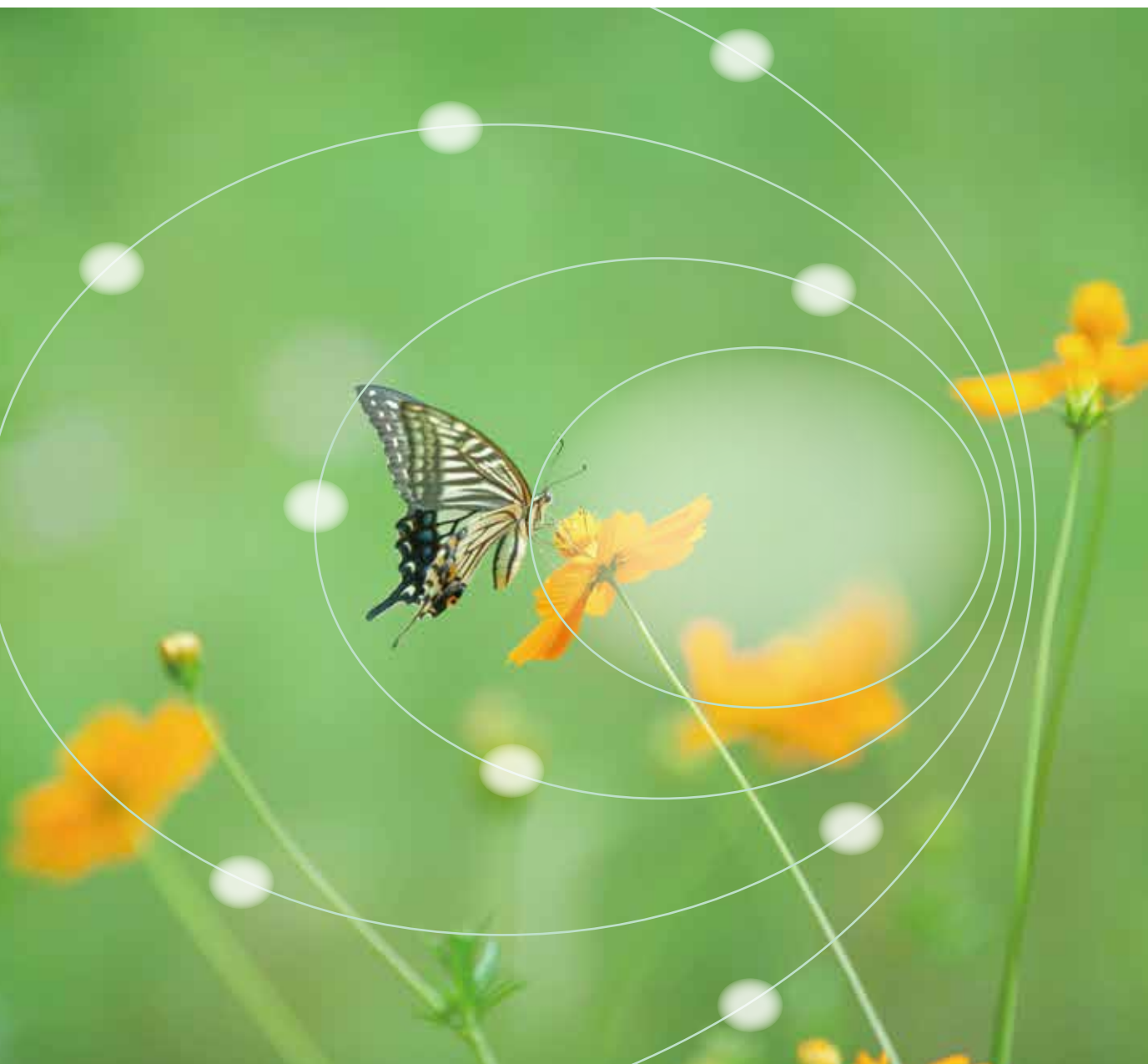


＼先進事例と残念な事例から学ぶ！／

# 在宅医療と介護の連携 事例集



## はじめに

この本を作成するきっかけは、2015(平成27)年度からスタートする「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体が市町村に決まったことです。日本の行政の仕組みにおいて市町村自治体は、今までは医療政策に関わることは多くありませんでした。まさに社会変化に伴い行政の役割にも変化が求められたということですが、初めて医療に関わる事業の主体を担う市町村の不安は大きいのではないかと感じています。

取り組む前の不安を少しでも取り払い、活動を開始することへの一助になればと、当センターが今まで蓄積した在宅医療推進における地域活動に関するノウハウを本としてまとめました。市町村だけでなく、自治体から委託を受けた方々や「在宅医療・介護連携推進事業」に関わる多くの方々にお読みいただきたいと思います。できる限り簡潔に、まず最初に何から手をつけたいのか、ということがわかりやすくなるようにまとめつつもります。

日本においても初めて、また世界で類を見ない経験となる急激な高齢化・人口減少社会に向けて、日本で暮らす私たち一人ひとりが自ら考え、できることを務めなければなりません。そして私たちの未来づくりの一つの取り組みとして、地域主体の「在宅医療・介護連携推進事業」は位置づけられたのだと考えております。

時代は確実に変化し、社会の求めと個々の願いや希望も変化し続けています。変化を読み、新しい時代の流れに乗りつつ、忘れてはいけない住民の願いや希望、可能性などを吸い上げて、各地域の力を結集して地域をつくっていただけることを願います。

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

在宅連携医療部 研究員 後藤友子

# 在宅医療と介護の連携 事例集

## 目 次

はじめに .....	1
推奨のことば .....	4
結城 康博 淑徳大学 教授 (元地域包括支援センター職員)	
推奨のことば .....	5
和田 忠志 全国在宅療養支援診療所連絡会 理事 国立長寿医療研究センター在宅連携医療部 医師 平成 26・27 年度 松戸市在宅医療連携拠点事業所 (医療法人社団実幸会いらはら診療所)	

### 第1章

## 在宅医療・ 介護連携推進事業の背景 .....

### ～超高齢社会を迎えて～

世界一のスピードで超高齢社会に突入する日本 .....	8
高齢社会のキーワード「2025年問題」「高齢独居」 .....	8
6割の人が「最期を迎えるのは自宅がいい」 .....	10
「在宅医療介護あんしん2012」連携で成り立つ在宅医療 .....	11
「医療保険」で行われる在宅医療 .....	12
「介護保険」で行われる介護サービス .....	13

## 第2章

# 在宅医療・介護連携推進事業とは…………… 15

## ～事業をはじめる前に～

地域包括ケアシステム構築に必要な多職種連携……………	16
在宅医療・介護連携推進事業……………	18
「在宅医療・介護連携推進事業」とその担い手……………	20
「地域を設計する」役割が必要……………	22
事業の中核を担う人材に留意してほしいこと……………	23
「在宅医療・介護連携推進事業」のカギ……………	24

## 第3章

# 在宅医療・介護連携推進事業…………… 27

## ～8つの事業のポイントと留意点～

ア. 地域の医療・介護の資源の把握……………	28
イ. 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討……………	34
ウ. 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進……………	40
エ. 医療・介護関係者の情報共有の支援……………	46
オ. 在宅医療・介護連携に関する相談支援……………	52
カ. 医療・介護関係者の研修……………	58
キ. 地域住民への普及啓発……………	64
ク. 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携……………	68

## まとめ

# 事業を円滑に進めるための6つのアドバイス…………… 73

## 推奨のことば

国は、平成30年度までに全市町村において地域支援事業の枠組みで「在宅医療・介護連携推進事業」を義務付けている。医療的ニーズを抱えた要介護高齢者が住み慣れた地域で、長く在宅で暮らすためにも、医療と介護の連携は欠かせない。

しかし、実際、多くの医療関係者、介護従事者、そして、保険者である市町村が、どのようなプロセスを踏めばいいか模索している実態は否めない。先駆的に実施されている自治体事例を参考にしていくことも1つの手法ではあるが、必ずしも他の地域の実践事例が当該自治体にあてはまるとは限らない。結局、これらは参考とはなるものの、自分たちの地域で実現できる「在宅医療・介護連携事業」の方策を、試行錯誤しながら構築していくことになる。

本書は、そのような課題を抱えている専門職並びに自治体職員、そして、広く市民一般にとって、「在宅医療・介護連携事業」の基本事項から実践していくうえでの手掛かりとなる知識・情報を身に付けていくうえで最適と考える。特に、本書の特徴でもある、「失敗事例」がテーマごとに例示されており、これらの事業展開をすすめていくうえで大きな視座となる。

従来、国が勧める各種事業関連の著書・テキストは、あるべき姿が記載され、理想形が示される傾向にある。しかし、本書では、現場が抱える問題・課題を丹念に拾い上げ、「どうして上手くいかないのか」「どこに、問題があるのか?」といった視点から述べられており、非常に実践に役立つ内容が記載されている。

また、在宅医療系の刊行物は、どうしても医療系職種にとっては理解しやすいが、介護系職種にとっては専門用語などの関係で難しいと感じてしまいがちだ。しかし、本書では、「在宅医療・介護連携推進事業」の要ともなる、「地域包括支援センター」における福祉関連職種をも視野に入れた配慮がなされている。

その意味では、職種を問わず「在宅医療・介護連携推進事業」に携わる全ての人が、本書を手にとりいただき、それぞれの地域に応じた事業展開を生み出す手がかりとして活用いただければ幸いである。

淑徳大学 教授 結城康博  
(元地域包括支援センター職員)

## 推奨のことば

本書の著者 後藤友子さんは、国立長寿医療研究センター在宅連携医療部で、三浦久幸部長とともに、「在宅医療連携拠点事業」を担当された方である。全国各地の連携拠点をつづさに訪れ、懇切に事業を指導されてきた。また、都道府県や市区町村の担当者とも積極的に面談し、硬直化した行政の問題とも真摯に向き合ってきた。本事業の推進のために粉骨砕身、文字通り、尽くされてきた方である。

この在宅医療連携拠点事業というモデル事業は本年度で終了し、市区町村は、新たに「在宅医療・介護連携推進事業」に着手することになった。この連携推進事業は、まさに、拠点事業の延長線上にあるものである。可能な市区町村は 平成27年4月から本事業の取り組みを開始し、遅くとも、どの市区町村も、平成30年4月には、着手しなければならない。

同推進事業を開始した市区町村もあれば、これから開始するところもあるが、多くの自治体が、この事業をどう進めてよいかを苦悩していると聞く。つまり、厚生労働省の示した指針は理解したものの、具体的にどう進めていくか、を発想し、実施することが難しいのである。本書は、その苦悩に明確な指針を与えるであろう。

後藤さんは、全国各地を回られ、拠点事業の指導を通して、何がその障害であり、何がその推進のコツであるかを体得し、言語化し、本書で明快に語っている。本書は実用の書である。本書には、いわゆる、「歯に衣着せぬ記載」も多いが、それゆえ、事業推進にあたっての本質的なコメントが随所にちりばめられているといえよう。私は、千葉県松戸市で在宅医療連携拠点事業所を担当し、拠点事業を迷いながらも運営してきた。また、現在、来年度以降の推進事業に向けて、市役所や地区医師会と話し合いを重ねている。この経験からも、本書の指針としての重要性を痛感している。

本書が、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団のご尽力により世に出ることを本当にうれしく思う。在宅医療・介護連携推進事業には、行政担当者、医師会担当者、医療や介護の専門職など、多くの人々が関わるが、本書がそれらの方々に読まれ、全国津々浦々の在宅医療・介護の連携が、円滑に推進されることを望むものである。

和田忠志

全国在宅療養支援診療所連絡会 理事

国立長寿医療研究センター在宅連携医療部 医師

平成26・27年度 松戸市在宅医療連携拠点事業所

(医療法人社団実幸会いらはら診療所)

The background features several overlapping light blue circles of varying sizes, some containing smaller, semi-transparent blue circles. Thin blue lines also curve across the page, creating a sense of movement and connection.

第1章

**在宅医療・  
介護連携推進事業の背景**

～超高齢社会を迎えて～

## 世界一のスピードで超高齢社会に突入する日本

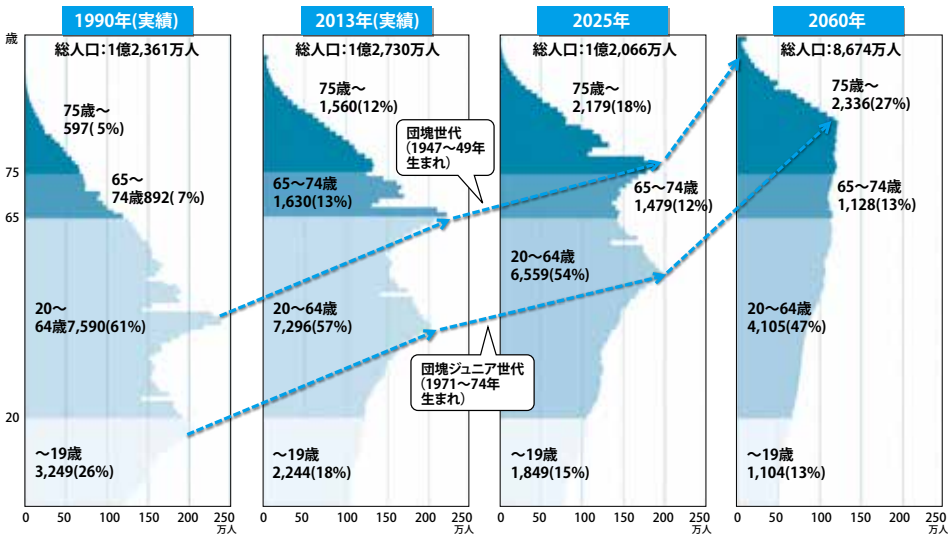
わが国は国民皆保険のもと高水準の医療・介護制度を確立し、平均寿命が女性86歳（世界2位）、男性79歳（同8位）になるなど、世界でも類を見ない長寿国となりました。

2015（平成27）年には、1947（昭和22）年から1949（昭和24）年に生まれた団塊の世代の人たちがすべて65歳以上になり、高齢者人口は3,395万人となります。2042年にピークを迎えるまで増加の一途をたどり、3,878万人になると推定されます。

一方、総人口は少子化の影響を受け、2013年（平成25）をピークにすでに人口減少が始まっています。総人口が減少する中、高齢者が増えていくため、高齢者人口の増加がピークを超えた後も、高齢化率は上がり続けます。

総人口が8,674万人に減少する2060年には、高齢化率は39.9%、約4割に達し、2.5人に1人が65歳以上、4人に1人が75歳以上となります。もはや広い若年層が少ない高齢者を支えるどっしりとした人口「ピラミッド」とはいえない図形となっています（図1）。

図1) 日本の人口ピラミッドの変化



（出所）総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

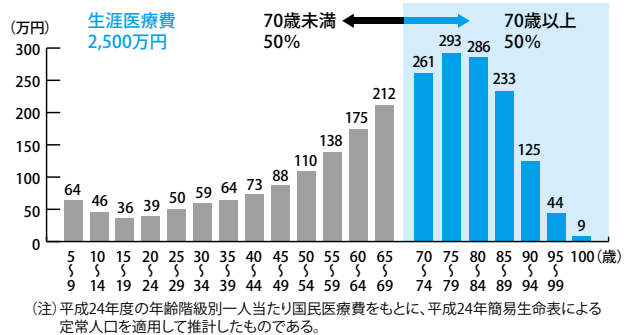
## 高齢社会のキーワード「2025年問題」「高齢独居」

高齢社会のひとつのキーワードは「2025年問題」です。この年、「団塊の世代」が後期高齢者・75歳を超えるのです。なぜ、それが大きな問題とされるのでしょうか。



ひとりの人の生涯医療費を  
見てみると、75歳～79歳  
の医療費がピークを迎え  
ることがわかります。また  
70歳以降に生涯医療費の  
半分がかかっていることが  
わかります(図2)。

図2) 生涯医療費(男女計)(平成24年度推計)



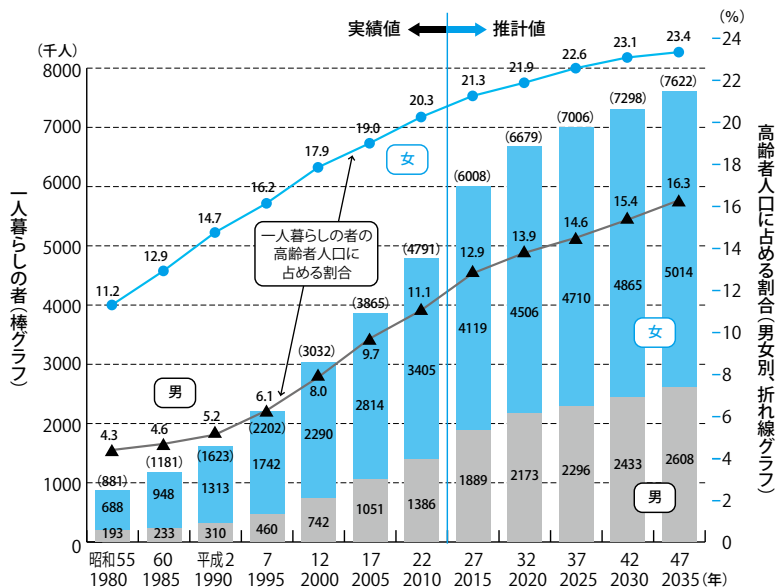
つまり「2025年問題」は、その年だけ超えれば済む問題ではなく、その年から始まる医療費の爆発的な増加を意味しているのです。

そして日本の高齢社会のもうひとつの問題は、高齢の独居世帯が増えていることです。高度経済成長期にそれまでの三世帯・四世代同居の大家族の形が崩壊し、核家族化が進みました。夫婦ふたりに子どもがふたりという標準世帯は、子どもたちが独立して新しい核家族を作れば、夫婦ふたり世帯に戻っていきます。そして、いずれは独居となります。また、離婚率も増えています。こうした背景から、65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯(単独世帯予備軍)がさらに増加していきます(図3)。病気になったり、足腰が弱くなったりしても看護・介護をしてくれる家族がない高齢者を支えるためには、社会のセーフティネットの強化が求められています。

現在の医療と介護のあり方では、いわゆる「量と質」が激変している高齢者の方々を支えることができません。いよいよ2025年まであと10年となった今、まさに医療・介護のあり方は大きな分岐点を迎えています。

図3) 一人暮らし高齢者の動向

資料：平成22年までは総務省「国勢調査」、平成27年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(平成25年1月推計)」「日本の将来推計人口(平成24(2012)年1月推計)」  
(注1)「一人暮らし」とは、上記の調査・推計における「単独世帯」のことを指す。  
(注2)棒グラフ上の( )内は65歳以上の一人暮らし高齢者の男女計  
(注3)四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。



