

平成 27 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
多職種研修プログラムに関する
調査研究事業 報告書

2016 年 3 月

株式会社 富士通総研

目 次

第 1 章 調査概要.....	- 1 -
1. 本調査研究の問題意識及び目的.....	- 1 -
2. 調査の方法.....	- 6 -
3. 調査の工程.....	- 8 -
第 2 章 在宅医療・介護連携推進事業の現状と仮説.....	- 9 -
1. 在宅医療・介護連携推進事業の構造.....	- 9 -
2. 現在の取組状況.....	- 11 -
3. 医療・介護連携の推進に係る課題と本調査の実施方針.....	- 13 -
第 3 章 調査対象フィールド.....	- 15 -
1. 選定の考え方.....	- 15 -
2. 稲城市.....	- 16 -
3. 栃木市.....	- 22 -
第 4 章 調査実施報告.....	- 28 -
1. 調査の実施工程.....	- 28 -
2. 稲城市.....	- 37 -
3. 栃木市.....	- 60 -
4. 実施効果及び考察.....	- 81 -
第 5 章 多職種連携研修を用いた在宅医療・介護連携の推進手順(案).....	- 99 -
step-1. 担当課による検討【Plan】.....	- 101 -
step-2. ワーキングチームによる検討【Plan】.....	- 104 -
step-3. 多職種連携研修会の実施【Do】.....	- 112 -
step-4. ワーキングチームによる振り返りの実施【Check・Act】.....	- 115 -
step-5. 担当課による総括【Check・Act】.....	- 117 -
その他 多職種連携研修会を成功させるために.....	- 118 -
第 6 章 まとめと今後に向けた課題.....	- 119 -
資 料.....	- 121 -

※本報告書およびアンケートの全項目の集計結果については以下の URL 内をご参照ください。

<http://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/>

第1章 調査概要

1. 本調査研究の問題意識及び目的

2015年に成立した改正介護保険法では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護保険を財源とする地域支援事業の包括的支援事業の1つとして「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられた。これにより、「医療と介護の連携」を推進することが、市区町村の所掌する業務として制度的に明確化されることとなった。全ての市区町村においては、在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取組項目として整理された(ア)～(ク)の8つの取組を、2018年4月までに実施することとされており、現在、各市区町村ではその実施に向けて種々の準備、試行的取組が進められているものと思われる。



在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたっては、厚生労働省から「在宅医療・介護連携推進事業の手引(案) Ver.1(2015年2月9日)」(以下、「手引」と言う。)が示されており、また、国立長寿医療研究センターによる「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック(2013年12月)」をはじめとして、在宅医療・介護連携に関する様々な参考資料が各所から示されている。また、都道府県レベル、市区町村レベルで、複数のモデル的取組がなされている。

しかしながら、地域によって医療・介護資源やキーパーソンとなる関係者、これまでの取組経緯等が全く異なる中であって、具体的に何から着手し、どう進めていけばよいか、まずは誰に相談すればよいか、その端緒を探しあぐねている市区町村の担当者、あるいは医療・介護関係者も少なくないものと思われる。

本調査研究では、その解の1つを「多職種連携研修」に求めた。そして本報告書では、特にこれから本格的に在宅医療・介護連携に取り組もうと考えている市区町村に対し、その一助となるよう、上述の手引等の既存資料を踏まえつつ、各地域の実情に応じてどのようにすれば在宅医療・介護連携を円滑に進めることができるか、実証調査を通じ模索し得られた成果について取りまとめている。

図表 1 在宅医療・介護連携推進事業の具体的な取組内容

○事業項目と取組例

<p>(ア)地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆必要に応じて、連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査 ◆結果を関係者間で共有 	<p>(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>(キ)地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆在宅での看取りについての講演会の開催等 
<p>(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。 	
<p>(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</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進 	<p>(カ)医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得 ◆介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	<p>(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

出典：厚生労働省老健局老人保健課

第1回 都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議資料

(1) 在宅医療・介護連携が制度化された背景 —自治体に求められる役割の拡大—

他国に類を見ないスピードで進む我が国の高齢化に対応すべく、2000年に介護保険制度が発足してから15年が経った。この間、介護保険事業計画も6期を数えるに至り、保険者たる市区町村においては、要介護認定をはじめとした介護保険事業を運営する中で、介護分野における業務経験は一定程度蓄積されてきたと言える。

しかしながら、高齢化が加速度的に進む中、自治体に求められる役割は介護保険制度発足当初から大幅に拡大・高度化してきている。「社会保障・税一体改革大綱」（2012年閣議決定）や「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年8月とりまとめ）を基として、近年国が進めている医療・介護分野の様々な制度改革では、その方向性が一層強く打ち出されており、また今後も続くものと考えられる。在宅医療・介護連携推進事業が市区町村の行う業務として制度化されたのも、その1つの結果であると言える。

こうした政策の動向は、持続的な社会保障財政の設計、あるいは診療・介護報酬体系のあり方に加えて、現場の医療・介護提供体制をいかに充実・強化するかに、制度設計の焦点が当たってきていることがその背景にある。医療・介護提供体制の多くを民間部門が担っている我が国においては、診療報酬や介護報酬の改訂による経済誘導が政策手段として大きな効力を持っており、それは現在も変わらない。しかしながら、団塊の世代が全て後期高齢者層に移行する2025年を目前に控え、地域毎の実態が全く異なる状況にあって、その地域に適した医療・介護提供体制を構築するためには、全国一律の政策手法だけではどうしても限界がある。そしてまた、高齢化が今後も続く地域において、需要に見合った医療・提供体制を構築できるかどうかは、自治体の持続性にも大きく影響するものである。

このような文脈の帰結として、各地域の住民福祉の増進に責任を持つ市区町村が旗振り役となり、地域の実情に応じて医療・介護提供体制の構築を図ることがこれまで以上に強く求められており、市区町村の担当者、あるいは医療・介護関係者の意識の向上や政策技術の強化が必要とされている。

(2) 在宅医療・介護連携推進事業の課題と取組にあたっての懸念

上述のように、介護分野における業務経験は、市区町村において一定程度蓄積されてきたと言える。他方、「地域医療」に係る政策は、自治体においては基本的に都道府県が所掌しており、一部の先進的な地域を除き、多くの市区町村では、積極的に取り組まれてこなかった領域の1つであった。在宅医療・介護連携推進事業は、まさにその地域医療政策の一端を市区町村が担うものとして制度化されており、市区町村としては、医師会等これまで接点の無かった関係者とのようにコミュニケーションを取っていけばよいか、模索しているところも少なくないと思われる。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施に際しては、関係するプレイヤーが非常に多岐にわたること、業務として行政の内部のみでは完結せず、行政内外の関係者が協働して取り組んでいく必要があることも、これまでそうした経験が少なかった担当者にとっては、困惑している要因の1つであるとも言える。

こうした環境の中、2018年4月までに全ての市区町村において在宅医療・介護連携推進事業を実施することが求められているが、その際に次のような懸念があると考えられる。

【事業の一体性の欠如に関する懸念】

在宅医療・介護連携推進事業の取組項目として示されている（ア）～（ク）の8つは、それぞれ単体の業務として実施することを考えた場合、それほど難易度が高いものではない。厚生労働省の手引でもその実施内容・方法やポイントが示されており、質の高低に目を向けなければ、業務として粛々と実施することも可能であろう。しかしながら、（ア）～（ク）の8つの取組は、実際には

その内容が相互に関連しており、本来は一体として取り組まれることによって在宅医療・介護連携の体制整備が図られるよう設計されたものと考えられる。したがって、それぞれ単体の事業として理解され一体性の無いままバラバラに実施されると、取組の効力が縮減し、あるいは極めて一時的なものになってしまい、十分に機能しない恐れがある。

【取組の分業化に関する懸念】

(ア)～(ク)の8つの取組は、原則として市区町村が全て実施するものであるが、一部を郡市部医師会等(地域中核的医療機関や他の団体を含む)に委託することができるとされている。この点につき、1つ目の懸念にも関連するが、関係者との十分なコミュニケーションが無いままに「丸投げ」のような形で委託をしてしまうと、多様な関係者による「協働」ではなく単なる「分業」となり、地域のあるべき医療・介護提供体制とはどのようなものかについての方向性が関係者に共有されないまま、事業だけが行われるといった恐れがある。

【PDCA サイクルの視点の欠如に関する懸念】

在宅医療・介護連携推進事業は、それ自体が地域包括ケアシステムの構築に向けて何をやるべきか検討(Plan)し実施(Do)することに他ならないが、その取組を評価(Check)し改善(Act)することが必ずしも仕組み的に担保されていない。したがって、事業の中に評価・改善の視点を組込むことが取り組みの質を高めていくためには必要であるが、この視点が欠如したままだと、事業として実施したという一応の“実績”は出来るものの、やはり一時的な取組にとどまり、継続的な改善がなされない恐れがある。

これらの懸念を踏まえると、平成30年4月時点、全国の市区町村において、表面上事業としては実施されているものの、本来目的とする適切な在宅医療・介護の提供体制が構築されないということが多発することも否定しがたい。

(3) 多職種連携研修に対する期待と本調査における仮説

上述の事態を未然に防ぎ、在宅医療・介護連携を効果的に進めていくためには、各地域における医療・介護提供体制のあるべき姿(目標)や進め方の全体像を関係者で共有した上で、各取組を一体的に行うことが非常に重要であり、そのことに関する認識、及びその手法について、共有を図っていくことが急務と考えられる。

では、具体的に何を目指し、どのように事業を進めていけばよいか。そのポイントの1つが、在宅医療・介護連携推進事業の取組項目として示されている(ア)～(ク)のうち、特に「(オ)在宅医療・介護関係者の研修」にあると考えられる。

医療や介護は専門職による対人サービスであり、人間関係の中で提供されるものである。したがって、その質の向上のためには、医療・介護に従事する人材の育成・教育(技能の向上や知見の習得)が不可欠であり、その良質な人材を以って関係者のネットワーク化を図ることそのものが提供体制の整備・強化となる。実際、千葉県柏市をはじめとして、在宅医療・介護連携を先行的に進めている地域では、「多職種連携研修」に非常に力を入れて取り組んでおり、大きな効果を挙げていると言われている。こうした各地域の事例を見ても、医師、看護職、介護職といった専門の職域毎に閉じがちな関係をオープンにし、専門職同士がコミュニケーションを図り、「顔の見える関係」を作ることが、在宅医療・介護連携に大きく寄与するものと考えられ、それ故に「多職種連携研修」に大きな期待が寄せられる。在宅医療・介護連携推進事業では、こうした人材育成・体制整備の具体的な工程が(ア)～(ク)の取組とし整理されているものと捉えることができる。

以上の考え方を踏まえ、本調査研究では、在宅医療・介護連携推進事業の取組項目として示されている(ア)～(ク)のうち、特に「(オ)在宅医療・介護関係者の研修」が、事業全体を遂行する上でのエンジンになり得るものであり、在宅医療・介護連携推進事業全体を進めていく際にも、多職種連携研修を中心に据えて展開を図ることが非常に効果的である、と考えた。その上で、(ア)～(ク)の取組を、多職種連携研修の実施を1つの目的とする場合の各過程として整理し、まずはその実施サイクルを一通り経験し、その後継続的改善をしていくことで、在宅医療・介護連携が効果的に図られると仮説を設定し、実証を行うこととした。

具体的には、地域の実情という多様性の存在を前提に、それに伴う課題、強み・弱みを関係者自らが把握し、課題解決に向けての研修プログラムを検討すること自体が、①取組の動機付けにも有効であり、②課題に沿った研修を付加することで取組の糸口を専門職の観点で自らつかむことができ、③以上を共に経験する過程で連携のための関係醸成が図られる、という仮説のもと、具体的なフィールドにおいて、関係者による地域の実情把握を導入部とする基本的な研修に加え、重点的に取り組むべき課題に即した研修プログラムを設定し試行した。

【本調査研究における仮説】

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組項目として示されている(ア)～(ク)は、推進の中で実施される取組を整理したものであり、本来は一体のものとして意識する必要がある。
2. 専門職による対人サービスである医療・介護の質の向上のためには、人材の育成・教育が不可欠であり、その良質な人材をもって関係者のネットワーク化を図ることが体制の整備・強化につながる。
3. しかし、本来異なる背景を持つ医療・介護の専門職らが連携推進に向けて行動するには、当該自治体が考える課題や方向性を示し、働きかけ、共に進めていこうとする姿勢を見せることが重要である。
4. 以上から、「(オ)在宅医療・介護関係者の研修」こそが在宅医療・介護連携推進事業全体を遂行する上でのエンジンになるものであり、自治体からの働きかけを契機に一連の取組を実施していくことで、事業の展開を図ることが効果的である。
5. さらに、その実施サイクルは当然ながらPDCAの実行が求められるものであることから、スモールスタートであっても早期に取り組むことを重視し、継続的に拡充していくことを目指すことが適切である。

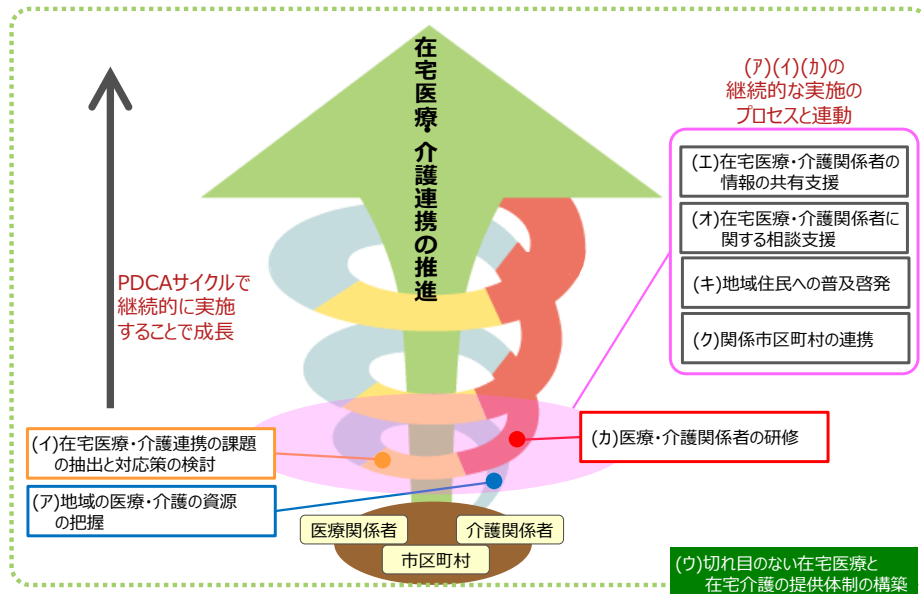
多職種連携のための具体的な研修プログラムとしては、「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会研修運営ガイド¹⁾」(H25.12 国立長寿医療研究センター・東京大学高齢社会総合研究機構・公益社団法人日本医師会・厚生労働省)等が公開されており、本調査研究においても、対象フィールドでの多職種連携研修会の実施にあたっての参考とした。

各市町村の事業所や人材等の地域資源、取組までの経緯等は各々異なり、当然ながら当該プログラムを単純になぞらえるだけでは、地域の実態に合ったより良い研修にはならない可能性が高い。また、繰り返しになるが、地域の実情という多様性の存在を前提としつつ、各地域における医療・介護提供体制のあるべき姿(目標)や進め方の全体像を関係者で共有した上で、各取組を一体的に行うことが非常に重要である。そして、複数の主体が参加して体制を構築・強化していく過程は、常に参加者の認識の共有と合意、新たな知識の獲得や深化、意識変容、連携強化が行われ、その一連をもって体制構築・強化が行われるという正のスパイラルである。それを短期間に成し遂げるためには、漫然と取組を行うのではなく、戦略的に取り組んでいくことが必要である。

本調査研究においても、そうした観点を踏まえて実施内容を設計することとした。

¹⁾ 「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド」(国立長寿医療研究センター・東京大学高齢社会総合研究機構・公益社団法人日本医師会・厚生労働省 平成25年12月)
http://chcm.umin.jp/education/ipw/files/outline/uneiguide_all.pdf

図表 2 在宅医療・介護推進事業の進め方のイメージ



(4) 本調査の目的

本調査研究では、上で述べた仮説を対象フィールドにおいて実施することで得られた効果や推進上の課題、踏まえるべき手順等の整理と考察を取りまとめ、多職種連携研修の一連の検討・実施プロセスをこれから本格的に取り組むことを検討している市区町村や医療・介護関係者が参考・活用できる資料として作成・提供することで、在宅医療・介護の連携推進、ひいては地域包括ケア支援体制構築の推進に寄与することを目的とした。

2. 調査の方法

(1) 手法

① アクション・リサーチによるアプローチ

在宅医療・介護連携やそのための多職種連携研修を進めるにあたり、具体的な課題や踏まえるべき手順等を整理取りまとめるため、調査研究の手法として、アクション・リサーチ²によるアプローチを採用した。

具体的には、後述する対象フィールド（市）において、以下の5つのステップを実施し、各ステップのプロセスに対する洞察を通して、それぞれの進め方や課題、在宅医療・介護連携推進事業全体の進め方について分析を行った。

手順(step)	
step-1. 担当課による検討 【Plan】	自治体担当課によって自治体の現状(強み・弱み)を把握するとともに、地域包括ケアシステム構築の上での課題や当該地域における地域包括ケアシステムのあるべき姿等を検討し、認識の整理を行う。
step-2. ワーキングチームによる検討 【Plan】	医療・介護の専門職から成るワーキングチームを組織し、step-1の結果を自治体と共有、またワーキングチームのメンバー自らも地域の課題等を整理・認識するとともに、step-3の研修プログラムの具体的な内容を検討する。
step-3. 多職種連携研修会の実施 【Do】	step-2の検討内容を踏まえ、各専門職から参加者を募り、「顔の見える関係づくり」のための多職種連携研修会を実施する。
step-4. ワーキングチームによる振り返り 【Check】	担当課及びワーキングチームにより、研修参加者に対するアンケートの結果を確認するとともに、多職種連携研修の実施結果について振り返りを行い、次回以降の展開の方向性を検討する。
step-5. 担当課による総括 【Check】	step1～4までの実施過程およびその結果について、担当課及び調査研究としての振り返り・総括を行い、今後の進め方の整理を行う。

② 有識者検討委員会による検証

平成25年度に「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会研修運営ガイド」の開発を推進してきた国立長寿医療研究センター及び東京大学の研究者、地域医療の実践に裏打ちされた在宅医療への造詣の深い医師等の現場を知り尽くした有識者から成る「検討委員会」を組成し、対象フィールドにおける①で示した5つのステップ及びそのプロセスに関する実施方法の検討及び実施結果の評価を行った。

具体的には、次のメンバーを委員及びオブザーバとして、計4回開催した。

² アクション・リサーチとは、社会課題に対して、研究者が当事者と共同でその解決に向けた取り組みを実践し、その活動の中で課題解決のための方法論等を整理・分析する調査研究の手法。

**図表 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
多職種研修プログラムに関する調査研究事業検討委員会**

(アイウエオ順・敬称略 2015年6月時点)

	所 属	氏 名
委員	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構 准教授	飯島 勝矢 (委員長)
	医療法人アスムス 理事長	太田 秀樹
	医療法人社団つくし会 理事長	新田 國夫
	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部部長	三浦 久幸
	国立大学法人岡山大学 客員教授	宮島 俊彦
	国立大学法人東京大学医学部 在宅医療学拠点 特任助教	吉江 悟
オブザーバ	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授	辻 哲夫
	国立大学法人東京大学 医学部 在宅医療学拠点 特任研究員	松本 佳子
	独立研究開発法人科学技術振興機構 社会技術研究開発センター アソシエイトフェロー	長島 洋介
	厚生労働省 老健局 老人保健課 医療・介護連携技術推進官	秋野 憲一
	厚生労働省 老健局 老人保健課 看護係長	春日 潤子
事務局 (株)富士通総研 第一コンサルティング本部 公共事業部	名取 直美 赤田 啓伍 山田 光瑠	

③ 多職種連携研修の実施手順の構造化

アクション・リサーチで得られた知見及び委員会での検討結果をふまえ、多職種連携研修プログラムの実施手順の構造化を図った。

(2) 調査研究の実施体制

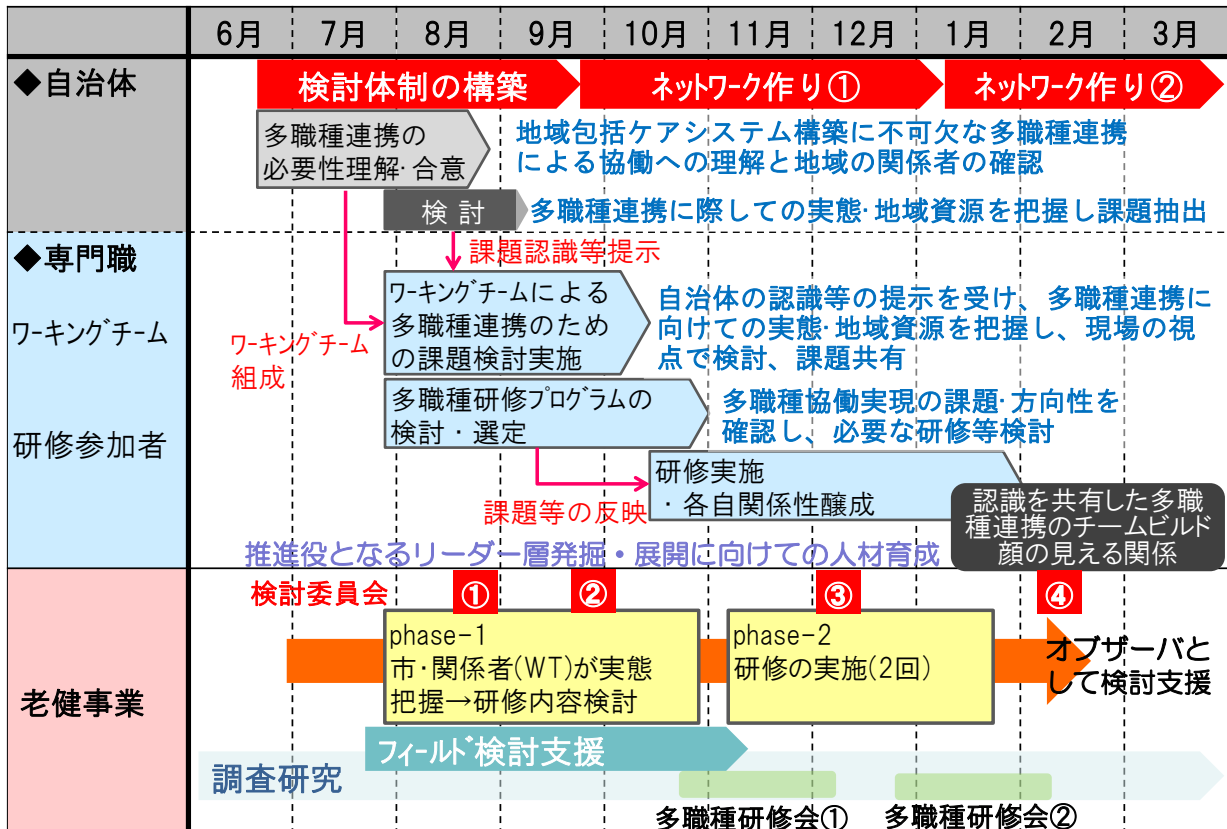
在宅医療・介護に関する調査研究、自治体や医療・介護関係者とのワークショップ等の経験等を有する者で体制を組み、実施した。特に地域の実情の把握及びそれに基づく研修プログラムについては、本件に関する知見を有する研究機関の協力が必要と考え、柏市等での在宅医療・介護連携の研修実績を多く持つ東京大学高齢社会総合研究機構及び東京大学医学部在宅医療学拠点、独立行政法人科学技術振興機構の研究開発プロジェクト「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」にて在宅医療推進地域診断標準ツールの調査研究の実績を持つコミュニティ・ケア研究所（医療法人アスムス）と密に連携して調査研究を実施した。

(3) 対象フィールド

自治体ごとに異なる実態に応じた検討が可能となるよう、複数の自治体を調査研究の対象フィールドとして設定することとした。

3. 調査の工程

対象フィールドの2市では、地域特性のみならず、これまでの取組の経緯や状況、医療・介護資源の実態等が異なることから、それぞれの地域の実情に合わせて各ステップを進めることとした。本調査の全体工程としては、次のとおりである。



第2章 在宅医療・介護連携推進事業の現状と仮説

1. 在宅医療・介護連携推進事業の構造

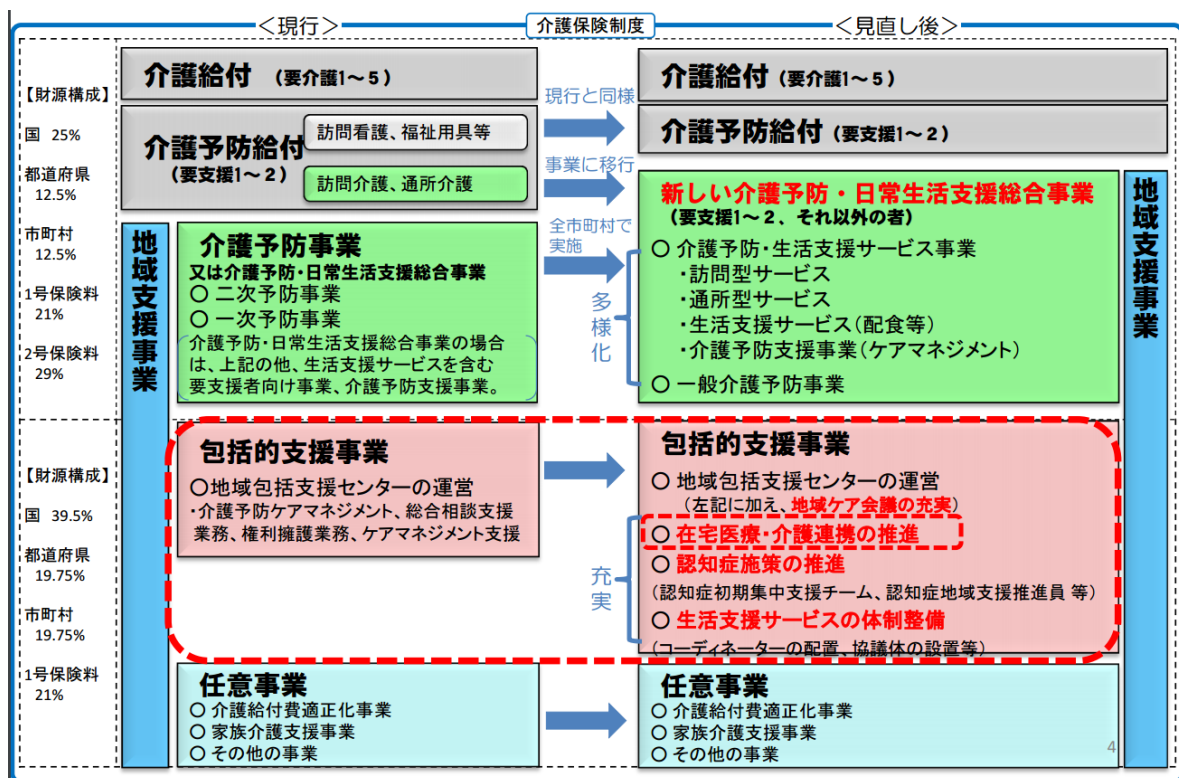
(1) 制度的な位置付け

在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援については、これまで、厚生労働省在宅医療連携拠点事業委託費を活用した在宅医療連携拠点事業（2011・2012年度）、地域医療再生臨時特例交付金を活用した在宅医療連携推進事業（2013年度～）により実施されてきた。

これらの成果を踏まえ、2015年の介護保険法改正により、新たな介護予防・日常生活支援総合事業の再整理と併せて、地域支援事業の包括的支援事業の中に「在宅医療・介護連携推進事業」（介護保険法第115条の45第2項四）が位置づけられた。本事業は、各市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ実施することとされており、2015年4月以降順次開始し、2018年4月までには全国の市区町村で取り組むこととされている。

また、同法第115条の45第10項において、市町村は在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができるほか、関係者は当該事業に協力するよう努めなければならないとされている。

図表4 改正介護保険法における新しい地域支援事業の全体像



出典：厚生労働省老健局老人保健課「第1回 都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議資料」

(2) 実施上の留意点等

各市区町村では、原則（ア）～（ク）までの全ての取組項目を実施するが、市区町村において既に在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）のそれぞれについて同様の取組が実施されている場合は、当該取組を実施していると考えて差し支えないとされている。すなわち、（ア）～（ク）は医療と介護が連携していく上で必要と考えられる事項を取組として整理されたものであることから、それが違う名称であっても同様の取組がなされているのであれば良いということであり、単純に（ア）～（ク）を万遍なく実施することに重きを置くのではなく、地域にとって本当に必要なものを行うという視点で取り組んでいくことが重要であることがわかる。

また、地域の実情や（ア）～（ク）それぞれの取組の専門性に鑑みて委託が可能なほか、複数の市区町村による実施が効果的・効率的であると考えられる場合は共同実施が可能とされている。

なお、実施に際しては、在宅医療・介護連携の形態は、地域の人口、医療・介護資源等に応じて様々であることから、介護・医療関連情報の「見える化」の取組、先行地域の事例等を踏まえつつ柔軟に検討すること、（ア）～（ク）の実施に併せて、都道府県、郡市区医師会等の関係団体等と、将来的な在宅医療と介護の連携のあり方について検討を行うことが望ましいとされている。

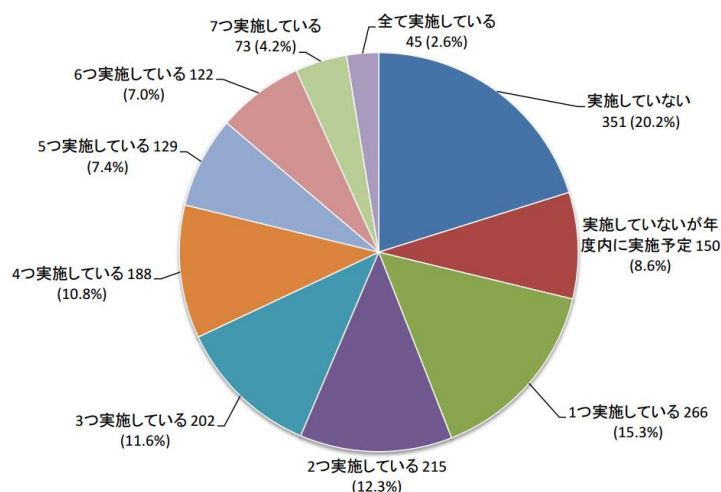
2. 現在の取組状況

(1) 実施状況の概要

各市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の2015年8月1日時点の実施状況について厚生労働省が調査したところ、(ア)～(ク)の8つの取組のうち、まだ「実施していない」が20.2%、「実施していないが年度内に実施予定」が8.6%となっており、1つ以上実施している自治体が7割超であった。また、事業の実施数別に見ると、1つ実施としている自治体が15.3%で最も多く、2～4つ実施としている自治体が各10%強となった。既に全て実施しているという自治体は2.6%（73自治体）にとどまった。

大半の自治体では、何らかの取組は開始しているが、すぐに全てを開始するのではなく、比較的取り組みやすい（すぐできる）事業から開始し、2018年4月までに順次着手していくという意向が強いことが窺われ、必ずしも戦略的に計画を立てての取り組みがなされていない可能性が考えられる。

図表 5 市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況
(2015年8月1日現在の状況)



出典：厚生労働省老健局老人保健課「第1回 都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議資料」

(2) 取組項目別の実施状況

(ア)～(ク)の取組内容別の実施状況を見ると、実施されている割合が最も高いのは「(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」(43.5%)、最も低いのは「(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」(19.1%)となった。

通常考えられる進め方としては「(ア)地域の医療・介護の資源の把握」を行った上で「(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」になると考えられるところ、現状としては(ア)よりも(イ)の実施率がやや高い。詳細な状況は不明であるが、やはりあまり取り組みの順序や流れは意識されず、実施しやすいものから着手している傾向が推察される。

また、(ウ)以外の取組は比較的自治体主導で実施しやすいのに対し、(ウ)については具体的に現場の医療提供体制の構築に関わるものであることから、自治体として取り組むハードルが比較的高く、実施に至っている自治体が少ないという結果になっているものと思われる。

図表 6 在宅医療・介護連携推進事業の取組項目別の実施状況
(2015年8月1日現在の状況 n=1,741)

事業項目	実施していない	年度内に実施予定	実施している
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	699 (40.1%)	375 (21.5%)	667 (38.3%)
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	736 (42.3%)	247 (14.2%)	758 (43.5%)
(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	1,229 (70.6%)	179 (10.3%)	333 (19.1%)
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	1,093 (62.8%)	214 (12.3%)	434 (24.9%)
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	1,277 (73.3%)	80 (4.6%)	384 (22.1%)
(カ) 医療・介護関係者の研修	851 (48.9%)	218 (12.5%)	672 (38.6%)
(キ) 地域住民への普及啓発	979 (56.2%)	246 (14.1%)	516 (29.6%)
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	1,085 (62.3%)	118 (6.8%)	538 (30.9%)

出典：厚生労働省老健局老人保健課「第1回 都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議資料」

(3) 事業委託等の状況

「事業委託あり（予定を含む）」は30.2%、「複数の市区町村による共同実施あり（予定を含む）」は42.6%、「都道府県（保健所）の支援あり」は50.6%となった。自市町村以外の組織と何らかの関わりを持ちながら事業を実施している市区町村は、少なくとも3割以上あると考えられる。

図表 7 在宅医療・介護連携推進事業の事業委託、共同実施、都道府県の支援状況
(2015年8月1日現在の状況 n=1,390)

事業委託あり (予定を含む)	共同実施あり (予定を含む)	都道府県（保健所） の支援あり
420 (30.2%)	592 (42.6%)	704 (50.6%)

出典：厚生労働省老健局老人保健課「第1回 都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議資料」

3. 医療・介護連携の推進に係る課題と本調査の実施方針

(1) 在宅医療・介護連携の推進に係る課題

在宅医療・介護連携推進事業を実施するのにあたり、次のような課題があると考えられる。

① 市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の取り組み方

本来、在宅医療・介護連携推進事業の一連の流れとして認識・実施されるべき（ア）～（ク）のそれぞれの取組が、バラバラに捉えられ、実施されているのではないかと？

（ア）～（ク）の8つの取組が、在宅医療・介護連携体制の構築という目標実現のための「一連の流れ」として認識・実施されるためには、現状把握、問題認識、その上での目標設定、実現のための構築工程といった内容が関係者に認識されていることが必要である。また、2018年4月までにその体制を構築するためには、効率性をもって戦略的に取り組まねばならない。そのためには、まずは地域包括ケアシステム構築の中心的役割を果たす市区町村が、各関係者に対しその姿勢を示される必要がある。

また、多職種連携は地域包括ケアシステムの要であり、その実現のために専門職連携教育が有益だが、その際には自治体から課題認識や進むべき目標等の「考え」や「思い」が関係者に伝わり、共有されていることが重要である。

② 在宅医療・介護連携を推進する中核的人材の育成

多職種連携のためには、互いの専門性を認識して課題解決に取り組む必要がある。しかし、各専門職の活動において、「グループワーク」的な活動やファシリテートする能力、そうした人材像やその育成はあまり言及されていないのではないかと？

多職種連携研修でのグループワークをスムーズかつ効果的に進めるには、あらかじめその基本的な方法や考え方を知る人材がグループワークに参加していることが効果的である。実務上の多職種協働のみならず、地域ケア会議に見られるような多職種による協議の必要性の視点からも、以上の基本的な能力の獲得は必須となってくる。

また、今後も継続して新たな人材育成・能力向上が図られていかねばならず、その取組には専門職自らが自律的・主体的に取り組むことが必要であることから、その体制づくりや中核となる人材を計画的に育成していかねばならない。

③ 多職種連携研修のプログラムの検討方法

多職種連携の基本的な研修メニューは揃いつつあるが、加えて自らの地域の実情や課題に即した・近いと考えられるテーマが設定されていれば、現場でも生かせる検討の実施や深い気づきが得られるのではないかと？

多職種連携には、どの地域においても共通もしくは似通った課題がある可能性はあるが、それをその自治体の課題として整理し、提示されれば自分の問題として認識しやすい。したがって、如何に専門職自身・その自治体の課題として認識できるかがポイントとなってくる。また、頭で理解するだけでなく、研修においても多職種連携の有用性を実感でき、そして研修後もその経験や知識を活かせることが、研修参加者の行動変容に効果をもたらすことになる。

(2) 本調査の実施方針

(1) の仮説を踏まえ、次の実施方針に基づき本調査研究を遂行する。

① 在宅医療・介護連携推進事業における多職種連携研修の役割の明確化

「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の実施」における関係者との会議での「課題検討」を示す時期を明確に多職種連携研修の実施フローにおき、協働して課題検討を行う仕組みを埋め込むことを想定する。

これにより、当初の行政の検討が粗いものであっても、「多職種連携研修」時のテーマと連動させることで、関係者と一緒に早くから検討が開始でき、その中で徐々に内容の精度を高めることが可能である（合意形成のしやすさと自治体が取り組むハードルを下げられる）ほか、関係者も地域包括ケアシステム構築推進の当事者としての意識の芽生えや動機づけが進むことが期待される。

② 在宅医療・介護連携を推進する中核的人材の育成

専門職の中でも特に一定の主導的な立場を担いえる人材をコアメンバーとして育成する。その過程において、グループワークの方法を用い、現場で活躍する専門職としての立場から在宅医療・介護連携を推進するための課題や取組の方向性等を検討することを想定する。

これにより、その後の多職種連携研修会における議論やグループワークがスムーズに行われやすくなると同時に、地域ケア会議等の実際の在宅医療・介護連携の現場における質の向上が期待される。

③ ワーキングチームを中心とした多職種連携研修のプログラムの検討

多職種連携研修の肝となるのは、各専門職が参加して行うグループワークにある。そのため、グループワークのテーマ、領域別セッション（症例検討）の題材、個別プログラムのテーマについては、前掲の「ワーキングチーム」において自ら地域の課題を検討する中で設定していくことを想定する。

これにより、グループワークのテーマがより具体的となり、検討の深耕のみならず、結果の今後の業務への活用、従前からの地域や参加者の取組状況等の領域別セッションの題材への反映がなされ、その地域に参考となるような先端的な取組等については、個別プログラムを利用することで、より「使える」知識を得ることが期待される。

第3章 調査対象フィールド

1. 選定の考え方

本調査研究の対象フィールドの選定に当たっては、一定のモデル性を担保できるよう、以下の観点からいくつかの候補地を検討し、最終的に調査研究への協力依頼を承諾頂いた東京都稲城市及び栃木県栃木市の2市をフィールドとして設定した。

(1) 地域環境の観点

在宅医療・介護連携推進事業は主に市区町村が主体となって実施することとされているが、当然ながら全国の市区町村が置かれた環境等は非常に多様である。本調査研究の内容・成果がそうした様々な地域においても参考となるよう、可能な限り環境が異なるフィールドを選定することとした。具体的には次の通りであり、東京都稲城市と栃木県栃木市が参加した。

フィールド1：稲城市	フィールド2：栃木市
<ul style="list-style-type: none">・大都市圏に位置・人口が微増もしくは大幅な減少となっていない・比較的高齢化率が低い（全国平均以下）・市域が狭く密集傾向（在宅医療・介護資源の集約・関係者の連携がしやすい可能性）	<ul style="list-style-type: none">・非大都市圏に位置・人口が減少局面に入っている・比較的高齢化率が高い（全国平均あるいはそれ以上）・市域が広く生活圏域が自治体内でも分散傾向（在宅医療・介護資源の偏差・関係者の連携がしにくい可能性）

(2) 医療・介護提供体制の観点

地域によっては、（在宅）医療・介護に関する資源が非常に限られ、単一の市区町村内では提供体制として完結できない場合もある。そのため、在宅医療・介護連携（推進事業）では複数の市区町村の共同実施・展開も可能としているが、本調査研究においては、当該市区町村の中で生活圏域や医療提供体制が概ね完結している地域をフィールドとして選定した。

(3) これまでの取組状況の観点

各地域の（在宅）医療・介護提供体制の構築状況については、現時点で既にかなり体制が充実し早くから取組が進んでいる地域もあれば、資源が少なく殆ど取り組まれていない地域もある。

ただし、本調査研究の内容が、在宅医療・介護連携推進事業の実施方法について（検討は開始しているものの）これから本格的に取り組もうと考えている市区町村の参考となるものにするという観点からは、取組が先行している、あるいは全く着手に至っていない地域ではなく、取組の検討を開始したばかりの状況の地域が望ましい。本調査研究では、介護分野では自主的な研修会等により連携体制が構築できているものの、医療側との連携はまだ十分には確立していない地域をフィールドとして選定することとした。

2. 稲城市

(1) 地域の概況

① 地勢

稲城市は東京の多摩南部に位置しており、南多摩医療圏（稲城市、八王子市、町田市、日野市、多摩市）に属している。面積は、17.97k m²と比較的小規模であり、人口密度は 4,720 人/km²で全国の 343.40 人/km²を上回る。

平尾団地の造成、向陽台・長峰・若葉台の多摩ニュータウン開発に伴い、1970 年代以降は人口が急増した。都心から電車で約 30 分圏内であることから、今もベッドタウンとしての需要が高い。そのため、全国的な傾向と比較して人口に占める高齢者の割合は低い。

また、日常生活圏域別にみると、市内で最も早く開発された向陽台や、近年大型マンションや商業施設が次々と建設されている若葉台がある第 4 地区では高齢化率が 13.3%である一方、住宅供給公社の平尾団地のある第 1 地区では高齢化率が 29.4%であり、地域によって高齢化の状況が大きく異なっている。

図表 8 日常生活圏域



出典：稲城市介護保険事業計画(第 6 期)

② 人口動向等

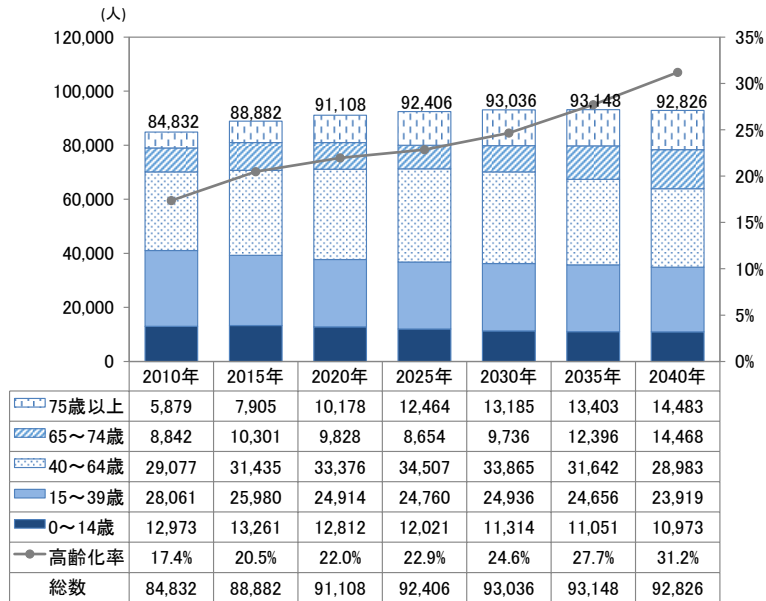
ii) 人口

稲城市の人口は、今も増加傾向にある。2010 年の国勢調査によると、2005 年から 2010 年にかけての人口増加率は 10.91%であり、全国平均の 0.23%を大きく上回る。国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によると、2010 年から 2035 年にかけて緩やかな増加が続くと推計されており、2035 年には人口約 93,148 人と、2010 年から約 10,000 人増加するとしている。

iii) 高齢化率

2010 年時点の高齢化率は 17.4%であり、全国平均の 23.0%を下回る。全国的にみて高齢化率は低くなっているが、2020 年には 20%を超え、その後も上昇を続けることが見込まれており、2040 年には約 3 割が 65 歳以上となると推計されている。

図表 9 将来推計人口 (稲城市)



