

**地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を
推進するための都道府県及び地方厚生(支)
局の支援に関する調査研究事業**

報 告 書

平成31年3月

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

目次

結果概要

第1章 調査概要

- 1. 調査研究の背景と目的 1
- 2. 調査研究の全体像 3
- 3. 実施体制 6

第2章 アンケート調査

- 1. アンケート調査実施概要 9
- 2. 調査結果（1段階目・府県向け調査） 11
- 3. 調査結果（1段階目・市町村向け調査） 18
- 4. 調査結果（2段階目調査） 57

第3章 現地訪問調査

- 1. 京都府綾部市 83
- 2. 奈良県宇陀市 91
- 3. 岐阜県美濃加茂市 99
- 4. 静岡県川根本町 108
- 5. 奈良県五條市 117
- 6. 石川県野々市市 125

第4章 在宅医療・介護連携推進フォーラム

- 1. フォーラム実施概要 133
- 2. フォーラム内容 134

第5章 考察・提言

- 1. アンケート結果から見える課題 141
- 2. ヒアリング結果から見える課題 148
- 3. 在宅医療・介護連携に関する評価指標（評価方法） 150
- 4. 国や府県・地方厚生（支）局等の支援のあり方に関する提言 153

- 資料編 155

地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための
都道府県及び地方厚生(支)局の支援に関する調査研究事業
結果概要

在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生（支）局の
支援のあり方に関する検討委員会

1. 事業目的

(1) 背景

- 平成 30 年度より全ての市町村において、在宅医療・介護連携推進事業が実施されることとなるが、本会が実施した調査研究を含む既存事業・調査を踏まえると、在宅医療・介護連携推進事業においては現状下記のような課題があるものと想定される。

【課題1】 小規模自治体ほど在宅医療・介護連携推進事業への取り組みが不十分である

【課題2】 連携の基盤となる多職種研修の質の保証が十分ではない

- これらの課題を踏まえ、本会では平成 29 年度に、国診協版多職種研修プログラムを用いた多職種研修が企画・運営できるコーディネーターを養成した。比較的自治体規模が大きいくところからも参加があり、小規模自治体に限らず利用していただけることが確認できた。
- 本事業は、地域課題の抽出や対応策の検討等を含めた多職種研修の開催を中心に進めたものであるが、多職種研修以外の在宅医療・介護連携推進事業における他の取組についても、こうした外部からの具体的な支援が提供されることは非常に大きな意味を持つものと考えられる。
- 支援にあたっては、在宅医療・介護連携推進事業における各自治体の実施状況を調査し、積極的な取り組みが認められる自治体の事例をもとにそのノウハウを収集することや、今後の継続性などに関して課題のある自治体において課題が生じている理由や対策、必要な支援内容等を把握することで、小規模自治体で求められる事業展開の内容を検討することが必要である。また、これに対し都道府県あるいは地方厚生（支）局が行いうる有用な支援内容・役割についても検討が必要と考えられる。

(2) 目的

- 本事業では近畿厚生局および東海北陸厚生局管轄区域内の自治体における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況を把握し、好事例および取組において課題のある事例からのノウハウ収集（事例集の作成）、および今後の継続性などに関して課題のある自治体の具体的課題の内容を集積する。また、都道府県あるいは地方厚生（支）局がどのような支援が可能か役割を明らかにする。

2. 事業概要

(1) アンケート調査の実施

【調査目的】 近畿厚生局及び東海北陸厚生局の管轄エリア内の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を確認し、各府県で比較的積極的に取り組みができている自治体と、取り組みに難渋している自治体を抽出しそのノウハウと課題を深掘することを目的に、アンケート調査を実施した。

調査項目は、厚生労働省による実態調査で把握可能な項目は除外し、地域包括ケアの一定の類型化を行いつつ在宅医療・介護連携推進事業のあり方を検討していくために必要な項目を選定した。

なお、アンケートは、1段階調査と2段階調査の2つで構成した。

【調査方法】 郵送にて調査依頼を行い、回答者には国診協ホームページからエクセル形式の電子調査票上での回答を依頼。回答後のファイルはメールに添付し、事務局へ送付いただいた。

(2) 現地訪問調査の実施

【調査目的】 先進地域の取り組み状況から、そのノウハウや求められたあるいは求められる府県及び地方厚生（支）局の支援内容を抽出した。また、取組に課題の多い自治体の課題を明確にし、その解決方法、支援方法を検討した。

【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査

(3) 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生（支）局の支援に関する検討

【目的】 「在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生（支）局の支援のあり方に関する検討委員会」「委員会・部会主要メンバー（コアメンバー）による企画調整検討会」「在宅医療・介護連携推進に関する検討部会」を設け、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するために都道府県及び地方厚生（支）局の支援に関する検討等を行った。

【検討事項】 ①一定の地域包括ケアの類型化のもとで在宅医療・介護連携推進事業のあり方を検討
②都市部近郊における、自治体独立型と近隣自治体依存型の違いも意識しながら、地域資源の状況によっては広域的な連携による事業継続を検討
③在宅医療・介護連携の推進に向けた支援のあり方の検討及び支援にあたって地域の取組み指標（評価）のあり方を検討

(4) 在宅医療・介護連携推進フォーラムの開催

【目的】 事業実施経過報告及び在宅医療・介護連携推進事業を柱とする地域の実情に応じた医療・介護の連携の一層の充実を図るための方策等に関して情報提供することを目的に、フォーラムを開催した。

【参加者数】 124名（委員含む）

3. 調査研究の過程

(1) 検討委員会・作業部会の実施

第1回調整検討会	平成30年7月31日(火)
第1回検討委員会・第1回検討部会	平成30年8月21日(火)
第2回検討委員会・第2回検討部会	平成30年11月1日(木)
第3回検討委員会・第3回検討部会	平成30年12月18日(火)
第2回調整検討会	平成31年2月19日(火)
第4回検討委員会・第4回検討部会	平成31年2月25日(月)

(2) アンケート調査

【1段階目調査】	平成30年9月～10月
【2段階目調査】	平成30年12月

(3) 現地訪問調査

①京都府綾部市	平成31年1月15日(火)
②奈良県宇陀市	平成31年1月30日(水)
③岐阜県美濃加茂市	平成31年1月28日(月)
④静岡県川根本町	平成31年1月16日(水)
⑤奈良県五條市	平成31年1月23日(水)
⑥石川県野々市市	平成31年1月24日(木)

(4) 在宅医療・介護連携推進フォーラムの開催

【開催日時】平成31年2月25日(月) 13:00～17:00

4. 事業結果

(1) 結果

1) アンケート調査の実施

①回収率等

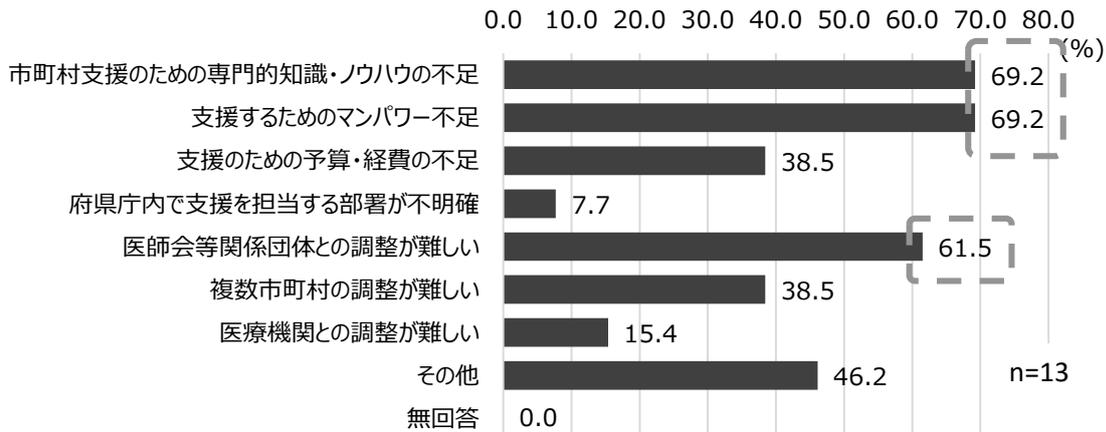
	発送件数	回収件数	回収率
【1段階目調査】府県向け調査	13	13	100.0%
【1段階目調査】市町村向け調査	409	372	91.0%
【2段階目調査】	90	54	60.0%

②集計結果(一部)

【市町村支援における課題】

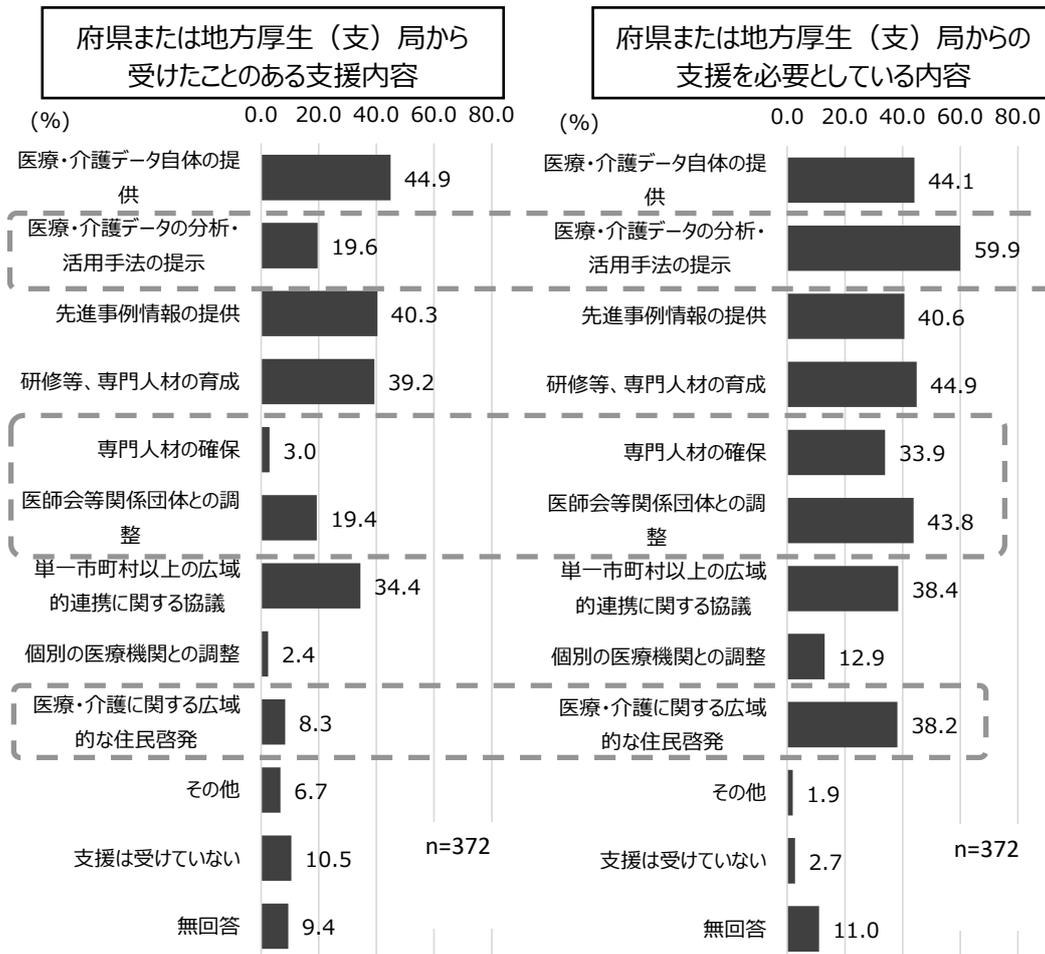
- 支援提供にあたり府県が課題と感ずることとしては、「専門的知識・ノウハウの不足」「マンパワー不足」を挙げる回答が多く、府県においても人材不足、専門的知識の不足が課題であることがうかがえた。また、医師会等関係団体の調整についても、市町村のみならず府県でも課題認識が高いことがうかがえた。

在宅医療・介護連携推進事業の支援提供にあたり課題と感ずること



【市町村が求める支援と、実際に受けている支援のギャップ】

- 市町村が府県または地方厚生（支）局から受けたことのある支援内容と、実際に支援を必要としている内容を比較すると、「医療介護データの分析・活用手法の提示」「専門人材の確保」「医師会等関係団体との調整」「医療・介護に関する広域的な住民啓発」などの項目で数値に大きな差がみられた。
- 市町村が求める支援と現状受けている支援にはギャップがあることがうかがえた。



2) 現地訪問調査の実施

①京都府綾部市

～ここがポイント～「連携推進に『在宅療養コーディネーター』が大活躍」

1. 在宅療養コーディネーターの活躍

府事業を活用したコーディネーターの養成とともに、各職能団体にコーディネーターの「コアメンバー」を配置し、コアメンバーが市の事業運営に大きく関わる仕組みを構築。研修会などの様々な事業展開が実現

2. 多職種研修会の開催・運営

薬剤師、歯科医師、リハ専門職など、多くの医療職を含めた連携体制を構築。

3. 地域課題の的確な抽出と対応実践

住民向け講演会、研修会時にアンケート、ヒアリングを行うなど、時機をとらえた課題抽出を実施。

②奈良県宇陀市

～ここがポイント～「医療介護あんしんセンターを中心とした連携構築」

1. 「宇陀市医療介護あんしんセンター」による様々な取組

在宅医療・介護連携推進事業と地域包括支援センターの機能を一手に担うあんしんセンターが、多職種の連携構築、相談対応等に大きな役割を担う。

2. 宇陀市立病院による地域医療・在宅医療の強力な支援

急性期から方針を変え、地域包括ケア病棟の整備、院長自らの地域ケア会議への参画等、ソフト・ハード両面から在宅医療を支えている。

③岐阜県美濃加茂市

～ここがポイント～「『かも丸ネット』で 8 市町村の広域連携」

1. 『かも丸ネット』の組織・運営による広域的な事業展開

加茂地域包括ケアネットワーク推進協議会（かも丸ネット）を医師会から引き継ぐ形で市町村が 30 年度から実施。美濃加茂市が事務局を担いその中心として活動している。

2. 在宅医療コーディネーターについて

「在宅医療コーディネーター」が、市の連携推進を専任で主体的に考えられる体制をとっている。また、加茂歯科医師会に委託し「在宅歯科医療コーディネーター」とも連携をとっている。

3. 市独自の取組「美濃加茂市サービスネットワーク会議」

広域での検討内容も踏まえ、市独自の会議体で具体的な取組等を検討している。

④静岡県川根本町

～ここがポイント～ 「小規模自治体の多様な取組実践」

1. 「看取りのフローチャート」の作成・運用・住民啓発

約 150 人の終末期を振り返り、本当に良い終末期を実現するための「看取りのフローチャート」を作成。さらにこれを住民にも説明し、新たな住民主体サービスを創出。

2. 町営の訪問看護ステーションの立ち上げ

在宅医療に不可欠な訪問看護ステーションが撤退したことを契機に、町営で立ち上げることを決断。訪問看護師と包括職員の連携・交流により、双方の学びにもつながった。

3. 「多職種連携チーム」が町内幅広く活躍

「ちよこつと介護相談所」など、町独自の様々な取組を仕掛け、実現。

⑤奈良県五條市

～ここがポイント～ 「日常生活圏域から複数自治体まで、多様な事業を推進」

1. 地域包括ケアシステム全体構想の策定

県事業を活用し、地域包括ケアシステムを少しでも前進させるために全体構想を策定。

2. 圏域ごとの地域ニーズの把握

コンサルタントの地域分析をもとに圏域別のデータ上の課題を把握これをもとに地域住民との意見交換のための「圏域別地域ケア会議」を実施。地域の様々な課題を抽出した。

3. 広域での医療・介護連携

南和地域全体の連携強化に向け、保健所とも協働して数々の取組を進めた。

⑥石川県野々市市

～ここがポイント～ 「近隣市と連携しながらも、主体的に取組を実践」

1. 在宅医療・介護連携推進協議会の設置

市の事業検討を行うに当たっての協議会を設置。協議会には近隣市の金沢市、白山市の方にも参加いただき、広域的な連携も視野に入れた検討体制を確保。

2. 団体等への委託を活用した事業推進

訪問看護ステーションへの在宅医療・介護連携推進事業の一部委託、認知症総合支援事業の医療機関への委託等により事業を展開。事業等全体の管理は、行政担当部署が一元的に担う体制とした。

3) 在宅医療・介護連携推進フォーラムの開催

開催概要は以下の通りであった。

時間	内容
開会	
13:00- 13:15	○開会のあいさつ 主催者挨拶：全国国民健康保険診療施設協議会副会長 小野 剛 氏 来賓挨拶：近畿厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課 課長 吉森 茂文 氏
基調講演・報告	
13:15- 14:05	「地域の実情に応じた医療・介護連携の展開を考える ～事業経過報告より～」 在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生（支）局の支援のあり方に関する検討委員会委員長 尾島 俊之 氏（浜松医科大学健康社会医学教授）
事例発表	
14:05- 15:20	「実践！地域を診る目が医療・介護連携のカタチを生み出した」 ～地域力を高めるまちづくりと多職種連携～ ◎取組事例（市町村） □ 静岡県川根本町での取組：池本 祐子 氏（川根本町高齢者福祉課課長代理兼地域包括ケア推進室室長兼地域包括支援センター長） □ 京都府綾部市での取組：森永 洋子 氏（綾部市福祉保健部高齢者支援課地域包括支援センター担当） □ 岐阜県白川村での取組：近藤 久善 氏（白川村村民課長） 伊左次 悟 氏（県北西部地域医療センター国保白鳥病院総合診療科医長） ◎支援事例（都道府県） □ 滋賀県での取組：久保 亜紀 氏（東近江健康福祉事務所（東近江保健所）医療福祉連携係主査） 特別発言：三枝 智宏 氏（静岡県浜松市国民健康保険佐久間病院長） 司会：小野 剛 氏（国診協副会長／秋田県市立大森病院長）
	休憩（10分）
鼎談	
15:30	「在宅医療介護連携推進事業の展開による地域の未来を創造する」 ～地域の実情に応じた連携の姿を描き出すためにすべきこと～ ：後藤 忠雄 氏（岐阜県 県北西部地域医療センター長兼国保白鳥病院長） ：林 佳江 氏（奈良県宇陀市健康福祉部医療介護あんしんセンター所長） ：竹内 嘉伸 氏（富山県南砺市地域包括医療ケア部地域包括ケア課副主幹） 特別発言：岡山 雅信 氏（神戸大学地域医療教育学部門長／地域社会医学健康科学講座医学教育分野特命教授）
17:00	閉会

(2) 考察・提言

1) 在宅医療・介護連携に関する評価指標

本事業では「在宅医療・介護連携の取組の改善につなげられるような評価指標・手法」を検討した。

具体的な指標内容や目標値は、各市町村における課題や目指すべき姿、社会資源の分布状況など、市町村ごとの多様な要因に影響を受けるものと考えられるため、本調査研究ではどの市町村でも画一的に使用する評価指標を定めるのではなく、自治体が必要に応じ選択・活用できる評価方法や視点を広く提示することとした。その他留意事項は本文を参照されたい。

本事業で提示する評価指標・評価方法は以下のとおりである。

区分	評価指標・評価方法
ストラクチャー	専門職のネットワークが構築されているか
	在宅医療・介護連携や在宅療養に関するコーディネーターが設置されているか
	日常生活圏域別の地域ケア会議の開催の有無・頻度
プロセス	地域課題の抽出、対応策の検討、実践、振り返りを行っているか
	特別養護老人ホームの入所待機者数
	訪問診療の実施件数
	往診の実施件数
	訪問看護の実施件数
	居宅療養管理指導（介護保険）の実施件数
	多職種研修会等の参加者数（実人数）
	多職種研修会等の参加者の満足度（有意義であったか）、理解度
	（オ）「在宅医療・介護連携に関する相談支援」における相談受理件数
取組に要する各種コスト	
アウトカム	住民満足度・主観的幸福感
	要介護高齢者の在宅療養率
	在宅で亡くなりたいたちと実際亡くなった住民（および実際には自宅以外で亡くなった住民）の割合
	身近な地域（自治体内、圏域内等）で最期まで暮らし続けられた住民の割合

2) 国や府県・地方厚生（支）局等の支援のあり方に関する提言

【市町村等のニーズをとらえた的確な支援提供】

- 市町村が求める支援と、実際に受けている支援にはギャップがあることがアンケートにより明らかになった。ここから、市町村がどのような支援を求めているか、アンケートや聞き取り等で明らかにした上でのニーズに沿った支援提供を実践してはどうか。
- また、今後の介護保険事業の運営においては、総合事業におけるいわゆる「サービス B」や地域共生社会における「我が事、丸ごと」考え方等に代表される、地域住民の力の活用が非常に重要となる。このため、在宅医療・介護の当事者に生活上のニーズを直接確認、把握することや、住民参画の仕組みづくりがさらに重要になるのではないかと。

【市町村間の情報交換・情報共有の支援】

- 人口や社会資源等が類似している他自治体などのノウハウ、取組状況の情報提供についての希望が聞かれたことから、こうした積極的な取組事例の情報提供とともに、近隣自治体等で直接情報交換・情報共有を行える場を提供することで、効果の高い取組の普及や自治体間の連携促進が実現できるのではないかと。

【データの分析・解釈に関する支援】

- 府県等からデータの提供はあるものの、これを的確に分析・解釈し、施策等に反映させることの難しさに関する意見が多く見られたことから、見える化システム、KDB、医療・介護レセプト等のデータ分析と解釈が適切に行えるよう、研修会の開催、大学と連携した個別支援などの支援提供をより推進してはどうか。

【医療に関する知識等の周知、伝達】

- 医療計画の策定主体は都道府県であり、医療行政に必ずしも精通していない市町村も多いと考えられる。一方で在宅医療・介護連携推進事業の実施主体が市町村であることから、今後市町村も医療に関する知識、現状を理解することは重要である。
- こうした観点から、府県及び地方厚生（支）局において、医療政策の現状（例：地域の医療資源の分布、地域医療構想及び都道府県医療計画の説明等）などについて広く情報提供していくことも考えられるのではないかと。
- 一方、現時点では地域医療構想における構想区域は二次医療圏等複数市町村を含む区域として設定されていることが大半であるため、個別の市町村における状況をどのように数的に把握すべきかが今後の課題と考えられる。

【市町村の取組に肯定的なフィードバックを提供する】

- 府県が市町村の取組に耳を傾け、一定の反応を示していくことは、府県と市町村との連携強化に加え、市町村のモチベーション上昇にもつながるとの意見があった。
- このため、府県や地方厚生（支）局がより積極的に市町村の取組について直接会話するなどにより情報を共有し、個別に肯定的なフィードバックを提供することでも取組推進につながるのではないかと。

【在宅医療・介護連携に関する取組を中心となって進める組織の設置】

- 多様な関係者・関係団体が協働で進められる在宅医療・介護連携においては、各団体等の取組が散逸になり、取組の非効率化や重複・衝突等を防ぐため、様々な取組を円滑に進めるための調整等を主体的に担う「旗振り役」がいることも重要である。
- この「旗振り役」については、基本的には在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である市町村が中心で担うことが考えられるが、関係する職能団体等も含めた協議体で担う形など様々な形態が考えられる。また、地域医療計画を始めとして医療調整は都道府県が主として担っていることから、在宅医療についても必要により調整や市町村支援を行ったり、このような「旗振り役」を市町村が担うことについて、お墨付きを与えたりする役割を、都道府県が担うことも重要ではないかと。

第 1 章

調査概要

1. 調査研究の背景と目的

(1) 調査の背景

- 平成 30 年度より全ての市町村において、在宅医療・介護連携推進事業が実施されることとなるが、本会が実施した調査研究を含む既存事業・調査を踏まえると、在宅医療・介護連携推進事業においては現状下記のような課題があるものと想定される。

【課題1】小規模自治体ほど在宅医療・介護連携推進事業への取り組みが不十分である

厚生労働省が平成 28 年度に実施した「在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査」によると、在宅医療・介護連携推進事業(ア～ク)の実施に関してはいずれも人口規模が小さくなればなるほど実施率が低調である旨の報告がなされた、特に多職種連携研修は顕著に表れ、在宅医療・介護連携推進を図るための基盤整備自体が進めにくい状況が確認された。

多職種研修は医師会が中心となって進めている自治体も多いが、特に小規模自治体は医師会の関与が薄くなりがちであり、ただでさえ地域資源の少ない中での取組みを余儀なくされているのが現状である。

【課題2】連携の基盤となる多職種研修の質の保証が十分ではない

平成 27 年(2015 年)2 月に発表された医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー Interprofessional Competency in Japan(主催:多職種連携コンピテンシー開発チーム)は各専門職個人が多職種連携を取りながら業務を実践できる能力を示したもので、「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」「職種間コミュニケーション」の 2 つのコアドメインとそれを支える「職種役割を全うする」「関係性に働きかける」「自職種を省みる」「他職種を理解する」の 4 つのドメインが示されているが、これらのコンピテンシー達成のためには比較的多く開催されている単発的な講義あるいはグループワークなどでは、その主目的として顔の見える関係構築にのみ力点が置かれ、十分機能しているとは言い難い。

なお、いくつかの多職種研修プログラムが提示されているものの、医師の在宅への積極的参加に主眼に置いた研修プログラムや、事例検討のやり方に主眼を置いた研修プログラムであり、上述のコンピテンシーを達成できるような研修プログラムとしては本会が作成した小規模自治体向け多職種研修プログラムは有用であると思われる。

- これらの課題を踏まえ、本会では平成 29 年度に、国診協版多職種研修プログラムを用いた多職種研修(在宅医療・介護連携推進事業の「(カ)医療・介護関係者の研修」に該当)が企画・運営できるコーディネーターを養成した。比較的自治体規模が大きいところからも参加があり、小規模自治体に限らず利用していただけることが確認できた。更に事業の効率かつ継続的な実施体制を確保するため、全国 8 か所(本会ブロック協議会単位)に各支援拠点施設の整備(近畿は「高島市民病院」、東海北陸は「県北西部地域医療セン

ター国保白鳥病院」)し、相談対応や具体的な支援を始めている。更に都道府県連携拠点施設も設置しより身近なところで対応できるよう取り組み始めている。

■本事業は、地域課題の抽出や対応策の検討等を含めた多職種研修の開催を中心に進めたものであるが、多職種研修以外の在宅医療・介護連携推進事業における他の取組についても、こうした外部からの具体的な支援が提供されることは非常に大きな意味を持つものと考えられる。

■支援にあたっては、在宅医療・介護連携推進事業における各自治体の実施状況を調査し、積極的な取り組みが認められる自治体の事例をもとにそのノウハウを収集することや、今後の継続性などに関して課題のある自治体において課題が生じている理由や対策、必要な支援内容等を把握することで、特に地域資源の乏しく、医師会などの協力による事業推進に一定の限界がある小規模自治体で求められる事業展開の内容を検討することが必要である。また、これに対し都道府県あるいは地方厚生(支)局が行いうる有用な支援内容・役割についても検討が必要と考えられる。

(2) 調査の目的

■上記の背景・課題を踏まえ、本事業では近畿厚生局および東海北陸厚生局管轄区域内の自治体における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況を把握し、好事例および取組において課題のある事例からのノウハウ収集(事例集の作成)、および今後の継続性などに関して課題のある自治体の具体的課題の内容を集積する。また、都道府県あるいは地方厚生(支)局がどのような支援が可能か役割を明らかにする。

■なお、これらの検討にあたっては、下記に留意するものとする。

①地域包括ケアの取組は自治体ごとに様々で、地域の特異性は必然的に存在するが、将来に向けた継続的発展および都道府県・地方厚生(支)局の効率的・効果的な支援方法を検討する観点から、地域包括ケアの一定の類型化を含めた在宅医療・介護連携推進事業のあり方を検討していく(どのような自治体にはどのような支援が有効か、との視点を持つ)。

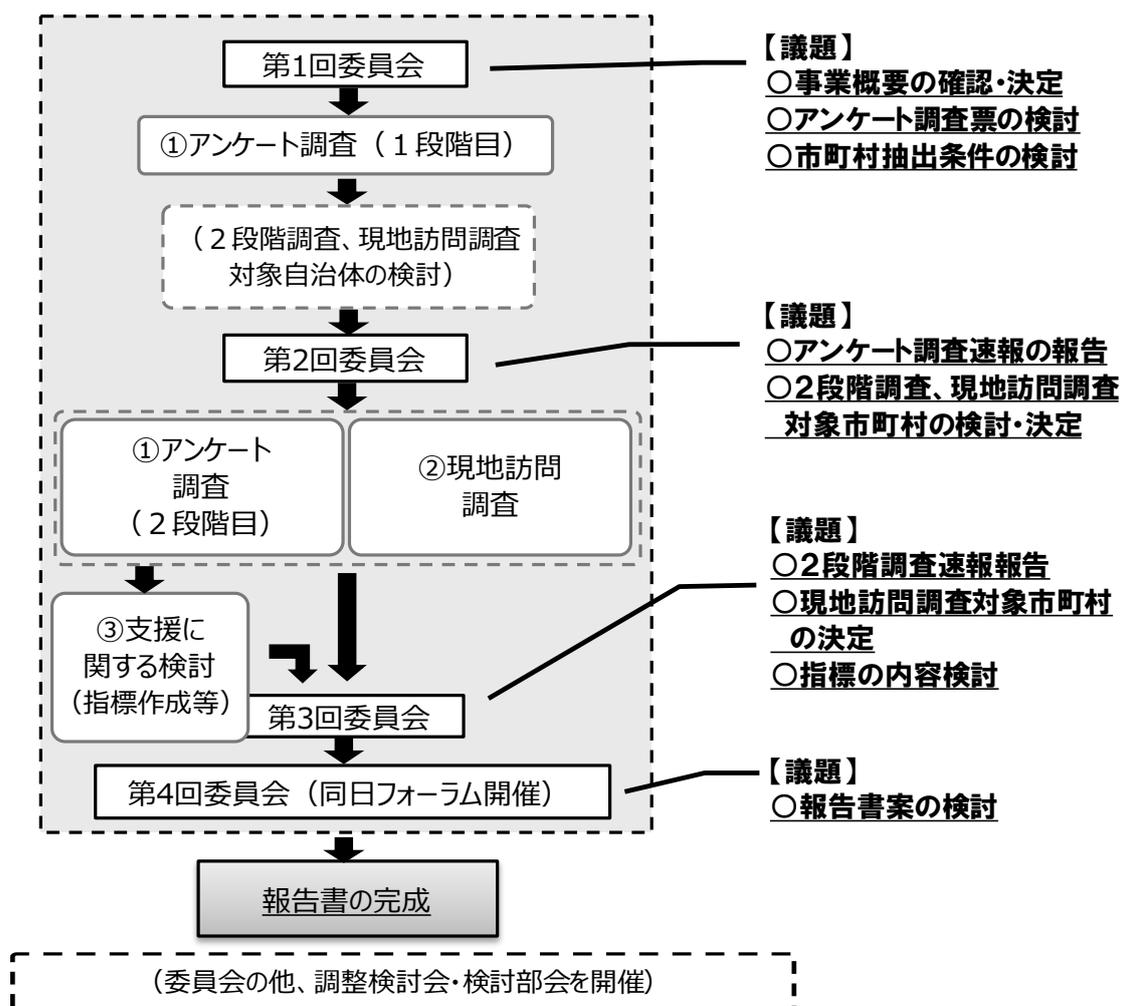
②特に都道府県・地方厚生(支)局の支援方法を検討するという点から、都市部近郊における自治体独立型と近隣自治体依存型の違いも意識しながら、必要に応じ広域的な連携による事業継続のあり方についても検討していく。

2. 調査研究の全体像

■本調査研究では、以下の3つの調査・取組の検討結果を踏まえ、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生（支）局の支援を検討した。

- ①近畿厚生局及び東海北陸厚生局の管轄エリア内の府県および市町村に対する、在宅医療・介護連携推進事業実施状況の実態調査（アンケート調査）
- ②近畿厚生局及び東海北陸厚生局の管轄エリア内の在宅医療・介護連携推進事業先進地域及び取組み課題の多い地域に対する現地訪問調査（ヒアリング調査）
- ③地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生（支）局の支援に関する検討
- ④在宅医療・介護連携推進フォーラムの開催

■具体的な流れは下図の通りであった。



(1) アンケート調査の実施

- 近畿厚生局及び東海北陸厚生局の管轄エリア内の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を確認し、各府県で比較的積極的に取り組みができている自治体と、取り組みに難渋している自治体を抽出しそのノウハウと課題を深掘することを目的に、アンケート調査を実施した。
- 調査項目は、厚生労働省による実態調査で把握可能な項目は除外し、地域包括ケアの一定の類型化を行いつつ在宅医療・介護連携推進事業のあり方を検討していくために必要な項目を選定した。
- なお、アンケートは、1段階調査と2段階調査の2つで構成した。(詳細は後述)

(2) 現地訪問調査(ヒアリング調査)の実施

- 先進地域の取組状況から、そのノウハウや求められたあるいは求められる府県及び地方厚生(支)局の支援内容を抽出した。また、取組に課題の多い自治体の課題を明確にし、その解決方法、支援方法を検討した。
- 件数は、アンケート調査の結果を参考とし、近畿厚生局および東海北陸厚生局管内の各3自治体(積極的取組地域2自治体、取組み課題の多い地域1自治体)、計6自治体を本調査研究の検討委員会において選出して実施した。

【積極的取組地域】

- ①京都府綾部市(平成31年1月15日(火))
- ②奈良県宇陀市(平成31年1月30日(水))
- ③岐阜県美濃加茂市(平成31年1月28日(月))
- ④静岡県川根本町(平成31年1月16日(水))

【取組み課題の多い地域】

- ⑤奈良県五條市(平成31年1月23日(水))
- ⑥石川県野々市市(平成31年1月24日(木))

(3) 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生(支)局の支援に関する検討

- 検討委員会を設置し、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するために都道府県及び地方厚生(支)局の支援に関する検討を行った。
- 検討事項は以下のとおりとした。
 - ①一定の地域包括ケアの類型化のもとで在宅医療・介護連携推進事業のあり方を検討
 - ②都市部近郊における、自治体独立型と近隣自治体依存型の違いも意識しながら、地域

資源の状況によっては広域的な連携による事業継続を検討

- ③在宅医療・介護連携の推進に向けた支援のあり方の検討及び支援にあたって地域の取り組み指標（評価）のあり方を検討

（４）在宅医療・介護連携推進フォーラムの開催

- 事業実施経過報告及び在宅医療・介護連携推進事業を柱とする地域の実情に応じた医療・介護の連携の一層の充実を図るための方策等に関して情報提供することを目的に、フォーラムを開催した。

開催日時：平成31年2月25日（月）13：00～17：00

参加者数：124名（委員含む）

開催概要：以下の通り

時間	内容
開会	
13：00- 13：15	○開会のあいさつ
基調講演・報告	
13：15- 14：05	「地域の実情に応じた医療・介護連携の展開を考える ～事業経過報告より～」
事例発表	
14：05- 15：20	「実践！地域を診る目が医療・介護連携のカタチを生み出した」 ～地域力を高めるまちづくりと多職種連携～
	休憩（10分）
鼎談	
15：30	「在宅医療介護連携推進事業の展開による地域の未来を創造する」 ～地域の実情に応じた連携の姿を描き出すためにすべきこと～
17：00	閉会

3. 実施体制

本事業では「在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生（支）局の支援のあり方に関する検討委員会」および「委員会・部会主要メンバー（コアメンバー）による企画調整検討会」による各種検討を行ったほか、「在宅医療・介護連携推進に関する検討部会」を設け、現地訪問調査の詳細な検討や実務等を推進した。

委員会および部会の委員構成は以下の通りであった。

在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生（支）局の 支援のあり方に関する検討委員会 委員一覧

◇委員会

委員長	尾島 俊之	浜松医科大学健康社会医学教授	★
委員	岡山 雅信	神戸大学地域医療教育学部門長／地域社会医学健康科学講座医学教育分野特命教授	★
委員	今村 知明	奈良県立医科大学医学部医学科公衆衛生学教授	
委員	三枝 智宏	静岡県：浜松市国民健康保険佐久間病院長	★
委員	後藤 忠雄	岐阜県：県北西部地域医療センター長・国保白鳥病院長	★
委員	中村 伸一	福井県：おおい町国保名田庄診療所長	
委員	久保 亜紀	滋賀県東近江健康福祉事務所（東近江保健所）医療福祉連携係主査	
委員	竹内 嘉伸	富山県：南砺市地域包括医療ケア部地域包括ケア課副主幹（社会福祉士）	★
委員	山崎 和代	一般社団法人全国訪問看護事業協会理事 （社会福祉法人西宮市社会福祉事業団訪問看護課課長）	
委員	金子 雅好	一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会近畿地区ブロック長 （有限会社エムアンドアイコンパニー代表取締役・和歌山県：中央薬局）	
委員	野稻 貞雄	全国地域包括・在宅介護支援センター協議会／長岡京市南地域包括支援センター （一般財団法人長岡記念財団老人保健施設アゼリアガーデン事務部長）	
委員	中林 弘明	一般社団法人日本介護支援専門員協会常任理事 （株式会社シルバージャパン代表取締役）	
委員	永末 努	一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会理事 （株式会社コンパス代表取締役 イーリハ東大阪訪問看護ステーション：言語聴覚士）	
委員	前田 佳予子	一般社団法人日本在宅栄養管理学会理事長 （武庫川女子大学生生活環境学部食物栄養学科教授）	

★印・・・「コアメンバー」

◇在宅医療・介護連携推進に関する検討部会

部会長	後藤 忠雄	岐阜県: 県北西部地域医療センター長・国保白鳥病院長
副部会長	三枝 智宏	静岡県: 浜松市国民健康保険佐久間病院長
委員	佐藤 幸浩	富山県: かみいち総合病院副院長
委員	北谷 正浩	石川県: 公立羽咋病院リハビリテーション科士長(PT)
委員	廣瀬 英生	岐阜県: 県北西部地域医療センター国保和良診療所長
委員	奥邨 純也	滋賀県: 湖南市健康福祉部高齢福祉課主幹(PT)
委員	家守 秀知	滋賀県: 高島市民病院リハビリテーション室言語聴覚士(ST)
委員	三上 隆浩	島根県: 飯南町立飯南病院副院長(歯科医師)
委員	山内 香織	広島県: 公立みつぎ総合病院副看護部長・御調保健福祉センター所長(保健師)

◇アドバイザー

担当役員	小野 剛	国診協副会長／秋田県: 市立大森病院長
------	------	---------------------

◇オブザーバー

厚生局	吉森 茂文	近畿厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課課長
厚生局	河本 慶子	近畿厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課上席地域包括ケア推進官・臨床研修審査専門官
厚生局	細谷 光市	近畿厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課課長補佐・地域包括ケア推進官
厚生局	香川 貴英	近畿厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課地域支援事業係長
厚生局	福本 功	東海北陸厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課課長
厚生局	佐々木 忠信	東海北陸厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課地域包括ケア推進官

◇事務局

事務局	伊藤 彰	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
事務局	鈴木 智弘	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会課長
事務局	中村 由佳	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会主任
事務局	竹内 淳史	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会主事補
事務局	玉山 和裕	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部チーフコンサルタント
事務局	齊堂 美由季	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部コンサルタント

第2章

アンケート調査

1. アンケート調査実施概要

(1) 調査の目的

- 近畿厚生局及び東海北陸厚生局の管轄エリア内の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を確認し、各府県で比較的積極的に取り組みができている自治体と、取り組みに難渋している自治体を抽出しそのノウハウと課題を深堀することとした。
- 調査項目は、厚生労働省による実態調査で把握可能な項目は除外し、地域包括ケアの一定の類型化を行いつつ在宅医療・介護連携推進事業のあり方を検討していくために必要な項目を選定した。
- なお、アンケートは、エリア内の全府県および市町村を対象とし、在宅医療・介護連携推進事業の取組状況や課題等を網羅的に把握するための「1段階目調査」、および1段階目調査の結果等をもとに、在宅医療・介護連携推進事業における課題やその課題への対応策、対応策実施の際の阻害要因等の詳細を把握するための「2段階目調査」で構成した。

(2) 実施方法

- 郵送にて調査依頼を行い、回答者には国診協ホームページからエクセル形式の電子調査票上での回答を依頼。回答後のファイルはメールに添付し、事務局へ送付いただいた。

(3) 調査の対象

- ①1段階目調査と、②2段階目調査の2つで構成した。

【1段階目調査の対象】

- ・府県向け調査：近畿厚生局及び東海北陸厚生局の管轄エリア内の全府県（13か所）
- ・市町村向け調査：同エリア内の全市町村（409か所）

【2段階目調査の対象】

近畿厚生局及び東海北陸厚生局の管轄エリア内の市町村（各府県において、比較的積極的に取組んでいる自治体と、取組み課題の多い自治体を抽出した）

【2段階調査の対象市町村の抽出方法】

1段階調査の集計結果、人口構成や地理的關係等を参考に、検討委員会で90自治体を抽出した。

(4) 調査時期

【1段階目調査】平成30年9月～10月

【2段階目調査】平成30年12月

(5) 回収状況

【1段階目調査】

種 類	発送件数	回収件数	回収率
府県向け調査	13	13	100.0%
市町村向け調査	409	372	91.0%

【2段階目調査】

発送件数	回収件数	回収率
90	54	60.0%

2. 調査結果（1段階目・府県向け調査）

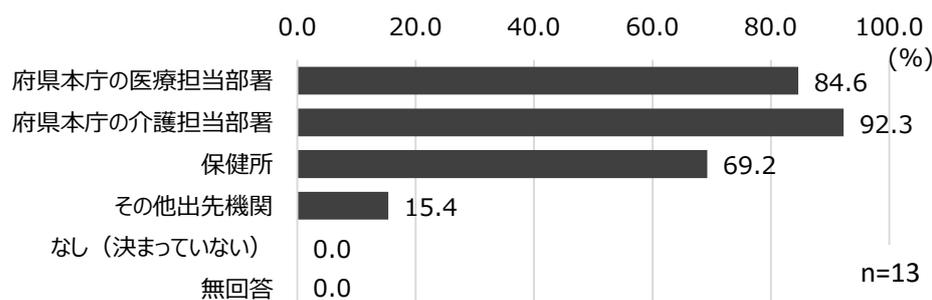
（1）自治体の概況

■府県内の保健所数・地区医師会数

	保健所数	地区医師会数		保健所数	地区医師会数
三重県	8	15	岐阜県	11	22
兵庫県	12	41	愛知県	12	31
和歌山県	8	11	滋賀県	7	9
大阪府	11	57	石川県	4	9
奈良県	4	12	福井県	6	11
京都府	7	27	静岡県	7	23
富山県	4	11			

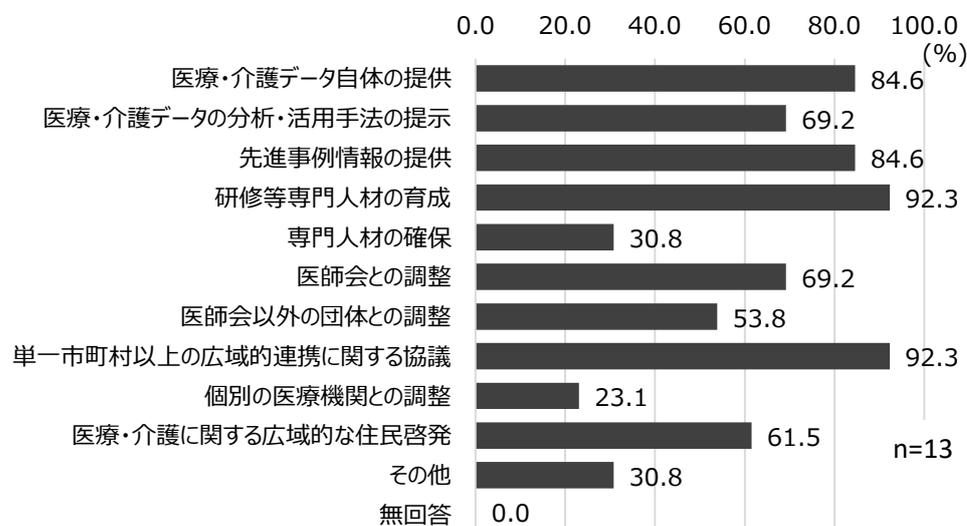
■市町村向けに在宅医療・介護連携推進事業の支援を行っている機関（複数回答）

「府県本庁の介護担当部署」92.3%が最も多かった。



■市町村向けの在宅医療・介護連携推進事業の支援内容（複数回答）

「研修等専門人材の育成」「単一市町村以上の広域的連携に関する協議」92.3%が最も多かった。

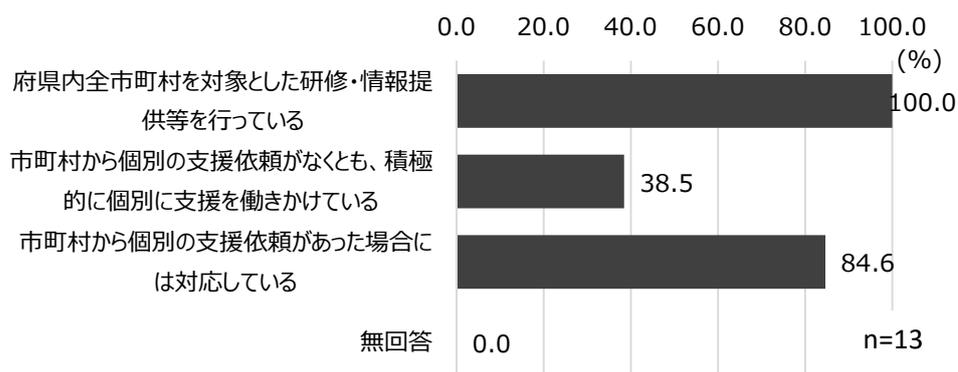


◆「その他」の内容

在宅医療・介護連携アドバイザーの派遣	
在宅療養高齢者に体調不安時等の入退院サポートを提供する「在宅療養あんしん病院登録システム」を運用	
相談窓口の設置	県内市町間の情報交換の場の設定

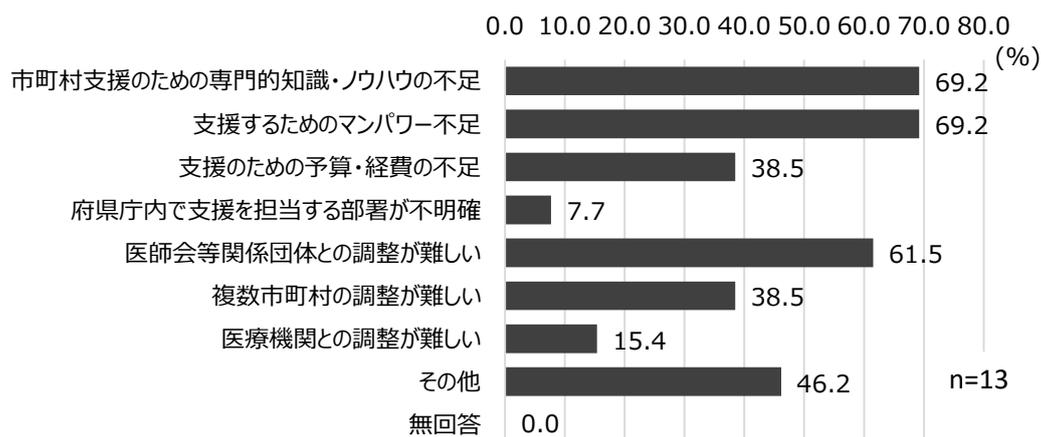
■市町村向けの在宅医療・介護連携推進事業の支援提供方法（複数回答）

研修・情報提供は回答のあった全府県（13府県）で行われていた。



■市町村向けの在宅医療・介護連携推進事業の支援提供にあたり課題と感ずること（複数回答）

「市町村支援のための専門的知識・ノウハウの不足」「支援するためのマンパワー不足」69.2%が最も多く、次いで「医師会等関係団体との調整が難しい」61.5%が多かった。

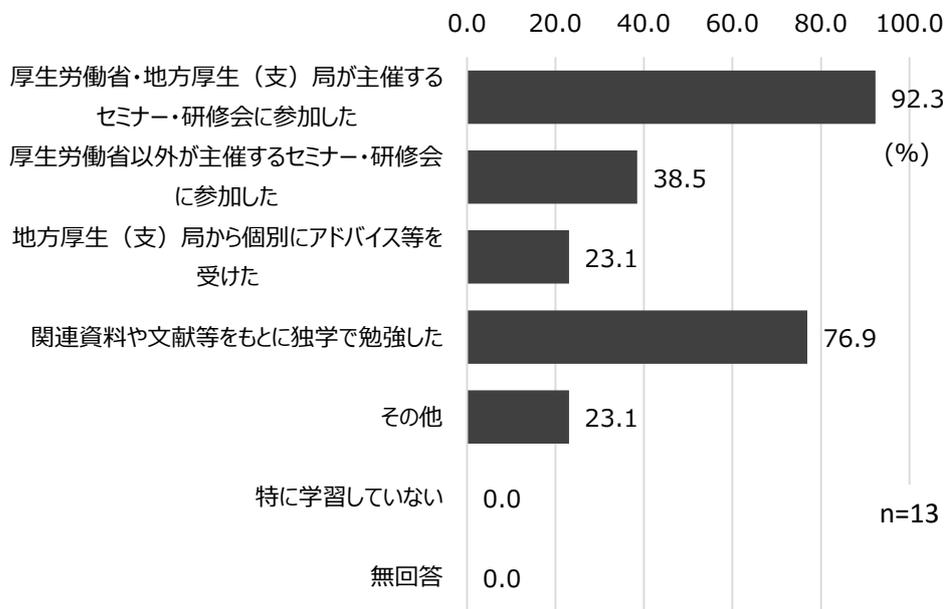


◆「その他」の内容

市町村規模等に関係なく、全国一律の内容で事業の実施を求められること	
市町村の郡市医師会以外の他の関係団体（歯科医師会・薬剤師会等）との連携が不十分	
本庁と出先機関との役割分担	
事業評価がしにくいいため市町村の事業の進捗具合の判断に悩む	
市町によって温度差がある	市町村のマンパワー不足

**■市町村向けの在宅医療・介護連携推進事業の支援手法をどのように学んだか
(複数回答)**

「厚生労働省・地方厚生（支）局が主催するセミナー・研修会に参加した」92.3%が最も多く、次いで「関連資料や文献等をもとに独学で勉強した」76.9%が多かった。



◆「その他」の内容

京都地域包括ケア推進機構の関係団体等の代表者から意見を聴取した
学識経験者との意見交換
研究機関から個別にアドバイスを受けた

◆「厚生労働省以外が主催するセミナー・研修会に参加した」場合の主催者名

他府県主催研修 等
本県（保健所職員の場合）
株式会社
全国在宅医療・介護連携研修フォーラム実行委員会、静岡県
東京大学高齢社会総合研究機構

(2) 府県内の在宅医療・介護連携推進事業の市町村の取組状況

■積極的に取り組んでいる市町村

府県内で在宅医療・介護連携推進事業に積極的に取り組んでいる自治体と、その理由および当該市町村に提供している支援・関与の内容について、下記の回答が挙げられた。(自治体名は割愛)

積極的に取り組んでいると考えた理由	府県が市町村に提供している支援内容や関与の内容
医療・介護資源の詳細な把握、緊急時の病床確保支援、ICT の導入、講師料補助など、充実した取組が行われている。市医師会が中心となり、区域全体の退院支援マニュアルの策定等を行っている。訪問診療、退院時共同指導、在宅看取りなどの件数も増加している	-
平成 23 年 4 月に、医師会への委託により、連携拠点となる在宅医療支援センターを設置。医療・介護資源の詳細な把握、緊急時のバックアップ確保体制の整備、病院と地域の看護職の連携に関する研修など、充実した取組が行われている	
平成 27 年 5 月に、医師会への委託により、連携拠点となる市医療・介護連携支援センターを設置。緊急時のバックアップ確保、ICT の導入、ACP シートの作成等により体制の充実を図っている	
地域で在宅チームの連携の要となる人材として京都府が養成している「在宅療養コーディネーター」を活用して、課題の把握、対応策の検討を実施するなど積極的に取組を推進している	・在宅療養コーディネーター養成研修の実施 ・在宅療養あんしん病院登録システムの運用 ・地域包括ケア取組発表会の開催等の情報提供
町内の診療所長の協力のもとに、地域住民と医療・介護関係者等で在宅療養のあり方を検討する住民懇談会を開催するなど、専門職だけでなく地域住民を巻き込んで取組を推進している	・保健所において、関係機関との連携下に「地域在宅療養支援連携会議」を開催し、域内の全病院の退院支援・退院調整フローチャートを情報交換・共有するなど医療・介護連携のための環境整備を推進
医師会との勉強会や事例検討会等を継続的に実施している	医療・介護データ等の提供、ヒアリング
医師会主導による在宅医療・介護連携に向けた取組みを継続的に実施している	
H23 年度、2 市を管轄する県保健所が協議会を設置し、医療・介護等の 7 部会の活動を開始。H30 年度、2 市が共同で在宅医療・介護連携推進事業を医師会在宅医療サポートセンターへ委託し、県保健所と協働で取り組んでいる	7 部会の内、3 職能部会（訪問看護、施設栄養士、介護支援専門員）の運営を県保健所が直接行い、その他部会は会議への参加による助言等を行っている。今後はサポートセンターが全ての部会を主導することを念頭に支援を行っている
1 回/2 か月、在宅医療・介護に関わる専門職による連携推進協議会を実施。事例検討を通して連携推進について意見交換を重ね、多職種間の相互理解、専門職の資質向上、ネットワーク構築に取り組んでいる	協議会には保健所長・県担当者が出席し、進行・運営等への助言を行っている
医療・介護・行政等の関係者で構成される在宅医療推進協議会を設置し、町の課題抽出や対応策の検討を行い、協議会から町長に提案書を提出した	県保健所が協議会の委員として委嘱を受け、会議に参加している
取組等について検討・協議等を行う、医療介護の関係者からなる「在宅医療・介護連携推進協議会」を設置し、実務的な協議を行う実務者懇話会作業部会で検討を行い、医療・介護連携の地域課題に対し切れ目のない医療介護提供体制構築に向けた情報提供ツールやリーフレット等の作成を行っているため	・在宅医療提供体制の整備に向けた進め方について保健所に常に相談があり伴走型支援を展開 ・在宅医療・介護連携に関するデータ提供

積極的に取り組んでいると考えた理由	府県が市町村に提供している支援内容や関与の内容
保健医療審議会で地域医療の基本方針を策定、高齢者保健福祉計画に加え、アクションプランに基づき、切れ目のない医療・介護サービスの提供、ネットワークの確立に向けて、課題別ワーキングを立上げ重点的に取り組んでいる。また平成 19 年度から、医療と介護の実務者が連携を深めるため、7つの関係機関からなる意見交換会、平成 23 年度からは「連絡会」を立ち上げ、連携のためのマニュアル作成等を行っているため	・在宅医療・介護連携に関するデータ提供
地域包括ケアシステムの構築に向けて、2025 年までの取組みをロードマップに示し、7つの柱に在宅ケアの充実を位置づけ、医療と介護の適切なサービス提供に向け積極的に取り組んでいるため	・医師会との調整や在宅医療体制の整備に向けた基金事業の活用に関する相談 ・在宅医療・介護連携に関するデータ提供
・医療介護あんしんセンターを設置し、介護の相談に加え、在宅医療に積極的に取り組む医師や地区医師会との協力により、医療に関する相談が受けられる体制を整備 ・地域の医療機関・介護関係者等が参画する協議等の場を定期開催等、医療と介護の連携について支援	退院調整ルールの策定・見直し協議や医療機関・介護関係者等が参画する協議の場に出席し、意見交換や情報・ノウハウの提供
・医師会の理解、協力を得てケアマネが医師と連絡する時間帯や連絡手段等をまとめた冊子を作成 ・地域の医療機関・介護関係者等が参画する協議等の場を定期的に開催し、医療・介護連携を推進 ・医師会と連携し、在宅医療・介護連携にかかる相談窓口を設置 ・また、医師会の理解・協力を得て総合事業対象者においても、主治医意見書を提出してもらう仕組みを構築	・退院調整ルール策定にかかる情報・ノウハウの提供 ・補助金により取り組みを後押し
当該市及び市民病院を中心に、市医師会、介護福祉関係者との事例検討会の開催や、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などにより在宅医療を推進している	・在宅医療データの提供 ・多職種による切れ目のない支援体制の構築に向けた ICT 化への支援 ・保健所による入退院にかかる病院と地域との連携体制の構築
従来から介護連絡帳や主治医・ケアマネジャー連絡票、入院時情報提供書などを作成し連携を図っている。さらに、今年度、人生いきいきノート（就活支援ノート）の作成やシンポジウムにおいて ACP の啓発に取り組んでいる	保健所によるシンポジウムへの協力（企画、講演講師等）や、入退院にかかる病院と地域との連携体制の構築
市が在宅医療・介護連携推進事業を委託している市医師会は、医療連携・多職種連携について先進的な取り組みを行っているため	・市を含む医療圏での退院支援ルール策定支援 ・在宅医療・介護連携推進事業の評価指標の提供 ・在宅医療・介護連携推進コーディネーター等の資質向上研修
市と郡 7 町村が在宅医療・介護連携推進事業の全ての取組みについて共同で行い、成果が上がっているため	・在宅医療・介護連携推進事業の評価指標の提供 ・在宅医療・介護連携推進コーディネーター等の資質向上研修
藤田保健衛生大学との共同による医療介護サポートセンターの運営を行っている 在宅医療・介護連携支援センターを各区に一区一か所ずつ設置している。 医療・介護関係者の情報共有のための ICT ネットワークを運用している	医療・介護連携を中心とした研修会の実施や相談窓口の設置（国立長寿医療研究センターに委託して実施）
24 時間 365 日訪問看護サービスの提供を受けられることのできる在宅療養支援体制整備	・市町ヒアリング ・在宅医療介護関連データ・分析提供
地域医師会との協働	・会議への参画
地域ケア会議をベースにした在宅医療介護連携推進	・アドバイザー派遣 ・県内市町情報交換会・研修会の開催

積極的に取り組んでいると考えた理由	府県が市町村に提供している支援内容や関与の内容
<p>老健事業のアンケート調査の進捗状況を見ると、段階的に事業を進めている。 H30 からは多職種や団体を交えて医療介護連携に関する課題を検討するグループも組織し、各医療機関や団体にフィードバックできる体制を作っている</p> <p>県内では唯一主治医が休日の際の代診医体制が出来ている。 郡市医師会理事が在宅医療・介護連携に意欲的であり、医師会との連携体制も取れている</p> <p>県内で唯一、市外部にセンターを設置し、専任のコーディネーターを複数置いている。 医師会とも連携しながら取組を進めている。 ただし、高齢者や従事者の実人数も多く、連携シート等を作っても普及が課題であったり、市外からの入退院も多く広域な連携が必要であるなど、大規模ならでの課題もあり、とくに取組の評価をどうすべきか悩みもある</p>	県全体研修、情報交換会の実施
<p>市医師会と共同で、市民公開講座や広報物を通じて積極的に医療・介護連携やACP に関する普及啓発を行うとともに、8 事業について進捗・課題を整理した上で進めている</p>	
<p>医師会に委託し、『在宅医療サポートセンター』を設置し、相談対応のほか、看取り時当番医制システムのコーディネート等を実施</p> <p>医師会に委託し、『医療介護連携センター』を設置し、相談対応のほか、かかりつけ医のいない患者に対する医師の輪番制等を実施</p> <p>市医療公社に委託し、相談窓口となる在宅連携センターを設置し、相談対応のほか、個別相談に対する同行訪問等を実施</p>	<p>H26～27 において、在宅医療・介護連携コーディネーターにかかる事業費を補助（県内全市町対象）</p> <p>訪問ヒアリングによる現状の把握</p>

■府県が支援を行った、または支援提供の要望があった市町村

府県が支援を行った、または支援提供の要望があった自治体と、当該自治体への支援が望ましいと考える内容および提供している支援・関与の内容について、下記の回答が挙げられた。（自治体名は割愛）

市町村について、支援が望ましいと考える内容（あれば）	府県が市町村に提供している支援内容や関与の内容
-	平成 29 年度に 3 回、30 年度に 1 回の在宅医療・介護連携アドバイザーの派遣を行った。中核医療機関である病院や医師会、市町、事業所等の連携が進み、平成 30 年 6 月に病院内に在宅医療介護連携支援センターを設置した
-	平成 29 年度・30 年度と、在宅医療・介護連携アドバイザーの派遣を行い、講演会や研修会を通して地域住民、専門職、地域住民の意識改革を行っている。医師会を中心に、多職種・行政を含めた研修会を実施し、他市町と連携した広域的な取組も進めている
地域包括ケアシステムの構築に当たって、関係者間で意識統一するために助言・指導してもらえるアドバイザーの派遣について要望があるため	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養コーディネーター養成研修の実施 ・在宅療養あんしん病院登録システムの運用 ・地域包括ケア取組発表会の開催等の情報提供
-	平成 30 年度から在宅医療・介護連携推進会議の作業部会に在宅医療、救急医療連携推進会議を位置づけ、関係機関等と今後の方針等、検討中
小規模自治体のため、相談窓口の単独設置は難しいと相談があったが、近隣市町村との調整が難しく（自治体の考え方に相違あり）、圏域及び複数自治体での相談窓口が設置できなかった	平成 30 年度は包括で相談窓口を設置し、今後、他市町村との合同設置が出来ないか検討を重ねていく

