

平成26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

**地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進
における、実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究
事業**

株式会社 野村総合研究所

平成27(2015)年1月

目次

第1章 本調査研究の背景・目的及び手法	2
1. 背景・目的	3
2. 調査手法	4
第2章 好取組事例	6
1. 名古屋市の取組	7
2. 熊本市の取組	22
3. 横須賀市の取組	36
4. 柏市の取組	50
5. 新宿区の取組	64
6. 佐世保市の取組	75
7. 横手市の取組	84
8. 坂井市(坂井地区広域連合)の取組	95
9. 須高地域(須坂市・小布施町・高山村)の取組	110
10. 南砺市の取組	121
11. 臼杵市の取組	131
12. 魚沼市の取組	142
13. 釜石市の取組	153
14. 上市町の取組	164
第3章 総括	175
1. 総括	176

第1章

本調査研究の背景・目的及び手法

1. 背景・目的

1-1 本調査研究の背景

我が国では、高齢化に伴う医療・介護需要の量的かつ質的变化に対し、限りある医療・介護資源を有効活用したケアの提供が求められている。これを背景とし、平成25年8月に社会保障制度改革国民会議の報告書が示したように、各機能が分化・連携しつつ、在宅等住み慣れた地域の中で患者や高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が目指されている。

地域包括ケアシステムの中では、国民の60%以上が終末期の療養場所として希望している自宅でのケアを軸として、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される必要がある。すなわち、今まで病院に強く依存していたケア提供体制から、在宅医療と介護の連携を通じた新たなケア提供体制への変革が進められることを意味している。

実際に平成26年度の診療報酬改定では、重点課題として「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」を掲げる中での改定が行われた。また、平成25年12月に社会保障審議会介護保険部会がまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」では、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しの中で「在宅医療・介護連携の推進」が掲げられ、市町村が中心となって総合的に取り組むことが明記された。

こうした方針に沿って、市町村が中心となった在宅医療・介護連携の取り組みを進めるためには、都道府県との役割分担や、医療・介護の各関係者との連携・調整など、市町村の役割の明確化や実践能力の向上が必要となる。一方で、これまで厚生労働省の在宅医療連携拠点事業（平成23年度・24年度）などを通じて、市町村の役割や事業推進体制などに関する示唆は得られてきたが、市町村の実践能力の向上につながる実施内容や実施手法等を、個別の好取組事例の実践内容を通じてまとめたものは整備されていない。

1-2 本調査研究の目的

上記の背景を鑑み、本調査研究では、在宅医療と介護の連携を推進するための先行事例から好取組事例を収集・分類して、市町村が中心となった在宅医療・介護連携の推進の際に有効活用できる支援ツールとなる報告書の作成を目的とする。具体的には、各事例へのヒアリング等を通じて深掘りされたケーススタディを中心とした報告書を作成する。

2. 調査手法

2-1 調査手法

1) 文献調査

厚生労働省による在宅医療連携拠点事業（平成 23～24 年度，約 105 事例）や、総務省による健康情報活用基盤構築事業（平成 23～24 年度，約 5～10 事例）などでモデル事業として採択されている事例を中心に、事例の収集と簡易分類を行った。

また、各事業の報告書を調査対象として「推進体制」「推進手法や方策」「市町村の役割」「成果と課題」などを概観し、地域特性や都市規模（政令指定都市、地方中核都市、農村地域など）に応じた分類をして、ヒアリング調査を行う好取組事例を抽出するためのロングリストを作成した。

2) ヒアリング調査対象の抽出および調査の実施

上記ロングリストに基づき、厚生労働省等と議論をした上で、ヒアリング調査対象となる取組事例として 14 事例を選出した。事例の偏りを防ぐために、1) 文献調査の際に用いた地域特性等の分類軸に配慮した抽出をおこなった。

2-2 調査概要

まず文献調査を実施し、8 月初旬にかけてヒアリング対象の選定や調査項目の検討を行った。そして対象が定まった 8 月中旬～11 月上旬にかけてヒアリング調査を実施した。

調査対象は次表の通りである。また参考までに各市町村の基礎情報を一覧表化する。

図表 1 調査対象とした 14 市区町村とヒアリング調査実施時期

	対象	日時	都市規模
1	千葉県 柏市 福祉政策課	平成26年8月13日	中核市
2	神奈川県 横須賀市 地域医療推進課	平成26年8月14日	中核市
3	東京都 新宿区 健康推進課	平成26年9月2日	特別区
4	愛知県 名古屋市 地域ケア推進課	平成26年9月9日	政令市
5	岩手県 釜石市 健康推進課	平成26年9月16日	一般市町村
6	新潟県 魚沼市 健康課	平成26年9月22日	一般市町村
7	大分県 臼杵市 保険健康課	平成26年9月26日	一般市町村
8	熊本県 熊本市 医療政策課	平成26年9月29日	政令市
9	福井県 坂井市 高齢福祉課	平成26年10月1日	一般市町村
10	長崎県 佐世保市 医療政策課	平成26年10月1日	一般市町村
11	富山県 南砺市 地域包括医療・ケア局	平成26年10月7日	一般市町村
12	富山県 上市町 上市町地域包括支援センター	平成26年10月8日	一般市町村
13	秋田県 横手市 地域包括支援センター	平成26年10月22日	一般市町村
14	長野県 須坂市 地域医療福祉ネットワーク推進室	平成26年11月4日	一般市町村

図表 2 調査対象とした 14 市区町村の基礎情報

#			基本情報				病院数	診療所		地域包括 支援センター
			規模	面積(km ²)	人口	高齢化率		総数	在支診数	
1	愛知県	名古屋市	政令市	326 km ²	約 227 万人	22.9%	129	1,797	290	45
2	熊本県	熊本市	政令市	390 km ²	約 74 万人	22.9%	93	545	88	27
3	神奈川県	横須賀市	中核市	101 km ²	約 41 万人	約 28%	12	274	40	13
4	千葉県	柏市	中核市	114 km ²	約 40 万人	23.1%	18	211	27	7
5	東京都	新宿区	特別区	18 km ²	約 32.9 万人	19.9%	14	467	44	10
6	長崎県	佐世保市	一般市町村	427 km ²	約 25.5 万人	25.7%	25	191	39	9
7	秋田県	横手市	一般市町村	694 km ²	約 9.6 万人	33.1%	4	64	10	3
8	福井県	坂井市	一般市町村	210 km ²	約 9.4 万人	25.0%	4	43	7	1
9	長野県	須坂市	一般市町村	267 km ²	約 7 万人	28.9%	2	38	5	1
10	富山県	南砺市	一般市町村	669 km ²	約 5.4 万人	33.6%	4	26	5	1
11	大分県	臼杵市	一般市町村	291 km ²	約 4.2 万人	32.5%	4	33	8	1
12	新潟県	魚沼市	一般市町村	947 km ²	約 4 万人	30.3%	3	21	3	1
13	岩手県	釜石市	一般市町村	441 km ²	約 4 万人	約 35%	5	15	3	1
14	富山県	上市町	一般市町村	237 km ²	約 2.2 万人	30.3%	1	8	0	1

出所) 日本医師会 地域医療情報システム公開情報より NRI 作成
 ※基本情報は第 2 章内で記載されている時点のものを記載している

第2章

好取組事例

1. 名古屋市の取組

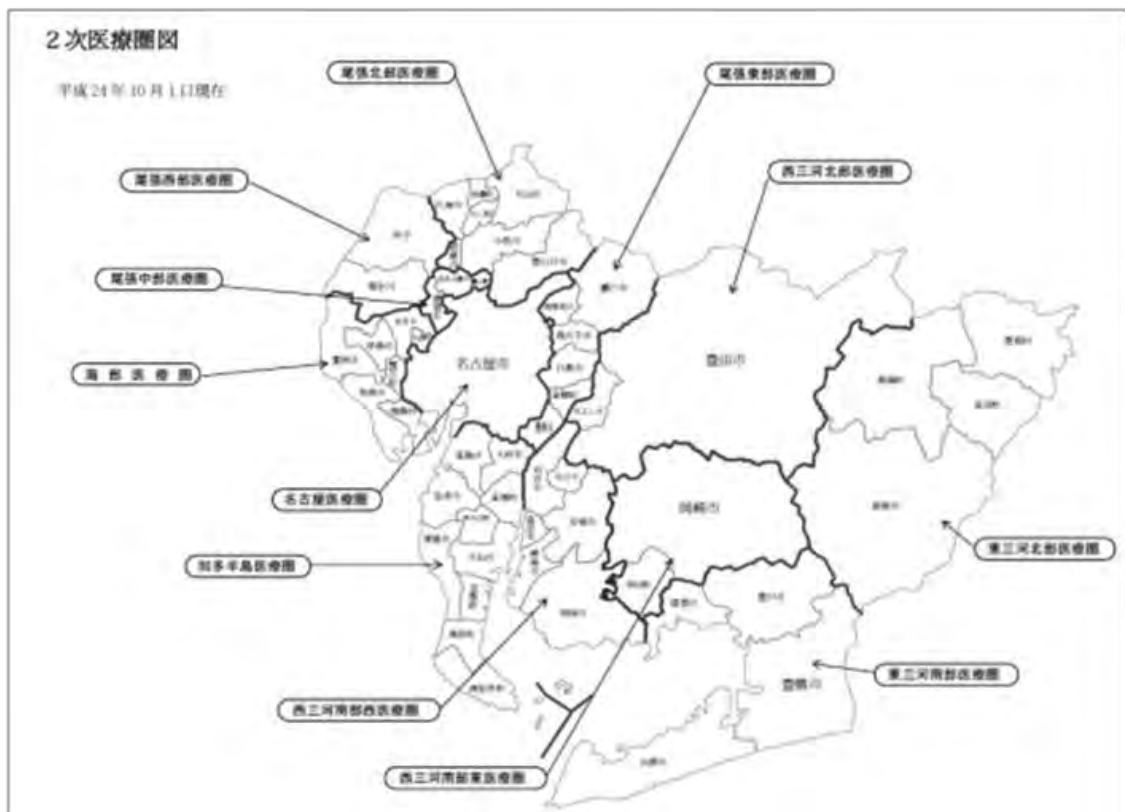
1-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

愛知県の県庁所在地である名古屋市は、326.43 キロ平方メートルの面積を持ち、平成 25 年 10 月 1 日時点の総人口は 2,271,380 人である。平成 7 年前後に、ドーナツ化現象のあおりを受けて一度人口が減少したが、その後は平成 26 年度に至るまで増加傾向にある。また高齢化率は 22.9%であり、全国平均と比べると低い水準にある。

将来の推計人口を見ると、平成 27 年度をピークとして人口減少に入ると予測されている。一方で老年人口は増加し続け、平成 37 年度には 65 歳以上の人口が 617,541 人となり、高齢化率も 27.5%へ上昇すると見られている。

図表 3 愛知県における二次医療圏



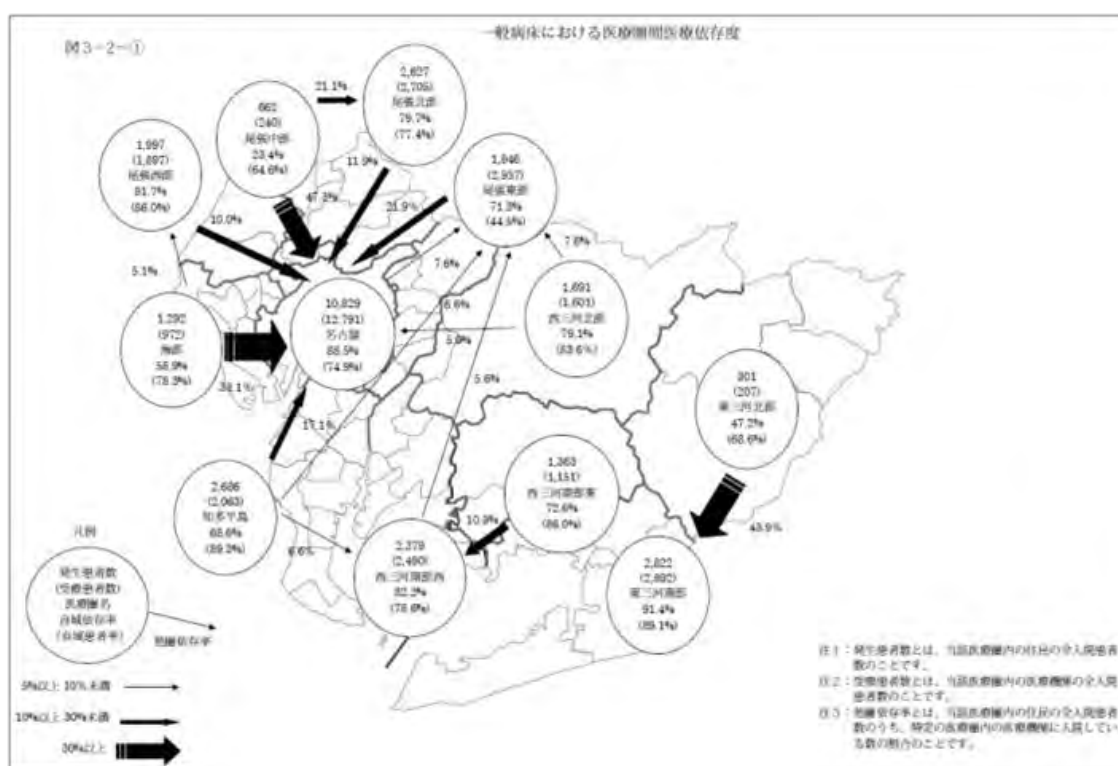
出所) 愛知県地域保健医療計画 (平成 25 年 3 月)

医療資源に目を向けてみると、上図の通り、名古屋市は単独で二次医療圏 (名古屋医療圏) を構成しており、圏域内に豊富な医療資源を持っている。

愛知県地域保健医療計画 (平成 25 年 3 月) によれば、名古屋医療圏の病院数は 133、一

般診療所数は 2,032 であり、愛知県内の同種施設のそれぞれ 40.9%と 39.2%が集中している。病床数もほぼ同様の割合が名古屋医療圏に集中しているが、人口 1 万対比率で愛知県平均と比較すると、一般病床数 (73.3) は愛知県平均 (54.2) を大きく上回る一方で、療養病床数 (17.7) は愛知県平均 (18.7) を下回っており、機能別で見たときにはばらつきが存在していると言える。いわゆる急性期医療の資源が豊富な状態であり、一般病床における自圏域の依存率は 88.5% (平成 21 年 6 月時点) と高く、近隣の医療圏から患者流入が発生している医療圏であると言える。

図表 4 一般病床における医療圏間医療依存度



出所) 愛知県地域保健医療計画 (平成 25 年 3 月)

一方で、名古屋市 (名古屋医療圏) における在宅医療の現状に目を向けると、高齢社会が急速に進む中で、寝たきりの高齢者や、慢性疾患によって長期の療養が必要な患者など、在宅での適切な医療が必要な患者が増加している。要介護で医療ニーズが高い人が増えているため、そういった人への適切な在宅ケアの提供に向けて、どのように在宅医療と介護の連携を推進していくか考える必要が出てきている。

そのような背景を踏まえ、名古屋市に先行する形で、まずは名古屋市医師会が在宅医療の推進に向けた活動を始めた。元となる活動は大幸砂田橋クリニックの院長による取組であり、この取組に名古屋市医師会長が共感して、医師会としての取組が始められた。名古屋

屋市としても、急速な高齢化に対応するため、在宅医療と介護の連携を推進する必要性を認識し、平成 26 年度から、名古屋市が名古屋市医師会に在宅医療関連事業を委託する形で、市としての取組が始まることになった。

(2) 事前に認識していた課題

名古屋市は、在宅での医療ニーズが高まっている一方で、在宅医療サービスを実施する医療機関の数は十分でないと考えている。実際に、名古屋医療圏保健医療計画（平成 26 年 3 月）の中では、今後の在宅医療の推進にあたって下記の点が課題として認識されている。

- 在宅医療の多様なニーズに対応し、患者だけでなく家族を含めた生活の質を高めるために、保健・医療・福祉の各サービスの連携を図る必要がある。
- 高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を送るために、「地域包括ケアシステム」構築のための各種事業の推進やネットワークづくりが必要である。
- 在宅医療サービスを実施する医療機関を増加させる必要がある。
- 在宅において高度な医療を受ける患者については、専門医による医学管理や急変時における対応が必要であり、病診連携体制等の推進が必要である。

1-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

インタビュー調査では、名古屋市として平成 26 年度から取組を開始するに当たり、下記 3 点を主な目的として掲げたと述べていた。

- 福祉・介護行政を所管する市として、医療側の実態を把握すること。
- 医療・介護の連携にあたり介護側の医療に対する心理的ハードルを解消させる等により、医療と介護の連携を推進すること。
- 在宅医療をシステムチックに提供できる体制の構築を検討すること。

名古屋市では、この目的に沿って、平成 26 年度から名古屋市在宅医療・介護連携推進事業を実施している。事業としては名古屋市医師会に委託しており、受託した医師会は下記(1)～(4)を実施している。なお、これらを含む取組の詳細は後述するため、ここでの説明は割愛する。

名古屋市在宅医療・介護連携推進事業の事業内容

- (1)名古屋市在宅医療・介護連携推進会議の設置（→（イ）で後述）
- (2)在宅医療・介護の連携に関するルールづくり（→（オ）で後述）

(3)ICT を活用した情報共有ツールづくり (→ (エ) で後述)

(4)在宅医療・介護連携シンポジウムの開催 (→ (カ) で後述)

このように名古屋市は、医師会と連携して在宅医療・介護連携の推進に着手している。一方で、取組に先立つ定量的な目標・指標は設定していないと述べていた。目標値となる在宅患者数等の算出も含め、これからの議論のなかで検討していきたいとのことである。

なお、定量的なアウトカム指標の 1 つとして、名古屋市医師会から「在宅看取り率」を用いてはどうかという案も出た。しかし、まだ関係者間では合意をとりきれておらず、継続した議論が必要となっている。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

事業内容を検討するにあたり、千葉県柏市の取組は参考事例として見ている。また神奈川県横浜市の取組も、医療側の体制整備の観点で参考にしたとも述べていた。ただし、横浜市に倣った施策を設計するまでには至っていないとのことである。

1-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

既に述べたように、平成 26 年度から『名古屋市在宅医療・介護連携推進事業』を開始した。名古屋市の一般財源から 1500 万円¹を捻出し、名古屋市医師会に委託をして事業を推進している。そのため、(1)名古屋市在宅医療・介護連携推進会議の設置 などの事務局は名古屋市医師会となっている。

同事業の名古屋市側の担当部署は、高齢福祉部 地域ケア推進課である。同課は平成 25 年度に組織された課であり、インタビュー時点では課内に合計 15 名が所属していた。このうち、医療・介護連携事業等を担当する地域支援係は 7 名体制（事務 6 名、保健師 1 名）となっている²。事務中心の体制であるが、医師会等とのコミュニケーションにおいて問題を感じたことは無いと述べていた。

なお、名古屋市の中には、医療関連の施策を担う健康部 保健医療課や、介護保険の担当部署である高齢福祉部 介護保険課等も存在しており、医療・介護関連の施策を担う市職員は多数存在している。しかし平成 25 年度に地域ケア推進課が組織された際には、健康部 保健医療課からの人材が異動してくることはなかったと述べていた。すなわち、介護・福祉系の部署からの異動を中心に、地域ケア推進課は立ち上げられたということになる。

また、平成 25 年度から地域ケア推進課が組織されて在宅医療・介護連携の窓口となった

¹ 財源の内訳は会議開催における謝金、ICT の整備費用、名古屋市医師会の人件費等である。規模としては人件費部分が大きいとのことである。

² 同課内のもう一つの係である地域福祉係には 6 名が所属している。

が、担当者へのインタビューの中では、在宅医療を充実させるとともに、介護との連携を進めていくうえでの様々な施策について、まだ役割が完全に整理されきっていないとも述べていた。保健医療課や介護保険課等との役割整理は、今後も継続して実施していく予定とのことである。ただし、地域包括ケア関連の総合調整役として地域ケア推進課が組織された点は、重要な一歩であるとも認識していた。

以下、地域ケア推進課と名古屋市医師会を中心とした取組内容について、主に平成 26 年度の名古屋市在宅医療・介護連携推進事業を対象とした整理を行う。なお、取組の整理にあたっては、平成 27 年度から介護保険法の地域支援事業に位置づけられる在宅医療・介護連携推進事業で定義されている、(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握 から (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 に類するものをまとめる形で整理する。

この整理方針は、本報告書における名古屋市以外の事例についても同様である。また各項目で「-」と表現されている箇所は、インタビュー調査の過程で特段の言及が無かったことを意味しており、その取組を実施していないわけではないことに注意していただきたい。

図表 5 名古屋市における関係部署（抜粋）



出所) 名古屋市ホームページより NRI 作成

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

市内の地域包括支援センターにおいて、社会資源マップとして作成し、相談者からの求めに応じて教示できるようにしている。また、後述する 3 か所の在宅医療連携拠点においても、在宅医療に関する地域住民への普及啓発活動等として、把握を行っている。

る。

実施方法

市内の地域包括支援センターや在宅医療連携拠点において、社会資源マップ等を作成する。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

名古屋市が平成 26 年度に名古屋市医師会へ委託した『名古屋市在宅医療・介護連携推進事業』は、既に述べたように 4 つの事業から構成されている。その中の 1 つが、『(1)名古屋市在宅医療・介護連携推進会議』である。

この推進会議では、在宅医療と介護の連携を推進することを目的とした議論が行われる。具体的には「在宅医療・介護の連携に関するルールづくり」や「ICT を活用した情報共有ツールづくり」に関することが協議される。なお、下部組織として作業部会も設置されており、具体的な連携方策の検討が行われている。

実施方法

平成 26 年度は、事務局を名古屋市医師会が担っている。

推進会議のメンバーは学識経験者、医療・介護の関係者、行政等から構成されており、医療側のメンバーは名古屋市医師会が中心になって招集をした。一方の介護側のメンバーに関しては、任意団体である名古屋市介護サービス事業者連絡研究会（以下・名介研）を活用し、介護サービス種別に 3 名の代表者を招集している。この名介研には、名古屋市の介護保険課から協力要請を打診した。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

この推進会議が次年度以降も常設されるのか、またその場合に誰が事務局を担うのか（名古屋市なのか医師会なのか、など）という論点は残されている。なおインタビューの中では、常設されるのであれば今後は名古屋市が事務局を担うべきではないか、という考えが寄せられた。

図表 6 名古屋市在宅医療・介護連携推進会議委員名簿

所属	役職
名古屋市医師会	副会長
名古屋市医師会	理事
名古屋市歯科医師会	会長
名古屋市薬剤師会	副会長
名古屋大学大学院医学系研究科	教授
名古屋市立大学大学院医学研究科地域医療教育学	教授
独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部	部長
愛知県病院協会	理事
愛知県看護協会	常務理事
愛知県訪問看護ステーション協議会	副会長
名古屋市老人保健施設協会	会長
愛知県医療ソーシャルワーカー協会	会長
愛知県栄養士会	会長
愛知県作業療法士会	会長
愛知県歯科衛生士会	幹事
愛知県理学療法士会	代表理事
名古屋市介護サービス事業者連絡研究会（通所入所系）	幹事
名古屋市介護サービス事業者連絡研究会（介護支援系）	幹事
名古屋市介護サービス事業者連絡研究会（訪問介護系）	幹事
名古屋市社会福祉協議会 地域福祉推進部	主幹
名古屋市健康福祉局 高齢福祉部	部長

出所) 第1回名古屋市在宅医療・介護連携推進会議（平成26年6月26日） 資料2-1

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

名古屋市が主体となった取組ではないが、平成25年度以降の愛知県による在宅医療連携拠点推進事業を通じ、名古屋市の東区医師会・昭和区医師会・南区医師会が連携した在宅医療支援体制の構築が進められている。以下、その体制構築の詳細について述べる。なお在宅医療連携拠点推進事業に関しては、後述する（オ）での記載内容を参考にしていきたい。

名古屋市医師会が構築を進めている在宅医療モデルは、大きく分けて下記4つの施策から構成される。すなわち『①在宅療養支援アセスメントシステム』、『②ハブ拠点』、『③在宅往診支援システム』、『④在宅療養移行リンクシステム』である。

①在宅療養支援アセスメントシステム

患者の栄養・体力等のアセスメントを実施し、在宅療養に必要な準備を行う「アセスメント病院」を仕組みの中に位置づけている。アセスメント病院は在宅療養患者の検査を実施し、その病態を明らかにした上で、在宅療養者・家族・かかりつけ医・多職種スタッフと情報を共有する。病院の場合は200床未満の病院であることが望ましいという要件が明示されている。

アセスメントに関する一連の流れは、かかりつけ医が患者に対してアセスメント利用を提案するところから始まる。患者側が納得したら、後述するハブ拠点にアセスメント利用の調整依頼を送る。ハブ拠点を通じて受入依頼を受けたアセスメント病院が院内で調整を行い、受入れが決まったら、ハブ拠点が核となって、かかりつけ医への情報提供依頼やケアマネジャー等との調整を行う。平均8日間程度のアセスメントを受けた後、関係者全員参加によるカンファレンスを開催して、今後の在宅療養の方策を決定する。

②ハブ拠点

地域の中核病院4つ³に「ハブ拠点」の機能を持たせている。

ハブ拠点では、アセスメント病院を退院する患者のうち、かかりつけ医を持たない患者への主治医の調整を行っている。具体的には、各地の診療所ごとに「担当できる在宅患者の人数」・「対応可能な医療処置」・「対応可能な領域」などを把握し、退院患者の主疾患・病態・居住地域などと照らし合わせて、診療所に受入の打診を行っている。

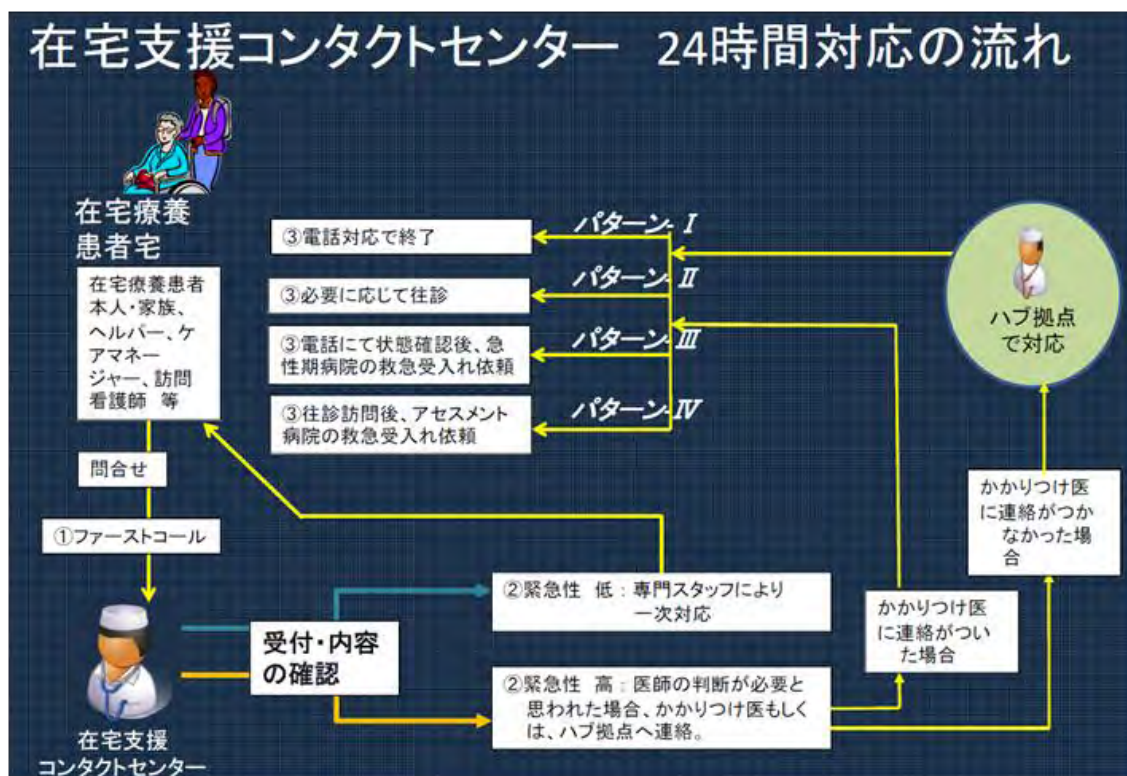
この他に、かかりつけ医からの在宅療養支援アセスメントの利用依頼を受け付ける役割も持っている。

③在宅往診支援システム

上記のハブ拠点に非常勤当直医・当直看護師を配置し、夜間・休日の往診を代行する体制を検討している。かかりつけ医からの往診代行依頼に対応することに加え、地域住民からの直接の往診依頼にも対応する。なお、ハブ拠点とは別に在宅支援コンタクトセンターを設け、急変時には、患者は同センターに連絡を入れて対応を依頼できるようにしている。

³ 東区、中村区、昭和区、南区の4つ。なお、平成26年度の名古屋市内における在宅医療連携拠点も4つだが、別の概念であるので注意が必要である。

図表 7 在宅往診支援システム（在宅支援コンタクトセンターの対応）



出所) 第 1 回名古屋市在宅医療・介護連携推進会議（平成 26 年 6 月 6 日） 資料 7-1

④在宅療養移行リンクシステム

急性期病院の退院から在宅に移行するまでの間で、アセスメント病院が急性期病院からの退院患者を受け入れ、病態アセスメント・在宅移行準備を進める仕組みである。急性期病院⇒アセスメント病院⇒在宅へという連携体制を構築する。なお、在宅移行後に急変が生じた場合は、アセスメント病院が後方支援病院としての役割を担う。

実施方法

既に述べたように、上記は愛知県による在宅医療連携拠点推進事業等を通じた名古屋市医師会主導の体制構築である。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

名古屋市が名古屋市医師会に委託した在宅医療・介護連携推進事業の中で、『(3)ICTを活用した情報共有ツールづくり』が進められている。在宅医療と介護の連携を推進

するための補助ツールとして、セキュリティに留意しながら ICT を活用して、主治医と介護事業者間の情報を共有する仕組みを構築する事業である。

実施方法

次項の（オ）で詳述するが、名古屋市内には、先行して愛知県が平成 25 年度から推進する在宅医療連携拠点推進事業の 3 拠点（東区・昭和区・南区）があり、まずこの 3 拠点について ICT の選定状況を確認している。結果、東区と南区ではそれぞれ新たに ICT を選定する予定であることが判明した。両区の医師会からは、名古屋市の平成 26 年度の『(3)ICT を活用した情報共有ツールづくり』の中で ICT の選定が為されるのであれば、それを採用して各区の事業も推進したいという意向が示されたため、名古屋市の委託を受けた名古屋市医師会は、平成 26 年 4 月に早速選定会を実施した。推進会議および作業部会のメンバーを中心とした 9 名の選定委員（医療側 5 名、介護側 2 名、市職員 2 名）が選定をした結果、株式会社カナミックネットワークが提供するシステムが選ばれた。

平成 26 年度の 1 年間をかけて、まずは中村区で試験導入をし、評価を行う予定である。そこで問題がなければ、市内の全区で展開していく予定となっている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

名古屋市内には、平成 26 年度からの名古屋市の取組に先行する形で、3 か所の在宅医療連携拠点が設置・運営されている。その内の 1 つは、平成 24 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業で採択された名古屋市東区の大幸砂田橋クリニックである。厚生労働省事業が終了した後の平成 25 年以降は、大幸砂田橋クリニックに加えて、昭和区のかわな病院と、南区の笠寺病院の計 3 つを、愛知県による在宅医療連携拠点推進事業の中で拠点化した。すなわち平成 25 年以降の 3 拠点の大元の実施主体は愛知県である。財源は地域医療再生基金を用いている。

この活動に追加する形で、名古屋市は、平成 26 年度からの在宅医療・介護連携推進事業の中で、中村区の古山医院を新たに拠点化した。すなわち名古屋市には、4 か所の在宅医療・介護連携拠点が存在し運営されていることになる。

この 4 拠点の整合性をとる形で、名古屋市が名古屋市医師会に委託した在宅医療・介護連携推進事業の中で、『(2)在宅医療・介護の連携に関するルールづくり』が進められている。これは、高齢者の在宅での生活を支えるために、「退院時」「日常の療養支援時」「急変時」「看取り時」という各局面での医療と介護の連携用ルールを検討する事業である。

このように、名古屋市内には 4 つの拠点が整備されており、医療・介護連携に向けて

備えるべきルールづくりを、市全体で整合がとれる形で検討中の状況にある。すなわち、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営に向けて、まずはその前段で必要となる共通認識やルール作りを行っている状況と言える。

なお、これらとは別の名古屋市による支援制度としては、介護保険制度の円滑な運営に資することを目的として、適当な主治医がいない介護保険申請者に対し、名古屋市医師会の協力のもとに主治医を紹介する『名古屋市介護保険主治医紹介制度』がある。名古屋医療圏保健医療計画によれば、平成24年度の登録医数は1,141人である。

この他、名古屋市医師会による在宅医療モデルの中にある『ハブ拠点』が、退院患者の主治医の調整などを行っているが、これについては（ウ）で述べた通りである。

実施方法

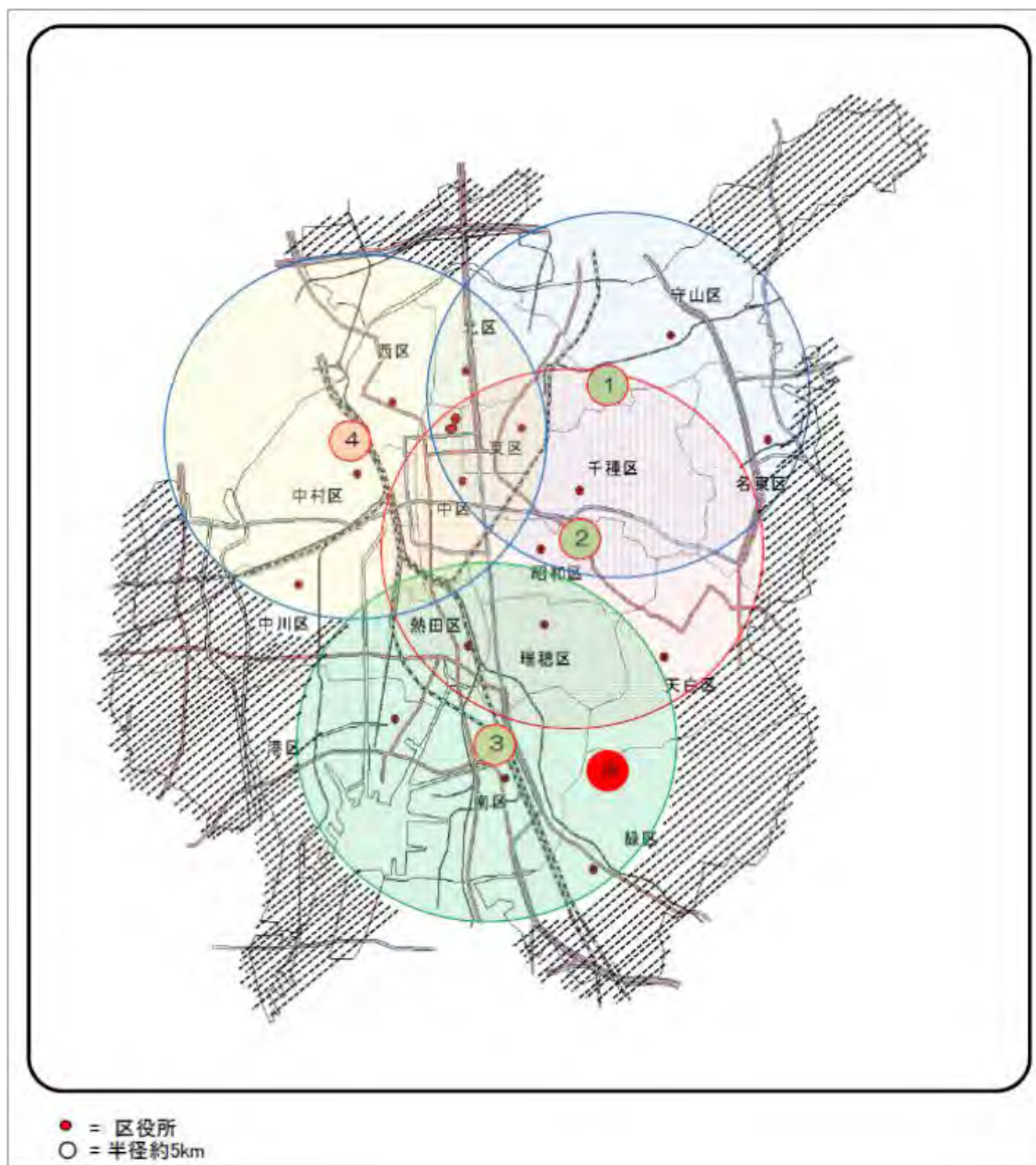
『(2)在宅医療・介護の連携に関するルールづくり』は、推進会議の下に設置された作業部会の中で議論されている。作業部会が素案を作り、推進会議が最終的に承認するプロセスをとっている。平成26年6月の第1回作業部会を皮切りに、同年12月までに計5回の作業部会を開催して、連携ガイドライン（案）を策定する予定である。

なお、ルールはあまり細かくせず、ガイドライン程度のレベル感で策定する予定である。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

図表 8 平成 26 年度以降の名古屋市内における在宅医療連携拠点図⁴



出所) 第 1 回名古屋市在宅医療・介護連携推進会議 (平成 26 年 6 月 6 日) 資料 4-1

⁴ 図内の①は東区の大幸砂田橋クリニック、②は昭和区のかわな病院、③は南区の笠寺病院、④は中村区の前山医院である。①～③は愛知県事業、④は名古屋市事業である。また※は文部科学省の未来医療研究人材養成拠点形成事業が実施されている緑区の鳴子団地周辺を表している。

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

名古屋市が名古屋市医師会に委託した在宅医療・介護連携推進事業の中で、『(4)在宅医療・介護連携シンポジウムの開催』が進められている。

市内の医師・介護サービス事業者等を対象に、在宅医療・介護連携に関する普及啓発と、連携に関するルールの説明や ICT を活用した情報共有ツールづくりの報告を実施する予定となっている。

実施方法

平成 26 年度の事業全体の成果とともに発表されることもあり、シンポジウムの開催は平成 27 年 2 月頃の開催が予定されている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

3 か所の在宅医療連携拠点において、在宅医療に関する地域住民への普及啓発活動を実施する。

実施方法

各連携拠点において、地域住民への講演会の開催、パンフレットの作成等を行う。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

名古屋市においては該当せず。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

1-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

名古屋市が主体的に推進する在宅医療・介護連携事業は、平成 26 年度に名古屋市医師会へ委託した事業が初めての本格的な取組である。そのため、まだ明確な成果は出ていない。評価指標となる目標値も特に存在しない。

ただし（ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進については、平成 24 年度の厚生労働省事業にはじまり、平成 25 年・26 年に愛知県から名古屋市医師会が補助を受ける形で推進している取組により、着実に体制の構築が進んできたと見ている。

1-5 成功要因

(1) 成功要因

平成 26 年度の事業も名古屋市から名古屋市医師会に委託をしているが、このように初期は医師会が主導する形が望ましいと考えられる。そうすることで、地域内の医師の巻き込みも円滑に進む。ただし本質的には名古屋市の事業であるため、今後は市として事業の支援や推進に積極的に関わっていくべきであると考えている。

事業を円滑に進めるためには、市町村が推進会議のような会議体の事務局を担い、総合調整にまい進することが重要であるとする。平成 26 年度は名古屋市医師会に委託しているが、今後は市が事務局を担うことも視野に入れる。行政が前面に出ることで、会議体での介護側の積極姿勢も引き出すことができると思われる。

その他、市町村は、認知症のケアパスづくりなど、介護側から主体的に関われる連携内容を主導していくべきだと思われる。行政として地域包括ケアをどのようにデザインしたかの戦略を練り、介護保険計画等で明記した上で、それを実現するために医師会等が関与して各事業を推進する形が望ましいとする。

なお、在宅医療と介護の連携における保健所の役割については「今後検討していきたい」と述べていた。

1-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

平成 26 年度の事業を中心に、いくつかの課題が存在する。

まず、推進会議で介護側の積極的な発言や姿勢が引き出せていない点である。医療側からの発言が多く、介護側の発言が少ないのが実態である。医師会主導の会議体で仕方ないところはあるが、介護側が積極的に発言できるように、名古屋市としても後押ししていくべきと考えている。

また、病院側の会議への参画強化も今後の課題である。推進会議に病院協会やソーシャルワーカー協会が参加しているが、病院にどこまで参画してもらうかは悩ましい。急性期病院とアセスメント病院間の関係性も、どこまで円滑なものになっているか気になっている。（名古屋市医師会が担う範疇ではあるが。）

この他、今後どれくらいの医師が参加しないと在宅医療がまわらなくなるかを、行政として定量的に把握できていないのも課題の一つである。行政における在宅医療・介護の窓

口の整理や、定量的な数値の把握が必要である。現状では、在宅患者の数も正確に把握できていない。

これらの課題を踏まえて、平成 27 年度には、顔が見える関係づくりや多職種連携会議を実施していく予定である。各区で地域ケア会議を開催（事務局は各区の担当課及び地域包括支援センター）しており、その枠を使って多職種連携会議などを開催することを検討したい、と述べていた。

なお、前述の（ア）～（ク）で紹介した各事業については、平成 27 年 4 月以降に名古屋市が地域支援事業として実施する予定である。

（２）今後、国や都道府県に期待する支援

都道府県は、急性期病院とアセスメント病院（（ウ）で述べたような、患者の栄養・体力等のアセスメントを実施し、在宅療養に必要な準備を行う病院）の円滑な連携など、病院側の調整を担うべきと考える。病院を中心とした広域調整は市町村には厳しいと思われるため。

また国には、財源の手当てについての検討を望みたいと述べていた。その他、ICT の共通基盤なども継続検討して欲しいとのことである。

1-7 事例総括

名古屋市医師会を実施主体とした在宅医療提供体制の構築が進んでいる点が、名古屋市の特徴の 1 つであると考えられる。在宅医療の提供に実績を持つ医療機関を中心に据えつつ、平成 24 年の厚生労働省事業や、平成 25 年・26 年の愛知県からの補助を受けて、名古屋市医師会として強固な在宅医療提供体制を構築している。

名古屋市は、この動きと並行しつつ、在宅医療・介護連携の重要性に鑑みて、平成 26 年度から名古屋市在宅医療・介護連携推進事業を開始した。平成 26 年度は名古屋市医師会に事業委託をしており、その中で推進会議の設置やルールづくり、さらには ICT の整備等を進めている。市として主体性を持って関わる事業であるという認識は、担当者レベルで持たれているため、平成 26 年度事業の成果を活かして、平成 27 年度以降は名古屋市が前面に出てくる可能性がある。

在宅医療提供体制の構築を先行して医師会に進めてもらいつつ、介護連携の要素をそこに上乗せしていくという順序で事業が進められていると言える。医療側の巻き込みも考慮して、平成 26 年度は医師会が実施主体となっているが、その成果を踏まえて 2 年目以降は市町村が主導するというプロセスは、他の市町村から見て参考になる事例であると言える。

2. 熊本市の取組

2-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療・介護連携事業の推進に着手しようと考えたきっかけ

熊本市は、熊本県の県庁所在地であり、熊本県の人口の4割ほどにあたる約74万人が居住する政令指定都市である。面積は389.54平方キロメートルである。高齢化率は22.9%（平成26年4月1日時点）で、平成37年（2025年）には28.7%に上昇すると予測されている。市の人口の多さもあり、熊本市が属する熊本医療圏には他の市町村が属していない。また、熊本市を管轄する保健所も市の保健所である。

第6次熊本県保健医療計画によれば、熊本医療圏は県内の既存病床数（25,476床）の約半分にあたる12,342床があり、基準病床数も1,500床以上過剰な状態にある。三次救急を担う救命救急センターも、熊本赤十字病院・国立病院機構 熊本医療センター・済生会熊本病院と、県内の3つの全てが熊本市に集中している。熊本大学医学部附属病院と合わせて、急性期に関する充実した医療資源が備わっている医療圏であると言える。なお、市として熊本市立熊本市民病院（一般病床550床、感染症病床12床）も保有・運営している。