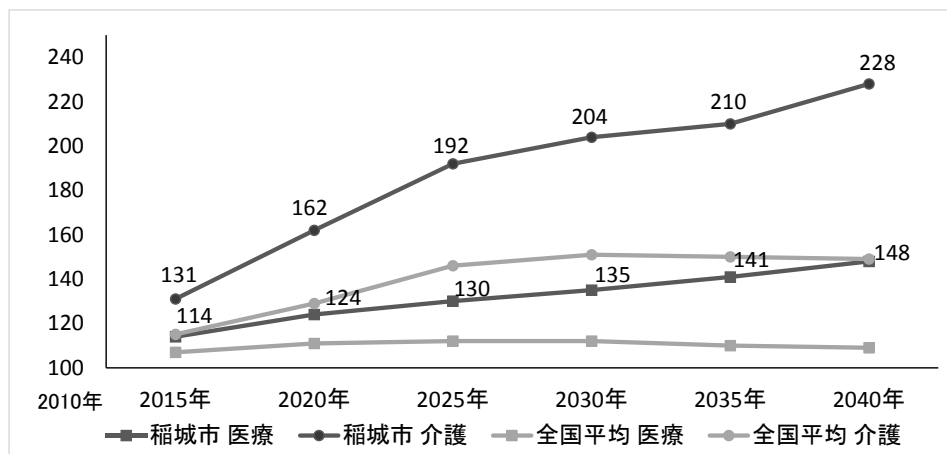
出典：国立社会保障・人口問題研究所

iv) 医療・介護需要予想指数

医療・介護需要予想指数³に基づき医療及び介護の需要の推移をみると、全国平均の推移としては、2020年から2030年にかけて僅かに上昇するが、全体として概ね横ばいである。一方、稲城市では、2010年から上昇を続け、2025年には130、2040年には148となる推計となっている。また、介護需要予想指数の全国平均では、2025年に上昇し、その後は概ね横ばいであるのに対し、稲城市では、2010年から大幅に上昇し、2025年に192、2040年には228となると推計されている。

このように、稲城市では医療・介護ともに2010年から2040年にかけて需要が高まると推計されている。

図表 10 医療・介護需要予想指数(2010年=100) (稲城市)



出典：地域医療情報システム (日本医師会)

³ 医療介護需要予測：日本医師会地域医療情報システム独自の計算式によって、各年の需要量を算出し、2010年の医療及び介護需要量を100として指数化したもの。計算式は下記のとおり。

- ・各年の医療需要量 = 0～14歳 × 0.6 + 15～39歳 × 0.4 + 40～64歳 × 1.0 + 65～74歳 × 2.3 + 75歳～ × 3.9
- ・各年の介護需要量 = 40～64歳 × 1.0 + 65～74歳 × 9.7 + 75歳～ × 87.3

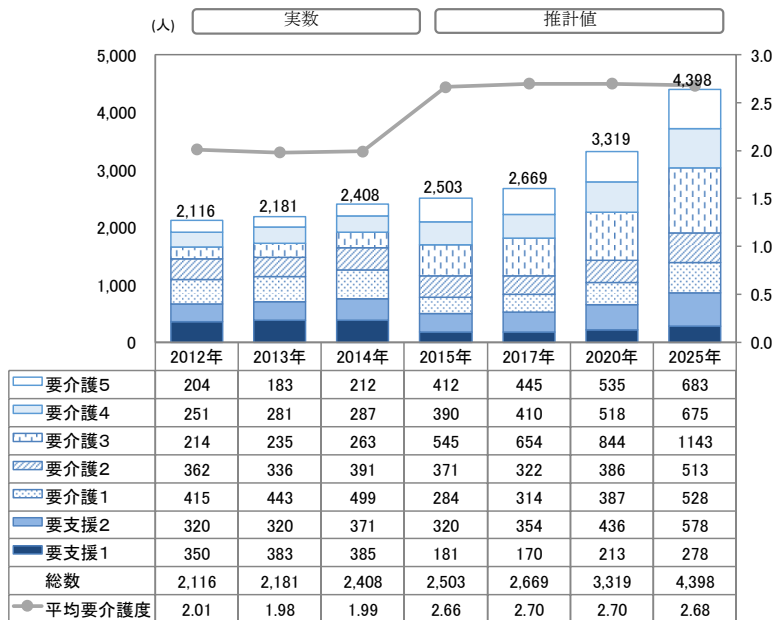
③ 要介護認定者数・認知症高齢者数

稲城市介護保険事業計画(第6期 2015～2017年度)(以下、「稲城市介護保険事業計画」と言う。)によると、要介護認定者数の推移は、2014年には2,408人となり、2006年の1,475人から1.63倍となる。要介護度別にみると、2014年は要介護1が499人と最も多く、要介護者全体の20.7%を占めている。次いで、要介護2、要支援1、要支援2などと続いている。

2012年から2025年にかけての要介護認定者数の推移をみると、2017年には2,669人、2020年には3,319人、2025年には4,398人となっており、今後とも増加傾向にあるとされる。また、平均要介護度の推移をみると、2012年の2.01から2015年には2.66と急増し、その後も横ばいであると推計される。

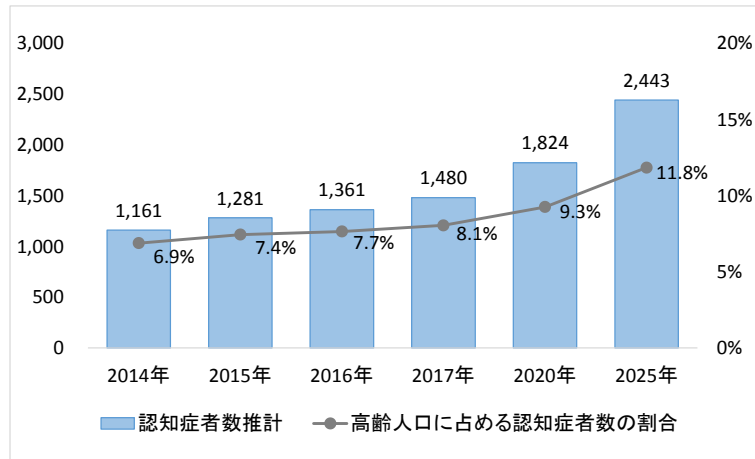
また、稲城市介護保険事業計画によると、認知症高齢者数は、2020年には1,824人となり、2014年の1,161人から約1.6倍増加するとしている。2025年には2,443人となり、2014年から約2倍に増加し、高齢者人口の約1割が認知症高齢者となる。

図表 11 要介護認定者数の推移・推計 (稲城市)



出典：稲城市介護保険事業計画(第6期)

図表 12 認知症高齢者数の推計(自立度Ⅱ以上) (稲城市)



出典：稲城市介護保険事業計画(第6期)

(2) 医療介護資源等の状況

① 医療資源

稲城市の診療所は41ヶ所、人口10万人あたりでは49.5ヶ所であり、在宅療養支援診療所は3ヶ所、対人口比では2.4ヶ所であり、いずれも対人口比で見ると全国よりも少ない。

病床数をみると、病院病床数は948床、対人口比では1,117.5床となっており、東京都の960.1床を上回る。うち一般病床は290床、対人口比は342.0床となっており、全国の699.1床を大きく下回る。一方、療養病床数は319床、対人口比では376床であり、全国の251.1床を大幅に上回る。

常勤換算の医師数は90.9人、対人口比では107.2人であり、全国の156.7人を下回る。また、看護師は392.1人、対人口比462.2人であり、医師同様に全国の689.4人を大幅に下回る。

図表 13 医療施設数・従業者数等（稲城市）

		実数	人口10万人あたり		
			稲城市	全国	東京
医療施設数	診療所	41	49.5	85.4	60.1
	往診を担う診療所	14	—	—	—
	在宅療養支援診療所	3	2.4	11.4	11.7
病床数	病院病床（一般病床）	948	1,117	1,220	960.7
	一般病床	290	341.8	698.9	623.5
	療養病床	319	376.0	251.1	161.2
	精神病床	339	399.6	263.7	171.3
その他	訪問看護ステーション	4	4.7	6.4	6.7
	訪問歯科診療を行う歯科診療所	15	—	—	—
	在宅訪問を行う薬局	23	—	—	—
医療従事者数	医師（常勤換算）	90.9	107.2	156.7	—
	看護師（常勤換算）	392.1	462.2	689.4	—

出典：施設数・病床数・その他は地方厚生局情報(2014年7月時点)及び国勢調査(2010年)より算出

医療従事者数は地域内医療機関情報(2015年8月現在)・国勢調査(2010年)

② 介護資源

訪問型介護施設及び通所型介護施設は75歳以上1千人あたりで見ると、全国、東京都の平均よりも下回る。居宅介護支援事業所及び入所型介護施設数では、75歳以上1千人あたりで見ると全国平均を大きく下回る。一方、特定施設数は4ヶ所であり75歳以上1千人あたりでは0.68ヶ所と、全国、東京の平均を大きく上回る。

看護師は111.3人、75歳以上1千人あたりでは18.9人であり、全国平均の19.1人を僅かに下回る。介護職員は689.2人、75歳以上1千人あたり117.2人であり、全国平均の100.9人をやや上回る。

図表 14 介護事業所・施設数・介護従事者数等（稲城市）

		実数	75歳以上1千人あたり		
			稲城市	全国	東京
介護保険サービス事業所数	訪問型	17	2.7	3.3	3.5
	通所型	18	2.9	3.5	3.1
	入所型	9	1.2	2.1	1.1
	特定施設	4	0.7	0.3	0.5
	居宅介護支援	10	1.7	2.6	2.7
入所定員	入所型	596	94.1	77.7	60.1
	特定施設	211	35.9	17.0	29.0
介護従事者数	看護師（常勤換算）	111.3	18.9	19.1	—
	介護職員（常勤換算）	689.2	117.2	100.9	—

出典：事業所数・入所定員は地域内医療機関情報(2015年8月現在)・国勢調査(2010年)

介護事業者数は地方厚生局情報(2014年7月時点)及び国勢調査(2010年)より算出

(3) 医療・介護連携体制等の状況

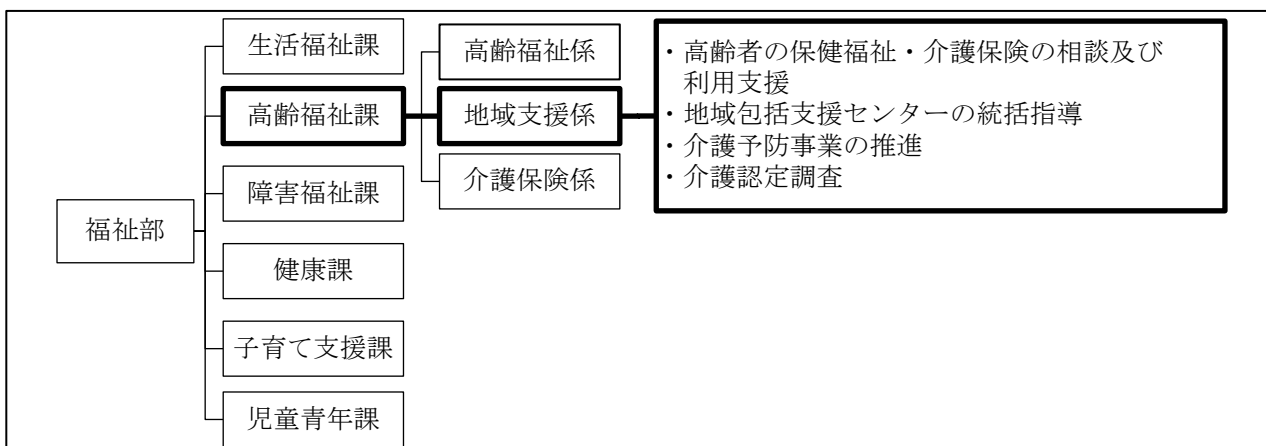
① 市の体制

在宅医療・介護連携推進事業については、福祉部高齢福祉課の地域支援係が担っている。

地域支援係では、主に、(1)高齢者の保健福祉・介護保険の相談及び利用支援、(2)地域包括支援センターの統括指導、(3)介護予防事業の推進、(4)介護認定調査、を担当しており、老人福祉法等に基づく高齢者福祉の増進などを担当する高齢福祉係、介護保険の被保険者資格の管理などを担当する介護保険係とともに、地域包括ケアの推進を図っている。

同係には、市立病院の理学療法士の経験を持つ主任が医師会との窓口を担っており、多職種連携研修についても市の主担当として携わっている。

図表 15 福祉部の体制（稲城市）



出典：稲城市公式ホームページ

② 医師会の体制

一般社団法人稲城市医師会の開業医・勤務医は、市内 3 病院と 37 の診療所及び 1 つの老人保健施設に所属する者で構成されており、現在 88 名が入会している。

在宅医療・介護連携推進事業の取り組みとしては、「(オ)在宅医療・介護関係者に関する相談支援」の委託を市から受け、医療と介護の両方を必要とする方々の相談活動や様々な情報提供を行う「いなぎ在宅医療・介護相談室」事業を実施している。在宅医療・介護連携におけるコーディネーターとして、地域包括支援センターの勤務経験を持つ看護師を配置し、病院から退院し、在宅療養が必要となる高齢者について、医療機関や本人・家族からの相談に応じ、在宅医や介護支援専門員等の紹介等を行っている。

図表 16 いなぎ在宅医療・介護相談室

利用対象	<ul style="list-style-type: none">・在宅生活において医療と介護の両方が必要となる市内在住の方・上記の方のご家族・医療機関や地域包括支援センター、居宅介護支援事業者などの関係機関
業務内容	<ul style="list-style-type: none">・在宅医療に係る相談受付・情報提供・主治医紹介（市内の診療所を紹介）・その他、在宅医療に関する普及・啓発
受付時間	毎週月・水・金 9時から16時まで
所在地	稲城市医師会内

出典：稲城市公式ホームページ

3. 栃木市

(1) 地域の概況

① 地勢

栃木市は栃木県南部に位置しており、県南医療圏（栃木市、小山市、下野市、上三川町、壬生町、野木町、岩舟町）に属している。2010年には大平町・藤岡町・都賀町、2011年には西片町、2014年には岩舟町と合併したことにより、面積は332.00k㎡に拡大した。人口規模も県内第3位、人口密度は494.0人/k㎡と全国の343.40人/k㎡を僅かに上回るが、人口や資源が集中する地域と過疎化が進む地域が、広い栃木市の中に並存している。

壬生町、小山市、野木町、佐野市、鹿沼市などに接し、隣接県である茨城県、群馬県、埼玉県の県境も接する稀有な地域であり、県内外とのアクセスに優れた道路網を形成している。

② 人口動向等

i) 人口

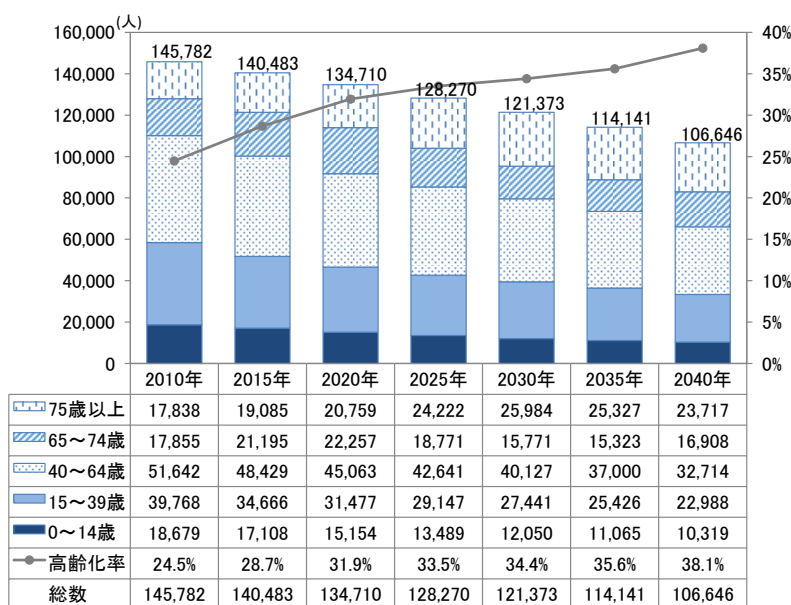
2010年の国勢調査によると、2005年から2010年にかけての人口増加率は-2.81%であり、全国平均の0.23%を大幅に下回る。

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によると、人口の増加は2010年から2040年まで減少の一途をたどる。2025年の人口は128,270人であり、2010年の145,782人から約17,512人減少する。2040年には人口が106,646人となり、2010年から30,135人減少するとされている。年齢別にみると、2010年からの減少率が最も高いのは、40～64歳であり、次いで、15～39歳が高い。一方、75歳以上の人口は増加する。

ii) 高齢化率

2010年時点での高齢化率は24.5%であり、すでに全国平均の23.0%を上回る。その後も高齢化率は上昇を続け、2020年に3割を超え、2040年には4割近くになる。

図表 17 将来推計人口（栃木市）

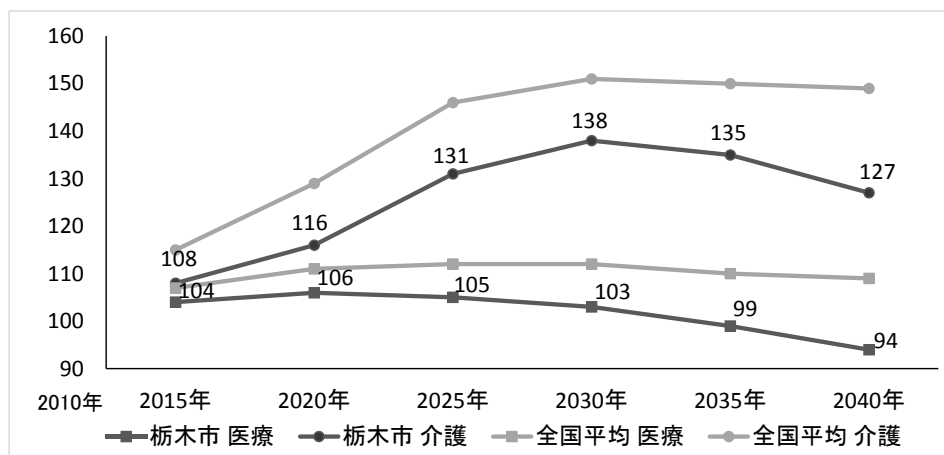


出典：国立社会保障・人口問題研究所

iii) 医療・介護需要予想指数

医療・介護需要予想指数で、医療及び介護の需要の推移をみると、概ねの傾向は全国平均と同様であるが、いずれの需要も全国より低い。医療需要予想指数は、2020年まで僅かに上昇するが、その後は減少していき、2035年以降は100を下回る。介護需要予想指数は、2030年まで急激に上昇を続けるが、その後は減少していく。

図表 18 医療・介護需要予想指数(2010年=100) (栃木市)



出典：地域医療情報システム(日本医師会)

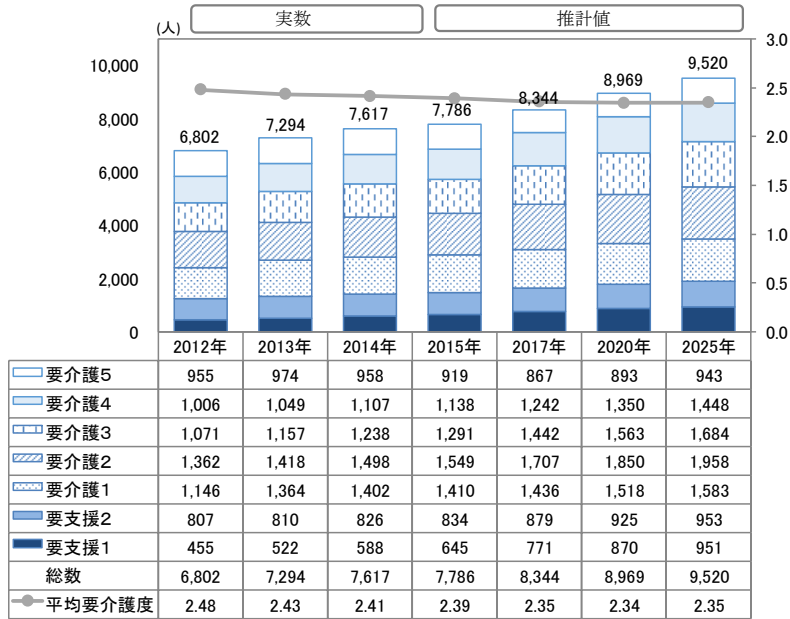
③ 要介護認定者数・認知症高齢者数

栃木市高齢保健福祉計画・介護保険事業計画(平成27～29年度)(以下、「栃木市高齢者保健福祉計画」と言う。)によると、要介護認定者数の推移は増加傾向であり、2012年から2014年にかけての要介護1～3の増加率は非常に高い。2015年以降も、2017年には8,344人、2020年には8,969人、2025年には9,520人と増加していく。

2012年から2025年にかけての平均要介護度の推移をみると、2012年には2.48、2015年には2.39、2025年には2.35となり、なだらかに減少していく。

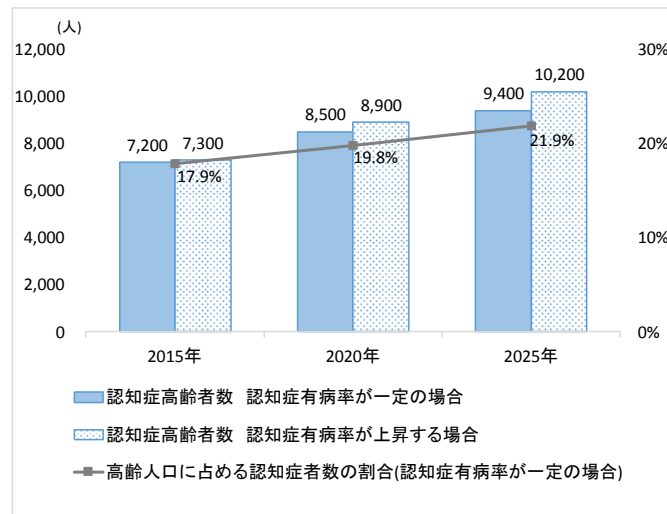
また、栃木市高齢者保健福祉計画によると、認定有病率が一定の場合、2015年には7,200人、2020年には8,900人、2025年には10,200人になる推計であり、5年ごとに約1000人増加していく。2025年には65歳以上の高齢者が約5人に1人となる。

図表 19 要介護認定者数の推移・推移（栃木市）



出典：栃木市高齢保健福祉計画・介護保険事業計画(平成 27～29 年度)

図表 20 認知症高齢者の推計（稲城市）



出典：栃木市高齢保健福祉計画・介護保険事業計画(平成 27～29 年度)

(2) 医療介護資源等の状況

① 医療資源

栃木市の診療所は 106 ヶ所、人口 10 万人あたりでは 64.6 ヶ所であり、全国の 68.3 ヶ所はやや下回るものの、県の 59.3 ヶ所は上回る。在宅療養支援診療所は 24 ヶ所、対人口比では 14.6 ヶ所であり、全国及び県平均を上回る。

病床数をみると、病院病床(一般病床)1,103 床、うち一般病床 804 床、療養病床 103 床、精神病床 196 床であり、対人口比では、いずれも全国及び県平均を大きく下回る。

常勤換算の医師数は 87.9 人、看護師数は 473.3 人であり、いずれも対人口比の全国平均を大幅に下回る。

図表 21 医療施設数 (栃木市)

		実数	人口10万人あたり		
			栃木市	全国	県
医療機関数	診療所	106	64.6	68.6	59.3
	在宅療養支援診療所	24	14.6	11.4	7.7
病床数	病院病床 (一般病床)	1,103	490.2	776.0	690.7
	一般病床	804	672.5	1,301.1	1,159.2
	療養病床	103	62.8	259.4	203.3
	精神病床	196	119.5	260.1	253.3
その他	訪問看護ステーション	8	4.9	6.4	3.8
	訪問歯科診療を行う歯科診療所	41	—	—	—
	在宅訪問を行う薬局	46	—	—	—
医療従事者数	医師 (常勤換算)	87.9	53.6	156.7	—
	看護師 (常勤換算)	473.3	288.6	689.4	—

出典：施設数・病床数・その他は地域内医療機関情報(2015年9月現在)・国勢調査(2010年)

医療従事者数は地域内医療機関情報(2015年8月現在)・国勢調査(2010年)

② 介護資源

75歳以上1千人あたりの施設数をみると、いずれの事業所も全国及び県とほぼ同値となっているが、訪問型介護施設においては全国平均をやや下回る。

常勤換算の看護師数は 371.2 人、75歳以上1千人あたりでは 18.4 人であり、介護職員数は 1,890.5 人、75歳以上1千人あたりでは 93.5 人である。いずれも対人口比の全国平均をやや下回る。

図表 22 介護施設・事業所数・介護従事者数等（栃木市）

		実数	75歳以上1千人あたり施設数		
			栃木市	全国	県
介護保険サービス事業所数	訪問型	44	2.2	3.2	2.1
	通所型	62	3.1	3.5	3.4
	入所型	44	2.2	2.2	2.1
	特定施設	3	0.2	0.3	0.2
	居宅介護支援	49	2.4	2.5	2.4
入所定員	入所型	1379	68.2	77.3	66.3
	特定施設	127	6.3	17.6	7.6
介護従事者数	看護師（常勤換算）	371.2	18.4	19.1	—
	介護職員（常勤換算）	1891	93.5	100.9	—

出典：事業所数・入所定員は地域内医療機関情報(2015年9月現在)・国勢調査(2010年)

介護事業者数は地域内医療機関情報(2015年8月現在)・国勢調査(2010年)

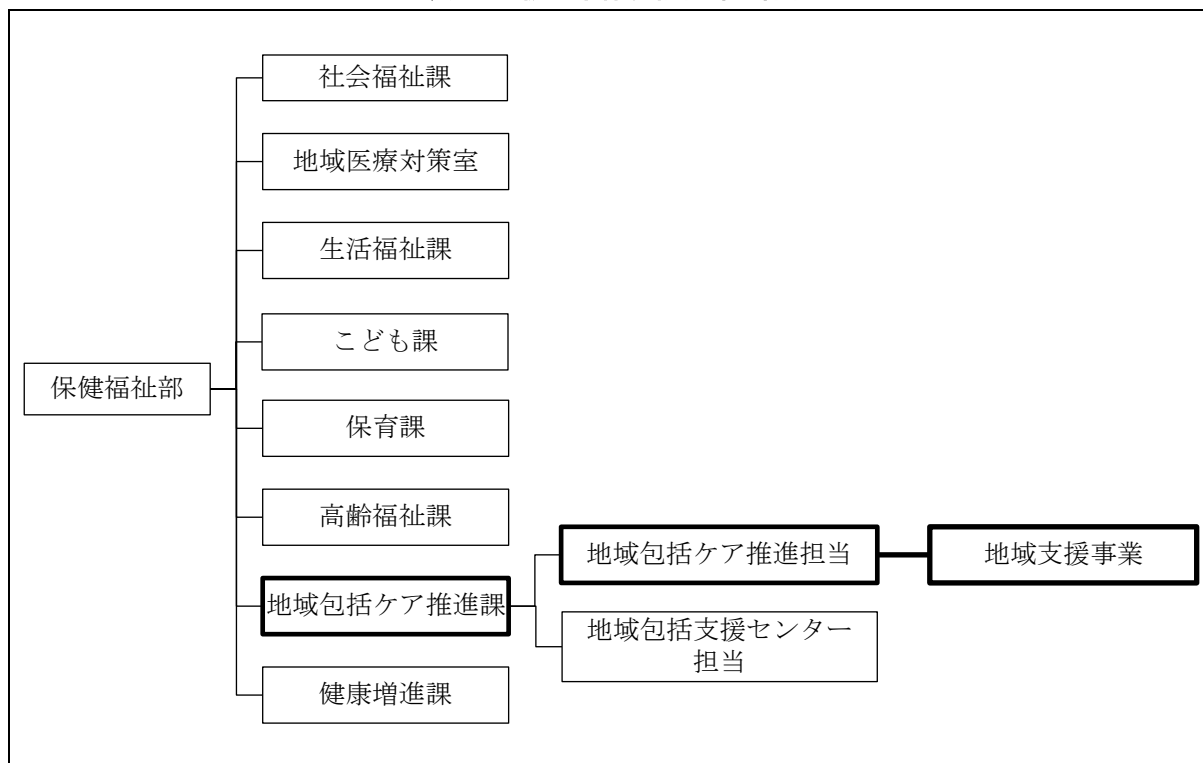
(3) 医療・介護連携体制等の状況

① 市の体制

2015年より新設された地域包括ケア推進課のうち、主に「地域包括ケア推進担当」が在宅医療・介護連携推進事業を担い、「地域包括支援センター担当」が市直営の地域包括支援センターである「栃木中央地域包括支援センター」を運営している。

多職種連携研修の市の主担当は、地域包括ケア推進担当の副主幹である。

図表 23 栃木市保健福祉部の体制



出典：栃木市公式ホームページ

② 医師会の体制

栃木市をカバーする医師会は、一般社団法人栃木県医師会、特例社団法人下都賀郡市医師会である。下都賀郡市医師会医師は、栃木市 118 名、壬生町 31 名、岩舟町 14 名の計 163 名で構成されている。一方、それと重なる状態で栃木市医師会が存在し、会員の大半が双方に所属となっている。

第4章 調査実施報告

1. 調査の実施工程

(1) 構成

① 全体工程

対象フィールドである稲城市及び栃木市における実証の工程として、PDCA サイクルの考えに基づき、次の5つのステップを設計・実施した。

【Plan (検討)】

「step-1. 担当課による検討」として、行政の担当部署による地域の実態把握と評価を行い、地域の実情という多様性を担当課自らが検討する。その上で、「step-2. ワーキングチームによる検討」として、在宅医療・介護連携推進のためのコアメンバーとして、複数名の専門職からなるワーキングチームを組織し、step-1の結果を担当課と共有するとともに、課題解決に向けての研修プログラムを検討する。

【Do (実施)】

step-1・2の検討結果に基づき、「step-3. 多職種連携研修会の実施」として、医師、看護師、介護職といった普段は交わりにくい専門職同士のコミュニケーションを図り、多職種による「顔の見える関係」を構築する。

【Check (評価)】

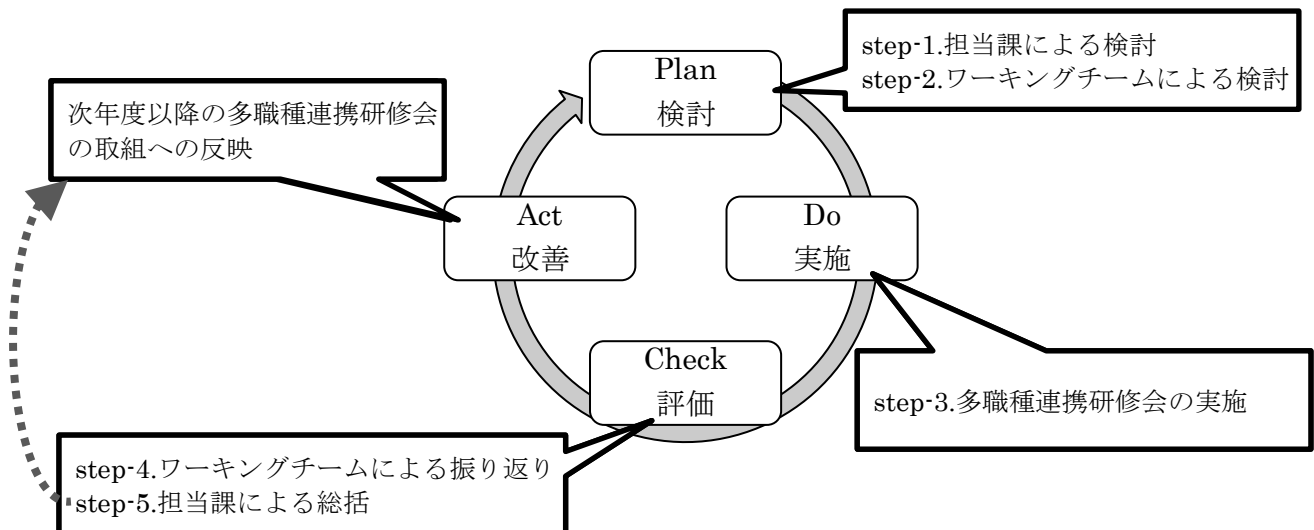
step-3を踏まえ、「step-4. ワーキングチームによる振り返り」として、研修の成果や課題、次の展開方法等の検討を行うとともに、本調査研究の担当者により「step-5. 担当課へのヒアリング」を行い、事業全体の総括を図る。

【Act (改善)】

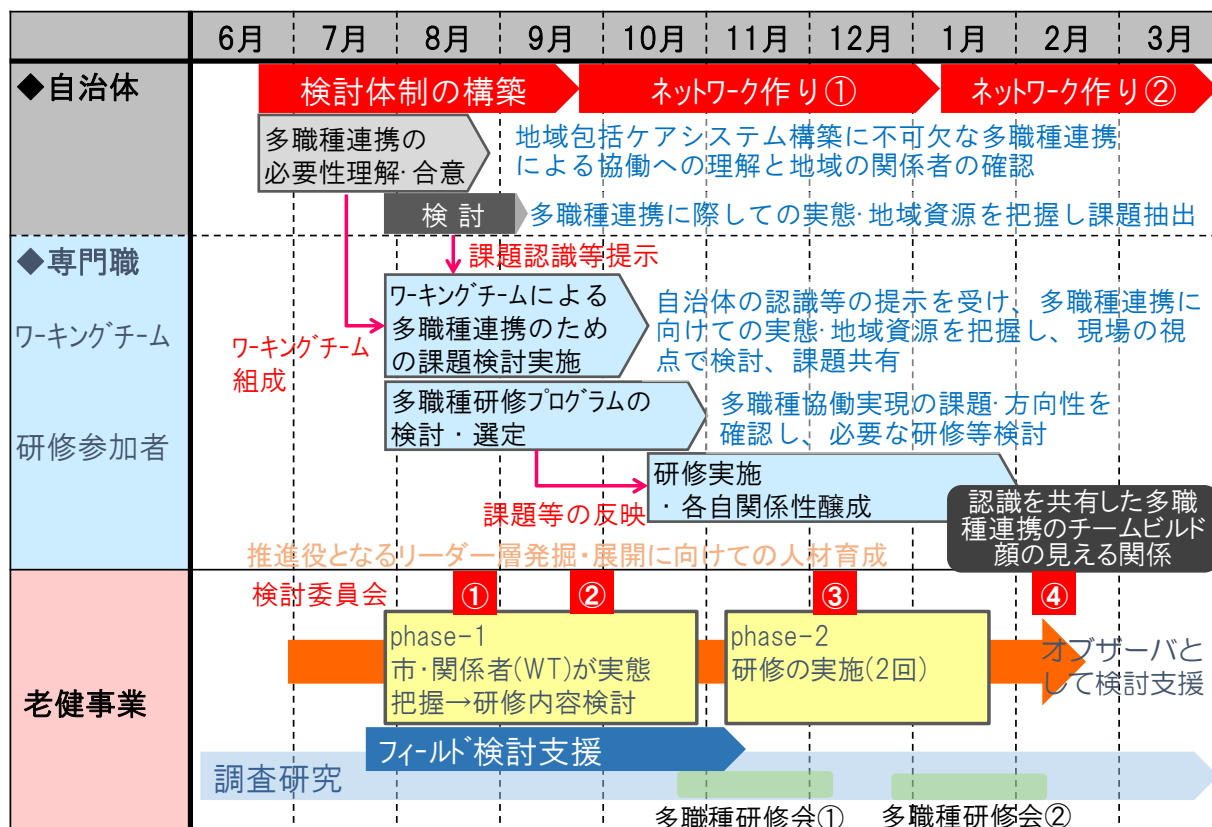
Check から導き出された改善点をもとに、在宅医療・介護連携へのアクションにつなげていく。

このように、各フィールドにおいて、関係者による地域の実情把握を行う検討ステップを基に、重点的課題に即した研修プログラムを設定・実施し、そこで得られた効果や在宅医療・介護連携推進上の改善点を踏まえて、今後の在宅医療・介護連携による在宅ケアの推進と地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みに向かっていく。

図表 24 全体の実施工程



図表 25 調査の全体工程



② 効果の確認

本調査研究では多職種連携研修会を在宅医療・介護連携推進の鍵として想定し、実施するものであることから、研修実施の効果を確認することが必要である。そのため、研修参加者に対して次のようなアンケート調査を実施し、その効果を確認することとした。特に、研修実施前調査と研修実施後調査の基本項目はほぼ同じとすることで、その前後が比較できるようにした。そのため、各参加者に ID（管理番号）を振り、その意向や研修実施前後の変化等について把握できるようにした。

図表 26 調査の種類と調査項目

調査の種類		回答者の基本属性	在宅医療・介護に関する意識・行動	研修内容等について
研修実施前調査	研修会実施の1ヶ月前程度を目途に送付 第一回研修会開催当日の受付時に回収	●	●	
第一回研修会后調査	第一回研修会で配布 終了時（当日）に実施・当日回収			●
第二回研修会后調査	第二回研修会で配布 終了時（当日）に実施・当日回収			●
研修実施後調査	研修実施後1～2ヶ月後を目途に送付 送付後2週間程度を〆切として回収		●	

③ 各工程の詳細

i) step-1. 担当課による検討

各フィールドの在宅医療・介護推進事業担当課の課長、係長、担当者、地域包括支援センター職員等によって市の現状（強み・弱み）を把握するとともに、地域包括ケアシステム構築の上での課題や当該地域における地域包括ケアシステムのあるべき姿等を担当課内で検討し、市としての認識の整理を行う。

【ねらい】

在宅医療・介護連携、あるいはその先の地域包括ケアシステムの構築に係る第一義的な責任は行政（市区町村）にある。そのため、まずは担当課の中で、当該地域における在宅医療・介護資源に関する現状や課題、今後の取組の方向性等について、整理し職員の中で認識を共有することが在宅医療・介護連携推進事業のスタートとなる。

また、在宅医療・介護連携の推進にあたっては、医師（会）をはじめとする専門職と行政とが密に協力・連携し、協働で推進していくための体制を構築することが不可欠である。その際に、単に行政の担当職員から専門職に協力を依頼するのではなく、当該地域における在宅医療・介護資源に関する現状や課題等について行政としてはどのように認識し、今後どのような方向性で取り組んでいくべきか、その考えを示すことが、専門職の当事者意識を喚起し、関係者が円滑に意思疎通するために重要となる。

本工程では、現状等に対する行政としての認識を整理し、担当課内で共有するとともに、次工程のワーキングチームによる検討において行政から専門職に示す素材を作成することをねらいとした。

【実施方法】

介護保険事業計画や各種統計情報等の資料をもとにしつつ、地域の現状・課題等を網羅的に整理できるよう、「多職種連携推進のための評価シート・課題整理表」を用いて個人ワーク及び討議検討を実施した。多職種連携推進のための評価シート・課題整理表は、地域包括ケアに関わる7つの領域及び6つの視点により、地域包括ケア・多職種連携を進める上で必要となる資源・実施体制の有無、強み・弱み、推進上の課題等を整理・検討するものである。

図表 27 多職種連携推進のための評価シート・課題整理表

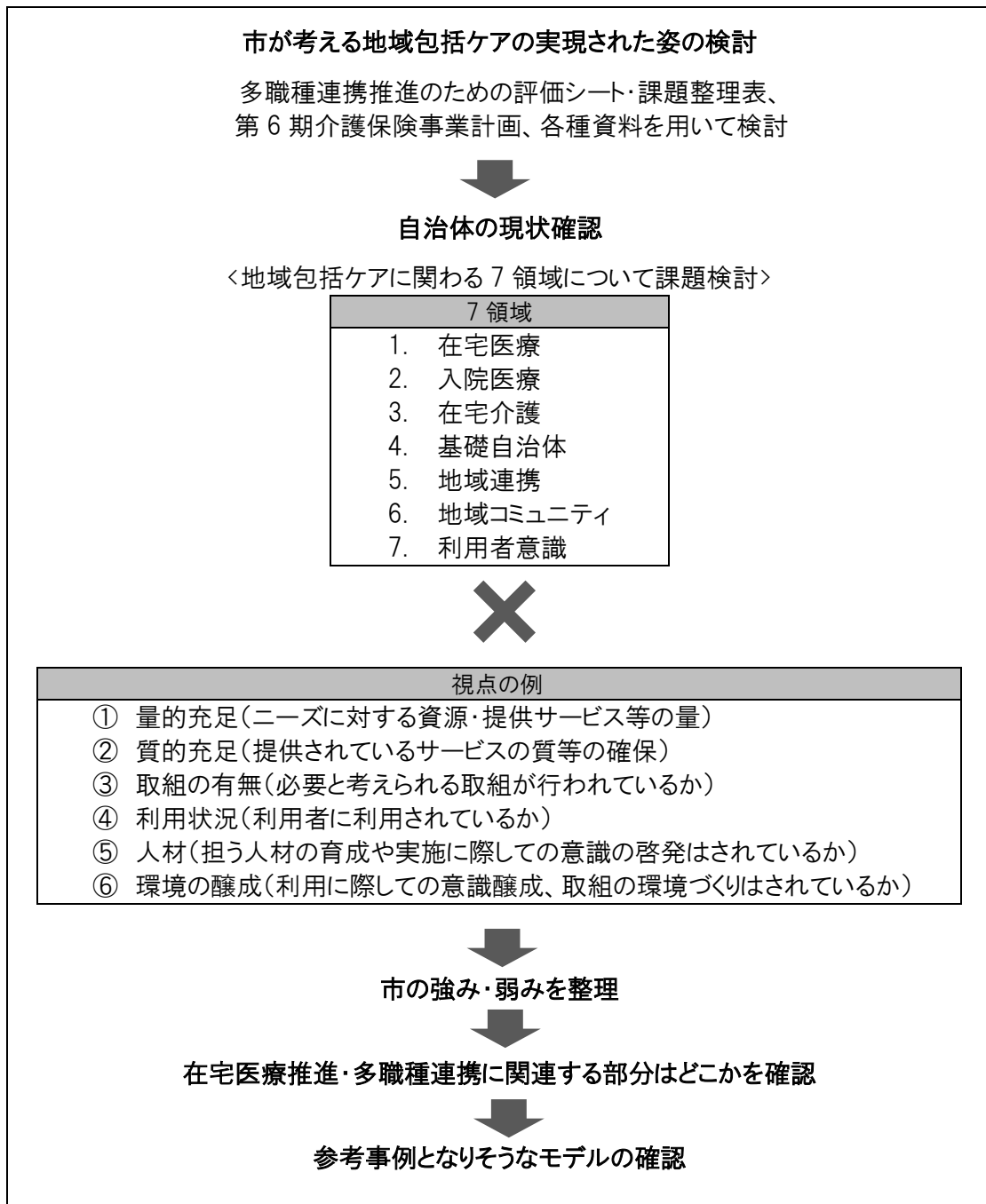
地域包括ケアに関わる7領域	1.在宅医療	2.入院医療	3.在宅介護	4.基礎自治体	5.地域連携	6.地域コミュニティ	7.利用者意識
自治体の強み							
自治体の弱み							

✕

視点 1.量的充足	ニーズに対する資源・提供サービス等の量
視点 2.質的充足	提供されているサービスの質等の確保
視点 3.取組の有無	必要と考えられる取組が実施されているか
視点 4.利用状況	利用されている状況があるか
視点 5.人材	担う人材の育成や実施に関しての意識啓発はされているか
視点 6.環境の醸成	利用に際しての意識醸成・取組の環境づくりはされているか

※平成 25 年度 RISTEX 研究開発プログラム「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」研究開発プロジェクト「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」（医療法人アスミス（理事長 太田秀樹））に基づき作成

図表 28 「step-1.担当課による検討」の工程



ii) step-2. ワーキングチームによる検討

在宅医療・介護連携推進のためのコアメンバーとなりうる複数名の専門職からなるワーキングチームを組織し、step-1の結果を行政と共有し、またワーキングチームのメンバー自らも地域の課題等を整理・認識するとともに、step-3の研修プログラムの具体的な内容を検討する。

【ねらい】

在宅医療・介護連携の推進の第一義的な責任は行政にあるが、実際にケアのための連携体制を組み、医療・介護サービスを提供するのは専門職となる。その人材育成の最も有効な手法の1つが多職種連携研修であるが、専門職いきなり研修会に参加してもらうのではなく、まずは各専門職の中に主導的な役割を担えるような人材をコアメンバーとして育成し、そうした人材が他の専門職を更に教育・啓発等するといったような段階を踏むことで、より円滑かつ効果的に人材育成を図ることができると考えられる。

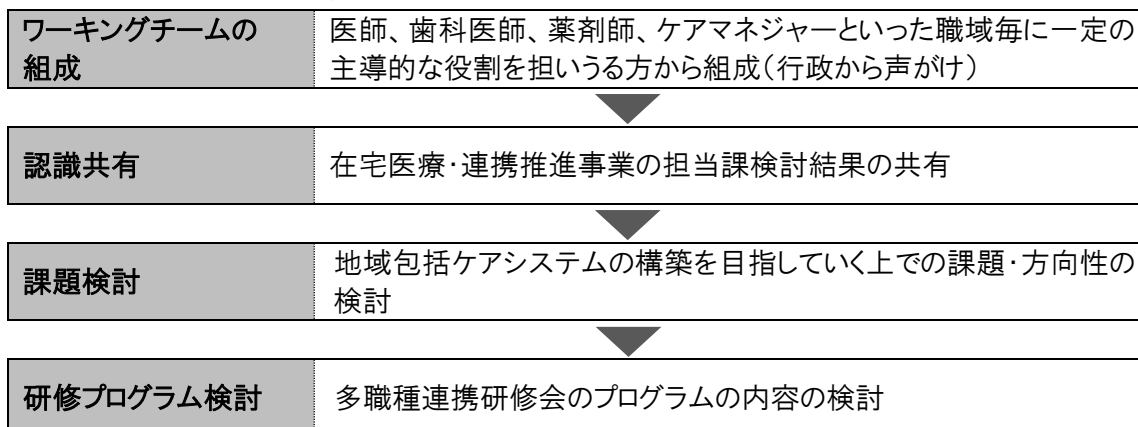
本工程では、今後主導的な役割を担う人材と行政の担当者とは認識を共有し、当事者意識を醸成し自律的な人材育成の体制をつくること、さらには、当事者である専門職が次工程の多職種連携研修の内容を検討することにより、当該地域の課題や現在の取組レベル等を踏まえた、より地域に合った（多職種同士の会話の活性化や当事者意識の醸成に寄与する）研修プログラムを策定することをねらいとした。

