

**平成28年度 老人保健事業推進費等補助金**

**老人保健健康増進等事業**

**地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における  
在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に  
関する調査研究事業 報告書**

**－事例編－**

**株式会社 野村総合研究所**

**平成 29 年 3 月**

## 目次

第1章 市区町村の参考事例 .....	3
1. 兵庫県朝来市 .....	4
2. 埼玉県蓮田市 .....	4
3. 大分県別府市 .....	24
4. 北海道深川市 .....	29
5. 富山県上市町 .....	36
6. 大阪府藤井寺市 .....	41
第2章 都道府県の参考事例 .....	47
1. 滋賀県 .....	48
2. 福井県 .....	55
3. 富山県 .....	60

## 1)調査概要

本調査において、参考事例としてヒアリングの対象とした市区町村および都道府県は、次表の通りである。

図表1 調査対象とした3県6市町とヒアリング調査実施時期

### 市区町村

#	市町村名	担当課	訪問日時
1	兵庫県朝来市	高年福祉課 朝来市地域包括支援センター	2016年7月19日
2	埼玉県蓮田市	在宅医療介護課	2016年7月20日
3	大分県別府市	高齢者福祉課	2016年7月26日
4	北海道深川市	高齢者支援課	2016年7月29日
5	富山県上市町	福祉課 上市町地域包括支援センター	2016年8月12日
6	大阪府藤井寺市	高齢介護課 藤井寺市地域包括支援センター	2016年8月25日

### 都道府県

#	都道府県名	担当課	訪問日時
1	滋賀県	医療福祉推進課	2016年8月2日
2	福井県	長寿福祉課 在宅ケア推進グループ	2016年8月8日
3	富山県	厚生部高齢福祉課	2016年8月12日

出所) 野村総合研究所 作成

# 第1章

## 市区町村の参考事例

## 1. 兵庫県朝来市

### ■兵庫県朝来市の基本情報

兵庫県朝来市は、人口約 31,500 人（平成 28 年 11 月末現在）、高齢化率 32.8%、面積 403.06km<sup>2</sup>の市で兵庫県北部に位置する。平成 17 年に近隣の 4 町が合併した当時は約 3 万 5 千人であったが、合併後の 10 年間で約 10%の人口減がみられた。自然減だけではなく、若年層も大学進学を機に都市部へ出たまま戻ってこないことが多く、高齢化の進行が著しい。家族構成員の減少により、要介護 2 以上の約 4 割は老々介護という現状もある。また、市内に大企業が存在せず、税収も大きくは無いため、医療・介護に関わる専門人材の確保のための予算は潤沢ではない。

### ■（ア）～（ク）の推進状況

朝来市では先述した市町村合併の翌年の平成 18 年に、合併に伴う混乱が残る中で地域包括支援センターが設立された。

当時、市と医師会の間では、医療と介護の連携に関するルール策定の検討を始めようとしていたこともあり、市から医師会へ在宅医療連携担当医の選出にを要請した。その結果、医師会長が指名する形で医師会内の若手医師が介護の窓口担当として決定選任された。以来、朝来市では窓口の担当医を介して、医師会とのコミュニケーションを図ることができている。

現在の（ア）～（ク）は、後述する在宅医療連携会議（地域ケア会議）の委員長である医療ソーシャルワーカーが中心となり、医師会の協力を得ながら推進している。担当医指名後、10 年以上にわたって担当医が変わらなかったこともあり、行政だけではなく〇〇をはじめとした関係機関は、医師会との関係を良好に保ったまま事業を推進することができている。また、（イ）で協議を進めていく過程で、他の事業も連動して進捗させることができているとのことであった。

なお、（ク）については健康福祉事務所（保健所）が中心に会議を開催しており、ベースとなる但馬全域の仕組みづくりが機能している。

### ■認識している課題

朝来市のように医療資源の乏しい地域では、地域の医療資源・医療ニーズを正確に把握し、地域における在宅医療・介護のあり方について、専門職と地域住民がビジョンを共有した上で、協働していくことが重要といえる。

やろうと思えばどこでもできそうではあるが、実際に 1 つのビジョンを共有し、実現していくことは難しい。実践にあたっては、専門職の相談・利用者やその家族を援助するための相談援助面接力<sup>1</sup>の向上や、周囲の各関係者による下支えが求められる。

<sup>1</sup> 相談援助面接力：利用者や家族のからの相談や抱える課題の解決を支援するためのカウンセリング能力

その一助として、人を理解するアセスメント能力と、言語化する能力は、複雑な地域の課題を抽出し、地域とともに共有していく際になくしてはならない実践力と考えている。

朝来市では、その実践力向上のために、地域と居宅介護支援事業書が協働し、主任介護支援専門員が、部下や後輩に対してスーパービジョンを実践できる土壌を培いながら、地域ぐるみでケアマネジャーの人材育成に取り組む『ケアマネジメント支援システム』を構築している。

この仕組みにより、市内のケアマネジャーは地域の身近なところでスーパービジョンが受けられるようになり、『自身も支えられながら、利用者を支える』という環境づくりが可能となった。そのことにより、安定したケアマネジメントを利用者へ提供し、一人ひとりの複雑多岐な課題を分析し、ビジョンに向かって支援できる体制を作ること。さらに、一見全く違ったように見える個別課題から地域の課題を見出しそれを言語化していくこと等、問題の本質を理解し、解決の糸口を見つけることのできるケアマネジャーの育成を目指している。

このほか、近隣に大学等の設備もないため、専門職や学識経験者との関わりを持つことやアドバイス等を受けることが難しい点にも言及していた。

## ■具体的な取り組み

### (ア) 医療介護の資源把握

医療資源の把握を進めていく上で重要なことは、いかに情報収集を進めるかという方法論よりも、どういった資源情報を把握する必要があるのかを見極めることである。

社会資源の一覧表等を作ることは可能であるが、大切なことは、地域ニーズを汲み取って求められている情報提供を行うことである。具体的には、利用者の抱える課題、専門職の抱える課題を解決するためには、” どのような情報が必要か ” を見極め、資源把握を進めていくことである。

そのために、地域課題の把握については、『利用者の暮らしの課題』と『ケアマネジメント全体の課題』を棲み分けながら把握する仕組みを整えている。

例えば、『利用者の暮らしの課題』として、平成 26 年度末、ケアマネジメント支援会議にかけられた約 70 事例の集約分析から、「高齢者の薬管理が困難である」という『利用者の暮らしの課題』としての地域課題が抽出された。また、「ケアマネジャーと薬剤師の連携が不十分である」という『ケアマネジメント全体の課題』も見えてきた。このことを受けて朝来市では、後述する在宅医療・介護連携会議において、高齢者への服薬指導を強化するための後述する薬剤師と高齢者の支援に携わる多職種の連絡網や仕組みの整備が進められた。

連絡網についてまずは、薬局・医療機関の一覧表を作成した。ここでは、薬剤師・医師との情報交換が可能な曜日、時間帯や後述するサービス担当者会議への出席可否、参加可能な曜日、時間帯を取りまとめた。一覧表の活用によって、ケアマネジャー等が薬剤師・医師に連絡をとる際の障壁が除去されるとともに、連絡を受ける側の負担も軽減されることが期

待されている。市民向けには医療機関の窓口情報をまとめたものに限って公開している。情報更新の頻度については、具体的な取り決めはないが2年に1回程度の更新を目安としている。

### ■具体的な取り組み（イ）

朝来市では平成24年までに医療・介護連携に関する課題を検討する場は整っていたものの、個別課題を検討する会議体との連携がなかったために、「今年はどんなテーマでしょうか？」という、場当たりの検討に終始していた。そのため、せつかくの検討が現場で活用されず、政策にも結びつかなかった。

また、行政主導で検討を進めて入退院時連携ツールを作成したものの、ほとんど運用されずに風化した過去の経験もあり、仕組み・計画・ツールについては、行政と関係者が企画立案から実行までのすべてのプロセスを共同して作業する必要があると感じるに至った。そのため後述する会議の見直しを行い、実効性のある会議体の運営を可能としている。

「関係者と一緒に、膝を交えてボトムアップで作っていくことが重要であり、そのために地域ケア会議の仕組みを活用しています。」と、朝来市の担当者は言及している。

図表2 朝来市が実施した既存会議体の見直し

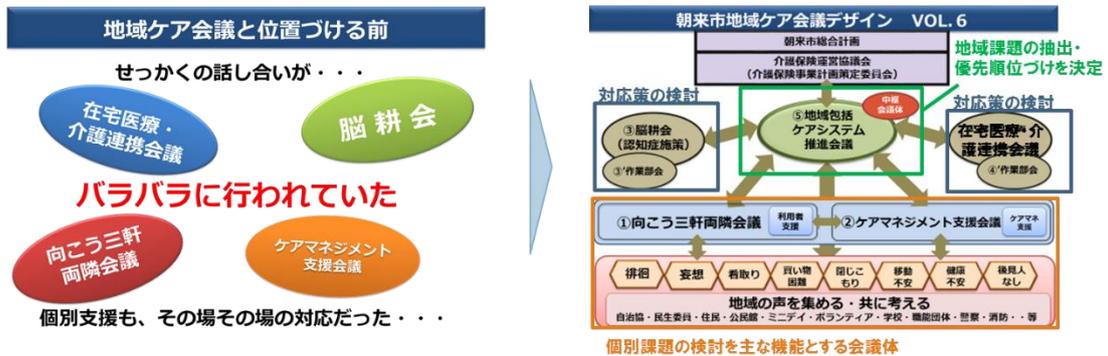
下準備：既存の会議を見直す						
会議名	内容	参加者	個別課題解決機能	ネットワーク構築機能	地域課題発見機能	地域づくり・資源開発機能
①向こう三軒両隣会議	利用者支援	当事者・地域住民・関係機関等	◎対象者が抱える課題	◎フォーマルとインフォーマルの連携	△困難ケースの蓄積	◎自助・互助を促す
②ケアマネジメント支援会議	ケアマネジャー支援	主任CM13名・理学療法士1名	◎ケアマネジャーが抱える課題	◎主任ケアマネジャーとケアマネジャーの関係性	△困難ケースの蓄積	◎指導マニュアル開発・研修会の開催等
③脳耕会	認知症支援策の検討	関係機関代表者15名	×	△住民・専門職のネットワーク	◎③からのオーダーによる検討	◎普及啓発等のツール開発ケアパス作成
④在宅医療・介護連携会議	介護・医療の連携に関する仕組みづくり	医療・介護専門職（事業所代表者）25名	×	△介護・医療のネットワーク	◎③からのオーダーによる検討	◎連携マニュアル作成等
⑤地域包括ケアシステム推進会議	地域課題の抽出・優先順位の設定・③④への指示	関係機関代表者13名	×	△	◎③から地域課題の抽出・決定	◎③④と連動しながら関係者に向けた検討を ◎介護保険運営委員会への政策提言

出所）朝来市提供資料

そのため朝来市では、平成25年5月に既存会議体の位置づけの見直しを実施し、有機的な運用を目的として、既存の4つの会議体（平成21年度より運営されていた在宅医療・介護連携会議、向こう三軒両隣会議、ケアマネジメント支援会議、脳耕会の4つ）の上位会議にあたる地域包括ケアシステム推進会議を設置した。これにより朝来市では、在宅医療・介護連携に係る組織的な検討が行われるようになった。地域包括ケアシステム推進会議には、関係職能団体の役員級および行政関係者が参画しており、朝来市における在宅医療・介護連携を含む地域包括ケアシステム構築の中核会議体として意思決定を行っている。

図表 3 会議体の連携・機能整理

既存会議体の有機的な連携を目的とした整理を実施  
(≒役割分担)



出所) 朝来市提供資料を基に野村総合研究所作成

先述のとおり、朝来市では平成 21 年度より 4 つの会議が運営されていたが、平成 25 年度の会議体の見直しを経て、下記の 5 つの会議に再編された。各会議体の役割については、下記に詳述する。

① 向こう三軒両隣会議

利用者の個別課題の解決のため「ある一人の高齢者の困りごとを検討する」ことが目的である。参加メンバーは、対象となる利用者を支援する専門職と近隣者である。具体的には、近隣住民、民生委員、自治会長、行政担当者で構成される。随時開催という形で、必要に応じて公民館や自宅などで開催される。参加者間の緊密な関係の維持・形成に寄与しており、地域のインフォーマルなネットワークと、専門職のフォーマルなネットワークの融合を意識した会議となっている。開催回数は利用者によって異なるが、市内では年間あたり延べ 30～50 回程度実施されている。会議時間の目安は 90 分ほどで、検討する利用者の暮らしを支えるメンバーが、その都度参集されている。

図表 4 向こう三軒両隣会議の概要

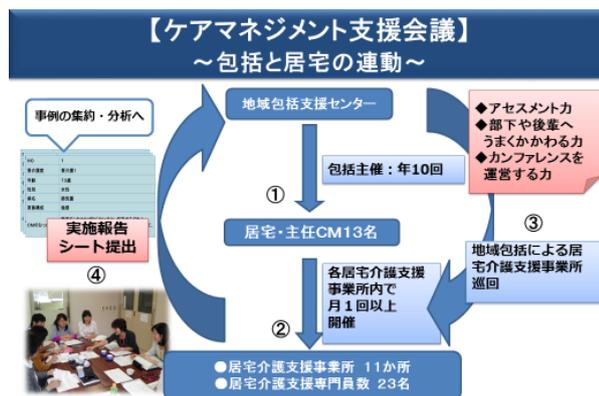


出所)朝来市提供資料

② ケアマネジメント支援会議

ケアマネジャーがケアマネジメントを行う中で抱える課題や悩みを検討するための会議である。また、スーパービジョンの要素を取り入れ、ケアマネジャーの育成の場としての機能も持ち合わせている。ケアマネジャーは、主任ケアマネジャーから投げかけられるサポートティブな質問に答えながら、自身の実践を振り返り、言語化していく。そこでは、ケアマネジャー自身が、あらゆる角度から利用者と利用者を取り巻く環境を見つめ、思考するプロセスを、主任ケアマネジャーがサポートすることを大切にしている。このケアマネジメント支援会議は、包括主催で年 10 回、それぞれの居宅で月 1 回ずつ定例開催し、事例の蓄積から『ケアマネジメント全体の課題』や、『成功事例・新たな支援策の抽出』につなげることを、第二の目的としている。ここで抽出された課題や支援策は、先述した地域包括ケアシステム推進会議で、課題としての影響範囲・深刻度や対応策の妥当性等が改めて議論される。

図表 5 ケアマネジメント推進会議の概要



出所)朝来市提供資料

### ③ 脳耕会

この会議は、増加する認知症高齢者にかかる地域課題に対応するための会議で、平成15年より発足している。専門職と地域住民の15人で構成される会議体で、上位会議体の地域包括ケアシステム推進会議で地域課題という共通認識がなされた課題に対し、具体的な対応策の検討を行っている。

「認知症の早期発見」「予防」「普及啓発」等のツールや仕組みづくりをはじめ、現在は、「一人歩き高齢者のみまもり体制づくり」に向けて、関係機関との見守り協定、地域の声かけ訓練等、地域ぐるみの見守り体制を整えているところである。

図表6 脳耕会の概要

**脳耕会（認知症施策の検討）**

**参加者：**家族会代表・民生委員・区長・  
医師・サービススタッフ・心理士等

**成果**

- (1) 認知症に係る課題の集約
- (2) 市内事業所との見守り協定締結
- (3) 認知症予防・早期発見ツールの開発

  
講演会の企画



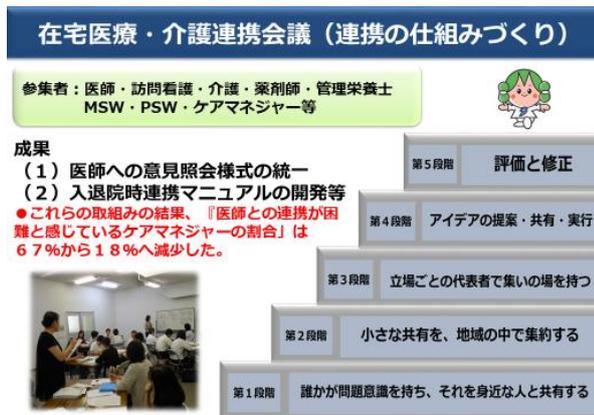
多少時間がかかっても、多職種で合意を得るプロセスを大切に

出所)朝来市提供資料

### ④ 在宅医療・介護連携会議

医療と介護の連携強化を目的に医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーなどの多職種が集まり、医療・介護連携に関する地域課題への対応を通じて、『多職種がよりよく連携し、利用者を支える仕組み』の構築を目的とした会議である。参加者は各職種の代表者25名程度で、上位会議体の地域包括ケアシステム推進会議で地域課題という共通認識がなされた課題に対し、具体的な対応策の検討を行っている。

図表 7 在宅医療・介護連携会議の概要



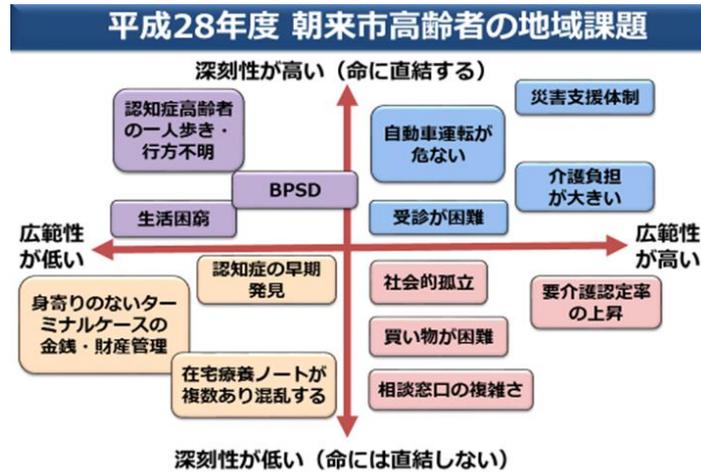
出所)朝来市提供資料

⑤ 地域包括ケアシステム推進会議

地域課題の抽出・優先順位づけを決定する中枢会議体であり、年2～3回開催される。各職能団体の役員で構成される。既存会議体の見直しの結果として、地域の課題抽出・対応策検討の意思決定をする会議として組成された。前述した向こう三軒両隣会議とケアマネジメント支援会議において、個別ケースから抽出されてきた幅広い事象や成功事例などから地域の課題を明確化し、朝来市における資源開発・政策形成の方向性を決定する会議体である。

利用者の支援を目的とする向こう三軒両隣会議と、ケアマネ支援を目的とするケアマネジメント支援会議では、検討されている個別事例から地域課題の抽出が行われている。ここで抽出された課題は、地域包括ケアシステム推進会議に提出し、地域課題としての協議がなされ、重要性和緊急性（検討すべき優先順位）について判断がなされる。これらにより、当該年度に対応していく地域課題を明確にすることが重要と考えている。そして、認知症施策にかかる検討は脳耕会へ、医療と介護の連携に関する検討は在宅医療・介護連携会議に、それ以外の検討は関係する機関へ、資源開発・仕組みづくりのオーダーが出されるのである。