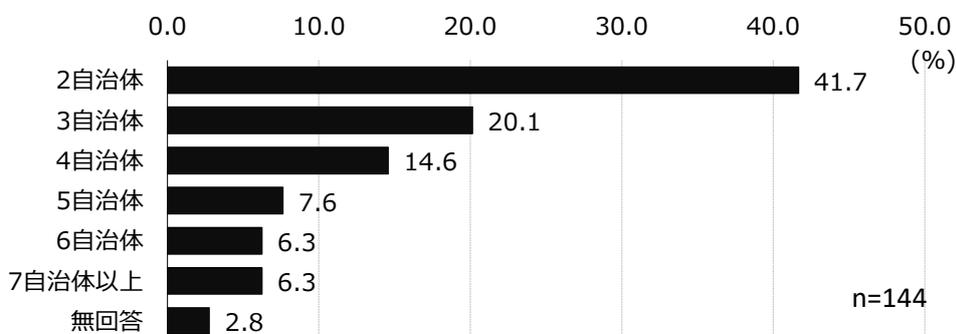
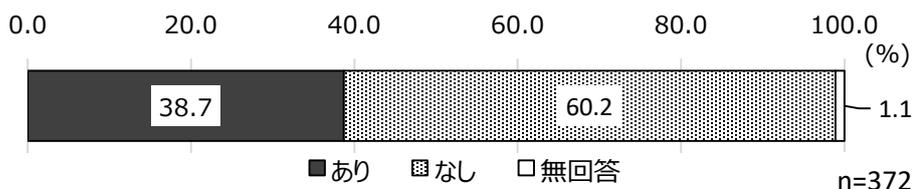
市町村について、支援が望ましいと考える内容（あれば）	府県が市町村に提供している支援内容や関与の内容
-	在宅医療・介護連携推進事業における会議への県職員派遣
地域課題の検討に向けた支援	3 町村協議会の設置に伴い、在宅医療に関するデータ提供、現状分析に関する支援
医師会が在宅医療に積極的に取り組んでおり、市を支援することで、医療・介護連携の取組が進むと考えられたため	医師会と市の協議の場に参加し、意見交換や情報・ノウハウの提供。補助金により取組みを後押し
・山間へき地で社会資源が少ないことや、面積が広大であることから広域的な連携やその調整が必要であると考えられるため	・保健所と連携し、南和地域の市町村、医療・介護関係者の協議の場を立ち上げ、意見交換や情報・ノウハウを提供。現在、退院調整ルール策定にむけて市町村の取組みを支援。 ・地域全体の医療・介護資源マップの作成を支援
・郡市医師会をはじめ医療関係者との調整 ・推進の基盤となる合議体の組織化、企画運営支援	合議体の運営に必要な以下の支援 ・多職種連携研修企画 ・住民への普及啓発企画 ・進捗管理
・市町や郡市医師会の在宅医療の意識醸成と連携強化 ・多職種による切れ目のない連携にむけた ICT 整備財政支援	・市町や郡市医師会への在宅医療データ、支援体系等の情報提供 ・ICT 整備財政支援
人材不足が懸念された在宅医療・介護連携推進コーディネーターの養成	・県による養成研修の実施や資質向上を図るためのフォローアップ研修の実施
限られた在宅医療・介護資源を効果的に活用するため、資源情報の共有化を図るための支援	資源情報共有シートの提案。今後、ワーキンググループ等への支援を予定
-	平成 26～28 年度までの 3 か年間、県が地域包括ケアモデル事業（地区医師会モデル）として当該市町村を対象に実施した
-	県が国立長寿医療研究センターに委託して実施している医療介護連携を中心とした研修において、地域の実情に応じて開催する「地域コミット型研修会」を平成 29 年度当該市町村を対象に実施した
在宅医療介護連携推進に係る目的共有部内横つなぎへの支援の要望があった	・会議への参画 ・在宅医療介護関連データ・分析提供
ロジックモデルを活用した地域マネジメント支援の要望があった	・アドバイザー派遣
在宅医療介護データ分析についての支援要望があった	・県内市町情報交換会・研修会の開催
老健事業のアンケート調査結果でも取組項目が少なく、県内でも事業項目の取組着手が後発的だった。担当も事業の進め方に悩んでいるとのこと。H30 から事業を一部外部委託しているが、委託先が事業を理解して進めているのか懸念が残る	県全体研修、情報交換会の実施
主に相談は包括で受けているため、医療から見た介護との連携の課題が見えてこないという意見。（そのため H30 からは公立病院とも関係を強化） 顔の見える関係はできているが、そこから具体的な取組にはつながっておらず、事業のあり方にも悩んでいる様子	
・町を担当する郡市医師会が 2 つある ・いずれの医師会も当該町はより広い担当区域の一部 ・いずれの医師会も事務局機能が無い 以上から、当該町と話し合いができる医師会組織が不在	・当該町と他市町と比較可能な医療・介護資源データの提供 ・両医師会長への声かけ
人口減少と高齢化の進行が他地域に比べ著しく、医療・介護等の社会資源が乏しく、また、市町の職員体制も脆弱	1 市 5 町の在宅医療・介護連携推進事業の共同実施(H28～)のための調整 等

3. 調査結果（1段階目・市町村向け調査）

（1）自治体の概況

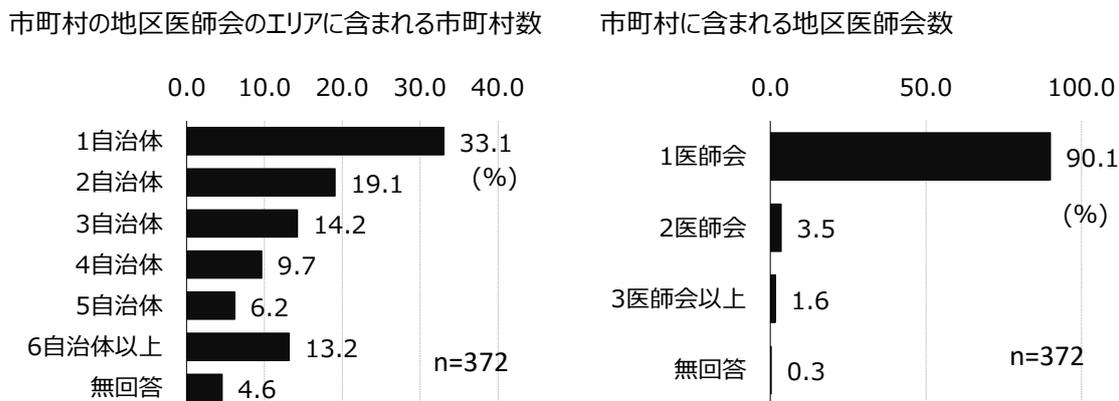
■1999年以降の市区町村合併の有無

1999年以降の市区町村合併の有無については、「あり」が38.7%、「なし」が60.2%であった。また、自治体の合併数は「2自治体」41.7%が最も多かった。



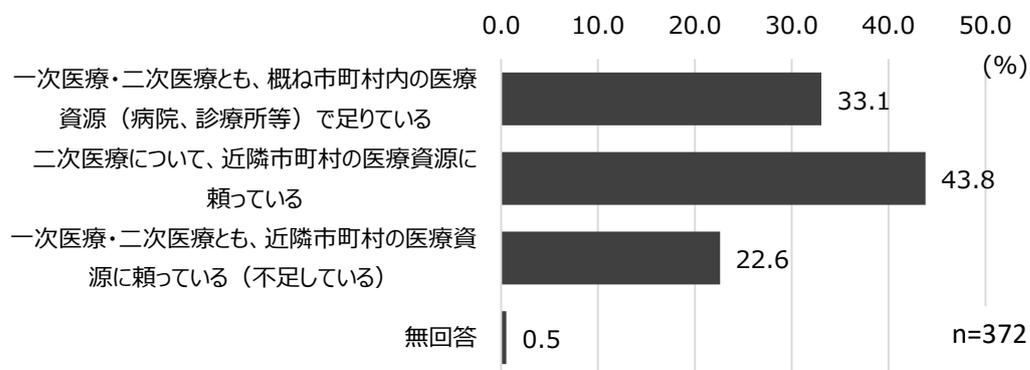
■市町村の地区医師会のエリアに含まれる市町村数・市町村に含まれる地区医師会数

市町村の地区医師会のエリアに含まれる市町村数は、「1自治体」33.1%が最も多かった。また、市町村に含まれる地区医師会数は、「1医師会」90.1%が最も多かった。



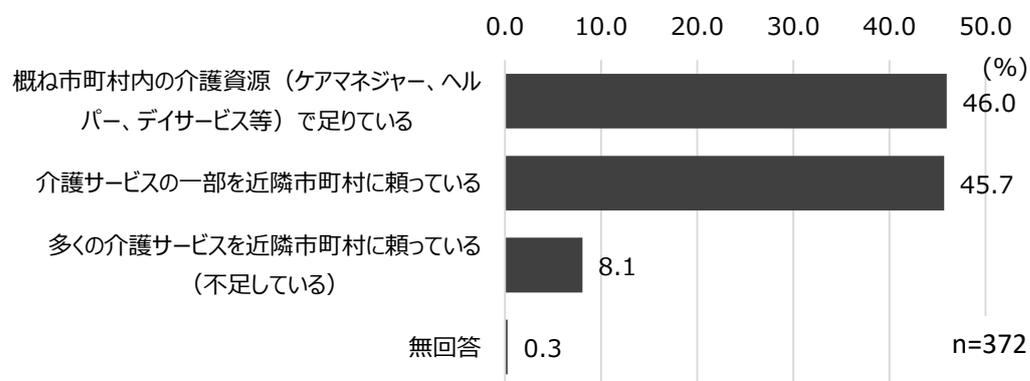
■市町村の医療提供についての認識

市町村の医療提供についての認識は、「二次医療について、近隣市町村の医療資源に頼っている」43.8%が最も多く、次いで「一次医療・二次医療とも、概ね市町村内の医療資源（病院、診療所等）で足りている」が33.1%であった。



■市町村の介護資源の充足についての認識

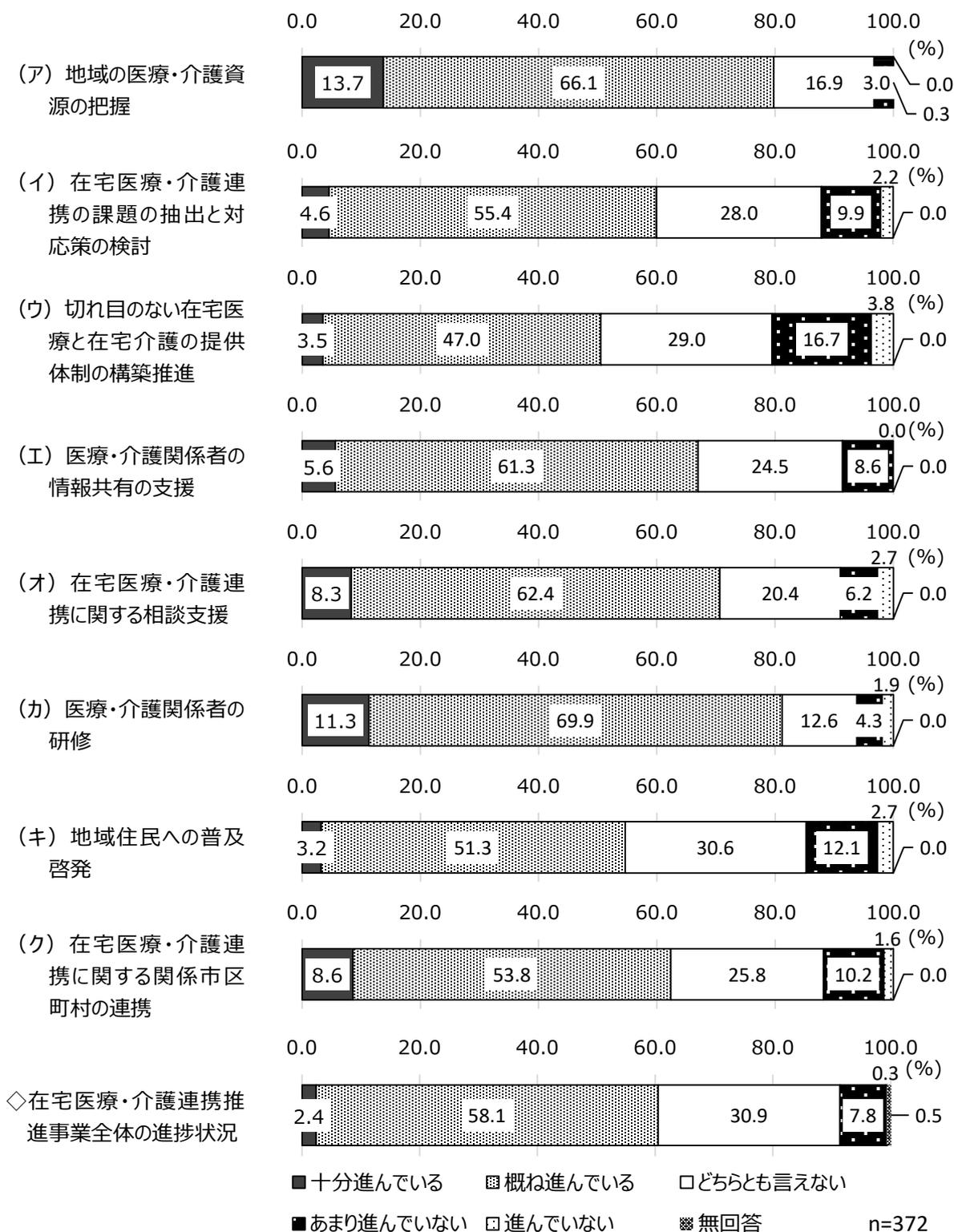
市町村の介護資源の充足についての認識は、「概ね市町村内の介護資源（ケアマネジャー、ヘルパー、デイサービス等）で足りている」46.0%が最も多く、次いで「介護サービスの一部を近隣市町村に頼っている」45.7%であった。



(2) 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況

■在宅医療・介護連携推進事業の取組は、十分進んでいると感じているか

在宅医療・介護連携推進事業の取組は、「概ね進んでいる」という回答が最も多かった。



◆「(ア) 地域の医療・介護資源の把握」について

【「十分進んでいる」「概ね進んでいる」理由（一部）】
医療機関、歯科医療機関、保険薬局対象に連携状況の調査を実施したり、施設対象に、医療・看護処置が必要な場合の受け入れ状況調査等を実施している
小さな町のため、住民ほとんどが全ての医療機関や介護資源を把握できている。もちろん町の広報誌等でも不定期で紹介しているなど、更なる把握・周知に取り組んでいる
医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険事業者連絡協議会など職能団体を通じて情報を把握している
在宅医療・介護マップ（簡易リーフレット版）の作成と全戸配布マップだけでなく地域包括支援センターの役割等も掲載。今年度は高齢者福祉等も掲載し作成
市ホームページにある「わがまち地図情報」に掲載している地域の医療機関及び介護サービス事業所等の情報について、年1回の定期更新及び随時更新（新規登録等）を行うことができている
【「どちらとも言えない」理由（一部）】
年2回の協議会で医療・介護の資源の共有に努め、関係者向けの情報マップを作成中であるが、分析に至っていない
事業の委託先である医師会が関係機関にアンケートを実施し、各事業所等の運用状況等の把握をしているが、医師会未所属の医療機関等十分に把握ができていない内容もあるため
【「あまり進んでいない」「進んでいない」理由（一部）】
村内においては関係者の連携は概ねできており、改めて推進を図らずとも情報共有出来ている部分は多いが、関係者及び住民に対して決まった形式での情報提示・提供は行っていない
どのくらい訪問診療を行っているのか等、情報が把握しきれていない
在宅医療ガイドブックは作成しているが更新ができていない
医療介護事業所の把握はあるものの、交通機関や地域独自のサービスや活動といった細かい把握ができていない

◆「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」について

【「十分進んでいる」「概ね進んでいる」理由（一部）】
職能団体へのアンケートを通じて課題を抽出・整理し、対処を要する事項に対し独自に解決していく課題と広域的に解決していく課題とに分類し、対応策を検討している
29年度より協議会を立ち上げ、多職種で検討する場を設けている。また市医師会のプロジェクト会議に行政も出席し在宅医療の課題について検討している
平成28年度から医療介護等関係者が参画して、地域包括ケアシステム・医療・介護・認知症・高齢者の住まい暮らしの4つの専門家会議を開催して意見交換や関係づくりを行っている。平成28年度には地域包括ケアシステムの構築に向けて、平成37年度までの取組等を示した「ロードマップ」を作成し、今後はPDCAを行い更なる改善を行っていく。さらに、今年度12月以降、地域包括ケアシステム審議会を設置し、開催して、本市の地域包括ケアシステムを進めていく
在宅ネットワーク（年1回）及び部会の開催等、医療・介護関係者が参画する会議を開催している・事業実績報告及び収支決算報告、事業計画案、予算案等を報告。在宅医療・介護連携システム変更するため検討している。部会を開催し、課題や対応策等を具体的に検討
【「どちらとも言えない」理由（一部）】
地域ケア会議と一体的に進めたが、在宅医療・介護連携上の課題が、地域包括支援センターに思うように集まらなかった。⇒今年度から公立病院と連携し、実施予定
2市1町におけるある時点における入院患者等の転院先や介護度等の分析を行いトレンドの把握を行っているが、それに対する最終的な解決策は導いていない
【「あまり進んでいない」「進んでいない」理由（一部）】
協議会を開催しているが、具体的な課題の抽出には至っていないように思うため
現状把握(市民の在宅医療介護に対する考え方、医療介護資源が足りているかなど)が不十分で、課題抽出まで至っていないため

◆「（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」について

【「十分進んでいる」「概ね進んでいる」理由（一部）】
街なか包括（市の総合病院内に、地域包括支援センターのサブセンターを設置）。在宅医療推進会議等の開催
小さな町のため、退院時に介護の必要な方などは必ず、連携室等から連絡があるなど、おおむね切れ目なく対応することができている
後方支援病院との連携や在宅医療の医師の長期休暇時の看取りの支援体制の検討を行っている
医師会主催で、強化型在宅支援診療病院、診療所の医師や医療関係者、行政、包括も含めて事例検討や情報交換を月 1 回開催し、連携を図っている
在宅医療、介護連携推進事業を郡医師会の在宅医療サポートセンターに委託している。また、定期的に地方介護連携の会も開催しており、課題の分析、資源の把握、研修会等多様な取り組みができている
【「どちらとも言えない」理由（一部）】
（イ）で検討された課題について、それぞれ事業化はされてきているが、医師会全体を巻き込んだ主治医・副主治医制等の「体制の構築」といったレベルには至っていない
在宅医療と在宅介護をうまくケアマネジメントできているケアマネジャーは一部分と感ずるため。多くのケアマネジャーは医療関係者に対し苦手意識があり、病院職員からは在宅の資源を知らないという発言を耳にする
【「あまり進んでいない」「進んでいない」理由（一部）】
切れ目のない在宅医療・介護の提供体制構築のための具体的な方策を見出せていないため
医療と介護の 24 時間提供体制や主治医副主治医による連携体制等については、まだアやイの情報把握の段階
村内機関に限っては不足ない程度の情報共有は出来ているが、村外医療機関及び隣市との連携はほとんどできていない。関わる隣市が複数にわたる他、県外連携も発生する為、隣市との連携がとり辛い

◆「（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援」について

【「十分進んでいる」「概ね進んでいる」理由（一部）】
（ア）で把握したものをまとめたマップを医療・介護関係者に配布する。地域で作成した「医療・介護連携用紙」の活用の普及に努める
福井県退院支援ルールの活用状況把握の実施、サマリの活用が多かった。担当者サービス会議の実施が医師にとって困難であったため、実施をめざし、医療と介護の連携シート（連絡票）を作成した。活用状況の確認を行う予定
“お薬手帳事業”で「連携シール」を作成し、専門職が必要に応じて服薬状況等を記録する取り組み
情報共有ツールとして、家族・介護・医療などの関係者間で連携をしやすいするための手帳などを村民及び全介護医療機関などに配布及び周知した
ICT を活用しての情報共有システムとして平成 29 年度総務省のクラウド型 HER 高度化事業の補助を受け、システムを開設し取り組んでいる
【「どちらとも言えない」理由（一部）】
訪問看護事業所と介護支援事業所と情報提供書内容について検討している。病院医師、診療所、訪問看護ステーションなどの ICT 活用が広がらない
認知症ケアバス、連携バスは作成済みであるが、普及促進が十分に行えていないことから、今年度は有効な活用・啓発場面の検討を実施
【「あまり進んでいない」「進んでいない」理由（一部）】
県医師会のシステムと病院が所有するシステムがあり、どちらのシステムを活用すればいいのかわかっている
まだ、在宅医療連携であり、介護が十分に入れていないように感じる。地区医師会の検討会を通じて少しずつ進めていくところである
ICT を利用した情報共有ツールを導入したが、患者登録数が少なく活用されていない

◆「（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援」について

【「十分進んでいる」「概ね進んでいる」理由（一部）】
町の保健福祉センターの中に、福祉（介護）担当課、包括支援センター、町直営診療所があり、医療・介護に関する相談支援が行われている
市独自の取組みとして「認知症・地域ケア相談医」を各圏域に配置している
市医師会に委託して実施。地域ごとに在宅医療を行う医師を輪番制で配置し、在宅医療コーディネーターが在宅療養が必要な人に、医師を紹介している
H30 年度から専門機関の窓口として、在宅医療・介護連携センターを設置。住民の窓口としては従来どおり地域包括支援センター
市、地域包括支援センター及び医師会在宅医療サポートセンターが連携を取り、地域住民の相談に対応できる体制をとっていることができています。また、歯科医師会、薬剤師会の相談窓口の活用についても普及啓発している
【「どちらとも言えない」理由（一部）】
地域包括ケアセンターに在宅医療・介護連携推進コーディネーターを配置しているが、在宅医療・介護連携に特化した相談自体が多いとはいえない
平成 29 年度までは医師会にて相談窓口が設置されていた。現在が包括支援課にて総合相談窓口の一環として実施している。研修会や多様な相談対応が可能な人材確保・育成ができていない
【「あまり進んでいない」「進んでいない」理由（一部）】
相談窓口は設置したが、相談件数が少ない。関係者への周知が不十分なため
医療と介護の専門職の相談窓口の設置・運営に向けた調整を医師会に働きかけているが、実情としては、総合病院の連携室がその機能を担っている
H30 年 4 月から連携支援センターを医師会委託で開始しており、まだ十分な活動がなされていない

◆「（カ）医療・介護関係者の研修」について

【「十分進んでいる」「概ね進んでいる」理由（一部）】
病院、消防、在宅関係者の緊急時対応の現状と今後の連携のあり方を考える研修会、他職種連携を支援するための研修会、病院・在宅関係者の相互理解と連携推進のための研修会の実施
多職種連携会議で話し合うテーマを各職種の代表が集まるプロジェクト会議で決定し、ニーズや課題を把握し、研修を実施している
概ね月 1 回の研修会を実施している。参加者が限定しないような企画をすることが課題。病院職員と在宅サービスが同席する研修会を企画している
医師会在宅医療サポートセンターとしっかりと連携し、多職種連携に資する各種研修、在宅医療の導入及び推進に向けての研修などを実施できている
運営委員会での検討により、ストーリー性（顔や仕事の見える、何でも聞ける関係づくり「お互いの仕事を理解する」⇒実践例から連携・協働を考える）をもって積み上げてきている
【「どちらとも言えない」理由（一部）】
介護関係者に向けた医療の研修はあるが、医療関係者に向けた、介護の研修が不足していると感じる
1 市 2 町で介護保険の組合を組織しており、そこを通じて郡市医師会と在宅医療介護連携事業の業務委託を締結し、事業の推進を図っているが、各市町の事業が手薄になっている
【「あまり進んでいない」「進んでいない」理由（一部）】
在宅医療への理解を促す内容や、体制作りに関する研修内容として目的化されておらず、ニーズ調査も不十分である
他事業との兼務が複数にわたる他、実際のケースも担当している中で、事業推進を担う人材及び携わる時間が不足。企画及び実施が出来ていない
住民への普及として同時に実施。関係者のみの研修は行っていない

◆「（キ）地域住民への普及啓発」について

【「十分進んでいる」「概ね進んでいる」理由（一部）】
平成 27 年度ワーキンググループが出演して「看取り」についてのビデオを作成し、ケーブルテレビに放映した。平成 29 年度 1 地区で「看取り」について講演会実施
在宅医療や介護に関する講演会を実施。担当者が生活支援コーディネーターも兼ねており、様々な小規模の集団に普及啓発している
市民啓発部会の活動として、「終活講演会」を中央と地域でこまめに実施するとともに、「目で見てわかる在宅療養」の寸劇を実施している。本年度は、健康のイベント開催時に市民への啓発活動を実施することになっている
【「どちらとも言えない」理由（一部）】
医師会作成による介護サービス事業所や医療施設が掲載されたパンフレットや住民向け在宅医療サポートセンター周知のためのチラシは作成済みであるが、その情報がどこまで普及しているかは不明
フォーラム、医療巡回研修や出前講座、広報等による普及啓発に努めている⇔住民が自らの課題としての理解・取組みは不十分（未だ普及途上）
【「あまり進んでいない」「進んでいない」理由（一部）】
在宅緩和療法など先進講師による講演会等も開催したが、過疎、高齢独居世帯率の高い当地において在宅医療推進の方向性はどうか自体が悩ましい状況
関係者への取り組みが主で、住民への働きかけが薄い

◆「（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について

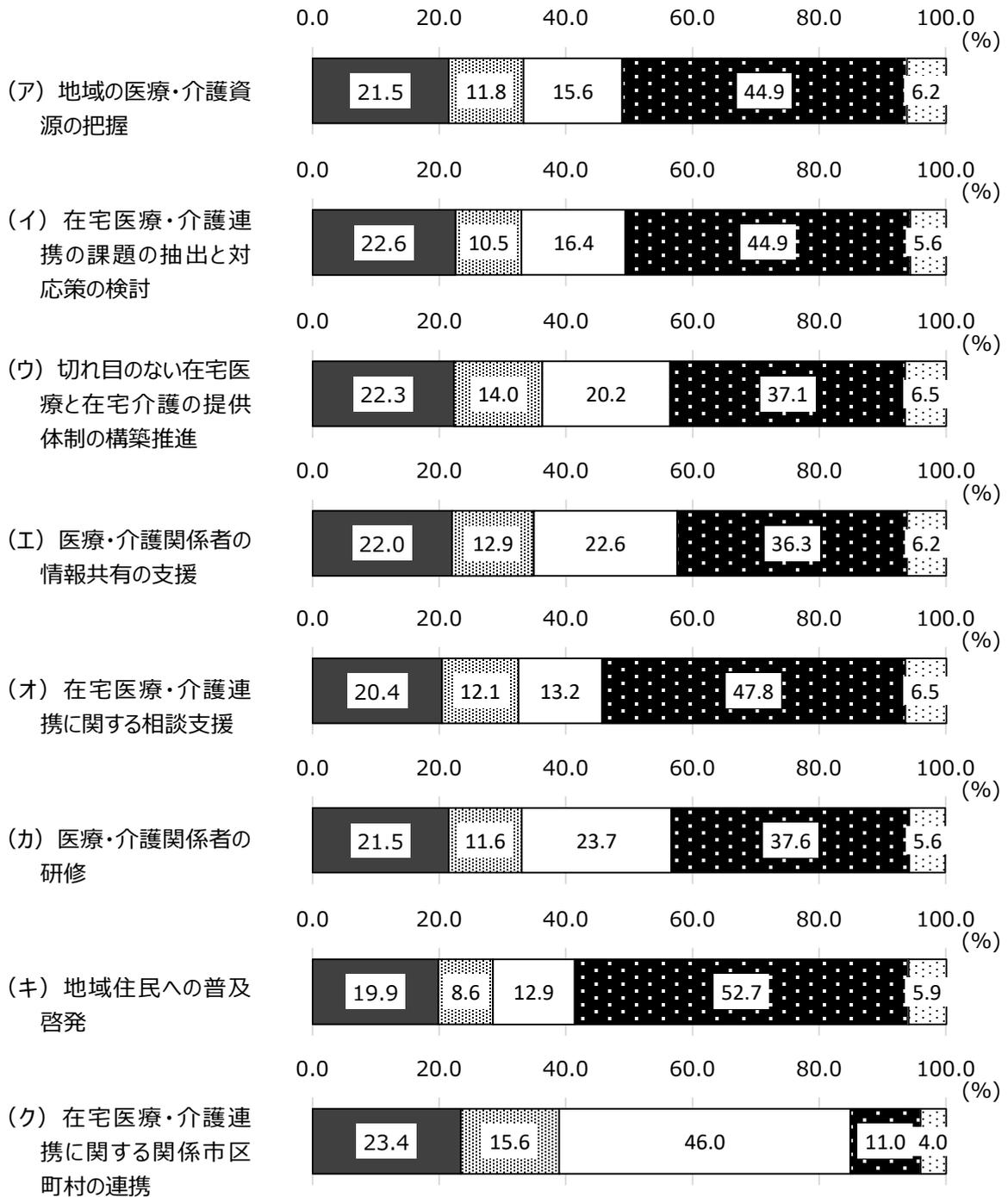
【「十分進んでいる」「概ね進んでいる」理由（一部）】
医師会が主導となり、在宅研究会で 1 市 2 町が連携し、講演会や事例検討会などを企画・運営している
隣の町との連携はもとより、西播磨圏域の市町とも健康福祉事務所を仲立ちに連携が図れてきた
保健所主導により圏域の医療機関と介護保険事業者との連携をはかる為の定期的な会議を開催している
【「どちらとも言えない」理由（一部）】
県が主催する圏域ごとの会議に参加し情報共有をしているが、まだ連携には至っていない
同一医師会である関係市と顔の見える関係づくりが行えている。多職種研修や住民向け講演会は共同開催しているが、県の支援は十分にうけていない状況
【「あまり進んでいない」「進んでいない」理由（一部）】
地域ネットワーク協議会などを通じ近隣町と連携を図っているが具体的にあまり進んでいない
地区医師会と保健所管轄が重なっておらず、医療圏域もまた違う。連携の進め方がわからない
関わる隣市が複数にわたる他、県外連携も発生する為、隣市との連携が極めてとり辛い

◆「◇在宅医療・介護連携推進事業全体の進捗状況」について

【「十分進んでいる」「概ね進んでいる」理由（一部）】
町内の医療・介護事業所と手探り状態で事業展開を図っている。ようやく、事業所同士のつながりが出来はじめた
（ア）から（ク）の各項目は実施しており、概ね順調に進んでいる
（ア）（エ）の資源の把握、情報提供・共有につとめ、定期的に（カ）（キ）の研修・普及を実施を実施している。今後地域に望ましい体制・取組を検討する必要がある
【「どちらとも言えない」理由（一部）】
医療・介護スタッフの確保も困難な状況になってきている。円滑な連携で、今あるマンパワーを少しでも有効に、ロスなく働かせることを第一に事業を進めている
市としてできる範囲で取組は行っているが、24 時間体制の確保等医師会の協力や人材確保等解決困難な課題が多い
【「あまり進んでいない」「進んでいない」理由（一部）】
市として連携推進に本格的に取り組み始めたのが昨年度からであり、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制構築の見通しも立っていない状況であるため
医療、介護資源が乏しく、課題に対して具体的にどのように対応するのか詰めることが出来ていない
事業は少しずつ進んでいるものの、市全体として課題抽出及び事業展開はまだ不十分である

■在宅医療・介護連携推進事業の、近隣自治体との共同実施の有無

近隣自治体との共同実施の有無は、(ク)は「必要時には連携して事業を推進」が最も多く、それ以外は「他自治体と連携せず、単独で事業を推進」という回答が最も多かった。

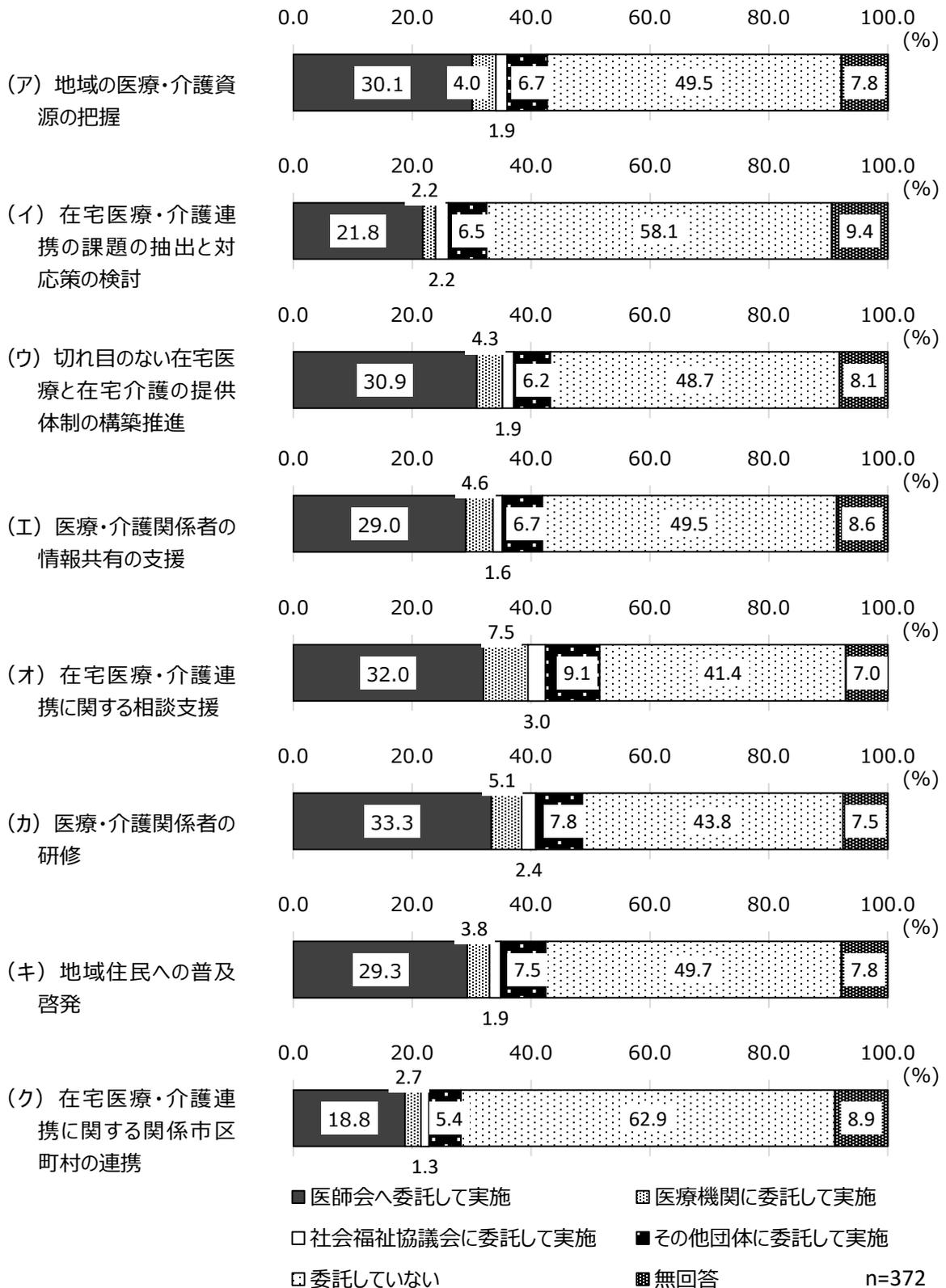


- 協議体等の合議体を共同で設置して事業を推進
- ▨ 合議体は設置していないが、常時共同で事業を推進
- 必要時には連携して事業を推進
- 他自治体と連携せず、単独で事業を推進
- 無回答

n=372

■在宅医療・介護連携推進事業の、他団体等への委託の有無

在宅医療・介護連携推進事業の、他団体等への委託の有無は、いずれも「委託していない」と回答した市町村が最も多かった。

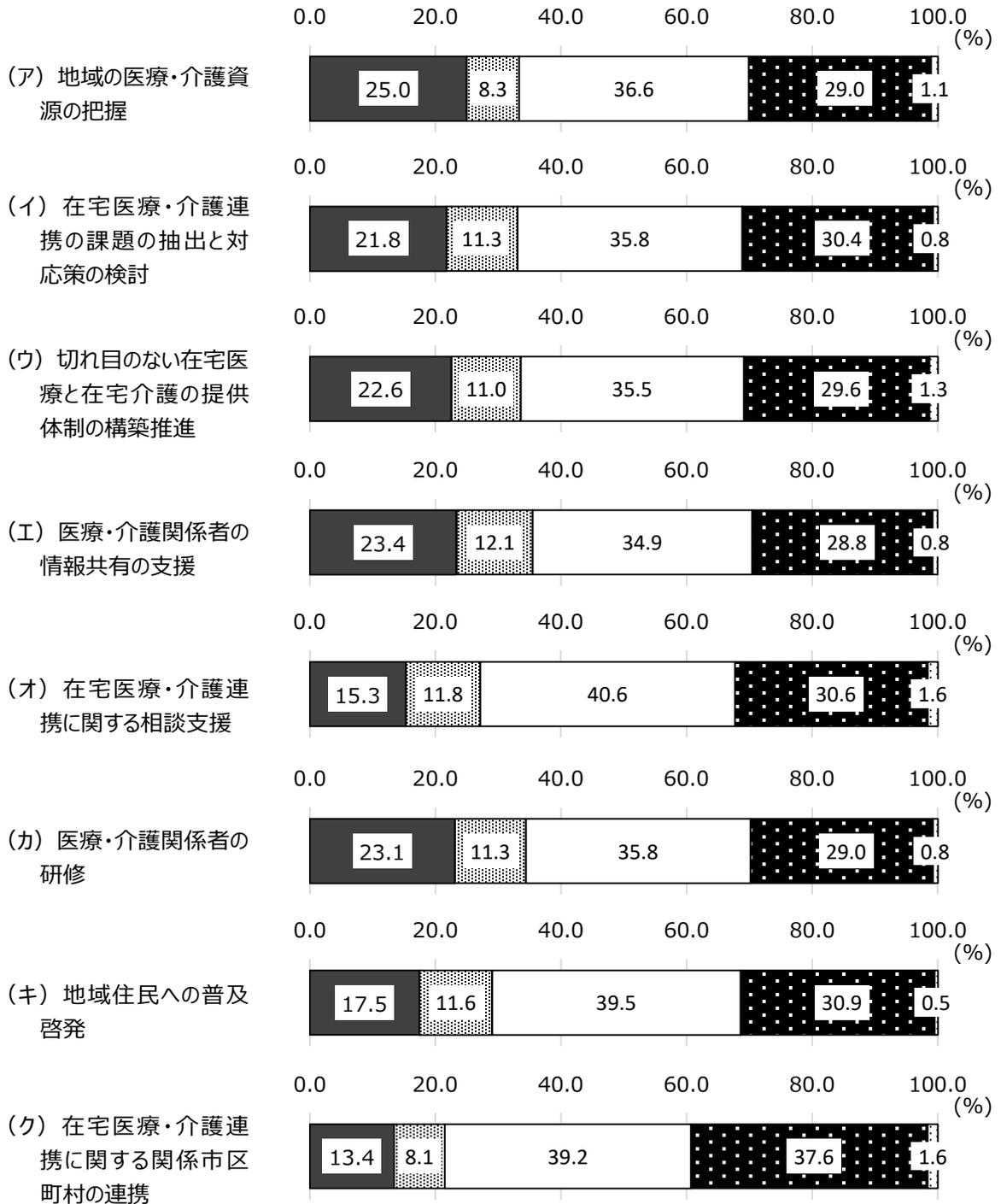


◆「その他団体に委託して実施」した場合の団体名

郡市医師会	歯科医師会
薬剤師会	地域包括支援センター
地域在宅医療支援センター	石川県医療在宅ケア事業団
医療連携グループ、(公財)金沢総合健康センター	認知症初期集中支援チーム
相談員は委託包括に設置(社会福祉法人、医療法人)	海部医療圏在宅医療・介護連携支援センター
紀南病院組合立 紀南病院	彦根愛知犬上介護保険事業者協議会
民間調査会社	大学、リハビリ関係団体、看護協会等
(一財)生駒メディカルセンター	一般社団法人田辺圏域医療と介護の連携を進める会
日高在宅医療サポートセンター	たじみ訪看netあすか
ア～エ、カ、キは医療機関と共同実施	中部テレコミュニケーション
在宅医療サポートセンター	彦根愛知犬上介護保険事業者協議会
藤田医科大学	四日市看護医療大学
町内の特別養護老人ホームまたは老人保健施設	社会福祉法人及び医療法人(かしはら街の介護相談室)
彦愛犬介護保険事業者協議会・はなかたばみの会	御坊市外五ヶ町病院経営事務組合
新川地域在宅医療支援センター	
本市においては、医師会在宅医療サポートセンターに対して補助を行っており、市だけでは進めることが困難な専門的な研修等の実施や医療機関間の連携調整などを進めている	
医師会から市立総合医療センターに再委託。事業の推進に関しては市と協働で実施	
多可町地域包括ケアネットワーク在宅医療・介護連携推進協議会	
(オ) 竹刀訪問看護ステーションのうちの3事業所に委託。(オ) 以外は一部医師会委託とし直営と併用	

■在宅医療・介護連携推進事業の企画運営に参加している団体数

在宅医療・介護連携推進事業の企画運営に参加している団体数は、いずれも「事業の企画運営に参加している法人2割以下（または無し）」が最も多かった。

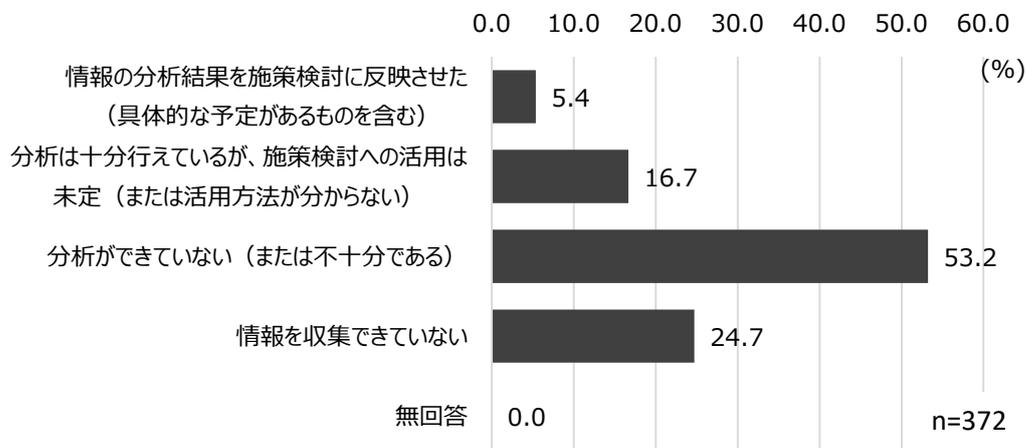


- 市町村内にある法人の概ね5割以上が、事業の企画運営に参加している
 - ▨ 市町村内にある法人の概ね2割以上が、事業の企画運営に参加している
 - 事業の企画運営に参加している法人2割以下（または無し）である
 - 法人数・割合は把握していない
 - 無回答
- n=372

(3) 在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取組状況

■ (ア) について、見える化システムやKDB データ等を用いた情報の分析・活用

(ア) について、見える化システムやKDB データ等を用いた情報の分析・活用は、「分析ができていない（または不十分である）」53.2%が最も多かった。

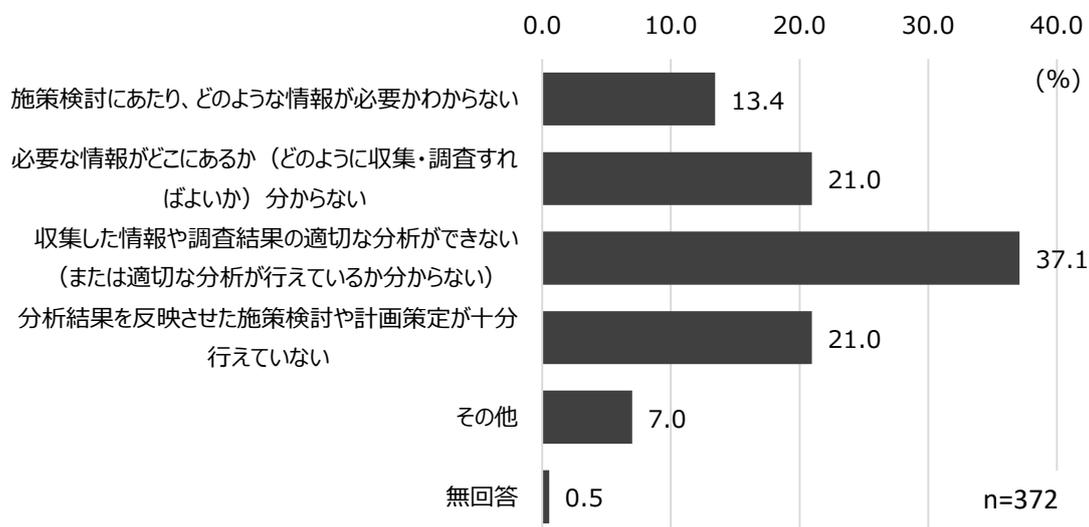


◆「情報の分析結果を施策検討に反映させた」場合の具体的な内容、効果

【高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画等への反映】	
高齢者保健福祉計画や介護保険事業計画に反映させている	
H28年度に市地域医療・福祉計画を策定の際、KDBを活用	
市在宅医療・福祉連携推進計画の策定	
第7期高野町介護保険事業計画作成時等に見える化システムを活用し、策定委員会にて分析を実施	
【指標・住民啓発資料等の作成】	
見える化システム等からの情報収集以外にも、市内医療機関・歯科医院・薬局へアンケート調査を実施し、地域の医療・介護資源の情報を整理しリスト化・マップ化を行い、冊子を作成した。その冊子を関係機関（医療機関・歯科医院・薬局・ケアマネ等）へ説明の上配布した	
住民への情報提供に活用している	
高齢化率や人口に推移等情報分析に利用しているが、数字として住民啓発には効果的	
重度の糖尿病患者の状況の分析などを行い、予防対策につなげるとともに、在宅で療養している患者の生活などについての講演会などを予定している	
事業検討など実施の際に参考指標として活用	事業所登録数を定量指標としている
【その他分析等】	
KDBシステムから65歳以上で疾患別にかかった医療点数を抽出し、どの疾患に多く医療費がかかっているか見える化し、どのように対策をしていくか検討している	
アンケートの結果により、意識の高かった多職種連携研修会及び交流会を実施予定	
往診、訪問診療実施医療機関と自宅死亡比率との関連分析等	
切れ目のない支援とはどういうことか、KDBと介護レセプトを独自に串刺しして分析。課題把握を行った	
今年度中に医療介護従事者向けの医療マップ（紙媒体）を作成	
第7期介護保険事業計画において、介護離職分及び医療から介護への転換分を考慮した数値を使用	
介護給付費及び保険料の見込みなど	地域医療連携会議で提示し協議している

■ (ア) について、見える化システムや KDB 等の分析結果の活用における課題

(ア) について、見える化システムや KDB 等の分析結果の活用における課題は、「収集した情報や調査結果の適切な分析ができない（または適切な分析が行えているかわからない）」37.1%が最も多かった。

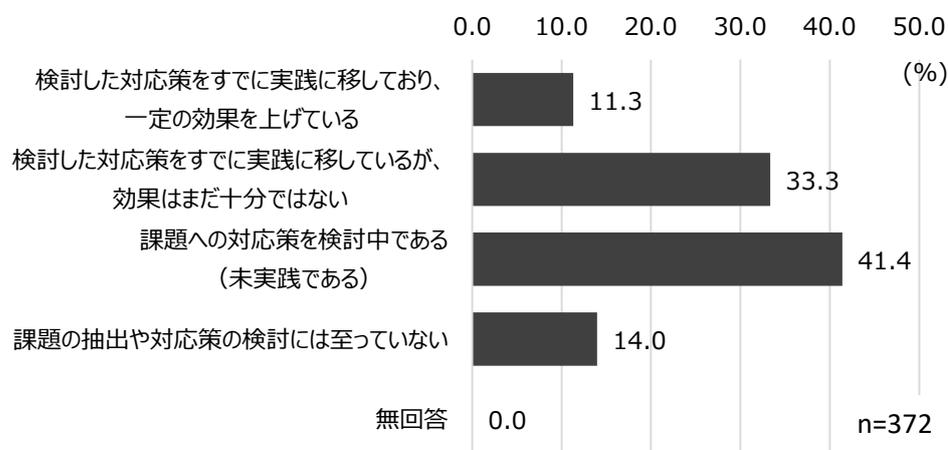


◆「その他」の具体的な内容、効果

分析に取り組めるマンパワーが不足している
国保及び後期高齢者医療保険の加入者は市民の約4割であり、65歳未満の市民では1/6しかデータがない
医療・介護事業所が少ないため、データを活用しなくても把握できる
65歳以上の傾向はKDB分析では足りず、データを抽出し分析しているがあまりに作業量が多い
分析結果を活用し、平成29年度より推進開始したところであり、今後、具体的な課題が出てくると思われる
見える化システム、KDBの効果的な活用方法・スキルについて学べる機会が必要
情報の利用にあたり、利用制限が多いことや申請から許可までに時間がかかり、作業が効率的に進まない
連携が不十分
作成した冊子の有効活用方法。管理者レベルの方は活用しているが、担当者レベルの方では浸透できていない
継続して把握できていない
システムを用いる必要がない
計画どおりに実行されない。住民、事業所が取り組まない
見える化システムは基本閲覧であるため、データベースを独自分析することまでできない
システム保有部署はわかれており、活用できていない
給付費の推移分析としては、活用できるが医療介護の分析の視点が分からない
操作方法や活用方法がわからない。マニュアルも配布してほしい
医療担当部署で事業を実施しているため、システムを知らない
すべての結果を政策に反映するのは困難

■ (イ) について、抽出された課題への対応策の検討・実践の状況

(イ) について、抽出された課題への対応策の検討・実践の状況は、「課題への対応策を検討中である（未実践である）」41.4%が最も多かった。



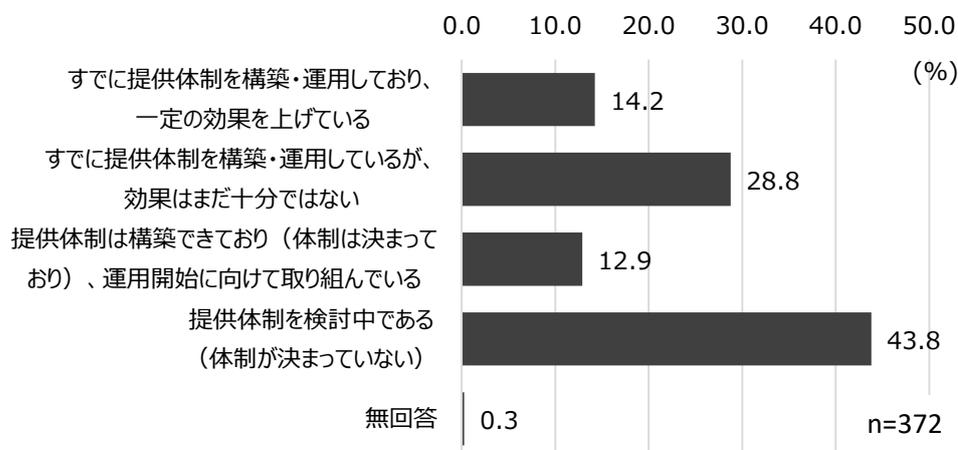
◆「検討した対応策をすでに実践に移しており、一定の効果を上げている」場合の具体的な内容、効果

【協議会等における課題および解決策の検討・実践】
関係団体で構成する各専門家会議で、認知症初期集中支援チームの設置や、医療介護等関係者への相談支援である在宅医療・介護連携支援センターの設置・運営、その他市民啓発であるシンポジウムの開催方法等について、意見交換を行い施策に反映している
虹ねっと連絡会において、1つの部会と4つのワーキンググループを設置して、具体的課題に対し取組を進めている。平成30年度は計画期間を3年とする初年度にあたるが、すでに平成27～29年度において3年間の取組を進め、評価、振り返りを行い、新たな課題または継続して取り組むべき課題等に平成30年度より実施している
各行政区において、地域の医療、介護関係者からなる在宅医療・介護連携推進会議を設置しており、そこで出された意見等を踏まえ、取組みをすすめている
2市1町単位での協議会設立が成功要因となっている
市在宅医療・介護連携協議会において、課題の抽出と対応策の検討を行い、事業の実施に結びついている
医療及び介護連携連絡会において課題抽出し、その内容を施策へ反映している
平成21年度から安心の地域医療検討委員会を開催し、まず多職種による顔の見える関係づくりに努めた。また市を北・中・南に分けてそれぞれで、医療介護ネットワーク会議を開始し、この10年間に多職種連携は深まった
作成済の医療介護連携ガイドラインについて、改訂の必要性が課題としてあげられ、現在改訂のためのワーキンググループを開催している。ICTツールや在宅医療・介護連携支援センターおよび正しい在宅医療知識の普及の普及啓発については、市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の中に組み込まれている
在宅医療介護の様々な専門職や団体等による協議体で、認知症高齢者の増加に伴う、地域の課題や地域支援体制について検討した。認知症に寄り添う部会を設置、認知症ケアパス作成・配布や認知症初期集中支援チームの設置を進めた。認知症初期集中支援チームは地域包括支援センターと十分な連携と積極的な初期介入を行い、受診や介護サービス導入につなげ、成果がでている
【ICTを含む情報共有ツールの作成・運用】
・独居・高齢者世帯の増加で、救急搬送時本人の生活歴や現病歴や家族の連絡先が迅速に医療機関に伝わりにくい →「救急医療情報キット」の配布
・病院、地域、行政と連携する核となる人と場所が必要だ→相談支援コーディネーターの設置
関係者間の情報共有が難しいという課題に対して、情報共有システムを整備。情報共有がしやすくなったとの効果が聞かれている
総合病院と介護事業所と退院の際に利用する共通様式の活用により、相互に必要な情報が得られやすくなった

平成 28 年度に ICT を使った情報共有システム（MCS）を試験的に運用。平成 29 年 9 月より「いけ！ネット」が実施主体となり運用。平成 30 年 4 月より市が実施主体となり医師会へ委託業務として運用
在宅医療・介護連携推進協議会にて、市内統一の入退院連携シート作成し運用することにした
入退院連携マニュアルが出来た
在宅医療と介護の連携のため在宅療養手帳を作成しており、情報交換を行っている
ケアマネジメント支援会議から、薬管理困難な軽度利用者が多い（個別課題）ことから、薬管理リーフレット作成（地域課題）へ、また、薬剤師との連携が取れる仕組みにつながりつつある
【多職種連携の推進】
<ul style="list-style-type: none"> ・市医師会によるエリア会議を開催し、多職種による連携を継続して行っている ・病院の退院支援の実態をケアマネジャー等に知ってもらうことで、病院と在宅関係者の相互理解が図れた ・薬剤師とケアマネジャーの交流により、在宅での薬剤師の役割の理解が深まった
多職種間の連携が推進された。病院において、患者の入退院支援に向けた取り組みが開始された
多職種の関係構築の課題については、多職種による研修等を継続的に行うことにより顔が見え、連携を行える関係構築が行えた
<ul style="list-style-type: none"> ・ICT 活用検討部会、医療と介護の連携部会等各会議の開催により情報共有システムを実施開始した ・会議、多職種研修開催を通じて医療・介護と課題の情報共有ができた
多職種連携会議が軌道にのってきている。在宅医療を推進するため「看取り」についての検討がされている
【住民啓発】
在宅療養に関する住民意識の啓発が充分でないことから、住民向け講座を広域からブロック単位にした
課題を抽出し、代診医制や看取りの住民啓発につながっている
<ul style="list-style-type: none"> ・住民への啓発活動の開始（地域まわりでの講演会の実施） ・訪問介護員及びケアマネジャーへの困り感についてのアンケート及び聞き取りの実施し、結果を活用しての研究会を実施 ・人材育成部会を独立した部会とし、人材確保と定着の方策を検討中
【その他】
看取り支援体制の充実を図るため、研修会の開催など対応を行っている
事業取り組み開始時に、「在宅医療の要となる訪問診療医が不在」であることが、各専門職から課題としてあがっていた。医師会からは「外部から訪問診療医を招致するしかない」との声があり、行政の取組みによりH29.9月に開院の運びとなった
平成 29 年 10 月に「伊賀市地域医療戦略 2025」を策定。⇒救急医療、在宅医療、人材育成の視点から 5 つのプロジェクトを整理した
在宅でサービスを利用する場合の連絡体制など医療と介護の間で密にとれている
顔の見える関係作り、医師への敷居の高さを下げる為、「ケアマネタイム」の作成に取り組んでいる
マップの作成、在宅医療・介護連携支援センターの開設等
在宅医療について気軽に専門職・市民とも相談できる場所がないためそういった窓口の設置が提案され、H30年4月より窓口を設置対応中
在宅看取り数の増加・多職種連携事例の増加・資源マップやケアバス、認知症ガイドブックの発刊と活用・多職種研修参加者の増加・（イ）検討者の増加・認知症初期集中支援チームの立ち上げ
直営訪問看護ステーションを立ち上げ
医師不在時のバックアップ体制や使用頻度の少ない在宅医療材料供給体制を構築し実施している

■（ウ）について、在宅医療と在宅介護の提供体制の構築状況

（ウ）について、在宅医療と在宅介護の提供体制の構築状況は、「提供体制を検討中である（体制が決まっていない）」43.8%が最も多かった。



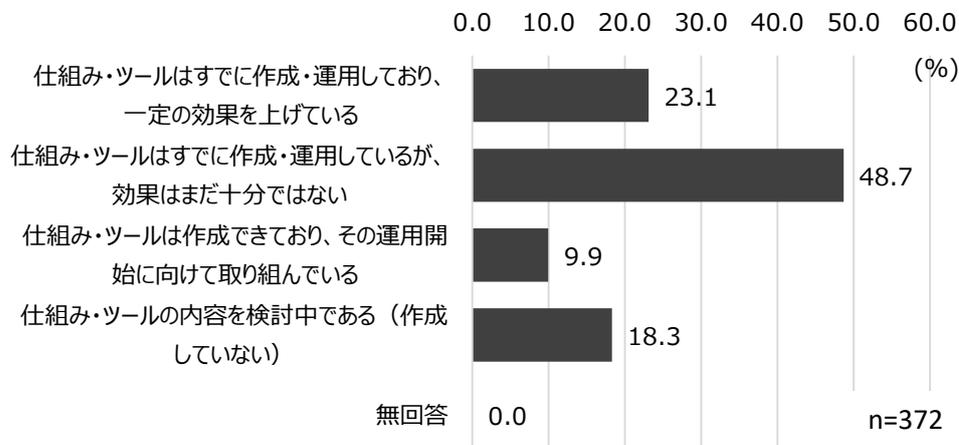
◆「すでに提供体制を構築・運用しており、一定の効果を上げている」場合の具体的な内容、効果

【入退院時のマニュアル、入退院調整ルールの作成】
「病院とケアマネジャーとの連携を進めるために」パンフレットを作成し、入院時、退院時等の医療と介護の連携を推進している
訪問看護のワーキンググループでは緊急入院時の情報連携サマリーの作成など行っている
入退院支援ワーキンググループにおいて、介護と医療で情報共有がスムーズに行えるツールを作成、現在効果について検証しているところである
入退院時調整ルールが病院と介護支援専門員の間で確立し、スムーズな入退院支援が出来ている
淡路圏域レベルで退院支援ルールに基づき運用し、効果を得ている。また、メンテナンスも概ねではあるが、年に1回開催して見直しを検討している
平成 30 年 1 月に「市の退院調整ルール」を運用開始し、平成 30 年 6 月末時点で運用前と比較して退院調整率が向上した
入院連携支援について、在宅訪問診療を受けている患者のかかりつけ医からの入院依頼について、病院・有床診療所との連携を図る。退院連携については、訪問診療を行うかかりつけ医の紹介制度を運用。又、地域包括ケア病棟において、在宅や介護施設への復帰に向けた支援に併せ、在宅・介護施設等からの急性増悪患者の受け入れ及びレスパイト入院に対応した。在宅療養後方支援病院システムにおいて、かかりつけ医を通じて事前に登録することで活用を図った
「但馬圏域退院支援運用ガイドライン」に基づいて、連携している
入退院調整ルールを病院代表、在宅代表が集まり作成し、定期的に利用状況調査を実施。概ね 90%近頃の連携率となっている。病院側も在宅側も話しやすくなった、情報をすぐくれるので助かっているとの感想も聞いている
平成 26 年 2 月より藤井寺市医師会が設置・運営している「ブルーカードシステム（登録医が夜間・休日など対応困難時に、あらかじめ発行した紹介状を持参して、依頼病院を受診）」があり在宅医療推進に積極的に取り組んでいる
【主治医・副主治医制等、在宅医療のバックアップ体制】
在宅看取りを希望される方を対象として、主治医が不在時にネットワーク参加の医師が主治医に代わり訪問し看取りを行う「在宅医療安心ネットワーク」を設置。現在、12 か所の診療所医師が参加し登録患者は、12 人。このネットワークを円滑に運営するため訪問看護、薬剤師情報交換会を設置。かかりつけ医の負担の軽減につながっている
主治医、副主治医を設定し、必ず対応できるようにした。医師会と市民病院の提携により、医師会からの紹介は必ず受け入れるようにした
まちなか診療所による医師不在時のサポートにより、開業医の心身の負担軽減につながった。在宅診療に際し、まちなか診療所が薬剤師とできるだけ協働し、支援を行うことで、新たに在宅の経験を積む薬局が増えた

