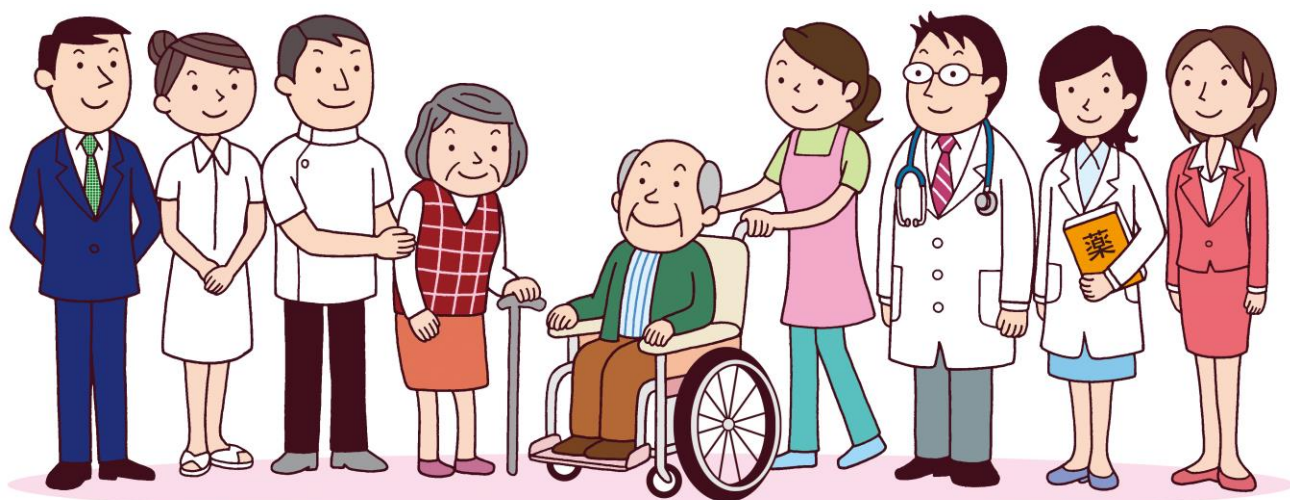


市町村職員のための

医療・介護連携 ことはじめ

～事例を通じた取組のヒント～



みずほ情報総研株式会社

目次

医療・介護連携ことはじめ ～事例を通した取組のヒント～	3
Point 1 医療・介護連携を推進する体制を構築しましょう！	6
1. 市町村における医療・介護連携の取組	
2. 担当部署の決定～庁内の体制構築に向けたヒント	
3. 医療・介護連携を推進する体制構築の具体例	
Point 2 地域の課題を明確にしましょう！	14
1. 地域の中でも、立場によって様々な声がある	
2. 地域の課題を明確にするためのヒント	
3. 地域の課題を明確にするための具体例	
Point 3 地域の資源を把握しましょう！	32
1. 地域住民の適切なサービス選択や医療・介護関係者の連携のために	
2. 医療機関や介護事業所等に関する情報収集～有効活用に向けたヒント～	
3. 地域の資源を把握する取組の具体例	
Point 4 顔の見える関係をつくりましょう！	40
1. 多職種が円滑に連携するために	
2. 「顔の見える関係」構築に向けたヒント	
3. 「顔の見える関係」構築の具体例	
Point 5 情報共有を工夫しましょう！	50
1. 患者・利用者に関する情報共有で切れ目のないサービス提供へ	
2. 医療・介護関係者間の情報共有に向けたヒント	
3. 情報共有の工夫についての具体例	
Point 6 地域住民と一緒に考えていきましょう！	70
1. 地域住民に当事者意識を持ってもらう	
2. 医療・介護について考えてもらうためのヒント	
3. 地域住民と一緒に考えるための具体例	
掲載事例自治体の基礎情報	85

は じ め に

医療・介護連携ことはじめ ～事例を通した取組のヒント～

我が国では、急速に少子高齢化が進む中、2025年（平成37年）までにいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となる超高齢社会を迎えます。こうした中で、国民一人一人が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる体制である「地域包括ケアシステム」を構築していくことが重要です。

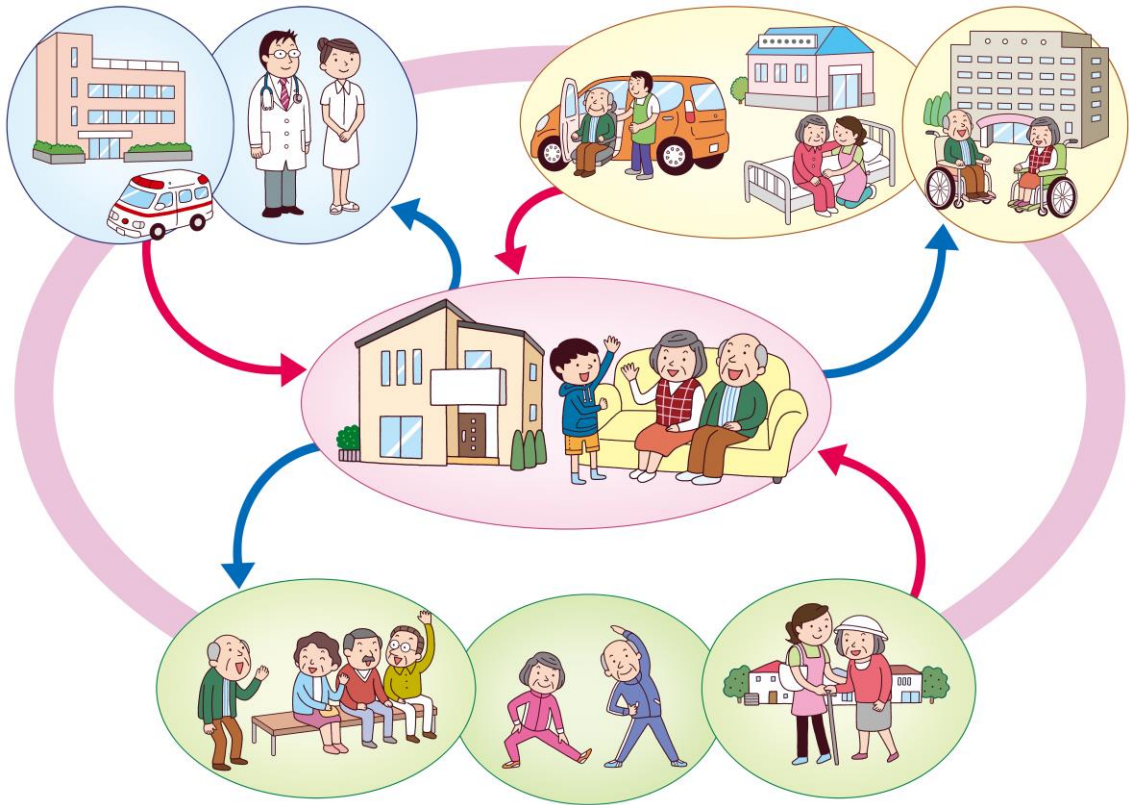
その実現のために、市町村は都道府県と連携しつつ、在宅医療・介護の提供や連携に資する体制の整備を進めていくことが求められます。また、地域住民が医療や介護が必要になった場合に適切な医療・介護サービスを選択することができるよう情報提供を行っていくことが求められています。

本冊子はこれから医療・介護連携の取組を進めていく市町村職員の手掛かりとなることを目的に作成しました。取組の手掛かりを得るため、医療・介護連携に取り組んでいる市町村からヒアリングを実施し、取組のポイントを次の6つに分けて整理しました。

- | | |
|---------------------|--------------|
| ① 医療・介護連携を推進する体制の構築 | ④ 顔の見える関係の構築 |
| ② 地域の課題の明確化 | ⑤ 情報共有の工夫 |
| ③ 地域資源の把握 | ⑥ 地域住民への普及啓発 |

各取組は「取組の内容」と「市町村の取組事例」で構成されています。「取組の内容」には、実際の事例から抽出された取組を進めていく上でのヒントを中心に掲載しています。また、「市町村の取組事例」には、市町村からのヒアリングを基に取組事例に関する経緯や具体的な内容、成果等を掲載しています。

本冊子が、市町村職員が医療・介護連携の取組を進めていく際の参考となることを期待しています。なお、本冊子で紹介している内容は取組の手順を示すものではありません。すぐに始められそうな取組、自らの市町村の状況に合う取組から読み進めていただければ幸いです。



まず取り組むべき 6つの Point

- Point 1 医療・介護連携を推進する体制を構築しましょう！
- Point 2 地域の課題を明確にしましょう！
- Point 3 地域の資源を把握しましょう！
- Point 4 顔の見える関係をつくりましょう！
- Point 5 情報共有を工夫しましょう！
- Point 6 地域住民と一緒に考えていきましょう！

Point 1

医療・介護連携を推進する体制を構築しましょう！

Point

1

医療・介護連携を推進する体制を構築しましょう！

市町村には、地域の医療・介護関係者の調整役となって連携を推進する仕組みづくりに取り組むことが期待されています。その役割を果たすためには、庁内で担当部署を決めて、医療・介護連携を推進するための体制を構築することが重要です。

1. 市町村における医療・介護連携の取組

- 平成 26 年の介護保険法改正により、地域包括ケアシステム構築のため、地域支援事業の充実が図られました。それによって市町村は、地域の医療・介護関係者等と協力して在宅医療・介護連携の取組を実施することになりました。
- しかし、多くの市町村にとって医療分野への関与はあまり経験のないことです。
- 医療と介護の連携を担当する部署は、庁内の複数の部署や、庁外の医療機関・介護関係者との調整が必要となります。

2. 担当部署の決定～庁内の体制構築に向けたヒント

医療・介護関係者と業務上の関わりをもってきた部署を確認する

- 市町村内で、これまで医療・介護関係者と業務上の関わりをもっている部署を確認します。

【医療・介護関係者と関わりのある部署と業務の例】

- ・健康づくり所管課…住民健診、健康教育、保健指導等（医師会等をはじめとした医療機関）
 - ・介護保険所管課…要介護・要支援認定、介護給付等（介護関係者）
 - ・介護保険における地域支援事業所管課…在宅医療・介護連携推進事業、地域ケア会議等（医療・介護関係者）
- これらの部署が、市町村において医療・介護連携の取組を進めるための中心的役割を担うことになります。

医療・介護連携の担当部署を設置する

- 複数の部署を統合し、医療・介護連携に取り組む部署を設置することで、医療・介護関係者や地域住民への働きかけが円滑にできるようになった事例があります。（富山県南砺市 8 ページ参照）
- 既存部署の中に、「在宅医療の普及啓発」と「医療・介護の連携」の拠点となるセクションを設置することで取組の促進を図った事例もあります。また、新設した部署には、医師会からアドバイザーとして医師を派遣してもらうことで、専門知識を補完する体制を構築しています。（岩手県釜石市 10 ページ参照）

庁内の関連部署で一体的に取り組む体制をつくる

- 特定の部署のみに全てを任せていては、医療・介護連携に効果的に取り組んでいくことはできません。そこで、庁内の関連部署で一体的に取り組んでいく体制を作っていくことが必要です。
- 体制の構築に当たっては、保健師、介護支援専門員、管理栄養士等の専門職を配置することが、医療・介護関係者と取組を進めるためには重要になります。
- さらに、医療・介護連携に向けた検討チームに、保健所や地域包括ケアセンター等の職員に参画してもらうことにより、医療・介護関係者への協力が得やすくなった事例もあります。（大分県国東市 12 ページ参照）



3. 医療・介護連携を推進する体制構築の具体例

事例	<富山県南砺市>
1-1	医療と介護の所管部署を統合したことで庁内の連携が推進
自治体の基本属性	人口：53,010 人 高齢者数・高齢化率：18,819 人・35.5% 地域包括支援センター数：1 か所（直営） ※平成 28 年 1 月末時点
<p>1. 市の幹部に取組の重要性をアピール</p> <p>○南砺市では従来から市立病院を中心に「地域包括医療・ケア」(※)の推進に取り組んでいましたが、市全体の取組とはなっていませんでした。</p> <p>○そこで市立病院長が、平成 21 年に開催された「富山県国保地域医療学会」に市長をはじめとした市の幹部の参加を依頼し、同学会で「地域包括ケアシステム」を推進することの重要性をアピールしました。</p> <p>○このアピールにより、市の幹部に取組の重要性を認識してもらうことができ、庁内に、市長、副市長、民生部（高齢者福祉所管部署）、医療局（公立病院所管部署）、市立病院長（南砺市民病院、南砺中央病院）をメンバーとする「南砺市医療協議会」が創設され、南砺市における地域包括ケアシステムのあり方についての話し合いが進められるようになりました。</p> <div style="background-color: #ffe0b2; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>※【参考】地域包括医療・ケア</p> <p>全国国民健康保険診療施設協議会が進めてきた取組で、下記のように定義されている。(http://www.kokushinkyo.or.jp/tabid/111/Default.aspx)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域に包括医療・ケアを、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民が住み慣れた場所で安心して生活出来るようにその QOL の向上をめざすもの ・包括医療・ケアとは、治療(キュア)のみならず保健サービス(健康づくり)、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケア ・換言すれば保健（予防）・医療・介護・福祉と生活の連携（システム）である ・地域とは単なる Area ではなく、Community を指す </div> <p>2. 医療所管部署と介護所管部署を統合</p> <p>○話し合いが進む中で、これまで市立病院が中心となって進めてきた取組を、行政や医師会等も参画した取組としていくこと、そのためには庁内の医療分野と介護分野とを再編する必要があることが確認されました。</p> <p>○そこで平成 24 年度に、それまで市立病院を所管していた部署と介護保険を所管していた部署とを統合し、医療・介護連携の中心的役割を担うための部署として「地域包括医療・ケア局」を創設しました。</p>	

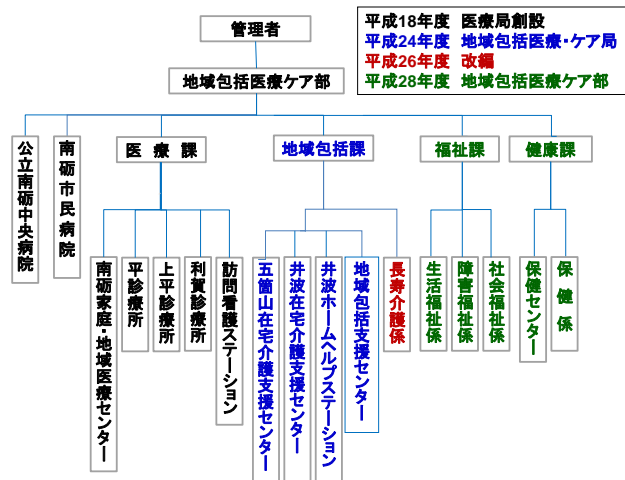
Point
1
医療・介護連携を推進する体制を構築しましょう！

- この組織再編により市内の医療と介護の壁が低くなったことで、課題や情報共有が行いやすくなりました。さらに医師会での事例検討会に、医師等の医療職だけでなく、地域包括課の職員（地域包括支援センターの保健師、社会福祉士、ケアマネジャー及び訪問介護職員や行政職員）が参加するようになり、連携が進みました。

3. 連携体制構築により地域住民への働きかけが円滑に

- 「医療・介護の両面から住民の生活を支援する」役割を担う部署が明確となったことで、「自助・互助・共助・公助」を地域に根付かせる取組を推進することができるようになりました。
- 具体的には、市内の 31 の自治会で、住民ニーズ調査（日常生活圏域ニーズ調査）の結果を示しながら「住民自身がどのように取り組んでいけばいいのか」を考えてもらう機会をつくりました。また、住民説明会の場を活用した意見交換を通して、住民とともに取組を進めていけるようになりました。
- その際、参加住民に自身の地区の情報示すことで、地域の課題を知ってもらい、解決へと行動する必要性を理解してもらうように工夫しました。
- さらに、6 つの地区では半年間、介護予防・日常生活支援総合事業のモデル事業を行い、その結果報告も行いました。今後も地区の住民同士で課題や情報の共有に取り組んでいけるよう、行政として支援していく予定です。

＜南砺市において医療・介護連携を担当する「地域包括医療・ケア局」の組織図＞



【参考】南砺市医療ポータル（南砺市地域医療・ケア局）

<http://iryokyoku.city.nanto.toyama.jp/>

事例 **<岩手県釜石市>**
1-2 既存部署にセクションを新設して医療・介護連携を推進

自治体の基本属性 人口：35,824人 高齢者数・高齢化率：12,972人・36.2%
 地域包括支援センター数：1か所（直営） ※平成28年1月末時点

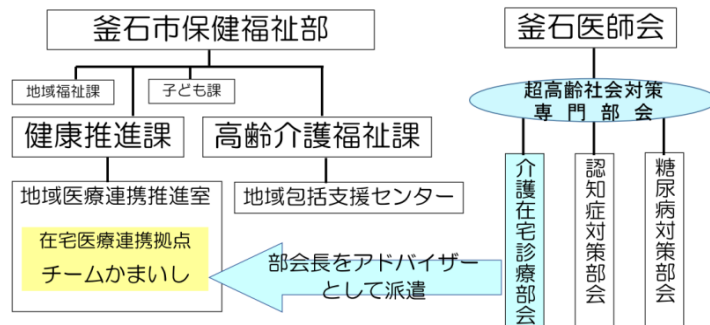
1. 市民病院の閉院により地域医療が崩壊する不安

- 釜石市では、釜石市民病院と県立釜石病院の2つの中核病院が地域医療の中心を担っていました。
- しかし、平成19年3月をもって、市民病院が閉院して県立病院と統合することとなり、釜石圏域の医師会を中心とした医療関係者の間では「県立病院への負担が増えることで、地域医療体制が破たんするかもしれない」という危機感が募りました。
- 釜石市では、市役所職員が医師会の専門部会に参加して情報共有を図るなど、行政と三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）の交流が盛んな地域でした。
- 市民病院の閉院に対し、地域住民が「地域医療の崩壊」という不安を募らせる中、平成19年11月に「地域医療を守る」という公約を掲げて現釜石市長が初当選しました。その後、公約を具体化させるため、平成20年6月に釜石市健康推進課内に医療担当部署として「地域医療連携推進室」が設置されました。

2. 新設された「チームかまいし」が調整役に

- 平成19年に釜石医師会を中心に「在宅医療連携検討会」が発足しました。同検討会は歯科医師会、薬剤師会、保健所、市役所、病院職員、ケアマネジャーなどの多職種合同での協議体へと発展し、地域課題の共有や、地域医療体制の再構築に向けたコンセンサスの形成を行ってきました。しかし、東日本大震災の影響で、医療現場の連携に関する課題解決に向けた取組には着手できない状況でした。
- そこで、釜石市と医師会が協議を行い、厚生労働省の「平成24年度在宅医療連携拠点事業」への参加を決定しました。これは、限られた医療介護資源を有効活用して地域住民が病気になっても暮らし続けられるまちづくりを目指すためでした。
- 事業の実施部署として、既存の「地域医療連携推進室」内に「チームかまいし」が新設されました。チームかまいしのメンバーは市の事務職員の他に、非常勤職員として看護師、在宅医（医師会からのアドバイザー）の体制でした。市役所職員には「連携事業の事務局」を運営する上で、各主体間の調整役が

<チームかまいし関連組織図>



期待されました。

3. 在宅医療の普及啓発、医療・介護連携に向けた取組

- チームかまいしは「在宅医療の普及啓発」と「医療・介護の連携促進」を目的として設置されました。主な業務としては、在宅患者の生活の質の向上を目指して、地域課題の把握と整理を行い、医療関係者・介護関係者が連携して課題解決にあたることのできる場をコーディネートしていくことです。
- 具体的には3段階に分けて取組を推進してきました。まず、チームかまいしが連携拠点となって個別の職能団体との話し合いの場を設定し、連携に関する地域課題の抽出、解決策の検討を行う取組【一次連携】を行いました。次に、抽出された課題の内、単独の職能団体では解決できない課題に対して、複数の職能団体が主体となって取り組むための対応の場を構築【二次連携】しました。さらに、抽出された課題や取り組まれている対応策を地域全体で共有し、在宅医療・介護連携に関する事業の推進方針などのコンセンサスを形成するための取組【三次連携】を行いました。

