

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

**医療・介護分野における都道府県が行う市町村支援の好事例の収集に
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

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 取組の好事例	6
1. 富山県の取組	7
2. 滋賀県の取組	31
3. 和歌山県の取組	54
4. 大分県の取組	71
5. 鹿児島県の取組	89
6. 秋田県の取組	106
7. 山形県の取組	120
8. 福井県の取組	139
9. 山梨県の取組	157
第3章 総括	177
1. 総括	178

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。

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。

このように地域の実情を把握する市町村が、在宅医療・介護連携の中心となる一方で、都道府県（保健所等）の側にも、市町村を支援するという役割が存在する。地域の医師会との緊密な連携や、市町村のエリアを越えた病院と介護支援専門員（ケアマネジャー、以下「ケアマネ」¹）の連携など、市町村のみで対応することが難しい事項において、都道府県（保健所等）による様々な支援が必要になると考えられる。

この流れに即した形で、たとえば厚生労働省では、平成 26 年度事業として「都道府県医療介護連携調整実証事業」を実施している。同事業は、モデルとなる二次医療圏域を設定し、都道府県（保健所等）の支援のもとで市町村・ケアマネ・病院などが協議しつつ、地域の実情に応じた退院時の情報提供ルール策定等を実証する事業である。このような事業を通じて、平成 27 年度以降における、都道府県（保健等）による市町村支援のあり方検討やノウハウ蓄積が求められていると言える。

1-2 本調査研究の目的

上記のような潮流がある一方で、都道府県（保健所等）による市町村支援のあり方検討については、十分な知見が蓄積されているわけではない。平成 26 年度の上記実証事業も平成 26 年 4 月から約 1 年をかけて進められるものであり、現在進行形でノウハウ等の蓄積が進められているところである。この状況を鑑みれば、都道府県による市町村支援のあり方について、実証事業と並行して既存の好事例を複数収集・分析するなどし、体系的に整理してまとめることは、当該実証事業の成果を補完する意味でも極めて重要な意味を持つと考えられる。

そこで本調査研究では、医療・介護分野における都道府県（保健所等）による市町村支援の好事例を収集し、各事例の詳細な実態（課題や苦労話も含む）を把握して、今後のあり方につながる示唆をまとめることを目的とする。なお分野としては、在宅医療・介護連携および病院・介護支援専門員連携を対象とする。

¹ ただし、事業名などについては「ケアマネジャー」と表記する。

2. 調査手法

2-1 調査手法

本調査研究では大きく分けて下記2タスクを実施した。なお、報告書を取りまとめる際に、調査対象となった各県担当者等との間で内容の相互チェックを行い、内容面に齟齬が出ないように工夫した。

1. 都道府県による市町村支援の好事例に関するプレ調査の実施

- 都道府県による市町村支援の好事例を、文献やWebを中心とした公開情報を対象に調査した。
- 並行して全国保健所長会の協力を仰ぎ、情報交換の実施や助言の提供を求めた。
- 厚生労働省による平成26年度 都道府県医療介護連携調整実証事業でモデル事業として実施された事例等を調査した。
- 上記のモデル事業内で蓄積されたノウハウやデータを分析するために、同事業内で実施される全体会議等にオブザーバーとして参加し、現場における各参加者の思考や温度を実感できるよう配慮した。

2. ヒアリング調査の実施

- プレ調査結果を基に、厚生労働省 老健局 老人保健課の担当者との議論や、全国保健所長会からの助言を踏まえながら、事例の詳細を聞き出すヒアリング調査を実施した。
- 事例の偏りを避けるために、平成26年度のモデル事業にこだわらず、広く様々な事例にヒアリングができるように事例を抽出した。結果として、次節に述べるように9県にヒアリング調査を行うことができた。
- なおヒアリング調査では、都道府県・保健所・市町村等の担当者から多角的に情報を収集できるように、1事例（=1都道府県）の中で、県・保健所を中心に複数主体へヒアリング調査を行えるよう配慮して調整した。

2-2 調査概要

平成26年6月～7月にかけてプレ調査を実施した。その後、8月～9月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9月～11月にかけてヒアリング調査を実施した。

以下、ヒアリング調査を行った下記9県の事例を紹介する。なお、平成26年度のモデル事業に関係している5県を先に、それ以外の4県を後に紹介する。

調査対象とした9県とヒアリング調査実施時期（括弧内）

1. 富山県 （平成26年10月7日）
2. 滋賀県 （平成26年11月7日）
3. 和歌山県 （平成26年10月28日～29日）
4. 大分県 （平成26年9月26日）
5. 鹿児島県 （平成26年11月10日）
6. 秋田県 （平成26年10月22日）

7. 山形県 (平成 26 年 10 月 22 日～23 日)
8. 福井県 (平成 26 年 10 月 1 日～2 日)
9. 山梨県 (平成 26 年 9 月 26 日)

第2章

取組の好事例

1. 富山県の取組

1-1 取り組んだ背景

平成 25 年 3 月改定の富山県医療計画によると、富山県は平成 10 年をピークに人口の減少傾向が続いており、平成 23 年 10 月 1 日時点の人口は 1,088,409 人となっている。平成 23 年の高齢化率は 26.3%であり、全国平均の 23.3%より 3.0 ポイント高くなっているなど、高齢化が進んでいる県となっている。

この富山県における、在宅医療を巡る現状が同医療計画内にまとめられている。まず在宅療養患者数は、平成 21 年 7 月時点で 3,577 人おり、うち 80.9%にあたる 2,877 人が 75 歳以上である。在宅療養開始のきっかけは「通院が困難となった」が 52.6%であり、「病院からの退院」が 29.6%である。また、在宅療養の期間は「2 年以上」が 49.9%と半数を占め、次いで「1 年以上 2 年未満」が 15.6%となっている。

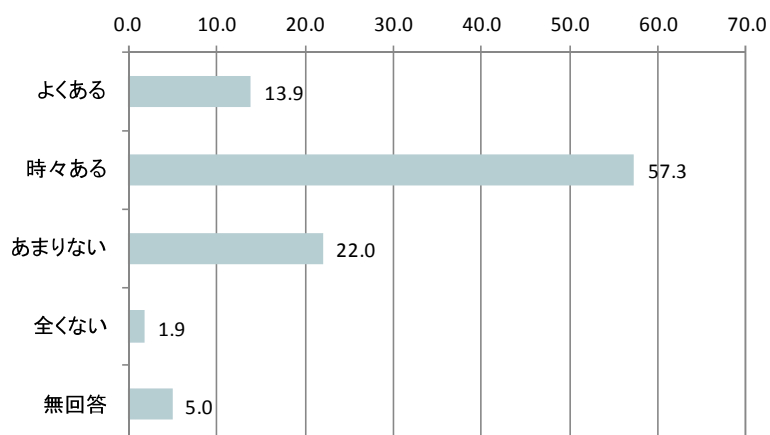
一方で県民の意識等に目を向けると、平成 24 年 2 月に実施された県民向けの意識調査では、今後充実すべき医療分野として、小児医療（59.2%）・救急医療（37.4%）に次ぐ 3 番手に在宅医療（36.1%）が位置している。また、平成 24 年 3 月に実施された富山県医療機関管理者意識調査では、在宅医療を推進するために「往診・訪問診療・訪問看護の充実」や「急性増悪など緊急時に対応できる体制の確保（再入院時の病床確保など）」が必要であるという回答が上位を占めている。

在宅医療の提供体制としては、平成 23 年 10 月時点で、退院支援担当者を配置している病院数は 33 施設となっており、人口 10 万人当たりでは 3.0 施設と、全国の平均値（2.5 施設）よりも高くなっている。また訪問診療を行っている診療所数も、同時点で 212 施設あり、人口 10 万人当たりでは 19.4 施設で、こちらも全国の平均値（15.6 施設）より高い。「在宅主治医のグループ化」を通じて、平成 25 年 3 月時点で 15 グループ・188 名の医師が参加するなど、在宅医療の 24 時間体制の確保も進んでいる。

このような現状を前提とした、富山県における医療介護連携の課題は、県担当者へのインタビュー等によれば「多職種間の相互理解や目的の共有が困難な点」である。中でも、ケアマネと医師との連携については、介護保険制度が始まった当初から指摘されていた問題であった。さらに、病院から患者がいつの間にか退院していた、といった事例が地域に多く潜在するなど、病院とケアマネとの連携のあり方にも問題が山積していた。

こうした医療介護連携の課題を明確にすべく、平成 23 年度には、富山県介護支援専門員協会に調査委託をして「医療と介護のケアマネジメントに関する実態報告書」をとりまとめた。同報告書内では、かかりつけ医や病院（主治医）と連携する際のケアマネの困りごととして、「医師との連携」に関する声が多く出された。具体的には「電話ができない」「病院へ出向いても待たされる」「窓口が分からない」といった声が上がっていた。

図表 1 ケアマネへの質問：医療機関から利用者の情報を得る際、「連携が図れない、連携が図りにくい」と感じたことがありますか。(1つだけ, N=901)



出所)「医療と介護のケアマネジメントに関する実態報告書」より (平成 24 年 3 月)

1-2 取り組んだ目的

上記の問題意識を背景として、富山県が医療介護連携に関する本格的な事業実施に着手したのは平成 21 年度からである。

富山県が作成した「在宅医療・訪問看護推進のこれまでの取組と 2025 年に向けた方向性」によると、施策の方向性として大きく分けて以下の 4 つの目的が示されている。これらの中から、特に医療介護連携に関係する主だった事業について 1-3 で述べることとする。

在宅医療・訪問看護推進に向けた課題・施策の方向 (目的)

1. 在宅医療の推進・普及啓発
2. 在宅医療のネットワークづくり
3. サービス基盤の確保と機能強化
4. 人材確保／資質向上

なお、医療介護連携の促進に向けた各事業に関する定量的な目標値の設定について訊ねたところ、設定は困難という回答を得た。そもそも医療介護連携の評価指標が明らかになっていない現状の中では、定量的な設定は難しいとのことである。県担当者にインタビューを実施した平成 26 年 10 月時点では、厚生労働省による平成 26 年度 都道府県医療介護連携調整実証事業 (モデル事業) への参加を通じた「退院調整漏れ率」を参考指標としていた²。

² 平成 25 年 3 月改定の富山県医療計画の中では、在宅医療に関する数値目標として、「在宅医療機関と入院医療機関による退院時カンファレンス開催件数」や「訪問診療を行って

1-3 取り組んだ内容（富山県）

（1）事業の全体像や体制・予算

前述した 4 つの目的に沿う形で、富山県として次表のような取組を実施している。詳細は次の（2）で後述するとして、これら取組を推進する体制や予算について先に述べる。

図表 2 富山県における在宅医療・訪問看護推進のこれまでの主な取組

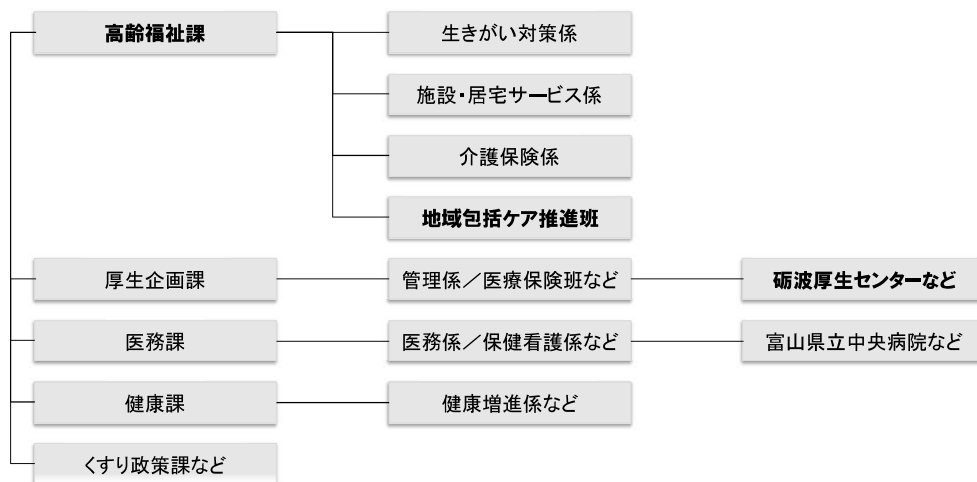
施策の方向（目的）	これまでの主な取組
在宅医療の推進・普及啓発	・在宅医療推進県民フォーラム（平成 24 年度～） など
在宅医療のネットワークづくり	・在宅医療事例研修会（平成 21 年度～） ・在宅医療支援センター支援事業（平成 22 年度～） ・在宅医療多職種連携体制促進事業（平成 25 年度～27 年度） ・都道府県医療介護連携調整実証事業（砺波医療圏）（平成 26 年度～） など
サービス基盤の確保と機能強化	・訪問看護支援強化事業（平成 22 年度～） ・訪問看護ステーション設備整備補助事業 など
人材確保／資質向上	・ケアマネジャー在宅医療研修（平成 21 年度～） ・在宅医療ターミナルケア介護支援対策事業（平成 26 年度～） など

出所）富山県資料より NRI 作成

これらの医療介護連携に関連した施策、すなわち地域包括ケアシステムの構築を目指す施策の担当部署は、富山県 厚生部 高齢福祉課である。高齢福祉課は在宅医療に関する施策も担当している。なお厚生部の中には、砺波厚生センターなどの保健所を所管する厚生企画課や、富山県医療計画や富山県立中央病院を所管している医務課などが存在する。本報告書に関連する部署を中心に整理した組織図を次に示す。

いる診療所」などが指標として設定されているが、「(人口 10 万対) 訪問看護ステーション数」を現状の 3.6 事業所から平成 29 年度には 4.5 事業所へと増やすという目標設定以外は、全て「増加」という表現に留められている。

図表 3 厚生部の組織図（平成 26 年度，本報告書に關係する部署を中心に整理）



出所）富山県ホームページより NRI 作成

平成 26 年度には、地域包括ケアシステム構築に向けた体制強化として、新たに「地域包括ケア推進班」を新設した。それまでの高齢福祉課は「生きがい対策係（5 名）」「福祉係（7 名）」「介護保険係（6 名）」の 2 係 1 班という体制だったが、地域包括ケア推進班の新設に伴い、「生きがい対策係（4 名）」「施設・居宅サービス係（5 名）」「介護保険係（4 名）」「地域包括ケア推進班（6 名）」の 3 係 1 班へと再編された。再編のイメージを次図に示す。

図表 4 高齢福祉課の再編（平成 26 年度）

平成25年度まで		平成26年度から	
組織	担当内容	組織	担当内容
生きがい対策係 (5名)	<ul style="list-style-type: none"> ・元気高齢者 ・社会福祉法人 ・施設サービス ・総務 など 	生きがい対策係 (4名)	<ul style="list-style-type: none"> ・元気高齢者 ・社会福祉法人 ・総務 など
福祉係 (7名)	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス ・地域支援事業 ・高齢者虐待・権利擁護 ・認知症関係 ・住まい ・訪問看護関係 など 	施設・居宅サービス係 (5名)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設サービス ・居宅サービス
介護保険係 (6名)	<ul style="list-style-type: none"> ・計画策定、制度総括 ・ケアマネ関係(研修、試験) ・介護保険財政、給付適正化 ・要介護認定関係、審査会 ・在宅医療・介護連携 など 	介護保険係 (4名)	<ul style="list-style-type: none"> ・計画策定、制度総括 ・ケアマネ関係(研修、試験) ・介護保険財政、給付適正化 ・要介護認定関係、審査会 など
		地域包括ケア推進班 (6名)	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携 ・訪問看護関係 ・介護予防 ・生活支援 ・認知症関係 ・住まい ・その他地域支援事業 ・高齢者虐待・権利擁護 など

出所）富山県資料より NRI 作成

地域包括ケア推進班には、班長を含めて6名が所属している。うち2名は保健師である。また、ケアマネの研修関係は介護保険係の保健師1名が担当しており、高齢福祉課全体としては保健師3名の体制となっている。

同課ではこれまでも県内の各厚生センター（4本所・4支所）と一体的に在宅医療の推進に努めてきたが、平成27年度以降、在宅医療・介護連携に係る事業が市町村事業に位置付けられることから、平成26年7月末に、市町村が在宅医療・介護連携の推進において取り組むべき8項目を、工程表の形で市町村および県厚生センター（保健所）に提示している（次図参照）。在宅医療・介護連携の実現に向けた取組は厚生センター（保健所）が市町村を支援しながら推進するという体制の下で、事業の全体像を示すことが県の役割であるという明確な立場をとっていると言える。

なお、各取組の財源は、県単事業（地方単独事業）として独自に実施されているものや、地域医療再生基金を利用した事業が多い。個別の取組の予算額については、次章の具体的な取組の解説の中で触れる。

(2) 県が実施した主な取組の紹介

以下、富山県が実施した主な取組について紹介する。なお、取組の整理に当たっては、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、本報告書における富山県以外の事例についても同様である。また各項目で「ー」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。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

在宅医療資源および介護サービス資源の把握や、医療・介護資源マップやリストの作成については、介護サービス資源は県全体としての把握を行うとともに、在宅医療資源は富山県在宅医療実施状況調査や開業医グループの活動調査等により把握し、その結果を公表している。

今後は、市町村が主体的に取り組むことができるようこれまで、県（本庁）や厚生センターが把握している資料等を提供しながら市町村格差が生じないよう支援したいと認識している。

実施方法

ー

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

ー

(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

富山県の事業として、平成 20 年に、医療・介護の関係者で構成する「富山県あんしん在宅医療・訪問看護推進会議」を設置し、課題の抽出とその対応を検討するとともに、『在宅医療事例研修会』を平成 21 年度から開始した。この研修会は、多職種連携のための顔の見える関係づくりを目指した事業であり、富山県内の厚生センター（保健所）単位で実施している。医師・歯科医師・保健師・看護師・薬剤師・リハビリテーション専門職・ケアマネ・ヘルパー・ソーシャルワーカー・事務職などの多職種が参加して、各回のテーマに沿った事例を紹介して議論を行う場である。平成 25 年度にはのべ 19 回の研修会が実施され 1,046 人が参加している。

実施方法

各厚生センター（主に二次医療圏）単位で多職種を集めて開催する。回数を重ねる中で顔の見える関係ができてきた結果、自主的な勉強会が開かれるようになってい

る。またワールドカフェ形式の導入なども行っている。

財源は県単独事業であり、平成 26 年度は約 100 万円の予算で実施している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

富山県としては、県内のどの地域においても多職種間の相互理解が進んで欲しいと考えており、県の事業として平成 27 年度も継続させる予定である。平成 27 年度以降は新たな財政支援制度（以下、「新基金」と呼ぶ）の利用も視野に入れた検討を行っている。

本事業は、医療計画の推進主体である厚生センターが主体的に関与しながら市町村を支援していくことが重要である。多額の予算も必要ないと考えている。

(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

開業医が 1 人で 24 時間 365 日対応することには困難が伴うことから、県では、厚生センターの協力を得て、平成 21 年度から開業医同士の連携・グループ化を推進してきた。また、後述する在宅医療支援センターへの補助などを通じて、各グループの活動支援等在宅医療・介護サービス提供体制の構築をすすめている。現在、15 のグループが設立されているが、連携内容は様々であり、今後一層の連携強化が期待される。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

富山県の事業として、平成 25 年度～27 年度（予定）にかけて『在宅医療多職種連携体制促進事業』を実施している。これは、在宅医療・介護サービス等の情報共有に関する取組みが他の地区と比べて若干遅れている 3 地域（高岡・氷見・小矢部）を対象として、ICT ツールの導入を支援する事業である。

実施方法

財源として地域医療再生基金を用いて、3 カ年をかけて ICT ツールの試験導入と評価を行う。具体的には、導入可能なシステムを選定して、平成 25 年度に試験、平成 26 年度に導入、平成 27 年度に評価するという予定である。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

ICT ツールが全ての解決策ではないが、連携を活発化していくために、システムの導入をきっかけとして支援しようという事業である。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

富山県の事業として、平成 22 年度から『在宅医療支援センター支援事業』を実施している。これは、富山県内の郡市医師会（※全部で 11 医師会あるが、新川地区のみ 2 地区で 1 支援センターなので、支援センターの総数は 10 か所である）に補助し、各地区で在宅医療支援センター事業を運営してもらう事業である。同センターでは、開業医グループ等の活動支援や患者情報の共有支援、関係者研修会、市民公開講座等を行う。

実施方法

平成 22 年度は別財源だが、平成 23 年度以降は地域医療再生基金を財源として事業を実施している。平成 26 年度は、年 2400 万円の予算を県内の 4 医療圏で分け合い、さらに各医療圏内の郡市医師会が人口等に応じた按分を受ける形で事業を実施している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

富山県は、本事業で支援を行っている在宅医療支援センターについて、平成 27 年度以降の地域支援事業内の在宅医療・介護連携に関する相談支援を担う位置付けにあると見ている。今後、県と市町村の事業調整を図りながら、各市町村が自立して事業実施できるように支援をすることが重要であると見ている。

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

富山県の事業として、まず『ケアマネジャー在宅医療研修』を平成 21 年度から開始している。これは福祉職出身のケアマネの在宅医療の理解を促進する事業のひとつであり、ケアマネが在宅医療現場に同行する研修である。県下全域を対象とした本事業は平成 26 年度まで継続実施されており、平成 25 年度には、ケアマネ 58 名が参加している。なお、主任ケアマネに限定した『主任ケアマネジャー医療介護連携研修事業』が平成 24 年度に追加され、平成 25 年度には主任ケアマネ 19 名が参加している。

そもそも県はケアマネが在宅医療・介護連携の要と考えており、平成 26 年度からは『在宅医療ターミナルケア介護支援対策事業』も開始している。ターミナルケアでは、難しい事例が多い。そのため、本事業を通じて、ターミナル期を支援するケアマネとしての手引書を作ることにしている。

また、病院職員を対象とした退院支援研修事業として、平成 24 年度～26 年度の 3 かにわたり、新川厚生センターの独自事業として病院合同の研修会を実施している。同地区には 3 つの公的病院があるが、各病院の地域医療連携室だけでは退院調整が困難な点を問題視し、病棟や外来の看護職員を含めた当該研修会を実施している。

実施方法

上記のうち『在宅医療ターミナルケア介護支援対策事業』は、富山県のケアマネ協会に委託して事業を進めている。医師を含めターミナルケアに関わる約 10 人の委員で議論を進めており、年度末までに手引書が完成する予定である。なお、平成 27 年度は同手引書の周知フェーズに入るので、『ケアマネジャー在宅医療研修』の中で、教材として利用する予定である。

また、『病院職員を対象とした退院支援研修会』では、対象となる 3 つの公的病院が持ちまわって実施する仕組みとしている（平成 24 年度～26 年度の 3 カ年）。ケアマネと病棟看護師長がコミュニケーションをとる会合や、3 病院の地域医療連携室職員の連絡会議、さらには事例検討会等も開催している。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

在宅医療ターミナルケア介護支援対策事業で作成した手引書の周知のために、在宅医療研修の場を利用する（予定）など、各事業の整合がとれる形での推進ができていく。こういった事業を通じたケアマネの資質向上は県の役割と考えており、目的や事業内容が明瞭である。

また新川地区での退院支援研修会は、現状では公的病院しか巻き込めていないが、同地区では退院患者の半数以上が公的病院からの退院であるため、一定の効果が出ていると考えられている。今後は民間の医療機関も巻き込んでいくことが課題としている。

なお、平成 26 年 9 月から、『在宅医療事例研修会』の事業名を『退院支援・在宅医療事例研修会』と変更している。実施内容に変更は無いが、富山県として各厚生センター(保健所)が退院支援の体制づくりに関与している実態を事業名に反映したものである。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

富山県の事業として、在宅医療推進シンポジウム（平成 20 年度～23 年度）や、在宅医療推進県民フォーラム（平成 24 年度以降）を実施している。後者は医療・介護関係者に加えて県民を対象としたフォーラムであり、平成 25 年 11 月 24 日に実施したフォーラムには 380 人の参加があった。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

—

(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

砺波医療圏では、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）を実施している。詳細は砺波厚生センターの取組内で詳述する。その他の厚生センターでは、取組に差はあるものの、二次医療圏内で必要な連携・調整等を実施している。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

—

以上が富山県における主な取組の紹介である。次節 1-4 では、上記の富山県の取組を踏まえて、保健所（砺波厚生センター）がどのような取組を行ったかについて解説する。また、こうした富山県および砺波厚生センターの支援や事業が行われる中で、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体である市町村がどのような取組を行っているかについても、簡単に述べる³。

1-4 具体的な取組事例（砺波厚生センターによる事業実施例）

（1）取り組んだ背景・目的

砺波厚生センターが管轄する富山県砺波医療圏は、砺波市・南砺市・小矢部市の 3 市からなる医療圏である。3 市合わせて 13 万 2878 人（平成 25 年 10 月 1 日時点）で、その高齢化率は 30.7%となっている。介護保険は 3 市共同で運営されており、医療圏の範囲と同一である。一般病床を有する病院は 5 カ所あり、市立砺波総合病院（514 床）が医療圏の中核医療機関となっている。近隣には公立病院である南砺市民病院や公立南砺中央病院などがあり、地域の医療提供主体となっている。また地域包括支援センターと訪問看護ステーションは各市に 1 カ所ずつ設置されている。

³ 管内の市町村のうち、南砺市における在宅医療・介護連携推進事業に関連した取組の詳細については、平成 26 年度老人保健事業推進費補助金事業「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 年 1 月）を参照のこと。

図表 6 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

医療圏内の完結率に着目すると、市立砺波総合病院を中核病院とした医療圏内の完結率は約 86%とかなり高い。砺波医療圏内で大半の患者に対応できている点がひとつの特徴であり、だからこそ砺波医療圏内での医療・介護連携をいかに実現していくかが重要である。

医療・介護連携の実現について、砺波厚生センター所長は、市町村と保健所の連携が重要であると述べている。保健所は、二次医療圏医療計画・立入検査・医療安全相談・医療従事者免許事務・医療統計事務等の医療関連業務のほか、難病や精神保健（認知症含む）対策などを保有しており、市町村にはない特性がある⁴。また、がん診療連携拠点病院や認知症患者医療センター等の政策医療は二次医療圏ごとで、市町村域を超えた広域的な取組が行われている。そのため、医療・介護連携の実現に向けては、市町村と保健所が連携することが大事であると考え、積極的な支援を実施している。

なお、取組に先立った定量的な目標値は特に設定されていなかったが、一方で定量指標を用いた PDCA サイクルの実施は強く意識されていた。医療計画作成支援データブックを用いて主な在宅医療関連指標（在宅療養支援診療所数や在宅患者訪問診療算定数など）を抽出し、全国平均や富山県平均と比較しながら取組を進めている。

⁴ 厚生労働省の平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 総括報告書の中にも、保健所が実施している医療計画の推進・難病対策・地域リハビリテーション対策・がん緩和ケア対策・認知症対策・介護予防対策の実績が評価されており、地域の関係機関・団体に働きかけやすい点や、これまでの技術的なノウハウの蓄積がある点から、市町村を超えた広域での調整や支援において、保健所が積極的に関与することが期待されている。

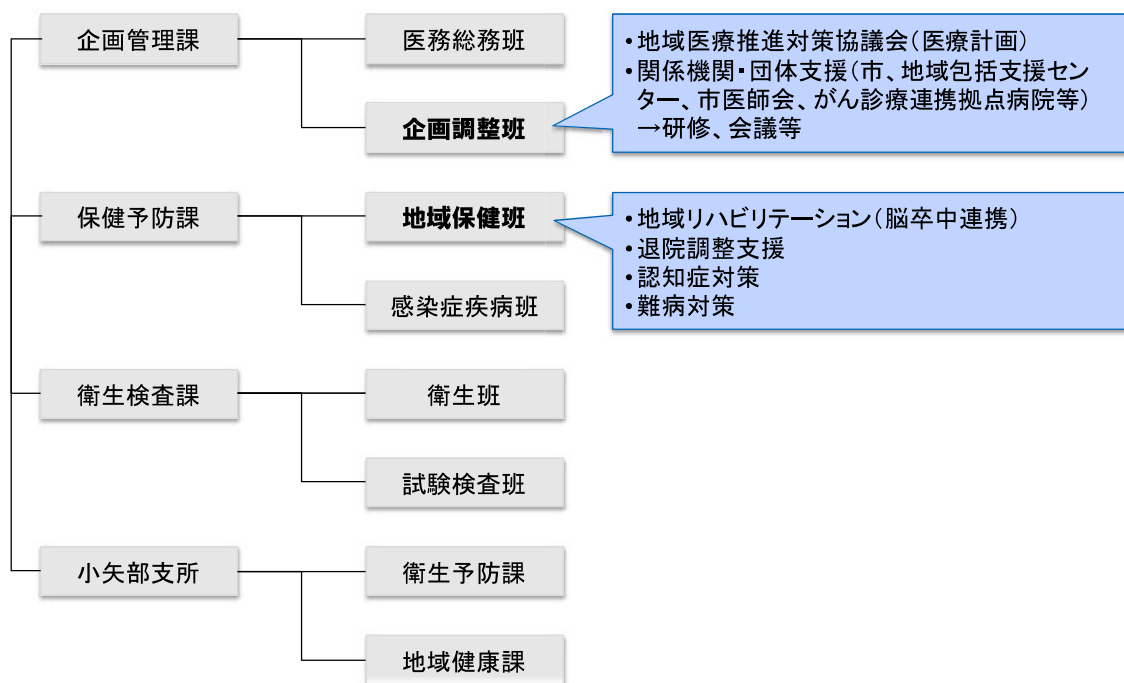
(2) 取り組んだ内容

まずは砺波厚生センターの体制について解説する。砺波厚生センターで医療介護連携や地域包括ケアに対応しているのは主に2班である。

うち1班は企画管理課の下にある「企画調整班」である。同班は関連事業の企画に関するヘッドであり、班長は保健師が担っている。班長を含めた保健師2名・管理栄養士1名・事務1名の計4名から組織されており、事業の企画とともに、地域医療推進対策協議会や関係機関における研修・会議等の事務局を担っている。看護職間の連携ネットワークの重要性を鑑み、各市の保健センターや地域包括支援センター等の保健師の間で総合調整をする役割を、保健所の保健師が担うことを目指している。たとえば地域包括支援センターの保健師には、保健センターや他の地域包括支援センターで何をやっているか分からないケースも多い。そういった状況を打破するための総合調整役が、保健所の保健師の役割であると認識している。

この企画調整班とは別のもう1班は、保健予防課⁵の下にある「地域保健班」である。地域保健班は、地域リハビリテーション（脳卒中連携）・退院調整支援・認知症対策・難病対策の各事業の推進を担当しており、保健師5名と管理栄養士1名が所属している。各事業にそれぞれ主担当を置いているが、それとは別の視点で、地区担当も設定している。事業×地区の観点から、関係する担当者が事業推進に携わることになる。

図表 7 砺波厚生センターの組織と担当



出所) 砺波厚生センター資料より NRI 作成

⁵ 保健予防課の課長は保健師である。

各事業の主な財源は県の地域医療再生基金や国庫補助である。富山県の取組で紹介したように、たとえば平成 24 年度から富山県が地域医療再生基金を使って、各医師会に在宅医療支援センター支援事業を委託している。委託された医師会の事務局機能を補完する形で、保健所が支援業務を担っている状態である。

以下、砺波厚生センターが実施した主な取組について紹介する。なお取組の整理方針や注意点については、富山県の取組について整理した前節と同様である。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

医療計画作成支援データブックを用いて在宅医療関連指標を一覧表化し、全国平均・富山県平均と比較して、各市の状況がどの位置にあるか分かるようにした。

また地域リハビリテーション推進事業の一環で、県単独事業として、地域リハビリテーション支援ガイド・実施機関紹介ガイドを作成・公表⁶した。

実施方法

地域リハビリテーション支援ガイド・実施機関紹介ガイドは、砺波厚生センターが事務局を担った砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会の中で検討・作成し、定期的に更新している。各市医師会長、各公的病院長、訪問看護ステーション連絡協議会代表、居宅介護支援事業者連絡協議会長、ホームヘルパー連絡協議会長、建築士会代表など計 20 名からなる会議体として開催し、地域連携パス（急性期～生活期）の推進を図っている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

医療計画作成支援データブックの活用などを視野に入れることが重要と考えている。特に中小の自治体ほど、医療・介護サービス資源は二次医療圏域単位で把握すべきであり、そのために保健所や県が支援できることがあればすべきであると考えている。また、平成 26 年度からスタートした病床機能報告制度では、報告項目に在宅医療関連項目が多く、今後の地域医療構想においてデータ分析を踏まえた検討が重要と認識している。

⁶ <http://www.pref.toyama.jp/branches/1273/hoken/rehagmain.htm>

図表 8 在宅医療関連指標の例（人口 10 万対，平成 22 年）

指標名	全国	富山県	砺波医療圏		
			砺波市	小矢部市	南砺市
在宅療養支援診療所	10.2	4.0	4.0		3.7
在宅療養支援歯科診療所	3.2	1.0		3.1	1.8
24時間体制訪問看護S従事者		9.9	10.1		25.6
訪問薬剤管理指導届出施設	32.4	29.4	26.3	24.9	25.6
訪問指導実績のある薬局		3.3	2.0		3.7
短期入所療養介護施設		8.9	16.2	12.5	9.1
看取り介護体制加算の特養		5.4	4.1	6.4	7.5
在宅患者訪問診療料算定	2234.1	1945.9	1568.3		
在宅患者訪問看護指導料算定	285.3	430.9	138.8		
往診料算定	604.5	666.3	709.2		
在宅末期医療総合診療料届出施設	9.0	2.9	2.2		
脳卒中地域連携診療計画料算定	15.5	19.4	0.7		
かかりつけ医認知症研修累積修了		22.0	15.6		

※数値指標は本庁担当課等から入手、在宅医療は各市ごとの比較評価(可能なもの) 10

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

(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

富山県の取組で触れたように、県（保健所）の事業として、多職種連携のための顔の見える関係づくりを目指した『在宅医療事例研修会』を実施している。たとえば砺波厚生センターの管内である小矢部市では、小矢部市多職種合同事例検討会を年間 5 回実施しており、砺波厚生センター小矢部支所が企画・運営に参加している。

実施方法

当日の基本構成は 4 つある。

1.事例紹介では、出席した看護師・薬剤師・ケアマネ・ソーシャルワーカー等から、その日のテーマに沿った事例の紹介が為される。続いて 2.グループワークで、5～8 人程度の多職種混合のグループをつくり、事例を通じた課題の抽出や、同様事例への今後の対応について小規模単位でのディスカッションを行う。また、3.講義・質疑応答でテーマに沿った外部講師等を招いて講義を受け、最後に 4.連絡事項として、参加した各事業所のイベント等の連絡や紹介を行う。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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 26 年 2 月 16 日に、砺波市と砺波医師会主催で『砺波市在宅医療・介護連携推進研修会』が開催された。共催者として、砺波厚生センターも参加・支援した。

実施方法

当日プログラムの一つであるパネルディスカッションに、座長として砺波厚生センター所長が参加した。砺波医師会・全砺薬剤師会・砺波市歯科医師会・市立砺波総合病院看護部・砺波地方居宅介護事業者連絡協議会長をパネラーに迎え、在宅医療のシステム化に向けた検討を行った。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

在宅医療のシステム化には、「医師グループ化(主治医・副主治医)」「多職種によるチーム」「退院前からの連携」「緊急時のバックアップ」「対応方針とタイムリーな情報共有」が重要であり、厚生センターが推進する、医療計画を通じた在宅医療対策、地域リハビリテーション対策、認知症対策、がん緩和ケア対策、難病対策など、各種事業による継続的な取組が重要である。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

砺波厚生センターとして、地域リハビリテーション対策の中で地域連携パスを作成した。また、維持期スタッフやケアマネに対する基本的な研修として、平成 24 年度から『地域連携パス研修会』も開催している。

実施方法

平成 26 年 3 月 24 日に開催した砺波圏域脳卒中地域連携パス研修会では、砺波総合病院を会場として、砺波厚生センター所長が「医療法、介護保険法の改正と急性期から維持期(生活期)の医療連携」と題したミニ講義を実施するなど、保健所として関わるようにしている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

砺波医療圏内で、メールリストを活用した情報共有など ICT を用いた効率化も一部実施されているが、それ以外に目立った ICT 利用ができていない。今後の課題として見ており、多職種研修では在宅医療・介護 ICT 連携に関しても先進事例を紹介し、話題として取りあげるようにしている。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

富山県の取組で触れた通り、県の事業として『在宅医療支援センター支援事業』が管内の郡市医師会に委託されており、医師会の事務局機能を補完する形で、砺波厚生

センターが支援をしている。具体的には、多職種グループワークに係る企画・運営、各職能団体への働きかけ等のほか、支援センターが実施する各種研修、会議に参加・協力している。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

平成 24 年度の厚生労働省 在宅医療連携拠点事業の中で、事業実施主体となった医療法人ナラティブホーム（砺波市）が、平成 25 年 2 月に『砺波市在宅医療・ケアリーダー研修会』を実施した。この中で、砺波市・砺波医師会・砺波厚生センターが共催する形での支援を実行した。

実施方法

研修の実施主体はナラティブホームだが、砺波厚生センターの保健師が企画段階から研修会実行委員会に参画して支援を行った。また砺波厚生センター所長が、医師会長・歯科医師会長・薬剤師会長に協力要請をしている。

当日は、ワールドカフェ形式で小規模のグループワークを実施し、互いの顔が見える関係づくりにつなげた。なお、平成 24 年度は拠点事業を財源として実施したが、平成 25 年度以降は地域医療再生基金を財源として、砺波医師会が富山県から委託を受ける形で研修を実施している。砺波厚生センターも継続して協力をしている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

平成 24 年度は砺波市・砺波医師会との共催になったが、これによって保健所の価値を理解してもらえたと認識している。当初は「保健所はあてにしていない」とも言われていたが、その認識が変わり、その後のシンポジウム開催等につながっている。平成 24 年度の拠点事業をきっかけとして、市・医師会・保健所が協力関係を作ることができたのが、その後の活動につながったと見ている。

また当日の開催手法としては、参加者の主体性を引き出し、コミュニケーションを促進するため、ワールドカフェ形式などを用いて小規模のグループワークで行うことが重要であると見ている。

砺波厚生センターでは、がん診療連携拠点病院である市立砺波総合病院との協働による「在宅がん緩和ケア事例研修」や、認知症疾患医療センターである北陸病院との協働による「認知症事例研修」においてもワールドカフェ方式を採用している。

図表 9 砺波市在宅医療・ケアリーダー研修会の風景（平成 25 年 2 月）



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

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

砺波市の事業として、平成 26 年 8 月 30 日に住民向けの『砺波市福祉健康大会シンポジウム～もうひとつ上の医療、介護を目指す』が開催された。シンポジストは市立砺波総合病院長・砺波市医師会長・砺波市長だったが、コーディネーターとして砺波厚生センター所長が参加・支援した。地域住民約 900 名の参加があり、24 時間の訪問看護、在宅麻薬管理、緊急時の病院受入れ等の実態を知らせ、好評であった。

また、似た趣旨のイベントである南砺市地域リハビリテーションフォーラム（平成 26 年 3 月 8 日）でも、砺波厚生センターが後援した。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。テーマは認知症ケアであり、地域包括支援センターによる初期集中支援チーム、社会福祉協議会によるケアネット、南砺市民病院もの忘れ外来等の PR を行った。

実施方法

各市が実施している住民向け普及啓発イベントに協力する形で、砺波厚生センターが関与している。砺波市のシンポジウムではコーディネーター役を所長が担った。また南砺市のフォーラムでは、砺波厚生センターの保健師がパネルディスカッションで登壇して、南砺市民病院の院長とともに議論を行うなどした。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

住民への普及啓発はそもそも市の役割と認識している。住民は在宅医療について誤解をしているケースが多いが、独居世帯でも在宅医療は受けられるし、いざという時には病院で治療を受けられるという認識を正しく持ってもらうことが重要である。

こうした普及啓発に向けて、地域内の保健衛生を担う保健所が後援することは当然のことであると見ている。特に地域包括ケアに重要な認知症対策では、精神保健対策として保健所が日常の事業として携わっていることもあり、積極的な関与をすべき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

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）に砺波医療圏として参加した。主な取組は「戦略会議」「病院の組織化」「ケアマネの組織化」である。それぞれの実施方法について次項に記す。

実施方法

主な取組のうち「戦略会議」では、公的病院地域医療連携室連絡会を組織し、厚生センターが参画して圏域の中核病院である市立砺波総合病院において隔月開催をしている。各病院内での退院支援状況を把握し、退院支援調整の進め方について協議をした。「病院の組織化」では、5月に各公的病院や医師会へ個別説明と協力要請をしたのち、6月に管内病院看護部長会議を開催し、各病院内での退院支援ルールの確認を要請することから始めた。また「ケアマネの組織化」では、居宅介護支援事業者連絡協議会を7月に開催し、退院調整漏れ実態調査の協力を要請した。

7月に調査した退院調整漏れ率では、県全体で退院調整漏れが 23.3%であったのに対し、砺波医療圏では 17.5%と低い水準にあった。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

病院の組織化において、二次医療圏内の一般病床、療養病床を有する 14 病院全てが参加した点が重要である。病院を全て巻き込めるのは、日常から関係性を作っている保健所が関与することの価値であると思われる。特に看護職同士の連携は保健所保健師に期待するところが多い。

また介護側でもケアマネ協議会や地域包括支援センターを巻き込み、退院前からの医療介護連携を推進することができた。

図表 10 会議風景（平成 26 年 10 月）



出所) 砺波厚生センター提供資料

1-5 取組の成果

本節では、前出の富山県および砺波厚生センターによる取組の成果について、各主体がどのように評価しているかについて、それぞれのインタビュー結果を基に解説する。

(1) 富山県による成果評価

富山県は、まず、定量的な成果に関する把握は困難と述べていた。これは、そもそもの目標設定の段階で定量的な目標値が設定されていない（設定が難しい）こともあり、仕方のないことであると言える。後ほど総括することになるが、他の都道府県もほぼ同様な状況にあり、在宅医療・介護連携の推進に関する定量的な成果評価のあり方検討は、国として取り組むべき課題の一つであると言える。

一方で定性的な評価に目を向けると、県の担当者がまず挙げた成果は「ケアマネが躊躇なく医師に連絡ができるようになった点」であった。また、『在宅医療事例研修会』などの取組を通じて、病院への連絡窓口が明確になったり、医師の都合の良い時間帯が分かるようになったりした点も成果の一つであると述べていた。

これら以外にも、在宅医療・介護連携に関する課題を議論し合う中で、病院の地域医療連携室の意識が変わり、必要な調整もせず退院させて良いかをしっかりと検討するようになった点を成果として挙げていた。入院時から担当のケアマネがいるかどうかを意識す

ようになり、カルテに担当ケアマネの名前を入れるよう書式を変えた病院もあったとのことである⁷。こうした成果を継続的に積み上げていくことで、将来的には、医療と介護の間のヒエラルキーがなくなり、円滑な連携がとれる環境になることが期待されていた。

(2) 砺波厚生センターによる成果評価

こちらでも定量的な成果指標について触れられることは無かったが、(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携で調査した退院調整漏れ率が富山県内と比べて低い水準に収まっている点などをとらえて、日常の取組が医療・介護連携の環境構築につながっていると捉えていた。

1-6 成功要因

(1) 成功要因

富山県は、県内の課題に気づき、現状を理解し、その解決方法を模索しながら予算化・事業化すること、また、事業の執行にあたっては関係機関や関係団体と十分に連携しながらすすめることが重要であるという認識であった。

一方、砺波厚生センターでは、まず研修や普及啓発における市町村支援のポイントとして、市町村や地域包括支援センター、訪問看護ステーションや職能団体等の取組み状況を把握し、保健所の協力・支援の必要性を見極めることの重要性について触れていた。通常業務を通じた管内関係者との良好な関係構築を前提としつつ、事業推進における中心人物（これは医師に限らないとのこと）を見極め、中核組織（コア会議）を結成することが重要であると認識している。また、砺波厚生センターの企画調整班のトップを保健師にし、地域の看護職間でのネットワークを有効活用するための総合調整役を担えるようにしている点も重要であると述べていた。組織と人の位置づけを明確にすることで、ノウハウや関係性も蓄積されるとのことである。

また、定量的な指標を用いた資源把握や連携要請も重要であると述べていた。特に保健所であれば、通常業務として医療機関への立ち入り検査を行う中で、各医療機関の情報収集や意見交換を行うことができるため、市町村の支援につなげることができる。こうした医療機関側との関係性は、(ク)の広域調整業務における病院の組織化でも効果を発揮したとのことである。

上記を踏まえると、富山県の事例においては、県・保健所（厚生センター）・市町村のそれぞれが、適切なタイミングで課題に気づき、それぞれが自らの役割を認識した上で、主

⁷ なお県内のある病院では、ケアマネの写真つき名簿を病院で保有しているとのことである。ケアマネ協議会の会長が看護師だったこともあり、医療に対して敷居が低かった点が寄与していると考えられる。

体的に課題解決に向けた取組を実施した点が重要であると思われる。特に、県が全体的な方向性を示しながら、それぞれの役割を明確化しつつ、各事業を進めていった点が成果につながったポイントではないかと考えられる。また、県が一方的に事業内容を定めるわけではなく、各厚生センターや市町村の裁量性を担保して、地域の実態に合った事業推進ができる環境にあった点も重要であると思われる。

また砺波医療圏では、この富山県による全体感の提示を踏まえた上で、砺波厚生センターが「市町村にできること／保健所が担うべきこと」を明確化し、厚生センターが主体となって取り組むべき事業に積極的に取り組んだ点も、成功要因の一つであると思われる。地域における総合調整役となるために部局横断的な組織・会議体へ参加しつつ、一方で、がん緩和ケア・認知症・難病など市町村単位で取り組むことが難しい事業に主体的に取り組むことは、保健所による市町村支援のあり方の一事例として参考にすべきと考える。