## 6割の人が「最期を迎えるのは自宅がいい」

介護が必要な状態になった場合、国民の約4割が「自宅での介護」を望み、約6割の人が「最期を迎えるのは自宅がいい」と考えています(図4・図5)。人生の最期の時は自宅で自分らしく、そして最期も自然に迎えたいと考える方が増えていると考えてよいでしょう。医療者側も、高度医療を使って1分1秒でも命を長らえるよりも、誰にも生命の終わりがあることを認める安らかな死のほうが人間的ではないか、と認識する人が増えてきたようです。本人の意思を確認することなく高度医療で生命を維持しようとした時代を経て、人間の尊厳のあり方などが問われているのです。こうした中で、「在宅医療」が注目を浴びています。

一方、厚生労働省も2025年のイメージを見据えつつ「社会保障・税一体改革大綱」の中で「在宅医療の充実、重点化・効率化」「地域包括ケアシステムの構築」など、あるべき医療・介護の実現に向けて動き出しています。

図4) 介護を受けたい場所

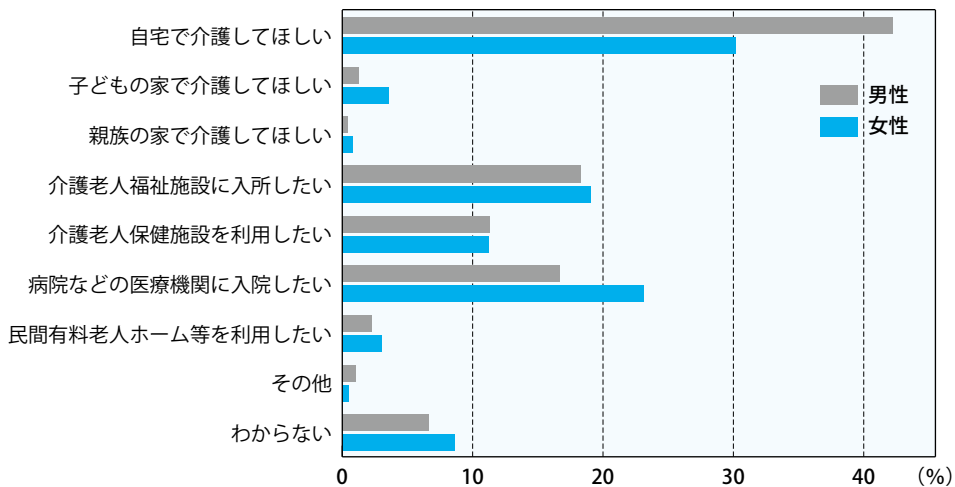
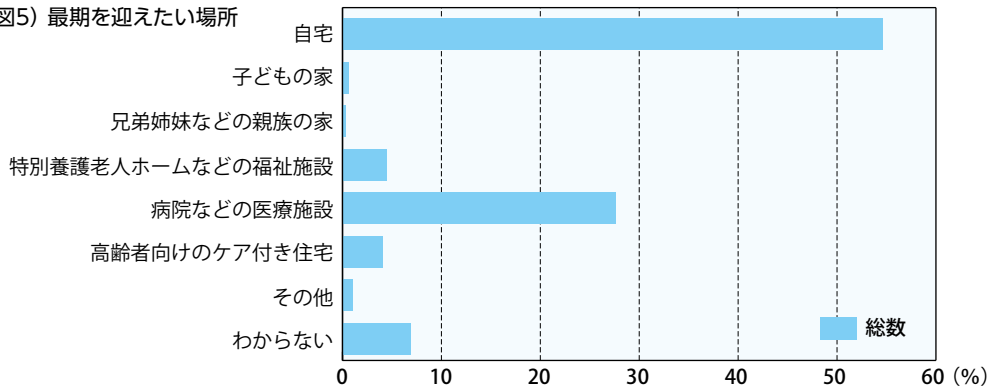


図5) 最期を迎えたい場所



資料:平成24年 内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(注)対象は全国55歳以上の男女

## 「在宅医療介護あんしん2012」連携で成り立つ在宅医療

在宅医療は、古くて新しい医療です。

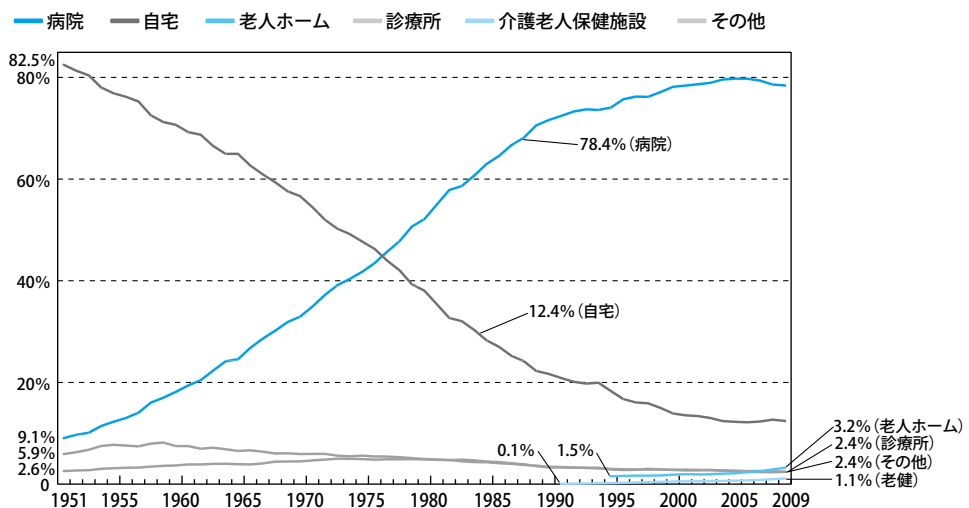
高度経済成長期以前は、自宅で療養し、急変時には医師が往診していました。もちろん自宅での看取りが一般的でした。しかし1970(昭和45)年頃から病院数・病床数が急速に増加しはじめ、それと同時に在宅で療養する人が減少。病院と病院外での死亡数の推移を見ると、1975(昭和50)年頃を境に逆転し、今では8割以上の方が病院で看取られ、自宅での看取りは1割強程度となりました(図6)。

しかし高齢者の増加とともに、病床数の不足・医療費の増大などの問題が大きくなり、高齢者の在宅での対応が避けられないものとなりました。1992(平成4)年の医療法の改正では「居宅を医療提供の場」として正式に認め、「在宅医療」がスタートしました。その後は、在宅を対象にした訪問看護ステーションが老人保健法の改正時に認められており、2006(平成18)年には在宅支援診療所が制度化されました。

2012(平成24)年には「在宅医療地域連携事業」を全国105ヶ所でモデル事業として行い、厚生労働省はこの年「在宅医療介護あんしん2012」を宣言しました。

こうして最近では話題に上ることが増えている在宅医療ですが、24時間365日体制で本人・家族を支える必要があるため、担い手となる診療所や病院がまだ足りないのが現実です。今後の医療計画などは、在宅医療の担い手を増やしていくことも大きな目的のひとつとなっていくと思われます。多くの高齢者の方が希望する安心できる療養生活のための在宅医療・介護の体制をつくっていくことが急務なのです。

図6) 死亡場所の推移



※ 1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている 出典)厚生労働省「人口動態調査」

## 「医療保険」で行われる在宅医療

在宅医療は、疾病や年齢・状態に関わらず通院が困難な人の自宅もしくは施設などに医師が定期的に訪問し、診察や検査、薬の処方、予防的な指導などを行う医療行為です。

見たことがないとイメージできない方が多いようですが、車のハッチバックに必要な医療器具などを携帯し、小型化された心電図モニターやエコーなどの検査機器を使用し、ITを使った電子カルテや連携システムで情報共有を行い、携帯電話で24時間365日連絡がとれる状態を維持しています。こうした技術革新を背景に、月に2回程度訪問するという定期的・計画的な診療を行います。

いまや、大きな手術やCT・MRIなどの大型医療機器を使用した検査以外の多くの医療が、在宅で可能となっています。

現在「在宅医療」として認められている医療行為は、以下のようなものがあります(表1)。こうした在宅医療の担い手としては、病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局などがあります。我が国では、患者は自由に医療機関を選べますが、在宅医療では急変時の対応などが必要となるため、診療報酬の算定ルールでは「在宅医療診療所・薬局などから患者宅の距離が16km以内まで」とされています。

表1) 「在宅医療」として認められている医療行為

医療行為	内 容
訪問診療	医師が定期的・計画的な診療を行う。容態悪化時には随時訪問し、診療も行う。24時間・365日体制で緊急時対応を行うことが望まれる。
訪問看護	訪問看護師の定期的・計画的な訪問により看護（医療的な処置やケア）を行う。医療的な視点と生活を支える視点の両方を持つことができる存在であり、最近では「在宅医療の中心は訪問看護師である」と言われることも多い。「介護保険」と、一定の条件により「医療保険」によって報酬を得る場合がある。
訪問歯科診療	歯科医師が在宅患者を訪問し、歯科診療を行う。診療器具も小型化され、在宅でも十分な歯科診療を提供できる歯科診療所も存在する。
訪問歯科衛生指導	歯科衛生士が在宅患者を訪問し、歯科衛生指導を行う。単なる歯磨き指導に留まらず、食事摂取を継続していくための嚥下（えんげ）などの訓練や助言指導も行う。
訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が定期的・計画的に在宅患者を訪問し、必要なりハビリテーションを提供する。単なる機能訓練に留まらず、在宅生活を維持し、QOLを向上することを重視する。「介護保険」と「医療保険」の場合がある。
訪問薬剤指導	薬剤師が在宅患者を訪問し、処方されている薬剤についてその正しい服薬法等について指導助言する。
訪問栄養指導	栄養士が在宅患者を訪問し、療養上必要な栄養・食事について助言指導する。「介護保険」と「医療保険」の場合がある。

## 「介護保険」で行われる介護サービス

一方、「介護保険制度」は2000(平成12)年4月に施行されました。寝たきりや認知症などで常時介護を必要とする状態(要介護状態)や、日常生活になんらかの支援が必要になった状態(要支援状態)になった場合に介護サービスが受けられます。どの程度の要介護状態・要支援状態にあるかは「要介護認定調査」で計られ、保険者である市町村に設置される「介護認定審査会」で判定(要介護1～5、要支援1～2の7段階)され、それによって介護保険として使える金額が決定します。

介護保険法第1条には、以下のような目的が記述されています。

介護保険法は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

具体的な介護サービスとしては、表2のようなものがあります。

表2) 介護保険サービス

サービス名称	内 容
居宅介護支援 介護予防支援 (ケアマネジメント)	ケアマネジャーが利用者の状況にあわせて介護保険サービスのサービス計画を策定し、多職種の調整をすること。
訪問介護	訪問介護員(ホームヘルパー)が介護保険にもとづき、利用者の生活支援を行う。
訪問入浴介護	看護師1名と介護職員2名からなる専門の訪問入浴スタッフがご自宅までお伺いし、居室内に浴槽を設置して、入浴の介助を行う。
通所介護 (デイサービス)	昼間に日帰り利用できる通所介護サービス。
短期入所生活介護 短期入所療養介護 (ショートステイ)	老人短期入所施設や特別養護老人ホーム等に短期間入所してもらい、入浴・排泄・食事の介護等の日常生活の世話や機能訓練等のサービスをする。「短期入所生活介護」と、療養が必要な人のための「短期入所療養介護」がある。
小規模多機能型 居宅介護	施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組合せ、家庭的な環境と地域住民との交流の下で日常生活上の支援や機能訓練を行う。
介護老人福祉施設	在宅復帰を目指している方の入所を受け入れ、入所者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、リハビリテーションや必要な医療、介護などを提供する。

在宅療養をする方は「医療保険」を使った医療サービス(在宅医療)と、「介護保険」を使った介護サービスを受けることができます。患者さん・利用者さんの目線から考えると、医療と介護には何ら区別はありません。

しかし現実には、医療と介護の多職種の連携がうまくいっているとはいえない地域も多く、この連携不足が大きな問題となっています。

The background features several overlapping light blue circles and thin blue lines, creating a network-like pattern. A small cluster of three overlapping circles is positioned at the top left, containing the chapter title.

第2章

**在宅医療・  
介護連携推進事業とは**

～事業をはじめる前に～

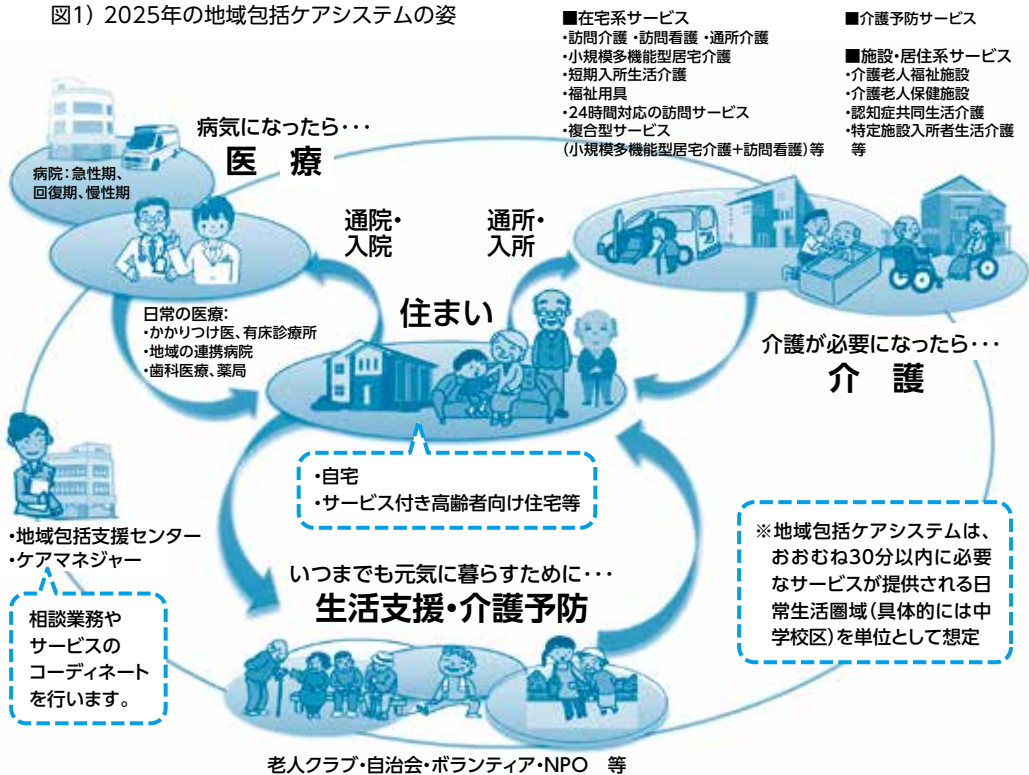
## 地域包括ケアシステム構築に必要な多職種連携

厚生労働省は2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活支援を目的として、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています(図1)。

これは住まい・医療・介護・生活支援・介護予防が一体的に提供され、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で住み続けることができる地域のあり方を示しています。

「地域包括ケアシステムの構築」のためには、多くの医療職種によって提供される在宅医療と、介護関係職種を加えた多職種による真に包括的なケアのための協働・連携の体制を整えることが必要なのです。

図1) 2025年の地域包括ケアシステムの姿



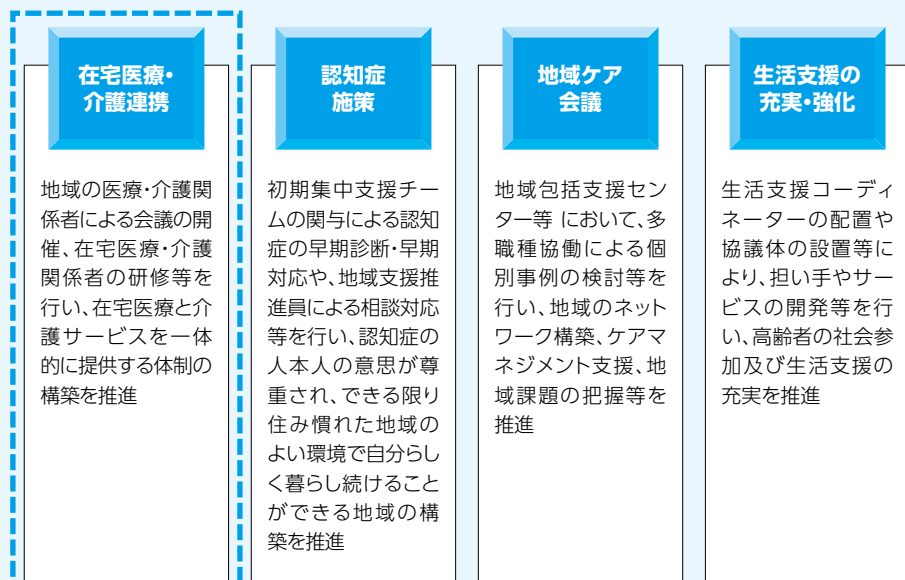
(出典:平成27年3月 厚生労働省老健局「在宅医療・介護連携推進事業について」)

2014(平成26)年6月25日に「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」が施行されました。第1条の目的は以下のようになっています。

この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

各地域が創意工夫をし、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築をするために、医療法、介護保険法などの関係法律の整備が行われたのです。

図2) 国は2018(平成30)年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取り組みを支援する。



(出典:平成27年3月 厚生労働省老健局「在宅医療・介護連携推進事業について」)

この中で「在宅医療・介護連携推進」については、介護保険財源で市町村が取り組む「地域支援事業」のひとつという位置づけが示されました。

市町村自治体は「福祉・介護・保健」の政策が主体であったため、「医療」についてあまり関わらずにきましたが、今後は「在宅医療」の現状を把握していくことが不可欠です。



## 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援については、これまで2011・2012(平成23・24)年度に委託費を活用した「在宅医療連携拠点事業」、2013(平成25)年度からは地域医療再生臨時特例交付金を活用した「在宅医療連携推進事業」が実施されてきました。

これらの成果を踏まえ、2015(平成27)年度からは「介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業」における「在宅医療・介護連携推進事業」として位置づけられ、全国的に取り組むこととなりました。2018(平成30)年度からは、実施が義務化されます。

### 【事業全体の留意点】

本事業の円滑な実施のため、市区町村の行政組織内に、在宅医療・介護連携の推進に関する業務についての担当部署を決定し、市区町村が主体的に協議を進め、取り組みを実施していくことが重要です。

本事業は、2015(平成27)年度以降取り組みを開始し、2018(平成30)年4月には全国のすべての市区町村で取り組むこととなります。

(ア)～(ク)の全ての事業を行うものとします。すべて、またはその一部を委託することにより実施することも可能です。

地域の実情やそれぞれの取り組みの専門性に鑑みて、(ア)～(ク)のそれぞれについて、郡市医師会など(地域の中核的医療機関や他の団体を含む)にすべて、あるいは一部委託することも可能です。しかし委託する場合においても、市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業の全体の取り組みを管理・調整していくことが必要です。

本事業を推進するにあたっては、市区町村が、その取り組みの開始前から、地域における医療・介護関係者と連携して行うことが重要です。また、本事業の取り組みにおける成果物の周知などにおいても、医療関係者への周知は郡市医師会など、介護関係者への周知には地域包括支援センターなどの協力を得ながら、幅広く関与していくことが重要です。

