

平成 24 年度
在宅医療連携拠点事業 総括報告書

厚生労働省医政局指導課
在宅医療推進室

平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業 総括報告書

目次

I. 背景	3
II. 在宅医療連携拠点事業の概要	5
1. 事業の目的	5
2. 事業の内容	5
3. 事業所選定の経緯.....	6
III. 各事業所の取り組み.....	9
1. プロローグ：地域ごとの取組の特徴	9
2. 事業実施主体について	11
3. 事業対象地域の特性について	12
(1) 活動の対象とした地域について.....	12
(2) 地域の医療・介護資源について.....	14
4. 拠点事業に配置した人員等.....	17
(1) 拠点事業に配置した人数及び職種について	17
(2) ケアマネジャーの資格を持つ看護師と MSW の役割分担について.....	18
5. 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取組方針について.....	20
6. 拠点事業の立ち上げについて	23
7. 拠点により行われた取組み.....	25
(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用.....	25
(2) 会議の開催	26
(3) 研修の実施	29
(4) 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築	34
(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施.....	37
(6) 効率的な情報共有のための取組（地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・ 介護関係者の連絡様式・方法の統一など）	39
(7) 地域住民への普及啓発	41
(8) 災害発生時の対応策	44
8. 特に独創的又は先進的だと思う取組み.....	45
9. 苦労した点、うまくいかなかった点	47
IV. 拠点事業の効果.....	50
1. 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取組み	50
2. 効果に関する客観的指標.....	53
V. 拠点事業実施者の視点からの在宅医療・介護連携拠点の取り組みへの提言	56
VI. 考察	59
VII. おわりに.....	62

【資料】

全拠点事業者の成果報告書&参考資料

独立行政法人 国立長寿医療研究センターのホームページに掲載

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/renkeikyoten/2013/201303_date.html

図表目次

表 1	事業の内容	5
表 2	拠点事業者一覧	7
表 3	実施主体別の事業者数	11
表 4	都道府県別の事業者数	11
表 5	活動対象地域	12
表 6	市町村より広域を活動対象範囲とした理由	13
表 7	市町村より狭い地域を活動対象範囲とした理由	13
表 8	活動対象地域の平均人口等（都道府県全域対象事業者を除く）	13
表 9	地域別の人口等	14
表 10	活動対象地域における医療・介護資源の状況（都道府県全域対象事業者を除く）	15
表 11	地域別の医療、介護資源の状況（都道府県全域対象事業者を除く）	15
表 12	地域別の医療、介護資源の状況<人口 10 万対>（都道府県全域対象事業者を除く）	16
表 13	拠点事業の平均配置人数（実施主体別、職種別）	18
表 14	ケアマネジャーの資格をもつ看護師と MSW の役割分担の有無	19
表 15	ケアマネジャーの資格をもつ看護師と MSW の役割分担（事例）	19
表 16	地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取組方針について（事例）	21
表 17	立ち上げに係る主な活動（事例）	24
表 18	医療・介護資源の把握の例	26
表 19	会議で抽出された主な課題と対処方針	28
表 20	実施された研修の主な内容、対象者等	31
表 21	研修参加機関数と参加人数	32
表 22	研修の効果（事例）	32
表 23	地域包括支援センターにおける主な在宅医療の課題	37
表 24	地域包括支援センター等に対するアウトリーチ支援の状況	38
表 25	手段ごとの主な利点と欠点	39
表 26	活用している地域連携クリティカルパスの種類（既存）	40
表 27	統一様式の種類（既存および新規）	41
表 28	地域住民への普及・啓発の取り組み状況	42
表 29	シンポジウムの内容（事例）	42
表 30	相談窓口の相談担当者の配置状況	43
表 31	相談窓口の設置状況（事例）	43
表 32	その他の普及・啓発の取り組み状況	43
表 33	災害対策の取り組み別拠点事業者数	44
表 34	特に独創的又は先進的だと思う取り組み（事例）	46
表 35	効果に関する客観的指標	54
表 36	医師会が考える効果的な取り組みと実際の取り組み状況	55
表 37	取り組みへの提言	57
図 1	活動対象地域の人口規模別事業者数（都道府県全域対象事業者を除く）	13
図 2	活動対象地域の高齢化率階層別事業者数（都道府県全域対象事業者を除く）	14
図 3	医療資源の充足状況	17
図 4	介護資源の充足状況	17
図 6	研修方法（重複回答）	31
図 7	情報共有の手段（活用している拠点事業者数）	39

1. 背景

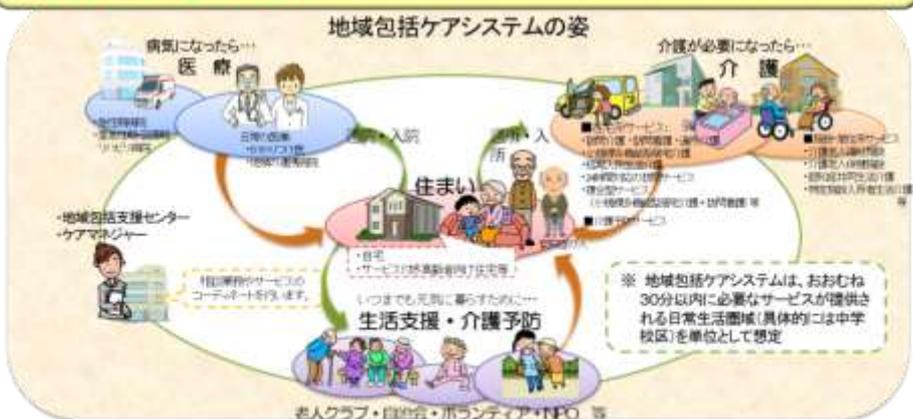
国民の多くが、自宅等の住み慣れた生活環境での療養を望んでいる中で、住み慣れた地域や生活の場において必要な医療・介護サービス等を受けられ、安心して自分らしい生活を実現するための地域包括ケアシステムの基盤整備が各地で進められている。地域包括ケアシステムは「自助・互助・共助・公助」それぞれの関係者の参加によって形成されるため、全国一律のものではなく、地域ごとの地域特性や住民特性等の実情に応じて構築されている。地域包括ケアシステムは「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」という5つの要素から構成されており、これらはばらばらに提供されるのではなく、それぞれの役割に基づいて互いに関係しながら、また連携しながら在宅の生活を支えている。

しかし、これらの要素の連携の中で、「医療」と「介護」の連携については、それぞれの制度やこれらを担う専門職が異なることから、必ずしも円滑に行われているとは言えないという課題があった。そこで、平成23年度から都道府県、市町村、医師会等医療関係団体、医療機関、訪問看護事業所等が中心となり、医療側から介護側へ積極的に連携を働きかける試みを開始した。平成23年度は10カ所の地域でこれら在宅医療連携拠点事業が展開され、関係者間の顔の見える関係の構築、在宅医療、介護従事者等の多職種連携への理解の深まり等の一定の成果が得られた。平成24年度は、これらの取り組みの全国展開をめざし、47都道府県105カ所の地域で拠点事業が展開された。これまでも各地で地域の実情に応じた医療と介護の連携が進められてきたが、地域の一部の関係機関の連携に限られている、必要性を感じていても取り組む機会がない等から実施に至らなかった関係者を後押しし、既存の連携を強化・充実させたり、新たな取り組みへ着手する契機として、地域包括ケアシステムを実現させる一手法として期待されたものである。

厚生労働省では関係部局を横断して在宅医療・介護の連携推進に取り組んでいるところであり、様々な方向からのアプローチにより、地域において必要な連携が効果的に展開されることを目指している。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



在宅医療・介護の連携推進

■事業の必要性

- 在宅医療を推進するには、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要であり、そのためには、在宅医療を提供する病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどの医療・福祉機関やそこに従事する多職種が連携する必要がある。
- そのため、多職種が連携できるための体制の構築と実施拠点となる基盤の整備を行う。

■事業内容

■介護と連携した在宅医療の体制整備 (500億円の内数)

【事業内容】
市区町村が主体となって、地区医師会等と緊密に連携し、介護と連携した在宅医療提供体制の構築を図るなど、各都道府県が策定した医療計画に基づく在宅医療推進の取組を支援する。

■地域ケア会議活用推進等事業 (219百万円)

【事業内容】
医療、介護の専門職など多職種が協働してケア方針を検討し、高齢者の自立支援、認知症の人の地域支援などを推進する「地域ケア会議」の普及・定着を促進する。

■薬物療法提供体制強化事業 (40百万円)

【事業内容】
在宅がん患者等が必要とする薬性の高い注射剤や輸液などを身近な薬局で提供可能にするために、都道府県が地域の薬局に無菌調剤室を設置し、共同利用する体制をモデル的に構築する。

■在宅歯科医療連携室整備事業 (227億円の内数)

【事業内容】
在宅歯科医療の推進のため、歯科・介護等との連携窓口、在宅歯科医療希望者の窓口や対応する歯科診療所等の紹介、機器の貸出等を行う在宅歯科医療連携室の体制構築に必要な財政支援を行う。



II. 在宅医療連携拠点事業の概要

1. 事業の目的

国民が住み慣れた地域で生活することを支えるためには、医療・介護にまたがる様々な支援を提供する必要がある。本事業は、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、地域の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャーなどの多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すとともに、今後の在宅医療に関する政策立案や均てん化などに資することを目的とする。

【復興枠】

災害が発生した場合にも在宅医療を必要とする人が安心して医療サービスを受けることができるよう、地域での多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築する。

2. 事業の内容

在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、介護支援専門員の資格を持つ看護師等及び医療ソーシャルワーカーを配置し、表 1 に示す 1～7 の活動等を通して地域における包括的かつ継続的な在宅医療を提供するための体制を構築する。

なお、病院・診療所については、自らも在宅医療を提供し、かつ他の医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない医師不在時や夜間の診療を支援することが望ましい。

表 1 事業の内容

活動	具体的な活動の内容(例)
1 地域の医療・福祉資源の把握及び活用	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化 ・更に連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)も調査し、関係者に配布、ネット上に公表
2 会議の開催	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
3 研修の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・グループワーク等の多職種参加型研修の実施 ・訪問診療同行研修の実施 ・医療機器に係る研修等の座学
4 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急入院受け入れ窓口の設置 ・主治医・副主治医制のコーディネート ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の推進
5 患者・家族や、地域包括支援センター・ケアマネを対象とした相談窓口の設置	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族、地域包括支援センターやケアマネからの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応
6 効率的な情報共有のための取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の在宅医療・介護関係者の連絡のための様式・方法の統一 ・地域連携クリティカルパスの作成 ・ショートステイの空き情報等のネット上のリアルタイム情報の発信
7 地域住民への普及・啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民を対象にしたシンポジウムの開催 ・地域住民に対する在宅医療相談窓口の設置(市の施設への設置、病院への設置) ・パンフレット、チラシ、区報、ホームページ等を活用
8 災害発生時の対応 (復興枠の場合のみ必須)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害発生時に備えた対応策の検討及び対応体制の確立 ・必要に応じた災害時の在宅医療に必要な備品整備

3. 事業所選定の経緯

事業所から提出された事業計画書について、以下の基準に沿って審査を行い、最終的に105事業所（一般53事業所、復興52事業所）を選定した。なお、各都道府県において、以下の基準を満たし、都道府県に対し有用な情報提供等が可能な事業者として選定した事業者を推薦枠（任意）として設定し、39事業者が選定された。採択された事業者の一覧を表2に示す。

- 1 在宅医療連携拠点が必須とする事業に関して実施可能な計画が詳細に立案されていること。
- 2 雇用する介護支援専門員の資格を持つ看護師等及び医療ソーシャルワーカーの配置や役割が明確であること。
- 3 1の必須事業以外にも、その他、地域における包括的かつ継続的な在宅医療を提供する体制の構築が計画されていること。
- 4 適切な経費見積となっているか。
- 5 災害が発生した場合にも在宅医療を必要とする人が安心して医療サービスを受けられる体制づくりについて詳細な計画が立案されているか。（復興枠のみ）

表 2 拠点事業者一覧

番号	都道府県	枠	実施主体名	機関名
1	北海道	復興	医療法人社団豊生会	東苗穂病院
2	北海道	復興	医療法人溪仁会	手稲家庭医療クリニック
3	北海道	復興	医療法人財団 夕張希望の杜	夕張市立診療所
4	北海道	復興	社会医療法人恵和会	西岡病院
5	青森県	一般	十和田市	十和田市立中央病院
6	岩手県	一般	釜石市	
7	岩手県	一般	医療法人葵会	もりおか往診クリニック
8	宮城県	復興	石巻市	石巻市立病院開成仮診療所
9	宮城県	復興	医療法人社団爽秋会	
10	宮城県	復興		仙台往診クリニック
11	宮城県	復興	気仙沼市	気仙沼市立本吉病院
12	秋田県	一般	横手市	横手市地域包括支援センター
13	秋田県	復興		小玉医院
14	山形県	一般	一般社団法人鶴岡地区医師会	
15	福島県	復興	JA福島厚生連	塙厚生病院
16	福島県	復興	NPO法人しらかわ市民活動支援会	しらかわ在宅医療拠点センター
17	茨城県	復興	公益財団法人筑波メディカルセンター	
18	茨城県	復興	公益社団法人茨城県看護協会	
19	茨城県	復興	医療法人社団いばらき会	いばらき診療所みと
20	茨城県	一般	医療法人博仁会	志村大宮病院
21	栃木県	一般	一般社団法人栃木県医師会	
22	栃木県	復興	医療法人アスミス	
23	群馬県	一般	社会医療法人輝城会	訪問看護ステーションまつかぜ
24	埼玉県	一般	独立行政法人国立病院機構	東埼玉病院
25	埼玉県	復興	学校法人埼玉医科大学	埼玉医科大学総合医療センター
26	埼玉県	復興	社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス	東埼玉総合病院
27	千葉県	復興	市川市	
28	千葉県	復興	柏市	
29	千葉県	一般	医療法人財団千葉健愛会	あおぞら診療所
30	東京都	復興	医療法人財団はるたか会	子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田
31	東京都	復興	社団法人板橋区医師会	
32	東京都	復興	医療法人社団つくし会	新田クリニック
33	東京都	一般	株式会社ケアーズ	白十字訪問看護ステーション
34	神奈川県	一般	社会福祉法人日本医療伝道会	
35	神奈川県	一般	医療法人救友会	湘南真田クリニック
36	神奈川県	一般	一般社団法人横須賀市医師会	
37	新潟県	復興	社会福祉法人長岡福祉協会	こぶし訪問看護ステーション
38	新潟県	復興	魚沼市	魚沼市立守門診療所
39	富山県	一般	上市町	
40	富山県	一般	医療法人社団ナラティブホーム	
41	石川県	一般	日本赤十字社石川県支部	金沢赤十字病院
42	石川県	復興	白山石川医療企業団	公立つるぎ病院
43	福井県	復興	坂井地区広域連合	
44	福井県	一般	福井県大野市	大野市在宅医療相談支援センター
45	福井県	復興	医療法人社団オレンジ	オレンジホームケアクリニック
46	山梨県	一般	医療法人どちペインクリニック	
47	長野県	復興	須坂市	
48	長野県	復興	長野県厚生農業協同組合連合会	佐久総合病院
49	長野県	一般	地方独立行政法人長野県立病院機構	長野県立こども病院
50	長野県	復興	社会医療法人財団慈泉会	地域在宅医療支援センター
51	岐阜県	一般	医療法人聖徳会	小笠原内科
52	岐阜県	復興	医療法人かがやき総合在宅医療クリニック	
53	静岡県	一般	社会福祉法人天竜厚生会	
54	静岡県	復興	森町家庭医療クリニック	

拠点事業者一覧(その2)

番号	都道府県	枠	実施主体名	機関名
55	愛知県	復興	津島市	
56	愛知県	復興	高浜市	
57	愛知県	復興	医療法人井上内科クリニック	
58	愛知県	復興	医療法人有心会	大幸砂田橋クリニック
59	三重県	一般	社団法人名賀医師会	名張市在宅医療支援センター
60	滋賀県	一般	近江八幡市	
61	京都府	一般	社団法人京都府歯科医師会	
62	大阪府	一般	社会医療法人生長会	ベルビアノ病院
63	大阪府	一般	宗教法人在日南プレスビテリアンミッション	淀川キリスト教病院
64	大阪府	復興	一般社団法人東成区医師会	
65	兵庫県	復興	医療法人社団倫生会	みどり病院
66	兵庫県	復興	医療法人社団まほし会	
67	奈良県	復興	医療法人ひばり	ホームホスピスひばりクリニック
68	和歌山県	一般	医療法人裕紫会	中谷病院
69	和歌山県	復興	すさみ町	
70	鳥取県	一般	独立行政法人国立病院機構	米子医療センター
71	鳥取県	復興	医療法人真誠会	
72	島根県	一般	社会医療法人仁寿会	加藤病院
73	岡山県	一般	一般社団法人新見医師会	在宅医療連携拠点まんさく
74	広島県	一般	社団法人東広島地区医師会	
75	広島県	一般	医療法人楽生会	馬場病院
76	広島県	一般	折口内科医院	
77	広島県	復興	社団法人因島医師会	因島医師会病院
78	山口県	復興	医療生協建文会	宇部協立病院
79	徳島県	一般	医療法人平成博愛会	博愛記念病院
80	徳島県	一般	一般社団法人徳島市医師会	徳島市医師会在宅医療支援センター
81	徳島県	一般	医療法人徳島往診クリニック	
82	徳島県	一般	医療法人芳越会	ホウエツ病院
83	香川県	一般	綾川町国民健康保険陶病院	
84	愛媛県	復興	社会医療法人 石川記念会	石川病院
85	愛媛県	復興	医療法人ゆうの森	たんぼぼクリニック
86	愛媛県	一般	社会福祉法人恩賜財団済生会	済生会松山訪問看護ステーション
87	愛媛県	一般	株式会社在宅ケアセンターひなたぼっこ	訪問看護ステーションひなたぼっこ
88	高知県	復興	医療法人聖真会	渭南病院
89	福岡県	一般	株式会社アジケア訪問看護ステーション	
90	福岡県	復興	一般社団法人宗像医師会	
91	福岡県	復興	医療法人博愛会	穎田病院
92	佐賀県	一般	佐賀県	
93	長崎県	一般	社団法人佐世保市医師会	
94	長崎県	一般	社会医療法人長崎記念病院	
95	熊本県	一般	一般社団法人玉名郡市医師会	玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター
96	熊本県	復興	熊本市	
97	大分県	復興	社団法人臼杵市医師会	臼杵市医師会立コスモス病院
98	大分県	一般	社団法人日田市医師会	日田市医師会立訪問看護ステーション
99	大分県	一般	社団法人大分県別府市医師会	別府市医師会訪問看護ステーション
100	宮崎県	一般	有限会社メディフェニックスコーポレーション	薬局つばめファーマシー
101	鹿児島県	一般	医療法人明輝会	内村川上内科
102	鹿児島県	一般	社団法人肝属郡医師会	肝属郡医師会立病院
103	鹿児島県	一般	医療法人ナカノ会	ナカノ在宅医療クリニック
104	沖縄県	一般	社団法人中部地区医師会	
105	沖縄県	復興	一般社団法人浦添市医師会	

III. 各事業所の取り組み

1. プロローグ：地域ごとの取組の特徴

拠点事業者が所在する地域毎の取組の特徴をまとめた。各取組の具体的な内容については本項以降を参照されたい。なお、本項以降の各事業所の取組は、地域性による特徴がある場合はそれらを特記しているが、特徴がない場合は地域性による分類は行っていない。

【留意点】

例えば、地方中核都市に所在する拠点事業者であっても、事業者ごとに活動対象とした地域は「市全体」や「日常生活圏域」のように範囲が異なり、集計データは拠点ごとの「活動対象地域」を単位としている。（都道府県及び東京 23 区全域を活動対象範囲とした 5 拠点事業者は除外。）

政令指定都市

【実施主体】主に病院、診療所

【活動対象地域の平均人口、高齢化率】約 31 万人、21.9%

【医療・介護資源の状況】

一つの拠点の活動地域における医療・介護関係機関数はもつとも多い。人口あたりでも診療所数はもつとも多い。人口あたりでは、他に訪問看護事業所と訪問介護事業所が多いが、ショートステイを受け入れる施設数はもつとも少ない。

【活動の特徴】

- ※ 政令指定都市に限らないが、実施主体が一般の病院、診療所であることから、行政及び医療関係団体等から協力を得ることに苦労した。また行政組織が大きいと、部署ごとに縦割りの傾向があり、調整に苦渋した。
- ※ 大学病院との連携が可能である。大学病院患者支援センター専従医師や大学病院緩和ケアチームとの連携は効果的であった。
- ※ 活動範囲内の医療・介護関係機関が多数であり、全数の機能を把握することは困難であった。また全数の参加を得るまでには至らなかった。
- ※ 政令指定都市は、市型の保健所をもち、地域医療に関する企画・立案のほか、医療法に基づく地域保健医療計画の策定、医療機関の許認可・監視指導、救急医療体制の整備等の業務を担当しており、日頃から医師会をはじめとする医療関係団体とのつながりがあったことから、これらとの連携がスムーズであった。

政令指定都市近郊

【実施主体】主に診療所、病院、自治体

【活動対象地域の平均人口、高齢化率】約 27 万人、22.3%

【医療・介護資源の状況】

在宅医療を提供する医療機関等が少ない。また、他の地域と比較して、ほぼすべての人口あたりの医療・介護資源が少ない。特に医療資源は他の地域より極端に少ない傾向。

【活動状況】

- ※ 厳しい医療・介護資源の状況を背景に、訪問看護ステーションの開設推進や、医療機関の 24 時間体制の構築等、在宅医療提供体制を充実させる取組みがあった。
- ※ 数は少ないが、在宅医療・介護連携活動の先進地域といわれる自治体が存在する。
- ※ 政令指定都市や地方中核都市とくらべて、拠点が主催した多職種研修会に参加した医療・介護関係機関数はもつとも多かった。

