平成 29 年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

在宅医療・介護連携推進事業に係る効果的な事業の推進方法と評価に関する調査研究事業

報告書

―在宅医療・介護連携推進事業の進め方マニュアル―

平成 30（2018）年 3 月

公立大学法人埼玉県立大学

目　次

はじめに　……　1
第Ⅰ章　調査研究事業（概要）　……　3
　１．目的　……　3
　２．方法　……　3
　３．結果　……　3

第Ⅱ章　在宅医療・介護連携推進が求められる背景　……　5
　１．人口構造の変化の特徴　……　5
　２．８５歳以上の高齢者の医療・介護ニーズの特徴　……　6

第Ⅲ章　マネジメントの基本的考え方　……　7
　１．マネジメントとは　……　7
　２．「目的」「目標」「手段」とは　……　7
　３．地域マネジメントの一般的プロセスとは　……　7

第Ⅳ章　在宅医療・介護連携推進事業の概要と医師会との連携の重要性　…　9
　１．在宅医療・介護連携推進事業創設の経緯　……　9
　２．８つの事業項目の位置づけ　……　１０
　３．医師会との連携の重要性　……　１１
　４．地区医師会と市区町村の連携例　……　１２
　　１）新潟市の取り組み　……　１２
　　２）徳島市の取り組み　……　１８
　　３）釜石市の取り組み　……　２４

第Ⅴ章　在宅医療・介護連携推進事業全体に対するマネジメントの進め方　２９
　１．在宅医療・介護連携推進事業全体のマネジメントの進め方　……　２９
　２．マネジメントの展開例（横須賀市の「看取り」に対する取組例）　..　３０
　　１）現状把握とあるべき姿の設定　……　３０
　　２）協議会の設置と課題の抽出・整理　……　３０
　　３）取組内容の検討及び実施　……　３０
　　４）指標の設定と確認（モニタリング）　……　３１

第Ⅵ章　個別の主要テーマに対するマネジメントの進め方 ３３
１．在宅医療・介護連携における主要テーマとは ３３
２．テーマ別にみた具体的な展開例 ３４
１）日常療養支援 ３４
（１）横須賀市の取り組み ３４
（２）越谷市の取り組み ４０
２）急変時 ４６
（１）柏市の取り組み ４６
３）退院支援 ５０
（１）足寄町の取り組み ５０
（２）滋賀県の取り組み ５６
４）看取り ６０
（１）常滑市の取り組み ６０
（２）川根本町の取り組み ６６

第Ⅶ章　工程チェックリストの作成 ７２

委員名簿 ７４

資料：研究開発センターシンポジウム２０１７　チラシ

はじめに

○ 団塊の世代が 90 代に入る 2040 年にかけて、85 歳以上高齢者（以下、超高齢者）が増加し続け、2040 年には総人口の約 1 割を占める状況となる。

○ 超高齢者の場合、①慢性疾患による受療が多い、②複数の疾病にかかりやすい、③入院リスクや死亡リスクが高い、④要介護の発生率が高い、⑤認知症の発生率が高いなどの特徴を有しており、医療と介護の両方のニーズを併せ持つ人が多い。こうした超高齢者が、住み慣れた地域で安全かつ安心して暮らし続けるためには、様々な場面（日常の療養時、入退院時、急変時、看取り期）における医療関係者（病院・在宅医療関係者）とケアマネジャーを含む在宅介護関係者の連携強化が必要となる。

○ 在宅医療・介護の連携に関しては、これまで厚生労働省医政局施策の在宅医療連携拠点事業（2011～2012 年度）、在宅医療推進事業（2013～2015 年度）が実施され、一定の成果が得られてきた。こうした流れを受けて、2014 年の介護保険法改正により、地域支援事業の一環として「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられ、2018 年 4 月から、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ、全ての市区町村で取り組むこととなった。

○ 同事業の円滑な推進に向け、厚生労働省は「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.2」の公表などを進め、基本的考え方や進め方を提示してきたものの、同事業を具体的にどのように進めていけば良いか、悩んでいる市区町村は現在でも多い。

○ また、先進事例なども各種報告書や研修会などで報告されているものの、①最終的な姿（最終成果）を示した報告が多く、報告をみた市区町村の状況とのギャップが大きすぎて、逆に、事業を困難なものと感じさせてしまっている、②連携強化に関する具体的な検討を始めると、課題単位での検討（例：看取り期の連携をどうするか）が求められることになるが、そうした課題単位での展開プロセスは示されておらず、先行事例が真似出来ない、③類似した人口規模の事例が少なく、参考にしにくい などの課題があること、また、マネジメントの進め方自体を学んだ経験も少ないことが市区町村職員へのインタビューなどでわかってきた。

○ そこで、今回、マネジメントに関する一般的事項も整理した上で、①在宅医療・介護連携推進事業全体のマネジメント方法、②連携強化を具体的に検討する際に、良く挙がってくる 4 つのテーマ（日常の療養時／入退院時／急変時／看取り期）ごとのマネジメントの展開方法を中心に、実践例も交えながら解説することとした。

○ 本報告書が、市区町村単位での在宅医療・介護連携の推進に少しでもお役に立てれば幸いである。

第Ⅰ章　調査研究事業（概要）

1. 目的

1) 在宅医療・介護連携推進事業の具体的展開を支援するためのマニュアルを開発すること
2) 事業の進捗状況を把握・管理するためのプロセス管理指標（＝工程チェックリスト）を開発すること
3) 他市町村の事業展開プロセスを PDCA の形で整理し直すことを通じて（マネジメントプロセスの見える化）、事業マネジメントの具体的展開力を高めること

2. 方法

本調査研究事業においては、検討準備として、在宅医療・介護連携推進事業関連の既存報告書及び資料の収集・整理を行った。

次に、連携強化を検討する際によく挙がってくる4つのテーマ（日常療養時／入退院時／急変時／看取り期）別にみた取組例として、検討会の委員等から推薦があった市区町村に対するヒアリングを行い、在宅医療・介護連携の検討体制、検討経過の事例収集・整理を行った。

3. 結果

市区町村や関係団体へのヒアリングから、在宅医療・介護連携推進事業を円滑に展開するためには、

1) 協議のための場（親委員会、作業部会）を設置する際、検討体制や検討内容、検討方法などを関係団体等に事前に相談しておくこと
2) 在宅医療の現場の視察、医療・介護関係者へのヒアリングなどを通じて、在宅医療・介護の現場を知ること、ないしは専門職の問題意識等を知ろうとすること
3) 庁内の関係部局と、事前相談や情報共有を図っておくこと
4) 会議体での検討状況を関係者間で共有すること
5) 進捗状況を定期的に確認するとともに、これまでの取組の振り返り（良かった点、改善すべき点など）を行うこと

などが鍵となることがわかった。

一方、対策の実行状況（例：研修会を○○回開催したなど）のモニタリングは行われているものの、連携上のあるべき姿の検討や目標設定、目標の達成状況の確認作業などは不十分であることもわかった。

こうした検討を踏まえた上で、在宅医療・介護連携推進事業を推進するための工程チェックリストを作成した（表 I-1）。

表 I-1. 医療・介護の連携推進に関する工程チェックリスト

	項目	✓欄
手順 1：協議会の設置に向けた事前準備		
	・公表データをもとに、医療・介護に関する基礎データを収集・整理しているか （例：厚生労働省の「在宅医療にかかる地域別データ集など）	
	・関係者（関係団体など）と、協議会の設置・運営に関する事前相談を行っているか	
	・関係者から、医療・介護連携の現状や現場で感じている課題などを事前にヒアリングしているか	
	・庁内の関係部局と、協議会の設置・運営に関する事前相談を行っているか	
	・協議会設置に際し、目的や協議事項等を記載した設置要領などを作成しているか	
	・協議会を運営するための費用を検討した上で、必要に応じて確保しているか	
手順 2：意見を聞くための協議会（＝親委員会）を用意する		
	・関係者が一堂に会して、医療・介護連携上の課題を検討するための協議会を設けているか	
手順 3：協議会で指摘された個別課題の内容や検討状況を庁内で共有する		
	・各テーマ（例：入退院時の連携など）に対する具体的な検討状況を、庁内の関係部局で共有する仕組みになっているか	
	・各テーマに関して指摘された課題の検討方法を関係部局で検討する仕組みになっているか	
	・各テーマに関して指摘された課題の検討方法を関係部局で実際に検討しているか	
手順 4：個別課題の検討の場（＝作業部会）を設け、会議を開始する		
	・各テーマの課題を検討するための会議（＝作業部会）の設置の必要性、検討体制、内容などを、協議会（＝親委員会）のコアメンバーに事前に相談しているか	
	・作業部会を設置する場合、検討体制、検討内容などを親委員会に諮り、了承を得ているか	
	・初回会議において、作業部会設置に至った経緯や目的、実施内容などの共有を図っているか	
手順 5：各テーマの現状と課題を把握する（親委員会、作業部会にて）		
	・在宅医療・介護連携に関する主なテーマ（日常の療養支援、入退院支援、急変時対応、看取りなど）の現状や課題を、各テーマに関連する関係者からヒアリングしているか	
	・事前に想定したシナリオに沿った会議運営ではなく、各委員が意見を言いやすい状況を作り、多くの発言を引き出し、その上で出てきた意見を整理するような会議運営を行っているか	
	・在宅医療・介護連携に関する主なテーマ（入退院支援等）の現状を、アンケートまたは既存データ分析などで量的に把握しているか	
	・ヒアリングやアンケート等でわかった現状や課題を、関係者間で共有しているか （例：作業部会での検討状況を親委員会に定期的に報告するなど）	
手順 6：計画を策定する		
	・各テーマのあるべき姿（例：入退院時にどのような連携を目指すのか、どのような看取り時の連携を目指すのか）を検討しているか	
	・各テーマに対し、目標を設定しているか（例：在宅看取り率を〇%にする）	
	・目標達成に向け、具体的に何を行うのか（対策）を検討しているか	
	・目標達成に向け、誰がいつまでに行うのか（役割分担、スケジュール）を決めているか	
	・進捗状況をいつどこで報告してもらうか、決めているか	
	・アウトプット（マニュアル作成、ルール作成、様式の見直しなど）が何かを共有しているか	
手順 7：計画の実行状況をモニタリングする		
	・目標の達成状況、対策の実施状況などを定期的に確認しているか	
	・進捗状況の確認をもとに、これの取組の振り返りを行っているか（良かった点、改善点など）	

第Ⅱ章　在宅医療･介護連携推が求められる背景

１．人口構造の変化の特徴

○ 2015 年と 2040 年の年齢階級別人口の変化をみると、0-14 歳、15-64 歳は年々減少し、25 年間でそれぞれ 25%、23%減少していく。

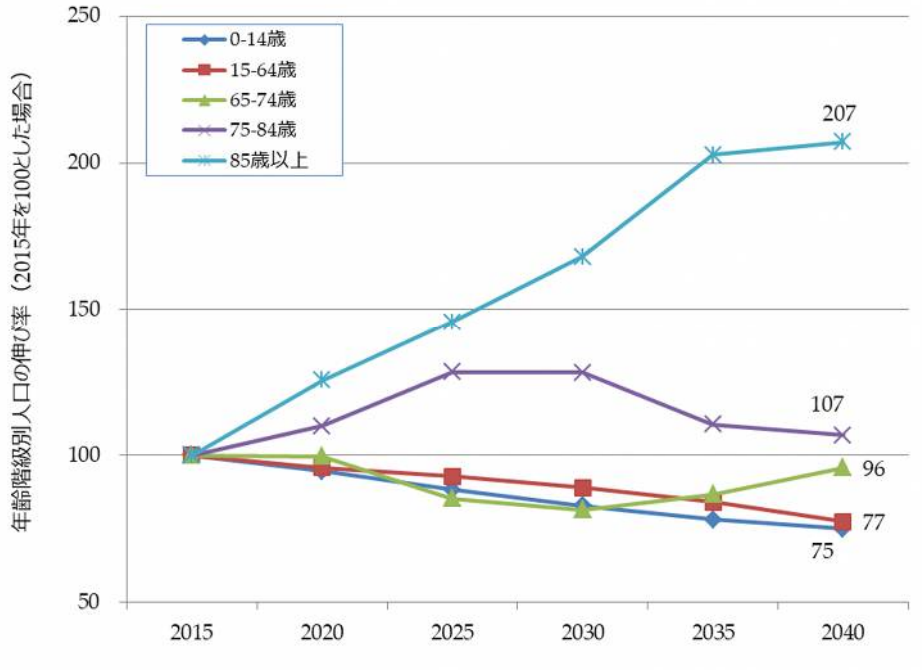
○ 65-74 歳は 2030 年まで減少後増加に転じ、2040 年は 2015 年に比べ 4%減少となる。75-84 歳は 2025 年まで増加した後減少に転じ、2040 年は 2015 年に比べ 7%増加に留まる。一方、85 歳以上は年々増加し、2040 年には 2015 年の 2.07 倍となる。

○ 総人口に占める 85 歳以上人口の割合は、2015 年の 3.9%が、2040 年には 9.2%に増加する。2040 年には、約 11 人に 1 人が 85 歳以上、約 3 人に 1 人が 65 歳以上といった超高齢社会となる。

表Ⅱ-1-1．年齢階級別人口及び高齢化率の推移

	2015	2020	2025	2030	2035	2040
人数（千人）						
総数	127,095	125,325	122,544	119,125	115,216	110,919
0-14 歳	15,945	15,075	14,073	13,212	12,457	11,936
15-64 歳	77,282	74,058	71,701	68,754	64,942	59,777
65-74 歳	17,546	17,472	14,971	14,275	15,219	16,814
75-84 歳	11,380	12,517	14,597	14,578	12,579	12,155
85 歳以上	4,943	6,203	7,203	8,306	10,018	10,237
再掲) 65 歳以上	33,868	36,192	36,771	37,160	37,817	39,206
再掲) 75 歳以上	16,322	18,720	21,800	22,884	22,597	22,392
構成割合（%）						
65 歳以上	26.6	28.9	30.0	31.2	32.8	35.3
75 歳以上	12.8	14.9	17.8	19.2	19.6	20.2

図Ⅱ-1-1．年齢階級別人口の伸び率の推移



出所）国立社会保障･人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 29 年推計）

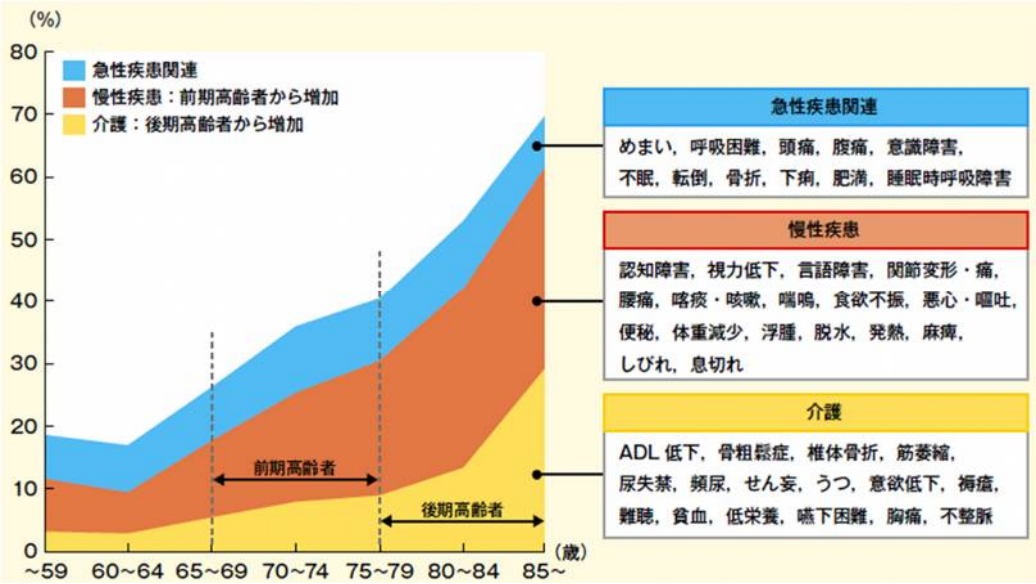
２．85 歳以上高齢者の医療・介護ニーズの特徴とは

○ 青壮年者にはみられないが、加齢とともに現れてくる身体的および精神的諸症状・疾患のことを「老年症候群」という。これは加齢に伴う諸器官の生理的機能低下および体動の減少に伴う「廃用症候群」が重なって生じるもので、多くの臓器が関与した症状・疾患のことである。

○ 鳥羽は、数ある老年症候群を、大きく3つに分類している。１つ目は、めまいや呼吸困難などの急性疾患関連の症候で、年齢による発生頻度の差が少ないもの、2つ目は認知障害や視力低下などの慢性疾患関連の症候で、65歳から徐々に増加するもの、3つ目は、骨粗鬆症や尿失禁などの日常生活活動（activities of daily living：ADL）の低下と密接な関連を持つ症候で、フレイル（虚弱）の進行とともに、75歳以上で急増するものである（下図参照）。

○ 要支援・要介護状態にある超高齢者の場合、ADL低下に加えて、慢性疾患や急性疾患関連の老年症候群も複数保有する場合が多く、医療と介護の両面からの支援が必要となる。

図Ⅱ-2-1. 3 つの老年症候群



出所）鳥羽研二：老年症候群と総合的機能評価，日本内科学会雑誌、98（3），p.101-106，2009 を引用

第Ⅲ章　マネジメントの基本的考え方

１．マネジメントとは

○ マネジメントの本質は「課題を解決すること」にある。なお、ここでの課題とは、「現状」と「あるべき姿／こうありたいと思う姿（＝目標）」とのギャップのことを意味する。

○ したがって、マネジメントとは、「あるべき／ありたい姿（目標）を設定した上で、適切な手段の選択と実践を通じて、その目標を達成していく（現状を目標に近づけていく）プロセスのこと」と言える。

２．「目的」「目標」「手段」とは

○ 目的とは、成し遂げようと目指す事柄のことである。「何のために（在宅医療・介護連携推進事業を）行うのか」に視点が置かれる。

○ 目標とは、目的を達成するために設けた目印のことである。「どこを目指すのか（目指す地点、目指す数値）」に視点が置かれる。目標は関係者が目指す目印のことであるため、具体的であること、達成できているかどうかが確認しやすいことなどが求められる。

○ 手段とは、目標を達成するための方法のことである。「どのように行うのか（どうやるか）」に視点が置かれる。研修会や市民向けフォーラムの開催などはこの手段に相当する。

○ こうした用語の本来の意味を理解すれば、「目的」が決まった上で「目標」が定まり、その後、目標達成のための「手段」が決まるといった順番で物事が決まっていくことがわかる。“どうやるのか”といった手段から物事を考えがちだが、そうではなく、

目的は何か⇒目標をどこに置くか⇒目標達成のためにどのような方法を用いるか

の順番で事業や業務の展開を考える必要がある。

○ 在宅医療・介護連携推進事業やその取組を評価する場合も、研修会を何回行ったかといった「手段」の実施状況の評価だけでなく、医療と介護に関する具体的な連携テーマ（入退院支援、看取りなど）のあるべき姿を想定した上で設定した当面の目標が達成出来たかどうかの視点での評価、ならびに目標の上位概念である目的の達成状況の評価を行う必要がある。

３．地域マネジメントの一般的プロセスとは

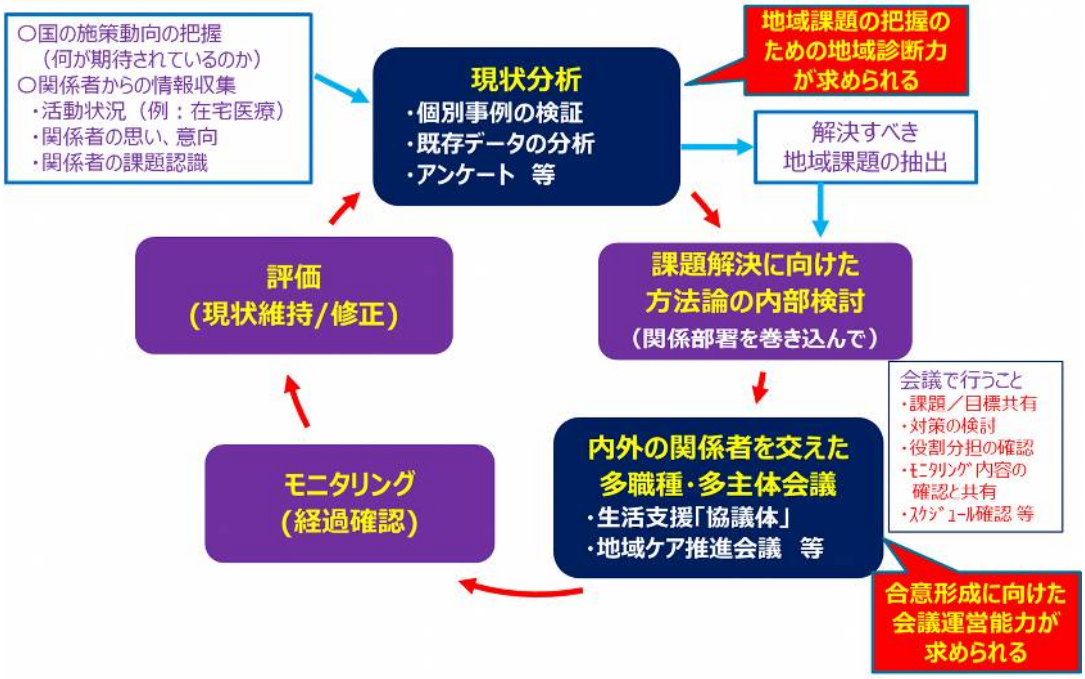
○ 個人を対象に行うケアマネジメントも、地域を対象に行うマネジメントも、その方法論はほぼ同じである。

○ 市町村が行う地域マネジメントは、おおむね、

① 国の施策動向と市町村に期待される役割の把握
② 関係者からの情報収集（活動状況、意向・思い、課題認識など）
③ 既存データや独自アンケートを通じた現状分析（アセスメントに相当）
④ あるべき姿（目指す姿）の検討
⑤ 現状とあるべき姿に基づく課題の抽出
⑥ 課題解決に向けた方法論の内部検討（関係部局を交えた検討）
⑦ 内外の関係者を交えた多職種・多主体会議の運営（課題・ゴールの共有と対策の検討）
⑧ 進捗状況の管理と評価（振り返り）、計画の修正

といったプロセスから構成される（図Ⅲ-3-1 参照）。

図Ⅲ-3-1．地域マネジメントの一般的プロセス



第Ⅳ章　在宅医療・介護連携推進事業の概要と医師会との連携の重要性

１．在宅医療・介護連携推進事業創設の経緯

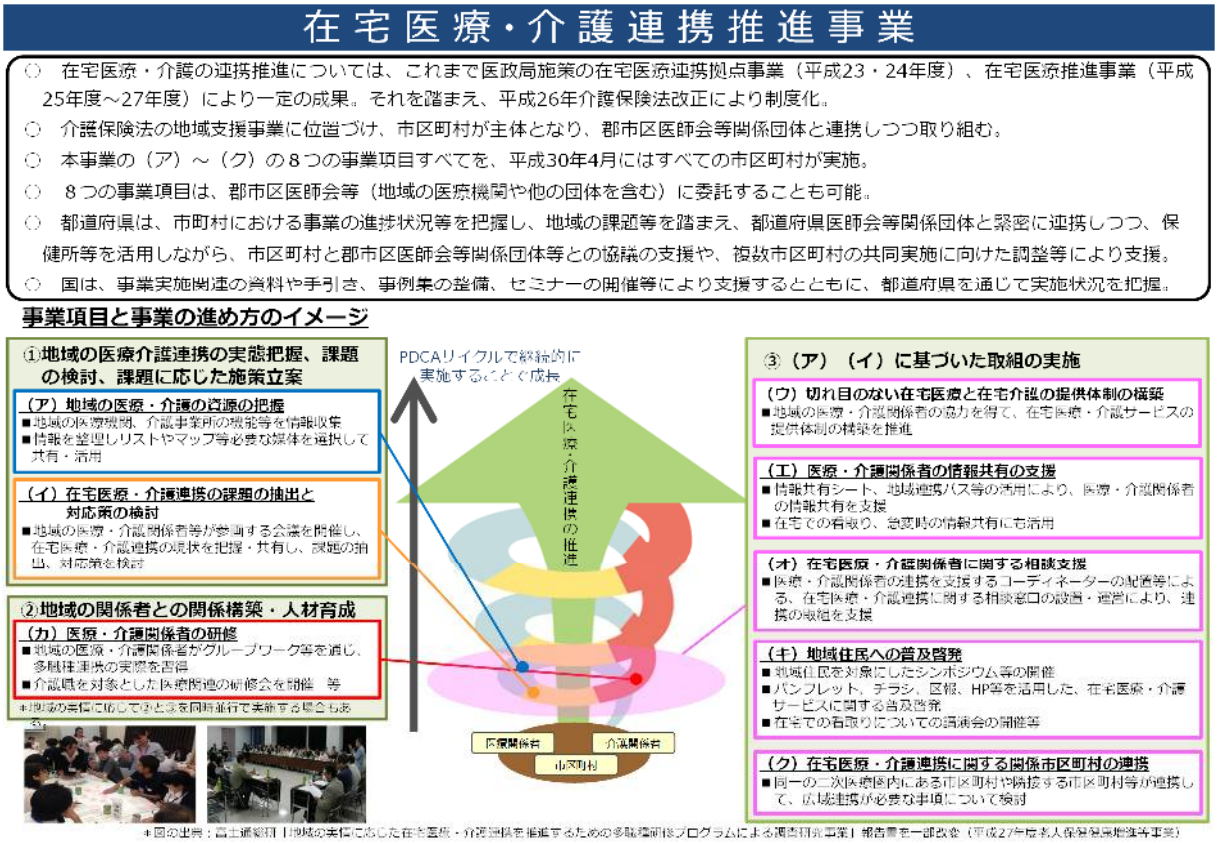
○ 在宅医療と介護の連携の推進に向け、厚生労働省医政局の「在宅医療連携拠点事業」が 2011～2012 年度に実施された。同事業の目的は、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すものであり、

