

平成 30 年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業の

あり方に関する調査研究事業

—実態調査編—

株式会社 野村総合研究所

平成 31(2019)年 3 月

目次

第1章 はじめに	2
1. 背景・目的	3
2. 調査手法	4
第2章 在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関するアンケート調査	7
1. 調査手法	8
2. 調査結果	10
第3章 好取組事例ヒアリング調査	46
1. 実施概要	47
1. 高知県	48
2. 鳥取県日南町	55
1. 島根県美郷町	66
2. 北海道新得町	75
3. 栃木県芳賀町	83
4. 広島県府中市	90
5. 徳島県吉野川市	97
6. 埼玉県幸手・杉戸地域(幸手市・杉戸町)	105
7. 愛知県瀬戸・尾張旭地域	113
8. 宮城県石巻市	122
9. 新潟県上越地域(上越市・妙高市)	134
10. 神奈川県横須賀市	148
11. 長崎県長崎市	161
12. 千葉県船橋市	166
参考資料① アンケート調査単純集計	176
参考資料② アンケート調査票	203

第1章

はじめに

1. 背景・目的

1-1 本調査研究の背景

我が国では、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で患者や高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が目指されている。このような中、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続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携し、多職種協働により、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築が求められている。

平成26年介護保険法改正により在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業に位置づけられ、全国の市区町村が中心となって取り組むこととなった。現在、市区町村によっては、国が提示してきた手引きや研修の枠にとらわれず、自地域の特性やニーズを汲み取る形で認知症施策との連動や全世代・各領域（母子・障害等）や災害時の対応を捉えた取組を試みる自治体も現れつつある。

一方、全国の市区町村の取組に目を向けると、地域における特性・ニーズの把握や本事業の目的を設定できないまま本事業を実施している自治体や、取組の成果を評価するために必要な評価指標やその判断材料となりえる医療・介護情報等の設定に悩んでいる自治体も見受けられる。

1-2 本調査研究の目的

そこで、平成30年度の本事業では、まず、8つの事業項目のほかに、在宅医療・介護連携体制の構築のために、独自の工夫を凝らす市区町村事例をアンケート調査ならびにヒアリングなど幅広い手法を用いて、調査・分析し在宅医療・介護連携推進事業の更なる進展に必要な取組・枠組みを取りまとめる。

あわせて、同調査を通じて、平成30年度時点における在宅医療・介護連携推進事業が直面する現状と課題の把握を試みた。

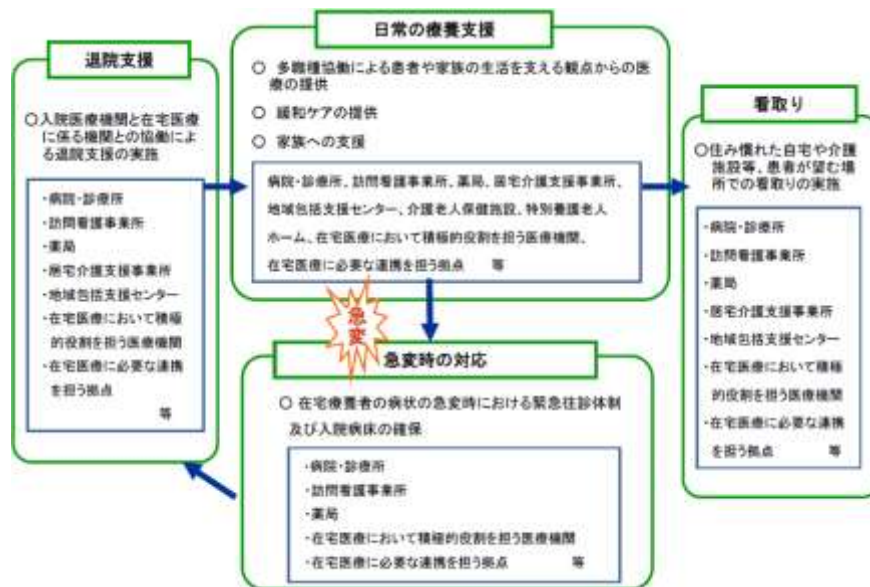
2. 調査手法

2-1 調査手法

(1) アンケート調査

全国の市区町村を対象に、在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別の実施状況・進捗状況の把握や、事業項目（ア）から（ク）のほか、将来の地域ビジョンの策定状況、PDCAの仕組みの整備・運用状況等を平成29年度調査との時系列比較が可能な形で把握することを目的として実施した。

図表1 在宅療養の提供体制



出所) 在宅医療の体制構築に係る指針 厚生労働省医政局地域医療計画課

調査実施に当たり、まずは調査票の設計を行った。設計に当たっては、8つの事業項目にとらわれず、補完的・追加的に実践されている新たな取組についての調査設計を試みた。なお、作成した調査票（案）については、昨年度の調査研究事業で協力いただいた複数の市区町村担当者に事前確認をいただき、回答しやすさを担保する工夫も施した上で確定させた。

つづいて、全国の市区町村担当者にアンケート調査票への回答を依頼した。依頼に当たっては、厚生労働省 老健局 老人保健課の協力を仰ぎ、都道府県担当者を通じ、全国の市区町村担当者宛のメーリングリストを通じて、合計 1,741 の市区町村担当者へアンケート実施の案内を送った。

調査期間は平成30年8月31日から10月31日とした。調査票の回収に当たっては、都道府県担当者を通じて市区町村の調査票を収集した。最終的に有効回答数は1,734市区町村で、有効回答率は99.7% (=1,734/1,741) となった。ここに、調査にご協力いただいた

全国の都道府県および市区町村の関係者にお礼を申し上げたい。

なお、調査結果の詳細については第3章、調査票は参考資料1、単純集計の結果は参考資料2に詳述した。

(2) ヒアリング調査の実施

1) 文献調査

ヒアリング候補先の選定にあたり、市区町村については、本年度調査の中で実施した在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関するアンケート調査の結果を基に、各市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する分析を行った。

ヒアリング対象の抽出に当たっては、平成26年度から平成29年度までの調査の中で市区町村から寄せられた人口規模の近い自治体事例が特に参考にしやすいといった声を受け、人口規模別に好取組自治体候補を抽出した。具体的には、全国の自治体数を人口規模別に4区分に分けるため、おおよそ4分位になるよう人口規模が、①1万人未満、②1万人以上2万5千人未満、③2万5千人以上7万5千人未満、④7万5千人以上に分類して整理した。この中で、アンケート質問9から質問13の中で訊ねた重点的かつ追加的な取組の実践項目数の多寡を項目別に鑑みつつ、22の市区町村を選出し、下記に示すヒアリング候補先リストを作成した。

図表2 好取組事例ヒアリング候補自治体の概要

		人口		高齢化率	NR	ヒアリング総括
		1G	2G			
認知症	1.鳥取県日南町	1G	4,697人	47.5%		親類を入口と捕まえ、高齢者の異変察知には目
	2.兵庫県美方郡新温泉町	2G	14,787人	35.8%		医療介護連携推進事業と連動しているわけではなく途上
	3.山梨県山梨市	3G	35,207人	30.8%		若い世代の協力も養成、商工系機関への養成講座も推進
	4.群馬県前橋市	4G	337,579人	27.4%		3年前から認知症初発集中治療のモデル事業に着手実績豊富
	5.愛知県瀬戸市	4G	129,900人	28.3%		市民向けの周知が中心、認知症患者の個別対応まで踏込
終末期対応	1.熊本県小国町	1G	7,168人	37.8%		シートを活用して入退院や看取りに向けた支援を実施
	2.新潟県阿賀野市	3G	42,897人	29.5%		自分の意思をもってもらうために患者啓発を促している
	3.群馬県前橋市	4G	337,579人	27.4%		人生ノートの市民啓発や近隣自治体向けの講演なども実施
	4.長崎県長崎市	4G	424,094人	29.1%		第七期介護保険計画の中で看取りを重点項目、多様な取組を展開、若いうちから終末期を考えてもらう取組も実施
	5.愛知県瀬戸市	4G	129,900人	28.3%		国立長寿研究所と連携、ACPの認知向上や活用に向けた支援を本格化
	6.岩手県石巻市	4G	145,386人	30.2%		地域課題の抽出やACPのニーズ・利用意向など調査が先行
災害救急	1.千葉県船橋市	4G	836,539人	23.4%		一人暮らしなど不安を抱えている高齢者の方に登録してもらって、地域で見守ってもらうような仕組みを構築
	2.埼玉県幸手市	3G	51,732人	30.2%		災害被害の支援、災害から復興がまで時間がかかるものをあげて検討、行政や民間団体も統合してしく創設、事前準備などの対策
	3.高知県黒潮町	2G	11,301人	40.9%		災害救助隊が組織されており、そこが医療機関と協同
	4.鳥取県日南町	1G	4,697人	47.5%		災害時の支援要望、援助可否を調査、災害時のリソースと要救助者を把握
	5.神奈川県津島町	4G	397,736人	29.7%		救急時のルールが必要と判断し、行政と医師会と救急隊の三者で検討
	6.北海道新得町	1G	6,181人	35.6%		災害被害者のリスト化を推進、2年前の災害時に役立った
入退院調整	1.鳥取県美郷町	1G	4,780人	44.9%		町外の病院や療養病棟との連携調整が多く、包括が大半を調整している
	2.栃木県芳賀町	2G	15,736人	28.7%		要介護者の入退院時の遅れ率は激減、要支援者の遅れに苦戦中
	3.長野県松本市	4G	239,515人	27.0%		医療圏における入退院調整ルールは策定された、保健所が主導
	4.群馬県前橋市	4G	337,579人	27.4%		群馬県と連携し、平成30年度の診療報酬改定を踏まえた入退院調整ルールを策定中
	5.北海道新得町	1G	6,181人	35.6%		帯広市の医療機関を中心に早くから情報提供を進める体制を整備

※人口は、アンケートへの回答時点（調査票では平成30年8月1日時点を聴取）のもの

2)ヒアリング調査対象の抽出および調査の実施

市区町村については、上記ロングリストに基づき、29 市区町村に対し簡易な電話ヒアリングを実施し、ヒアリング調査対象となる市区町村として下表の 14 市町を選出した。

3)調査概要

まず文献調査および電話による簡易ヒアリングを先行実施し、10月初旬から10月中旬にかけてヒアリング対象の選定や調査項目の検討を行った。そして対象が定まった11月中旬～12月中旬にかけてヒアリング調査を実施した。調査対象は次表の通りである。

各事例のヒアリング結果の詳細に関しては、第4章に譲る。

図表3 調査対象とした1県13市町とヒアリング調査実施時期

※都道府県・市区町村・訪問日時順

#	自治体名	担当課	訪問日時
1	高知県	高知県地域福祉部高齢者福祉課	2018年12月12日
2	北海道帯広保健所 北海道新得町	北海道十勝総合振興局保健環境部保険行政室 新得町保健福祉課地域包括支援センター	2018年12月14日
3	埼玉県幸手市 埼玉県杉戸町	幸手市健康福祉部介護福祉課 杉戸町高齢介護課	2018年11月2日
4	鳥取県日南町	日南町福祉保健課	2018年11月14日
5	新潟県上越市 新潟県妙高市	上越市健康福祉部高齢者支援課 妙高市福祉介護課	2018年11月15日
6	長崎県長崎市	長崎市福祉部地域包括ケアシステム推進室	2018年11月19日
7	徳島県吉野川市	吉野川市介護保険課地域包括支援センター	2018年11月22日
8	栃木県芳賀郡	真岡市いきいき高齢課 芳賀町福祉対策課 益子町民生部高齢者支援課 市貝町健康福祉課 茂木町保健福祉課	2018年11月27日
9	愛知県瀬戸市 愛知県尾張旭市	瀬戸市健康福祉部高齢者福祉課 尾張旭市健康福祉部長寿課	2018年11月28日
10	島根県美郷町	美郷町役場地域包括支援センター	2018年11月29日
11	千葉県船橋市	船橋市健康福祉局健康・高齢部地域包括ケア推進課	2018年11月30日
12	宮城県石巻市	石巻市健康部包括ケア推進室	2018年12月4日
13	広島県府中市	府中市健康福祉部長寿支援課	2018年12月5日
14	神奈川県横須賀市	横須賀市健康部地域医療推進課	2018年12月7日

第2章

在宅医療・介護連携推進事業のあり方 に関するアンケート調査

1. 調査手法

1-1 アンケート調査の概要

(1) 調査対象

全国 1,741 の市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の担当者を対象とした。

(2) 調査方法

Excel シートによるアンケートで全国の全市区町村を対象とした悉皆調査を実施した。なお調査開始の案内は、前述の通り、厚生労働省 老健局 老人保健課の協力を仰ぎ、都道府県担当者を通じ、全国の市区町村担当者宛のメーリングリストを通じて実施した。

なお、実査に先駆けて、昨年度の調査研究事業で協力いただいた複数の市区町村担当者に本調査を事前実施し、調査内容および回答のしやすさ等を確認した後、調査票の修正を実施した上で、調査票を最終化した。

(3) 調査内容

調査項目は以下の通りである。なお、巻末の参考資料に調査票を掲載する。

図表4 アンケート調査の全体像



(4) 調査期間

平成 30 年 8 月 31 日から平成 30 年 10 月 31 日にかけて実施した。

(5) 回収結果

有効回答数は 1,734 市区町村で、有効回答率は 99.7% (=1,734 / 1,741) となった。

以下、主要な調査項目に関する調査結果について次ページ以降で考察を行う。なお、すべての質問の単純集計結果については、巻末の参考資料を参照いただきたい。

2. 調査結果

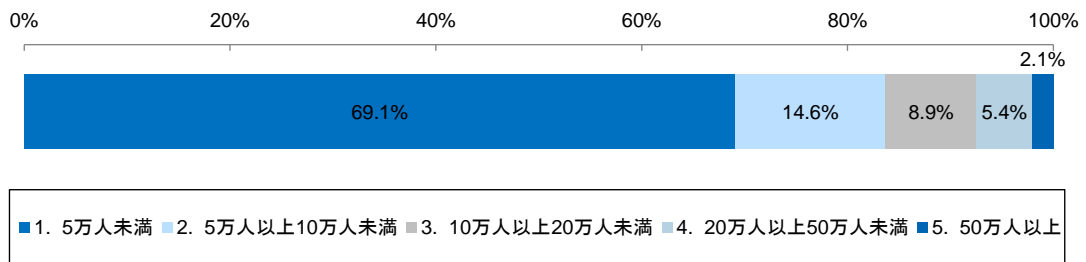
2-1 調査結果に基づく考察

(1) 市区町村の属性情報

回答した市区町村の基本属性について述べる。

1,734 市区町村の人口規模は、「5 万人未満」が最も高く 69.1%を占めている。

図表 5 | 質問 3 : 人口規模 (N=1,734)

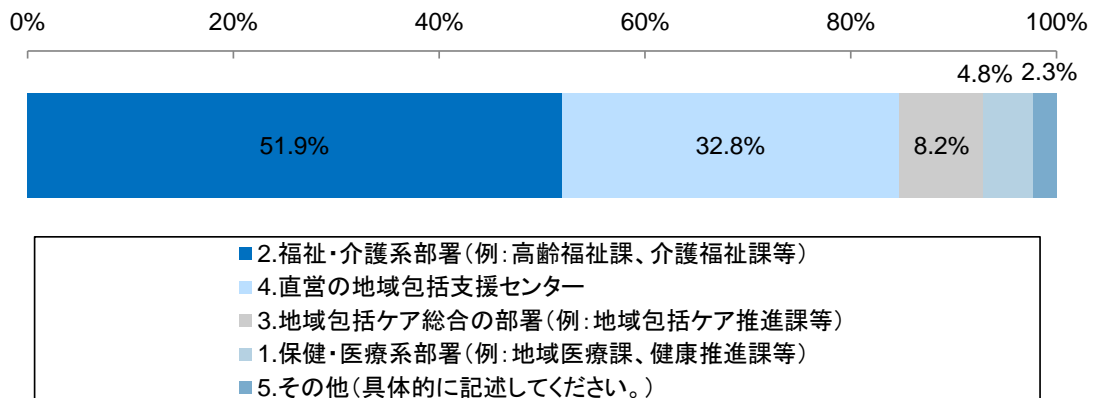


(2) 在宅医療・介護連携推進事業の実施体制

在宅医療・介護連携推進事業の実施体制について、担当部署の種類、外部関係団体との協力状況などについて述べる。

在宅医療・介護連携推進事業を担当する部署は、大きく分けて医療系部署と介護系部署、地域包括ケアを総合的に担当する部署の3つが考えられる。本調査結果では、「福祉・介護系部署」が最も多い51.9%を占めており、次いで「直営の地域包括支援センター」が32.8%で、医療系部署は4.8%にとどまった。8割強の市区町村で、介護系部署が事業推進の役割を担っている状況にあると言える。

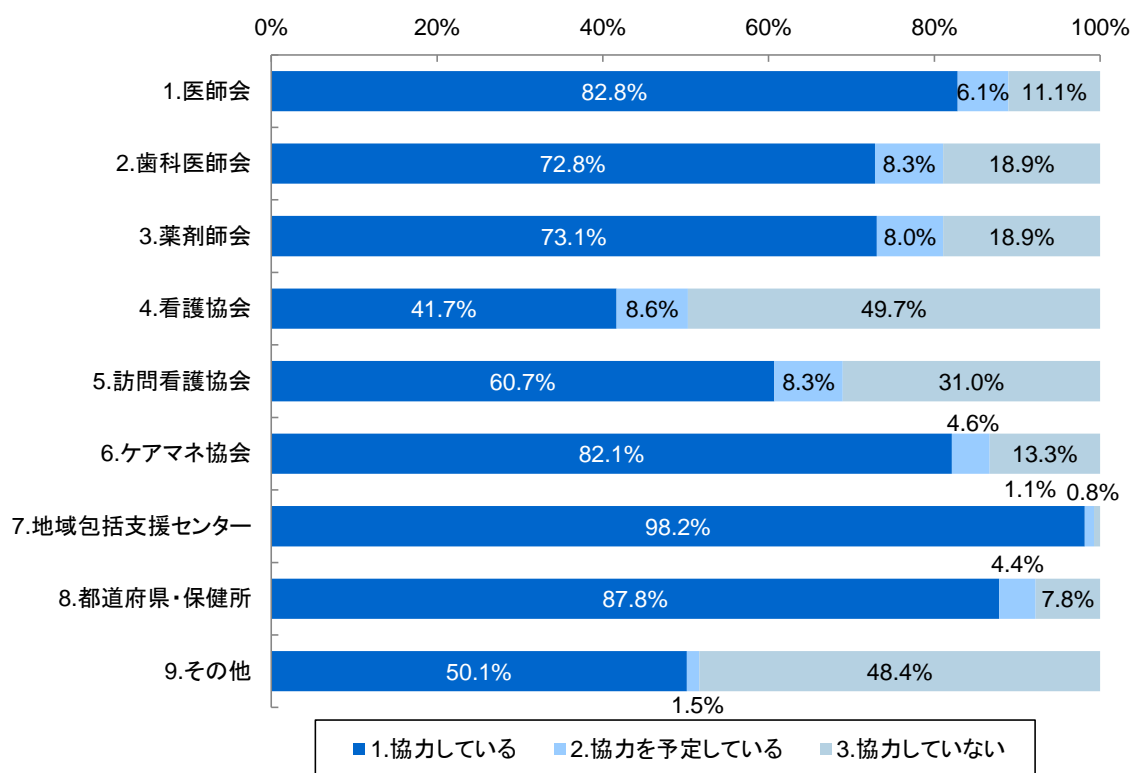
図表 6 | 質問 4 : 担当部署の種類 (N=1,734)



外部の関係団体との協力関係に目を向けると、最も協力が進んでいる関係団体は「7. 地域包括支援センター」であり、「1.協力している」と回答した市区町村が 98.2%だった。次いで「8.都道府県・保健所（87.8%）」、「1.医師会（82.8%）」と続く。

市区町村担当者みの事業推進には限度があるため、外部の関係団体、特に医師会など医療系の団体と協力関係を築くことが重要である。在宅という性質上、地域包括支援センターとの協力状況は 9 割を超えており、「2.協力を予定している」までを含めるとほぼすべての市区町村が地域包括支援センターと協力している様子うかがえる。また、現状では医師会と協力している市区町村が 82.8%、協力を予定している市区町村を合わせると 88.9%となり、医師会との協力関係の構築が進んできていることが分かる。後述するが、質問 23-A で訊ねた事業実施上の課題では、「行政と関係機関（医師会、歯科医師会等）との協力関係の構築」が 50.4%（課題順位 4 位）となっているが、3 年前の調査時（課題順位 1 位）と比べて改善されていることが分かる。

図表 7 | 質問 9：関係団体との協力状況 (N=1,733)



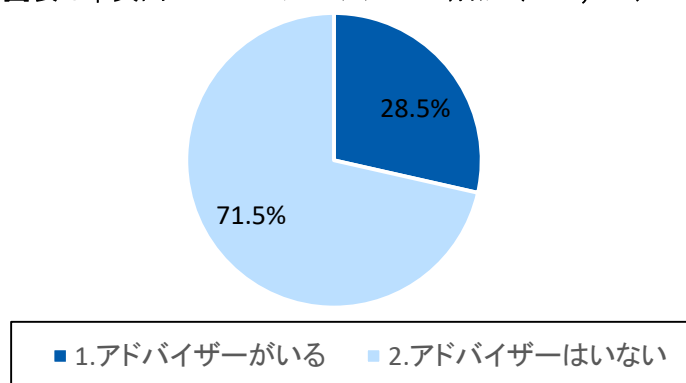
人口規模別に見ると、人口 7.5 万人以上の市区町村であれば、ほぼすべての市区町村が医師会との調整を進めており、逆に人口 7.5 万未満、特に 1 万人未満の市区町村で医師会との協力ができていない、もしくは遅れている実態が把握できた。

図表 8 | 質問 5 : 医師会との協力状況×質問 3 人口規模 (N=1,733)

	1.協力している	2.協力を予定している	3.協力していない	該当市区町村数
1. 1万人未満	58.1%	11.7%	30.1%	511
2. 1万人以上2.5万人未満	84.1%	6.9%	9.1%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	95.4%	3.7%	0.8%	481
4. 7.5万人以上	98.9%	0.2%	0.1%	377
全体	82.8%	6.1%	11.1%	1,733

在宅医療・介護連携推進事業を推進する際の事業の運営手法や事業計画の策定や取組の検討等を相談できるアドバイザーの有無については、28.5%の市区町村がいると回答している。なお、市区町村の人口規模とアドバイザーの有無には、大きな相関は見られない結果となった。

図表 9 | 質問 6-a : アドバイザーの有無 (N=1,734)

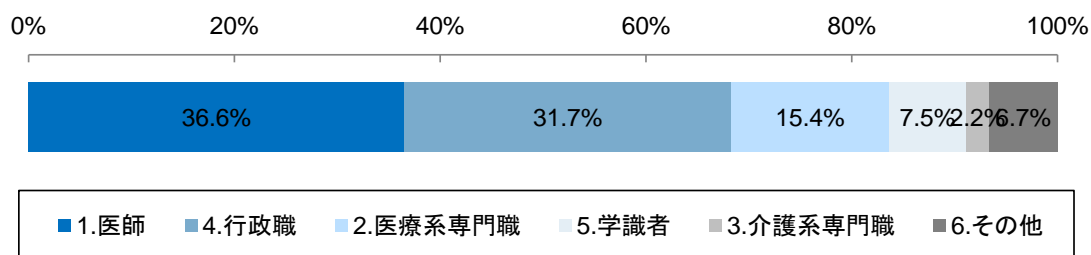


図表 10 | 質問 6-a : アドバイザーの有無×質問 3 人口規模 (N=1,734)

	1.アドバイザーがいる	2.アドバイザーはいない	該当市区町村数
1. 1万人未満	25.4%	74.6%	512
2. 1万人以上2.5万人未満	29.9%	70.1%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	30.4%	69.6%	481
4. 7.5万人以上	29.2%	70.8%	377
全体	28.5%	71.5%	1,734

また、アドバイザーの専門性に目を向けると、「1.医師」が36.6%と最も高く、次いで「4.行政職(31.7%)」、「医療系専門職(15.4%)」と続く。一方、介護系専門職は2.2%にとどまる。これは、前述のように8割強の市区町村で、介護系部署が当事業の推進の役割を担っているため、介護系専門職よりも医療系専門職の視点、ノウハウが不足していることも関係している可能性がある。

図表 11 | 質問 6-b : アドバイザーの専門性 (N=495)



アドバイザーの専門性を人口規模別に見ると、医師がアドバイザーを務めている割合は、人口規模の大きい自治体ほど高いことがわかる。一方で、医療資源の少ない小規模都市ほど、「4.行政職」がアドバイザーを務める割合が高いことがわかった。これは、人口規模の大きな自治体ほど、医師会が積極的に在宅医療に携わる傾向が高いせいなのか、行政の支援としてアドバイザーを担う医師が存在しているものと推察される。

図表 12 | 質問 6-b : アドバイザーの専門性×質問 3 人口規模 (N=495)

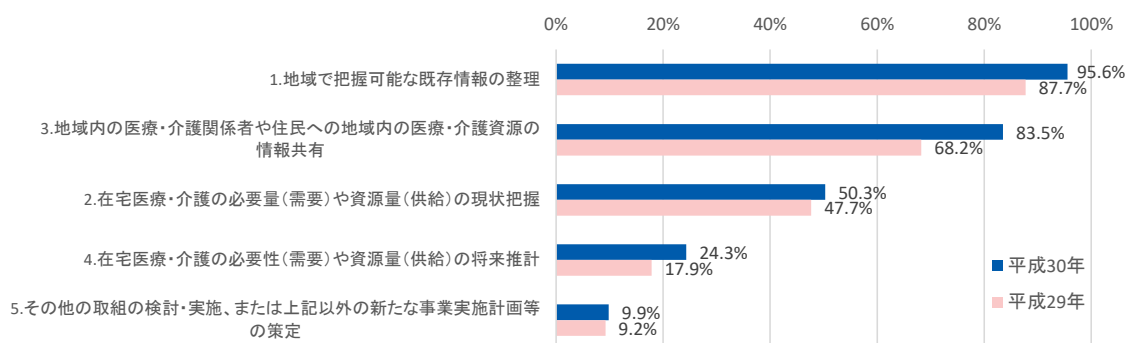
	1. 医師	2. 医療系専門職	3. 介護系専門職	4. 行政職	5. 学識者	6. その他	該市区町村数
1. 1万人未満	24.6%	15.4%	3.8%	47.7%	1.5%	6.9%	130
2. 1万人以上2.5万人未満	31.2%	14.7%	2.8%	39.4%	9.2%	2.8%	109
3. 2.5万人以上7.5万人未満	42.5%	13.0%	2.1%	28.8%	8.9%	4.8%	146
4. 7.5万人以上	48.2%	19.1%	0.0%	9.1%	10.9%	12.7%	110
全体	36.6%	15.4%	2.2%	31.7%	7.5%	6.7%	495

(3) 在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況を述べる。まず、各市区町村の事業項目（ア）地域の医療・介護の資源の把握の取組の進捗状況を見てみると、「1.地域で把握可能な既存情報の整理」が95.6%と最も高く、次ぐ「3.地域内の医療・介護関係者や住民への地域内の医療介護資源の情報共有」が83.5%と、情報の整理および共有までは大半の市区町村が取り組んでいる。一方で、「2.在宅医療・介護の必要量（需要）や資源量（供給）の現状把握」は50.3%、「4.在宅医療・介護の必要量（需要）や資源量（供給）の将来推計」は24.3%にとどまり、多死社会を迎える将来に、医療・介護の受け皿が足りなくなることは予想しつつも、具体的な需要の把握は進んでいない。

平成29年度調査と比較すると、すべての項目で取組が進んでいることがわかった。個別の進捗率は、「3.地域内の医療・介護関係者や住民への地域内の医療介護資源の情報共有」が15.3ptsと最も高く、次ぐ「1.地域で把握可能な既存情報の整理」が7.9ptsである。

図表 13 | 質問 7-A : (ア) 地域の医療・介護の資源の把握 (N=1,734)



人口規模別に見ても、すべての取組で、大きな差は見受けられなかった。資源の把握という事業項目（ア）の性質上、小規模な都市ほど進めやすいことで、人手、財政が不足している小規模市区町村でも大規模市区町村と肩を並べる結果になっている。

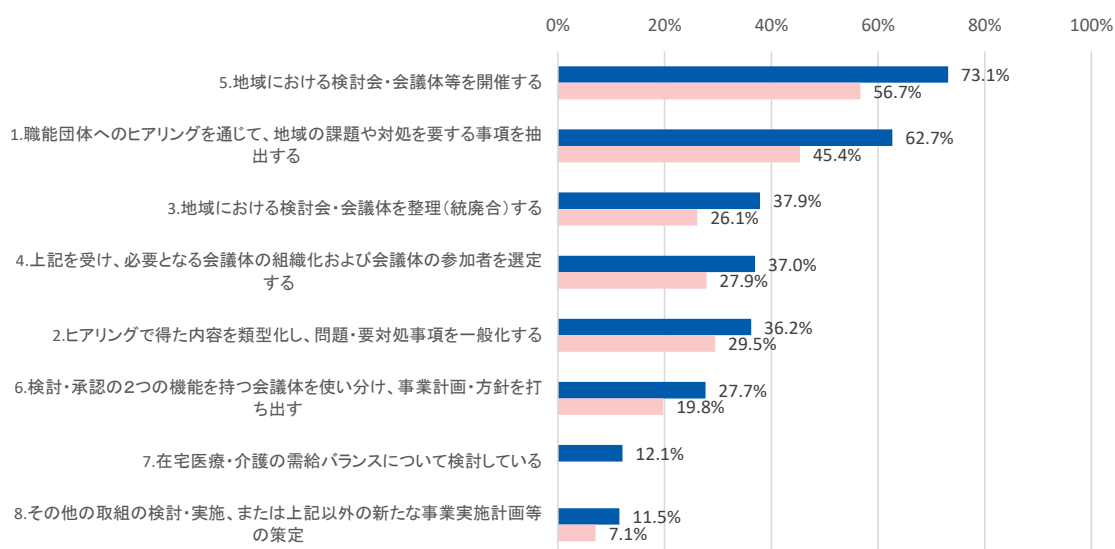
図表 14 | 質問 7-A : (ア) 地域の医療・介護の資源の把握×質問 3 人口規模 (N=1,733)

	1.地域で把握可能な既存情報の整理	2.在宅医療・介護の必要量(需要)や資源量(供給)の現状把握	3.地域内の医療・介護関係者や住民への地域内の医療・介護資源の情報共有	4.在宅医療・介護の必要性(需要)や資源量(供給)の将来推計	5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	該当市区町村数
1. 1万人未満	93.5%	53.0%	77.1%	24.7%	8.2%	511
2. 1万人以上2.5万人未満	95.3%	49.5%	83.0%	20.3%	12.1%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	96.5%	45.9%	87.5%	23.9%	10.0%	481
4. 7.5万人以上	97.6%	53.1%	87.8%	28.4%	9.8%	377
全体	95.6%	50.3%	83.6%	24.4%	9.9%	1,733

各市区町村の事業項目(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討の進捗状況を見てみると、「5.地域における検討会・会議体等を開催する」が73.1%と最も高く、次いで「1.職能団体へのヒアリングを通じて、地域の課題や対応を要する事項を抽出する」が62.7%である。一方で、「2.ヒアリングで得た内容を類型化し、問題・要対応事項を一般化する」は36.2%にとどまり、多くの市区町村が体制整備から具体的な活動への過渡期にあることが見受けられた。

平成29年度調査と比較すると、すべての項目で取組が進んでいることがわかった。個別の進捗率は、「1.職能団体へのヒアリングを通じて、地域の課題や対応を要する事項を抽出する」が17.3ptsと最も高く、次ぐ「5.地域における検討会・会議体等を開催する」が16.4ptsであり、既に先行して取り組む市区町村が多い項目のptsの伸びが顕著である。

図表 15 | 質問 7-A : (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 (N=1,734)



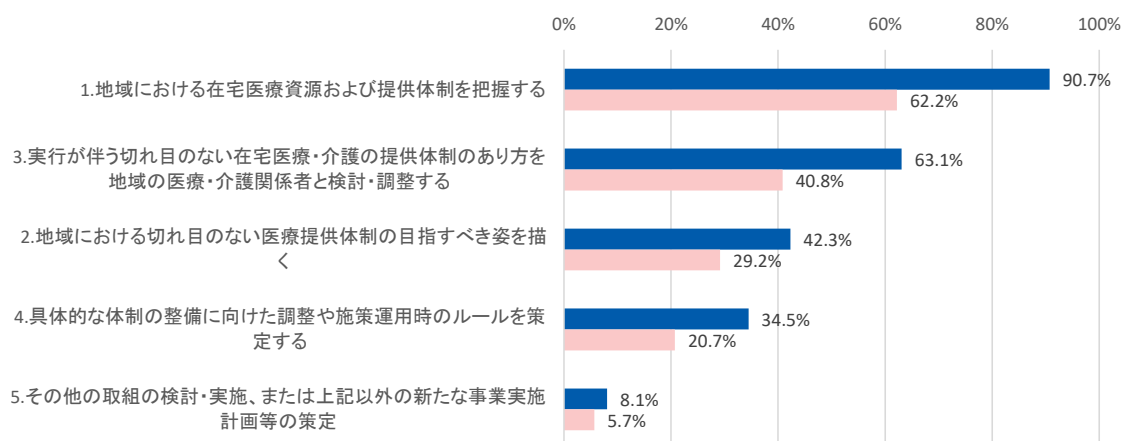
人口規模別に見ると、全体的に進んでいる「5.地域における検討会・会議体等を開催する」および「1.職能団体へのヒアリングを通じて、地域の課題や対処を要する事項を抽出する」よりも、全体的に30%台にとどまる「2.ヒアリングで得た内容を類型化し、問題・要対処事項を一般化する」等の項目で、大規模都市と小規模都市の差が開いている。このことから、体制を構築できた市区町村から、課題の類型化や、事業方針の策定等に順次、移行していることが見て取れる。

図表 16 | 質問 7-A : (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討×質問 3 人口規模 (N=1,733)

	1.職能団体へのヒアリングを通じて、地域の課題や対処を要する事項を抽出する	2.ヒアリングで得た内容を類型化し、問題・要対処事項を一般化する	3.地域における検討会・会議体を整理(統合)する	4.上記を受け、必要となる会議体の組織化および会議体の参加者を選定する	5.地域における検討会・会議体等を開催する	6.検討・承認の2つの機能を持つ会議体を使い分け、事業計画・方針を打ち出す	7.在宅医療・介護の需給バランスについて検討している	8.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	該当市区町村数
1. 1万人未満	54.2%	26.8%	37.2%	29.5%	66.1%	15.5%	11.0%	511	
2. 1万人以上2.5万人未満	58.8%	31.9%	37.4%	34.6%	73.6%	23.9%	11.3%	364	
3. 2.5万人以上7.5万人未満	66.1%	37.0%	34.1%	38.5%	73.8%	30.8%	8.9%	481	
4. 7.5万人以上	73.7%	52.3%	44.3%	47.5%	81.4%	44.0%	15.9%	377	
全体	62.7%	36.2%	37.9%	37.0%	73.2%	27.7%	11.5%	1,733	

各市区町村の事業項目(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進の進捗状況を見てみると、「1.地域における在宅医療資源および提供体制を把握する」が90.7%と最も高く、次いで「3.実行が伴う切れ目のない在宅医療・介護の提供体制のあり方を地域の医療・介護関係者と検討・調整する」で63.1%、「2.地域における切れ目のない医療提供体制の目指すべき姿を描く」で42.3%となっている。多くの市区町村は、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制に向けて、現在の提供体制の把握が完了し、提供体制あり方の検討および調整を職能団体と行っていることが見て取れる。そのため、現在は低い「4.具体的な体制の整備に向けた調整や施策運用時のルールを策定する」等は、今後伸びると思われる。平成29年度調査と比較すると、すべての項目で取組が進んでいることがわかった。個別の進捗率は、「1.地域における在宅医療資源および提供体制を把握する」が28.5ptsと最も高く、次ぐ「3.実行が伴う切れ目のない在宅医療・介護の提供体制のあり方を地域の医療・介護関係者と検討・調整する」が22.3ptsであり、既に先行して取り組む市区町村が多い項目のptsの伸びが顕著である。

図表 17 | 質問 7-A : (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 (N=1,734)



人口規模別に見ると、「1.地域における在宅医療資源および提供体制を把握する」については、万遍なく進んでいることがうかがえる。その一方で、その次の段階である「2.地域における切れ目のない医療提供体制の目指すべき姿を描く」や「3.実行が伴う切れ目のない在宅医療・介護の提供体制のあり方を地域の医療・介護関係者と検討・調整する」については、より大規模な市区町村が先行する形となった。

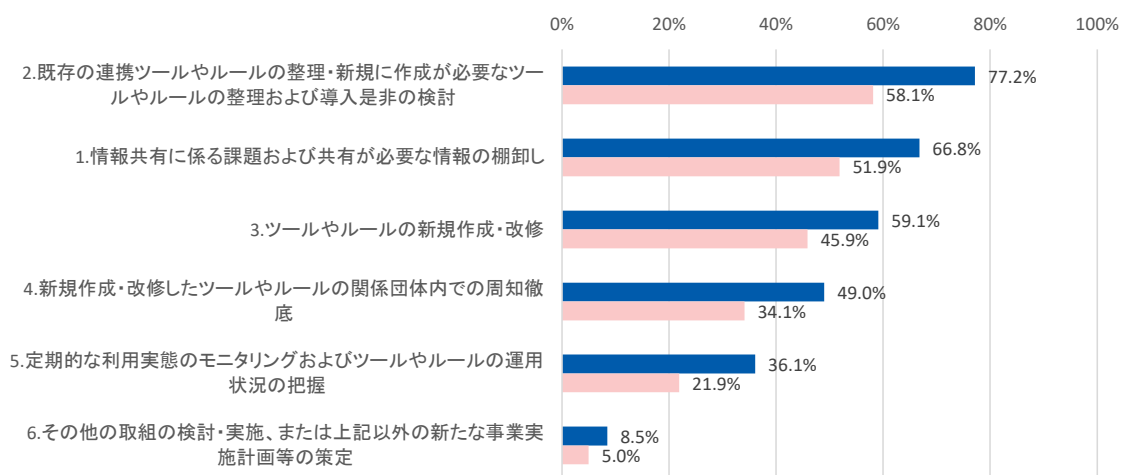
図表 18 | 質問 7-A : (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進×質問 3 人口規模 (N=1,733)

	1.地域における在宅医療資源および提供体制を把握する	2.地域における切れ目のない医療提供体制の目指すべき姿を描く	3.実行が伴う切れ目のない在宅医療・介護の提供体制のあり方を地域の医療・介護関係者と検討・調整する	4.具体的な体制の整備に向けた調整や施策運用時のルールを策定する	5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	該当市区町村数
1. 1万人未満	89.8%	39.1%	57.3%	30.7%	5.5%	511
2. 1万人以上2.5万人未満	90.4%	40.7%	63.7%	36.0%	9.1%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	92.1%	37.2%	59.5%	31.6%	7.1%	481
4. 7.5万人以上	90.7%	54.9%	75.1%	41.9%	11.9%	377
全体	90.8%	42.4%	63.1%	34.5%	8.1%	1,733

各市区町村の事業項目(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援の進捗状況を見てみると、「2.既存の連携ツールやルールの整理・新規に作成が必要なツールやルールの整理および導入是非の検討」が77.2%と最も高く、次いで「1.情報共有に係る課題および教諭が必要な情報の棚卸し」で66.8%、「3.ツールやルールの新規作成・改修」で59.1%となっている。このように、半数以上の市区町村がツール、ルールといった体制面での整備は完了していることがうかがえる。その一方で、「5.定期的な利用実態のモニタリングおよびツールやルール

の運用状況の把握」は 34.5%にとどまり、実際の運用状況について考察できている市区町村は、まだ多いとは言い切れない状態にある。平成 29 年度調査と比較すると、すべての項目で取組が進んでいることがわかった。個別の進捗率は、既に先行して取り組む市区町村が最も多い「2.既存の連携ツールやルールの整理・新規に作成が必要なツールやルールの整理および導入是非の検討」が 19.1pts と最も高かった。一方で、次いで「1.情報共有に係る課題および共有が必要な情報の棚卸し」と「4.新規作成・改修したツールやルールの関係団体内部での周知徹底」が同率で 14.9pts である。すでにツールやルールを導入した市区町村が、本格的な運用を見据え、関係団体を広く巻き込んだ取組をしていることがうかがえる。

図表 19 | 質問 7-A : (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 (N=1,734)



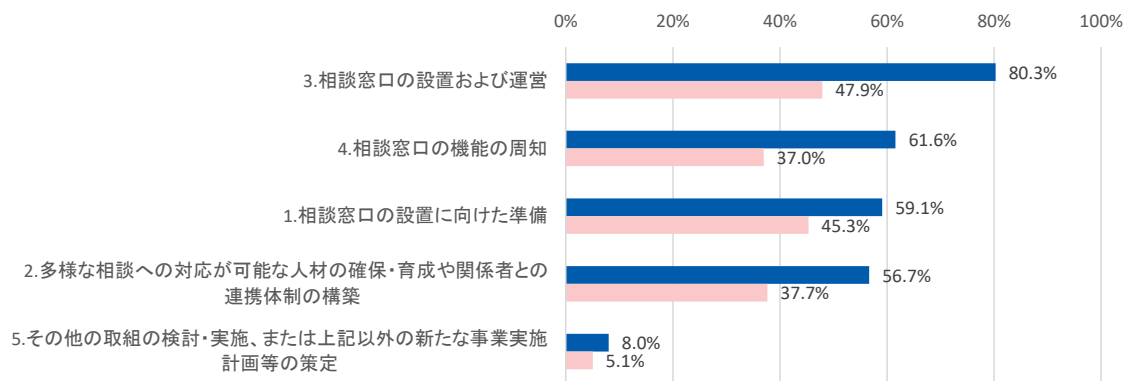
人口規模別に見ると、「1.情報共有に係る課題および教諭が必要な情報の棚卸し」以外の項目については、より大規模な都市が先行する形となった。とはいえ、1万人未満の都市と7.5万人以上の都市での差はいずれも 10pts 以内であり、他の事業項目よりも人口規模の大小による影響は小さい。

図表 20 | 質問 7-A : (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援×質問 3 人口規模 (N=1,733)

	1.情報共有に係る課題および共有が必要な情報の棚卸し	2.既存の連携ツールやルールの整理・新規に作成が必要なツールやルールの整理および導入是非の検討	3.ツールやルールの新規作成・改修	4.新規作成・改修したツールやルールの関係団体内での周知徹底	5.定期的な利用実態のモニタリングおよびツールやルールの運用状況の把握	6.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	該当市区町村数
1. 1万人未満	66.7%	69.7%	49.1%	40.3%	30.1%	8.2%	511
2. 1万人以上2.5万人未満	63.5%	73.9%	57.7%	43.1%	30.8%	9.6%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	66.1%	80.2%	60.7%	51.1%	37.2%	8.1%	481
4. 7.5万人以上	71.1%	86.7%	72.1%	63.9%	48.0%	8.2%	377
全体	66.8%	77.2%	59.1%	49.0%	36.1%	8.5%	1,733

各市区町村の事業項目(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援の進捗状況を見てみると、「3.相談窓口の設置および運営」が80.3%と最も高く、大半の市区町村で相談窓口が整備されていることがわかる。現在、半数以上の市区町村では、次の段階である「4.相談窓口の機能の周知」や「2.多様な相談への対応が可能な人材の確保・育成や関係者との連携体制の構築」等に取り組んでいるようである。平成29年度調査と比較すると、すべての項目で取組が進んでいることがわかった。この1年での進捗率は、「3.相談窓口の設置および運営」が32.4ptsと最も高く、次ぐ「4.相談窓口の機能の周知」が24.6ptsと、他の取組と比較し、平成30年度で最も進んでいることがわかる。

図表 21 | 質問 7-A : (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援 (N=1,733)



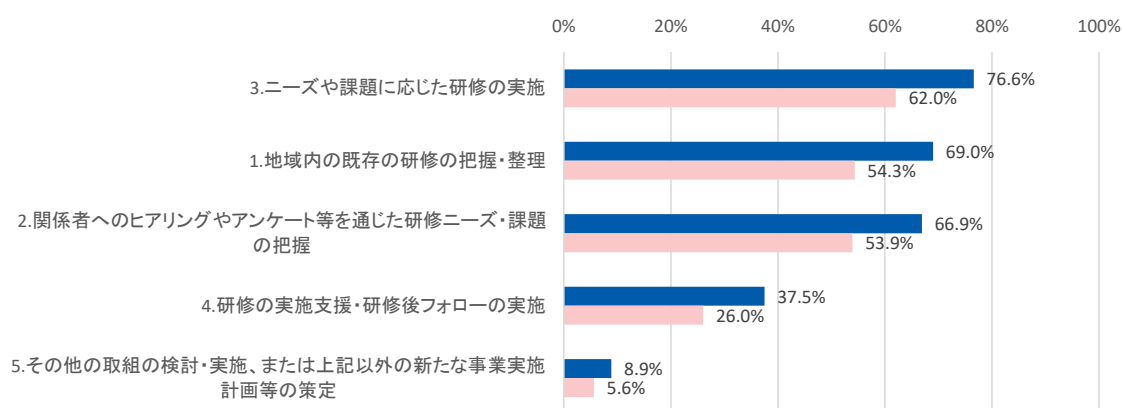
人口規模別に見てみると、「3.相談窓口の設置および運営」について、1万人未満の市区町村でも71.2%と健闘しているものの、7.5万人以上の市区町村の89.4%に比較すると小さく、他の事業項目と同様に、人口規模の差が出ている。とくに、相談窓口には、物理的に人員を設置する必要があるため、予算の不足や専門職を募集しても集まらないなどの人材不足を課題とする小規模都市では、進捗が遅れているものと推察される。

図表 22 | 質問 7-A : (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援×質問 3 人口規模 (N=1,733)

	1.相談窓口の設置に向けた準備	2.多様な相談への対応が可能な人材の確保・育成や関係者との連携体制の構築	3.相談窓口の設置および運営	4.相談窓口の機能の周知	5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	該当市区町村数
1. 1万人未満	61.4%	50.3%	71.2%	45.2%	8.4%	511
2. 1万人以上2.5万人未満	56.9%	51.9%	79.7%	57.1%	6.9%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	57.8%	58.0%	83.4%	69.0%	7.3%	481
4. 7.5万人以上	59.9%	68.4%	89.4%	78.8%	9.5%	377
全体	59.1%	56.7%	80.3%	61.6%	8.0%	1,733

各市区町村の事業項目（カ）医療・介護関係者の研修の進捗状況を見てみると、「3.ニーズや課題に応じた研修の実施」が 76.6%と最も高く、次いで「1.地域内の既存の研修の把握・整理」で 69.0%、「2.関係者へのヒアリングやアンケート等を通じた研修ニーズ・課題の把握」で 66.9%となっている。多くの市区町村が、ニーズにあった研修を実施していることがわかる。平成 29 年度調査と比較すると、すべての項目で取組が進んでいることがわかった。個別の進捗率は、「1.地域内の既存の研修の把握・整理」が 14.7pts と最も高く、次ぐ「3.ニーズや課題に応じた研修の実施」が 14.6pts、次いで「2.関係者へのヒアリングやアンケート等を通じた研修ニーズ・課題の把握」が 13.0pts、最も低い「4.研修の実施支援・研修後フォローの実施」でも 11.5pts と、全項目が同程度向上している。とくに、「1.地域内の既存の研修の把握・整理」、「2.関係者へのヒアリングやアンケート等を通じた研修ニーズ・課題の把握」、「3.ニーズや課題に応じた研修の実施」は並行して取り組まれていると推察される。

図表 23 | 質問 7-A : (カ) 医療・介護関係者の研修 (N=1,734)



人口規模別に見ると、「2.関係者へのヒアリングやアンケート等を通じた研修ニーズ・課題の把握」、「3.ニーズや課題に応じた研修の実施」といった項目で、他の事業項目と同様に、大規模都市が先行する結果となっている。どちらの項目についても、1万人未満の市区町村

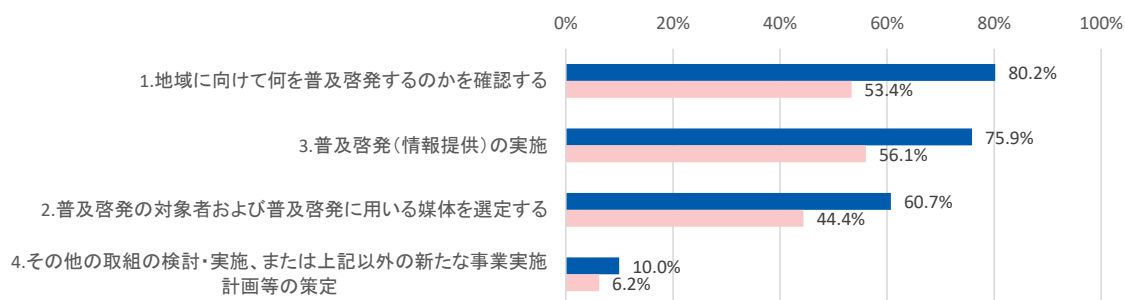
と、7.5万人以上の市区町村で、30pts以上の開きがあり、人口規模の大小の影響が大きい事業項目であると言える。小規模都市では、研修の講師となる人材を確保することの難しさが、一因になっていると考えられる。

図表 24 | 質問 7-A : (カ) 医療・介護関係者の研修×質問 3 人口規模 (N=1,733)

	1.地域内の既存の研修の把握・整理	2.関係者へのヒアリングやアンケート等を通じた研修ニーズ・課題の把握	3.ニーズや課題に応じた研修の実施	4.研修の実施支援・研修後フォローの実施	5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	該当市区町村数
1. 1万人未満	72.4%	48.9%	58.1%	26.8%	10.0%	511
2. 1万人以上2.5万人未満	66.8%	66.5%	78.8%	34.1%	8.0%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	67.2%	73.4%	84.0%	40.7%	7.1%	481
4. 7.5万人以上	69.0%	83.6%	90.2%	51.2%	10.6%	377
全体	69.0%	66.9%	76.6%	37.5%	8.9%	1,733

各市区町村の事業項目（キ）地域住民への普及啓発の進捗状況を見てみると、「1.地域に向けて何を普及啓発するのかを確認する」が80.2%と最も高く、次いで「3.普及啓発（情報提供）の実施」が75.9%となっている。多くの市区町村が、情報の発信をすでに実施していることがわかる。平成29年度調査と比較すると、すべての項目で取組が進んでいることがわかった。個別の進捗率は、「1.地域に向けて何を普及啓発するのかを確認する」が26.8ptsと最も高く、次ぐ「3.普及啓発（情報提供）の実施」が19.8ptsであり、事業項目（オ）の次に向上が見られる。他の取組が進んでいる市区町村は、関係団体へだけでなく、一般住民に広く啓発活動を実施する方針に移行している様子がうかがえる。

図表 25 | 質問 7-A : (キ) 地域住民への普及啓発 (N=1,734)



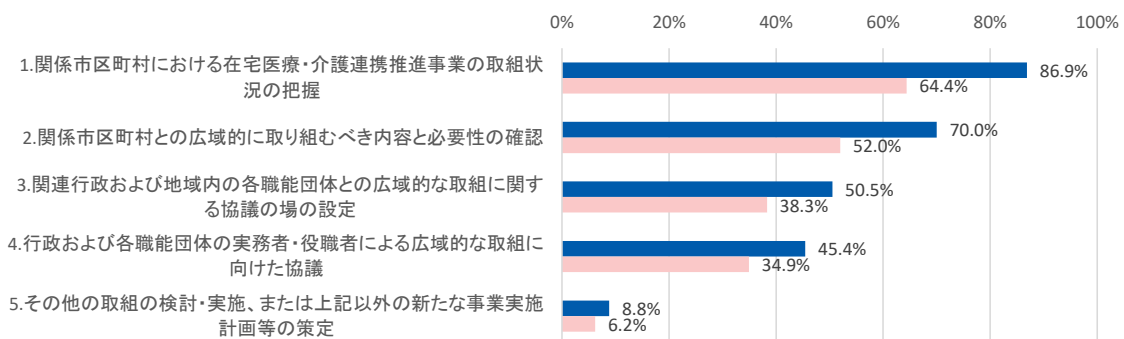
人口規模別に見ると、「2.普及啓発の対象者および普及啓発に用いる媒体を選定する」、「3.普及啓発（情報提供）の実施」で、1万人未満の市区町村と、7.5万人以上の市区町村で、30pts程度の開きがある。「1.地域に向けて何を普及啓発するのかを確認する」については、人口規模による差は見受けられないため、一部の小規模自治体が「2.普及啓発の対象者および普及啓発に用いる媒体を選定する」の段階に、難しさをを感じている可能性が伺える。

図表 26 | 質問 7-A : (キ) 地域住民への普及啓発×質問 3 人口規模 (N=1,733)

	1.地域に向けて何を普及啓発するかを確認する	2.普及啓発の対象者および普及啓発に用いる媒体を選定する	3.普及啓発(情報提供)の実施	4.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	該当市区町村数
1. 1万人未満	78.3%	47.7%	61.6%	10.6%	511
2. 1万人以上2.5万人未満	79.4%	55.8%	74.7%	9.1%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	81.1%	66.7%	80.9%	7.3%	481
4. 7.5万人以上	82.8%	75.6%	90.2%	13.5%	377
全体	80.3%	60.8%	75.9%	10.0%	1,733

各市区町村の事業項目(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携の進捗状況を見てみると、「1.関係市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況の把握」が86.9%と最も高く、次いで「2.関係市区町村との広域的に取り組むべき内容と必要性の確認」で70.0%、「3.関連行政および地域内の各職能団体との広域的な取組に関する協議の場の設定」で50.5%となっている。この結果は、大半の市区町村が、周辺市区町村との現状の把握には取り組んだ上で、必要性があった場合、連携した取組がすでに始まっていると読み取ることができる。平成29年度調査と比較すると、すべての項目で取組が進んでいることがわかった。個別の進捗率は、「1.関係市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況の把握」が22.5ptsと最も高く、次ぐ「2.関係市区町村との広域的に取り組むべき内容と必要性の確認」が18.0ptsである。当事業項目についても、他の事業項目に比較し、平成30年度に大きく向上している。これは、医療および介護の資源等の制約から、他の事業項目が比較的遅れていた小規模な市区町村が本格的に取り組むにあたり、関係市区町村との連携がより重要視されてきたためであると推察される。

