前から取り組んでいる国立市の地域ケア会議である「元気アップ会議」では、個別支援検討にあたり、多職種での「介護保険サービスにこだわらない検討」を重点的に行っており、ケアマネジャーがインフォーマルサービスを含めてプランを検討できる土壌ができています。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 複合化した生活課題を抱える住民が増加しており、医療・介護のサービスだけでは、在宅での療養が困難になるケースが発生してきている。</li> <li>✓ 特に生活支援や生きがいづくりなど、インフォーマルサービスを含めた社会的処方によるケアが必要になってきており、在宅医療・介護連携推進事業の中心となっている訪問診療を行っている医療機関と取組を進めている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 介護人材の不足によって、事業所や職員の入れ替わりが激しく、これまで通りの関係性の構築・維持が難しくなっている。</li> <li>✓ 元気アップ会議でケアマネジャーが主となって多職種と検討してきたインフォーマルサービスを含む社会的処方を、地域の中で維持・継続していくための取組が必要になっている。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 市内の訪問診療を行っている医療機関の協力により、医療機関における社会的処方が徐々に広がり始めている。</li> <li>✓ 訪問診療を行っていない医療機関でも、生活の困りごとを確認し、必要に応じて地域包括支援センターにつなぐなど、連携の広がりが見え始めている。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医療機関において社会的処方に取り組めるように、引き続き地域のインフォーマルサービスに関する情報提供や、社会的処方に取り組んでもらえる医療機関の拡大に向けて取り組んでいく。</li> </ul>

事例 ⑩	災害対策に向けた関係者間協議
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 国立市では在宅療養推進連絡協議会の部会として、2012 年度から災害対策部会を立ち上げ、災害時の対応に関する協議を行ってきた。</li> <li>✓ 構成員は訪問看護ステーションや社会福祉協議会、保健所、病院のソーシャルワーカー、ケアマネジャー、民生委員などに加えて、市の福祉総務課や防災安全課が参加している。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 国立市では、東日本大震災以降、甚大な被害を伴う被災経験はないものの、発災時における在宅療養者や認知症の人を受け入れる避難所の在り方を主たる課題として協議を行ってきた。</li> <li>✓ 近年、要援護者の避難方法が、避難所避難から、個別避難計画を活用した在宅避難への移行してきていることに伴い、議論のテーマが地域 BCP の策定に向けた検討や、実際の被災地で被災者支援を行った市職員やボランティアの体験を聞くことなどに変化している。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 個別避難計画の作成などは組織内での所管が違っていることもあり、災害対策部会での議論の結果を具体的な成果としてまとめられない状況が続いている。</li> <li>✓ また、仮に在宅医療・介護連携の中で災害時に対する取り決めや計画を作ったとしても、果たしてそれが市全体の防災計画や発災時の対応の中でどれだけの効力をもてるのかが未知数であるため、具体的な成果物を作ったとしても、どのように活用できるのかも見通せていない状況である。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 災害時対応としての具体的な成果は出せていないものの、関係者間での議論を進めてきたことで、非常時における連携が円滑になっている。</li> <li>✓ コロナ禍で各所が混乱し、保健所からの情報共有が不足していた時に、災害対策部会を含めた医療・介護と行政で定期的な連携会議を開催し、地域状況や各所の情報交換を行うことができた。</li> <li>✓ 日頃から災害時も含めた協議を進めていたことにより、非常時において情報共有等で困った時には、医療や介護の専門職から、在宅医療・介護連携推進事業の事務局に相談が集まる体制が構築できていた。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 明確になったガイドライン等だけではなく、日頃から課題について話し合いを行っていることによって、医療・介護のそれぞれの担当者の意識が醸成されていく。</li> <li>✓ 具体の手段の検討や実施から始めるのではなく、検討段階で議論を重ね、相互理解や目的の共有を図ることが、実際の課題に直面した際に、互いに「繋がる」という意識・行動に影響していると考えている。</li> </ul>