【実施方法】

ワーキングチームのメンバーについては、医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネジャーといった職種毎に一定の主導的な役割を担う方に担当課から声がけをし、組成した。その上で、ワーキングの1回目では行政の担当課としての課題認識の共有、及びワーキングチームの中での地域課題の整理について、2回目では課題の克服に向けた取組の方向性と次工程における多職種連携研修会の具体的なプログラムについて、グループワーク形式で意見を出し合い、ディスカッションを行った。

なお、多職種連携研修会の内容の検討にあたっては、はじめに議論のたたき台として、前述の「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会研修運営ガイド」（以下、「研修運営ガイド」と言う。）にて示されているプログラムに則った構成案を示した上で、各対象フィールドにおいてどのようなプログラムや運営体制とすべきかについて議論した。

図表 29 ワーキングチームによる検討の工程



図表 30 研修運営ガイドにおける多職種連携研修のプログラム構成案（基本開催例）

	単元	時間	形式
研修会 1 日目	・在宅医療が果たすべき役割	30 分	講義
	・在宅療養を支える医療・介護資源	15 分	講義
	・医療・介護資源マップの作成	40 分	演習
	・がん緩和ケア(領域別セッション)	160 分	講義・演習
	・懇親会	90 分	その他
実地研修 ⁴	(以下のようなメニューから選択) 訪問診療同行、訪問看護同行、ケアマネジャー同行、 緩和ケア病棟回診	約 180 分 × 2回	実習
研修会 2 日目 (1 日目から 1～2 ヶ月後)	・在宅医療の導入	20 分	講義
	・訪問診療の実際と同行研修の意義	20 分	講義
	・認知症(領域別セッション ⁵)	160 分	講義・演習
	・昼食	(60 分)	
	・在宅ケアにおいてなぜ IPW(専門職連携協働)が必要なのか?	20 分	講義
	・在宅医療を推進する上での課題とその解決策	90 分	演習
・在宅医が知っておくべき報酬や制度	20 分	講義	
・目標設定、発表			
・修了証書授与	10 分	その他	

出典：「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会研修運営ガイド」（国立長寿医療研究センター、東京大学高齢社会総合研究機構）

⁴ 今回実施した多職種連携研修会では、専門職の動機付け及び多職種による顔の見える関係づくりを第一の目的とし、多く参加者を募ることを想定していたことから、実地研修は対象外とした。

⁵ 領域別セッション…特定の症例をテーマに、その特徴や対処方法等に関する講義を行った上で、参加者が症例検討（グループワーク）を実施するプログラム

iii) step-3. 多職種連携研修会の実施

step-2 の検討内容を踏まえ、各専門職から参加者を募り、「顔の見える関係づくり」のための多職種連携研修会を実施する。

【ねらい】

多職種連携研修会は在宅医療・介護連携の肝であり、本調査研究ではそれを在宅医療・介護連携推進事業の「(カ)医療・介護関係者の研修」として実施することで、(ア)～(ク)の取組全体を効果的に進めることができるものと想定している。

本工程では、医師、看護師、介護職といった専門職同士が、在宅医療・介護（連携）の重要性やそのポイント、地域のケアのあり方等について学び、認識を深めること、またその過程で、専門職同士が密にコミュニケーションし、各専門職の役割についての理解を深め、「顔の見える関係」をつくるとともに、当事者意識を醸成することをねらいとした。

【実施方法】

地域の在宅医療・介護連携を広く推進するという観点から、研修会の主催者は行政（市区町村）となる。ただし、地域の医療についてその責任を担うという観点からは、当該地域の医師会の役割が極めて大きいことから、行政が単独で行うのではなく、市医師会と密に連携し研修会実施のための体制を組織した。

参加者については、研修受講後の実際の連携へつなげることを念頭に、対象フィールドの市内の多職種を対象とし、行政から地域の各職域団体に依頼し、団体の推薦を経て選定した。これは、参加者募集にあたり団体を介在させることにより、個人の意識づけに加えて、職域団体の意識づけも意図したものである。

対象の専門職は、医師、歯科医師・歯科衛生士、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員、病院の地域連携部局スタッフを必須とし、リハビリ関係職種、栄養士、地域包括支援センター職員等は地域の状況により適宜含むこととした。また、受講形式として、参加者を複数のグループに分け、各グループが異なる複数の専門職で構成されるよう（特に医師は各グループに必ず1名含まれるよう）配置した。

具体的な研修内容は、step2 の検討内容も踏まえ、各地域の実情・多様性に合わせて設計したが、「講義」「アイスブレイク」「グループワーク」の3つを共通プログラムとして構成した。

図表 31 多職種連携研修会プログラムの概要（共通部分）

講義	「在宅医療・介護連携推進」や「多職種連携」に関する基本認識の獲得、知識の向上
アイスブレイク	グループワークでの討議に際し、参加者間の障壁を取り除き、その後の検討の熟度を高める
グループワーク	地域の在宅医療・介護にまつわる課題について、それぞれ異なる専門職・専門性の立場から検討・検証を行うことで、地域をあげた在宅医療・介護連携推進の気風を醸成する

iv) step-4. ワーキングチームによる振り返り

担当課及びワーキングチームにより、研修参加者に対するアンケートの結果を確認するとともに、多職種連携研修の実施結果について振り返りを行い、次回以降の展開の方向性を検討する。

【ねらい】

本工程では、主催者である担当課、及び多職種連携研修会への参加者でもあるワーキングチームの視点から、多職種連携研修会の成果や課題・改善点を整理することにより、次回以降の研修会をより良いものとし、また、在宅医療・介護の連携を具体的に進めていくための方向性について認識を共有することをねらいとした。

【実施方法】

研修会前後で実施した参加者に対するアンケート調査の集計結果について、担当課からワーキングチームへ報告した上で、研修会の成果や課題・改善点、地域包括ケアシステムの構築に向けて今後どのように進めていくべきかについて、グループワーク形式で意見を出し合い、ディスカッションを行った。

v) step-5 担当課による総括

step1～4 までの実施過程およびその結果について、担当課及び調査研究としての振り返り・総括を行う。

【ねらい】

step-4 のワーキングチームによる振り返りと併せて、在宅医療・介護連携の第一の責任者たる行政の担当課において、これまでの取組の成果や課題・改善点を整理することにより、次回以降の研修会をより良いものとし、また、在宅医療・介護の連携を具体的に進めていくための方向性について認識を共有することをねらいとした。

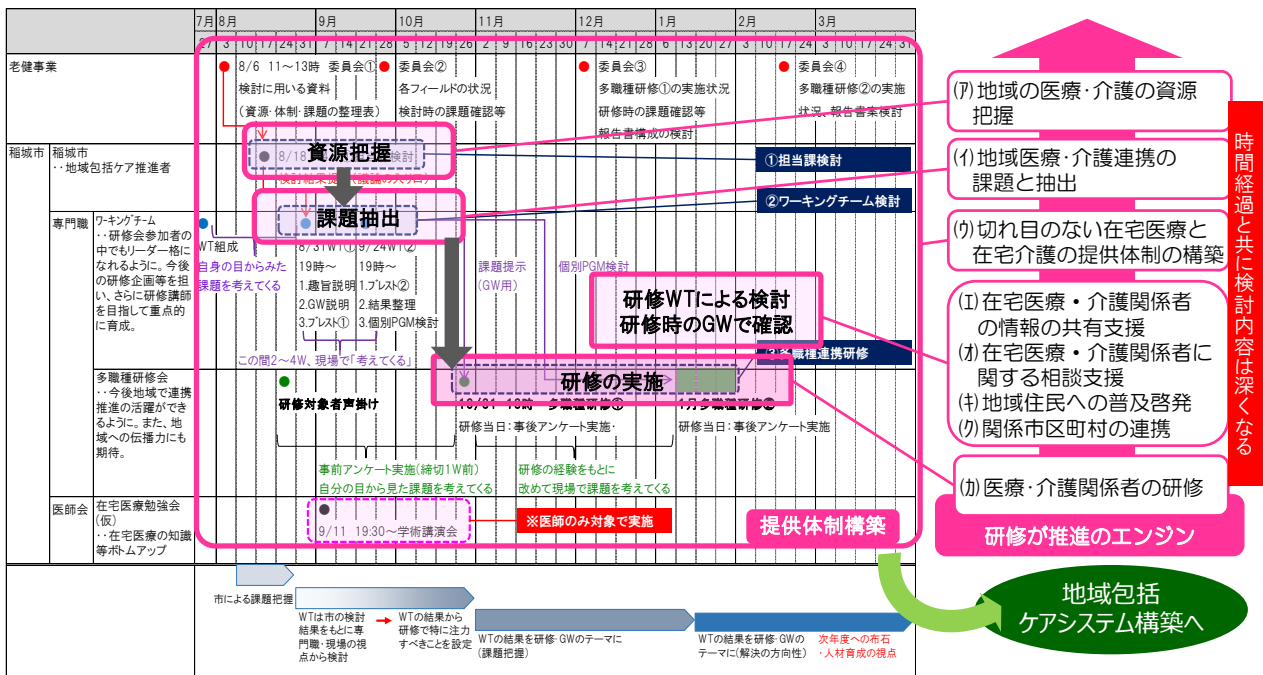
【実施方法】

在宅医療・介護連携推進事業を実施していくうえでの課題や改善点をより客観的な視点から整理するため、本調査研究の担当者が、対象フィールドの担当課に対して一連の流れから感じた問題意識等についてヒアリングを実施し、その内容をとりまとめた。

(2) 在宅医療・介護連携推進事業と各 step との関係

(1) に示した各 step については、在宅医療・介護連携推進事業の各取組項目のうち、概ね step-1 が「(ア) 地域の医療・介護の資源把握」、step-2 が「(イ) 地域医療・介護連携の課題と抽出」、step-3 が「(カ) 医療・介護関係者の研修」が該当し、ワーキングチームや多職種連携研修会の中で「(エ) 在宅医療・介護関係の情報の共有支援」「(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援」「(キ) 地域住民への普及啓発」「(ク) 関係市区町村の連携」に関する具体的な実施方法・内容が検討され、これらを通じて「(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築」が図られるという構成を想定している。

図表 32 在宅医療・介護連携推進事業との関係



ア～クのいずれについても、実施には医療・介護従事者の存在と意識向上が不可欠
 ……要は人材育成とあわせてア～クのサイクルを回していくのが効率的で実際の
 →多職種連携プログラムによる研修が在宅医療・介護連携推進のエンジンになる

自治体は機を逃さず戦略的に取り組むことが必要

2. 稲城市

(1) 稲城市の医療・介護の連携状況

① 医療・介護連携推進への取組

稲城市の現状や課題を共有し、ネットワークの構築に向けて検討を行う「稲城市在宅医療・介護連携推進協議会」が2015年4月に設置されている。協議会の委員は、医師、地域包括支援センター、介護支援専門員等在宅医療に関わる機関の代表者によって構成されており、稲城市福祉部高齢福祉課が事務局を担当している。

図表 33 稲城市在宅医療・介護連携推進協議会 構成員

委員	<ul style="list-style-type: none">・稲城市医師会会長・稲城市医師会副会長・稲城市医師会介護保険部長・稲城市医師会(在宅療養支援診療所代表)・稲城市立病院診療部腎臓内科診療部長・稲城歯科医師会会長・やのくち正吉苑(地域密着型サービス事業者代表)・稲城市居宅介護支援事業所連絡会会長・稲城市薬剤師会会長・地域包括支援センターこうようだい保健師・稲城市立病院看護部統括看護科長・東京南訪問看護ステーション所長・南多摩保健所地域保健推進担当課長
オブザーバ	<ul style="list-style-type: none">・稲城消防署長・いなぎ在宅医療・介護相談室(稲城市在宅医療・介護連携支援センター)
事務局	<ul style="list-style-type: none">・稲城市福祉部高齢福祉課

② その他の取組

従前より居宅介護支援事業者等連絡会が自主的に運営されており、ケアマネジャーや介護事業者らが参加している。また、一部ではあるが、自主的に参加している医師もいる。

連絡会の中では、栄養等の様々なテーマでの勉強会や研修会、各事業所による新規取組の紹介等が行われており、横断的な情報共有や啓発がなされている。

(2) 実施工程

① step-1. 担当課による検討

i) 実施概要

主に稲城市介護保険事業計画（第 6 期）に基づき、まずは「1.稲城市が考える地域包括ケアの実現された姿」を改めて確認し、介護保険事業計画や地域医療情報システム（JMAP）等の情報を踏まえて、「2.地域の現状確認」、「3.稲城市の強み・弱みの整理」、「4.在宅医療推進・多職種連携に関連する部分についての検討」を行った。2～4の検討には、「多職種連携推進のための評価シート/課題整理表」を用い、個人ワーク及び討議により検討・整理を行った。

参加者としては、担当課として現状・課題等の整理・把握を行う観点から、在宅医療・介護連携推進事業の担当者（主任）に加えて、担当課課長、係長、及び地域包括支援センターの職員 3 名により議論を行った。

図表 34 担当課による検討の概要

日時	2015 年 8 月 18 日	
会場	稲城市役所会議室	
実施内容	1.稲城市が考える地域包括ケアの実現された姿の共有	・ 稲城市介護保険事業計画(6期)に記載された内容に基づき、地域のあるべき姿・目指すべき理想像について改めて認識を共有
	2.稲城市の現状確認	・ 統計情報等の客観的なデータに基づき、人口動態、要介護者数・認定率、医療機関数、病床数、介護サービス事業所数等の医療介護資源の状況について確認
	3.稲城市の強み・弱みの整理	・ 定性的・定量的双方の視点から、地域包括ケアに関する地域の強み（良い点）、弱み（課題点）について整理
	4.在宅医療推進・多職種連携に関連する部分の確認	・ 3で整理した内容のうち、特に在宅医療・介護連携に係る部分について確認（次工程のワーキングにおいて、市からの説明する際の強調ポイントとして）
参加者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢福祉課長 ・ 高齢福祉課地域福祉係係長（社会福祉士） ・ 高齢福祉課地域福祉係主任（理学療法士 元・市立病院リハビリテーション職） ・ 高齢福祉課地域福祉係職員（地域包括支援センター担当等）3名 	

ii) 検討の内容・結果

稲城市の強みとしては、「熱心に取り組む在宅医療・訪問診療専門の診療所が市内 3 ヶ所ある」、「市立病院があり、市役所とのコミュニケーションや連携が取りやすい環境にある」、「入所型介護サービス事業所及び特定施設の入所定員が人口比で非常に多い」といった点があげられた。

弱みとしては、「市内の診療所は 43 ヶ所と少なく、訪問看護事業所や在宅療養支援歯科診療所の数も少ない」、「市内にリハビリテーション病院がないため回復期に一度市外病院に転院することになる」などの医療資源不足、「事業所では人材不足が課題であり、現状のまま今後増加する要介護者に対応するのは困難」などの人材不足、「多職種連携に向けては、まだお互いの理解がすすんでいない。共通のルールなどもない状態である」など相互理解に関する点などがあげられた。

以上の市による検討内容については、次工程のワーキングチームによる検討にて共有されることとなった。

図表 35 多難複雑携推進のための評価シート・課題解決策 (稲城市)

領域	1.在宅医療	2.入院医療	3.在宅介護	4.基礎自治体	5.地域連携	6.地域コミュニティ	7.利用者意識
<p>強み</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療に対する意欲 ・在宅医療、訪問診療専門の診療所は市内3箇所と少ないが、熱心に取り組んできたことで、市民やケアマネにとっても安心感がある。 ○地理的環境 ・小さい市域で移動距離が短く、往診を行うのに比較的適した環境にある ○相談窓口 ・在宅医療に関する相談窓口が設置されている 	<ul style="list-style-type: none"> ○市立病院 ・市立病院があり、市役所とのコミュニケーションや連携が取りやすい環境にある(ただし地域包括ケアシステムの構築等に向けた具体的な取組はこれから) ○稲城台病院 ・稲城台病院が、地域連携型認知症疾患医療センターとなり、認知症の方の入院も受け入れている。 ○有床の在宅診療所が開設された ○隣接地域の病院 ・隣接自治体に三次救急を含めた大規模病院が多数ある 	<ul style="list-style-type: none"> ○資源数 ・現状の高齢者数に概ね合った介護事業所数であると思われる。 ・入所型介護サービス事業所及び特定施設の入所定員が人口比で非常に多い(人口10万あたり1300、同全国平均94.7)。 ○困難ケースへの対応環境 ・看護小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護があり、支援困難なケースに対応できている。 ○介護職の意識 ・居宅介護支援事業者等連絡会が自主的に運営されており、ケアマネ間や事業者間の連携がとりやすい ・連絡会の中で自主的に多様なテーマの研修を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ○市長公約 ・地域包括ケアシステムの構築は市長公約の1つに掲げられている ○庁内の体制 ・推進部署が専門職で構成されている。 ・他部署との連携がとりやすい ○医療計画 ・稲城市医療計画策定に向け住民のニーズ調査実施中 	<ul style="list-style-type: none"> ○顔の見える関係 ・コンパクトな市のため、顔の見える関係を作りやすい ○団体ごとの取組み ・各団体や市立病院も地域連携に向けて取組みをしている ○市町村連携 ・市町村との連携について、各団体とも理解・協力いただいている ○病診連携 ・病診連携も進みつつある ○地域ケア会議 ・地域ケア会議が実施されている 	<ul style="list-style-type: none"> ○住民の自主的な取組 ・住民主体の介護予防のための取組みがある ・生活支援に資するNPO団体がある ・自治会や民生委員が関わって助け合い活動の取組みがあるところもある 	<ul style="list-style-type: none"> ○情報提供 ・広報も全戸配布のため、情報は行き届きやすい
<p>弱み</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○資源の少なさ ・市内の診療所は43箇所と少ない(人口10万人あたり49.5、同全国平均68.3)ほか、訪問看護事業所や在宅療養支援歯科診療所の数も少ない。今後75歳以上高齢者や認知症の方の絶対数が急増することに鑑みると、体制として不安がある。 ○在宅医療に対する診療所の不安 ・診療所の医師に、市内在住の方は多くないと考えられ、24時間対応という観点で在宅医療に取り組むことに対し不安がある 	<ul style="list-style-type: none"> ○病院数の少なさ ・市民にとっては病院の選択肢が少ない ○回復期機能の不足 ・市内にリハビリテーション病院内がないため、回復期に一度市外病院に転院することになる。 ○後方支援病床の未整備 ・診療所を支えるための後方支援病床を確保する仕組みが未整備である 	<ul style="list-style-type: none"> ○介護人材の少なさ ・それぞれ事業所では人材不足が課題となっており、現状のままでは今後増やす要介護者に対応するのは困難。 	<ul style="list-style-type: none"> ○庁内の体制 ・担当部署の配置人員は多くはない。 ○予算 ・介護保険制度の地域支援事業(在宅医療・介護連携推進事業)が位置づけられている)には、制度上予算の枠組みがあるため、制約がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○団体規模 ・各団体とも規模が小さいがゆえに、大きなイベントを行ったりすることは難しい ○多職種連携 ・多職種連携に向けては、まだお互いの理解がすすんでいない。共通のルールなどもない状態である ○他市との連携 ・医療機関や事業所数が少ないため、他市の医療機関や事業所の利用も多いが、他市との連携は十分分 ○団体所属外機関 ・各団体に所属していない医療機関や事業所の存在 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域差 ・特にニュータウン地区ではマンションごとに自治会があり、連携がとりやすい ○リーダーの不在 ・地域によっては住民主体の活動を積極的に行っているリーダーがいるが、必ずしも全地域に広がるわけではない 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療利用者 ・訪問診療の利用者はまだ多くはない ○高齢化率の低さ ・若い街のため、防災や子育て支援、高齢者の社会参加についての取組みには関心が高いが、それと比べると在宅医療や認知症についての関心が薄い。 ○普及啓発 ○市民への在宅医療に関する普及啓発は不十分である。

② step-2. ワーキングチームによる検討

i) 実施概要

段階的に検討を行うため、多職種連携研修会に向けたワーキングは計 2 回実施した。1 回目は、市の課題認識として整理された資料を参考にしつつ、専門職の視点から感じる多職種連携の必要性及び推進していく上での課題についてグループワークを行った。また、2 回目は、1 回目の議論を踏まえ、専門職の視点から、多職種連携を進めていく上で行うべきことについて再度グループワークを行い、これらをもとに多職種連携研修会の具体的内容を検討した。

図表 36 ワーキングチームによる検討の概要

第 1 回ワーキング		
日時	2015 年 8 月 31 日	
会場	稲城市役所会議室	
実施内容	1. 市からの開催趣旨の説明 (市・担当課説明)	・在宅医療・介護連携の推進及び多職種連携研修会実施に向けたワーキングチーム設置の趣旨等を説明
	2. KJ 法 ⁶ の説明 (市・担当課が事務局として説明)	・グループワークで使用する検討手法である KJ 法について説明
	3. グループワーク (2 グループで KJ 法にて実施) [テーマ 1] 地域包括ケアを進める上で なぜ多職種連携が必要なのか [テーマ 2] 稲城市において多職種連携を進めて いく上で課題と考えられること	・[テーマ 1]として、複数の専門職がいる場で改めて多職種連携の必要性についての認識を共有 ・担当課から、市が目指す地域包括ケアの実現された姿、step-1 で整理した市の課題認識をワーキングチームに提示、それを参考資料とした上で、[テーマ 2]として、専門職の視点から感じる連携上の課題を議論・共有 ・終了時に 2 グループは本日の検討結果を互いに発表し、共有
第 2 回ワーキング		
日時	2015 年 9 月 24 日	
会場	稲城市役所	
実施内容	1. グループワーク (KJ 法により実施) ・前回の振り返り [テーマ 3] 稲城市において多職種連携を進めていくために行うべきこと	・1 回目のグループワークでどのような意見が出されたかを振り返った上で、[テーマ 3]として、[テーマ 2]で出した課題の克服に向けて行うべきことを議論・共有 ・終了時に 2 グループは本日の検討結果を互いに発表し、共有
	2. 多職種連携研修会の実施に向けた検討 ・基本的な企画内容の説明 ・具体的なプログラムについての検討 －全体司会、各講義等部分の講師 －領域別セッションのメニュー －個別プログラムのテーマ・講師	・担当課から、多職種連携研修会の実施に向けた基本的な企画の内容、市としての考えを説明した上で、具体的なプログラムの内容や司会・講師等について、議論・検討

⁶ KJ 法…発想・情報整理のための手法の 1 つ。一般的には、考えなければならないテーマについて、思いついたことを 1 つ 1 つカードに書き出し(発散)、書きだされたカードについて類似するもの同士を分類・グループ化し(集約)、各グループ間の関係性等を整理(取りまとめ)する。

ワーキングチームのメンバーは、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等連絡会、ケアマネ部会、ヘルパー部会、稲城市立病院地域連携室、いなぎ在宅医療・介護相談室といった各組織の中で、一定の主導的な役割を担う方に担当課から声がけをし、計 10 名で組成した。

グループワークの際には、極力少人数で密なディスカッションができ、異なる専門職の視点がバランスよく含まれるよう、職種別に A・B の 2 チームに分けて実施した。

図表 37 ワーキングのチーム構成（参加者）

A チーム	B チーム
1. 医師（稲城市医師会）	1. 医師（稲城市医師会・在宅療養支援診療所代表）
2. 歯科医（稲城市歯科医会）	2. 薬剤師（稲城市薬剤師会）
3. 看護師（訪問看護）	3. MSW（稲城市立病院地域連携室）
4. ケアマネジャー（稲城市居宅介護支援事業者等連絡会代表）	4. 保健師（地域包括支援センター）
5. 訪問介護士（稲城市居宅介護支援事業者等連絡会・ヘルパー部会）	5. ケアマネジャー（稲城市居宅介護支援事業者等連絡会・ケアマネ部会）
6. 看護師（いなぎ在宅医療・介護相談室）	

ii) 検討の内容・結果

【グループワークの実施結果】

テーマ 1 の「多職種連携の必要性」については、専門性の発揮、サービス技術の向上等、提供サービスの質が上がることにより QOL の向上等が見込まれるといった内容、テーマ 2 の「多職種連携を進めていく上での課題」については、医療関係者の意識が薄い、在宅診療の医師の負担が大きい、総合的な人材の不足、介護負担割合の増加により提供サービスが縮減する、インフラの未整備、周知・認知度の低さといった内容があげられ、複数の異なる専門職がいることにより、様々な視点から改めて課題を共有する機会となった。

また、テーマ 3 の「多職種連携を進めていくために行うべきこと」については、顔の見える関係や情報共有の方法といった「関係の構築」、地域住民のみならず地域の事業所に知ってもらうことへの努力や専門職による市民への意識啓発といった「互いに知ること・市民にも知ってもらうこと」、介護職における医療知識の向上といった「技能の向上」に関するものなどがあげられた。

図表 38 検討風景



【多職種連携研修会のプログラムに関する検討結果】

多職種連携研修会の内容を検討するにあたり、まず議論のたたき台として、「研修運営ガイド」にて示されているプログラムに則った構成案を示し、その上で稲城市においてどのような研修プログラムや運営体制とすべきかについて検討を行った。

その結果は次のとおりである。

図表 39 稲城市多職種連携研修会のプログラムに関する検討結果

検討項目	検討結果
研修会の企画運営に係る基本方針	<ul style="list-style-type: none"> 参加者の意識付けを図り、多職種による顔の見える関係をつくるためには、専門職同士が学び互いに議論する時間が十分に確保されることが重要である。そのため、研修会の日程については、1日のみではなく、2日間にわたって実施することとした。なお、専門職の勤務形態に配慮し、両日とも土曜日に開催することとした。 1回目と2回目のプログラムの内容を一定程度関連したものとし、原則2日間とも参加できることを参加者要件とした。 研修会は、稲城市と稲城市医師会の共同主催とした。 全体の司会・進行については、主催者・当事者である市担当課が行うとともに、個別のプログラムについても、可能な限りワーキングチームのメンバーが担当（必要なプログラムのみ外部講師を招聘）し、担当課（行政）と専門職とが協働で実施する体制とした。
研修プログラムの基本構成	<ul style="list-style-type: none"> 「講義」、「アイスブレイク」、「グループワーク」の3つのプログラムを基本構成として企画することとした
領域別セッション（症例検討） [講義] + [グループワーク]	<p>※領域別セッション・・・特定の症例をテーマに、その特徴や対処方法等に関する講義を行った上で、参加者が症例検討（グループワーク）を実施するプログラム</p> <ul style="list-style-type: none"> 領域別セッションで設定すべきテーマとしては、参加者の医学的知識等が職種によって差異があると想定されること、市が企画するものとしては最初の大規模な多職種連携研修会であることから、過度に専門的なものではなく、多くの職種において共通の認識を持ちやすく会話がしやすい題材とすることが望ましいと考えられた。こうした観点を踏まえ、今回は「認知症」を領域別セッションのテーマとして設定することとした。 また、当該プログラムの講師については、市内の診療所に所属しており、かつ認知症や精神疾患の症状、その対応方法に造形の深い医師に依頼することを基本方針として、担当課が具体的な人選を行うこととした。
個別プログラム [講義]	<p>※個別プログラム・・・当該地域において課題となっている論点について、講義やグループワークにより認識の共有を図るプログラム</p> <ul style="list-style-type: none"> ワーキングチームによるグループワーク（テーマ2・3）では、専門職によって使用する言葉が違う（ある職種では一般的に使われる言葉が、他の職種には通じない）ことや、同一の症例に対しても医療職と介護職とでは視点が異なるといったことが少なくないといったことにより、異なる専門職同士のコミュニケーションに壁があることが、多職種連携を進める上で大きな課題となっているという意見が多数出された。 そこで、異なる専門職でも円滑にコミュニケーションできるようにするための取組として、先行事例とされている横須賀市「よこすかエチケット集」を取り上げ、横須賀市の担当職員を招聘し講義を行うこととした。

以上の検討内容を踏まえ、具体的なプログラムとして、次のように構成した。

<第1回多職種連携研修会プログラム>

時刻	タイトル	主な講師	分類	時間	講師・担当者
14:00	開会挨拶／趣旨説明	稲城市医師会 木村 榮成	—	10分	
14:10	① 多職種連携によって果たすべきこと	東京大学医学部 在宅医療学拠点 吉江 悟	講義	30分	外部講師 (学識経験者)
14:40	② 在宅療養を支える医療・介護資源	稲城市福祉部 高齢福祉課	講義	15分	
14:55	③ アイスブレイク：自己紹介・医療介護資源マップの作成	進行： やのくち正吉苑 森部 みどり	グループ ワーク	40分	ワーキングチーム メンバー
15:35	④ 在宅ケアにおいて何故 IPW(専門職連携協働)が必要なのか？	医療法人アスミス 太田 秀樹	講義	30分	外部講師 (在宅医療を実施している医師)
16:05	休憩			15分	
16:20	⑤ グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策<課題編>	報告：	グループ ワーク	85分	稲城市福祉部 高齢福祉課
	1. 事前検討の状況についてワーキングチームより報告 (15分)	稲城市居宅介護支援事業者等連絡会 榎本 退助			
	2. グループワークの進め方 (10分)				
	3. グループワーク (40分)				
	4. 発表 (20分)				
17:45	1日目の閉会挨拶	稲城市福祉部 高齢福祉課	—	5分	
17:50	アンケート記入 (第一回研修について)	(司会)	—	10分	
18:00	(1日目終了)				

<第2回多職種連携研修会プログラム>

講師・担当者

時刻	タイトル	主な講師	分類	時間	
14:00	挨拶	稲城市医師会 木村 榮成	他	5分	
14:05	① 認知症の行動心理徴候 (BPSD) の基本的理解	あいクリニック平尾 山本 美子	講義	30分	市内診療所に在籍 の医師(認知症や 精神疾患が専門)
14:35	② 認知症の行動心理徴候 (BPSD) の基本的理解 1. 事例紹介 (10分) 2. グループワーク (40分) 3. 発表 (10分)	進行: 稲城市福祉部 高齢福祉課 あいクリニック平尾 山本 美子	グループ ワーク	60分	
15:35	③ 認知症の行動心理徴候 (BPSD) の基本的理解 (ミニレクチャー)	あいクリニック平尾 山本 美子	講義	15分	
15:50	休憩			15分	
16:05	④ 個別プログラム 「横須賀市における多職種連携 ーよこすかエチケット集ができるまでー」	横須賀市 地域医療推進課 川名 理恵子	講義	50分	外部講師 (横須賀市職員)
16:55	⑤ グループ討論：多職種連携を促進する上での 課題とその解決策<解決編> 1. 前回研修会の結果についてワーキングチーム より報告 (5分) 2. グループワークの進め方 (5分) 3. グループワーク (40分) 4. 発表 (20分)	進行: 株富士通総研 地域包括支援センター こようだい 中西 直子	グループ ワーク	70分	ワーキングチーム メンバー
18:05	修了証書授与	稲城市医師会 木村 榮成	他	10分	
18:15	閉会挨拶	稲城市福祉部 高齢福祉課	他	5分	
18:20	集合写真撮影	—	他	10分	
18:30	アンケート記入 (第二回研修について)	—	他	10分	
18:40	二日目終了				

司会…稲城市福祉部
高齢福祉課

③ step-3. 多職種連携研修会の実施

i) 実施概要

ワーキングチームにて検討したプログラムに基づき、2回に分けて多職種連携研修会を実施した。

参加者については、研修受講後の実際の連携へつなげることを念頭に、担当課から地域の各職域団体に依頼し、稲城市内事業所の専門職の中から団体の推薦を経て選定した。対象の専門職は、医師、歯科医師・歯科衛生士、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員、病院地域連携部門のスタッフを必須としたのに加え、リハビリ関係職種（理学療法士、作業療法士）、保健師、社会福祉士、医療ソーシャルワーカー、介護福祉士、地域包括支援センター職員とした。

なお、グループワーク時に密なコミュニケーションを図るためには1グループ当たり6人程度となることが望ましいと考えられることから、全参加者の人数が概ね40名程度（6～7名×7グループ）になるように参加の呼びかけ・調整を行った。グループの編成にあたっては、異なる専門職がバランスよく配置することとし、特に医師は1グループに必ず1人配置されるよう配慮を行った。

多職種連携研修会で使用した資料は、外部講師による講義においては当該講師が作成したものを、それ以外のプログラムにおいては「研修運営ガイド」と併せて公開されている資料を活用し、一部稲城市用に修正したものを使用した。

図表 40 職種連携研修会の実施概要

第1回 多職種連携研修会	
日時	2015年10月31日
会場	稲城市立病院 検診・外来棟2階 講座室
実施内容	1. 講義：多職種連携によって果たすべきこと ・外部講師（学識経験者）から、今後の日本における人口構造の変化、制度的な動向、在宅医療・介護連携において核となる職種・機関、在宅医療・介護連携推進の機運を醸成する「場」としての多職種研修の重要性等について講義
	2. 講義：在宅療養を支える医療・介護資源 ・市担当課から、地域別の高齢化の現状・将来推計や、市内の医療・介護資源について説明
	3. アイスブレイク：自己紹介及び医療介護資源マップの作成 ・グループ毎に各参加者が自己紹介を行うとともに、事前配布した医療・介護資源リストを見ながら、机上の地図に当該地域の医療・介護資源をマッピング
	4. 講義：在宅ケアにおいて何故IPW（専門職連携協働）が必要なのか？ ・外部講師（在宅医療を実施している医師）から、在宅医療の倫理、訪問看護師への期待、在宅での専門職協働の実際、在宅ケアの本質等について講義
	5. グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策【課題編】 ・ワーキングチームのメンバーから、ワーキングにて検討した内容を報告し、グループワークの方法（KJ法）について簡単な説明を行った上で、多職種連携研修を促進する上で各専門職の視点から課題と思われることについてグループワークを実施

第2回 多職種連携研修会	
日時	2015年11月21日
会場	稲城市役所 検診・外来棟2階 講座室
実施内容	<p>1. 領域別セッション：認知症の行動心理徴候（BPSD）の基本的理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症に関する基本的な知識の共有を図るため、講師（市内診療所に所属する医師）から、認知症の定義と認知症をおこす疾患、アルツハイマー型認知症の中核症状、ステージ別ケアのあり方等について講義 ・重度アルツハイマー型認知症の事例を用い、「行動心理徴候と家族の生活困難についてどのようにアプローチすべきか」についてグループワーク（症例検討）を実施 ・グループワークの結果を踏まえ、講師からミニレクチャーを実施
	<p>2. 個別プログラム：横須賀市における多職種連携－よこすかエチケット集ができるまで－</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部講師（横須賀市職員）から、「よこすかエチケット集」ができるまでの経緯、エチケット集の内容等について講義
	<p>3. グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策【解決編】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワーキングチームのメンバーから、第1回研修会のアンケート調査の結果等について報告 ・第1回研修会のグループワーク（多職種連携を推進する上で課題となっていること）の内容を踏まえ、その解決策についてグループワークを実施

図表 41 多職種連携研修会におけるグループ別の専門職の配置状況

グループ	職種等	グループ	職種等
A	医師	B	医師
	看護師		看護師
	介護支援専門員		主任介護支援専門員
	保健師		主任介護支援専門員
	薬剤師		看護師
	連絡会（ホーム部会）		連絡会（ホーム部会）
	連絡会（ホーム部会）		理学療法士
C	医師	D	医師
	看護師		看護師
	主任介護支援専門員		保健師
	医療ソーシャルワーカー		介護支援専門員
	薬剤師		薬剤師
	連絡会（ホーム部会）		連絡会（ホーム部会）
E	医師	F	医師
	看護師		看護師
	社会福祉士		主任介護支援専門員
	介護支援専門員		歯科医師
	薬剤師		医療ソーシャルワーカー
	連絡会（ホーム部会）		連絡会（ホーム部会）
	理学療法士		理学療法士
G	医師		
	看護師		
	保健師		
	薬剤師		
	作業療法士		
	介護支援専門員		
	連絡会（デイサービス部会）		

ii) 実施内容・結果

【グループワークの実施結果】

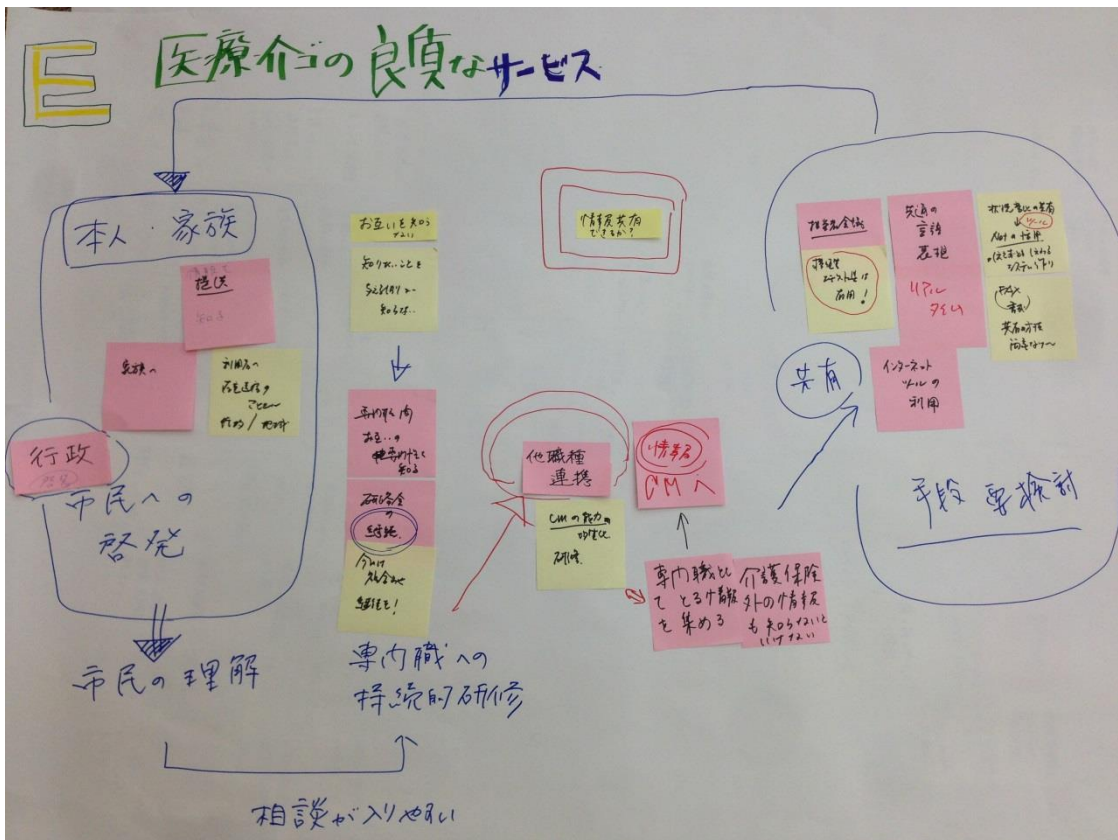
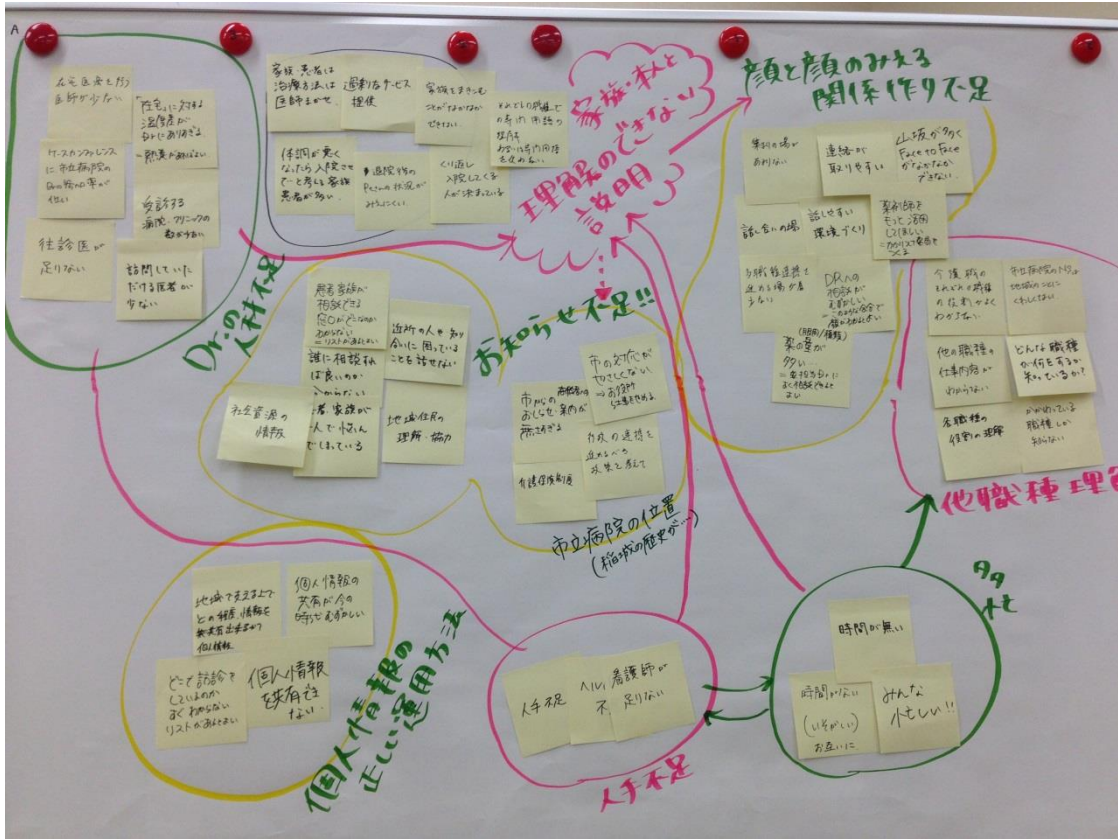
第1回目のグループワーク（課題編）で出た主な意見としては、「在宅医療を行う医師が少ない」、「人手不足・オーバーワーク」などといった人材不足の課題や、「どこに地域資源があるかわからない」、「他の職種の仕事内容や役割をよく知らない」といった資源把握の課題、また、「医師に話をするのは敷居が高い」「異なる職種間での情報の共有の仕組みがない」といった職種間のコミュニケーションや情報共有についての課題が多くあげられた。その他にも、患者・家族・地域の理解についてや、立地・駐車場について、経済的な問題について等があげられた。

また、第2回のグループワーク（解決編）で出た主な意見としては、「稲城で働きたい環境づくり」、「トータル情報誌」といった人材・地域資源の整理・改善、「情報共有様式の統一」「情報を出す努力、伝える手法のスキルアップ」といった情報共有の手段・コミュニケーションスキルの向上に関する内容があげられた。

図表 42 検討風景



図表 43 グループワークの内容 (例)



iii) 研修会参加者に対するアンケート調査の結果

【研修会の感想】

第1回研修会では「期待どおり」45.8%、「期待以上」43.8%、「期待を大幅に上回る」6.3%と期待に沿った回答が大半を占め、期待以下とする回答は僅かであった。

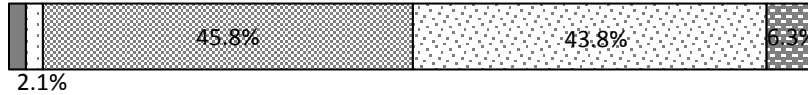
更に第2回研修会では、「期待どおり」33.3%、「期待以上」40.5%、「期待を大幅に上回る」21.4%となり、「期待を大幅に上回る」の割合が大きく増加する結果となった。

図表 44 研修会受講後の感想

問. 本日の研修全体を通しての感想はいかがでしたか

第1回 多職種連携研修会		件	%
1.	期待を大幅に下回る	1	2.1%
2.	期待以下	1	2.1%
3.	期待どおり	22	45.8%
4.	期待以上	21	43.8%
5.	期待を大幅に上回る	3	6.3%
6.	無回答	0	0.0%
合 計		48	100.0%