図表 8 朝来市における地域課題の整理・優先順位づけ



出所)朝来市提供資料

個別事例の集約分析については、向こう三軒両隣会議は地域包括支援センターが、ケアマネジメント支援会議は、朝来市ケアマネジャー協会主任介護支援専門員委員会が、その任を担っている。

課題を抽出していくにあたっては、まず事例数などの定量分析を実施し、次にアンケート等を通じた定性分析によって課題の全体像を浮かび上がらせる手順を取っている。行政（地域包括支援センター）は、アンケートを作成やその分析業務を担当している。課題抽出の頻度は年2回で、上半期、下半期の地域包括ケアシステム推進会議にあわせて、事例から地域課題を抽出し、半年前の課題に対する支援策の検討経過を提出している。

■取り組みの成功要因

行政には、住民、医師、ケアマネジャー等の声をすべて受け止めることが求められる。また、各関係者から寄せられた声に向き合い、そこから読み取れるものを一般化しながら地域の課題として整理することも行政の重要な役割の一つである。抽出された課題を幅広い関係者へ誤解のないように伝えていくためにも、理解しやすい資料作成を心がけている。重要なことは、住民も専門職も、それぞれの立場で理解できるよう可視化し言語化することであると、朝来市は考えている。

会議を運営するにあたってのポイントは、次のように考えていた。

1. 地域課題に優先順位をつけて取り組む

地域には多くの地域課題が存在する。個別事例を丁寧に検討すれば、それぞれの立場で優先とする地域課題は違って当然である。しかしながら、限られた資源・人員で、

多くの地域課題を一度に解決に導くことは困難である。朝来市としての優先順位をつけることが求められると考えている。

各会議体において、議論をし尽くした上で結論を導くためにも、課題を絞り込むことが重要である。先述の通り、朝来市では地域包括ケアシステム推進会議において、地域課題の認定だけでなく優先順位づけを行っている。下位の会議体や専門部会においては、この優先順位を意識してひとつひとつ丁寧に課題の解決策・対応策を議論している。

## 2. 個別課題と地域課題を同じテーブルで扱わない

役職の違いもあるが、基本的に地域課題を解決できるメンバーと個別課題を解決できるメンバーは異なる。そのため、地域課題と個別課題を一緒に議論してしまうと、会議の目的や内容が不明瞭となり、参加者は自分がどのような発言をすればいいのか分かりにくくなる。ひとつの会議体が担う機能は、できるだけシンプルにし、議論を集中させ目標を達成することが肝要である。

## 3. 個別課題は、利用者に帰属する「本人・家族」の問題か、それとも「ケアマネジャー」の課題かを明確にする

先述した通り朝来市では、向こう三軒両隣会議で利用者・家族の個別課題の解決を検討し、ケアマネマネジメント支援会議ではケアマネジャーの抱える支援課題の解決を支援している。両者は混同されることが多いが、前者が利用者支援であるのに対し、後者は人材育成を目的としたものである。そのため、後者には主任ケアマネジャー等からのスーパービジョンの要素を含ませることが必須であると考えている。

## 4. 会議の目的に相応しい参加者、検討内容、開催方法を選択する

各会議の役割に合致した目的の設定と、議論や意思決定ができる役職者を委員として招集する仕組みが重要である。“1つのテーブルでは1つの議題しか扱わない”という言葉通り、絞り込んだ議題を最適な人材が議論することで効果的な解決策が導かれると考えている。

### ■評価指標

朝来市では2年に1度、医療と介護の連携に関する定点調査を行いながら、市内における実践状況を試験的に評価している。評価項目としては、かかりつけ医とケアマネジャーの連携の難しさや病院との退院時連携の漏れなどが挙げられる。実際に評価指標として用いられているものは、前年の対応施策を評価することを意識して、下記の3つの視点で評価をしている。

## 1 在宅療養におけるかかりつけ医とケアマネジャーの連携

- ①連携頻度
- ②連携方法（ツールの使用を含む）
- ③連携の困難さ

## 2 入退院時の病院とケアマネジャーの連携

- ①連携頻度
- ②連携の困難さ

## 3 地域課題の解決に関するもの薬管理が困難な高齢者が多いという地域課題に対して

- ①27年度作成の薬管理リーフレットの使用状況
- ②ケアマネジャーのケアプラン内容の変化
- ③薬管理が困難な利用者数の追跡

### ■県からの支援

兵庫県庁からは、研修会や検討会に適切な人材を招集する等のバックアップや、県担当者自らに参加してもらう等の支援を受けている。また、兵庫県では、保健所（健康福祉事務所）が中心となって郡市区医師会と連携しながら、域内の病院長を集めた但馬圏域医療機関等連絡会議（病院長クラスの会議体）を開催し、広域間での連携の仕組みに関する議論が進められている。

### ■国や県への期待

国や県に期待することは、先進自治体の方との情報交換の場を設定してもらうことである。ベストプラクティスが知りたいというのも一理あるが、失敗談の方が行政担当者にとっては役立つ。行政側の担当者として試行錯誤していることもあり、他の自治体担当者が経験した失敗から学ぶことの方が多いのではないかと考えている。

行政担当者が、取り組みに失敗した時に、どのようにその要因を分析し、その後、どう対応し、その結果どうなったのかという体験は、ベストプラクティス以上の学びがあるように感じている。

## 2. 埼玉県蓮田市

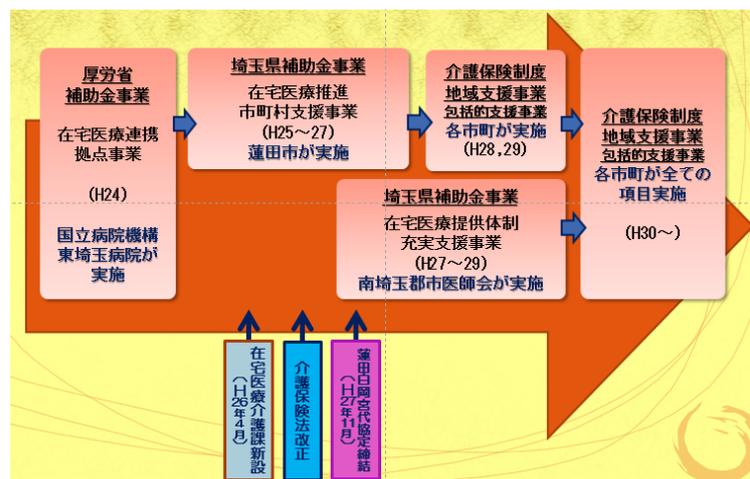
### ■埼玉県蓮田市の基本情報

埼玉県蓮田市は、人口約 62,503 人、高齢化率 29.4%、面積 27.28km<sup>2</sup> の市で埼玉県南東部に位置する。南埼玉郡市医師会がカバーしている地域である。市内には、(独) 国立病院機構東埼玉病院（以下、東埼玉病院）など 4 病院、27 診療所が存在する。

蓮田市では、平成 24 年度に東埼玉病院が厚生労働省のモデル事業である「在宅医療連携拠点事業」としての補助金を受けたことから、東埼玉病院を中心に在宅医療・介護連携を推進してきた。当時の事業主体である東埼玉病院は、蓮田市の訪問診療を行う診療所、病院、訪問看護ステーション数等の医療資源量や隣接する白岡市、宮代町の住民が行政の境界を越えて医療・介護サービスを受けている状況を鑑み、蓮田市に加え白岡市、宮代町の 2 市 1 町で事業に着手した。

平成 25 年度から 27 年度にかけては、在宅医療推進市町村支援事業費補助金を財源として、東埼玉病院の事業を蓮田市が引き継ぐ形で事業を進めている。その際、2 市 1 町の枠組みは解消されることなく引き継がれている。蓮田市では、東埼玉病院へ事業を一部委託しながら東埼玉病院と連携して事業を推進してきた。平成 26 年度には、蓮田市長の判断により、在宅医療介護課が設置されるなど、首長の在宅医療・介護連携推進事業への関心の高さもうかがえる。在宅医療介護課は、健康増進部署の課長及び地域包括支援センターの職員等の専門職を人事異動し、組織したことから、医療・介護に精通し、現場の状況を把握している職員で構成されている。

図表9 蓮田市における在宅医療・介護連携推進事業の財源と推進体制の変遷



出所) 蓮田市提供資料

また、蓮田市では、平成 27 年度で地域医療再生基金（在宅医療推進市町村支援事業費補助金）による補助金事業が終了することを受け、平成 27 年 11 月に「蓮田市・白岡市・宮代町在宅医療・介護連携推進事業の共同実施に関する協定」を締結している。この協定により、蓮田市、白岡市、宮代町の 2 市 1 町は、平成 24 年度より始まった地域における在宅医療・介護連携の取組を各市町の実施主体事業として持続的に発展させていくための体制を構築した。こうした一連の流れを受け、平成 28 年度以降も蓮田市、白岡市、宮代町の 2 市 1 町で在宅医療・介護連携推進事業を共同実施している。

#### ■事業項目（ア）～（ク）の推進状況

先述の通り、平成 24 年度に東埼玉病院が厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を受託した際に、事業実施地域として蓮田市・白岡市・宮代町が設定された。この取組は厚生労働省のモデル事業の終了と平成 26 年介護保険法改正に伴って、在宅医療・介護連携推進事業として市区町村が推進主体となるにあたり、東埼玉病院が築き上げてきた事業環境を継承することが有効と考え、この 2 市 1 町による共同実施を行うに至った。特に幸手保健所と東埼玉郡市医師会の管轄する範囲が一緒であることは、共同実施の際の調整業務や事業計画作成の負荷を軽減させた要因であった。また、東埼玉病院からのバックアップを受けられたことも、多職種を巻き込んでいく際の有力な後ろ盾になっている。

この他、（オ）の相談窓口については、東埼玉郡市医師会が埼玉県在宅医療提供体制充実支援事業として設置した在宅医療連携拠点（南埼玉郡市医師会内）のランチが蓮田市内の東埼玉病院内に設置されていて、2 市 1 町の相談窓口として機能している（なお南埼玉郡市医師会の本部は久喜市に置かれている）。こうした窓口を、市区町村ごとに設置するのではなく、地域の医療・介護資源や提供の実状に合わせた範囲で設置し、かつ在宅医療推進経験のある病院に設置することで、効果的な運営に成功している。

また、東埼玉病院長と蓮田市長の間でも本事業の重要性について意見交換が行われる中で医療と介護の横断的な事業推進の必要性が認識され、在宅医療介護課が設置された。さらに平成 27 年 3 月からは 2 市 1 町で実施体制に関する月 1 回の協議を重ね、最終的に協定書を締結し、2 市 1 町による共同実施体制を整備することが決定された。この協議書の発効を受け、平成 28 年度から、地域支援事業として 2 市 1 町による事業の共同実施を進めている。

2 市 1 町の間で負担する費用については、各自治体の負担金を前年の 10 月 1 日時点の 40 歳以上の人口で按分する形で決定している。しかし、事業実施に際しての事務的な作業は市町の職員が直接行うことにより、当面要する費用は 63 万円と少額で、財政への影響は小さいと見ている。

この他、埼玉県では、別途平成 27 年度から平成 29 年度にかけて、郡市医師会に在宅医療連携拠点の整備のための補助金（埼玉県在宅医療提供体制充実支援事業補助金）を出し、（ウ）後方病床の確保や（オ）相談窓口の設置・運営の事業の支援を実施している。

## ■課題

蓮田市では、平成 24 年度から抽出してきた地域課題に対して協議した解決策を医療・介護の関係機関や団体・事業所の理解を得つつ市の施策に昇華させる難しさを感じている。

また、医師との連携や理解を得ていく必要性も感じている。医師会に所属するすべての医師の在宅医療・介護連携推進事業に関する認識が共通であるわけではない中では、例えば主治医・副主治医制に対しても様々な意見が出され、合意に至るには超えるべきハードルも多いと認識している。

また、医師同士の連携を進めていく必要もあると感じている。行政として連携への理解や協力が得られるよう共通認識を深めるための場や協議の場の設定を支援していく必要があると考えている。

## ■具体的な取り組み（ア）

（ア）への取り組みは、平成 25 年度に着手した在宅医療連携ガイド（以下、連携ガイド）の作成・公表から始まっている。連携ガイドの作成については、東埼玉病院に委託し、連携ガイドに掲載すべき内容と郵送調査における聴取項目を市と相談しながら決定した。具体的な聴取項目としては、住所、連絡先、診療科、診療日・時間、訪問診療が可能な曜日・時間、在宅医療の取り組みメニュー、医師との面談方法や電話連絡可能な時間帯など医療資源を把握するための項目とともに、地域課題の抽出に役立てることを目的とした項目が中心となっている。

図表10 在宅医療連携ガイド

病院・診療所(蓮田市)							
医療機関名	H病院			院長名	*****		
				窓口担当等 (印代埋担当者の方)	医療福祉相談室		
所在地	〒349-*** 蓮田市***			TEL	048-***	FAX	048-*** (医療福祉相談室直通)
診療科	内科 その他 診療科あり			診療時間	診療科によって異なる		
診療日	診療科目によって異なる			訪問診療可能な 曜日・時間	月曜日～金曜日 10時～16時		
				訪問可能な地域	蓮田市、白岡市、宮代町全域		
在宅医療の 取り組み	在宅療養支援診療所の届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		訪問診療	<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に訪問している <input type="checkbox"/> していない		
	主治医意見書の記載	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している <input type="checkbox"/> していない		訪問看護指示書	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している <input type="checkbox"/> していない		
	各種種への診療情報提供書	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している <input type="checkbox"/> していない		かかりつけ患者の臨時往診	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している <input type="checkbox"/> していない		
	麻薬の処方	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している <input type="checkbox"/> していない		療養の処置(デブリードメント)	<input checked="" type="checkbox"/> 対応している <input type="checkbox"/> していない		
	担当医会への 医師の参加	主治医の都合の時間で医療機関で開催の場合			<input checked="" type="checkbox"/> 30分以内なら可能 <input type="checkbox"/> 15分以内なら可能	<input type="checkbox"/> 困難	
		訪問診療に合わせて開催の場合			<input checked="" type="checkbox"/> 30分以内なら可能 <input type="checkbox"/> 15分以内なら可能	<input type="checkbox"/> 困難	
	医師との連絡方法 (別記不可は×)	直接面談	往診同席	外來同席	電話連絡	FAX連絡	メール連絡
	5	3	4	1	2	×	
主治医が面談等の対応が可能な時間帯	月 火 水 木 金 土			8:30～17:00			×
他職種の方々への要望 (連絡時の注意事項を含む)	グループ診療を行っており、患者情報について内科医師間で共有しております。						

出所) 蓮田市提供資料

調査実施にあたり、郵送調査の事務作業や集計等は委託先の病院が担い、連携ガイドの印刷製本、配布、活用に関する啓発等は主に市が担当した。なお、初年度は、協力いただいた全機関・事業所に無償配布している。

更新は、平成26年度以降は4ヶ月に1度ほどの頻度で随時行っている。医科・歯科・調剤は保健所経由で情報収集を行っている。介護資源は長寿支援課の介護保険情報から新規事業者の情報を追加している。そのほか、定期更新として年1回、12月に調査票を配布し、年度末までに取りまとめて公表している。行政担当者から架電し回答率を高めるなどの努力により回収率は9割を超える高い水準にある。得られた情報はすべて市のHP上で公開しているが、市が考える第一の公開目的は医療・介護関係者の連携円滑化につなげることと認識している。

#### ■具体的な取り組み(イ)

(イ)の具体的な取組は、平成24年度に東埼玉病院が採択された厚生労働省のモデル事業の中で進められた。取組内容の詳細について詳述する。

東埼玉病院は、在宅医療・介護連携推進事業に係る具体的な協議を進めるべく、平成24年度に実務担当者レベルの顔の見える多職種連携のための会議を立ち上げた。立ち上げに際しては、東埼玉病院長が自ら各医療機関の主要な医師、歯科医師、薬剤師を訪問し、会議体の趣旨説明を行うなどして、幅広い関係者への理解を求める活動を実施した。

一般的には、在宅医療・介護連携推進事業の協議に係る会議体が設置された初期段階で、医師会からの理解を得ることが重要という考えもあることから、医師会の協力が得られることを期待して、当該会議の座長には郡市医師会の会長が就任している。こうした取

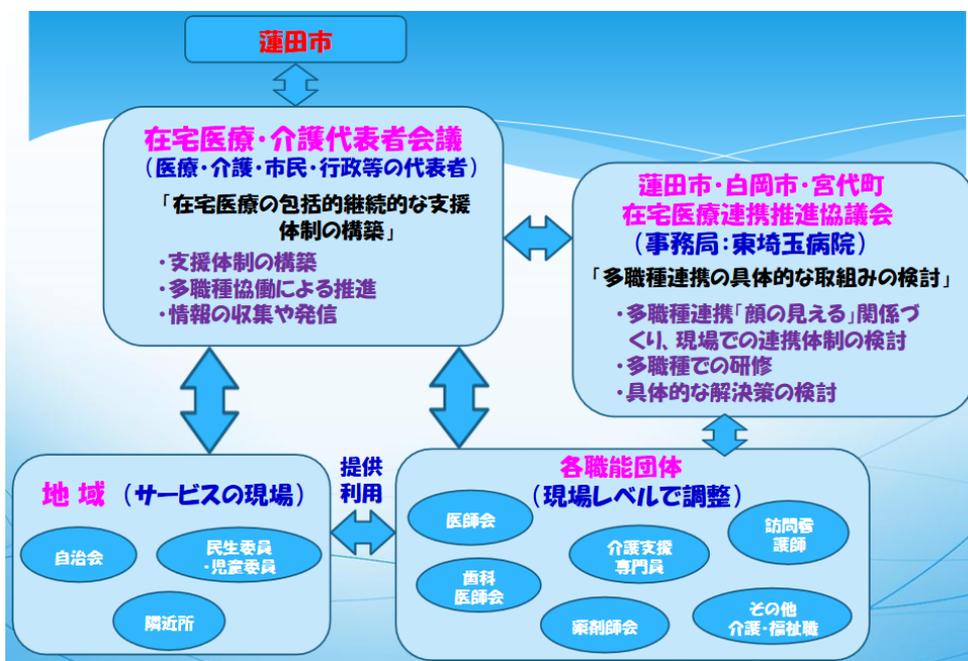
組もあって、医師のコミットメントも高くなったと考えられる。

会議の参加者は、毎回約 70～80 人（100 人を超えることもある）と多く、三師会の参加者が約 4 割となっている。

あわせて、平成 26 年度には、蓮田市が主体となって代表者レベルの会議を立ち上げている。この会議体は、市の介護保険事業計画を始めとする各種行政計画につなげる目的があるため、2 市 1 町共同ではなく蓮田市単体で実施している。会議体の詳細は後述するが、主な役割としては先述の在宅医療・介護関係者連携会議における議論内容の確認・合意形成を目的とした代表者会議としての性質を持ち合わせる会議体である。