Point
1
医療・介護連携を推進する体制を構築しましょう！

チームかまいしの連携コーディネート手法

◆一次連携（連携拠点と一職種による連携）※連携の基盤

課題の抽出と解決策の検討・実践

職能団体ごとに課題を抽出・分類・フィードバックすることで
職種内の気づきと課題の共有を促進

⇒団体自らが解決策を検討 例:在宅医療への温度差解消のためのセミナー

⇒連携拠点が職種内課題解決のための取組みを支援 ⇒連携強化

◆二次連携（連携拠点が仲介する複数職種の連携）

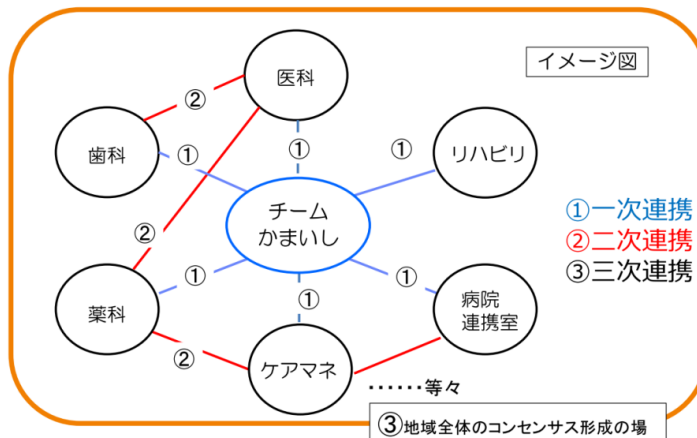
一次連携のニーズをマッチングすることで連携構築を支援


例:医科歯科同行訪問研修、多職種合同研修会等

⇒反省会での課題の抽出と解決策の検討・更なる実践へ

◆三次連携 地域全体のコンセンサス形成の場

チームかまいしの連携コーディネート手法 階層別連携コーディネート



事例	
＜大分県国東市＞	
1-3 行政が積極姿勢を示したことで医療・介護関係者との協働へ	
自治体の基本属性	人口：29,751人 高齢者数・高齢化率：11,764人・39.5% 地域包括支援センター数：2か所（直営） ※平成28年1月末時点
<p>1. 事業を契機に国東市と保健所の「チーム」を組織</p> <p>○国東市では、市民病院が長年にわたって地域包括ケアシステム構築に向けた取組を行っていました。しかし、市民病院を中心とした地域の医療・介護関係者との連携に留まり、行政と連携した取組とはなっていませんでした。</p> <p>○このような状況の中、平成25年度に大分県が地域医療再生基金を活用して、市町村又は郡市医師会単位で「在宅医療連携拠点体制整備事業」を開始しました。この事業が契機となり、国東市が医療・介護連携への取組を開始することとなりました。</p> <p>○市役所の医療保健課、高齢者支援課と、大分県東部保健所国東保健部とで、事業実施主体について協議を行いました。</p> <p>○この協議の結果、「医療と介護の関係者が対等な立場で議論する場づくりのためには市が実施主体となる」「県（保健所）は、医療行政のノウハウが少ない市に専門的・技術的な支援を行う」と整理されて、国東市と保健所をメンバーとしたチームをつくり、医療・介護連携への取組を開始することとなりました。</p> <p>2. 管理職をメンバーとすることで行政が積極的な姿勢を示す</p> <p>○行政は事業推進体制を整備するに当たり、医療・介護関係者へ「本気度」を示すことを重視しました。管理職と今後の市内の医療行政の要となる保健師でチームのメンバーを構成することが、行政の積極的な姿勢を示すこととなり、医療・介護関係者の協力につながると考えたためです。</p> <p>○このチームで心がけたことは、「行政が主体となる以上、取り組んだことの結果については責任をとる」「行政は多職種が議論しやすいよう、集めた情報や出された意見を整理する」「医師会や中核となる病院へはこまめに出向いて報告・相談を行う」ということでした。</p>	
<p>＜チームの構成員＞</p> 	

3. 行政は事務局として調整役を担う

- 行政が上記のような体制を構築したことを地域の医療・介護関係者に情報発信していくことで、行政の積極的な姿勢が伝わっていききました。行政が調整役としての機能を担い、医療関係者（医師会や中核となる病院）や介護関係者が一体となって取組を進めていく仕組みができました。
- 結果として、地域課題の抽出や解決策の検討において、医療・介護関係者からの協力が得られやすくなりました。

Point

1

医療・介護連携を推進する体制を構築しましょう！

Point 2 地域の課題を明確にしましょう！

※在宅医療・介護連携推進事業のうち「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」に関連する取組です。

Point
2
地域の課題を明確にしましょう！

地域包括ケアシステムの実現に向けて、地域にはどのような課題があるかを把握して、その解決策を検討・議論していくことが大切です。その際、行政の視点だけでなく、医療・介護関係者や地域住民が何を必要としているかを把握することを心懸けるようにします。

1. 地域の中でも、立場によって様々な声がある

- 地域住民

「医療や介護が必要になったとき、この地域で安心して暮らし続けることができるのだろうか」

- ケアマネジャー

「かかりつけ医に対して、いつ、どのように患者・利用者に関する相談を持ち込めばよいのか分からない」

- 医療・介護関係者

「住民がどのような医療や介護を求めているのかを知りたい」

「職種や事業者によって、取組状況や意識に差がある」



2. 地域の課題を明確にするためのヒント

課題の抽出方法

- 地域の医療・介護関係者から意見を収集する方法としては、アンケート調査やヒアリング調査の実施、地域ケア会議や研修会等の多職種が集まる機会の活用があります。

- アンケート調査を活用した事例
 - ・ 市町村と保健所で調査対象を分担（市町村は地域住民を対象、保健所は医療機関を対象）することによって効果的に実施することができた事例があります。（新潟県魚沼市 18 ページ参照）
 - ・ 医療・介護関係者から課題を抽出するためには、課題を抽出する段階から連絡をとりあい、連携体制を構築しておくことが効果的です。
 - ・ 例えば、アンケート調査を実施する場合、調査項目や調査時期を事前に相談しておくことで回収率が上がったり、直接訪問による回収をすることで信頼関係の構築につながった事例があります。（長崎県佐世保市 30 ページ参照、秋田県横手市 20 ページ参照）
- ヒアリング調査を活用した事例
 - ・ 市町村が職能団体と職種ごとに雑談を交えた話し合いの場を設け、課題を抽出し共有する機会をつくりました。この取組によって、各職種が当事者意識を持って解決策を検討することにつながった事例があります。（岩手県釜石市 22 ページ参照）
- 会議や研修会を活用した事例
 - ・ 現場レベルでの顔の見える関係構築を目的に開催している研修会や、多職種の代表者等で構成している会議体で、地域の課題やその解決策について検討し、多職種連携のルール作りも行っている事例があります。（千葉県柏市 24 ページ参照、大分県国東市 28 ページ参照）

課題の共有（議論）

- 集めた意見を整理して何から取組を始めるか検討する
 - ・ 地域住民や医療・介護関係者から集まった意見は、内容や、実現可能性の程度が様々です。そこで、テーマ別に分類したり、すぐに取り組めるものか、優先度が高いか、といった視点で集めた課題を整理します。
 - ・ 課題解決に向けた取組の継続性を確保するためには、「最初から完璧を目指さない」「できるところから始める」といった心構えを、行政も含めた関係者の間で共有しておくことも必要です。（大分県国東市 28 ページ参照）

課題の解決

- 整理した課題を関係者間で共有して解決に向けた取組を目指す
 - ・ 医療・介護関係者が一体となって課題解決に向けて取り組んでいくためには、関係者間に整理した課題を共有することが大切です。
 - ・ 複数の職種が集まって課題を検討する際には、市町村は論点を整理したり、事前に参加者と協議したりする等、コーディネーターとしての役割を担うことが必要です。
 - ・ また、抽出した課題に加え、市町村における高齢化や医療・介護の現状及び見通しに関する情報を提供することで、医療・介護関係者がそれぞれ何をできるかを考えてもらう機会になります。（富山県南砺市 8 ページ参照）
 - ・ なお、会議や研修会を活用する場合には、いかに多くの関係者に集まってもらうかが重要です。そのために、例えば医師会に対しては書類等を必ず直接持参して日頃からの関係を構築したり、研修会の実施を夕方に行うことで、より多くの関係者が参加できるようにしている事例があります。（秋田県横手市 20 ページ参照）

Point

2

地域の課題を明確にしましょう！

Point

2

地域の課題を明確にしましょう！



3. 地域の課題を明確にするための具体例

事例	<新潟県魚沼市>
2-1	市と保健所の役割分担で効果的なアンケート調査の実施へ
自治体の基本属性	人口：38,127人 高齢者数・高齢化率：12,383人・32.5% 地域包括支援センター数：1か所（直営） ※平成28年1月末時点
<h4>1. 魚沼保健所と共同で検討会を運営</h4> <p>○平成24年度に魚沼市が中心となって、国保守門診療所を拠点とした「在宅医療連携拠点事業」に取り組んでいました。また、新潟県（医務薬事課）では平成25年3月に「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会（地域リーダー研修）」を開催しました。この研修会には地域の在宅医療の関係者（医師会、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、地域包括支援センター、保健師等）が参加しました。</p> <p>○平成25年6月に魚沼市は「在宅医療推進検討会（検討会）」を設置しました。この検討会には、在宅医療連携拠点事業で得られた課題や成果、新潟県が開催した地域リーダー研修の人材が受け継がれていました。</p> <p>○検討会の事務局は、魚沼市と魚沼保健所が共同で担う形となっていました。これは、魚沼市の健康課から魚沼保健所への声かけや、魚沼保健所の管轄自治体は魚沼市のみだったこともあり、共同での事務局運営となりました。</p> <p>○一方、魚沼保健所では広域の取組として、平成25年10月に在宅医療連携を推進することを目的に「魚沼地域在宅医療多職種連携推進協議会（推進協議会）」を設置しました。</p> <h4>2. 調査対象を分担してアンケート調査を実施</h4> <p>○検討会で「在宅医療の推進が本当にできるのか」「住民は在宅医療を望んでいるのか」「在宅医療を行う側にその能力があるのか」といった意見があがったため、地域の実情や課題を把握するためアンケート調査を実施することになりました。</p> <p>○アンケート調査の実施に際して、住民に対する調査は住民に近い魚沼市が実施、医療関係や福祉施設に対する調査は、広域で調査が可能で許認可権限を持つ魚沼保健所が実施したほうが良いと判断されました。</p> <p>○以上を踏まえて、魚沼市が主体の「在宅医療に関する住民の意識調査」、魚沼保健所が主体の「在宅医療関係機関アンケート」が行われました。</p>	

Point

2

地域の課題を明確にしましょう！

＜魚沼保健所が関与している 2 つの会議体＞

会議体	目的	事務局	委員構成
魚沼地域在宅医療多職種連携推進協議会 (推進協議会)	在宅医療連携の推進 関係機関が魚沼地域の在宅医療の現状と課題を整理して、目指すべき方向について共通認識をもつ	魚沼保健所	医療関係機関(医師会、病院 歯科医師会、医院、薬剤師会、訪問看護ステーション) 福祉関係機関(介護支援専門員連絡会協議会、市社協、福祉会) 行政(市福祉課、健康課)
在宅医療推進検討会 (検討会)	在宅医療の充実 病院を中心とした地域包括ケアシステムの推進(上記推進協議会に報告)	魚沼保健所 魚沼市	同上

Point

2

地域の課題を明確にしましょう！

3. 取組の特徴

○前述のとおり、検討会の事務局は魚沼市と魚沼保健所が共同で担っています。共同で運営していたことでアンケート調査において得られたメリットを以下に挙げます。

- ① 住民対象の調査は魚沼市が行いやすいが、医療関係施設の実態把握は魚沼保健所が広域に行った方がやりやすい
- ② 魚沼保健所が「在宅医療関係機関アンケート調査」を実施したことで魚沼市内の在宅医療がどこまで行われているかなど、在宅医療の現状把握ができた
- ③ 魚沼市と魚沼保健所で需要面と供給面の調査を役割分担して行うことができた

以上のように、魚沼市と魚沼保健所で、それぞれの役割を活かした調査を行ったことが、取組の特徴です。

事例**<秋田県横手市>****2-2****対面を心がけた調査によって医師と顔の見える関係の構築へ**自治体の
基本属性

人口：94,448人

高齢者数・高齢化率：32,629人・34.5%

地域包括支援センター数：3か所（直営） ※平成28年1月末時点

Point**2**

地域の課題を明確にしましょう！

1. 専門職が専任の在宅医療連携推進担当部署を設置

- 横手市は、平成24年度の在宅医療連携拠点事業により、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づくりを強化するため、3名の専門職（主任介護支援専門員、保健師、地域ケアコーディネーター）で構成された在宅医療連携推進担当部署を設置しました（地域ケアコーディネーターは社会福祉士の専門職）。
- 在宅医療連携推進担当は専任業務で、平成24年から保健師を除く2名は留任となっていることから、医師との信頼関係構築や関係強化を図ることに貢献しています。

2. 医師との対面を心がけたアンケート調査

- 横手市健康福祉部で検討部会を設置し、「在宅医療に関するアンケート調査」（対面による聞き取り及び質問紙法）を実施しました。
- 調査は、医療機関等を対象として、「多職種連携の課題」や「在宅医療を実施する際の課題」に対する解決策の抽出を目的としていました。
- なお、調査の実施に際しては、健康福祉部の4課を挙げて2名1組の人員体制を整え、1か月以内で調査を終了させました。
- 調査は、電話でのアポイントに始まり、対面での調査説明と調査票の配付及びヒアリング、また、留め置きでの調査票回収時のヒアリングなどを行いました。
- 医師のスケジュールに合わせた対面での調査を心がけて、1施設に対し複数回の訪問を行った結果、回収率97.6%を達成しました（1診療所のみ未回収）。

<アンケート調査での工夫点>

※アンケート調査票の設計は、上記の在宅医療連携推進担当に任され、インターネットを利用した情報収集等により対象施設ごとに段階的に行いました。共通項目を用意したほか、数量を尋ねる設問については、回答者の負担軽減のため直近1か月のみの調査をするなど配慮をしました。

※アンケート調査の対象は、3病院・39診療所、41歯科診療所、54薬局、5訪問看護ステーション・センター、33居宅介護支援事業所、69介護保険施設の全244施設でした。5月の病院・診療所を皮切りに、12月まで施設種別ごとに調査を行いました。

3. アンケート調査をきっかけに関係性の強化へ

○横手市が、医療機関に粘り強く訪問して調査を行ったことで、行政が熱心に取り組んでいることを医療関係者に印象づけることになりました。

○また、横手市は医師等との対面での会話やアンケートの自由記載などから具体的な問題点や要望を把握することができました。少子高齢化、勤務医の疲労と開業医の高齢化などの在宅医療の問題を共有したことも影響して、その後の協力体制を深く構築する契機にもなりました。

○現在も会議書類等は郵送せずに、対面で医師に書類を届ける取組を続けており、いつでも会話ができる信頼関係を保っています。

○また、顔の見える関係を構築するためには、研修会等の場も有効であることから、多くの職種に参加してもらえるような時間設定を行った「夕暮れ勉強会」（平日の夕方18時から開始）も開催しています。

○平成25年度、横手市医師会では在宅医療部会（8人）を設置しました。在宅医療部会では、夕暮れ勉強会、職種別研修会、地域の市民向け講座等の講師の推薦、日程調整、参加者募集も行われています。また、メーリングリストを利用して横手市の在宅医療連携推進担当とも情報の共有がなされています。

<在宅医療に関するアンケート調査項目>

①在宅医療の実施の有無等
②在宅医療を実施していない理由
③訪問診療に対応する対象地区
④訪問診療に対応する時間
⑤訪問診療の従事者
⑥訪問診療を行った患者の状況
⑦訪問患者数の増減
⑧訪問診療の開始の紹介者
⑨訪問診療終了者の状況
⑩入院後の状況
⑪在宅で看取った患者の状況
⑫在宅における終末期医療の実施
⑬在宅で終末期医療を行う場合の考え方
⑭在宅療養支援診療所の届出
⑮在宅療養支援診療所の届出をしない理由
⑯連携している機関
⑰訪問看護ステーションの連携で困ること
⑱薬局との連携で困ること
⑲薬局との連携により充実したいこと
⑳アンケート、在宅医療に関する意見、行政に対する要望

Point

2

地域の課題を明確にしましょう！



事例

<岩手県釜石市>

2-3

段階に分けた課題抽出により職種間・多職種の連携へ

自治体の 基本属性

人口：35,824人

高齢者数・高齢化率：12,972人・36.2%

地域包括支援センター数：1か所（直営）

※平成28年1月末時点

1. 地域課題を把握する取組のポイント

- 平成24年に在宅医療の普及啓発、医療・介護連携を目的として市役所内の地域医療連携推進室に「チームかまいし」が設置されました。「チームかまいし」による地域課題の把握は「職能団体での参画」「3層構造の課題抽出と分類」の2つのポイントを重視して行ってきました。
- 地域連携の推進にあたって、地域の課題も、その解決策も、現場にいる医療・介護の関係者が発信し共有しないと、連携活動は前に進みません。したがって「チームかまいし」はあくまで黒子の存在であることを意識し、職能団体間での話し合いでも「悩み」を打ち明けられる存在としての立ち位置に徹してきました。
- また医療・介護連携の体制構築に当たっては、特定の事業者同士の連携の実態はあるものの、それが市全体のものにはなっていませんでした。そこで、職能団体を連携対象とすることで、課題の抽出や解決策のフィードバックが行われやすい仕組みとなるよう運営してきました。

2. 一次連携→二次連携→三次連携→一次連携・課題に対して循環的な連携が活発に

- 地域で医療連携を進めるための土壌作りの一環として、連携拠点と職能団体の「顔の見える」関係づくりと、「在宅医療」の必要性を職能団体に普及する目的で「話し合いの場」を設けました。
- 取組を進めるうちに、連携する以前の問題として、多くの課題が各職種・団体にあることが判明しました。また、抽出した課題は3段階に分類できることがわかりました。
- 複数の団体間での連携を急ぐのではなく、まずは在宅医療に向けた職種・団体内の課題の解決を優先的に進めることとし、各職能団体と「チームかまいし」による課題の抽出活動を「一次連携」として取り組みました。（一職種あたり、年間2~3回実施）
- 複数の職種間連携については「二次

《一次連携》職能団体との打ち合わせ会

～各職種がお互いの事情を言い出せる連携の土壌づくり&タネまき～



連携」と位置づけ、「一次連携」で抽出された課題のうち、特定の職種では対応できない課題について、「チームかまいし」が中心となって、課題解決にあたる職種間を繋ぎ、連携活動を推進してきました。具体的には、訪問診療を実施した経験の無い歯科医師や薬剤師と在宅医の同行研修や、介護職種と医療職との意見交換会、合同でのグループワーク研修を行うことで、相互理解の促進や職種間のルールやコンセンサスの形成を支援してきました。

○多職種が一堂に会する機会が「三次連携」であり、在宅医療・介護連携のスタートの場として、協議会を中心に、在宅医療・介護連携に関する地域のコンセンサス形成を進めてきました。また、上記の「一次連携・二次連携」で抽出された課題や解決策を全体で共有するための場としても位置付けられています。

○一次連携で抽出したニーズをもとに、忠実にマッチングすることで二次連携の事業を実施したことにより、地域の医療介護に従事する若者の主体的な医療介護福祉連携などに発展しています。自主的な活動も活発化して、その延長線で地域の介護職・薬剤師が主体となって、医療・介護関係者の顔の見える関係づくりとケアの相談場所としての「ケアカフェかまいし」の企画も生まれました。

○ケアカフェかまいしとは、職種間での意見共有と交流を促進する取組です。ジャズの流れるカフェのような雰囲気の中、地域の医療・介護関係者が同じテーブルを囲み、お茶やお菓子を楽しみながら共通のテーマについて話し合いを行っています。

《二次連携》連携拠点が仲介する複数職種による連携 ～課題内容に応じた様々な連携手法～

【実績】
平成25～27年度医科歯科同行訪問研修 計9回
平成25～27年度医科薬科同行訪問研修 計11回

平成25年度ケアマネジャー & 薬剤師合同研修会
平成26年度滋賀県高島市視察対応
" 病院連携室 & ケアマネジャー意見交換会
" 在宅医療先進地域情報フェスタ2014
平成27年度日本在宅薬学会でのポスター発表
" 浦添市医師会等視察対応
" 歯科医師 & 栄養士意見交換会



同行訪問



視察対応



グループワーク



意見交換会



共同発表

《三次連携》多職種が一同に会する機会

- ◆ 釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会
- ◆ 釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会

多職種連携の第一歩
顔の見える関係
づくり
連携に関する
コンセンサス
形成の場



釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会の様子60～90人が参加

【課題】
課題解決のための
現場レベルの連携
プロジェクトが進まない

ケアカフェの開催

「ケアカフェ」とは、カフェを訪れるように気軽に参加できる、医療者、介護者、福祉者のあつまりです。多職種の顔の見える関係づくりや日頃のケアの相談場所として提案されています。