図表 27 | 質問 7-A : (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 (N=1,734)



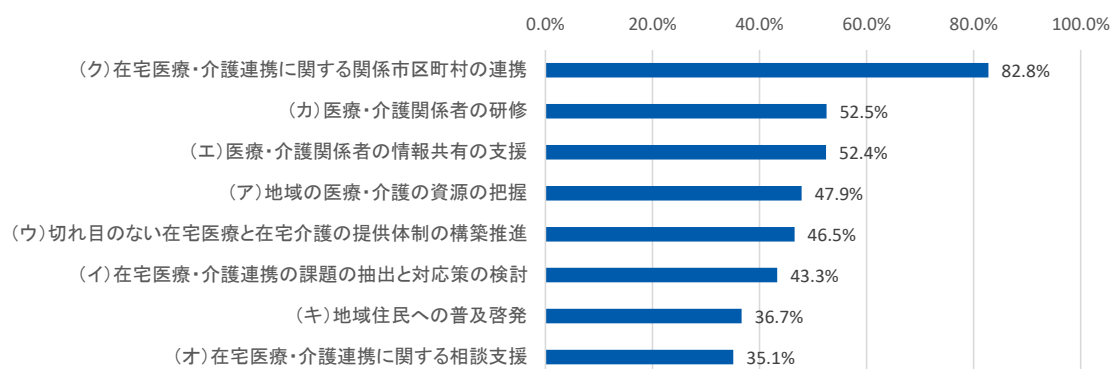
人口規模別に見ると、「5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定」を除くすべての項目で、小規模都市の方が先行する結果となった。これは、小規模都市ほど人材不足が問題となっており、事業を進めるためには、周辺都市との協力が合理的と判断されているためと考えられる。

図表 28 | 質問 7-A : (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携×質問 3 人口規模 (N=1,733)

	1.関係市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況の把握	2.関係市区町村との広域的に取り組むべき内容及び必要性の確認	3.関連行政および地域内の各職能団体との広域的な取組に関する協議の場の設定	4.行政および各職能団体の実務者・役職者による広域的な取組に向けた協議	5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	該当市区町村数
1. 1万人未満	87.1%	70.5%	51.3%	45.6%	8.8%	511
2. 1万人以上2.5万人未満	87.4%	76.9%	57.4%	47.3%	9.6%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	88.6%	70.7%	49.3%	45.7%	6.0%	481
4. 7.5万人以上	84.1%	62.1%	44.6%	43.2%	11.7%	377
全体	86.9%	70.1%	50.5%	45.5%	8.8%	1,733

各市区町村が、近隣自治体とどの事業項目を共同実施しているのかについても調査した。「(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」を除くと、「(カ) 医療・介護関係者の研修」が 52.5%と最も高く、次いで「(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援」で 52.4%、「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」で 47.9%となっている。事業項目(カ)については、研修講師の人材不足への問題意識から、多くの市区町村で共同実施されていることが推察される。また、事業項目(ア)・(カ)については、他の事業項目ほど調整が必要な職能団体や機関が少なく、共同で取り組むことが容易かつ、合理的と判断されたからと考えられる。

図表 29 | 質問 7-B : 近隣自治体との共同実施の状況 (N=1,734)



人口規模別に見てみると、すべての項目で小規模都市が先行する結果となった。中でも、事業項目（ア）・（カ）については、1万人未満の市区町村と、7.5万人以上の市区町村で、30pts 程度の開きがあり、より小規模な都市が問題意識をもって取り組んでいるといえる。

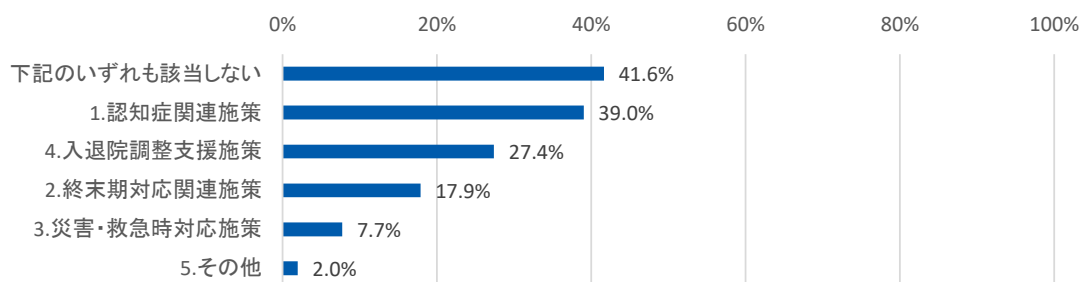
図表 30 | 質問 7-B：近隣自治体との共同実施の状況×質問 3 人口規模（N=1,733）

	1.地域の医療・介護の資源の把握の取組	2.在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	3.切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	4.医療・介護関係者の情報共有の支援	5.在宅医療・介護連携に関する相談支援	6.医療・介護関係者の研修	7.地域住民への普及啓発	8.在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	該当市区町村数
1. 1万人未満	58.9%	51.5%	53.2%	59.3%	37.4%	59.3%	38.9%	80.8%	511
2. 1人以上2.5万人未満	60.2%	54.9%	57.4%	62.9%	45.3%	66.2%	49.2%	82.1%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	44.1%	41.8%	45.3%	52.8%	34.1%	55.5%	38.3%	82.5%	481
4. 7.5万人以上	26.0%	23.1%	28.6%	32.6%	23.6%	26.5%	19.6%	86.5%	377
全体	47.9%	43.3%	46.6%	52.5%	35.1%	52.6%	36.7%	82.8%	1,733

（4）事業項目（ア）～（ク）以外の重層的・補完的な取組の実施状況

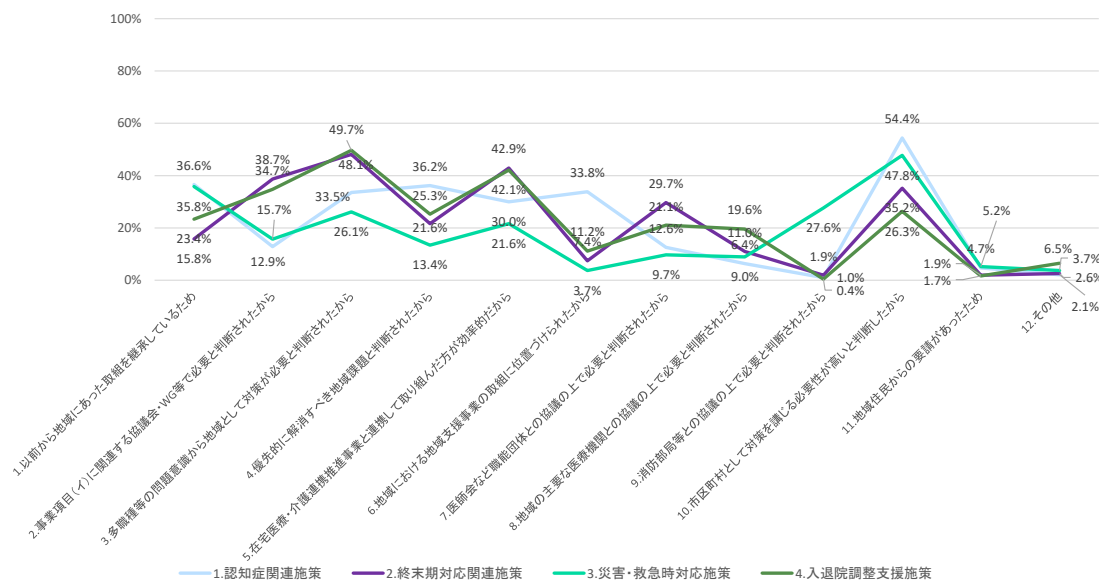
事業項目（ア）～（ク）以外の実施状況について述べる。まず、取り組んでいる施策の種類を見ると、「1.認知症関連施策」が39.0%と最も高く、次いで「4.入退院調整支援施策」で27.4%、「2.終末期対応関連施策」で17.9%となっている。

図表 31 | 質問 9：事業項目（ア）～（ク）以外の重点施策の種類（N=1,734）



次に、それぞれの重点施策を実施した理由を見る。1.認知症関連施策と、3.災害・救急時対応策はどちらも「10.市区町村として対策を講じる必要が高いと判断したから」が最多となっており、行政としての問題意識が根幹にあるものと推察される。一方で、2.終末期対応と、4.入退院調整支援施策の傾向も類似しており、どちらも「3.多職種等の問題意識から地域として対策が必要と判断されたから」、「7.医師会など職能団体との協議の上で必要と判断されたから」の pts が高く、職能団体の問題意識が原動力となっていることがわかる。以上から、行政と職能団体で、問題意識および優先すべき施策が異なっていることがわかる。

図表 32 | 質問 14：事業項目(ア)～(ク)以外の重点施策の取組理由 (N:1.認知症関連施策=672,2.終末期対応関連施策=310,3.災害・救急時対応施策=134,4.入退院調整施策=475)



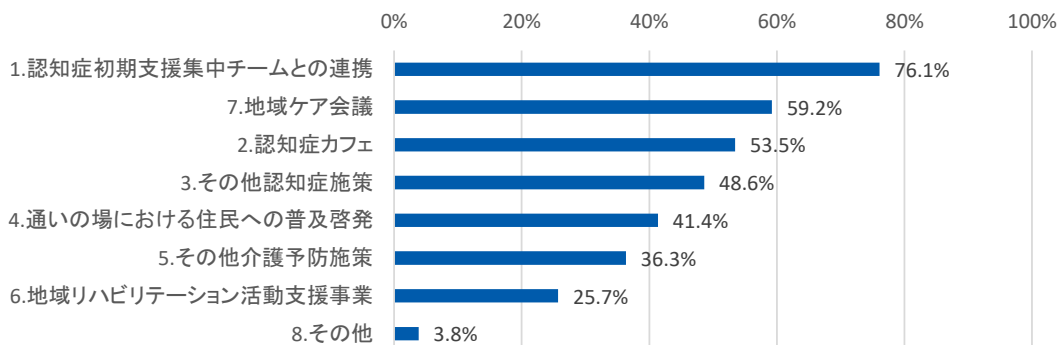
アドバイザーの有無が、4つの取組に与える影響を見てみる。いずれの取組に関しても、アドバイザーがいる市区町村の方が、実施率が高い。アドバイザーの有無による各取組の実施率の上昇率は、「1.認知症関連施策」、「3.災害・救急時対応施策」がそれぞれ3.6pts、2.2ptsであるのに対し、「2.終末期対応関連施策」、「4.入退院調整支援施策」については、それぞれ8.6pts、8.3ptsであり、アドバイザーの影響をより受けやすい施策であると言える。

図表 33 | 質問 9：事業項目(ア)～(ク)以外の重点施策の種類 (N=1,734)

	下記のいずれも該当しない	認知症関連施策	終末期対応関連施策	災害・救急時対応施策	入退院調整支援施策	その他(内容を記入)	該当市区町村数
全体	41.6%	39.0%	17.9%	7.7%	27.4%	2.0%	1,734
A.アドバイザーがいる	36.8%	41.6%	24.0%	9.3%	33.3%	1.6%	495
B.アドバイザーはいない	43.6%	38.0%	15.4%	7.1%	25.0%	2.1%	1,239
差分(A-B)	-6.8%	3.6%	8.6%	2.2%	8.3%	-0.5%	

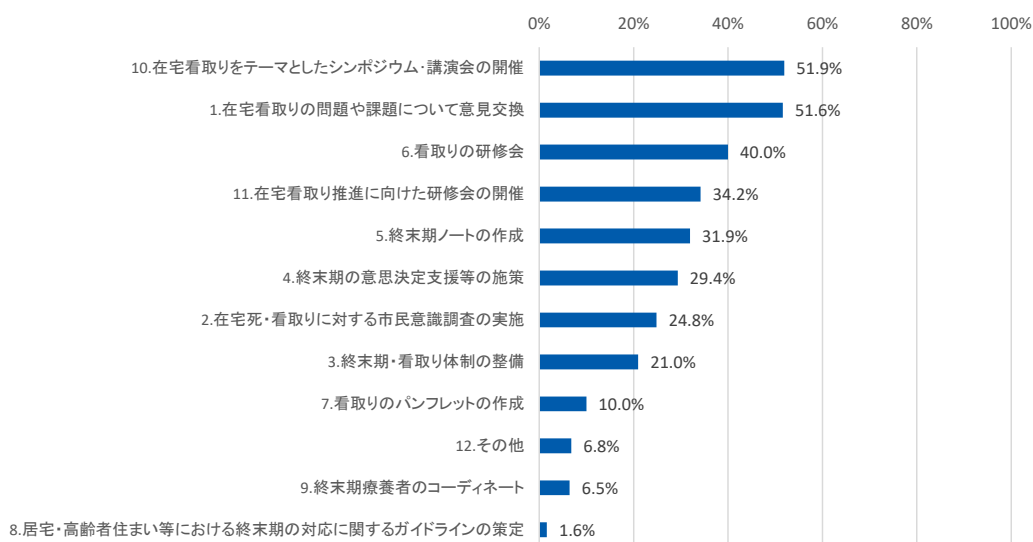
次に、それぞれの取組内容の詳細を見る。まず、1.認知症関連施策に関しては、「1.認知症初期支援集中チームとの連携」が76.1%と最大であり、「7.地域ケア会議」が59.2%、「2.認知症カフェ」が53.5%と続く。

図表 34 | 質問 10：在宅医療・介護連携推進事業と連動した認知症関連施策等の現状の取組状況 (N=677)



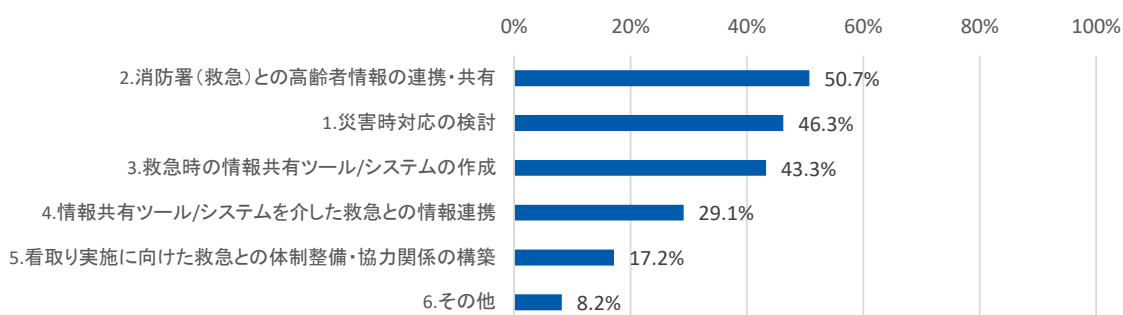
次に、2.終末期対応関連施策の取組内容を見る。満遍なく取り組まれている認知症関連施策に対し、最も取り組まれている「10.在宅看取りをテーマとしたシンポジウム・講演会の開催」と、最も取組がなされていない「8.居宅・高齢者住まい等における終末期の対応に関するガイドラインの策定」で、50ptsの差がある。これは、終末期の対応に関するガイドラインの策定等の終末期対応関連施策の一部の施策の実施にあたっては、関係団体だけでなく高齢者自身の意向を反映する必要があると同時に、多職種と終末期やACPの扱いについて議論を重ねる必要があることから、市区町村単体では取組が難しいためと考えられる。

図表 35 | 質問 11：在宅医療・介護連携推進事業と連動した終末期対応施策の現状の取組状況 (N=310)



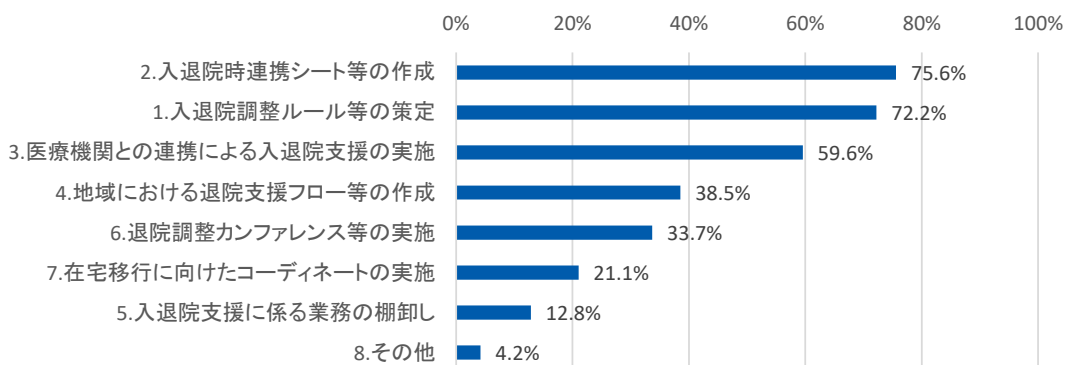
次に、3.災害・救急時対応施策の取組内容を見る。「2.消防署（救急）との高齢者情報の連携・共有」が50.7%と最も高く、「1.災害時対応の検討」、「3.救急時の情報共有ツール/システムの作成」までが40%以上の市区町村で取り組まれている。一方で、終末期対応関連施策と関連する、「5.看取り実施に向けた救急との体制整備・協力関係の構築」は17.2%にとどまり、終末期対応関連施策の取組への難しさが際立つ結果となった。

図表 36 | 質問 12：在宅医療・介護連携推進事業と連動した災害・救急時対応施策の現状の取組状況 (N=134)



最後に、「4.入退院調整支援施策等」の取組内容を見る。「2.入退院時連携シートの作成」が最も多く75.6%、次いで「1.入退院調整ルール等の策定」が72.2%であり、当取組を実施する大半の市区町村でルール、ツールの整備から着手されていることがわかる。その一方で、「6.退院調整カンファレンス等の実施」、「7.在宅移行に向けたコーディネートの実施」、「5.入退院支援に係る業務の棚卸し」等の具体的な運用方法を整備する取組まで、取り組んでいる市区町村はまだまだ少ないことがうかがえる。

図表 37 | 質問 13：在宅医療・介護連携推進事業と連動した入退院調整支援施策等の現状の取組状況 (N=475)



(5) 在宅医療・介護連携推進事業の評価指標

ここでは、在宅医療・介護連携推進事業における PDCA 評価の指標、評価の仕組みについて述べる。

まず、事業実施計画の整備状況を述べる。全体では、33.8%の市区町村が事業実施計画を整備している。市区町村の規模別に見ると、都市規模が大きいほど、事業実施計画を整備している割合が高いことがわかる。

図表 38 | 質問 15：在宅医療・介護連携推進事業の事業実施計画の整備状況×質問 3 人口規模 (N=1,732)

	1.事業実施計画が策定されている	2.事業実施計画は策定されていない	該当市区町村数
1. 1万人未満	20.0%	80.0%	510
2. 1万人以上2.5万人未満	33.0%	67.0%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	37.6%	62.4%	481
4. 7.5万人以上	48.5%	51.5%	377
全体	33.8%	66.2%	1,732

また、アドバイザーの有無と事業実施計画の整備状況を見る。「A.アドバイザーがいる」と回答した市区町村で、事業実施計画を策定しているのが 43.0%であるのに対し、「B.アドバイザーがいない」と回答した市区町村の策定は、30.2%にとどまっている。前述の通り、都市の人口規模とアドバイザーの有無には相関がないため、アドバイザーがいる市区町村の方が事業実施計画の整備が進んでいると言える。

図表 39 | 質問 15：在宅医療・介護連携推進事業の事業実施計画の整備状況×質問 6 アドバイザーの有無 (N=1,732)

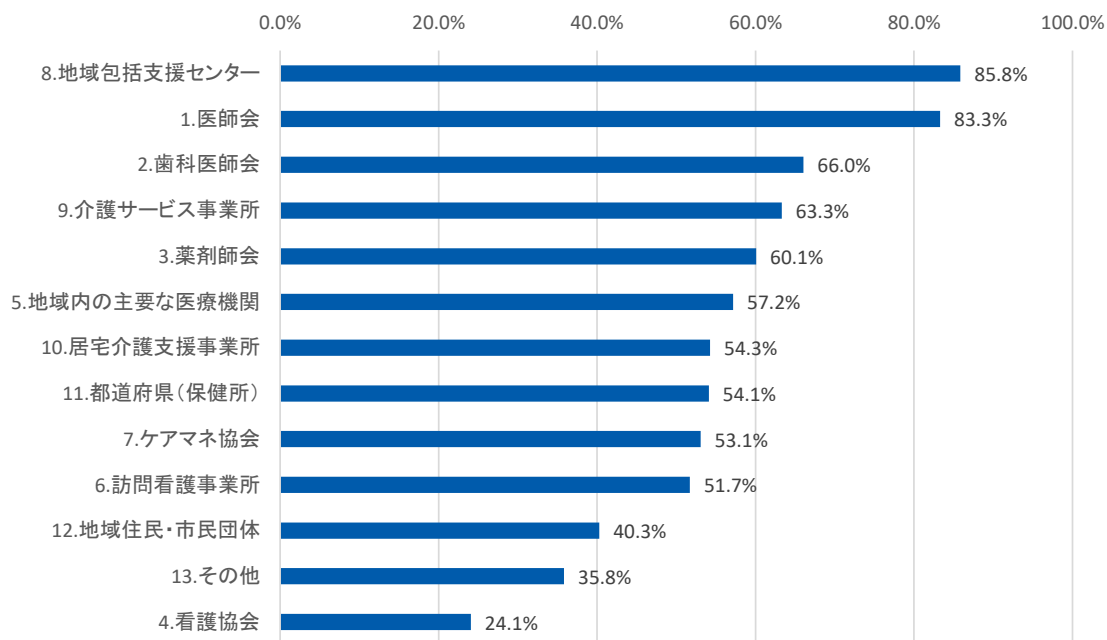
	事業実施計画が策定されている	事業実施計画は策定されていない	該当市区町村数
全体	33.8%	66.2%	1,732
A.アドバイザーがいる	43.0%	57.0%	495
B.アドバイザーはいない	30.2%	69.8%	1,237
差分(A-B)	12.9%	-12.9%	

事業実施計画策定に携わった職能団体、多職種としては、医師会、地域包括支援センターがともに 80%以上と、本事業への医師会の関与の大きさを改めて確認できる結果となった。

「9.介護サービス事業所」についても 63.3%の市区町村で関与が認められており、医療・介護の職能団体の両方が事業実施計画策定に関与している市区町村が半数を超えることが見受けられた。また、「5.地域内の主要な医療機関」、「6. 訪問看護事業所」、「10. 居宅介護支援事業所」等の関与についてもいずれも半数以上の市区町村で報告されており、事業計画策定においては、複数の多職種の意見が反映されていることがわかった。さらに、「11. 都道

府県（保健所）」についても 54.1%であり、とくに中小市区町村について、都道府県の保健所が関与していることが推察される。

図表 40 | 質問 16：事業実施計画策定に携わった職能団体または多職種 (N=586)



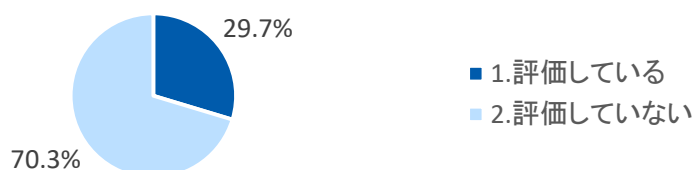
人口規模別に見ると医師会を始めとする専門職団体は、人口規模が大きいほど、策定に関与している。一方、小規模な都市では、地域内の主要な医療機関、地域包括支援センターの計画策定への関与が大きい傾向にある。

図表 41 | 質問 16：事業実施計画策定に携わった職能団体または他職種×質問 3 人口規模 (N=1,732)

	1.医師会	2.歯科医師会	3.薬剤師会	4.看護協会	5.地域内の主要な医療機関	6.訪問看護事業所	7.ケアマネ協会
1. 1万人未満	52.9%	37.3%	34.3%	19.6%	68.6%	38.2%	30.4%
2. 1万人以上2.5万人未満	77.5%	52.5%	45.8%	16.7%	54.2%	41.7%	40.0%
3. 2.5万人以上7.5万人未満	91.2%	71.8%	64.1%	26.5%	54.1%	55.2%	59.1%
4. 7.5万人以上	96.2%	85.2%	79.8%	29.0%	55.7%	62.3%	68.3%
全体	83.3%	66.0%	60.1%	24.1%	57.2%	51.7%	53.1%
	8.地域包括支援センター	9.介護サービス事業所	10.居宅介護支援事業所	11.都道府県(保健所)	12.地域住民・市民団体	13.その他	事業実施計画を整備している該当市区町村数
1. 1万人未満	92.2%	56.9%	61.8%	50.0%	40.2%	26.5%	102
2. 1万人以上2.5万人未満	85.8%	54.2%	46.7%	49.2%	32.5%	28.3%	120
3. 2.5万人以上7.5万人未満	89.0%	65.7%	55.2%	60.8%	40.3%	38.7%	181
4. 7.5万人以上	79.2%	70.5%	54.1%	53.0%	45.4%	43.2%	183
全体	85.8%	63.3%	54.3%	54.1%	40.3%	35.8%	586

次に、取組評価の実施状況を見る。全体では、29.7%が評価を実施しており、事業実施計画を整備している市区町村は、ほぼ計画に沿った評価を実施していると言える。人口規模別に見ると、1万人未満の市区町村が17.6%の実施にとどまる一方で、7.5万人以上の市区町村は44.6%と、半数近くが評価を実施していることが示された。大規模な都市ほど、体制の整備が終わり、次の段階に向けた評価を実施している傾向にある。

図表 42 | 質問 17：在宅医療・介護連携推進事業に係る各取組の評価状況 (N=1,732)



図表 43 | 質問 17：在宅医療・介護連携推進事業に係る各取組の評価状況×質問 3 人口規模 (N=1,732)

	1. 評価している	2. 評価していない	該当市区町村数
1. 1万人未満	17.6%	82.4%	510
2. 1万人以上2.5万人未満	26.1%	73.9%	364
3. 2.5万人以上7.5万人未満	33.5%	66.5%	481
4. 7.5万人以上	44.6%	55.4%	377
全体	29.7%	70.3%	1,732

次に、在宅医療・介護連携推進事業に関わる評価指標について訊ねた質問 18 の結果を見る。今回の調査では、「13. 定量目標や指標の設定をしていない」と回答した市区町村が平成 29 年度調査の 61.9%に対し、61.0%となっており、指標の設定はわずかに進んでいると言える。また、「将来的にも定量目標や指標の設定をしない」と回答している市区町村は 53.3% 存在している。すなわち、裏返して考えれば、今後、何らかの定量目標、評価指標を設定するもしくは、設定の目安が立っている市区町村は 46.7%まで到達することがわかる。

評価指標として設定されている項目に目を向けると、「24. 訪問看護ステーション数」が最も高く 19.9%、次いで「25. 居宅介護支援事業所数」で 19.3%、「27. 通所介護の事業所数」で 18.9%、その後に「28. 訪問介護の事業所数」、「26. 介護老人保健施設数」が続く形となっている。このように、定量的に計測しやすい施設数（ストラクチャー指標）が相対的に多く採用されていることは、昨年度調査と変わらない。しかし、昨年度と比較すると「24. 訪問看護ステーション数」で-1.5%、「25. 居宅介護支援事業所数」で-2.2%等、ストラクチャー指標を設定している市区町村は軒並み減少している。一方で、「11. 入退院時の連携状況（入院時の情報提供率、退院調整率等）」が+1.5%、「12. 連携に係る介護報酬（入院時情報連携加算、退院退所加算等）」が+2.3%、「13. 連携に係る診療報酬（退院支援加算、介護支援連

携指導料等)」が+1.7%と、連携に関わるプロセス指標の採用が伸びている。これは、市区町村の取組が、「体制の構築」の段階から、「制度の運用」の段階に変わってきていることが現れていると考えられる。

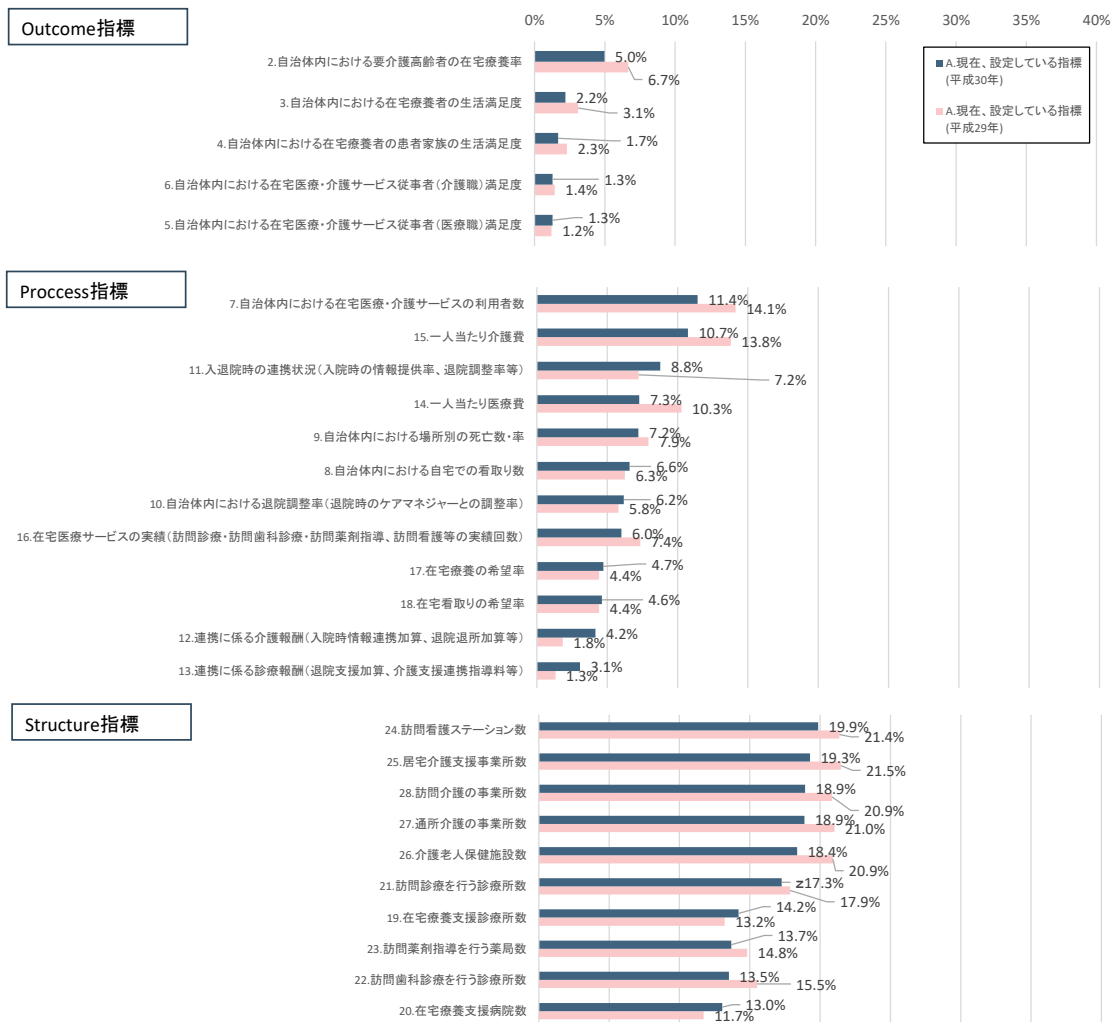
将来的に設定を検討している指標に目を向けると、「8.自治体内における自宅での看取り数」が最も高く 24.6%、次いで「9.自治体内における場所別の死亡数・率」 22.7%、「2.自治体内における要介護高齢者の在宅療養率」が 20.9%、「10.自治体内における退院調整率（退院時のケアマネジャーとの調整率）」が 20.8%、「11.入退院時の連携状況（入院時の情報提供率、退院調整率等）」が 19.3%に上った。これらの顔ぶれは昨年度調査と変わらない結果となった。

昨年度に引き続き、ストラクチャー指標の利用が目立つ結果となったが、その傾向は徐々にプロセス指標の利用に移り変わっていることが見受けられる。同時に、将来的には、場所別の死亡数・率、在宅療養率、入退院調整率といった在宅療養の実施状況、医療と介護の連携といったプロセス、アウトカムが指標として検討されている状況が分かった。しかし、一連のアウトカム指標は、指標としての有用性が認められつつも、自地域でどのように算定すればよいのかが不明瞭なために採用が見送られているケースも多いようである。

**図表 44 | 質問 18：事業進捗を評価する際に活用（モニタリング）している評価指標
(N=1,732)**

	回答数		%	
	A.現在、設定している指標	B.将来的に設定を検討している指標	A.現在、設定している指標	B.将来的に設定を検討している指標
1.定量目標や指標の設定はしていない(予定もない)	1,056	925	61.0%	53.3%
2.自治体内における要介護高齢者の在宅療養率	86	363	5.0%	20.9%
3.自治体内における在宅療養者の生活満足度	38	301	2.2%	17.4%
4.自治体内における在宅療養者の患者家族の生活満足度	29	294	1.7%	17.0%
5.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(医療職)満足度	22	266	1.3%	15.3%
6.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(介護職)満足度	22	272	1.3%	15.7%
7.自治体内における在宅医療・介護サービスの利用者数	198	332	11.4%	19.1%
8.自治体内における自宅での看取り数	114	427	6.6%	24.6%
9.自治体内における場所別の死亡数・率	125	393	7.2%	22.7%
10.自治体内における退院調整率(退院時のケアマネジャーとの調整率)	107	360	6.2%	20.8%
11.入退院時の連携状況(入院時の情報提供率、退院調整率等)	152	335	8.8%	19.3%
12.連携に係る介護報酬(入院時情報連携加算、退院退所加算等)	72	284	4.2%	16.4%
13.連携に係る診療報酬(退院支援加算、介護支援連携指導料等)	53	265	3.1%	15.3%
14.一人当たり医療費	126	288	7.3%	16.6%
15.一人当たり介護費	186	305	10.7%	17.6%
16.在宅医療サービスの実績(訪問診療・訪問歯科診療・訪問薬剤指導、訪問	104	327	6.0%	18.9%
17.在宅療養の希望率	82	295	4.7%	17.0%
18.在宅看取りの希望率	80	296	4.6%	17.1%
19.在宅療養支援診療所数	246	274	14.2%	15.8%
20.在宅療養支援病院数	226	258	13.0%	14.9%
21.訪問診療を行う診療所数	299	308	17.3%	17.8%
22.訪問歯科診療を行う診療所数	234	296	13.5%	17.1%
23.訪問薬剤指導を行う薬局数	237	290	13.7%	16.7%
24.訪問看護ステーション数	344	261	19.9%	15.1%
25.居宅介護支援事業所数	334	223	19.3%	12.9%
26.介護老人保健施設数	318	205	18.4%	11.8%
27.通所介護の事業所数	327	213	18.9%	12.3%
28.訪問介護の事業所数	328	219	18.9%	12.6%
29.その他	115	90	6.6%	5.2%

**図表 45 | 質問 18：事業進捗を評価する際に活用（モニタリング）している評価指標の
昨年度比較（N=1,732）**



次に、評価指標の設定状況を人口規模別に見ると、人口規模が小さな市区町村ほど「1.定量目標や指標の設定はしていない(予定もない)」の回答率が高い。人口規模の大きい市区町村では、規模の小さい市区町村と比べ、「5.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(医療職)満足度」、「9.市区町村内における場所別の死亡数・率」、「11.入退院時の連携状況(入院時の情報提供率、退院調整率等)」などのアウトカム、プロセス指標を採用する率が高まる。

図表 46 | 質問 18：事業進捗を評価する際に活用(モニタリング)している評価指標×質問 3 人口規模 (N=1,732)

	1. 1万人未満	2. 1万人以上2.5万人未満	3. 2.5万人以上7.5万人未満	4. 7.5万人以上	全体
1.定量目標や指標の設定はしていない(予定もない)	68.4%	61.3%	62.4%	48.8%	61.0%
2.自治体内における要介護高齢者の在宅療養率	4.5%	7.7%	4.4%	3.7%	5.0%
3.自治体内における在宅療養者の生活満足度	1.6%	3.6%	1.2%	2.9%	2.2%
4.自治体内における在宅療養者の患者家族の生活満足度	1.4%	1.9%	1.2%	2.4%	1.7%
5.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(医療職)満足度	0.2%	1.1%	1.2%	2.9%	1.3%
6.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(介護職)満足度	0.4%	1.4%	1.0%	2.7%	1.3%
7.自治体内における在宅医療・介護サービスの利用者数	12.2%	14.3%	7.9%	12.2%	11.4%
8.自治体内における自宅での看取り数	3.5%	5.2%	6.2%	12.5%	6.6%
9.自治体内における場所別の死亡数・率	4.1%	6.6%	6.0%	13.5%	7.2%
10.自治体内における退院調整率(退院時のケアマネジャーとの調整率)	3.7%	7.4%	5.6%	9.0%	6.2%
11.入退院時の連携状況(入院時の情報提供率、退院調整率等)	7.1%	9.1%	8.7%	10.9%	8.8%
12.連携に係る介護報酬(入院時情報連携加算、退院退所加算等)	3.5%	3.0%	4.2%	6.1%	4.2%
13.連携に係る診療報酬(退院支援加算、介護支援連携指導料等)	2.2%	2.5%	3.1%	4.8%	3.1%
14.一人当たり医療費	8.0%	9.3%	7.5%	4.0%	7.3%
15.一人当たり介護費	11.2%	13.7%	11.0%	6.9%	10.7%
16.在宅医療サービスの実績(訪問診療・訪問歯科診療・訪問薬剤指導、訪問看護等の実績回数)	3.9%	6.3%	7.3%	6.9%	6.0%
17.在宅療養の希望率	2.0%	4.4%	4.0%	9.8%	4.7%
18.在宅看取りの希望率	2.2%	4.1%	4.8%	8.2%	4.6%
19.在宅療養支援診療所数	8.6%	14.3%	15.4%	20.2%	14.2%
20.在宅療養支援病院数	7.8%	13.7%	13.7%	18.6%	13.0%
21.訪問診療を行う診療所数	13.3%	18.7%	17.7%	20.7%	17.3%
22.訪問歯科診療を行う診療所数	10.2%	14.6%	13.5%	17.0%	13.5%
23.訪問薬剤指導を行う薬局数	9.4%	15.1%	14.6%	17.0%	13.7%
24.訪問看護ステーション数	13.5%	22.8%	21.0%	24.1%	19.9%
25.居宅介護支援事業所数	15.9%	23.9%	18.9%	19.9%	19.3%
26.介護老人保健施設数	13.7%	22.3%	18.9%	20.2%	18.4%
27.通所介護の事業所数	16.1%	23.6%	18.9%	18.0%	18.9%
28.訪問介護の事業所数	15.9%	23.4%	19.3%	18.3%	18.9%
29.その他	2.7%	4.1%	8.9%	11.4%	6.6%
該当市区町村数	510	364	481	377	1,732

最後にアドバイザーの有無が、評価指標に与える影響に目を向けると、アドバイザーがいる市区町村では、いない市区町村と比べ 8.0pts 低い 55.2%の市区町村が「1.定量目標や指標の設定はしていない」と回答しており、アドバイザーが事業評価のための手立てを講じている状況がうかがえる。

**図表 47 | 質問 18：事業進捗を評価する際に活用（モニタリング）している評価指標×
質問 6 アドバイザーの有無（N=1,732）**

	全体	A.アドバイザー がいる	B.アドバイザー はいない	差分(A-B)
1.定量目標や指標の設定はしていない(予定もない)	60.9%	55.2%	63.2%	-8.0%
2.自治体内における要介護高齢者の在宅療養率	5.0%	6.9%	4.2%	2.7%
3.自治体内における在宅療養者の生活満足度	2.2%	2.6%	2.0%	0.6%
4.自治体内における在宅療養者の患者家族の生活満足度	1.7%	2.8%	1.2%	1.6%
5.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(医療職)満足度	1.3%	1.6%	1.1%	0.5%
6.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(介護職)満足度	1.3%	1.8%	1.0%	0.8%
7.自治体内における在宅医療・介護サービスの利用者数	11.4%	15.4%	9.8%	5.5%
8.自治体内における自宅での看取り数	6.6%	9.1%	5.6%	3.5%
9.自治体内における場所別の死亡数・率	7.2%	9.5%	6.3%	3.2%
10.自治体内における退院調整率(退院時のケアマネジャーとの調整率)	6.2%	7.5%	5.6%	1.8%
11.入退院時の連携状況(入院時の情報提供率、退院調整率等)	8.8%	11.1%	7.8%	3.3%
12.連携に係る介護報酬(入院時情報連携加算、退院退所加算等)	4.2%	5.7%	3.6%	2.1%
13.連携に係る診療報酬(退院支援加算、介護支援連携指導料等)	3.1%	4.2%	2.6%	1.7%
14.一人当たり医療費	7.3%	9.3%	6.5%	2.8%
15.一人当たり介護費	10.7%	12.9%	9.8%	3.1%
16.在宅医療サービスの実績(訪問診療・訪問歯科診療・訪問薬剤指導、訪問看護等の実績回数)	6.0%	7.7%	5.3%	2.3%
17.在宅療養の希望率	4.7%	7.3%	3.7%	3.6%
18.在宅看取りの希望率	4.6%	6.5%	3.9%	2.6%
19.在宅療養支援診療所数	14.2%	20.2%	11.8%	8.4%
20.在宅療養支援病院数	13.0%	17.8%	11.1%	6.6%
21.訪問診療を行う診療所数	17.2%	22.0%	15.3%	6.7%
22.訪問歯科診療を行う診療所数	13.5%	16.2%	12.4%	3.7%
23.訪問薬剤指導を行う薬局数	13.7%	16.2%	12.7%	3.5%
24.訪問看護ステーション数	19.8%	24.2%	18.1%	6.2%
25.居宅介護支援事業所数	19.3%	22.8%	17.8%	5.0%
26.介護老人保健施設数	18.3%	22.4%	16.7%	5.7%
27.通所介護の事業所数	18.9%	22.0%	17.6%	4.4%
28.訪問介護の事業所数	18.9%	22.4%	17.5%	4.9%
29.その他	6.6%	6.1%	6.9%	-0.8%
該当市区町村数	1,734	495	1,239	

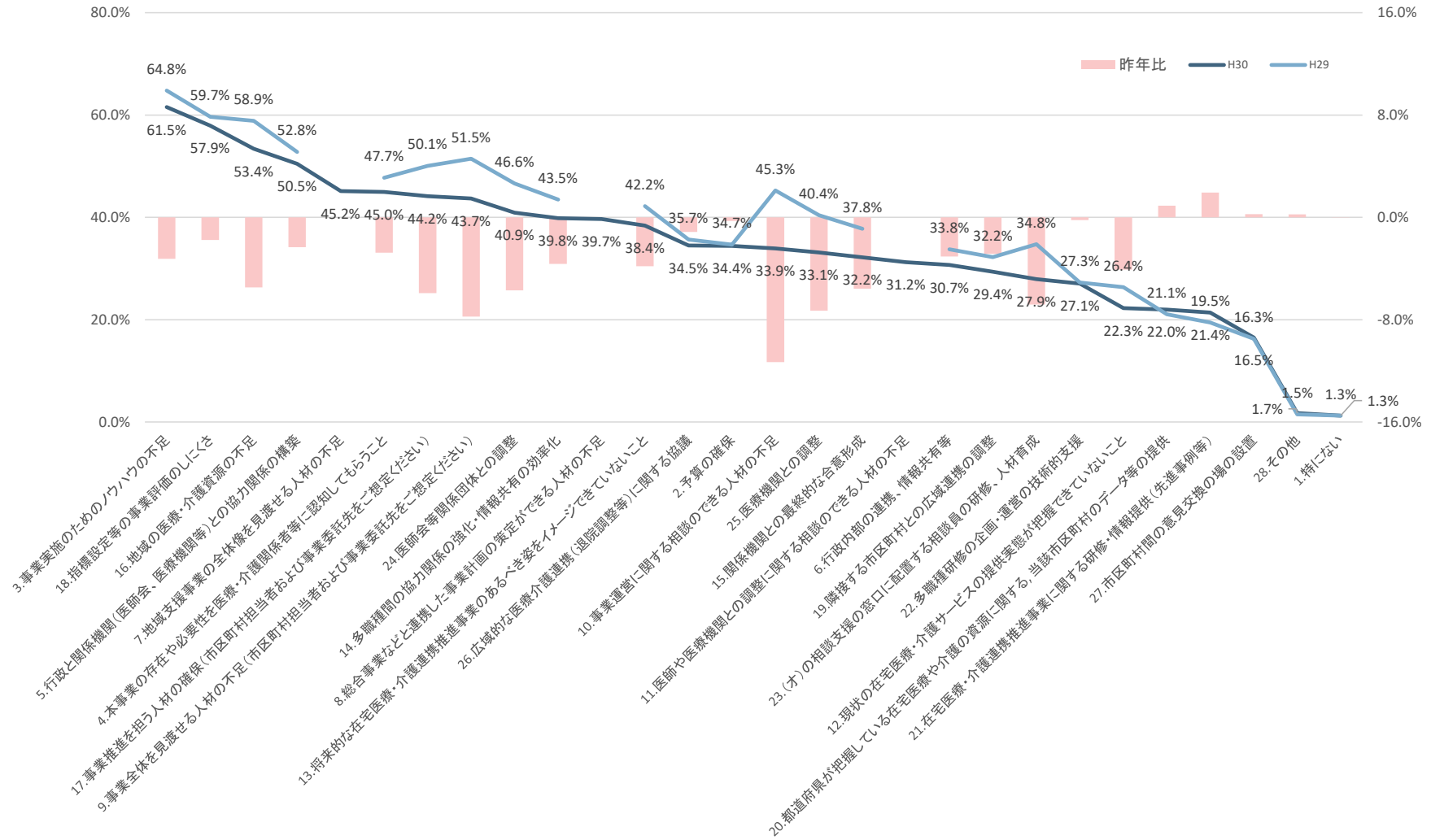
(6) 評価在宅医療・介護連携推進事業の阻害要因

市区町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中で課題として感じているものを訊ねた質問 23-A の結果について述べる。最も多い回答は「3.事業実施のためのノウハウの不足」で 61.5%、次いで「18.指標設定等の事業評価のしにくさ」で 57.9%、「16.地域の医療・介護資源の不足」で 53.4%となっている。事業を推進するためのノウハウや人材をはじめとする医療・介護資源が不足している中で、どのように、在宅医療・介護連携推進事業の取組の進捗状況の評価すべきか悩んでいる状況にあると言える。

図表 48 | 質問 23-A : 事業推進時の課題 (N=1,734)

	回答数	%
1.特になし	22	1.3%
2.予算の確保	596	34.4%
3.事業実施のためのノウハウの不足	1,066	61.5%
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	779	45.0%
5.行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築	874	50.5%
6.行政内部の連携、情報共有等	532	30.7%
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	782	45.2%
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	687	39.7%
9.事業全体を見渡せる人材の不足(市区町村担当者および事業委託先をご希望)	757	43.7%
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	588	33.9%
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	541	31.2%
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	386	22.3%
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていない	665	38.4%
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	690	39.8%
15.関係機関との最終的な合意形成	558	32.2%
16.地域の医療・介護資源の不足	925	53.4%
17.事業推進を担う人材の確保(市区町村担当者および事業委託先をご希望)	765	44.2%
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	1,003	57.9%
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	509	29.4%
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村	381	22.0%
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	371	21.4%
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	469	27.1%
23.(オ)の相談支援の窓口に配置する相談員の研修、人材育成	484	27.9%
24.医師会等関係団体との調整	709	40.9%
25.医療機関との調整	574	33.1%
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	598	34.5%
27.市区町村間の意見交換の場の設置	286	16.5%
28.その他	30	1.7%

図表 49 | 質問 23-A : 事業推進時の課題の昨年度比較 (N=1,734)



次に、人口規模別に課題として感じているものについて詳述する。人口規模の大きな市区町村では、「18.指標設定等の事業評価のしにくさ」、「6.行政内部の連携、情報共有等」、「12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと」といった点で小さな市区町村と差がついている。人口規模が大きい市区町村は、行政組織の大きさに起因する弊害などの大都市特有の課題に悩んでいることがうかがえる。また、小規模自治体と比較すると、事業進捗の状況や今後の施策方針の検討のためのデータ分析や指標による事業のモニタリングに着手しようとしている様子が見える。

一方、人口規模の小さな市区町村では、「16.地域の医療・介護資源の不足」、「8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足」、「7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足」など、人材不足を大きな課題としてとらえていることが分かる。

図表 50 | 質問 23-A：事業推進時の課題×質問 3 人口規模 (N=1,734)

	1. 1万人未満	2. 1万人以上2.5万人未満	3. 2.5万人以上7.5万人未満	4. 7.5万人以上	全体
1.特になし	2.9%	1.7%	0.0%	0.6%	1.3%
2.予算の確保	27.2%	32.3%	40.0%	45.5%	35.9%
3.事業実施のためのノウハウの不足	65.1%	63.2%	64.7%	63.1%	64.1%
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	38.0%	44.5%	53.4%	52.5%	46.9%
5.行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築	46.6%	53.3%	57.7%	53.4%	52.6%
6.行政内部の連携、情報共有等	22.5%	28.3%	32.8%	47.5%	32.0%
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	47.2%	45.0%	50.0%	45.0%	47.1%
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	40.3%	42.8%	45.1%	36.3%	41.3%
9.事業全体を見渡せる人材の不足(市区町村担当者および事業委託先をご想定ください)	43.2%	45.0%	48.7%	45.0%	45.5%
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	31.6%	37.4%	37.7%	35.5%	35.4%
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	29.3%	35.7%	32.1%	34.4%	32.6%
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	11.9%	20.4%	24.5%	39.7%	23.2%
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと	36.6%	39.4%	43.0%	41.3%	40.0%
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	32.0%	36.3%	45.5%	54.2%	41.5%
15.関係機関との最終的な合意形成	24.5%	33.4%	36.4%	42.2%	33.6%
16.地域の医療・介護資源の不足	64.4%	64.9%	49.4%	43.0%	55.7%
17.事業推進を担う人材の確保(市区町村担当者および事業委託先をご想定ください)	43.9%	46.7%	47.9%	45.8%	46.0%
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	44.7%	57.2%	67.7%	74.9%	60.3%
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	26.0%	26.1%	32.8%	38.5%	30.6%
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供	14.6%	18.4%	24.7%	36.3%	22.9%
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	18.7%	20.1%	24.0%	27.1%	22.3%
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	25.6%	28.0%	29.4%	30.4%	28.2%
23.(才)の相談支援の窓口配置する相談員の研修、人材育成	24.1%	25.8%	30.2%	37.7%	29.1%
24.医師会等関係団体との調整	34.1%	44.5%	48.3%	45.0%	42.7%
25.医療機関との調整	29.7%	34.0%	36.4%	39.1%	34.5%
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	29.5%	29.7%	40.2%	45.3%	36.0%
27.市区町村間の意見交換の場の設置	12.5%	17.6%	16.6%	24.0%	17.2%
28.その他	1.7%	0.6%	2.1%	2.8%	1.8%

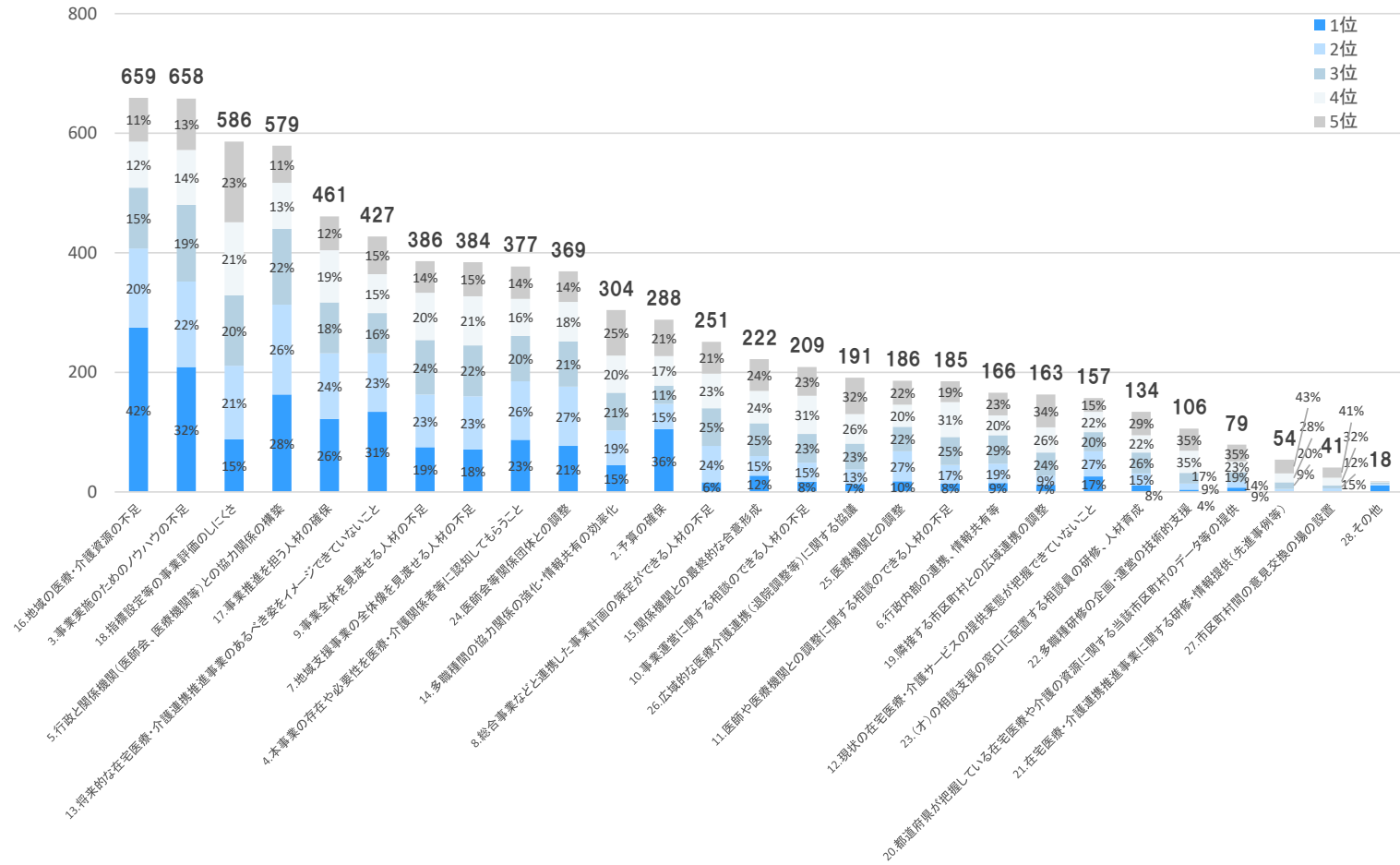
これらの課題のうち、市区町村が課題として感じている順位を訊ねた質問 23-B の結果について述べる。1 位と回答された数が最も多い回答は「16.地域の医療・介護資源の不足」で 15.9%、次いで「3.事業実施のためのノウハウの不足」で 12.1%、「5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築」で 9.4%となった。2 位では、「5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築」が 8.7%で最も高く、このほかには「3.事業実施のためのノウハウの不足」8.2%、「16.地域の医療・介護資源の不足」7.6%である。3 位以降でも先述した項目が上位にくるが、「14.指標設定等の事業評価のしにくさ」が新たに上位に挙がった。