図表9 熊本医療圏

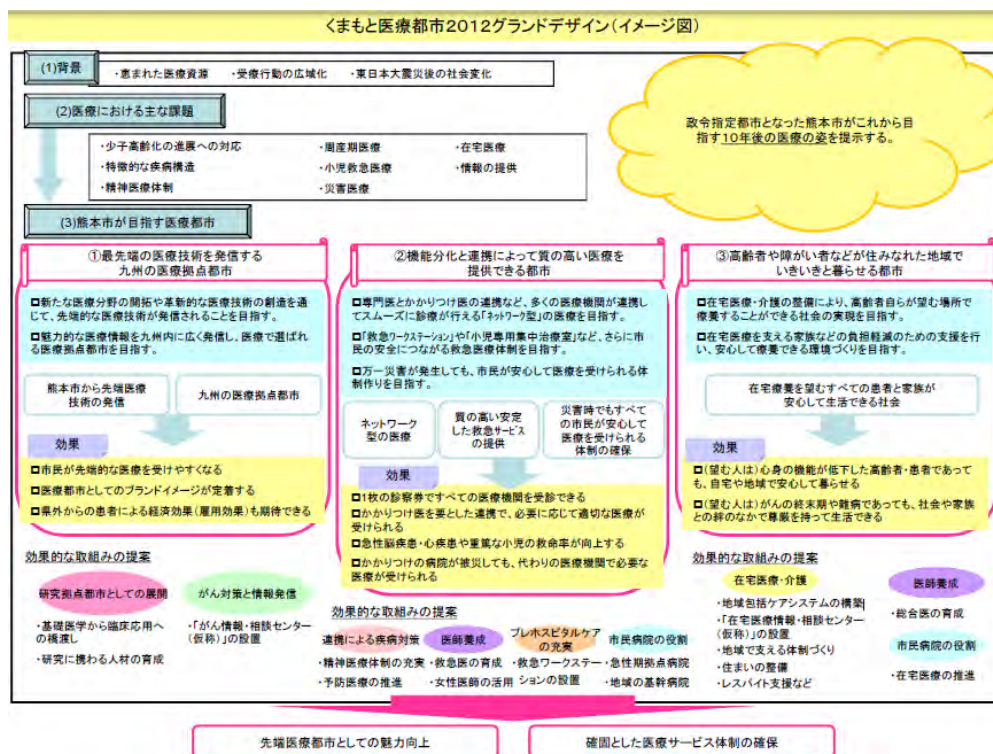


出所) 日本医師会 地域医療情報システム

熊本市では、平成24年3月に10年後の医療の姿を提示した“くまもと医療都市2012 グランドデザイン”（以下、グランドデザイン）を策定し、目指すべき姿の3本柱の1つに「高齢者や障がい者などが住みなれた地域でいきいきと暮らせる都市」を掲げ、在宅医療の推進を組み込んだ。これは当時（平成23年度）の市長の「医療都市としての魅力をア

ピールする」という選挙公約に則って設置された「くまもと医療都市ネットワーク懇話会」（以下、懇話会）の協議を経て策定されたものである。

図表 10 くまもと医療都市 2012 グランドデザイン



出所) 熊本市提供資料

熊本市としては、恵まれた医療体制が構築されていたこともあり、医療政策担当部門が在宅医療に特化した取組は行っていなかった。しかし、懇話会の協議の中で、急性期病院の院長たちから、今後は在宅医療への取組が重要であるとの意見があり、グランドデザインの柱の1つに盛り込むこととなった。結果として、医療関係者の協力を得やすい環境となっており、グランドデザイン策定直後から在宅医療・介護連携事業が飛躍的に進んだと評価している。

これに加え、熊本市が実施主体となる形で、平成24年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に参画したことで、平成23年度から練っていた在宅医療・介護連携事業に係る構想を、同事業の予算内で推進していけるようになったことも、事業の進展に良い影響をもたらしたと言える。

(2) 事前に認識していた課題

平成23年度に懇話会を設置し、グランドデザインを策定するまでは、医療政策に関することは都道府県の役割という認識が強く、熊本市としては住民に身近な救急医療や災害医

療には取り組んでいたものの、在宅医療に関して認識していた課題はなかった。

平成 24 年度には、“くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会”を立ち上げ、検討を行った結果、以下に示す 3 点が、熊本市が取り組むべき在宅医療・介護連携事業における課題として挙げられた。

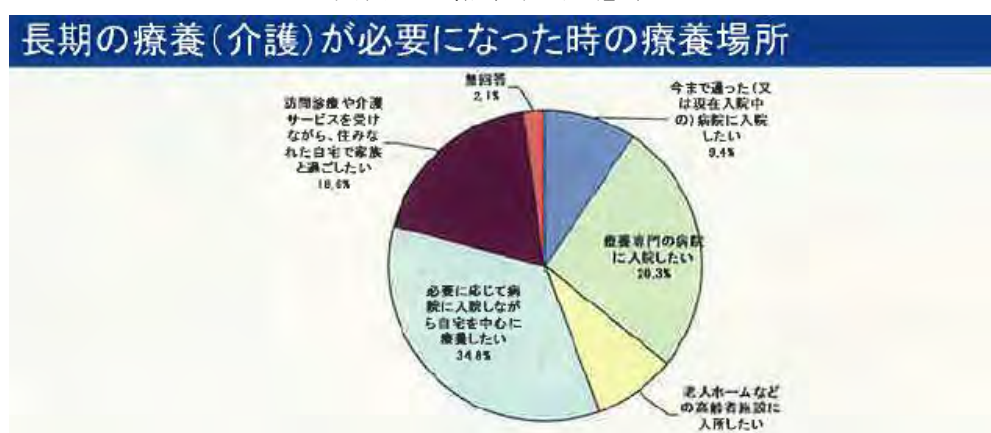
熊本市が設定した在宅医療・介護連携事業における課題

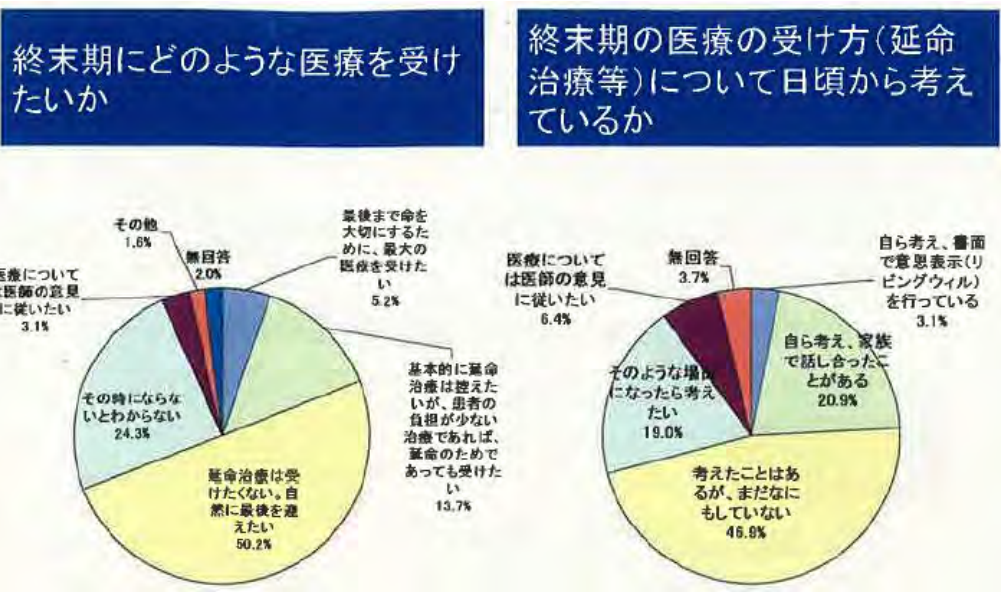
- ①医療と介護の連携不足
- ②病院からの在宅移行の促進
- ③市民の在宅医療・介護に対する関心の低さ

また、平成 24 年度に熊本市が実施した“2000 人市民委員会”アンケートによれば、長期の療養（介護）が必要になった際の療養場所として、「必要に応じて病院に入院しながら自宅を中心に療養したい」と回答した人が 34.8%、「訪問診療や介護サービスを受けながら、住みなれた自宅で家族と過ごしたい」と回答した人が 18.6%という結果となった。しかし、実際は在宅療養を選択する患者の割合はそこまで高くないため、市としても在宅医療・介護サービスの市民への周知が必要であると感じている。

市民へのアンケート調査からは、“自宅での療養”と“必要に応じた入院”を適宜使い分ける形で在宅療養を受けたいと考えている市民が多数いることを確認できる。一方で、自らが在宅療養患者になった際に、どういった事態が生じるかのイメージができていない市民が多いのも実情である。実際に、終末期の医療の受け方（延命治療等）については、「自ら考え、家族で話し合ったことがある」と回答した人は 20.9%に留まり、具体的な行動を起こした人は少ない。熊本市は、今後市民の在宅療養に関する意識を具体的な行動につながるまで引き上げる必要があると認識している。

図表 11 熊本市民の意識





出所) 熊本市提供資料

2-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

熊本市では、在宅医療・介護連携事業の目指す姿として「高齢者や障がい者などが住みなれた地域でいきいきと暮らせる都市」の実現をスローガンとして掲げている。

その実現に向けた進捗を確認する定量的な指標について議論を重ねた結果、介護保険による訪問看護利用件数、ターミナルケアに対応する訪問看護ステーションの数、訪問診療実施件数の3つを地域保健医療計画の指標として用いることとした。たとえば訪問診療実施件数については、3,781件から7,000件に増やすとしている。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

熊本市は、柏市(千葉県)・福岡県を視察した。また、岡山市(岡山県)は担当者との意見交換する機会があり、市長の公約で在宅医療・介護連携事業が推進された経緯や都市規模など類似点も多く、また事業自体も熊本市より進んでおり、参考にする点が多かったと述べていた。

2-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

熊本市の在宅医療・介護連携事業については、医療行政を担当する医療政策課と介護保

除計画の施策を担当する高齢介護福祉課が連携して事業を推進する体制をとっている。両課はともに健康福祉子ども局の中に位置づけられている。また市内の地域包括支援センターは 27 カ所（すべて委託）である。

図表 12 熊本市の組織図（医療政策課および高齢介護福祉課）

健康福祉子ども局

医療政策課

総務班：予算、庶務等

医務班：病院・診療所等の許認可等

薬務班：薬局等の許認可等

医療企画班：救急医療・がん対策・在宅医療等

高齢介護福祉課

総務班：予算、庶務、介護保険料の賦課等

認定給付班：介護認定、介護保険サービス給付、住宅改修等

指導班：介護保険事業所の指定、指導等

高齢者支援班：地域包括ケア、地域支援事業、高齢者支援全般

出所) 熊本市提供

各課の職種と人数に目を向けると、医療政策課の担当（医療企画班）は薬剤師 3 名、看護師 1 名で組織されており、保健師は在籍していない。一方、高齢介護福祉課の担当（高齢者支援班）は事務職 8 名（うち社会福祉士 1 名）、保健師 1 名、嘱託職員 4 名（うち看護師 1 名、社会福祉士 1 名）で組織されている。また、熊本市保健所（医療政策課）の中に設置している在宅医療相談窓口には、訪問看護経験者を配置している。

一方、熊本市医師会との連携も良好に進めている。同医師会の副会長には在宅医療の検討会である“くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会”の立ち上げ時から議長を引き受けてもらっており、熊本市の在宅医療・介護連携事業における医師会側のキーパーソンとして重要な役割を担ってもらっている⁵。また、医師会の中には在宅医療に関する委員会が組織されており、同委員会が中心となって在宅医療・介護連携事業における課題抽出や医師会内部の方針策定を進めており、医師向けの在宅医療に関する研修会等に取り組んでいる。

この他、熊本市では、平成 20 年に在宅医療を実践する医師による“熊本在宅ドクターネットワーク”が設立され、医師同士の相互扶助や負担軽減だけでなく、講演会の開催や在宅医療の啓発活動などを行っている。現在会員は 80 名である。この会では、医療機関からの依頼で、在宅主治医がいない患者の在宅医療の受け皿になる体制を構築している。また、小児在宅医療を支えるためのネットワークである“熊本小児在宅ケア・人工呼吸療法研究会”

⁵ 検討会の詳細については後述する。

という有志サークルも組織されている。

上記のような体制で推進される在宅医療・介護連携事業の予算額は次の通りである。嘱託職員の人件費やパンフレット等の印刷費、会議等の開催経費等が大半を占めている。

直近(平成 24 年度～26 年度)の予算額

平成 24 年度	約 371 万円	(厚生労働省 在宅医療拠点事業)
平成 25 年度	約 362 万円	(一般会計、地域医療再生基金)
平成 26 年度	約 650 万円	(地域医療再生基金)

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

熊本市は、患者における医師へのアプローチを容易にすることを目的として、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業（厚生労働省）の中で、下記 4 項目の把握が可能なマップやリストを作成した。

医療資源マップ等に反映した 4 項目

- ①医療機関における在宅医療の取組状況
- ②在宅で対応できる処置
- ③専門診療科目の対応
- ④面談等の対応可能な時間帯

実施方法

各医療機関に対して市が作成したアンケートを配布し、その回答結果に基づいて医療資源マップ等を作成した。アンケートの中では、医療資源に関する内容だけでなく、担当者会議への参加が可能な時間帯や医師との面談が可能な時間帯についても確認した。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

医療資源マップ等は、作成後の更新作業が負荷になる。最新情報を提供していくことが求められる一方で、作業の手間から、それが実現できていないことが課題である。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

平成 24 年度の事業の中で、熊本市は、各職能団体・急性期病院の地域医療連携室・在宅療養支援診療所などから推薦を受けた 8 名の委員からなる“くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会”を組織した（平成 26 年度の委員数は 13 名）。なお、平成

24年度の8名の委員のうち、3名は介護関係者（ケアマネ、訪問看護師、社会福祉士）であった。検討会では、在宅医療・介護に関する課題抽出や課題解決に向けた協議を進め、熊本市の在宅医療・介護を進めるブレーンの役割も担っている。

平成25年度からは、区ごとに在宅医療を検討するため、関係職種の代表者からなる多職種連携世話人会を開催し、各区の課題等について意見交換を行うようにした。

図表 13 多職種連携世話人会の区ごと実施概要

対象地域	意見交換した課題等	世話人
中央区	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有ツール（連携シートの統一、お薬手帳の活用など） ・ケアマネの連携（医師との関わり、質の向上） ・地域とのかかわり方について ・市民啓発（看取り、事前指定書など） 	19名
東区	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携への積極的関与 ・地域・職種ごとの取組との連動 	38名
西区	<ul style="list-style-type: none"> ・市民啓発 ・地域の資源把握 ・ケアマネの連携（質の向上） ・退院支援 	20名
南区	<ul style="list-style-type: none"> ・医師との連携 ・現場のつながり 	22名
北区	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の力 ・退院調整 ・情報共有 ・エンディングノート 	22名

出所) 熊本市提供資料より NRI 作成

また平成26年度からは、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現や在宅医療と救急医療の連携の推進を目的とした、在宅療養患者等の救急医療等に関する検討会を組織した。この検討会は、超高齢社会のさらなる進展と救急搬送される高齢者の増加、今後の在宅医療のさらなる推進を背景として立ち上がったものである。

実施方法

くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会は、市全体の課題整理やその解決策を関係団体と共有するため、委員は関係団体からの推薦とした。また、区ごとの多職種連携世話人会は、医師会から推薦された医師が中心となって進めている。市は、議論する場として区役所や公民館を提供するなど、会議の事務的な手配を担当している。在宅療養患者等の救急医療等に関する検討会では、①患者の意思を尊重した人生の最終

段階における医療の実現、②在宅医療と救急医療の連携の推進について議論し、平成27年4月に結果を取りまとめる予定である。

図表 14 在宅療養患者等の救急医療等に関する検討会での検討内容

検討会の目指す方向
①患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現
<ul style="list-style-type: none">・ 終末期医療の考え方に関する普及啓発・ リビングウィルを行っている市民の意思が、医療の現場で尊重される社会の実現
②在宅医療と救急医療の連携の推進
<ul style="list-style-type: none">・ 終末期の救急搬送に関する考え方の整理・ 在宅療養後方支援医療機関等の活用・ 救命救急センターの役割の市民啓発

出所) 熊本市提供資料

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

世話人会の開催については、各区の世話人会の中心となる医師を、熊本市医師会に選任してもらったことで事業が円滑に進んだと評価している。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

熊本市が主導して切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制を構築することは行っていない。個々の医療機関や介護施設で連携する(たとえば強化型在宅療養支援診療所などの)取組に委ねられている。ただし、前述のとおり在宅医療を実践している医師で組織される熊本在宅ドクターネットが、医療機関を退院する際に在宅主治医のいない患者に対応できるようにシステムを構築している。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

熊本市としては、主体的にシステムの導入・運用は行っていない。
熊本県において、県内の医療機関をはじめ、訪問看護ステーション、薬局等におけるICTを活用した地域医療等情報ネットワークの構築を検討しており、そちらの動向を

見ている状況である。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

(くまもと在宅医療・ケア支援センターの運営等)

実施内容

平成 24 年度の事業の中で、熊本市は、在宅療養を希望する市民や、患者を受け入れる医療機関や介護側のスタッフを対象とした在宅医療相談窓口を熊本市保健所内に設置した。

実施方法

在宅医療相談窓口には嘱託の看護師が勤務しており、市民や医療・介護関係者等からの在宅医療に関する相談に対応している。平成 25 年度だけで 57 件の相談を受けた。相談の具体的な事例は、在宅療養を希望するものの、かかりつけ医がいなかったり、かかりつけ医がいても、訪問診療を行っておらず地域の在宅医を探したい患者等への医療機関の紹介などである。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

平成 25 年の 1 月と 3 月に、市全域を対象とした在宅医療・介護に関わる多職種連携研修会を市として開催した。平成 25 年度以降は、市内でも地域によって医療・介護資源等にバラつきがあることから、市内 5 区の単位で研修会を実施している。

また、熊本市内で、多職種連携等に積極的に取り組む活動を発表する在宅ケア活動発表会「かたり隊」を開催し、市内の他地域の取組を共有し合う場として活用している。

図表 15 多職種連携研修会、在宅ケア活動発表会



出所) 熊本市提供資料

実施方法

多職種連携研修会の案内は、医師会を介すのではなく、市から各医療機関へ直接送付した。一方で介護関係者への声掛けは、地域包括支援センターに案内業務の協力をしてもらった。本研修会は平成 27 年度も継続する予定で、今後は医師が参加しやすいテーマの検討や研修会への医師の参加を促すために、医師会にさらなる協力を依頼していく予定である。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

多職種連携研修会は区ごとの特色を活かした取組を推進していくことが重要であり、区単位での開催とした方が良いと考えている。

また、取りまとめ役となる医師を医師会から選任してもらう点も重要である。医師への呼びかけは、市職員からよりも医師の方が効果的であると考えている。

（キ）地域住民への普及啓発

実施内容

医療政策課の職員が、ポスターの作成や老人会への出前講座などに取り組んでいる。また市民講演会を開催したり、市政広報番組“興味しんしん家族”⁶の中でも、在宅医療について特集を組んで放送している。

⁶ 市政広報番組 動画URL

(http://www.city.kumamoto.jp/HpKiji/pub/detail.aspx?c_id=5&id=3739&class_set_id=2&class_id=1914)

図表 16 市民講演会・寸劇の様子



出所) 熊本市提供資料

実施方法

出前講座を開催する際は、市職員が会場に出向いて、在宅医療・介護について直接説明をしている。その際は近隣の訪問看護ステーションの看護師にも同行してもらい、在宅医療の実際や訪問看護に関する話を依頼している。市の狙いは、市民に訪問看護の役割等について理解してもらうとともに、その場で訪問看護師に地域住民との接点づくりをしてもらうことである。将来の利用促進につなげたいという狙いがある。広報番組は5～6分程度の動画を放映している。動画は熊本市のHP上でも閲覧可能になっている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

市民に在宅医療を正しく理解してもらい、必要なときに在宅医療・介護サービスを適切に選択してもらうことが重要である。在宅医療や介護を意識していない地域住民と在宅医療・介護側の職員との距離を縮めることでサービスの利用が促進されることを目指している。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

熊本医療圏は熊本市のみの医療圏であり、基本的には圏域内での連携を中心に取組を進めており、市として目立った取組は行っていない。周辺市町と隣接する地域では、圏域を超えた連携が行われており、広域調整については今後の課題であると考えている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

2-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

インタビューで述べられた成果の1つとして、熊本市からの呼びかけに応じてくれる医療機関や医療・介護従事者の数が増えたことを挙げていた。特に区ごとに活動をするようになってから協力者が増えた印象を持っており、市の取組に対する認知度が上がってきた実感を持っていた。

また、市の老人会などからの出前講座の希望数が増えているなど、在宅医療・介護サービスへの注目度は高まっていると感じているものの、まだ十分とは言えず、市民向けの普及・啓発を今後も継続していく必要があると感じている。

2-5 成功要因

(1) 成功要因

成功要因の一つとして、医師をはじめとした関係多職種とできるだけ顔を合わせる機会を作り、信頼関係を構築していくことが重要であったと認識している。相談・説明・懇親会等の機会を通じて医師会の中心メンバーと顔が見える関係を作ることが、市として在宅医療・介護事業を推進する際には重要である。

2-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

熊本市は急性期を中心とした医療資源が充実している中で、在宅医療・介護連携事業については、現行の取組を継続していくことが重要だと考えている。特に市としては、市民への普及・啓発をより一層強化する必要があると考えており、市民向け講演会や熊本市電

内の中吊り広告を活用した PR 等、市民啓発の継続が重要だと認識している。

図表 17 “最後の刻までよりよく生きる”ことをテーマにした中吊り広告

いまを生きる。あなたへ
最後の刻(とき)まで
よりよく生きるための
「10の心得」

- 一、動かせる身体の機能と知的働きを活かす。
- 二、やつておきたいこと(生きる目標)を絞る。
- 三、他者のために役立つことをする。
- 四、病気がもたらしてくれた「いい面」(気づき、反省など)に目を向ける。気づいたら書いておく。
- 五、いろいろな人々との「出会い」の幸運をかみしめる。
- 六、懐かしい思い出は「心のゆりかご」。深く味わう。
- 七、自分の人生を大河ドラマととらえて、節目節目の大事な出来事やエピソードを1つずつ章のタイトルにして、目次を作ってみる。
- 八、自分の人生を目次に沿って、じつくりと書くか誰かに傾聴してもらおう。短歌や俳句を詠むのもよし。
- 九、ユーモアの心を忘れない。自分で川柳やお笑いコントを作る。新聞・雑誌の川柳で、特に面白いものをノートに書き写しておく。
- 十、次の世代に遺すものを考える。

ノンフィクション作家 柳田邦男

在宅医療。1人ひとりの「よりよく生きる」に応える

「病気になるって住み慣れたところで暮らしたい。」そんな実感を広げるのが在宅医療です。医師や看護師などの定期的な訪問で、医療が受けられるだけでなく、あなたと家族の生活を支えます。

熊本市では在宅医療に関する相談を受け付けています
096-364-2600
平日 午前9時～午後5時(正午～午後1時、年末年始を除く)
熊本市

出所) 熊本市提供資料

また、市としての取組を区単位に落とし込めていないという反省があり、区の担当者との協力関係の構築を進めていく必要があると考えている。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

インタビューでは、国による国民への普及啓発活動を求めていた。市町村は小さなエリアや個々の事業者・人物へのアプローチ・取組には慣れているが、マクロな施策を講じることには不慣れなので、国が先導して対策を講じてもらいたいということであった。具体的には、テレビドラマ、映画、政府広告による CM といったマスメディアを活用し、在宅医療への国民の関心を高めるといった対策である。

2-7 事例総括

熊本市は市全体で一つの医療圏を形成しており、また医療資源も充実しているため、医師会や熊本在宅ドクターネットと連携した事業をスムーズに進めやすいエリアであった。将来的な医療資源の逼迫に関する問題意識もそこまで高くなく、他の市区町村にはみられない恵まれた環境が整っている。また、市長による在宅医療・介護連携事業の推進など、トップダウン型の事業の動きだしも熊本市の取組の特徴と言える。医療側も在宅医療の推

進に協力的であった。

事業そのものは医療政策課が担当しているが、近年では事業を区単位で推進しており、将来的には医療政策課が全体の調整機能を担う役割にシフトしたいと考えている。そのため、各地域ごとの取組を全体で共有する研修などを開催している。発表会「語り隊」活動を通じて、各地域も市全体の動向を確認することができ、情報連携をするための工夫が見受けられる。

3. 横須賀市の取組

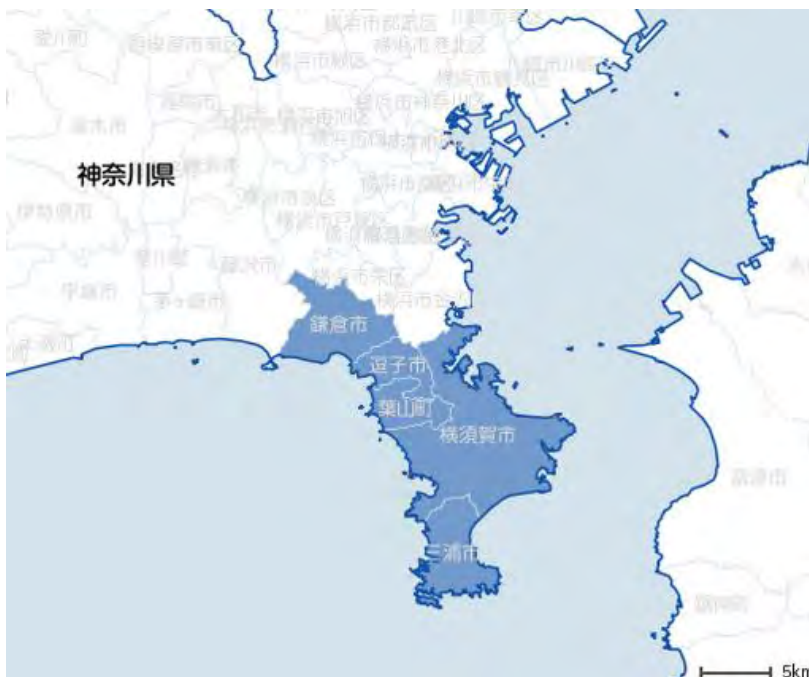
3-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

横須賀市は、神奈川県南東部の三浦半島の中央部に位置する市である。人口は平成 26 年 10 月時点で 40.7 万人の中核市で、市の面積は 100.7 平方キロメートルとなっている。高齢化率は、平成 26 年 4 月時点で約 28%と全国平均よりも高い水準にある。

横須賀市は、鎌倉市・逗子市・葉山町・三浦市とともに横須賀・三浦二次保健医療圏を構成している。神奈川県保健医療計画（平成 25 年 3 月）によれば、横須賀・三浦二次保健医療圏でカバーされる人口は平成 24 年 1 月 1 日時点で 72.9 万人である。同じく神奈川県保健医療計画から医療供給体制に目を向けると、医療圏内には病院が 30 施設、一般診療所は 585 施設あり、一般病床と療養病床の合計数は 5,311 床である。人口 10 万対数で見ると、病院数 (4.1) や一般診療所数 (79.9) は神奈川県平均 (3.8、70.8) より多いが、医師数 (192.6) は神奈川県平均 (195.4) より低い。医療圏内に救命救急センターを 3 病院持っている（神奈川県内で最も多い横浜北部医療圏・横浜西部医療圏の 3 病院と同数）など、医療機関は比較的充実している医療圏である。

図表 18 横須賀・三浦保健医療圏の位置



出所) 日本医師会 地域医療情報システムより

横須賀市の東京湾側には、地形的に海岸沿いまで山が迫る場所が多く、崖により断続的に分断される地形であるため、高齢者の生活圏もトンネルで区切られる入り江単位となり

やすい。地域住民の住居も尾根の間の階段で上がっていかなくてはいけない急坂沿いにある。医師や訪問看護師、ヘルパーなど在宅医療・介護サービスを支える従事者を悩ませる地域である。

横須賀市が在宅医療への取組を推進するうちには、このような環境上の問題も浮き彫りとなり、右肩上がりの高齢化率と共に大きな課題となっている。また、横須賀市医師会に在宅医療・介護連携事業に熱心な医師がいたことは大きな原動力であった。市が本格的な取組を始めた平成 23 年度以降、医師会も在宅医療・介護連携事業に組織として積極的に取り組むようになり、効果的な連携がとれるようになった。

なお平成 24 年度には、厚生労働省の在宅医療連携拠点事業の中で、横須賀市医師会と日本医療伝道会を実施主体とする 2 つのプロジェクトが採択された。横須賀市の中で 2 つの事業が推進されたことも、市内の在宅医療体制の構築を促進した。

(2) データから認識された課題

横須賀市では、市の人口動態、死亡数の推計値、死亡場所別の死亡数の推移などのデータを分析することで、在宅医療・介護における定量的な課題の抽出を行っている。データからは、高齢化率の上昇と市の人口推移から、市内の人口が減少する一方で高齢者の絶対数が上昇すると判明した。加えて、高齢者数の増加によって年間死亡者数も増加すると試算されており、平成 37 年には平成 24 年時点の年間死亡者数よりも 1,500 人多い、約 5,900 人が死亡すると推計している。

また、市では定性的な評価のために、平成 22 年度に、医師会・薬剤師会・ケアマネ協議会などの医療・福祉関係者に対して現状の在宅医療現場での課題に関するヒアリングを実施した。しかし、このヒアリングの結果、在宅療養現場における医療関係者と介護関係者の連携が不十分であることがわかった。また、前述した横須賀市のデータの分析結果から、多くの市民が在宅での療養や看取りを希望している（約 60%）一方で、実際の死亡場所は病院が大半（約 65%、平成 24 年度）であるなど、在宅療養の受入体制が構築されていないことを課題として認識した。

3-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

横須賀市が目標としていることは、“住み慣れた我が家で療養をしたいという住民が、在宅での療養・さらには看取りという選択ができるように地域医療の体制づくりを進める”というものである。この目標の実現のため、市は平成 23 年度より在宅療養の体制作りに着手した。

なお、平成 23 年度 of 取組開始以来、定量指標は特に設定されていない。ただし、市としても指標案の検討は進めている。インタビューでは、在宅看取り率の向上や在宅療養支援

診療所（在支診）の数の増加などが指標案として検討されていると述べていた。実際に在支診の数は、平成 22 年度時点の 32 ヶ所から平成 26 年 9 月時点では 39 ヶ所に増加している。その他、厚生労働省が在宅医療について出すアウトカム指標の案や、国立長寿医療研究センターが出している指標案を参考にすることも選択肢の一つと述べていた。

（２）在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

市として参考にした地域や市町村はなかった。ただし、事業の担当者として横須賀市と人口規模が似ていたこと、またバックアップで東京大学が入っていたこともあり、千葉県柏市の取組はひとつのモデルとして把握していた。東京大学の在宅医療関連の研修プログラムなどを実践するために市の職員が研修に参加したり、東京大学高齢社会総合研究機構の辻 哲夫特任教授を市に招いて講演をしてもらおうといった取組につながった。

3-3 取り組んだ内容

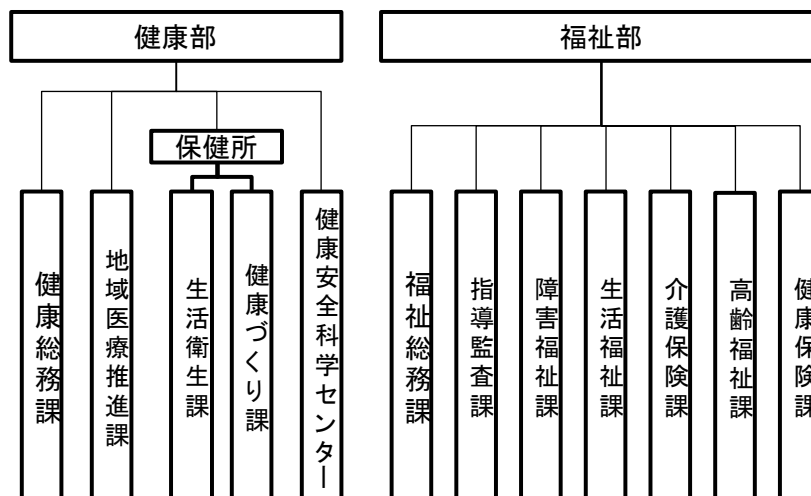
（１）在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

横須賀市では、介護政策は福祉部で、医療政策は健康部で担当しているが、医療と介護の連携を目指した在宅療養連携推進事業は、医療政策担当サイドからアプローチし、推進してきた。

健康部の地域医療推進課地域医療政策係は係長 1 名と担当者 2 名の合計 3 名で在宅療養連携推進事業のほか、看護師確保対策事業、看護専門学校管理運営事業、産科医師確保対策事業など地域医療政策全般を担当している。職員は全員が事務職で構成されている。この点について、インタビューでは、客観的なコーディネーター役であれば在宅医療など専門的な領域を扱う部署であっても事務職だけで対応できるので、保健師がいなくても対応できると述べていた。

また地域医療推進課は、介護事業を管轄する福祉部の介護保険課と高齢福祉課とも連携している。具体的には、地域医療政策課が事務局を担う在宅療養連携会議（後述）に、平成 23 年度当初から参加してもらっている。なお、保健所（健康づくり課）との連携は、インタビュー時点ではまだ行っていないと述べていた。

図表 19 横須賀市福祉部・健康部組織図



出所) 横須賀市提供資料より NRI 作成

関連事業の予算は下記の通りである。予算の大半は、会議費、市民啓発事業、研修会等の開催事業費であるが、平成 25 年度からは地域医療再生基金を活用し、在宅療養連携拠点の構築に着手し、連携拠点への委託料が増大している。

直近(平成 23 年度～平成 26 年度)の予算額

平成 23 年度	約 32 万円	一般財源
平成 24 年度	約 72 万円	一般財源
平成 25 年度	約 658 万円	一般財源、地域医療再生基金
平成 26 年度	約 1,752 万円	地域医療再生基金

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

平成 25 年度に、前述した在宅療養連携会議の下に設置された専門部会の検討結果を踏まえ、全戸配布の市民便利帳や市のホームページに在宅医療に対応する医療機関を掲載した。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

市民に無料で全戸配布している市民便利帳の中で地域の在宅医を紹介するなど、横須賀市では情報が市民に行き届くように工夫を凝らしている。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

平成 23 年度から、横須賀市が事務局となって在宅療養連携会議を立ち上げた。医師会等に積極的な協力を呼びかけ、最終的に医療関係者、福祉関係者、行政職員等の計 11 名の構成メンバーで組織した。翌平成 24 年度には、メンバーを 15 名に拡大し、歯科医師や病院関係者、老健施設の職員に参加してもらうなどしてより詳細な検討を進めた。

なお平成 24 年度は、前述した厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に、横須賀市医師会「かもめ広場」と社会福祉法人日本医療伝道会「チーム衣笠」が採択された年でもある。横須賀市を含めた 3 者がばらばらに動くと同関係者や市民に混乱を招きかねないと考え、3 者が月 1 回のミーティングを行うようにした。これに合わせて、在宅療養連携会議にチーム衣笠も加わっている。

連携会議の中に、広報啓発検討 WT、連携手法検討 WT、研修・セミナー検討 WT の 3 つのワーキングチーム (WT) を専門部会として設置した。各ワーキングでは、テーマごとの解決策の具体化を検討して事業の企画・実施へとつなげた。

実施方法

平成 23 年度の連携会議の中では、連携を深め顔の見える関係性の構築を目指し、在宅療養現場における課題の抽出と解決策の検討等を実施した。また、平成 24 年度から設置している WT では、解決策の具体化を検討し、全体会議で合意を得て、これに基づき市が行政施策として実行に移してきた。全体会議・WT とも、市職員が事務局として出席し、会議での検討結果に基づき事業化するという手法である。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

横須賀市では、参加率の向上を目指し、在宅療養連携会議の開催時間を昼から夜に変更した。医師をはじめとする関係者の通常業務が終了してからの開始とした方が、出席率が向上した。

また、ブロック会議のように病院と地域の在宅医が関係構築をしたり、拠点間での事例共有などを行うことで事業の成熟を早めることができる。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

横須賀市は、平成 25 年度より 4 地域でブロック会議を開催している。ブロック拠点 4 つの事務局は、横須賀市の予算から病院に委託している。また、4 つのブロック拠点が集まって情報交換する会合の開催等を行うセンター連携拠点業務は、医師会に委託している。

このセンター連携拠点とブロック連携拠点によるブロック会議の開催等により、地域の在宅医のネットワーク構築と多職種連携を進めている。この活動が充実していくと、

切れ目のない在宅医療・介護サービス提供体制の構築につながると考えている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

横須賀市は、平成 26 年度より在宅患者情報共有システムの構築をセンター連携拠点事業の一環として委託している。これは、在宅現場における多職種の連携ツールを目的としたシステムである。

また、横須賀市は退院前カンファレンスシートを作成し、病院と在宅療養の現場でのシームレスな医療の実現に向けた情報連携のフォーマットも作成している。

図表 20 横須賀市退院前カンファレンスシート

横須賀市退院前カンファレンスシート カンファレンスができない時はQの項目を確認して下さい	
病院	病棟 年 月 日
司会：ケアマネジャー/MSW/通院調整 Nc など適宜 ☆自己紹介 2分(時間は目安です)	⑨ 介護指導の内容と計画 <input type="checkbox"/> 介護方法・介助方法は習得できているか ⑩ 定時薬と頓用薬 <input type="checkbox"/> 必要な定時薬・頓用薬は処方されたか
1. 現在までの経過と治療(病棟主治医または看護師が説明、記載する必要はない) 5分	3. 本人・家族の希望と心配 5分
2. 入院中の ADL とケア (看護師が説明、記載する必要はない) 5分 ① 移動と移乗、入院中のリハビリテーション ② 食事の内容と食事介助の方法 ③ 排泄 ④ 寝具と体位交換、皮膚トラブルの有無 ⑤ 入院中の入浴・保清の方法と頻度 ⑥ 睡眠・更衣・口腔ケア・その他 ⑦ 認知機能・精神面 ⑧ 行なっている医療処置 <input type="checkbox"/> 必要な医療器具・福祉機器はあるか。また、使い方は習得できているか <input type="checkbox"/> 自宅に備ってから使用する消耗品などはあるか	4. 質疑 5分 5. ケアプランの説明(ケアマネジャー) 5分 6. ケアの調整 5分 退院日 <input type="checkbox"/> 退院後に利用する医療・介護の事業所は退院日を知っているか 退院後の日程 緊急連絡先や方法 <input type="checkbox"/> 患者や家族は体調が変わった時の緊急連絡先を知っているか <input type="checkbox"/> 診療情報提供書と看護サマリーを用意したか
	7. まとめ 2分

横須賀市在宅医療連携会議作成 H26.6.16 Ver.2
各事業部等で利用しやすいように改定して構いません

出所) 横須賀市提供資料

実施方法

退院前カンファレンスシートの作成は、連携手法検討 WT が原案を作成し、市内各病

院に試行版の活用を依頼した。試行後に、病院スタッフやカンファレンスに参加する多職種の見解を反映し、最終版を作成した。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

市では、このフォーマットにこだわることなく各事業所で適宜改変して利用できるようにしている。これにより各事業所もフォーマットの利用の抵抗が少なくなる。また、カンファレンスシートは市のホームページからダウンロードが可能である。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

(ウ) で述べたように、横須賀市は、平成 25 年度よりブロック会議の事務局を各病院に、またセンター連携拠点を医師会に、それぞれ委託している。医師会には、ブロック拠点を俯瞰的に見渡すことを依頼している。会議の様子や全体像を次図に示す。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

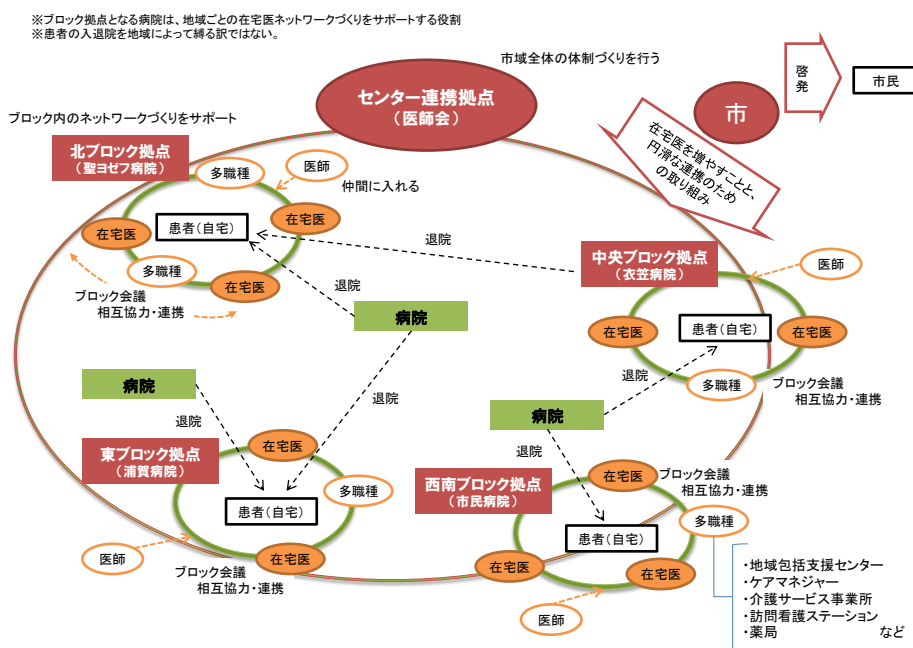
—

図表 21 ブロック会議の様子



出所) 横須賀市提供資料

図表 22 横須賀市在宅医療連携推進体制（センター拠点・ブロック拠点）イメージ



出所) 横須賀市提供資料

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

横須賀市では、平成 24 年度にケアマネジャーを対象にした在宅療養セミナー、開業医対象の在宅医療セミナーを開催した。これを皮切りに、平成 25 年度からは、ヘルパー対象の在宅療養セミナー、動機づけ多職種合同研修、在宅医同行研修、病院職員を対象とした在宅療養出前セミナーなどを実施した。病院職員に在宅療養への関心をもってもらうため、病院勤務医が在宅療養の現場で在宅医と共同診療を行う病院医師在宅医療同行指導という事業は、平成 25 年度からセンター連携拠点事業の一環として委託により実施している。

平成 26 年度は、平成 24 年度以降に立ち上げた各研修会をすべて開催し、継続した人材育成に取り組んでいる。


図表 23 多職種合同研修の実施テーマ

多職種合同研修会の開催
すみずみまでのネットワークづくり

※平成24年度実施テーマ

- 第1回 「在宅療養、何が課題？」
- 第2回 「退院時の在宅療養連携」
- 第3回 「横須賀市における在宅療養の将来」
- 第4回 「市民のための在宅医療・介護の見本市」

- ・第1回～第3回は、テーマに沿った講演や多職種のグループワーク+名刺交換会
- ・第4回は、一般市民を対象に関係職種がブース展示やミニレクチャーを行った「在宅医療・介護の見本市」



出所) 横須賀市提供資料

実施方法

研修やセミナーは、専門部会の中でテーマ等を決めた上で、市が事業を企画する。各セミナーや研修の事業概要は以下で簡単に述べる。

まず在宅療養セミナーは、ケアマネ・ヘルパーが在宅医療の基礎知識を取得し、医師・看護師と円滑な連携を図る事を目的としている研修である。

次に、平成 25 年度よりスタートした開業医を対象とした在宅医療セミナーは、開業医を対象に在宅医療に取り組む契機となるような研修を実施するものである。

在宅医療を始めたばかりの開業医や、在宅医療への新規参入に興味・関心がある医師を対象に、ベテラン在宅医が現場に案内しながらノウハウを指導する在宅医同行研修も実施している。

また動機づけ多職種合同研修は、先述した東京大学が開発したプログラムを活用した在宅療養の体系的な研修である。受講者は関係団体が推薦した職員となっている。

図表 24 動機づけ多職種合同研修、医師のための在宅医療セミナーの様子



出所) 横須賀市提供資料

この他、病院職員対象の在宅療養出前セミナーでは、円滑な病診連携を目的に、主として病院勤務医を対象にして、在宅医療の理解を深めるセミナーを病院内で開催している。この研修では市の職員から市の現状と課題を説明し、地域の在宅医が「在宅医療の現実」というタイトルで講演をする。

病院内の医師に在宅医療への認識を深めてもらうため、退院させた患者の訪問診療に在宅医と共に病院勤務医が同行して協働診療を行う、病院医在宅医療同行指導もセンター連携拠点事業として実施している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