地方中核都市

【実施主体】 地方中核都市で活動を展開した拠点がもっとも多い。主に診療所であるが、医療関係団体、訪問看護ステーションも多い。

【活動対象地域の平均人口、高齢化率】 約 22 万人、22.3%

【医療・介護資源の状況】

他の地域と比較して、人口あたりの病院がもっとも多い。診療所も多い。他は平均的。

【活動状況】

- ※ 拠点の数が多いため、活動のバリエーションも高い。
- ※ 拠点事業以前から、積極的に医療介護・連携に取り組んできた診療所が多く、拠点事業をきっかけに、行政との協働を開始している。
- ※ 都道府県からの依頼で行った、都道府県からの支援を受けた等、都道府県とのつながりが強い。
- ※ ICT を導入した情報共有システムの構築を行ったところが多い。
- ※ 中核市や保健所設置市は市型の保健所がある。
- ※ 市内に複数の拠点が活動している場合、それらがどう連携するかが今後の課題。

地方中小都市※1

【実施主体】 主に病院、自治体

【活動対象地域の平均人口、高齢化率】 約 9 万人、28.5%

【医療・介護資源の状況】

一つの拠点の活動地域における医療・介護関係機関数は、農村地域に次いで少ない。人口あたりでは、診療所がもっとも少ない。病院も少ない。

【活動状況】

- ※ 中核病院自らが積極的に地域の在宅医療・介護連携体制の後方支援を行っているケースが多い。
- ※ 市町村の実施主体が多く、関係団体、機関との連携がスムーズである。直営型の地域包括支援センターを活用した取組がみられる。

農村地域

【実施主体】 主に病院、診療所

【活動対象地域の平均人口、高齢化率】 約 3 万人、31.0%

【医療・介護資源の状況】

一つの拠点の活動地域における医療・介護機関数はもっとも少ない。人口あたりでは在宅医療を提供する診療所数、2次救急または3次救急を担う医療機関、介護資源が多い。

【活動状況】

- ※ 実施主体は病院、診療所が多いが、行政、医療関係団体等との協力体制が比較的良好的な拠点多い。
- ※ 活動地域内の医療・介護関係機関数が少ないため、他の地域とくらべてアウトリーチ支援を行った訪問機関数が多い。全数訪問を行った地域もある。
- ※ 訪問宅が遠方のため、ご本人・家族を含めた ICT を活用した情報共有システムの構築を行ったところが多い。

※1 地方中小都市：およそ人口 5～10 万人

2. 事業実施主体について

採択された事業者は、自治体が 14 カ所（うち都道府県 1 カ所）、医師会等医療関係団体が 16 ヶ所（うち歯科医師会 1 カ所、看護協会 1 カ所）、病院が 32 カ所（うち在宅療養支援病院 14 カ所）、診療所が 29 カ所（うち在宅療養支援診療所 28 カ所）、訪問看護ステーションが 10 カ所、その他（薬局、NPO 法人等）が 4 カ所の合計 105 事業者であった。（表 3）すべての都道府県において 1～4 カ所の事業者による拠点事業が実施された。（表 4）

表 3 実施主体別の事業者数

事業実施主体	事業所数
自治体	14
（内）都道府県	1
医師会等医療関係団体	16
（内）歯科医師会	1
（内）看護協会	1
病院	32
（内）在宅療養支援病院	14
診療所	29
（内）在宅療養支援診療所	28
訪問看護ステーション	10
その他（薬局、NPO 法人等）	4
合計	105

表 4 都道府県別の事業者数

都道府県名	事業者数	都道府県名	事業者数
北海道	4	滋賀県	1
青森県	1	京都府	1
岩手県	2	大阪府	3
宮城県	4	兵庫県	2
秋田県	2	奈良県	1
山形県	1	和歌山県	2
福島県	2	鳥取県	2
茨城県	4	島根県	1
栃木県	2	岡山県	1
群馬県	1	広島県	4
埼玉県	3	山口県	1
千葉県	3	徳島県	4
東京都	4	香川県	1
神奈川県	3	愛媛県	4
新潟県	2	高知県	1
富山県	2	福岡県	3
石川県	2	佐賀県	1
福井県	3	長崎県	2
山梨県	1	熊本県	2
長野県	4	大分県	3
岐阜県	2	宮崎県	1
静岡県	2	鹿児島県	3
愛知県	4	沖縄県	2
三重県	1	合計	105

3. 事業対象地域の特性について

(1) 活動の対象とした地域について

事業者が活動の対象とした地域は、市区町としたケースが約半数と最も多かった。市区町を活動対象とした事業者のうち、市が活動対象であった事業者は42カ所、区は6カ所、町は2カ所であった。(政令指定都市は「区」単位での取扱いとしている。)

一方、市区町より広域を活動対象範囲とした事業者は37カ所であり、市区町より狭い地域を活動対象範囲とした事業者は18カ所であった。(表5)

活動対象範囲を市区町より広域とした理由としては、郡市区医師会の管轄であることや医療施設のカバー範囲であるという内容が最も多く、既存の連携があることや人口規模や事業者からの距離等の条件から設定したという理由も数カ所の事業所でみられた。(表6) 都道府県(東京23区を含む)を活動対象地域とした事業者は5カ所であったが、事業者が都道府県(佐賀県)、都道府県医師会(栃木県医師会)以外の3カ所(埼玉県、東京23区、長野県)は、いずれも小児を対象とした連携事業を展開した事業者であった。活動対象範囲を市町村より狭い地域とした理由としては、医療機関のカバー範囲であること、人口規模や事業者からの距離等の条件から、地域包括支援センターの管轄であったこと、市町村の中で特に高齢者率が高い地域であったこと等であった。(表7)

事業者が活動対象とした地域の平均人口は、約18万人程度であり、人口1万人未満の地域から50万人以上の地域まで様々な規模に渡った。(表8) 人口を階級別にみると、5万~10万人未満が23カ所と全体の約2割、10万~20万人未満が同じく23カ所で全体の約2割であった。全体の7割の事業者の活動対象が人口20万人未満の地域であった。

(図1)

また、これらの地域の平均高齢化率は23.0%で全国平均の高齢化率24.1%(人口推計、平成24年10月1日現在)と比較すると低かったが、4割以上の地域で25%を超えており、30%を超えている地域も1割程度存在した。高齢化率が30%を超えている地域は、人口5万人未満の小規模市町等の地域が多くを占めている。(図2)

事業者の所在地を政令指定都市、政令指定都市近郊、地方中核都市、地方中小都市(概ね人口5~10万人)、農村地域に分類すると、政令指定都市と農村地域では、政令指定都市が10倍近い人口であり、反対に高齢化率は農村地域が10%近く高くなっている。(表9)

表5 活動対象地域

活動対象範囲	事業者数
市区町	50
(内) 市	42
(内) 区	6
(内) 町	2
市区町より広域	37
(内) 都道府県全域(東京23区を含む)	5
市区町より狭い範囲	18

表 6 市町村より広域を活動対象範囲とした理由

理由	事業者数
医師会の管轄	11
医療機関のカバー範囲	10
既存の連携がある地域	4
人口規模、距離等の条件から設定	4
事業者がそもそも都道府県、都道府県医師会	2
その他	6
合計	37

表 7 市町村より狭い地域を活動対象範囲とした理由

理由	事業者数
医療機関のカバー範囲	4
人口規模、距離等の条件から設定	4
地域包括支援センターのエリア	3
特に高齢化率が高い地域	3
その他	4
合計	18

表 8 活動対象地域の平均人口等（都道府県全域対象事業者を除く）

	平均	最大値	最小値	N
人口	180,918	1,063,608	3,743	98
65歳以上人口	41,651	244,860	1,741	98
65歳以上人割合	23.0%	50.5%	12.8%	98
75歳以上人口	20,599	119,738	1,071	96
75歳以上人口割合	11.2%	42.4%	5.7%	96
全世帯数	75,472	479,454	1,689	97
独居高齢者世帯数	7,901	70,852	469	88

図 1 活動対象地域の人口規模別事業者数（都道府県全域対象事業者を除く）

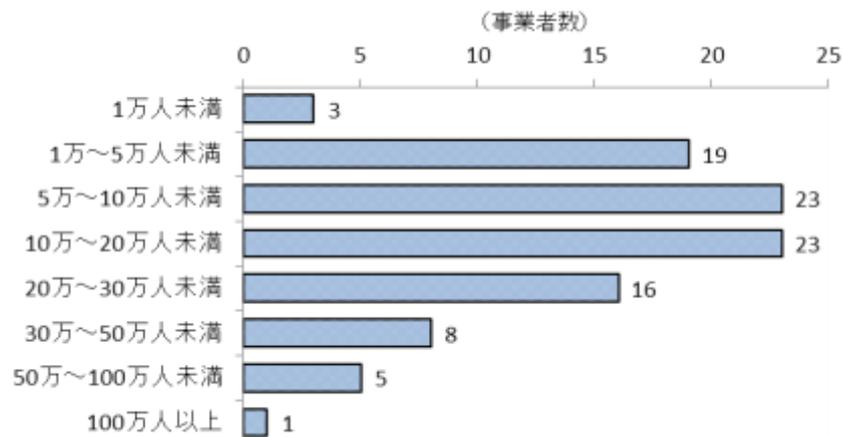


図 2 活動対象地域の高齢化率階層別事業者数（都道府県全域対象事業者を除く）

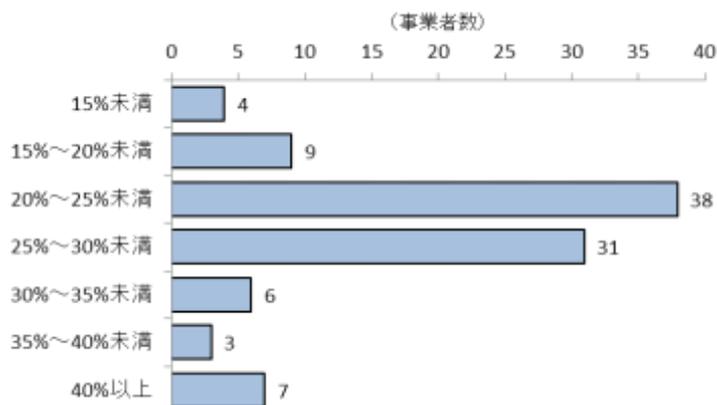


表 9 地域別の人口等

	事業者数	人口（平均）	65歳以上人口（平均）	高齢化率
政令指定都市	18	309,225	67,709	21.9%
政令指定都市近郊	11	266,952	59,548	22.3%
地方中核都市	30	218,639	48,659	22.3%
地方中小都市	20	89,674	25,533	28.5%
農村地域	19	32,464	10,072	31.0%

(2) 地域の医療・介護資源について

① 活動対象地域における医療・介護資源について

活動対象地域における医療・介護資源の状況であるが、(1)で述べたとおり活動対象地域の人口及び人口構成が異なることから、医療・介護資源の状況も様々であった。病院、診療所がともに1カ所もない地域はなく、病院がない地域は2事業者であったが、複数の診療所があり、診療所がない地域は1事業者であったが、病院が1カ所存在していた。(表10)

事業者の所在地を政令指定都市、政令指定都市近郊、地方中核都市、地方中小都市(概ね人口5~10万人)、農村地域に分類すると、都市部ほど医療・介護資源は充実している傾向がある。しかし、政令指定都市近郊と地方中核都市では、政令指定都市近郊地域の方が活動対象地域の人口が多いにもかかわらず、医療・介護資源は少なく、特に医療資源、さらに在宅医療関係の資源が少ない傾向にある。(表11)

一方、人口10万人あたりで見ると、農村地域に近いほど医療・介護資源は充実しているが、政令指定都市近郊地域は、政令指定都市及び地方中核都市と比較して、極端に少ない傾向にある。(表12)

表 10 活動対象地域における医療・介護資源の状況（都道府県全域対象事業者を除く）

	医療、介護施設の種別等	平均	最大値	最小値	中央値	N	
医療資源	病院数	14	94	0	8	94	
	病床数	2,306	19,043	0	1,290	91	
	（内）二次又は三次救急	5	26	0	3	90	
	（内）療養病院	5	42	0	3	92	
	（内）在宅医療を提供する病院数	4	38	0	2	89	
	（内）訪問看護を提供する病院数	3	15	0	2	87	
	診療所数	127	965	0	71	93	
	（内）有床診療所数	20	285	0	5	86	
	（内）在宅医療を提供する診療所数	35	220	0	23	85	
	（内）在宅療養支援診療所	19	195	0	10	91	
	（内）訪問看護を提供する診療所数	7	93	0	33	78	
	介護資源	訪問看護事業所	13	166	0	7	98
		居宅介護支援事業所	51	294	1	33	97
訪問介護事業所		45	319	1	26	97	
デイケア		14	101	0	6	96	
デイサービス		47	304	1	30	96	
介護老人保健施設		6	35	0	4	95	
介護老人福祉施設		9	49	1	6	95	
ショートステイの受入施設		18	107	1	12	95	

表 11 地域別の医療、介護資源の状況（都道府県全域対象事業者を除く）

	医療、介護関係機関の種別等	政令指定 都市近郊	地方中核 都市	地方中小 都市	農村 地域	全体
	地域数	18	11	32	20	19
医療資源	病院数	24	10	23	6	3
	病床数	4330	2444	3145	1005	342
	（内）二次又は三次救急	8	5	7	2	2
	（内）療養病院	9	3	9	2	1
	（内）在宅医療を提供する病院数	7	2	4	3	1
	（内）訪問看護を提供する病院数	5	2	3	2	1
	診療所数	242	177	167	49	18
	（内）有床診療所数	29	9	29	22	2
	（内）在宅医療を提供する診療所数	55	38	48	20	10
	（内）在宅療養支援診療所	37	18	27	6	4
介護資源	訪問看護事業所	31	15	14	6	3
	居宅介護支援事業所	83	69	66	23	12
	訪問介護事業所	86	57	57	18	8
	デイケア	18	10	26	6	4
	デイサービス	78	61	62	26	11
	介護老人保健施設	9	8	9	4	2
	介護老人福祉施設	12	10	12	6	4
	ショートステイの受入施設	21	22	27	12	7

※各機関ごとのNは表10と同様

表 12 地域別の医療、介護資源の状況<人口 10 万対> (都道府県全域対象事業者を除く)

	医療、介護関係機関の種別等	地域別					全体	
		政令指定	政令指定 都市近郊	地方中核 都市	地方中小 都市	農村 地域		
医療資源	病院数	7.8	3.5	10.9	6.9	8.6	8.0	
	病床数	1400.2	808.1	1483.1	1120.8	1052.0	1274.5	
	(内) 二次又は三次救急	2.7	1.7	3.4	2.2	4.9	2.7	
	(内) 療養病院	2.8	1.0	4.4	2.5	3.9	3.0	
	(内) 在宅医療を提供する病院数	2.3	0.7	1.9	3.8	3.6	2.0	
	(内) 訪問看護を提供する病院数	1.7	0.7	1.6	2.8	2.8	1.5	
	診療所数	78.4	58.4	78.8	54.2	56.4	70.0	
	(内) 有床診療所数	9.4	3.1	13.7	24.3	5.8	10.8	
	(内) 在宅医療を提供する診療所数	17.9	12.7	22.8	22.7	30.1	19.1	
	(内) 在宅療養支援診療所	12.1	6.1	12.8	6.4	11.8	10.6	
	(内) 訪問看護を提供する診療所数	6.0	1.5	4.2	4.6	4.5	4.1	
	介護資源	訪問看護事業所	9.9	5.0	6.7	6.5	8.1	7.3
		居宅介護支援事業所	27.0	22.9	31.3	26.1	36.3	28.0
訪問介護事業所		27.7	18.9	26.7	20.6	25.9	24.8	
デイケア		5.8	3.5	12.2	6.9	12.5	8.0	
デイサービス		25.1	20.1	29.3	29.2	33.1	26.2	
介護老人保健施設		3.1	2.6	4.0	4.1	6.3	3.5	
介護老人福祉施設		3.7	3.2	5.5	6.6	11.0	4.8	
ショートステイの受入施設		6.8	7.2	12.7	13.2	20.6	10.1	

※各機関ごとの N は表 10 と同様

② 医療・介護資源の充足状況について

地域における医療資源の充足状況について、充足（充足、まあまあ充足）しているものとしては急性期医療提供医療機関が最も高く、訪問診療提供医療機関、慢性期医療提供医療機関、急変患者受入医療機関（病床）が同程度、医療必要度の高い患者のレスパイトを受け入れる療養病床が最も低かった。レスパイトを受け入れる療養病床は、約 8 割の事業者で不足（不足、やや不足）している状況であった。訪問診療と急変患者受入医療機関についても不足していると回答している事業者が半数以上であった。（図 3）

介護資源の充足状況は、居宅介護支援事業が半数の事業所で充足しており、次いで訪問介護提供事業所が約 4 割の事業所で充足しているとの回答であった。一方、訪問看護は半数以上の事業所で、短期入所サービスは約半数の事業所で不足していた。医療資源と介護資源の充足状況を比較すると、医療資源の方が不足しており、在宅医療・介護の連携を進めるにおいて、急変時やレスパイトの受入れ病床の確保や訪問診療や訪問看護に取り組む医療機関を増やすことが課題になっていると考えられた。（図 4）

図 3 医療資源の充足状況

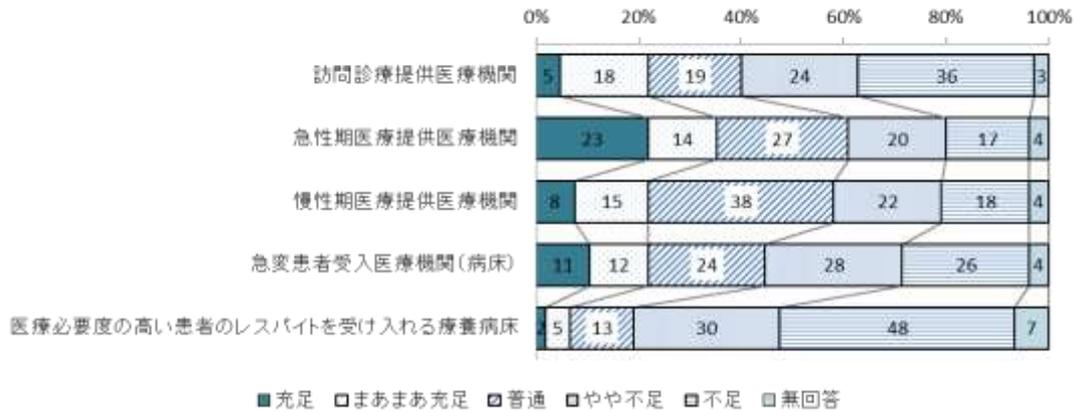
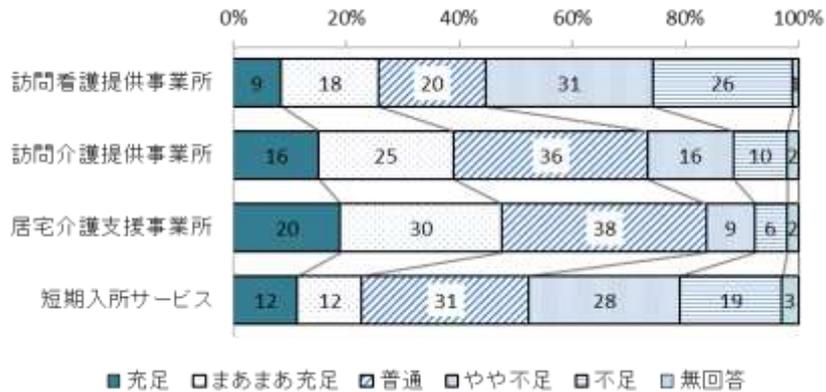


図 4 介護資源の充足状況



4. 拠点事業に配置した人員等

(1) 拠点事業に配置した人数及び職種について

拠点事業に配置した人員数は、1 拠点あたり平均 8.6 人であり、専任と非専任の割合はほぼ半々であった。実施主体別では、診療所が 11.5 人と最も多く、病院が 9.0 人、医師会等医療関係団体が 7.6 人、訪問看護ステーションが 5.6 人、自治体が 5.2 人であった。診療所で最も配置人員が多い理由としては、病院等に比べてもととの人員が少ないため、事業実施にあたり新たな人員を必要としたと考えられる。一方、自治体は最も配置人数が少なくなっているが、すでに医療関係団体等との関係が構築されていることや、在宅医療推進協議会、連絡会等の開催、研修の実施等において多くのノウハウを持ち合わせていること、また地域包括支援センターや市立病院の地域医療連携室等の人材を活用することで、効率的に事業展開を行う体制が整っていたと考えられる。

配置した職種としては、表 13 の通りであるが、介護支援専門員の資格を持つ看護師等及び医療ソーシャルワーカー（以下、「MSW」とする。）については、必ず配置することとされていた。最も多く配置されていた職種は看護師で専任、非専任を合わせて平均 2.7

人、以下、事務職員が 1.8 人、医師が 1.3 人、MSW が 1.1 人、介護支援専門員が 0.7 人であった。

その他の職種としては、社会福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士等が配置されていた。

配置をしていないものの、必要と考えられた職員・職種としては、在宅医療介護連携 ICT システム管理のためのシステム担当者を挙げた事業者が最も多かった。在宅医療介護連携 ICT システムの構築等は ICT ベンダーが行うものであるが、ICT ベンダーとシステムの利用者（医療・介護関係職員）の仲介者として利用者側に立った助言をしたり、利用者側において必要なメンテナンスを一手に行う等のための担当者が求められているものと考えられた。