主宰者は「かだれ」と同じ
介護職4名と薬剤師2名

アルコールを飲めない人でも参加できるものはないかと考えて
行きついたのがケアカフェ



事例

2-4

<千葉県柏市>

関係団体への事前調整により課題整理の機会が効率的に

自治体の
基本属性

人口：409,091人
高齢者数・高齢化率：99,887人・24.4%
地域包括支援センター数：7か所（委託） ※平成28年1月末時点

Point

2

地域の課題を明確にしましょう！

1. 市が主体となって在宅医療推進に着手した背景

- 柏市は今後、医療・介護ニーズが高まる後期高齢者の急増が予測されています。また、市中央部に位置する豊四季台団地では既に高齢化率が40%を超えるなど、在宅医療推進と医療・介護連携の強化が喫緊の課題となっていました。
- このような状況から、市内にキャンパスを持つ東京大学と、豊四季台団地を管理するUR（独立行政法人都市再生機構）とともに、平成21年度に「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を発足し、在宅医療推進をはじめとした、高齢社会の安心で豊かな暮らし方・まちのあり方についての研究を開始しました。
- 上記の東京大学・URとの共同研究と足並みを合わせるかたちで、柏市は、平成22年度に在宅医療推進の専属部署として保健福祉部内に福祉政策室を設置し、主体性を持って医師会等と連携しながら在宅医療推進に取り組むこととしました。

2. 「連携ワーキンググループ」で課題や解決策を議論

- 在宅医療推進や医療・介護連携に係る課題や解決策を議論するとともに、関係する多職種の顔の見える関係づくりを進めるために、平成22年度から柏市が事務局となって連携ワーキンググループ等の5つの会議体を順次立ち上げていきました。

<柏市が当初設置した5つの会議体>

在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

医療職と介護職の連携強化

医療WG(H22.5~H24.3 20回)
医師会を中心に構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論
現在は、医師会「在宅プライマリケア委員会」で毎月議論

連携課題を議論し、顔の見える関係をつくる
5つの会議

連携WG(H22.7~H26.3 28回)
医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等の代表者等で構成し、多職種連携のルールを議論し、決定

試行WG(H23.11~H26.1 10回)
多職種で構成し、多職種連携ルールについて、具体的症例に基づく試行と検証を実施 ※評価チームを設置

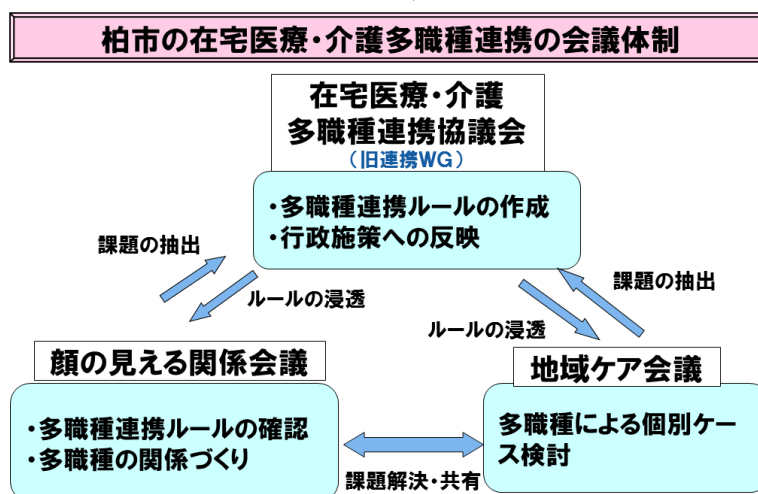
10病院会議(H24.2~10回(継続中))
救急告示医療機関とがんセンターの院長、MSWで構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論

顔の見える関係会議(H24.6~8回(継続中)) ⇒ 延べ1,300名が参加
柏市の医療・介護関係者が一堂に会し、顔の見える関係を構築



○連携ワーキンググループは、多職種の代表者等で構成し、連携に係る課題・解決策について平成 22 年度から約 3 年半（全 28 回）かけて議論しました。そこで決定した多職種連携のルールを「在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブック」としてまとめました。ワーキンググループは平成 26 年度から「在宅医療・介護多職種連携協議会」となり、現在まで協議を継続しています。

< 柏市の多職種連携会議体制（現在） >



3. 「顔の見える関係会議」の立ち上げとその後の運営

- 平成 23 年度の連携ワーキンググループで、専門職以外も含めた地域での顔の見える関係づくりが必要との発案を受けて、「顔の見える関係会議」の開催準備に着手しました。その際、松戸市のあおぞら診療所での多職種連携の会議の事例も参考にしました。平成 24 年 6 月に第 1 回を開催し、その後、概ね年 4 回開催しています（平成 27 年度 第 13 回まで開催済）。
- 初年度（第 1～4 回）は、東京大学からプログラム設計やグループワークのファシリテーター参画等の支援を受けましたが、以降は、柏市と医師会で企画設計とファシリテーター確保を行っています。
- 開始当初は各団体に積極的に声をかけて参加者を確保していましたが、各団体から自発的に参加したいという意向が強まり、第 9 回目以降は定員を上回る参加希望があります。会議の目的である「顔の見える関係づくり」から、参加者が固定化しないよう、初参加でも参加しやすい内容で開催するなどの配慮をしています。そのため、初参加者の割合が高く、概ね 3 割程度が初参加者となっています。
- 在宅医療・介護連携に係る課題抽出は初年度（第 1～4 回）で概ね終了し、第 5 回以降は参加者同士の連携関係の構築や研修を主テーマとして開催しており、第 11 回目からはエリア別会議も実施しています。今後はエリア単位の開催を主としていく

Point
2
地域の課題を明確にしましょう！

方針で、エリア別会議の運営は地域包括支援センターと地域の医師を中心に開催していくことを目指しています。

4. 関係団体への事前個別ヒアリングにより会議での課題検討がスムーズに

- 連携ワーキンググループは、平成 22 年度の開始当初は、医師会以外の多職種団体関係者が会議の場で発言しづらいことや、発言により団体間の関係がぎくしゃくするような状況がみられました。
- そこで、平成 23 年度後半からこのような状況の立て直しを図ることとし、平成 24～25 年度にかけて、柏市で各関係団体に個別に課題ヒアリングを行いました。これは同時期に連携ワーキンググループで毎回 1～2 職種ごとに在宅医療介護連携に関する課題を発表してもらうようにしており、その事前準備も兼ねて実施したものです。これにより各団体と柏市との信頼関係が構築でき、会議等での課題整理が進む契機となりました。
- 上記のようなことから、課題抽出等をはじめとした多職種での在宅医療・介護連携推進にあたっては、医師会や関係団体等との個別の事前調整が特に重要であると考えています。

Point

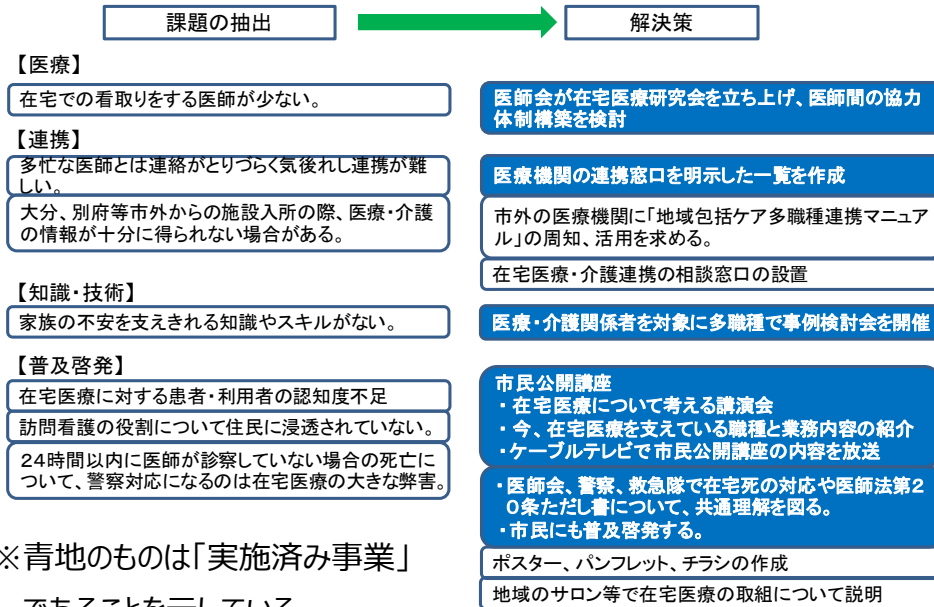
2

地域の課題を明確にしましょう！

<p>事例 2-5</p>	<p>＜大分県国東市＞ 会議の運営を工夫して 医療・介護関係者が自発的に課題や解決策を検討</p>	
<p>自治体の 基本属性</p>	<p>人口：29,751人 高齢者数・高齢化率：11,764人・39.5% 地域包括支援センター数：2か所（直営） ※平成28年1月末時点</p>	
<p>1. 医療・介護関係者から地域課題を集約して整理</p> <ul style="list-style-type: none"> ○国東市では、医療・介護連携の推進のために新たに庁内に立ち上げたチーム（12ページ参照）で、「医療・介護連携の推進は行政が中心とならなければならない」との共通認識のもと、まずは地域課題の把握に取り組みました。 ○市内の医療・介護関係者から「国東市の医療・介護分野において自身が課題と思っていること」や「その課題を解決するための方策案」について書面で意見を集めました。集めた意見は行政がテーマ別・実現可能性別に取り組みべき課題として整理しました。 ○整理した課題は「国東市在宅医療連携推進運営会議」に提出し、多職種で「何から取り組んでいくべきか」といった取組のステップを検討し、関係機関内で共有しました。課題の中には「解決策が見つからない」「すぐにはできそうにない」というものもありましたが、その点も含めて共有することができました。 <p>2. 「できるところから取り組む」が大切</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療・介護関係者から集めた意見の分類に当たっては、テーマ別といった観点の他に、「すぐ取り組めるのか」、「緊急性が高いのか」といった実現可能性も考慮しました。何でも取り組めばよいのではなく、「できることを着実にこなしていく」姿勢が重要と考え、行政と医療・介護関係者の間では、「できるところから取り組む」「最初から完璧ばかりを目指さない」との方針を共有しました。 ○分析した課題は、医療・介護関係者にフィードバックして検討を加え、行政として取り組むべき事項を整理しました。 ○課題に対する解決策は、在宅医療連携推進運営会議の中に設けた作業班で検討しました。作業班での協議の場が、医療・介護関係者が自らが考えて、課題解決に取り組む機会となるように運営を工夫しています。 ○具体的には、作業班での検討の際に行政がファシリテーションを行うことで、予定どおりに議論が進行され、結論が導き出されるように支援しています。 ○また、検討の結果、提案された解決策は実際に行政が取り組み成果を出すこと 		

で、この取組の意義を感じてもらうように心がけています。

<課題の抽出と解決策の整理（例）>

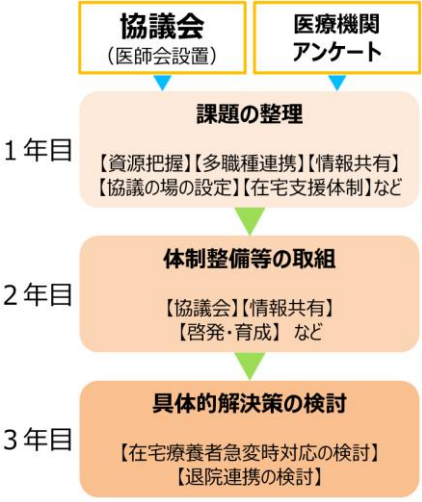


※青地のものは「実施済み事業」であることを示している。

Point
2
地域の課題を明確にしましょう！

事例 2-6	<長崎県佐世保市> 在宅医療の協議体制の整備により具体的な解決策の検討へ
自治体の 基本属性	人口：258,484 人 高齢者数・高齢化率：74,152 人・28.7% 地域包括支援センター数：9 か所（委託） ※平成 27 年 10 月末時点
<p>1. 「在宅医療機関が少ない」という課題が取組の契機に</p> <p>○佐世保市では、在宅医療を担う医療機関が県内の他地域に比べて少ないという課題がありました。このため、佐世保市医師会において、平成 24 年度に厚生労働省の在宅医療連携拠点事業として、在宅医療推進のための体制整備等の取組を開始しました。</p> <p>2. アンケートで在宅医療の課題を整理（1年目）</p> <p>○在宅医療連携拠点事業において、在宅医療推進の課題等を検討するため、「在宅医療連携協議会」（以下、協議会）が組織され、行政（佐世保市）も構成メンバーとして参画しました。</p> <p>○平成 24 年度は現状把握の一環として、在宅医（医師会会員）と二次輪番病院を対象にアンケートを実施しました。これは、協議会において、在宅医療を行うための必須条件として緊急入院先（バックベッド）の確保が必須であるとの指摘があり、その現状把握の必要性があったからです。このため、医師会会員を対象とした在宅医療アンケートを行い、在宅医療に対する取組の現状や課題、今後の意向等を把握しました。</p> <p>○その結果、在宅医療を実施している診療所等において特に「緊急入院先（バックベッド）の確保が容易でない」との課題が大きかったため、次に急変時の受け入れ先である二次輪番病院に対してアンケートを実施し、受入れ側としての現状・課題等を把握しました。このアンケートでは受け入れ側（病院）でも「退院させるときの地域の受け皿がない」等の課題があることがわかりました。</p> <p>○これらのアンケート結果等も踏まえて、協議会において佐世保市の在宅医療の課</p>	

<3年間の流れ>



題と解決の方向性を整理しました。

<地域の在宅医療・介護の課題抽出結果の一部>

04 平成24年度事業により抽出された、地域の在宅医療・介護の課題①

分類	課題	対応の方向性
協議の場の設定	<ul style="list-style-type: none"> > 地域の中の連携がうまくいっていない > 多忙な医師との連絡がとりづらくて連携が難しい。 > 顔つきをして、顔が見えるような医療を構築しないと、恐らく在宅をやろうという医師は増えない。 > 在宅に関わる関係職種が定期的に会する機会を継続することが必要。 > 5年先、10年先を見据えて、一つずつ課題を解決し、進めていくことが必要。 > モデルケースをより深めて、地域全体に仕組みを広げていく必要があると思うが、25年度以降の展開も検討する必要がある。 	25年度以降も継続的に協議会を実施。その際は、薬剤師会や歯科医師会等にも声かけを行う。
情報共有	<ul style="list-style-type: none"> > 医師や看護師等が扱う医療情報と介護者が扱う生活支援情報は性質が異なるので、その間を取り持つ通訳機能が必要。 > 患者や家族が複数の医療者、介護者に見守られているという実感を抱くことができるような情報共有のあり方が必要 > 情報が非常に分散してしまっていて、共通のアプローチができない。 > 少しずつ弱っていく在宅患者について、その変化を早期に見つけることも重要である。現状は、完全に病気が悪くなった状態で、病院に連れていかざるを得ない状況が多々あるので、その前に手を打つ仕組みが必要である。 > 最終形を見据えた共有の仕組みの検討が必要。 	職種に応じて必要となる情報が異なる事を加味したシステム構築。本年度の試行を踏まえた情報共有システムの必要性を検討。本格運用を行う場合は、維持費用や運営主体等について検討を行う必要有。

Point

2

地域の課題を明確にしましょう！

3. 体制整備と解決策の検討（2年目、3年目）

- 平成 25 年度以降は、佐世保市が実施主体となり、前年度に整理した課題解決に向けた取組を順次進めています。まず、平成 25 年度（2 年目）は前年度の協議会を「在宅医療・介護連携協議会」として拡充し、より幅広い在宅医療・介護関係者での協議の場として組織しました。
- 平成 26 年度（3 年目）は、在宅医療推進の重点課題である「急変時の緊急対応」と「退院連携」について具体的な体制整備とルールづくりを開始しました。検討にあたっては協議会に各課題に応じた 2 つの専門部会を設置し、市医師会に部会運営を委託して進めています。

4. 専門部会での協議の成果

- 2 つの専門部会での協議により、平成 27 年度半ばに、急変時の緊急対応と退院連携に関する詳細のルールが策定でき、年度後半から試行に入っています。
- 現時点で在宅医療を実施する医療機関が大幅に増加しているわけではありませんが、上記のルールづくりや別途実施した研修会や意見交換会、説明会等の取組を進めるなかで、新たに在宅療養支援診療所や在宅療養後方支援病院の届け出を行う医療機関が出てきています。また、開業医と病院間で個別に後方支援病院契約を締結する動きがあるなど、在宅医療に関心を持つ医療機関が増えつつあります。

Point 3 地域の資源を把握しましょう！

※在宅医療・介護連携推進事業のうち「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」に関連する取組です。

地域の課題の把握やその解決策を検討するためには、医療機関や介護事業所の状況を把握する必要があります。その際、医療機関や介護事業所の数だけでなく、それぞれがどのような役割を果たしているのかについても確認することが大切です。

Point

3

地域の資源を把握しましょう！

1. 地域住民の適切なサービス選択や

医療・介護関係者の連携のために

- 地域には、病院・診療所等の医療機関や介護保険施設、居宅介護サービス、高齢者向け住宅といった多種多様な施設やサービス形態があります。
 - そこで、医療や介護が必要になった時に、地域住民が適切なサービスを選択・利用できるように、行政として医療機関や介護事業所の情報を整理しておく必要があります。
 - また、医療機関・介護事業所等にもそれぞれの機能や役割を知ってもらうことで効果的な連携につながります。
 - 医療機関や介護事業所等の情報を把握するに当たっては、次のような点に留意することが重要です。
 - ・ 公表されている情報だけでは、それぞれの特徴や対応可能なサービス等までは把握できない
 - ・ 情報を把握して公表する場合は、各施設に対して情報が最新であるかの確認が必要である
 - ・ 医療・介護関係者と地域住民ではそれぞれ必要とする情報の内容が異なるので、誰のために、どのような情報を把握・公表するのかを決めなければならない
- 【例】 医療機関や介護事業所の特徴を知りたい（地域住民、ケアマネジャー）
診療科ごとに往診をしてくれる医療機関を知りたい（地域住民）
各職種の専門性や出来ることの限界を知ってほしい（医療・介護関係者）

2. 医療機関や介護事業所等に関する情報収集

～有効活用に向けたヒント～

情報の収集

- インターネットから入手可能な基礎情報
 - ・ 医療機関や介護事業所に関する以下の情報は、各種ホームページに公表されており、都道府県ごとのページから市町村ごとに検索することができます。



Point
3
地域の資源を把握しましょう！

【厚生労働省ホームページから検索することが可能な情報の例】

- ・「医療機能情報提供制度（医療情報ネット）」
 - ⇒診療科目、診療日、診療時間等、対応可能な疾患・治療内容等
 - http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/
 - (厚生労働省ホーム> 政策について> 分野別の政策一覧> 健康・医療> 医療> 医療機能情報提供制度（医療情報ネットについて）)
- ・「薬局機能情報提供制度」
 - ⇒名称、所在地、連絡先、開店時間、その他の薬局サービス等
 - http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/kinoujouhou/
 - (厚生労働省ホーム> 政策について> 分野別の政策一覧> 健康・医療> 医薬品・医療機器> 薬局機能情報提供制度について)
- ・「介護サービス情報公表システム」
 - ⇒名称、所在地、提供サービスの内容、利用料等
 - <http://www.kaigokensaku.jp/>
 - (厚生労働省ホーム> 政策について> 分野別の政策一覧> 福祉・介護> 介護・高齢者福祉> 介護サービス情報の公表制度)
- アンケート調査や多職種が集まる場で収集
 - ・ 公表されている情報だけでは、医療・介護関係者が連携するために必要としている情報までは把握できないことがあります。
 - ・ 具体的には、かかりつけ医に相談するタイミング、内容が分からないので関わりを持ちにくいというケアマネジャーの声を受け、医療機関等にアンケート調査を実施した事例があります。（和歌山県海南市 36 ページ参照）

● インフォーマル・サービスの情報

- ・ 地域住民やケアマネジャーにとって、医療機関や介護事業所から提供される公的保険サービス以外のサービス（いわゆる「インフォーマル・サービス」）に関する情報が必要となる場合があります。

【インフォーマル・サービスの例】

- ・ 買い物サービス
 - ・ 民間の見守りサービス
 - ・ 移送サービス
 - ・ 介護予防サークル
 - ・ 趣味サークル
 - ・ 理美容サービス
 - ・ 配食サービス
 - ・ 地域サロン
 - ・ 各種ボランティア活動
- ・ これらのサービスに関する情報は、地域の社会福祉協議会・ボランティアセンターや非営利団体等から収集することができます。例えば、幅広く情報を収集し、医療資源や介護資源とともにリスト化し、生活を支えるための地域資源一覧として住民に公表している事例があります。（和歌山県紀美野町 42ページ）

<紀美野町社会資源リスト項目>

日常生活の支援	実費生活支援サービス
日常生活の見守り	移送サービス
在宅支援事業	その他医療系サービス
高齢者や家族の支援	地域サロン
障がいに関する支援	健康づくり／介護予防サークル
健（検）診	老人クラブ／各種ボランティア活動
難病／こころ／医療安全相談等	趣味サークル
買い物／理美容サービス	各種相談窓口
民間の見守り／配食サービス	医療機関／介護保険サービス等