横須賀市は、まず平成 23 年度に在宅療養シンポジウムを開催し、一般市民に対し在宅療養を理解してもらう会を開催した。また平成 24 年度より、市職員によるまちづくり出前トーク、医師会の医師による在宅医療街角出前講座、在宅医療と介護の見本市など、市民との直接対話による市民啓発を実施した。

メディアを通じた在宅療養の市民啓発としては、平成 25 年度に在宅療養や看取りについて市民に考えてもらうきっかけとして“横須賀市在宅療養ガイドブック”を 10,000 部作成・配布したり、平成 26 年度には、広報よこすか 9 月号で、在宅療養・在宅看取りに関する特集号を見開き 2 ページで組んだ。

図表 25 在宅療養ガイドブック—最期までおうちで暮らそう—



出所) 横須賀市提供資料

実施方法

啓発事業のほとんどは、在宅療養連携会議で、その概要を検討し、市が企画としてまとめ、実施する。実施段階では、連携会議メンバーや医師会の協力を仰いでいる。まちづくり出前トークは、地域医療推進課の職員が地域に出向き、終末期医療やかかりつけ医などをテーマとして講演を開催している。在宅医療街角出前講座では、在宅医療の現状に関する講義を在宅医が講演する形で開催されている。

図表 26 まちづくり出前トーク



出所) 横須賀市提供資料

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

市民に開けた会・セミナーにすることで在宅療養に関する議論を活発にしたり、在宅医療・介護事業に関心を持ってもらうきっかけにする場にしたいと考えている。市民啓発のため、横須賀市では、平成 24 年度に開催した多職種合同研修会の 4 回のうち最後の 1 回を「在宅医療と介護の見本市」とした。多職種がブース出展を行い、在宅療養における各職種の役割やその実力を公開することで、市民の関心を高めようと工夫している。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

—

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

3-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

インタビューでは、平成 22 年度以前の個別の在宅医療に関する取組もあり、横須賀市が関与した平成 23 年度以降にどのような定量的成果が表れたかを正確には把握できないと述べていた。ただし、感覚的に少しずつ成果が出てきたと感じているものもいくつかある。

たとえば、多職種間の連携のしやすさが向上してきたという実感がある。訪問看護ステーション協議会が、ヘルパー協議会に声をかけて顔の見える関係を作ろうとしたり、ケアマネ協議会が病院の MSW に声をかけて共同で勉強会を開いたりするなど、現場レベルでの独自の連携が生まれ始めていると述べていた。また、平成 26 年度には医師会の中に在宅医療委員会が組織されており、在宅医療のプレゼンスが医師会の中で高まってきた点も成果として感じていると述べていた。

3-5 成功要因

(1) 成功要因

インタビューの中では、事業を成功させるための市職員の役割は、事務局機能の遂行と事業運営のための事前調整の 2 つであると述べていた。事業を進めていくための戦略は、専門部会を中心に検討し、それを行政が具現化していく手法である。しかし、会議の中心となるキーパーソンを押さえることは重要で、そのキーパーソンと日常のコミュニケーションを密に取り、目標共有のための意思疎通を図っておくことも大切である。“役所へ不信

感を持っている医師もいると思うが、役所の本気度をしっかりと示して関係性を作っている、継続的かつ積極的なコミュニケーションをとることが、事業を推進する上で大切である”と述べていた。

また、横須賀市が恵まれていた点として、横須賀市医師会と市のエリアが1対1で対応していた点も挙げられた。行政区をまたいだ医師会との連携がなかったことも、事業を機動的に進められた要因の一つと言える。

3-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

市町村行政内部の課題として福祉部（介護側）との連携が挙げられた。介護予防など地域での活動についての情報連携がまだ十分ではないので、関連部署と頻度高く情報共有を進めていくべきと考えている。

また、在宅医療を進める上で看取り場所の準備が必須と見ている。在宅医療・介護サービスを受ける患者の住まいをどう整備するか、まちづくりを担当する都市部も巻き込んで検討していく必要がある。

あわせて、地域住民による自助・共助という地域力が大切と考えるため、地域コミュニティや市民協働の視点も含めて検討する必要もある。

その他、在宅医療を担う人材の質・量を強化していく必要も感じている。同行研修の実施等を通じて若い在宅医が増えることなどを期待しているが、一方でどこまで人数を増やせば良いかという把握はできていないので、この定量化等も今後の課題と言える。

なお、上記で紹介した横須賀市の各取組は、すべて、平成27年4月以降に介護保険法の地域支援事業として継続実施する予定である。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

横須賀市は、中核市で市独自の保健所を持っていることもあり、県による取組への支援を強くは必要としていない。ただし、患者情報の共有システムなど、全県で統一システムを構築して普及させるといった施策については、県や県医師会が中心となって進めてもらいたいという意見があった。

3-7 事例総括

横須賀市では、行政からの積極的なアプローチにより、医師会や地域の医療機関との関係構築が進みつつある。取組初期から、積極的に優良事例の取り込みや他エリアの情報収集を行って有効活用しており、市職員による高い調整・事務能力が、各取組を支えている

要因の一つと見る。

また、在宅医の育成や在宅医療に新規参入する事業者の募集・育成など、地域の医療資源の巻き込み方・育て方にも特筆すべき点が多い。たとえばベテラン在宅医による新規参入者などへの同行指導が研修として整備されている点などが該当する。

このような取組を通じて、ステークホルダーの拡充やサービスの質の向上につなげつつ、ブロック会議の開催等を通じてエリア単位での課題解決時間を短縮させているのが横須賀市の取組の基本構成である。市が事務方として全体の進捗や整合性を調整しながら事業を推進してきた結果、最近では現場レベルで自発的に多職種間での連携が始まるようになるなど、市の手を離れた動きが出てきている点も注目に値する。

4. 柏市の取組

4-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

柏市は千葉県北西部の東葛飾地域に位置しており、人口は平成26年7月末時点で401,150人、面積は114.90平方キロメートルである。高齢化率は23.1%であり、全国平均よりやや下の水準にある。総人口は増加傾向にあり、特に直近10数年における高齢者人口の急速な伸びに今後どう対応するかが1つの課題となっている。実際に後期高齢者人口に目を向けてみると、2010年には約3万人だが、2030年には約7万人まで上昇し、全国の伸び率(1.61倍)や千葉県の伸び率(2.02倍)を超える伸び率(2.17倍)となることが予想されている。

属している二次医療圏は東葛北部医療圏である。周辺の松戸市、野田市、流山市、我孫子市とともに構成しており、千葉県保健医療計画(平成25年3月策定)によれば、千葉県内の2割以上の人口(1,349,606人)を対象としている。千葉県内に9つある医療圏の中で、市川市・船橋市などで構成される東葛南部医療圏に次ぐ人口である。

医療圏内には55の病院、752の一般診療所、46の訪問看護ステーションが存在する。人口10万対数は千葉県平均のそれと比べてほぼ同じかやや低い水準にあり、県の医療計画内でも「地域の中核的病院の整備を図るとともに、救急医療など地域のニーズに即した診療機能の充実を図る」という目標が書かれている。ただし医療圏内の完結率は86.7%であり、総人口に占める高齢者数も全国平均より低いことを鑑みれば、医療資源について一定程度充足されている医療圏であると評価することはできるであろう。

この柏市において、市の中央部に位置する豊四季台団地の高齢化率が41%と突出しており、市として問題視をしていた。また、豊四季台団地のもう1つ着目すべき現象として、高齢化率は高いが要介護認定率が平均より低い(市内平均は12%だが豊四季台団地は10%)という状態があった。すなわち、高齢化が進んでいる一方で、介護状態になると住めない地域になっているのではないかと懸念される状況にあったのである。

一方、ほぼ同時期にUR⁷が豊四季台団地の建て替えを検討しており、高齢化に対応した建て替えが必要であるという考えを持っていた。URは、新しい住宅を作るのではなく、現存する住宅を現在の居住者向けにアレンジしていく方針で事業を推進していた。

さらに、市内に柏の葉キャンパスを持つ東京大学からも「柏市として高齢化に取り組むべき」という主旨の進言があった。

こうした経緯を踏まえて柏市では、URおよび東京大学と組んで、在宅医療を円滑に提供するための共同研究を行うことになった。平成21年度には、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構、URで柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会を発足させた。以降、平成22年5月には三者協定を結び、同年11月にはまちづくり会議を開催して地域への説明を

⁷ UR ; 独立行政法人都市再生機構

行うなど、三者が一体となったプロジェクトを推進している。

図表 27 東葛北部医療圏



出所) 千葉県保健医療計画 (平成 25 年 3 月策定)

(2) 事前に認識していた課題

上記の通り、将来的な市全体での高齢者人口の増加にどう対応するかが大きい課題で

ある。その中でモデル地区として想定された豊四季台団地では、高い高齢化率（41%）とともに、住み慣れた自宅での生活が維持できない状態、すなわち在宅医療・介護サービスの提供体制の強化が、取り組むべき課題として認識されていた。

4-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

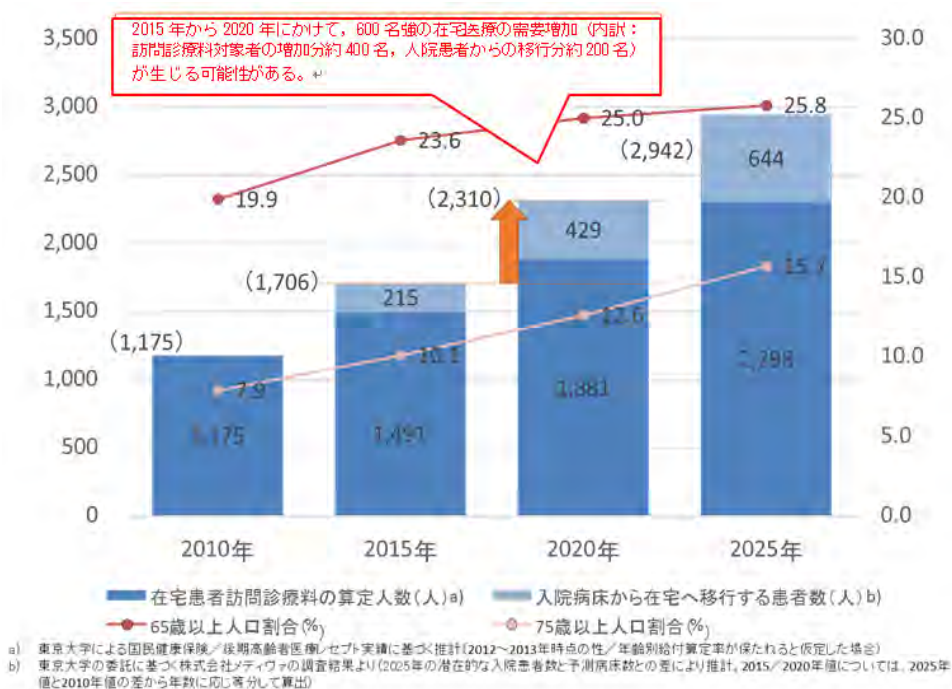
柏市が目指す姿は「医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが一律的に提供され、いつまでも住み慣れた地域で暮らすことができる社会」の実現である。柏市に最後まで住み続けてもらえる環境づくりであり、それに資する取組を実践している。

なお、柏市では、事業の開始段階では在宅医療に関する目標値を明確に設定してはいなかった。しかし、事業の進捗に伴い、関係者が多くなっていくに従い、関係者が目指すべき方向性を共有する必要性が生じたことから、在宅医療に関する将来推計を第6期介護保険事業計画（H27年～H29年度の計画）に盛り込むこととしている。

推計の具体的方法としては、①人口の高齢化に伴い、訪問診療を受けている患者数が増えること、②病床数を上回る潜在的入院患者の一部が在宅療養に移行すること、の二つを加味して合計することにより算出している。

このうち、①については平成24年4月から平成25年9月までの医療保険レセプトデータによる実績をもとに、柏市における将来的な年齢ごとの人口に訪問診療提供率を乗じて算出したものである。また、②については、柏市における将来的な年齢ごとの人口に訪問診療提供率を乗じて算出したものである。また、②については、柏市における将来的な年齢ごとの人口に入院受療率を乗じて入院必要患者数を推計するとともに、厚生労働省が示した政策誘導後の病床数を参考として将来の柏市の病床数を推計し、両者の差分を在宅医療への移行が必要となる患者数と見込んで算出したものである。そうした推計の結果、第6期と第7期の計画期間（平成27年度～平成32年度）の間に在宅医療の需要が約600人増えると推計されている。

図表 28 柏市における訪問診療ニーズの推計



出所) 第6期柏市高齢者いきいきプラン 21

柏市によると、今後はこのような具体的な数値を行政や医師会を含む関係者が共有することにより、在宅医療の確保に向けた取組が継続・進展していくことを期待しているとのことであった。在宅医療の確保に関する市町村単位の推計は全国的にも極めて珍しいものである。今後、市町村が介護保険施策と一体的に在宅医療の推進に取り組んでいく中、柏市のこのような取組は非常に示唆深いものと思われる。

なお、その他の在宅医療に関する評価指標としては、①在宅医療多職種連携研修修了者数、②在宅療養支援診療所数、③訪問看護事業所数、④死亡個票の分析に基づく柏市内診療所による自宅看取り数、が挙げられた。柏市としては、これらの指標を定期的に算出し、在宅医療に取り組む関係者と共有することで、事業の進捗状況を確認しているとのことであった。

その他の指標（たとえば、多職種の連携の深まり度合いなど）については、東京大学等との連携を通じて、引き続き検討を進めている。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

市町村と医師会が主体となって取り組むモデルとしては参考になる地域はなかったが、在宅医療の推進に係る各事業については、参考になる地域があった。たとえば、多職種で顔の見える信頼構築を目的とした「顔の見える関係会議」については、千葉県松戸市で先行して当該事業を実施していた「あおぞら診療所」の取組が参考になったとのこと

である。また、医師同士がグループを形成してバックアップを行う主治医・副主治医制については、長崎県長崎市の「長崎在宅 Dr. ネット」が参考にされたとのことである。

4-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

柏市は、在宅医療の推進を(都道府県ではなく)市町村が主体性を持って地域の医師会等と連携して取り組むことが必要と考えている。住み慣れた地域(日常生活圏域)におけるサービスの整備と、訪問看護・ケアマネ・地域包括支援センターなどの各種介護保険サービスとの連携調整が必要であり、この2点について主体的に関われるのは市町村であると考えたためである。

そこで、東京大学やURとの共同研究と足並みも合わせる形で、平成22年度から柏市の介護保険部局である保健福祉部に、在宅医療を推進する専属の部署として福祉政策室を設置した。福祉政策室は、当初4人の組織としてスタートしたが、職能団体との調整において専門知識が必要である点などを考慮し、徐々に人数や職種の幅を拡大していった。結果、平成24年度には8人、平成26年度には13人にまで拡大している。この13人の職員の内訳は、保健師が3人、歯科衛生士が1人、非常勤の看護師が1人、臨床心理士が1人、社会福祉士が1人、事務が6人という構成になっている⁸。

なお、福祉政策室は、在宅医療だけにとどまらず、東京大学やURとのプロジェクトを通じて、高齢社会のまちづくりに対応する市の司令塔としての役割も与えられている。このため、高齢者の住まいの確保、高齢者の社会参加促進(生きがい就労の創設など)などの部局横断的なテーマについて、関係部局と調整をしながら事業を進めているところである。

この福祉政策室を推進主体として、平成24年度には厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を実施した。当該事業を含む直近2年間(平成24年度～25年度)の取組に関する予算規模は以下の通りである。

直近(平成24年度～25年度)の予算額

平成24年度 約400万円⁹ (厚生労働省 在宅医療連携拠点事業)

平成25年度 約480万円¹⁰ (千葉県 地域医療再生基金)

⁸ なお各人員の業務負荷についてインタビューで訊ねたところ、福祉政策室のミッションとして住民の生きがいづくりも入っていることもあり、在宅医療・介護連携事業に類する業務への負荷割合は全体の7割程度ではないか、というコメントが寄せられた。

⁹ 年間予算で800万円の事業費を見込んでいたが、補助金の交付決定が年度後半にずれたこともあり、在宅医療関連で400万円の補助を得たというコメントが寄せられた。

¹⁰ こちらでも、年間予算で1600万円ほどの事業費を見込んでいたが、補助金の交付決定が年度後半にずれただけのために約480万円の補助を得るにとどまった、とのことである。

なお、これらの事業費の内訳については、非常勤スタッフ 3 人の人件費が最も大きな支出項目である。それ以外の、たとえば協議会、研修開催等に関する費用は多くない。柏市では情報共有システムの利用で民間のシステムベンダーに委託しているが、クラウドを利用したシステムでもあるため、ユーザー向け講習会の開催を含めても年間 100 万円ほどの費用で収まっている。

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

市のホームページ上で提供していた地図情報配信サービスを活用し、市内の医療資源マップを作成し、公開している。

図表 29 柏市医療資源マップ



出所) 柏市ホームページ

実施方法

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

柏市では、多職種連携を強化することを目的として、平成 22 年度以降、市が事務局

となり、次表のようなワーキンググループ（以下、WG）や会議体を設置した。前年にあたる平成 21 年度から、柏市医師会などの関係団体と連携を図り、在宅医療の意義などを学ぶ勉強会を実施しており、そこで培われた関係性を基盤として各 WG や会議体の開催に至った。

以下、会議が開催されるに至った経緯を含め実施方法を詳述する。

図表 30 多職種連携のための会議体

会議体	内容
医療 WG (H22.5～H24.3、全 20 回)	医師会を中心とした WG を構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論する。なお、現在は医師会の在宅プライマリケア委員会で毎月議論されている。
連携 WG (H22.7～H26.3、全 28 回)	医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等の代表者等で構成し、多職種連携のルールを議論し、決定する。 平成 26 年度からは在宅医療・介護多職種連携協議会に名を変えて実施されている。
試行 WG (H23.11～H26.1、全 10 回)	主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく試行と検証を実施する。
10 病院会議 (H24.2～ 、10 回(継続中))	柏市内の救急告示医療機関とがんセンターの病院長、MSW で構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論する。
顔のみえる関係会議 (H24.6～ 、8 回(継続中))	柏市の医療・介護関係者が一堂に介し、顔の見える関係づくりを行う。年 4 回程度の会議を実施する。平成 26 年 2 月時点で延べ 1,300 名が参加している。

出所) 柏市提供資料より NRI 作成

実施方法

柏市では、前述の通り平成 21 年度から在宅医療体制構築のための取組を開始したが、開始当初は医師会を初めとした関係者の目指す方向性が統一されているとは言いがたかった。そこで平成 22 年度では、まず在宅医療の意義などを学ぶ勉強会を始めた。勉強会は柏市福祉政策室から働きかけ、事務局機能も柏市が担った。この勉強会を通じて、医師会を始めとした関係団体と柏市の間で、事業の進め方や在宅医療・介護連携事業のあり方に対する思いを共通化できた。

この流れを受け、上記の表にある連携 WG を平成 22 年 7 月から開始した。連携 WG で「どういう連携が必要か」を議論し、試行 WG（平成 23 年 11 月開始）で具体的な施策を検討した。試行 WG の作業部会に位置づく評価チームで施策の評価を行い、必

要な連携項目や状況をまとめてルールの草案を作成した上で、連携 WG の中で内容を固め、最終的な成果物として平成 26 年 3 月に柏モデル ガイドブックが完成した。

また、柏市内の病院が参加して、在宅医療のバックアップや退院調整のあり方を協議する 10 病院会議や、在宅医療・介護の多職種がお互いの信頼関係を構築するための「顔の見える関係会議」を開催するほか、困難事例について在宅医師も含めた多職種や地域住民で解決に向けた方法を議論する「地域ケア会議」などを開催している。

これらの会議は、介護保険法における「地域包括ケアシステム」の理念を理解した上で、市町村の介護保険部局が担うことが適当だとしている。なお、このように行政が会議体の事務局を担う場合、特に重要なことは医師会等の職能団体との事前調整である。とりわけ医師については、多忙な時間を合間をぬって進め方の事前確認をしっかりとしておく必要がある点に、留意と工夫が必要である。

図表 31 顔の見える関係会議の開催状況

	テーマ	日時・参加者数
第1回	多職種連携「うまくいった点、いかなかった点」	平成24年6月21日(木) 144名
第2回	多職種連携推進のために、各職種が在宅生活支援において何ができるか(お互いを知ろう)	平成24年9月26日(水) 158名
第3回	多職種連携推進のために「地域資源を把握しよう」	平成24年11月28日(水) 174名
第4回	多職種連携の課題の解決策について「連携の柏ルールを提案しよう」	平成25年2月6日(水) 157名
第5回	多職種連携の実際を学ぼう『退院時共同指導』	平成25年7月4日(木) 186名
第6回	看取りについて学ぶ	平成25年9月26日(木) 166名
第7回	認知症の方を支えるサービスについて	平成25年12月5日(木) 162名
第8回	認知症高齢者に対する生活支援を考える	平成26年2月5日(水) 178名

出所) 第2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
(平成 26 年 10 月 9 日) 資料 2-2 より

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

試行 WG での議論結果を活かしつつ、平成 24 年度から在宅医の負担軽減を目的とした主治医—副主治医制を導入した。体制構築の主担当は柏市医師会である。

実施方法

柏市医師会が中心となり、在宅医療を行う医師同士がグループを形成し、長期休暇や

学会出席等で不在にする際の在宅医療バックアップを行っている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

柏市では、在宅医療・介護連携のための情報共有支援システムを導入している。

患者と医療機関間のメール等による基本的な連絡機能に加えて、たとえば患者のバイタルサインに変化があった際に医師向けにアラートを送ったり、他の医療機関からの処方状況などを確認することが可能となっている。

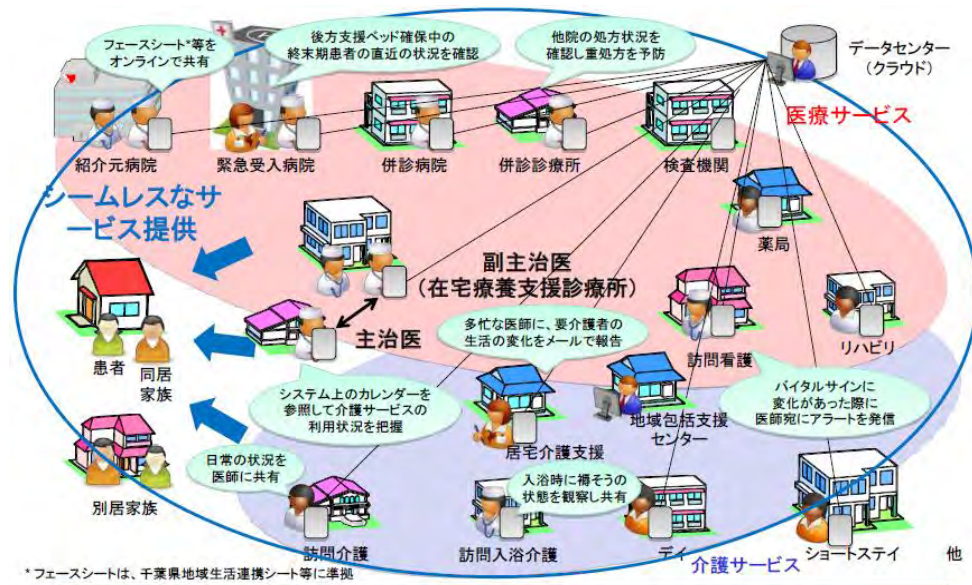
実施方法

民間のシステムベンダーと利用契約を結んでいる。タブレット端末、パソコン等を用いて情報を共有できるクラウド型のシステムであり、安価な利用料金で済んでいる。このシステムを利用することで、関係職種同士がリアルタイムに情報共有を図れるようになったと評価している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

医療機関やサービス種別を超えた情報共有システムを構築し、在宅医療・ケアに関わる他職種間の連携を容易にすることで、連携を円滑にすることができる。

図表 32 柏市の情報共有システム



機関やサービス種別を越えた情報共有のシステムを構築し、在宅医療・ケアに関わる多職種チーム形成を容易にする

出所) 柏市提供資料

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

柏市豊四季台団地の中心部に、平成 26 年 4 月から柏地域医療連携センターが設置されて本格稼働が始まった。建設は柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会が共同で担い、建物を市に寄付するという形で整備された。柏市は、担当である福祉政策課の職員の一部をセンター内に移動させるとともに、在宅医療の推進を担う市の新しいシンボルとして施設運営を行っている。

在宅医療・介護連携支援センターでは、在宅療養を推進する観点から①医療や介護に関する相談、②在宅医療が必要な方への調整支援（主治医・副主治医の紹介）、③医療・介護の連携強化（研修の開催など）、などの機能を担っている。

実施方法

窓口には月 50～80 件ほどの相談が寄せられている。インタビューでは、病院からの相談は多くなく、市民からの相談（「主治医は誰が良いか」など）が多いと述べていた。コーディネート相談は 1～2 割ほどと述べていた。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

地域医療連携センターは柏市における在宅医療のシンボルである。インタビューでは、“市に相談できる窓口がある”ということを知りやすく市民に浸透させていく上で、実際の機能以上の市民啓発効果があると述べていた。

図表 33 在宅医療・介護連携支援センター（外観）



出所) NRI 撮影

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

在宅医療に従事する人材の育成を目的として年に1度実施している。この研修は、医師や多職種を対象とし、在宅医療や多職種連携の推進を目的とした研修となっている。具体的には、在宅の分野で特に必要とされている「緩和ケア」や「認知症」などをテーマとして、2日間座学と多職種グループワークを繰り返し、在宅医療に関する理解促進と実際のチームビルディングを行っている。また、希望者には在宅医療を行っている医師等に同行して訪問するオプションもあり、多職種との共同も含めた在宅医療の実際の感覚を身に付けてもらうための工夫を行っている。なお、こうした研修プログラムの作成は東京大学高齢社会総合研究機構が担い、他の自治体でも同機構に申請すればプログラムの使用が可能である。

実施方法

柏市と医師会が主催者となり、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護連絡会、介護支援専門員協議会、リハビリテーション連絡会が共催する形で開催をしている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

平成24年度の厚生労働省の在宅医療拠点事業では、柏市が、チラシやポスター、DVDなど市民の在宅医療への理解を促進するためのツールを作成した。またツール以外にも、市民との意見交換会を計63回開催し、約1,600名と在宅医療に関する議論を実施した。なお平成26年度からは、各職能団体が独自に取り組んでいる。

実施方法

柏市が実施した意見交換会は、各地域のふるさと協議会、地区社協、民生委員、健康づくり推進員を対象として実施した。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

各職能団体が在宅医療・介護多職種連携協議会参加し、多職種団体との協議を進めていく中で、在宅医療の推進に向けた各団体の主体性と自立性が高まっていると感じている。

たとえば、訪問看護連絡会は、自らが主体となって復職フェアや市民啓発、病院看護師との連携勉強会などを開催するに至っている。

図表 34 意見交換会で出た主な意見（抜粋）

区分	説明を聞いた民生委員・健康づくり推進員の主な意見(抜粋)
期待	<ul style="list-style-type: none"> ・家で最後を迎えたいと思っている人は多いので、実現するのを強く望みます。 ・理想が現実になってスタートしていく事を願っています。 ・以前担当していた高齢者が訪問診療・看護を利用して安らかに暮らしていた。「地域医療拠点」ができれば住み慣れた家で安心して老後を過ごせると期待しています。
経済的課題	<ul style="list-style-type: none"> ・経費がどれくらい必要なのか、希望者が本当に皆、同一のサービスを受けられるのか。 ・住宅問題、経済問題、社会保障の問題等々問題が山積なのでは。
人材の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間の訪問があり安心した。医師の数も増やしてほしい。 ・訪問看護、訪問介護の充実が必要。 ・介護ヘルパー、看護師、医師の連携が必要だと思う。地域の医師が協力してあげることが必要なので、大勢の医師が参加してもらえることが重要だと思う。
家族へのケア	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅は家族の負担が大きくサポーター・ケアの充実が必要。 ・ショートステイとして利用できる病院や施設の確保が必要。 ・共働きの夫婦が多い中で在宅医療となると家族の負担がかなり。 ・子どもを育てながら親の世話もしたい。 ・患者は病院のような安心感を、家族は普段どおりの生活が出来ることが叶うのか。

出所) 平成 24 年度厚生労働省 在宅医療拠点事業報告書より抜粋

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

—

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

4-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

平成 26 年 3 月に完成した柏モデル ガイドブックなど、明確なアウトプットが作られたのが 1 つの成果であると認識している。その他、前述したように各職能団体が独自の住民向けイベントや勉強会を開催するようになってきた点も、成果として感じているとのことであった。成果を評価するための定量指標としては、前述のとおり複数の指標が挙げられている。特に、「柏市内の診療所による自宅看取り数」については、在宅医療の成果を直接表す指標として有効視されている。今後は「在宅医療の患者数」などもレセプト分析等を通じて定期的に算出するとともに、多様な指標で事業の進捗評価を進めていきたいとのことであった。

定性的な成果としては、在宅医と訪問看護師が対等に議論できる雰囲気が出てきた点を挙げていた。医師会側と対等に議論できるようになるまでに 3 年近い時間がかかっており、双方が腹を割って議論をすることが重要であったと感じている。

(2) 市町村およびその他の主体の役割分担

柏市では介護保険部局が主導して地域包括ケアをデザインしている。介護団体との協議が日常的である介護保険者の側面を効果的に使うことが重要であると考えている。

その上で、会議体を開催する事務局として、医師会等との調整業務をしっかりと実施することが市の役割であると述べていた。

4-5 成功要因

(1) 成功要因

インタビューでは、在宅医療・介護多職種連携協議会のような地域内の連携会議をまず発足させることが一歩目だと述べていた。

また、その前段における行政内での戦略的議論も重要であると述べていた。各会議体の開催にあたり、いきなり全体を対象とした会議を開くのではなく、まずは各団体の代表者などに会議の意味や醍醐味を伝え、その後に全体へ伝播していってもらうことが大切であると考えている。それに沿った施策として、平成 26 年度からはエリア別会議も開催している。

その上で、医師会としっかりと調整をし、協力をとりつけることが大事であると述べていた。これが最初にして最大の難関となるため、十分な体制と時間をかける必要があると見ている。その意味では、平成 27 年度の介護保険法改正の中で、地域支援事業の中に在宅医療・介護連携事業が位置付けられ、市町村に制度的な役割が与えられるようになった。事業を推進するための環境が整ったことで、逆にこれからやりやすくなるのではないかとも思われる。制度的な位置づけがなされたのは大きい。

医師会の協力を得るためには、実務面で在宅医療の負担を減らすことなどを強調すると良いと考えている。市が多職種でネットワークを作り、地域がチームとして対応できるようになるので、安心して在宅医療に取り組んで欲しいとアピールすることも重要であった。いかに医師に不安を持たないようにしながら、介護を含めた多職種の人を組織できるかを明確に示すことが、市町村の為すべき重要なポイントであり、果たすべき役割だと考えている。

その意味では、東京大学の成果も用いて、定量的に指標を示していくことも、具体的な負荷が想定できるので、効果的であると考えている。

4-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

柏市では、病院・病棟側の意識づけがまだできていない点を課題として認識している。病棟の医師や看護師が、こういう患者は地域（在宅）に帰せるという意識がまだ低いと見ている。10 病院会議を開催してはいるが、病棟の看護師へのアプローチが弱かったと感じており、今後実施していく予定である。10 病院会議を始めた時点ではまだ打診する

ほどの熟度になっていなかったが、今なら十分対応できるものと認識している。

また定量的な指標として、在宅医療の目標値をどこに設定するかという点も今後の検討課題として認識している。

この他、現場スタッフへのルールへの浸透も必要だと考えている。各団体の方向性共有や各会議体の運営の形は奇麗にできあがったので、今後は在宅医療・介護事業に従事するすべての関係者、特に現場スタッフにこの取組やルールを浸透させる努力をする必要があると述べていた。

なお、上記で紹介した柏市の各取組は、平成27年4月以降も千葉県地域医療再生基金を活用するとともに、新制度に位置づけられた地域支援事業の枠組みも活用し、実施していくとのことである。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

具体的に“何をすべき”という手ほどきが最も必要だと感じている。在宅医療研修などがカギを握るが、市町村だけでは、どういった人物を巻き込むべきなのか、議題や研修メニューをどう設計すべきかなどがわからない。この点については都道府県から支援があると良いと考えている。都道府県医師会と行政が連携し、医師のリストを提供するなどして欲しいと述べていた。

また、病院は都道府県の方が担当していると思うので、県には病院への協力要請の面での支援をお願いしたいとも述べていた。

4-7 事例総括

高齢化が進む豊四季台団地をモデル地区として、柏市・東京大学・URの3者が共同しながら、柏市医師会等の職能団体と着実に協力関係を築き、在宅医療・介護連携を推進する体制を構築した事例である。特定の人物の力に依存しすぎず、行政や各職能団体といったどの地域にも存在する主体同士が協力してシステムを構築している点が特徴的であると言える。

また、多職種が集まる会議体を柏市が事務局となって開催し、必要な調整を実施しながら、多職種連携における課題の抽出と解決策（情報共有システムなど）の導入を進めており、きわめて先進的な事例の1つであると言える。

改正された介護保険法に基づく在宅医療推進事業もこのような地域的枠組みを念頭に置いたものであり、今後、他の市町村が新たに事業を実施するにあたっては、柏市の取組が大いに参考になるものと思われる。

また、東京大学のような研究機関と連携し、研修プログラムの作成や定量的指標の推計を行うなど、学術的なサポートをしている点も特徴的であると考えますが、こうした成果を同様に他の自治体が活用するためには、定性化された仕組みの開示が必要になるものと思われる。

5. 新宿区の実践

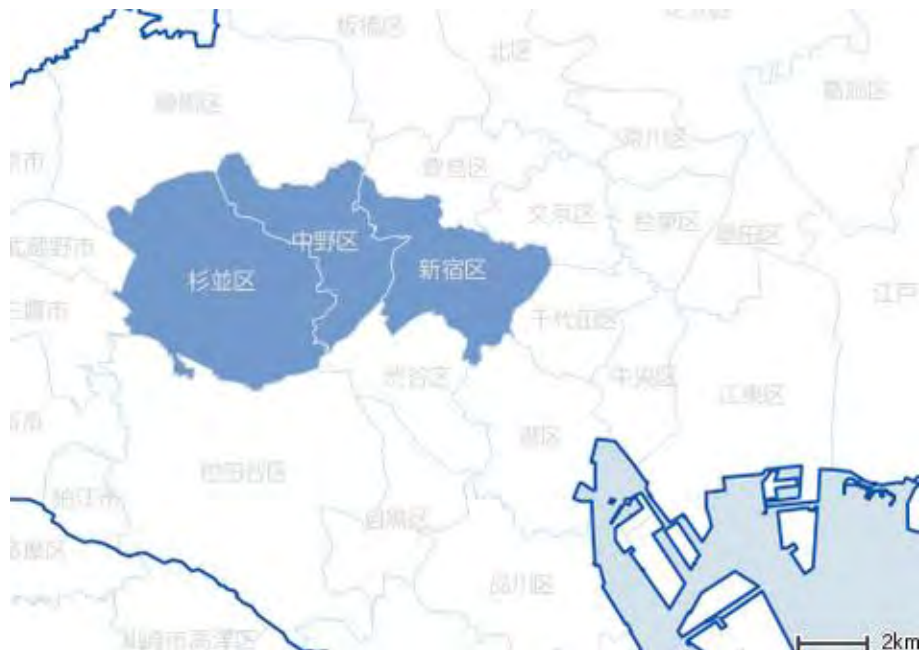
5-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療（・介護連携）の推進に着手しようと考えたきっかけ

新宿区は東京都の 23 区の 1 つであり、平成 26 年 11 月 1 日時点の人口は 328,504 人である。高齢化率は 19.9% であり、全国平均より低い自治体となっている。

隣接する中野区・杉並区とともに区西部保健医療圏を形成しており、東京都保健医療計画（平成 25 年 3 月策定）によれば、圏域内には 42 の一般病院があり、うち救急告示病院は 27 である。病床数に着目してみると、人口 10 万対病床数は 889.8 床であり、東京都全域の平均である 968.0 床より少ない。しかし一般病床に限ればその大小関係は逆転し、区西部保健医療圏（729.9 床）が東京都全域（622.9 床）を大きく上回っている。いわゆる急性期を中心とした医療資源が豊富な地域であり、近隣に限らず広範なエリアから患者が流入してくる地域であると言える。

図表 35 東京都区西部医療圏



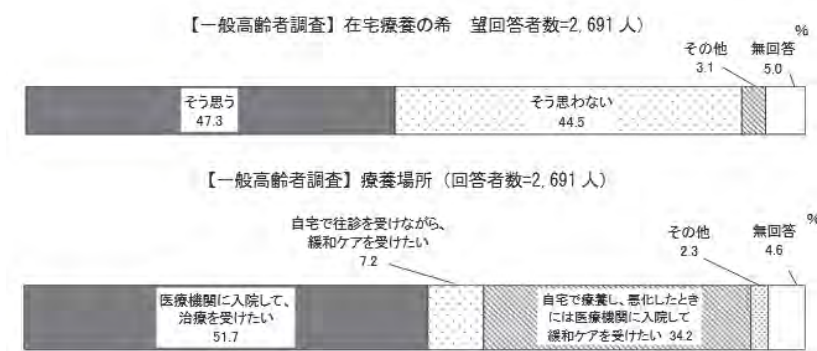
出所) 日本医師会 地域医療情報システム

上記のような特性を持つ新宿区（および区西部医療圏）だが、在宅医療・介護連携の歴史は古く、昭和 42 年から淀橋保健所の保健師の呼びかけで新宿地域看護業務連絡会を発足させている。発足当時は乳幼児保健の観点で事業がスタートしたが、職種間の情報連携の意識は当時から高かった。その後、平成 4 年度に組織された新宿区医療共有体制整備協議会の取組をきっかけとして、新宿区の在宅医療連携事業を進める足掛かりができた。また、

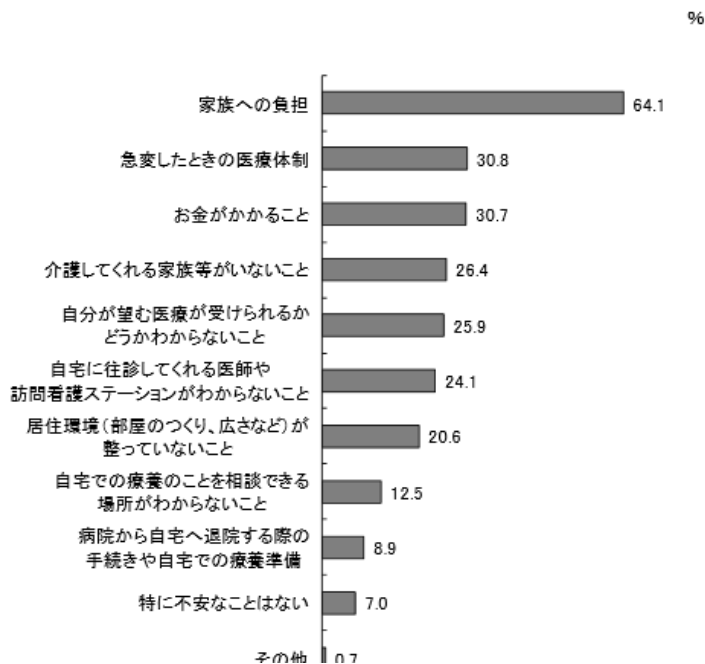
平成6年7月には、新宿区立区民健康センター訪問看護ステーションが発足している。

このような経緯を持つ中で、新宿区は平成22年度に「高齢者の保健と福祉に関する調査」を実施した。その結果、長期療養が必要になった場合に自宅で療養を続けたいかという質問に対して、区内在住の高齢者は「そう思う 47.3%」「そう思わない 44.5%」と回答しており、半数近い区民が在宅療養を望んでいることが明らかになった。

図表 36 高齢者の保健と福祉に関する調査



図表 1-40 在宅療養の実現を難しくする要因(複数回答)(N=2,461)



出所) 新宿区高齢者保健福祉計画・第5期介護保険計画

また同調査では、在宅療養の実現を難しくする要因についても質問をした。結果、「家族への負担」や「急変したときの医療体制」などが上位に挙がっており、区の課題として認識されるようになった。

(2) 事前に認識していた課題

前述のように、新宿区は急性期を中心とした医療資源は豊富であるが、地域住民にとって本来必要とされる医療資源（在宅医療など）は不足していると認識されていた。医療圏内の療養病床の少なさもあり、在宅医療での対応を強化していく必要があった。

5-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

新宿区では、地域保健医療体制整備協議会を平成 11 年度に設置した。同協議会の当時の設置目的は、地域保健医療計画の推進および医療供給体制の整備であった。その後、平成 19 年度から、地域保健医療体制整備協議会の下部組織として在宅療養専門部会を設置した。この専門部会には、新宿区内のすべての病院の院長が参加している。

これらの会議体での議論等を通じて、最終的には、区民が医療の必要性が高くなっても安心して在宅で療養生活を送れる体制を構築したいと考えている。そのため、病院と地域の関係機関との連携強化を目指すとともに、在宅医療に関わる専門スタッフのスキルアップを図って、在宅医療体制の充実を図ろうと考えている。

この目標の実現に向けて、新宿区は平成 22 年度に、「かかりつけ医をもつ 65 歳から 74 歳の人割合」と「在宅看取り数」を、定量指標として設定した。前者については、平成 26 年度までに 75%（平成 22 年度当時は 67.9%）に、また後者については、平成 22 年度の 338 人よりも実績数を伸ばすことを、それぞれ目標として掲げた。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

国の示した方向性に基づき、現場のケアマネジャー、訪問看護ステーション等から意見を聴取した。

5-3 取り組んだ内容

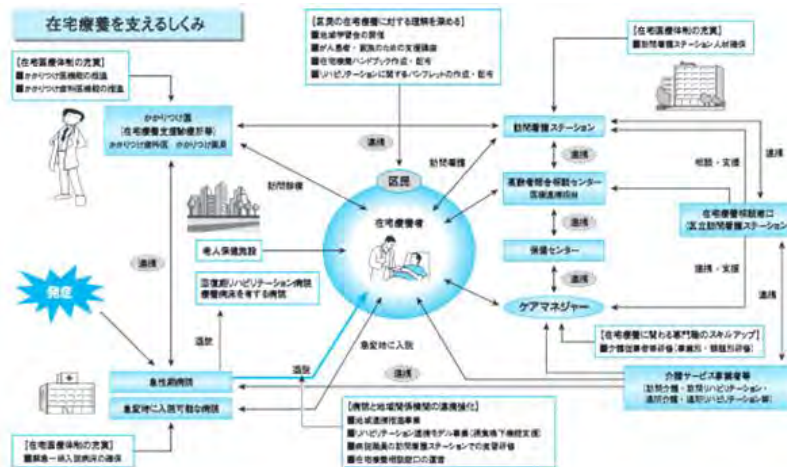
(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

新宿区の在宅医療・介護連携事業を所管するのは、健康部 健康推進課 健康企画係と在宅療養支援係である。健康企画係の在宅療養を担当するチームは保健師 2 名、事務 1 名、歯科医師 1 名（管理職）で構成されている。また在宅療養支援係は看護師 5 名と事務 1 名（常勤）で構成されており、在宅療養相談窓口の運営を任されている。

予算については、区の一般財源から拠出しているが、この内、財源の一部を、東京都包括補助¹¹から充当している。

¹¹ 東京都包括補助は、地域福祉推進市区町村包括事業を指す。

図表 37 新宿区の在宅医療を支えるしくみ



出所) 新宿区高齢者保健福祉計画・第5期介護保険計画

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

かかりつけ医名簿の作成、かかりつけ歯科医名簿の作成、摂食・嚥下機能支援医療機関情報一覧の作成

実施方法

医師会、歯科医師会への委託などにより作成している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

【協議の場】

新宿区では、平成11年度に発足させた地域保健医療体制整備協議会と、平成19年度に地域保健医療体制整備協議会の下部組織として発足させた在宅療養専門部会が、新宿区の在宅医療体制を協議している。後者の専門部会では、新宿区の在宅療養体制整備に向けた現状の課題の抽出や解決策の検討を行っている。

また、平成21年度にはリハビリテーション連携検討会も発足させた。この検討会は平成26年度からは摂食・嚥下機能支援に特化した取り組みを推進している。

【事業化】

これらの専門部会で議論をし、従来から実施していた緊急一時入院病床確保事業、かかりつけ機能推進事業に加え、平成21年度より下記7事業を事業化した。具体的には、①地域連携推進事業、②リハビリテーション連携モデル事業、③在宅療養相談窓