表 13 拠点事業の平均配置人数（実施主体別、職種別）

職種等	1拠点あたり配置人数	実施主体別						
		自治体	医師会等 医療関係 団体	病院	診療所	訪問看護 ST	その他	
全職種等	8.6	5.2	7.6	9.0	11.5	5.6	7.5	
	専任	4.0	2.5	2.0	3.5	6.7	2.6	4.3
	非専任	4.6	2.6	5.6	5.5	4.8	3.0	3.3
医師	専任	0.2	0	0	0.2	0.6	0	0.5
	非専任	1.1	0.4	0.9	1.5	1.3	0.1	0.5
看護師	専任	1.4	0.9	0.8	1.3	2.2	1.0	2.0
	非専任	1.3	0.9	1.6	1.4	1.4	1.3	0.3
(内) ケアマネジャーの資格を持つもの	専任	0.8	0.4	0.7	0.9	0.9	1.1	1.3
	非専任	0.6	0.3	0.4	1.0	0.4	0.6	0.3
(内) 地域での勤務経験があるもの	専任	0.8	0.3	0.4	0.8	1.3	0.9	1.5
	非専任	0.8	0.4	1.5	0.6	0.8	1.0	0.3
(内) 訪問看護経験者	専任	0.4	0.1	0.4	0.5	0.5	0.6	0.8
	非専任	0.5	0.1	1.4	0.3	0.4	1.0	0.3
(内) 保健師	専任	0.2	0.4	0.3	0.1	0.1	0.1	0
	非専任	0.3	0.6	0.5	0.1	0.1	0.5	0
医療ソーシャルワーカー	専任	0.8	0.4	0.6	1.1	0.9	0.3	0.8
	非専任	0.3	0	0.5	0.6	0.1	0.4	0
薬剤師	専任	0	0	0	0	0	0	0
	非専任	0.2	0.1	0.1	0.3	0.1	0.1	1.3
歯科医師	専任	0	0	0	0	0	0	0
	非専任	0.1	0	0.7	0	0	0	0
介護支援専門員	専任	0.4	0.4	0.2	0.3	0.6	0.4	0
	非専任	0.3	0.1	1.0	0.2	0.2	0.3	0.8
事務職員	専任	0.9	0.9	0.4	0.6	1.5	0.8	1.0
	非専任	0.9	0.9	0.8	1.1	0.9	0.5	0.5
その他	専任	0.3	0.1	0.1	0.1	0.8	0.1	0
	非専任	0.4	0.4	0.1	0.3	0.7	0.3	0

(2) ケアマネジャーの資格を持つ看護師と MSW の役割分担について

拠点事業において、介護支援専門員の資格を持つ看護師等及び MSW を必ず配置することとされたのは、これらの職種が様々な関係機関の調整役として、介護、医療およびソーシャルワークの専門職として必要な知識と技術を駆使して活動することを期待されたためである。

拠点事業では、これら 2 職種が中心となり活動が展開されたと考えられるが、さらに 2 職種の役割分担の状況を確認した。

ケアマネジャーの資格を持つ看護師と MSW の役割分担について、「ある」と回答した事業者が 68 カ所、「ない」と回答した事業者が 36 カ所であった。(表 14)

役割分担の内容は様々であったが、明確に役割分担がされているというよりも、大まかに看護師の役割は在宅医療の連携にあたり主に医療に関すること、MSW は主に地域のコーディネートに関することを担当しつつも、互いにオーバーラップしている状況であった。また、ケアマネジャーの資格を持つ看護師、MSW といっても職種としての能力やスキルは画一的ではなく、各職員が経験をしてきた領域によって得意分野の違いもあることから、実態に即した役割分担がされたようである。また、改めて「医療・介護に精通していることに加えて、制度についての知見を有している看護師及び MSW は、拠点活動の運営に必須であった」との意見も多かった。医療・介護連携においては、医療側からも介護側からもお互いに働きかけることが必要であるが、両者はそれを積極的に実践する能力を備えた者として、重要な役割を担ったと考えられる。

表 14 ケアマネジャーの資格をもつ看護師と MSW の役割分担の有無

ケアマネジャーの資格を持つ看護師と医療ソーシャルワーカーの役割分担	事業者数
あり	68
なし	36
不明	1

表 15 ケアマネジャーの資格をもつ看護師と MSW の役割分担 (事例)

事業者	ケアマネジャーの資格を持つ看護師	医療ソーシャルワーカー
医療法人浜仁会手稲家庭医療クリニック (北海道)	グループ診療の調整、ITを活用した医師間の情報共有、医療機関、介護事業所との在宅療養患者に係る調整、他院カンファレンス参加 (アウトリーチ)、退院患者、通院患者の在宅療養移行支援、在宅療養患者、家族との面談、相談業務など	拠点事業における地域関係機関との連絡調整、多職種連携会議の事務局、ワンストップ相談窓口業務、他医療機関・介護サービス事業所からの依頼対応、相談業務など
社会医療法人恵和会西岡病院 (北海道)	居住系施設の医療ニーズへの対応状況を把握し、助言をする。地域包括支援センター、ケアマネジャーへ医療的な助言をする。	機能強化型在支病 (診) の連携コーディネート、行政等の関係機関との調整、退院調整、社会資源の把握と開拓。
十和田市十和田市立中央病院 (青森)	・外来・入院患者・家族、地域のケアマネからの訪問診療の依頼に対応し、早期に在宅医療へつなげるよう介護保険サービスなどの案内や、ケアマネや訪看との連絡調整をする。 また在宅訪問診療中の方の「医療的相談」にも対応する。 ・多職種合同の会議、研修会、市民講演会、訪問支援 (出前講座等) を企画し実施する。	・ケアマネ看護師と同様に、訪問診療の相談・依頼を受け、多職種との連絡調整等を行う。 また、在宅移行へ向けて「退院調整」や「社会的相談」にも対応する。 ・多職種合同の会議・研修会、市民講演会、訪問支援 (出前講座等) を企画し実施する。
株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション (東京都)	介護保険を含め、地域の各窓口への連携の実働、医師と介護の連携の実働	経済面も含めて、各地域資源との相談支援、家族支援
医療法人真誠会 (鳥取県)	訪問看護ステーションにおける多職種連携の課題に対する解決策の抽出、人材育成、災害発生時に備えた対応策の検討	効率的な医療提供のための多職種連携のための各機関への働きかけ、人材育成、地域住民への啓発
医療法人聖真会渭南病院 (高知県)	医療機関、地域包括支援センターとの連絡、ケアマネジャー相談窓口、退院調整会議への提言	資源調査、社会福祉協議会、民生委員・自治会との連絡

5. 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取組方針について

ここでは、拠点事業の開始以前の地域の在宅医療・介護が抱える課題とそれに基づいて設定された取組み方針について述べる（拠点事業の開始後に会議で抽出された課題等については、Ⅱ-7-(2)を参照）。

地域の人口構成等の特徴として高齢化率が高い、一人暮らしの高齢者が多い、一方医療・介護資源としては、在宅医療に取り組む診療所数が少ない、一人医師診療所が多い、診療所医師の高齢化、訪問看護ステーションが少ない、医療従事者の不足等が背景にあり、需要と供給のバランスを図っていくために医療と介護の連携が必須であったという内容がもっとも多かった。反対に、都市部では、医療資源は潤沢であるが、急性期を脱すると在宅療養の準備が不十分なまま退院という現状があり、高齢者の在宅療養は医療と介護の両面での支援が必要にもかかわらず、機関を越えた連携、職種を越えた連携が不十分という状況もあった。

また、これまでも在宅医療・介護の連携に取り組んでいる地域においては、今後の在宅医療・介護への需要の高まりを鑑みると、在宅医療の更なる担い手の確保や、診療所と連携病院、専門医、歯科医師等との連携、多職種間の連携等を充実、強化させる必要があるという課題が挙げられていた。多職種との連携については、これまでも多職種を対象とした勉強会等を開催し、介護従事者や行政担当者等も含めた多職種が顔を合わせる機会を設けてきたが、各参加者が全般的な知識・技術を学ぶ段階に留まっていた、参加者が同じメンバーに限定されてきた、参加者が減少してきたという課題もあった。

これらの課題に対する取組み方針としては、要約すると、地域の医療機関と協働可能な環境を整備する、関係者の誰もが参加可能な在宅医療体制を構築する、継続性のある在宅医療介護連携体制を目指すといった内容が設定されていた。またこれまで培われた連携を活かすことが重要であることから、連携を再構築する、発展させるといった方針も立てられていた。個別の取組み方策については、7つの取組みを中心として、地域で課題となっている事項を解決するための取組みを重点的、優先的に取り組むことが計画されていた。

表 16 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取組方針について（事例）

		背景	課題	取組方針
長野県須坂市	市町村	<p><拠点事業介入前の状況></p> <p>① 平成22年4月から須坂市・小布施町・高山村（三市町村）が須高地域医療福祉ネットワーク推進室を設置し、多機関の構成による「須高地域医療福祉推進協議会」を立ち上げ、多職種による専門委員会（第2専門委員会）を定例開催していた。</p> <p>② 23年度に実施した住民アンケートから、在宅療養へのニーズは「自宅で看取りができる体制づくりをしてほしい」「24時間体制と切れ目のないサービスを願っていた」「在宅療養は家族に負担がかかる」等が把握できた。</p>	<p>ア) 住民の安全を支え、医療関係者の負担軽減にもなる、在宅医療者の24時間サポート体制の構築が必要。</p> <p>イ) 退院前のカンファレンスの効果的な開催と地域連携の検討が必要。</p> <p>ウ) 在宅で看取りができる須高地域づくりへの取組が必要。</p> <p>エ) 地域内の介護施設における嚥下困難食形態の統一が必要。</p> <p>オ) 災害発生時でも在宅療養が継続できる対応策の検討が必要。</p>	<p>ア) 取組方針:在宅療養者の緊急対応を24時間体制で実施できるように、地域の3病院と医師会・訪問看護ステーション・3市町村で検討する。</p> <p>イ) 取組方針:拠点に配置した、2人の推進員が長野県立須坂病院と新生病院で開催されるカンファレンスに参画し、多職種や地域との連携の視点から課題抽出し、改善について検討する。</p> <p>ウ) 取組方針:地域住民にリビング・ウィルの文化を育むために、集いの開催や地域で統一した「生前意思表示」を作成していく。</p> <p>エ) 取組方針:地域の入所型の介護・福祉関係施設の栄養職員を集め、情報共有と研修会を開催していく。</p> <p>オ) 取組方針:医療器具装着者の停電への対応について優先的に考える。</p>
富山県上市町	市町村	<p>高齢化が進み在宅療養者が増加している中で、診療所は全て一人医師診療所、診療所数の減少、訪問看護師の不足等医療資源は限られている。その中で24時間対応の在宅医療の提供が求められてきており、それに対応するには、病院による後方支援体制の整備と近隣町村を含めた範囲での医療と介護の連携が必要である。</p>	<p>これまでも町村単位で地域ケア会議や研修会が地域包括支援センター主催で開催されてきたが、ケアマネジャーが中心であり、医師や歯科医師、薬剤師は対象となっておらず、多職種が一堂に会する場がなかった。また、病連携、病診連携、医療と訪問看護の連携、訪問看護と地域包括支援センターの連携、地域包括支援センターと介護サービス事業所との連携と直近の関係機関間での連携はある程度取れているものの、それを超える連携については、不十分であった。</p>	<p>そのため、「顔の見える関係づくり」を主眼に情報交換、事例検討や研修を通じ、職種間の相互理解を深め、連携を推進することとした。</p> <p>また、富山県は65歳以上人口当たり介護施設定員数が全国5位と施設が比較的多く、また町内にも総合病院、介護老人福祉施設、介護老人保健施設等があり、入院・入所を希望する意識が高い傾向にある。在宅医療を推進するには、まずは在宅医療に関心をもってもらうことが必要であり、講演会やパンフレットを通じた普及啓発に取り組むこととした。</p>
熊本市	市町村	<p>本市においては、全国平均よりは緩やかなもの高齢化の進展により、2010年から2025年にかけて、高齢者が31%増加すると見込まれている。また、高齢者は医療・介護の需要が高いため、現在の受療行動が変化しないと仮定すれば、高齢者の医療需要は34.3%、介護需要は41.1%増加すると推計され、今後は通院困難な要介護度の高い高齢者や認知症の高齢者が増加することが予想されている。</p> <p>一方、本市が平成23年度に実施したアンケート調査によると、訪問看護ステーションを利用している患者や家族の満足度は高いという結果が得られてお、在宅療養を希望する人が、自宅や住み慣れた地域で安心して生活できる体制づくりが必要となってきた。</p> <p>このように、今後、高齢化の進展や高齢者の価値観の多様化に伴い、例えば病気があっても可能な限り住み慣れた地域で自分らしく過ごすことができるQOLを重視した医療が求められており、在宅医療のニーズは今後ますます増加していくものと予想されている。</p>	<p>本市においては、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの数は全国平均よりも多く、在宅医療の提供体制はある程度整っていると思われるが、実際の訪問診療等の在宅医療サービスの提供数は全国平均を下回っている。また、在宅医療に熱心な医師や地域包括支援センターが中心となり、多職種連携に積極的に取り組み、円滑な連携を行っている地域もあるが、今のところ、この取り組みが市内全域に広がっているとはいえない状況である。今後、地域ごとの特色を活かしながら、多職種連携による取り組みを市内全域に拡大し、熊本市内のいずれの地域においても多職種による充実した連携体制のもと、市民が安心して質の高い在宅医療を受けられるような提供体制の整備が必要であり、多職種による「顔の見える」関係づくりによって、地域ごとに包括的かつ継続的な在宅医療提供体制を構築することが大きな課題である。</p>	<p>在宅療養を希望する市民が、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、在宅医療・介護の連携による地域の在宅ケア提供体制の整備を目指していく。なお、その実現のためには、関係機関と連携を図りながら、行政への期待を考慮し、行政が担うべき役割を整理していくこととした。</p>
公益社団法人 茨城県看護協会	医療関係 団体	<p>事業実施地域である水戸市における在宅医療・介護に関しては、その現状・課題について、十分に把握できていない状況であり、また、当該地域では、個々の関係機関のつながりはあるものの、行政・医療・介護の関係団体が一堂に会して地域医療について検討する場はなかった。</p> <p>そこで、本事業では、「地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築する」ことを長期目標とし、今年度は、「在宅医療の現状・資源・課題等の共有と対応策の検討」、「地域の在宅医療に関わる多職種のネットワーク化」を中心に取り組むこととした。</p>	<p>23年度までの取組みで明らかとなった課題</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問看護サポートセンターの機能強化 2. 多職種との連携強化 3. 病院と訪問看護ステーションの連携強化 4. 訪問看護師確保の支援 5. 行政の課題（在宅医療推進のための窓口の設置等） 	<p>○事業目標</p> <p>長期目標:訪問看護の安定供給と在宅療養環境の充実</p> <p>○「使いたいときに使える訪問看護」の体制整備</p> <p>○包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築</p> <p>中期目標:</p> <p>○訪問看護師、訪問看護ステーションの利用者の増加</p> <p>○地域における医療と介護の連携、多職種協働の推進</p> <p>○災害発生時にもサービスを継続できる連携体制の推進</p> <p>短期目標(24年度目標):</p> <p>○訪問看護の安定供給</p> <p>○地域の在宅医療に関わる多職種のネットワーク化</p> <p>○在宅医療の現状・資源・課題等の共有、対応策の検討</p> <p>○病院から在宅への円滑な移行のためのモデルシステムの構築</p>

地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取組方針について（事例）

		背景	課題	取組み方針
社団法人板橋区医師会(東京都)	医療関係団体	板橋区は人口約53万人、高齢者比は20.7%である。高島平地域は区内で最も高齢者人口の多い地域であり、40年前に建設されたマンモス団地の入居者の多くは前期高齢者となり、現在高齢者比は43.1%、4～5年後に後期高齢者となり高齢者比は約60%に達すると予測されている。 また、板橋区には、二つの大学病院、二つの旧都立病院を含む30以上の病院がある。高島平地域にも、板橋区医師会立の病院を含む二つの急性期病院があり、医療資源の潤沢な地域である。一方で、急性期を脱すると在宅療養の準備が不十分なまま退院という現状があり、高齢者の在宅療養は医療と介護の両面での支援が必要にもかかわらず、機関を越えた連携、職種を越えた連携が十分とは言えない。	・急性期医療、維持期療養、看取り療養（施設含む）における連携システムの構築と教育 ・介護支援専門員の多くは介護職・福祉職で、医療的支援に関するサポートの必要性 ・自助、共助の限界地域における医療・介護情報の効率的提供の必要性 ・災害時の効率的な救援に関する連携とその検討の必要性 ・区民意識の啓発	・板橋区医師会が行っている先行事業を活用し、さらに発展させる。 ・地域、医療機関、施設に向きアウトリーチを行い、介護力不足や認知症を抱える区民の療養を支援する。 ・療養支援のための地域資源情報を一元化する。 ・療養支援職種の連携強化、研修の実施、負担軽減に努める。 ・地域包括支援センターとの連携による医療・介護の共同支援を行う。
一般社団法人玉名郡市医師会 玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター(熊本県)	医療関係団体	玉名郡市においても他の地方同様に高齢化の進行も顕著である一方で、東西南北に広い圏域内でも医療資源や介護資源が点在しており、圏域内でも地域に応じた課題が見られる。その中でも共通した課題の一つが医療と介護の連携を含めた多職種連携による地域包括ケアの実践であった。20年ほど前より玉名郡市医師会は隣接する荒尾市医師会と共に有明地域医療保健福祉連絡協議会を設置し、医療・保健・福祉分野において市町村・医師会・各種専門職団体を交えた協議の場を設けていた。その中からかかりつけ医推進活動などを含めた在宅医療を図る上での土台育成は図れていた。しかし、社会情勢も変化する中で、在宅医療に関する議論も必要となってきたが、生活圏も分散する2次医療圏域では十分な議論は深まらず、協議会の活動も縮小している現状がみられた。また、診療所医師の高齢化や在宅医療を担う医師の負担の増大(24時間・365日の呪縛)などの結果、当該地域においての在宅医療をより充実するためにも多職種連携による在宅医療の新たな取組みが必要となった。		そこで玉名郡市医師会では医師会立病院である玉名地域保健医療センターを連携拠点とし、センター内にある医療連携室をその具体的な活動の事務局と位置付け、次の二つの方針の下、拠点活動に取り組むこととなった。 1つ、「誰もが参加可能な在宅医療体制の構築」 1つ、「継続性のある在宅医療連携拠点事業を目指す」 尚、医師会理事会では上記方針の下、医師会長自らが『たまの取り組みを「玉名方式」とし全国に恥じめ拠点活動を行うことを目指す』と宣言し、拠点活動の展開を図ることとなった。
22 一般社団法人浦添市医師会(沖縄県)	医療関係団体	本拠点事業者である浦添市医師会では拠点事業を開始する以前から「浦添市在宅医療ネットワーク」(平成21年設立)の取組みを展開し、在宅主治医の紹介、主治医・副主治医の連携体制の構築、在宅医療に携わる医師による検討会を行ってきた。 しかし、今後の在宅医療・介護への需要の高まりや連携強化の必要性を鑑みると、在宅療養支援診療所(現在、市内に14ヶ所)の更なる担い手の確保や、診療所と連携病院、専門医、歯科医師等との連携、多職種間の連携強化という課題を抱えてきた。 中でも多職種との連携については、多職種を対象とした勉強会等を開催し、介護従事者や行政担当者等も含めた多職種が顔を合わせる機会を一定設けてきた一方で、各参加者が全般的な知識・技術を学ぶ段階に留まっていた。		そこで、本事業では、特に改善が必要な医療職と介護職間の連携を促進するため、具体的な手法の提供(症例に基づくグループワークの実施、情報共有の仕組みの提供)を行う方針を設けた。
医療法人社団まほし会(兵庫県)	病院	医療と介護が連携するための会議等は行政と医師会が中心となり定期的に開催されていたが、介護系事業所の参加に比べ、特に医療系の参加者が少なく形式的なものに止まっていた。介護と医療の連携の問題点や課題は、①医師特に関業医との連携(連絡方法や面談の申し入れの時間調整、情報共有等)、②医療機関側の介護保険に対する理解不足によるもの等が問題点、課題であり互いのサービスがつながるといふより、引き継ぐと言った状況で互いが連携できていないことが在宅医療推進の障壁となっていた。在宅医療を提供する医師、在宅医療を理解する医師も少なく、考え方も様々であり、これらが医師同士の連携の妨げとなっていた。よって地域住民は在宅医療サービスについての情報不足のため在宅医療を選択することができなかった。		このような状況を踏まえ、拠点事業所として次の方針を立て活動を開始した。 ①医師会と行政との連携強化を図り事業所は事務局として調整役に徹すること ②拠点事業所として自らが在宅支援病院強化型を届出し、在宅医療を実施する開業医のバックアップ体制を強化すること ③地域住民から在宅医療を普及させ行政や医師会を地域から動かすこと
綾川町国民健康保険陶病院(香川県)	病院	綾川町は、地域包括医療・ケアの拠点として、医療、保健、福祉が一体的になった「十瓶の里」を整備している。ここには、綾川町国民健康保険陶病院(一般35床、医療型療養28床)を中心として、国保総合保健施設えがお(町健康福祉課保健部門、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、老人介護支援センター、病児保育室)、介護老人保健施設あやがわがあり、地域の事業所と連携し、「地域包括ケアシステムの拠点として安心・安全のまちづくり」に貢献している。在宅医療やそれに関連したサービスとしては、人口約2万5千人の町内に在宅療養支援病院・支援診療所が4ヶ所、訪問看護ステーション3ヶ所、通所リハビリ4ヶ所、また、介護サービス事業所も比較的多い。在宅療養支援病院・支援診療所は、いずれも在宅医療に積極的に取り組んでいる。	地域の課題として、以下の4項目があがった。 (1) 介護支援専門員中心の担当者会議は地域包括支援センターが主催し行われているが、町全体の多職種多機関連携の会がなかった。 (2) 医療依存度が高い利用者の緊急入院先・レスパイト・ケア先が少ない (3) 地域住民に対する在宅医療サービスの周知不足から在宅医療に関心が薄い。 (4) 地域の急性期病院関係者の在宅医療に対する理解がない。	課題に対する取組みとして、以下の方針を決定した。 (1) 定期的に全体会を開催し、多職種間の交流を図る。 (2) 在宅療養支援病院として、できる限り緊急入院・レスパイト・ケアを受け入れる。 (3) 住民に対して在宅医療の啓蒙を図る取り組みを行う。 (4) 急性期病院職員に対し研修会を開催、在宅医療の現状を知ってもらい退院支援につなげる。 全体としては、これらの事業を元に、「顔の見える関係づくり」を構築を目指すこととした。

6. 拠点事業の立ち上げについて

拠点事業の立ち上げにあたっては、まず、事業者内で拠点の事務局機能を担う部署や担当チームが設置された（拠点事業に配置した職員については、Ⅲ-4を参照）。実施主体が診療所、病院である場合は、事務局の職員は新たに採用された場合と事業者の職員から選ばれた場合があった。拠点事業で必ず設置することとされていたケアマネ資格をもつ看護師とMSWについては、事業者内に適切な人材がない場合、採用に苦労したという事業者もみられた。事業所内に担当チームを設置し、事務局として事業の進め方を検討したり進捗管理のための会議を定期的に行った事業者もあった。