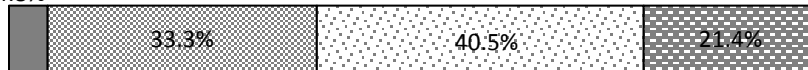
N=48
2.1%



1.期待を大幅に下回る 2.期待以下 3.期待どおり
 4.期待以上 5.期待を大幅に上回る 6.無回答

第2回 多職種連携研修会		件	%
1.	期待を大幅に下回る	2	4.8%
2.	期待以下	0	0.0%
3.	期待どおり	14	33.3%
4.	期待以上	17	40.5%
5.	期待を大幅に上回る	9	21.4%
6.	無回答	0	0.0%
合 計		42	100.0%

N=42
4.8%



1.期待を大幅に下回る 2.期待以下 3.期待どおり
 4.期待以上 5.期待を大幅に上回る 6.無回答

【研修会の中で役に立ったもの(上位3つ)】

第1回研修会では、「在宅ケアにおいて何故 IPW（専門職連携協働）が必要なのか？」が最多、次いで「グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策<課題編>」が役に立ったとしている。また、第2回研修会では、「グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策<解決編>」が役に立ったという回答が最多となった。

全体として、グループワークの満足度が高い傾向が見られ、多くの参加者において、講義による知識の習得のみならず、異なる専門職と活発にコミュニケーションできたことが研修会で得られた成果と感じられているものと思われる。

図表 45 研修会で役に立ったもの(上位3つ)

問. 全単元の中で役に立ったと感じたもの上位3つを順に選んでください。

第1回 多職種連携研修会		1位	2位	3位
1.	① 多職種連携によって果たすべきこと	3 6.8%	5 13.5%	4 15.4%
2.	② 在宅療養を支える医療・介護資源	2 4.5%	5 13.5%	3 11.5%
3.	③ アイスブレイク：自己紹介・医療介護資源マップの作成	6 13.6%	1 2.7%	8 30.8%
4.	④ 在宅ケアにおいて何故 IPW（専門職連携協働）が必要なのか？	22 50.0%	10 27.0%	3 11.5%
5.	⑤ グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策<課題編>	9 20.5%	13 35.1%	7 26.9%
6.	その他	2 4.5%	3 8.1%	1 3.8%
	合計	44	37	26

第2回 多職種連携研修会		1位	2位	3位
1.	①②③ 認知症の行動心理徴候（BPSD）の基本的理解	9 26.5%	9 36.0%	5 33.3%
2.	④個別プログラム 横須賀市における多職種連携 -よこすかエチケット集ができるまで-	8 23.5%	9 36.0%	5 33.3%
3.	⑤グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策<解決編>	11 32.4%	4 16.0%	4 26.7%
4.	その他	6 17.6%	3 12.0%	1 6.7%
	合計	34	25	15

【第1回研修後の連絡の有無】

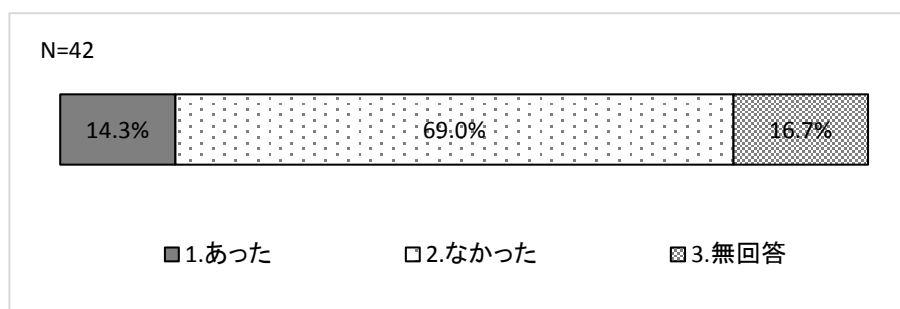
第1回研修後から第2回研修会が開催されるまでの約1ヵ月の間、研修会で同じグループになった専門職と連携をとった者は、全体のうち14.3%であった。具体的な連携内容としては、「退院支援の際に」（薬剤師）、「退院調整時にケアマネさんに会いました。介護認定調査時に地域包括の人に来てもらいました」（看護師）、「薬剤師さん。外来患者さんの薬のこと」（看護師）等があげられていた。

また、「デイサービス、ヘルパー、地域連携など、もっともっと連絡をとっていきたいと思いました」（看護師）等の回答もあり、他専門職との連携に対する姿勢に変化が生まれていることが推察される。

**図表 46 第1回研修会受講後の連絡の有無
(第2回多職種連携研修会実施後アンケート)**

問. 第1回研修会以降、今回の研修会で同じグループになった専門職の方々と連絡を取るような機会がありましたか。

第2回 多職種連携研修会		件	%
1.	あった	6	14.3%
2.	なかった	29	69.0%
3.	無回答	7	16.7%
	合計	42	100.0%



④ step-4. ワーキングチームによる振り返りの実施

i) 実施概要

多職種連携研修会の参加者アンケートの集計結果を報告・確認した上で、多職種連携研修会の結果を振り返り、研修会の良かった点、改善すべき点、継続すべき点についてグループワークにより議論を行った。併せて、ワーキングを今後どのような場としていくか、及び、多職種連携研修会で議論された稲城市の課題について全体討議を行った。使用した資料については、先般の研修会でのグループワーキングの結果をもとに、担当課が取りまとめを行って作成した。

多職種連携研修会の企画時と同じく、グループワークについてはメンバーを A・B の 2 チームに分けることとしたが、市担当課の職員も参加し、メンバーと共に振り返りの議論を行った。

図表 47 ワーキングチームによる振り返りの実施概要

日時	平成 27 年 12 月 9 日	
会場	稲城市役所会議室	
実施内容	1. アンケート結果報告	・市担当課（事務局）から、多職種連携研修会の開催後に実施したアンケート（研修会后調査）の集計結果について説明
	2. グループワーク（研修会振り返り）	・多職種連携研修会の実施結果について、企画者及び参加者の立場から、良かった点、改善すべき点、継続すべき点等について議論・共有
	3. 今後のワーキングについての検討	・今後のワーキングチームの位置付け・運営方針について、担当課から論点をいくつか提示した上で、ディスカッションにより検討
	4. 稲城市の課題の確認	・多職種連携を進める上での課題について、研修会で出された意見を集約したものを提示した上で、グループ内で追加がないか確認

図表 48 ワーキングのチーム構成（参加者）

A チーム		B チーム	
1. 医師（稲城市医師会）		1. 医師（稲城市医師会・在宅療養支援診療所代表）	
2. 歯科医（稲城市歯科医会）		2. 薬剤師（稲城市薬剤師会）	
3. 看護師（訪問看護）		3. MSW（稲城市立病院地域連携室）	
4. ケアマネジャー（稲城市居宅介護支援事業者等連絡会代表）		4. 保健師（地域包括支援センター）	
5. 訪問介護士（稲城市居宅介護支援事業者等連絡会・ヘルパー部会）		5. ケアマネジャー（稲城市居宅介護支援事業者等連絡会・ケアマネ部会）	
6. 看護師（いなぎ在宅医療・介護相談室）		6. 担当職員（稲城市）	
7. 担当職員（稲城市）			

ii) 振り返りの内容・結果

【多職種連携研修会の振り返り結果】

振り返りの結果は「在宅医療・介護連携推進協議会」に報告を行い、これに基づき、今後の研修会の企画の方向性やワーキングの位置づけ等について協議を行うこととした。

図表 49 稲城市多職種連携研修会のプログラムに関する検討結果

検討項目	検討結果（出された意見等）
多職種連携研修会の振り返り	<p>【良かった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・まず、第1歩として、多職種連携に関する関係者の機運が高まったのではないかと ・各職種がベクトルを合わせようとしはじめた、顔の見える関係づくりの第1歩となったと思われる ・アイスブレイクという手法も良かった <p>⇒グループワークを多職種で行えたこと、医師と同じテーブルで話をできたこと、顔の見える関係づくりができたこと自体をまずは評価</p> <p>⇒総じて、当初想定した、関係者の意識の醸成という第1の目的は達成できたのではないかと</p> <p>【改善すべき点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月初・月末は忙しいため、月中旬の日曜日や、2日間ではなく1日での開催が良いのではないかと ・現実的に2日日程を抑えるのが大変、1日開催・終日として、お昼を一緒に食べることでさらに交流も深まるのではないかと ・参加者に対する声のかけ方、内容の周知の仕方は改善の余地があるのではないかと（職種ごとに推薦する方式だったが、まとまりが強固でない団体の場合、参加募集時に研修会の規模感をうまく認識できていないようであった） ・福祉用具の事業所や市立病院の職員にももっと参加してほしい ・グループワーク時に職種によっては話についていけない、まだ多職種連携の必要性を感じるころまで来ていないこともあった。職種ごとの研修が事前に必要な場合もあるのではないかと ・地域で小規模の研修を繰り返していくことも必要ではないかと <p>【継続すべき点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修会は来年度も是非企画・実施すべき ・ファシリテーターの役割は重要であり、育成を行っていく必要がある ・グループワークで出た情報共有方法・ツールの作成などについては、実際の課題としてとらえ、研修とは別で進めていく必要がある
ワーキングチームの今後の位置付け	<p>○ワーキングを在宅医療・介護連携推進協議会という事業全体を協議する場の作業部会として位置づけるか</p> <p>⇒位置づけて事業全体のつながりを持つことが望ましいという結論となった</p> <p>○メンバーについてはどう考えるか</p> <p>⇒リハビリテーション専門職を増やしたいという意見がみられた</p> <p>⇒後進の育成、ファシリテーターの育成という意味でも、ある程度入れ替えをしながら継続していくのが望ましいとされた</p> <p>○今回行ったグループワーク中心の多職種連携研修会（柏モデルを踏襲した、いわゆる『東大プログラム』）以外の検討も行うか</p> <p>⇒実施に際しての作業ボリュームが見えないため明確な方針決定は行わないが、今回の研修で出た課題を解決するための研修は企画するとして合意された</p>
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・駐車場の問題は訪問系サービスの職種にとっては特に問題意識が高く、警察署の発行する駐車許可証の取り扱いについての意見などがあげられ、まち全体で取り組むことへの課題提起がされた

⑤ step-5. 担当課による総括

v) 実施概要

多職種連携研修会の開催、そして終了後の振り返りまでの一連の経緯を経て、医療・介護連携推進に向けての気づきや所感、ワーキンググループの検討や研修会で出た意見等で見られた在宅医療・介護連携を推進していくうえでの課題や改善点について、市担当課は振り返りによる総括を実施した。出席者は、担当課である高齢福祉課の課長、係長、一連の主担当であった主任である。

図表 50 担当課による総括の概要

日時	2016年2月8日
会場	稲城市役所会議室
項目	1. 調査研究で実施した一連の流れに対する所感 2. 医師会との関係も含めた実施体制等について 3. 研修効果・内容などについて 4. 在宅医療の環境整備について 5. 今後について
参加者	・ 高齢福祉課長 ・ 高齢福祉課地域支援係長（社会福祉士） ・ 高齢福祉課地域支援係主任（PT 元市立病院リハ職）
ヒアリング実施者	株式会社富士通総研 名取・赤田・山田

vi) 総括の内容

具体的には次のような内容となった。

図表 51 担当課による総括の内容

項目	内容
本調査研究で実施した一連のプロセスに対する所感	<ul style="list-style-type: none"> ・ ワーキングチームを組成するというステップを踏めたことはよかった。当事者である専門職が顔を合わせ、闊達に議論・検討することにより、良い研修プログラムの企画はもとより、専門職同士の連帯感の醸成にも寄与したものと考えられる。また、介護職も含めて議論できる貴重な場となった。この経験は次につながるものとする。 ・ 研修会実施後に振り返りのワーキングを行ったことで、研修会の成果・課題等について現場の当事者から直接意見を聞く機会を持つことができ、より円滑に次の取組につなぐ下地ができたものと思われる。
研修効果・内容について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職の意識の醸成という点ではポジティブに受け止めている。ただ、まだ第一回目を終えたばかりであり、研修自体の本当の効果については今後確認していくこととしたい。 ・ アンケートの結果を見ると、「医師をはじめ他の職種と同じ机で一定程度フラットな立場で話すことが出来た」等、知識習得等より「コミュニケーションの場」に対する満足度を述べる回答が多かった。それが成功体験となったとも捉えることができるが、これらの結果を踏まえ、今後継続して研修会を行うとした場合に、どのようなプログラム構成で行うべきか検討していく必要がある。 ・ 具体的な論点として、研修会の対象者は新規参加者と継続参加者のどちらを主とすべきなのか、研修のテーマとメンバーの構成とどちらに重きを置くべきなのかといった点について検討が必要と思われる。 ・ ワーキングで出た課題や意見は、介護事業者も交えた連絡シートの検討を行うという新たな流れにもつながった。

項目	内容
医師会との関係も含めた実施体制等	<ul style="list-style-type: none"> ・現状の実施体制では、研修会の企画運営を行う上で、医師会の特定の医師への負担が大きくなってしまおうという不安要素はある。ただ、市・医師会ともに限られた人員の中で相互に協力し、協力し、研修会の企画運営という山を乗り越えたことで、両者の関係性を深めることにつながった面もあると思われる。 ・課内の実施体制として、1人1担当制となっていることから、今後、こうした情報等を課内で適宜共有するための配慮も重要になるものと思われる。
在宅医療の環境整備に向けた課題	<ul style="list-style-type: none"> ・比較的若い市であるということもあり、在宅医療に対する強いニーズというものは顕在化していないようにも見られる。だが、市民による需要は意識啓発のとも密接である。よって、在宅医療については、現状では市民らへの啓発を行うことが重要と考えるが、需要が高まった場合に的確に応えられるための環境整備も並行して必要である。 ・当面は需要と供給の双方をみながら手探りで進めていくことになるが、現実には受け皿となる体制を整えないと周知・啓発もままならないのではないか。 ・後方支援病床の整備を検討中であるが、どのような形にすべきかは、真のニーズの見極めも含め精査が必要である。
今後について	<ul style="list-style-type: none"> ・今後も継続的に多職種連携研修会やワーキングは実施していきたいと考えている。 ・ただ、今回主担当であった職員が異動となった場合、これまでの取組をしっかりと継続できるような体制をとっていく必要がある。 ・介護についてはわかっているが、医療については、そのメンタリティも含め、これから勉強していかねばならない。職員自身が医師をはじめとした専門職と会話ができるだけの基礎知識の習得も必要と考えている。

(3) その他

① 稲城市在宅医療・介護連携推進協議会

i) 実施概要

稲城市の在宅医療・介護連携を推進する組織として、「稲城市在宅医療・介護連携推進協議会」が設置されている。その第3回協議会において、多職種連携研修会の実施報告と、先に実施されたワーキングチームの振り返りの内容について報告がなされることとなった。

図表 52 在宅医療・介護連携推進協議会の実施概要

日時	平成 28 年 2 月 10 日	
会場	稲城市役所	
協議内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 委員からの活動発表 2. 人材育成計画中間報告 3. 後方支援医療機関について 4. 稲城市医療計画について 	
参加者	委員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 稲城市医師会 会長 ・ 稲城市医師会 副会長 ・ 稲城市医師会 介護保険部長 ・ 稲城市医師会(在宅療養支援診療所代表) ・ 稲城市立病院診療部腎臓内科診療科部長 ・ 稲城歯科医会 会長 ・ やのくち正吉苑 施設長(地域密着型サービス事業者代表) ・ 稲城市居宅介護支援事業者等連絡会 会長 ・ 稲城市薬剤師会 会長 ・ 地域包括支援センターこうようだい 保健師 ・ 稲城市立病院看護部統括看護科長 ・ 東京南訪問看護ステーション 所長 ・ 南多摩保健所 地域保健推進担当課長
	オブザーバ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 稲城消防署長 ・ いなぎ在宅医療・介護相談室 (稲城市在宅医療・介護連携支援センター) ・ 稲城市高齢福祉部 部長 ・ 高齢福祉課 課長 ・ 高齢福祉課 係長 ・ 高齢福祉課 地域支援係 ・ 健康福祉部健康課 課長

ii) 報告・協議内容

市担当課より、多職種連携研修会の実施報告が行われた。あわせて、研修会参加者の「研修実施前調査」と「研修実施後調査」の結果を比較し、在宅医療・介護連携についての意識変容への効果を確認した資料も用いて、説明を行った。その上で、来年度以降も同様に研修会を実施していきたいと考えていること、また、今回のワーキングチームの機能については、多職種連携研修会を含む人材育成の体制として協議会の中に置くとよとするワーキングチームの振り返り会での意見を紹介し、次回推進協議会の議題としたいとして報告を行ったところ、次回を待たずして委員の同意を得ることとなり、推進協議会の体制内におくものとして合意された。

② 医師会主催による研修会

i) 実施概要

稲城市の人口構成は比較的若く、まだあまり在宅医療の需要が顕在化しておらず、在宅医療に取り組む医師の数も限られている。しかし、今後高齢者数の激増に伴ってその需要も表出することが想定され、さらなる取り組みも期待される。

そのため、多職種連携研修会の開催に先立ち、医師を中心とする医療従事者のみが参加する研修会「かかりつけ医に求められる在宅医療」を稲城市医師会主催のもと開催した。この研修会では、在宅医療についての知識を医療従事者自身が学び、同業者のみが参加する場で疑問や不安等もざっくばらんに語り合うことで、多職種連携研修会への参加のハードルを低くし、参加への動機づけを行うことを目的とした。

内容としては、外部講師として自らも在宅医療に取り組む東京大学高齢社会総合研究機構の飯島勝矢准教授から、人口構造から見る在宅医療の需要等に関する現状及び今後の課題等についての解説と、木村医師会長自身が在宅医療に取り組んだ際の経験が紹介された。

研修会には、開業医 5 名、病院医 2 名、歯科医 1 名、稲城市立病院院長 1 名、他稲城市立病院の看護師等、医療従事者が出席した。

図表 53 在宅医療に関する研修会の概要

日時	平成 27 年 9 月 11 日	
会場	稲城市立病院 健診外来棟 2 階講座室	
講師・ テーマ	第 1 部 在宅医療の現状と 今後	・外部講師（東京大学高齢社会総合研究機構准教授 飯島勝矢氏）から、人口構造から見る在宅医療の需 要等に関する現状及び今後の課題等について講 義
	第 2 部 外来診療を行いなが らの取り組みについて	・稲城市医師会長から、外来診療を行いながら在宅 医療（往診）に取り組まれたこれまでの経験等につ ての紹介
	第 3 部 ディスカッション	・参加者による意見交換、質疑応答

図表 54 研修会風景



ii) 意見交換の概要

参加者（主に医師）からは、次のような意見交換がなされた。

図表 55 意見交換の概要

項目	内容
医師が在宅医療を行う上での課題等	<ul style="list-style-type: none"> 在宅で終末期医療を行う際に、バックベッドを確保できるかどうか大きな問題となる。病院との連携が非常に重要である。診療報酬の改定は、在宅医療を行っていく上でやりづらさを生む一因であるのではないかと考える。 24時間1人で対応しなければならないことに大変さを感じ、今1歩踏み出せないところがある。他の地域では、開業医同士の連携はどのような状況となっているのかを知りたい。 現状では、通院が困難な方は介助者やヘルパーを頼んでいるが、ある程度グループでフォローすることで、診療に行くことができないかと考えている。 往診を行う場合、交通費等の会計等の事務的作業が多数発生するため、開業医が1人で行うには負担が大きい。
	<ul style="list-style-type: none"> 歯科の場合は、訪問診療をするために様々な設備が必要となる。実際に訪問診療をするためには本腰を入れなければならないため、一般診療と同時に行うのはとても難しいと感じている。現在は、歯科医師会で訪問診療をしていくためのシステムを作ろうとしている。
	<ul style="list-style-type: none"> 医師会や自治体が在宅での療養生活推進に向けての行動を起こす場合、当院は医療の窓口の役割も重大であり、患者のリクエストにも応えていかなければいけないと思う。開業医の方々は、何かあれば遠慮なく相談してほしい。それによって、在宅医療をしている医師も患者により良いサービスができることとなり、当院としても往診医療をそうした医師に頼むことができるようになると思う。 現状、在宅を行っている医師の専門領域、存在等が把握できていない。その中で在宅へ移行させるべきかの判断に悩むことも少なくない。 病院がどのような方針で在宅医療に臨むのか、どういうニーズがあるのかということに加え、地域包括ケアの中で急性期病院がどのような働きをするのか、どのような期待をされているのかについて知りたいと思っている。
実際に在宅医療を行っている医師の意見	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を行う上で、キーワードとなるのは、「生活」と「安心」である。在宅で療養する場合、まずは関わる全ての人々が安心できることが大切であり、家族の希望や思いを支えるために何をすべきか考えることが重要である。また、在宅医療を行うためには、患者がどのような病気・病態であるかにかかわらず、家族の協力も含めてそこで生活することが可能なのかという視点で考えることが大切である。 専門性も確かに重要だが、治る病気の場合はしっかりと治療し、治らない病気の場合はそれを本人や家族が受け入れられるのかが肝心である。在宅医療の場合、本人に何かあった場合、どのように対処していくのかということも共に考えていかなければならない。 在宅では家族が中心となる。家族が最も長い時間サポートし、いわば看護婦の役割も担う必要がでてくるため、家族が支えられるのかどうか重要である。在宅系の専門職は、家族が支えられるかどうか目に向けていけていくべきであり、病気は、その次である。

3. 栃木市

(1) 栃木市の医療・介護の連携状況

① 蔵の街コミュニティ研究会

地域全体の介護力を高めるコミュニティ形成を図ることを目的とした市民主導型の研究会として、「蔵の街コミュニティ研究会」が2000年4月に発足し活動を行っている。

研究会のメンバーとしては、医師、看護師、薬剤師などの専門職等で構成されている。当初、約40名での発足であったが、現在の会員数は300名以上となっており、2000年から2012年にかけて72回の定例会を実施している。

② あったかねっととちぎ

在宅医療・介護連携推進協議会は未設置であるが、地域包括ケアの基軸となりうる自主的なネットワーク活動体として、2015年3月に「あったかネットとちぎ(とちぎ地域包括ケア推進ネットワーク)」が設立されている。

図表 56 あったかねっととちぎ

委員	<ul style="list-style-type: none"> ・会長 栃木市特養養護連絡会 ・副会長 栃木市医師会(在宅医療担当理事) ・副会長 医療法人アスムス(理事長) ・副会長 栃木市介護支援専門員連絡協議会 ・運営委員 栃木市医師会(理事) ・運営委員 下都賀歯科医師会(会長・副会長・在宅診療担当の3名) ・運営委員 栃木市薬剤師会 ・運営委員 栃木市訪問看護ステーション連絡会 ・運営委員 栃木市在宅介護サービス事業所連絡会 ・運営委員 栃木市社会福祉協議会 ・運営委員 とちぎメディカルセンター(※現在未選出) ・運営委員 栃木市高齢福祉課 ・運営委員 栃木市地域包括ケア推進課 ・運営委員 医療法人アスムス(在宅医療連携推進担当)
事務局	<ul style="list-style-type: none"> ・栃木市地域包括ケア推進課 ・医療法人アスムス(在宅医療連携推進担当)

(2) 実施工程

① step-1. 担当課による検討

i) 実施概要

主に栃木市高齢福祉計画・介護保険事業計画（平成 27～29 年度）（以下、「栃木市高齢福祉計画・介護保険事業計画」と言う。）に基づき、まずは「1.栃木市が考える地域包括ケアの実現された姿」を改めて確認し、介護保険事業計画や地域医療情報システム（JMAP）等の情報を踏まえて、「2.地域の現状確認」、「3.栃木市の強み・弱みの整理」、「4.在宅医療推進・多職種連携に関連する部分についての検討」を行った。2～4 の検討には、「多職種連携推進のための評価シート/課題整理表」を用い、個人ワーク及び討議により検討・整理を行った。

なお、栃木市の場合、2015 年 4 月から従来の介護保険事務を担当する部署とは別に地域包括ケアシステムの構築に係る業務を所掌する部署として、保健福祉部の下に「地域包括ケア推進課」が設置されている。担当課による検討は、現状・課題等の整理・把握を行う観点から、地域包括ケア推進課の課長、主担当となる副主幹、及び地域包括支援センターの職員 3 名を基本としつつ、オブザーバとして、高齢福祉課長（市内に所在する下都賀郡市医師会病院、下都賀総合病院、とちの木病院の 3 病院を統合・再編し設置される「とちぎメディカルセンター」に事務局長として 2014 年度まで派遣）も参加し、計 6 名での検討を行った。

図表 57 担当課による検討の概要

日時	2015 年 10 月 15 日	
会場	栃木市役所	
実施内容	1.栃木市が考える地域包括ケアの実現された姿の共有	・ 栃木市高齢福祉計画・介護保険事業計画に記載された内容に基づき、地域のあるべき姿・目指すべき理想像について改めて認識を共有
	2.栃木市の現状確認	・ 統計情報等の客観的なデータに基づき、人口動態、要介護者数・認定率、医療機関数、病床数、介護サービス事業所数等の医療介護資源の状況について確認
	3.栃木市の強み・弱みの整理	・ 定性的・定量的双方の視点から、地域包括ケアに関する地域の強み（良い点）、弱み（課題点）について整理
	4.在宅医療推進・多職種連携に関連する部分の確認	・ 3 で整理した内容のうち、特に在宅医療・介護連携に関係する部分について確認（次工程のワーキングにおいて、市からの説明する際の強調ポイントとして）
参加者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケア推進課長 ・ 地域包括ケア推進課副主幹 ※担当者 ・ 地域包括ケア推進課職員（地域包括支援センター担当 3 名） ・ 高齢福祉課長（元とちぎメディカルセンター設立準備委員会事務局長） 	

ii) 内容・結果

栃木市の強みとしては、「地域完結型医療を目指すメディカルセンターが平成 28 年にオープン予定である」、「各サービスの事業者は一定数あり、量は充実している」、「新しい組織として地域包括ケア推進課が設置されている」といった点があげられた。弱みとしては、「実際に在宅医療をどの程度提供できているか不明である」、「入院施設が少なく（特に中核病院）、地域によって数にばらつきがある」、「分野・組織横断的な連携体制が構築できていない」といった点があげられた。

これらの内容については、次工程のワーキングチームによる検討にて共有された。

図表 58 多職種連携推進のための評価シート・課題解決策 (栃木市)

領域	1.在宅医療	2.入院医療	3.在宅介護	4.基礎自治体	5.地域連携	6.地域コミュニティ	7.利用者意識
	<p>○在宅医療の提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 在支診が比較的多い 強化型在宅療養支援診療の医師が定例会議や多職種連携を進めて下さっている 終末期医療などに熱心な医師もいる 従来から往診が多く行われている 訪問看護ステーションの数は県内有数 	<p>○入院医療の提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> メディカルセンターの整備(急性期・回復期・慢性期(療養病床)をカバー) 病院の数が多く(療養病床を有する病院もあり) 獨協大学附属病院、自治医科大・宇都宮大学附属病院に近い 在支診にホスピスがある 	<p>○介護サービス事業所数</p> <ul style="list-style-type: none"> 各サービス事業所は一定数あり、量は充実している 特にデイサービス事業者が多く、利用者の選択幅が多い <p>○介護事業所における連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険制度開始当初から在宅介護推進のための連携に取り組まれている 近年は特に介護関係事業所が組織化(ケアマネ連絡会等)されており、相互に連携が図られている <p>○ケアマネジャー</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーが熱心である 地域包括ケアセンターとケアマネジャーの連携ができています ケアマネ連絡会における自主研修等の取組みが充実している <p>○提供サービスの質</p> <ul style="list-style-type: none"> プランに基づき、ニーズに対する介護が行われている 	<p>○庁内体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 新しい組織として地域包括ケア推進課が設置されている 地域包括ケア推進課内にケアマネジャーが配置されている <p>○地域包括ケア支援センター</p> <ul style="list-style-type: none"> 市内全域に直営の地域包括支援センターが設置されており、市町村と連携を共有しやすい 地域包括ケア支援センターが本庁のため、本庁と地域包括支援センター、及び地域包括ケアセンター同士で連携が出やすくなりつつある 地域包括ケア支援センター間の連携ができています 	<p>○職域中での連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 同じ職域で連携の取組みがなされてきている(あったかねつと) <p>○多職種連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア推進会議を設置し、多職種連携が図られている 民生委員から必要に応じて地域包括ケア推進課に連絡がきて、一緒に訪問するなどしている 地域包括ケアセンターと民生委員とで情報交換を行っている <p>○入院から在宅療養への移行支援における連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院における地域包括支援センター、及び地域包括ケアセンター生活復帰に向けて、地域医療連携室と地域包括支援センターとで連携ができています(病院内の地域連携室から地域包括支援センターへの相談件数も年々増加) <p>○情報連携のためのツール</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院間の連携システム(「おまほネット」)を構築 	<p>○市民による地域づくり活動</p> <ul style="list-style-type: none"> 近所付き合いが盛んな地域が多く、気にかけて声掛けをしたりしている 市民活動推進センター(ららぽろは)と、自治会、地区社会協議会、公民館、民生委員、高齢者グループ、農家、農協、街コン、ニケア研究会、自主勉強会等の地域づくり活動が盛んに行われている <p>○地域づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ラブラや、シルバー大学、06 活動など、高齢者による活動も盛ん 民間団体の協力を得やすい <p>○地域のリーダー</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域づくりのリーダーがいる 地区社会協議会にリーダー役の方がいる 	<p>○医療等に対する市民の意識</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療への市民の関心が高い 医療の充実に対する意識、ニーズが高い ○地域づくり 地元ケーブルテレビが地域包括ケアについて理解、関心があり、関連分野をテーマにした番組制作(市民からの質問に回答者が応えるという内容)が行われている <p>○行政による取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 事前講座、普及啓発教室を通じて、自治会へ出向く機会を設けている
強み	<p>○在宅医療(訪問診療)が充実している</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅診療の医師の数が多く、医師の質も高い 在宅医療の推進が期待される 在宅医療に取組んでいる病院の情報は、ケアマネを通じて把握できる <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診歴がない患者に対しても診療を行ってもらえる診療所(医師)が多い、包括支援センターから診療所に相談した場合に対処していただける 認知症の専門医がいる 	<p>○人材不足</p> <ul style="list-style-type: none"> 全般的に介護人材の数が不足している また、中心となって活動する人材が不足している <p>○サービスの不足・偏在</p> <ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション系の事業所が少ない 地域によって介護サービス事業所の質にバラつきがある 情報共有の連携 ケアマネ連絡会への入会をしていない事業所との情報共有が困難 限られた時間で業務をこなしているため、顔の見え関係が築きにくい 	<p>○人材不足</p> <ul style="list-style-type: none"> 市組織の縦割り意識が強く、分野・組織横断的な連携体制が構築できていない 業務量に対して職員数が不足している <p>○合併等による弊害</p> <ul style="list-style-type: none"> 市域が拡大したことによって、関係者の顔が見えにくくなる 市内各地に地域包括支援センターが分散しているため、職員の確保が難しい 市域が広い、一度に市全体で取組みを進めることが困難(対象地域の優先度を考える必要がある) 	<p>○キーパーソンの不足</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域連携のキーパーソンとなる人材が不足している ○多職種連携 多職種間の連携が不十分 特に介護側にとっては医師に対する心理的ハードルが高く、連携が取りにくい 訪問看護と訪問介護との連携が不十分 <p>○市と連携団体との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 市と医師会をはじめとした三師会との認識共有、連携が十分できていない <p>○入院から在宅療養への移行支援</p> <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医と病院との連携が不十分 看護士における地域包括ケア推進課の認知度がまだ低い 	<p>○地域のつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> 隣近所関係の希薄化が進んでいる 地域のつながりがあるために、近所の協力を拒否してしまう場合がある 身近な人の話がすぐに広がってしまうため、近所にもなかなか話せないこともある(特に認知症について) <p>○家族のサポート</p> <ul style="list-style-type: none"> 「自宅で死にたくない」と本人が思っているため、家族の介護負担を考えると、入院や施設を選ぶ人が多い 	<p>○医療等に対する市民の意識</p> <ul style="list-style-type: none"> 大病院志向の方が少なくない(メディカルセンターも含め) 在宅医療についての理解が浅く、自宅での介護はできないという認識が根深い 病気になるからすぐに病院に行くという考えが根深く、終末期のことまで考えていない人が多い <p>○家族のサポート</p> <ul style="list-style-type: none"> 「自宅で死にたくない」と本人が思っているため、家族の介護負担を考えると、入院や施設を選ぶ人が多い 	
弱み	<p>○在宅医療の提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅診療が比較的少ない 強化型在宅療養支援診療の医師が定例会議や多職種連携を進めて下さっている 終末期医療などに熱心な医師もいる 従来から往診が多く行われている 訪問看護ステーションの数は県内有数 <p>○在宅医療への移行支援体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアセンターが平成28年にオープン予定(これにより一層の在宅療養の推進が期待される) 在宅医療に取組んでいる病院の情報は、ケアマネを通じて把握できる <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 受診歴がない患者に対しても診療を行ってもらえる診療所(医師)が少ない 在宅医療に取組んでいる病院の情報は、ケアマネを通じて把握できる 	<p>○入院医療の提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> メディカルセンターの整備(急性期・回復期・慢性期(療養病床)をカバー) 病院の数が多く(療養病床を有する病院もあり) 獨協大学附属病院、自治医科大・宇都宮大学附属病院に近い 在支診にホスピスがある 	<p>○介護サービス事業所数</p> <ul style="list-style-type: none"> 各サービス事業所は一定数あり、量は充実している 特にデイサービス事業者が多く、利用者の選択幅が多い <p>○介護事業所における連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険制度開始当初から在宅介護推進のための連携に取り組まれている 近年は特に介護関係事業所が組織化(ケアマネ連絡会等)されており、相互に連携が図られている <p>○ケアマネジャー</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーが熱心である 地域包括ケアセンターとケアマネジャーの連携ができています ケアマネ連絡会における自主研修等の取組みが充実している <p>○提供サービスの質</p> <ul style="list-style-type: none"> プランに基づき、ニーズに対する介護が行われている 	<p>○庁内体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 新しい組織として地域包括ケア推進課が設置されている 地域包括ケア推進課内にケアマネジャーが配置されている <p>○地域包括ケア支援センター</p> <ul style="list-style-type: none"> 市内全域に直営の地域包括支援センターが設置されており、市町村と連携を共有しやすい 地域包括ケア支援センターが本庁のため、本庁と地域包括支援センター、及び地域包括ケアセンター同士で連携が出やすくなりつつある 地域包括ケア支援センター間の連携ができています 	<p>○職域中での連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 同じ職域で連携の取組みがなされてきている(あったかねつと) <p>○多職種連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア推進会議を設置し、多職種連携が図られている 民生委員から必要に応じて地域包括ケア推進課に連絡がきて、一緒に訪問するなどしている 地域包括ケアセンターと民生委員とで情報交換を行っている <p>○入院から在宅療養への移行支援における連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院における地域包括支援センター、及び地域包括ケアセンター生活復帰に向けて、地域医療連携室と地域包括支援センターとで連携ができています(病院内の地域連携室から地域包括支援センターへの相談件数も年々増加) <p>○情報連携のためのツール</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院間の連携システム(「おまほネット」)を構築 	<p>○市民による地域づくり活動</p> <ul style="list-style-type: none"> 近所付き合いが盛んな地域が多く、気にかけて声掛けをしたりしている 市民活動推進センター(ららぽろは)と、自治会、地区社会協議会、公民館、民生委員、高齢者グループ、農家、農協、街コン、ニケア研究会、自主勉強会等の地域づくり活動が盛んに行われている <p>○地域づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ラブラや、シルバー大学、06 活動など、高齢者による活動も盛ん 民間団体の協力を得やすい <p>○地域のリーダー</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域づくりのリーダーがいる 地区社会協議会にリーダー役の方がいる 	<p>○医療等に対する市民の意識</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療への市民の関心が高い 医療の充実に対する意識、ニーズが高い ○地域づくり 地元ケーブルテレビが地域包括ケアについて理解、関心があり、関連分野をテーマにした番組制作(市民からの質問に回答者が応えるという内容)が行われている <p>○行政による取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 事前講座、普及啓発教室を通じて、自治会へ出向く機会を設けている

② step-2. ワーキングチームによる検討

i) 実施概要

稲城市同様、段階的に検討を行うため、多職種連携研修会に向けたワーキングを計 2 回実施した。1 回目は、市の課題認識として整理された資料を参考にしつつ、グループワークで各専門職の現場の視点から多職種連携の意義と推進上での課題の検討を行った。2 回目は、1 回目の議論を踏まえ、専門職の視点から多職種連携を進めていく上で行くべきことについて再度グループワークを行い、これらをもとに多職種連携研修会の具体的内容を検討した。

図表 59 ワーキングチームによる検討の概要

第 1 回ワーキング		
日時	2015 年 10 月 23 日	
会場	下都賀郡市医師会館	
実施内容	1. 市からの開催趣旨の説明 (市・担当課説明)	・在宅医療・介護連携の推進及び多職種連携研修会実施に向けたワーキングチーム設置の趣旨等を説明
	2. KJ 法の説明 (市・担当課が事務局として説明)	・グループワークで使用する検討手法である KJ 法について説明
	3. グループワーク (2 グループで KJ 法にて実施) [テーマ 1] 地域包括ケアを進める上で なぜ多職種連携が必要なのか [テーマ 2] 栃木市において多職種連携を進めて いく上で課題と考えられること	・[テーマ 1]として、複数の専門職がいる場で改めて多職種連携の必要性についての認識を共有 ・担当課から、市が目指す地域包括ケアの実現された姿、step-1 で整理した市の課題認識をワーキングチームに提示、それを参考資料とした上で、[テーマ 2]として、専門職の視点から感じる連携上の課題を議論・共有 ・終了時に 2 グループは本日の検討結果を互いに発表し、共有
第 2 回ワーキング		
日時	2015 年 11 月 16 日	
会場	下都賀郡市医師会館	
実施内容	1. グループワーク (KJ 法により実施) ・前回の振り返り [テーマ 3] 栃木市において多職種連携を進めていくために行うべきこと	・1 回目のグループワークでどのような意見が出されたかを振り返った上で、[テーマ 3]として、[テーマ 2]で出た課題の克服に向けて行うべきことを議論・共有 ・終了時に 2 グループは本日の検討結果を互いに発表し、共有
	2. 多職種連携研修会の実施に向けた検討 ・基本的な企画内容の説明 ・具体的なプログラムについての検討 －全体司会、各講義等部分の講師 －領域別セッションのメニュー －個別プログラムのテーマ・講師	・担当課から、多職種連携研修会の実施に向けた基本的な企画の内容、市としての考えを説明した上で、具体的なプログラムの内容や司会・講師等について、議論・検討

ワーキングチームのメンバーは、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、介護支援専門員連絡協議会、栃木市社会福祉協議会、とちぎメディカルセンター地域医療連携室、在宅介護サービス事業所連絡会、地域包括支援センター等の各組織の中で主導的な役割を担う方に担当課から声がけをし、専門職 10 名で組成した。

グループワークの際には、なるべく少人数で密なディスカッションができ、かつ、異なる専門職の視点がバランスよく含まれるよう、職種別に A・B の 2 チームに分けた。また、地域包括ケア推進課職員も各チームに 1 人ずつ参加し、6 名ずつでグループワークを実施した。

図表 60 ワーキングのチーム構成（参加者）

A チーム	B チーム
1. 医師（栃木市医師会）	1. 医師（栃木市医師会）
2. 歯科医師（下都賀歯科医師会栃木市部会）	2. 薬剤師（栃木市薬剤師会）
3. 看護師（栃木市訪問看護ステーション連絡会）	3. 看護師（とちぎメディカルセンター地域医療連携室）
4. ケアマネジャー（介護支援専門員連絡協議会）	4. 訪問介護サービス管理者（栃木市在宅介護サービス事業所連絡会）
5. 相談支援員（栃木市社会福祉協議会）	5. 保健師（地域包括支援センター）
6. 担当課長（栃木市・地域包括ケア推進課）	6. 担当課職員（栃木市・地域包括ケア推進課）

ii) 検討の内容・結果

【グループワークの実施結果】

テーマ 1「多職種連携の必要性」では、支援の隙間の解消・選択肢、支援の効果・効率の追求、体制や資源、多死社会への対応等が、テーマ 2「多職種連携を進めていく上での課題」では、在宅医療資源の少なさ、病診連携上の問題、情報共有の仕組み、各専門職の意識・互いの専門性への理解、利用者・住民の理解等があげられ、複数の異なる専門職がいる場であるがゆえに様々な視点からの課題があげられ、皆でそれらを共有することとなった。

また、テーマ 3「多職種連携を進めていくために行うべきこと」では、人材育成・リーダー育成、他職種への理解、職種間の関係醸成、連絡・連携や情報共有の手段、利用者・住民への啓発・働きかけ等があげられた。

図表 61 検討風景



【多職種連携研修会のプログラムに関する検討結果】

多職種連携研修会の内容を検討するにあたり、まず議論のたたき台として、「研修運営ガイド」に示されているプログラムに則った構成案を示し、その上で栃木市ではどのような研修プログラムや運営体制とすべきか検討を行った。その結果は次のとおりである。

図表 62 栃木市多職種連携研修会のプログラムに関する検討結果

検討項目	検討結果
研修会の企画運営に係る基本方針	<ul style="list-style-type: none"> 参加者の意識付けを図り、多職種による顔の見える関係をつくるためには、専門職同士が学び互いに議論する時間が十分に確保されることが重要である。そのため、研修会の日程については、1日のみではなく、2日間にわたって実施することとした。なお、専門職の勤務形態に配慮し、両日とも土曜日に開催することとした。 2日間とも参加できることを参加者の基本的な要件とするが、困難な場合のみ1回のみ参加も可とした。その場合は、必要に応じて同職種の者が参加することも検討することとした。 研修会は栃木市が主催することとした。 全体の司会・進行については、主催者である市担当課が行うとともに、個別のプログラムについても、可能な限りワーキングチームのメンバーが担当（必要なプログラムのみ外部講師を招聘）し、担当課（行政）と専門職とが協働で実施する体制とした。
研修プログラムの基本構成	<ul style="list-style-type: none"> 「講義」、「アイスブレイク」、「グループワーク」の3つのプログラムを基本構成として企画することとした。
領域別セッション（症例検討） [講義] + [グループワーク]	<p>※領域別セッション・・・特定の症例をテーマに、その特徴や対処方法等に関する講義を行った上で、参加者が症例検討（グループワーク）を実施するプログラム</p> <ul style="list-style-type: none"> 領域別セッションで設定すべきテーマとしては、参加者の医学的知識等が職種によって差異があると想定されること、既に開始しつつある地域ケア会議の実践に向けた試行的取組として活用しうること等から、多くの職種において共通の認識を持ちやすく会話がしやすい題材とすることが望ましいと考えられた。こうした観点を踏まえ、今回は「認知症」を領域別セッションのテーマとして設定することとした。 当該プログラムの講師は、ワーキングチームのメンバーでもある医師が担当することとした。資料も「研修運営ガイド」と併せて公開されている領域別セッション用の資料（認知症）ではなく、担当する医師が自ら作成することとした。
個別プログラム [プレゼン]	<p>※個別プログラム・・・当該地域において課題となっている論点について、認識の共有を図る独自のプログラム</p> <ul style="list-style-type: none"> ワーキングチームによるグループワーク（テーマ2・3）では、各専門職がどのような業務や役割を果たしているのか等について互いに理解ができておらず、改めて聞く機会も少ないため、それが職種間のコミュニケーションや多職種連携の障害となっているという意見が多く出された。 そこで、異なる専門職であっても円滑にコミュニケーションできるよう、まずは各専門職がお互いにどのような業務や役割を果たしているのか、どのような視点で地域のケアについて考えているのかを共有する機会が必要だとされた。よって、個別プログラムの内容としては、各職種の代表者（ワーキングチームのメンバー）が自らの職種や業務等について紹介を行うこととした。

以上の検討内容を踏まえ、具体的なプログラムとして、次のように構成した。

<第1回多職種連携研修会プログラム>

講師・担当者

時刻	タイトル	主な講師	分類	時間	
13:30	開会挨拶／趣旨説明	栃木市保健福祉部長 奈良部 俊次	—	10分	司会… 栃木市 保健福祉部 地域包括ケア 推進課
13:40	① 在宅医療の果たすべき役割	東京大学高齢社会 総合研究機構 准教授 飯島 勝矢	講義	30分	
14:10	② 在宅療養を支える医療・介護資源	栃木市保健福祉部 地域包括ケア推進課	講義	15分	
14:25	③ アイスブレイク：自己紹介・医療介護資源 マップの作成	とちぎメディカルセンター 居宅介護支援事業所 岡泉 ゆみ子	グループ ワーク	40分	
15:05	④ 在宅ケアにおいて何故 IPW（専門職連携 協働）が必要なのか？	医療法人実幸会 在宅医療部長 和田 忠志	講義	45分	
15:50	休憩			15分	
16:05	⑤ グループ討論：栃木市で在宅医療を推進す る上での課題とその解決策 1. 事前検討の状況についてワーキングチ ームより報告 (15分) 2. グループワークの進め方 (10分) 3. グループワーク (40分) 4. 発表 (20分)	進行： 栃木市保健福祉部 地域包括ケア推進課 報告： 栃木市社会福祉協議会 中島 正浩	グループ ワーク	85分	
17:30	1日目の閉会挨拶	栃木市医師会 在宅医療推進委員会委員長 福地 将彦	—	5分	
17:35	アンケート記入（第1回研修について）	(司会)	—	10分	
17:45	1日目終了				