集めた情報の活用方法

- 医療・介護関係者と地域住民では、必要とする情報が異なるため、それぞれの視点に立った情報の伝達方法を工夫する必要があります。

【情報の活用方法の例】

・地域住民向け

地域ごとに、公民館等の会場で、市内の開業医を講師に招いての講演会で、かかりつけ医師の必要性や在宅医療に関することを伝えるとともに、



に、直接意見交換ができる場とすることで、市民の方も在宅医療を身近で感じる機会となっている事例（※）もあります。（神奈川県横須賀市 72 ページ参照）

（※）「Point 6 地域住民と一緒に考えていきましょう」を参照。

・医療・介護関係者向け

「在宅医療資源」の地図化や「医療機関の詳細情報」をリスト化したことで、「マップがあり距離がつかみやすい」、「（面談可能な時間がわかり）医師へのアプローチが容易になった」といった声が聞かれるようになった事例があります。（熊本県熊本市 48 ページ参照）



- また、情報は定期的に更新することが望ましいため、収集や活用の方法についても、事前に更新を見据えた検討をしておく必要があります。

Point

3

地域の資源を把握しましょう！

3. 地域の資源を把握する取組の具体例

事例 3-1	<和歌山県海南市> 医療機関の連絡窓口調査で ケアマネジャーとかかりつけ医の情報連携が推進
自治体の基本属性	人口：53,273人 高齢者数・高齢化率：18,213人・34.2% 地域包括支援センター数：1か所（直営） ※平成28年1月末時点
<p>1. ケアマネジャーとかかりつけ医との連携が課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○海南市では、ケアマネジャーとかかりつけ医との連携が十分ではないことが大きな課題となっていました。 ○ケアマネジャーは、かかりつけ医に対して「敷居が高い」と感じており、どのようなタイミング、どのような方法でかかりつけ医に対して相談を持ち込めば良いかがわからないという声がありました。 ○ケアマネジャーとかかりつけ医の間で円滑に情報共有を行うためには、互いに相談しやすい関係の構築に結びつく取組が必要とされていました。 <p>2. 医師会と協働でアンケート調査を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ○そこで庁内で検討したところ、ケアマネジャーは「在宅医療に対応しているか」「対応している場合はどのような処置等に対応しているのか」といった在宅医療への対応状況の情報を必要としていることがわかりました。また、連携が進まない一つの要因として、ケアマネジャーは「いつ」「どのような方法」でかかりつけ医と連絡を取ればよいか分からない、ということがありました。 ○そのような状況を受けて、平成15年度に、海南市は地元医師会と協働して、医療機関の連絡窓口に関するアンケート調査を実施しました。このアンケート調査では、対応可能な在宅医療や、ケアマネジャーが連絡可能な曜日・時間帯・連絡方法（電話・メール・ファックス等）等を質問しました。調査内容は、平成17年度、平成23年度、平成27年度の実施のたびに、少しずつ更新しています。 <p>3. アンケート調査の内容は多職種で検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ○アンケート調査の調査票は、地域包括支援センター（直営）においてたたき台を提案し、地域ケア会議の場で検討を行います。具体的には、医師会、地域連携室、薬剤師会、介護事業所（訪問看護、訪問介護、通所、施設）、居宅介護支援専門員、理学療法士、保健所、海南市地域包括支援センター、紀美野町地域包括支 	

Point

3

地域の資源を把握しましょう！

援センター等、多職種で検討しています。

- アンケート調査票は、海南医師会（海南市と隣接する紀美野町管内）を通じて、医師会長、介護保険・在宅医療担当理事名で医師会会員へ送付してもらっています。返送は医師会事務局宛となっていますが、海南市で回収状況を確認して、未提出の医療機関に対しては、直接訪問して調査への協力をお願いしています。

4. 連絡窓口一覧の提供で情報共有が円滑に

- 調査結果は下記のような医療機関の連絡窓口をリストに整理して、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、医師会会員に提供しています。
- このリストの提供後、ケアマネジャーから「医療機関との連絡を取りやすくなった」との声が聞かれるようになり、連携推進の一助となっています。

＜ケアマネジャーに配布している連絡窓口一覧の内容＞

医療機関	住所	連絡窓口 担当者 職・氏名	連絡窓口	連絡方法			電話番号	FAX	都合のよい曜日・時間							ケース会議 日時等	備考	
				来院の 上面接	電話	FAX			その他	月	火	水	木	金	土			日
●●病院	××	社会福祉士 ●●●●	地域連携室	○	○		×××	×××	○	○	○	○	○			10:00-17:00	調整の上、 日程を決定	土・日曜の み不可
△△クリニック	▲▲	事務員 誰でも可		○	○		×××	×××	○	○		○	○	○		15:00-17:30	調整の上、 日程を決定	

Point

3

地域の資源を把握しましょう！

事例
3-2

＜熊本県熊本市＞

在宅医療の資源マップを作成したことで

ケアマネジャーから医師への連絡が容易に

自治体の
基本属性

人口：735,174人
高齢者数・高齢化率：177,145人・24.1%
地域包括支援センター数：27か所（委託） ※平成28年1月末時点

1. 在宅医療資源のアンケート調査を実施

- 在宅医療・介護関係者は、身近な地域の医療機関の連絡先は把握しているものの、市内の他の地域の医療機関の機能や、ケアマネタイム（※）等、連携の際に必要な情報を持ち合わせていないという状況が見受けられました。
- 平成23年度、熊本市は10年後の医療の姿を提示するための『くまもと医療都市2012 グランドデザイン』を策定しました。
- 平成24年度、同グランドデザインに明記されている在宅医療の推進の取組として、医療機関を対象とした在宅医療の資源を把握するためのアンケート調査を実施しました。

※【参考】ケアマネタイム

介護・福祉側から医療側へと相談がしづらいという背景から、スムーズな連携が可能となるように、ケアマネジャー等からの相談を受けることが可能な曜日や時間帯、方法、窓口等を示す取組

2. 医療資源の情報を「マップ」と「リスト」で見える化

- アンケート調査では病院・診療所を対象に、①在宅医療の取組状況、②在宅で対応できる処置、③専門診療科の対応、④面談等の対応可能な時間帯、⑤担当者会議への医師の参加の可否といった内容を把握しました。このうち、①の在宅医療の取組状況を中心に「在宅医療資源マップ」として地図化を行い、熊本市ホームページに掲載しました。
- 同時に、②～⑤等の詳細情報を一覧にした「医療機関リスト」も作成して、熊本市ホームページに掲載しました。
- アンケートの実施及びマップ・リストの作成にあたっては、医師会等の関係団体に調査の目的や結果の活用方法等について、十分に事前説明を行ったことがポイントです。
- 関係団体への事前説明を行ったことで、各医療機関からのアンケートの回答やその後の結果集約の際もスムーズに協力を得ることができました。

Point

3

地域の資源を把握しましょう！

＜アンケート調査をもとに「マップ」と「リスト」を作成＞

＜アンケート項目＞

- ① 医療機関における在宅医療の取組状況
- ② 在宅で対応できる処置
- ③ 専門診療科の対応
- ④ 面談等の対応可能な時間帯（ケアマネタイム）
- ⑤ 担当者会議等への医師の参加の可否

②～⑤は別途リスト化

①の情報を地図化



Point

3

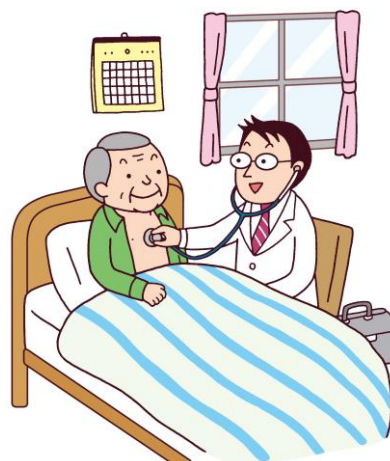
地域の資源を把握しましょう！

3. 「マップ」と「リスト」で医師へのアプローチが容易に

- マップ・リストは、市民とケアマネジャー等の事業者の両方の利用を想定して作成されました。実際には医療機関（地域連携室担当者等）やケアマネジャー、地域包括支援センター職員等の利用が多くみられており、「医師へのアプローチが容易になった」「マップがあると距離感がつかみやすい」等と好評です。
- マップ・リストでの情報提供は最新の内容を記載することが重要です。しかし、平成 24年の調査以降、全面的な情報の更新ができていないことが課題となっています。再調査の実施については現在検討中ですが、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院や在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟・病床については、同じホームページ上に九州厚生局への届出状況を掲載することで、最新情報を補完する工夫をしています。

【参考】熊本市ホームページ「在宅医療を提供している機関を知りたい！」

ホーム> 組織から探す> 健康福祉局> 保健衛生部> 医療政策課> 知っていますか？在宅医療
http://www.city.kumamoto.jp/hpkiji/pub/detail.aspx?c_id=5&id=2866



Point 4 顔の見える関係をつくりましょう！

※在宅医療・介護連携推進事業のうち「(カ) 医療・介護関係者の研修」に関連する取組です。

地域包括ケアシステムを構築していくためには、医療・介護関係者が互いの顔や名前、職種、そして地域の中で果たしている役割を認識し、相談・連絡しやすくなるような「顔の見える関係」を築くことが大切です。

Point

4

顔の見える関係をつくりましょう！

1. 多職種が円滑に連携するために

- 医療・介護関係者は、担っている役割が異なることもあり、お互いの職種に対して、理解や知識が十分でない場合があります。
- また、職種間の連携が図れないことが原因で、患者・利用者へのサービス提供に支障が出る場合があります。（※上記2つ 長崎県佐世保市 30 ページ参照）
- 市町村は、多職種の幅広いつながりを作っていくために、各職種の声に耳を傾けながら調整や支援をしていく必要があります。

2. 「顔の見える関係」構築に向けたヒント

ケアマネジャーと医療機関を訪問

- ケアマネジャーから「医療機関に対する垣根が高くて相談しにくい」という声を受け、地域包括支援センター（直営）が、ケアマネジャーを伴って地域の医療機関を訪問する機会を設けた事例があります。（和歌山県紀美野町 42 ページ参照）

既存の会議体の有効活用

- 医療関係者を中心とした大きな会議体から始まり、医療・介護の多職種による会議体へ発展させ、さらに行政区別の課題検討のための会議体へと段階を踏んで発展させてきた事例もあります。（熊本県熊本市 48 ページ参照）

多職種の実修会を実施

- 地域で医療・介護関係者それぞれが果たしている役割を相互に知り、情報や意見の交換、さらには地域課題の解決に向けた検討を行うためには、多職種による研修会を開催することも効果的です。
- 医療・介護関係者、民生委員、行政職員等の多職種が一堂に会し、決められたテーマに基づいて行うワークショップを通して、顔の見える関係を築いている事例があります。企画段階から、医師会をはじめとする医療・介護関係者と協議したり、初参加でも参加しやすい内容にする等の工夫をしています。（千葉県柏市 44 ページ参照）

Point

4

顔の見える関係をつくりましょう！



3. 「顔の見える関係」構築の具体例

事例 4-1	<和歌山県紀美野町> 医療機関への訪問企画で ケアマネジャーとかかりつけ医の連携を強化
自治体の 基本属性	人口：9,565 人 高齢者数（高齢化率）：4,079 人・42.6% 地域包括支援センター数：1カ所（直営） ※平成 28 年 1 月末時点
<p>1. ケアマネジャーによる医療機関の訪問を企画</p> <p>○紀美野町では、月に 2 回、地域包括支援センターをはじめ、病院やケアマネジャー、介護サービス事業者等の関係者が参加する「在宅連絡会」が開催されていました。しかし、ケアマネジャーとかかりつけ医との連携は不十分な状況でした。</p> <p>○そのような状況の中、ケアマネジャーが医療機関に気軽に相談できる関係を構築するために、「お互いに知っている関係をつくっていく」ことが必要だと考えました。</p> <p>○そこで、平成 23 年度から平成 24 年度にかけて、町直営の地域包括支援センターが主体となってケアマネジャーに声をかけ、町内の医療機関を訪問する取組を企画しました。</p> <p>2. 訪問がきっかけで円滑な連携へ</p> <p>○ケアマネジャーが医療機関を訪問した際は、挨拶・顔合わせ程度でしたが、その後、訪問時に「自分は△△さんの担当ケアマネジャーです」と名乗ることができたという声や、「■月■日にお邪魔した●●です」と挨拶しやすくなったという声が聞かれるようになりました。</p> <p>○この取組を通して、ケアマネジャーが担当している利用者について、かかりつけ医に相談しやすくなり、連携が円滑に行われるようになりました。</p> <p>○この取組は毎年実施する必要はありませんが、ケアマネジャーの入れ替わりもあるため、2～3年に1度といった定期的な開催で、ケアマネジャーとかかりつけ医との関係の維持・強化に役立てていくこととしています。</p>	

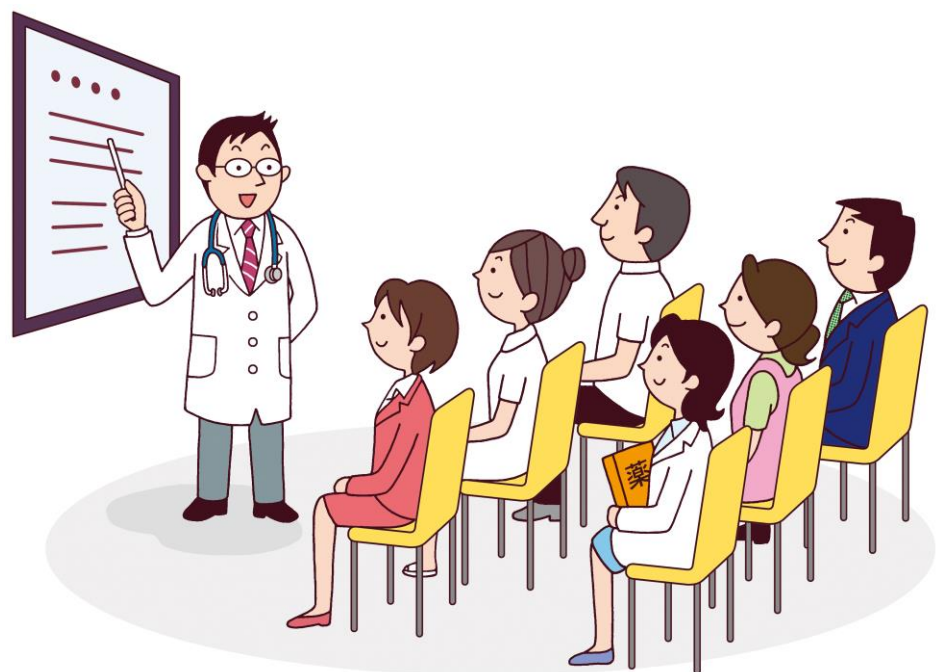
Point

4

顔の見える関係をつくりましょう！

Point

4 顔の見える関係をつくりましょう！



事例
4-2

<千葉県柏市>

研修会や会議の運営を工夫して

効果的な顔の見える関係の構築へ

自治体の
基本属性

人口：409,091人
高齢者数・高齢化率：99,887人・24.4%
地域包括支援センター数：7か所（委託） ※平成28年1月末時点

1. 顔の見える関係づくりにつながる多職種連携研修会での工夫

- 柏市では、平成23年度から、医師や多職種を対象に在宅医療推進や多職種連携の促進を目的とした研修会（在宅医療多職種連携研修会）を年1回のペースで開催しています（平成23・24年度は東京大学主催、平成25年度以降は柏市と柏市医師会主催）。
- 研修プログラムは、「がん末期（緩和ケア）」や「認知症」をテーマとして2日間の座学と事例を通じたグループワークを行うほか、希望する医師には実際の在宅医療の現場への同行訪問研修を取り入れていることが特徴です。
- グループワークは、医師1名とその他の多職種、地域包括支援センター職員を1グループとして実施しています。グループは近隣エリア単位で組むようにして、グループワークとともに学ぶことで顔の見える関係を築いて、その後の各エリアでの実践に役立つように工夫しています。

Point

4

顔の見える関係をつくりましょう！

在宅医療多職種連携研修会

医師及び多職種を対象に在宅医療の推進及び多職種連携の促進を目的とした研修を実施（年1回程度）

第6回（H26年9/28及び10/19）

受講者（57名）

医師・歯科医師・薬剤師・病院関係者・訪問看護師・介護支援専門員・理学療法士・作業療法士・地域包括支援センター職員・管理栄養士・サービス事業所職員等

実施者

主催：柏市医師会・柏市
共催：柏市歯科医師会・柏市薬剤師会・柏市訪問看護連絡会・柏市介護支援専門員協議会・東葛北部在宅栄養士会・柏市リハビリテーション連絡会
協力：東京大学高齢社会総合研究機構
東京大学医学部在宅医療学拠点
後援：国立長寿医療研究センター
傍聴者（66名）

平成23年5月から6回実施
これまでに約302名受講



主な内容（第6回）

2014年9月28日（日）

9:00～18:30

在宅医療の果たすべき役割（総論）

多職種連携協働IPW
在宅医療を支える多職種の役割（プレゼン）

多職種WS①

緩和ケア

各論

- ・ 摂食・嚥下障害
- ・ 在宅における口腔ケア
- ・ 在宅における褥瘡ケア
- ・ 在宅での栄養管理

特区の趣旨と概要

・ 訪問リハビリ

2014年10月19日（日）

9:00～17:00

柏市の医療介護連携モデル
病院とかかりつけ医の連携

多職種WS②

認知症

報酬・制度

多職種WS③

在宅療養における看取り事例

多職種WS④

在宅医療を推進する上での課題と解決策

修了者が語る訪問診療の実際

目標設定

修了式

医師は別途同行訪問研修を実施

- 医師の同行訪問研修は、受講者の在宅医療のイメージづくりに役立つだけでなく、既に在宅医療を行っている医師と受講者である医師との間の顔の見える関係づくりの機会としても機能しています。
- 研修会の企画は、約半年前から柏市と医師会で開始します。講師は医師会やその他多職種の関係団体から選定するようにしています。市内の医療・介護関係者を講師とすることで、講師と受講者との顔の見える関係づくりにもつながっています。

2. 「顔の見える関係会議」で地域関係者との連携も

- 「顔の見える関係会議」とは、医療・介護連携に係る多職種が一堂に会し、ワークショップ等で地域の課題検討等の作業を行うことを通じて、顔が見える関係づくりを図ることを目的としています。
- 平成 23 年度の連携ワーキンググループ（24 ページ参照）での発案を受けて、平成 24 年度に第 1 回「顔の見える関係会議」を開催したことを皮切りとして、概ね年 4 回を目途に開催しています。開催初年度（第 1～4 回）は東京大学からプログラム設計やグループワークのファシリテーター参画等の支援を受けていました。しかし、翌年度からは、柏市と医師会で企画設計やファシリテーター確保を行っています。

顔の見える関係会議

<目的> 多職種が一堂に会し、ワークショップ等を通じて、顔の見える関係づくりを推進し、連携体制を構築する。概ね年4回の会議を実施する。

全体会議

- 年2～3回
- テーマの例

- ・多職種連携のコツを学ぶ
- ・多職種の役割を知る
- ・事例を通じた連携の具体



エリア別会議

- 年1～2回
- 市内を北・中央・南に分けて開催
- テーマの例
- ・地域資源把握

- ・事例を通じた連携の具体
- 地域包括支援センターと医師会等エリアの多職種が運営を行う。



※ファシリテーター会議にて事前に会議の進め方を調整する

<参加者構成>

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・言語聴覚士、介護サービス事業者、介護老人保健施設・介護老人福祉施設職員ふるさと協議会・民生委員児童委員等市民、市役所職員 等

Point

4

顔の見える関係をつくりましょう！

- 開催当初は各団体に動員をかけて参加者を確保していました。しかし、徐々に参加意向が高まってきて、最近では定員を上回る参加の希望があります。また、初参加でも参加しやすい内容で開催するなどの工夫をしているため、毎回の参加者のうち、初参加者の割合は概ね3割程度と比較的高くなっています。
- 顔の見える関係会議は、医療・介護関係者だけでなく、ふるさと協議会関係者や民生委員等も参加していることが特徴です。これらの地域関係者には、主にエリア別会議（25ページ参照）に参加してもらっています。エリア別会議での地域資源把握のマッピング作業などの機会を通して、地域関係者と医療介護関係者の顔の見える関係構築につながっています。
- 会議の企画は、年度はじめに柏市と医師会で行い、連携協議会の研修部会に諮って年間計画を立案しています。そして、各会議開催1ヶ月前から参加者依頼等の準備を始めます。準備作業ではファシリテーター会議を重視し、十分に予行演習をした上で会議当日に臨んでいます。なお、このファシリテーターは在宅医療多職種連携研修会の修了者から選出しています。