強化型支援診療所医師による留守番制度の実施
医師会：看取り時当番医制システム 協力医制度のコーディネート。救急受診時の医療介護情報の共有
後方支援病院と連携を行い、レスパイト入院等の受け入れを行っている
みどりのフローチャートの作成
医師不在時のバックアップ体制や使用頻度の少ない在宅医療材料供給体制を構築し実施している
医師会で「在宅医療いみずネットワーク」を立ち上げ、主治医・副主治医制度を含めた体制構築をしている
【医療・介護関係者および機関、団体による協議会等の開催】
平成 29 年 10 月より情報共有ネットワークを開始できた
周辺の病院と連携連絡会を開催して、連携強化を図っている
医師会委託で、毎月医療連携ネットワーク協議会を開催し、病院と在宅の連携強化ができています
多職種連携会議を重ねることにより、多職種の理解と連携に関する意識付けが拡散されている。またケアマネジャーのアンケートより、主治医等と「連携しやすくなった」と回答した方の割合が増えている
多職種合同カンファレンス、地域包括実務者会、通所介護事業所連絡会議には医療・介護専門職参加し、情報共有、連携によりシームレスな在宅医療・介護の提供が進んでいる
市直営の地域包括支援センターと坂井地区在宅ケアネットが連携し、医療も含めた在宅サービスをワンストップで調整できる体制は整備され、スムーズな相談支援につながっている。ケアネットも周知されている
保健所主催の丹後 6 病院間連絡推進会議し機能一覧を介護保険事業所に提供。また在宅療養支援連絡会議・地域ケア会議において、連携や検討会・研修会を実施しており、提供体制を構築・運用している
町地域支援センターに拠点を置き総合病院とケアマネとの意見交換会を実施。顔が見える関係になったことで、情報共有を図れるようになった
【活動の中心となる組織・団体等の活用】
入院施設は市立病院 1 箇所。地域医療連携室や機能訓練室職員・担当ケアマネによる退院前の家庭訪問や退院時ケアカンファレンスが実施され、安心して退院できる体制がとられている
街なか包括（市立砺波総合病院内に設置した、地域包括支援センターのサブセンター）の運営・活用
在宅医療サポートセンターが退院時かかりつけ医に関する情報提供や関係機関へのつなぎをしている
保健所中心で入退院情報提供の調査により、情報提供の割合が増加している
強化型在宅診療支援における個別ケースの情報交換を実施（医師会主催）
【その他】
往診等と訪問看護、介護サービス事業所が常に連携してサービス提供している。また、往診等は夜間の電話相談も受け付けている
お薬手帳を活用した在宅患者サポート事業（お薬手帳事業）の実施 ⇒ 2 年前と比較して、服薬管理件数が 36% 増加、33% の専門職が他職種との連携の高まりを実感
ICT ツールの利用率は順調に増加している。各区に設置した在宅医療・介護連携支援センターの相談等実績も順調に伸びている
市独自の在宅医療支援病院病床確保事業や訪問看護師養成講座などを実施し、在宅医師が在宅医療に取り組みやすい環境づくりに努めている
在宅療養手帳の内容について、年 3 回委員回を実施し、手帳内容を検討することで提供体制の強化がはかられている
H29 年度から認知症初期集中支援チームの立ち上げ
一部の行政区で訪問診療等を提供する医療機関と訪問看護ステーションとの連携体制の構築や主治医・副主治医制の取り組みが実践されている
医療と介護の隙間なく受けることが出来るようつながりノートを活用し、情報の共有等を図った

■ (エ) について、医療・介護関係者の情報共有に資する仕組み・ツールの有無

(エ) について、医療・介護関係者の情報共有に資する仕組み・ツールの有無は、「仕組み・ツールはすでに作成・運用しているが、効果はまだ十分ではない」48.7%が最も多かった。



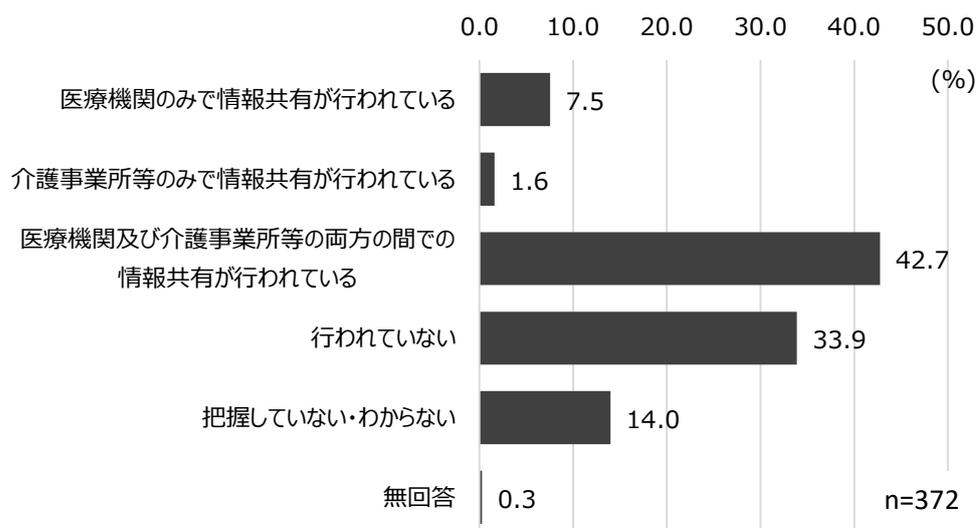
◆「仕組み・ツールはすでに作成・運用しており、一定の効果을 上げていいる」場合の具体的な内容、効果

【ICT ツールの活用】
ICT での事業所登録数・患者登録数を定量指標としており、目標達成できている
ICT を活用したツールで、訪問看護師とかかりつけ医が連携し、在宅での看取りなどをスムーズに行えた例がある
ICT ワーキンググループにおいて ICT を活用した情報共有システムを構築・運用し、平成 29 年度はモデル地域のみであったが、登録者数の増加、対象患者数の増加に伴い、平成 30 年度より全市的に取組みを進めることとしている
県医療情報連携ネットワーク協議会を活用できるよう、医師会が利用者に対しての研修会を開催している。すでに使用し、連携がはかれている事業所もある
多職種連携の手引きを作成し、連携に関するルールのプラットフォームとして活用している。また、ICT ツール「電子@連絡帳」の運用が軌道に乗っているため、利用者数、登録患者数、登録記事数ともに着実に伸びており、十分に活用されている。(利用者数：663 人、登録患者数：1,743 人、登録記事数：71,990 件 ※述べ数)
平成 23 年から ICT 情報連携ツールを活用しており、すでに情報共有のインフラになっている
ICT を利用して、常時 30 人以上の医療ニーズの高い事例について医療従事者と介護サービス関係者、事例によっては福祉職、行政も交えて情報を共有している
【情報共有のためのシート、ノートの活用】
医療と介護の連携連絡表を作成し、介護支援専門員が主治医に対して使用を促し、主治医からも好評を得ている
本人とその家族、医療、介護の情報共有を図るため介護ノートを作成。在宅療養中の重度患者等を支えるための情報共有ツールとしてタブレット端末を利用
医療機関と介護サービス事業所、本人・家族間で情報を共有する「つながり手帳」を作成し、情報共有が図れている
本人の医療や看護、介護の状況を記録する「在宅療養手帳」を作成し、医療機関、ケアマネジャー、訪問看護、介護事業所、本人・家族等の情報共有のツールとして活用。本人の心身の状況を関係者が共有し、適切に対応できる
「医療と介護連携のための様式集」を作成。ケアマネジャーの新人研修や医療・介護関係者間での活用が図られている。
市内主要病院と、ケアマネを代表する地域包括支援センターで、入・退院時連絡票及び情報連携シート、主治医連絡シート、フローチャートを作成し活用。法改正もあり、現在「入退院調整ルール」へバージョンアップする作業中
「いけ！ネット」で作成した連携シート（FAX 用）、在宅シート・退院連携シート（ケアマネと入院先が使用する入退院時の情報共有ツール）が活用されている。また、市民向けに私の支援マップ（独居高齢者が、緊急時の際に主治医や関係者、連絡先等が分かるように作成するツール）が作成されている
お薬手帳事業として、お薬手帳に「連携シール」を使い、服薬状況や生活上のアドバイスを記入。シールの活用率 30%

近隣市とともにケアパスを作成し、そのルールに従い、病院やケアマネジャー等は支援を行っている
2次医療圏単位で作成した入退院支援ツールを運用し、おおむね入院3日以内の迅速な情報連携が患者の約8割に達している
入退院支援ルール（情報共有シート）が県内で統一されており、入退院時の情報共有がスムーズにできている
居宅サービス利用者のサービス提供記録を1つにまとめた「共通連携ノート」を運用。情報共有がしやすくなっている
医療・介護関係者で情報共有ができる「あったかノート」を作成し、活用されている
【情報共有に関するマニュアルやルールの作成】
「圏域退院支援運用ガイドライン」により情報提供の方法がルール化されている
圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援のための手引きの利用等により、入退院時の情報共有が進んできており、在宅支援に活用できていると感じる
情報共有について、市での共通様式と医療と介護の関係機関における多職種間での情報共有のルールを掲載した「市在宅医療・介護連携マニュアル」を作成、関係機関に配布し、活用について周知した
圏域における病院－在宅連携ルールの作成と運用。連携率も80%程度となり、ケアマネと病院スタッフとの顔の見える関係づくりも進んできた
入退院時に病院・ケアマネジャー間で調整が必要な対象者、連絡を取り合うタイミング、連絡先、入退院時の情報提供書等がルールとして定められたことで、スムーズに連携することができるようになり、シームレスな在宅移行が可能になった
市医師会が主導で「市における医療と介護の連携を進める関係者会議」において、「市版『医療と介護の連携マニュアル』」を作成し、主に医師と介護支援専門員間で7割以上活用されており連携の推進になっている。その他の職種間では、このマニュアルを活用していなくても独自の連携ツールで連携を行っている
【その他】
・ケアマネジャーから病院への入院時情報提供割合が35%増（近隣市含む）
・病院からケアマネジャーへの退院調整が行われた割合20%増（近隣市含む）
委託事業の中で「在宅医療・介護支援システム」および「在宅療養あんしんサポートシステム」を運用している

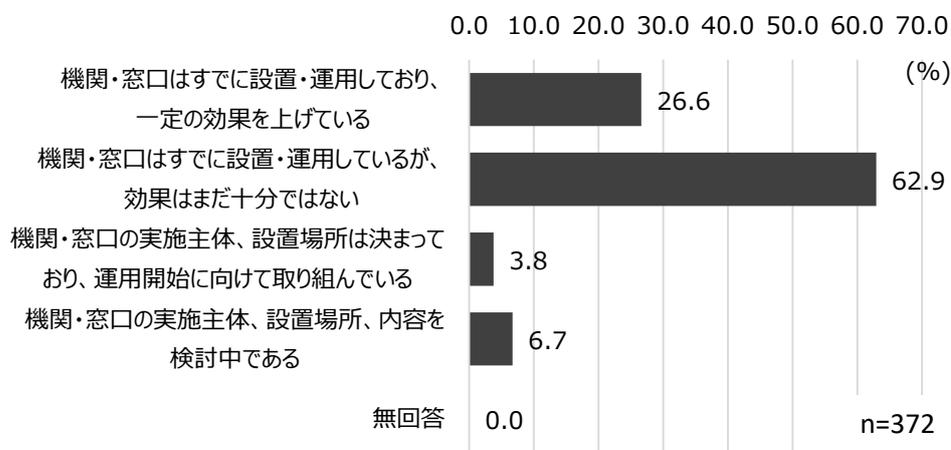
■（エ）について、ICTを活用した医療・介護関係者の情報共有の状況

（エ）について、ICTを活用した医療・介護関係者の情報共有の状況は、「医療機関及び介護事業所等の両方との間の情報共有が行われている」42.7%が最も多かった。



■（オ）について、在宅医療・介護連携に関する相談支援機関・窓口の状況

（オ）について、在宅医療・介護連携に関する相談支援機関・窓口の状況は、「機関・窓口はすでに設置・運用しているが、効果はまだ十分ではない」62.9%が最も多かった。



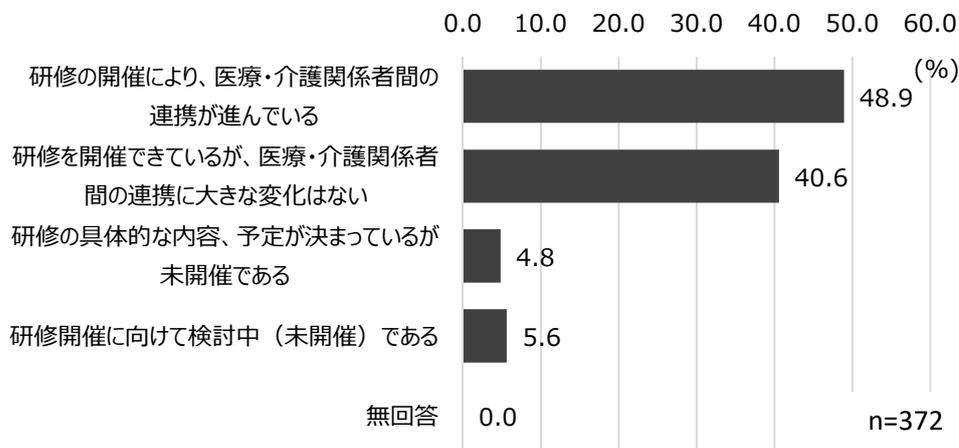
◆「機関・窓口はすでに設置・運用しており、一定の効果を上げている」場合の概要や効果

【医師会における機関・窓口の運用（委託含む）】
市医師会に委託して、医師会館に窓口を設置。看護師及び介護支援専門員の両方の資格を有する「在宅医療コーディネーター」を1名配置している。市内を4つの地域に分けて、それぞれに在宅医療を行う医師を輪番制で配置。在宅医療コーディネーターが在宅療養が必要な患者に対し、在宅医療を行う医師を輪番制で調整・紹介している。それほど多くはないが、在宅医療開始ケースは増加傾向にある
設置場所：地区医師会 地域連携室 開設時間：（月）～（金） 9:00～17:00 相談窓口の周知啓発を続けているところである。少しずつ相談件数が増えてきている
平成29年7月に医療介護関係者を対象とした在宅医療に関する相談支援の窓口（市地域医療連携支援センター）を市医師会へ委託し運営を行っている。配置員は、看護師の資格を持つ在宅医療コーディネーター1名、医療介護円形や事務手続き等の知識を持つ事務職員1名の合計2名で対応している。相談件数も増加し、医療介護等関係者の相談支援につながっている
市医師会に在宅医療サポートセンター事業を委託、年間120件ほどの相談対応を行っている
委託契約している医師会内（市内3医師会）に設置。窓口は3医師会で輪番に行っている
地区医師会の地区在宅ケアネットに在宅医療コーディネーターが配置され、市直営の包括支援センターや医療機関、居宅支援事業所等よりに医療依存度の高い相談などについて素早く対応している
平成29年度から市医師会館内に市在宅医療・介護連携支援センターを設置し、医師会に運営を委託している。2年目であるが、多くの現場での課題等の相談や抽出を行い、さらに施策にむすびつけるべく、行政との情報共有をしっかりと行っている
【地域包括支援センターにおける機関・窓口の運用】
直営包括が窓口。退院支援が早くなった。在宅みとり数が増えた
行政直営の地域包括支援センターが窓口として機能している。事業の推進及び地域ケア会議や認知症総合支援事業などの地域支援事業と連動させながら事業展開しつつある（具体的効果の内容は、問8、IV-問2などのとおり）
市中央地域包括支援センター西部サブセンター内に在宅医療・介護連携支援センターを設置し、推進員を配置。在宅医療・介護連携支援センターの役割や窓口等を関係機関にPRし、必要な情報提供、支援調整を行い、顔の見える関係づくりを進めている
地域包括支援センターが相談支援機関・窓口を担っている。それにより、必要時に役場他部署（生活保護・障害関係部署など）等とも容易に連携することができ、スムーズな連携につながっている

平成 28 年度から、市内の病院の看護師長であり、主任介護支援専門員の資格のある方を医療介護連携コーディネーターとして、市直営の包括に配置し（午後のみ相談窓口として設置）、効果を上げている
地域包括支援センターに医療コーディネーターを配置し、市民からの相談や医療・介護関係の相談に対応できている
【医療機関における機関・窓口の運用】
平成 29 年 10 月より市立市民病院地域連携室に「市在宅医療・介護連携支援センター」を設置。地域連携室の職員が、地域の在宅医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じている。在宅診療医の紹介、訪問看護ステーションに関することについて等、必要な情報の提供及び助言を行っている
町立病院内保健師へコーディネーターを委託。町立病院にかかりつけの患者については、ある程度相談対応はできている
医師会の推薦された医療法人に委託しており、介護支援専門員の資格を持つ看護師が対応
公立町病院内に相談窓口、相談員設置している。相談の多くが包括、ケアマネからの訪問診療に関する問い合わせで、在宅医療・介護のスムーズな連携が図られている
市が運営する診療所の一角に、健康と介護の相談できる窓口を設置している。その数は多くないものの、利用者からは医師に直接聞きづらいことも相談できるとの声もいただいている
【市町村担当部署における機関・窓口の運用】
市役所地域包括支援課内に設置し、平成 29 年度は 35 件の相談を受けた
地域包括支援課に設置し、経験豊富な保健師を配置し、病院の地域連携室やケアマネジャーからの相談はもとより、地域住民からの相談にも迅速に対応できている
役場保険福祉課高齢福祉係窓口で受付。認知症疾患医療センターからの依頼により、ケアマネジャーを対象にかかりつけ医と認知症疾患医療センターとの連絡票について研修会を開き、その普及を図った
市に相談窓口を設置し、医療機関等から相談を受け、多職種で支援について検討している
市地域福祉課内に相談支援窓口を設置しており、必要時相談対応をしている
【その他主体または複数主体による窓口の運用】
在宅歯科診療の分野においては、連携窓口を歯科医師会に委託し、一定の相談実績があがっている
市内全 16 区に、各区の実情に応じて、医療機関に併設・テナント利用などにより設置している。各区の地域ケア会議と連携し、年間計画をたてて地域ごとの活動を活発に実施している
地域包括支援センター、在宅介護支援センター 5 か所が相談の窓口となり、相談対応。病院との連携も担っている。在宅医療サポートセンターでの相談対応
医療課、地域包括ケア課、地域包括支援センター、福祉課、健康課、保健センターが集約され、市民病院にも隣接。市民のニーズに一体的、体系的に対応できる
専門機関の相談窓口（在宅医療・介護連携センター）と住民の窓口（地域包括支援センター）を別々に設置。専門機関は患者が必要とする医療資源のマッチングがやりやすくなった
町立病院に近い社会福祉協議会に、サブセンター職員が兼任で相談支援を行っている。これにより、病院や民生委員等や行政（地域包括支援センター）との連携が容易となった
【その他】
相談件数の増、活動の拡大（在宅医との意見交換会開催、地域包括ケア病棟との情報交換会、市事業の事務局としての活動等）により、課題の抽出や対応策の検討がなされている
地域包括支援センター、庁舎担当課での相談支援体制を整えている。また、医療と介護の連携に関する相談も管内広域拠点として設置された
コーディネーター 1 名（社会福祉士）を中心として、退院調整等にかかる病院地域連携担当等との調整を行っている。本人や家族、関係者からの相談対応を担っている。また、認知症推進事業との連携もおこなっている
「医療・介護・福祉スーパーバイザー」を配置し、関係機関の調整・相談への対応ができている
1 市 4 町で運営している在宅医療拠点施設に設置、医師会・歯科医師会・薬剤師会などと連携し、昨年度より住民に向けた活動を実施している
市の医療職、委託包括の 3 職種による相談支援ができている

■（カ）について、医療・介護関係者の研修の実施状況

（カ）について、医療・介護関係者の研修の実施状況は、「研修の開催により、医療・介護関係者間の連携が進んでいる」48.9%が最も多く、次いで「研修を開催できているが、医療・介護関係者間の連携に大きな変化はない」40.6%であった。



◆「研修の開催により、医療・介護関係者間の連携が進んでいる」場合の研修の概要、効果

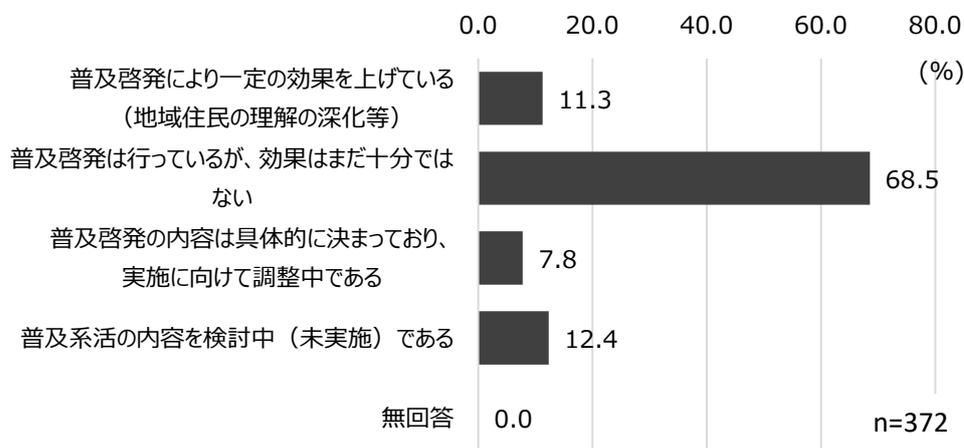
【顔の見える関係の構築】
医師会主催で年3回多職種が参加する研修会を開催しており、顔の見える関係づくりをすすめている
多職種によるグループワーク、制度の学習、他職種の業務内容の理解等を目的として、市内の医療・介護関係者に声かけをし、「多職種連携による医療・介護の輪会議」を開催した事により顔の見える関係や連携が進んでいる
毎年全区で1回ずつ開催する多職種事例検討会では、医療介護等関係者、社会福祉協議会、行政等が参加し、事例をもとに意見交換を行っており、年々参加者が拡大しているため、幅広く関係づくりが出来ている。その他、交流型の会議や研修等を定期的に開催しており、全国的に見ても各職能団体間の顔の見える関係づくりは進んでいる
ケアマネ、サービス事業所、医療機関、訪問看護等の医療・介護関係者を対象に地域包括ケアの推進に向けて、グループワーク等を取り入れた研修会を行っており、顔の見える関係づくり、連携のとりやすい環境、体制ができている
医療と介護をつなぐ会、在宅医療部会、医療介護福祉フォーラム等で研修とグループワークを通し、顔の見える関係から話し合える関係になってきた
市内7か所のかしはら街の介護相談室が開催し、顔の見える関係づくりが進んでいる
【医師会による主体的な関与】
「在宅研究会」の会長である医師を中心に、メンバーが研修を企画し、1市2町が会場や運営を持ち回りして事例検討会を年2回行っている。グループワークを取り入れ、参加型の研修会なため、顔の見える関係性が作られつつある
医師会主催の多職種研修を大規模研修を年1回、小規模研修を年2回実施。医師会単位であるが、多職種の顔の見える関係づくりに一定の効果があると思われる
各区の在宅医療・介護連携支援センターおよび市医師会に設置された本会により、大小の研修を活発に実施しており、特に各区での研修開催により、地域ごとの医療介護関係者の顔の見える関係づくりがすすんでいる
医師会への委託研修「医療と介護の連携を語る会」、5団体協働開催「地域包括ケアを進める会」の開催（各々年2回）や、認知症の人と家族を支援する職種の研修会（年2回）等により、互いの役割の認識と情報共有が進んだ
各医師会が医療・介護従事者向けに介護や在宅医療、看取り等の事例報告を行っている
【個別のテーマを設けた研修運営】
月1回の医療・介護関係者の連絡会において、種々の研修会実施。他に「排泄ケア」「がん療養」「終末期ケア」「家族支援」「糖尿病」「認知症」等についての研修会実施

前年度は、認知症及び看取りについてをテーマとして、当年度は口腔ケアについての研修会を実施し、顔の見える関係づくりを主眼とした研修会を実施している
平成 29 年度、平成 30 年度の計 2 回、「TeamSteps」というテーマで研修会を実施し、改めてのコミュニケーションの重要性を事例やゲームを通じて体感することで、通常の研修会以上の盛り上がりがあり、顔の見える関係性づくりにつながった。(アンケートからもほぼ 100%で多職種連携に役立つとの結果)
多職種連携の会「ヘルパーの危機は、在宅ケアの危機！」～介護の仕事って、こんなに楽しむことができたんだ～をテーマとして研修会を開催。参加者同士との関係が作られ、お互いの職種の役割などを知ることができた
「自立支援とは何か？」と題した研修会に医療・介護関係者を招集し合同で研修を行った。医療職と介護職で意識の違いも見られた為、今後も、お互いに知ってもらいたい知識や情報を収集し研修へつなげていく予定
多職種（例えば医師・歯科医師・ケアマネジャー・訪問看護師・薬剤師等）が参加する研修会で歯科・介護など様々なテーマに焦点をあてた内容にすることで、お互いの職務への理解がすすんだ
ACP に関する研修を開催。アンケートより、ACP の普及及び理解が深めることができた。 多職種連携の取組について出前講座を実施。アンケートより、連携意識の向上につながった
連携のための顔合わせを初めての研修とし、2 回目からは認知症ケアネットの利用方法、3 回目は連携ルールについての研修を開催した。それぞれの介護施設、医療機関からの参加があり連携についての必要性を理解し顔の見える関係づくりが進んでいる
当初「医者の敷居はなぜ高い」と言う研修・GWから開始。その後、関係団体と協議しながら地域特性や時々に応じた研修を実施している⇒関係医師会、歯科医師会、薬剤師会等と「顔が見える関係性」で連携しやすくなり、歯科医師会等から提案を受けて協働事業を実施したり、薬剤師会等と事例の個別支援（訪問）ができるようになったりしている
【日常業務でみられる具体的な効果】
年 1 回、町内医療・介護関係機関に周知し開催。各専門職の在宅医療介護における役割への理解を深めている。また、参加者同士でのグループワークも行っており、連携をする大切さも感じてもらっている。そのため、ICT においては、支援者数及び記事投稿数は今も緩やかに伸びている
研究会（年 4 回）・研修会（年 1 回）の参加者数が、毎回 130～150 人前後で安定。参加者アンケートでは、74%が「連携が進んだ」と感じている。実践報告や意見交換会においても、連絡や連携の実践例が多数確認できており、参加者からも「連携が進んだ」「連絡が取り易くなった」「他職種からの相談や連絡が増えた」と意見が出ている
年 2 回、市内の医師・歯科医師・薬剤師・介護事業者・民生委員・地域包括支援センター・行政等が参集し、顔の見える関係づくりや連携強化等を目的に「交野市医療介護連携会」を開催している。医療関係者からは介護に関する理解が、また介護関係者からは医療関係者に対する連携が円滑に行われやすくなったという声を得られている
医療・介護関係者が自主的に集まり、1 回/月ワールドカフェを取り入れた研修を実施。顔の見える関係ができた他、抽出された課題等の検討もされている
多職種研修でのワールドカフェを開催し、その意見をもとに多職種の連携エチケット集を作成した
多職種グループワーク研修、事業所間交流研修、医療・介護関係者のための事例検討会を開催している。目的や狙いによって対象者や規模を変え、行っている。顔の見える関係はもちろんのこと、実際のケースでの対応の際の相談も適切な専門職にできるようになってきている
関係者の顔の見える関係づくりの場として「市医療連携研究会」を開催し、23 回をむかえている。毎回、医師を含む 70 人程度の参加者があり、課題の議論や研修の場としている。お互いの考えや役割理解を深めている。その効果が、在宅往診医が見つからない場合に関係者からの相談窓口となる地域医療情報センターを運営しているが、関係者同士で調整が可能となり、相談件数は減少している
「訪問看護ステーション連絡会」から訪問看護の活用の仕方について課題があがり、市内の在宅医療を支える関係者を対象とした多職種合同研修会で効果的な活用等について学んだ
【その他】
医療介護連携部会、介護予防部会、認知症部会、リハビリ連絡会などが主催となって課題やニーズに応じた研修を企画、運営している
中核病院を会場に医療介護関係者で事例を元に話し合うワークショップ。(H29：お互いを知ろう、H30 は 2 月頃開催予定)

研修会の企画段階から医療職、介護職が意見交換をしたことをきっかけに連携しやすくなったという意見がある
医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護事業者合同の多職種研修会を実施し、グループワークも行い、連携も密になっています
研修体系としては、日常生活圏別多職種協働研修、多職種協働研修（提案募集型）、市在宅医療・介護ネットワーク講演会を3つの柱としている。その他、より専門的な研修などは医師会在宅医療サポートセンターと協働して実施している
多職種合同研修会：市内全域の医療・介護関係者を対象としたグループワーク型研修会 認知症・多職種ブロック研修会：市内を5ブロックに分けて、地域での多職種連携促進を目的に、医療・介護関係者を対象としたグループワーク型研修会 在宅医療シンポジウム：市内全域の医療・介護関係者を対象とした先進事例発表等を行うシンポジウム これらの研修会を平成24年度から少しずつ開始し、現在においては上記全ての研修会等を定期的実施している。どの研修においても多数の医療・介護関係者が参加しており、多職種連携の促進に寄与しているものと認識している
町内ケアマネジャーを対象にした研修会を年3～4回実施。また、管内に於いて在宅医療サポートセンターが主催となって他職種連携の研修を月に一度程度実施し、町からも参加している
年に6回、夜間に多職種連携研修会を開催している。医療や介護の関係者をランダムにグループ分けし、グループワークを毎回行うことで顔なじみになり、連携のしやすい関係性が生まれてきている
在宅医療サポートセンターが中心となり、「フレンズつながり」という医療・介護関係者を対象に研修会を毎月開催 研修会を年2回、事例検討会を年3回それぞれ実施しており、関係者の顔のみえる関係づくりができてきた。日頃の業務でのスムーズな連携につながっている

■（キ）について、地域住民への普及啓発の実施状況

（キ）について、地域住民への普及啓発の実施状況は、「普及啓発は行っているが、効果はまだ十分ではない」68.5%が最も多かった。



◆「普及啓発により一定の効果を上げている」場合の普及啓発の具体的な内容、効果

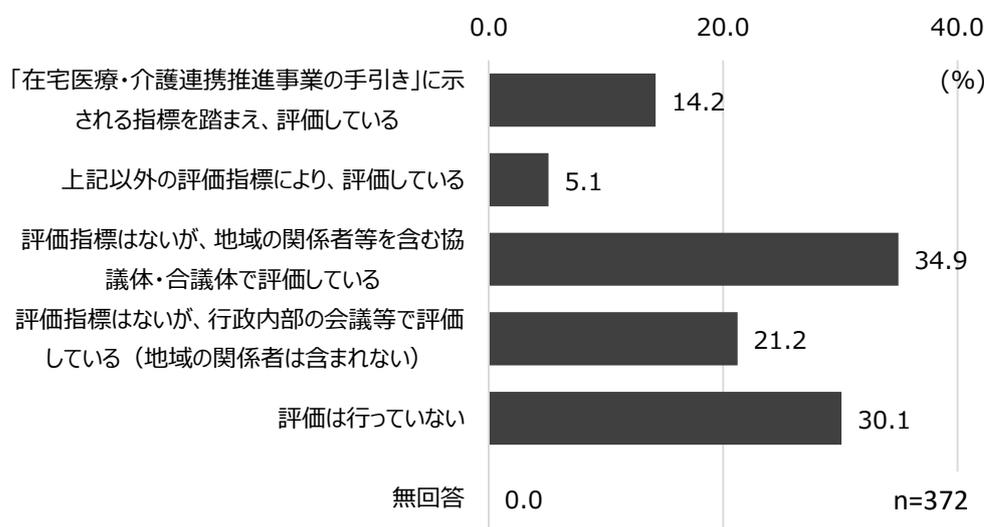
【寸劇、映像等を取り入れた普及啓発】
各区医療介護サポートセンターにおいて、地域住民を対象に寸劇などを取り入れたフォーラムの開催や在宅医療に関する啓発チラシの配布等を行っている。平成29年度実績：18回
介護保険に関する寸劇を創作し、上演する事で市民の方より分かりやすいと好評を得ている。また、寸劇を観にくる人を増やす工夫として、寸劇に地域の市民の方に出演してもらっている
地域住民を対象とした映画の上映により、介護職や在宅医療・介護の理解を深めた

<p>H28 年度看取り啓発劇「最後まで家族と自宅で」実施、H29 年度脳卒中の予防と対策啓発劇「しくじり先生、松原さんの場合」実施。毎回 300 人以上の市民が来られている</p>
<p>【出前講座・講演会】</p>
<p>「市民公開講座」や「出前講座」を開催し、参加者アンケートの結果では、看取りや在宅医療に関する理解を深められた。（「出前講座」における理解度 92.1%（H29））</p>
<p>認知症理解地域出前講座の開催。認知症に対する地域住民の理解が深まっている</p>
<p>市民公開講座（年 1 回）、各種団体からの依頼に応じ在宅医療や訪問看護に関する出前講座を適宜開催している。出前講座に関しては、依頼件数が増加しているため住民の関心が高まっていると評価している。</p> <p>「よくわかる在宅医療」のしおりとマップについて行事に参加した住民に対して配布している</p>
<p>支援者を対象とする講演会や多職種による地域交流セミナーを毎年開催しており、平成 29 年度は住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けるために必要なことを考えるきっかけとなるよう、市民向けシンポジウムを開催し市民等への理解の促進に取り組んでおり、徐々に市民等の理解も深まってきている。今後も地域で出前講座等を行い、一層の理解の促進を図っていく予定である</p>
<p>普及啓発チラシ、パンフレットなどを用いて出前講座（平成 29 年度実績：年 37 回、893 人）を実施しており、住民の理解が進んでいると感じている。しかし、モデル事業を通じて相当やってきている自負はあるものの、「地域住民の理解の深化等」と例示していただいているものを図る術がなく、効果の検証が難しい</p>
<p>【広報誌・パンフレット・リーフレット等】</p>
<p>町広報誌により、毎月医療に 1 P、介護に 1 P 利用し、医療資源の重要性、ソーシャルキャピタル、介護予防など様々な周知を行い住民にも有志で動いてくださる方々も出てきている</p>
<p>メッセージノートの無料配布を継続して実施しており、在宅の看取りに関する関係者の意識も徐々に変化してきているように感じる。そのためか、地域住民も在宅医療を希望し、実際に在宅死を迎える件数は他地区に比較すると多い</p>
<p>各行政区において、リーフレット作成・シンポジウム開催等を行っている。（一部の行政区で未実施あり）</p>
<p>【講演会・シンポジウム】</p>
<p>平成 26 年度から毎年在宅療養のあり方を検討する住民研修会を開催している。研修会の開催だけが要因ではないが、在宅で最期を過ごす方の割合が平成 26 年度は死亡者全体の約 5%だったが、平成 29 年度は約 30%となった</p>
<p>各医師会で講演会やシンポジウムを開催し寝たきり予防、健康寿命等について地域住民の普及啓発を実施している</p>
<p>アドバンスケアプランニングについて、講演会や教室を実施している</p>
<p>終末期医療について、地域の医師を講師に招き、講演会を開催したことにより、終末期になる前から死について意識できるようなった</p>
<p>毎年、在宅医療推進フォーラムを開催。又、高砂市在宅療養ガイドブックを作成し、在宅療養に関係する医療・介護の専門職や、保険制度など、在宅療養の基礎的な内容を市民向けに作成した</p>
<p>地域住人への在宅医療の浸透に向けて講演会等を開催する際の補助金の交付を行うとともに、在宅医療をわかりやすく紹介したリーフレットを作成するなど、普及に努めている</p>
<p>【その他】</p>
<p>実際に、介護保険事業所への相談につながったり、在宅歯科診療の利用につながった事例がある</p>
<p>モデルとして指定している地区では、在宅医療等の勉強会を開催し、一定の効果を上げている。</p> <p>また、年に 1 回程度医療介護連携のフォーラムを実施している</p>
<p>市民啓発を開始して 5 年目になるが、年々市民の参加者が増加しており、関心が高まっているのを感じる。</p> <p>訪問診療利用者数も、開院 6 ヶ月で対応可能数の限界となり、認知度が高くなっている。</p> <p>在宅医療・介護に関する広報誌掲載について、市民からの感想が寄せられた</p>
<p>イベントにおける在宅医療に関する相談ブースの設置</p>
<p>啓発には終わりはなく、どうなったら完成なのかは不明だが、どんなテーマで開催しても多数の住民が参加し、関心の高さはうかがえる</p>
<p>在宅ケア講習会を 13 圏域毎に年 1 回開催。アンケートより、在宅ケアの理解について約 9 割の方が「理解できた」との回答を得られている</p>

(4) 在宅医療・介護連携推進事業の全体的な評価・課題等

■在宅医療・介護連携推進事業の評価方法

在宅医療・介護連携推進事業の評価方法は、「評価指標はないが、地域の関係者を含む協議体・合議体で評価している」34.9%が最も多く、次いで「評価は行っていない」30.1%であった。



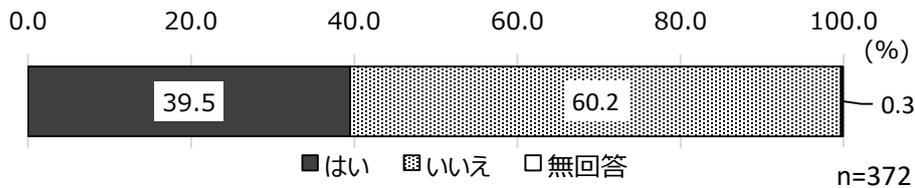
◆「上記以外の評価指標により、評価している」場合の評価指標の概要

市の関係会議にて決定。主な項目（・講演会等の参加数等、・困ったときに相談できる人・機関の充実満足度、・多職種連携研修会の開催回数と参加人数、・在宅医療(訪問診察と往診)を行う市内の医科医療機関数、・病院や救急時の医療体制の満足度、・訪問看護(24時間対応)事業所数等、・ICTシステム情報交換件数等、・要介護認定割合、・住みよさ満足度等)
市作成（計画策定に合わせて）。研修実施回数、参加者数、情報共有ツール登録者数等
第7次介護保険事業計画により次の評価指標を設定。・リハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たす通所リハビリテーション事業所の割合、・ターミナルケア加算の算定要件を満たす訪問看護事業所の割合
市地域包括ケア推進計画により評価
市民の在宅医療の認知度と実現可能と思う割合、訪問看護の受給者数 等
在宅医療・介護連携推進事業の手引きに示される指標を踏まえてはいるが、生活満足度や従事者満足度などデータの取得が困難な指標もあり、今後の検討と考えている。現在は、年に1度、医療・介護関係団体に対し、「在宅医療・介護の連携推進に関する評価指標調査」を地域包括ケア推進協議会の事業として実施し、ストラクチャー、プロセス、アウトカムについて聞き取り、評価及び施策実施の参考としている
地域福祉計画で、地域包括ケアシステム全体としての KPI を設定し、評価をしている。⇒健康寿命
平成 28 年度に作成した地域包括ケアシステムの構築に向けて平成 37 年度までの取組等を示した「ロードマップ」に今後 PDCA 項目を追加し活用していく予定である。なお、年度末には各専門家会議等で一年間の振り返りを行い PDCA を行っている
いばらきはつとナビアクセス件数、ケア倶楽部登録率、はつらつバスポート活用度、医療ニーズの高い利用者の受入状況、看取りの体制の整備状況
町の介護保険事業計画、老人福祉計画にて代診医登録数や、退院・退所加算取得率を評価指標としている
地域包括支援センターの事業評価より
市保健医療推進プランにより、各取り組みの進捗状況を管理を行っており、在宅（自宅）で最後を迎えた人の割合により、施策の進捗についての評価を行っている

市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（第7期）に掲載の目標値 [①医療と介護の連携を語る会（参加者数）、②在宅医療・看取り市民講演会（参加者数）、③在宅医療・介護連携ネットワークシステム（参加医療機関数）]の指標による評価
入院や退院時の連携加算を算定している人数 1,879人（H28末）→2,400人（H32末目標） ニーズ調査で「介護・介助・医療が必要となった時、在宅での療養に不安を感じる」と答えた人の割合 45.8%（H28末）→40%（H32末目標）
保険者機能強化推進交付金における、当該事業の評価項目
事業に関する会議の開催回数、研修会等の参加人数、ICT連携ツールへの参加事業者数、相談窓口への相談件数
H30年度保険者機能強化推進交付金に係る評価指標

■認知症総合支援事業や生活支援体制整備事業と連動させて推進する取組・工夫を行っているか

認知症総合支援事業や生活支援体制整備事業と連動させて推進する取組・工夫を行っているかは、「はい」39.5%、「いいえ」60.2%であった。



◆「はい」の場合の具体的な内容、効果

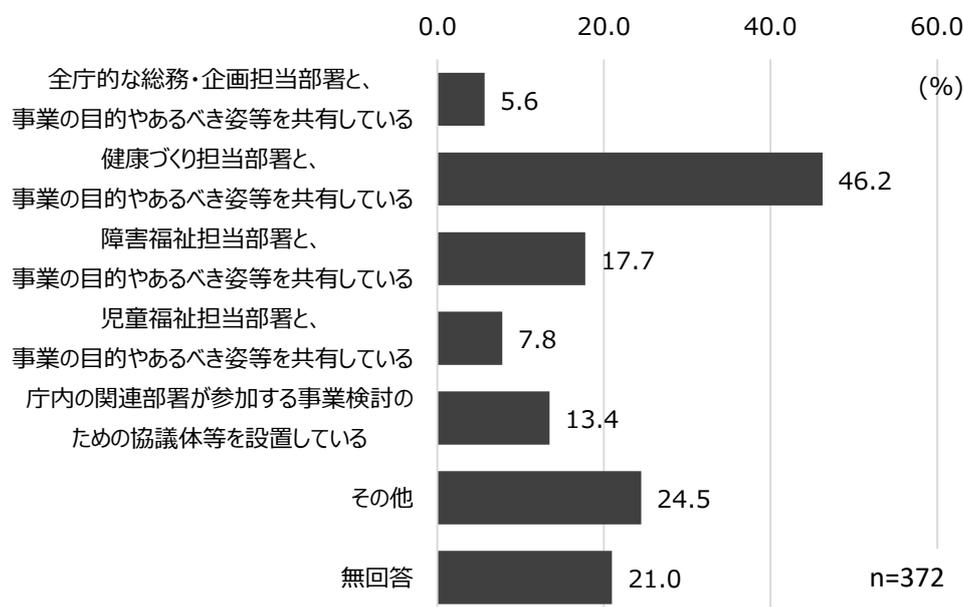
【会議体および部会による検討】
地域包括ケア推進会議の在宅医療・介護連携部会、生活支援・介護予防部会にて課題を検討している。今後地域ケア会議での課題や地域支え合い仕組みづくり検討会においての課題を部会にて検討していく予定である
地域包括ケア推進会議を設置し、本市における地域包括ケアシステム構築に向けて協議している。その下部組織とし、「医療と介護の連携部会」「認知症部会」「家族まるごと支援部会」「生活支援介護部会」と課題別の部会を設置し、生活支援体制整備事業における協議体・コーディネーターとも各部会が情報共有している
地域包括ケアシステム推進会議を3つの部会「認知症施策部会」「地域ケア推進部会」「在宅医療介護連携推進部会」に区切り連動的に課題を抽出している。認知症初期集中チームが支援にあたる際は、ICT（レインボーネット）を利用し医師と介護従事者の情報共有を行う。また、生活支援コーディネーターは認知症患者を見守るための憩いの場などを発掘する
医療介護関係機関連携連絡会に「認知症支援部会」を設置し、認知症地域支援推進員が事務局となり認知症施策の一元化を図っている。認知症支援部会には、医療介護関係機関連携連絡会と同様に介護と医療の関係者が集まり、協働して取組を進めている
地域包括ケア会議の構成部会として、医療介護連携部会、認知症対策部会、生活支援部会、権利擁護部会などを置き、それぞれの部会から出た課題や活動報告をもとに検討を行っている。またそれぞれの部会で関連する事業については双方向で協力しながら実施している
高齢者施策推進委員会の下部組織に、在宅医療・介護連携部会・認知症支援部会・生活支援部会を設置し、一体的な検討・議論を行っている
【地域ケア会議（推進会議）の活用】
在宅医療・介護連携会議と認知症ケア推進会議、生活支援コーディネーター会議の代表者が参加して、総合的に地域課題を検討する地域包括ケア推進会議を実施している

包括的支援事業（社会保障充実分）については、市地域ケア会議の中で状況報告を行い、多職種からの意見をいただきながら推進している
医療関係者が参画している地域ケア個別会議の結果を基に、生活支援コーディネーターが参画する地域ケア推進会議の場で地域課題を検討し、施策検討につなげている
地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域ケア会議から基盤整備・事業化を図るため、関係機関や各種団体の代表者による第一層協議体を兼ねた地域ケア推進会議を昨年設置した。今年度は、第 2 層協議体を兼ねた地域ケア連絡調整会議を開催し、課題について一体的な検討・議論を実施し、推進会議で政策作成につなげていく
毎月地域ケア会議として多職種協働会議を実施しており、必要に応じて委員を加え、在宅医療推進検討委員会を併設。議題に応じて生活支援コーディネーターや認知症初期集中支援チーム（認知症地域支援推進員兼務）にも参加要請を行っている
地域ケア会議で具体的な事例の共有をする中で、自然に連動する。特に地域ケア会議に病院の外来看護師が参加するようになり医療看護の情報共有は進んできたように思う
地域ケア会議等で一体的な検討・議論を実施している。特に、高齢化率が高い本町においては認知症施策は喫緊の課題でもあり、在宅医療・介護連携推進事業の中でも研修やフォーラムで取組んだ。本事業を機に、グループホーム連絡会で看取り体制について議論されるようになり、医療機関や訪問看護ステーションとの連携が深まったことに加え、一部のグループホームで看取り支援が行われた
地域ケア会議を向こう 3 軒両隣会議年間 50 件（利用者の困り事）と、ケアマネジメント支援会議 40 件（ケアマネの困りごとを検討し支援）個別課題を抽出し、中枢会議体である地域包括ケアシステム会議で地域課題を集約している。その後、地域包括ケアシステム会議からのオーダーを受けた、医療介護連携会議や脳研会が、資源開発に向けた情報収集、分析、検討を行っている
【総合的な会議体における検討】
「包括ケアシステム」や「在宅医療介護連携」の推進等を検討する会議体にて認知症総合支援事業の実施についても一体的に検討できている
町における医療介護ネットワーク連絡会及び認知症施策検討委員会や協議体での意見等をそれぞれ反映できるよう、必要に応じ情報提供や施策への展開につなげている
本市は、市主催の地域ケア会議「多職種合同ケアカンファレンス」がすべての政策の統合の場であり、医療介護関係者の技術移転、目的意識の共有の場となっている
在宅医療・介護連携推進事業の担当部局、認知症総合事業、及び生活支援体制整備事業を担当する部局並びにこれらの業務の委託先の事業者による連絡会を開催し、各事業間の連携について検討、議論している
地域ケア会議、認知症初期集中支援事業で把握した地域課題を在宅医療介護連携推進事業の合議体とに共有できる体制を構築している
介護保険運営協議会において在宅医療介護連携推進事業の報告、検討を行っている。合わせて認知症施策、生活支援体制事業も協議し理解を得ている
【生活支援コーディネーターによる連携・調整】
在宅医療介護連携コーディネーター・生活支援コーディネーター・いきいきシニアコーディネーターの 3 つのコーディネーター合同で、事業体制の検討等を行っている
規模が小さな自治体のため、ほとんどの事業取り組みに、認知症推進員や生活支援コーディネーターと一緒に入り事業推進を進めている
在宅医療・介護連携推進協議会のさらなる連携を深めるため、認知症総合支援事業では、認知症専門医の協力をいただき、また、生活支援体制整備事業においては、生活支援コーディネーターと地域包括支援センターの連携に取り組んでいる
第 1 層生活支援コーディネーターを直営で 1 名配置し、地域支援事業全般、総合事業・地域ケア会議・在宅医療介護連携推進事業・認知症総合支援事業等に関わり全体連動の仕組みを作っている。第 2 層生活支援コーディネーターも直営で配置しているため状況確認、意見交換などがいつでもできる体制を整えている。自立支援型地域ケア個別会議を中心に住民主体の通いの場、介護予防運動教室などと連動し、住民主体の活動を促進している状況である
地域包括支援センター担当者および生活支援コーディネーターで課題や進捗状況を頻繁に共有したり事業への参画を求めることで連動のタイミングを計っている

生活支援コーディネーターが市民に対し、在宅医療介護連携における課題や取り組み内容についても周知を行う
生活支援コーディネーターの業務を社会福祉協議会に委託している。生活支援コーディネーターが企画する講演会テーマを在宅医療・介護連携として、開催する予定である
直営地域包括支援センターの職員が在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業を担当しており、在宅療養コーディネーター、認知症地域支援推進員、認知症リンクワーカー、生活支援コーディネーターを複数の職員が兼務しているため、事業間の連携は取れている
【認知症初期集中支援チームとの連携・調整】
認知症の課題については、在宅医療・介護連携推進協議会委員と同メンバーで構成する認知症初期集中支援チーム検討委員会で共有している
認知症初期集中支援チームでも、ケースだけでなく、認知症施策や在宅医療介護の連携体制について検討している
在宅医療・介護連携推進会議と認知症初期集中支援チーム検討委員会を一体的に実施
在宅医療・介護連携の課題として抽出された認知症の受診に関する課題について、初期集中支援チーム等と連携を行ったり、かかりつけ医や病院勤務従事者向けの認知症対応力向上研修を医師会と協働で実施した
毎月1回のケア会議、在宅支援センターと包括支援センター、生活コーディネーターとの会議などを開催している。そのため、地域の実情が関係者間で共有でき、またすぐに検討することができる。また認知症初期集中支援チーム等は包括支援センター職員が兼務しているので、ケア会議などで挙げた課題等にすぐに対応することができる
在宅医療・介護連携推進事業で実施する研修において、認知症初期集中支援事業の取り組み状況や制度のPRなどを行っている
【その他】
「在宅医療介護連携」「認知症総合支援事業」「生活支援体制支援事業」とも福祉課地域包括ケア推進室内で一体的に取り組んでいる
モデル地区在宅医療・介護連携推進連絡会において抽出された認知症高齢者の運転・徘徊等の課題について、地域の医師や認知症地域支援推進員、モデル地区連絡会委員による住民対象の講座を実施
在宅医療・介護連携推進事業と認知症総合支援事業について、課の担当者が1人なので、それぞれの関係の会議、研修会全てに参加でき、連動させて考える事がしやすい。在宅医療・介護連携推進事業は、医師会を中心に共同で実施。他の2つは、社協へ委託しているため、他機関を巻き込んだ検討ができる
生活支援体制整備事業において、協議体の前段階となる勉強会で認知症の罹患人数の推計値について取り上げている。勉強会では、認知症の方やその家族の方も参加できるような居場所づくりについて検討している
在宅医療・介護連携懇談会に複数の精神科医に出席していただき、認知症ケアバスの監修を行ってもらった。また、本年度よりコーディネーターも懇談会に出席し、課題の検討に参加している
当町では、生活支援体制整備事業を社協に委託しているが、町内に住む住民の実態調査アンケートを行い、問題点や生活の様子など必要に応じて報告があり、情報伝達を行っている
小さい町などで、在宅医療介護の協議体メンバーと認知症総合支援会議のメンバーを兼ねている人が多く、両方の事業に関わっている地域包括支援センターが、在宅医療介護連携コーディネーターと認知症地域支援推進員を担っており、認知症サポート医の相談日に医療介護の相談等も受け付けている
行政担当者と地域包括支援センター（2層協議会コーディネーター含む）が月1回定期連絡会を開催し、事業を一体的に連動させる計画を検討している。取組の例として、認知症カフェと在宅医療講演会の合同開催や高齢者の通いの場（サロン）と認知症SOS声かけ模擬訓練の合同開催など
在宅医療・介護連携推進事業と認知症総合支援事業と生活支援体制整備事業は、直営の包括が担っていて、各事業で連携をとったり、協働で実施をしている。また、生活支援体制整備事業の協議体で医療・介護の課題も含めた地域の課題を検討しています
課題として挙げた、認知症の方への理解や連携推進について、認知症多職種協働研修としてのライフサポート研修を実施した。その研修には、医師、歯科医師、看護師、ケアマネ、ヘルパー等の専門職だけではなく、地域の民生委員の参加も呼び掛けて、地域で何ができるかを検討している

■在宅医療・介護連携推進事業の全庁的な連携体制（複数回答）

在宅医療・介護連携推進事業の全庁的な連携体制は、「健康づくり担当部署と、事業の目的やあるべき姿等を共有している」46.2%が最も多かった。

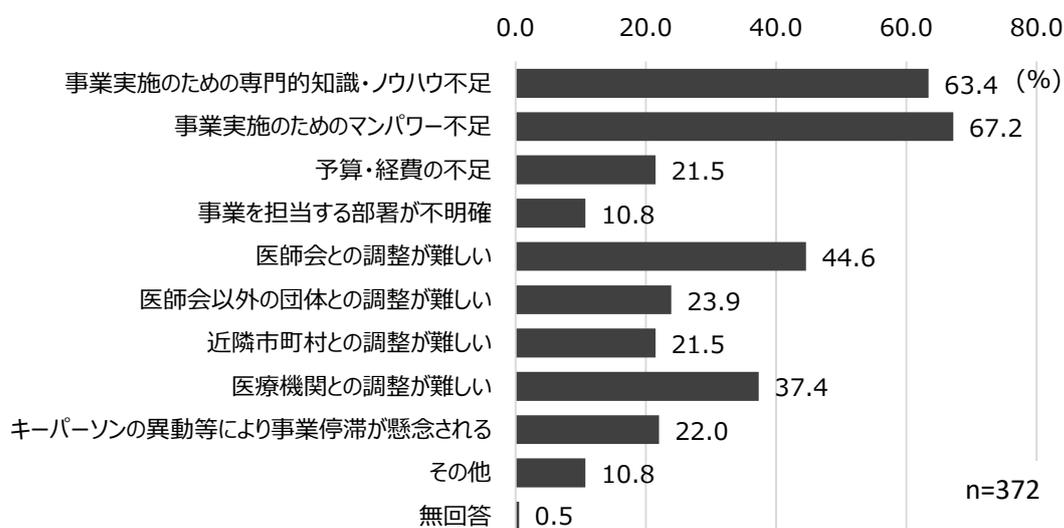


◆「その他」の内容（「連携がない」趣旨の回答は除く）

【地域包括支援センター】	
介護保険係と直営の地域包括支援センターと連携している	
介護保険・高齢福祉部署と包括支援センター（直営）との連携	
【国民健康保険担当部署】	
国保係が協議会委員のメンバーであり情報を共有している	健康づくりや国保担当部署と今後進めていく
国保担当部署と、事業の目的やあるべき姿等を共有している	
【医療担当部署等】	
医療担当部署と事業の目的やあるべき姿等を共有する	地域医療担当部署と、役割分担・連携して実施している。
公立（町立）病院及び診療所と事業の目的やあるべき姿等を共有している	
【介護保険担当部署】	
第7期介護保険事業計画に、地域支援事業のとり組みについて掲載	
健康づくり・障害福祉・児童福祉・介護担当が同課内にある	
介護担当部署と情報交換（医療担当部署で事業を行っているため）	
【その他】	
庁内の健康づくり・障害福祉担当部署の保健師間で事業の趣旨や現状、方向性について情報共有している	
地域住民の生活の場でもある図書館との連携では、期間を定めて特設コーナーでの普及啓発を行う「図書館コラボ展示」を実施している	
必要時に庁内の関連部署が情報共有する機会をもつことにしている	
災害時における課題の検討について、関係部局と医療介護専門職でWGを行っている	
関連部署を呼び、ICTワーキングを行っている	地域包括ケアシステム担当部署と連携を行っている
定住自立圏共生ビジョンの取組みとしている	
庁内の6課（包括・保険年金・まちづくり協働など）と連携して啓発事業を実施	
市レベルの推進会議を設置し、外部委員に加え内部関係部署が参加し事業について協議等をしている	

■在宅医療・介護連携推進事業における課題（複数回答）

在宅医療・介護連携推進事業における課題は「事業実施のためのマンパワー不足」67.2%が最も多く、次いで「事業実施のための専門的知識・ノウハウ不足」63.4%であった。



◆「その他」の内容

【事業評価の困難さ】	
指標設定等の事業評価のしにくさ 事業や地域での効果を指標として抽出するのが困難 抽出された課題について、目標や課題検討が十分ではない	評価指標が不明 サービスが限られた中でどう推進したらよいか目標の設定 評価の指標設定が出来ていない
【医療資源・介護資源の不足】	
在宅医療・介護を担う医療機関や介護事業所の不足 地域の医療・介護資源の不足	地域の医師不足、医師の高齢化
【庁内間の連携】	
全庁的な取組みを視野に入れる必要がある 円滑的な庁内連携が難しい、医療介護関係者への効率的な研修の実施方法が分からない	庁内の関係課の調整ができていない
本事業の必要性を関係者に認知してもらうこと、行政内部の情報共有	
【関係者間の認識の相違】	
介護サービス事業所の業種別団体がなく、意見集約が難しい 事業の委員の認識の統一が不十分 組織や機関によるシステムだけではなく、関係者の個人的な考えや行動に左右される部分も大きく、核心に触れた課題に踏み込むことが難しい場合がある	関係者の知識や連携の必要性に対する認識の違い
医療・介護職で目指す方向が異なっており、その調整が難しい	
【その他】	
地域住民への普及啓発 医療介護連携コーディネーターとの調整が難しい 広域で事業実施しているが、地域性の異なる場合の事業企画。	医療に関する数値データ不足（市町村単位） 医療側と介護側の本事業の理解不足 地域住民への意識づけが難しい
介護保険制度の改正に伴う業務の増加が甚大であるため十分な対応ができない	
いろんな機関からのアンケート（実態調査）ばかりだが、課題を抱える自治体への具体的な支援にまで至っていない	
在宅医療介護連携自体が目的になっており、なんのための連携なのか目的が不明確	
2町1村でア、イ、ウ、エを行っている。連携システムが当町にあるため事務全般を担っており負担が大きい	

これらの課題に対して各市町村で取り組んでいる対策やその効果としては、以下のような回答が挙げられた。（課題番号は、前ページの「No」と対応している）

対策内容	効果
事業実施のための専門的知識・ノウハウ不足	
【研修等への参加】	
医療に関連する様々な研修会（精神障害分野、リハ協会、医療機関主催等）への参加	在宅医療に対する市の関与がこれまで十分ではなかったため、各領域で課題となっていることなどを知ることができた
全国市町村国際文化研修所が主催する研修に参加	他市の情報が得られ、専門的知識を学ぶことができた
医療・介護関係者との研修会等にこまめに参加するなど、積極的に顔の見える関係づくりに努めている	円滑な情報共有ができ、可能な限り市の施策への反映を行うことができ、在宅医療の推進に努めている
担当者の研修への参加。嘱託職員の採用。わからない中でも担当で議論の場をもつ	方向性の共通認識がもて、会議に臨める。一人の責任にせず、確認・改善・協力して事業をすすめられる
研修会に参加し、先進市町の取組状況を把握	先進市町の取組を参考にし、事業を実施している
地域包括ケア会議等の研修会を実施している。海部医療圏在宅医療・介護連携支援センターを設置した	専門職種との連携を深め、情報共有を進めている
他市町が実施の研修を受けた	方向性のヒントを得ることができ、看取りの研修を実施した
府などが開催してくれている研修会に必ず出席	グループワーク等で多職種の考えなどを聞いて、勉強になる
研修会等への積極的な参加	担当職員の資質向上が図られている
厚生労働省主催の事業プラン作成強化セミナーに参加	当地域が目指す取組みに類似した先進地を知る事ができた（H30.10月に視察研修予定）
【専門組織、有識者への助力、指導依頼】	
アドバイザーとして、学識経験者に依頼し、事業の相談をできるようにした	多職種グループワーク研修の講師をはじめ、研修や事業についての助言、他市町の取り組み事例などの情報提供を受けることができた
コーディネーターや協議体の構成員への相談や協力を得て事業を進めている	事業運営の方針について明確化できる
地域医療推進講座の講師に指導をしてもらっている	現在ある資源の活用案の提示があり、方向性の参考になる
近隣医師会から協議会委員として協力を得た	近隣市医師会情報を得られている
県に対して指導を仰いだ	情報提供があった
【近隣自治体と連携した取組】	
近隣市町村で協議会をつくる	合同で企画、運営することで近隣市町村の足並みを揃えられている
近隣市町との連携事業を実施	入退院調整ルールづくり事業、相談窓口設置等すすめられている
広域管内の事業検討会議や、岐阜圏域の連携推進研究会に参加し、情報の共有、検討、近隣市町の動向について知るなどの対策を行っている	現在の活動や、今後の活動の方向性について明確にした
【その他】	
事業担当者だけで企画・調整せず、検討チームとして、係内で会議を実施している	事業担当者のみ把握ではなく、係内で事業内容を把握理解している。担当者だけが抱え込むことなく対応できる
類似団体で、在宅医療・介護連携にかかる取り組みの先進地視察を実施	次に取り組むべき内容・方向性が明確になってきた
平成 29 年度から保健師、言語聴覚士、理学療法士、社会福祉士等の専門職を集めた地域包括ケアシステムの推進する部署を設置した	専門職を配置することで、介護予防等の事業に効果的に取り組んでいる