(10) 愛知県 蒲郡市

事例 ⑰	医師会との協働事業としての在宅医療・介護連携推進事業
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 蒲郡市では平成 30 年度から市役所内に「蒲郡市在宅医療・介護連携サポートセンター」を設置し、関係機関の連携支援や市民等からの相談対応、講演会の実施等を行っている。</li> <li>✓ 市役所内にサポートセンターを設置する以前の平成 27 年から、愛知県医師会が主導して県内の郡市医師会が「在宅医療サポートセンター事業」を開始していたが、在宅医療・介護連携推進事業が市町村実施となり市のサポートセンター設置に伴い、市と医師会での協働運営となっている。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 市役所内に設置した「蒲郡市在宅医療・介護連携サポートセンター」には、医師会の職員が常駐しており、市の担当課職員と同じフロア内で事業を協働実施している。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 市の職員は定期的に異動があるため、事業推進のための知見や関係機関との関係性がリセットされやすい。</li> <li>✓ ただし、サポートセンターを医師会との協働運営としていることで、医師会職員であるサポートセンターの職員が専門的な視点でのアドバイザー的な役割も果たしており、継続的な事業展開を可能にしている。</li> <li>✓ 医師との連絡が取りにくいという心理的・実務的ハードルが依然として介護関係者の中に残っており、特にケアマネジャー等から医師へ連絡するタイミングや方法についての課題意識がある。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ サポートセンターに常駐している医師会職員の活動が、医療職と介護関係者、行政をつなぐ「橋渡し役」としての大きな役割を果たしており、これまでの在宅医療・介護連携事業推進につながっている。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 令和 9 年度に予定している第 1 1 期高齢者福祉計画策定に向け、在宅医療・介護連携に関する課題を再抽出し、その課題解決に向けた実現可能な取り組みを絞り込み、計画に盛り込むとともに実践していく。</li> <li>✓ 引き続き医師会と市でサポートセンターを協働運営し、在宅医療・介護関係機関の連携強化に努める。</li> </ul>

(11) 石川県 小松市

事例 ⑱	排泄ケア（コンチネンスケア）による在宅医療・介護連携の推進
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 小松市では平成 27 年に在宅医療・介護連携推進事業に着手した。</li> <li>✓ 平成 30 年頃に市の担当者が市民病院を見学している際に、医療において排尿自立支援を重視したケアを行っていることを発見した。</li> <li>✓ 介護を主とする在宅においても、排泄ケアに関する課題はあったものの、排泄後の処理に関する課題意識に留まっていた。</li> <li>✓ 市民病院での排泄ケアは、服薬や栄養の管理によって下痢になりにくい体調管理や、漏れを予防するためのオムツ選びなど、予防的なケアに焦点化されていた。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 市民病院にて行われていた排泄ケアを介護と共有するために、市民病院の医師や看護師、大学の研究者を中心に市役所も交えた「小松市コンチネンスケア検討委員会」を立ち上げた。</li> <li>✓ 介護職の意見は地域包括支援センターを通じて意見収集を行い、市役所が代弁する形で検討委員会での議論に加味した。</li> <li>✓ 令和 2 年度から排泄に課題を抱える当事者への支援を行う、「コンチネンスパートナー」の養成講座を開始し、「排泄ケア相談・支援事業」を令和 3 年度から実施している。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ コンチネンスパートナー養成講座の内容は医療的観点が強く、修了者は多職種で構成されているものの、医療職が中心となっている。</li> <li>✓ 研修受講後の活躍の場づくりやパートナー同士のネットワーク形成への支援が不足しており、十分な利活用に至っていない。</li> <li>✓ また、市民の認知度も低く、市の取組としての周知が十分でない。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 市内の地域包括支援センターや病院、介護施設・事業所の様々な場所に研修を受講したコンチネンスパートナーを配置できるようになっている。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 排泄の課題は、当事者の尊厳にかかわるものであるが、非常にプライベートなものであり、表面化しにくい。</li> <li>✓ しかし、適切なケアによって予防・改善できるものであり、今後も小松における重要テーマとして取り組んでいく。</li> <li>✓ コンチネンスパートナーのフォローアップ研修を実施し、活動継続者のネットワーク形成に注力する。</li> <li>✓ 令和 7 年度から住民向けの排泄ケアに関する講座を実施しており、認知拡大とセルフケアの普及を推進する。</li> </ul>