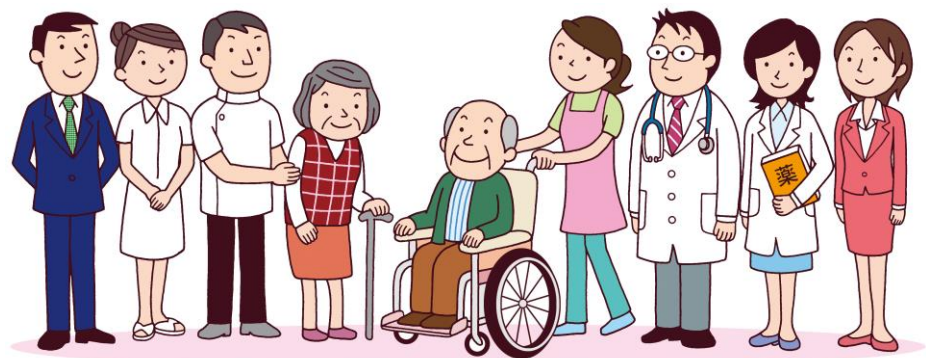
3. 多職種連携研修会や顔の見える関係会議の成果

- 在宅医療多職種連携研修会の受講者に、事前/事後/1年後/2年後の時点でアンケートを実施し、東京大学で結果を分析しています。追跡アンケートの結果からは、受講者がその後の在宅医療に参入している状況が見られています。受講をきっかけに、在宅医療に対する意識が変容し、実際の参入につながっています。
- 顔の見える関係会議でも参加者に対するアンケートを実施しており、第11回会議（参加者400人）は事前/事後（当日）/3か月後/6か月後の時点でアンケートを行い、東京大学で結果を分析しています。「地域での顔の見える関係づくりに役立つ」、「実際に連携につながった」、「地域の関係者や関係機関等への信頼度が高まった」との意見が出ています。
- また、在宅医療多職種連携研修会・顔の見える関係会議により、関係者同士の顔の見える関係ができたことにより、関係団体同士で合同勉強会を開催したり、エリア単位での会議や親睦会等を開催するといった関係団体や地域での自主的な取組に発展しています。

Point

4

顔の見える関係をつくりましょう！



事例

＜熊本県熊本市＞

4-3

グランドデザイン実現への取組が顔の見える関係づくりへ

自治体の
基本属性

人口：735,174人
高齢者数・高齢化率：177,145人・24.1%
地域包括支援センター数：27か所（委託） ※平成28年1月末時点

1. グランドデザインの策定で在宅医療の推進へ

- 熊本市では、従来から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の取組を行っていました。しかし、取組は一部の地域に留まっていた。
- このような状況の中、平成23年度に当時の首長の「医療都市としての魅力をアピールする」という方針に基づいて、医療機関関係者を中心とした「くまもと医療都市ネットワーク懇話会（※）」（懇話会）を組織しました。

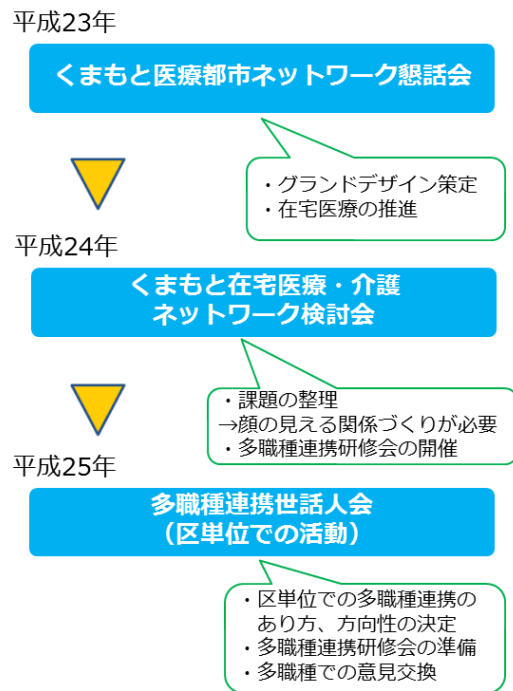
※【参考】くまもと医療都市ネットワーク懇話会

全国的にも高い水準の医療機関や充実した救急医療体制など、熊本市の恵まれた医療環境を活かし、医療都市としての魅力向上や医療サービスネットワークの構築を図るため、熊本大学医学部附属病院・各拠点病院・県市医師会・医療関連企業・学識経験者・熊本県・熊本市等が協議する懇話会

- その後、懇話会での協議を経て『くまもと医療都市 2012 グランドデザイン』（グランドデザイン）を策定しました。
- グランドデザインにおいて、市は以下3つの都市像を目標として掲げています。①最先端の医療技術を発信する九州の医療拠点都市、②機能分化と連携によって質の高い医療を提供できる都市、③高齢者や障がい者などが住みなれた地域でいきいきと暮らせる都市。そのうち③の施策として、在宅医療・介護の充実に取り組むこととしています。

○懇話会において急性期病院の院長たちから「今後は在宅医療への取組が重要」との意見があったため、在宅医療の推進をグランドデザインの柱の一つとしました。また、懇話会の下に在宅医療関係者を中心とした作業部会を組織し、在宅医療推進に関する検討に着手しました。

＜3年間の流れ＞



Point

4

顔の見える関係をつくりましょう！

2. 多職種連携の検討会を組織

- 平成 24 年度には、グランドデザインの実現に向けて熊本市全体で在宅医療・介護の多職種が連携し課題抽出や解決策の協議等を行う「くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会」（検討会）を組織しました。検討会の前身は、平成 23 年から懇話会の作業部会で在宅医療について協議していた委員でした。
- 検討会の議長は、在宅医療推進のキーパーソンで懇話会作業部会委員でもあった医師会副会長に依頼しました。熊本市の方針に理解があり、かつ強いリーダーシップをもって関係団体と取組を推進できる人を選定することが重要と考えていたためです。他の委員についても、より実務的な協議を行えるよう、各団体から推薦を依頼しました。
- 検討会事務局は、医療政策課と高齢介護福祉課が共同で担っています。検討会設立当初は事務局の行政が中心となり、課題の整理に着手して進行していました。その後は、徐々に検討会委員が主体的に取組を進めるようになりました。

3. 地区ごとの顔の見える関係の構築へ

- 検討会ではまず課題整理から着手しましたが、その中で「現場レベルでの顔が見える関係づくりが必要」との指摘があったことで、検討会初年度から多職種連携研修会を開催しました。
- 熊本市内では医療・介護資源にバラつきがあるため、平成 25 年度からは区単位で「多職種連携世話人会」を設置し、区単位での多職種連携のあり方や方向性の決定、多職種連携研修会に向けた準備などを行っています。医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、MSWといった多職種が連携に関する意見交換を活発に行っています。

＜多職種連携研修会の様子＞



Point

4

顔の見える関係をつくりましょう！

Point 5 情報共有を工夫しましょう！

※在宅医療・介護連携推進事業のうち「(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援」に関連する取組です。

地域住民が、医療・介護を受けながら安心して生活を続けられるよう、医療機関・介護事業所等の多職種で患者・利用者に関する情報を共有することで、医療・介護関係者がより密に連携して、切れ目のないサービス提供が可能となる体制整備を行っていくことが大切です。

Point

5

情報共有を工夫しましょう！

1. 患者・利用者に関する情報共有で

切れ目のないサービス提供へ

- 病院等医療機関から自宅へ退院する際には、患者・利用者に携わる医療・介護の関係者も変化する場合があります。それにより、患者・利用者に関する情報が途切れたり、情報の引継に相当の時間を費やしたりといった問題が発生することがあります。

また、医療従事者と介護従事者とでは扱っている情報の性質が異なるものも多くあるため、留意が必要です。

- 医療・介護関係者が患者・利用者の情報を共有することは、切れ目のないサービス提供へとつながります。そのため、情報共有の工夫をすることは重要です。
- 医療・介護関係者間での情報共有の仕組みを構築するに当たっては、主に以下の点について具体的に検討する必要があります。
 - 共有すべき情報の内容
 - 情報共有する医療・介護関係者の範囲
 - 情報共有の方法、ルール



2. 医療・介護関係者間の情報共有に向けたヒント

共有すべき情報の内容

- 共有すべき情報は、医療・介護関係者にとって過不足のないものにしなければなりません。そこで、医療・介護関係者が相互にどのような情報が必要かを一緒に検討して、情報共有のためのツールを作成している事例があります。（大分県国東市 54 ページ参照）

【共有すべき情報の例】

- ・対象者の基本情報（氏名、連絡先、家族構成、介護保険の認定状況 等）
- ・医療関連情報（主病名、基礎疾患、かかりつけ医、薬物・アレルギー 等）
- ・リハビリの内容（訓練内容、本人の意欲 等）
- ・身体機能・状態（麻痺、筋力低下の有無、視覚・聴覚障害の状態 等）
- ・生活情報（食事の状況、排泄の状況、身体清潔の状況 等）
- ・精神情報（精神疾患、高次脳機能障害、意思疎通の状況 等）
- ・在宅生活の状況（屋内・屋外の移動、住宅改修や福祉用具使用の有無 等）

Point

5

情報共有を工夫しましょう！

情報共有する医療・介護関係者の範囲

- 共有する情報は個人情報となるため、その管理は慎重に行わなければなりません。情報共有する関係者の範囲は、行政がきちんと把握しておく必要があります。
- また、サービス利用が市町村内だけで完結しないケースも考えられます。そのような場合、市町村外の事業所も情報を共有して活用できることを目指している事例もあります。（千葉県柏市 56 ページ参照）

情報共有の方法、ルール

- 情報共有の方法としては、紙をやり取りする方法や I C T を活用する方法等が考えられますが、紙での情報共有の場合、導入コスト等がかからないものの保管といった管理が課題となりますし、I C T を活用する場合は導入までのシステム検証のための期間を要する、導入コストやシステムの維持コストがかかる、といった解決すべき課題があります。それぞれの市町村の実情に合わせて検討を行うことが大切です。（大分県国東市 54 ページ参照、千葉県柏市 56 ページ参照、山形県鶴岡市 60 ページ参照）

Point

5

情報共有を工夫しましょう！

個人情報の取り扱いに注意する

- 患者・利用者の健康状態や家族構成等の個人情報をやりとりすることになるため、本人・家族への説明や同意の取り方については、十分な配慮をしなければなりません。行政の担当者が個別訪問で同意書を取得することにより、個人情報の保護に関して安心感をもってもらっている事例があります。（千葉県柏市 56 ページ参照）
- また、サービス提供の終了や死亡等により、関わりがなくなった患者・利用者の情報管理の方法についても、事前に検討しておくことが重要です。



既存の情報共有方法を確認する

- 情報共有の工夫へと取り組む前提として地域の医療・介護関係者の間で活用されている情報共有の仕組みがあるかを確認します。
- また、都道府県が中心となって、保健所が退院調整のルール作りに取り組んでいる事例もあり、そこでも情報の共有は大きな要素となっています。（徳島県徳島保健所 64 ページ、和歌山県田辺保健所 68 ページ参照）
- 既存の仕組みがある場合、その仕組みを活用する方が効率的と思われます。その際には、以下の視点で見直しを行うことを推奨します。

【既存の情報共有の仕組みを整理する際の主な視点】

・どのような情報を共有しているか

- どのような職種間で用いられているのか
- 職種間で利用状況に偏りがあるか
- 共有の手段は紙媒体によるものか、電子媒体によるものか
- 個人情報の取扱はどうしているか
- その他課題となっていることはないか

● 新たな情報共有の仕組みをつくった事例

既存の情報共有の仕組みがない場合には、新たに仕組みをつくることとなります。新たな情報共有の仕組みをつくった事例として、入退院の際に関わる病院の病棟看護師や介護保険施設職員を中心とした多職種が集まって議論することで、「患者が入院した際には、医療機関が3日以内にケアマネジャーに連絡をする」等の明確なルールを定めたマニュアルを作成した事例があります。医療・介護関係者が当事者意識を持って作成したものであるため、使用率も高くなっています。
(大分県国東市 54 ページ参照)

Point

5

情報共有を工夫しましょう！

ICT（情報通信技術）を活用した情報共有

● 多職種によるチーム間で情報共有を行っている事例

病状等の進行が早い患者や多数の事業所が関与している患者の情報共有については、ICTの活用が有効なことがあります。在宅療養を支援するための多職種によるチーム間でICTを活用することで、他の職種の支援状況、職種間での意思疎通をリアルタイムで行っている事例があります。（千葉県柏市 56 ページ参照）

● 施設や職種を超えたコミュニケーションがとれている事例

また、地域内の病院、診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護事業所等が患者の情報を共有できるシステムを活用することで、施設や職種を越えたコミュニケーションがとれている事例があります。（山形県鶴岡市 60 ページ参照）

- ただし、ICTの活用には、システムの導入やバージョンアップ等に費用がかかるため、費用対効果の検討が必要になります。

3. 情報共有の工夫についての具体例

事例 5-1	<大分県国東市> 地域の医療・介護関係者の問題意識をもとに 情報共有ルールを作成
自治体の基本属性	人口：29,751人 高齢者数・高齢化率：11,764人・39.5% 地域包括支援センター数：2か所（直営） ※平成28年1月末時点
<h4>1. 退院時・再入院時の課題</h4> <p>○国東市では、退院時・再入院時の課題がありました。具体的には、退院時に「病院が必要と考える情報」を退院先の介護保険施設へ提供しているが活用されない、再入院の際に前回退院後の経過に関する情報が不足している、といった情報共有に関する課題です。</p> <p>○そこで、平成24年度に「くにさき地域包括ケア推進会議（※）」で医療・介護関係者の情報共有の仕組みづくりに取り組むこととなりました。</p> <div style="background-color: #ffe0b2; padding: 5px;"> <p>※【参考】くにさき地域包括ケア推進会議（通称 ホットネット）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「地域住民が安心して暮らせるよう地域全体で支え合う体制づくり」を目的に、平成22年から活動している団体。 ・構成員は、保健・医療・福祉・介護分野の事業所に従事する看護師、MSW、リハビリ専門職、栄養士、介護支援専門員、看護師、社会福祉士、介護福祉士など。 ・月1回、定例会が開催されている </div> <h4>2. 地域の医療・介護関係者で情報共有ルールを作成</h4> <p>○情報共有の仕組みづくりに向けて具体的には、以下の取組を行いました。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①アンケート調査で「医療・介護関係者が必要とする情報やその共有状況」を把握 ②アンケート調査結果をもとに意見交換会やくにさき地域包括ケア推進会議での協議を経て、情報共有ルールを作成 <p>○作成した情報共有ルールには、各関係機関の「連携の手順」や、「守るべき事項」が示されています。具体的には、「連携の手順」として、担当ケアマネジャーが関係事業所に対して事前に情報提供や日程調整を行うこと、「守るべき事項」として、サービスの変更を行う際には家族・担当ケアマネジャーに連絡すること、事故発生時や状態変化時には早急に主治医・家族・担当ケアマネジャーに連絡することなどが盛り込まれています。</p> <p>○これらルールは、「くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル」として市のホームページ上で公表されています。</p>	

Point

5 情報共有を工夫しましょう！

○同マニュアルは、地域の医療・介護の関係者が集まり、自らの問題意識をもとに作成されたため、市内の医療機関、介護施設で実際に活用されています。活用の結果、対象者の入院や退院時の円滑な情報提供に役立っています。

<「くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル」の様式例>

事業所共通情報交換用紙『連絡表』

情報提供元 医療機関 看護 師 太郎 世界総合病院 15階病棟、看護師	【情報提供理由】 患者紹介	情報提供先 老人保健施設 担当者様 ささちの宿
情報提供日 平成27年3月4日		

【情報提供経緯】	自宅の食堂で転倒し、左大腿骨転子間骨折を受傷し12/2日に骨接合術を受け、現在リハビリ中です。家族は排泄が自立出来なければ在宅復帰は難しいそうなので施設でのリハビリを希望しています。ご検討をお願いします。			
	情報提供承諾の確認 <input checked="" type="checkbox"/> 有 承諾者 氏名: 国東 ささち 様 続柄: 長男 確認者: 山田 下田			
【対象者基本情報】	ふり仮名	くにさき ささし	性別	男
	氏名	国東 ささし	住所	〒873-0990 国東市 海上 かもめ 2番地
	生年	大正 10年 1月 1日生	電話番号	123 - 45 - 678 自宅
	介護認定	要介護 2	有効期間	平成27年1月1日 ~ 平成27年12月31日 まで
【医療情報】	介護保険	国東市	介護保険番号	1234567890
	障害者手帳等	身体 1級 精神 3級	療育手帳	不明
	年金等	障害 基礎年金 2級	日常生活自立度	A1 認知症自立度 IIIa 判断日 H27.2.1
	家族構成			
【リハビリ】	【主病名】	#1 左大腿骨転子間骨折	*通常連絡先(キーホール) 氏名(続柄) 国東 太郎(次男)	
	【現病歴】	発症日 平成 26年 12月 1日	*処方内容(持参薬) *薬の自己管理 一部介助	
	【基礎疾患】	#2 糖尿病 H 20年 4月 #3 高血圧 不詳 #4 不安神経症 H 22年 月 #5 認知症 H 23年 月 #6 脳梗塞 H 25年 1月	1)ロキソニン 3T 3XN 2)アダラートL 1T グリミクロン 1T アリセプト 1T 1XM	
	【治療経過や医療的指示、服薬上の注意など】	低血糖に注意 術後6日目から全荷重にて歩行訓練してありますが、左下肢をむじる動作は禁止		
【身体機能・状態】	かかりつけ医	くにさき保健クリニック	診療科	内科
	薬物アレルギー	セフェム系抗生剤にて発疹あり	感染症等	MRSA 痰
	訓練内容	* 添き 無	予防接種	インフルエンザ 未接種 肺炎球菌ワクチン H24.1.20
	1) 機能訓練	平行棒歩行5往復:所要時間約8分から11分 → 目標 歩行車歩行フリー		
【身体機能・状態】	2) 物理療法	左膝ROM:屈曲98度 → 目標 120度		
	3) 器具等	右短下肢器具あり		
	4) その他	公文ドリル:約10分/日		
	1) 麻痺の有無	有 右 上下肢 中度		
2) 筋力低下の有無	有 左 下肢 軽度			
3) 移動手段	歩行車 移動 見守り	方向転換で介助が必要なことがある		
4) 移乗方法	見守り 介助 無	どすと座らないよう声かけが必要		
5) 視力障害	有 生活支障 低い	眼鏡使用		
6) 聴力障害	有 生活支障 中度	補聴器は持っているが使いたがらない		
7) 言語障害	無 生活支障 無			
8) 皮膚疾患	部位			
* 褥瘡の有無	有 部位 仙骨部	1度、3cm程度、アズノール教育を1回/日塗布		
* 身体計測	身長: 192 cm 体重: 120 kg	測定日: 平成27年1月3日		

Point
5
情報共有を工夫しましょう!