① 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
② 在宅医療従事者の負担軽減の支援
③ 効率的な医療提供のための多職種連携
④ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
⑤ 在宅医療に従事する人材育成

などの事業が行われた。なお、2011 年度は 10 か所、2012 年度は 105 ヵ所が採択されている。さらに、2013～2015 年度は、在宅医療推進事業が行われた。

○ こうした経過を経て、2014 年の介護保険法改正により、地域支援事業の一環として位置づけられ、2018 年 4 月から、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ、全ての市区町村で取り組むこととなったのが「在宅医療・介護連携推進事業」である。

図Ⅳ-1-1．在宅医療・介護連携推進事業の概要



２．８つの事業項目の位置づけ

○ 在宅医療・介護連携推進事業では、以下の８つの事業項目が設定されている。

(ア) 地域の医療・介護資源の把握
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
(エ) 在宅医療・介護関係者の情報の共有支援
(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
(カ) 医療・介護関係者の研修
(キ) 地域住民への普及啓発
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

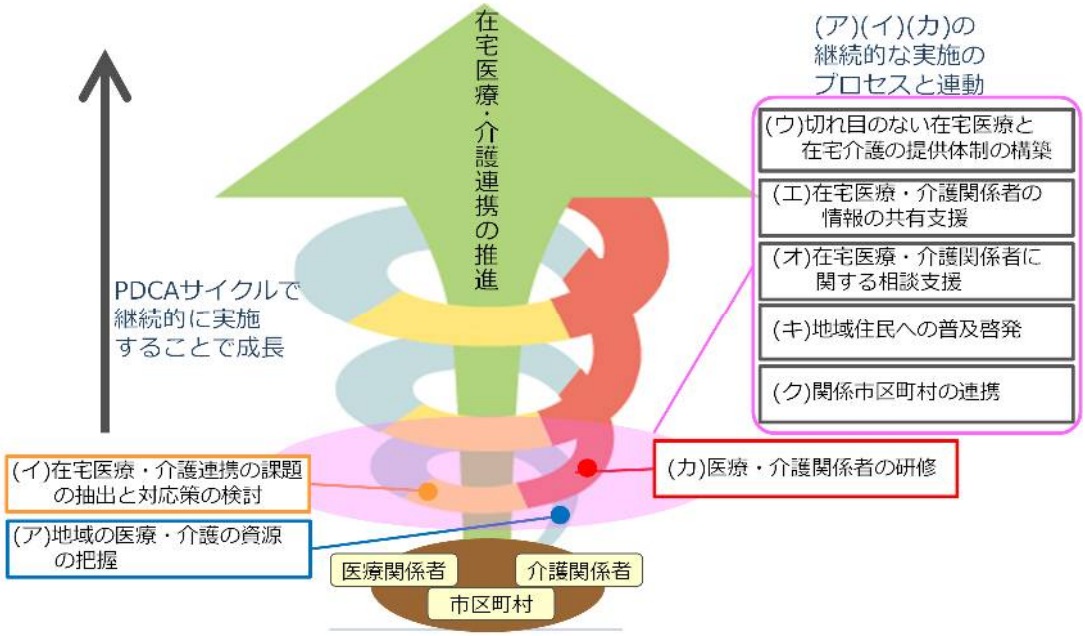
○ 在宅医療・介護連携推進事業の８つの事業項目は、住民に在宅医療サービスと介護サービスを一体的に提供する（＝これが目的）ための、地域における在宅医療と介護の連携体制を構築する「手段」である。

○ 地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制を構築し、維持、充実していくためには、地域の医療・介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案、実施に至るといった PDCA プロセスを意識して取り組むことが重要である。

○ ところで、課題とは、「現状」と「あるべき姿」のギャップのことである。したがって、連携上の課題を適切に抽出するためには、具体的な連携テーマ（例：入退院時連携）に対し、あるべき姿（目標）を関係者間で共有した上で、手段（例：研修の実施、退院支援ルールの開発）を検討する必要がある。

○ 本事業の８つの事業項目の取組順序としては、まずは「（ア）地域の医療・介護の資源の把握」により地域の実態を把握し、「（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」で地域の医療・介護関係者と実態の共有、課題の抽出、対応策の検討を実施し、（ウ）から（ク）の事業項目を活用して実施することが効果的な事業の進め方として考えられる。

図Ⅳ-2-1. 在宅医療・介護連携推進事業の８つの事業項目の進め方のイメージ



出所）富士通総研：地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業報告書を一部改変（平成 27 年度老人保健健康増進等事業）

３．医師会との連携の重要性

○ 在宅医療・介護連携を推進するためには、在宅医療の中心的役割を果たす地区医師会と市区町村の協働は非常に重要となる。

○ 地区医師会は、地域の医療を面的に支える存在であり、かつ、多職種をまとめる大きなパワーを有する組織体である。一方、市区町村は、保険者として、地域包括ケアシステム構築の中心的役割を果たす組織体である。こうした影響力をもつ２つの組織体が連携を図ることで、大きな推進力が生まれることとなる。

４．地区医師会と市区町村の連携例

以下、３つの地域（新潟市、徳島市、釜石市）の連携例を示す。

１）新潟市の取り組み

医師会と市町村の連携体制構築	
新潟県新潟市	新潟市医師会と新潟市に加えて、ソーシャルワーク機能に長けた病院のスタッフ等が一体となって連携を図った事例

（１） 基本情報

項目	数値
①人口	799,728 人
②65 歳以上人口	210,668 人
③高齢化率	26.3%
④病院数（新潟市内）	44 施設
⑤一般診療所数（新潟市内）	515 施設
⑥訪問看護ステーション数	49 施設
⑦在宅療養支援診療所数	46 施設
⑧年間死亡数	8,251 人
⑨自宅死の割合	9.3%
⑩老人ホーム死の割合	6.7%

出所）平成 27 年「在宅医療にかかる地域データ集」「医療施設調査」「人口動態調査」ほか

（２） ステップごとの経過

ステップ１：市と定期的な協議を行うための場づくり（1971 年）

1971 年 6 月、新潟市医師会と市衛生部双方の意思の疎通を図りながら、新潟市域における保健衛生全般についての検討を進めることを目的とした「新潟市保健衛生連絡協議会（事務局：市衛生課）」が、医師会からの働きかけで発足した。定期開催される同会での意見交換を通じて、衛生行政施策のブレーン機能を医師会が果たしている構造となっている。

同会において、①休日急患診療センターの設置運営、②医師会メジカルセンターの建設、③新潟市民病院のあり方の検討、④救急医療体制の整備、⑤保健衛生関係の事業や予算に関する意見交換等が行われるなど、同会は行政と医師会が一体となった地域医療体制構築のための基盤となっている。

ステップ２：草の根的な多職種ネットワーク活動の開始（2000 年前半～）

通院患者の高齢化による在宅療養支援ニーズの高まりを背景に、介護保険制度がスタートした 2000 年前半から、多職種が情報交換、意見交換、共同研修、事例検討などを行うといった取り組みが、開業医を中心に市内各地で自発的に展開された（新津地域連携運営委員会（秋葉区、2004 年）、緩和ケアリングにいがた（広域、2008 年）、西蒲区在宅医療ネットワークの集い（西蒲区、2009 年）など）。

ステップ３：市との連携・協働の強化（2008 年～）

2008 年、医師会内に「在宅医療検討協議会（年 4 回開催）」が設置され、同会議への参加を市に要請、市は同会へオブザーバ参加している。なお、委員には、在宅医療に取り組む 8 つの区の医師１名以上が参加する形としている。

市としても、「'09-'10 戦略プラン」の中で、「住み慣れた環境で療養できるよう、在宅において日常生活を送りながら訪問診療・訪問看護が受けられる診療連携体制づくりに医師会とともに取り組む」と明記していることもあり、医師会からの依頼に応じる形で会議に参加している。

また、在宅医療を展開するためには、庁内の関係部門（保健衛生総務課、高齢者支援課、保健管理課）の連携も重要といった課題認識から、市は「在宅医療支援推進協議会準備会」を庁内で立ち上げたが、在宅医療支援推進協議会には医師会関係者も参加している。

お互いが主催する会議に参加し合うことで、情報共有と進捗状況／方向性の確認、修正を行う仕組みとなっている。

ステップ４：補助金事業を活用したネットワークの活性化（2010 年～）

2000 年頃から動き出している草の根活動の継続を図るため、各ネットワークの代表者らは市による支援の必要性を提言した。市はこれら提言を受ける形で、保健衛生部保健管理課内に窓口（＝地域医療係（現在の「地域医療推進課」））を開設した。

さらに、連携を目的に活動する複数職種で構成される団体を「在宅医療ネットワーク」と総称するとともに、「在宅医療ネットワーク活動支援事業」を立上げ、2011 年から補助金の交付を開始した（＝在宅医療ネットワーク推進事業として）。

こうした財政支援により、2013 年度末には 8 つのネットワークが発足、その後も増加し、2017 年 7 月現在、20 団体がそれぞれ特徴をもった活動を展開している（図Ⅳ-4-1）。

図Ⅳ-4-1. 各地域の特性、特徴に応じた在宅医療ネットワークの展開（20 団体）

出所）新潟市提供

ところで、各ネットワークを機能させるためには、事務局機能が重要となる。新潟市では、他のネットワーク、行政、多職種との連携に長けている会員病院の連携室スタッフ等が主体的に活動している。また、各ネットワーク間の連携に関しては、医師会内の在宅医療推進室が情報交換の場を提供している。

医師会と行政といった二者だけでなく、両者及び地域をつなぐソーシャルワーク機能を有する病院スタッフを巻き込んだ点が、人口規模の多い新潟市の取り組みの大きな特徴といえる。

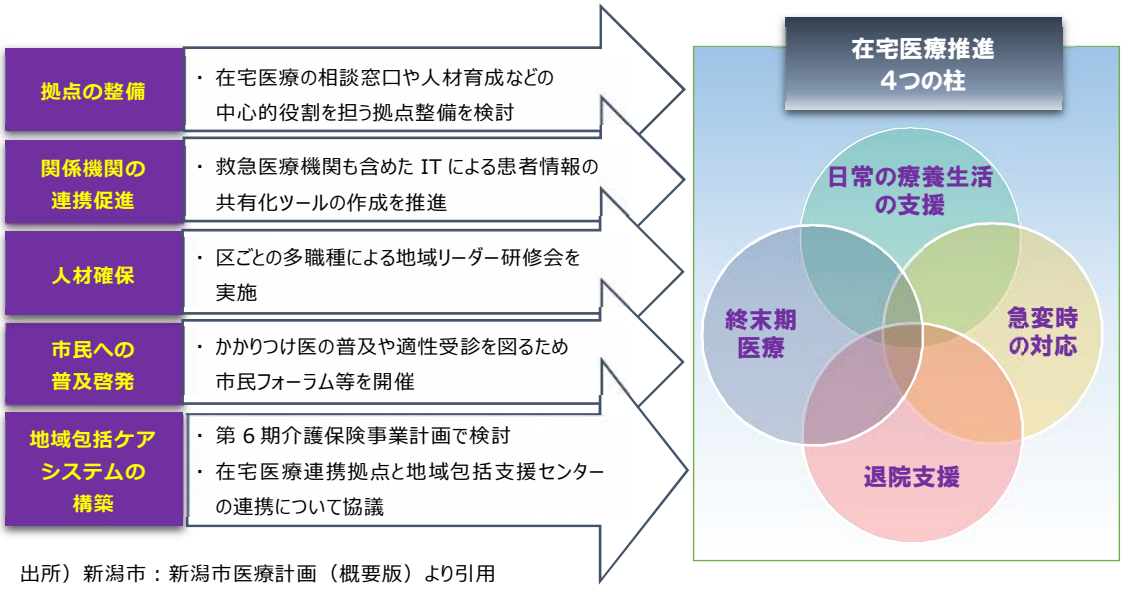
ステップ５：地域医療計画策定への関与（2013 年～）

新潟市は、3 市 1 町で構成される新潟医療圏（新潟市、阿賀野市、五泉市、阿賀町）に属するが、人口規模、少子高齢化の進展度合い、社会資源の整備状況が市町間で大きく異なっており、二次医療圏内での統一的な取組が困難な状況にあった。そこで、市の現状と課題に即した医療提供体制を構築するため、国の指針や新潟県地域保健医療計画との整合性を図りながら、地域の特性を活かせるものに特化し、「救急医療」「精神疾患」「在宅医療」を重点項目とし、その実現に向けた施策や取組を定めるための「新潟市医療計画」を市が策定することとなった（2014～2020 年までの 7 年計画）。

計画策定のための委員会としては、親委員会である「地域医療推進会議」に加えて、3 つの重点項目に応じた専門部会（救急医療／精神疾患／在宅医療部会）が設けられるとともに、三部会合同会議も開催しながら一体的な計画策定を試みているが、こうした委員会運営に対し、医師会関係者が重要な役割を果たしている。

重点項目の 1 つである在宅医療に関しては、国の動向も踏まえながら、在宅医療の 4 場面（①日常の療養生活の支援、②急変時の対応、③退院支援、④終末期医療（看取り））に分けた検討を行うとともに、主な施策として、①拠点の整備、②関係機関の連携促進、③人材確保、④市民への普及啓発、⑤地域包括ケアシステムの構築の 5 つを設定し、具体的な対策の検討を行っている（図Ⅳ-4-2）。

図Ⅳ-4-2. 在宅医療に関する主な施策の設定



出所）新潟市：新潟市医療計画（概要版）より引用

ステップ６：県のモデル事業を活用した拠点整備（2014 年～）

新潟県の在宅医療連携モデル事業（地域医療再生基金、県内 5 ヵ所採択）において、新潟市医師会・済生会新潟第二病院・斎藤内科クリニックの 3 者連名にて応募した事業案が採択され、2014 年 4 月から「在宅医療連携拠点事業」「在宅医療 IT 連携事業」を開始。市は調整役として「新潟市在宅医療連携拠点整備運営委員会」を設置するとともに、拠点の全市展開に向けた検証・検討を開始した（2014～2015 年の 2 か年事業、計 8 回の会議を開催（表Ⅳ-4-1））。

同委員会では、5 つのカテゴリー（①多職種連携、②人材育成、③情報、④普及啓発、⑤相談窓口）ごとに方策ならびに業務内容を設定してきたが、同業務計画書が、現在の在宅医療・介護連携センター／ステーション業務計画書のベースとなっている。

表Ⅳ-4-1. 在宅医療連携拠点整備運営委員会の開催状況

回	開催月	検討内容
第 1 回	2014.5	・新潟市の現状把握、方針確認、課題の抽出（グループワーク）
第 2 回	2014.7	・拠点の業務内容について
第 3 回	2014.9	**・拠点の業務計画について**
第 4 回	2015.2	・2 事業の進捗報告（IT 連携運営委員会との合同会議）
第 5 回	2015.2	・拠点事業報告 ・在宅医療・介護連携推進事業について ・拠点事業評価アンケート、医療資源調査について
第 6 回	2015.6	・中間評価 ・地域包括支援センターアンケート調査 ・在宅医療・介護連携推進事業、協議会設置について
第 7 回	2015.10	・アンケート、医療資源調査について
第 8 回	2016.3	・総括、総括報告書の検討 ⇒2016.4 に、「新潟市在宅医療連携拠点事業　総括報告書」作成

ステップ７：介護保険事業計画への「在宅医療・介護連携の推進」の明記（2014 年）

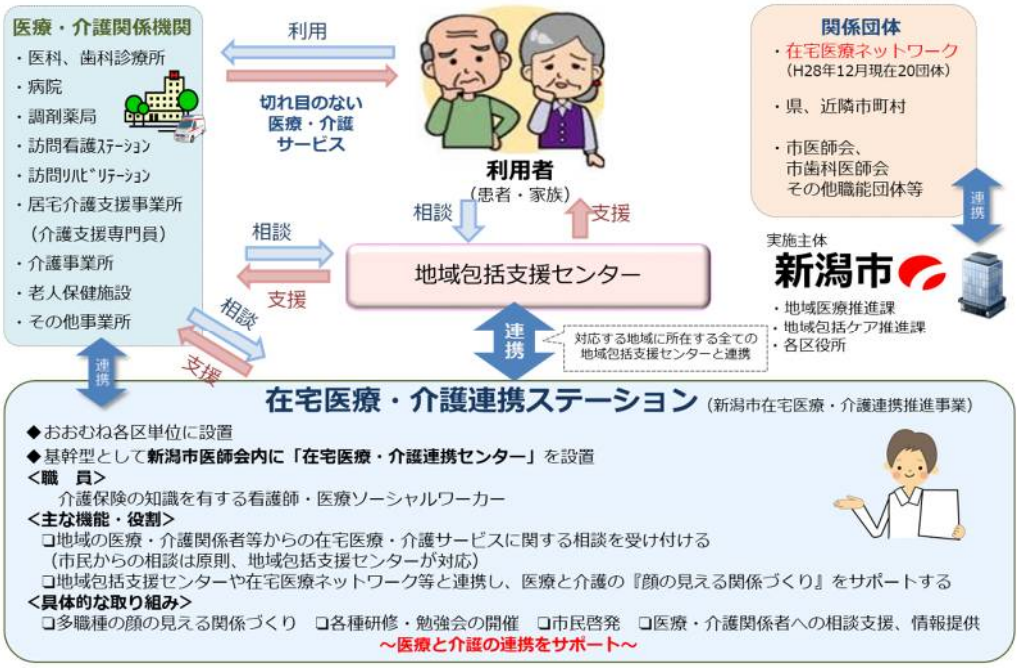
2014 年 6 月の、医療介護総合確保推進法の成立に伴う介護保険法改正により、市町村が行う地域支援事業に「在宅医療・介護連携の推進」が位置付けられた。これを受け、第 6 期介護保険事業計画（2015～2017 年）の基本目標に、「在宅医療・介護連携の推進」を明記することとした。

ステップ８：在宅医療・介護連携センター運営を医師会に受託（2015 年～）

介護保険事業計画に記載した基本目標「在宅医療・介護連携の推進」の達成に向け、2015 年 7 月、市の地域医療推進課を事務局とした「在宅医療・介護連携推進協議会」を発足させる。同会は、①在宅医療・介護連携の推進に必要な施策に関すること、②新潟市医療計画の進捗状況、具体策の協議に関することを主な役割としたもので、メンバーは、医師会、病院、モデル事業実施者、ネットワーク代表者など 20 名で構成されている。全体会（年 2 回）の下に、2 つの分科会（医療と介護の連携を深める分科会、市民の理解を深める分科会）を設け、各年 3 回の会議の中で、所管事項の検討を行っている。

これら会議での検討のなかで、市内 8 区ごとにステーション（サテライト型拠点）を整備するとともに、それらネットワークの業務の総括・調整を行うセンター（基幹型拠点）を 1 か所設置するといった「在宅医療・介護連携センター／ステーション構想」が持ち上がり（図Ⅳ-4-3）、そのとりまとめを医師会の「在宅医療推進室」に委託する形となっている。

図Ⅳ-4-3. 新潟市在宅医療・介護連携センター／ステーションの概念図



出所）新潟市提供

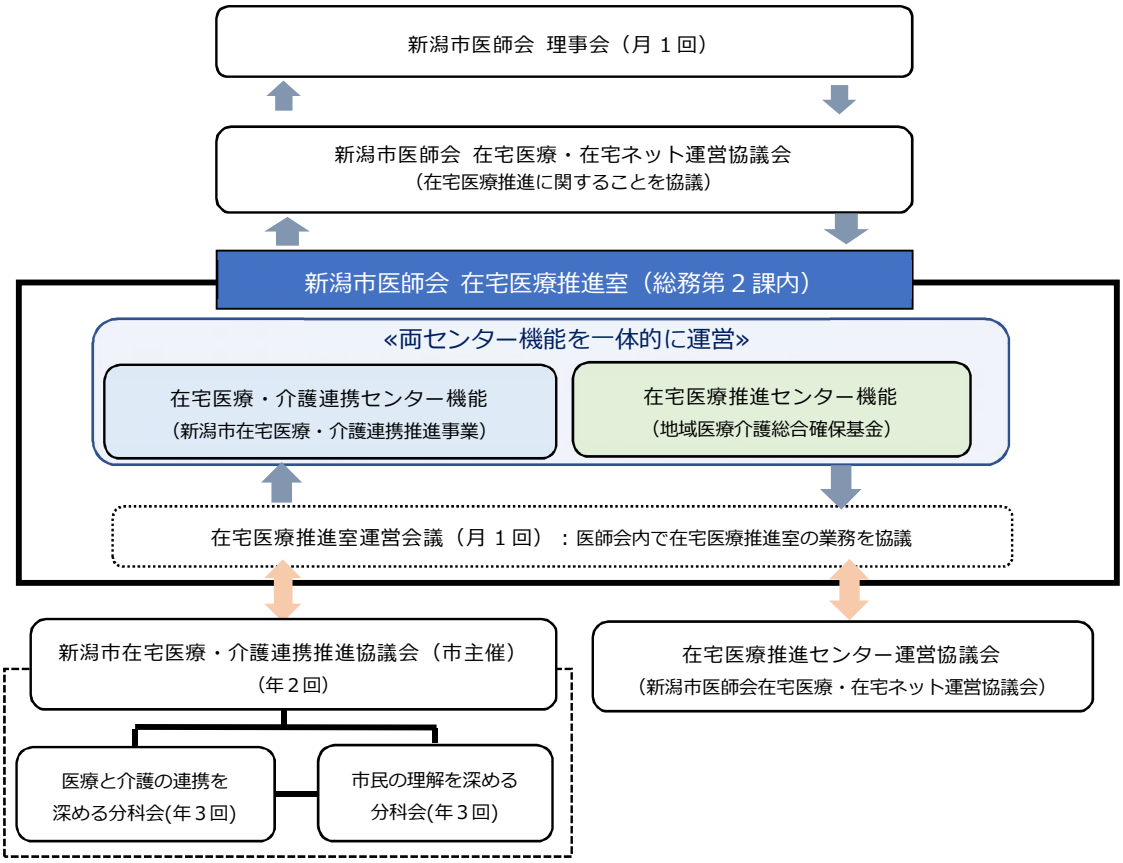
なお、在宅医療推進室は、新潟市総合保健医療センターに入っている医師会内の組織（総務第 2 課）であり、市の在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）、ならびに県の地域医療介護総合確保基金事業から業務委託を受けて、関係性の深い両事業を一体的・効率的な運営を行っている。主な業務は、

① 円滑な事業実施に向けた運営・企画・調整・連携
② センター／ステーション会議の開催
③ 他市町村・各関係機関との連携構築
④ 在宅医療ネットワーク事務担当者会議／在宅医療ネットワーク情報交換会の開催
⑤ 医療・介護連携ガイドライン作成
⑥ 情報共有システム（ICT 利用）の構築・運用・利活用
⑦ 医療・介護連携に関する病診／病病連携会議の開催、
⑧ 市民フォーラム（公開講座）の開催
⑨ 医療資源調査・アンケートの実施・ホームページ開設

などである。

なお、業務の進捗状況に関しては、新潟市医師会の理事会や在宅医療・在宅ネット運営協議会に定期的に報告を行っている）（図Ⅳ-4-4）。

図Ⅳ-4-4. 新潟市在宅医療推進室の役割と機能



出所）新潟市提供

２）徳島市の取り組み

医師会と市町村の連携体制構築	
徳島県徳島市	徳島市と徳島市医師会による在宅医療・介護整備の意見交換会 ：徳島あんしんタッグ　徳島市在宅医療連携協議会

（１） 基本情報

項目	数値
①人口	255,498 人
②65 歳以上人口	68,087 人
③高齢化率	26.6%
④病院数	47 施設
⑤一般診療所数	296 施設
⑥訪問看護ステーション数	31 施設
⑦在宅療養支援診療所数	70 施設
⑧年間死亡数	2,841 人
⑨自宅死の割合	10.5%
⑩老人ホーム死の割合	3.9%