また、本事業の取り組みは、複数の市区町村による実施が効果的・効率的であると考えられる場合は、すべて、または一部の共同実施が可能です。

都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会などの関係団体、病院などとの協議の支援や、都道府県レベルでの研修などにより支援します。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備などにより支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握します。

(ア)～(ク)の事業の中で、本事業以外で、関係機関・団体がすでに行っている同様の取り組みがある場合は、これを活用して差し支えありません。

(ア)～(ク)の実施に併せて、都道府県、郡市医師会などの関係団体などと、将来的な在宅医療と介護の連携のあり方について検討を行うことが望ましいでしょう。

## 【事業の目的】

在宅医療・介護の連携推進業務は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、居宅に関する医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進することを目的とします。

## 【事業の内容】

### (ア) 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業者等の所在地、連絡先、機能などを把握し、これまでに自治体などが把握している情報と合わせて、リストまたはマップを作成、活用する。

### (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策などの検討を行う。

### (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取り組みを行う。

### (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順などを定めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者の情報共有を支援する。

### (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センターなどからの在宅医療、介護に関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整、患者・利用者または家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。

### (カ) 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワークなどの研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催などを行う。

### (キ) 地域住民への普及啓発

在宅医療・介護に関する講演会開催、パンフレットの作成・配布などにより、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

### (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

複数の関係市区町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

## 「在宅医療・介護連携推進事業」とその担い手

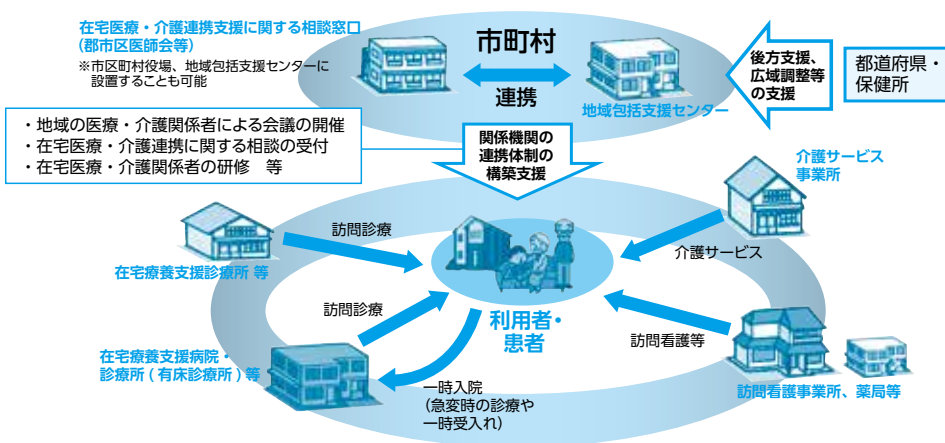
「在宅医療・介護連携推進事業」は、市町村自治体と郡市医師会を中心とする地域の医療・介護に関わる事業所などの協働が不可欠です。

今までの枠を取り払っていく事業ですから、2011(平成23)年から全国で行われている「在宅医療連携拠点事業」モデル事業を見ても、決して楽なものではありません。医療機関などに委託をする際には、大きな労力と負担が生じることを理解していただくように努める必要があります。自分たちの管轄外だからと医療機関に委託するだけでは、持続した事業になりにくいともいえます。医療機関と連携を取りながら、積極的に自治体が動いていくことを前提としていただきたいと思います。

また、本事業による負担を1つに集中させることを避けるために、取り組みを分割してさまざまな地域の機関に委託することも、あまり得策ではありません。「在宅医療・介護連携推進事業」の具体的な8つの取り組みは連動して動いており、取り組み自体が分断されることで円滑な連携の活動が実際には進めにくくなるのが予想できます。

これは地域の「人と人をつなぐ事業」ですから、現実的には「仕組み」だけでは解決できず、その間に仲介する「人材」が非常に大きくなります。地域のさまざまな方を巻き込んだ上で、連携の軸となるキーマンを明確にし、継続的に関わっていただくことで事業体制を強化していくことが大切だと考えられます。

図3) 在宅医療・介護連携推進事業



(出典:平成27年3月 厚生労働省老健局老人保健課「在宅医療・介護連携推進事業について」)

## □ 市町村における担当課について

---

事業の円滑な実施のためには、市町村自治体の中に在宅医療・介護連携の推進に関する担当部署を決定することが大切です。

従来の地域包括ケアシステムの体制構築において中心的な役割を担ってきた介護保険担当課が所管する方法もあれば、改めて地域包括ケアシステムや在宅医療推進を所管する部門を新設する方法もあるでしょう。どちらにしても介護保険担当部局がこの事業の実施主体となった際には、医療について馴染みがないと思われるので、医療関係機関との関係が深い保健所管部局や国民健康保険担当部局などの協力は不可欠になると考えてください。

また新たな業務ですので、担当者の育成や組織としての知見・ノウハウの集積のため、十分な体制の構築や異動時の配慮が必要だと思われます。

## □ 郡市医師会との協働

---

在宅医療の推進、在宅医療・介護の連携を進めるためには、在宅医療の中心的役割を果たす医師の団体として郡市医師会との協働関係の確立は大変重要です。他の職能団体との調整に先立ち、医師会との協働を進めることが重要です。

郡市医師会の在宅医療の推進を担当する役員の方などに、自治体としての政策を十分説明した上で、活動への参加とその進め方について丁寧に調整を進めましょう。また委託する場合にも、市町村自治体が全体の取り組みを管理調整するようにしてください。定期的な会合の開催などを通じて、郡市医師会と市町村が現状や課題を共有し、日常的に相談のできる関係を確立することが望ましいと思われます。

## □ 地域包括支援センターの位置づけ

---

「地域包括支援センター」は、介護保険法における地域包括ケアの中心的機関であり、専門職が配置されていることから、『医療』との連携強化においても、実務的な役割を担うことが期待されています。

「地域包括支援センター」と、「在宅医療・介護連携支援に関する相談窓口」は共に相談窓口として連携しますが、その対象者が異なります。「地域包括支援センター」は住民の各種相談を幅広く受け付けますが、「在宅医療・介護連携支援に関する相談窓口」は原則として在宅医療・介護の多職種・組織の相談を受け付けます。相談窓口は、介護の拠点としての「地域包括支援センター」と緊密な連携を図ることが大切です。

## 「地域を設計する」役割が必要

専門職やワーキンググループなどが動き出すと、それぞれが目の前の作業に手一杯となり、自分たちの目標を達成することだけに集中しがちです。特に広いエリアで活動する場合は、さまざまな事業所や職種が重層的に会議や取り組みを行うことになり、バラバラで動いている担当者は全体の動きが見えなくなります。

誰か事業全体を俯瞰しながら、人員の効率的な配置や活動展開を助言する役割が必要です。全体を把握し、取り組みの設計や進捗管理、全体把握する役割の人材は最初に獲得しておく必要があります。この人材は、地域の在宅医療・介護連携の体制を設計する役割といってもいいでしょう。

この人材は医師会や自治体などの特定の事業体に所属している必要はありません。必要な要件は、地域のさまざまな事業体や人材にアクセスできるノウハウを持ち地域のヒューマンネットワークを獲得できる人材、もしくは獲得している人材であることです。業務の内容から考えると、論理的な思考、明確で端的なプレゼンテーション能力、ストレス耐性が求められるでしょう。ちょっとした変化や違いに気づける感性を持つ、いわゆる「気が利く人」というのも重要な要件になるかもしれません。

全体を把握しながら「教育」「指導」「調整」「ブレイン」的な役割を担うことになるので、ひとりだけに担わせる必要はありません。こうした能力を持つ人材と密に相談連絡報告ができる環境をつくるのが大切です。また、こうした人材に役割と権限を与え、地域で動けるようにバックアップすることも重要です。

### 重要なポイント!

この事業は、建物を建てたり、目に見えるものをつくる事業ではありません。「人と人とのつながり」とその「相互支援作用が生まれること」が成果となります。そのため、人材が最も重要な「資源」なのです。「人材は3年かけて育てる!」という意識で、地域全体で長い目で育成してください。

自らが学び、考え、相談し、興味を持って初めてのことに真摯に取り組める人づくりと環境づくりがカギとなるでしょう。誰かひとりにすべての仕事を任せたり、地域全体が誰か一人を頼り切ってしまうように関係者全体が配慮しましょう。

## 事業の中核を担う人材に留意してほしいこと

- 他地域の視察訪問を積極的に行いましょう。  
(事前に予習をしてから訪問するとさらに学習効果が高まります。  
早めに相手側の都合を聞き、視察の人数なども十分考慮してください。)
- 視察から戻ってきた後は、必ず収集した情報を整理しましょう。
- 講演などに他地域の方を招聘して、刺激を受けましょう。
- 異なる分野の方など新しい目線や空気を感じられる交流機会をつくりましょう。
- 地域の中で、顔の広い人材を見つけましょう。
- 名刺をたくさん用意し、自己紹介や事業の紹介ができるようにしましょう。
- メールアドレスをつかって、相手方からアクセスが取りやすい環境をつくりましょう。
- さまざまな連携の相手に対して感謝を伝えましょう。



### 残念な実践から学ぼう！

#### 他地域から優秀な医療系の人材を雇用したが…

事業の中核的な存在として他地域から医療系の優秀な人材を呼んで雇用しましたが、地域の事情がわからず活動が長期間停滞してしまいました。地域のヒューマンネットワークを把握する人材は必ず配置する必要があるでしょう。

#### 事務局内の人間関係が崩れて…

複数名の人材を雇用したところ、現場経験に差がありすぎて、事務局内での人間関係構築が難しくなっていました。それが事業に関係する他機関にも知られるところとなり、地域の連携体制にも悪い影響が出ました。

#### 医療現場経験は豊富なだけけれど…

地域のことを知る現場経験の豊かな方に来てもらいましたが、パソコン操作やシステムに関する基礎知識がなかったことが配置後に判明。新たに事務補助の方を雇用するまで事業が動き出しませんでした。

#### 行政担当者が異動して…

行政を中心に、地域の各事業体との円滑な人間関係と連携体制が構築されましたが、行政担当者が異動することになりました。新任の担当者が新たな情報収集や人間関係を構築するためだけに、1年ほどの期間を要しました。異動することを想定して、文書だけではなく写真やビデオなどの資料を保管して、共有できるように心がけることも有益です。

## 「在宅医療・介護連携推進事業」のカギ

今まで「福祉・介護・保健」の政策は市町村自治体が主体となって、住民の生活を支える地域のセーフティーネットとしての仕組みを改革しながら進めてきました。

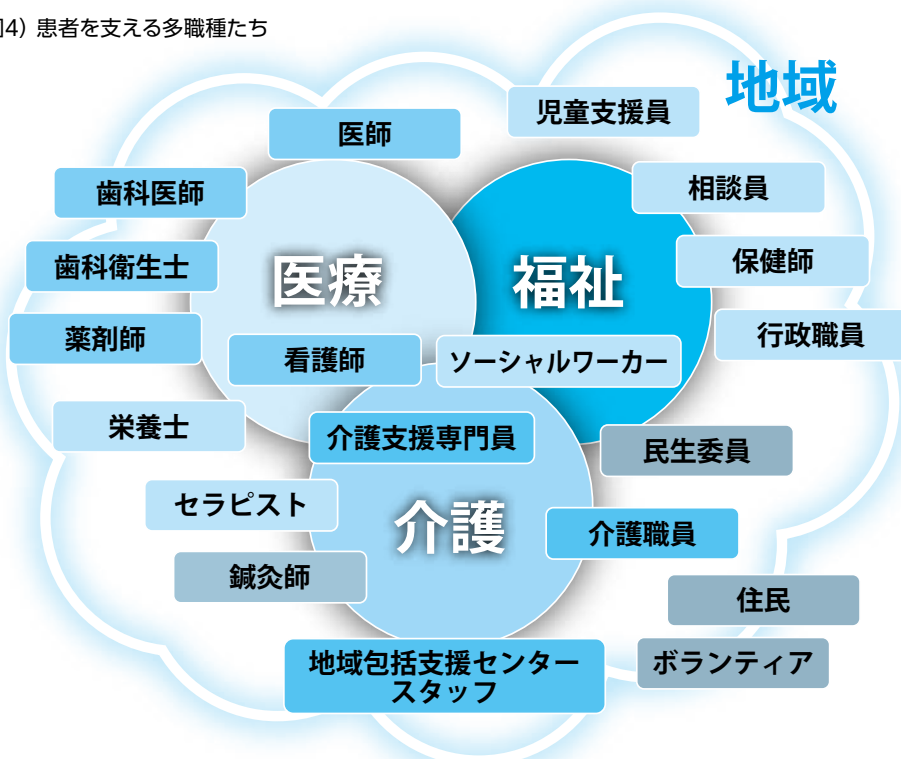
一方、「医療」は都道府県自治体が主体となり、二次医療圏レベルで保健所を出先機関として医療行政を進めてきました。

しかし、ひとりの高齢者について考えてみると、生活の中に「医療」と「介護」あるいは「福祉」の区別などは存在せず、それらすべてが必要不可欠なものです。そしてさまざまな職種の人たちがひとりの患者を支えているのです。これらの職種が切れ目なく連携してはじめて、ひとりの高齢者を支える地域をつくることのできるのです。

こうした発想から生まれている「在宅医療・介護連携推進事業」ですが、この事業は市町村自治体主体の介護・福祉の政策改革によって、在宅医療・介護の連携を進めようとしています。つまり、市町村自治体では今まで管轄外であった「医療との連携」を進める必要が発生します。

この事業を推進していくためには、市町村が医療の中立機関を設置するか、もしくは地域の医療と強固な連携体制を組む必要性があるでしょう。

図4) 患者を支える多職種たち



ここで地域の医療と福祉や行政のつながりを立体的に考えてみましょう。

今まで行政が下支えしてきた部分と、医療が高まりながらつくってきたチーム医療体制と、そしてそれらを繋いでいる地域の緩衝となる存在が、どんな地域でも必ずあります。図で考えてみると、下のようになるでしょうか(図5)。この両方に関わる存在を見つけて明らかにし、チーム医療体制の活性化と、セーフティーネット強化のために尽力してもらう必要があります。図5の上を縦に伸ばし、下の部分を上に引き上げていくイメージです。その役割を担うことが、この事業のねらいといえるでしょう。

図5) 地域包括ケアの中で活動する事業体の位置づけと繋がり 概念図

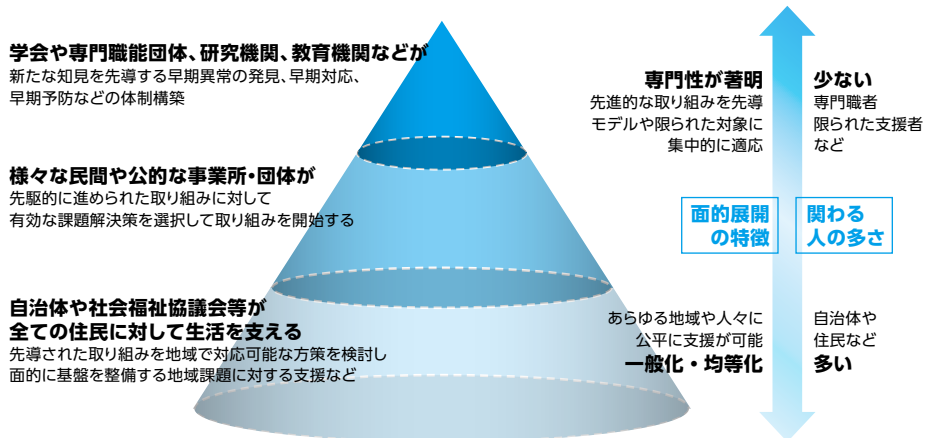
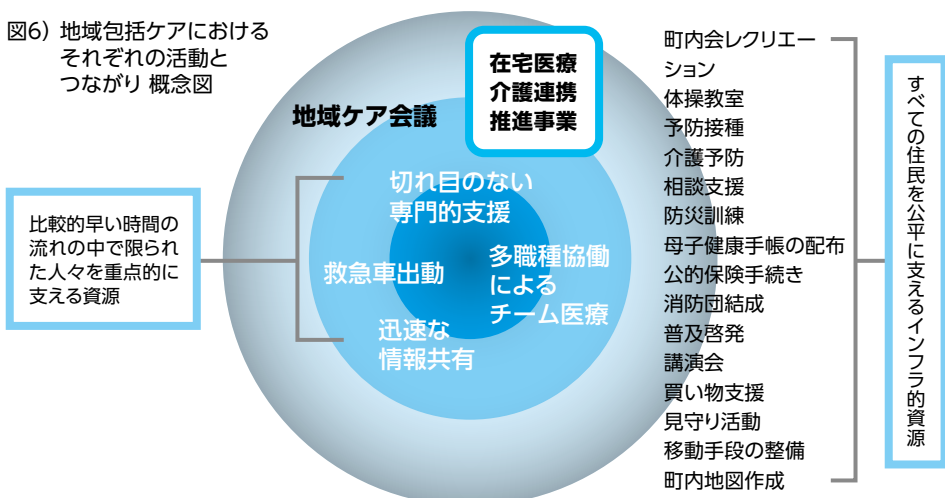


図5を上から見て、それぞれの資源や役割を示すと図6のようなイメージです。

図6) 地域包括ケアにおけるそれぞれの活動とつながり 概念図







第3章

**在宅医療・  
介護連携推進事業**

～8つの事業のポイントと留意点～

# ア. 地域の医療・ 介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所などの住所、機能などを把握し、  
これまでに自治体などが把握している情報と合わせて、  
リストまたはマップを作成、活用する事業です。

## 事業の目的と概要

この地域が医療や介護が必要になっても安心して暮らしていける地域なのかどうなのか。  
現在の地域の医療・介護サービス資源を可視化し、現状を把握した上で課題を見つけるた  
めに実施する事業です。具体的には、

1. 地域の医療機関、介護事業者などの所在地、連絡先、機能などの情報収集
2. 地域の医療・介護の資源のリストまたはマップの作成と活用  
を行う事業となります。

地域の医療・介護連携の現状を把握することで、現在地域に足りない資源や、足りないサ  
ービスが見えてきます。これは医療・介護関係者の連携支援に関する施策の立案などに活  
用してください。それらは地域の明確な課題です。地域の課題抽出会議などで、話し合い  
のきっかけにもらいたいリストともいえます。またリスト化により、地域の医療・介護関  
係者が、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようになります。

また、団塊の世代が後期高齢者となる今後は、現在よりも地域住民の情報リテラシーが高  
まってくと想定できます。そのため、住民が地域の資源にアクセスすることができよう  
に冊子やウェブなどで情報公開しましょう。地域の在宅医療の情報は、広く知られていない場  
合が非常に多くあるようです。在宅医療を知らないまま、施設入所か、受け入れ可能な医療  
施設に入るしか選択肢がないと思い込んでいる住民も少なくありません。地域の現状を発  
信することで、住民の在宅医療を選択することに対する意思決定の判断材料としてもらうこ  
とができます。