対策内容	効果
在宅医療に関連する各種会議に参加し、出てくる課題を連動させることに努めている	ようやく連動するべき課題が見えてきつつある。様々な会議において、実態を知り、提言していく必要を感じるようになった
病院関係者との情報共有	現状の把握と役割を理解
事業実施のためのマンパワー不足	
【広域的な事業運営】	
研修や近隣市の連携会議などへ参加	少しづつ知識とスキルが向上している
市を中心とした協議体をつくり、そこで実施	広域的な連携が図れるようになってきた
近隣市町との連携事業を実施	入退院調整ルールづくり事業、相談窓口設置等進められている
【業務委託】	
事業委託	委託先との連携が深まる
医師会委託	協働で事業を実施できる
【その他】	
総合診療医育成のためのプログラムの設置	プログラムを設置したことにより、複数名の訪問診療を担う医師を確保することができた
協議体の立ち上げ時は、医療介護に精通している嘱託職員を採用した	立ち上げ時は即戦力となったが、1年で退職となってしまったため、地域包括支援センター職員が兼務で実施することになった
相談員を設置	医療機関や事業所と具体的な連携がしやすくなった
地域定住自立圏構想の中で1市4町で事業を運営している	ア〜クの事業を全て実施が可能となっているが、町単独では出来ない事も多く、課題が山積している
コーディネーターや協議体の構成員への相談や協力を得て事業を進めている	課題分析について負担が軽減できた
訪問看護師の育成のためのプログラムの設置に向けた検討	これについては、平成31年度より稼働させる予定であることから、効果については今後となる
医師会より人材の推薦を受けたり、ハローワークで人材の募集を行った	専門職として経験が必要という特性があり、市の正規職員として採用が難しく、短期間での人材は見つかったが、継続が難しく、引き継がうまくいかない
予算・経費の不足	
委託費について医師会から事業が進められないと指摘されたが、委託費内で可能な範囲での事業展開を依頼	医師会の事務と兼務しながら医療・介護情報等一体となるようなプラットフォーム作りやネット環境での検討を模索してくれている
医師会、歯科医師会、介護支援専門員連絡協議会などの共同開催	連携、協働化がすすんだ
在宅医療を提供する医療機関の誘致に関する補助制度の設置を、県に要望をしたが受け入れてもらえなかったため、市単独予算で対応	訪問診療特化型の診療所が開院
重点プロジェクトへの登載	行政内部で事業の優先度を高め予算確保を図っている
事業を担当する部署が不明確	
府県を巻き込んでいった	担当部署が決まり、検討会議が開催された
地域保健課と高齢介護課で事業の担当者を決めて対応	専門職での対応ができる
医師会との調整が難しい	
【医師会との意見交換・連絡会議】	
医師会と行政で当事業に関する定期的な意見交換の場を設けている	医師会において、事業の意義・目的の理解が進むとともに、調整事項が生じて、意見交換の場で直ちに解決できるようになった

対策内容	効果
医師会との連絡会議の開催	事業に対する理解と協力を得た
ケアマネジャーと医師会の全体会の開催	参加者が一部の医師会員のため、議事録にて報告している。参加医師は増えているが、すべてではない
地域の医療介護等関係者が参画する会議において、各職能団体の代表者等と顔の見える関係づくりを構築する	会議等で各職能団体のキーパーソンとなる代表者と定期的に意見交換を行うことで、顔の見える関係づくりが出来ており本市の施策にも積極的に協力いただいている
在宅医療のあり方について、公的病院と医師会、行政の三者で話し合いの場を設けた	在宅医療についての理解が深まった
医師会との意見交換会の開催	行政側と医師会との情報共有及び方向性が確認できた
【個別の事業説明・協力依頼】	
多職種連携研修会の企画段階で、医師会、歯科医師会の会長に直接お会いし、主旨等の説明を行った	葛城市医師会・歯科医師会と協働で多職種連携研修会を開催することができた
医師会個々の医師に事業について説明	取り組みを行っていることや、地域の課題について共有できた
協議会委員長は、医師会からの推薦された医師に就任していただいている	医師会への働きかけを理事会等で伝えてもらっているが、効果は十分ではなく、医師会の協力が得られにくい
さまざまな委員会には医師会から必ず参画してもらう	協力してくれる医師は増えてきている
開業医の看護師に会議へ出席してもらうため、医療機関を市立病院看護師と共にまわり声掛けを行った	看護師の出席者が増えた
医師会へ出向き、会長へ事業を説明し、協力を求めた	実施について、行政への協力体制について了承をえられた
【その他】	
廃止予定であった、郡医師会在宅医療サポートセンターを関係市町で負担金を出し合い、継続運営	医師への働きかけがスムーズになった
近隣自治体と共同で事務委託し、連絡調整等を行った	医師会が関係する部分についてスムーズな連携が行えた
郡医師会へ一部委託	医師会や他市町との調整が以前よりスムーズである
在宅医療・介護連携のための拠点を市役所内に設置し、その拠点が行う在宅医療・介護連携推進事業について医師会と協働で運営する契約を締結した	事業実施にあたり、医師会の協力が得やすくなった
訪問診療。実施医療機関座談会	顔の見える関係。市の在宅医療の現状を把握できた。随時、集れるようになった
地域の診療所の連携体制のめざす姿を共通理解する	医師会の部会研修で定例会議を行い、体制の構築に向け協議を行っている
コーディネーターの確保・育成を本市の外郭団体で実施し、医師会へ派遣している	市が求める質の高いコーディネーターの確保が可能となり、医師会との連携もスムーズに行っている
医療・介護の連携イベントの実施	当日は台風で中止になったが、イベント実施のプロセスの中で、顔が見える関係ができた
医師会以外の団体との調整が難しい	
地域ケア会議における、薬剤師の参加促進	実際の業務への関わりはまだ少ないが、薬剤師が現場にてどのような関わりを望まれているかを認識出来、今後の事業連携の一助となっていると思われる
多職種が集まる代表者会議の構成メンバーに歯科医師・薬剤師を含めている	代表者会議開催後は、歯科医師・薬剤師と多職種の連携しやすい体制が構築された
看護協会の主催の在宅医療・療養サービス支援事業への参加	訪問看護事業所連絡会と協議できる機会ができた。2市1町の保健所管内での看護職間の情報交換をする機会ができた

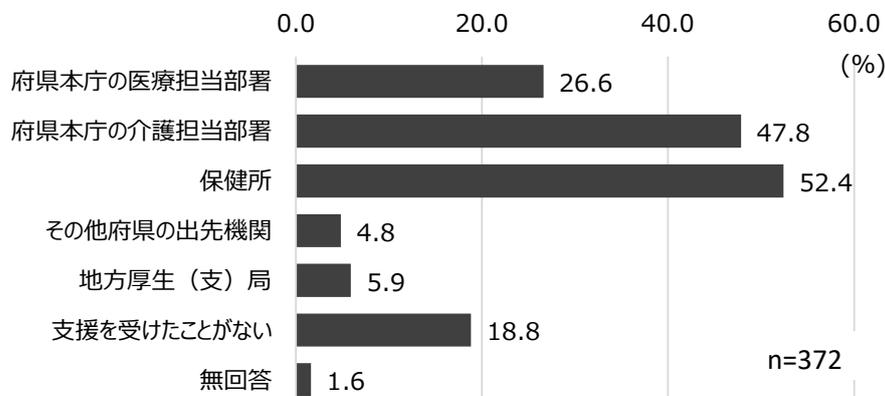
対策内容	効果
中核病院とケアマネジャーの懇談会開催	顔の見える関係はできつつある。お互いの支援の経過の理解は参加者については理解できた
コーディネーターや協議体の構成員への相談や協力を得て事業を進めている	医療分野の連携がしやすい
近隣市町村との調整が難しい	
医療機関主催のネットワークにオブザーバーとして参加	進捗状況が分かる
医師会等と一緒に近隣3町村と、3師会に対して、協議会を設置した	医師会・歯科医師会・薬剤師会に対しての調整がしやすくなった
県が主催する会議には出席している	規模が違い協力が難しいので、町独自の方法を進めるしかない。ただ、情報共有のため、会議等には出席する
医療圏在宅医療・介護連携支援センターにて、会議・ワーキングを定期的実施している	近隣7市町村の意見集約・調整が行える
二町にまたがる組合病院の今後に向けて、医師と両町課長との意見交換が実施された	病院所属の医師の意見を確認できた
月1回定例会の会議を開催している	各行政の考えに違いはあるが、共有しやすくなった
医療機関との調整が難しい	
【医師会との調整】	
医師連絡会の開催予定	合併により、ふたつの医師会を持つ町として、町内医師の意見が聞ける場となる。また研修により町の取り組み状況をお伝えできる
圏域の連携の会事務局が医師会をメンバーに対して説明会を催した	双方向情報連携 EHR 基盤構築に関する理解は得られた
医師会に協力依頼要請を行った	研修会出席者が増えた
地区医師会に在宅医療・介護連携推進事業を委託	医療機関との調整を円滑に行えることで理解を得やすくなっている
推進会議に医師会推薦で医師を選出。会長とした	医師と行政と両輪で事業を進めていくことを示したかったが、医師は会議そのものを「諮問委員会」と解釈していることと、在宅医療連携については医師全体での動きは見えない
在宅医療サポートセンター（医師会）に相談している	助言が得られる
医師会に委託	医師会から医療機関との調整をしてもらえる
市立病院や医師会と積極的に協議しながら事業を進めている	一部関係者とは、顔の見える関係ができている
協議会に医師会が入っている	医師会の協力が得られやすい
【その他】	
医療機関や病院からも委員会等への参加を要請している。また地域医療連携室を中心に医療と介護の連携を進める場を作っている	地域医療連携室とはよい関係を保っている
協議会やワーキンググループのメンバーとして病院等医療機関からも参加してもらっている	顔の見える関係作りができつつあるが、効果は十分ではない
入退院時連携において市内病院の関係者に多職種連携会議に出席いただいている。また、医師会との連携も図って市内医療機関との連携をしている	医師会を通じて在宅医療・介護連携の取組み周知がされた。また、市内医療機関との協働の取組みについて協力が得られた
当事業の課題検討や協議の進捗状況を管理するための運営幹事を月1回開催	三師会の理事や介護支援専門員、地域包括支援センター等、関係者との情報共有を積極的に行うようになっている

対策内容	効果
3 町村の各 3 師会の委員と 3 市町村の行政及び直営地域包括支援センター職員で行なう協議会の中で日程調整した	事務局の日程調整に係る時間の削減ができた
推進会議を医師会報に載せる	在宅医療に関心を持っていただきたいが効果、反応は薄い
キーパーソンの異動等により事業停滞が懸念される	
幹事および部会のメンバーが全員変更とならないような仕組みにする。活動や会議の記録を残す	経過のわかるものがあることで、活動が継続しやすい。記録を残すことで活動の振り返りと経過を把握することができる
関係機関との密な情報交換	リセットされた関係の再構築
同一医師会の 1 市 1 町での共同実施。当市内部では、主担当・副担当の 2 名で事業を展開。地域の専門職が事業の企画・運営に参画	複数人が事業展開に携わることで、人事異動によるメンバー変更時のカバーを可能にしている
主担当者だけでなく、複数の職員で事業を実施している	主担当者が、異動しても、担当職員が事業をスムーズに実施できる
引継ぎを実施し、人材育成から行った	引継ぎで事業を実施も、その都度人材育成からの実施となった
その他	
住民の在宅療養に関する意識啓発の必要から、65 歳を対象にした「65 歳ノート」を作成し、配布している	効果の現れには、時間がかかるものと思っている
医療や介護に関する公開されているデータを活用し、市独自で分析	2025 年の在宅療養（自宅療養）者数を推計
指標設定について医療介護連携推進会議で協議した	課題について、情報共有ができた
レセプト分析、退院支援患者の動向分析	医療介護ニーズを抱える患者に、どのような切れ目が生じているかを把握し、目的意識を関係者で共有した
会議にて国・県の動向や市の状況について情報提供	一定の共有化が図れた
地区医師会セミナーの開催にかかる検討会で、東京大学高齢社会総合研究機構から送付された研修運営ガイド 2 を共有した	地区医師会が、それぞれの頑張りで乗り越えることの限界とシステム化を検討するきっかけになりつつある
緩やかな関係者との関係性づくり。関係者間で、起こりうる事態を予測し、対応や状況、情報の共有化	問題が生じた時、また、問題が生じる前に情報が共有できる

(5) 府県または地方厚生（支）局からの支援

■府県または地方厚生（支）局から支援を受けたことがある場合、その機関（複数回答）

府県または地方厚生（支）局から支援を受けたことがある場合、その機関は、「保健所」52.4%が最も多く、次いで「府県本庁の介護担当部署」47.8%であった。

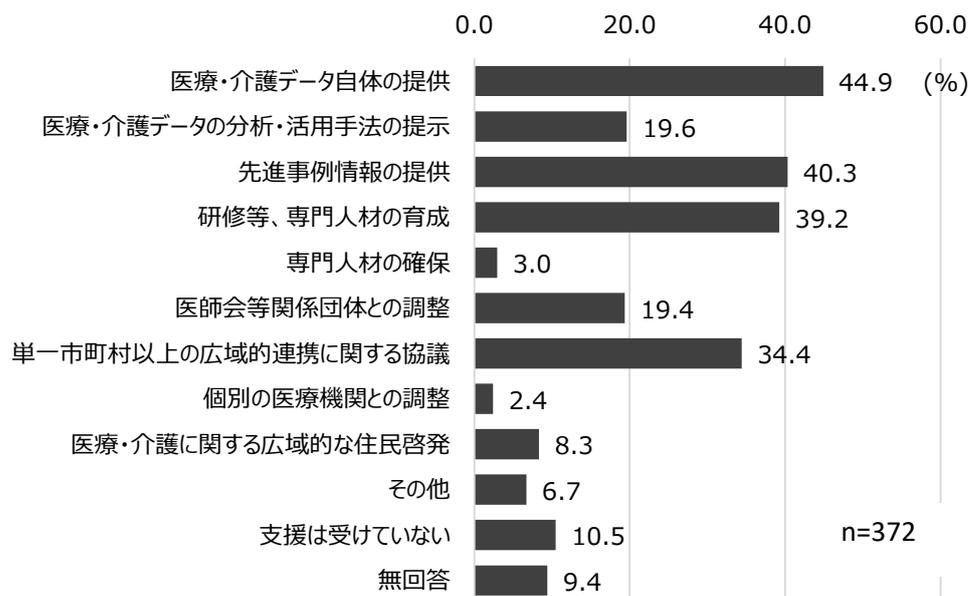


◆「その他府県の出先機関」の内容

健康福祉センター	圏域の保健福祉センター
静岡県東部健康福祉センター福祉課	国立長寿医療センター在宅連携医療部
保健所	東京大学
地域・ケアリハビリテーション支援センター	福祉人材研修センター
東播磨県民局	健康福祉事務所
郡での共同運営に至るまでの支援と共同運営後のフォロー	

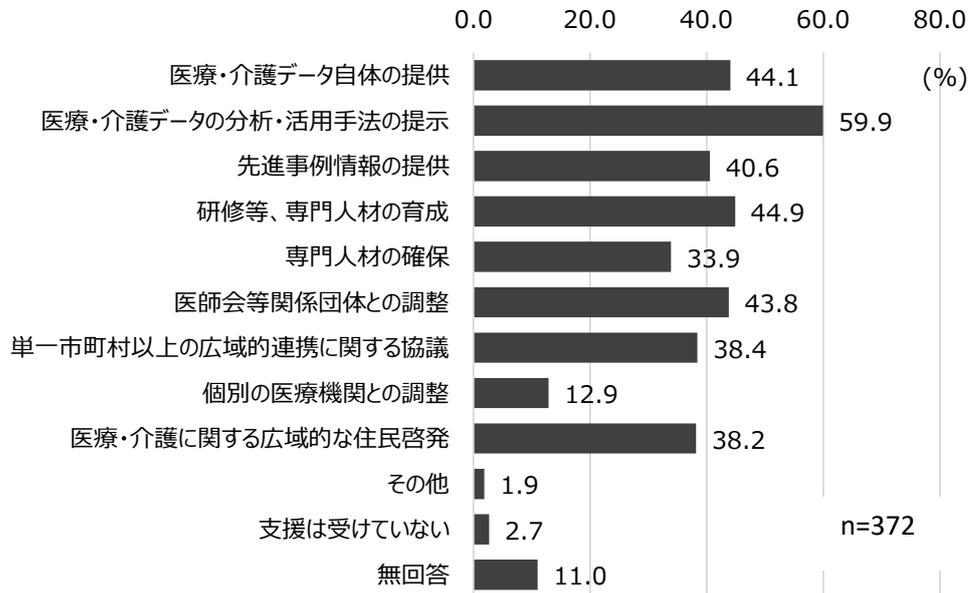
■府県または地方厚生（支）局から受けたことのある支援内容（複数回答）

府県または地方厚生（支）局から受けたことのある支援内容は、「医療・介護データ自体の提供」44.9%が最も多く、次いで「先進事例情報の提供」40.3%であった。



■府県または地方厚生（支）局からの支援を必要としている内容（複数回答）

支援を必要としている内容は「医療・介護データの分析・活用手法の提示」59.9%が最も多く、次いで「研修等、専門人材の育成」44.9%であった。

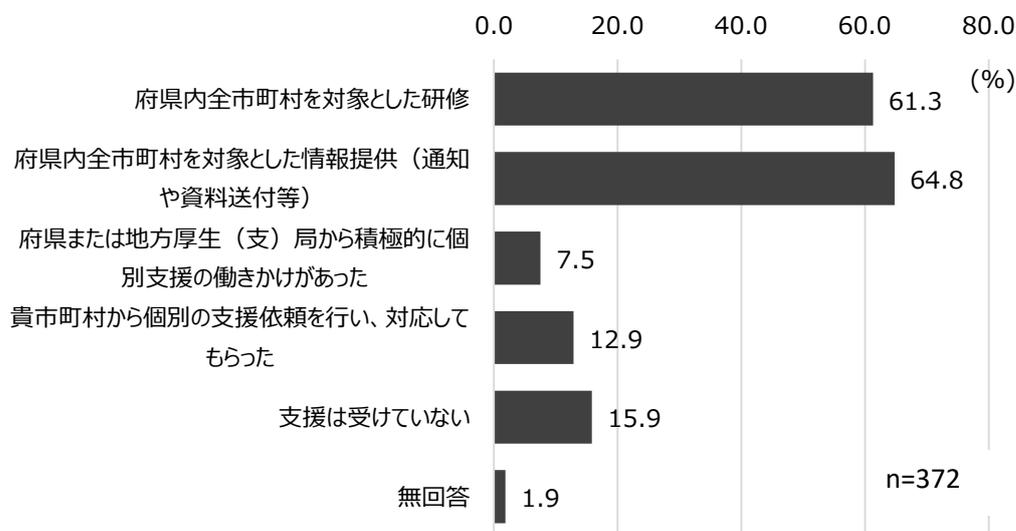


◆「その他」の内容

【講師等派遣】	
アドバイザー派遣	専門職を対象とした講演会の講師派遣
研修会の講師の紹介	住民・医療介護関係者への啓発に講師派遣
【会議等の場の設定】	
県内市町意見交換会の開催	研修会の共同実施
情報交換の場	
【各種ルールづくりへの支援】	
公立病院と居宅介護支援事業所等の連携に係るルールづくり	
医療と介護の連携のためのルール策定への支援	退院時支援のルールづくりの場の提供
【会議への出席】	
(ア)～(ク)の取組のうち、(イ)で設置した会議への保健所の参加	
保健所職員が協議会にオブザーバーとして出席	
【その他】	
県本庁の情報・データ・支援は、現場の市町が活用できるものが少ない印象	
予算の確保	府入退院連携支援の手引きの提供
医療未受診者のデータ	医療介護連携ワークショップ
補助金を受けて情報共有に関するツールを導入	医療と介護の情報マップの提供
事業実施にかかる、確認事項の照会等	4町での認知症初期集中支援チームの設置

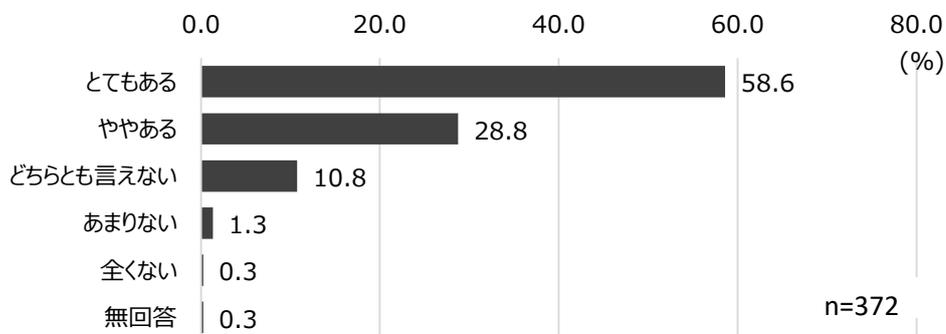
■府県または地方厚生（支）局から支援を提供された方法（複数回答）

支援を提供された方法は、「府県内全市町村を対象とした情報提供（通知や資料送付等）」64.8%が最も多く、次いで「府県内全市町村を対象とした研修」61.3%であった。



■府県または地方厚生（支）局からの今後の支援の必要性

府県または地方厚生（支）局からの今後の支援の必要性は、「とてもある」58.6%が最も多かった。



4. 調査結果（２段階目調査）

（１）在宅医療・介護連携推進事業全体に関する記述

在宅医療・介護連携推進事業について、事業全体を円滑に進めたり事業の効果を高めるために、自治体で実施した取組

問1 在宅医療・介護連携推進事業全体を円滑に進めたり、事業の効果を高めるために実施した取組
【協議体等の会議体による事業運営】
医療圏域の中核となる公立病院が、地域医療支援病院の名称承認をうけるために、 <u>地区医師会や保健所、各地域包括支援センターから選出された運営委員による委員会が定期開催</u> されるようになった。地域の医療機関がそれぞれの医療機能を分化することが重要であることについてしっかりとした議論を行う場ができたといえる。ここで、在宅医療・介護連携がうまく機能するように、地域ケア会議や町内のケアマネジャー協議会で出される在宅の現状や課題を伝えていきたいと考える。
医療・介護連携の取り組みを円滑に推進するにあたって、「承認部門」「企画部門」「実行部門」「管理・調整部門」の役割分担を行った。「承認部門」：(社会保障審議会部会)在宅医療・介護連携推進部会 「企画部門」：市医療・介護連携協議会「実行部門」：市医療・介護連携協議会 「管理・調整部門」：市
現状について共通認識を深め、連携方法や取組等について検討、協議、進捗管理を行う場として、 <u>市内の医療と介護の関係者で構成した「市在宅医療・介護連携推進協議会（以下、協議会とする）」を設置</u> 。また、協議会での意見を踏まえて実務的な観点から協議を行う「 <u>市ケアネット実務者懇話会</u> 」を協議会の部会に位置付け、具体的な連携方法や取組等についての検討を「 <u>市ケアネット実務者懇話会作業部会</u> 」で行っている。主管課が作業部会の担当者と適宜会議等を行い、進捗管理を実施。
医療と介護に関する組織・団体が参画する会議体 <u>で在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討を実施</u> している。その連絡会において、 <u>1つの部会と4つのワーキングで個別課題に対する具体的な取組み</u> を進めている。取組を進めるにあたっては、取組期間を3年間（平成30～32年度）とする計画を策定しており、目標の達成についての評価や、振り返り、新たな課題の抽出をすることができるようにしている。
在宅医療・介護連携推進会議を開催し、 <u>会議構成団体</u> （医師会・病院・歯科医師会・薬剤師会・介護支援専門員、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション、通所事業所、小規模多機能型事業所、グループホーム、地域包括支援センター、庁内関係課）の代表者による会議を開催し、課題の集約及び課題解決に向けた話し合い、取組を行っている。課題により、関係する部署で分科会を作り、個別に検討会を行った。
【地域ケア会議の活用】
①長年続けてきた村単独の、 <u>保健医療福祉関係者がすべて集まる地域ケア会議</u> （介護保険が始まる前から行っていた） ②定住自立圏での在宅医療介護連携の取組み
「 <u>地域包括ケア推進会議の設置</u> 」公的医療機関の医師を含む庁内の保健・医療・福祉の横断的な連携を図ることに役立った。人材、予算を共有し財源を有効活用した。
課題の把握→対策の検討（体制整備）という地域包括ケアシステム構築のための流れは、地域ケア会議と同様であると考えたため、一体的な実施を目指し、 <u>地域ケア個別会議で課題を把握→地域ケア推進会議で整理→在宅医療介護連携、認知症施策、生活支援基盤整備の各部会で課題の掘り下げと対策の検討をする仕組み</u> を作った。
・ <u>地域ケア推進会議を毎月開催</u> し、病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険事業の各職能・事業団体、町内会長、民生委員等15の部会の代表並びに在宅医療サポートセンター職員が顔を合わせ意見交換する場を設けている。 ・H30年度から在宅医療サポートセンター事業を市の事業に位置付け、医師会に業務委託した。
【医師会・医療機関との緊密な連携】
<u>広域連合からの委託により地域の基幹病院にコーディネーターを配置</u> した。また、開所にあたって県のアドバイザー制度を活用して講演会を実施し、地域の医療・介護関係者への周知を図った。 開所後はコーディネーターを中心に医師、看護師、包括支援センターのメンバーによるチーム員会議を週1回開催し、課題の整理や事業の企画等を行っている。

<p>他市医師会より医師を推薦頂き、地域ケア会議へ毎月参加していただいている。それにより医師会の意向・動向を把握することが出来、小規模な当町に見合った在宅医療介護連携の取組へのアドバイスをいただけることで、福祉側から医療面で疑問に感じたことの相談や、往診が必要な緊急時に連携が図れるなど、医療の敷居の高さに物怖じし、結果、住民が不利益を被るといった悪循環が随分と少なくなったように感じる。</p>
<p>市医師会との連携として、定期的に在宅医療担当理事の医師と面談し、緊密な情報共有を図ることや、医師会事務局との事業予算等に係る調整を密に行っている。</p>
<p>【在宅医療・介護連携を担うセンターの設置】</p>
<p>平成29年5月から市医師会に委託して、市在宅医療・介護連携支援センターを立ち上げ、医療・介護関係者の相談支援(平成29年度実績 年間854件)を行うとともに、その中で出された課題を抽出することにより、より現場の実情に沿った施策展開につなげていくことができる。</p>
<p>平成29年度に県の補助事業として医師会が在宅医療サポートセンターを設置。その際に平成30年度からの市が行う在宅医療介護連携推進事業について、在宅医療サポートセンターに委託して実施することを見据えての設置であったため、事業計画がしやすかった。平成30年度からは県や市、在宅医療サポートセンターと県から市実施への移行に係る打合せを行い、情報共有を図った。</p>
<p>海部医療圏の7市町村と医師会で在宅医療・介護連携支援センターを設置している。(拠点事業経験地域の先導と限られた医療と介護の資源を効率的、効果的に活用できるよう取り組むため)</p>
<p>【その他分類が難しいもの】</p>
<p>体制について：市内の医療介護専門職ネットワークを市の専門部会と位置付けた。課題に関する職種が集まる定例会と、方向性を整理するコア会議(医師会と行政)の2層構造で運営。関係機関(病院、介護事業所、薬剤師、栄養士)との話し合いに医療コーディネーターが入り、関係機関の取組みについて検討し、ネットワークの定例会につなげている。</p> <p>入退院時連携：病院と包括・介護支援専門員との連携を充実させるため、病院訪問時の窓口の明確化、ケアマネ用のストラップの作成、情報連携の仕組み(訪問時は医療連携室に訪問、収集したい情報の把握と話し合いの内容について共有する。)</p> <p>認知症体制検討：認知症に関する啓発(認知症ガイドブック・認知症あんしん帳)についての検討を多職種で行った。認知症の搜索訓練について多職種、社協等の関係機関で学習会を行った。</p>
<p>平成26年度から毎年度、国保診療所長の医師(在宅療養コーディネーター、認知症初期集中支援チーム員医師)を中心とした在宅療養のあり方を住民と検討する懇談会(在宅療養住民研修会)を開催。</p>
<p>在宅医療・介護連携推進員や推進事業の事務局担当だけでなく、多職種の関係者を招集し、幹事会や推進会議を開催することで、多職種からの意見を求め、事業を推進するための課題や事業の方向性を確認している。また必要に応じてワーキンググループを立ち上げ、研修会の企画運営等にもかかわっていただけるように協議している。</p>
<p>市全体で地域包括ケアシステムの構築及び深化・推進するために、平成30年10月1日より「超高齢社会に対応するための地域包括ケアシステムの推進に関する条例」を施行し、市の責務や医療介護等関係者の役割、市民等の役割等を定めて、より効果的に市全体で連携して事業に取り組んでいる。</p>
<p>すでに立ち上がっている介護事業所の連絡会に協力を依頼し、現場の職員に委員を依頼。医療関係者にも医療相談室等の現場の職員に委員を依頼し、現場目線での会議が行えるよう、人材を確保した。</p>

上記(問1)の取組が軌道に乗るまでの経緯における課題や、その課題に対して講じた対応策それらの課題解決にあたり有用であった外部からの支援(またはあればよかった支援)

<p>問2 問1の取組が軌道に乗るまでの経緯における課題</p>	<p>問2 課題への対応策</p>	<p>問2 課題解決にあたり有用だったまたはあれば良かった支援</p>
<p>【人材確保・体制整備】</p>		
<p>推進会議委員及び幹事委員のメンバー構成について</p>	<p>医師会、歯科医師会、薬剤師会を始め、高齢者研究会、在宅ケアチーム、学識経験者等の関係者に相談</p>	<p>医師会に相談</p>

問2 問1の取組が軌道に乗るまでの経緯における課題	問2 課題への対応策	問2 課題解決にあたり有用だったまたはあれば良かった支援
人人体制的に、一度に全ての事業を移行することは困難であった。	一部保健所での対応を継続してもらうことで、移行をスムーズ行えた。	保健所の実質的支援
新たな業務に対して取り組む体制整備。	行政組織（企画・人事）へ業務内容の理解・必要性を訴えた。	地区医師会の事業への協力があり、体制整備と事業の円滑運営が行えた。
当町は規模が小さく、自町だけでは、人材不足。	当町は規模が小さく、単独で在宅医療介護連携の事業を展開することは難しいため、協働で実施をお願いしている。	講師を管内の施設の職員に依頼し、できるだけ身近な人からの支援を受けることができたことはよかったと思う。
【関係機関との意識のすり合わせ】		
医療、介護、行政関係者の意識の統一	地域包括ケアシステム構築にあたって、在宅医療・介護連携支援センターの役割、住民の意識、医療介護従事者の意識統一のため講演会を実施した	県のアドバイザー派遣事業
①随分以前から村単独でやっているため、当時の課題はよく思い出せないが、それぞれの職種が時間を作って集まるということがまずは課題になっていたように思う。 ②定住自立圏全体での意思統一（特に医療を含むお互いの共通理解）	①年度当初にあらかじめ会議の日時を決定しておく ②コーディネーターを中心に、何度もネットワーク会議を重ね、顔が見える関係になっていくことで、共通理解が深まった	国は大都市も極小自治体も同じように体制整備を求めるが、到底同じにはできない。新しい取組が始まればそれに対する報告が必ず必要で、報告書作成に時間がとられ、疲弊している。そうした現状を理解し、簡素な方法での報告を求めるなど、無駄な事務時間がとられないような支援がほしい。
医師会および関係多機関のベクトル合わせ	医師会との打ち合わせ（調整）を頻回に行い、目指す方向性を統一。調整経過や目的、取り組みを見える化し共有する。各職種のキーパーソンを把握し、相談窓口を明確化する。地域課題を共有し、目指す方向性を話し合い統一する。	県の担当課からの直接的支援や日頃からの助言 県での取り組みにおける研修（担当者同士の情報共有）
課題把握の起点が地域包括支援センターの総合相談や地域ケア会議であったため、権利擁護や介護から見た医療の課題ばかりで、医療から見た課題が挙がってこなかった。	在宅医療・介護連携推進に関する課題の検討を、地域ケア会議の枠組みから一旦外し、 <u>公立病院医療者と検討会を立ち上げた。</u>	研修や医療機関に委託している自治体との情報交換により、「在宅医療介護連携推進事業」が「在宅医療推進」の側面が強いことを学べたことは大きな方針転換につながった。一方で本事業は「医療介護連携推進」という側面も大切にすべきと考えており、回り道をしたことは無駄ではないと考えている。
【関係機関への協力依頼・連携推進】		
・庁内で協議会と部会の事務局が分かれており、連携が難しくなった。	・協議会、部会の担当課を統一。また、事務局を1つの課で担当するのではなく、主担当課を定めた上で、在宅医療介護連携の関係課にみ協力を依頼し、横断的に対応することとした。	（あればよかった支援） ・県、保健所から先進事例の紹介や効果的な事例の紹介など在宅医療介護連携に関する積極的な情報提供。

問2 問1の取組が軌道に乗るまでの経緯における課題	問2 課題への対応策	問2 課題解決にあたり有用だったまたはあれば良かった支援
圏域での在宅医療介護連携に関する研修へ参加しても、行政、社協だけでの取組では(ア)～(ク)の理解も少なく、医療機関との連携が必要に感じていたが、町内に総合病院は無く、また在宅医療介護連携に精通した開業医も少なく行き詰っていた。	圏域の医師会へ相談し、医師の派遣を依頼した。その後、毎月のケア会議に参加していただき、(ア)～(ク)で遅れている点、修正点などについて医師、行政、包括で検討することが出来た。	今年度より、圏域の薬剤師会、歯科医師会からも、薬剤師、歯科医師を派遣していただき、在宅医療介護連携の取り組みについて、専門職からの視点が増えたことは良かった。
・地域ケア推進会議の15の部会の理解と協力を得ること ・在宅医療サポートセンターに関しての医師会の理解と協力	・開始初年度は事業所向けの説明会を行ったり、各部会に出向き説明をした。 ・ <u>医師会と何度も話し合い</u> を行う。	県のモデル事業を受託して実施したことは有用であった。
【関係機関との意識のすり合わせ】		
地域の現状からみて、何から取り組むべきか、何なら取り組めるか。	県の担当者を交えて、 <u>保険者（広域連合）と構成町で今後の取り組みにおける方向性について、話し合いの場</u> を作った。	県の担当者が話し合いの場に参加してもらえたこと。
・当市の在宅療養やニーズの把握ができていなかったこと。 ・当市の在宅療養に関する課題の抽出、また、それを解決するための事業の検討が不十分であったこと。	市民や在宅医療・介護連携に携わる専門職に <u>在宅医療・看取りに関するアンケートを実施</u> し、現状等を把握。医師会等と相談しながら、在宅医療・介護連携に関する協議会を開催し、課題の抽出等を実施。	・医師会、歯科医師会、薬剤師会等より在宅医療等について情報を共有し、課題について意見をいただいたこと。
【その他分類が難しいもの】		
◎退院連携にケアマネが関わる理想的なタイミングについて ◎遠方の地域包括ケア病床から在宅へ戻るケースの退院調整の現状について	抽出した課題を多職種が共有することに、より時間をかける必要があると考えている。その総意を <u>医療機関を交えた運営委員会や看看連携を進める協議の場に提供</u> することに努めている。	検討を進める貴重な場と考えるもの ◎地域医療支援病院運営委員会 ◎南丹地域在宅療養地域推進会議（京都府看護協会「京都府基金事業」主催）
学識者、医療介護等関係者、市民団体等様々な意見をもとに、市民等に分かりやすく、当市らしい条例を制定すること。	条例制定に向けて、 <u>懇話会や議会、パブリックコメント</u> 等で意見を聴取し、局内で検討を行った。	市民を始め、様々な関係団体から懇話会で意見を聴取したことで、より市民に分かりやすい、市民目線の条例制定に繋がった。
以前から実施している医師会の取組を尊重する形で行っていたため、軌道に乗るまでの課題は少ないが、市が主体的に取り組むべき（イ）では、市に医療に対する知識が十分になく、主体的に取り組むのは難しい。	<u>医師会等と緊密に連絡</u> を取り合った。（当市では、医師会が中心となって組織した既存のネットワーク会議を課題抽出会議に位置付けているため、研修テーマとの整合性も取れてメリットも大きいですが、市の主体的な関わりが薄い）	課題抽出や検討を行う会議の組織の仕方（要綱や条例制定等）、事例などを具体的に示してほしい。自治体の規模別であると助かる。
広域での事業実施の前年に小地域での医療連携事業を実施したため、(ア)で作成した資源マップ等の考え方が統一されず、広域で同一のもの作成出来なかった。	平成31年度については、 <u>エクセルデータの作成</u> を行う予定。	当地区は、複数市町にまたがって広域の医師会が設置されているため、県又は医師会等で定期的な資源マップ作成及び更新の仕組みがあると良い。
1市5町で事業実施していることから、専門職向けの事業は実施しやすいが、住民向けの事業は人口の多い部分に集中しがちである。	今年度は、 <u>住民向けの講演会等を実施</u> <u>地区を増やし、人口の少ない町でも実施</u> していった。	健康福祉センター（県）の事業も人口の多い地区での開催であるため、こういった事業も人口の少ない町で実施していただくと良いと思う。

問2 問1の取組が軌道に乗るまでの経緯における課題	問2 課題への対応策	問2 課題解決にあたり有用だったまたはあれば良かった支援
在宅療養者の薬の自己管理（残薬の問題）、複数受診による薬剤の重複や禁忌の処方について、薬剤に対する課題を確認し、病院薬剤師や薬剤師会などとともに課題解決する必要がある	市立病院（医師・薬剤師）、医師会、薬剤師会、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護士など <u>多職種による会議</u> を立ち上げた	市立病院が主催する医療と介護・福祉をつなぐ会において、薬剤師と地域の連携について多くの多職種の参加者間で共有検討することができた。

**自治体の在宅医療・介護連携推進事業のうち、現在特に課題と感じていること
課題に対して自治体で現在講じている対応策、および課題解決に向けて外部から現在受けている支援（またはどのような支援を必要としているか）**

問3 在宅医療・介護連携推進事業全体において、特に課題と感じていること	問4 問3の課題に対して現在講じている対応策	問4 問3の課題に対して、現在受けているまたは必要としている支援
【人材育成・人材確保】		
<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進事業を推進するための人材不足。（事業を熟知している人材がいないので、どのように事業を進めていくか、地域に応じた推進をどのように進めていくか手探りの状態） 現場職員（医療機関、介護事業所などのスタッフ）への周知をどのように行うか。 歯科医師会、薬剤師会との協働をどう行うか。 	<ul style="list-style-type: none"> 現場職員への周知については、医師会や介護事業者協会などの <u>各団体から所属会員への情報伝達を依頼</u> している。また、団体の定例会などに参加して行政からの説明を実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関や介護事業所などへ、在宅医療介護連携に対する推進の要請 医療介護連携推進事業を周知するための会議や研修会、交流会の開催など。
<ul style="list-style-type: none"> 1、定期巡回サービス等を担う介護職の確保と育成。介護職員初任者研修開始時は10数名の応募があったが、今年は数名に減少。介護専門職の公募でもほとんど集まらず、現場の負担感は増加している。 2、在宅医療・介護の情報共有へ、ICTシステムの導入。重度利用者等でICTを利用し、手間が少なく、訪問医、看護師など関係者が情報共有し、タイムリーに医療や介護ができる環境整備が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 1、<u>介護職育成時の研修補助や市報での啓発</u>。今後は要支援等の軽度利用者を住民主体のサービスで担ってもらい、介護専門職は中重度要介護者を支援する体制への移行を目指す。 2、<u>市医師会が中心となり、ICTを導入し、訪問医、訪問看護ステーションと薬剤師が連携を開始する。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> 1、住民へ国や県も介護職の現状を広報・啓発する必要がある。住民の危機感を醸成したり介護報酬を工夫し、住民主体のサービス構築を推進する。 2、在宅医療・介護連携推進の国からの補助金でICTシステム導入が叶いました。今後は手間が少なく、ランニングコストが少ないICTシステムへの改良が大切です。
介護職員の人材不足や医療資源が不足しているため、効果的な連携ができない場合がある。特に（ウ）の事業は具体的に何も進んでいない状況。	介護職員不足に関しては、 <u>初任者研修の受講費補助</u> を行っているものの利用者はいない。	人材確保のための広域的な支援（ウ）の事業に関しては、具体的にどのように進めて良いかわからず、医師会や検討の協力がほしい。
【事業評価のしにくさ】		
<ul style="list-style-type: none"> 地域課題の分析や事業の進捗状況を確認する指標について、特に在宅医療サービスの実績や連携に係る診療報酬などの情報収集及び分析が困難。 診療報酬、医療計画、在宅医療・介護推進担当課が県で異なるように、市も担当課が異なる（又は、未設置）ため、情報集約と現状共有が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>県から提供される指標などを、地区医師会等と共有</u>している。 	<ul style="list-style-type: none"> 県に同規模市町村の比較などを行った分析結果を資料提供すること、また、資料活用についての助言も含めた説明機会をつくってほしい。

<p>問3 在宅医療・介護連携推進事業全体において、特に課題と感じていること</p>	<p>問4 問3の課題に対して現在講じている対応策</p>	<p>問4 問3の課題に対して、現在受けているまたは必要としている支援</p>
<p>地域の課題と感じていることの根拠を示すためのデータの収集分析ができておらず、専門職や地域住民に向けて発信する際の説得力がない。また、課題の共有化や目指す理想像、何をプロセス指標、アウトカム指標にして評価するかなどの検討に行きつかない。</p>	<p><u>示せる範囲のデータをもとに課題を提示</u>している。</p>	<p>厚労省のウェブサイト、アウトカム指標やプロセス指標となる項目のデータを検索できるとよいと思う。</p>
<p>【関係機関・職種間の連携不足】</p>		
<p>本市は、平成20年4月に保健所政令市となり、今年で11年目を迎える。平成21年度に「四日市市安心の地域検討委員会」を立ち上げ、市内の3つの地域包括支援センター(北・中・南)の区割りを基本にした医療職・介護職の職種の垣根を越えたネットワーク会議を定期的に開催するなど、顔の見える関係づくりに努めているが、まだまだ、医療職と福祉職の垣根は十分に取除かれているところまではいっておらず、今後も取り組みの継続が必要である。</p>	<p>顔の見える関係づくりに向けて、特に、介護職(ケアマネジャー)を巻き込んだ研修が必要であると考えており、上記の医療・介護ネットワーク会議でも平成30年度から <u>ケアマネジャー代表を会議の「世話人」に加える</u> など、より積極的な関わり方を模索している。</p>	<p>昨年度から立ち上げた「つなぐ」の相談支援の中でも課題として出されており、三重県介護支援専門員協議会三河支部の場でも協議を行っていただき、3人の代表を「世話人」として選出し、積極的に会議に参加してもらっている。</p>
<p>市内の専門職団体の代表で構成される会議で、事業の推進に関して議論いただくことができているが、これまでの取組から発展させる発想が難しい。市内専門職も現場の仕事で忙しく、連携に関して関心のない方がまだ多い。できるだけ多くの関係者で、同じ目的を持って進めたいと考えているが、難しい。</p>	<p>県のアドバイザー派遣事業を活用。事業について周知する広報誌を作成。研修会等に参加の少ない職種や事業所への <u>個別の呼びかけ</u></p>	<p>本市の事業の推進に、新しい視点での事業展開を提案してくれるノウハウをもったアドバイザーが必要。</p>
<p>在宅医療・介護に係る多職種が連携しやすい体制づくり、顔の見える関係づくり</p>	<p>・連携のための <u>連絡シートや、連携マニュアル等の作成・普及</u> を行っている。(介護支援事業者部会等と協働) ・医療・介護の多職種が一同に会する研修会(医師会委託事業)を各種定期開催している。</p>	<p>各事業の実施にあたり、医師会をはじめ、医療・介護従事者の代表者による協力(事業実施の検討等)を得ている。</p>
<p>【住民啓発】</p>		
<p>地域包括ケアシステムの推進には地域住民への普及啓発が重要で、本市としてもシンポジウムやリーフレット等でわかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局を持つことの大切さや地域包括ケアシステムの重要性等を啓発しているが、参加者は高齢者や民生委員等が多数。より効果的な普及啓発には、子どもから大人まで幅広く普及啓発を行うことが課題。また、ICTを用いた医療と介護の連携についても自治体が主体となって実施する際に、システムを導入時の個人情報等のセキュリティ面の問題や基金の上限額の低さ等の理由で推進していくことが困難である。</p>	<p><u>条例を制定</u>し、条例に関するリーフレット等を作成して、広く子どもから高齢者まで、条例を通じて地域包括ケアシステムの普及啓発を地域の身近な所で推進する。 ICTの活用については、先進市の視察や、まずは紙媒体での連携ツールの作成・普及啓発、改訂を行っている。</p>	<p>医療介護等関係者には、シンポジウム等で講演を行っていただくことで、市民と顔の見える関係づくりを担っていただいている。全市的のみならず、今後より一層府や国からも事業実施に当たる助言等をいただきたい。 ICTの活用については、国・府より、導入や多くの関係者への普及啓発のノウハウや先進事例の伝達研修などを通して支援を行っていただきたい。また、導入には相当の予算が必要と想定され十分な支援を行っていただきたい。</p>

問3 在宅医療・介護連携推進事業全体において、特に課題と感じていること	問4 問3の課題に対して現在講じている対応策	問4 問3の課題に対して、現在受けているまたは必要としている支援
<p>医療職・福祉職による意思決定支援体制が不十分で、今後の延命等について話し合えないまま最期を迎え、希望しない延命措置や入院となる事が多い。支援体制の構築を図る研修会等の支援が必要。</p> <p>市民、特に壮年期の者や前期高齢者が最期について早期から考えられるよう、在宅医療等の正しい知識や意思決定支援について普及啓発が必要である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職を対象に市 <u>看取りケア研修会</u> を開催 ・在宅医療等に関する出前講座の実施 ・在宅医療・看取り講演会の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・アドバンスケアプランニング等、意思決定支援に関する研修会に参加
<p>在宅医療についても、在宅看取りについても、住民自身に知識が不足しているため選択することが難しい状況がある。（専門職による多職種連携事業からの感想）住民啓発及び利用者に接する機会が多い専門職向けの啓発事業の推進が必要。</p>	<p>本市では、早くからの介護予防や健康増進、在宅医療や看取りについての知識を得ていただけるように「<u>65歳ノート</u>」（市版 <u>エンディングノート</u>）を作成し、配布事業を実施している。</p>	<p>在宅医療や在宅看取り等の知識（マナー）等の広報を本事業だけでなく、いろいろな組織が行うとより効果的であると感じる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医や在宅での看取り（平穏な最期）について、市民とともに考える機会をもつ ・在宅医療に係る医師がかかりつけ医としての意識をもてるような関わり ・医療が細分化する中で、市民がかかりつけ医を意識できるような働きかけ ・重度医療を必要とする人の長期入所できる施設やショートステイの受け入れ先がない等、在宅医療や介護を支える支援の現状の確認は必要 	<p>在宅医療・介護連携推進会議において、<u>在宅看取りをテーマに参加機関の課題を集約</u>し、課題解決に向けた取り組みを検討している。</p>	<p>関係団体の協力により、看取りについての分科会の開催。今後、民間の取り組み（終活について等）との共同による市民周知など。</p>
【情報の収集と共有・活用】		
<p>（1）地域医療を担当している部署と福祉・介護を担当している部署で対応。また、福祉・介護を担当している部署の担当者が分散配置しているため、情報共有が難しい。</p> <p>（2）医療・介護関係者に、在宅医療・介護連携推進事業の必要性を理解していただくこと。</p>	<p>（1）情報共有を図るため、<u>互いの部署の関連する会議や事業に参加</u>した。また、<u>適宜会議等</u>を行って、情報共有に努めている。</p> <p>（2）取組について、医療・介護関係者が集まる協議会等で報告を行っている。</p>	<p>国や都道府県から、在宅医療・介護連携推進事業に関する周知や、他市の取組を把握できる場等（報告会等）の情報提供を積極的に行っていた。</p>
<p>情報共有ツール(電子連絡帳)の活用、課題の抽出</p>	<p><u>情報共有ツール</u>（電子連絡帳）の普及啓発・活用方法の検討。在宅医療・介護連携推進事業の項目ごとにワーキンググループを設置。</p>	<p>各専門職団体から委員を選定</p>
【その他分類が難しいもの】		
<p>圏域全体の課題について、検討が出来ていない。</p>	<p>実務者会議等で <u>圏域の医療と介護に関するデータ等から課題と対策を検討</u>する予定。</p>	<p>保健所から県及び圏域の高齢者の状況、死亡数及び死亡場所の年次推移等のデータ抽出を依頼。</p>
<p>介護予防サービス利用者の自立支援の向上</p>	<p>設置準備として、事務局、運営アドバイザー、主要メンバーとの <u>目的や展開の検討</u></p>	<p>理学療法士協会から事業の展開や運営に関する支援を受けている。</p>

<p>問3 在宅医療・介護連携推進事業全体において、特に課題と感じていること</p>	<p>問4 問3の課題に対して現在講じている対応策</p>	<p>問4 問3の課題に対して、現在受けているまたは必要としている支援</p>
<p>夜間休日の医師不在の時間帯の在宅医療の確保をどうカバーするかが課題となっている。在宅向けの介護サービスも、土日や夜間はないため、また世帯の高齢化が進み、独居世帯も増加しつつあり、家庭介護力がここ30年で随分弱くなったと感じている。</p>	<p>診療所に <u>24 時間電話ホットライン</u> を設けて相談に応じる。 包括支援センターのケアマネが携帯電話を持ち、24 時間 365 日の相談にあたる。</p>	<p>広域的な訪問看護や訪問診療、往診、夜間休日対応のヘルパーなどの、社会資源の充実が必要と思う。また訪問看護ステーション等の設置基準の法的な緩和。</p>
<p>「誰のための在宅医療・介護連携推進か」を考えた時に、専門職だけのためのものにならないようにする必要があると感じる。例えば、退院支援を考えた時に、MSW から課題として「退院後のつなぎ先がない」といったものが把握されたが、それは患者の希望ではなく、業務上の課題であったりする。専門職が考える課題と住民が考える課題を包括的に把握し、当事者のための体制整備をしていく必要がある。</p>	<p>①専門職から見た在宅医療に関する課題の把握 行政と公立病院で「在宅医療介護連携推進検討会」を立ち上げ、課題の把握から対策の検討を行っていく予定。最初は医療中心で検討し、その後介護領域を巻き込んでいく予定。 ②住民から見た在宅医療に関する課題の把握 地域住民と医療・介護職によるワークショップの開催により、当事者目線での課題を把握する場を予定（1月開催） ③当事者のために自分ごととしてされている活動の把握と支援</p>	<p>①公立病院医療職からの助言 医療機関が関与することで、在宅医療の課題を直接把握できるようになった。また、市は介護側の課題を把握しているため、在宅医療・介護両面から検討できるようになった。 ②福井大学からの支援（ワークショップのコーディネート） 住民ワークショップのコーディネートをしてもらう予定。手法を学べれば今後、自分達で実施していけると考えており、このような取組はありがたい。 ③公立病院・金沢大学・プロボノとの連携 「在宅医療介護連携推進検討会」においてコンチネンスケアの課題が出されたが、市として対策を考えるのは容易ではなかった。市内で民間の保健師が行っている「排泄相談」とのつながりをきっかけに、公立病院、金沢大学と繋がり、「コンチネンスケア先進都市」を目指そうという動きができてきた。</p>
<p>在宅看取りに関しては、現状として8割病院が施設での死亡である。医療機関の病床においては各医療機関の方針があり、病院組合にて協議がされている。一担当部署が望むことが反映されるのは大変ハードルが高く困難。ましてや介護者のいない住民は病床により看取りの場が確保されている。しかし病院組合への町行政からの繰出金は、財政圧迫を引き起こし、支払えないところまで来ている。在宅看取りをどこまで推進していけるか甚だ難しい課題である。またかかりつけ医においても現状維持での往診訪問診療数である。病床をどのように循環活用できるかが課題である。</p>	<p>「在宅医療推進検討会」の実施</p>	<p>福井大学医学部地域医療推進講座の講師に助言、講演などをいただいている。</p>

(2) 在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(ク)について、事業推進における課題があったものの、工夫・調整により課題を解決し、円滑な事業推進や高い効果を得られた取組に関する記述(各自治体最大3つまで)

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握の取組推進

問6(1):「(ア)地域の医療・介護の資源の把握の取組推進」にあたり生じた課題	問6(2):(1)の課題に対して取り組んだ対策の内容	問6(3):(1)の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか
【医療・介護専門職や住民への適切な情報提供】		
地域の医療情報については、流動的であるが、医療・介護関係者の連携に必要な情報をまとめ、提供する必要があった。	医療・介護関係者が、照会先や協力依頼先を適切に選択できるよう、また在宅ケアの連携が推進できるよう、【社会資源－医療系情報リスト】を作成し、関係機関に配布した。	医師会・歯科医師会・薬剤師会からの情報提供
本市では、昨年度まで市として一元化した医療・介護資源のリスト等を保有しておらず、市として市民や医療介護等関係者が求めている情報を分かりやすく提供していなかった。	今年度、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護St、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、居宅介護支援事業所、デイサービス、ショートステイ、特養、軽費老人ホーム、有料・サ高住等施設、総合事業、GH、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、デイケア、(看護)小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、訪問リハ、訪問入浴介護、訪問介護、夜間対応型訪問介護、地域包括支援センター、養護老人ホームを対象に調査を実施し、 <u>市として一元化したリストを作成し</u> 、平成30年度中に市ホームページ上で公表する予定。	国が在宅医療・介護連携推進事業を実施するに当たり、まずは(ア)から、と提言していることから、リストの作成や更新について、一定の予算確保ができるよう、(ア)の取組について文章で明確に実施の必要性を示して欲しい。
【その他分類が難しいもの】		
「見える化」システムやKDB等の分析の活用方法がわからない。 指標による評価方法もわからない。	国の研修を受けて、 <u>来年度県が市町村向けに研修を実施してくれる</u> と聞いているので、期待している。	具体的な手法がわかる研修を希望する。市町村の規模にあった研修が望ましい。 当市であれば中核市向けの研修を実施してほしい。小さな自治体でうまくいった事例は、当市には参考にしにくい。
見える化システムは眺めるだけでも地域課題の把握になるが、レセプトデータは、医療と介護を統合して個人ごとではなくマクロ視点で総量的に把握し分析したいがそのような機能がない。どのような状態の患者に、いつどのような医療や介護サービスを提供し、その後どうなったのかを量的に把握できない。	対象者をきめて <u>独自で分析</u> した(入院を契機に新規で要介護認定申請を行った患者を、医療介護レセプトで追跡した)	上記を集計分析した機能がKDBで参照できるとありがたい
資源の把握すべき詳細内容と公開データの区別、把握した資源の公開方法 診療・介護報酬データの収集、分析	<u>ワーキンググループの設置</u> <u>情報共有ツール(電子連絡帳)で情報収集、公開</u>	現状把握と課題抽出のためのデータが簡単に入手できると良い。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

<p>問7(1): 「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」にあたり生じた課題</p>	<p>問7(2): (1)の課題に対して取り組んだ対策の内容</p>	<p>問7(3): (1)の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>【対応策の検討が十分できない】</p>		
<p>誤嚥性肺炎による入退院によって要介護状態の進行があり、地域の医療介護専門職によって誤嚥性肺炎の予防を図る課題の検討を行った。医師・歯科医師による発言が中心となり、対応策として上がってくるのが理想的で本人や家族の環境によっては日常生活にすべてを取り入れることが難しい内容でもあった。</p>	<p>検討したしきみを実際のケースに対しての支援として対象者に提案、了承を得て実施し、振り返りを、多職種の検討メンバーで行った。検討メンバーから家族による支援がある環境の作用が大きいという気づきの発言があったことで、少し現場で取り込む難しさに視点が移ったが、対応策への掘り下げはできなかった。</p>	<p>医師や歯科医師に対して新たな気づきが促せる助言</p>
<p>会議の場で現場の自由な意見を出し合っており、課題は把握できつつあるが、対応策の十分な検討にまで至っていない。</p>	<p>そのとき開催する会議の目的(テーマ)を明確にし、参加者に事前に連絡することで円滑な協議ができるようにした。</p>	<p>会議のテーマに合った情報をもらえるような専門職等の講師派遣。</p>
<p>年度初めに、医療・介護関係事業所個々に、現状と今後の課題についての「1次連携会議」の訪問を行った。それぞれ、各事業所間の活動や想いを知りたいというニーズが浮き彫りになるが、それを地域ケア推進会議という年2回の全体会議で議題に出しても、解決には至らない、単なる現状の提示になっている。</p>	<p>多職種連携研修会や、有志ある医療・介護専門職がサポーターという枠組みで集う等、話し合う場を設けて、課題に対する解決策の検討や実現化に向けて活発な意見交換を行った。</p>	<p>アドバイザー派遣</p>
<p>【課題の抽出が十分できない】</p>		
<p>ケア会議や多職種の話し合い結果および各職種へのヒアリングにより課題抽出と対応策の検討を行った。それにより実際的な連携推進の取組推進につながったが、反面様々なデータを活用した分析が十分できておらず活かすきれない。また取組における評価指標が明確でないことから事業を行うことが目的となりやすい。</p>	<p>平成26年度の事業開始年度に実施した、在宅医療・介護関係者へのアンケート調査を定期的に実施(3年ごと)にすることにより、現状の客観的な評価とした。 在宅療養者に対するヒアリング調査を実施し、今後在宅医療介護連携推進において、どのようなことを目指していくのか、そのために各職種がどのようなことに取り組むのか話し合っている。</p>	<p>データ分析および活用に関する支援</p>

<p>問7(1):「(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」にあたり生じた課題</p>	<p>問7(2): (1)の課題に対して取り組んだ対策の内容</p>	<p>問7(3): (1)の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>○在宅医療介護連携推進事業が始まった当初、「医療は県や保健所が管轄している」という意識があったため、在宅医療に関する課題が肌感覚として感じられていなかった。</p> <p>○県からも医療機関数等量的情報を提供してもらったが、その読み取りが十分にできなかった。</p> <p>○また、課題の把握について、地域包括支援センターの活動（総合相談支援や地域ケア個別会議）を起点にしていたが、センターが関わる対象は軽度者や生活困窮者が多く、医療ニーズの高い方の相談は少なかつたため、課題の把握が十分ではなかった。</p>	<p>○各医療職能団体の研修に積極的に参加したり、医療機関や、地域の在宅医療の専門職を訪ねる機会を増やした。結果、介護側と医療側の在宅医療介護連携に対する課題認識は異なっていることや「在宅医療介護連携に対する認識」が違うこと、互いの領域の知識が十分ではないことが分かった。</p> <p>→医師会や医療機関に委託せず、直接実施したことで、「在宅医療について自分達（介護側）が何も分かっていない。」自覚を持たせたこと、「医療側にも介護側の課題を知ってもらう必要がある」と気づけたことは、方向性を考える上で良かったと考えている。</p> <p>→そのように気づけたのは、在宅医療・介護連携推進事業等の包括的支援事業をすべて一体的に市で担っていることの強みと考えている。</p> <p>○自分達の弱みである「医療から見た課題」を深めるため、在宅医療介護連携の課題を考える協議体を地域ケア会議から分離し、公立病院と共同で新たな協議体を設置。枠組みも「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の支援」「看取り」と医療計画に沿った形とした。なお、医療専門職が考える課題に偏らないよう、従来どおり地域ケア会議との連携を大切にするとともに、住民ワークショップを開催することとした。</p>	<p>・市町村が直営で実施している自治体においては、この事業は本当に手探りで進めていると思う。医療領域では当たり前でも、こちらからすれば分かっていないこともあるし、その逆もある。その辺りも踏まえた研修や支援をしていただけると助かる。</p> <p>・量的な医療情報をばく然と提示されても、課題の把握にはつながらない。検討のきっかけとなる話題の提供や、聞き取りから把握した質的課題を、客観的に説明するための情報として、対応する量的情報を柔軟に提供してもらえると助かる。</p>
<p>【その他分類が難しいもの】</p>		
<p>相談の中で、病院から在宅療養に向かう際の退院時支援の課題が多くの事業所から出された。特に、病院の退院支援の要である地域連携室と在宅医療の要であるケアマネジャーとの円滑な連携に課題があったため、医師会を中心にワーキンググループを立ち上げ、退院時カンファレンスマニュアルの見直しを行ったが、当初の段階では、マニュアルへのケアマネジャーの理解が十分ではなかった。</p>	<p>ケアマネジャーがマニュアルの存在を十分意識し、病院との情報共有を十分に行うことが、在宅医療の推進になによりも重要であるため、ケアマネジャーへの意見交換会を重ねる(12回実施)とともに、退院時カンファレンスにかかるロールプレイング研修を医療職・介護職の多職種で行い、実効性のあるマニュアルづくりに努めた。</p>	<p>ワーキンググループのメンバーは、在宅医療を推進する医師会が中心になり、ケアマネジャーの代表や病院の地域連携室や行政で構成され、十分意見交換を行うことでマニュアルは完成に向かっていく。外部支援というより、市内の多職種の連携が何より重要。但し、他の自治体等の取組事例などの情報は必要と考える。</p>