(2) 市町村およびその他の主体の役割分担

成功要因につながる各主体の役割分担について、富山県の事例を以下に整理する。

実施主体	主な役割・機能
県	<p>○全体の方向性および役割分担の明示 ー工程表の作成等を通じて市町村へ事業の方向性を提示する。</p> <p>○県内の先進事例の横展開 ー厚生センターによる実行支援を伴いながら全県への展開を推進する。</p> <p>○主に急性期病院の参画 ー市町村では保健師による看護職間ネットワークは構築できても、医師との間のネットワーク構築はしづらい。 ー医療行政を担う県が、医師である保健所長と共に病院に参画してもらう。</p> <p>○基金等を通じた財源的支援 ー県単独事業、地域医療再生基金などを通じた財源支援を行う。</p> <p>○人材の量および質の確保 ー若年層の在宅医や福祉系人材の育成・確保に向けて、教育プログラム等を通じた量的・質的な底上げを目指す。</p>
厚生センター (保健所)	<p>○日常の医療行政を通じた関係者への関与や市町村支援 ー市町村には無い特性を活かし、市町村との共同作業を行う。 医療・介護関係者の情報共有の支援(エ)で地域連携パスを考 える会議体の事務局を担ったり、在宅医療・介護連携に関する関係市区町 村の連携(ク) に関連してモデル事業に参画するなど。 ー通常業務を通じた医療側の組織化に関与する。市町村よりも広域を管轄 する立場として、会議体の人選や協力要請にも積極的に関与する。 医療・介護関係者の研修(カ)で企画段階から協力するなど。 ーまた地域包括ケアに重要ながん緩和ケアや認知症などに関する取組は 保健所が中心となって対策を推進していく必要がある。</p>
市町村	<p>○地域住民への普及啓発(キ) ー在宅医療への正しい理解を促すフォーラム等を実施する。</p> <p>○その他、在宅医療・介護連携推進事業の推進 ー地域の医療・介護サービス資源の把握(ア) ー在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討(イ)</p>
医師会	<p>○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(ウ)</p> <p>○在宅医療・介護連携に関する相談支援(オ)</p> <p>○医療・介護関係者の研修(カ)</p>

1-7 今後の課題と予定

(1) 今後の課題と予定

富山県からは、医療・介護・福祉人材の量的かつ質的な確保が必要であるという課題認識が示された。30～40歳代の在宅医や、ヘルパー等介護職の量的・質的不足は将来に向けて大きな課題となるため、教育プログラムの提供等を通じた対策をとっていく必要があると考えられていた。

また、市町村の在宅医療・介護連携を推進するためには、厚生センター（保健所）の積極的かつ具体的な支援とともに、市町村職員への研修が不可欠であると述べていた。

砺波厚生センターから寄せられた課題としては、まず財源に関する懸念が寄せられた。平成27年度までは地域医療再生基金として事業が実施できるが、平成28年度からの財源がどうなるかは、新基金の利用を含めて不透明であると述べていた。

また砺波医療圏に限った話としては、ICT利用の高度化は課題として挙げられていた。

(2) 今後、国などに期待する支援は何か

国には、連携状況を評価する指標を策定して欲しいという声が出された。定量的指標として、実証事業を通じて退院調整漏れ率を取得しているが、こういった指標を目標値として設定して良いか分からないという要望が出ていた。インタビューの場におけるアイデアとして、「医師が名前を把握しているケアマネの数の増減」なども出されたが、ひとまず、国が負うべき役割として、統計の取得方法も含めた検討をするべきということであった。

また、地域包括ケアの実現において欠かせないがん緩和ケア・認知症・難病などのテーマについて、厚生労働省内での局内連携を十分に図ってほしいという要望も出された。地域包括ケアの実現に向けては、医政局・健康局・老健局など各局にまたがる複数テーマを総合的に検討していく必要があるため、各事業の整合性やデータ等の連携を進めて欲しいという声が出ていた。

このほか、地域包括ケアや医療・介護連携の実現に向けて、特に県型保健所の役割をもう一段階前面に出すことや、医療計画作成支援データブックや見える化DBなどの各種データの利用・公開に関する制約を緩めて、現場レベルで情報連携がしやすくなる環境を作って欲しい、といった声も出されていた。

2. 滋賀県の取組

2-1 取り組んだ背景

平成 25 年 3 月に出された「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」（以下、「第二版基本方針」）によると、滋賀県の人口は平成 27 年前後をピークに、以降は減少傾向になると推測されている。一方で後期高齢者（75 歳以上高齢者）の人口は増加していくことが予想されており、団塊の世代が後期高齢期を迎える平成 37 年には、高齢者（65 歳以上）に占める後期高齢者の割合が 58%程度にまで達するとされている。

このような人口動態の中、平成 24 年 7 月に実施した「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」（以下、「県民意識調査」）では、人生の最期を迎えたい場所として「自宅」を希望する人が 48%いた（「病院」を希望する人は 22%強）。また、療養場所の希望は「自宅を中心にし、必要時緩和ケア病棟や医療機関に入院する」を希望する人が 67%である。ただし、家族の負担や症状悪化時の不安などから、「自宅での療養は困難」とする人が 56%となっているのも実態である。今後の超高齢社会を見据えた時、希望をすれば在宅で最期を迎えることが可能な体制の整備を進める必要があると認識している。

滋賀県の在宅療養を支援する医療資源は、平成 24 年 7 月時点で、24 時間体制の在宅療養支援診療所（以下、「在支診」）は 96 か所、在宅療養支援病院は 7 か所、月 2 回以上の定期的な訪問診療または往診を行う在宅時医学総合管理科を届け出ている診療所は 159 か所となっている。また、訪問看護ステーションは 72 か所となっている。

なお、滋賀県では『医療福祉』という用語を用いて取組を進めている。この用語は平成 21 年 12 月に出された「滋賀の医療福祉を考える懇話会」（以下、「懇話会」）の報告で提起されたものである。従来の保健、医療、福祉といった縦割りの各分野のサービスが単に連携するというにとどまらず、地域における生活を支えるという統一的な理念の下で、各分野が一体的かつ有機的にネットワークを形成していくという考え方をあらわすものであり、滋賀県の取組の根底に備わった概念である。

このような滋賀県における医療介護連携の最大の課題は、滋賀県担当者へのインタビューによれば、「多職種連携・顔の見える関係の不足」と「医療資源の不足」である。上記のとおり、県民意識調査では、自宅での療養と看取りを望む声が大きいが、現状の医療資源では、今後増加が確実である高齢者を受け入れることは困難と認識している。滋賀県では、多職種間の顔の見える関係づくりをさらに進めるとともに、特に訪問診療や訪問看護を担う人材の確保・育成をし、「在宅医療」を可能とする体制作りを進めていこうと考えている。

2-2 取り組んだ目的

滋賀県は、在宅医療推進の要となる組織として「滋賀県在宅医療等推進協議会」（以下、「協議会」）を平成 18 年に設置した。協議会では、医療・介護の現場でどのような問題が起こっており、関係者が何を望んでいるのかを把握するため、医療・介護にかかわる幅広い関係団体（3 師会、病院協会、看護協会、ケアマネ協会など）で構成している。設置時は、滋賀県としての取組の進め方を話し合う場として考えられていたが、その後、医療介護連携に関する各団体の取組を、全体俯瞰で管理統括する場として機能するようになっており、平成 26 年現在でも継続開催されている。

協議会の成り立ち・役割や県全体の取組は次項で詳細に説明するとして、ここでは協議会で提起された第二版基本方針において整理された目的と方針について述べる。

基本的な方向・目標・施策内容

- (1) 入院から在宅療養への円滑な移行の促進
- (2) 在宅療養を支援する医療資源の整備・充実とネットワークの促進
- (3) 在宅医療を担う人材養成とスキルアップの仕組みを構築する
- (4) 本人が望む場所での看取りが可能な体制を整備する
- (5) 緊急時の対応を整備する
- (6) 在宅療養を支援する拠点を整備する
- (7) 地域包括ケアシステムを推進する

(上記のうち数値目標を設定できる) 3 方針

1. 入院から在宅への円滑な移行を促進
2. 本人が望む場所での看取りが可能な体制整備
3. 医療資源の整備・充実とネットワークの促進

協議会では、医療介護連携に関する取組を進めていくためには「数値目標と進捗管理」が必須であるという考え方を前提としている。そのため、各団体の医療介護連携に関する既存の取組を上記 3 方針に割り振った上で、目標数値の設定とその進捗確認を行っている。数値目標設定の考え方を以下に示す（図表）。

このように、定量的な数値目標の設定を通じた進捗管理を意識している点は、滋賀県の特徴の 1 つであると言える。

図表 11 滋賀県の取組と定量的な目標設定

3 方針	取組	現状	目標（平成 29 年度）
1. 入院から在宅への円滑な移行を促進	退院調整体制整備	57 病院 （平成 24 年度）	59 病院
	退院調整看護師の配置	39 病院 （平成 24 年度）	59 病院
	退院調整カンファレンス参加診療所	—	307 診療所
	地域連携クリティカルパス実施病院	63 病院 （平成 24 年度）	118 病院
2. 本人が望む場所での看取りが可能な体制整備	在宅（自宅・老人ホーム）死亡率	18.3% （平成 23 年度）	25.0%
	がん在宅（自宅・老人ホーム）死亡率	8.7% （平成 23 年度）	10.0%
3. 医療資源の整備・充実とネットワークの促進	在宅療養支援診療所数	96 診療所 （平成 24 年度）	150 診療所
	訪問診療を受けた患者数	3,805 人/月 （平成 22 年度）	5,100 人/月
	在宅療養支援病院数	4 病院 （平成 23 年度）	8 病院
	在宅療養支援歯科診療所数	4 診療所 （平成 24 年度）	9 診療所
	訪問歯科診療所数	89 診療所 （平成 24 年度）	130 診療所
	常勤訪問看護師数	405 人 （平成 24 年度）	490 人 ※平成 27 年度
	24 時間定期訪問看護ステーション数	1 か所 （平成 24 年度）	7 か所
	麻薬管理可能薬局	330 薬局 （平成 24 年度）	382 薬局
	クリーンベンチ ⁸ 設置薬局数	9 か所 （平成 23 年度）	13 か所
	時間外対応薬局数	253 薬局 （平成 24 年度）	332 薬局

出所）滋賀県資料より NRI 作成

⁸ 埃や環境微生物の混入（コンタミネーション）を避けながら作業を行う（無菌操作）ための装置。在宅療養者向けに無菌調剤をおこなう必要のある薬局で設置が進んでいる。

2-3 取り組んだ内容（滋賀県）

（1）事業の全体像や体制・予算

前述した 3 方針ごとに、滋賀県では各団体の取組を整理している。詳細な取組は後述するとして、ここでは全体像と体制について述べることとする。取組の全体像を次図に示す。

この図表に示された取組を統括するのは、滋賀県 健康医療福祉部 医療福祉推進課である。既に登場した協議会も当課が事務局となり主催している。当課以外にも、健康医療福祉部内の健康医療課、障害福祉課、薬務感染症対策課、介護保険室（医療福祉推進課内室）が協議会に参加している。

医療福祉推進課は平成 24 年度に組成されたばかりの組織で、前身の元気長寿福祉課の介護保険担当および認知症対策担当、医務薬務課内の医療福祉推進室が合流した。医務薬務課では、元々懇話会で提起された医療福祉、すなわち医療と介護の一体化の推進を担当していたが、より在宅医療・介護連携を強化するため、関係機能を統合した組織として医療福祉推進課が組成された。

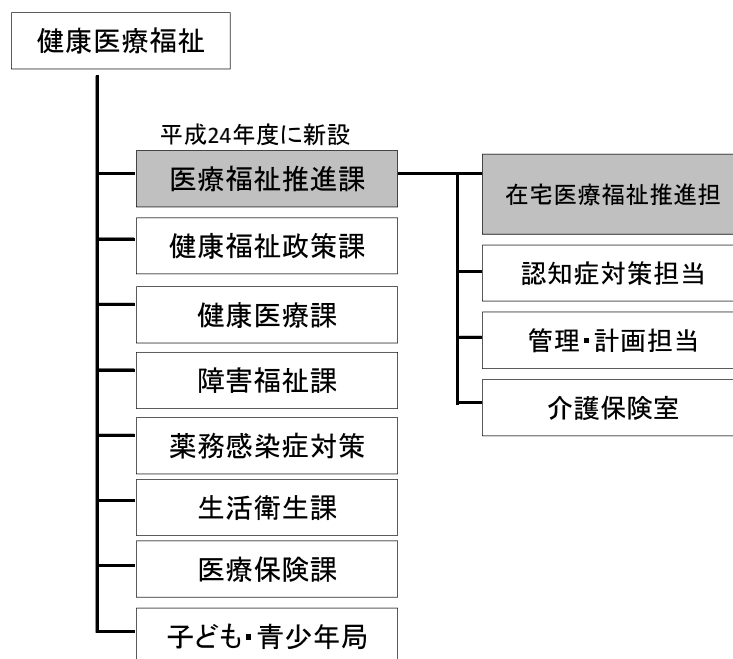
医療福祉推進課の陣容は、総数として 25 名で、そのうち保健師等看護職が 5 名となっている。担当分けは、管理・計画担当、在宅医療福祉推進担当、認知症対策担当、介護保険室となり、在宅医療福祉推進担当の 2 名のうち、主担当が保健師の資格を有する。

図表 12 滋賀県におけるこれまでの在宅医療推進に関する取組

	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	
在宅医療の推進	在宅医療等推進協議会								在宅医療推進地域モデル事業 (3市町)	
入院から在宅への円滑な移行の促進	訪問看護活用事例普及事業 (看護協会委託)									
	退院調整アドバイス事業 (看護協会委託)	退院調整看護取組養成事業 (看護協会委託)			退院調整関係者養成事業 (看護協会委託)			退院支援機能強化事業 (看護協会委託)		
	在宅医療地域連携									
	退院調整等	クリティカルパス開発事業 7保健所				クリティカルパス推進事業 5保健所				
	退院調整等実証船	地域連携クリティカルパス開発事業委託(大津市)								
本人が望む場所での看取りが可能な体制整備	在宅ホスピスケア推進会議 2保健所		在宅ホスピスケア推進会議 5保健所			在宅ターミナルケア推進会議 5保健所		住み慣れた地域での看取り推進事業 (介護)		
	在宅ホスピスケア講演会 2保健所		在宅ホスピスケア講演会 5保健所			在宅ターミナルケア普及啓発事業 5保健所		住み慣れた地域での看取り普及啓発事業 (介護)		
	在宅ホスピスケア実証講演会 2保健所									
	在宅ホスピスケアアドバイザー派遣事業 2保健所									
	在宅ホスピスケアアドバイザー訪問看護推進モデル事業		医療と介護をつなぐ看取り介護研修事業 (協老協会委託)							
在宅医療資源の整備・充実とネットワークの推進	医師の在宅医療研修(医師会委託)		在宅医療診療所整備モデル事業 (2医師会)		在宅医療を担う診療所整備推進事業 (医師会委託) 2医師会		在宅医療提供体制推進事業 (医師会委託) 3医師会		在宅医療を担う医師育成事業 (医師会委託) 2医師会	
	24時間ケア体制システム研究委託 (滋賀医大)									
	看護職セカンドキャリアサポート事業 (看護協会委託)									
	看護職員相互研修事業 (看護協会委託)									
	医療型多機能サービス訪問看護モデル事業 (訪問看護ステーション委託)		訪問看護ステーションネットワーク事業 (看護協会委託)							
			訪問看護提供に係る技術強化研修事業(看護協会委託)							
			訪問看護ステーション/実習環境整備事業(各訪問看護ステーション補助)							
			在宅医療支援センター設置・運営補助(医師会)							
			医療情報連携ネットワーク整備事業							
			在宅医療に協力する病院機能強化事業							
		在宅医療バックアップ病院機能強化検討								
		訪問看護管理者育成事業(看護協会委託)								
		地域医療支援センター整備事業								
		在宅医療を担う医師実成セミナー								
		在宅医療推進地域モデル (3市町補助)								
		新人訪問看護師実成-確保 (看護協会補助)								
		高齢者訪問看護ネットワーク推進事業 (看護協会補助) (事業団補助) (県立医大補助)								
		地域リーダー実成研修								
		地域リーダースタッフアップ研修								
		在宅チーム医療を担う人材育成事業								

出所) 滋賀県資料

図表 13 滋賀県在宅医療の推進体制



出所) 滋賀県資料

なお、協議会含む医療領域の滋賀県の取組については、県下の保健所（※大津市の保健所も含む）が密接に関与している。県担当者へのインタビューによれば、保健所は医療の専門職が揃っていることもあり、在宅医療に関する問い合わせ、連携推進役、調整役、医療福祉ビジョンの策定においても前面に立った積極的な活動をしており、滋賀県は保健所との関係を重視している県であると認識していると述べていた。

(2) 県が実施した主な取組の紹介

以下、滋賀県が実施した主な取組について紹介する。整理方針は他事例と同様である。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

滋賀県の医療福祉推進課が事務局を担う協議会にて、平成 18 年度の設置当初から県内の資源把握を行っている。そもそもの設置目的が、医療・介護に携わる関係団体の実態を把握し、取り組むべき課題を抽出しながら、取組の目標を設定して進捗状況をモニタリングすることであったため、(ア) は設置当初からの実施となっている。

実施方法

協議会内で把握すべき資源項目を洗い出すところから始める。実際の各団体が有す

る資源については主として参加団体からの情報提供により把握している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

協議会運営において、資源の把握(現状把握)と目標の設定を合わせて考えるという前提があったことが成功要因ではないかを見ている。資源の把握は目標を設定するためのものであり、さらにモニタリングを行うことで関係団体の個別の取組が全体最適の中で進められるという点を、発足当初から参加者間で合意形成できていた点が大きいと見ている。

(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

協議会が課題の抽出および必要施策の検討を行っている。協議会は、元々は在宅療養を希望する人が希望通り充実したサービスを受けられる体制のあり方を議論する場であったが、平成 20 年度の「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針(以下、「第一版基本方針」)の策定と、5年後の平成 24 年度に第二版基本方針改訂版の策定作業を関係団体とともにやり、県としてのグランドデザインを示したことが、関係団体の取組を継続的に管理する会議体の必要性が関係団体に認識され、現在に至るまで年 2~3 回のペースで開催される背景となっている。

協議会の委員は次の通りである。平成 18 年度の設置時点から参加団体を拡大しつつ、滋賀県が事務局を担い運営している。

図表 14 滋賀県在宅医療等推進協議会委員（平成 25 年度）

	所属団体	職名
委員	滋賀県医師会	理事
	滋賀県歯科医師会	理事
	滋賀県薬剤師会	常務理事
	滋賀県病院協会	理事
	滋賀県看護協会	第三副会長
	滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会	会長
	滋賀県介護支援専門員連絡協議会	理事
	彦根市立病院地域連携室	医療社会部次長
	滋賀医科大学医学部、家庭医療学講座、総合診療部、患者支援センター	教授
	滋賀県立大学人間看護学部	准教授
	滋賀県難病連絡協議会	副理事長
	滋賀県地域女性団体連合会	常任理事
	滋賀県介護サービス事業者協議会連合会	会長
	滋賀県理学療法士会	ひかり病院 リハビリテーション科長
	滋賀県市町村保健師協議会	理事
	滋賀県市長会（守山市）	すこやか生活課長
	滋賀県町村会（愛荘町）	健康推進課長
	滋賀県保健所長会	副会長
滋賀県健康福祉部	次長	
県庁健康福祉部	健康長寿課 障害福祉課 医務薬務課 介護保険室 医療福祉推進課	課長
事務局	医療福祉推進課	参事、副参事

出所）滋賀県資料より NRI 作成

実施方法

協議会開催に要する経費は、県の一般財源と国庫補助を半々ずつ活用して運営している。なお、平成 26 年度からは新たな財政支援制度（新基金）の活用を見込んでいる。

協議会は、委員の中から会長を選任し進行役を担う形で運営しており、現在第二版

基本方針に基づいて県下の取組の進捗管理を行っている。年度末に各団体の進捗状況の報告があり、目標への進捗率と目標達成の障害となる課題の確認、さらに目標値の見直しと次年度の取組再定義が行われる。その際に重視していることは、進捗や課題の確認を通じて常に目標値を調整することである。進捗が前年度の想定よりも良かった場合は上方修正に関する検討を団体に依頼し、一方で進捗がおもわしくない場合は、その理由を明確化したうえで目標値を実現可能なレベルに下方修正するなどの検討を依頼している⁹。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

目標値が各団体の合意の下で設定されている点と、議論が現場と乖離したものとなっていない点がポイントであると、県の担当者は認識している。協議会の委員は各団体の代表者だが、滋賀県の目的に即して各団体の取組が評価されるため、客観的な議論となり、結果として課される各団体の目標も納得感の高いものになりやすい。

また、選出する委員の役職も重要であると考えている。滋賀県では、発足当初から協議会委員は各団体の現場を管轄する立場の方に依頼し、その方々が関係団体の代表として議論に参加することで、現場の生の声を聞き、現場に即した対策が検討できることを狙っている。このことにより協議会運営と目標・進捗管理は比較的円滑に進んでいると評価している。

なお、同様の協議会は各圏域単位でも設置を依頼しており、現在7圏域全てで設置されている。

(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

滋賀県は、基幹型訪問看護ステーション設置モデル事業および新人訪問看護師確保・育成事業を重要な事業と位置付け、切れ目のないサービス提供体制の構築に取り組んでいる。本事業は県看護協会への補助事業であり、実施主体は県看護協会である。

また、県医師会と県が共催する在宅医療を行う医師の増加を目指す「在宅医療セミナー」も、切れ目のない体制整備の重要な事業として位置付けている。

実施方法

在宅療養を安心して継続するためには、医療依存度の高い在宅療養者への支援の中心を担う医師と訪問看護師が連携した24時間の支援体制が必要であると考えている。このため、医療圏ごとに基幹型訪問看護ステーション、地域の中小規模訪問看護ステーションとの連携による24時間定期訪問体制の構築を目指し、協議検討を行うとともに、モデル的試行を行っている。

また、新人訪問看護師教育プログラムの開発とその活用により、新人訪問看護師の

⁹ 第一版基本方針から第二版基本方針までは、各団体の進捗状況に応じて各項目の目標値が変動している。

育成と確保を図る体制整備を進めている。

財源は地域医療再生基金を活用している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

県担当者によれば、在宅医療の肝となる訪問看護に従事する看護師の確保が急務と見ている。また訪問看護の 24 時間支援体制が整うことが医師の在宅医療への参加を促す大きな要因のひとつと考えており、本事業が滋賀県の医療福祉を実現するための重要な施策であると認識している。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

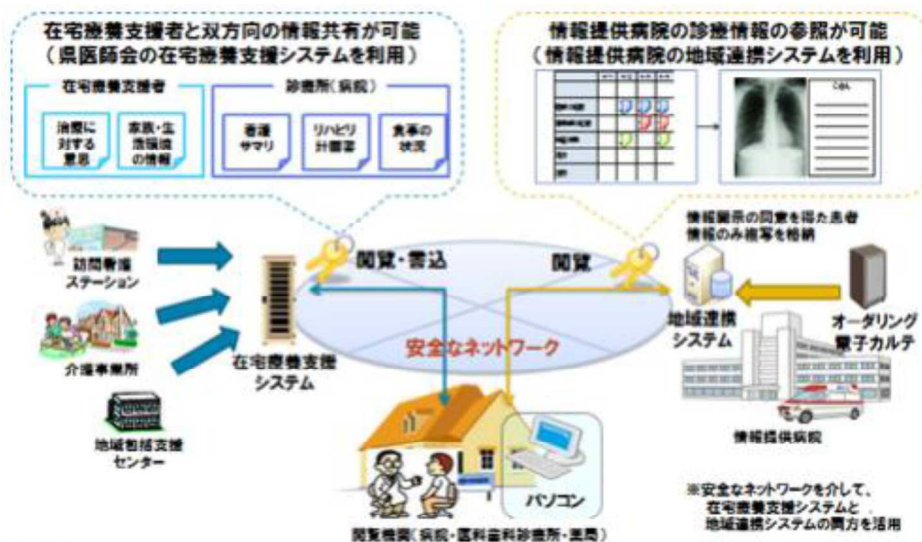
滋賀県では、平成 22 年度から「在宅療養支援センター設置・運営事業」、平成 23 年度から「医療情報連携ネットワークシステム整備事業」として、在宅医療を担う多職種連携や病病診の連携強化のため ICT を活用した情報共有の支援を行っている。

実施方法

県医師会が行う多職種連携の情報共有システムである「淡海あさがおネット」への補助を行うほか、NPO 滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会を県医師会や全圏域の中核病院などで立ち上げ、全県型の医療情報連携基盤「びわ湖メディカルネット」の構築および地域連携システムの導入補助を行い、診療情報の共有化を進めている。

なお、全県型の基盤構築にあたっては、平成 22 年度から、先行して湖東・湖北医療圏でモデル事業を行い、これを踏まえ全県型の基盤構築を行ったほか、「淡海あさがおネット」とも連結し、一体的な ICT システムの運用を支援している。財源は、地域医療再生基金を活用している。

図表 15 びわ湖メディカルネットおよび淡海あさがおネット概要図



概要図

出所) 滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会 Web サイトより

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

構築・導入支援したシステムは、利用者の利用料により運営される方針であり、県医師会および NPO 滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会の各システムの運営母体と中核病院等が連携し、医療機関への参加勧奨を行うことなどにより、今後も自立的な運営を行っていく予定である。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

滋賀県は、平成 22 年度から「在宅療養支援センター設置・運営補助」事業を実施している。これは、県医師会を補助し、県内に中央センター1 か所と、地域センター9 か所の在宅療養支援センターを設置・整備しようという取組である。

湖東・湖北および東近江の二次医療圏では、地域医療支援センター整備事業を行い、医療と介護の連携を推進するための拠点整備を進めてきた。

また、平成 25 年度には、「在宅医療・連携体制整備事業」として、東近江市、近江八幡市、守山市の支援を行った。これは、平成 24 年度に近江八幡市が厚生労働省の「在宅医療連携拠点事業」に参加し、取り組みの方向性が明確になったことにより、その成果を拡大するため、先駆的に在宅医療・介護連携に取り組もうとする市町村を個別に県として支援をしたものである。

実施方法

財源は地域医療再生基金を活用している。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

医師会と行政の両者がともに考え、最終的には市町村単位で地域医師会との連携協働のもとで在宅医療と介護の連携拠点が整備されることを目指し、保健所と県は関係機関との調整や二次、三次圏域で整備していくべき課題を睨みながら取り組んでいる。

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

県主体の研修事業では、在宅医療を行う医師の増加を目的とした「在宅医療セミナー」、在宅医療を多職種協働で支援する「地域リーダー養成・育成」を主眼とした研修を開催している。地域リーダーとは、各市町村単位で医療と介護の多職種が連携して「チーム支援」を行う際の核となる人材のことである。

平成 24 年度に県が市町村の地域リーダーを養成し、その地域リーダーが各市町村で多職種とチームになって在宅療養者を支援する体制となっている。市町村は、地元の多職種間のコーディネートを行い、その活動を活性化する役割を担う。県では、各市町村の地域リーダーのスキルアップやモチベーション維持向上を目的とした情報交換・研修を開催している。

実施方法

各事業は県の一般財源で実施している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

滋賀県では、在宅医療推進体制は地域のニーズに沿って構築されるべきものであるが、その連携体制を構築するための基盤となる人材は、県によって養成されるべきものと考えている。上述の「在宅医療を行う医師」や「地域リーダー」は、そのような考え方のもと、県によって養成され、各市町村に戻って在宅医療連携体制を構築する際の核となる人材となる。県は地域ニーズに合った人材の養成が求められている。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

滋賀県は、平成 23 年度から「医療福祉・在宅看取りの地域創造会議（以下、「地域創造会議」）」を組成した。この会議は、関係者間の顔の見える関係づくりと、県民と一体となった滋賀モデルの確立を目的に設立された。年 1 回程度の頻度で「滋賀の医療福祉を守り育てる県民フォーラム（以下、「県民フォーラム」）」を開催し、県民に対して在宅医療・介護や看取り、終末期医療などに関する普及啓発に努めている。

また、「滋賀の医療福祉を守り育てる月間」の制定を提案し、関係団体の協働を呼び掛けるとともに、広報媒体を活用して、県内の在宅医療従事者の取組や当事者の声を情報発信している。

地域住民への出前講座等、より住民の生活に近い場での啓発を市町村が中心に行い、二次医療圏エリアでの関係機関を対象とした啓発は保健所が中心に行い、県、国の先

進取的取組やなどの情報発信と研修、啓発は県レベルで行うなど、3者が役割を明確にしつつ効果的な実施に努めている。

実施方法

地域創造会議は、会員の会費と県の補助金で運営されている。なお、地域創造会議は、上述のような県民への普及啓発活動のみを行っているのではなく、会員団体を集めてのワークショップや、セミナーも開催している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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など)

—

以上が滋賀県における主な取組の紹介である。各取組において、滋賀県下の保健所¹⁰は、在宅医療と介護の効果的な連携の推進に向けた関係機関や関係者間の役割機能の明確化や連携方法の調整機能を果たすなど、県の出先機関として市町村の支援に従事している。

なお、上記で紹介していない滋賀県による取組としては、平成25年から実施している「在宅医療推進地域モデル事業」がある。この事業は、毎年3市町ずつを手挙げ方式で選定し、県の一般財源から補助を行っているものである。実施内容は在宅医療介護連携を推進していくための上記(ア)～(ク)の事業を総合的に実施することを条件にしている。

本事業では、平成25年度には大津市、甲賀市、彦根市、平成26年度は野洲市、高島市、豊郷町を選定した。選定された市町村は、応募した企画内容に沿って事業を推進し、年度末に事業報告と清算を行う。滋賀県としては、本事業の成果を先端的な取組として県下に紹介し、他市町で在宅医療に取り組むための参考事例としたいと考えている。

2-4 取組の成果

本節では、前出の滋賀県の取組の成果について、インタビュー結果を基に解説する。

県担当者によると、設定した目標の達成状況は、項目によって濃淡があると見ている。協議会の設置当初から目標値の設定と進捗管理、そして目標見直しを行ってきたが、目標

¹⁰ なお本調査研究では、大津市の保健所における取組についても伺うことができた。本章の最後に大津市保健所の取組についてまとめている。

未達により関係団体にペナルティを課すことはない。そのため、目標が実現できていなければ下方修正が為され、達成できていれば上方修正されていく状況となり、強制力が弱い状況にあると言える。ただし、関係団体が協議会という 1 つの会議体の中で全体の最適化を意識した視点で議論できている点は、大きな成果であると見ている。

2-5 成功要因

(1) 成功要因

滋賀県としては、まず『医療福祉』という概念が早くから確立していたことが、他県にはない大きな優位点であったと認識している。その概念が関係者間で広く認知されていたため、行政側の最適な体制構築に向けた組織変更や、関係団体間における自発的連携が見られていた。

次に、定量目標設定を取組の初期から進めていたことも優位点の 1 つとして認識している。医療・介護連携は、多職種調整が多数発生することを予測し、それらの調整を円滑にするために定量目標設定に拘ったことがポイントであった。これにより、各団体の取組と県全体の方針に齟齬なく進めることができたとしている。

また、協議会に参加する各団体のメンバーの役職に配慮したことも、結果的によい方向につながったと考えている。

(2) 市町村およびその他の主体の役割分担

成功要因につながる各主体の役割分担について、滋賀県の事例を以下に整理する。

実施主体	主な役割・機能
県	<ul style="list-style-type: none"> ○全体方針と取組の推進手法の提示 <ul style="list-style-type: none"> －県としてのグランドデザインを示し、関係団体が圏域・市町村といった階層で柔軟に調整が可能となるようにする －目標設定および進捗管理の手法を、計画策定の時点で提示する ○県民への普及啓発 <ul style="list-style-type: none"> －在宅医療への県民の意識改革を県庁が代表して実施する ○財源の確保 <ul style="list-style-type: none"> －財源の確保を通じて、各圏域・市町村の取組を加速化させる ○人材養成 <ul style="list-style-type: none"> －専門的スキルとコーディネート力を持った人材を養成し地域に送り込む
保健所	<ul style="list-style-type: none"> ○二次医療圏での体制構築 <ul style="list-style-type: none"> －医療・介護資源の最適な連携法を検討し、体制として構築する ○医療面での関係団体の調整 <ul style="list-style-type: none"> －市町村のサイズと二次医療圏のサイズのギャップを埋める広域調整を行う
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ○地域ニーズの把握 <ul style="list-style-type: none"> －地域市民の実態とニーズを正確に把握し、提供サービスのあり方を検討する ○保健所・県に対する要求出し <ul style="list-style-type: none"> －自身でできること／できないことを明確化し、必要とされる支援を保健所や県に伝える
医師会	<ul style="list-style-type: none"> ○開業医の在宅医療参画の促進 <ul style="list-style-type: none"> －会員医師の在宅医療への参加意識の醸成 ○24時間在宅医療提供体制をチームで推進するリーダーとしての役割 ○医師会員が在宅医療を行うにあたってスキルアップやモチベーション維持を目的とした機会の確保 ○市町村が取り組む在宅医療・介護推進事業への積極的協力

2-6 今後の課題と予定

(1) 今後の課題と予定

まず、医療・介護に関わる人材の育成・スキル向上は、県の重要な任務であり、同時に

課題でもあると認識している。在宅のチームの中に、新たに訪問診療を行おうとする医師を組み込んでいける体制づくりが重要となると考えており、市町村のコーディネート力と連動した人材育成活動を重視していきたいと考えている。

また、地域での育成は市町村が関係職能団体等と協力して実施するという方向性も視野に入れている。

なお退院支援ルールについては、平成 26 年度の厚生労働省のモデル事業を通じて大津市で策定されているが、県としては、今後大津市での取組手法を参考に、保健所が中心になり、各二次医療圏域単位で医療と介護の連携体制の構築を進めたいと考えている。大津や他の圏域の取り組み状況を把握しつつ、各地域の特性によりカスタマイズして欲しいと考えている。

その他の県の役割としては、地域リーダーのモチベーションを維持するために、地域リーダーを集めて近隣市町村で何が行われているかを共有する場を設定することや、有識者の講演などの場を提供していくことなどが挙げられた。

(2) 今後、国などに期待する支援は何か

国への要望として、地域支援事業の中で在宅医療にどのくらいの予算を割られるのかを、市町村に早く示して欲しいとの声があがっていた。予算の見通しが立たない中では、市町村側は体制や事業の見通しを立てられないと見ている。

参考) 具体的な取組事例 (大津市保健所による事業実施例)

参考として、中核市保健所の取組を述べる。大津市保健所は市型の保健所となり、県型保健所とは異なる位置づけで当事業を進めている。

(1) 取り組んだ背景・目的

平成 25 年度に出された「大津市医療福祉ビジョン (以下、「ビジョン」)」によると、大津市の人口は、平成 22 年度現在で 33.7 万人となっている。平成 32 年度にピークを迎えたあとに減少傾向に入ると推計されているが、75 歳以上人口は、平成 22 年度から平成 37 年度に 1.8 倍になると見込まれている。

平成 23 年度の「医療施設調査」や、平成 24 年度の「在宅医療実態調査」によると、中核市ということもあり、県や全国と比較して医療資源が足りていないことはない。ただし、在宅医療推進体制を充実させるためには、医療資源間の連携が必要であるという課題認識は為されている。

大津市では、平成 21 年度の懇話会最終報告で提起された方針に沿って、10 年後の大津市を見据えたビジョンを平成 25 年度に策定し、市として目指すべき姿を規定した。ビジョンの基本的な考え方は以下である。

1. 健康でいきいきと生活できるまち
2. 切れ目なく医療福祉サービスを利用できるまち
3. 住み慣れた地域で安心して最期まで暮らせるまち
4. 医療福祉を守り育て、地域で支え合えるまち

なお、大津市は中核市であり、その方針が県のものと必ずしも一致してはいないが、在宅医療推進の道筋は、平成 25 年度の第二版基本方針とビジョンである程度一致させられたのではないかと見ている。

大津市としての在宅医療推進の具体的な取組の開始は、平成 25 年度に実施された県の「在宅医療推進地域モデル事業 (以下、「モデル事業」)」への参加からである。また、平成 24 年度末に関係団体が一堂に会する「医療福祉推進協議会」を大津市が組織し、ビジョンの策定に取り組んだ。ビジョンの策定とこのモデル事業への参加を経て、病院とケアマネとの連携が大きな課題であると認識したことで、平成 26 年度からの厚生労働省の都道府県医療介護連携調整実証事業にも参加することとなった。

(2) 取り組んだ内容

まずは体制について解説する。

大津市の在宅医療・介護連携の取組は、大津市保健所が推進主体となっている。大津市

の健康保険部のうち、医療側は保健総務課、介護側は健康長寿課・介護保険課が主幹部署となるが、在宅医療・介護連携は天津市保健所の保健総務課が担当となる。

天津市保健所保健総務課は2グループ制で、企画総務Gと医事薬事Gとなり、企画総務Gの保健師1名が主担当となっている。

以下、天津市保健所が実施した主な取組について紹介する。なお取組の整理方針や注意点については、他事例と同様である。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

天津市では、上述のとおり、平成23年度に「医療施設調査」、平成24年度に「在宅医療実態調査」、「市民意識調査」を行い、医療・介護資源の実態把握に努めた。また、平成24年度末に「医療福祉推進協議会」を設置し、把握した医療・介護資源実態を元に上述のビジョンの策定（平成25年10月）へと至った。医療福祉推進協議会は、平成26年度以降も継続して開催されている。

実施方法

地域の医療・介護サービス資源の把握のための調査および医療福祉推進協議会の運営は、市の一般財源により実施された。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

天津市が設置した医療福祉推進協議会および市内実務担当者レベルの「関係課会議」にて、関係者間の課題意識の共有と対応の協議を行った。そのほか、県から取組の提案があった「地域リーダー会議」を運営し、多職種による地域でのチーム医療のありかたを検討している。

医療福祉推進協議会の参加団体は、天津市医師会、天津市歯科医師会、天津市薬剤師会、天津赤十字病院、天津市民病院、地域医療機能推進機構滋賀病院、滋賀医科大学医学部附属病院、天津市訪問看護ステーション連絡協議会、滋賀県介護支援専門員連絡協議会天津支部、滋賀県老人福祉施設協議会、天津市介護サービス事業者協議会、天津市社会福祉協議会、天津市民生委員児童委員協議会連合会、天津市健康推進連絡協議会となっている。

お実施方法

上述の会議体の運営費用は、市の一般財源により運営されている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

在宅療養支援診療所の増加と訪問看護の充実を主眼に据えて事業を推進している。事業としては、(カ)で後述する「多職種協働推進事業」であり、訪問看護を強化させるような施策は実行していない。

天津市保健所としては、訪問看護の促進が在支診の拡大につながっていくと考えており、今後訪問看護にフォーカスした施策を進めて行きたい考えである。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

天津市は、「地域連携クリティカルパス(脳卒中・糖尿病)」の推進事業を実施している。また、ICT活用推進として「あさがおネット」「びわ湖メディカルネット」の普及拡大も行っている。

実施方法

両事業とも、地域医療再生基金を活用している。ただしICT活用推進事業の基盤は県が準備しており、活用の啓発、拡大が市の実施事業となっているため、大きな財源は必要としていない。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

平成27年度以降に「在宅医療連携拠点整備」を進めていく予定であり、地域支援事業の在宅医療・介護連携に関する相談支援につながるものであると認識しているが、まだ具体的な取組は実施していない。

ただし天津市は、市の保健所に設置されている市民の保健福祉の総合相談窓口「すこやか相談所」と、市の健康長寿課が設置する地域包括支援センターの2施設が、妊娠期から高齢者まで全てのライフステージにひとつの窓口で対応するものとして、市内7ヵ所の拠点に併設されているという特徴がある。すなわち、医療と介護の機能を併せ持つ拠点を有していると見ており、これらの拠点は、今後さらに重要な機能を担うものとなると考えている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

天津市では、「多職種協働推進事業」として多職種合同研修会を平成 25 年度から開催している。医療福祉推進協議会での議論内容をベースに、医療側と介護側の合同研修会を複数回実施している。まずは課題の抽出を行い、連携のために必要なものを洗い出すことができている。

実施方法

「多職種協働推進事業」は市の一般財源で実施している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

天津市は、平成 25 年度に市民啓発用パンフレットを作製し、シンポジウムを開催した。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

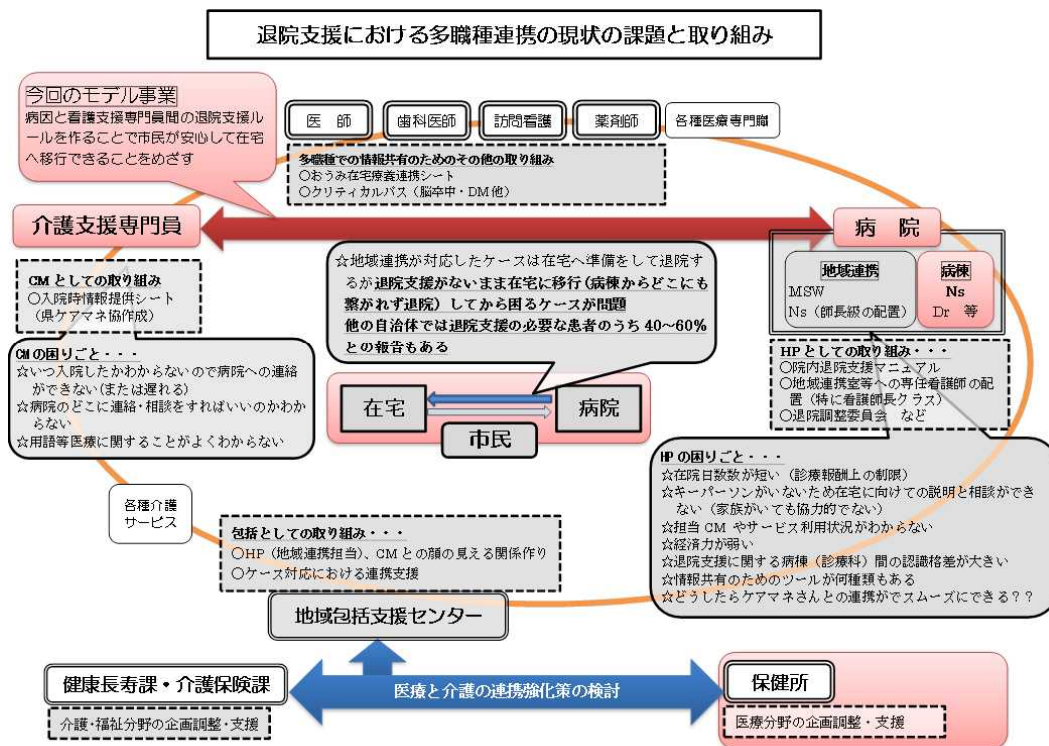
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施内容

既に述べたように、平成 26 年度の厚生労働省のモデル事業に参加している。主に退院支援ルールの策定を目指し、事業を推進している。

天津市保健所管内には 15 病院と 138 居宅支援事業所がある。これまでの多職種連携の取組を通して、病院から退院して在宅療養に移行する際の病院看護部局(特に病棟)とケアマネの連携の重要性を認識しており、これまでの取組と、モデル事業開始後の病院とケアマネに対する調査を踏まえ図のように「退院支援における多職種連携の現状の課題と取組」を整理した。

図表 16 退院支援における多職種連携の現状の課題と取組



出所) 大津市保健所資料

実施方法

県担当者、国アドバイザーの支援を受けながら、以下のような取組を進め退院支援ルールの策定を目指している。

まず、病院看護部局、ケアマネそれぞれに対して退院支援における課題と要望についての調査を実施した。また、「病院とケアマネ」、「ケアマネのみ」など段階的に協議の場を設け意見の集約と整理を実施した。

なお、多職種連携に関わるその他の団体においてはこれまで独自に取組を行っていることもあり、丁寧に説明を行いながら事業を推進している。退院支援ルールを協議する場にも参加してもらい、理解・協力を得られるように働きかけている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

モデル事業において退院支援ルールの策定を行うが、今後効果的に運用していくためには次の2点が重要であると考えている。

1つ目は、退院支援ルールの運用主体は病院とケアマネになる点である。両者が退院支援を行う際に効果的に退院支援ルールが運用されているかモニタリングしていくためには、日頃から両者と密に連携を図っている地域包括支援センターの関わりが不可欠である。このため、モデル事業を進めるにあたっては、地域包括支援センターの職員の意見の反映、ルール策定に主体的に参加できるような事業

運営が必要である。

また 2 つ目は、病院看護部局とケアマネがともに、現場の活動に即した運用ができるように退院支援ルールの評価・見直しをする場をもつことである。

取組の成果

定量的な目標を設定していないため、成果を評価することはできないとのことであった。まずはベースラインをあらためて設定し、さらにモニタリングの手法を確立させる必要があるとのことであった（県民意識アンケートの経年調査など）。

なお、多職種連携事業の拡大として、平成 25 年度は大津市全域で行った合同研修会を、平成 26 年度は 7 つのエリアのリーダーが中心となっていくかたちとし、合同研修会を 2 回、市民啓発セミナーを 1 回、それぞれ実施することを目標として設定し、現時点では達成できそうな見通しである。これにより、各職種の連携の必要性の認識は強まり、そのための関係作りのための場の設定についても多職種が連携をして取り組んでいることは成果であるとしている。

加えて、平成 26 年度に取組を進めている退院支援ルールの策定においては、病院とケアマネ間での入退院時の情報共有に関する割合を把握しており、この点についても今後の評価指標の一つとしてみていく。

成功要因

(1) 成功要因

大津市は市町村と医療圏が一致するため、各団体のまとめあげが比較的容易であった点を優位性としている。

なお、滋賀県の第一次基本方針が平成 20 年度にできていたことで、各圏域が方向性を合わせることも成功要因として挙げられていた。大津市がビジョンを早期に策定出来たのは、滋賀県の第一次基本方針が固まっていたからである。例えば、人材養成と地域への送り込み、さらに大規模拠点（基幹拠点）の集約・設置などは、県全域の方針と市町村の方針が一致していないと、即座の対応は困難である。県がランドデザインを早期に描き、各圏域はその方針を具体化していく、という役割分担が有効と考えている。