口の設置、④在宅療養に対する理解促進、⑤介護職員等在宅療養研修、⑥病院職員の訪問看護ステーションでの実習研修、⑦訪問看護ステーション人材確保である。(平成24年度からは、さらに新たな事業を加え10事業とした。)

図表 38 新宿区の取組んだ事業詳細

4 施策を支える事業	
事業名(担当課)	事業概要
地域連携推進事業 (健康部健康推進課)	在宅での医療が継続的に必要な人が退院する際に、在宅療養生活への移行が円滑にいくよう、区内医療機関とケアマネジャーや高齢者総合相談センター等、地域の関係機関の合同研修会や連絡会を開催します。
リハビリテーション連携モデル事業 (健康部健康推進課)	在宅での療養生活が円滑にいくために必要なリハビリテーションが受けられるよう支援します。 主治医、リハビリテーション科医、歯科医、栄養士等様々な専門職が関わり、授食・嚥下支援のモデル事業を通して、地域におけるリハビリテーションの多職種連携を推進します。
病院職員の訪問看護ステーションでの実習研修 (健康部健康推進課)	区内の病院で働く職員の在宅療養に対する理解を深め、病院と地域の関係機関との連携を強化するために、病院看護師を対象に区内訪問看護ステーションでの実習を実施します。
訪問看護ステーション人材確保 (健康部健康推進課)	訪問看護ステーションの人材を確保するため、訪問看護ステーション就職希望者の区内訪問看護ステーションでの体験実習を実施します。
かかりつけ医機能の推進 (健康部健康推進課)	身近な地域で適切な医療が受けられるように、かかりつけ医や専門診療科医の名簿作成等とともに、医療機関との連携のもとにかかりつけ医の機能強化をすすめていきます。
かかりつけ歯科医機能の推進 (健康部健康推進課)	心身障害者及び寝たきりの高齢者等に対し、身近で適切な歯科医療を受けられるよう、かかりつけ歯科医の紹介を行います。また、歯科診療所と専門医療機関との連携を強化するとともに、区民にかかりつけ歯科医の機能を普及啓発し、安心安全な歯科医療を提供できる体制づくりをすすめます。
緊急一時入院病床の確保 (健康部健康推進課)	在宅療養している区民等の病状が急変し、かかりつけ医が入院を必要と診断した場合に、緊急に入院できるように区内の病院に緊急一時入院用のベッドを確保します。
在宅療養に対する理解促進 (健康部健康推進課)	区民が在宅療養の現状を知り、在宅療養について考え、理解を深めるための地域学習会を開催します。 また、在宅療養に関するハンドブックを作成・配布します。
在宅療養相談窓口の運営 (健康部健康推進課)	区民からの在宅療養に関する相談を受けます。また、ケアマネジャーや高齢者総合相談センターなど、医療機関からの相談を受け、支援、調整などを行います。 平成24年度からがん患者の療養に関する相談を行います。
【新規】がん患者・家族のための支援講座 (健康部健康推進課)	緩和ケアやがんの療養について、学びながら同じ健康不安や辛さを抱える方と関わり、語りあう講座を行います。

出所) 新宿区高齢者保健福祉計画・第5期介護保険計画

これらの事業のうち、多職種連携を通じた顔の見える関係性づくりを目指したものが①地域連携推進事業、②リハビリテーション連携モデル事業である。

実施方法

課題の抽出にあたっては、医療・介護の現場のスタッフとのディスカッションあるいは、専門部会における種々の討議から地域の抱えている問題点が発掘され、それを課題としてまとめた。また、場合によっては他職種によるグループワークを行い、その中で具体的なアイデアを検討した。さらに、地域の関係機関としての「暮らしの保健室」¹²等が開催する、地域学習会などに区職員が参加し、地域の関係者からの意見を収集した。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

在宅療養をしている区民等の病状が急変し、かかりつけ医が入院を必要と診断した場合、緊急で一時的に入院できるように区内の病院に緊急一時入院用のベッドを確保している。

実施方法

区内3病院に委託している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

リハビリテーション連携モデル事業では、在宅療養で摂食・嚥下障害に関わる多職種の連携体制づくりを進め、摂食・嚥下機能の低下に気づいて適切な関係機関につなぐことができるよう、連携ツールを整備した。

実施方法

リハビリテーション連携検討会において、連携ツールの作成を行った。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

¹²新宿区にて訪問看護ステーション制度の初年度である1992年(平成4年)より訪問看護事業を展開している事業者

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

健康部健康推進課在宅療養支援係に在宅療養相談窓口を設置し、地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）と連携して、区民や関係機関からの医療の必要性の高い方の在宅療養に関する専門的な相談に応じている。また、がん療養相談窓口を設置（暮らしの保健室を会場に白十字ボランティアの会に委託）している。

実施方法

療養支援係には、ケアマネジャーの資格をもつ看護師が常駐している。一方、地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）には医療連携担当の保健師等を配置している。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

新宿区が実施主体となり、病院職員の訪問看護ステーションでの実習研修を行っている。これは病院側の在宅医療に対する理解を深め、病院と地域の関係機関との連携を強化することを目的とした事業である。

また、特に入退院時の連携を図ることを目的にした区内病院と、ケアマネジャーや高齢者総合相談センターの職員などの地域関係機関との連絡会である地域連携推進事業や、食べることの支援をテーマに、かかりつけ医、歯科医、理学療法士、言語聴覚士、看護師、歯科衛生士、栄養士、ケアマネジャー、ヘルパーなど様々な職種が連携してしくみづくりを行う摂食・嚥下機能支援で研修会を行っている。なお、かかりつけ医・かかりつけ歯科医機能の推進事業において、研修会も行っている。

実施方法

病院職員の訪問看護ステーションでの実習研修は病院に籍を置く看護師が訪問看護ステーションの訪問看護師と共に同行して、実際の在宅医療の現場を体感してもらう同行研修の形で実施している。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

病院から退院するときの準備や相談先、在宅療養中の体調管理など、在宅療養の実際について学ぶ在宅療養地域学習会のほか、不安軽減を図るため、緩和ケアをはじめとしたがんの療養生活について理解を深めるための講座、同じ健康不安や辛さを共有で

きるグループワークなどを行なうがん患者・家族のための講座等を実施している。
また、摂食・嚥下障害を支援するための「新宿ごっくんプロジェクト」を展開している。摂食・嚥下機能支援の重要性を区民にわかりやすく啓発するためのキャラクター“ごっくん”を考案し普及させている。
これ以外に、在宅療養ハンドブック「家で安心してすごすために」「リハビリテーションリーフレット」の作成も行った。

図表 39 新宿区の市民啓発キャラクター



摂食・嚥下機能支援を区民に普及・啓発するためのキャラクター『ごっくん』

出所) 新宿区提供資料

図表 40 在宅療養ハンドブック



出所) 新宿区提供資料

実施方法

在宅療養ハンドブックは、新宿区にある区立・民間の訪問看護ステーションの代表や職員で構成される在宅療養ハンドブック作成委員会が主体となり、平成 24 年度に作成した。当該ハンドブックは新宿区のホームページでも取得・閲覧が可能となっている。リハビリテーションリーフレットはリハビリテーション連携検討会で意見を聞きながら作成した。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

二次医療圏としては、都の事業として、脳卒中医療連携推進事業、東京都区西部緩和ケア推進事業、地域リハビリテーション支援事業などがあり、その中で連携を行っている。

実施方法

都が指定した事務局病院を中心とした連携会議等を通じて推進している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

特別区は、それぞれが基礎的自治体として、健康所管部に保健所を持ち、自区内で、

在宅療養体制の構築を行っているため、必ずしも他区との協働体制が十分でないから
いがある。

5-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

さまざまな取組を推進してきたことで、医療機関と介護関係者との連携が進んだ（新宿区高齢者の保健と福祉の調査報告書（平成 26 年 3 月）、ケアマネジャーで「主治医と連携がとれている」と回答した者 68%）。また、在宅療養の支援体制が充実してきた（同上調査、ケアマネジャーが「在宅療養の支援体制が充実している」と回答した者 65.4%）。具体的には、①医療関係者と介護関係者など多職種が、互いの顔が見える関係が構築された、②病院スタッフ等が、在宅療養の実際をイメージできるようになった、③ケアマネジャー等が、医療的知識を豊富に持つようになった、④地域の在宅療養のバックアップ体制が充実した、⑤地区関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会等）の在宅療養に対する意識が向上した、⑥区民の在宅療養に対する知識が増加するとともに、意識の向上が見られた、⑦区役所内の健康所管部、福祉所管部の連携が推進された、などの成果があり、その総和として、前述のケアマネジャー等の調査結果に表れる在宅療養に対する取組の成果の実感となったと考えられる。

5-5 成功要因

(1) 成功要因

前述したような長い間、新宿で培われた、看護職相互の連携づくり、そして、訪問看護の歴史が基盤にあって、当区の在宅療養体制の充実があったと考えられる。具体的には、区立訪問看護ステーションはじめ、民間の優れた訪問看護ステーション（白十字訪問看護ステーション他）の地道な活動の積み重ねがあったことが大きい。

また、当区の在宅医療を支えるかかりつけ医・在宅医の存在、そして、それを支える医師会・歯科医師会等の活動も重要である。

さらに、区が地域医療体制推進協議会・在宅療養専門部会、高齢者保健福祉推進協議会など、さまざまな会議体を設置し、地域の関係機関、関係団体等の現場の意見を十分集約し、それを、高齢者保健福祉計画に位置付け、計画的に取組を推進したことが、成功の大きな要素となっている。具体的には、地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）に医療連携担当を配置したり、健康部に在宅療養支援係を設置し、その上で、在宅療養相談窓口を開設するなど、行政システムを在宅療養を推進できる体制に改変してきたことが組織的に在宅療養を推進できた要因となっている。

また、上述の訪問看護関係者、医療関係団体、区役所が協力して、地域住民への在宅療

養の知識の普及・啓発に努めたこと、暮らしの保健室の開設などにより、地域に在宅療養体制を求めるニーズが喚起されたと思われる。それに対応して、在宅療養ハンドブックを作成し、区民に広く普及したことも功を奏したと考えられる。

以上、行政と民間が十分協働しての体制づくりが、成功の要因である。

5-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

今までの取組は、行政と民間の協働によって進められてきたが、いまだ、区全域に均一にサービスが行きわたっているとは言い難い。今後の課題としては、①新宿区全体に在宅療養体制が行きわたること、②摂食・嚥下機能支援のような成功事例を核として、看取り・緩和ケアなど、新たな喫緊の課題に対しても体制整備を行うこと、③関係者のさらなる意識啓発と知識・技術の向上を図ること、④医療・介護の社会資源をさらに十分調査し、区民・関係者が活用しやすいよう情報発信すること、⑤区民が、自ら望む医療を選択できるような体制づくりを行うこと、などが挙げられる。

そのため、新たな地域包括システムの構築を視野に入れた、新高齢者保健福祉計画の策定と、その着実な実行・評価・改善による、PDCA サイクルに基づいた取組のさらなる推進が必要である。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

国に対しては、市区町村が行う在宅療養体制の推進をバックアップしてもらえるような指針の策定、財政的援助を、また、都に対しては、特に、二次保健医療圏単位の取組に対して、指導的なサジェスションと、広域的な調整機能を期待する。

5-7 事例総括

新宿区では、民間の優れた実践や、自治体としての先駆的な取組を、行政計画の中に位置付けて、長期間にわたって着実に推進してきた成果が実っている。特に、地域の豊富な医療資源と訪問看護ステーションなどの在宅医療・ケアの提供体制を縦糸とし、また、行政のさまざまな医療と介護をつなぐための取組が横糸となって、時代が求めている在宅療養体制という織物を紡いできたと言える。今後、平成 37 年度（2025 年）を目指して、従来の取組に、さらに斬新な切り口の発想を加えた展開が求められる。

6. 佐世保市の取組

6-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

長崎県佐世保市は、長崎県北部に位置する人口 254,901 人（平成 26 年 10 月 1 日時点）、面積は約 426.5 平方キロメートルの特例市で、九州の中で 10 番目に人口が多い市である。宇久島¹³や高島、黒島などの島嶼も市の一部に含まれている。現在の佐世保市の高齢化率は、平成 26 年 11 月時点で 25.7%であり、全国平均の 24.1%¹⁴とほぼ同水準である。

佐世保市の属する佐世保県北医療圏¹⁵は、佐世保市と平戸市、松浦市、佐々町からなる約 33 万人をカバーする医療圏である。島嶼部を抱えることもあり、同医療圏の中核を為す佐世保市では救急救命の改善が急務となっていた。平成 23 年度には、「長崎県地域医療再生計画」の一環として佐世保市立総合病院に救命救急センターが設置されることとなった。併せて、設置にあたっての課題として、基幹病院間の役割分担や、初期と二次の役割分担が明確でないために軽症患者が輪番病院に集中している事などが挙げられたため、二次救急医療体制の再構築を目的とした「二次救急輪番・救急搬送体制強化事業」をモデル的に実施した。これらの事業で佐世保市と医師会が協働したことをきっかけに、医師会との間で継続協議が行われるようになった結果、在宅医療・介護連携についても検討を進める事となった。

図表 41 佐世保県北医療圏



出所) 日本医師会 地域医療情報システム

¹³ 平成 18 年度に宇久島は佐世保市と合併

¹⁴ 出典) 平成 25 年度高齢者白書

¹⁵ 地域医療情報システム http://jmap.jp/cities/detail/medical_area/4202

平成 24 年度には、佐世保市医師会が実施主体となって、厚生労働省の在宅医療拠点事業に参画した。これにより、佐世保市医師会として本格的に在宅医療の推進に着手することになり、佐世保市も委員という形で拠点事業に参画することになった。

6-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

佐世保市は、在宅医療の推進で重要なことは、在宅医療を実施する医療機関（医師）が増えることと位置付けている。そのためには、関係機関が連携して医療と介護のサービスを包括的かつ継続的に提供することが重要であると考えている。在宅医療・介護サービスを提供するため、機能強化型在宅療養支援診療所の医師と多職種協働による持続的な提供体制の構築に取り組んでいる。

この目標の実現に向けて、市では現状把握を行うための定量指標も検討している。指標は、都道府県が医療計画を検討するにあたり、国の指標例や県の県医療計画を参考にして検討を進めている。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

平成 25 年度に、医師会と佐世保市職員で横須賀市の在宅医療・介護連携を視察した。

6-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

平成 24 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業は、佐世保市医師会が実施主体である。佐世保市以外の協力団体は少なかったが、現在は介護事業者に加えて歯科医師会や薬剤師会も協議会に参画している。

平成 24 年の事業開始時より、佐世保市からは保健福祉部医療政策課の事務職 3 名（主担当 1 名）が在宅医療・介護連携事業に対応している。主担当は 1 名だが、医師会等の職能団体との会議には 3 名で参加するようにしている。また事務処理等の為に雇用した嘱託職員（事務員）が 1 名いる。

図表 42 佐世保市 保健福祉部組織図(平成 26 年 4 月時点)



出所) 佐世保市提供資料

なお佐世保市の医療政策課としては、在宅医療の提供体制づくりについては基本的に医師会と連携して事業に協力しているが、介護との連携が必要になった時は、市における介護施策を所管している長寿社会課の課長をはじめとした多くの職員と課題に応じて共に協議しながら事業を進めている。長寿社会課の職員構成は、主に事務職、理学療法士、保健師といった職種で構成されている。また市内には地域包括支援センターが 9 ヶ所(うち市の直営は 0 ヶ所)あり、今後はセンターとの連携にも取り組んでいきたいという事であった。

在宅医療・介護連携事業推進に関わる事業費は以下の通りである。なお、平成 25 年度の支出内訳は、会議開催に関わる医師会事務局の person 費が約 300 万円、医療資源を把握するための調査費用が 190 万円、先進地域視察の交通費が 70 万円となっている。

直近(平成 24 年度～平成 26 年度)の事業費

平成 24 年度	約 2,000 万円	厚生労働省の在宅医療拠点事業費
平成 25 年度	約 600 万円	長崎県地域医療再生基金
平成 26 年度	約 1,500 万円	長崎県地域医療再生基金

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

平成 24 年度に、佐世保市医師会が主体となって資源マップを作成した。

更に、平成 26 年度には、新たに在宅医療・介護連携のためのホームページを医師会が構築し、ホームページ内では、医療・介護資源を検索できる機能が実装されている。

実施方法

各医療機関へのアンケートを通じて調査を行った。その後、平成 25 年度に改めてアンケートを実施し、追加的に医療資源の把握を行っている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

医療資源マップの中では、在宅医療機関との連携実績の有無や、皮膚科・耳鼻科・眼科で往診してくれる医師の所在や、相談対応可能な時間、処置等を記載した点が、利便性を高めたと評価している。

また、インタビューでは、医療資源マップを作成した後の定期的な更新作業が重要であると述べていた。この医療資源マップでは、各事業所がログインし事業情報の更新作業等を実施することができるようになっている。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

平成 24 年度事業では、実施主体である佐世保市医師会が地域の医療・介護関係者を対象とした協議会を設置し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策を検討した。

平成 25 年度以降は、前年度の協議会を継承する形で、佐世保市が会議体を設置している。メンバーの選出段階から佐世保市が実施している。

実施方法

事前に在宅医から収集した在宅医療における課題を踏まえ、平成 24 年度は後方病床を担う病院（二次輪番病院）にアンケートを実施した。このアンケート結果より、平成 25 年度は、①協議の場の設定 ②情報共有 ③支援体制のルール作り ④在宅医療の普及啓発及び人材育成事業について取り組んだ。

さらに平成 26 年度からは、平成 25 年度の取組から抽出された課題の具体的な解決に向けて、①在宅療養者急変時依頼・受入体制検討 ②退院連携の検討 ③地域別ブロック会議の 3 テーマに関する検討を進めている。それぞれ年 3 回程度の開催を予定している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

事業のプロセスとして、1 年目（平成 24 年度）は医療機関への基礎調査、2 年目（平成 25 年度）は協議会の設置や体制整備に向けた検討会の設置や在宅医療の基本ルー

ルの策定に着手し、3年目（平成26年度）は在宅患者の受入体制の検討や病院との連携方法といった具合に、段階的に大枠から細部へと検討の焦点を絞り込んでいった。意識すべきポイントであると考える。

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

平成25年度には、市医師会による企画・調整に基づき、在宅患者の急変時の対応について在宅医療関係者と二次輪番病院長とで協議を行った。また、24時間対応可能なコールセンターの設置に関する検討会議も開催した。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

インタビューでは、患者急変時の受入ルールの作成を綿密に策定することと、24時間365日の負担感を軽減する方策の検討が重要であると述べていた。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

長崎大学医学部が中心となって、医療関連情報共有システムのアじさいネットの開発・運用を進めている。長崎県もアじさいネットの普及を推進している。

そのため、佐世保市として独自の情報共有ツールの導入は行っていない。アじさいネットを利用した情報連携として、佐世保市の4つの基幹病院に登録されている患者情報を市内の診療所で閲覧できるようになっており、それを利用している。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

今後、在宅医療・介護連携に関する相談支援の実施に向けて、体制や取組内容など、行政・医師会とも勉強が必要であることから、平成27年度より他都市の事例も参考にしながら勉強会を開催する予定である。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

平成 24 年度は佐世保市として主体的に開催した研修等はない。厚生労働省主催の都道府県リーダー研修や、長崎県主催の地域リーダー研修に参加・協力した程度である。一方で平成 25 年度には、在宅医療に関心がある医師向けの勉強会を佐世保市として実施した。また、先進事例として横須賀市を設定し、市医師会は横須賀市で開催されている実際の研修の視察を、佐世保市による視察の際は横須賀市の市担当者へのヒアリングをそれぞれ実施した。

実施方法

平成 25 年度には、横須賀市への視察や多職種研修・医師対象の勉強会等を、佐世保市医師会と佐世保市が協力して企画・開催した。医師会と行政のそれぞれが役割分担する形で横須賀市におけるカウンターパートへのヒアリング、研修の視察をおこなった。

医師を対象とした在宅医療の勉強会では、平成 26 年度の診療報酬改定の結果、在宅医療によって医師が受け取る報酬がどう変化するか、経営に与えるインパクトはどうか、といった点をテーマとした。講師役として厚生労働省の保険局医療課の職員を招聘し、講演してもらっている。

さらに平成 26 年度は、医療・介護関係者による多職種研修会の開催やシンポジウムの開催を企画している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

横須賀市の視察に医師会と行政の混成チームで臨んだ結果、在宅医療のあり方に関する将来展望を互いにイメージしやすくなったと感じている。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

佐世保市は、現状の在宅医療資源が十分とは言えないため、在宅医療を市民に積極的に PR することができないと考えている。そのため、インタビュー時点では、まだ普及啓発活動を行っていないと述べていた。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

なお、展開している在宅医療・介護連携事業が軌道に乗ってきたタイミングで、佐世保市による普及啓発を積極的に進めていきたいと述べていた。その準備として、市民も閲覧可能なホームページの構築作業を進めているとのことである。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

平成 25 年度に、佐世保市が企画・主導する形で、長崎県北医療圏の市町村の全世帯に、かかりつけ医を持つことや救急医療体制の重要性を伝えるチラシを配布した。

また、佐世保市には、4つの総合病院的な病院（基幹病院）があり、市外からも多くの患者が運ばれてくる。そのため、基幹病院から患者の自宅への退院をスムーズにし、居住地域へ帰す事ができないか検討している。平成 26 年 11 月時点では、主に退院時の介護側の欲しい情報や連絡窓口の共有化等について検討を進めている。

実施方法

佐世保市の担当範囲を超える形で、住民への普及啓発を行った。在宅医療に関する普及啓発というよりは、県北医療圏から佐世保医療圏に来る患者に対して、まずはかかりつけ医を持つことを理解してもらい、医療圏の間で限られた医療資源を効果的に使うことを目指した施策である。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

6-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

前述した通り、協議会、検討会、研修会などの実施回数を目標値として設定している。ただし定量的に評価する状況にまでは至っていない。平成 26 年度中は、まだ事業の試験展開期間という認識である。

6-5 成功要因

(1) 成功要因

市が平成 23 年度から取り組んでいた二次救急医療体制の再構築事業で医師会との距離を縮められたことが成功要因の 1 つである。平成 25 年度に実施した先進地視察で佐世保市の在宅医療のあり方をお互いにイメージしやすくなった点や、同年度の勉強会の実施も、佐世保市と医師会の距離感を近づけるために役に立ったと考えている。佐世保市としては、医療側に在宅医療が経営面でどれだけ影響を持つのかといった情報を持ってもらい、興味を抱いてもらいたいと考えている。

また、市の職員には異動があるため、外部の医師会や嘱託職員に継続して事業を見守ってもらう必要があると考えている。佐世保市医師会の中には、在宅医療・介護事業に従事する一般事務の嘱託職員がおり、各方面との調整役や事務処理全般を継続対応してもらっている点は、成功要因の 1 つであると考えられる。

6-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

インタビューでは、24時間365日体制をいかにして構築していくかが今後の課題であると述べていた。急変時の相談や依頼に医師が全て対応するとなると、医師側の負担が大きくなりすぎる。市民がいつでも安心して相談できる窓口を、別途整備していく必要があると考えている。なお、佐世保市には医療連携推進センターという機能は設けられているが、市民からの相談窓口として十分に機能するものではない。長崎市の「長崎市包括ケアまちななかラウンジ」のような、市民にとって身近な在宅医療の相談窓口についても、設置の必要性について検討が必要であると考えている。

また、看護職の充足・配備も必要であると考えている。訪問看護ステーションのように個別で事業を進めているものもあるが、医療圏で一元管理することは難しく、今後、関係者間で協議・連携を進める必要があると考えている。この他、医師の勤務状況の改善や佐世保医療圏に勤務する医師の拡充にも施策を講じていく必要があるとのことであった。

なお、上記で紹介した事業は、平成27年4月以降に医師会と協力して検討を進めていくとしている。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

インタビューでは、患者情報を医療・介護の双方が共有できるシステムがあることが理想だと述べていた。国がICTの普及を進めていくことが望ましいと考えている。

また、在宅医療・介護連携事業を市町村に移行する前に、まずは国や県が必要な体制を整備するべきと考えている。国や県がコーディネートできる人材（国・県の職員か医療系コンサル）を市町村に派遣するといった支援を実施して欲しいと述べていた。

6-7 事例総括

佐世保市は、直近（平成23年度頃）の課題として、在宅医療よりまずは救命救急センター整備の優先度が高く、その関連事業を通じて、佐世保市医師会との距離感が近づいた。その後、平成24年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業をきっかけとして、まずは医師会が実施主体として事業を推進しつつ、平成25年度以降には徐々に市が前面に出る部分を見極め、協議会の事務局などを担うような変遷を遂げている事例である。市自らが先陣を切ったわけではない中で、徐々に医師会等と棲み分けをしながら、市が担うべき事業に着手していった事例と言える。

また、市で在宅医療の体制構築に係る指標例を検討し始めている点は、他の事例には見

られない動きである。施策を評価するための指標案をプロセス別、ストラクチャー別に分類されたものを用いて、取組中の事業を定量的に評価して在宅医療・介護連携事業の質を確保しようとする動きは特徴的であると言える。

その他、事業推進上の特性として、課題抽出が的確に為された点も特筆すべき点である
と考える。

7. 横手市の取組

7-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

横手市は秋田県の南部に位置する市で、平成 26 年 9 月末時点の人口は 96,421 人である。高齢化率は同時点で 33.14%、75 歳以上に限れば 19.22%となっている。総人口は秋田県と同じく減少傾向にあり、平成 37 年度(2025 年)には 78,706 人にまで減少すると予測されている。

市の面積は 693.6 平方キロメートルで、横手市単体で二次医療圏を構成している。中核医療機関となる平鹿総合病院の他、市立横手病院や市立大森病院などの市立病院も有している。平成 20 年の患者調査によれば、横手医療圏への他の二次医療圏からの患者流入割合は、秋田県内で最も高い 26.4%を記録している。横手医療圏からの流出患者割合も 17.4%いるが、秋田県南部の急性期医療において、重要な役割を担っている地域であると言える。

一方で、今後の高齢者数の増加や平均在院日数の減少を踏まえると、市民が住み慣れた地域で生活できるようにするために、住まい(在宅)を中心とした医療・介護分野への様々な支援を市として提供する必要があると認識している。直営の地域包括支援センターを市内の 3 地域(東部・西部・南部)に設置しているが、地域それぞれで特性が異なることもあり、具体的にどういった施策を打つべきか考える必要があった。

図表 43 横手市内 3 地域の特性と地域包括支援センターの位置(図内の★)



出所) 横手市提供資料より転載

そうした中、平成 24 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業において、横手市の計画が採択された。同事業の推進には横手市長も積極的であり、西部地域の地域包括支援センターに拠点事業の担当部署を設置することになった。また横手市医師会も「(県ではなく)住民に近い行政として横手市が全面的に関わるのであれば支援する」という協力姿勢を示してくれており、この平成 24 年度から、横手市における在宅医療関連の取組が本格的にスタートしたと言える。

(2) 事前に認識していた課題

既に述べたように、高齢化が進む中で在宅医療の体制強化は避けて通れないと考えていた。ただし平成 24 年度以前は本格的な取組体制が無かったこともあり、医療・介護・福祉の多職種連携のための課題の把握や、関係機関の意識共有の実施、さらには在宅医療を支える仕組み作りなどの基礎的な取組を、全体的に進めていかななくてはならなかった。

また、市内 3 地域ごとの特徴を意識して取り組む必要もあった。なお、この 3 地域の 1 つである西部地域では、市町村合併（平成 17 年度）で現在の横手市になる以前から、市立大森病院を中心とした「健康の丘おおもり」というエリアでの独自の地域包括ケアシステムの構築が進められていた。そこで蓄積された仕組みやノウハウも活用しつつ、横手市全体の地域包括ケアシステムの構築を目指して、在宅医療連携拠点事業の担当部署が西部地域の地域包括支援センターに設置されたという経緯がある。

7-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

住み慣れた場所で、自分らしい生活が送れるようにするため、多職種連携を通じて看取りまで関われる地域包括ケアシステムを、市民視点で構築することが目的となっている。具体的には、拠点事業の必須タスクである「多職種連携の課題に対する解決策の抽出」、「在宅医療従事者の負担軽減の支援」、「効率的な医療提供のための多職種連携」、「在宅医療に関する地域住民への普及啓発」、「在宅医療に従事する人材育成」の計 5 タスクを通じて、信頼関係や顔の見える関係を作りながら地域包括ケアシステムの実現を目指した¹⁶。

一方、その実現に向けた定量的な目標値の設定はされていない。ただしインタビューの際に、今後の活動を通じて「訪問診療の利用数」や「訪問看護の事業所数（医療・看護）」などが上昇することが望ましいという声が出された。「自宅看取り率」も現状より増やしていきたいつつ、孤立死数は減らすのも重要な方向性と認識されていた。

また同インタビューでは、共働き家族を想定すれば「ショートステイ活用状況」も重要な指標になりうると述べていた。ショートステイ利用時に看取りが発生したとしても、直近まで在宅で療養していたのであれば問題はないという判断に基づいている。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

インタビュー調査の中では、モデルにした地域に関する言及は無かった。

7-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

横手市で在宅医療・介護連携に関連した事業を推進する中心組織は、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業の実施主体にもなった西部地域の地域包括支援センターである。同センターは横手市の直営である。

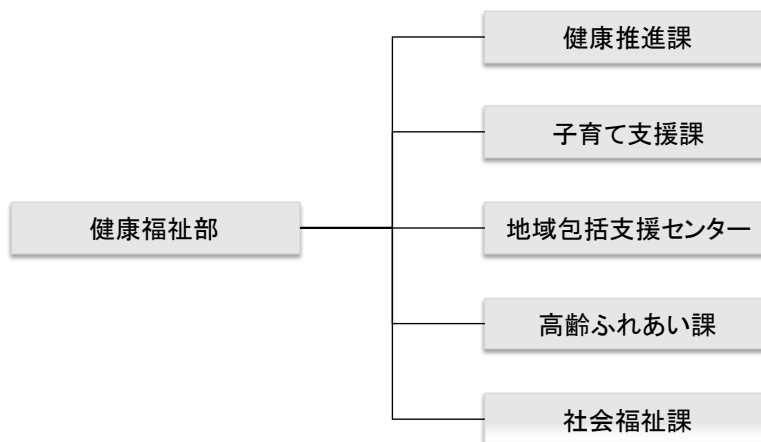
地域包括支援センター内の保健師・主任ケアマネジャー・地域ケアコーディネーター¹⁷の計 3 名が中心となり、各取組を推進している。この 3 名に加えて、横手市の健康福祉部内の 4 課¹⁸からそれぞれ 2 名ほどが参加し、総勢 10 名強の体制を構築した上で、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業に取り組んだ。

¹⁶ 主に平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業（厚生労働省）での目標像である。

¹⁷ 地域ケアコーディネーターは週 2 日の勤務をお願いしている。以前は病院で MSW として働いていた経験を持つ。

¹⁸ 社会福祉課、高齢ふれあい課、子育て支援課、健康推進課の 4 課である。なお地域包括支援センターも健康福祉部に属している。

図表 44 横手市健康福祉部の組織図（平成 24 年度当時）



出所) 横手市提供資料より NRI 作成

この体制下で実施する各取組の財源は、平成 24 年度は厚生労働省の在宅医療連携拠点事業（約 1,500 万円）、平成 25 年度と平成 26 年度は秋田県の地域医療再生基金である。平成 24 年度の財源は保健師の人件費等に充てたが、この人件費は、平成 25 年度以降は一般財源に移している。そのため平成 25 年度以降の地域医療再生基金からの予算措置は 900 万円／年ほどである。予算消化は、人件費での利用が大半となっている。

（２）在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

横手市が主体となって『在宅医療・福祉・介護連携ガイド』を作成した。病院・診療所といった医療側から、各施設など介護側も含めて、在宅医療に関する医療ニーズにそれぞれがどこまで対応可能かを整理した。

また、かかりつけ医を選ぶポイントなどを記載した『かかりつけ医普及チラシ』を全戸配布（平成 24 年度）した。同チラシの裏面は「訪問診療をご存じですか」と題されており、訪問診療・往診を行っている病院・医院の所在地や電話番号を一覧化して掲載している。

実施方法

『かかりつけ医普及チラシ』は、上記の通り全戸配布している。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

訪問診療・往診を行っている病院・医院の一覧化は意味がある。実際にやっているかどうかを示す情報は、医師会等も公開することに躊躇する事が多い。

図表 45 かかりつけ医普及チラシ（表面・裏面）

かかりつけ医はお持ちですか？

「かかりつけ医」とは！
 日常の診療だけでなく、健康や生活面など、何でも相談できるお医者さんのことです。

「かかりつけ医」のススメ
 「かかりつけ医」を持つとこんなメリットがあります

- 病気や健康状態を総合的に相談できます。
- 精密検査や入院が必要なときは、適切な病院や専門医を紹介してくれます。
- 介護保険を利用するための介護認定の際、主治医の意見書が必要になりますが、日頃の心身の状態を把握しているのでスムーズに作成してくれます。
- イザと言ったときには往診してもらえます。

「かかりつけ医」を選ぶポイント

- ① 病気の良くない前まず受診
- ② 検査・病状説明
- ③ 紹介
- ④ 専門的検査・入院治療
- ⑤ 逆紹介
- ⑥ 協力・連携して治療、経過観察

医療の分野では地域の「かかりつけ医」と「病院」がそれぞれ役割を持ちながら、患者さんを診ていく「医療連携」という形が主流になっています。

「かかりつけ医」をもちましょう
 今は健康に心配のない方でも、将来の健康を守るため「かかりつけ医」を持っておく安心です。

お問い合わせ先 **横手市地域包括支援センター** 在宅医療連携担当
 電話 35-2135 Fax 56-4026 横手市大森町字養生245-206

からだが不自由で通院ができない方へ 訪問診療をご存じですか？

訪問診療とは？
 病気や障がいがあっても、住み慣れた家で過ごしたいという方が、自宅に居ながら定期的に医療を受けることが出来る仕組みです。

●「往診」と「訪問診療」の違いは
 緊急時の訪問 → 往診
 定期的な訪問 → 訪問診療
 となります

訪問診療を利用するまでの流れ

通院が出来なくなった

介護サービスを利用中の方 → ケアマネジャーに相談 → ケアマネジャーが訪問診療・往診をしている医師に相談 → 訪問診療を利用

「かかりつけ医」をお持ちの方 → 入院中の方 → 訪問診療・往診を相談 → 訪問診療を利用

介護サービスの利用もなく「かかりつけ医」もない方 → 地域包括支援センター（在宅医療連携担当）に相談 TEL.35-2135 → 訪問診療を利用

ご本人、ご家族、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、ヘルパー等、どなたからでも診療所に、あるいは入院中の方であれば相談室に、自宅療養中であれば担当ケアマネジャーから連絡部にご相談下さい。

訪問診療・往診を行っている病院、医院

医療機関名	住所	電話番号	診療時間	医療機関名	住所	電話番号	診療時間
宇野総合病院	横手市八ツツ3-1	32-5121	8:00-18:00	鶴岡クリニック	宇野市横手字石巻2-1	26-3090	8:00-18:00
公立横手病院	横手市5-31	32-5001	8:00-18:00	西成病院	宇野市流石字流石3	24-1023	8:00-18:00
横手中央病院	大野4-29	32-0128	8:00-18:00	山形病院	宇野市横手字流石3-1	24-1009	8:00-18:00
石川診療所	石川1-11	33-1233	8:00-18:00	山形実業病院	宇野市横手字流石19-2	24-1181	8:00-18:00
東川診療所	東川2-8	32-2163	8:00-18:00	聖徳大学附属病院クリニック	宇野市横手字流石2-2	43-2223	8:00-18:00
横手産科内科診療所	横手市5-34	33-0311	8:00-18:00	東成診療所	宇野市横手字流石5-3	42-0421	8:00-18:00
横手産科クリニック	平塚町7-8	32-9481	8:00-18:00	宇野市診療所121-4	42-0066	8:00-18:00	
横手産科クリニック	横手市13-31	35-2222	8:00-18:00	宇野市診療所16-2	46-5800	8:00-18:00	
横手産科クリニック	横手市アツタ野原4-8	32-4602	8:00-18:00	横手産科診療所	横手市横手字流石1-1	46-2800	8:00-18:00
横手産科クリニック	横手市三丁14-9	32-6021	8:00-18:00	市立大森病院	大森町字養生245-206	26-2141	8:00-18:00
宇野市産科診療所	横手市15-2	22-5201	8:00-18:00	聖徳病院	大森町横手字流石7-2	56-4111	8:00-18:00
横手市産科診療所	横手市13-10	35-1000	8:00-18:00	聖徳病院	宇野市横手字流石4-2	52-2100	8:00-18:00
横手市産科診療所	横手市16-1	35-2235	8:00-18:00	聖徳病院	宇野市横手字流石103-1	22-5577	8:00-18:00
横手市産科診療所	横手市12-2	33-7833	8:00-18:00	横手市クリニック	横手市横手字流石4-1	22-5511	8:00-18:00
横手市産科診療所	横手市大森町字養生245-206	35-2111	8:00-18:00	山形診療所	山形市野村字養生3-1	53-2211	8:00-18:00
横手市産科診療所	横手市中野字小森150-2	56-9000	8:00-18:00				
横手市産科診療所	横手市大森町174	38-8051	8:00-18:00				

出所) 横手市提供資料

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

横手市が、平成24年度の在宅医療連携拠点事業の開始直後に行ったことは、『在宅医療に関するアンケート調査』である。横手市内の病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設・居宅介護支援事業所を対象として、在宅医療を実施する際の課題や解決策の抽出を行った。

実施方法

『在宅医療に関するアンケート調査』の実施方法の特徴は、調査対象の下へ訪問し、対面式で聞き取りを行った点である。事業実施直後の平成24年5月に、まず病院・診療所（全42施設中41施設から回収）を対象として、横手市の担当者（総勢約10名）が2名ずつバディを組んだ上で一斉の聞き取り調査を実施した。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

事業実施直後の対面聞き取り調査は、行政の本気度を医療関係者に理解してもらう意味で、極めて高い効果を挙げたと感じている。以前から「行政は本気度が低い」と言われていたが、それを覆して協力体制を築ききっかけとなった。

もちろんかなりの人的資源が必要になるため、地域包括支援センターの3名以外に、

健康福祉部全体から人員を拠出して、短期間で一気に訪問しきれるようにしたことが重要であった。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

医師会との連携を通じて、主治医不在時のチーム体制（副主治医制度）を構築した。

実施方法

医師会を通じてエントリーをし、主治医不在時に互助の対応ネットワークを構築して対応している。医師会事務局よりコーディネーター医師に連絡し、実務可能な医師を探す。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

広い横手市を3ブロックに分けてチームで対応している。医師会事務局よりコーディネーター医師に連絡し、実務可能な医師を手配する。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

ICTを用いた情報共有支援システムの構築等はない。秋田大学が実施した文部科学省の「地（知）の拠点整備事業」では、豪雪地帯でのICT活用を目指した拠点整備が進められていて、横手市としても協力はしているが、まだ構築はされていない。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

特にシステムの導入を行う場合は、必要性やランニングコストを十分に検証する必要がある。なおもし導入する場合は、生活支援に関する情報共有などでもできるようになると、市として喜ばしいと考える。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

—

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

顔の見える関係づくりも見据えて、横手市は、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業から『夕暮れ勉強会』と『職種別情報交換会』の 2 種類を開始した。前者は、医師会・歯科医師会のほか在宅医療を支える多職種間の連携を強化することを目的とした勉強会である。また後者は、職種別に参加者を募って開催された情報交換会で、在宅医療やケアに関する目標を共有することを目的としたものである。以下、それぞれについて詳述する。

実施方法

『夕暮れ勉強会』は、平成 24 年度は座学、平成 25 年度からはグループワークも取り入れる形で実施している。開催までの事前準備は横手市が事務局として担当し、当日の進行は医師会に任せている。ただし、座学の講師は医師会から推薦してもらうこともある。またグループワークでは、設定された議題（たとえば「在宅看取りを増やしていく中で自分たちはどういう役割を担うべきか」など）について、各自の考えを語り合う運営をしている。平成 24 年度の事業内では、8 月から月 1 回の頻度で計 7 回開催し、のべ参加人数は 546 人¹⁹に上った。

『職種別情報交換会』は横手市が事務局を担って開催している²⁰。平成 24 年度には、小規模多機能・老健施設を対象とした会（参加 12 名）、訪問看護ステーションを対象とした会（参加 13 名）、南部地域居宅介護支援事業所と歯科医師会を対象として口腔ケアの推進について議論した会（参加 37 名）の計 3 回を開催した。なお平成 25 年度以降は、具体的な連携手法についての議論なども行うようになっている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

『夕暮れ勉強会』は、仕事を終えてから参加可能な夕方 6 時からの開催とした。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

横手市は、在宅医療に関する地域住民へのセミナー、シンポジウム、出前講座、かかりつけ医普及チラシの配布などを、平成 24 年度以降継続的に行っている。

セミナーやシンポジウムに関して述べると、たとえば平成 24 年度では、セミナー（参加 230 人）とシンポジウム（参加 250 人）を 1 回ずつ実施した。また出前講座は、民生児童委員協議会等 12 カ所、介護施設 1 カ所、その他 2 カ所の合計 15 カ所で開催し、のべ参加者数は 503 人に上った。なお、平成 26 年度に行う在宅医療普及講座では、

¹⁹ 内訳は、医師 27 人、歯科医師 16 人、看護師 62 人、理学療法士 4 人、ケアマネジャー 201 人、保健師 40 人、介護職 67 人、事務職 61 人、精神保健福祉士 7 人、MSW 8 人、その他 52 人である。

²⁰ インタビューでは「市が主体とならないと会議が開催できないくらいにしたい」という意気込みも聞かれた。

横手市内の8地域でそれぞれ2回ずつ講座を行う予定である。

実施方法

主な講演内容は、医師・歯科医師による在宅医療に関する情報提供や、地域のケアマネジャーの紹介、市地域局の職員による介護保険の説明会など様々である。

また、出前講座等が終わる際には、「わたしの覚書ノート」を配布して、自分がどう生きていくかを考えてもらうきっかけ作りもしている。看取りを意識してもらうところから始めてもらうことが重要であり、ノート内の「わたしに何か起こったとき」をまず記載するように伝えている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

市民の普及啓発については、市が出て行って話をしていかなければならないと強く意識している。なお、講演を医師が行うことで、話をした医師のイメージが市民側に定着するという副次的な効果を期待することができる。

図表 46 わたしの覚書きノート



出所) 横手市提供資料

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

市内に急性期病院があり、医療圏からの患者流出より患者流入の方が多い状況である。インタビュー時点では、広域調整の必要性は高くないという認識であり、特に取組も実施していなかった。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

7-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

定量的な目標値が設定されていないこともあり、また長期間にわたる取組でもないため、成果指標の上昇は確認されていない。成果がすぐに数値として現れるものでもないと考えている。

一方で、インタビューの中では、これまでの取組を通じて、医師会・歯科医師会・その他多職種の間で連携がしっかりとれるようになってきている実感があると述べていた。特に医師との距離感が縮まった実感があり、地域包括支援センターの職員も直接医師に連絡を入れられるようになった。また、医師が地域包括支援センターの取組をPRしてくれることもある。

このように、医師会と横手市の間で強固な協力関係を築くことができたことは成果の一つである。健診、予防接種、介護保険の運営協議会など、医師会と横手市の間で以前から事業上のつながりは有ったが、在宅医療連携拠点事業の実施を通じて、より強固な関係性を作ることができた点は高く評価できる²¹。

横手市の努力を通じて、医師側も徐々に在宅医療の取組を増やしてくれるようになったと感じており、薬剤師会や歯科医師会についても同様の所感を抱いているとのことであった。なお、実際に医師会では在宅医療を進める委員会が平成25年に設置され、平成26年からは部として組織された。医師会における在宅医療を行う窓口が明確化されたことは、横手市としても喜ばしい成果であると述べていた。

この他、各取組の説明の中で述べたことと重複するが、副主治医制度が整備されたこと、訪問診療・往診を行っている医療機関を一覧化したこと、医療福祉連携ガイドを作成したことなどが、目に見える成果として評価できると述べていた。