事例 ⑱	協議会の効率的な見直し
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 小松市では市の協議会である在宅医療・介護連携推進会議に、発足当初は4つの場面別に部会を設置していた。</li> <li>✓ 当初は場面毎の専門性や関心の違いに応じて検討を行っていたが、会議回数が過多になり、事務局の負担が増加した。</li> <li>✓ また、研修等においては、県が主導する在宅医療推進事業と内容が重複することもあった。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4つの場面の近接領域をまとめ、日常療養と看取り、急変時と入退院支援を統合して効率化を図った。</li> <li>✓ 県主導の在宅医療推進事業と、市が主導する在宅医療・介護連携推進事業について、相互の会議に委員や世話人として参加し、研修の内容や年度ごとの重点項目の連携・調整を図った。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 市の担当課は福祉部署となっており、医療機関側の課題やニーズについて把握するものの、肌感覚として実感することが難しい。</li> <li>✓ 特に病床再編や医療報酬の改定等による影響が、介護側へ与える影響についての見通しが立てづらいことが大きい。</li> <li>✓ また、コロナ禍以降、対面研修や懇親の機会が減少し、顔の見える関係に基づく合意形成が弱まっている。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 在宅4場面をバラバラで考えるのではなく、統合することで、効率化とともに、各場面に関わる関係者間の連携体制の構築につながった。</li> <li>✓ 市の取り組みと県の取り組みでバラバラで動いていた在宅医療や介護に関わる関係者が共通の課題に対して検討する体制構築につながった。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 在宅医療・介護連携推進事業の実施体制については、医療側にまかせる「医師会や大病院へ全面委託」や介護保険者が「自治体単独で実施」するいずれかが考えられるが、いずれも、医療か介護のどちらかの側面から見た課題に偏りがちになる。</li> <li>✓ そこで、市民病院に医療職の在宅医療・介護連携推進コーディネーター配置をする予算措置をし、医療側から見た課題の把握を推進する予定。それにより、医療側から見た課題と、介護側から見た課題について、相互で共有し、いっそうの連携体制の充実がされるものと考えている。</li> </ul>

(12) 岡山県 津山市

事例 ⑳	入退院支援ルールの進捗把握
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 津山市では平成 28 年度から在宅医療・介護連携推進協議会を設置し、在宅医療・介護連携推進事業に着手した。</li> <li>✓ 協議会の設置以前から、県の在宅医療連携拠点事業を津山市医師会が受託しており、その事業の中で入退院支援ルールについて検討が進められており、津山市が在宅医療・介護連携推進事業に着手する前の平成 27 年 10 月には、入退院支援ルールの第 1 版が作成されていた。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 平成 27 年度に作成された入退院支援ルールは、平成 30 年度に、制度改正や加算要件の変更への対応や、独自様式の見直しに伴う改定を行った。</li> <li>✓ 活用状況の把握については令和元年度までは毎年調査を実施していたが、現在は調査による負担を鑑みて必要に応じて実施している。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 過去に実施したアンケートでは「入退院支援ルールを活用しているか」という項目になっており、様式の活用なのか、ルール自体の理解なのか、回答する人によって解釈がわかれていた可能性があった。</li> <li>✓ そのため、アンケート結果による進捗把握が正確に行えず、様式の利用率と連携による情報の過不足の実態がつかめない状況であった。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 令和 7 年度に調査項目を改善して、市内の医療・介護の関係機関にアンケート調査を行った。</li> <li>✓ 入退院支援ルールの認知度は医療・介護ともに 8 割を超えており、ルールは十分に認知されていることがわかった。</li> <li>✓ 一方で、入院時情報提供シートや、退院時情報共有シートなどの、ルールとともに作成していた市様式の利用率については半数以下となっていた。</li> <li>✓ 認知度に対して利用率は低い結果となっていたが、アンケートの自由記載や協議会等での課題として、入退院時の情報が不足している、という課題は出てきていないため、市様式以外での情報共有を活用することで、医療・介護の現場での連携は、一定程度の水準を満たしている想定している。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 入退院支援の情報共有については、市の様式の利用率は低いものの、医療・介護の双方では一定の連携が図られているという評価を得られている。</li> <li>✓ そのため、市の様式の利用率を高めることではなく、他の課題への対策に取り組んでいく予定である。</li> <li>✓ 特に、連絡の伝達スピードや、在宅で困った状態になった時にすぐに受け入れ可能な医療機関の調整などが、医療・介護の現場から課題としてあげられており、今後の部会のテーマとして検討している。</li> </ul>