今後の課題と予定

(1) 今後の課題と予定

大津市としては、今後 24 時間体制を実現していくために、訪問看護の体制強化に積極的に取り組んでいく方針である。訪問看護ステーションの数を増やすのか、人員を増強する

のか、それとも人材の質を上げていくのかという検討を進めようとしている。

また、定量評価に向けて目標値の設定を進めていきたいと考えている。まずは現状を把握し、基準点（ベースライン）を設定することを最優先で進めて行く考えである。

その他、平成 29 年度に市民アンケートを再実施して、住民の意識の変化を確認しようと考えている。平成 24 年度に実施したものと同様のアンケートを定点観測として実施し、普及啓発活動等の成果として、在宅療養への認識がどのように変遷したかを捉えていきたいと考えている。

(2) 今後、国などに期待する支援は何か

県型の保健所は県からのサポートを受けられるが、中核市の保健所は支援の提供元が不明瞭になっている。県と市型保健所の連携の在り方など中核市保健所の好事例の提示が期待されていた。

3. 和歌山県の取組

3-1 取り組んだ背景

和歌山県人口は昭和 57 年をピークに減少の一途となっているほか、高齢化率は 28.6% であり、全国でも 6 位、近畿圏では 1 位と高い水準となっている。さらに、県下 30 市町村のうち 18 市町村が高齢化率 30.0% を超えているなど、地域ベースでの超高齢社会への対応が喫緊の課題となっている。

和歌山県が医療と介護の連携事業に取り組むことになったのは、平成 22 年からである。国から地域包括ケアおよび医療と介護の連携の指針が出たこと、さらに既に以前より取組を進めていた他県の先進事例が出てきたことから、県内の高齢化率も鑑み、取組に向けて動き始めた。

取組を始める上で事前に認識していた課題は、入退院時の多職種間連携不足により患者に適切なケアが為されないことと、在宅医療が行き届いていないことの 2 点であった。急性期から回復期、慢性期病院、さらに在宅療養支援診療所（以下、在支診）まで医療資源として有している市町村は、中核市である和歌山市など一部にとどまっており、基本的に患者は病状の変化に伴って市町村をまたぐことになる。しかし提供側が体制を整備できていないため、入退院もれなどの例が発生していた。

そこで和歌山県は、二次医療圏域単位（県内 7 圏域）で取組を進めるべきと考え、保健所にコーディネート役を担ってもらい、圏域内の市町村および関係機関とのネットワークを構築していくこととした。県担当者が県保健所を直接訪問し、本事業が保健所としての本来の業務である旨を強調することで、協力への了解をとった。保健所には、複数課の連携をとった「医療と介護の連携推進チーム」を組成することと、保健所が主催する医療・介護連携を検討する会議体を発足させて圏域ごとに独自の取組を進めることの 2 点を、必須の取組として伝えた。

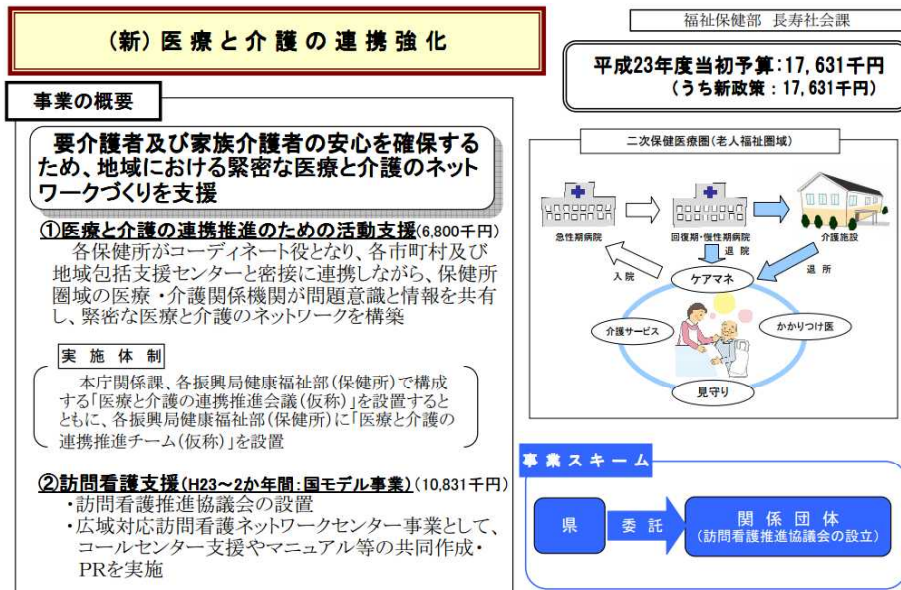
これらの取組を通じて県として基盤とする体制が整備できたことを受け、県の年度ごとの重点施策を取りまとめた「新政策」の平成 23 年度版に、「医療と介護の連携強化」を明示することとし、予算も確保されて本格的な取組が始まることとなった。

3-2 取り組んだ目的

定量的ではなく、定性的なものとして、医療側と介護側の両者が情報を共有すること、お互いの立場や役割を理解すること、最終的には住民に適切な医療と介護を提供する目的があることを認識すること、といった目標を設定した。

平成 23 年度の新政策では、本事業は以下のとおり表現されている（図表）。

図表 17 和歌山県の新政策



出所) 和歌山県提供資料より

3-3 取り組んだ内容 (和歌山県)

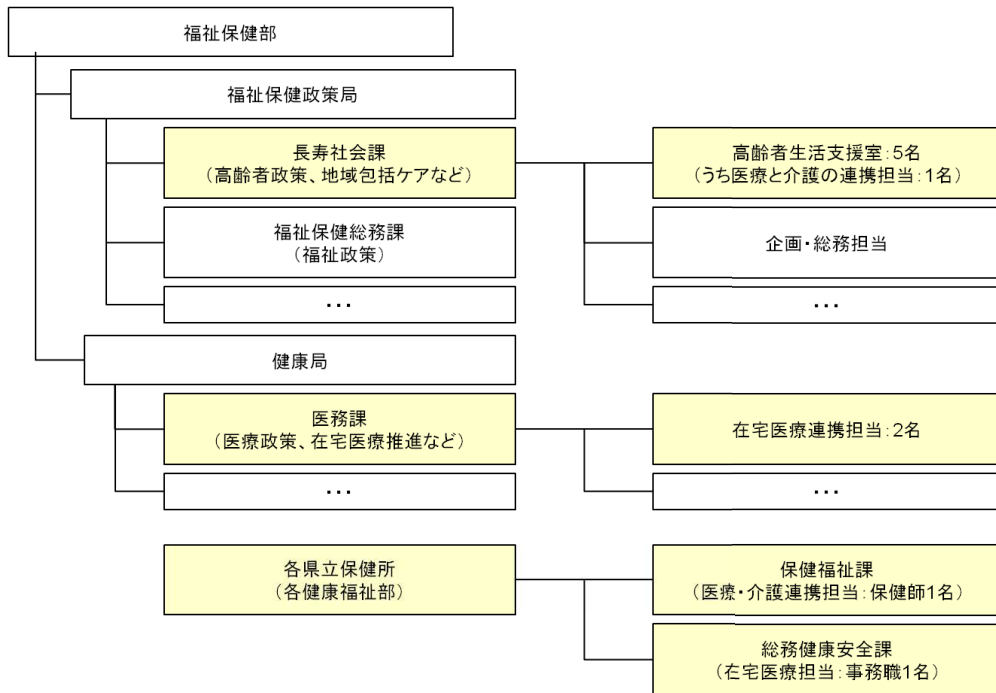
(1) 事業の全体像や体制・予算

和歌山県では、介護側の部署である長寿社会課高齢者生活支援室内に医療と介護の連携担当を配置している。長寿社会課の約 32 名のうち高齢者生活支援室は 5 名 (うち保健師 1 名) である。なお、介護側に医療・介護連携の主担当を設置したのは、医療・介護連携が地域包括ケアの視点で語られてきたためである。

一方、県の医療政策を担う医務課では在宅医療の主担当が置かれている (2 名)。当課では、地域において医療や介護に係る様々な多職種が協働した在宅医療の提供体制を構築することを目的に、在宅医療連携拠点事業を実施している。

また、上述のとおり、和歌山県では保健所が主導して圏域レベルでの事業を進めており、7 か所の県保健所 (各健康福祉部) 内の保健福祉課が本事業の主管となっている (図表)。

図表 18 和歌山県の医療・介護連携推進体制



出所) 和歌山県担当者インタビューより NRI 作成

和歌山県では、平成 23 年度から本格的に取組を開始する際に、「医療と介護の連携推進会議（以下、「県推進会議」）」を組成し、その場での検討が和歌山県の本事業の方向付けを示す形とした。県推進会議の参加メンバーは、以下のとおりである。なお、事務局は長寿社会課の職員が担っている。

- ・ 県庁福祉保健政策局（長寿社会課長、高齢者生活支援室長、福祉保健総務課長、障害福祉課長）
- ・ 県庁健康局（医務課長、健康推進課長）
- ・ 保健所（各保健所長、健康福祉部長）

（２）県が実施した主な取組の紹介

以下、和歌山県が実施した主な取組について紹介する。整理方針は他事例と同様である。

なお和歌山県では、上述のとおり県推進会議で方向性を議論しつつ、保健所が管轄する各圏域単位で取組を進めている。平成 23 年度の県推進会議は年 3 回、24 年度と 25 年度は年度末に 1 回開催されたが、この平成 23 年度の第 1 回目で、各保健所レベルでの事業計画を定めた（図表）。

図表 19 医療と介護の連携 各保健所事業計画

事業計画内容	保健所							
	海南	岩出	橋本	有田	御坊	田辺	新宮	支所
医療・介護関係者等との検討会開催	○	○	○	○	○	○	○	○
研修会（介護関係者向け）	○	○	○	○	△	○		
研修会（医師向け）		○						
意見交換会（医師向け）						○		
シンポジウム（医療・介護従事者）			○			○	○	
講演会					△			
意識調査（医療機関向け）				○	○	○		
意識調査（ケアマネ向け）			○	○	○	○		
先進地視察	○				○	○	○	
連携シートの作成							○	△
連携マニュアル作成						○	○	
啓発用リーフレット・ポスター作成			○					
意見交換会の報告書作成						○		
医療機関への連絡窓口一覧表の更新				○				
医療と介護の連携ブック作成					○			

出所）和歌山県提供資料より NRI 作成（なお△は一部実施もしくは調整中を表している）

和歌山県が確保した予算は、平成 23 年度は 680 万円、平成 24 年度は約 680 万円、平成 25 年度は約 700 万円、平成 26 年度は約 420 万円となっており、その予算内で、県推進会議の運営と、事業計画に即した各保健所の取組が進められている。財源は、平成 23 年度、24 年度は介護基盤緊急整備等臨時特例基金、平成 25 年度以降は、地域医療再生基金により拠出している。

一方、医務課では在宅医療連携拠点事業を実施している。和歌山県内では、平成 24 年度に厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に 2 か所が採択された。その成果を踏まえ、平成 25 年度以降は地域医療再生基金を活用し和歌山県在宅医療連携拠点事業を進めている。

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

和歌山県では、平成 24 年度からの「わかやま長寿プラン」（長寿社会課）と平成 25 年度からの「保健医療計画」（医務課）の策定にあたり、個別に調査を実施した。

またこれらとは別に、平成 24 年度に県が「24 時間対応のサービス提供体制の構築支援に関する調査」を行った。これは、介護事業者・病院・老健・在支診を対象としたアンケート調査である。基本的に資源把握は各圏域で実施すべきという考えがある

が、この平成 24 年度の調査は、各圏域の取組の参考になるようにと考えて県が実施している。(詳細は (ウ) で述べる)

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

まず基本的な考えとして、各圏域で課題の抽出と対応を図るべきと考えている。その方針に則り、和歌山県は、各保健所に対して関係団体を集めた会議体（以下、「圏域協議会」）の設置を依頼した。設置にあたっては、圏域協議会の中で圏域単位の取組を管理するとともに、県推進会議との連携を図ることを規定した。

図表 20 圏域協議会の構成

参加団体	保健所							
	海南	岩出	橋本	有田	御坊	田辺	新宮	支所
郡市医師会	○	○	○	○	○	○	○	
病院	○	○	○	○	○	○	○	
病院地域連携室	○	○	○	○	○		○	○
病院従事者	○	○	○		○		○	○
歯科医師会		○	○	○	○	○		
薬剤師会		○		○	○	○		
介護支援専門員	○	○	○	○	○	○	○	○
訪問看護ステーション	○	○	○	○		○	○	
訪問介護事業所	○	○					○	○
通所介護事業所	○							
特養	○	○					○	○
介護老人保健施設		○					○	
グループホーム	○							
市町村社会福祉協議会	○					○		○
市町村	○	○			○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○		○	○	○
その他				○		○		

出所) 和歌山県提供資料より

実施方法

圏域協議会では、前年度末に県推進会議で了承された事業計画に沿って、自らが推進する事業進捗を管理する。年度末に県推進会議に活動報告と課題を共有し、さらに翌年度の事業計画および予算の申請を行うのが1年間の基本的なプロセスである。

これらは平成27年度からは市町村が主体的に動くべき事業であるが、広域調整の必要性を鑑みて、県（保健所）も必要な部分は支援する予定である。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

県全体として一定水準の体制を整備するためには、圏域レベルで取組を進める必要があり、その際には保健所の関与が適切と考えている。

和歌山県では当初から保健所の役割を重視し、保健所への説明と合意形成を丁寧に行った。合意形成に至る重要なポイントは、本事業が保健所の本来業務であるということ強調して伝え、納得感を醸成したことではないか、とのことである。

（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

各圏域にて取組を進めることを基本とする一方で、切れ目のないサービス提供体制については、県として当該サービスの動向を明らかにし、取組の方向性を検討することとした。そのため、平成24年度の県推進会議内でまず調査を実施した。

具体的には、①介護サービス事業者向けには24時間対応の新サービスの展開意向について、②病院や老健向けには退院・退所復帰支援の実態について、③在宅医療向けには在宅医療の実施状況について、それぞれアンケート調査を実施した。調査結果では、①については採算性確保に課題が存在しており県内での普及はかなり困難を要すること、②③については、特に認知症患者の対応を検討しなくてはならないことが明らかとなった。

この調査により、県内では24時間対応サービスの普及はきびしいこと、認知症の人の在宅支援ではより一層の医療・介護の連携が求められることが連携担当者の認識となり、今後の業務に活かして行くこととなった。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

—

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

和歌山県として実施している事業はない。

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

和歌山県として実施している事業はない。

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

各圏域の保健所が主体となって、自らの事業計画に基づいた在宅医療・介護関係者の研修を実施している。具体的な取組例は岩出保健所で実施している内容の項で後述することとし、ここでは割愛する。

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

圏域レベルで実施しており、県では実施について関与していない。

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

和歌山県が保健所を支援する形で、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) に参加している。内容は主に退院支援ルールの策定である。事業内容とテーマを各圏域に周知した結果、必要性を感じて手を挙げた新宮保

健所・串本支所（新宮圏域）とともに参加している。

和歌山県としては、このモデル事業への参加と圏域への支援を通じて、具体的な退院支援ルール等の作成手法を学び、他の圏域の保健所を通じて和歌山県全土に展開していきたいと考えている。

実施方法

実施主体は新宮保健所・串本支所であり、圏域内病院およびケアマネの組織化を進め、病院－ケアマネ間で退院ルール策定のための協議の場を設定している。市町村介護保険担当課もオブザーバー的に参加している。地域包括支援センターはケアマネ側の意見を病院との会議で発表するなどの役割を担っている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

新宮圏域では、平成 23 年度に県連携会議で定めた事業計画に沿って医療と介護の関係団体同士の懇談会を開催していた。そのため人間関係は構築されつつあったが、問題点を抽出するにとどまり、具体的なルールや連携ツール作成までには至っていなかった。このモデル事業では、そのような圏域の問題意識とタイミングが合致しており、医療・介護連携を推進する上で有効な取組になると県担当者は考えている。

なおこの取組は、平成 27 年度以降は市町村が実施主体となるべきものであるが、市町村単独での実施は難しいため、県（保健所）として支援していきたい考えである。

以上が和歌山県における主な取組の紹介である。次節では、上記の和歌山県の取組を踏まえて、保健所（岩出保健所）がどのような取組を行ったかについて解説する。

3-4 具体的な取組事例（岩出保健所による事業実施例）

(1) 取り組んだ背景・目的

岩出保健所が管轄する那賀圏域は、2 市（紀の川市、岩出市）で構成され、人口は 12 万人程度、高齢化率は両市とも県平均を下回っている。また医療資源の状況は、平成 26 年時点で三師会は圏域内で一つずつ、病院は 8 か所、診療所は 107 か所、薬局は 48 か所となっている。

当圏域で医療・介護連携の取組が開始されたのは、平成 23 年度から県の新政策に本事業が位置づけられ、保健所単位での推進が明示されたためである。なお、この圏域の特徴として、すでに在宅医療への取組が一部で進んでいた¹¹こともあり、当保健所として事業を推進する際にも、まずはそういった既存の取組とのネットワーク化を図ることから始めた。

取組の目的として、「公立那賀病院を拠点とし、地域の病院、医師会、介護保険施設、在宅介護事業者等が連携を図り、ネットワークを構築する」としている。なお、定量目標は

¹¹ 那賀医師会内の在宅医療部会の活動、公立那賀病院における那賀がん在宅ケアネットワーク勉強会

設定せず、在宅看取り数などはあくまで進捗モニタリング用としての把握に留めている。

課題意識としては、介護側から医療側へ対話しにいく際の垣根が高い点が挙げられる。そこで、まずは①関係団体が互いのことを知り、問題意識を共有するための場を設定する必要があること、次にそのようなコミュニケーションの土壌ができたとして、②医療・介護従事者の在宅療養に対応できる人材の育成が必要になること、さらに③住民の終末期に向けた意識啓発が必要になること、を取組の3本柱として据えた。

(2) 取り組んだ内容

当圏域での推進体制は、和歌山県の項で述べたとおり、保健所の保健福祉課が主体となっている。

取組としては、まず関係団体が一堂に会し、圏域としての問題意識や進むべき方向性を協議する場として、「那賀圏域医療と介護の連携推進協議会」（以下、「那賀協議会」）を組成した。

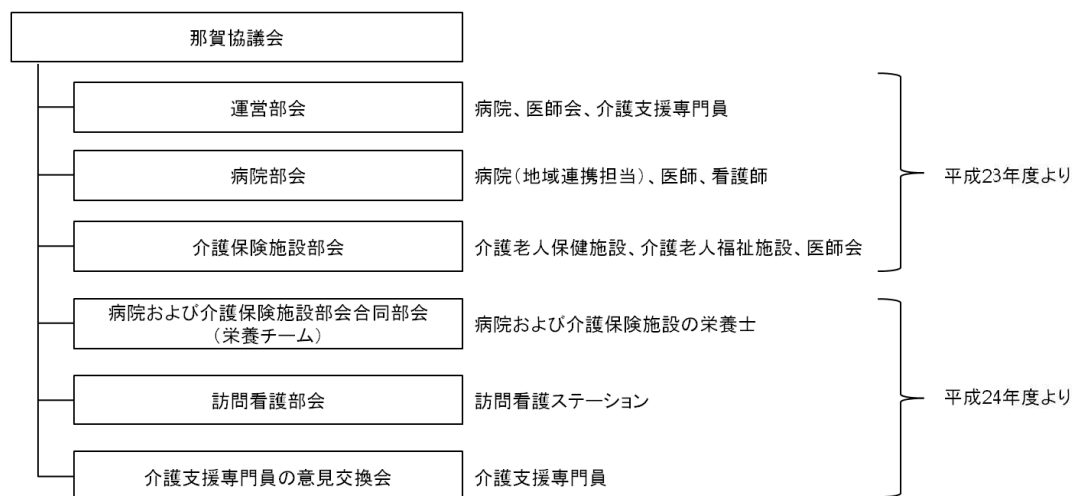
図表 21 那賀協議会参加団体

団体名	
那賀医師会	
公立那賀病院	
那賀歯科医師会	
那賀薬剤師会	
和歌山県介護支援専門員協会	
和歌山県訪問看護ステーション連絡協議会	
訪問介護事業者	
介護老人福祉施設	
介護老人保健施設	
紀の川市高齢介護課	
紀の川市地域包括支援センター	
岩出市長寿介護課	
岩出市地域包括支援センター	
事務局	岩出保健所保健福祉課

出所) 岩出保健所提供資料より NRI 作成

また、那賀協議会の配下に検討部会を設置し、テーマごとに検討を深めて行く体制とした。那賀協議会は年1~2回、各部会は2~3カ月に1回の開催頻度となっている。

図表 22 那賀協議会および部会の構成



出所) 岩出保健所提供資料より NRI 作成

以下、岩出保健所が実施した主な取組について紹介する。なお取組の整理方針や注意点については、他事例と同様である。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

圏域内の資源把握は、当保健所が既存業務の中で実施している。

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

那賀協議会および各部会により、関係者の課題の吸い上げと、その対応方針の協議を行っている。年度末には翌年度の事業計画を県に申請しなくてはならず、随時事業進捗を把握して課題を抽出した上で、翌年度の取組につなげるようにしている。

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

岩出保健所として、直接的に手掛けている事業は特にないが、現在、那賀協議会や各部会で取組んでいる事業により、間接的に体制の構築に繋がると考えている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

各部会で、多職種が関わる様々な標準様式やツールの開発を行った。

病院部会・介護保険施設部会合同部会では、退院時看護サマリーの標準様式と、介護保険施設入所時の診断書の標準様式を作成した。この2様式は、各部会内で積極的な意見交換をし、標準様式の作成にこぎつけた。

また、病院・介護保険施設合同部会の栄養チームでは、嚥下食等食事基準・嚥下食一覧表、病院・介護保険施設の経管栄養一覧表・嚥下食互換表、栄養サマリーなどが作成された。その他、嚥下食の調理実習なども部会の中で実施された。

実施方法

部会内および部会間で関係団体が協議をし、一方的な意見ではない標準様式を策定した。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

標準様式を現場で運用しながら、随時部会で評価を行って、継続的に見直しが図れるようにしている。

(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など)

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

各部会で、意見交換会形式の研修会を多数開催している。また平成25年度からは、

より部会間で連携させる取組を増やすようにしている。

多職種連携の研修会では、薬剤師・理学療法士との連携強化を図るための研修会が実施された。これは、各部会に参加している関係団体に広く周知して開催したものである（80名程度の参加）。薬剤師会・理学療法士会から自身の活動について報告してもらい、その後に、在宅療養者を支援するために薬剤師・理学療法士がどのように連携する必要があるかグループワークを通じて議論するプログラムとしている。このプログラムでは、多職種連携を実施している在支診の医師に「助言者」として参加してもらい、連携のイメージが持ちやすい環境下で議論させている。

また、同様の多職種参加型研修として、「家に帰ろう～終末期を安心して過ごすために～」事業がある。これは、主に那賀協議会や各部会の活動とこの事業で作成した「メッセージノート」について、圏域内の関係団体に伝える目的の事業であり、平成25年度に開催した会では113名の参加者があった。

この他、研修会用のコンテンツ作成も部会内で行った。介護保険施設部会では、看取りに関する研修会を開催したが、より分かりやすく、伝わりやすいかたちでの研修の必要性が提起されたため、研修用のDVDを作成した。DVDは実際のケースを寸劇にして収録している。なお、演じているのは那賀協議会のメンバーである。

実施方法

各取組の実施費用は、和歌山県から各圏域に割り当てられた予算の中で実施されている。DVD作成の撮影・編集については、人的ネットワークを通じて協力依頼をしており、費用はかかっていない。

なお、部会の参加者への謝金は発生していない。自身の活動の一環という位置づけで取り組んでいただいていると考えているためである。ただし、研修会で演者や助言者として参加してもらう際には、若干の謝金が発生している。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

—

（キ）地域住民への普及啓発

実施内容

岩出保健所では、平成25年度に部会横断の家に帰ろう実行委員会（プロジェクトチーム）を組成し、「メッセージノート」を作成した。メッセージノートとは、市民が自身の生き方を過去・未来にわたって記載するもので、在宅医療や終末期医療について見つめ直してもらうものである。このノートは、療養に関わる関係者にも随時共有され、本人にとって最適なケア体制を構築するために使われる。平成26年度には、作成したメッセージノートを使って、市民セミナーなどを開催する方針である。

図表 23 メッセージノート



出所) 岩出保健所提供資料より

実施方法

家に帰ろう実行委員会は、那賀協議会、運営部会、病院部会、介護保険施設部会、訪問看護部会、紀の川市、岩出市、岩出保健所から 10 名が参加した。平成 25 年度に実行委員会内で 14 回の打合せを行って作成した。作成したメッセージノート(1 万部)は、各市役所(地域包括支援センター含む)・保健所・関係機関に配置し、市民が自由に取得できるようにしている。

なお、この取組は「振興局政策コンペ事業」(地域課題の解決や地域振興を図るため、各振興局の若手職員が企画立案する事業)として実施され、費用を県と那賀医師会が半分ずつ負担している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

関係団体間の連携ツールなどを協議する中で、基点となるのは市民の意思であると那賀協議会の委員が強く主張し、ノートを作成することとなった。ツールとしての有用性もさることながら、市民に対して圏域の姿勢を伝えることができる点や、関係団体間で何を重視して体制を構築すべきかという目的意識を統一できる点で、寄与していると見ている。

(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

(ア)～(キ)までの取組は全て二次医療圏としての枠組で検討を進めており、2 市(紀の川市、岩出市)からも担当者が関係会議(那賀協議会、実行委員会)へと参加する形で事業が進められている。

なお、(ア)～(キ)のような事業を今後、市町村が実施するにあたり保健所として

引き継ぎ方を検討中である。一つの試みとして、2市と保健所の担当者レベルの連絡会を設け、今後の移管のスケジュールや手法について協議を進めているところである。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

平成23年度からの取組により、圏域内での多職種連携は大きく進捗していると考えている。今後、市に事業移管していくにあたり2市との連絡会では、市町村個別の検討に落とすのではなく、圏域単位、つまり2市共同の取組というかたちも視野に入れ協議している。

3-5 取組の成果

本節では、前出の和歌山県および岩出保健所による取組の成果について、各主体がどのように評価しているか、それぞれのインタビュー結果を基に解説する。

(1) 和歌山県による成果評価

既に述べた通り、定量目標は設定しておらず、成果を厳密に語ることはできない。ただし、圏域単位で多職種連携の研修会や住民向けの啓発活動が進んでおり、目的としている体制の整備は進んでいると考えている。

また、平成26年度の厚生労働省のモデル事業に参加したことにより、県内の保健師に対して新宮圏域での取組を模倣してもらい、地域住民の普及啓発や退院支援ルールの策定を進められる環境ができてきたとも考えている。新宮でのモデル事業で活躍した保健師2名が蓄えたノウハウを眠らせないよう、各圏域の保健師に策定会議立ち上げなどを推進してもらい、次のアクションにつなげていきたいと考えている。

(2) 岩出保健所による成果評価

定量目標は設定していないため、数値として語ることはできない。ただし、少なくとも圏域内での多職種連携は、顔の見える関係づくりという観点で進んでいると感じている。また、標準様式やメッセージノートなどのツールが作成できたことも、具体的な成果として考えている。

3-6 成功要因

(1) 成功要因

平成 23 年度以降の取組が進んだ要因は、最初に説得すべき対象を保健所に絞り、その説得に保健所が乗ってきてくれたことだと考えている。県としてすべきことを明確にし、本事業のスキーム（予算、体制など）を端的に構築したことが、各保健所の保健所長の了解もとりやすくして、結果として取組を加速化させた要因になったと考えている。

また、地域独自の取組を県が許容したことも成功要因と考えられる。今回紹介したような事業は、そもそも二次医療圏での体制整備が適している。二次医療圏単位での事業推進には保健所が適しており、地域性（既存資源など）を最大限活用して最も効率的に事業推進できるように保健所の裁量を大きく認めたことは、那賀圏域において非常に有効に機能したと見ている。

なお地域性という意味では、那賀圏域ではキーパーソンとなる医師が存在していたこと、またそのキーパーソンを本事業に取り込めたことも成功要因である。在宅医療に熱心に取り組んでいるだけでなく、圏域単位での取組推進に協力を惜しまない医師とうまく関係構築できたことは、事業推進上の重要なポイントであった。

(2) 市町村およびその他の主体の役割分担

成功要因につながる各主体の役割分担について、和歌山県の事例を以下に整理する。

実施主体	主な役割・機能
県	<ul style="list-style-type: none"> ○グランドデザインの提示 <ul style="list-style-type: none"> －県全体として取り組むべき方向性を示す ○事業推進スキームの明確化 <ul style="list-style-type: none"> －どの単位で取組を進めるか、また主体を明確化する ○財源の確保と事業計画の進捗管理 <ul style="list-style-type: none"> －国庫など、地域が活用できる財源を活用範囲まで含めて提示する －地域ごとの事業計画の進捗状況をモニタリングする
保健所	<ul style="list-style-type: none"> ○圏域レベルでの体制の基盤づくり <ul style="list-style-type: none"> －市町村が主体的に事業を進めるための基盤を主導的に構築する ○圏域レベルでの取組の事業化 <ul style="list-style-type: none"> －地域性を見極め、必要施策を事業化し県に提案する ○市町村の後方支援 <ul style="list-style-type: none"> －市町村が今後事業主体となっていくことを見据え、スムーズに移管できるよう後方支援する
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ○事業主体としての取組 ○市民への啓発活動
医師会	<ul style="list-style-type: none"> ○施策のリーダーシップ <ul style="list-style-type: none"> －実業務から、課題とあるべき姿を行政に対し提案する －多職種連携の研修会における演者として、知見を地域に伝える ○医療側の関係団体の取りまとめ <ul style="list-style-type: none"> －病院・看護側の意見集約を担う

3-7 今後の課題と予定

(1) 今後の課題と予定

県の今までの取組をいかに市町村に引き継げるかが課題である。その点について、保健所と相談して事業移管を完遂していきたいと考えている。とはいえ、急性期病院や高度医療病院がない市町村もあるので、圏域単位で進めた方が良いのか、市町村単位で進めた方がよいのかを検討すべきと考えている。また、退院支援ルールについても同様で、広域での検討をすすめるべき事案になるので、市町村への完全移管ではなく、県との協働が求められると認識している。

また、事業の効果測定のための数値は検討する必要がある。今後さらに取り組む関係団体が拡大していくことを考えると、数値で語ることが重要になると認識している。例えば、退院漏れ率を明確に指標として設定することも検討していきたいと考えている。

保健所としても、今後の市町村への事業移管について課題意識をもっている。平成 27 年度から、保健所で従来実施していたことを市町村に急に移管することは不可能と考えている。市町村で実施する予定の協議会を、従来どおり圏域で 1 つにまとめていけないかという話がでている。

現在、保健所で実施している事業を、市町村に移管することを見据え、市町村（2 市）と保健所の担当者レベルで連絡会を発足させている。市町村にどうやれば上手くバトンタッチできるかを決めていかねばならず、今後、県や市町村と細かく調整していかなくてはならない。

(2) 今後、国などに期待する支援は何か

国には、効果測定数値も含め、在宅医療・介護連携の推進に関わる具体的なマニュアルを提示して欲しい。和歌山県の新宮圏域は平成 26 年度の厚生労働省モデル事業に参加しているが、具体的な手順がアドバイスとともに適宜提示されることで、迷わず事業を推進でき、非常に効率的に進められると評価している。

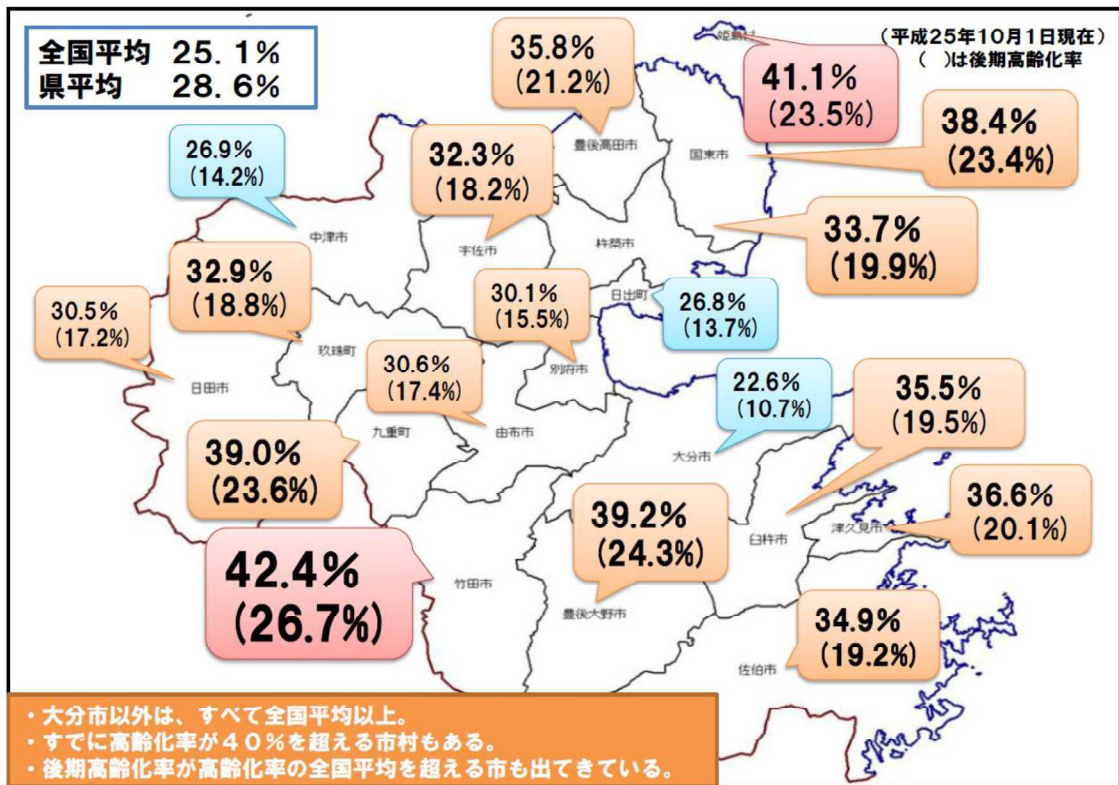
4. 大分県を取組

4-1 取り組んだ背景

大分県は平成 26 年 3 月 1 日時点で約 118 万人の人口を抱える九州北東部の県である。大分県医療計画（平成 25 年 3 月）によれば、大分県の人口は減少を続けており、将来人口は平成 37 年度に約 107 万人にまで低下すると予測されている。

一方で、高齢化率は上昇を続けると見込まれている。平成 25 年 10 月 1 日時点のデータで全国比較をした場合、大分県の高齢化率 28.6%は全国平均 25.1%よりも高く、全国で 11 番目に高齢化率が高い県となっている。県内の市町村間の差も大きく、既に高齢化率が 40%を超える市も存在する。将来的にも人口減少が続く中で高齢者数は増えていくため、平成 37 年度には、県の高齢化率は 34.3%にまで上昇すると予測されている。

図表 24 大分県内の高齢化率の比較（平成 25 年 10 月 1 日時点）



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 2-1 より (平成 26 年 4 月 24 日)

このような社会変化に対応していくため、大分県は、県の保健所等と連携しながら様々な事業を進めてきた。たとえば平成 20~24 年度で実施した『脳卒中在宅ケア体制整備事業』では、脳卒中在宅ケアにかかる関係者の協議・検討の場づくりや、クリティカルパスの策

定・運用・評価のほか、地域連携ルールの作成・推進・評価等を行った。医療連携の推進に向けてまず脳卒中に着目した取組であり、県の保健所も主体的に関与した。

こうした取組を進めていく中で、住民が住み慣れた地域で暮らし続け、切れ目のないサービスを安心して受けられるように、保健・医療・福祉（介護）が連携した支援体制の充実（＝地域包括ケアシステムの構築）が必要であると考えに至った。そこで大分県では、地域包括ケアの推進に向けた県の役割を確認し、関係各課が相互に協力しながら、県・保健所・市町村が共通認識を持って各事業に取り組める環境を実現することを目指し、平成23年度から『庁内連携検討会』を開催した。

庁内連携検討会は、福祉保健企画課の地域保健・情報班が事務局を担う形で開催された。地域保健・情報班は、保健・医療・介護・福祉にまたがる総合的な調整役であり、部内各課の共通課題の解決や施策化等に向けた横断的な協議・検討を行い、保健所の取組に反映させる役割を担っている。平成23年度の庁内連携検討会は、事務局の福祉保健企画課 地域保健・情報班のほか、①地域福祉推進室 地域福祉班、②健康対策課 健康増進班、③国保医療室 保健医療指導班、④高齢者福祉課 介護保険推進班および長寿・介護予防班¹²の、計12名程度が参加した¹³。原則、毎月第2・第4火曜日に1時間程度開催された。

図表 25 福祉保健部内の関連部署（抜粋，平成26年8月時点）



出所) 大分県ホームページより NRI 作成

¹² 平成24年度から地域包括ケア推進班に改組された。

¹³ 平成24年度からは⑤医療政策課 医療政策班、⑥業務室も参加した。参加者は計19名。

この庁内連携検討会が契機となり平成 23 年度以降に、大分県内で地域包括ケア実現に向けた様々な取組が為されるようになった。そこで、この平成 23 年度以降の大分県における地域包括ケア実現（在宅医療・介護連携など）に向けた取組について、以下詳細を述べていくこととする。

4-2 取り組んだ目的

既に述べたように、住民が住み慣れた地域で暮らし続け、切れ目のないサービスを安心して受けられるように、保健・医療・福祉（介護）が連携した支援体制を充実させ、地域包括ケアシステムを構築することが目的となっている。

4-3 取り組んだ内容（大分県）

（1）事業の全体像や体制・予算

平成 20 年度から平成 26 年度にかけての大分県での在宅医療連携の主な取組を次図に示す。

特に平成 23 年度以降の取組に着目すると、まず大分県（本庁レベル）に関して言えば、既に述べた庁内連携検討会を中心に、関係各課が相互に協力しながら県全体での在宅医療連携の方針や、そのための具体的な事業内容の検討を行っている。

一方、（県の）保健所は、大分県から示された上記方針に基づいて、管轄する地域内の在宅医療連携体制の構築に向けて、市町村や医師会等と協力・連携しながら事業を推進する役割を担っている。

また市町村は、県・保健所からの支援も受けつつ、平成 25 年度からの在宅医療連携拠点推進事業について、医師会等と連携しながら事業を推進する役割を担っている。

医師会は、平成 23・24 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に採択された 3 つの先進モデル地域が、先行して担当地域内で在宅医療連携体制を構築している。

平成 25 年度以降、大分県としては、先行する市町村・医師会の取組を他の市町村・医師会に展開していくことを目指している。そのための取組が、地域医療再生基金を主な財源として実施されている状況であると言える。

図表 26 大分県における在宅医療連携の取組



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
資料2-4を基にNRI作成(平成26年10月9日)

この内、平成25年度から3カ年計画で進められている『在宅医療連携拠点推進事業』について解説する。同事業は、平成23・24年度に厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を実施した別府市医師会・臼杵市医師会・日田市医師会の3つを先進モデル地域と位置付けた上で、類する取組を県内各圏域で取り組むことを目的とした事業である。財源には地域医療再生基金を用いている。取り組む内容は以下である。

在宅医療連携拠点推進事業での取組

- 在宅医療連携推進・体制構築にかかる医療・介護関係者の協議・検討の場づくり
(→在宅医療連携協議会等の立ち上げ) **(イ)**
- 在宅医療連携拠点づくり
- 圏域内での人材育成、事例検討 など**(カ)**

実施主体としては、市町村(医師会への委託を含む)を目標としているが、それぞれの現状に違いがあるのも事実である。そのため大分県の在宅医療連携拠点推進事業では、各圏域の現状に沿って、『①医師会主導』・『②市町村主導』・『③県保健所主導』の3パターンに分けた事業実施を想定している。

①医師会主導型では、市町村・県保健所等の関係機関が積極的に介入し、在宅医療推進協議会の立ち上げや、事例検討会等の各種研修会を通じて、介護現場の医療的見地向上を目指す。実施主体は医師会・病院・市などそれぞれである。

②市町村主導型では、医師会等との連携を強化するとともに、別府市・臼杵市・日田市の先進モデル地域のノウハウを吸収して、将来的に医師会主導の在宅医療推進を目指す。実施主体は市町村である。

③県保健所主導型では、医師会や市町村との連携を強化するとともに、先進モデル地域のノウハウを吸収し、将来的に医師会主導の在宅医療推進協議会の発足をを目指す。実施主体は県（保健所）である¹⁴。

この①～③が大分県内の全域で実施されている。3つの先進モデルからノウハウを抽出し、それを県内に横展開していくという大分県の考えが明確に表れた事業であると言える。

なお、これらと並行して3つの先進モデル地域でも、実施主体をそれぞれの医師会や市（医師会に委託）とした上で、平成25年度～27年度にかけて地域医療再生基金を用いた事業が引き続き実施されている。

また、在宅医療を推進するための研究事業として、県立看護科学大学を実施主体とした上で「在宅医療診断ツール」の作成も進めている。同ツールは、在宅医療に取り組もうとしている地域や主体に対して、在宅医療提供に必要なリソースの過不足を示すツールを想定している。

図表 27 平成 26 年度の在宅医療連携拠点体制整備事業の事業内容



出所）大分県提供資料

¹⁴ 当初は県保健所主導型で始めた後、ノウハウ・実績の蓄積に伴って、実施主体が県（保健所）から市に移った事例もある。

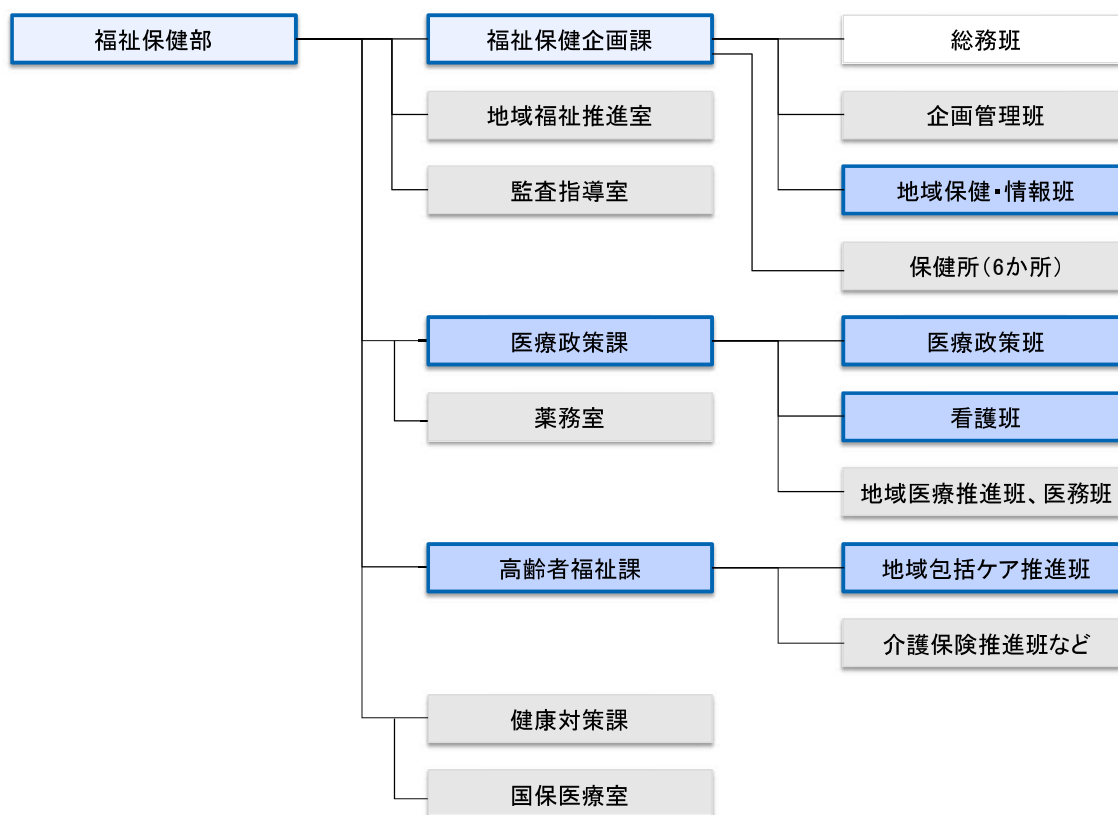
大分県の中でこれらの事業を担当する部署の1つは、福祉保健部 福祉保健企画課である。同課内の地域保健・情報班は、既に述べた通り、保健・医療・介護・福祉にまたがる総合的な調整役を担っている。インタビュー時点（平成26年9月）の地域保健・情報班の体制は、班総括1名と班員3名の計4名で組織されていた。うち3人は事務、1人は保健師である。

この福祉保健企画課以外に、福祉保健部内で在宅医療連携に関係する課があと2つある。1つは高齢者福祉課である。介護行政を担う課であり、介護予防などを担う地域包括ケア推進班など、発足当初から庁内連携検討会に参加している。なお、地域包括ケア班は計7人で構成されており、うち2名が保健師である。

もう1つは医療行政を担う医療政策課である。課内には医師確保などを進める地域医療推進班など4班があるが、在宅医療の推進や医療と介護の連携に関係するのは医療政策班である。なお、訪問看護師の育成という意味では、看護班の役割も大きい。

まとめれば、医療行政は医療政策課、介護行政は高齢者福祉課、そして関係課が連携・協力できる環境づくりは福祉保健企画課が担うという整理が為されており、これらの課が相互に協力できる関係性を構築できている点が、大分県の特徴と言える。

図表 28 福祉保健部内の関連部署（抜粋，平成26年8月時点）



出所) 大分県ホームページより NRI 作成

(2) 県が実施した主な取組の紹介

大分県が実施した主な取組は前節までに述べた通りである。ここでは、他の事例と同様の整理方針で、改めて（ア）～（ク）への再整理を行う。そのため記載内容は既出のものと大きく変わらないという点にご留意いただきたい。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