²¹ 「在宅医療連携拠点事業の実施前は、同事業への応募にあたって協力関係を打診しに行くだけでも緊張した」とインタビュー内で述べていた。

7-5 成功要因

(1) 成功要因

全ての取組に共通して言える成功要因として、平成 24 年度の事業実施直後における、関係各所への対面聞き取り調査がある。横手市（行政）の本気度を理解してもらう上で極めて重要な意味を持ち、実際に医師会をはじめとした関係団体からの協力をとりつけることができた。総勢 10 人ほどでかなりの負荷をかけて実施した取組だが、意味のある取組であったという声がインタビュー調査において出された。

7-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

在宅医療・介護連携の推進において、市町村が主体となって実施していくべきであるという考えに則っており、今後も取組を継続していくことを基本としている。

その中では、市民の意識を変えることが今後の課題であると認識していた。セミナーやシンポジウム、チラシの配布などを通じて、時間をかけて理解を促していく必要がある。

また、在宅医療にかかわる若手医師の育成も重要である。これは看護師も同様であり、在宅医療人材の増強は避けて通れない課題である。

なお、前述の（ア）～（ク）で紹介した各事業は、平成 27 年 4 月以降に横手市が地域支援事業として継続実施を予定している。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

秋田県および保健所には県内市町村間の情報共有や調整役等を期待している。県からは平成 25 年・平成 26 年の地域医療再生基金を通じて財源の手当てを受けている。なお、上記の在宅医療人材（認知症の専門医の育成なども含む）には、県としての関与・支援が有って良いとも述べていた。

国には、地方の実情に合わせた地域包括ケアシステムのイメージを持つことを期待していた。現状では、都会型の地域包括ケアシステムのイメージばかり先行させているように見える。地方では平成 37 年度（2025 年）になる前から、既に課題が山積している状態であり、医療・介護・福祉の他、少子化対策なども並行して進めていかなければならない。生活支援や少子化対策についても、十分な予算措置をお願いしたいとのことであった。

また、地方の裁量性を確保して欲しいとも述べていた。横手市は豪雪地帯で、冬場の在宅医療の提供は大変負荷がかかり、横手市ならではの体制を作らなければならない。地域支援事業の中で、地方の実情に沿った裁量性の高い施策展開ができるように環境整備をして欲しいとのことであった。

7-7 事例総括

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業をきっかけとして、横手市地域包括支援センターを中心とした取組が進められた事例である。特に、事業開始直後に行った医療機関等への対面聞き取り調査は、行政側の本気度を伝えるに十分なものであり、それに基づいて各取組が円滑に推進された点に特徴がある。極めて負荷の高い取組であり、実際に横手市も総勢 10 人を超える人員で対応する必要があったが、市町村が主導して在宅医療・介護における多職種連携を推進する上では、参考にすべき事例の一つであると言える。

8. 坂井市(坂井地区広域連合)の取組

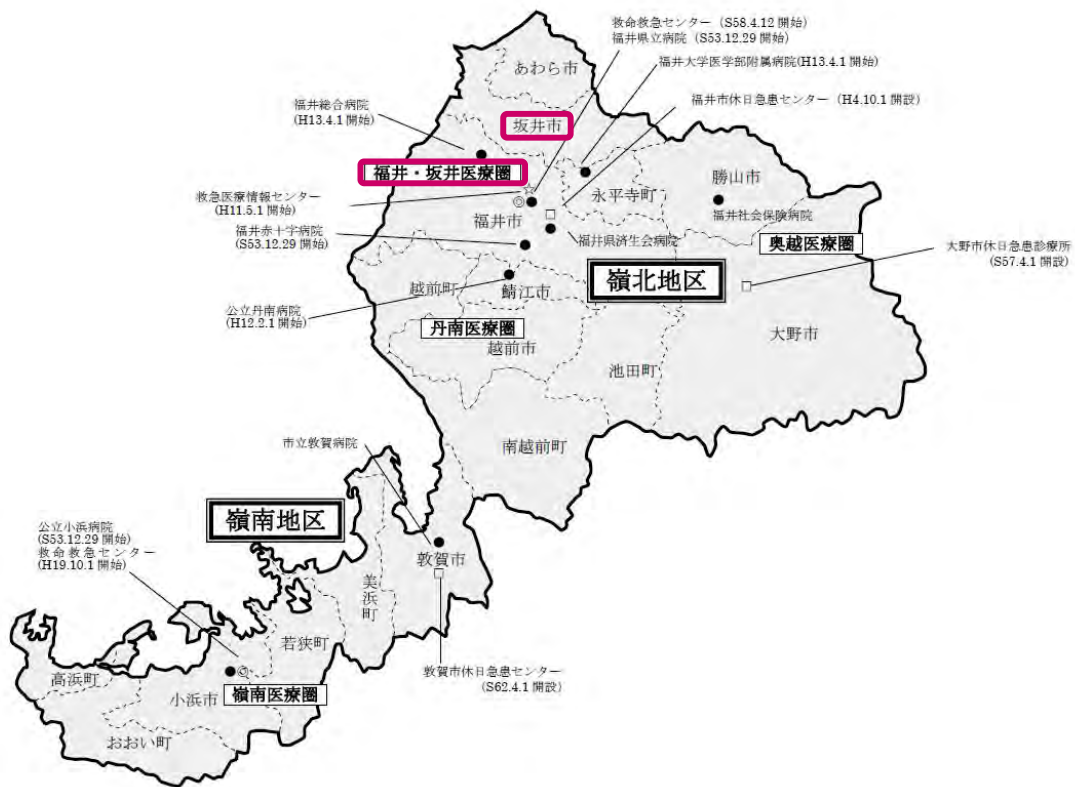
8-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

坂井市は福井県の北部に位置する市で、平成 26 年 11 月 30 日時点の人口は 93,560 人である。高齢化率は同時点で 25.0%であり、4 人に 1 人が高齢者の市となっている。

二次医療圏としては、隣接する福井市・あわら市・永平寺町と合わせて福井・坂井医療圏を形成している。同医療圏は県庁所在地の福井市を含んでおり、救命救急センターや病院群輪番制病院も複数存在するため、医療圏の患者流出率は 2.4%と低く、逆に流入率は 22.9%と高い。

図表 47 福井県内の二次医療圏

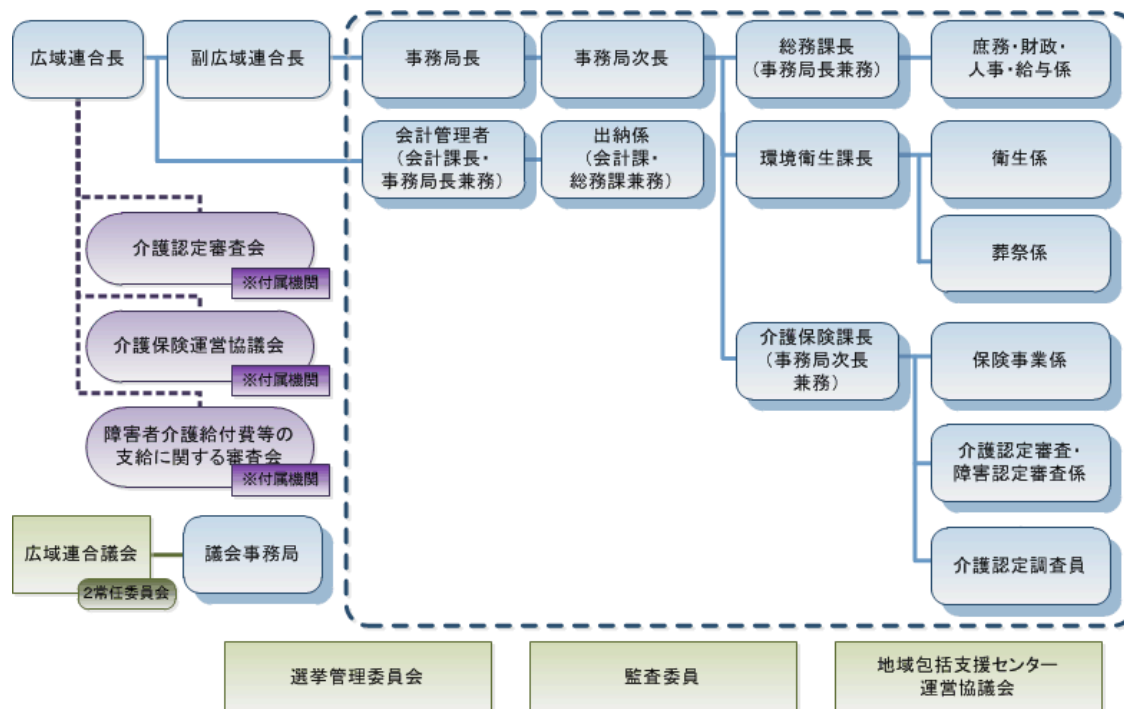


出所) 第 6 次 福井県医療計画 (平成 25 年 3 月)

坂井市は隣接するあわら市と坂井地区広域連合を設立しており、介護保険に係る事務等をこの広域連合で対応している。この広域連合の中には、総務課・環境衛生課と並んで介護保険課が組織されているが、同課が担う事業の 1 つとして在宅医療連携拠点事業が存在する。平成 24 年度に実施した厚生労働省の在宅医療連携拠点事業も、この坂井地区広域連

合介護保険課を中心に推進しているため、以降では坂井地区広域連合における在宅医療・介護連携に関する取組を中心に解説していきつつ、インタビュー調査を実施した坂井市による取組についても合わせて解説していくこととする。

図表 48 坂井地区広域連合の体制図



出所) 坂井地区広域連合ホームページ

さて坂井地区では、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業以前から在宅ケア体制の構築が進められていた。まず平成 20 年度からは、福井県の取組として、「ふくい在宅あんしんネット構築支援事業」実施されている。これは、福井県が郡市医師会等を主体とする地域単位での医療体制整備を支援するために実施した事業であり、急性期を過ぎて自宅で療養を希望する住民を在宅医が受け入れる医療体制を、県下全域に整備したものである。坂井地区でも、坂井地区医師会に委託される形で同事業が実施された。

続いて平成 22 年度からは、福井県と東京大学が中心となる体制で、坂井地区において全国モデルとなる在宅ケア体制づくりを研究する「ジェロントロジー共同研究」が実施された。この研究の中で、坂井市・あわら市・坂井地区広域連合・健康福祉センター・福井県・東京大学という関係者が一体となった在宅ケア体制のモデルづくりが行われた²²。

²² 研究当初の検討体制は、全体 WG を組織した上で、その配下に医療連携 WG、在宅ケア WG、住民啓発 WG の 3 つを組成し、検討を進めていた。このうち、全体 WG の事務局は坂井市・あわら市・広域連合・健康福祉センター・福井県であった。また、医療連携 WG の事務局は福井県、在宅ケア WG の事務局は健康福祉センター・広域連合・福井県、住民啓発 WG の事務局は坂井市・あわら市・福井県である。

そして平成 24 年度からは、前述の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に採択され、坂井地区広域連合が推進主体となって「坂井地区在宅ケア将来モデル推進の取組」を進めた。同事業は平成 24 年度で終了したが、平成 25 年度以降は、福井県事業である在宅医療連携拠点事業や、広域連合の一般財源を用いた事業として、継続して在宅ケア体制モデル整備が進められている。

こういった背景を踏まえ、本報告書では、平成 24 年度以降の取組を中心に、坂井地区広域連合および坂井市がどのような取組を行ってきたかを以降の節で解説する。

(2) 事前に認識していた課題

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業の推進に合わせて、坂井地区における在宅ケア体制構築の推進方策について進捗管理・調整・指示を行う「坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会」が設立された（詳細は後述する）。その推進協議会の中で用いられた資料（平成 24 年 9 月）では、在宅ケアに関する課題として下記 4 点が挙げられていた。

当時の在宅ケアの現状に関する課題

- 在宅主治医が不在時のカバーは、医師間の個人的つながりが中心となっている。
- 病院勤務医や訪問看護師等との患者情報の共有が十分ではない。
- 医療機関を主体としたネットワークでは、介護機関側の参画が進みにくい。
- 住民は在宅ケアについて知識が無く不安を持っている。

図表 49 坂井地区における在宅ケア体制づくり
(協議会の設置および各課題に対応した (1) ~ (4) の事業)

◎『坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会』を立ち上げ事業を推進

<p>協議会メンバー 坂井地区の医師会・歯科医師会・薬剤師会の役員、 ネットワークさかい(介護事業者団体)の役員、 東京大学、福井大学、 福井県、あわら市・坂井市、坂井地区広域連合</p>	<p>在宅ケア体制構築に関わる機関数 134機関 在宅医療対応診療所:26機関 病院:7機関、 歯科診療所:17機関 調剤薬局:5機関 訪問看護ステーション:7機関 訪問介護事業所:17機関 居宅介護支援事業所:30機関 介護保険施設:19機関(特養:11 老健:5 介護療養型 医療施設:3) 消防・救急機関:6機関 坂井地区の在宅サービス利用者数 約3,500人</p>
--	---

(1) 在宅主治医をカバーする副主治医選定ルールと病院によるバックアップ体制を組み合わせた在宅医療システムの構築
○医師会所属のコーディネーターが副主治医を選定 ○病診連携

(2) 「顔の見える多職種連携会議」を設置し、地域包括支援センター単位での医療・介護連携を強化
○顔の見える多職種連携カンファレンス開催 ○検討部会

(3) 市民が自発的に在宅ケアを学ぶための普及啓発
○在宅ケア出前講座 ○住民啓発ツール開発 ○市民集会開催

(4) 医療・介護の多職種間で活用可能な坂井地区統一の患者記録様式の利用
○坂井地区情報連携シート ○ITを活用した患者情報共有ツール

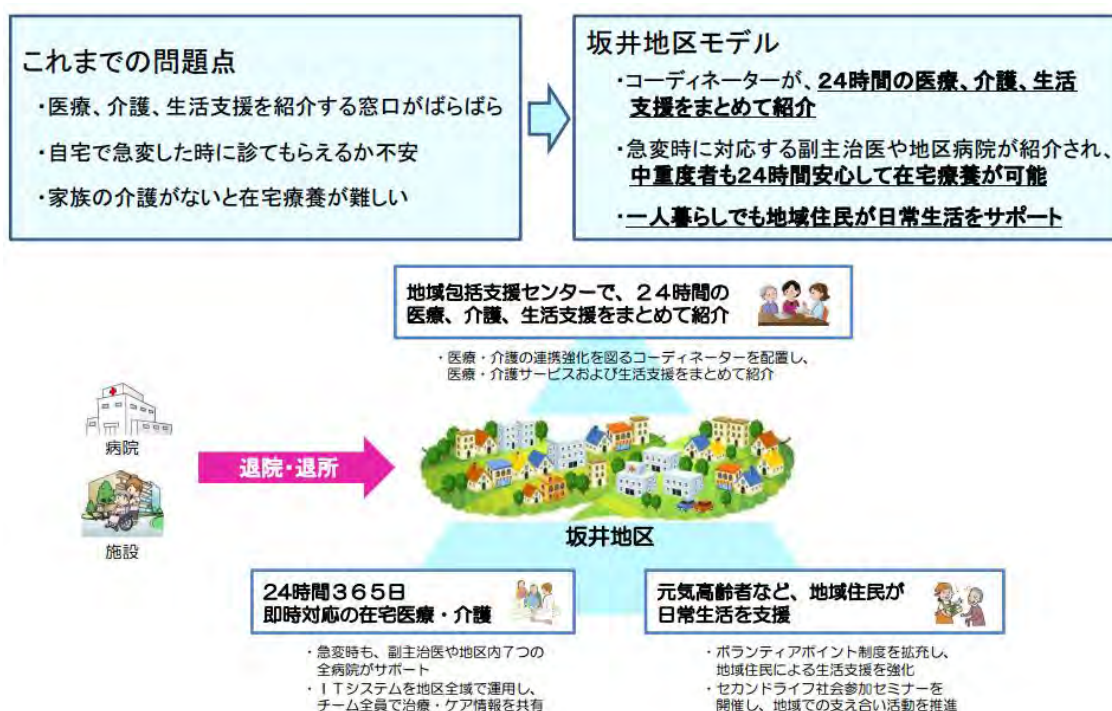
出所) 平成 24 年度 厚生労働省 在宅医療連携拠点事業 坂井地区広域連合発表資料

8-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

坂井地区の在宅ケア体制モデルでは、地域包括を軸とした医療・介護・福祉の連携の実現が目指されている。介護保険者（＝坂井地区広域連合）が中心となる在宅ケア体制の構築を目指し、医療・介護事業者、大学、行政が関わる形で全国に展開できる先行モデルの構築が進められている。坂井地区が目指す姿のイメージ図を次に示す。

図表 50 坂井地区が目指す姿（ジェロントロジー共同研究）



出所) 福井県長寿福祉課資料 (平成 26 年 3 月, 福井県ホームページより)

8-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

既に述べた通り、坂井市とあわら市で坂井地区広域連合を設立しており、介護保険に係る事務等をこの広域連合で対応している。この広域連合の中に介護保険課が組織されており、同課が担う事業の1つとして在宅医療連携拠点事業が存在する。

坂井地区の在宅ケア体制づくりは、介護保険者である坂井地区広域連合を中心としつつ、坂井市・あわら市、坂井地区医師会等の職能団体、さらに福井県や東京大学も関わる形で進められている。担当者の数に目を向けると、この在宅ケア体制づくりに関与している人員は、坂井地区広域連合では計3名（うち事務職3名）、またインタビューにご協力いただいた坂井市では計3名（全員が保健師。地域包括支援センターに所属）となっていた。なお坂井市では、県や医師会など各団体と調整に乗り出す際は、管理職（事務）も関与するようにしているとのことであった²³。

坂井地区在宅ケア体制モデルづくりの予算は、平成24年度は厚生労働省の在宅医療連携拠点事業の予算（296万5千円）と、福井県事業による補助（地域ケアマネジメント推進事業補助と在宅情報共有モデル構築事業で合わせて129万5千円）から為る。平成25年度と平成26年度は、坂井地区広域連合の一般財源や、福井県の在宅医療・介護連携推進事業を財源として各取組を実施している。以下、各取組について、他自治体の事例と同様に（ア）～（ク）で整理してそれぞれの詳細を解説する。

図表 51 坂井地区の在宅ケア体制モデルづくりに係る各主体の役割

◆坂井地区医師会の役割 <ul style="list-style-type: none">・在宅医療コーディネータ業務・在宅主治医をカバーする副主治医選定ルールと病院によるバックアップ体制を組み合わせた在宅医療システムの構築
◆坂井地区広域連合の役割 <ul style="list-style-type: none">・医療と介護従事者の顔の見える関係づくり・関係機関（構成市・事業所など）の調整
◆あわら市・坂井市の役割 <ul style="list-style-type: none">・市役所窓口において医療も含めた在宅サービスのワンストップ調整・市民が自発的に在宅ケアを学ぶための普及啓発
◆県の役割 <ul style="list-style-type: none">・東京大学とのジェロントロジー共同研究の実施・進捗管理および全体調整

出所) 福井県 平成25年度コーディネーター養成研修会 坂井地区広域連合資料
(平成26年3月10日)

²³ 日常の業務や現場レベルの調整は保健師3名を中心に対応している。

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

坂井地区広域連合が、平成 24 年度の厚生労働省事業の中で、「坂井地区在宅医療・療養の実態」に関する調査を実施した。調査対象者は坂井地区のケアマネジャー92名で、受け持っている在宅療養者の実態や、在宅医療・療養の継続に必要と思う体制・サービスについてなどを調査した。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

坂井地区広域連合は、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業の推進に合わせて、福井県と共同事務局を担う形で、坂井地区における在宅ケア体制構築の推進方策の進捗管理・調整・指示を行う『坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会(以下、推進協議会)』を設立した。同年度では、この推進協議会の下に「顔の見える多職種連携会議」と「住民啓発実施チーム」の2つを設置し、それぞれでの取組の推進を行った。なお前者の多職種連携会議の事務局は坂井地区広域連合、後者の住民啓発実施チームの事務局は坂井市・あわら市・坂井地区広域連合である²⁴。

続く平成 25 年度からは、推進協議会の下に下記 5 種類の会議体を設置した。推進協議会の事務局は変わらずに福井県と坂井地区広域連合であるが、配下の 5 つの会議体については、事業内容に合わせて適した行政組織が事務局を担って事業運営を行う体制を組んでいる。

平成 25 年度の坂井地区モデルにおける推進協議会下の 5 会議

- 顔の見える多職種連携会議(事業運営:地域包括支援センター、坂井地区広域連合)
- 医療・介護の連携強化検討部会(事業運営:坂井健康福祉センター、坂井地区医師会、地域包括支援センター、坂井地区広域連合)
- 在宅情報共有システム検討部会(事業運営:福井県、坂井地区広域連合、地域包括支援センター、坂井地区医師会)
- 住民啓発検討部会(事業運営:地域包括支援センター、坂井地区広域連合)
- 生活支援・住民協働部会(事業運営:社会福祉協議会、シルバー人材センター、地域包括支援センター、坂井地区広域連合)

²⁴ なお、ともに坂井健康福祉センターが支援に入っている。

図表 52 坂井地区モデル整備の推進体制（平成 25 年度実践版）



出所)「福井県における在宅ケア体制づくり」(福井県ホームページ)

この他、『地域ケア会議』も多職種連携による課題抽出として機能している。市レベルの地域ケア会議は、坂井市・あわら市のそれぞれで実施されており、坂井市では平成 25 年度は計 6 回、平成 26 年度は計 10 回（予定）の開催を行っている。具体的な事例を取り上げた上で、地域内の課題を取り上げることなどが主な議題である。

実施方法

上記会議体の内、『推進協議会』と『顔の見える多職種連携会議』と『地域ケア会議』について述べる。

まず『推進協議会』は、事務局を福井県と坂井地区広域連合が担う形で、年 1 回開催されている²⁵。協議会には、坂井地区医師会、坂井地区歯科医師会、坂井地区薬剤師会、介護事業者団体、福井県、あわら市、坂井市、坂井地区広域連合のほか、アドバイザーとして東京大学や福井大学が参加している。

²⁵ 第 1 回は平成 24 年 9 月 4 日、第 2 回は平成 25 年 7 月 24 日、第 3 回は平成 26 年 9 月 3 日に、それぞれ開催されている。

図表 53 推進協議会の委員名簿（平成 26 年 9 月 3 日開催）

(委員)		(事務局)	
所属	職名		
坂井地区医師会	会長	福井県	長寿福祉課課長
"	副会長	"	長寿福祉課参事
"	庶務理事	"	長寿福祉課総括主任
"	顧問	"	長寿福祉課企画主査
"	顧問	"	地域医療課主任
"	在宅ケアネット事業運営委員長	"	健康増進課参事
"	在宅ケアネット事業運営副委員長	"	健康増進課企画主査
"	在宅医療コーディネーター	"	医薬食品・衛生課主任
坂井地区歯科医師会	副会長	"	坂井健康福祉センター課長
坂井地区薬剤師会	理事	あわらし	健康長寿課課長
ネットワークさかい	事務局長	"	健康長寿課課長補佐
福井県	健康福祉部長	"	健康長寿課主任
"	坂井健康福祉センター所長	坂井市	高齢福祉課課長
あわらし	市民福祉部長	"	高齢福祉課参事
坂井市	福祉保健部長	"	高齢福祉課課長補佐
坂井地区広域連合	連合長	坂井地区広域連合	事務局長
		"	介護保険課課長
		"	介護保険課課長補佐
		"	介護保険課係長
(アドバイザー)			
東京大学	高齢社会総合研究機構 特任教授		
"	高齢社会総合研究機構 特任助教		
福井大学	地域医療推進講座 講師		

出所) 第 3 回坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会資料

続いて『顔の見える多職種連携会議』は、地域包括支援センターと坂井地区広域連合が事業運営主体となって開催している。たとえば平成 24 年度には、平成 24 年 12 月に第 1 回（155 名参加）、平成 25 年 2 月に第 2 回（100 名参加）を実施した。参加職種は医師・歯科医師・看護師・ケアマネ・薬剤師・管理栄養士・PT・OT・ST・介護福祉士・地域包括支援センター・社会福祉協議会などである。第 1 回は、全体の進行を坂井地区医師会会長が行い、ファシリテーターは医師と歯科医師、ファシリテーター補助・記録役として地域包括支援センターの職員と市職員、そして全体の庶務を坂井地区広域連合と福井県職員が担った。議題は順番に、①開会宣言・挨拶・主旨説明、②専門職からの PR タイム、③自己紹介とアイスブレイキング、④グループワーク、⑤発表、⑥閉会宣言、⑦事務連絡の 7 つであった。

また『地域ケア会議』は、坂井市では地域包括支援センターが実施主体を担っている。平成 25 年度は坂井市全体のケアマネジャーに呼びかけて実施した。平成 26 年度は、生活圏域ごとの特性を考慮し、4 つの生活圏域ごとに各 2 回実施する予定である。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

平成 24 年度の第 1 回の多職種連携会議で実施したアンケートでは、参加者の満足度で「満足」・「どちらかといえば満足」と回答した人の割合は、カンファレンス全体で 87%、多職種グループワークで 91%、アイスブレイクで 77%と全体的に高い満足度が得ら

れた。感想でも「他の職種への理解が深まった」といった声が挙げられた。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

坂井地区では、平成 20 年より坂井地区在宅ケアネットという組織が発足・運営されている。設置主体は坂井地区医師会であり、在宅療養を望む患者のための療養体制の構築を目指した組織である。この坂井地区在宅ケアネットの事業として、『在宅後方支援システムの構築』が行われている。坂井地区内病院が在宅主治医の後方支援を行いやすい仕組みづくりを行うもので、主に「①坂井地区内 7 病院と在宅医療対応病院との連携強化」と、それから (エ) で後述する「②安心連携カードの運用と情報共有システムの活用との連動による連携」を通じて、在宅後方支援体制の構築を進めている。

実施方法

前出の坂井地区モデル整備の推進体制（平成 25 年度実践版）で図示されているように、坂井地区医師会による在宅医療体制整備として、坂井地区在宅医療連携協議会が設置されている。坂井地区の全 7 病院長と開業医の代表者（ケアネット事業運営委員）で構成する協議会を設け、在宅医療の支援に係る病診連携体制について協議を行っている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

平成 24 年度の厚生労働省事業の中で、坂井地区広域連合は情報共有ツールの作成・構築を実施した。STEP1 と STEP2 に分けられたプロセスと、その後の状況について以下に記す。

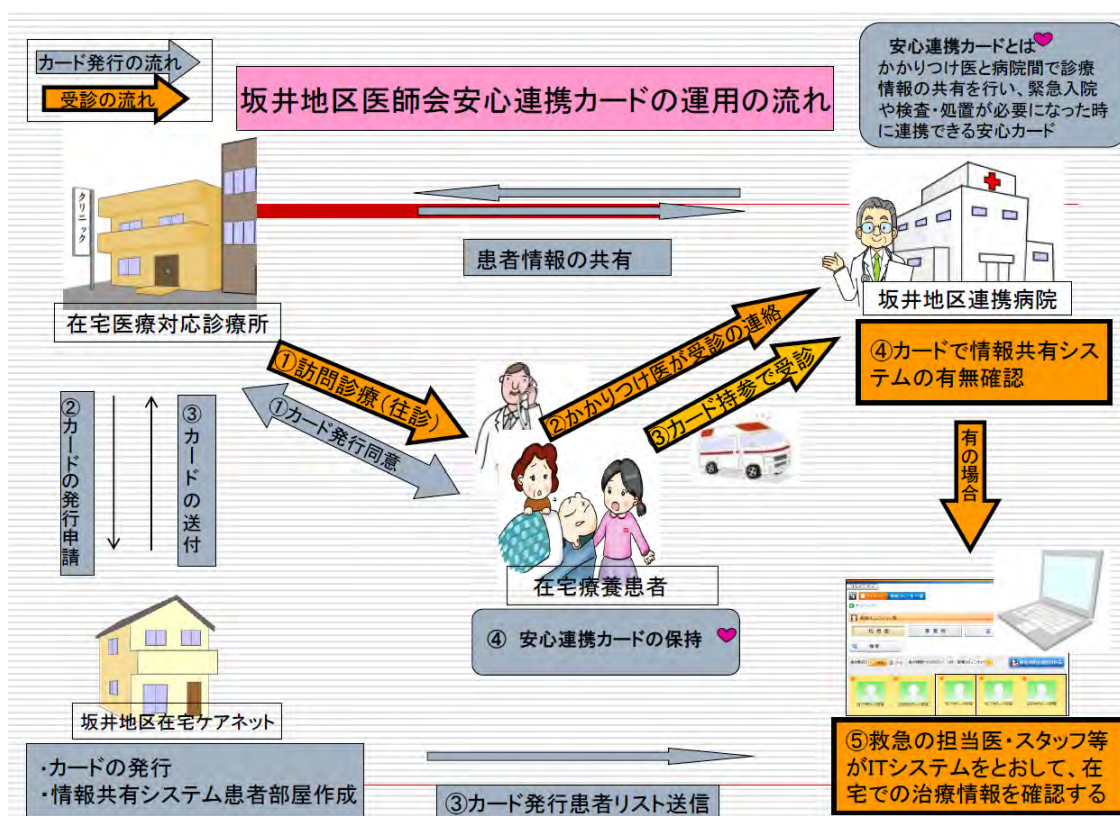
まず STEP1 として、平成 24 年 10 月から『坂井地区在宅情報連携シート』を運用開始した。これは家族構成や治療・ケアの基本情報を記すもので、訪問の際に気付いたことを記入し、医療・介護の多職種が日常のケアに関する情報共有を行えるようにしたものである。

続いて STEP2 として、平成 25 年 2 月から『坂井地区情報共有システム』を試行運用した。これは PC・タブレット・モバイル端末を活用したシステムであり、管理者は坂井地区医師会と地域包括支援センターに委ねている。

上記の STEP1・2 を平成 24 年度内に実施した後、平成 25 年度からは、福井県の在宅医療・介護連携推進事業で補助を受ける形で、情報共有システムの運用・強化を継続している。平成 25 年 8 月には坂井地区医師会が発行主体となって『安心連携カード』の発行を開始した。安心連携カードは、坂井地区の在宅医療対応診療所（かかり

つけ医) と、患者が希望する坂井地区内の病院間で診療情報を共有し、緊急入院や検査・処置などで受診が必要になった時に、いつでも連携できるようにするカードである。

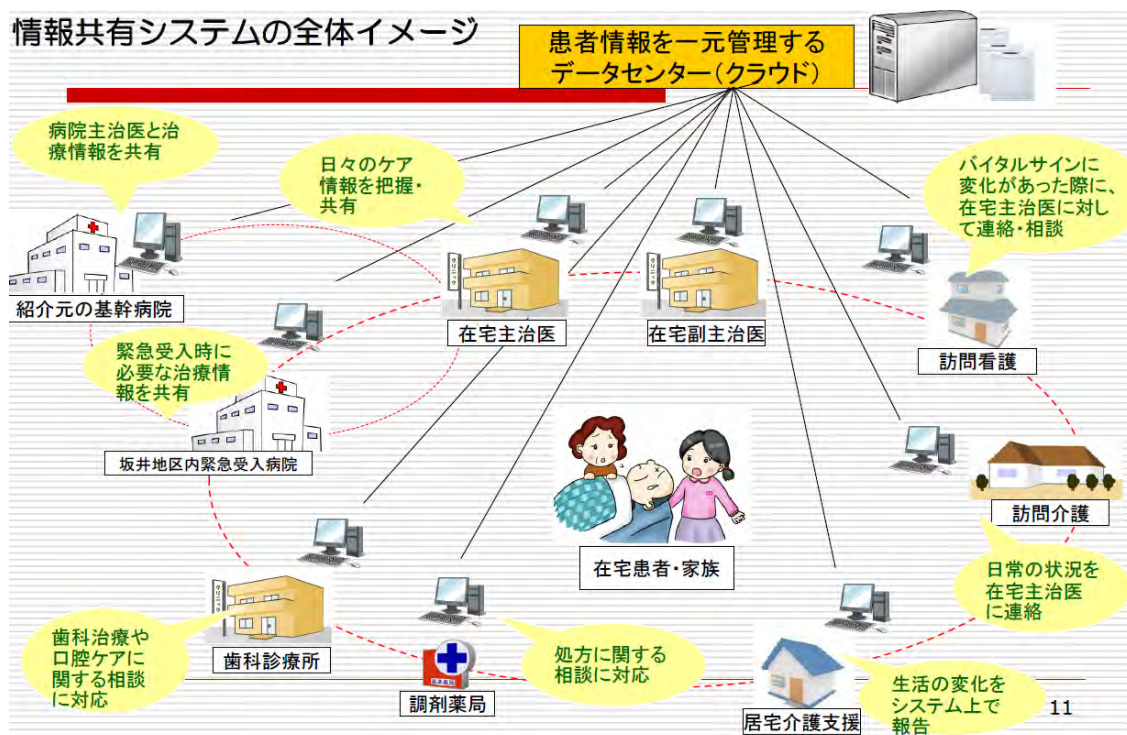
図表 54 坂井地区医師会安心連携カードの運用の流れ



出所) 福井県 平成 25 年度コーディネーター養成研修会 坂井地区医師会資料

また STEP2 で記載した坂井地区情報共有システムは、平成 26 年 1 月から本格運用され、地区全域の事業所によるシステムの運用が始まった。平成 26 年 8 月末時点で、102 機関が利用し、登録患者は 66 人となっている。なお、情報共有システムの概念図は次図に示した通りである。

図表 55 坂井地区情報共有システムの全体イメージ



出所) 福井県 平成 25 年度コーディネーター養成研修会 坂井地区医師会資料

実施方法

平成 25 年度以降は、推進協議会の下に設置された在宅情報共有システム検討部会での議論を通じて事業が進められた。同検討部会の事業運営は、福井県・坂井地区広域連合・地域包括支援センター・坂井地区医師会となっている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

平成 24 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業の中で、坂井地区広域連合は、坂井地区医師会に『坂井地区在宅医療連携コーディネート事業』を委託した。これは、在宅医療コーディネーター1名を配置して、下記(1)～(5)の事業を実施するものである。

坂井地区在宅医療連携コーディネート事業の概要(平成 24 年度)

- (1) 在宅主治医・副主治医、専門医、歯科医、薬剤師等の登録・紹介
- (2) 地域住民及び医療機関・地域包括支援センター等関係機関からの相談対応業務

- (3) 在宅医療関係機関相互の連携強化・技能向上に資する研修の企画・実施
- (4) 地域ケア体制の整備にむけた介護と医療のスムーズな連携および情報共有のあり方等、地域包括ケアシステムの推進に関する業務
- (5) その他必要な業務

坂井地区広域連合からの委託を受けて、坂井地区医師会は、ケアマネジャーの資格を持つ看護師 1 名をコーディネーターとして配置し、上記の事業の推進に当たった。

その後、平成 25 年度には坂井地区広域連合の一般財源を用いて、在宅医療コーディネーターの配置を継続している。

実施方法

平成 25 年度からは、前出の坂井地区モデル整備の推進体制（平成 25 年度実践版）で図示されているように、坂井地区医師会による在宅医療体制整備として、坂井地区在宅ケアネット事業運営委員会が設置されている。医師会を中心に、主治医・副主治医等のコーディネート体制、バックアップ病院との連携、在宅医療を担う医師の育成など、地域の在宅医療体制の構築を進めている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

既に述べた（イ）の多職種連携会議の中で、グループワーク等を通じた個別事例の検討・研修を行っている。

それとは別に平成 25 年 8 月からは、坂井地区医師会が実施主体となる形で、福井県の在宅医療・介護連携推進事業で補助を受けつつ、在宅医を育成するための『在宅医療現場への同行訪問研修』を実施している。

実施方法

在宅医の育成やレベルアップを目指して、在宅医療の現場に同行をさせている。平成 26 年 8 月末時点では、医師 9 名、薬剤師 1 名、ケアマネ 3 名の利用実績がある。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

平成 24 年度の厚生労働省事業の中で、坂井地区広域連合は住民啓発に向けた取組を複数実施した。1 つは『在宅ケア出前講座』であり、公民館などで行われる高齢者サロンやまちづくり協議会の地域行事、民生委員・福祉委員研修会などで実施した。も

う1つは『在宅ケア住民啓発ツール』であり、在宅療養者のライフスタイルをイメージした絵コンテ等を作成して、寸劇や紙芝居に活用し、上記の出前講座でも活用した。そして平成25年3月に『在宅ケア将来モデル推進市民集会2013』を開催し、住民向けの発表を行った。

上記活動は平成25年度以降も坂井市が継続実施している。財源は福井県の在宅医療・介護連携推進事業から出される補助を活用している。

実施方法

出前講座や市民集会は平成24年度から継続実施されている。出前講座は最大5人編成のチーム（医師・坂井地区広域連合・地域包括支援センターなど）で行うようにしている。近年はノウハウが蓄積されてきたこともあり、地域包括支援センターだけでも対応できるようになってきた。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

—

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

以上が、坂井地区での在宅医療・介護連携推進事業に類する取組の解説である。坂井地区広域連合を中心としつつ、坂井地区医師会や地域包括支援センターなど、様々な主体が関与・実施する形で在宅ケア体制が構築されている状況と言える。

なお、これら以外に『生活介護支援サポーター事業』が推進されている。平成24年度までは坂井地区広域連合の事業として実施されており²⁶、平成25年度からは坂井市の事業として実施されている。坂井市では平成25年8月から実施されており、地域包括支援センターが窓口となって、ボランティア等を活用した生活支援を含む在宅サービスの総合調整を行っている。生活支援サポーター（ボランティアポイント制度）、シルバー人材等の活用によって高齢者を支える地域力を強化することを目指したものであり、生活支援サポーターは平成26年9月時点で124人の登録が為されている²⁷。なお、この生活支援サポーターを養成する事業が、坂井市から社会福祉協議会に委託される形で進められている。

²⁶ 財源として福井県の在宅医療・介護連携推進事業からの補助が出されている。

²⁷ 坂井市へのインタビューの中では、生活支援サポーターに登録する前期高齢者も多いため、介護予防の面でも効果が発揮されている、と述べられていた。

8-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

坂井地区在宅ケア将来モデル推進事業の実績・成果について、第3回坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会（平成26年9月3日開催）の資料1でまとめられている。各取組を3本の柱に整理する協議会資料の方針に則って、以下にそれぞれの実績・成果をまとめる。

介護保険者が地域医師会のノウハウを活用し、在宅の医療・介護サービスをワンストップで調整

（主に上記の(ア)・(イ)・(ウ)・(エ)・(オ)・(カ)に該当）

- 在宅主治医の紹介増加：平成22年度19件→平成25年度49件
- 訪問看護利用者数の増加：平成22年度291人→平成25年度492人
- 同行訪問研修による在宅医育成・レベルアップ：13人が受講（平成26年8月末）
- 安心連携カードの運用：カード発行36件（平成26年8月末）
- 患者情報共有システムの利用期間・登録患者の拡大：102機関利用、登録患者66人（平成26年8月末）
- 医療・介護スタッフ間の治療・ケア情報共有の円滑化：平成25年6月実施のシステム利用者へのアンケート結果で「情報発信・入手が迅速にできるようになった」が71%

住民が自発的に在宅ケアを学ぶための普及啓発を実施（主に上記の(キ)に該当）

- あわら市・坂井市を窓口とした、集落・団体単位での出前講座による普及啓発実践：平成25年度13回445人参加
- 在宅での医療・介護を分かりやすく紹介するDVD、紙芝居、寸劇の開発・運用
- 在宅看取り割合の増加：平成21年度29%→平成24年度67%

介護保険者が医療・介護サービスに加え、ボランティア等の地域力を活用した生活支援を含む在宅サービスをワンストップで調整（主に上記のその他の取組に該当）

- 高齢者の社会参加を応援するセミナー開催：平成25年12月に開催
- 高齢者を支える生活支援サポーター養成：平成25年度で46人養成（平成26年9月で124人登録）

8-5 成功要因

(1) 成功要因

インタビューの中で明示的に語られたわけではないが、坂井地区における在宅ケア体制づくりの成功要因の1つは、介護保険者（坂井地区広域連合）を中心としつつ、県・市・

健康福祉センター・医師会などの関係主体が、各々が果たすべき役割を相互に理解し合い、その役割を着実に果たしている点を挙げるができることと考える。東京大学による研究上のアドバイス等も受けながら、関係主体が為すべき役割を遂行している状況は、千葉県柏市の事例と同様と見なせると言える。

8-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

第3回坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会（平成26年9月3日開催）の資料2-1には、今後の課題・予定として、「医科歯科連携・医科薬科連携の強化」と「情報共有ルール（チェックシート）の試行・運用」および「高齢者の社会参加活動のネットワーク拠点整備」の3点が挙げられていた。

また坂井市に対するインタビューの中では、要支援の方々も含めた体制づくりをどのように実現していくか、という点について言及がなされた。特に、住民が主体となる形で地域としての体制強化が目指されていた。

なお、前述の（ア）～（ク）で紹介した各事業の内、平成27年4月以降に坂井地区広域連合と坂井市が連携して、地域支援事業として（ア）～（ク）の内容を継続実施する予定である。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

坂井市へのインタビューの中では特に言及はなかった。

8-7 事例総括

平成22年のジェロントロジー共同研究で、福井県と東京大学が坂井地区をモデルとして共同研究を開始したこともあり、県・介護保険者（坂井地区広域連合）・市・健康福祉センター・医師会等が、目指す絵姿を共通で認識して、それに沿った役割分担も為されている事例である。在宅医療・介護連携の体制づくりの枠組みが整理されており、参考にしやすい事例であると言える。

東京大学が支援していることもあり、千葉県柏市と似た要素が多いが、人口規模や地区内の医療資源の状況を鑑みると、日本全国には柏市よりも坂井地区に似た状況の自治体も多いと考えられるので、柏市と同様にこちらも多く自治体に参考にされるべきと考える。

9. 須高地域(須坂市・小布施町・高山村)の取組

9-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

長野県須高地域は、長野県北部に位置し、平成 26 年 11 月 1 日時点の人口は 70,833 人、高齢化率は全国平均より高く、28.9%である。長野医療圏に属する須高地域は、長野市とも隣接しており、三市町村の面積は約 267 平方キロメートルである。須坂市、小布施町、高山村を合わせた須高地域を対象範囲として医師会等の職能団体も組織されている²⁸。

長野医療圏は長野市を含んでいることもあり、県内の総人口および既存病床数の約 4 分の 1 が集中している医療圏である。長野県の医療計画(信州保健医療総合計画)によれば、5 疾病 5 事業について基本的に長野医療圏内で対応することが求められており、がんや脳卒中については他の医療圏との連携で中心となることを位置づけられるなど、長野県内の医療提供において中核となるエリアの 1 つとなっている。

図表 56 長野医療圏



出所) 日本医師会 地域医療情報システム

この長野医療圏に属する須高地域(須坂市、小布施町、高山村)では、地域内での広域的な課題解決を目指して、平成 22 年 4 月に地域医療福祉ネットワーク推進室を設置した。そして同年 8 月には須高地域医療福祉推進協議会を組織した。この広域的な取組は、平成 19 年頃、地域の産科医不足により地域内でお産が出来ない事態を経験する中で、「地域の医

²⁸ なお須高医師会は、須坂市、小布施町、高山村に長野市若穂地区を加えたエリアからなる。

療は地域で守る」事の重要性を感じた三市町村の首長が決めたものである²⁹。

須高地域医療福祉推進協議会は、須坂市長を会長、小布施町長、高山村長、須高医師会長を副会長とし、協議会には、多職種を委員とする第1専門委員会と第2専門委員会を設置した(9-3(2)にて詳述)。このうち、主に在宅医療福祉を専門に扱う委員会は第2専門委員会である。同委員会の取り組みの1つとして、住民向け啓発のためのシンポジウム“須高地域医療福祉を考える集い”を企画・開催している。その集いの際に参加者の住民に対してアンケートを実施した。このアンケート結果からは、「家族が要介護状態になったら自宅で介護したい(51%)」、自宅で介護するにあたり不安なこととして「家族に負担がかかる(23%)」「急変時の対応が不安(23.5%)」等の在宅療養へのニーズが把握された。これらについて委員会内でビジョンを共有し、須高地域において在宅医療・介護連携に関する取組を進めるようになった。

(2) 事前に認識していた課題

上記の住民アンケートの結果から、須高地域の住民が感じている在宅医療・介護事業へのニーズは、集約すると以下の3つの課題に帰着する。課題解決に向けて取り組まれた主だった事業については9-3(2)にて詳述する。