図表 51 | 質問 23-B：課題解決の優先順位（深刻度）（N=1,734）

	1位	2位	3位	4位	5位
1.特になし	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
2.予算の確保	6.1%	2.4%	1.8%	2.8%	3.5%
3.事業実施のためのノウハウの不足	12.1%	8.2%	7.4%	5.3%	5.0%
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	5.0%	5.7%	4.4%	3.6%	3.1%
5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築	9.4%	8.7%	7.3%	4.4%	3.6%
6.行政内部の連携、情報共有等	0.9%	1.8%	2.8%	1.9%	2.2%
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	4.1%	5.1%	4.9%	4.7%	3.3%
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	0.9%	3.5%	3.6%	3.3%	3.1%
9.事業全体を見渡せる人材の不足 (市区町村担当者および事業委託先をご想定ください)	4.3%	5.1%	5.2%	4.6%	3.1%
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	1.0%	1.8%	2.8%	3.7%	2.8%
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	0.8%	1.8%	2.7%	3.3%	2.0%
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	1.5%	2.4%	1.8%	2.0%	1.3%
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと	7.7%	5.7%	3.9%	3.7%	3.6%
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	2.6%	3.3%	3.6%	3.6%	4.4%
15.関係機関との最終的な合意形成	1.6%	1.9%	3.2%	3.1%	3.1%
16.地域の医療・介護資源の不足	15.9%	7.6%	5.9%	4.4%	4.2%
17.事業推進を担う人材の確保 (市区町村担当者および事業委託先をご想定ください)	7.0%	6.3%	4.9%	5.0%	3.3%
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	5.1%	7.1%	6.8%	7.0%	7.8%
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	0.7%	0.9%	2.2%	2.4%	3.2%
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供	0.4%	0.6%	0.9%	1.0%	1.6%
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	0.0%	0.3%	0.6%	0.9%	1.3%
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	0.2%	0.6%	1.0%	2.1%	2.1%
23.(才)の相談支援の窓口に対応する相談員の研修、人材育成	0.6%	1.2%	2.0%	1.7%	2.2%
24.医師会等関係団体との調整	4.4%	5.7%	4.4%	3.8%	2.9%
25.医療機関との調整	1.0%	2.9%	2.4%	2.1%	2.3%
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	0.7%	1.4%	2.5%	2.8%	3.5%
27.市区町村間の意見交換場の設置	0.0%	0.3%	0.3%	0.7%	1.0%
28.その他	0.6%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%

また、各項目の内訳を見ると、「16.地域の医療・介護資源の不足」、「3.事業実施のためのノウハウの不足」、「5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築」は、1 位と回答された比率が最も高いのに対し、「14.指標設定等の事業評価のしにくさ」は、5 位と回答された比率が 23%と最も高い。また、総数に目を向けると、「5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築」が 579 票であるのに対し、1 位と回答された数では下回る「14.指標設定等の事業評価のしにくさ」が 586 票と上回る。これは、「5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築」の方がより深刻と捉えられている、「14.指標設定等の事業評価のしにくさ」の方が課題と捉えている市区町村数が多いことを示している。

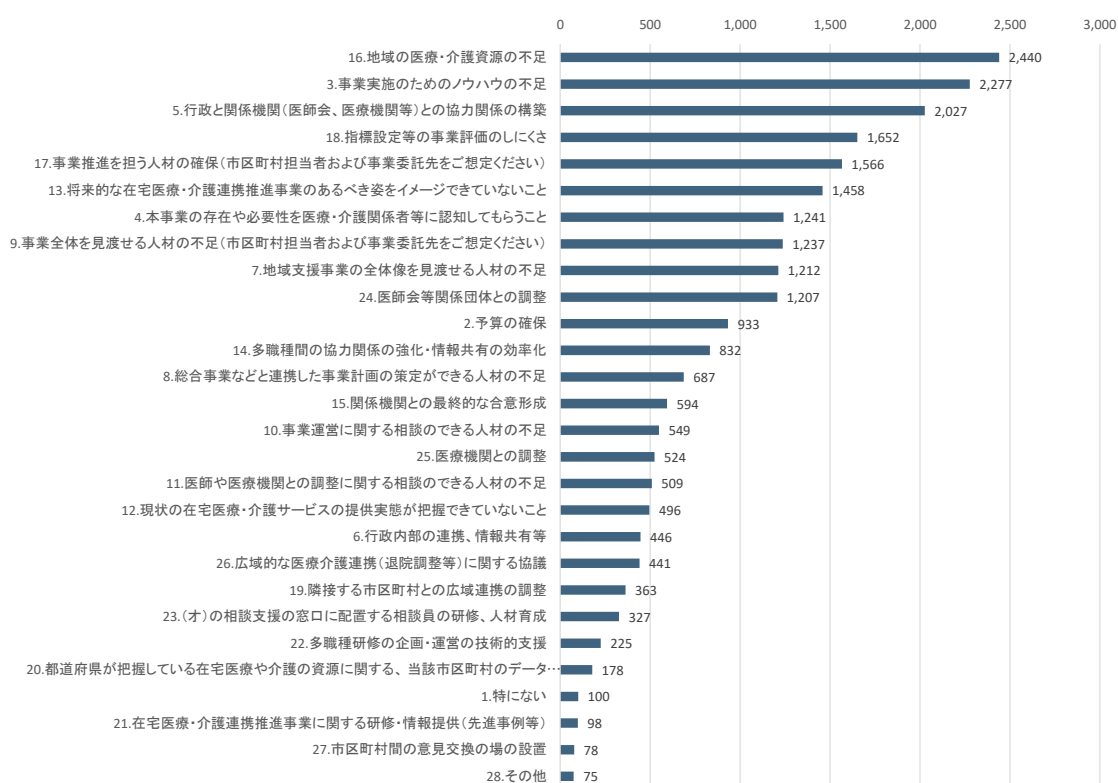
図表 52 | 質問 23-B：課題解決の優先順位（深刻度）の内訳（N=1,734）



続いて、各事業推進時の課題の深刻度を質問 23-B で訊いた順位を用いてスコア化することで、全体を通して見た場合の課題の重みを分析する。1位は5点、2位は4点、3位は3点、4位は2点、5位は1点として、各課題をスコア化した。

この結果に目を向けると、「16.地域の医療・介護資源の不足」が2,440ともっとも高く、「3.事業実施のためのノウハウの不足」が2,277、「5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築」が2,027となった。昨年に引き続き、回答数としては事業実施のノウハウや行政や関係機関との協力関係の構築が目立つが、医療・介護資源の不足がもっとも深刻な課題と言える。

図表 53 | 質問 23-B：課題解決の優先順位（深刻度）スコア別
(回答数、N=1,741)



※1位は5点、2位は4点、3位は3点、4位は2点、5位は1点として、各課題をスコア化した。

さらに、人口規模別にスコアリングした結果をみると、人口1万人未満では、「16.地域の医療・介護資源の不足」や「3.事業実施のためのノウハウの不足」に悩む市区町村が多い。特に、「16.地域の医療・介護資源の不足」については、7.5万人以上の市区町村の3倍のスコアとなっている。一方で、人口7.5万人以上の市区町村では、「12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと」・「18.指標設定等の事業評価のしにくさ」が課題になっていることが分かる。

図表 54 | 質問 23-B：課題解決の優先順位（深刻度）スコア別×質問 3 人口規模
(回答数、N=1,741)

	1. 1万人未満	2. 1万人以上2.5万人未満	3. 2.5万人以上7.5万人未満	4. 7.5万人以上
1.特になし	0	0	0	0
2.予算の確保	217	194	250	284
3.事業実施のためのノウハウの不足	765	452	667	387
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	310	257	385	281
5.行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築	493	465	673	381
6.行政内部の連携、情報共有等	91	68	117	175
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	399	234	354	200
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	243	153	193	93
9.事業全体を見渡せる人材の不足(市区町村担当者および事業委託先をご想定ください)	390	298	329	194
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	174	107	146	106
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	155	129	122	80
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	52	83	148	202
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと	412	289	451	304
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	169	164	267	246
15.関係機関との最終的な合意形成	117	106	179	191
16.地域の医療・介護資源の不足	923	618	542	353
17.事業推進を担う人材の確保(市区町村担当者および事業委託先をご想定ください)	473	365	422	276
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	306	340	506	513
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	106	72	99	99
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供	17	19	58	94
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	33	34	24	15
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	67	39	71	48
23.(オ)の相談支援の窓口配置する相談員の研修、人材育成	81	43	101	112
24.医師会等関係団体との調整	235	267	433	257
25.医療機関との調整	161	129	147	90
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	112	85	144	112
27.市区町村間の意見交換の場の設置	13	28	22	19
28.その他	23	10	25	17

続いて、国からの支援を希望する課題について確認する。国からの支援を希望する課題として1位に挙げられているものに目を向けると、「2.予算の確保」が23.1%と最も高く、次いで、「16.地域の医療・介護資源の不足」が15.2%、「3.事業実施のためのノウハウの不足」が10.6%となっている。2位では「18.指標設定等の事業評価のしにくさ」が10.3%、「3.事業実施のためのノウハウの不足」も8.9%と高く、続いて「16.地域の医療・介護資源の不足」7.8%となっている。3位以降でも先述した項目が上位にくるが、「21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供（先進事例等）」が新たに上位に挙がっている。

図表 55 | 質問 23-C : 国からの支援を希望する課題（優先順位）
(回答数 N=1,741)

	1位	2位	3位	4位	5位
1.特になし	4.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%
2.予算の確保	23.1%	6.2%	2.6%	2.2%	2.5%
3.事業実施のためのノウハウの不足	10.6%	8.9%	5.1%	4.0%	2.9%
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	5.0%	5.6%	4.0%	2.5%	2.2%
5.行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築	2.8%	4.2%	3.4%	2.0%	2.2%
6.行政内部の連携、情報共有等	0.2%	0.3%	0.6%	0.3%	0.5%
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	1.3%	2.2%	2.9%	2.7%	1.6%
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	0.1%	1.4%	2.2%	1.5%	1.0%
9.事業全体を見渡せる人材の不足 (市区町村担当者および事業委託先をご想定ください)	1.3%	1.3%	2.1%	1.5%	1.2%
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	0.7%	1.0%	1.7%	2.0%	2.3%
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	0.7%	0.9%	1.2%	1.3%	1.2%
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	0.1%	1.0%	0.7%	0.5%	0.9%
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと	3.6%	3.9%	3.6%	2.1%	2.3%
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	0.5%	1.4%	2.7%	1.8%	1.4%
15.関係機関との最終的な合意形成	0.4%	0.8%	0.5%	0.8%	1.3%
16.地域の医療・介護資源の不足	15.2%	7.8%	3.6%	2.5%	2.0%
17.事業推進を担う人材の確保(市区町村担当者および事業委託先をご想定)	2.1%	2.0%	2.5%	2.4%	1.2%
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	9.8%	10.3%	7.1%	6.5%	5.1%
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	0.5%	0.3%	0.7%	0.7%	0.6%
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、 当該市区町村のデータ等の提供	0.8%	1.4%	1.8%	1.8%	0.9%
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	3.6%	4.9%	4.4%	2.8%	5.0%
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	0.6%	1.2%	2.4%	2.1%	1.3%
23.(才)の相談支援の窓口配置する相談員の研修、人材育成	1.2%	1.4%	2.2%	2.5%	1.4%
24.医師会等関係団体との調整	3.5%	2.7%	3.2%	2.3%	3.0%
25.医療機関との調整	0.5%	1.4%	1.0%	1.2%	0.9%
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	0.7%	1.4%	1.2%	1.5%	1.4%
27.市区町村間の意見交換の場の設置	0.4%	0.5%	0.3%	0.5%	0.7%
28.その他	0.7%	0.1%	0.2%	0.0%	0.1%

最後に、都道府県からの支援を希望する課題について確認する。都道府県からの支援を希望する課題として1位に挙げられているものに目を向けると、「3.事業実施のためのノウハウの不足」と「16.地域の医療・介護資源の不足」がともに最も高く11.2%、次いで「2.予算の確保」が10.4%となっている。2位では「24.医師会等関係団体との調整」が最も高く8.1%、次いで「5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築」、「2.事業実施のためのノウハウの不足」がともに6.6%となっている。この傾向は、昨年度と変わらないものとなっている。3位以降でも先述した項目が上位にくるが、「20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供」が新たに上位に挙がっている。昨年度調査で、3位以降に上位に上がっていた「18.指標設定等の事業評価のしにくさ」は、都道府県よりも国として、整備することが求められていることがわかる。

図表 56 | 質問 23-D：都道府県からの支援を希望する課題（優先順位）
(回答数 N=1,734)

	1位	2位	3位	4位	5位
1.特になし	2.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
2.予算の確保	10.4%	3.1%	1.9%	1.6%	2.0%
3.事業実施のためのノウハウの不足	11.2%	6.6%	3.9%	3.7%	3.4%
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	3.2%	3.6%	2.4%	2.5%	2.5%
5.行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築	8.9%	6.6%	4.3%	2.4%	2.7%
6.行政内部の連携、情報共有等	0.3%	0.3%	1.0%	0.4%	0.5%
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	1.5%	2.4%	1.8%	2.0%	1.4%
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	0.4%	1.1%	2.0%	1.3%	1.0%
9.事業全体を見渡せる人材の不足 (市区町村担当者および事業委託先をご確認ください)	1.7%	1.6%	2.2%	1.7%	1.2%
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	1.4%	2.4%	2.1%	2.8%	1.3%
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	1.1%	1.8%	1.9%	1.4%	2.0%
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	0.7%	1.3%	0.8%	1.0%	0.4%
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと	2.3%	2.8%	2.4%	1.4%	2.1%
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	0.7%	1.3%	2.5%	2.7%	1.6%
15.関係機関との長期的な合意形成	0.7%	0.7%	1.0%	1.7%	1.8%
16.地域の医療・介護資源の不足	11.2%	5.2%	3.7%	2.2%	2.1%
17.事業推進を担う人材の確保 (市区町村担当者および事業委託先をご確認ください)	1.8%	2.5%	1.8%	1.7%	1.3%
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	4.0%	4.6%	4.5%	4.7%	4.0%
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	4.8%	4.9%	5.0%	4.0%	3.2%
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、 当該市区町村のデータ等の提供	6.3%	4.5%	6.8%	4.6%	3.7%
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供 (先進事例等)	1.3%	3.1%	3.1%	3.2%	3.9%
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	1.2%	2.2%	3.3%	3.6%	2.7%
23.(オ)の相談支援の窓口配置する相談員の研修、人材育成	1.6%	2.1%	3.4%	3.3%	2.5%
24.医師会等関係団体との調整	6.8%	8.1%	5.8%	4.1%	3.7%
25.医療機関との調整	1.2%	3.3%	2.4%	2.0%	1.6%
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	6.0%	5.9%	6.1%	4.7%	4.9%
27.市区町村間の意見交換の場の設置	2.8%	3.5%	2.9%	3.9%	3.9%
28.その他	0.3%	0.1%	0.3%	0.0%	0.2%

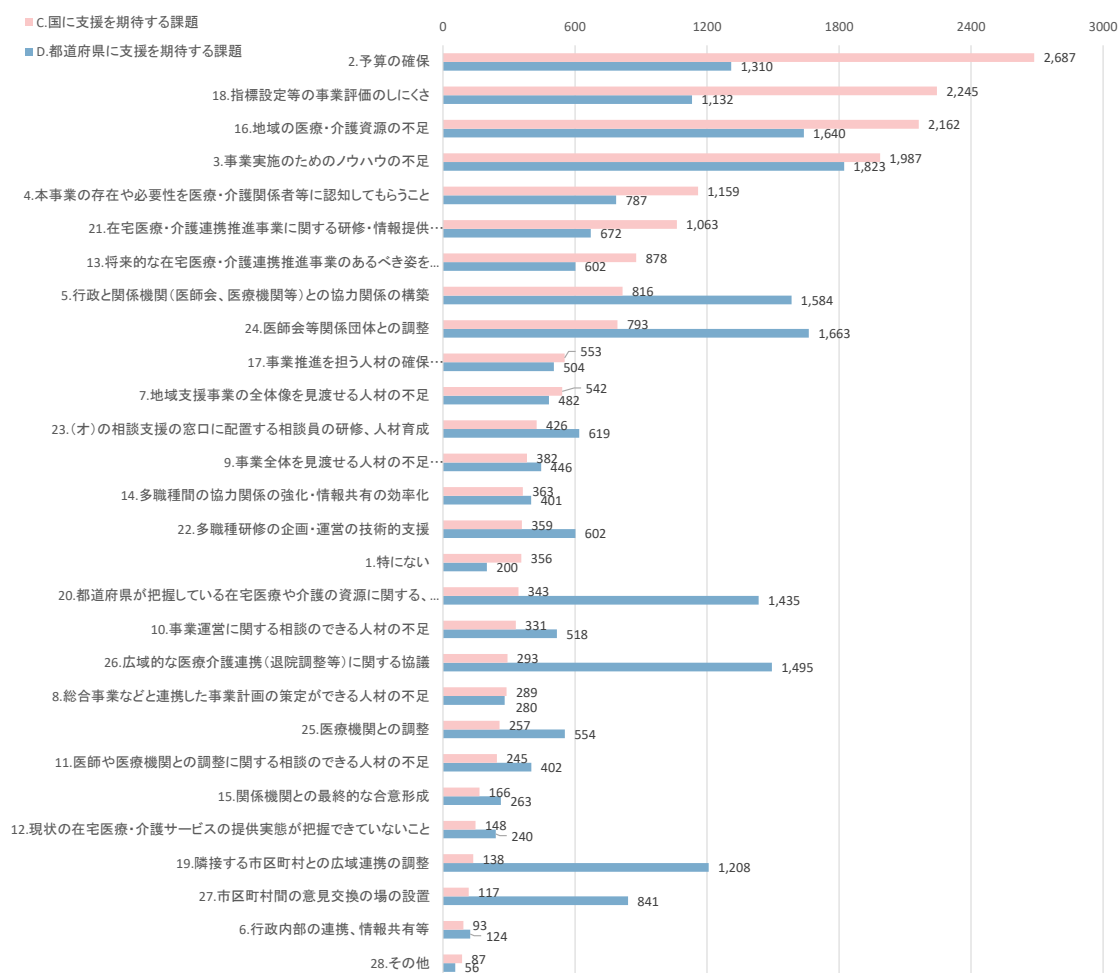
前問と同様に、各事業推進時の課題の深刻度を質問 23-B と同様の手法でスコア化し、全体を通して見た場合の支援を希望する課題の重みを分析する。1位は5点、2位は4点、3位は3点、4位は2点、5位は1点として、各課題をスコア化した。

この結果に目を向けると、国に対して支援が求められる課題としては、「2.予算の確保」が2,687 ともっとも高く、「18.指標設定等の事業評価のしにくさ」が2,245、「16.地域の医療・介護資源の不足」が2,162 となった。また、都道府県に対して支援が求められる課題としては、「3.事業実施のためのノウハウの不足」が1,823 ともっとも高く、「24.医師会等関係団体との調整」が1,663、「16.地域の医療・介護資源の不足」が1,640 となった。

国が都道府県より期待されている項目としては、「2.予算の確保」、「18.指標設定等の事業評価のしにくさ」、「21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)」

等、将来の事業の意思決定に必要な項目である。一方で、都道府県がより期待されているのは、「5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築」・「24.医師会等関係団体との調整」・「26.広域的な医療介護連携（退院調整等）に関する協議」など、実務面での支援を期待されていることがわかった。

図表 57 | 質問 23-C,D : 国および都道府県からの支援を希望する課題 スコア化
(回答数 N=1,734)



第3章

好取組事例ヒアリング調査

1. 実施概要

1-1 調査目的

本調査研究では、アンケート調査の結果をもとに、他の市区町村の参考となる取り組み事例を都道府県別に抽出することを試みた。市区町村担当者が、人口規模、医療資源、地域特性など多様な観点から自地域と地域間を比較・分析し、効果的な取組の立案に援用してもらうこと、8つの事業項目の取組のほか、在宅医療・介護連携体制を踏まえ多職種連携が必要となる①入退院調整、②救急時対応（災害時を含む）、③認知症対応、④終末期・看取り対応に関する人口規模別の好取組事例の把握も目的とした。

1-2 調査概要

ヒアリング調査に当たっては、第1章の調査手法においても述べた通り、下記の市区町村へのヒアリングを実施した。人口規模・8つの事業項目のほか、追加的・補完的に在宅医療の提供体制の構築にも取り組んでいた先行的・好取組的な事例である。

ヒアリング調査に当たっては、まずアンケート調査の結果を分析し、10月初旬から中旬にかけてヒアリング対象の選定や調査項目の検討を行った。その後、10月下旬から11月上旬にかけて、電話ヒアリング調査を実施し、その内容を踏まえつつ、訪問ヒアリング先を決定した。

具体的な調査対象は、下表の通りである。参考までに各市区町村の基礎情報を一覧表化する。

図表 58 調査対象とした 14 市区町村とヒアリング調査実施時期

#	県名	市町村名	基本情報			病院 施設数	診療所		歯科 施設数	薬局 施設数
			人	%	km ²		総数	在支診		
			人口	高齢化率	面積					
1	高知県	都道府県	713,465	34.2	7105.0	128	452	16	367	377
2	鳥取市	日南町 一般市町村	4,697	49.6	341.0	1	0	0	1	1
3	島根県	美郷町 一般市町村	4,750	46.4	282.9	0	6	0	2	2
4	北海道	帯広地域 (新得町) 一般市町村	6,285	36.7	1063.8	0	3	1	4	3
5	栃木県	芳賀郡 一般市町村	15,816	30.0	70.2	0	6	0	7	3
6	広島県	府中市 一般市町村	39,640	36.3	195.8	4	29	4	19	29
7	徳島県	吉野川市 一般市町村	41,844	35.0	144.1	4	44	10	27	15
8	埼玉県	杉戸町 一般市町村	45,357	30.9	30.0	1	17	1	16	13
	埼玉県	幸手市 一般市町村	51,732	32.3	33.9	6	25	1	32	27
9	愛知県	尾張旭市 一般市町村	83,372	25.3	21.0	1	56	11	47	46
	愛知県	瀬戸市 一般市町村	129,900	29.3	111.4	8	58	15	58	60
10	宮城県	石巻市 一般市町村	144,823	32.1	554.6	8	80	6	63	72
11	新潟県	上越市 特例市	194,132	31.6	973.8	10	118	27	99	112
	新潟県	妙高市 一般市町村	32,884	33.2	445.6	2	10	2	13	13
12	神奈川県	横須賀市 中核市	397,265	31.0	100.8	11	273	44	236	188
13	長崎県	長崎市 中核市	429,508	29.1	405.9	46	476	130	278	279
14	千葉県	船橋市 中核市	639,223	23.8	85.6	22	297	38	323	209

1. 高知県

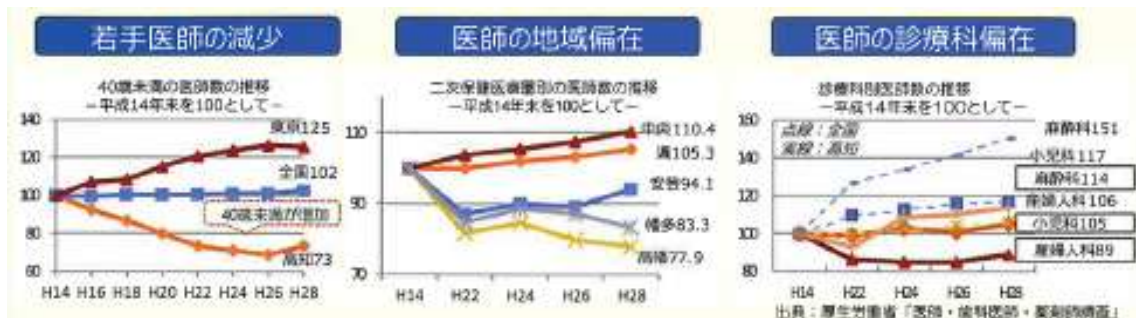
■高知県の基本情報

面積の大半が中山間地域である高知県は、人口713,465人、高齢化率は34.2%（平成29年時点）と全国平均の27.7%を大きく上回る県である。市区町村構成は、人口30万人程度の高知市を除くと、2番目に人口が多い南国市でも人口5万人程度と、大半が小規模市区町村である。



県内の二次保健医療圏は、安芸・中央・高幡・幡多の4つの圏域であり、それぞれの圏域（中央圏域には2箇所）に福祉保健所が設置されるとともに、中央圏域内の高知市に保健所が設置されている。医療資源としては、医師の3つの偏在（若手医師の減少・医師の地域偏在・医師の診療科偏在）が問題視されている。その中でも、地域偏在は大きな問題であり、高知市を含む中央地域以外では医師が減少傾向にあり、とくに県西部の幡多地域・高幡地域では傾向が顕著である。

図表59 高知県が抱える医師の「3つの偏在」



出所) 日本一の健康長寿県構想

看護職員に関しても中央保健医療圏に集中しており、多少の改善はみられるものの、中山間地域や急性期病院等での確保が厳しい状況である。

図表60 高知県の看護職員数の推移



出所) 日本一の健康長寿県構想

介護面についても、施設へのアクセスが不利な中山間地域が多いことから、訪問や送迎に時間を要することで、事業者参入が進んでいない地域もある。

このように、日々の暮らしや医療・介護などにおける支援が必要な住民に対する地域の受け皿が不足する中で、結果として療養病床が受け皿となってきた背景があり、療養病床の数は全国平均の約 2.5 倍である。

■小規模自治体への支援を決定した経緯

前述したように、高知県は大半が小規模の市区町村で構成されている。そのため、県として、産業・教育・健康などの分野において、各市区町村の取組を積極的に支援している。このうち、保健・医療・福祉分野については、「日本一の健康長寿県構想」を策定し、それに基づいて支援を実施している。在宅医療・介護連携推進事業に関する支援は、そのうちの一部という位置づけである。

この「日本一の健康長寿県構想」は、平成 22 年 2 月、各市区町村および医師会等の関係団体とともに、保健・医療・福祉の各分野の課題を分析し、まとめられたものである。東日本大震災を経た平成 24 年 2 月には、南海トラフ地震対策を盛り込みつつ、目指すべき姿を明確化した「第 2 期構想」が策定されている。そして、第 2 期の終わる平成 27 年度末の平成 28 年 2 月に、県が抱える根本的な課題を解決するために、「第 3 期構想」が策定された。第 3 期構想では、大目標 1「壮年期の死亡率の改善」、大目標 2「地域で安心して住み続けられる県づくり」、大目標 3「厳しい環境にある子どもたちへの支援」、大目標 4「少子化対策の抜本強化」、大目標 5「医療や介護などのサービス提供を担う人材の安定確保と産業化」の 5 つの柱を設定している。この中で、在宅医療・介護連携推進事業についての支援は、主に大目標 2 に位置づけられている。

在宅医療・介護連携推進事業への支援を開始した第 2 期には、それぞれの市区町村に対して、事業項目（ア） - （ク）の実施について支援していたが、効果につながらなかった。そのため、厚生労働省からの外部講師を招いたことを契機とし、第 3 期からは福祉保健所圏域で連携して進める現在の方針となった。

■支援の体制

福祉保健所圏域ごとに、福祉保健所職員・各市区町村職員で構成される行政連絡会を組織している。この行政連絡会では、県の方針と各市区町村の方針のすり合わせを行っている。

また、実際に業務を遂行する組織として、5ヶ所の県福祉保健所それぞれに、地域支援室が設置されている。地域支援室は、室長 1 名、チーフ 2 名、担当職員 2 名の 5 名体制であり、必要に応じて非常勤職員を雇用している。5ヶ所の室長は全て保健師の資格を持っている。また、地域支援室には、地域連携・地域支援の 2 つの部署がある。地域連携の部署は、事務職のチーフが担当しており、在宅医療・介護連携推進事業において各市区町村のバックアップを実施している。一方で、地域支援の部署は、後述の「あったかふれあいセンター」

の運営への支援等を担当している。地域支援の部署のチーフは、保健師である。

平成 30 年度には地域包括ケアシステム構築に向けた連携体制を強化するため、各福祉保健所に地域包括ケア推進監等を配置するとともに多職種等で構成される地域包括ケア推進協議体を設置した。地域包括ケア推進協議体には郡市医師会の代表者等医療関係者も参画している。

■支援の内容

平成 22 年度から平成 29 年度までは、県内各地域における医療・介護・福祉のサービス体制の充実に注力してきた。

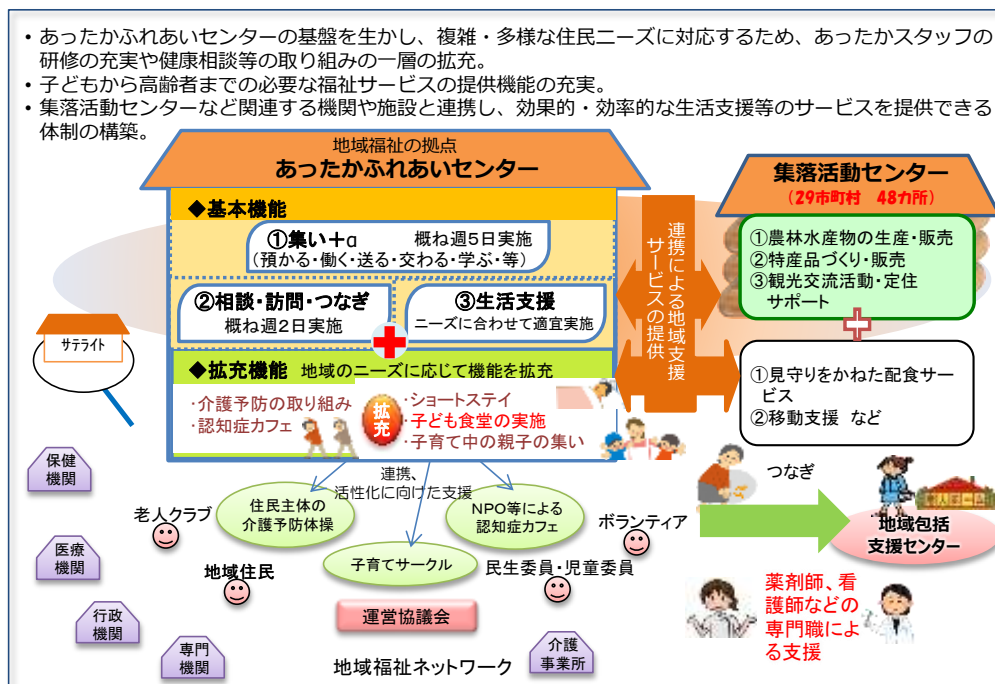
まず、福祉においては、「日々の暮らしを支える高知型福祉の仕組みづくり」をテーマに、「あったかふれあいセンター」の整備・機能強化に取り組んできた。この「あったかふれあいセンター」は、市区町村が既存の施設などを活用して、小規模ながらも一箇所地域の実情に応じた多様なサービス（制度サービスの隙間を埋める制度外サービス）を提供する地域福祉の拠点となっており、社会福祉法人や NPO 法人、民間企業などに運営を委託する形で運営されている。平成 30 年度には、31 市区町村でサテライトを含め約 280 箇所が整備されており、認知症カフェや子育て支援サービスなどの福祉サービスの提供や薬剤師や看護師によるセンター利用者への健康相談などを実施している。

図表61 あったかふれあいセンターの概要



出所) 高知県広報紙 さん SUN 高知

図表 62 あったかふれあいセンターの機能強化方針



出所) 日本一の健康長寿県構想

医療においては、「病気になっても安心な地域での医療体制づくり」を推進しており、訪問看護体制の拡充・訪問歯科体制の拡充等に取り組んでいる。平成 28 年度からは、入退院時引継ぎルールの方策に向けた支援が開始された。訪問看護体制の拡充としては、中山間地域等の不採算地域への訪問看護サービスの助成を行っている。また、人材育成にも注力しており、訪問看護師を育成するための寄附講座を高知県立大学に開設しているほか、中山間地域の看護職員の不足の解消のために、奨学金の貸与を実施している。訪問歯科体制の拡充としては、高知市に加え、平成 29 年度より新たに幡多地域に在宅歯科連携室を設置した。とくに幡多郡の黒潮町では、行政内に防災訓練等を行う災害救助班が組織されており、保健師によって構成されている。しかし、2つの町が合併してできた同町は、病院がなく、合併前の東部と西部で、住民が利用する医療機関の保健医療圏域が異なるため、支援が難しい。

入退院調整施策としては、広域的な入退院時の引継ぎルールの作成を支援している。県内の患者は、医療資源の豊富な高知市の病院に入院することも多く、退院の際は、各市区町村に戻るため、高知市が策定したルールを参考にする形で整備された。広域で市区町村、地域包括支援センターが、医療機関やケアマネジャーと入退院時の引継ぎに関する調査や、引き継ぐべき情報の検討などが円滑に行えるよう、福祉保健所が医療機関との調整等のバックアップを行った。既存の取組が異なる複数の市区町村間や医療機関の医師、看護師等の調整のプロセスの中で、相互理解が深まり、連携を推進することにつながっている。

図表63 入退院時の引継ぎルール概要

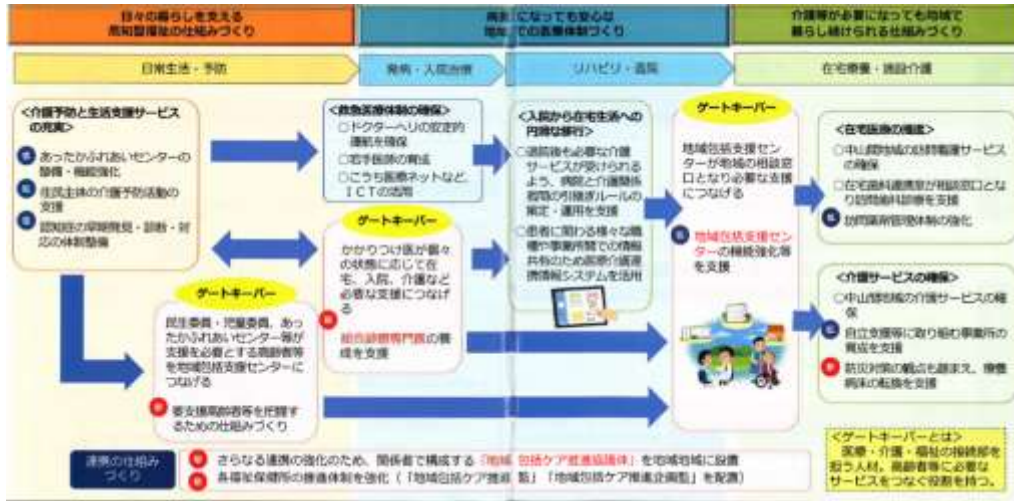


出所) 日本一の健康長寿県構想

介護においては、「介護等が必要になっても地域で暮らし続けられる仕組みづくり」を目指して、計画的な介護サービスの確保・中山間地域の介護サービスの確保・住民主体の介護予防の仕組みづくり等に取り組んできた。平成30年度は、療養病床の転換支援事業費補助金による支援に加え、新たな取組として、南海トラフ地震対策等の防災対策上の観点も踏まえ、療養病床から高齢者施設への円滑な転換支援制度を強化・拡充した。

このように、平成29年度までは、主に医療・介護・福祉のサービスの充実に取り組んできたが、平成30年度からは、3つのサービス間の連携を強化する仕組みづくりに注力している。まず、前述のように各福祉保健所に新たに「地域包括ケア推進監」または「地域包括ケア推進企画監」を配置し、高知版地域包括ケアシステム構築のための推進体制の強化に取り組んでいる。また、多職種で構成される「地域包括ケア推進協議体」を福祉保健所内のブロックごとに設置している。あわせて「ゲートキーパー」の機能の強化にも取り組んでいる。ここでいう「ゲートキーパー」とは、医療・介護・福祉の各接続部におけるつなぎを担う人材を指す。かかりつけ医の役割を果たす総合診療専門医の養成支援をするほか、民生委員・児童委員・あったかふれあいセンターがゲートキーパーとして支援が必要な高齢者を把握し、地域包括支援センターにつなぐなど、要支援高齢者等を把握するための仕組みづくりを進めている。また、入院から在宅生活への円滑な移行を図るため、入退院時の引継ぎルールの策定・運用を支援している。

図表64 ゲートキーパーの概要



出所) 日本一の健康長寿県構想

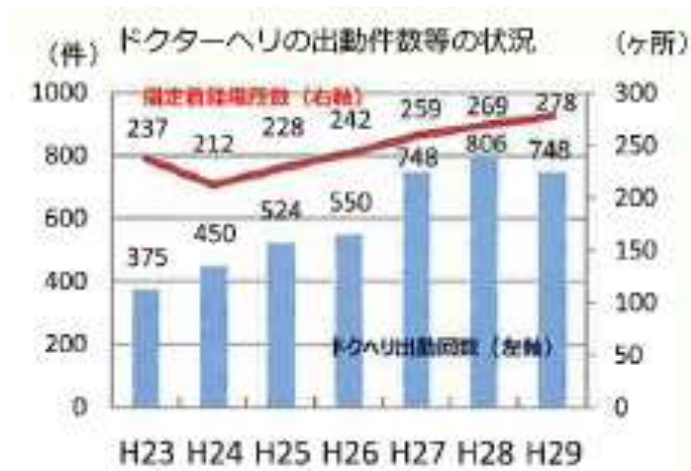
■得られた成果

定性的な成果としては、福祉保健所圏域の市区町村が合同で事業を進めていくことによる、地域格差の是正が挙げられる。総務課と事務課しかない市区町村もあったため、本事業の必要性に対する認識には、激しい地域差があった。

一方、定量的な成果は、施策ごとに確認されている。まず、入退院時引継ぎルールの成果としては、ある地域では居宅介護事業所を対象としたアンケートで、退院調整の実施率が、平成28年度は45%であったのに対し、平成30年度は86%となっている。

救急・災害時の取組については、ドクターヘリは、出動回数が増加するとともに、離着陸場も整備が進み、県内全域で活躍している。

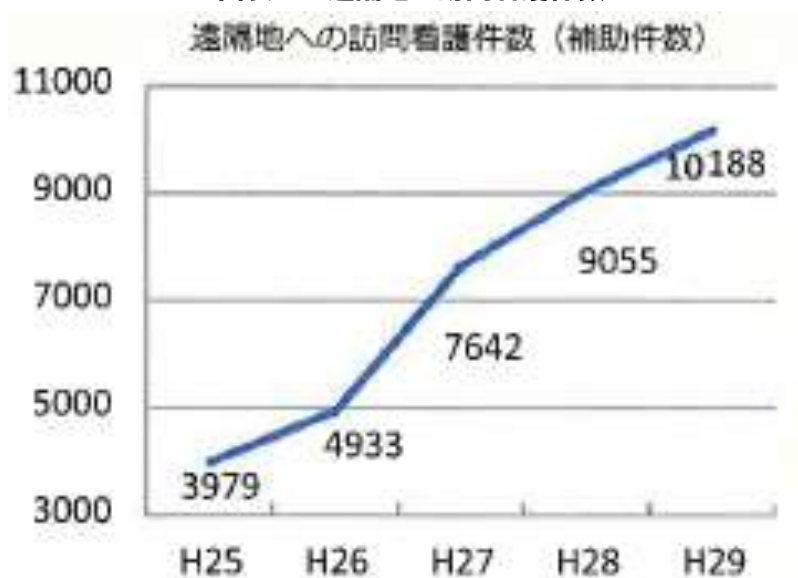
図表65 ドクターヘリの出動件数等の状況



出所) 日本一の健康長寿県構想

中山間地域で開業する訪問看護サービスへの助成の結果としては、中山間地域での訪問看護サービスの件数が増加するとともに、平成 25 年時には、38 ステーションであった訪問看護ステーションの数は平成 29 年には 64 ステーションとなった。

図表66 遠隔地の訪問看護件数



出所) 日本一の健康長寿県構想

■本取組の将来展望

支援の方針として、ICT ツールやルールなど、体制の構築についてはこれまで県が支援してきたが、それぞれの運用方法については、患者が地域に戻ってからの生活支援とセットで、各市区町村の地域の実情に応じて進めていくべきであると考えている。その中で、必要な支援を検討していくというスタンスであると担当者は述べていた。なお、人材不足などの構造的な課題については、引き続き支援する予定である。

また、医療と介護のネットワークの核となる地域包括支援センターの機能強化が重要であることから、平成 31 年度は地域包括ケア推進監等が中心となりアドバイザーの派遣や先進取組事例の紹介等を行いながら課題解決への対応力の向上に取り組んでいく。あわせて、在宅医療・介護連携推進事業として、入退院にともなうルールの整備とあわせ元気な高齢者を増やし、入院者そのものを減少させることも重要であり、引き続きあつたかふれあいセンターの機能強化や介護予防の仕組みづくり等への支援も強化していく方針である。

2. 鳥取県日南町

■鳥取県日南町の基本情報

鳥取県日南町は、鳥取県南西部に位置し、広島県、島根県、岡山県の3県と隣接する県境にある。地域的には中山間地域に分類される地域で、人口4,697人の小規模自治体であり、高齢化率が49.6%（平成30年3月末時点）と著しく高い地域である。85歳以上の独居高齢者世帯数の増加が著しく地域を上げた見守りが必要になりつつある。



出所) 日南町公式 Web サイト

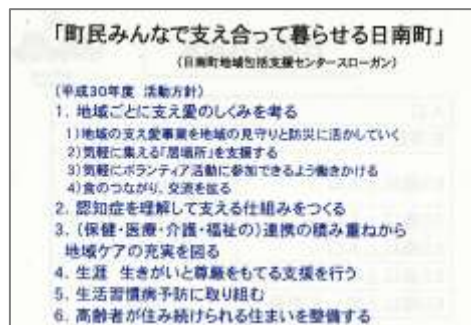
医療資源も町立日南病院と歯科診療所、日南薬局があるのみ、介護資源も2つの事業者がサービスを提供する程度であり厳しい状況にあるが、基本的には町内での在宅療養を選択する高齢者が多い地域である。広域的な関わりとしては、近隣の9市区町村（米子市、境港市、日吉津村、大山町、南部町、伯耆町、日南町、日野町、江府町）で鳥取西部医療圏を形成しており、隣接する日野町にある日野病院、南部町にある西伯病院に入院する患者も一部いるが、大きな病気の際は米子市内の病院に罹ることが多い。

■地域の取組として目指している目標

地域では、誰もが支え、支えあえる地域社会を目指している。平成30年度の日南町地域包括支援センターのスローガンでは「町民みんなで支えあって暮らせる日南町」を掲げている。日南町は、地域包括ケアシステム（総合事業、地域支援事業）の構築に向けて医療・介護専門職と地域関係者・住民との協働、とりわけ互助の仕組みを意識した目標設定を進めた地域と言える。たとえば、食材を購入する、一日三食つくる、規則的な食事の維持や孤食の不安への対応など安心して暮らせる地域づくりへの支援を進めている。

このほかにも、自分が終末期をどう迎えたいか予め伝えることで、本人の意思を尊重できる地域づくりや、日南町で暮らし続けるためにどんな住まいが必要かをみんなで考えていくことができる地域を目指している。

図表67 日南町における地域のスローガン(目指す地域像)



出所) 鳥取県日南町地域包括支援センター

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

町内は資源の把握を実施し、パンフレットへの掲載・配布を実施している。

町民からも確認できるようにネット配信を開始している。

図表68 鳥取県西部の認知症疾患医療センターと日野郡内の施設所在地マップ



出所) 鳥取県日南町地域包括支援センター

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

日南町では、在宅医療・介護連携推進事業については、在宅支援会議では週例で関係者が集まりケースの情報交換・検討から在宅医療・介護連携や地域の生活課題をひろい、地域包括ケア会議企画会議で課題に関する分析や対応方針等を検討調整、地域包括ケア会議で承認・決定のプロセスを踏む形を採っている。

図表69 日南町における各会議体の機能・役割

保健・医療・介護・福祉の連携の会	
在宅支援会議	週1回。日南病院、日南福祉会 福祉保健課・地域包括支援センター ケースの情報交換、課題の検討
認知症作業部会	月1回。日南病院、日南福祉会 地域包括支援センター 日南町の認知症施策の検討
地域包括ケア会議企画会議	月1～2回。日南病院、日南福祉会、日南町社会福祉協議会、地域包括支援センター 地域ケア会議の内容や連携の問題点の検討
地域包括ケア会議	年10～12回。4団体、関係団体 まちづくり協議会、ボランティア組織、民間企業 医療介護連携の問題、生活課題について検討



在宅支援会議

要介護高齢者の情報交換、課題を検討して支援を行う

○開催回数：週1回(月)17時15分～、年52回

○参加者

日南病院：医師、リハビリテーション科
一般病棟・療養病棟・外来訪問看護師

日南薬局：薬剤師(平成27年5月より参加)

日南福祉会：2カ所のデイサービス、ショートステイ
ホームヘルプセンター
居宅介護支援事業所

日南町福祉保健課：地域包括支援センター
介護相談員、保健師

(昭和59年訪問連絡会より継続され、現在に至る)

出所) 鳥取県日南町地域包括支援センター

全体の取り組みとして、職能団体としての取り組みを詳細化している。日南町における方向性を検討する会議体は4つの会議体から構成されており、地域包括ケア会議(年10～12回)を筆頭とし、その下に地域包括ケア会議企画会議(月1～2回)、認知症作業部会(月1回)、在宅支援会議(週1回)が位置づけられている。

検討に際しては、日南病院、日南福祉会(介護サービス事業所)、日南町社会福祉協議会、地域包括支援センター(直営)・福祉保健課(行政)の4団体(以下「4団体」という)から委員が参加する形で地域における在宅医療・介護連携推進事業やその他の事業に関する方向性を決定している。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

患者の状況については、在宅支援会議の中で在宅療養者の入退院時の情報等の交換を行い、患者の状況を多職種が把握できる仕組みがある。地域にある医療機関が町立日南病院のみなので、多くの在宅療養者の医療は日南病院でカバーしている。後方病床も常に確保している。なお、日南病院には多数の患者の調整を行うわけではないこと、一般病棟の看護師にも在宅医療・療養について理解して実践できるようにという取組やすぐに隣接する地域包括支援センター職員と連絡が取れることから、地域医療連携室は設置していない。病院の外来師長(副看護部長)が病院の窓口を担う形で患者連携の対応を担当することで確実に地域の多職種に患者を連携することができている。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

日南町が属する日野郡(日南町、日野町、江府町)では日野郡地域リハビリテーション連絡協議会を開催し、3、4年ほど前に保健所(鳥取県西部総合事務所福祉保健局)を交えながらツールを作成し使用していたこともあったが、平成28年度に鳥取県西部圏域において、保健所が調整会議を開催するようになってから、平成29年度に鳥取大学医学部附属病院が作成した書式の採用を取り決めた。

日南町では、日南病院とケアマネジャーが情報連携するために 4 つの書式を使用している。鳥取大学医学部附属病院が作成した書式を表紙として活用し、町で 3 つの書式を準備している。具体的には、①サービス担当者に対する照会（依頼）内容、②認知症についての連絡表、③介護予防事業の利用にかかる主治医への照会である。

鳥取西部圏域に属する 9 市区町村は月例で、鳥取西部圏域在宅医療介護連携に係る市区町村意見交換会（以下、「西部市区町村意見交換会」という。）を開催している。平成 29 年度より保健所および医師会事務の参加があり、医療情報の連携がスムーズに図られる下地づくりに取り組んでおり、特に医療機関とケアマネジャーとの情報連携の円滑化に着手している。

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

日南町では相談窓口を日南病院に委託して設置しようとしたが、窓口業務を担える適切な人材を長い間確保できなかった。現在では、元市区町村の保健師でケアマネ資格を有する元地域包括支援センターの職員が医療・介護連携推進員として週 3、4 ほど勤務してもらっている。

（カ）医療・介護関係者の研修

日南町では、地域包括ケア会議の中で認知症の講演を開催するなどして、専門職向けの研修も開催している。このほか、医療・介護連携の研修としては、服薬支援の研修や情報共有のあり方に関する講演、医療・介護の処置に関する検討会などを別途開催している。企画会議の中で題材を設定し、講師手配や準備などは事務局（地域包括支援センター（福祉保健課））が行っている。

また、前述の西部市区町村意見交換会主催で 9 市区町村と鳥取県西部医師会、鳥取県介護支援専門員連絡協議会西部支部の共催で研修会を開催している。鳥取県西部圏域には西部ケア研究会という医師会が中心の研修会を開催している（年に 2～3 回開催：100 人前後の規模）。

（キ）地域住民への普及啓発

日南町では、年に 1 度、シンポジウムという形で地域住民向けの講演を開催している。このほか、地域別の情報提供の場として、自治会・班の単位で行われている住民主体通所型サービス等の集い（以下、「住民主体の集い」という。）が町内で 51 箇所あり、そこに 4 団体職員が申込制の出前講座隊として各地域に出向いて普及啓発を行っている。出前講座では町における取組みの説明のほかシンポジウムの内容を DVD として見てもらったり、パンフレット等の資料を配布している。

図表70 日南町における地域住民への普及啓発活動



出所) 鳥取県日南町地域包括支援センター

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

郡内では、日野郡地域リハビリテーション連絡協議会が年に 1 回開催されているほか、医師会主体の西部ケア研究会、西部市区町村意見交換会等の集まりが開催されている。西部市区町村意見交換会の発起人は鳥取県米子市で、現在は幹事市町を輪番制で廻す形で持ちまわりで開催しており、行政以外にも医師会（事務）も参加されている。会の中では、在宅医療・介護連携推進事業の広域連携に関して協議している。具体的には、地域課題の共有や研修の共同実施に向けた検討・調整、医師会等との意見交換会やケアマネとの意見交換が為されている。

また、年に 1 度保健所が調整会議を開催しており医療・介護・行政が参加する会議も設置されている。

■重層的・補完的な取組み① | 救急・災害時対応

日南町では、災害時対応として、下記の取組を実践している。

国が推進する安心安全セーフティネットへの取組を起点に、個別の避難行動、名簿、支援体制の整備を進めた。在宅医療・介護連携推進事業における事業項目（イ）に位置づく在宅支援会議での検討を通じて取組を進めている。在宅支援会議の検討では、平成 22 年時点で要支援 1、2、要介護 1、2 の在宅療養者の方が、なぜその後、日南町で生活を維持できなかったのか、米子市などの都市部のサービス付き高齢者住宅等に転居を余儀なくされたのかということを検証し、5 つ生活課題としてまとめた。

図表71 日南町の高齢者の5つの生活課題

在宅支援会議・地域包括ケア会議等から
みえてきた高齢者の生活(地域)課題

1. 薬がきちんと飲めない。自分自身や家族で健康管理が出来にくいことへの支援
2. 食生活(材料を買う、3食作る、食事回数や量などが不規則になりがち、孤食)が困る事への支援
3. 安心して暮らせる地域づくりへの支援
4. 自分の終末期をどう迎えたいか伝えておくこと、本人の意思を尊重する家族、地域であることへの支援
5. 日南町で暮し続けられるために、どんな住まいが必要かをみんなで考えていく事ができる支援

出所) 鳥取県日南町地域包括支援センター

その中で、地域の見守りの必要性が確認されたが、町全体の活動と7つのまちづくり協議会ごとの取組の必要性がより浮かび上がった。対応策として平成26年度より支え愛ネットワークによる活動(地域防災、地域福祉、地域における介護予防・地域づくりへの参画)を推進してきた。同ネットワークでは全戸配布のアンケートを実施し、アンケートに災害時に支援を要望と返答すると、地域役員と社会福祉協議会職員や地域包括支援センター職員が同伴して訪問し、身体の様子や生活状況など必要な支援等のヒアリングを実施している。あわせて、地域においても地域の世話役や役員などが自地域の支え愛マップを作成することで、地域住民の様子を把握でき、有事の際にどこの誰が支援を必要とするのかを理解できるようになる。

町の担当者は、要援護者等自らが情報発信することが災害時の早期の対応に繋がることを地域住民とともに確認できたメリットに言及していた。

図表72 日南町における地域防災の取組



出所) 鳥取県日南町地域包括支援センター

このほかの対応策として、災害時の居場所づくりおよび医療介護の継続的な提供を目的として、台風や風水害など気象条件によって医療・介護サービスを受けられなくなる事態が想定される要援護者にはショートステイに入居してもらうなどしている。日南町ではこれらの取組を事業項目（ウ）に位置づけて実施している。こうした取組の質的向上を目指し、在宅支援会議では、都度、災害時にどういう対応がなされたのか、といった後方検証を積み重ねながらよりよい対応を模索している。同時に、地域の関係者で形成される支え愛ネットワーク、まちづくり協議会においても検証が進められ、一部の地域では救護班の組成や見回りの体制整備など地域の防災力を高めていこうとする取組も進みつつある。

図表73 日南町における地域見守りに向けた関係者の集い



出所) 鳥取県日南町地域包括支援センター

高齢者の自宅には、日南あんしんキットと呼ばれる救急時の医療情報シートの活用を取組を行っている。平成31年1月末現在、高齢者がいる世帯1,592世帯中1,002世帯(62.9%)に設置されている。65歳以上独居高齢者世帯569世帯中383世帯(67.3%)に設置されており救急搬送時の医療情報の連携の仕組みを実施している。

図表74 日南町あんしんキット



出所) 鳥取県日南町地域包括支援センター

日南町の担当者は、平成 30 年度は災害が多く、地域でやること、行政がやるべきことの境界をはっきりとすり合わせる必要性を強く感じた点に言及しており、今年度内に検討を進めていきたいと述べていた。また、地域住民に関心の高い地域防災を入り口に地域と協働することで、日頃からの見守り生活支援（地域福祉）や集いの開催などの介護予防や地域づくりを推し進め安くなった。“防災”という観点での議論は地域の青年層や自治会の役職者といった有力者が多数参加するなど、地域住民の災害対応だけでなく、集いの開催など地域の活動意識が高まりやすいといった気づきに言及していた。