出所）平成 27 年「在宅医療にかかる地域データ集」「医療施設調査」「人口動態調査」ほか

（２） ステップごとの経過

ステップ１：課題の想起・現状把握

【在宅医療の整備にともなって生じた課題】

- 2006 年より医師会内に「在宅医療連携委員会」を設け、在宅医療推進計画を策定（図Ⅳ-4-5）。
- 徳島市の医療資源は他の地域に比べて比較的恵まれている。在宅療養支援病院も多く、特に在宅療養支援診療所は人口比では全国 4 位であり、そのうち 7 割が看取りを実施している。
- 徳島市の地域包括支援センターは徳島市医師会が市から運営委託を受けている 1 か所である。地域の医療を担う医師会が介護を担う地域包括支援センターを同時に運営することで、在宅医療を推進しやすい素地は整っていた。
- 2012 年に全国 105 か所の 1 つとして「在宅医療連携拠点事業」に採択され、国の定める必須事業の取り組みを開始した。

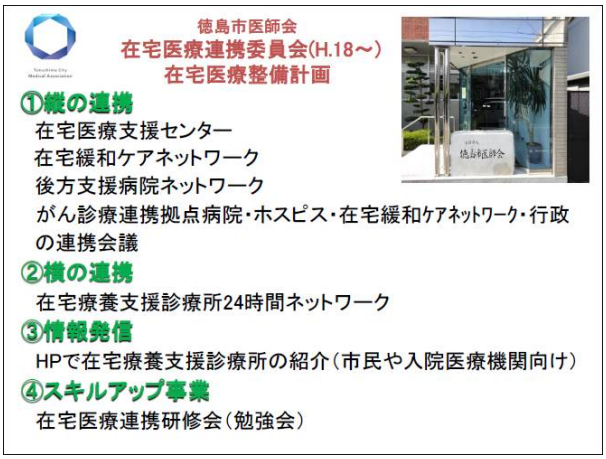
＜課題＞

- 必須事業の展開にあたり、地域における 4 つの課題が明らかになった。
  ① 徳島市に在宅医療を整備する部署がない
  ② 在宅医療に対する市民の理解度が低い
  ③ 在宅医療に参入する「かかりつけ医」が少ない
  ④ 急性期病院における在宅医療への理解不足

＜目指す姿＞

- 県と市町村と医師会がタッグを組み、将来を見据えた計画を立て、着実に実行する。
- 医師会と市町村行政の双方がそれぞれの役割をいち早く理解し、タッグを組んで地域包括ケアシステムづくりに取り組む。

図Ⅳ-4-5. 徳島市医師会　在宅医療連携委員会による整備計画（2006 年～）



出所）徳島市医師会在宅医療連携委員長　豊田健二氏講演スライドより引用

ステップ 2: 検討の場づくり

・拠点事業開始当時、医師会側からまず市長、次いで市会議員に働きかけがあった(図Ⅳ-4-6)。

【市長への働きかけ】

・1993 年頃より、医師会から市長に対し、社会情勢に対応した必要施策を提案する懇親の場が設けられていた。2012～2013 年の懇親会では次の 3 点が提案された。

① 徳島市役所内に、在宅医療の担当部署を設置すること

② 市と医師会が合同で、在宅医療に関する市民公開講座を開催すること

③ 徳島市役所内に、在宅医療に関する市民からの相談窓口を設置すること

【市議会への働きかけ】

・医師会と市議会議員との意見交換会において、市長への提案と同じ 3 項目が要望された。

・2014 年には熊本市長を招聘しての市民公開講座が実現した。

【市の意識変革と連携の場づくり】

・医師会の様々な働きかけもあり、拠点事業が終了した後も、市域全体の在宅医療・介護のグランドデザインを描くための連絡会を恒久的に設けることが合意された。

・2012 年から、徳島市と徳島市医師会による在宅医療・介護整備の意見交換の場として「徳島あんしんタッグ」が定期的に開催されている。

・

図Ⅳ-4-6.「徳島あんしんタッグ」定例化までの流れ

出所）徳島市医師会在宅医療連携委員長　豊田健二氏講演スライドより引用

ステップ３： 在宅医療連携拠点事業による課題の抽出・整理・共有

医師会と市の良好な関係下で、2013 年～2015 年に徳島県が実施する在宅医療連携拠点事業を徳島市が受託し、実施事業者として徳島市医師会に委託が行われた。

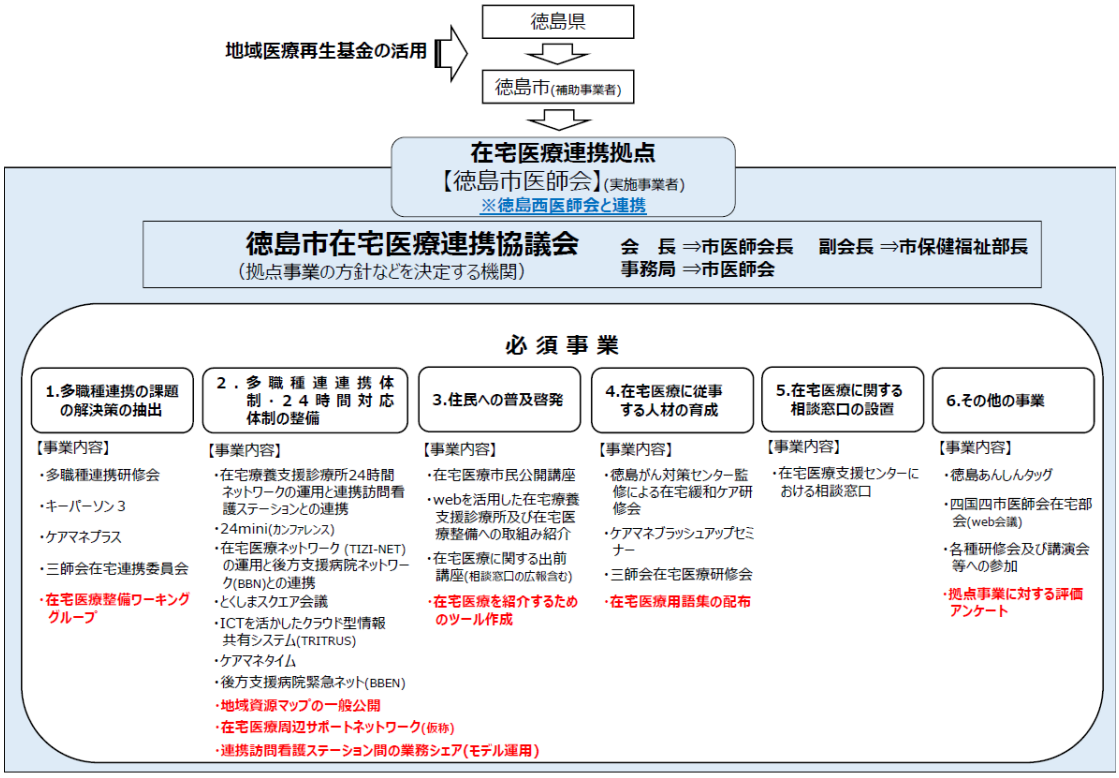
【多職種連携の推進にむけた課題】

- 2012 年に市医師会が厚生労働省の委託を受けて行った「在宅医療拠点連携事業」では、数多くの会議等を実施し、参加者によって在宅医療に係わるさまざまな諸問題とその解決策が見出された。しかしながら、意見集約に難航した結果、十分な地域への還元ができず課題を残した。

ステップ 4: 対策の検討・実施

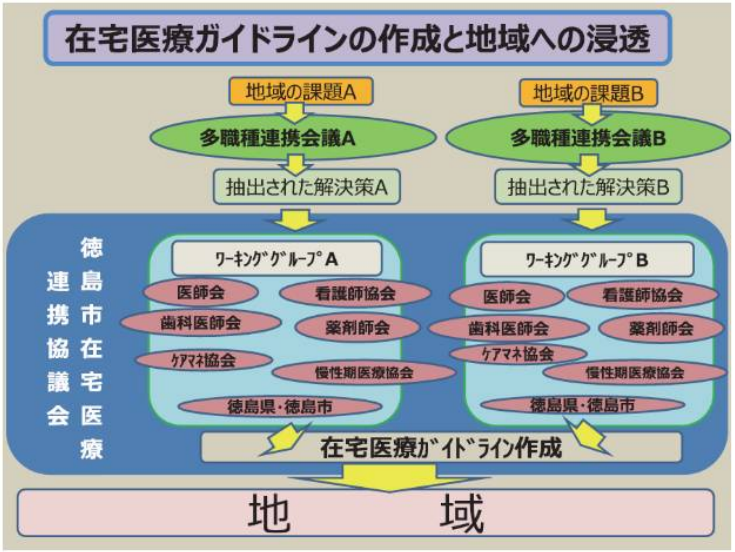
- 2013 年度からの在宅医療連携拠点事業の実施にあたり、2012 年事業からの反省を生かした体制づくりを行った(図Ⅳ-4-7)。
- 事業の運営方針の決定の場として在宅医療・介護に関わる多職種の長で構成された在宅医療連携協議会を設置し、多職種と合意形成した上で事業を実施する体制とした。
- 協議会内に多職種と行政で構成されたワーキンググループ（WG）を設置し、各種会議で抽出されたさまざまな課題や解決策を、WG 内で再協議した上で実用性のあるものに改変を重ね、地域へのガイドライン（提案）として協議会を通じて徳島市全体に浸透させることとした。
- この仕組みにより、現場で在宅医療に係わっている多職種の方々からの意見が最終的なガイドラインに十分に反映され、地域により根付くことが期待される。ガイドラインは規則のような性格を持たず、あくまで地域における基準の１つとして運用される予定である(図Ⅳ-4-8)。

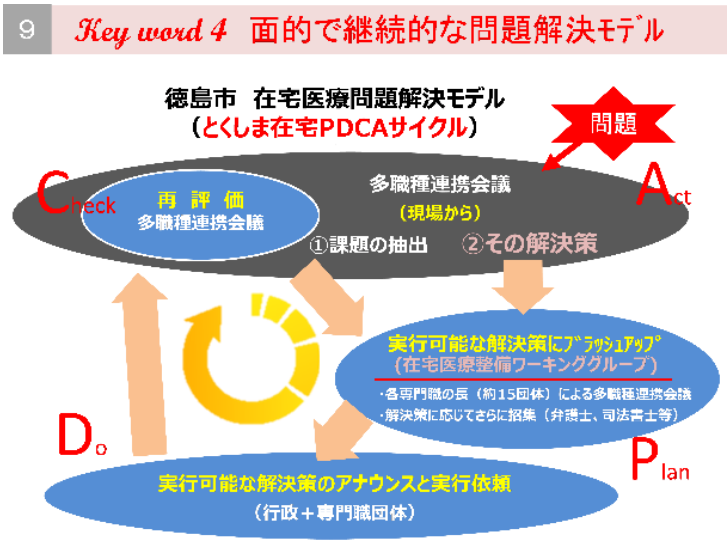
図Ⅳ-4-7. 徳島市在宅医療連携拠点事業の全体像



出所）平成 27 年度 徳島市在宅医療連携拠点事業 実施計画より引用

図Ⅳ-4-8. 多職種との合意形成を経て課題解決・事業実施を行うための体制



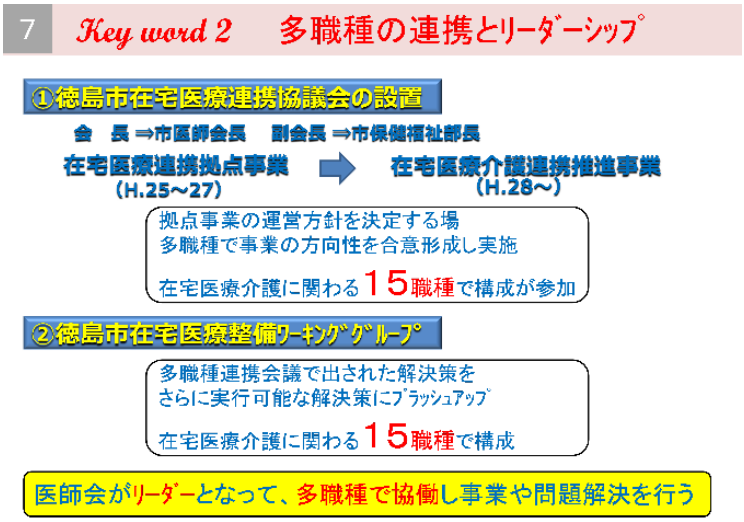


出所）徳島市医師会在宅医療連携委員長　豊田健二氏講演スライドより引用

ステップ５： 経過の確認

- 現行の在宅医療・介護連携推進事業でも、在宅医療連携協議会は運営方針の決定の場として継続されており、参加団体は 15 職種へと拡大している。
- 質の高い在宅医療を実現するためには多職種の連携が欠かせないが、同時に地域の多職種をまとめ牽引するリーダーが必要となる。医師会は各専門職のまとめ役として、多職種と連携しつつ様々な問題解決を図っている。

図Ⅳ-4-9. 徳島市における多職種協働の体制



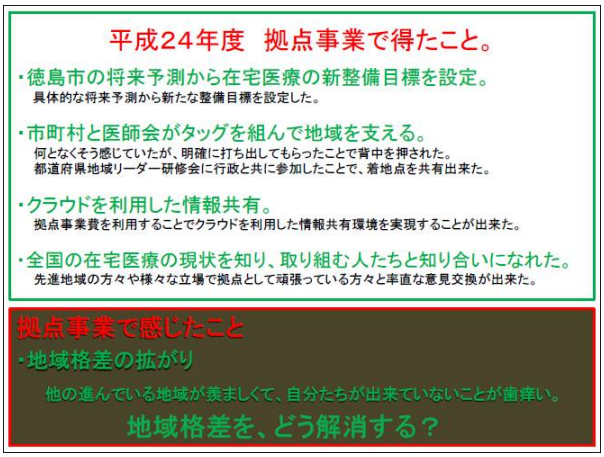
出所）徳島市医師会在宅医療連携委員長　豊田健二氏講演スライドより引用

ステップ６： 課題の再整理

【取り組みを進める中で生じた課題】

- 4 年間にわたり徳島市と医師会で拠点事業を実施する中で、徳島市職員の意識は確実に変化し、市と医師会の良好な関係が構築された。
- 行政担当者の異動に伴い、市と医師会で共有してきた理念や築いてきた方向性にブレーキがかかることがある。これを回避するためには地域包括ケアシステムに取り組む理念と将来の着地点とを文書化し、行政と医師会で共有しておくことが重要であるという教訓を得た。

図Ⅳ-4-10. 徳島市における拠点事業の振り返り（2015 年時点）



出所）徳島市医師会在宅医療連携委員長　豊田健二氏講演スライドより引用

ステップ 7: 今後に向けて

【取り組みの振り返り（医師会より）】

- 4 年間にわたり拠点事業を実践する過程では、行政との連携、在宅医療・介護に関わる多職種との面的な連携体制の構築、他市町村との情報交換など様々な新しい感性を取り入れながら進めてきた。

【今後の課題】

- 2016 年からも継続して、徳島市からの医師会への委託により在宅医療・介護連携推進事業を実施している。

３）釜石市の取り組み

医師会と市町村の体制構築	
岩手県釜石市	釜石市と釜石市医師会による在宅医療・介護連携のコーディネート手法 ：チームかまいしと在宅医療連携拠点協議会

（１） 基本情報

項目	数値
①人口	36,283 人
②65 歳以上人口	12,900 人
③高齢化率	35.6%
④病院数	5 施設
⑤一般診療所数	21 施設
⑥訪問看護ステーション数	2 施設
⑦在宅療養支援診療所数	3 施設
⑧年間死亡数	807 人
⑨自宅死の割合	12.6%
⑩老人ホーム死の割合	9.1%

出所）平成 27 年「在宅医療にかかる地域データ集」「医療施設調査」「人口動態調査」ほか

（２） ステップごとの経過

ステップ 1：課題の想起・現状把握（チームかまいし以前 2007～2012 年）

【在宅医療の整備にともなって生じた課題】

- 2007 年より医師会主導で「釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会」を設け、基幹病院である県立釜石病院の医療機能の確保および負担軽減を目的に、釜石医師会が地域全体の連携構築をコーディネートする拠点となった。
- 目的：①コンセンサスの形成、②役割分担の明確化、③顔の見える関係の構築、④各職種の課題の抽出と解決。
- 役割分担の視点：①垂直連携：病期に応じた切れ目のない連携 ②水平連携：患者の生活を支える多職種連携

＜課題＞

- 必須事業の展開にあたり、現場レベルのコーディネート、各職種の抱える課題の解決といった「水平連携」が遅々として進まず、医師会単独の拠点機能としての限界があった。
  - ① 職種内（一次）、職種間（二次）、地域全体（三次）といった層の異なる課題を同一の場で解決することは困難
  - ② 各層に内在する多様な連携ニーズを拾い上げる『場』の設定が必要
  - ③ 『場』から拾い上げられた課題の精査、連携ニーズの抽出が必要
  - ④ ニーズをマッチングさせる丁寧なコーディネートが必要

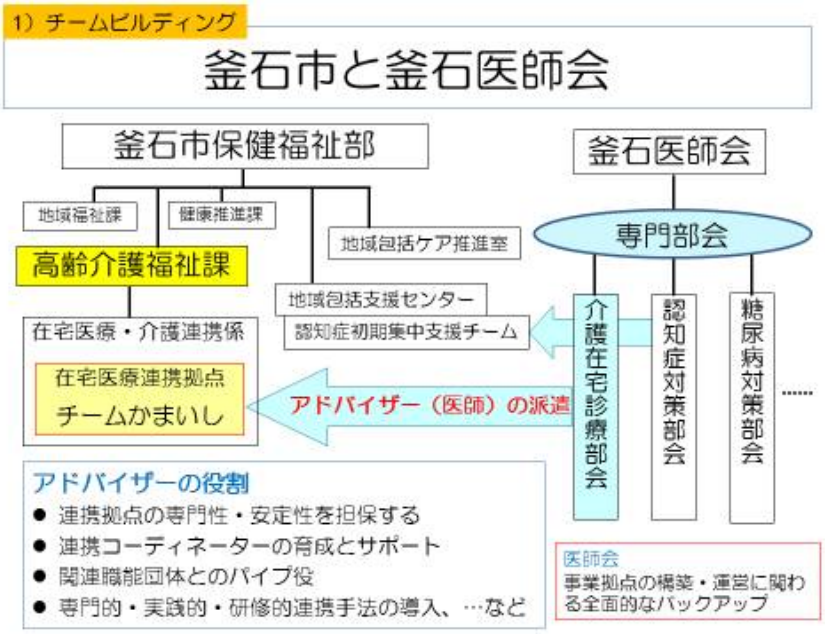
＜目指す姿＞

- 市行政と医師会の双方が連携をし、しっかりとした連携拠点を構築する
- 実践的・協働的な現場（臨床）レベルの連携が実現する場と、連携における課題解決の手法を提供する
- 職種間の自律（立）的・発展的連携をサポートする

ステップ 2: チームビルディング　医療・介護連携の実践拠点　チームかまいし（2012 年～）

- 2012 年の在宅医療連携拠点事業の採択を契機として、釜石医師会との連携により釜石市保健福祉部内に「チームかまいし」を設置。
- 釜石市保健福祉部内に専門部署（在宅医療・介護連携係）を設置、また医師会の専門部会（介護在宅診療部会）よりアドバイザーとして医師を派遣
- 連携をコーディネートする専門職種を配置
- チームかまいしの事業計画・成果の承認・評価機関として在宅医療連携拠点協議会を設立し、事業拠点が孤立しない体制を整える（構成団体：岩手県、釜石保健所、釜石市、大槌町、釜石医師会、釜石歯科医師会、釜石薬剤師会、圏域内の全病院、介護関連職能団体他）
-

図Ⅳ-4-11. 釜石市と釜石医師会によるチームビルディング

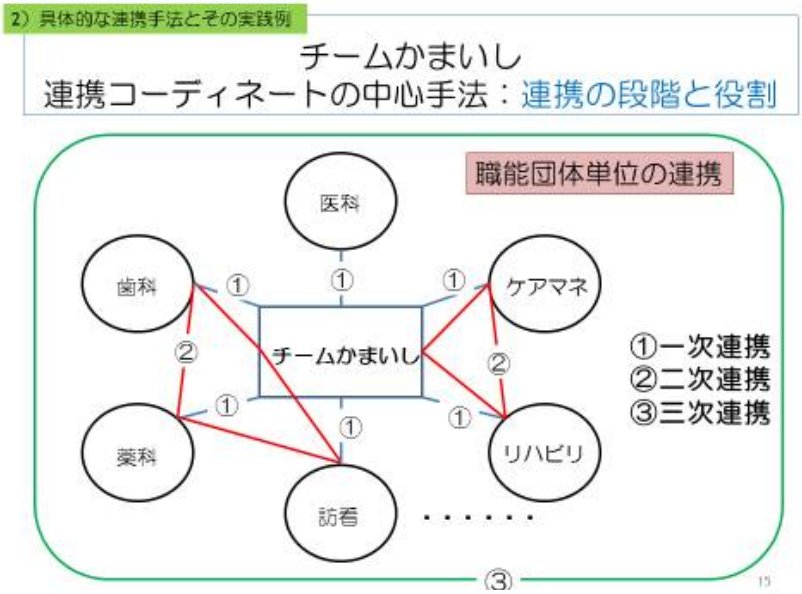


出所）釜石医師会介護在宅診療部会　寺田尚弘氏講演スライドより引用

ステップ３： 課題の抽出・整理・共有

- 一次（職種内）連携：連携拠点と一職種による連携、連携の基盤
  職種内の気づきと課題の共有を促進し、連携拠点が職種内課題解決のための取組みを支援。 アドバイザー（医師会から派遣される医師）は、連携拠点の医療的専門性を担保する役割を担う。
- 二次（職種間）連携：連携拠点が仲介する複数職種の連携
  一次連携のニーズをマッチングすることで、連携構築を支援。課題の抽出と課題柵の検討・実践
- 三次（地域）連携：地域全体のコンセンサス形成の場

図Ⅳ-4-12. チームかまいしにおける一次～三次連携

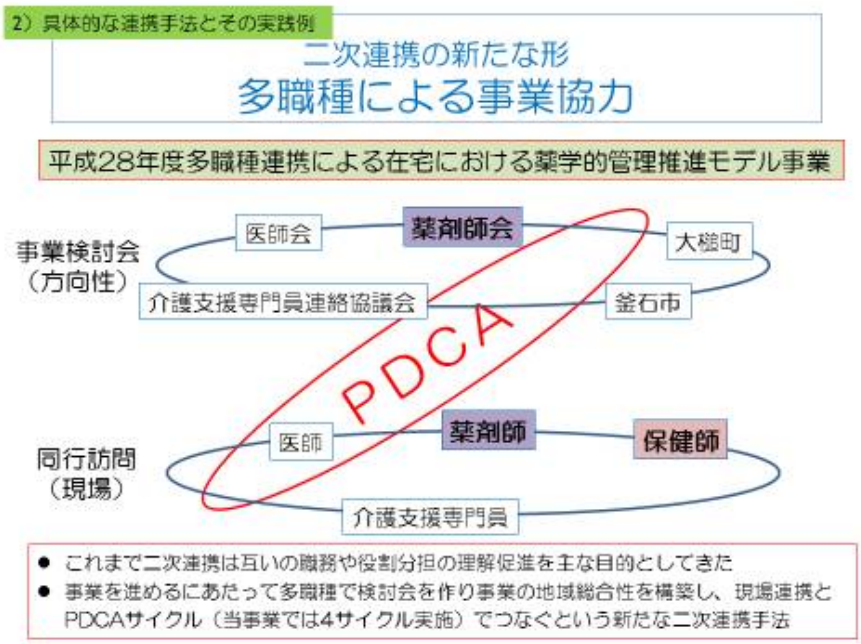


出所）釜石医師会介護在宅診療部会　寺田尚弘氏講演スライドより引用

【多職種連携の推進にむけた課題】

- 一次連携の良いところは、他の職種の目を気にせずに意見を出せること。職能団体単位で公平な立場で課題を拾い上げること、収集された課題や情報が適正に管理されることなどの役割がチームかまいし（拠点）に求められる。
- 課題の抽出は比較的容易である。問題は、課題解決の『場』とその手法をいかに提供するかである。
- 二次連携では、「顔の見える関係（相互理解・研修）の構築」から「個別的包括的ケアへの応用」へと、新たな段階に移行。

図Ⅳ-4-13. チームかまいしにおける具体的連携手法



出所）釜石医師会介護在宅診療部会　寺田尚弘氏講演スライドより引用

ステップ 4: 対策の検討・実施　（2017 年～　）

・　2013 年度からの在宅医療介護連携コーディネート事業の実施にあたり、2012 年事業からの反省を生かした体制づくりを行った。

ステップ 5：　経過の確認

・　現行の在宅医療・介護連携推進事業でも、在宅医療連携拠点協議会はチームかまいしの活動内容や成果物に対する地域全体のコンセンサスを形成する場として継続されている。
・　質の高い在宅医療を実現するためには多職種の連携が欠かせないが、同時に地域の多職種を纏め牽引するリーダーが必要となる。