問7(1):「(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」に当たり生じた課題	問7(2): (1)の課題に対して取り組んだ対策の内容	問7(3): (1)の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか
1、在宅医療、訪問看護利用者が急変時や介護者が急に不在になった場合の病院への入院などの対応 2、在宅診療・訪問看護利用者の看取りに関する課題への対応 3、訪問診療時に医療材料を開業医が管理する煩雑さへの対応	1、地域医療連携部会で、医師会長と市立2病院の院長が訪問看護利用者の場合、確実に入院を受けることを <u>覚え書きに署名捺印</u> した。以後、その約束は守られている。 2、同部会で在宅診療・訪問看護利用者には <u>事前に訪問医や訪問看護師の氏名・連絡先等を書いたラミネート板を渡し、緊急時連絡</u> するよう指導。救急車要請時に死亡が確認された場合、救急隊は警察だけでなく、医師が訪問看護にも連絡する取り決めを消防署と交わした。また <u>主治医不在の場合、副主治医に訪問看護師が連絡し看取りを行う</u> こととした。 3、地域医療連携部会で、訪問診療時に必要な医療材料は訪問看護ステーションで管理し、訪問看護師が在宅に持って行き医師が処置する。医療材料の精算は後日医師会事務職が行う運用とした。	色々な地域で工夫や取組みがなされていると考えます。その工夫などを厚生局で集約し、各地域にあった指導をしてもらえば良いと考えます。
同職種の会議の中で、在宅医療、介護連携の推進を図る上での課題を多職種とどのように解決していくのか	井戸端会議で明らかになった <u>課題を、課題解決のための多職種との会議</u> (のりしろプロジェクト) で <u>解決策を検討</u> した。	解決策として先進地の取組みについて助言があるとよい。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

問8(1):「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」に当たり生じた課題	問8(2): (1)の課題に対して取り組んだ対策の内容	問8(3): (1)の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか
【在宅医療の対応可能な医師の確保】		
在宅医療を行う診療所の医師の負担が重い(24時間・365日対応)ことが、在宅医療を進めるうえでの課題として抽出された。	市町・在宅医療・介護連携支援センターが協力し、医師会の担当理事との調整を行ったり、医師の意見交換会を開催し、 <u>副主治医制の導入</u> に至った。(医師の登録はあるが、実施例はまだない。)	保健所を中心に県の助言を受けているが、市町には医療担当部局がないため、厚生局の助言をその場で受けられれば良い。
かかりつけ医のない者が入院先から退院するにあたり、往診してもらう主治医を決定する場合の調整について、個人の医師が調整に協力してくれていたが、医療と介護の連携推進事業として開始。ただ、賛同してくれる医師の拡大が困難。	<u>在宅支援サポートセンター事業として医師会の協力を得、アンケート調査などを実施</u> 。聞き取り等も行う中で、医師側からの課題も把握し、解決に努力したことで、距離が縮まっているように感じる。	医師会が2市にまたがっている事から、保健所が取りまとめ役となり、調整機能を果たしてもらいたい。

問 8 (1) : 「 (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」に当たり生じた課題	問 8 (2) : (1) の課題に対して取り組んだ対策の内容	問 8 (3) : (1) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか
地域包括支援センターを中心にモデル地域において、主治医・副主治医制やバックベットの確保の仕組みを構築していたが、取組に賛同し、協力してくれる医師を確保するのが困難であった。(平成 27～29 年度の取組)	まず、地域の医師の理解とネットワーク構築を進めていく必要があることから、 <u>地域の医師を対象に在宅医療に関する勉強会を実施</u> した。医師会と地域の中核病院を中心に勉強会を開催し、参加は医師会員でなくても参加できる形とした。また、開催にあたっては、薬剤メーカーとの共催とし、薬剤メーカーも地域に根付いた活動ができるツールとしてもらった。その後、勉強会の参加者は医師だけにとどまらず、薬剤師、訪問看護師も参加するようになっており、平成 30 年度以降も定期開催することとしている。	市独自の取組みであるため、今のところ特にない。勉強会を開催するにあたり、講師の選定などで相談できる場所があればありがたい。
【その他分類が難しいもの】		
切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築に向けて、本市は、訪問看護の充実をめざし、様々な訪問看護関連の研修を四日市看護医療大学と連携し実施してきているが、申込者は、十分に確保できていない状況である。	市では訪問看護師研修の 1 つとして「 <u>看護職向け在宅看護研修(初級コース)</u> 」を実施しており、特に潜在看護師の復職支援として役立てていただきたいと考えている。そのため、市の広報やホームページへのお知らせに加え、地域ごとの組回覧にも定期的に募集のお知らせの掲載をするなど、きめ細かい情報提供を行うとともに、なるべく短い期間で必要な内容を受講できるように、受講しやすい体制づくりにも努めている。	現在、情報提供の手段の 1 つとして、看護師のための職業紹介を行っている県ナースセンターの当市にあるサテライトに依頼し、職業相談にみえる方に研修の情報提供の協力をいただいております。こういった場をきめ細かく活用していただくと、受講生の確保も期待できると考えている。
問 7 の課題についての検討を行い、取組み終了後も誤嚥性肺炎再発リスクのある方についての支援のしくみが院内で継続されることが課題として考えられた。	<u>医療圏域内での退院調整ルール作り</u> について保健所が中心となり、近隣の市町村で取り組む機会があり、誤嚥性肺炎再発リスク者に限った取組みは行っていない。	退院調整ルールの評価見直しも予定されており、関連する取組みとして取り入れてもらえるとうよい。

<p>問8(1):「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」にあたり生じた課題</p>	<p>問8(2):(1)の課題に対して取り組んだ対策の内容</p>	<p>問8(3):(1)の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>1、病院退院時の在宅支援チームとの連携</p> <p>1-①入退院支援時における介護支援専門員との連携ルールの策定</p> <p>2、在宅療養中の利用者が死亡時、訪問診療医(主治医)不在時の看取りの関して</p> <p>3、在宅療養中の利用者が悪化した場合の緊急入院の確保に關して</p> <p>4、独居や老々世帯など家族介護力低下への対応に關して</p>	<p>1、病院退院時、在宅医療や在宅介護が必要な事例では、<u>本人・家族と共に介護支援専門員や訪問看護師なども参加する退院時カンファレンス</u>を行い、安全な支援体制整備し早期の自宅退院に繋げている。在宅で悪化し入院した場合は病院からの連絡で、介護支援専門員から在宅での状況を早期に病院連携室に伝える。</p> <p>1-①保健所が仲介・主導して、医療圏内の医療機関(入院)と介護支援専門員との<u>入退院支援ルールを平成27年度に策定</u>し、医療機関が介護支援専門員から提供を受けたい情報と、退院時に医療機関から提供を受けたい情報を突合し、各医療機関で使用できる共通の様式を作成し普及させた。平成30年度にブラッシュアップするべく、保健所内にワーキンググループを置き、議論内容を医療介護連携調整会議にて協議する体制を持っている。</p> <p>2、訪問看護ステーションが医師会と協力し <u>副主治医を選任し</u>、在宅で確実に看取りができる体制を整備した。</p> <p>3、<u>医師会と市立2病院が地域医療連携部会で課題を共有</u>し、訪問看護利用者は医師会からの紹介があれば必ず受け入れる約束を取り交わした。</p> <p>4、どの様な状況でも住民が希望すれば在宅生活が継続できるよう、<u>定期巡回・随時対応型訪問介護看護を整備</u>した。介護職員の確保と育成及び訪問介護の質向上は大切だが難しい課題も多く、その解決へ訪問看護ステーションを定年になった所長に強く要請し、責任者に就任してもらった。定期巡回利用者には可能な限りサービス担当者会議を開催し、在宅医療・介護連携の構築だけでなく、家族や近隣住民の協力も得るように努力している。</p>	<p>医療介護連携には、各医療機関の入退院システムが違うため、介護支援専門員は、病院ごとに対応を変えなければならないことや、病院も介護支援専門員ごとに働きかけ内容を変えて接しなければならぬなど、手間がかかっています。その手間を共通のスキルとしてくみ取っていただき、医療圏内の連携の基礎として取り上げていただくことで、地域で工夫や取組みが活かされた共通ツールが完成されると考えます。その工夫などを厚生局で集約し、各地域にあった指導をしてもらえば良いと考えます。</p>
<p>・入退院時の連携について、各医療機関での対応に違いがあり、また、各居宅介護支援事業所ごとにも様式や情報の内容に違いがある</p> <p>・市外の医療機関に入院することが多く、その場合の連携が困難</p> <p>・入院期間が短く、すべての患者(利用者)に対応することが困難</p>	<p>・県や県医師会等が主催する研修会や会議に参加をし、<u>国や他圏域の動向などの情報を収集</u></p>	<p>・入退院時の医療機関等の情報提供の様式を広域(例えば県や国)で検討をしていただくことで、市外や県外の医療機関に入院しても、退院後どこで生活をしていても関係者の情報共有が行いやすいと思われる</p>

<p>問8(1):「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」に当たり生じた課題</p>	<p>問8(2):(1)の課題に対して取り組んだ対策の内容</p>	<p>問8(3):(1)の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>当市では在宅療養支援診療所数が増えない、また診診連携が進まない課題がある。</p>	<p>当市が在宅医療福祉推進事業を進める組織として「<u>医療福祉推進センター</u>」があり、センター長は市立病院の医師が兼務。そのため医師会との調整は比較的スムーズに進められる。今まで医師会の先生に声かけして「ホームケアドクター交流会」を開催してきたが、それがきっかけで今年度から医師会で「<u>診診連携ワーキング</u>」が立ち上がり、診診連携の課題や課題解決の協議がスタートした。</p>	<p>当市では平成25年度から在宅医療福祉推進事業に取り組んでいる。推進するに当たり県や保健所の指導、助言、県のアドバイザーの支援を受けている。現在、評価指標について検討中である。具体的な成果指標についてのアドバイスをいただきたい。</p>
<p>○(イ)で課題と対応策を検討しても、実際に実施するとすると、「誰が」動くのかという課題が大きい。また、参加者が職能団体からの推薦で来ている場合等、簡単にOKと言えない現状もある。 →様式の作成やネットワークづくり、研修等、市が単独でできるような取り組みは実施できたが、「体制構築」といえるほどのものは難しい。</p>	<p>○各事業者、専門職が自分ごととして実施している活動をつなげ、市全体の施策にできるように支援する。 →市のトップダウンではだれもついてこない。市内には地域包括ケアの推進のため、既に自分ごととして取り組まれている活動があり、それを支援する中で、市全体の仕組みにできないか考えた。 (現在の取り組み) ○公立の急性期病院が独自に排泄ケアを実践。在宅での排尿の問題は入院中に作られることが多いと知った。 ○市内の訪問看護ステーションが排便に関する相談を受けていた。排便アセスメントが十分にされないまま、排便自立を阻害されている人がいると知った。 ○在宅で介護を続けていく中で、排泄の問題は大きいという課題が地域ケア会議で上がっていた。 ○大学連携の中で排泄に詳しい先生と関わる機会があった →これらを踏まえ、「<u>コンチネンスケア先進都市</u>」を指そうという流れが出てきた。自分ごととして既に動いているメンバーで検討するため、対策検討後の実際のアクションにも協力していただけると考えている。</p>	<p>○検討された取り組みを地域で実際にアクションするためには、結局のところ「やる気と力のある人」の存在が必須。そのような活動をしている事業者・人の情報の提供やコーディネートをしてもらえると助かる。</p>
<p>介護福祉士の代表を在宅医療・介護連携推進会議の委員を構成員として招きたかったが、組織が発足していなかった。</p>	<p>医師会、市介護支援専門員等の代表者が発起人になり、<u>通所事業所連絡会</u>を立ち上げることができた。</p>	<p>介護福祉士会の組織が構成されているとよい。</p>

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

<p>問9(1):「(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること</p>	<p>問9(2): (1)の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対処した対策</p>	<p>問9(3): (2)の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>【ICT ツールの活用】</p>		
<p>在宅における医療・介護関係者との緊密な情報共有を目指して、本市では平成28年4月より「県医療安心ネットワーク」の仕組みの一部を利用して「医療と介護・福祉関係者の情報共有システム」の運用を開始し、関係者の利用促進に努めている。</p>	<p>市医師会が中心となって、利用者への操作等の技術支援を行う体制を整えているが、介護事業所等の利用にあたり、在宅医の推薦等の手続きが必要であるなど、在宅医の理解が必要である。本市では、「安心の地域医療検討委員会」の部会として「<u>情報共有ネットワーク部会</u>」を設置し、本システムの普及・活用についての課題検討を行っているが、利用の拡大が図れていないことが課題である。</p>	<p>他市の取り組み等、先進的にICTの活用を行っている自治体の事例を提供していただくと参考になると考える。</p>
<p>ICT ツールに関しては、医療・介護の連携を目的として導入したが、患者情報のやりとりだけでなく、行政と関係機関との情報共有や連絡にも利用している。ICTの中で共通目的のプロジェクトを作成し、関係する職種同士が掲示板を利用するようなイメージで相談も行っている。顔のみえる関係を越えた、本市の多職種連携の基盤となっている。</p>	<p>【課題】ICTに抵抗をもつ関係者もあり、市内関係者すべてで情報共有するには至らないこと。また、システムへの登録申請をしても、利用の仕方や活用方法を知らないため、活かすことができないこと。 【対策】多職種連携研修会で、システムの活用方法について再度周知を行い、グループワークの中で、活用例や、新しい活用の方法等について話していただいた。新しい活用の方法については、システムの運用者に相談し実現させていく予定。</p>	<p>活用を広げる、便利に使う、という面で、他市町の利用する異なるシステムとの互換性がないことが課題になっている。国単位、県単位等で、医師の電子署名等にも利用できる基盤の整備を行っていただきたい。</p>
<p>愛知県内は電子@連絡帳の活用が進んでいるが、本市は同意書を要介護認定申請の際にすべて取得している。</p>	<p>本市は県内初で電子@連絡帳を導入し、活用が進んでいる市と認識しているが、コメディカルの活用が主で医師は定定的である。病診連携のツール（画像や検査データの共有）としての活用が進まないと、医師の活用はあまり活性化しないと思われるが、個々の医療機関のシステムがバラバラで連携が見込めない。</p>	<p>国でも議論があると思うが、システムの互換性がないとどうにもならない。</p>
<p>・静岡県医師会モデル事業の実施（タブレット貸し出し事業） ・医療介護情報連携システムの利用促進のため、地域包括支援センターに対し、市から利用料を負担 ・地域包括支援センターごとに操作説明を在宅医療サポートセンターを中心に実施</p>	<p>・システム導入にあたり、<u>事業所の本社や事業所母体の理解</u>が必要</p>	<p>・複数の市町に事業所をもつ会社への説明は市単位ではなく、県の支援が必要</p>
<p>【ICT 以外のツールの活用】</p>		
<p>在宅医療・介護連携推進会議から発足した作業部会での意見から、横須賀市を参考にしたワールドカフェでそれぞれの職種の連携上での困りごとや解決策を抽出し、それをまとめた「連携エチケット集」を作成した。</p>	<p>今年度完成したため今後の課題として、<u>連携エチケット集の活用</u>の評価・改訂とその周知については課題である。</p>	<p>連携エチケット集の効果的な活用方法や、その評価方法について助言がもらえる機会があれば。</p>

<p>問9 (1) : 「(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること</p>	<p>問9 (2) : (1) の工夫等の実践に当たり課題となったことや、それら課題に対処した対策</p>	<p>問9 (3) : (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>FAX を活用した情報共有について、作業部会で様式を作成、医師会、ケアマネジャー等の職能団体を通じて様式の周知を行った。またケアマネジャーの団体が自組織に利用状況調査を定期的に行うことで、使用状況の確認と促進を行っている。</p>	<p>ケアマネジャーと病院間の情報共有については、FAX の活用を行うための院内の取り決め（受信場所・部門が多いので担当医に確実に渡す・電子カルテの場合の保管の仕方など）と周知に時間を要したが、<u>ケアマネジャーとの連携に必要なことの繰り返し説明と、地域連携担当部署の連絡会の設立に伴い病院間の情報交換が緊密に行われた</u>ことで、病院とケアマネジャーの FAX を用いた情報共有ルールが確立した。</p>	<p>地区医師会からの後押しは必須。診療所医師へのルール周知、病院長等へ在宅医療・介護連携の推進の必要性を後押しして頂くことで専属 FAX の設置など連携体制の構築につながった病院もあった。</p>
<p>情報共有ツールの一つとして、町独自のノート（紙媒体）を作成し、多職種会議で検討している。</p>	<p>作成に当たり、<u>試案ができた段階で多職種会議にていろんな職種の視点から意見をもらった</u>。今後も内容や活用方法等について検討を重ね、必要があれば改善を行っていく予定である。</p>	<p>医療・介護関係者間で共有すべき情報は、今後も改善の検討は必須。先進的に取り組んでいてうまく整備できている事例を学べる研修等があるとよい。</p>
<p>関係者間の連携と情報共有を図るため、市在宅医療在宅介護連携推進協議会で協議し、医療介護連携ツール（多職種連絡票・医療と介護の連携シート・あんしん連携ファイル）を作成、平成 27 年度より運用。</p>	<p>平成 28 年度には、<u>ケアマネジャーや介護サービス事業所への使用状況調査</u>を行い、ツールの改良をし、再度周知を行っている。</p>	
<p>介護支援専門員と利用者の主治医の間で使用される連携ツール（FAXにて使用する共通書式。指示や福祉用具に関する意見等）については、広域で共通の書式が使用されており、負担軽減の効果がみられる。</p>	<p>圏域外の大学病院等とは、地域で使用している共通書式が共有化されない。</p>	<p>より広域（県や県内の地域区分等）で共有化された書式の使用が可能になれば、医師の負担軽減に資すると思われる。</p>
<p>【その他分類が難しいもの】</p>		
<p>病院から介護支援専門員へ着実な引継ぎを実現するため圏域で退院支援ルールを策定している。</p>	<p>退院支援ルールが運用できているか、また各関係機関にとって有用な情報内容になっているかどうか課題。<u>定期的なメンテナンスを行い、様式を変更したり、ケアマネジャーにアンケート実施し、退院支援ルールの運用状況等を把握し、評価</u>している。</p>	

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

問 10 (1) : 「(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること	問 10 (2) : (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対処した対策	問10 (3) : (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか
【相談窓口の積極的な周知】		
市内の在宅医療・介護関係者へ「相談窓口」の周知活動：開設式には記者もお呼びして、新聞で掲載いただく。開設後は相談窓口職員が市内の多職種団体・医療機関等へあいさつまわりを行うと共に、必要に応じて各連絡会等へも出席するなど、積極的な周知活動に力を入れた。	各団体の理事など上層部には浸透が図れたと認識するが、一方で <u>各団体の一構成員までの周知がまだいき届いていない</u> と感じる。	各団体の理解と協力
現在医療・介護関係事業所に、総合相談窓口看板を掲げているが、実際の相談には結びつかず、未だに相談先が分からないという問題点がある。町内の医療・介護専門職が、イベント等に向き積極的に相談支援の存在を周知していく。	専門職が地域の場に出向くことは軌道に乗り始めたが、実際に相談支援の存在を、どのような媒体で効率よく周知できるのか、 <u>本来困っている方や不安な方々をどのように相談支援に結びつけていくか</u> が今後の課題である。	・先進地の事例提供 ・アドバイザー派遣
・在宅医療サポートセンターを設置した。 ・窓口の周知や、顔の見える関係づくりを意識して、サポートセンターの職員が職能団体の会議や地域ケア会議に参加している。	・病院、医師会や職能団体とのつなぎができる能力・経験のある職員の確保ができるように、 <u>病院、医師会との協議</u> をしている。	・能力の高い職員を確保するためには人件費がかかる。人件費の補助があるとよい。
・市広報や新聞等にて当センターの相談支援体制について周知を図った。 ・関係医療機関の地域連携室と協議し、在宅医療等に係る相談は当センターに行うよう依頼。介護支援専門員研修等にて福祉関係者に対し、当センターの相談支援体制について周知。 ・介護保険の申請を担っている課と連携し、在宅医療を必要とする者が申請に来られた場合は当センターに繋いでもらうよう依頼した。	・開設当初はどのようなケースを当センターに相談すれば良いかわからず、 <u>関係者がどこに相談すれば良いかわからず、連携が回りづらい現状</u> があった。そのため、 <u>在宅医療を必要とし、主にターミナルの方など対象を明確にした</u> ことで関係機関が相談しやすくなり、相談件数の増加につながったと考える。	・在宅医療・介護連携推進事業を担う課がどのようなケースを対象とし、相談支援を行っていくのか一定の目安があると周知しやすくなると思う。
相談センターの周知・関係づくりのため、市の事業の事務局としての活動機会やアウトリーチ機会を増やす。(例：医師会主催の講演会や市主催の医療及び介護連携連絡会の事務局、地域包括ケア病棟の意見交換会開催 等)	限られた人数で、相談対応と上記取り組みを行うことはできる業務の限界がある。	特になし
【コーディネーターの設置】		
医師会に医療コーディネーターを配置し、医療との連携体制の強化を図る。介護支援専門員や地域包括支援センターの支援計画に関する地域ケア会議等を通じて、医療の課題に関する支援、主治医連絡及び訪問による支援	高齢者以外の障がい（児）の医療連携の必要なケースがある。今後 <u>共生型の対象者に対する支援</u> も進めていく。	必要な対象者が医療コーディネーターにつながるための体制に関するところについて先進事例等

<p>問 10 (1) : 「 (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること</p>	<p>問 10 (2) : (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対した対策</p>	<p>問 10 (3) : (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>在宅医療介護連携推進事業を委託している志太医師会と連携し、在宅医療介護の拠点として在宅医療サポートセンターを H29 年 7 月に設置した。在宅医療コーディネーターを中心に、総合相談窓口を開設し、看取り医当番医制システムや協力医体制のコーディネートを行っている。</p>	<p>医療機関や医療系サービスの事業所からの相談は多い、今後、<u>介護事業所や市民からの相談窓口として相談件数等の拡大</u>が望まれる。</p>	<p>市民向けの PR チラシの作成配布。地域包括支援センターでのネットワーク会議への参加により、介護事業所からの相談を受けられる機会を増やしていく。</p>
<p>【その他分類が難しいもの】</p>		
<p>市や介護職向け事例研修会の開催等</p>	<p>平成 29 年 7 月に設置後、医療機関からの相談が圧倒的に多く、介護関係機関からの相談は少なく、相談機関の偏りがあった。 窓口相談件数を増やすため、配置員である <u>看護師</u>が各区で開催する <u>ケアマネ事例検討会</u>や <u>研修</u>、<u>専門家会議</u>等に参加し、より多くの医療介護等関係者が活用できる窓口の役割や相談事例等を周知し、件数増加へ取り組んでいる。また、相談支援の一環として <u>医師と訪問看護師やケアマネジャー間で事例検討会</u>を実施し、顔の見える関係づくりや日々の業務支援を行っている。</p>	<p>相談・支援を必要としている支援者は、潜在的にいと考えられ医療介護等関係団体から会員への周知等の支援とともに、非会員への周知方法などを国や府から助言があれば望ましい。</p>
<p>包括やケアマネジャーが担当する困難事例等に対し、医療的な観点からの留意点や診療に繋げるための相談対応を行う「<u>認知症・地域ケア相談医</u>」を市医師会の協力を得て市内全圏域に配置 (H30 年 4 月現在、57 名の登録あり) し、相談支援体制を構築。相談医は困難事例等への相談対応に加え、相談医が生活支援が必要な高齢者等を把握した際は、地域包括支援センターに連絡する等、相互に連携して支援を実施。さらに、地域包括支援センターが開催する地域ケア会議や、研修会等にも相談医が出席することで、支援関係者間の連携強化に繋げている。</p>	<p>認知症・地域ケア相談医の <u>人員確保</u> や、体制維持のための <u>予算の確保</u> が課題である。</p>	<p>人員の確保に関し、医師会の理解・協力が不可欠となる。</p>

(カ) 医療・介護関係者の研修

<p>問 11 (1) : 「 (カ) 医療・介護関係者の研修」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること</p>	<p>問 11 (2) : (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対した対策</p>	<p>問 11 (3) : (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>【多職種による研修の企画運営】</p>		
<p>在宅医療介護連携推進会議という管内の代表者が集まる会議を全体会とし、その中から作業部会を選定し、部会員で研修内容を決定。在宅医療・介護連携推進センターが地域の医療機関とつながる中で、医療機関から出てきた意見（例：歯科医からの提案）により、研修を開催し関係職種とのつながりが深まった。</p>	<p>多職種の集まる会議で広く意見を聞き、<u>現時点での課題を共有した上で研修内容を決定した</u>。研修に部会からの周知を依頼した。</p>	<p>研修内容について圏域外の情報や近隣市町村の情報提供(実際保健所から提供を受けており、研修内容に反映できているため)</p>
<p>実務者会議等を開催し、困っている事、連携するにあたっての課題などについて抽出。その課題を解決するための研修会や意見交換会などを実施している。</p>	<p>医師等との連携に課題を抱えている職種が多かった。医師や歯科医師に対し、研修への参加を呼びかけたが参加が少なく、<u>医療職である看護師との意見交換会や事例検討等</u>を行い、少しでも連携が取りやすい状況を作ったり、<u>歯科医師自身に講師を</u>してもらったりと少しずつ連携が取れるように対応している。</p>	<p>連携の意義や方法について、県医師会や歯科医師会などの下部組織への指導や研修の実施、意見交換会などへの参加推奨。連携における報酬等の設立。県など上部組織からの医療関係者への指導。</p>
<p>・概ね月 1 回の研修会を開催している。内容が現場のニーズに合うように、職能団体に企画・運営を任せている。年間の開催スケジュールを地域ケア推進会議で共有している。 ・在宅医療サポートセンター職員が、在宅医療・介護連携に関する研修会の企画・運営に携わっている。</p>	<p>①<u>参加者が限定的になること</u> 開催曜日、時間を変えている。アンケートでは、勤務時間内が出やすいという意見もあれば時間外が良いという意見もあり、いろいろな設定をすることで、参加層を広くできると考えている。また病院と在宅の専門職が一堂に会するよう、研修会の会場を病院内に設定。また病院や医師会からの出席者を確保できるように在宅医療サポートセンターが関与。 ②<u>企画運営の負担</u> 研修の開催が負担にならないように地域ケア推進会議で意見をもらったり、それぞれの団体と協議し、雑務を事務局が担うように協力体制をとっている。</p>	<p>愛知県が情報収集型研修会を開催している。研修会開催のヒントがあり役立つと思う。</p>
<p>他職種の顔の見える関係づくりを支援するため、市内・市外の専門職種や民生委員、自治会長を対象に顔の見える会を年 6 回開催。市内勤務の医師、歯科医師、薬剤師、介護サービス事業所職員が有志で幹事となり、参加者のアンケートや市の在宅医療の方向性を加味しながら学習会の内容を決定することで参加者が興味のある学習会を開催。学習会の内容に沿ったグループワークも実施し、話す機会の少ない専門職とも話す機会となり、最後に初めて参加された方に自己紹介をしてもらうことで顔の見える関係づくりとなるよう支援。</p>	<p>・会の周知が課題であったため、<u>幹事にも協力いただき、関係機関に参加いただくよう呼びかけを行った</u>ことで多くの多職種の方々に参加してもらうことができた。</p>	<p>・他市町で実施されている関係づくりのための研修会について情報提供があると参考になると考える。</p>

<p>問 11 (1) : 「 (力) 医療・介護関係者の研修」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること</p>	<p>問 11 (2) : (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対した対策</p>	<p>問 11 (3) : (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>【グループワーク・事例検討会方式の採用】</p>		
<p>1、地域リハビリテーション広域支援センター南砺市民病院で、毎月医療や介護に関する研修会を開催している。 2、医師会地域医療連携部会で毎月グループワークとして困難事例を検討しています。</p>	<p>1、2002 年より地域リハビリとして開始した。研修会運営に当たって、市の多くの組織や専門職、行政の課題を確認し、その解決に資する内容の講演や研修及び事例紹介などを毎月 40～50 名の参加を得て実施。<u>毎回幹事会で反省や運営の協議を行い、医療・介護専門職の資質向上に努めている。</u>年 1 回は市民公開講座として行い、「市のまちづくり規範」に関する事例を取り上げ、<u>専門職や行政だけでなく住民とも共通認識に努めています。</u> 2、2014 年から毎月 40 名前後の医療・介護専門職等が参集します。熱心な医師の参加はあるが、意識の薄い医師の参加は不十分。市の各事業所に事例を依頼し、<u>満遍なく参加が得られています。</u>グループ毎にファシリテーターを指名し、<u>困難事例へ各専門職による解決策の協議がなされ、グループ毎に発表</u>することで、多くの工夫や知恵を共有できます。顔の見える関係構築だけでなく、お互いへの信頼や敬意が生まれる場にもなっています。</p>	<p>色々な地域で工夫や取組みがなされていると考えます。普及啓発するためには、ノウハウの集約と、事例から得られたその工夫などを冊子やパンフレットにまとめ、各地域にあった指導をしてもらえば良いと考えます。また、医師会員に在宅医療・介護連携の大切さや研修会の意義などを啓発してもらえればと思います。</p>
<p>医師会と歯科医師会の取組に由るところが多いが、多職種の研修では講義形式の研修だけではなく、グループワーク等少人数グループでの意見交換も必ず実施し、それぞれの職種の業務内容の理解、協力できる部分の確認、顔の見える関係づくりにつながっている。</p>	<p>より多くの職種が集まる研修会は、それぞれの職種への理解が深まり有意義ではあるが、意見交換の内容が広がりすぎてまとまらなくなるため、それらの研修の他に、「かかりつけ医と訪問看護師とケアマネジャー」「在宅歯科医療関係者とヘルパー」など <u>職種を絞った形の研修を実施</u>している。</p>	<p>研修は活発に行われている。これ以上の研修は現場の負担が多いため、今のところ外部からの支援は思いつかない。</p>
<p>【その他分類が難しいもの】</p>		
<p>多職種による事例検討会を実施し、横のつながりが強化できるようにした。また、主任ケアマネの会やリハ専門職など他機関と連携し、効果的な事業が実施できるようにした。</p>	<p><u>事業を実施する担当職員の業務量が増加</u>し、負担が大きい。</p>	<p>医療介護連携事業担当だけでなく、他機関と持ち回りで実施するなど、事務量の負担軽減ができると良いと思う。</p>
<p>医師会主催で多職種連携研修を行うと医師の参加が促進される 医師・看護師・歯科医師・薬剤師・ケアマネ等の従来の医療・介護連携推進の職種以外に、障害者部門の職種の参加も呼び掛けている</p>	<p>参加者の拡大は出来ているが、参加する人は固定化する傾向があり、参加しない人を参加に導く手法医療・介護分野と障害者部門の連携に関する温度差⇒<u>障害者部門にも研修や講演会に声かけ</u></p>	<p>研修に参加する医師やケアマネ等の専門職に対する公的な手当があるとよい(加算等)</p>

(キ) 地域住民への普及啓発

<p>問 12 (1) : 「 (キ) 地域住民への普及啓発」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること</p>	<p>問 12 (2) : (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対処した対策</p>	<p>問 12 (3) : (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>【寸劇方式の採用】</p>		
<p>チラシの配布や広報掲載だけでは、他人事で流されてしまうことが多い。 より身近に思ってもらえるように、講演会開催時に地域の医師や介護関係者、医療関係者に演劇を実施してもらう予定。</p>	<p>予算。地域支援事業枠での対応は総合事業の導入で限界がある。今回は、演劇に対する出演（練習や準備に多くの休日出勤を要した）については、<u>ボランティアで協力してもらった。</u> <u>ボランティアで何度も行うのは困難だが、1回で終了では効果が少ない。</u></p>	<p>講師の派遣や予算確保（助成事業等）</p>
<p>・在宅医療を知ってもらうための方法を地域ケア推進会議で話し合った。その方法として、ガイドブックの作製をし、医療機関や相談支援機関に配架する、市民向け講座の配布資料として使用することがあった。 また、在宅医療をわかりやすく伝える方法として地域ケア推進会議の構成部会員からなる劇団が立ち上がった。在宅医療サポートセンターがシナリオを作成し、市民向けの講演会の中で公演している。 ・在宅医療をテーマにした市民向け講演会を開催している。</p>	<p>・<u>ガイドブックの課題</u>：見る人が身近に感じられるガイドブック作成にあたり、地域ケア推進会議の構成部会（職能団体）や市内総合病院からの意見を反映。（9月発行）配架にあたっては市内全医療機関に配布した上で、協力してくださる機関に希望数を届けた。また、ガイドブックの内容啓発のために、ガイドブックの抜粋を記事にして、全戸配布の広報に掲載。（10月） ・<u>劇団の課題</u>：公演内容はアンケート結果から「わかりやすい」と評価を得ている。課題は、シナリオを作成できる人材や、多人数の専門職をコーディネートできる人材の確保。現時点では在宅医療サポートセンターが担っている。また、劇団員がボランティアのため活動資金が各々の持ち出しになっている。 ・<u>市民向け講演会の課題</u>：幅広い世代の参加者を集めるための広報の仕方を工夫している。今年は pichFM から誘いがあり広報に利用した。</p>	<p>近頃、マスメディアで在宅医療、ACP などについて取り上げている番組があるが、これらのテーマを継続的にメディアに載せることで幅広い人に関心を持ってもらえると思う。</p>

<p>問 12 (1) : 「 (キ) 地域住民への普及啓発」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること</p>	<p>問 12 (2) : (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対した対策</p>	<p>問 12 (3) : (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>【幅広い層を対象とするための工夫】</p>		
<p>地域住民への多面的な啓発活動 ①在宅療養ハンドブックの作成 ②学生を巻き込んだ地域住民向けのワークショップの開催 ③出前講座の実施 ④各種フォーラム等での講演</p>	<p>行政や多職種が住民向けに啓発を行っても、意識の高い住民しか耳を傾けてくれない(一部の高齢者しかフォーラム等に参加しない)。←特に在宅療養の支い手となる中高年は仕事が多忙なため。ただ、子ども世代の訴えかけには、中高年も耳を傾けてくれるので、<u>学生を巻き込んだワークショップを開催</u>することとした。それに向け、将来専門職を目指す <u>高校生向けに、まずは多職種の仕事や取り組みの講義を行っている(年 10 回程)→企画進行中</u></p>	<p>現在のところ、「②学生を巻き込んだ地域住民向けのワークショップの開催」の取り組みは市内 1 校に留まる。当該高校は、看護や医療職を目指す生徒のためのクラスがあるため(各学年に 1 クラス)、我々の取組に積極的に協力していただけたが(当該高校からしても、多職種の講義を受けることができ、直接話を聞けるというメリットがあるため)、他の学校にも広げようと思うと、教育現場の理解と協力が必要と感じる。</p>
<p>「在宅医療介護連携」「看取り」などというテーマで地域住民の方々へ講演会を行うと、関心のある方は自主的に参加されるが、それ以外の住民についてはチラシでは効果はあまり望めない為、老人クラブの会合で誘い合っでの参加を呼び掛けたり、在宅医療介護連携と関係の無い場所であえて話すことで、その分野に関心の無い方に周知するなど、直接的な広報活動を意識して行った。</p>	<p>関心の無い分野の広報活動や、講演会の呼び掛けは成果を得られないことは多いが、関心を持たれる方や今、まさに自分の家族や、知人等に在宅医療に関する問題が起こっている方などは真剣に話を聞かれる場合がある。毎年新しい話題を提供するよりも、「<u>またか</u>」と言われても在宅医療に関する話題は毎年、講演会や何かしらの<u>広報活動を繰り返し続ける</u>ことが大切。</p>	<p>今年度は町内回覧、広報折り込みによる各戸配布を行ったが、町内の店舗、企業等にチラシを置いてもらうなど、住民の目に留まる機会を増やし、周知できる機会を増やしていきたい。また、三師会の協力を得て、各医院、薬局などにも置いてもらえると良い。</p>
<p>終活支援ノート「人生いきいきノート」を作成した際(平成 30 年 7 月)、住民に広く周知するため、市長より記者発表を行った。それにより、地元の新聞やテレビ等でも取り上げられ、住民に対し広く周知を図ることができた。また、平成 30 年 7 月に開催した市民公開シンポジウム(医師会主催)においても、「終活」をテーマとしたことで、終活支援ノートを活用することのタイムリーな意識啓発に繋がった。客観的な評価として、今後、終活支援ノートを使用された方の感想や、関係者(地域包括支援センターやケアマネジャー)にもノートを活用している利用者の様子を聞き取るなどしていく予定。</p>	<p>終活支援ノートを活用しながら、アドバンスケアプランニングや、在宅医療・介護を視野に入れた人生の最期の迎え方・備えに関する、<u>住民への効果的な普及啓発の方法を見出すことが課題</u>である。 医師会等とも連携しながら、今後、ノートの内容の見直しを行っていくこととしている。</p>	<p>医療・介護、それぞれの従事者からの助言等や普及啓発の協力があれば、より効果的な普及、様々な視点からの事業展開ができるか。</p>

問 12 (1) : 「 (キ) 地域住民への普及啓発」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること	問 12 (2) : (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対処した対策	問 12 (3) : (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか
・最期のときに向けて、どう生活していきたいか思いを書き留めるツールがなく、また、家族等とそのことについて話し合える機会がなかったため、当市においてエンディングノートを作成し、配布を行った。 ・幅広く市民に活用してもらえるよう各関係部署や医療機関にもエンディングノートを設置、またホームページにおいてもダウンロードできるようにし、普及啓発に努めている。	・当市に即したエンディングノートをどのように作成していくか課題であった。そのため、 <u>在宅医療・介護連携推進協議会にて協議することで市民が書きやすいエンディングノートの作成を行うことができた。</u>	・他市町で実施されている普及啓発について情報提供があると参考になると考える。
【その他分類が難しいもの】		
毎年定住自立圏で、啓発講演会を開催している。またその講演会の P R を通じて、地元住民にも在宅医療介護連携をアピールしている。	村は遠方の為、参加者が少ない。そのため <u>会場までの送迎バス</u> を出した。(会場まで車で片道 1 時間かかる)	市町村の規模ごとに評価されるようなしくみがあればうれしい。
平成 2 9 年度より、6 5 歳前後以上の方を対象に、短期型 (7 回コース) の医療・介護講座を開始した。病気になっても介護が必要な状態になっても、その時の状態に備えて知恵袋を持っておく必要があると考え、介護保険制度の説明や利用出来るサービス内容、各医療・介護事業所のスタッフからのお話なども盛り込み、質問に対しては個別に対応するなど、行っている。パンフレットも配布・活用している。	参加者が一部の限定した方々に固まってしまう。 地域の柱となる有識者の方々にも、在宅医療や在宅介護について啓発をしていく必要があり、多職種連携研修会に、 <u>まず民生委員児童委員の参加を促進</u> 始めた。	先進地事例の提供
地域づくり協議会や公民館に依頼し「人口減少と高齢者への対応」のテーマで研修を行い、課題提供を行っている。	<u>3 地区で地域支え合い仕組みづくり検討委員</u> がつくり、地域での支え合いの検討が始まった。	好事例紹介。地域でのコーディネーターの役割を果たせる人材確保。共生社会が具体的にイメージできるような事例提供 (同規模)
人口の少ない町の住民も参加しやすいように、開催地区を変えて人口の少ない町でも講演会を実施したため多くの町民が参加できた。	従来実施していた地区の住民の参加が少なかったが、 <u>開催頻度を増やす等</u> で対応した。	県で実施する関連事業も、人口規模の小さい町で実施する等の対応をしてほしい。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

問 13 (1) : 「 (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること	問 13 (2) : (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対処した対策	問 13 (3) : (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか
四日市医師会が開催する地域連携室連絡会へ参加している。 数多い議題の中で、毎回、医療と介護の連携について議論されることがあり、そこでの議題を当町のケア会議に持ち帰り、当町の規模で取り組めることなどの見直しや検討を行っている。	特になし	特になし
・管内中核市が中心となり、定期的に協議会、ワーキンググループが開催されている。在宅部会の医師会理事も参加されており、医師との連携の場になっている。	自治体単位になると、 <u>特に医師との連携が機能しづらい。</u>	在宅部会の医師会理事の協力。

<p>問 13 (1) : 「 (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していること</p>	<p>問 13 (2) : (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対した対策</p>	<p>問 13 (3) : (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか</p>
<p>7 市町村合同と医師会で、在宅医療・介護連携支援センターを設置している。</p>	<p>各市町村から職員の派遣 専門職の配置（看護師、MSW）。センター雇用・7市町村で在宅医療・介護連携支援センターが活用されやすいように、設置場所を中間地点にした。</p>	<p>医師会・7市町村の連携・協力</p>

第3章

現地訪問調査

1. 京都府綾部市

綾部市 ★ここがポイント★

「連携推進に『在宅療養コーディネーター』が大活躍」

1. 在宅療養コーディネーターの活躍

府事業を活用したコーディネーターの養成とともに、各職能団体にコーディネーターの「コアメンバー」を配置し、コアメンバーが市の事業運営に大きく関わる仕組みを構築。研修会などの様々な事業展開が実現

2. 多職種研修会の開催・運営

薬剤師、歯科医師、リハ専門職など、多くの医療職を含めた連携体制を構築。

3. 地域課題の的確な抽出と対応実践

住民向け講演会、研修会時にアンケート、ヒアリングを行うなど、時機をとらえた課題抽出を実施。

◆ 自治体の状況

総人口	33,821 人			 <p>国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成</p>
平均年齢	51.7 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	12,448 人			
高齢化率	36.8%（全国平均 25.6%）			
面積	347.1 km ²			
人口密度	97.4 人/km ² （全国平均 340.8 人/km ² ）			
要介護認定者	2,079 人			
施設数	病院	3 箇所	訪問介護事業所	11 箇所
	診療所	21 箇所	訪問看護ステーション	3 箇所
	歯科診療所	14 箇所	特別養護老人ホーム	4 箇所
	地域包括支援センター	4 箇所	介護老人保健施設	2 箇所
	居宅介護支援事業所	15 箇所	介護療養型医療施設	0 箇所
	薬局	7 箇所		
その他	京都府の中央北寄りに位置する田園都市。昭和 31 年以降の市町村合併はない。			

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、医療機関・施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システム及び自治体等からの情報による

(1) 地域包括ケアに関する取組の背景・概要

<背景>

- 人口は約 3.3 万人であるが、他の自治体同様当市も人口は減り続けている。高齢人口も平成 28 年度をピークに減っているが、75 歳以上人口についてはまだ増加している。一方で高齢化率は 40%に近づいている状況。
- 住民の高齢化の進展と医療・福祉・介護人材の高齢化により、社会資源を担う人材が少なくなっている。人材確保に関しては、生産人口が減少していく中で、修学資金の助成や I ターン・U ターン介護職員の家賃補助などの取組みを行っているが、苦慮している。また、地理的には山間地域を含む広い市域であり、公共交通機関などの移動手段は限られている。

<医療・介護提供体制>

- 医療提供体制について、診療科目によっては市外受診となり、通院に 1 時間ほどかかる。訪問看護人材が不足し、募集しても集まらない。ドクターヘリの要請が隣市に比べ多く、在宅診療医も不足、高齢化している。市域の広さに比して医療機関、歯科診療所、薬局が少ない。
- 保健所の所管が、綾部市と隣の舞鶴市のエリアで中丹東保健所となる。もう 1 つ西側に福知山市があり、この綾部市、舞鶴市、福知山市の 3 市が医療圏として中丹医療圏となっている。他市で入院した市民がまた戻ってくるなど、患者の行き来も相応にある。



(2) 地域ニーズの把握・地域診断

- 市内で開催されている多職種研修会時、また住民向け講演会・学習会時にアンケートを実施し、参加者のニーズや希望についてまとめた。また、多職種研修会等、関係職種が集まる場で地域課題等について直接聞き取りを行った。（多職種研修会や住民向け講演会・学習会について詳細は後述）
- アンケートや聞き取りにより把握された課題、および対応は下記の通りである。

課題	対応
① 顔の見える関係づくりが不十分	特定職種の専門職が中丹医療圏域で集まるといったことはあるが、綾部市での連携については少なく市内の情報交換の場所が欲しいという意見が聞かれた。本課題は、多職種研修会のテーマとして取り上げた。

課題	対応
② ACP の啓発不足や在宅療養の実際についての住民の知識不足	元々の土地柄か、最期をどう迎えるかを話題に出すことにあまり積極的でないように思われた。しかし実際にアンケートでは自宅で最期を迎えたいという意見が多く、また、本人が希望していなかった家族の意向で胃ろうが造設されてしまったなどの相談も実際には聞かれていたため、元気なうちから話し合うことは重要だという考えに至った。ここから、住民向けの講演会・学習会が必要と考え、取組を開始した。
③ 医療・介護資源の実情の把握と情報共有不足	市内で、高齢者に提供可能な医療管理の内容を整理・把握し、マップ化した（麻薬処方医師の把握、胃ろう・在宅酸素療法が可能な医療機関の把握、介護老人保健施設でどこまで薬剤管理が可能かの聞き取り、訪問薬剤師の業務内容の把握等） なお、聞き取った麻薬処方や訪問薬剤師の業務内容については、医療機関の情報が氾濫しないように専門職に情報提供を行うこととした。
④ 今後の医療介護の情勢について、職種により認識が相違	国のセミナー等での情報を共有し活動の方向性を統一化した。
⑤ 多職種による連携体制不十分	在宅療養コーディネーターの会議に三師会、介護支援専門員、訪問看護師、リハビリ専門職にも参加を依頼。 栄養士にも、お互いに相談がしやすくなるよう、在宅療養コーディネーターのフォローアップ研修に参加を依頼した。

- 課題抽出や対応策の検討にあたっては「できないこと」を探すのではなく、できそうなこと、自分の強味を見つけることを念頭に、多職種で協議を進めるよう意識した。

(3) 医療・介護連携の状況

<府の「在宅療養コーディネーター研修」をきっかけとした多職種連携の推進>

- 平成24年度に京都府で開催された在宅療養コーディネーターの研修で、医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネ協議会の代表、訪問看護ステーションの代表の方などが参加する中に市の担当者も出席し、その中でグループワーク等も含めて研修を受けたことで、横のつながりを築くことができた。
- これをきっかけに研修を受けた者同士で何かできないかという相談を進める中で、様々な取組が展開されている。研修前後の取組の実施概要は下記の通りである。

【医療・介護連携に関する取組の沿革】

年度	実施概要
平成 20 年度 ～24 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 20 年から、医師会では在宅医療システムの構築の取組を実践。 ・綾部市では平成 23～24 年度に医療・介護の専門職を対象に「看取り」に関するアンケートを実施し、終末期医療の意思表示の重要性を認識。
平成 24 年度	<p>京都府が「在宅療養コーディネーター養成研修」を実施。受講した医師会、歯科医師会、訪問看護、介護支援専門員会、行政が各種取組に着手。</p> <p>京都府では 4～5 人が都道府県リーダーとなり、在宅療養コーディネーター養成研修の講師として活動。なお、在宅療養コーディネーターのフォローアップ研修会も別途開催されている。</p>
平成 25 年度	<ul style="list-style-type: none"> ・研修参加者による「在宅療養コーディネーター会議」を実施。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>【在宅療養コーディネーター会議】市内の医療・介護の状況について、多職種での現状把握と課題の整理を行うことを目的にスタート。現在はコアメンバー（医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護・介護支援専門員・リハ専門職・市）で会議を開催し活動計画や課題について解決策含めて検討。年間 3 回程度の会議開催。</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ・また、8 月に医師会、ケアマネ協議会の呼びかけで、在宅療養コーディネーターたちの協力も得て、市内の医療機関や介護事業者に参加をいただき多職種の学習会を開催。 その際、介護職員に医療の知識を持っていただくと連携がしやすくなるのではとの提案をいただいた。
平成 27 年度	<p>学習会の意見を踏まえ、医師会発案で学習会の提案をしていただき、介護職を含めた多職種を対象に医療知識を高めてもらうための定例的な勉強会を開催してもらった。</p>
平成 29 年度	<p>市民にも、今の市の現状や今後の自分たちの生活について考えていただくきっかけが必要だろうということで、市民向けの講演会を実施。</p>

- 上記などにより、在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）までの取組は全てを実施できている。全取組を実現できた要因としては、在宅療養コーディネーターを中心として、医師会の主導で事業を進めていただいたことが大きかった。
- また、年々顔の見える関係づくりを重ねてきたこと、地域課題の検討のために定期的に在宅療養コーディネーターが集まって会議を重ねる中で、綾部市に必要なこと、その実現のため必要な取組を提案いただき、さらにそれを関係者の力で形にしていくという取組が継続されたことも大きな要因となっている。
- 行政主導ではなく、医師会をはじめとする三師会の呼びかけで開催すると、多職種・住民とも積極的に出席する傾向がみられる（医師会の呼びかけで出席者が増える）。住民も、身近な医師の話の聞ける機会は貴重と考えていると思われる。行政は意識的に後方からのかかわりを持つようにしている。

<在宅療養コーディネーターの概況・活動状況>

- 府全体では、在宅療養コーディネーター研修受講者は613名の見込み（年度末）。綾部市では前述の在宅医療・介護連携推進事業の各種事業でコーディネーターを活用している。本市の研修受講者は全員で18人となっている。
- 職種は医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（2名）、市の保健師、理学療法士の計8人がコアメンバーで、全員では18人となる。企画運営などの会議については、それぞれの職域の代表者がコアメンバーとなり協議をする。
- 具体的な活動内容は以下などがある。

- ◆年度当初に毎年会議を開き、年間計画を立案。前年度から引き続きで大体アウトラインはあり、これをもとに作成する。
- ◆夏は多職種協働の学習会を開催する。テーマは毎回決めており、平成30年度は地域リハビリというテーマにして、29年度からコーディネーターになっていただいた理学療法士に活躍いただいた。企画運営段階から医師会が多く関わっており、市は事務的な部分を担う。これは顔の見える関係性構築に向け、多職種で集まる会合としている。そのほかのこれまでのテーマとしては、脳卒中や認知症、ACPに関することなど多様である。毎回50人前後の参加がある。
- ◆冬は住民向けに在宅療養を考えるということで、色々なところから講師の先生に来ていただいてお話をいただく。例えば薬剤師にお薬の話をしていただくなど。会によりばらつくが、広報に力を入れた際には100人の参加があったこともある。また、その中で、介護事業所の職員に医療の要素をということで、水曜日の夜間に年間3回の学習会を開催している。

- 住民向けの講演会は、自治会や民生委員にも声はかけているが、強制という形はとっていない。我が事として来ていただいている方のほうが関心もあり、1回聴いた方が他の方にもどんどんお声かけをいただく、少しずつ広めていくという形をとっている。広報もしているが、すぐに多くの人にはなかなか集まらない。

<在宅療養コーディネーターの事業継続性の担保>

- 各団体から在宅療養コーディネーターのコアメンバーとして初めて活動する方は、必ずしも地域の状況に明るい方ばかりではない。このため、まずは地域の現状やコアメンバーの活動を十分説明するが、説明、理解に時間がかかるケースも多い。こうした地域の現状等はコアメンバーだけが知っていればよいと認識されている場合も多いので、いざコアメンバーになった際は、コアメンバーとは何か、何をする人なのかの理解からスタートすることもある。
- このように、職域代表のコアメンバー交代があっても引き継ぎができるように仕組みを作っている。例えば、コアメンバーが役員改選等の理由で変わる際は、1年かけて引き継ぎをしていただく。会議に出てきてもらう前に、前任者からの説明をしっかりしていただくとともに、冬場に府主催で開催される在宅療養コーディネーターのフォローアップ研修までは、前任者にもフォローをしていただく形としている。

いきなりコアメンバーになると何をしていたか分からなくなる。

- なお、コアメンバーは3～5年程度の任期を想定している。

<多職種研修会の効果・課題>

- 薬剤師、歯科医師がメインで勉強会を開催することなどもあるが、顔が見えるようになることで、認知症患者に薬を毎日薬局が届けているところをヘルパーに持ってもらうようになった、などがある。このような小さなことでも、課題や対応策はないかということを経験の場で多職種で検討いただいている。薬剤師等医療職が研修に入ることで、介護職だけでは見えない課題、視点が加わることも大きい。
- 参加者は概ね決まった方になりつつあるので、新たな方の参加をどう促すかが課題となっている。現在、原則土曜午後の開催としているが、業務都合等で出席が難しい方のために別曜日・時間での開催も考えている。
- リハビリ専門職との連携については、コアメンバーの会議でも委員から必要性が指摘されていたため、舞鶴赤十字病院内（同一医療圏の他市）にある京都府の中丹東圏域リハビリテーション支援センターと、29年度から色々な相談をさせていただき、そこから圏域のリハビリ専門職につないでもらう形となっている。
- 当初は会議の場では会っても、具体的にお互いの事業所が何をしているか、細かいことは見えていなかったが、徐々に詳細も分かるようになり、あの施設はこういう特色がある、このような勤務体制であるといった情報交換もできるようになった。

<在宅医療・介護連携を進めるにあたり設定した目標・指標>

- 当初設定した目的は以下の内容である。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①市域での現状をそれぞれの団体で理解し、職能団体として協力が得られる②お互いの職域の業務内容がイメージできる③介護の職種について違いがわかる④顔の見える関係性づくりができ、連絡のやり取りがしやすくなる⑤市域としてどのような課題があるか等広い視点をそれぞれに持つことができる⑥多職種向け学習会を開催し年々市内の医療介護関係者の関心が高まる |
|---|

- 明確な評価指標は設定していないが、上記①、②については在宅療養コーディネーターのコアメンバーから、会議の場などで意見をいただいている。また、③～⑥については多職種研修会の参加者数や関心の様子、研修会後のアンケート結果も活用して進捗の程度をみている。
- 指標については、国の在宅医療・介護連携推進事業の手引きに示されている指標や保険者機能強化推進交付金の評価項目など参考となりうるものもあるが、地域差が

ある中で一律に指標を決めることの難しさも感じられる。

- 各市町村で何を評価すべきか、外部の方と相談する中で見えてくることもあるし、国や府県が期待していることの実現のためにどのような方法をとらうかなどについても、府県と相談できる機会があるとよい。

（４）複数の自治体を含む広域連携の状況

<会議を通じた圏域内他自治体との情報共有>

- 中丹東保健所圏域・中丹西保健所圏域で開催されている保健所主催の会議へ出席している。当会議は在宅医療・介護連携や総合事業などを含め、中丹圏域の自治体で地域包括ケアシステムに関する情報共有・検討を目的として開催されているもの。
- きっかけは、市内のみに目を向けていては市内の課題に気づかないこともあるのでは、他市・他府県の活動も参考にすることで当市の活動の方向性を広い視点で改めて考えていくことも重要では、との意見が在宅療養コーディネーター会議の中で出されたこと。

<効果>

- 他市の状況がわかることで、一緒に考えていく事ができるようになった。他市の職能団体の方と意見交換や情報交換ができるようになってきている。

（５）国や県、地方厚生局に望む支援

<在宅医療・介護連携推進事業の目指すところ、評価指標等の検討支援>

- （ア）～（ク）の取組について、どこまでやればいいのか、自分たちがやっている取組の方向性は間違っていないか、不十分ではないかというところを、自分たちだけで検討・評価していくことには若干懸念がある。客観的な相談ができることが望ましい。
- 具体的には、活動のPDCAサイクルの中で、その時その時の評価・見直しの視点と気づきをもらえるとよい。市内関係団体だけでは気づきにくい部分があると思われる。また、具体的な活動内容や年次計画、事業の方向性等についても相談できると望ましい。
- 人材資源や地域資源の少ない状況の中、これを補うための工夫の仕方や、将来的な事業展開を考えるにあたっての指標等参考になるものも一緒に検討できるとよい。

<他自治体の事例等の情報提供>

- 人口や社会資源等が類似している他自治体のノウハウが聞ける所があればよい。厚生労働省主催の「在宅医療・介護連携推進事業 プラン作成強化セミナー」は大変参

考になった。

- 在宅療養コーディネーターの活動を行っているところの事例も聞けると参考になる。

委員の意見・コメント

《特に高い効果がみられたと考えること》

- 京都府が養成した在宅医療コーディネーターが各職能団体に複数おり、団体を代表する在宅医療コーディネーターのコアメンバーが中心となりアからクの事業をおこなっていた。職能団体ごとに課題抽出を行い、その結果をもとにコアメンバーの会議が実際の企画を立てていくという形になっていた。その中で介護職の中に医療に対する苦手意識があるとの課題を見出し年4回の介護職向けの学習会を企画するに至った。
- 多職種連携研修ではワールドカフェ方式で行うことで、多職種の顔の見える関係づくりに成功している。住民向けの講演会では自治会や民生委員を通し声掛けを行っている。これらの研修を通しケアマネと医師、薬局、ヘルパーとの連携が進んできている。

《どうして高い効果が生まれたと考えられるか》

- 京都府が在宅療養コーディネーターを養成しており綾部市には18名在籍。各職能団体、行政の代表の在宅療養コーディネーターがそのコアメンバーとなり会議を行い課題抽出、研修などの企画、立案を行っている。
- 在宅療養コーディネーターが各職能団体からだけでなく、病院看護師からも地域包括ケアに対する意見を聞くことを行っている。また医師会の中に非常に協力的な医師がいた。
- コアメンバーのひきつぎには1年程度の期間をかけることで継続した取組が可能となるように工夫されていた。

《事業推進における課題や対応策》

- 参加者は同じ顔ぶれになりがちでありその他のひとをどのように参加してもらうようにするか。アからクについて取り組むことはできているがその方向性が正しいか、また行ったことをどう評価するか、何を指標として評価するかについては自分たちだけで行うことは困難と考えられていた。
- 在宅医療・介護連携推進事業ではないが24時間の巡回訪問介護がない、一か所あたりの訪問看護ステーションの人数が少なく訪問看護の24時間対応が困難との課題があげられていた。

《望ましい支援内容》

- 行っている事業の取り組みに方向性が正しいかの判断、必要な場合は修正
- どう評価するか、何を指標とするかについての考え方などについてのアドバイス

《その他》

- 京都府が養成した在宅療養コーディネーターが活躍しており、大変有意義なものとなっている。在宅医療に対し熱心な行政職員、医師会医師がいたことが取り組みが順調に進んでいる大きな要因と考えられた。
- 事業の評価、評価指標の立案は外部の手助けが必要と思われる、これは多くの自治体に共通して言えることだと思われた。

2. 奈良県宇陀市

宇陀市 ★ここがポイント★

「医療介護あんしんセンターを中心とした連携構築」

1. 「宇陀市医療介護あんしんセンター」による様々な取組

在宅医療・介護連携推進事業と地域包括支援センターの機能を一手に担うあんしんセンターが、多職種の連携構築、相談対応等に大きな役割を担う。

2. 宇陀市立病院による地域医療・在宅医療の強力な支援

急性期から方針を変え、地域包括ケア病棟の整備、院長自らの地域ケア会議への参画等、ソフト・ハード両面から在宅医療を支えている。

◆ 自治体の状況

総人口	31,105 人		 <p>国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成</p>	
平均年齢	52.4 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	11,386 人			
高齢化率	36.6%（全国平均 25.6%）			
面積	247.5 km ²			
人口密度	125.7 人/km ² （全国平均 340.8 人/km ² ）			
要介護認定者	1,717 人			
施設数	病院	2 箇所	訪問介護事業所	12 箇所
	診療所	17 箇所	訪問看護ステーション	3 箇所
	歯科診療所	14 箇所	特別養護老人ホーム	7 箇所
	地域包括支援センター	1 箇所	介護老人保健施設	1 箇所
	居宅介護支援事業所	18 箇所	介護療養型医療施設	0 箇所
	薬局	11 箇所		
その他	奈良県の北東部に位置し、一部三重県に接する。			

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、医療機関・施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システム及び自治体等からの情報による

（1）地域包括ケアに関する取組の背景・概要

＜市の医療提供体制＞

- 市内の有床医療機関としては、市立病院の他に療養型が 1 か所。市立病院と機能が競合することはなく、市立病院から整形外科医を派遣したり、逆に言語聴覚士を派遣してもらったりと協力関係にある。
- 医師不足が非常に大きな課題となっている。高齢化が進み、従来から往診などを行ってきた高齢医師の引退や逝去により、診療所の廃業が立て続けに起こっている。
- 薬剤師について、平成 25 年時点では訪問薬剤指導を行う薬局はなかったが、現在は市内 5 か所の薬局が対応。認知症や高齢で薬剤管理ができない方に訪問して薬の飲み方や飲み合わせを指導してくれている。薬剤師会でも、訪問薬剤指導の研修等を行い、多職種の会議、交流会参加を通じて、在宅療養の必要性が薬剤師にも認識されるようになった。
- 訪問看護ステーションは 24 時間対応。3 事業所あり、合計で看護師 30 人程度。退職後にパートタイムで働く看護師もいるが、それでも看護師不足は深刻。また、うち 1 つの事業所では看護師 3 人が 70 歳代である。
- 宇陀地区医師会には、市の一般財源から数十万円の運営費補助が出ている。医師会事務所も、市立病院の一角にある。