## 具体的には以下のような活動となるでしょう。

- ・ 既存の情報などを参考に、地域の医療・介護情報の把握事項と方法を検討する。
- ・ 検討した上で医療機関・介護事業者を対象に調査を実施する。
- ・ 調査結果等をもとに、地域の医療・介護の資源の現状を取りまとめる。
- ・ 把握した情報をもとに地域の医療・介護関係者向けのリスト、マップなどを作成する。
- ・ 地域の医療・介護情報を提供する。
- ・ 住民に必要な情報を精査した上で、住民向けのリスト、マップなどを作成する。
- ・ 必要に応じて、市町村などの広報誌、ホームページに掲載する。

## 具体的な取り組みのポイント

### ●情報の回収は、できる限り対面で行いましょう。

「顔の見える関係づくり」の第一歩となります。詳細な情報の提供を求めると抵抗がある場合もありますが、リスト作成の目的なども伝えましょう。一方で、回答者の負担などを考慮し、項目を限定して調査することも大切です。また事業所側が伝えたいことや課題について、地域資源情報を管轄する側もしっかり受け止めていただきたいと思います。郵送やメールのみのやりとりは情報の回収率が低い傾向にあります。

### ●現在、どのような情報が流通しているか把握しましょう。

各地域で、すでに事業所リストやその提供サービス情報一覧などがあるはずですが、まずは地域の病院の退院支援室や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業者連絡会、地域包括支援センターなど生活者を支える地域の重要機関へ出向き、現在流通している情報を把握しましょう。地域の支援が必要な方を支える上で、どのような情報が欠けているのかを見つけ出すことができます。

### ●関係者間でさえも把握しにくい情報に注目しましょう。

すでに流通している情報よりも、流通していない情報を広く流通させることが大切です。関係者の聞き取りから、関係者間でさえも把握しにくい情報を見つけ、その点に注目して地域の資源情報の把握を進めましょう。

### ●必要に応じて情報提供依頼文を発行してもらいましょう。

特に事業を委託した場合、関係が疎遠な事業所からの情報は集めにくいことが考えられます。市長など首長から、あるいは医師会・歯科医師会などから情報提供依頼文を発行したことで、情報を円滑に集められた例もあります。

### ●更新しやすい掲載方法や情報発信方法を検討しましょう。

特に介護サービス事業所の情報は、多くの地域で非常に速いスピードで変化しています。そのことを踏まえながら、情報の更新方法、掲載方法、情報発信方法を検討しましょう。

### ●収集した情報の放置と抱え込みを行わないようにしましょう。

情報は活用されて初めてその価値を持ちます。事務局が集めても、特にリスト作成に使わない情報は放置される場合があります。しかし、地域の課題解決に重要な情報も含まれているはずなので、なんらかの形で共有するようにしましょう。

## 事業を行う上での留意点

●地域資源マップは、地域の資源を可視化するためのきっかけとなる情報の1つに過ぎません。それだけで地域が変わるわけではないことを十分に理解し、資源マップを制作することが目的・目標にならないようにしてください。**何のために地域資源を把握し、何のために資源マップを作成するのか。住民目線を忘れずに、目的を十分に検討・共有**した上で実施してください。

●**リストを集め、可視化していくプロセスが重要**な事業です。ウェブのビジュアルや発信する方法も大切ですが、美しく仕上げることに手間や予算の比重をかけすぎないことも大切です。

●**地域の承認を受けて、管轄地域全体を公平に対象としましょう**。協力を得られていない地区などが存在すると、その地区に居住する住民が情報を活用できません。自治体のミッションとして、管轄する地域の情報を公平に把握しましょう。

●地域資源が過密化している都市部では、一斉に医療・介護の情報把握を行うと、その作業のみに大量の時間と労力をつぎ込む必要が生じます。そのような場合は、**地域の在宅医療における課題を把握してから、課題に優先順位をつけましょう**。

例)「在宅医が地域のどこにいるのかわからない」→在宅医のリスト化

●このリストやマップを以下のような視点で読み、課題解決の方策が取られると、さらに有意義なものになっていくでしょう。

- **足りないサービスを補うために、医療・介護・福祉の各関係者がどのように連携を取っていくか。**
- **現在足りないサービスを提供可能にするため、地域でどんな研修や勉強会などを実施すると良いのか。**

● **情報は変化していくので定期的な更新が必要です**。また活用状況のヒアリングなどによって、更新時には情報の項目変更などを行う必要があります。

## 残念な実践から学ぼう！

### 印刷会社に一括委託で、きれいに仕上がったけれど…。

資源マップを印刷会社などの業者に一括委託し、作成した地域もあります。業者は情報を集めて処理することに長けていますので、きれいな資源マップやリストが完成したでしょう。しかし、これは「顔を合わせる機会」や「連携の機会」を喪失していることを意味します。「リストの作成」は、忙しい事業所に訪問して、現状や課題をヒアリングするためには有効な理由となります。資源マップ作成を、地域の課題解決のためのきっかけの一步として、連携を深めてください。

### 「なぜそんな情報を出さなくてはいけないのか！」

質的データの中でも、特に「できないサービス」の情報収集や一般公開に抵抗を示す医療・介護関係者もいます。何のために情報を収集して活用したいのかを、収集時に明確にして行うことは大原則ですが、強引に進めると互いの信頼関係を損なう可能性があります。地域の中で今まで流通しなかった情報は何故、流通しなかったのか、そこには理由があります。その理由を事前に把握し理解した上で、情報を提供する側に著しい不利益が生じないような方法で、情報の活用を決定していくことが必要です。また、ホームページなどで一斉情報公開することで、問い合わせが集中しても困るという戸惑いもあるかもしれません。情報を提供することに慣れてもらえるように少しずつ公開範囲を広げていく方法もあります。

### リストはできたけれど、やっぱり今までの関係?!

ケアマネジャーの中には対象者の医療ニーズに応じた調整の重要性を知らずに、自分が一緒に仕事をしやすい訪問看護事業所などを選択している方もいるようです。対象者によっては、病状に応じた専門看護師や認定看護師がより良い支援を提供できる場合がありますが、リストを渡しただけではそれは伝わりません。今までと同じ関係性が続くだけです。リスト配布だけでなく、医療の質や専門性についての研修や、相談できる環境が構築される事も大切です。

## 事例①

# ウェブ上のサービスなどを使って 一般の人も見やすいマップを作成。



地域の医療機関・介護事業所などを洗い出し、住所や機能などを調査し、これまでに自治体などで把握されている情報と合わせてマップを作成。地域の医療・介護関係者や住民に広く公開を行いました。

マップの作成には、住所を打ち込めば地図化できる既存のウェブサービスを利用。あまりコストをかけないようにしました。きれいなウェブよりも、この事業を行うことで地域のサービス資源が一体になることが大切です。ウェブにすることで、すべてのヒアリングが終わらない未完成な状態でも、少しずつ公開することが可能となります。また今後、情報に変化があった場合でも、ウェブ上なので簡単に情報が更新できます。次年度以降も情報を少しずつ足していき、医療と介護のバラバラとした情報を、ここで一元化していく予定です。

### ●成功のポイント

- ・使いやすい無料のウェブサービスを使い、手間と費用の削減ができた。
- ・ウェブでデータを管理することで、情報更新が楽にできる。

## 事例②

# ケアマネ目線で、知りたい項目を一覧化してリストを作成。

医師会が主体となり、介護側や各事業所単独では難しい在宅医療に関するほとんどの医師会員の情報を収集しました。

情報収集の項目は、そのリストを一番使用するケアマネジャーに意見も聞きながら、ケアマネ目線で作成。これを機会に「ケアマネタイム(医師の業務中におけるケアマネジャーとの連絡が容易な時間帯)」という言葉を使い、その時間を各医師に設定してもらっています。また、双方の情報交換ができる関係をつくるにあたって、医師が連絡を取りやすいツール「電話・郵送・FAX・電子メール」についても書いておくことで、より容易にお互いの情報交換を進めることができます。

情報公開にはウェブも使用していますが、介護スタッフにはアナログ媒体を好む人も多いため冊子も作成。情報の頻繁な更新は、ウェブ上で行っています。医師会が主体となりながらも、使う側の介護スタッフ目線で情報を発信しているので、現場でも使用しやすいリストとなりました。

◎◎診療所 (開設日:平成◎年◎月)							
所在地				院長名			
TEL				e-mail			
FAX				ホームページ			
診療科	内科・小児科						
診療日	月曜日～金曜日			診療時間	9:00～12:00		
訪問診療日	月曜日～金曜日			訪問診療時間	14:00～17:00		
訪問診療	している・・・〇〇人 / 週						
往診	対応している・・・〇〇人 / 月						
在宅療養支援診療所の届け出	している						
担当者会議への参加について							
面談等が可能な時間帯	曜日	月	火	水	木	金	土
	時間帯	16:00～17:00	16:00～17:00	16:00～17:00	16:00～17:00	16:00～17:00	×
診療所のPR等							

### ●成功のポイント

- ・医師会が主体になることで、医師会員の情報が迅速に収集できた。
- ・使用するケアマネジャー目線で、情報収集項目を決定した。
- ・「ケアマネタイム」という概念を医師に意識させ、浸透させた。
- ・資源の状況を評価しながら情報を更新し続けている。

# イ. 在宅医療・介護連携の 課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者などが参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策などの検討を行う事業です。

## 事業の目的と概要

地域によって、在宅医療・介護連携についての課題は異なります。高齢者の人口割合、事業所や病院の有無、介護を担う若手人材の割合…、自分たちの地域だからこそ課題があるものです。さまざまな事業を行う前に全員で課題を出し合い、確認し合い、課題解決のための対応を協議することが大切です。

この事業は、地域の医療・介護を支えるあらゆる関係職種や人材を一同に集め、在宅医療と介護が連携して地域を支える仕組みをつくるための意思決定と設計を行うものです。地域に働きかけて話し合いに参加するメンバーを集めることからスタートしますから、初めてこの事業を行う自治体では、まずは「顔の見える関係づくり」が大切になります。

医療・介護関係者が集まる会議の前に、まずは地域の医療および介護の提供状況((ア)の結果)、在宅医療・介護連携の取り組みの現状を踏まえ、連携の課題(情報共有のルール策定、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築、主治医・副主治医制導入の検討、医療・介護のネットワークづくり、顔の見える関係づくり、住民啓発など)を抽出し、対応策について検討をします。その上で、現場の方々に協議してもらいましょう。

取り組みを進めるならば、自治体の責任者にもこれらの取り組みについて理解してもらう必要があります。最初の会議や節目の場には、首長の同席などがあると、関係者の士気が大変高まるでしょう。

### 具体的には以下のような内容となるでしょう。

- ・事務局となる機関をつくる。
- ・会議の参加者、位置づけ、検討項目を決定する。
- ・市町村で医療・介護連携についての課題を出し、対応策を考える。
- ・会議で課題の把握と解決策の優先順位を決定する。
- ・市町村レベルでの課題解決の方向性に対して協議する。



## 具体的な取り組みのポイント

### ●会議の開催は「目的」ではなく、「手段」です。

現場の方は、忙しい時間の合間を縫って出席します。「この会議によって地域の課題解決への意思決定が進む」「地域に自分の意見が反映される」という実感が持てなければ、次第に会議への出席者は減っていき、継続が難しくなります。

### ●要項を準備しましょう。

会議の詳細については必ず要項を準備し、自治体の長の承認と協力をもらいましょう。けれども、会議を継続していくことで会議の役割も変化していきます。必要に応じて要項も改定できるようにしておきましょう。

### ●開催日時の調整は重要です。

日程の調整については、必ず丁寧に時間をかけて行いましょう。開業医など医療関係者の多くは決まった診療時間があり、土日、もしくは夕方であるほうが会議には参加しやすいはずですが、一方、行政関係者や介護福祉関係者はシフトを使って時間調整が可能な人も多く、平日のデイトイムのほうが参加しやすいようです。参加者が偏らないように日程の調整を行う必要があります。

### ●出席者の選出と依頼は関係機関と相談しながら行います。

地域の医療・介護連携のキーマンには、個別に出席依頼をしましょう。その場合、複数の担当課で話し合い、今後の地域の方向性を見通してなんらかの取り組み実績がある人や団体を選定することが大切です。出席を依頼する場合は、出席者の責任を明らかにし、公的な用務として位置づけるために依頼状などを用意することが望ましいです。こうした協力依頼は出向き、対面で自分の言葉で行いましょう。また、今までの連携事業の経験がある方がいれば、人選における助言を得ることも望ましいです。

### ●場所はできる限り役所など公的な場で開催する。

### ●会議の情報はできるだけ公開する。

会議での議事録や資料などは、できる限りホームページや自治体報などで情報公開しましょう。住民のニーズがあれば、傍聴者の受付も望ましいです。

### ●事務局は会議の場づくりをする。

事前の資料の作成、名簿の作成、次第作成、司会や書記、タイムキーパー、会場運営などの役回りを事務局が決めて進める必要があります。協議の前に、資料や議題を参加者に連絡することも円滑な協議のために重要です。

## 事業を行う上での留意点

●地域ケア会議やサービス担当者会議など一部既存の会議に機能を追加することもできませんが、すべてをそうすることがいいわけではありません。また**回数も多ければ多いほどいい、というものでもありません。**

●継続的に進めていくためには、有効な取り組みを継続させる仕組みをつくるのが大切です。**「1年目」「2年目」「3年目」と協議の場の役割変化の設計を事前におさまじょう。**最終的には地域の取り組みや達成度合いを評価・確認し合い、地域の方向性を刷新していく場となっていくことが期待されています。**話し合うだけでなく、地域を指揮し動かす機能を持たせるようにしましょう。**

●1年目に大切なことは、**地域課題の解決に関する意思決定などが「今後、全員総意のもとで進められる」**ということが関係者に浸透していくことです。

●自治体が大きい場合は、**現場の意見を出し合って具体的な課題と取り組みを決定していくワーキンググループと、それを承認していく上位部会をつくる**などの工夫もできるでしょう。その場合は、特に上位部会については、地域の医療・介護関係者から均等に出席を得られるようにメンバーをコーディネートする必要があります。各業界の有識者だけで構成するよりも、具体的な活動につながる地域の代表者であることを踏まえて選定しましょう。

●自由に意見が言える場でありながら、**オフィシャルな地域の意思決定の場である**ことも参加者には意識してもらいましょう。会議の機能や必要性を定期的に見直し、会議フローの評価と再編をすることも必要です。

●この会議の場が以下の役割を持つようにしていくと、会議がさらに有意義なものになっていくでしょう。

- ・各団体や職種の**取り組みの進捗管理を行う。**
- ・失敗や成功も含め各取り組みに対して**評価する。**
- ・それぞれの取り組みの結果、**変わっていく地域に合わせ、今後の市町村レベルでの地域包括ケアシステムの評価・検討を行う。**

## 残念な実践から学ぼう！

### 早さにチャレンジ?! 1時間で10個の議題

1時間という短い時間で、10個以上の議題の検討を行う地域がありました。それだけ詰め込んでいれば、その中身は報告と簡単な質問の場となり、具体的な検討は難しいことはわかっていたはずですが。行政主導の「協議会」はそのように運営されることも少なくないのかもしれませんが、本事業は地域の多職種の総意による課題抽出と対応策の検討を行うことが大切です。一度の会議では論点をいくつかに絞り、検討できる時間を設けましょう。

### 長老たちだけを集めたシャンシャン会議

すでに子ども世代に実務を任せているようなメンバーを集めて、ひたすら過去の自治体の活動を報告。地域の状況も変わっているので、なかなか現在の活動イメージや課題が共有できません。こういう場合もひたすら報告と簡単な質問で終わってしまう場合が多いようです。もちろん今は第一線を退いた人材であっても、地域に大きな力を持っている人も少なくありません。そうした人たちを集めながら適切に運営するためには、現役メンバーを集めたワーキンググループを立ち上げましょう。課題の抽出や活動の具体的な策定・進捗管理や評価は現場の人たちを集めたワーキンググループで行い、上位部会は、報告と承認のためだけの場として設置。組織の役割をきちんと区分けすることで、効果のある協議会運営ができます。

### 行き先知らずのミステリー会議

目的を明確に語らないまま参加者を集めていました。「なんだか上から行けて言われたから」と、集まってきたメンバーは、最初から会議への意欲に欠けています。地域住民の生活の質を左右する重要な意思決定の場であるにも関わらず、その意味が明確に伝わっていないのです。これでは「時間の無駄なことをやり始めた」という印象を参加者に植え付けることとなります。そのようなスタートだと「一度義理で出たから、次はもう必要ないな」と判断され、今後の取り組みに協力を得られにくくなります。事前の準備や挨拶訪問による説明、資料の提供、適切な進捗が重要となります。「滞りなく会を開催し終了する」ことに重きを置いてしまう担当者もいますが、大切なことは「開催して何を行うか」です。「今回の協議会は何のための会なのか」を毎回考え、適時、会のメンバーを入れ替えたり、時間を内容に応じて変更するなどのアレンジを行うことも必要でしょう。

## 事例①

# 地域の既存ネットワークを活かしながら 大学という第三者も含めて パワーバランスを整える。

### 地域包括ケア推進協議会

在宅ケア体制の構築の推進方策について進捗管理・調整・指示を行なう。

構成メンバー: 医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護事業所連絡会・介護事業者団体の役員、大学、民生委員の代表、行政

### 多職種連携部会

多職種連携における課題抽出・対応策を実行する。

構成メンバー: 医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、介護事業者団体、介護支援専門員団体、社会福祉協議会、地域包括支援センター、行政

### 医療・介護連携検討ワーキング

在宅ケアにおける連携体制の強化

### 生活支援・見守り支援ワーキング

高齢者世帯への見守りを兼ねた先進的サービスの普及・拡大

### 住民啓発部会

地域の在宅ケア状況や市町村単位の医療・介護データの分析にもとづく健康づくり活動の紹介、在宅ケアに関する不安の解消など、住民が在宅ケアについて自発的に学び・理解を深める普及啓発活動を推進する。

この地域では介護保険の認定審査などを通し、介護保険者と医師会の医師たちとの「顔の見える関係」はすでにありました。そのつながりを活かしながら、地域医療の検討の場「多職種連携部会」と、そこで出された提案を決定・管理する「地域包括ケア推進協議会」を立ち上げました。行政側は、各分野のキーマンに連絡するだけで、それぞれが連絡を取ったり、研修会や会議の場で「多職種連携部会」についての広報をしてもらうことができました。

しかし、既存の人間関係は、上下の関係も固定化しているものです。「地域包括ケア推進協議会」には、あえて第三者である大学関係者にも参加してもらい、既存の医療・介護のパワーバランスに変化を与えることができるように工夫しました。行政が中心に入り、行政の施策を支援する医療と介護というスタンスにすることで、どちらかが中心になることを避けました。

一方、「多職種連携部会」は、「顔の見える関係」の構築を第一の目標にして活動。その中で「医療・介護連携検討」「生活支援・見守り支援」などの各ワーキングを運営し、より具体的な方策や活動ができるようにしました。また、最初に各会の目的を設定していくことで、活動評価が容易となりました。