ステップ 6：　課題の再整理

【取り組みを進める中で生じた課題】
・　５年間にわたり釜石市と医師会で拠点事業を実施する中で、市と医師会の良好な関係が構築された。
・　行政担当者の異動に伴い、合意事項の継続性をいかに確保していくかが課題となることがある。

ステップ 7: 今後に向けて

連携拠点の長期的展望として、医療・介護の連携、医療、介護、予防、生活支援、住まいの５つの要素と震災からの復興、自助、互助、共助、公助の 4 つの視点が必要であり、医療介護連携の更なる深化および培った連携手法の横展開による地域包括ケアシステムの構築を目指していく。
【取り組みの振り返り（医師会より）】
・　医療介護連携は地域包括ケアシステムの成否に関わる基幹連携であり、その第一歩はしっかりとした連携拠点の構築のための行政・医師会連携であると考える。
【今後の課題】
・　2017 年からも継続して、在宅医療・介護連携推進事業を実施している。

第Ⅴ章　在宅医療・介護連携推進事業全体に対するマネジメントの進め方

１．在宅医療・介護連携推進事業全体のマネジメントの進め方

厚生労働省の手引きでは、PDCA の「P（計画）」の部分を下記の 6 段階に分けて、そのポイントを記載している。主な内容を以下に示す（一部改変）。

１）定量的な現状把握

…市区町村・都道府県や郡市区医師会等関係団体が所持している既存データの収集・整理や、郡市区医師会等関係団体を通じたアンケート調査等を通じて定量的な情報を収集する。

２）定性的な現状把握

…医療・介護関係者が普段感じていたり抱えていたりする課題、住民の在宅療養や介護に対する思いや満足度等の把握により、定量的な現状把握としては現れない連携の実態や住民のニーズ等を掴む。

３）課題の抽出

…共有情報を元に医療・介護の関係者と、市区町村における強みや弱みを整理し、課題の抽出を行う。

４）目指す理想像の検討

…目指す理想像（こうありたいという姿）を医療・介護関係者間で検討し、共有を図る。

５）取組内容の検討

…3)課題の抽出、4)目指す理想像の検討の結果を踏まえ、課題に応じた対応策を検討する。

６）指標の設定

…目標となる評価指標を設定する。その上で、設定した指標で【評価（Check）】し、地域の医療・介護関係者が集まる会議へ定期的に提示、報告し、取組内容の改善を図る。

図Ⅴ-1-1. 在宅医療・介護連携推進事業における PDCA サイクル

出所）野村総合研究所：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（平成 28 年度老人保健健康増進等事業）

２．マネジメントの展開例（横須賀市の「看取り」に対する取組例）

１）　現状把握とあるべき姿の設定

2011 年度から在宅療養の体制づくりに着手した横須賀市では、既存調査（人口動態統計など）や既存調査をもとにした死亡者数の将来推計、市民アンケートなどをもとに、看取りに関する現状分析を実施している。以下、主な結果を示す。

（１）　2011 年時点の年間死亡者数は 4,343 人で、死亡場所別内訳は、「病院」2,921 人(67.3%)、「自宅」797 人(18.4%)、「老人ホーム」267 人(6.1%)であった。

（２）　2005～2011 年間の病院死亡者数は、約 2,900 人で横ばい状態であった。

（３）　年間死亡者数の将来推計によると、年間死亡者数は年々増加し、団塊の世代が 85 歳に入る 2035 年に 6,477 人でピークを迎える。

（４）　認定を受けていな高齢者 1,600 人を対象としたアンケートによると、「問：あなたが病気などで人生の最期を迎えるときが来た場合、最期はどこで過ごしたいと思いますか。」に対し、“最期まで自宅で過ごしたい”14.7%、“自宅で療養して、必要になれば医療機関に入院したい”45.3%と、自宅で過ごしたいという希望の方が全体の約 6 割を占めていた。

こうした結果も参考にしながら、「住み慣れた我が家で療養したいという方が、在宅での療養・さらには看取りという選択ができること」をあるべき姿として設定した上で、これを実現するための地域医療の体制づくりを進める方向性を出されている。

２）　協議会の設置と課題の抽出・整理

まずは、医療・福祉関係者へのヒアリングを実施し、現場における課題のキーワードは「連携」であり、連携強化のためには、「多職種が同じテーブルについて相互理解を深める必要があること」を痛感。そこで、多職種が集まって意見交換をするための場としての「在宅療養連携会議」を市が設置した（医療・福祉・行政関係者 11 名でスタート、座長は横須賀市医師会副会長が就任）。

同協議会での検討を経て、以下の 5 つの課題が抽出・整理された。

・課題 1：在宅療養・在宅看取りという選択肢について**市民に理解してもらう必要**がある

・課題 2：在宅療養を支える**職種が連携できていない**

・課題 3：近い将来、**在宅医が不足する**

・課題 4：医療・介護職種が連携できるよう、**人材育成やスキルアップが必要**

・課題 5：自宅の**準備ができないうちに退院**してしまう

2012 年度からはメンバーが拡大するとともに（11⇒15 名）、3 つのワーキングチーム（広報啓発検討 WT、連携手法検討 WT、研修・セミナー検討 WT）を設置し、検討を開始している。

３）　取組内容の検討及び実施

「課題 1： 在宅療養・在宅看取りという選択肢について**市民に理解してもらう必要**がある」に対する取組（対策）を検討した結果、

・対策 1：市職員による「まちづくり出前トーク」の実施

・対策 2：在宅療養ガイドブックの作成

・対策 3：在宅療養シンポジウムの開催

などが挙がり、それぞれ取組に着手。

対策 1「まちづくり出前トーク」では、職員が地域に出向き、テーマを「最期の医療あなたはどうしますか？」と設定した上で、人生の最終段階の医療などについて話し、市民に考えてもらうきっかけづくりを行っている。

対策 2「在宅療養ガイドブックの作成」では、市民が在宅療養や在宅看取りをイメージできるような情報を盛り込んだガイドブックを 2 冊作成している（Vol.1：最期までおうちで暮らそう、Vol.2：ときどき入院・入所　ほぼ在宅）。

対策 3「シンポジウムの開催」では、在宅療養や在宅看取りをテーマとした市民対象のシンポジウムを年 1 回開催している。

4） 指標の設定と確認（モニタリング）

横須賀市実施計画では、看取り関連の指標として「在宅死亡率」を置き、具体的な数値目標として「在宅死亡率 25%」と、当初設定している。

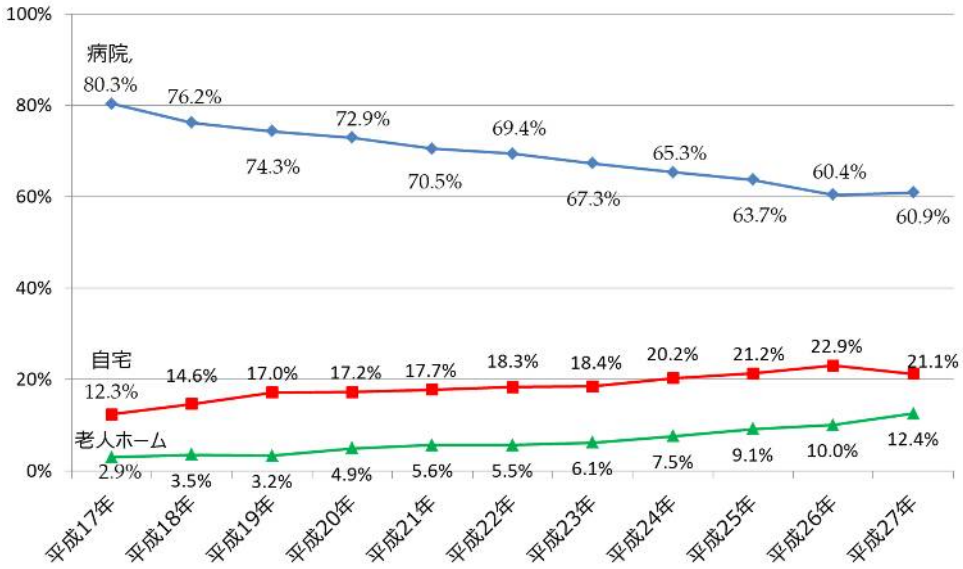
その上で、人口動態調査データをもとに、

（1） 死亡者総数は、2011 年の 4,343 人が、2015 年には 4,544 人に増加するなか、病院死亡者数は 2,921 人(2011 年)から 2,759 人(2015 年)に、また、死亡者総数に占める病院死亡者割合も 67.3%(2011 年)から 60.9%(2015 年)に減少している。

（2） 一方、在宅死亡者数は、797 人(2011 年)から 957 人(2015 年)に、また、死亡者総数に占める在宅死亡者割合も 18.4%(2011 年)から 21.1%(2015 年)に増加している。

などを確認し、2011 年以降の取組の効果を検証している。

図Ⅴ-2-1. 死亡場所別構成比の推移（横須賀市）



出所）人口動態統計をもとに、横須賀市健康部地域医療推進課が作成した資料

ただし、在宅死亡者数の中には、死体検案死も含まれている。そこで、人口動態統計の死亡数から市内警察署が扱った自宅・老人ホーム（老健を含む）での死体検案数を差し引いた死亡数を「地域看取り数」とし、全死亡者数に占める地域看取り数の割合を「地域看取り率」と定義した上で、評価指標を「地域看取り率 25%」に変更している。

下表に、2014 年及び 2015 年の地域看取り数及び地域看取り率を示す。

表Ⅴ-2-1. 横須賀市における地域看取り数と地域看取り率（2014-2015）

「地域看取り率」　（横須賀市独自指標）

場所別死亡数及び場所別死体検案数

平成26年	出　典		総数	自宅	老人ホーム	介護老人保健施設	病院	診療所	助産所	その他
	横須賀市人口動態死亡数		4,592	1,052	457	78	2,775	127	0	103
	区分別小計	（A）			535		2,902			103
	神奈川県警死体検案数	（B）	758	572	52		4			130
	看取り数	（A－B）	3,834	480	483		2,898			−27
	地域看取り数			963						
	地域看取り率			21.0%						

平成27年	出　典		総数	自宅	老人ホーム	介護老人保健施設	病院	診療所	助産所	その他
	横須賀市人口動態死亡数		4,544	957	563	65	2,759	114	0	86
	区分別小計	（A）			628		2,873			86
	神奈川県警死体検案数	（B）	651	502	58		9			82
	看取り数	（A－B）	3,893	455	570		2,864			4
	地域看取り数			1,025						
	地域看取り率			22.6%						

1 横須賀市の死亡数のうち、自宅・老人ホーム・介護老人保健施設での看取りを「地域看取り」と位置付ける。
2 人口動態死亡数には、いわゆる異常死と判断された死体検案数を含むことから、神奈川県警横須賀市内3警察署で取り扱った死体検案数を差し引いたものを「地域看取り数」とする。
注：死体検案数には市外の住民登録のある者も含むが、少数と考えられるので、近似値として扱う。
注：死体検案数の「自宅」には、自宅で体調異変等が起き、病院搬送後死亡した数を含む。

出所）横須賀市健康部地域医療推進課の作成資料

第Ⅵ章　個別の主要テーマに対するマネジメントの進め方

１．在宅医療・介護連携における主要テーマとは

○ 在宅医療と介護の連携を具体的に検討する場合、連携の場面によって、そのあるべき姿や方法、評価のための指標などは異なることになる。

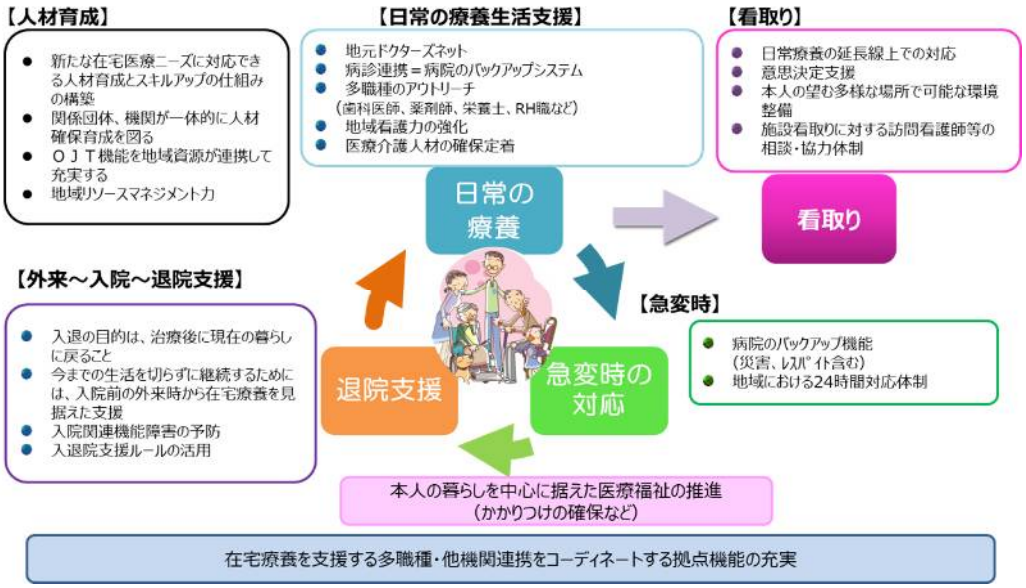
○ 厚生労働省は、「在宅医療の体制構築に係る指針」の中で、在宅医療の機能として「日常の療養支援」「退院支援」「急変時の対応」「看取り」の 4 つを提示している。

○ 在宅医療・介護連携推進事業においても、具体的な課題としてよく挙がってくるテーマがこれら 4 つである（前述した横須賀市の取組は、看取りに関する提供体制構築や連携、市民啓発であった）。

○ そこで、本章では、4 つのテーマ別に、各市区町村の取組例を整理することとする。

図Ⅵ-1-1 在宅医療推進のための基本方針の新たな視点

ー暮らしを中心とした在宅療養支援サイクルー



出所）滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課　資料より引用

２．テーマ別にみた具体的な展開例

１）日常療養支援

（１）横須賀市の取り組み

日常の療養支援	
神奈川県 横須賀市	職種・職場・立場・文化の異なる多職種が、隅々までスムーズに連携するためのツール作成：「よこすかエチケット集」

ア） 基本情報

項目	数値
①人口	413,570 人
②65 歳以上人口	119,491 人
③高齢化率	28.9%
④病院数	12 施設
⑤一般診療所数	323 施設
⑥訪問看護ステーション数	26 施設
⑦在宅療養支援診療所数	41 施設
⑧年間死亡数	4,544 人
⑨自宅死の割合	21.1%
⑩老人ホーム死の割合	12.4%

出所）平成 27 年「在宅医療にかかる地域データ集」「医療施設調査」「人口動態調査」ほか

イ） ステップごとの経過

ステップ 1：課題の想起・現状把握

【在宅療養における課題の顕在化】

- 2011 年度以前から、退院し自宅に帰ったのち、在宅でどう療養したらよいか戸惑う患者が目立ち始めていた。市民の「困り感」を解消し、在宅での療養生活の質を維持向上させることの重要性が顕在化。
- 医療・介護の実情を知るために、市が現場に出向き、関係職種への個別ヒアリングを実施。
- 各職種に患者の QOL を保ちたい意欲があり、そのためには他の職種の協力を必要と認識している一方で、お互いが他の職種の職域や役割を十分に理解していないことが、連携を妨げる要因であると把握された。
- 課題解決には、多職種が顔を合わせて話すことが不可欠であると認識された。

ステップ 2: 検討の場づくり

【在宅療養連携会議の設置】

- 2011 年度、在宅療養を支える医療・介護・福祉関係者の連携を深め、ネットワークを構築するために、多職種が集まれる場として「在宅療養連携会議」を設置。
- 訪問診療に注力している市医師会副会長が座長に就いたことで、行政と医師会の連携が円滑になった。
- メンバーは、医師・薬剤師・訪問看護師・病院関係者・地域包括支援センター・ケアマネージャー・ヘルパーという専門職と、行政職員からなる 11 人
- 第 1 回会議で市健康部長が「市民が地域で安心して在宅療養生活を送ることができるようなシステムづくりをめざす」と宣言し、関係者と意識を共有した。
- 初年度は 4 回の会議を開催し、参加意識の高いメンバーによる活発な意見交換がなされた。

ステップ３： 課題の抽出・整理・共有

【在宅療養連携会議で抽出された課題と解決策】

① 市民が在宅療養の仕組みを知らない → シンポジウム開催、啓発冊子作成など

② 在宅療養を支える職種が連携できていない → 多職種合同研修会の開催など

③ 近い将来、在宅医が不足する → 在宅医同行研修、開業医対象のセミナーなど

④ 医療・介護職種が連携できるよう、人材育成やスキルアップが必要 → ケアマネジャー・ヘルパー向け研修、病院出前セミナーなど

⑤ 退院調整が実施されていない → 退院前カンファレンスシートの作成など

【在宅療養連携会議の拡充】

- 2012 年度より、在宅医療連携会議のメンバーを 15 人に拡大。
- 会議の出席率向上に向け、開催時間帯を昼から夜に変更。
- 議論をスピーディーに深められるよう「広報啓発検討」「連携手法検討」「研修・セミナー検討」の３つの専門部会（ワーキングチーム）を設置。
- 各専門部会から全体会議に企画提案し、合意を得られたものを市が事業化するスキームを構築。

ステップ 4: 対策の検討・実施

できることから躊躇せずに実行するというスタンスで、積極的に事業展開。

出所）横須賀市健康部地域医療推進課作成資料より引用

課題① 市民啓発のための取り組み

- まちづくり出前トーク：職員が地域に出向き、人生の最終段階の医療などについて話し、市民に考えてもらうきっかけづくりをする。
- 在宅療養シンポジウム：多数の市民を対象とし、在宅療養や在宅看取りをテーマに毎年 1 回実施している。
- 在宅療養ガイドブックの作成：市民が在宅療養や在宅看取りをイメージできるような情報を盛り込んだ。
  Vol.1 最期までおうちで暮らそう
  Vol.2 ときどき入院・入所 ほぼ在宅

課題② 連携のための取り組み

- 多職種合同研修会：多職種の顔の見える関係づくりを目的とし、グループワークを取り入れた参加型の研修会。医療系・介護系それぞれから毎回 200 名近くが参加し、テーマについて意見交換。

出所）横須賀市健康部地域医療推進課作成資料より引用

課題③　在宅医増加のための取り組み

・　在宅医療セミナー：在宅医療に未参入の開業医に理解を深めてもらい、在宅医増加につなげる

・　在宅医同行研修：開業医、病院勤務医・看護師に、在宅医療の現場を知ってもらう

課題④　スキルアップのための取り組み

・　ケアマネジャー・ヘルパー対象研修：介護職が基礎的な医療知識を習得し、スキルアップできる

・　病院出前セミナー：病院スタッフが在宅医療への理解を深め、自宅へ帰った患者の生活をイメージできるようになる

課題⑤　退院調整のためのツール作成

・　退院前カンファレンスシート：病院スタッフ、在宅支援多職種スタッフが、必要な情報を漏れなく伝え、相互に共有できるよう支援する書式を作成し、共有。

様　退院前カンファレンス

病院　　病棟　　年　　月　　日

司会：ケアマネジャー／MSW／退院調整 Ns など適宜

☆自己紹介 2 分(時間は目安です)

1．現在までの経過と治療（病棟主治医または看護師が説明。記載する必要はない）3 分

2．入院中の ADL とケア
（看護師が説明。記載する必要はない）5 分
① 移動と移乗、入院中のリハビリテーション
② 食事の内容と食事介助の方法
③ 排泄
④ 寝具と体位交換、皮膚トラブルの有無
⑤ 入院中の入浴・保清の方法と頻度
⑥ 睡眠・更衣・口腔ケア・その他
⑦ 認知機能・精神面
⑧ 行なっている医療処置
❑ 必要な医療器具・福祉機器はあるか。また、使い方は習得できているか
❑ 自宅に帰ってから使用する消耗品などはあるか

⑨ 介護指導の内容と計画
❑ 介護方法・介助方法は習得できているか

⑩ 定時薬と頓用薬
❑ 必要な定時薬・頓用薬は処方されたか

3．本人・家族の希望と心配 3 分

4．質疑 5 分

5．ケアプランの説明（ケアマネジャー）5 分

6．ケアの調整 5 分
退院日
❑ 退院後に利用する医療・介護の事業所は退院日を知っているか

退院後の日程

緊急連絡先や方法
❑ 患者や家族は体調が変わった時の緊急連絡先を知っているか
❑ 診療情報提供書と看護サマリーを用意したか

7．まとめ 2 分

出所）横須賀市健康部地域医療推進課作成資料より引用

ステップ５：　経過の確認

ここからは、課題②への解決策である「多職種合同研修会」から発展して生まれた「よこすかエチケット集」に焦点をあてる。

【背景】

・　医師会、民間事業者、職能団体など多くの協力を得ながら取り組みが進められ、多職種連携の仕組みは整備されつつあった。
　➢　2011 年度、多職種が参加する「在宅療養連携会議」設置
　➢　2012 年度、多職種が誰でも参加できる「多職種合同研修会」、医療職との連携に役立つ「介護職在宅療養セミナー」の開催
　➢　2013 年度、在宅医療推進のための「多職種連携研修」、スムーズな連携を目指す「退院前カンファレンスシート」作成

・　「多職種合同研修会」は、顔の見える関係を作るため、グループワークやワールドカフェといった参加型研修の手法を積極的に取り入れていることが特徴的。

・　合同研修会に参加したケアマネから「医師と対等に話ができた」という感想が聞かれるなど、繰り返し場を設けることで、職種間の溝が埋まり、ネットワークが構築されることを期待できた。

ステップ６： 課題の再整理

【連携手法検討専門部会の課題認識】

- 在宅療養連携会議の設置４年目となる2014年度に「市民が在宅での療養や看取りを安心して選択できるよう、当会議において検討・具体化してきた事業等について検証し、必要に応じて変更・改革案を検討」という目的が掲げられた。
- 連携手法検討専門部会では、これまでの取り組み過程において浮き彫りになった課題を再整理。
  - ➢ 多職種間で顔の見える関係性が構築されつつあるが、それでも、仕事や職場が異なると意思の疎通に苦慮したり、誤解が生じたりするケースが多々ある。
  - ➢ 連携ルールが決まっていないことも一因だが、多職種が相互ルールを深め、思いやりを持って行動すればより良い関係性が生まれるのでは。

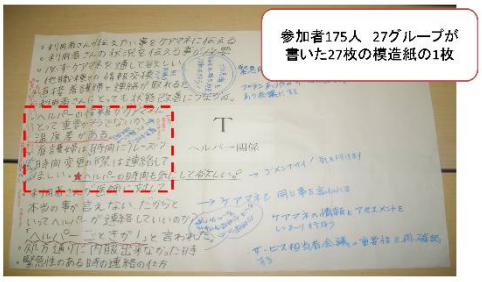
【2014年度の取り組み】

- 多職種が相互に知っておきたいマナーや、気をつけたいエチケットなど明文化した「よこすかエチケット集」を作成することとした。

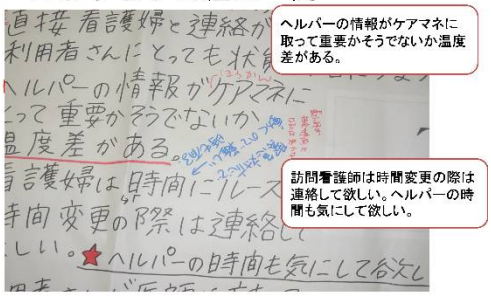
＜進め方＞

- 2014年度の多職種合同研修会（平日夜２時間の研修）を活用
- テーマ：「多職種連携に必要なエチケットやルール」
- 参加者：175 人（診療所・病院・歯科・薬局・ケアマネ・ヘルパー・介護施設・栄養士・地域包括からの参加者を、同職種で27グループに編成）
- 内容：ワールドカフェ方式で「エチケットの種」を探す。27 の各グループで、他の職種に提案したいエチケット・マナー・ルールを模造紙に書き込み、意見交換。

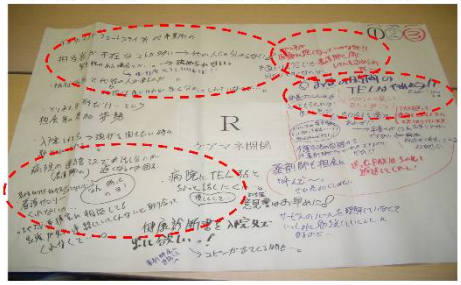
多職種合同研修会で出された
エチケットの種（ヘルパー関係）



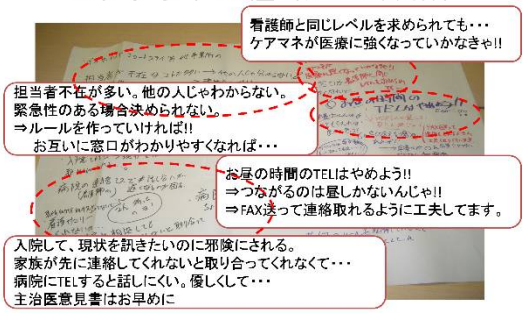
多職種合同研修会で出された
エチケットの種の一例



多職種合同研修会で出された
エチケットの種（ケアマネ関係）



多職種合同研修会で出された
エチケットの種（ケアマネ関係）



出所）横須賀市健康部地域医療推進課作成資料より引用

＜取りまとめ＞

- 研修から、742 の「エチケットの種」が得られた。
- 研修参加者からボランティアを募り（17 人が応募）、専門部会メンバー6 人を合わせた 23 人で、作成ワーキングループを立ち上げた。
- 2 回のワーキングを経て、「エチケットの種」を 23 項目のエチケット集にまとめた。