市町村である事業者については、担当部署を決定することからスタートしていた。市町村では地域医療推進のための「地域医療推進室」等が設置されているケースもあるが、多くは医療に関する施策等を担当する部署がなく、医師会等との医療関係団体と関係が深い健康関係主管部局が担当したケース、組織横断的にプロジェクトチームを設置したケース等があった。

次に関係団体、機関への協力依頼が行われていたが、この活動は過去の関係団体、機関との関係性に大きく依拠していた。市町村である拠点事業者は、介護関係者についてはすでに関係が構築されており、医療関係者についても事業は異なるが協力関係を得ていることから、協力依頼に苦労したケースは少なかったようである。医療関係団体についても、すでに行政及び介護関係者との関係は構築されており、同様であった。一方、病院、診療所である拠点事業者については、一医療機関として行政、医療関係団体、介護関係者等に協力を求めることは簡単ではなかった。特に病院、診療所が市町村に協力を求めた場合、市町村が拠点事業者である時と同様に担当窓口がない等の理由ですぐには協力を得られなかったことが多かった。医療機関の長が直接説明に向く、都道府県の担当部署からもアプローチしてもらうなどの工夫がされていた。その他の関係者については、一機関一機関を訪問し、丁寧に説明をして協力を仰ぐという手法が多くとられていた（「Ⅲ-9 苦労した点、うまくいかなかった点」を参照）。

その後、拠点事業の取組を関係者、関係機関で協議、合意して進めるための在宅医療・介護連携協議会等を設置した拠点事業者が多かった。協議会等の設置については、既存の連携のための会議がある地域はそれを活用して開催されていた。「立ち上げの経緯」として拠点事業者から報告された協議会等は、7つの取組のうちの「会議の開催」と内容が重複しているため、Ⅲ-7-(2)を参照のこと。

表 17 立ち上げに係る主な活動（事例）

主な活動	事業者	事業者の種類	活動の具体的な内容
（事業者内での担当部署、担当チームの設置）	釜石市	市町村	釜石市保健福祉部健康推進課地域医療連携推進室に在宅医療連携拠点チームがまいしが設置された。
	横手市地域包括支援センター	市町村	横手市福祉保健部の各課から担当を選出し、プロジェクトチームを組織し、健康福祉部全体で取り組む体制とした。 地域包括支援センターが直接の担当となりプロジェクトメンバーがバックアップ業務を行った。
	高浜市	市町村	事業の所管窓口を母子保健事業、予防接種事業や各種の健診事業など保健衛生行政を担い医師会との関係が深い保健福祉グループ（保健センター）を窓口とした。 既に整備されている市直営の「地域包括支援センター」の機能強化をすべく同一フロアに「在宅医療連携支援センター」を設置した。
	一般社団法人鶴岡地区医師会	医療関係団体	2年目は医師会内の組織を見直し、総務課の中に地域連携係という新たな部署を設け、係長を置くとともに、その下に在宅医療連携拠点事業室（はたる）を位置付けた。
	湘南真田クリニック	診療所	8月1日に「ひらつか在宅医療連携拠点事業所」を開設し、事業所職員にケアマネジャーの資格を持つ社会福祉士を雇用した（12月から更にケアマネジャーの資格を持つ看護師を雇用した）。 「ひらつか在宅医療連携拠点事業所」を支えるため、医師3名、保健師・看護師1名（後に2名）、社会福祉士1名、事務職2名による「ひらつか在宅医療連携拠点事業プロジェクト会議」を設置し、月2回の定例会を開催した。
	医療法人真誠会	病院	当法人には、450名のスタッフがいるが、各専門職（看護師、介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャー、薬剤師）におけるリーダー的な職員を、当法人と多職種をつなぐ窓口として選定し、在宅医療連携拠点事業の真誠会内部プロジェクトを立ち上げ、「チームしんせい」と命名した。「チームしんせい」は、毎週木曜日に定例ミーティングを1時間程度行い、在宅医療連携拠点事業所の活動をどのように展開していくのかを、それぞれの専門職という観点から話し合った。
（関係団体、説明、機関への協力依頼）	社団法人東広島地区医師会	医療関係団体	8月立ち上げと同時に、市の担当部署（福祉部）に医師会副会長、事務長、室長で出向き行政の担当者を決めた。（高齢者支援課・介護保険課・健康増進課・障害福祉課）担当者を決めしたが、なかなか協力体制を構築するのに時間を要した。
	手稲家庭医療クリニック	診療所	行政との関係では、札幌市が作成した「さっぽろ医療計画（平成24～29年度の6年間）」において、手稲区をモデル地区とした医療連携事業を実施していたことから、行政と一体となった取組みが可能となった。 他法人が運営する地域包括支援センターとの協働体制の実現が重要成功要因と考え、事業開始当初は幾度となく地域包括支援センターに足を運び打ち合わせを行った。地域包括支援センターが開催する地域ケア会議との関係も整理した。
	小玉医院	診療所	主要団体である「郡市歯科医師会」「秋田中央薬剤師会」「秋田県看護協会」「圏域老人福祉施設協議会」「秋田県介護老人保健施設連絡協議会」「中央地区介護支援専門員協会」のほか、地域3病院に協力依頼し、多職種合同研修会の後援も併せてお願いした。 市町村担当課への事業説明および協力依頼に回るが、この事業そのものが周知されていないこともあり、すぐには受け入れてもらえないといった状況であった。 各事業所への働きかけとしては直接説明が有効と考え、医療・介護事業所201ヶ所を訪問し、理解・協力を求めた。
	東埼玉総合病院	病院	拠点事業の立ち上げにあたり、幸手保健所、幸手市および杉戸町の行政、地域包括支援センターに、それぞれ事業説明を目的とした挨拶回りを行った。特に、地域担当医師会である、北葛北部医師会では、医師会の定例会にて事業の説明を行い、承認と積極的な参加を呼びかけた。また同時に、地域の在宅医療関連事業所49施設に訪問して、在宅医療推進へ向けた課題についてもヒアリングとアンケート調査を行った。
	ホウエン病院	病院	徳島県地域医療再生室室長様、主任事務様が美馬市高齢介護保険課と美馬市医師会を訪問して下さり、当事業の内容と人材育成事業の説明、国が示している市町村や医師会に期待する役割、資源マップ作成等の説明を行いご協力のお願いをして下さった。美馬市高齢介護保険課は少しご理解をいただいたようだが、美馬市医師会は、地域の各機関に当事業に協力するような文書を美馬市医師会として送ることはできない、都道府県リーダー研修等についても、国や県の依頼であれば参加するという答えであった。
	在宅医療・介護連携協議会等の立ち上げ	須坂市	市町村
熊本市		市町村	本拠点事業は、グランドデザインの実現に向けた取り組みの1つとして位置づけられており、平成24年度の事業立ち上げに当たっては、庁内の医療担当部署（医療政策課）および介護担当部署（高齢介護福祉課）が協力して取り組むとともに、在宅医療を提供する多職種協働による支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を図るため、「くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会」（以下、「検討会」という）を設置した。なお、検討会は、医療関係者および介護関係者から構成され、委員は関係団体からの推薦とした。
公益社団法人茨城県看護協会		医療関係団体	全県の行政・職能団体で構成する在宅医療連携推進協議会（以下「協議会」とする）及び、市内の行政・職能団体で構成する在宅医療連携推進協議会検討部会（以下「検討部会」とする）を設置した。 協議会は、事業概要の計画（事業目標・計画）立案や事業結果の評価を担う組織として位置付けた。また、検討部会は、計画された事業の実施に向け内容を具体化するとともに、実際の活動から現場の課題等を集約し、協議会へ提案する役割を担う組織として位置付けた。
東埼玉病院		病院	事業対象地域が2市1町と広範囲であったため、それぞれの自治体の首長及び政策担当部門に事業の必要性を説き、事業への参加呼びかけを行った。 、医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、理学療法士、MSW、栄養士、社会福祉士、介護支援専門員、介護士、社会福祉協議会職員、保健所、県、市、町の行政職員まで広がり、総勢120名の多職種で構成する連田市 白岡市 宮代町 在宅医療連携推進協議会（以下、「協議会」という）を立ち上げるに至った。

7. 拠点により行われた取組み

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

地域の医療・福祉資源の把握については、収集した情報の利用目的によって把握方法や把握する内容等が検討されていた。利用目的としては、資源情報を整理した上で視覚的にわかりやすくしたマップを作成し、ホームページで広く一般に公開するケースが多かったが、在宅医療・介護連携を行う関係機関が連携を取りやすくするための情報収集も多く見られた。またこれら両方を行った事業所も多かった。

一般向けの情報提供を目的とした場合は、医療機関等の基本情報（電話番号、アクセス、診療科目、診療時間等）に加えて、在宅医療の提供の有無等を医療機関等に調査し、調査先に掲載の了解を得た上で公開していた。また、一般向けの医療・介護資源に関する情報は、すでに公開されているものがあるが、その後の変更等が反映されていないため、内容を最新の情報に更新したという取組みもあった。情報公開の方法は、誰でも利用でき、また変更がしやすい等の理由でインターネット上に公開する場合が最も多かったが、インターネットを利用しない高齢者には情報が届かないという理由から、特に人口が少なく高齢化率の高い地域においては、冊子を作成して全戸配布したという地域もあった。

在宅医療・介護連携を行う関係機関の連携に役立つ情報収集としては、公開情報だけではその機関の具体的な機能はわからないことから、アンケート調査が行われていた。アンケート調査の方法は、郵送、FAXが多かったが、調査対象機関を個別に訪問し、面接によって情報収集を行っていた事業所もあった。調査項目は、調査対象によって異なっており、連携を行う医療機関等に対する情報収集の内容としては、在宅医療への対応の有無、24時間体制の有無、看取りへの対応の有無、ケアマネジャーが各診療所医師と直接相談、情報交換を希望する場合のアポイントの取り方、手段、対応可能な曜日や時間等を把握していた。訪問看護ステーションに対しては、認定看護師の有無、精神の訪問看護の可否等、薬局に対しては訪問薬剤指導の有無、麻薬の取扱い、一包化の実施等を把握していた。入居施設に対しては、訪問診療、訪問看護など外部サービスの利用の可否、医療依存度の高い利用者の受け入れ基準等を把握していた。

収集した情報の活用方法については、リスト化して関係機関に冊子で配布したり、連携機関で構築している共有のシステムに掲載したりしていた。

医療・福祉資源情報の活用による効果等については、資源情報の利用目的にかかわらず、地域の医療・福祉資源に関する最新情報を市民や関係者に提供できていた。また、情報収集のためのアンケートを実施したことにより地域資源の量だけでなく機能も把握することで、結果として地域で不足している機能等が明確になり、本事業に取り組むに当たっての課題が把握できた。これらの情報は、在宅医療・介護連携関連の会議や研修、普及啓発の基礎資料としても利用された。

また、診療所医師に対する連絡可能時間や方法は、(5) 地域包括支援センターおよびケアマネジャーを対象とした支援としても有用であった。

医療・福祉資源の把握における課題として、情報収集のアンケートを行うにあたって、事前に行行政や医師会等の医療関係団体に説明を行ったうえで実施したところ、高い回答率が得られた一方、民間医療機関が行う調査には協力できないとして回答を得られなかったという問題もあった。また、資源情報の公開については、医療機関等の承諾を得て行なわれていたが、公開の承諾を得られない機関もあったようである（「Ⅲ-9 苦勞した

点、うまくいかなかった点」を参照)。

情報収集にあたっては、情報収集の目的や利用範囲、協力する医療機関等にどのようなメリットがあるのか等を十分に説明の上で実施する必要があると考えられた。また、作成した資源マップやリストの今後の展開として、年に1回更新を行っていく、十分でない情報について追加していく、資源マップやリストを活用してもらえるよう周知する等が予定されていた。

表 18 医療・介護資源の把握の例

利用者	情報収集の方法	アンケート調査の対象	情報収集の項目	公表方法
<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療・介護連携の関係者 ● 特定の機関（当該医療機関の在宅医療連携室のみで利用等） ● 一般市民 ● 特定の疾患を抱えた患者（認知症等） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 公表情報 ● 公的統計 ● 医師会等が公表している情報 ● WAMNET ● アンケート調査（郵送・FAX・電話・訪問） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院、診療所 ● 在宅療養支援診療所/病院 ● 訪問看護ステーション ● 居宅サービス事業所 ● 居宅介護支援事業所 ● 老人福祉施設 ● 介護保険施設 ● 薬局 ● 歯科診療所 ● 地域包括支援センター 	<ul style="list-style-type: none"> ● 住所 ● 電話番号、FAX ● メールアドレス ● ホームページアドレス ● アクセス ● 診療科目 ● 診療時間 ● 相談窓口担当者 ● 在宅医療の提供の有無 ● 医療行為等の受入基準 ● 看取りの有無 ● 麻薬処方の有無 ● ケアマネとの面会、連絡が可能な時間帯、方法等 	<ul style="list-style-type: none"> ● ホームページ ● 連携機関で開設しているシステム上での公表 ● 冊子（全関係機関に配布、全戸配布、特定の機関及び者に配布）

(2) 会議の開催

① 会議の開催状況

拠点事業者で開催された会議では、主に、地域における課題の抽出、それに基づく拠点事業の運営方針の決定、個別の取組の企画、立案と年間計画の策定、進捗管理及び事業評価等の検討等を行っていた。拠点事業者が市町村や医師会等の場合は、在宅医療・介護の連携のみならず地域医療連携全体について議論をする会議であったり、地域包括ケア推進のための課題の検討を行う会議と一体的に運営され、その下部組織として拠点事業の運営会議が設置されていることもあった。

また母体となる会議の他に、規模が大きい市町村では地域ごとに会議が設置されていたり、「24時間対応が可能な連携体制の構築」を目的とする等のテーマ別の会議が下部組織として設置されていた。

会議の位置づけとしては、医療関係団体の代表者、介護関係団体の代表者等が幅広く参加し、市町村全体もしくは特定の地域の在宅医療連携の合意形成やルール作りをするというレベルから、拠点事業者を中心として、連携する医療機関や介護関係機関の実務者が集まって、より具体的な連携方策や事例検討を行うというレベルまで、様々なレベルで開催されていた。

なお、地域の関係者が一同に集まる会合については、「会議」と位置づけている事業者と「研修」として位置づけている事業者があったが、当報告書では、課題の抽出と対応策の立案を主たる目的としているものは「会議」、それ以外は「研修」として扱っ

た。

会議の構成員は行政関係者が最も多く、約8割の拠点事業者の会議に参加していた。行政関係者の内訳は、市町村の介護保険・高齢者保健福祉主管課、健康関係主管課（保健センターを含む）が多く、都道府県及び保健所も参加もしていた。次に多かった構成員は郡市区医師会であり、約半数の事業者の会議に参加していた。郡市区医師会が構成員となっていたのは、実施主体が医師会もしくは市町村である場合が多いが、病院や訪問看護ステーションも医師会を構成員として組み入れていた。また、医師会が構成員となっている場合は、歯科医師会と薬剤師会も構成員となっている場合が多かった。

その他、地域の医療・介護関係者の代表者としては、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、当該地域の主たる病院、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、介護老人保健施設等が含まれていた。

② 抽出された課題、課題への対応方針及び平成24年度の取組みについて

会議で抽出された地域の在宅医療・介護の課題、課題に対してたてられた対処方針、平成24年度に行われた取組みについては、表19に主な内容を示した。事業所で抽出された課題は、多い順に下記の通りであった。

地域別では、政令指定都市でも農村地域でも抽出された課題はほぼ同様であった。地方中核都市、地方中小都市、農村地域で医療機関や医師不足が課題として挙げられた一方で、政令指定都市、政令指定都市近郊では、地域資源の把握不足が課題として挙げられていた。

- 連携不足
- 情報共有体制
- 住民への普及啓発
- 災害時の体制整備
- 相談窓口の（周知）不足
- 病院医療者の在宅医療に対する理解不足
- 24時間体制の整備

表 19 会議で抽出された主な課題と対処方針

分類項目	抽出された地域の在宅医療・介護の課題	課題に対して立てられた対処方針	平成24年度に行われた取り組み
連携不足 →対応策としての取り組みは「(3) 研修」を参照	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種間における相互理解や連携が十分でない ・多職種が顔を合わせる在宅医療に関する研修の機会が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療福祉従事者と行政が一堂に会する場として多職種連携会議を開催し、顔の見える関係づくりや連携における課題の抽出と阻害要因の検討などを実施する。 ・意識調査を実施して、各専門職の認識の特性を把握する ・多職種連携の必要性を理解してもらおう研修会を実施する。 	日常生活圏ごとに多職種連携会議を開催した。連携会議当日のグループディスカッションで抽出された多職種連携における課題と解決策の取り纏めを行い、本会としての課題解決方法を提案し、それを参加者（欠席者も含め）すべてにフィードバックし、解決策の実践を依頼した。次に、全地区合同での全体会議で、前述した解決策の実践を評価する場として提案した解決策の実践結果や意見を収集した。
情報共有体制 → (6) を参照	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種が連携するための情報共有体制ができていない。 ・多職種が活用できるタイムリーな情報共有システムの構築ができておらず、連絡・報告に時間がかかる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種が共通のフォーマットやツールを使用し情報共有を図る ・電子媒体を情報共有システムとして導入し効率的な連携を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時（退院時）情報提供票の作成と運用ルールの策定。 ・県医師会協力のもと、医師会のサーバーを活用して、在宅連携システムの開発及び試験運用。
住民への普及 → (7) を参照	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に関して地域の関心が薄い。 ・在宅療養ができるということを知らない住民が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民向け講演会などを通して在宅医療でできること等について普及啓発し、関心を高める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民や協議会委員向けに、在宅医療推進フォーラムを開催した。 ・拠点のホームページで、在宅医療を解説。事例を通じて分かりやすく解説した。
災害時の体制整備 → (8) を参照	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時の在宅患者に関する対応策が明確になっていない。 ・災害時に支援が必要な患者リストがない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要援護者情報共有システムの開発や防災マニュアルの作成。 ・医療依存度の高い患者リストの作成。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションが中心となり、在宅患者への災害対策マニュアルを作成。 ・災害時要援護者登録システムを活用してリストの作成。
相談窓口の（周知）不足 → (5) (7) を参照	住民および専門職が、在宅医療、介護について相談できる窓口がない。 相談窓口の存在が周知されていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職及び患者家族が何でも相談できる窓口を設置する。 ・場所は一般のカフェを使用してちょっとした質問や疑問にすぐ答えられる体制を作る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・『えきまえ保健室』を設置し定期的な開催を行った。 ・事務局内に在宅医療相談窓口の設置。 ・ケアマネ相談窓口の設置。
病院医療者の在宅医療に対する理解不足 → (3) (4) を参照	<ul style="list-style-type: none"> ・病院勤務の医師の在宅医療への理解が不足している。 ・病院医療者の在宅に関する知識が乏しく、在宅への退院調整が進まない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の中核病院職員向けの在宅医療普及啓発を行う。 ・在宅医療科・退院支援外来の新設 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師、訪問看護ステーション師長が地域の中核医療機関の院内勉強会に講師として参加し、在宅医療の実際を講演し、職員に関心と理解を持っていただき在宅医療連携につながるよう働きかけた。 ・医療機関内に在宅医療科・退院支援外来を設置し在宅医移行希望患者の相談受付、診察を実施した。 ・病院から在宅へ送られてきた患者のその後の様子をフィードバックする会を開催した。
24時間体制の整備 → (4) を参照	24時間対応・緊急時在宅医療に取り組む医療機関が少ない	<ul style="list-style-type: none"> ・地域のかかりつけ医の在宅診療の負担軽減のため在宅医へのヒアリング ・24時間体制を構築するためのネットワーク化 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の取り組み状況とニーズを聞き取り調査（夜間協力体制の検討協力依頼） ・複数の診療所による在宅医療機能強化

(3) 研修の実施

① 研修の開催状況について

拠点事業所において課題として挙げられた内容として最も多かった「連携不足」への対応策として、幅広い対象者に対して多岐にわたる研修を実施するケースが多かった。(表 20)

研修の内容としては、顔の見える関係作りや相互理解を目的として、在宅医療・介護連携に関係する地域の全職種が一堂に会し、自己紹介やお互いが実際にどのようなことをやっているのかを理解することからスタートしていた。小グループによるグループワークで地域の課題についての意見交換や、具体的な事例の検討を通して体験的に多職種の支援理念、支援方法を理解しようとしていた。地域においては、これまで医療や介護の関係者が同職種どうしの交流を行うことは多かったが、医療・介護関係者が一堂に会する場の設定は少なかったことから、特に介護側からはハードルが高いといわれている医師との意見交換を実現できたことは重要であった。

個別の医療・介護知識及び技術に関する研修も多くの事業所で実施されており、ニーズの高さが窺われた。口腔ケアに関する研修では、歯科医や歯科衛生士が講師となったり、これらの職種を交えた事例検討を行うことで、アセスメントの視点としての口腔ケアの重要性の認識が高まり、歯科医や歯科衛生士との連携も取りやすくなっていった。薬剤管理や薬剤師の役割に関する研修では、訪問服薬指導によって患者の服薬コンプライアンスの支援が促進され、スタッフ間でも服薬状況が共有しやすくなる等メリットを多職種で共有していた。

「病院勤務の医師の在宅医療への理解が不足している。」「病院医療者の在宅に関する知識が乏しく、在宅への退院調整が進まない。」という課題に対して、病院従事者に対する研修も行われた。地域で活用できる医療・介護資源にどのようなものがあるのか、実際にその地域ではどのような在宅医療が受けられるのか、スムーズに在宅医療へ移行するための病院としての役割は何か等が共有された。さらに進んだ取り組みとして、退院後に在宅医療に移行したケースのその後の状況を退院した病院従事者にフィードバックしたり、病院看護師が訪問診療や訪問看護に同行するなどが企画された事業所もあった。病院医療者の在宅医療・介護に対する理解を深めることは、連携にあたって非常に効果的であるが、病院医療者が集団で研修会に参加することは困難であるため、研修の開催場所や回数、時間等を考慮し、参加しやすい研修を企画することも重要である。