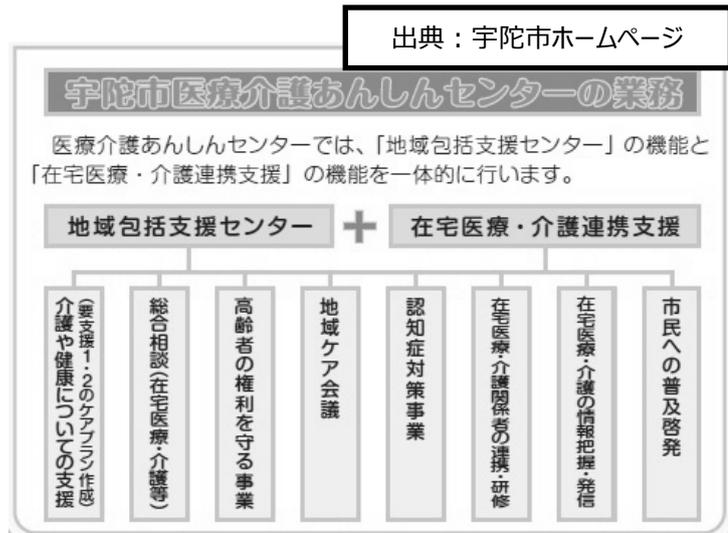
＜宇陀市立病院の役割＞

- 市立病院は地域包括ケア病棟を 2 病棟整備し、急性期重視からの方向転換を進めている。一方医師不足は深刻で、平成 29 年度から市長発案で、医師不足解消のプロジェクトチーム、奈良県立医大での寄付講座を立ち上げた。
- 市立病院の院長自ら地域ケア会議にも参加しており、地域医療に積極的に関与している。院長の積極的な姿勢は、連携に大きく貢献している。地区医師会の各医師を院長が一軒ずつ訪問してくれた。また、市内で認知症診断できる病院が無いという話から、奈良医大からの精神科医派遣を院長が調整し、そのおかげで認知症初期集中支援チームが立ちあがったなどの成果もあった。
- 訪問診療に関しては、開業医から市立病院に患者を紹介すると、退院後も市立病院がかりつけ医となることが懸念され、訪問診療は開業医の役割として整理がなされた。

＜宇陀市医療介護あんしんセンター（以下、「あんしんセンター」）の役割・体制＞

- 平成 25 年度に策定した「健幸都市“ウェルネスシティ宇陀市”構想」で立てた宇陀市地域包括ケアシステム全体構想において、医療介護連携の強化を柱として設定した。連携強化策の一つとして、もともと医療に関する相談も受け付けていた地域包括支援センターの業務に在宅医療・介護連携支援の機能を盛り込み、新たにあんしんセンターを設置することとなった。

- 地域包括支援センターは社協に委託していたが、あんしんセンター設置に当たり、市直営に戻すことにした。所在地も市の中心部からは離れていたが、医療との連携を強めるために、市立病院の近隣に場所を移動した。



- 職員は、保健師3名、看護師3名、社会福祉士3名、主任ケアマネジャー4名であり、全員が交代で相談対応も行っている。相談件数は、委託運営の頃は600~700件だったものが、市直営にしてから1000件超に増えた。特に認知症に関する相談は3倍程度と大幅増で、医療に関する相談も増えている。

<あんしんセンターの役割>

- 13名の専門職スタッフ（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）が市民の相談に対応している。最初は、介護の相談として来所された相談を聞きこんでいくと、医療の必要がある場合も多く、医療相談に変わるケースもあるため、幅広い相談に対応できるように専門職全員が当番制で相談対応を行っている。
- 従来から地域包括ケアセンターとして、ケアマネジャーやデイサービス、訪問介護など各職種の担当者会を定期的に開催し、情報交換している。また、訪問看護師とヘルパーが、痰の吸引などの勉強会をきっかけに連絡会を開始し始めたこと、医療・介護の多職種連携について、「宇陀多職種連携の会」（UTR）を立ち上げ、研修や事例検討を定期的実施している。この会には、市立病院や入院医療機関の医師、訪問診療を実施する地区医師会医師や看護師も参加しており、それぞれの職種が問題意識を持ち、地域包括ケアセンターが連携の機会を提供して来たこともあり、医療・介護間の多職種の顔の見える関係づくりが深まっている。

（2）地域ニーズの把握・地域診断

<課題抽出、データ分析について>

- 定量的な評価指標としては、在宅死亡率、在宅ターミナルケア加算の算定者数を主に使用。在宅死亡率は奈良県内で上位に位置している。また、在宅ターミナルケア加算の算定は平成25年度と比較して、平成29年度は倍以上に増加している。
- 「広島県における地域包括ケアシステムの評価指標」も活用している（下図参照）。当市では介護老人福祉施設を新設しても人材不足でオープンできないなどの

状況から、市内の介護老人福祉施設では外国人の研修受け入れも進んでいる。また、早朝や夜間の介護サービスが実施できていないなどから、「介護」の採点は低い。市直営で地域包括支援センターを運営するなど行政の関与に関する項目は高得点で、専門職関係機関のネットワークは満点であった。

定量的評価		定性的評価【評価の視点】		評価点						
評価項目		評価内容		評価点						
市町村	住民生活の向上・健康増進・生活の質の向上・高齢者の生活の安定・介護負担の軽減・地域包括ケアシステムの推進	定量的評価【評価の視点】	定性的評価【評価の視点】	評価項目	評価点					
						医療	在宅医療・在宅介護・在宅ケアの推進【評価の視点】	医療	医療	5点
						介護	介護サービスの提供【評価の視点】	介護	介護	5点
						予防	予防医療の推進【評価の視点】	予防	予防	5点
						福祉	福祉サービスの提供【評価の視点】	福祉	福祉	5点
						その他	その他【評価の視点】	その他	その他	5点
						医療	在宅医療・在宅介護・在宅ケアの推進【評価の視点】	医療	在宅医療・在宅介護・在宅ケアの推進【評価の視点】	5点
						介護	介護サービスの提供【評価の視点】	介護	介護サービスの提供【評価の視点】	5点
						予防	予防医療の推進【評価の視点】	予防	予防医療の推進【評価の視点】	5点
						福祉	福祉サービスの提供【評価の視点】	福祉	福祉サービスの提供【評価の視点】	5点
						その他	その他【評価の視点】	その他	その他【評価の視点】	5点
						専門職関係機関のネットワーク	専門職関係機関のネットワーク【評価の視点】	専門職関係機関のネットワーク	専門職関係機関のネットワーク【評価の視点】	5点

- 平成 27 年度、医療介護あんしんセンター設立当時、奈良県の「地域包括ケア全体構想補助金」を活用し、地域包括ケアシステムの目指す方向性を検討するため大規模な課題抽出のための調査を行った。この調査と分析にあたっては、保健所の協力を得た。県の補助金を活用し、調査費用及びパンフレット作り、多職種交流の場作りに役立てた。

<事業評価>

- 各種事業に対する住民評価として、住民向けアンケートを行っており、再度の実施の必要性も感じている。
- また、地域医療の改革を行う中で、医師への聞き取り調査を行っている。医師の高齢化により地域医療は危機的状況。60 歳代が中心で、90 歳代も多い。こうした状況を踏まえて、地域医療の基盤整備を進めたい。
- (ア) ~ (ク) の各事業の進捗状況の確認について、今年度は、平成 25 年度から行ってきた施策について振り返りを行い、達成した目標、解決した課題、これから解決すべき課題を洗い出している。その中で「あんしん手帳」(後述)のニーズも抽出されるなど、具体的な事業の見直しもつながっている。

(3) 医療・介護連携の状況

- 医療・介護連携に関しては、以下の取組が進められている。

取組	概要												
退院支援 ルール策定	<ul style="list-style-type: none"> ■ 自宅での介護体制が整っていないまま退院する事例が多く、患者から「強制的に退院させられた」等の不満を聞くケースがあった。 ■ 医療・介護連携による退院支援の必要性を感じ、平成 27 年度に奈良県のモデル事業で、保健所と東和医療圏の市町村、医療機関、地域包括支援センター、ケアマネジャーで退院支援ルールを作成、運用した。 ■ ルールは退院 5 日前までに医療機関から地域包括支援センターに退院予定日を連絡し、予定日までにケアマネジャーが介護事業者等と調整を行い、地域での受け入れ体制を整備するもの。本モデルは現在、奈良県全体で採用されている。 												
在宅療養 支援	<ul style="list-style-type: none"> ■ 末期がんの在宅療養者が増加し、入院や退院時の切れ目ない連携や日常の療養支援の重要性が増している。在宅療養者は誤嚥性肺炎で入退院を繰り返すことも多い。 ■ 診療報酬の改正により、年々急性期における入院期間は短縮されているが、高齢者の場合、リハビリが進まない、また、体力が十分に回復しないまま退院することで、機能低下により、要介護状態に陥ってしまう事例が多かった。 ■ このため、宇陀市立病院の地域包括ケア病棟（2 棟）を設立し、治療後最大 60 日間リハビリ、療養をしてから退院するという流れを作った。医療必要度が高い人は介護施設で受け入れることが難しいケースも多く、在宅療養で家族が疲弊することも多いため、家族支援も重要であることから、地域包括ケア病棟ではレスパイト入院も受け入れている。 ■ また、在宅療養における市立病院と開業医との連携強化のため、病診連携懇話会を開催。開業医からは、在宅患者の容態急変時の受入体制整備、開業医から病院への検査オーダーの簡便化、迅速化などの要望が出た。 												
情報共有 ツールの作成	<ul style="list-style-type: none"> ■ 病診連携懇話会での議論が、ICT による情報共有システム導入にもつながった。お薬手帳を何枚も持つ高齢者がいる等の状況が指摘され、ICT による服薬情報の一元管理が必要との議論があった中、県地域医療連携課から平成 28 年度に ICT による医療情報連携モデル事業の声掛けがあり、応募したところ採択された。平成 30 年度中に導入開始予定で、2 月から研修を実施する。 ■ 病院と診療所との間では、患者の基本情報や検査結果を共有するシステムがあり、市立病院と開業医とが相互に情報照会できる。情報共有に同意して登録している住民は現在 1900 人（目標 8000 人）。県から構築資金として 8000 万円の補助金を受けた。運営費の補助は無いため運営費の 3 分の 2 は市から拠出し、またシステム利用者の参加費も財源としている。（年間の参加費は以下） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">開業医</td> <td style="width: 25%;">5500 円</td> <td style="width: 50%;">介護事業所</td> <td style="width: 25%;">3000 円</td> </tr> <tr> <td>薬局</td> <td>3500 円</td> <td>市立病院</td> <td>数十万円</td> </tr> <tr> <td>訪問看護事業所</td> <td>3500 円</td> <td>中核病院</td> <td>数万円</td> </tr> </tbody> </table>	開業医	5500 円	介護事業所	3000 円	薬局	3500 円	市立病院	数十万円	訪問看護事業所	3500 円	中核病院	数万円
開業医	5500 円	介護事業所	3000 円										
薬局	3500 円	市立病院	数十万円										
訪問看護事業所	3500 円	中核病院	数万円										

取組	概要
	<ul style="list-style-type: none"> ■ レセプトコンピュータから自動でデータ収集が行われるため難しいスキルは不要だが、パソコンに拒否感がある開業医もあり、今後の課題である。 ■ 現在、開業医のうち12か所が参加している。参加していない3か所は、医師が高齢でパソコン操作が難しいなどの理由。医療機関だけでなく、訪問看護事業者や介護事業者、薬局も閲覧でき、全部合わせると参加率は7割程度。 <p>(アナログな情報共有ツールの作成)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 情報共有ツール「私のあんしん手帳」や、手帳や診察券など、関連書類がまとめて保管できる「宇陀市あんしんファイル」を作成し、民生委員やケアマネジャーを通じて高齢者に配布した。ただ配るだけでは活用されないので、配布時に実際に記入を支援して、使用を促進している。ファイルにはケアマネジャーの名刺を挟み、緊急入院した際でも担当ケアマネジャーと医療機関がスムーズに連携できるようにしている。 ■ 私のあんしん手帳は滋賀県薬剤師会のもを手本に、たたき台を作り、各種会議で多職種の意見を募り、改定を進めた。
多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> ■ 病診連携懇話会の他にも、医療・介護の多職種による事例検討会、医療・介護連携シンポジウム、宇陀在宅医療を推進する会の研修会など、多職種が顔の見える関係を築く機会を多数設けている。 ■ ICTによる情報共有ツール導入に際しても、多職種による意見交換会を何度も開催した。救急搬送時に既往歴や薬歴が分かると良い、きざみ食等の指示に写真を添付できると良い、補助食の情報や、リハ職からの指示（立たせ方等）等、紙ベースでは伝わりにくい情報を動画や写真を使って共有できないか、どの薬を飲ませれば良いか薬局からの指示があれば分かりやすいといった、様々な提案があった。現場で意見を聞くことは重要である。 ■ 意見交換会には医師も看護師もヘルパーも参加するため、顔の見える関係作りにつながった。医療介護あんしんセンターができたことで、多職種会議が増え、関係構築が進んだという評価を現場から受けている。医療介護あんしんセンターの提案で、福祉用具、住宅改修事業所や介護タクシー事業所も参加した。

- また、在宅医療・介護連携推進事業に関連する取組としては、以下のものが挙げられた。

取組	概要
住民への啓発	<ul style="list-style-type: none"> ■ 看取りをテーマに市民向けの講演会を開催している。 ■ 宇陀市ではほぼ全戸でCATVに加入しているため、CATVの番組でも在宅看取りについての啓発を行っている。 ■ 独居高齢者の家族は、県外にいるケースが多い。東京、大阪、九州にいる子どもも多く、帰ってきた限られたタイミングでケアマネジャーが相談を進めている。長い間離れていると、介護は行政の仕事だと認識しているケースも多い。40歳代だと、行政で何とかしてくださいという反応が増えている。

取組	概要
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 住民の意識について、現在、病院で死ぬのが当たり前という意識は強い。ただ、診療報酬改定の影響で末期がん患者が在宅に帰ってくるケースが増えている。多職種間の連携及び地域の協力で、独居であっても最後まで在宅で暮らせるよう工夫している。 ■ 医療依存度が高くても在宅看取り可能だということを、住民以上に、専門職に啓発する必要がある。看取り期を経験していない専門職は躊躇するが、研修参加や在宅看取りの経験で変わる。市内の訪問看護ステーションが積極的に取り組んでいる。
人材育成について	<ul style="list-style-type: none"> ■ 今年、医療介護あんしんセンターに入職した保健師は行政で働くことも初めてであり、県の新任研修プログラムで研修を実施している、地区診断や課題抽出について学んでいる。地域包括支援センターでは、訪問機会も保健センターより多い。新人ながら介護予防体操事業の立ち上げも行っており、スキルが磨けているのではないかと感じる。 ■ 奈良県では地域包括支援センターの新任職員研修の他にも、市町村担当者の向け初任者研修を行っている。また、市町村担当者向け研修ではデータ分析の講義等も行っている。若い職員はデータ分析能力が高いが、結果を実際の現場の状況とつなげて考えるには、経験の積み重ねが必要であると感じる。 ■ 奈良県立医大の統計学教室出身者が講師となって、研修をおこなっている。 ■ 数年ごとの異動のバランス、引き継ぎについて。今年度は主任クラスの保健師が医療介護あんしんセンターから保健センター異動した。職員移動は、業務遂行上困難もあるが、地域包括支援センターも保健センターも両方を理解して、双方の連携に寄与している。今後も、人材交流は必要であると思われる。5年程度の間隔があるとよい。

(4) 複数の自治体を含む広域連携の状況

- 周辺自治体をエリアとする地区医師会と連携している。周辺自治体の医療機関に宇陀市民が入院する場合も多いため、実質的にそれら医療機関とも連携している。
- 当市からの周辺市である天理市の病院に運ばれるケースは多いが、市立病院の地域包括ケア病棟に転院してから退院という流れが出来ている。

(5) 国や県、地方厚生局に望む支援

<データの整理・提供>

- 具体的に欲しいデータについて。死亡場所別の死亡統計はネットで見られるが、在宅には不審死も含まれ、より適切な数値を市町村間で比較できるとよい。
- 一方、自宅での死亡の中の細かい内訳を整理する際に、市町村ごとに異なる方法でデータを整理すると市町村間の比較ができないため、県や厚生局から整理の枠を示していただけると良い。

＜評価指標の検討＞

- 地域評価の指標があると良い。奈良県の医療政策部からデータをもらっているが、そうしたデータ提供体制があることで、助かっている。
- 「広島県における地域包括ケアシステムの評価指標」など共通化された数値を、県が各市町村で比較してまとめてくれるとありがたい。
- 県の地域包括ケア推進室で、市町村からもらったデータや、見える化データ等の既存データを組み合わせて指標化した。これを近隣と比較して弱い点が見つければ、重点的に取り組める。今は現場の課題認識をもとに進めている状況であり、客観的に見られると良い。定性評価の指標は、山間部には使いづらい点もある。地域特性ごとに評価指標があると良い。

委員の意見・コメント

＜特に高い効果がみられたと考えること＞

- (ア) から (ク) の多くの事業は宇陀市医療介護あんしんセンターが中心になり職能団体の連携をとりながら運営されている。市内唯一の急性期病院である宇陀市立病院では病院の役割を急性期医療から地域医療の支援にむけ、地域包括ケア病棟を導入された。このことによって急性期病院から地域へ帰るためのリハビリの機能の充実、レスパイト入院の利用、地域包括ケア病棟での看取りなどを行うことが可能となり地域の在宅医療を支える医療機関としての役割を担っている。
- 活動評価の指標について、在宅死亡率、在宅ターミナルケア加算算定率などを活用。また地域包括ケアシステムの評価指標は広島県指標を利用して独自に作成。

＜どうして高い効果が生まれたと考えられるか＞

- もともと介護、訪問看護の連携はヘルパー事業所担当者会、介護事業所担当者会、訪問看護担当者会を通し地域包括支援センターが定期的に話会う機会を設けており連携はとれていた。保健師の教育には県が主催する初任者研修で地域診断などを含む研修をうけている。また県が地域包括職員の新人研修、県の介護保険課も新人研修を行っており利用されていた。開業医は高齢化かつ件数も減少しているが在宅医療に熱心に取り組む医師がいる。また市民病院院長も保健医療行政に積極的に関与している。

＜事業推進における課題や対応策＞

- 課題の抽出をしっかりと行い、そこに対策し PDCA サイクルをまわすかたちですすんでおり、結果的に (ア) ～ (ク) に取り組めており穴埋め的に事業がおこなわれているわけではなく、在宅医療・介護連携推進事業の施行に関しては課題はないが今後その成果を住民がどうとらえているかはまだ確かめられておらず、確認するためにアンケート調査などが予定されている。

＜望ましい支援内容＞

- データ分析の方法、指標を示すこと。他地域と比較可能なデータの提供（特に同規模の自治体間の比較ができるもの）

＜その他＞

- 医療介護あんしんセンターが中心となり多職種、施設間をつなぐ役割を十分以上に担っている。

3. 岐阜県美濃加茂市

美濃加茂市 ★ここがポイント★

「かも丸ネット」で8市町村の広域連携

1. 『かも丸ネット』の組織・運営による広域的な事業展開

加茂地域包括ケアネットワーク推進協議会（かも丸ネット）を医師会から引き継ぐ形で市町村が30年度から実施。美濃加茂市が事務局を担いその中心として活動している。

2. 在宅医療コーディネーターについて

「在宅医療コーディネーター」が、市の連携推進を専任で主体的に考えられる体制をとっている。また、加茂歯科医師会に委託し「在宅歯科医療コーディネーター」とも連携をとっている。

3. 市独自の取組「美濃加茂市サービスネットワーク会議」

広域での検討内容も踏まえ、市独自の会議体で具体的な取組等を検討している。

◆ 自治体の状況

総人口	55,384人			 <p>岐阜</p> <p>国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成</p>
平均年齢	43.3歳（全国平均45.0歳）			
高齢者人口	12,349人			
高齢化率	22.3%（全国平均25.6%）			
面積	74.81 km ²			
人口密度	740.3人/km ² （全国平均340.8人/km ² ）			
要介護認定者	1,582人			
施設数	病院	3か所	訪問介護事業所	10か所
	診療所	31か所	訪問看護ステーション	5か所
	歯科診療所	29か所	特別養護老人ホーム	2か所
	地域包括支援センター	3か所	介護老人保健施設	3か所
	居宅介護支援事業所	11か所	介護療養型医療施設	0か所
	薬局	30か所		
その他	岐阜県南部に位置する。近接の加茂郡（6町1村）とは「みのかも定住自立圏」を設けるなど密接な関係にある。			

※総人口～人口密度は平成27年国勢調査、医療機関・施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システム及び自治体等からの情報による

(1) 地域包括ケアに関する取組の背景・概要

<背景>

- 市の高齢者は約1万3千人。高齢化は今後もますます進行することが予想されている。
- 一方、人口の8%が外国籍の方で、人口全体も若干伸びている。全国的に見た他の市町村と少し異なる傾向とも考えられる。

<取組の全体的な経緯>

- 当市および当地域で行われている取組、経過は、概ね下記の通り。

年度	取組
平成26年度	加茂地域在宅医療提供体制推進事業（加茂医師会実施） ・加茂地域包括ケアネットワーク推進事業 ・地域在宅歯科医療連携室事業（加茂歯科医師会実施） ・地域歯科医療連携室の運営 ・地域在宅歯科医療スキルアップ研修 ・地域歯科医療病診連携
平成27年度	26年度から実施している上記事業を在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）として位置づけ
平成29年度	相談窓口（コーディネーター事業）の設置、地域歯科医療連携室の運営
平成30年度	在宅医療・介護連携推進事業について市が事務局機能を持ち実施

<加茂地域包括ケアネットワーク推進協議会「かも丸ネット」>

【事業概要】

- 美濃加茂市と加茂郡の8市町村が共同で、加茂地域包括ケアネットワーク推進協議会、通称「かも丸ネット」の事業に取り組んでいる。本事業は平成30年度から事務局を美濃加茂市に置き、坂祝町、富加町、川辺町、七宗町、八百津町、白川町、東白川村と共同で進めている。

◀かも丸ネット組織体制▶

ワーキンググループ会議メンバー
各市町村の地域包括支援センター職員（代表1名）

加茂地域包括ケアネットワーク推進協議会(かも丸ネット)
メンバーは8市町村の地域包括支援センター、医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会などをはじめ、地域の医療、介護、福祉、保健関係者約40名で構成。
会長、班長は医師会より2名、歯科医師会より1名選出（副班長は事務局の美濃加茂市に1名）

- 「かも丸ネット」では年4回の本会議を行っており、本会議の前には地域包括支援セ

ンターを中心としたワーキングメンバーで行うワーキンググループ会議を開催。ワーキングのメンバーは、美濃加茂市および加茂郡の 8 市町村の地域包括支援センター職員が参加している。保健師が多いが、社会福祉士、主任ケアマネもいる。

- 具体的には、以下のような活動を行っている。

取組	概要
多職種連携推進研修会	年 2 回開催
地域住民向けの啓発講演会	・在宅医療に関する講演や劇団かも丸ネットによる寸劇を実施 ・平成 30 年度は参加者約 700 名と多くの方に来場いただいた ・多職種連携につながり波及効果となっていくのではないかと感じている
かも丸ノート	地域の情報連携手段として作成した情報連携ノート
人生の最終段階におけるガイドブック（ご自宅での看取りのために）	・訪問看護事業所等が積極的に活用しており、非常に役立っているという意見が聞かれている
ケアマネジャー支援のための「ケアマネタイム」作成・普及	・ケアマネジャーに対し、医師・歯科医師等に連絡しやすい時間などを公表し、ケアマネジャーはその時間に話を聞いたり書類を渡したりする時間を設定した

- 上記の取組については、例えばケアマネタイムについては、医師からケアマネジャーに対しての意見、提案がなされたことなどを受けて検討、作成を始めているが、このように各職能団体から出される様々な意見をもとに考えることが多い。その中でもやはり医師会の動きは様々な大きな影響がある。

【「かも丸ネット」の運営】

- 費用については 29 年度までは県事業で医師会が主体となり実施していたため、人件費も事業費から支出していたが、30 年度からは市町村が主体となったため、参加市町村が負担金の形で支出している。医師会も、主体は市町村であるとの立場を明確にしているが、30 年度以降も引き続き医師会の力も発揮していただけるよう、密に医師会とは連携をとりながら進めるようにしているところ。実際に、医師会の理事 2 名に会のメンバーとして入っていただいている。
- 本事業の運営に関しては医師会事務局に相応の負担がかかっていたこともあり、本来的には市町村の地域事情を一番よく把握している行政がきちんと課題抽出を行い、医師会の協力、活動が必要な部分について適切に依頼をしていくなどの体制が望ましいと考えている。

【医師会からの事業の引継ぎ】

- 本事業は元々、平成 26 年度から県の補助金を受けて加茂医師会が行っていたものであるが、平成 30 年度から市町村事業として引き継がれ、美濃加茂市が事務局となり運営している。

- 30年度は実質、美濃加茂市が中心となり運営を進めている側面がある。元々美濃加茂市と加茂郡の町村は「みのかも定住自立圏事業」において連携が進められており、連携の基盤があるが、在宅医療・介護連携推進事業では加茂医師会や歯科医師会との密な連携が必要で、市町村により（ア）～（ク）の取組が異なると混乱を招くことから、8市町村がある程度統一的に事業に取り組むことが必要であった。
- これはゼロベースから始めると難しいが、本事業では29年度まで加茂医師会が事業を進めていた経過があったため、この形を踏襲することで大きな混乱無く事業を市町村に引き継ぐことができた。

【「かも丸ネット」の継続的な事業運営の工夫】

- メンバー交代があると、事業の円滑、適切な進捗がどこまで保たれるかという問題が生じる。また、当事業は医師会をはじめとする専門職の参加が多く、行政職員のみならず医師等専門職の異動によっても事業継続性は影響を受ける。
- 継続的に運用していく繋ぎ方が課題。担当者が代わっても会議で得たものをうまく活用し、思いが共有できるよう継続的支援が出来るようにすることが必要。
- ワーキングについては、8市町村から地域包括支援センターの職員がワーキンググループに入っていたり仕組みであるが、経験が長い方も多く、誰か1人が交代しても全てが変わる状況ではない。今までの歴史を知った中で次につなげられる構成にはなっていると考えている。

【「かも丸ネット」の活動における市町村間の連携、関係】

- 8市町村間では事務事業に関する協定（基本協定）と、費用面に関する協定（年度協定）を結んでいる。年度協定は事業の負担金の按分を定めるものであるが、一律の負担割合と高齢者人口の按分で費用負担を考えるとということで、年度ごとに協定を定めるものとしている。このため、当市の在宅医療・介護連携推進事業は、負担金部分と市としての事業推進分の両方について予算立てを行っている形。
- 30年度の予算確保に関しては、29年度までの実績をもとに各市町村が按分して負担する形で、それほど大きな問題なく組み立てることができた。
- 一緒に事業を進められることで、より広域的で分かりやすい広報活動（講演会等）が行える。また、医療・介護資源について市町村間を越えた利用も多いため、そうした実態に即した事業展開がしやすいことも広域的な取組のメリットである。

<在宅医療コーディネーターについて>

- 平成29年度から加茂医師会事務局内に「在宅医療コーディネーター」「在宅歯科医療コーディネーター」を置き、多職種による在宅医療と介護の連携推進体制の構築を図ってきた。

- (ア)～(ク)の事業運営、関係機関が顔が見える関係になるためのコーディネーターが主な仕事。在宅医療・介護連携を専任で主体的に考えることができるのは大きなメリットである。また、住民や関係機関も、コーディネーターにこれは聞こう、など相談窓口がはっきりしてくるという点で良い。明確で分かりやすいPRができることも強みと考えられる。
- 住民からの相談内容は往診について、専門職(ケアマネージャー)からの相談内容は薬剤の配達を行っている薬局を紹介して欲しいなどであり、それぞれ情報提供を行い対応した。
- 課題としては、在宅医療コーディネーターの事務局は美濃加茂市で、事務的な負担も多少感じるところ。また、加茂地域でどういう方向に向かって何をやりたいか、他の町村から積極的に意見を言ってもらえる機会があると良いと感じる。メールなどで密な連携を図ってはいるが、意見抽出は難しい。

<事業担当者の経歴等>

- 当市では高齢者福祉を担う高齢福祉課に、高齢福祉係、地域包括ケア推進係、介護保険係、認定審査係の4係がある。
- 美濃加茂市は5名の職員が在宅医療・介護連携推進事業に携わっている。立ち上げ時から関わっている職員もおり、30年4月から在籍している職員も複数いるなど経歴、キャリアは様々である。また、29年度から設置した在宅医療コーディネーターについては、29年度は準備期間でもあったため医師会が雇用し、実際の業務は市役所内で行うという形としていた。30年度は市が雇用した臨時職員となっている。

(2) 地域ニーズの把握・地域診断

<直接担当部署が実施したものにとらわれない、様々なアンケート、聞き取り結果の活用>

- 日常生活圏域ニーズ調査や市の総合計画策定のためのアンケート、認知症初期集中支援チームの有するデータ、生活支援体制整備協議体会議(第1層)の検討結果、「清流の国ぎふデータヘルス推進事業(ビックデータ事業)」など、様々な調査、聞き取り内容等を活用している。
- この中で看取りについてみると、厚生労働省のデータでは自宅死の割合が平均13%となっているが、美濃加茂市は9.2%と低く出ている(加茂地域全体でも10.7%)。この9.2%は事故や自殺なども含まれるため、看取りについては実際にはもっと低い数字である。
- 一方、市が行ったニーズ調査では「人生の最期をどこで迎えたいか」という質問に対し、65歳以上の市民の半数が自宅で最期を迎えたいと答えており、大きな解離がみ

られた。

- このため、在宅で安心して最後まで過ごせる体制づくりがかも丸ネットでは今後も必要であり、課題であると感じている。

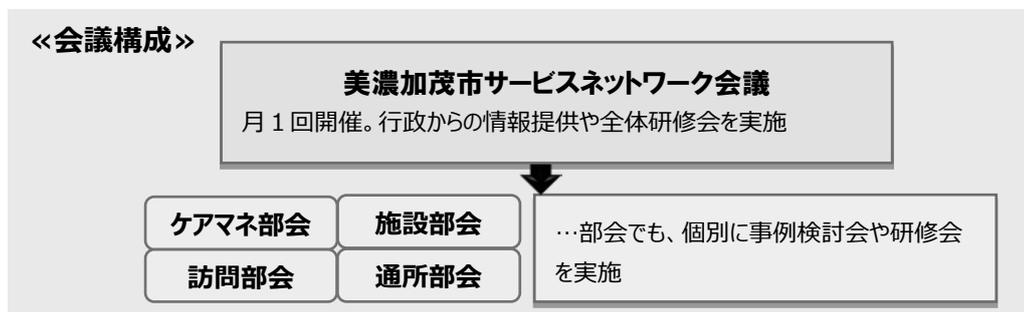
<既存のデータ、指標について>

- 地域のデータは県から中濃地域のものとして多くいただいている。かも丸ネットでもこうした数字を提示し、どのような地域特性、課題がありそうかを確認、共有するが、きちんと考察が行えているかは悩ましいところである。
- また、指標について明確に定めているものはないが、社会資源の種類・数や、日常生活圏域ニーズ調査で把握可能な在宅医療・介護のニーズ、どのように最期を迎えたかであるとか、市民の考えも把握が必要と感じる。いずれにしてもこれからの課題である。

(3) 医療・介護連携の状況

<市独自の取組である「美濃加茂市サービスネットワーク会議」>

- 「美濃加茂市サービスネットワーク会議」（月1回）を開催し、行政からの情報提供や全体研修会を実施。部会も開催している。
- メンバーは、居宅介護支援事業所や訪問系、通所系、施設系の介護事業所の代表者、医療機関のMSWなどが集まる。当市で過去に運営されていた「高齢者サービス総合調整推進会議」を母体に設置した。



(ネットワークでの取組)

年度	取組
平成28年度	在宅医療・介護の現状についての課題共有
平成29年度	「在宅での看取りを支えるには」ケアマネから事例報告後グループワーク

年度	取組
	…ケアマネジャーから看取りの事例を出してもらい、なぜ看取りができたのか、こんな資源があったら良かったのでは、などのグループワークを行った。在宅医療・介護連携推進が目指すところなどの啓発を進めた。多職種での協議を始める良い導入ともなった。
平成 30 年度	・口腔管理研修

<「かも丸ネット」の広域的事業と、市独自の事業推進の分担>

- 在宅医療・介護連携推進事業の市単独の事業について、地域包括支援センターの統括等を担う地域包括ケア推進係が主体で実施。(ア)～(ク)についてはかも丸ネットで地区全体の取組を協議しつつ、そのうちの美濃加茂市の取組は地域包括ケア推進係が中心となって実践している。
- 出前講座 「考えてみませんか？ 私らしい生き方、私らしい最期」終活についての講座を開催し、最期の意思決定について考えるきっかけ作りにつながった。
- またサービスネットワーク会議の場では随時、かも丸ネットにおける取組についての情報発信を行い、広域的な動きが見えるようにも心がけている。

<医師会との連携>

- 元々当市では、予防接種や健診など、加茂医師会と連携をとりながら進めた事業が多く、協力し合ってやってきていた。このため関係性は良好で、市・加茂地域の事業が進んでいるのは医師会と良い関係であることが大きいと感じている。
- また、在宅医療・介護連携の推進にあたっては、市が比較的得意とする介護分野の経験、つながりなどを強みとして、これを連携の中でどう生かすかを考えている。
- 多くの市町村に共通すると思われるが、在宅医療に思い入れがある医師の情報は何となく把握できるので、そうした情報も持ちながら、地域の医師会理事など力のある医師に相談をしながら下準備をすることが一つ方法として考えられる。
- また、医師会事務局とも連携をとっていくことが大事。事務局は医師の意向や癖なども十分把握しているので、どう調整するとうまくいくかも情報提供いただけるのではないと思われる。

(4) 国や県、地方厚生局に望む支援

<データの収集・分析に関する支援>

- 求める外部支援として、介護予防的な視点が重視されてくるということで、重症化予防、自立支援を推進するために、こういう指標を見るべきなど、地域に合った情報提供をいただけるとありがたい。
- また、以前に、県で情報提供加算をとっているかのアンケート調査を行い、その結果を加茂地区分として提供いただき、また、他の地区と比較することもできた。このような加算の算定件数などは保険者では分析できないので、有用と思われるデータ、指標について全県的に情報収集・提供いただくと有用ではないか。加算というところでどれだけ連携が進んでいるのかという指標にもなるかと思いながら、市独自でやるのはなかなか難しいとも感じる。

<地域特性を踏まえた先進事例等の情報提供>

- 県や地方厚生局はたくさんの情報を持っている。各市町村の状況を踏まえ、このような取組でうまくいっているケースがあるということを情報提供いただくと非常に参考になる。
- 加茂地区8市町村の共同実施として事業を進めるときにどこに相談すれば良いかと本当に困り、負担金もどうやって出すのか、地域支援事業の対象事業として実施できるのか、など分からないことが大変多かった。協定書、委託契約書の実例が1カ所あったのでそこを参考にさせてもらって非常に助かったという経験がある。

《特に高い効果がみられたと考えること》

- 平成 26 年から実施してきた「かも丸ネット」活動を継続が可能となる組織体制として加茂医師会が引き続き実施し、各地域包括支援センター職員（保健師等）を中心とするワーキンググループ会議を設置することで、医師会事務局の負担軽減を図った。
- 今年度からは負担金で在宅医療コーディネーター（社会福祉士）を設置し、当該コーディネーターを含め、美濃加茂市健康福祉部のベテラン参事、担当保健師を中心に 5 名の担当メンバーで業務が遂行されている。市独自では、既存の会議（昔の高齢者サービス調整会議）を活用し月 1 回サービスネットワーク会議として在宅医療介護連携についての意識向上を図るための研修会等を実施している。

《どうして高い効果が生まれたと考えられるか》

- 市町村に事務局を置き、在宅医療コーディネーターを配置することで相談窓口が明確になっている。地域診断においても行政の持つデータも活用することができる。
- 広域であるため、「かも丸ネット」では皆で作り上げているという認識を強化するために、地域包括支援センターの職員（主には保健師）をメンバーとしたワーキング会議を本会議の前に行い具体的な協議をしている。また、メール等で意見を聞いたり、アンケートを活用しながら、共通の認識のもと取組みが進められるよう密に連絡を取るなど、連携を深めるための広域ならではの工夫であると感じた。
- 市町村主体ですすめてはいるが、協議会会長は医師会長、班長は医師会より 2 名、歯科医師会より 1 名選出されるなど、医師会との今後の連携も考慮されていると感じた。

《事業推進における課題や対応策》

- 医師会との連携は不可欠であるが、今後の課題でもある。医師会の理事の先生から根回しすることも必要で、そういった情報は、医師会の事務局から得ることができるとのことであった。それぞれの地域でどこに根回ししたらいいかの情報交換も必要だと感じた。
- 地域の実情を把握しているのは市町村なので課題をつかんで医師会へ投げかけることも必要で、医師や他の職種との温度差もあり、行政が頑張らざるをえないとのことであった。

《望ましい支援内容》

- 医療介護連携事業の事例や、特に同じ人口規模の地域の好事例の情報を参考にしたいという声があった。人口規模だけでなく、市町村が事務局を持ち、医師会と連携等とスムーズに連携して事業を実施しているようないわゆる体制が同じ地域の情報の発信も求められている。
- 自分たちで手に入れることができるデータもどうまとめたらいいのか、どう分析すればいいのか、県のどんなデータとクロスすることでどう生かせばいいのかなど具体的な分析事例の情報を求めておられた。

《その他》

- 市町村では人事異動は必須であるが、本市では公募で来られた意欲ある若い社会福祉士さんも加わり、ベテランメンバーと異動してきたばかりのメンバーがうまくマッチングして事業が進められている印象であった。

4. 静岡県川根本町

川根本町 ★ここがポイント★ 「小規模自治体の多様な取組実践」

1. 「看取りのフローチャート」の作成・運用・住民啓発

約 150 人の終末期を振り返り、本当に良い終末期を実現するための「看取りのフローチャート」を作成。さらにこれを住民にも説明し、新たな住民主体サービスを創出。

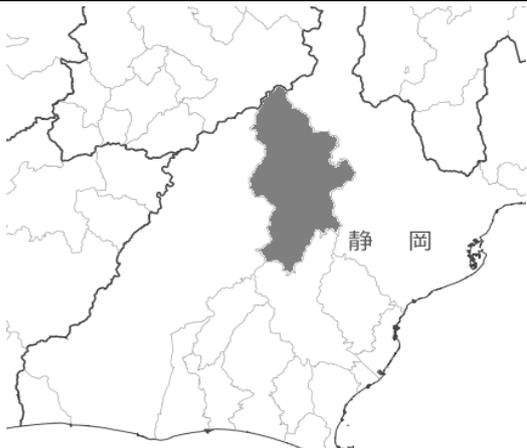
2. 町営の訪問看護ステーションの立ち上げ

在宅医療に不可欠な訪問看護ステーションが撤退したことを契機に、町営で立ち上げることを決断。訪問看護師と包括職員の連携・交流により、双方の学びにもつながった。

3. 「多職種連携チーム」が町内幅広く活躍

「ちよこっと介護相談所」など、町独自の様々な取組を仕掛け、実現。

◆ 自治体の状況

総人口	7,192 人			 <p>国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成</p>
平均年齢	58.0 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	3,321 人			
高齢化率	46.2%（全国平均 25.6%）			
面積	496.88 km ²			
人口密度	14.50 人/km ² （全国平均 340.8 人/km ² ）			
要介護認定者	516 人			
施設数	病院	0 箇所	訪問介護事業所	2 箇所
	診療所	4 箇所	訪問看護ステーション	1 箇所
	歯科診療所	3 箇所	特別養護老人ホーム	1 箇所
	地域包括支援センター	1 箇所	介護老人保健施設	0 箇所
	居宅介護支援事業所	2 箇所	介護療養型医療施設	0 箇所
	薬局	4 箇所		
その他	静岡県の中央部に位置し、東は静岡市、南は島田市、西は浜松市に隣接。また、北は長野県との県境となっている。			

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、医療機関・施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システム及び自治体等からの情報による

（１）地域包括ケアに関する取組の背景・概要

＜背景＞

- 川根本町は高齢化率が50%に迫る状況で、現在の人口ピラミッドが2060年に予測されている日本の人口ピラミッドと酷似している。町内に住む若年層は、進学や就職に伴い町外に出たまま戻らない場合が多く、町内の介護事業所からは人手不足の声が聞かれる。
- 町の面積は県下で3番目の広さで、町の94%を山林が占め、広い土地に人数の少ない住民が点在している。日常生活で車が欠かせず、町地域包括支援センター職員の各家庭訪問も車になるが、1日の走行距離が200kmになったり、緊急の訪問依頼を受けた家が30km先だったり、救急車が行くのに時間もかかるので、即時的な支援提供面では課題がある。町営バスや外出支援サービス事業（市町村福祉輸送）を実施しているが、移動支援は町の大きな課題となっている。

＜医療・介護提供体制＞

- 医療提供体制について、町内には診療所のみで総合病院はない。
- 地域包括支援センターは直営1か所で、センター長含め6人の職員がいる。地域包括支援センターは介護の相談支援もさることながら、地域に出て行き介護予防の教室を開くなど、予防に関する取組を積極的に行っている。全自治会に年3～4回出向いており、町民の顔と名前はすべて把握している。その甲斐あってか、県が独自に調査する「高齢者お達者度」（65歳以降、元気で暮らせる期間を市町村別に算出したもの）では川根本町は男性第2位、女性第3位となっている。
- 昔は消防署も救急車もなく、役場職員が救急搬送を担うなどしていた時代があり、保健師も日常的に医師とやり取りしていたため、在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）のうち、（ア）の資源把握や（ウ）の切れ目ない在宅医療と福祉の提供体制、（エ）の医療・介護関係者の情報共有などは自然と醸成されてきた。
- 小さな町のため、町民と介護事業所、医療機関、行政等が顔の見える関係となっており、個別の課題に対して細やかな対応ができていると感じる。具体的には「認知症のことなら、この先生とこの人に相談すればいい」といったような体制ができている。
- （オ）の相談支援の窓口も、以前から医師とやりとりをしている保健師がいる地域包括支援センターが良いと自然に決まった。実際、委託をするにも、病院は40km先、医師会は60km先で現実的では無く、住民も地域包括支援センターのことをよく知っていて、医療に限らず、困ったことは何でも地域包括支援センターに相談すれば良いと思っているので、医療・介護連携だけで特別な窓口を設けなくても良いと感じている。

(2) 地域ニーズの把握・地域診断

<アンケート、聞き取り調査による「最後を迎えたい場所」の把握>

- 平成 27 年、川根本町の在宅で亡くなる方の率が 26%で高いと報道された。センター内部ではこれを機に、率ではなく質の問題を問うべきという話になり、自分たちがかかわった方の終末期を振り返ることとなった。
- 振り返りは、平成 27 年に亡くなった全 150 人のうち、センターが相談を受け、地元医師やケアマネにつなげるなどのかかわりを持った方 85 人の方の家族に聞き取り調査を行う形で実施。結果は、85 人のうち在宅看取り 14 人、施設での看取り 14 人、病院での看取り 54 人、自死 3 人、であった。
- 在宅看取り 14 人の中で、ご本人も安らかで、ご家族もよかったというお宅は 14 人中 8 人で、あとの 6 人は「入院を迷っているうちに亡くなってしまい、中途半端な最期に後悔している」とか、「ご本人も苦しみ家族も疲れた」という意見があった。逆に病院で看取った 54 人については、「長年在宅で介護をして、最後の数日だけ病院で、家だと家族がすることを看護師さんがやってくれ、その分、手を握ったり話ができよかった」などの話があり、病院での看取りが、必ずしも悪いことではないとも感じた。

<「看取りのフローチャート」作成>

- この結果をもとに地域ケア会議で話し合ったところ、在宅であれ、病院であれ、本当によい終末に向けて最善を尽くさなければならないということになり、看取りの手引書をつくることになった。

手順	概要
①相談	包括に、入院中の方の看取りの相談などの電話をいただく。
②病院 MSW に連絡後病院訪問。ご本人の意向と家族の意向確認	包括職員がなるべく早く病院に行き、家族と、特にご本人がどうしたいかを丁寧に把握する。その人がどう生き、どう暮らしたいかというところを確認するために、その人の気持ちに寄り添う社会福祉士の存在は重要。
③必要なら介護認定調査	包括職員の病院訪問時は、介護保険の申請書を持参し、必要に応じ、その場で申請していただく。明日にでも退院という急ぎのときは、そのまま介護認定調査も行う（地域包括職員全員が介護認定調査員の研修を受けている）。
④一時判定によりケアマネを決める	早ければ、午前中、包括が病院で認定調査をし、役場に戻って介護保険担当者に 1 次判定を出してもらう。介護度がつきそうな場合は、ケアマネに相談し、その日の午後、ケアマネが病院に行き翌日退院も対応できる。

手順	概要
⑤家族と包括、もしくはケアマネが、かかりつけ医に家族受診し退院後のことを願う	かかりつけ医に退院後の往診や看取りを依頼。在宅看取りを希望したご本人が「苦しいから救急車を呼んで」と言ったり、「余り苦しうだから何とかして」と家族が医師や包括に電話してくることも多い。このため、町ではその経験を持ち寄り「確認事項」の用紙を作成した。これをもとにご家族、医師と細かいところまで話をする。看取りの際は、その通りにいかないことも多いが、ご家族にある程度の心得を持ってもらうと、有事の際の不安は少なくなる。
⑥病院の退院カンファレンスに包括もしくはケアマネと介護保険事業者等が出席	退院して、ご家族がかかりつけ医に紹介状を届けるときは、退院したその場で診療所に寄ることを勧めている。そうすると、次の往診がスムーズに行く。
⑦包括もしくはケアマネが、ご本人、家族とサービス調整	また、初めての往診にあわせて、ケアマネがサービス担当者会議を開催し、ヘルパーや訪問看護師など関係者が医師の治療方針を共有するとともに、連携を確認することで、ご本人、ご家族の安心につながる。
⑧退院	
⑨かかりつけ医受診	
⑩在宅生活開始	最期が迫ってくると、包括やケアマネ、訪問看護師が医師と亡くなった際の対応を話し合う（息がとまったとき医師が不在ならどうするかなど）。ご家族が対応する、あらかじめ看取りをお願いした病院に行く、主治医がいなければ別の医師が対応するなど対応は様々だが、予測のつかない事態が起これば包括の保健師が訪問し、医師に電話で指示を仰ぐこともある。

※川根本町ご提供資料をもとに作成

- 病院 MSW との連携を図っていく中、MSW の思いを聞く機会があり「患者が医師と話したら、明日退院になってしまった」というようなケースが多くあり、在院日数短縮のプレッシャーの中で MSW も苦しんでいる状況がわかった。「そっちも大変だったんだね」の一言で連携が円滑になり、患者さんにとってもプラスになる。お互いを思いやる意味でも今の広域連携は積極的にしていく必要があると感じる。

<「看取りのフローチャート」の住民説明>

- 上記のような看取りのフローは住民向けにも作成し、全自治会 31 カ所を回って説明会を開いた。その際、ご家族だけで介護や看取りをするのは大変だということ、10 年後には病院で看取ってもらえない人が静岡県内に 4 万 3 千人出てくることなどをお伝えすると住民も「なるほど、これは大変だ」ということを口々に言い出す。そこで、住民の皆さんも一緒に在宅医療・介護について考えましょう、サービスを上手に利用しましょう、ボランティアも立ち上げましょうと呼びかけ、ちょいサポというボランティアができた。
- このちょいサポが、ターミナルの方がいるお宅の薬の受け取りや、介護者さんが仮眠をとっている間の見守りなどをしてくれることもある。これは（キ）地域住民へ

の普及啓発にも該当する。

- この説明会がどうだったかを参加者に問うと、初めは抵抗があったという意見が多かった。「人生の最期をどこで迎えたいですか」というダイレクトな題で全地区を回ったが、アンケートでは「題を聞いて重い気持ちで参加したが、こういうことなのかと安心した」という回答がアンケートが多かったので、説明会への参加も勇気が要ったと考えられる。

(3) 医療・介護連携の状況

<訪問看護ステーションの確保と医療・介護連携の促進>

- 従来から町内で事業を行っていた訪問看護事業所（町外）が撤退することとなり、利用していた町民がサービスを利用できない状態になった。そのため、医療・介護関係者で地域ケア会議を重ね、平成 30 年 4 月より直営の訪問看護ステーションを立ち上げた（地域包括支援センター内と同じ高齢者福祉課内）。
- 直営の訪問看護ステーションが役場庁舎内にできた効果として、医療と介護の連携強化が挙げられる。具体的には、地域包括支援センターが訪問看護ステーションと同じ場所にあるため、連携がスムーズに行えるようになり、必要時に介護サービスを提供することも容易になった。また、訪問看護ステーション立ち上げまでのプロセスで、地域ケア会議の場で多くの医療・介護関係者と一緒に悩み、考え、話し合ったことで、一層の連携（絆）が強化された。
- 看取りに関しても、自宅で最期を迎えた方の件数は、平成 27 年が 14 人だったのに対し、直営訪問看護を立ち上げた後は 34 人と効果が出ている。

<訪問看護師の確保、包括職員・保健師との連携>

- 訪問看護師の確保に関しては、新聞に訪問看護ステーション立ち上げの記事が掲載されたところ、総合病院の看護師から、地域へ戻った患者さんに最後までかかわっていたいなどの問い合わせが多数あり、無事確保、立ち上げが実現できた。
- 地域包括支援センターと机を並べ、やりとりを重ねることで相互のスキルアップを図り、「ソーシャルコミュニティナース」的な人材を増やせるよう工夫している。

医療職と福祉職のやりとり例…医療モデルと生活モデルの有機的な連携

- ◆訪問看護師は医療の視点を持っているので、包括職員が「この人はどう？」と聞いたときに「バイタルは大丈夫です」と言う。
- ◆包括職員が聞く「この人どう？」には、この人が思い悩んでいないか？穏やかな気持ちでいるか？なども含まれるが、訪問看護師にしてみれば、「健康状態も言わないで良い悪いを何で言えるのか？」という思いがある → 結果、お互いに相互理解が進まない。
- ◆しかし、1、2年机を並べる中で、医療的な話が包括職員の口から出てくるようになり、逆に訪問看護師も社会的な課題をほかにつなげるという意識が出てくる。 → お互いが新たな広い視野を持つようになり、円滑な専門職間の連携と適切な支援につながりやすくなる。

<多職種連携チームの立ち上げ、活動>

- 川根本町では日ごろから医療、介護が力を合わせて取り組んでいるが、平成28年度に在宅医療・介護連携推進事業が開始されたことで、今までの振り返りや、町の活動を住民に知ってもらうことなど、これまでの取組を目に見える形にするため多職種連携チームを立ち上げた。メンバーは、町の医師に相談の上、歯科医師、薬剤師、ケアマネ、包括、行政などから選定した。
- 平成28年を皮切りに、チームで今後の課題についても話し合いを重ね、川根本町に合った地域医療についてみんなで考えている。

【多職種連携チームの具体的な取組内容】

取組	概要
「ちよこつと介護相談所」	・初めて介護を経験する家族にちょっとした相談があるとき駆け込める相談場所。 ・現在、町の小規模多機能事業所とグループホームが相談所になってくれているが、365日職員がおり土日にも相談できるので、ご本人、ご家族にとっても安心感があり、ケアマネや包括も助かっている。
医療、介護が一堂に会した研修会・事例検討会	・町外医師とのネットワークも広げて連携しようという考えで、講師はなるべく町外の専門医や総合病院の医師を招いている。 ・研修終了後には地元医師との懇話会を持ち、町内外の医師がどう連携していくか話し合う機会ともなっている。
地域と病院の看護師間の相互実習	・県看護協会と連携して総合病院の看護師に町に実習に来てもらい、退院した患者さんが在宅に戻ってどんなサービスを受け、どのように暮らしているかを一緒に訪問して見てもらった。 ・逆に川根本町の保健師が総合病院や療養型の病院に実習に行き、臨床現場を学ぶこともできた。

- その他、医療と介護の連携をさらに進めていく小さな工夫を多く取り入れている。昨年、ケアマネジャーは訪問看護、訪問リハを利用するためのケアプランを主治医

に報告することが必要になったが、医師への敷居の高さを感じるケアマネジャーへのチャンスととらえ、会議を開き、訪問看護や訪問リハの指示書を依頼する際は、必ず訪問看護師やPT、OTと一緒に医師のところへ行き、ケアプランをもとにケース検討会を行うようにするルールを定めた。ケアプランを初めて見る医師がほとんどで、医師も患者にどんな人がかかわっているか一目でわかるようになった。

- また、要介護認定を受けている方の入院時は、ケアマネジャーの氏名と連絡先を病院に伝えることとなったため、こちらも町内のケアマネジャーと共通のカードをつくり、ご本人が口頭で言わなくても、病院ですぐにケアマネジャーが誰かわかるようにした。何かあったら、小さなことでも個々の事業所で考えるのではなく、みんなで集まって共有するよう心がけている。

<事業評価について>

- 明確な評価指標に基づいた評価は現在行っていない。
- 例えば包括の運営協議会には医師も委員に入っており、在宅医療・介護連携も認知症総合支援も十分理解されているため、医師がどのように事業、取組を感じているか、実際に利用者等の役に立っているかなどは検証していく必要はあると感じている。
- なお、介護保険事業計画策定時のアンケート調査で「この地域で安心して暮らせるか？包括をどのくらい知っているか？」などの調査項目が入っているので、3年ごとの調査の際に毎回チェックするようにしている。

<今後の課題>

- 当町においても人口減少が進んでおり、今後、どんどん高齢者が減ってくる時代になる中で何が起こるかという予測を立て、では、それに対する専門職はどのくらい必要かなどを考えていかなければならない。2025年、医療区分1で、療養病床から地域に戻る患者が約100人と推計されており、そのような数値を踏まえ、地域包括ケア推進機関の果たすべき機能、キャパシティに問題が無いか、検証が必要ではと考えている。
- また、高齢者の減に伴い、高齢者が施設を選ぶ時代も来ると考える。特養なども自分たちの特色を出していかないと淘汰される可能性があるし、町としても施設の新設ではなく、町民が有効に使える施設をどのように充実させていくか、既存の資源をどのように整理していくかを考える必要があると感じる。

(4) 複数の自治体を含む広域連携の状況

- 当町は近隣市町と比べて小さな町であるため、複数の自治体で連携するよりも、町独自の方法を進めるしかないのが現状。
- ただし、大きな市町の現状を知り、自分の町がどのようなスタンスでいくか常に見直す必要があるので、会議等に出席し、情報共有は行っている。
- 個別の社会資源については、例えば訪問リハは、50km以上離れた焼津市から来ており、OT、PT訪問時に住宅改修や福祉用具のことも相談に乗っていただいているなどの連携がある。

(5) 国や県、地方厚生局に望む支援

<データの収集・分析に関する支援>

- 地域診断にあたり、当町では在宅看取りの件数を指標の一つとして考えているが、この把握が診断書1枚1枚からの掘り起こしによる手作業となっている。
- 現場を駆けずり回るといふ多忙の中で、小さい町は特に、既存データを紐解いて検証してみようという時間が非常に少ない。可能な範囲での検証は様々行われるが、データが大規模になったり本格的な分析が必要になった際は、専門家の力が必要。しかし、協力を仰ぐ大学等の研究機関や何が依頼できるのかも分からないため、こうした分析に関する支援があれば良いのではないか。
- 例えば基本チェックリストのデータは、介護保険担当部署で持っている。これに他部署が管理する健診データを付け、分析できれば良い。(医師からも、そのような指摘がある) このためには相応の技術や、また国保のデータを介護で活用する際の個人情報保護の問題も生じる(場合によって、条例に基づく審査会が必要)。こうしたハードルを越えるための支援も必要。

<市町村の取組に関心を持ち、肯定的なフィードバックを提供する>

- 県は、小さな町の取組について比較的よく聞いてくださるように感じる。そうすると話がしやすくなるし「自分のところの取組に注目してもらった」ということで、モチベーションが大きく上がる。公平性は重要であるが、取組についての前向きなフィードバックは重要だと感じる。
- また、小さい町なので研修で得た情報や、他の地域の資料などでよいと感じたものは取り入れるようにしている。他市町と交流できる研修会の開催もさることながら、いろいろな地域の医療・介護連携に関する様々な取組みの情報提供は大変参考になると考える。

《特に高い効果がみられたと考えること》

- 地域包括支援センター職員およびケアマネジャーが対応する際の在宅看取りのフローチャートを作成し自身で活用するとともに、住民向けにもそのことをわかりやすく見える化して説明に回ったこと。一つの成功例が連鎖反応を示して在宅看取り率が26%という水準を示している。
- 地域包括支援センター職員が全員、介護認定調査員の資格を持ち、退院前の初回訪問時にたとえ介護申請前であっても介護認定調査まで行って仮の一次判定を出すことが可能となったこと。病床が地域外であっても迅速な対応が可能で、退院支援の一助となっている。
- それまで町外からの訪問看護に頼っていたが、その撤退に伴って対応を検討する中で、直営の訪問看護ステーション設置が実現した。地域包括支援センターと同居することにより連携が進んだ。

《どうして高い効果が生まれたと考えられるか》

- もともと顔の見える関係ができていた地域性に加え、地域包括支援センターの頑張りが原動力となっている。更にそのベースとして住民の気持ちに寄り添うことを前提として、訪問活動やアンケート調査の中で統計データでは見えない住民の声を感じ取ろうとする姿勢が重要であったと思われる。
- また、その姿勢はそのまま地域ケア会議にも持ち込まれ、地域の強み、弱み、課題を検討する中で有効な解決策を打ち出す結果につながっている。
- 訪問看護ステーションを町の直営としたことで参入を躊躇していた看護師が応募しやすくなった。

《事業推進における課題や対応策》

- 町内の医師との関係性が良いため、「まず包括に連絡を」という体制ができており、地域包括支援センターがかなりの頑張りで、町の医療介護連携の部分を担当していたように感じた。（反面、夜間の呼び出しもあるなど）
- 職員の体力的なところや、モチベーションも気にはなったが、この経験から、訪問看護ステーションが設置された後、職員と机を並べ共に活動することでお互いが成長し、町が目指しているソーシャルコミュニティナースの育成にもつながっているのではと考える。

《望ましい支援内容》

- 今回「小さい町なので研修で得た情報や、他の地域の資料などでよいと感じたものは取り入れるようにしている」と話されていた。他市町と交流できる研修会の開催もさることながら、いろいろな地域の医療・介護連携に関する様々な取組みの情報提供は大変参考になると考える。
- 特に、委託の地域包括支援センター等は自治体からのデータの収集、分析が困難なことも多いと考えるので、支援も必要ではないか。
- 「小さな町はヒアリングに来てもらうだけでもモチベーションが上がります」と話されていた。積極的に現場に足を運んでいただき、そこでの取組みをまた他の市町に紹介していただきたい。

《その他》

- 常に住民の思いに耳を傾け、新しい発想でいろいろな事業を展開される中で、「若いスタッフも熱い思いを持って仕事をしている」と言われ後継者もしっかり育成されていると感じた。
- 行政（地域包括支援センター）が在宅ケアに熱心な医師とうまくタイアップして医療介護連携をリードしている。とくに外部からソーシャルコミュニティナースと評価されている地域包括支援センター長の牽引力が大きい。常に後継者の養成も意識している姿勢がみられた。

5. 奈良県五條市

五條市 ★ここがポイント★

「日常生活圏域から複数自治体まで、多様な事業を推進」

1. 地域包括ケアシステム全体構想の策定

県事業を活用し、地域包括ケアシステムを少しでも前進させるために全体構想を策定。

2. 圏域ごとの地域ニーズの把握

コンサルタントの地域分析をもとに圏域別のデータ上の課題を把握これをもとに地域住民との意見交換のための「圏域別地域ケア会議」を実施。地域の様々な課題を抽出した。

3. 広域での医療・介護連携

南和地域全体の連携強化に向け、保健所とも協働して数々の取組を進めた。

◆ 自治体の状況

総人口	30,997 人		 <p>国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成</p>	
平均年齢	51.2 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	10,528 人			
高齢化率	34.0%（全国平均 25.6%）			
面積	292.02 km ²			
人口密度	106.10 人/km ² （全国平均 340.8 人/km ² ）			
要介護認定者	2,422 人			
施設数	病院	1 箇所	訪問介護事業所	21 箇所
	診療所	24 箇所	訪問看護ステーション	3 箇所
	歯科診療所	13 箇所	特別養護老人ホーム	4 箇所
	地域包括支援センター	1 箇所	介護老人保健施設	2 箇所
	居宅介護支援事業所	21 箇所	介護療養型医療施設	0 箇所
	薬局	8 箇所		
その他	奈良県の多くの面積を占める南和地域（五條市および、3 町 8 村からなる吉野郡）に位置する。			

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、医療機関・施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システム及び自治体等からの情報による

(1) 地域包括ケアに関する取組の背景・概要

<背景>

- 当市は平成 17 年に、1 市 2 村（西吉野村、大塔村）が合併してできた市である。現在 3 万人余りの人口は今後減少傾向が見込まれているが、高齢者の人口はあまり変わらない一方で若年層の人口減が著しく、平成 37 年には人口の約 4 割が高齢者、2 割が後期高齢者になることが見込まれる。
- 要介護認定率は約 22%。軽度者（要支援）の方が約半数を占める。

<医療・介護提供体制>

- 旧大塔村は医療・介護サービスが非常に届きにくい状況。200 人ほどの人口規模、かつ 60%台の高齢化率で、診療所は一つ（自治医大のへき地派遣）。旧村内の財団が、元々ある観光施設を活用してデイサービス事業所を運営しているが、週 1 回の提供がやっとという程度で、ひとり暮らしで支援が必要になると途端に在宅生活が厳しくなる。元気高齢者の力の活用も考えたいところだが、思うように取り組みは進んでいない。このような状況から、要介護状態等になった場合や、退院後の介護サービスが整わない場合は他地域の施設や、子どもがいる地域への転居を余儀なくされる場合も多い。
- 五條市の医師会は、五條市医師会として市と同一範囲で活動している（1 市 1 医師会）。五條市が位置する南和地域の他の地域（吉野郡：3 町 8 村）は吉野郡医師会が活動している。
- 南和地域での地域医療は南奈良総合医療センター、五條病院、吉野病院（いずれも南和広域医療企業団が運営）があり、ドクターヘリも運用されているので一定の体制は整っている。また、医療機関間の情報共有に関して、事業団と山間部の国保診療所が協力して、電子カルテ情報の共有を行ったり、診察券を共通にして情報がどの医療機関でも参照できるようにしている。