■重層的・補完的な取組み② | 認知症対応

日南町においては日常の見守りという観点から認知症対応も進められてきた。最近では、様子が異変が出てきた段階で、具体的には服薬が規則的にできなくなってきたことを兆候ととらえ対応を進めてきた。事業項目（イ）にあたる在宅支援会議で議論していく過程で認知症患者の対応を強化していく重要性に気づき、事業項目（ウ）の一環として対応を進めている。地域では、高齢者の方の発言や行動など、異変に気づいたら地域包括支援センターに連絡をもらうようにしている。在宅支援会議の中でも医師からの指示を受けて、地域包括支援センターの職員が様子を見に行って状況を把握するなどの個別対応を重視している。日南町では、先述した通り残薬が大量に残っている等の異変がないかを確認し、認知症対応の必要性が見られた場合は認知症初期集中支援チームに引き継いでいる。認知症の初期発見に努めるために、服薬を入口と捕らえ、介護認定の調査員や在宅支援会議（病院、介護職、包括）など、多数の関係者が集まる会議の中で、高齢者の異変を察知しようとしている。個別ケースの把握を意識的に取り組んでいる。また、家族介護者の集

い、認知症カフェを開催している。認知症対応についても認知症作業部会、地域包括ケア会議の中で目標設定をしている。

これらの取組を通じ町の担当者は、服薬アドヒアランスの低下を認知症の兆候と捉えるための入口としたことで高齢者の支援そのものに介入しやすくなったが、そこだけに偏らないように生活全般への支援の視点を失わないよう注意する必要性を訴えていた。医療的な重症化を防ぐという意味でも効果はある一方で、その施策の効果検証そのものは難しい。服薬に着目することで、一包化や処方見直しなどは進んだように感じるが、服薬支援事例数を増やすことが目的ではなく、薬の飲み忘れだけでなく生活の不具合が起こっていないか、早く異変に気づく意識が重要で、それが結果的に身体機能や認知症状の重症化予防につながり、在宅生活の継続につながると述べていた。

■重層的・補完的な取組み③ | 終末期対応

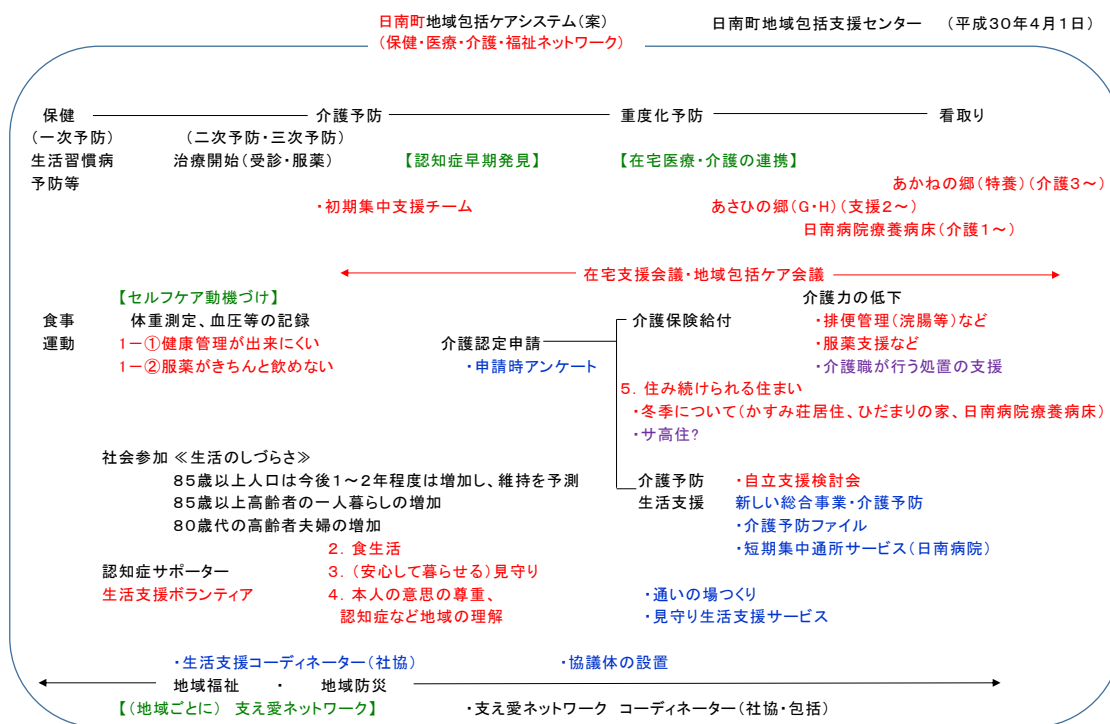
終活をテーマにしたシンポジウムや劇を開催するなどして住民啓発を実施している。平成 24 年度に地域包括ケア会議企画会議で作成した「もしもの時のしあわせノート」いわゆるエンディングノートをシンポジウム「私の生き方・死に方～本人の最善を実現するために 本人、家族や関係者にできること～」の参加者や地域包括支援センターが自治会毎に月 1 回実施する「まめな会（介護予防教室）」（平成 29 年度でまめな会は終了）で説明配布した。以後、シンポジウムや住民主体の集いの出前講座隊で説明配布するようにしており、本人の最善の意思を実現するために家族や関係者に自身の思いを伝えることが出来るようにしている。事業項目（キ）の普及啓発の一環として終末期対応への関心度を高めようと取組みが進められている。

■PDCA の運用に向けた事業評価の仕組み

日南町では、日南町地域包括ケアシステムの構築のために 4 団体が参画した地域包括ケア会議の目標を作成している。地域包括ケア会議の目標と合わせて 4 団体各団体の目標や中間評価、評価と次年度目標を地域包括ケア会議で協議している。目指すゴール・日南町地域包括ケアシステムの軌道修正を各団体と 4 団体共通として積み重ねながら図っている。

現状では、定性評価が中心となっているのが現状で指標の設定までは至っていない。指標については、日南病院の入退院調整加算の取得率が候補にあがることもあったが、分母にあたる総退院数の設定をどのように扱うべきか結論が出ず指標化が進んでいない状況である。

図表75 日南町地域包括ケアシステム



出所) 鳥取県日南町地域包括支援センター

一方で、町立日南病院内では、入退院・施設入退所連携票への記入を通じて、医療介護連携の情報共有を確実にを行うことを目標としている。入退院・施設入退所連携票の活用や在宅支援会議での情報共有で、連携による効果が認められる事例や機能的な連携がなされずに課題となった事例を検証材料として、入退院時連携の質を評価することで入退院調整の質の向上に努めようとする取組を地域包括ケア会議で推進している。

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

日南町では、現在のところ関係する多職種が毎週のように集まれているが、取組や構築された仕組みを組織別に浸透させていくことの難しさに言及があった。たとえば、情報シートの共有化については、従来からの口頭での連携から抜け出せず、入退院連携票の運用そのものが期待されたように総数の運用や内容の充実となっていない実態を町の担当者は指摘している。

相談窓口の運用負担は人件費などが大きく、ひとつの町で運用するのは困難であり、適切な人材が集まらないなど、過疎地では人手不足も甚だしいので、事業の実施方法について再考する時期に差し掛かりつつある点も挙げられた。

このほかには、在宅療養患者の町外の家族との連絡が取りにくいことも地域課題のひとつとして挙げられた。ご家族が遠方に居住している場合は、入院準備をケアマネジャーやへ

ヘルパーが家族の代わりに対応することもあり、入院時の対応を総合事業の事業対象者や軽度認定者でも前もって協議する必要性も指摘されている。地域の親御さんの情報をきちんと理解してもらえるように、家族・親戚には理解を促すことが重要だと町の担当者は考えている。現在のところ日南町では、ケアマネジャーが家族の連絡先を把握しているほか、支え愛ネットワークアンケート（全戸配布）を通じて要援護高齢者家族の連絡先を把握することはできている。在宅療養中の高齢者は子ども・親戚等に迷惑をかけたくないと考える方が大半ではある一方で、地域では高齢者世帯の暮らしが不安定になる前に別居する子ども・親戚等に連絡を取る必要性が生じている。

医療・介護資源の不足に目を向けると、日南町では介護職の確保が難しくなっており、直近では介護事業所の規模の縮小や先述の通り相談窓口等の専門職の手配に苦戦している状況である。ヘルパーの担い手が少ないことで、生活援助をカバーできなくなるといった影響も出てきており、町としては総合事業を通じて支援しようと考えているものの担い手が不足しており支援が行き届いていない。

日南町では、普段からの見守りやボランティアとして、生活支援ボランティア養成講座を受けている方でボランティア活動に参加したい方には生活支援ボランティアとして登録してもらい、活動のたびにボランティア pts を付与している。しかし、平成 23 年度から本制度を導入してはいるが、活動実績は 11 名と乏しくまだまだこれからと町の担当者は述べている。行政として、養成後のフォローが不十分だった点を反省し、フォローアップ研修等を通じて対応している。専門職が少ないなかで、住民支援を住民の手で担ってってもらわないと地域が支えきれなくなってきており、下記について地域として対応していくことの必要性を強く感じている。

図表76 支え愛ネットワークで明らかになった課題とボランティアの養成



出所) 鳥取県日南町地域包括支援センター

1. 島根県美郷町

■ 島根県美郷町の基本情報

美郷町は、人口 4,750 人、高齢化率 46.4% と高齢化が他の地域よりもかなり進んだ、島根県の中央部に位置する急峻で起伏に富んだ中山間地域である。高齢者に占める要支援・要介護認定率は 18.5% である。歴史的に、江戸時代は石見銀山領であり、銀の精錬に必要となる炭の供給地として銀や物資を運ぶ陸路の宿町や江の川舟運の中継地として、発達してきた交通の要衝の地であった。



出所) 島根県美郷町公式 Web サイト

平成 16 年に邑智町と大和村が合併して現在の美郷町が誕生し、近隣の自治体である川本町、美郷町、邑南町の 3 町で邑智郡を形成している。以前から邑智郡は行政として、郡内の町村同士のつながりが強く、郡全体で行政施策を実施してきた地域である。

美郷町は中山間地の小さな町なので、入院施設を有する病院もなく、外来のみの診療所が 3 箇所あるのみで、医療の社会資源が十分とはいえず、県内外の近隣の医療機関を受診している住民も多く、医療を町外の近隣市町の医療機関に依存している現状にある。

また、在宅医療・介護連携推進事業については、県央保健所、大田市と邑智郡で一緒に進めている。基礎自治体ごとに事業そのものは実施するが、圏域や他市町と連携しながら実施している。

■ 地域の取組として目指している目標

医療資源の限られた美郷町としては、県内外の近隣市町と連携・協力して、医療圏域や県の枠を超えた医療連携体制の構築をめざし、その体制を今後も継続、さらには発展していくことが不可欠と考えている。また、高齢化率が高く、医療のニーズも高い美郷町では、医療との連携と同時に、介護と医療の連携体制の構築も急務な課題である。今後は医療、介護それぞれとの連携はもちろんであるが、県内外の近隣市町と協力・連携して、医療・介護連携の調整役として、更なる介護・医療の連携体制の構築を目指していきたいと考えている。

■ 在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

美郷町では、美郷町単独で社会資源のマップを作成していないが、邑智郡全体の医療・介護のマップとして、「地域連携ハンドブック」を郡医師会や郡内の病院と協力して作成しており、これを日頃の住民サービスや関係機関との連携に活用している。

図表77 美郷町における医療・介護資源の把握状況・マップ



出所) 島根県邑智郡医師会・公立邑智病院提供資料

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

大田圏域では、大田市立病院、公立邑智病院、加藤病院、石東病院（認知症）の4病院で協定を結び、在宅医療・介護連携推進事業を推進している。邑智郡においては、在宅医療・介護連携推進事業の協議会として、大田圏域地域保健医療対策会議の中の医療・介護連携部会や大田圏域認知症ネットワーク協議会、邑智郡地域連携推進協議会、邑智郡食事栄養支援協議会など協議会それぞれで取組を検討している。また、それらの協議会において、大田圏域内でのそれぞれの病院の役割分担や圏域で展開していく具体的な事業について、保健所や医師会などが中心となって、行政、職能団体、医療機関が話し合い、検討している。

図表78 美郷町における各会議対の機能・役割



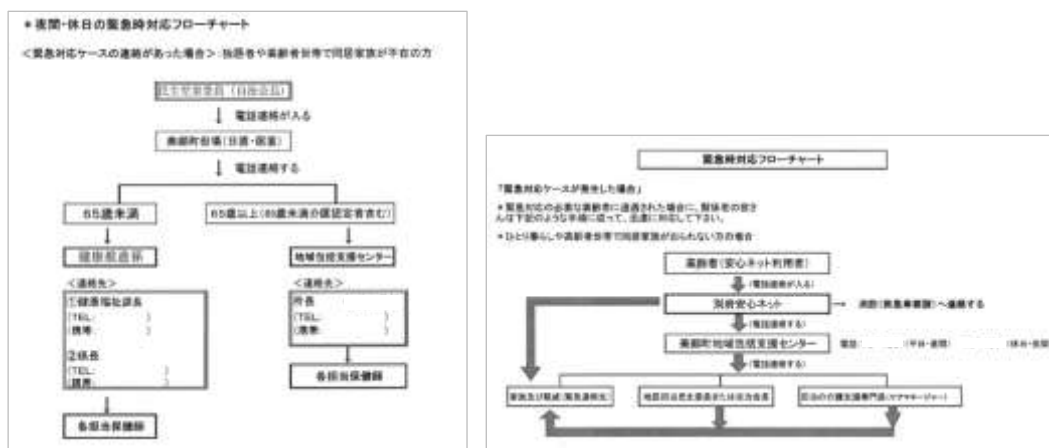
出所) 美郷町地域包括支援センター提供資料

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

邑智郡の中でも、特に美郷町は医療資源が少なく、手引きにあるような切れ目のない在宅医療の提供の仕組みは整備できていない。美郷町だけでなく、邑智郡でも医師の高齢化や医療職の人材不足により 24 時間の訪問看護や訪問診療を提供することは困難な状況である。

美郷町では、救急搬送は公立邑智病院や大田市立病院で対応してもらうことが多く、急性増悪時の二次医療を担ってもらい、ターミナルや看取りは加藤病院や公立邑智病院など町内・郡内の医療機関や介護福祉施設や介護福祉事業所が連携をとりながら、関係機関それぞれが役割を担ってもらう形で医療・介護の提供体制の整備をめざしている。

図表79 美郷町が整備している緊急時フローチャート



出所) 美郷町地域包括支援センター提供資料

また、医療圏域や県は異なるものの、隣県である広島県や隣の医療圏域にある飯南町に接する美郷町では、以前から住民の生活圏域や距離の都合で、これらの地域の医療機関を受診したり、入院する住民もあり、県や圏域を越えた連携が必要である。

そして、三次医療の後方支援病院としては、出雲市にある県立中央病院や島根大学附属病院のほか、隣県の安佐市民病院が該当する。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

先述した通り、地域の医療・介護資源が乏しい美郷町では、町唯一の直営の地域包括支援センターが連携調整の窓口となり、そこに在籍する保健師 3 名（うち 1 名は主任介護支援専門員を兼務）が町内の地区を分担して担当し、町内外のそれぞれの医療機関の連携室を通して、必要な情報交換や効果的な支援について、日々連携を図り、住民へのより良い支援のために調整役を担っている。入退院時の情報連携に関しては、(ク)にも後述するが、保健所が中心となって大田圏域での標準的な入退院調整ルールを定めた「入退院連携ガイド」を

作成しており、これに沿って患者の情報の共有が進められている。小規模自治体の利点を活かして、美郷町では、直営の地域包括支援センターが情報連携のハブとして機能している。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

島根県では、すべての市区町村に、専門職の相談窓口である在宅医療・介護連携支援センターが設置されている。美郷町は直営の地域包括支援センターが在宅医療・介護連携支援センターを兼務している。そのセンターの役割として期待されていることは、在宅療養に関する相談、地域の医療・介護資源の把握、医療介護の連携調整、住民啓発と関係者への研修が挙げられる。情報提供は主に、医療・介護関係者向けで町民への情報提供は対象としていない。

しかし、美郷町では、町民向けの情報提供も地域包括支援センターで対応していて、専門職も住民も両方とも地域包括支援センターの職員が担当している。

(カ) 医療・介護関係者の研修

研修の企画は、美郷町単独で実施することと、郡・圏域で実施することを県や関係機関との連携により分担して企画実施している。美郷町では、主任介護支援専門員の資格更新研修に必要な内容も含めて、主任介護支援専門員をはじめ、介護関係者の技量や関係機関の質の向上、専門職として最低限習得すべき基本的知識や情報の伝達を目的とした研修会や事例検討会を開催している。

一方、多職種連携に係る研修は、保健所が中心となって企画して、郡単位や圏域単位で実施している。最近では、郡の3町が協力して、「地域包括ケア推進シンポジウム」などのシンポジウムを企画・開催しており、県担当者や病院医師による講演、地域の医療介護を取り巻く現状や住民の相互支援による生活支援活動の報告などが開催された。

また、このほかにも、郡・圏域では、各病院が中心となって、看取りや栄養・口腔ケアなどの研修を地域の多職種も参加できる形で開催されている。そして、このような研修の機会を利用して、専門職の関係団体や関係機関が集い、意見交換や情報交換の会議や事例検討会なども開催し、必要な知識・技能の獲得と情報連携の拡充を図っている。

(キ) 地域住民への普及啓発

美郷町では在宅療養ハンドブックは作成していない、町民に対しての情報提供としては介護保険のパンフレットと町独自の福祉サービスを掲載した「高齢者福祉サービス」「障がい者福祉サービス」などのチラシやパンフレットを独自に作成して、町民に配布したり、相談時に活用している。

図表80 美郷町における地域住民への普及啓発活動

地域包括ケア推進シンポジウム
～持続可能な地域づくりを目指して～

平成29年2月4日(土)
13:30～16:30

会場: みさと館 (美郷町福祉会 美郷町役場 隣り)

「持続可能な地域づくりに向けて」
～地域包括ケアシステムが目指すもの～
講師: 美郷町健康福祉課課長 渡邊 謙次 村下 徹 氏

活動報告

美 健 康 課 長 村下 徹 氏 講演
日 時: 平成29年2月4日(土) 13:30～14:10

場 所: みさと館(美郷町健康福祉課隣り) 美郷町健康福祉課

内 容:
13:30～14:10 基調講演 (40分)
14:15～15:10 活動報告 (55分) 3名～7名
15:15～16:10 パネルディスカッション (55分)

出所) 美郷町地域包括支援センター提供資料

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

平成 29 年度に保健所が中心となって、圏域の市町や医療機関と協力して、「入退院連携ガイドライン」を作成した。さらに、平成 30 年度からは県が県全体の入退院連携に向けた体制づくりや普及啓発を目的としたシンポジウムなどを開催してきた。

図表81 美郷町における地域住民への普及啓発活動

4. 病院担当窓口一覧 (平成30年2月時点)

圏域	予診に連携調整を利用する(24時間)施設(24時間対応)施設		救急に連携調整を利用する(24時間)施設(24時間対応)施設	
	24時間対応施設	24時間対応施設	24時間対応施設	24時間対応施設
美郷圏域	美郷市立病院 TEL: 027-222-1111	美郷市立病院 TEL: 027-222-1111	美郷市立病院 TEL: 027-222-1111	美郷市立病院 TEL: 027-222-1111
石東圏域	石東市立病院 TEL: 027-222-1111	石東市立病院 TEL: 027-222-1111	石東市立病院 TEL: 027-222-1111	石東市立病院 TEL: 027-222-1111
加藤圏域	加藤市立病院 TEL: 027-222-1111	加藤市立病院 TEL: 027-222-1111	加藤市立病院 TEL: 027-222-1111	加藤市立病院 TEL: 027-222-1111
公立邑智病院	公立邑智病院 TEL: 027-222-1111	公立邑智病院 TEL: 027-222-1111	公立邑智病院 TEL: 027-222-1111	公立邑智病院 TEL: 027-222-1111

出所) 美郷町提供資料 (大田圏域入退院連携検討委員会編集)

また、美郷町や保健所は、圏域での入退院調整のための連携のルールと共に連絡用ツールも作成したいと考えて、平成29年8月から圏域の医療・介護の関係機関を対象に事前に説明会やヒアリングを実施した上で、圏域の医療機関、介護関係者、行政などで構成したワーキンググループを月1回程度開催し、検討を重ねて、フォーマットの統一を試みたが、話がまとまったのはガイドラインの策定までで、具体的な連携ツールの作成までは至らなかった。今、振り返ると、医療と介護のそれぞれの立場で重点をおく pts や思いを調整することの難しさを痛感した。医療機関同士もそれぞれの立場で重点を置く pts が異なり、意思統一が困難であったと町の担当者は振り返っていた。

次に、具体的な検討方法に目を向ける。上記の検討は、大田圏域入退院連携検討委員会において、介護サービス事業者協議会、介護支援専門員協会、訪看ステーション協会などの介護専門職の団体と、行政、保健所(事務局)、基幹病院(大田市立病院、石東病院、加藤病院、公立邑智病院)によって今後も圏域での連携体制をさらに構築していく予定である。

■重層的・補完的な取組み① | 救急・災害時対応

美郷町では災害時対応の名簿として、防災担当の総務課が町全体で管理している「災害時支援者名簿」があるが、高齢者など支援者の情報をすべて把握したものではなく、常に更新することも難しく、最新情報ではない。美郷町では、地域包括支援センターが上記の災害時支援者台帳とは別に、地域で支援の必要な高齢者を見守ってもらうために、連合自治会ごとに高齢者の「情報共有者名簿」を作成していて、その地域ごとに民生委員との連絡会を年3回定期的に開催して情報交換を行い、常に情報更新を行い、情報共有している。この名簿や日頃からの民生委員との連携体制、町内の居宅介護事業所など介護保険事業所との定期連絡会を通して、緊急時や災害時には地域住民や関係機関の協力支援により高齢者の安否確認を実施してもらい、包括支援センターへ連絡や報告してもらう体制ができています。最近では地域の見守りや生活支援を実施している地域住民のグループもあり、それらの住民グループとの緊急時の連絡体制も検討している。

また、地域におられる医療ケアが必要な難病の方や障がい者の災害時の支援については町単独ではなく、広域での医療機関との調整連携や対象者の個別の支援においては保健所が核となって、圏域の市町と連携して支援体制を構築するための協議会を設置している。

■重層的・補完的な取組み② | 認知症対応

これまで美郷町では、介護予防に重点を置いた認知症対策とともに、認知機能低下の早期発見、早期対応のため、認知症の疑いのある高齢者の発見体制の拡充を図ってきた。その対策の一つとして、美郷町では「認知症ケアパス」を作成して、地域包括支援センターへ相談に来られた高齢者やその家族など必要なケースに、大田市や隣の広島県にある認知症疾患センター、認知症の専門医などの医療機関や介護サービスを紹介するために活用している。

そして、美郷町の認知症初期集中支援チームでは町内外のサポート医やかかりつけ医との連携体制ができていないことが今後の課題である。特に認知症の早期発見や治療、介護者支援において、認知症初期集中支援チームと専門医、サポート医やかかりつけ医などそれぞれの医療機関との情報共有や役割分担など医療機関同士が連携することが不可欠であり、そのための体制作りや調整を県や保健所に担ってもらえたらと町の担当者は期待している。

また、美郷町では認知症の対策として様々な介護予防事業を地域で展開すると共に、認知症の人を地域で支えていくための仕組みがまだできていないので、まずは連合自治会単位の第二層協議体の整備を現在進めているところである。総合事業の取組ではあるが、地域ごとにサロンや生活支援サービスが実施できる体制を整え、地域で暮らす高齢者を地域みんなで見守り、認知症をなるべく早い段階で受診や介護サービスにつなぐことが在宅医療や介護連携につながる pts だと町の担当者は述べていた。このように地域住民からの情報を吸い上げられる体制を構築して、認知症の兆候のある高齢者を早期発見する仕組みづ

くりも進めている。また、認知症をはじめ、病気の重症化予防のために、民間の製薬企業と協定を結び、認知症などの独居や高齢者世帯の服薬を支援する取組（服薬支援機のレンタル事業）なども始めた。

しかし、美郷町では、情報連携のハブ機能は地域包括支援センターが担っているが、社会福祉士など専門職の人材不足により高齢者虐待の対応や成年後見制度の推進など権利擁護の支援体制が不十分で、行政がタイムリーに介入することが現実的には難しいことも多いので、県の支援や広域での連携により権利擁護の支援体制の充実も求められている。

また、最近では複数の医療機関受診により薬の管理が難しく、適正な服薬ができないために薬の副作用で認知症状が悪化したり、体調を崩す高齢者もおられるので、今後は医療だけでなく、地域の薬局、薬剤師の役割も大きく、薬局との連携も視野に入れて対応していきたいと町の担当者は述べていた。

■重層的・補完的な取組み③ | 終末期対応

美郷町やその近隣には、終末期を支援できる医療機関や訪問看護などの社会資源やマンパワーが少なく、独居や高齢者世帯など介護力の少ない世帯が多いために、在宅で終末期を過ごせる環境は少ない状況である。しかし、最後まで自宅で看取することは困難であっても、家族の支援が可能なケースは県内の後方支援医療機関や地域にある医療機関、在宅福祉サービスの協力を得て、終末期をできるだけ長く自宅で過ごしたり、緊急時の支援や入院、レスパイト入院を利用して、在宅で少しでも過ごせるように支援している。今後でもできるだけ多くの方が終末期を自宅で過ごせるように圏域や県を越えた体制整備を関係機関と検討していきたいと担当者は述べている。

■PDCA の運用に向けた事業評価の仕組み

事業を効果的・効率的に展開していくために今後は必須であるが、まだ、確たる運用ができていないため、今後の課題である。関係機関と情報共有し、検討して実施していきたいと担当者は述べていた。

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

認知症の高齢者や災害時など地域においての高齢者の見守りや支援体制、関係機関との連携体制が不十分な点がある。この点に関連し、いかに関係機関および行政が連携していくか、今後の体制整備の方向性を整理する必要がある。そのため、独居高齢者世帯の緊急時の対応方法について、現状の情報交換をするとともに現在の課題や対策を関係者で協議している段階である。

また、認知症が進み自身で服薬を管理ができない独居高齢者や高齢者世帯が多数存在しているものの、ヘルパーが毎日のように支援もできないので対応に苦慮しており、早急に対応を練る必要性を感じている。このほか、地域の交通の便が悪く、病院での受診や日用品な

どの買い物、金融機関などに外出する移動手段が乏しい。運転代行や買い物代行などの軽度生活支援サービスを充実化させていかなければ在宅療養そのものが維持できないので、美郷町のような小さな町は地域住民を巻き込んだ小さな拠点ごとの地域づくりや県全体、広域での医療機関や施設、専門職の連携体制の構築、県内外の枠を超えた地域包括ケアシステムの体制作りが今後は益々必要になると担当者は考えている。

2. 北海道新得町

■北海道新得町・十勝地域の基本情報

北海道は14の行政区に分かれており、各行政区に振興局が置かれている。この中で新得町は、十勝総合振興局が管轄する十勝地域（19市区町村）に含まれている。新得町の人口は6,285人と小規模であり、高齢化率は36.7%（平成29年1月1日時点）と北海道平均の29.7%より高い地域である。高齢化率のピークを迎えるのは2025年頃とされる。さらに詳しく見てみると、総世帯数3,370世帯のうち342世帯が65歳以上の独居世帯であり、独居老人が多い地域である。また、106世帯が老老世帯（75歳以上の夫婦世帯）であり、在宅医療や在宅介護サービスのニーズが高い地域であると言える。（出所：地域医療情報システム）



町内に病院はなく、診療所が2ヶ所あるのみで、うち有床診療所は1ヶ所のみである。どちらの診療所も機能を勘案し、一方は在宅医療、もう一方は巡回診療を実施している。その他、隣接する清水町の赤十字病院や鹿追町の町営病院の医師らが町内に訪問診療を実施している。訪問看護ステーションについても、町内にはないが、近隣の鹿追町や清水町の病院の訪問看護ステーションからの訪問がある。

町内に多くの施設が整備されており、特別養護老人ホーム3箇所（99床）、養護老人ホーム2箇所（100床）、グループホーム2箇所（18床）、小規模多機能センター、高齢者住宅等がある状態にある。



次に、新得町が所属する十勝地域についても紹介する。十勝地域の医療的特徴は3つある。1つ目は、94.8%と高い医療自給率である。ほとんどの患者が十勝総合振興局保健環境部（以降、帯広保健所と表記）の管内である19市区町村内の医療機関で治療を受けており、残る5%程度の患者は、生活圏の近い釧路市・北見市・札幌市の医療機関で治療を受ける。

2つ目は、急性期患者の集中である。十勝地域は、人口17万人の帯広市以外は、すべて3万人未満の市区町村であることもあり、十勝地域の急性期患者の73.4%（平成28年度）が帯広市の病院に入院している。

3つ目の特徴は、帯広市を管轄する帯広市医師会と、帯広市を囲む18市区町村を管轄する十勝医師会の2つの医師会が存在することである。

■帯広保健所の十勝地域に対する広域支援

新得町は、第6期介護保険事業計画の中で取組が義務付けられたことを契機とし、在宅医療介護連携事業に着手したが、当初は上手く進められずにいた。同様に、十勝地域においては、人口17万人程度の帯広市以外の市区町村はすべて人口3万人未満の小規模自治体であり、他の自治体も単独で事業を推進するには限界がある状況であった。

そのような背景から、平成25年3月に、北海道医療計画が改訂された際に、当事業に対する帯広保健所の支援が開始された。なお、支援は、「北海道医療計画十勝地域推進方針」内の「在宅医療の提供体制」の4本柱「在宅医療（ケア）の体制整備」、「医療と介護の提供体制の構築の推進」、「住民への普及啓発」、「地域包括ケア体制構築の推進」に準拠して実施されている。

帯広保健所は、本事業を推進する会議体として、平成26年度より、在宅医療専門部会を設置している。部会は、域内の職能団体で構成されており、年に2回程度、現状課題の把握・施策の立案を実施している。現状課題の把握としては、保健所職員が分担して19市区町村の行政担当者に対して実施した聞き取り調査の結果を報告するという形が採られている。部会に参加している医師会医師は役職者であり、それぞれの医師会の理事会で在宅医療専門部会での協議内容を共有しており、医師会との連携は円滑である。一方、中核病院の委員は、それぞれの病院の在宅医療部門の実務担当者レベルであるため、実際に新施策を実施する際は、保健所からそれぞれの病院の看護部長クラスに説明を行っている。

図表82 平成30年度 帯広保健所の取り組み内容



出所) 帯広保健所

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

新得町としては、町内の医療機関の診療科目・時間を把握し、広報への掲載や、医療ガイドを作成している。また、町内の介護保険サービスについても、介護サービスガイドブックを作成した。

また、広域的な取組として、帯広保健所が管内の在宅医療機関をとりまとめたホームページへの情報掲載を実施している。当取組は、平成28年度に保健所が作成した様式に準拠し、平成29年度から市区町村が年1回管内の在宅医療資源を把握し、保健所が集約の上、情報を掲載する形で進められた。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

新得町では、行政が本事業の推進方針のたたき台を作成して、多職種を巻き込んだ地域ケア推進会議で同意・確認を行うプロセスを採っている。この地域ケア推進会議は、町内の医師・歯科医師・薬剤師・理学療法士・ケアマネジャー等の職能団体で構成される。平成26年3月より、年に4回程度開催していたが、ある程度議論が深まった現在は、年に2回程度の開催となっている。当会議は、介護予防・日常生活支援総合事業についての議論の場でもある。

また、新得ケアマネ連絡会（町内の4箇所の居宅介護支援事業所のケアマネジャー13名全員）を平成25年2月に設立しており、介護事業者同士での意見交換を行い、課題を抽出して次年度の推進方針のたたき台に活かしている。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

町内の患者の救急搬送先は、隣接する清水町の赤十字病院となるため、連携ルールが既に整備されている。そのため、行政としては、ルールには干渉せず、行政区を跨ぐ上での予算の負担交渉のみを担当している。現在は、さらなる広域連携に向け、協議会を組む周辺町村を選定中である。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

現在、病院によってシステムが異なるため、医師とケアマネジャーは紙ベースでやり取りしている。新得町を管轄する十勝医師会は、医療・介護多種職連携情報共有システムとして、帝人ファーマのバイタルリンクの使用を推奨しており、新得町は次年度で参画について検討していくこととしている。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

町直営の地域包括支援センターとして、もともと多職種向けの相談窓口機能を持っていたが、本事業の事業項目（オ）としての整備は平成 29 年度 4 月からとなっている。とはいえ、新得町は小規模な町であることから、多職種らは顔が見える関係であり、窓口機能は頻繁に使用されているわけではない。むしろ、新得町地域包括支援センターが、町内の急性期患者が入院する帯広市の相談窓口にお問い合わせの機会の方が多いため現状にあり、担当者らは帯広市の相談窓口の充実に感謝の意を述べていた。

(カ) 医療・介護関係者の研修

西十勝地域（新得町・鹿追町・清水町）の各町の地域包括支援センターで連携し、在宅医療・介護連携推進事業が開始する前から、年に 3 回程度、輪番で多職種への研修会を実施しており、今年度で延べ 24 回の開催となった。当取組を正式に本事業に位置づけたことで、もともと巻き込めていなかった多職種に対しても、行政としてアプローチすることができるようになったと担当者らは話していた。

(キ) 地域住民への普及啓発

新得町は、介護ガイドブック・相談窓口のポスターを作成しており、後者は町内の全戸に配布している。また、HP では広報「つながり」を掲載しており、終末期や認知症に関する情報を発信している。また、介護知識や医療についての講演会も実施している。

図表 83 HP 広報「つながり」



(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

新得町としては、西十勝 3 町（前述）での合同研修を実施している。また、町内の介護事業者は、帯広保健所の取り組む十勝地域全域での入退院調整ルール（詳細な説明は、重層的・補完的な取組に譲る）を運用している。

新得町はその限りではないが、帯広保健所は、入退院調整ルール以外についても、市区町村が同時に同様の支援を要望してきた際は、束ねて広域的に支援を実施することがある。最も象徴的なケースは、3 町村（中札内、更別、大樹）合同のフォーラム・シンポジウムである。このフォーラムは、3 町村が同時に支援を要望してきたことを契機とし、3 町村の住民だけでなく、管内全域の医療介護関係者を巻き込んで実施された。講演テーマとしては、ACP についての普及啓発、看取りを実践している施設及び訪問看護ステーションからの報告や自宅で人工呼吸器を使用した事例等が挙げられる。

■重層的・補完的な取組み | 入退院調整施策

新得町を含む十勝地域の 19 市区町村の介護保険担当部署、地域包括支援センター、25 の病院、介護保険サービス事業所では、平成 29 年 7 月より、帯広保健所が整備した広域的な入退院調整ルールが運用されている。当ルールは、十勝地域における要介護状態の住民および今後要介護状態となるリスクがある住民両方を対象にしたものである。

図表84 帯広保健所の入退院連携ルール 情報共有シートの様式

The image shows three sample forms for information sharing regarding admission and discharge coordination rules. The forms are organized into columns and rows, containing various fields for patient information, medical history, and care plans. The forms are titled '帯広保健所' (Obihiro Health Center) and '情報共有シート' (Information Sharing Sheet).

(出所) 帯広保健所

このような広域的な支援は、帯広保健所管内の十勝地域 19 市区町村の急性期患者の 73.4%が帯広市の病院に入院する中で、広大な管内地域の特徴から地域をまたがる場合は、連携調整に苦慮されていたことが契機としている。

上記の問題意識を受けて、在宅医療専門部会・市区町村担当者・MSW 協会が、それぞれで課題をブレインストーミングし、列挙された課題群を在宅医療専門部会で整理し、十勝地域における入退院連携ルールの作成方法を決定した。その後、保健所担当者が、奈良県や北見市の事例を参考にルールの素案を用意し、十勝地域において急性期患者の治療を担う中核 6 病院とケアマネジャーで構成されるワーキンググループを設置した。毎月 3 回のワーキングを経て、ルールは完成した。

帯広保健所は、ルールが完成した平成 29 年 6 月に、域内の 34 の医療機関・通所介護事業所・各市区町村担当者・介護施設を対象に、昼と夜 1 回ずつ、キックオフ会議と題した説明会を行った。説明会には、延べ 391 人が参加した。そして、翌月の平成 29 年 7 月に、中核 6 病院、管内市区町村、介護支援専門員を対象として運用が開始された。

帯広保健所は、運用しやすいルールとするために、平成 30 年 1 月に意見交換会を設定した。意見交換会では、それぞれの市区町村、病院担当者から意見集約を行い共有した。なお、介護支援専門員からの意見については各市区町村が取りまとめる仕組みとしている。

この意見交換会の協議結果により、運用病院拡充を提案することとし、平成 30 年 5 月に、運用病院拡充に係る説明会が開催され、平成 30 年 7 月に新たに 19 病院が参画し、現在の 25 病院がルール対応済みの状態となった。この運用拡充にあたり、地域の介護事業者からの参画要望が高かった病院には、告知のメールだけでなく、担当者に直接電話をするなど、帯広保健所の担当者による手厚いフォローが実施された。また、参画を決めかねている病院から問い合わせがあった際には、病院に期待する役割・メリットの説明等も実施された。しかし、帯広保健所は、あくまで参画の判断は病院に委ねるというスタンスを取っていたため、参画しない病院も存在した。参画しない理由は、規模が小さいことから役場と情報共有が十分であると認識している、産婦人科等で介護保険に関係する患者が来ない、独自のルールが存在する、など多岐に渡る。帯広市から 1 時間以上離れている地域では、急性期を帯広市で過ごした後、郡部の町立病院等を介して在宅介護に帰るため、病院間での調整は必要となるが、入退院調整は必要ではないというケースも存在した。

新たに 19 病院が参画した平成 30 年 7 月には、意見交換会の内容を反映してルールを改訂し、情報提供内容・市区町村相談窓口一覧を追加した。

このルール導入後の成果として、病院関係者は、ケアマネジャーとの情報共有のスピード向上や地域とのつながりの構築を挙げている。また、ケアマネジャーからは、病院に訪問しやすい環境になり、患者本人が直接面会しなくても、病棟看護師から病状や治療方針等の情報がもらえるようになったという声が出ている。

■PDCA の運用に向けた事業評価の仕組み

新得町では、事業項目 (ア) - (ク) それぞれに対し、定性的に PDCA を行っているもの

の、定量的な指標での評価は実施しておらず、特に調査している項目もない。担当者は、指標を上手く運用している自治体事例の整理を国に期待していると述べていた。

帯広保健所としては、入退院連携ルールを整備するにあたり、医療と介護の連携状況の調査をしている。入退院連携ルールの運用開始前と運用後に同様の調査することで、成果を定量的に評価する狙いである。しかし、調査においてアンケートを実施したものの、ケアマネジャーの回収率が低い傾向にある（ケアマネジャーの事業所の有効回答率は、運用前調査では35%程、本年度調査では55%程度）。当取組に対しては、年に1度、関係者による意見交換会（後述）を実施し、定性的な評価も実施している。

帯広保健所は、追加の評価指標について、介護保険の加算状況を指標とすることを現在検討している。施設看取りに関しては、国の統計をベースに調査しているが、自宅での看取りに関しては、統計によって自宅の定義が異なり、比較検討が困難であることから、国で標準化した定義を作成して欲しいと担当者は述べていた。

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

新得町では、町内の医療資源がとにかく少ないことを問題視している。とくに、医師が不足しているため、十勝地域全体で、医療が担保できるようなシステムを構築し、現在の医師の負担が大きくなりすぎないようにすることが急務である。また、介護職員についても、高齢化が進み、人材の確保ができていない現状がある。

さらに、終末期対応についての議論も十分ではない。町内には、地元で最期を迎えたい住民が多いが、実情としては、多くの方が帯広市の病院で亡くなっている。将来的には、死ぬ場所を少しでも家の近くで選べるようにしたいと担当者は述べていた。なお、単身世帯が多いため、家でなく施設での看取りを希望する声が多い。

次に、帯広保健所が考える十勝地域全体の課題を記載する。最も課題であるのが、患者が急性期を過ごす帯広市の病院と、患者が回復期を過ごす各市区町村の病院間での連携に際する問題である。現行のルールでは、病院同士が患者情報を共有する際に、点数等のインセンティブが皆無であるのにも関わらず、ケアマネジャーが患者本人に意思確認する必要がある。回復期の病院は、ケアマネジャーから入院前の患者の情報を取得することが多いが、ケアマネジャーからは、急性期の病院からカルテのコピーを共有していただきたいという声も多く出ている。

病院間の連携に関しては、ツール面の未整備も問題である。十勝地域には、病院間でのカルテの電子媒体ネットワークがあるが、帯広市医師会管轄地域と十勝医師会管轄地域で、委託先もフォーマットも異なるという現状にある。

病院間での連携に次いで、帯広保健所が問題意識を持つのが、病院”内”での情報共有である。前述した広域入退院調整ルールへの参画を決めた病院の中でも、地域包括部門と病棟看護師とで意見が異なるケースは多くある。また、参画している病院の看護師で、ルー

ルを知らない職員もまだ散見されているため、帯広保健所は、各病院の中での周知を徹底するよう要請している。

3. 栃木県芳賀町

■ 栃木県芳賀町の基本情報

栃木県芳賀町は、栃木県東部に位置し、芳賀郡に属する町で、人口 15,816 人、高齢化率は 30.0%（平成 30 年 10 月 1 日時点）と全国平均の 27.7%とやや高い水準に位置づく地域であり、高齢化率は 2025 年までには高齢化が進み、高齢化率は 35%を超える見込みである。なお、芳賀町は、芳賀郡市医師会の管轄地域である。



（出所：栃木県芳賀町公開情報）

この芳賀郡市医師会が管轄する地域は、医師会の拠点のある真岡市、益子町、茂木町、市貝町、芳賀町、の 1 市 4 町である。この区域内で、中核となる病院は、芳賀赤十字病院・福田記念病院・真岡病院の 3 か所であり、その全てが真岡市にある。在宅医療を提供する医師も、真岡市に偏在しているため、芳賀郡市医師会は、以前から、医療資源に乏しい 4 町について、真岡市と連携して在宅医療に取り組もうと試みてきた経緯がある。行政としても 1 市 4 町の担当者らは、かねてより保健所管内の研修等で集まる機会も多く、お互いの顔が見える関係にあり在宅医療・介護連携推進事業を協同して実施する際も話が捗りやすかったとのことであった。

なお、1 市 4 町が合同で取り組み始めたのは、平成 30 年度からである。まず、栃木県が拠点整備促進事業を開始した平成 27 年度から、真岡市が在宅医療連携拠点整備促進事業を開始した。翌年の平成 28 年度に、芳賀郡 4 町も事業に着手した。平成 29 年度に真岡市が、在宅医療・介護連携推進事業を本格的に開始し、平成 30 年度に 4 町が同事業の開始予定となっていたため、展開方法について 1 市 4 町の担当で検討を重ねた。平成 30 年度、真岡市に 4 町が合流し事業が開始となり、現在の 1 市 4 町の体制となった。なお、当事業における事業費は、各自治体で負担している。

上述した通り、芳賀郡においては、真岡市が1年先行して取り組んでいたところに、4町が合流したことにより、取組には、真岡市単独の取組と1市4町の取組が存在している。

図表85 芳賀郡1市4町の在宅医療関連事業の経緯

	H27	H28	H29	H30
栃木県	在宅医療連携拠点整備促進事業			
	在宅医療推進支援センター事業 (H25～)			
真岡市	在宅医療連携拠点整備促進事業		在宅医療・介護連携推進事業	
益子町・茂木町 市貝町・芳賀町	在宅医療連携拠点整備促進事業			在宅医療・介護連携

出所) 栃木県県東健康福祉センター

■地域の取組として目指している目標

芳賀町および3町では、真岡市に入院医療機関が集中し、医療資源が少ない現状がある。さらに、医療には、市区町村のような境界はないことから、以前から真岡市内の芳賀赤十字病院を医療拠点として位置づけてきた経過があった。そのようなことから、町民が安心して在宅医療を受けるには、芳賀郡市医師会の協力のもと広域的に事業を進めることで、少ない医療資源を有効に活用し、各町が補い合って事業を進めていく体制となった。

今後も医師会と連携し、他職種研修会や町独自の取り組みにより、医師及びケアマネジャーなど他職種と市町との連携を進め、小さい町単位ならではの在宅医療の進め方を検討していく必要がある。合せて、住民の在宅医療への理解を広め、在宅医療を身近なものとして感じられることを目標として取り組んでいる。

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

当事業項目については、先述の通り真岡市が在宅医療連携拠点整備促進事業において、既に着手しており、現在その内容を引き継いでいる。平成30年度時点で真岡市では、「地域医療・介護資源情報提供システム」を導入しており、4町では、在宅医療・介護ガイドブックの更新を随時行っている状況である。また、芳賀町独自の医療機関・介護事業所等マップを配布している。このマップには、地域包括支援センター・医療機関・介護保険訪問介護事業所・グループホームなどの場所が記載されており、多職種・町民向けの情報提供のために役立てられている。

図表86 芳賀町 医療機関・介護事業所等マップ



出所) 芳賀町地域包括支援センター

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

1市4町の事業体制は、運営委員会、県東地区在宅医療・介護連携推進事業にかかる検討会、専門部会、ネットワーク連絡会の4つの会議体が存在している。会議体ごとに担当を務める市町が決定しており、医師会と相談の上で運営されている。なお、平成31年度以降の運営方法について、持ち回りにするか、継続して担当するか等の方針はヒアリング時点（平成30年11月末）では未定である。

次に、各会議体の機能について述べる。まず、運営委員会は、1市4町の取組の意思決定機関であり、芳賀郡市医師会の医師が参画しており、専門部会やネットワーク連絡会で決定した施策や事業内容についての審議を行っている。平成30年度は、真岡市・茂木町が事務局となり運営されている。

県東地区在宅医療・介護連携推進事業にかかる検討会は、栃木県（保健所）が開催している会議体で、医師会・コーディネーター・各市町の担当の話し合いの場を設けることで、1市4町の取組の調整機能を担っている。現在は、事業内容の検討や各市町での業務分担等の検討を行っている。初年度にあたる平成30年度は、必要時（1～2ヶ月に1回）開催している。

各専門部会は、地域で抽出された課題についての体制を整備するために設置されている。現在は、入退院支援専門部会・在宅緊急時対応専門部会の2つがあり、それぞれ年に3回程度開催されている。取組の詳細については、後述する。

最後にネットワーク連絡会は、多職種を対象とした研修内容の検討や、関係する職種相互の連携を図るために組織された会であり、真岡市と益子町が担当しており、各々で年に2回開催し、希望があれば相互の受講も可能となっている。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

検討会や他職種ネットワーク会議での検討の結果を受け、運営委員会に諮り、入退院支援専門部会・在宅緊急時対応専門部会の2つの部会を設置して対応に取り組んでいる。担当は、真岡市、芳賀町、市貝町である。このうち、入退院支援部会では、「真岡市・益子町・茂木町・市貝町・芳賀町入退院支援マニュアル」の作成等の施策を実施している。これは、芳賀郡市内の住民が医療機関に入院した際の在宅移行において医療機関と地域のケアマネジャー等の連携のためのルールが存在していなかったこと、切れ目のない医療と介護の連携のための体制構築が必要であることが背景となっている。このマニュアルでは、入退院連携シートを使用して情報共有を行うこととしているが、このシートは「栃木県看護協会・とちぎケアマネジャー協会・栃木県医療社会事業協会」が作成したものであり、栃木県内で広く利用されている。一方、在宅緊急時対応部会では、高齢者の救急搬送時における課題抽出を試みている。両取組の詳細については、「重層的・補完的な取組」の項に譲る。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

栃木県では、保健医療計画（7期計画）において保健医療に関する情報化の推進を掲げ、地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」や医介連携ネットワーク「どこでも連絡帳」の普及を進めている。「どこでも連絡帳」は在宅医療に関わる多職種間及び患者、家族間で共有することでのコミュニケーションの促進と、連携を深めることで医療介護の質を高めることを目的としたインターネットを利用したネットワークである。「とちまるネット」は患者からの同意を得て、医療機関の診療情報等の情報共有を行う事で医療の質や効率性を高めることを目的としたネットワークであり、双方により、垂直方向の医療連携と水平方向の医介連携を深めることにつながる。

両ネットワークは栃木県医師会内に事務局をおいた運営体制となっており、県医師会が主となって利用を広めている。芳賀郡市でも、1市4町の多職種研修会等において、県及び芳賀郡市医師会と協力をしながら、多職種の連携ツールである「どこでも連絡帳」に関する研修等を実施し、ネットワークの目的や利用する上でのルール等について関係職種に対しての啓発をしている。

また、4町では、インターネットを利用しない直接のやり取りとして、ケアマネタイムを設定し、医師とケアマネジャーの連絡の撮りやすい時間帯を取り決め、顔の見える関係作りに取り組んでいる。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

相談窓口は、市と4町がそれぞれ設置している。両窓口は、芳賀郡市医師会会館にある。市と4町の担当者であるコーディネーターは、保健師、社会福祉士各1名ずつである。地域内の関係職種からの当事業に関する問い合わせや業務についての相談に対応している。

(カ) 医療・介護関係者の研修

真岡市及び4町の各々のネットワーク連絡会で検討された研修内容について、年間で計画し、「多職種研修会（ネットワーク研修会）」を開催している。研修会は真岡市及び4町が各々に企画するものであるが、内容については相互に把握し、状況により関係する職種にも情報提供している。希望があれば、双方の研修に参加できる体制をとっている。

真岡市では、独自の研修も複数実施している。

(キ) 地域住民への普及啓発

真岡市では、在宅医療に関する健康教室や、平成30年度に作成したエンディングノートに関する講座等を実施している。4町では、在宅医療や認知症対策、歯科保険等に関する住民公開講座や講演会を実施している。住民対象研修会においても、1市4町内で参加できる体制となっている。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

1市4町と事業を委託された芳賀郡市医師会では、検討会及び不定期に開催している担当者連絡会において地域の課題抽出や対応策の検討を行い、共通する課題を確認し、事業についても共同で実施するなど、連携の機会を頻回に持っている。

■重層的・補完的な取組み① | 入退院調整

芳賀郡市では、昭和47年に芳賀赤十字病院を退院する患者の在宅移行における支援の必要性から病院看護師と保健所保健師が連携を開始したことをきっかけとし、昭和53年に「芳賀郡市継続看護連絡協議会」を設立した。「芳賀郡市継続看護連絡協議会」は、看護職から発足したものであるが、芳賀郡内の医療機関職員（看護師、理学療法士、福祉職）、保健所保健師、市町保健師等で構成され、病院から地域、地域から病院と生活の場が変わっても継続した支援が提供出来るように地域の支援者の連携体制が構築されていた。介護保険法の施行等により、他の施策でも可能となり、平成17年に発展的な解散となったが、その経緯から、芳賀郡市内の医療機関看護師、保健所保健師、市町保健師については、顔の見える関係を構築していた。

地域包括ケアシステムの推進においても、在宅医療と介護の連携の重要性が掲げられ、多職種間の相互理解と情報共有のため地域内の取組を検討した結果、円滑な在宅移行のためには入退院支援におけるルール作りが必要との考えから、「入退院支援マニュアル」の作成に至った。

「入退院支援マニュアル」は平成30年度から真岡市版が運用となっており、現在は、平成31年度の運用に向けて「真岡市・益子町・茂木町・市貝町・芳賀町入退院支援マニュアル」と対象地域を拡大したルールを入退院支援専門部会で作成している段階である。医療機関連携室長が部会長、介護支援事業所責任者、訪問看護ステーション責任者が副部会長を担う形となっている。

当該マニュアルは、平成29年度に、真岡市及び芳賀郡市医師会の当事業コーディネーターが原案を作成し、入退院支援専門部会の部会員の意見をまとめたものである。当時、専門部会の開催は年3回程であったものの、マニュアル内のルールを作り、関係者の合意を得るまでには相当な時間を要したと担当者は述べていた。

「入退院共通連携シート」は、栃木県看護協会、とちぎケアマネジャー協会及び栃木県医療社会事業協会をメンバーとして構成する入退院共通連携シート作成委員会によって作成されたシートを使用している。入退院支援ルールは、真岡市で先行して取り組まれ、平成29年度に入退院支援専門部会でマニュアル内容の検討を行い、平成30年度から真岡市内の関係機関にマニュアルを配布し、ルールの適用を開始している。平成30年度の専門部会では、真岡市版を真岡市・益子町・茂木町・市貝町・芳賀町版に拡大するための検討がなされている。

内容は、概ね真岡市版に準ずる方針であるが、現在の使用状況から内容の見直しが必要な部分があること、芳賀郡市全域を対象とするため医療機関と介護支援事業所の理解が必要であること、真岡市と4町で介護保険の申請手続きの方法が異なることから、調整が必要となっている。

図表87 入退院共通連携シート

入退院共通連携シート(在宅・施設→医療機関)

作成日
情報提供日

氏名	男性・女性	生年月日	年齢
住所	□	申請中【新規・更新・変更】	
緊急連絡先 氏名(続柄) □	□	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
かかりつけ 医療機関	□	障害高齢者の 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
主治医	□	障害認定 精神障害者手帳() 療育手帳()	認知症高齢者の 日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
感染症: 無・有()	家族構成	入院前の自宅での生活の様子等	
既往歴			
生活歴	主介護者:	在宅でのサービス利用状況	
	住民税: 課税・非課税		
	年金の種類: 国民・厚生・共済・労務者	同居状況	一戸建て・マンション・アパート(1階・2階以上)
	保険の種類: 国保・社保・後期・公費・その他		空室 あり・なし 手すり あり・なし
入院前の状況		具体的状況・その他特記事項	
栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	
	形態	主食: 常食・粥・ペースト	
		副食: 普通・ソフト食・刻み・ペースト とろみ: なし・あり()	
方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 嚥下: 良・不良 咀嚼状況: 良・不良		
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	尿意: あり・なし
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助	便意: あり・なし
	失禁	なし・あり()	
入浴	清潔	自立・一部介助・全介助・行っていない	
	方法	一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭	
移動	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助	麻痺の有無: なし・あり()
	方法	独立・見守り・一部介助・全介助 独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー	
夜間の状態	睡眠	良眠・不眠(状態)	
	睡眠薬	なし・ときどき・常用	
認知精神面	認知症状	なし・あり	【中核症状】 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 知能(判断・理解)障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害
	専門医への受診	なし・あり()	()
コミュニケーション	精神状態(疾患)	なし・あり()	【周辺症状】 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他
	会話	可・やや困難・不可能()	聴覚: 支障なし・支障あり() 視覚: 支障なし・支障あり()
褥瘡	なし・あり(部位)	体圧分散マット: 使用していた・使用していなかった	
口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助 義歯の有無: なし・あり		
医療的処置	<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> インスリン注射 (内容: 回數 <input type="checkbox"/> 日 自己注射 可・不可) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他()		
その他連絡事項			