在宅医療・介護事業の推進における課題

1. 自宅で看取りができる体制づくりの構築
2. 24時間体制の切れ目のないサービス
3. 在宅療養が家族に与える負担の大きさ

在宅で看取りを進める上で医療者側が感じている課題は、元気なときから「自分の最期について考える」文化を地域で育ててほしい、ということであった。意思表示が為されていない場合、看取りのタイミングで病院に救急搬送をされた患者家族が、患者の治療方針の決定において苦悩するということが見受けられる。患者の意思表示も一つの課題と見ることができる。

その他の課題として、退院後の退院時カンファレンスのあり方も挙げることができる。須坂市へのインタビューの中では、病院からの退院のためとする病院側と、これから在宅で療養と生活するための情報共有をしたいと考えている在宅療養支援者側において、退院時カンファレンス内容の検討余地ありと把握した。インタビュー時点では、まだ対策を講じていないとのことであった。行政として、患者に対する情報共有の場が必要だとは感じているが、診療所の医師が地域ケア会議に参加できる設定ができていない状況であると述

²⁹ 須高地域は、古くから街道を中心とした公益事業や文化等の繋がりが強い地域で、行政の担当者が合同で事業を進めることに抵抗感や違和感を持ちにくいエリアであった。

べていた。

9-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

須高地域では、須高地域医療福祉ネットワーク推進事業実施要綱の中で、住民が住み慣れた地域で、安心して健やかに生活できることを目指した地域医療福祉のネットワーク構築の推進を図ることを目的に定めている。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

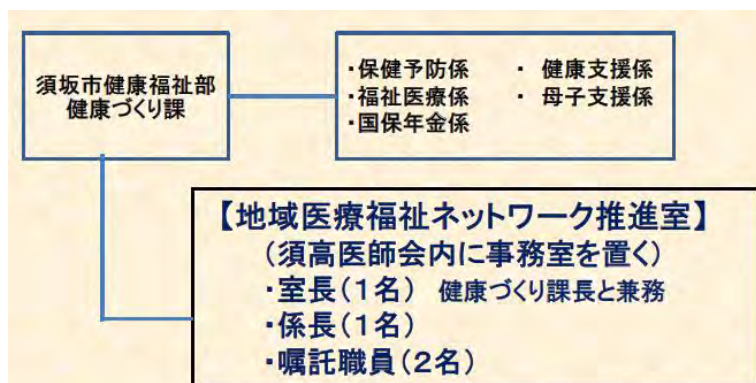
インタビューの中では、事業を推進するにあたってモデルにした地域への言及は無かった。ただし、ICTを用いた医療連携に関する先進地域への視察は実施しており、平成24年10月に山形県米沢市を訪問している。

9-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

前述の通り、平成22年度に須坂市健康福祉部健康づくり課に地域医療福祉ネットワーク推進室を附置した。現在、推進室には室長（健康づくり課長と兼務）、係長と2名の嘱託職員の合計4名が所属しており、うち保健師が1名いる。地域医療福祉ネットワーク推進室は、須高地域の3市町村と各医療機関、職能団体の間を取り持つ事務局的な機能を担っている。

図表 57 健康福祉部 組織図



出所) 須坂市提供資料

なお、須坂市には長野県立須坂病院があるが、第2 専門委員会の委員長は須坂病院の副

院長がつとめている。また須高 3 市町村には、それぞれに直営の地域包括支援センターがあり、いずれも第 2 専門委員会の委員となっており、ともに在宅医療に関する事業に取り組んでいる。また、各取組を実施するための予算は、3 市町村から拠出される負担金に加え、平成 24 年度は厚生労働省の在宅医療連携拠点事業、平成 25 年度から平成 27 年度は長野県地域医療再生事業在宅医療連携拠点事業（地域医療再生基金）が充てられている。なお、各市が負担する地域医療福祉ネットワーク推進室の運営経費は、人口比別にそれぞれの市町村が拠出している。

各年次の予算

- ・平成 22 年度（実績） 8,298,806 円
- ・平成 23 年度（実績） 3,495,111 円
- ・平成 24 年度（実績） 17,552,460 円（内在宅医療補助金 14,470,000 円）
- ・平成 25 年度（実績） 7,488,231 円（内在宅医療補助金 4,956,000 円）
- ・平成 26 年度（予算） 8,897,000 円（内在宅医療補助金 6,390,000 円）

※感染症対策等、在宅医療福祉以外のネットワーク事業の費用も含んだ全体の事業費

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

以下、須高地域医療福祉推進協議会による在宅医療・介護事業の推進に向けて取り組んだ事業について紹介する。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

平成 22 年度に須高地域における在宅医療・介護事業サービスを紹介する番組放映後、DVD を作成した。また平成 23 年度には、医療と介護資源を把握して冊子を作成した。詳細は（キ）で記述する。

実施方法

須高地域の多職種が連携して、在宅療養支援をしていることを住民に知らせることを目的に番組放映と DVD を作成した。

- 1 地元ケーブルテレビ会社に番組作成と放映を依頼
- 2 3 つの病院の役割について各病院長が語る・在宅療養の実際（介護者の思いと訪問看護・訪問診療の状況）
- 3 DVD は須高地域の医療・介護・福祉関係機関に配布し活用してもらう。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

住民への広報はさまざまな手法を使う。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

須高地域では、前述の通り、在宅医療・介護連携事業の推進を目的の1つとする須高地域医療福祉推進協議会を平成22年8月に設置した。須坂市長が会長を担っており、事務局は須坂市・小布施町・高山村の行政職員である。

平成22年度は、事業の立ち上げ時期ということもあって、毎月1回の頻度で3市町村連絡会を開催した。直近は進捗共有や方針確認といったテーマが多くなったこともあり、年間4回（平成25年度実績）程度の開催となっている。

図表 58 須高地域医療福祉推進協議会理事会



出所) 地域医療福祉ネットワーク推進室提供

実施方法

須高地域医療福祉推進協議会理事会や、その実働部隊である第1・第2専門委員会では、行政は主に事務局機能を担っている。ここでいう事務局機能とは、課題解決のための事業を企画し、事業全体の大まかな方向づけをし、提案資料を作成する業務を指す。また、協議会の理事会には各職能団体のトップが参加しており、年1回事業報告や事業計画について協議している。実働部隊である第2専門委員会は、多職種の代表が集まり月1回定例開催しており、各職種（機関）からの課題抽出や連携のための顔の見える関係づくりの場となっている。

なお、理事会の開催にあたっては、3市町村による事前の調整会議（3市町村連絡会）を開催している。地域医療福祉ネットワーク推進室の職員と各市町村の担当2名（部長、課長、係長職）ずつ、計10名程度が参加し、理事会の議題等の打合せを行っている。地域特性を鑑みながら、お互いの提案を参加者全員で議論して、病院・事業者・地域にとってプラスになる合意形成を行えるよう意識している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

議論の場では、事前の根回しは一切せずに各市町村の意見を提示するようにしている。お互いの信頼関係のもとに、考えや思いを自由に発言することで、後になって話が根本から覆るといようなことを防ぐことができる。なお各市町村の間には、各市町村の人口数や地域医療福祉ネットワーク推進事業に拠出している予算による力関係の偏りなどはない。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

平成 24 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業の中で、24 時間サポート体制の構築に取り組んだ。医師会・地域内の 3 病院・訪問看護ステーションと行政が連携し、須高在宅ネットワークと呼ばれる体制を構築した。取組を主導したのは須高医師会である。

実施方法

在宅医療安心ネットを用いて、診療所医師が担当する在宅療養者の基本情報や訪問記録を共有しながら、主治医不在時の急変患者への対応を可能にした。また、地域内の在宅療養支援病院は、緊急入院用のベッドの確保と緊急対応時の診療所サポート機能を実装した。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

上記の機能がある在宅療養支援病院があることで、診療所の医師の負荷(急変時の呼び出しなど)を軽減させることができる。在宅医の負担を地域全体でカバーするという姿勢を示す意味で、この取組は重要であると認識されている。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

須高地域では、在宅療養者の急変対応時に情報を共有するための ICT を使った情報共有システム「在宅医療安心ネット」を導入し運用している。これまでの訪問診療や訪問看護の経過などを記録・参照するシステムであり、主治医が不在の時であっても患者の急変に対応することができるようになっている。平成 26 年度 11 月時点で、参加機関は病院が 3、診療所が 17、訪問看護ステーションが 5 となっている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

—

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

須高地域では、第2 専門委員会の中で抽出された課題に対して取組をおこなっている。その一つとして在宅・施設にて患者に安全な摂食をしてもらうため、平成 25 年度に食形態一覧表の作成を行った。

この普及・徹底を図るために、地域内の医療・介護施設等の栄養職員の情報共有の場として、須高地域医療・福祉施設栄養関係職員連絡会を開催したり、摂食・嚥下の研修会を開催するなどしている。同研修会は域内の各施設に出向き実施し、多職種が受講した。

なお同年度には、第2 専門委員でもある須高歯科医師会の歯科医師による、口腔ケア研修会や看取りの学習会として緩和ケア認定看護師による講習や多職種でグループワークも開催している。

実施方法

摂食・嚥下の研修実施にあたって、県立須坂病院の言語聴覚士(ST)に協力依頼をし、各施設を巡回して研修を行ってもらった。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

在宅医療福祉に取り組んでいる第2 専門委員会は、須高地域の病院や三師会、介護施設等の代表により組織されており、各種研修会をおこなう際の講師派遣等、協力体制がある。研修会の内容についても、委員会の場で多職種の意見を聞きながら決定している。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

平成 22 年度に、須高地域での在宅医療・介護事業を紹介する映像資料を作成し、平成 23 年度には地域の医療・介護資源をまとめた冊子を作成した。また市民向けのシンポジウム“須高地域医療福祉を考える集い”も平成 23 年度より開催している。それぞれ、実施・開催主体は協議会の第 2 専門委員会である。

また、在宅で看取りができる須高地域を目指し、リビング・ウィルの文化を広げることがを目的に、「終末期医療・ケアについての生前の意思表示書」を平成 24 年度に作成した。

図表 59 終末期医療・ケアについての生前の意思表示書



出所) 須坂市 ホームページ

実施方法

映像資料は、安心して医療介護を受けられることを PR する目的で、須高地域の在宅医療・介護を特集した番組を地元ケーブルテレビ局と協力して作成した。須高地域の多職種が連携して在宅医療・介護に取り組んでいることを示す内容となっており、現在は須坂市のホームページ上でも公開されている。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

生前の意思表示書の作成とともに、患者家族とケアスタッフのそれぞれに向けた冊子も用意した。患者家族やケアスタッフの不安解消を目的として、看取りに向けた家族の心構えや旅立ちに至るまでの患者の具体的な身体の変化、症状の変化などを記載した。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

長野医療圏を二次医療圏とする須坂市・小布施町・高山村の須高3市町村が、広域的課題解決のために連携して本事業に取り組んでいる。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

9-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

須高地域では、在宅医療・介護事業を推進していく上で、定量的な目標は設定されていない。これは、取組自体が最近始まったものであり、どういった指標をもって定量評価すればよいか定まっていなかったためである。インタビューでは、事務局としても具体的な目標値の設定や事業成果に関する定量分析が不十分であるという認識が寄せられた。また定性的分析についても、「在宅で看取りができる地域づくり」を進めるためには、これから時間をかけて評価する必要があるという認識であった。

なお、事業単位の成果としては特に下記の2点が挙げられた。1つ目は、「リビング・ウィル」の文化を育むための取組の実施である。具体的には、終末期医療・ケアについての生前の意思表示書、看取りのパンフレットが、患者と家族の不安の払拭に寄与したということ。2つ目は、県立須坂病院に籍を置いている言語聴覚士(ST)による摂食嚥下障害対応研修会の実施である。施設を巡回し研修をおこない、施設内の多職種が受講したことで知識や情報の共有ができ、すぐに業務に反映することができるため早期での効果発現を見込むことができたという意見がインタビューで寄せられた。

9-5 成功要因

インタビュー結果に基づき、地域医療福祉ネットワーク推進室が統括部署として実施した工夫や関係職能団体への働きかけ方の中で、事業推進に寄与したものを解説する。

(1) 成功要因

推進室では、医師会との連携を密にすることと、医師会の中で要になる人物(主に医師会長)に直接会って相談する頻度を増やすことが最も重要であると認識している。この点では、地域医療福祉ネットワーク推進室が医師会館の中にあつたことが寄与したと見てい

る。月曜、水曜の午後は必ず医師会長が医師会館に足を運んでくれていたこともあり、推進室として相談しやすい環境が整っていたと述べていた。

図表 60 地域医療福祉ネットワーク推進室（平成 22 年開設当時）



出所) 地域医療福祉ネットワーク推進室より提供

また、須高地域の医師会の組織率が 100%である点も成功要因の 1 つである。その環境を活かして、会議や研修の参加率を上げるために、案内状を医師会長名で医師会から各医療機関へ送付するという工夫を施した。

9-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

残された課題の 1 つは、地域医療福祉ネットワーク推進室と各市町村の地域包括支援センターの棲み分けである。厚生労働省が示す「在宅医療・介護連携支援センター（仮称）と地域包括支援センターの役割について」を参照し、棲み分けや機能整理をしていく必要があると考えている。

また、今までは市町村の一般会計から予算をとっていたが、平成 27 年度以降は地域支援事業として予算を組むことが求められるため、どの予算から費用を捻出するか考える必要も出てきている。（ただし、須高地域は、平成 27 年度までは長野県地域医療再生事業の在宅医療連携拠点事業補助金を財源に事業に取り組むことができるため、平成 28 年度以降に

ついて検討が必要となる。)

なお、上記で紹介した事業の内、平成 27 年 4 月以降も多職種研修会の開催、24 時間 365 日の在宅療養サポート体制の充実、住民への普及啓発等引き続き実施する予定である。また、今後、医療資源の需給バランスの見立てを精緻に行う予定である。これは地域包括ケアシステムの構築を見据えたものであり、この見立てを行うために、引き続き関係職能団体や各機関との連携を強化する必要性を認識している。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

インタビューの中では、「地方創性の実現を進めるのであれば、地域に見合ったものを活用させてほしい」という意見が寄せられた。また、地域の医療機能の分化を進める必要性は認識した上で、「各地域に合った医療提供体制が存在することを意識した政策立案をして欲しい」とも述べていた。

9-7 事例総括

須高地域は、在宅医療・介護連携事業の着手当時から周辺の市区町村が連携し、医師会や地域内の医療機関と事業を推進している点が特徴的であると言える。広域的に対応すべき課題に対し、昔から公益事業や文化の繋がりが強く、医師会等の三師会もエリアを同じにしているという地域特性を生かして、3つの市町村が共同して対応することができた事例である。

また、医師会の組織率が 100%であり、医師会を窓口として地域の医療機関への情報伝達を行うことができた点も、事業計画がスムーズに実現した要因の 1つと見られる。

住民向けの普及啓発という点では、在宅医療・介護サービスに関する映像資料を市民に展開するだけでなく、生前の意思表示書を第 2 専門委員会が作成・配布した点に特徴がある。在宅医療・介護サービスが身近なものであることを感じさせ、患者の旅立ちの準備を支援し、患者家族や医師・介護関係者の心的不安を解消する施策など、市民啓発の面で先進的な事例であると考えられる。

また人材育成の面でも、在宅・施設における安全な摂食形態一覧表を作成したり、摂食嚥下障害のある患者にフォーカスした多職種向け研修を県立病院に依頼するなど、実践的な取組を実施している点も印象的であった。

10. 南砺市の取組

10-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

南砺市は富山県の南西部に位置する市で、平成 26 年 10 月 31 日時点の人口は 53,853 人である。面積は 668.86 平方キロメートルで、隣接する砺波市・小矢部市とともに富山県砺波医療圏を形成している。高齢化率は平成 26 年 4 月時点で 33.6% となっており、砺波医療圏の平均 (29.4%) よりも高い。砺波市にある市立砺波総合病院を中核医療機関とした医療圏内の完結率は高く、約 86% となっている。

図表 61 富山県砺波医療圏



出所) 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 2-2

南砺市には市立の病院として南砺市民病院や公立南砺中央病院がある。うち、本調査研究の中で話を伺うことができた南砺市民病院では、昭和 59 年の公立井波総合病院時代から不定期訪問看護や訪問診療を提供してきた。「長年家庭や地域で貢献されてきた高齢者を不幸にしない、支える家族も犠牲にしない³⁰⁾」を目標に、南砺市として在宅医療環境の整備を行ってきている。

これらの背景には、市民における在宅での療養希望の高さが存在する。介護保険制度が導入された平成 12 年度の調査では、南砺市民病院を退院する際に身体的または知的障害を有した 60 歳以上の障害高齢者において、退院後の希望を伝えることができる人で「自宅

³⁰⁾ 南砺市民病院ホームページより

(<http://shiminhp.city.nanto.toyama.jp/www/info/detail.jsp?id=161>)

を希望する人が 99%いた。こうした市民における在宅療養のニーズに対応する形で、環境の整備とサービスの提供が為されている。地域包括ケアの推進は市町村が主体的に関与すべきという考えの下で、長期にわたって在宅医療の提供が為されてきている。

(2) 事前に認識していた課題

上記の平成 12 年度の調査では、障害高齢者の大部分が自宅を希望した一方で、ADL 困難例や家族介護力低下例では施設入所率の上昇が見られるなど、継続した環境整備の必要性が認識されている。

10-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

在宅医療を通じた南砺市が目指す街づくりとして、介護が必要になっても家族と共に安心して暮らせて、自宅で穏やかな死を迎えられる街づくりが目指されている。重度要介護者が家族の犠牲を伴わず、希望する自宅に退院し、生活を継続し、避けられない死がある場合、穏やかな死を迎える事ができる状況が目標である。

実際に現状の在宅看取り件数に目を向けると、南砺市訪問看護ステーションの平成 24 年度の在宅看取り数は約 70 人³¹おり、10 人に満たなかった平成 12 年度から増加傾向にあるなど、目標の実現に向けて少しずつ実績が積み上げられてきている状況であると言える。

一方で、定量的な目標値の設定は為されていない。在宅看取り数をどこまで増やせば良いのかというコンセンサスはとれていない状況下で、設定することはできないというのが理由の一つである。また在宅医療の需要の増加を定量化した場合に、高齢化が進んでいる市内の医師側が、負荷の増加に慎重な姿勢を示す可能性がある点も、目標値を設定していない理由の一つである。現状では、在宅医療の提供に協力してもらう医師に対しては、「患者が在宅での療養を望んでいるので協力をお願いします」というお願いの仕方で、協力をとりつけている状態にある。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

インタビュー調査の中では、モデルにした地域に関する言及は無かった。

³¹ インタビューでは、この在宅看取り数が全死亡者数の約 1 割に相当すると述べていた。

10-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

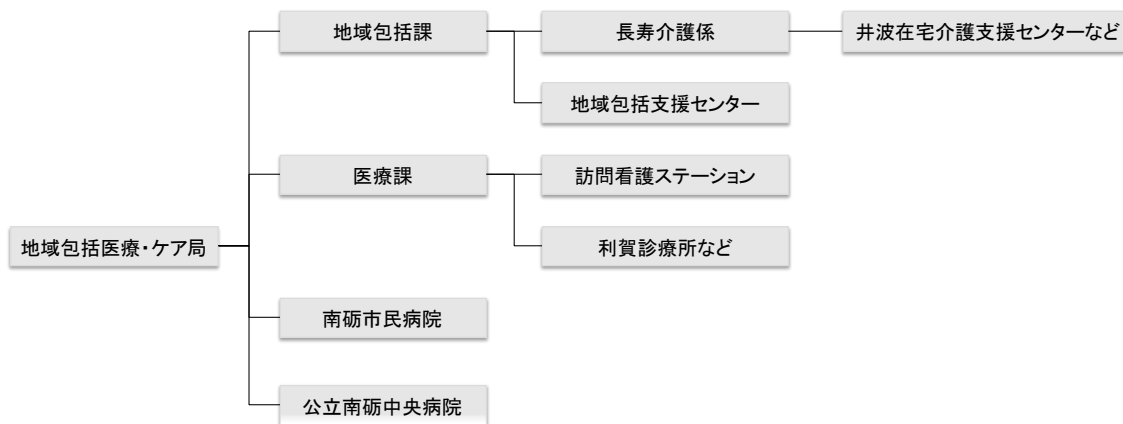
南砺市において、在宅医療・介護連携を含む地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進する部署は地域包括医療・ケア局である。

南砺市は南砺市民病院や公立南砺中央病院など市立病院を保有していたため、南砺市内に医療行政を担当する部署が設置されていた。そして地域包括ケアシステムの構築に向けた動きの高まりに合わせて、平成24年から地域包括医療・ケア局という名前に改称している。すなわち、医療系の部署に在宅医療・介護連携を担う役割が与えられたことになる。

地域包括医療・ケア局の中に目を向けると、医療側は市立病院（南砺市民病院・公立南砺中央病院）や医療課（訪問看護ステーション）が、また介護・福祉側は地域包括課（地域包括支援センター、長寿介護係）が、それぞれ担当する体制になっている。このうち、地域包括課の長寿介護係には事務4名・社会福祉士2名の計6名が在籍している³²。

県や保健所の関与はそこまで強く必要とされておらず、基本的には、南砺市（南砺市民病院、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなど）と医師会によって各取組が進められている。

図表 62 南砺市における地域包括医療・ケア局内の組織図



出所) 南砺市提供資料より NRI 作成

地域包括医療・ケア局を中心とした各取組の詳細は後述するが、それらの財源（予算）は主に南砺市の病院事業会計、訪問看護事業特別会計、介護事業特別会計の中から拠出されている。

³² この他、地域包括支援センターには9名、井波在宅介護支援センターには7名、そのほか4名の職員が在籍している。

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

南砺市の地域包括支援センターの業務の一環として、事業所数などの社会資源の把握を行った。ただし特徴ある手法・成果物ではない。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

平成 22 年 6 月から、隔月で『①南砺市医師会地域連携部会（※現在の名称は南砺市医師会在宅医療連携部会）』を開催している。これは多職種による在宅医療・介護の連携推進を目指す会議であり、平成 26 年 4 月からは毎月開催になった。

参加者は医師会、病院の医師、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、薬局、歯科医などであり、開催当初は 10 数名の規模で始めたが、現在は約 40 名規模の会議体へと拡大している。いわゆる現場の専門職を巻き込んで連携推進のための課題を検討する会議体である。

図表 63 南砺市医師会在宅医療連携部会の会議風景



出所) 南砺市提供資料

またこれとは別に、『②南砺市地域包括医療・ケア ワーキング会議』を開催している。平成 22 年 9 月に第 1 回が開催された本会議は、医療・介護の連携につながる具体的な施策を検討する場であり、地域包括支援センター、南砺市民病院、公立南砺中央病院、訪問看護ステーション、民生部、地域包括医療・ケア局などが参加している。在宅医療・ケア、ケアマネジメント、介護予防、住民参加（ボランティア）等について統合的な検証を行った上で解決策（案）を作り上げ、親会議にあたる③南砺市医療協議会（3 カ月に 1 度開催、参加者には南砺市長も含まれる）に提示する役割を担っている。

この他、社会福祉協議会等が参加して福祉領域を中心とした検討を行う『④南砺の地域包括医療・ケアを育てる会』も開催している。なお福祉領域では、医療・介護・生活支援のネットワーク作り（富山県単独事業）を南砺市で実施し、地域包括支援センターが仲介しながら住民参加型の生活支援ネットワークを構築するなど、住民側の巻き込みも実現されている。

以上をまとめれば、南砺市の地域包括医療・ケア体制の整備に向けて、最終的な施策をまとめあげる③南砺市医療協議会を親会議として中心に据えつつ、②地域包括医療・ケアワーキング会議で具体的な施策の検討、①南砺市医師会在宅医療連携部会で在宅医療・介護連携の推進方法の検討、さらに④南砺の地域包括医療・ケアを育てる会で周辺領域に関する検討を行うという体制を構築していると言える。

実施方法

『①南砺市医師会在宅医療連携部会』は、事務局を医師会が担う形で運営している。介護・福祉側の参加呼びかけでは地域包括支援センターの協力を得ているが、会議開催における事務的な負荷を地域包括支援センターが負うことはない。

また、『②南砺市地域包括医療・ケア ワーキング会議』は、地域包括支援センターが座長を担っている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

上記①～④の全ての会議体に地域包括支援センターが関与し、横断的に整合性がとれる検討ができる形をとっている。同センターは南砺市の直営事業として井口行政センター内に設置されており、平成 26 年度からは地域包括課の長寿介護係が隣接するようになるなど、市による医療・介護・福祉間の連携促進が実施しやすい環境にあると言える。

なお『①南砺市医師会在宅医療連携部会』については、平成 27 年 2 月から事例検討を行うグループワーク方式を導入する予定である。

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

地域の医師会と協力する形でサービス提供体制の構築を進めている。その際、在宅医

療に関わる医師の負荷を減らして医師会から協力をとりつけられるようにするために、南砺市民病院（南砺市）は複数の工夫を施している。

1点目は、患者からの急な呼び出しにはまず訪問看護ステーションが対応するのを基本とすること、そして急性増悪の際には南砺市民病院が必ず引き受けるという念書を書いた点である。

また2点目は、必要な診療材料は基本的に訪問看護ステーション側で備えることとし、診療所側で材料を保有する負荷を極力減らすようにした点である。

実施方法

上記の工夫に基づいた診療所の医師への協力要請や信頼関係構築時は、南砺市民病院の病院長が中心となって協力の打診等を進めた。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

南砺市民病院が訪問看護ステーションや在宅医療を始めた頃には、地域内の医師から抵抗や反発を受けることもあった。それを真摯に受け止めつつ、協力する地域内の医師の負荷を減らしながら信頼関係を構築することを目指し、上記のような方針を徹底することで、地域内の在宅医療提供体制が整備されてきた。インタビューでは「直近5年ほどの成果である」と認識されていた。

こうして実績を積み重ねていく中で、がん緩和ケアを受けるような重症な患者は南砺市民病院が訪問診療をし、それ以外の長期療養者は診療所でみるという棲み分けが、自然に為されるようになってきた。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

—

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

南砺市が、南砺市民病院の中に『南砺市介護福祉支援センター（訪問看護ステーション、ホームヘルプステーション、在宅介護支援センター）』を設置している。看護師が18名、リハビリ職が11名、ケアマネが9名在籍している。設置主体は南砺市であり、南砺市民病院が独自保有するセンターではない。

南砺市民病院と同センターを中心に医療・介護・福祉間での連携がとられている。たとえばある患者のケアマネジメントの際は、ケアプランに基づいて、南砺市民病院の

地域医療連携室とケアマネとの間で協議を行っている。インタビューの中では、「良い意味でケアマネ任せにせず、病院（地域医療連携室）が各サービス事業者との調整もしながら検討ができる点が良い」というコメントが出された。

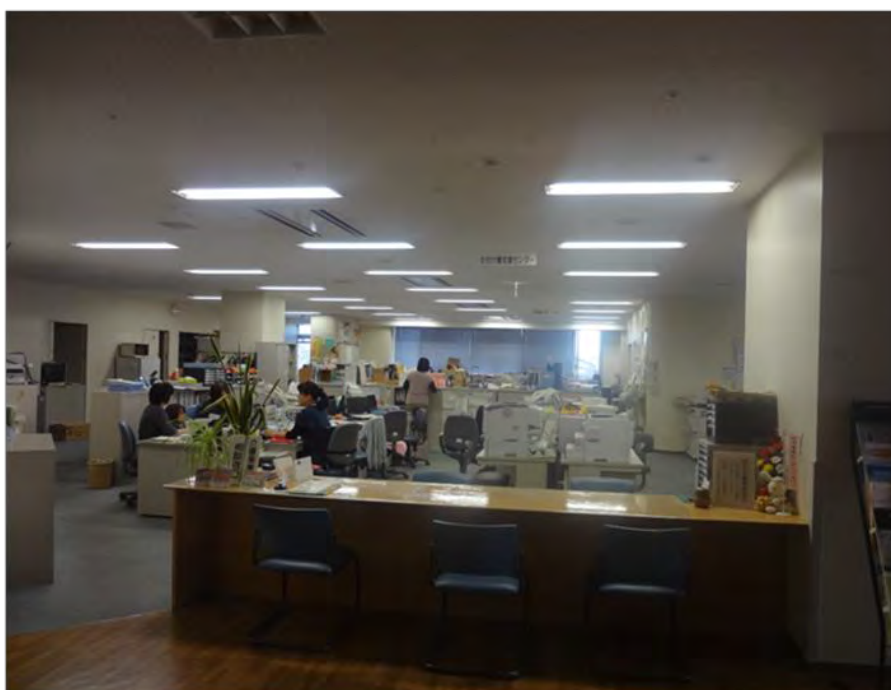
実施方法

上記の通り。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

南砺市民病院という（在宅）医療の推進主体の中に、介護福祉支援センターを設置することで、医療・介護・福祉間の連携がスムーズにできている。医療側の中心地に、介護・福祉側の推進主体を設置して、円滑な連携を生みだしている事例と言える。

図表 64 南砺市介護福祉支援センター



出所) NRI 撮影

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

(イ) で述べた通り、『南砺市医師会在宅医療連携部会』において、平成 27 年 2 月から事例検討を行うグループワーク形式の導入を予定している。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

平成 26 年 3 月に、南砺市地域リハビリテーションフォーラムを開催した。同イベントは富山県の地域リハビリテーション事業の一環であり、南砺市民病院 地域リハビリテーション広域支援センターが開催した。当日の開催テーマは認知症ケアであった。嚥下摂食障害や終末期医療などもこれまでのテーマとして取り上げた。

実施方法

開催主体は南砺市だが、パネルディスカッションに参加するという形で、保健所（砺波厚生センター）からの協力を受けている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

冒頭で述べたように、南砺市が属する砺波医療圏の完結率は 86%と高い。中核医療機関は市立砺波総合病院だが、同病院から退院してくる患者については、南砺市民病院と市立砺波総合病院の間で十分に調整連絡がとれているとのことである。地理的にも近く、地域医療連携室間のコミュニケーションも問題ないため、県や保健所による広域調整支援について、強い必要性を抱えているわけではない。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

10-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

前述の通り、定量的な目標値は設定されていない。また在宅医療に関する取組を昭和 59 年から実施しており、直近の取組による成果が何であるかを明確に示すことは難しい。

ただし、関連する指標に目を向けてみると、たとえば脳卒中患者の在宅復帰率は、近隣病院と比べて南砺市民病院の方が高くなっている（約 75%）。また南砺市民病院がある旧井波町は、南砺市全体と比べて、要介護度が高い人の在宅／施設割合が高い（要介護度 4 の人で 60.0%、要介護度 5 の人で 37.7%が在宅）という結果も出ている³³。

定量的な成果に基づく評価は難しいが、長い間積み重ねられてきた実績に基づき、在宅での療養・看取りができる環境が少しずつ整備されている状況であると言える。

³³ 平成 15 年 9 月のデータであることに注意が必要である。

10-5 成功要因

(1) 成功要因

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討で述べたように、南砺市医療協議会を親会議とした各種会議体を運営していく上で、南砺市に一つしかない地域包括支援センター（直営）の存在は重要である。地域包括支援センターは、全ての会議体に関与しており、会議参加者やケアを受ける市民のことも全て知っている。情報連携や横断的な検討を行うという点で価値を発揮したと言える。

また特に（ウ）切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進では、医師会の協力をとりつけることが大事である。その過程で、まずは医師会を立てた上で、協に伴う負荷を極力抑えられるような環境を提示することが大事である。既に述べたように、訪問看護ステーションによる関与の仕方や、急性増悪時の南砺市民病院での患者受入の約束など、具体的な提案とともに協力要請をしていくことが重要である。この点においては、市立病院を持っている市の強みが発揮されたと考える。

(2) 市町村およびそのほかの主体の役割分担

前出の通り、基本的に南砺市（南砺市民病院、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなど）と医師会等によって各取組が進められている事例であると言える。この状況を前提とした上で、インタビューにおいて県・保健所を含めた役割分担への考えを伺ったところ、以下のような回答を得た。

まず保健所については、市町村ごとに異なっている退院調整のルールを統一する役割があるとのことであった。たとえば南砺市や砺波市では、要介護認定を受けていない患者の退院調整を誰がどのように行うかが決まっていない。介護保険の新規申請を行っている患者がなかなか退院できない中、暫定的に病院側でケアプランを作った上で、要介護認定が出た後にケアマネへつなぐという事例も存在する。このような事例に関する退院調整の仕方について、砺波医療圏内でローカルルールを統一する必要があると考えており、その役割は保健所だと考えているとのことである。

一方、市町村の役割に目を向けると、地域包括ケアシステムの実現に向けた中心的役割を担う主体であるという認識が寄せられた。逆に、県や保健所による支援のイメージや必要性は薄く³⁴、（ア）～（ク）の各取組を市町村が中心となって進めていくのが基本であるという考えであった。

³⁴ 介護予防を含めた効果的な事業推進ができるノウハウを持った人材が必要であると考えており、県や保健所からそういった人材やノウハウの提供が為されるかという点で、やや疑問を持っていたように見受けられる。

10-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題 および 今後の方針・予定

基本的に現在の取組を継続して進めていくべきと考えているが、たとえば情報の共有支援に関する取組として IT を有効活用できていない点は課題と捉えている。

また、在宅を担う医師の育成と併行して、看護師の育成をしていかなければならないと考えている。

なお、前述の（ア）～（ク）で紹介した各事業の内、平成 27 年 4 月以降に南砺市が地域支援事業として取り組める性質のものがないため、（インタビュー時点では）実施する予定がないとのことであった。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

インタビューの中では「保健師が本来業務に立ち返ることができる環境の整備を求める」と述べていた。

10-7 事例総括

市立病院を保有していたこともあり、その内の 1 つである南砺市民病院を中心とした在宅医療の提供を、昭和 59 年から実施してきた事例である。近年は、病院側の受入れ姿勢や訪問看護ステーションの活用を通じて、医師会からの協力もとりつけ、より強固な在宅医療提供体制が作られている。市立病院を持っている市町村ならではの医療側の体制構築と言えよう。

また平成 22 年からは南砺市医師会在宅医療連携部会も開催し、介護側との連携強化も進めている。こちらにおいても、南砺市民病院の中に南砺市介護福祉支援センター（訪問看護ステーション、ホームヘルプステーション、在宅介護支援センター）を設置するなど、医療側とスムーズに連携できる素地を持っている点は大きいと言える。また、市内に唯一の地域包括支援センター（直営）を有効活用し、関係する会議体に全て参加させて情報連携のハブにするという点も、効果があったように見受けられた。

自らの手で長期間にわたって実績を積み上げてきたこともあり、県や保健所に求める支援は限定的で、基本的に市町村が主体として地域包括ケアシステムを実現する意識が高い事例でもある。市のエリアを超えた広域調整についても、砺波医療圏内の完結度が 86% と高く、医療圏内の中核医療機関である砺波総合病院とも十分に連携がとれているため、県や保健所への支援ニーズは決して強くない。

「市立病院を持っている」「地域包括支援センターが直営で 1 つのみ」など、南砺市ならではの特徴が活かされた事例で、必ずしも日本全国の市町村に展開可能なモデルではないかもしれないが、同条件の市町村には参考になる事例であると言える。

11. 臼杵市の取組

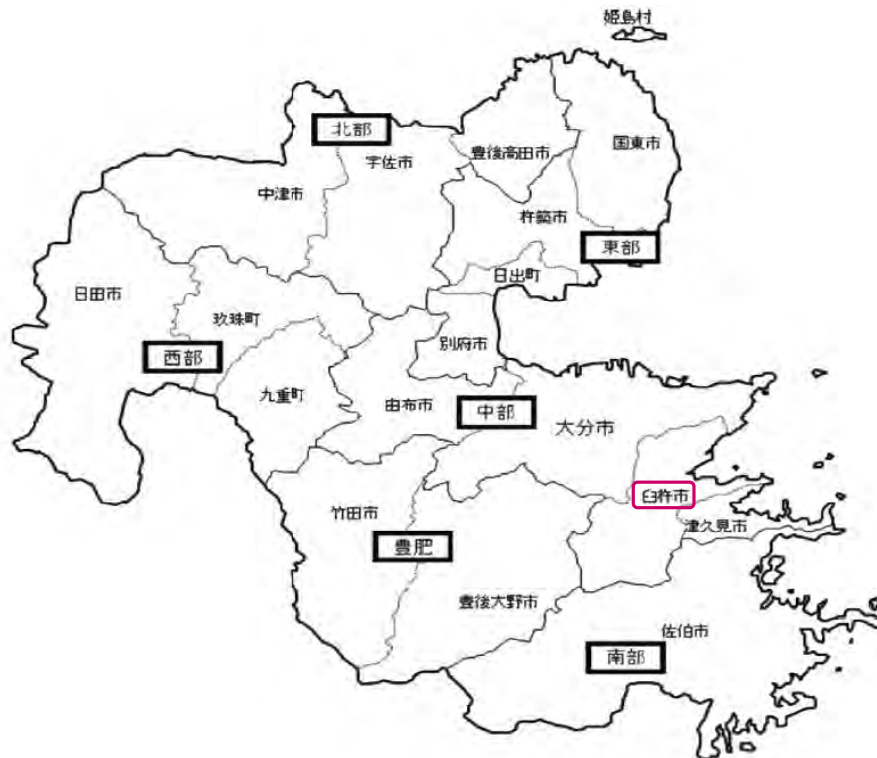
11-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

臼杵市は大分県の南東部に位置する市で、平成 24 年 7 月時点の人口は 42,323 人である。面積は 291.08 平方キロメートルで、大分市・津久見市・由布市とともに中部医療圏を形成している。大分市を含む中部医療圏は、大分県内の既存病床数の 4 割以上が集中しており、他の二次医療圏からの患者流入も多い³⁵。

臼杵市の総人口は減少傾向をたどっており、同時点の高齢化率は 32.5% を記録している。現状の傾向が続けば、平成 39 年度 (2027 年) には 40.5% まで上昇すると試算されている。特に高齢化の進展は直近 10 年間の変化が大きく、市としてあるべき地域包括ケアシステムの構築を検討することは喫緊の課題であった。

図表 65 大分県における二次医療圏



出所) 大分県地域医療再生計画 (平成 24 年度補正予算)

³⁵ 大分県医療計画 (平成 25 年 3 月 31 日告示) によれば、中部医療圏に住所地を持つ入院患者の 93.7% が中部医療圏の医療機関に入院している。一方で、中部医療圏の医療機関に入院している患者の 20.5% は、中部医療圏以外の地域に住所を持つ患者であった。

一方で、臼杵市には市立病院が無く、臼杵市における中核医療機関は、臼杵市医師会立コスモス病院（以下コスモス病院）であり、医療機能の充実において重要な役割を担っていた。コスモス病院は地域の開業医が患者の手術や入院管理を行う際に共同利用する病院として開設されており、地域に根差した医療提供の中核組織である。

このコスモス病院が、平成 24 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に応募し、採択された。同事業の推進主体はコスモス病院であり、臼杵市はその支援をする役割を担った。以下、同事業の推進から今日に至るまでの取組について、主に行政側（臼杵市）が担った役割に着目しつつ詳細を述べる。

(2) 事前に認識していた課題

事業実施前に、臼杵市と保健所による 2 種類の調査が行われていた。1 つは臼杵市の医療機関の課題を調べた調査であり、もう 1 つは臼杵市民の意識調査である。この 2 種類の調査から事前に認識された課題と対策は下記 5 点である。平成 24 年度以降の事業の中では、この課題と対策に則った各取組が為された。

課題 1

- －往診できる開業医が高齢化しており、在宅看取りを増やしていくことが難しい。
- ⇒コスモス病院が看取りを引き受ける場合も想定する。

課題 2

- －高次機能病院とコスモス病院・かかりつけ医の 3 機関を結ぶ拠点が無い。
- ⇒コスモス病院 地域医療福祉連携室の MSW が把握して連携する。

課題 3

- －在宅医療を受けるという自己決定ができる患者・家族を育てる必要がある。
- ⇒家族のいない方の支援をするための地域づくりを進める。

課題 4

- －医療福祉の専門職は在宅医療の必要性を理解しているものの切迫感が無い。
- ⇒連携のための情報共有とともに、在宅へ帰すという覚悟を専門職に持たせる。

課題 5

- －訪問看護やケアマネジャー等の在宅医療スタッフの実践力にばらつきがある。
- ⇒医療に強い在宅スタッフを育成する。

11-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

事前に把握されていた課題を踏まえ、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業（実施主体内では「プロジェクト Z」と呼んでいる。Z は在宅の Z である）では、3 つの目標を設定した。

プロジェクト Z の目標

- －「自己決定できる」ための市民への啓発
- －医療と介護の連携と実践力の強化
- －予防事業から看取りに至るまでの一貫した概念の共有

この目標を達成するため、同事業内で必須とされた 5 つのタスク³⁶をコスモス病院中心に実施した。次章では、この実施タスクを中心に取組内容の詳述を行う。

平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業の必須タスク

- －多職種連携の課題に対する解決策の抽出
- －在宅医療従事者の負担軽減の支援
- －効率的な医療提供のための多職種連携
- －在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- －在宅医療に従事する人材育成

なお、平成 24 年度以降の在宅医療・介護連携に関わる事業全般を通じて、定量的な目標値を設定することはしていない。プロジェクト Z では、在宅医療の推進や増加のみを最終ゴールとはしていないとインタビュー調査内で述べていた。市民が希望する終末期の迎え方の選択肢を充実させることが最終的な目標であり、在宅療養や在宅看取りは 1 つの選択肢に過ぎないという考えである。そのため、臼杵市として「在宅看取り率を●●%にする」といった目標設定はしていない。

インタビュー調査内では、全ての住民が望む形で生活を送れる地域包括ケアシステムを実現するために、医療・介護の連携をどのように円滑に実現するか重視していると述べていた。臼杵市が主導して目指すビジョンと取組が明確になれば、そのための定量目標も設定されると思われるが、現状では市が主体となってどのような取組を行うかが明確に定まっていないこともあり、市としての目標値は設定していないとのことである。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

インタビューの中では、モデルとした事例に関する言及はなかった。

11-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

平成 24 年度の事業は、実施主体であるコスモス病院を中心に、臼杵市医師会・大分県中

³⁶ 復興枠として 6 つ目のタスクも設定・実施されたが、本報告書では説明を割愛する。

部保健所・臼杵市が関わる形で体制を組成している。コスモス病院からコアメンバーを抽出しつつ、取組全体を6つの作業班に分けて各班で実務作業に従事した。

図表 66 平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業の組織図および作業班



出所) 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 臼杵市医師会立コスモス病院発表資料

臼杵市の関係部署の職員も、それぞれの担当業務に沿った作業班に参加した。特に市民への啓発が市の役割として重要であると考えたため、広報班での資源マップ作成やケーブルテレビの活用について重点的に関与した。その他、同じようにケーブルテレビが関係する IT 班や、市の保健師が関係する研修班などにも参加しており、市としての協力は幅広い。事業が進むにつれて、臼杵市の関係部署から参加する人数も増えていき、インタビュー調査では「最終的に臼杵市職員の 10 人以上が参加した」と述べていた。このように、本事業に関する臼杵市の協力の基本は人的支援となっている。

各取組の財源に目を向けてみると、平成 24 年度は厚生労働省の事業として実施し、平成 25 年度と平成 26 年度は大分県の地域医療再生基金を用いた事業推進を行っている。平成 26 年度の地域医療再生基金の予算規模は約 1600 万円である。臼杵市からの資金的な補助は行っておらず、基本的に人的協力を行うという方針である。

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

以下、平成 24 年度以降の各取組について、臼杵市がどういった関わりをしたかにフォーカスを当てつつ、具体的な実施内容・実施方法・留意事項について述べる。

なお、平成 24 年度事業の実施主体はコスモス病院であるが、プロジェクトチームの下に設けられた 6 つの作業班に臼杵市職員が参画している。そのため、平成 24 年度事業の臼杵市の関わり方は、基本的にコスモス病院への支援であることに留意されたい。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

平成 24 年度事業では、広報班が中心となって『臼杵市医療資源マップ』を作成した。なお、これに先行する形で、臼杵市が平成 22 年度に作成した『認知症お助けマップ』が存在した。認知症ケアに関連する地域内資源を整理したマップであるが、この素材を提供し、臼杵市として医療資源マップの作成を支援した。

実施方法

臼杵市は、作成済の認知症お助けマップの素材を提供しつつ、広報班に実働メンバーとして参加することで、医療資源マップの作成を支援した。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