【参考】国東市ホームページ「くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル」
トップページ > 組織で探す > 地域包括支援センター > くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル

<http://www.city.kunisaki.oita.jp/soshiki/hokatsu/hokatsu2.html>

事例

<千葉県柏市>

5-2

ICTを活用した情報共有システムでサービスの質が向上

自治体の
基本属性

人口：409,091人
 高齢者数・高齢化率：99,887人・24.4%
 地域包括支援センター数：7か所（委託） ※平成28年1月末時点

1. 「試行ワーキンググループ」でシステムの試行・検証を経て稼働へ

- 柏市では、在宅医療・介護に関わる多職種の連携を推進していくために、ICTによる情報共有システムを導入しています。
- このシステムは、在宅療養をする（予定の）患者を支援する医療・介護専門職が、患者に関する情報をパソコン等で随時書き込み・閲覧できるようにすることで、多職種によるリアルタイムの情報共有を可能とするものです。文字情報だけでなく、画像や動画の添付機能も備えています。
- システムは事前に約2年間の試行・検証を行った後、平成26年度に本稼働に至りました。システムの試行・検証は、市が事務局となって設置した「試行ワーキンググループ」において平成23年11月から開始しました。年3~4回程度、システムを開発した東京大学及びシステム会社とともに、試行版システムを利用した医療・介護関係者によるワークショップによる検証を繰り返しながら、システムの検証と改良を重ねてきました（64症例で試行し、75機能を開発）。

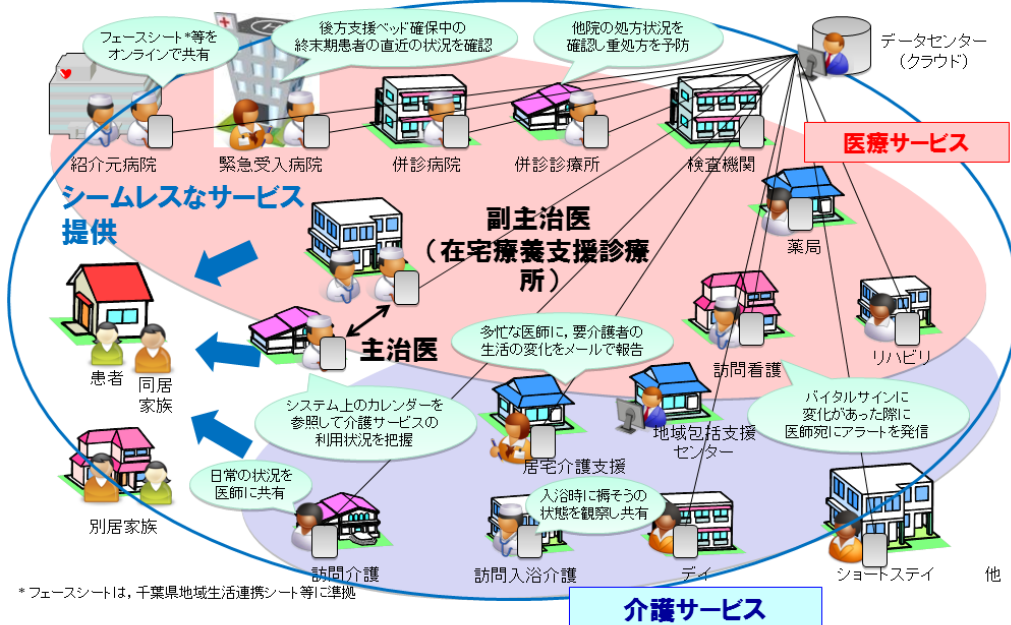
Point

5

情報共有を工夫しましょう！

<情報共有の全体像>

在宅医療・介護関係者の情報共有の支援



*フェースシートは、千葉県地域生活連携シート等に準拠

タブレット端末、パソコン等により、関係職種同士がリアルタイムに情報共有

<情報共有システムの画面イメージ>

情報共有システムの構築

画面イメージ

Point

5

情報共有を工夫しましょう！

2. システムの試行結果を活用して「多職種連携ルール」を作成

○試行ワーキンググループでは、「どのような状況でどのような情報が書き込まれているのか」、「どのような情報がどのような場面で有効なのか」といった、書き込み情報の効果についても分析評価を行いました。その結果を活用して在宅療養に必要な多職種連携のルールを作成しました。

<多職種連携ルールの一例>

4. 在宅療養に必要な多職種連携のルール

(1) 在宅移行時の多職種連携ルール (退院時等)

1 カルテ等資料で確認する事項		
1-1 保険情報について		
病院 ↓ 全職種	【保険情報】 ・医療保険の種類等の患者の基本情報や、介護保険の申請状況、障害手帳の有無などの福祉サービスに関する情報を共有する。	(背景) ・保険情報を共有することで患者の利用できる介護保険および福祉サービスを知ることができ、サービス内容が確認できる。また、患者が利用できる制度の申請を退院までにできる。
2 病院主治医に確認する事項		
2-1 感染症の検査結果について		
病院 ↓ 全職種	【感染症の検査データについて】 ・治療や診断に関わる血液検査データを在宅で支援する多職種と共有する。	(背景) ・患者が訪問入浴を利用する際に診断書が必要になった。在宅主治医が診断書を作成するにあたり、病院で行った血液検査データを活用することで、速やかにサービスが利用できた。
2-2 本人、家族について		
病院 ↓ 全職種	【病状・予後余命の説明とそれに対する本人の希望】 ・患者に説明した病状、予後在宅での支援者と共有する。	(背景) ・主治医が、病状や予後について患者にどのように説明したか共有できていなかったため、患者に対する説明にずれが生じ、患者が退院に不安を感じてしまった。
病院 ↓ 全職種	【病状・予後余命の説明とそれに対する家族の希望】 ・家族に説明した病状、予後在宅での支援者と共有する。	(背景) ・病状や予後について家族にどのように説明したか共有することで、在宅で支援する多職種も家族の不安等を正確に把握し、支援することができた。
ケアマネ ↓ 病院 全職種	【患者・家族に関する情報】 ・患者が入院する前から知っている患者の性格や家族の希望などの患者や家族の情報を多職種と共有する。	(背景) ・ケアマネは、患者が最後まで入院を希望していたことを知っていたが、多職種と共有できていなかったため、退院後、自宅で独りになった患者が不安になり、退院翌日に再入院した。患者の性格や家族関係、経済状況等をケアマネが多職種と共有することで患者や家族の希望に沿ったサービス内容の提案ができる。

(2) 在宅療養中の多職種連携ルール

1 患者に関する情報		
全職種 ↓ 全職種	【退院直後の状況】 ・退院直後は病院から在宅への環境の変化が生じるため、初回訪問時に患者の様子を確認し、共有する。(例：痛みの程度、食事摂取、気持ちなど)	(背景) ・退院直後に患者の状態や家族の介護方法等を確認し、多職種間で共有することで、サービス内容の見直しや支援策の検討につながった。
全職種 ↓ 全職種	【患者・利用者の病態(認知症による変化も含む)の理解】 ・認知症などによるこだわりや攻撃性など、患者の病態に関する情報とその対応方法について共有する。	(背景) ・患者の性格や病態を知ることにより、多職種がそれに配慮しながら支援できた。また、指導内容をメモ書きにする事で共通の対応ができ、患者も混乱することなく生活している。
2 家族に関する情報		
全職種 ↓ 全職種	【家族の介護方法の習得状況】 ・家族の介護方法の習得状況を把握し、共有する(例：食事介助、おむつ交換)	(背景) ・薬剤師が家族にエンシュアリッド(坐薬剤)の服用方法を説明したが、家族が理解できていないように感じたため、ケアマネジャーと連携共有した。その後、ケアマネジャーからヘルパーに情報共有することにより、ヘルパーからも服用方法を説明することができた。
訪問 看護師 ↓ 全職種	【家族の医療処置・管理の習得状況】 ・家族の医療処置・管理の習得状況を把握し、共有する(例：痰の吸引、在宅酸素の管理)	(背景) ・訪問看護師が家族に指導した。風量と水分摂取量の記録方法について、後日ケアマネジャーが家族から聞かれることがあった。
全職種 ↓ 全職種	【家族の状況の変化とその対応】 ・家族の介護力低下状況を共有する。(例：体調不良など)	(背景) ・家族が引越しの準備や心身の変化等の事情により、介護状況に変化が生じた事を共有することで、患者が自力で出来ていたことが出来なくなるとの状況の変化を一時的なものとして判断し、関係者間で一時的な支援ができた。ヘルパーの訪問回数の見直し等のサービス内容の見直しにつながった。
薬剤師 ↓ 全職種	【家族の薬剤管理】 ・薬の内服方法および保存方法に関する家族の理解状況を把握し、共有する。	(背景) ・坐薬を常温で保存している患者がいた。患者や家族が理解している内服方法と、薬局で渡す内服方法が記載されている書面に書かれている事が、違うときがある。

3. 情報共有により医療・介護サービスの質が向上

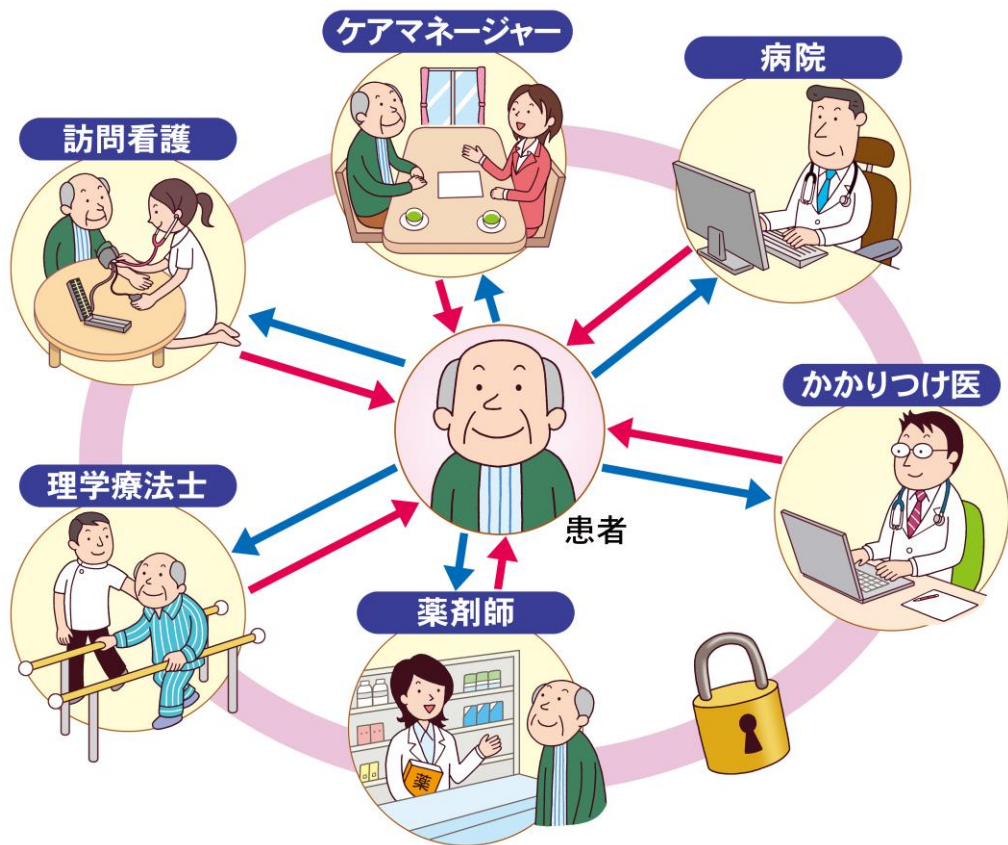
- システムを利用している医師や多職種から「情報がタイムリーに入る」「自分が知らない時間の情報がわかる」「チーム間で質疑応答や確認が気軽にできる」などの高い評価が寄せられています。画像・動画添付機能もよく活用されています。関係者がリアルタイムで情報共有できるため、短時間で心身機能の変化が激しい患者や、多くの事業所が関与している患者のケアには特に有効です。効果的な情報共有によりチームとしての一体感が高まり、サービスの質の向上につながっています。
- 行政がこのようなシステムを整備するメリットの一つとして、情報共有を可視化し、市がシステムの運用状況を閲覧・監視できるシステムとすることで、不正や不適切なケアに対する抑止力が働くため、結果としてサービスの適正化・質の向上が期待できると考えられます。
- 医療・介護は個人の機微に係る情報であるため、その取り扱いと個人情報保護には厳格な対応が求められます。この点でも、公正中立な立場の行政が関与することによって市民が医療・介護関係者に自身の情報を共有されることへの安心につながります。当初から、市担当者が対象となる患者を個別に訪問して、情報共有の同意書を取得しており、安心して利用してもらえるように配慮をしています。
- 現在、システムへの書き込み内容のうち、患者・家族の満足度に係るコメントを集約して分析を行っているところです。また、平成 29 年度は千人規模での在宅医療に関するアンケートの実施を検討しています。東京大学の協力を得ながら、柏市の I C T システムを利用して支援した患者とそれ以外でどのような差が出るかを検証したいと考えています。

4. 残された課題

- システム稼働は平成 27 年度現在で約 50~60 件あります。クラウド型システムであるため年間の運用費も安価に抑えられており、費用対効果は高いと考えています。
- ただし、客観的数値によって明確な効果を示すまでには至っていないため、今後もシステム利用内容の分析やアンケート等による効果検証を続けていくことが必要です。
- また、在宅療養者は必ずしも市内の事業者だけを利用しているわけではないため、サービス利用が柏市内だけで完結しないケースへの対応が課題となっています。現在はシステム利用を市内の関係団体・事業者に限定していますが、将来的には市外事業者の利用も検討していく必要があります。

Point

5 情報共有を工夫しましょう！



事例
5-3

＜山形県鶴岡市立荘内病院地域医療連携室＞

顔の見える関係づくりを進めたことで ICT を活用した情報共有が円滑に

自治体の
基本属性

人口：131,629人
高齢者数・高齢化率：41,985人・31.9%
地域包括支援センター数：8か所（委託） ※平成28年1月末時点

1. 「庄内プロジェクト」を契機とした「顔の見える関係」の構築

- 鶴岡市立荘内病院は、急性期医療を担う公立の中核病院として効率的な医療を提供していました。
- 平成19年度には、鶴岡市立荘内病院と鶴岡地区医師会が、厚生労働省科学研究費補助金、第3次対がん総合戦略研究事業である「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」（3年間）に採択されました。これは、鶴岡市・三川町を中心とした鶴岡地域を研究対象地域として、地域で効果的な緩和ケアを提供する方法について研究するものでした。
- 上記の研究は、鶴岡地域で「庄内プロジェクト」という愛称で呼ばれ、多職種連携の取組として「顔の見える関係」を重視して運営されてきました。研修などで顔を合わせて話す機会を増やすことで、特に看護師とケアマネジャーの交流が深まり、情報の共有に役立つといったことがありました。

◆「庄内プロジェクト」の4つの柱

- ・医療者教育（研修会・講演会の開催）
- ・地域連携（多職種間の情報共有の場を開催）
- ・市民啓発（講演会の開催、患者・家族会の開催）
- ・専門緩和ケア（緩和ケアの専門家による診療、ケアの提供）

- 最期の看取りを自宅・あるいは福祉施設で行えることや、地域緩和ケアチーム（※）が、がんのみでなくがん以外の患者・利用者にも対応できることを目的に、介護保険施設の関係者へ向けた調査の実施や啓発活動、研修や勉強会など連携に関する取組を行ってきました。

Point
5
情報共有を工夫しましょう！

○こうした取り組みが、チームで取り組む地域医療の充実を図り個々の医療従事者の負担軽減につながったり、患者・利用者が最期をどこで過ごすかを選択することができることにつながり、地域包括ケアシステム構築の一助となっています。

※【参考】地域緩和ケアチーム

地域の中核病院である市立荘内病院の緩和ケアチーム（医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士などの多職種からなるチーム）が中心となって、さらにそこに地域の多職種が加わり在宅で療養中の患者に対して専門的な緩和ケアを提供するチームであり、住まいや患者さんの状況に応じてメンバー構成が変化する流動的かつ機動的な組織

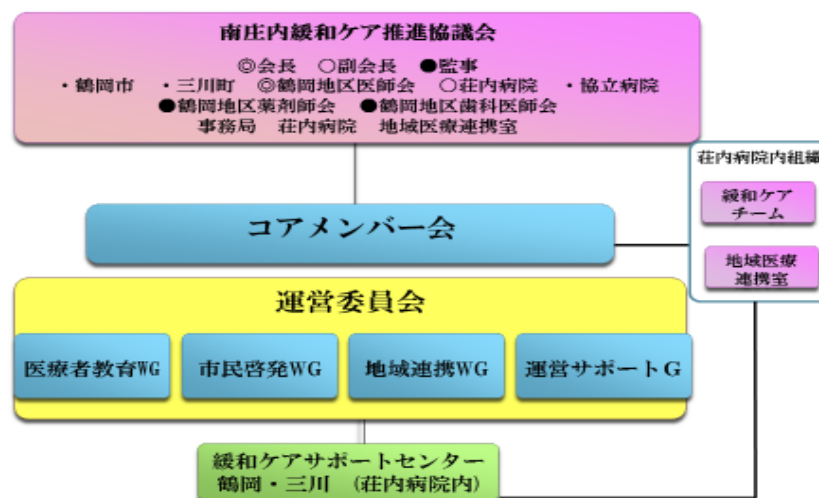
- 「庄内プロジェクト」の期間満了後の平成 23 年 4 月からは鶴岡市立荘内病院と鶴岡地区医師会、鶴岡地区歯科医師会、鶴岡地区薬剤師会などが中心となって「南庄内緩和ケア推進協議会」としてプロジェクトの取組を引き継いでいます。
- 南庄内緩和ケア推進協議会では、毎年 2 回、医療と介護の連携研修会を開催しています。医療機関、介護支援専門員、サービス提供事業者、行政機関、地域包括支援センターなど毎回 200 名前後の参加者があります。参加者に対するアンケート調査では、9 割以上が研修に「大変満足」、「満足」と回答しています。
- 南庄内緩和ケア推進協議会は、他にも荘内病院緩和ケアチームの活動の継続、在宅療養を希望する患者の退院前カンファレンス（患者、家族を含めた病院、地域医療者との合同カンファレンス）の開催、退院支援の推進、スキルアップセミナーや症例検討会の開催、などを企画、運営しています。

Point

5

情報共有を工夫しましょう！

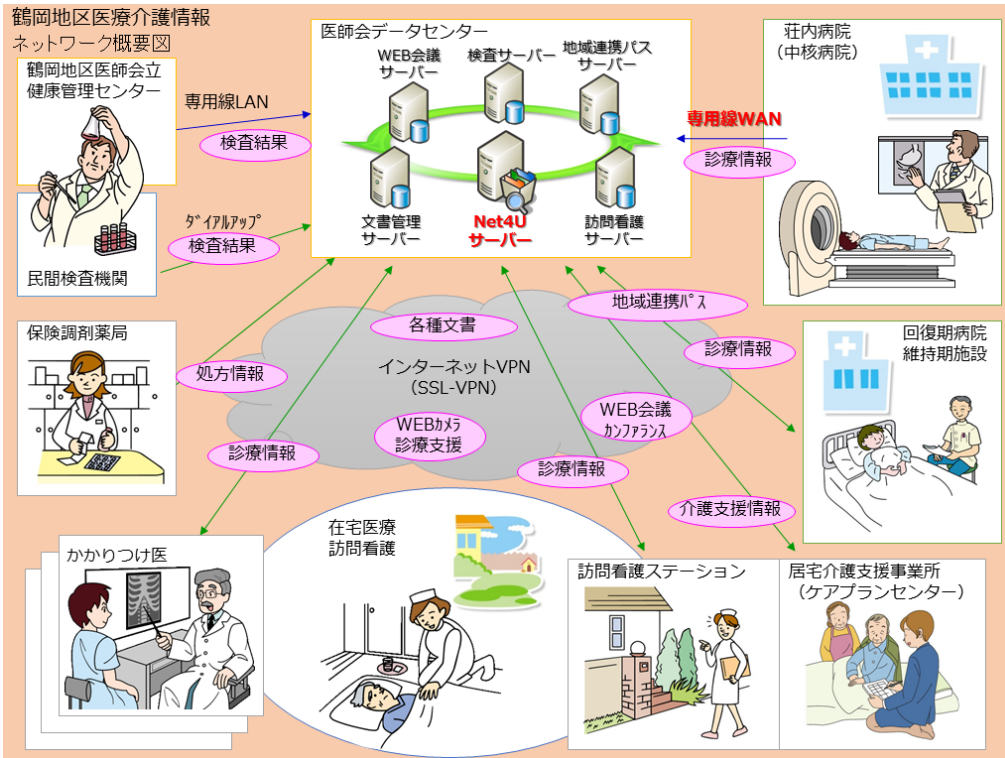
<南庄内緩和ケア推進協議会の組織図>



2. ICTによる情報共有が円滑に行われる背景

- 鶴岡地域ではICTシステムの導入、参加、書き込みが円滑に行われています。その背景として、以下の理由が考えられます。
- まず、鶴岡地区医師会が市域をまたがずに1つであることで、市や関係機関との連携がしやすいという素地がありました。加えて、すでに対面の交流を重視した「庄内プロジェクト」が運営されており、顔の見える関係が構築されていたことがあります。
- Net4Uは、鶴岡地区で平成12年から運用されている、診療情報（カルテ）をコンピューターネットワークを通じて医療機関で共有するためのツールです。Net4Uの活用により、地域内の病院、診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護事業所等が患者の情報を共有することができています。
- 情報アクセス権を持つすべての施設が書き込むことができる共有カルテを中心に、患者属性情報、共有施設一覧、診断名、参照履歴、患者サマリ等、患者に関する情報が集約されています。複数の施設が記入するカルテ表示、所見、処置、処方、検査、文書、メモが登録、表示でき、患者情報の共有のプラットフォームとなっています。鶴岡市立庄内病院をはじめとしてNet4Uの利用者は広がっています。
- Net4Uに加え、平成25年からはNote4Uが運用を開始しています。Note4Uは、家族やヘルパーによる日々の高齢者の見守りの状況を共有するためのツールであり、Net4Uとも情報を連携しています。Net4U・Note4Uともに一般社団法人鶴岡地区医師会に設置したサーバーに情報を集約し、連携する施設間でセキュアなネットワークを利用して情報交換を可能としています。
- Net4U、Note4Uは、メール機能を利用しての相談や問い合わせを行うなど、効果的な運用につながっていて、ケアマネジャーなども含めた多職種連携による退院前カンファレンスなどの仕組みも始まっています。

<Net4Uの仕組み>



鶴岡地区医師会 地域医療連携室ほたるより提供

Point

5
情報共有を工夫しましょう！

事例
5-4

<徳島県徳島保健所>

医療・介護関係者を動機づけることで

退院支援の手引書を作成

自治体の 基本属性	人口：（3市9町1村）496,628人 高齢者数（高齢化率）：138,181人・27.8% 地域包括支援センター数：19か所（直営5か所、委託14か所） ※平成28年1月末時点
--------------	---