事例 ㉑	フレイル予防の多職種連携
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 津山市では、在宅医療・介護連携推進会議の部会として研修啓発部会を設置しており、医療・介護の専門職に向けた研修について、部会での検討を踏まえてテーマを設定している。</li> <li>✓ 特に津山市ではフレイル対策に医療関係者や栄養士などが、積極的に関与してくれている基盤があり、在宅医療・介護連携推進事業においても、医療と介護が協働することへのハードルが高くないテーマであった。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ これまでに3年連続でフレイルやオーラルフレイルをテーマにした研修会を実施しており、市民向け講座・支援者向け講座・通いの場での実践などの様々な取組を行ってきた。</li> <li>✓ 医師会や歯科医師会、大学などの協力を得て、研修を実施している。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医師会や歯科医師会が積極的に取り組んでくれることで、特に課題はない。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域としてフレイル・オーラルフレイル予防に医療も介護も積極的であることが、双方が同じフィールドで協働して取り組むことに効果的な要因となった。</li> <li>✓ また、市内に通いの場が多くあることも、多職種が連携して地域に入ることを推し進めるために良い影響を与えていたと考えられる。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 在宅医療・介護連携推進事業の中で積み上げたオーラルフレイルと栄養に関する予防の取組は、保健事業と介護予防の一体的実施においても実践し始めており、他の事業への横展開も視野に、拡大していけると考えている。</li> </ul>

(13) 熊本県 玉名市

事例 ㉒	個別の相談対応に重点化した在宅医療・介護連携の推進
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 玉名市では、平成 24 年度から厚生労働省のモデル事業である在宅医療連携拠点事業として、1 市 4 町の広域をカバーする、地域の医師や多職種の有志による「たまな在宅ネットワーク」の取組が始まり、医師会が事務局を担う事となった。</li> <li>✓ たまな在宅ネットワークの、連携事業における基本的な考え方は、「個別相談がスタートでありゴール」「新しい仕組みは作らない」「今ある資源を活かす」となっており、相談対応によるミクロな事例解決を主軸とし、ミクロな課題から地域全体のマクロな課題解決とする取組を進めてきた。</li> <li>✓ 協議の場としては、従来「在宅医療連携協議会運営委員会」を設置していたが、毎月開催している「たまな在宅ネットワーク定例会」（地域の多職種 40 名以上が参加）において継続的に協議を行っていることから、コロナ禍以降、同委員会は休止している。</li> <li>✓ 一方、令和 2 年度より県（保健所）主催による「有明地域在宅医療連携体制検討地域会議」が開始され、当該運営委員会の構成員と概ね重複していることから、現在は本会議を公的な協議の場として位置付けている。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域の医療・介護関係者からたまな在宅ネットワークによせられる相談は、4 つの場面すべての相談に対応しており、場面によって対応の可否を判断していない。</li> <li>✓ 年間で 160～200 件程度の相談があり、具体的な支援を行っているのは約 100 件程度となっている。</li> <li>✓ 記録のため、相談内容を 4 つの場面で整理しているものの、実際には時系列とともに複数の場面が横断的に関与するため、場面ごとに対応を切り取ることは重視していない。</li> <li>✓ また、災害対応や救急対応については、日常連携の延長として捉えており、日常連携によって多職種の顔の見える関係や個別支援の目的共有が図られていることで、災害等の突発的な課題に対しても応用的に対処できると考え、日常連携の充実を重視している。</li> <li>✓ 個別の支援として、住民がどのような状態像になっても、安心して在宅療養を選択するための支援を行うことを重視している。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域の医療機関は 10 年間で 15 か所が閉院しており、既存の医療機関に訪問診療の負荷が集中している。</li> <li>✓ 介護側では事業所間連携による組織力が低く、在宅医療・介護連携への参加が二極化している。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 個別支援を重視していることで、相談等で状況を把握できているケースについては十分な支援を提供できている。</li> <li>✓ ただ、回数や人数といった定量的な指標ではなく、関わった住民やその家族に</li> </ul>