図表 11 蓮田市を取り巻く在宅医療・介護連携推進事業に係る会議体の位置づけ

（注：会議体名称は平成27年度末時点のもので、平成28年度には変更されている）



出所) 蓮田市公開資料

① 在宅医療・介護関係者連携会議（平成 27 年度までは在宅医療連携推進協議会の名称）  
（実務担当者会議）

2 市 1 町によって共同で開催される実務者による会議体であり、在宅医療と介護の連携に関する地域課題の抽出とその対応策等を検討することを目的としている。この会議は平成 24 年度に国のモデル事業推進の中で開始され、2 市 1 町の在宅医療・介護関係機関、事業所に呼びかけ、顔の見える関係づくりから始まった。少しずつ名称や体制、対象者も変化させながら継続してきた。ここで抽出された課題と解決策については、市の施策に落とし込むために、蓮田市の代表者会議でその妥当性や実現可能性が議論される流れになっている。より詳細な共同実施の進め方については後半で詳述する。

課題の抽出にあたっては、会議において各専門職種が感じている困りごとや問題点を出し合う KJ 法を用いて抽出した。また、医療・介護関係機関、事業所へのアンケートを通じた課題抽出もおこなった。これらの手法で抽出された課題をグループワークで「実現性」と「重要性」の二つの尺度で体系的に整理し、下記の 5 つが地域で着手すべき検討課題として挙げられた。

- 検討課題① 24 時間 365 日の診療体制の構築
- 検討課題② 歯科と多職種との連携
- 検討課題③ 訪問薬剤管理指導における病院・診療所との連携
- 検討課題④ 訪問看護ステーション同士の横のつながり
- 検討課題⑤ 病院と在宅・施設スタッフとの連携

それぞれの課題を関連する職種グループで検討し、提案された解決策に対して多職種での意見を加える方法で進めた。

検討課題①（24 時間 365 日の診療体制の構築）については、医師グループで解決策を検討した。主治医・副主治医制の構築や診診連携のための仕組みの確立などを検討しており、現在は市が医師同士の連携会議を開催して議論を継続している。この会議には市内の有床病院の医師や入院受け入れに関連する事務担当者にも参加してもらい、病診連携も併せて検討し、24 時間 365 日の診療体制の構築に向けての検討を進めたいとしている。

検討課題②（歯科と多職種との連携）については、歯科医師のグループでの検討をした。訪問歯科診療の重要性や内容、利用の仕方を理解してもらうことが重要であるという理解に至り、在宅の利用者が歯科診療を受診可能にすることを目的として、主にケアマネを対象として、歯科診療に関する勉強会を開催することが検討された。

検討課題③（訪問薬剤管理指導における病院・診療所との連携）については、薬剤師グループでの検討をした。訪問薬剤師と医療機関との情報共有を密にすることを目的に、薬剤師と医師の顔の見える関係を構築すべく、薬剤師会が定期的に事例検討会を開催することが考えられている。

検討課題④（訪問看護ステーション同士の横のつながり）については、訪問看護師グループでの検討が行われた。地域で訪問看護師の横の連携が取れる組織がないため看護師間での連携がとれてない、ということが課題として挙げられた。この議論過程で、がん末期の患者等、頻回な訪問が必要な患者を一つの事業所だけで担うのは負担が大きいため、複数の事業所が入ることが必要な場合もある。その際は連携が取れていれば、受入調整もしやすく、情報共有も適切にできるのではないかと、といったメリットも共有された。結果として、会議体として訪問看護部会の設置に関する議論がなされた。（この後の取組結果としては、連携会議の部会としての会議体ではなく、規約の設置により独立した蓮田市訪問看護事業所連絡会の発足となった。）

検討課題⑤（病院と在宅・施設スタッフとの連携）については、職種混合グループで

の検討を行った。対応策として医療と介護の情報共有の仕組みづくり、情報が共有できるシステムづくり、連携シート、サービス担当者会議等による情報の共有が必要という考えが取り纏められた。

図表 12 蓮田市における課題と対応策

検討課題	基本的な対策案
<b>【検討課題①】 医師グループ</b> 24時間365日の診療体制の構築 ～24時間365日の診療体制を整え、安心して訪問診療を行える体制を構築するために～	①副主治医制、診診連携の確立 ②病院との連携
<b>【検討課題②】 歯科医師グループ</b> 歯科と多職種との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャーに歯科診療の理解を深めてもらい、在宅歯科診療を必要としている患者の診療につなげる</li> </ul>
<b>【検討課題③】 薬剤師グループ</b> 訪問薬剤管理指導における病院、診療所との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関との情報共有を密にする</li> </ul>
<b>【検討課題④】 訪問看護師グループ</b> 訪問看護ステーション同士の横のつながり	<ul style="list-style-type: none"> <li>定例会の開催(名簿作成、ステーションの特徴理解、研修、交流会)</li> </ul>
<b>【検討課題⑤】 職種混合グループ</b> 病院と在宅・施設スタッフとの連携	①情報共有シートを作成する(A.在宅版、B.入退院版) ②情報が共有できるシステムづくり ③病院と在宅・施設スタッフとの連携

出所) 蓮田市資料を基に野村総合研究所作成

情報共有の仕組みについては、在宅時、入退院時の情報共有シートの作成とともに、在宅医療・介護に関与する多職種がアクセスして、リアルタイムの空床情報や利用者情報を取得できる市のホームページを整えることが検討された。情報の中身として挙げられたものは、老人保健施設と後方病床の空床情報である。医療依存度の高い患者を抱える家族の負担軽減や患者本人の急変に対応することが目的である。

次に、一連の検討における行政の役割に目を向けると、病院に委託していた平成 27 年度までは、事業の委託主としての役割で、東埼玉病院が事業計画や資料を作成し、市側が意見を加え、議論しながら実施し、成果を検査するというものであった。病院の経営企画室を経由して、医師とのメールでのやりとりや、在宅医療支援センター(委託契約の中で市が設置)に配置した担当看護師や社会福祉士とのやりとりが多かった。平成 28 年度からは、協定に基づき 2 市 1 町の行政職員による連絡会議で実施計画や資料を作成し、事業実施している。東埼玉病院の院長、訪問診療医師 2 名に事業計画や資料作成への助言を求め、会議においては講師、発表者、助言者として協力を得ながら事業を運営している。

②蓮田市在宅医療・介護代表者会議(医療・介護関係団体等の代表者会議)

蓮田市における医療・介護関係者の連携を推進し、地域医療の包括的かつ継続的な支援体制を構築することが目的とされている。この代表者会議は年 2 回、年度始まりと年度終わりに開催されている。また、市の介護保険事業計画を始めとする各種行政計画につなげる目

的があるため、2市1町共同ではなく蓮田市単体での実施となっている。

委員は、医療、介護、行政関係者（市職員、保健所担当者）及び市民代表の14名で組織されており、医療、介護関係者については職能団体の役職者や団体から推薦された者が参加している。また、毎回市長以下、健康福祉部各課や関連課の幹部も出席し、会議の進捗や結果を把握している。このほか、東埼玉病院院長と蓮田市医師会長も顧問として参加している。

この会議は、①の実務担当者レベルの会議で抽出・整理された地域課題に対する課題の解決策を無駄にすることなく、実現させていくための関係団体の合意の場として、また、合意されたことを各組織・団体に浸透させていくことが役割として期待されている。現時点では医療・介護に特化した施策の検討が主だが、将来的には地域包括ケアシステムの実現全体を議論する会議とすることも想定している。

#### ■共同実施による運営

先述した通り2市1町での事業運営にあたっては、会議運営の幹事市町を事業年度ごとに交代で担当することとしている。平成28年度は蓮田市が幹事年度なので主担当として2市1町の連絡会議を開催し、事業進捗を管理しているが、翌年度以降は白岡市、宮代町が幹事を引き継ぐ予定である。ただし、基本的には2市1町で「一緒に」やるのが大前提である。そのため、会議や研修会の実施に当たっての資料の作成や進行方法については、密度高く連絡会議や各事業実施会議を開催して運営にあっている。行政間の協定書に基づく連絡会議は年3回実施することになっているが、事務担当レベルの各事業実施会議は事業の内容に合わせて随時開催し、必要に応じ、東埼玉病院医師の参加も求めて開催している。

このほか、共同実施にあたり、年度ごとに“在宅医療・介護連携推進事業の共同実施に関する協定書細則”を2市1町で承認して実施している。この協定書細則では、共同実施の役割分担や共同で行う事業項目、参加する医療・介護関係者の選定方法等、具体的な事業実施のために必要な事項を定めている。

この共同実施で行う会議や研修の対象となる在宅医療・介護関係者の選定についても、各市町の地域の実状や独自性を尊重し、杓子定規に仕分けることはせず、各自治体が事業環境を見極めながら選定し、選定した結果を幹事市に届け出ることなど、柔軟な解釈が可能な細則となっている。

#### ■共同実施のメリット／デメリット

医療介護の地域資源が少ない市では、単独でできることにも限りがある中で、共同実施であれば医療資源を束ねて諸問題に対応できるなどメリットは大きい。ただし、郡市医師会の管轄範囲と行政区の範囲が一致していない場合は、方向性のすり合わせなど調整業務に時間はかかる。

共同実施する事業についても一考の余地がある。たとえば、普及啓発といった事業は、市

独自の特色を出せるよう各自治体単位で実施してもよい。有効性、必要性のバランスをみながら共同して実施した方が効率的なものは共同実施するなど、共同実施の範囲にも幅を持たせられるようにすることが重要である。

#### ■取り組みの成功要因

蓮田市において事業がスムーズに進捗している成功要因としては、地域内の医療機関と市の在宅医療・介護連携推進事業の重要性の認識が早かった点があると考えている。また、実際に在宅医療や介護を支える関係機関、事業所の理解を得ていくことが事業推進の第一歩であることから、行政として、地道な協力要請、関係構築のための活動に足を運んだことが功を奏したとも見ている。

蓮田市では、平成 24 年度より東埼玉病院が、在宅医療・介護連携推進事業の重要性を認識して早期に事業に着手している。事業の実施に当たっては、医療関係者のみならず蓮田市長を始め担当部課に複数回にわたり訪問し、行政も巻き込む形で事業が進められた。蓮田市に在宅医療介護課が早い時期から設置されていることもその証左と言える。さらに、病院長は事業立ち上げ期に多職種のキーマンを訪問しながら主旨説明と協力の取り付けを進め、地道な連携・調整による体制整備を進めていた。こういった地元での綿密な巻き込みは、他の成功自治体にも共通する重要な活動であったと言える。

実際に蓮田市のように小さな市では、関係者のところへ行政担当者が足しげく訪問し、つながりを持つことが重要と述べていた。具体的な訪問方法としては、作成した連携ガイドの配布時に回答に協力いただいた関係機関、事業所を訪問しながら直接届けに行き、作成主旨や活用の仕方を説明するといったものである。

また、蓮田市のように医療機関数が多い場合は、作成した普及啓発の冊子等を郵送するのではなく訪問して届けることも関係を築く一つの方法となる。

この構図は、訪問看護ステーションの横のつながりを強化することや訪問診療実施医師同士の連携会議開催にあたって有効であった。存在する訪問看護事業所全てに対して訪問看護事業所連絡会を立ち上げに伴う説明を行っていく中、訪問看護ステーション同士は利用者の獲得のための競争に晒されている一面もあるため、当初は趣旨理解が難しい様子も見られたが、市の担当者が訪問看護ステーション全軒を回ってヒアリングと丁寧な説明をしていき、準備会を開催するなどしていく中で、各事業所の特徴を知り、連携して支援することの有益性などのメリットへの気づきが生まれ、最終的な設置に至った経緯がある。活動が本格化した平成 28 年度では、困難事例の対応相談や在宅で行う処置や対応の統一に向けての取り組みも始まって、利用者への支援の向上への意識が高まってきている。

さらに、診療所の医師同士のつながりについては、連携ガイド作成時の調査の際、「訪問診療や往診を実際に行っている」と回答した診療所と在宅患者の受け入れるベッドを有する病院を全軒訪問し、意見聴取や会議開催への理解を得る活動を行い、会議開催に至った。

## ■評価指標

事業全体としての指標設定には至っておらず、定量的な事業評価に難しさを感じている。事業概要を評価するためのものを検討しているが、現時点では、在宅療養支援診療所の数などのストラクチャー指標と、連携のための会議回数や情報共有量などのプロセス指標を仮の指標として想定している。アウトカム指標の設定は難しいと考えていた。

アウトカム指標として追跡できる評価指標については、訪問診療を受けて在宅療養を続けている利用者数という案も挙げられていたが、正確な数値を把握する手法が確立されておらず、現状はアンケートで把握するのみと述べていた。アンケートの実施にあたっては、簡単に聴取できる内容にするなど、医師の回答率を上げる工夫についても言及していた。

## ■国や県への期待

事業全体の実績評価をする指標設定をしたいと考えている。件数で評価できるものはストラクチャー指標までであり、アウトプットまでを評価する指標を国や県から例示して欲しいと要望していた。医師の回答負荷も考慮したものを作成されることを期待したいとのことであった。

### 3. 大分県別府市

#### ■大分県別府市の基本情報

大分県別府市は、人口約 117,955 人、高齢化率 30.9%、面積 125.23km<sup>2</sup> の市で瀬戸内海に面した大分県の東海岸のほぼ中央に位置し、別府市医師会に属する地域である。市内には病院 25、診療所 102 の医療機関を有しており、病床数も 3,761 床と市の人口に比して医療資源は比較的豊富な地域である。市内の医療機関には、市外からも多くの患者が集まってきており、地域の中核として機能している。

#### ■事業項目（ア）～（ク）の推進状況

別府市では、10 年近く前から在宅医療・介護に関連する事業が進められている。平成 18 年度に地域包括支援センターが設立されたが、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士の 3 職種の中の主任介護支援専門員が医師との連携を強化したいと考え、翌年の平成 19 年 3 月に主治医と地域包括支援センター（非直営）の情報交換会が設置されている。

また、別府市においては、同時期に社会福祉士が拠点病院のソーシャルワーカーと交流する機会があったため、当時より情報交換の場が持たれていた。近年ではソーシャルワーカーとの情報交換会といった催し自体は減少したが、一方で医師会との情報交換会の開催数は複数回行われるなど、連携体制の構築が着実に進んでいる。さらに、医師会との情報交換会の実施にあたっては、訪問看護ステーションが窓口となる形で事業が進められている。

その後、別府市では平成 21 年度には医師会の理事が参加する別府地域保健運営委員会において、介護予防などの観点から特定健診における生活機能評価についての意見交換を行うなどにより、関係性を強め、この会議体が別府市における拠点として機能した。さらに、平成 23 年度に国から受託したモデル事業においても、この会議が医師会と別府市を結ぶ基盤となった。

くわえて、別府市医師会では平成 23 年度には国の在宅医療連携拠点事業をうけて、行政も参加した「在宅医療連携拠点体制整備事業推進委員会」を立ち上げた。参加者は、別府市医師会の会長・副会長などで、医師会の訪問看護ステーションを窓口として事業を推進した。

この他、モデル事業を通じて平成 23 年度には、会議体の整備だけではなく、事業のワーキンググループや顔の見える化会議を開催した。また、詳細は後述するがケアマネジャーと医師の連携効率化を図るべく在宅医療連携ガイドの作成が進められた。

今後、別府市では地域ケア連携システム会議で取り纏められてきた課題に対応していく予定である。具体的には、緊急時対応として 24 時間 365 日の切れ目ない情報共有の体制整備を通じた医師会の在宅医療チームづくりの支援や、医療関係者の実情を理解し合う（医療が介護を、介護が医療を知る）ことを目的とした研修会の開催等が挙げられる。医師会が日常生活圏域ごとに実施していた地域包括支援センターとの交流会についても、居宅介護支援事業所などの他の介護保険事業所にまで広げるなど、情報交換の輪に広がりを持たせた

いとのことであった。

また、別府市における（ウ）の24時間365日切れ目のない医療について述べると、入退院時の情報共有ルール策定、主治医不在時の在宅患者の看取りに対する体制が整備されている。大分県においては、入退院時の情報共有ルールを、県内の医療圏域ごとに県が主導する形で策定している。これは、拠点病院に入退院する患者情報を主治医やケアマネジャーに伝える情報共有ルールである。さらに、別府市の担当者は、この取組を有床診療所の入退院時においても利用できるように周知し、医療機関とケアマネジャーの連携を強化していきたいと述べていた。

また、主治医不在時の連携体制については、医師会が中心となって進めている。主治医が学会や研修会などで不在にする際に訪問看護ステーションに事前に連絡しておけば、代わりの医師に患者対応を依頼できる仕組みである。特定の副主治医を指定しないため、医師間のしがらみを取り払うことができ、在宅医療を担う医師に集中する負担を軽減しようとする仕組みである。また一方で、医師会は、ゆけむり医療ネットの策定に際し、地域の基幹病院長や医師会の医師が中心となって議論を進め、さらに専門医とかかりつけ医の患者連携を進めるため、慢性腎臓病、関節リウマチ、糖尿病についての連携パスの議論が進められていると述べていた。

#### ■行政の役割

平成27年までは情報共有と後方支援が行政の役回りであった。具体的には、普及啓発の市民フォーラムや医療関係者と介護関係者の交流会の広報といったところが多かったとのことであった。事前にかかりつけ医と地域包括支援センターと連携を取る際は、現場レベルではなく小さいレベルの会議を設定して悩みを聞きながら、情報交換会の必要性を再認識したとのことである。

現在、別府市では、事業の移管に際し6回の会議を開催している。医師会の理事を交えた会議は、事業移管の方向性の確認や協議後の事業分担に関する承認を得ることを目的としており、計2回の開催が為されている。実務的な内容については、医師会訪問看護ステーションと行政の間で3、4回の会議を開催している。会議では、医師会がやるべきところと行政がやるべきことの棲み分けを話し合っているとのことであった。たとえば、医師への研修会などを医師会が引き継ぎ、残りは別府市に移管するといった役割分担についての議論がなされている。

#### ■認識している課題

行政では、情報共有の円滑化が、取り組むべき最も大きな課題と認識していた。出てきた課題を委員会で検討してからシステム会議に返していこうとしている。市の担当者によると、7つの日常生活圏域ごとに連携会議を設定することで課題抽出の場を用意しているが、具体的な解決策を提示するに至るまえのアプローチが難しいとのことである。

このほか、医療関係者の本事業に対する温度差の解消や管理者意識の向上、より多数の医療・介護関係者に興味を持ってもらえるような会議内容の充実が課題とも述べていた。特に、別府市の担当者は会議が各関係者にとって魅力的になるように議題を練ることが難しい点に言及していた。