研修方法は、講義形式に加えて、前述したようにグループワークを通して当事者同士が意見交換をしたり、体験学習で他職種の業務を疑似体験する等の手法を取り入れていた。すべての研修の開催回数に対して、グループワークを含んでいた研修が約 50%、実習を含んでいた研修が約 35%であった。(図 5) グループ・ディスカッションや実践的経験は、講義や読み物などの受動的学習に比べて教育効果が高いと言われており、拠点事業においては効果的な研修が展開されたと言える。

研修回数は 1 事業所あたり平均 10.4 回であった。研修に 1 回以上参加した診療所は実数で 13.0 ケ所、病院は 7.4 ケ所、訪問看護事業所は 8.4 ケ所、居宅介護支援事業所は 24.1 ケ所、訪問介護事業所は 11.6 ケ所であり、もともと事業所数が多いことから居宅介護支援事業所の参加数をもっとも多かった。職種別でもケアマネジャーが延べ 92.2 人ともっとも多く、ケアマネを対象とした研修が多かったことと、ケアマネの研

修に対するニーズの高さが表れていると考えられる。診療所からの参加者としては、医師がもっとも多く、在宅医療のキーパーソンであるとともに、在宅医療へ取り組んでもらうための導入研修等が開催されたためと考えられる。(表 21)



表 20 実施された研修の主な内容、対象者等

項目	対象者	テーマ	具体例（講義、グループワーク、実習等）
多職種連携	全職種	他地域の先進事例	県外で訪問診療を積極的に取り組んでいる医師を講師として講義を行った。
			先行する地域での多職種連携について講義を受けた後、当地域での課題とその解決策についてグループディスカッション
	全職種	拠点事業の説明	・県担当者より、事業の説明 ・前年度受託事業所による実践報告 ・本年度県内受託事業所からの活動予定報告
	全職種	顔の見える関係づくり、相互理解	・医師、看護師と介護職間のコミュニケーションを考えた。（聴き方、話し方、態度、無意識に使っている専門用語） ・多職種が参加する退院調整会議をロールプレイしお互いの職種を理解した。
	全職種	事例検討	地域包括支援センターが事例提供者となり、三者の連携がうまくいかなかった事例に対して、三者がそれぞれの職種としての関わり方について（どの対応が悪かった、他に何ができた、他の職種にどうしてもらいたかった等）検討を行った。
個別の医療、介護技術に関すること	全職種	がん、緩和ケア	末期がん患者の退院前カンファレンスを想定したロールプレイ
	全職種	口腔ケア	在宅での口腔ケア・嚥下リハについての講演・実技研修
	全職種	栄養管理	高齢者の特徴、隠れ低栄養について、MNAスクリーニングツール、事例を交えた活用方法
	全職種	薬剤管理	薬剤師の訪問服薬指導でがんの病気に応じた薬物療法が可能となった事例を多職種で検討
	全職種	救命	・消防本部と協働し、普通救命講習として実現 ・救急指導医による急変時の対応策の講義 ・救急現場での救命処置のシミュレーション訓練
ケアマネ、介護職の医療知識向上	主にケアマネ	ケアマネのスキル向上	サービス担当者会議のモニタリングのOJT、訪問診療同行、訪問看護同行、ケアマネ事業所ケースカンファレンス傍聴
		医療依存度の高いケースのケアマネジメント	医療依存度の高い悪性腫瘍、難病等のケアマネジメントに関する研修
病院との連携	病院医師	大学病院医師の在宅医療への理解	実際に大学病院から在宅導入となった事例を通して、大学病院医師と在宅医との間で在宅医療に対する共通理解・共通認識を構築する。
	病院看護師	病棟看護師の在宅医療への理解	訪問診療同行、訪問看護同行、講義（「訪問看護概論」、「在宅における医療処置の工夫」）、新患導入面接への同席
老健等施設向け	主に施設従事者	看取り	看取りにほとんど携わったことのない介護老人保健施設の職員に対して、実際の看取りに向けた研修会・グループワークを行った。
在宅医の連携強化又は在宅医療普及	医師	診診連携	在宅医療における看取りについてグループワークを通して考え、主治医不在時のバックアップ体制として支え合いグループを構築した。
		強化型在支診	強化型在支診の実際の活動、診療報酬、決まりなどについての講義
学生の体験学習	医学部学生	在宅医療実習	・講義 医療保険、介護保険について 後方支援施設である老人保健施設について講義、見学 ・在宅療養支援について診療所の役割とその特長について診療見学 ・訪問診療、訪問看護帯同

図 5 研修方法（重複回答）

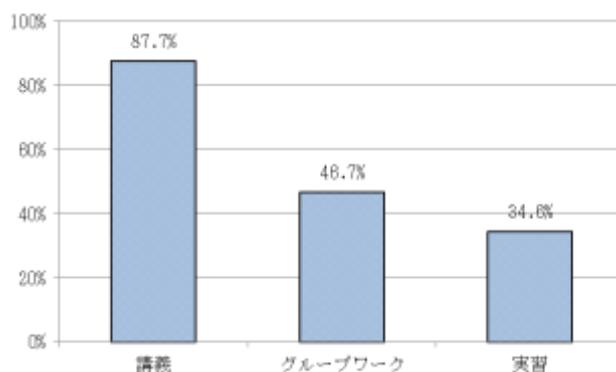


表 21 研修参加機関数と参加人数

医療・介護関係機関	1回以上参加した機関数 (1事業所あたり)				職種	参加人数 (1事業所あたり)	
	実数	N	延べ	N		延べ	N
診療所	13.0	73	19.6	7	医師	24.4	88
					看護職員	14.9	70
					その他	28.0	51
病院	7.4	75	27.0	7	医師	9.1	81
					看護職員	45.9	82
					MSW	15.3	77
					リハビリ職種	30.7	11
訪問看護事業所	8.4	75	11.0	4	看護職員	28.0	82
					リハビリ職種	7.1	7
居宅介護支援事業所	24.1	73	38.5	6	ケアマネジャー	92.2	94
訪問介護事業所	11.6	70	5.8	6	介護士	39.1	88

② 研修の効果等について

研修の効果としては、多くの事業者において研修後のアンケートが実施されており、「わかりやすかった」「すぐに業務に役立てられそう」等の感想が聞かれていた。また、個別の医療・介護の知識や技術に関する研修では、研修前後でアンケートを行い、修得の程度を客観的に測定している事業所もあった。さらに、研修で人材のスキルを高めたことにより、「初めて看取りを行った施設が2施設あった」等の在宅医療連携における体制の充実という効果を達成していた事業所もあった（「IV 拠点事業の効果」も参照）。

表 22 研修の効果（事例）

事業者	研修名	対象者	内容	効果
石巻市立病院開成仮診療所（宮城県）	地域の医療、福祉、介護従事者への研修	医師 薬剤師 ケアマネジャー 看護師 訪問介護員	地域包括ケア、地域包括ケアシステム、地域医療連携	多職種共同の研修会は交流の良い機会であるが、顔の見える関係づくりには講演のような一方的研修ではなく、グループワークを織り交ぜることが必要である。顔の見える関係を作る良い機会となったか？ <u>GWありになった90%、GWなしになった43%</u>
社会医療法人恵和会西岡病院（北海道）	終末期カリキュラム研修会	医師 看護職 ケアマネジャー 施設管理者 介護職	地域、施設で看取り対応ができるように、グループワークで課題の抽出をし、事例報告会、医療機器体験会などの内容を年間を通して行うカリキュラム研修	看取りを経験したことのない介護職が約46%いたが、研修を行い、平成24年度内に初めて看取り介護を行った施設が2施設あった。
仙台往診クリニック（宮城県）	在宅医療体験実習	病院職員	・在宅医療概要 ・訪問診療への同行訪問	在宅医療体験実習では、病院従事者が在宅医療の内容を体験し、退院支援など業務に対する考え方が変わったと全員が回答している。
社会医療法人財団慈泉会地域在宅医療支援センター（長野県）	医療的ケアに係る介護職員への研修	ケアマネジャー 介護士	高齢者に問題となる、肺炎予防も含めた呼吸ケアの知識	・出席者は、拠点事業単独の場合52名と少なかったが、他事業体との共同開催のものについては100名以上（認知症：連携：第1回185名、第2回112名）の参加者があり、普及啓発には効果があった。 ・連携についての研修は、その他はケアマネジャーの参加者が約80%と多く、ケアマネジャーの意識は高い。しかし、直接支援者は約10%と少なく、関心が薄いことが伺える。
	介護職員へのスキルアップ研修	ケアマネジャー 介護士 介護士他介護従事者	認知症患者の理解	・医療的ケアについては、看護師の参加者が見込める ・シリーズ内での研修で、グループワークのある研修は参加者が185名⇒112名と減少していることから、グループワークは敬遠されやすい
	医療度の高い療養者の連携を考える研修	医療機関 在宅医療 介護従事者	医療度の高い在宅療養者の支援について	・連携の意識の変化を伺える、コメントが寄せられ意識の変化が生まれた。

事例紹介 金沢赤十字病院

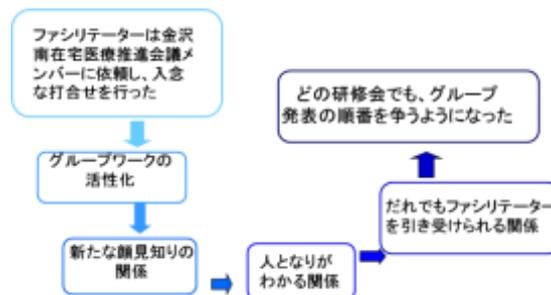
■ 研修会の開催状況と全体の評価

研修会回数	グループワークを伴う多職種連携研修会 10回 講義形式の専門研修会 4回
参加人数	15回の延べ参加者 876名
参加平均人数	62.6人
ニーズ充足度	関心のあるテーマであったかは、4.7/5.0点
満足度	仕事に役立つかは、4.5/5.0点
目標達成度	シラバスの目標を達成できたかは、4.3/5.0点
新たな顔見知り	多職種連携研修会では、4.6人と新たに顔見知りになった
研修参加施設	全施設 551のうち、211施設から参加があった

■ 多職種連携のための研修会の評価

	テーマ	参加者	対象	ニーズ (5点満点中) ※1	新たに顔 見知り になった人数 (人) ※2	満足度 (5点満点 中) ※2	目標達成度 (5点満点中)	分かったこと
第1回	HD4.7.2 ケアマネージャーと地域包括支援センターとの連携を考える	90名	CM 医師	4.7	/	4.3	※1 研修の目的が達成された上で評価 4.0	・CM、包括双方の関心が高い ・お互いにコミュニケーションをとりたいと盛んでいる。 ・CM個人のスキルアップが必要
第2回	HD4.10.3 一般業医の行う在宅医療、地域連携	90名	在宅医療に携わる職種	4.8	4.5	4.6	※1 在宅医療の理解が深まった上で評価 4.2	・021地域の多職種連携について関心が高く、連携は必要であると考えている。 ・多職種と医師、医師同士は顔見知りの関係になることを盛んでいる。
第3回	HD4.10.11 そもそもリハビリって何?	107名	リハビリに関心がある職種	4.7	4.4	4.2	※1 在宅医療の理解が深まった上で評価 3.3	・CMのリハビリへの関心が高い
第4回	HD4.10.26 ロケケアの基本を考える	55名	ロケケアに携わる全職種	4.5 ※1 関心があるテーマで評価	6	4.3	※1 目標の達成が解決で評価 4.0	・ロケケアに関する関心が高い ・新たに顔見知りになった人数=GWの人数から、GWが活発に行えた。
第5回	HD4.11.5 お薬のお悩み解決します	56名	医師 訪問看護師 CM	4.8 ※1 関心があるテーマで評価	6	4.5	※1 目標の達成が解決で評価 4.2	・CMの在宅薬剤師への関心が高い ・新たに顔見知りになった人数=GWの人数から、GWが活発に行えた。
第6回	HD4.11.13 これだけ知っておきたい糖尿病の基本	17名	施設職員	/	/	/	/	/
第7回	HD4.11.22 在宅医療における薬剤師との連携	49名	在宅の薬剤師管理に携わる全職種	4.9	3.6	4.8	※1 薬剤師の在宅勤務がイメージできた上で評価 4.7	・021地区の高層63箇所内、20箇所が参加。そのうち80%のみ在宅勤務を行っている。 →在宅勤務に取り組んでいる薬剤師が少ない
第8回	HD4.12.4 PT・OT・ST 流し 自立に向けた支援方法の見つけ方	51名	リハビリに関心がある全職種	4.6	4.3	/	※1 リハビリへの理解が深まった上で評価 4.5	・リハビリ療法士が、「身近にいない」「気軽に相談できない」と回答した人が66.7%いた。 ・多職種が身近に相談できるリハビリ療法士を求めている。
第9回	HD5.1.20 グループワークに必要なファシリテータースキル	20名	金沢南センター	4.8	5.2	4.7	※1 今後本学んだスキルが活かせるように評価 4.5	・グループワークが中心の研修会であり、顔見知りの関係が広がった。(最高20人)
第10回	HD5.1.24 高齢者の血統管理の目標は?	16名	施設職員	4.9	2.8	5.0	※1 今後研修会や生活支援に生かせるか?で評価 3.0	・介護の現場で英語できる医療者の知識を学べたことに満足感が高いことが分かった。 ・施設間のコミュニケーションの場となった。

■ 多職種連携研修会のグループワークの変化



(4) 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築

① 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の実施状況について

24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築は、患者にとっても医療・介護提供者にとっても安心して在宅医療・介護に取り組むために重要なシステムであるが、拠点の取り組みとしては最も達成が困難な事業であったと考えられた。

まず、24 時間 365 日の対応をどのような範囲で整備するかは拠点事業者によって考え方が様々であった。拠点事業者が病院、診療所である場合は、すでに拠点事業者自身において 24 時間 365 日の医療提供体制が構築されているため、特に取り組みを行わなかった事業者も多かった。

一つの医療機関において 24 時間 365 日の対応が可能であることは重要であるが、多くの特に医師 1 人の診療所では不可能であることから、地域の複数の機関が連携することにより 24 時間 365 日の対応体制を構築することが望ましい。診診、病診連携の医療機関へのインセンティブとして、「機能強化型在宅療養支援診療所」があることから、グループ形成を促すケースが多かった。説明会や意見交換会だけでなく、アウトリーチを行っている地域もあった。これらでは、新たに診療所、病院、訪問看護ステーションを含めた連携体制が構築された、すでに構築されていたグループに新たな診療所が参加した等の成果が認められた。一方、年度内にはグループ形成の提案までしかできず、引き続き調整をすすめていきたいという地域もあった。複数の医療機関の連携は、数が多いほど一つの機関の負担は少なくなるが、逆にルール作りは難しくなるという側面がある。これらの取り組みは医療機関同士の連携であることから、推進役、仲介役として医師会等の医療関係団体の関与は必須であり、実際に本事業でも、医師会が実施主体である拠点事業者において、これらの取り組みがもっとも推進された。

一方、複数の医療機関の連携ではなく、単独での取り組みであるが、僻地に新たに診療所を開設し、都市型の複数医師体制の在宅医療専門クリニックから僻地診療所に医師が交代で勤務し、24 時間対応で支援する診療体制を整えた事例もあった。

また、病院と診療所の連携に取り組んでいる場合は、病院及び診療所の数や地理分布、またお互いの関係性を考慮し、例えば病院が 24 時間 365 日体制を組むことによって地域の診療所を在宅医療に取り組みやすくするという事例や、病院の負担を減らすために地域の診療所が 24 時間 365 日体制を組んだという事例もあった。

拠点事業者が病院の場合、夜間、週末の地域の緊急患者の受入を拠点事業者が行う、救急指定病院ではないが特定の曜日に緊急の受入を行う等の取り決めを行った事例もあった。

何らかの 24 時間 365 日の医療提供体制を連携により構築できた地域は、拠点事業に取り組む以前から地域の医療・介護関係機関がお互いの状況を理解するための協議を重ね、参加機関にとって負担感が少ないシステムづくりが丁寧に進められていたといえる。このような粘り強い取り組みが行われてきたのは、24 時間 365 日体制の構築が、地域住民および在宅医療・介護提供機関全体の中で重要な機能を果たすことが認識されていることに他ならない。

② 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の具体例（後方支援病床確保のための取り組み）

在宅医療を推進していくためには在宅患者の急変時等に対応できる後方支援の病床確保が重要である。病院である拠点事業者や連携している病院において、後方支援病床を確保しているケースは5カ所程度であった。このうち今回の拠点事業において新たに取り組みを行い、かつ構築できた事例を示す。

事例紹介 バッグベッド・レスパイト入院受け入れ手順書等 (福岡県宗像医師会)

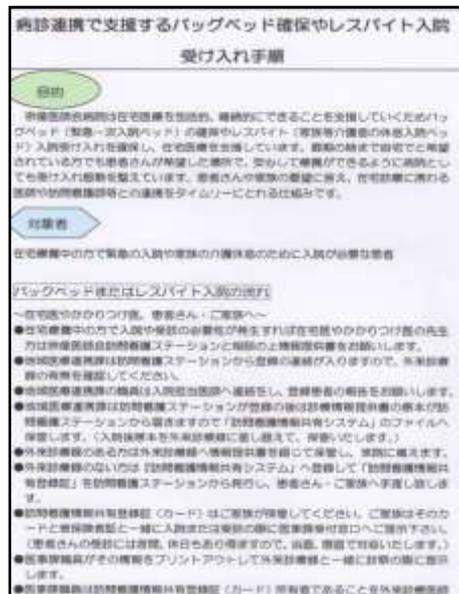
平成 24 年 3 月から宗像医師会病院と在宅医師、訪問看護師、介護支援専門員からの患者情報を登録して「訪問看護情報共有システム」を構築し、共同で運用している。宗像医師会病院に受診歴がない患者でも登録することで後方支援病院に緊急時いつでも入院できる病床の確保と患者情報を共有するこのシステムは、登録後は「訪問看護情報共有登録証」を発行している。受診の際に登録証を病院窓口に掲示をすることで、入院までの流れも円滑になり、本人・家族にかかる負担も軽減した。患者・家族にとっては安心が担保できるシステムである。このシステムを宗像医師会病院地域医療連携課と協議し、医療者用と患者・ご家族用のための説明書を作成し、バッグベッド・レスパイト入院受け入れ手順書として整備した。使用した医師は、「この説明書があれば忙しい診療の合間でも説明できるので助かる」と評価を得た。平成 24 年 3 月より登録患者は 15 名で、11 名は自宅での看取り、2 名は緊急入院、現在 2 名が待機登録をしている。緊急時にいつでも受け入れてくれるバックベッドを予め確保することによって、患者・家族・在宅スタッフが不安なく在宅医療に専念することができ、結果的に在宅での看取りに繋がるケースが多いことを実感し、むなかた地域の在宅医療・介護の連携に最も効果があった。



訪問看護情報共有登録証



患者・ご家族用のための説明書



バッグベッド・レスパイト入院受け入れ手順書

事例紹介 在宅医療支援病床（愛知県津島市）

レスパイト入院については、国立長寿医療研究センターに視察訪問し、在宅療養支援病棟をモデルに社会実験として、津島市民病院に5床の在宅医療支援病床を確保することについて、市民病院と調整を進め、要綱、運用手順等を作成し、平成25年7月実施に向け、詳細な詰めを行っている。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

① 地域包括支援センターの支援ニーズについて

地域包括支援センターでは包括的・継続的ケアマネジメント業務を行うことになっており、具体的には居宅介護支援事業所の介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践できる環境を整備するという「面」の業務と、個々の介護支援専門員が利用者を援助している際に、状況に応じて包括職員が立ち位置を変えながら介護支援専門員の実践をサポートするという「点」の業務があるとされている。拠点事業者はこれらの地域包括支援センターが行うべき業務を踏まえ、これらの業務における医療面の視点の充実や支援を行う立場から様々な取り組みが行われた。拠点事業者の役割は、包括の業務を単に代行するのではなく、当該包括が実際に行っている包括的・継続的ケアマネジメントを理解し、その医療的側面の課題を理解した上で支援を行うことが重要である。

そのため、包括を支援するにあたって、アンケート調査や聞き取り調査を行った事業者が複数あった。それらの調査等の中から主に包括が抱える課題として抽出された内容を列挙する。(表23)

表 23 地域包括支援センターにおける主な在宅医療の課題

在宅療養支援に関して困っていること
<ul style="list-style-type: none">・往診医の決め方、探し方が良く分からない。・24時間対応の看取りをする往診医は少なく、特定の医師に依頼している。・病院医師との連絡が取りにくく、病院の相談できる窓口がはっきりしていない。・医療処置があると、ショートステイの受け入れが困難。・単身者・認知症患者の訪問診療が入りにくい。
医療機関に対して
<ul style="list-style-type: none">・病院の医師と診療所の医師がもっと連携して欲しい。・病院スタッフは、在宅医療の事をもっとしっかり知って欲しい。・医療機関同士の連携の場に、地域包括支援センターも加えて欲しい。・退院支援をもっと早く始めて欲しい・同じ病院なのに地域包括支援センターに連絡してくる人がバラバラなど、病院の退院支援の流れが不明確である。・ケアマネジャーが、医療依存度の高い患者の事を相談できる窓口が必要である。
ケアマネジャーに対して
<ul style="list-style-type: none">・訪問看護師と連携を取って欲しい。退院直後は病状が不安定で医療の必要性が高く、訪問看護のニーズが高いことを認識してほしい。

② 支援の実施状況について

地域包括等への支援として、もっとも多く実施されていた活動は、地域包括等で開催される地域ケア会議や介護支援専門員連絡会等への参加であった。個別レベルの地域ケア会議（地域包括支援センター単位）とは、多職種協働のもと、フォーマルのみならずインフォーマルな資源やサービスも活用しながら、個別ケースの支援内容の検討を行い、その積み重ねを通し関係者の課題解決能力の向上や地域包括支援ネットワークを構築するための手法として位置づけられているが、同会議に医療関係者の参加が少ないことが課題であった。拠点事業では同会議に医療関係者が参加するよう工夫し、同会議で意見交換等を行うのみならず、実際に退院時カンファレンスへの同行支援を行った事業者もあった。