	「よかった」と言われる仕事を積み上げていくことでしか評価はできないと考えている。
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 日常の個別相談への支援を最重要視して取り組んでいく。</li> <li>✓ また、医療や介護にも支援の限界はあることから、住民啓発を通じて、住民の自助志向を高めていくことが必要である。</li> </ul>

事例 ㉓	日常連携の応用としての災害対策
背景	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 熊本県では熊本地震や豪雨災害による自然災害の被災が多発している。</li> <li>✓ 玉名市においても令和7年度に豪雨による被害を受け、災害時における対応力の強化が求められている。</li> <li>✓ 医師会では令和5年度に医師会BCPモデル事業を実施するも、県が主となって災害対策本部を立ち上げ、保健所単位で対策会議を作り管轄内の情報集約を図ることが決まっている中で、市町村や在宅医療・介護連携推進事業単位で別途情報集約を行うことの非効率性を確認した。</li> </ul>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 県や保健所と競合する組織を検討するのではなく、日常から連携している関係者や患者情報を基に、必要に応じて個別支援を行う体制構築を行っている。</li> <li>✓ 医師会では、熊本地震以降にオープンチャットを使った医療機関同士の情報連携の仕組みができており、64医療機関中50以上の医療機関が参加している。</li> <li>✓ 年1回の災害時救急連絡体制訓練でオープンチャットの操作やフローを確認する機会を設けている。</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 一時期、保健所と並列的に在宅医療・介護連携推進事業において被災地の情報集約を行ったことがあるが、集約情報の重複や断片化、タイムラグなどによって再照会や再提出などの負担が生じた。</li> <li>✓ 患者・家族等からの安否確認を含む同様の連絡が、各事業所等へ重複して寄せられることにより、対応に伴う心理的負担の増大や、通信機器の電源消費といった課題が指摘された。</li> <li>✓ 情報の一元化・集約化の重要性は認められる一方で、各種団体・組織がそれぞれ独自に連絡・確認を行うことによる非効率性や現場負担の増大といったデメリットも明らかとなった。</li> </ul>
効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 災害対策を日常の延長と捉えることで、無理矢理、災害時のマニュアルや体制整備を行うという負担を軽減できている。</li> <li>✓ 特に、日常からの関係者間での連携強化に加えて、在宅医療・介護連携推進事業の個別支援として、病院から在宅に帰ってきた住民に対して、ACPや急変時対応を、住民が考えるきっかけとすることを、日常支援から取り組む災害時対応と位置付けている。</li> </ul>
今後の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 情報集約は県や保健所の仕組みとし、在宅医療・介護連携推進事業での仕組みの競合は避ける。</li> <li>✓ 在宅医療・介護連携推進事業としては、支援を行っている住民や関係者の安全確保を最優先として、災害時においても、平時の在宅療養の体制を維持・継続することに注力していく。</li> </ul>