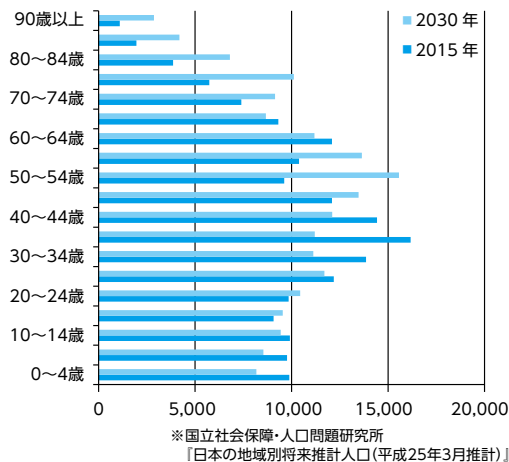
### ●成功のポイント

- ・ 協議する部会と、管理・調整する部会など、階層化させながら実働できる体制づくりを行った。
- ・ 会の目的を明確に設定した。
- ・ 医療と介護だけでなく、大学や行政が入ってパワーバランスを取った。

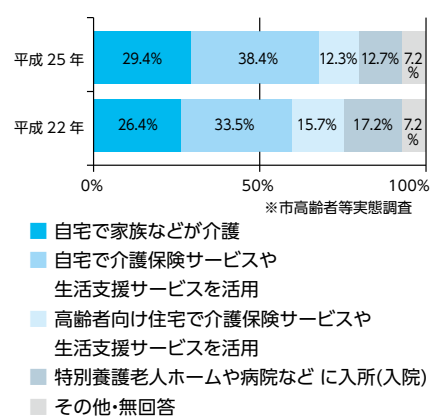
事例②

## 行政が地域の医療が抱える課題資料を 事前に作成し、 会議への出席を促す際に使う。

■ 市が直面する高齢化の状況  
〈市の年齢別人口推計〉



■ なぜ在宅医療か(高齢者等実態調査から)  
〈介護を受けたい場所〉



●使用した統計データ

- ・ 地域の現在の人口構成(高齢者数・高齢化率)
- ・ 特に高齢化率が高くなる地区の情報
- ・ 75歳以上の人口の今後の推移
- ・ 地域の病床利用率
- ・ 現在の地域の在宅ケア体制と課題 など

この地域は、協議会に参加してほしいメンバーに資料を持って事前に説明に行き、協議会の意義を伝えました。高齢者数や高齢化率、人口構成などの地域の実情データと、その情報の分析、未来の推計など正確な統計データを活用して資料を作成。こうした事前資料があることで、参加者は会議の目的を理解し、課題や解決策を考えて参加してくれるようになります。

このような地域全体を網羅するデータは自治体しか持っていません。縦割りが強い自治体では、同じ自治体内で管轄するデータであっても他部署は活用できない場合も少なくはありませんが、この事業は行政が医療・介護の連携を促す事業です。行政が連携することから始まるのかもしれませんが、まずは他部署の方々にこの事業を理解してもらい、自治体の持つ情報資源をフル活用しましょう。

また、各自治体がすでに行っている「地域包括ケアシステムの方向性」とその課題を事前に発信することで、職種や地区などの偏りなく同じ目線を持って参加していただけます。

●成功のポイント

- ・ まずは行政が連携、多部署からのデータを収集して地域の実情データをとりまとめる。
- ・ 連携会議への出席を促すために、行政が把握している実情を伝える。

# ウ. 切れ目のない在宅医療と 介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要な具体的取り組みを企画・立案する事業です。

## 事業の目的と概要

医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と介護が切れ目なく提供される地域の医療・介護連携体制の構築を目指した取り組みを行うことを目的としています。

在宅医療の現状では、一部の熱心な事業所が存在していますが、在宅医療を希望すればすべての地域で同じように受けられるという体制には至っていません。また高齢の心肺停止患者が、看取りのために救急車で急性期病院に運ばれる例も増加しています。それによりベッドが満床となり、本来の急性期病院の役割が果たせなくなってしまう場合もあります。在宅医療の提供体制が整っていれば、看取りのために急性期病院に行く必要はありません。在宅医療の体制を整えることは、地域医療の核である病院にとっても重要なことなのです。

2013(平成25)年度より医療計画に「5疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)」「5事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療)」、および「在宅医療」の項目が入ったことで、「在宅医療」は各都道府県が計画的に整備すべき医療分野となりました。しかし都道府県内でも、地域によって人口動態や在宅医療に関わる地域資源が異なります。市町村を核として、住民の生活を支える切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の整備が求められています。

### 具体的には以下のような内容となるでしょう。

- ・この事業のワーキンググループをつくる。
- ・地域に切れ目のない医療・介護体制を構築するための調査と分析を行う。
- ・切れ目のない在宅医療・介護体制の構築方法を会議で検討する。
- ・実現可能な計画を立案する。

## 具体的な取り組みのポイント

### ●地域の在宅医療・介護の提供状況について把握しましょう。

可視化されにくい情報(口コミ)も含め、現状を把握しましょう。

市町村が把握している既存情報や、(ア)のリストづくりなどで得られた情報などを活用して確認してください。地域で在宅医療・介護が切れ目なく提供されているか、切れ目があるのはどこのつながりの部分なのかを確認しましょう。

### ●体制構築のために必要な取り組みを検討しましょう。

地域の医療・介護関係者などの協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が提供されるために必要な取り組みについて検討しましょう。

なお、市町村などが、事前に把握した情報にもとづき、(イ)で設置した会議などを利用して検討していきましょう。

### ●数年かけた体制づくりを考えましょう。

検討した必要な取り組みについて、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で計画を決めていきましょう。地域の在宅医療リソースの増加支援(人材育成)と、効率的な提供の仕組み(体制構築)、そして医療の利用者である住民および介護福祉関係者への理解の推進(普及啓発)を同時進行で進めていかなければならない事業です。そのため何段階かに分けて、数年かけて体制づくりを行うことが良いでしょう。

### ●実現に向けた着実な進捗管理・振り返りをしましょう。

計画が立ったら、担当を決定して実現に向けた着実な進捗管理をしましょう。また体制についても定期的な評価や振り返りを行い、地域の必要性に応じて柔軟にあり方を変化させていく視点を持つことが重要です。

### ●切れ目のない在宅医療と 介護の体制構築ワーキンググループをつくりましょう。

病院・診療所・入所サービス・訪問看護ステーション・訪問介護サービス事業者など、体制構築の関係者となる人たちがワーキンググループをつくりましょう。当事者として、地域の「切れ目のない在宅医療と介護の体制」を検討していきましょう。

## 事業を行う上での留意点

- 切れ目のない在宅医療・介護提供の体制構築はもっとも難しい取り組みだと考えています。一部の医療従事者のみが頑張るだけでは、地域を支える継続的な医療提供体制にはなりません。**一部の医療者が疲弊しないですむような永続的な体制づくりが大切です。**
- 地域医療全体を俯瞰的な視点で見た在宅医療の体制構築は、**医療提供側が中心となるほうが円滑に進むでしょう。**
- 在宅医療を含めた地域医療を考える上では、**ケアマネジャーや保健所や保健センターとの連携も必要です。**
- 企業の大規模な社宅や寮・宿舍などが多数建設されている地域もあります。その場合は**企業内の保健室との連携も必要となるでしょう。**
- 過疎地域においては、医療提供側の「かかりつけ医」が相当高齢化している地域も少なくありません。急変時や夜間の対応は、地域の病院が最後の砦となる場合もあるでしょう。**病院や施設も含めて「急変時や夜間の対応」をどのように支えるのか、各地域の状況に応じて検討する必要があります。**
- 地域医療を守るということは、地域を支える病院を守るということも含まれます。**その認識を地元医師会と共有することが大切です。病院だけに、かかりつけ医だけに、と集中せず、負担を分配するという考えが大切です。





## 残念な実践から学ぼう！

### 【副主治医】にお任せできなくて…。

24時間365日を支えるために、何度も検討を重ねて「主治医・副主治医制」を地域で構築しました。しかし、近距離の先生同士「距離」を優先してマッチングを行ったことから、年齢差、専門分野の違いなどにより信頼関係を築くことができず、結局は機能しなかった地域があります。「主治医・副主治医制」を何のために導入するのか、本当に利用できるのか、負担の軽減になるのか、活用状況に応じて定期的に評価と見直しを行う必要があります。

### 高額なICTもコールセンターも機能せず…。

専任の保健師を置いてコールセンターを立ち上げ、在宅療養患者の急変時入院や退院へのサポート、また専門性の高い医師の派遣調整などを担うはずでした。しかし実際には、あまりコールセンターは活用されず、1年ほどで廃止となりました。

せっかく遠い地域から呼び寄せた保健師であり、高額なICTを活用したシステムを稼働させていたにもかかわらず、なぜあまり活用されなかったのか。どうやら関係者間での人間関係が、大きな要因であると推察されます。

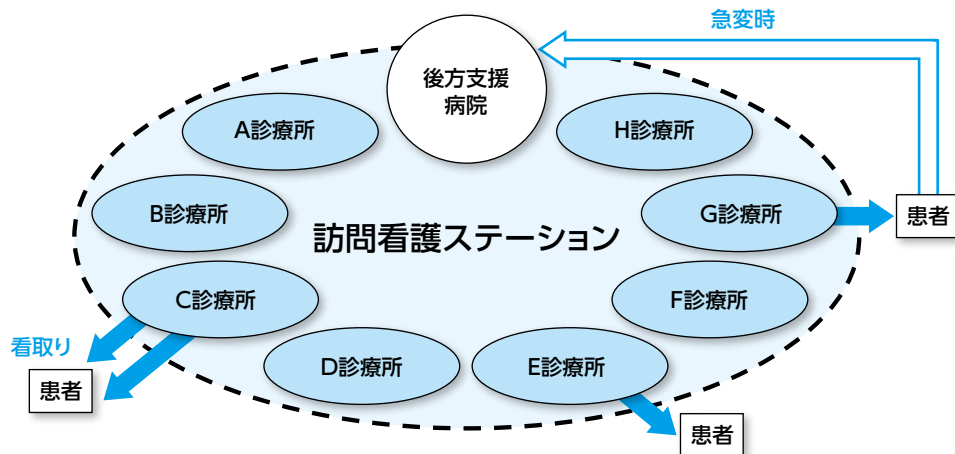
運用可能な、地域の要望に適応できる仕組み、かつ持続可能性や利用のしやすさ、関係者の信頼関係の熟成度を把握しながら、体制を考える必要があります。

### 急速に進めようとしたところ…。

今まで在宅医療と介護の連携の取り組みはあまりしていなかった地域なのに、急に「主治医・副主治医制」が提案されました。診療情報の共有などもあやふやなままだったので、特に医療者側から反発が出てしまい元の黙阿弥です。

## 事例①

# 在宅療養者の夜間・休日の急変は、 地域の後方支援病院がすべてバックアップ。



地元医師会内の診療所と病院が24時間の強化型連携を組んだ上で、夜間や休日は在宅療養後方支援病院がすべてバックアップするという地域があります。つまりは在宅療養後方支援病床を持つ医療機関が、連携の中に入り、地域の「かかりつけ医」の後方支援を行うわけです。「主治医・副主治医制」で考えると、連携病院が副主治医機能を担うモデルです。

唯一病床を持っている病院が連携拠点となり、最初から地元医師会との検討と調整の上で連携グループを構築し、このような体制が実現しました。

24時間365日体制の実現のために、当初から最終の形を描いて何年かかけて実現していく設計をしており、そのために必要な人材も集めています。

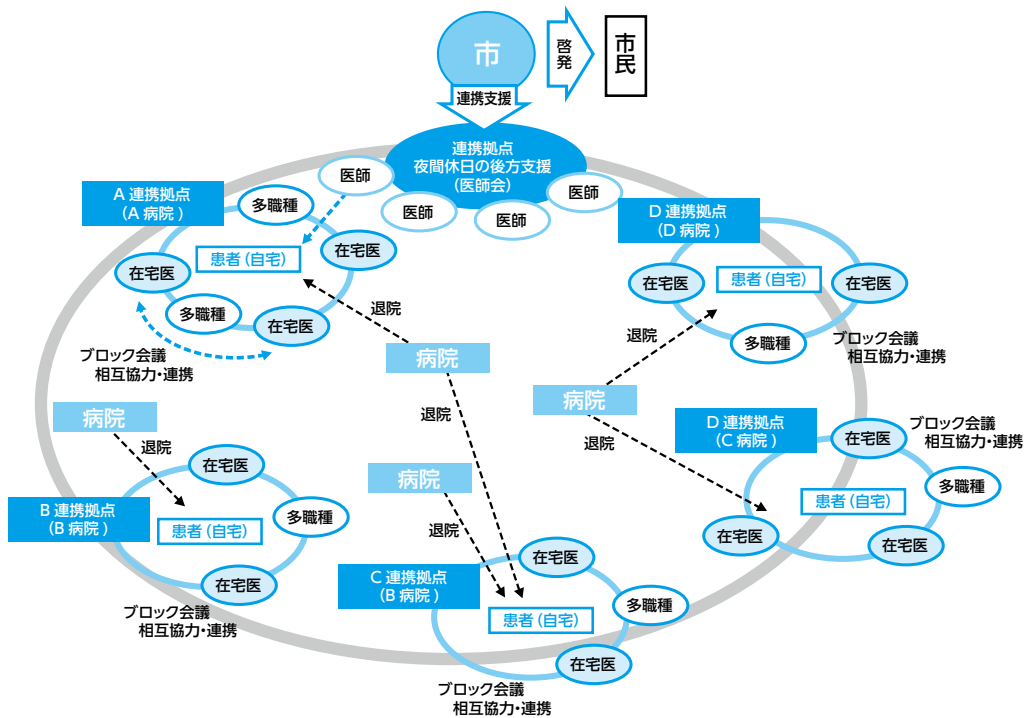
また、ある地域では有床診療所だけでなく老人保健施設が後方支援施設となり、医療介護福祉などあらゆるメンバーを巻き込んで24時間体制を構築しています。人材がいない、資源が少ない地域では、医療も介護も含めてハイリスク住民の問題はみんなで共有する意識が大切なのです。

### ●成功のポイント

- ・ 地元医師会と病院でうまく調整することができた。
- ・ 訪問看護ステーションがつなぐことで患者情報のやりとりなどもできた。
- ・ こうした連携の姿を何年も前から描いて人員体制をつくってきた。

事例②

## 若手勤務医を「副主治医」として かかりつけ主治医の負担を軽減する。



大きな都市を5つのブロックに分けて、それぞれの地元医師会内の診療所と病院が強化型連携を組んだ上で、夜間や休日は在宅療養後方支援病院がすべてバックアップするという地域があります。在宅療養中の患者・利用者についての急変時に主治医が行けなくても、診療してくれる医療機関が別にあるわけです。

この事例の素晴らしいところは、病院の機能をしっかり活かしている点です。

民間の力を活用しており、24時間365日稼働している病院を軸に地域の体制をつくることができます。また同時に、地域の病院の負担を吸収する(できるだけ速やかに地域が治療の終わった患者を在宅に引き取る)ことで、病院と在宅など地域との間にWIN-WINの関係が少し感じられ、互いに歩み寄って体制づくりが進められます。

### ●成功のポイント

- ・大都市だからこそ5つのブロックに分けた。
- ・在宅療養後方支援病院が地域での役割を果たした。
- ・病院と在宅で役割分担をしてWIN-WINの関係をつくった。

# エ. 医療・介護関係者の 情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する事業です。

## 事業の目的と概要

慢性期～急性期～維持期・回復期～終末期における対象者の情報を切れ目なく、地域の医療・介護関係者間で共有し、どのような状態になったとしても安定した支援を提供できる環境づくりを目的としています。独居であっても、認知症になっても、本人の意思の推定や考え方を尊重できるケアチームの体制づくり。こうした環境や体制づくりを支援する事業です。そのためには患者・利用者の情報共有が重要となります。具体的な事業内容は下記のとおりです。

### 1. 情報共有ツールの作成

### 2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

(※情報共有ツール:情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパスなど)

また今後、必要性が増してくるのは、地域包括支援センターや保健センターが持つ住民情報(独居・老老介護・認知症患者)、保健所が把握している難病患者の情報の共有です。社会的弱者の情報を多職種で共有することで、災害発生時などでも適切な支援を提供しやすくなります。

病院と在宅医の医療チーム間の医療情報共有、医療と介護の生活情報の共有、この2点の情報共有が大変重要なのです。

### 具体的には以下のような内容となるでしょう。

- ・情報共有のワーキンググループをつくり、検討会を開催する。
- ・共有する情報・方法・タイミングなどを検討する。
- ・情報共有支援体制をつくる。
- ・体制が整った後には、説明会などを実施する。

## 具体的な取り組みのポイント

### ●地域の利用者、患者支援の流れを関係者間で把握しましょう。

地域には、すでにさまざまな医療情報パスが存在しているはずです。できるだけ関係する職種すべてに声をかけて、情報の流れを大まかに把握することから始めましょう。

### ●患者支援における課題を集約し、 情報共有に関わる課題をピックアップしましょう。

地域連携会議などで出てきた課題の中から「情報共有にかかわる課題」をピックアップしていきましょう。

### ●抽出された課題の解決方法を検討しましょう。

すべての場面で活用できるもの、と考えていくと本来の課題が置き去りになりがちです。対象やシーンを限定して情報共有についての課題解決策を考えていくことをおすすめします。

### ●パスなどの試案作成を、まずはワーキンググループなどの コアメンバーで行いましょう。

パスの試案作成は、限られたコアメンバーのみで行ったほうが、意見が拡散せずに進められるでしょう。

### ●試案ができたタイミングなどで全体会議にはかり 検討を深めましょう。

試案ができたなら、その情報パスにかかわる職種の方に意見を聞きましょう。またトラブルが発生した際の対応責任の所在を明確にしておきましょう。

### ●試験的に使用して課題を確認しましょう。

いきなり地域全体で本格運用を試みないようにしましょう。メンバーや期間を限って情報パスを試行し、サンプル評価をしましょう。

### ●課題解決にむけ、改変しましょう。

試行時のデータや、そこでわかった課題などを分析し、本格使用できるように改変を行いましょう。

### ●検討や準備をして本格導入しましょう。

マニュアルを作成したり、勉強会を開催したりしながら地域で本格的に導入しましょう。管理責任者、トラブルが発生した際の責任の所在を明確にしておきましょう。また定期的に情報共有活動の結果を取りまとめ、評価を行い、地域の関係者へフィードバックしましょう。

## 事業を行う上での留意点

●特に**病院から退院する際の情報や、在宅から入院に移行する際の情報が非常に途切れやすい**ので、この連携の流れをつくるのが1つのポイントとなります。

※薬や検査、治療情報よりも、リハビリ情報や相談支援情報は途切れやすいようです。

●情報共有の方法は、その地域で関係者が利用しやすく、負担の少ない、継続できる方法を採用してください。一部の関係者のみが活用する方法ではなく、**地域のさまざまな関係者が利用できるように十分に検討**を行ってください。特にITリテラシーの違いなどにも注意が必要です。