アウトリーチ（訪問）の状況としては、地域包括支援センターに対して行った拠点事業者が 83 カ所（79%）でもっとも多く、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、短期入所施設と続いた。拠点事業所でアウトリーチを担当した職員は、看護師と MSW が多かった。アウトリーチの対象職種としては、地域包括、居宅介護支援事業所ではケアマネがもっとも多く、訪問介護事業所では介護職、短期入所施設では相談員であった。アウトリーチ先の平均事業所数は、地域包括支援センターでは平均 3.9 カ所、平均訪問回数は 10.1 回であった。居宅介護支援事業所へのアウトリーチがもっとも多く、平均事業所数は 13.5 カ所、平均訪問回数は 22.5 回であった。（表 24）

なお、医療的な内容の相談を受け付ける相談窓口の設置も多くの拠点事業者が取り組んでいた。相談内容としては、ショートステイ、レスパイト、介護施設、訪問診療を実施している医療機関等の医療資源の紹介や、個別の症例への対応として、末期がん患者、難病患者、認知症の患者等の病態や病状等の相談が多かった。

表 24 地域包括支援センター等に対するアウトリーチ支援の状況

アウトリーチ支援先	取り組んだ拠点事業者数	拠点で担当した職員の職種	事業所数	アウトリーチの対象職種	事業所数	アウトリーチ先の平均事業所数	アウトリーチの平均回数(延)
地域包括支援センター	83	看護師	49	ケアマネ	55	3.9	10.1
				保健師	20		
		MSW	30	社会福祉士	20		
				看護師	9		
居宅介護支援事業所	66	社会福祉士	17	所長	4	13.5	22.5
				その他	11		
		ケアマネ	13	ケアマネ	64		
訪問介護事業所	45	医師	10	社会福祉士	2	6.0	13.3
				その他	2		
短期入所施設	38		21	介護職	29	4.1	8.9
				管理者	8		
				看護師	5		
				相談員	12		
				介護職	8		
				ケアマネ	7		
				管理者	6		
				その他	8		

(6) 効率的な情報共有のための取組（地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など）

① 情報共有において活用している手段について

地域の在宅医療、介護提供者間の情報共有において活用している手段は、多い順に電話、対面、FAX、メール、連絡ノートであった。もっとも活用している手段は電話であった。

電話の利点は、簡単にすぐ連絡が取れることであり、欠点は聞き違いや誤解の恐れ、記録が残らない等が挙げられた。対面の利点は、顔が見えることで意思疎通が図りやすいこと、欠点は時間調整が困難であることであった。FAXやメールの利点は、相手の都合を選ばない、記録が残ることであり、欠点はタイムラグが生じることであった。それぞれの手段には利点と欠点があり、時と場合に応じて複数の手段を組み合わせ活用していた。（図6、表25）

図6 情報共有の手段（活用している拠点事業者数）

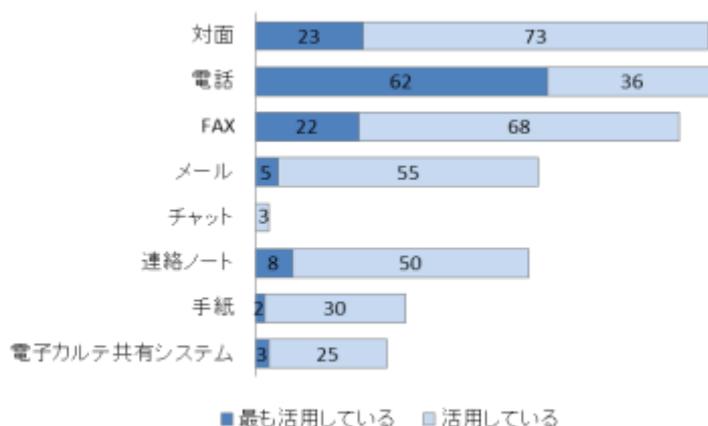


表25 手段ごとの主な利点と欠点

	利点	欠点
対面	顔が見えることで、意思疎通が図りやすい。 細かいニュアンスが伝わる。	時間調整が困難である。
電話	簡単に連絡がとれる。 すぐに連絡がとれる。(即時性)	つながらないことがある。 複雑な内容になると聞き違いや誤解が生じる恐れがある。 記録が残らない。
FAX	相手の都合を選ばない。 記録に残る。 一斉に送ることができる。	記載が面倒。 誤送信の可能性がある、個人情報漏洩のリスクがある。 タイムラグが生じる。 返事があるかどうかわからない。
メール	(FAXと同内容) 動画や写真を送れる。 外からもアクセスすることができる。	(FAXと同内容) パソコンがない事業所がある。 緊急時の対応がしにくい。
チャット	同時に数人と会話ができる。 TV会議だと対面と同じような情報交換ができる。	時間が拘束される。 普及していない。
連絡ノート	家族を含めた関係者全員が情報共有できる。 ITが苦手な方でも気軽に使える。	患者宅に行かないと見られない。 タイムリーに情報のやりとりができない。
手紙	誰でも利用できる。 記録に残る。消印も有効。	コストがかかる。 伝達時間が遅い。
電子カルテ共有システム	医療情報の確認ができる。 多職種で情報共有ができる。	システム等のインフラ整備に多額の費用がかかる。 個人情報保護への配慮が必要。

② 地域連携クリティカルパスの活用について

地域において活用されている地域連携クリティカルパスとしては、拠点事業の開始以前から作成・活用されている事例が多く、種類別では、脳卒中、がん（各種がんを含む）、大腿骨骨折、糖尿病、心筋梗塞（心疾患を含む）が多かった。がん、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病の地域連携パスについては、医療計画におけるプロセス指標としても導入が推奨されており、脳卒中、大腿骨骨折については診療報酬による評価があることから高い導入率であったと考えられる。今回の拠点事業においては、脳卒中疾患における急性期から回復期に加えて、今回維持期（生活期）を追加作成した事業者もあった。

表 26 活用している地域連携クリティカルパスの種類（既存）

既存の地域連携クリティカルパス	パス数
脳卒中	54
がん(各種がんを含む)	43
大腿骨骨折	35
糖尿病	11
心筋梗塞(心疾患を含む)	10
胃ろう	3
地域連携	3
認知症	2
緩和ケア	2
その他	11

③ 地域の在宅医療・介護連携のための統一様式

地域の在宅医療・介護連携のための統一様式としては、今回の拠点事業において、すべての医療・介護従事者間での情報共有システムを構築したケースが多かった。医療・介護従事者間で、患者の同意に基づき患者の医療・介護情報を一元的に集約し、共有することで、患者への聞き取り等の負担を少なくし、医療・介護従事者間で統一した情報を元に治療やケアを提供でき、結果的に患者の治療効果の向上や QOL の向上につながったと考えられる。情報共有の内容としては、地域の実情を踏まえて設定されており、患者情報、健康状態、ADL、服薬状況、カルテ情報等多岐にわたった。

情報共有システムとして ICT を活用するにあたっては、人的な在宅医療・介護の連携が構築されていることが前提であり、ICT の構築自体が目的化しないよう注意が必要である。また、ICT 導入にあたっては、関係者間の調整に加えて、システム関係の特有の知識が求められる等、手探りで取り組むには限界もある。結果的に拠点事業で ICT を構築した地域でも、すべてが成功例ではなかった。

なお、ICT の活用については、下記の研究事業で全拠点事業者に対する ICT の活用状況等に関する調査や好事例の収集等を行い、さらには「市町村主体で在宅医療介護連携 ICT システムを整備するための考え方と進め方」も整理しており、今後の参考としていただきたい。

平成 24 年度厚生労働科学特別研究事業「在宅医療介護連携を進めるため情報共有と ICT 活用」

表 27 統一様式の種類（既存および新規）

統一した様式	既存	今回の拠点事業で作成
全関係者での情報共有様式	4	12
ケアマネから主治医への連絡様式	15	6
多職種から主治医への連絡様式	1	1
入院時の情報提供様式	7	4
退院時の情報提供様式	3	7
入退院時の情報提供様式	2	2
訪問歯科診療関係様式	2	3
診療情報提供書	0	2
スクリーニングのための様式	1	2
その他の様式	12	29

(7) 地域住民への普及啓発

① 普及啓発の実施状況について

地域住民が在宅医療への関心や理解が少ないことは、多くのケースで課題としており、地域住民への普及・啓発として、シンポジウムの開催、ホームページを活用した情報発信、相談窓口の設置について 70 以上の拠点事業所で取り組まれていた。（表 28）

シンポジウムの内容としては、在宅医療・介護の普及を図るため、多職種がシンポジストとなり、それぞれの立場から地域でどのような支援が提供されているかが報告されていた。民生委員や実際に在宅医療・介護を体験した家族をシンポジストとしたり、プログラムに在宅医療・介護に関する寸劇を取り入れたりするなど、住民が在宅医療・介護を理解しやすいように、また自身の問題として考えてもらう工夫がなされていた。シンポジウムの評価として、アンケートを実施した拠点事業者では、在宅医療・介護への理解が進んだ、興味がわいた等の効果がみられていた。（表 29）

相談窓口の設置については、1 日のみの設置されたケースから、365 日開設の相談室まで設置形態は様々であった。開設回数および相談者数の中央値から 1 開設あたりの相談数を計算すると、2～3 件であり、相談室の開設にあたっては利用者数を増やす工夫も必要と思われた。相談窓口をパブリックスペースに開設した事業者もあり、専門職による住民の支援だけでなく、住民同士の共助が育まれる効果を生み出していた。

その他の普及・啓発の取り組みとしては、地域に出向いての講演会、相談会が多かった。高齢者かつ独居世帯数が多い上に交通手段がないなどの理由から、地域内で開催される催し行事に併せて拠点職員や地域の医師、薬剤師、訪問看護師が在宅医療や介護に関する普及啓発活動を行っていたケースもあった。また、地域住民の相談に応じ、必要な支援を行っている民生委員や健康づくり推進員等のキーパーソンへの普及・啓発を優先的に行っているケースもあった。地域で開催されている町内会や老人会の会合等での講演では、地域住民の声を直接聞くことができたという効果を挙げている事業者が多かった。

リーフレットや小冊子を作成したケースも多く、内容としては、主に「在宅医療とは何か」「在宅医療連携拠点事業の取り組み」「在宅医療・介護に関する相談窓口の紹介」等が掲載されていた。配布先は人口が少ない地域では全戸配布、その他の地域では市町村窓口や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会等へ配布していた。（表 32）

表 28 地域住民への普及・啓発の取り組み状況

	実施事業者数	回数(年間)				読者数、閲覧数、参加者数、相談者数			
		平均値	最大値	最小値	中央値	平均値	最大値	最小値	中央値
シンポジウムの開催	75	2.0	8	1	1.0	317	1,004	10	243
ホームページを活用した情報発信	74	7.6	60	1	2.5	17,725	84,000	60	8,257
相談窓口の設置	72	88.4	365	1	14.5	320	4,700	0	37
広報誌の発行	43	5.9	92	1	3.0	16,788	170,000	100	3,500

表 29 シンポジウムの内容(事例)

	事業者	シンポジウムの内容
埼玉県	社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス(埼玉県)東埼玉総合病院	<p>「明日をつくる市民公開講座」(2日間)</p> <p>「今からできる『漂流しない老後』の備え」と題し、住み慣れた家での生活を支える医療として在宅医療の紹介と、老後に向けて備えたり、考えたりしておきたい事項についての三名の演者によるシンポジウムを行った。</p> <p>1) 在宅医療と介護の使い方(医師)</p> <p>2) 老後にかかる費用(ファイナンシャルプランナー)</p> <p>3) 支えあいのコミュニティづくり(コミュニティーカフェ経営)</p> <p>とくに支えあいのコミュニティづくりでは、地域コミュニティとの関係が希薄な東京へ通勤していた地域住民が、どのようにして地域コミュニティへ参加していくかについて、具体的な指南を頂いた。</p>
静岡県	社会福祉法人天竜厚生会(静岡県)	<p>「地域で元気に暮らし続けるための支え合い～地域、遠方に暮らす家族、近隣住民と共に～」</p> <p>遠方にいるご家族・近隣住民との繋がりや支え合いをテーマとしたシンポジウムは、コーディネーターを地域包括支援センターの職員が務め、パネリストとして地域の医師、病院の保健師、NPO法人(地域の見守り支援を行うNPO法人)職員、民生委員、遠方にいらっしゃるご家族をお招きした。</p> <p>都市部への人口流出に伴い、中山間地域の住民にとってご家族が遠方にいる方も多く、ご家族・近隣との繋がりや支え合いは大変重要となっている。</p> <p>遠方にいるご家族には、各関係機関に依頼をし、ご了解のとれたご家族にシンポジウムの案内文を発送させていただいた。</p>
愛知県	医療法人井上内科クリニック(愛知県)	<p>「ご存じですか？高齢者の在宅医療」～自宅で家族と過ごしたい～</p> <p>協賛：一宮市、後援：一宮市医師会</p> <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・寸劇で在宅医療を分かりやすく紹介した。 ・医師、看護師、市職員、包括、ケアマネジャー、民生委員の多職種が協力して寸劇を行った。 ・講演は在宅医療を行っている医師の立場から、また、家族を在宅で看ている立場からお話をしてもらった。 <p>【アンケート結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> — 在宅医療について理解できたか 75% — 在宅医療について興味をもったか 83% <p>【準備期間】</p> <p>寸劇は5カ月前から、シナリオを考え、キャストを集め始め、練習はシンポジウムの3カ月前からスタートした。</p>
広島県	社団法人東広島地区医師会(広島県)	<p>1回目のアンケート結果より、「自然死」についての要望があり企画をした。「在宅医療」「終末期の在り方」を含む内容の普及・啓発の市民講座とした。</p> <p>「平穏死—10の条件」講師：長尾和宏氏(参加者690名)</p> <p>【アンケート結果】</p> <p>アンケート結果からは、「やっと自分が望む時代地域になってきている」「お医者さまから患者中心を期待する」「自然死を迎えたい」「自分の最後は自分で決めたい」など多くの反響があった。</p>
山口県	医療生協建文会宇部協立病院(山口県)	<p>市民講演会「家は包む、いのちを包む」徳永進氏(鳥取市野の花診療所院長)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前に市内各所にポスター貼付、中学校にちらし配布など、広報活動した効果もあって参加者は264名にのぼった。その40%余りは一般市民・患者・患者家族であり、医療関係者以外がこれだけ大勢在宅医療について講演を聞く機会は宇部市で始めてであったといってもよい。 ・年齢層は50歳台、60歳台、40歳台が多く、70%の方が在宅医療を知るのに「とても役立った」と回答している。 ・これには、宇部市民である介護家族の方の体験談(介護者であるご自分の時間・生活も大事にしなが、神経難病の夫を長年介護され、前立腺がんを併発後も、夫の最期を子供・孫たちと自宅で看取られた)もおおいに役立ったと思われる。

表 30 相談窓口の相談担当者の配置状況

相談窓口の相談対応者	配置事業者数
看護師(ケアマネ資格を持つ者を含む)	37
MSW	33
社会福祉士	9
医師	4
ケアマネ	3
その他	22

表 31 相談窓口の設置状況 (事例)

	拠点事業所	相談窓口の設置状況等
茨城県	医療法人博仁会 志村大宮病院	<p>コミュニティーカフェ「バンホフ」での「えきまえ保健室」の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護の相談窓口として、駅前にあるカフェの一角に「えきまえ保健室」を開設し、気軽に医療・介護の相談ができる場所を作りました。 ・コミュニティーの場に集まり、会話をしているなかで、住民同士が自発的に支えあって問題解決していく事もできるのではないかと考えます。目的をもって相談に行くのではなく、出かけた先に相談できる場所があり、相談内容がその場で解決しなくても、次につないでくれることで、安心感をもつことができると考えます。
愛媛県	社会福祉法人恩賜財団済生会 松山訪問看護ステーション	<p>「まちの保健室てくるん」</p> <p>松山市の2拠点事業所(ひなたぼっこ)と共同で開催</p> <p>【相談事業の内容】</p> <p>場所 松山市中央商店街の大街道内の「市民交流スペースてくるん」の9㎡のスペース</p> <p>日時 毎月・木の13時～18時(延べ62回)</p> <p>対象者 一般市民</p> <p>内容 相談コーナー・ベビーマッサージ</p> <p>担当者 看護師、社会福祉士</p> <p>【効果】</p> <p>同じ担当者が受け持ちであることから、継続した支援ができた。その結果、相談内容が解決できた。</p>

表 32 その他の普及・啓発の取り組み状況

その他の普及・啓発の取り組み	実施事業者数
出張講演会、相談会	22
パンフレット、小冊子の作成、配布	15
イベントでのブース、ポスター展示	10
講演会開催	8
新聞掲載、TV放映等	8
行政広報誌への掲載	5
住民アンケートの実施	3
その他	4

(8) 災害発生時の対応策

復興枠で拠点事業を実施した事業者 52 カ所においては、災害発生時の対応策について検討、実施された。連携推進のための各種会議の中で、課題として取り上げられた上で、様々な対応策が取り組まれた。連携推進のための会議の中に災害対策委員会やワーキンググループの設置をし、災害対応策の事業の進め方を重点的に検討している事業者もあった。

マニュアル等の作成については、すでに地域で運用されている災害時の対応マニュアル等を見直したり、あまり普及していないという理由で改めて共有化を図るという取り組みが多かった。また、安否確認の役割分担や災害用のフェースシートの導入等の新たな共通ルールを作成したケースもあった。

要援護者の把握としては、在宅酸素および人工呼吸器装着患者の把握に取り組んでいるケースが多かったが、市町村である拠点事業者では、福祉課と連携し、災害時要援護者支援システムを活用して、災害時要援護者登録情報や障害者手帳交付情報による、医療依存度の高い患者のリスト管理を作成した事例もあった。

災害対策に関する研修会としては、地域の医療介護関係機関や行政、警察、消防を対象に東日本大震災の救援活動の報告や在宅酸素患者への災害時の応急対応法等の実技指導研修会等が実施されていた。また、地域住民や民生委員を対象として研修会を実施した事業者もあった。

災害対応に関する調査としては、在宅療養、施設における災害対策の現状の把握や要介護Ⅲ以上の在宅療養者の医療機器・福祉用具等使用状況と災害発生時対応調査、台風による停電への対応に関するアンケート調査が行われていた。

表 33 災害対策の取り組み別拠点事業者数

災害対策の取り組み	実施拠点事業者数(重複あり)
災害対策委員会等の設置	3
マニュアル、共通ルール等の整備、見直し(連携機関等との共有)	7
マニュアル、共通ルール等の整備、見直し(拠点事業者内)	5
防災用資源マップの作成	2
要援護者の把握	8
災害対策に関する研修会	8
防災訓練への参加	4
災害対応に関する調査の実施	3
その他	8

8. 特に独創的又は先進的だと思う取り組み

もっとも多かった取り組みは、薬局及び歯科との連携が不十分であるという課題の対応策として、会議や研修を通じて薬局及び歯科との連携強化を図るという内容であった。その中で、薬局及び歯科との連携をシステムとして構築した地域があり、独創的、先進的な取り組みとして事例を掲載した。(表 34)

また、病院内に在宅医療科・退院支援外来や在宅医療支援病床を設置したケースがあり、病院で在宅医療を支える機能を実体的に位置づけたシステムとして先進的と言える。

会議の開催や研修の実施は、いずれも多職種間の理解を促し密な連携を図ることが目的であるが、実際にお互いの職場を体験する交流研修は独創的な取り組みであった。

拠点事業者間の交流については、長寿医療研究センターが開催した地域ブロック活動発表会や積極的な拠点事業者による任意のメーリングリストの作成等が行われていたが、今後、在宅医療・介護連携の推進における先導的役割が期待される都道府県主導での交流は先進的であるといえる。