## 4. 結果のまとめ

### ① 在宅医療・介護連携推進事業の開始前からの取組状況

- ✓ 自治体によっては、在宅医療・介護連携推進事業が開始した平成 27 年度より 10 年以上前から地域での医療と介護の連携に資する取組が進められていた。
- ✓ 各地域での医療と介護の連携に資する取組の成り立ちは多様となっており、入退院支援などの特定の課題への対策から始まった地域もあれば、多職種での連携ネットワークづくりを基に始まった地域もある。
- ✓ 在宅医療・介護連携推進事業の開始以前からの取組は、地域や専門職において、課題解決や連携のニーズへの高まりを踏まえて、自治体や医師会が中心となって、自主的な取組として開始され、平成 27 年度以降に在宅医療・介護連携推進事業に引き継がれてきた。
- ✓ 在宅医療・介護連携推進事業に先駆的に取り組んでいるとされる自治体の中には、10 年以上の地域における取組を基盤として、現在の先駆的な取組につながっている場合が多いことに留意する必要がある。

### ② 協議会・顔の見える関係づくり

- ✓ 多くの自治体が協議の場を多職種による参画の場として設置しているが、自治体によっては、行政と医師会のみでの構成や、協議会自体が実質休止している自治体もあるなど、運用方法に多様性が見られた。
- ✓ 行政と医師会のみで構成されている協議の場では、近年になって協議会での議論に必要な地域課題の把握に課題を感じており、協議会の構成員が特定の職種に偏っていることで、行政の担当者が地域の多職種の意見を吸い上げる仕組みが不足していることに課題感を感じている。
- ✓ 一方で、協議会が実質休止している自治体においては、在宅医療・介護連携推進事業における課題抽出や解決のプロセスを、協議の場ではなく個別支援の個々の場面で行うことを重視して取り組んでいるため、戦略的に協議の場を重用していないことが要因であった。
- ✓ こうした地域戦略に基づく取組の違いは顔の見える関係づくりにおいても同様となっており、多くの自治体が顔の見える関係づくりに資する場を、多職種での研修会や意見交換会として位置付けて継続的に実施している一方で、自治体によっては「顔の見える関係づくり」は事業としては既に終了しており、個別支援の中で関係者間をつなぐことで関係性の維持・強化に取り組んでいた。
- ✓ 協議会等の運営については、過渡期を迎えている自治体が見受けられた。特に、議題や論点の枯渇、事業の形骸化など、事業の創設期に作り上げた仕組みが、地域環境や社会環境の変化に対応しきれなくなっており、改めての地域課題の把握の必要性を感じている自治体が確認された。

### ③ 自治体と地域の連携強化について

- ✓ 自治体の中には、地域内を幾つかの圏域で分けて、圏域単位での在宅医療・介護連携推進事業を推進している自治体が見られた。
- ✓ 圏域の分け方は行政区や中核となる医療機関の有無など、自治体によって設定は様々となっているものの、核となる医療機関に委託して事業を推進している共通点はみられた。
- ✓ 圏域単位での体制構築により、自治体全体で行う場合よりも、地域特性に応じた密な連携体制の構築が行えている反面、地域の独自性を尊重しすぎることによって、自治体担当者が地域との連携・協働に消極的になっている課題も見られた。
- ✓ また、委託による事業推進が中心になることで、自治体担当者が個別支援から離れてしまい、現場感覚が薄れることによって判断基準やスピード感に悪影響になる懸念も挙げられている。
- ✓ 一方で、委託先との情報共有を密に行うことで、地域課題の把握・抽出・事業化を円滑に行っている自治体もあることから、自治体担当者の委託先との情報共有や地域に出向いての情報収集にどれだけの業務量をあてることができるかが、地域との連携強化において重要であると考えられる。