平成 25 年度から実施している在宅医療連携拠点推進事業の中で、地域の医療・介護サービス資源の把握を基本メニューに掲げ、資源の把握やマップづくりを促進している。(①)

また、大分県が県立看護科学大学に委託する形で、『在宅医療診断ツール』を作成している。同ツールは、在宅医療に取り組もうとしている地域や主体に対して、在宅医療提供に必要なリソースの過不足を示すツールを想定している。(②)

実施方法

上記①の実施主体は、市町村、医師会、病院等である。平成 25 年～27 年の在宅医療連携拠点推進事業の中で、地域医療再生基金を財源として実施している。

また上記②の実施主体は県立看護学大学である。平成 25 年～27 年の在宅医療連携拠点推進事業の中で、地域医療再生基金を財源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など)

—

(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

大分県が地域医療再生基金を用いて県内全圏域の医師会・市町村・病院に補助をする形で、在宅医療連携協議会等の立ち上げを進めている。実施主体は、各圏域の現状を踏まえて①医師会主導型／②市町村主導型／③県保健所主導型に分かれる。県では、市町村や医師会が主体的に進める体制を目指しており、平成 26 年度に③で県保健所が実施主体となっているケースは 6 圏域中 2 圏域にとどまっている。

また、平成 23・24 年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を実施した 3 地域に対しても、地域医療再生基金から補助する形で、平成 25 年度以降の事業実施を大分県が支援している。

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

上記の(ア)①等と同様で、平成25年度～27年度の在宅医療連携拠点推進事業の中で、県内全圏域を対象として、医師会・市町村・病院等が実施主体となって在宅医療連携拠点づくりを行うとしている。大分県は地域医療再生基金を用いた補助を行うことが基本であるが、県保健所主導型では県保健所が実施主体となっている。

実施方法

実施主体は、市町村、医師会、病院等である。モデル地域のうち1地域では、医師会立の病院が核となり、24時間365日の在宅医療提供体制(入院対応)を整備している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

上記(ア)①等と同様で、平成平成25年度～27年度の在宅医療連携拠点推進事業の中で、各圏域独自に取り組む事業として、ICTや入退院時の情報提供票などを活用した情報の共有化を支援している。

実施方法

実施主体は、市町村、医師会、病院等である。モデル3地域を中心に、ゆけむり医療ネットやうすき石仏ねっとなど、病院・診療所、老人保健施設等との患者情報の共有化や、タブレットを活用した医師と訪問看護師等との情報の共有化などが進められている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

上記の(ア)①と同様で、平成25年度～27年度の在宅医療連携拠点推進事業の中で、県内全圏域を対象として、医師会・市町村・病院等が実施主体となって在宅医療連携拠点づくりを行うとしている。大分県は地域医療再生基金を用いた補助を行うことが基本であるが、県保健所主導型では県保健所が実施主体となっている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

上記の(ア)①等と同様で、平成25年度～27年度の在宅医療連携拠点推進事業の中で、県内全圏域を対象として、医師会・市町村・病院等が実施主体となって圏域内での人材育成や事例検討を行うとしている。大分県は地域医療再生基金を用いた補助を行うことが基本であるが、県保健所主導型では県保健所が実施主体となっている。

これ以外に、大分県が実施する取組として、平成25・26年度の2年間にわたって実施している『訪問看護・介護連携強化推進事業』がある。これは状態維持・悪化予防の観点での訪問看護と介護の連携を強化することが目的の事業である。

実施方法

前者の実施主体は、市町村、医師会、病院等である。平成25年～27年の在宅医療連携拠点推進事業の中で、地域医療再生基金を財源として実施している。

後者の『訪問看護・介護連携強化推進事業』は、大分県の福祉保健企画課が企画し、県保健所が主導する形で実施している。訪問看護・介護連携に関する実態調査(聞取)を行うとともに、状態維持・悪化予防段階からの訪問看護と介護が連携した同伴訪問を実施している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

上記の(ア)①等と同様で、平成25年度～27年度の在宅医療連携拠点推進事業の中で、県内全圏域を対象として、医師会・市町村・病院等が実施主体となって行う取組である。大分県は地域医療再生基金を用いた補助を行うことが基本であるが、県保健所主導型では県保健所が実施主体となっている。

実施方法

実施主体は、市町村、医師会、病院等である。多くの市町村や医師会などで、リーフレットの作成や市民講座の開催などが行われている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

住民向けの普及啓発は市町村を中心とした取組であると考えられている。

(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

大分市・臼杵市・津久見市・由布市から構成される中部医療圏を対象として、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)に参加している。

実施方法

同事業には、大分県中部保健所が主体的に関わっている。次節で詳述する。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

以上が大分県における主な取組の紹介である。次節では、上記の大分県の取組を踏まえて、保健所（大分県中部保健所）がどのような取組を行ったかについて解説する。

4-4 具体的な取組事例（大分県中部保健所による事業実施例）

(1) 取り組んだ背景・目的

大分県中部保健所は、大分県の中部医療圏から大分市を除いた臼杵市・津久見市・由布市を管轄している（由布市は中部保健所の支所に相当する由布保健部が所管）。大分市には市の保健所が存在するため、中部医療圏内の保健行政を、市保健所と棲み分ける形で推進している保健所である。

医療圏内に大分市を抱えていることもあり、他の医療圏からの患者流入が多い医療圏である。また医療圏内の臼杵市・津久見市・由布市から、大分市の病院に入院する事例も多いため、圏域内での退院時調整が円滑に行われているかどうかという点には、かねてより問題意識が持たれていた。

その問題意識に即して、平成 23 年度～25 年度の『がん在宅医療連携促進事業』の中で、がん拠点病院から在宅に戻る際の退院支援ルールづくりを、中部医療圏を対象として実施した。同事業は大分県の事業で、中部保健所が主導して、実態調査・会議の開催・ルールづくりを実施した。

このように、医療・介護の連携に保健所が主体的に関わることで、退院支援ルールという成果物が完成するという経験が得られた。この経験に基づいて、中部保健所は圏域内の医療・介護の連携に継続関与している¹⁵。具体的には、平成 23～25 年度の『がん在宅医療連携促進事業（大分県）¹⁶』と、平成 26 年度の『都道府県医療介護連携調整実証事業（厚生労働省）』がある。以下、これらの事業を中心に中部保健所の取組を整理する。

なお、これらの事業の実施に当たって、定量的な指標は特に設定していない。平成 24 年度の実態調査でも用いた「退院調整漏れ率」は利用したが、具体的な目標値の設定はしていない。取組を通じて漏れ率が下がれば良いという考えが基本である上に、そもそも、この数値を関係者が意識する中で、病院とケアマネの間のコミュニケーションが促進される

¹⁵ なお、インタビューに協力いただいた中部保健所 所長は、平成 23 年度に健康対策課に在籍しており、上記のがん在宅医療連携促進事業を事業化した時の担当課長であった。平成 24 年度に中部保健所 所長に就任することになり、平成 23 年度の経験に基づいて中部保健所として積極的に事業を推進するに至ったという背景もある。

¹⁶ 平成 25 年度は『がん在宅医療連携推進事業』である。

ようになることが最も大事であると、インタビューの中で述べていた。

(2) 取り組んだ内容

まずは体制について解説する。中部保健所において、平成 24・25 年度の『がん在宅医療連携促進（推進）事業』や、平成 25 年度からの『在宅医療連携拠点推進事業』や、平成 26 年度の『都道府県医療介護連携調整実証事業』のような、医療・介護連携推進に関する事業に取り組む部署は、健康安全企画課や地域保健課である。たとえば、平成 26 年度の事業に取り組んでいる職員の職種は、医師 1 名（所長）・事務職 2 名・保健師 4 名（由布保健部の 2 名を含む）の計 7 名体制となっている。

参考：平成 26 年度『都道府県医療介護連携調整実証事業』に関わるその他のメンバー

- ・大分県：福祉保健企画課（事務職・保健師）、医療政策課（事務職・保健師）、高齢者福祉課（事務職）
- ・臼杵市：保険健康課（課長および保健師）
- ・津久見市：健康推進課（課長および保健師）
- ・由布市：健康増進課（課長および保健師）

以下、中部保健所の取組として、平成 25 年度からの『在宅医療連携拠点推進事業（由布市）』と、平成 26 年度の『都道府県医療介護連携調整実証事業』の 2 つにおける取組内容を述べる。なお他事例の整理方針に則り、前者を（イ）¹⁷、後者を（ク）の中で整理する。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

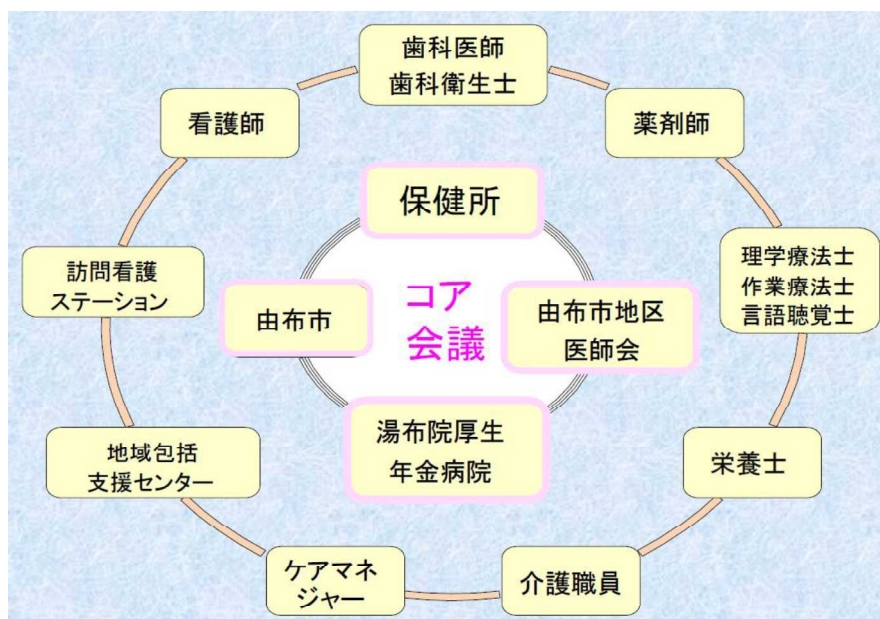
実施内容

由布市の在宅医療連携推進事業は、平成 25 年度から開始された（平成 27 年度まで地域医療再生基金を利用して実施予定）。中部保健所由布保健部は事業の立ち上げ段階から主導的に関わっているが、直接の事業実施主体は湯布院厚生年金病院（平成 26 年 4 月より JCHO 湯布院病院に名称変更）である。

推進体制は、由布市・由布市地区医師会・湯布院厚生年金病院と中部保健所でコア会議を構成し、この 4 者を中心とした事業推進が行われている。

¹⁷ 在宅医療連携拠点事業は、由布市など実施主体となる市町村や医師会に対して（ア）～（キ）の内容を実施することを求めているため、由布市の取組内容は（イ）に限ったものではないが、今回は中部保健所による支援の中で、コアメンバーによる会議体の運営方針が特徴的であると判断し、（イ）に寄せて整理を行うものである。

図表 29 由布市における在宅医療連携推進体制



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
資料 2-4 (平成 26 年 10 月 9 日)

実施方法

由布市の推進体制は、平成 24 年度に厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を実施した白杵市医師会立コスモス病院の事例を参考にして実施している。中部保健所の管轄エリアに白杵市も入っており、平成 24 年度の事業にも中部保健所が関与していた。そこで培ったノウハウを、中部保健所が媒介する形で由布市の推進体制に活用している。

特に活用・参考にしたポイントは以下である。これは在宅医療連携の推進ポイントとして普遍化できると考えており、由布市のみならず、同じ医療圏内の津久見市でも同様の効果の発揮を期待して援用されている。

①中核となる病院・医師会・市町村・保健所の 4 者が一体となって進めること

- ・この 4 者からなるコア会議を組成し、事業全体の核となる部分を作成する。
- ・市には、保健医療系部署と介護系部署の双方から出席するよう求める。
市側の庁内連携を保健所が後押しすると良い。
- ・なお地域によっては、どこが牽引役になるか、また保健所は何をどこまで担うか、といった点を柔軟に変更することが重要である。

②作業班を複数組成し、議論だけでなく具体的なアクションをとること

- ・白杵市では調査班や広報班のようにタスクに沿った 6 つの作業班を組成した。1 班あたりの人数は平均して 6~7 人である。
- ・具体的なアクションが明確な方が、組織も職種も違うメンバーが集まって連携を

進めるという状況において、当事者意識を持って参加できるようになる。

- ・由布市では「調査班」「研修班」「広報啓発班」「モデル地区班」「由布物忘れネットワーク班¹⁸」の5つの作業班を組成した。(次図参照)

③事業実施の3年間のうちに市町村が中心となって推進できるようにすること

- ・最終的に市町村の事業として位置づけられるようにすることを目指して、保健所が支援することが重要である。
- ・由布市でも平成27年度内に由布市の事業として位置付けることを目指した計画になっている。(次図参照)

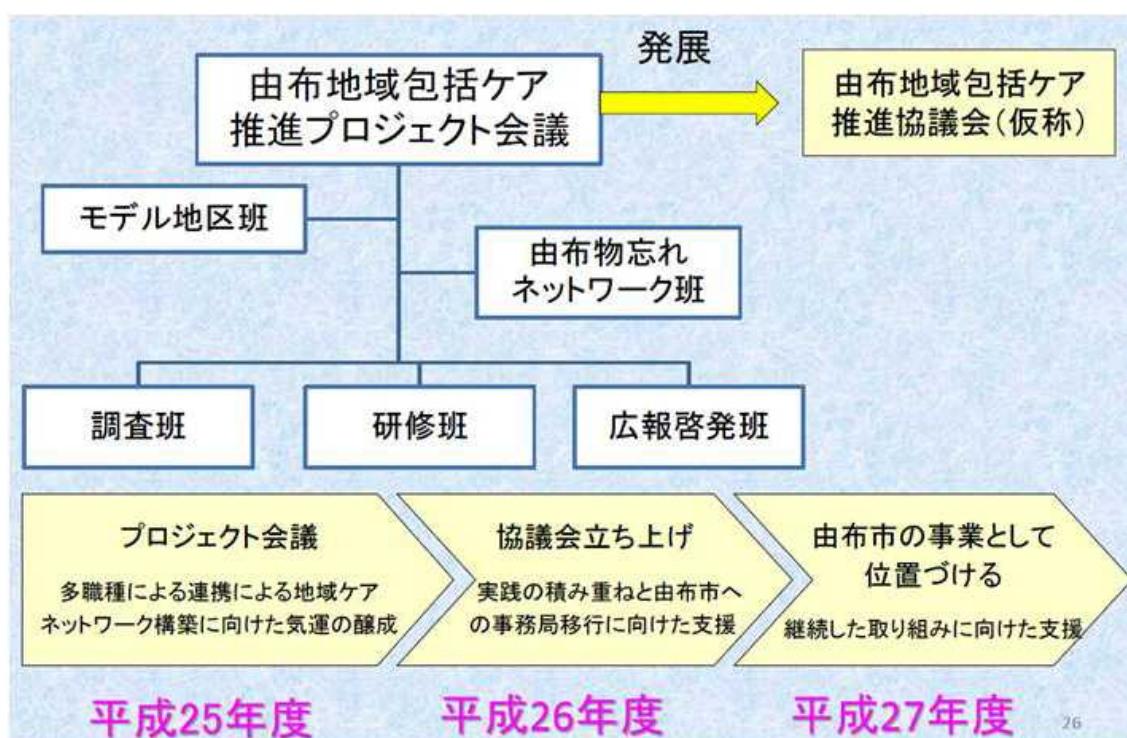
④県内の先進事例から具体的なアクションを明示すること

- ・臼杵市での経験があったため、具体的に何をするのか明示することができた。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

上述の通りである。

図表 30 由布市における在宅医療連携推進事業(平成25~27年度)



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
資料2-4(平成26年10月9日)

¹⁸ 認知症コーディネーターの養成など認知症対策を行う班である。

(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

大分市・臼杵市・津久見市・由布市から構成される中部医療圏を対象として、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に参加している。

実施方法

中部保健所の主な取組を時系列で整理する。日付は全て平成 26 年である。
なお、インタビュー時点（平成 26 年 9 月 26 日）までの時系列となっている点にご留意いただきたい。

01. 中部保健所内および由布保健部のコンセンサスの形成（4/30、5/2）
02. 大分市へのモデル事業参画への提案（5/7）
 - －大分市および大分市保健所に関係者への調整や会議参加を打診
 - －大分市保健所に市内の病院に対する本事業への参加の働きかけを依頼
 - －大分市の長寿福祉課に市内のケアマネのとりまとめを依頼
03. 大分県庁の関係 3 課と協議（5/8）
 - －福祉保健企画課・医療政策課・高齢者福祉課に、事業説明と関係者調整を依頼
04. 臼杵市・津久見市・由布市における在宅医療連携推進事業への説明（5/12～27）
05. 関係する職能団体への説明（5/21～27）
06. 津久見市在宅医療連携拠点事業でケアマネ等にヒアリング（5/30）
07. 都道府県医療介護連携調整実証事業 戦略会議の開催（6/10）
 - －大分市保健所 9 人、中部保健所 5 人、由布保健部 2 人、大分県 6 人が参加
 - －今後の戦略や各機関・部署の役割分担について確認
08. 中部医療圏病院看護部長・MSW 説明会（7/1）
 - －中部医療圏の 63 病院中 47 病院の看護部長・MSW 91 名が参加
 - －会合全体では事務局を合わせて 173 名が参加
09. 入院時・退院時連絡に関する実態調査（7 月～8 月）
 - －中部医療圏の全ての居宅介護支援事業所と地域包括支援センターに調査を実施
 - －個人向け調査票では、担当ケース 1 カ月分の入退院時の連絡の有無等を確認
 - －事業所向け調査票では、退院調整・支援で苦労した事例や病院への要望を確認
 - －179 事業所中 175 事業所から回答あり。個人票は 588 人のケアマネから回収
10. ケアマネ代表による退院支援ルールの第 1 回検討会（8/25）
 - －ケアマネ代表 26 名、3 保健所職員、大分県職員が出席
 - －事業説明、実態調査結果報告、グループワーク、会議総括を実施
11. ケアマネ代表による退院支援ルールの第 2 回検討会（9/17）
 - －前回の議論により抽出された 4 つの論点についてグループワーク

論点 1：退院支援を行う患者は「在宅等」に帰る患者で良いか

論点 2：入院時情報の共有について

論点 3：退院時の情報の引き継ぎをする患者の基準について

論点 4：退院支援のための連絡をいただくタイミングについて

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

事業実施の早い段階で、大分市および大分市保健所と協議をし、具体的な協力関係や互いの役割分担について確認できたことは重要であると思われる。

4-5 取組の成果

本節では、前出の大分県および中部保健所による取組の成果について、各主体がどのように評価しているかについて、それぞれのインタビュー結果を基に解説する。

大分県(本庁)が中心に実施している在宅医療連携拠点推進事業については、平成 25 年度～27 年度の 3 カ年計画の途上にある。また、大分県(中部保健所)と大分市保健所が中心に実施している都道府県医療介護連携調整実証事業についても、平成 26 年度から開始したばかり、27 年度半ばでの検証が必要であることなどから、具体的な成果の確認には、もう少しばかり時間を要するものと考えている。

ただし、担当者レベルで定性的に感じられている成果は存在する。たとえば大分県では、これまで保健所主体で在宅医療連携拠点推進事業を実施していた地域で、新たに市が主体となって拠点づくりを開始したことや、実施主体はまだ様々であるが、それぞれの地域で実情に応じた形で取組が進められていることなどは、在宅医療の推進という大きな意味では現時点での成果ではないかと考えている。

また、中部保健所からは、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を通じて得られた成果として、保健師によるコーディネート能力の向上が挙げられた。事業実施の過程で保健師がケアマネの意見の集約など調整に関わっていくことが重要であると述べていた。

また、同事業を通じて、中部保健所と大分市保健所の間での意思疎通がさらに促進されたことも、重要な成果の 1 つであると認識されていた。

4-6 成功要因

(1) 成功要因

大分県に関して言えば、平成 23 年度から庁内連携検討会を開催し、この中での議論を通じて、医療政策課・高齢者福祉課・福祉保健企画課が相互に協力できる関係性を構築した点が 1 つの成功要因であると言える。

このように庁内の整合性をとりつつ、在宅医療・介護連携の最終的な実施主体は市町村

(医師会への委託を含む。)であるという考えを崩さずに、各地域の現状に合わせて必要な支援を講じようとしている点も、成功要因の1つと見る。平成25年度～27年度に県内全域で実施中の在宅医療連携拠点推進事業でも、医師会主導型／市町村主導型／県保健所主導型というように、実態に即した適切な支援パターンを分けている点は、事業を推進する各市町村（もしくは医師会）においても望ましい環境であると思われる。

また、在宅医療・介護連携の事業が実施されている現場において、特に臼杵市医師会立コスモス病院と中部保健所が経験した成功体験である、コア会議を組成し、具体的な作業班を組成するという手法も、成功要因の1つであると考えられる。中部保健所では、臼杵市のモデルを由布市や津久見市に横展開することを試みており、同じように成功に結び付けることができた場合は、在宅医療・介護連携の推進における普遍的な成功モデルの1つとして成立する可能性があるとする。

(2) 市町村およびその他の主体の役割分担

成功要因につながる各主体の役割分担について、大分県の事例を以下に整理する。

実施主体	主な役割・機能
県	<ul style="list-style-type: none"> ○県内の先進事例の横展開 <ul style="list-style-type: none"> －先進モデルのノウハウを保健所の現場支援を活用しながら他地域に展開 －現状に合わせて医師会・市町村・保健所の誰が主導するかパターン分け ○基金等を通じた財源的支援 <ul style="list-style-type: none"> －地域医療再生基金等を通じた財源支援の実施 ○全体調整 <ul style="list-style-type: none"> －県医師会等との調整 ○在宅医療関連の人材育成 <ul style="list-style-type: none"> －在宅医療地域リーダーの養成 －在宅医療を支える訪問看護師等の養成 －訪問看護・介護の同伴訪問の実施
保健所	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療・介護連携事業に関する市町村等への支援 <ul style="list-style-type: none"> －県の地方機関として現場での実践的な支援業務の実施 ○在宅医療介護連携における保健師の行動に関する戦略・企画の立案 <ul style="list-style-type: none"> －専門職の立場から在宅医療・介護連携に資する取組の戦略を練る ○特に(ク)の広域調整における関係者との各種調整 <ul style="list-style-type: none"> －大分市・大分市保健所や、県・市町村との各種調整
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ○実施主体として在宅医療・介護連携事業を推進（医師会と連携しつつ） <ul style="list-style-type: none"> －在宅医療連携拠点推進事業で市町村主導型モデルを牽引 －3つの先進地域では医師会主導の事業推進に協力 ○地域に根差した保健師による地元開業医等との長期にわたる関係性構築 <ul style="list-style-type: none"> －地元で長期の関係性を構築する（保健所の保健師は地域間の異動がある）
医師会	<ul style="list-style-type: none"> ○実施主体として在宅医療・介護連携事業を推進（市町村と連携しつつ） <ul style="list-style-type: none"> －在宅医療連携拠点推進事業で先進モデルや医師会主導型モデルを牽引

4-7 今後の課題と予定

(1) 今後の課題と予定

大分県は、在宅医療連携拠点事業や都道府県医療介護連携調整実証事業などによる在宅医療・介護連携の推進の中で、作られたルール等がどこまで浸透するかという点や、どれだけ横展開されていくかという点を課題として認識していた。顔の見える関係ができたとして、そこで作られたルールの現場や他の地域への普及展開などは今後の課題として認識されていた。

また事業推進の財源という点で、地域医療再生基金が利用できる平成 27 年度までは良いが、平成 28 年度以降どうするかという点についても検討する必要があると述べられた。介護保険法の改正により、平成 27 年度以降（30 年度まで）、医療と介護の連携に関する取組が市町村の地域支援事業に移行することとなったが、これまで市町村の介護保険担当部署では医師会等医療関係者と交わる機会も少ないと考えられることから、県としても、広域的な対応のほか、市町村が在宅医療にできる限り円滑に着手できるよう支援していく必要があると述べていた。

その他、ICT を利用した患者情報の共有化の推進に向けた取組や現場の負荷軽減についても今後検討していく必要があると述べていた。

一方、中部保健所からは、特に平成 26 年度の厚生労働省事業のような広域調整業務を推進していく際の、人的リソースの不足が課題として挙げられた。前述のように、事業開始からの約半年間でもかなりの数の打ち合わせや事前調整が必要とされている。専属の担当者の配置などを考える必要がある。

(2) 今後、国などに期待する支援は何か

大分県からは、国に求める役割として、在宅医療・介護連携に関する大きい方向性を示すことが挙げられた。また、在宅医療患者数の推計手法の検討や、必要な事業の実施に要する財源の引き続いての手当てが求められた。

一方、中部保健所からは、国に対して「診療報酬と介護報酬のギャップの解消」を求める声が出された。具体的には、診療報酬の介護支援連携指導料は要支援高齢者にも算定できるが、介護報酬の退院退所加算や入院時情報連携加算は算定できないなどの課題があげられた。

また、在宅医療に従事する若手医師の確保・育成も要望の 1 つとして挙げられた。医師会を中心とした主治医・副主治医制度の整備の過程で、徐々に確保していく必要があると考えられていた。

5. 鹿児島県の取組

5-1 取り組んだ背景

平成 25 年 3 月改定の鹿児島県保健医療計画によると、鹿児島県の総人口は減少傾向を続けており、平成 22 年度は 1,706,242 人（国勢調査結果）である。同時点の高齢化率は 26.4% であり、同計画内の言葉を借りれば「全国よりも約 10 年高齢化が進んで」いる状態である。平成 37 年度には総人口が 1,529 千人まで減少し、高齢化率は 33.8% にまで上昇することが予測されており、地域包括ケアシステム構築の推進の必要性が認識されている。

図表 31 鹿児島県における将来推計人口

【図表 1-3-5】将来推計人口

（単位：千人、％）

区分	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年
総人口	1,706 (100.0)	1,656 (100.0)	1,595 (100.0)	1,529 (100.0)
15歳未満	233 (13.7)	209 (12.6)	190 (11.9)	174 (11.4)
15～64歳	1,016 (59.6)	968 (58.4)	898 (56.3)	837 (54.8)
65歳以上	450 (26.4)	479 (28.9)	508 (31.8)	518 (33.8)
75歳以上 (再掲)	252 (14.8)	265 (16.0)	267 (16.7)	288 (18.8)

〔平成22年：国勢調査，平成27・32・37年：都道府県別将来推計人口，国立社会保障・人口問題研究所〕

出所）鹿児島県保健医療計画（平成 25 年 3 月） 図表 1-3-5 より転載

地域包括ケアシステム構築に向けた重要な要素となる在宅医療について、鹿児島県保健医療計画の中で以下のような記載が為されている。

まず現状として、急性期医療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、生活の質を重視した在宅医療のニーズは高まっていると見ている。平成 23 年度に実施された県民保健医療意識調査では、入院以外の医療や介護を受ける場所として、自宅を望む声が 35.9% と最も高かった。一方で、実際の死亡場所は 83.9% が医療機関での死亡となっており、県民のニーズと実態が合っていない状況にあると認識している。

一方、現状の在宅医療提供体制に目を向けてみると、人口 10 万人対医療施設数は全国平均を上回っている¹⁹。また 24 時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数（人口 10 万人対）も全国平均を上回っているが、一方で訪問看護利用実人員（高齢者人口 1000 人対）は 7.2 人で、全国平均 10.2 人より少なくなっている。

このように、進展する高齢化への対応や県民の死亡場所へのニーズを満たすため、全国平均よりは高いがまだ十分ではないと思われる在宅医療の体制強化を目指し、鹿児島県で

¹⁹ 在宅療養支援病院数は、全国平均 0.4 に対して鹿児島県は 1.0。また在宅療養支援診療所数は、全国平均 10.2 に対して鹿児島県 15.4 である。

関連する取組が為されている状況である。

5-2 取り組んだ目的

前述した問題意識を背景として、鹿児島県として在宅医療関連の事業に本格的に取り組み始めたのは平成 24 年度からである。取組内容の詳細は後述するとして、ここではそれら取組の目的について述べることにする。

鹿児島県保健医療計画（平成 25 年 3 月）の中では、在宅医療に関する目標値が 2 種類設定されている。1 つは「①在宅医療を実施している医療機関の割合」であり、もう 1 つは「②訪問看護ステーション利用実人員（高齢者人口 1000 人対）」である。

前者の①については、平成 23 年度の 33.7%から、平成 29 年度には 50.0%にまで伸ばすことを目標としている。この目標設定は、在宅看取りも含めた在宅医療提供体制の整備を進めるため、在宅患者診療・指導料を算定している医療機関の割合を 50 %にするという考えに基づいている。

また後者の②については、平成 22 年度の 7.2 人から、平成 29 年度には 11.4 人にまで伸ばすことを目標としている。この目標設定は、全国平均よりも訪問看護ステーションの従業者数が多い一方で、利用実人員は全国平均を下回っているという状況を改善するという考えに基づいている²⁰。

なお、これとは別の定量指標として、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）を実施するに当たり「退院調整漏れ率」の計測も行っている。定量的な目標値の設定はされていないが、まずは把握された退院調整もれ率を現状より下げていくということが基本的な目標となっている。

5-3 取り組んだ内容（鹿児島県）

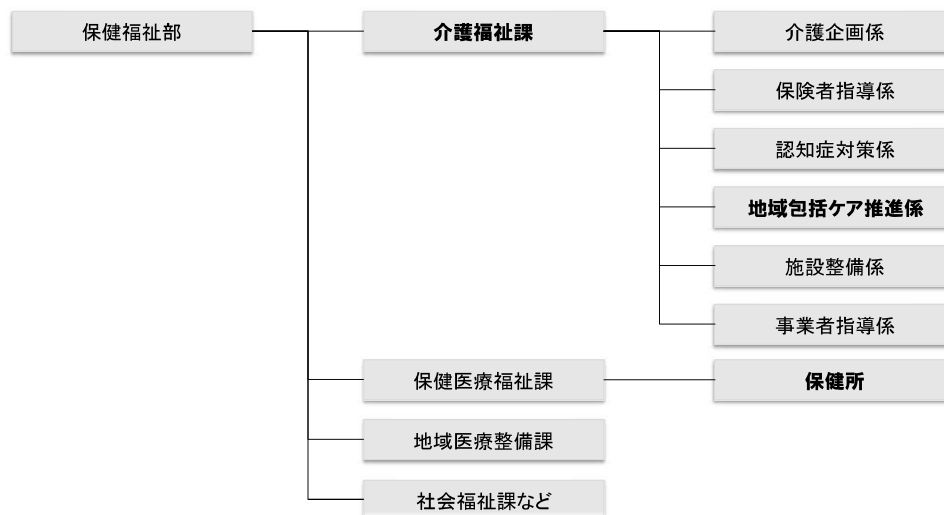
（1）事業の全体像や体制・予算

鹿児島県として在宅医療に関連した取組を本格的に実施するようになったのは、前述の通り平成 24 年度からである。県庁内の担当部署は保健福祉部 介護福祉課であり、参事を含む 5 名（保健師 3 名・事務 2 名）が実働部隊として動いている。在宅医療の推進では必ず介護との連携が必要になるという観点から、医療政策を担う保健医療福祉課ではなく、

²⁰ なお目標設定の方法は以下の考えに則っている。まず、平成 24 年 3 月に策定された「鹿児島すこやか長寿プラン」の中で、平成 26 年度の利用実人員数の目標値を 10.2 人に設定している。これは、平成 22 年度の全国平均である 10.2 人をそのまま利用する形で設定している。そして、この平成 26 年度の目標値である 10.2 人をベースとして、全国における利用実人員の伸び率 4%（＝平成 22 年度（10.2 人）から平成 23 年度（10.6 人）の実績値）を援用し、平成 26 年度から平成 29 年度まで年率 4%で利用実人員数が伸びると仮定して計算を行った。結果として平成 29 年度に 11.4 人という目標設定となっている。

介護を担う介護福祉課が担当するようになった。

図表 32 保健福祉部の組織図（介護福祉課を中心に関連部署を抜粋）



出所) 鹿児島県ホームページより NRI 作成

以下、平成 24 年度以降の取組について詳述する。なお次ページには、鹿児島県における在宅医療に関連した取組の一覧表を示す。この一覧表に則って各年度の取組を解説する。

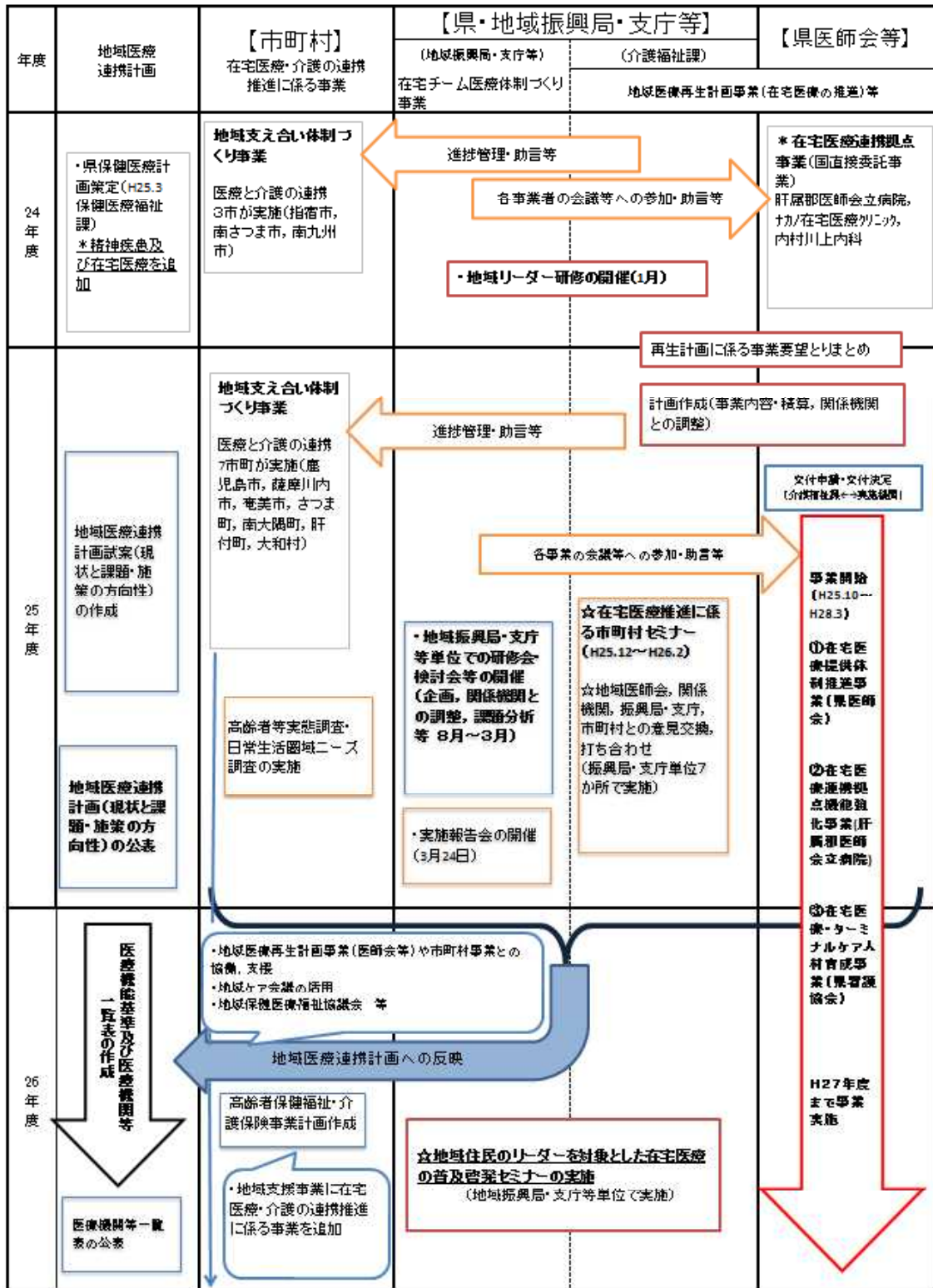
平成 24 年度

まずは平成 24 年度の取組について述べる。同年度は、年度初期から厚生労働省の在宅医療連携拠点事業が開始され、鹿児島県からは肝属郡医師会立病院、ナカノ在宅医療クリニック、内村川上内科の 3 主体が採択された。鹿児島県は同事業の直接の実施主体ではないが、事業実施機関と行政との連携を図るため、市町村との検討会を実施するとともに、県医師会と協働して事業報告会を実施した。

一方で市町村側では、地域支え合い体制づくり事業を指宿市・南さつま市・南九州市の 3 市で実施した。これは介護基盤緊急整備等臨時特例基金を活用した事業で、医療・介護の多職種連携に向けた会議体の開催等を実施した。これに加えて、鹿児島県が主体的に関わった取組として、厚生労働省の都道府県リーダー研修への参加（平成 24 年 10 月）と、地域リーダー研修の開催（平成 25 年 1 月）がある。

平成 24 年度に実施した事業は以上であり、鹿児島県として主体的に動いた内容は決して多くはないが、市町村や医師会等で実施した取組を前提としつつ、平成 25 年度以降の本格的な活動につながる準備期間に当たる年度であると言える。

図表 33 鹿児島県における在宅医療に関連した取組（一覧）



出所) 鹿児島県提供資料

平成 25 年度

続いて平成 25 年度の取組について述べる。主に地域医療再生基金を財源として、鹿児島県による本格的な取組が開始されている。以下、主だった 5 つの取組について解説する。

①在宅医療提供体制推進事業

鹿児島県医師会が県の補助事業として平成 25 年度から取組み、現在も実施中の事業である。下記 (1) ～ (4) の事業実施に取り組んでいる。

- (1) 多職種連携の推進（協議会の開催、マニュアルの作成等）
- (2) 人材育成（医師研修会、関係職種の技術向上研修、コーディネーターの養成）
- (3) 地域住民への普及啓発
- (4) 在宅医療推進地域支援事業

なお、(4) は県医師会から 5 郡市医師会へと委託される事業である。委託された郡市医師会ではコーディネーターを配置して、在宅医療推進チームの設置や、研修会の開催、住民啓発等を実施する。

②在宅医療連携拠点機能強化事業

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業を実施した肝属郡医師会立病院を対象とした事業である。平成 25 年度～27 年度にかけて県の補助事業として肝属郡医師会立病院が実施している。事業内容は、平成 24 年度に実施した事業の成果を踏まえ、後方支援病院としての更なる機能強化や市町村と連携した認知症の早期相談・対応の体制整備に取り組んでいる。

肝属郡医師会立病院の所在地は、鹿児島県内で最も高齢化が進んだ地域（約 45%）であり、かつ地域内の医療資源も乏しい。鹿児島県および県医師会として、県内のモデル地域として今後他の市町村の参考になると考えたため、継続実施の支援を行うこととした。なお、平成 24 年度の事業主体である他の 2 医療機関は鹿児島市内に位置しており、平成 25 年度以降は各法人にて自主的な取組を継続している。

③在宅医療・ターミナルケア人材育成事業

県の補助事業として県看護協会が実施する事業である。文字通り、在宅医療・ターミナルケアに関わる医療・介護人材の育成を目指した事業であり、平成 27 年度までの 3 年事業として計画されている。

④地域支え合い体制づくり事業

平成 24 年度と同じ事業であり、実施主体を鹿児島市・薩摩川内市・奄美市・さつま町・南大隅町・肝付町・大和村の計 7 市町村に拡大した。

⑤地域振興局・支庁等单位での研修会・検討会等の開催や在宅医療推進に関わる市町村セミナーの実施

県の地域振興局・支庁等单位で、研修会・検討会等の開催を実施した。地域振興局・支庁の保健福祉環境部に県内の保健所は位置づけられ、県による在宅医療関連事業の実質的な事業主体となっている。

具体的には、医師会が配置したコーディネーターによる業務が円滑に実施できるように支援している。

また市町村セミナーでは、本庁・県医師会と連携し、地域振興局・支庁が主催する形で市町村の首長を集めたセミナーを実施した。このセミナーでは、現状の課題の洗い出しや事業の進め方に関して議論を行った。鹿児島県では、医療の基盤整備はこれまで県の役割と考えられている面があるが、在宅医療については、市町村が医師会等と連携していけるよう、県（地域振興局・支庁）としてサポートしなければいけないと考えていた。そこで、各市町村の現場担当者だけでなく、首長や上席にも現状を理解してもらい、医師会等との協力・調整に乗り出してもらいたいと考え、郡市の医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会が参加するセミナーを開くに至った。

平成 26 年度

最後に平成 26 年度の取組について述べる。まず、平成 25 年度から開始した①～③についてはそのまま継続実施をしている。また、県（保健所）が独自に実施する事業としては、平成 25 年度の⑤の事業成果を踏まえて、平成 26 年度は地域住民のリーダーを対象とした在宅医療の普及啓発セミナーを実施しているところである。

また、地域の訪問看護師等の資質向上及び大学病院等医療機関の看護職員の資質向上や退院支援調整機能の強化等を図るため、訪問看護師の人材確保・育成のための体制を検討する事業を大学病院へ委託し実施することとしている。

なお、県の地域振興局・支庁においては、上記事業の成果等を地域医療連携計画へ反映するとともに、医療機能基準および医療機関等一覧表の作成を進めている。これは、患者の状態に合わせて対応できる医療機関が分かる一覧表であり、二次医療圏ごとにまとめる予定である。対象は病院・診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・介護系施設であり、住民への公開に関する許諾を各機関から取得した後、公開することとしている。なお鹿児島保健医療圏に関して言えば、鹿児島市保健所の所管エリア以外について、県の保健所や地域振興局が担当するようにしている。

(2) 県が実施した主な取組の紹介

以下、鹿児島県が実施した主な取組を、他事例の整理方針に沿って再整理する。なお、記載内容の大半は前述の文章内の通りであり、その再整理としてご覧いただきたい。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

鹿児島県の事業として、平成 26 年度に地域医療連携計画として、在宅医療の『医療機能基準および医療機関等一覧表』の作成を進めている。年度内での公表を予定している。

実施方法

二次医療圏ごとに、病院・診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・介護系施設を対象として、対応可能なケアを整理する。県の地域振興局・支庁や、鹿児島市保健所などが協力して情報の整理を行っている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

鹿児島県の事業として、平成 25 年度から『地域支え合い体制づくり事業』に『医療と介護等の連携』を対象事業として追加し、重点的に取り組んでいる。これは医療・介護の多職種連携に向けた各市町村での会議体の開催等を支援する事業である。そのため、会議体自体の実施主体は各市町村である。

各地域振興局・支庁においては、医療・介護の関係者による「在宅チーム医療体制づくりのための検討会」の開催や、各市町村での会議体の開催等の支援を行っている。

また平成 25 年度には、地域振興局・支庁等が主催する形で、市町村の首長を集めた『在宅医療推進に係る市町村セミナー』を実施した。現場担当者のみならず、各市町村の首長にも問題意識を持ってもらいたいと考えて実施した事業である。

なお平成 26 年度は、地域振興局・支庁が、在宅医療や医療と介護の連携に係る意向調査や、関係機関等の連携促進のための協議会や検討会を実施するなど、平成 27 年度から市町村が在宅医療に円滑に取り組めるように支援をしている。実施地域は地域振興局・支庁単位の計 8 カ所である。

実施方法

『地域支え合い体制づくり』は、平成 25 年度は鹿児島市・薩摩川内市・奄美市・さ

つま町・南大隅町・肝付町・大和村の7市町村で実施している²¹。鹿児島県からは基金を通じた財源の手当てを行うとともに、進捗管理や助言等を行っている。

一方、平成25年度の市町村セミナーでは、地域振興局・支庁単位で開催し、地域の医師会・歯科医師会・薬剤師会に参加してもらった。各団体と議論を交わすことで、地域内の問題点について首長が意識できるように配慮した。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

現場担当者と医師会等の議論に留めることなく、首長と関係団体の長が直接議論する場を設けた点が重要であると言える。

(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年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業の中で採択された3事業主体については、それぞれ切れ目のないサービス提供体制に関する検討は為されている。

市町村においては、地域支え合い体制づくり事業において、定期巡回・随時対応サービスの在り方について検討がされており、県は助言指導を行っている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

地域包括ケアシステムの構築には切れ目のない在宅医療・介護サービス提供体制の構築が重要なことから、第6期介護保険事業計画での市町村のサービス見込み量をもとに、県として、地域の資源に応じた提供体制づくりを検討していくことが必要と考えている。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

平成24年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業の中で採択された3事業主体については、それぞれ情報共有の仕組みやICTの活用に関する検討は為されている。

また「④地域支え合い体制づくり事業」を活用して、情報を共有する取組を行っている市町村があり、県はそこに向けた助言指導を行っている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

²¹ なお平成24年度には、「地域の支え合い活動の立ち上げ支援事業」の一環として、在宅医療・介護の連携について、指宿市・南さつま市・南九州市が取り組んでいる。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

平成 25 年度から、『①在宅医療提供体制推進事業』および『②在宅医療連携拠点機能強化事業』を実施している。特に①は、県医師会が 5 郡市医師会に委託して行っており、各医師会でのコーディネーターの配置等が行われている。

また、5 郡市医師会の他、ほとんどの郡市医師会では事業運営委員会の開催、多職種連携のための研修等、①の事業の一部が実施されている。

実施方法

上記の①は県医師会に、また②は肝属郡医師会立病院にそれぞれ補助する形で、それぞれ事業を実施している。鹿児島県は関係する会議等への参加・助言を行っている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

地域医療再生基金事業終了後の地域支援事業への円滑な移行や事業実施地域での取組など、平成 27 年度中に検討する必要がある。

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

鹿児島県が主催する形で、平成 24 年度に地域リーダー研修を実施している。また平成 25 年度には、『③在宅医療・ターミナルケア人材育成事業』や、『⑤地域振興局・支庁等单位での研修会・検討会等の開催』を行っている。