外部講師
(学識経験者)

ワーキングチーム
メンバー

外部講師
(在宅医療を実施
している医師)

ワーキングチーム
メンバー

<第2回多職種連携研修会プログラム>

講師・担当者

時刻	タイトル	主な講師	分類	時間
13:30	挨拶	栃木市医師会在宅医療推進委員会委員長 福地 将彦	他	5分
13:35	① 在宅医療の果たすべき役割おさらい	東京大学医学部 在宅医療学拠点 吉江 悟	講義	20分
13:55	② 認知症に関する基本的確認事項	うづまクリニック 大森 正規	講義	30分
14:25	③ 認知症に関する基本的確認事項	うづまクリニック 大森 正規	グループワーク	50分
	1. 事例検討会 (10分)			
	2. グループワーク (30分) 3. 発表 (10分)			
15:15	④ 認知症に関する基本的確認事項 (ミニレクチャー)	うづまクリニック 大森 正規	講義	15分
15:30	休憩			15分
15:45	⑤ 各専門職による取り組み紹介(各10分×6)	1. 訪問診療 2. 訪問歯科 3. 訪問薬剤管理指導 4. 訪問看護 5. 訪問介護 6. 介護支援専門員	発表	60分
16:45	⑥ グループ討論：栃木市で多職種連携を促進する上での課題とその解決	進行： 栃木市保健福祉部 地域包括ケア推進課		
	1. 前回研修会の結果についてワーキングチームより報告 (5分)	地域包括支援センター 毛塚 裕子	グループワーク	60分
	2. グループワークの進め方 (5分)			
	3. グループワーク (30分) 4. 発表 (20分)			
17:45	閉会挨拶	栃木市保健福祉部長 奈良部 俊次	他	5分
17:50	集合写真撮影	—	他	10分
18:00	アンケート記入 (第2回研修について)	—	他	10分
18:10	2日目終了			

司会：栃木市保健福祉部地域包括ケア推進課

外部講師
(学識経験者)

ワーキングチーム
メンバーであり、
市内診療所に
在籍の在宅医療を
行っている医師

ワーキングチーム
メンバー

ワーキングチーム
メンバー

③ step-3. 多職種連携研修会

i) 実施概要

ワーキングチームにて検討したプログラムに基づき、2回に分けて多職種連携研修会を実施した。

参加者については、研修受講後の実際の連携へつなげることを念頭に、担当課から地域の各職域団体に依頼し、栃木市内事業所の専門職の中から団体の推薦を経て選定した。対象の専門職は、医師、歯科医師、（訪問）看護師、薬剤師、介護支援専門員、病院の医療ソーシャルワーカー、社会福祉協議会職員とした。また、領域別セッションにおけるプレゼンテーションを含め、ワーキングチームの各専門職10名全員が何らかの役割を担うこととした。

なお、グループワーク時に密なコミュニケーションを図るためには1グループ当たり6人程度となることが望ましいと考えられることから、全参加者の人数が概ね36名（6名×6グループ）程度になるように参加の呼びかけ・調整を行った。グループの編成にあたっては、異なる専門職がバランスよく配置することとし、特に医師は1グループに必ず1人配置されるよう配慮を行った。

多職種連携研修会で使用した資料は、外部講師による講義及び領域別セッションにおいては当該講師が作成したものを、それ以外のプログラムにおいては基本的に「研修運営ガイド」と併せて公開されている資料を活用し、一部栃木市用に修正したものを使用した。

図表 63 多職種連携研修会の実施概要

第1回 多職種連携研修会		
日時	2015年12月13日	
会場	栃木市国府公民館	
実施内容	1. 講義：多職種連携によって果たすべきこと	・外部講師（学識経験者）から、今後の日本における人口構造の変化、制度的な動向、在宅医療・介護連携において核となる職種・機関、在宅医療・介護連携推進の機運を醸成する「場」としての多職種研修の重要性等について講義
	2. 講義：在宅療養を支える医療・介護資源	・市担当課から、地域別の高齢化の現状・将来推計や、市内の医療・介護資源について説明
	3. アイスブレイク：自己紹介及び医療介護資源マップの作成	・グループ毎に各参加者が自己紹介を行うとともに、事前配布した医療・介護資源リストを見ながら、机上の地図に当該地域の医療・介護資源をマッピング
	4. 講義：在宅ケアにおいて何故IPW（専門職連携協働）が必要なのか？	・外部講師（在宅医療を実施している医師）から、在宅医療の特性や多職種協働7つの原則、専門職連携について講義
	5. グループ討論：在宅医療を促進する上での課題とその解決策	・ワーキングチームのメンバーから、ワーキングにて検討した内容を報告し、グループワークの方法（KJ法）について簡単な説明を行った上で、「在宅医療」を促進する上で各専門職の視点から課題と思われることについてグループワークを実施

第2回 多職種連携研修会

日時	2016年1月24日	
会場	栃木市国府公民館	
実施内容	1. 領域別セッション：認知症に関するの基本的理解	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症に関する基本的な知識の共有を図るため、講師（ワーキングチームのメンバーであり、市内診療所にて在宅医療を実施している医師）から、認知症の定義や認知症をおこす疾患、認知症の中核症状と周辺症状、ステージ別ケアのあり方等について講義 ・仮定の症例を用い、「行動心理徴候と家族の生活困難についてどのようにアプローチすべきか」についてグループワーク（症例検討）を実施 ・グループワークの結果を踏まえ、講師からミニレクチャーを実施
	2. 個別プログラム：専門職の取り組み紹介	<ul style="list-style-type: none"> ・各専門職の取り組みを紹介する場として、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、
	3. グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策	<ul style="list-style-type: none"> ・ワーキングチームのメンバーから、第1回研修会のアンケート調査の結果等について報告 ・第1回研修会のグループワーク（在宅医療を推進する上で課題となっていること）の内容を踏まえつつ、その手段としての「多職種連携」を進める上での課題とその解決策についてグループワークを実施

図表 64 多職種連携研修会におけるグループ別の専門職の配置状況

グループ	職種等	グループ	職種等
A	医師	B	医師
	歯科医師		歯科医師
	薬剤師		薬剤師
	看護師		看護師
	ケアマネジャー		医療ソーシャルワーカー
	介護員		ケアマネジャー
C	医師	D	医師
	歯科医師		薬剤師
	看護師		看護師
	医療ソーシャルワーカー		ケアマネジャー
	ケアマネジャー		介護員
	介護員		保健師
E	医師	F	医師
	歯科医師		薬剤師
	看護師		看護師
	医療ソーシャルワーカー		医療ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー		ケアマネジャー
	介護員		社福士

i) 実施内容・結果

【グループワークの実施結果】

第1回目のグループワークで出た主な課題としては、「在宅医療について知らない・知る機会が少ない」等の在宅医療への理解や、「在宅医療に対応できる介護事業所の不足」、「訪問診療のできる医師不足」等の資源不足に関連した課題が多くあげられた。また、「互いの職種に対する理解不足」、「簡単な連携方法がない」、「伝達内容の不足」「誰がコーディネートするか分からない」等の連携に関する課題も多数あげられた。

以上の課題の解決策としては、「資源マップや連絡帳などの作成」、「連絡帳等のIT活用」、「医療ソーシャルワーカーの活用」といった連携ツール・連携方法に関する意見が多くあげられた。また、各職種の勉強会や講習会の実施や市民フォーラム開催等による市民啓発等といった解決策もあげられた。

図表 65 検討風景



図表 66 グループワークの内容(例)



iv) 研修会参加者に対するアンケート調査の結果

【研修会の感想】

第1回研修会では、約6割(58.8%)が「期待以上」となったほか、「期待どおり」32.4%、「期待を大幅に上回る」8.8%となっており、期待以下という回答はゼロであった。

第2回研修会でも、「期待どおり」45.7%、「期待以上」37.1%、「期待を大幅に上回る」8.6%と、第1回研修会の水準とはいかないまでも、参加者の大半にとって期待に沿ったものとなった。

図表 67 研修会受講後の感想

問. 本日の研修全体を通しての感想はいかがでしたか

第1回 多職種連携研修会		件	%
1.	期待を大幅に下回る	0	0.0%
2.	期待以下	0	0.0%
3.	期待どおり	11	32.4%
4.	期待以上	20	58.8%
5.	期待を大幅に上回る	3	8.8%
6.	無回答	0	0.0%
合 計		34	100.0%

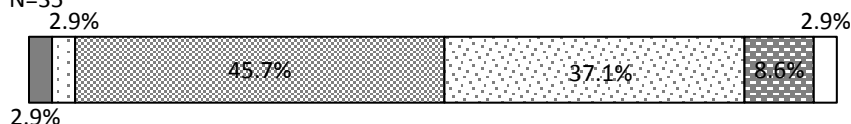
N=34



■ 1.期待を大幅に下回る □ 2.期待以下 ▣ 3.期待どおり
 □ 4.期待以上 ▣ 5.期待を大幅に上回る □ 6.無回答

第2回 多職種連携研修会		件	%
1.	期待を大幅に下回る	1	2.9%
2.	期待以下	1	2.9%
3.	期待どおり	16	45.7%
4.	期待以上	13	37.1%
5.	期待を大幅に上回る	3	8.6%
6.	無回答	1	2.9%
合 計		35	100.0%

N=35



■ 1.期待を大幅に下回る □ 2.期待以下 ▣ 3.期待どおり
 □ 4.期待以上 ▣ 5.期待を大幅に上回る □ 6.無回答

【研修全単位の中で役に立ったもの(上位3つ)】

第1回研修会では、「グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策」が役立ったという割合が突出して高い。また、第2回研修会では、「認知症に関する基本的確認事項」が最も多く、次いで、「グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策」「各専門職による取り組み紹介」などと続いている。

稲城市同様に、栃木市でも、他職種との討議の場が求められていたことがわかる。グループワークの満足度が高い傾向が見られ、多くの参加者において、講義による知識の習得も然ることながら、異なる専門職と活発にコミュニケーションできたことが研修会で得られた成果と感じられているものと思われる。

図表 68 研修会で役に立ったもの(上位3つ)

問. 全単位の中で役に立ったと感じたもの上位3つを順に選んでください。

第1回 多職種連携研修会		1位	2位	3位
1.	① 多職種連携によって果たすべきこと	2 5.7%	6 23.1%	4 26.7%
2.	② 在宅療養を支える医療・介護資源	2 5.7%	3 12.0%	3 20.0%
3.	③ アイスブレイク：自己紹介・医療介護資源マップの作成	1 3.3%	5 20.0%	6 40.0%
4.	④ 在宅ケアにおいて何故 IPW（専門職連携協働）が必要なのか？	8 26.7%	6 24.0%	2 13.3%
5.	⑤ グループ討論：多職種連携を促進する上での課題とその解決策	17 56.7%	5 20.0%	0 0.0%
合計		30	15	25

第2回 多職種連携研修会		1位	2位	3位
1.	① 在宅医療の果たすべき役割（おさらい）	1 3.7%	1 5.9%	1 6.7%
2.	②③④ 認知症に関する基本的確認事項	12 44.4%	4 23.5%	3 20.0%
3.	⑤ 各専門職による取り組み紹介	8 29.6%	6 35.3%	5 33.3%
4.	⑥ グループ討論：栃木市で多職種連携を促進する上での課題とその解決策	6 22.2%	6 35.3%	6 40.0%
合計		27	17	15

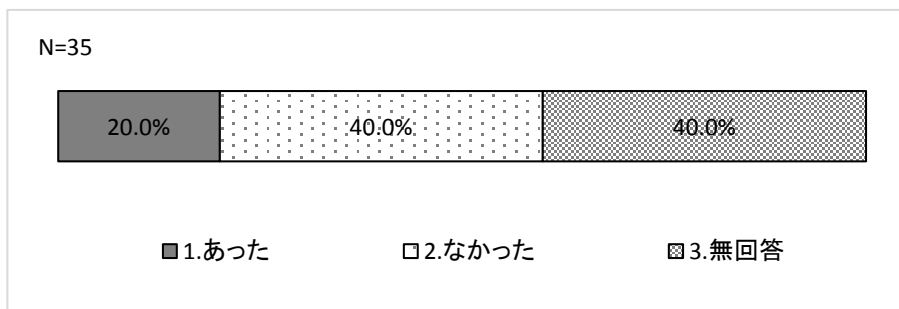
【第1回研修後の連携の有無】

第1回研修後から第2回研修会が開催されるまでの約1ヵ月の間、研修会で同じグループになった専門職と連携をとった者は、全体のうち20%であった。具体的な連携内容としては、「在宅業務において票の使い方など」(薬剤師)、「急性期から在宅に移行する際に必要な情報交換」(病院の医療ソーシャルワーカー)、「入院中の方が在宅へ退院される支援に関わった際に、ケアマネ・訪看を依頼した」(病院の医療ソーシャルワーカー)等があげられており、主に、在宅に移行する際での連携が生まれたものと考えられる。

図表 69 第1回研修会受講後の連絡の有無
(第2回多職種連携研修会実施後アンケート)

問. 第1回研修会以降、今回の研修会で同じグループになった専門職の方々と連絡を取るような機会がありましたか。

第2回 多職種連携研修会		件	%
1.	あった	7	20.0%
2.	なかった	14	40.0%
3.	無回答	14	40.0%
	合計	35	100.0%



④ step-4. ワーキングチームによる振り返り

i) 実施概要

多職種連携研修会の参加者アンケートの集計結果を報告・確認した上で、多職種連携研修会の結果を振り返り、研修会の良かった点、改善すべき点等についてグループワークにより議論を行った。併せて、ワーキングを今後どのような場としていくか、及び、多職種連携研修会で議論された栃木市の課題について全体討議を行った。以上で使用した資料は、担当課が作成した。

多職種連携研修会の企画時と同じく、メンバーを A・B の 2 チームに分けたが、振り返りのグループワークにおいては、市担当課職員は参加せずに専門職のみで議論をした。

図表 70 ワーキングチームによる振り返りの実施概要

日時	平成 28 年 3 月 2 日	
会場	栃木市医師会館	
実施内容	1. アンケート結果報告	・市担当課（事務局）から、多職種連携研修会の前後で実施した参加者アンケートの集計結果について説明
	2. グループワーク（研修会振り返り）	・多職種連携研修会の実施結果について、企画者及び参加者の立場から、良かった点、改善すべき点等について議論・共有
	3. 今後のワーキングの方向性についての検討	・今後のワーキングチームの位置付け・運営方針について、担当課からたたき台としての案をいくつか提示した上で、ディスカッションにより検討
	4. 栃木市の課題の確認	・多職種連携を進める上での課題について、研修会で出された意見を集約したものを提示した上で、グループ内で追加がないか確認

図表 71 ワーキングのチーム構成（参加者）

A チーム	B チーム
1. 医師（栃木市医師会）	1. 医師（栃木市医師会）
2. 歯科医師（下都賀歯科医師会栃木市部会）	2. 薬剤師（栃木市薬剤師会）
3. 看護師（栃木市訪問看護ステーション連絡会）	3. 看護師（とちぎメディカルセンター地域医療連携室）
4. ケアマネジャー（介護支援専門員連絡協議会）	4. 訪問介護サービス管理者（栃木市在宅介護サービス事業所連絡会）
5. 相談支援員（栃木市社会福祉協議会）	5. 保健師（地域包括支援センター）
6. 担当課長（栃木市・地域包括ケア推進課）	6. 担当課職員（栃木市・地域包括ケア推進課）

iii) 振り返りの内容・結果

【多職種連携研修会の振り返り結果】

次のような振り返り・検討がなされた。

図表 72 栃木市多職種連携研修会のプログラムに関する検討結果

検討項目	検討結果（出された意見等）
多職種連携研修会の振り返り	<p>【良かった点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 多様な職域から多数参加者が集まり、色々な人どうしで会話をすることができたのがとても良かった 例えば薬剤師なども普段から在宅ケアの重要性は感じつつも、こうした機会が無ければ具体的に一步踏み出すことはなかなかできない。今回はその貴重な機会となった 特にグループワークで密に議論することができたことが、参加者の意識の向上に相当寄与したのではないか 専門職だけの企画では限界があるが、行政による全面的な企画・バックアップがあったことでこれだけの規模の研修ができたのではないか ワーキングチームのメンバーを中心に、司会や発表等、役割が与えられたことで責任感を持つことができた <p>⇒総じて、当初想定した、関係者の意識の醸成という第1の目的は達成できたのではないか</p> <p>【改善すべき点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 研修会の企画から開催まで時間的な余裕があまり無かった。職種によっては事前に調整することが簡単でない人もいるため、もう少し余裕を持たせた方が良かったのではないか 今回参加した人数以上に参加を希望していた人がおり、そうした人も参加できるように今後機会を作っていく必要がある 日程に関しては、土日であっても日中の参加が難しい職種もあるため、複数回実施することを念頭に、回ごとに日程を変えてもよいのではないか 2日間に分けての開催となったが、1日を通しての実施も検討すべき 傍聴人も少なくなかったが、せっかくなのでグループワークの際など傍聴人から意見を貰えるようにしても良かったのではないか 1日目の研修内容と2日目の研修内容をもっと関連付けるようにしても良かったのではないか 研修内容については、なぜ在宅医療が必要なのかといった総論的な話は大分理解が浸透してきたため、導入研修とは別で、今後はより具体的にケアの質を向上させる、連携体制を作る、等の内容も検討すべきではないか <p>⇒研修会は来年度も是非企画・実施すべきだが、企画・運用方法に改善を検討すべき</p>
ワーキングチームの今後の位置付け	<p>(市担当課からの意見)</p> <ul style="list-style-type: none"> 今回実施したような多職種連携研修会を今後も継続していきたいと考え、そのための体制として、市と医師会とが協力し在宅医療・介護連携推進協議会を設立することを検討する また、研修内容等を具体的に検討する体制として、今回のワーキングチームを、推進協議会の下部組織のような位置付けとすることが望ましい メンバーについては、今回のワーキングチームを基本としつつ、例えばリハビリ職に新たに加わってもらう等、若干の変更が考えられる <p>(ワーキングチームからの意見)</p> <ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修会を今後も継続的に実施していくこと、またその体制につい

検討項目	検討結果（出された意見等）
	<p>て、基本的には同意するが、年間を通しての展開を前提として計画的・早めの企画・調整を行うことが望ましい</p>
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・今回の多職種連携研修会の全体反省会の場合として、研修の参加者全員を対象とした懇親会の実施を検討中

⑤ step-5. 担当課による総括

i) 実施概要

在宅医療・介護連携推進事業を実施していくうえでの課題や改善点をより客観的な視点から整理するため、市担当者として、一連の流れにおける事務局としての課題、改善点等について総括を行った。

具体的な総括の手法として、本調査研究の担当者が、栃木市の担当課に対してヒアリングを実施し、その内容をとりまとめた。在宅医療・介護連携推進事業担当として、一連の工程の中心的役割を担った地域包括ケア推進課長、同副主幹、地域包括支援センター職員が出席した。

図表 73 担当課による総括の概要

日時	2016年3月3日
会場	栃木市役所会議室
項目	1. 調査研究で実施した一連の流れに対する所感 2. 医師会との関係も含めた実施体制等について 3. 研修効果・内容などについて 4. 今後について
参加者	・地域包括ケア推進課長 ・地域包括ケア推進課副主幹 ・地域包括ケア推進課 地域包括支援センター職員
ヒアリング実施者	株式会社富士通総研 名取・赤田・山田

ii) 総括の内容

具体的には次のような内容となった。

図表 74 担当課による総括の内容

項目	内容
本調査研究で実施した一連のプロセスに対する所感	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支援事業として市町村が在宅医療介護連携を所掌することとなった当初は、何からどう着手していけばよいのか暗中模索の状況であったが、多職種連携研修会を終えた今、まずは一安心している。 ・ワーキングでも話があったように、専門職同士で、あるいは行政と議論や検討を重ねた結果、栃木市の在宅医療の推進について、ワーキングチームのメンバーそれぞれが、（行政にお任せではなく）自分事として捉えて頂けるようになり、大変有り難く思う。 ・研修会のプログラムについては、グループワークを中心とした構成がやはり良かったと思われる。
研修効果・内容について	<ul style="list-style-type: none"> ・研修会では予想以上に参加者から色々な意見が出され、グループワークでも活発に議論され良かった。特に医師については、グループワークの経験も少なくあまり話さないのではないかと思っていたが、積極的に話されており、講義についても既知の事柄としてあまり聞いてもらえないかもしれないとも懸念していたが、意外にも評価が良く、安心している。 ・一方で、こうした講義を受けたことにより、多職種の方が一定の知見を得たとしていいのかという思いもある。今回の研修会は、多職種による顔の見える関係づくりが第一義的な目的であり、その点ではある程度成功したと捉えることができるが、今後より専門的なケアの技能等の習得や具体的なチーム作り等より踏み込んだ内容にする段階になったときに、どう進めていけばよいか、改めて考えなければならない。

項目	内容
医師会との関係も含めた実施体制等	<ul style="list-style-type: none"> ・職種研修会を企画する以前は、医師会とは、とちぎメディカルセンターの立ち上げにあたっての関係はあったものの、それ以外では殆ど接点が無かった。そうした状況からスタートし、今回の多職種連携研修会に実施にこぎつけたことは1つの成功体験にもなったと思われる。 ・現在は、ワーキングチームや多職種連携研修会の活動を通じて、それらに参加頂いている医師とはコミュニケーションはできている。やはり医師会は地域医療に関する最重要プレイヤーであり、今後はより市と医師会との連携を密にしていければと考えている。
今後について	<ul style="list-style-type: none"> ・まずは在宅医療・介護連携推進協議会の立ち上げを目指し、検討・調整を図っていきたいと考える。 ・またワーキングチームも継続して組織・開催し、今回の研修会で出た課題点を踏まえつつ、多職種連携研修会の実施を計画していきたいと考える。

4. 実施効果及び考察

(1) 研修実施前・研修実施後のアンケート調査の比較

稲城市及び栃木市における多職種連携研修会の参加者に対し、研修実施の効果を確認するためのアンケート調査を行い、研修会への参加の前後でどのように変化したのか、集計・分析を行った。

「研修実施前調査」と「研修実施後調査」には、同一の在宅医療・介護に関する意識・行動に関わる設問が設定されている。よって、同一回答者における第1回研修会の参加前に実施したアンケート結果と第2回研修会の参加後に実施したアンケート結果を比較し、その変化の有無を確認した。変化については、研修参加前に「そうではない」・「あまりそうではない」の比較的ネガティブな回答をした者が、研修会参加後にどれだけ「そうである」・「ややそうである」とポジティブな回答に変化したかの「差分」で確認すべく、以下の分類により集計・分析を行った。

「Up」	: ネガティブな回答がポジティブな回答に変わった回答者数
「Not up」	: ネガティブな回答がポジティブな回答に変わっていない回答者数

なお、調査に際し、「在宅医療」については下のように定義して質問を行った。その意図は、単に「在宅医療」は医療従事者が行う医療行為のみを指すのではなく、在宅での療養生活を支える立場である介護専門職らの行為も含むものとして認識されることを、実際に研修の中で実感したかを確認したいと考えたことによる。

在宅医療とは、治癒が期待できない疾患を患い、障害のため何らかのケアが必要な患者とその家族を支えるための医療であり、住み慣れた地域で安心して生きていくことを保障するための地域医療システムである。狭義の在宅医療は医師が患者宅を訪問し、居宅で医療を行うこと（訪問診療）を指し、広義の在宅医療は、診療形態に関わらず、地域でケアを必要とする人と家族を支援する医療 **【医師以外の他職種が医師とチームを組んで行う取り組みを含む】** のことをいう。
(注: **【下線部】**は事務局にて追記)

(在宅医療辞典, 中央法規, 2009)

① 稲城市

i) 地域での連携の状況

多くの項目でポジティブな回答に変化した傾向が見られた。

「連絡・相談のしやすさ」の項目では「(2)連絡の取りやすい時間や方法がわかる」以外の全項目で「Up」が5割以上となった。また、「頼るべき対象（が分かる）の項目では「(20)地域で患者/利用者を往診してくれる医師がわかる」以外で「Up」が5割を超えた。これらでは、単純集計の結果でも研修後の回答はポジティブな回答（「そうである」もしくは「ややそうである」）の割合が高い結果となっている。

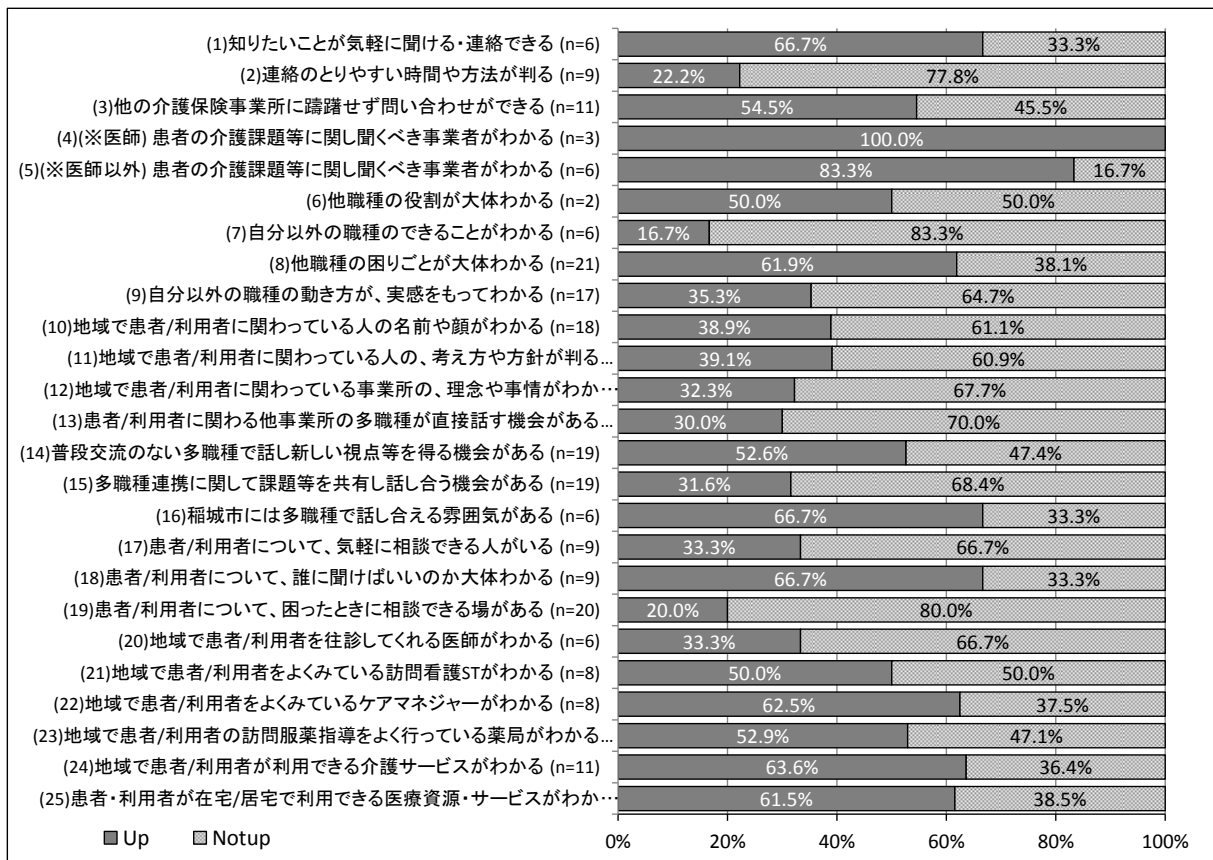
研修実施後調査は研修終了後概ね1ヶ月程度で実施しており、大きな変化を期待できるだけの期間とはなっていない。しかし、「連絡・相談のしやすさ」、「頼るべき対象」等については他職種がどのような人たちであるかが判ることで心理的なハードルは下がるとも考えられる。研修後アンケートでもグループワークの評価が高かったことから、2回ではあっても他職種と一緒に研修会に参加し検討を行った経験により、理解が深まったことが推察される。

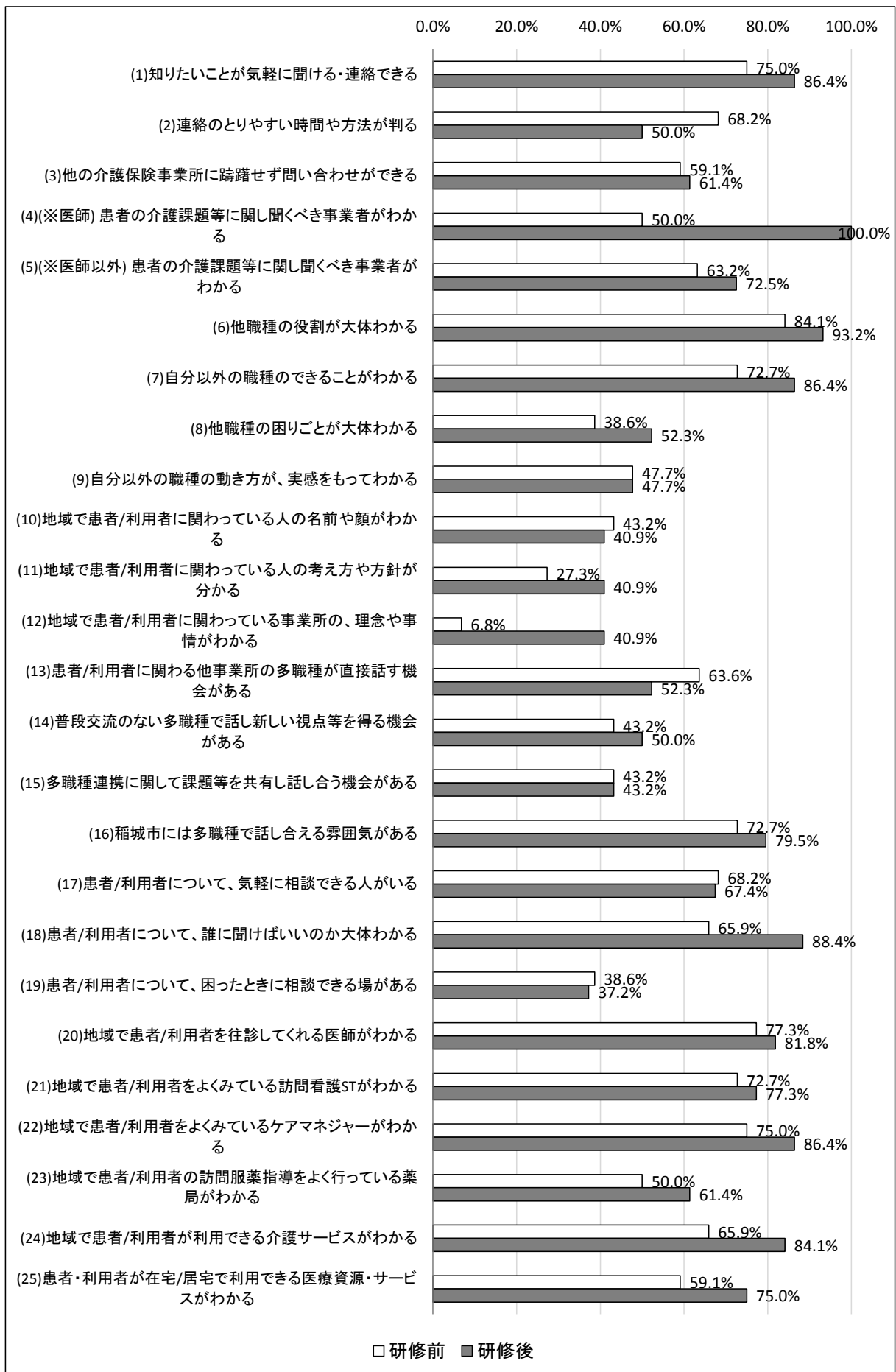
一方、「関係者の理解」の項目では、いずれも「Up」が5割を下回り、余り大きな変化が見られなかった。この設問では「地域で患者/利用者に関わっている人の名前や顔がわかる」もしくは考え方がわかる等のように具体的に対象を特定し・そこと自身の関係性も問う内容であることから、一定程度の時間をかけることで変わっていくものと考えられる。

図表 75 地域での連携の状況に関する前後比較（稲城市）

Up … 研修前「そうではない」「あまりそうではない」 → 研修後「そうである」「ややそうである」
 Notup… 研修前「そうではない」「あまりそうではない」 → 研修後「そうではない」「あまりそうではない」

	差分集計					単純集計			
	回答数			%		「ややそうである」の割合			
	Up	Notup	計(n)	Up	Notup	研修前	研修後	増減	
の 連 絡 や 相 談	(1)知りたいことが気軽に聞ける・連絡できる	4	2	6	66.7%	33.3%	75.0%	86.4%	11.4%
	(2)連絡のとりやすい時間や方法が判る	2	7	9	22.2%	77.8%	68.2%	50.0%	-18.2%
	(3)他の介護保険事業所に躊躇せず問い合わせができる	6	5	11	54.5%	45.5%	59.1%	61.4%	2.3%
	(4)(※医師) 患者の介護課題等に関し聞くべき事業者がわかる	3	0	3	100.0%	0.0%	50.0%	100.0%	50.0%
	(5)(※医師以外) 患者の介護課題等に関し聞くべき事業者がわかる	5	1	6	83.3%	16.7%	63.2%	72.5%	9.3%
他 職 種 へ	(6)他職種の役割が大体わかる	1	1	2	50.0%	50.0%	84.1%	93.2%	9.1%
	(7)自分以外の職種のできることがわかる	1	5	6	16.7%	83.3%	72.7%	86.4%	13.6%
	(8)他職種の困りごとが大体わかる	13	8	21	61.9%	38.1%	38.6%	52.3%	13.6%
	(9)自分以外の職種の動き方が、実感をもってわかる	6	11	17	35.3%	64.7%	47.7%	47.7%	0.0%
の 関 係 者	(10)地域で患者/利用者に関わっている人の名前や顔がわかる	7	11	18	38.9%	61.1%	43.2%	40.9%	-2.3%
	(11)地域で患者/利用者に関わっている人の考え方や方針が分かる	9	14	23	39.1%	60.9%	27.3%	40.9%	13.6%
	(12)地域で患者/利用者に関わっている事業所の、理念や事情がわかる	10	21	31	32.3%	67.7%	6.8%	40.9%	34.1%
交 流 ・ 会 話	(13)患者/利用者に関わる他事業所の多職種が直接話す機会がある	3	7	10	30.0%	70.0%	63.6%	52.3%	-11.4%
	(14)普段交流のない多職種で話し新しい視点等を得る機会がある	10	9	19	52.6%	47.4%	43.2%	50.0%	6.8%
	(15)多職種連携に関して課題等を共有し話し合う機会がある	6	13	19	31.6%	68.4%	43.2%	43.2%	0.0%
	(16)稲城市には多職種で話し合える雰囲気がある	4	2	6	66.7%	33.3%	72.7%	79.5%	6.8%
相 談 先	(17)患者/利用者について、気軽に相談できる人がいる	3	6	9	33.3%	66.7%	68.2%	67.4%	-0.7%
	(18)患者/利用者について、誰に聞けばいいのか大体わかる	6	3	9	66.7%	33.3%	65.9%	88.4%	22.5%
	(19)患者/利用者について、困ったときに相談できる場がある	4	16	20	20.0%	80.0%	38.6%	37.2%	-1.4%
頼 る べ き 対 象	(20)地域で患者/利用者を往診してくれる医師がわかる	2	4	6	33.3%	66.7%	77.3%	81.8%	4.5%
	(21)地域で患者/利用者をよくみている訪問看護STがわかる	4	4	8	50.0%	50.0%	72.7%	77.3%	4.5%
	(22)地域で患者/利用者をよくみているケアマネジャーがわかる	5	3	8	62.5%	37.5%	75.0%	86.4%	11.4%
	(23)地域で患者/利用者の訪問服薬指導をよく行っている薬局がわかる	9	8	17	52.9%	47.1%	50.0%	61.4%	11.4%
	(24)地域で患者/利用者が利用できる介護サービスがわかる	7	4	11	63.6%	36.4%	65.9%	84.1%	18.2%
	(25)患者・利用者が在宅/居宅で利用できる医療資源・サービスがわかる	8	5	13	61.5%	38.5%	59.1%	75.0%	15.9%





ii) 他職種との連携・協働の状況

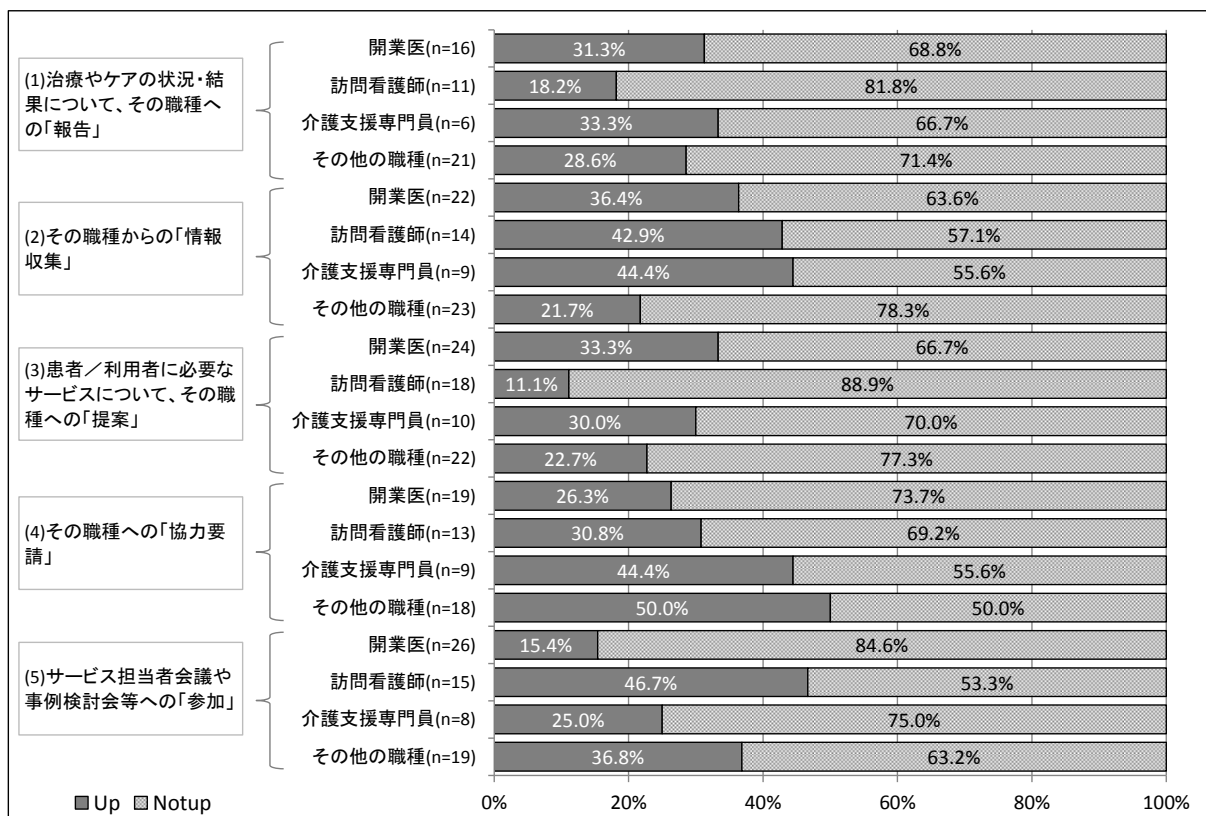
ネガティブな回答がポジティブな回答へ5割以上「Up」したものは、「(4)その職種への協力要請」の「その他職種」のみであり、全体として大きく変化してはいない。

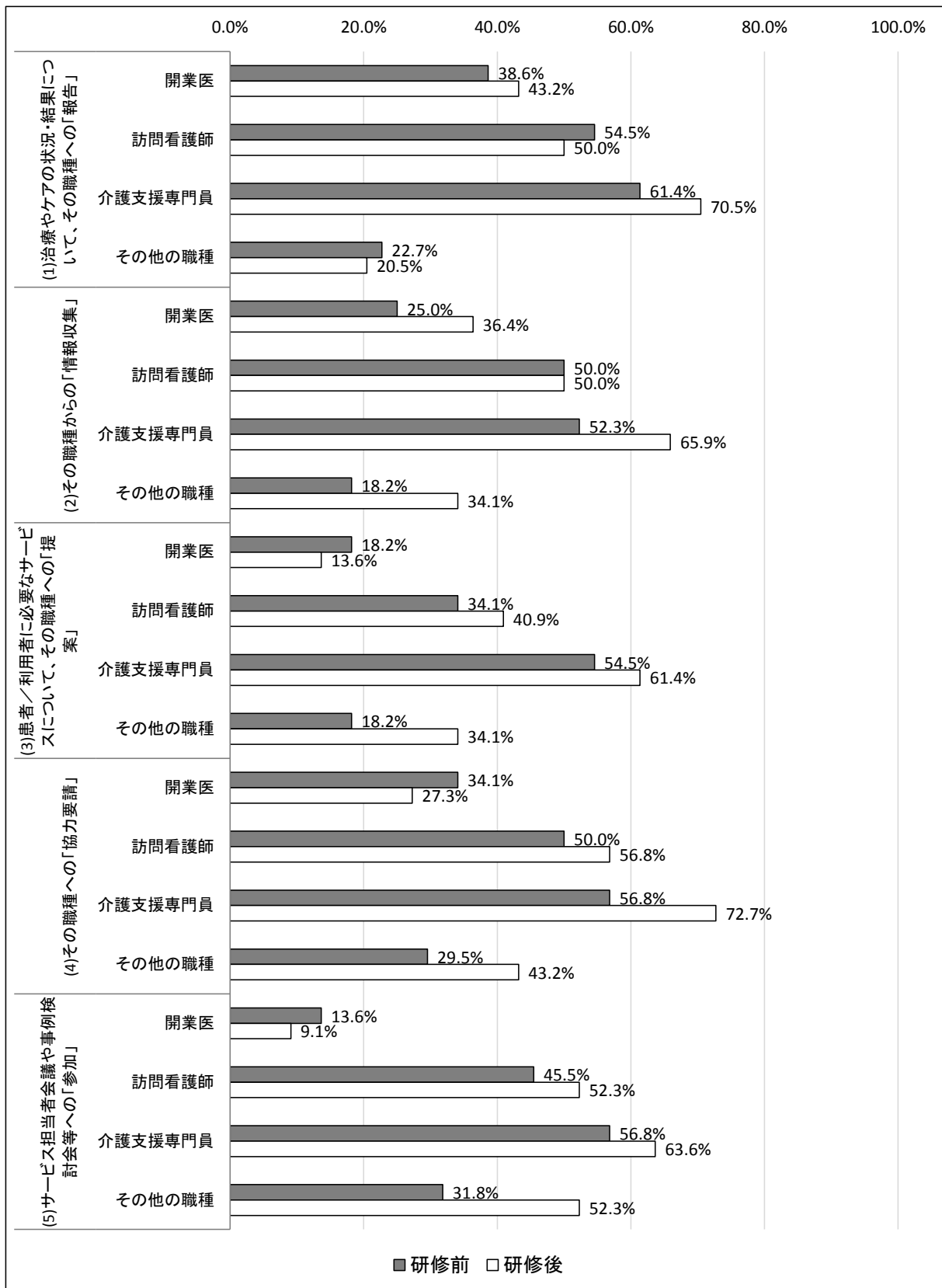
なお、単純集計結果を見ると、訪問看護師及び介護支援専門員では、研修の前後を通じてポジティブな回答の割合が比較的高く、連携・協働の要となっていることが確認できる。

図表 76 他職種との連携・協働の状況に関する前後比較（稲城市）

Up … 研修前「必要と思わず実際にしていない」 → 研修後「必要だと思っているがしていない」「ある程度はしている／ある」
 もしくは研修前「必要だと思っているがしていない」 → 研修後「ある程度はしている／ある」
 Notup… 研修前「必要と思わず（／思っているが）実際にしていない」 → 研修後「必要と思わず（／思っているが）実際にしていない」