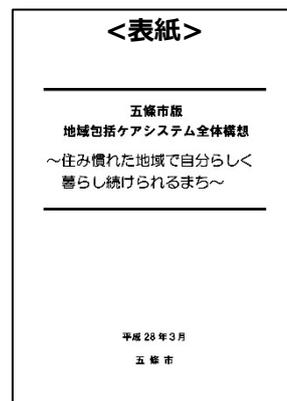
<事業担当者>

- 当課責任者である課長は、介護保険・高齢者保健福祉関連部署配属 7 年目。最初は養護老人ホームの措置等を担当していた。課員は約 20 名ほどである（直営の地域包括支援センター 1 か所、在宅介護支援センター 1 か所含む）。

(2) 地域ニーズの把握・地域診断

<「地域包括ケアシステム全体構想」の策定>

- 前述の背景がある中、当市では県事業を活用し「地域包括ケアシステム全体構想」を策定した。県事業に手を挙げた理由として、市としてどうすれば地域包括ケアシステムを作れるか、なかなか最初は見えてこない（小さい市町村であればなおさら）。システム構築が大事という認識はあるものどうすれば良いか分からなかった。このため、事業に手を上げ、少しでも取組を進められればと考えたことがある。
- 県モデル事業の予算を活用し、構想策定支援を外部コンサルタント業者に委託したところ、SWOT分析なども活用しながら地域の状況に精通した地域分析・提案をしてもらうことができた。この情報をもとに、市内6つの日常生活圏域別にそれぞれの状況、課題を把握したいと考え「圏域別地域ケア会議」を実施し、詳細な検討を進めた。
- また、市役所の関係部署で構成する庁内ワーキンググループを作り、計画を推進する体制を整えたが、市内の3分の1が高齢者である中、高齢者が関係する議題であれば、住まいでも何でも高齢福祉所管に回されてくる状況がある。本来的には各課連携して取組を進めていくことが重要であり、そうでないとなかなか進まないことを意識して業務にあたっている。



【同席の県担当者より】

- 奈良県下では平成27年度に5つ、28年度に2つの市町村が全体構想をつくることとなった。考え方は、この事業で各自治体に策定いただいた全体構想が、他の県下の自治体にも波及することを狙ったものである。
- また、県がこうした全体構想の策定を支援する事業を始めた背景としては、元々医療介護連携に関する取組を県内別管轄の桜井保健所で進めており、これを広報していたところ、その取組が知事を目にとまり活動が全県的に、強力に進められたものと推測される（桜井保健所の取組を進めていたのは、現在の保健師のトップである当時の主幹）。

<圏域別地域ケア会議の詳細>

- 「圏域別地域ケア会議」は圏域別に、高齢者を取り巻く地域課題の解決に向けた関係者間のネットワーク構築、および具体的な解決に向けた地域づくり・資源開発を行うものである。地域の分析結果を出しながら自治会や民生委員など地域の代表者に集まっただき色々議論すると、思いのほか様々な意見が出てきて、議論を有意義に深めることができた。

- 当初は、圏域別の地域診断、課題の抽出がなかなかできていなかったが、圏域別地域ケア会議の立ち上げ・運営の過程で、直接地域に意見をお聞きすること、逆に伝えていくことが大変重要と感じた。高齢者は広報誌だけで発信しても情報を十分に理解することがなかなか難しい。地域ケア会議を介した情報共有、広報、口コミは有用である。
- 当会議の事務局は市が担っている。地域ケア会議には、医師も地域によっては参加いただいているが、地域によっては参加がないところもある。現在までの検討テーマは、地域の見守りを主に行っており、積極的に医師に参加の声かけをしていないこともある。また、在宅医療・介護連携を直接的なテーマとしたことは少ない。
- また、日常生活圏域の中でも地域差があるため、圏域よりもう少し細かな地域で分析を深めることが理想的だが、マンパワーの問題で難しい現状。今後、第1層のコーディネーターを担っている社会福祉協議会などと協力体制を組んでいきたいと考えている。

<データ分析>

- 日常生活圏域ニーズ調査として、市内65歳以上の要介護認定を受けていない高齢者、および要介護認定（要支援1・2）の認定を受けている高齢者、約9,000人を対象とした全数調査を平成28年11月～12月に実施。このほか、平成27年には要支援1～2の65歳以上の方や二次予防事業対象者等を対象にした調査、事業所を対象にした調査など複数の調査を行っている。
- 「見える化」システムについては分析・活用の仕方が十分分からないのが正直なところ。ニーズ調査を実施した際の担当者（前任者）もあまり使っていなかったと思われる。
- 本当は、同じ人口規模、性質を持つ自治体と自分の自治体を比較できればよい。また、五條市は6圏域ごとに特性が違う。それぞれの圏域で話をするときに、あなたの圏域はこのような状況ですと情報提供するため、圏域別の数値情報がすぐ分かるようになるとありがたい。今は、市全体のデータのみが見られることが多い。

【同席の県担当者より】

- 市町村担当者は、どうしてもケースワーク、目の前のクライアントへの支援が優先され、またデータ分析は行えずとも業務は行えてしまうために、「見える化」システムを十分に活用できる状況に無いと認識している。
- また、同規模自治体での比較はできるが、地域特性などは数字だけは分からないことも多い（人口規模だけをもって同じ性質の自治体とはいえない）。現場で真に知りたいことと提供できる情報にギャップがようにも感じている。
- 保健所でも支援したい考えはあるが、構造的な問題として保健所は介護保険を直接

所管していないため、「見える化」システムに入っている詳細な情報がそもそも見られない。そのためタイムリーな支援は難しい。

<事業評価について>

- 行政として、各関係者が集まり評価に関する検討をできる機会を作れていないが、アンケート結果では相互理解が進んでいない、情報共有がまだまだできていないという認識を持たれる事業所が半数であり、そのようなところをみると道半ばと感じている。

(3) 医療・介護連携の状況

<具体的な取組内容>

- 以下の取組が行われている。

取組	概要
①医療と介護の情報マップの作成	地域内の医療・介護資源について、地域別にまとめたマップを作成。全世帯に配付し市民への啓発を図るほか、ケアマネジャー等が利用者・相談者へ対応する際のツールとしても活用されている。
②専門職間の情報共有ツールの作成	医療機関や介護サービス事業所、地域包括支援センターが連携を深めるため、専門職専用のホームページ「五條市ケア倶楽部」を開設・運用。当ページにより情報共有、また行政からのスムーズな情報提供にも効果を挙げている。
③五條市医師会との連携	医師会が事務局となっている「在宅支援カンファレンス」のメーリングリスト（月1回）に地域包括支援センターが参加し、訪問診療患者の状況を適宜共有。

- 上記などの取組が進められているところではあるが、五條市の中での医療介護連携はまだまだこれからである。西吉野村、大塔村の旧自治体は市中心部から車で40分程度かかり、社会資源も少ない。ここでどのような在宅医療提供体制を構築するかは課題。

<在宅医療・介護連携推進事業の取組について>

- (ア)～(ク)の8つの取組があるが、地域包括支援センターの職員が総勢7名、3職種自体も少ない中で何とか事業を運営しているという状況。相談支援業務も担いながら認知症対応も在宅医療・介護連携もすべて包括が担っており、人も増えずマンパワー的に厳しい状況にある。業務量的には大変苦しい。
- 市医師会は事務局があるが、相談支援をお願いすることも難しい。また、医療企業団も運営が始まったばかりでこうした事業の実施・支援は依頼できないところである。
- 職能団体については、市内理学療法士とのネットワークがあるので、そこと連携し

ている。また、県の理学療法士会、作業療法士会からアドバイザーで講師を派遣していただくなどのかかわりもある。

（４）複数の自治体を含む広域連携の状況

＜具体的な取組内容＞

- 基本的な考え方として、五條市が所在する南和地域は奈良県の 3 分の 2 の面積で、小さな村がほとんどであるため、1 市 3 町 8 村の南和地域全体でどう支援体制を構築するかを考える必要がある。このため、保健所にも大きな支援をいただきながら進めている。
- 具体的には以下の取組が行われている。

取組	概要
①「南和地域で活動する医療と介護等従事者のための情報マップ」の作成	・南和地域の地域包括支援センターからなる「南和地域包括支援センター連絡会」が、県保健所の支援のもと地域内の医療機関、薬局、介護事業所等の情報をまとめ、各事業所に配付した。 内容は、前述の五條市で作成された「医療と介護の情報マップ」をもとに作成。 ・ただ情報が記載されているだけでなくスペースを設け、研修会などでもらった名刺を貼り付けたり、聞き取った情報を書き込むなどしてオリジナルの情報源として活用できるよう工夫されている。
②南和地域における退院調整ルールづくり支援事業（県事業）	県保健所と南和地域の地域包括支援センターが協働し、地域のケアマネジャー、医療機関の検討会を開催し、入退院連携マニュアルを作成。平成 31 年 2 月のキックオフ会議後に運用する予定。
③南和地域在宅医療・包括ケア連携協議会	県保健所が立ち上げた多職種協働のための協議体。訪問看護や薬局など職種別のワーキングも含まれる。

- 効果について、②のマニュアル作成に関しては、このルールづくりに向けての会議の機会を重ねることで、病棟看護師等とも話ができて考えを聞く機会にもつながっている。また、③の協議会については、広域的なあるべき姿や考えの共有を自治体を超えた圏域で図ることができている。
- 課題については人材・サービスの不足に尽きる。人材が少ない中で各種取組、事業をどのように進めていけるのか、今後の検討課題。企業団として：企業団で専門職を確保・育成し、各村に派遣してはどうかとの動きがある。

＜広域連携に係る各主体の役割・立ち位置＞

- 上記の取組において保健所の役割は大きいですが、保健所は各自治体の事業実施等に関

する直接的なマンパワーの提供ができないことを明確に各自治体に伝えている。あくまで、事業実施や連携を支援する立場である。

- 広域連携は、単一の村だけではなかなか取組を進めがたい。連携・協働して事業を進めることの必要性を各村の幹部、首長レベルで意識することが大変重要と考える。一方、合併で解決する問題ではない。社会資源が圧倒的に不足している中でどのような対策を講じるべきかも重要だが、各自治体・各地域がお互いの状況を知っていくことがまず必要で、その上でどうするかを考えるべき。例えば、介護サービスが必要と思われる退院患者について、介護事業所はいつまでにサービス調整の依頼が欲しいと考えているか。地域、事業所によってこれは異なるし、これを知らないと調整が円滑にはいかないだろう。
- 社会資源を増やしていくためには、今ある事業所が利益を得られる仕組みでないと続かない（事業継続性の重要性）。利益の高まりは専門職のモチベーションにもつながる。一方で単純な事業所数の話だけでなく、調整の面も重要である。例えば当南和地域では薬局での麻薬取り扱いの検討を現在行っているが、医師、薬剤師だけでなく、訪問看護など各職種に検討に入っていないと、結局続かない。多職種を巻き込んだ検討は常に重要となる。
- ③の協議体について。多くの地域、職種が集まる会議を設定したことは意義があると考えている。病院看護師と地域の事業所などが話す貴重な機会につながっている。

（５）国や県、地方厚生局に望む支援

- 様々な課題認識は持っているが、具体的に支援を求める内容は分からない。前提として、国や地方厚生局からどのような支援をいただけるかも十分な認識がない。
- 診療報酬に関して言えば、往診時の16kmルールなど、制度上の壁が医療提供に影響を与えるケースもあるので、地域による柔軟な取り扱いが認められるとよい。

《特に高い効果がみられたと考えること》

- 地域包括ケアシステム構築にあたって、奈良県の補助を受けて五條市版地域包括ケアシステム全体構想を作成したことで、五條市の地域包括ケアシステム構築の課題と将来像が可視化され、部署を越えた取り組みに対する理解につながっていると思われる。
- 市内を日常生活圏域（中学校区）に分け圏域別地域ケア会議を開催したこと、悉皆に近いアンケート調査を行ったことなど、住民の生の声を直接構想に反映させたことで住民にも理解しやすい内容になっている。
- 医療介護連携においては相談窓口の整備、医師会との関係の構築など発展途上の課題もみられるが、課題を課題としてとらえるツールとしても全体構想は有用であると思われた。

《どうして高い効果が生まれたと考えられるか》

- 異動で着任した職員がわからないことを率直にとらえ、わかるための手段（県の補助事業）に機敏に反応したこと、またわかるための情報源を地域や住民に求めたことが要因として挙げられる。
- 合併した小規模自治体の旧大塔村の「おおとう元気会議」が圏域別地域ケア会議の発想の元となっている可能性がある。合併によって市内の圏域に多様性（ヘテロな状態）が生まれ好事例が他の圏域に伝播したというモデルなのかもしれないと感じた。

《事業推進における課題や対応策》

- 医療と介護の連携窓口を地域包括支援センターに設置するなど、他事業（認知症施策）も含めて地域に関わることはほとんどが地域包括支援センターに分掌されている。人口のサイズと包括職員数のバランスがとれているとメリットは大きいですが、包括職員が少ないため機能不全を起こしており、そのことは行政も認識している。
- 一部医師会等への委託なども検討しても良いと思われるが、医師会のサイズも小さいため二の足を踏んでいる部分もみられた。協議の輪を市役所・包括ばかりでなく大きく広げることで活路が見出される可能性もあるのではないかと感じた。

《望ましい支援内容》

- 県レベルで行政から医師会などの職能団体にアプローチして、市町村と都市医師会の関係を取り持ってもらえるなどの支援があるとよいかもしれない。また都市に支部のない職能団体とのつながりを県が取り持つことも考えられる。

《その他》

- 共通の基盤・団体を持つ組織があるとそこを中心とした取り組みは期待できるのではないかと感じた。たとえば医療の面で言えば南和広域医療企業団と村の国保診療所との間での情報共有、協働体制があるので、在宅医療の広域な応援体制を構築する、看護師の配置を検討する、などの動きをおこし、それらが各地での医療介護連携の核となるなど。それは医療ではなく介護事業所のチェーンでも、ケアマネのチェーンでも構わないと思われる。

6. 石川県野々市市

野々市市 ★ここがポイント★

「近隣市と連携しながらも、主体的に取り組む実践」

1. 在宅医療・介護連携推進協議会の設置

市の事業検討を行うに当たっての協議会を設置。協議会には近隣市の金沢市、白山市の方にも参加いただき、広域的な連携も視野に入れた検討体制を確保。

2. 団体等への委託を活用した事業推進

訪問看護ステーションへの在宅医療・介護連携推進事業の一部委託、認知症総合支援事業の医療機関への委託等により事業を展開。事業等全体の管理は、行政担当部署（係）が一元的に担う体制とした。

◆ 自治体の状況

総人口	55,099 人			 <p>石川</p> <p>国土地理院ウェブサイト地理院地図を加工して作成</p>
平均年齢	40.7 歳（全国平均 45.0 歳）			
高齢者人口	9,824 人			
高齢化率	17.8%（全国平均 25.6%）			
面積	13.56 km ²			
人口密度	4,063.3 人/km ² （全国平均 340.8 人/km ² ）			
要介護認定者	1,095 人			
施設数	病院	3 箇所	訪問介護事業所	11 箇所
	診療所	42 箇所	訪問看護ステーション	3 箇所
	歯科診療所	25 箇所	特別養護老人ホーム	2 箇所
	地域包括支援センター	3 箇所	介護老人保健施設	3 箇所
	居宅介護支援事業所	11 箇所	介護療養型医療施設	0 箇所
	薬局	33 箇所		
その他	石川県のほぼ中央に位置し山・海はなく平坦地が多い。北東部を金沢市と、南西部を白山市にそれぞれ接している。			

※総人口～人口密度は平成 27 年国勢調査、医療機関・施設数は医療情報ネット・介護サービス情報公表システム及び自治体等からの情報による

(1) 地域包括ケアに関する取組の背景・概要

<背景>

- 当市は平成 23 年に町から市制施行となった。平均寿命は男女とも県内 1 位、女性は全国 5 位である。人口の流出入が多い印象。
- 近隣自治体との連携について、金沢市とも隣接しているが、白山市と広域で対応している部分が多い。医師会のエリアやケアマネ協会、また火葬場やごみ処理なども白山市と共同となっている。小さな市で金沢市、白山市への車の移動もしやすい。
- 公立病院は市内には無いが、隣接する自治体とともに広域で経営する病院や診療所が市内に 5 か所ある。近隣の大規模な病院としては金沢赤十字病院がある。医師会は隣接市と一緒にエリアとなっている（白山ののいち医師会）。
- また、石川県では国の基金を活用し、在宅医療推進の中核となる「在宅医療連携グループ」を郡市医師会単位で 17 か所設置（県医師会に依頼）。専門職同士の研修や意見交換など、様々な取組を行っている。野々市市は 2 つのグループとかかわりを持って取り組んでおり、そのうちの 1 つは野々市市と白山市で、平成 20 年頃から、年に 1 回シンポジウムを開催しているという経過があり、これがグループとして位置づけられた。
- 当時は医療依存度の高い市民を受け入れる介護施設や人員等の環境が不十分であり、周辺自治体も含め定期的で開催されるケアマネジャーとの連絡会での検討等を契機に問題提起され、シンポジウムの開催につながった。当時は地域包括支援センターも 1 か所であり情報が集約されやすかったため、課題を把握しやすかったとも考えられる。
- 数多くの介護サービス事業所があり、さらにサ高住、有料老人ホームは 16 か所で、高齢者人口当たりの数は県内で一番多い状況。近隣市を含めると居住系施設も含めた入所施設は比較的多いと思われる。

(2) 地域ニーズの把握・地域診断

<聞き取りなどをメインとしたニーズ把握>

- 在宅医療・介護連携推進協議会での意見交換により取組のヒントをもらうことがある。参加者も積極的に意見を下さることが多い。例えば特定の医療機関についての違和感・要望が行政担当部署に寄せられた際、良好な関係の構築が必要ととらえて報告会の検討・開催につなげるなど。
- また、個別のケース検討などでも、関係者間のやりとりがもう少し円滑にできれば、そのためにはどのような仕組みがあれば、など一歩引いた目で見るとヒントが得られる。

- 民生委員と年2回事例検討的な話し合いをしたり、定例会に参加したりといった連携体制を構築している。また、地域住民との座談会を開催し、意見を募って第6期介護保険事業計画に掲載した経過がある。土日や夜間など様々な人に出て頂けるよう工夫した。このように聞き取りが多い。
- 地域ケア会議はまだ歴史が浅いこともあり、地域課題の抽出・検討はこれから。

<データ分析について>

- KDBについては見られる部署もあるが、積極的な活用までは至っていない。見ていきたいとは考えるが知識は必ずしも十分とは言えない。
- 数字が何を表わしているかはわかるが一般論の域を出ず、ではどうするのか、といった議論まで深めることは難しい。大学との連携等も今は検討できていない。

(3) 医療・介護連携の状況

<具体的な取組内容>

- 以下のような取組を行っている。

取組	概要
①在宅医療・介護連携推進協議会の設置（平成27年度～）	委員：白山ののいち医師会の代表者、石川中央保健福祉センターの代表者、医療関係者、介護関係者、学識経験者、社会福祉協議会の代表者など11名で構成。 内容：相談窓口の明確化、在宅医療に関する地域住民への普及・啓発について、顔の見える関係づくりについて、在宅医療・介護に関する資源の整理について、退院支援について、終末期医療についてなど協議、意見交換
②野々市在宅医療・介護連携支援センターの設置（平成30年度～）	設置先：野々市訪問看護ステーション(委託) …在宅医療・介護連携推進事業の一部を県医療在宅ケア事業団に委託し、当訪問看護ステーション内にセンターを設置した。また、在宅医療・介護連携コーディネーターを当センター内に配置した。 訪問看護ステーションは医療、介護双方の立場を理解しているため、専門職から相談しやすい環境が整ったのではないかと考えている。これまでに18件の相談を受けている。
③支援に役立つ情報ガイドの作成、配布(平成30年度)	【入退院支援、日常の療養支援、看取り支援】 協議会で必要性が議論されたことを受け、 ・市内診療所、歯科診療所、薬局については、訪問診療や往診、薬の配達の有無、連携担当者や対応時間など ・高齢者施設については、胃ろうや吸痰、看取り対応の有無など 上記を一覧表にまとめて掲載したもの。

	配布先：市内居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、市内及び市外近隣の MSW が在籍する医療機関、情報提供に協力頂いた機関 …より多くの情報収集、掲載を求める意見もあったため、今後情報の追加を検討している。
④退院後ケース報告会の開催（平成 30 年度）	<p>【入退院支援】</p> <p>目的：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケースに関わった関係者が退院後の生活状況を共有し、入院中、退院時、退院後の支援について振り返り、気づきを他の支援に活かす。 ・医療・介護それぞれの立場を理解し、入退院時においてどのような情報のやり取りができればよいか検討する。 ・多職種で顔を合わせる機会を持ち、情報交換しやすい関係づくり、入退院時における連携体制づくりをめざす。 <p>きっかけ：ケアマネから、退院時に病院とのやり取りがうまくいかない、また退院後の患者の生活状況を報告する機会が無いことを聞き、報告会という形で高齢者の生活実態を共有する場を持つこととした。</p> <p>効果：医療機関からは、在宅生活をイメージできていなかったことがわかったなど、ケアマネジャーからは、報告する機会を持ててよかったという感想をいただいた。今後も継続的に開催予定。</p>
⑤在宅医療連携グループとの共催のワークショップや研修、講演会の開催支援	<p>【入退院支援、日常の療養支援】</p> <p>協議会の設置以前から、県内各自治体がそれぞれ 17 のグループをつくり、実施している。野々市市が関係するグループのテーマ（H30 年度開催分）は下記の通り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・互いの立場を通して入退院支援の未来を考えよう ・訪問看護事業所コンペ ・自立支援介護について ・市民公開講座「延ばせ健康寿命！～フレイルを予防しよう～」
⑥多職種向け研修会（平成 30 年度）	<p>【日常の療養支援】</p> <p>市の在宅医療・介護連携支援センターが主催して開催したもの。どのような研修が必要かという聞き取りで要望のあったポジショニングを題材に開催。今までで一番ためになった研修であったなどの高い評価をいただいた。</p>
⑦地域住民への普及啓発	<p>【日常の療養支援、看取り】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に関する講座の開催 ・月に 1 回、ラジオでの在宅医療に関する普及啓発（平成 29 年度）

<県からの働きかけを踏まえた市の取組推進>

- 協議会の立ち上げについて。平成 26 年頃に在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）を市町村が担うことが示され、これらの検討、立ち上げ支援ということで県から補助が出ることとなった。この補助の要件に協議会の立ち上げがあったものと記

憶している。また、金沢市や白山市に依拠することなく市内部でしっかり支援体制を整えるべきではとの県からの助言もあった。協議会は野々市市がかかわっていた2つのグループの両者に参加いただくこととした。

- 市としてはそれまで広域的な連携体制の中医療・介護提供体制を整えていたが、県からのこうした働きかけがあったことも協議会立ち上げ、各種取組への着手の動機づけになったものと考えている。

<委託を活用した事業推進>

- 在宅医療・介護連携推進事業を一部事業団に委託しているほか、認知症総合支援事業を市内精神科病院に委託して実施。地域包括支援センターも30年度からすべて委託となり、個別支援については直営で行うことは基本的に無い。生活支援コーディネーターも第2層は包括に委託して実施しているが、地域差も大きい中コーディネーターの活動も手探りで、これからのところがある。
- 地域包括支援センターの運営管理等は、担当部署（地域包括ケア推進係）が一括で担う。
- 直営の包括を無くした理由としては、市の定期的な人事異動がある中では長期的に腰を据えた包括の運営が難しいこと、また主任ケアマネが市に少なく実質的に人員配置が固定化されてしまうことがあると思われた。

<訪問看護ステーションへセンターを委託した経緯>

- センターを委託した訪問看護ステーションは県医療在宅ケア事業団立である。医師会、看護協会、市町村がそれぞれ費用を出し合って設立した事業団。当事業団は県内に16か所訪問看護ステーションを持っているが、センターを受託したステーションは今回が初めてとなる。
- 経緯としては市から委託の相談があった際、管理者が受ける決心をしたこと。訪問看護ステーションは非常に数が多く、その中で特色を出していくためにも受託には大きな意味があるものと考えた。
- 事業実施のノウハウは最初はないので、市担当者と連携しながら学んでいった。今後、市内の訪問看護ステーション、また施設などの看護師も含む看護職間のさらなる連携強化が必要と考えている。

<住民啓発について>

- 啓発の一環として、死について市民に考えてもらうという会を29年度に4回実施した。これは地域包括ケアシステムの基盤整備を目指す「デザイン会議」という3年

間の事業の一環で行われたもの。

- デザイン会議の発案は市職員である。当市の事業は行政の担当者が発案、調整して実現するものが多いと思われる。実際の調整、実践にあたり、どこまでを市が担いどこからを各団体等が担うかの線引きは難しく、市内部でも議論があるところ。

<事業担当者について>

- 主担当者は保健師で、母子保健、健診の保健指導、障害担当などを経験。当業務は30年度から担当している。また、他の主担当者は10年以上当部署に在籍し、諸々の状況を網羅的に把握している。
- 長く業務を担当する職員が在籍しているため、経年的な事業継続性も一定程度担保されている。

<取組全般の課題>

- 今後、医師や歯科医師、薬剤師とも連携していけるような取組も必要だと思われる。
- 退院支援や目の前の課題に対する取組は一定程度進んでいるが、市として目指す姿は何で、そのために何が必要かという大もとの話が十分定まらない。この点は県などからの支援が受けられれば良いとも考える（後述）。

(4) 国や県、地方厚生局に望む支援

- 地域課題を把握するためにできること、地域課題の考え方をについて支援いただきたい。
- 事業をどのように評価していくとよいか教えていただきたい。現場での困りごとについて、どうにか対応したい、もっと取り組まねばと思った場合に、それらの優先度や、実践している取組の結果をどう見ればよいか分からず、何かしなければという焦りが募るだけとなる。講座を何回やった、相談を何件受けたなど数の実績も大事だが、最終的にどこにどう結びついたらその取組が良いものと言えるのか、という悩ましさがある。
- 県担当者とは日ごろから相談できる体制はとれている。希望としては、現在県で実施されている担当者研修を継続していただきたい。統計関係や、医療、介護それぞれの制度改正内容、在宅医療・介護連携支援事業との関連等について分かりやすく学ぶ機会などがあれば。
- 県立の病院や他の医師会等との連携支援があればよい。

《特に高い効果がみられたと考えること》

- 地域医療・介護連携推進事業の委託を訪問看護ステーションが担っている。訪問看護は、かかりつけ医とケアマネジャー、訪問介護などの介護サービスとの橋渡しの役割を担っていることから、在宅医療・介護連携推進において大切な役割を担える。
- 急性期～回復期、生活期において、病院機能を市外に依存している。また、既存の医療圏と実際の患者流出状況では、違いがある。（2つの医療圏との調整が必要）このため、協議会などの会議において、2医療圏より委員が参加している。
- 在宅医療連携に関する協議会の立ち上げ。県から市へ立ち上げ支援の基金を準備するにあたり、協議会立ち上げが条件であった。県から医師会へは助成金はなく、別の部署からはあった。担当レベルでは、従来の取組で十分と考えていたが、県側からの助言があった。協議会へは両グループからの参加はないが、個人的メンバーとしては入っていた。

《どうして高い効果が生まれたと考えられるか》

- 在宅医療・介護連携支援センターを野々市訪問看護ステーション（民間）に委託出来たのは、組織及び担当者のポテンシャルをそれまでの関係の中から把握出来ていたことによる。訪問看護ステーションの本部事業として横展開されていないことから、野々市訪問看護ステーション独自の判断と思われるが、本部の理解も必要である。

《事業推進における課題や対応策》

- 在宅医療・介護連携推進事業や認知症総合支援事業、地域包括支援センター機能を外部に委託している。支援部門を委託しているため地域と主管課（統括課）との距離が遠く実際の声（課題や進捗状況など）を感じにくい。このため、具体的な計画が立てにくい。いかにして、地域資源や課題を把握するかが重要。
- 医療、介護サービス事業所において、市外の事業所が参入している場合、事業所間の連携を取りにくい。特に、サービス提供エリアが他の事業所と重複する場合、顧客の取り合いになり連携がさらに難しい。
- 行政において、職員の異動がありこれまでの事業の継続が課題。同部署内での意思統一、関係機関との意見交換、課題・計画の共有が必要。

《望ましい支援内容》

- 地域課題の整理や方針を決定する場合、県や保健所の支援は重要。また、医師会や病院との調整において保健所の役割が大きいと感じる。
- 地域の保健所の関与について、健康推進は関与があるが、この分野はそれほどの関与はない。周辺自治体との生活圏の交わりが有り、在宅医療・介護連携の推進には、避けることは出来ないことから、県や保健所等の広域を対象とした部署の支援が必要。

《その他》

- 事業担当はいずれの自治体でも分担され、いわゆる「縦割り」であるが、複数の事業を複数の職員で担当することにより、横のつながりと事業の継続性が担保されることもある。野々市市においては、2名の職員での事業担当で、職員異動によって事業の継続性に大なり小なり困難さを感じた。

第4章

在宅医療・介護連携 推進フォーラム

1. フォーラム実施概要

(1) フォーラムの目的

- 本事業では、本調査研究の平成 30 年 2 月時点での事業実施経過を報告するとともに、在宅医療・介護連携推進事業を柱とする地域の実情に応じた医療・介護の連携の一層の充実を図るための方策等に関して情報提供することを目的に、フォーラムを開催した。
- フォーラムの対象者は、都道府県・市町村職員、地域包括支援センター職員、医療・介護連携に携わる関係者等とした。

(2) 開催概要

【開催日時】平成 31 年 2 月 25 日（月）13：00～17：00

【開催場所】C I V I 北梅田研修センター「H a l l」

【参加者数】124 名（委員含む）

【会の題名】在宅医療・介護連携推進フォーラム

～いま何をすべきか！地域力を活かす医療・介護連携を考える～

2. フォーラム内容

時間	内容
開会	
13:00- 13:15	<p>○開会のあいさつ</p> <p>主催者挨拶：全国国民健康保険診療施設協議会副会長 小野 剛 氏 来賓挨拶：近畿厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課 課長 吉森 茂文 氏</p>
基調講演・報告	
13:15- 14:05	<p>「地域の実情に応じた医療・介護連携の展開を考える ～事業経過報告より～」 在宅医療・介護連携を推進するための都道府県及び地方厚生（支）局の支援のあり方に関する検討委員会委員長 尾島 俊之 氏（浜松医科大学健康社会医学教授）</p> <p>【1段階アンケート報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（ア）について、データの分析が十分行えていないと感じる自治体が多い傾向。これについてどのような対応が考えられるか、委員会でも議論がなされている。 ・（イ）について、41.4%の自治体が対応策を検討中または未実践である。（ウ）も含め、取組は今後の課題である自治体が多くみられる。 ・（エ）については、7割ほどの自治体が何らかの仕組みを作っている。ただし効果が出るころまでは至っていないとする回答も多かった。（オ）は9割ほどの自治体が機関・窓口を持っている状況であった。かなり進んでいると考えられ、今後より効果的な運用の検討が期待される。 ・（カ）について、9割ほどの自治体が研修を開催しており、また効果が実感されている自治体も多い。（キ）について、8割ほどの自治体が普及啓発に取り組んでいるが効果を実感しているのは1割ほどである。 ・課題としては「マンパワー不足」が最多で、次いで専門的知識の不足が挙げられている。人材確保、人材育成が課題となるが、同時に離職防止も重要な観点となる。また、医師会、医療機関との調整も課題として多くあげられている。 ・必要とする支援と実際に受けている支援をみると、データ分析や医師会等との調整、住民啓発などの項目でギャップがみられた。 <p>【2段階アンケート報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・回答が非常に多く、一部のみのご報告にとどまる。 ・課題抽出において介護の視点に偏る、大きな会議体になると方向性の共有、解決策の検討等がしづらくなるなどの意見をいただいた。



	<p>【現地訪問調査報告】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6か所の自治体に直接訪問する形でヒアリング調査を実施。 ・ここでは奈良県の宇陀市、五條市についてご紹介。宇陀市については「医療介護 あんしんセンター」が市立病院と連携する中で、在宅医療・介護連携を推進。また、五條市については「地域包括ケアシステム全体構想」の策定、およびそのための圏域別地域ケア会議の開催等が取組としてみられた。 <p>【評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価には「①形成的評価」（改善方策などを明らかにして取組を推進させる）、「②総括的評価」（合格／不合格、良い／悪いを判定）という考え方がある。今回の本事業の評価は「①形成的評価」に該当すると思われる。 ・他の自治体と比較して良い・悪いを判断するものではなく、PDCA サイクルの適切な流れを作る一助とする想定。 ・各市町村が指標を作成、選定する視点については、内容的代表性や社会的受容性、学術的重要性など様々な視点があるが、正確性（測定したい対象をとらえているか）、入手容易性（データ入手が容易か）などが重要と考えられる。特に入手容易性は必須である。 ・アウトカム指標としては生活満足度、介護従事者の満足度、要介護高齢者の在宅療養率など、プロセス指標としては入退院時や医療・介護報酬、在宅医療・介護連携推進事業における取組状況など、ストラクチャー指標としては医療・介護に関する施設数、人員数等が考えられる。 <p>【都道府県、地方厚生局からの望ましい支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・データの分析・活用方法の提示や、市町村内の協議の場への参画、市町村等へのカウンセリング機能（論点整理支援）など様々なものが考えられる。 ・また、支援を「情動的支援」「手段的支援」「情緒的支援」に分けた際の「情緒的支援」も重要である。市町村の取組を肯定的に評価し、サポートすることで、市町村が前向きに取り組むモチベーションに繋がる。
事例発表	
14:05-15:20	<p>「実践！地域を診る目が医療・介護連携のカタチを生み出した」 ～地域力を高めるまちづくりと多職種連携～</p> <p>◎取組事例（市町村）</p> <p>□ 静岡県川根本町での取組：池本 祐子 氏（川根本町高齢者福祉課課長代理兼地域包括ケア推進室室長兼地域包括支援センター長）</p> <p>【地域概要】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人口が少なく高齢化率は約50%、最も近い病院は1時間ほど。住居は点在しており、行政職員が車で訪問し、時には走行距離が1日200kmにもなる。 ・行政職員や医師、看護師等が元々協力しながら取り組んでいた地域なので、医療・介護連携の基盤は元々あったところでもある。 <p>【看取りのフローチャート】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H27年に亡くなった方の家族への聞き取り調査を実施し、その内容を踏まえ「看

取りのフローチャート」を作成。相談を受けてから在宅療養が始まるまでの流れを明確にした。

- フローチャートは住民説明も実施。その際に地域の高齢化についてもあわせて説明し、この地域をこれからどうするかについても住民と話し合った。結果、新たな助け合いのサービス「ちょいサポ」ができあがったなどの効果も生まれている。
- 【多職種連携チーム】
- 在宅医療・介護連携推進事業の開始にあわせ、これまでの取組を目に見える形にしようと「多職種連携チーム」を組織。
 - 「ちょこっと介護相談所」などの取組につながったほか、課題が生じた際に適宜話し合う関係、仕組みが構築された。

□ 京都府綾部市での取組：森永 洋子 氏（綾部市福祉保健部高齢者支援課地域包括支援センター担当）

【地域概要】

- 高齢化率は30%後半、面積が広く77%が森林。病院は3つ。

【在宅療養コーディネーター】

- 在宅療養に関する課題を話し合うコーディネーターを置くこととした。最初は各職種から業務負担が増えることへの懸念なども聞かれたが、まずはやってみようということで取組を開始。
- まず多職種で集まって話し合いをするところから始めた。学習会等を開催する中で、在宅療養に関していつまでもおいしく食事をとるための方法を考えるなどの取組を進め、さらに住民と多職種で考える機会が必要ではとの流れに繋がった。
- 市の特徴は、強みなのか弱みなのか、発想の転換が重要と考えながら検討を進めた（弱みと強みと強みになりうる）
- 少しのことでも相談できる体制作りが重要。困ったときはお互いにサポートできる関係を。

□ 岐阜県白川村での取組：近藤 久善 氏（白川村村民課長）

伊左次 悟 氏（県北西部地域医療センター国保白鳥病院総合診療科医長）

【地域概要】

- 人口は約1600人、高齢化率は31.6%。村職員60人ほど。自宅看取り率は44%、地域看取り率は56%と、全国1位となっている。
- 行政の医療・介護職としては、保健師1名、管理栄養士1名（社協兼務）。また、診療所は常勤医師1名、非常勤医師4名、看護師3名となっている。
- 郡上市や高山市、富山県南砺市・砺波市など、近隣市町村が医療・介護のみならず生活上も圏域となっている（砺波市に買い物に行くなど）。

【医療・介護連携】

- 周辺自治体等と、医療施設マップづくり、会議体の立ち上げ、入院退院支援マニュアルの作成等様々な取組を進めている。
- 県北西部地域医療センターを設置しており、当センターが複数のへき地診療所を複数医師で支える体制を有している。また、多職種研修会を開催し、富山県を含む近隣自治体の病院等も含めた連携構築を図った。

【今後の課題・展望】

- ・デイサービスセンターの移転新築、専門職をはじめとした人材確保、地域包括支援センターの強化等に向けた取組を進めていく。
- ・人口が少なく地域資源も限られているため、市・村境、県境を越えた連携体制の構築をさらに進めていく。

◎支援事例（都道府県）

□ 滋賀県での取組：久保 亜紀 氏（東近江健康福祉事務所（東近江保健所）医療福祉連携係主査）

【県、東近江圏域の現状】

- ・人口は減少するが高齢者は将来的に増加していく。
- ・自宅で最期を迎えたい方が 41.9%であるが実際に自宅で亡くなる方は 14.2%ほど。



【三方よし研究会】

- ・医療と介護の連携促進を目指し発足。最初は、急性期から慢性期に至る医療機関の連携パスを地域まで延長することを目的に、様々なフロー図や連携図を作成し、地域の専門職が集まる会議の場で検討いただき、様々な指摘をいただいた。こうした流れの中、話し合いの場の再構築を行うこととし、三方よし研究会（東近江地域医療連携ネットワーク）につながった。
- ・脳卒中地域連携パスを作成・運用することにより、在院日数の短縮・在宅復帰率の上昇・救急搬送率の向上等効果も得られている。また、現在はNPO 法人として運営されており、活動を継続的に発展させている。

【多職種連携・職種間連携】

- ・退院支援ルールの評価の中で、退院支援の資質向上、看護職ネットワークの必要性などが今後必要な取り組みとして挙げられた。
- ・退院支援の資質向上については、アンケート調査やこの結果を踏まえたワーキング等により対応を検討。病院やケアマネジャーの役割を見直している。
- ・看護職ネットワークの立ち上げについては「東近江圏域看護職ネット」を立ち上げ、看看連携のあり方についての意見交換などを進めた。

【市町支援】

- ・各市町との意見交換を行うとともに、目標・指標の設定や取り組むべき課題などについての個別支援を行っている。

特別発言：三枝 智宏 氏（静岡県浜松市国民健康保険佐久間病院長）

- ・3つのキーワードを考えた。まず「端っこの工夫」について。地理的に端のほうにある市町村や、市町村内で地域資源が分散している地域など様々な背景があるが、端にある地域・機関を逆に中心に据えて支援体制を構築する工夫がみられ、素晴らしい取り組みと感じられた。

	<ul style="list-style-type: none"> •「コミュニティナース」について。地域に根ざしている、絆を持つ看護師の存在は大きい。一方でイノベーションを起こす、創造的な取組を仕掛けるコミュニティナースもいる。前者は「土の人」、後者は「風の人」である。 •「日常生活圏域」について。話を伺う中で、改めて日常生活圏域の重要性を感じた。課題は日常生活圏域により異なり、各圏域で取組検討等が行われることが望ましく、マンパワーの課題等もある中多職種が連携して多様な取り組みが進められていた。日常生活圏域におけるこうしたゲリラ的な支援活動は「地域包括ケアゲリラ」とも言えるものと考えた。 <p>司会：小野 剛 氏（国診協副会長／秋田県市立大森病院長）</p>
	休憩（10分）
鼎談	
15：30	<p>「在宅医療介護連携推進事業の展開による地域の未来を創造する」 ～地域の実情に応じた連携の姿を描き出すためにすべきこと～</p> <p>：後藤 忠雄 氏（岐阜県 県北西部地域医療センター長兼国保白鳥病院長） ：林 佳江 氏（奈良県宇陀市健康福祉部医療介護あんしんセンター所長） ：竹内 嘉伸 氏（富山県南砺市地域包括医療ケア部地域包括ケア課副主幹）</p> <p>【看取りについて】</p> <p>竹内氏：南砺市では日常生活圏域ニーズ調査の際、65歳以上の全市民にアンケートを実施したが、その結果50%超の方が自宅で最期を迎えたいとの回答であった。しかし実際には15%程度しか自宅で亡くなる方はおらず、大きな解離があったため、行政としてこの課題に対応すべきと考えるようになった。</p> <p>林氏：25年度頃から出前講座を始めているが、在宅医療の意義やかかりつけ医の必要性などについて、頭の中にはあるが、実際に医療を必要とする段になると実践に移す住民は少ないように感じる。これが現在の課題と思っている。</p> <p>竹内氏：住民啓発は重要であるが、終末期の過ごし方については、多くの人がその場面に直面して初めて色々なことを考えるケースも多い。</p> <p>後藤氏：どこで亡くなりたいかという問いについては、自分の地域では6割以上が自宅で亡くなりたいと答えている。一方、別の地域で実際に在宅療養している人に聞いてみると、自宅で看取りができることを知らなかったとする意見が半数程度であった。地域の文化的な背景や住民の意向等は様々異なるので、地域の状況を知ることは大変重要。</p> <p>林氏：奈良県では「地域包括ケアシステム全体構想」の策定に補助金が出されており、実態調査も行っている。地域包括ケアシステムについては医療が先行しているような印象があるが、実際には住民は日常的に接しているヘルパー等介護職員に本音を言うことも多いように思う（医師には時には本音を言えない）。</p> <p>【データの活用・分析について】</p> <p>後藤氏：見える化システムの活用についてはどうか。地域診断は行っているか。</p> <p>林氏：活用しているが、在宅療養に関する指標はもう少し欲しいと思うことがある。</p> <p>竹内氏：要介護状態になれば特養に入所するといった文化がある地域もある。特養が身近な地域にない場合は在宅療養する方の率が高い。</p> <p>後藤氏：データを行政の担当部署内で見ても、特徴がありそうな部分について議論を</p>

するなどはあるか。

竹内氏：市が持っているデータで諸々の検討をすることは多いが、病院の加算算定状況等データなど、十分分析ができていないものもある。

林氏：県からも頂けるデータとそうでないデータがある。また、データによる評価として、他自治体との比較をどうしても考えがちであるが、定性的評価も重要であることを今回の講演を聞いて感じた。

【人材確保・育成について】

林氏：要支援の方の訪問介護は生活支援がとても多い。これは、買い物などができなくなった際にこれを依頼するものだが、ヘルパー自体も高齢化が進み確保が難しくなっている。例えば地域住民の助け合いで担える部分はそのようにして、専門職のマンパワーをいかに確保するかが課題の一つ。



後藤氏：都市部でもマンパワー不足は大きな課題。当地域では、中高生向けの医療職、介護職セミナーを開催したが、中高生では社会福祉士を知らなかったりする。また、多職種研修に中高生の参加を募ると、熱心に取り組む専門職の姿を見て中高生が感銘を受けるといったこともある様子。人材確保・育成は様々な手法が考えられる。

【広域連携について】

竹内氏：医療圏を越えると退院支援ルールなども変わり、調整が難しくなる。

後藤氏：広域連携を考えようとすると、歴史的・生活圏域的な見方もある一方、二次医療圏や郡などの行政的な区切りもあり、実際の人の動きをとらえた連携が必要となる。また、日常生活圏域内でサービスが完結していることも必ずしも多くはない。どの地域・圏域で連携をとることが必要かを考えていく。

竹内氏：医療に関しては、疾患ごとに連携先の医療機関やルールが異なる場合もある。多様な連携が求められる。

特別発言：岡山 雅信 氏（神戸大学地域医療教育学部門長／地域社会医学健康科学講座医学教育分野特命教授）

- 鼎談でも話題になった「端っここの工夫」は、境界における医療として世界でも問題となっている（border medicine）。
- 本フォーラムの参加者の自治体は人口規模が大きく異なるが、人口規模が大きくなるとその分調整力が求められる。ステークホルダーが多くなればなるほどその調整は困難になる。連携を進める観点からは、誰もが反対しないことを念頭に置いた、大枠のビジョンを掲げてまずは進めていくことも考えられる。
- 事業推進は必ずしもスーパーマンが必要なわけではなく、誰か役割を担う人が頑張ることで進む。中立的に淡々と調整を進められることも大事。
- 連携を進めるにあたりほめることは大事。ほめられる、評価されることを仕組みとして持てるとよい。また、地域で活動することに誇りを持つことが重要。

17:00

閉会

第5章

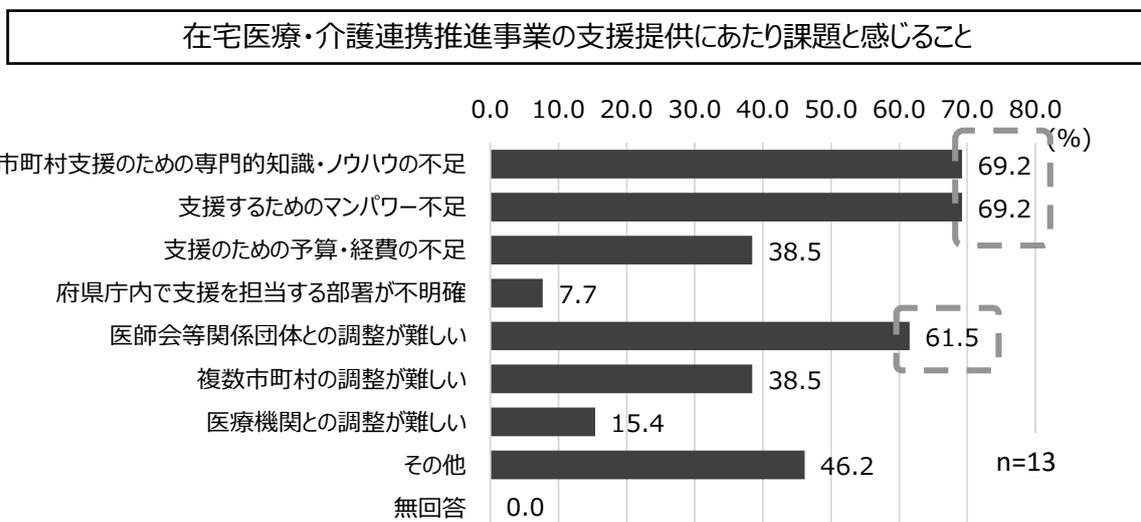
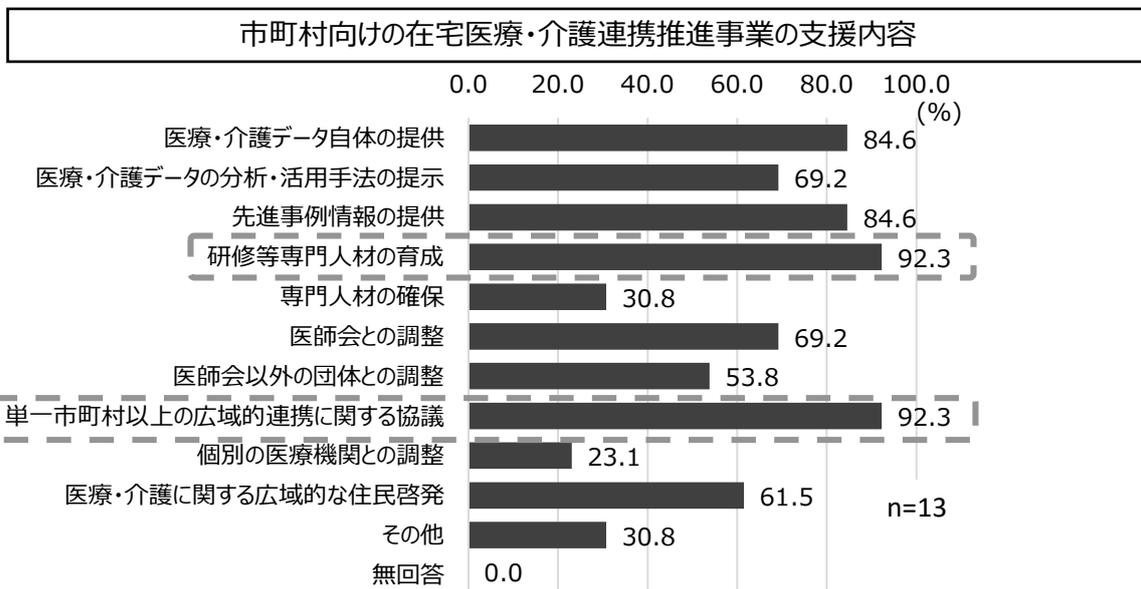
考察・提言

1. アンケート結果から見える課題

(1) 市町村への支援について（府県向け調査）

【主な現状・課題】

- 府県が市町村に行う支援内容は府県により多種多様であるが、人材育成、単一市町村以上の広域的な調整を行う府県が最も多かった。
- 支援提供にあたり府県が課題と感ずることとしては、「専門的知識・ノウハウの不足」「マンパワー不足」を挙げる回答が多く、府県においても人材不足、専門的知識の不足が課題であることがうかがえた。また、医師会等関係団体の調整についても、市町村のみならず府県でも課題認識が高いことがうかがえた。

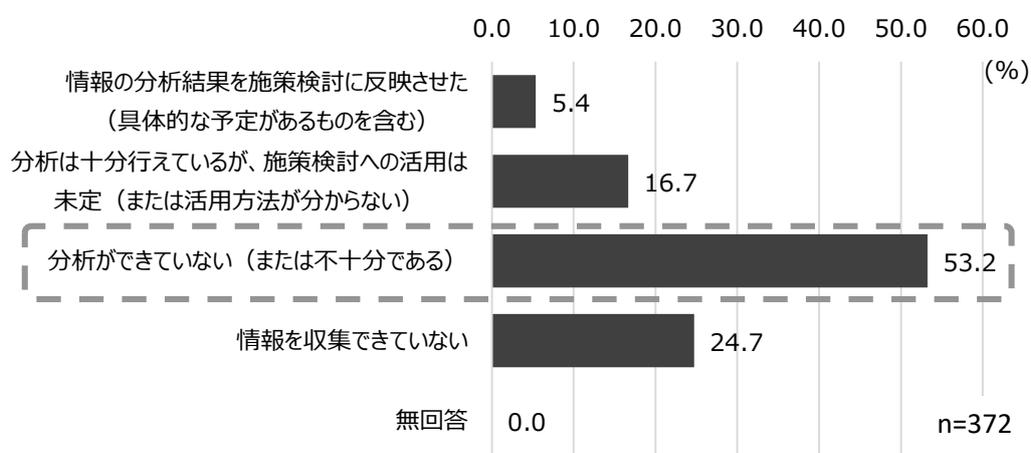


(2) 在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取組状況について（市町村向け調査）

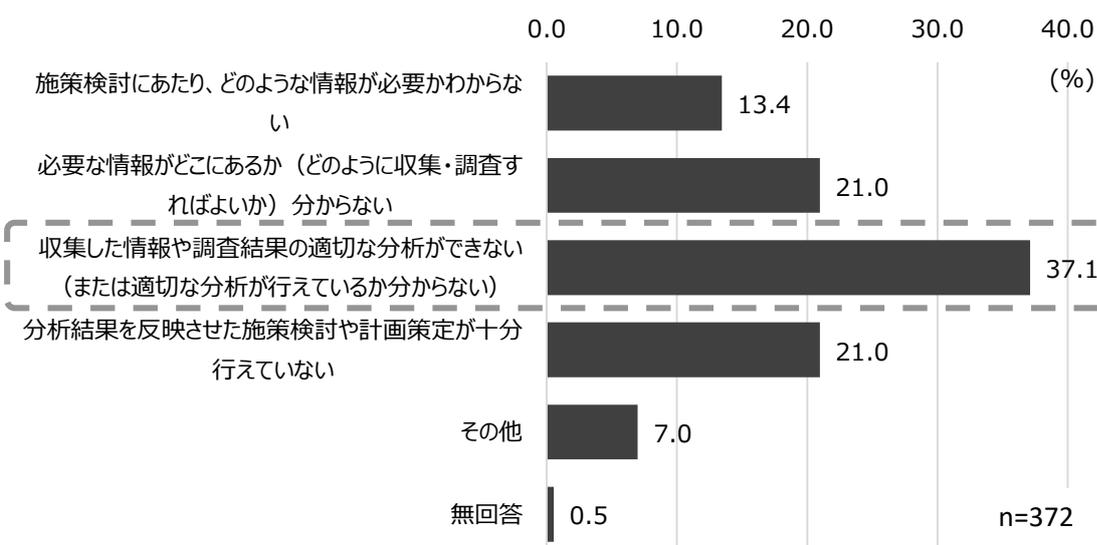
【(ア) における主な現状・課題】

- 見える化システム等を用いた情報の分析・活用に関しては、「分析ができていない（または不十分である）」自治体が 53.2%と最も多かった。
- また、分析結果の活用における課題としては「収集した情報や調査結果の適切な分析ができない（または適切な分析が行えているか分からない）」37.1%が最も多く、様々なデータはあるものの、データを活用した分析や施策反映が行えていない自治体が多いことがうかがえた。

(ア) について、見える化システムや KDB データ等を用いた情報の分析・活用

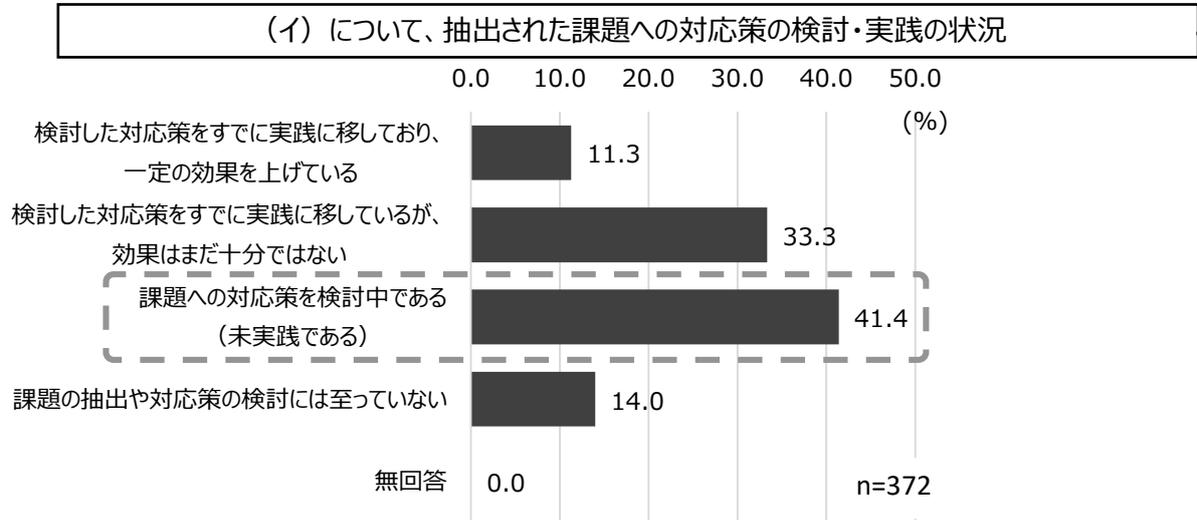


(ア) について、見える化システムや KDB 等の分析結果の活用における課題



【(イ)における主な現状・課題】

- 「課題への対応策を検討中である（未実践である）」自治体が最も多く、課題への対応策ができていない自治体が多いことがうかがえた。



（参考）2段階アンケートの記載（本取組推進上の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか）

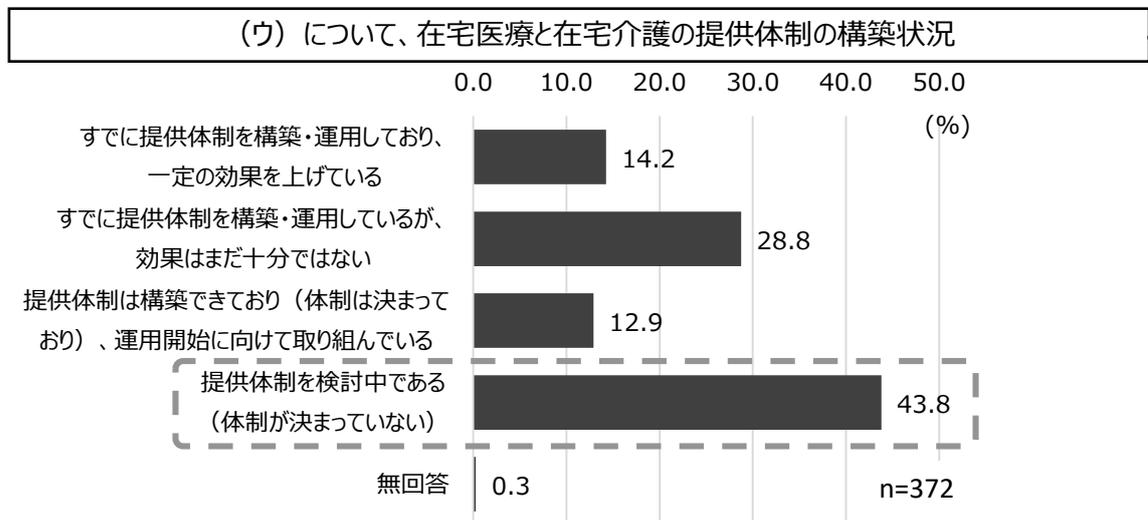
・市町村が直営で実施している自治体においては、この事業は本当に手探りで進めていると思う。医療領域では当たり前でも、こちらからすれば分かっていないこともあるし、その逆もある。その辺りも踏まえた研修や支援をしていただくと助かる。

・量的な医療情報をばく然と提示されても、課題の把握にはつながらない。検討のきっかけとなる話題の提供や、聞き取りから把握した質的課題を、客観的に説明するための情報として、対応する量的情報を柔軟に提供してもらえると助かる。

色々な地域で工夫や取組みがなされていると考えます。その工夫などを厚生局で集約し、各地域にあった指導をしてもらえば良いと考えます。

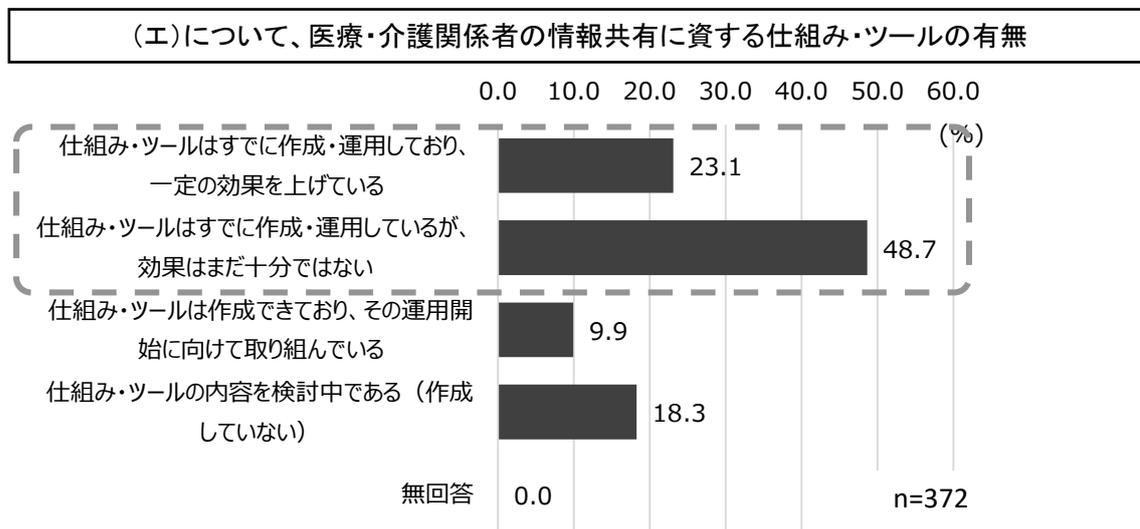
【(ウ)における主な現状・課題】

- 「提供体制を検討中である（体制が決まっていない）」自治体が最も多く、提供体制自体がまだ無い自治体が多いことがうかがえた。



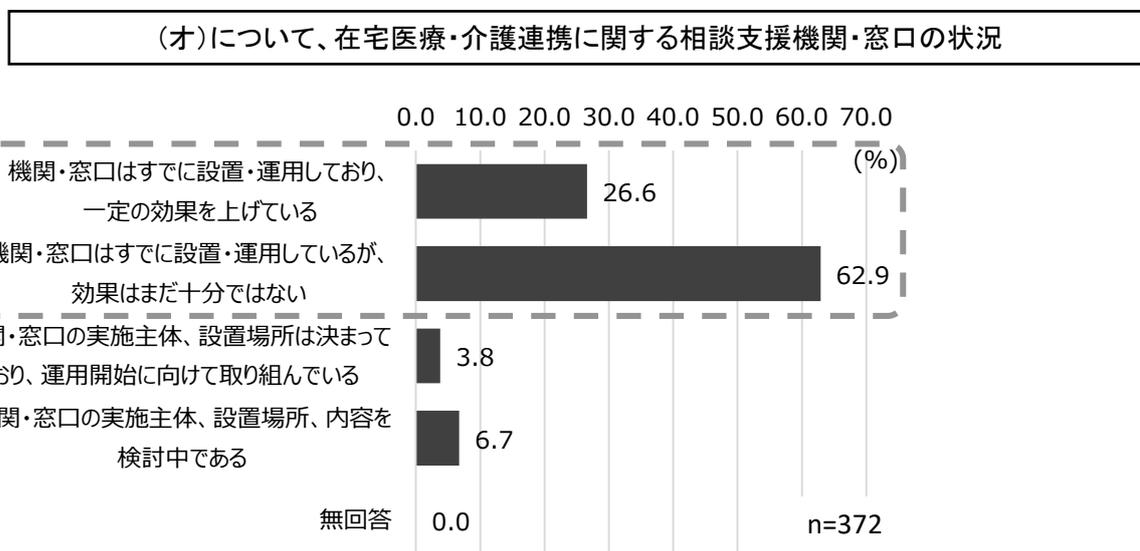
【(エ)における主な現状・課題】

- 情報共有に資する仕組み・ツールについては、作成・運用している自治体が約7割となっており、(ア)～(ウ)の取組と比較して一定の具体的な実践が進んでいることがうかがえた。