出所）横須賀市健康部地域医療推進課作成資料より引用

ステップ 7: 今後に向けて

- 横須賀市が在宅療養連携会議を設置してからの 5 年間で、多職種連携は確実に進み、カンファレンスシートやエチケット集などのツールも整備された。
- それでも、関係職種のすべての人、関係機関の隅々にまで浸透しているとはいえず、特に退院調整については、未だに様々な課題が残る。
- 2016 年度以降は「退院調整のルールづくり」「在宅医療・救急医療の連携」「リビング・ウィルの作成」に取り組んでおり、平成 2018 年 3 月時点で「リビング・ウィル」は完成し、「横須賀市退院調整ルール」は策定された。

（２） 越谷市の取り組み

日常の療養支援	
埼玉県 越谷市	ワーキングチームにて地域包括ケアシステムの 5 領域の課題及び対策を総合的に検討するとともに、県の支援を通じて整備した在宅医療連携拠点を活用しながら、医療・介護連携、医師が参加する地域ケア会議を推進

ア） 基本情報

項目	数値
①人口	329,291 人
②65 歳以上人口	76,804 人
③高齢化率	23.3%
④病院数	14 施設
⑤一般診療所数	183 施設
⑥訪問看護ステーション数	16 施設
⑦在宅療養支援診療所数	12 施設
⑧年間死亡数	2,638 人
⑨自宅死の割合	14.5%
⑩老人ホーム死の割合	2.9%

出所） 平成 27 年「在宅医療にかかる地域データ集」「医療施設調査」「人口動態調査」ほか

イ） ステップごとの経過

ステップ 1：現状把握

【越谷市の現状と課題認識】

- 高齢化社会（高齢化率 7%）から超高齢社会（高齢化率 21%）に進展するのに、全国は 36 年、埼玉県は 27 年を要するのに対し、越谷市は 18 年と、高齢化のスピードが早い。
- 「人生の最期においてどこで療養生活を送りたいか」というアンケートに対し、“自宅で最期まで療養したい”14.7%、“自宅で療養、必要に応じて医療機関に入院したい”48.7%と、6 割以上が自宅での療養を希望していたものの、死亡場所をみると”病院・診療所”80.2%、”自宅”14.5%と、死亡場所の大半は医療機関であった。

ステップ 2: 検討の場づくり

【ワーキングチームの設置】

- 第 5 期介護保険事業計画（2012～2014 年）の基本方針において、「市町村が主体となり、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を図る」といった方向性が国から提示された。
- これを受け、地域包括ケアシステムの実現に向けて、課題及び取組等を検証し、各施策の有機的な連携と包括的な推進を目的に、2013 年 5 月に「越谷市ワーキングチーム」を設置した（同ワーキングチームの活動は 2015 年 6 月まで）。
- 目的は、「地域包括ケアシステムの実現」であるため、同システムを構成する 5 つの領域（医療、介護、予防、住まい、生活支援）の関係者をメンバーとした（医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院医療連携室、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、ケアマネジャー、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、高齢者住宅関係、有識者）。

・ 第 1 段階（2013 年 5 月～同年 10 月）では、越谷市の現状等の把握を通じて、目指すべき方向性の取りまとめを行った。
・ 第 2 段階（2013 年 12 月～2015 年 6 月）では、ワーキングチームに 2 つの部会（検討部会 1・2）を設置し、「取り組むべき方向性」の具体的内容を検討した。

表Ⅵ-2-1. ワーキングチーム(WT)・検討部会・地域ケア会議の設置までの経過

時期	内容
2013 .2	・ワーキングチーム(WT)立ち上げの事前打合せ
2013.4～5	・5 分野（医療・介護・予防・住まい・生活支援）の関係団体に、WT の委員選出を依頼
2013.5～10	・WT を設置し、5 回の検討会を開催（以下は主な検討事項） ・第 1 回：WT の進め方、検討すべき項目について ・第 2 回：領域ごとの課題について ・第 3 回：課題を踏まえた今後の検討する項目について ・第 4 回：今後、検討する内容について ・第 5 回：重点項目・優先順位、部会の構成員、今後の日程について
2013.10	・WT の下部組織（検討部会１・２）の設置及び選出を依頼
2013.12～	・各部会を開催（部会 1 は延べ 12 回、部会 2 は延べ 11 回の会議を開催） 【各部会の検討領域】 ・部会 1：**①在宅医療の充実・強化**、②情報システムの共有、③認知症対策の強化 ・部会 2：①介護・福祉・住まいの充実、②専門職のスキルアップ、**③地域ケア会議の推進**
2014.7	・WT 開催（各部会の中間報告を実施）
2014.9～	・各部会を再開
2015.6	・WT 開催（各部会の最終報告） ・在宅医療・介護連携の推進に向けて、WT を発展的に解消し、市長の附属機関として「**越谷市地域包括ケア推進協議会**」を設置することとした。

出所）越谷市地域包括ケア推進課作成資料より引用

ステップ３： 課題の抽出・整理・共有（在宅医療・介護連携関連）

【在宅医療の充実・強化に向けた課題と方向性】
・ 在宅医療のニーズが増加 → 在宅療養支援診療所の設置数の増加（7 ヵ所：2013 年 10 月時点）など
・ 緩和ケア・ターミナルケアの推進 → 自宅で最期を迎えることを可能とする医療・介護体制の構築
・ 在宅医療、介護、福祉等の連携拠点の設置 → **連携の拠点の設置と連携強化**
・ 訪問看護ステーションの拡充 → 訪問看護ステーションの設置数の増加（6 ヵ所：2013 年 10 月時点）

【地域ケア会議の推進に向けた課題と方向性】
・ 地区ごとの地域ケア会議の設置 → 地域包括支援センターを中心とした地区ごとの設置
・ 地区内の多職種の把握と選出 → 地区内の社会資源の発見と人数把握、会議参加メンバー選出
・ 地域ケア会議の実施 → **会議の実施方法等の検討**

ステップ 4: 対策の検討・実施

県の補助事業による支援を受けて、2016 年 4 月に連携拠点「医療と介護の連携窓口」を医師会内に設置し、医師会立訪問看護ステーションの看護師（ケアマネジャーの資格保有）をコーディネーターとして事務局に配置。市とコーディネーターが協力しながら、医療と介護の連携強化を推進している。

対策① 多職種協働研修会の開催

- 多職種による事例検討の実施。
- コーディネーターの意見も参考に、事例検討以外の研修テーマを検討（2017 年 9 月は医療・介護関係者 90 名を対象に、利用者や家族の心理学をテーマに実施）。
- ワーキングを基にしてできた世話人会が年 2 回開催している「医療と介護の連携の会」は 2017 年 2 月で 20 回を迎え、コーディネーターが事務局になっている。
  （毎回参加者は 100 名を超えている。）

図Ⅵ-2-1.多職種協働研修会

出所）越谷市地域包括ケア推進課作成資料より引用

対策② 「医療と介護の連携窓口便り」の発行

- 多職種からの相談内容の情報共有は、多職種連携を高めるために重要と考え、「医療と介護の連携窓口便り」を定期的に毎月発行。
- 送付先は、①医療系（医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、リハビリテーション連絡協議会、病院連携室、整骨師会）、②介護系（ケアマネ会、ハートページ掲載事業所）、③行政系（県、市担当課、地域包括支援センター、一部市議など）、④教育系（大学ほか）など約 530 事業所。
  バックナンバーはホームページにも掲載。

図Ⅵ-2-2.連携窓口便り

医療と介護の連携窓口便り

あけましておめでとうございます。医療と介護、行政の連携がスムーズに行われるように、皆様からのご相談内容や活動報告等を定期的にお送りしております「医療と介護の連携窓口便り」Vol.21 号です。市内各関係事業所等の課題解決の一歩は多職種の情報共有から始まります。個人情報にも配慮しつつ地域包括ケアの充実を図って参ります。

ケアマネジャーより

なかなか訪問看護に繋がらない他市医療機関への対応について

８０代女性、要支援１（区分変更中）、腰痛、循環器疾患等あり。市内在住でしたが家族のいるＡ市に移りました。Ａ市医療機関に受診後、脊柱の疾患と言われました。ＡＤＬが落ちてきて腰部に疼痛が出現、軟膏を処方してもらっています。ご本人は「元気になりたい。他者介入は嫌だったがこういう状態になったら誰でも来てほしい。」ご家族は「早く導入してほしい。」と要望があり、訪問看護と訪問リハビリテーション、入浴サービスを導入したいと思っています。受診時に家族が医師に伝えたところ「わかった」と言って下さり、その次の受診では「指示書を書くけどいつになるかわからない」と言われたそうです。訪問看護ステーションの管理者や居宅介護事業所の上司に相談した所、次回受診時に家族から医師にお願いしてもらおうという事になりました。どうしたら指示書を書いてもらえますか？

→（窓口）①その医療機関情報をＡ市の連携拠点に確認して対策を検討します。

→（Ａ市連携拠点）「その医療機関は主治医意見書や紹介状の返信はして下さっていますが、在宅医療についてあまりご存知無い先生もおられるのかもしれません。訪問看護指示書を書いたことがないのかもしれません。相談等はっきりお伝えした方が書きやすいのではないでしょうか。」との助言を頂きました。

→（窓口）②Ｃ病院にも脳の疾患で通院しており、そちらから訪問看護指示書を書いて頂く方法。③ケアマネジャーさんがご家族に、「便秘、食欲低下、介護方法が良くわからない、フレイル等の理由で訪問看護の導入を希望」と医師に伝える方法もありますと説明されてはいかがでしょうか？

フレイルとは：加齢が進むに従って徐々に心身の機能が低下し日常生活活動や自立度の低下を経て、要介護状態陥っていく。この心身機能の顕著な低下のこと

（「東大が作った高齢社会の教科書」より抜粋）

④また、訪問看護が入る前に訪問歯科に入ってもらい誤嚥性肺炎にならないような指導をしていただく。

⑤更に、地域の包括支援センターに相談して、そこに勤めている保健師や看護師に訪問をしてもらい様子を見てもらう等の検討もできるかと思います。※次頁へ

ご連絡は「医療と介護の連携窓口」担当まで

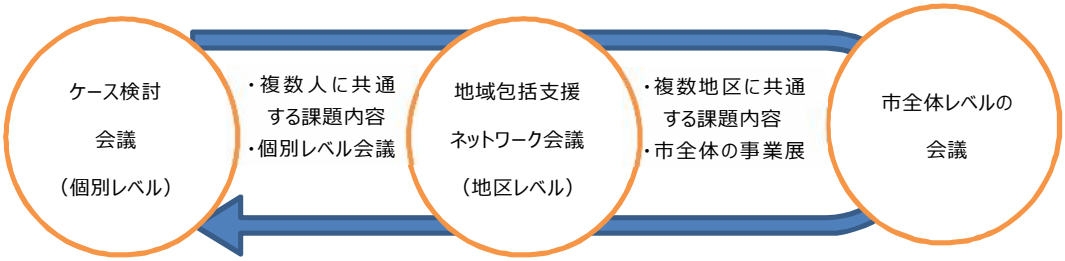
☎：048-940-7701　ＦＡＸ：048-940-7702

出所）越谷市医療と介護の連携窓口作成資料より引用

対策③ 地域ケア会議の開催

- 越谷市における地域ケア会議は、１つの会議ですべての機能を果たすのではなく、個別・地区・市全体のレベルごとの３つの会議（市全体レベル／地区レベル／個別レベルの会議）を開催。

図Ⅵ-2-3.地域ケア会議の構成と各会議の連動について



出所）越谷市地域包括ケア推進課作成資料より引用

・ これまでのケース検討会議は「処遇困難なケースの解決策の検討」のみを実施。地域ケア会議としてのケース検討会議では、地域包括ケアシステムの構築のため、

ア） 多職種による多角的な視点での検討

イ） 自立して生活できるような支援策の検討、

ウ） 地区ごとに共通した課題（地域課題）

を把握する必要があるとし、従来の検討会議の運営方法を修正している。

・ 多角的な視点から支援策を検討するため、医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師）、介護関係者（ケアマネジャー）、地域の代表者（民生委員・児童委員）の 5 職種の参加を必須としている。

・ 開催頻度は約 2 か月に 1 回、全地区でトータル 70 回弱の会議を開催している。

・ 参加医師のコーディネートも、医療と介護の連携窓口のコーディネーターが実施している。

図Ⅵ-2-4. 医師も参加する地域ケア会議（ケース検討会議）の開催風景

出所）越谷市医療と介護の連携窓口作成資料より引用

参考）埼玉県による市町村支援の概要（在宅医療連携拠点及び ICT の整備）

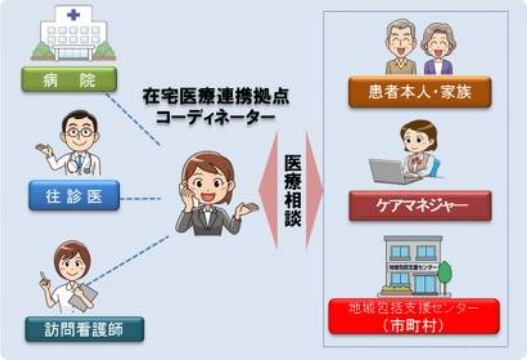
1） 県の支援の必要性と支援のための補助事業の創設

- 在宅医療と介護の連携を図るためには、医師のネットワークを持つ地域の郡市医師会の協力が不可欠である。
- ただし、多くの市町村には医療を担当するセクションがないため、市町村から郡市医師会にアプローチすることが難しいという声がある。そのため、医療担当部局を持つ県が医師会と調整し、医師会の方から市町村にアプローチする必要がある。

⇒医師会と県の共同プロジェクトとして、**「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」**を創設（2015～2017 年度）。

2） 事業の展開方法（3 つの Step）

図Ⅵ-2-5.在宅医療連携拠点の整備



出所）埼玉県保健医療部医療整備課作成資料より引用

① Step1：在宅医療連携拠点の整備

- 県内の 30 地区医師会が拠点を設置し、そこにケアマネジャー資格を有する看護師などの専門職をコーディネーターとして配置した。
- コーディネーターの主な役割は、
  - ア）在宅医療を希望する患者を関係機関や関係者へ紹介すること
  - イ）本人・家族、地域包括支援センター、ケアマネジャーからの医療相談へ対応すること

  など。

② Step2：ICT を用いた連携強化

- 医師、訪問看護師、ケアマネジャーなどの多職種が連絡を取り合えるよう、拠点に「ICT による医療・介護連携ネットワーク（無料）」を導入（2017 年度中に全県で本格導入の予定）。
- 本システム導入により、訪問時の様子の書き込みや画像添付を通じて、多職種チーム全員が最新の患者の状況を把握でき、一体的で質の高い治療やケアを提供できるなどが期待される。

図Ⅵ-2-6.医療・介護連携ネットワークの構築

出所）埼玉県保健医療部医療整備課作成資料より引用

③ Step3：在宅医療連携拠点の運営を市町村に移行（2018 年度から）

- 30 の地区医師会に配置した「在宅医療連携拠点」の運営を、2018 年 4 月から市町村に移行するため、2017 年 5 月から、地区医師会・市町村・県の 3 者協議を随時開催し、全市町村で移行への合意が得られた。

２）急変時

（１）柏市の取り組み

救急体制	
千葉県 柏市	高齢者の意思に沿った救急搬送の展開

ア） 基本情報

項目	数値
①人口	400,155 人
②65 歳以上人口	95,793 人
③高齢化率	23.9%
④病院数	18 施設
⑤一般診療所数	247 施設
⑥訪問看護ステーション数	22 施設
⑦在宅療養支援診療所数	28 施設
⑧年間死亡数	3,162 人
⑨自宅死の割合	16.9%
⑩老人ホーム死の割合	4.3%

出所） 平成 27 年「在宅医療にかかる地域データ集」「医療施設調査」「人口動態調査」ほか

イ） ステップごとの経過

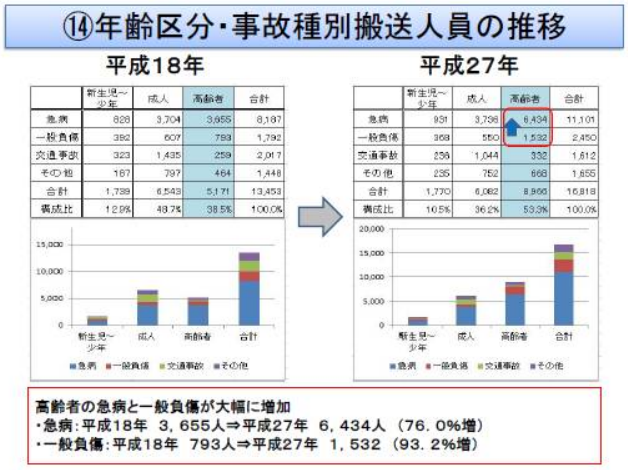
ステップ１：課題の想起・現状把握

【課題の想起】

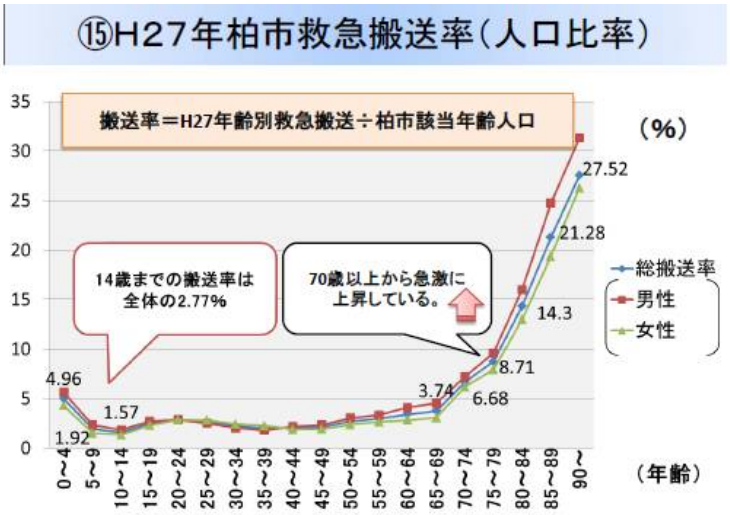
- 2014 年度、市の病院連絡会議において、救命救急センター医師より問題提起
- 高齢者施設からの看取り期の入所者の救急搬送が増加する中、本人および家族の意思確認はどうなっているのだろうか、という課題が想起された。

【関係部署による現状報告】

- 救急搬送の現状と課題について（消防局救急課より報告）



出所）柏市消防局救急課資料より引用



出所）柏市消防局救急課資料より引用

【関係者の意見交換】

- 上記データを共有後、関係者間で意見交換を実施
- 2016 年に市内 3 エリア別「顔の見える関係会議」において、医療・介護・看護・救急隊・行政職の各立場から、意見交換を実施

【アンケート調査】

- 2015 年、各施設に「入居者の延命措置に関する意向確認の状況調査」（市保健福祉部　地域医療推進室）を実施
- アンケート内容
  ◇入所時に延命措置に関する意向を書面で確認しているか
  ◇入居者の延命措置に関する意向を施設スタッフ間で共有しているか
  ◇入居者の意向を施設内でどのように共有しているか
  ◇入居者の急変時の対応についてマニュアルを作成しているか
  ◇入居者の対応時の対応に苦慮した出来事はどんなものか

【入所施設へのヒアリング】

- 2016 年にヒアリングを実施し、課題やマニュアル等の整備に向けた意見をヒアリング（現状把握）

ステップ２：課題抽出・整理

施設へのヒアリングの結果、入所時に意向確認はされている現状

＜課題＞

- 施設、主治医、医療機関、救急隊員との連携が不十分
- 施設ごとに入所者の状況、医療職の配置状況、対応力、対応方法が異なる
- 急変時や看取り期の対応に必要な経験・知識の不足により、介護職員が判断する事への不安が大きい
- 入所時に意向確認していても、状況の変化に応じた話し合いや再確認の機会がほとんどない
- 市民は人生の最終段階の医療の選択について考える機会がない
- 在宅であっても施設であっても、市民への啓発と意向確認が重要

＜目指す姿＞

- 医師会・介護サービス事業者・消防局・行政が協働した取り組みを実施する
- まずは現状を共有し、課題を明らかにして、医療・介護連携とその体制を整える

ステップ３： 課題の共有

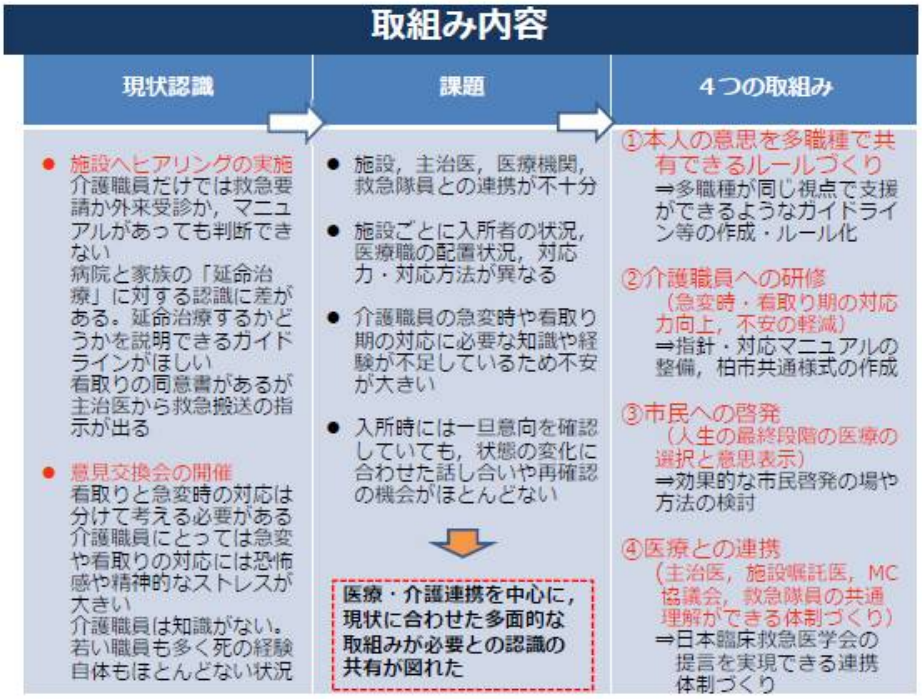
- 2016 年に「高齢者の救急搬送に係る意見交換会」を開催し、現状整理、課題設定、今後の取り組みの方向性整理を行った
- 2016 年「第 3 回顔の見える関係会議」にて、「高齢者の救急搬送と課題について」をテーマに、医療・介護・救急のスタッフが現状と課題について意見交換・情報共有
- 2016 年の「第 4 回顔の見える関係会議（アドバンス研修）」にて、「人生の最終段階における意思決定支援について」をテーマに研修を実施。多職種がチームとなり認識を共有し、柏モデルにおける意思決定支援ガイドライン構築に向けた提案が行われた
- 医療・介護連携を中心に、現状に合わせた多面的な取り組みが必要との認識を共有

ステップ 4: 対策の検討・実施

- 2017 年に各高齢者施設から、同意書、確認書のフォーマットを入手の上、柏市版共通様式の素案を作成

ステップ５： 経過の確認

・ 取り組み状況を、在宅医療・介護多職種連携協議会に報告し、課題の全体共有と方向性の確認を行い、承認を得た



出所）柏市作成資料より引用

ステップ６： 課題の再整理

【取り組みを進める中で生じた課題】

・ 以下の４つの取り組みを継続することが確認された

①本人の意思を多職種で共有できるルールづくり

②介護職員への研修

③市民への啓発

④医療との連携

ステップ 7: 今後に向けて

【今後の取組みテーマ】

・ 「意思決定支援ワーキンググループ」を設置し、ガイドラインなど柏市版のルールを策定

・ 市民への啓発を図る

・ 介護職員への研修を図る

・ 医療との連携体制づくりを進める

３）退院支援

（１） 足寄町の取り組み

退院支援	
北海道 足寄町	住民のニーズを中心に医療・介護従事者が協働し、住み慣れた足寄町での暮らしの継続を目指す：先制的遠距離訪問相談支援

ア） 基本情報

項目	数値
①人口	7,362 人
②65 歳以上人口	2,676 人
③高齢化率	36.3%
④病院数	1 施設
⑤一般診療所数	3 施設
⑥訪問看護ステーション数	0 施設
⑦在宅療養支援診療所数	1 施設
⑧年間死亡数	115 人
⑨自宅死の割合	5.2%
⑩老人ホーム死の割合	－