		差分集計				単純集計			
		回答数		計(n)	%		「ある程度している／ある」の割合		
		Up	Notup		Up	Notup	研修前	研修後	増減
(1)治療やケアの状況・結果について、その職種への「報告」	開業医	5	11	16	31.3%	68.8%	38.6%	43.2%	4.5%
	訪問看護師	2	9	11	18.2%	81.8%	54.5%	50.0%	-4.5%
	介護支援専門員	2	4	6	33.3%	66.7%	61.4%	70.5%	9.1%
	その他の職種	6	15	21	28.6%	71.4%	22.7%	20.5%	-2.3%
(2)その職種からの「情報収集」	開業医	8	14	22	36.4%	63.6%	25.0%	36.4%	11.4%
	訪問看護師	6	8	14	42.9%	57.1%	50.0%	50.0%	0.0%
	介護支援専門員	4	5	9	44.4%	55.6%	52.3%	65.9%	13.6%
	その他の職種	5	18	23	21.7%	78.3%	18.2%	34.1%	15.9%
(3)患者／利用者に必要なサービスについて、その職種への「提案」	開業医	8	16	24	33.3%	66.7%	18.2%	13.6%	-4.5%
	訪問看護師	2	16	18	11.1%	88.9%	34.1%	40.9%	6.8%
	介護支援専門員	3	7	10	30.0%	70.0%	54.5%	61.4%	6.8%
	その他の職種	5	17	22	22.7%	77.3%	18.2%	34.1%	15.9%
(4)その職種への「協力要請」	開業医	5	14	19	26.3%	73.7%	34.1%	27.3%	-6.8%
	訪問看護師	4	9	13	30.8%	69.2%	50.0%	56.8%	6.8%
	介護支援専門員	4	5	9	44.4%	55.6%	56.8%	72.7%	15.9%
	その他の職種	9	9	18	50.0%	50.0%	29.5%	43.2%	13.6%
(5)サービス担当者会議や事例検討会等への「参加」	開業医	4	22	26	15.4%	84.6%	13.6%	9.1%	-4.5%
	訪問看護師	7	8	15	46.7%	53.3%	45.5%	52.3%	6.8%
	介護支援専門員	2	6	8	25.0%	75.0%	56.8%	63.6%	6.8%
	その他の職種	7	12	19	36.8%	63.2%	31.8%	52.3%	20.5%





iii) 在宅医療に関する知識と実践・活用

I.知識、II.実践・活用ともに多数の項目で「Up」が5割を超えており、全体として改善の傾向が見られた。

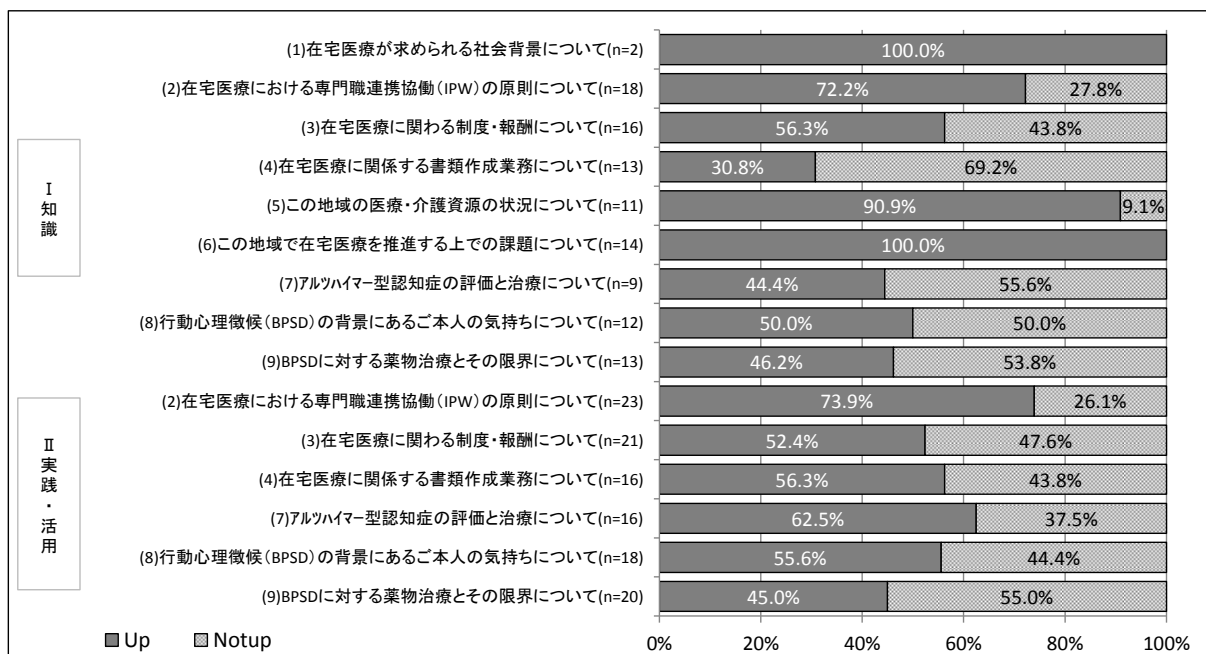
特にI.知識の「(1)在宅医療が求められる社会的背景」、「(6)在宅医療を推進する上での課題」に関しては「Up」が100%であり、単純集計結果でも多数の項目で「知識がある」とする者が8割以上と、理解が進んだことが確認できる。一方、II.実践・活用では、ネガティブな回答がポジティブに変わっている割合は高いものの、研修後の単純集計結果として8割を超えるものはない。

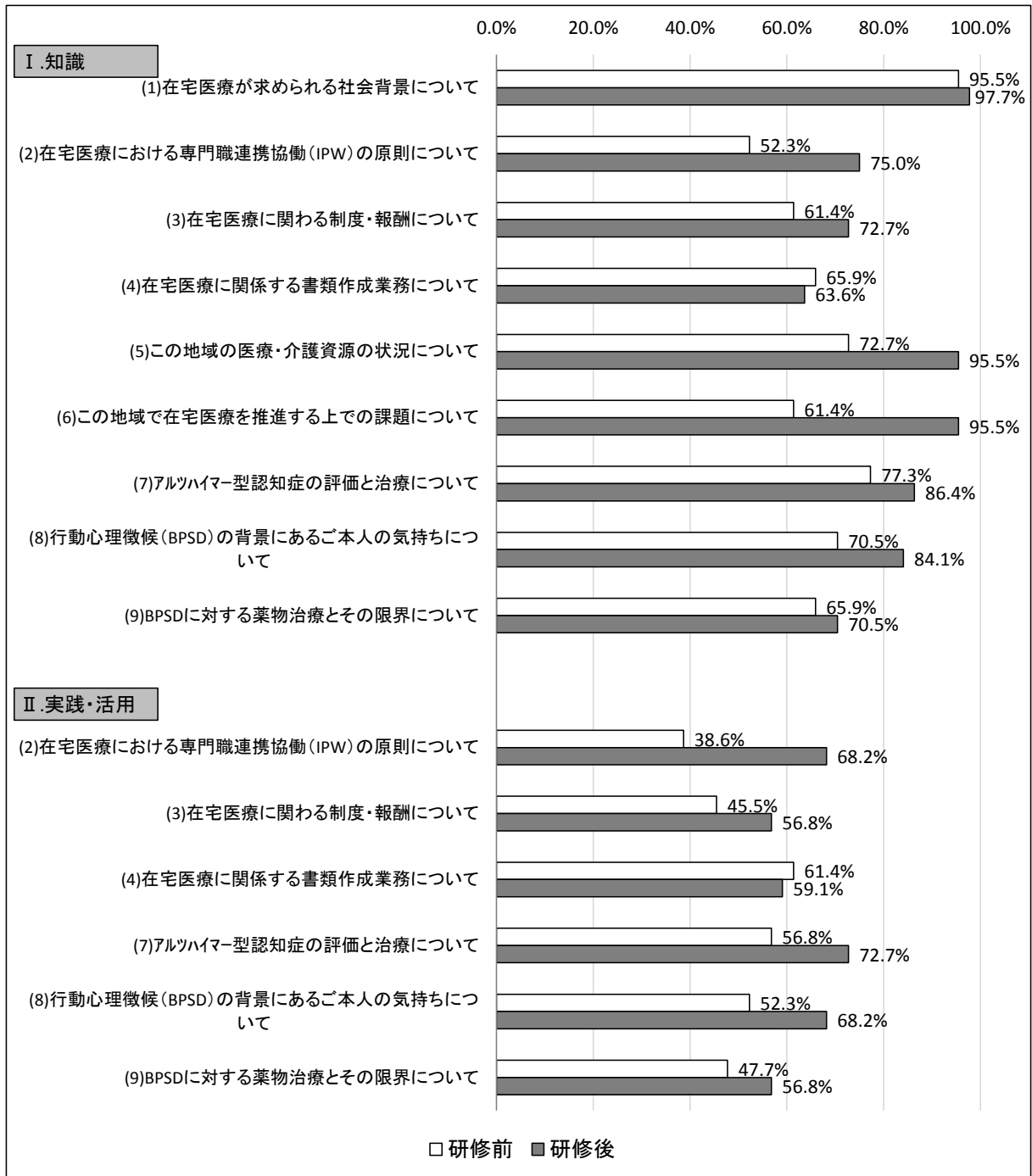
以上から、現在は知識を獲得した状況であり、今後は実践が問われるものと考えられる。

図表 77 在宅医療に関する知識と実践・活用に関する前後比較（稲城市）

Up	・・・研修前「知識がない」「実践・活用できていない」	→研修後「知識がある」「実践・活用できている」
Notup	・・・研修前「知識がない」「実践・活用できていない」	→研修後「知識がない」「実践・活用できていない」

	差分集計					単純集計		
	回答数			%		「知識がある」「実践・活用できる」の割合		
	Up	Notup	計(n)	Up	Notup	研修前	研修後	差分
I. 知識								
(1)在宅医療が求められる社会背景について	2	0	2	100.0%	0.0%	95.5%	97.7%	2.3%
(2)在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則について	13	5	18	72.2%	27.8%	52.3%	75.0%	22.7%
(3)在宅医療に関わる制度・報酬について	9	7	16	56.3%	43.8%	61.4%	72.7%	11.4%
(4)在宅医療に係る書類作成業務について	4	9	13	30.8%	69.2%	65.9%	63.6%	-2.3%
(5)この地域の医療・介護資源の状況について	10	1	11	90.9%	9.1%	72.7%	95.5%	22.7%
(6)この地域で在宅医療を推進する上での課題について	14	0	14	100.0%	0.0%	61.4%	95.5%	34.1%
(7)アルツハイマー型認知症の評価と治療について	4	5	9	44.4%	55.6%	77.3%	86.4%	9.1%
(8)行動心理徴候(BPSD)の背景にあるご本人の気持ちについて	6	6	12	50.0%	50.0%	70.5%	84.1%	13.6%
(9)BPSDに対する薬物治療とその限界について	6	7	13	46.2%	53.8%	65.9%	70.5%	4.5%
II. 実践・活用								
(2)在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則について	17	6	23	73.9%	26.1%	38.6%	68.2%	29.5%
(3)在宅医療に関わる制度・報酬について	11	10	21	52.4%	47.6%	45.5%	56.8%	11.4%
(4)在宅医療に係る書類作成業務について	9	7	16	56.3%	43.8%	61.4%	59.1%	-2.3%
(7)アルツハイマー型認知症の評価と治療について	10	6	16	62.5%	37.5%	56.8%	72.7%	15.9%
(8)行動心理徴候(BPSD)の背景にあるご本人の気持ちについて	10	8	18	55.6%	44.4%	52.3%	68.2%	15.9%
(9)BPSDに対する薬物治療とその限界について	9	11	20	45.0%	55.0%	47.7%	56.8%	9.1%





iv) 在宅医療をどの程度行っているか・在宅医療についての具体的なイメージ

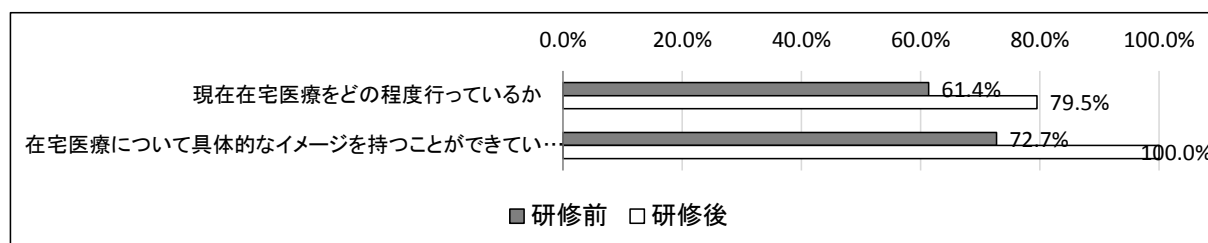
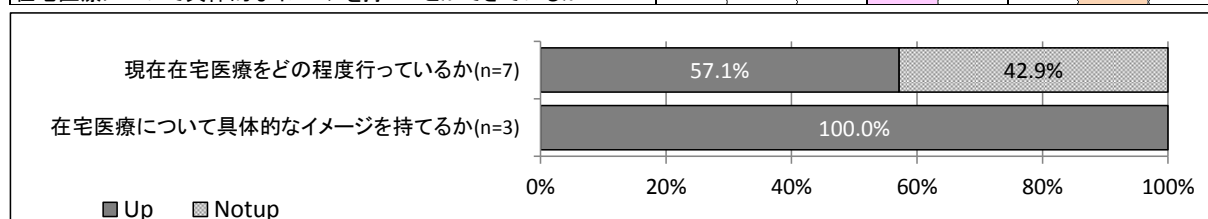
「在宅医療をどの程度行っているか」は 5 割超、「在宅医療についての具体的なイメージ」は 100%のとなった。

研修後の単純集計結果でも、「在宅医療をどの程度行っているか」は約 8 割、「在宅医療についての具体的なイメージ」は 100%である。前述のとおり、本調査では改めて「在宅医療」の定義を示しており、本設問がその確認であると考え、全員が「自分の仕事も在宅医療に関わっている」ことを認識し、さらには「自分も行っているのだ」と考える者が増えたものと考えられる。

図表 78 在宅医療の実践状況・具体的なイメージを持てるかに関する前後比較（稲城市）

Up	…研修前「全く思わない」「思わない」「あまり思わない」	→研修後「非常に思う」「思う」「まあ思う」
	…もしくは研修前「全く持てない」「持てない」「あまり持てない」	→研修後「非常に持てる」「持てる」「まあ持てる」
Notup	…研修前「全く思わない」「思わない」「あまり思わない」	→研修後「全く思わない」「思わない」「あまり思わない」
	…もしくは研修前「全く持てない」「持てない」「あまり持てない」	→研修後「全く持てない」「持てない」「あまり持てない」

	差分集計					単純集計		
	回答数			%		「非常に思う／持てる」「思う／持てる」「まあ思う／持てる」の割合		
	Up	Notup	計(n)	Up	Notup	研修前	研修後	増減
現在在宅医療をどの程度行っているか	4	3	7	57.1%	42.9%	61.4%	79.5%	18.2%
在宅医療について具体的なイメージを持つことができているか	3	0	3	100.0%	0.0%	72.7%	100.0%	27.3%



② 栃木市

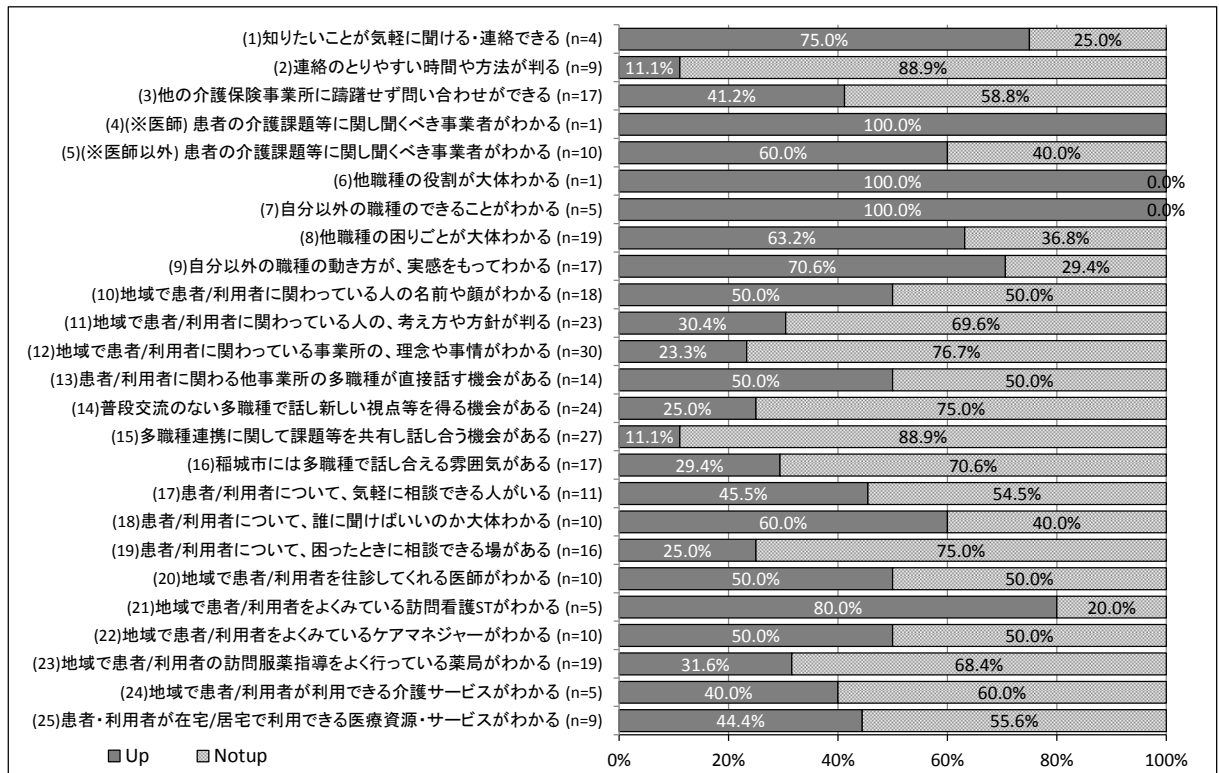
i) 地域での連携の状況

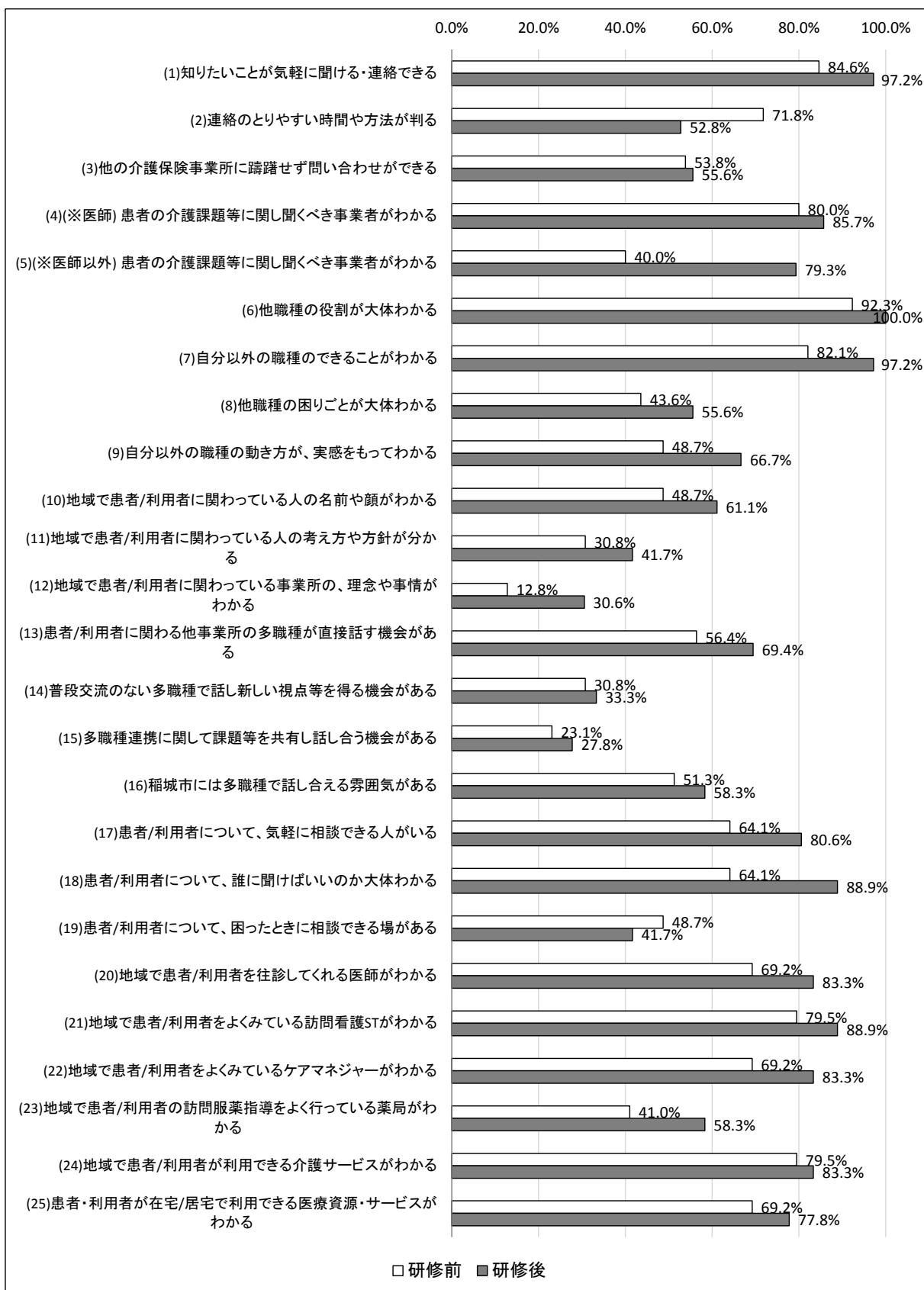
「他職種への理解」では全項目で5割以上の改善が見られた。研修プログラムでグループワークの時間を多くしたこと、各専門職の代表者がそれぞれの職域でどのようなことを実施しているか自らプレゼンテーションする機会を設けたことが影響したと考えられる。ただし、全体を通じてみると、稲城市よりも改善した項目は少ない結果となった。

図表 79 地域での連携の状況に関する前後比較（栃木市）

Up … 研修前「そうではない」「あまりそうではない」 → 研修後「そうである」「ややそうである」
 Notup… 研修前「そうではない」「あまりそうではない」 → 研修後「そうではない」「あまりそうではない」

	差分集計		単純集計					
	回答数		%					
	Up	Notup	Up	Notup				
					研修前	研修後	増減	
の連絡や相談					「ややそうである」の割合			
(1) 知りたいことが気軽に聞ける・連絡できる	3	1	4	75.0%	25.0%	84.6%	97.2%	12.6%
(2) 連絡のとりやすい時間や方法が判る	1	8	9	11.1%	88.9%	71.8%	52.8%	-19.0%
(3) 他の介護保険事業所に躊躇せず問い合わせができる	7	10	17	41.2%	58.8%	53.8%	55.6%	1.7%
(4) (※医師) 患者の介護課題等に関し聞くべき事業者がわかる	1	0	1	100.0%	0.0%	80.0%	85.7%	5.7%
(5) (※医師以外) 患者の介護課題等に関し聞くべき事業者がわかる	6	4	10	60.0%	40.0%	40.0%	79.3%	39.3%
他職種への理解								
(6) 他職種の役割が大体わかる	1	0	1	100.0%	0.0%	92.3%	100.0%	7.7%
(7) 自分以外の職種のできることがわかる	5	0	5	100.0%	0.0%	82.1%	97.2%	15.2%
(8) 他職種の困りごとが大体わかる	12	7	19	63.2%	36.8%	43.6%	55.6%	12.0%
(9) 自分以外の職種の動き方が、実感をもってわかる	12	5	17	70.6%	29.4%	48.7%	66.7%	17.9%
関係者の理解								
(10) 地域で患者/利用者に関わっている人の名前や顔がわかる	9	9	18	50.0%	50.0%	48.7%	61.1%	12.4%
(11) 地域で患者/利用者に関わっている人の考え方や方針が分かる	7	16	23	30.4%	69.6%	30.8%	41.7%	10.9%
(12) 地域で患者/利用者に関わっている事業所の、理念や事情がわかる	7	23	30	23.3%	76.7%	12.8%	30.6%	17.7%
会話・交流								
(13) 患者/利用者に関わる他事業所の多職種が直接話す機会がある	7	7	14	50.0%	50.0%	56.4%	69.4%	13.0%
(14) 普段交流のない多職種で話し新しい視点等を得る機会がある	6	18	24	25.0%	75.0%	30.8%	33.3%	2.6%
(15) 多職種連携に関して課題等を共有し話し合う機会がある	3	24	27	11.1%	88.9%	23.1%	27.8%	4.7%
(16) 稲城市には多職種で話し合える雰囲気がある	5	12	17	29.4%	70.6%	51.3%	58.3%	7.1%
相談先								
(17) 患者/利用者について、気軽に相談できる人がいる	5	6	11	45.5%	54.5%	64.1%	80.6%	16.5%
(18) 患者/利用者について、誰に聞けばいいのか大体わかる	6	4	10	60.0%	40.0%	64.1%	88.9%	24.8%
(19) 患者/利用者について、困ったときに相談できる場がある	4	12	16	25.0%	75.0%	48.7%	41.7%	-7.1%
頼るべき対象								
(20) 地域で患者/利用者を往診してくれる医師がわかる	5	5	10	50.0%	50.0%	69.2%	83.3%	14.1%
(21) 地域で患者/利用者をよくみている訪問看護STがわかる	4	1	5	80.0%	20.0%	79.5%	88.9%	9.4%
(22) 地域で患者/利用者をよくみているケアマネジャーがわかる	5	5	10	50.0%	50.0%	69.2%	83.3%	14.1%
(23) 地域で患者/利用者の訪問服薬指導をよく行っている薬局がわかる	6	13	19	31.6%	68.4%	41.0%	58.3%	17.3%
(24) 地域で患者/利用者が利用できる介護サービスがわかる	2	3	5	40.0%	60.0%	79.5%	83.3%	3.8%
(25) 患者・利用者が在宅/居宅で利用できる医療資源・サービスがわかる	4	5	9	44.4%	55.6%	69.2%	77.8%	8.5%





ii) 他職種との連携・協働の状況

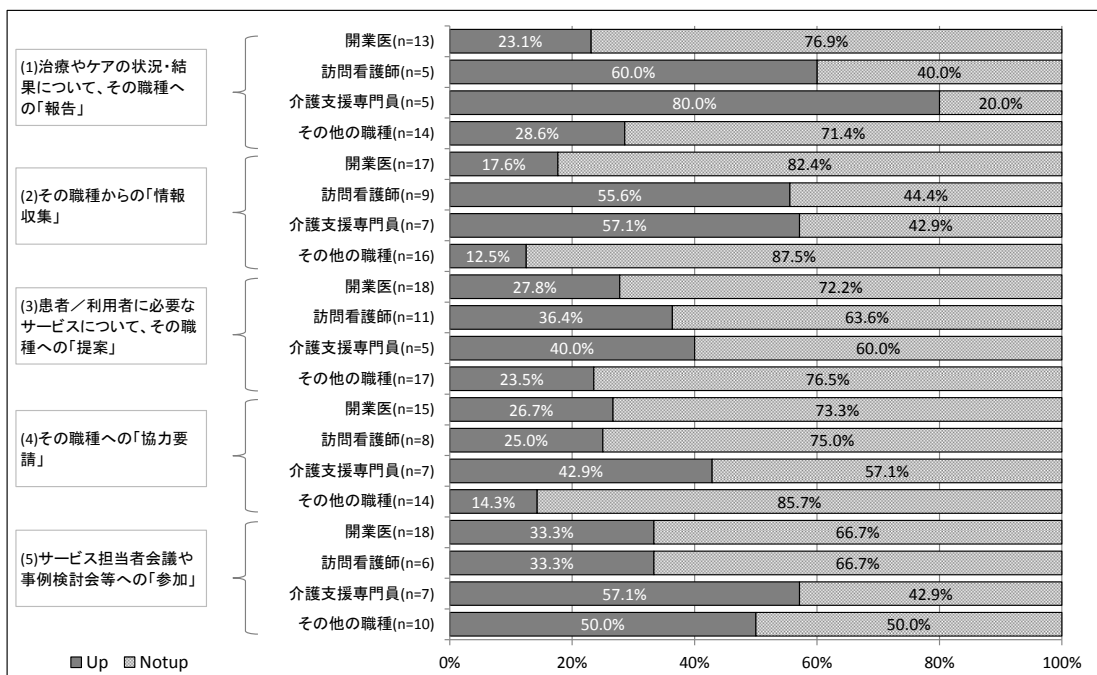
「(1)治療やケアの状況・結果について、その職種への『報告』」「(2)その職種からの『情報収集』」における訪問看護師及び介護支援専門員、「(5)サービス担当者会議や事例検討会等への『参加』」における介護支援専門員に関しては5割以上が「Up」であり、比較的この2職種において連携・協働の状況に改善の傾向が見られる。

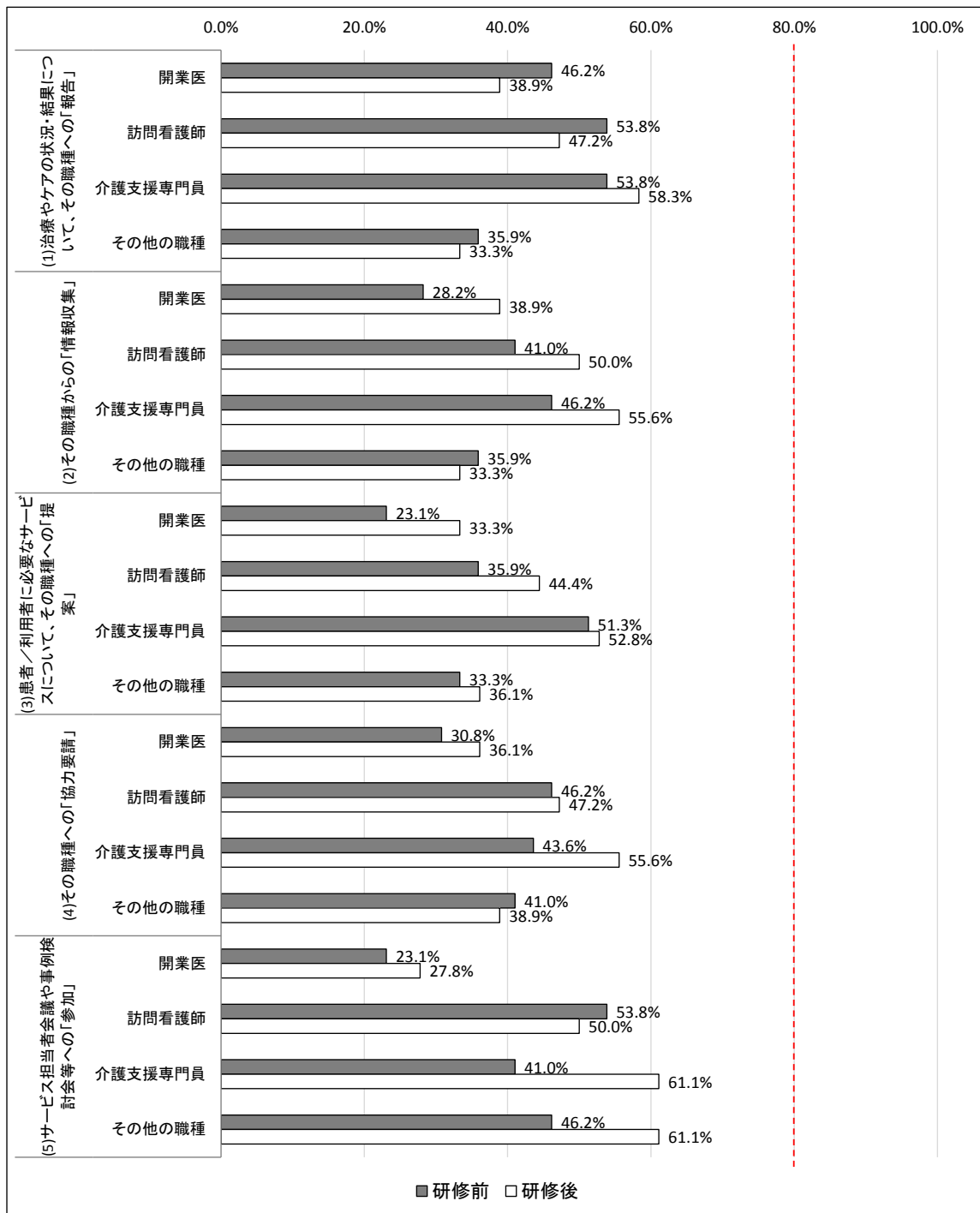
ただし、研修後の単純集計結果としては2項目を除く全てでポジティブな回答が半数を下回り、全体で見ると今後さらなる改善の余地が大いにあるものと考えられる。

図表 80 他職種との連携・協働の状況に関する前後比較（栃木市）

Up … 研修前「必要と思わず実際にしていない」もしくは研修前「必要だと思っているがしていない」
 Notup… 研修前「必要と思わず（／思っているが）実際にしていない」
 →研修後「必要だと思っているがしていない」「ある程度はしている／ある」
 →研修後「ある程度はしている／ある」
 →研修後「必要と思わず（／思っているが）実際にしていない」

		差分集計				単純集計			
		回答数		計(n)	%		「ある程度している／ある」の割合		
		Up	Notup		Up	Notup	研修前	研修後	増減
(1)治療やケアの状況・結果について、その職種への「報告」	開業医	3	10	13	23.1%	76.9%	46.2%	38.9%	-7.3%
	訪問看護師	3	2	5	60.0%	40.0%	53.8%	47.2%	-6.6%
	介護支援専門員	4	1	5	80.0%	20.0%	53.8%	58.3%	4.5%
	その他の職種	4	10	14	28.6%	71.4%	35.9%	33.3%	-2.6%
(2)その職種からの「情報収集」	開業医	3	14	17	17.6%	82.4%	28.2%	38.9%	10.7%
	訪問看護師	5	4	9	55.6%	44.4%	41.0%	50.0%	9.0%
	介護支援専門員	4	3	7	57.1%	42.9%	46.2%	55.6%	9.4%
	その他の職種	2	14	16	12.5%	87.5%	35.9%	33.3%	-2.6%
(3)患者／利用者に必要なサービスについて、その職種への「提案」	開業医	5	13	18	27.8%	72.2%	23.1%	33.3%	10.3%
	訪問看護師	4	7	11	36.4%	63.6%	35.9%	44.4%	8.5%
	介護支援専門員	2	3	5	40.0%	60.0%	51.3%	52.8%	1.5%
	その他の職種	4	13	17	23.5%	76.5%	33.3%	36.1%	2.8%
(4)その職種への「協力要請」	開業医	4	11	15	26.7%	73.3%	30.8%	36.1%	5.3%
	訪問看護師	2	6	8	25.0%	75.0%	46.2%	47.2%	1.1%
	介護支援専門員	3	4	7	42.9%	57.1%	43.6%	55.6%	12.0%
	その他の職種	2	12	14	14.3%	85.7%	41.0%	38.9%	-2.1%
(5)サービス担当者会議や事例検討会等への「参加」	開業医	6	12	18	33.3%	66.7%	23.1%	27.8%	4.7%
	訪問看護師	2	4	6	33.3%	66.7%	53.8%	50.0%	-3.8%
	介護支援専門員	4	3	7	57.1%	42.9%	41.0%	61.1%	20.1%
	その他の職種	5	5	10	50.0%	50.0%	46.2%	61.1%	15.0%





iii) 在宅医療に関する知識と実践・活用

I 知識、II 実践・活用ともに多数の項目で「Up」が5割を超えており、全体として向上の傾向が見られた。

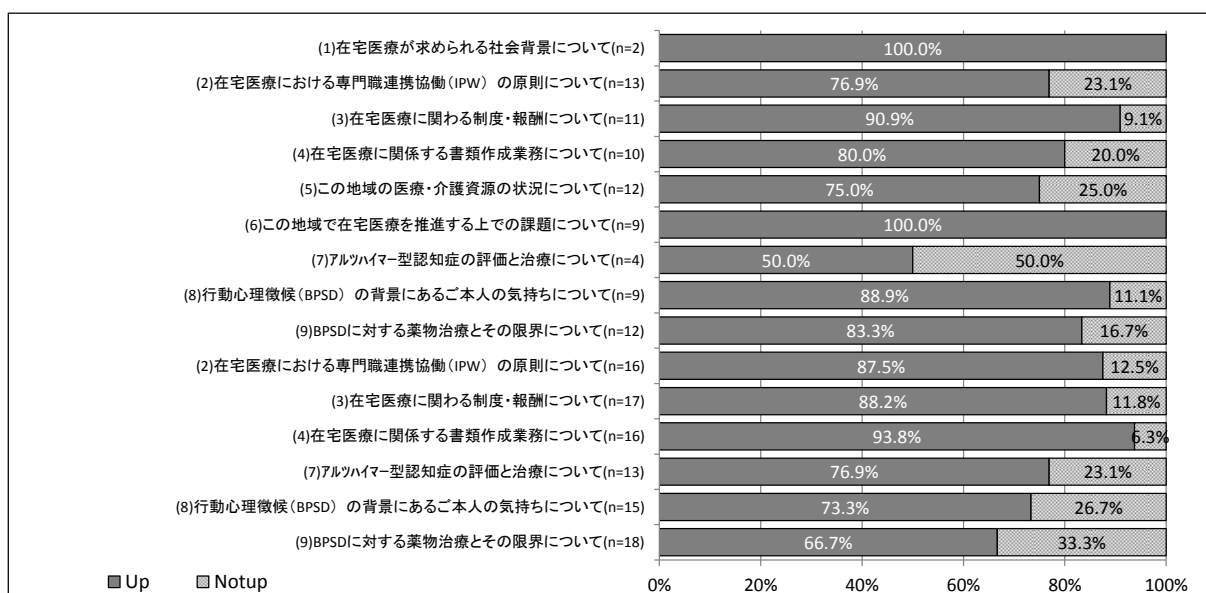
稲城市と同様、特にI知識の「(1)在宅医療が求められる社会的背景」「(6)在宅医療を推進する上での課題」では「Up」が100%となっているほか、8割以上「Up」となっているものも少なくない。

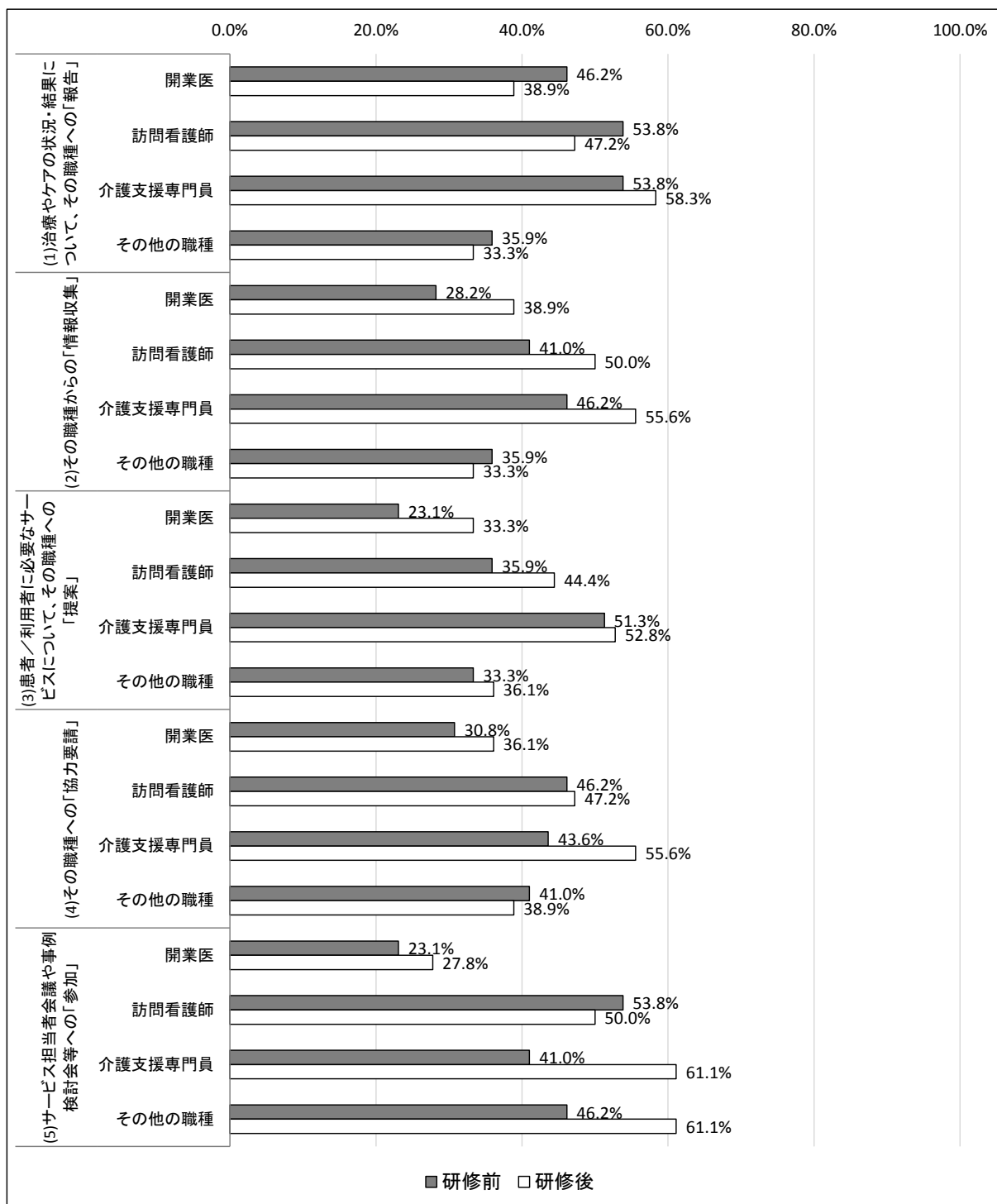
ただし、単純集計結果を見ると、研修の前後いずれの項目においてもポジティブな回答が8割以上となっているものはなく、今後は知識、実践・活用とも取り組む余地があると考えられる。

図表 81 在宅医療に関する知識と実践・活用に関する前後比較（栃木市）

Up	・・・研修前「知識がない」「実践・活用できていない」	→研修後「知識がある」「実践・活用できている」
Notup	・・・研修前「知識がない」「実践・活用できていない」	→研修後「知識がない」「実践・活用できていない」

	差分集計					単純集計		
	回答数			%		「知識がある」「実践・活用できる」の割合		
	Up	Notup	計(n)	Up	Notup	研修前	研修後	差分
I. 知識								
(1)在宅医療が求められる社会背景について	2	0	2	100.0%	0.0%	46.2%	77.8%	31.6%
(2)在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則について	10	3	13	76.9%	23.1%	17.9%	55.6%	37.6%
(3)在宅医療に関わる制度・報酬について	10	1	11	90.9%	9.1%	17.9%	50.0%	32.1%
(4)在宅医療に係る書類作成業務について	8	2	10	80.0%	20.0%	28.2%	69.4%	41.2%
(5)この地域の医療・介護資源の状況について	9	3	12	75.0%	25.0%	25.6%	69.4%	43.8%
(6)この地域で在宅医療を推進する上での課題について	9	0	9	100.0%	0.0%	20.5%	58.3%	37.8%
(7)アルツハイマー型認知症の評価と治療について	2	2	4	50.0%	50.0%	23.1%	63.9%	40.8%
(8)行動心理徴候(BPSD)の背景にあるご本人の気持ちについて	8	1	9	88.9%	11.1%	25.6%	55.6%	29.9%
(9)BPSDに対する薬物治療とその限界について	10	2	12	83.3%	16.7%	23.1%	55.6%	32.5%
II. 実践・活用								
(2)在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則について	14	2	16	87.5%	12.5%	15.4%	44.4%	29.1%
(3)在宅医療に関わる制度・報酬について	15	2	17	88.2%	11.8%	20.5%	44.4%	23.9%
(4)在宅医療に係る書類作成業務について	15	1	16	93.8%	6.3%	33.3%	58.3%	25.0%
(7)アルツハイマー型認知症の評価と治療について	10	3	13	76.9%	23.1%	20.5%	50.0%	29.5%
(8)行動心理徴候(BPSD)の背景にあるご本人の気持ちについて	11	4	15	73.3%	26.7%	25.6%	50.0%	24.4%
(9)BPSDに対する薬物治療とその限界について	12	6	18	66.7%	33.3%	25.6%	47.2%	21.6%





iv) 在宅医療をどの程度行っているか・在宅医療についての具体的なイメージ

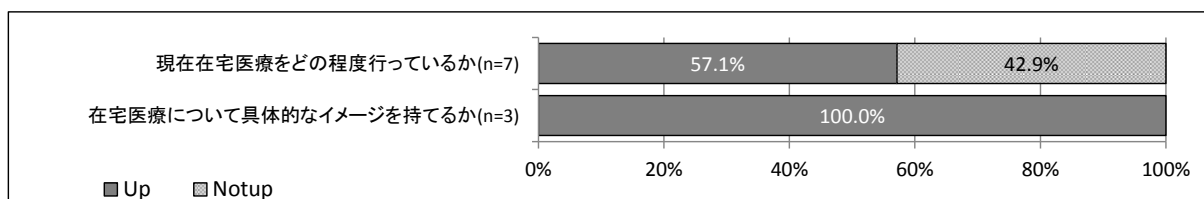
「現在在宅医療をどの程度行っているか」では 6 割強、「在宅医療について具体的なイメージを持つことができているか」では 100%が「Up」している。