市町村は事例検討会や研修会を実施し、県は内容の検討や講師の選定等についての指導助言を行っている。

実施方法

③は県看護協会に補助金を交付して実施している。平成 27 年度までの 3 カ年の計画となっている。

また⑤は、地域振興局・支庁が実施主体である。医師会が配置したコーディネーターの業務に関する支援や広域調整などを行っている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

今後も継続的に実施していく予定である。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

鹿児島県が主催する形で、平成 26 年度事業として『地域住民のリーダーを対象とした在宅医療の普及啓発セミナー』を実施している。

在宅医療提供体制推進事業、在宅医療連携拠点機能強化事業、地域支え合い体制づくり事業の活用により、医師会や市町村において、住民を対象とした講演会やチラシの作成・配布等を実施し、県は経費の補助を行っている。

実施方法

地域振興局・支庁等单位で実施する。主に民生委員、在宅福祉アドバイザーなど、高齢者に身近でリーダー的な役割の人たちを対象として、在宅医療の普及啓発を行う。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

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）に参加している。鹿児島保健医療圏を対象として、伊集院保健所を中心とした取組を実施している。これについては、次節の保健所による事業実施例の中で述べることとする。

モデル事業の他に、二次医療圏内の地域医療連携計画の作成過程において、地域振興局・支庁と市町村、関係団体が連携して取り組んでいる。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

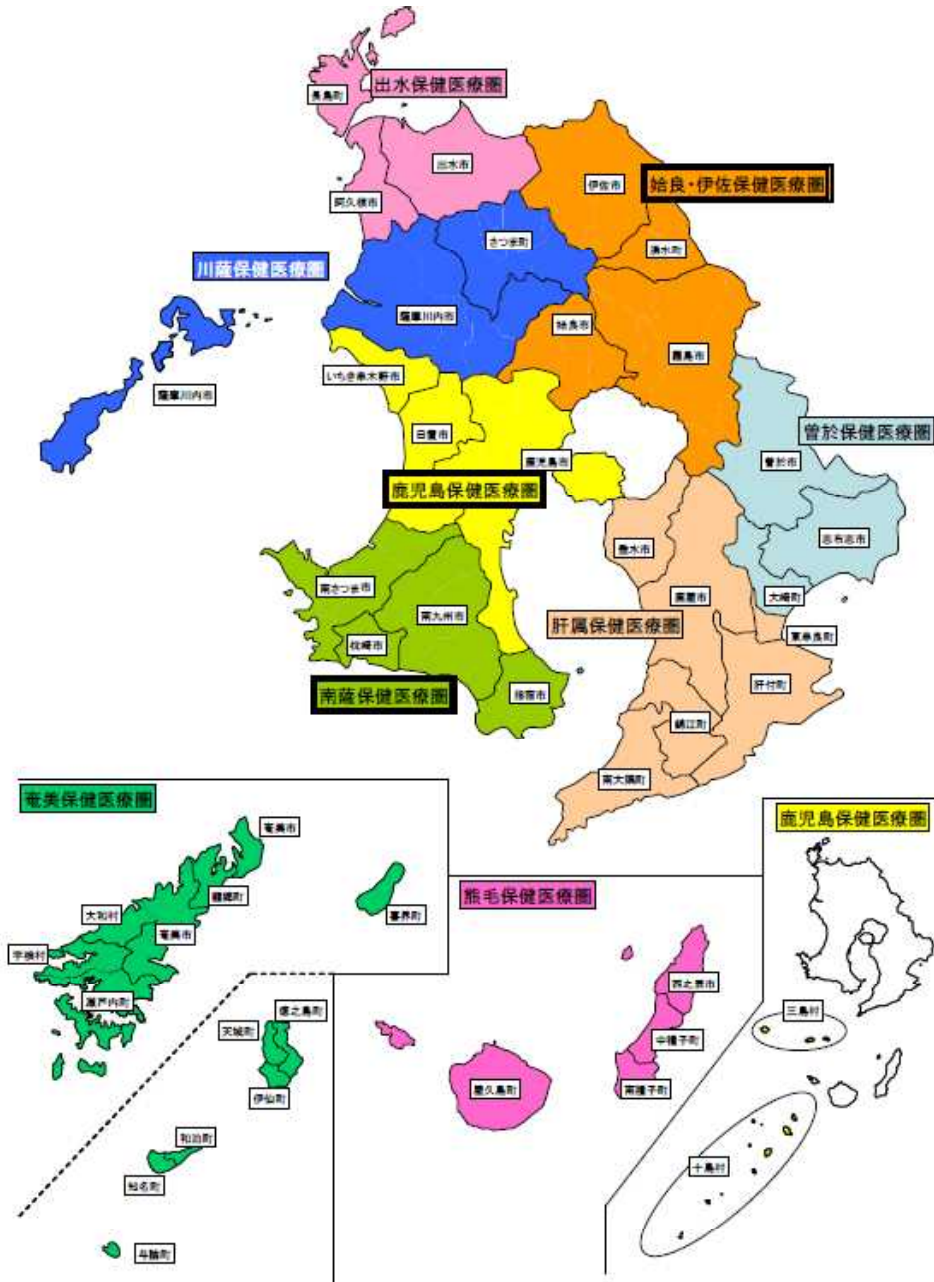
以上が鹿児島県における主な取組の紹介である。地域振興局（≡保健所）が取り組んでいる内容についても大半の箇所解説したが、(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携に関する詳述もあるため、次節で伊集院保健所の取組を別途解説することとする。

5-4 具体的な取組事例（伊集院保健所による事業実施例）

(1) 取り組んだ背景・目的

伊集院保健所は鹿児島市に隣接する日置市に位置する保健所である。鹿児島県に 9 つある二次医療圏の内、鹿児島市・日置市・いちき串木野市・鹿児島郡からなる鹿児島保健医療圏を担当する。ただし、中核市である鹿児島市は市の保健所が管轄するため、残りの日置市・いちき串木野市・鹿児島郡が、伊集院保健所の管轄エリアとなる。

図表 34 鹿児島県における二次医療圏



出所) 出所) 鹿児島県保健医療計画 (平成 25 年 3 月) 図表 2-2-2 より転載

鹿児島保健医療圏は、県内の人口の 4 割以上が居住する二次医療圏であり、鹿児島市内に中核となる医療機関が多数存在する。一方、伊集院保健所がある日置市に目を向けると、病院は 8 カ所存在するが総合病院は存在せず、救急の患者は鹿児島市内の病院に運ばれているのが実態である。実際に、平成 23 年度鹿児島県医療施設機能等調査では、日置市内の入院完結率は 45.7% (鹿児島市内の医療機関への入院が 36.5%)、いちき串木野市内の入院完結率も 42.6% (鹿児島市内の医療機関への入院が 22.1%、日置市内の医療機関への入院

が 18.6%) となっており、鹿児島市への医療依存度は高い状況にある。

このような医療資源の配置状況において、関係者間での検討会・研修会が重ねられていく中で、特に鹿児島市の病院から退院してくる患者について、介護側（ケアマネ等）との連携ができていないのではないかという問題意識が高まっていた。

この問題意識の高まりを背景として、平成 26 年 2 月には、伊集院保健所管内の居宅介護支援事業所と地域包括支援センターのケアマネを対象に、利用者の退院調整状況を訊ねるアンケート調査を実施した。直近 3 カ月間（平成 25 年 11 月～平成 26 年 1 月）の退院調整状況を訊ねたところ、周辺地域の医療機関から地元へ退院する際の退院支援もれは 15.9%、また鹿児島市内の医療機関からの周辺地域への退院支援もれは 32.1%に上ることが確認された。この状況を問題視し、伊集院保健所が事業実施主体となって、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）へ参加するに至った。

なお、モデル事業を実施するに当たって定量的な目標値の設定は為されていない。まずは、把握された退院調整もれ率を現状より下げていくということが、基本的な目標になっている。

(2) 取り組んだ内容

以下、主に平成 26 年度のモデル事業に焦点を当てて、体制や取組内容を解説する。

まず体制としては、伊集院保健所の医師 1 名・事務職 1 名・保健師 2 名の、総勢 4 名で事業を推進している。関係者間の連絡調整や資料作成などの実務作業は、主に保健師 2 名を中心として進めている。また、資料の確認や上層部との調整では、管理職にあたる事務職や医師も積極的に関与している。

予算は、モデル事業におけるアドバイザーの派遣費用等は厚生労働省側の予算として賄われるが、それ以外の費用は基本的に保健所側の負担である。資料作成や調整業務にかかる人件費や、資料送付等にかかる実費が必要なので、平成 26 年度は、介護基盤緊急整備等臨時特例基金の中から鹿児島県に補正予算を組んでもらって充当している。

最後に、伊集院保健所が具体的に取り組んだ内容について整理する。なお既に述べた通り、(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握から (キ) 地域住民への普及啓発については、鹿児島県の取組の中で解説しているため、ここでは触れないこととする。

(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 26 年度のモデル事業に先立ち、平成 26 年 2 月に退院調整漏れ状況を確認するアンケートを実施した。同種のアンケートは、モデル事業実施後の平成 26 年 8 月にも実施した。平成 26 年 6 月を対象期間としたアンケートを鹿児島県域に実施した結果、鹿児島市内の医療機関から鹿児島市への退院支援もれ率でも 32.4%という数値が出た。また、鹿児島市内の医療機関から保健所周辺への退院支援もれ率は 55.6%であ

った。

こうした現状を背景として、モデル事業を通じた圏域内の退院支援ルールの策定を目指し、多数の会議体での議論・検討を行っている。この詳細について、次の実施方法の中で具体的に解説する。

実施方法

退院支援ルールの策定に向けて、伊集院保健所および鹿児島県の担当者は、モデル事業の実施準備段階から多くの関係者との調整を行った。

まずは、県医師会・鹿児島市医師会・その他関係団体といったステークホルダーへの事業説明と支援要請を行った。この中には、中核市である鹿児島市との調整も含まれる。

事業への理解と協力が得られるようになったら、次いで中核市内の医療機関や居宅事業所への案内文書の発送や、研修会等での事務作業の分担に関する役割分担を実施した。その結果、第1回の全体会（病院向け）を平成26年7月22日に開催するに至った。

第1回の全体会には、管内の85病院のうち、急性期・回復期病棟を有する63病院の全てから、計163名が参加した。また医師会からも12名が参加した。多くの病院の参加を得ることができ、その後の10月23日に実施した病院一ケアマネジャー会議でも、主だった病院がほぼ参加（40病院）するなど、医療機関側を巻き込んだ議論の仕掛けは上手くできたと言える。

第1回の全体会後は、ケアマネ協議を8月・9月・10月と各1回ずつ開催した。居宅介護支援事業所のケアマネ99名と地域包括支援センターのケアマネ24名が参加する協議を通じて、退院支援ルール（案）を作成した。

この退院支援ルール（案）を用いて、10月23日に病院一ケアマネ会議を開催した（医療側は40病院、ケアマネ側は代表者26名）。医療側からは、ケアマネ側に対して、利用者の入院状況を漏れなく把握して欲しいといった希望が寄せられた。

インタビュー調査を行った11月10日時点では、この病院一ケアマネ会議での議論内容を踏まえて、11月のケアマネ協議と12月の病院一ケアマネ会議を実施し、まずは平成26年度版の退院支援ルールを完成させると述べていた。まずはドラフトとして完成させ、今後の運用の中で改善していくことが重要であると考えている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

中核市である鹿児島市や市の保健所との調整に負荷がかかっているように見受けられた。また、10月23日の病院一ケアマネ会議では、大手の病院による発言によって議論が終息してしまう傾向が見られた。ケアマネ側の発言意向も低かったように感じられた、とのことである。

その反省を活かして、今後は、現在十分な取組ができていない中小の医療機関に発言してもらえよう、事務局と座長の間で意思疎通を図って工夫していくと述べてい

た。

図表 35 第 1 回の全体会（病院向け）の実施風景



出所) 鹿児島県提供資料

5-5 取組の成果

本節では、前出の鹿児島県および伊集院保健所による取組の成果について、各主体がどのように評価しているかについて、それぞれのインタビュー結果を基に解説する。

(1) 鹿児島県による成果評価

目標値の設定時期が平成 29 年度と少し先なこともあり、また全体的な事業開始から 3 年弱しか経っていないこともあるため、成果を評価する段階には無いと述べていた。ただし、たとえば、訪問看護ステーションの利用実人員数（高齢者 1000 人あたり）や介護保険施設における看取加算の届け出状況が上向きになっている点など、徐々に成果として現れているものがあることも認識している。

また定性的な成果としては、県医師会の活動報告会の中で、各地のコーディネーター役が徐々に力をつけてきて少しずつ連携がとれるようになってきた、という発言があった。肝属郡医師会のコーディネーターが、行政や関係機関との連携や調整を図ることにより、これまで地域で経験したことなかった小児がん患者を家族の意向にそった形で自宅で看取ることができたという事例も出てきている。実績を積み上げていく中で、地域全体の在

宅医療・介護の提供体制が少しずつ構築されてきている実感はある、とインタビュー調査の中で述べていた。

(2) 伊集院保健所による成果評価

インタビュー調査では、鹿児島市側のケアマネも、退院調整もれという同じ問題に直面しているということに気づけたのは 1 つの成果であると述べていた。鹿児島市とともに工夫をしなければいけない問題であり、一筋縄で解決する問題ではないということを改めて認識できたことは良かったとのことである。

また、モデル事業を通じて病院側の生の声を聞かせてもらうことを通じて、相互にフィードバックできる関係性ができてきた点は成果の 1 つであると感じている。保健所側からの問い合わせをしても、快く対応をしてくれるようになった実感がある。以前は「伊集院保健所」という名前に対して抵抗感を持たれていたと推察されるが、今回の事業を通じて保健所の取組に関する理解が進んだと感じる。病院側も、今まで退院後の状況が見えずに不安に思っていたことが、モデル事業を通じて解消されてきていると思われる。

なお、インタビュー調査に同席した日置市の担当者からは、伊集院保健所の支援に対する感謝の言葉が送られていた。

5-6 成功要因

(1) 成功要因

インタビュー調査の中では、鹿児島県および伊集院保健所の両者とも、明確な成功要因を挙げることは無かった。前節で触れたように、鹿児島県の事業はまだ 3 年に満たない実施期間しか経過しておらず、特に退院支援ルールを策定するモデル事業は現在進行形（※インタビュー調査を実施した 11 月時点）でもあるため、具体的に表現することが難しかったと推察される。

ただし、事業を実施する中で見えてきた、県・保健所・市町村等の各主体がどのような役割分担を行うべきかについては、コメントを得ることができたので次項に整理する。

(2) 市町村およびその他の主体の役割分担

各主体の役割分担について、鹿児島県の事例を以下に整理する。

実施主体	主な役割・機能
県	○全体の方向性および役割分担の明示 －保健医療計画の策定を通じた将来像の公表 など
	○基金等を通じた財源的支援 －県医師会への在宅医療提供体制推進事業の補助 －今後のモデルとなりうる肝属郡医師会立病院事業の継続実施
	○県ならではの調整業務の実施 －県医師会・急性期の病院・中核市（鹿児島市）などとの調整 ²²
	○地域の医療・介護サービス資源の把握(ア) －医療機能基準および医療機関等一覧表の作成
保健所	○県の出先機関としての現場支援 －医療圏域ごとの問題点を整理して進む方向性を明示
	○市町村では難しい団体・組織との調整 －郡市医師会との調整の支援
	○在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討(イ) －市町村セミナーの実施を通じた首長への意識づけの実施
	○医療・介護関係者の研修(カ) －コーディネーター向け研修会の実施
	○在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携(ク) －平成 26 年度モデル事業の実施
市町村	○在宅医療・介護連携推進事業の推進 －地域住民への普及啓発(キ) など (※先行事例の中では (ア) ～ (キ) を一通り実践している)
医師会	○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(ウ)
	○在宅医療・介護連携に関する相談支援(オ)

²² 伊集院保健所が実施している平成 26 年度モデル事業では、鹿児島市への協力要請をお願いする文章を県から送付した。伊集院保健所へのインタビューの際も、中核市の担当部署の他、中核市内（＝県型保健所の管轄外）の医療機関やケアマネジャーとの調整は難航したため、県による支援は大変ありがたかった、という声が寄せられた。

5-7 今後の課題と予定

(1) 今後の課題と予定

中核市である鹿児島市や市の保健所との協力関係は今後も強化していかなければならない。鹿児島市の副市長が参加した行政懇話会（平成 26 年 10 月開催）を通じて、モデル事業で実施している内容を説明したところ、鹿児島市の長寿福祉課と保健所から事務職が参加してくれるようになった。ただし、保健師など専門職の積極的参加にまではつなげられておらず、今後の課題の一つである。

地域の医療資源の偏在も激しいのが実態である。鹿児島市とそれ以外で大きく状況が異なる。資源が足りない地区で、どのような提供体制を組んでいくことができるか、常に考えていく必要がある。中核市などの極端な成功事例を単純に横展開することはできないと思われるため、肝属郡医師会立病院のような、他の多くの自治体が直面する環境をモデルにした成功事例の積み上げが求められる。

平成 28 年度以降の財源をどうするかという点も課題の 1 つである。平成 27 年度までは地域医療再生基金を利用できるが、新しい基金を平成 28 年度以降にどこまで利用できるかは検討の余地がある。

この他、平成 26 年度のモデル事業に関して言えば、作成した退院支援ルールを今後どのように周知徹底していくかは課題の 1 つとなる。また、今後伊集院保健所以外の地区で同じようなルールを策定していく場合、作り方をノウハウとして横展開していくのが良いのか、それとも今回作成したルールを横展開していくべきなのか。各地域のプレイヤーの意向に合わせて、展開方針を決める必要がある。

(2) 今後、国などに期待する支援は何か

モデル事業の実施に当たっては、事業実施主体に対して費用面での補助をして欲しいという声も出された。業務実施にかかる人件費や実費がそれなりの額になるので、財源の手当てをお願いしたいと述べていた。

6. 秋田県の取組

6-1 取り組んだ背景

平成 25 年 12 月に策定された秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会報告書によると、秋田県は約 30 年前（昭和 60 年頃）から人口減少傾向にあり、平成 22 年の約 108 万 6,000 人から、平成 32 年には約 95 万 9,000 人、平成 42 年には約 82 万 7,000 人、平成 52 年には約 70 万人にまで減少すると予想されている。

一方で、65 歳以上人口は平成 32 年まで、また 75 歳以上人口は平成 42 年までそれぞれ増加すると見込まれており、高齢化率の上昇は避けて通れない課題である。実際に高齢化率は、平成 22 年の 29.6%に対して平成 42 年には 40%を超え、平成 52 年には 43.8%になると予想されている。

こうした中、多様化する地域福祉へのニーズとともに、介護・医療のそれぞれに関する必要十分な環境整備が求められている。介護サービス基盤に目を向けると、特別養護老人ホームと介護老人保健施設は約 1 万 1,000 人の定員に対応しているが、それでも特養待機者が年間 3,000 人を超えるなど、十分な量は確保されていない。結果としてショートステイや有料老人ホームの整備数が上昇している。

図表 36 秋田県における介護サービス基盤等の整備数（カッコ内は定員数）

施設種類	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年
養護老人ホーム	16 か所 (1,065 人)	16 か所 (1,065 人)	16 か所 (1,065 人)	16 か所 (1,065 人)	16 か所 (1,065 人)
特別養護老人ホーム	99 か所 (5,824 人)	100 か所 (5,853 人)	104 か所 (6,171 人)	110 か所 (6,343 人)	112 か所 (6,460 人)
介護老人保健施設	51 か所 (5,100 人)	53 か所 (5,146 人)	52 か所 (5,063 人)	54 か所 (5,111 人)	54 か所 (5,111 人)
ショートステイ	164 か所 (3,184 人)	180 か所 (3,579 人)	180 か所 (3,579 人)	264 か所 (6,338 人)	272 か所 (6,614 人)
訪問看護ステーション	40 か所	36 か所	36 か所	38 か所	40 か所
グループホーム	231 か所 (2,056 人)	235 か所 (2,094 人)	235 か所 (2,094 人)	251 か所 (2,242 人)	282 か所 (2,367 人)
在宅介護支援センター	64 か所	63 か所	63 か所	61 か所	53 か所
地域包括支援センター	44 か所	46 か所	46 か所	46 か所	52 か所
有料老人ホーム	23 か所 (548 人)	28 か所 (698 人)	28 か所 (698 人)	55 か所 (1,399 人)	66 か所 (1,639 人)

出所）秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会報告書（平成 25 年 12 月）

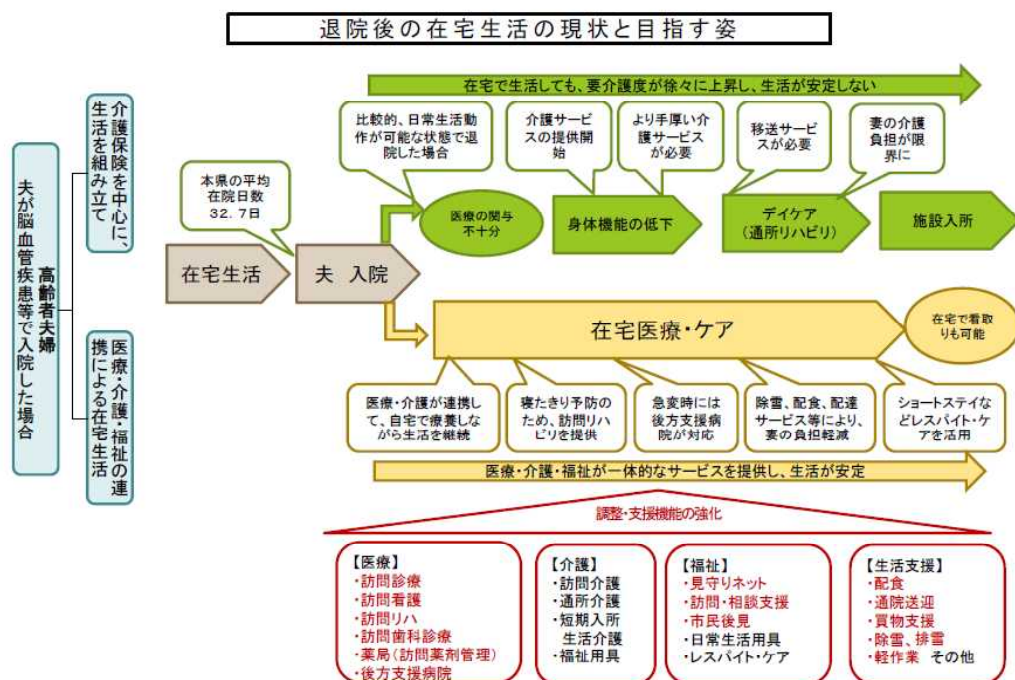
また医療機能の整備状況、特に在宅医療基盤の整備状況に目を向けると、平成25年4月時点で、在宅療養支援病院数が5、在宅療養支援診療所数が78、訪問看護ステーション数が40となっている。前出の報告書の言葉を借りれば、これらの数量は「十分ではない」状況にあり、また半数以上が秋田市周辺に集中して地域的偏在が見られる点も、課題として認識されている。

秋田県では、こういった課題を前提としつつ、上昇する高齢化に対応する医療・介護・福祉の提供基盤を整備していきながら、県民ができる限り住み慣れた地域で生活を続けていくための地域包括ケアシステムの構築が必要であると考えている。県内の各地域に目を向けてみると、平成24年度の在宅医療連携拠点事業（厚生労働省）を実施した横手市や潟上市（事業主体は医療法人正和会小玉医院）など、先進的な取組を進めている地域は存在する。しかし秋田県全体では十分に進んでいるとは言えず、先進的な地域の取組内容をモデルとしながら、県内の各地域に横展開していく必要がある。

6-2 取り組んだ目的

上記の背景や課題認識を踏まえて、秋田県では、地域包括ケアシステムを構築し、これまでバラバラに提供されてきたサービスが一体化され、対象者の状態に応じたきめ細かな対応を可能にする状態の実現を目指している。参考イメージを次図に示す。

図表 37 秋田県における退院後の在宅生活の現状と目指す姿



出所）秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会報告書（平成25年12月）

なお、報告書は、この目指す姿に向けて各主体で取り組んで行くべき内容を記載したものであり、定量的な目標値は設定していない。

6-3 取り組んだ内容（秋田県）

（1）事業の全体像や体制・予算

上記の背景・目的に基づき、秋田県では平成 25 年 2 月に『秋田県社会福祉審議会医療・介護・福祉連携専門分科会』を開催した。この専門分科会は、地域包括ケアシステムの実現を目指して、医療・介護・福祉の連携促進に関する課題を議論する場として設置された。

平成 25 年 2 月 5 日の第 1 回開催を皮切りに、第 2 回（同年 3 月 27 日）、第 3 回（同年 6 月 5 日）と議論を重ねた後、さらなる推進体制の強化を目指して、専門分科会から『秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会』へ移行し、第 1 回（平成 25 年 7 月 30 日）、第 2 回（同年 9 月 10 日）、第 3 回（同年 10 月 31 日）と議論を重ねて、同年 12 月に報告書を取りまとめた。同報告書は、今後の秋田県における医療・介護・福祉の連携促進に向けた具体的な方向性を示すものとなっており、平成 26 年以降の事業の方向性を把握する上で重要な報告書となっている。

また、この協議会の議論と時点が前後するが、秋田県内における在宅医療・介護連携に関する取組として、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業（厚生労働省）が、横手市および潟上市（事業主体は小玉医院）で実施されている。この 2 地区の取組については、平成 25 年度以降、地域医療再生基金を活用した県事業として実施されている。

秋田県では、こうした横手市および潟上市のような取組を、他の地域にも拡げていきたいとの意向を持っている。そのため平成 26 年度では、地域医療再生基金を財源とした約 4000 万円の予算を用いて、横手市・潟上市に加えて、北秋田市、秋田市、由利本荘・にかほ地区の計 5 地域で、在宅医療連携拠点事業を実施している。

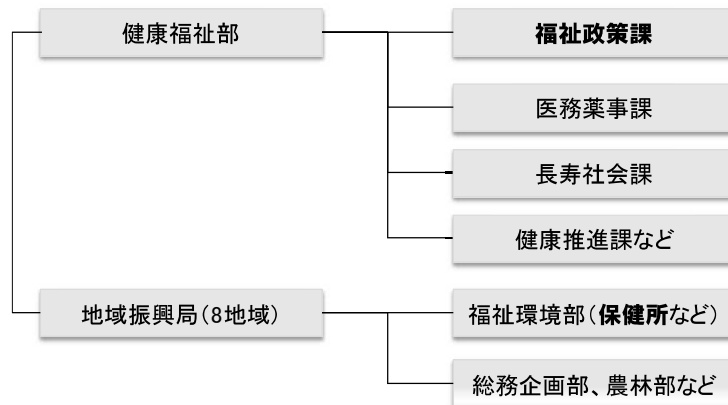
まとめれば、平成 24 年度から横手市・潟上市で先行実施されている在宅医療連携拠点事業をベースとしつつ、平成 25 年に秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会の中で議論して取りまとめられた方向性に従って、平成 26 年度以降は県内各地で同様の取組が実施されるように、保健所と一体となった支援をしていくというのが、秋田県における事業の全体像であると言える。

こうした事業の推進主体となる秋田県の部署は、健康福祉部内にある福祉政策課である。同課の企画班が事業実施に関わっており、課長 1 名を加えた計 4 名（全員事務）の体制で臨んでいる。

秋田県の健康福祉部には、医療保健福祉計画などを担当する医務薬事課や、介護行政を担当する長寿社会課も存在する。しかし、地域包括ケアシステムの構築や在宅医療・介護連携など、多職種間の連携・調整が必要な業務ということもあり、総合調整役を担う福祉政策課が担当することになった。このため、前述の秋田県医療・介護・福祉連携促進協議

会の事務局は福祉政策課が担って運営している。

図表 38 秋田県の関連部署（抜粋）



出所) 秋田県ホームページより NRI 作成

(2) 県が実施した主な取組の紹介

以下、秋田県が実施した主な取組について紹介する。整理方針は他事例と同様である。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

資源把握は主として市町村が担うべき役割と考えており、報告書内にもそのように記載されている。実施方法に関する今後の方針について以下に記載する。

実施方法

報告書内に書かれた市町村の取組は「医療・介護・福祉の資源マップの作成・配布等を実施する」という手法の記載のみである。具体的な実施方法は市町村に任されていると言える。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

資源マップの作成を通じて、地域の実情を把握するとともに、マップ作成過程において関係者間の顔の見える関係づくりにつながるものと考えている。

(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

前述の通り、医療・介護・福祉の連携促進に関する課題の議論を行う場として、秋田県（福祉政策課）が事務局を担う形で、平成 25 年 2 月に『秋田県社会福祉審議会医療・介護・福祉連携専門分科会』の第 1 回を開催した。同専門分科会は、全 3 回の議論を経て『秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会』へと移行し、同じく 3 回の議

論を経た上で、同年 12 月に報告書²³をとりまとめた。

前半の専門分科会では課題の把握を行い、後半の協議会では具体的な取組についての議論を実施した。結果、報告書内には、たとえば「医師会・歯科医師会等の団体を中心となって在宅医療に取り組む病院等の数を増やしていく」など、各主体が取り組むべき内容が整理されている。

実施方法

協議会の事務局は秋田県 健康福祉部 福祉政策課の企画班が担った。企画班は、前述の通り課長を含めた計 4 名体制で、全員が事務職である。

一方、協議会の参加者は全 13 名で、秋田県医師会 3 名、秋田県歯科医師会 1 名、秋田県薬剤師会 1 名、秋田県看護協会 1 名、介護支援専門員協会 1 名、地域包括・在宅介護支援センター協議会 1 名、社会福祉協議会 2 名、老人福祉施設協議会 1 名、秋田看護福祉大学 教授 1 名に加え、在宅医療連携拠点事業で先行的な取組を平成 24 年度から実施している小玉医院からも 1 名参加している。全体的には、やや医療側の参加者が多い会議体になっていると言える。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

秋田県医師会など関係団体が議論した結果とりまとめられたものであるため、報告書内に示された今後取り組むべき内容については、基本的に各主体に合意されたものであり、各職種もそれに沿って活動するものと考えている。

(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

提供体制の構築は、医師会を中心とした取組の中で実現されるものと考えており、報告書内にもそのように記載されている。医療・介護の各分野が連携して実施する取組の実施方法について、今後の方針を以下に記載する。

実施方法

医師会や歯科医師会等の団体が中心となって、まずは各地域において、在宅医療に取り組む病院・診療所・歯科診療所・薬局等を増やすことを想定している。また郡市医師会が中心となって、医師のグループ化（主治医・副主治医制の導入）や情報共有システムの構築、バックアップ体制の確保などを進める予定である。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

県としての現状認識としては、地域ごとの取組レベルに差が有ると見ている。レベルの均質化に向けて、県は先進事例の横展開や、各関係団体への直接的働きかけなどを通じて支援することになる。

²³ 以下、特にことわりが無い限り「報告書」という表現は秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会報告書（平成 25 年 12 月）を指すものとする。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

ICT の利用も視野に入れた情報共有の仕組みづくりは郡市医師会が中心となって行うべき役割と考えており、報告書内にもそのように記載されている。実施方法に関する今後の方針について以下に記載する。

実施方法

郡市医師会が中心となって、医師のグループ化や情報共有システムの構築などの取組を強化することを想定している。具体的な実施方法は実施主体に任されていると言える。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

今後、在宅医療・介護サービスの充実の向けて、地域医療介護総合確保基金を活用して、ICT を活用した在宅医療と介護の連携システムの構築を、モデル的な事業として実施することを検討していく予定である。

(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など)

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

地域における「顔の見える関係づくり」につながる研修は、主として市町村が担うべき役割と考えており、報告書内にも「(市町村は) 人材養成を図るための研修会の開催等を実施する」という記述がある。報告書には、県がこれらの取組を積極的に支援することも明記されており、役割分担が明確に為されていると言える。

一方で、県が主催する取組の一つとして、県内 8 地域を所管する地域振興局における在宅医療多職種連携研修会を挙げることができる。局内の福祉環境部(保健所・福祉事務所)が地域内の多職種向け研修を実施しており、今回のインタビューの中では、秋田地域振興局 秋田福祉環境部 秋田中央保健所の取組を伺うことができた。これに関する実施方法を含めた詳細は 6-4 で後述するため、ここでは割愛する。

このほか、秋田県では、市町村・地域包括支援センターの職員を対象として、地域ケア会議の機能強化を図るための研修会や課題解決の手法と地域包括ケアに対する共通認識と取組の標準化を図るための研修会を開催している。

実施方法

県による市町村や各地域への支援としては、たとえば各地の関係会合に県の職員が出席し、説明や事例紹介等を行うというものがある。秋田中央保健所が担当する秋田地域において、平成 26 年 1～2 月に開催された秋田地域保健医療福祉協議会²⁴には、県の職員が参加して在宅医療や地域包括ケアシステムに関する説明を行った。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

平成 26 年度に、各地域における地域包括ケアシステムの構築に向けて、市町村・地域包括支援センター職員を対象に、県内先進地である横手市の具体的な取組について、実地研修を開催した。引き続き、県及び地域振興局ごとに主催する多職種研修会を開催する。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

住民への普及啓発については、県・市町村のそれぞれで担うべき役割であると考えており、報告書内にもそのように記載されている。うち市町村においては、地域住民向けの講習会・市民講座の開催や医療・介護・福祉の資源マップの作成・配布等を実施する、という方向性が記載されている。

また県としても、県民に向けた普及啓発にかかる支援や取組を行っている。たとえば平成 25 年度には、市町村や郡市医師会による普及啓発等の活動に対し、1 事業主体 125,000 円（平成 26 年度は 250,000 円）の助成を行っている。また県独自の普及啓発活動として、地元の新聞を活用した在宅医療・介護に関する広報活動や、県民向けフォーラムなどを実施している。

なお県の取組の一つとしては、(カ) 医療・介護関係者の研修と同様に、地域振興局による住民向けの普及啓発活動も含めることができる。局内の福祉環境部（保健所・福祉事務所）が地域包括ケアシステムの構築に関する住民向けの普及啓発活動を行っており、今回のインタビューの中では、秋田地域振興局 秋田福祉環境部 秋田中央保健所の取組を伺うことができた。これに関する実施方法を含めた詳細は 6-4 で後述するため、ここでは割愛する。

実施方法

報告書では、各分野が取り組む事項として、地域住民向けの研修会・市民講座の開催を掲げており、積極的な情報発信や普及啓発に努めることとしている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

地域包括ケアシステムの構築には、住民の理解と協力が不可欠である。

医療・介護・福祉の職域・団体や市町村、地域包括支援センターが、自らまたは相互にタイアップしながら、住民への普及啓発に取り組むことが必要である。

²⁴ 県全体の会議体ではなく、秋田地域を対象を限定した協議会である。

(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

地域包括ケアシステムの構築に向けては、急性期の病院を含めて体制に取り込んでいく必要があるとも考えており、今後の検討課題の一つになると言える。病院が無い市町村も存在するため、市町村のエリアを超えた広域調整を、保健所を活用して実施していく役割は担う必要があると考えている。

実施方法

県は、平成 26 年度に県内 25 市町村の地域包括ケアシステム構築に向けた取組状況等を把握するために、各市町村を訪問し意見交換を実施した。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

地域の医療介護総合確保促進法においては、在宅医療と介護の連携に関する事業が市町村事業(地域支援事業)に位置付けられ、すべての市町村で実施することが求められている。

市町村との意見交換を通じて、市町村ではこれまで医療行政にかかわっていなかったため医療施策に関して十分な蓄積がない、医療関係者との関係が築かれていない、医療に関して市町村を超えた広域的な連携や医療機関間の調整が求められるが市町村単体では対応が困難であることなどの課題を有することを確認した。

今後、県では、地域振興局福祉環境部(保健所)が主体となり、地域の連携促進協議会を設置し、地域レベルでの連携推進方策の検討や具体的な取組を通じて、その地域の関係機関等の連携を促進することを検討している。

以上が秋田県における主な取組の紹介である。次節では、上記の秋田県の取組を踏まえて、秋田市を除く²⁵秋田周辺医療圏を管轄する秋田中央保健所がどのような取組を行ったかについて解説する。

6-4 具体的な取組事例(秋田中央保健所による事業実施例)

(1) 取り組んだ背景・目的

前述した通り、秋田中央保健所は、秋田市を除く秋田周辺医療圏を担当している。具体的には男鹿市と潟上市、および南秋田郡の 4 町村を対象としている。これら市町村の人口は 3 千人～3 万人程度であり、約 32 万人の人口を誇る秋田市と比べて規模が小さい。

このような小規模の市町村では、行政側の人的リソースが限られてしまうこともあり、住民票の交付等の住民生活を担う部署が、医療・介護・福祉関連の事業も見ざるを得ない場合がある。その場合、医療側との調整や専門的ノウハウの不足などで苦勞する局面が多

²⁵ 秋田市は秋田市保健所を設置しているため、県が設置する秋田中央保健所との棲み分けが為されている。

いため、保健所として支援に乗り出している。

(2) 取り組んだ内容

在宅医療・介護連携に関連した取組について、秋田中央保健所では、医師・薬剤師・放射線技師・保健師・管理栄養士が1名ずつと事務職が3名の、計8名で対応している。

以下、秋田中央保健所が実施した主な取組について紹介する。取組の整理方針や注意点は他事例と同様だが、その中から、インタビューで伺えた主だった取組についてのみ本報告書に記載することとする。

(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

実施内容

平成25年度の後半から秋田地域振興局の範囲内において、医師会・歯科医師会・薬剤師会などの関連団体を集めた医療・介護・福祉連携推進のための会議を開催している。同会議は課題の議論と研修の両方の側面を持っている。

実施方法

在宅医療・介護に関する人材育成を目指した研修だが、秋田中央保健所に研修ノウハウが蓄積されていなかったこともあり、第1回（平成26年1月19日）は、厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を実施した小玉医院に主催してもらった。ここで得た経験を基に、2月16日の研修会では秋田中央保健所が主催し、小玉医院には後援者として参加してもらった。なお同日の後援者として男鹿市を、さらに8月24日の研修会では共催者として五城目町をそれぞれ巻き込む形にしている。これは、市町村が将来的な主体になるべきという視点から、保健所の取組からの学習・経験を期待したものである。

以上をまとめれば、先行してノウハウを持っていた事業者（小玉医院）と連携して、まずは保健所がノウハウを蓄積し、その後の研修会で徐々に市町村を前面に出すという方針で実施していると言える。なおこの8月24日の研修については、秋田県で平成25年度に先行実施した多職種連携会議のノウハウも利用している。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

先行地区や県のノウハウを保健所が吸収し、その内容を徐々に市町村に移転していくことで、結果として地域内全体の底上げを目指している。本来的には市町村が研修の推進主体となるべきという考えを前提としつつ、先行地区や県からのノウハウ移転に、県の出先機関に当たる保健所が係わるという構図である。

また、研修会実施に向けた各事業所への参加呼びかけは、保健所が主体的に関わった。特に医療側との調整は市町村の担当者からすると敷居が高いこともあり、保健所が各事業所を訪問して協力要請を行うように心がけた。

なお秋田県を通じた調査によると、秋田市の保健所では、上記内容に類するセミナーや研修会は実施していないとのことである。中核市の保健所と県の保健所では前提とする状況も異なるため、取組内容にも違いが出ていると言える。

図表 39 医療・介護・福祉連携推進のための会議の開催状況（※類する活動も含む）

日時	会合名	備考
平成 25 年 11 月 25 日	高齢者の病状急変 対応を考える会	・民生児童委員等 64 人が参加 ・住民の普及啓発が目的（（キ）で後述）
平成 26 年 1 月 19 日	秋田地域在宅医療 多職種連携研修会	・在宅医療に関連する専門職を中心に 36 人が参加 ・多職種連携に関する講演やグループワークを実施 ・潟上・南秋けあねつとが主催
1 月 27 日	秋田地域保健医療 福祉協議会	・協議会下の地域医療推進部会委員等 30 人が参加 ・在宅医療の推進について秋田県（医務薬事課）から説明
2 月 10 日	秋田地域保健医療 福祉協議会	・協議会委員 16 人が参加 ・地域包括ケアシステムの構築に向けて秋田県（福祉政策課）から説明
2 月 16 日	秋田周辺地域在宅 医療多職種連携研 修会	・在宅医療に関連する専門職を中心に 70 人が参加 ・多職種連携に関する講演やグループワークを実施 ・秋田中央保健所が主催、潟上・南秋けあねつとと男鹿市が後援
8 月 24 日	医療・介護・福祉連 携推進会議	・医療・介護・福祉従事者を中心に 85 人が参加 ・事例紹介やグループワークを実施 ・秋田中央保健所と五城目町による共催

出所）秋田中央保健所 提供資料

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

秋田中央保健所が主催する形で、平成 25 年 11 月 25 日に、地域住民を対象とした「高齢者の病状急変対応を考える会」を開催した。基本的なテーマを救急医療に設定しつつ、特に高齢者の病状急変にスポットを当てた会であり、民生児童委員等 64 名が参加した。

実施方法

秋田大学大学院教授などによる情報提供をはじめとして、寸劇やグループワーク、意見交換を実施した。開催後のアンケート結果では、「高齢者の病状急変対応を地域のみみんなで考える必要性を感じましたか？」という質問に対し、回答者の 9 割近くが「大いに感じた／感じた」と回答している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

6-5 取組の成果

本節では、前出の秋田県および秋田中央保健所による取組の成果について、各主体がどのように評価しているかについて、インタビュー結果を基に解説する。

全体として、秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会の報告書が平成 25 年 12 月にまとまったばかりであり、平成 26 年度もこの報告書の方向性に則って各取組を始めたばかりということもあり、具体的な成果・評価は難しいと言える。今後、協議会の報告書に基づく取組が継続実施される中で、どのような成果が出てくるかを見守っていくのが現状である。

ただしその中でも、たとえば医師会の中に在宅医療委員会を設置・運営する動きが出てきた点や、介護支援専門員協会の研修に異業種である薬剤師が参加するようになった点など、在宅医療・介護連携に関する機運の上昇は、一つの成果であると述べていた。

6-6 成功要因

(1) 成功要因

前述のように、取組全体についての成功／失敗という評価はできない状況にあると言える。その中でもあえて成功要因に類するものを挙げるとすれば、個別の取組の留意事項に記載したような点が該当すると考えられる。

特に、県が事務局を担う形で秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会を開催し、全体的な方向性と各主体の取り組むべき内容を大まかに示しながら、各地域における市町村支援は保健所が現場担当として関与するという構図は、他県の事例と同様に（今後）機能していくものと思われる。なお、これらと並行して、県が研修会を直接開催したり、また市町

村に出向いて意見交換を実施して実態把握に努めるなど、具体的な活動を実施している点も重要であるとする。

また、先行する市町村や事業主体のノウハウを県や保健所が吸収し、主に保健所が媒介となって他の市町村に横展開していくという手法は、上記と同様に今後の機能が期待されることである。

(2) 市町村およびその他の主体の役割分担

成功要因につながる各主体の役割分担について、秋田県の事例を以下に整理する。在宅医療・介護連携推進事業の基本的な主体は市町村としつつ、県・保健所・医師会がそれぞれ支援をする（※一部は今後の予定）という役割分担になっていると言える。

実施主体	主な役割・機能
県	○全体の方向性および役割分担の明示 ー事務局として秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会(イ)を開催し、各主体が取り組むべき内容を報告書としてとりまとめる。 ー医療・介護・福祉の各分野から出された問題を統合して議論する。
	○県内の先進事例の横展開 ー出先機関となる保健所を活用しながら、潟上市や横手市などの先行事例のノウハウ等を他市町村に横展開する。
	○基金等を通じた財源的支援 ー地域医療再生基金等を通じた財源支援を行う。
保健所	○県内の先進事例の横展開など県による市町村支援の実施主体 ー潟上市や横手市などの先行事例のノウハウ等を他市町村に横展開する。研修の主催等を通じて徐々に市町村の主体性向上や成長を促す。
市町村	○在宅医療・介護連携推進事業の推進 ー地域の医療・介護サービス資源の把握(ア) ー在宅医療・介護連携に関する相談支援(オ) ー医療・介護関係者の研修(カ) ←保健所の支援を受けつつ実施 ー地域住民への普及啓発(キ)
医師会	○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(ウ)
	○医療・介護関係者の情報共有の支援(エ)

6-7 今後の課題と予定

(1) 今後の課題と予定

県による市町村支援の財源が一つの課題である。平成 27 年度までは地域医療再生基金で支援をすることができるが、平成 28 年度以降の予算措置をどうするか見えていない。横手市など先進的な地域では地域支援事業の中で独自に進められる可能性があるが、そうでない市町村に対して県からどの財源を用いて支援するか、継続検討する必要がある。

また、高齢者施設をどこまで充足させる必要があるかなど、住まいに関する検討も今後必要になる可能性はある。雪が多い地方では在宅医療・介護を提供する環境が悪化する。冬場だけでも高齢者が集まって生活するサービスなどが有っても良いが、そういったアイ

デアの検討を含めて、まだ街づくり関連部署との議論はできていない。ただし、まずは医療・介護の環境整備が第一という認識でいる。

なお、今後は現状の取組を継続・拡大していく方針である。具体的には、秋田中央保健所で実施している取組を他の地域でも同じように展開していく予定である。平成26年度は県および保健所が各市町村をめぐって課題を把握したので、それに対応する施策を全県で進めていく。

(2) 今後、国などに期待する支援は何か

まず、在宅医療・介護連携推進事業に関する先行事例にバリエーションを加えて欲しいという声が出された。特に人口規模が小さい市町村でこういった取組をすべきかが分かるように意識して欲しいと述べていた。柏市や横須賀市の取組は素晴らしいが、その一方で、支援が必要な小規模の市町村には参考にできないところもあると考えている。