お願い: カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。薬剤情報は別途添付してください。

事業所名: _____ 連絡先: TEL _____ FAX _____

担当ケアマネジャー: _____

栃木県看護協会・とちぎケアマネジャー協会・栃木県医療社会事業協会 入退院共通連携シート作成委員会 Ver.2

出所) 真岡市健康福祉部

■重層的・補完的な取組み② | 救急時の対応

芳賀郡市では、事業項目(ウ)の一環として、在宅緊急時対応専門部会が設置されている。当部会では、緊急時、円滑に対応できる連携体制を構築するための活動を実施しており、平成30年度は医療機関、消防署、通所介護、訪問介護事業所に対しアンケートを実施し、地域における緊急時対応が必要な場面での課題の抽出を試みている。本アンケートは、現在取りまとめ段階にある。

■PDCAの運用に向けた事業評価の仕組み

当事業で作成された入退院支援ルールの活用状況については、先行して配布している真岡市が入退院共通連携シートの使用状況を用いて実態調査を実施している。調査の結果として、現在、市内の有床医療機関の75%で使用されており、中でも芳賀赤十字病院では61件の使用例があることが確認出来ている。また、介護事業所については、64.7%の施設で使用されており、1事業者で最大168件の使用例がある。4町でも、導入後に比較検討を実施するため、域内の施設事業者に対して、入退院共通連携シートの利用有無を調査している。結果として、27事業者中、24事業者が有効回答し、うち18事業者(75%)が使用していることを把握した。なお、マニュアルの活用状況について、定量的な評価はできていないものの、民間事業所のケアマネジャーが使用しているケースがあることは把握されている。

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

茂木町では、小規模通所介護施設等にて、利用者の救急搬送事案が発生した際に、職員が救急車の同乗を求められても対応出来ないケースが発生していた。その場合、患者の情報(病状、家族の連絡先、治療に関する意向等)を救急隊員や医療機関が把握することが困難になることが以前から問題視されていた。また、高齢者同士の世帯、独居世帯の住民が救急搬送時に病状をうまく伝えられないことや、本人の意思確認が困難な場合の治療方針の決定等について、医療機関・消防の職員より問題としてあげられていた。これらを背景とし、現在、1市4町で設置された在宅緊急時対応専門部会で現状把握のための調査を実施しており、今後、抽出された課題をもとに、適切な対応策が議論される。

4. 広島県府中市

■広島県府中市の基本情報

広島県府中市は、広島県東部に位置し、福山市や尾道市と生活圏を共にする。人口は 39,640 人の小都市であり、高齢化率は 36.3%（平成 30 年 10 月 1 日時点）と全国平均の 27.7% よりも高い地域である。地域特性は、北部圏域（合併された旧上下町）と南部圏域（旧府中市）で異なる。面積の 40% を占める北部圏域は中山間地域であり、居住人口は市全体の 11% に留まる。高齢化率は 42% と、全国でも有数の高さである。



（出所：広島県府中市 HP）

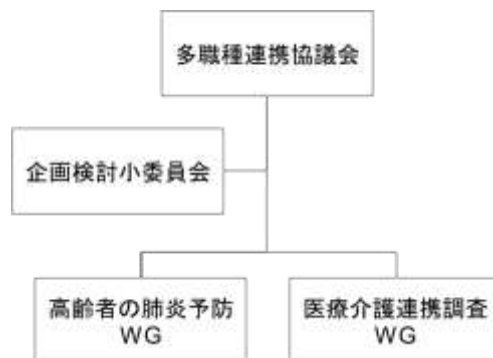
一方、南部圏域は福山市と都市部が連続しており、都市型の地域特性を持つ。

市内の医療資源としては、地方独立行政法人府中市病院機構が運営する市民病院が、北部・南部に 1 つずつある。南部の市民病院では、最近になって外科の勤務医が、2 人から 1 人に減ったため市内での手術が難しい状況にある。また、整形外科については数年前から同様である。市内のがんの末期の患者は、福山市の病院もしくは尾道市の緩和ケア施設に入院する状態にある。市民病院以外に府中中央内科病院等があり、それらに属する医師らは在宅療養に積極的であるが、一方で医師の高齢化も進んできている。北部の市民病院では、月 1 在宅支援会議を行っており、病院主導で専門職種間での情報共有に関するケーススタディを行っている。また、入退院を繰り返す患者が多いことから、介護事業者とも顔の見える関係が構築されており、入退院調整実施率は高い。こうした患者については、ケアマネジャーとの情報共有および入退院調整のみを実施し、カンファレンスは新規入院患者にのみ行うため、カンファレンスの実施率は県平均を大きく下回る。

医師会管轄区については少々複雑になっており、府中市は、福山市の北西部と府中市を管轄する府中地区医師会の管内に含まれている。福山市には他に、中心部を管轄する福山市医師会、南西部を管轄する松永沼隈地区医師会、東部を管轄する深安地区医師会の 3 つの医師会がある。

一方、介護資源について述べると、市内の介護事業所は通所系・短期入所系の施設が多く、訪問系の事業者が少ない。この傾向は古くからあるため、市内の民間事業者のケアマネジャーが作成する介護計画では施設に毎日通うことが前提となっているものが多い。域内の事業所のキャパシティが、毎日介護者を受入れても十分であることがその一因となっている。緊急度の高い施設等の入所待機者は、介護保険計画 5 期で 125 名、6 期で 80 名、7 期の現在は 30 名と順調に推移している。市内の高齢化率のピークは 5 年後に迫っており、介護資源のキャパシティは、府中市の人口規模としては十分であると認識されている。

図表 89 事業推進体制の全体像



出所) 広島県府中市役所へのヒアリングをもとに NRI が作成

多職種連携協議会は、域内の職能団体の役職者で構成されており、意思決定機関の機能を果たしている。事務局は医師会が担当しており、会における資料作成等もすべて医師会が担当している。議題は、週に 1 回行われている医師会の役職者定例会議で決められている。

企画検討小委員会は、医師会の役職者 4 名、市内外の介護事業所の実務者 4 名、行政担当者 2 名で構成されており、実務の調整を担当する機関である。

WG は、「高齢者の肺炎予防 WG」・「医療介護連携調査 WG」の 2 つからなり、医師や行政担当者 2 名が幹事となって実務を担当する。「高齢者の肺炎予防 WG」は、医師・歯科医師・薬剤師・理学療法士・栄養士等から構成され、主に事業項目（キ）として、高齢者を対象とした啓発活動を実施している。「医療介護連携調査 WG」は、府中地区医師会の管内の医療機関・介護事業所の実務者クラスで構成され、医療・介護連携の現場の現状や課題を議論し、アンケート等によるデータの収集や研修の企画等を担当している。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

府中地区医師会は、見守りセンターというサービスを提供している。当サービスは、データベースに登録されている要介護 2 以上の住民の容態急変時に、主治医の連絡がつかない場合、医師会理事の医師を副担当とするほか、各地域の訪問看護ステーションをサブセンターとし、緊急時の相談業務を担っている。要介護 2 以上の住民の大半の方に関しては、ケアマネジャーがついているため、ケアマネジャーの後方支援的なセーフティネットの役割を果たしている状態にある。

前述のように、北部圏域は人口が少なく、医療・介護の担当者同士で顔が見えているため、連携を取りやすい状態にあることから、市として特別な取組は実施していない。一方、南部圏域では、市民病院内に地域包括支援センターのサブ拠点を置き、保健師が常駐しているほか、平成 30 年度 8 月からは、逆に市民病院からも担当者が出向しており、市民病院の中の在宅医療部門について行政との連携を進めているが、医療・介護の事業者数が多く、有機的

な連携につながりにくい状態である。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

入退院連携シートの標準化を実施した。詳細は重層的・補完的な取組に譲る。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域包括支援センター・サブセンターに多職種からの相談窓口を開設している。サブセンターは北部および南部の市民病院内に設置されており、常勤の保健師がそれぞれ 1 名配置されている。当事業の他にも、介護予防ケアマネジメントや、成年後見制度の紹介等の問い合わせにも対応している。

(カ) 医療・介護関係者の研修

府中市単独の取組としては、医療関係者向けに認知症サポーター養成講座を実施している。これは、介護事業者から、医療従事者の認知症患者への対応が不慣れであることを指摘されたことを背景とした取組である。

また、後述の備後広域圏域連合で、合同で職能団体向けの人材研修を実施している。

(キ) 地域住民への普及啓発

医療・介護に限定した内容ではなく、「地域内で元気に老後を過ごす」という幅を持たせたテーマで、様々な啓発を実施している。対象団体に合わせて講演内容を変えながら、地域のふれあいサロンや老人クラブ等を回っている。今年度から、終末期対応施策の一環として終活に関する講演を開始した（詳細は、重層的・補完的な取組に譲る）。また、医師・歯科医師・栄養士計 8 名で構成される「高齢者肺炎バスターズ」という集団を組織し、高齢者の肺炎対策について、リレー講演を実施している。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

広島県の 4 市 2 町（福山市・尾道市・三原市・府中市・世羅町・神石高原町）、岡山県の 2 市（井原市・笠岡市）の計 6 市 2 町で構成される備後圏域連携協議会を設置し、事業項目（ア）・（カ）・（キ）について連携している。

図表 90 備後圏域(6市2町)



出所) 福山市ホームページ

事業項目 (ア) としては、平成 28 年度より、福山市医師会がとりまとめている広域の在宅医療・介護資源をとりまとめた「備後圏域地域包括ケア資源マップ」に、情報を連携している。

図表 91 備後圏域地域包括ケア資源マップサイトのインターフェース



出所) 備後圏域地域包括ケア資源マップホームページ

事業項目 (カ) については、「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅運営事業者研修」・「感染症予防研修」・「介護保険事業者集団指導」等、主に介護保険事業者・社会福祉施設等を対象にした研修を合同で実施している。研修の開催については、担当者会議を年に 5,6 回実施している。

事業項目 (キ) については、「地域包括ケアシステムの普及啓発びんご圏域地域包括ケアチャレンジフォーラム」・「市民後見人養成講座」・「認知症普及啓発講演会」・「高齢者虐待防止講演会」等、備後圏域の住民・医療介護関係者を対象とした普及啓発を合同で実施している。県域を跨ぐフォーラムについては、それぞれの市区町村が人口按分で資金を拠出している。

■重層的・補完的な取組み | 入退院調整

平成30年度4月より、府中市の北部圏域において、患者が入退院する際の医療機関と介護事業者の情報共有様式を共通化した。病院の既存システムを変更することはできないため、紙ベースで共有し、不足分は聞き取りで補完するという内容で合意されている。

図表92 入退院連携シートの様式

The figure displays four distinct forms used for coordination between medical institutions and care providers. The first form, '医療・介護連携シート', is a comprehensive sheet for medical and care coordination, featuring sections for patient information, medical history, and care needs. The second, '介護・介護連携シート', focuses on nursing and care coordination, including details about the care plan and the care provider's role. The third, '病院・介護連携記録書', is a detailed record of the coordination process, with multiple columns for tracking various aspects of the patient's care journey. The fourth, '介護保険ケアプラン作成に関する連携書', is specifically designed for the creation of care insurance care plans, detailing the collaboration between the hospital and the care provider in developing the plan.

出所) 広島県府中市役所

本取組で特筆すべきはその導入方法である。この入退院連携シートの導入にあたっては、医療・介護資源が少数かつ集約している北部圏域でスモールスタートし、成功事例を作ることで、南部圏域への転用をスムーズに行うという方針が採られている。現行のシートは、北部市民病院の担当者・府中市地域包括支援センターの北部サブセンター・介護事

業所のケアマネジャーによる部会で作成されたものである。北部圏域は、中核病院が市民病院のみであり、居宅介護支援事業者も2ヶ所にとどまることから、いち早く様式の統一を図ることができたと市の担当者らは述べていた。南部圏域には有床医療機関が複数あり、また居宅介護支援事業者も18ヶ所あることから、最初から市全域で合意形成を取ることが難しいと考えたため、このような導入方法が採られたそうである。なお、当様式は最終的には医師会に了承を得たが、作成段階での相談は実施していない。

■PDCAの運用に向けた事業評価の仕組み

なし

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

市の担当者らが最も危機感を持っているのが、在宅医療の担い手不足である。域内での開業医の不足が最も大きな要因となっている。これに対し、市内での開業に対して医療体制確保等支援事業補助金を拠出したことで、最近若い医師が2名開業したものの、隣接する福山市からの通い勤務であるため、在宅医療の提供にはハードルがある。

また、市の担当者らは、現在は何とか足りている介護の担い手についても、将来は不足すると予測している。府中市は、特養系の施設の新設は今後認めない方針であるが、今後高齢化率が上がる福山市ではそういった施設を増設する計画を立てている。その結果、福山市内の介護事業者が人材不足に陥って、賃金が上がることによって、府中市から福山市に介護人材が流出しはじめている。そのため、将来は、市内の介護資源が不足する可能性がある。また、市内の介護人材は高齢化が進んでおり、特に訪問介護分野では、75%が50代以上であり、30代は0人である。

また、介護事業者からは、事業項目(カ)で記載した、医療機関の認知症患者への理解の不足について指摘されている。一般的に、認知症の入院患者を自宅へ退院させる治療方針の場合、院内の移動についても全て車椅子で行うのではなく、必要に応じて自立歩行を促すことがある。しかし、認知症患者入院時のカンファレンスにおいて、退院後に介護施設に入居させる治療方針が選択される例が散見される。そのような場合、院内移動を全て車椅子で行うことで、患者の運動機能等が低下し、自宅に退院できるケースが少なくなるため、発症前の様子をケアマネジャーが医療機関に共有して、施設ではなく自宅へ退院させる治療方針が採られるようにすることが求められている。

5. 徳島県吉野川市

■徳島県吉野川市の基本情報

徳島県吉野川市は、平成16年10月1日、4町村の合併により誕生した。(旧麻植郡の鴨島町、川島町、山川町、美郷村が合併した) 徳島県北部のほぼ中央、一級河川の吉野川の南岸に位置し、面積は144.14平方km、東西に約20km、南北に最大約10kmの広さがあるが、山地が約6割を占める地形となっている。人口は平成29年12月1日現在41,844人、65歳以上高齢者14,657人で、高齢化率は35.0%と全国的にも比較的高い状態にある。



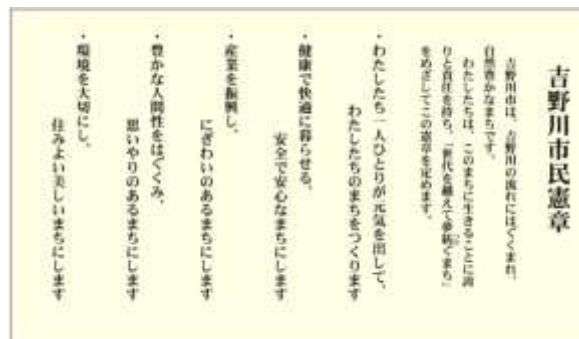
出所) 吉野川市ホームページ

医療資源については、医療機関数は74機関(うち、入院可病院数10機関)で、病床数は合計で1,031床となっており、人口10万人当たり病床数では2,428.28床であり、全国の1,232.1床や徳島県の1,964.7床を上回っている地域である。(全国や徳島県のデータは平成27年の医療施設調査・病院報告の概要より) また、介護事業所の状況であるが、施設系事業所数は、21施設であり、総定員数は962名となっている。人口10万人当たり定員数は、2,265.76人となっている。一方、在宅系事業所数は64施設となっている。(後述の図表95及び96参照)

■地域の取組として目指している目標

吉野川市では、「市民が生き生きと活動する利便性の高いまちづくり」、「健康で快適に暮らせる地域づくり」、「活力ある産業の振興」、「豊かな人間性をはぐくむ地域づくり」、「ゆとりとふれあいの生活環境の形成」を掲げ、平成18年6月29日に「吉野河市市民憲章」を告示した。

図表93 吉野川市民憲章



出所) 吉野川市ホームページ

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

(ア) から (ク)の事業について、平成 26 年度から医師会の協力も得て、在宅医療介護連携拠点事業の交付金で事業を立ち上げている。

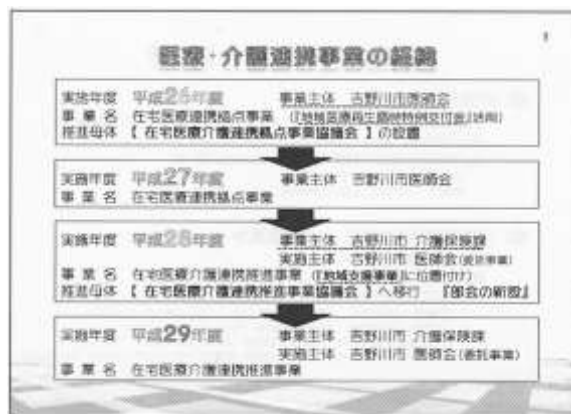
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

医療介護連携事業所マップを「在宅医療介護連携拠点事業協議会」で平成 27 年度に 2 万部程度作成し、各戸に配布している。その後休業した病院などもあるので、平成 30 年度に改訂を予定している。

上記「協議会」の参加者は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、保健所、病院、社会福祉協議会、介護保険課（地域包括支援センター）、看護師、理学療法士、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等介護事業関係者である。（上記「協議会」は、平成 28 年度に「在宅医療介護連携推進事業協議会」へと移行・改称している。下記図表 2 参照）

また介護施設等の医師会ホームページへの掲載や、新規事業所へのアンケートなどを実施している。

図表94 吉野川市における医療・介護連携事業の経緯



図表95 吉野川市における医療・介護資源の把握状況その1



図表96 吉野川市における医療・介護資源の把握状況その2



出所) 吉野川市地域包括支援センター

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

上記「協議会」のなかに、二つの連携部会(在宅医療連携部会と医療介護連携部会)を設置し、平成 28 年度から議論を行っている。

これには、次のような問題意識が背景にある。

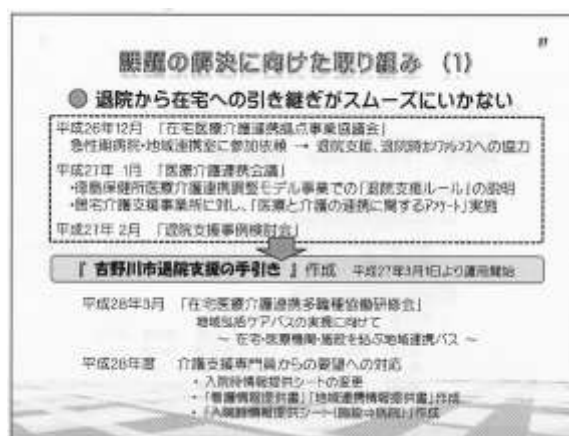
- ・ 在宅看取り、尊厳死について、専門職の資質向上や情報共有が必要
- ・ 入退院を繰り返す「透析患者」に対しての連携が図れていない
- ・ 在宅療養患者の内服管理、体制が十分でない
- ・ 地域連携パスの具体的な活用方法のシートの活用を進めたい
- ・ 専門職の資質、力量に差がある

こうした問題意識を踏まえて、各部会で課題解決の取組を進めており、平成 29 年度には、在宅医療連携部会では、看取りについて、医療介護連携部会では、慢性腎不全患者の在宅支援について、検討を行っている。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

急性期病院、回復期病院退院時点から在宅医療・介護への連携を進めている。並行して透析患者の在宅支援のネットワーク作りも推進している。退院から在宅への引き継ぎがうまく行っていないとの問題意識から「吉野川市退院支援の手引き」を作成し、平 27 年 3 月から運用を開始している。

図表97 吉野川市における退院支援の取組



出所) 吉野川市地域包括支援センター

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

上記の通り、「協議会」のなかに二つの連携部会(在宅医療連携検討部会と医療介護連携検討部会)を設置し、平成 28 年度から議論を行っている。また後述する「多職種協働研修会」などの研修も開催しており、こうした取組によって、医療・介護関係者の「顔の見える関係づくり」を支援している。連携のツールとしては、患者情報の共有のため、介護ノートの実施し、医療介護連携検討部会で地域連携シートを作成し、入退院時に活用している。また、市役所ホームページで介護施設や在宅の定員等のデータを公開している。

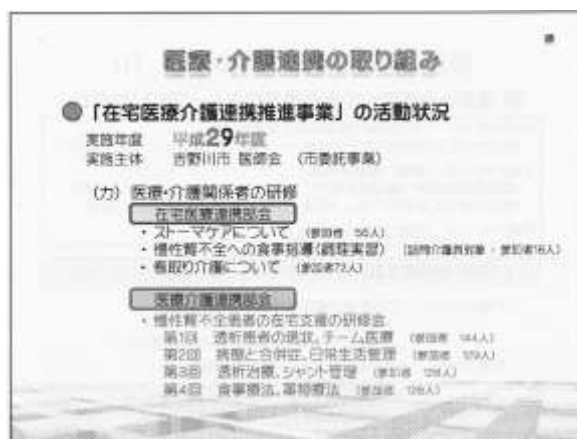
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置し、対応している。並行して医師会の訪問看護ステーションにおける相談も充実させている。また、医療と介護の連携に関するアンケートを年 2 回(6 月、12 月)実施している。退院時については主に病院、入院時についてはケアマネジャーなどに答えてもらっている。

(カ) 医療・介護関係者の研修

上述の「協議会」に設置された二つの部会において研修を実施している。例えば、在宅医療連携部会では、慢性腎不全への食事指導や看取り介護などについて研修を実施している。また、医療介護連携部会では、慢性腎不全患者の在宅支援の研修会などを実施している。

図表98 吉野川市における医療・介護関係者の研修テーマ例



出所) 吉野川市地域包括支援センター

図表99 吉野川市における医療・介護関係者の研修の様子



出所) 吉野川市地域包括支援センター

(キ) 地域住民への普及啓発

看取りなども含む在宅医療について、広く住民に知ってもらうため、在宅医療連携部会で出前講座を開催している。(平成 29 年度は東西 2 箇所、平成 30 年度は旧 4 町村ごとに年 1 回 (計 4 箇所) 開催した。) 1 回あたりの参加者は 20 名程度である。

対市民の窓口は行政、対医師は医師会が中心となって推進している。介護関係者も、研修会等に参加している。

こうした出前講座は、上記協議会の名前で開催している。住民に対しては市役所から、多職種に関しては特に市役所から声をかける場合もあるが、大体は通知だけで参加してもらっている。

医師会の事務局も専任がいるわけではなく、医師会の訪問看護ステーションの訪問看護師が本来の業務を行いながら取り組んでいるので、業務負荷が大きい。事務作業については市役所と医師会と協力している。(この訪問看護STには数名の訪問看護師が所属している。市内に6施設ほど訪問看護ステーションがある。)

図表100 吉野川市における地域住民への普及啓発活動



出所) 吉野川市地域包括支援センター

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

地域には保健所で実施している医療介護連携のアンケートがあることから、保健所との連携を通じて近隣自治体の動向等を把握している。あわせて、県主催の担当者会議の中でも情報交換等を実施している。

このほかにも、吉野川医療センターを中心として、阿波市医師会や吉野川市医師会が共同で研修を開催しているなど、専門職の交流も図られつつあると市の担当者は述べていた。

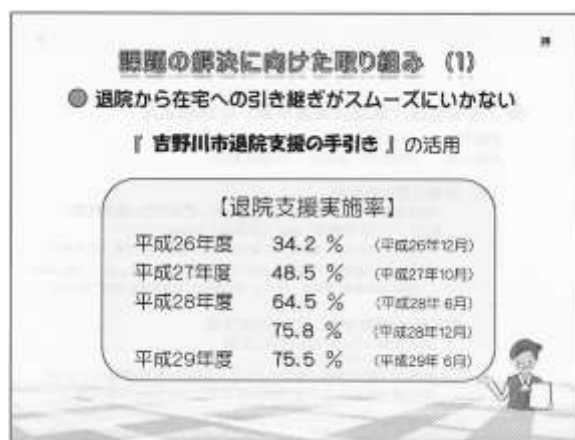
■PDCAの運用に向けた事業評価の仕組み

吉野川市では、前述の二つの部会(在宅医療連携検討部会と医療介護連携検討部会)はそれぞれ年6回(毎月どちらかが)開催しており、事業評価の指標についても、そこからの議論で拾い出しはできるが、どう使っていくかは今後の議論となっている。

退院支援実施率(各ケアマネジャーが担当しているケース数が分母で、退院支援が行われた

場合が分子)を見ていたりもする。

図表101 吉野川市における退院支援実施率



出所) 吉野川市役所

入退院以外では、介護を受けている方ひとりあたりの介護給付費も見ているとのことである。介護給付費の伸び率などは、吉野川市医師会の関心も高い。

現時点では、在宅療養希望率などのアンケートは取っておらず、前述の在宅出前講座において口頭で住民に聞いたことはあるものの、参加者はまだまだ健康な人が多いため、明確な数字としては出てきていない状況である。

吉野川市では、今後は主観的な幸福感が指標になりそうだとの考えも持っている。

また、看取りノートといった終末期に向けたパンフレットは前述の「協議会」で作成したが、医師会からは個人差が大きいという指摘があり、大々的に配布したりはしていない。前述の出前講座では希望者に配布しており、また市販のエンディングノートなども配布している。現時点では、看取りに重きを置いた事業は出前講座であり、まずは普及啓発をベースとして考えている。

指標を置くときの難しさとしては、実際にはある年の課題を受けて、次年度に実施するなど、後から反映させることが多く、また、高齢の住民の方であれば、お亡くなりになることもあり、母数の数なども変動する。何を持って成果があらわれているとするのが難しいとの認識を持っている。

6. 埼玉県幸手・杉戸地域(幸手市・杉戸町)

■埼玉県幸手市の基本情報

埼玉県幸手市と杉戸町は、埼玉県東部に位置し、江戸川を境に千葉県と隣接する県境の市町である。関東平野のほぼ中央に位置しており、地域の大半が平野部にあたるため、急坂地などは少ない。市の基本情報に触れると幸手市は、人口 51,732 人、高齢化率 32.3%、面積 33.93km²であり、杉戸町は人口 45,357 人、高齢化率が 30.9%の地域であり、比較的高齢化の進んだ地域と言える。



出所) Craft Map

埼玉県全域に当てはまることではあるが、医師の偏在や医療機関の少なさが地域の課題のひとつとなっている地域でもある。病院数は幸手市が 6 箇所、杉戸町が 1 箇所、診療所数は幸手市で 25 箇所、杉戸町で 17 箇所となっている。医療圏としては、埼玉県北東部を管轄する利根医療圏に属している。

■地域の取組として目指している目標

幸手市・杉戸町は江戸川や利根川に近く、洪水被害が起こりやすい地域でもある。さらに、普段から大雨によって道路が冠水することや、床上浸水の被害がでることもあるなど風水害に強いとは言えない地域である。幸手・杉戸地域では、災害時対策を進めるべく取り組んでおり、埼玉県とも連携して災害弱者対策を実施している。災害対応に関する詳細は後述する。地域では、医療、地域包括ケアの基盤として、とねつとを普及、活用させることを目標にしている。在宅療養を含む地域包括ケアシステムの実現に当たって、地域住民がとねつとを介して医療・介護に関する情報連携によるメリットを享受できる環境整備が重要であると考えている。

防災意識の観点からも、災害時に継続的な医療を提供できるようにするための医療情報基盤を整備することが重要と地域では考えており、今後はオンライン診療やとねつとの情報を災害に活用するための仕組みづくりを進めることで、医療資源の少なさを補い、医療の効率化を推進していくことを地域の取組目標として多様な施策を展開している。

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

幸手・杉戸地域では、地域の情報を東ねたリスト・マップを作成し、各市町のホームページ上で掲載しているほか、パンフレットを作成して多職種に配布するなどして地域の医療・介護を含む多様な資源の把握に努めている。データの更新については、必要に応じて医療機関等にヒアリングを実施して更新している。なお、整理された情報は、幸手市・杉戸町、北

葛北部医師会の Web サイトで公開されている。

図表102 幸手・杉戸地域における医療・介護資源の把握状況

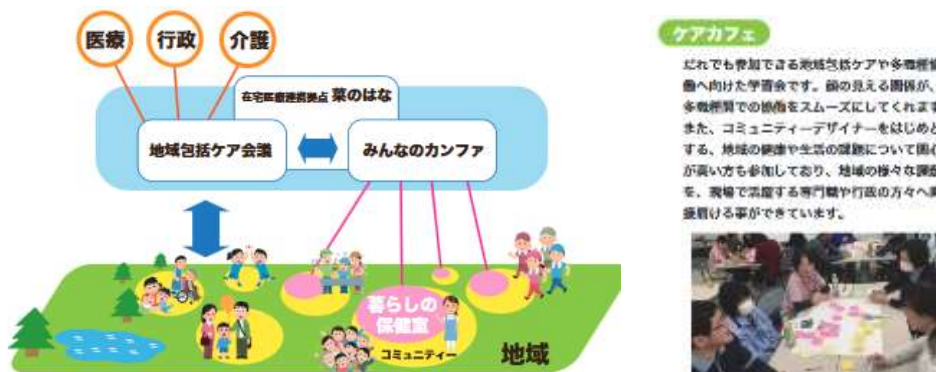


出所) 幸手市・杉戸町・北葛北部医師会

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域における医療課題の把握のため、地域ではケアカフェによる現状課題について定性的な把握を進めている。地域では、在宅医療連携拠点菜のはなを中心に、地域包括支援センターをはじめとする関係機関からなる地域包括ケア会議において、把握した現状から課題を設定し、その解決策の検討を実施している。あわせて、北葛北部在宅医療・介護連携推進会議において事業実施状況の報告にくわえ、課題解決に向けた地域の対応策に関する検討を重ねている。

図表103 幸手・杉戸地域における在宅医療・介護連携推進事業の検討体制



出所) 幸手市・杉戸町・北葛北部医師会

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

埼玉県では、県が中心となって在宅医療提供体制充実支援事業を実施しており、後方支援病床の確保を進めており、幸手市・杉戸町による病床確保に向けた働きかけの必要はない。地域では、在宅医療カンファを平成27年度より開催しており、訪問診療や往診を提供する医療機関との情報交換を実施することで連携の強化をはかるための取組を進めている。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

地域には、県が先述した在宅医療提供体制充実支援事業で提供するMCSに加え、地域における医療情報共有システムである「とねっと」が整備されている。ICTを活用した情報共有基盤の整備は幸手・杉戸地域における最も特徴的な取組みのひとつであり、地域では在宅医療連携拠点を中心に情報共有の質の向上に向けた取組を展開している。具体的には、実務者研修の実施を通じた情報共有方法の浸透や活用事例の紹介などによるとねっとの効果的な使用の普及をはかるといった活動が挙げられる。このほかには、セキュリティポリシーの整備やICTリテラシーの向上など、多職種が正しくICTを活用して医療・介護の質の向上につながる取組を実践できるよう手立てを講じている。

図表104 幸手・杉戸地域のICT情報共有基盤 とねっとについて

「とねっと」とは？

「とねっと」は、埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会が構築し、管理運営するIT技術を活用した診療情報を共有化する地域医療ネットワークシステムです。

このシステムは住民の皆さんの命と健康を守るため、地域の医師や看護師不足の中、限られた人材や高度医療機器などを有効活用し、地域のかかりつけ医と中核病院が役割を分担しながら連携し、地域全体で住民の皆さんの医療を完結していくものです。

また、救急隊（救急車）が現場でこのシステムを活用し、迅速・的確な救急活動に役立てていくものです。



検査結果や投薬情報を共有できるので、重複検査や重複投薬を防ぐことができます。このシステムで一貫した安全で効率的な医療を受けることができます。

救急隊が必要な診療情報を取得できるので、迅速な処置や、適切な搬送先の選定をすることができます。

出所) 幸手市・杉戸町・北葛北部医師会

とねっとのランニングコストは、市区町村からの分担金で賄われている。事務所経費は参加医療機関から集金しており、基幹病院で2万円、診療所で1万円程度の経費を各施設が年間利用料金として負担している。現在のとねっとは、バージョン3であり、とねっと（旧システム）の開発費が6億4千万円、新しいとねっとなら4億6千万円、システムの構築（更新）費用が発生しているとのことであった。

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

幸手・杉戸地域では、平成30年度より在宅医療連携拠点を設置し、相談支援を実施している。なお、この相談支援窓口は、埼玉県が中心に先述した在宅医療提供体制充実支援事業で整備が進められてきていたものである。

（カ）医療・介護関係者の研修

地域では、幸手・杉戸地域における医療・介護・福祉、生活支援の関係者を集めた在宅医療・介護連携推進研修会（ケアカフェ）を開催しており、医療・介護連携推進事業の質の向上をはじめ、現状把握に役立てるなど研修以外にも幅広くケアカフェを活用している。また、ケアマネ研修会を開催しており、この研修を通じて医療と介護・福祉の言語の共通化を目的に生活支援記録法について学習する場を設けている。

このほかにも、地域の病院に属する医療ソーシャルワーカーをはじめ退院支援に関わる職員、在宅医療連携拠点、地域包括支援センターの職員等を参加者とする医療機関退院支援担当職員連絡会を開催している。当連絡会では、退院支援に際し医療と介護を連携するにあたり必要となる事項・知識の習得を目指した研修を実施している。

（キ）地域住民への普及啓発

幸手・杉戸地域では、半日程度のフォーラムや講演会を開催している。テーマは地域包括ケアシステム概念に近いものの普及啓発に近く、在宅での看取りを含めた、地域で自分らしく人生の最期まで生活を続けられるようにするというものなどを扱っている。

また、市民主体のサロンや集いなどに、暮らしの保健室として参加しているが、その中には、相談者への個別相談やサロン等を対象とした講話・パンフレット等の配布を実践している。

図表105 幸手・杉戸地域における地域住民への普及啓発活動

市民のつどい

いくつになっても自分の暮らしを続けていきたいものですね。市民のつどいでは有名講師のお話を聞いたり、地域にある多くの制度や様々な取り組みを知ることを通じて、ご自身やご家族の将来に活かしていくことを目的としています。毎年 200 人を越える方々が参加されます。



出所) 幸手市・杉戸町・北葛北部医師会

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

幸手・杉戸地域では、先述した通り、幸手市と杉戸町が北葛北部医師会に事業委託することで設置された在宅医療連携拠点「菜のはな」を中心に、在宅医療・介護連携推進事業を推進している。より広域的な取組としては、北葛北部在宅医療・介護連携推進会議を年 2 回実施している。

■重層的・補完的な取組み① | 救急・災害時対応

地域では、東日本大震災の際に被災地との関係が生まれたことを契機に Incident Command System (ICS) ベースで行政や民間・医療機関が統合されるようなプログラムが作れないか、という問題意識のもと国土交通省の事業の一環として共同型災害訓練を実施してきた。システムティックに災害時対応をできる体制が築くというスタンスのもと取組を進めている。具体的な取組としては、NPO を中心に ICS の考え方に沿う形で、行政や民間団体を統合していく訓練のほか、災害時の薬剤備蓄などを進めているほか、女性・子供・老人・外国人などのいわゆる災害弱者の支援について、災害から復興までに必要な支援について検討を進めている。

平成 30 年度は、全国的に災害が連発したこともあったので、これを契機に、幸手市杉戸町（防災担当者）と意見交換会を 3 回ほど実施した。医療介護連携の検討の中でも、防災ワーキングのあり方について検討はしており、事あるごとに、災害時対応、共生社会、子育て支援は一体的に実施すべき（連携して）ということ言われていたので、一人の人

を支えていくために必要な仕組みを構築することを目的に取組を進めてきた。なお、地域としては、防災をきっかけとして地域のコミュニティ形成にも役立つと考えている。

この取組自体は10年ほど前から進めているもので、災害弱者を対象とする事業である在宅医療・介護連携推進事業についても検討に加えてきた。総務省が公開しているICTの有用性というレポートを参考にしつつ、とねつとを災害時にも使える基盤としていくことを視野に検討している。

幸手・杉戸地域では、救急搬送されるととねつと加入者の83.5%について、救急・医療従事者がとねつとから情報を入手して搬送に結びついたことが調査で明らかになっている。

救急搬送のプロセスを変更することは、救急隊側の責任問題につながってくるので調整が難航することもある。そのため、幸手・杉戸町では救急隊とのワーキングや意見交換の場を重ねて、救急時の対応に関する合意形成を図っていた。

幸手・杉戸地域では、東日本大震災の際に、さいたまスーパーアリーナに避難してきた被災者を受け入れた経験がある。かねてより埼玉県杉戸町と福島県富岡町が姉妹都市だった関係で、首長が被災者を杉戸町に避難させていたことで、在宅医療拠点の中心的役割を担う東埼玉総合病院で被災者に対応していた。当時は、街の施設に避難所を構え、保健師を常駐させたものの、現場は想定以上に混乱をきたした。避難所には地域の診療所情報が雑多にホワイトボードに貼られ、一見必要な情報が伝達されているように見えたが、そのような状況では結果的に本来医療を必要とする患者の受診が進まなかった。そこで、どの診療所で誰を診るかと患者を振り分けて、被災者一斉検診を実施し、検査結果と情報提供書を医療機関に共有する仕組みを整えた。

この被災者一斉検診の結果、70人を検査して問題がない人は数パーセントしかおらず、10人ほどが市内医療機関に定期通院、あるいは入院となった。うち1人は心不全を発症しており危ない状況だった。このように、災害時は医療の継続性の寸断と生活ストレスのせいか、大半が体調を崩してしまう。また、他の災害のケースではあるが、一度避難所で感染症が発生すると炊き出しが禁止されるため、栄養に乏しい弁当食などが続くことで体調を崩す方が出てくる。同時に、子供のアレルギー食がないといった問題も生じてくる。

こうした経験の蓄積もあり、災害時は人も場所も流動的になることから、風水害に弱い幸手・杉戸地域では情報基盤の整備に力を入れてきた。申し送りの必要な情報は情報基盤の中に格納しておく必要があるように思う。患者還流の仕組みは大事だが、支援を個別化できるほど細かなネットワークが現状ではないように感じていると在宅医療拠点菜のはなの担当者は述べていた。

なお、地域では今後の取組として、D2N2P型のオンライン診療システムを導入することで、遠隔地での検診を通じ、災害時など避難所の看護師の支援ができるようになると考えている。とねつとの中にもオンライン会議システムなどを導入していく可能性に言及されていた。

■重層的・補完的な取組み② | 認知症対応

なし

■重層的・補完的な取組み③ | 終末期対応

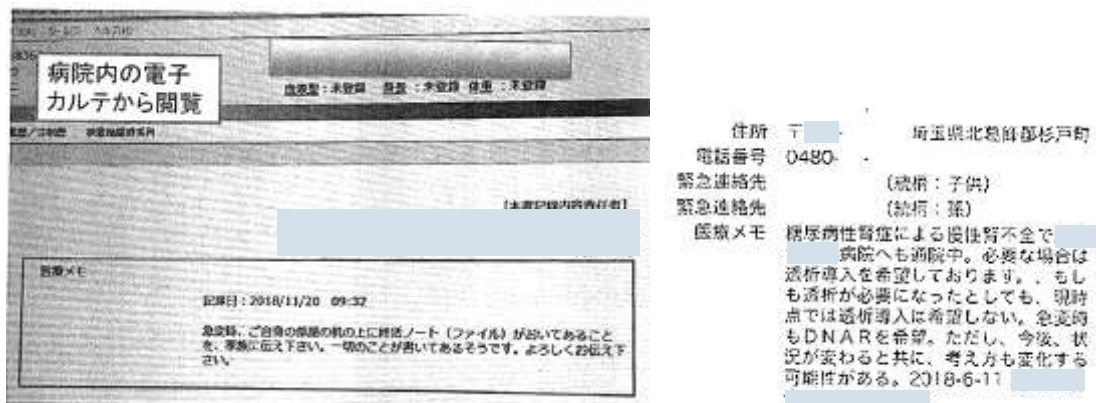
医師会の3病院が輪番で後方病床を確保しており、通常の救急対応ないし、看取りを行っている。幸手・杉戸地域においては、先述の通りとねつとを介して患者の医療情報などが電子カルテと同程度の情報を提供している。並行して紙媒体でも情報提供がなされているが、基本的には、とねつとを介して即座に医療・介護・救急が情報連携している。

とねつとの機能の一部には、ACPに関連する記述もとねつとの中で一部を確認すること（入力すること）ができる。介護・福祉の社会との関わり、患者の性格など、入退院支援に活用できる情報は概ね入力できるが、2018年10月時点では地域での運用ルールは定まっておらず、枠組みが整備されているという程度である。ただし、ACPそのものは病院にて正式に保管されており、とねつとに登録されたものはあくまで確認用という位置づけになっている。なお、とねつとの医療メモ機能に患者の意思が記載されていれば、救急隊や救急医療機関は救急搬送時に患者の蘇生意思をとねつと上で確認できるよう整備されている。ただし、患者の意思で不搬送とするなどの意思の反映は行っていない。

最後に在宅医療拠点菜のはなの担当者は、看取りの際に救急車を呼ばれてしまったと救急車で病院に行くことが看取りの失敗かのように語られる点に言及されていた。むしろ、救急隊員や医療従事者が、適正にそれぞれの役割を全うした結果として正しい結果と考えている。そのため、本人が希望した看取りを進めるには、事前の家族間合意・説明が必須であるとのことであった。

図表106 とねつとに登録されたACPの一部 閲覧例

(左:病院内の電子カルテから閲覧、右:救急隊のタブレット型端末から閲覧)



出所) 平成30年度第2回北葛北部在宅医療・介護連携推進協議会 資料より抜粋

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

地域としては、施設看取りが進まないことが問題だと感じている。協力施設が遠くにあるので、比較的近い距離にある大きな医療機関に患者対応をお願いする傾向がある。今後は、介護施設側の看取り力を養っていく必要がある。また、情報連携を効果的かつ効率的な在宅療養の礎と考えており、すべての多職種に対する ICT リテラシー教育を推進していく必要性についても言及されていた。

7. 愛知県瀬戸・尾張旭地域

■愛知県瀬戸・尾張旭地域の基本情報

瀬戸市は、人口 129,900 人、高齢化率 29.3%、面積 111.40km²の地域で、濃尾平野の東、尾張丘陵の一角に位置する。名古屋から北東約 20km に位置するベッドタウンでもある。市では、域内を 21 の日常生活圏域に分けてきめ細かい対応を図ろうとしている。地区別で見ると、高齢化率に大きな差が出ている地域もあり、高いところでは高齢化率が 40%を超えている箇所も存在する。また、独居高齢者世帯も増加していることなどから独居高齢者世帯への個別訪問等の対応を検討している状況である。



出所) Craft Map

次に尾張旭市は、人口 83,372 人、高齢化率 25.3%、面積 21.03km²の地域で愛知県北西部に位置する。中部経済圏の中心地である名古屋市と市の西側が隣接しており、東側に上述した瀬戸市が位置する。かねてより健康都市 尾張旭市を標榜し、「寝たきりにさせないまちづくり」といった施策を展開している。工業が盛んでありながら、市内には愛知県森林公園が存在するなど緑地も広く存在する地域である。

瀬戸旭医師会が隣接する瀬戸市と尾張旭市の 2 市を管掌していることから、在宅医療・介護連携の取組は 2 市合同で実施しており、事務局は瀬戸旭医師会が担当している。

医療資源は比較的豊富な地域であり、尾張東部医療圏には、藤田医科大学病院、愛知医科大学病院、公立陶生病院、旭労災病院の基幹病院が 4 つ、民間の法人病院が 6 つ存在する。人口数に比して病院が多く、尾張東部とりわけ瀬戸市では患者治療が市内で完結している。豊富な医療資源がある反面、入院医療がしっかりしていることで、これまで在宅医療のニーズが高くなかった地域である。

■地域の取組として目指している目標

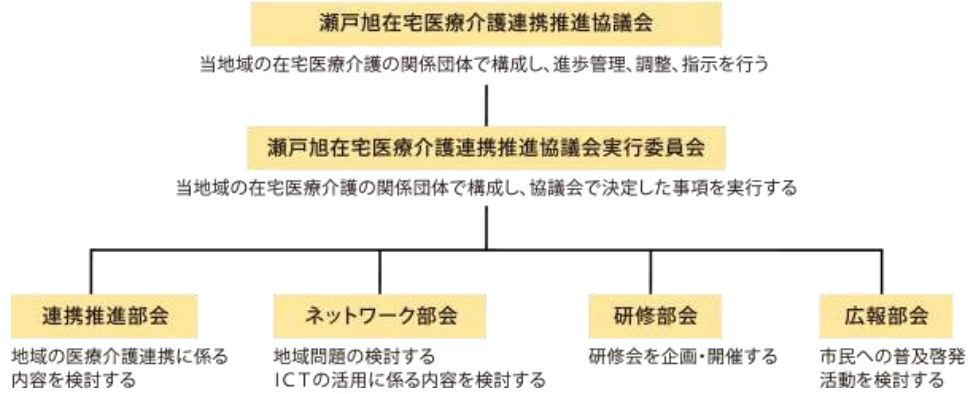
瀬戸・尾張旭地域では、地域ごとに住民主体の取組を進めている。また、医療・介護職が情報連携をはかりつつ、多職種が連携して地域包括ケアシステムを推進していけるようになることが地域の医療・介護人材に求められると考えている。医療職・介護職・行政と地域住民で地域の介護予防に力を入れつつ、医師会を中心とした在宅医療・介護連携を進めている。

■瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会

在宅医療・介護連携の取組を進めるため、関係団体で構成した在宅医療介護連携協議会を設置している。また、協議会で決定した事項を実行するため、在宅医療介護連携推進協議会実行委員会を設置し、4 つの部会（連携推進部会、ネットワーク部会、研修部会、広

報部会)を設置している。

図表107 瀬戸・尾張旭地域における会議体の組織図



出所) 瀬戸旭医師会提供資料

在宅医療介護連携推進協議会で決定された方針をもとに、在宅医療介護連携推進協議会実行委員会の部会内で様々な事業について検討するとともに、実際の現場においても取組がなされている。

図表108 瀬戸・尾張旭地域における会議の様子



出所) 瀬戸旭医師会提供資料

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

ネットワーク部会において、地域の医療機関、介護事業者等の所在地、連絡先、機能等を把握し、「瀬戸旭もーやっこネットワーク」のホームページ上に、市民向けと在宅医療介護従事者向けにそれぞれリストやマップとして整備している。

図表 109 瀬戸・尾張旭地域における医療・介護資源の把握状況・マップ



出所) 瀬戸旭医師会提供資料

(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、すべての多職種が参加する在宅医療介護連携推進協議会をはじめとする会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題を抽出するとともに、その対応策の検討を行っている。

在宅医療介護連携推進協議会における検討内容として、平成 26 年度から平成 29 年度までの活動を通じて、14 の課題を整理し、その対応策まで整理している。

	課題	対応策
①	地域の特性の把握が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・地域資源マップをもーやっこネットワークに掲載(随時バージョンアップ) ・高齢者の入退院の動向調査を実施 ・地域特性と医療・介護の資源の把握を実施 医療機関のマップとリストを作成し、地域相談窓口 13 か所に配布
②	医科歯科連携が不十分 訪問歯科診療の普及に影響有り	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師会と協議し、訪問歯科診療の申込書、報告書(様式 1・2)、フローチャートを作成、H28.12 月より施行 →平成 29 年度までに 36 件の申し込み有り、医科との連携も強化されつつある

③	医師と介護関係者との連携が不十分	・ケアマネジャーやその他の関係者からの連絡を受けられる時間帯を示すケアマネタイムを作成(H28.6月)
④	在宅医療介護関係者のサービスの質の向上、顔の見える関係作りが必要	・グループワークを含めた研修会を実施
⑤	訪問栄養指導、地域の栄養に関する指導、相談の窓口がない	・保健所管内栄養士会理事と協議し、健康課の栄養士にも協力を得て訪問栄養指導のモデルケースへの介入を実施 その後、2か所の診療所で管理栄養士を雇用し継続的に実施 ・H29.11月「もーやっこ栄養ケアステーション」が設立され、市民への出前講座や関係職種からの相談に対応
⑤	病院医師との連携が図りにくい	・管内の病院訪問や担当者からの情報収集により、「病院の相談窓口の一覧表」を作成、在宅関係者からの対応窓口を明確化 →在宅と病院との連携がしやすくなった。
⑦	訪問薬剤管理指導の可能な薬局が周知されていない	・薬剤師会に依頼し、訪問薬剤管理指導が行える薬局の一覧表を作成
⑧	訪問診療を実施している医療機関の実態の動向が不明	・医師会会員に実態調査(H27~29年度)を行い、公表 ・在宅医療に関わる医師同士の連携やそれに伴う負担、緊急時対応・看取り体制についての調査と意見交換会3回実施 ・主治医・副主治医制、グループ化、当番体制について協議
⑨	瀬戸市と尾張旭市の介護保険の申請書類の違いがあり、使用しにくい	・「軽度者の福祉用具貸与に係る確認書」を両市で統一されたものをもーやっこネットワークにも掲載
⑩	在宅医療介護について市民への普及啓発が不十分	・市民への普及啓発のため、在宅医療介護や介護予防、地域包括ケアシステムについて、各職種の役割や活動を公民館などで出前講座を実施(10職種で53回、延べ参加人数1,880名。) ・市民フォーラムは、4回実施、延べ参加人数696名。 ・行政などの相談窓口で在宅医療について分かりやすく説明するために、パンフレットを作成、市民フォーラム、出前講座、他イベント等で配布
⑪	医療介護連携には訪問看護ステーションの協力、連携の強化が不可欠	・ヒアリングとともに実態把握を行い、事業所の従事者、体制、特徴などを記載 管内の訪問看護ステーションのリスト・マップと「訪問看護活用ガイド」を配布 ・他職種への周知を連携強化のため研修会を実施 また、事例検討(研修会)を実施

⑫	在宅医療・介護連携に関する(相談)支援が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会に窓口を一本化。相談対応件数 合計 256 件 在宅医の選任依頼……108 件 在宅医療・介護連携に関する(相談)支援……148 件
⑬	関係職種ネットワークの構築が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・ICTの有効活用を普及するため、ネットワーク部会で協議、普及のための研修会を実施 ・「在宅医療介護について」尾張東部医療圏の首長のシンポジウムを実施 ・2次医療圏内での互換性の確保を実施
⑭	リハビリ職同士の連携が不十分	<ul style="list-style-type: none"> ・自主的にセラピストネットワークを設立し、出前講座や相談に対応

各専門職が、検討結果をそれぞれの現場に持ち帰り、在宅医療・介護連携の実践に生かしている。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

もーやっこネットワークを活用し、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組を行っている。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

愛知県内では、ほぼ全域において ICT を用いた電子@連絡帳を導入している。電子@連絡帳では、自由記載で患者情報を共有することが可能である。回線も SSL 認証で保護され、本人確認も ID・パスワードで実施されている。利用する端末も電子認証を受けたものでなければ使用することができないなど情報セキュリティを高めた仕様となっている（このシステムは、名古屋大学が開発したシステムであったが、豊明市と豊橋市で実証を開始し、県内に広げていったものである。）。

また、医療・介護関係者の意見を踏まえ、電子@連絡帳以外の情報共有（統一様式を活用した FAX での情報共有等）も、状況に応じて柔軟に取り入れている。

図表110 瀬戸・尾張旭地域で活用している情報連携システム



出所) 瀬戸旭もーやっこネットワーク

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

愛知県では、平成 27 年度から平成 29 年度まで、県医師会が在宅医療サポートセンターを設置していた。瀬戸・尾張旭地域では、平成 30 年度から「もーやっこダイヤル」において、医療・介護従事者や市民からの相談を受けている。

図表111 相談支援窓口「もーやっこダイヤル」



出所) 瀬戸旭医師会提供資料

(カ) 医療・介護関係者の研修

具体的な取組内容については、研修部会の中で決定している。研修方針の検討に当たっては、多職種へのヒアリング等を実施した上で、まず研修ニーズを把握している。関係団体が実施する研修について他の関係団体への周知に協力するなど、適宜方法を検討している。瀬

戸・尾張旭地域では、これまで下記のテーマを取り扱ってきた。

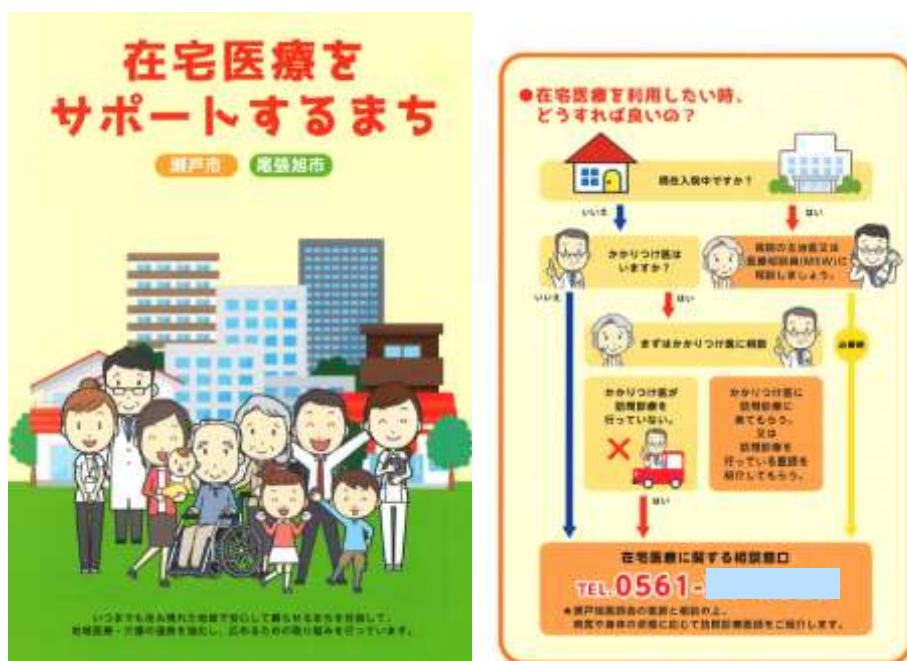
- ①多職種によるグループワーク（顔の見える化）
- ②地域の医療・介護関係者に対する研修
- ③多職種連携が必要な事例検討会