●**問題を解決するための情報共有であることを、関係者がしっかり理解しておく**必要があります。あらゆる対象、あらゆるシーンに情報を活用しようとすると、かえって本来解決すべき問題の解決につながりにくくなる恐れがあります。

●**情報の利用に関する説明会や協力への理解を促すための訪問、トラブル発生時の対応を確認**しておきましょう。

●利用者や患者の尊厳を保持するため、**個人情報の取り扱いや同意の取り方について検討**するとともに、**亡くなった方の情報の取り扱い**について事前に確認しておきましょう。

●情報共有が対象者支援の質の向上につながっているかなどを後で検討するために、**データの蓄積についても検討**しましょう。

●本事業では、**情報共有の方法やツールなどを検討する際の会議、情報共有ツールの使用方法などの説明会の開催、使用状況の把握と改善の検討**に係る費用を想定しています。情報共有のためのPCやモバイル機器などの購入費用、システム使用料などのいわゆるランニングコストについては対象になりません。

### (参考)医療・介護関係者間で共有すべき情報の例

- 患者・利用者とその家族の今後の療養についての希望
- 介護サービス提供時等に得られた患者・利用者の状況や体調の変化、服薬状況
- 患者・利用者の食事摂取状況、排泄状況などのADL
- 患者・利用者の家屋の状況
- 家族による介護の対応可能性
- 患者・利用者の疾病、使用薬剤などに関する情報
- 患者・利用者とその家族への病状の説明内容と受け止め方
- 予測される体調の変化及び対応方法
- 在宅療養における注意点
- 在宅生活支援や介護の際の留意点 など

## 残念な実践から学ぼう！

### システム「だけ」導入したものの…。

他地域の評判を聞いて、周辺地域と同時に同じICTシステムを導入しましたが、その地域では多職種の連携どころか在宅医療の資源についても正確にわからない状況であったため、システムを利用する人がいませんでした。

また、在宅医療を提供している医療者にシステムの利用を勧めましたが、細々と密な連携の中で取り組んでいることから「必要ないよ。無駄な労力や手間をかけたくない」と、断られてしまいました。

そのためシステムは使用されず利用料だけが請求され、また地域の関係者の実情を十分把握しないうちにシステム導入を進めてしまったことで、かえって事務局と在宅医療関係者の関係が冷え込んでしまいました。

まず地域の在宅医療の実情や連携の実情を把握した上で、システム導入の必要性を当事者らを含んだ形で検討し、決定する必要がありました。

### セキュリティの高いシステムは複雑すぎて…。

「個人情報の入った医療情報のやり取りをするんだから、セキュリティが何より大切だ」という関係者の声から、非常に高額で、セキュリティの高いシステムを導入しました。しかし、その分、システム利用における手続きや設定などは非常に複雑。ITツールに不慣れな人たちは、システムを使う前に気持ちが疲れてしまい、連携まで進みにくい状況になってしまいました。

「医療情報」の取り扱いと「生活情報」に関する取扱いはガイドラインが異なり、また医療介護における職種によっても守秘義務の設置が異なります。そのことを踏まえて、利用するシステムと、共有する情報や利用する職種を見定めなければ使われないものになってしまいます。さらにもっと重要なことは、地域の課題の明確化とその的確な解決策の設定です。何の情報か、どの職種の間で情報共有されていないことが地域の課題なのかを、十分に検討する必要があります。

### 自分の担当の部分はしっかり書きますが…。

1枚のシートに各専門職が書き込めるように、細かに職種ごとの欄を分けて連携シートを作成した地域。良いシートができたのですが、運用され始めると、それぞれの職種は自分に関係する限られた情報しか見ないことが発覚しました。本当は患者の全体像情報を収集してケアに活かさなければならないのに、書いてある情報がすべて共有されているわけではないという状況に陥ったのです。

シート作成後には、活用方法の定期的な勉強会などを開催し、シートの本来の機能を十分に発揮させられるようにする必要がありました。

事例①

# 職種ごとに記入欄を色分けした様式を作成。書き込みやすくして、効率的に情報共有。

在宅医療に移行する上では、「治療期→回復期→維持期」に関わる多職種間で情報がつながらないことが課題です。事業所ごとに書式が異なったり、また情報を回すという習慣がないこともあります。

そこでこの地域では、各期に関わる多職種がそれぞれ持っている情報を書き込める1枚の用紙を作成しました。

1枚の紙の中に患者・利用者の情報が集まっており、職種ごとに書く欄が色分けされています。これならば患者の基本情報などを各職種が別々に書くこともなく、仕事も効率的です。記入者もわかるので、書面を受け取った側がもっと詳しい情報がほしいときには、その職種に問い合わせができます。

情報が少ないことは問題ですが、過剰な情報も業務の障害になります。1枚に収まる適度な情報量となるよう医師会が中心になって調整しました。この地域の医師会会長は地域の中核病院の経営者であり、かつて在宅医でした。病院と在宅の両方の視点から、地域医療における必要な情報を見極めたといえるでしょう。

またICTベースと紙ベース(FAX)で使用できるように様式を作成してありますし、周辺地域での応用も視野に入れていきます。

## ●成功のポイント

- 各職種の負担が少なくなるように、情報を書き込む欄を色分けして限定した。
- ICTでもFAXでも使用できるようした。
- 病院側、在宅側の両面を知る人材が中心となって作成に関わった。



事例②

## 病病・病診連携と医療介護連携。 特徴が異なるから別々に情報共有。

医療機関同士の連携 (病病連携・病診連携)		医療・介護連携 (在宅医療多職種)
医療者	情報の共有者	多職種・多施設
電子カルテに既存する医療情報	情報の内容	連携用に作成、生活や思いも含めて
パターン	情報の形式	さまざまな書き方
大量(画像、既往歴など)	情報の量	少量
一方向(閲覧)	情報の方向性	双方向(情報のやりとり)
医療機関に固定	利用場所	多職種・時に患者宅
高い	セキュリティ	低い

病院と病院、あるいは病院と診療所の医療連携では、ひとりの患者情報について診療録や画像などの大きな情報がやり取りされます。しかしその頻度は、退院調整や在宅の急変時や検査時だけで、それほど多くはありません。

一方、医療と介護の連携は、基本的に日常的な心身の変化が中心となり、介護職もそれほど多くの情報を書き込むことはありません。しかしその頻度は高く、毎日なんらかの介護サービスを受けている患者さんもおり、情報の更新頻度は高くなります。

こうして共有すべき情報を、共有する情報の質やガイドライン、その情報を多く活用する職種、その量や迅速性(緊急性の高さ)などを一度わけて整理した上で、別々に情報共有のシステムをつくった地域があります。地域において、共有すべき情報についてワーキンググループなどでよく吟味した上で、共有の方法や共有する情報、共有該当者などを決定していきましょう。

### ●成功のポイント

- ・最初に「病病連携・病診連携」と「医療・介護連携」ネットワークの特徴を整理した。
- ・共有すべき情報について、ワーキンググループなどで吟味した。

# オ. 在宅医療・介護連携に関する 相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センターなどからの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談の受付を行います。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者または家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う事業です。

## 事業の目的と概要

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談などを受け付け、連携調整、情報提供などにより、その対応を支援する事業です。今まで市町村は、住民の生活を支える仕組みとして福祉・介護・保健の各政策を進めてきました。しかし、医療については都道府県が主体となっており、二次医療圏レベルにおいて保健所が医療行政を進めています。多くの市町村自治体は介護・福祉の現状は理解できていても、地域の医療の現状を把握できていません。医療と介護の連携には、まずは相互理解・協力が必要となり、そのための事業のコーディネーター的な存在が必要となります。その役割を担うのが、相談窓口です。医療から介護への連携アプローチが必要となります。委託も可能ですし、直轄で行う場合は、ふさわしい人材を配置するようにしましょう。以下のような活動になることが想定されますが、具体的な事業は地域の実情に合わせて実施することになるでしょう。

### 具体的には以下のような内容となるでしょう。

- ・在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口を運営する。
- ・医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談への対応などを行う。
- ・地域包括支援センターとの連携を深める。

## 具体的な取り組みのポイント

### ●適切な人材を配置しましょう。

医療・介護の事業者が困った時に頼る相談窓口ですから、適切な人材配置が大切です。

- ・ 医療用語や医療独特のアセスメント方法を理解している人材。  
たとえば在宅医療について理解している訪問看護師や医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー資格を持つ看護師などの配置が望ましいでしょう。
- ・ 地域の現状の背景や、目に見えない派閥や人脈を把握している人。  
地域で長期間、医療や介護事業に関わった自治体職員なども適任かもしれません。

また事務長や秘書、コンサルタントの経験を持つ人材などが大いに活躍している実態もあります。自分が相談の答えを持っていなくても、解決方法を知る人とつなぐことができれば可能な相談もあります。

### ●どんな相談が入るのか、予測を立てて考えましょう。

相談される内容は、大きく分けると2つです。

#### ①在宅医療関係者の連携のマネジメント

→主治医・副主治医制のマネジメントや、緊急入院のルールの実用、在宅医療そのものに関する認識の違いなどによって調整役としての相談対応が生じる。訪問歯科や訪問可能な薬剤師、後方支援病院との利用方法などの相談対応も求められる。※医療に対する専門性が求められ、医療用語を問題なく使用できる人材による迅速な対応が必要となる。

#### ②介護から医療への連携の際に起きる困りごと

→地域のかかりつけ医の紹介や、病気に応じた医師や病院の選択方法に対する助言、利用者に関する健康相談（認知症などが急増）、利用者家族からの相談（食事が最近進まない、薬が飲みにくい、薬の飲み忘れが気になる…）などである。

※この相談窓口については、医療や介護の言葉が理解できて、それらの分野に円滑につなげることができる人材であれば十分対応が可能である。

### ●適切な事務所を確保しましょう。

既存の地域包括支援センターや在宅医療・介護の事業所の中にスペースがあれば、そこに窓口を置くこともできます（公平性については注意する）。また、個別の相談や急な打ち合わせなどにも対応ができるように、小さくても良いので会議室などのスペースをつくっておきましょう。

### ●窓口の連絡先、対応可能な時間帯等を周知する。

地域の医療・介護関係者などに対して、相談対応の窓口が明確に理解されるよう、たとえば「在宅医療・介護連携支援センター」などの名称を設定して、連絡先や相談可能な時間帯を周知しましょう。メール・電話・FAX・郵送など、あらゆる方法で対応できる環境を整えましょう。電話は、できれば直通電話がよいでしょう。

## 事業を行う上での留意点

●**介護関係者からの相談については、既存の地域包括支援センターの役割を前提として、当該地域包括支援センターとの連携により対応**しましょう。また、地域住民からの相談などは、原則として地域包括支援センターが受け付けますが、実情に応じて、直接、地域住民に対応することも差し支えありません。

●すでに地域に**在宅医療・介護連携を支援する機能が設けられている場合には、既存の組織などを活用することができます**。また、必ずしも、新たな建物の設置を求めるものではありません。

●委託する場合は、委託先を慎重に選択しましょう。地域の医療・介護の組織や人材には、すでに何らかの関係性があります。特定の組織から協力が得られないような状況にならないように、**事前の情報収集と調整を行った上で取り組み**ましょう。また**地域包括支援センターと緊密な連携を図り**ましょう。

●**地域の課題に対して、解決可能な取り組みを実施するための事業計画を立て、適切に予算などの調整を行う**ことが重要です。取り組みを進める中で振り返りと評価を繰り返し、次年度の予算申請の際には、それを踏まえて予算を確保しましょう。

●**「何のために取り組んでいるのか」「取り組んだ結果の評価**（良い悪いの判断ではなく、どのような進め方で行われたのか、改善点はあったのか、他者の意見はどうだったのか）」などについて**適時振り返る機会を確保する**必要があります。

●公的な取り組みですから、目的が委託を受けた事業者や組織の営利や名誉獲得にすり替わってしまわないように、**公的な評価が行われる**必要があります。

●自治体が直轄でセンター運営を行う場合、担当者の異動には注意を払ってください。継続的に地域で事業を行う際には、人と人との連携が熟成されるように仕掛ける必要があります。**担当者の頻繁な異動は、関係者の士気を下げる**ことになりかねません。

## 残念な実践から学ぼう！

### 「どうぞ、若い人たちでご勝手に!」

ある地域では、在宅医療に熱心な若手医師らの意見を取り入れ、連携の事務局を自治体に置きました。このことに、もともと若手医師たちとは関係が希薄だった地元医師会の重鎮たちが反発、協力が得られないという事態に至ってしまいました。若い人の意見を全面的に取り入れ、医師会に相談をしなかった市役所の対応が、地域の連携を困難にさせたといえます。

取り組む前の検討と情報収集、事前の根回しの不足などにより、初歩の段階から難しさを発生させてしまうことがあります。

### 「新参者が縄張りを荒らすな!」

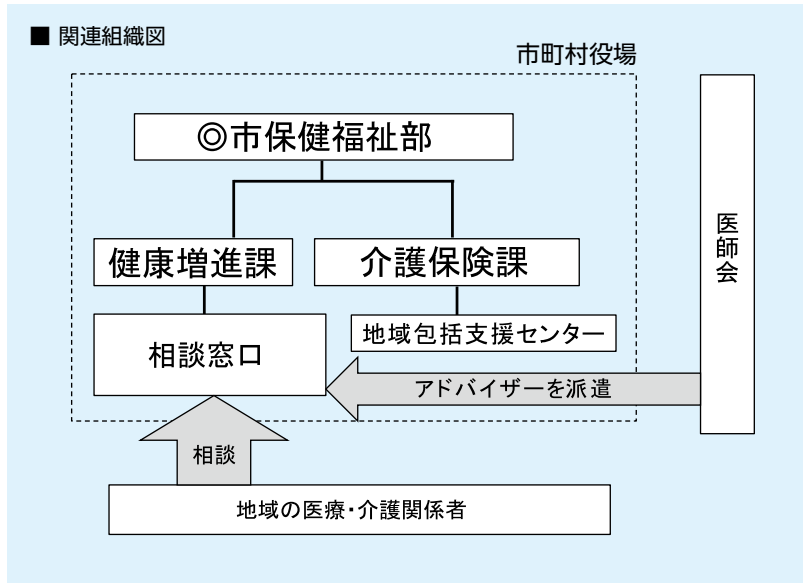
連携事業の委託を受けた民間組織が関係機関に出向き、事業の説明と協力依頼を行いました。すると地域包括支援センターから「うちが担う取り組みとの違いがわからない!」と反発される事態が起こりました。突然自分たちの行っている取り組みに類似する部門が設置されることで、不快感を抱く関係者もいます。また、自分たちの活動が不十分だからそのような部門が設置されたというような被害者意識を持たれる場合もあります。これらは連携を阻害する要因となる危険性があります。この事業は、決して地域の既存の取り組みを奪うものではありません。部門の設置前に、関係各所へのヒアリング、課題の共有などを行って協力を得ましょう。

### 「一緒にやってくれればいいのに…」

ある地域では、すでに地域包括支援センターが介護事業者に対する連携会議や研修を行って行っていました。そこにこの事業が始まりました。このことで最も迷惑を受けたのは、地域の在宅医療・介護に従事する多職種の人たちでした。同じような時期に重複した内容の会議や研修などにそれぞれ招集されたのです。在宅医療・介護連携のために、すでに独自の取り組みが実施されている場合もあります。「取り組みありき」ではなく地域の現状の把握から進め、地域の課題解決となる事業を行いましょ。

## 事例①

# 健康担当部局に窓口を設置し、 医師会がアドバイザーを派遣。



地域住民の生活を支援する事業という見方から、介護保険所管部局ではなく、健康担当部局に窓口を設置しました。市町村自治体に専門職は少ないことから、医師会がアドバイザーを派遣して教育支援を行い、医療と介護に関する視点を持った人材に育成して配置しました。

また、相談内容のデータ蓄積や分析も行っており、地域課題を抽出して会議などに提議していました。

自治体に窓口があると、多職種や住民のアクセスは格段に良くなるのがわかっています。

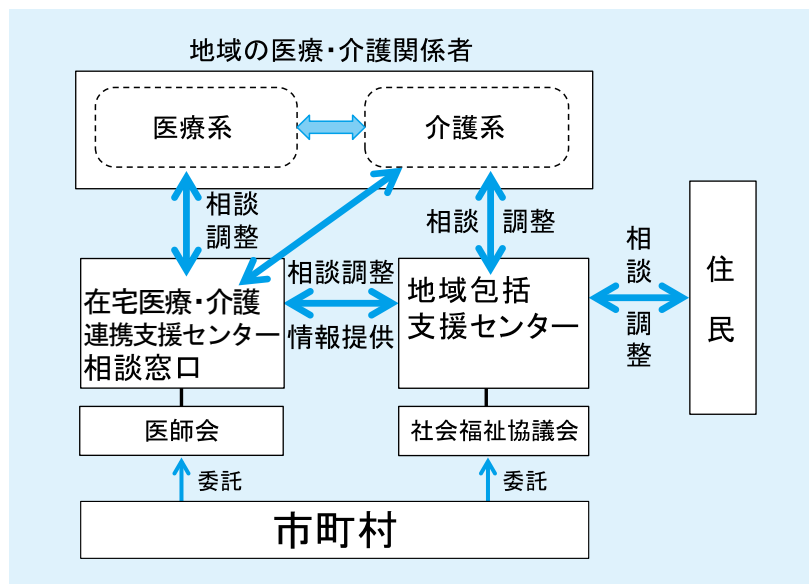
いずれにせよ相談窓口には、ある程度の医療的知識とアセスメント能力が必要不可欠です。

### ●成功のポイント

- ・在宅医療の知識と、組織内外に人脈を持った推進力のある人材をアドバイザーとした。
- ・相談内容のデータ蓄積や分析を行い、地域ケア会議などへの提議に役立てた。

## 事例②

# 勉強会の支援をきっかけにして、相談してもらいやすい体制づくり。



相談支援という活動は、それ自体が個別にあるものではなく、地域全体の関係者の取り組みを把握した上での対応となります。相談だけして地域につなげられるわけではないのです。

市町村や地域包括支援センター、保健所、各専門職能団体事務局などが、以前からその地域で相談対応している場合も少なくありません。地域ニーズに応じて、それらの機能を補完する窓口機能を検討して、設置することが求められます。

また相談窓口だけ開設していても、何を相談したら良いのか、地域の事業者たちは戸惑うものです。せっかく開設しても開店休業になっている地域では、まずは窓口側からなんらかの働きかけが必要です。地域の多職種たちが一番困っていることを探してみましょう。

たとえば、地域の事業所や専門職能団体事務局が行っている「勉強会」を支援することをきっかけにした地域もあります。講師を紹介したり、協働で研修会を行ったりすることがきっかけとなり、次第に勉強会だけでなくさまざまな相談が、窓口を持ち込まれるようになります。まずは外に出かけてみましょう。