1. 医療・介護連携の一環として、退院調整ルールづくりに着手

- 徳島県では、75歳以上人口が急増し医療・介護ニーズがさらに高まる2025年に向けて医療・介護の連携強化が必要と考え、平成25年度から県下の全6保健所で多職種連携による在宅医療の研修会を実施するなどの取組を進めていました。
- 同年末に国のモデル事業（都道府県医療介護連携調整実証事業）として要介護状態で在宅に退院する患者の退院調整ルール策定事業が公募されました。徳島県では、当該モデル事業の対象として国が想定している要件（中核市レベルの自治体とその他の自治体を含む圏域）に合致する県下唯一の圏域として、徳島保健所がこれに応募し、平成26年度から本モデル事業に取り組むこととなりました。
- 徳島保健所は、県庁所在地である徳島市を含む13市町村を管轄しています。圏域内人口は約50万人と全県の約65%を占め、急性期病院をはじめとした医療機関や介護サービス事業所も集中している県の中核圏域です。

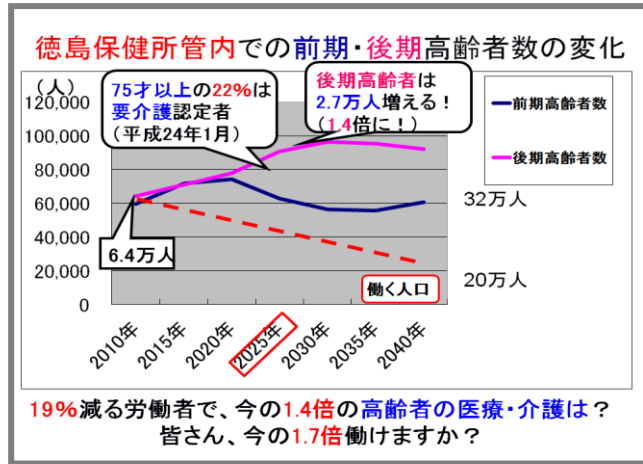
2. 先進自治体事例や人口推計結果の活用が取組への動機づけに

- 徳島保健所管内では、本モデル事業に先駆けて徳島市医師会が在宅医療連携拠点事業を受託・実施しており、保健所も市医師会の取組にかかわっていました。また、前述のとおり、平成25年度から多職種連携研修会の取組を進めていましたが、市町村間で在宅医療介護連携に対する意識に温度差がありました。このため市町村職員の意識醸成の一環として、多職種連携研修会で先進自治体（在宅医療連携拠点事業を市で受託している愛知県津島市）の職員による講演会を行っていました。
- 本モデル事業の実施にあたり、平成26年6月に、市町村・地域包括支援センター担当者会議を開催しましたが、その際にも、津島市職員による講演会のビデオを上映しました。同じ行政職員という立場からの講演は市町村職員や地域包括支援センター職員に対する動機づけとして有効でした。

Point
5
情報共有を工夫しましょう！

○また、行政職員や医療・介護関係者に、今後の人口推計結果を提示し、関係者間で問題意識を共有したことも効果がありました。徳島保健所管内では2010～2025年の間に生産年齢人口は約19%減少しますが、高齢者の医療・介護ニーズは約1.4倍に増えると予測されています。この推計結果から「皆さん、今の1.7倍働けますか？」と問題提起したことで関係者に対して大きなインパクトを与えることができ、医療・介護連携及び退院調整に取り組む動機づけとなりました。

<徳島保健所管内の高齢者数の変化>



3. 退院調整ルール策定

○本モデル事業では、前述のような関係者の動機づけを行った後、病院部会・ケアマネ部会の2部会を組織して部会ごとの協議と合同会議での両者の調整を行いながら、退院調整のルールを策定し、手引き書や情報共有様式、病院の連携窓口一覧等をツールとして作成しました。

<退院支援の手引き>

○退院調整ルールの特徴は、病院側の連携担当窓口を医師ではなく病棟看護師や地域医療連携室等としたことです。連携窓口一覧には各病院の連携窓口を記載し、どの病院のどの部署に、どの段階で連絡を取れば良いかわかるようにしています。

○退院調整ルール策定後は、管内の病院や居宅介護支援事業所、市町村等への通知や手引きの配布、市町村関係会議での説明や新聞

平成27年1月(Ver.1.1)
東部保健福祉局(徳島保健所)発行

徳島保健所管内退院支援(医療と介護の連携)の手引き

【入院後1～2週間時点で、「在宅退院ができる」と判断する基準】
 ①病状がある程度安定した状態で退院できそうである
 ②在宅での介護が可能そうである

【入院前に介護保険を利用していた場合】
 (1)入院時
 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター担当者(以下、在宅担当者)は、入院時情報提供書(様式1)入院時情報提供シートを参照し病院が指定する担当窓口へ電話連絡の後、指定の方法で持参又はFAX番号に送信する。
 ※事前に利用者本人に同意を得ておくこと。

(2)退院支援の開始
 病棟看護・地域連携室(以下、病院担当者)は下記(7)(イ)の2パターンで退院支援の開始を在宅担当者に電話する。

(7)入院時情報の提供があった場合
 病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院支援に必要な期間(ケアプラン)の修正、サービス事業所との調整期間を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。
(イ)入院時情報の提供がなかった場合
 家族又は介護保険被保険者証で在宅担当者を確認し、退院支援に必要な期間(ケアプラン)の修正、サービス事業所との調整期間を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

※ 病院担当者から在宅担当者への連絡は、要支援から要介護への変更の可能性等に関係なく入院時情報提供元、介護保険被保険者証の記載事業所に連絡する。

(3)退院前面談〔実施の要否は、病院担当者と在宅担当で調整し病院が決定する〕
 ①病院担当者は、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報(様式2)退院支援共有情報シートを面談日までに院内の関係者から収集する。
 ②病院担当者は、面談時に退院支援共有情報を在宅担当者に提供し、患者情報を説明する。
 ③退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。
 ④本人の同意を得て、病院の看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハビリなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

<報酬> 病院＝介護支援連携指導料 300点(入院中2回に限り算定可能) (算定の要件は、各病院で判断する。)
 在宅(要介護のみ)＝退院・退所加算 300単位
 (3回を限度、うち1回はカンファレンス参加が要件)

(4)退院前カンファレンス〔実施の要否は、病院担当者と在宅担当で調整し病院が決定する〕
<報酬> 病院＝退院時共同指導料2 2,300点 *詳細は「参考資料」参照
 在宅(要介護のみ)＝退院・退所加算 300単位(上記(3)のうち、1回がこれにあたる)

(5)在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

Point
5
情報共有を工夫しましょう！

等のマスメディア等により、周知を図りました。

4. ルール策定で退院時の病院からケアマネジャーへの連絡実施率がUP

- 退院調整ルール策定の後、病院からケアマネジャーへの退院時の連絡実施率が、本ルール運用前に比べて改善しています（平成 26 年 6 月：64.8% ⇒平成 27 年 12 月：77.8% ※要介護認定者）。
- 病院・ケアマネジャーとも、本ルールについて「情報共有しやすくなった」「連携を意識するようになった」「面談やカンファレンスでの連携機会が増えた」などと評価しています。ケアマネジャーからは「病院との垣根が低くなった」との声も聞かれ、病院では「介護分野に弱い」という自覚が芽生え、介護との連携強化のために勉強会を開催するなどの取組を始めたところもあります。
- 退院調整をはじめとした医療・介護連携では、ケアマネジャー等の介護職が医療機関と対等に話ができるような環境をつくるのが大切です。その際、保健所や市町村には環境整備のための調整を行う役割が求められます。しかし、医療担当部門がない小規模市町村では単独での取組が難しいことがあるため、管轄保健所をいかに巻き込むかが重要となります。

【参考】徳島県ホームページ

「徳島保健所管内退院支援（医療と介護の連携）の手引きについて」

トップページ > 組織 > 保健福祉部 > 東部保健福祉局

<http://www.pref.tokushima.jp/docs/2015022000035/>

Point

5

情報共有を工夫しましょう！

Point

5

情報共有を工夫しましょう！

事例
5-5

<和歌山県田辺保健所>

先行事例を参考に

地域特性を踏まえた退院調整ルールを策定

自治体の
基本属性

人口：（1市4町）133,099人
高齢者数（高齢化率）：41,309人（31.0%）
地域包括支援センター数：5か所（直営4か所、委託1か所）

※平成28年1月末時点

1. 地域の医療介護関係者の取組と協働

- 田辺圏域では、県の取組に先駆けて、平成22年3月に地域の関係団体による任意組織として「田辺圏域保健医療介護の連携体制の構築をすすめる会」（すすめる会）が発足し、在宅医療介護連携に向けた取組が開始されました。
- この会は県介護支援専門員協会支部長と田辺保健所長が発起人となり、医師会等の関係団体や医療機関、介護サービス事業所、保健所、市町、地域包括支援センター等の在宅医療介護関係者が参加しています。事務局は田辺市地域包括支援センターが担っています。月1回の定例会等による顔の見える関係づくりや研修等に取り組んできました。
- 平成23年度からは県として全7保健所ごとに「医療と介護の連携推進会議」を設置することとなりました。田辺圏域においても「田辺・西牟婁圏域医療と介護の連携推進会議」（推進会議）を設置しました。
- 当初、「推進会議」は「すすめる会」と一体的に開催し、市民公開講座等による啓発活動のほか、具体的な医療介護連携のツールとして「医療介護連携マニュアル」を作成しましたが、任意参加の「すすめる会」とは別に、必要な関係者が出席して公的に課題整理や解決策協議を行うため、平成26年度からは別開催としました。現在、「すすめる会」と「推進会議」を両輪として圏域内の医療介護連携を進めています。

2. モデル圏域での取組を参考に退院調整ルールを策定

- 退院調整ルールは、県下のモデル圏域（新宮圏域）を参考として、平成27年度から全県で保健所圏域ごとに策定することとなりました。
- 田辺圏域では、ケアマネジャーへのヒアリングで退院調整が課題となっていることを把握しました。平成26年12月に市町も含む関係者で、退院調整に関するグループワークを開催し、退院調整に関する現状・課題を整理した上で共有しました。
- この結果を踏まえて平成27年前半に「推進会議」で退院調整に関する課題の共有と調整ルール策定の合意形成を行い、平成27年8月から退院調整ルール策定会議を開催してルール策定を進めました。手法はモデル圏域にならい、病院・ケアマネジャー別の協議、両者合同協議にてルール案の検討を行いました。平成27年度中に

Point
5
情報共有を工夫しましょう！

ルール確定とルール周知説明会を行い、平成 28 年度からルール運用を開始予定です。

- 田辺圏域の退院調整ルールの特徴は、既存の連携マニュアルをベースとして策定したことです。連携マニュアルには既に退院調整の大まかな方針と手順は示されていましたが、退院に関する情報共有の時期や細かな手順の確認が必要な状況でした。このため、既存の連携マニュアルをベースとして、上記の策定会議において病院やケアマネジャー、行政職員等の関係者であらためて精査・確認し、退院調整ルールとして明文化しました。
- また、ルールの策定にあたっては、関係者で退院調整の現状認識を共有することが重要であるため、モデル圏域での取組を参考に、平成 27 年 6 月、ケアマネジャーにアンケートを実施しました。この調査で現在の退院調整漏れ率（要介護 26%、要支援 61%、合計 34%）や、自由意見から具体的な連携ケースを把握することができました。特に医療関係者に対しては現状を具体的な数値で示すことが理解促進のために有効でした。

<退院調整ルール策定会議の様子>



3. 圏域単位でのルール策定がポイント

- 連携関係者からは当初「（連携マニュアルが既にあり）当圏域では退院調整はできている」との意見がありましたが、ルール策定により改めて関係者で意思統一ができて良かったとの評価が得られました。来年度の運用開始後には調整漏れ率を定期的に把握し、ルール運用の効果検証を行う予定です。
- 今後は、地域支援事業に在宅医療介護連携推進事業が位置づけられるなど、市町主体の取組が必要となります。今回のルール策定においては、田辺圏域の地域特性（圏域が極めて広範、医療機関・介護事業所等の地域資源が偏在、圏域内の郡・市医師会の成り立ちが複雑）から、市町単独ではなく、まず圏域単位でのルール策定に取り組んだことがポイントとなりました。
- 今回のルール策定をきっかけに、管内市町間において圏域単位で在宅医療・介護連携支援センター（仮称）を設置しようという動きが自発的に生まれ、検討が進められているところです。

Point

5

情報共有を工夫しましょう！

Point 6 地域住民と一緒に考えていきましょう！

※在宅医療・介護連携推進事業のうち「(キ)地域住民への普及啓発」に関連する取組です。

地域包括ケアシステムを構築していくためには、「住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、病気や要介護状態となったときにどのような医療・介護サービスを受けられるのか」を知ってもらい、地域住民自らが、「自分はどうしたいのか」を考えてもらうことが大切です。

1. 地域住民に当事者意識を持ってもらう

- 地域には、病院・診療所等の医療機関や介護保険施設、居宅介護サービス、高齢者向け住宅といった多種多様な施設やサービス形態があります。
- 実際に医療・介護が必要となった時に、適切なサービス選択を行えるようにするため、地域住民自身に知識・関心を持ってもらうことが必要です。
- そのため、市町村は、より多くの地域住民に当事者意識を持ってもらうために情報提供・意見交換の仕組みを工夫しなければなりません。



2. 医療・介護について考えてもらうためのヒント

在宅医療に関する啓発冊子

- 医療と介護のサービスを受けながら安心して在宅で療養できる体制づくりを進めるための事業の一環で、在宅療養・在宅看取りの啓発冊子を作成している事例があります。また、より多くの地域住民に読んでもらうため、記載内容や配布方法について以下のような工夫がなされています。

【主な記載内容】

- ・在宅療養の具体的なイメージエピソード
- ・在宅療養を支援する医療・介護のサービスや制度の説明

Point
6

地域住民と一緒に考えていきましょう！

- ・在宅看取りに向けた考え方
- ・参考図書
- ・相談窓口

【主な配布方法】

- ・シンポジウム等での配布
 - ・公共施設や医療機関での配架
- (神奈川県横須賀市 72 ページ参照)

訪問看護師同行の出前講座

- 「在宅医療」をテーマとする出前講座に、地域の訪問看護事業所から訪問看護師を派遣してもらっている事例があります。地域住民は、現場の実践的な取組を知ることで在宅療養のイメージがしやすくなり、事業所は、自らの取組内容を周知できるため、双方に利点があります。(熊本県熊本市 76 ページ参照)



Point

6

地域住民と一緒に考えていきましょう！

開催規模を工夫した講演会

- テーマや目的によって「市町村単位で開催するもの」、「自治会単位で開催するもの」に分けて講演会を開催している事例があります。市町村単位で開催するときは、全国的に著名な講師を招くことで、多くの参加者に関心を持ってもらうきっかけとなるのが期待できます。一方、自治会単位で開催するときは、地元の医師等に講師を依頼することで、より身近な疑問や不安にも対応できることが期待できます。(千葉県市川市 80 ページ参照)

3. 地域住民と一緒に考えるための具体例

事例	＜神奈川県横須賀市＞
6-1	出前トークやガイドブック作成で在宅療養・在宅看取りを啓発
自治体の基本属性	人口：414,664人 高齢者数・高齢化率：122,244人・29.5% 地域包括支援センター数：13か所（委託） ※平成28年1月末時点
<p>1. 在宅療養連携会議の検討を経て、市が企画・実施</p> <p>○横須賀市では、平成23年度から在宅療養連携推進事業として、「在宅療養を望む市民が、安心して在宅療養・在宅看取りを選択できるまちづくり」を進めています。取組の開始が早かったため、事業も多岐にわたっており市民対象の啓発事業もそのひとつです。</p> <p>○平成23年度に横須賀市の地域医療推進課（担当課）主導で、医療関係者、福祉関係者等の連携を深め、関係機関のネットワークを構築するとともに、在宅療養にかかる課題解決策を検討する「在宅療養連携会議」（医療関係者、介護関係者、行政職員11名）を設置しました。</p> <p>○在宅療養連携会議で挙げた課題の1つに「在宅療養についての市民の理解の必要性」がありました。そして、その解決策としてシンポジウム等の開催、啓発冊子の作成が提案されました。平成24年度には、在宅療養連携会議に「広報啓発」「連携手法」「研修・セミナー」を検討する3つのワーキングチーム（現在は専門部会）が設置され、解決策の具体化について検討を行うこととしました。少人数のワーキングチームでは、活発な議論の末、具体的な事業企画が生まれ出されます。ワーキングのメンバーには自分たちの事業であるという意識も生まれ、事業運営に参画することもしばしばです。様々な解決策の実施の際には、ワーキングメンバー以外にも医師会をはじめ多くの関係団体の協力を得て進めています</p> <p>2. まちづくり出前トーク</p> <p>○横須賀市には「まちづくり出前トーク」という事業があります。「まちづくり出前トーク」は、市民の希望する場所や時間（土・日曜日、夜間でも可）に職員が出向き、希望するテーマについての説明や意見交換を行い、まちづくりに活かす制度です。市全体で150を超えるテーマを設定していますが、メニューにないテーマであっても市政に関するものであれば、可能な限り対応しています。</p> <p>○現在、担当課では「上手な医者のかかり方」「最期の医療あなたはどうしますか？」の2つのテーマを掲げており、市民が在宅療養・在宅看取りや終末期医療について考えるきっかけづくりとして、毎年10件を超える依頼があります。出前トークは、担当職員</p>	

Point
6

地域住民と一緒に考えていきましょう！

が市民と直接対話することで、直接市民の反応をみる事ができる良い機会と捉えています。

3. 在宅療養ガイドブックの作成

- 平成 26 年 3 月、市民に在宅療養・在宅看取りを理解してもらうため、啓発冊子「在宅療養ガイドブック～最期までおうちで暮らそう～」を発行しました。
- 冊子は、場面が浮かぶようなエピソード（物語）と様々な制度などの説明を交互に配置する構成とし、在宅療養の具体的なイメージが浮かびやすい内容となっています。「おうちに帰らなかったおじいちゃん」「住み慣れた我が家に帰るために～退院前カンファレンス」「おばあちゃんの旅立ち」の3つのエピソードを掲載しています。
- この冊子は幅広い世代にとって読みやすく、家族で終末期医療について話し合うきっかけにもなるため、効果的な市民啓発の方法だと考えています。

<在宅療養ガイドブック 表紙>



【参考】横須賀市ホームページ「最後までおうちで暮らそう」

ホーム > 健康・福祉・教育 > 健康・医療 > 在宅療養連携推進 > 在宅療養ガイドブック「最後までおうちで暮らそう」

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3120/zaitaku/guidebook.html>

4. シンポジウムなど、さまざまな方法で啓発

- 平成 23 年度から啓発事業として「在宅療養シンポジウム」を開催して、現在まで継続しています。担当課で企画書案を作成し、在宅療養連携会議で検討したうえで、医師会の後援を得て、市が主催する事業です。
- このシンポジウムでは、毎年 500 名前後の参加者があります。在宅療養や在宅看取りなどに関連するテーマを設定し、基調講演とパネルディスカッションという構成で開催しており、多くの参加者に自分のこととして考えてもらう機会となるように企画しています。
- また、平成 26 年度には、全戸配布の横須賀市の広報紙「広報よこすか 9 月号」において、「最期のとき、あなたはどこで療養したいですか」というタイトルの特集を組みました（タブロイド版見開き 2 ページ）。これは、より多くの市民に「在宅療養・在宅看取り」という選択肢について知ってもらうことを目的としたものです。

Point

6

地域住民と一緒に考えていきましょう！

事例
6-2

＜熊本県熊本市＞

出前講座や講演会の開催で

市民の在宅医療に対する関心の高まりへ

自治体の
基本属性

人口：735,174 人
高齢者数・高齢化率：177,145 人・24.1%
地域包括支援センター数：27 か所（委託） ※平成 28 年 1 月末時点

1. 「在宅医療・介護に対する市民の関心の低さ」が課題

- 熊本市では、平成 22 年以前から在宅医療の取組として有志の医師による「在宅ドクターネット」の組織化などがありました。しかし、行政としての在宅医療の取組はありませんでした。当時、熊本市の医療政策課では、在宅医療に対する意識は薄く、県の所管事業という認識でした。
- 平成 23 年には、熊本市の在宅医療・介護関係者による懇話会設置（48 ページ参照）とともに作業部会が組織され、在宅医療推進の検討に着手していました。また、懇話会で急性期病院の院長から「今後は在宅医療が重要（急性期の後の受け皿づくり）」との指摘があり、初めて行政内で在宅医療に対する意識が高まりました。
- 平成 24 年度に在宅医療・介護関係者で組織した「くまもと在宅医療・介護ネットワーク検討会」（検討会）において、熊本市の課題の一つとして「市民の在宅医療・介護に対する関心の低さ」があげられ、在宅医療・介護の提供側だけでなく、利用側（市民）の理解促進が必要との指摘がありました。
- 同じく平成 24 年度に、熊本市は市政全般に対するモニター調査を用いて在宅医療に関するアンケート（2000 人を対象）を実施しました。調査結果では「できれば在宅で過ごしたいが現実的には困難」との回答が多かったため、熊本市は在宅医療の啓発事業に取り組むことにしました。