また成果指標に関する案を国で検討して欲しいという声も出された。目指すべき絵姿とともに、PDCAを回すための指標を国として定めて欲しいと述べていた。

その他、若い医師が在宅医療に積極的に関わるインセンティブを工夫して欲しいという声も寄せられた。秋田県医師会でアンケートをとった際は、在宅医療の提供意向を持っていたのは50代・60代の医師が多かった。たとえば臨床研修プログラムの中に在宅医療に関する内容を増やしていくなど、対応を検討して欲しいと述べていた。

また医療とは別に、介護分野での地域に配慮した加算を検討して欲しいという声も出た。地域内の居住場所が点在しており、冬場は雪も多い中で、訪問看護など少ない人数で対応している状況にある。介護報酬に関する配慮を求めたいと述べていた。

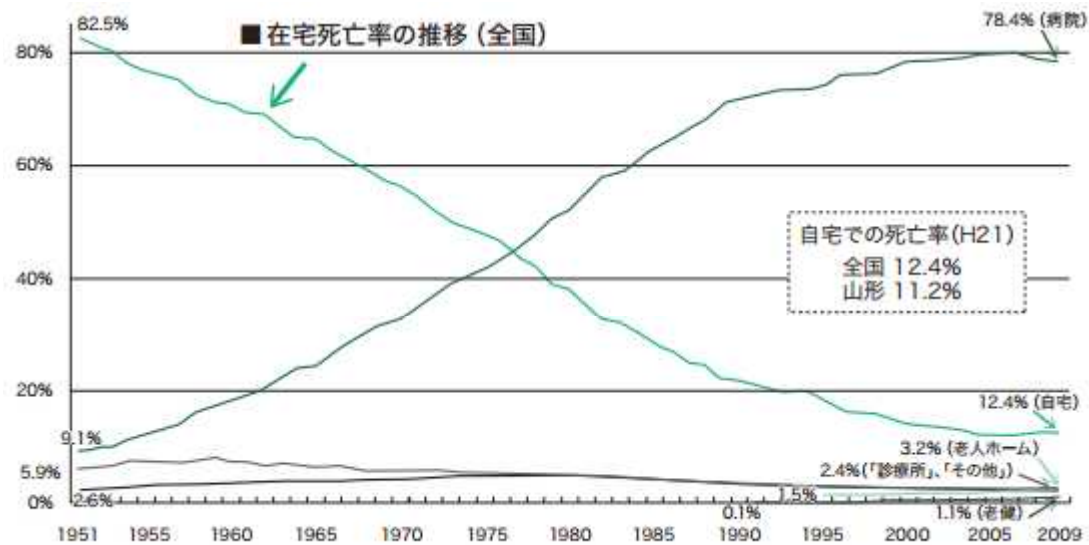
7. 山形県の取組

7-1 取り組んだ背景

山形県の高齢化率は平成 22 年度時点で 27.6% に上り、全国平均 (23.0%) を 5 ポイント弱上回っている。さらに平成 47 年度時点での高齢化率推計では、全国平均が 33.4% に対し山形県は 36.3% と、高い水準で推移することが確実視されている。

人口動態に沿った医療提供体制の構築が求められる中、厚生労働省が平成 20 年に実施した「終末期医療に対する調査」でも示されている通り、6 割以上の国民は在宅での療養を希望していると見られている。しかし、山形県の在宅死亡率を見ると、平成 21 年度時点で 11.2% と全国平均 (12.4%) を下回っており、病院での死亡が大半となっているのが現状である。さらに山形県の在宅医療資源は、特に在宅療養支援診療所数と訪問看護ステーション数が全国平均を下回っており、多くの県民のニーズを充足させる環境にないことが明らかになっている。

図表 40 山形県および全国の在宅での死亡率推移



図表 41 山形県および全国の在宅医療資源数

	山形県	全国
①在宅療養支援診療所数 (人口10万人当たり)	7.1	10.2
②在宅療養支援病院数 (人口10万人当たり)	0.3	0.4
③訪問看護事業所数 (人口10万人当たり)	5.2	6.0
④訪問看護ステーションの従業者数 (常勤換算) (人口10万人当たり)	22.4	21.5

資料：①②診療報酬施設基準、③介護給付実態調査、④介護サービス施設・事業所調査

出所) 第 6 次山形県保健医療計画より

そのような現状への危機感から、山形県では「本人・家族の希望に応じ、地域で療養生活を営むことを可能にするため、自宅等で必要な医療を受けられる体制を確保」することを目的として、在宅医療を推進することとなった。具体的には、平成 23 年度から「山形県在宅医療推進協議会（以降協議会）」を立ち上げ、平成 23 年度末には「在宅医療推進の基本方向（以降基本方向）」を策定した。この基本方向をベースに個別の取組を開始するとともに、平成 25 年 3 月策定の第 6 次医療保健計画内でも在宅医療の推進を重要な位置づけとした。

7-2 取り組んだ目的

基本方向の中では、以下のような取組の全体像が提示されている。この大枠に沿って、山形県では事業を推進している。

なお第 6 次保健医療計画の中で、「往診（終日対応のできる）を行う医療機関数」を、現状（平成 24 年度）の 289 施設から平成 29 年度には 340 施設へと増加させるとしている。

図表 42 基本方向における課題解決のキーワードと主な取組み例

《関係者・現場の声》 「山形県在宅医療推進協議会」の議論から	《課題解決のキーワード》	《主な取組み例》
在宅医療従事者の人材確保、資質向上が不可欠	1 人づくり	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療を担う人材の確保・育成及び専門性の向上 ○ケアマネージャーなどの介護福祉職に対する医療分野の知識啓発
在宅医療を新たに始めるハードルが高く、また、その取組みを拡充する負担が過大	2 きっかけづくり	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療の新規実施や業務拡充を総合的にサポートする体制の整備 ○顔が見える関係をつくり、チームとして在宅医療を持続して提供できる環境整備
多職種による連携を協議・検討(退院時カンファレンスや情報共有)するネットワーク組織などが必要	3 連携づくり (ネットワーク)	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種の参画による人的ネットワーク形成や地域医療・介護等連携チームの設置 ○中核的役割を担う医療連携部署(病院)の専門性の向上
医療サービスのひとつとして選ばれるには質の向上と選択肢の拡大が必要	4 多様なサービスづくり	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問看護・訪問介護等の連携による24時間365日サービス提供体制の確立 ○地域包括支援センターの充実強化や地域連携クリティカルパスの拡大普及等による多様なサービスを提供 ○認知症患者、精神障がい者等の在宅療養ニーズへの支援
地域の組織的取組みを促す環境整備の検討	5 コミュニティづくり	<ul style="list-style-type: none"> ○地域の自治組織やNPO等による地域支え合い活動と連携した展開 ○地域の実情に応じ、市町村・保健所(行政)をはじめ様々な主体の参画
在宅医療に関し、県民が情報を得て理解を深める機会などが不十分	6 意識づくり	<ul style="list-style-type: none"> ○県民が、在宅医療を理解して選択することができる情報の提供 ○勤務医・開業医に、在宅医療に患者を誘引する意識啓発

出所) 山形県提供資料より

7-3 取り組んだ内容（山形県）

(1) 事業の全体像や体制・予算

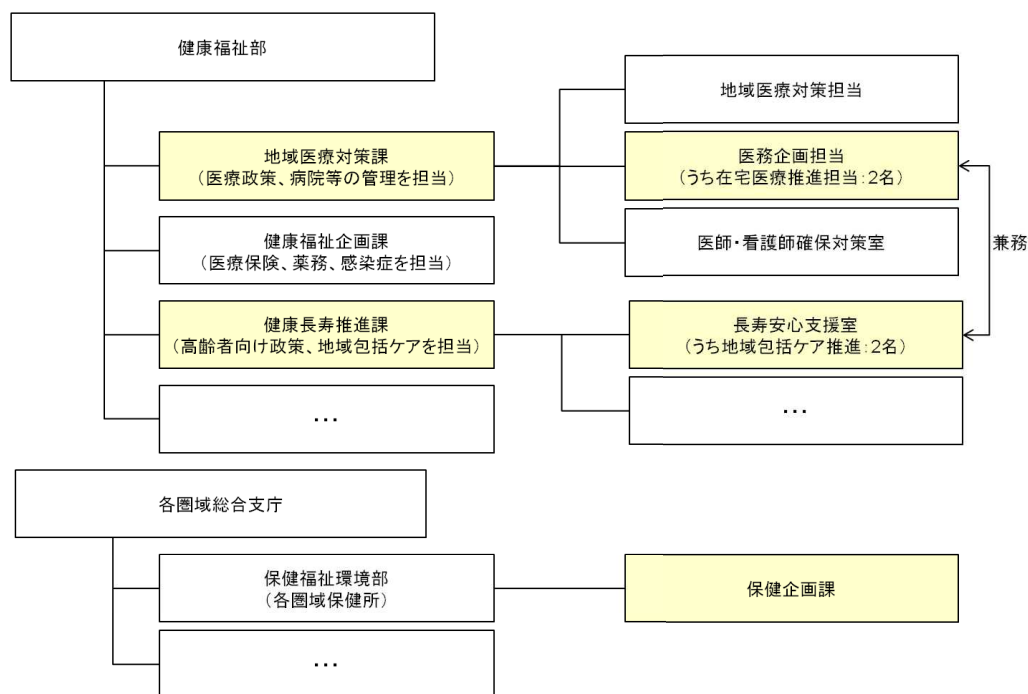
山形県における在宅医療・介護連携等に関係した事業は、健康福祉部傘下の地域医療対策課と、健康長寿推進課が所管している。

このうち地域医療対策課は、主に医療政策を担当している部署である。20 名程度の組織で、専門職として看護師が 1 名在籍している。課内の医務企画担当のうち在宅医療推進担当（2 名）が直接の担当である。

一方の健康長寿推進課は主に高齢者向け政策を担当しており、その中には地域包括ケア推進も機能として含まれている。なお、地域医療対策課の在宅医療推進担当は、健康長寿推進課 長寿安心支援室の地域包括ケア推進も兼務となっている。そのほか、健康福祉企画課も「医療機関調査」など医療資源把握で一部関与している。

保健所は、県下 4 圏域（村山、最上、置賜、庄内）総合支庁の中の保健福祉環境部という位置づけとなり、在宅医療担当は同部内の保健企画課に配置されている。なお、山形県で在宅医療推進の際に用いる圏域は保健所単位となっている。保健医療計画を策定する際に把握した医療資源の分布状況などから、個別の取組ごと（例：がん対策、認知症対策など）に圏域の単位を設定することとなっている。

図表 43 山形県の在宅医療推進体制

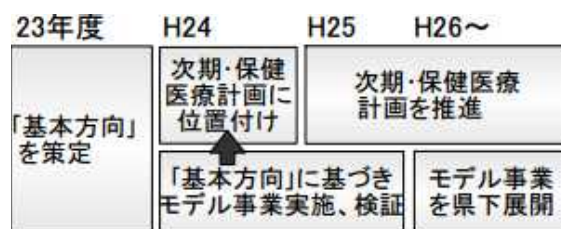


出所) 山形県担当者インタビューから NRI 作成

(2) 県が実施した主な取組の紹介

以下、山形県が実施した主な取組について紹介する。整理方針は他事例と同様である。なお、山形県の取組は、基本方向で示された計画に沿って進んでいる（図表）。

図表 44 基本方向で示された年次計画



《推進体制》

「山形県在宅医療推進協議会」(10関係機関)を中心に推進

出所) 山形県提供資料より

山形県の取組は、平成 23 年度の協議会の設置から始まっている。協議会は、平成 23 年度中に山形県の取組の基本方向を定めることを目的として設置された。その後、策定された基本方向に沿って、平成 24・25 年度に「モデル事業」を実施することとなった。平成 24 年度は、協議会から 6 つの『キーワード』に沿ったいくつかのコースを提示し、県下の市町村を含む各団体を対象に公募をかけた。

図表 45 モデル事業の募集要項

コース名	内容
A. 「在宅医療に取り組む土台づくり」	<ol style="list-style-type: none"> 1) 県民に対する在宅医療の理解を深めるための「意識づくり」事業 2) 専門職種に対する資質向上のための「人づくり」事業 3) 多職種同士の顔の見える関係の構築のための「きっかけづくり」事業 4) 地域課題を把握するための実態調査 など
B. 「在宅医療・介護の連携の実践」	<ol style="list-style-type: none"> 1) 多職種が連携したより具体性をもった「連携（ネットワーク）づくり」事業 2) 住民の在宅医療のニーズにつながる「多様なサービスづくり」事業 など
C. 「医療・介護連携チーム」の具体的な活動モデル事業	<ol style="list-style-type: none"> 1) 他の医療・介護連携チームが活動する際の参考となるマニュアル・手引きの作成 2) 他職種や住民が活用できる在宅医療・介護情報の提供（窓口設置、マップ作成、パンフレット作成等） 3) 地域の民生委員や町内会、医療・介護従事者との連携した「地域づくり・コミュニティづくり」事業

出所) 山形県提供資料より NRI 作成

公募の採択は、平成 24 年度は 15 団体・事業であった。平成 25 年度は前述した募集要項で公募を行い、20 団体が採択された。なお、平成 24 年度にモデル事業に参加した団体が翌年度のモデル事業に参加することも可能としたが、その際には、前年度実施していた団体は B・C いずれかのコースを実施することを採択の条件とし、取組のレベルアップを図った。結果、平成 25 年度の採択団体 20 のうち、12 団体が前年度の採択団体となった。採択団体・事業ごとの規模は様々であったが、予算の総額を見ると、平成 24 年度は 900 万円、平成 25 年度は 1,700 万円となっている。

平成 26 年度は、モデル事業に取り組んだ採択団体が位置している圏域レベルで、各事業の横展開を進めている。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

平成 24 年度からのモデル事業の A コースには 4) として地域資源の把握がある。山形県が採択した各実施主体のうち、例えば山形県理学療法士会・山形県作業療法士会・山形県言語聴覚士会では、「在宅医療におけるリハビリテーション提供体制に関する検討」として、各種在宅リハビリテーションの提供状況を調査しつつ、「県下の訪問リハビリテーション事業所及び通所系リハビリテーション施設一覧」を作成した。また、「山形県看護協会」では、「県内訪問看護ステーションの質の向上と連携強化」として、県内 49 ステーションにアンケートを実施し、県内訪問看護ステーションの実態把握を行った。

なお、これらの実施主体は採択された団体側であり、県は在宅医療推進協議会を通じて補助金をつけて支援している状況にある。

実施方法

平成 24・25 年度は「在宅医療推進モデル事業」として、協議会が実施主体となり各採択団体に補助を行い、平成 26 年度以降は、各圏域単位の実施主体（市町村、団体）の取組を保健所が取りまとめ、県に予算請求するというスキームとなっている。なお、その際の財源は全て地域医療再生基金である。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

—

(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

山形県は、（既に述べたように）平成 23 年度に山形県在宅医療推進協議会を設置した。協議会には関係団体・機関が集められており、平成 26 年度までメンバーの変更はありながらも継続的に開催されている。

なお、協議会の運営は山形県と山形県医師会が共同して行っており、委員長は県医師会会長が指名されている。

図表 46 山形県在宅医療推進協議会構成

(構成機関)

社団法人山形県医師会
一般社団法人山形県歯科医師会
一般社団法人山形県薬剤師会
社団法人山形県看護協会
一般社団法人山形県介護支援専門員協会
山形県地域包括・在宅介護支援センター協議会
山形県訪問看護ステーション連絡協議会
山形県歯科衛生士会
社団法人山形県栄養士会
山形県健康福祉部

(会長が指名する委員 若干名)

(オブザーバー)

山形県健康福祉部健康福祉企画課
山形県村山総合支庁保健福祉環境部保健企画課 (村山保健所)
山形県最上総合支庁保健福祉環境部保健企画課 (最上保健所)
山形県置賜総合支庁保健福祉環境部保健企画課 (置賜保健所)
山形県庄内総合支庁保健福祉環境部保健企画課 (庄内保健所)

出所) 山形県提供資料より

実施方法

協議会は、第6次保健医療計画策定も視野に入れつつ、山形県としての取組の基本的な方向性や在宅医療・介護連携の推進について、現状と課題を把握しながら進めた。年2回の本会の開催と、必要に応じた専門部会の開催という開催頻度は、平成26年度に至っても変更はない。

また、これとは別に、平成24年以降の各モデル事業内でも議論は為されている。例えば山形県医師会・山形大学医学部では、「退院支援部署応援プロジェクト」として、村山圏域内の病院の退院支援部署担当者を集めた研修会やグループワークを通じて、医師の関与やケアマネとの連携について、その必要性を再確認している。また長井市では、「在宅医療推進事業(安心と絆の架け橋応援プロジェクト)」として、市、市保健医療統括監、医師会、長井病院による連絡会議を組成し、今後長井市として取組を進めて行くための課題の整理を行っている。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

山形県が実施する類似事業は無い。ただし、平成 24 年度以降のモデル事業を通じて、各実施主体が類する事業を推進している例はある。

実施方法

—

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

山形県では、平成 25 年度に「ICT を活用した医療連携等推進アクションプラン」が策定され、それに沿って山形県の手で整備が進められている。このうち、在宅医療にかかわるものとして「多職種連携による在宅医療の推進」があり、在宅医療従事者の負担軽減に向けた ICT 活用の取組推進や、介護福祉士やケアマネ等介護従事者との連携のための ICT 整備が目的として設定されている。システム構想の全体像は次図のとおりである。

平成 25 年度は検討部会を設置し、併せて置賜圏域でのモデル事業を実施した。平成 26 年度はモデル事業の評価、平成 27 年度以降で他圏域への展開を図る予定である。

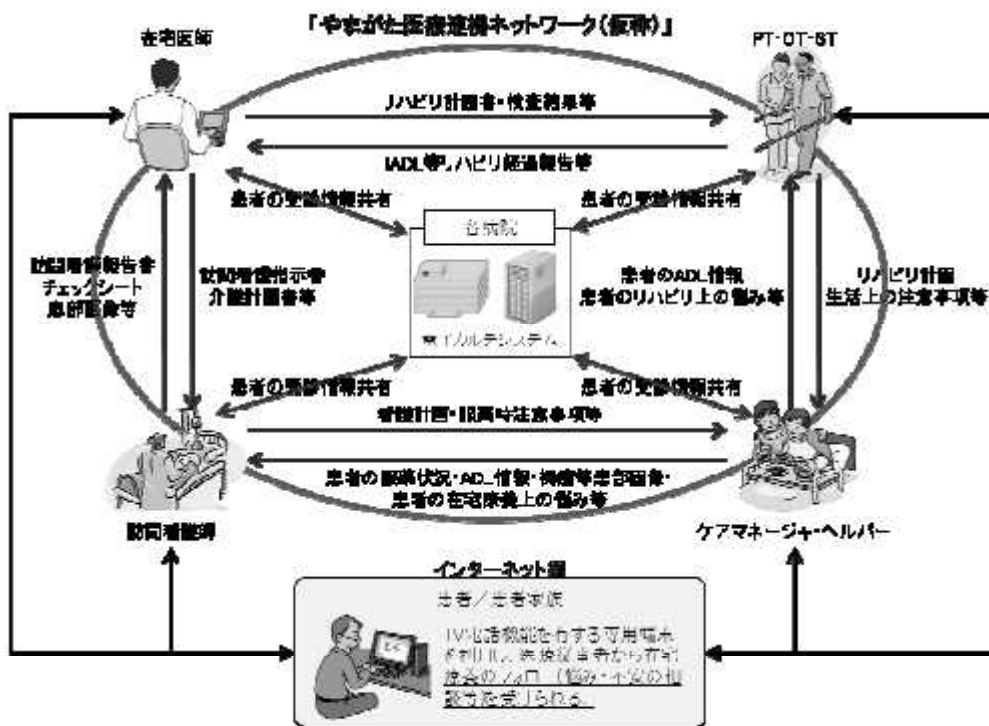
実施方法

平成 25 年度では 1,000 万円の予算が組まれており、全額地域医療再生基金での拠出となっている。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

図表 47 やまがた医療連携ネットワーク（仮称）全体像



出所) 平成 25 年山形県「山形県 I C T を活用した医療連携等推進アクションプラン」より

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

(ウ) などと同様に、山形県が主導した事業は無い。ただし山形県下の類似事業としては、平成 24 年度に鶴岡市地区医師会（庄内圏域）が厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に参加し、事業の成果として設立した「地域医療連携室ほたる」が存在する。鶴岡地区医師会内に設置されたものであり、患者・家族、医療機関、介護事業所のコーディネーター役となる機関である。現在 3 名のスタッフが在籍し（事務 1 名）、事業として運営されている。

なお鶴岡地区医師会は、鶴岡市より地域包括支援センターの運営委託も受けているほか、訪問看護ステーションも運営するなど、多機能を有していることが特徴である。

実施方法

本事業は、鶴岡市および鶴岡地区医師会独自の取組であり、県としては関与していない。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

県担当者によると、鶴岡地区医師会のモデルは非常に先進的であるが、他地域にそのまま横展開するには工夫が必要であると見ている。上述のとおり医師会が元々多機能を備えていたという事情があり、また地域特性の違いもあるため、鶴岡モデルをそ

のまま他の地域に当てはめることは難しいと見ている。

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

平成 24 年度以降のモデル事業を通じて、各団体がセミナーや勉強会等を実施している。たとえば看護協会が「訪問看護ステーションの質の向上と連携強化」事業に取り組んでおり、病院看護師と訪問看護ステーションの看護師との連携を促進するための研修会の開催や、看護師の質向上のための研修会などを実施している。

なお、県が主体的に実施している研修等はない。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

平成 24 年度以降のモデル事業を通じて各地で実施されている。たとえばみゆき会病院では、「在宅医療・介護の意識向上のための市民講座」を開催した。タレントの講演などをコンテンツとし、300 名程度の参加者を集めて開催している。

なお、県が主体的に実施しているシンポジウム等はない。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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など)

—

以上が山形県における主な取組の紹介である。次節では、上記の山形県の取組を踏まえて、保健所（村山保健所）がどのような取組を行ったかについて解説する。

7-4 具体的な取組事例（村山保健所による事業実施例）

（1）取り組んだ背景・目的

村山圏域は、山形市を中心に7市7町からなる圏域で、地域人口規模は県全体の5割近くを占める。高齢化率は27.8%と県平均より低いものの、一方で圏域内の8市町村で3割を超えるなど、圏域内の地域差が大きいことが特徴である。

村山圏域で在宅療養の取組が始まったのは、平成20年度の第5次保健医療計画（地域版）の策定からである。当初はがん患者に絞って在宅療養支援体制のあり方を検討していたが、その後、より幅広い対象を含めた検討のため、モデル的に脳卒中患者を対象にした。また県の第6次保健医療計画策定に伴い、より広い領域で在宅療養体制を整備していく方向性にシフトした。

山形県の取組で記述した通り、平成26年度以降は、保健所が主導して圏域内の在宅医療を推進している。目標値は保健医療計画に従っており、往診対応できる診療所数の増加が目標値であるが、進捗状況は思わしくない。廃業診療所数の伸びが往診対応可能な診療所数の伸びを上回っており、往診対応可能な診療所数は減っている。今までの取組は確実に成果が出ているはずであるが、目標管理のみであると、本事業は評価されなくなるのが、目標設定の難しさであると語っていた。

（2）取り組んだ内容

体制については、山形県の項で記述した通りである。当保健所は職員数が125名と、全国でも有数の規模となっている。これは、平成11年に県内保健所が二次医療圏ごとに再編され、山形・寒河江・村山の3保健所が統合されたためである。

在宅医療を担当するのは保健企画課の企画調整担当で、職員数は4名、そのうち保健師1名が本事業の主担当である。なお、介護保険や地域福祉関係の役割を持つ地域保健福祉課とも連携しながら進めることが多くなっている。

以下、村山保健所が実施した主な取組について紹介する。なお取組の整理方針や注意点については、他事例と同様である。

（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

村山保健所は、独自に地域資源の把握を行っている。前回は平成20年の第5次保健医療計画（地域版）の策定時に行ったが、現在、情報の見直しをおこなっている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

村山地域では、在宅療養連携推進会議（以下、「推進会議」）を設置し、圏域内の在宅療養体制のあり方の議論を行っている。連携推進会議の参加団体は以下のとおりである。

- ・ 山形市医師会、寒河江市西村山郡医師会、北村山地区医師会
- ・ 山形市歯科医師会、西村山地区歯科医師会、北村山地区歯科医師会
- ・ 山形県薬剤師会、山形県看護協会、山形県老人福祉施設協議会、
- ・ 山形県老人保健施設協会、
- ・ 山形県認知症高齢者グループホーム連絡協議会、
- ・ 山形大学医学部看護学科、
- ・ 山形県 健康福祉企画課・健康長寿推進課・障がい福祉課
- ・ 村山総合支庁 福祉企画課・地域保健予防課・保健企画課

推進会議は、平成 20 年度にはじめて開催され、その後年 1 回のペースで継続的に開催されている。テーマによって召集する参加団体は異なるが、直近の数年は圏域全体のことを議論するよりも各団体や各市町村の取組がテーマになっており、全団体が集まる機会は減ってきている。

なお圏域内の事業進捗は、保健医療計画を管理する会議体（村山地域保健医療協議会）で行っている。

実施方法

推進会議は参加団体の負担で実施している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

村山保健所の管内では、多職種連携をテーマに平成 26 年度に 2 本の事業が実施されている。

山形県歯科医師会への補助による「歯科衛生士の医師への同行訪問から訪問歯科診療、多職種連携へ」では、主治医の往診に歯科衛生士が同行し、口腔内の問題把握を行っている。必要に応じて歯科衛生指導および訪問歯科診療につなげる事業であり、

口腔管理を軸に、主治医、訪問看護師、歯科医師が連携し、在宅療養者の健康保持増進や QOL 向上を図る取組である。

また、一般社団法人ゆにしあへの委託による「在宅療養に係る食を通じた多職種連携モデル事業」は、上述の歯科衛生指導等により、食に関する問題を抱えている患者に対し、栄養指導や調理の実技指導などを行い、在宅療養者の全身状態の改善を目指すものである。この場合、歯科医師、歯科衛生士、主治医、訪問看護師、管理栄養士などが連携の対象となる。

実施方法

山形県歯科医師会への補助事業は、規模は 100 万円で、地域医療再生基金を活用、ゆにしあへの委託事業は、規模は 820 万円程度で、緊急雇用基金（起業支援型）を活用することとなっている。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

村山保健所の管内では、平成 26 年 10 月に「べにばなネット」という地域医療情報ネットワークの運用が開始している。現在は、このネットワークを活用して、病病連携及び病診連携が可能であるが、訪問看護や介護分野との連携は今後の課題である。

そのほか村山保健所では、地域内での活用を前提にしたツールを作成している。平成 24 年度に作成した「在宅療養支援のための手引き」と、平成 25 年度に作成した「看取りに関する手引き」が該当する。

在宅療養支援のための手引きは、平成 20 年の関係団体を集めた検討会（在宅療養推進に係わる検討会）にて、その必要性が提起されたため、検討会内で作成を進めた。看取りのための手引きは、その在宅療養支援のための手引きの配布後に要望が高まったため、村山保健所においてワーキンググループを設置し作成の検討を進め、平成 25 年 3 月に作成された。看取りのための手引きについては、その後の反響も大きく、また、質問等も多く寄せられたため、平成 26 年度に、有志の医師が組成した「山形在宅ケア研究会」の場で議論を進め、研修会等を通して関係者間の共通認識を図りながら改訂版を作成した。

実施方法

ICT 整備（べにばなネットの整備）は、地域医療再生基金を財源に協議会を立ち上げて実施した。ツールについては、保健所の予算内で作成するとともに、「在宅ケア研究会」に対しては、補助を行い作成した。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

ツールについて、現場からの要望に沿って作成することが必須と考えている。例えば、県の立場でツール・様式を作り関係団体に配布しても、おそらく利用は広がらない。様式の標準化は、多職種連携を進めるうえでは重要であり、その場合は現場ではなく、協議会のような場で関係団体間の意見を調整し作成していくことになる。この際、ニーズを現場に確認せずに作成すると、意味のないものになることが多い。いかに現場が困っていて、さらに作成時には関係団体の意見をできる限り取り込む、という手順を踏むことが肝要と考えている。

また、ツールはその後の啓発活動も重要と見ている。ツール類の作成は、今後も保健所が主導的に進める方針であるが、その後の啓発活動も積極的に実施したいとのことであった。

図表 48 在宅療養支援のための手引き



図表 49 看取りに関する手引き

村山地域版

看取りに関する手引き

(在宅及び高齢者施設等における看取り)

—改訂版—



山形県村山総合支庁保健福祉環境部(村山保健所)
山形在宅ケア研究会

終末期ケアにおける確認事項 (例)

別冊表氏名 _____ 種 _____

確認項目	確認事項等	備考
付き添いの可否		
臨終の時刻にいる方		
連絡先 (3ヶ所)	1. 2. 3.	
臨終時に着せたいもの		
遺体の移送方法		
遺体の移送先		
葬儀の場所		

確 認 日 時 : 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 () ____ 時 ____ 分

確 認 者 : 施設利用人等氏名 _____
職員 職名 _____ 氏名 _____

その他特記事項 : _____

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

村山保健所は、2 地区の医師会（山形市医師会、寒河江市西村山郡医師会）と、在宅医療の実施に係る拠点整備を進めている。具体的には、山形市医師会においては、医師会内に社会福祉士等の嘱託 1 名を配置、寒河江西村山医師会については、嘱託 1 名＋パート 1 名を配置し、コーディネーターとして機能させるという取組である。平成 27 年度より本格的に事業を開始する予定である。

実施方法

村山保健所では、「新たな財政支援制度」の活用を見据えつつ、山形県のモデル事業に対して地区医師会に事業提案をさせた。結果としては上述 2 医師会から拠点整備の提案が為された。

平成 27 年度以降は市町村の財源（介護保険制度）を利用することになる可能性があるが、コーディネーター機能を域内に持てるようになることは、大きな進展であると認識している。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

拠点整備は、数年前から県が中心となって県区医師会と交渉を進めてきたが、在宅医療への負担感と財源の問題から、なかなか進まなかった経緯がある。新たな財政支援制度は、まさに市町村の地域支援事業へと移管されるまでのつなぎとなっており、地区医師会との交渉に非常に有用であった。市町村にとっては、平成 27 年度からの事業移管は不安が山積しているところであるが、このようなつなぎ財源により、スムーズな移管に向けた取組を行えることは、市町村の不安の一部解消につながる、との見解であった。

また医師会との交渉では、財源問題の解決とともに、数年の取組による信頼関係の醸成や、在宅療養の必要性の認識が進んだ点が寄与していると述べていた。保健所担当者は、この拠点整備は今までの域内での取組の大きな成果であると考えている。

（カ）医療・介護関係者の研修

実施内容

保健所として、地域住民及び関係者を対象に在宅療養推進フォーラムを開催している他、今年度は、地域連携拠点をテーマにワークショップを開催している。また、山形市医師会に対する補助を行い、在宅ケア研究会による定期的（月 1 回程度）な勉強会を開催するとともに、天童市東村山郡医師会には拠点整備等に向けた勉強会の開催等に関する補助、上山市医師会にはかかりつけ医のための研修・啓発等に関する補助、北村山地区医師会には市民フォーラムや多職種連携セミナー開催等に関する補助などを実施している。

実施方法

勉強会・セミナーの開催は地域医療再生基金で実施している。なお、各医師会に補助する勉強会や研修会は、これまでは医師会等の持ち出しで実施していたが、補助事業となったことにより、多職種を交えた会議や研修の取組みが推進された。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

医師会とは勉強会の運営を通じて関係が深くなったが、財源がないままであると医師会側も本気で取り組めないといった面もある。やはり一定規模の予算を補助することが重要なのではないかと見ている。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

在宅療養推進フォーラムを開催し、講演会を実施するとともに、併せて地域で活動をしている方からのリレートークとして取組の紹介を行った。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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など)

—

7-5 取組の成果

本節では、前出の山形県および村山保健所による取組の成果について、各主体がどのように評価しているかについて、それぞれのインタビュー結果を基に解説する。

(1) 山形県による成果評価

平成 26 年度から圏域レベルの自主的な取組みに移行したが、様々な取組の提案があり、関係団体の在宅療養への意識付けができてきたのではないかと考えている。また、モデル事業の成果を圏域に展開していくという方針も、保健所が主導的に進めてくれており、県としての体制の底上げが確実に為されているのではないかと考えている。

目標値に対しては、往診対応可能な診療所数は増えておらず、以前と変わらずに不足していると認識しており、対策の必要性を感じている。

(2) 村山保健所による成果評価

拠点整備に 2 医師会が手を挙げたことが、今までの取組の大きな成果であると考えている。また、保健所と多職種との連携が確立されてきており、平成 26 年度からの保健所主導の取組にも、関係団体からの合意を得やすくなっていると見ている。

一方で、保健医療計画の目標達成は厳しいとみている。指標として適切なのかも含めて、再度議論が必要なのではないかと考えている。

7-6 成功要因

(1) 成功要因

まず、保健所圏域と二次医療圏が一致していることが大きな優位性であると考えている。保健所が柔軟に支援できる点は、平成 27 年度以降の市町村への移管も見据えて、どのような基盤構築が必要かを制約なく考えることができる。今後は入退院ルールの策定も進めて行きたいとの考えを持っているが、二次医療圏と一致していれば、圏外との広域調整が必要なくなるため、比較的迅速に進められるのではないかと考えている。

また、協議会で打ち出した基本方向が、保健医療計画の在宅療養部分のベースとなったことも、関係団体間で認識の齟齬なく進められた理由ではないかと考えている。特に多職種連携を必要とする在宅療養では、計画を集約化させることは極めて重要と考えている。

なお、村山圏域が特徴的であるが、県内の地域性の違いが大きいことは優位点にも劣位点にもなりえる。優位点としては、例えば鶴岡市地区医師会のように、ある地域で独自に体制が高度化していきやすいということがある。「鶴岡モデル」も、あまり広い範囲での体制構築を考えず、連携しやすい範囲で取組みを進めてきたからこそ、高度にサービスが集約化された仕組みを構築できたものと考えている。

一方で、1 つのモデルを全県展開する際は大きな障壁となる。「鶴岡モデル」は全国でも有数の先進モデルであるため、県下全域に広げたいと考えたが、地域ごとに行政・医師会等の体制、これまでの取組みの熟度等が異なることから、一律に導入することが困難であり、地域の特性を踏まえた体制づくりが必要と考えている。

平成 24・25 年度に実施したモデル事業についても、基本的にそのまま別地域で実施することは難しいため、圏域ごとに保健所が前面に立ち、地域のニーズとモデル事業で実施した取組みの整合性をとりながら、地域への展開を図ることになった。

(2) 市町村およびその他の主体の役割分担

成功要因につながる各主体の役割分担について、山形県の事例を以下に整理する。

実施主体	主な役割・機能
県	<ul style="list-style-type: none"> ○グランドデザインの策定と計画化 <ul style="list-style-type: none"> －県として進むべき大きな方向性を提示するとともに、関係団体が同じ認識で取り組めるような計画を提示する
	<ul style="list-style-type: none"> ○財源の確保 <ul style="list-style-type: none"> －圏域、市町村が柔軟に活用できる財源を確保する
保健所	<ul style="list-style-type: none"> ○圏域のニーズの取りまとめと事業化 <ul style="list-style-type: none"> －圏域全体だけではなく、市町村のニーズや不満を聞き取り、整理すると同時に、各団体を実施主体とする事業を企画し、県に予算請求する
	<ul style="list-style-type: none"> ○地域の実態把握の適宜実施 <ul style="list-style-type: none"> －医療・介護資源や市民の調査を行い、取組み検討のための材料を揃える
	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種連携の調整支援 <ul style="list-style-type: none"> －市町村が実施する調整の後方支援を行う
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ○地域ニーズの収集と保健所・県への連絡 <ul style="list-style-type: none"> －医療・介護従事者や市民のニーズを拾い上げ、保健所・県に伝える
	<ul style="list-style-type: none"> ○主体性をもった事業の推進 <ul style="list-style-type: none"> －実施主体として財源を確保し、取組みを推進する
医師会	<ul style="list-style-type: none"> ○往診/訪診への会員医師への意識付け <ul style="list-style-type: none"> －勉強会やセミナーにより、会員医師の意識改革を担う ○市町村、保健所への事業提案 <ul style="list-style-type: none"> －医師の立場で、必要な事業を提言する

7-7 今後の課題と予定

(1) 今後の課題と予定

保健医療計画上の目標達成が極めて困難であることを課題と考えている。引き続き、医師会委託により勉強会、セミナーを実施していくが、それだけでは医師の意識改革を起こすことは難しく、ほかの手立てを検討する必要があると考えている。

対策の1つは訪問看護の充実である。訪問看護は在宅医療の充実にとって中核となるものであるが、訪問看護資源の充実を図ることは、新たに在宅医療に取り組もうとする医師にとって安心できる要素になると思われることから、今後、訪問看護ステーションの強化により重点的に取り組んでいきたいと考えている。

また、入院ルール策定は、早々に手掛ける必要があるものと認識している。在支診拡大策ともつながるが、往診/訪診に消極的な医師は、容態の急変があった場合に、適切に急性期病院などにつなげるのかといった点に不安を持っている。そういった医師に対し、バックアップ体制を明確に提示できることは非常に有効と考えており、今後整備を進めて行くことを考えている。

また、在宅医療と介護の連携については、今後地域支援事業として市町村が取り組むことになるが、医療分野は市町村にとって新たな領域であり、医療資源の偏在等様々な課題も存在することから、引き続き支援が必要と考えている。

(2) 今後、国などに期待する支援は何か

県が継続的に市町村を支援できるよう、財源やスキームについての検討を国には進めてほしいと考えている。

8. 福井県の取組

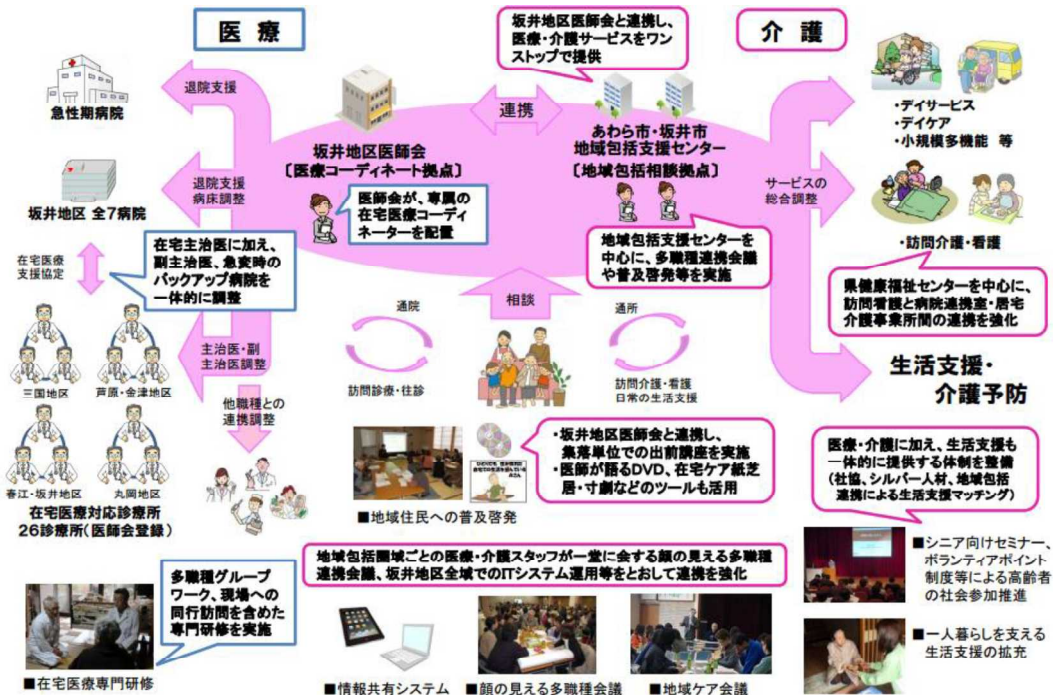
8-1 取り組んだ背景

平成 26 年時点の福井県の人口動態によると、福井県の高齢化率は 27.9%で、同時点の全国平均の 25.1%を上回っている。県内の各市の高齢化率を見ても、全市で全国平均を超えており、福井県は全体で高齢化の進んでいる県であるといえる。

平成 19 年度および平成 24 年度に実施した県民アンケート調査では、寝たきり状態になった場合に治療を望む場所として、約半数の方が「自宅」と回答した。一方で自宅での療養について不安があるとの声も多数あり、また実際に自宅で亡くなっている県民の割合は 1 割であった。この現状を鑑み、住み慣れた場所での療養という県民ニーズを満たすことが必要と考えた。

このような中で、福井県では「在宅ケア坂井モデル」の構築を進めている。これは介護保険の広域事務組合（広域連合）がある坂井地区（あわら市・坂井市）において、在宅療養を可能とする資源・体制整備および市民への啓発を進めるもので、平成 22 年度より福井県、東京大学が「ジェロントロジー（総合長寿学）共同研究」の一環として、当該地域をフィールドとして活用して行っている。福井県の在宅医療・介護連携の推進は、この「在宅ケア坂井モデル」の取組がベースとなっており、当該地区での経験・成果を全県展開していこうという構想の下に実施している。

図表 50 在宅ケア坂井モデルの全体像



出所) 福井県提供資料より

全県展開を目指す背景には、在宅医療・介護連携推進事業について、市町村だけでは対応しきれないところがあるという考えがある。平成 27 年度以降、地域支援事業として市町村に移管されるが、現状の市町村では地区医師会等とのつながりが希薄である。担当部署が確定していない市町村もある中で、対応できないのが実情と判断しており、県がある程度支援して、医療と介護の連携の道筋を整備することが必要と考えている。

8-2 取り組んだ目的

取組の目標値として、平成 24 年度時点を基準とし、平成 29 年度までの定量目標を以下のように設定している。

- ・ 訪問診療・往診の利用者数：20%増
- ・ 訪問看護の利用者数：20%増

これらの目標値は、国保と健保のレセプトデータを収集し、1 カ月分のデータを抽出した上で、それぞれの利用者数を算出しながら進捗管理をしている。（なお、現在のところ訪問診療・往診は伸びが弱く、目標達成までのハードルは高いと認識している。）目標値である 20%は、平成 37 年度までの要介護者の推計を行った結果 16%程度の伸びと出たので、それをベースとして訪問診療・往診の伸びを 20%としており、医療計画でも掲げている。一方で、在宅医療を行っている医師数の現状値（平成 24 年度）は 300 名ほどであるが、こちらでも 20%増を目標値としている。ただし医療計画には掲げていない内部の指標である。

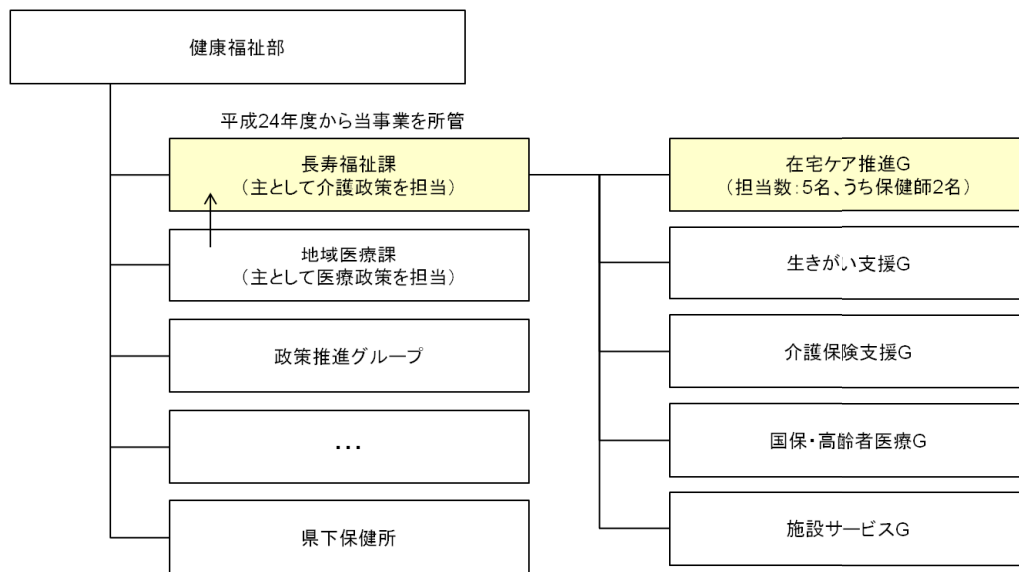
8-3 取り組んだ内容（福井県）

（1）事業の全体像や体制・予算

福井県の在宅医療・介護連携の主幹部署は健康福祉部 長寿福祉課である。その中に在宅ケア推進グループを設け、当事業を所管している。在宅ケア推進グループで在宅医療・介護連携に関わる職員は 5 名で、保健師が 2 名、事務が 3 名となっている。

福井県では、当事業（在宅医療）を将来は市町村が主体的に担うことを見据え、介護政策を担当する長寿福祉課を当事業の所管とした。なお、平成 23 年度までは医療政策の所管課（現地域医療課）に当事業を所管させており、医療系の部署から介護系の部署に担当を移管させた形になっている。

図表 51 福井県在宅ケア推進の体制



出所) 福井県担当者インタビューから NRI 作成

保健所（健康福祉センター）の担当部署は、県下 6 か所の保健所の地域保健課となっている。基本的には同課に配属されている保健師 2～3 名が担当となっている。

現在、県下の大半の市町村には当事業の所管は存在していないが、将来の移管を見据え、県から「地域包括支援センターを所管する課」を当事業の所管部署と指定し、さらに地域との連携窓口となる部署（主に地域包括支援センター）には「保健師または看護師など医療系資格保有者」を新規雇用してでも配置するよう依頼している。

（2）県が実施した主な取組の紹介

福井県の在宅医療・介護連携の取組は、平成 20 年度の在宅あんしんネット事業（全県対象）から始まり、平成 22 年度からの東京大学との共同研究である坂井地区でのモデル構築事業へとつながっている。この坂井地区での「ジェロントロジー共同研究」を通じて、坂井地区は全国で見ても高いレベルの在宅ケア推進地域となっており、平成 26 年度以降もさらなるモデルの強化が図られている。福井県の当事業への基本方針は、坂井地区への支援を通じて先行モデルとして確立させた後に県下全域に展開するというものである。