### ●成功のポイント

- ・ 地域の多職種が一番支援してほしいことを見つける。
- ・ 勉強会や研修会など人脈の広さや知識が必要なものを進んで手伝う。
- ・ 「なんでも相談できそう」という雰囲気をつくっておく。
- ・ まずは地域の活動の現場に出向く。

# カ. 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワークなどの研修を行います。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催などを行う事業です。

## 事業の目的と概要

地域の医療・介護関係者はそれぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や情報共有が十分にできていないなどの課題があります。信頼して連携を深めるため、お互いの業務の現状などを知り、忌憚のない意見が交換できる関係を構築することが大切です。グループワークなどの研修を通じて、一人一人が必要な知識や技術を身につけ、現場レベルでの医療と介護の連携が促進されるような研修を提供することが目的です。

個々のスキルが伸びることで、地域の支援の質を高めていくことができます。また、そうした学びは、各自にとって地域医療の連携に主体的に参加する動機づけにもなります。

研修は大きく分けて「多職種が共に地域の課題を解決していくグループワークなどの研修」と「医療・介護関係者にとって必要な知識や技術・技能の研修」があります。自分の職種の役割や得意分野、考え方などを多職種に伝え、お互いに学び合うことは大切なことです。特に課題解決をしていくグループワークなどは、そのプロセスで課題解決の手法を学ぶことで、そのまま地域の課題解決に近づきます。相互に理解し合い、お互いが親しみや尊敬を抱き合う関係づくりは目標の1つとなります。それぞれの専門性を発揮した多職種協働の実現が可能となっていくでしょう。

**具体的には以下のような内容となるでしょう。**

- ・ 研修会の目的を設定する。
- ・ 目的に合わせた研修を実施する。
- ・ 研修後に目的が達成できているか、分析・評価する。



## 具体的な取組のポイント

### ●研修の目的をはっきりさせましょう。

市町村が中心となるこの研修においては、人材確保を第一の目的として行うことは妥当ではありません。高齢者の生活を支えるために、医療と介護が連携することで、質の高い支援を提供できる体制作りを研修の目的としています。自宅看取りや施設看取りに対して不安を感じやすい介護職や家族介護者に対して、看取り学習会やエンゼルケアの研修会の開催も効果が出ています。宗教のことや倫理に関する研修会なども、在宅医療や介護関係者には学習興味の高い分野です。

### ●実施計画案を作成しましょう。

特に「在宅医療・介護の知識・技術を磨く研修」については、既存の研修が利用できないかを吟味した上で、新たな研修が必要な場合についてのみ新しい研修を検討・整理したいものです。その上で、研修内容や目標などを含む実施計画を作成しましょう。

### ●研修会の準備をしましょう。

研修会の開催前における関係者への協力依頼や概要案の提示、相談については、早めにするように心がけましょう。また地域の他の医療・介護福祉団体で同様の研修会が近い日程で開催されていないかを確認しておきましょう。研修の内容が重なりやすい組織とは事前に情報交換を行ったり、チラシを配布し合ったりして良い関係をつくれると相乗効果が期待できます。

継続的な研修会にしたい場合には修了証などを発行するなど、受講者が学びを継続したくなる工夫をし、綿密な計画を立てましょう。また、時間や場所によっては参加しにくい地域もあることから、テレビ会議などのシステムを整備することも重要です。

### ●研修会を開催しましょう。

多職種で「グループワーク」をする場合には、メンバー構成の医療系職種と介護系職種の配分に留意しましょう。また必要に応じて、司会進行とは別に意見交換を円滑に進めるための調整役（ファシリテーター）をグループに配置することを検討しましょう。ディスカッションに慣れるまでは、調整者が議論の状況を見守り、円滑な意見交換になるよう支援することが重要です。

### ●研修会を振り返りましょう。

研修会の開催に際しては、参加者にアンケートやヒアリングなどを実施し、研修の評価・改善につなげましょう。「良い・悪い」「満足度が高い・低い」だけではなく、研修の目的や目標に対しての評価も行いましょう。また案内のタイミングや案内媒体の効果、費用対効果、今後の地域の変化を追跡する視点などについても関係者間で検討しましょう。また、評価をまとめ、関係者間で必ず共有し、記録として残るようにすることも大切です。

## 事業を行う上での留意点

●**研修会を企画する際には、必ず「なぜ、研修会をしなければならないのか」について関係者で十分吟味しましょう。**「とりあえず顔の見える関係づくりを」と、目的も曖昧なまま研修会やグループワークを開催すると、研修参加者に不消化な思いを残す結果となりかねません。

●**「関係づくりのワークショップ」「方法論の教授」「同行訪問や実習」「グループディスカッション」**など、研修の方法に関する知識や情報を収集しておく、適切な研修スタイルが選びやすいでしょう。講義形式の研修でも、途中に「グループでお互いに意見を交わす」時間を入れてカリキュラムを設計しましょう。グループワークは時間も取られますが、教育効果は座学だけよりも高いとされています。

●地域の医療・介護関係者が「多職種でグループワークなどの研修」を行う主旨は、**多職種が共通の課題や困難な状況を理解し、解決のプロセスを共有しながら課題解決の手法を体得**することにあります。それぞれが「抱える現状の課題を単に共有する」ための情報交換会とは異なるものです。

●「知識・技能習得型研修」の実施計画の策定の際には、地域の職能団体、事業者団体、都道府県等による医療・介護の関係職種を対象とした**既存の研修計画を調べ、既存の研修では達成できない事項を中心に新たな研修を企画**しましょう。市町村以外でも研修がすでに実施されているならば、可能な限りそれらを活用しましょう。

●**講師を招聘するならば、研修の目的やプログラムに最適な講師を選ぶことが大切です。**なんとなく他地域がその講師を招いているから…、という曖昧な理由では参加者にも研修の狙いが伝わりにくく、また講師にも大変失礼です。その講師を招聘する必要があるかをまず検討しましょう。

●**研修会の内容に応じて、最も参加してほしい職種や事業体の関係者がいれば、その人々が参加しやすい時間帯に設定してください。**職種によって研修に参加しやすい曜日や時間帯が異なります。また研修に参加ができない人への対応として、ウェブ研修やeラーニング、DVDやテキストの発行なども検討してみましょう。

●継続性を持つ体系的な研修の場合は、設計の際に**「1年以内」(近未来)や「○年後」(長期的未来)などのように評価ポイントを決めておきましょう。**

●地域によっては同職種内の連携が希薄な場合も少なくありません。連携のための下準備として、**同職種間の情報交換の場を設けて同職種間が1つの見解を持った上で、多職種連携について学びを深めることも効果的**かもしれません。

## 残念な実践から学ぼう！

### いつも参加できないあの職種…。

多職種連携研修会を定期的で開催していますが、同じ曜日の同じ時間でセティングしたため、ある職種の人たちは勤務で出られないことが発覚。開催時間帯や曜日などは、固定よりも定期的に参加状況を把握し評価して、柔軟にセティングを変更することも必要です。テーマに応じて、もっとも学びたいと感じている分野の関係者が参加できるように配慮することで、地域全体の多様な職種から信頼を得ることができます。

### いつも同じメンバーが多数の研修に参加し、研修疲れ…。

多職種連携研修会が各地域で頻繁に開催されるようになると、在宅医療に熱心に取り組む関係者ができるだけ参加して地域の多職種とつながろうと努めてくれます。連携することの必要性を常日頃から感じているからです。しかし、同じようなテーマの研修会が、さまざまな事業体によって地域で開催されることで、毎週研修会三昧。在宅医療に熱心な方ほど疲労してしまうようです。地域の研修会情報を把握し、参加者の層や対象者などを把握した上で、必要な研修を計画しましょう。既存の研修会と共同開催して、参加者に効率よく学んでいただけるよう工夫することも必要です。

### 開催情報がしっかり伝わらず…。

来てほしい人がなかなか来てくれません。聞いてみると「いつ開催しているのかを知らなかった」とのこと。いつもファックスだけで知らせていたけれど、どうやらその方まで届いていなかった様子です。その後は、メールでご連絡するようにしました。なかなか来ない専門職に一人でも研修の場に来てもらえるように、開催場所や時間帯、テーマ、広報の方法などを工夫して挑戦し続けることが大切です。

## 事例①

# 学ぶ研修会ではなく、話し合う研修会。 講師から教えられるのではなく、学び合う。

### ■ 地域の同職種勉強会



この地域では、知識や技術を学ぶ研修会ではなく、同職種で話し合う研修会を開催しました。誰か外からの講師を呼んで教えてもらうのではなく、お互いに教え合い、学び合う研修会にしたのです。これは地域の関係者の「顔の見える関係づくり」に役立ちました。また、話し合いの中でさまざまな質問が出て、それに誰かが答えるという形だったので「学びたいことを地域の実情を知った人から聴ける」「気持ちを共感し合える」研修となりました。

広域な地域をいくつかの支部に分けて、それぞれに研修の目標や目的、方法を設定してもらっています。

また研修の時間帯も、一番来てほしい人に対して事前にヒアリングを行い、その人が来やすい時間帯に設定。公共の場所を研修会場に使用したのも、多くの方が参加しやすいようにという工夫でした。

時々には研修会終了後に懇親会を開催したので、より関係が密になりました。

### ● 成功のポイント

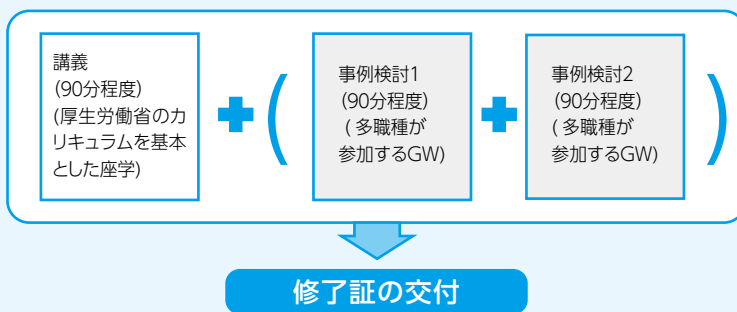
- ・ 交流型の研修にしたので顔の見える関係づくりに役立った。
- ・ 受講者が身近な人から学び合える場とした。
- ・ 時間帯や会場などを参加しやすいように工夫した。

## 事例②

# 「認知症」という切り口を定めて 医療と介護のプロが専門性を理解し合う。

### 【認知症 地域多職種連携研修体系】

- 実施主体 : 市町村
- 研修体系 : 年内に開催する「講義」「事例検討1」「事例検討2」の3つのカリキュラムを修了した方に対して、修了証を交付する
- 受講対象者 : 医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護支援専門員などの多職種



「認知症」という切り口から、多職種連携を学ぶ研修や、職種ごとに専門性を高める研修など、さまざまなコンテンツを組み合わせることで系統的に研修プログラムをつくりました。

各職能団体長が事前に協議して、在宅医療に対して意欲の高い方々を意図的に集め、「多職種リーダー」として数回に分けて多職種連携研修会を実施しています。

グループワーク(症例検討や医学診断の検討)をバランスの良い時間で配分し、プログラミングしています。「認知症の初期受診」から「在宅での療養生活」まで、少ない情報とCT画像検査結果をもとに検討してもらう研修会でした。医師には複数人(病院と在宅の医師)で診断を検討してもらい、その姿を介護職に見てもらうことで医療は診断と治療が専門であることを理解してもらいます。

一方、生活支援については介護職や訪問看護師に支援方法やサービスを検討してもらい、医師に「介護保険は難しい、よくわかっていなかった」ということに気づいてもらう。そんな意図を持った研修会です。

### ●成功のポイント

- ・「認知症」というターゲットを定めて、多職種で研修をした。
- ・地域のリーダーになりうる意欲の高い人たちを集めた。
- ・医療と介護、それぞれの分野の専門性が際立つようにした。

## キ. 地域住民への普及啓発

在宅医療・介護サービスに関する講演会の開催、  
パンフレットの作成・配布などによって、  
地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する事業です。

### 事業の目的と概要

第2次世界大戦前後までの時代を生きの方々においては、医師や看護師、助産師が家に訪問し医療を提供するということは珍しくありませんでしたが、高度経済成長に伴い、医療は生活の場から姿を消しました。いま住民がイメージする「医療」とは、病院の中で完全に管理された中で行われるものとなりました。ですから「在宅医療」という言葉がマスコミなどで取り上げられるようになって、実際にはその詳細を知る住民はまだ少ないのが現実です。生活場面での医療提供について、住民が学び、選択できる視点を持ってもらうことが大切です。そして在宅医療が必要となった時、もしくは在宅医療を受けたいと思った時に、地域のどこに相談すれば良いのかを理解してもらいます。

「在宅医療」が自分や家族の現在や未来と関係するかもしれない場面を想像してもらうことが大切です。高齢になった時、生活しながら医療が必要となった時、もしくは人生の最終段階において親しい人に医療支援が必要となった時、さまざまな選択肢の中から適切なものを選び決定できる視点と力を、それぞれの住民が持てるようになることが目標です。

### 具体的には以下のような内容となるでしょう。

- ・ 地域住民向けの在宅医療・介護サービスに関する講演会を行う。
- ・ 地域住民向けのパンフレットの作成や配布を行う。

## 具体的な取り組みのポイント

●「何を発信するか」も大切ですが、「どんな風に発信するか」は大変重要なポイントです。どんなに良いことを言っても、知ってほしい人たちに届かなければ意味がありません。子どもや労働世代、元気高齢者など幅広い層の方に興味を持っていただくためには、**各自治体の既存の広報誌や行事などでの情報提供、ケーブルテレビやラジオ番組などの活用、もしくは親しい地元メディアと協力して情報発信を積極的に行う**必要があります。

●普及啓発の目的は、**住民が「在宅医療を学び、必要性を理解し、必要時に選択できる能力を身につけること」**です。企画した普及啓発活動が、その目的に対応しているかどうかを考えながら積極的に進めていく必要があります。

## 事業を行う上での留意点

●住民に対して、特定の組織だけが前面に出て法人名と共に積極的に情報発信することは、地域の関係者に売名行為のような印象を持たれることも、先行事例から確認されています。地域の医療の中の連携体制に支障が出てしまった例もあります。住民に対しては特に**公的機関が中心となり、偏りのない正確な情報を発信することが望ましい**と思われれます。

●すでに介護をしている、もしくは近い将来介護を受ける世代は積極的に情報収集をしており、公開講座などにもそのような人たちが集まる傾向があります。しかし、この事業で特に対象としている方は**これから介護にかかわる世代(50歳代あたり)やこれから介護保険料の支払が始まる世代以下(40歳未満)などです。この方々に知ってもらう必要がある**ため、広報の工夫が必要となります。

●十分に情報を出しても「在宅医療」という言葉の響きが非日常であり、情報が伝わらないのが現状です。**住民の方にとって身近なイメージしやすい言葉を使いましょう。**

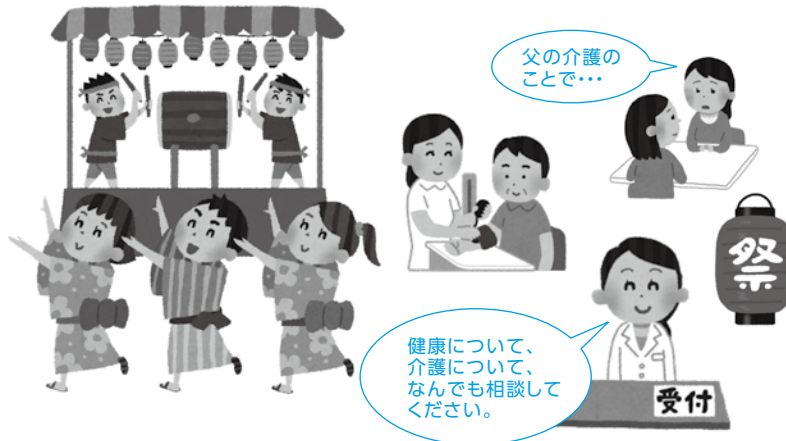
●**ストーリー性を持った情報発信も、大変わかりやすいと反響が高い**です。たとえば寸劇やフィクション調の映像や、マンガ形式のパンフレットなどは好評です。

●寸劇やお祭りなどへの出店は、実際に在宅医療を提供する**医師や看護師の顔を見られることで親近感や安心感を醸成する**ことができ、住民のアクセスを容易にします。

## 事例①

# 広報番組、広報誌、自治会集会、お祭り…、 既存の媒体や行事を使って普及啓発。

### ■ 市民が集まるお祭り会場で「健康相談」



市町村自治体では、すでにいくつもの情報発信ツールを持っています。たとえば地元ケーブルテレビや地元ラジオの広報番組、毎月1回発行する広報誌などです。テレビやラジオのコーナーを持つことによって、多くの人に在宅医療は地域全体で取り組むことだという認識が生まれた地域もあります。

ほかにも既存の媒体を使って情報を発信した事例も多くあります。「在宅医療・介護連携推進事業」のみで多額の資金を使って発信するのではなく、既存の活動に相乗りしていくのは費用対効果も高い取り組みです。

また、紙による情報発信だけでなく、町内のお祭りに出店したり、自治会や老人会、PTAでの出前講座など既存の枠組みを使うことで有効に情報発信できます。企業などの一般事業所での勉強会などは、市民公開講座などにもほとんど行かない労働世代に情報発信できるチャンスです。産業医と協力して、介護や老後について考えたことがない若い世代に対しても、高齢化による身体変化、予防事業、在宅、看取りなどについて説明することができると理解が広がります。

在宅医療に興味のない方、あまり触れる機会がない方に情報発信する時は、さまざまな方法で情報を届ける必要があります。どうやったら費用をかけずに効果を最大化できるのか、知恵比べのようなものです。

多様な方法で発信してみて、成功体験や失敗体験を積んでいくことで、その地域にとって一番有効な普及啓発活動の方法がわかっていくようです。

### ● 成功のポイント

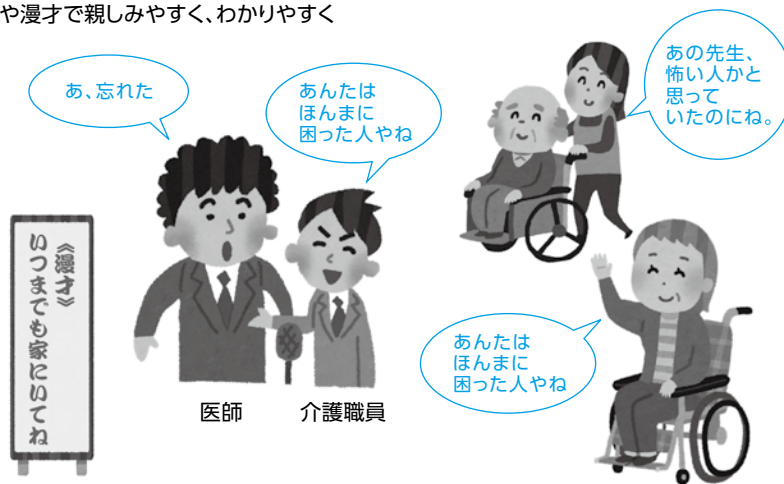
- ・ 動画などを作成し、視覚に訴える方法で情報を発信する。
- ・ 広報誌を使うことによって、住民だけでなく自治体職員にも「在宅医療」が地域にとって重要な問題だと理解できる。
- ・ ケーブルテレビなど地元メディアの協力を得ることで質の高い広報ができる。