出所） 平成 27 年「在宅医療にかかる地域データ集」「医療施設調査」「人口動態調査」ほか

イ） ステップごとの経過

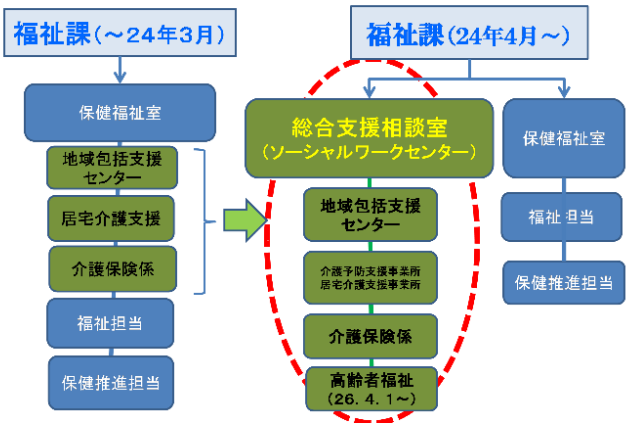
ステップ１：課題の想起・現状把握

- 国保病院長、福祉課長、特別参事を中心に地域包括ケアシステムの構築にむけた地域課題を分析した。
- 分析する中で、町の医療体制に関して、歴史的には民間医療機関（診療所）が担っており、国保病院（開院当時は村立病院）は比較的近年より機能していることが分かった。よって、今後は、民間医療機関と国保病院が個々の特性を活かして機能し、連携しながら町の医療を担う体制づくりを目指すことが確認された。
- そして次に、人口の減少と高齢化率の上昇は一途にあるが、要介護認定者数の増加は１年に約１％ずつの増加で微増。今後の介護施設数の整備を進めると、将来余剰になる可能性がある。よって「住まい」の確保と在宅サービスの充実を町の方針とした。
- これらの方針を受け、重点課題として「在宅療養」「予防検診」「高齢者複合住宅」「認知症高齢者」「ソーシャルワークセンター（総合支援相談機能）」「広報・啓発」が挙げられた。これらの課題それぞれに、町の福祉課や福祉施設職員でプロジェクトチームを立ち上げ、取り組んでいくこととなった。
- 2012 年には既存の民間病院（50 床）が無床の在宅療養支援診療所と新型老健へ転換されている。

【福祉課組織体制の再編】

- 2010 年、町長の公約で「医療と介護、保健、福祉の連携システムの構築」が示される。その後、民間病院経営経験者が特別参事として配置された。
- 2012 年 4 月から福祉課組織体制の再編を行い、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所、介護保険係、高齢者福祉の係をまとめた「総合支援相談室（ソーシャルワークセンター）」となった。
- 医療と介護が切れ目なく提供されることを目指し、国保病院の地域病院医療連携室に総合支援相談室の MSW を派遣し、兼務することで、入退院から介護まで一体的な総合相談を行う体制となった。

福祉課組織体制の再編



出所）足寄町役場福祉課総合支援相談室/足寄町国民健康保険病院医療連携室　作成資料より引用

- 総合支援相談室が、町の方針のもとで、具体的に今後どのような役割と機能を担っていくか。その在り方については、町の重点課題の一つとして、町の福祉課や福祉施設職員で「ソーシャルワークセンター」プロジェクトチームを編成し、議論が行われることになった。

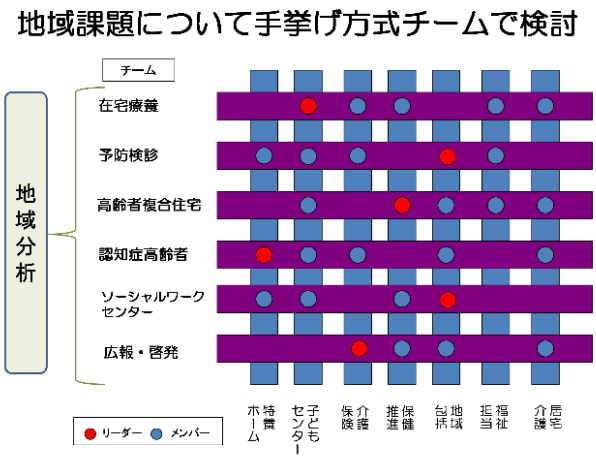
ステップ 2: 検討の場づくり

【職員のやる気を重視したボトムアップ型のプロジェクトチームの編成】

- ６つの重点課題について、職員が自発性を持って地域課題に取り組めるよう、手挙げ方式でプロジェクトチームを編成した。

【チームの編成方法】

- 福祉課職員（総勢 40 名）の中から、担当や配置に関係なく、立候補によってプロジェクトリーダーを公募し、決定。
- プロジェクトリーダー立候補者は福祉課職員の前でプロジェクトについてプレゼンテーションを行い、担当や配置に関係なく、手上げ方式でプロジェクトメンバーが編成された。
- 「ソーシャルワークセンター（総合支援相談機能）」プロジェクトチームは、地域包括支援センターソーシャルワーカーがプロジェクトリーダーに、特別養護老人ホーム、子どもセンター、保健推進係の職員がチーム員として構成され、協議が始まった。



出所）足寄町役場福祉課総合支援相談室/足寄町国民健康保険病院医療連携室　作成資料より引用

ステップ３：　課題の抽出・整理・共有

【プロジェクトチームでの議論・課題の整理・目指す姿の共有】

- ソーシャルワークや総合相談はどうあるべきかの議論を半年間繰り返し、課題と目指す姿をプロジェクトチームで共有した。
- 自らの職能や立場といった枠にとらわれず、「自分自身や自分の家族だったらどうして欲しい」という住民目線に立って考えることを徹底した。

＜プロジェクトチームで共有された課題＞

- 町内に相談窓口が多々あり、町民にとってはどこに相談してよいのか分からない。
  →相談窓口は一本化する必要がある。
- 役場の窓口に相談に行くと職員全員が振り向き、相談しにくい。
  →本音を引き出すには相談者の生活の場、相談者のテリトリでの相談が必要。
- 相談窓口に来た時には、すでに本人は困り果てていて、問題が大きく、複雑になっている。
  →早期から相談につながり、介入できる体制必要

＜目指す相談窓口の在り方＞

- 役場の相談窓口で町民を待っているのではなく、町民の生活の場、相談者の場に出向く「訪問相談」を基本とする。
- 気軽に相談できる関係づくりと場の設定を行う。

【町・福祉課内での合意形成】

- プロジェクトチーム全体会で、議論の結果と目指す相談窓口の在り方を報告。
- 報告書により町の関係者間での合意形成を行った。

【相談支援の実践や関係者とのやり取りの中で現状と課題を把握し整理】

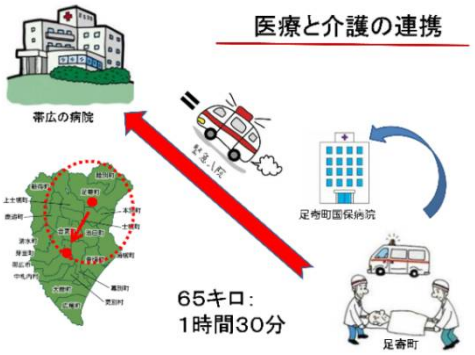
＜現状＞

- 町内の救急搬送はすべて一度国保病院に搬送され初期対応の後、必要に応じて 65 ㎞離れた（車で片道約 1 時間 30 分）帯広の病院に搬送される。帯広の医療施設に搬送された患者はすべて国保
  病院で把握できる。
- 搬送先の帯広の病院は 5 病院になるので、5 病院と役場福祉課で組織的協議を行い連携体制について合意形成を図った。

＜課題＞

足寄町の担当者が抱える課題

- 帯広の病院の退院支援部門から足寄町への退院連絡が遅く、サービス導入が間に合わない。
- 足寄町の医療・介護資源の状況や患者の生活状況に合わないケアプランを想定し、調整が行われるため、対応できない。
- 回復期リハビリによって ADL が向上しても、家族が受け入れられず、病院・施設への入所となるケースがある。本人の意向が反映されない。
- 地域包括支援センターに家族が相談に来る時は、状況が分からないまま悩んだ末で、すでに施設探しが前提になっている。



出所）足寄町役場福祉課総合支援相談室/足寄町
国民健康保険病院医療連携室　作成資料より引

帯広の病院担当者が抱える課題

- 家族と面会できる機会が少なく、関係構築や意向確認が難しい。
- 足寄町の医療・介護資源の現状、生活実態や価値観を把握しづらい。患者との関係づくりが難しい。
- 退院前自宅訪問や退院後自宅訪問が非常に難しく、退院後の生活を想定した治療やリハビリをできない。

患者・家族が抱える課題

- 帯広の病院担当者に、退院後の生活や希望について十分に相談できていない。
- 患者は住み慣れた足寄町から離れた帯広の病院への長期入院で孤独を感じている。

【課題の整理】

- 帯広の病院へ搬送直後に、患者も家族も悩み混乱するが、誰に相談してよいか分からず、退院間近になって転院や施設選択をして相談となる。
- 帯広の病院担当者は、足寄町の資源の情報だけではなく、患者や家族の生活や価値観に関する情報をとりにくい。
- 足寄町のケアマネをはじめとする介護は、帯広での治療や今後の見込みに関する情報がないまま、退院間近になって調整をはじめ、本人の能力や ADL が活かされない。

ステップ 4: 対策の検討・実施

【対応策の検討】

- プロジェクトチームで議論し合意を得た方針もとに、相談支援を実践する中で課題を整理しつつ、対応策を検討していった。

＜先制的遠距離訪問相談支援＞

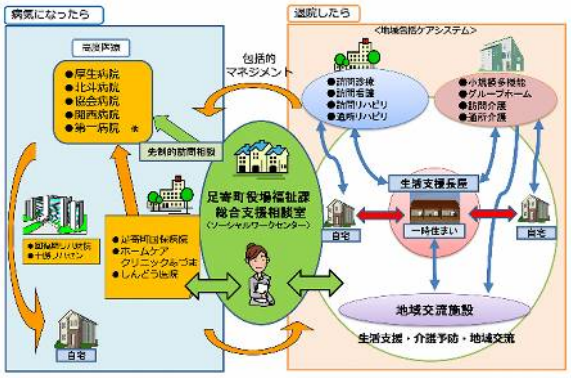
- 国保病院から帯広の病院に搬送された情報を入手した直後から帯広の病院との調整をはじめ、患者・家族への相談支援を開始する。
- 患者の自宅と家族の自宅を訪問し、家屋や生活の情報、家族背景などの情報を入手。家族への相談支援を開始。
- 帯広の病院へ出向き、患者と面談。患者の意向など情報収集。

出所）足寄町役場福祉課総合支援相談室/足寄町
国民健康保険病院医療連携室　作成資料より引用

・　同時に、退院調整担当者に患者・家族の生活の情報を提供し、退院調整担当者からは治療や今後の見通しについての情報を得る。
　→互いに情報の補完を行う。退院に向けて協働して調整を開始。
・　ケアマネがいる場合には、ケアマネと共に帯広の病院担当者や足寄町の医師との調整を行い、足寄町でのサービス調整はケアマネが主導する体制につなげる。

【帯広の病院と共有し協議、合意形成】
・　搬送先となる帯広の５病院を、福祉課係長、地域包括担当係長、国保病院看護師長、参事、担当者の５人で訪問。各病院の地域連携室や看護部など退院支援担当する部門と面会。
・　先制的遠距離訪問相談支援について説明。
・　同時に各病院の体制や動き、部門の役割について情報収集し、各病院に合わせた先制的遠距離訪問相談支援の在り方（タイミング、担当者、連絡先など）を、各病院と協議し、合意を得た。

足寄町の医療機関の機能分化・在宅医療介護の連携



出所）足寄町役場福祉課総合支援相談室/足寄町国民健康保険病院医療連携室　作成資料より引用

ステップ５：　経過の確認

【効果・課題、住民ニーズの把握と、取組みへの反映。】

患者・家族への効果・課題
・　帯広の病院で足寄町担当者に会い、相談できることによって、安心できる。
・　帯広内で急性期から回復期へ転院する際に、患者の足寄町での生活によりあった回復期病院に転院できるよう、調整がなされるようになった。
・　足寄町へ戻り、周囲の力を借りながら自立した生活を継続できる事例が出てきた。
・　家族も足寄町での生活に戻ることに不安に思っており、家族への支援を行うことが基盤となる。家族への支援が重要。

帯広の病院、病院担当者への効果・課題
・　退院支援部門担当者や病院スタッフと患者が、足寄町担当者を介して良好な関係を作れるようになった。
・　回復期リハビリテーション病院では、退院後の生活に密着したより具体的なゴールが設定され、それに応じたケアが行われるようになった。リハビリスタッフのやりがいも向上した様子。
・　患者の足寄町での生活について関心を持ち、足寄町に退院前自宅訪問を実施したり、退院後訪問を実施したりするようになった。
　→スタッフがリハビリの効果を確認できると同時に、足寄町への理解も深まった。
・　回復期リハビリテーション病院の在宅復帰率の向上につながる。
・　医療施設によって、地域連携室が主導していたり、病棟看護師が主導していたり、機能が違うこと、同じ医療施設でも SW の経験年数などによって情報が異なり調整の質が変わってくることが浮き彫りになった。

足寄町担当者への効果・課題

- 医療施設に訪問すると、病院の退院支援部門担当者が入院している足寄町患者をリストアップしておいてくれるようになった。それによって、1 度の訪問で 5～6 人との面談ができ、退院調整部門担当者とも調整ができるようになった。

  →1 度の訪問で複数の患者の調整ができ効率的になった。
- 病院（＝医療）との調整がある程度進んだ所でケアマネに引き継ぐことができ、足寄町内のサービス調整というケアマネの力を発揮できるようになった。

ステップ 6： 課題の再整理

【実践の中で把握された課題】

- 帯広の医療施設の退院支援の体制や、関わる MSW の経験年数によって、調整の方法や質が異なる。
- 帯広の病院、患者・家族、足寄町の 3 者にとって良い取組を継続すること。
- 足寄町内の在宅サービスの充実。

ステップ 7: 今後に向けて

【取り組みの振り返り（町職員より）】

- 町長の強いリーダーシップが成功要因となっている。
- 役場内トップダウンではなく、職種や職位を越えた手上げ方式でのボトムアップ型のプロジェクトチームを編成したことが奏功した。専門職の枠を超えて、「もし自分や家族が高齢者や病院、病害を持ったら、どのような仕組みが欲しいか」という一町民の視点「我が事」で考え議論ができた。住民目線の意見によって、住民のニーズに合った取組みにつながった。
- 総合相談機能によって、病院（＝医療）に不足している患者や地域の生活の情報を提供し、そこで得た医療情報をケアマネ（＝介護）に提供する。これらにより互いの専門性が発揮されると同時に、医療と介護をつなぐ。以上によって患者の足寄町での生活の継続の実現を目指す。
- 取組みはまだ完成形ではない。患者・家族、病院担当者と協力関係を作りながら進めている。相手の場に出向き、その人の本音や反応をもとに、直ちに取り組みに反映させ、評価しながら、完成形を目指している。

【今後の課題】

- 成果を見える化し、評価を行っていくこと。
- 連携調整の質の均一化。

（２） 滋賀県の取り組み

退院支援	
滋賀県	県、保健所、病院、専門職能団体等が連携・協働しながら、入退院支援の仕組みを圏域単位で構築し、定期的な見直しを実施

ア）基本情報

項目	数値
①人口	1,397,783 人
②65 歳以上人口	329,271 人
③高齢化率	23.5%
④病院数	57 施設
⑤一般診療所数	1046 施設
⑥訪問看護ステーション数	82 施設
⑦在宅療養支援診療所数	118 施設
⑧年間死亡数	12,507 人
⑨自宅死の割合	14.2%
⑩老人ホーム死の割合	5.2%

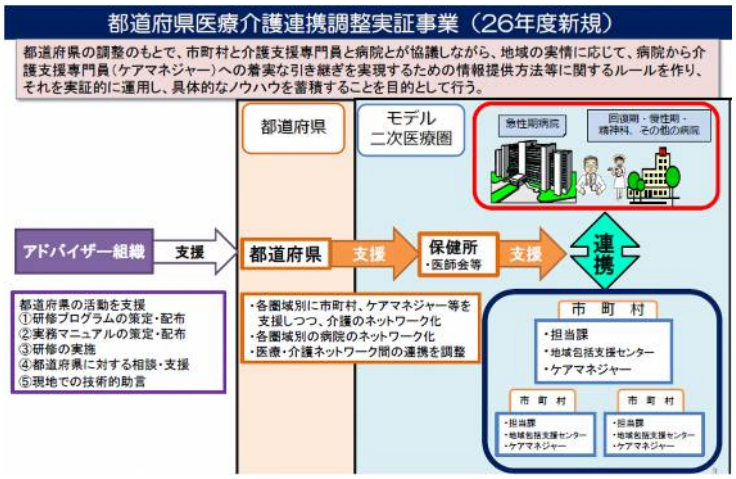
出所） 平成 27 年「在宅医療にかかる地域データ集」「医療施設調査」「人口動態調査」ほか

イ）ステップごとの経過

ステップ 1：課題認識及び国のモデル事業への参加（県、大津市保健所）

【課題認識】

- 一般病床の平均在院日数が短縮化されるなか、市民が安心して病院から在宅療養に移行できるためには、入退院時における病院とケアマネジャー間の連携が重要となる。
- ケアマネジャーへの調査によると、ケアマネジャーが担当する方のうち、退院者の約 4 割、入院者の約 5 割について、病院とケアマネジャー間の連携がなかったと報告されている。
- こうした状況を改善すべく、2014 年の国のモデル事業「都道府県医療介護連携支援実証事業」に大津市が参加し、退院支援ルール作りに着手した。



出所） 厚生労働省資料より引用

ステップ 2: 検討の場づくり（県、大津市保健所）

【検討会の設置】

・ 大津市内の病院とケアマネジャーの合同会議を開催し、入退院支援における連携のあり方について検討を開始。

ステップ 3： 課題の抽出・整理・共有（県、大津市保健所）

【調査に基づく現状把握】

・ アンケートを実施し、以下の現状がわかった。

① ケアマネジャーから病院への「入院時情報提供実施率」は 50%であった。

② 病院からケアマネジャーへの「退院時情報提供実施率」は 60%であった。

【それぞれの立場からみた課題の整理】

（病院からみた課題）

・ 在院日数が短縮化され、退院支援が必要な高齢者が増えているなか、地域連携担当だけでは対応しきれない。

・ 担当ケアマネジャーがいても誰かわからず、連絡が遅れる。

・ ケアマネジャーにより、病院との連携の時期や方法が異なり混乱する。

（ケアマネジャーからみた課題）

・ 担当利用者の入院時期が把握できず、対応が遅れる。

・ 病院によって連携体制が異なる、連携窓口がわからない。

・ 病院により退院連絡のタイミングや内容が異なり混乱する。

・ 連携するが、専門用語が多く難解

（市民からみた課題）

・ 退院後に介護や医療による支援が必要だが、サービスの準備が整わないまま退院となり、退院後の生活に支障をきたす。場合によっては、健康状態の悪化をきたす。

・ 入院時の環境変化により、不安や混乱が強くなる。

【目指す姿の明確化と数値目標の設定】

・ 課題の整理をもとに、「入院中の市民が病院から在宅療養に安心して移行できる」ことを目標とした。

・ また、具体的な数値目標として、「入院時情報提供実施率」65%（2014 年 6 月調査時点：50%）、「退院時情報提供実施率」75%（2014 年 6 月調査時点：60%）を設定した。

ステップ 4: 対策の検討・実施（県、大津市保健所）

大津市では、入退院支援ルール策定に向けた取組のポイントとして、

① 病院とケアマネジャーが連携するための基本的な流れの具体化

② 退院支援に向けた情報提供を依頼するための様式の作成

③ ケアマネジャーから病院への入院時情報提供書県の様式を統一（滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）

④ 市内全域における相談窓口一覧表を作成

⑤ 新たに介護サービスが必要になった場合に病院が判断する目安を作成

を挙げ、対策を検討した。

また、これら対策をもとに、「大津保健医療圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き（2015 年 6 月、大津市保健所）」を作成し、運用を開始した。

図Ⅵ-3-1.退院支援の手引き

出所）大津市保健所資料より引用

以下、ポイント 3 に関連して、ケアマネジャーの職能団体である「滋賀県介護支援専門員連絡協議会」が作成した「入院時情報提供書」を示す。

図Ⅵ-3-2.入院時情報提供書の様式

【 退院に向けてのききとりシート 】記入例

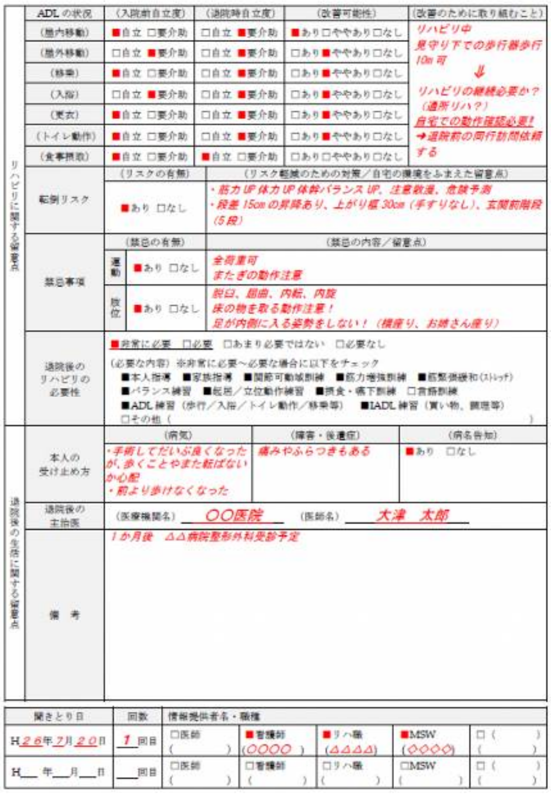
1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	シガ　ハナコ	性別	年齢	退院時の要介護度
	氏名	滋賀　花子　様	□男 ■女	84歳	□なし □申請中 □要支援(　) ■要介護(2)
入院歴等	入退院日	（入院日）H26年6月10日　（退院予定日）H26年8月末日頃			
	入院原因疾患	右大腿骨頸部骨折			
	入院先	△△△△病院　○○病棟　5階　501号室			
		主治医　（診療科）整形外科　（医師名）彦根　一郎			
	退院後通院先	□入院していた医療機関　□入院先以外の病院　■診療所　□通院の予定なし			
疾病等	既往歴	高血圧、糖尿病、脳梗塞	現疾患	大腿骨頸部骨折	
入院中の状態	移動	□自立 ■一部介助 □全介助　（移動手段）□杖 ■歩行器 ■車いす □その他			
	入浴	□自立 ■一部介助 □全介助 □行っていない（入浴方法）□機械浴 ■シャワー浴 □一般浴			
	排泄	□自立 ■一部介助 □全介助			
		（排泄方法）■トイレ □ポータブル ■おむつ □カテーテル・パウチ（　）			
	移乗	□自立 ■一部介助 □全介助			
	食事	■自立 □一部介助 □全介助　（食事形態）□普通 ■（一口大刻み）□経管栄養			

2. 課題認識のための情報

看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	（処置内容） □点滴 □吸引 □酸素療法 □インスリン □透析 □褥瘡処置 □痛みコントロール □経管栄養 ■排便コントロール □カテーテル・バウチ（　） □その他（　） □なし	（在宅で継続できる条件） 内服で調整
	健康面で注意すべき項目と留意事項	（留意すべき項目） ■血圧 □水分制限 ■食事制限 ■食形態 ■嚥下 ■口腔ケア ■血糖コントロール ■排泄 □睡眠 ■認知機能・精神面 ■服薬管理 □入浴制限 □褥瘡 □その他（　） □なし	（プランに位置付ける注意点） ・毎日血圧測定 ・摂取カロリー1300kcal・一口大 ・むせ注意 ・血糖コントロール（月1回通院時の血糖測定と内服でコントロール可） ・口腔ケア…口腔内の食べ残し ➜誤嚥性肺炎のリスクあり ・尿の回数と量の確認 ➜水分の促し（1200cc/日） ・手術前後せん妄あり（認知機能）
	退院後の看護の必要性	□非常に必要 ■必要 □あまり必要ではない □必要なし （必要な内容）※非常に必要～必要な場合に以下をチェック ■本人への療養指導 □家族指導 ■バイタルサインのチェック ■医療処置への対応 ■その他（血圧、食事、むせ、排便・排泄コントロール）	

薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	（薬の名称） ○○○○	（効能） 降圧剤	（用法・用量） 朝一錠	（留意すべき内容） 薬剤情報　参照
	服薬の状況と留意事項	（服薬の管理） □できる ■できない	（介助の有無） ■あり □なし	（薬剤効用と飲み方の理解） □あり ■なし	（プランに位置づける注意点） 自己管理の可否の確認 ➜ 一包化 おくすりカレンダーの活用？ 訪問看護のサービス導入？