平成 24 年度事業では、多職種連携の課題に対する解決策の抽出を目指し、調査班による 4 種類の調査が実施された。

- 1：医療福祉従事者の課題抽出 ～75 名によるグループワーク～
- 2：福祉に関わる市民への在宅医療の認知度に関するアンケート
- 3：在宅医療を受けている方への聞き取り調査
- 4：がんで亡くなった方の家族への聞き取り調査

この内、1 のグループワークは平成 24 年 8 月 21 日に実施された。臼津圏域地域リハビリテーション・在宅医療連携拠点事業研修会として、「医療ニーズの高いがん患者の支援を通して」という題目で、課題の抽出を実施した。

実施方法

1 のグループワークは、コスモス病院が事務局となり会議を開催した。参加者は総勢 75 名である。また参加者の保有資格の内訳は、一部重複もある中で整理すると、病院勤務医 2 名、開業医 3 名、看護師 17 名、PT15 名、OT8 名、ST3 名、SW5 名、ケア

マネジャー17名、介護士3名、ヘルパー5名、保健師3名、薬剤師3名、栄養士1名となっている。

なお、同様の取組は平成25年度以降も続けられている。事務局はコスモス病院の地域医療福祉連携室が担っている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

図表 67 グループワークの風景



出所) 平成24年度在宅医療連携拠点事業 白杵市医師会立コスモス病院 報告書

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

少ない医師で24時間急変に対応するために、白杵市医師会では白杵市内唯一の急性期病院であるコスモス病院を中心として、救急当番体制を構築している。医師会による救急当番体制の周知をしつつ、意識がない・反応がない・高度な外傷など命に関わる患者は24時間365日コスモス病院が対応する体制としている。

実施方法

医師会を中心として体制を構築している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

中心的な役割を担うのは医師会であると考えている。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

臼杵市では、臼杵市医師会が運営する『うすき石仏ねっと』という情報共有のシステムがある。地域内に平成 13 年度からケーブルテレビが整備されていたため、その双方向性に着目して医療介護連携での利用ができないかと模索し、最終的に『うすき石仏ねっと』が構築され、平成 24 年 4 月から運用が開始された。

『うすき石仏ねっと』は、参加する医療機関や訪問看護ステーションの間に、同意を取得した患者の診療情報を共有する仕組みである。運用当初は医療機関のみだったが、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業の財源を利用して、市内 2 カ所の訪問看護ステーションのアクセスが可能になった。

運用の継続とともに機能強化が進められており、平成 26 年 10 月からは、病院・医科診療所・訪問看護ステーションに加えて、新たに調剤薬局・介護施設（介護老人保健施設・介護老人福祉施設）がつながるようになった³⁷。平成 26 年度中には歯科診療所との連携も行えるようにする予定であり、将来的に在宅医療・介護の現場で利用することも見据えている。

実施方法

臼杵市医師会が運営主体となっている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

『うすき石仏ねっと』を利用した重症化予防等を通じて、医療費適正化の効果等を見込むことはできる。一方で、平成 27 年度以降に地域支援事業として市町村に運営責任の目が向けられた場合に、そのランニングコストを賄えるかというのは論点になる。

³⁷ 患者の基本属性など介護側でも利用する情報の連携を行っている。

図表 68 うすき石仏ねっと (イメージ図)



出所) 白杵市医師会立コスモス病院 ホームページより

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

—

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業では、研修班を中心に人材育成に取り組んだ。

実施方法

研修班が主体となって、まずは白杵市内全部の研修を整理し、研修計画を立てた。その上で、平成 24 年度はがん患者の支援をテーマに選定した。また、プロジェクト Z のホームページ上に白杵市内で行われる研修予定を公開し、参加者が予定を組みやすいよう配慮するといった支援を実施した。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

医療・介護・福祉の領域は研修が多く、参加主体の疲弊を生みがちである。本取組では「疲弊を防ぐ」を前面に出して検討をした。そのため、まず白杵市内全部の研修実施状況を整理するところから開始している。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

平成 24 年度は、広報班を主体として地域住民への普及啓発を実施した。キャッチコピー（「みんなで支える在宅医療 ―自分らしい生き方を選択しましょう―」）を定めるとともに、イメージキャラクターを決めた。

その上で、市民向けの講演会、広報誌の発行、在宅医療資源マップの全戸配布（20,000 枚）、啓発用ちらしの配布（17,000 枚）、ケーブルテレビでの 15 分番組の活用などを実施した。

実施方法

広報班が主体だが、地域住民への普及啓発は市の役割と認識されていることもあり、白杵市として積極的な関与を行った。ケーブルテレビでの番組制作にも協力をし、全 4 回（事業実施の説明／低栄養／口腔ケア／ロコモティブシンドローム）の放送が為された。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

中心的な役割を担うのは市町村であると考えている。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

大分県中部保健所が中心となって、厚生労働省の平成 26 年度 都道府県医療介護連携調整実証事業（モデル事業）に中部医療圏として参加している。

実施方法

白杵市が主体的に取り組んでいる状況ではないが、関係する会議体には白杵市職員も参加するようにしている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

中心的な役割を担うのは保健所であると考えている。

11-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

平成 24 年度からの各取組を通じて、顔の見える関係の構築や、うすき石仏ねっとの機能拡充、医療資源マップの完成など様々な成果が出ていると言える。

一方で、具体的な定量目標値は白杵市としても定められていないため、在宅看取り率の上昇などに関する成果は確認できていない。

11-5 成功要因

(1) 成功要因

取組開始前から、臼杵市と医師会の間で連携関係の土台があった点が成功要因の 1 つであると考えられる。「臼杵市の認知症を考える会」や定例会議など、臼杵市と医師会の中に事業上の恒常的な関係性があった点が良かったと考えている。特に平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業を実施することによって、臼杵市と医師会との関係性がさらに強固なものになり、今後の地域包括ケアのあり方を考える関係へと発展させてくれたと認識している。

また、地域包括支援センターを医師会に委託している点も特徴であり、成功要因の 1 つと考えられる。業務委託を通じて医師会側に医療と介護の両方が機能として入り、多職種連携もしやすくなる。実際に、平成 24 年度の取組のコアメンバーには、地域包括支援センターのケアマネジャー（医師会所属）が入っている。医師会に委託するケースは全国的に見ても多くない³⁸と思われるが、結果として連携を円滑にさせる要因となったと言える。

11-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

臼杵市内部における連携は課題の 1 つと認識している。医療・保健や介護・福祉という所管テーマが違う部署（高齢者支援課と保険健康課）の間で、どのように連携をとっていく必要があるか。まだ模索を続けている段階にある。なお住まいについては、臼杵市が地方部ということもあり持ち家率が高い（約 88%）ので、急ぎで連携をとって整備するという状況ではない。

また、ここまでに紹介した事業の内、平成 27 年 4 月以降に臼杵市が地域支援事業として実施する予定のものは、新総合事業、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備などである。なお、在宅医療・介護連携の推進において実施する内容及び時期については、本報告書の作成時点では「検討中」とのことであった。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

現状について、「そもそも市町村が何を主体的にやるべきかまだはっきりしていない」という点をインタビュー調査で述べていた。

平成 24 年度からの事業はコスモス病院（医師会）が中心となって推進しており、会議体の事務局なども臼杵市ではなくコスモス病院（医師会）側が担当している。また『うすき

³⁸ 平成 25 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「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書」（平成 26 年 3 月、三菱総合研究所）によると、地域包括支援センターの委託先は社会福祉法人が最も多く（54.1%）、次いで社会福祉協議会（18.9%）、医療法人（17.1%）、社団法人（2.7%）と続く。

石仏ねっと』も医師会が運用しており、臼杵市に運営責任が寄せられた場合に運営費用を賄えるかという点で懸念点が残される。

大分県の中部保健所長からは「行政（市町村）が主体的に関わるべき」と言われているが、市町村が主体的に関わるべき範囲については模索中であるというのが現実である。もちろん、既存の取組がある中で臼杵市としてこれを継続していきたいという思いは持っているが、地域支援事業の中の在宅医療・介護連携事業の詳細な中身がまだ見えない中では、平成27年度以降にいきなり市町村が主体性を持って関わるという話にはなりづらいと考えている。ただし「市民への普及啓発」は市町村の役割だと考えており、これまでと同様に主体的に関与していく予定でいる。

そういった中では、基本的に医療側の体制強化や介護側の巻き込みを行うコスモス病院（医師会）と、広域調整などの支援を行う保健所の役割は大きいと認識している。中部保健所長をはじめとして、保健所からの積極的な支援を受けている認識はあり、それについては大変ありがたいと感じている。

一方で、大分県が何をすべきかという点はまだ見えないのが正直なところである。現在の取組の中でも、保健所の役割は大きいが県の存在感はそこまで高くない。県の出先機関として保健所に連携の機能を發揮してもらうことが一番の支援と言えるかもしれない。

11-7 事例総括

医師会立病院（コスモス病院）を中心に、在宅医療提供体制の構築や、介護側の巻き込みを推進している事例である。情報共有システムである『うすき石仏ねっと』も医師会が運営主体となっており、市はそれら医師会の取組を支援する立場で関わっている事例である。支援内容は主に人的な協力であり、取組を続けていく中でかなりの人的負荷を負っている状況にはある。また、住民向けの普及啓発は市の役割と認識しており、その他の取組よりも一歩踏み込んだ積極姿勢を示している。

12. 魚沼市の取組

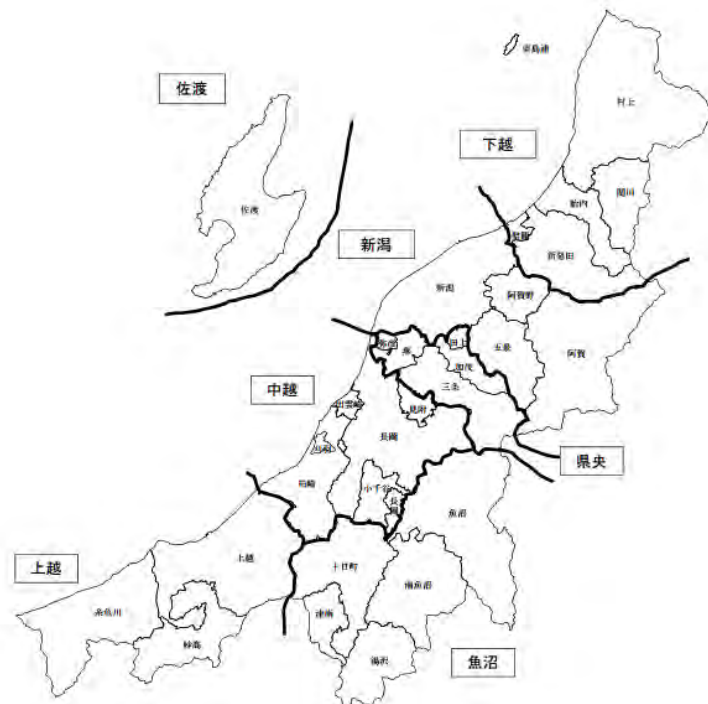
12-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

魚沼市は、新潟県の南東部に位置する人口 38,853 人（平成 26 年 10 月 31 日時点）、面積 946.9 平方キロメートルの市である。市の高齢化率は平成 26 年 4 月時点で 30.3%だが、市内の山間部では 40%を超えている。周囲を山に囲まれた盆地地帯でブランド米として有名な魚沼コシヒカリの産地である。同時に、冬季の積雪量も多く特別豪雪地帯に指定されている。

魚沼市の属する魚沼医療圏は、魚沼市、南魚沼市、十日町市、津南町、湯沢町の 5 つの市町からなる約 17 万 6 千人の二次医療圏である。魚沼医療圏は、新潟県内に 7 つある医療圏の中で最大の面積を有し、県全体の約 21%を占めているが、人口は県全体の約 7.5%に過ぎない。人口 10 万人当たり医師数が全国で 43 位の新潟県の中でも、最も医師数の少ない圏域であり、救命救急センターもなく、がん医療を始めとする高度医療に対応できる医療機関も少ない。圏域内で必要な医療が十分に受けられない状況が生じており、魚沼への基幹病院の設置と圏域内医療機関の再編など、持続可能な医療提供体制構築に向けた整備が求められている医療圏である。

図表 69 新潟県内の二次保健医療圏と魚沼医療圏の位置関係



出所) 第 5 次新潟県地域保健医療計画 (平成 25 年 3 月)

そのため、魚沼医療再編の一環として、南魚沼市に新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院（急性期病院）の整備や、既存の公立病院の機能別再編成を進め、医療だけでなく多職種連携の強化を目指している。このように、極めて医療資源の少ない地域として、効果的な連携とともに持続可能な医療・介護の提供を実現することを目指した結果、魚沼市として在宅医療・介護連携事業の推進にも着手することとなった。平成 24 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に、魚沼市立守門診療所が実施主体として関わったのが本格的な始動である。

（2）事前に認識していた課題

最も重要な課題は医師の不足であり、看護師についても同様に不足していると認識されている。同じ市内でも医療資源が市の中心部に集中するなど、一部地域に偏在することで地域内格差が生じており、是正する必要があると考えている。

加えて、特別豪雪地帯という特性による医療サービスの提供にも偏りが生まれている。特に冬季の訪問看護や介護の実施が難しく、冬期のデイサービスは山間地で時間を短縮したサービスを提供せざるを得なくなっている。消雪パイプ³⁹が通っていないエリアに居住する患者の場合は、急変時の対応だけでなく日々の訪問診療も困難な状態となっており、持続可能な地域包括ケアシステムを構築する上で、地域特性に対応した対策の検討が求められている。

12-2 取り組んだ目的

（1）最終的な目標としていたもの

患者が住み慣れた地域で生活続ける地域包括ケアシステムを、医師・看護師が極めて少ない中で持続可能な体制下で構築することを目指している。ただし市内の医療関係者からは、医療資源の乏しい地域で在宅医療等を進めることがはたして可能なのか、という声も寄せられている。そういった声や、平成 25 年度に実施した市民への意識調査の結果⁴⁰も鑑みた上で、地域包括ケアシステムの実現に向けた在宅医療・介護サービスの拡充という目標は、部分的に変更される可能性があると言及している。

³⁹ 道路にパイプを埋め込み、路上のノズルを通して路面へ地下水を散布して、除雪・融雪・路面凍結防止を行うものである。

⁴⁰ 魚沼市新病院対策室が実施した意識調査は、平成 25 年 11 月に実査を行った。回答者は、40 歳以上の住民を無作為抽出して実施したものである。調査結果は“在宅医療に関する住民の意識調査報告書”として平成 26 年 6 月に公開された。

図表 70 在宅医療に関する住民の意識調査報告書（概要版）



出所) 魚沼市提供資料

こうした背景もあり、魚沼市では在宅医療・介護連携を推進することの定量目標は設定していない。いかに健康寿命を延ばすかを定量目標に設定し、在宅医療を必要としない形に市の政策を誘導することも選択肢の1つになると考えている。

その他にも、在宅医療・介護連携の推進における指標案として患者の在宅療養への復帰率などが考えられると述べていたが、インタビュー時点では指標として採用するか未定とのことである。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

秋田県横手市立大森病院などの病院の仕組みやオペレーションなどを参考にしていると述べていた。

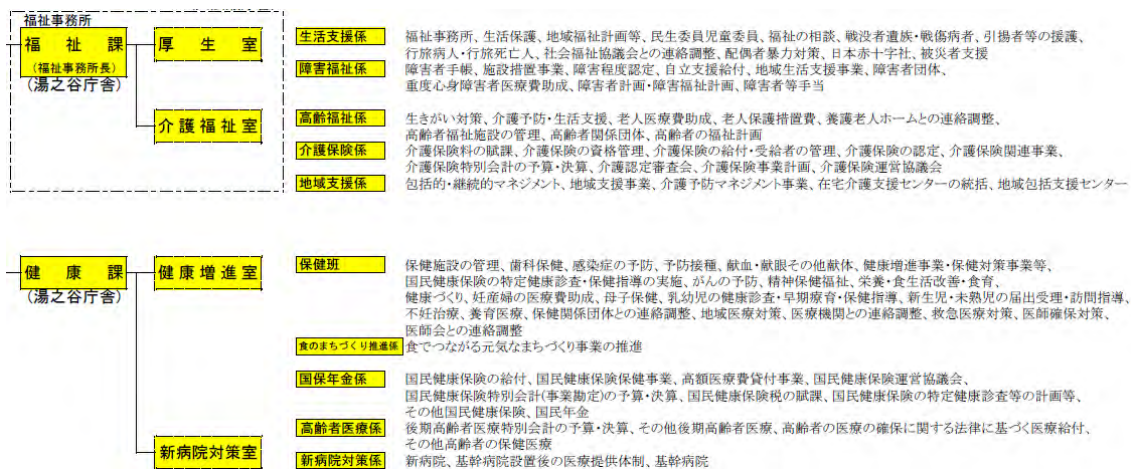
12-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

魚沼市では、在宅医療に関する事業を健康課 新病院対策室が管轄している。また在宅介護福祉に関する事業は、福祉課 介護福祉室 内の地域包括支援センターが担当している。地域包括支援センターは市の直営である。

新病院対策室は事務職 4 名のみで構成されている。また、地域包括支援センターは、主任ケアマネ 2 名、ケアマネ 2 名、看護師 1 名、保健師 3 名、社会福祉士等 2 名の、計 10 名で構成されている。

図表 71 福祉課および健康課の組織図



出所) 魚沼市ホームページ

魚沼市の在宅医療・介護連携事業関連における予算額は以下の通りである。

直近(平成 24 年度～26 年度)の予算額

平成 24 年度

約 2,000 万円 (厚生労働省 在宅医療拠点事業)

上記のほか約 171 万円 (地域医療再生基金 100 万円、介護保険特別会計 71 万)

平成 25 年度

約 200 万 (地域医療再生基金 100 万、介護保険特別会計 80 万、一般財源 20 万)

平成 26 年度

約 213 万 (地域医療再生基金 100 万、介護保険特別会計 83 万、一般財源 30 万)

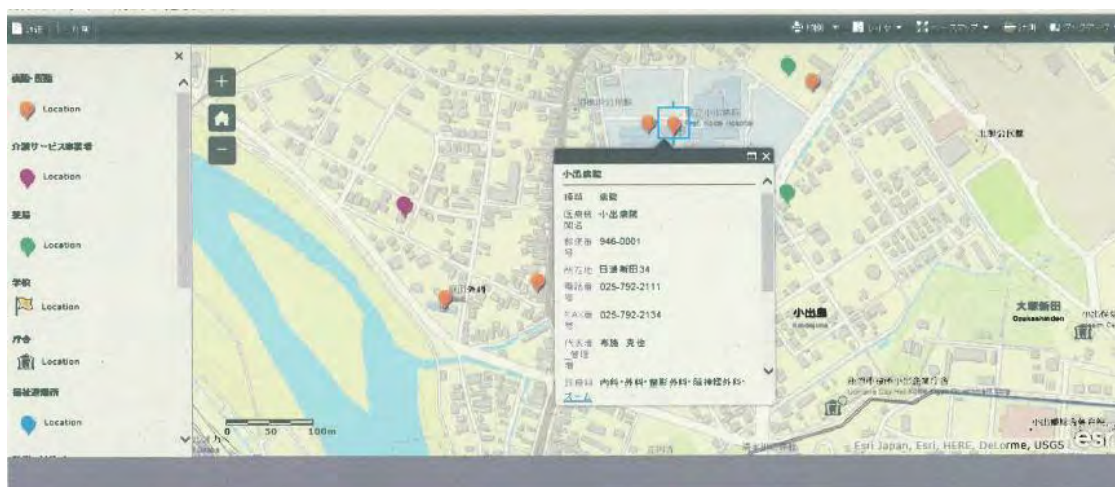
(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

平成 24 年度の拠点事業の中では、新潟大学大学院医歯学総合研究科国際保健学分野の鈴木翼先生が医療介護資源マップを作成し、魚沼市に提供した。このマップ上では、災害時にも活用できるように、福祉避難所、ガソリンスタンド、コンビニエンスストア、防災ヘリポートの位置もあわせて表示した。

図表 72 魚沼医療介護資源マップ



出所) 魚沼市提供資料

実施方法

新潟大学との連携を通じて医療介護資源マップを作成した。魚沼市内の医療機関・薬局・介護事業所を示した地図で、地図内の施設をクリックすることで、指定した医療機関や介護施設の営業時間や連絡先などの情報を閲覧できるようにする予定である。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

行政、医療関係者は、在宅医療の体制整備などを課題として認識しているが、住民が何を課題として認識しているのかが分からないので、具体的な施策を講じることを躊躇している。

魚沼市では、県の保健所と共同で事務局を担う形で、在宅医療推進検討会議を平成 25 年度から設置し、医師・薬剤師・看護師等の多職種と協議をしている。平成 25 年度に開催された全 7 回の協議では、前述した在宅医療に関する住民の意識調査の実施を決定したり、連携ガイドブックの作成に着手するなどした。

一方、地域包括支援センターでは、地域包括支援センター・在宅介護支援センター運営協議会と、地域ケア会議、担当地区ケア会議、サービス区分ケア会議の 4 つの会議体が整備され、検討を重ねている。

実施方法

在宅医療推進検討会の事務局は魚沼市および県の保健所で担っている。

なお、協議結果を受けて、魚沼市は住民の意識調査を平成 25 年 11 月に実施した。調査結果としては、介護が必要になった場合、自宅で過ごしたいと回答した人が全体の 36%を占めており、在宅療養のニーズは一定程度確認されたと見ている。

図表 73 在宅医療に関する住民の意識調査結果(一部抜粋)

■【問 5】医療の受け方

もしあなたやあなたのご家族が、加齢や病気、後遺症などにより、長期にわたる療養や介護が必要となった場合の、医療の受け方について

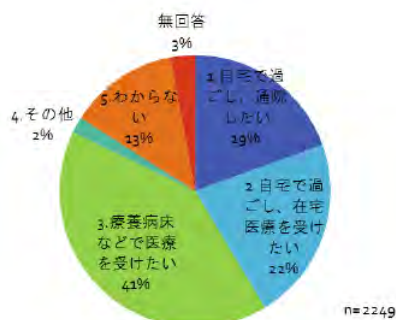
【問 5】医療について

■医療の受け方

◆もしあなたやあなたのご家族が、加齢や病気、後遺症などにより、長期にわたる療養や介護が必要となった場合の、医療の受け方について

〈あなたについての考え〉

1. 自宅で過ごし、通院したい	438
2. 自宅で過ごし、在宅医療を受けたい	493
3. 療養病床などで医療を受けたい	916
4. その他	43
5. わからない	293
無回答	66



■【問 6】看取りについて

あなたやあなたのご家族が人生の最期を迎えたいと思う場所について、お伺いします。

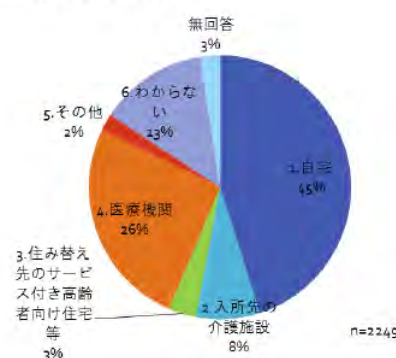
【問 6】看取りについて

◆あなたやあなたのご家族が人生の最後を迎えたいと思う場所について、お伺いします。

〈あなたについての考え〉

あなたは人生の最後をどこで迎えたい(看取られたい)と思いますか

1. 自宅	1014
2. 入所先の介護施設	177
3. 住み替え先のサ高住等	77
4. 医療機関	580
5. その他	46
6. わからない	300
無回答	55



出所) 魚沼市提供資料

また、地域包括支援センターの事業として、下表に示す会議が多職種間で開催されている。

図表 74 地域包括支援センターが開催する会議体

会議体	協議内容	開催頻度
地域ケア会議	地域の課題や困難事例に関する検討	年に9回
合同ケア会議及び医療・介護連携研修会	地域包括ケアの一環として開催し、さまざまな職種の関係者が情報交換や地域の課題の共有、医療・介護の連携を図る場として活用	年に2回
担当地区ケア会議	各地域で開催し情報交換や事例を検討。GWを通じて対応力向上を狙ったスキルアップを図る	市内2地域で3ヶ月に1回
サービス区分ケア会議	同じ業種で集まり業務の課題について情報交換・解決に向けた意見交換を実施。	概ね3ヶ月に1回程度

出所) 魚沼市提供資料より NRI 作成

なお、在宅介護支援センターを委託しているが、同センターは地域の相談窓口として定着していると述べていた。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

協議会の中では、在宅医療を推進するときに、医療資源が少ない中で本当にできるのかという意見が出される。患者によっては、医療費の負担を苦痛に感じる住民もいるはずで、低所得者に対する対策も必要だと意見が出されている。また、高齢世帯の増加により相談内容も困難なケースが目立つようになっているとのことである。

この流れを受けて魚沼地域では、高齢者を含む生活問題、具体的には、高齢者と障害者の世帯、高齢者と医療、高齢者の生活(食事・移動・買い物・住まい)などの地域課題やさらなる多職種連携などを課題にするべきではないかと考えている。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

市内の訪問看護について、24時間365日の、緊急時の連絡・対応体制を設けている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

魚沼市として取組は特に為されていなかった。

なお（ア）に関係するが、新潟大学との連携の中で GIS 上で在宅医療・介護の関連データを表現する試みは行われている。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

県が主体的に設立した NPO 法人が提供する「うおぬま・米(まい)ねっと」が既にあり、魚沼医療圏全体をカバーしている。病院間の端末で医療情報や検査情報、処方情報、レントゲン画像、属性情報などが見られるシステムだが、カルテの閲覧はできない。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

—

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業から、魚沼市でも多職種連携課題研修会や学習会を行っている。直近では保健所が主催する魚沼地域在宅医療多職種連携推進協議会で行った ICT の研修で、タブレット型端末を用いた実例を紹介してもらった。

実施方法

地域の事業所を対象とした研修会を開催した。タブレット型端末を利用している事業所およびそのシステムベンダーからの発表という形式にし、実際に参加者にタブレットを触ってもらいながら説明が為された。

また、各職種別に参集する機会も設け、ケア会議の研修会を開催している。平成 25 年度においては年 2 回程度開催した。ケア会議の研修会は、ケース検討会や患者の処遇検討会などを中心とした。また、地域包括支援センターが実施するケア会議の研修会では、講演会の後にグループワークを行うこともある。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

魚沼市の事業者 ICT を導入している各事業所の話を聞いてもらうのが目的である。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

「住民を医療資源化する」ことを念頭において、魚沼市が事業を委託している地域医療魚沼学校が、住民健康講座と出前講座を昼間に、また健康座談会は夜間にナイトスクール形式（18時以降の開催）で実施している。その他にも、住民向けフォーラムの中での講演会の実施など行っている。

実施方法

地域医療魚沼学校の先生である市内医療関係者や、市の職員が現場に出向いて、直接講演するようにしている。主なテーマは、これからの魚沼地域の医療などで、そのなかで在宅医療、看取りについても触れている。直近では、平成25年度で、ナイトスクール、出前講座を合わせて23回実施した。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

—

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

12-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

魚沼市の取組はまだ始まったばかりである。平成25年度の下期に住民の意識調査を行い、ようやく在宅医療・介護連携事業の今後の進め方を議論する土壌が整ったという認識である。成果として認識され明示できるものは無い。

12-5 成功要因

(1) 成功要因

日常から何かあれば医師会に相談するなど、良好な関係を築けている。ケアマネや訪問看護師が同じ医師とともに連携することも多く、多職種連携という点で、顔の見える関係が昔からできている地域であると言える。

また、サービス担当者会議等に参加してくれる協力的な医師が地域に多数いるなど、在

在宅医療に関心のある医師の比率が高いというのも魚沼市の強みとして認識されていた。魚沼市として在宅医療・介護を支える各種会議体に参加するように声掛けを続けたことが功を奏したのではないかと述べていた。

12-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

インタビューでは、魚沼市における地域包括ケアにおける課題の1つは、広く全体をケアしなければならないことだと述べていた。医療中心に進めて良ければ今後の対策の目途も立つが、全体となるとかなり大がかりな仕組みにしていかななくてはいけなくなり、どのように進めればよいかかわからないので、専門家にアドバイスをしてもらえるとありがたいと述べていた。

また、市の担当者は高齢者の住まいについても今後の検討課題の1つだと認識していた。人口動態などの統計資料を基に対策を検討しようとしている。極論を言えば、将来的に孤立しそうな地域からの移住をさせることも選択肢の1つになりえるかもしれない。だが、まだ抜本的な対策は見定められていない。

今後の方針の1つとしては、ICT利用の支援があると考えている。しかし行政が主体的に関わると個人情報保護対策等でコストがかさむ可能性もあるので、民間に任せるべきかと考えてもいる。またGISデータの活用で地域ごとの人口動態予測をしており、市側の医療政策地域医療計画を考えていく上でこれを活用していくという考えを持っている。

なお、これまでに紹介した各事業の内、平成27年4月以降に地域支援事業として実施するものについては、これから検討していく予定とのことである。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

国には、医師や看護師が増えるように、基幹病院や急性期病院に対する運営面の支援を求めたい。地域の基幹病院が魅力ある病院として人材を捉え続けられれば、魚沼医療圏の医師が増えて医師不足も解消されるのではないかと期待していると述べていた。

一方で県や市に対して、地域包括ケアの体制構築を推し進めてくれる医療コンサルティング会社の派遣など、外部からの知見を導入できる支援も期待しているとのことであった。

12-7 事例総括

魚沼市は、医療資源も乏しく地理的な条件も厳しいエリアである。そのため、在宅医療の推進が必ずしも功を奏するわけではないという意見があり、市としても在宅医療・介護連携事業は慎重に検討をしながら進めているところである。

市としては、まずは健康寿命を延ばすことを第一に考えている。医師会、保健所、地域包括支援センターと協力しながら、在宅医療を受ける人を極力増やさないようにする事を第一に検討していきながら、在宅医療体制の強化を進めていきたいとしている。

具体的には、平成 25 年度に実施したアンケート結果を元に、保健所・医師会・地域包括支援センターとともに方向性を示していくことになる。在宅医療推進検討会は、県の保健所と市が共同で事務局を担う会議体であるため、市町村の取組を県が支援しながら連携を実現しているという意味で、好事例と言えるかもしれない。

13. 釜石市の取組

13-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療(・介護連携)の推進に着手しようと考えたきっかけ

釜石市は、岩手県の沿岸部に位置する市で、かつては製鉄の町として栄えていた。近年は製鉄所の高炉の休止に伴い、人口がピーク時(昭和30年代)の9万人から3万7千人にまで減少している。高齢化率は、2014年時点で35%と全国平均よりも高い水準にある。

釜石市は大槌町とともに釜石保健医療圏を構成している。岩手県保健医療計画(平成25年3月)によれば、カバーされる人口は49,048人である。医療圏内に病院が5施設、診療所は24施設あり、一般病床数は639床である。人口10万対数で見ると、病院数(10.0)と一般病床数(1,279.2)は岩手県平均(7.0、942.6)より高く、診療所数(48.0)は岩手県平均(68.7)より低い。人口10万対医師数も188.4人で岩手県平均の219.7人より低く、病院数は多いが開業医を中心とした医師数が少ない医療圏であることが見てとれる。また入院患者の完結率も78.4%であり、これも岩手県平均の84.5%より低い。総じて、医療資源が充実している地域とは言い難いのが実情であると言える。

図表 75 釜石保健医療圏の位置



出所) 岩手県保健医療計画(平成25年3月)より

平成19年4月には、人口減少による病院経営の悪化を受けて、釜石市立釜石市民病院を岩手県立釜石病院に統合させた。これにより2つあった急性期病院が1つになり、入院に関する医療資源の減少に直面したこともあって、在宅医療の推進に力を入れる要因の一つ

となった。一方、釜石市民病院の建物は、市の保健福祉部のほか民間の慢性期病院と 3 つの診療所が同居する釜石市保健福祉センターとして活用された。平成 20 年 6 月には、切れ目のない地域医療を提供する体制を構築し、市民が安心して暮らせるまちづくりに取り組むために釜石市長が主導し、市の健康推進課の中に地域医療連携推進室を設置した。

こうした経緯を受けつつ、釜石市が実施主体となる形で、平成 24 年度の厚生労働省の在宅医療拠点事業に参加し、市として本格的に在宅医療・介護連携事業に取り組み始めるに至った。

(2) 事前に認識していた課題

釜石市では、高齢者の絶対数は現状を維持することは判っている。しかし、釜石市の総人口が減少しているため、高齢化率は上昇すると予測している。その中で、地域医療を支える医療資源の不足をどのように解決するかが一番の悩みとなっている。

(3) 在宅医療連携拠点事業の実施により抽出された課題

釜石市では、行政と医師会等医療関係者や三師会内の関係性は良好であり、ある程度の顔の見える関係は既にできている。

しかし、在宅医療連携拠点事業を実施する中で抽出された課題として、各職能団体の上層部は頻繁に会議で顔を合わせているが、現場のスタッフ全てが顔の見える関係性を築けているとは言い難い状態であることが判った。また、既に顔の見える関係があることで、釜石の在宅医療・介護連携事業に新たに関わった市職員や医療・介護従事者は、今更、“誰が何をする人なのか”を訊ねる機会を逸しがちになり、関係性を深める阻害要因となっている一面があることも判った。

13-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

釜石市が目標としていることは、地域医療の中核となる県立釜石病院を守り、医療・介護・行政の役割分担の明確化と連携体制の構築を図りながら、安心して暮らすための地域医療を次世代に引き継いでいくことである。また、東日本大震災を経験して復興を内包した地域包括ケアのまちづくりも目標の一つに掲げている。

なお、定量指標は特に設定されていない。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

厚生労働省の在宅医療拠点事業の際に、柏市を参考にしようとした。しかし、釜石市と柏市とでは人口や都市規模も合わず、同じことをやるのは難しいと判断し、独自の取組を

企画することになった。

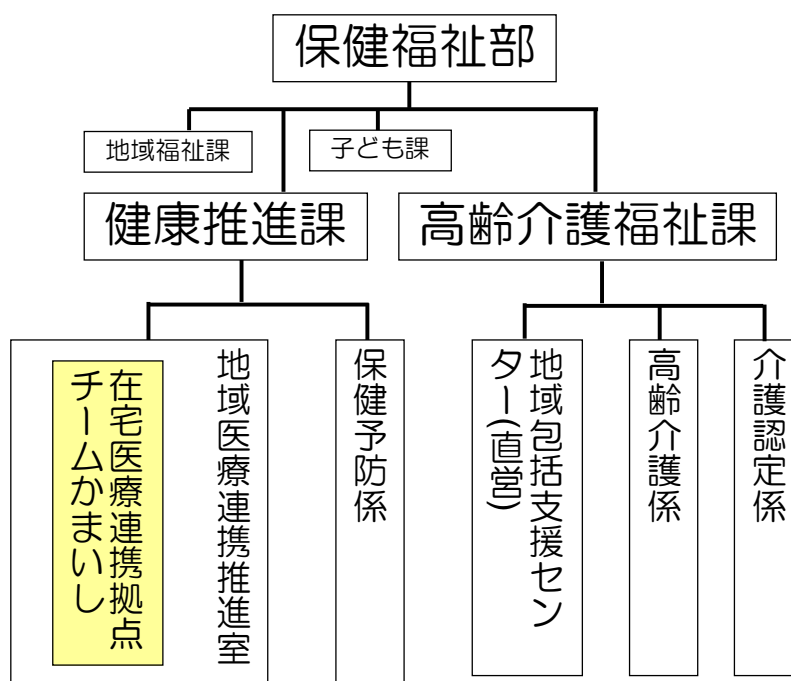
13-3 取り組んだ内容

(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

前述のように、釜石市は平成 24 年度から、独自の在宅医療・介護連携事業の推進を目指した。しかし行政だけで在宅医療・介護連携事業の計画を立案するには限界があった。そこで、釜石医師会の介護在宅診療部会長に、在宅医療・介護連携事業のあり方や具体的な取組について相談し、連携をとるようにした。

在宅医療・介護連携事業の推進に関する釜石市の地域医療連携推進室内に在宅医療連携拠点事業を担う「チームかまいし」が設置されている。地域医療連携推進室の職員には、平成 25 年度までは看護師が 1 名いたが、インタビュー時点では 4 人の事務職が在籍するのみであった。この現状の体制について、医療に関する専門知識については医師会から派遣されているアドバイザーの医師が補完しており、必ずしも専門職の配置が必要ではないという認識がある。

図表 76 釜石市保健福祉部



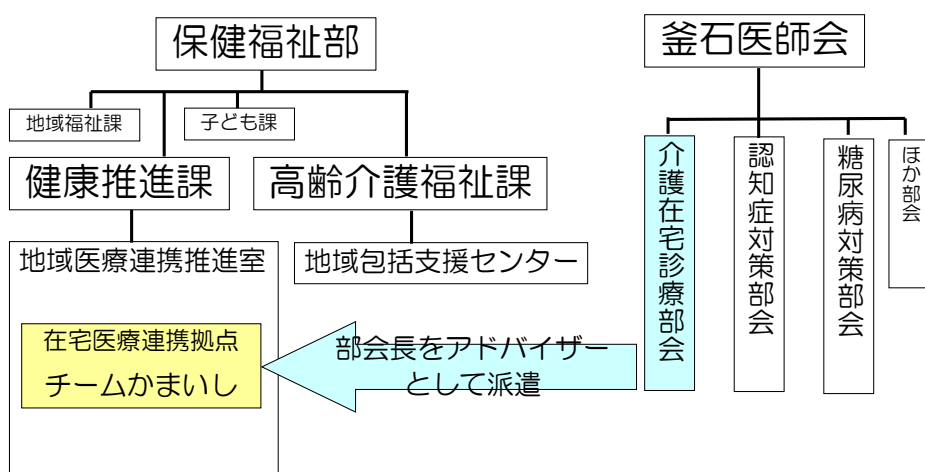
出所) 釜石市提供資料

なお、地域医療連携推進室は釜石市保健福祉センター内にあるが、同センター内の診療所の院長であり、釜石医師会介護在宅診療部会の部会長である医師がチームかまいしのアドバイザーとして参画している。

チームかまいしでは、同じ建物内にある近接性を生かし、毎朝夕このチームアドバイザーとスタッフとのミーティングを行っており、医療知識が必要な相談が寄せられればアドバイザーと相談して対応している。

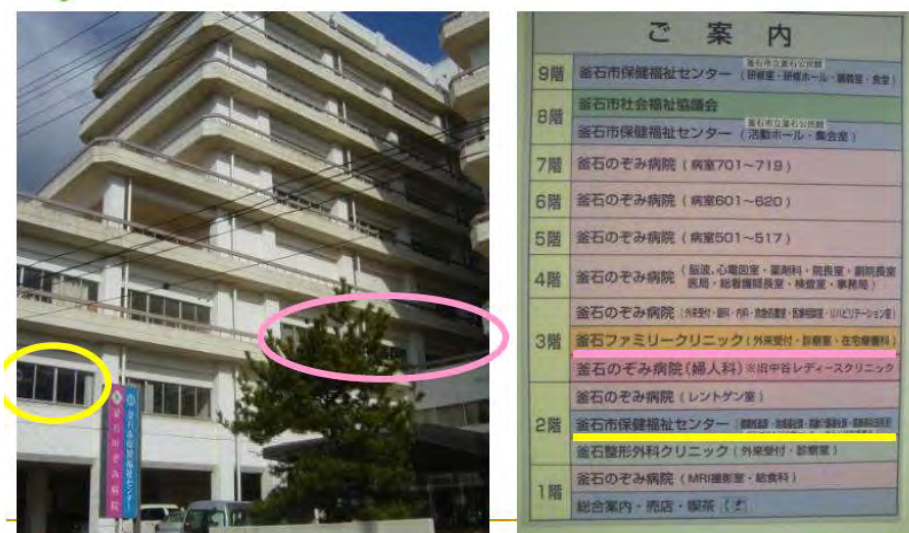
こうした医師会と行政の距離の近さ、地の利を生かしたこのような取組が釜石版の多職種連携の特徴と言える。

図表 77 チームかまいしの体制



出所) 釜石市提供資料

図表 78 釜石市保健福祉センター

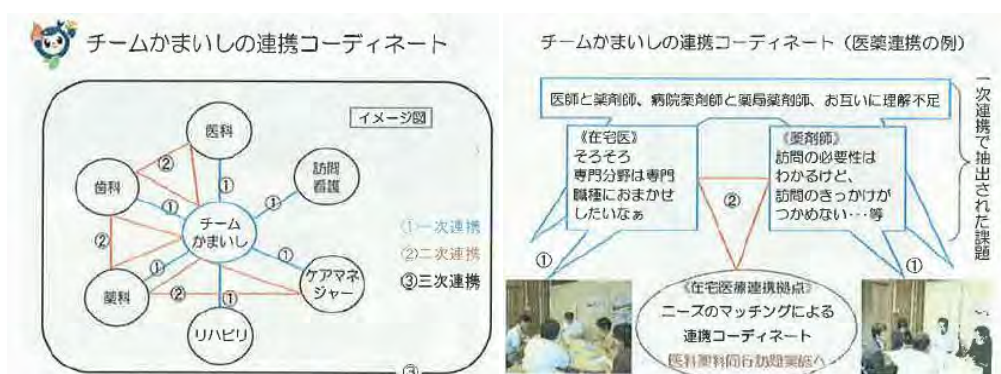


出所) 釜石市提供資料

研修会や会議開催に係る周知は、案内文書の送付のほかチームかまいしのホームページを活用して告知する。

また、チームかまいしの連携コーディネート手法は、一次から三次の階層構造でコーディネートを行うものである。まず一次連携では、チームかまいしと一職種による連携をし、今後の連携の基盤づくりを目指す。次の二次連携ではニーズをマッチングする形で複数職種による連携を進める。三次連携は、地域全体のコンセンサス形成の場となる釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会や、多数の多職種が参加する釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会である。

図表 79 釜石市保健福祉センター



出所) 釜石市提供資料

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

インタビューでは、行政（チームかまいし）が関与することで集客率が高まると述べていた。各職能団体による集客には限界があり、医療機関・関係者すべてに告知できる点で行政のチャンネルを活用した方が効果的と述べていた。

また、多職種のつながりを強固にするための工夫として、連携コーディネートの階層構造化も効果があると認識していた。同職種間・多職種間連携をスムーズなものにするために、どの職種にも中立的な立場である行政によるコーディネーションが効果的であると認識していた。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

—

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

チームかまいしでは、同職種間などの一次連携の連絡ツールとしてサイボウズ Live の運用をしている。また、釜石保健医療圏では、平成 21 年度からかまいし・おおつち地域医療情報ネットワーク（OK はまゆりネット）という情報共有システムの構築を実施しており、チームかまいしもネットワーク構築や運用推進の一翼を担っている。

実施方法

平成 21 年度の岩手県地域医療再生計画（釜石保健医療圏）において、「患者及び医療機関の負担を軽減し、地域での医療資源の有効活用を図る」ことを目的として、情報共有システムの導入検討を開始した。平成 23 年度には、県立釜石病院の院内システムを整備し、翌年の平成 24 年度には病院・医科診療所間のネットワーク化を実現した。平成 25 年度には、歯科診療所・薬局・介護サービス事業者及び行政のネットワーク化を実現した。

図表 80 年度ごとの事業実施内容

時期	内容
平成 21~23 年度	ネットワークシステムの検討作業
平成 23 年度	【1st ステージ】県立釜石病院の院内システムの整備
平成 24 年度	【2nd ステージ】病院・医科診療所のネットワーク化
平成 25 年度	【3rd ステージ】歯科診療所・薬局・介護サービス事業者及び行政のネットワーク化

出所) 釜石市提供資料より NRI 作成

上記のシステムにより、他の病院や医科診療所から、県立釜石病院の診療予約や各種検査・栄養指導を予約することが可能になった。また、患者の医療・介護情報を医療機関や施設の間で共有することも可能である。

このシステムの保守・運用費は、釜石市が年間約 40 万円を負担している。各介護施設の負担は月 1,000 円、県立釜石病院を除く医療機関の負担は月 1,000~5,000 円など、ユーザー側の負担は低く抑えられている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

インタビュー時点では、まだ病診連携の場面でしか運用されていないと述べていた。現在、多職種連携で利用する際のガイドラインの策定を目指し WG を立ち上げて議論をしているところである。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

平成24年7月から在宅医療連携拠点チームかまいしを設置し、連携についての相談を受け付ける体制を整えている。

実施方法

チームかまいしは、連携コーディネーター2名（事務職）を配置し、釜石医師会からアドバイザーとして介護在宅診療部会長の派遣を受けている。医療の知識が必要な相談内容についてはアドバイザーから助言を受けている。