さらに、介護、ヘルパーステーション間の技術レベルの標準化の必要性についても取り組んでいく必要があると述べていた。今後は、介護職種は日頃の業務もあって集まりにくいので、周囲との介護サービスの技術レベルをあわせるために行政が間に入って研修会の実施などを進める必要があると述べていた。

#### ■具体的な取り組み（ア）

（ア）への取り組みは、平成23年度に着手した「在宅医療連携ガイド」から始まっている。別府市では、ケアマネジャーが医師と連携をしやすい環境を整えるための一環として、連携強化のための情報共有の円滑化を念頭に、医療機関に対してアンケート調査を実施して「在宅医療連携ガイド」を作成した。平成23年度当時は、医師会訪問看護ステーションにおいて調査票の作成から集計とりまとめ、ガイドブックの作成までを実施していた。別府市医師会は、介護関係者が感じている医師との連絡の取りづらさといった医療と介護の垣根を取り払うことにこのガイドブックが貢献したと評価していた。また、別府市担当者は平成28年度から、医師会より在宅医療・介護連携推進事業の行政への移管を受けて、今まで実施されてこなかったガイドブックの情報更新・追加及び市HPなどWebの活用により、事業所が役立てやすい掲載情報の新鮮さの確保、公開方法の幅・アクセシビリティの強化に取り組むとしている。

#### ■具体的な取り組み（イ）

別府市では、平成23年度より地域ケア連携システム会議を開催していた。会議では、各専門職種からの情報提供に重点をおきながら、連携についての課題や対策についても協議がなされていた。この会議は各職能団体の代表者が参加する会議と位置づけられている。行政が主体となった平成28年度以降も平成27年度を概ね踏襲する形で引き継がれている。

また、実務者が課題や対応策を検討する場としては、日常生活圏域別医療介護連携会議が整備されている。市内を7つの圏域に分けており、ワークショップを開催することで身近な課題から得られた地域課題を把握している。加えて、より詳細な目線での個別課題の検討については、多職種同士ではなく職種ごとの会議体それぞれで設定がなされている。具体的には、訪問介護事業所連絡会、居宅介護支援事業所連絡会、訪問看護ステーション連絡協議会、ケアマネジャー連絡会などの会議体である。訪問看護事業所連絡会は月に1回と高頻度で開催されているが、他の会議体は2,3ヶ月に1回といった頻度で開催されている。

これらの実務者間の会議は、個別課題の把握や連携強化を目的とするだけでなく、議題テーマに沿った解決策の検討なども実施している。主には、顔の見える関係づくりを進めるこ

とが目的で、多職種連携会でスキルアップをはかるものである。一連の会議体のうち、訪問看護事業所連絡会は平成7年から月例で開催されている。行政との協力関係を構築するまでは、医師会や地域包括支援センターが行政に対して、地域課題の解決に向けた取り組み要望を提言するなどして、課題認識の共有を進めていた。

行政内部の会議体に目を向けると、別府市では平成28年度より在宅医療介護連携推進委員会を庁内部会として発足させており、在宅医療・介護連携推進事業の施策の策定、変更、施策の進行管理やその他の取組内容の審議などを目的とし、必要に応じて、他の行政職員や医師会などの関係団体にも出席していただき会議体が運用されている。

このほか、別府市を主体として活動していくための事業移管にあたっては、市のやり方に沿うことを意識した事業継承が進められている。医師会では、地域包括支援センターとの会議体に行政が入ることによって、民生委員や地域住民、幅広い多職種を巻き込むことができるという思惑もあった。そこで、効果的な連携を図るべく、医師会等の職能団体と行政が手を取り合って解決策を検討する必要性について言及していた。

#### ■取り組みの成功要因

別府市では医師会と行政のコミュニケーションは極めて重要と考えている。在宅医療・介護連携推進事業に取り組むまでは、医師会とのコミュニケーションは予防接種や健診などに限定されていたこともあり、医師会との連携の経験が十分とは言い切れなかった。市の担当者は本事業の事業移管が円滑に進んでいる理由の一つとして、まず医師会に相談して事業移管を進めたことが重要だったと述べていた。

この他にも、別府市では月に1回定期的に地域保健運営委員会が開催されており、会議体において理事の医師と議題を出し合いながら検討を進めている。一連の議論を通じて医師の考えや思いを行政職員が汲み取り、市民のためにと協働して動けたことが成功要因の一つとして挙げられていた。

#### ■国や県への期待

国は、住み慣れた地域で暮らすことをビジョンに掲げた政策を進めている。老人ホームも自宅として扱われているが、本当にそれでいいのか懐疑的に見ている。別府市のように狭いエリアであっても、老人ホームにいる高齢者にとって、そこは自宅ではないし、周囲もよく知らない人ばかりである。このような環境で最期を迎えることは、住み慣れた地域での看取りになるのかと考えている。自宅も医者も含め、すべて昔から馴染みのあるものが揃っているエリアでの看取りが望ましいのではないかと感じており、在宅医療・介護連携推進事業をより理想に近づけるためにも、国や県には体制のあり方について改めて検討してもらいたいと考えている。

また、別府市は広域連携における課題としては東部医療圏との連携強化が必要だと感じている。拠点病院に入院している患者の半数が別府市以外の住民であり、退院後、市外に戻

らず、別府市内の施設に入所するケースが多く見受けられ、別府市民が、特養・老健・療養型施設に入所したいときに、病床の確保が困難になることも危惧しており、他の市町村においても地域住民に対応できるだけの医療資源と施設の整備が必要ではないかと考えている。

そのため、別府市では他地域との連携や情報交換の場の設置を、保健所に要望している。

また、国への要望としては、例えば、介護保険の主治医意見書などの介護に関連する医療情報をデータ化して、医療関係者とケアマネジャーとの情報共有を可能にする法整備を進めてもらいたいと考えている。現場では、いまだに紙ベースでのやり取りが続いているが、ケアマネジャーへの情報提供を紙ではなくデータ化する仕組みづくりを進めるべきと述べていた。行政職員の職務量を鑑みても、紙ベースでの処理はいずれオペレーションとしての限界を迎えることが予想される。市として、別府市医師会が整備を進めるゆけむり医療ネットワークを活用できるような法整備を進めてもらう必要性に言及していた。

## 4. 北海道深川市

### ■北海道深川市の基本情報

北海道深川市は、2015年時点で人口<sup>2</sup>21,909人、高齢化率39.3%、面積529.42km<sup>2</sup>の市で北海道のほぼ中央部に位置する。深川市に加えて、隣接する妹背牛町(3,091人)、秩父別町(2,513人)、北竜町(1,981人)、沼田町(3,181人)の1市4町で北空知第二次医療圏を形成しており、このエリアの医療機関は深川医師会の管轄となっている。市内には急性期病院である深川市立病院があるほか、北空知地域には病院5、診療所16医療機関が存在する。

北空知1市4町では、かねてより医療・介護以外の行政サービスについても、周辺地域が共同して対応してきた。これは、深川市をはじめとする1市4町の地域的な繋がりが密接であったことに起因する。在宅医療・介護連携推進事業の推進についても例外ではなく、周辺の各市町の規模では個別に実施することが困難、また医療資源の不足といった地域事情を背景に、1市4町における広域的な取組が進められた。

地域では、在宅医療よりもまず救急医療体制の維持が地域の医療資源だけでは難しい状況であった。そこで、平成25年度には同じ二次医療圏に属する1市4町における広域的な取組を推進すべく、北空知圏振興協議会民生部会(地域医療・介護担当課長等会議)は、地域医療と介護の提供体制と連携方策に着目し、「北空知管内における地域医療および介護サービスの提供体制の確保と連携のあり方」についての調査研究・検討を進め、平成26年度には中間報告書を取り纏めている。

現在の北空知医療圏を取り巻く地域医療・介護を取り巻く状況は、救急医療体制の維持・確保に取り組みながら、在宅医療・介護連携推進事業をはじめとする地域医療の提供体制の整備を併行して進めている状況と言える。中間報告書の中では、北空知地域における地域課題とその対応策、実施・検討スケジュールを取り纏めている。

民生部会では、この中間報告書に基づき、平成27年度には在宅医療・介護連携推進事業や地域リハビリテーション活動支援事業などを中心に共同事業のあり方とその方策を具体的に検討し、平成28年度から検討結果を実行に移している。

### ■事業項目(ア)～(ク)の推進状況

はじめに、北空知地域における在宅医療・介護連携推進事業の体制整備について詳述する。北空知地域では、先述の通り北空知圏振興協議会民生部会において平成25年度から議論が開始されており、3年間、協議を重ねる中で北空知1市4町が共同して実施することが確認された。その結果、平成28年度には、北空知地域医療介護確保推進協議会が設置されるとともに、深川市立病院内に北空知地域医療介護連携支援センターが設置されるなど、在宅医療・介護連携推進事業の拠点整備が進められている。

<sup>2</sup> 北空知地域に属する市町の人口はすべて2015年時点のもの

北空知 1 市 4 町は、深川市立病院に在宅医療・介護連携の推進と地域リハビリテーション活動支援事業を委託している。

北空知 1 市 4 町は、平成 25 年度より在宅医療と介護の連携の推進にかかる現状と課題の把握といった議論を、北空知圏振興協議会民生部会と深川保健所が設置した北空知医療圏在宅医療推進ネットワーク協議会において進めてきた。平成 28 年度からは、この 2 つの会議体の機能は北空知地域医療介護確保推進協議会へと移行・再編され、これから先の事業推進は行政および事業を委託された深川市立病院が主体となって進めることとしている。

次に、平成 25 年度からの深川市における在宅医療・介護連携推進事業の取組に目を向けると、深川市では、北空知介護支援専門員連絡協議会と連携し、北海道より平成 24 年度から 26 年度の第 5 次介護保険計画期間の施策として予算配分された 90 万円/年の 3 ヶ年の補助金を活用して、在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいる。具体的には、北空知介護支援専門員連絡協議会において、多職種の顔の見える化会議や在宅医療資源マップの整備を進めた。また、深川保健所においても、医師会推薦の医師、行政職員などを交えて、先述の北空知医療圏在宅医療推進ネットワーク協議会を平成 25 年度より設置して、在宅医療の充実のための施策検討を進めてきた。

このネットワーク協議会では、「住民が希望する療養生活（在宅医療を含む）を選択でき、安心して暮らせる地域づくり」を目指して、次の 4 点を軸として、現状と課題、将来のあるべき姿、施策案（地域での取組）を整理している。具体的な 4 つの軸とその内訳は下記の通りである。

①在宅医療を担う医療機関の整備等

医療資源

社会資源・サービス

②地域における連携体制の構築

病診連携・診診連携

医療と介護の連携

多職種連携の場

地域ケア会議

③在宅ケア体制の充実

顔の見える関係づくり

多職種の連携づくり

人材の確保

④住民に対する在宅医療の理解の促進

地域住民

患者・家族

このほか、北空知振興協議会民生部会においては、(ア)～(ク)の事業項目別に「現状・課題」のまとめと「目指す方向・望むこと」を踏まえての方針(対応策)が検討され取り纏められている。

このように平成25年度から27年度にかけての3ヵ年で事業項目ごとの具体的な計画が作成され、平成28年度からは、北空知地域医療介護連携支援センターが中心となって個別の事業項目を遂行していく段階である。

#### ■認識している課題

北空知1市4町では、先述の通り公立病院・診療所の維持・確保が困難といったより深刻な問題に直面している。しかし、以降では在宅医療・介護連携推進事業に絞り込んで、地域で認識されている課題について詳述する。

まず、在宅医療・介護連携推進事業に関する課題としては、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築、特に夜間・休日における十分な在宅医療の提供体制が確立されていないことや提供体制の整備に向けたバックアップ体制の整備、医療機関の相互のネットワークの構築といった課題が挙げられている。また、医療と介護の連携が十分に果たされていない点が課題として挙げられている。

この他、深川市を中心に周辺自治体が共同して事業を進めていることからわかるように、市の担当者は医師会など医療・介護の関係機関・団体は広域的に組織され、各市町が個別に連携することは非効率かつ困難であると述べている。

#### ■具体的な取組(ア)

北空知地域では、先述した通り、北空知圏振興協議会民生部会と北空知圏域在宅医療推進ネットワーク協議会において地域医療と介護をテーマにした検討を行ってきた。北空知圏振興協議会民生部会では、北空知管内の介護保険サービス事業所および障がい福祉サービス事業所に対して福祉・介護人材確保対策に関するアンケート調査を行い、保健所では、医療機関に対して在宅医療に関するアンケート調査を行うなどし、それぞれの会議体での情報・意見交換と合わせて現状と課題の抽出を行っている。また、北空知介護支援専門員連絡協議会では介護資源を把握するためのアンケート調査を行い、北空知介護保険サービス事業所ガイドブックを作成しており、今後、ガイドブックについては北空知地域医療介護確保推進協議会でさらに必要な情報を加えバージョンアップを図ることとしている。

また、北空知1市4町では、平成25年度に地域の救急医療体制のあり方を検討するまでは、市町が地域医療に関して検討をしたことがなく、救急医療も市立病院や医師会に任せていた。市担当者は、これまで行政の地域医療への関与が薄かったと述べていた。

平成25年度には、こうした状況を打開すべく、北空知圏振興協議会民生部会、と深川医師会救急医療部会との協議を重ねている。深川市の担当者は、この議論を経たからこそ北空知における地域医療課題の全貌を把握できたと述べていた。

この流れを受け平成 26 年度からは、民生部会に医師会や市立病院、保健所、消防署にもオブザーバー参加をしてもらい、ほぼ月例で会議を開催し、地域の医療資源・課題を把握していった。課題の抽出については、冒頭で述べたように保健所からの資料提供をもとに、医療資源の将来需要分析を実施しつつ、1 市 4 町からのデータ提供を受け、医療の提供状況の分析および介護事業所の現状を把握していった。

これらの分析に基づいて抽出された課題は、北空知管内（二次医療圏）における地域医療および介護サービスの提供体制の確保とあり方検討に関する中間報告書として、平成 26 年 10 月に取り纏めた。市の担当者は、中間報告書の取り纏めにあたっては、出された意見や解決アイデアを極力、報告書の中に載せるようにして取り纏めたとのことである。

#### ■具体的な取組（イ）

北空知 1 市 4 町では、平成 25 年度からの 2 年間で取り纏めた地域課題について、医師会等の職能団体と内容を共有するための会議体は、平成 28 年になるまで設置しておらず、(ア)で先述した中間報告を医師会の事務長に対して報告したのみとのことであった。ただし、報告時に協議会の立ち上げを予定していることを伝え、平成 27 年度からは医師会にも参加協力を要請している。医師会への事前調整や協力依頼に関しては、医師会が市の会議体に参加し、意見交換をお願いできる関係が成り立っていることもあり理解が得られたと考えている。また、北空知地域の歯科医師会、薬剤師会についても、訪問診療体制を整備しつつあるなど、地域の実情を踏まえた対応を進めている。

会議体の設置に目を向けると、北空知地域では平成 28 年度より会議体の再整理を実施している。具体的には、平成 28 年 3 月に 1 市 4 町で締結した北空知における地域医療・介護の提供体制の確保と連携に関する協定書に基づき、医師会や介護関係団体、保健所、市立病院の代表、首長が参加する中枢会議体として、北空知地域医療介護確保推進協議会を設置している。この会議体では年に 1 度、過去 1 年間の事業進捗状況と来期における事業実施計画の共有をしている。具体的な協議事項としては、在宅医療・介護の連携推進に関する事業に限らず、救急医療および地域医療の確保と連携推進、認知症施策、介護および生活支援サービスの確保など地域医療・介護全般に関する項目が定められている。

この他、北空知地域医療介護確保推進協議会の下部組織として、実務を担う運営会議と 3 つの専門部会が設置され、実務の検討や多職種間の連絡・調整が行われている。

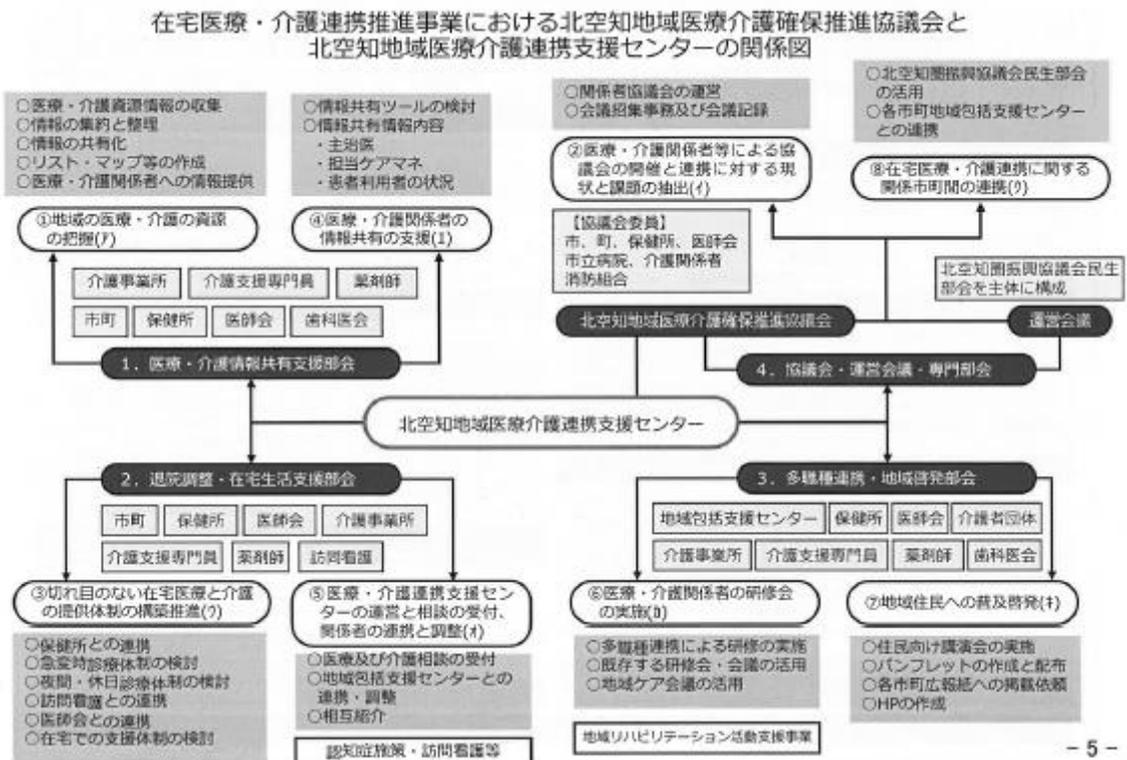
まず、運営会議では、推進協議会の検討課題と事業の調整、および専門部会を構成する団体との連絡調整を各機関・団体の担当者が担っている。

また、専門部会は、平成 25 年度より地域課題の抽出・対応策の検討を進めてきた北空知圏域在宅医療連携推進ネットワーク協議会の事業も継承して設置されている。専門部会では、次の 3 つの部会が設置されており、それぞれで在宅医療・介護連携推進に係る事業運営・検討を進めている。