### ④ 4つの場面への取組状況

- ✓ 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場面ごとに取組む自治体と、地域で生じた個々の事例をもとに取組む自治体と様々であった。
- ✓ また、これらの取組みは、在宅医療・介護連携推進事業を活用して検討している自治体もあれば、他の関連事業を活用し、地域で検討している場合もあった。
- ✓ 場面ごとに取組む自治体においては、目標の設定やツール等の作成・活用に取り組んでいた。
- ✓ 地域で生じた個々の事例をもとに取組む自治体においては、医療や介護の関係機関や職能団体といった地域の関係者を巻き込みながら課題解決に取り組んでいた。
- ✓ 地域の実情に応じて、地域での課題や議論を基に具体的な対策を進めることで、地域の関係者の主体性や自主性につながっていることが伺えた。そのため、地域での課題の抽出や、議論できる場の確保が求められる。

### ⑤ 災害時への対応への取組状況

- ✓ 実際の被災経験のある自治体において、在宅医療・介護連携推進事業としての取組に大きな違いがみられた。
- ✓ 特に、在宅医療・介護連携推進事業としての対策本部等の場の設置是非について判断が分かれており、設置を行う自治体では、市外から派遣されてくる医療チームのコーディネート機能を担う場として想定している。一方で、設置を検討していない自治体では、過去の実践経験から、全市的な災害対策本部との機能分担の非効率性を考慮して、在宅医療・介護連携推進事業としては普段から支援している住民への対応に重点化することを選択していた。

- ✓ また、具体的な取組成果はないものの、災害時を含む非常時への対応を在宅医療・介護連携推進事業の協議会において議論してきた自治体では、継続的に議論を進めてきたことにより、非常時の情報集約や相談先として在宅医療・介護連携推進事業の事務局に集約する意識が醸成されており、コロナ禍では、地域の困りごとや相談が自然と在宅医療・介護連携推進事業の事務局に集まってくる状況であった。
- ✓ 災害時への対応は、自治体全体の防災計画や、医療機関等の関係機関における個別のBCPなど、様々な制約が伴う中で、在宅医療・介護連携推進事業として何を実施するのかの戦略が不可欠であると考えられる。

## ⑥ 複合課題への対応

- ✓ 高齢者を対象とした在宅医療・介護連携推進事業ではあるが、近年の特徴として高齢者のいる世帯構成員の生活や福祉課題とセットになった複合課題への対応が、地域の課題感として挙げられていた。
- ✓ 特に、8050問題などの中年層のひきこもりや、未成年の障害等による発達の遅れ・不登校などの課題が中心となっている。
- ✓ こうした課題に対して、医療機関と介護事業者の連携を推進してきた在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口やコーディネーターに相談が集まる状況となっているものの、未成年者への支援等についての財政的な担保が在宅医療・介護連携推進事業ではできていないことが課題となっている。
- ✓ 自治体の中では、関係課毎に在宅医療・介護連携推進事業の委託先と、対象属性別の個別事業を独自に実施し、支援に対する財政的な支援を行っている。
- ✓ 高齢者の生活課題の複合化・多様化は今後も変化しつづけることが予測されるため、自治体の関係部署間の連携や、医療・介護の関係機関や団体等の地域の関係者の連携強化が望まれる。

## ⑦ 人材について

- ✓ 人材に関する課題が、自治体および在宅医療・介護連携推進事業の委託先等の関係機関の双方で課題として挙げられていた。
- ✓ 自治体における課題はマンパワーの不足となっており、多くても2名程度の担当者による事業運営となっており、特に、協議会や部会等の会議運営の負担が大きいことが課題となっている。
- ✓ 自治体の中には、協議会や部会を統合して、全体の会議回数を減らすことで、事務局の負担を軽減することで、できた余裕で地域課題の把握に「出向く」という取組を検討している。
- ✓ また、自治体の担当課によっては、医療に対する知見や調整経験を有する人材がない場合もあり、特に医療機関側の課題や意見を正しく解釈することに難しさを感じていることも挙げられていた。
- ✓ 在宅医療・介護連携推進事業のPDCAを効率的・効果的に行うことで、限られた人材のなかでも地域の実情に応じた取組につながるのではないかと考えられる。