坂井モデル構築は、平成 23 年度までは県の全面支援により推進されてきたが、平成 24 年度からは広域連合が実施主体となり、県は圏域保健所（坂井健康福祉センター）を通じて支援を行うというスキームに変更している。これは、将来的に、市町村が在宅医療・介護連携推進事業を主体的に進めていくことを見据えての措置であり、県は後方支援に徹することを明確にしたかたちになっている。

坂井モデル構築事業の平成 24～26 年度の取組概要を以下にまとめる。

平成 24 年度

総事業費 420 万円強のうち、国庫（在宅医療連携拠点事業補助）300 万円弱、県委託・補助（地域医療再生基金活用）が 130 万円弱という内訳となっている。

在宅医療コーディネーターの配置、多職種連携研修、情報共有システム整備、住民への普及啓発などを実施した。

平成 25 年度

総事業費 670 万円強のうち、県委託・補助（地域医療再生基金活用）510 万円強、広域連合財源（一般財源）160 万円という内訳になっている。

平成 24 年度の取組に加えて、生活支援を含む在宅サービスの総合調整を実施した。

平成 26 年度

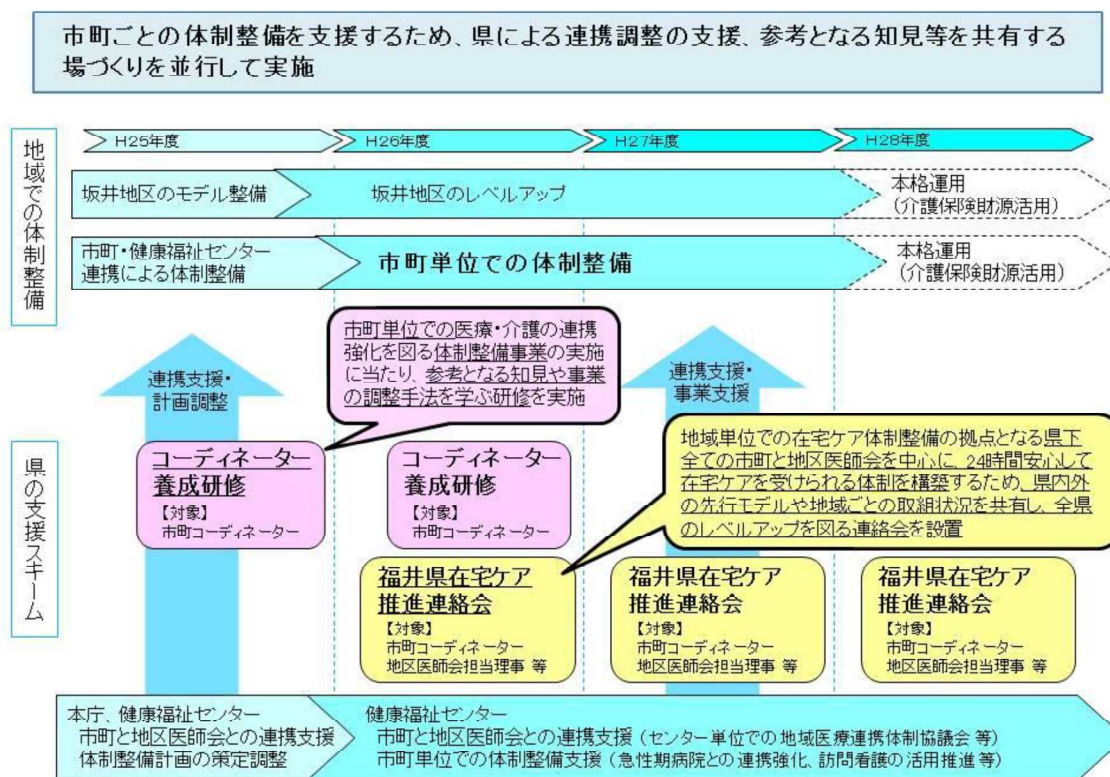
総事業費 450 万円強のうち、県委託（地域医療再生基金活用）410 万円強、広域連合財源（一般財源）40 万円という内訳になっている。

平成 26 年度の取組から、在宅医療コーディネーターの配置が、事業者（医師会）の独自事業へと移管された。

一方、坂井モデルを福井県に全県展開する事業としては、平成 25 年度から圏域単位（健康福祉センター単位）で体制整備（「地域医療連携体制協議会・部会」開催、顔の見える多職種連携を進める場の設置、地域住民への普及啓発）を進めさせている。平成 26 年度からは、坂井地区と同様、市町村を実施主体とした事業に、県として補助（補助率 10/10）する支援を行っている。県が拠出可能な地域医療再生基金 3,900 万円を、県庁所在地である福井市には 400 万円、その他の市町村には 250 万円を上限として配賦し、各市町村が独自に事業を推進するという補助スキームとなっている。なお、地域医療再生基金は平成 27 年度まで活用可能であるため、引き続き県として市町村に上述の補助スキームで支援を行っていきたい考えである。

県では、坂井モデル構築の過程で蓄積したノウハウや成果を市町村に伝えることで、県下全域の在宅ケア体制のレベルの底上げを迅速かつ効率的に進めたいとしている。

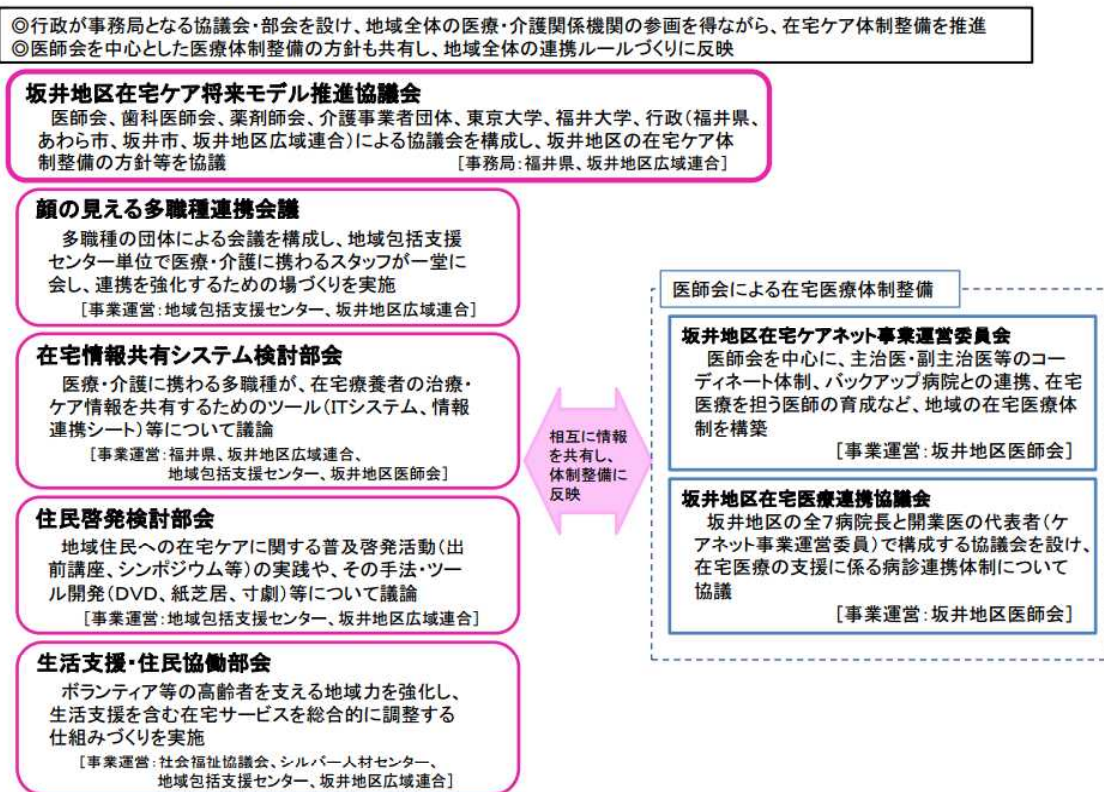
図表 52 市町村単位での在宅ケア体制整備と県の支援スキーム



出所) 福井県提供資料より

なお、県は、各市町村には「地域の医療・介護関係者による協議会」の設置と、その配下の部会の設置を進めるよう提言しており、その検討体制は、坂井モデルでも同様である。推進協議会は、市町村が事務局となる在宅医療・介護の関係団体を集めた会であり、各市町村のビジョンや具体的取組の策定、さらに事業進捗の管理を行うと同時に、圏域単位で設置される「地域医療連携体制協議会」や県庁が設置する「福井県在宅ケア推進連絡会」と連携を図る基盤となる会議体である。

図表 53 坂井地区モデル整備の推進体制



出所) 福井県提供資料より

以下、福井県が実施した主な取組について紹介する。整理方針は他事例と同様であるが、福井県では、「坂井地区モデル構築」と「全県展開」それぞれの取組を記述する。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

福井県による資源把握として、在宅医療を行っている医療機関数や市町村ごとの介護事業所数を抽出している。需要側の把握は、国保・健保のレセプトデータから抽出した訪問診療・往診や訪問歯科診療の受診者数、訪問看護利用者数、介護サービス利用者数を抽出している。これらのデータは、坂井地区モデル構築、全県展開ともに、県からデータ提供の協力をしている。

実施方法

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

(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

各地区で実施される推進協議会や、その配下の多職種連携会議の中で、課題及び対応が協議されている（もしくは協議される予定である）。

坂井地区モデルでは推進協議会の事務局として福井県が関わっているが、基本的には各市町村で主体的に実施される会議体である。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

—

(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、「ふくい在宅あんしんネット構築支援事業」を通じて、医師会配置のコーディネーターが、在宅主治医に加え、主治医不在時の代診を行う副主治医を含めた紹介を行える仕組みを構築している。加えて、平成 22 年度からの東京大学との共同研究を通じて、切れ目のない在宅医療提供体制を検討してきた。平成 25 年 1 月からは、医師会が地区内の全 7 病院と協定を締結して、在宅患者が急変した際の受入先を予め指定できる仕組みも整備し、上述の ICT 活用等も含めた切れ目のない在宅医療提供体制を構築している。

また、全県展開では、上述の「地域医療連携体制協議会」や「福井県在宅ケア推進連絡会」を活用し、こうした坂井地区の先進的な体制を全市町村で共有し、地域の実情に応じた形で実践していくことを働きかけている。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

福井県では、ICT を活用した患者情報共有システムの運用と、携帯タブレット端末の運用に関する事業を実施している。この事業は、東京大学とカナミックネットワーク社が開発したシステムを、平成 25 年 2 月より地区内一部の事業所で試行運用し、平成 26 年 1 月からは地区全域の事業所で本格運用している。

実施方法

当事業は、県の財源（在宅情報共有モデル構築事業、在宅医療・介護連携推進事業）

により実施されている。なお、現在県内では紙ベースでの患者情報共有の仕組みがいくつ稼働している。今後、県全体で運用中の医療情報共有システム「ふくいメディカルネット」との連携など、どのような方針で整理していくか、現在検討中である。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

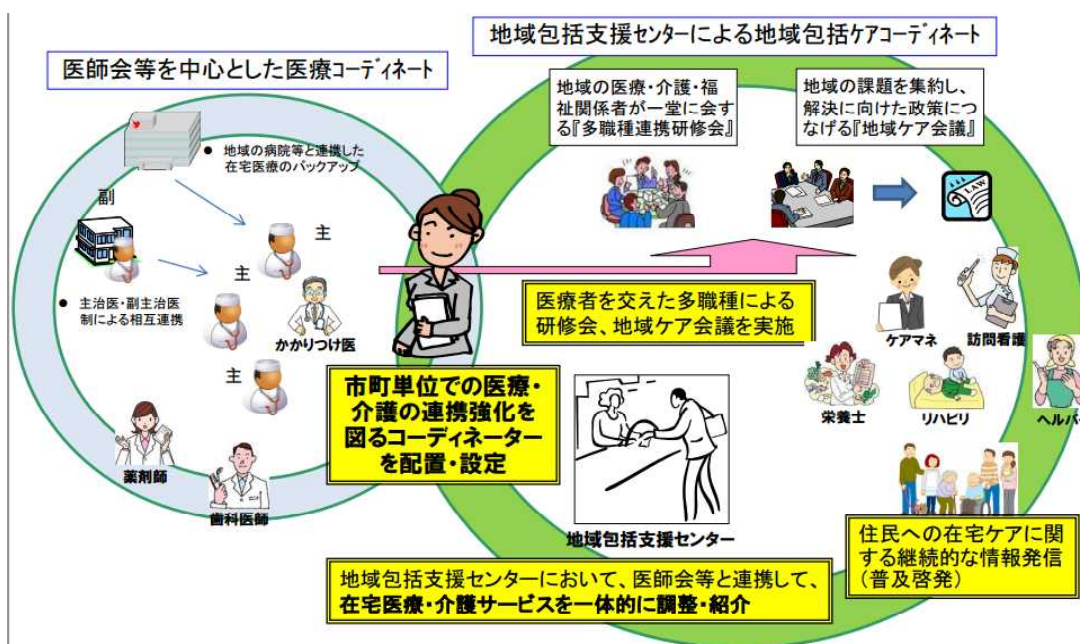
【坂井地区】

坂井地区には、坂井地区医師会内に在宅医療コーディネーターが配置されている。平成 20 年度の福井県補助金「ふくい在宅あんしんネット構築支援事業」を活用して、坂井地区に配置され、平成 24 年度の厚生労働省の「在宅医療連携拠点事業」以降は、坂井地区広域連合が医師会に委託するかたちで配置されたものである。平成 26 年度からは医師会の独自事業として継続運営されている。

【全県展開】

平成 26 年度より上述の地域包括支援センターへのコーディネーター配置・設定を、全市町村で実施している。それぞれの市町村単位で、在宅医療・介護資源のリスト化を行い、資源の多い地域では、医師会側に医療相談・主治医調整等を支援する窓口（医師等）を設定する形をとっている。

図表 54 全ての市町村におけるコーディネーター配置の方針



出所) 福井県提供資料より

実施方法

坂井地区でのコーディネーター配置は、全て独自財源で実施している。

また全県への展開においては、福井市には 400 万円、その他市町村には 250 万円を上限とした県補助内で、コーディネーター配置に関する補助を実施している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

坂井地区医師会に「坂井地区在宅ケアネット」という在宅医療コーディネート機関が存在し、主に入院支援や退院支援を実施している。これは、医療側は市町村事業と一旦切り離して考えているため、市町村は、既存の資源（地域包括支援センター）にコーディネート機能を設け、医師会側コーディネーターとの連携を推進するべきという思想で設計されている。なお、坂井地区医師会は、「ケアセンター」事業も運営している。これは、通所デイサービスから、訪問看護・訪問介護を手掛けており、「医療と介護のトータルケア」を謳っている。

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

【坂井地区】

福井県は平成 25 年度から、県委託（地域医療再生基金）を通じて、坂井地区が行う同行訪問研修を支援している。同研修は、在宅医を育成するための在宅医療現場への同行訪問である。県としても在宅医療の利用増加を目標として設定しており、その受け皿となる在宅医の増加が必要と考えているため、医師を現場に同行させ、在宅医の育成とレベルアップを企図している。

なお、平成 24 年度から坂井地区の広域連合および地域包括支援センターが主体となって開いている「顔の見える多職種連携カンファレンス」の中でも、専門職向け（個別職種参加、多職種参加）研修が開催されている。

【全県展開】

福井県は平成 26 年度より、県補助（地域医療再生基金）を通じて、各市町村で多職種連携研修会を開催させている。坂井地区での取組を横展開する形をとっている。

実施方法

坂井地区では、平成 25 年度までは県委託・補助（地域医療再生基金活用、60～100 万円）で実施されていたが、平成 26 年度からは県委託と広域連合一般財源で実施されている。医師の同行訪問研修は県から広域連合への委託、多職種連携会議は広域連合の独自事業となっている。

また、全県展開では、上述（オ）と同様、県補助で実施されている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

福井県では、顔の見える多職種連携を推進するために、坂井地区で専門職向けに実施されている研修の実施を全市町村にも期待したいと考えている。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

【坂井地区】

福井県が坂井地区広域連合に委託をする形で、在宅ケア坂井モデルを発信する DVD 等の作成と、それを用いた住民集会開催、出前講座が行われている。住民集会、出前講座は平成 23 年度から実施継続しており、DVD は、平成 23 年度に在宅医療を手掛ける地元医師のインタビュー、平成 25 年度に坂井地区の在宅ケア体制のポイントをまとめたものを作成している。このほか、在宅ケアの事例を紹介する紙芝居や寸劇などのツールも作成している。出前講座は、行政が各集落・団体単位に出向いて、医師会コーディネーターによる講演や DVD・紙芝居などを通じて、在宅ケアのサービス内容や利用方法等を学んでもらうもので、平成 25 年度実績で 13 回開催し、計 450 名程度が参加した。

【全県展開】

各市町村で平成 26 年度より住民への普及啓発を開始しているが、実施形態や回数・参加者は各市町村により異なる。平成 25 年度実績で 45 回開催し、計 2,400 名程度が参加した。

実施方法

坂井地区は県委託、全県展開は県補助により、広域連合および各市町村が主体となって実施する形で事業が進められている。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

【坂井地区】

広域連合が坂井健康福祉センターの管轄範囲と一致するため、基本的に保健所が各取組を進めている。詳細は次節の坂井健康福祉センターの取組内で述べる。

【全県展開】

地区医師会と各市町村が連携して進めるべきものと考えているが、当然市町村と二次医療圏は異なるため、保健所単位で広域的な連携を支援することを前提としている。具体的には、保健所が事務局となり、地区内の市町村や医師会等の医療・介護関係団体、急性期病院等の代表者による「地域医療連携体制協議会」を各圏域単位で設置しており、具体的な連携体制整備につなげている。

実施方法

県の財源を活用して実施している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

市町村が広域調整を実施することは困難であるため、保健所単位で事業を進めざるを得ない。その場合の財源については、国の新たな財政支援制度を活用する考えである。

以上が福井県における主な取組の紹介である。次節では、上記の福井県の取組を踏まえて、保健所（坂井健康福祉センター）がどのような取組を行ったかについて解説する。

8-4 具体的な取組事例（坂井健康福祉センターによる事業実施例）

（1）取り組んだ背景・目的

平成22年度の福井県と東大のジェロントロジー共同研究で坂井地区がフィールドとして設定された際、坂井健康福祉センターに参加して欲しいという打診があった。在宅ケア・医療連携は保健師が役割として持っていたこと、さらに平成24年度まで県が介護保険施設等の実地指導をおこなっていたため、介護側とも顔の見える関係を持っていたことから、坂井健康福祉センターの主体的な役割が期待された。平成24年度からは、広域連合が主体となって取組を進めることとなったため、坂井健康福祉センターが積極関与することとなった。

また、平成24年度の厚生労働省の在宅医療連携拠点事業では広域連合が手を挙げ採択されたが、広域連合の担当部署は事務方しかおらず、専門職はいないため、県担当者と坂井健康福祉センターが関与することとなった。そのような経緯で、坂井地区については、県・保健所の積極的な支援により高度な在宅医療・介護連携体制を構築し、今後市町村がめざすべき「モデル」とすることで、全県展開を図っていくこととなった。

（2）取り組んだ内容

坂井健康福祉センターにおける在宅ケアの取組の担当部署は地域保健課で、職員4名のうち3名が保健師、本事業の主担当は保健師2名となっている。

広域連合側では、地域包括支援センターを管轄する部署が主担当となっている。なお坂井市では福祉保健部高齢福祉課の2名、あわら市では市民福祉部健康長寿課の2名が本事業の主担当となっている。

以下、坂井健康福祉センターが実施した主な取組について紹介する²⁶。なお取組の整理方針や注意点については、他事例と同様である。

²⁶ 坂井地区広域連合における在宅医療・介護連携に関する（ア）～（ク）の取組の全体像は、平成26年度老人保健事業推進費補助金事業「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年1月）を参照のこと。本報告書では（ア）・（イ）・（カ）・（ク）を報告する。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

平成 24 年度に参加した厚生労働省在宅医療連携拠点事業にて、まずは「坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会（以降協議会）」を立ち上げ、実態把握と課題認識をおこなうこととなった。坂井地区内の介護保険利用者の実態を把握するため地区内の居宅介護支援事業所に依頼し「在宅医療・療養の実態」に関する調査の実施とその実態から在宅を支援する側の地区内の病院の地域連携室、訪問看護ステーションにアンケート配布や、直接インタビューを実施した。この際のアンケートやインタビュー調査票の設計、集計・分析は全て坂井健康福祉センターにて実施した。

なお、医療資源の把握や市民意識の把握は、県が実施したもの（平成 24 年度「在宅医療に関する医療機能調査」、「在宅医療に関する県民の意識調査」）を活用している。

実施方法

平成 24 年度拠点事業に参加した際は、在宅医療連携拠点事業補助を活用した。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

—

(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

上述（ア）のとおり、関連団体に対してアンケート、直接インタビューを実施した。

なお、具体的な取組は（カ）にて記述するが、訪問看護ステーション意見交換会や地域連携室担当者情報交換会を開催し、訪問看護が抱える課題の整理や退院支援の現状・工夫していることや課題を共有した。また、そこから出た課題をもとに、「医療と介護の連携強化部会」を開催し、医療機関の窓口の明確化、訪問看護が必要なケースについてスムーズに結ぶつくことを目的に「訪問看護を上手に利用するためのマニュアル」を作成した。

*医療と介護の連携強化部会の構成

地区医師会コーディネーター・病院地域連携室、介護支援専門員、訪問看護ステーションの代表者、市地域包括支援センター

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ど）

—

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

企画は「医療と介護の連携強化部会」で検討、市の地域包括支援センター担当者に

相談するなどしたうえで、坂井健康福祉センターで取りまとめ、研修を実施している。研修は実態に即した内容であること、またグループワークを行い課題解決につながるよう工夫している。研修会開催の通知は広域連合が地区内の訪問看護・介護事業所全に出している。大体1事業所で1、2名ずつの参加であるが、出席率は7～8割程度となっており、非常に高い。

平成25年度は、主に地区内の病院と在宅側の連携をテーマに研修会をおこなった。

実施方法

当事業の財源は広域連合の一般財源となっている。規模としては、40万円/年程度を予算として確保している。

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

多職種連携推進や顔の見える関係づくりにおいては、上述のような研修会の位置づけは非常に重要と認識しており、以降も多様なテーマを扱いながら開催していく考えである。ただし、坂井健康福祉センター担当者の負荷が非常に大きいものであること、さらに運営のノウハウが属人的になりやすいことから、標準化し比較的容易に運営できる手法を検討するべきと考えている。

多職種連携研修で重要な点は、参加者の考えやニーズを漏らさず取り込み、施策に反映していくPDCAの仕組みであるが、そのことを理解し、さらに推進できる地区担当者は少ない。坂井地区では、上述のとおり財源は広域連合のものであるため、研修会の主催も広域連合となっているが、実質は坂井健康福祉センターになっている。坂井地区に限らず、平成27年度以降は当事業も市町村単位で進めていく必要があるため、徐々に実質運営者も広域連合にしようと企図しているが、すぐには難しい。坂井健康福祉センターとして、どこまで広域連合の取組を支援するのか、未だ検討中である。

(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

今後ますます医療依存度が高い患者が在宅に移行する可能性が高いことから、地区内において特に退院が多い急性期病院の地域連携室と地区内の関係機関（病院、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所、地域包括支援センター）が連携における課題を話し合うことで、病院—在宅の流れがスムーズになることおよび顔の見える関係づくりにつなげることを目的とした「急性期病院等との連携に関する研修会」を、平成26年10月に開催した。（平成26年度「医療と介護の連携強化部会」で検討）

参加者は50名で、事前に健康福祉センター担当者が急性期病院に出向き、研修会開催の主旨やアンケート内容について依頼した。急性期病院は県立病院、大学病院、私立病院の地域連携室担当者を招いた。研修会の内容は以下のとおりである。

1. 急性期病院の地域医療連携の現状について（3 病院からの説明）約 30 分
2. 急性期病院との連携に関する事前アンケート結果から 約 10 分
3. 質疑応答・意見交換 約 10 分
4. グループワーク（急性期病院と地域の連携がうまくいった事例からの学び）
約 1 時間

2.のアンケートとは、事前に参加者に配布し回答してもらったもので、本研修会のテーマである急性期病院との連携の現状と課題についての意見を収集したものである。坂井健康福祉センターでは、アンケート設計、配布・回収、集計・取りまとめを研修会までに行い、結果を当日資料として配布した。

また、研修会後にアンケートを配布し、効果検証ならびに改善点の抽出を行い、次年度につなげられるようにしている。これは、坂井健康福祉センターがファシリテートする研修会においては、必ず実施するようにしている。

実施方法

—

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

—

8-5 取組の成果

本節では、前出の福井県および坂井健康福祉センターによる取組の成果について、各主体がどのように評価しているかについて、それぞれのインタビュー結果を基に解説する。

（1）福井県による成果評価

目標値として、平成 29 年に訪問診療・往診の受診者数を平成 24 年の 20%増としているため、以降も継続的にレセプトデータの収集・分析により、進捗を確認していく必要がある。

定性的には、坂井地区という高度なモデルが構築できたことは、県全体での体制整備にとって大きな成果である。県の立場で坂井地区以外の市町村の支援を開始したのは平成 26 年度からであるが、基本的に市町村は何をするべきか、何ができるのか、が判然としていない。それに対して、「進めて欲しい取組」を市町村に提示することができた。個別事業まで含めて経緯を全てノウハウ化できれば、県下市町村の在宅ケア体制の整備が早期に可能なのではないかと考えている。

(2) 坂井健康福祉センターによる成果評価

各種取組を通じて、多職種間で互いの理解が深まり、在宅ケア体制構築に必要なことと、自身のできること、他職種ができることを理解し、相互に意見を求めるようになったという点が大きな成果である。

互いの存在を当然のものとする、意見を言い合うことに躊躇がなくなる。また、多職種間で目指す方向の視点が一致していると、他職種からの意見も積極的に求めるようになるため、関係を良好に保つこともできる。

多職種が参加する研修会などの場を頻繁に設定し、顔の見える関係から実際の連携につながることで、医療（看護）と介護の連携がスムーズにとれ、在宅ケアの推進につながっていると評価している。

8-6 成功要因

(1) 成功要因

成功要因として、坂井地区においては以前より地区医師会が在宅医療に意欲的であり、協力を得やすい関係にあったこと、坂井市とあわら市が広域連合を組成していたため、坂井健康福祉センターがそのまま支援できたこと、東京大学との「ジェロントロジー共同研究」のフィールドとして選定されたこと、が挙げられる。

坂井地区医師会は、上述のとおり、既に平成 20 年度に医療と介護をつなぐコーディネーターの必要性に着目し、独自に設置しており、県が進めようとする在宅ケアの方向性と合致した推進体制を築けたことが大きいと考えられる。

また、医師会との調整を取組以前よりおこなっていた県健康福祉センターが取組の主導的な役割を担ったことも大きなポイントである。一般の市町村では、医師会とのつながりは薄く、単独で連携を進めることは難しい。坂井地区では、広域連合という位置づけであったため、健康福祉センターが医療側だけでなく介護側とも関係を構築しており、調整に適した機関により、適切な支援を行うことができたと考えられる。

(2) 市町村およびその他の主体の役割分担

成功要因につながる各主体の役割分担について、福井県の事例を以下に整理する。

実施主体	主な役割・機能
県	○全体方針・グランドデザインの策定・提示 －県全体として進むべき方向性を規定し、各機関・団体の役割を分担する
	○一部取組の支援 －モデル地域のノウハウなどを他地域へ展開する
	○県民への啓発活動 －セミナー、集会等を通じた在宅ケアへの県民意識変革
	○支援財源の確保 －各市町村の多様な取組に対応できる支援事業の構成
健康福祉センター	○医療と介護の連携の場の調整 －両者とのつながりがある利点を活かし多職種が顔を合わせる場を設定する
	○一部事業の主体的な推進 －現場業務にとらわれがちになる市町村の、企画・情報整理・分析機能を主体的に引き取る
市町村	○財源の確保 －事業実施主体として、必要な予算を確保する
	○事業の推進 －事業実施主体として、事業を推進する
	○市民への啓発活動 －セミナー、集会等を通じた在宅ケアへの市民意識改革
医師会	○会員医師への在宅ケア啓発活動 －会員医師の意識改革を進め、在宅ケアに携わる資源拡充を目指す
	○医療側コーディネーター機能の配置 －コーディネーターを配置し、在宅と急性期をつなぐ

8-7 今後の課題と予定

(1) 今後の課題と予定

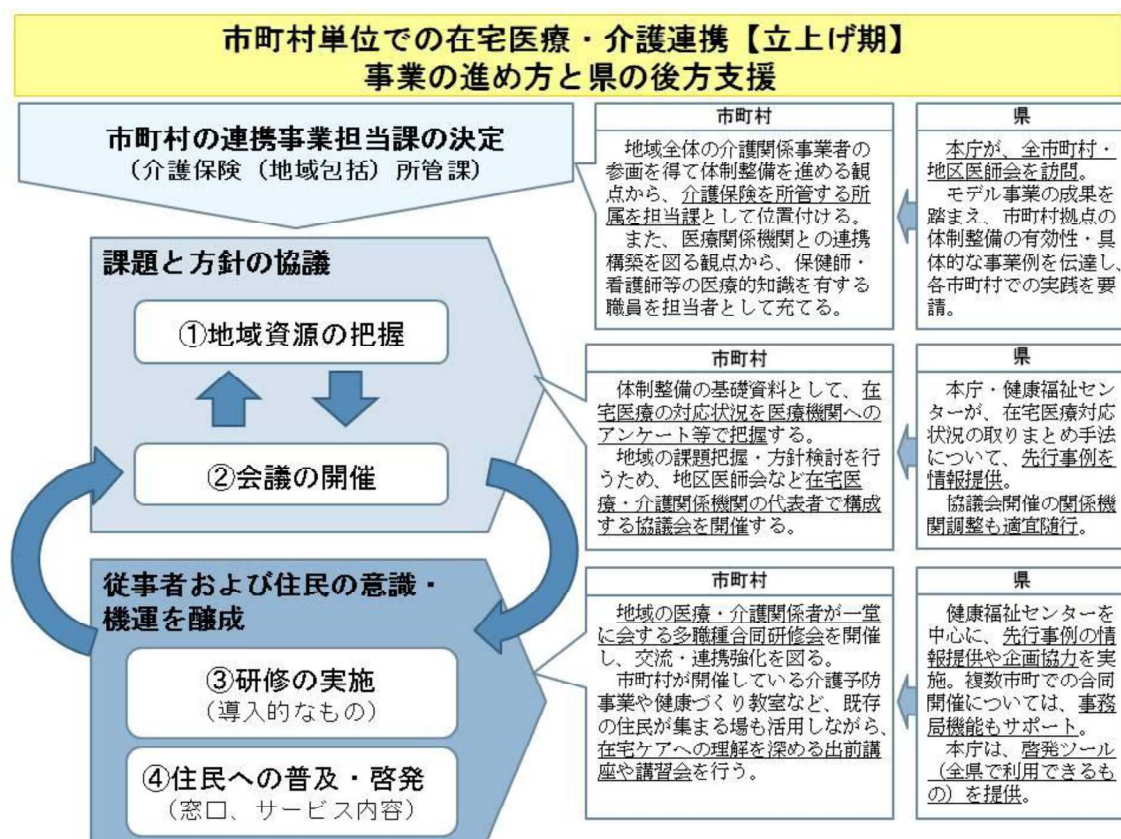
福井県では、平成 27 年度までは地域医療再生基金を活用して、市町村単位での在宅医療・介護連携推進事業を支援することとしているが、平成 28 年度以降は、地域支援事業交付金を活用した事業実施を見据えている。市町村は、自らの圏域内の体制整備に取り組むことはできるものの、複数市町村にまたがる広域での体制整備（圏域外の病院を含めた入退院時の情報共有や在宅患者急変時の受入れが円滑に行われる体制整備等）は予算措置も困難

であり、取り組むことが難しいと考えている。地域住民は圏域を問わずシームレスにケアを受けており、広域での連携体制も含めた地域包括ケアシステムを構築していくためには、県が広域的な調整を積極的に支援していくことが必要と捉えている。このため、国の新たな財政支援制度においては、市町村単位での「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」や「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」に対して、県が積極的に支援できるスキームが設けられなければ、取組自体も停滞する可能性がある。

また、福井県・坂井健康福祉センターとも、在宅で療養される高齢者の増加に備え、より多くの医師の在宅医療への参画が必要と捉えていた。坂井地区においても在宅医自体の高齢化が進んでおり、在宅医療実践に向けた現場実習を行うアクションも取られているが、全県的な課題として取組を拡大させていくことが必要と考えている。また、両者とも、在宅医療の現場には不可欠の「訪問看護」にも注目していた。看護資源が拡充できれば、夜間緊急時の訪問対応を含め、より多くの在宅で療養される高齢者への対応が可能となることから、訪問看護事業強化への支援を進めているところである。

なお、福井県は坂井地区の実施手法を一般化する形で、各市町村で行うべき手順を整理し、それに則って全県展開を図っていく予定である。以下に各施策を示した図表を示す。

図表 55 市町村で実施すべき基本手法



出所) 福井県提供資料

(2) 今後、国などに期待する支援は何か

市町村が地域支援事業において在宅医療・介護連携推進事業を進めていく中で、県・健康福祉センターが広域的な連携を支援できる枠組み（基金等による財政的支援、全国の先行モデルの情報提供等）が国に対して求められていた。また、全国共通で対応が必要とされる事項として、市町村が在宅医療・介護連携推進事業の効果を客観的に把握できる数値指標や、在宅医療・介護の現況把握のための統計指標（病院からの在宅移行・施設入所・転院・死亡退院といった動態が分かるデータ）の整備についても、国の支援が求められていた。

9. 山梨県の取組

9-1 取り組んだ背景

平成 24 年の山梨県高齢者福祉基礎調査によると、山梨県の高齢化率は 24.7%となっており、同時点の全国平均の 23.7%を上回り、より高齢化が進んでいる県となっている。さらに、平成 32 年には、高齢化率は 30.1%となることが見込まれており、高齢者に対する支援体制の整備は急務となっている。

また、平成 24 年の山梨県県民保健医療意識調査によると、「末期がんになった場合、療養を希望する場所」は、自宅と回答する人が 52.4%、さらに「看護・介護が必要な人に長期療養をさせたい場所」も自宅と回答する人が 35.8%となっている。このことから、今後の高齢者向け施策は、在宅療養を可能とする体制構築が必須と考えられている。

一方で、厚生労働省が公表している平成 25 年の診療報酬施設基準による届出施設を見ると、県内の在宅医療の提供体制は、在支診、訪問看護ステーション、訪問薬剤管理指導料届出薬局の人口 10 万人対の数が全国平均を下回っており、在宅療養を可能とする体制は十分に整備されているとはいえない状態である。

図表 56 山梨県の在宅医療資源

(単位:施設)

	中北		峡東	峡南	富士・東部	山梨県	人口10万対	
	本所	支所					山梨県	全国(H23)
在宅療養支援病院	1	1	2	2	0	6	0.70	0.38
在宅療養支援診療所	25	7	12	0	10	54	6.31	10.27
訪問看護ステーション	18	7	7	8	6	46	5.38	6.07
在宅療養支援歯科診療所	11	3	10	2	8	34	3.97	3.20
訪問薬剤管理指導料届出薬局	112	46	38	12	54	262	30.62	32.73

資料:平成25年1月1日現在の診療報酬施設基準による届出施設(厚生労働省)

※中北医療圏は保健所の管轄地域(本所、支所)で分割(「圏域の設定」を参照)。

出所) 山梨県地域保健医療計画より

そうした状況を踏まえ、山梨県では、在宅において高齢者一人ひとりの状態に応じた最適な医療と介護を提供するために、医療・介護・保健・福祉の関係者が互いに協力して本人や家族を支える「地域包括ケアシステム」構築が必須であると考え、取組を行うこととなった。

9-2 取り組んだ目的

山梨県では、定量的ではなく定性的なものとして、「高齢者が住み慣れた地域で安心して

生活を続けられるよう、医療、介護、予防や多様な生活支援サービス等が包括的、継続的に提供できる体制の構築」を目的として、事業を推進することとなった。

なお、山梨県地域保健医療計画（平成 25～29 年度）では、県下の 24 時間体制を取っている訪問看護ステーション従業者数を 183 から 203 へ、在宅看取りを実施している病院、診療所数を 25 から 30 へと増加させるなどの目標値を設定している。

図表 57 山梨県地域保健医療計画における目標値

目標項目等	現状						平成29年度目標				
	全県	中北	峡東	峡南	富士・東部	時点	全県	中北	峡東	峡南	富士・東部
24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数	183	98	36	27	24	H21	203	106	40	30	27
訪問診療を受けた患者数（6カ月）	13,008	7,464	2,977	716	1,851	H22	14,311	8,211	3,275	788	2,037
往診を受けた患者数（6カ月）	3,429	1,900	527	349	653	H22	3,773	2,090	580	384	719
在宅看取りを実施している病院、診療所数の合計数	25	13	4	0	8	H20	30	15	5	1	9
在宅療養支援歯科診療所数	34	14	10	2	8	H23	39	16	11	3	9

出所) 山梨県地域保健医療計画より

9-3 取り組んだ内容（山梨県）

(1) 事業の全体像や体制・予算

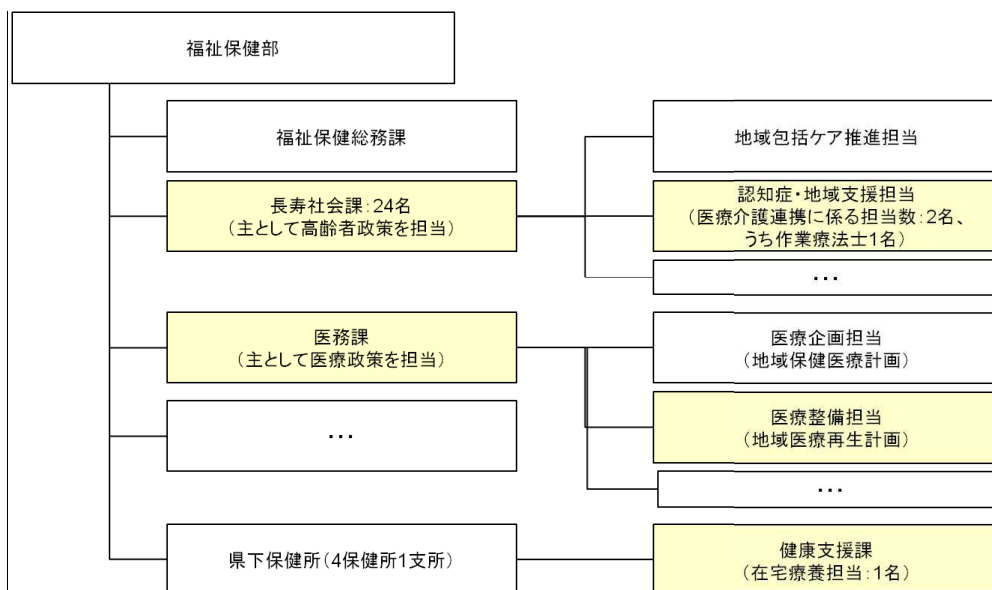
山梨県では、福祉保健部に担当部署を配置している。主に「健康長寿やまなしプラン」（山梨県高齢者福祉計画・山梨県介護保険事業支援計画）を所管している「長寿社会課」の認知症・地域支援担当が、地域包括ケアシステムを構築する観点から、医療・介護連携を推進している。主担当は2名で、事務と作業療法士の構成となっている。

一方、地域保健医療計画を所管する「医務課」は、在宅医療推進の立場で医療と介護の連携を担っている。主担当は医務課の医療企画担当及び医療整備担当となっており、在宅医療提供体制の整備（医療資源の拡充、多職種連携など）を手掛けている。

保健所は、各圏域保健所（中北保健所・峡北支所、峡東保健所、峡南保健所、富士・東部保健所）が配置されており、保健所内の健康支援課が在宅医療推進の担当となっている。

長寿社会課と医務課は一部連携はあるものの、基本的にはそれぞれで取組を行っている。本項では、長寿社会課にインタビューを行ったため、長寿社会課の取組を中心に記述する。

図表 58 山梨県の推進体制



出所) 山梨県担当者インタビューより NRI 作成

(2) 県が実施した主な取組の紹介

山梨県の医療・介護連携の取組は平成 24 年度から開始されている。平成 22 年に地域包括ケア研究会報告書が出たことで、県は「新健康長寿やまなしプラン」(平成 24~26 年度)に市町村が取り組む地域包括ケアシステム構築の支援を行うことを明示した。市町村が地域包括ケア計画とも言うべき第 6 期介護保険事業計画の策定に入る前に県全体としての取組指針を示す必要があったため、平成 24 年度から検討を行うこととなった。

検討の場として、県下 30 関係団体を集めた「山梨県介護・医療連携推進協議会」(以下、「協議会」)を開催することとなった。

図表 59 山梨県介護・医療連携推進協議会委員名簿

分野	団体名	役職
医療 ・ 保健 ・ 介護 ・ 福祉	山梨県医師会	会長
	山梨県歯科医師会	会長
	山梨県薬剤師会	会長
	山梨県看護協会	会長
	山梨県民間病院協会	会長
	山梨県精神科病院協会	会長
	山梨県官公立病院等協議会	会長
	山梨県リハビリテーション病院・施設協議会	会長
	山梨県栄養士会	会長
	山梨県理学療法士会	会長
	山梨県作業療法士会	会長
	山梨県言語聴覚士会	会長
	山梨県医療社会事業協会	会長
	山梨県精神保健福祉士協会	会長
	山梨県国民健康保険団体連合会	理事長
	山梨県社会福祉協議会	会長
	山梨県民生委員児童委員協議会	会長
	山梨県老人福祉施設協議会	会長
	山梨県老人保健施設協議会	会長
	山梨県介護支援専門員協会	会長
	山梨県社会福祉士会	会長
	山梨県介護福祉士会	会長
	山梨県ホームヘルパー協会	会長
認知症の人と家族の会山梨県支部	名誉会長	
南アルプス市地域包括支援センター	センター長	
山梨市地域包括支援センター	管理者	
富士川町地域包括支援センター	センター長	
富士吉田市地域包括支援センター	主幹	
行政	山梨県市長会	市長会長所在市 担当部長
	山梨県町村会	町村会長所在町村 担当部長
学識経験者	山梨大学大学院	教授

出所) 山梨県提供資料より

協議会の事務局は長寿社会課であるが、医務課もオブザーバとして参加している。また、座長は学識経験者に依頼した。協議会は年2回の開催で、平成24・25年度の2年間にわたって開催され、平成25年度は別に4回作業部会も開催された。初年度は県下の医療・介護連携実態の把握と、課題の整理、2年目は整理された課題に即した取組指針についての協議

と、連携を推進するためのツールの検討が行われた（詳細は後述）。

なお、協議会は平成 26 年度も「山梨県地域包括ケア推進協議会」へと名を変え、継続的に開催されている。

(ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握

実施内容

長寿社会課として主体となる事業はないが、医務課においては、平成 25 年度に県内の医療・介護の資源調査を実施した。また、保健所においても、マップなどの作成を行っている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(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

前述の通り、山梨県 福祉保健部 長寿社会課が事務局となって、平成 24・25 年度に山梨県介護・医療連携推進協議会を開催した。2 年間の計画で開催されたが、初年度は連携の実態把握と根本課題の整理、および協議会が主体となって進めるべき取組の決定を行った。2 年目は初年度の決定事項にしたがい、課題の取組への落とし込みと優先的に整備が必要とされた連携ツールの作成（後述）が行われた。

2 年間の議論を経て、平成 25 年度末に協議会として「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」（以下、「指針」）を提示した。指針では、主に根本課題と解決に向けて実施すべき取組、さらに山梨県としてのあるべき将来像が提示された。

この指針では、課題と実施すべき取組は、以下のように整理されている。

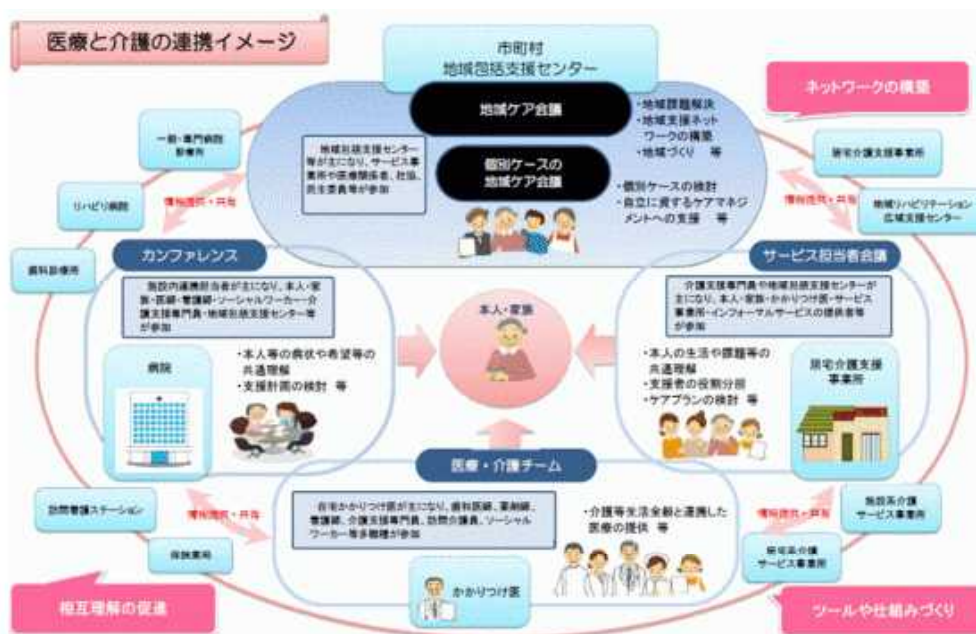
- 相互理解の不足
 - 多職種が同じ場で話し合う研修等を活用し、多職種間の相互理解・協働を推進する。
 - 高齢者本人を中心として、医療・介護の関係者がお互いに「顔の見える関係」を作り上げ、連絡シートの活用などを推進する。
- ツールや仕組みの不足
 - 円滑な情報共有のために役立つシートの標準様式や、本人が必要な情報を管理して関係者に情報提供する仕組みを提案し、その活用を促進する。
 - チームとして在宅医療に取り組むために必要な情報の共有化や、地域の実