## 事例②

# 寸劇や模擬カンファレンスで、現実的な場面を再現して在宅医療を伝える。

### ■ 寸劇や漫才で親しみやすく、わかりやすく



講演会や勉強会で、寸劇や模擬カンファレンスをして、地域住民の関心を引き理解を進めた事例もあります。こうした取り組みは、住民にとって非常に理解しやすいと人気です。

実例を参考にして、「在宅医療を選ぶかどうか迷った時」「在宅医療が始まってからの日常」などをテーマとした寸劇を医療者や介護関連の職員が演じた例やそれを撮影した映像をつくった事例もあります。具体的な場面を通して、観ている人が自分や自分の家族に当てはめて「自分なら在宅医療を選ぶだろうか」と考えてもらうきっかけになります。

また、退院時カンファレンスやサービス担当者会議などの「模擬カンファレンス」を演じ、実際の多職種の見点や関わりをリアルに伝えた事例もあります。

こうした取り組みは、観ている人にわかりやすいだけでなく、それを作成していくプロセスで医療者が介護職らと一緒に取り組むことで、人と人との連携が構築されるようです。演じる側にとっての多職種連携強化にも役立ちます。

また、日頃は遠い存在になりがちな医師や看護師が、住民の前で慣れないことをして汗をかくのはインパクトのある情報発信です。日頃忙しい医療者にとっては準備の負担が多い取り組みになりますが、あえて実行することで、地域の住民や多職種に歩み寄りを感じてもらう効果があります。

### ●成功のポイント

- ・ 寸劇をすることで、住民に在宅医療を身近に感じてもらえる。
- ・ 模擬カンファレンスをすることで、実際の医療・介護の人たちの視点や役割が見える。
- ・ 寸劇などを一緒に作成するプロセスにおいて、関わる人たちの仲間としての連携が強くなる。

# ク. 在宅医療・介護連携に関する 関係市区町村の連携

複数の関係市町村が連携して、  
広域連携が必要な事項について協議する事業です。

## 事業の目的と概要

隣接する複数の関係市町村が協力して、関係部局、医師会などの医療関係団体  
および介護の関係団体、医療・介護関係者、都道府県関係部局などが参画する  
会議を開催し、共通の情報共有の方法など、広域連携が必要な事項について地  
域の実情に応じて検討する事業です。

連携する市町村を検討する際には、まず、同じ二次医療圏内の市町村による連  
携を考慮することが望ましいと思われる。

検討事項の内容に応じて、関係者の参画する会議の開催を検討します。たとえ  
ば、情報共有の方法について検討する場合は、都道府県の担当者などの支援の  
もと、各市町村の担当者や、医療・介護関係者が集まり、情報共有に関する具  
体的な方法や様式の統一などについて検討する必要があるでしょう。

こうして二次医療圏で統一された情報共有の方法や様式などを管轄する市町  
村の地域の医療・介護関係者に周知していきます。

この在宅医療・介護連携推進事業は市町村単位で行いますが、医療については  
二次医療圏など、もう少し大きな範囲で「切れ目のない医療提供体制」などを築  
くことが想定されます。そのような時に、すぐに二次医療圏の圏域すべての市  
町村が同じ様式で整えられていることは、大変重要なこととなります。

## 具体的には以下のような内容となるでしょう。

- ・ 隣接する市町村と協力して、広域連携が必要な事項の有無について検討する。
- ・ 検討する事項が決まったら、お互いの関係者を集めて検討する。
- ・ 様式などが決定したら、管轄する市町村の関係者に周知する。

## 具体的な取り組みのポイント

- 保健所とともに活動を開始し、進めましょう。また、**保健所にキーマンを置いてもらう**ことも大切です。
- 基本的には二次医療圏の市町村と連携を持つように心がけましょう。住民の受療行動を把握した上で、**つながるべき周辺自治体や周辺自治体にある医療機関などと顔の見える関係づくりを進めましょう。**
- (ア)～(キ)の事業は、市町村の中での連携について進めていきますが、**周辺市町村との顔の見える関係づくり、そして住民へのアプローチなどは連携して進めていくことも必要**です。
- 複数の市町村における、退院時の医療機関と介護支援専門員との情報共有の方法について、**厚生労働省補助事業の都道府県医療介護連携調整実証事業(※)を実施している場合は、その成果を活用**して検討することが望ましいでしょう。実施していない場合も、他の都道府県による当該事業の成果を活用して情報共有の方法を検討することも考えられます。

## 事業を行う上での留意点

- 他の都道府県に隣接している市町村においては、インフォーマルな連携は専門職団体や医療機関を通じて顔の見える関係づくりを進めることが1つの手法です。**フォーマルな連携は都道府県と相談の上で進めるようにしましょう。**
- 都市医師会や各専門職団体などは旧市町村域を基盤に構築されている場合があり、必ずしも行政区域と同じエリアをカバーしているとは限りません。**さらには、住民の受療行動が地域によっては、かなり広大なエリアにおよんでいる場合もあります。
- 市町村が、当該市町村の境界を越えて取り組みを実施するためには、都道府県、都道府県医師会などとの協力が不可欠**です。特に、医療機関の協力が必要となる検討事項がある場合、当該医療機関への協力依頼などは、都道府県および保健所が支援することが望ましいでしょう。また、医療との接点が多いため保健所の協力を得ることも考慮しましょう。

※都道府県医療介護連携調整実証事業

2014年度に9府県で実施されたモデル事業。二次医療圏で(1)退院支援ルール策定と(2)第6期事業計画における在宅医療・介護連携の推進に向けた準備を行う。保健所が中心的役割を担うことが特徴的。具体的な事業としては①在宅医療・介護連携に関する会議への参加または関係者の出席の仲介、②在宅医療・介護連携に関する研修の実施、③24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築、④退院支援に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制を構築するための支援、⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援となっている。

[http://www.jcma.or.jp/news/association/\\_262.html](http://www.jcma.or.jp/news/association/_262.html)

※(ク)の事業は今回初めて行われるものであり、事例がありません。市町村だけでは動きにくい事業だと思われるので、保健所との連携が重要です。保健所が活動してくれることで市町村が動きやすくなった事例をご紹介します。

## 事例①

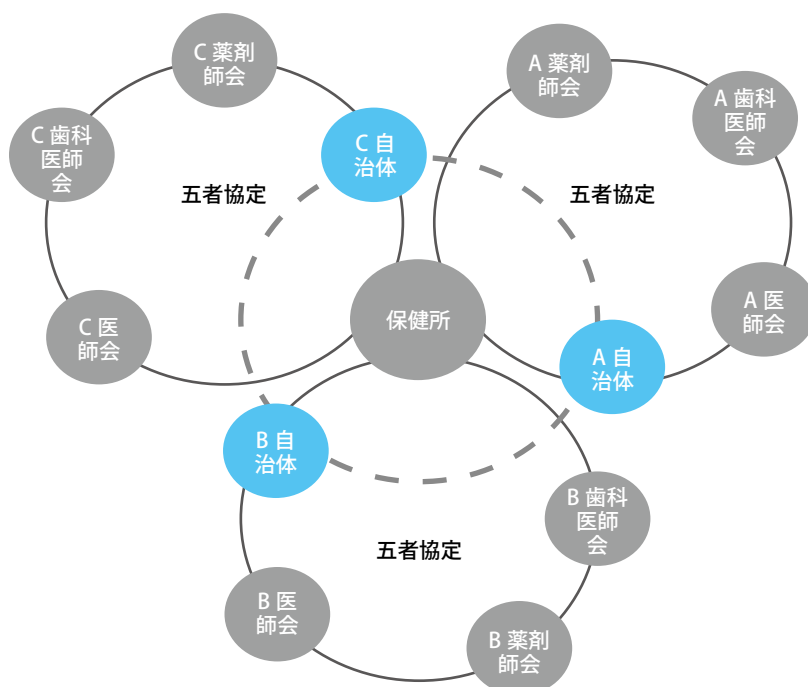
# 以前から医療・介護連携に取り組んできた保健所が中心になり五者協定。

もともと保健所は連携に取り組み、医師会・歯科医師会・薬剤師会とは医療政策において顔の見える関係が構築できていました。今回、市が在宅医療・介護連携推進事業を開始することになったため、保健所の担ってきた活動の一部を市町村自治体に移行すると共に、それ以外の事業も協働して実施することとなりました。

そのような体制進化の中で、保健所からの働きかけにより、都道府県の保健所、市町村自治体、市の医師会・歯科医師会・薬剤師会が連携体制構築の五者協定を結ぶこととなりました。

フォーマルに協定が結ばれたことで、医療・介護・見守り/生活支援・介護予防・住まいの地域包括ケアシステムの5要素すべてに対して、一体的な具体政策が立案され、経年的な計画のもと活動が始まりました。保健所管内の市町村の連携も進むでしょう。

様々な立場の異なる関係者が協働して取り組む場合は、こうしたフォーマルな連携の約束を事前に結んでおくことが円滑な活動につながるがあります。



## 事例②

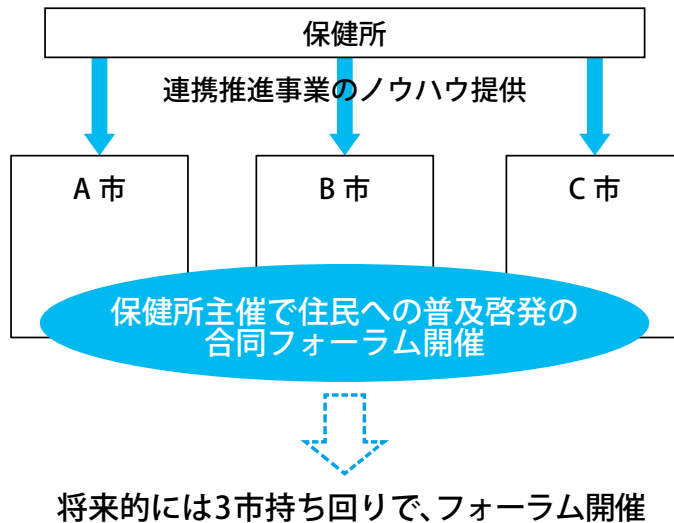
# 保健所が隣接する3市共同フォーラムを開催 徐々に役割をバトンタッチ。

管内の高齢化が進み、在宅医療を必要とする高齢者の増加が見込まれるため、保健所では在宅医療・介護の関係機関のネットワーク構築が必要だと考えました。

そこで保健所が働きかけて、関係者が集まって話し合える場(会議)を設定。関係者のネットワーク形成の最初の段階を保健所が支援しました。

また管内の3市の関係者を対象に、在宅医療や先進地の事例を学べるフォーラム・シンポジウムを開催してノウハウを伝えるようにしました。今後は3市それぞれが在宅医療・介護連携推進事業を行うため、保健所は3市合同でのシンポジウムを開催する役割を担うことになりました。

共に学ぶことで3市の市町村が同じだけのノウハウを持ち、同じ事例などを参考にできると共に、お互いの状況も理解し合えて顔の見える関係を築くことができました。連携していくことも十分可能な土台ができました。



The background features several overlapping light blue circles of varying sizes and thin blue lines that create a sense of motion and connectivity. There are also several semi-transparent blue circles scattered throughout the design.

まとめ

# 事業を円滑に 進めるための 6つのアドバイス

「在宅医療・介護連携推進事業」は目に見えるものをつくる事業ではなく、目に見えない形をつくるいわゆるソフト事業です。そのような事業において、何より重要な要素は【人=人材】です。

人材を育てることが地域を育てることであり、地域の力を高めていきます。

「人材育成」が最重要事項であることを前提に、改めてこの事業の取り組みにおけるアドバイスを6つ挙げておきましょう。

### ①市町村自治体における担当課の決定と担当者の配置は、長い目で。

3年間かけて、その担当者として一人前となることを見越して人材を決定して、サポートできる体制を整えてください。今まで医療政策に取り組む経験が少なかった市町村自治体が、地域の在宅医療・介護に関わる関係者をつなげ、一緒に地域づくりを進めるためには、市町村自治体の担当者を明確にする必要があります。

担当課は、地域のブレイン(考える役割)、教育(地域のプレイヤーなどに教育介入を仕掛ける役割)、先導(地域の目的に向かったの旗振り役)、調整(情報や人、物、資金の段取りを行い、流通させる役割)を担う必要があります。もちろん必ずすべての能力を持っておく必要はなく、必要な能力を持つ人とつながり、いつでもその支援を受けられる体制を整えておくことが重要です。

### ②事業設計を設計し、進捗管理を行う立場の人材を確保する。

計画の設計や予算の確保と共に、地域の仕組みを把握し、進捗管理を行う立場(視点)の確保が重要です。現場で事業を実施する担当者では気がつかない点を補うためにも必要不可欠です。

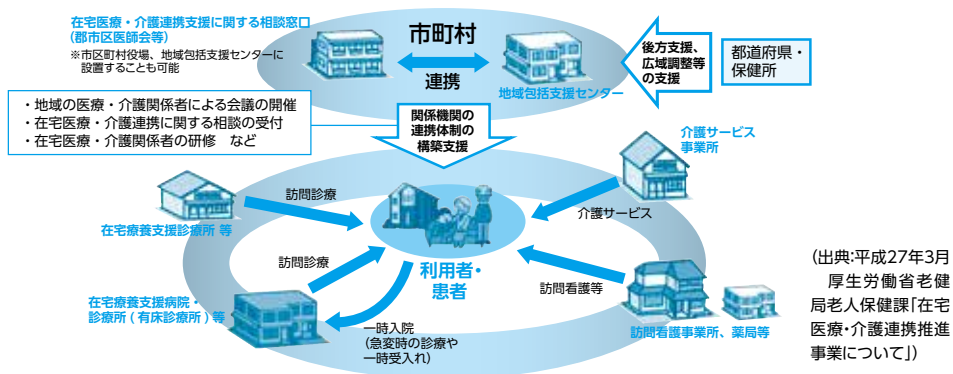
事業の設計図は、地域の協力者と共に(たたき台などの案作成は担当課単独で行っても問題ありません)丁寧に描くことが大切です。

できるだけ細かく、地域の理念(住民に対してどのような地域にしたいために取り組むのか)と地域の課題(解決可能と考えられる問題)を設定することが大切です。

事業の目的(何をどのように解決するために行うのか)、目標(各活動の成否の目安)は、規模や時間的な長さ(短期・中期・長期目標)によっても複数設定することが大切です。

そしてそれぞれの事業は、誰が、どのように、いつまでに、誰と、どのように、行うのか。評価はいつ行うのか。責任者は誰か。ワーキンググループや部会の設置も含めて設計します。

※第三者の視点で、この地域の設計図を観察し、進捗管理する立場の確保が必要です。



### ③事業活動の下準備として、まずは訪問による挨拶回りを。

実際に事業が動き出す前の下準備が非常に重要です。まずはビジネスマナーにもとづいた手順により関係者へ面会予約を行い、訪問して事業について説明と協力をお願いをして回ります。

地域の実情や事業の説明は、自分の言葉で話すことができるように理解してから訪問するように準備をしましょう。

説明に使用する資料は、より少ない枚数の紙にわかりやすいイメージ図やグラフ、地域課題などが簡潔にまとめられているものを準備することが重要です。訪問先の方が、さらに他の関係者に事業の協力を働きかけてくれることも十分期待できるので、誰もがわかりやすく説明しやすい資料を準備してください。

#### ④必ず協力者を見つける。

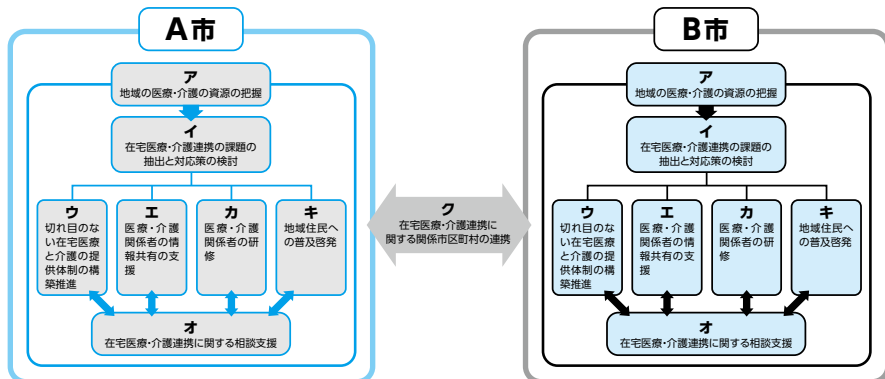
ひとりで取り組める活動ではありません。相談できる地域の協力者、活動パートナーを見つけてください。

#### ⑤都道府県や保健所、大学などの学識組織とも連携を。

地域の多職種だけでなく、都道府県や保健所、大学などの学識組織からもできるだけ新しい情報を迅速に得るように努めてください。刻一刻と地域も変化し、政策も変化しています。迅速な動きが求められます。

これらの準備が整ったら、(ア)～(ク)の取り組みを開始します。

それぞれの取り組みのつながりを図にすると以下のようになります。



#### ⑥事業の定期的な評価を行う。

取り組みを進める中で定期的に活動を見返し、取り組む方向性の修正や具体的な活動の変更、人員などチーム編成を見直すタイミングを確保してください。

『評価』という言葉はネガティブな印象を与えることが多いのですが、見直しや振り返りは取り組みを発展させるためには必要不可欠です。住民の要望に適切しているか、実現可能な計画であったのか、地域の課題の捉え方を間違っていなかったかなど、時々歩みを振り返り、みんなで見直しを行ってください。

時代のニーズと社会の変化を読みながら、自分たちの力で自分たちの地域づくりを考えてみてください。

「地域包括ケア」は、決まった形のあるものではありません。自分たちの持てる資源や考え、動き、資金を活用して、人と人とが相互作用を起こしながら、地域のよりよい形(暮らしやすい地域など)を目指して取り組むその「過程と動き」のことを指しています。

地域に求められるものは住民の考えや時代、政策によって変化しますが、その変化に柔軟に対応できる力が地域の力であり、地域包括ケアの根幹です。



先進事例と残念な事例から学ぶ！  
**在宅医療と介護の連携 事例集**

---

著者 後藤 友子

制作 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部

〒474-8511 愛知県大府市森岡町7丁目430番地

TEL (代表) : 0562-46-2311 TEL (直通) : 0562-46-5270

発行 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

〒102-0083 東京都千代田区麹町 3-5-1 全共連ビル麹町館

TEL : 03-5226-6266 FAX : 03-5226-6269

2015年12月25日 第2版 第1刷発行

国立研究開発法人  
国立長寿医療研究センター  
在宅連携医療部