(キ) 地域住民への普及啓発

普及啓発の方策については、広報部会で詳細を検討している。普及啓発に係る既存の講演会等の内容・頻度等を確認し、新たな普及啓発の必要性について検討している。その上で、地域住民向けの普及啓発の内容、目標等を含む実施計画案を作成している。これまで、在宅医療・介護で受けられるサービス内容や利用方法等について、計画に基づき講演会等を開催してきた。

このほかにも、住民向けのパンフレットやリーフレット等を作成し、配布するとともに市区町村等のホームページで公開してきた。作成したパンフレット、リーフレット等は医療機関等に配布している。また、住民からの要望による「出前講座」や「市民フォーラム」を開催するなど、地域に出向いた啓発活動にも積極的に取り組んでいる。

図表112 地域住民への普及啓発リーフレット



出所) 瀬戸旭医師会提供資料

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

先述の通り瀬戸市と尾張旭市は、共同して在宅医療・介護連携推進事業を推進し、ICTを

活用した情報連携や在宅医療に係る普及啓発などの施策を共同で検討している。また、ICTを活用した医療圏単位での広域連携に取り組んでおり、介護事業所、医療機関等が幅広く連携しているため、先述の各部会で挙げた課題なども協力して解決に取り組んでいる。

■重層的・補完的な取組① | 救急・災害時への取組

電子@連絡帳のオプションとして災害時の現場や避難所などの画像を共有するシステムを構築している。

■重層的・補完的な取組② | 認知症への取組

瀬戸・尾張旭地域では、認知症初期集中支援チームを平成 30 年 4 月に設置した。認知症初期集中支援チームには、地域包括支援センター（瀬戸市には 7 ヶ所、尾張旭市には 1 か所）と認知症サポート医が参加しており、対象者の早期医療受診につながっている。また、認知症家族支援プログラムや認知症カフェの実施についても、更なる拡充を目指し、今後、見直しを検討している。

■重層的・補完的な取組③ | 終末期への取組

終末期対応で大切なことは、件数を増やすことではなく、終末期医療の質を高めることである。そのひとつとして、ACP が必要であると考えている。現在の瀬戸・尾張旭地域では、まずは多職種に ACP の概念・趣旨を理解してもらうため、「あいち ACP プロジェクト」（相談対応力向上研修）研修を開催した。

住民への啓発については、出前講座が効果的で、協議会から小さなサロンや老人クラブなどの最小単位で講演を実施することが重要であった。出前講座の内容についても、これまでは在宅医療や服薬の話が中心だったが、これからは ACP の理解を深めてもらう内容を取り入れていく必要があると市・医師会の担当者は述べていた。

■PDCA の運用に向けた事業評価の仕組み

地域包括ケアを全国一律に評価する指標は定まっていない。そこで瀬戸・尾張旭地区では地域包括ケアの評価指標として地域看取率、独居看取率を取り上げている。地域看取率とは全死亡のうち医療機関での死亡と警察の検視を受けたものを除外してサ高住を含む施設と住み慣れた自宅で亡くなった方の割合である。また独居看取率は独居であったものが住みなれた自宅で看取りをうけたものの割合である。これらの指標は地域包括ケアが充実していない限り高い割合になり得ないもので、特に独居看取りは多職種協働がなければ実現し得ないものであるためアウトカム指標となりうると考えている。さらに今後は看取り数だけでなく看取りの質も重要と考えている。

独居者の検案率を検討すると 75 歳以上の高齢者と比べ、75 歳未満の検案率が高く、医

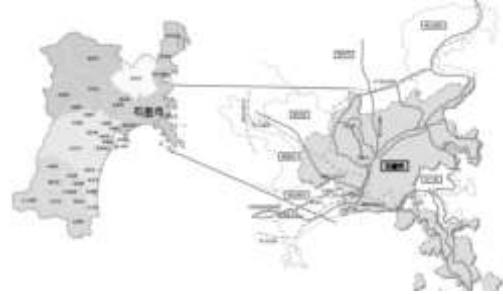
療・介護に結び付く以前に亡くなっていると推測されたので、今後は医療・検診未受診者の独居に対してのアプローチも必要であると考えている。

この他の指標案としては、緊急往診数や退院時の共同カンファレンスに医師がどれだけ参加できたか、サービス担当者会議に主治医が参加できたかといった件数を把握するなどが挙げられる。特に、医師がカンファレンスに参加できたのか、といった指標は在宅療養の質の向上における鍵を握ってくる。こうしたものを今後、瀬戸・尾張旭地域では追跡していきたいと市・医師会の担当者は述べていた。

8. 宮城県石巻市

■宮城県石巻市の基本情報

宮城県石巻市は、宮城県東部に位置し、県内で二番目に人口が多い市である。人口 144,823 人の大規模自治体であり、高齢化率は 32.1%（平成 30 年 9 月 30 日時点）と全国平均の 27.7%よりも少し高い地域である。人口の減少傾向が続いており、2040 年には 10 万人に近づくと予測されている。市内には、平成 23 年の東日本大震災



（出所：石巻市 HP）

の際に、多大な被害を受けた地域もあり、石巻市立病院もその例外ではなく被災したため、市立病院開成仮診療所が平成 24 年に開設され、訪問診療他に取り組み、厚生労働省の在宅医療連携拠点事業として、各種アンケート調査や、講師による専門職向け研修、市民啓発などの事業を行っていた。

■地域の取組として目指している目標

石巻市の目標は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、石巻地域を取り巻く現状を理解し、自らが望む療養のあり方を選択し、安心した療養生活を送ることができる町である。そのため、地域の医療・介護の関係機関が連携し、包括的な在宅医療・介護を提供することを目指している。

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

平成 28 年度に介護支援専門員等に対してアンケートを実施した際、介護事業者から、各医療職との連絡ルールを明確にする要望が多かったため、医療職の各機関が、ケアマネジャー等との連携に必要な項目を集約した。そして、平成 29 年 7 月から、石巻市ホームページの「石巻市在宅医療・介護連携ウェブサイト」内に、主に介護職向けに、医療職各機関（内科分野・歯科分野・薬剤分野・看護分野）への連絡方法や、問い合わせに応じられる曜日や時間帯、在宅医療の取組みの掲載を開始した。同ウェブサイトには、市内の 273 事業所のうち 75.5%にあたる 206 事業所の情報が掲載された。

図表113 在宅医療・介護連携ウェブサイトの概観(上段左)・掲載イメージ(上段右)・チラシ(下段)



出所) 石巻市在宅医療・介護連携ウェブサイトおよび石巻市役所提供資料

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

石巻市は、平成 25 年、地域包括ケアの推進を図るため、市長、県保健福祉事務所長、医師会長ら関係団体代表を委員として構成された「石巻市地域包括ケア推進協議会（以下「協議会」と表記）を立ち上げた。当協議会の事務局は、市健康部包括ケア推進室が務める。同年復興庁の「新しい東北」先導モデル事業の支援対象事業に選ばれ、平成 26 年には、「石巻市地域包括ケアシステム推進実施計画」を作成している。当初は、開成仮診療所が主体となり、本事業を推進していたが、平成 28 年からは、石巻市健康部包括ケアセンター（以下「包括ケアセンター」と表記）が「在宅医療・介護連携推進事業」を進めてきた。

協議会には、多職種連携・在宅医療（ケア）体制構築検討部会と地域コミュニティ支援検討部会の 2 つの検討部会が設置され、それぞれ年に 2、3 回の会議が開催されている。

多職種連携・在宅医療（ケア）体制構築検討部会は、在宅医療・介護連携推進事業における調査等を行う組織であり、実際の実務は協議会事務局と、この検討部会員との協議によって進められている。地域コミュニティ部会は、主に市民が、地域における支え合いの体制づくりについての議論をする部会であり、在宅医療・介護連携推進事業の推進には直接は関係していない。

本事業の推進にあたっては、多職種連携・在宅医療（ケア）体制構築検討部会で、アンケート・ヒアリングによる課題抽出・施策検討を実施し、石巻市地域包括ケア推進協議会で意思決定をするというプロセスを経ている。

当部会による最初の調査は、平成 28 年 6 月に、介護支援専門員等（地域包括支援センター 12 ヶ所、居宅介護支援事業所 47 ヶ所）に対する医療・介護連携に関するアンケート及び聞き取り調査として実施された。その結果、各専門職種間での連絡ルールの明確化・相互理解を望む声が多数あり、それを受けて事業項目（ア）・（エ）・（カ）が進められた。

平成 29 年 7 月には、石巻圏域の有床医療機関（病院 10 ヶ所、診療所 3 ヶ所）を対象とした、入退院連携に関する調査が実施された。結果としては、患者の入退院時において、医療者側とケアマネジャーとの十分な情報共有や、生活困窮者及び身元引受人がいない場合における行政の相談窓口の明確化を望む声が抽出され、事業項目（ウ）・（エ）が進められた。

3 回目の調査となった平成 29 年 9 月には、介護支援専門員等（地域包括支援センター 12 ヶ所、居宅介護支援事業所 47 ヶ所、訪問看護ステーション 9 ヶ所）を対象とした、在宅医療相談支援体制のための調査が実施された。その結果、在宅療養時における相談ニーズが抽出され、これらは事業項目（オ）に活かされた。

今年度の平成 30 年 6 月には、介護支援専門員等（地域包括支援センター 12 ヶ所、居宅介護支援事業所 47 ヶ所）に対して、医療・介護連携基本情報閲覧システムの検証についてのアンケートを実施した。結果として、基本情報に関する周知、基本情報閲覧の利便性の向上、掲載医療機関の拡充を求める声が抽出され、事業項目（ア）がブラッシュアップされることになった。石巻市の特徴は、このように行政担当者らが、会議体に所属している専門職だけ

でなく、多くの専門職から広く声を集めようとする姿勢を持っていることにあると言える。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

各部会員同士が、多職種連携・在宅医療（ケア）体制構築検討部会において情報提供と意見交換を行い、提供体制の構築を進めている。議論のテーマとしては、石巻市立病院における訪問診療の件数、エリア・バックアップベッドの運用方法、域内の医師会における訪問診療の現状、ICT を活用した情報連携体制の現状などが取り上げられている。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

事業項目（ア）で記載したように、石巻市在宅医療・介護連携ウェブサイトの運用により、介護職への医療機関の情報支援を行っている。また、詳細な説明は重層的・補完的な取組の項目に譲るが、介護保険被保険者証カバーを利用し、ケアマネジャーの連絡先（名刺等）を入院先の医療機関の担当者に受け渡す仕組みなど、ユニークな対策が実施されている。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

事業項目（イ）におけるアンケート調査「在宅医療相談支援体制のための調査」において、相談窓口に必要な機能を抽出し、体制構築に活かしている。本調査では、医療的なニーズとして、内科等の基礎疾患があり通院・訪問診療の必要性があるにも関わらず、認知症状や身体状況等により医療機関に繋がらない症例に対する、相談支援・居宅介護支援事業所等への在宅医療資源の情報提供の必要性が挙げられていた。また、社会福祉的なニーズとしては、社会福祉側面で医療に繋がらない際の支援体制の構築の必要性が指摘されていた。

上記を踏まえ、平成 30 年 10 月 15 日に、包括ケアセンター内に、高齢者等の在宅医療・介護連携を推進するための医療・介護関係者(専門職)専用の相談窓口を設置した。この相談窓口では、関係機関への在宅医療・介護の情報提供、退院時の地域の医療関係者と介護関係者の連携調整、地域の医療機関と介護事業者相互の紹介のほか、在宅療養等の必要性があるにもかかわらず医療機関に繋がらない症例に対する相談支援を行っている。今後は、関係機関（医師会等）との連携(協力)調整を行いながら対応していく予定である。

(キ) 地域住民への普及啓発

石巻市の担当者らは、市民への普及啓発に熱意を持った取組を進めており、その中でも特に注目すべきものが出前講座である。

出前講座は3パターンあり、地域や団体によって内容を変えながら実施している。1つ目の「今の石巻、これからの石巻 ～生き生き人生を送るためのヒント～」(A(自助・互助))は概要版であり、「地域包括ケアシステム」について説明している。2つ目の「個人で、地域でできること ～みんなで考えよう！ささえあい活動～」(B(互助))は、近隣住民同士で互いに助け合うために何ができるかをグループワークする講座である。3つ目の「いつか来るその日のために… ～はじめよう！自分のための終活～」(C(最期の迎え方))は、終活(在宅医療・ACPについて等)に関する市民への啓発を目的とした内容である。

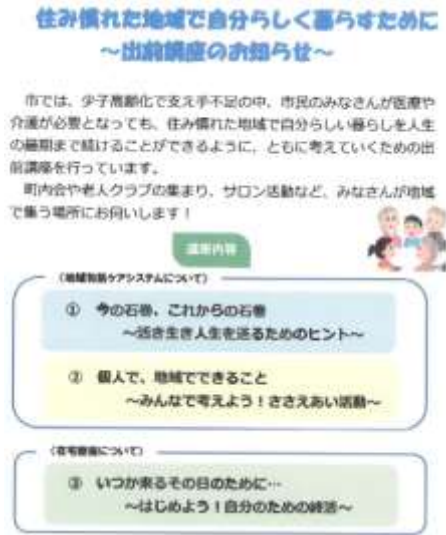
主な対象者としては、町内会・老人クラブ・サロンが中心である。年に数回ほどは、民生委員や町内会長連絡協議会、保健推進員など地区の役員を対象としての講座も実施している。平成28年11月から実施しており、当初は年に17回の実施であったが、平成29年度は38回、平成30年度は、11月時点で既にのべ49回と依頼が順調に増加している。今年度は、地域を担当する保健部門の保健師も講話(啓発)に協力しており、12回の講話を実施し多面的な広がりがある。

図表116 出前講座の様子



出所) 石巻市健康部包括ケア推進室包括ケアセンター

図表117 出前講座パンフレット



出所) 石巻市健康部包括ケア推進室包括ケアセンター

図表118 平成29、30年度の出前講座の開催回数・参加者人数

○29年度出前講座

メニュー	開催回数	延べ参加者数
A (自助・互助)	24回	545人
B (互助)	9回	165人
C (最期の迎え方)	5回	55人
合計	38回	765人

30年度出前講座

H30.11月末現在

メニュー	開催回数 (回)	延べ参加者数 (人)
A (自助・互助)	35 (12)	992 (330)
B (互助)	1	4
C (在宅療養について)	13	309
合計	49 (12)回	1305 (330)人

※ () 内は健康推進課及び各総合支所保健福祉課が実施したもの

出所) 石巻市健康部包括ケア推進室包括ケアセンター

出前講座のほか、パンフレットの作成・配布も実施している。出前講座で使うことを意識して手持ちで説明できるように作成されており、多職種連携・在宅医療（ケア）体制構築検討部会で選出されたパンフレット作成チーム員により、複数回議論された末に作成され、各職能団体の思いが詰まったものとなっている。当パンフレットは、石巻圏域の医療・介護事業所等に配布し相談場面で使ってもらおうこととしている。また包括ケアセンターが開催す

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

平成 28 年～29 年度は、不定期に石巻医療圏内の 2 市 1 町（石巻市・東松島市・女川町）と県保健福祉事務所で情報交換を行ってきた。平成 29 年度 10 月からは、圏域の具体的な連携を目的とした調整会議の開催について、2 市 1 町で検討を開始した。後述する入退院時情報連携のツールは、この 2 市 1 町で運用されている。

図表121 石巻圏域2市1町での協議内容

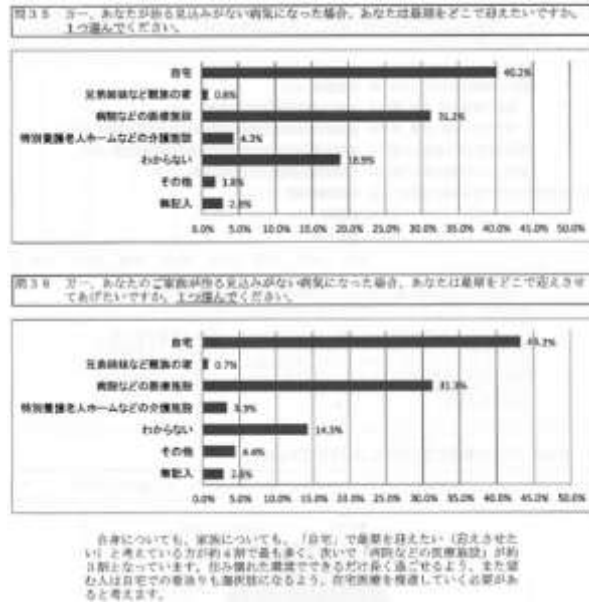
参集範囲	年月日	協議内容
東部保健福祉事務所 石巻市 包括ケア推進室	29年11月24日	介護支援専門員対象の研修会の実施について
※東部保健福祉事務所主催	30年3月2日	※「医療と介護の連携を考える研修会」：東部保健福祉事務所主催
東松島市 女川町 (包括ケア担当者)	29年12月15日	・入院直後の医療と介護関係者の連携について (保険者証の配布について) ・介護認定情報の病院への提供について
	30年1月25日	・入院直後の医療と介護関係者の連携について(保険者証の配布について) ・各市町の取組についての情報共有
石巻市 包括ケア推進室 介護保険課、	30年2月27日	・今後の石巻圏域での連携内容について
	30年3月14日	・3/2 研修会のアンケート結果について
東部保健福祉事務所	30年4月24日	・「在宅医療・介護連携推進事業」研修事業計画の共有について ・入退院時の病院連携窓口一覧表作成の進め方について
	30年5月15日 30年6月15日	・入退院時の病院連携窓口一覧表について(有床病院聞き取りの分担・配布(周知)方法等)

出所) 石巻市健康部包括ケア推進室包括ケアセンター

■重層的・補完的な取組み① | 終末期対応

市民意識調査¹の結果として、自宅での看取りを希望する市民が多かったことを契機に、終末期対応に関する取組を開始した。

図表122 平成28年度石巻市市民意識調査の抜粋



出所) 石巻市健康部包括ケア推進室包括ケアセンター

終末期医療に関する住民啓発の必要性を鑑み、当メニューは、「終活」の必要性や、在宅療養を希望する際に準備すべきこと等をわかりやすく説明する内容となっている。資料はすべて市の担当者らが作成している。

図表123 出前講座「いつか来るその日のために…～はじめよう！自分のための終活～」資料抜粋



出所) 石巻市健康部包括ケア推進室包括ケアセンター

¹石巻市役所は、2年に1回、18歳以上の市民から無作為に選定された2700人を対象とした意識調査を実施している。郵送されており、有効回答者数は毎回1000人程度。調査項目は、様々な課が市民の生活に関して数問ずつ提出している。

■重層的・補完的な取組み② | 入退院調整

石巻圏域の2市1町共同で、4つの取組を実施している。1つ目は、介護保険被保険者証カバーをツールとして利用した情報連携である。このカバーは、被保険者証の更新時もしくはサービス利用時に、ケアマネジャーを通じて介護認定者に配布されている。市の担当者らは、このカバーに事前にケアマネジャーの名刺を入れておき、入院時にケアマネジャーの氏名を入院先の担当者に伝えることを患者に周知している。

2つ目は、入退院時におけるケアマネジャー等の役割(医療職との連携の重要性)等についての研修会である。ケアマネジャーを対象とし、平成30年3月2日に県保健福祉事務所が主催し第1回が実施された。

3つ目は、医療機関と介護職との入退院時における情報共有の窓口の整備である。こちらは、2市1町担当者と県保健福祉事務所が分担して、入退院時における石巻圏域の病院・診療所の連絡窓口の聞き取り調査を実施し、整備された。

4つ目は、「石巻圏域の入退院時情報連携の手引き」の作成である。当手引きは、県保健福祉事務所と共同で作成され、平成30年10月に、域内の有床の医療機関・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所に配布された。主な内容としては、介護保険被保険者証カバーの使用を徹底し情報連携をすることと、そのための相談窓口の一覧が含まれている。

図表124 石巻圏域の入退院時情報連携の手引き



出所) 石巻市健康部包括ケア推進室包括ケアセンター

■PDCA の運用に向けた事業評価の仕組み

石巻市は、多職種連携・在宅医療(ケア)体制構築検討部会が在宅医療や介護の提供者に対して実施したアンケート調査及びヒアリングの結果をもとに、課題の整理・施策の立案を実施している。また、市民に対しても、2年に1度、石巻市役所各課から数問ずつ質問を盛り込んだ石巻市民意識調査を実施しており、その過程で看取りに関する意識の調査等も定点観測している。それら一連の活動の結果、「最期の迎え方について考え、身近な人に伝えている」と回答している住民は、平成28年に9.8%だったが、平成30年には14.0%と増加した。また、「最期を自宅で迎えたい」と回答した住民についても、疾病や身体状況にもよるが、増加傾向にあるという。

このように、定量的な数値を取得する仕組みは整備されており、それを課題把握や施策に反映する流れも既にできていると言える。

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

医療・介護連携基本情報閲覧システムのあり方については課題である。平成30年5月に実施したアンケートでは、対象とした石巻市の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に所属する専門職員、及び閲覧申し込みのあった事業所の専門職種のうち、半数近くでログイン経験がないことが判明した。また使用経験者からも、「見たい情報にたどりつくまでに時間がかかる」、「情報の更新日時がわからない」といった意見が出ている。現在、このような課題を踏まえ、改良案を作成して改修作業を実施している。

また本事業は、医療、介護専門職や地域住民、または庁内関係者との間で、相互に理解し課題を出し合い、対応策を練るなどの一体的な事業運営が求められるが、まだまだ一方的な取り組みとなることも多く、共に歩みを進めることの困難さを感じることもある、と担当者らは述べていた。

9. 新潟県上越地域（上越市・妙高市）

■新潟県上越市・妙高市の基本情報

新潟県上越市・妙高市は、新潟県南西部に位置しており、市内の大部分は特別豪雪地帯に指定される地域である。北陸新幹線の開通により東京都心部からの交通の便も改善されたが、歴史的にも交通の要衝を担ってきた地域でもある。

人口・高齢化率は、上越市が 194,132 人、高齢化率は 31.6%、妙高市が 32,884 人、高齢化率は 33.2%である。また上越市・妙高市ともに、後期高齢者数が伸びていく形で 65 歳以上人口は、



出所) Craft Map

今後減少していくが高齢化率は右肩上がりに高まっていくと推計されている。同地域では、すでに前期高齢者数を後期高齢者数が上回っており、2018 年から 2020 年頃に高齢者数がピークを迎えることが予想されている。上越市は、隣接する妙高市、糸魚川市とともに上越医療圏を形成するが、上越市と妙高市の 2 市で共同して在宅医療・介護連携推進事業を推進している。全国的に見ると医師・看護師が不足している地域ではあるが、地域医療構想で示された医療配分は需給バランスがほぼ合致し、介護施設サービスの供給量は十分な状態にある地域である。

■地域の取組として目指している目標

地域では、継続的な医療・介護が提供できる仕組みを地域内で構築することを目指している。この目的を達成するため、ケアマネジャーを中心に地域連携連絡票（以下「連絡票」という。）を作成しており、病院・施設入所の際にも活用可能である。ケアマネジャーは、地域連携連絡票の内容を確認し、都度対応を変更することが期待されており、カンファレンスについても患者サービスの個別支援を進めるべく、退院前カンファレンスおよびサービス担当者会議の 2 つを実施している。

このほかの取組目標として、上越地域では多職種が連携票を有効に活用することをテーマとしている。この目標の達成に向け、後述する各部会で検討を重ねている段階であり、患者入院時にもその連携票を提出して、介護と医療の継続性を図っている。

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会は、事業を手掛けるに当たり、東京都武蔵野市の事例を参考に事業項目(ア)～(ク)を参考にし事業項目を整理した。結果として、行政としてインパクトのある施策を講じることが可能な項目として、事業項目(ウ)、(エ)、(カ)、(キ)の 4 つを挙げ取組を進めてきた。(オ)の相談窓口については、在宅医療推進

センターが行政の補完的役割を担っている。

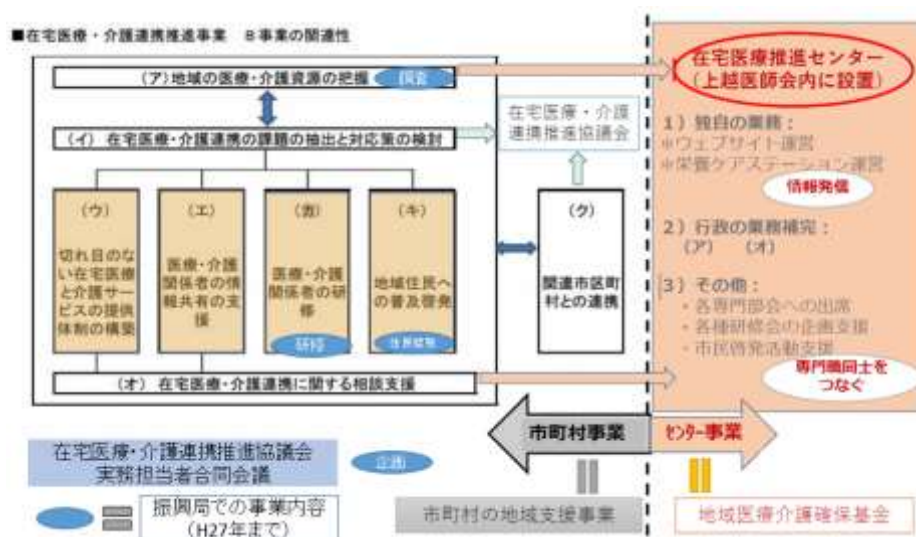
これまでの取組経緯として、上越地域では新潟県上越地域振興局（以下「振興局」という。）が新潟県地域医療再生計画に基づく基金を活用し、平成 25 年度に上越地域在宅医療推進協議会を設置し、3 年間で在宅医療推進をモデル的に実施した。

基金が終了した平成 27 年度末に協議会が終了することになり、上越市及び妙高市が協議会を設置するまで 1 年間の空白期間が生じることになったが、それまで構築した関係機関との連携を継続するために、協議会のメンバーが新たな協議会設置を見据えながら、勉強会を開催した。

事業推進に向けた検討にあつては、平成 29 年度に設置した上越市・妙高市在宅医療介護連携推進協議会が、事業項目（イ）にて後述する各部会にて医師、看護職、介護職、病院の連携室など 6～8 名が参画し、取組に関する検討を進めている。

平成 29 年度には、上越医師会が在宅医療推進センターを設置した。このセンターでは、①専門職同士のコーディネート役、②市民向け・医療介護職向けの情報発信の機能を担うこととしている。先述した（オ）の相談窓口業務を通じた、医療と介護のつなぎ役のほか、専門部会等の企画・運営、MC ネットやがんぎネットといった地域の情報連携基盤である ICT の管理・運用、地域一体型 NST 事業（栄養ケアステーション）の運営支援が挙げられる。市民向けには、在宅医療の普及啓発等の機能が期待されている。

図表 125 上越市・妙高市における 8 つの事業項目の取組体制



出所) 上越地域在宅医療推進センター提供資料

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

資源の把握を実施し、パンフレットへの掲載・配布を実施している。在宅医療推進センターでは、基本的には振興局で把握していた情報や、上越市・妙高市の両市がこれまでに実施してきた既存調査の結果を活用した。医療・介護資源については、近隣の自治体からも確認できるようにネット配信を開始しているほか、上越地域包括ケア推進情報 Web サイトがんぎネットでも多職種・住民に向けて情報提供している。

図表126 上越市・妙高市における医療・介護資源の把握支援ツール



出所) 上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会提供資料

このほか、振興局を中心に平成 25 年と 27 年に病院および介護支援専門員等を対象としたアンケート調査を実施し、在宅医療の実態に関する調査を行ってきた。振興局が主導的にアンケートを実施することで病院の回答率が 100%に達しており、各回ともに悉皆調査となるように対象機関に働きかけた。

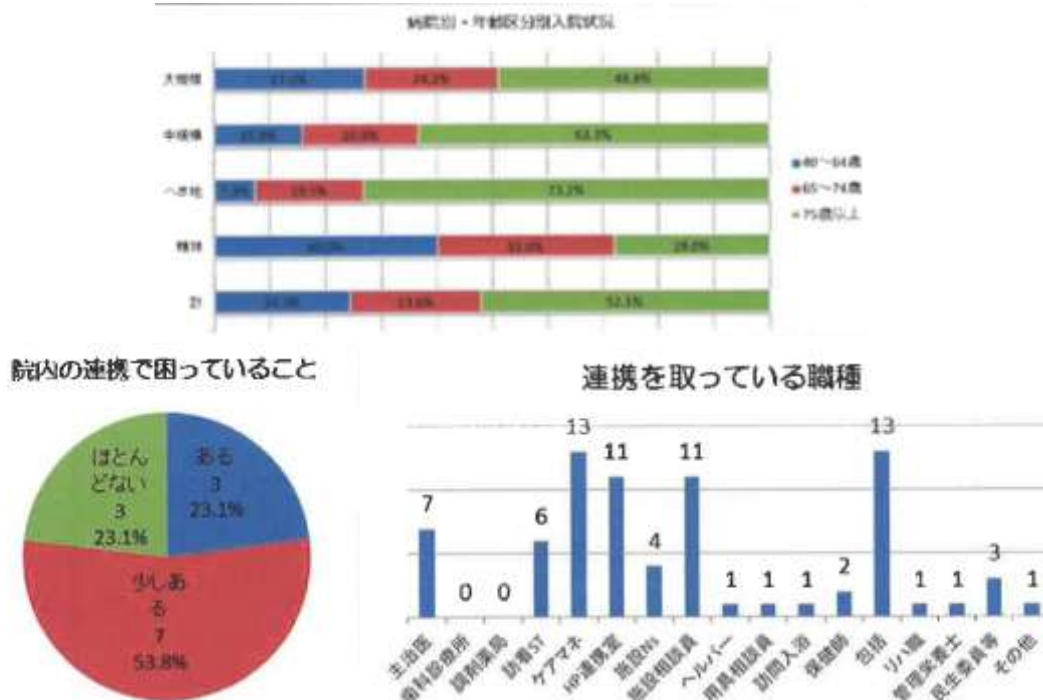
図表127 上越地域の在宅医療連携に関する実態調査の結果概要(平成25年度調査)



出所) 上越地域振興局提供上越地域在宅医療連携協議会資料

なお、この調査は平成25年度と、その後平成27年度に2度目の調査を実施しており、実態把握と地域課題を抽出することで、地域でどのような在宅医療が営まれているのかを定量的にモニタリングしようと試みてきた。同連携協議会での調査自体は平成27年度で終了したが、上越地域在宅医療推進センター(上越医師会)の継続的な取組として、平成30年度もこれまでの取り組みを評価・検証することを目的に、調査を継続している。

図表128 アンケートから得られた定量的な入退院実態の一例(平成25年度調査)

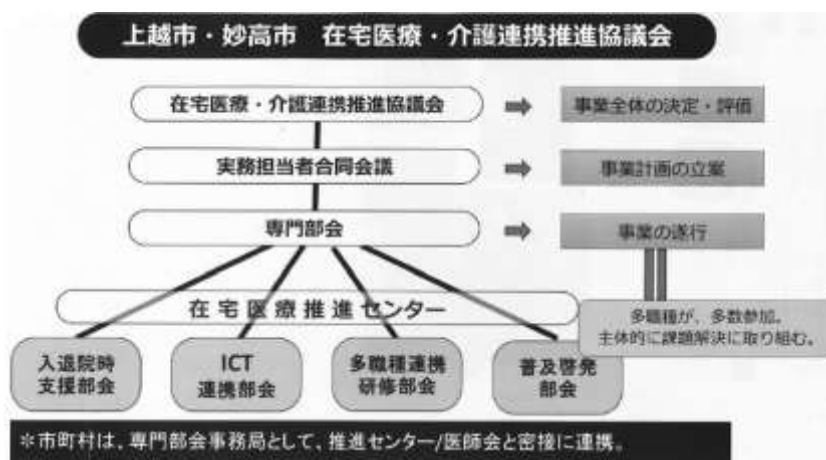


出所) 上越振興局 (平成 25 年度病院調査)

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

平成 29 年度から在宅医療・介護連携推進協議会、実務担当者合同会議、専門部会で構成し、事業全体の決定・評価を年に 1 度開催する会議で行い、事業計画の立案を毎回 5 月に検討する形で実施されており、ここで PDCA の評価を参考にした検討を重ねている。

図表 129 在宅医療・介護連携協議会の体系図



出所) 上越市提供資料

なお、専門部会のひとつである多職種連携推進・研修部会では、各職能団体のリーダー育成を目的に、施設分類別、職種別に意見交換の場を持つことで多職種間の連携における実態や課題意識を共有している。下記の図表は、平成25年度から27年度にかけての活動から、それぞれの職種の意見を整理した結果である。ここで得られた課題の整理や追加的な検討に関しては、平成29年度に再編された多職種連携推進・研修部会などで進められている。

図表130 多職種連携研修会の意見交換会(平成25から27年度)アウトプット



出所) 上越地域振興局

上越地域の医療と介護の連携に関する調査票(100)
【介護支援専門員調査票】

1. 目的
上越地域での在宅医療・介護連携推進に向けた関係者に対するアンケート調査によるものです。
2. 調査主体
調査主体 上越地域在宅医療推進センター
協力機関 上越市、上越市、上越市健康推進センター
3. 調査対象
上越市に在住する在宅医療・介護支援専門員として登録している方
4. 調査実施日と実施期間
調査実施日 平成27年4月26日(水)
調査期間 平成27年4月16日(金)～
5. 調査方法
郵送によるアンケート調査(無回答の方には、電話によるフォローアップ調査を実施いたします。)
※アンケート調査結果は匿名で集計いたします。
※アンケート調査結果は必ずしも正確な結果を示すものではありません。

本調査票の送付先(〒951-8504 上越市 東1丁目1番1号)へ送付してください。
送付先住所は、調査票と併せて送付いたします。送付先住所は、調査票と併せて送付いたします。送付先住所は、調査票と併せて送付いたします。

※ 送付先住所は、調査票と併せて送付いたします。

調査票の送付先住所(〒951-8504 上越市 東1丁目1番1号)へ送付してください。

調査票の送付先住所(〒951-8504 上越市 東1丁目1番1号)へ送付してください。

調査票の送付先住所(〒951-8504 上越市 東1丁目1番1号)へ送付してください。

上越地域の医療と介護の連携に関する調査票(100)
【病院調査票】

1. 目的
上越地域での在宅医療・介護連携推進に向けた関係者に対するアンケート調査によるものです。
2. 調査主体
調査主体 上越地域在宅医療推進センター
協力機関 上越市、上越市、上越市健康推進センター
3. 調査対象
上越市に在住する在宅医療・介護支援専門員として登録している方
4. 調査実施日と実施期間
調査実施日 平成27年4月26日(水)
調査期間 平成27年4月16日(金)～
5. 調査方法
郵送によるアンケート調査(無回答の方には、電話によるフォローアップ調査を実施いたします。)
※アンケート調査結果は匿名で集計いたします。
※アンケート調査結果は必ずしも正確な結果を示すものではありません。

本調査票の送付先(〒951-8504 上越市 東1丁目1番1号)へ送付してください。
送付先住所は、調査票と併せて送付いたします。送付先住所は、調査票と併せて送付いたします。送付先住所は、調査票と併せて送付いたします。

※ 送付先住所は、調査票と併せて送付いたします。

調査票の送付先住所(〒951-8504 上越市 東1丁目1番1号)へ送付してください。

調査票の送付先住所(〒951-8504 上越市 東1丁目1番1号)へ送付してください。

調査票の送付先住所(〒951-8504 上越市 東1丁目1番1号)へ送付してください。

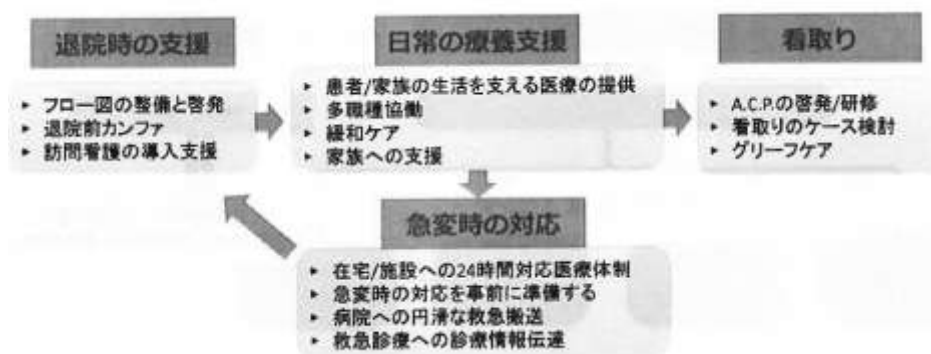
出所) 上越地域在宅医療推進センター

また、振興局ではアンケート調査の分析協力のほか、医療機関へのヒアリングを基に、「在宅医療の推進」を地域保健医療計画の上越保健医療圏域の重点課題とし、地域の在宅医療の現状および重点取組方針の進捗管理のために図表 132 をとりまとめることで、すべての関係者に地域の現状をわかりやすく伝える取組にも着手していた。また、実態把握から課題抽出までを手厚くフォローしている様子が伺えた。

なお、平成 30 年度には、下記図表の課題について、上越市・妙高市・振興局の協力を得て、上越地域在宅医療推進センターが主体となって、モニタリングの目的も含めた調査を実施した。

このように実態把握を丁寧に進めていくことで、上越地域では在宅医療・介護連携を推進するにあたっての地域課題の整理を進めている。

図表131 上越地域における在宅医療の課題(平成30年度)



出所) 上越地域在宅医療推進センター

図表132 在宅医療の推進:重点取組方針進行管理表(平成30年度)

I 施策の展開		実績数値																																																																																																		
目標																																																																																																				
<p>1 連携体制</p> <p>在宅医療期間施設を増加させるとともに、医療機関相互の円滑な連携を図り、各々の有する機能を有効活用できる体制づくりを支援します。</p> <p>目標</p> <p>① 在宅療養支援診療所、24時間対応可能な訪問看護ステーション、在宅療養支援歯科診療所を現状より増加させます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○在宅療養支援診療所数 35施設 ○24時間対応可能な訪問看護ステーション施設数 8施設 ○在宅療養支援歯科診療所数 18か所【平成29年度まで】 <p>② 病院の地域医療連携窓口医療職及び退院支援担当者配置されている病院数を現状より増加させます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域連携窓口医療職配置病院 9病院 ○地域連携窓口退院支援担当者配置病院 8病院【平成29年度まで】 <p>③ 病院退院時の調整連携会議の開催数を現状より増加させます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院退院時調整連携会議開催数 2,428回【平成29年度まで】 <p>④ 脳卒中地域連携バスの運用件数を現状より増加させます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○脳卒中地域連携バス 150件【平成30年度まで】 	<p>■在宅療養支援診療所数、在宅療養支援歯科診療所数 (単位:施設)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H26-1 【基準年】</th> <th>H27-9</th> <th>H28-9</th> <th>H30-3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>在宅療養支援診療所</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>在宅療養支援歯科診療所</td> <td>18</td> <td>20</td> <td>24</td> <td>29</td> </tr> </tbody> </table> <p>■24時間対応可能な訪問看護ステーション数 (単位:施設)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H26-1 【基準年】</th> <th>H27-9</th> <th>H28-9</th> <th>H29-9</th> <th>H30年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24時間対応可能な訪問看護ステーション数</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table> <p>【参考】 ○訪問看護ステーション数、訪問件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H26年 【基準年】</th> <th>平成26年</th> <th>平成27年</th> <th>平成28年度</th> <th>平成29年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問看護ステーション数</td> <td>13</td> <td>12</td> <td>15</td> <td>18</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>訪問件数</td> <td>18,092</td> <td>29,971</td> <td>51,766</td> <td>41,099</td> <td>48,665</td> </tr> </tbody> </table>		H26-1 【基準年】	H27-9	H28-9	H30-3	在宅療養支援診療所	32	33	34	31	在宅療養支援歯科診療所	18	20	24	29		H26-1 【基準年】	H27-9	H28-9	H29-9	H30年度	24時間対応可能な訪問看護ステーション数	7	8	10	11	10		H26年 【基準年】	平成26年	平成27年	平成28年度	平成29年度	訪問看護ステーション数	13	12	15	18	17	訪問件数	18,092	29,971	51,766	41,099	48,665																																																						
		H26-1 【基準年】	H27-9	H28-9	H30-3																																																																																															
	在宅療養支援診療所	32	33	34	31																																																																																															
	在宅療養支援歯科診療所	18	20	24	29																																																																																															
		H26-1 【基準年】	H27-9	H28-9	H29-9	H30年度																																																																																														
24時間対応可能な訪問看護ステーション数	7	8	10	11	10																																																																																															
	H26年 【基準年】	平成26年	平成27年	平成28年度	平成29年度																																																																																															
訪問看護ステーション数	13	12	15	18	17																																																																																															
訪問件数	18,092	29,971	51,766	41,099	48,665																																																																																															
	<p>■地域連携窓口配置病院数 (単位:病院)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H26年 【基準年】</th> <th>平成27年</th> <th>平成28年</th> <th>平成29年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>地域連携窓口医療職配置病院数</td> <td>9</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>地域連携窓口退院支援担当者配置病院数</td> <td>7</td> <td>13</td> <td>13</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>		H26年 【基準年】	平成27年	平成28年	平成29年度	地域連携窓口医療職配置病院数	9	12	13	13	地域連携窓口退院支援担当者配置病院数	7	13	13	13																																																																																				
	H26年 【基準年】	平成27年	平成28年	平成29年度																																																																																																
地域連携窓口医療職配置病院数	9	12	13	13																																																																																																
地域連携窓口退院支援担当者配置病院数	7	13	13	13																																																																																																
	<p>■病院退院時調整連携会議の開催数 (単位:回)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H26年 【基準年】</th> <th>H27年</th> <th>H28年</th> <th>H29年度</th> <th>H30年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>病院退院時調整連携会議の開催数</td> <td>2,124</td> <td>3,325</td> <td>3,939</td> <td>3,325</td> <td>3,317</td> </tr> </tbody> </table>		H26年 【基準年】	H27年	H28年	H29年度	H30年度	病院退院時調整連携会議の開催数	2,124	3,325	3,939	3,325	3,317																																																																																							
	H26年 【基準年】	H27年	H28年	H29年度	H30年度																																																																																															
病院退院時調整連携会議の開催数	2,124	3,325	3,939	3,325	3,317																																																																																															
	<p>■脳卒中地域連携バス件数 (単位:件)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H24年度 【基準年】</th> <th>H25年度</th> <th>H27年度</th> <th>H28年度</th> <th>H29年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>脳卒中地域連携バス件数</td> <td>105</td> <td>95</td> <td>74</td> <td>111</td> <td>97</td> </tr> </tbody> </table>		H24年度 【基準年】	H25年度	H27年度	H28年度	H29年度	脳卒中地域連携バス件数	105	95	74	111	97																																																																																							
	H24年度 【基準年】	H25年度	H27年度	H28年度	H29年度																																																																																															
脳卒中地域連携バス件数	105	95	74	111	97																																																																																															
	<p>■介護施設等での看取り件数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">施設名</th> <th rowspan="2">単位数</th> <th colspan="5">上記施設</th> <th rowspan="2">新規</th> <th rowspan="2">全額</th> </tr> <tr> <th>H25年</th> <th>H26年</th> <th>H27年</th> <th>H28年</th> <th>H29年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">死亡補助施設</td> <td>施設数</td> <td>3,421</td> <td>3,324</td> <td>3,521</td> <td>3,524</td> <td>3,327</td> <td>27,312</td> <td>1,273,224</td> </tr> <tr> <td>割合</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">医療施設等</td> <td>人数</td> <td>2,429</td> <td>2,557</td> <td>2,626</td> <td>2,316</td> <td>2,171</td> <td>829,487</td> <td></td> </tr> <tr> <td>割合</td> <td>71.9%</td> <td>70.9%</td> <td>74.4%</td> <td>74.3%</td> <td>70.3%</td> <td>78.8%</td> <td>77.2%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">介護施設等</td> <td>人数</td> <td>321</td> <td>452</td> <td>517</td> <td>595</td> <td>2,920</td> <td>39,375</td> <td></td> </tr> <tr> <td>割合</td> <td>11.0%</td> <td>13.6%</td> <td>14.5%</td> <td>15.9%</td> <td>18.8%</td> <td>10.9%</td> <td>10.5%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">自宅</td> <td>人数</td> <td>500</td> <td>493</td> <td>494</td> <td>397</td> <td>3,027</td> <td>158,239</td> <td></td> </tr> <tr> <td>割合</td> <td>15.1%</td> <td>13.9%</td> <td>12.1%</td> <td>12.9%</td> <td>10.9%</td> <td>10.3%</td> <td>14.3%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">その他</td> <td>人数</td> <td>68</td> <td>35</td> <td>71</td> <td>33</td> <td>31</td> <td>453</td> <td>27,514</td> </tr> <tr> <td>割合</td> <td>2.0%</td> <td>2.5%</td> <td>2.0%</td> <td>2.4%</td> <td>2.3%</td> <td>1.7%</td> <td>2.2%</td> </tr> </tbody> </table>	施設名	単位数	上記施設					新規	全額	H25年	H26年	H27年	H28年	H29年	死亡補助施設	施設数	3,421	3,324	3,521	3,524	3,327	27,312	1,273,224	割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	医療施設等	人数	2,429	2,557	2,626	2,316	2,171	829,487		割合	71.9%	70.9%	74.4%	74.3%	70.3%	78.8%	77.2%	介護施設等	人数	321	452	517	595	2,920	39,375		割合	11.0%	13.6%	14.5%	15.9%	18.8%	10.9%	10.5%	自宅	人数	500	493	494	397	3,027	158,239		割合	15.1%	13.9%	12.1%	12.9%	10.9%	10.3%	14.3%	その他	人数	68	35	71	33	31	453	27,514	割合	2.0%	2.5%	2.0%	2.4%	2.3%	1.7%	2.2%
施設名	単位数			上記施設							新規	全額																																																																																								
		H25年	H26年	H27年	H28年	H29年																																																																																														
死亡補助施設	施設数	3,421	3,324	3,521	3,524	3,327	27,312	1,273,224																																																																																												
	割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%																																																																																												
医療施設等	人数	2,429	2,557	2,626	2,316	2,171	829,487																																																																																													
	割合	71.9%	70.9%	74.4%	74.3%	70.3%	78.8%	77.2%																																																																																												
介護施設等	人数	321	452	517	595	2,920	39,375																																																																																													
	割合	11.0%	13.6%	14.5%	15.9%	18.8%	10.9%	10.5%																																																																																												
自宅	人数	500	493	494	397	3,027	158,239																																																																																													
	割合	15.1%	13.9%	12.1%	12.9%	10.9%	10.3%	14.3%																																																																																												
その他	人数	68	35	71	33	31	453	27,514																																																																																												
	割合	2.0%	2.5%	2.0%	2.4%	2.3%	1.7%	2.2%																																																																																												
<p>2 看取り体制</p> <p>医療機関の協力のもと介護施設等での看取り体制づくりを支援します。</p> <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○看取り件数 全死亡の15%【平成29年度まで】 																																																																																																				

「施策」	<ol style="list-style-type: none"> 1 継続的な協議の場の設定 2 関係機関が連携した包括的な医療・福祉サービスの提供促進 3 在宅歯科医療・口腔ケア支援体制の整備 4 介護施設等の看取り体制づくり 5 理解促進のための関係職種との研修及び市民啓発の推進
------	---

II 評価等	<p>「施策に対する分析・評価」</p> <p>1 継続的な協議の場の設定</p> <p>平成25年度から27年度までの地域振興局による在宅医療連携協議会の後、上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会及び糸魚川市在宅医療・介護連携協議会が設置され、在宅医療・介護の連携推進の協議が進められています。</p> <p>2 関係機関が連携した包括的な医療・福祉サービスの提供促進</p> <p>在宅医療・介護の連携拠点として、医師会に上越地域在宅医療推進センター、糸魚川地域在宅ケア推進センターが設置されました。県本庁と地域振興局では一体的に、センター間の情報共有の機会確保を行っています。</p> <p>(1) 在宅療養支援診療所は31か所(診療所総数の16.6%)と、新潟県(7.4%、平成29年10月現在)、全国(14.0%、平成28年10月現在)に比べ高い割合です。在宅療養支援歯科診療所は29カ所(歯科診療所総数の23.2%)へと増加しました。</p> <p>(2) 訪問看護ステーションの訪問件数は大幅に増加しました。24時間対応できる訪問看護ステーションは目標値へと増加しました(平成30年診療報酬改定・基準変更による減少有)。</p> <p>(3) 病院地域連携窓口の設置が進み、病院退院時調整連携会議(退院時カンファレンス)の開催も定着し在宅医療に円滑に移行するための退院支援の仕組みづくりが進んでいます。</p> <p>(4) 脳卒中地域連携バスの運用件数は年間80件前後で推移しています。これは脳卒中発症者の減少や脳卒中地域連携バスが必要となる患者の減少が影響していると考えられます。</p> <p>3 在宅歯科医療・口腔ケア支援体制の整備</p> <p>歯科における地域医療連携として、上越歯科医師会に在宅歯科医療連携室があり、相談件数は176件(平成28年度実績、上越保健所調べ)へと増加しました。</p> <p>4 介護施設等の看取り体制づくり</p> <p>介護施設等の看取り割合が16.6%と増加し、県平均(10.5%、平成26年)を上回っています。施設での看取りのニーズが高まっていると言えます。</p> <p>5 理解促進のための関係職種の研修及び市民啓発の推進</p> <p>各市では介護保険制度の地域支援事業及び在宅医療推進センターにおいて、連携を取りながら関係職種の研修及び市民啓発が進められています。</p>
--------	---

「課題」	<ol style="list-style-type: none"> 1 病院から在宅・施設間スムーズな入退院が出来るよう、更なる医療と介護の連携が必要です。 2 在宅医療と介護サービスを一体的・効果的に提供するための、多職種間のICT等を活用した情報共有やチームケアの推進が必要です。 3 介護施設等での看取り体制の更なる充実が望まれます。 4 医療や介護が必要になっても自分らしい生活を送るための住民への啓発が必要です。 5 増加が見込まれる認知症高齢者について、専門医、一般医及び関係機関が連携した体制づくりの促進が必要です。
------	---

「今後の対応」	<p>市・在宅医療推進センター・関係団体と連携し、地域医療構想の協議を踏まえた地域全体での在宅医療体制、地域包括ケアシステムとして地域共生社会への取組を推進するために、関係機関・団体への支援を継続します。</p>
---------	--

出所) 上越振興局提供資料(上越糸魚川地域医療連絡協議会資料)

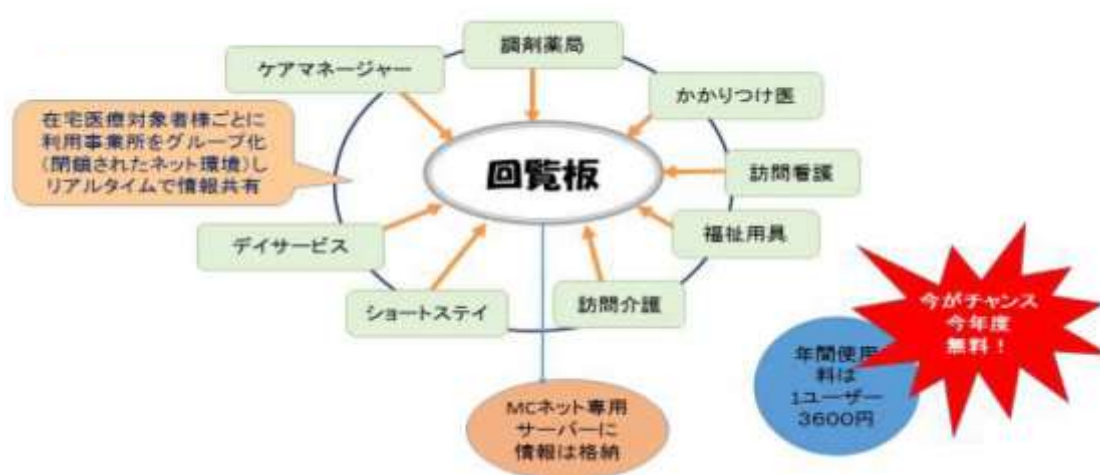
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

退院後の在宅医療・在宅介護を問題なく、継続できるようにするため、訪問看護導入のチェックリストを作成し、病棟において退院時にチェックを行い、必要に応じて訪問看護が早期から導入できるような仕組みとしている。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報の共有化を図るため、地域独自の情報連携 ICT である MC ネットを活用している。この MC ネットは、在宅医療患者と家族を中心にした、医療・介護の情報を共有するため、関係者間における連携ツールである。システムに登録されたすべての多職種が閲覧可能なコミュニケーションツールとして位置づけられ、上越・妙高地域独自のコミュニケーションツールとして活用されている。MC ネットを介して多職種は情報共有や意見交換などを実施することが可能となっている。なお、上越地域には医療連携システムが導入されていないため、現在でも患者情報の受け渡しは、基本的には病診もしくは病病間において CD-ROM でなされている。MC ネットでは、患者の医療・ケアの情報を SNS のコメント形式でやり取りすることができるが、基本的には簡易な画像等は載ってもそれ以上の医療情報が載ることはない。システムは閉鎖網で構築されているが、電子カルテレベルのセキュリティが施されているものではない。なお、参加に当たっては登録が必要となる会員制コミュニケーションツールである。

図表133 MCネットの概念図

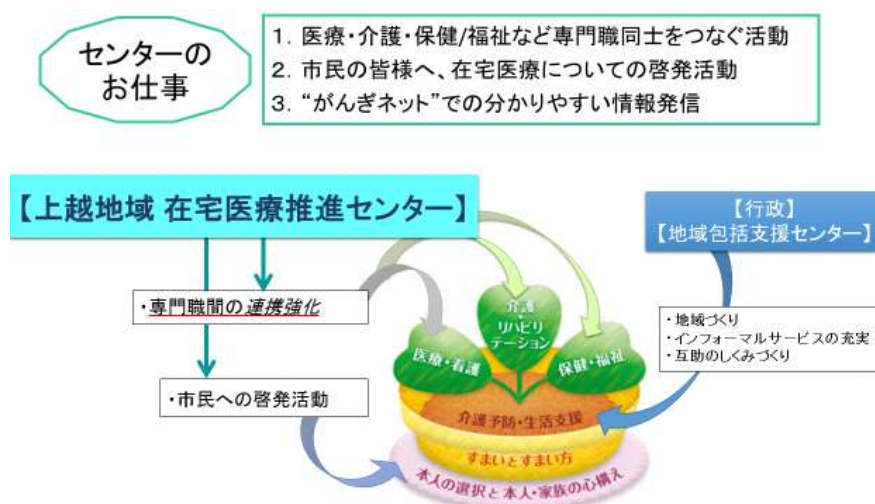


出所) 上越地域在宅医療推進センター

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

上越地域在宅医療推進センターでは、医療・保健・福祉に携わる専門職同士のコーディネート役としての相談窓口機能を担っている。医師会に開設されたことで、医療側との連携が容易になっている。このほかにも、上越地域の地域住民に向けて地域で提供可能な支援について普及啓発を推進することも目的としている。