リハビリに関する留意点	ADL の状況	（入院前自立度）	（退院時自立度）	（改善可能性）	（改善のために取り組むこと）
	（屋内移動）	■自立 □要介助	□自立 ■要介助	■あり □ややあり □なし	リハビリ中 見守り下での歩行器歩行10m 可 ⇓ リハビリの継続必要か？ （通所リハ？） 自宅での動作確認必要！ ➜退院前の同行訪問依頼する
	（屋外移動）	□自立 ■要介助	□自立 ■要介助	□あり ■ややあり □なし	
	（移乗）	■自立 □要介助	□自立 ■要介助	□あり ■ややあり □なし	
	（入浴）	□自立 ■要介助	□自立 ■要介助	□あり ■ややあり □なし	
	（更衣）	■自立 □要介助	□自立 ■要介助	□あり ■ややあり □なし	
	（トイレ動作）	■自立 □要介助	□自立 ■要介助	□あり ■ややあり □なし	
	（食事摂取）	■自立 □要介助	■自立 □要介助	□あり □ややあり □なし	
	転倒リスク	（リスクの有無） ■あり □なし	（リスク軽減のための対策／自宅の環境をふまえた留意点） ・筋力 UP 体力 UP 体幹バランス UP、注意散漫、危険予測 ・段差 15cm の昇降あり、上がり框 30cm（手すりなし）、玄関前階段（5 段）		
	禁忌事項	（禁忌の有無） 運動　■あり □なし	（禁忌の内容／留意点） 全荷重可 またぎの動作注意		
		肢位　■あり □なし	脱臼、屈曲、内転、内旋 床の物を取る動作注意！ 足が内側に入る姿勢をしない！（横座り、お姉さん座り）		
	退院後のリハビリの必要性	■非常に必要 □必要 □あまり必要ではない □必要なし （必要な内容）※非常に必要～必要な場合に以下をチェック ■本人指導 ■家族指導 ■関節可動域訓練 ■筋力増強訓練 ■筋緊張緩和（ストレッチ） ■バランス練習 ■起居／立位動作練習 ■摂食・嚥下訓練 □言語訓練 ■ADL 練習（歩行／入浴／トイレ動作／移乗等） ■IADL 練習（買い物、調理等） □その他（　）			
退院後の生活に関する留意点	本人の受け止め方	（病気） ・手術してだいぶ良くなったが、歩くことやまた転ばないか心配 ・前より歩けなくなった	（障害・後遺症） 痛みやふらつきもある	（病名告知） ■あり □なし	
	退院後の主治医	（医療機関名）○○医院　（医師名）大津　太郎			
	備考	1か月後　△△病院整形外科受診予定			

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
H26年7月20日	1 回目	□医師 （　）	■看護師 （○○○○）	■リハ職 （△△△△）	■MSW （◇◇◇◇）	□（　） （　）
H＿年＿月＿日	＿回目	□医師 （　）	□看護師 （　）	□リハ職 （　）	□MSW （　）	□（　） （　）

出所）滋賀県介護支援専門員連絡協議会 HP より引用

ステップ 5：取組に対する評価（県、大津市保健所）

【取組後の実態把握と効果の確認】

・ 2015 年 6 月に、居宅介護支援事業所等を対象としたアンケートを実施。その結果、

① ケアマネジャーから病院への「入院時情報提供実施率」は 75.1%

② 病院からケアマネジャーへの「退院時情報提供実施率」は 82.7%

などが把握された。入退院支援ルール策定協議開始前に行った調査（2014 年 6 月時点）に比べ、いずれも 20 数ポイント増加していた。

【ケアマネジャー、病院が感じた成果】

（ケアマネジャー）

① 共通のツールがあることで楽になった

② 病院から知りたい情報がもらえる

（病院）

① 退院ゴールの設定がしやすくなった

② 病棟看護師の関わりが積極的になった

③ 早期からの連携ができているとカンファレンスがまろやかな場になった

④ ケアマネジャーと方針が共有でき、一体感が持てた

⑤ ケアマネジャーが求める情報が明確になった

⑥ 病棟内の看護サマリー、院内退院支援マニュアルの見直しを行うこととなった

などの声が聞かれた。

【ケアマネジャー、病院が感じた今後の課題】

（ケアマネジャー）

① カンファレンスが必要だと感じても開催されないことがある（サマリーだけでは不十分）

② ケアマネジャー全体への入退院支援ルールの浸透

（病院）

① 病棟看護師への浸透

② 自宅の状況に関する情報収集の工夫

ステップ 6: 県内全圏域での展開（湖北圏域を例に）

- 2015 年から県内全圏域で保健所が中心となり、大津圏域と同様の検討を開始している。
- 湖北圏域では、退院支援ルール評価検討事業の一環として 病院とケアマネジャーの連携強化を重視した「退院支援を考える合同会議」を開催している。
- 表Ⅵ-3-1 に、湖北圏域での退院支援ルール作成までの経過を示す。

表Ⅵ-3-1. 退院支援ルールが出来るまでの主な経過（湖北ルールを例に）

時期	内容
2014 年度	・厚生労働省老健局「医療介護連携実証事業（全国 10 カ所）」に採択され、大津保健医療圏域において退院支援ルール作成に着手
2015 年度	・湖北保健医療圏域での取組を開始
4-6 月	・各関係機関への事業説明
7-8 月	・病院とケアマネジャーの連携に関する実態調査
10-11 月	・病院とケアマネジャー間の連携等に関する調査結果の分析、意見交換
12 月	・4 病院看護部、ケアマネジャー、2 市との合同会議①
1-2 月	・病院、ケアマネジャー等がそれぞれの組織内でルール化に向けた検討を実施
2 月	・4 病院看護部、ケアマネジャー、2 市との合同会議②
3 月	入退院支援における病院とケアマネジャーの連携ルールの作成及び連携窓口一覧の作成
2016 年 5 月	・湖北圏域での連携ルール（湖北ルール）の運用開始
7 月	・ケアマネジャーと病院との連携に関する実態調査
10 月	・病院とケアマネジャーの連携等に関する調査結果の分析
11 月	病院、ケアマネジャー等がそれぞれの組織内で課題検討
12 月	・4 病院看護部、ケアマネジャー、2 市との合同会議にて湖北ルールの見直しを検討
3 月	・湖北ルール、連携窓口一覧の改訂
2017 年度	・湖北ルール（改訂版）の運用開始

出所）滋賀県作成資料より引用

４）看取り

（１） 常滑市の取り組み

看取り	
愛知県 常滑市	市と市民病院の人事交流を核とした看取り体制の構築

ア） 基本情報

項目	数値
①人口	56,960 人
②65 歳以上人口	14,351 人
③高齢化率	25.2%
④病院数	1 施設
⑤一般診療所数	35 施設
⑥訪問看護ステーション数	3 施設
⑦在宅療養支援診療所数	5 施設
⑧年間死亡数	593 人
⑨自宅死の割合	12.8%
⑩老人ホーム死の割合	6.4%

出所） 平成 27 年「在宅医療にかかる地域データ集」「医療施設調査」「人口動態調査」ほか

イ） ステップごとの経過

ステップ 1：課題の想起・現状把握

１）常滑市の状況

・高齢化が進み、一人暮らしの高齢者など高齢世帯が増加していた。
・常滑市の 2014 年の自宅死の割合は 11.3%と、知多半島 5 市 5 町の中では 9 番目に低かった（ただし、自宅死が低い原因の分析がされていなかった）。
・2016 年時点の、市内の訪問看護事業所は 6 か所あり、うち 5 か所が訪問看護ステーションで、24 時間体制をとっていた。
・診療所は 28 か所あったが、看取りの体制の有無については把握していなかった。
・2015 年から地域包括ケアシステムのための重点事業として、医療と介護の連携をあげていたが、地域包括ケアシステムに関する専門知識とスキルを持つ人材は不足していた。

２）常滑市民病院の状況

・2010 年の常滑市民病院の累積債務は 15 億円に達し、倒産の危機にあった。このような状況下、市長が「2015 年の新病院への新築移転」と宣言、ただし市民からは「新病院不要論」まで囁かれていた。
・上記課題を解決するために、市民との直接対話の場である「100 人会議」を 2011 年に開始した。市民と病院との丁寧な対話を重ねることで、両者の溝は徐々に埋まってきた。
・新病院の理念「コミュニケーション日本一の病院」を具現化するために、住民が安心して最期まで暮らせる地域づくり推進すること、すなわち「地域包括ケアシステム」に舵をきることが役割と確認したものの、どのように取り組めばよいのかわからない状況であり、市からの情報も不足していた。
・一方で、地域連携室が中心となり、往診・訪問診療を行っている診療所や訪問看護ステーションの看取り体制や内容を把握していた。

＜目指す姿＞

・地域住民が「人生の最期まで住み慣れた地域で過ごす」を目標に、在宅医療に関わる職種はもちろんのこと、住民の意識も高める。

ステップ 2: 検討の場づくり

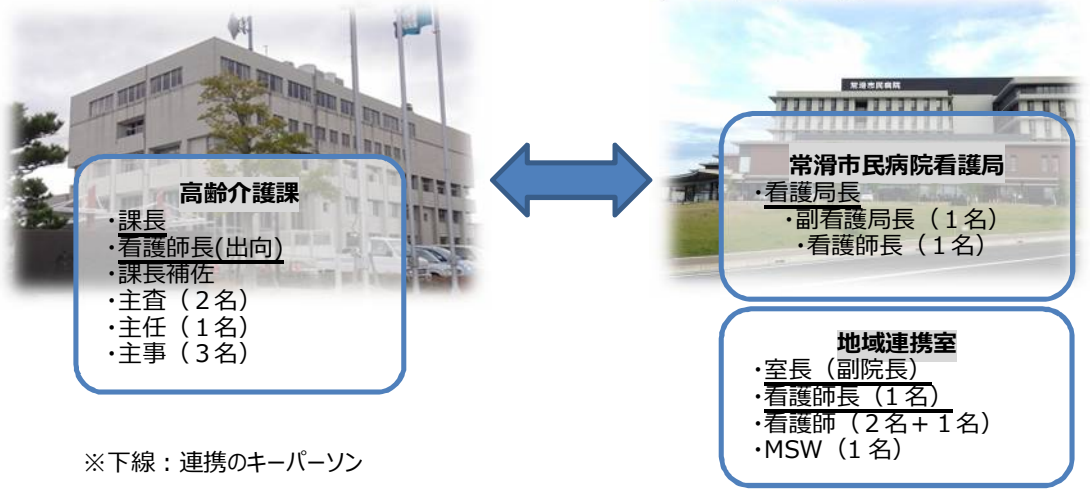
【常滑市と常滑市民病院の協働体制の構築】

・常滑市や常滑市民病院が抱えていた課題の解決を図り、地域包括ケアシステムの構築を推進するため、2016 年 4 月、市民病院の看護師長 1 名を高齢介護課（課長級）に出向させた。さらに、高齢介護課、市民病院看護局、地域連携室の各部署に、連携のキーパーソンを配置した（図Ⅵ-4-1）。

・特に、地域連携室は前方連携と後方連携を一体的にマネジメントする部署であったことから、この組織体制により、市と市民病院との協働体制が構築されたことにとどまらず、行政と地域の医療機関等を結び付ける効果をもたらすこととなった。

・さらに、市は地域包括支援センターの機能強化を目的に、直営の地域包括支援センターを市内 2 か所に設置（いずれも委託）した。

図Ⅵ-4-１.協働体制構築当時の体制（2016 年 4 月 1 日）



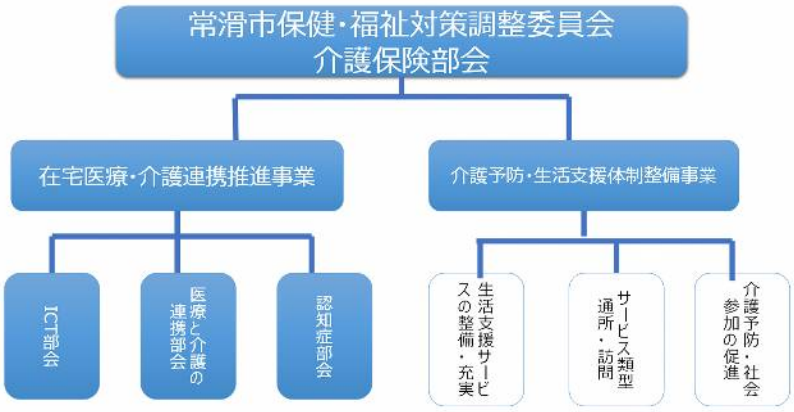
※下線：連携のキーパーソン

出所）常滑市高齢介護課資料より引用

【在宅医療・介護連携体制の構築】

・ 2016 年 3 月、常滑市保健・福祉対策調整委員会（介護保険部会）のもとに、在宅医療・介護連携推進事業を担う在宅医療・介護連携推進会議を発足させ、「医療と介護の連携部会」、「認知症部会」、「ICT 部会」の 3 つの作業部会を置いた（図Ⅵ-4-2）。このうち、在宅医療・介護連携推進事業の推進を中心的に担うのが、「医療と介護の連携部会」である。

図Ⅵ-4-2. 常滑市の在宅医療・介護連携推進事業の推進体制



出所）常滑市高齢介護課資料より引用

・ 在宅医療・介護連携推進会議の委員は、常滑市（行政）と市内の医療機関や介護保険事業所、訪問看護ステーションの職員などで構成し、「医療と介護の連携部会」は常滑市民病院の職員が中心となり運営した（表Ⅵ-4-1）。

表Ⅵ-4-1.「在宅医療・介護連携推進会議」等の構成員

		構成
在宅医療・介護連携推進会議（20 名）		医師団、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、居宅介護支援事業所、訪問介護、デイサービス、地域包括支援センター、市民病院、保健所、行政、在宅医療サポートセンター
部会	医療と介護の連携部会（23 名）	医師団、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、居宅介護支援事業所、訪問介護、デイサービス、デイケア、地域包括支援センター、市民病院、行政、在宅医療サポートセンター
	認知症部会（19 名）	医師団、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、居宅介護支援事業所、訪問介護、デイサービス（認知症対応型デイサービス）、地域包括支援センター、市民病院、行政、在宅医療サポートセンター
	ICT 部会※（27 名）	医師団、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、居宅介護支援事業所、訪問介護、デイサービス、地域包括支援センター、市民病院、行政、在宅医療サポートセンター

出所）常滑市高齢介護課資料より引用

ステップ３： 課題の抽出・整理・共有

【在宅医療・介護連携推進事業で抽出された課題】

①在宅医療・介護連携推進事業費の予算が確保されていない。

②在宅医療（看取りケア含む）に関する実態調査がされていない。

③自宅死が低い原因として、訪問診療を行う医師が少ない、開業医間のネットワークが未整備、訪問看護ステーションの不足など在宅医療・在宅看取りを支えていく環境に乏しいことが明らかになった。

④多職種の考えとして

・市民病院の職員は「病院で亡くなること」が当たり前と考えていた。

・開業医は往診や訪問診療に負担感を持っていた。

・ケアマネの 9 割は介護職で、医療に関する知識とスキルが不足、医師に対して意見が言えない。

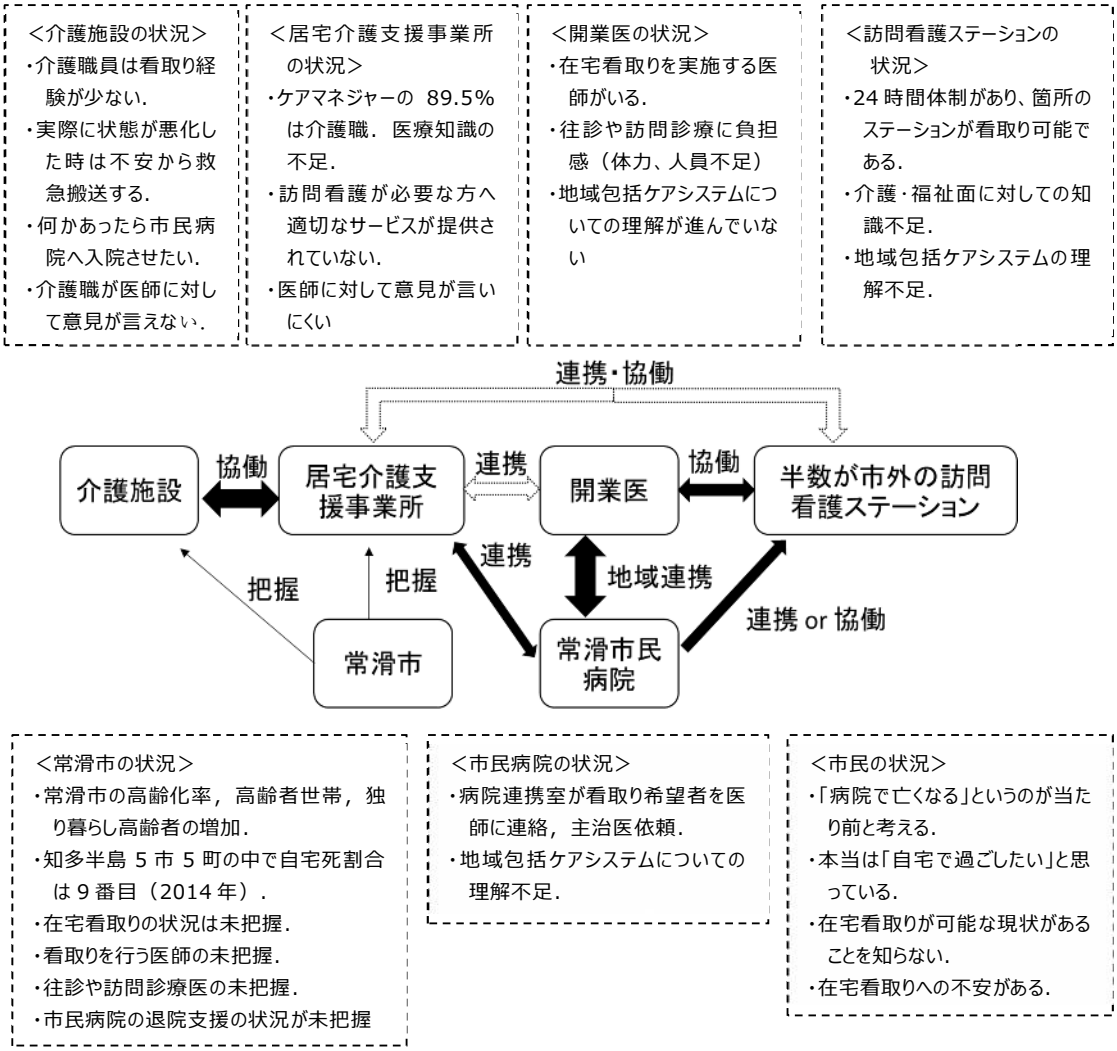
・介護職は看取りの経験が少なく、何かあったら救急車を呼ぶ、病院に入院させたいと思っていた。

⑤住民は在宅看取りが可能な現状があることを知らない、本当は自宅で過ごしたいとと思っていても難しいと思っていた。

⑥地域包括ケアシステムは住民参加が基本。市や市民病院が生活の場に出かけていき、直接対話することが重要と改めて認識した。

以下に、それぞれが持っている看取りの課題をまとめた。

図Ⅵ-4-3. 看取りに関する課題の整理



出所）常滑市高齢介護課資料より引用

ステップ 4: 対策の検討・実施

課題解決に向けて、2016 年以降 6 つの取組みを行った（表Ⅵ-4-2）。

① 在宅医療・介護連携推進事業費の予算の確保：多職種連携研修会や市民公開講座など 500,000 円、研修会チラシ・ガイドブックなど印刷製本費 1,000,000 円など。

② 在宅医療（看取りケア含む）に関する実態調査：2016 年と 2017 年に「在宅医療・介護に関するアンケート調査」」を実施した。調査対象は、診療所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等 20 事業所である。調査内容は、訪問診療、往診、訪問看護等の実施状況、連携状況や連携で困っていること、ICT の利用状況等である。

③ リレーションシップ協議会と三師会の連携強化：「連携つくり・人の交流・顔の見える化」を目的に、医師会、歯科医師会、薬剤師会への参加を呼びかけた。

④ 多職種研修会の実施：医療と介護の連携が顔の見える関係づくりと在宅医療の知識の向上を目指す取組みとして、多職種研修会を実施。市に出向している看護師長が市民病院との情報共有を担い、企画を市民病院が、予算を市役所が担うなど役割分担を行った。テーマは、認知症、看取りケア、口腔ケア、福祉用具の選定など多岐にわたる。

⑤ 市民公開講座：ミニドラマの制作・上映：市民病院の職員が中心となってミニドラマ化した「地域包括ケアシステムの中での在宅死」を撮影し上映した。

⑥ 地域サロン講話：認定看護師等が高齢者の憩いの場に出向き、講話を行った。テーマは終活や ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関するもので、終末期ケアを考えるきっかけとなった。

表Ⅵ-4-2. 協働体制構築による課題解決に向けた 6 つの取り組み

6 つの取り組み	主体
① 予算確保	常滑市
② 在宅医療の実態調査	常滑市
③ リレーションシップ協議会	常滑市と市民病院の共催
④ 多職種研修会	常滑市と市民病院の共催
⑤ 市民公開講座	常滑市と市民病院の共催
⑥ サロン講話	包括支援センターと市民病院の共催

出所）常滑市高齢介護課資料より引用

ステップ 5： 経過の確認

6 つの取り組みは順調に展開された。以下、常滑市と市民病院が共催して実施した④⑤⑥について経過を確認した。

④ 多職種研修会の「看取りに関する研修会」では、在宅医を講師に招いたところ、150 名以上の参加者があり、関心の高さが感じられた。その後、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）をテーマにした研修会（グループワーク）を複数回実施した。

⑤ 「在宅医療・看取り推進」を目的とした市民公開講座を年 1 回開催した。参加者は、2016 年 300 名、2017 年 200 名と、市民の関心が高かった。ただし、参加者は 70 歳以上の高齢者が多く、若い世代の参加が少なかった。

⑥ 市民病院認定看護師による終活・ACP 推進の出前講座を以下のように開催した。

・2016 年：市内 2 か所のサロンで、がん化学療法認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師等

・2017 年：市内 8 カ所のサロンで、がん化学療法認定看護師、緩和ケア認定看護師等

【取組の効果】

・市民からは、「自分の終末期を考える良い機会となった」「エンディングノートを書いてみる」などの意見が聞かれた。

・「人生の最期まで住み慣れた地域で過ごす」を目標に、2016 年から市と市民病院が一体となって、在宅医療と看取りを推進する活動を行ってきた。自宅死は微増しているものの、活動はまだ始まったばかりである。
・在宅医療の要である在宅療養支援診療所は、2014（平成 26）年の 3 か所から 2016（平成 28）年は 6 か所に増えた。
・自宅死の割合は，2014 年時点では全国平均より低い値であったが，2016 年には 3.3 ポイント上回った。ただし、老人ホーム死は微減で，全国平均を下回っている（表Ⅵ-4-3.）。

表Ⅵ-4-3. 自宅死割合の推移等の比較（%）

項目	全国平均	愛知県	知多半島 5 市 5 町	**常滑市**
高齢化率	26.6	24.1	23.9	**25.4**
在宅療養支援病院	1,111	58	1	**0**
在宅療養支援診療所	14,683	751	62	**6**
自宅死（老人ホーム死）の割合 2014（平成 26）年	12.8 (5.8)	11.7 (6.6)	14.5 (6.5)	**11.3** **(6.5)**
自宅死（老人ホーム死）の割合 2015（平成 27）年	12.7 (6.3)	12.0 (7.1)	14.2 (7.6)	**12.8** **(6.4)**
自宅死（老人ホーム死）の割合 2016（平成 28）年	13.0 (6.9)	12.8 (8.2)	15.0 (9.0)	**14.6** **(5.6)**

出所）「在宅医療にかかる地域データ集」（更新日：平成 29 年 11 月 22 日）より抜粋

・ 市民病院は地域包括ケアシステムの推進を加速させるため、2018 年に地域連携室を「患者サポートセンター」に再編した。これにより、前方連携と後方連携の一体的なマネジメントが強化される（表Ⅵ-4-4.）。また、24 時間体制の訪問看護ステーション「きずな」を開設した。

表Ⅵ-4-4. 患者サポートセンター組織図（2018 年 2 月以降）

患者サポートセンター	・部長 ・副部長（副局長） ・主任看護師（2 名） ・看護師（5 名）＋パート（2 名） ・MSW（3 名）

出所）常滑市高齢介護課資料より引用

ステップ 6： 課題の再整理

・ 市と市民病院が協働で在宅医療・看取りを推進する活動を展開してきた。行政の豊富な地域の情報と、病院の人的資源をつなぎ、地域に発信する過程で、顔の見える関係が広がり、多職種と住民が協働する力が強まっていると手応えを感じている。
・ 2016 年にスタートしたこの取り組みは、住民への普及啓蒙活動は活性化しているものの、参加者は高齢者に偏っており、若い世代の参加が少ないことが課題である。今後の介護を担う若い世代にも、今から一緒に考えてもらう必要があり、若い世代へのアピールが課題である。