##### ① 医療・介護情報共有支援部会

- 主に（ア）地域の医療・介護の資源把握、（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
- ② 退院調整・在宅生活支援部会
  - 主に（ウ）切れ目の無い在宅医療と介護の提供体制の構築推進、（オ）医療・介護連携支援センターの運営と相談の受付、関係者の連携と調整
- ③ 多職種連携・地域啓発部会
  - 主に（カ）医療・介護関係者の研修会の実施、（キ）地域住民への普及啓発

**図表 13 北空知地域医療介護確保推進協議会と北空知地域医療介護連携支援センターの関係図**



出所) 深川市提供資料

なお、運営会議も専門部会も、議題に適した地域医療・介護に係る団体（関係市町、医師会、保健所、介護支援専門員連絡協議会、消防署、職能団体など）の参加メンバーで組織されている。

また、上記会議体の運営にあたっては、北空知地域医療介護連携支援センターが事務局を担っている。このセンターは、北空知 1 市 4 町が深川市立病院に対して業務委託する形で院内に設置されている。また、これまでの民生部会での検討を受け、平成 27 年 10 月から訪問看護ステーションも市立病院に設置されている。

### ■共同実施による運営

北空知1市4町では、単独での在宅医療・介護連携推進事業の実施は難しく、非効率であることから共同実施が進められている。共同実施にあたり、平成28年3月に北空知における地域医療・介護の提供体制の確保と連携に関する協定書を締結している。

協定書では、事業実施に係る会議体の設置、深川市立病院への事業委託、北空知地域医療介護連携支援センターの設置に関する詳細についても触れられている。

### ■取組の成功要因

深川市の担当者は、地域における医師の高齢化や人口減少および医療・介護人材の不足という背景から、行政が中心となって在宅医療・介護連携推進事業を推進できた要因の一つと考えていた。

行政としては、行政から医師会に対して地域課題を提言し、その課題を医療・介護関係者に議論してもらうための土壌を整えるところまで関与している。

実際、北空知は地域の会議体の設定だけではなく、情報共有や診療所、介護事業所がICTの活用を検討するなど、事業推進のための実務を担っている。北空知1市4町では、在宅医療・介護連携推進事業に充てられる予算に限りがあることから、予算圧縮のための手立てを行政職が協働する形で模索している。

市の担当者は、大枠としてはこれから10年、20年先の将来に向けて必要となるものを議論する重要性に言及しており、同時に、その実現のためにも多職種に会議体の中で議論してもらうことが重要と考えている。各職能団体の担当者に参加してもらうべく、行政が座長を担う形で会議運営を主導している。また、市の担当者は、事業の一番の目的は、住民が必要なサービスをいつでも受けられるようにすることであり、事務手続き等で事業の進捗が遅れることを避け、事業推進のための場を整えることを優先したと述べていた。こうした、行政職による事業への積極的な姿勢は、事業を大きく前進させる成功要因と考えられる。

### ■評価指標

北空知地域では、事業全体としての指標設定には至っておらず、定量的な事業評価に難しさを感じているとのことであった。一方で、事業全体を評価するための指標設定についてどうすべきか、平成28年度中に設定を検討したいとしている。

評価指標を考えるにあたり、地域で実現すべきことができているかを評価することが重要だと述べていた。具体的には、地域住民が最期を迎えるにあたり、従来の病院での逝去に加え、新たに自宅での看取りを選択肢のひとつとして選べるように事業を推進する必要性について言及していた。

この他、難しい事業項目ばかりなので、どのように連携がとられたのか、患者や利用者の満足度はどの程度かを、把握することも今後の課題とのことである。

■国や道への要望

評価指標の設定方法について、国もしくは道から目標とすべき参考指標を提示してもらいたいと述べていた。現状では、地域における要介護者の在宅率が向上しているのかも把握できない状況とのことであった。

## 5. 富山県上市町

### ■富山県上市町の基本情報

上市町は富山県の東部に位置する町で、平成 29 年 3 月 1 日時点の人口は 21,230 人である。面積は 236.77 平方キロメートルで、近隣の富山市・滑川市・立山町・舟橋村とともに富山医療圏を構成している。富山県の公開情報によれば、富山医療圏の高齢化率は 28.5%（平成 27 年 3 月時点）で、全国平均の 26.3%を上回っている。一方で上市町は高齢化が進んでおり、平成 27 年 3 月時点では 33.6%となり、住民の 3 割以上が高齢者の自治体となっている。

図表 14 富山医療圏と上市町



出所) 富山県医療計画（平成 25 年 3 月改定版）より引用

県庁所在地の富山市を含んでいることもあり、富山医療圏の医療資源は比較的充実していると言える。二次救急は 7 つの公的病院による病院群輪番制を実施しており、この内の 1 つが上市町立のかみいち総合病院（一般病床 100 床、回復期 48 床、精神科 51 床）である。三次救急は富山市にある県立中央病院が受け持っており、上市町からの患者が富山市の急性期病院に運ばれるケースも多い。

在宅医療・介護連携推進事業の実施エリアは、隣接する立山町と舟橋村も含めた範囲としている。これは、立山町、舟橋村を含む中新川郡医師会でも在宅医療に関して気運が高まっていたこともあり、中新川郡医師会との協力を前提として事業を進めることにしたためである。

■事業項目（ア）～（ク）の推進状況

（キ）地域住民への普及啓発については、町単独ではなく、広域連合にあたる「たてやまつるぎ在宅ネットワーク」内に設置されている普及啓発部会の中で検討が進められている。地域における具体的な取組みとしては、ナイトスクールを開催することで地域住民の考える在宅医療・介護への意見や思いを聴取し、同時に病院の考える「住み慣れた地域で、最期まで自分らしく生きる」についての意見共有を実施している。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進では、在宅看取りに着目した取組が進められている。上市町では、夜間 22 時から 7 時までは、医師ではなく訪問看護師が確認しに行き、朝方に医師が患者宅を訪問するというルールが取り決められている。当初、上市町では有志の医師 4 名で当番制の在宅看取りを開始したが、その後は、病院側でその体制を引き継ぐ形をとり、小さな子供のいる女医や高齢の医師を除いた、病院内の残りの医師全員で在宅看取りに対応している。

上市町が進めた在宅療養に関する講演会やフォーラムや、出張講座の開催、実際に在宅看取りを経験した患者家族等の口コミによって、この数年で在宅看取りが徐々に浸透してきている。中新川郡における平成 27 年度の在宅看取り数は 38 人で、うち約半数が上市町での在宅看取りである。上市町では年間約 200 名が死亡していることから、約 1 割が在宅での看取りによって最期を迎えていることになる。ただし、地域における在宅看取りの仕組みが軌道に乗ってきた一方で、地域の医療資源を鑑みれば在宅看取り体制のこれ以上の拡充は難しく、その総数を今後も増やしていくことは難しいと市の担当者は考えている。

■認識している課題

上市町では、全体の課題検討を「たてやまつるぎ在宅ネットワーク」内の地域ケア会議において実施している。

図表 15 地域ケア会議の役割



出所) 富山県医療計画 (平成 25 年 3 月改定版) より引用

地域の課題としては、ケアマネジャーやヘルパーが足りないという問題が認識されている。このため、患者を在宅に返すにしても、ヘルパーの確保に苦戦している。さらに、ケアマネジャーが足りないので在宅に戻ろうにもケアプランを作成できないという現状もある。ヘルパーの必要数は具体的な数字では算出されていないが、かつて上市町が実施したアンケートでは、ヘルパーの利用意向が高いという結果が得られている。

また、地域内の開業医の高齢化や医師不足などもあり、かみいち総合病院が在宅療養の中核を担えるようになる必要もある。24時間の往診体制などをどう整えていくかが重要である。その他、たてやまつるぎ在宅医療ネットワークにおいて主治医・副主治医制の導入に関する議論を進めているものの、まだ議論の途上にある。

退院調整についても十分な体制整備が進んでいるとは言えない。町外の急性期病院から患者がいきなり自宅に帰されるというケースもあるが、家族が対処しきれない。かみいち総合病院では、患者家族から病院に連絡があれば訪問診療を行うことで対応しているが、理想的なアプローチは、大規模病院で開催される退院前カンファレンスに家族が参加し、かみいち総合病院を介してから自宅に帰ってもらうことである。こういった連携であれば、町立病院側も患者の状況を把握できるため、後々の在宅医療・介護をスムーズに進めやすくなる。

#### ■具体的な取り組み（ア）

平成24年度の厚労省の在宅医療拠点事業に採用されたことをきっかけに、町として事業に着手した。拠点事業を通じて地域住民に対して地域の医療資源を纏めた冊子を配布し、資源マップを町のHPに公開している。新規追加はしているが、一方で情報の更新対応はできていない。現在は、たてやまつるぎ在宅ネットワークの中で冊子を管理している。

なお、上市町では、地域包括支援センターが中心となって、町内の医療資源を纏めた医療・福祉マップを独自に作成している。マップの中には、在宅医療を提供していない医療資源も載っている。

図表 16 在宅医療地域資源マップ



出所) 在宅医療連携拠点業務支援サイト

また、医療機関に対して、年間の看取りの数を把握する調査を実施している。情報収集は、地域包括支援センターで引き受けている。収集している項目は、訪問診療、往診、看取りの実施数、実績（実患者数、のべ患者数）等が主要な項目である。

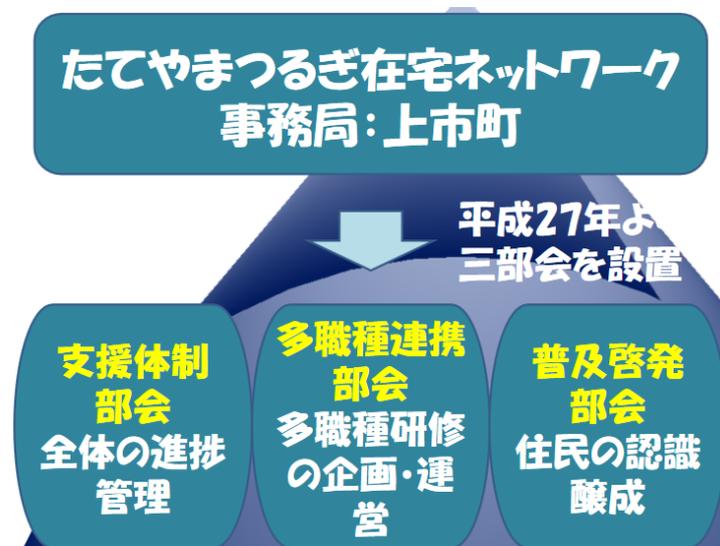
上市町では、地域包括支援センターが町直営だったため、介護サービス事業者の提供するサービスについては、どこの事業所で何を提供しているのかを概ね把握できていた。また、地域包括支援センターに、かみいち総合病院に勤めていた職員が人事異動で勤務していたことに加え、後述する退院前カンファレンスが病院内で開催されていたこともあり、かねてより顔の見える関係はできていた。そのため、医療・介護連携に関連した情報交換はスムーズにできていると認識されている。

#### ■具体的な取り組み（イ）

上市町では、たてやまつるぎ在宅ネットワークの会議を開催して、地域課題や個別課題の抽出を試みている段階である。

たてやまつるぎ在宅ネットワークの専門部会としては、支援体制会議、多職種連携会議、普及啓発会議が設置されている。支援体制会議が総元締めにあたる会議体となって、他の会議体との調整や協議結果の取り纏めを行っている。

図表 17 たてやまつるぎ在宅ネットワークの会議体構成



出所) 在宅医療連携拠点業務支援サイト

#### ■取り組みの成功要因

在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたり、多職種の関係を構築していくには、病院の医師、ケアマネジャー、介護サービス事業者が、顔の見える関係となることが最も重要であると考えている。今後は、ワールドカフェ方式による研修を通じて、なるべく多くの関係者

と知り合える仕組みを活用したいと述べていた。

また、町の担当者の話では、行政が中立的な立場で幅広い関係者の声に耳を傾けることができたことで、医療と介護、住民をつなぐまちづくりの必要性和乏しい医療資源を補うためにも、多職種の垣根を越えた協力関係の構築が進める必要性についても言及があった。

#### ■評価指標

上市町の仕組みづくりの中では、データに基づく目標値の設定や活動の裏づけ、主治医・副主治医を何件にするという目標設定などはしていない。将来的に在宅療養支援病院の指定を受ける中で、そういった数値目標を設定していく必要があるとは感じている。

また、多職種連携事業に医師会に所属する医師がどの程度参加しているのかを見ても良いと考える。医療機関との連携を何らかの形で指標化するというのもアプローチの一つと言える。ただし、数字だけ追っても実のない話になる可能性があるので、質的な評価をどのようにするかは検討の余地がある。

#### ■国や県への期待

どの規模の病院にまで在宅看取りの対応を期待するか検討すべきと考える。5人しか医師のいない病院に対し、在宅看取り対応までお願いすることは難しい。病院のある地域は、病院の医療資源を最大限活用して、病院の中で看取することも、地域医療にとっては結果的に効率的なのではないだろうか。そのような中で、在宅看取り対応ができる病院は積極的に対応をしていくべきと考える。病院が先進的な医療を追いかけるだけでなく、地域の中でどのような存在になる必要があるのか考える時期を迎えており、これからの病院の地域でのあり方になるのではないかと考える。

## 6. 大阪府藤井寺市

### ■大阪府藤井寺市の基本情報

藤井寺市は大阪府の南東部に位置する人口約 65,985 人（平成 28 年 3 月末時点）、面積 8.89km<sup>2</sup> と全国の市の中で 6 番目に面積の小さな市である。高齢化率は 26.8% と全国平均と比べればそこまで高い地域ではない。

市内には市立病院を含め 3 つの病院、73 の診療所が存在するが、近隣自治体との交通のアクセスも良いことから、地域住民は市外の医療機関を受診することも少なくない。市内の医療資源は決して多くはなく、特に病床数は全国平均と比べれば低いが、近隣自治体の医療資源を含めれば地域としては十分な供給力を持っている地域でもある。

藤井寺市は、地域包括支援センターを藤井寺市社会福祉協議会に委託する形で 1 箇所設置しており、市とこの施設が中心となって藤井寺市の地域包括ケアシステムの構築を担っている。

### ■認識している課題と今後の対応

藤井寺市は面積の小ささと比して人口密度が高い地域である。また交通の便もよく周囲を規模の大きな市町村が囲っていることから、市内で足りないことがあれば近隣の自治体へ行く市民が多い。診療所は多いが市内に 24 時間対応可能な病院が存在しない中で、平成 26 年 2 月より藤井寺市医師会が設置・運営しているブルーカードシステム<sup>3</sup>を用いるなどして、近隣病院で入院させてもらえる仕組みを構築している。このほかにも、市内には在宅医療介護連携に自主的に取り組む専門職の意識が高い方が多かったことから、在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業として定められるよりも前から、有志による医療・介護の連携体制が構築されてきた。

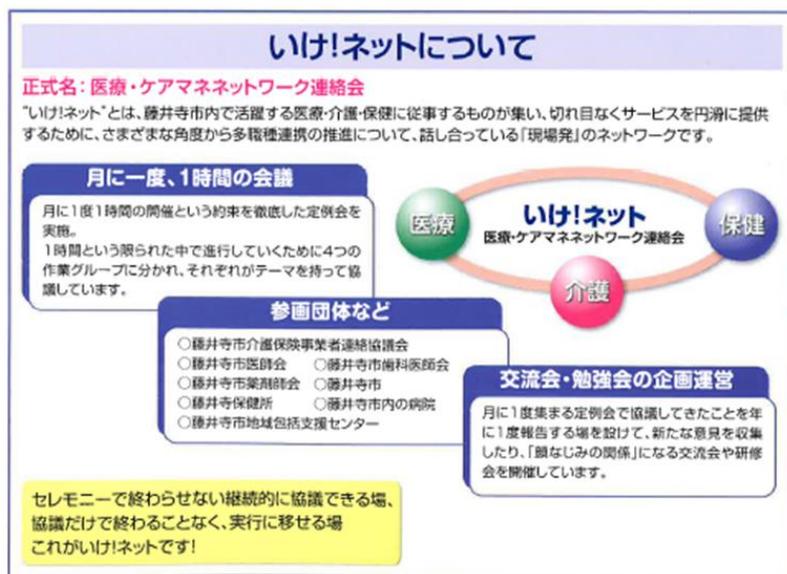
市および地域包括支援センターの担当者のお話では、今後、在宅療養患者の増加を見据え、在宅医療・介護連携推進事業の推進に当たり、医療・介護に携わる関係者に過度の負荷がかかり疲弊しないよう留意した、切れ目のない医療提供の体制を構築していく必要があると述べていた。

<sup>3</sup> ブルーカードシステム：大阪市浪速区が先駆的に行っているシステムで、介護を受ける方を含め、在宅で医師が往診している患者、もしくは急変を起こすような病気を持つ患者への救急対応に関するシステム。藤井寺市医師会に所属する医師が主治医となっている在宅患者が、主治医不在時に急変しても、家族がブルーカードの登録している病院に連絡しておけば、事前に主治医から病院へ登録患者の情報が共有されるため、スムーズな治療が提供される。

■事業項目（ア）～（ク）の推進状況

地域包括支援センター職員から医師会に対し、医師とケアマネジャーの連携を進めたいという要望が寄せられたり、また医師会からも地域医療を推進するために医療と介護の連携の必要性を訴えたりしたことから、藤井寺市医師会と地域包括支援センターは平成19年3月より準備を開始し、4月より医師とケアマネジャーが参加して多職種連携のあり方を議論する“いけ！ネット”と呼ばれる定例会を開催することになった。開催当初は、参加職種が医師とケアマネジャーの2職種が主だったことから、医療の“い”とケアマネの“け”とそれぞれの頭文字をとって“いけ！ネット”と命名した。平成28年8月時点では、医師会7名、歯科医師会4名、薬剤師会5名、看護師7名、地域包括支援センター7名、行政（藤井寺市・保健所）3名、ケアマネジャー8名、MSW等4名と幅広い多職種が参加する地域のネットワークになっている。総勢で50名近い参加者が月に一度の頻度で、医療・介護連携のあり方について、議論・調整を進めている。

図表 18 いけ！ネットの概要



出所) いけ！ネット提供資料

このいけ！ネットの運用にあたっては、会議本来の開催目的・意義を見失わないように下記の3点に留意した会議が開催されている。

### ①定例会は1時間厳守

多忙の専門職を参加させるための工夫として、定例会は月に1回1時間の開催

### ②会議は継続的に協議する

会議はセレモニーとして完結するのではなく継続的に協議できる場として位置づける

### ③日常業務に反映する会議

協議だけで終わらせるのではなく、できることをまず実行する

開催に際しては、1時間という時間を厳守するために、前月の議事録を事前配布するといった取組により会議時間の会議の効率化図っている。また、いけ！ネットの中では、5つの分科会をグループワーク形式(以下、GW)にて実施している。こうして細分化することで、すべての参加者が発言できるようになり、同時に各グループに各職種が配置されることで、様々な視点を取り入れた検討・意見の反映もできるようになったと担当者は述べていた。