図表134 在宅医療推進センターの役割



出所) 上越市提供資料

(カ) 医療・介護関係者の研修

多職種連携推進・研修部会で各職能団体のリーダー育成研修を実施しているが、ICT 連携部会においても MC ネットへのアカウント開設時に情報の取り扱い方などに関するガイドラインを実施するなどして教育・研修を充実化させている。

(キ) 地域住民への普及啓発

普及啓発部会が中心となり、シンポジウムや講演会など開催により地域住民に対し、普及啓発を進めるとともに、こういった施策を展開すべきかを議論・展開している。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

上述の通り、上越市・妙高市および振興局、上越医師会と協働して対応を進めている。

■重層的・補完的な取組み① | 救急・災害時対応

なし

■重層的・補完的な取組み② | 認知症対応

地域では、高齢化の進展に連れて、認知症の患者数が増加している。上越市・妙高市では認知症ケアパスを作成し、住民に認知症を正しく理解して地域の中で温かく見守られるように取り組んでいるほか、上越市では平成30年度に上越市認知症施策総合戦略を策定している。

また、認知症疾患医療センターでは認知症の連携ツールとして“にっこり手帳”を配布している。人生の最期どうしたいかを自由に記述できるようになっており、家族や病院のワーカーと相談しながら認知症患者に書いてもらっている。認知症が進行すると本人より、家族の意向が尊重されるようになり、それが本当に利用者本人の意向なのかを、ケアマネジャーは気にかけている。ケアマネジャーが本当の気持ちを把握する上でも、にっこり手帳に高齢者本人が書いた、どのような最期を迎えたいのかという書面に残された証跡を辿りながら、家族の相談や支援をしている。

■重層的・補完的な取組み③ | 終末期対応

救急医療の会議では、自宅で終末期を看取ろうとしている段階の患者を病院に搬送することに対する異議など、様々な意見が出ている。両市では市民啓発の内容に自分の終末をどう迎えたいかを60代のうちから考えてもらう啓発講座を開催している。このような取組を通じて、自身に介護が必要になったときに何が必要かを理解し、どうしたいか考えてもらいたいと市の担当者は述べていた。

終末期の対応については、事業項目（キ）普及啓発において実施しており、具体的には、終活をテーマにしたシンポジウムや劇を開催するなどして住民啓発を中心とした取組を実施している。

一方、医療・介護の現場および行政担当者に目を向けると終末期患者やその家族の意思決定の支援は介護職にとって重荷になっていることが、前述の調査を含めて地域の課題のひとつと言える。現状では、最期をどう迎えたかったのかを探りきれずに、支援している状況であり、要介護の状態となる早い段階からどんな最期を迎えたいか意思表示してもらう必要があると市の担当者は述べていた。また、終末期を迎えた高齢者が満足いく最期を迎えられたかは最終的にはわからないこともあり、行政としてもどうしてあげたら本当に喜ばれるのか検証が難しい点にも言及していた。こうした状況もあり、死に際よりも最期に向けてどう生きるか？を考えさせ、その人の希望に沿う支援ができないか考えているとのことであった。

■PDCA の運用に向けた事業評価の仕組み

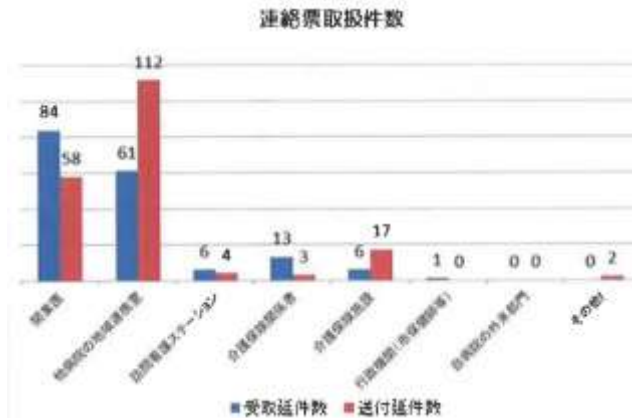
上越地域では、県が実施した在宅医療・介護連携推進事業の平成 25 年度モデル事業に取り組んでいた際に、振興局が中心となってケアマネジャー、病院、介護保険施設および各職能団体を対象としたアンケート調査を実施していた。当時は、病院とケアマネジャーへの調査を通じ、ケアマネジャーの苦労や入退院の状況を明らかにし、在宅医療の見える化を進めようとしていた。なお、このアンケート調査は、平成 25 年度調査から始まり県のモデル事業が終了する平成 27 年度まで継続して調査を実施していたため定点での追跡が可能であった。

平成 25 年度以降の取組の中では、当初ストラクチャー指標を中心に事業進捗の把握・評価を目的とした追跡調査を検討していた。具体的な指標としては、在宅支援診療所数、訪問看護ステーション数、24 時間対応可能な訪問看護ステーション数などを見ており、この検討の後に病院退院時カンファレンスの開催数や退院支援加算の取得件数を調査で把握してきた。

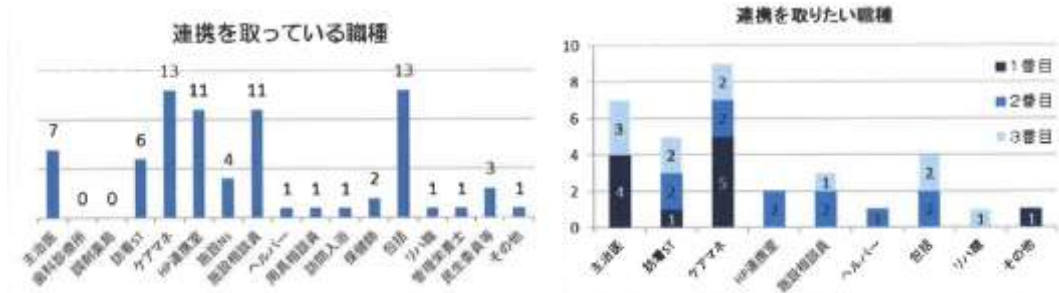
平成 29 年度に地域として改めて在宅医療・介護連携推進事業への再着手時には、PDCA の仕組みをまとめ、入退院時の連携状況、退院前カンファレンスの実施回数を確認していった。取組に着手した平成 25 年時点では、介護施設に入所している人がどのくらいいるのか、退院していった人がどこにいったのかが退院後把握できず、どこで亡くなっているのかもわからなかったため、まず高齢者の方がどういった経路で医療機関・自宅・介護施設を移動しているのか、その導線を把握しようと考えた。その後、平成 30 年度に改めてアンケートをとる際に、次年度以降も継続的に聴取することを考慮した調査設計となるよう留意した。その際はプロセス指標を中心に、定量的にモニタリングできる指標をとれるような内容がいいと判断した。

今後、地域では、平成 23 年に策定された入退院時の連携ガイドラインについて、効果的に活用されているかを検証する予定である。

図表135 入退院連携の実績把握のために把握している項目例



出所) 上越地域振興局



出所) 上越市・妙高市提供資料

評価指標として看取り加算はモニタリングしてはいるが、評価という観点では目標の達成状況を計るための指標としては、不適として除外している。一方、地域では、患者が在宅（施設含む）での看取りを選択でき、かつ看取りそのものの質を高めていくことがこの事業のゴールと考えている。看取りの場所はいくまで実態を把握するためのもので指標化をねらったものではない。数字に関しては、厚生労働省の医政局から公表されている死亡統計を基に看取り数を把握している。

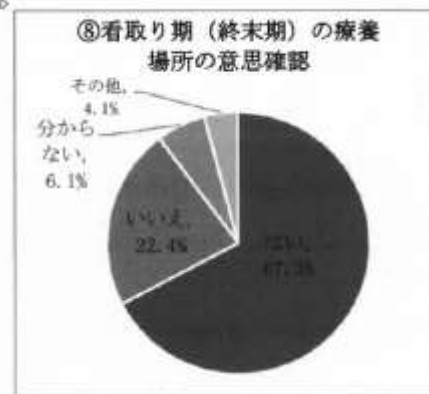
図表136 看取りに関する実態把握の試み

⑧その事例の看取り期（終末期）の療養場所について、介護支援専門員側と患者側で意思確認を行いましたか

	回答数	構成比
はい	33	67.3%
いいえ	11	22.4%
分からない	3	6.1%
その他	2	4.1%
計	49	100.0%

その他：患者が意思の表出不可、急激な変動で意思確認が出来なかった

居宅介護支援専門員が担当した患者（死亡者49人）ベースで、67.3%（33人）が終末期の療養場所の意思確認が行われた。



出所) 上越地域在宅連携推進センター

評価指標については、その指標がないと目標も設定できず困るが、質的な情報もあわせながら、かつわかりやすい指標の設定が求められる。それぞれの部会の目標・計画に合わせて定量化してわかりやすく評価し、他の方々にも取り組みの成果を理解してもらえるような指標設定を心がけている。

振興局からの支援としては、地域保健医療計画の医療圏域の重点項目に在宅医療を残し続けている。地域保健医療計画と上越市・妙高市在宅医療介護連携推進協議会の目標を合わせることで、NDB データなど既存データを市側と共有できるよう試みている。

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

行政担当者及び専門職は、退院前カンファレンスの適正実施について言及しており、退院前カンファレンスは開催されてはいるが、中には形式的なものもあり、主治医を交えた退院前カンファレンスを実施していく必要がある。そのため、病院から在宅・施設間にスムーズな入退院が出来るよう、更なる医療と介護の連携のためにも、ICTを活用したりリアルタイムでの情報共有を進めていくことが重要である。先述した上越圏域重点取組方針進行管理表の中でも、在宅医療と介護サービスを一体的・効果的に提供するための、多職種間のICT等を活用した情報共有やチームケアの推進が必要とされている。また、同表の中では、増加が見込まれる認知症高齢者については、専門医、一般医及び関係機関が連携した体制づくりの促進が必要であり、認知症初期集中支援チームとの協調が求められている。

このほか、在宅での看取りだけではなく、介護施設等での看取り体制の更なる充実を進めていくことや、地域住民への普及啓発の推進という点が、在宅医療・介護連携推進事業における新たな取組課題のひとつとして挙げられる。特に、普及啓発に関しては、地域住民に在宅医療という選択肢があり、医療や介護が必要になっても自分らしい生活を継続することが可能であることを広く地域住民に知ってもらうことが大切である。

10. 神奈川県横須賀市

■神奈川県横須賀市の基本情報

横須賀市は、神奈川県南東部の三浦半島の中央部に位置する市である。人口は平成30年12月1日現在の推計で397,265人の中核市で、市の面積は100.82平方キロメートルとなっている。高齢化率は、平成30年4月時点で約31%と全国平均よりも高い水準にある。

医療資源は、平成30年4月現在で、病院が11箇所、一般病床数は、2,410床となっている。



出所) 横須賀市ホームページ

参考までに、平成29年10月現在のデータでは、横須賀市の総病床数は3,250床となっており、人口10万人当たり病床数では799.34床であり、全国の1,232.1床を下回っている地域である。

また、介護資源であるが、同じく平成30年4月現在で、居宅介護支援事業所が126箇所、訪問介護事業所が87箇所などとなっている。

図表137 横須賀市基本情報

横須賀市基本情報	
・ 面積	約100km ²
・ 人口	約40万人(中核市、保健所設置市)
・ 高齢化率	約31% (平成30年4月)
・ 要支援・要介護認定者数	21,723人(平成30年3月)
・ 年間死亡者数	4,456人(平成28年)
・ 市内の医療・介護資源 (H30.4月現在)	
➢ 病院	11(一般病床2,410・療養病床438・その他372)
※うち在宅療養後方支援病院3、地域包括ケア入院料等算定病院3	
➢ 在宅療養支援診療所	43(取り組み前は35)
➢ 地域包括支援センター	12
➢ 居宅介護支援事業所	126
➢ 訪問介護事業所	87
➢ 訪問看護ステーション	28
➢ 小規模多機能居宅介護	10(看護小規模多機能を含む)
➢ 介護老人保健施設	9(定員 992)
➢ 特別養護老人ホーム	20(定員 2,200)
➢ グループホーム	46(定員 664)

出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

■地域の取組として目指している目標

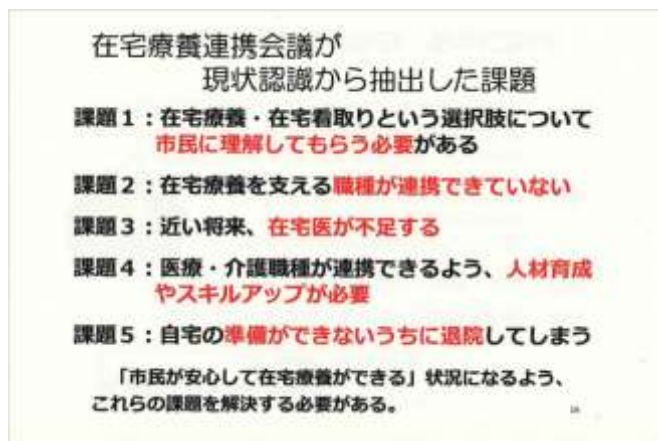
横須賀市では、住み慣れた自宅で療養したいという市民が、在宅での療養、さらには看取りという選択ができるように地域医療の体制作りを進めている。

それは市民側から見ると、次のような状況でありこうした状況の実現を目指している。

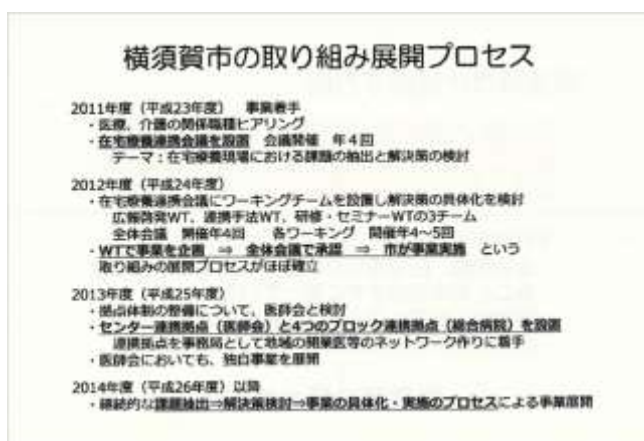
- ・ 在宅療養、在宅看取りの場所は自宅も選択できることを市民が知っている。
- ・ 病院から在宅へスムーズに移行できる。
- ・ 在宅療養ができる環境(受入態勢)がある。

こうした方向性を踏まえた、これまでの取組経緯と現状の課題認識は次頁の図表の通りである。

図表 138 横須賀市の在宅医療・介護連携推進に関するこれまでの取組経緯



図表 139 横須賀市の在宅医療・介護連携推進に関する課題認識



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

横須賀市は資源の把握を実施し、市民便利帳に在宅医療に関する医療機関を掲載している。市のホームページに在宅医療に対応する医療機関を掲載している。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

横須賀市では、在宅医療・介護連携推進事業については、平成23年度に医療・福祉・行政関係者11名により在宅療養連携会議を設置し、事業を開始している。この在宅療養連携会議を定例で開催し、多職種による在宅療養現場の課題抽出と解決策の検討・具体化を進めている。

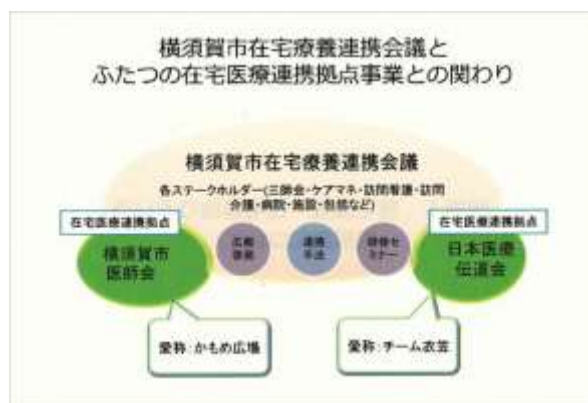
図表 140 横須賀市における在宅療養連携会議の概要・位置付け



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

なお、在宅療養連携会議設置の翌年度の平成 24 年度には、メンバーを 15 名に拡大し、歯科医師や病院関係者、老健施設の職員の参加も得ている。また、同年度は、厚生労働省の在宅医療連携拠点事業に、横須賀市医師会「かもめ広場」と社会福祉法人日本医療伝道会「チーム衣笠」が採択された年でもある。横須賀市を含めた 3 者間の調整を取るため、3 者が定期的にミーティングを行う体制としており。これに合わせて、在宅療養連携会議にチーム衣笠も加わっている。

図表 141 横須賀市における在宅療養連携会議の体制



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

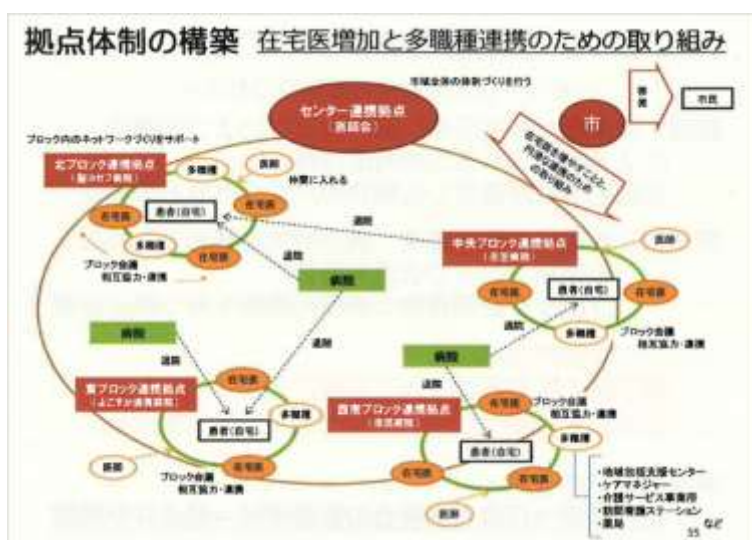
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

横須賀市は、平成 25 年度より 4 地域でブロック会議を開催している。ブロック拠点 4 つの事務局は、横須賀市の予算から病院に委託している。また、4 つのブロック拠点が集まって情報交換する会合の開催等を行うセンター連携拠点業務は、医師会に委託している。このセンター連携拠点とブロック連携拠点によるブロック会議の開催等により、地域の在宅医

のネットワーク構築と多職種連携を進めている。

こうした体制のもと、具体的にはブロック連携拠点で在宅医が相互に協力する体制を構築している。またセンター連携拠点で在宅患者の入院支援登録システムを構築している。

図表142 横須賀市における在宅療養の拠点体制



在宅療養ブロック連携拠点の設置

委託先 市内4ブロックの地域内の病院

委託内容

- 在宅医療ブロック会議の開催
 - 市内を4ブロックに分け、在宅医を中心とした協力体制の構築 ⇒在宅医の増加
 - ブロック内の病院にブロック会議の事務局となる連携拠点を設置 ⇒地域内での病診連携の推進
 - 地域内における医師同士の連携・開業医と病院の連携
- ブロック内の多職種合同研修会の開催
 - 地域内での研修会開催は、より近い事業所同士の連携を深める ⇒現実的な顔の見える関係の構築
- 在宅医療・介護に関する相談窓口の設置

在宅療養センター連携拠点の設置

委託先 横須賀市医師会

委託内容

- 市内全域を対象とする在宅療養連携推進のための事業を委託
 - ⇒市内病院の病院長会議の開催で病診連携を推進
 - ⇒ブロック連携拠点の情報交換会の開催でブロックの連携
 - ⇒在宅患者の病院事前登録制度の構築
 - ⇒ICT活用の在宅患者情報共有システムの導入及び普及
 - ⇒市民対象「街角出前講座」で在宅医療の啓発
 - ⇒リンクパスポートの作成 など

センター連携拠点事業 バックベットの確保 横須賀市医師会 在宅患者入院支援登録システム

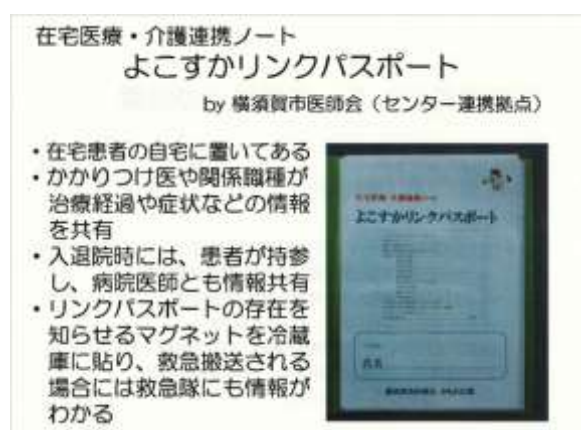
出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

横須賀市は、平成 26 年度より前述の在宅患者の入院支援登録システムの構築をセンター連携拠点事業の一環として進めている。これは、在宅患者が容態の変化に応じてスムーズに入院できるような仕組みである。

また、在宅医療と介護の連携を図るノートとして、「よこすかリンクパスポート」（在宅患者の情報が記載されているノート形式のファイル）を横須賀市医師会が作成し、平成 29 年度に改訂した。在宅患者の居宅(ベッドサイドなど)に置いて活用し、この家にはリンクパスポートがあると明示するマグネットシールも配布しており、家の中の見えやすいところに貼ってもらうなどしている。入院する場合などには、このリンクパスポートを持参することで、患者情報がスムーズに病院に伝達できるアイテムである。

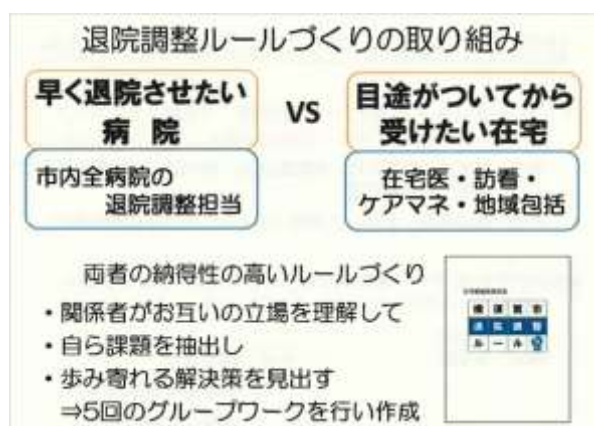
図表143 よこすかリンクパスポート



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

退院時については、スムーズに自宅に帰れることなどを念頭に退院調整ルールを作成し、冊子として配布している。

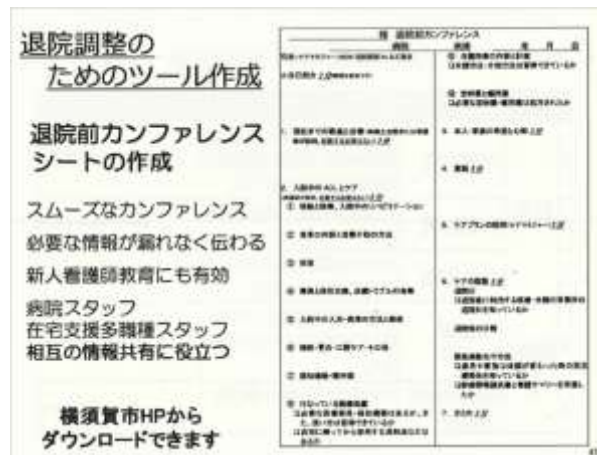
図表144 横須賀市退院調整ルール



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

また、退院前カンファレンスシートを作成し、病院と在宅療養現場でのシームレスな医療の実現に向けて、情報連携のフォーマットも作成している。

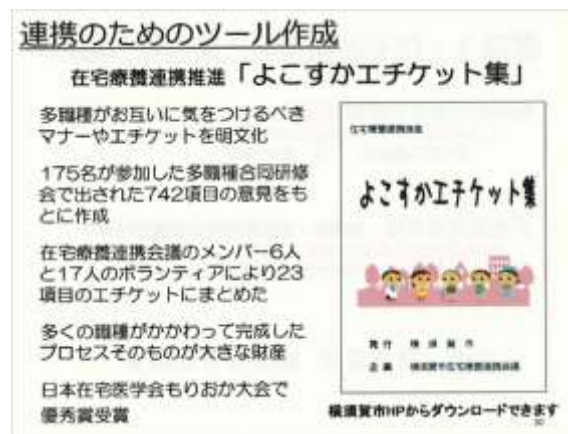
図表 145 横須賀市退院前カンファレンスシート



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

こうした取組に加え、在宅療養推進の視点から、多職種がお互いに気をつけるべきマナーやエチケットを明文化した「よこすかエチケット集」を作成している。

図表 146 よこすかエチケット集



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

(ウ)で述べたように、平成25年度よりブロック会議の事務局を各病院に、またセンター連携拠点を医師会に、それぞれ委託している。こうした体制のもとで、在宅療養ブロック連携拠点に医療・介護連携の相談窓口を設置している。

(カ) 医療・介護関係者の研修

横須賀市では下記の様な研修・セミナーを実施している。

多職種合同研修、ケアマネージャー・ヘルパー対象研修、動機づけ多職種研修、開業医向け在宅医療セミナー、病院職員向け在宅医療セミナー、在宅医同行研修（在宅療養への関心をもってもらうため、在宅医療を実施していない開業医がベテラン在宅医に同行し、現場を学ぶ研修。現在は、対象を病院勤務医や看護師等に広げている。

図表 147 多職種合同研修会



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

(キ) 地域住民への普及啓発

横須賀市では、地域住民への在宅療養の普及啓発活動として、まちづくり出前トーク、在宅医療シンポジウムなどのイベント開催や在宅療養ガイドブックなどの情報提供用のツールを作成している。また、市の広報紙に在宅療養・在宅看取りの特集記事の掲載も行った。

さらに、啓発ツールとしてのリビング・ウィルも作成している。(後述)

図表148 横須賀市における地域住民への普及啓発活動



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

横須賀・三浦二次医療圏 4 市 1 町の情報交換会を定期的を開催している。

(横須賀市は、鎌倉市・逗子市・葉山町・三浦市とともに横須賀・三浦二次保健医療圏を構成している)

以下、参考情報であるが、横須賀・三浦二次保健医療圏でカバーされる人口は平成 27 年の国勢調査によれば、71.4 万人である。医療圏内には病院が 28 施設、一般診療所は 530 施設あり、一般病床と療養病床の合計数は 5,087 床である。(平成 29 年 10 月現在) 人口 10 万対数で見ると、病院数 (3.92) は全国平均(6.56)より低く、一般診療所数 (74.19) は全国平均 (68.04) より高いが、医師数 (234.32) は全国平均 (233.85) よりやや高い。(人口 10 万人対数は、平成 27 年国勢調査より)

■重層的・補完的な取組み① | 救急・災害時対応

横須賀市では、災害時対応はこれからの取組課題としている。救急対応としては、下記の取組を実施している。

1) 検討体制

平成 24 年に、在宅患者の救急搬送等の課題の抽出や解決策を検討するため、在宅医療と救急医療連携の検討が開始された。

医師会に設置されている在宅医療委員会において、在宅看取りを希望する患者に対して訪問診療で対応していたが、最後には救急搬送されたケースや、あるいは、警察による死体検案とされたケースなどがあり、在宅医療側として、救急や警察側との連携について何らかの対策が必要ではないかとの問題提起がされていた。

厚労省は在宅医療・救急医療連携セミナーを開催したが、これは、行政と消防(救急)と医師会の 3 者での出席を原則としていた。在宅医療と救急医療の連携についての課題を検討すべきと考えていたため、本市も 3 者で参加したところ、セミナー参加者には、各地域における 3 者間連携のもとでの在宅医療・救急医療連携のルール化が取組み課題として出された。そこで、横須賀市でもこれまでの取組も踏まえ、正式に検討会が開始されることになった。

前述の通り、平成 29 年度から救急と医師会と行政による検討が始まり、今後は警察関係者も検討会に出席し、市の会議として実施する位置付けとなっている。

検討会メンバーは、市内の在宅医(市の医師会が推薦)、救急医療担当医師(横須賀共済病院、市立うわまち病院、市立市民病院)、市消防局救急課、市内 3 警察署、市健康部地域医療推進課である。

現時点では、現場で発生した事例の収集と課題の抽出段階であり、第一に医師の話を聞き、ケーススタディをきちんと行うとしている。

2) 関係者のニーズと対応状況

まず警察であるが、在宅医療との連携における基本的なニーズは、現場で診断書を入手できれば助かるという事である。警察の立場としては、在宅かどうかに関わらず、スムーズにかかりつけ医に連絡が取れ、診断書など必要な書類を入手出来ることを重視している。事件性の有無が大事であり、救急搬送前にかかりつけ医の意見が聞きたいというニーズがある。

また、救急側としては、診察は医師の判断で対応出来るが、救急の対応の種類（こういう場合は、このような対応など）は、法律で色々と決まっており、現場での意思決定のハードルが高いという事情がある。

救急対応で現場に行った際には、かかりつけ医が誰かなどの情報が欲しいが、本人が意識不明であったりすると難しい場合もある。救急側も要援助者や一人暮らし世帯の情報は持っているが、在宅療養に関する情報は持っておらず、かかりつけ医へ連絡出来ないケースや、搬送先の病院の医師が対応する場合に、患者本人の最後の希望がわかりにくいなどの問題がある。また不搬送とするかしないか迷った場合に、どの医師と連携すべきなのかなどの問題もあると考えられる。

こうした状況への対策として、前述しているが、平成 25 年度に医師会が在宅医療・介護連携ノート「リンクパスポート」(在宅患者の情報が記載されているノート形式のファイル)を作成し、平成 29 年度に内容を充実させ、在宅患者の居宅(ベッドサイドなど)に置いて多職種が活用するようにした。また救急対応で居宅を訪問した際に、その患者のリンクパスポートがあるということを示すマグネットシールを家の中のわかりやすい場所に貼付してもらっておくなどの対応も取っている。

図表149 よこすかリンクパスポート マグネット



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

また、その他の施策としては、在宅医療委員会の協力も得て、試行段階ではあるが、在宅医の緊急連絡先を救急隊と救急病院で共有している。殆どのケースでは、家族がかかりつけ医に連絡する事が多いと考えられ、実際にこの緊急連絡先は現時点ではあまり使われ

ていないとのことである。横須賀市としては、今まで行ってきた様々な取組みが寄与しており、緊急連携先を使わないですんでいるのかもしれないとの認識も持っている。

これまでのところ、警察としても、在宅医にまず連絡するという意識が醸成されつつあるとのことである。

3) 行政の役割

上記の検討会のなかでの行政の役割は次の通りである。

- ・開催通知など通知
- ・会議用資料作成
- ・ルール案など作成に向けた今後の進め方イメージとしては、まず上記検討会のなかでヒアリングを行い、市の事務局(健康部地域医療推進課)が課題を抽出し、文言チェックの上、救急側と内容を相談していくことになる見込み。
- ・市側の役割認識としては、行政は救急現場に向くわけではないので、現場のことはわからないが、(行政が)出来ることとしては、議論の場を用意して関係者を選定し、その場を集めて十分な議論が行われる様に段取りを行い、出てきた意見を取り纏めて関係者間で共有し、意思疎通を図るということではないかとのことである。

4) これまでの成果

横須賀市としては、検討会を設けることで、関係者間で話し合える場を作った事が成果であると認識している。救急・医療・警察など関係者の共通課題を検討できる場を設けたということが価値と考えている。

■重層的・補完的な取組み② | 認知症対応

基本的に在宅療養担当の課(健康部地域医療推進課)とは、別の部署が担当しているが、在宅患者の方でも、認知症の方はおられるので、適宜セミナーなどを開催しているとのこと。医介連携に関わっている人(多職種)を対象に認知症に関わるセミナーを来年2-3月に2回開催する予定である。市の認知症対策の担当としては福祉部高齢福祉課であり、生活支援の総合事業も同課が担当である。

また、高齢福祉課では、MCI(軽度認知障害)の人を検知して、認知症初期集中支援チームで対応している。

■重層的・補完的な取組み③ | 終末期対応

市としては、在宅療養を進めるための土壌作りをしているという認識であり、市民から見ても、在宅療養・在宅看取りについて自宅が選択出来る事を、まず知っている状態を作ることを目的としている。そのためには、啓発が必要であるが、40万人の市民全員がすぐにそのような状態になれるかという点と難しいとの感触も持っている。

看取りの事前意志の確認ということで、横須賀市では、リビングウイル(冊子)を作成したが、横須賀版はあくまで啓発冊子として作ったものである。延命処置についても難しいこと

は書いておらず、簡単に書いてもらうことを優先して作成されている。市が在宅療養連携会議で検討し、2年程度かけて作成した。

平成27年度に検討を開始し、翌年1月のシンポジウムで素案を来場者に配布し、アンケート用紙もいれて意見を募った上で内容を修正し、市議会議員からも意見をいただいた。

こうした作成プロセスを経て、平成29年のシンポジウムで最終版をリリースした。ダウンロードは出来ない形としている。

このリビングウイル(冊子)の使い方としては、在宅療養の担当課(健康部地域医療推進課)だけではなくて、福祉部の関係課の窓口や地域包括支援センターが地域内の講座などで活用することも想定している。出前トークなどの機会を使い、市民に説明しながら渡している。医療機関については、要望があった診療所には渡している。

自治体の役割は何か、常に自問しており、出前トークなどでの説明も行うが、市として居宅での看取りを勧めているわけではなく、在宅で色々出来る事(安心して在宅療養出来る事)の支援を自治体が行っているとの認識を持っている。市として居宅での看取りもできるように多職種連携をすすめ、在宅療養したいと考える市民がいるなら、その望みがかなえられるような土壌づくりを市が推進するという考え方で取り組んでおり、在宅の看取りが増えれば良いというものではないと考えている。

図表 150 横須賀版リビング・ウィル



出所) 横須賀市健康部地域医療推進課

■PDCAの運用に向けた事業評価の仕組み

横須賀市では、在宅療養連携推進事業の指標としては、平成26年度から、①人口動態統計の自宅死亡率と②在宅療養支援診療所数を活用している。これ以外に新たな指標というものはない。例えば、訪問診療については、その実施数が多いから良いというものでもないとの認識を持っている。(居宅訪問と施設訪問では、訪問患者数が同じでも、患者さんの容態は異なり、死亡数も大きく違ったりもすることがある。)

ただ、施設入居の経緯も様々であり、施設職員と家族が施設で看取った場合は、この地域

での看取りといえるのではないかと考え、横須賀市の独自指標として「地域看取り率」も設定している。

図表 151 事業評価の指標

新たな指標の設定

在宅療養連携推進事業の指標（平成26年度～29年度 横須賀市実施計画）

①人口動態統計の自宅死亡率
在宅療養・在宅看取りの体制が整えば、自宅死亡率が増加するはず
自宅死亡率 平成24年 20.2% ⇒ 目標 25%

②在宅療養支援診療所数
在宅増加の取り組みにより、在宅療養支援診療所が増加するはず
在宅療養支援診療所数 平成25年 39施設 ⇒ 目標 50施設

指標の見直し理由

- 自宅死亡率は自宅看取り率ではない。一つの目安ではない。
- 在宅看取りだけがすべてか？施設だって終の棲家ではないか？
- 自宅死亡数、老人ホーム死亡数、ともに増加傾向という事実
- 看取りに対応する特養の増加と市内介護施設の市民利用率の高さ

施設入所の経緯はさまざま。でも入所者にとって、そこは終の棲家。横須賀で施設職員と家族が看取ったなら、それは、この地域での看取りと考えるのではないか。

図表 152 地域看取り率

横須賀市が考えた独自指標 “地域看取り率”

- 横須賀市の死亡者数のうち、自宅及び施設（老人ホーム・老健）での看取り（死亡診断による死亡）を「地域看取り」と位置付ける。
- 人口動態統計の死亡数から市内警察署が扱った自宅・老人ホームでの死体取扱数を差し引いた死亡数を地域看取り数とする。（老人ホームには老健を含む）
- 全死亡者数に対する地域看取り数の割合を“地域看取り率”とする。

この計算方法によると“地域看取り率”は以下のとおり

$$\frac{〔死亡数（自宅＋老人ホーム＋老健）－警察取扱数（自宅＋老人ホーム）〕}{死亡総数} \times 100$$

平成26年 $\frac{〔1,052 + 457 + 78〕 - (572 + 52)}{4,592} \times 100 = 21.0\%$
 平成27年 $\frac{〔957 + 563 + 65〕 - (502 + 58)}{4,544} \times 100 = 22.6\%$

注：警察取扱数は「取り扱うこととなった原因が発生した場所」でカウントするため、死亡統計とは一致しない。また、市民以外も含むが、いずれも少数と考えられるため、近似値としてとらえる。

出所）横須賀市健康部地域医療推進課

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

横須賀市では、多職種連携を進めてきているが、現状では年間死亡者数 4500 名くらいだが、いずれ 6500 名くらいになると見込んでいる。これから施設での看取りも増加すると考えられる。また、自宅で亡くなるケースでも、多職種が常に患者のそばにいることは難しく、看取りの際に、地域の人とそのチームに入っており、みんなで看取ろうという意識を持つことが大事だと考えている。その意味では、看取りも地域づくりの一連の流れのなかにあると言える。

こうした認識のもと、今度の課題として下記を念頭においている。

- ・在宅や施設における看取りの数だけに注目せず、その看取りの質をどう担保していくか
- ・横須賀市医師会員の市内在住率は約4割であり、休日夜間容態急変時はどうする

こうした課題を解決するために、今後検討する必要があることとして

- ・かかりつけ医のスキルアップ
- ・医師相互の得意分野の相互連携
- ・訪問看護師などによる医師のサポート体制の確立
- ・在宅医療専門診療所との連携の是非
- ・在宅医による休日夜間対応ネットワークの構築

を挙げている。

11. 長崎県長崎市

■長崎県長崎市の基本情報

長崎県長崎市は、長崎県南西部に位置し、周囲の大半を海に囲まれ、臨海地域と急坂地の多い点特徴的な地域である。人口421,612人の中核市の自治体であり、高齢化率は30.9%（平成29年10月1日時点）と全国平均の27.7%と比べ若干高い地域である。2025年以降、高齢化率は35%を超え、多死社会を迎えることが推測される。地域としては都市型であるが、先述の通り医療機関にアクセスしづらい斜面地に住む高齢者が多く、市内



（出所：MapFan）

の開業医による往診は古くから盛んであった。こうした取組の背景には、以前より熱心に在宅医療に取り組むNPO法人長崎在宅Dr.ネットなど、在宅医療に関心を寄せる医師が多いことがその理由として挙げられる。同法人や長崎市医師会においても、在宅医療の提供のみならず、ACPについて多職種が理解して共同で取り組むことの必要性や、市民に対する普及啓発の必要性を非常に重視しており、当事業の大きな推進力となっている。

■地域の取組として目指している目標

市は、当取組が民間の主体性を重んじた取組であることを重視している。長崎市において、当事業の、事業項目（ア）・（エ）・（ク）については、行政が直接担当しているが、それ以外の事業項目に関しては、平成23年度より、長崎市医師会で運営されている「包括ケアまちなかラウンジ」に委託されている。この「包括ケアまちなかラウンジ」は、看護師3名、ケアマネ1名、管理職1名、事務職2名の7名体制で運営されている。なお、3名の看護師は、病院で退院支援業務の経験を持っており、医師との情報連携などに長けたスタッフである。委託している事業項目において、行政は、後述する長崎市地域包括ケア推進協議会（医療・介護連携部会）および多職種協議のワーキンググループの設定と事務局機能を担当しており、うまく役割を分担している。市の担当者は、行政が主体となりすぎず、民間の活力を引き出しやすい環境を整えることが重要であると述べていた。

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

行政が中心となり、市の独自のパンフレットを作成している。この情報は、介護保険施設等の届け出情報、および医療機関の地域別リストやマッピングしたものであり、施設等が提供している詳細なサービス内容は掲載していない。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

長崎市では、在宅医療・介護連携推進事業については、「包括ケアまちなかラウンジ」と行政担当者間での月に 1 回程度の打ち合わせで詳細を議論し、まちなかラウンジ連携調整会議で取り組みについての方針を調整、また、長崎市地域包括ケア推進協議会で協議・報告を行う形を採っている。

まちなかラウンジ連携調整会議は、各職能団体から選出された 24 名の委員で構成されており、福祉・保健部門の市職員 4 名もオブザーバーとして参加している。

長崎市地域包括ケア推進協議会は、市医師会や訪問看護ステーション連絡協議会等の医療・介護における職能団体から推薦された委員で構成される。また、医療・介護の専門分野だけでなく、民間公募委員も含めて、長崎市保健環境自治連合会や民生委員、学識者や弁護士会等の団体からも委員が選出されている点で他地域と比べると、特徴的である

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

がん診療連携拠点病院における緩和ケアカンファレンス等への参加促進支援を実施している。また、訪問看護師と病院看護師を対象に、在宅医療を支える多職種の協力を得て、患者・家族のニーズに応じた、円滑な在宅療養への移行支援のための看看連携を実践する目的で、在宅看・看連携講座を年に 2 回程度開催している。当講座では、講演の他に参加者同士でのグループワークも実施している。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

長崎県全体の取り組みとして県内の医療機関をつなぐ「あじさいネット」を活用した地域連携パス、検査データ、薬剤情報の電子化を推進し、医療機関、薬局等による効率的な情報連携が可能な体制を構築している。

また、あじさいネットにおいては、遠隔画像診断のさらなる活用促進を図るほか、遠隔医療の導入について検討を行っている。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

包括ケアまちなかラウンジを相談窓口とし、市民・医療機関・介護事業所・地域包括支援センターからの相談受付、情報提供、連携支援を実施している。この相談窓口は、平成 20 年 4 月～平成 23 年 3 月に長崎市医師会が受託していた緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM) の窓口業務を引き継いだ形となっている。当時、長崎市医師会は、同プロジェクトにおいて、がん相談支援センターを設置し、緩和ケアに関する相談や在宅医療連携にむけた支援に取り組んでいた。

(カ) 医療・介護関係者の研修

包括ケアまちなかラウンジは、医療関係者・介護関係者双方に対しての研修を行って

る。その1つである在宅医療推進多職種連携研修会は、医師及び医療・介護関係の多職種を対象に、在宅医療の概要や地域の実情等の情報提供を通じて、地域の在宅医療参加への理解と動機づけを目指す研修会である。講演題目が「在宅医療におけるACPについて」であった平成29年度の会には、医師19人、看護師62人、ケアマネジャー28人等の合計200人が参加した。

図表153 在宅医療推進多職種連携研修会の様子



出所) 長崎市福祉部地域包括ケアシステム推進室

また、平成29年度から開始した在宅医療ステップアップ講座は、既存の在宅医師らの高齢化と今後見込まれる在宅医療需要の増加に伴い、若い開業医に在宅医療の担い手になってもらうことを目的とした講座である。同講座では、3回の講話および在宅医療医師の訪問診療同行研修を実施しており、本講座によって新規の在宅医療を開始した医師が2名増えた。また、平成30年度には、在宅医療に取り組む市医師会における有志の集まりでもあるNPO法人 長崎在宅Dr.ネットに依頼し、在宅医療を検討している医師の不安解消に繋がる手引きとして、在宅医療ハンドブック「在宅医療ノススメ ～来られんなら行くばい～」を作成中である。

図表154 在宅医療ステップアップ講座



	テーマ
1	がん事例検討
2	非がん事例検討
3	在宅医療と診療報酬
4	在宅同行訪問

出所) 長崎市福祉部地域包括ケアシステム推進室

(キ) 地域住民への普及啓発

包括ケアまちなかラウンジは、地域住民への普及啓発を目的とし、まちなかサロン・ピアサポーター講座・市民健康講座・在宅医療講座・緩和ケア講座等、さまざまな題目での講座を開催している。また、その他にもチラシやパンフレット等を作成している。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

長崎県西彼保健所の主催により、長崎市、西海市、長与町、時津町 2 次医療圏域において、年に 2 回程度、各市町の在宅医療・介護連携推進事業の情報共有を行っている。

■重層的・補完的な取組み | 終末期対応

長崎市地域包括ケアシステム推進室では、長崎市地域包括ケア推進協議会 医療・介護連携部会の中に平成 29 年 6 月より「看取りワーキング」というワーキンググループを設置している。このワーキングは、市内の医療職・介護職で構成され、高齢者施設における看取りに関する実態調査の内容や対応策の検討等、年に 2 回程度、看取りに関する意見を交換している。

また、リビング・ウィルの内容を盛り込んだエンディングノート「元気なうちから手帳」を試行的に作成しており、長崎市地域包括ケア推進協議会 医療・介護連携部会や看取りワーキング、市民の立場として民生委員等からも意見を聞きながら、さらに内容や配付方法等の検討を重ね、平成 31 年度からの展開を想定している。

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科地域包括ケア教育センター・日本尊厳死協会ながさきは、それぞれ終末期医療やエンディングノートに関する市民講座を開催している。また、NPO 法人長崎在宅 Dr. ネットは、医療・介護関係者自ら演者となって劇形式の「寸劇ころばぬ先の杖」にて同様の内容を啓発するユニークな試みを実施している。

長崎市老人福祉施設協議会では、会主催の研究事例発表会において看取りの事例を発表している。長崎市介護支援専門員連絡会では、会報誌にて、看取り事例の報告・共有している。

■PDCA の運用に向けた事業評価の仕組み

長崎市地域包括ケアシステム推進室では、地域の医療・介護連携の目指す姿を「医療ニーズが高い状態であっても、在宅等で必要な医療・介護が受けられる」状態としている。そして、その要素を「在宅科医療の体制整備」・「医療と介護の情報共有」・「施設を含めた看取りの推進」の 3 つができている状態であると定義している。3 つの達成度を定量的に評価するために、それぞれに指標を設定し、目標値を定めている。

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

終末期対応施策が、長崎市第 7 期介護保険事業計画の中で重点施策となったのは、終末

期を自宅や介護施設等で過ごしたいと考えている割合が約 5 割であることに對し、高齢者は平成 27 年度調査で 80.5%の高齢者が病院や診療所で亡くなっていることに市が問題意識を感じたためである。

対策を講じ始めて 1 年が経つ今も、市の担当者は、ACP の市民周知が依然として十分ではないことを問題視している。担当者らは、市民が自身や家族の終末期を話題にすることに對して心理的抵抗感を持っていることが大きな要因となっていると考えている。また、多職種からは、患者本人の希望を医療・介護職や在宅医療・救急医療機関で共有するための方法およびツールが整備されていないことが指摘されている。

在宅医療の人材不足についても対策が必要である。訪問看護師が著しく不足していることについては、県も問題意識を持っており、長崎県地域医療介護総合確保基金を活用して、人材育成に向けた取組みを進めている。

一方で、在宅医療を提供する医師達の高齢化も問題となっており、市は、上記のステップアップ講座等の取組により、担い手を増やそうとしているが、そもそも市内で若い医師が開業していないことが大きな問題となっている。開業医の不足は、全国的な傾向であるが、斜面地が多いなど、長崎市独自の問題もこれらに拍車をかけている。このように様々な課題がある中で、市の担当者らの問題を 1 つ 1 つ解決しようとする姿勢が印象的であった。

12. 千葉県船橋市

■千葉県船橋市の基本情報

千葉県船橋市は、千葉県北西部の葛南地域に位置する中核都市である。人口 639,223 人の大規模自治体であり、高齢化率は 23.8%（平成 30 年 10 月 1 日時点）と全国平均の 27.7%よりも低い地域である。人口は増加傾向にあり、今後もその傾向は続く見込みである。

都市の規模に対して、医療資源が不足していることが特徴である。同市には東京勤務の会社員が多く在住しており、勤務先で提携している都内の大病院に入院するケースも多い。

そのため、市民の入院者の 4 割は、市外の病院に入院している。



（出所：船橋市 HP）

■地域の取組として目指している目標

市の担当者らは、市内の職能団体が、当事者意識を持って当事業に取り組むことを重視している。そしてその際の行政のあり方としては、民間の取組意向を実現するための支援に徹し、既存のルールを再構築させたり、行政主体の施策を押し付けたりといったことはすべきではない、と述べていた。

こうした市政の背景には、市内の大規模医療拠点の不足に危機感を持っていた船橋市医師会と行政が、これまでもさまざまな取組を一体となって実施してきた経緯がある。これまでの取組としては、市立医療センターおよびドクターカーの整備、保健福祉センターにおける小児科診療 24 時間 365 日体制の整備等が挙げられる。市の担当者は、これまでに実施した全ての事業の実施において、医師会のリーダーシップが不可欠であったとし、行政はパートナーとして協力して施策を打ち出して来た成果であるとしていた。

■在宅医療・介護連携推進事業の取組状況

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

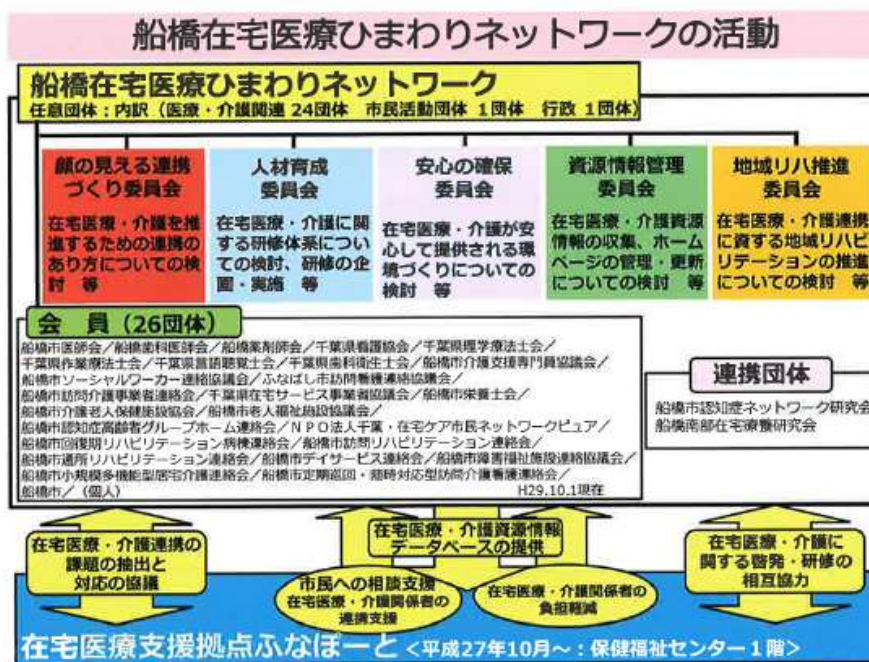
後述する船橋在宅医療ひまわりネットワーク（以下「ひまわりネットワーク」）で、「船橋市在宅医療・緩和ケア・リハビリテーション提供機関マップ“ひまわりマップ”」を作成している。年に 1 回の頻度で更新しているため、平成 25 年度に作成してから既に 5 回発行されている。当マップには、通常の医療機関に加え、リハビリテーション施設も記載されている。今年度は、難病対応の医療機関も記載予定であり、網羅的なマップとなっている。また、診療科目情報に加え、訪問診療可能な距離等、詳細な情報まで記載されている点も先進的な事例といえる。

発足したひまわりネットワークが取り組んできた。ひまわりネットワークとは、行政を含む26の団体・多職種で構成される団体である。船橋市は、1団体として参加しており、各会議場所の手配等の事務局を担当している。基本的には、全ての事業が各団体のボランティアで運営されており、事業の会場使用料・成果物の印刷等の諸経費は全て行政から拠出している。

ひまわりネットワークは推進体制として、役員会とその傘下の5つの委員会の合計6つの会議体を整備している。役員会は、各団体2名以上の役職者で構成されており、各委員会の成果報告および新規取組の承認の機能を果たしている。開催は、年に2-3回程度である。

委員会は在宅医療介護・連携推進事業の各事業項目における施策を決定する機関である。委員会ごとにリーダーが設定されており、各委員会の議題は行政と各リーダーで議論し、それぞれ年4回程度開催されている。

図表156 ひまわりネットワークの活動内容



出所) 船橋在宅医療ひまわりネットワーク

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

利用者等の病状急変時等の連絡体制も含め、地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制をひまわりネットワークにて検討している。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

ひまわりネットワークは、ICTを活用した情報連携基盤「船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システム」を整備してきた。このシステムは、在宅療養患者の日々変化する

情報について、医療・介護関係者が ICT を活用して一元的に共有することを目指したシステムである。情報共有の対象は、船橋市内で在宅療養生活をする患者であり、同一の患者に在宅医療・介護サービスを提供する医療・介護関係者の連携グループが情報を共有する。データの登録にあたっては、船橋市が、情報共有システム上において患者の情報を共有する場である患者ページを作成し、患者ページを使用する医療・介護関係者の連携グループを登録する。

図表157 患者ページの作成及び連携グループの登録までの流れ



出所) 千葉県船橋市公開情報

現在は、専門職にとって、より利用しやすいシステムとするための検討を実施している。なお、医療・介護関係者の依頼に応じ、システム操作体験会も開催している。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

前述のように、市民の入院者の4割は市外の病院に入院している。そのため市の担当者らは、市外の大病院を退院した市民に、市内の在宅医療・介護機関の情報を共有する機関である「在宅医療支援拠点ふなぼーと」を、船橋市医師会に委託する形で整備した。当拠点は、市民からの問い合わせに主眼を置いているが、事業項目(オ)としての在宅医療・介護の専門職からの問い合わせ対応機能も果たしている。

市民から当拠点に在宅医紹介の要請があった際、担当者は、在宅医ネットに案件情報を記載し、在宅医療を提供する医師と患者をマッチングする役割を果たしている。マッチングの際は、患者住居に近い医療機関に募集をかけるが、担い手が見つからない際は、医師会の理事が受け取る運びとなっている。この仕組みは、医師会理事14人のうち在宅医療を担当できる医師5-6人からの提案であり、医師会の積極性が窺える。

図表158 船橋市在宅医療支援拠点「ふなぼーと」の広告

ご利用ください！
船橋市在宅医療支援拠点
ふなぼーと



市外から転入する予定で地域の訪問診療を探したい。
 がん末期で、疼痛コントロールや看取り対応をしてくれる病院や訪問診療医はいるのかしら？
 専門科の往診をしてくれる医療機関はどこだろうか？
 今担当している先生の変更を検討しているがどうしたらよいか？
 認知症が進んでいる患者さんの訪問診療を受けてくれるところを相談したいのだけど・・・。