連携コーディネーターの育成のために、各種学会の学術大会への参加など、多職種連携に必要な様々な研修機会を設けている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

チームかまいしを中心として、連携が弱いもしくは今後連携を強化したいとの意向が確認された関係職能団体において、各種研修を実施した。実施したものは医科歯科同行訪問研修、医科薬科同行訪問研修、医科歯科連携推進セミナー、ケアマネジャー&薬剤師合同研修などである。同行訪問研修はチームかまいしが主催している。その他の研修は職能団体が主催し、チームかまいしが共催などの形で開催を全面的に支援している。

実施方法

前述した一次連携における会議で抽出された課題を各職能団体にフィードバックすることで、連携に関する課題やニーズがクローズアップされた形で団体内で共有される。チームかまいしは、連携が弱いと自ら認識した団体間を仲介し、研修内容についての希望を考慮し、または提案して合同研修等をコーディネートする。連携力を強化する目的で、合同研修や同行訪問などを通じてお互いの理解を深めてもらう。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

インタビューでは、「今現場で望まれている研修がなにかを常時適切に把握する必要がある。そのためにも一次連携、すなわち各職種の不満・課題認識を行政が的確に把握することが重要である。」と述べていた。

行政の担当者は、職種内の気づきや課題に細心の注意を払っていく必要があるということである。特に、介護のように人材の出入りが激しい現場では、親密になっているようであっても、誰が何をしているかを十分に把握できていない場合が多い。行政は、繋がっているようで繋がっていない組織を繋ぐ対策を講じることが大事であると述べていた。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

釜石市では、医療関係者等を講師とした市民公開講座、地域医療連携推進フォーラム、生涯学習まちづくり出前講座等を開催している。また、在宅医療普及啓発冊子の発行、地域連携だよりの発行、インターネットを利用した広報活動（ホームページやブログ：チームかまいし通信など）等の資料提供や情報公開も行っている。

実施方法

実施主体は釜石市である。各会やセミナーの告知・集客は、特定の職能団体に限定せずに、すべての医療関係者や一般市民に対して同様の案内を実施している。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

市民に開けた会・セミナーにすることで議論を活発にしたり、在宅医療・介護事業に関心を持ってもらうきっかけにする場をしたいと考えている。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

釜石保健医療圏（釜石市と大槌町）の医療は、釜石医師会が包括的にカバーしている。平成 25 年度に大槌町から釜石市に対して医療介護連携に関する担当配置の情報提供があったため、両市町の担当者間で情報交換等を進めているが、具体的な広域調整と呼べる事業の実施には至っていない。

しかし、主に前述のかまいし・おおつち医療情報ネットワーク（OK はまゆりネット）構築のために釜石・大槌地域医療連携推進協議会が組織されている

実施方法

釜石・大槌地域医療連携推進協議会は、圏域の医療、介護、行政を含む形で組織されている。事務局は釜石市、大槌町、岩手県釜石保健所で構成されているが、実質的には保健所が担っている現状にある。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

—

13-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

定量目標設定していないため、明確な成果を表現することはできない。在宅患者数の増減は、釜石ファミリークリニックが釜石市内の大半の在宅療養患者を診ていることもあり、おおよその患者数の見当はついてはいるが、インタビュー時点では、正確な患者数調査は実施していない。（平成 26 年 9 月に調査実施済み）

一方、定性的な成果としては、チームかまいしの活動がきっかけとなり釜石リハビリテ

ーション療法士会（通称「釜石リハ士会」）が設立されたことや、ケアマネジャー&薬剤師合同研修会開催をきっかけとして、その後チームかまいしの手を離れた形で両職種間の交流が促進されていることなどから、活動の成果を実感している。

13-5 成功要因

(1) 成功要因

釜石市は、行政として医療関係者と連携しやすい土壌が揃っていた。かつてから地域の結びつきが強いという特性もあり、行政が医師会に協力を求めるために特別なアプローチをする必要はなかった。前述のように、地域医療連携推進室が病院や診療所が入居している市保健福祉センターに設置され、医師会からアドバイザーが参画するなど、行政と医師会の連携が恒常的に取れている点は大きいと言える。

組織的な側面に着目すると、在宅医療・介護における連携を3層構造で整理したことで、多職種間のつながりを強固にできたとも述べていた。職能団体間の関係が深まったことで、ステークホルダー全員で課題を抽出できる土壌が醸成されたと評価している。

13-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

平成26年4月から、高齢者をはじめとした地域住民が可能な限り住み慣れた地域で自立した生活を継続できるように、一元的な企画、監督、指揮をとることを認める包括ケア推進本部を設置している。同本部を活用しつつ、釜石市として連携を促進させていく関わりを継続していくことが課題の一つと認識している。

なお、これまでに紹介した事業は全て、平成27年4月以降に地域支援事業として実施する予定である。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

国への要望としては、他の市町村の取組を学習できる研修を設けて欲しいという声が上がった。事業の企画を担当する行政の担当者が、目前の課題の解決策や施策をイメージする上で、貴重な研修になると述べていた。

また国のリーダー研修が、他自治体が何をしているかを知る良いきっかけになったと述べていた。市の経費でそのような研修は受けられないこともあり、他の市区町村の取組を学ぶことは、今後の事業のあり方を検討する上で貴重な機会になるとのことであった。

一方、県への要望として挙げたものは、市の推進する在宅医療・介護連携事業に大槌町とのコネクション役として保健所に協力してもらいたいというものがあった。

13-7 事例総括

釜石市は、高齢化率が高い中で医療資源の減少に苦悩する自治体の一つである。釜石市の基幹産業であった製鉄所の合理化・縮小や、東日本大震災による人口流出など、地方都市として決して恵まれているとはいえない環境にある。

そのような中で、医療資源を最大限活用しようとする意欲は強いものがあつた。行政と医師会の協力関係が強く、在宅医療・介護連携事業における協働が多く見受けられた。市の保健福祉センターに民間の医療機関が同居することで、物理的な距離を縮め、機動的な連携と高密度なコミュニケーションが実現されていた点は特徴の1つであると言える。

また、行政による各職能団体の連携状況把握能力の高さも特徴であると言える。釜石市における多職種間の有機的な連携の構築においては、一次連携を進める過程で、連携が上手くいっていない職種を明らかにすることが鍵を握る。この把握が二次連携・三次連携の研修へとつながっていくことを鑑みれば、行政が各職種の連携状況を俯瞰的に見て、評価と支援を行うことの重要性が垣間見える事例であると言える。

14. 上市町の取組

14-1 取り組んだ背景

(1) 行政として在宅医療（・介護連携）の推進に着手しようと考えたきっかけ

上市町は富山県の東部に位置する町で、平成 26 年 11 月 1 日時点の人口は 21,783 人である。面積は 236.77 平方キロメートルで、近隣の富山市・滑川市・立山町・舟橋村とともに富山医療圏を構成している。富山県医療計画（平成 25 年 3 月改定版）によれば、富山医療圏の高齢化率は 24.7%（平成 23 年 10 月時点）で、県平均の 26.3%を下回っている。一方で上市町は高齢化が進んでおり、平成 24 年 10 月時点では 30.3%となり、住民の 3 割以上が高齢者の自治体となっている。

県庁所在地の富山市を含んでいることもあり、富山医療圏の医療資源は比較的充実していると言える。二次救急は 7 つの公的病院による病院群輪番制を実施しており、この内の 1 つが上市町立のかみいち総合病院である。三次救急は富山市にある県立中央病院が受け持っており、上市町からの患者が富山市の急性期病院に運ばれるケースも多い。

図表 81 富山医療圏と上市町



出所) 富山県医療計画（平成 25 年 3 月改定版）より引用

上記のように、上市町には町立のかみいち総合病院がある。しかし急性期の病院であるため、長期の入院を続けることができない。また特養・老健の入所待機者も 250 人ほどおり、在宅での療養環境を整備してこの現状に対応していく必要性があった。

そのような中で、平成 24 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を行うことになり、それをきっかけとして在宅医療の推進に本格的に取り組むことになった。同事業を開始す

るまでは特に目立った取組はしておらず、平成 24 年度が上市町における本格的な在宅医療推進の元年と言える。

また事業実施エリアには、隣接する立山町と舟橋村も含めることとした。これは、立山町、舟橋村を含む中新川郡医師会でも在宅医療に関して気運が高まっていたこともあり、中新川郡医師会との協力を前提として事業を進めることにした。在宅患者の後方支援病院を持たない立山町からしても、かみいち総合病院と連携できるという点で都合が良く、中新川郡医師会からの協力をとりつけることができた。最終的には、介護保険で中新川広域行政事務組合を構成する舟橋村も加えて、上市町・立山町・舟橋村の 3 町村を対象エリアとした在宅医療連携拠点事業を実施した。

(2) 事前に認識していた課題

高齢化が進んで在宅療養者が増えることが予測される中で、包括的かつ継続的な在宅医療提供体制を構築する必要があった。平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業の開始時に認識していた課題は下記 3 種類である。

課題 1：多職種連携に関する課題

- －多職種・同職種間での情報共有不足
- －医療と介護の連携が図りにくい
- －多職種の役割に対する理解不足
- －顔の見える関係ができていない、交流の場がない

課題 2：在宅支援体制の整備不足

- －診療所が少ない（受け皿が少ない）
- －緊急時の対応や 24 時間対応に不安
- －多職種で情報共有するツールがない
- －医療依存度の高い在宅療養者が増えてきている

課題 3：地域住民への啓蒙不足

- －施設入所を希望する意識が高い
- －在宅医療についての興味・関心が低い
- －在宅医療についての知識不足がある

14-2 取り組んだ目的

(1) 最終的な目標としていたもの

包括的かつ継続的な在宅医療の提供を行い、住民が住み慣れた地域で生活を送れるようにすることを目指して取組を開始した。

一方で、事業推進に関わる定量的な目標値は特に設定していない。在宅看取り数などを指標として想定することは可能だが、「本人や家族が望む場所で最期を迎えられるために環境を整備すること」が本事業の前提であり、必ずしも在宅看取り数を増やせば良いというわけではないと考えている。

(2) 在宅医療体制の構築にあたりモデルとした他の地域や市町村はあったか

平成 23 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業で福井県大野市が事業を実施していたため、事業環境の見学をした。ただし大野市は上市町と前提条件が違う⁴¹ところが多かったため、具体的な参考事例とはしていない。

これとは別に、情報共有システムの一例として、富山県の新川地区の先行導入事例を参考にした。結果的に中新川郡医師会も同地区のシステムを高く評価し、導入するに至った。詳細については後述する。

14-3 取り組んだ内容

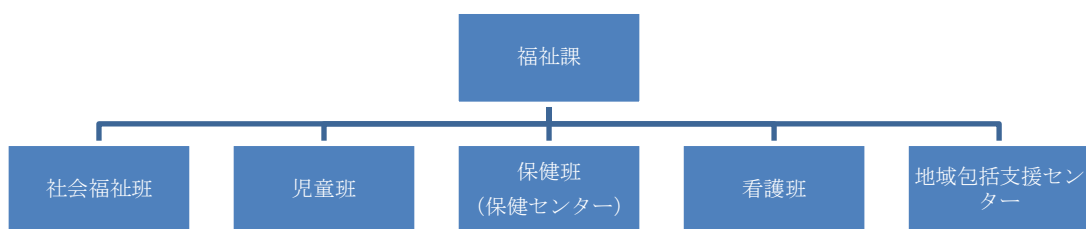
(1) 在宅医療体制構築に向けた市町村等の体制・予算

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業は、上市町の福祉課が中心となって実施した。同課に在宅医療連携班を組織し、保健師 1 名、社会福祉士 1 名、看護師 1 名の計 3 名体制でスタートした。全員がケアマネジャーの資格を持っている。当時は、必要なスキルの見定めができていなかったこともあり、各専門職を 1 名ずつという手探りの体制組成であった。なお事業推進途中に社会福祉士が班から離脱したため、それ以降は 2 名で事業を推進した。

事業推進のための財源は、平成 24 年度は厚生労働省の在宅医療連携拠点事業である。体制組成に必要な人件費等に利用した。また平成 25 年度以降は、富山県の在宅医療支援体制促進モデル事業（研修会等を対象とした予算で金額は約 30 万円）や多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業（金額は約 13 万円）を利用しつつ、上市町の一般財源も利用している。

⁴¹ 大野市は、公立病院を持っていない中で医師会主導による事業の推進をしていた。在宅医療・介護の関連事業者が同居する複合施設を作ろうとするなど、上市町と前提が違うところが多かった。

図表 82 福祉課の組織図



出所) 上市町提供資料

(2) 在宅医療体制の構築のために市町村およびその他の主体が実施/支援した具体的な取組

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

上市町が実施主体となって、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業の中で『在宅医療地域資源マップ』『在宅医療資源ガイド』を作成した。

実施方法

『在宅医療地域資源マップ』は中新川地域の在宅医療連携拠点業務支援サイトにて公開している。上市町のホームページ上にもリンクが張られている。『在宅医療資源ガイド』は関連施設に配布した。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツ)

今後、資源情報は変化していくため、適宜更新していくこと、必要な情報を追加していくことなどが必要である。

図表 83 在宅医療地域資源マップ



出所) 在宅医療連携拠点業務支援サイト

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

実施内容

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業で、上市町が実施主体となって『在宅医療推進連絡会』を年 4 回開催した。参加者の職種は医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、行政等で、合計 284 名である。

また、『たてやまつるぎネットワーク』を平成 24 年度に郡医師会と一緒に設立し、『ネットワーク会議』で、課題解決に向け協議している。多職種・機関が一堂に会する場を設けることで、顔の見える関係性が構築され、連携を行う素地ができたと考えており、平成 25 年度以降も継続実施している。

実施方法

平成 24 年度は『在宅医療推進連絡会』として、平成 25 年度以降は在宅医療研修会と兼ねて開催している。『たてやまつるぎネットワーク会議』を年 1 回開催している。また、必要に応じ、役員のみで集まることもしている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

課題は変化していくものであり、その時の課題を把握して対応策を考えていくことが必要であり、継続して開催していくことが必要だと考える。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

実施内容

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業の中で、上市町とかみいち総合病院が連携した上で、主治医・副主治医制と、病院による後方支援体制を構築した。(エ)で後述する IT システムを利用することで効果的に情報共有することもできるようになった。

実施方法

多職種の代表者との意見交換を通じて在宅医療に関する共通認識を持ち、体制構築の仕方を検討した。

平成 25 年度以降も同体制に基づいたサービス提供を実施している。訪問看護師は町立のかみいち総合病院から異動となっている。訪問看護ステーションは常勤換算で 6.6 人おり、上市町単体で見れば潤沢な資源だと認識している。今後、立山町も含めて訪問看護を実施する可能性もある。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

医師会やかみいち総合病院と協議しながら体制整備を進めていきたいと考えている。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

平成 24 年度に情報共有システムの導入を検討した結果、富山県の新川地区で先行して利用していた Microsoft 社のシェアポイントを拠点事業の中で導入した。医師会も

同システムを評価した。

実施方法

平成 25 年度以降も利用し続けており、医師の新規導入が決まった場合は、導入支援として上市町職員が支援を行っている。

同年度からは財源を町予算に移しており、導入支援用の人件費などは地域包括支援センターの事業予算からも拠出するようにしている。なお全体をバックアップしているサーバ機能を持たせているシステム利用料は、平成 25 年度まで立山町と舟橋村の分も上市町の財源で賄っていたが、平成 26 年度からは 3 町村の間で費用を拠出する形に変更した。拠出した予算を用いて、入力支援や新規導入支援を行う職員を 1 人臨時雇用している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

『中新川郡在宅連携システム』を、情報共有シート等も含め、使いやすいものに変更していく必要がある。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業では、在宅医療・介護連携に関する相談支援を担う機能は作られなかった。各病院から来る問い合わせに対して、地域包括支援センターで個別対応をしていたのみである。

しかし在宅医療に関するコールセンター的な業務の必要性を鑑み、かみいち総合病院と連携して、平成 25 年度からそれに類する機能をかみいち総合病院内に設置した。具体的には、同病院の地域医療連携室に機能を持たせて、そこで看護師長がコールを受けるようにしている。主なコール内容は、他病院からの退院患者に対する在宅療養の提供可否の相談などである。

実施方法

相談内容について看護師長がその場で判断するのではなく、かみいち総合病院内で医師が判断をした上で、在宅療養が可能であると判断されれば、地域の医師会に連絡して医師会側で主治医を決めるというプロセスをとっている。ただし現状では、医療依存度が高い患者が多く、一旦かみいち総合病院に入院し続けているケースや、退院後まずはかみいち総合病院から訪問診療しているケースが多い。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

かみいち総合病院内に新たに整備する予定のスペースがあり、そこに地域医療連携室と訪問看護ステーションを移動させる予定である。地域の開業医が減ってきている中では、総合的なセンターを設けて対応する環境を作らなければ、在宅医療・介護連携の仕組みの継続性が怪しくなると考えている。

また現状のセンターの相談実態としては、他病院から直接在宅に移るケースはそこま

で多くないとも述べていた。まずはかみいち総合病院の回復期病棟（平成 25 年から開始）で受け、そこで様子を見ながら在宅医療の体制を作って在宅に移行するケースが多いとのことである。かみいち総合病院での病病連携対応と同義であり、コールセンターへの直接の相談件数はそこまで多くないとのことであった。ただし、今後相談件数が伸びていく可能性はあるとも述べていた。

（カ）医療・介護関係者の研修

実施内容

平成 24 年度から多職種の研修会を年 2 回実施している。厚生労働省の在宅医療連携拠点事業が終わった平成 25 年度以降も、上市町で継続実施している。

実施方法

年に 2 回（上市町と立山町で 1 回ずつ）、研修会を開催している。他町村で実施する研修会への参加も可能にしている。

手法は基本的にグループワークであり、KJ 法⁴²に基づいて議論を行うようにしている。また、自分の職種以外になるロールプレイも実施したことがある。各テーブルで 5～8 人ほどの規模で開催しており、多職種で構成する時もあれば、同一職種で固めることもある。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

関係者の顔の見える関係づくりの視点、資質向上の視点を持ち、関係者のニーズや地域のニーズに応じた研修会を企画していきたいと考えている。

（キ）地域住民への普及啓発

実施内容

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業では、在宅医療講演会を 3 町村で 1 回ずつ実施した。その他、出前講座、広報への掲載、在宅通信配布、ホームページへの掲載、在宅医療マップの作成などを行った。平成 25 年度は、上市町の地域包括支援センターで出前講座と住民向け研修会を担っている。

実施方法

平成 25 年度以降は上市町の地域包括支援センターの担当者が実施している。講演内容は、平成 24 年度からの事業の経過を住民に伝えつつ、在宅医療の必要性や正しい内容を理解してもらえるように配慮している。参加者は全体で 110 人ほどであり、地域住民のほか、かみいち総合病院の医師、特養の施設長、富山大学でプライマリケアを志望する学生など様々である。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

⁴² ブレーンストーミングを通じて各自が作成したメモを用いて、カテゴリイズなどを通じた議論を行う手法のこと。

在宅での療養、看取りも希望すればできるということを伝え、自分らしい最期の送り方を前向きに考えてもらえるような普及啓発を行っていきたいと考えている。

図表 84 講演会の様子



出所) 上市町提供資料

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

ケアマネジャーが決まってない中で、急性期の病院から退院して在宅に移行するケースなど、問題事例はありえる。これについては、受け入れる地域側での体制確保も当然必要だが、一方で当該病院内での医師・看護師と地域医療連携室との意思疎通を改善する必要もあると認識している。上市町・立山町・舟橋村で構成される中新川郡においても、今後重要な改善点であると言える。

そこで平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業では、病棟看護師等向けの退院支援に関する勉強会を実施した。開催場所はかみいち総合病院である。参加した病棟看護師からも「参考になった」という評価をもらっている。

実施方法

上記の通り、かみいち総合病院内で勉強会を開催した。講師は外部講師、事務局は地域包括支援センターである。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツ)

現状では、他自治体にある急性期病院から地域包括支援センターへ「訪問診療に対応できる医師がいるか？」という問い合わせが直接来る場合が多い。その際にどうやって地域の開業医につなげられるかは課題になる。地域包括支援センターの職員が暫定的にケアプランを作成して対応することも考えられるが、どちらにせよ医師の選定までは地域包括支援センターではできない。(オ)に記載したセンターでの対応強化と合わせて継続検討していくべき課題である。

14-4 取組の成果

(1) 取組により得られた成果

定量的成果としては、訪問診療・往診・在宅看取りの数が増加している。平成 24 年度の値と比較した時、直近 1 年間(平成 25 年 9 月～平成 26 年 8 月)では、それぞれ以下のような上昇を見せている。

- －訪問診療：のべ 3453 人→のべ 3882 人
- －往診：182 人→399 人
- －在宅看取り数：31 人→46 人

これらの成果は、診療報酬の改定の影響が大きいとは思いますが、平成 24 年度以降の事業を通じて住民および従事者の理解が進んだことも一因であると考えている。特に在宅看取り数は、過去の在宅看取りの実績を通じて、住民に対して「在宅でも安心して最期を迎えることができる」という安心感を従事者が与えていることが大きいと思う。在宅医療の実績が増えていけば、住民側の理解が促進され、今後の実績も増えていくと思われる。

一方、定性的成果としては、多職種研修等を通じて違う職種の意見が初めて分かったという声が出ていた点を挙げていた。お互いの顔が見えるようになり、研修会の場で実際の患者事例に関する相談が始まることもあるとのことである。

また、行政側の意識変化も 1 つの成果であると述べていた。事業実施を通じて、住民が望んだ場所で最期を迎えられる環境づくりは、行政(市町村)の仕事であると感じられるようになった。QOL を保ちながら生活できることが住民の幸福感につながるということを知ることができたのは、(担当者個人の成果かもしれないが)重要であると言える。結果として、住民の満足感につながる在宅医療・介護連携推進事業は、市町村が責任主体であって良いと考えられるようになったとのことである。

14-5 成功要因

(1) 成功要因

上市町の地域包括支援センターが設置されている「つるぎふれあい館」には、上市町福祉課、訪問看護ステーション、社会福祉協議会なども同居している。同一建物内にそれらの機能が集約されることで、在宅医療・介護連携の関係者間での連携がしやすい環境にあったことは、1つの成功要因であると言える。

一方で、(ウ)に示される在宅医療・介護連携の体制構築は、実施時に大変苦勞したとのことである。打ち合わせ時間などの調整業務も苦勞するところが多いが、何より開業医の廃業により医師確保に併せ、在宅医療に前向きに取り組んでくれる医師をどのように増やすかが、事業成功の鍵を握ると思われる。

14-6 今後の課題と予定

(1) 取組の過程で残された課題および今後の方針・予定

上記のように、在宅医の数が少ない点は課題の1つである。訪問看護師やヘルパーを含めた在宅医療人材の確保と育成が必要である。特に在宅医療の体制を支えるのは訪問看護師とヘルパーであると考えている。

なお、前述の(ア)～(ク)で紹介した各事業の内、平成27年4月以降に上市町が地域支援事業として実施する予定のものは(ア)、(イ)、(エ)、(カ)、(キ)である。

(2) 今後、国や都道府県に期待する支援

県には、国が示した方向性を踏まえて、各市町村がやるべき事業内容を明示して欲しいと考えている。地域支援事業として責任主体が市町村側に寄ってくる中で、ますます県の存在が遠くになってしまいかねない。医師会など関係団体に対して市町村が効率的に働きかけられるように、事業の位置づけや市町村のやるべきことを明示して欲しい。

また、地域間の医療資源（特に在宅医）の偏在是正に力を割いて欲しいと考えている。福祉人材（特にヘルパー）の量的・質的充実に向けた支援は必須である。県立学校の福祉課程の少なさや、福祉系大学の定員割れもささやかれている中で、各市町村ではボランティア体験などを通じた学生への福祉関連業務の認知度向上に努めている。そういった取組へのサポートを県として担って欲しいと考えている。

一方、国には「具体的にこういった事業を行うこと」という明確なモデルの提供を望む。上記と趣旨は一緒だが、医師会に協力を仰ぐ時にも、話がしやすくなる。

14-7 事例総括

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業をきっかけとして、直営の地域包括支援センターを軸として事業を推進している事例である。町立病院を保有しているため、病院側と協力した活動ができる点に特徴がある（ただし同じ富山県内の南砺市ほどの密接な連携ではないように見える）。かみいち総合病院内に設置された在宅医療・介護連携支援センターに該当する機能が、今後どの程度まで実績を上げていけるかなど、成果の推移を時間をかけて見守るべき事例と考える。

また、隣接する立山町・舟橋村と連携して、1 町村内の在宅医療資源の不足をカバーしようとする試みは、同じような課題を持つ地方の市町村にとって参考になると思われる。市町村の範囲を超える調整が必要になるため、県および国が事業内容の方向性を明示するなどして、それら調整業務を円滑に進められるよう支援することは必要であると考えられる。

第3章 総括

1. 総括

本調査研究でヒアリング調査を行った 14 市町村について、横串を通して俯瞰して言えることは、必ずしも同じ手順や手法で在宅医療と介護の連携を推進しているわけではないということである。たとえば長野県須坂市の場合は、事業開始前から医師会与行政の距離感が近接しており、取組を開始するにあたって、明確な役割分担の下に密接な協力・連携体制を構築することができていた。一方で、まずは医師会を中心とした在宅医療・介護連携事業を推進しつつ、そこに行政が徐々に関与していく形で推進体制を構築した自治体もあった。また市立病院を持っている自治体では、その病院事業をベースとしながら医師会等の協力を得ていった事例もあった。

このように、好取組事例でも必ずしも事業の手順・手法は同一でない。これは翻ってみれば、在宅医療・介護連携事業を推進するにあたって、各地域の実情（＝地域の医療・介護資源量、医師会等の活動状況、自治体病院の保有／未保有、地域包括支援センターの直営／委託など）に合わせて、事業を進めていくことの重要性を表していると考えられる。基本的な枠組みである ①体制の整備／②事業計画の立案／③事業の推進 は同一としても、その具体的な推進手法においては、全国一律の成功パターンは無いと見る。

この前提を踏まえ、本章では、今後在宅医療・介護連携推進事業に着手する市町村において、①体制の整備、②事業計画の立案、③事業の推進のそれぞれで参考になるような推進手法・成功要因・留意点等を、本調査研究が対象とした 14 事例の中から整理する。上で述べたように、各事例特有の工夫であるかもしれないが、また 14 事例以外の成功パターンや留意点が存在する可能性もある。その制約を前提としつつも、①～③を実施する際に直面しやすい課題やその乗り越え方について、14 事例の中から比較的多く見られたものを中心に整理する。

これから在宅医療・介護連携事業に着手する市町村の担当者において、直面する可能性が高い課題とその乗り越え方について理解を深めていただき、結果として今後の事業推進の参考となれば幸いである。

①体制の整備

在宅医療・介護連携推進事業を推進するにあたって、市町村がまず行うべきことは、同事業を管轄する部署を決定することである。下記 A～D に示すようなパターンの選択が考えられる。

- A：市町村内の既存の介護系部署が所管する
- B：市町村内の既存の医療系部署が所管する
- C：市町村内の既存の介護系部署と医療系部署の 2 部が管轄範囲を分け合う
- D：在宅医療・介護連携事業を所管する新しい部署を設置する

本調査で取り上げた 14 事例を振り返ってみると、各市町村によって A～D の選択結果はそれぞれであった。本章の冒頭で述べたように、画一的な正解パターンはなく、各市町村の既存部署や人員配置状況を鑑みて適切なパターンを選択することが重要ということであろう。

たとえば、多くの市町村は医療系と呼べる既存部署を持たない場合もあると思われるので、その場合は A のように既存の介護系部署が担当することも考えられる。また自治体立の病院や診療所を持つ市町村は医療系部署を保有していると考えられるので、B のように医療系部署が担当したり、C のように介護系部署と分けても良いと考える。その他、生活支援や福祉領域を含む地域包括ケアを全体的に管轄させようと考えている場合は、D のように独立した新しい部署を設置しても良いだろう。これから体制を整備する市町村においては、本調査内の 14 事例の中から、都市規模や既存部署の構成が類似する事例の体制整備の仕方も参考にしつつ、地域の実情に合った体制整備を進めていただくことが望ましいと考える。

こうして管轄部署を明確化した市町村において次に求められる取組は、医師会を筆頭とする職能団体との協力関係を構築することである。すなわち、市町村以外の主体を含めた検討体制の構築である。そのためにまず必要となることは、同事業の初期計画・基本方針を検討するための協議会等を発足させることである。なお、難しければ勉強会から始めることも一つの方法である。

この段階では、行政の強みである中立性を活かし、各職能団体や地域医療機関のキーパーソンに、在宅医療・介護連携推進事業を議論する場に参加してもらうよう働きかけることが重要である。たとえば横手市では、事業開始直後の約 2 ヶ月の間で、関係部署から総勢 10 名程度の職員が参加し、地域内の医師に直接ヒアリング調査を行って、地域内の課題を抽出しつつ事業への理解を求めるとともに、行政側の本気度も理解してもらう取組を行っていた。また、名古屋市の事例のように、医師会が協議会の事務局となって他の職能団体の取りまとめや情報伝達を進めるケースも見られた。

地域により事情は異なるが、特に医師会において在宅医療・介護連携に意欲を持つキーパーソン（医師）を把握し、協力関係を構築することが、行政の担当者が行うべき一歩目のアクションと考える。方法としては、頻度高く直接対話する機会を設けることの他に、地域の勉強会や医療関係者の懇親会などに積極的に参加して、情報収集を進めていくことなども 14 事例の中で見る事ができた。また自治体立病院を持っている市町村では、その病院内の医師や看護師と協力しながら医師会等と関係性を構築している事例もあった。

普段の医師会等との関係性を前提とした上で、地域の実情にあった協力関係の構築を行うことが重要である。必要に応じて保健所の支援を受けることも選択肢の一つである。

②事業計画の立案

上記①を通じた医師会等との協力関係をベースとして、在宅医療・介護連携事業の方針を協議するための検討会・協議会が運営されることになる。この中では、まず地域におけ

る課題を把握し、現時点で“できること・できないこと”を明らかにすることが求められる。すなわち、予算や人的資源の制約を考慮し、課題に対する施策の優先順位付けを議論することが重要である。たとえば魚沼市では、豪雪地域であるがゆえに冬は在宅・介護サービスを十分に提供できなくなるという実情を踏まえ、まず地域住民が在宅医療・介護サービスを本当に欲しているかを確認するための意識調査から取り組んだ。地域の実情に合わせた優先順位付けが重要であり、これから取組を開始する市町村においては、地理的特性や人口・財政の規模が似た事例も参考にしつつ、優先順位づけを実施すべきと考える。

なお、実施した施策の有効性を評価する手法については、現在、多くの自治体が検討中の状態であった。在宅医療と介護の連携を進めるための指標を目標値として設定している事例は少ない。指標例として「在宅支援診療所の増加数」、「地域包括支援センター等への相談件数」、「在宅看取り率」などが挙げられてはいたが、あくまで検討中の指標にとどまっていた。また、在宅看取り数を増やすことが指標としてふさわしいと思っていない事例も存在した。こういった指標に関する取り扱いについても、そもそも地域ごとに目指す地域包括ケアシステムの絵姿が異なるという点が重要であると考え。ただし、PDCA サイクルを回すためには指標の設定が重要な位置づけを担うので、これから取組を開始する市町村においては、まずは協議会等で施策内容とともに指標案を検討・研究し、地域内での合意を構築することを目指すべきと考える。その際、他地域との情報交換なども行いつつ、地域に合った指標の設定や評価手法の導入を行っていただきたい。

③事業の推進

最後に、③事業の推進として、平成 27 年度から介護保険法の地域支援事業に位置づけられる在宅医療・介護連携推進事業で掲げられている（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握から（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 に類する取組の中で見られた工夫について、14 事例の中から見てとれたものを整理する。

まずは 14 事例の中で、市町村が直接的な実施主体となる事例が多かった取組について述べる。市町村が直接的な実施主体として取り組んでいることが多かったものは、（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握、（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、（カ）医療・介護関係者の研修、（キ）地域住民への普及啓発、（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携の 5 つの取組であった。

特に（キ）地域住民への普及啓発はほぼ全ての市町村が実施主体となっていた。これは、行政の中立性を活かした情報収集や広報、各種イベント・研修会の告知など幅広いネットワークを活用できるためと考える。たとえば熊本市では、市職員と地域の訪問看護師による在宅医療・介護サービスの出張講座の開催や、市内を走る軽軌道交通機関（市電）の中吊り広告を活用した市民啓発といった工夫を行っていた。

また（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討では、①体制の整備の際に医師会等と上手く関係性を構築できた事例が、円滑に協議会等を運営できていた。協議会

の事務局を市町村が担うか医師会等が担うかは事例によって様々であったが、多くの場合で市町村は関係者間の調整役に注力していたと考える。特に介護側の関係者との調整は、事例によっては医師会よりも市町村の方が距離感が近いとため、市町村が主体的に調整している事例が多かった。

以下、本報告書の総括として、上記の（キ）や（イ）を含む各取組について、14 事例の中で多く見られた課題とその対策方法をまとめる。第 2 章にまとめられた各事例の詳細情報とともに参考にしていただき、各市町村で在宅医療・介護連携の推進に係る取組を進めていただければ幸いである。

(ア)地域の医療・介護サービス資源の把握

14 事例にインタビューを行った中では、地域の医療・介護サービス資源を把握する際に直面する課題はほぼ見られなかった。市町村が既に保有するデータを中心として資源マップ等を作成できる場合が多いと考えられる。

一方で、資源マップ等の作成後の課題は 2 つあると考える。1 点目は作成した資源マップ等の更新をいかに効率的に進めるかという点、また 2 点目は作成した資源マップ等をいかにして地域住民に認知してもらうかという点である。

1 点目の課題に対する対応策としては、定期的に情報を更新する仕組みを持つことが重要と考える。たとえば釜石市では、年 1 回、医療機関にアンケート調査を実施して内容を改訂する取組を実施していた。

また 2 点目の課題については、作成した資源マップ等を全戸配布する他、市町村のホームページなど保有する広報ツールに掲載していくことが重要と考える。たとえば横須賀市では、暮らしの便利帳という市の配布物の中に医療資源マップの情報も記載するという工夫を行っていた。

(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

協議の場として協議会を設置・開催することが主要な取組になると思われるが、その際は、まず医療・介護・福祉など多岐にわたる領域の専門職関係者を集めなければならない。当然それぞれの考えが異なってくるので、協議会で実効的な議論を行うためには、事前にそれぞれの問題意識や思いを把握し、関係者間で共有する必要があると出てくる。協議会の初回などでその把握を実施しても良いが、関係者が多数いる場において正直な思いを発言できない場合も考えられる。また、そもそも事務局や座長など議会を運営する側は、協議会を設置する段階から事前に把握しておくことが必須であると考えられる。

この課題に対して市町村が実施する対応策としては、行政という中立的な立場を活かして、関係者の問題意識や思いを個別に吸い上げる機会を設けることだと考える。たとえば横手市では、事業の一番初めに、市職員が 10 人体制で関係者への対面意識調査を実施していた。この取組により問題意識を把握できるとともに、医療・介護関係者において市の積

極姿勢を理解してもらえるとという副次的な効果も有ったと述べていた。

また、このように問題意識を把握した上で協議会を運営していく際に、今度は誰が協議会を主体的に運営していくのかという点で悩むところも多いと考える。この課題に対して、本調査内の14事例の中では、市町村が事務局として調整業務に徹し、座長には郡市医師会の中のキーパーソン（在宅医療を積極的に推進している医師）を据える事例が多いように見受けられた。協議会の設置段階からキーパーソンとなる医師などと頻度の高い事前協議を行いつつ、それ以外は事務局として調整業務に注力することが重要であると考えられる。

(ウ)切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進

この取組について、市町村が中心的な役割を担っている事例は本調査では見受けられなかった。基本的には、医師会等への委託か、もしくは地域内で先行して進められている取組に相乗りしている場合が多いと考える。

こういった実態を前提とした上で、市町村が果たすべき役割や工夫について考えると、まずは（イ）の協議会などの中で、このサービス提供体制づくりを議題として取り上げ、実施主体を明確にする点にあると考える。柏市など、協議会の中で議論が進み、最終的に医師会が中心となって体制構築を行うことが決まった事例は存在する。体制構築をゼロから進める市町村においては、（イ）の協議会の運営とセットで考えていくことが重要であると見る。

また、市町村が実施できるその他の取組として、医療従事者の身体的・精神的な負担を軽減する工夫もあると考える。長期的には若い在宅医・訪問看護師・ヘルパー等の育成が該当すると思われるし、短期的には主治医・副主治医制の確立や、いざという時の受け皿となる後方病床の確保が、医療従事者の負担軽減に役立つであろう。

この内、長期的な視点の取組としては、たとえば横須賀市のように、ベテラン在宅医と新規開業医がセットで在宅医療を行う同行研修などが一例となる。また佐世保市のように、在宅医療を実施することで診療所の経営にどのような影響があるかを解説する勉強会を開催するのも一例である。

なお短期的な視点の取組は、市町村単体で取り組むのは難しい性格のものが多く、医師会等の協力を得なければならないと考える。ただし、たとえば自治体立病院を持っている市町村であれば、病院と市町村が一体となって体制構築に寄与することはできると考える。たとえば南砺市では、市立病院である南砺市民病院が中心となり、患者からの急な呼び出しには病院が運営している訪問看護ステーションが対応するのを基本とすることと、急性増悪の際には南砺市民病院が必ず引き受けるという念書を書いて、地域内の開業医の協力とりつけを実施していた。必要な診療材料を基本的に訪問看護ステーション側で備えて、診療所側で材料を保有する負荷を極力減らすといった工夫も実施していた。

自治体立病院を持っている市町村においては、このような工夫を施して、体制構築に主体的に関与していくこともできると考える。またそうでない市町村においても、医師会や

病院・診療所との協力関係を構築することができれば、同じような趣旨の取組を実施していくことができると考える。

(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

この取組では2段階の課題が存在すると考える。1つは患者情報を共有するためのルールやフォーマットの作成である。そしてもう1つは、作成したフォーマットに基づく情報をICTで共有しようとした場合に、どういったシステム構築・運用を行うかである。

1点目の課題に対する市町村の取組としては、関係職種を集めたWGを開催して、情報共有シート等を作成している事例があった。(イ)の協議会のWG等に位置づけ、市町村が事務局としてWGの開催調整や運営に尽力し、最終的に情報共有シート等をWGのアウトプットとする取組は重要と考える。

これに加えて市町村には、作成された情報共有シート等が関係者の間で幅広く受け入れられるよう、その後の普及促進で力を発揮することも求められる。たとえば柏市では、連携ルールと患者情報共有シートの普及促進のために、協議会の下に設置された試行WG等で利用したり議論したりする機会を設けていた。医療・介護の現場のユーザーが、作られたルール等に触れて意見を出せる機会を作ることも、市町村の重要な役割と考える。

なお2点目の課題、すなわちICTを用いて情報共有を行う際のシステム構築・運用については、本調査で取り上げた14事例の中でも、効果的な解決策を見出せている事例は少なかった。実際、市町村が中心となってICTを導入した事例は少ない。地域内の医師会やNPO法人などが先行導入している事例もいくつか存在したが、それらの既存システムの利用について、費用負担を含めて今後市町村としてどのように関わっていくかは、今後の課題として残っていると見る。

この状況を鑑みると、今後この取組を実施しようとしている市町村では、ICTを焦って導入しようとするのではなく、まずは先述した患者の情報共有ルールの作成に力を入れるべきだと考える。その上で、情報共有を効率化するためにICTを導入しようと考えた場合は、地域内の既存システムの有無や、医療・介護の現場担当者の意向、情報を共有する範囲の設定、さらに初期費用だけでなくランニングコストも含めた費用負担のあり方を総合的に議論・検討し、維持可能なシステムを構築することが重要であると考え。たとえば柏市や名古屋市のように、多数の関係者が参加するWG等の中で望ましいシステムを検討し、その上でクラウド型のシステムを利用するなど費用負担を抑える工夫を行えば、継続的に利用・運営可能なシステムを実現できるのではないかと考える。

(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援

この取組では、在宅医療・介護連携に関する相談についての助言や、関係者間の調整の支援ができるような人材を確保することが必要となる。これについては、市町村の内部で調達することにこだわらず、医師会や関係団体等への委託など外部活用を含めた検討をす

るべきと考える。実際に本調査内の 14 事例でも、市町村が嘱託職員を採用する事例とともに、医師会や関係団体に対して専門的な人材の派遣を依頼する事例が見受けられた。

なお、市町村の既存の人員の中で専門人材を調達できる場合はこの限りではない。たとえば新宿区では、在宅療養相談窓口を設置して、地域包括支援センター（高齢者総合相談センター）と連携しつつ区民や関係者等からの相談に応じているが、その担当人材として、ケアマネの資格を持つ看護師を窓口配置するとともに、地域包括支援センターには医療連携担当の保健師等を配置していた。

(カ)医療・介護関係者の研修

本調査内の 14 事例の中で、研修を実施する際に意識されていた課題は、研修への出席率向上と、研修当日に活発な議論ができるようにするための環境づくりの 2 点であった。

前者の課題に関しては、医療・介護関係者が平日の日中に参加しづらい点を考慮して、研修の開催時刻を昼間から夜間（18 時以降）にすることで出席率が改善されている事例が多く見受けられた。たとえば横手市の『夕暮れ勉強会』は、その名の通り、仕事を終えてから参加可能な夕方 6 時からの開催としていた。また釜石市では、研修会の時間帯を遅くするだけでなく、市民にも公開することで、研修と市民への普及啓発を同時に実施するという工夫もなされていた。なおこれら以外にも、市内で実施されている研修をまず整理し、内容の重複をなくして参加者の負担軽減を意識するなど、様々な工夫が見られた。

一方で後者の課題、すなわち多職種が参加する研修において、専門領域の異なる参加者同士が活発な議論等を行える環境をつくるという課題については、小規模のグループワークの実施、ファシリテーターの設置などで対応している事例が多く見られた。名刺を交換しあう懇親会の開催なども効果的であると考ええる。

(キ)地域住民への普及啓発

既に述べたように、普及啓発については市町村が主体となって取り組んでいる事例が多かった。具体的には、市民啓発の手段として、在宅医療・介護サービスを紹介したパンフレットや行政の情報誌、ケーブルテレビ等の市政広報番組、公共交通機関への広告など幅広いメディアが活用されていた。また、セミナーや講演会、演劇、ナイトスクール、老人会への出前講座など地域住民が直接参加できるイベントの開催も行われていた。

(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

本調査内の 14 事例は、単体で二次医療圏を形成している市が複数含まれていたこともあり、二次医療圏内での関係市区町村の連携について、強い必要性を感じている市町村は少なかった印象である。

ただしその中でも、たとえば佐世保市のように、他の市町村から入院してきた患者の退院について、介護側が求める情報や連絡窓口の共有化を検討し始めようとしている市町村

もあった。また、厚生労働省の平成 26 年度 都道府県医療介護連携調整実証事業（モデル事業）に中部医療圏として関係している臼杵市のような事例もあった。

この取組については、近隣の関係市町村やコアとなる急性期病院との協議とともに、必要に応じて都道府県や保健所との協議を行いながら、検討を進めていくことが重要であると考ええる。

（その他）市町村が担うべき取組

上記 8 種類の取組以外でも、市町村が担うべき役割は多い。具体的には、在宅医療・介護連携事業への関心を地域内の医療・介護関係者に持ってもらうための活動や、行政機関内での連携体制の構築である。

たとえば横須賀市では、既に述べたように、新規開業を検討する医師に対して、ベテラン在宅医との同行研修の場を設けている。在宅医療・介護に係る実施主体を増やすことは全ての市町村が直面する課題であり、積極的に取り組んでいくべきと考ええる。

また、①体制整備とも連動するが、市町村内での連携体制を構築することも重要である。たとえば医療系部署に本事業を所管させたとしても、介護系部署との連携は必須となる。また、将来的には「住まい」に関する部署との連携も必要になってくると言える。庁内での連携体制を整備していくことも、忘れずに仕組みとして整備していく必要があるだろう。たとえば、関係部署が定期的集まって意見交換をする庁内連携会議のようなものを設置するのも一案ではないか。

このように各市町村の担当者は、(ア)～(ク)以外の取組も進めながら、地域の実情に合った在宅医療・介護連携の推進を行っていく必要がある。その推進にあたり、本報告書が一助となることを期待しつつ、総括部分の結びとしたい。