情に応じた多職種連携による在宅ケアの仕組みづくりを推進する。

- 医療と介護の連携を図るため、お互いに理解できる用語の使用を各関係団体（職種）に働きかけるとともに、主要な専門用語について用語集を作成する。
- ネットワークの未整備
 - 地域関係者が集まる地域ケア会議や医療と介護の関係者による協議会、多職種による事例検討会などは、ネットワークの下地となる要因を備えているため、各市町村においてこれらの広域的なネットワークを構築するための会議の開催を推進する。

この指針により、平成 26 年度以降の市町村地域包括ケア計画（第 6 期介護保険事業計画）と、地域別の取組が進むこととなった。

図表 60 指針により提示された医療・介護連携の目指すべき姿



出所) 山梨県提供資料より

実施方法

協議会の運営は、介護基盤緊急整備等臨時特例基金（地域支え合い基金）を活用した。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

山梨県では、協議会での議論が指針として結実した要因として、関係団体を並列に扱おうと同時に、中立的な立場の学識経験者を座長に据えたことが大きいと考えている。

座長との事前すり合わせを行い、協議会の中で様々な意見を引き出せるよう配慮していただいた結果、議論は活発化しつつしかし建設的な方向で進み、さらに委員の出席率もほぼ 100%と、非常に良好な会議運営となった。

(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

本事業は各地域が主体となって進めて行くべきものと考えているが、県としては、(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援に関連して支援していきたいと考えている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

実施内容

山梨県では、初年度(平成 24 年度)の協議会で、根本課題の整理が行われるとともに、各地域が取組を進めやすくするための基盤づくりを県として行うべきという議論になり、上述 3 課題のうち、「ツール・仕組みづくり」について協議会として検討することとなった。

進め方として、協議会内に実務担当者を中心とした作業部会を設置し、多職種連携を可能とする連携ツールのあり方の議論と「ツール素案」の作成、さらに県下 2 市(大月市・南アルプス市)に実際の業務内でツール素案を活用してもらった「モデル事業」を実施した。その結果を受けて、作業部会として連携ツールを検討し、協議会の議論を踏まえ公表するという流れをとった。

作業部会は年 4 回の開催となり、初回でツール素案を作成し、2 回目でモデル事業の実施要項を確定させて事業を開始して、3 回・4 回目でモデル事業結果の取りまとめと協議会に起案するツール確定を行った。

モデル事業は、地域差がツールの有用性にどの程度影響するかを検証する必要があったため、従前の連携の取組に濃淡がある 2 市が選ばれた。2 市に対しては、協議会の事務局(長寿社会課)が直接交渉を行い、承諾を得た。

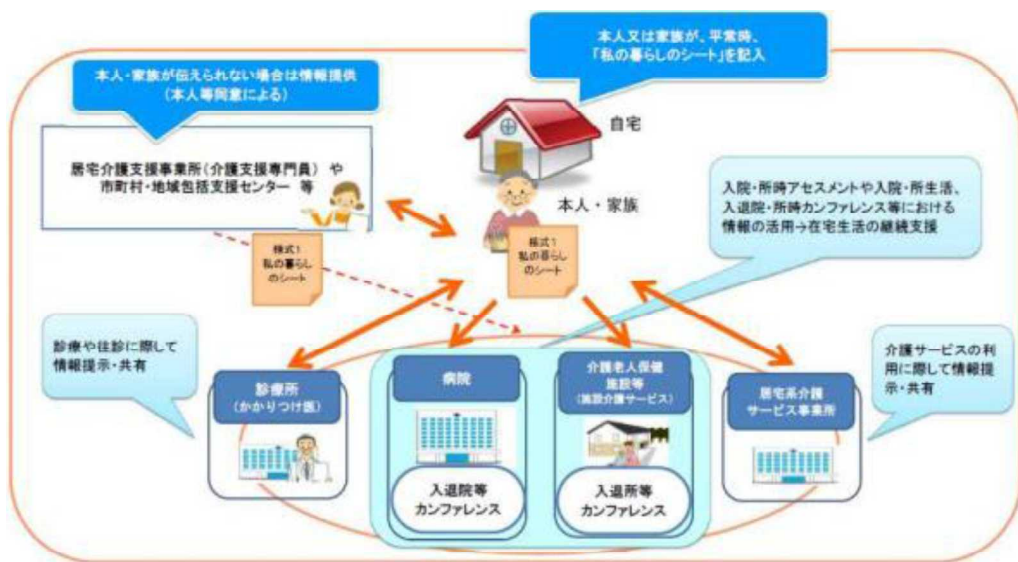
なお、モデル事業は県主体事業となり、2 市は実証のためのフィールドという位置づけであったため、モデル事業参加機関への交渉や進捗管理は、2 市に負荷をかけることなく県が実施した。

モデル事業を実施するにあたって、2 市に関係団体を集めた「連絡会議」を設置し、作業部会と連携を図った。モデル事業は、市内の医療・介護の関係団体すべてが参加

し、9月から12月の4ヶ月間にわたって行われた。モデル事業期間終了後は、2市の参加団体及び参加者にアンケートを実施し、その活用実績と感想を収集し、事業評価を行った。

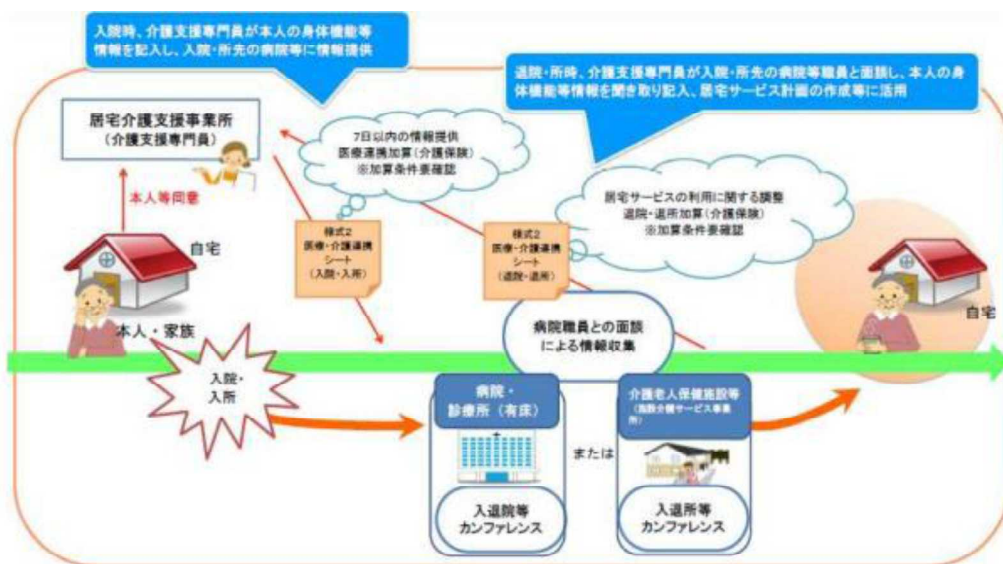
モデル事業の結果を受けて、ツール素案のブラッシュアップが作業部会で行われ、協議会に起案した。結果として、平成25年度末に出された協議会名での指針に、連携ツールとして3様式が掲載されることとなった。

図表 61 「私の暮らしのシート」様式と活用シーン



出所) 山梨県提供資料より

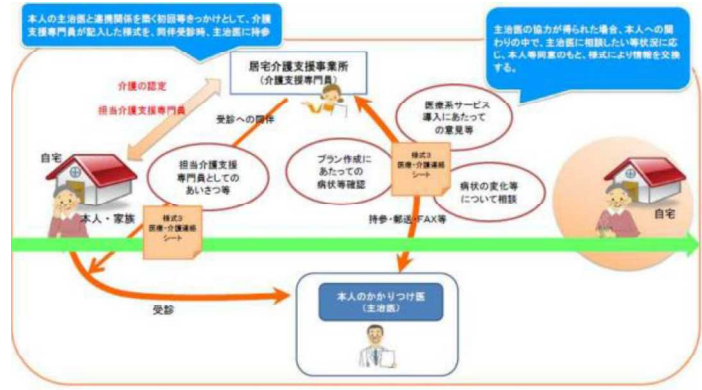
図表 62 「山梨県医療・介護「連携」シート」様式と活用シーン



出所) 山梨県提供資料より

図表 63 「山梨県医療・介護「連絡」シート」様式と活用シーン

山梨県医療・介護「連絡」シート	
送付先 (年 月 日)	送付先 (年 月 日)
送付先住所 〒 市 区 町 丁目 番 号 〒 市 区 町 丁目 番 号	送付先住所 〒 市 区 町 丁目 番 号 〒 市 区 町 丁目 番 号
氏名	氏名
連絡先 〒 市 区 町 丁目 番 号 〒 市 区 町 丁目 番 号	連絡先 〒 市 区 町 丁目 番 号 〒 市 区 町 丁目 番 号
TEL	FAX
TEL	FAX
TEL	FAX
TEL	FAX
TEL	FAX



出所) 山梨県提供資料より

実施方法

本事業は、介護基盤緊急整備等臨時特例基金（地域支え合い基金）により予算措置が為された。なお、当基金は平成 24 年度限定のものであったが、平成 25 年度も活用できることとなったため 6 月補正対応となり、そのためモデル事業は、実施が決定した後の 9 月開始、実施期間 4 カ月という短期間となった。

留意事項 (ポイント、更に充実させるためのコツなど)

山梨県では、本事業の成果は、関係団体の目的意識を一致させることができたことにあると認識している。ツール様式自体は、各地域・各関係団体間で使用していく中でカスタマイズなどの検討が行われるべきと考えている。本事業では、協議会のような関係団体が一堂に会するような場で、連携のあるべき姿とともに、「誰のための連携か」を協議し、一致をみたということに大きな意味があるとしている。特に、「私の暮らしのシート」は、ケアすべき住民の想いをベースにするべきという前提が明示された様式であったため、モデル事業に参加した参加者や関係団体からも高い評価を得た。

また、モデル事業に際して発足した大月市の連絡会議が、平成 26 年度以降の取組の基盤となる会議体へと発展していることから、平成 27 年度以降に市町村が主体となり推進していくべき事業の道筋を、県としてつけることができたことも大きな成果と見ている。市町村が主体となって推進していくにせよ、そのきっかけや検討を進めるための基盤を、県が提示することは意義があるとのことであった。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

実施内容

山梨県では、医務課が所管する地域医療再生計画に基づいて、平成 23 年度から「在宅医療支援センター」の峡南圏域の指定病院における設置・運営を支援している。

在宅医療支援センターは、在宅療養中もしくは在宅医療を希望する住民、医療・介護専門職からの相談に応じ、医療資源間（急性期病院と診療所、訪問看護ステーションなど）の入退院調整などを行う医療側コーディネート機能である。元々峡南地区は医療資源も在宅医療を提供できる体制も脆弱であり、重点的な支援を行うこととなった。

平成 22 年度から進めてきた第一次地域医療再生計画の中の施策であるが、平成 25 年度より第三次地域医療再生計画が始まり、本センターの取り組み状況を県下に情報提供することとなっている。

実施方法

平成 25 年度までは、山梨県から指定病院に対して地域医療再生基金での予算措置をとってきた。平成 26 年度からの第三次地域医療再生計画では、本事業は峡南圏域下各市町村の自主事業という位置づけになり、運営費を地域医療再生基金で半額補助するかたちで推進されている。また、峡南在宅医療支援センターの他に、甲府市・東山梨医師会に在宅医療・介護連携支援センターを設置した。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

平成 27 年度以降、センターの運営は介護保険の地域支援事業として市町村事業に移ることから、3 カ所の既存のセンターによる在宅医療・介護の連携の現状などを調査、資料化し、全県下の各市町村の状況に応じた体制強化を促進する方針である。

(カ) 医療・介護関係者の研修

実施内容

基本的に各地域や関係団体が主体となって進めるべき事業と考えているが、県としても県の研修等において、ツールの使用等の呼びかけを行うほか、市町村が実施する介護支援専門員の会議等に出張説明というかたちで参加し、ツールの紹介と使用方法の説明を行っている。また、医務課の地域医療再生基金により、各保健所で行われている在宅医療多職種連絡会議、研修会においても、医療・介護の関係者により各圏域の在宅医療・介護の連携のあり方等について協議や研修が行われている。

実施方法

出張説明は、県職員が実施し、さらに地域が独自に行っている既存の会合を場として活用しているため、事業として予算は計上していない。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツなど）

各地域での協議に生かしてもらえよう、関係団体や市町村等へ周知していきたい。

(キ) 地域住民への普及啓発

実施内容

地域包括ケアシステムは地域住民とともに構築していくものであるため、地域住民の意識醸成も市町村中心に実施すべきと考えており、そのための支援をしていきたいと考えている。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

(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

在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携は、後方支援・広域連携を行う県として主体的に携わるべきと考えており、協議会での議論や圏域単位での支援等を行っていき考えである。

実施方法

—

留意事項(ポイント、更に充実させるためのコツなど)

—

以上が山梨県における主な取組の紹介である。これとは別に山梨県の保健所が実施している取組として、中北保健所の事例を紹介する。

9-4 具体的な取組事例（中北保健所による事業実施例）

山梨県の保健所の1つである中北保健所は、特例市である甲府市、甲斐市、中央市および昭和町（中北保健所本所所管）、韮崎市、南アルプス市、北杜市（中北保健所峡北支所所管）を含む中北圏域を管轄している。この圏域では、以前より本所、峡北支所毎に在宅療養支援のための取組が進められてきた。

保健所の取組は、平成20年に「在宅ホスピスケア地域連絡会議」が設置されたことに始まる。保健所では、当初はターミナルケアを在宅療養の主要論点と置いており、特に末期がん患者のターミナルケアをどのように提供すべきかについて、関係団体と議論する場として設置された。

平成22年度に国から地域包括ケアシステム構築の指針が出され、在宅療養もその構想の中に位置づけられると、ターミナルケアだけにとどまらず、住民の「住み慣れた

場所で療養したい」というニーズに応える在宅療養支援に取り組む必要が生じた。そこで平成 24 年度からは、ターミナルケアを含む在宅療養全体について検討する場として、在宅ホスピスケア地域連絡会議を「在宅療養者支援検討会議」（以降検討会議）へと再構成した。在宅療養支援（在宅医療）の推進に向けて、療養者や家族の視点で地域での保健・医療・福祉等を考える機会・場をつくること、人材・活動等点と点をつなぎ線とし、面への広がりとしていくことを保健所の役割として取り組んでいる。

検討会議は、代表者会議として年 3 回程度開催されるが、管内地域で活動している多職種による在宅ネットワークへの参画を担当者会議に位置づけ、各地域の実践からの課題を代表者会議につなぎ、また代表者会議での情報を提供するなど連動させた取り組みとしている。検討会議や在宅ネットワークには、圏域の市町村担当者（主に地域包括支援センター職員）も参加している。

図表 64 中北保健所（本所）管内在宅療養者支援検討会議名簿

所 属	職 種
甲府市医師会	医師
中巨摩医師会	医師
山梨県立中央病院	医師
玉穂ふれあい診療所	医師
山梨県甲府市歯科医師会	歯科医師
山梨県中巨摩歯科医師会	歯科医師
甲府市薬剤師会	薬剤師
中巨摩東薬剤師会	薬剤師
山梨県訪問看護ステーション連絡協議会	看護師
山梨県看護協会中北地区支部	看護師
山梨県介護支援専門員協会峡中支部	介護支援専門員
山梨県介護支援専門員協会甲府支部	介護支援専門員
山梨県医療社会事業協会代表	ソーシャルワーカー
県立中央病院地域連携センター	看護師
山梨県理学療法士会	理学療法士
山梨県作業療法士会	作業療法士
山梨県言語聴覚士会	言語聴覚士
山梨県栄養士会	栄養士
山梨県老人福祉施設協議会	看護師
山梨県介護福祉士会	介護福祉士
中北保健所	医師
甲府市高齢者福祉課（福祉支援センター）	保健師
甲斐市長寿推進課（地域包括支援センター）	保健師
中央市高齢介護課（地域包括支援センター）	保健師
昭和町いきいき健康課 （地域包括支援センター）	保健師
山梨県立大学	教授（保健師）
NPO法人山梨ホスピス協会	副理事長
認知症の人と家族の会・地域会 （オリーブの会）	会長

出所）中北保健所 HP より

検討会議の協議より、中北圏域では、多職種連携・協働によるチームケアの推進とともに「在宅療養者とその家族、一般住民、支援関係者など幅広い対象への普及啓発」にも重点をおいている。その取組の中で作成されたのが、「在宅療養のしおり」と「想いのマップ」というツールである。これら事業は、中北保健所の予算（県の一般財源）により実施された。

「在宅療養のしおり」は、平成 22 年度の連絡会議における検討のなかで作成された。在宅療養を希望する、もしくは関心がある患者に対し、はじめの相談窓口や、在宅療養提供資源を分かりやすくまとめたもので、資源情報は更新しながら活用を図っている。

図表 65 在宅療養のしおり

The figure displays a series of informational pamphlets for home care services. The top-left pamphlet, titled '在宅療養のしおり', provides an overview of home care. The top-middle pamphlet features a map of the Chūhoku region (Chūhoku Area) with the text '中北地区(甲府市・甲斐市・中央市・昭和町)にはこんな場所に在宅療養を支える機関があります', indicating where support facilities are located. To the right of the map is a list of '訪問看護ステーション' (Home Care Stations) with their respective addresses and phone numbers. Below the map and list are several smaller pamphlets, including one titled '在宅療養サービスセンター' which lists various support services, and another titled '在宅療養サービスセンター' which details specific services like home visits and medical equipment. The bottom-right pamphlet shows a flowchart for '在宅療養サービスセンター' and includes a table for 'お住まいの地域' (Your Area) with columns for '健康相談' (Health Consultation), '生活相談' (Lifestyle Consultation), '介護相談' (Nursing Consultation), and '生活相談' (Lifestyle Consultation).

出所) 中北保健所 HP より

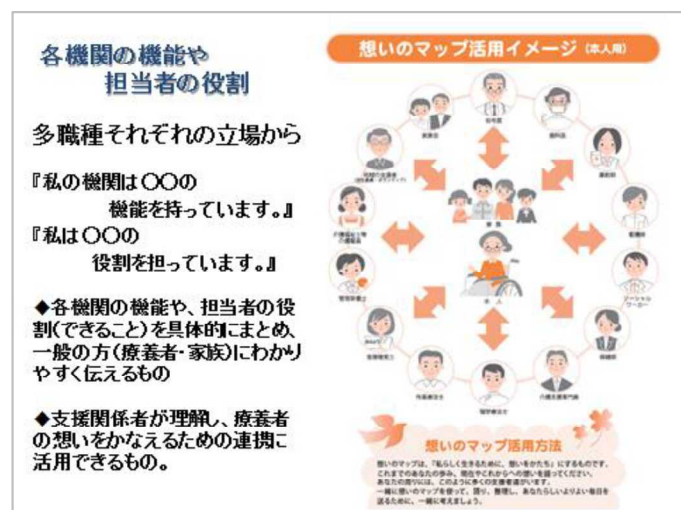
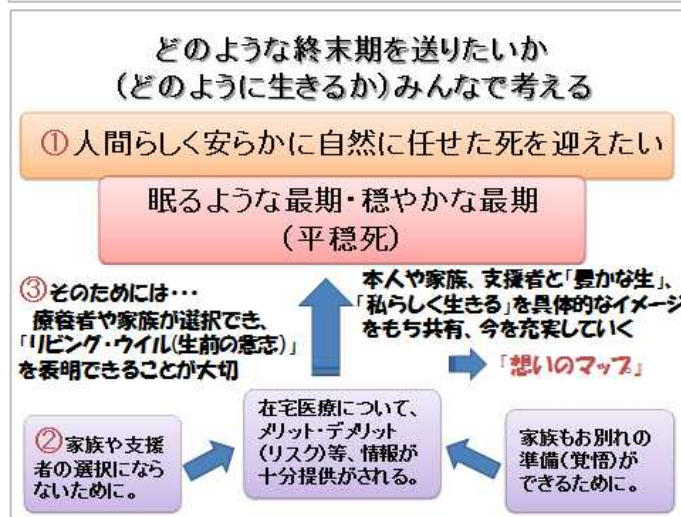
「想いのマップ」は、平成 25 年度に検討会議の多職種を代表して「想いのマップ検討会議」を設置し作成された。これは、住民の生死への考え方を「想い」というかたちで整理し、その想いに寄り添い、療養者を中心とした多職種連携、サービスの提供により継続的に支援していくために活用できるツールである。

想いのマップ検討会議は、各メンバーが療養者に関わる中で日頃大切にしていること、課題を共有しながら 検討を重ねていった。

中北保健所では、想いのマップの作成目的、活用方法などを伝える、関係職種・団体への研修を、研修対象者と協働で企画し、検討委員にも運営に参画いただき実施している。併せて住民向けには、生活習慣病予防をはじめとする健康づくりや認知症の理解等の普及啓発と併せて「想いのマップ」にふれる研修や講演会等を開催し、管内市町村をはじめ関係機関、団体との連携・協働により在宅療養についての意識啓発に取り組んでいく方針である。

図表 66 想いのマップの作成背景・構成

『想いのマップ』の構成	
作成目的 活用方法	<ul style="list-style-type: none"> ・その人らしく生きるために、療養者の歩み～現在、これからの想いを共有し、想いをかたちに寄り添う。 ・「どうありたいか」本当の自分の気持ちに問いかけ、聴き、一緒に考えるきっかけ。埋める目的はない。
コラム 支援のポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・各専門職が支援の上で必要なことを、共通概念としたもの ・療養者自身を語ってもらうための支援のポイント
多職種の 立場から	<ul style="list-style-type: none"> ・各機関の機能や、担当者の役割(できること)を具体的にまとめ、一般の方(療養者・家族)にわかりやすく伝えるもの、かつ支援関係者が理解し、療養者の想いをかなえるための連携に活用できるもの。
想いのマップ 記入様式	<ul style="list-style-type: none"> ・1ページ: 積み重ねてきた道のり(歩み) ～今までの私の想い～ ・2ページ: 今起きていること ～今の私の想い～ ・3ページ: これからの私 ～変わりたくない私、変りたい私～



出所) 中北保健所提供資料より

図表 67 想いのマップ

療養する方に寄り添うための
[想いのマップ]
～私らしく生きるために、想いをかたちに～

山梨県中北保健福祉事務所

療養する方に寄り添うための 「想いのマップ」 ～ 私らしく生きるために、想いをかたちに ～ (ガイド)

読み重ねてきた道のり(多み)～今までの私の思い

今起きていること～今の私の思い

これからの私

変わりたい私

私の好きなこと

私の好きな食べ物

私の好きなこと

私の嫌いなこと

健康について

現在の状態

私の想っている状態

健康状態を踏まえた生活について

私の思い(得をしたいか)いつまでたってもどんなふうか(得をする)

これからやりたいこと(決めていること)

私にならぬこと(避けていること)

健康について(こうなりたい)

生活について(こんな生活がしたい)

出所) 中北保健所 HP より

なお、中北保健所では平時の取り組みを災害などの有事にも活かすため、「避難所における要援護者支援チェックリストモデル」を作成し、平時・有事を問わず、在宅療養を支援する取り組みを所内横断的・総合的に推進している。以上のツールは同保健所ホームページで公開している。

9-5 取組の成果

本節では、取組の成果をどのように評価しているかについて、インタビュー結果を基に解説する。

山梨県では、既に述べた通り定量目標を設定していないため、成果を数値で評価することはできない。一方、定性的な評価としては、関係団体が一堂に会する場を設定でき、そこで県全体で取り組むべき方針を指針として提示できたことが大きな成果と考えている。

山梨県では、地域単位では一部の熱心な機関同士で連携を模索する動きはあったものの、協議会発足前は、県全体として関係団体同士が顔を合わせる場はなく、県全体としては連携の前提となる顔の見える関係の形成は十分でなかった。協議会は、以降の取組のきっかけとなる基点となるものであり、場を組成できたことは重要なポイントであったと認識している。

次に、そのような場で、議論が拡散せず、1つの統一した見解へと帰結できたことも重要であると見ている。特定の意見がフォーカスされるのではなく、参加団体の合意の下に指針を打ち出したことは、貴重な成果となった。

また、モデル事業で組成された大月市連絡会議が、その後地域包括ケアシステム構築を推進する母体となってきていることは、本事業の主体を円滑に市町村に移管していくための重要なポイントになったのではないかと考えている。市町村側は、国から出された指針に対し、何から実施すべきか整理しきれていない場合もあるが、そのきっかけを県が提示できたことは大きいと見ている。県としては、市町村側に取組を促すための手法を見出してもらい、今後県下展開を図ることができるようになったことは、重要な成果である。

9-6 成功要因

(1) 成功要因

協議会が成果を生み出すことができた要因の1つは、協議会の構成である。協議会を発足するにあたり、県下全域の統一した見解を出すために、関係団体の平等性をいかに担保するか、に細心の注意を払った。

具体的には、中立的な立場の座長を立て、座長のファシリテーションの下に議論するという進め方とした。座長との事前すり合わせも行い、中立的なファシリテーションをしてもらった結果、協議会の場では意見を言うことの抵抗感がなくなり、各委員は積極的に発言を行って、議論も建設的な方向で活発化した。

また、市町村が今後行っていくべき取組・業務を県として理解したうえで、その支援の姿勢を明確にしたことが、市町村の主体的な取組につながっているのではないかと見ている。市町村に向けて指針と連携ツールを提供するという支援意向を伝えていたことや、モデル事業のように県が市町村のために汗をかく姿勢を見せたことが、市町村の自発的な取

組につながると見ている。

なお、そのような県の積極関与を可能とした財源の存在も大きい。上述のとおり、モデル事業は介護基盤緊急整備等臨時特例基金を継続活用できるようになって実現したものである。市町村にとって、財源と業務負荷は取組を進めるうえで大きなネックであり、その点を県が担保できたことも重要な成功要因であると考えている。

(2) 市町村およびその他の主体の役割分担

成功要因につながる各主体の役割分担について、山梨県の事例を以下に整理する。

実施主体	主な役割・機能
県	○グランドデザインの提示 ー県全体として取り組むべき方向性を示す
	○市町村の既存業務の理解と支援 ー市町村が今後主体的に実施しなくてはならない業務を理解し、県が側面・後方支援する
	○一部施策を主体として実施 ー連携ツールの作成や普及啓発など一部施策を主体として実施する
保健所	○圏域レベルでの体制の基盤づくり ー市町村が主体的に事業を進めるための基盤を組織横断的連携により構築する
	○人材育成 ー研修会を通じて在宅療養を可能とする専門職の育成を行う
	○広域調整 ー圏域単位で関係団体の調整を行い、顔の見える関係を構築する
市町村	○事業主体としての取組 ー地域ケア計画を策定し、地域包括ケアシステムを構築する
	○市民への啓発活動 ー市民の意識啓発を行う
医師会	○在宅医療提供拠点の整備 ー会員医師内の在宅医療への意識醸成と拠点の整備を行う
	○医療側の関係団体の取りまとめ ー病院・看護側の意見集約を担う

9-7 今後の課題と予定

(1) 今後の課題と予定

指針や多職種連携の共通言語となるツールは県下に示せたが、引き続き具体的な取組を進める必要がある。たとえば協議会場で関係団体を集めることはできたが、関係団体間の横の連携と、関係団体内の縦の連携を推進するための施策が本格化していない。平成 26 年度内に市町村で第 6 期介護保険事業計画が策定されるため、そこで取組が提示されるが、平成 27 年度から地域支援事業を円滑に進めるためには、引き続き県が支援をしていく必要がある。

また、県内の取組の地域差の大きさも課題となっている。圏域単位で見ても、取組には大きく差があり、さらに圏域内でも、取組を開始している地域と開始していない地域が明確に存在している。山梨県では、協議会発足前は地域個別の取組に委ねていたこともあり、熱心な関係団体が存在しない地域では、本事業に取り組みきっかけがなかった。平成 25 年度に実施したモデル事業のような仕掛けがあれば取組も進むことになるが、そのような仕掛けを県内全域で展開することは困難である。各地域の自発的な取組を誘発する手法について、検討していく必要があるとしている。

上記に関連して、県が蓄積したノウハウをどのように市町村に伝えて行くか、その手法についても課題意識をもっている。協議会の運営や、モデル事業での市町村の支援により、県は主体的に事業を推進するためのノウハウを蓄積したが、そのノウハウを定型的なものとして整理し、市町村に伝えて行く必要があると考えている。

そのほか、医務課が所管している在宅医療推進の取組とも連携を図る必要がある。医務課は在宅医療連携拠点事業などを手掛け、さらに圏域単位で会議体を発足するなどしているため、長寿社会課が支援する市町村の地域支援事業との関係等を整理していく必要がある。

(2) 今後、国などに期待する支援は何か

国には、具体的な取組を提示して欲しいと考えている。地域包括ケアシステムの構築に向けた方針や指針は出されているが、具体的な取組に落とし込むには市町村側で負荷がかかり、さらに認識の齟齬により、国が指向する方向性と市町村独自の取組がずれるのではないかという危惧もある。国には、実施すべき取組を事例とともに市町村に示して欲しい。

また、県や市町村で調整できない単位での意識啓発を国に依頼したいとも述べていた。

第3章

総括

1. 総括

1-1 調査全体を通じた総括

本調査研究では、医療・介護分野における都道府県（保健所）が行う市町村支援の好事例を計 9 県収集し、その実態把握を行った。報告書の総括にあたる本章では、この 9 事例に基づいて、都道府県（保健所）による市町村支援のあり方に関する示唆の抽出を行う。

支援のあり方を問う上で最も重要な点は、都道府県・保健所・市町村・医師会等の関係団体といった各主体が、それぞれ①どのような役割を担い、その中で②何をどのように実施したかという 2 点であると考え。そこで、各事例の後半に記載した「市町村およびその他の主体の役割分担」から見えてくることを中心に、上記①・②を整理することとする。

次表に 9 事例の実態把握を通じて得られた都道府県・保健所・市町村・医師会等の関係団体の主な役割・機能を一覧化した。以下、それに基づいて、特に都道府県および保健所が果たすべき役割・機能について解説する。

都道府県が担う役割・機能は、主に「全体の方向性（グランドデザイン）および役割分担の明示」や「県内の先進事例（ノウハウや事業推進手法等）の横展開」、「市町村や医師会等の関係団体への財源的支援」などであった。詳細は次表に譲るが、どの事例にも共通して見られた点は、在宅医療・介護連携に係る事業実施主体は市町村であるという基本的な考えを前提としつつ、市町村だけでは乗り越えづらい課題の解決に資する支援を実施している点である。たとえば、全体の方向性や役割分担を示すことは、何を実施して良いかわからない市町村にとって道標になるとともに、関係団体と調整をする際のきっかけやよりどころになるという効果が期待できる。また県内の先進事例からノウハウや事業推進手法を移管することも、ゼロから取組を開始する地域にとっては極めてありがたい支援である。富山県のように工程表を作成したり、福井県のように坂井地区で培ったノウハウを一般化したりするなど、その進め方は様々だが、事業が円滑に進むようになるまでの財源支援などと併せて、都道府県にかかる期待は大きいと言える。

また保健所は、都道府県の出先機関として上記の方向性に即した現場での実行支援を行うことがまず重要である。地域に合わせた事業推進が重要であるという点を鑑みれば、都道府県や市町村の視点からはくみ取りきれない地域のニーズや課題を把握して、それに即した企画や事業推進を主体的に実施していく役割も求められる。市町村によってはなじみが薄くなりがちな医療側との調整など、保健所が果たす役割も大きいと言える。

なお、このような都道府県・保健所の取組は、事前の明確な役割分担に先だって、特に都道府県側に担当部署を設置することが重要であると考え。9 事例の中では、医療系・介護系・総合調整系のどの部署に担当を置くかはそれぞれだったが、責任と役割は明確に与えられていた。地域包括ケア実現に向けた責任部署の明確化は必須であると言える。

なお市町村は、在宅医療・介護連携事業の推進主体として、医師会等の関係団体と連携しながら、都道府県・保健所からの支援を受けつつ事業を進めていくことが重要である。

図表 68 9 事例を通じて得られた各主体が担う主な役割・機能

実施主体	主な役割・機能
都道府県	<p>○全体の方向性(グランドデザイン)および役割分担の明示</p> <p>県として目指す方向性を示すとともに、保健所・市町村・医師会等との間での役割分担を明示して、市町村が事業を推進しやすい環境を作る。</p> <p>これにより市町村が関係団体と調整をしやすくなる等の効果が期待できる。</p>
	<p>○県内の先進事例(ノウハウや事業推進手法等)の横展開</p> <p>県内において先進的に在宅医療・介護連携が推進されている市町村や団体と連携し、蓄積されたノウハウや事業推進手法（目標設定や体制構築の仕方など）を県として吸収した上で、他の市町村・団体に移管していく。</p> <p>事業推進現場での支援が必要になるため、保健所と連動して実施する場合も多く見られた。</p>
	<p>○市町村や医師会等の関係団体への財源的支援</p> <p>市町村等が事業を推進するために必要な費用を支援する。平成 27 年度までは地域医療再生基金等を用いて支援する事例が多く見られた。</p> <p>事業実施主体はあくまで市町村である中で、業務負荷や費用が最も必要となると考えられる事業の立ち上げ時期を中心に県が財源を支援することで、各市町村の取組の多様性が保持される可能性が高くなると思われる。</p> <p>なお、支援にあたって各地域の進捗状況をモニタリングする県もあった。</p>
	<p>○県ならではの調整業務の実施</p> <p>市町村や保健所では実施しづらい調整業務について、県が主体となって実施するという支援が見られた。具体的には、県医師会等の県レベルの職能団体との調整のほか、三次救急を担う急性期病院との調整業務なども、医療計画の策定主体である県に期待されるところが大きい。また中核市の保健所との調整を市町村や県保健所に代わって県が実施する事例も見られた。</p>
	<p>○在宅医療・介護連携の推進に関する一部事業の実施</p> <p>市町村が基本的な実施主体でありつつ、一部の関連事業について、県が独自に実施している事例も見られた。具体的には、医療計画策定時に得られた情報やレセプト情報等を用いた地域医療資源の把握や、県民全体を対象とした在宅医療の普及啓発事業などである。なお、これらは市町村が実施する各事業を補完する役割で実施されていた。</p>
	<p>○在宅医療関連人材の育成</p> <p>在宅医療・介護に係る医師・訪問看護師・ケアマネジャー・ヘルパー等の人材育成を目的として、県として教育プログラムや研修を提供する。</p> <p>在宅医療・介護を担う人材の育成を今後の課題として掲げる市町村が多い中で、県が担うべき支援の一つであると考ええる。</p>

保健所	<p>○県の市町村支援施策と連動した現場での支援の実施</p> <p>県の出先機関として、県が推進する市町村支援施策を現場で実行する役割を担う。管轄圏域内の市町村に伴走²⁷する形で、先進事例から抽出したノウハウや事業推進手法を移管することなどを実施する。</p> <p>圏域内の情報収集を行って課題を分析し、圏域内に必要な施策をとりまとめて県に提案した事例や、圏域内の保健師の活動計画を作った事例など、企画系の支援を実施している事例も見られた。</p> <p>この他、地域包括ケアに重要ながん緩和ケアや認知症対策、また退院調整ルールの策定など、市町村を越えた広域で検討すべき事業に積極的に関与することも、保健所の役割として認識されている事例が多い。</p> <hr/> <p>○地域内で医療・介護が連携・協議するための調整業務の実施</p> <p>市町村が主体となって医療・介護関係者が協議を行う会議体を組織する際に、郡市医師会等に協力を要請したり、会議体の委員選定の助言をしたりする等の支援を行う。</p> <p>通常業務で医療行政との関わりが少ない市町村では特に重要な支援である。</p> <hr/> <p>○在宅医療・介護連携の推進に関する一部事業の実施</p> <p>市町村が基本的な実施主体でありつつ、一部の関連事業について、保健所が独自に実施している事例も見られた。具体的には、医療・介護資源の把握や住民の意識調査、保健師等の専門職に向けた研修会の実施などである。市町村の首長を呼んで圏域内の関連事業を共有する会合を開いた事例も有った。</p>
市町村	<p>○在宅医療・介護連携の推進に関する各事業の実施</p> <p>実施責任主体として各事業を推進する。</p> <p>ただし、一部の先進事例を除いて、事業推進上必要となる人材・ノウハウ・費用などが不足する場合はほとんどであるため、上記の都道府県や保健所による支援を有効活用しながら、着実に事業を進めていくことが重要である。</p> <hr/> <p>○開業医や介護事業者など地域に根差した在宅医療・介護人材との関係性構築</p> <p>異動等により管轄圏域が変わる可能性がある保健所の職員と比べて、市町村の職員は地域に根差した人的関係性を長く構築しやすい条件にある。地域内の開業医等との間で、長期にわたる信頼関係を構築する役割は、市町村だからこそできる役割である。</p>
医師会等の関係団体	<p>○在宅医療・介護連携の推進に関する一部事業の実施</p> <p>市町村と連携しながら、在宅医療提供体制の構築など関係団体が担うべき役割を、責任主体として実施する。</p>

²⁷ なお、保健所職員とともに県の担当者も現場で支援する事例も多く見られた。

1-2 今後の課題

各県で共通して言われていた課題の一つは、在宅医療・介護分野の人材育成であった。県内の各地で一定水準の取組が実施されるように考えた時、地域ごとの医療資源の格差が一つの障壁となってしまいうためと考えられる。人材育成に係る取組を保健所や市町村を含めて実施してはいるが、その解決に向けた検討は、国を含めて進めるべきと考える。

また市町村への財源的支援において、平成 27 年度までは地域医療再生基金を活用することができるが、平成 28 年度以降の支援をどのように行うかという点も、今後の検討課題の一つとして挙げる県が多かった。新たな財政支援制度（新基金）の利用範囲を国から示して欲しいといった希望が寄せられるなど、関心が高い課題の一つであった。

この他、在宅医療・介護連携の推進に係る定量指標の設定を課題に挙げる県が多かった。指標の作り方を含めてどのようにしていけば分からないという声は、先進事例と呼べる市町村からも挙げられることが多く、国を含めて検討していく必要性があると思われた。

1-3 今後の展望および提言

今後、都道府県（および保健所）は、担当部署を設置した上で、本章の 1-1 で整理された役割・機能を遂行することが重要である。また、1-2 で触れた人材育成・財源的支援・指標作成といった課題についても、国も交えた形で一体となった検討を進めていく必要がある。

特に都道府県による「全体の方向性（グランドデザイン）および役割分担の明示」と「県内の先進事例（ノウハウや事業推進手法等）の横展開」や、保健所による「県の市町村支援施策と連動した現場での支援の実施」は、平成 27 年 4 月から本格的に推進主体となる市町村のためにも、一つの仕組みとして早急に発揮されるべき役割であると考えられる。そこで本報告書の最後に、その仕組みの一案として、都道府県（および保健所）が行う取組の案を具体的に提言したい。もちろん、最終的には各都道府県の実情に合わせて具体的な取組を進めていただくことが前提ではあるが、早期の市町村支援につなげる意味でも、何らかの参考にしていただければ幸いである。

以下、具体的な取組案について述べる。まず前提として、全国の多くの市町村では、在宅医療・介護連携推進事業をどのように進めていけば良いか分からない状況にあると考える。一方で、一部の先進的な市町村も少ないが存在する。このため都道府県（および保健所）は、以下の要件を満たす取組を実施すべきと考える。

- ①都道府県内の全市町村から在宅医療・介護連携推進事業の担当者が出席する会を設ける。
- ②その場で都道府県が考える全体の方向性（グランドデザイン）と役割分担を示し、全ての市町村の担当者が、自らが行うべきことのイメージを持てるようにする。

- ③併せて、具体的なノウハウや事業推進手法について、先進事例となる市町村担当者から説明²⁸をしてもらい、全ての市町村の担当者が実施内容をイメージできるようにする。
- ④説明等が終了した後などに、参加した市町村担当者間が交流する時間帯²⁹を設け、今後担当者間での情報交換や相談などができるようにする。
- ⑤平成 27 年 4 月以降の各市町村の取組内容について、定期的に進捗状況を確認する場を設け、相互にアドバイスを送り合うなど市町村間で切磋琢磨できる環境を構築する。
- ⑥これらの取組を通じて、都道府県内の全市町村における取組内容のレベルを底上げし、どの市町村の住民も一定レベルの在宅医療・介護を受けることができる状態にする。

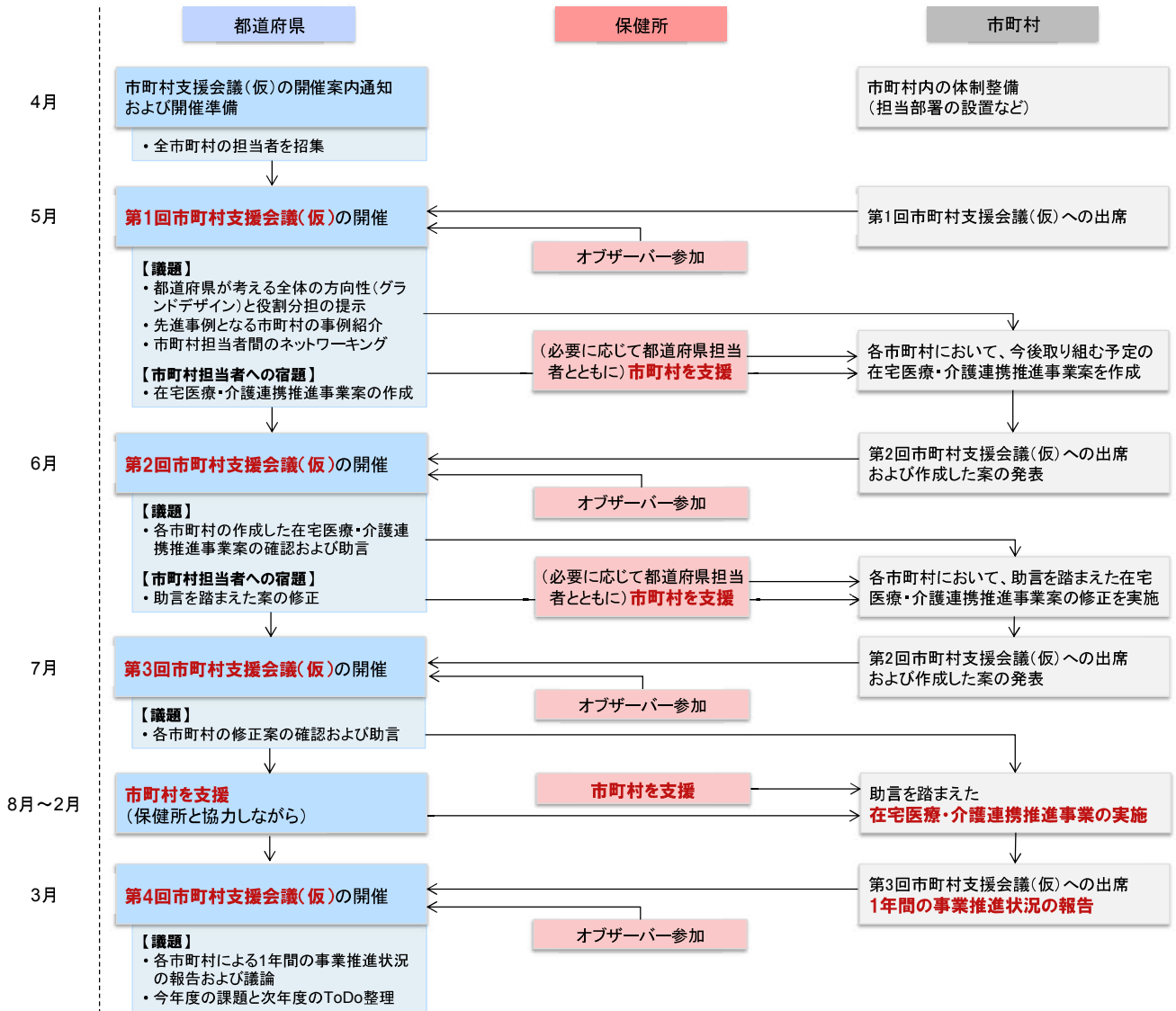
この①～⑥の要件を具体化する取組として、各都道府県は次頁に示すような通年の会議体（仮に「市町村支援会議」と呼ぶ）の設置・運営を行ってはどうかと考える。具体的には、上記①～④の要件を満たすために第 1 回の会議を 5 月頃に開催し、その後は④に加えて⑤・⑥の要件を満たすことを目的とした第 2 回～第 4 回の会議を開催することを想定している。その間に保健所とともに市町村支援を行い、1 年間（4 月～3 月）のサイクルを完結させながら、次年度につながる課題出しを行っていくべきではないかと考える。

本報告書の締めとして、年間のスケジュール案とともに、都道府県・保健所・市町村が何を行うかを次ページに整理した。この提言も参考にしつつ、都道府県（および保健所）の各担当者におかれては、積極的な市町村支援を展開していただきたい。

²⁸ 同じ都道府県内の市町村担当者に説明してもらうことが一般的と考えるが、必要に応じて他の都道府県における市町村担当者を招聘することも一案と考える。

²⁹ 説明会等の議題の中に小規模のグループワークの時間を設け、取組の事の中にネットワーキングを図れるようにすることも一案である。

図表 69 都道府県が開催する市町村支援会議（仮）のイメージ



出所) 野村総合研究所作成