2. 訪問看護師による出前講座で在宅医療の啓発

- 平成 24 年度以降、医療政策課が中心となり、在宅医療の啓発事業としてポスターの作成や市政広報番組での特集放送、市民講演会や出前講座を実施しています。講演会等の実施にあたっては検討会に諮り、委員の了承や企画に対する意見をもらいながら進めています。
- 在宅医療の啓発にあたっては一方的な押しつけではなく、「在宅医療が入院、外来と並ぶ選択肢の一つとして市民に浸透すること」を重視して取り組んでいます。
- 出前講座では、市職員が老人会等からの依頼に応じて地域の会場に出向いて説明を行っていますが、その際に、近隣の訪問看護師に同行を依頼しています。在宅医療

Point

6

地域住民と一緒に考えていきましょう！

の専門的な知識と実践経験を有している訪問看護師が説明した方が、市職員が説明するよりも内容に説得力があると考えたためです。また、その場が訪問看護師と地域住民の接点にもなると考えました。訪問看護師への同行依頼は、訪問看護ステーション連絡協議会を介して行っています。

3. 啓発により市民の在宅医療への関心の高まりへ

- 出前講座の開催依頼は毎年増えています。医療政策課では、開催依頼が増えていることを市民の関心が徐々に高まっているあらわれではないかと受けとめています。
- 出前講座の受講者からは「在宅医療は無理だと思っていたがやってみようと思った」「さらに詳しく医師から話を聞きたい」などの反応があり、講座の受講をきっかけとして在宅医療に対する関心が深まっている様子がうかがえます。
- 平成 26 年には、在宅医療の啓発ポスターをノンフィクション作家の柳田邦男氏の講演会資料をもとに 1500 部作成しました。啓発ポスターを熊本市電内の中吊り広告にしたところ、ポスターの内容が非常に印象的であったため、高齢期以外の方からもポスターを欲しいという問い合わせがありました。この啓発ポスターの作成は、幅広い年齢層に自分の人生の最終段階について考えてもらう機会となりました。

Point

6

地域住民と一緒に考えていきましょう！

<市民講演会>



<出前講座の様子>



<啓発ポスター>



事例
6-3

＜千葉県市川市＞

目的別の講演会の開催により

在宅医療や認知症に関する市民意識を啓発

自治体の
基本属性

人口：476,583人
高齢者数・高齢化率：97,320人・20.4%
地域包括支援センター数：14か所（委託） ※平成28年1月末時点

1. 目的でエリアに応じて講演会を企画

- 市川市では、平成2年度より医師会が主催する在宅医療検討会に、行政も在宅医療支援事業として参加していたことから、在宅医療・介護連携について、行政と医師会が協働して連携を進めていく土壌がありました。平成24年度からは地域福祉支援課（現在の地域支えあい課）が窓口となり、在宅医療連携拠点事業を推進してきました。その中で、在宅医療に関する地域住民への普及啓発を進めています。
- 在宅医療を市民に普及啓発するための講演会は、市の規模が大きいため、目的とエリアに応じて企画を検討しています。
- 市内全域を対象とする大きな会場での講演会は、年1回、全国的に著名な講師を招くことにより、在宅医療や認知症について市民の関心を高め、基礎的な知識を持ち帰ってもらう機会としています。
- また、地域ごとの小さな会場の講演会では、市川市内の開業医を講師に招いて、市民に在宅医療をより身近に感じてもらうようにしています。開催地域は、自治会や地区社会福祉協議会などの地域活動のエリアを参考に市内を9つに分けています。

2. 市内全域を対象とした、大きな会場での講演会開催時の工夫

- 市川市は講演会講師の選定の際に、その年のテーマに応じて、候補者の考え方や講演方法などをリサーチしてリストアップをしています。依頼前に、実際に候補者の講演を傍聴することもありました。
- 平成24年度の講演会では、講師に長野県諏訪中央病院名誉院長の鎌田實医師をお招きし、医師会（副会長）、行政（課長）で三者対談を実施。このインタビューは広報いちかわ（H25. 3.16号）にも掲載され、市川市が在宅医療推進事業を始める効果的なキックオフイベントとなりました。
- 講演の講師は、当初医師から始め、その後歯科医師や薬剤師など医師以外の在宅医療に携わる専門職へと横展開していきました。
- 著名な講師の場合、市川市との関わりが乏しいことが多々あり、講演前に市の状況を説明することで、講師から市の現状を紹介してもらうなど、講師の知見を市川市に結び付けてもらえるよう工夫しています。

Point
6
地域住民と一緒に考えていきましょう！

- 講演会のPRは、市川市の広報をはじめ、駅や薬局へのポスターの掲示、民生委員や自治会などへのチラシやポスターを配布するなどして、参加者を募っています。大きな会場の場合、事前のPRが特に重要となります。事前の参加申込を受けつけていないため、当日の参加者がどれくらいになるか開催してみないとわからないためです。
- 講演会では、講師の講話に加えて、動画を活用するなど視覚に訴える工夫や、実技や実演を取り入れるといった工夫で市民の理解が深まるようです。また、講演後には参加者にアンケートを実施し、在宅医療に関する市民の意識を把握するように努めています。

＜講演会のテーマ＞

年度	テーマ
H24	<ul style="list-style-type: none"> ・つながるまちへ～おい・いのち・こども～（講師：諏訪中央病院名誉院長 鎌田 實） ・杉山ドクターの認知症講座（講師：川崎幸クリニック院長、「認知症の人と家族の会」先刻副代表理事 神奈川県支部代表 杉山 孝博）
H25	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でじぶんらしくいのちを全うする～がんになっても安心して家で過ごせるまちに向けて～（講師：医療法人パリア理事長・クリニック川越院長 川越 厚） ・認知症予防講座～今日から実践 認知症に強い脳を作ろう～（講師：東大高齢社会総合研究機構 特任研究員 矢富 直美） ・認知症を知ろう～予防や治療について今から知っておきたいこと～（講師：順天堂大学医学部教授 新井 平伊）
H26	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症について知っていますか？～身近な人を理解するために～（講師：東京歯科大学市川総合病院神経内科 吉崎 崇仁）
H27	<ul style="list-style-type: none"> ・最期まで住み慣れた地域で暮らしていくために～在宅ケアとは～（講師：白十字訪問看護ステーションヘルパーステーション統括所長 秋山 正子）

3. 地域ごとの小さな会場での講演会の開催

- 平成 24 年度から市を9地区に分けて各所で計画的に講演会を開催してきました。そして、平成 26 年度で全地区での講演会を開催しました。医師会を通じて、地域で開業している医師を講師に招き、「在宅医療の実際～住み慣れた家で過ごすために～」というテーマで、かかりつけ医師の必要性や在宅医療に関する内容を伝えるとともに、市民が直接意見交換を行うことができる場となりました。

Point

6

地域住民と一緒に考えていきましょう！

<地域ごとに開催した講演会のテーマ>

H24	・在宅医療について～かかりつけ医をみつけてみましょう～（会場：稲荷神社 社務所）
H25	在宅医療の実際～住み慣れた家で過ごすために～（会場：東部公民館） ・在宅医療の実際～住み慣れた家で過ごすために～（会場：西部公民館） ・住み慣れた地域で暮らしていくために～認知症を正しく理解することから始めよう～（会場：曾谷公民館） ・在宅医療の実際～住み慣れた家で過ごすために～（会場：市川市市民会館）
H26	・在宅医療の実際～住み慣れた家で過ごすために～（会場：信篤公民館） ・在宅医療の実際～住み慣れた家で過ごすために～（会場：行徳公民館） ・在宅医療の実際～住み慣れた家で過ごすために～（会場：大野公民館） ・在宅医療の実際～住み慣れた家で過ごすために～（会場：菅野公民館） ・在宅医療の実際～住み慣れた家で過ごすために～（会場：市川市急病診療所ふれあいセンター）

4. 在宅医療に関わる多職種を招いての講演会

- 在宅医療の提供は、医師だけでなく看護師、薬剤師、歯科医、リハビリテーション専門職などの多職種による連携が必要です。しかし、医師に比べると他の専門職の役割は市民に知られていない状況です。
- そのため、平成 27 年度から、市民に多職種の役割を知ってもらうために医師以外の在宅医療に携わる専門職を講師に招いて講演会を開催しています。これまでの医療・介護連携の取組により、医療機関と行政の「顔の見える関係」が構築されてきたため、こうした講演会を開催できるようになっています。

<多職種の専門職を招いた講演会のテーマ>

年度	テーマ	内容
H27	・住み慣れた地域で暮らしていくために～在宅医療について知っておきたいこと～	「在宅医療のすすめ」 市内医院 院長 「くすりの正しい使い方」 市内薬局 薬剤師 「病院と地域の橋渡し役として」 東京歯科大学市川総合病院 医療ソーシャルワーカー
	・口腔ケアと嚥下リハビリ～喉を若返らせましょう～	市内歯科医院 院長 市内整形外科 リハビリクリニック 言語聴覚士

Point

6

地域住民と一緒に考えていきましょう！



事例 **<福井県 坂井地区広域連合（あわら市・坂井市）>**
6-4 寸劇や紙芝居を利用して在宅医療の普及啓発を工夫

自治体の基本属性	人口：122,131 人 高齢者数・高齢化率：32,812 人・26.9% 地域包括支援センター数：2 か所（直営） ※平成 28 年 1 月末時点
----------	--

1. 市民への普及啓発開始までの経緯

- 坂井地区では、坂井地区医師会（医師会）によって、在宅医療の様々な取組が行われていました。具体的には、平成 5 年から医師会共同利用施設として訪問看護ステーションを開設、平成 12 年に坂井地区ケアセンターを設立し、訪問看護の他、居宅介護支援、訪問介護、デイサービス事業所を併設しました。平成 18 年には急性期病院と地域医師会間の慢性期疾患や末期がん患者の在宅医療移行の連携事業、在宅主治医及び訪問看護等のコーディネート事業を開始しました。
- 上記のように医師会は様々な事業を運営していましたが、平成 24 年 9 月の坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会（推進協議会）の発足がきっかけで、市民啓発の取組を行政や医師会等が組織的に進めることとなりました。推進協議会は、平成 24 年度在宅医療連携拠点事業（国補助）、地域ケア会議等活動推進事業（県補助）から財源を受けて設立されたものです。
- 推進協議会では、在宅医療を推進するために「地域住民への普及啓発」は必要な取組の一つと位置づけられました。そして、住民啓発検討部会が設置されました。
- 推進協議会の検討の中で「住民は在宅ケアに関して知識がなく不安を持っている」という課題が挙げられました。課題を解決するために、在宅ケアに関する市民への普及啓発を実施することとなりました。具体的には、①住民啓発ツールの開発、②在宅ケア出前講座、③市民集会開催などの取組が実施されてきました。

2. さまざまな市民啓発ツールの開発

- 最初の市民啓発は、医師の講演を開催しました。しかし、講師を担当する医師は診療があるため平日には講演を開催できない状況でした。そこで、地元医師による在宅医療の講話の DVD を作成しました。その後 DVD の映像だけでは内容が伝わりにくいという意見があり、紙芝居の作成へと至り、紙芝居よりも実演した方が良いという過程を経て、寸劇での住民啓発を実施することとなりました。
- 出前講座は、対象とする人数やテーマによって啓発ツールを使い分けています。紙芝居や寸劇は対象やテーマに合わせて複数の脚本が用意されています。また、坂井地区の在宅ケア体制や取組を紹介 DVD にまとめて、広く内外に情報発信する取組も行っています。

○医師会の医師たちの間では、「寸劇をやるぐらいで、そんなにアピールできるのか」と思われていましたが、実際に寸劇を行うと参加した住民からは「理解しやすかった」と大変好評でした。「いかに伝えていか、何を伝えたいかが大事」と実感し、その後様々な脚本を作っていくこととなりました。

○現在、寸劇は年に1回の市民集会で実施しています。短い寸劇は出前講座で日常的に実施しています。

◆市民啓発の取組

1. 学習コンテンツ（DVD、ケーブルテレビ番組等）の開発（平成24年度～）
2. 行政サポート体制の（出前講座の開催等）の構築と実施（平成24年10月～）
3. 坂井地区の在宅ケア体制モデルを発信するDVDの作成（平成26年2月～）
4. 坂井地区在宅ケア将来モデル推進市民集会の開催（平成25年度～）
5. 地域包括ケアのまちづくり普及啓発の紙芝居作成（平成27年3月）
6. 地域包括ケアのまちづくり普及啓発の寸劇シナリオ作成（平成27年度）

3. 在宅ケア出前講座

○市民啓発の代表的な取組として、在宅ケア出前講座を実施しています。出前講座の内容としては、公民館などで行われる高齢者サロン、地元医師による在宅ケアの実例の発表、在宅ケア紙芝居等があり、在宅医療に対する安心感を持ってもらうような取組で、好評を得ています。

出前講座は、あわら市・坂井市の地域包括支援センターが窓口になり、市職員と坂井地区在宅ケアネット（※）の在宅医療コーディネーターによる集落単位での出前講座などを開催しています。地域に密着した普及啓発活動を実施していることが特徴です。平成26年の実績は、16回の開催で886人が参加しています。

<集落センターで実施した出前講座>



<福祉委員研修会での出前講座>



Point

6

地域住民と一緒に考えていきましょう！

※【参考】坂井地区在宅ケアネット

平成 20 年度より坂井地区医師会が設置主体で発足・運営されている組織。運営委員は、坂井地区医師会の執行役員 4 名、ブロック代表 9 名、在宅医療コーディネーター 2 名の計 15 名で構成しています。在宅ケアネットでは、主治医が対応できない機会のサポートする役割として副主治医を選定しています。平成 25 年 1 月からは、坂井地区医師会と地区内の全 7 病院が協定を締結して、在宅療養者の急変時の受入体制を構築しています。

4. 1 年の集大成として市民集会を開催

○福井県は、在宅ケアの推進について東京大学とのジェロントロジー（総合長寿学）共同研究の一環として、坂井地区における在宅ケア体制づくりを進めています。

○平成 24 年度から坂井地区在宅ケア体制モデルを全県に発信するため、坂井地区におけるこれまでの実践報告を行うとともに、超高齢社会に向けたまちづくりについて話し合うことを目的に、市民集会を開催しました。市民集会では、基調講演と活動報告、寸劇、パネルディスカッションを行いました。

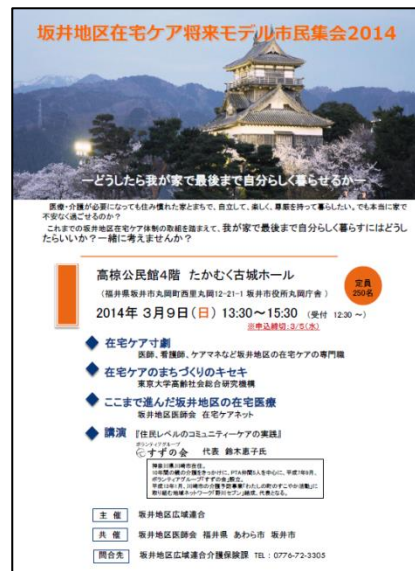
○平成 25 年度には、「坂井地区在宅ケア将来モデル推進市民集会 * 2014」の中で初めて寸劇が取り入れられました。出前講座で小規模で行っていた寸劇を 1 年の集大成として実施しました。

○平成 25 年度の寸劇のテーマは「在宅での看取り」であり、医師役や看護師役に地元の医師や看護師の協力を得ました。参加した市民からは、在宅療養の「疑似体験」ができてわかりやすいと好評でした。

○寸劇のテーマは平成 26 年度が「地域包括ケア」、平成 27 年度が「口腔ケアで始める 元気づくり」で行いました。

○市民集会参加者に対して「市民集会についての評価」等のアンケート調査を実施しています。平成 25 年度の在宅での看取りの寸劇は「参考になった」という回答の割合が 87%となり、その他の講演や報告等も 8 割～9 割以上が参考になったとの回答結果でした。

＜市民集会チラシ＞



＜在宅ケア寸劇「在宅での看取り」＞



＜地域包括ケアの実践報告＞



＜寸劇テーマ・概要＞

年度	寸劇テーマ	概要
H24 年度	在宅での看取り	○坂井地区の在宅医療サポート体制について ⇒在宅でも最期を迎える事ができる ○在宅で最期を迎えるイメージとは
H25 年度	地域包括ケア	○介護予防の観点から、高齢になっても自分の役割を持つことの必要性 ⇒介護の「支え手」から「受け手」になっても、地域で支え合う仕組みが必要 ○生活支援の体制について
H26 年度	口腔ケアで始める 元気づくり	○坂井地区の在宅医療サポート体制について ⇒多職種連携(医科歯科連携)で在宅往診、訪問寝たきりの大きな原因の一つである「誤嚥性肺炎」の予防 ○在宅でできる口腔ケアについて

Point

6

地域住民と一緒に考えていきましょう！

5. 統計でみる坂井地区の現状

- 前述のとおり、平成 22 年度から福井県と東京大学高齢社会総合研究機構との共同研究事業として、坂井地区を全国のモデルとなる在宅ケア体制づくりを研究する「ジェロントロジー（総合長寿学）共同研究」が実施されています。この研究を通じて、坂井市、あわら市、坂井地区広域連合、健康福祉センター、福井県、東京大学という関係者が連携して在宅ケア体制のモデルづくりが行われました。
- 坂井地区では、こうした在宅医療の推進の状況を経年的なデータで把握するよう努めています。

＜在宅主治医の紹介増加：H22 年度比で 2.7 倍増加＞

H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度
19 件	35 件	49 件	49 件	53 件

※坂井地区在宅ケアネット紹介実績

＜訪問看護利用者数の増加：H22年度比で約1.7倍増＞

H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度
291人	346人	478人	492人	488人

※県看護協会「訪問看護実態調査」(医療保険・介護保険適用分)

＜在宅看取り割合の増加：H21年度比で倍増＞

H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度
29%	42%	44%	67%	53%	62%
在宅死5名 ／17名	在宅死5名 ／12名	在宅死7名 ／16名	在宅死16名 ／24名	在宅死9名 ／17名	在宅死8名 ／13名

※坂井地区医師会在宅ケアネット利用患者の看取り実績

Point

6

地域住民と一緒に考えていきましょう！



掲載事例自治体の基礎情報

事例を掲載している自治体名	人口	高齢者人口	高齢化率	地域包括支援センター数			医療機関数		人口10万人当たり 医療機関数		介護保険施設数			居宅介護支援 事業所数	
				合計	直営	委託	病院	一般診療所	病院	一般診療所	特養	老健	療養型		
時点	平成28年1月末時点						平成26年7月時点				平成27年度公表分				
出典	各自治体ご提供資料						日本医師会「地域医療情報システム」(※1)				厚生労働省「介護サービス情報公表システム」(※2)				
1	大分県国東市	29,751	11,764	39.5%	2	2	0	3	18	9.4	56.3	7	4	1	19
2	岩手県釜石市	35,824	12,972	36.2%	1	1	0	5	15	12.6	37.9	5	2	0	14
3	富山県南砺市	53,010	18,819	35.5%	1	1	0	4	27	7.3	49.3	6	3	3	14
4	長崎県佐世保市 (※3)	258,484	74,152	28.7%	9	0	9	25	188	9.6	72.0	23	10	10	73
5	秋田県横手市	94,448	32,629	34.5%	3	3	0	4	63	4.1	64.1	17	4	4	38
6	新潟県魚沼市	38,127	12,383	32.5%	1	1	0	18	87	8.2	39.8	5	1	0	12
7	千葉県柏市	409,091	99,887	24.4%	7	0	7	18	211	4.5	52.2	24	8	0	110
8	熊本県熊本市	735,174	177,145	24.1%	27	0	27	93	542	12.7	73.8	45	29	21	228
9	和歌山県海南市	53,273	18,213	34.2%	1	1	0	5	51	9.3	93.1	5	4	2	34
10	和歌山県紀美野町	9,565	4,079	42.6%	1	1	0	1	14	9.6	134.7	2	1	0	8
11	山形県鶴岡市	131,629	41,985	31.9%	8	0	8	7	94	5.1	68.8	14	8	2	38
12	神奈川県横須賀市	414,664	122,244	29.5%	13	0	13	11	276	2.6	66.0	21	10	0	119
13	福井県坂井地区広域連合(坂井市、あわら市)	122,131	32,812	26.9%	2	2	0	7	54	5.7	44.3	17	6	1	35
14	千葉県市川市	476,583	97,320	20.4%	14	0	14	13	286	2.7	60.4	13	8	2	101
15	徳島県徳島保健所管内	496,628	138,181	27.8%	19	5	14	75	450	14.8	89.0	33	30	30	231
16	和歌山県田辺保健所管内	133,099	41,309	31.0%	5	4	1	9	115	6.7	85.3	16	6	4	68

(※1) 日本医師会「地域医療情報システム」： 2014年7月現在の地域内医療機関情報の集計値（人口10万人あたりは、2010年国勢調査総人口で計算）

(※2) 厚生労働省「介護サービス情報公表システム」：平成27年度公表分の値

(※3) 総人口・高齢者人口・高齢化率は平成27年10月時点の値