【(オ)における主な現状・課題】

- 相談支援機関・窓口は設置・運用済みの市町村が9割以上であり、(エ)以上に具体的な実践が進んでいる自治体が多いことがうかがえた。



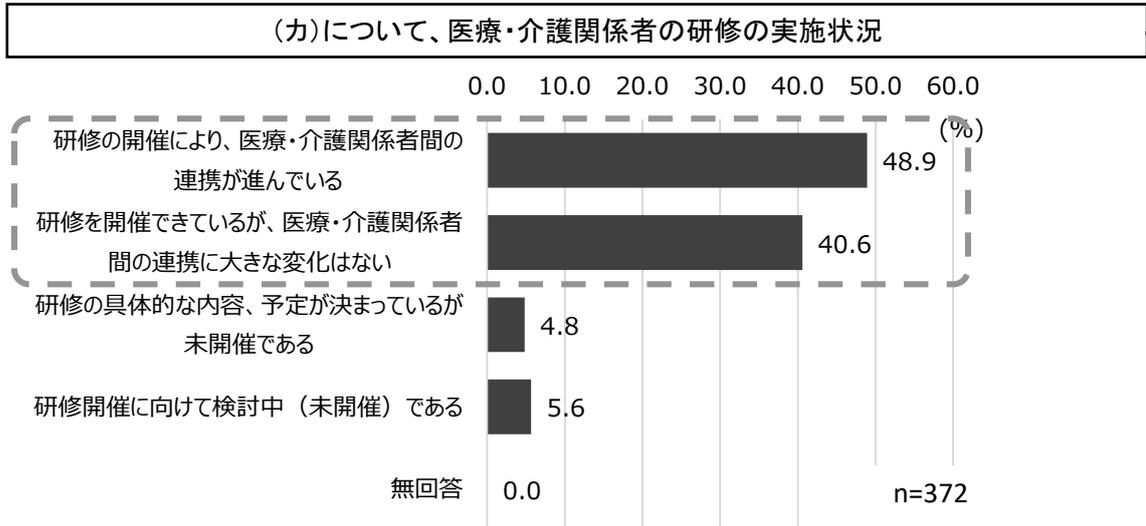
(参考) 2段階アンケートの記載（本取組推進上の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか）

相談・支援を必要としている支援者は、潜在的にいると考えられ医療介護等関係団体から会員への周知等の支援とともに、非会員への周知方法などを国や府から助言があれば望ましい。

能力の高い職員を確保するためには人件費がかかる。人件費の補助があるとよい。

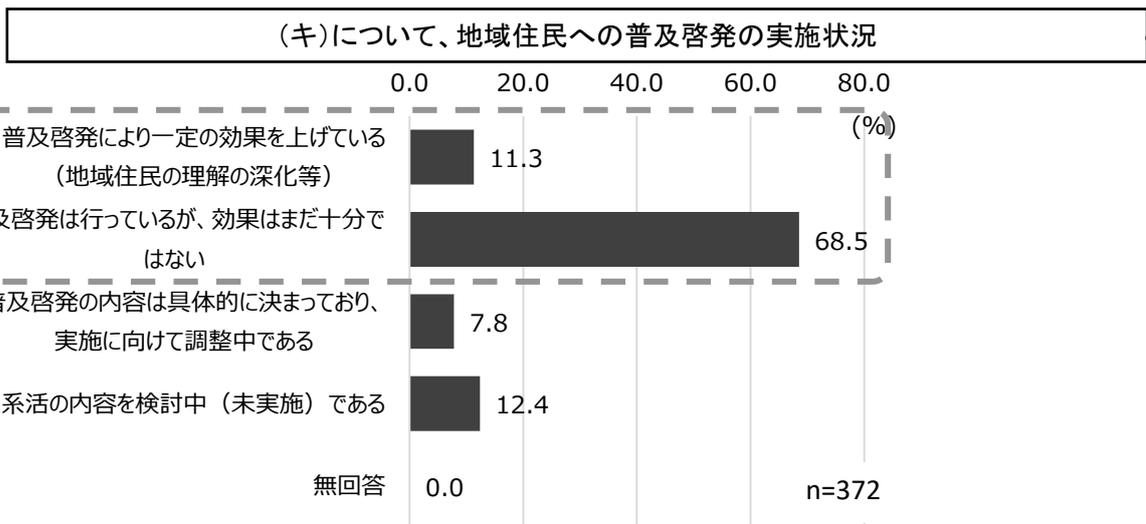
【(カ)における主な現状・課題】

- 研修は開催済の市町村が約9割と多く、また「研修の開催により、医療・介護関係者間の連携が進んでいる」と感じる市町村も48.9%と多かった。
- 在宅医療・介護連携推進事業の各取組の中で、(カ)は開催実績・感じられる効果ともに比較的高いことがうかがえた。



【(キ)における主な現状・課題】

- 地域住民の普及啓発は、実施済の市町村が約8割である一方で「効果はまだ十分ではない」と感じる自治体が約7割と、他と比較して比較的高い割合であった。
- 普及啓発は実施しているものの、効果は体感しづらいものであることが推測された。

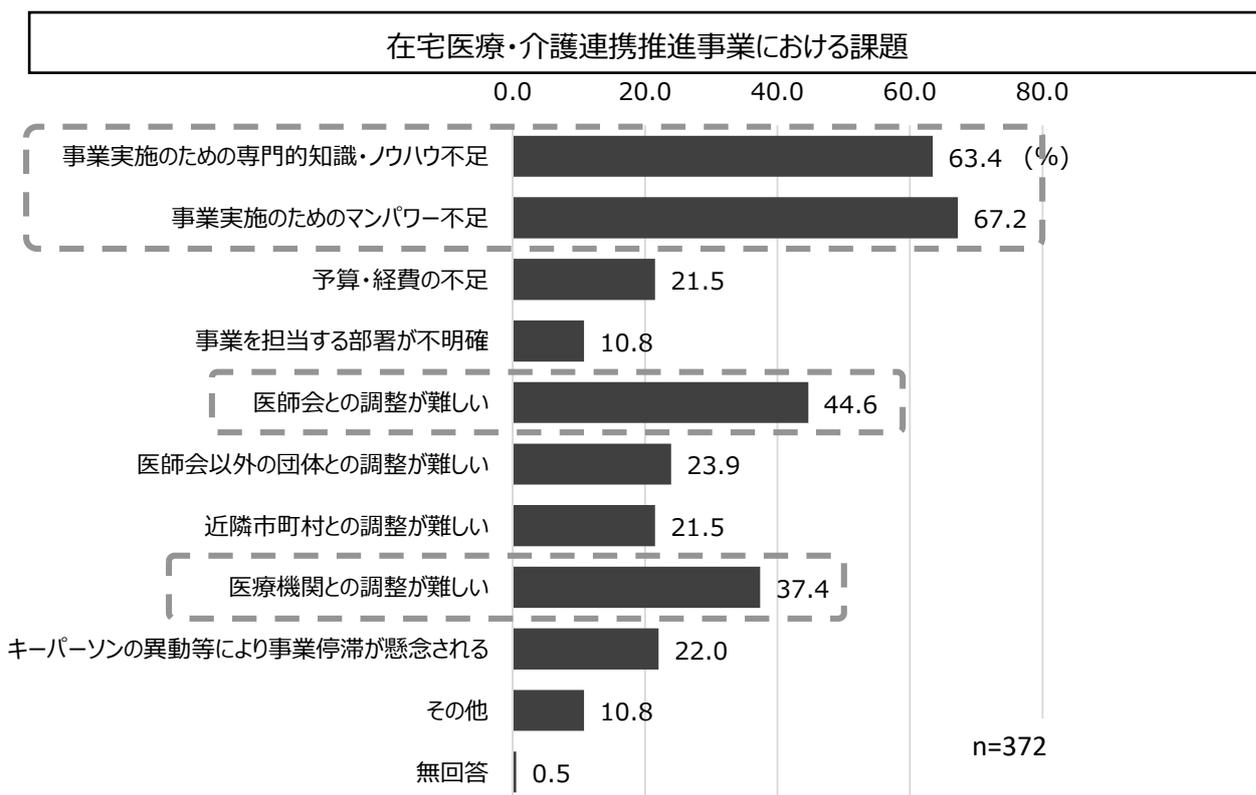


(参考) 2段階アンケートの記載（本取組推進上の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えるか）
 県で実施する関連事業も、人口規模の小さい町で実施する等の対応をしてほしい。
 市町村の規模ごとに評価されるようなしくみがあればうれしい。

(3) 在宅医療・介護連携推進事業の課題や、外部からの支援（市町村向け調査）

【市町村の課題認識】

- 市町村が在宅医療・介護連携推進事業における課題として感じていることとしては、「専門的知識・ノウハウ不足」「マンパワー不足」が最も多く、これは府県向け調査と同様の結果であった。
- また、「医師会との調整が難しい」「医療機関との調整が難しい」が次いで多く、市町村は医療への高いハードルを感じている状況がうかがえた。



（参考）2段階アンケートの記載（自治体の在宅医療・介護連携推進事業のうち、現在特に課題と感じていること）

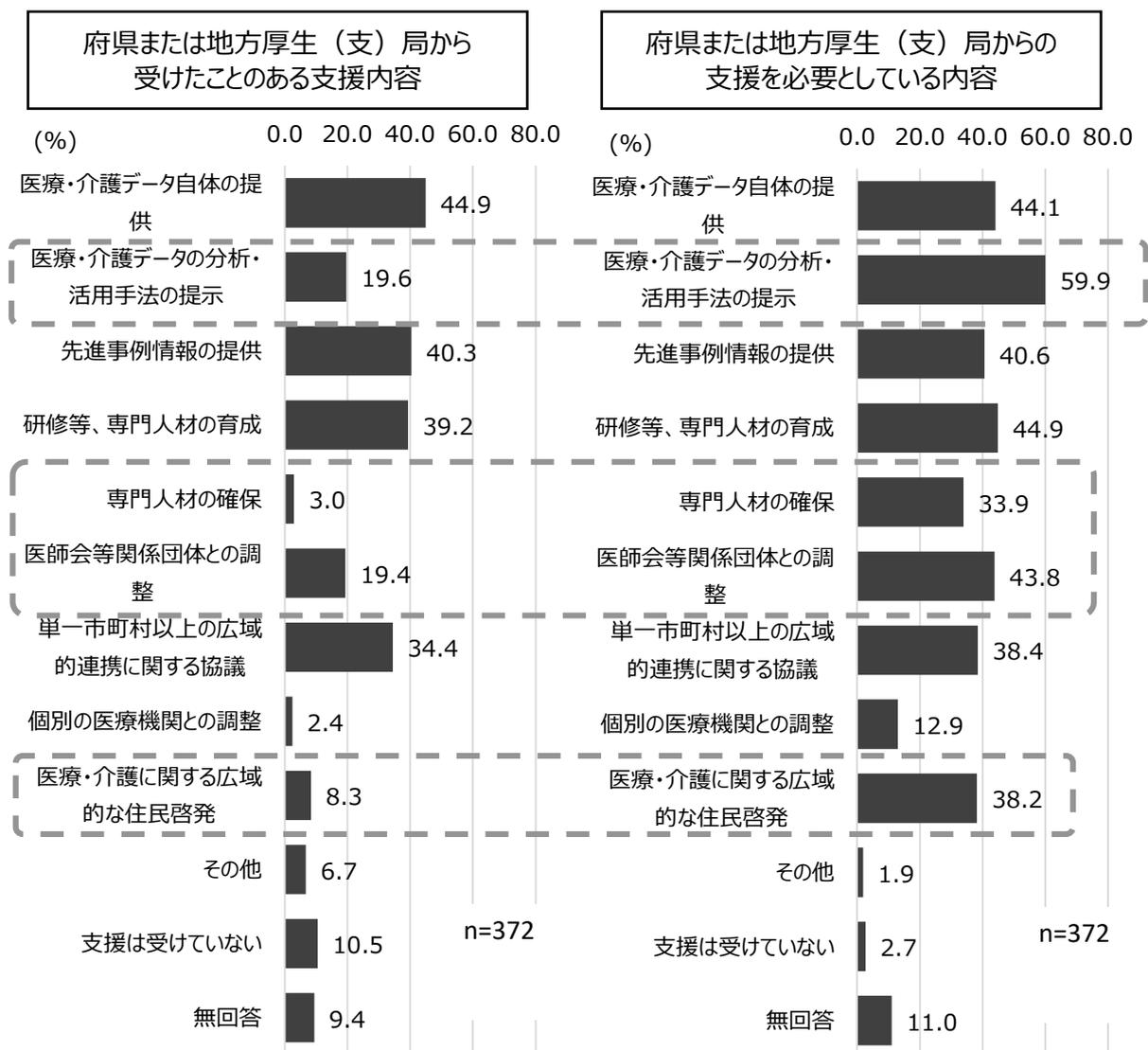
在宅医療・介護連携推進事業を推進するための人材不足。（事業を熟知している人材がいないので、どのように事業を進めていくか、地域に応じた推進をどのように進めていくか手探りの状態）

定期巡回サービス等を担う介護職の確保と育成。介護職員初任者研修開始時は 10 数名の応募があったが、今年は数名に減少。介護専門職の公募でもほとんど集まらず、現場の負担感が増加している。

平成 21 年度に「安心の地域検討委員会」を立ち上げ、市内の 3 つの地域包括支援センター（北・中・南）の区割りを基本にした医療職・介護職の職種の垣根を越えたネットワーク会議を定期的開催するなど、顔の見える関係づくりに努めているが、まだまだ、医療職と福祉職の垣根は十分に取り除かれていところまではいっておらず、今後も取り組みの継続が必要である。

【市町村が求める支援と、実際に受けている支援のギャップ】

- 市町村が府県または地方厚生（支）局から受けたことのある支援内容と、実際に支援を必要としている内容を比較すると、「医療介護データの分析・活用手法の提示」「専門人材の確保」「医師会等関係団体との調整」「医療・介護に関する広域的な住民啓発」などの項目で数値に大きな差がみられた。
- 市町村が求める支援と現状受けている支援にはギャップがあることがうかがえた。



2. ヒアリング結果から見える課題

6 か所のヒアリング調査による各地の課題、県や地方厚生（支）局等に求められる役割としては、下記のようなものが挙げられた。

【事業評価に関する客観的な助言・支援】

- 各市町村で何を評価すべきか、外部の方と相談する中で見えてくることもあるし、国や府県が期待していることの実現のためにどのような方法を取りうるかなどについても、府県と相談できる機会があるとよい。
- (ア)～(ク)の取組について、どこまでやればいいのか、自分たちがやっている取組の方向性は間違っていないか、不十分ではないかというところを、自分たちだけで検討・評価していくことには若干懸念がある。客観的な相談ができることが望ましい。具体的には、活動のPDCAサイクルの中で、その時その時の評価・見直しの視点と気付きをもらえるとよい。市内関係団体だけでは気付きにくい部分があると思われる。また、具体的な活動内容や年次計画、事業の方向性等についても相談できると望ましい。
- 人材資源や地域資源の少ない状況の中、これを補うための工夫の仕方や、将来的な事業展開を考えるにあたっての指標等参考になるものも一緒に検討できるとよい。
- 事業をどのように評価していくとよいか、教えていただきたい。

【他自治体の事例等の情報提供】

- 人口や社会資源等が類似している他自治体のノウハウが聞ける所があればよい。厚生労働省主催の「在宅医療・介護連携推進事業 プラン作成強化セミナー」は大変参考になった。
- 他の自治体に関して知りたい情報としては、例えば自治体が事務局を持ち、医師会・歯科医師会等と連携をスムーズにとりながら事業を実施できている地域や、複数の自治体間で連携して適切に取組を進めている地域の情報などがあるとよい。

【データ分析に関する支援】

- 小さい市町は特に、現場を駆けずり回るという多忙の中で、既存データを紐解いて検証してみようという時間が非常に少ない。可能な範囲での検証は様々行われるが、データが大規模になったり本格的な分析が必要になった際は専門家の力が必要。しかし、依頼できる大学等の機関や何が依頼できるのかも分からないため、こうした分析に関する支援があれば良いのではないかと。
- 例えば基本チェックリストのデータは、介護保険担当部署で持っている。これに他

部署が管理する健診データを付け、分析できれば良い（医師からもそのような指摘がある）。このためには相応の技術や、また国保のデータを介護で活用する際の個人情報の問題も生じる（場合によっては条例に基づく審査会が必要）。こうしたハードルを越えるための支援も必要。

【市町村の取組に関心を持ち、肯定的なフィードバックを提供（モチベーションの向上）】

- 県は、小さな町の取組について比較的よく聞いてくださるように感じる。そうすると話がしやすくなるし、自分のところの取組に注目してもらった、ということでモチベーションが大きく上がる。公平性は重要であるが、取組についての前向きなフィードバックは重要だと感じる。
- また、小さい地域なので研修で得た情報や、他の地域の資料などでよいと感じたものは取り入れるようにしている。他市町と交流できる研修会の開催もさることながら、いろいろな地域の医療・介護連携に関する様々な取組みの情報提供は大変参考になると考える。

【学習の場の提供】

- 事業に取り組むに当たり、医療、介護それぞれの制度改正内容や在宅医療・介護連携支援事業との関連等について分かりやすく学ぶ機会を支援していただきたい。また、府県内の動き等を知るための研修会などが開催されると良い。

3. 在宅医療・介護連携に関する評価指標（評価方法）

（１）評価指標（評価方法）を設定する目的

- 本事業では、在宅医療・介護連携の取組を適切な指標・方法により評価することで、適切な進捗状況の振り返りや改善策の検討および PDCA サイクルの適切な運用を支援することを目的に、評価指標（評価方法）の検討を行った。
- なお、検討にあたっては本事業の「部会主要メンバー（コアメンバー）による企画調整検討会」において、アンケート調査やヒアリング調査の結果、また既存市町村の評価指標等の事例も考慮しながら議論を行い、さらに当該企画調整検討会の議論結果を踏まえた委員会での検討を行うことで内容をまとめた。

（２）評価指標（評価方法）の位置づけ、留意点等

【指標の位置づけ】

- 上記の目的を踏まえ、本事業では「在宅医療・介護連携の取組の改善につなげられるような評価指標・手法」を検討した。

【市町村間の比較を直接的な目的とはしない】

- 具体的な指標内容や目標値は、各市町村における課題や目指すべき姿、社会資源の分布状況など、市町村ごとの多様な要因に影響を受けるものと考えられる。このため、本調査研究ではどの市町村でも画一的に使用する評価指標を定めるのではなく、自治体が必要に応じ選択・活用できる評価方法や視点を広く提示することとした。本項目を参照に指標を選定、策定する際の留意点として、重要性や正確性などを考えた時に、完全に良い指標は存在しないことが多いため、その地域で情報が入手できる範囲内で、指標を選定する必要がある。
- 指標は自治体の特性、考え方等によって内容が変わりうるため、自治体間の比較を直接的な目的とはしないことに留意が必要である。なお、自らの自治体と類似している自治体における指標の結果を見て参考にする、という活用方法は考えられる。
- また、指標の数値がどの段階に達すれば進捗が良好であるかの考え方も、自治体により異なるため、具体的な数値の提示は行わないこととした。例えば、満足度が〇%以上であれば進捗が良好と判断する、などの一律の基準は決められないと考えられる。なお、手段を目的にしないことが重要である。すなわち、質を伴わないで、単に実績数などの数値を上げることが目的となってしまうように留意する必要がある。

【「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.2」の活用】

- すでに評価指標の考え方、イメージは、厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.2」でも示されており、基本的には当手引きの内容をもとにした指標検討が考えられるが、本調査研究では別途実施したアンケート調査、ヒアリング調査の結果等も参考としつつ、「手引き」に示された項目以外にも考えられる評価方法や視点を検討した。

(3) 評価指標（評価方法）の具体的内容

- 具体的な内容は以下のとおりである。

※各自治体は自らの地域特性等を踏まえ、下記から適切と考えられる指標があれば適宜活用を検討

区分	評価指標・評価方法	概要・備考
ストラクチャー	専門職のネットワークが構築されているか	自治体内の多様な医療・介護専門職が参加する協議会等会議体の設置や、専門職間で連絡・情報共有ができる仕組みの構築等が該当する
	在宅医療・介護連携や在宅療養に関するコーディネーターが設置されているか	名称・位置付けは自治体によって様々と思われるが、在宅医療・介護連携や在宅療養に関する相談支援、関係者間の連携調整、関連事業の企画立案等を担う人員の配置等が該当する 生活支援体制整備事業におけるコーディネーター等、他の役割との兼務でも可
	日常生活圏域別の地域ケア会議の開催の有無・頻度	圏域別の地域課題の抽出・対応策の検討等を行えているかを評価する場合に設定を検討 開催の有無のほか、全圏域で開催できているか、定期的・継続的な会議開催が行えているか（半年・一年に一回等）といった視点も考慮する
プロセス	地域課題の抽出、対応策の検討、実践、振り返りを行えているか	地域課題への対応に関するPDCAサイクルをうまく回せているかを見たい場合に設定を検討
	特別養護老人ホームの入所待機者数	待機者を自治体が一括で管理していない場合（特別養護老人ホームごとに待機者を数えている場合）は待機者数が重複するため、指標設定時には留意が必要
	訪問診療の実施件数	在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料等の算定回数で一定程度の把握が可能
	往診の実施件数	往診料等の算定回数で一定程度の把握が可能
	訪問看護の実施件数	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数で一定程度の把握が可能
	居宅療養管理指導（介護保険）の実施件数	多職種による在宅療養の支援状況を把握したい場合に設定を検討

区分	評価指標・評価方法	概要・備考
	多職種研修会等の参加者数（実人数）	研修会の参加者は固定的となり、毎回同じ参加者になることが多いため、連携の裾野を広げる観点から延べ参加者数ではなく実人数を指標とする 研修参加者を名簿化し重複参加者分は除く方法や、研修実施時のアンケートで「参加回数」を聞き、2回目以上の参加者を人数から除く方法等により算出が可能と思われる
	多職種研修会等の参加者の満足度（有意義であったか）、理解度	満足度や理解度が高まることで、多職種連携に対する正確な理解や積極性が高まると想定される 理解度の客観的な測定方法として、研修会終了時に講義内容等をもとにしたテスト・クイズなどを出すことも考えられる
	（オ）「在宅医療・介護連携に関する相談支援」における相談受理事件数	相談支援センターや相談員が相談を受け付けた件数
	取組に要する各種コスト	取組にかかるマンパワーや費用の観点から、事業評価を行いたい場合に設定を検討
アウトカム	住民満足度・主観的幸福感	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の調査項目として含めることで、当調査の実施により把握することが可能（平成28年度に国から示された調査項目では、「主観的幸福感」は必須項目に位置づけられている） 対象者の属性、状況別で結果をみることも有用。例えば主観的幸福感について、別途「同居家族等の介護をしているか」等の項目をニーズ調査に含めることで、介護者に絞った結果をみることも可能
	要介護高齢者の在宅療養率	施設を希望する人もいるため、絶対的な指標ではないが、要介護2以上の要介護認定者のうち在宅者の割合などはひとつの参考となる指標と考えられる
	在宅で亡くなりたと思っていて実際に亡くなった住民（および実際には自宅以外で亡くなった住民）の割合	実際に終末期に直面すれば、意向が変わる可能性があることに留意が必要 地域の歴史的・文化的背景に個人の意向が強く影響を受ける可能性があることにも留意が必要（要介護状態になると遠方の施設に入所することが慣習になっている地域では、本人の意向も当該慣習に沿ったものになりうるなど） また、在宅で亡くなりたと思っているか否かの状況の把握が難しい場合には、代理指標として単純な在宅看取り率を参考にする方法もあり得る
	身近な地域（自治体内、圏域内等）で最期まで暮らし続けられた住民の割合	自宅だけでなく、地域内の高齢者住まいや施設等も含め、地域で暮らし続けることに重きを置く場合に設定を検討

4. 国や府県・地方厚生（支）局等の支援のあり方に関する提言

これまでのアンケート・ヒアリングの考察結果から、国や府県、地方厚生（支）局に求められる市町村等地域支援のあり方に関する提言を、下記の通りまとめた。

実際には下記の内容を、府県の置かれている状況も踏まえつつ、都道府県や地方厚生（支）局が各々の得意分野を生かして協働で取り組んだり、国が全国一律の対応として進めることなどが検討されることが望ましい。

【市町村等のニーズをとらえた的確な支援提供】

- 市町村が求める支援と、実際に受けている支援にはギャップがあることがアンケートにより明らかになった。ここから、市町村がどのような支援を求めているか、アンケートや聞き取り等で明らかにした上でのニーズに沿った支援提供を実践してはどうか。
- また、今後の介護保険事業の運営においては、総合事業におけるいわゆる「サービス B」や地域共生社会における「我が事、丸ごと」考え方等に代表される、地域住民の力の活用が非常に重要となる。このため、在宅医療・介護の当事者に生活上のニーズを直接確認、把握することや、住民参画の仕組みづくりがさらに重要になるのではないかな。

※なお、本調査研究のアンケートでは「医療介護データの分析・活用手法の提示」「専門人材の確保」「医師会等関係団体との調整」「医療・介護に関する広域的な住民啓発」などの項目でギャップが見られたため、これらの支援提供を検討することも考えられる。

【市町村間の情報交換・情報共有の支援】

- 人口や社会資源等が類似している他自治体などのノウハウ、取組状況の情報提供についての希望が聞かれたことから、こうした積極的な取組事例の情報提供とともに、近隣自治体等で直接情報交換・情報共有を行える場を提供することで、効果の高い取組の普及や自治体間の連携促進が実現できるのではないかな。

【データの分析・解釈に関する支援】

- 府県等からデータの提供はあるものの、これを的確に分析・解釈し、施策等に反映させることの難しさに関する意見が多く見られたことから、見える化システム、KDB、医療・介護レセプト等のデータ分析と解釈が適切に行えるよう、研修会の開催、大学と連携した個別支援などの支援提供をより推進してはどうか。

【医療に関する知識等の周知、伝達】

- 医療計画の策定主体は都道府県であり、医療行政に必ずしも精通していない市町村も多いと考えられる。一方で在宅医療・介護連携推進事業の実施主体が市町村であることから、今後市町村も医療に関する知識、現状を理解することは重要である。
- こうした観点から、府県及び地方厚生（支）局において、医療政策の現状（例：地域の医療資源の分布、地域医療構想及び都道府県医療計画の説明等）などについて広く情報提供していくことも考えられるのではないか。
- 一方、現時点では地域医療構想における構想区域は二次医療圏等複数市町村を含む区域として設定されていることが大半であるため、個別の市町村における状況をどのように数的に把握すべきかが今後の課題と考えられる。

【市町村の取組に肯定的なフィードバックを提供する】

- 府県が市町村の取組に耳を傾け、一定の反応を示していくことは、府県と市町村との連携強化に加え、市町村のモチベーション上昇にもつながるとの意見があった。
- このため、府県や地方厚生（支）局がより積極的に市町村の取組について直接会話するなどにより情報を共有し、個別に肯定的なフィードバックを提供することでも取組推進につながるのではないか。

【在宅医療・介護連携に関する取組を中心となって進める組織の設置】

- 多様な関係者・関係団体により協働で進められる在宅医療・介護連携においては、各団体等の取組が散逸になり、取組の非効率化や重複・衝突等を防ぐため、様々な取組を円滑に進めるための調整等を主体的に担う「旗振り役」がいることも重要である（既存団体の権限を1か所に集中させるのではなく、各団体の自主的な取組・事業や権限はそのままに、それらを調整する機能を有する組織を置くイメージ）。
- この「旗振り役」については、基本的には在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である市町村が中心で担うことが考えられるが、関係する職能団体等も含めた協議体で担う形など様々な形態が考えられる。また、地域医療計画を始めとして医療調整は都道府県が主として担っていることから、在宅医療についても必要により調整や市町村支援を行ったり、このような「旗振り役」を市町村が担うことについて、お墨付きを与えたりする役割を、都道府県が担うことも重要ではないか。

資料編

- ① アンケート調査票

1 段階目・府県向け調査

平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
地域の実情に応じた在宅医療・介護連携に関する実態調査
府県アンケート調査票

本事業では、近畿厚生局および東海北陸厚生局管轄区域内の自治体における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況の把握とともに、積極的に取り組んでいる自治体からのノウハウの収集および支援を必要とする自治体からの課題の収集を行い、都道府県・地方厚生（支）局が担うべき支援内容、役割を明らかにすることを目的としています。

上記を踏まえ、この度、府県における在宅医療・介護連携推進事業への支援内容や支援における課題、および市町村における同事業の取組状況、取組における課題、求められる支援内容等を把握するためのアンケート調査を実施することといたしました。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解の上、アンケート調査へのご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

【アンケートに関する注意点】

- 貴府県の在宅医療・介護連携推進事業（市町村事業）の支援を主に担う**部署の責任者様**にご回答をお願いいたします。
- 本調査票では、在宅医療・介護連携推進事業に関するご認識、評価、課題等を何う設問を設けております。**ご回答者様の主観で結構でございます**ので、ご回答賜りますようお願い申し上げます。
- 本調査は、各自治体の現状や課題、支援内容等の把握を目的とするものであり、本調査の回答内容により交付金の調整や公的な指導等が行われることは一切ありません。貴自治体の現状やご認識について、率直にご回答賜りますよう、お願い申し上げます。
- 特に断りのない限り、**平成30年8月1日**時点の状況をご記入ください。

【調査票ご記入時の注意点】

- 本調査票は、エクセル上で回答いただき、そのデータ（本調査票）を下記アドレスまでメールにてご返送頂く形でご回答をお願いいたします。（PDF化せず、エクセルのままご送付ください）
- **10月9日（火）**までのご回答をお願いいたします。
- 行列の追加・削除は行わないようお願いいたします。（保護によりこうした操作はできないようになっています）エクセルでの表示上、自由記載の記載内容が見えなくなっても結構です。

【本調査の問い合わせ先】

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会 担当：事業課（竹内・中村・鈴木）

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4F TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499

【返送先アドレス】 chosa@kokushinkyo.or.jp

I 貴自治体の概況についてお伺いします。

問 1. 下記についてご記入ください。

(1) 貴府県名

(2) 府県内の保健所数

(3) 府県内の地区医師会数

か所 （市設置の保健所は除く）

か所

II 在宅医療・介護連携推進事業の支援状況について伺います。

問 1. 貴府県で、市町村向けに在宅医療・介護連携推進事業の支援を行っている機関を選んでください。(いくつでも)

※医療・介護連携専門の部署から支援を受けた場合は、「1」「2」両方に○をつけてください。

(あてはまる場合○)

(あてはまる場合○)

- | | | | |
|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 1 府県本庁の医療担当部署 | <input type="checkbox"/> | 2 府県本庁の介護担当部署 | <input type="checkbox"/> |
| 3 保健所 | <input type="checkbox"/> | 4 その他出先機関 | <input type="checkbox"/> |
| 5 なし(決まっていない) | <input type="checkbox"/> | | |

問 2. 貴府県で、市町村向けに行っている在宅医療・介護連携推進事業の具体的な支援内容を選んでください。(いくつでも)

(あてはまる場合○)

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1 医療・介護データ自体の提供 | <input type="checkbox"/> |
| 2 医療・介護データの分析・活用手法の提示 | <input type="checkbox"/> |
| 3 先進事例情報の提供 | <input type="checkbox"/> |
| 4 研修等専門人材の育成 | <input type="checkbox"/> |
| 5 専門人材の確保 | <input type="checkbox"/> |
| 6 医師会との調整 | <input type="checkbox"/> |
| 7 医師会以外の団体(歯科医師会、看護協会等)との調整 | <input type="checkbox"/> |
| 8 単一市町村以上の広域的連携に関する協議 | <input type="checkbox"/> |
| 9 個別の医療機関との調整 | <input type="checkbox"/> |
| 10 医療・介護に関する広域的な住民啓発 | <input type="checkbox"/> |
| 11 その他 →具体的に: | <input type="checkbox"/> |

問 3. 「問 2」の支援内容の提供方法としてあてはまるものを選んでください。(いくつでも)

(あてはまる場合○)

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 1 府県内全市町村を対象とした研修・情報提供等を行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2 市町村から個別の支援依頼がなくとも、積極的に個別に支援を働きかけている | <input type="checkbox"/> |
| 3 市町村から個別の支援依頼があった場合には対応している | <input type="checkbox"/> |

問 4. 市町村向けに在宅医療・介護連携推進事業の支援を行うにあたり、課題と感ずることをを選んでください。(いくつでも)

(あてはまる場合○)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1 市町村支援のための専門的知識・ノウハウの不足 | <input type="checkbox"/> |
| 2 支援するためのマンパワー不足 | <input type="checkbox"/> |
| 3 支援のための予算・経費の不足 | <input type="checkbox"/> |
| 4 府県庁内で支援を担当する部署が不明確 | <input type="checkbox"/> |
| 5 医師会等関係団体との調整が難しい | <input type="checkbox"/> |
| 6 複数市町村の調整が難しい | <input type="checkbox"/> |
| 7 医療機関との調整が難しい | <input type="checkbox"/> |
| 8 その他 →具体的に: | <input type="checkbox"/> |

問5. 市町村向けに在宅医療・介護連携推進事業の支援を行うにあたり、支援手法をどのように学びましたか。(いくつでも)

(あてはまる場合○)

1 厚生労働省・地方厚生（支）局が主催するセミナー・研修会に参加した	<input type="checkbox"/>
2 厚生労働省以外が主催するセミナー・研修会に参加した	<input type="checkbox"/>
3 地方厚生（支）局から個別にアドバイス等を受けた	<input type="checkbox"/>
4 関連資料や文献等をもとに独学で勉強した	<input type="checkbox"/>
5 その他 →具体的に： <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6 特に学習していない	<input type="checkbox"/>

(「2」に○をつけた場合) 主催者名：

Ⅲ 貴府県における、在宅医療・介護連携推進事業の市区町村の取組状況について伺います。

積極的に取り組んでいる自治体

問1. 貴府県内で、在宅医療・介護連携推進事業に**積極的に取り組んでいる市町村**を

最大3自治体挙げていただき、当該自治体について以下の設問にお答えください。

- 以下のような視点で市町村をご選定ください。
 - ・ 取組が活発に行われ、医療・介護連携や住民の生活に一定の効果が表れた自治体
 - ・ 取組を適切な指標等により評価し、改善を重ねている自治体
 - ・ その他積極的な取組が行われていると貴府県が考える自治体
- 挙げていただいた自治体は、本調査研究で今後実施予定の**アンケート調査**（より詳細な内容をお伺いする「二次調査」）、**ヒアリング調査**の対象自治体候補とさせていただくことを想定しています。
 ※対象自治体については、調査実施前に改めてご相談申し上げます。

① 市町村名

【1か所目】	【2か所目】	【3か所目】
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

② ①の市町村が、積極的に取り組んでいると考えた理由

【1か所目】	【2か所目】	【3か所目】
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

③ ①の市町村に提供している支援内容や関与の内容

【1か所目】	【2か所目】	【3か所目】
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

支援を行っている（いた）、または要望があった自治体

問2. 貴府県内で、在宅医療・介護連携推進事業において貴府県が**支援を行っている（いた）市町村**、または**支援提供の要望があった市町村を最大3自治体**挙げていただき、当該自治体について以下の設問にお答えください。

- 以下のような視点で市町村をご選定ください。
 - ・ 現在又は過去に、貴府県から支援を提供している（いた）市町村
 - ・ 事業推進にあたり市町村から課題や支援の要望が聞かれ、支援提供が望ましいと考える市町村
 - ・ その他、事業推進にあたり専門的支援を提供したいと考える自治体
- 挙げていただいた自治体は、本調査研究で今後実施予定の**アンケート調査**（より詳細な内容をお伺いする「二次調査」）、**ヒアリング調査**、および**モデル事業**（本調査研究の専門職や有識者等が対象自治体へ伴走型支援を提供することで、在宅医療・介護連携推進事業の推進を図る）の対象自治体候補とさせていただきます。想定しています。
※対象自治体については、調査実施前に改めてご相談申し上げます。

① 市町村名

【1か所目】

【2か所目】

【3か所目】

--	--	--

② ①の市町村について、支援が望ましいと考える内容（あれば）

【1か所目】

【2か所目】

【3か所目】

--	--	--

③ ①の市町村に提供している支援内容や関与の内容

【1か所目】

【2か所目】

【3か所目】

--	--	--

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。

10月9日（火）までに chosa@kokushinkyo.or.jp へご送信お願いします。

1 段階目・市町村向け調査

平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

地域の実情に応じた在宅医療・介護連携に関する実態調査 市町村アンケート調査票

本事業では、近畿厚生局および東海北陸厚生局管轄区域内の自治体における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況の把握とともに、積極的に取り組んでいる自治体からのノウハウの収集および支援を必要とする自治体からの課題の収集を行い、都道府県・地方厚生（支）局が担うべき支援内容、役割を明らかにすることを目的としています。

上記を踏まえ、この度、府県における在宅医療・介護連携推進事業への支援内容や支援における課題、および市町村における同事業の取組状況、取組における課題、求められる支援内容等を把握するためのアンケート調査を実施することといたしました。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解の上、アンケート調査へのご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

【アンケートに関する注意点】

- 貴市町村の在宅医療・介護連携推進事業の**担当部署の責任者様**にご回答をお願いいたします。
- 本調査票では、在宅医療・介護連携推進事業に関するご認識、評価、課題等を何う設問を設けております。
ご回答者様の主観で結構でございますので、ご回答賜りますようお願い申し上げます。
- 本調査は、各自治体の現状や課題、支援内容等の把握を目的とするものであり、本調査の回答内容により交付金の調整や公的な指導等が行われることは一切ありません。貴自治体の現状やご認識について、率直にご回答賜りますよう、お願い申し上げます。
- 特に断りのない限り、**平成30年8月1日**時点の状況をご記入ください。

【調査票ご記入時の注意点】

- 本調査票は、エクセル上で回答いただき、そのデータ（本調査票）を下記アドレスまでメールにてご返送頂く形でご回答をお願いいたします。（PDF化せず、エクセルのままご送付ください）
- **10月9日（火）**までのご回答をお願いいたします。
- 行列の追加・削除は行わないようお願いいたします。（保護によりこうした操作はできないようになっています）
エクセルでの表示上、自由記載の記載内容が見えなくなっても結構です。

【本調査の問い合わせ先】

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会 担当：事業課（竹内・中村・鈴木）

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4F TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499

【返送先アドレス】 chosa@kokushinkyō.or.jp

I 貴自治体の概況についてお伺いします。

問 1. 下記についてご記入ください。

(1) 貴市町村名

(2) 1999年以降の市区町村合併の有無

1. あり 2. なし

↳ (「1. あり」の場合) 合併前の市町村数 (貴市町村を含む)

(3) 貴市町村の地区医師会のエリアに含まれる市町村数 (貴市町村も含む)

(4) 貴市町村に含まれる地区医師会数 (エリアの一部のみが含まれる地区医師会も対象)

市町村

市町村

医師会

(5) 貴市町村の医療提供についての認識 (最もあてはまるもの1つ)

1 一次医療・二次医療とも、概ね市町村内の医療資源 (病院、診療所等) で足りている

2 二次医療について、近隣市町村の医療資源に頼っている

3 一次医療・二次医療とも、近隣市町村の医療資源に頼っている (不足している)

(6) 貴市町村の介護資源の充足についての認識 (最もあてはまるもの1つ)

1 概ね市町村内の介護資源 (ケアマネジャー、ヘルパー、デイサービス等) で足りている

2 介護サービスの一部を近隣市町村に頼っている

3 多くの介護サービスを近隣市町村に頼っている (不足している)

II 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況について伺います。

問 1. 貴市町村の在宅医療・介護連携推進事業の取組は、十分進んでいると感じますか。また、そう感じる理由や主な取組を、在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）ごと、および在宅医療・介護連携推進事業全体についてご記入ください。

- | | | |
|-------------|-----------|-------------|
| 1 十分進んでいる | 2 概ね進んでいる | 3 どちらとも言えない |
| 4 あまり進んでいない | 5 進んでいない | |

（該当する数字）

（そう感じる理由や主な取組）

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

問 2. 在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）の取組について、近隣自治体との共同実施の有無、および他団体等への委託の有無について、あてはまるものをお選びください。

【近隣自治体との共同実施に関する選択肢】

- 1 協議体等の合議体を共同で設置して事業を推進
- 2 合議体は設置していないが、常時共同で事業を推進
- 3 必要時には連携して事業を推進
- 4 他自治体と連携せず、単独で事業を推進

【委託に関する選択肢】

- 1 医師会へ委託して実施
- 2 医療機関に委託して実施
- 3 社会福祉協議会に委託して実施
- 4 その他団体に委託して実施
- 5 委託していない

	共同実施について 該当する数字	委託について 該当する数字
（ア）地域の医療・介護の資源の把握	<input type="text"/>	<input type="text"/>
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<input type="text"/>	<input type="text"/>
（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	<input type="text"/>	<input type="text"/>
（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援	<input type="text"/>	<input type="text"/>
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援	<input type="text"/>	<input type="text"/>
（カ）医療・介護関係者の研修	<input type="text"/>	<input type="text"/>
（キ）地域住民への普及啓発	<input type="text"/>	<input type="text"/>
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<input type="text"/>	<input type="text"/>

（「4 その他団体に委託して実施」した場合、具体的な団体名）

問 3. 在宅医療・介護連携推進事業の企画運営に参画している、貴市町村内の行政以外の団体数について（団体の参加割合）、あてはまるものにご記入ください。

※「企画運営」は、事業の実施内容や進め方等の検討に、相談などの形で関与することを含みます。

※「行政以外の団体」は、市の直営施設（医療機関、包括、介護事業所等）を除いてお考えください。

- 1 市町村内にある法人の概ね 5 割以上が、事業の企画運営に参画している
- 2 市町村内にある法人の概ね 2 割以上が、事業の企画運営に参画している
- 3 事業の企画運営に参画している法人 2 割以下（または無し）である
- 4 法人数・割合は把握していない

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

Ⅲ 在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取組状況について伺います。

(数字は、最も当てはまると思われるもの1つをお選びください)

問1. 「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」に関して伺います。貴自治体では、見える化システムまたはKDB等のデータを用いた情報の分析・活用をどのように行っていますか。

- 1 情報の分析結果を施策検討に反映させた(具体的な予定があるものを含む)
- 2 分析は十分行えているが、施策検討への活用は未定(または活用方法が分からない)
- 3 分析ができていない(または不十分である)
- 4 情報を収集できていない

回答欄

(「1」の場合、反映の具体的内容および効果)

問2. 「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」に関して伺います。見える化システムまたはKDB等の分析結果の活用にあたり、どのようなことが課題となっていますか。

- 1 施策検討にあたり、どのような情報が必要かわからない
- 2 必要な情報がどこにあるか(どのように収集・調査すればよいか) 分からない
- 3 収集した情報や調査結果の適切な分析ができない(または適切な分析が行えているか分からない)
- 4 分析結果を反映させた施策検討や計画策定が十分行えていない
- 5 その他 →具体的に:

回答欄

問3. 「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」に関して伺います。(イ)の取組で抽出された課題への対応策の検討・実践について、あてはまるものをお選びください。

- 1 検討した対応策をすでに実践に移しており、一定の効果を上げている
- 2 検討した対応策をすでに実践に移しているが、効果はまだ十分ではない
- 3 課題への対応策を検討中である(未実践である)
- 4 課題の抽出や対応策の検討には至っていない

回答欄

(「1」の場合、対応策の具体的内容および得られた具体的効果)

問4. 「(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」に関して伺います。提供体制の構築状況について、あてはまるものをお選びください。

- 1 すでに提供体制を構築・運用しており、一定の効果を上げている
- 2 すでに提供体制を構築・運用しているが、効果はまだ十分ではない
- 3 提供体制は構築できており(体制は決まっております)、運用開始に向けて取り組んでいる
- 4 提供体制を検討中である(体制が決まっていない)

回答欄

(「1」の場合、提供体制の具体的内容および得られた具体的効果)

問 5. 「(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援」に関して伺います。医療・介護関係者の情報共有に資する仕組み・ツールの有無について、あてはまるものをお選びください。

- 1 仕組み・ツールはすでに作成・運用しており、一定の効果을 上げている
- 2 仕組み・ツールはすでに作成・運用しているが、効果はまだ十分ではない
- 3 仕組み・ツールは作成できており、その運用開始に向けて取り組んでいる
- 4 仕組み・ツールの内容を検討中である（作成していない）

回答欄

(「1」の場合、仕組み・ツールの具体的内容および得られた具体的効果)

問 6. 「(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援」に関して伺います。ICTを活用した医療・介護関係者の情報共有について、あてはまるものをお選びください。

※個別の患者・利用者に関する情報共有についてご回答ください。(SNSでの一般的な事務連絡等は除く)

- 1 医療機関のみで情報共有が行われている
- 2 介護事業所等のみで情報共有が行われている
- 3 医療機関及び介護事業所等の両方での情報共有が行われている
- 4 行われていない
- 5 把握していない・わからない

回答欄

問 7. 「(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援」に関して伺います。在宅医療・介護連携に関する相談支援機関・窓口の有無について、あてはまるものをお選びください。

- 1 機関・窓口はすでに設置・運用しており、一定の効果을 上げている
- 2 機関・窓口はすでに設置・運用しているが、効果はまだ十分ではない
- 3 機関・窓口の実施主体、設置場所は決まっており、運用開始に向けて取り組んでいる
- 4 機関・窓口の実施主体、設置場所等、内容を検討中である

回答欄

(「1」の場合、窓口等の設置場所等概要および得られた具体的効果)

問 8. 「(カ) 医療・介護関係者の研修」に関して伺います。研修の実施状況について、あてはまるものをお選びください。

- 1 研修の開催により、医療・介護関係者間の連携が進んでいる
- 2 研修を開催できているが、医療・介護関係者間の連携に大きな変化はない
- 3 研修の具体的な内容、予定が決まっているが未開催である
- 4 研修開催に向けて検討中（未開催）である

回答欄

(「1」の場合、研修の概要・特徴および得られた具体的効果)

問9. 「(キ) 地域住民への普及啓発」に関して伺います。地域住民への普及啓発（リーフレットの活用、シンポジウム開催等）の実施状況について、あてはまるものをお選びください。

- 1 普及啓発により一定の効果を上げている（地域住民の理解の深化等）
- 2 普及啓発は行っているが、効果はまだ十分ではない
- 3 普及啓発の内容は具体的に決まっており、実施に向けて調整中である
- 4 普及啓発の内容を検討中（未実施）である

回答欄

（「1」の場合、普及啓発の具体的内容および得られた具体的効果）

IV 在宅医療・介護連携推進事業の全体的な評価・課題等について伺います。

問1. 貴市町村では、在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）の取組をどのように評価していますか。

（あてはまる場合○）

- 1 「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」に示される指標[※]を踏まえ、評価している
- 2 上記「1」以外の評価指標により、評価している
- 3 評価指標はないが、地域の関係者等を含む協議体・合議体で評価している
- 4 評価指標はないが、行政内部の会議等で評価している（地域の関係者は含まれない）
- 5 評価は行っていない

※厚生労働省 老老発1025第1号 別紙「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.2」9ページ等参照

（「2」に○をつけた場合、評価指標の概要（作成者、主な項目等））

問2. 貴市町村では、在宅医療・介護連携推進事業と、認知症総合支援事業や生活支援体制整備事業を連動させて推進する取組や工夫を行っていますか。

例) 上記の包括的支援事業の推進等を総合的に担う会議体等を設置し、一体的な検討・議論を実施
在宅医療・介護連携の課題として抽出された認知症や地域づくり等の課題について、他事業で対策を検討
生活支援体制整備事業における協議体・コーディネーターが、在宅医療・介護連携の周知啓発を担う 等

- 1 はい
- 2 いいえ

回答欄

（はいの場合、その具体的内容および効果）

問3. 貴市町村における、在宅医療・介護連携推進事業の全庁的な連携体制について

あてはまるものをお選びください。(いくつでも)

(あてはまる場合○)

- 1 全庁的な総務・企画担当部署と、事業の目的やあるべき姿等を共有している
- 2 健康づくり担当部署と、事業の目的やあるべき姿等を共有している
- 3 障害福祉担当部署と、事業の目的やあるべき姿等を共有している
- 4 児童福祉担当部署と、事業の目的やあるべき姿等を共有している
- 5 庁内の関連部署が参加する事業検討のための協議体等を設置している
- 6 その他 →具体的に:

問4. 在宅医療・介護連携推進事業における課題として、あてはまるものをお選びください。(いくつでも)

(あてはまる場合○)

- 1 事業実施のための専門的知識・ノウハウ不足
- 2 事業実施のためのマンパワー不足
- 3 予算・経費の不足
- 4 事業を担当する部署が不明確
- 5 医師会との調整が難しい
- 6 医師会以外の団体（歯科医師会、看護協会等）との調整が難しい
- 7 近隣市町村との調整が難しい
- 8 医療機関との調整が難しい
- 9 キーパーソンの異動等により事業停滞が懸念される
- 10 その他 →具体的に:

問5. 「問4」で選んだ1～10の課題について、貴市町村で実施した対策があれば、対策を行った課題の番号、対策の内容及び具体的な効果をご記入ください。(3つまで)

(番号)	(どのような対策をしたか)	(対策の効果)

V 在宅医療・介護連携推進事業における府県及び地方厚生（支）局からの支援について伺います。

問1. 在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたり、府県または地方厚生（支）局から支援を受けたことがある場合、その機関をお選びください。（いくつでも）

※医療・介護連携専門の部署から支援を受けた場合は、「1」「2」両方に○をつけてください。

（あてはまる場合○）

1 府県本庁の医療担当部署	
2 府県本庁の介護担当部署	
3 保健所	
4 その他府県の出先機関 →具体的に： <input type="text"/>	
5 地方厚生（支）局	
6 支援を受けたことがない	

問2. 府県または地方厚生（支）局から受けたことのある支援内容、および支援を必要としている内容について、あてはまるものをお選びください。（いくつでも）

①受けた ②必要な
支援 支援

1 医療・介護データ自体の提供		
2 医療・介護データの分析・活用手法の提示		
3 先進事例情報の提供		
4 研修等、専門人材の育成		
5 専門人材の確保		
6 医師会等関係団体との調整		
7 単一市町村以上の広域的連携に関する協議		
8 個別の医療機関との調整		
9 医療・介護に関する広域的な住民啓発		
10 その他 →具体的に： <input type="text"/>		
11 支援は受けていない		

問3. 府県または地方厚生（支）局から支援を提供された方法として、あてはまるものをお選びください。（いくつでも）

（あてはまる場合○）

1 府県内全市町村を対象とした研修	
2 府県内全市町村を対象とした情報提供（通知や資料送付等）	
3 府県または地方厚生（支）局から積極的に個別支援の働きかけがあった	
4 貴市町村から個別の支援依頼を行い、対応してもらった	
5 支援は受けていない	

問4. 府県または地方厚生（支）局からの今後の支援の必要性について、あてはまるものをお選びください。

1 とてもある	2 ややある	回答欄 <input type="text"/>
3 どちらとも言えない	4 あまりない	
5 全くない		

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。
10月9日（火）までに chosa@kokushinkyo.or.jp へご送信お願いします。

2 段階目調査

平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
地域の实情に応じた在宅医療・介護連携に関する実態調査
市町村アンケート調査票（2段階目調査）

本事業では、近畿厚生局および東海北陸厚生局管轄区域内の自治体における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況の把握とともに、積極的に取り組んでいる自治体からのノウハウの収集および支援を必要とする自治体からの課題の収集を行い、都道府県・地方厚生（支）局が担うべき支援内容、役割を明らかにすることを目的としています。

上記を踏まえ、平成30年9月～10月にアンケート調査を実施いたしましたが、ご回答の内容を踏まえ本調査研究の委員会にて検討をいたしまして、貴自治体における在宅医療・介護連携推進事業の推進における課題や当該課題への対応、求められる支援内容等の詳細を把握するため、より細かな（2段階目の）アンケート調査を実施することといたしました。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解の上、アンケート調査へのご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

【アンケートに関する注意点】

- 貴市町村の在宅医療・介護連携推進事業の**担当部署の責任者様**にご回答をお願いいたします。
- 本調査票では、在宅医療・介護連携推進事業に関するご認識、評価、課題等を伺う設問を設けております。
ご回答者様の主観で結構でございますので、ご回答賜りますようお願い申し上げます。
- 本調査は、各自治体の現状や課題、支援内容等の把握を目的とするものであり、本調査の回答内容により交付金の調整や公的な指導等が行われることは一切ありません。貴自治体の現状やご認識について、率直にご回答賜りますよう、お願い申し上げます。
- 特に断りのない限り、**平成30年8月1日**時点の状況をご記入ください。

【調査票ご記入時の注意点】

- 本調査票は、エクセル上で回答いただき、そのデータ（本調査票）を下記アドレスまでメールにてご返送頂く形でご回答をお願いいたします。（PDF化せず、エクセルのままご送付ください）
- **12月14日（金）**までのご回答をお願いいたします。
- 行列の追加・削除は行わないようお願いいたします。（保護によりこうした操作はできないようになっています）
エクセルでの表示上、自由記載の記載内容が見えなくなっても結構です。

【本調査の問い合わせ先】

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会 担当：事業課（竹内・中村・鈴木）
〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4F TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499

【返送先アドレス】 chosa@kokushinkyo.or.jp

I 貴自治体の在宅医療・介護連携推進事業全体の取組について伺います。

問1 貴自治体の在宅医療・介護連携推進事業について、事業全体を円滑に進めたり事業の効果を高めるために、貴自治体で実施した取組はございますか。ある場合は、その具体的な内容をご記入ください。

※事業全体を想定してご記入ください。(ア)～(ク)の取組については、次の「II」でお伺います。

※なぜ高い効果や円滑な取組が実現できたか、という観点でご記入ください。

(例：人材育成・確保や地域の社会資源の活用、予算・財源面の工夫、緊密で効果的な情報共有等)

問2 「問1」の取組に関して伺います。取組が軌道に乗るまでの経緯における課題や、その課題に対して講じた対応策があれば、その具体的な内容をご記入ください。また、それらの課題解決にあたり有用であった外部からの支援（またはあればよかった支援）も、あわせてご記入ください。

課題となったこと	課題への対応策	有用であった外部の支援 (またはあればよかった支援)

問3 貴自治体の在宅医療・介護連携推進事業のうち、現在特に課題と感じていることについて、その具体的な内容をご記入ください。

※事業全体を想定してご記入ください。(ア)～(ク)の課題については、次の「II」でお伺います。

問4 「問3」の課題に関して伺います。貴自治体で現在講じている対応策があれば、その具体的な内容をご記入ください。また、課題解決に向けて外部から現在受けている支援（またはどのような支援を必要としているか）も、あわせてご記入ください。

現在講じている対応策	現在受けている支援 (またはどのような支援を必要としているか)

II 貴自治体の在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）の取組について伺います。

問5 貴自治体の在宅医療・介護連携推進事業について、**（ア）～（ク）のうち、事業推進における課題があったものの、工夫・調整により課題を解決し、円滑な事業推進や高い効果を得られた取組を最大3つ**（3つ以上ある場合は、より大きな効果があったと考える取組）を選び、○をつけてください。

（最大3つまで○）

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



「問6」～「問13」は、**上記「問5」で○をつけた取組（最大3つ）**についてご記入ください。
 （選ばなかった取組の回答欄は空欄で結構です）

問6 【問6は、「**（ア）地域の医療・介護の資源の把握**」に○をつけた場合にご回答ください】

- （1）（ア）の取組推進にあたり生じた課題について、以下にご記入ください。
 （特に、「見える化」システムやKDB、その他医療・介護に関するデータ分析にあたっての課題がございましたら、ご記入をお願いします）

- （2）（1）の課題に対して取り組んだ対策の内容を具体的にご記入ください。
 （特に、データの的確な分析や、分析結果の施策・計画等への反映における有用な工夫やポイントがございましたら、ご記入をお願いします）

- （3）（1）の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えますか。

問7 【問7は、「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」に○をつけた場合にご回答ください】

- (1) (イ) の取組推進にあたり生じた課題について、以下にご記入ください。
(特に、抽出した地域課題に対する対応策の検討過程で生じた課題がございましたら、ご記入をお願いします)

- (2) (1) の課題に対して取り組んだ対策の内容を具体的にご記入ください。
(特に、対応策の検討・実施にあたり有用であった工夫やポイントがございましたら、ご記入をお願いします)

- (3) (1) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えますか。

問8 【問8は、「(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」に○をつけた場合にご回答ください】

- (1) (ウ) の取組推進にあたり生じた課題について、以下にご記入ください。
(特に、当該体制の構築において医師会や医療機関との調整上生じた課題がございましたら、ご記入をお願いします)

- (2) (1) の課題に対して取り組んだ対策の内容を具体的にご記入ください。
(特に、医師会や医療機関との調整にあたり、県や保健所、地方厚生(支)局の支援を受けながら行った対策、あるいは貴自治体独自で行った有用な対策がございましたら、ご記入をお願いします)

- (3) (1) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えますか。

問9 【問9は、「**(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援**」に○をつけた場合にご回答ください】

(1) (工) の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していることなどがございましたら、以下にご記入ください。(例：より多くの医療・介護関係者と緊密な情報共有を行うための仕組みの構築、補助金等に過度に頼らない持続的なICTツールの構築等)

--

(2) (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対したった対策がございましたら、具体的にご記入ください。

--

(3) (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えますか。

--

問10 【問10は、「**(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援**」に○をつけた場合にご回答ください】

(1) (オ) の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していることなどがございましたら、以下にご記入ください。(例：相談窓口や機関への相談件数を増やすための工夫、自治体内の在宅医療・介護関係者への効果的な窓口等の周知方法の検討・実践等)

--

(2) (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対したった対策がございましたら、具体的にご記入ください。

--

(3) (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えますか。

--

問11 【問11は、「**(カ) 医療・介護関係者の研修**」に○をつけた場合にご回答ください】

(1) (カ) の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していることなどがございましたら、以下にご記入ください。(例：医師や看護師、歯科医師、薬剤師等、多くの職種に実際に参加頂ける研修の企画運営、住民を対象とした研修会の開催等)

(2) (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対した対策がございましたら、具体的にご記入ください。

(3) (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えますか。

問12 【問12は、「**(キ) 地域住民への普及啓発**」に○をつけた場合にご回答ください】

(1) (キ) の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していることなどがございましたら、以下にご記入ください。(例：普及啓発の効果をできるだけ客観的に評価し取組の改善につなげるための工夫、一部住民だけでなくより広い住民に普及啓発を行うための工夫等)

(2) (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対した対策がございましたら、具体的にご記入ください。

(3) (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えますか。

問13 【問13は、「**(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携**」に○をつけた場合にご回答ください】

(1) (ク) の取組について、より高い効果を挙げるために取り入れている工夫や留意していることなどがございましたら、以下にご記入ください。(例：医師会や保健所等広域的な団体と連携した複数自治体における取組、実効性の高い協定・覚書等の締結等)

(2) (1) の工夫等の実践にあたり課題となったことや、それら課題に対した対策がございましたら、具体的にご記入ください。

(3) (2) の課題において、どのような外部からの支援があれば望ましいと考えますか。

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。
12月14日(金)までに chosa@kokushinkyo.or.jp へご送信をお願いします。

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

地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための
都道府県及び地方厚生(支)局の支援に関する調査研究事業
報告書

平成31年3月

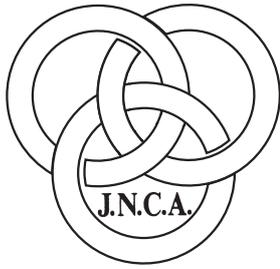
発行：公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT芝大門4階

TEL:03-6809-2466 FAX:03-6809-2499

ホームページ www.kokushinkyo.or.jp/

印刷：日本印刷株式会社



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
地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための
都道府県及び地方厚生(支)局の支援に関する調査研究事業
報告書

発行

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT 芝大門4階
ホームページ www.kokushinkyo.or.jp/

印刷 日本印刷株式会社

平成31年3月