研修後の単純集計結果でも、「在宅医療をどの程度行っているか」は約 8 割、「在宅医療についての具体的なイメージ」は 9 割強である。稲城市での考察と同様に、本調査では改めて「在宅医療」の定義を示しており、本設問がその確認であると考え、全員が「自分の仕事も在宅医療に関わっている」ことを認識し、さらには「自分も行っているのだ」と考える者が増えたものと考えられる。

図表 82 研修前後比較

Up …研修前「全く思わない」「思わない」「あまり思わない」	→研修後「非常に思う」「思う」「まあ思う」
…もしくは研修前「全く持てない」「持てない」「あまり持てない」	→研修後「非常に持てる」「持てる」「まあ持てる」
Notup…研修前「全く思わない」「思わない」「あまり思わない」	→研修後「全く思わない」「思わない」「あまり思わない」
…もしくは研修前「全く持てない」「持てない」「あまり持てない」	→研修後「全く持てない」「持てない」「あまり持てない」

	差分集計					単純集計		
	回答数			%		「非常に思う／持てる」「思う／持てる」「まあ思う／持てる」の割合		
	Up	Notup	計(n)	Up	Notup	研修前	研修後	増減
現在在宅医療をどの程度行っているか	2	1	3	66.7%	33.3%	74.4%	83.3%	9.0%
在宅医療について具体的なイメージを持つことができているか	3	0	3	100.0%	0.0%	74.4%	97.2%	22.9%



(2) 実証結果に対する考察

① 在宅医療・介護連携を推進するエンジンとしての多職種連携研修の有用性

多職種連携研修の効用は、大きく2つあると考えられる。

1つは、研修そのものの効用である。研修プログラムのうち、中でもグループワークによる演習の際には、普段はその必要性を感じつつもきっかけがなく十分なコミュニケーションが取れていなかった各専門職が、互いに地域における望ましいケアのあり方や各人の問題意識を議論し合うことができ、「顔の見える関係」づくりに加え、専門職としてのモチベーションの向上につながったと思われる。特に医師以外の専門職からは、普段医師と会話することは非常にハードルが高いと感じていたが「研修参加者」という対等な立場で専門職同士が会話できたことがハードルを下げることにつながった、という意見が多数聞かれた。他方、医師にとっても、在宅医療・介護の現場において、医師に対して大きな期待がされていることを改めて感じる事ができたという意見が少なくなく、意識の変容、在宅医療の実施に対するモチベーションの向上に大きく寄与したと思われる。

もう1つは、研修の実施を事業の1つの目標にすることによる効用である。例えば「地域課題の検討」に関しても、担当課内で検討した結果をワーキングチームに示し、またワーキングチームで検討した結果を多職種連携研修にて示すとし、一連の流れとして展開したことにより、各主体間で認識の共有がスムーズに一貫性を持って図られた。

本調査研究の仮説として述べたように、「多職種研修の実施」を1つの目標として在宅医療・介護連携推進事業の各取組を設計・展開したことが、各取組の一体性を確保することとなり、対象フィールドの2市における円滑な事業の遂行につながったものと評することができる。

2市においては、多職種連携研修の実施後、今回組織したワーキングチームをベースに改めて各地域における多職種連携研修の実施方法等を検討する組織を立ち上げることとなった。担当課内での検討、専門職の代表等からなるワーキングチームによる検討、多職種連携研修の実施という段階を踏んだことにより、今後在宅医療・介護連携推進事業をより広く展開させていくための体制の基礎を整えることができ、この体制のもと、研修の実施という1つの成功体験を得られたことにより、また次の（より発展的な）段階へと進むことができたと言評することができる。

② 市区町村による主体的な検討・実施の重要性

在宅医療・介護連携の推進、あるいは地域包括ケアシステムの構築にあたって、地域の専門職からは、市がどのようなことを課題として認識しており、この地域をどうようにしていきたいかを聞きたいという声は多い。本調査研究では、行政から多職種の代表者等に対し、市として、在宅医療・介護連携の推進の意志や、当該地域における多職種連携研修の実施意向を表示し、そのための協力を働きかけるところからスタートしたが、そうした市の主体的な動きが、多職種のモチベーションに与えた影響は非常に大きかったと言える。

地域における在宅医療・介護連携の推進、さらにはその先の地域包括ケアシステムの構築に関しては、やはり市区町村がその第一義的な責任を持つ。医療・介護サービスを実際に提供するの専門職であるが、地域に責任を持つ市区町村がその地域をどのようにしていきたいか方向性を明示し、専門職に対して働きかけていくことがあって初めて専門職は当該地域において課題認識を共有し、共通の方向に向かって連携していくことが可能となると考えられる。

在宅医療・介護連携推進事業では一部委託も可とされているが、仮にこうした市区町村と

しての意思表示や方向性の提示がされぬまま丸投げされるとすれば、多職種にとっても、どこに向かって進めばよいか曖昧な、あるいは持続性の無い一時的な取組として終止するものと思われる。いずれかの主体に委託するにしても、市区町村が旗振り役として当該地域における在宅医療・介護連携の方向性を示し、関係者への働きかけやコーディネートをしていくことが必要不可欠であると考えられる。

③ 医師及び医師会の関わりの重要性

対象フィールドの 2 市は、これまで主に在宅介護に関わる専門職同士での自主的な研修会や連絡協議会の実施といった取組は比較的なされてきた地域であったが、今回の多職種連携研修においては、上述のように、そこに医師が参加したことが各専門職の更なるモチベーションアップに寄与することとなった。また、ワーキングチームにおける研修会の内容の検討といった事業の推進プロセスにおいても、医師の関わりにより内容の深化が進んだところは大きく、事業の推進において医師が果たす役割は非常に大きいと言える。更には、医師が関わることで、多職種との会話を通じ、医師自身の意識・意欲を大いに刺激することになることから、医師の参画を促進していくことが重要である。

逆に、医師や医師会の関わりが得られない、十分にコミュニケーションすることができない状況のままでは、在宅医療・介護連携の推進は困難であると言える。市区町村にとっては、地域の医師会とはこれまで殆ど関わりが無かったところも少なくなく、また、業務上介護分野についてはある程度の知見があっても、医療についてはよく分かっていないといった場合も多数想定されるが、そうした心理的ハードルを乗り越えて、如何に医師及び医師会の協力を得られるかが、事業推進上の非常に大きなポイントになるものと考えられる。

また、医師及び医師会としても、果たすべき役割、影響の大きさ等を踏まえ、積極的に関わりを持ち、市区町村側の姿勢を引き出していくよう働きかけることが期待される。

④ 継続的改善の重要性

本調査研究においては、在宅医療・介護連携推進事業実施の前提として、まずはできる範囲から開始し、事業のサイクルを回し、事業を進めていく中でより発展的なものとなるよう継続的改善を図ることを重視した。これにより、多少粒度が荒いものであっても市から専門職に対し地域の強み・弱み等に関する認識が提示なされ、必ずしも精緻ではなくとも多職種連携研修の内容が検討され、小さくとも研修会の実施という成功体験を得ることができた。

こうした過程を経る中で、事業開始当初は、市から多職種に対しやや形式的に報告がなされ、その後多職種から数点質疑がなされるといったやり取りにとどまっていたところ、ワーキングチームによる研修会実施後の振り返りの際には、市が自ら議題を提示し、多職種に混じって議論するといった場面が見られるようになるなど、相互の関係性に変化が生まれている。研修会の実施結果についても、いくつか課題があった中で、振り返りにおける議論では、今後より良い研修会とするためにはどこをどのように改善していくべきか積極的な発言が相次ぎ、次年度以降の取組に向けた方向付けがなされることとなった。このように、出来る範囲で事業に着手し、多職種連携研修を中心とした PDCA サイクルを一通り回すことにより、関係者間で密にコミュニケーションが図られ、一定の信頼関係が生まれ、取組を継続的に改善していくことができるものと考えられる。

第5章 多職種連携研修を用いた在宅医療・介護連携の推進手順(案)

在宅医療・介護連携推進、そして地域包括ケアシステムの構築に向け、本調査研究では、次の認識のもと調査研究に取り組んだところである。

【在宅医療・介護連携推進事業は一体的に実施されることで効果を生む】

在宅医療・介護連携推進事業の(ア)～(ク)は在宅医療・介護連携を推進するための具体的な内容を示したものであり、それらは一体的に実施されることで効果を生む。しかし、その理解が無く、単体の事業として実施された場合、その取組効果は減ることとなる。

【短期間に体制構築を推進するには戦略的に取り組むことが必要】

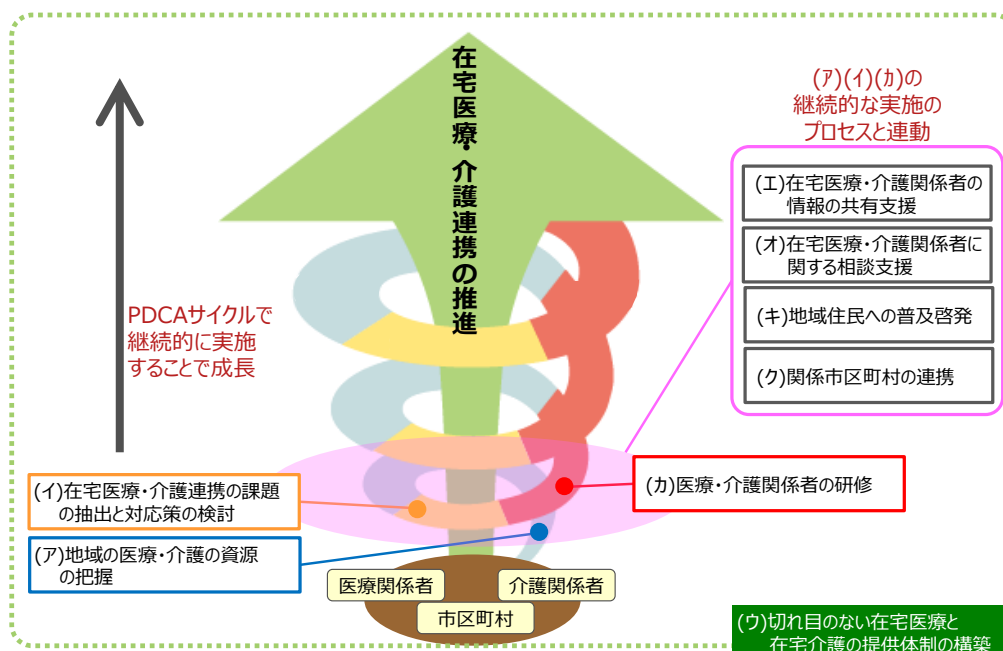
在宅医療・介護連携推進事業は、2018年4月までに全市町村で実施するとされている。複数の主体が参加して体制を構築・強化していく過程は、常に参加者の認識の共有と合意、新たな知識の獲得や深化、連携強化が行われ、その一連をもって体制構築・強化が行われるという正のスパイラルである。それを短期間に成し遂げるには、漫然と取組を行うのではなく、戦略的に取り組むことが必要である。

【在宅医療・介護連携推進には人材育成が不可欠である】

医療や介護は専門職による対人サービスであり、その質の充実には人材育成と連動する。よって、在宅医療・介護の連携推進には更なる人材育成が不可欠である。

以上から、本調査研究では在宅医療・介護連携推進事業を戦略的かつ一体的に進めるためのスタートを、人材育成とその人材が連携する機会である「(カ) 医療・介護関係者の研修」である「多職種連携研修会」に設定し、その開催に向けて自治体から医療・介護の事業者者に働きかけを行っていく過程で課題把握とその認識共有を行うものとした。そして、継続的な実施のプロセスと連動して在宅医療・介護連携推進事業の各取組が実施され、それらがPDCAサイクル上におかれることで、自律的に充実していくと考えた。その考えのもと実施した2つのフィールドでの調査では、多職種連携研修の開催に向けての一連の活動が、医療と介護の連携のみならず、自治体と医療・介護の関係者との連携にも効果的、かつ、いずれの主体の動機づけにも有効であり、多職種連携研修会が体制構築のための推進エンジンとしての役割を有効に果たしたものと考える。

図表 83 5つのstepの概要



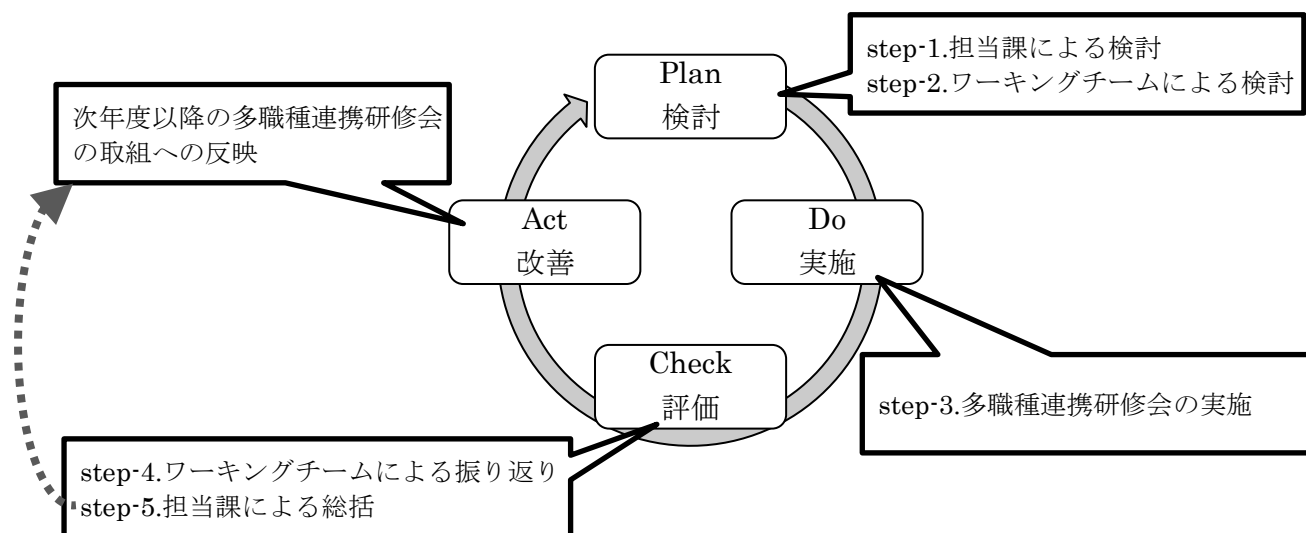
本章では、以上の一連の調査の内容や結果を踏まえ、今後本格的に在宅医療・介護連携推進事業に取り組むことを考えている全国の市区町村の参考となるよう、多職種連携研修を活用した在宅医療・介護連携の推進のための手順（案）を整理する。大まかな手順としては、次の5つのstepをと実施体制を想定する。人材育成のサイクルとあわせて研修体系を大きくとらえると、「はじめて知る・体験する」等の導入時の基礎研修と、基礎研修終了後のスキルアップ等の応用研修や専門分野の研修等の複数段階が考えられる。

なお、本調査研究では多職種連携研修会の実施を機会として在宅医療・介護連携推進を図ると想定していることから、本稿においても「多職種連携研修会」の記載は導入等の基礎研修であることを意味する。但し、1回の研修の参加人員は限られ、入職や異動に伴って新しい職員も毎年現れることから、導入時の基礎研修は継続的に行われ、その内容も向上していくことを想定している。

図表 84 5つのstepの概要

手順(step)	
step-1. 担当課による検討 【Plan】	在宅医療・介護推進事業担当課の課長、係長、担当者、地域包括支援センター職員等によって自治体の現状(強み・弱み)を把握するとともに、地域包括ケアシステム構築の上での課題や当該地域における地域包括ケアシステムのあるべき姿等を担当課内で検討し、市としての認識の整理を行う。
step-2. ワーキングチームによる検討 【Plan】	在宅医療・介護連携推進のためのコアメンバーとなりうる複数名の専門職からなるワーキングチームを組織し、step-1の結果を自治体と共有し、ワーキングチームのメンバー自らも地域の課題等を整理・認識するとともに、step-3の研修プログラムの具体的な内容を検討する。
step-3. 多職種連携研修会の実施 【Do】	step-2の検討内容を踏まえ、各専門職から参加者を募り、「顔の見える関係づくり」のための多職種連携研修会を実施する。
step-4. ワーキングチームによる振り返り 【Check】	担当課及びワーキングチームにより、研修参加者に対するアンケートの結果を確認するとともに、多職種連携研修の実施結果について振り返りを行い、次回以降の展開の方向性を検討する。
step-5. 担当課による総括 【Check】	step1～4までの実施過程およびその結果について、担当課及び調査研究としての振り返り・総括を行い、今後の進め方について整理する。

図表 85 全体の実施工程（再掲）



step-1. 担当課による検討【Plan】

「step-1.担当課による検討」では、在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステム体制構築の推進者である自治体の実態を把握し、そこで得た課題認識や考えを協働する他者に対して伝えることで、協働できる体制づくりをしていくという視点を持って行うことが重要である。

地域包括ケアシステムは、自治体、医療・介護の関係者、住民が協働して取り組む。しかし、その方向性や工程は自治体が示すものであり、それに基づき医療・介護の関係者が専門性やノウハウを発揮して取り組む構図となる。ゆえに、自治体自らの課題認識や取組の方向性、工程が、一緒に構築を進めるパートナーである医療・介護事業者に理解、共有されるよう準備する必要がある。

なお、多職種連携研修会の内容に関わることから、研修実施の半年前までの実施を想定する。

- (1) 担当課内の検討体制の整備・庁内他部署への働きかけ
- (2) 担当課及び関係部署等による地域の実態把握・課題整理・方向性のまとめ
- (3) 医師会をはじめとする関係者との関係づくり・在宅医療・介護連携推進協議会の設置

(1) 担当課内の検討体制の整備・庁内他部署への働きかけ

在宅医療・介護推進事業の担当者を中心に、担当課の課長、係長、担当者らが中心となって、共に検討を行うことが望ましいと考える庁内他部署に対して働きかける。

自治体職員数が減少する現在、担当課においても在宅医療・介護連携推進を実質的に担当する職員は1人しかいない等という場合も考えられる。しかし、在宅医療・介護連携は地域包括ケアシステムを成立させるための条件であり、さまざまな事業と関連する。よって、担当課内だけではなく庁内においても積極的に「連携」を働き掛けていく姿勢が必要であり、在宅医療・介護連携の必要性を訴求し、その体制づくりに巻き込んでいく努力が求められる。

図表 86 担当課を中心とした検討体制づくり

在宅医療・介護連携推進の担当課の課長、係長、担当者 介護保険事業、介護予防・日常生活支援総合事業等の担当 地域包括支援センター	等
---	---

(2) 担当課及び関係部署等による地域の実態把握・課題整理・方向性のまとめ

在宅医療・介護連携推進は単なる医療関係者と介護関係者だけの問題ではなく、実現に向けては自治体が医療と介護の関係者と関わりながら進めていくものである。介護保険事業計画の場合、担当課において事業実施状況の確認は継続的に行われており、比較的把握しやすい。しかし、在宅医療の場合、今まで余り行われなかった供給側である在宅医療資源の充足状況や在宅での死亡実態等の把握が求められる。しかし、それらは需要側である市民の意向と連動するため、あわせて在宅医療に関する市民の意識や理解の把握も必要となる。

以上に対する自治体の認識・それを根拠にした取組方針が示されなければ、医療や介護の関係者に理解を求め、連携を促すことは困難である。しかし、最も重要であるのは、自治体としての大きな方針を提示することで医療と介護の関係者らと意識を共有し、その関係醸成に早く取り組むということであって、緻密さや精緻なデータを得るために時間をかけることではない。精緻な分析は、その後の医療や介護の関係者と関係を醸成し、連携推進する過程において、在宅医療・介護連携推進事業の「(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」として協力を得ながら順次行えばよいのであり、まずは早くに自治体の認識を提示し、連携に向けての協力を得ることに注力すべきである。

以上の実施に際しては、各種統計データや事業実施状況等の他、現場の聞き取り等も有効であり、在宅医療・介護連携推進の担当課の課長、係長、担当者等だけではなく、介護保険事業、介護予防・日常生活支援総合事業等の担当、地域包括支援センターが参加し、検討を進めることが望ましい。

課題等を解消するための方向性をまとめ、提示・説明できるようにすることが必要である。「第4章 調査実施報告」で使用した「多職種連携推進のための課題整理表」にある地域包括ケアにかかわる7つの領域および6つの視点で検討し、特に在宅医療・介護連携推進に必要な資源・実施体制の有無、強み・弱み、推進上の課題等を把握することも効果的と考える。また、研修会開催に向けての事務局について、①自治体を実施、②自治体+医師会をはじめとする他団体等で協働して実施、③医師会をはじめとする他団体等が委託によって実施等、どこが担うのかを検討する。但し、③のように委託によって実施する場合も、ワーキングチームに参加する等して自治体はその企画検討に継続して関わっていくことが必要である。

図表 87 担当課による実態と課題の把握（再掲）

地域包括ケアに関わる7領域	1.在宅医療	2.入院医療	3.在宅介護	4.基礎自治体	5.地域連携	6.地域コミュニティ	7.利用者意識
自治体の強み							
自治体の弱み							

×

視点 1.量的充足	ニーズに対する資源・提供サービス等の量
視点 2.質的充足	提供されているサービスの質等の確保
視点 3.取組の有無	必要と考えられる取組が実施されているか
視点 4.利用状況	利用されている状況があるか
視点 5.人材	担う人材の育成や実施に関しての意識啓発はされているか
視点 6.環境の醸成	利用に際しての意識醸成・取組の環境づくりはされているか

※平成25年度 RISTEX 研究開発プログラム「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」研究開発プロジェクト「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」（医療法人アスミス（理事長 太田秀樹））に基づき作成

➡ 作成：在宅医療・介護連携推進に向けての自治体による現況把握と認識・方向性をまとめた説明資料

(3) 医師会をはじめとする関係者との関係づくり・在宅医療・介護連携推進協議会の設置

① 医師会との良好な関係づくり

在宅医療の推進は、当該地域の地域医療の中心的役割を果たす地元医療機関に属する医師の団体である地域の医師会によるところが大きい。ゆえに、在宅医療・介護連携の推進に際しては、在宅医療・介護連携を進めようとする自治体が、当該地域の医師会と認識を共有し、良好な関係をうまくつくれるかが重要となる。

医師会の窓口となるのは事務局であり、そこを通じて在宅医療・介護連携の担当者が働きかけていくこととなるが、医師会としての方針を決めるのは医師会長そして理事会である。ここでも人と人との関係づくりに似た十分な働きかけが必要であり、担当者は医師会長をはじめとする役員や理事会において自治体としての方針を丁寧に説明することで互いの認識や目標の共有を目指し、地域包括ケアシステムを共に作る者として風通しの良い関係づくりを進める努力が必要である。

② 在宅医療・介護連携推進協議会の設置

在宅医療・介護連携推進協議会は、在宅医療・介護の連携推進について、医療関係者、介護関係者の代表者ら自治体と共に協議する場となる。また、関係者らによる方針等の検討とその実施の合意形成の場でもあり、ここでの協議を通じて各専門職への展開が図られることも期待されることから、連携推進に際しては極力早期の設置を目指し、働きかけを行うことが求められる。

step-2. ワーキングチームによる検討【Plan】

「step-2.ワーキングチームによる検討」では、自治体を交えて多職種の専門職が参加して検討を行うことで、より実態に即し、効果的な多職種連携研修会を企画するだけでなく、共通の課題や方向性の認識を獲得しつつ人材育成の体制を自律的に進める機運を醸成することが重要である。さらに、今後の在宅医療・介護の連携、地域包括ケアシステム体制構築の推進におけるリーダー層としての育成も期待されることから、その意識の醸成も重要である。

なお、多職種連携研修会の内容に関わることから、研修実施の半年前までの実施を想定する。

- (1) ワーキングチームの組成と開催準備
- (2) 検討の実施①課題共有 ～自治体からの説明と認識の共有
- (3) 検討の実施②課題検討 ～課題抽出と解決の方向性の検討
- (4) 検討の実施③研修プログラム案の検討

(1) ワーキングチームの組成と開催準備

① ワーキングチームのメンバー選定

在宅医療・介護連携推進に向けて多職種の連携を進める・すなわちそれができる人材を継続的に育成していくことが必要である。人材育成は他から促されるものではなく、本来自ら、そして自らが属する事務所や専門職団体等の組織の問題としても取り組むべきものであることから、医療および介護の関係者らが自律的・主体的に取り組む機運の醸成と体制が求められる。早期にそうした体制をつくるためには、そのリーダー層となる人々をまず人材として育成し、その人々によって新たに人材育成を行うシステムを構築しておくことが望ましい。そのため、各専門職から成る人々を将来的に在宅医療・介護の連携推進に資する人材育成に取り組む人材としてグルーピングし、先に研修実施の検討の過程を通じて人材育成していくことが考えられる。

よって、ワーキングチームのメンバーとして対象となる者は、次のような職種毎に主導的な役割を担うと思われる者に対して自治体もしくは自治体以外が事務局を担う場合には事務局から声かけを行う・または事業所や専門職の団体等からメンバーの推薦をもらう方法が考えられる。

ワーキングチームは、研修実施のための検討を行う組織としての位置づけとなるが、在宅医療・介護連携推進協議会が設置されている場合には、その中に「研修作業部会」として位置づけ、継続的な人材育成の機能とあわせて検討を進めることは非常に有効である。

また、ワーキングチームでの検討を実施する際には、冒頭で自治体の担当職員から先般の自治体による検討結果である「在宅医療・介護連携推進に向けての自治体による現況把握と認識・方向性をまとめた説明資料」を用いて説明を行い、その後で行うグループワーク等での具体的な検討時には傍聴することが考えられるが、状況に応じて参加することも有効である。

図表 88 ワーキングチーム/研修作業部会のメンバー例

- ・ 医師（医師会）
- ・ 歯科医師（歯科医師会）
- ・ 薬剤師（薬剤師会）
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 居宅介護支援事業所代表
- ・ 在宅・医療介護相談室（在宅医療・介護連携推進事業「（才）在宅医療・介護連携に関する相談支援」を担う者）
- ・ 地域の医療機関の地域医療連携室

② 検討方法について

ワーキングチームによる多職種連携研修会のプログラム案検討の目的は、研修内容を地域の実情に即したものとし、さらにそれが地域で実際に医療・介護の提供に携わる人々にとって実感を伴う内容とすることにある。ゆえに、ワーキングチームの参加者が通常の自らの業務の範囲で知る実情や課題だけではなく、他の専門職、自治体の認識を知り、その上で協議を進めることが求められる。

ワーキングチームには各職種からメンバーが参加するため、KJ法によるグループワークでの検討が有効と考えられる。この場合、各メンバーは他の専門職の知見を知りながら検討を進めることができる。また、メンバーがグループワークやKJ法に慣れておくことは、多職種連携研修会でグループワークに参加者した際に検討内容の深耕、適切な進行への寄与等の効果が期待される。

図表 89 ワーキングチームによる検討の進め方

- | |
|------------------------|
| ① 課題共有～ 自治体からの説明と認識の共有 |
| ② 課題抽出～ 課題抽出と解決の方向性の検討 |
| ③ 研修プログラム案の検討 |

③ 検討会の開催準備

通常、ワーキングチームのメンバーには専門職としての勤務があり、当該メンバーが管理者である可能性もある。よって、ワーキングチームによる検討会を行う場合の時間確保が難しいことも想定されるが、実態を把握しながら協議を進め、多職種連携研修会のプログラム案までを導き出す検討を行うには相応の時間の確保も必要となること、検討過程で得られた内容について持ち帰り情報収集や協議を行ってから更に検討を進める等の可能性もあることから、最低2回程度の複数回開催を想定する。また、検討会場の確保、及びグループワーク時に使用する備品等の準備を行う。

(2) 検討の実施①課題共有 ～自治体からの説明と認識の共有

自治体担当者は、地域包括ケアシステム体制の構築、在宅医療・介護連携推進の多職種連携研修会で目指すこと、そのためワーキングチームで行ってほしい・期待することを明確に説明し、参加者にそれらが伝わるよう努力する。あわせて、step-1.の在宅医療・介護連携推進に対する自治体の現況把握と認識・方向性は、まとめた説明資料で考える。補足資料を用いたわかりやすい説明も大事だが、必要なのは自治体がどのように現状認識して今後の方向を考えているか参加者に伝えることである。いわば、共に体制をつくる仲間として「その気になってもらう」働きかけが大事である。

その内容を受けて、専門職であるワーキングチームの各メンバーも同様の認識であるのか否か、その上で当該自治体において在宅医療・介護の連携を推進していくにはどのような現状があるかを話し合っ確認し、ワーキングチームのメンバー間、そして自治体との間で課題と認識を共有する。以上は、ワーキングチーム検討会を複数回行う場合の1回目の検討会のゴールと想定される。

(3) 検討の実施②課題検討 ～課題抽出と解決の方向性の検討

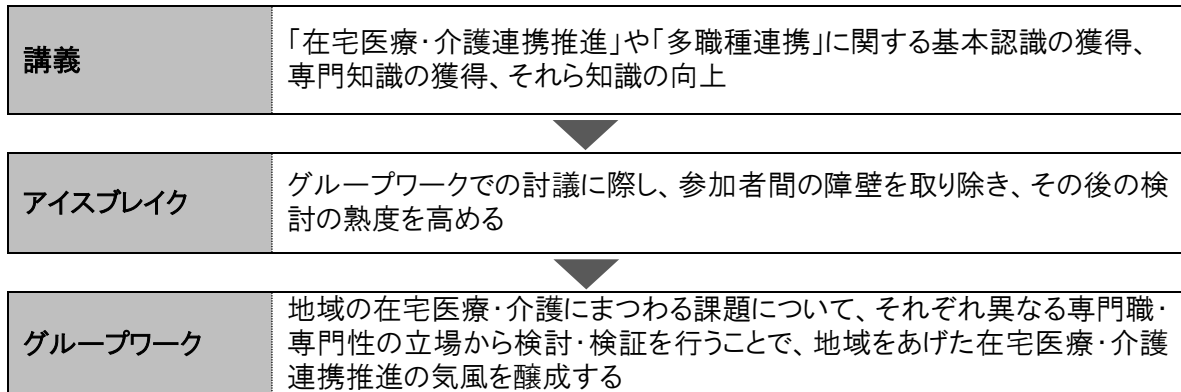
在宅医療・介護の連携を推進していく課題と認識がワーキングチームのメンバー間、そして自治体との間で共有された後、特に取り組んでいくべき課題の抽出と解決の方向性について検討を行う。その際に得られた内容は、その後の多職種連携研修会のプログラムの検討に反映していくことになるが、このプロセスで必要であるのは「研修プログラムに何が使えるか」を強く意識することではなく、現状の把握と課題抽出、解決の方向性を考え、参加者が共有していくことにある。

以上で自治体との認識共有だけではなく、研修プログラム案でも「この内容が必要だ」と参加者が実感できる内容を導き出すことが可能となり、自治体の政策と現場の課題の融合が図られる。

(4) 検討の実施③研修プログラム案の検討

多職種連携研修は、講義により在宅医療・介護連携等に関わる知識を得ることだけを目的とするものではない。研修という限定された時間ではあるが、共に在宅医療や介護、地域の実態等について同じ知識を得て、グループワークの討議の中で互いの専門性に気づき、多職種が連携して課題に取り組むことで意識変容を促し、顔の見える関係づくりのきっかけを得ることが最大の目的である。よって、多職種連携研修会は、次のような段階を踏んで進行されることを想定する。よって、その構成や目的を認識した上で、ワーキングチームは研修プログラム案の検討を行う。

図表 90 多職種連携研修会のプログラムの概要



① 開催日数

本調査研究では、2つのフィールドでも実施した研修プログラムと同様に、講義・アイスブレイク・グループワークの内容を複数日（半日×2日間）で展開することが望ましいと考え、その際のプログラムを用いての実施を想定する。その理由は、貴重な機会である多職種連携研修会を有意義なものとするべく、検討や理解を促すには一定程度の時間が必要であること、参加者同士の関係性の醸成を期待するには複数回の顔合わせがあることが望ましいこと等のほか、短時間に研修を詰込むことによる内容の不足や長時間実施とした場合の消化不良を避けるためである。

しかし、複数日の参加は困難だが1日で集中開催であれば参加できる等の場合も考えられるため、開催日数については、実施内容を鑑みながら検討を行うことが望ましい。また、訪問診療の同行による医師の実地研修等の追加も考えられる。

② 進行・講師等について

全体の司会進行については、医師・介護の関係者、もしくは自治体等が行う。

講義の講師については、地域の実情に応じて継続的に人材育成を図るという視点で考えると、当該自治体の医療・介護の関係者によって行われることが最適である。多職種連携研修会を開始したばかりで内部講師の育成が間に合わない、当該自治体外の先進事例を聞きたい等で外部から講師を招聘することも考えられるが、先進事例や専門知識習得のための学識経験者や有識者による講義を除き、将来的には基本的に内部調達できるよう取り組んでいく。

なお、講義以外のアイスブレイクやグループワークの場合は、タイムキーパーを兼ねた進行役が必要となるが、それらはワーキングチームのメンバー等をはじめとする当該自治体内の医療・介護の関係者が担う。

以上については、研修プログラムのコマの決定と合わせ、誰が担当するか・もしくは依頼するかを検討する。

③ 講義資料について

講師それぞれが独自に資料を作成することは非常に望ましいが、作成に係る負担は大きい。現在、多職種連携研修会で使用できる資料としては、本調査研究のフィールドでも利用し、運営ガイドも掲載されている「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会⁷」のホームページに講義用資料の他にも原稿や動画等が公開されているので参照されたい。

④ 研修プログラムについて

次の研修プログラムを2回開催によって行うことを想定する。「時間」は目安であるが、グループワークの「7.領域別セッション」についてはミニレクチャーの内容によって、課題把握と解決の2段階検討を行う「8.グループワークによる検討」は開催回数によって時間が変わる場合も考えられる。下の構成のうち、特に検討が必要となる部分は となる。

図表 91 多職種連携研修会のプログラムの構成

カテゴリ	テーマ	講師	実施内容と参加者に期待される効果	時間(目安)	実施
講義1	1.在宅医療の果たすべき役割	講師 :内部調達	・在宅医療・介護の連携が求められる背景等の共通理解	30分	必須
講義1	2.地域の実態 (在宅療養を支える医療・介護資源)	講師 :自治体 担当課	・実態把握と自治体の問題意識の共有	15分	必須
講義1	3.在宅ケアでPW(専門職連携協働)が必要な理由	講師 :内部講師	・実際に医療と介護が連携しながら	30分	必須
講義2	4.先進事例・専門知識の講義	講師 :内部及び 外部調達	・ワーキングチーム検討時の課題に基づき実施を検討 ・講義テーマと講師想定	40分	検討による
講義2	5.専門職による取組事例紹介	発表者 :内部調達	・ワーキングチーム検討時の課題に基づき実施を検討 ・互いの理解を深めるべく、市内の各専門職が自らの取り組みを紹介	各10分程度	検討による
アイス ブレイク	6.医療介護資源マップ作成	全体進行 :内部調達	・グループで実施、自己紹介を兼ねながら地域資源について情報交換	40分	必須
グループ ワーク1	7.領域別セッション	講師及び 全体進行 :内部調達	・ワーキングチーム検討時に実施と対象テーマを検討 ・「認知症」「摂食・嚥下・口腔ケア」等の1テーマ×1事例について、各グループでその事例検討実施、その後講師によるミニレクチャー	160分	実施が望ましい
グループ ワーク2	8.グループワークによる検討※ 例「当該自治体で在宅医療を進める上での課題と解決策」等(2段階検討)	全体進行 :内部調達	・ワーキングチーム検討時にテーマを検討 ・在宅医療・介護連携推進、地域包括ケアシステム構築推進に係るテーマを2段階で検討 例:1回目(課題編)85分 2回目(解決編)70分 ・各専門職の知見からの検討と顔の見える関係づくり	第1回 :80分 第2回 :70分 ※ 1回開催 の場合は 100分	必須

⁷在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会(東京大学高齢社会総合研究機構)
<http://chem.umin.jp/education/ipw/>

講義 1 ～共通知識として概論を把握するため必須

1. 在宅医療の果たすべき役割
2. 地域の実態（在宅療養を支える医療・介護資源）
3. 在宅ケアで IPW（専門職連携協働）が必要な理由

多職種連携研修会では、グループワークを通じて多職種が連携することの動機づけと関係の醸成を図る。グループワークでの検討を実りあるものとするには、連携が必要とされる背景や経緯等の大きな流れと地域の実態を知り、共通知識として一定程度平準化しておくことが必要であるため、「講義 1」では全国の流れ・当該自治体の現況・医療介護連携の実際の 3 つの概論を想定する。

全国の流れ、医療介護連携の実際の講師については、当該自治体内の医療・介護の関係者を想定するが、講師育成が間に合わない等の場合には外部からの招聘も考えられるため、その検討と依頼が必要である。当該自治体の現況については、担当課より説明を行う。

講義 2 ～ワーキングチームの検討結果に応じて実施

4. 先進事例・専門知識の講義
5. 専門職による取組事例紹介

ワーキングチームの検討において、「この分野の知識や情報が不足しているため、この事例の話を聞きたい」等の場合は「4.先進事例・専門知識についての講義」を設定する。この場合、外部講師の招聘が考えられ、その場合は講義内容・タイトル等と合わせて検討し、候補者に依頼をかける。

また、互いの取組を知りたい・まずは知るべきだ等となった場合には、「5.専門職による取組事例紹介」を行うこととなる。この場合は、ワーキングチームのメンバーや研修参加予定者等から発表者を検討し、それぞれ取組紹介を行うこととなる。

アイスブレイク ～グループワークの前哨戦として必須

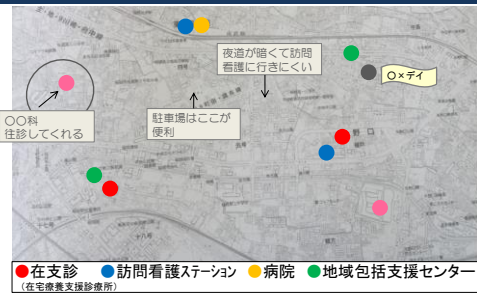


6. 医療介護資源マップ作成

アイスブレイクとは、会話のきっかけづくりや緊張をときほぐすための手法であり、多職種連携研修会では資源マップを共に作成する行為にその役割を想定している。後のグループワークのスムーズな進行を目指しての場づくりを目指し、互いの自己紹介や情報交換も行いながら共同で地域資源のマッピングを行っていくため、グループワークの形態と近いが、ここでは「正確な資源マップづくり」やグループワークの KJ 法のように結論までたどりつくことが目的ではなく、マップ作成に伴う情報提供や交換を通じて互いを知ることが目的である。

実施に際しては、開始に先立ち実施方法の説明と進行を行う者が必要であり、ワーキングチームのメンバーや研修参加予定者等から実施者を検討する。説明資料の例としては、次のとおりである。

図表 92 資料例

<p>在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会</p> <p>在宅療養を支える医療・介護資源 マップの作成</p> <p>やのくち正吉苑 森部 みどり</p> <p>IOG © Institute of Gerontology, the University of Tokyo. All Rights Reserved. 1</p>	<p>本セッションの内容</p> <ul style="list-style-type: none">• 地域の医療・介護資源や在宅医療に関連する情報を地図上に整理する• 作業を通じてグループメンバーと打ち解ける（アイスブレイク） <p>IOG © Institute of Gerontology, the University of Tokyo. All Rights Reserved. 2</p>
---	--

<h3>作業：医療・介護資源のマッピング</h3> <ul style="list-style-type: none"> 地図上に資源をプロットする <p>凡例</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療支援診療所 (赤) ※その他、往診等に積極的な診療所も赤系の色を使用すると分かりやすい(例：ピンク) 訪問看護ステーション (青) 病院 (黄色) 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 (緑) 介護サービス事業所・施設 (オレンジ) その他医療機関、薬局(医・歯・薬) (水色) <ul style="list-style-type: none"> その他ペン・ラベル・付箋を使って、自由に配色・配置してください 自己紹介もかねて、ぜひご自身の所属先も地図上に表現してみてください！(色は任意) <ul style="list-style-type: none"> 各資源の機能 <ul style="list-style-type: none"> がん緩和ケア/認知症/精神疾患/難病/小児などの対応に強い資源 地元ならではのロコミ情報も有用 <p>IOG © Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved. 3</p>	<h3>マッピングの例</h3>  <p>IOG © Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved. 4</p>
<h3>実施例① (自分の事業所と連携のある所を結んで表現)</h3>  <p>IOG © Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved. 2013/3/20 (ver.1) 5</p>	<h3>実施例② (付箋を使って診療科や得意分野を書き込む)</h3>  <p>IOG © Institute of Gerontology, the University of Tokyo All Rights Reserved. 2013/3/20 (ver.1) 6</p>

資料：稲城市第1回在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携研修会（2015年10月31日）
「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会（東京大学高齢社会総合研究機構）」を基に作成

グループワーク1（症例検討） ～理解促進のほか地域の人材の存在を知らせる効果もあり、極力実施

7. 領域別セッション

領域別セッションは、在宅医療・介護において直面する機会が多く、更に多職種での連携が重要と考えられるテーマについて、グループによる事例検討と講師によるミニレクチャーをセットした研修である。一つのテーマについて検討を行うことから応用研修の対象ともとらえられがちだが、参加者である専門職にとって設定された事例についての所見や対応策を述べることは通常の業務でも行われることであり、初めてのあったメンバーとも話す内容としてのハードルは低く、「6. 医療介護資源マップ作成」同様にアイスブレイクの役割も果たすものと考えられる。また、それぞれの専門性に基づいて発言がなされることで、互いの専門性や職能に対する理解も進む。

「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」（東京大学高齢社会総合研究機構）では、認知症、がん緩和ケア、摂食・嚥下・口腔ケア、栄養、褥瘡、リハビリテーションの6つのテーマを設定し、その資料も公開しているが、いずれのテーマとも医師が講師を行うことを想定している。領域別セッションの講師をその内容に精通した当該自治体の医師が実施した場合、「そうした医師が地域にいる」ということが参加している介護の関係者に認識される効果もある。

導入時の基礎研修では、まずは多くの参加者が現場で経験している認知症をテーマに設定することで、検討も進みやすいものとする。その場合、地域の認知症専門医等に講師を依頼する等、ワーキングチームでも極力実施する方向で検討を進めることが望ましい。

グループワーク2（グループディスカッション）
～多職種連携研修会の根幹をなすものであり、実施は必須

8. グループワークによる検討

グループワークによる検討では、一つのテーマに対して各専門職がそれぞれの専門性による知識と経験のもと議論を行うことで、共通認識を獲得し、一つの解決へと検討を重ねることとなる。この機会には、互いの専門性とそうした人材が地域にいることを「知る」ことの良い機会であり、連携することへの動機ともつながるものであり、多職種連携研修会の根幹をなすものである。

グループワークのテーマはワーキングチームが検討して決定することとなるが、導入時の基礎研修においては在宅医療・介護の連携推進に対する意識を合わせる・機運を高めることを重視する視点から、本調査研究では「当該自治体で在宅医療を進める上での課題と解決策」を取り上げ、課題抽出と解決の2段階での検討を行うことを想定する。この場合、多職種連携研修会が2日にわたって開催される場合には第1回に課題編、第2回に解決編として検討を行い、1日集中型の場合は前段で課題検討・後段で解決策の検討を行うこととなる。

図表 93 時間構成の例

■2回開催

第1回	1. 事前検討の状況についてワーキングチームより報告	10分	進行： ワーキング チーム のメンバー
	2. グループワークの進め方の説明	10分	
	3. グループワークの実施 「在宅医療を進める上での課題と解決策」（課題編）	40分	
	4. 各グループによる発表	20分	
		80分	
第2回	1. 前回研修会の結果についてワーキングチームより報告	5分	進行： ワーキング チーム のメンバー
	2. グループワークの進め方の説明	5分	
	3. グループワークの実施 「在宅医療を進める上での課題と解決策」（解決編）	40分	
	4. 各グループによる発表	20分	
		70分	

■1回開催

第1回	1. 事前検討の状況についてワーキングチームより報告	10分	進行： ワーキング チーム のメンバー
	2. グループワークの進め方の説明	10分	
	3. グループワークの実施 「在宅医療を進める上での課題と解決策」（課題編・解決編）	80分	
	4. 各グループによる発表	20分	
		120分	