## 図表 19 いけ！ネットと関連する分科会の会議体構成

出所) いけ！ネット提供資料

### 5つの分科会

- ・認知症対応チーム
- ・多職種連携促進チーム
- ・課題分析チーム
- ・災害対応チーム
- ・啓発チーム

### ■具体的な取組(ア)

藤井寺市では、いけ！ネットの活動の中で必要性が認められた取組を進めている。具体的には、三師会と介護事業者連絡協議会、保健所等が参画していることから、いけ！ネットに参加している各専門職等を通じて各職能団体の情報収集を行いつつ、“在宅医療・介護ネットワークガイド”の作成と、“在宅介護・在宅医療を受けている家族へのアンケート調査”を実施している。

図表 20 藤井寺における介護医療ネットワークガイド  
在宅介護・在宅医療を受けている家族へのアンケート調査



在宅介護・在宅医療を受けている  
家族へのアンケート調査

報告書

平成28年2月

藤井寺市 医療・ケアマネ ネットワーク連絡会  
(通称：いけ！ネット)

【協力】藤井寺市 介護保険事業者連絡協議会

出所) いけ！ネット提供資料

在宅医療・介護ネットワークガイドは、いけ！ネットで平成20年5月に作成されて以降、適宜改正を行っている。ネットワークガイドの中では、事業所の基本的な情報に加え、各種サービス内容、支払い方法や提供可能な医療等を一覧化している。市民向けには、平成28年度に在宅療養等の相談窓口、市民を支える関係職種図（イメージ図）や医療機関・介護事業所のマップやリストを記載した冊子を作成しているとのことであった。あわせて、先述した市民向け冊子等の電子データを地域包括支援センター等のホームページ上で取得できるようにするなど、関連情報のアクセスを容易にするための取組も行っている。

在宅介護・在宅医療を受けている家族へのアンケート調査では、いけ！ネットが介護支援専門員に協力を得て、介護と医療の専門職が「在宅にて介護や医療を受けている方の家族が介護者としてどのような意識・悩み・要望等をもっているか」を把握することと、医療と介護の連携をさらに深めることの2点を目的として調査を実施した。この調査は、平成27年9月下旬～11月下旬に実施された。藤井寺市内の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーが担当する利用者の、主な介護者（家族など）を対象にアンケートを実施し、約500の有効回答を回収した。平成28年2月には報告書として取り纏められ、今後の改善施策につなげることが想定されている。さらに、実施されたアンケートは平成28年度でさらに深い分析が進められ、抽出された困難・課題への対応を取り纏めたアンサー集として「医療と介護のサポート帳」（冊子）を作成した。

アンケート調査で実態把握と並行する形で集約された具体的な意見としては、ケアマネ

の短期間の交代をやめて欲しい、ケアマネジャーにどこまでお願いしていいのか分からない、親戚の少ない患者家族にかかる負担軽減を求めているというものが見られた。

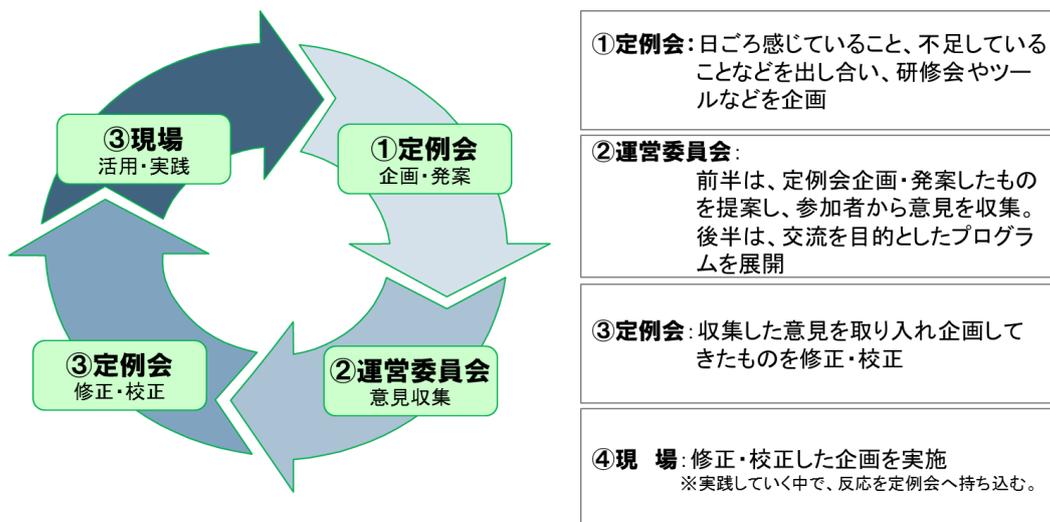
■具体的な取組（イ）

藤井寺市では、いけ！ネットが地域における在宅医療・介護連携推進事業の進め方を検討する場として機能している。

いけ！ネットには、認知症対応チーム、多職種連携促進チーム、課題分析チーム、災害対応チーム、啓発チームの計5つのチームが設置されている。会議時間は毎月1時間であり、行政職員は各検討チームの中に入り込んで一緒に議論している。また、いけ！ネットには、各検討チーム代表による運営委員会があり、この運営委員会が中心となりいけ！ネットの運営推進を図っている。

このほか、いけ！ネットメンバー以外の専門職や民生委員も参加し、自由な議論を通じて交流を深めており、医療・介護・地域の連携によりネットワークの網目を狭めつつ、地域の協力体制を含めた幅広い対応力を持った高齢者等のセーフティネットワークを構築している。

図表 21 いけ！ネットに見られる独自のPDCA



出所) いけ！ネット提供資料より野村総合研究所作成

藤井寺市では、上記の図表に示すようにいけ！ネットの協働による、①定例会（企画・発案）→②運営委員会（意見収集）→③定例会（修正・校正）→④現場（活用・実践）→①…といった独自のPDCAを運用する仕組みが上手く機能しているといえる。こうした取組の成果物としては、たとえば多職種連携の基礎となる医療・介護連携シートがある。この連携シートは、後に大阪府医師会が推奨する連携シートの基礎となったものである。

図表 22 いけ！ネットで企画・発案された医療・介護連携シート

発信日：平成 年 月 日  
返信日：平成 年 月 日

**医療・介護連携シート**

ケアマネジャー → 医師

医師・クリニック  
診療所・病院 先生へ

様担当のケアマネジャーです。

1 担当になった事のお知らせです。  
2 ご相談・報告したい事があります。  
 療養状況について     介護サービス利用について  
 担当者会議開催について     連絡及び理由

---

※なお、この機会を行うこと及び先生からの情報提供を頂くことについては  
 ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。 同意した日：平成 年 月 日  
 ご本人、ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために秘密ですのでご連絡いたします。

発案介護支援事業所名 \_\_\_\_\_ 担当氏名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

医師 → ケアマネジャー

【連絡方法】  TEL  FAX  面談  E-mail  
【曜日・時間帯】 ① 診療時間中いつでも可  
② 希望曜日と時間帯  
月 火 水 木 金 土 の( )時頃

【連絡事項】  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

医師・病院名 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_

※お手数ですが、上記欄目についてご記入いただき、返信もいただきますようお願いいたします。

出所) いけ！ネット提供資料

■取組の成功要因

取組が奏功している理由としては、いけ！ネットを中心とした会議体が無駄なく運営されている点にあると考えられる。先述した通り、いけ！ネットは月1回1時間の定例会として開催され、すべての参加者が自身の意見を発言できる場を用意し、会議の形骸化を防ぐための工夫が施されている。こうした取組の成功には、事務局である地域包括支援センターによる関係機関との度重なる調整が欠かせないと市の担当者は述べていた。あわせて、いけ！ネットの歴代会長を在宅医療・介護連携を牽引していく存在でもある医師が多職種務めてきたことも成功要因の一つではないだろうか。また、事業推進に携わる三師会・事業者連絡協議会等の協力体制や専門職の意識が高いことも成功を後押しする要因の一つと言える。

さらに、いけ！ネットにおいては、検討の中で必ずしもベストな仕組みを作り上げようとはせず、検討されたツールやルールが運用に耐えられる質のものであれば、試行的に現場で運用するようにしている。こうした取組を通じ、一定の運用期間が経過した段階で、各WGの中でその改善策を議論するPDCAの仕組が機能している事例であると考えられる。

## 第 2 章

### 都道府県の参考事例

## 1. 滋賀県

### ■滋賀県の基本情報

平成 25 年 3 月に出された「滋賀県における在宅医療推進のための基本方針」（以降「第二次基本方針」）によると、滋賀県の人口は平成 27 年前後をピークに、以降は減少傾向になると推測されている。一方で後期高齢者（75 歳以上高齢者）の人口は増加していくことが予想されており、団塊の世代が後期高齢期を迎える平成 37 年には、高齢者（65 歳以上）に占める後期高齢者の割合が 58%程度にまで達するとされている。

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

滋賀県の在宅療養を支援する医療資源は、平成 29 年 3 月時点で、24 時間体制の在宅療養支援診療所（以降「在支診」）は 137 か所、在宅療養支援病院は 9 か所、月 2 回以上の定期的な訪問診療または往診を行う在宅時医学総合管理科を届け出ている医療機関は 204 か所となっている。また、訪問看護ステーションは 95 か所となっている。

県民意識調査では、自宅での療養と看取りを望む声が大きいが、現状の医療資源では、今後増加が確実である高齢者を受け入れることは困難と認識している。滋賀県では、多職種間の顔の見える関係づくりを進めるとともに、特に訪問看護を担う人材の確保・育成をし、「在宅医療」を可能とする体制作りを進めていこうと市町を中心とした事業推進が県（保健所）による支援のもとで進められている。

■取り組んだ背景・目的

滋賀県が医療介護連携に関する具体的な取組を開始したのは、平成 18 年度からである。同年度に、医療・介護の現場でどのような問題が起こっており、関係者が何を望んでいるのかを把握するため、関係団体（3 師会、病院協会、看護協会、ケアマネ協会など）を集めた「在宅医療等推進協議会」（以降「協議会」）を設置したのが始まりである。設置時は、滋賀県としての取組の進め方を話し合う場として考えられていたが、その後、医療介護連携に関する各団体の取組を、全体俯瞰で管理統括する場として機能するようになった。

また、市町と主体として県も一緒に事業に取り組む必要を感じており、平成 26 年 10 月には、第 6 期介護保険事業支援計画の策定にあたり、県の医療福祉推進課と課内室である介護保険室が合同で全市町にヒアリングを実施した。ヒアリングでは、各市町における在宅医療・介護連携事業への取組の現状を（ア）～（ク）の事業項目に沿って、事業進捗の把握ではなく、課題や解決が困難な事柄を把握することを主眼に置きつつ、市町が医療に携わる部分でどういう点に躓きがあるのかを調査した。得られたヒアリング結果から、県として提供可能な支援のあり方を検討する際の参考とした。

図表 23 滋賀県によるヒアリングの成果物



出所）滋賀県提供資料

県として意識している点は、市町の取り組み状況にあわせて事業推進の支援を実施し、一方で市町がやろうとしていることについては県から支援できるようにするなど、市町の意向を正確に把握するための意思疎通を図ることである。その中で、滋賀県では、年に2,3回の頻度で市町の在宅医療・介護連携を担当する部課長を集めた会議を開催している。平成 27 年 5 月には、その会議を通じて市町の担当者へ、県と保健所が在宅医療・介護連携推進事業の促進のための支援をしていくことを伝えるなどしている。

■実施予算

滋賀県では、すべての市町に予算が分配されるように取り計らっている。過去に地域医療再生基金や国のモデル事業に採択された市町には、すでに一定の予算が配分されているという考え方にに基づき、平成26年度以降の予算は、まだ本事業に関連した予算が配分されていない市町を管轄する医師会にのみ交付された。

予算は、滋賀県から滋賀県医師会に交付し、その後、滋賀県医師会から郡市医師会に対し、コーディネーターの設置費用（人件費）として1市町あたり350万円が交付されている。仮に、郡市医師会が2つの市町を管轄する場合は、倍の700万円が交付されている。

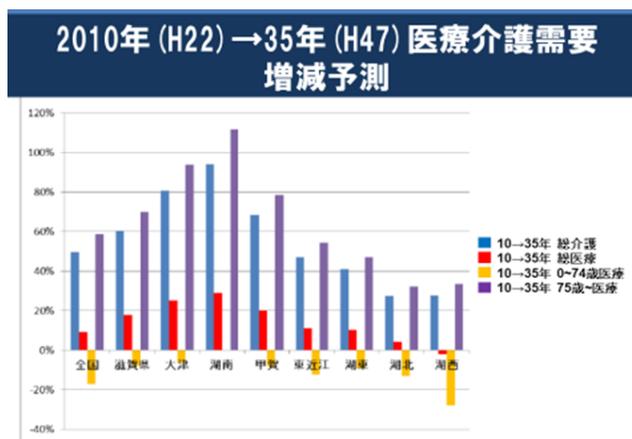
この他には、各種セミナーや研修会の開催に対して予算が充てられている。具体的には、滋賀県が在宅医の育成を目的に開催している在宅医療セミナーには、県の直接事業費として100万円強を充ており、市町担当者・リーダーを対象としたセミナーに対しては約70万円が充てられている。

■認識している課題

医療・介護に関わる人材の育成やスキルの向上は、県の重要な任務であり、同時に課題でもあると認識している。在宅チームの中に、新人の訪問看護師を組み込んでも十分活動できる体制づくりが重要であると考えており、市町による在宅医療・介護連携に携わる専門職のスキル向上を目的とした各種研修等の手配・開催と連動した活動を重視していきたいと考えている。

また、現行の医療提供体制を維持するには、在宅医を年間で新たに8～14名育成する必要があるという将来推計があり、その実現に向けた対応を進めている。

図表 24 滋賀県における医療介護需要増減予測



高橋 恭 (株)カドネス、「二次医療圏データベース集計集」2012  
厚生労働省「医療計画の見直しに関する都道府県別説明会資料」H24.3

出所) 滋賀県提供資料

なお退院支援ルールについては、平成 26 年度の厚生労働省のモデル事業を通じて大津市で策定されているが、県としては、今後大津市で作成した基本様式を、滋賀県全県に普及させていきたいと考えている。各市町に基本様式を取り込んでもらいつつ、各地域の特性によりカスタマイズして欲しいと考えている。

その他の県の役割としては、地域リーダーのモチベーションを維持するために、地域リーダーを集めて県内市町で何が行われているか共有する場を設定することや、有識者の講演の場を提供していくことなどを考えている。

#### ■具体的な取組（ア）の支援

滋賀県では、日常生活圏域での医療に関する資源がどの程度あるか把握してもらうことを目的に、各市町に対して日常生活圏域単位の在支診数、訪問看護ステーション数、認知症相談員数、淡海あさがおネット<sup>4</sup>への参加医師数といった指標を提供している。その後、各市町に対しては、提示した資源データに基づいて、各生活圏域単位での地域分析を要請している。

なお、各市町からは、他地域との比較のための看取りに関するデータ提供を求める声が多かったとのことである。また、訪問診療を実際に提供する医師数についても同様のニーズがあったため、これらのデータについても市町に提供している。医療需要・介護需要予測などについては、民間のシンクタンクが推計したものを活用している。

県の担当者の話では、これらの支援の目的は、各市町に「自地域でどうすれば在宅医療・介護連携推進事業が進むのか」という問題意識を持ってもらうためとのことである。

#### ■具体的な取組（ウ）の支援

滋賀県では、郡市医師会単位で主治医・副主治医制、グループ制等の検討や実践を行っている。そのため、県としてルールを策定するといった検討は行っていない。医師も有志で活動していることから、仕組み化することで結果的に活動に差し障りが生まれる可能性を気にしてのことである。

滋賀県では、彦根市が旗振り役となって二次医療圏の在宅医療・介護連携の推進のためにどのような医師同士の連携ができるか、また、看取りを進めるためにはどういったチーム作りが効果的かといった検討が進められている。また、湖南市では行政と医師会が積極的に在宅医療に関与する医師、訪問看護師を絡めた会議を開催しており、訪問看護師を中核に、主治医・副主治医を患者と引き合わせる仕組みを作ろうとしている。県では、こうした地域の好取組を他地域に紹介するなどして、県内の取組促進を図ろうとしている。

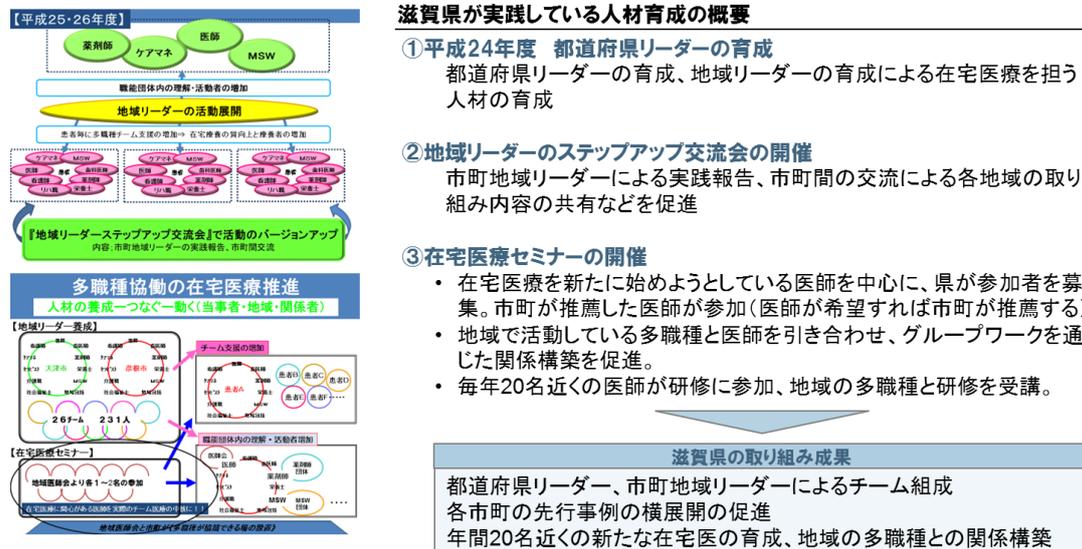
さらに、県医師会と県が共催する「在宅医療セミナー」も、在宅医療を行う医師の増加

---

<sup>4</sup> 淡海あさがおネット：医療・介護・福祉連携のためのシステムであり、この連携システムを介して、患者に関わるスタッフが患者の状態、生活状況等の情報を共有している。また、このシステムによりかかりつけ医は病院との連携をとることもできるため、スムーズな入退院等が進められている。