表 34 特に独創的又は先進的だと思ふ取り組み（事例）

	拠点事業者	事業者	主な内容
薬局連携	福岡県	一般社団法人 宗像医師会 (福岡県)	宗像在宅医療支援ネットワークマニュアル 旧)「宗像在宅薬剤・医療・衛生材料供給システム」は24時間365日の在宅医療・介護提供体制の中で紹介したように、むなかた地区で平成23年度に初めて作成されている。今回「宗像在宅医療支援ネットワークマニュアル」として、名称変更し、バージョンアップして充実させた。麻薬・薬剤・医療材料(個分け可能)が24時間供給できるため、在宅療養を支える在宅医や訪問看護師は患者の苦痛の軽減やオピオイドローテーションが可能となった。
歯科連携	山形県	一般社団法人 鶴岡地区医師会 (山形県)	訪問歯科診療相談窓口の設置 歯科医へ繋ぐ窓口がない、医科と歯科との繋がりが弱いという課題から、口腔ケア提供体制の構築に向け訪問歯科診療の相談窓口を拠点に設置し、訪問歯科診療のフローチャートを作成した。
歯科連携	福井県	大野市在宅医療相談 支援センター (福井県)	訪問歯科診療システム 訪問歯科診療については、本市の場合、家族やケアマネが個別に医療機関と交渉すること無く、決められた様式を当センターにFAXするのみなので、気軽に利用しやすい。また、本システムはケアマネへの浸透度も高い。
歯科連携	千葉県	医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所 (千葉県)	歯科連携 当院では、平成23年度の在宅医療連携拠点事業で行った医科と歯科の連携の活動について、平成24年度に関しても継続的に在宅療養患者の口腔内状態把握と歯科診療・口腔ケアの必要性を検討した。 診療所で関わる在宅療養患者220名について、平成23年度より、診療所に勤務する歯科衛生士1名が医師との往診同行を継続して口腔内状態を把握した。平成23年度は在宅161名、施設68名、平成24年度は在宅82名、施設15名について新規にアセスメントを行った。歯科衛生士が口腔内、摂食、嚥下、栄養に問題があると判断した患者については、医師、看護師と共に、歯科診療・継続した口腔ケアの必要性を検討した。 主治医が歯科診療・口腔ケアが必要であると認めた者に関して、患者・家族の理解が得られた場合、地域の歯科医師に歯科診療・継続した口腔ケアを依頼した。ただし患者が終末期にあり、全身状態の低下により口腔内セルフケアが困難、経口摂取が困難となった場合等、早急な対応、連日の口腔ケアの必要がある場合は診療所に勤務する歯科衛生士が対応した。
在宅医療科	茨城県	医療法人社団 いばらき会 いばらき診療所 (茨城県)	在宅医療科・退院支援外来の設置 地域医療機関内にて、「在宅医療科・退院支援外来」として在宅移行希望患者の相談受付及び、診察を実施した。在宅医療相談窓口として入院病院からの退院に伴う在宅医療に関する相談を受けている。 在宅医療コーディネーター育成事業を企画実施している。現在医療コーディネーター育成用のテキストを作成中であり、大学のゼミと連携し来年度9月にゼミ開始予定である。
在宅医療 支援病床	愛知県	津島市 (愛知県)	後方病床の確保 市民の安心、安全な生活を支援する市民病院が、在宅医療支援病床を5床設ける準備を進めている。市民病院がバックアップ病床を設けることにより、在宅療養者や家族が安心して在宅療養を継続することができ、また、在宅医療を担う診療所医師の負担軽減にもつながる。こうした支援を実施することで、在宅療養を希望する地域住民や訪問診療に取り組む診療所医師が増え、津島市の在宅医療の推進に寄与するものと考えている。
交流研修	長野県	長野県厚生農業協同 組合連合会 佐久総合病院 (長野県)	事業所間交流研修 医療介護の現場レベルのスタッフ間における顔の見える関係構築を目指して、「事業所間の交流研修プロジェクト」を実施した。この取り組みは地域の医療・介護事業所に研修受け入れ施設として90か所の協力得て、医療・介護スタッフが希望事業所で一日同行研修を行い、その事務局・仲介役を拠点事業所が行ったものである。特徴としては、通常勤務扱いでの研修派遣を原則とし、研修者派遣事業所と受け入れ事業所の双方に拠点事業所から手当を支払ったことである。5か月間という短い期間ではあったが、最終的には139名が交流研修に参加した。研修終了後の報告書のアンケート結果からは、交流研修を行うことによって「顔の見える関係」や「困ったときに相談できる関係」が「事業所間のソーシャル・キャピタル」が有意に改善されていることが明らかとなった。
調査	鳥取県	独立行政法人 国立病院機構 米子医療センター (鳥取県)	在宅医療対応状況調査 在宅医療対応状況調査は、医師を対象とした効率的啓発活動の根拠となるものである。105名の医師は大きく4つの群に分けられた。 各診療所の在宅医療への立ち位置が明確に示され、各種働きかけをより重点的に行う対象をはっきりさせることができ、医師会員全員に働きかけるよりも、より効率よく成果を得ることができる可能性が高い。
拠点連携	北海道	医療法人社団豊生会 東苗穂病院 医療法人 漢仁会 手稲家庭医療クリニック 医療法人財団 夕張希望の杜 夕張市立診療所 社会医療法人恵和会 西岡病院	北海道在宅医療連携拠点事業連絡会の開催 北海道保健福祉部医療政策局医療薬務課及び北海道における4拠点間で連絡会を開催した。その後、メーリングを作成し、意見交換や情報共有を行った。

9. 苦労した点、うまくいかなかった点

苦労した点、うまくいかなかった点として、市町村および医師会以外の実施主体である事拠点業者からもっとも多く挙げられた課題が市町村及び医師会との調整であった。

市町村との調整については、拠点事業の実施に関して都道府県までは周知がされていたが、市町村まで十分な周知がされておらず、都道府県から通知がない、予算を確保していない、担当部署がない等の理由で協力を得られていなかった。市町村の担当部署については、介護保険主管部局、医療保険主管部局、または健康関係主管部局かが決まるまでに時間がかかり、また複数の部局で担当する場合は役割分担が不明確等の問題があった。

医師会との調整についても、多くが一民間事業者に対する協力はできないという理由で難航していた。また拠点事業者の活動エリアによっては、複数の医師会の協力が必要であるが、各医師会で協力体制が異なったという事例もあった。

このような状況の中でも市町村の首長や医師会長に働きかける等の手法で粘り強く交渉を重ね、協力の程度には差があるものの、最終的には市町村及び医師会の協力を得て、連携体制を構築できていた。

また診療所等の民間事業者が事業を展開するにあたっては、市町村、医師会以外の関係者の協力を得ることも困難であったとの意見が多かった。

次に多かったのが、すべての実施主体から共通して挙げられた内容として、在宅医療・介護の情報共有のための ICT 活用に関することであり、多くの多職種がシステム等の活用による強化が必要だと感じている一方で、拠点事業者のシステムとの連結、費用負担、個人情報取り扱い、操作の習熟等の課題の一つひとつ取り組む必要があり、参加の働きかけが必ずしもスムーズに進んでいなかった。検討はしたものの、結果的に構築に至らなかったケースも多かった。また構築はできたものの、タブレット端末の操作をしたことがない医師や看護師、住民等が操作方法を習得することに苦労をした、在宅医療者本人の利益に結び付くように医療情報を詰め込めば詰め込むほど良いと漠然と考えていたが、実際にタブレット端末を使って訪問診療をしてみると、そのように医療提供者側が詳細情報を持っていても、どれも在宅医療介護の質を高めることには関与しなかったことを痛感したという事例もあった。

24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築も、一朝一夕では成り立たず、信頼関係の構築と粘り強い対話が必要なることを痛感した等の感想が挙げられていた。しかし、その効果の重要性に鑑みて関係者の関心は高まっており、引き続き取り組みたいとの意見が多かった。

また、地域住民を対象とした在宅医療普及のための地域フォーラムや地域サロンを開催したが、一般市民の集客が少なかったという事業者も複数あった。様々な方法を試みたが、市民の意識改革というにはほど遠いという感想を述べている事業者もあった。

その他、挙げられた点を列挙する。

- ・ 研修会を企画しても参加者が固定され、対象が広がらなかった。
- ・ 多職種会議において地域の課題を話し合うにあたり、想定内の「よくある課題」ばかりが上がってしまい、地域独自の課題と具体策に落とし込むために、準備ミーティングに多大な時間を使った。
- ・ 拠点におけるケアマネジャーの資格を持つ看護師と MSW の人材確保が困難であった。
- ・ 個人情報管理の壁があり、情報の共有とスムーズな連携に障害が大きかった。地区

医師会という一組織がハイリスク者等の個人情報を集約することは困難であり、その担い手となるのは行政であると思われる。

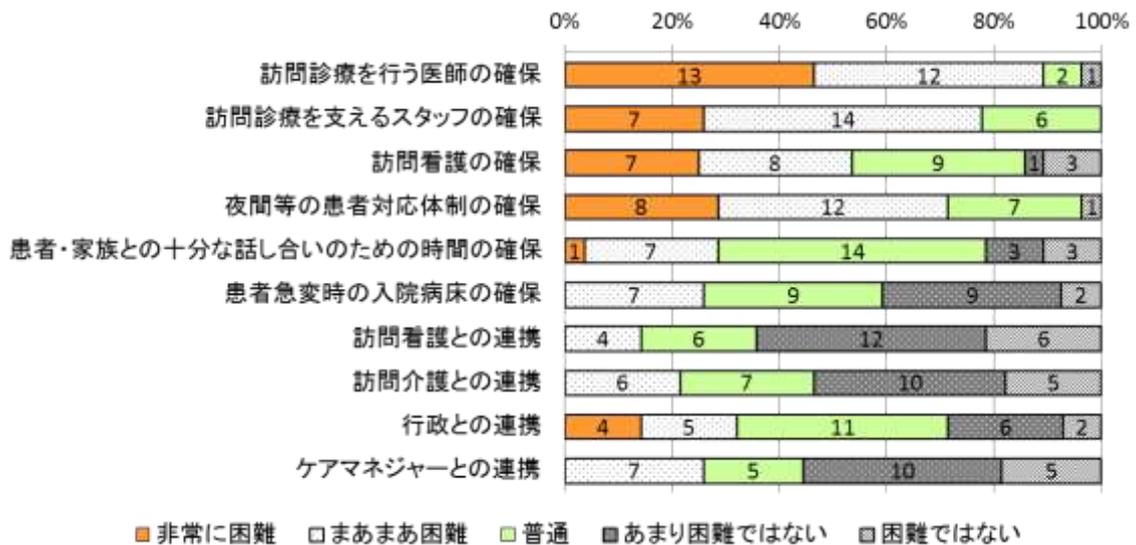
- ・ 病院内のスタッフにおいて、各々の知識や経験に差があり、在宅医療に向けた生活を支える医療への調整についてはまだ不十分なところもある。
- ・ 県主催による県内4委託事業所の連絡会はあったものの、市内3事業所の横の連携がもっとうまく取れなかったのか反省する点である。

<参考>実施主体別の在宅医療を提供する上での困難な点について

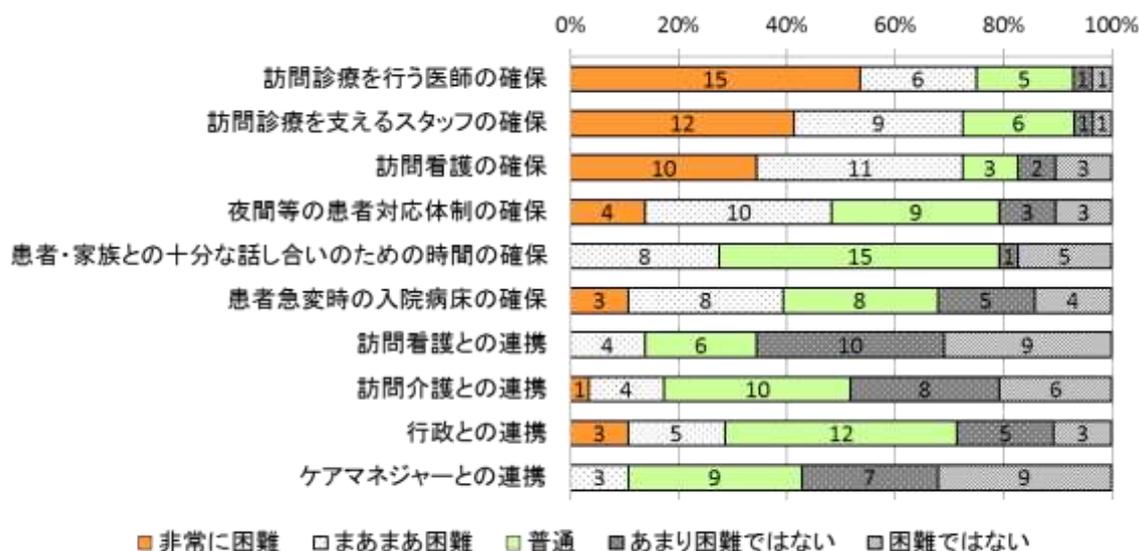
拠点事業者のうち、病院、診療所、訪問看護ステーションである事業者に在宅医療を提供する上で困難と感ずることを尋ねた。

病院と診療所では、もっとも困難なことは「訪問診療を行う医師の確保」であり、次いで「訪問診療を支えるスタッフの確保」であった。訪問看護ステーションでは、「訪問看護職員の確保」がもっとも困難との回答が多かった。「非常に困難」と「まあまあ困難」という回答が半数以上を占める事項は、病院、診療所では「訪問看護の確保」と「夜間等の患者対応体制の確保」であった。

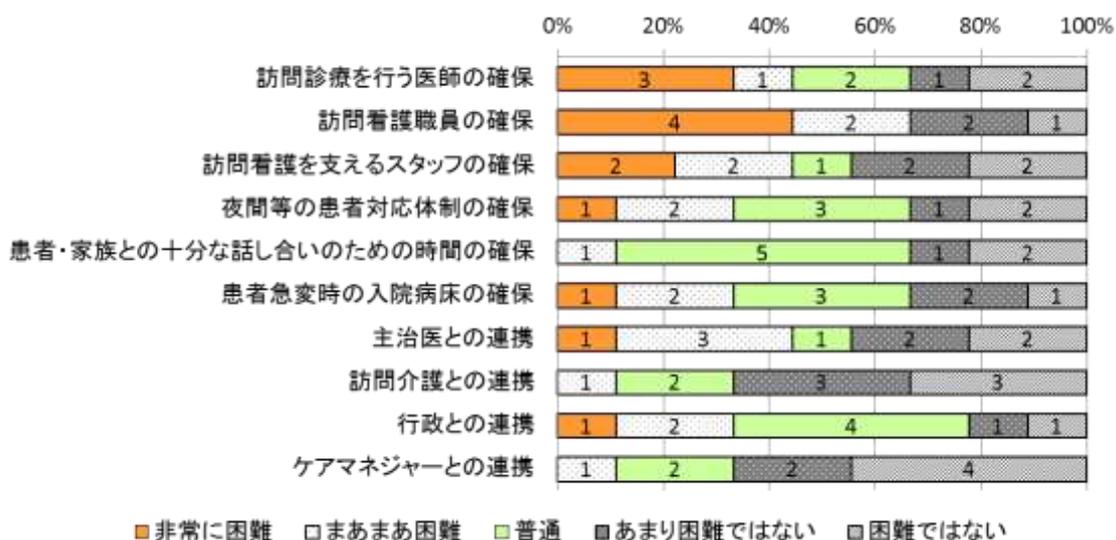
■ 病院



■ 診療所



■ 訪問看護ステーション



IV. 拠点事業の効果

1. 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組みは、30カ所以上の地域で多職種による会議や研修会の開催が挙げられた。従来、職種を超えての連携の必要性は認識されていたが、実際に実施することには様々な困難があったという。多職種が集まった会議において、行政及び関係団体と共に、地域の在宅医療・介護の現状・課題を共有し、対応策や事業の具体内容の検討を行ったことが最も効果があったと考えられていた。多職種による会議の効果として、次年度以降の継続を望む声が挙げられる等、関係者が協働して地域における在宅医療・介護を推進しようという意識が醸成されたり、参加した職能団体が自発的に新たな取り組みに着手するという波及効果も見られていた。会議の雰囲気として第1回の会合では、介護職から医療機関への「在宅医療患者を入院させてくれない」という不満が続出し、参加者間で対立的な構造を呈していたが、会合の回数を重ねるにつれて介護職からも「入院させることで問題の先送りをしていた」との反省が生まれるほどの相互理解が進んだ、と述べているケースもあった。多職種による会議及び研修会の効果としては、一部の事業者で会議や研修会が「役に立ったか」どうか等の主観的評価やコミュニケーションスキルの点数の変化が評価されていた（「Ⅱ-7-（3）の研修の実施」を参照）。

事例紹介 「顔の見える関係会議」の評価（千葉県柏市）

■ 内容

日程	テーマ	参加者数
第1回	6月21日(木) 多職種連携「うまくいった点、いかなかった点」	144
第2回	9月26日(水) 多職種連携推進のために、「各職種が在宅生活支援において何ができるか(お互いを知ろう)」	158
第3回	11月28日(水) 多職種連携推進のために「地域資源を把握しよう」	174
第4回	2月5日(水) 多職種連携の課題の解決策について「連携の柏ルールを提案しよう」	157

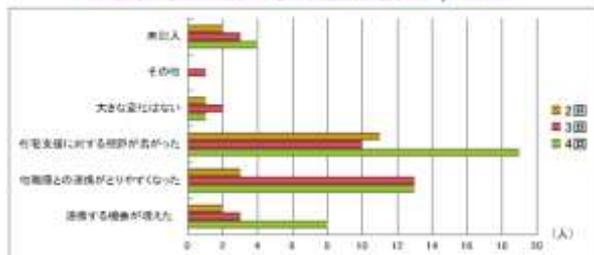
■ 参加者

医師（病院，診療所）、歯科医師，歯科衛生士、薬剤師、看護師（訪問看護，病院診療所）、病院地域連携室職員，ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、管理栄養士（在宅，病院）、理学療法士、作業療法士、介護サービス事業者、介護老人保健施設・介護老人福祉施設、ふるさと協議会・民生委員児童委員等市民、他市診療所、柏市医師会、東京大学高齢社会総合研究機構、柏市職員

■ 評価

【問】会議に参加して他職種との連携でこれまでとは変わったこと、感じたことはありますか？（第4回アンケートより）

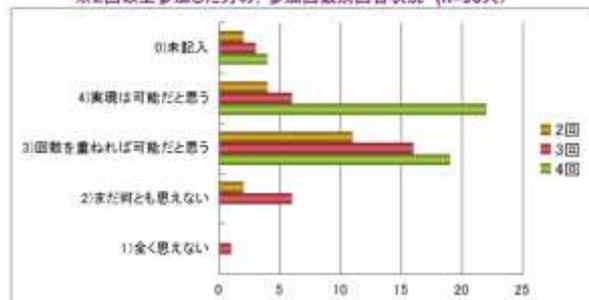
※2回以上参加した方の、参加回数別回答状況（n=96人）



4回参加した方は、3回以下の参加回数の方より「連携する機会が増えた」「連携がとりやすくなった」「視野が広がった」と回答した人数が多かった。

【問】会議を通して在宅医療・介護の連携が実現できると思いますか？（第4回アンケートより）

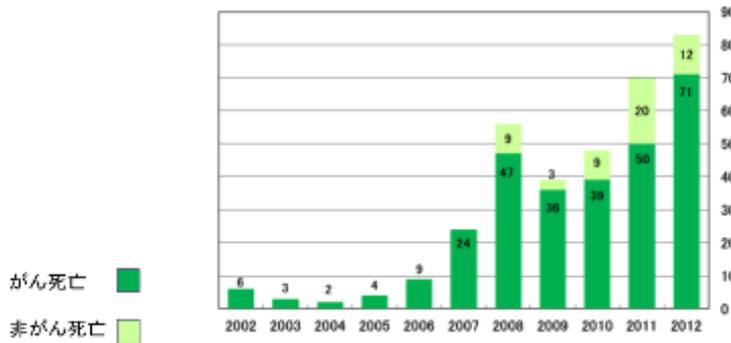
※2回以上参加した方の、参加回数別回答状況（n=96人）



○4回参加した方は未記入の4名を除く41名が「実現は可能」「回数を重ねれば可能」と回答している。特に「実現が可能」と回答した方が、「回数を重ねれば可能」を上回る結果となった。

事例紹介 拠点独自の評価指標：在宅看取り数
(青森県：十和田市立中央病院)

- 目指す方向
看取りを伴う在宅医療の普及を図るため、(病院死から在宅死へ)「地域に看取りをもどす」ことにより、「住み慣れた場所でその人らしく、最期まで安心して生活できる地域創り」を目指す
- 特徴 (取り組み内容は報告書を参照)
 - ・ 地域中核(急性期)病院が連携拠点
 - ・ 在宅看取りを前提とした、在宅医療モデル
 - ・ がん・非がんを問わず、死期が近いと見込まれる利用者が訪問診療の対象
- 取り組みのスキーム
 - ・ 医療資源が乏しい地域のため、限られた地域の医療・介護福祉資源を活用し、また教育啓発することで、継続的な看取りを伴う在宅医療を提供していく。
 - ・ 在宅支援を、生活支援(ケアマネ・介護職員等)と医療支援(訪看・保険薬局・医師等)の2つのチームに分け、専門性を生かしたケアをする。
- 効果 (在宅看取り数)



事例紹介 拠点独自の評価指標：救急車拒否率
(鹿児島県：社団法人肝属郡医師会 肝属郡医師会立病院)

- 課題
地域として急変時の対応が課題となっていた。当地域では当院が急変時受入施設として役目を担っているが、常勤医師は8年前までは17名いたが、現在8名となり、在宅療養者を含めた緊急時の受入体制が地域の課題となっていた。この課題を解決する為、地域のかかりつけ医や当院常勤医師へ受入体制の協力依頼を平成24年5月より実施した。
- 主な取り組み
 - ・ 受入可能な救急搬送車の受入体制を強化する。
 - ・ かかりつけ医不在時や夜間の診療についてのサポート体制について、連携を強化し、体制充実を図る。(かかりつけ医や関係機関との連携を強化する為拠点の直通回線(電話、FAX)を設置。)
 - ・ 在宅医療連携連絡協議会等を活用し、レスパイト入院に関する周知を行う。
 - ・ 地域医療室のMSW等により、緊急時の入院ベッドの確保と、院内の病棟調整を各部署と行う。
 - ・ 当院の空床情報を医師会員へ毎日提供し、空床情報の提供に努める。
- 効果 (救急車拒否率)
救急車拒否率：H22年 28.0%、H23年 51.0%→H24年 17.8%。

2. 効果に関する客観的指標

拠点事業の効果に関して、客観的指標で評価したところ、ストラクチャー、プロセス、アウトカムのいずれの指標も改善がみられた。(表 35)

ストラクチャー指標のうち、在宅療養支援診療所届け出医療機関数が1事業所の活動地域において、2.4カ所増えており、中でも連携による機能強化型は4カ所増加した。これは24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築等の取り組みを通して、医療機関間の積極的な連携推進が図られた効果と考えられる。また、訪問歯科診療に取り組む歯科医療機関数や麻薬を取り扱う薬局数が1カ所以上増えており、多職種連携として歯科、薬局との連携が進んだことが認められた。

プロセス指標については、訪問診療や訪問看護を受けた患者数が増加したのみならず、自宅から連携する病院に入院した患者数の増加や救急車により搬送された患者数の減少が見られており、連携体制が機能した結果であると考えられた。

アウトカム指標としては、平均在院日数が5.2日減少、医療機関からの在宅復帰率が3.9%増加、救急搬送件数が79.6件減少という大きな効果がみられた。

客観的指標を測定できた拠点事業者は多くはないが、測定できた拠点事業者において、また1年に満たない取り組み期間の中で、客観的指標が改善したという成果を得られたことは、連携の効果の大きさを示したものと考えられる。