グループワークを実施する際には、その開始に先立ち、進行役であり、参加者同様に専門職であるワーキングチームのメンバーから今回の研修実施に至るまでの経緯の説明、ワーキングチームによる検討状況についての説明を行うことで「自分たちの取組である」との機運を高め、今後地域包括ケアシステムを推進していく仲間として一緒に頑張ろうというエールを送ることが、検討のための場づくりのためにも有効である。

作成：多職種連携研修会でワーキングチームが報告を行う際の資料

図表 94 資料の例



資料：栃木市第1回在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携研修会「栃木市で在宅医療を推進する上での課題とその解決策（課題編）」 資料「1.事前検討の状況について多職種連携研修会ワーキングチームより報告」（2015年12月13日）

多職種連携研修会は、多くの専門職が一同に集う得難い機会である。もっとフランクに話ができるよう、その機会を利用して懇親会等を設定することも有効である。また、もっと簡単な方法として、研修会終了時のアンケート記入の時間を確保し、その際にお茶等を提供して簡単な茶話会を設けるという方法もある。

step-3. 多職種連携研修会の実施【Do】

「step-3.多職種連携研修会の実施」は研修開催に焦点をあてるものではあるが、研修の実施効果の最大化と、研修時に得られた情報や内容を次の展開へと結び付ける意識を持つことが重要である。

多職種連携研修会は、顔の見える関係をつくる貴重な機会であり、たとえ1回の開催でも最大効果が望める内容とする準備が重要である。また、研修時に出た参加者の意見等は、今後の自治体の事業や体制づくりに示唆を与える情報であり、気づきや変化は今後の体制づくり・人材育成の資料である。その意識のもと把握を進め、後のワーキングチーム、自治体の検証・総括で確認を行う。

なお、以下は多職種連携研修実施のための工程概要と留意点である。研修運営の詳細かつ具体的な手順は「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会研修運営ガイド」を参照されたい。

- | |
|------------------------------------|
| (1) 研修参加者の設定 |
| (2) 研修実施の効果測定の準備 |
| (3) 研修参加者への研修実施前調査の実施 |
| (4) 研修の実施と研修後調査の実施と分析 |
| (5) 研修参加者への研修実施後調査の実施 |
| (6) 研修実施前調査と研修実施後調査の比較による研修実施効果の検証 |

(1) 研修参加者の選定

① グループの構成

多職種連携研修会の根幹であるグループワークの効果を最大限にするためには、当該グループをどのように設計するかがポイントとなる。特にポイントとなるのは医師の参加であり、医療・介護の連携を進めるには、医師が連携対象である介護側にどのような知識を持つ専門職がいるのかを具体的に知り、その意識変容が行われるかがポイントとなる。また、介護側の専門職の場合、医師との会話について心理的な障壁を感じるとの意見も見られる。グループワークはそれらの解決を図るきっかけづくりとしても非常に有効な方法であることから、1グループに多職種が配置されていることが重要である。また、1つのテーマについてグループ全員で活発に会話ができるよう、グループの人数についても配慮が必要である。次はグループの構成例である。

図表 95 1 グループの構成

規模	6名程度を基本とする（最大でも8名まで）	
構成	【カテゴリ1】 医師（地域の医療機関に勤務し、実際に在宅医療に関わるもしくは関わる可能性のある者）	グループに1名配置を必須 ※病院の外来部門の医師等は必須の対象ではなく、+αとして考える
	【カテゴリ2】 歯科医・薬剤師	いずれかを1名以上配置する
	【カテゴリ3】 訪問看護ステーション	極力1名配置する
	【カテゴリ4】 地域包括支援センター・医療機関の地域医療連携室等の職員等、地域において在宅医療・介護の計画や相談等に関わる者	いずれかを1名以上配置する
	【カテゴリ5】 事業所のケアマネジャー	極力1名配置する
	【カテゴリ6】 介護事業所にて支援にあたっている者 （事業所の種類・専門職種・職能等から検討）	いずれかを1名以上する
	その他	保健所、地区の社会福祉協議会等、地域の状況にあわせて検討

② グループの構成

多職種連携研修会の参加者数については、前述の条件によるグループがいくつ組めそうかを考えて決めるべきである。多くの人が早く受けることは連携推進のためには大事なことであるが、参加者数を多くすることより、1回の研修効果を高めることに視点をおくべきである。

参加者の募集については、事業者団体や職能団体、連絡会等の組織を通じて募集することが、各団体での人材育成の視点、そして市と各団体が今後の取組を協力して進めていく点でも望ましい。団体に対しては参加者数＝大よそのグループ数をあらかじめ決めて働きかける。但し、多職種連携研修会では医師が参加してグループワークを行うことが重要であるため、想定する医師の参加者数を示し、そのように医師の参加が見込めるかを医師会と確認しながら進め、その数をもとに想定グループ数を設定する。医師以外の参加者についても、各分野で想定する参加者数を示す等とし、1グループあたりの人数×組めそうなグループ数を考えながら参加者数を最終的に決定する。

(2) 研修実施の効果測定の準備

医療・介護の連携推進は、それに携わる人々の意識変容を伴う。よって、参加者に対してはアンケート調査を行い、研修自体の評価の確認と、研修を実施したことによる効果が測定できるよう準備することが必要である。また、参加者にはID番号を付与し、継続して確認できるようにする。

想定される調査は、次のようになる。

図表 96 調査の種類と調査項目（再掲）

調査の種類		回答者の基本属性	在宅医療・介護に関する意識・行動	研修内容等について
研修実施前調査	研修会実施の1ヶ月前程度を目途に送付 第一回研修会開催当日の受付時に回収	●	●	
第一回研修会後調査	第一回研修会で配布 終了時（当日）に実施・当日回収			●
第二回研修会後調査	第二回研修会で配布 終了時（当日）に実施・当日回収			●
研修実施後調査	研修実施後1～2ヶ月後を目途に送付 送付後2週間程度を〆切として回収		●	

(3) 研修参加者への研修実施前調査の実施

実施効果の測定の実施は、効果検証とその後の改善のために必要である。研修効果を図るには、その後の行動変容を確認することが必要であるため、単なる研修終了時に行うアンケートのみでは不十分であることから、研修実施前・実施後において在宅医療・介護に関する考え方や行動について研修実施前調査を行い、確認することが望ましい。

研修実施前調査は、調査票にID番号を付与した状態で研修案内等の事前送付時にあわせて送付し、研修当日（複数回開催時は初回研修会）に回収する。研修参加前の状態の確認が重要であるため、持参を忘れた場合はその場で書いて提出する等で確実に回収する。稲城市および栃木市で用いた調査票は、「資料 1. 実施効果測定用：研修前アンケート・研修後アンケート」を参照されたい。

(4) 研修の実施と研修後調査の実施

研修運営の詳細かつ具体的な手順は「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会研修運営ガイド」を参照されたい。

研修で行われたグループワークでの成果品等は、在宅医療・介護の現場での実態を含むものであり、自治体が現場を知るための情報ともなりうる。よって、グループワークの成果品等については、写真に撮る等して資料として整理しておくことも望ましい。

各回の研修終了時にはアンケートを実施し、実施内容の効果や評価の確認を行う。なお、ID 番号を付与している場合、ここでのフェイスシートについては不要となる。稲城市および栃木市で用いた調査票については、「資料 2. 研修内容確認用：研修実施後アンケート」を参照されたい。

(5) 研修参加者への研修実施後調査の実施

多職種連携研修会の開催（複数回開催の場合は最終回の開催）からしばらく経った後、研修実施後調査を行う。これは、研修を実施したことによる意識と行動の変容を確認するためのものであることから、フェイスシートが無いことを除き、基本的に研修実施前調査と同項目となる。また、変化には一定程度の時間が必要であることから、少なくとも 1 ヶ月程度はあけることが必要である。

稲城市および栃木市で用いた調査票については、「資料 1. 実施効果測定用：研修前アンケート・研修後アンケート」を参照されたい。

(6) 研修実施前調査と研修実施後調査の比較による研修実施効果の検証

研修実施前調査・研修実施後調査の調査項目は基本的に同じであることから、双方の同項目の結果を突き合わせて比較することで、研修実施効果の確認を行う。その比較結果については、「(3) 研修の実施と研修後調査の実施」で述べた研修内容確認用の研修後調査の結果ともあわせて確認することで、研修見直し等にも活用できる。

なお、1 年後等、その後にも同項目での研修実施後調査を行うことができれば、長期的な変容＝推進状況の把握にもつながる。

step-4. ワーキングチームによる振り返りの実施【Check・Act】

「step-4.ワーキングチームによる振り返り」は、「step-5.担当課の総括」同様、研修に対する意見、そして研修に参加しての変化等を確認し、次の action を導き出すためのプロセスである。よって、ワーキングチーム自らが研修に対する意見、実施効果等を確認し、その改善点について協議し、それらをワーキングチームの報告として取りまとめを行うこととなる。

ワーキングチームの士気を高めるという点からも、振り返りの実施は多職種連携研修会実施後に余り時間をあけずに実施することが望ましい。一方、実施に際しては、研修会実施後調査の結果の取りまとめと研修実施効果の測定が終了し、その内容を見ながら振り返りが行えることが望ましいが、研修実施効果の測定には一定程度の期間をあける必要がある。まず、ワーキングチームの振り返りでは研修自体の評価を確認することも重要であることから、先行して研修会後調査の単純集計終了後等の結果の取りまとめが考えられる研修会開催後 1 ヶ月程度までを目安に極力速やかに振り返りを実施し、研修実施効果の測定については追って確認することも考えられる。

この一連のプロセスは、単にワーキングチームの意見をまとめるというだけでなく、次に向けての改善に専門職自らが取り組むという自律的なプロセスであり、メンバーの意識向上にも寄与することを意識して臨むことになる。

- (1) 研修実施結果の提示
- (2) 振り返りの実施① 事務局からの研修実施結果の説明
- (3) 振り返りの実施② 研修の良かった点・改善点の検討と取りまとめ
- (4) 振り返りの実施③ ワーキングチームとしての報告内容の検討
- (5) 振り返りの実施④ 今後のワーキングチームの活動について

(1) 研修実施結果の提示

研修実施後、あまり時間をあけずにワーキングチームによる振り返りを行うこととなるが、その際には研修受講後に参加者が記載した研修後調査のアンケート結果の単純集計等を資料として用いることが望ましい。そして、それら資料はワーキングチームのメンバーに可能な限り事前送付し、結果が一読されてからワーキングチームによる振り返りが行われるようにする。

図表 97 ワーキングチームによる振り返りの開催例

1. 事務局による研修実施結果（研修会実施後調査結果等）の説明
2. 研修の良かった点・改善点の検討（グループワーク）
3. 今後の研修実施に向けての検討
4. 今後のワーキングチームの活動についての検討

(2) 振り返りの実施① 事務局による研修実施結果の説明

ワーキングチームによる振り返りの会議では、研修後調査の結果の取りまとめ、可能であれば研修実施効果の測定結果等を用いて事務局より報告を行う。また、実施当日には、冒頭で事務局より当該資料の説明を行い、共に参加者がその結果を確認する。

(3) 振り返りの実施② 研修の良かった点・改善点についての検討と取りまとめ

研修後調査の結果を参考にしつつ、今回の研修の良かった点・改善すべき点についてグループで KJ 法等の方法を用いて検討を行う。グループが複数ある場合には、検討終了後に互いにその結果を発表し、共有する。なお、ワーキングチームの検討に際しては、自治体も検討に参加する、もしくは傍聴する等して、内容や視点等について共有する。

(4) 振り返りの実施③ ワーキングチームとしての報告内容の検討

結果を共有した後、今後の研修実施について反映させるべく、ワーキングチームによる報告を全体でまとめる。この報告は、担当課、在宅医療・介護連携推進協議会に報告され、共有されることで、今後の研修の改善に向けての貴重な資料となる。

(5) 振り返りの実施④ 今後のワーキングチームの活動についての検討

「step-2.ワーキングチームによる検討」以降、ワーキングチームのメンバーによって多職種連携研修会の内容が企画され、その実施、振り返りが行われたことで、ワーキングチームのメンバーにおいても医療・介護の連携に対する意識の変化・向上、地域包括ケアシステム構築に向けての機運が高まることが期待される。そして、こうした多職種連携研修会を含む地域包括ケアシステム構築を推進していく「人材」の育成に協働して継続的に取り組むことの重要性にも、新たな気づきや動機づけがなされるものとする。

ワーキングチームの振り返りでは、以上のような自発的な意識の高まりが期待できることから、この機会を利用して今後のワーキングチームの活動方法や実施体制等も「自分たちの課題」として話し合うことが重要である。

step-5. 担当課による総括【Check・Act】

「step-5.担当課による総括」では、担当課が多職種連携研修会開催の実施効果を確認するとともに、そこで得た情報や課題等を把握し、今後の自治体の体制・環境の整備や取組等にもどのように展開すべきか検討する。在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの実現には在宅医療・介護連携の担当課のみならず、庁内のさまざまな部署が取り組むことも必要であることから、連携を見据えて情報発信や啓発等の働きかけも行う。また、在宅医療・介護の推進には市民の意識向上と理解が必須であり、その継続的な働きかけを医療・介護の関係者と共に行う。そして、在宅医療・介護連携推進協議会、ワーキングチーム等と連携して、次年度に向けて協議を進める。

- (1) 担当課の検討
- (2) 在宅医療・介護連携推進に向けての環境整備 庁内他部署への働きかけ
- (3) 在宅医療・介護連携推進に向けての環境整備② 地域住民への働きかけ

(1) 担当課の検討

担当課による検討は、「step-5.担当課による総括」では、「step-1.担当課による検討」と同様のメンバーによって実施することを想定する。

図表 98 担当課を中心とした検討体制づくり(再掲)

在宅医療・介護連携推進の担当課の課長、係長、担当者 介護保険事業、介護予防・日常生活支援総合事業等の担当 地域包括支援センター	等
---	---

① ワーキンググループの検討結果の確認と実施効果の評価

「step-4.ワーキングチームによる検討」の報告、各回の「研修会后調査」の単純集計等の結果、「研修実施前調査・研修実施後調査」の比較による効果測定結果を確認し、当該年度に実施した研修の実施効果の評価する。

② 次年度に向けての改善事項・取組の整理

研修の実施効果の評価した上で、次年度に向けての改善事項・取組を検討し、取りまとめを行う。その際には、次年度の「step-1.担当課による検討」での検討を意識し、今後どのような方向性を意識した研修＝人材育成としていくべきかを意識したと内容として整理を行う。

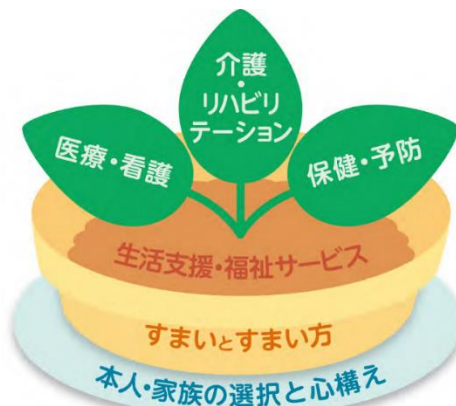
(2) 在宅医療・介護連携推進に向けての環境整備

在宅医療・介護の連携推進は、地域包括ケアシステム構築に向けた取組である。地域包括ケアシステムは、自治体・事業者・住民らが共につくりあげていくものである。

よって、在宅医療・介護連携の取組についても、庁内他部署に対しては情報を展開することで環境整備を進め、利用者である住民に対しては在宅医療・介護に関する正しい知識と情報を伝えることで認識を深め、在宅生活を選択する心構えをもてるよう後押しをしていく必要がある。

以上は広報等による恒常的な働きかけのほか、セミナーや講演会等の機会も有効につかいつながりながら進める。

図表 99 地域包括ケアシステム



出典：「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」
地域包括ケア研究会（2013年3月）

その他 多職種連携研修会を成功させるために

多職種連携研修会は、地域に存在する多くの医療・介護の専門職が一同に集う得難い機会である。その実施が今後の連携推進に向けて有効に働くためには、参加者の満足度を高め、成功に持つていくことは大事であり、その視点からの工夫や準備を進めることも大事である。

(1) 場をあたためておく～参加者の不安の軽減・動機づけ

介護の専門職の場合、別の事業者と連携して支援にあたる機会も多い。また、自治体によっては、既に介護事業者の連絡会等が設置され、他職種・他事業者との連携の機会をもっている場合がある。

一方、医療の場合、同業者である病診連携、診診連携がこれからという所も多い。また、在宅医療に対する考え方や温度感は、さまざまである。また、在宅医療・介護自体をどう考えるのか、まだ整理もできていない医師がいることも考えられる。その場合、いきなり介護の専門職との多職種連携研修会に臨むことに心理的な抵抗を感じる可能性がある。

その場合、医師のみを集め、事前に地域で在宅医療を実践している医師や外部から講師を招いての簡単な勉強会やセミナーの開催、自治体から今後の在宅医療・介護連携推進や地域包括ケアについての説明を実施しておくことは、医師の理解を深め、参加に対する不安の軽減や動機づけのために有効である。また、こうした取組の機会を通じて、自分が活動する自治体における在宅医療のあり方を考えてもらうことも有効と考えられる。

(2) 当初の関係性づくり・継続的な支援体制づくり

現在、在宅医療・介護連携推進に取り組んでいる自治体の部署の場合、それまで地域医師会らと特につながりを持ってきていない場合も考えられる。その中で、異なる背景を持つ「医療」と「介護」の専門職を「在宅」というキーワードのもと連携させていくための支援を行う場合、着手に向けて双方に相応のストレスが生じる可能性もある。

その場合、初年度のPDCAサイクルの着手・実施、そしてその継続的な実現に向け、「自治体」・「地域医師会」・「介護の専門職」という当事者だけではなく、それ以外の者からの支援があることで風通しがよくなり、検討が進むケースも見られる。特に当初の立ち上げ時には、都道府県の在宅医療・介護連携推進の担当部署、保健所や学識経験者・有識者ら等が、側面から支援をすることも望ましい。

第6章 まとめと今後に向けた課題

本調査研究では、以下を仮説として設定し、2つの対象フィールドである稲城市・栃木市においてその検証を行ったものである。そして当初の仮説の通り、そのことが、人材の育成や体制の整備等、在宅医療・介護連携を推進する上で非常に有効であることが示された。

【本調査研究における仮説】

1. 在宅医療・介護連携推進事業の取組項目として示されている(ア)～(ク)は、推進の中で実施される取組を整理したものであり、本来は一体のものとして意識する必要がある。
2. 専門職による対人サービスである医療・介護の質の向上のためには、人材の育成・教育が不可欠であり、その良質な人材をもって関係者のネットワーク化を図ることが体制の整備・強化につながる。
3. しかし、本来異なる背景を持つ医療・介護の専門職らが連携推進に向けて行動するには、当該自治体が考える課題や方向性を示し、働きかけ、共に進めていこうとする姿勢を見せることが重要である。
4. 以上から、「(オ)在宅医療・介護関係者の研修」こそが在宅医療・介護連携推進事業全体を遂行する上でのエンジンになるものであり、自治体からの働きかけを契機に一連の取組を実施していくことで、事業の展開を図ることが効果的である。
5. さらに、その実施サイクルは当然ながらPDCAの実行が求められるものであることから、スモールスタートであっても早期に取り組むことを重視し、継続的に拡充していくことを目指すことが適切である。

【今後に向けての課題】

他方、在宅医療・介護連携推進事業の実施に関しては2018年4月という期限まで僅かとなっている。事業の実施主体は市区町村であることから、実際に在宅医療・介護連携推進事業を担当する市区町村職員の育成・技能向上を広く図っていくことが急務であり、またそのための支援体制の整備（研修体系や、研修支援体制）が必要である。

さらに、地域包括ケアシステムの構築という大きな目的に対しては、在宅医療・介護連携推進事業の中だけでその一体性を意識するのではなく、包括的支援事業全体、更には、予防や生活支援に係る「介護予防・日常生活支援総合事業」や「介護給付事業」との一体性・一貫性を意識することが必要である。よって、市区町村においては、虚弱から要介護に至るまでの段階を理解した上で地域包括ケアのあり方を考え、その上に総合事業、在宅医療・介護連携推進がどのように位置づけられるかを理解し、その資源開発や担い手である主体の確保と体制整備を図られねばならない。そのためには、市町村の地域包括ケアシステムにかかる総合的なマネジメントプロセスの構築とシステム化、その普及に向けた諸方策の検討と展開は重要であり、それが実現できる人材の育成を戦略的に進めることが必要となる。

資 料

アンケート調査票

1. 実施効果測定用

(1)研修実施前アンケート..... 1

(2)研修実施後アンケート..... 6

2. 研修内容確認用

(1)研修実施後アンケート(第一回研修会) 10

(2)研修実施後アンケート(第二回研修会) 12

※ アンケートの全項目の集計結果については以下の URL をご参照ください。
<http://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/>

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会（研修前アンケート）

問1.あなたについて教えてください

(1) 性別	1.男性 2.女性
(2) 年齢	歳 ※年齢をご記入願います
(3) 現在所属されている事業所等	1. 無床診療所 2. 有床診療所(～19床) 3. 病院(20床～) 4. 歯科医院 5. 薬局 6. 訪問看護ステーション 7. 居宅介護支援事業所 8. 地域包括支援センター 9. 介護サービス事業所 10. 居住型の支援施設(特養、老健、有料老人ホームやサ高住等)
(4) 現在従事されている職種	1. 開業医 2. 病院医師 3. 歯科医師 4. 薬剤師 5. 看護師 6. 保健師 7. 介護支援専門員 8. 病院ソーシャルワーカー 9. 歯科衛生士 10. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 11. その他()
(5) 上の職種としての経験年数	※例:病院医師 10 年勤務の後、開業医として 3 年目の場合は「3 年」 年
<u>※医師のみ</u> ご専門の診療科 または標榜科	※自由記述
(6) 週当たりの勤務時間	※()内に記載 一週あたり 約()時間
(7) 稲城市内での勤務経験	※例:3年10ヶ月
(8) 多職種連携研修会の参加経験	1.ある → ()回 2.ない

問2.今までのご経験の中で、医療と介護の連携が必要だと感じられたことはありますか。(1つに○)

1. ある →問 2-1に進んでください	2. 特にない →問 3に進んでください
----------------------	----------------------

問 2-1.それはどのような時でしたか。また、実際にその時に連携はできたでしょうか。(自由回答)

1. 実施効果測定用
 (1) 研修実施前アンケート

問3. 地域での連携の状況について、あなたご自身でのご経験・ご実感からご回答ください。(1つに○)

※(1)～(25)のそれぞれについて、あなたご自身のご経験・ご実感から「1 そうである」～「4 そうではない」のどれにあてはまるかを教えてください。(□の枠の中に1つだけ○をつける)。	1 そうである	2 ややそうである	3 あまりそうではない	4 そうではない
他の事業所の関係者とのやりとりについて				
(1) 患者/利用者と一緒にみている他の介護保険事業所の関係者に対し、知りたいことが気軽に聞ける・連絡できる				
(2) 患者/利用者と一緒にみている他の介護保険事業所に聞きたいことがあるとき、連絡のとりやすい時間や方法が判る				
(3) 特に患者/利用者と一緒に見えていない他の介護保険事業所に質問・相談したいことがあるとき、躊躇せず問い合わせができる				
(4) (※医師)患者の介護の課題等について聞きたい・相談したいことがあるとき、どのような事業者に聞けばよいかわかる				
(5) (※医師以外の職種)患者/利用者の医療の課題について聞きたいことがあるとき、どの医療機関に聞けばよいかわかる				
地域の他の職種の役割について				
(6) 患者/利用者に関わる他の職種の一般的な役割が大体わかる				
(7) 患者/利用者に関わる自分以外の職種のできることがわかる				
(8) 患者/利用者に関わる地域の他の職種の困りごとが大体わかる				
(9) 患者/利用者に関わる自分以外の職種の動き方が、実感をもってわかる				
地域の関係者について				
(10) 地域で患者/利用者に関わっている人の、名前や顔がわかる				
(11) 地域で患者/利用者に関わっている人の、考え方や方針が判る				
(12) 地域で患者/利用者に関わっている事業所の、理念や事情がわかる				
地域の多職種と話し合う機会等について				
(13) 一緒にみている患者/利用者について、関わっている他の事業所の多職種が直接会って話す機会がある				
(14) 普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある				
(15) 地域内の多職種の連携に関して、課題や困っていることを共有し、話し合う機会が得られている				
(16) 稲城市には多職種で話し合える雰囲気がある				
地域のネットワーク・人について				
(17) 患者/利用者に関わることで、気軽に相談できる人がいる				
(18) 患者/利用者に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのか大体わかる				
(19) 患者/利用者に関わることで困ったときは、相談できる場(メーリングリストや集まり)がある				

1. 実施効果測定用
 (1) 研修実施前アンケート

※(1)～(25)のそれぞれについて、 <u>あなたご自身</u> のご経験・ご実感から「1 そうである」～「4 そうではない」のどれにあてはまるかを教えてください。(□の枠の中に1つだけ○をつける)。	1 そうである	2 やや ある そう で	3 あまり そう で は な い	4 そ う で は な い
地域の資源について				
(20) 地域で患者/利用者を往診してくれる医師がわかる				
(21) 地域で患者/利用者をよくみている訪問看護ステーションがわかる				
(22) 地域で患者/利用者をよくみているケアマネジャーがわかる				
(23) 地域で患者/利用者の訪問服薬指導をよく行っている薬局がわかる				
(24) 地域で患者/利用者が利用できる介護サービスがわかる				
(25) 患者・利用者が在宅/居宅で利用できる地域の医療資源やサービスがわかる				

問4.現在のあなたご自身について、(1)～(5)のやりとり(連携や協働)が、1～4 の他職種(事業所・機関)の方できているか、教えてください。(全てについて回答をお願いします)

【回答方法】 1～4 の他職種と下の(1)～(5)のやりとりの状況については、各項目に次の記号を入れて回答してください。 「ある程度はしている/ある」 →「○」を記入 「必要だと思っているが、あまりしていない/ない」 →「△」を記入 「必要だと思わず、実際にはあまりしていない/ない」 →「×」を記入	1 開業 医	2 訪 問 看 護 師	3 介 護 支 援 専 門 員	4 そ の 他 の 職 種 ※
例) (1) 治療やケアの状況・結果について、その職種への「報告」	○	△	×	△
(1) 治療やケアの状況・結果について、その職種への「報告」				
(2) その職種からの「情報収集」				
(3) 患者/利用者に必要なサービスについて、その職種への「提案」				
(4) その職種への「協力要請」				
(5) サービス担当者会議や事例検討会等への「参加」				

※その他の職種：1 医師、2 訪問看護師、3 介護支援専門員以外の職種に関する全体的な傾向を直観的にお答えください。

1. 実施効果測定用
 (1) 研修実施前アンケート

問5. あなたは以下の在宅医療に関連する項目について、現時点でどの程度の知識をお持ちでしょうか。また、どの程度、実践・活用できているとお感じでしょうか。(1)～(9)のそれぞれについて、「Ⅰ. 知識」、「Ⅱ. 実践・活用」がどの程度できているかを考えてご回答ください。

	Ⅰ. 知識 (1～4のうち1つに○)				Ⅱ. 実践・活用 (1～4のうち1つに○)			
	1 知識がない	2 最低限度の知識はある	3 標準的な知識はある	4 十分な(体系化・整理された)知識がある	1 実践・活用ができない	2 最低限度の実践・活用はできる	3 標準的な実践・活用はできる	4 十分な実践・活用ができる
(1) 在宅医療が求められる社会背景について	1	2	3	4	/			
(2) 在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則について	1	2	3	4	1	2	3	4
(3) 在宅医療に関わる制度・報酬について	1	2	3	4	1	2	3	4
(4) 在宅医療に関係する書類作成業務について(例:在宅療養計画書、訪問看護計画書など)	1	2	3	4	1	2	3	4
(5) この地域*の医療・介護資源の状況について	1	2	3	4	/			
(6) この地域*で在宅医療を推進する上での課題について	1	2	3	4	/			
(7) アルツハイマー型認知症の評価と治療について	1	2	3	4	1	2	3	4
(8) 行動心理徴候(BPSD)の背景にあるご本人の気持ちについて	1	2	3	4	1	2	3	4
(9) BPSDに対する薬物治療とその限界について	1	2	3	4	1	2	3	4

1. 実施効果測定用
(1)研修実施前アンケート

在宅医療に関するお考えについて、以下の文章をお読みになり、ご回答ください。

(※「アンケート調査の実施について」の一部を再掲)

在宅医療とは、治癒が期待できない疾患を患い、障害のため何らかのケアが必要な患者とその家族を支えるための医療であり、住み慣れた地域で安心して生きていくことを保障するための地域医療システムである。狭義の在宅医療は医師が患者宅を訪問し、居宅で医療を行うこと(訪問診療)を指し、広義の在宅医療は、診療形態に関わらず、地域でケアを必要とする人と家族を支援する医療【医師以外の他職種が医師とチームを組んで行う取り組みを含む】のことをいう。

(注:【下線部】は事務局にて追記)

(在宅医療辞典, 中央法規, 2009)

※本アンケートで用いられる「在宅医療」という単語は、医師の方は上記の定義における「狭義の在宅医療(訪問診療)」を、医師以外の方は「広義の在宅医療」を指すものとして、お答えください。

問6.あなたは、現在在宅医療をどの程度行っていますか。

1. 在宅医療に関心はなく、行ってもない
2. 在宅医療に関心はあるが、行いたいとは思っていない
3. いずれ在宅医療を行いたいと思っている
 〔 3と回答した方のみ、こちらもお答えください。 〕
 「いずれ」とはどれぐらいの期間を想定していますか。
 a. 6か月以下 b. 6か月超～1年以下 c. 1年超
4. 在宅医療を行っているが、看取りの患者は受け入れていない
5. 在宅医療を行っており、看取りの患者を受け入れている

問7.あなたは、在宅医療を自分でも行うことができそうだと思いますか。

- | | | |
|------------|---------|-----------|
| 1. 非常に思う | 2. 思う | 3. まあ思う |
| 4. あまり思わない | 5. 思わない | 6. 全く思わない |

問8.あなたは、現在「在宅医療」という仕事について具体的なイメージを持つことができますか。

- | | | |
|------------|---------|-----------|
| 1. 非常に持てる | 2. 持てる | 3. まあ持てる |
| 4. あまり持てない | 5. 持てない | 6. 全く持てない |

問9.今回の研修に際して期待すること、今後知りたい情報や学びたいことがあれば教えてください。

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会（研修後アンケート）

問1.研修を終えた現在、以下の地域での連携の状況について、あなたご自身のお考えをご回答ください。(1つに○)

※(1)～(25)のそれぞれについて、現在あなたご自身のご実感から「1 そうである」～「4 そうではない」のどれにあてはまるかを教えてください。(□の枠の中に1つだけ○をつける)。	1 そうである	2 やや ある そう で	3 あまり そう で ない	4 そう では ない
他の事業所の関係者とのやりとりについて				
(1) 患者/利用者と一緒にみている他の介護保険事業所の関係者に対し、知りたいことが気軽に聞ける・連絡できる				
(2) 患者/利用者と一緒にみている他の介護保険事業所に聞きたいことがあるとき、連絡のとりやすい時間や方法がわかる				
(3) 特に患者/利用者と一緒に見えていない他の介護保険事業所に質問・相談したいことがあるとき、躊躇せず問い合わせができる				
(4) (※医師)患者の介護の課題等について聞きたい・相談したいことがあるとき、どのような事業者に聞けばよいかわかる				
(5) (※医師以外の職種)患者/利用者の医療の課題について聞きたいことがあるとき、どの医療機関に聞けばよいかわかる				
地域の他の職種の役割について				
(6) 患者/利用者に関わる他の職種の一般的な役割が大体わかる				
(7) 患者/利用者に関わる自分以外の職種のできることをわかる				
(8) 患者/利用者に関わる地域の他の職種の困りごとが大体わかる				
(9) 患者/利用者に関わる自分以外の職種の動き方が、実感をもってわかる				
地域の関係者について				
(10) 地域で患者/利用者に関わっている人の、名前や顔がわかる				
(11) 地域で患者/利用者に関わっている人の、考え方や方針がわかる				
(12) 地域で患者/利用者に関わっている事業所の、理念や事情がわかる				
地域の多職種と話し合う機会等について				
(13) 一緒にみている患者/利用者について、関わっている他の事業所の多職種が直接会って話す機会がある				
(14) 普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある				
(15) 地域内の多職種の連携に関して、課題や困っていることを共有し、話し合う機会が得られている				
(16) 稲城市には多職種で話し合える雰囲気がある				
地域のネットワーク・人について				
(17) 患者/利用者に関わることで、気軽に相談できる人がいる				

1. 実施効果測定用
 (2)研修実施後アンケート

※(1)～(25)のそれぞれについて、現在あなたご自身のご実感から「1 そうである」～「4 そうではない」のどれにあてはまるかを教えてください。(□の枠の中に1つだけ○をつける)。	1 そうである	2 やや ある そうで	3 あまり そう ではない	4 そう ではない
(18)患者/利用者に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのか大体わかる				
(19)患者/利用者に関わることで困ったときは、相談できる場(メールリストや集まり)がある				
地域の資源について				
(20)地域で患者/利用者を往診してくれる医師がわかる				
(21)地域で患者/利用者をよくみている訪問看護ステーションがわかる				
(22)地域で患者/利用者をよくみているケアマネジャーがわかる				
(23)地域で患者/利用者の訪問服薬指導をよく行っている薬局がわかる				
(24)地域で患者/利用者が利用できる介護サービスがわかる				
(25)患者・利用者が在宅/居宅で利用できる地域の医療資源やサービスがわかる				

問2.研修を終えた現在、あなたご自身について、(1)～(5)のやりとり(連携や協働)が、1～4 の他職種(事業所・機関)の方とできていると思うか、教えてください。(全てについて回答をお願いします)

【回答方法】 1～4 の他職種と下の(1)～(5)のやりとりの状況については、各項目に次の記号を入れて回答してください。 「ある程度はしている/ある」 →「○」を記入 「必要だと思っているが、あまりしていない/ない」 →「△」を記入 「必要だと思わず、実際にはあまりしていない/ない」 →「×」を記入	1 開業医	2 訪問看護師	3 介護支援専門員	4 その他の職種※
例)(1) 治療やケアの状況・結果について、その職種への「報告」	○	△	×	△
(1) 治療やケアの状況・結果について、その職種への「報告」				
(2) その職種からの「情報収集」				
(3) 患者/利用者に必要なサービスについて、その職種への「提案」				
(4) その職種への「協力要請」				
(5) サービス担当者会議や事例検討会等への「参加」				

※その他の職種:1 医師、2 訪問看護師、3 介護支援専門員以外の職種に関する全体的な傾向を直観的にお答えください。

1. 実施効果測定用
 (2)研修実施後アンケート

問3.研修を終えた現在、あなたは以下の在宅医療に関連する項目について、現時点でどの程度の知識をお持ちで、どの程度、実践・活用できているとお感じでしょうか。(1)～(9)のそれぞれについて、「Ⅰ.知識」、「Ⅱ.実践・活用」がどの程度できているかを考えてご回答ください。

	Ⅰ. 知識 (1～4のうち1つに○)				Ⅱ. 実践・活用 (1～4のうち1つに○)			
	1 知識がない	2 最低限度の知識はある	3 標準的な知識はある	4 十分な(体系化・整理された)知識がある	1 実践・活用ができない	2 最低限度の実践・活用はできる	3 標準的な実践・活用はできる	4 十分な実践・活用ができる
(1) 在宅医療が求められる社会背景について	1	2	3	4	/			
(2) 在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則について	1	2	3	4	1	2	3	4
(3) 在宅医療に関わる制度・報酬について	1	2	3	4	1	2	3	4
(4) 在宅医療に関係する書類作成業務について(例:在宅療養計画書、訪問看護計画書など)	1	2	3	4	1	2	3	4
(5) この地域*の医療・介護資源の状況について	1	2	3	4	/			
(6) この地域*で在宅医療を推進する上での課題について	1	2	3	4	/			
(7) アルツハイマー型認知症の評価と治療について	1	2	3	4	1	2	3	4
(8) 行動心理徴候(BPSD)の背景にあるご本人の気持ちについて	1	2	3	4	1	2	3	4
(9) BPSDに対する薬物治療とその限界について	1	2	3	4	1	2	3	4

問4.研修を終えた現在、あなたは、現在在宅医療をどの程度行っていますか。

※在宅医療という単語の考え方については、「アンケート調査の実施について」を改めてご参照下さい

<p>1. 在宅医療に関心はなく、行ってもない</p> <p>2. 在宅医療に関心はあるが、行いたいとは思っていない</p> <p>3. いずれ在宅医療を行いたいと思っている</p> <p style="margin-left: 20px;">3と回答した方のみ、こちらもご回答ください。</p> <p style="margin-left: 20px;">「いずれ」とはどれぐらいの期間を想定していますか。</p> <p style="margin-left: 40px;">a. 6か月以下 b. 6か月超～1年以下 c. 1年超</p> <p>4. 在宅医療を行っているが、看取りの患者は受け入れていない</p> <p>5. 在宅医療を行っており、看取りの患者を受け入れている</p>

1. 実施効果測定用
(2)研修実施後アンケート

問5.研修を終えた現在、あなたは、在宅医療を自分でも行うことができそうだと思いますか。

- | | | |
|------------|---------|-----------|
| 1. 非常に思う | 2. 思う | 3. まあ思う |
| 4. あまり思わない | 5. 思わない | 6. 全く思わない |

問6.研修を終えた現在、あなたは、現在「在宅医療」という仕事について具体的なイメージを持つことができますか。

- | | | |
|------------|---------|-----------|
| 1. 非常に持てる | 2. 持てる | 3. まあ持てる |
| 4. あまり持てない | 5. 持てない | 6. 全く持てない |

問7.第二回研修会(11月21日)以降、今回の研修会で同じグループになった専門職の方々と連絡を取るような機会がありましたか。

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1. あった ⇒問 7-1 へ進む | 2. なかった ⇒問 8 へ進む |
|-------------------|------------------|

問 7-1 どのような時・どのような理由で連絡をとられたのでしょうか。

問8.今後研修が行われる場合に期待すること、知りたい情報や学びたいことがあれば教えてください。

問9.今までのご経験の中で、医療と介護の連携が必要だと感じられたことはありますか。(1つに○)

- | | |
|-----------------------|---------|
| 1. ある →問 9-1 に進んでください | 2. 特にない |
|-----------------------|---------|

問 9-1.それはどのような時でしたか。また、実際にその時に連携はできたでしょうか。(自由回答)

在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携研修会（第1回）

問1.本日の研修全体を通しての感想はいかがでしょう。

1. 期待を大幅に下回る	2. 期待以下	3. 期待どおり
4. 期待以上	5. 期待を大幅に上回る	

問2.研修(講義・グループワーク)の時間数は適切でしたか。

1. 少ない	2. やや少ない	3. ちょうどよい
4. やや多い	5. 多い	

問3.研修の難易度はいかがでしょう。

1. 易しい	2. やや易しい	3. ちょうどよい	4. やや難しい	5. 難しい
--------	----------	-----------	----------	--------

問4.研修時の配布資料のわかりやすさはいかがでしょう。

1. 分かりにくい	2. やや分かりにくい	3. どちらともいえない
4. まあ分かりやすい	5. 分かりやすい	

問5.研修進行のペースはいかがでしょう。

1. 遅い	2. やや遅い	3. ちょうどよい	4. やや速い	5. 速い
-------	---------	-----------	---------	-------

問6.講義とグループワークのバランスはいかがでしょう。

1. 講義が多すぎる	2. やや講義が多すぎる	3. ちょうどよい
4. ややグループワークが多すぎる	5. グループワークが多すぎる	

問7.グループワーク時の多職種によるディスカッションの時間は十分でしたか。

1. 不十分	2. やや不十分	3. どちらともいえない
4. まあ十分	5. 十分	

問8.全单元の中で役に立ったと感じたもの上位3つを順に選んでください。逆に、全单元の中で役に立たなかったと感じたもの下位3つを順に選んでください(3つ全てを書かなくても結構です)。

	役に立つと感じたもの	役に立たないと感じたもの
1位		
2位		
3位		

2. 研修内容確認用

(1)研修実施後アンケート(第一回研修会)

問9. 今回の研修は、これまで受けた在宅医療関連の研修に比べていかがでしょうか。

- | | | |
|------------|------------|----------|
| 1. 劣っている | 2. やや劣っている | 3. 変わらない |
| 4. やや優れている | 5. 優れている | |

問 9-1 劣っている／優れていると感じた点を具体的に教えてください。

--

問10. 今回の研修をうけ、在宅医療・介護連携の推進について新たに気づいた・考えたことや、これからご自身で取り組みたい・やってみたいとお考えになることはありますか。

--

問11. 本日の研修の中で、さらに学びたい・知りたい情報や知識はありましたか。

- | | |
|--------|---------|
| 1. あった | 2. なかった |
|--------|---------|

問 11-1 それはどのようなことか、具体的に教えてください。

--

問12. 次回の研修に期待することがあれば教えてください。

--

在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携研修会（第2回）

問1.本日の研修全体を通しての感想はいかがでしょう。

- | | | |
|--------------|--------------|----------|
| 1. 期待を大幅に下回る | 2. 期待以下 | 3. 期待どおり |
| 4. 期待以上 | 5. 期待を大幅に上回る | |

問2.研修(講義・グループワーク)の時間数は適切でしたか。

- | | | |
|---------|----------|-----------|
| 1. 少ない | 2. やや少ない | 3. ちょうどよい |
| 4. やや多い | 5. 多い | |

問3.研修の難易度はいかがでしょう。

- | | | | | |
|--------|----------|-----------|----------|--------|
| 1. 易しい | 2. やや易しい | 3. ちょうどよい | 4. やや難しい | 5. 難しい |
|--------|----------|-----------|----------|--------|

問4.研修時の配布資料のわかりやすさはいかがでしょう。

- | | | |
|-------------|-------------|--------------|
| 1. 分かりにくい | 2. やや分かりにくい | 3. どちらともいえない |
| 4. まあ分かりやすい | 5. 分かりやすい | |

問5.研修進行のペースはいかがでしょう。

- | | | | | |
|-------|---------|-----------|---------|-------|
| 1. 遅い | 2. やや遅い | 3. ちょうどよい | 4. やや速い | 5. 速い |
|-------|---------|-----------|---------|-------|

問6.講義とグループワークのバランスはいかがでしょう。

- | | | |
|-------------------|-----------------|-----------|
| 1. 講義が多すぎる | 2. やや講義が多すぎる | 3. ちょうどよい |
| 4. ややグループワークが多すぎる | 5. グループワークが多すぎる | |

問7.グループワーク時の多職種によるディスカッションの時間は十分でしたか。

- | | | |
|---------|----------|--------------|
| 1. 不十分 | 2. やや不十分 | 3. どちらともいえない |
| 4. まあ十分 | 5. 十分 | |

問8.全単元の中で役に立ったと感じたもの上位 3 つを順に選んでください。逆に、全単元の中で役に立たなかったと感じたもの下位 3 つを順に選んでください(3つ全てを書かなくても結構です)。

	役に立つと感じたもの	役に立たないと感じたもの
1位		
2位		
3位		

問9.今回の研修は、これまで受けた在宅医療関連の研修に比べていかがでしょうか。

- | | | |
|------------|------------|----------|
| 1. 劣っている | 2. やや劣っている | 3. 変わらない |
| 4. やや優れている | 5. 優れている | |

問 9-1 劣っている／優れていると感じた点を具体的に教えてください。

問10. 第一回・第二回の研修をうけ、在宅医療・介護連携の推進について新たに気づいた・考えたことや、これからご自身で取り組みたい・やってみたいとお考えになることはありますか。

問11. 本日の研修の中で、さらに学びたい・知りたい情報や知識はありましたか。

- | | |
|--------|---------|
| 1. あった | 2. なかった |
|--------|---------|

問 11-1 それはどのようなことか、具体的に教えてください。

問12. 今後の研修に期待することがあれば教えてください。

2. 研修内容確認用

(2)研修実施後アンケート(第二回研修会)

問13. 第一回研修会(10月18日)以降、今回の研修会で同じグループになった専門職の方々と連絡を取るような機会がありましたか。

1. あった ⇒問 13-1 へ進む

2. なかった ⇒問 14 へ進む

問 13-1 どのような時・どのような理由で連絡をとられたのでしょうか。

問14. その他、お気づきのこと・感想があればお聞かせください。

平成 27 年度

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多職種研修プログラムに
関する調査研究事業

(平成 27 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)

発行月 平成 28(2016)年 3 月

発行者 株式会社富士通総研

〒105-0022 東京都港区海岸 1-16-1 ニューピア竹芝サウスタワー

tel. 03(5401)8396 fax. 03(5401)8439

<http://jp.fujitsu.com/group/fri/>

禁 無断転載