ステップ 7: 今後に向けて

・ 市民病院は、2018 年 2 月に訪問看護ステーション「きずな」をオープンさせた。今後は、きずなを地域の拠点とし、在宅看取りを推進したい。さらに、地域の若い世代にも「ACP 教育」を広めたいと考えている。

（２） 川根本町の取り組み

看取り	
静岡県 川根本町	**誰もがその人らしい最期を迎え、家族・従事者も良かったと思える看取りを実現：在宅看取りに向けた相談支援の流れ・手順書の作成と普及啓発**

ア）基本情報

項目	数値
①人口	7,637 人
②65 歳以上人口	3,444 人
③高齢化率	45.1%
④病院数	0 施設
⑤一般診療所数	6 施設
⑥訪問看護ステーション数	0 施設
⑦在宅療養支援診療所数	0 施設
⑧年間死亡数	150 人
⑨自宅死の割合	26.0%
⑩老人ホーム死の割合	11.3%

出所）平成 27 年「在宅医療にかかる地域データ集」「医療施設調査」「人口動態調査」ほか

イ）ステップごとの経過

ステップ 1：課題の想起・現状把握

【取組みの背景】

- 川根本町は、静岡県中央部に位置し、大井川に沿った東西約 23 km、南北約 40 kmの南北に細長い地形で、約 94%を森林が占める。
- 在宅医療・介護については、高齢者福祉課の地域包括支援センター職員 5 名のうち、臨床経験のある保健師 2 名（うち 1 名は主任ケアマネ）、看護師 1 名で担当。
- 町の医療施設は、診療所 5（そのうち訪問診療・往診を実施しているのは 4 施設）。病院はなく、救急搬送や入院加療は隣接する島田市の公立病院が担う。訪問看護ステーションはなく、島田市から訪問に来ている。平成 30 年 4 月から町立の訪問看護ステーションが開設される。
- 介護事業所は、居宅介護支援事業所は 4 事業所。介護資源は、グループホーム 2、小規模多機能型居宅介護 2、介護老人福祉施設 1 施設 80 床。
- 静岡県が要介護認定割合や死亡数などのデータをもとに独自に算出している「お達者度」（65 歳から自立して健康に生活できる期間）で、2013 年、川根本町が男性 1 位、女性 3 位となった。健康長寿の町として取材や問い合わせが増えていた。
- 町では 90 歳代の人がたくさん生活しており、100 歳の方も珍しくない。家族介護者には「90 歳にもなって病院で死ぬのはかわいそう」という意向もある。
- 死因別死亡者数は、全国、静岡県に比べて、「老衰」で亡くなる者の割合が高い。

【課題に取り組んだきっかけ】

- 2016 年厚生労働省の発表により、川根本町の自宅死の割合が静岡県下で最も高いと発表された。（2014 年：24.8%、2015 年：26.0%）

・　様々な所から問い合わせや取材を受けることになったが、現実には、救急医療体制が十分ではなかったり、家族が決断できない間に亡くなったりと、上手く看取れなかった例を数々経験していた。不本意な最期となった町民のケースもあった。
・　町内の診療所医師が「その人らしい最期が実現できたのかと思うと、これまで良かったと思える看取りはない」という思いを持っていた。
・　県内で最も自宅死の割合が高いからといって決して喜べる状況ではないのではないか、という疑問を持った。

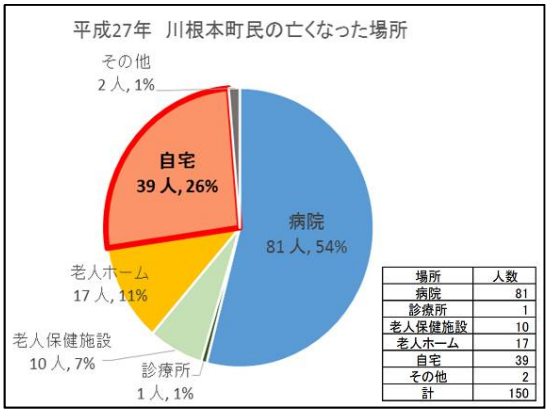
【現状の把握】

１）人口動態統計で死亡場所別死亡数を確認

・　2015 年に亡くなった 170 人の町民のうち、自宅で亡くなったのは 39 人、26%であった（図Ⅵ-4-4.）。

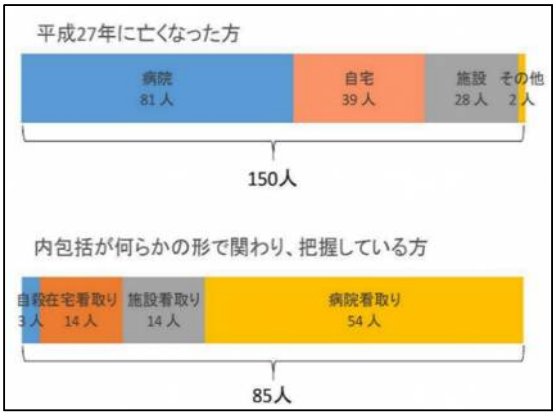
２）地域包括支援センターで把握している死亡例について記録を集計

・　2015 年死亡者のうち、地域包括支援センターが関わり、把握していた人の記録を集計（図Ⅵ-4-5.）。



図Ⅵ-4-4．死亡場所別死亡数

出所）川根本町高齢者福祉課作成資料より引用



図Ⅵ-4-5．地域包括支援センターが関わったケースの死亡場所

３）遺族へのヒアリング調査

・　地域包括が把握していた 85 人の遺族の自宅を訪問しヒアリング。

＜自宅で亡くなった人の詳細＞

・自宅で看取ってよかった　８人　　・気づいたら亡くなっていた　５人
・病院の方がよかった　３人　　・後悔している　１人

＜自宅で看取った遺族の話＞

・入院させようと迷っているうちに亡くなった　　・本人も苦しんだし、家族も疲れた。
・自分の家なので、用意をしながら介護できた　　・本人もいつもどおりの生活ができた。
・親戚に「なぜ入院させなかった」と責められた。

＜病院で亡くなった人の詳細＞

・ほぼ家でみて、最期だけ病院だった　18 人　　・後悔している　13 人
・初めから病院を選択　16 人　　・入院してすぐ亡くなった　７人

＜病院で看取った遺族の話＞

・家族が介護しなくても看護師さんがやってくれるので、その分、手を握ったり体をさすったりできてよかった。

⇒自宅で最期を迎えたからといって、全員が満足しているわけではない。病院で最期を迎えることがよい場合もある。

【目指す姿の明確化】

・　どんな町民もその人らしい良い最期を迎え、亡くなった後も家族や従事者が「良かった」と思える看取りを実現する。
・　厄介者のように扱われる最期や、検死にはしない。

ステップ 2: 検討の場づくり

【在宅医療・介護を検討する協議会の下に多職種連携チームを編成】

- 平成 28 年に行われた静岡県医師会・静岡県主催の在宅療養多職種リーダー研修に、川根本町の多職種連携チームを作って参加。
- この多職種連携チームを在宅医療・介護の協議会の下に位置づけ、多職種連携研修会の他、地域の取組みの検討メンバーとした。
- この多職種連携チームで、既存資料による現状のデータや、遺族へのヒアリング調査の結果を示し、看取り体制について検討を行った。

ステップ 3： 課題の抽出・整理・共有

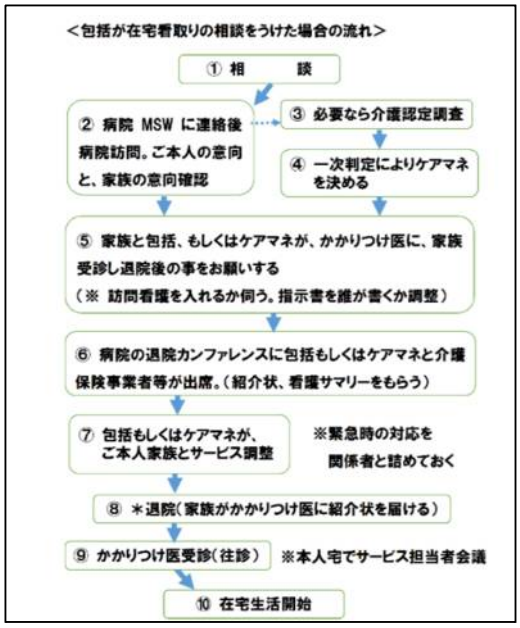
【多職種連携チームでの検討】

- 現状や遺族へのヒアリング調査の結果を提示し、対策について検討した。
- 診療所医師から、看取りの時はどういう流れ、町の体制はどうなっているのか、問題提起があった。
- 4 名の医師それぞれのやり方で看取りを行っていたが、医師不在時に亡くなった場合にどうすべきか対応に困っている実態が明らかになった。
- 町民にとって良い最期を迎えることができ、どの医師や支援者でも実現できるように、看取りの手引きを作ることとなった。
- また、万が一、医師が不在時に息が止まってしまった場合の対応として、家族は訪問看護師もしくは地域包括支援センターに連絡すること、連絡を受けた訪問看護師もしくは地域包括支援センターは医師に連絡し対応を相談することが検討された。

ステップ 4: 対策の検討・実施

【在宅看取りの相談を受けた場合の流れ・手順書を作成】

- 地域包括支援センター、ケアマネジャー、医師で流れ・手順書を共有し、利用開始した（図Ⅵ-4-6）。
- 同じ内容で住民向けにも作成し、相談した住民への説明に使用した（図Ⅵ-4-7）。



図Ⅵ-4-6. 医療介護従事者向け

図Ⅵ-4-7. 住民向け

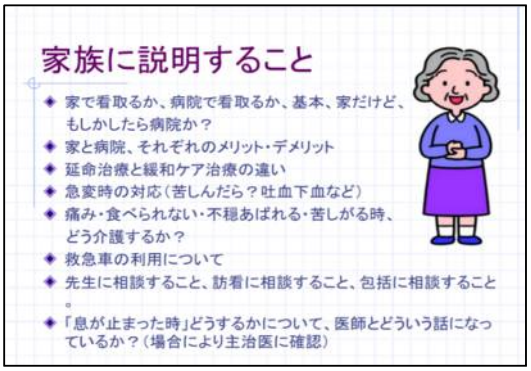
出所）川根本町高齢者福祉課作成資料より引用

【家族に面談時に確認すること・かかりつけ医と打ち合わせることの明確化】

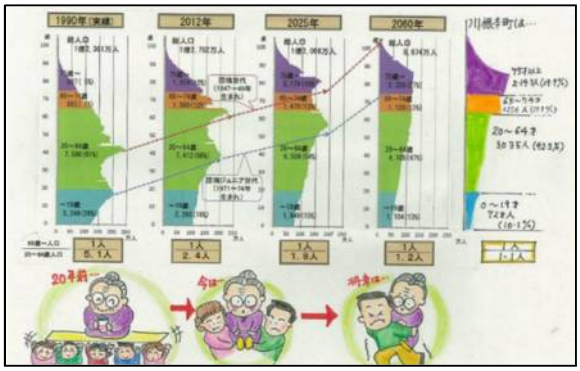
- 診療所医師と検討する中で、在宅での看取りを希望しても最期にどう希望が変わるかは分からないという意見があった。
- これまでの体験をもとに、家族と説明し、かかりつけ医と合意をしておく事項をまとめ、相談時に使用した（図Ⅵ-4-8）。
- 家族と一緒にかかりつけ医を訪ねた時に、このリストに沿ってかかりつけ医と共に家族の意向を確認する。

【住民への普及啓発】

- 町内 30 地区で行われるサロン「元気はつらつ教室」で普及啓発を行った。
- 住民向けの在宅生活が始まるまでの流れにそって、診療所医師をはじめとする従事者の動き、地域包括支援センターの動きを説明。
- 看取りに向けて家族に説明すること、利用できる介護保険サービスに加え、人口動態などのデータで動向を説明（図Ⅵ-4-9）。
- 30 地区を巡回し、約 700 人の住民に普及啓発を行った。



図Ⅵ-4-8.看取りに向けて家族と確認する事項



図Ⅵ-4-9.住民啓発に用いた資料の一部

出所）川根本町高齢者福祉課作成資料より引用

ステップ５： 経過の確認

【医療・介護従事者への効果の確認】

- 在宅療養開始に向けた手順書が地域の医療・介護従事者に浸透した。診療所医師が極力最期までみてくれるようになった。退院時にすでにケアマネジャーが決まっていて地域包括支援センターが関わらない場合でも、ケアマネジャーは手順書に沿って対応するようになった。
- 看取りがスムーズに実施されるようになった。
- 病院から相談が入った場合、地域包括支援センターだけではなく、ケアマネジャー、訪問看護師と一緒に訪問することもある。
- 地域包括支援センターがケアマネジャーと一緒に病院を訪問し、介護認定調査をすることによって、要介護度とケアプランの見込みを共有でき、早いサービス導入につながる。さらに、介護保険認定調査時の情報がケアマネジャーのアセスメントに有効な情報・支援になる場合がある。
- 地域包括支援センターとケアマネジャーが一緒に病院へ訪問することによって、ケアマネジャーと患者・家族の信頼関係づくりが円滑に進むこともある。

【住民への効果の確認】

＜元気はつらつ教室の参加者へのアンケート＞

- 「人生の終わりをどこで迎えたいか」尋ね、地区ごとに集計した。
- 全体の 74%は「自宅」と回答したが、地区によって傾向が異なる。
  →住民の「自宅」で最期を迎えることへのニーズは高い。
  →「自宅」と答える者が少ない地区はどういう特徴があるのか詳しく知る必要がある。地区ごとに異なる対応が必要。

＜元気はつらつ教室の参加者の反応＞

- 参加した住民から、「誰にも言えない、子供にも言えない話だったが、今日の話を聞いて安心した」「この町に住んでいてよかった」「何かあれば包括に相談すればよい」という声があった。
- チラシの「人生の最期をどこで迎えたいか」というのを見て重い足取りで来たが安心した、という感想があった。

ステップ６： 課題の再整理

【多職種連携研修会で課題の議論と共有】

- 多職種連携研修会で元気はつらつ教室と同じ健康教育を専門職にも実施。
- アンケート結果や教室参加者の反応など、住民の意識についても説明。
- その後、各専門職のグループになって各専門職にできることを考えた。

＜多職種での議論の中で課題＞

- 各専門職の役割は少しずつ重なりあっていた。これらを互いによく認識することが必要
- ケアマネジャーからかかりつけ医に看取りについて相談してくるタイミングが遅く、患者や家族の心構えがないまま看取りになってしまう。死亡する３日前では遅く、２週間、１か月は必要。
- かかりつけ医は、患者・家族が最期を受け入れるタイミングを見ながら対応しているなど、各専門職の考えや思いを共有できた。
- 歯科医師は、医療、介護、各専門職の役割について、まだあまり知らない実態が明らかになった。

【他事業などでの課題の把握】

- 新設グループホームの内覧会時、第１希望は自宅だが第２希望としてグループホームがよい、同じ町内なので友達や家族が尋ねて来てくれる、などの反応があった。町外の遠くの施設は嫌だが、最後まで川根本町にいたい、という希望が聞かれた。
- 患者の子どもが、親を家にいさせてあげたいけど無理と思っている場合が多い。自宅時々入院ではなく、施設時々自宅、という形もある。

【第７期介護保険事業計画立案に向けた調査】

- 一般高齢者を対象にしたアンケート調査では、人生の最期を迎えたい場所として「自宅」と回答した者は 80%だった。元気はつらつ教室参加者に限らず、「自宅」希望者の割合が高いことが確認された。

ステップ７: 今後に向けて

【今後の課題】

- 「自宅で最期を迎えたい」と回答した多数の者は、「在宅看取りまでの流れ」に沿うことができる一方、その他の者がどう考えているのかを知ることが重要。
  →元気はつらつ教室参加者で「自宅で最期を迎えたい」と回答した人が少なかった地区に、医師と共に出向き、住民と懇談会を行う。なぜ「自宅」と答えられなかったのか、課題が出てくるので、再度多職種連携チームで今後の取組みを検討する。
- 町内で看取りをする医師４人のうち、町内在住の医師が１人。この医師の夜間、休日の負担が大きくなっている。医師それぞれで死亡診断書の出し方も異なり、医師同士の間で頼みにくい、などの課題もある。
  →４人の診療所医師同士の話し合いの場を設定する。
- 今後、医師不足が見込まれる。町に病院はないので、島田市の公立病院から重篤な患者が町へ帰ってくることになる。「自宅で看取る」という目的は共有できたが、そこに至るまでのプロセスをどうするのか、町としての医療体制を検討する必要がある。
  →現場の従事者でプロジェクトチームを作り、町としての医療体制の方針を検討する。
- 県庁の調整により、島田市の公立病院とグループワークをした中で、在院日数が短くなり、ソーシャルワーカーたちは短い期間のどのタイミングで町の担当者につないで良いのか分からない、看護師たちは町から生活の情報があれば短期間でも退院に向けて患者にケアできる、などのジレンマを抱えていることが分かった。
  →町の患者が入院した時点で、患者の生活情報などを病院に伝えておくなどの対応も必要。

・　居宅介護支援事業所の管理者である主任ケアマネとグループで、ケアマネの医療に関わる部分のスキルアップを図り、支援を行っていく

【取り組みの振り返り（市町村職員より）】

・　町内全地区に「在宅看取りの相談を受けた場合の流れ・手順書」の普及啓発をして回り、住民に与えられる安心感が想像以上に大きかったことが分かった。
・　取組みはじめた当初は、これまでの看取りでうまくいかなかった点を修正し、町民が自分らしい良い最期を迎えるため、それを実現する医師をはじめとする支援者のためにと考えていたが、住民に安心感を与えるための事業でもあった。
・　人口動態や、病床数のデータの意味を知るべきなのは住民であり、医師をはじめとする多職種の活動を知ることで、「これから自分はどうしたらよいのか。かかりつけ医をもつようにしておかないといけない。」など住民自身が課題に気づき、行動できるきっかけとなった。
・　住民と膝を交えて話し合い、住民の気づき促したうえで、ツールを導入していく必要がある。

第Ⅶ章　工程チェックリストの作成

これまで紹介した各市区町村の取組、関係団体へのヒアリングから、在宅医療・介護連携推進事業を円滑に展開するためには、

1) 協議会（親委員会、作業部会）を設置する際、検討体制や検討内容、検討方法などを関係団体等に事前に相談しておくこと
2) 在宅医療の現場の視察、医療・介護関係者へのヒアリングなどを通じて、在宅医療・介護の現場を知ること、ないしは専門職の問題意識等を知ろうとすること
3) 庁内の関係部局と、事前相談や情報共有を図っておくこと
4) 会議体での検討状況を関係者間で共有すること
5) 進捗状況を定期的に確認するとともに、これまでの取組の振り返り（良かった点、改善すべき点など）を行うこと

などが、また、多職種が出席する協議会を円滑に運営するためには、

1) 協議会参加者が発言しやすい環境、状況を作ること
…人数を少なくする、しゃべりやすい雰囲気を作るなど。作業部会を設置して、より少ない人数で個別テーマを検討することも１つの手段である。
2) 会議のシナリオを作りすぎないこと
…事前にシナリオを作りすぎると、その枠内に会議を収めようとしがちになる。在宅医療・介護連携は、現場の専門職が動かないと機能しないため、専門職に主体的に関わってもらうことが必要。そのためには、専門職がしたいこと、実現したいレベル（あるべき姿）などに関する意見を引き出しながら課題を総合的に捉えた上で、優先順位を付けながら具体的な対策に取り組むことが大事。

などがポイントであることがわかった。

一方、対策の実行状況（例：研修会を○○回開催したなど）のモニタリングは行われているものの、連携上のあるべき姿の検討や目標設定、目標の達成状況の確認作業などは不十分であることもわかった。

こうした検討を踏まえた上で、在宅医療・介護連携推進事業を推進するための工程チェックリストを作成した。

医療・介護の連携推進に関する工程チェックリスト

	項目	✓欄
手順 1：協議会の設置に向けた事前準備		
	・公表データをもとに、医療・介護に関する基礎データを収集・整理しているか （例：厚生労働省の「在宅医療にかかる地域別データ集など）	
	・関係者（関係団体など）と、協議会の設置・運営に関する事前相談を行っているか	
	・関係者から、医療・介護連携の現状や現場で感じている課題などを事前にヒアリングしているか	
	・庁内の関係部局と、協議会の設置・運営に関する事前相談を行っているか	
	・協議会設置に際し、目的や協議事項等を記載した設置要領などを作成しているか	
	・協議会を運営するための費用を検討した上で、必要に応じて確保しているか	
手順 2：意見を聞くための協議会（＝親委員会）を用意する		
	・関係者が一堂に会して、医療・介護連携上の課題を検討するための協議会を設けているか	
手順 3：協議会で指摘された個別課題の内容や検討状況を庁内で共有する		
	・各テーマ（例：入退院時の連携など）に対する具体的な検討状況を、庁内の関係部局で共有する仕組みになっているか	
	・各テーマに関して指摘された課題の検討方法を関係部局で検討する仕組みになっているか	
	・各テーマに関して指摘された課題の検討方法を関係部局で実際に検討しているか	
手順 4：個別課題の検討の場（＝作業部会）を設け、会議を開始する		
	・各テーマの課題を検討するための会議（＝作業部会）の設置の必要性、検討体制、内容などを、協議会（＝親委員会）のコアメンバーに事前に相談しているか	
	・作業部会を設置する場合、検討体制、検討内容などを親委員会に諮り、了承を得ているか	
	・初回会議において、作業部会設置に至った経緯や目的、実施内容などの共有を図っているか	
手順 5：各テーマの現状と課題を把握する（親委員会、作業部会にて）		
	・在宅医療・介護連携に関する主なテーマ（日常の療養支援、入退院支援、急変時対応、看取りなど）の現状や課題を、各テーマに関連する関係者からヒアリングしているか	
	・事前に想定したシナリオに沿った会議運営ではなく、各委員が意見を言いやすい状況を作り、多くの発言を引き出し、その上で出てきた意見を整理するような会議運営を行っているか	
	・在宅医療・介護連携に関する主なテーマ（入退院支援等）の現状を、アンケートまたは既存データ分析などで量的に把握しているか	
	・ヒアリングやアンケート等でわかった現状や課題を、関係者間で共有しているか （例：作業部会での検討状況を親委員会に定期的に報告するなど）	
手順 6：計画を策定する		
	・各テーマのあるべき姿（例：入退院時にどのような連携を目指すのか、どのような看取り時の連携を目指すのか）を検討しているか	
	・各テーマに対し、目標を設定しているか（例：在宅看取り率を〇%にする）	
	・目標達成に向け、具体的に何を行うのか（対策）を検討しているか	
	・目標達成に向け、誰がいつまでに行うのか（役割分担、スケジュール）を決めているか	
	・進捗状況をいつどこで報告してもらうか、決めているか	
	・アウトプット（マニュアル作成、ルール作成、様式の見直しなど）が何かを共有しているか	
手順 7：計画の実行状況をモニタリングする		
	・目標の達成状況、対策の実施状況などを定期的に確認しているか	
	・進捗状況の確認をもとに、これの取組の振り返りを行っているか（良かった点、改善点など）	

■委員名簿

□委員（敬称略・五十音順　＊委員長を除く）

委員長　川越　雅弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科　教授
委　員　市川　朝洋	日本医師会　常任理事
宇都宮　宏子	在宅ケア移行支援研究所　宇都宮宏子オフィス　代表
角野　文彦	滋賀県健康医療福祉部　次長
川島　孝一郎	仙台往診クリニック　院長
篠田　道子	日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科　教授
福井　小紀子	大阪大学大学院医学系研究科　教授
吉江　悟	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員
吉田　昌司	倉敷市保健福祉局参与（兼)健康福祉部長

□作業部会メンバー（敬称略・五十音順　＊委員長を除く）

委員長　川越　雅弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科　教授
委　員　松本　佳子	東京大学医学部在宅医療学拠点　特任研究員
吉田　真季	埼玉県立大学研究開発センター　研究員 人とまちづくり研究所　連携研究員

□オブザーバー

青木　仁	厚生労働省　老健局老人保健課　医療・介護連携技術推進官
塩﨑　敬之	厚生労働省　老健局老人保健課　介護技術係　主査
潟永　竜之	厚生労働省　老健局老人保健課　介護予防係　係長
上山崎　悦代	兵庫医療大学　共通教育センター　講師
名取　直美	株式会社富士通総研　コンサルティング本部行政経営グループ チーフシニアコンサルタント
赤田　啓伍	株式会社富士通総研　コンサルティング本部行政経営グループ シニアコンサルタント

□事務局

公立大学法人　埼玉県立大学

平成 29 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分）

在宅医療・介護連携推進事業に係る効果的な事業の
推進方法と評価に関する調査研究事業
報告書

―在宅医療・介護連携推進事業の進め方マニュアル―

平成 30（2018）年 3 月発行

発行　　公立大学法人　埼玉県立大学

〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮 820 番地

TEL　048-971-0500（代）　FAX　048-973-4807

不許複製