を目指しつつ、切れ目のない体制整備につながる事業として位置付けている。在宅療養を安心して継続するためには、医療依存度の高い在宅療養者に対して、その支援の中心となる医師と訪問看護師が連携した 24 時間の支援体制の構築を目指している。

**図表 25 滋賀県が実践する在宅医療を担う人材育成の取組**



出所) 滋賀県提供資料より野村総合研究所総合作成

このほか、新人訪問看護師教育プログラムの開発とその活用により、新人訪問看護師の育成と確保を図る体制整備といった取組も進めている。

■具体的な取組(ク)の支援

(ク)における県や保健所の役割としては、関係団体との調整、隣接市町の枠を超えた連携体制の構築をすることが最も重要である。滋賀県では、関係機関や市町が設定した連携ルールが住民の療養生活にどのような変化をもたらしているかをきちんと評価し、必要に応じて改善、最適化を図るように求めている。また、保健所・県が市町と協働する形で、事業計画や資料作成等の支援のほか、場合によっては保健所・県による事業への直接的な参画も視野に入れた支援を行っている。

また、在宅医療・介護連携推進事業を検討する会議体を設置しているにも関わらず、医師を巻き込めないまま会議を開催している市町に対しては、保健所長が郡市医師会と市町の連携を仲介・促進する役割を果たしている。具体的な支援策としては、関係者の話し合いの場の設定や郡市医師会の窓口担当者との引き合わせを保健所が仲介している。

■取組の成果

滋賀県が、平成26年度に全市町に対して実施した、事業項目別の進捗状況を把握するア

ンケート調査では、19市町のうち（ア）に未着手な市町が1町いたが、（イ）はすべての市町が着手していた。また、（ア）の取組の過程で、滋賀県における必要在宅医数が判明したことも、事業の進捗において大きな意味を持っていたとのことである。

この結果を受け、県は（カ）の一環として、平成24年度から取り組んできた都道府県リーダーの育成を目的とした研修等を土台に、在宅医療セミナーを開催した。このセミナーは、県が在宅医療を新たに始めようとする医師を募集し、地域で活動する多職種と引き合わせ、グループワークを通じた関係構築を促進するものである。このセミナーを通じて、毎年20名近くの医師が研修に参加し、地域の多職種と研修を受講するなど一定の成果を挙げている。

この他にも、（カ）だけではなく（キ）地域住民の普及啓発などもほぼすべての市町が着手しているなど、事業の進捗状況は良好と見られる。

#### ■取組の成功要因

県担当者のお話では、滋賀県がこれまでに培ってきた「医療福祉」という概念の地域への浸透が進んでいたことにくわえ、県が各関係団体と協働して実施した地域リーダー研修や在宅医療セミナーが、事業進捗に良い効果を発揮したと述べている。平成24年度より取り組んで来た、事業の実施に携わる在宅医や多職種の関係構築を支援する仕組みづくり、地域における在宅療養を支援する一つのチーム形成を支援するというアプローチが奏功したと考えられる。

また、この他にも市町担当者に寄り添う形で市町のシンクタンクとして事業進捗に携わり、こなす事業ではなく目的を見失わないように、あせることなく着実に根拠ある方向性を明確化し、関係者との合意形成を図ってきた滋賀県の姿勢も成功要因の一つと考えられる。

#### ■評価指標

滋賀県では、事業進捗に係る数値的な目標を設定している。具体的な目標値としては、市町の取り組みの結果に直接結びつくような在宅医療提供機関（診療所数、訪問看護ステーション数、病院数、薬局数など）といったストラクチャー指標が多い。このほか滋賀県では、在宅看取り実施機関等の情報等も評価指標として活用できないか検討を進めている。

また、年に4回開催している在宅医療等推進協議会において、在宅看取り率についても指標化できないか模索している段階とのことであった。指標の正式な採用時期は、平成29年度中を目標としており、現在は指標の適正さを評価している段階とのことである。この他にも、保健医療計画と連動した指標についても検討を進めているとのことであった。

#### ■課題と今後の取組方針

滋賀県が、取組を進める際に直面した課題としては、先述した（ア）の取組で紹介した県の提供する分析データが、一部の市町の担当者に認知されていなかったために、市町の取組の中で有効的に活用されなかった点である。

こうした事態を受け、県では単純にデータ提供や情報共有をするだけでは、事業の進捗把握や市町担当者に気づきを与える資料として活用されないと考え、平成28年度からは再度（ア）の取り組みに立ち返った支援に取り組んでいる。具体的な取組として、市町の担当者と保健所・県担当者が協働しながら、分析データから読み取れる地域課題の確認や、地域の目標値の設定・事業の将来的な方向性の検討などを進めている。

このほか、県として具体的な目標を設定することの重要性にも言及していた。滋賀県を考える在宅医療・介護連携推進事業のロードマップを作成することで、県の意図する事業進捗イメージを市町に示すことも、市町の事業の継続性を維持する上で必要な手段の一つとして紹介されていた。市町のパートナーとして動き、市町にとってのシンクタンクとしての役割を果たすことで、その事業進捗を包括的に支援することが一つの方向性である。

今後は、滋賀県の人口・高齢化率や社会資源の偏在といった地域特性を踏まえながら、保健所と協力して各市町に対して、ニーズに合致した丁寧な個別対応を実施していくとのことであった。

#### ■今後、国などに期待する支援

都道府県の担当者にとっては、在宅医療・介護連携推進事業の支援を目的とした施策立案は手探りとなることが多いことから、他の都道府県担当者との意見交換や、市区町村担当者の考えに触れられる場があれば望ましいといった意見が挙げられた。

## 2. 福井県

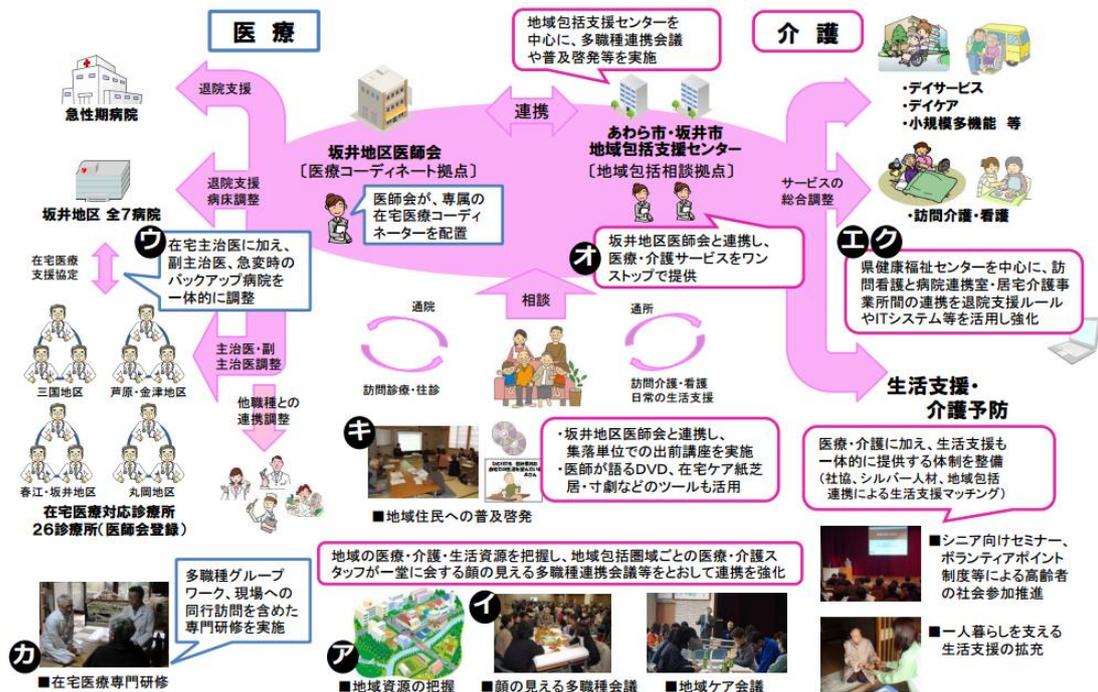
### ■福井県の基本情報および取り組みの背景・目的

福井県ホームページ<sup>5</sup>によると、福井県の高齢化率は平成26年10月1日時点で27.9%である。全国の高齢化率（26.0%）より高く、比較的高齢化が進んでいる県であると言える。

そのような中、福井県では、在宅ケアの提供体制の構築に向けて、坂井地区をフィールドとしたモデル事業を平成22年度から開始した。坂井地区は、介護保険の広域事務組合（広域連合）があるあわら市と坂井市で構成される地区であり、平成22年度～23年度にかけて、坂井地区の医療・介護・福祉関係者、県・市の行政関係者、民生委員等によるワーキンググループを1～2ヶ月おきに開催し、在宅ケア体制のあり方を協議した。

坂井モデル構築は、平成24年度からは広域連合が主体となって推進しており、県は圏域保健所（坂井健康福祉センター）を通じた支援を行う構図となっている。介護事業者との連携を面的に進めるためにも、介護保険者である市町が中心となって在宅ケア体制整備を行うようにしている。

図表 26 坂井地区在宅ケア体制モデル 全体イメージ図



出所) 福井県資料

福井県は、このようにして構築が進んだ坂井モデルを、県内の他の市町に展開することを

<sup>5</sup> 福井県における高齢者、国民健康保険、後期高齢者医療の統計資料（最終更新日 2016年6月14日）、<https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kourei/kokuhotoukeitop.html>

基本方針としている。取り組みの目標値としては、平成 24 年度時点を基準とし、平成 29 年度までに「訪問診療・往診の利用者数を 20%増やす」および「訪問看護の利用者数を 20%増やす」としている。国保と健保のレセプトデータを用いた進捗管理の結果としては、平成 27 年度時点では訪問看護が 18%増となっている一方で、訪問診療は 8%増に留まっており、訪問診療の患者数増加の進捗が遅いと見ている。

■取り組み内容：基本方針

福井県による取り組みの基本は、坂井モデルを全県展開していくことである。県として、在宅医療・介護連携推進事業の実施に苦勞している市町を中心に支援する。また、市町が単独で実施することが効率的でない取り組みも、県として支援する方針としている。

■取り組み内容：(ア) (カ) (キ)

平成 27 年度から、県医師会・県歯科医師会に在宅医療の支援拠点の設置を委託している。地域医療介護総合確保基金を財源とし、それぞれの拠点設置に必要な事務員の人件費等を中心に 1274 万円の予算が充てられている。

県医師会館には「福井県在宅医療サポートセンター」を設置し、①医師等を対象とした在宅医療実践研修（カ）、②在宅医療関連の資源情報の収集・研修情報等の発信（ア）、③在宅医療の啓発・推進（キ）などを行っている。

①では、サポートセンター主催の座学研修・同行訪問研修<sup>6</sup>・現場派遣のほか、在宅医療研修用備品の貸し出しや、講演者の斡旋、研修企画の支援などを行っている。また②では、在宅医療の対応状況や、広く参加可能な研修会等の情報を収集し発信している。③では、県民・医療従事者を対象としたフォーラムの開催や広報物の作成を行っている。

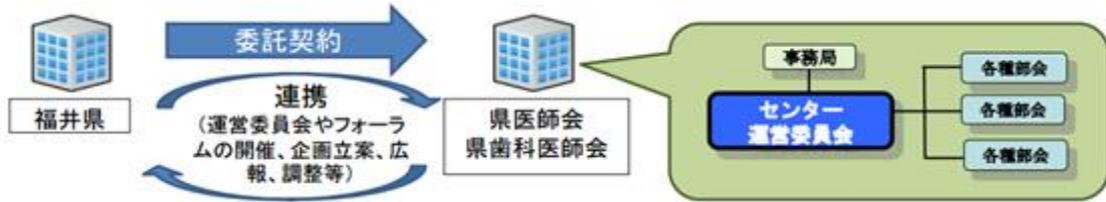
また、県歯科医師会館には「福井県在宅口腔ケア応援センター」を設置し、歯科医師等を対象とした在宅医療実践研修のほか、口腔ケアの相談対応と訪問スタッフ紹介等を行っている。

本事業を通じて、在宅医への普及啓発や研修の実践に加え、最終的に在宅医の増加につながることを目指している。

---

<sup>6</sup> 事前に各地域のニーズをアンケートで確認し、必要に応じて実施する。

図表 27 福井県在宅医療サポートセンター／福井県在宅口腔ケア応援センター

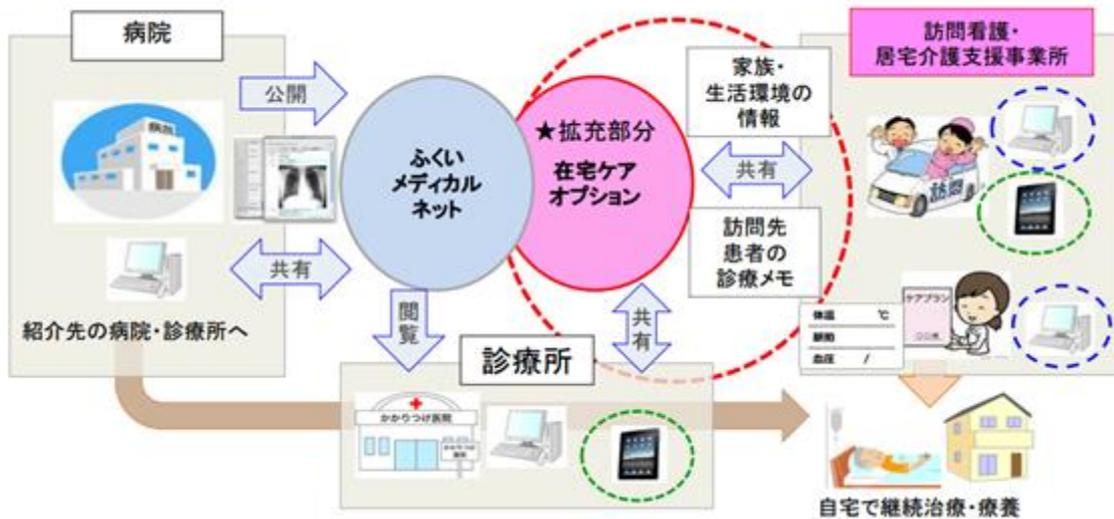


出所) 福井県資料

■取り組み内容：(エ)

情報共有の仕組みとしては、病院・診療所の連携用システムとして「ふくいメディカルネット」が展開されている。平成 28 年 4 月からは、これに在宅ケア機能を追加し、訪問看護・居宅支援事業所等も患者情報が閲覧できるようにした。また、モバイル端末により訪問先で情報を参照・記録でき、訪問記録を関係者間で共有できるようにした。なお、同システムの運用による成果検証は今後実施していく予定である。

図表 28 ふくいメディカルネットの導入支援



出所) 福井県資料

■取り組み内容：(ク)

市町が単独で実施することが効率的でない取り組みとしては、(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携に資する取り組みとして、「福井県退院支援ルール（以下、退院支援ルール）の策定」を行っている。

目的は、要介護・要支援状態の患者が自宅等へ退院するための準備をする際に、病院からケアマネジャーに着実に引き継ぐための情報共有のルールとして、病院関係者と在宅ケア関係者が連携してルールを実践し、在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくすことである。

退院支援ルールの策定は、平成27年度～28年度にかけて以下の流れで進められた。

○平成27年度

- 5月～6月 医療・介護関係団体・市町等との事前調整
- 7月 居宅介護支援事業所への退院支援状況確認アンケートの実施
  - －6圏域の健康福祉センター単位で実施
- 8月～9月 病院・介護支援専門員による合同協議①
  - －ルール作成の趣旨やアンケート結果の共有、意見交換の実施
  - －健康福祉センター圏域で協議を実施
- 10月 各地区の意見を踏まえ「退院支援ルール（案）」を調整
  - －医療審議会の在宅医療体制検討部会で報告
- 12月～1月 病院・介護支援専門員による合同協議②
  - －退院支援ルール（案）の検討、運用への意見交換の実施
  - －健康福祉センター圏域で協議を実施
- 2月 福井県「退院支援ルール」圏域代表者会議
  - －退院支援ルール（案）の検討、運用への意見交換
- 3月 関係者の意見を踏まえ「退院支援ルール」取りまとめ
  - －医療審議会の在宅医療体制検討部会で報告
  - 病院・居宅介護支援事業所等へ「退院支援ルール」を周知

○平成28年度

- 4月以降 「退院支援ルール」運用開始。広報・研修の実施。
- 8～9月 居宅介護支援事業所・医療機関への退院支援状況確認アンケートの実施
  - －6圏域の健康福祉センター単位で実施
- 12月～2月 病院・介護支援専門員による合同協議
  - －退院支援ルールの改定、運用にあたっての意見交換の実施
  - －健康福祉センター圏域で協議を実施
- 2月 福井県「退院支援ルール」圏域代表者会議

－退院支援ルールの改定、運用にあたっての意見交換の実施

→医療審議会の在宅医療体制検討部会で報告し、病院・居宅介護支援事業所等へ改定版「退院支援ルール」を周知（予定）

平成 27 年度の検討成果を踏まえ、平成 28 年度から運用を開始した。ただし、ルールの実践を強制するものとはしていない。広報・研修を実施していく中で、多くの医療・介護関係者の理解・協力を得ながら運用するものとしている。また、実際の運用状況から必要に応じてルールの内容を検証し、適宜見直しを行う。

成果の検証は運用の中で実施していく予定である。数字が追える指標としては、退院支援ルールの認知率や運用率といったプロセス指標が考えられる。アウトカム指標については、短期での再入院率やケアマネジャーの感覚ベースのアンケート等が考えられ、アンケートや協議会を通じて情報を集約する。ルールを実際に運用しながら、PDCA サイクルを回してルールの改善につなげられるようにしていると言える。

なお、退院支援ルールの策定・運用に当たり、県医師会の協力を得ながら実施している。まずはじめに福井県と県医師会が密接に連携し、県内の入退院時の医療介護連携の現状について実態把握を行っている。また、その後の策定時の検討はもちろん、策定後には県医師会から郡市医師会宛てに通知が出されている。策定されたルールの実践を強制するものではない中で、ルールの認知と運用を促進するためには、県医師会からの通知は重要な役割を担ったと言える。

■成果・課題・今後の方向性

福井県の市町支援における基本方針は、坂井モデルの全県展開と、市町単独で実施するのが効率的でない取り組みを支援するという点にある。その方針に沿って、県医師会とも密接に連携しながら事業を進めた結果、「訪問看護の利用者数を 20%増やす」という目的については、目標値に近い実績が出るまでになっている。

なお成果指標については、「自宅死」などの項目のメリット・デメリットを考慮した上で、市町に例示していくことも必要であると考えられていた。指標の設定は悩ましい課題の一つであるため、その設定については国での検討を注視しているという声が出ていた。