表 35 効果に関する客観的指標

	指標	N	平成23年度	平成24年度	差
ストラクチャー指標	在宅医療に取り組む診療所数	39	16.4	17.0	0.6
	在宅医療に取り組む病院数	44	2.5	2.5	▲ 0.0
	訪問看護に取り組む診療所数	37	3.2	3.5	0.3
	訪問看護に取り組む病院数	40	4.2	4.4	0.2
	訪問歯科診療に取り組む歯科医療機関数	33	11.5	13.5	2.0
	訪問薬剤指導を行う薬局数	36	30.4	31.3	0.8
	麻薬を取り扱う薬局数	33	45.9	49.8	3.9
	在宅療養支援診療所届け出医療機関数	49	16.3	18.7	2.4
	(内)単独機能強化型	29	1.1	1.7	0.6
	(内)連携による機能強化型	33	1.8	5.8	4.0
	在宅療養支援病院届け出医療機関数	44	1.0	1.6	0.6
	(内)単独機能強化型	28	0.4	0.5	0.1
	(内)連携による機能強化型	29	0.2	0.6	0.4
	訪問看護事業所数	50	5.7	6.0	0.3
	プロセス指標	在宅医療を提供する医師数	23	9.2	11.2
訪問看護を提供する看護職員数		31	21.7	23.4	1.6
在宅医療機関の連携病院数		24	5.0	5.7	0.7
訪問診療を受けた患者数(自宅)		21	559.7	703.2	143.5
(内)緊急時の往診を受けた患者数		22	61.7	89.0	27.2
(内)主治医と連携する医療機関による往診を受けた患者数		22	1.5	1.9	0.4
訪問診療を受けた患者数(居住系施設)		15	42.9	122.3	79.4
(内)緊急時の往診を受けた患者数		16	2.6	26.6	24.0
(内)主治医と連携する医療機関による往診を受けた患者数		15	0.1	0.0	▲ 0.1
在宅から入院した患者数(自宅)		26	573.2	574.2	1.0
(内)連携する病院に入院した患者数		17	19.6	22.4	2.8
(内)救急車により搬送された患者数		20	131.9	131.4	▲ 0.5
在宅から入院した患者数(居住系施設)		17	42.7	64.2	21.5
(内)連携する病院に入院した患者数		16	0.5	2.0	1.5
(内)救急車により搬送された患者数		15	23.7	35.1	11.5
新たに在宅導入された患者数	19	25.2	37.5	12.3	
(内)入院から在宅につながった患者数	17	67.4	74.4	7.0	
(内)外来医が継続的に訪問診療を実施している患者数	14	22.1	22.6	0.5	
訪問看護を受けた患者数	22	301.7	371.6	69.9	
アウトカム指標	平均在院日数	25	28.3	23.1	▲ 5.2
	医療機関からの在宅復帰率	18	58.5%	62.4%	3.9%
	救急搬送件数	32	5382.0	5302.4	▲ 79.6
	訪問介護提供者の満足度	-	-	-	-
	在宅医療関係者の満足度	-	-	-	-
	患者満足度	-	-	-	-

<参考> 医師会（都道府県医師会、歯科医師会を除く 13 カ所）が考える当該医師会員が在宅医療に参入するために効果的な取り組みと実際の取り組み状況

医師会が考える当該医師会員が在宅医療に参入するためにもっとも効果が高い取り組みは「訪問看護との連携の推進」と「急変時の入院受け入れの確保」であった。これ以外の取り組みについても、5（もっとも効果的）～1（全く効果はない）というスケールで平均3以上であり、効果がある取り組みと評価された。

実際に行っている取り組みでも「訪問看護との連携の推進」がもっとも多かったが、次に多かったのは「在宅医療に既に参入している会員からのアドバイス」であった。

表 36 医師会が考える効果的な取り組みと実際の取り組み状況

	5(最も効果的)～1(全く効果はない)	効果が高い順位	取組の有無	取り組み率が高い順位
訪問看護との連携の推進	4.6	1	10	1
急変時の入院受入の確保	4.6	1	8	3
地域の診療所全体での24時間体制の構築	4.1	3	6	6
がん緩和等の専門医療機関からアドバイスが得られる体制	4.0	4	8	3
在宅医療に参入するのに必要な研修の実施	3.8	5	8	3
在宅医療に既に参入している会員からのアドバイス	3.8	5	9	2
グループ診療(主治医・副主治医制を含む)のマッチング	3.8	5	5	8
薬品や衛生材料の共同購入や在庫融通	3.6	8	6	6
公平な患者紹介体制の構築	3.1	9	5	8
その他の取り組み: 看取りのバックアップ体制の構築(1事業者)、胃カメラのレンタル(1事業者)				

V. 拠点事業実施者の視点からの在宅医療・介護連携拠点の取り組みへの提言

これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイスとしては、事業者が拠点事業に取り組んだ経験から見えた、押さえておくべき視点、個別の事業に対する勘所や要領等について示唆に富む内容が挙げられた。

在宅医療・介護連携は地域全体を動かす取り組みであることから、推進体制全般に関する内容が多かった。在宅医療・介護連携を進めるにあたっては、地域の関係者間で連携に関するさまざまな考え方やすでに構築されている関係性があること、また医療・介護の資源量や人口構成、地理的構成等の前提条件が異なることから、地域の実情を踏まえて実施することが重要との意見が多かった。推進主体としては市町村が行う又は市町村が全面的に協力する必要があるとの意見が多く、これは市町村が実施主体である拠点事業者でも同様であった。実際に取り組むを進めるにあたっては、医師会との協働が最も重要であるため、医師会との連携構築に早期から重点的に取り組むことが提案された。また、地域包括支援センターとの協働についても必須であり、拠点で行われた事業は、地域包括支援センターが行うことも可能であるが、すべての取り組みを中心的に行うことは体制的に不可能であるため、役割分担をした上で課題解決に向けて主導的に関与する必要があることが提案されていた。なお、地域住民のニーズを踏まえた地域包括ケアの構築のため、地域住民の意見を反映させることができる仕組みを構築するとの提案もあった。

連携活動の評価については、苦労した点、うまくいかなかった点でも「評価が困難であった」というケースがあったが、そのため、事前に評価を行うことを前提に事業計画を立てる必要があるとの意見があった。

会議や研修会の開催については、すでに顔の見える関係構築が図られている各職種が参加している会議体があれば、既存の場を利用し発展させていくとよいという意見や全県単位、あるいは保健所など医療圏単位で会議を開催し、全県的に使用できるものは県全体で作成するとともに、各圏域の情報交換を図る(連携様式集、災害マニュアル、情報IT化ルール等)という提案があった。

研修の開催に際しては、地域内での会議、研修の内容を把握し、研修時間、内容の重複を避けたり、反対に地域内で研修内容に関連性を持たせる等の工夫をすることで、参加者数の増加が見込まれるとの提案があった。

また、在宅医療・介護連携の推進には、医療と介護の橋渡しを担うコーディネーターの人材育成が不可欠との意見が多かった。コーディネーターは、調整能力やコーチング力、責任感等の資質が必要であるとされていた。

拠点事業者どうしの連携についても重要なポイントに位置づけられており、連携事業の先駆者として他の地域の事例に習うことや、事業者どうしが情報交換を行うことが提案されていた。また、同じ市町村内で複数の拠点がある場合や、隣接地域に拠点がある場合は、連携地域は必ずしも境界線で区切れるものではないため、拠点どうしが連携することが重要であるとされていた。

表 37 取り組みへの提言

分類項目	アドバイス
推進方策全般	○ 事業所ごとに地域特性や連携施設の状況、連携のあり方も異なり、事業所間の連携の度合いも異なるため、特に初めて採択された事業所は、人口規模、連携事業所数、これまでの経緯の3点を軸に、同様な地域の拠点事業活動を検索し、参考にする事で、事業を円滑に進めることが可能となると思う。
	○ 人口の多い市は、一部をモデルとし、段階的に全市に広げたほうがよい。又は、人口10万人毎のエリアで考え、会議や研修会を計画する。
	○ 周知に関しては、文書を送付しても、上層部のみ確認でとどまり、実務者に情報が伝わらない状況が見られた。周知を行う際はなるべく訪問し、顔を合わせて行うことが望ましい。
	○ 短期の事業で成果を出す為に、こうした地域の事情を十分に理解する事無く、国の政策だと言って、闇雲に自分たちの計画を押し付ける事の無いように注意する。地域の事情を組み入れ、決して自分たちの利益誘導にならないよう真摯に時間をかけて取り組む事が何より肝要と考えている。
行政の役割	○ このような大きな事業の成功には、行政の力を借りないと達成し得ないことを痛感した。行政といっても、都道府県と市町村の密な連携が不可欠である。目標の達成に強制力を持たせるうえで、主導は市町村であっても、都道府県が舵取りをするという構造が必要である。
医師会との協働	○ 地域の中核となる医師会、歯科医師会、薬剤師会、行政機関から全面的な支援を得ることが必須となる。
	○ 事業展開においては、医師会の協力が最も重要であると考え。したがって、はじめに医師会との連携構築を重点に置く必要がある。また、連携が進まない要因としては各機関または事業所におけるマンパワー不足やノウハウ不足が挙げられる。拠点は各事業所に代わり、連携に必要な業務を進んで受け入れる必要がある。
地域包括支援センターとの協働	○ 地域包括支援センターとの協働で地域の現状と課題に対応する必要がある。
	○ 在宅医療連携拠点においては医療と介護の連携をスムーズに進めるには、地域で核となる事務局が必要となる。本来であれば、地域包括支援センターがその機能を果たすと想定されるが、包括支援センターには特に普段から医師会、歯科医師会、薬剤師会等医療職団体との連携関係があまりない為、医療と介護の連携関係を進めるにはハードルが高いと想定される。しかし、市町村が直営で包括支援センターを運営している場合は、医師会と市町村が協働して取り組むことにより、拠点機能が充実されると考えられる。
地域住民との協働	○ 地域住民代表として住民に一番近い存在である民生委員を構成メンバーに入れ、地域住民のニーズを反映した普及啓発事業に取り組む必要がある。
評価について	○ 在宅医療に係る基礎情報をあらかじめ把握し、長い期間で効果の測定ができるよう指標を設定しておくことと対外的な説明がしやすい。
	○ 拠点活動の成果を評価することを念頭に、活動計画を立てることが必要である。多職種連携がどの程度進んだか、住民の意識がどのように変容したか等は「質的評価」となるが、それは容易ではない。「量的評価」が出来るよう、計画段階から考えておくことが望ましい。当拠点では、研修ごとにシラバスを作成し、研修目的と到達目標を設定し、アンケートの結果を点数化することにより、評価した。このような工夫が必要である。
会議、研修の開催	○ すでに顔の見える関係構築が図れている多職種が参加した会議体があれば、その既存の場を利用し発展させていくことが効果的である。
	○ 全県単位、あるいは保健所など医療圏単位で会議を開催し、全県的に使用できるものは県全体で作成するとともに、各圏域の情報交換を図る(連携様式集、災害マニュアル、情報IT化ルール等)場があれば望ましい。
	○ できるだけ多くの希望者が参加できるようにするためには、他の機関での会議・研修等の把握、早い時期での計画・開催通知を徹底するほか、同じ内容で時間帯を変更し、2回開催するなどの計画も効果的であると考え。
	○ 定期的な他職種、同職種による大規模、小規模の研修会や継続した多職種交流のための機会を設けると有効。
	○ 地域内研修会・学習会にテーマを持たせ、連続性、関連性を持たせることにより、より深い理解が得られる。
	○ 多職種の交流会でのグループワークで、「解決策・具体策の立案」は、ファシリテーターの高い力量が必要である。
	○ 「解決策・具体策の立案」は、地域包括ケアなどの日常生活圏レベルの地域が好ましい。
	○ 在宅医療の課題を抽出するためには、アンケート調査が有効だが、必要に応じて訪問することにより、詳細な情報を把握することができ、大変有効である。

分類項目	アドバイス
人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ○ 連携活動や会議においては、職種間で公平かつ対等な関係の構成が求められる。調整能力に長けた主導的な役割を担う人材の育成が大切である。 ○ 連携拠点室には、事務処理では解決できない医療・介護や地域での諸問題に分け入って解決努力をさせる能力を持つ看護経験者やMSWなどの専門職を配置する必要がある。しかしながら、医師会内では、その人件費などの財源を確保できない。医師会立の訪問看護ステーション内にこれらの専門職を置き、賃金などの財源を確保すべきである ○ 在宅医療・介護連携に取り組むには、人材の確保が必要である。総合的にコーディネートできる人材、コーチング力のある人材、先導者となるような責任感のあるリーダーが必要。また、多職種が集まる場では、瞬時的確な情報整理や状況判断ができるファシリテーターの存在が重要である。このような人材を確保・育成し、充実した在宅医療・介護連携を進め、個々の状況や地域生活の可能性等に配慮した支援を展開する必要がある。
拠点どうしの連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 連携活動に関する実績を残している先行グループとの調整が重要である。 ○ 拠点同士で協力することが必要です。特に、医療圏が同一であるなどの理由として挙げられますが、もし、近隣の市町村に拠点がある場合は、協力して活動し、地域全体の在宅医療に対する底上げに取り組んでいくことをお勧めいたします。
	<ul style="list-style-type: none"> ○ これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点においては、先に拠点事業に取り組んだ事業所の経験と知識を共有して、地域にあった独自の地域包括ケアシステムを構築することである。拠点事業所間の情報交換、連携は非常に重要と思われる。

VI. 考察

◆ 在宅医療・介護連携における推進主体としての公的機関の役割

拠点事業実施者の視点からの在宅医療・介護連携拠点の取り組みへの提言でも触れたように、地域包括ケアの中核となる在宅医療・介護連携を推進するためには公的機関が中立、公平な立場で中心的役割を担うことが重要であることが示唆された。公的機関とは市町村及び都道府県であり、地域包括ケアシステムが市町村単位で進められていることから、在宅医療・介護連携についても市町村が地域包括ケアシステムを構築するための一手法として、他の取組と一体的に推進していく必要がある。都道府県は、医療計画において介護保険事業（支援）計画と連動させうえて、在宅医療に係る都道府県が達成すべき目標や施策等を定めており、これらの推進、達成のために市町村等に対して必要な支援を行う必要がある。

市町村の役割としては、関係機関・団体と協働で在宅医療・介護の連携に関する地域の現状及び課題を把握し、市町村における将来的な地域包括ケアシステムのあり方を踏まえて、それらを解決するための対応方策を明らかにし、計画的に実行していくことである。実際に対応策に取り組む当事者である関係者が一堂に会した会議等において、地域における在宅医療・介護連携のあり方や目標等を共有し、その地域で実行可能な対応策を一緒に考えることが重要である。

また、これらの取り組みの実行性と継続性を高めるためには、市町村で策定している介護保険事業計画やその他まちづくりに関する計画等に反映させることも重要である。

関係機関・団体との協働については、医療側からの働きかけを主とすることから、地域の在宅医療の提供者である医師会等の医療関係団体との連携が最も重要である。また、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院等の在宅医療において積極的役割を担う医療機関と協力し、これから在宅医療に取り組もうとする医療機関への支援や、在宅医療・介護関係機関に対する連携の声かけ等で地域の連携推進の牽引役を担ってもらうことが有効である。

また、市町村の職員には、それぞれの関係者の専門性や立場を理解し、意思疎通が図りやすいような環境を整える調整役としての役割が期待され、これらを担うことのできる人材育成も重要である。

地域の在宅医療・介護連携においては、可能な限り網羅的に連携が構築されることが望ましいが、市町村が推進主体となることによって、地域の病院や医師会等の職能団体に属さない医療機関に働きかけることも可能である。市町村は、これらの医療機関が顔を合わせて気軽に話せるような場の設定等、関係性の構築にあたって垣根を低くしていくような支援が望まれる。

また市町村は、在宅医療及び在宅医療・介護連携に関する地域住民への普及啓発を行うにあたって大きな力を発揮する。市町村は、住民全体、住民の生活状況を把握している民生委員、医療・介護関係以外の様々な地域の団体等に対する情報伝達のチャンネルを持っている。今回の拠点事業の報告では、地域住民に対する在宅医療の普及が不十分という指摘が多くされており、住民が医療・介護のしくみや現状を理解し、自ら考える機会を持つことで、地域の実情に合わせた「自助」「互助」が成熟していくことが期待される。

高齢者住民のさまざまな課題に対応する地域の拠点として市町村が設置する地域包括支

援センターは、医療・介護の連携においても拠点となり得るが、単純に在宅医療連携拠点事業の取り組みを上乗せすることは難しい。一方で、地域包括支援センターが医療も含めた総合相談の窓口としてワンストップ機能を果たせるとよいとの期待もあり、このような体制構築のための市町村及び医師会等の関係団体の支援体制を構築することも一考である。地域包括支援センターが市町村直営の場合には、すでにセンターを中心に連携体制を構築している市町村もあり、参考にできる。

都道府県は、医療計画に基づき、全圏域での在宅医療や在宅医療・介護連携の状況や取り組みを把握し、施策の進捗状況を管理し、目標達成に向けて市町村等を支援する。都道府県レベルで在宅医療や在宅・医療介護連携について協議する場を設け、全圏域での統一ルールの設定や市町村を越えて必要な調整、都道府県レベルでの関係団体・機関との調整等の役割を担っていく必要がある。また保健所は、これまでに医療計画を通じた在宅医療の推進に留まらず、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、介護予防対策等の実績があり、地域の関係機関・団体に働きかけやすく、これらの技術的なノウハウがある等の強みがある。これまで取り組みの経験がない市町村に対して市町村どうしの情報交換を促し、市町村を越えた広域での調整を行うなど、積極的な支援が期待される。

◆ 医師会等との協働の重要性

これまでも、地域包括ケアシステムの構築において医療との連携や医師会等医療関係団体との協働の重要性が唱えられてきたところであるが、在宅医療連携拠点事業における医療・介護連携の取り組みは、医療側から介護側へのアプローチであることにその特徴がある。医療側からアプローチをするにあたっての鍵となる機関は在宅医療を提供する診療所である。つまり、在宅医療に取り組む診療所を拡充したり、強化型在宅療養支援診療所のグループ形成のように診療所同士が連携して在宅医療の提供基盤を充実させることが重要であるが、これらは医師会の仲介なしには構築困難である。また、診療所の医師が地域ケア会議等の地域の医療・介護関係者の会議や退院支援の場等に積極的に出向くことで、関係者間での患者のケアマネジメントに対する意思統一が図りやすく、より適切な在宅医療・介護の提供につながる。医師会が積極的に連携に取り組むことにより、他の関係団体・機関を含めた全体の求心力が高まることが期待される。このような意味で、医師会と協働で取り組むことは非常に効果的であり、また取り組み内容によっては不可欠である。

なお、これまで在宅医療に取り組んでいない医療機関に取り組んでもらうことや、一人医師の診療所同士が協力して24時間体制を組むことは、今回の拠点事業でも明らかのように医師会が積極的に取り組んだとしても簡単には進まない。最初から先進的な地域にみられるような充実した体制構築をめざすのではなく、既存の機会をとらえた顔合わせや簡易な協力体制等からスタートし、それを続けることを目指すことも重要である。

看護協会・訪問看護関係団体においては小規模な訪問看護ステーションの支援体制や診療所における夜間の対応等のバックアップ体制の構築等を他の関係団体と連携しつつ進めることが重要である。

歯科医師会や薬剤師会については、独創的な取り組みでもみられたように、在宅医療・介護連携に積極的に関与することにより、麻薬・薬剤・医療材料の24時間提供体制が構築されたり、口腔ケアを導入することでケアの質が上がるなどの効果がみられており、今後の取り組みが期待される。

◆ 在宅医療・介護連携に取り組む医療・介護関係機関の参加

推進主体としての公的機関及び医師会等の医療関係団体の役割について述べたが、実際に連携を図る現場である医療・介護関係機関の協力・参加なしには連携は進まない。特に、今回の拠点事業を実施した病院・診療所は、自機関の利害を超えて地域のために積極的に行動し、在宅医療・介護の連携を牽引してきた。現場である医療・介護関係機関は、連携の必要性をもっとも実感しており、またその地域ではどういう連携が効果的であるかを理解している当事者である。連携を組む医療・介護関係機関は、牽引役となる機関を中心に、地域の課題を多職種で協議し、課題解決のための施策になるべく多くの関係機関が参加し、取り組んでいくことが求められる。課題解決の施策においては、一部の関係機関や関係者に負担を負うことなく、できるだけ当事者全員がメリットを得られる、場合によっては最小限の負担を分かち合うことが重要である。当事者である医療・介護関係機関は、地域で生じる新たな課題や変化していく状況をいち早く察知し、ボトムアップしていくことが可能である。これらのサイクルを繰り返すことで、真に地域の実情に応じた連携体制が構築されるものとする。

◆ 引き続き取り組むべき課題

今回の拠点事業では、特に高齢者をターゲットとした連携システムを構築したが、例えば「認知症」に対応したシステムや、複数の合併症を持つ高齢者への対応、小児や障害者にも対応できるシステム等については、今回構築されたシステムを基本として、さらなる検討が必要である。今回の拠点事業でも小児を対象としたシステムを構築した拠点事業者もあったが、これらを参考に、地域で必要な連携システムを検討、構築していく必要がある。

VII. おわりに

在宅医療も介護も個々の医療機関や介護関係機関が単独で提供し完結することはあり得ず、従来からさまざまな関係者・関係機関が連携して在宅医療・介護が提供されてきた。しかし実際には、お互いが見えない不安や、誰に相談してよいのかわからない等の悩みを抱えつつ日々の業務を行っており、特に介護関係者において医療に関する悩みは大きいとされていた。

このような状況の中で、平成 23 年度は 10 カ所、平成 24 年度は 105 カ所において在宅医療連携拠点事業として、主に医療側から介護側へ連携を働きかける試みを行った。拠点事業が展開された地域においては、多職種協働により在宅医療・介護に関する地域の現状把握や課題の抽出を行い、連携を推進するためのさまざまな取り組みが行われた。活動対象地域の人口規模は 1 万人以下から 100 万人以上に渡り、医療・介護の提供及び連携体制は地域ごとに異なることから、同じモデルというものは存在しなかった。

しかし、このように地域における条件の濃淡はあっても、共通基盤として存在する機関やシステムを俯瞰したとき、在宅医療・介護連携の推進体制としては、公的機関が推進主体となり、医師会等の医療関係団体と協働し、地域の在宅医療・介護関係機関が積極的に参加することが効果的であるというのが多くの意見であった。また連携の具体策としては、顔の見える関係を構築することで、お互いに連絡を取りやすい状況を整え、さらには相互の役割や考え方を理解し、お互いにメリットがある条件を一緒に考え、試行する、その手法として 7 つの取り組みが地域の実情にあった形で活用されていた。

拠点事業を実施したことで、今後取り組むべき課題が整理され、更なる取り組みの必要性が見いだされた地域もあった。いずれ地域においても、今回の拠点事業でなし得た成果は途中経過であり、今後も取り組みを継続していくことで地域に根ざした地域包括ケアシステムの構築に寄与するものと考えられる。

平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業 総括報告書

2013 年 10 月 発行

厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室