また、在宅医療・介護連携推進事業における、市町と県の役割分担としては、市町の担当者が医師会など医療側の関係者と話をする際に、その後押しをすることも県の役割であるという認識であった。医療については医師会が議論を主導しつつ、一方で介護については市町が主導するという中で、両者がフラットな関係で議論する環境が大事であるとしている。その中で、県が市町の背中を押す形で、フラットな協議を行えるような関係性づくりを支援する（例：初期の打合せのアレンジを県や保健所が主導するなど）ことが重要であると見ている。

## 3. 富山県

### 3-1 富山県

#### ■富山県の基本情報および取り組んだ背景・目的

富山県地域医療構想（素案）（平成 28 年 12 月）によると、富山県の高齢化率は平成 27 年 10 月 1 日時点で 30.4%である。全国の高齢化率（26.7%）より高く、比較的高齢化が進んでいる県であると言える。一方で在宅医療の提供体制の構築状況に目を向けると、平成 26 年 10 月時点で、訪問診療を行っている病院数は 31 施設、診療所数は 207 施設あり、人口 10 万人あたりでは病院 2.9 施設（全国平均 2.1 施設）、診療所 19.3 施設（全国平均 16.2 施設）となっており、ともに全国平均値を上回っている。ただし、平成 28 年 6 月時点で、在宅療養支援診療所数は 61 施設で人口 10 万人あたり 5.2 施設（全国平均 11.2 施設）となっている。訪問看護ステーション数も、全国平均と比較して少ない状況（人口 10 万人あたりで富山県は 5.7 施設、全国平均は 7.1 施設）にある。

上記の提供体制が組み立てられている中で、在宅医療・介護サービスの提供においては、多職種間での相互理解や目的の共有、関連人材の育成などが、取り組むべき課題として認知されている。こうした問題意識を受け、富山県では医療介護連携に関する本格的な取り組みを平成 21 年度から開始した。平成 21 年度から平成 26 年度にかけて行われた取り組みについては、弊社が平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業『医療・介護分野における都道府県が行う市町村支援の好事例の収集に関する調査研究事業』にて詳細を述べているためここでは割愛することとし、本報告書では平成 27 年度以降の取り組みを中心に述べることとする。

**図表 29 富山県における在宅医療・訪問看護推進に関する主な取り組み(平成 26 年度頃まで)**

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

出所) 平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業『医療・介護分野における都道府県が行う市町村支援の好事例の収集に関する調査研究事業』（野村総合研究所）

■取り組み内容：基本方針

富山県では、県・厚生センター（保健所）が市町村と積極的に連携・支援する形で、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを進めている。

平成 27 年 4 月には「富山県地域包括ケア推進支援事業実施要綱」を定め、厚生センターを実施主体とした支援事業の内容を明示した。この中では、在宅医療・介護連携、認知症施策及び介護予防事業等が地域の特性に応じて柔軟かつ効果的に推進されるよう、厚生センターとして、管内市町村を支援することにより地域包括ケアシステムの構築に寄与するという目的が明記されている。この要綱の内、在宅医療・介護連携推進支援事業の事業内容については、以下のように記されている。

**図表 30 在宅医療・介護連携推進支援事業の事業内容**

- 管内において在宅医療・介護連携体制が円滑に構築されるよう、市町村と郡市医師会の連携や、市町村区域を越えた連携・調整、医療と介護の連携に必要な体制構築等の支援を行う。
- 具体的には、入退院時の情報共有のための仕組みづくり、急変時の受入れ体制づくり、在宅医療の普及啓発、管内市町村と医療関係者・介護関係者との連携・調整、多職種による事例検討会や研修の開催などを地域の実情に応じて実施する。

出所) 富山県地域包括ケア推進支援事業実施要綱

この事業の実施上の留意事項としては、「事業の実効性の向上を図るため、管内地域の課題分析、事業計画の策定、目標設定、事業実施及び評価等の PDCA サイクルに基づき実施するものとする」という点が示されている。そのため、事業実施主体の責任者である厚生センター所長は、富山県 高齢福祉課長に対して、事業計画書及び実績報告書を提出することとなっている。

このように富山県では、在宅医療・介護連携推進支援等における厚生センターの役割を明確化し、その上で策定した事業計画に沿って市町村支援を行う環境が整えられている。PDCA サイクルの重要性も明記されており、具体的な現状把握と課題分析に基づいて、各地域の実態に即した取り組みを推進することを基本としている。

以下、富山県及び厚生センターが実施している主な市町村支援の取り組み内容について述べることとする。

■取り組み内容：(ア)・(イ)

現状把握と課題分析に資する支援として、ここでは 3 種類の取り組みについて述べる。

### ①厚生センターによるデータ提供

富山県では、市町村が入手できない二次医療圏ごとの医療・介護の需要状況等に関するデータ提供を積極的に実施している。県や厚生センターしかアクセスできないデータについても提供可能な範囲内で市町村に提供し、将来的に必要となる医療需要や医療供給の推計を支援している。

たとえば砺波厚生センターでは、富山県の医務課・高齢福祉課・健康課の3課が所管する各事業を、管内の市や職能団体などと連携しつつ、在宅医療・介護連携の地域診断を行いながら推進している。この地域診断において、下記データに基づく分析を行っている<sup>7</sup>。

○病床機能報告による地域診断

○医療機能情報、薬局機能情報、介護サービス情報等による地域診断

○診療報酬施設基準による地域診断

○医療施設調査（静態）による地域診断

○独自調査（介護施設における医療的ケアの対応状況調査、ケアマネジャーの入院時情報提供・退院調整調査）や既存資料（訪問看護ステーション連絡協議会実績報告書）による地域診断

○医療計画作成支援データブックによる地域診断

たとえば病床機能報告では、各県の結果を確認することで在宅医療に関わる指標を確認することができる<sup>8</sup>。具体的には、在宅療養支援病院の届出の有無、在宅療養後方支援病院の届出の有無、看取りを行った患者数などの指標を医療機関単位で取得することができる。また、退棟・退院先の場所別患者数を用いれば、各医療機関の1カ月間の居宅復帰率<sup>9</sup>や在宅復帰率<sup>10</sup>を計測することが可能である。

また、医療計画作成支援データブックによる地域診断では、在宅医療に関わる指標として、入院期間とケアマネジャーとの連携（介護支援連携指導料）などのレセプト分析結果を二次医療圏単位で比較することができる。年齢調整レセプト出現比（SCR、全国値100で調整）で見ると、砺波医療圏の介護支援連携指導料のSCRは、2012年66.5、2013年85.1、2014年104.5、また、退院調整加算のSCRは、2012年77.5、2013年78.1、2014年93.2となっており、病院とケアマネジャーの連携が進んできていることを確認できる。

<sup>7</sup> 保健師ジャーナル Vol.73 No.03 2017 を参照して記載。

<sup>8</sup> 厚生労働省 HP より各県のページへアクセスが可能（平成29年2月時点）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>

<sup>9</sup> 居宅復帰率 = (家庭へ退院) / (退棟患者数 - 転棟患者数 - 死亡退院)

<sup>10</sup> 在宅復帰率 = (家庭へ退院 + 施設入所) / (退棟患者数 - 転棟患者数 - 死亡退院)

なお、医療計画作成支援データブックの CD-R は、厚生労働省から富山県医務課を経て厚生センターに配布されており、国立保健医療科学院の研修を受けた医務課担当者が厚生センター職員を対象に研修を行っているとのことである。

**図表 31 ケアマネジャーの入院時情報提供・退院調整調査**



出所) 砺波厚生センター提供資料

富山県では、厚生センターが行ったこれらの分析結果を、提供可能な範囲で市町村に提供し、現状把握の支援を行っている。本調査で実施したインタビューでは、市町村がアクセスできないデータが県や保健所にある中で、それらのデータを分野横断的に共有・活用し、市町村へ提供していくことの重要性が強調されていた。

## ②市町村職員等セミナー

富山県では、市町村、広域保険者、地域包括支援センター等職員を対象としたセミナーを開催している。平成 27 年度には全 6 回<sup>11</sup>が開催されたが、第 4 回には在宅医療・介護の推進をテーマとしたセミナーを開催し、在宅医療の地域診断の演習とともに、先進自治体として横須賀市を取り上げて在宅医療・介護連携を進める際のポイントを共有しつつ、最後にグループワークを行って閉会としている。

<sup>11</sup> テーマは、第 1 回から順に、「地域包括ケアシステム構築に関する基本事項」、「高齢者の権利擁護」、「新しい総合事業の導入」、「在宅医療・介護の推進」、「認知症施策の推進」、「介護予防の推進」の全 6 テーマである。第 4 回の「在宅医療・介護の推進」では、合計 74 名が参加した。

演習の際は、次図に示すように、県から市町単位で在宅医療に関する各種データを一覧化した資料を提供し、これを見つつ実際に地域診断を試行する形をとっている。県担当者によれば、本演習はあくまできっかけであり、こういったデータがどこにあるのかという認識を深めつつ、地域診断を行う際の視点を理解してもらうことが重要であると述べていた。

図表 32 市町村職員等セミナー演習資料

平成27年度第4回市町村等職員セミナー演習資料(在宅医療に関する各種データ)

平成27年9月 富山県高齢福祉課作成

区分	市町村名	人口(H26年10月1日)				死亡(2013年)		在宅医療(2015年7月)				在宅療養患者数		病床数			訪問看護				薬局				
		総人口	65歳以上人口	75歳以上人口	比率	順位	年間死亡数	うち死亡場所が自宅(人、%)	訪問診療対称数		在宅療養支援診療所		在宅看取りを行った診療所数(H26年度)	内科訪問診療対称数	+県調査H24.7月分(国発表84.3%)	一般病床数	療養病床数	うち介護療養病床数	訪問看護ステーション数(H27.4)		H26年度実績		薬局数(H27.9)	在宅患者訪問薬剤管理指導料算定(H27.9)	
									病院	診療所	病院	診療所							訪問看護	利用者数	人口10万人あたり	看取り件数			
新川圏域	魚津市	43,397	13,577	31.3%	7	6,807	15.7%	581	1	9	3	3	14	249	300	382	164	3	164	378	18	18	18	18	
	黒部市	41,200	12,190	29.6%	9	6,173	15.0%	483	3	6	1	2	4	405	350	115	2	68	165	6	23	18	18		
	入善町	25,800	8,330	32.3%	6	4,366	16.9%	335	1	6		4	5	242	60	60	19	1	119	461	14	10	10	10	
	朝日町	12,580	4,966	39.5%	1	2,676	21.3%	230	3	2	2	1	4	290	0			1	43	342	6	5	5	5	
	小計	122,977	39,063	31.8%		20,022	16.3%	1,629	8	23	2	4	10	27	491	1,055	792	298	7	394	320	44	56	51	51
富山圏域	富山市	418,863	115,402	27.6%	12	55,820	13.3%	4,499	8	86	3	32	21	73	1,434	3,701	2,559	960	24	2,131	509	151	174	157	157
	清川市	33,196	9,151	27.6%	14	4,445	13.4%	379		8		2	2	119	211	68	28	2	119	358	17	10	7	7	
	舟橋村	2,986	561	18.8%	15	291	9.7%	17		1		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	上市町	21,156	6,920	32.7%	5	3,346	15.8%	315	1	4		1	4	188	159	0	0	2	112	529	26	11	10	10	
	立山町	26,605	7,828	29.4%	10	3,861	14.5%	318	1	6	1	2	2	1	60	0	0	1	117	440	17	7	7	7	
小計	502,808	139,862	27.8%		67,763	13.5%	5,528	10	105	4	34	28	81	1,741	4,131	2,627	988	29	2,479	493	211	202	181	181	
高岡圏域	高岡市	171,629	53,340	31.1%	8	25,717	15.0%	2,025	4	45	2	10	14	27	562	1,678	624	257	8	797	464	98	79	68	68
	氷見市	48,904	17,064	34.9%	3	8,947	18.3%	730	1	9	1	1	6	7	316	297	60	0	1	153	313	24	14	13	13
	射水市	92,086	25,653	27.9%	11	11,835	12.9%	988	3	20	1	5	4	13	267	294	189	99	7	504	547	73	31	28	28
小計	312,619	96,057	30.7%		46,499	14.9%	3,743	8	74	4	16	24	47	1,145	2,269	873	356	16	1,454	465	195	124	109	109	
砺波圏域	砺波市	48,938	13,496	27.6%	13	6,993	14.3%	544	1	16	3	4	2	145	461	395	202	2	267	546	58	16	16	16	
	小矢部市	30,684	10,215	33.3%	4	5,395	17.6%	405	2	6		2	5	113	140	255	56	1	113	388	7	10	8	8	
	南砺市	52,048	18,230	35.0%	2	10,071	19.3%	698	3	11	1	3	7	3	90	400	145	52	1	665	1,278	51	21	17	17
小計	131,668	41,941	31.9%		22,459	17.1%	1,647	6	33	1	6	13	10	348	1,001	795	310	4	1,045	794	116	47	41	41	
合計	1,070,070	316,923	29.6%		156,743	14.6%	12,547	32	235	11	60	73	165	3,725	8,456	5,087	1,952	56	5,372	502	566	429	382	382	

出所) 富山県提供資料

③在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況に関する市町村ヒアリング

富山県では、高齢福祉課と厚生センターの職員が同席する形で、市町の在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況を確認するヒアリングを実施している。平成27年度、平成28年度の2カ年にわたって実施されており、事前に市町の担当者へ調査票を送付し、記入してもらったものに基づいてヒアリングを行うようにしている。

調査票は次図の通りである。平成28年度の調査票では、(ア)～(ク)の事業項目ごとに、予算額、実施状況(直営・共同・委託・委託先)、取り組み内容、各事業を実施するにあたっての課題・要望等を確認している。また、郡市医師会との話し合いの状況や、県への要望(郡市医師会との連携に関して)も確認するようにしている。

このように、県と厚生センターが連携しながら、市町村の取り組み状況や直面している

課題、その中で県に求める支援内容などを直接確認することで、より実効的な支援を提供できるようにしていると言える。

図表 33 「在宅医療・介護連携推進事業」実施状況調査票(平成 28 年度)

別紙2		地域支援事業:「在宅医療・介護連携推進事業」実施状況調査票(H28年度)					市町村名	
1 事業の実施方法(委託の意向含む)について、下欄にご記入ください								
事業内容(地域支援事業実施要綱による)	H28年度 予算額 (単位:円)	H28年度実施状況				委託先	取組み内容	各事業を実施するにあたっての課題・要望等
		直営	共同	委託	委託先を記入			
(ア) 地域の医療・介護資源の把握							① 着手している(今年度の予定も含む)場合は○を記入 医療資源のリスト(又はマップ)の作成(関係者に配布) # (住民に配布) 介護資源のリスト(又はマップ)の作成(関係者に配布) # (住民に配布)	
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討							医療・介護関係者が参画する会議の開催	
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進								
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援							情報共有のためのICTの運用	
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援								
(カ) 医療・介護関係者の研修								
(キ) 地域住民への普及・啓発							在宅医療に関するリーフレットの作成 住民向けのシンポジウムや講演会等の開催	
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携								
H28予算総計 0								
2 郡市医師会との話し合いの状況や、県への要望等をご記入ください。								
○郡市医師会との話し合いの状況(H28年度中の予定を含む)								
○県への要望(郡市医師会との連携に関して)								

出所) 富山県提供資料

■取り組み内容:(ウ)

富山県では、郡市医師会への補助事業として、郡市医師会が設置する「在宅医療支援センター」を支援している。

郡市医師会では、それぞれの地域の実情に応じて後方病床の確保や主治医・副主治医制の構築等に取り組んでいる。具体的な取組としては、グループ診療の工夫や医療・介護関係者の連携強化、在宅医療の理解促進等を目指した住民向けの公開講座等の啓発や、後方支援体制の充実・強化を目指した在宅医療支援体制促進モデル事業等を実施してきた。また、安定した在宅医療を支える訪問看護ステーションの機能強化を目指し、規模の拡大等による経営基盤の強化や訪問看護師の確保・育成などを支援している。

このうち、郡市医師会在宅医療支援センター支援事業は、平成 22 年度から富山県の事業として実施されている。富山県内の郡市医師会(※全部で 11 医師会あるが、新川地区のみ 2 地区で 1 支援センターなので、支援センターの総数は 10 箇所である)に対して、

富山県が補助をした上で、各地区で在宅医療支援センター事業が運営されている。同センターでは、在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（キ）<sup>12</sup>に即した活動内容が行われており、地域内の在宅医療・介護連携の推進に貢献している。

**図表 34 郡市医師会在宅医療支援センターの活動内容と対応する事業項目**

活動内容		事業項目
資源把握等	①活動調査とりまとめ ②資源把握やマップ等の作成 ③事例検討会についての調査 ④居宅事業所への調査（栄養・住宅改修）	（ア）
会議等	①支援団体の役員会等 ②在宅医療支援センター運営委員会等 ③在宅医療に関する課題検討	（イ）
グループの活動支援・ 情報共有等	①ICT連携 ②症例蓄積 ③診療材料共同購入システム ④医療機器の貸出 ※主治医・副主治医制等の導入	（ウ） （エ）
相談対応等	①住民からの問い合わせ対応	（オ）
研修会等	①多職種連携研修会等 ②医師対象の研修会	（カ）
普及・啓発	①市民公開講座等の開催 ②ホームページの作成 ③関係者向け冊子等の作成・配布	（キ）

出所）富山県提供資料

なお、郡市医師会在宅医療支援センター支援事業では、県から出される年 2400 万円の予算を県内の 4 医療圏で分け合い、さらに各医療圏内の人口等に応じた按分を行って財源が確保されてきた。しかし、在宅医療・介護連携推進事業の推進主体が市町村となっていることもあり、今後は各市町に予算措置をしてもらう方向性で考えているとのことである<sup>13</sup>。

<sup>12</sup> （ク）に即した取り組みは現在のところ行われていない。

<sup>13</sup> ただし平成 28 年度は、地域医療介護総合確保基金から予算措置が為されている。

## ■成果・課題・今後の方向性

富山県の特徴は、前述した通り、在宅医療・介護連携を推進していくに当たって、厚生センターが支援する役割を明確に示した上で、県と厚生センターが連携して市町村支援に取り組んでいる点にあると言える。

厚生センターの中で医療・介護などの分野を横断する組織を設けた上で、市町村がアクセスできない情報の提供や郡市医師会との連携支援などを、実働部隊として支援している点に示唆があると考えられる。インタビューの中でも、県と厚生センターが連携しつつ、各市町と普段からやりとりして一緒に考えていくことが重要であると述べられていた。実働部隊としての厚生センター（保健所）と、企画や全体的なアナウンスを司る県が一体となって市町村支援を行っている事例であると言える。

こうした取組を通じて、たとえば訪問診療を行っている富山県内の診療所数（人口10万人対）は、2011年の19.4施設から、2015年9月時点では24.9施設まで拡大したとのことである。在宅医療に携わる人材の質的・量的確保など、まだまだ取り組むべき課題は存在するが、県による市町村支援の取り組み事例として、参考にすべき事例の一つであると考えられる。