ソーシャルワーカー・ケアマネジャー
 巡回診療看護師

船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーとでは・・・
 ☆市民や専門職の方からの相談を受けて助言等を行い、必要に応じて在宅医師紹介制度を利用して、医療依存度の高いケースでも訪問診療医を決定するまで支援します。
 ☆受診・受療等在宅療養についての相談やご家族自身の相談をお受けします。
 ☆市民の方からの相談には、担当者として継続的に関わるのではなく、ご本人や相談者に必要機関や担当者へ繋ぐ役割を果たします。
 ☆必要に応じて、調剤の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、利用者・患者又は家族の要望等を踏まえた、地域の医療機関・介護事業所相互の紹介を行います。
 ※患者様やご家族・関連団体の皆様との「懸け橋」としての役割を担います※

船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーと
 〒273-8506 船橋市北本町1-16-55 船橋市保健福祉センター1 階
 電話：047 (409) 1736 FAX：047 (409) 1912
 Eメール：info@funabashi-zaitaku.com
 運営時間：平日 午前9時～午後5時（土日祝及び年末年始は休み）
 ☆一般社団法人船橋市医師会が船橋市より業務を受託しています☆

出所) 船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーと

(カ) 医療・介護関係者の研修

ひまわりネットワークは、市内の在宅医療・介護関係者を対象とした人材育成研修会、症例検討会を開催している。具体的なテーマとしては、医療・介護の連携やリハビリ、がん緩和ケア等をテーマとする「ひまわりスタートアップ研修」、症例検討会である「ひまわり実践研修」、音楽療法やその他についての研修である「ひまわりアドバンス研修」が整備されている。また、船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーと事業において、医師会主催の医療・介護事業に携わる人材の育成を目的とした「船橋在宅医ネット研修会」が年に4回程度実施されている。

図表 159 ひまわりネットワークの人材育成研修会の様子



出所) 船橋在宅医療ひまわりネットワーク

(キ) 地域住民への普及啓発

ひまわりネットワーク、船橋市、船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーとがそれぞれ啓発活動を行っている。ひまわりネットワークは、終末期医療等をテーマとした市民公開講座を年1回開催している。

図表160 ひまわりネットワークの市民講座の様子



出所) 船橋在宅医療ひまわりネットワーク

市としては、平成30年に、地域包括ケアシステム推進講演会を1回開催した。この講演会は、姉妹都市であるデンマークのオーデンセ市の職員の方から、日本とデンマークでの高齢期の過ごし方の違い等のご紹介をしていただき、市民とともに市の地域包括ケアシステムについて考えるという内容である。

船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーとからは、広く市民に在宅医療について学べる機会を提供するための市民公開講座を年1回開催している。また、患者やその家族、医療・介護関係者を対象とした講演会、相談会を市内の各地区で実施している。また、町会・自治会などの市民団体等を対象に医療・介護に関わるテーマで出張講演会を実施している。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

東葛南部6市で担当者会議を実施している。会議では、在宅医療・介護推進事業の各項目の進捗状況を相互に報告しあい、新規の取組として何がふさわしいか議論をしている。千葉県の担当者・千葉市・市原市の担当者も含めた会議への出席を依頼している。

■重層的・補完的な取組み① | 災害時・救急対応

ひまわりネットワークの委員会の1つである「安心の確保委員会」で、「ひまわりシート」という救急時の情報共有ツールを整備している。ひまわりシートでは、本人の基本的な情報・緊急時の連絡先・緊急時の対応方法等について、予め医療・介護関係者や本人・家族で相談して記載することが推奨されている。

図表161 ひまわりシートの記入例

ご本人の情報		【記入日】 2016年 4月 1日	
ふりがな	ふなばし たろう	生年月日	
氏名	船橋 太郎	1935年 1月 1日	
住所	船橋市湊町2-10-25		
備考	持病、普段飲んでいる薬、アレルギーなどを記入		
緊急時の連絡先 <small>(※)家族・親族に限らず、必ず連絡の取れる方を記入</small>			
家族または親族など①(※)	名姓	船橋 花子	続柄 娘
	電話	090-2784-2784	
家族または親族など②(※)	名姓	山田 ふなえもん	続柄 友人
	電話	047-114-2784 (勤務先)	
かかりつけの医療機関①	名姓	ひまわり病院	
	電話	047-123-4567	内 科
かかりつけの医療機関②	名姓	〇〇診療所	
	電話	047-〇〇〇-〇〇〇〇	内 科
かかりつけの薬局	名姓	××薬局 船橋店	
	電話	047-×××-××××	
訪問看護師	名姓	△△訪問看護ステーション	
	電話	047-△△△-△△△△	
ケアマネジャー	名姓	□□居宅介護支援事業所	
	電話	047-□□□-□□□□	

緊急時の対応方法	
このような症状の場合	このように対応する
熱が38℃以上出た場合	
ぐったりして呼んでも反応しない場合	△△訪問看護ステーションに電話する
痛みが強く苦しんでいる場合	
呼吸が弱くなってきた場合	9時～17時は〇〇診療所に電話する それ以外は△△訪問看護ステーションに電話する
この他、かかりつけ医と相談している方針や、万が一急変した場合、どうするか、今お考えのことなどがあればご記入ください。	
ご自宅の電話だけでなく、携帯電話や勤務先の電話など、必ず連絡の取れる番号をご記入ください。	
この情報を、救急隊及び搬送先の医療機関等や、その他の救護者及び支援者が、救急医療や災害時に活用することに同意します。	
本人の氏名	船橋 太郎
印鑑またはサイン	
【救急搬送先の医療機関の皆様】 こちらのシートは、活用後ご本人に返却してください。	

出所) 船橋在宅医療ひまわりネットワーク

シートは、専用ケースに入れ冷蔵庫の中に保管しておくことが周知されている。保管場所については、震災が起きても冷蔵庫だけは潰れないことから、冷蔵庫が採用された。

ひまわりネットワークが当取組を開始したきっかけとしては、医療者の負担の増大があった。患者の病変時、救急車で搬送された場合は、緊急性がなくとも医療機関は必ず何かしらの処置をする必要がある。さらに、独居老人の中には身元がわからない人も多く、保険証も持っていないケースもあり、医療現場からは何かしらの情報共有ツールが求められていた。当取組を担当する「安心の確保委員会」の「安心」とは、患者家族と医療者の両方の安心のことを指す、と市の担当者は述べていた。

■重層的・補完的な取組み② | 入退院調整支援施策

船橋市では、介護事業者だけがアクセス可能である「ケアクラブ」というホームページを整備しており、市内の病院の入退院支援における連携窓口一覧情報を記載している。連絡はメール・FAX であり、各病院のルールを壊さないことに細心の注意が払われている。

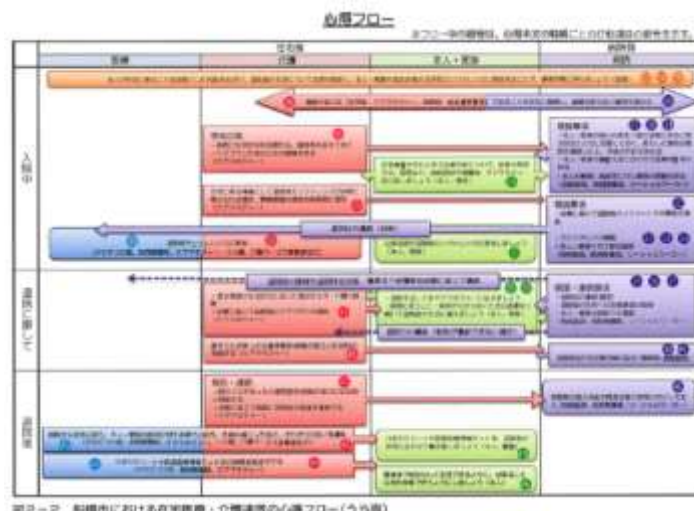
また、要介護者を受入れる家族や医療・介護事業者の行動の指針である「心得」もひまわりネットワークで作成して配布している。「心得」は、入院中・退院時・退院後に、医療・介護・本人家族・病院がすべきことをフロー図にしたものであり、主にケアマネのために整備された。「心得」と名づけたのは、全てをやる必要のあるルールではないということを強調するためであると市の担当者は述べていた。当取組は、ケアマネと病院勤務のソーシャルワーカーとの相談の場で議題として挙がった「ケアマネに医療情報が入りづらい」という課題に端を発している。当初「心得」を作成する際、約1年多職種間で議論をしたが、問題点の整理が難航していた。その際に医師がフローチャートの概念を提案したことで、ようやく整理の方向性が決定した。フローチャートの形で整理することが決定した後、病院関係者 50 人・在宅医療関係者 50 人の合計 100 人の勉強会を実施し、現場の問題点を抽出し、行政が整理することでようやく現在の形になった。

図表164 船橋市における在宅医療・介護連携の心得フロー(おもて面)



図2-1 船橋市における在宅医療・介護連携の心得フロー(おもて面)

図表165 船橋市における在宅医療・介護連携の心得フロー(うら面)



図表165 船橋市における在宅医療・介護連携の心得フロー(うら面)

出所) 船橋在宅医療ひまわりネットワーク

■PDCA の運用に向けた事業評価の仕組み

市の担当者らは、定量的な PDCA 指標の設定は難しいと述べていた。船橋市では、現在、取り組んでいる施策の PDCA サイクルを回すために、ケアマネ等へアンケート調査を実施している。アンケートにおける定量的な指標は、委員会活動に関わっていない人の取組の認知度等にとどまり、定性的な要素の指標に対する自由回答部分から得られた問題意識の高い方の生の声を施策に落とし込んでいる。医療に対する苦情は感情的な部分も多く、意思疎通ができていないというだけで必ず不満が出てくるため、定量的な指標で評価することが必ずしも正しいとは限らないと、担当者は続ける。例えば、人生会議 (ACP) については、船橋市ではかなり以前より、研修に取り組んでいる。その中で、何人が人生会議 (ACP) を知っているかということは、あまり意味が無く、どのように患者・患者家族に接するべきかというところの質を上げるための指標が必要であると、担当者は考えている。

市の担当者は、何かの指標を評価することよりは、医療・介護専門職を対象とした研修を強化し、在宅医療・介護連携を理解した専門職の数を増やすことこそが命題であると述べていた。

■在宅医療・介護連携推進事業における問題点・課題と対応策

ここまで主に医師会との協力関係の構築について述べてきたが、船橋市は大都市であることから、市内の医師の医師会加入率が7割強という現状がある。

また、市内の医療資源が将来確実に不足することも大きな課題として捉えられている。船橋市は将来予測に注力しており、医療資源が増えない場合、2030年、2040年で、1人の医師が何人の患者を持つ必要があるかということを試算して今後の在宅医療・介護連携推進事業に役立てようとしている。

参考資料① アンケート調査単純集計

質問 1. 貴市区町村の所属する都道府県名をお知らせください。

回答した市区町村の都道府県を見ると、北海道の 178 を最多として、全 47 都道府県から回答を得ることができている。(N=1,734)

都道府県名	回答数	都道府県名	回答数
北海道	178	滋賀県	16
青森県	40	京都府	26
岩手県	33	大阪府	43
宮城県	35	兵庫県	41
秋田県	25	奈良県	39
山形県	35	和歌山県	30
福島県	59	鳥取県	19
茨城県	44	島根県	19
栃木県	25	岡山県	27
群馬県	35	広島県	23
埼玉県	63	山口県	19
千葉県	54	徳島県	23
東京都	61	香川県	17
神奈川県	33	愛媛県	20
新潟県	30	高知県	34
富山県	15	福岡県	60
石川県	19	佐賀県	20
福井県	17	長崎県	21
山梨県	27	熊本県	45
長野県	77	大分県	18
岐阜県	42	宮崎県	26
静岡県	35	鹿児島県	43
愛知県	54	沖縄県	41
三重県	28	合計値(N 値)	1734

質問 2. 貴市区町村の自治体名を記入してください。

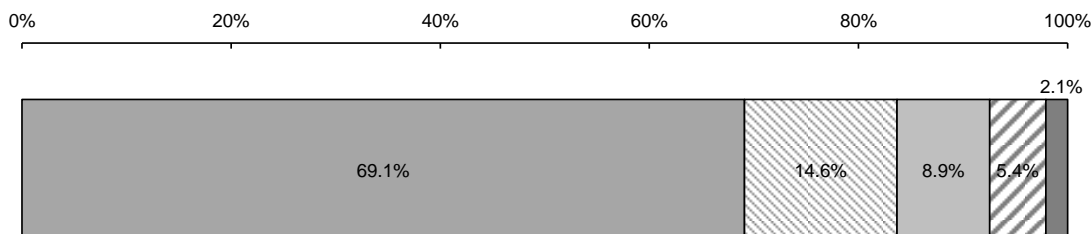
※例：大阪市、千代田区、足柄下郡箱根町

(略)

質問 3. 貴市貴市区町村の人口（平成 30 年 4 月 1 日時点）をご記入ください。

※単位：人でお答えください。

本調査に回答した市区町村の人口規模の分布を見ると、「5 万人未満」が 69.1%と最も高く、次いで「5 万人以上 10 万人未満」で 14.6%、「10 万人以上 20 万人未満」で 8.9%となっている。（N=1,734）

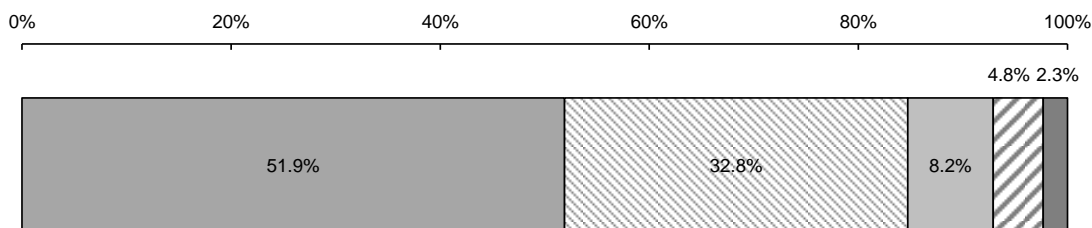


□1. 5万人未満 □2. 5万人以上10万人未満 □3. 10万人以上20万人未満 □4. 20万人以上50万人未満 □5. 50万人以上

	回答数	%
1. 5万人未満	1,198	69.1%
2. 5万人以上10万人未満	253	14.6%
3. 10万人以上20万人未満	154	8.9%
4. 20万人以上50万人未満	93	5.4%
5. 50万人以上	36	2.1%
合計値(N値)	1,734	100%

質問 4. 在宅医療・介護連携推進事業を主として担当している部署の種別について、最も近いものをお知らせください。

在宅医療・介護連携推進事業を主として担当している部署の種別を見ると、「2.福祉・介護系部署」が 51.9%と最も高く、次いで「4.直営の地域包括支援センター」で 32.8%、「3.地域包括ケア総合の部署」で 8.2%となっている。（N=1,734）



□2.福祉・介護系部署(例:高齢福祉課、介護福祉課等) □4.直営の地域包括支援センター
 □3.地域包括ケア総合の部署(例:地域包括ケア推進課等) □1.保健・医療系部署(例:地域医療課、健康推進課等)
 □5.その他(具体的に記述してください。)

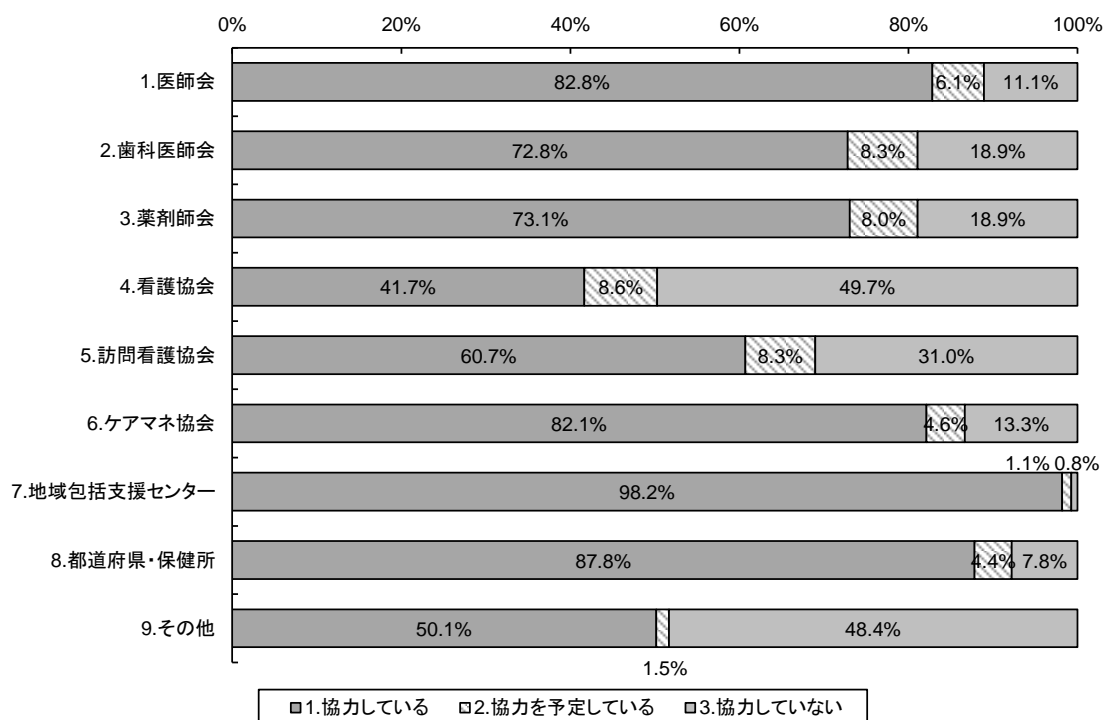
	回答数	%
1.保健・医療系部署(例:地域医療課、健康推進課等)	83	4.8%
2.福祉・介護系部署(例:高齢福祉課、介護福祉課等)	900	51.9%
3.地域包括ケア総合の部署(例:地域包括ケア推進課等)	142	8.2%
4.直営の地域包括支援センター	569	32.8%
5.その他(具体的に記述してください。)	40	2.3%
合計値(N値)	1,734	100.0%

質問 5. 次に示す関係団体との関係についてお伺いします。

貴市区町村では、在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたり、下記の関係団体と協力していますか。

それぞれの団体との協力状況についてお知らせください。(それぞれひとつだけ)

関係団体との調整状況を見ると、『1.協力している』と答えた関係団体で最も多かったのは「7.地域包括ケアセンター (98.2%)」であり、「8.都道府県・保健所 (87.8%)」、「1.医師会 (82.8%)」がそれに続いた。また、最も低かったのは「4.看護協会 (41.7%)」であった。
(N=1,733)



	1.協力している	2.協力を予定している	3.協力していない
1.医師会	82.8%	6.1%	11.1%
2.歯科医師会	72.8%	8.3%	18.9%
3.薬剤師会	73.1%	8.0%	18.9%
4.看護協会	41.7%	8.6%	49.7%
5.訪問看護協会	60.7%	8.3%	31.0%
6.ケアマネ協会	82.1%	4.6%	13.3%
7.地域包括支援センター	98.2%	1.1%	0.8%
8.都道府県・保健所	87.8%	4.4%	7.8%
9.その他	50.1%	1.5%	48.4%

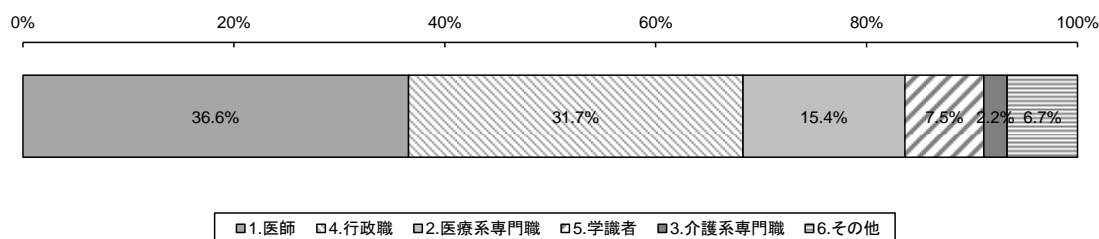
質問 6. 貴市区町村における、在宅医療・介護連携推進事業を推進する際の事業の運営手法や事業計画の策定や取組の検討等を相談できるアドバイザーについて、A.アドバイザーの有無、B.専門性ならびに C.アドバイザーの属性についてお知らせください。

本調査に回答した市区町村のうち、28.5%の市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業を推進する際の事業の運営手法や事業計画の策定や取組の検討等を相談できるアドバイザーがいることが明らかになった (N=1,734)。



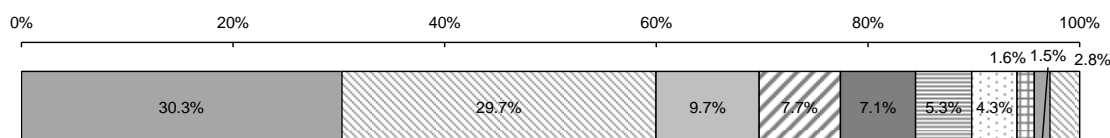
	回答数	%
1.アドバイザーがいる	495	28.5%
2.アドバイザーはいない	1,239	71.5%
合計値(N値)	1,734	100%

各市区町村のアドバイザーの専門性を見ると、「1.医師」が 36.6%と最も高く、次いで「4.行政職」で 31.7%、「医療系専門職」で 15.4%となっている。(N=495)



	回答数	%
1.医師	181	36.6%
2.医療系専門職	76	15.4%
3.介護系専門職	11	2.2%
4.行政職	157	31.7%
5.学識者	37	7.5%
6.その他	33	6.7%
合計値(N値)	495	100.0%

各市区町村のアドバイザーの属性を見ると、「4.都道府県の担当者」が30.3%と最も高く、次いで「1.市区町村内の医師会・医療機関」で29.7%、「市区町村外の医師会（都道府県医師会を含む）・医療機関」で9.7%となっている。（N=495）



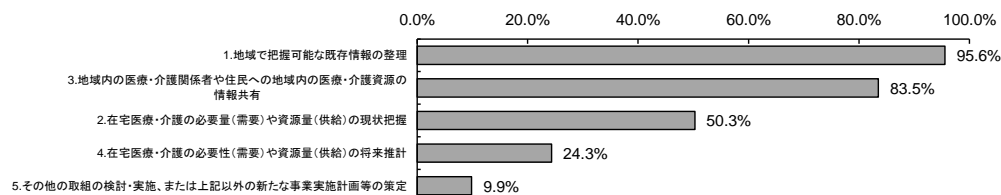
□4都道府県の担当者	□1.市区町村内の医師会・医療機関
□2.市区町村外の医師会(都道府県医師会を含む)・医療機関	□9.大学等のアカデミア
□3.医療・介護系の職能団体等	□7.民間事業者(医療系・介護系事業者)
□6.他の市区町村の担当者	□8.民間事業者(製薬会社・医療系コンサル・システムベンダー等)
□5.他の都道府県の担当者	□10.その他

	回答数	%
1.市区町村内の医師会・医療機関	201	29.7%
2.市区町村外の医師会(都道府県医師会を含む)・医療機関	66	9.7%
3.医療・介護系の職能団体等	48	7.1%
4.都道府県の担当者	205	30.3%
5.他の都道府県の担当者	10	1.5%
6.他の市区町村の担当者	29	4.3%
7.民間事業者(医療系・介護系事業者)	36	5.3%
8.民間事業者(製薬会社・医療系コンサル・システムベンダー等)	11	1.6%
9.大学等のアカデミア	52	7.7%
10.その他	19	2.8%
合計値(N値)	677	100%

質問 7. 貴市区町村における、在宅医療・介護連携推進事業に係る A.各事業項目ごとの進捗状況ならびに B.近隣自治体との共同実施状況についてお知らせください。

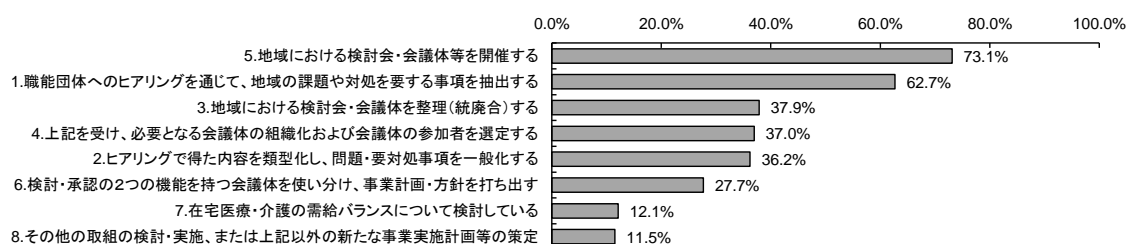
A.各事業項目ごとの進捗状況

各市区町村の事業項目（ア）地域の医療・介護の資源の把握の取組の進捗状況を見てみると、「1.地域で把握可能な既存情報の整理」が95.6%と最も高く、次いで「3.地域内の医療・介護関係者や住民への地域内の医療・介護資源の情報共有」で83.5%、「2.在宅医療・介護の必要量（需要）や資源量（供給）の現状把握」で50.3%となっている。（N=1,734）



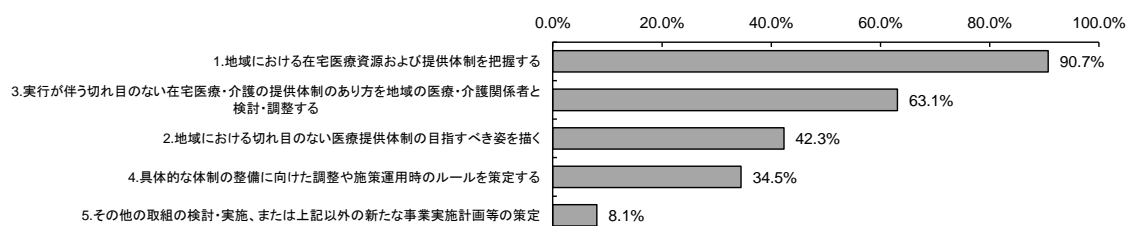
	回答数	%
1.地域で把握可能な既存情報の整理	1,657	95.6%
2.在宅医療・介護の必要量(需要)や資源量(供給)の現状把握	872	50.3%
3.地域内の医療・介護関係者や住民への地域内の医療・介護資源の	1,448	83.5%
4.在宅医療・介護の必要量(需要)や資源量(供給)の将来推計	422	24.3%
5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	171	9.9%

各市区町村の事業項目（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討の進捗状況を見てみると、「5.地域における検討会・会議体等を開催する」が73.1%と最も高く、次いで「1.職能団体へのヒアリングを通じて、地域の課題や対応を要する事項を抽出する」で62.7%、「3.地域における検討会・会議体を整理（統廃合）する」で37.9%となっている。（N=1,734）



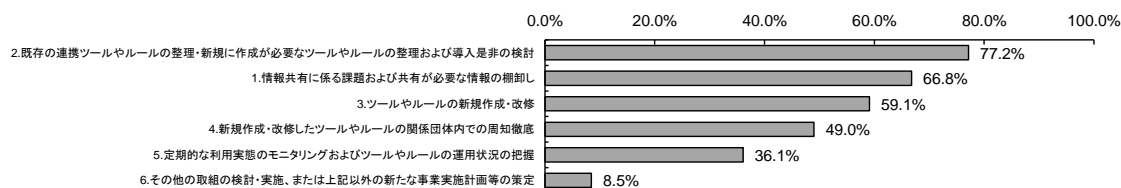
	回答数	%
1.職能団体へのヒアリングを通じて、地域の課題や対応を要する事項を抽出する	1,087	62.7%
2.ヒアリングで得た内容を類型化し、問題・要対応事項を一般化する	628	36.2%
3.地域における検討会・会議体を整理（統廃合）する	657	37.9%
4.上記を受け、必要となる会議体の組織化および会議体の参加者を選定する	641	37.0%
5.地域における検討会・会議体等を開催する	1,268	73.1%
6.検討・承認の2つの機能を持つ会議体を使い分け、事業計画・方針を打ち出す	480	27.7%
7.在宅医療・介護の需給バランスについて検討している	210	12.1%
8.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	200	11.5%

各市区町村の事業項目（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進の進捗状況を見てみると、「1.地域における在宅医療資源および提供体制」が90.7%と最も高く、次いで「3.実行が伴う切れ目のない在宅医療・介護の提供体制のあり方を地域の医療・介護関係者と検討・調整する」で63.1%、「2.地域における切れ目のない医療提供体制の目指すべき姿を描く」で42.3%となっている。（N=1,734）



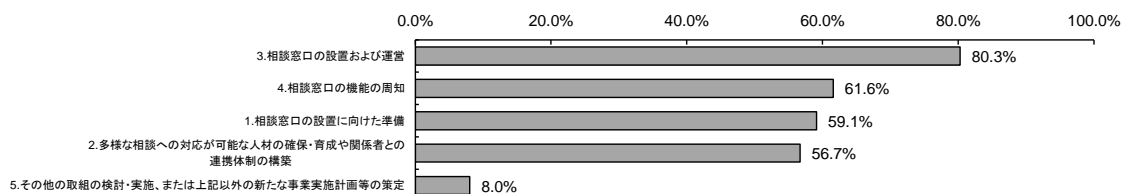
	回答数	%
1.地域における在宅医療資源および提供体制を把握する	1,573	90.7%
2.地域における切れ目のない医療提供体制の目指すべき姿を描く	734	42.3%
3.実行が伴う切れ目のない在宅医療・介護の提供体制のあり方を地域の医療・	1,094	63.1%
4.具体的な体制の整備に向けた調整や施策運用時のルールを策定する	598	34.5%
5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	140	8.1%

各市区町村の事業項目(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援の進捗状況を見てみると、「2.既存の連携ツールやルールの整理・新規に作成が必要なツールやルールの整理および導入是非の検討」が77.2%と最も高く、次いで「1.情報共有に係る課題および教諭が必要な情報の棚卸し」で66.8%、「3.ツールやルールの新規作成・改修」で59.1%となっている。(N=1,734)



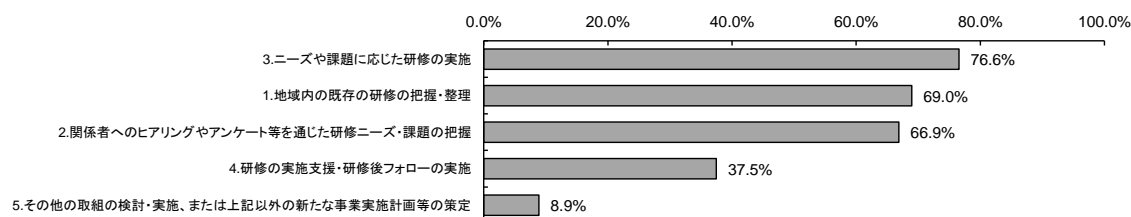
	回答数	%
1.情報共有に係る課題および共有が必要な情報の棚卸し	1,158	66.8%
2.既存の連携ツールやルールの整理・新規に作成が必要なツールやルールの整	1,338	77.2%
3.ツールやルールの新規作成・改修	1,025	59.1%
4.新規作成・改修したツールやルールの関係団体内での周知徹底	850	49.0%
5.定期的な利用実態のモニタリングおよびツールやルールの運用状況の把握	626	36.1%
6.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	147	8.5%

各市区町村の事業項目(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援の進捗状況を見てみると、「3.相談窓口の設置および運営」が80.3%と最も高く、次いで「4.相談窓口の機能の周知」で61.6%、「1.相談窓口の設置に向けた準備」で59.1%となっている。(N=1,734)



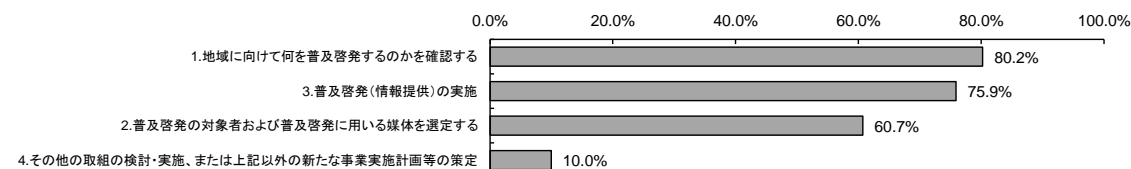
	回答数	%
1.相談窓口の設置に向けた準備	1,025	59.1%
2.多様な相談への対応が可能な人材の確保・育成や関係者との	983	56.7%
3.相談窓口の設置および運営	1,392	80.3%
4.相談窓口の機能の周知	1,068	61.6%
5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	139	8.0%

各市区町村の事業項目（カ）医療・介護関係者の研修の進捗状況を見てみると、「3.ニーズや課題に応じた研修の実施」が76.6%と最も高く、次いで「1.地域内の既存の研修の把握・整理」で69.0%、「2.関係者へのヒアリングやアンケート等を通じた研修ニーズ・課題の把握」で66.9%となっている。（N=1,734）



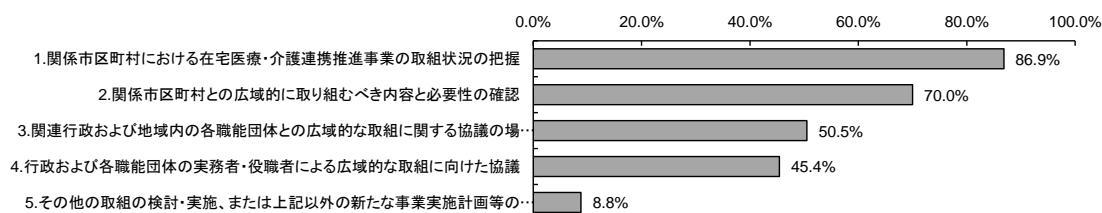
	回答数	%
1.地域内の既存の研修の把握・整理	1,196	69.0%
2.関係者へのヒアリングやアンケート等を通じた研修ニーズ・課題の把握	1,160	66.9%
3.ニーズや課題に応じた研修の実施	1,328	76.6%
4.研修の実施支援・研修後フォローの実施	650	37.5%
5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	154	8.9%

各市区町村の事業項目（キ）地域住民への普及啓発の進捗状況を見てみると、「1.地域に向けて何を普及啓発するのかを確認する」が80.2%と最も高く、次いで「3.普及啓発（情報提供）の実施」で75.9%、「2.普及啓発の対象者および普及啓発に用いる媒体を選定する」で60.7%となっている。（N=1,734）



	回答数	%
1.地域に向けて何を普及啓発するのかを確認する	1,391	80.2%
2.普及啓発の対象者および普及啓発に用いる媒体を選定する	1,053	60.7%
3.普及啓発(情報提供)の実施	1,316	75.9%
4.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	173	10.0%

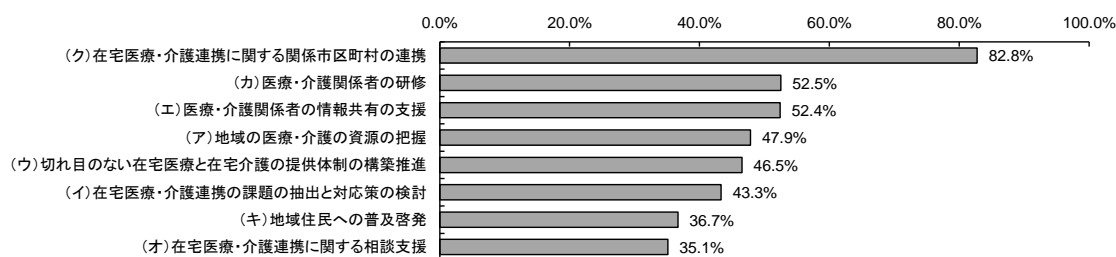
各市区町村の事業項目（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携の進捗状況を見てみると、「1.関係市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況の把握」が86.9%と最も高く、次いで「2.関係市区町村との広域的に取り組むべき内容と必要性の確認」で70.0%、「3.関連行政および地域内の各職能団体との広域的な取組に関する協議の場の設定」で50.5%となっている。（N=1,734）



	回答数	%
1.関係市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況の把握	1,506	86.9%
2.関係市区町村との広域的に取り組むべき内容と必要性の確認	1,214	70.0%
3.関連行政および地域内の各職能団体との広域的な取組に関する協議の場の設定	876	50.5%
4.行政および各職能団体の実務者・役職者による広域的な取組に向けた協議	788	45.4%
5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	153	8.8%

B.近隣自治体との共同実施状況

各市区町村の近隣自治体との共同実施状況を見ると、「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」が82.8%と最も高く、次いで「(カ)医療・介護関係者の研修」で52.5%、「(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援」で52.4%となっている。（N=1,734）



	回答数	%
(ア)地域の医療・介護の資源の把握	830	47.9%
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	751	43.3%
(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	807	46.5%
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	909	52.4%
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	609	35.1%
(カ)医療・介護関係者の研修	911	52.5%
(キ)地域住民への普及啓発	636	36.7%
(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	1,435	82.8%

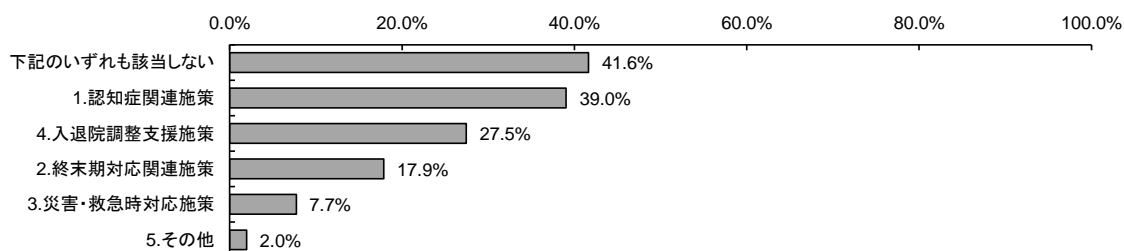
質問 8. 在宅医療・介護連携推進事業を実施する中で、ご担当者様が上記 8 つの事業項目（ア）～（ク）以外に実施している取組もしくは、実施の必要性を感じている取組などご自由にご記入ください。

※本設問は無回答でも構いません。

（略）

質問 9. 貴市区町村において、在宅医療・介護連携推進事業の手引き等で示されている事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に取り組まれている施策について、下記のうち着手・検討しているものをお知らせください。

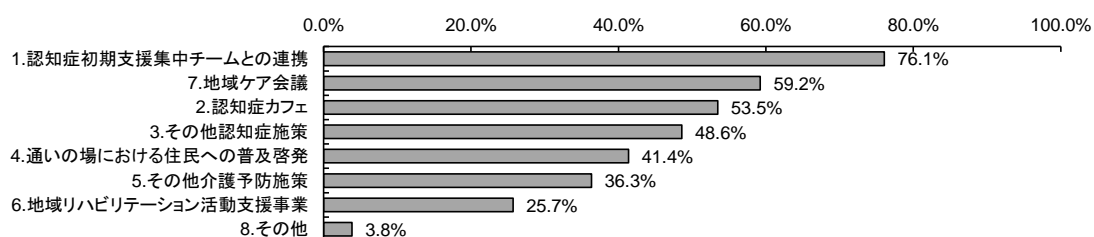
各市区町村の事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に取り組まれている施策を見てみると、「1.認知症関連施策」が 39.0%と最も高く、次いで「4.入退院調整支援施策」で 27.5%、「2.終末期対応関連施策」で 17.9%となっている。（N=1,734）



	回答数	%
下記のいずれも該当しない	722	41.6%
1.認知症関連施策	677	39.0%
2.終末期対応関連施策	310	17.9%
3.災害・救急時対応施策	134	7.7%
4.入退院調整支援施策	476	27.5%
5.その他	34	2.0%

質問 10. 貴市区町村において、手引き等で示される事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に実施している在宅医療・介護連携推進事業と連動した認知症関連施策等の現状の取組状況をお知らせください。

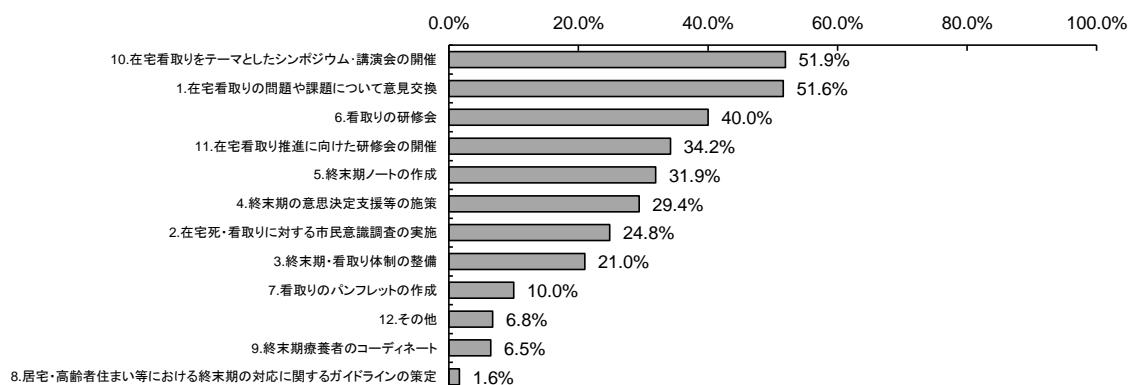
各市区町村の事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に取り組まれている在宅医療・介護連携推進事業と連動した認知症関連施策等の現状の取組状況を見ると、「1.認知症初期支援集中チームとの連携」が 76.1%と最も高く、次いで「7.地域ケア会議」で 59.2%、「2.認知症カフェ」で 53.5%となっている。（N=677）



	回答数	%
1.認知症初期支援集中チームとの連携	515	76.1%
2.認知症カフェ	362	53.5%
3.その他認知症施策	329	48.6%
4.通いの場における住民への普及啓発	280	41.4%
5.その他介護予防施策	246	36.3%
6.地域リハビリテーション活動支援事業	174	25.7%
7.地域ケア会議	401	59.2%
8.その他	26	3.8%

質問 11. 貴市区町村において、手引き等で示される事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に実施している在宅医療・介護連携推進事業と連動した終末期対応関連施策等の現状の取組状況をお知らせください。

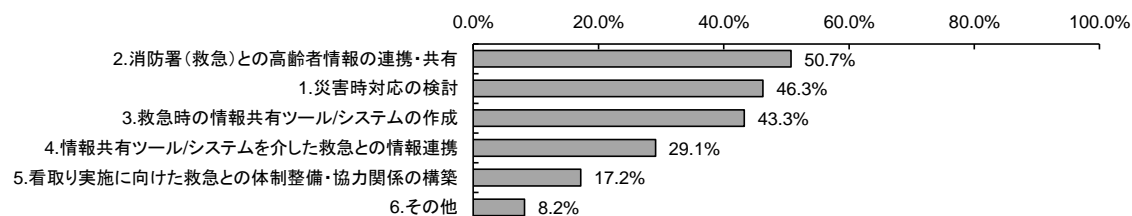
各市区町村の事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に取り組まれている在宅医療・介護連携推進事業と連動した終末期対応関連施策等の現状の取組状況を見てもみると、「10.在宅看取りをテーマとしたシンポジウム・講演会の開催」が51.9%と最も高く、次いで「1.在宅看取りの問題や課題について意見交換」で51.6%、「6.看取りの研修会」で40.0%となっている。（N=310）



	回答数	%
1.在宅看取りの問題や課題について意見交換	160	51.6%
2.在宅死・看取りに対する市民意識調査の実施	77	24.8%
3.終末期・看取り体制の整備	65	21.0%
4.終末期の意思決定支援等の施策	91	29.4%
5.終末期ノートの作成	99	31.9%
6.看取りの研修会	124	40.0%
7.看取りのパンフレットの作成	31	10.0%
8.居宅・高齢者住まい等における終末期の対応に関するガイドラインの策定	5	1.6%
9.終末期療養者のコーディネート	20	6.5%
10.在宅看取りをテーマとしたシンポジウム・講演会の開催	161	51.9%
11.在宅看取り推進に向けた研修会の開催	106	34.2%
12.その他	21	6.8%

質問 12. 貴市区町村において、手引き等で示される事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に実施している在宅医療・介護連携推進事業と連動した災害・救急時対応施策の現状の取組状況をお知らせください。

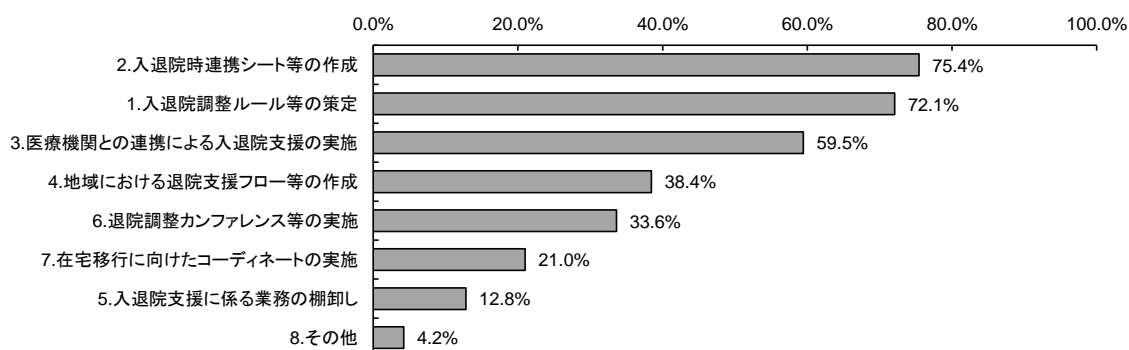
各市区町村の事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に取り組まれている在宅医療・介護連携推進事業と連動した災害・救急時対応施策の現状の取組状況を見ると、「2.消防署（救急）との高齢者情報の連携・共有」が 50.7%と最も高く、次いで「1.災害時対応の検討」で 46.3%、「3.救急時の情報共有ツール/システムの作成」で 43.3%となっている。（N=134）



	回答数	%
1.災害時対応の検討	62	46.3%
2.消防署(救急)との高齢者情報の連携・共有	68	50.7%
3.救急時の情報共有ツール/システムの作成	58	43.3%
4.情報共有ツール/システムを介した救急との情報連携	39	29.1%
5.看取り実施に向けた救急との体制整備・協力関係の構築	23	17.2%
6.その他	11	8.2%

質問 13. 貴市区町村において、手引き等で示される事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に実施している在宅医療・介護連携推進事業と連動した入退院調整支援施策等の現状の取組状況をお知らせください。

各市区町村の事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に取り組まれている在宅医療・介護連携推進事業と連動した入退院調整支援施策等の現状の取組状況を見ると、「2.入退院時連携シート等の作成」が 75.4%と最も高く、次いで「1.入退院調整ルール等の策定」で 72.1%、「3.医療機関との連携による入退院支援の実施」で 59.5%となっている。（N=475）



	回答数	%
1.入退院調整ルール等の策定	343	72.1%
2.入退院時連携シート等の作成	359	75.4%
3.医療機関との連携による入退院支援の実施	283	59.5%
4.地域における退院支援フロー等の作成	183	38.4%
5.入退院支援に係る業務の棚卸し	61	12.8%
6.退院調整カンファレンス等の実施	160	33.6%
7.在宅移行に向けたコーディネートの実施	100	21.0%
8.その他	20	4.2%

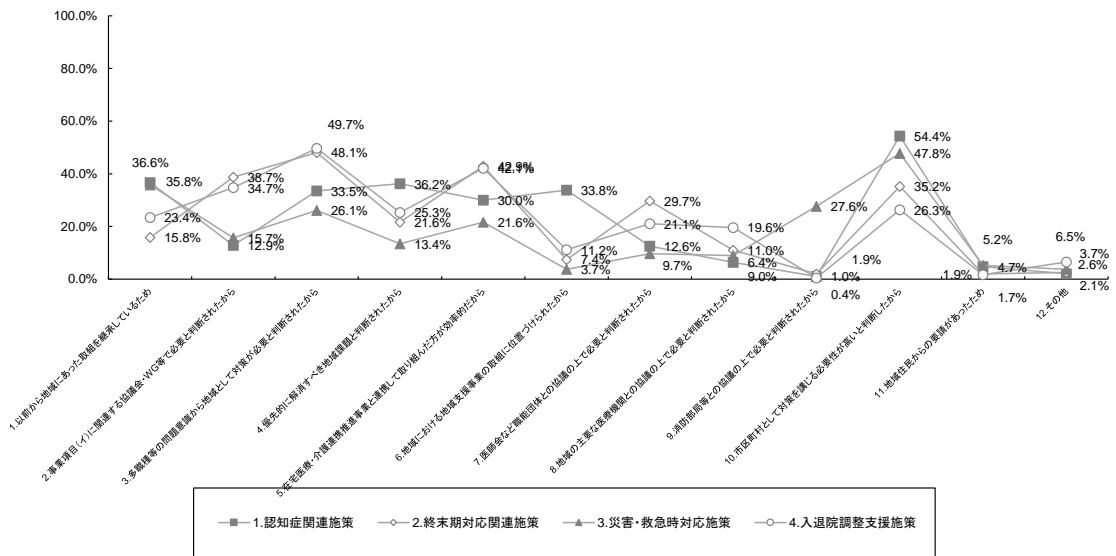
質問 14. 貴市区町村において、手引き等で示される事業項目（ア）～（ク）の取組例よりも深く、または重点的に実施している在宅医療・介護連携推進事業と連動した取組を行っている理由をお知らせください。

在宅医療・介護連携推進事業と連動した認知症関連施策を行っている理由をみると、「10.市区町村として対策を講じる必要性が高いと判断したから」が 54.4%と最も高く、次いで「1.以前から地域にあった取組を継承しているため」で 36.6%、「4.優先的に解消すべき地域課題と判断されたから」で 36.2%となっている。（N=677）

在宅医療・介護連携推進事業と連動した終末期対応関連施策を行っている理由をみると、「3.多職種等の問題意識から地域として対策が必要と判断されたから」が 48.1%と最も高く、次いで「5.在宅医療・介護連携推進事業と連携して取り組んだ方が効率的だから」で 42.9%、「2.事業項目（イ）に関連する協議会・WG 等で必要と判断されたから」で 38.7%となっている。（N=310）

在宅医療・介護連携推進事業と連動した災害・救急時対応施策を行っている理由をみると、「10.市区町村として対策を講じる必要性が高いと判断したから」が 47.8%と最も高く、次いで「1.以前から地域にあった取組を継承しているため」で 35.8%、「9.消防部局等との協議の上で必要と判断されたから」で 27.6%となっている。（N=134）

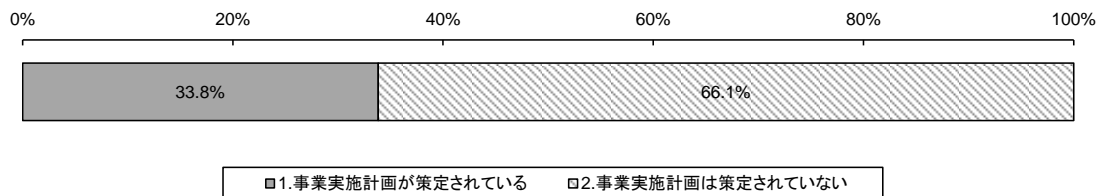
在宅医療・介護連携推進事業と連動した入退院調整支援施策を行っている理由をみると、「3.多職種等の問題意識から地域として対策が必要と判断されたから」が 49.6%と最も高く、次いで「5.在宅医療・介護連携推進事業と連携して取り組んだ方が効率的だから」で 42.0%、「2.事業項目（イ）に関連する協議会・WG 等で必要と判断されたから」で 34.7%となっている。（N=475）



	1.認知症関連施策	2.終末期対応関連施策	3.災害・救急時対応施策	4.入退院調整支援施策
1.以前から地域にあった取組を継承しているため	36.6%	15.8%	35.8%	23.3%
2.事業項目(イ)に関連する協議会・WG等で必要と判断されたから	12.9%	38.7%	15.7%	34.7%
3.多職種等の問題意識から地域として対策が必要と判断されたから	33.5%	48.1%	26.1%	49.6%
4.優先的に解消すべき地域課題と判断されたから	36.2%	21.6%	13.4%	25.2%
5.在宅医療・介護連携推進事業と連携して取り組んだ方が効率的だから	30.0%	42.9%	21.6%	21.6%
6.地域における地域支援事業の取組に位置づけられたから	33.8%	7.4%	3.7%	11.1%
7.医師会など職能団体との協議の上で必要と判断されたから	12.8%	29.7%	9.7%	21.0%
8.地域の主要な医療機関との協議の上で必要と判断されたから	6.4%	11.0%	9.0%	19.5%
9.消防部局等との協議の上で必要と判断されたから	1.0%	1.9%	27.6%	0.4%
10.市区町村として対策を講じる必要性が高いと判断したから	54.4%	47.8%	26.3%	26.3%
11.地域住民からの要請があったため	4.7%	1.9%	5.2%	1.7%
12.その他	2.1%	2.6%	3.7%	6.5%

質問 15. 貴市区町村における、事業実施計画の整備状況についてお知らせください。

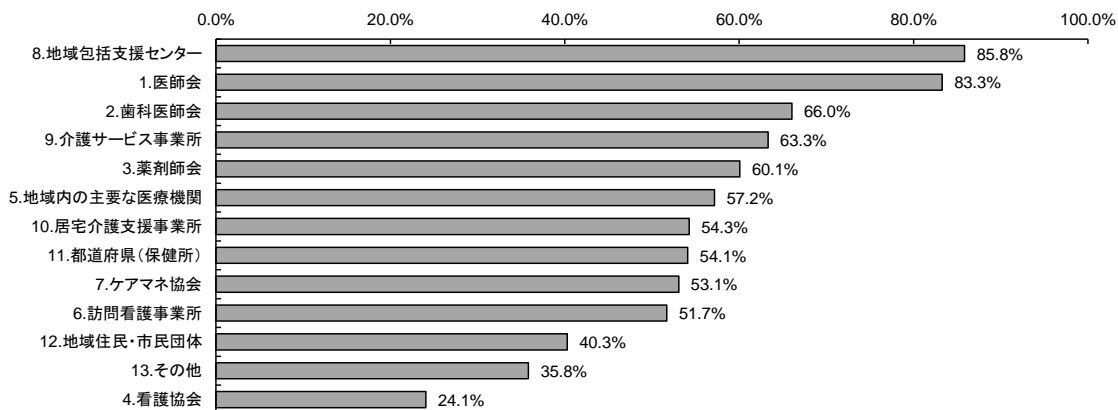
本調査に回答した市区町村のうち、33.8%の市区町村が事業実施計画を策定していることが明らかになった (N=1,732)。



	回答数	%
1.事業実施計画が策定されている	586	33.8%
2.事業実施計画は策定されていない	1,146	66.1%
合計値(N値)	1,732	100%

質問 16. 貴市区町村における、事業実施計画策定に携わった職能団体または多職種をすべてお知らせください。

各市区町村の事業実施計画策定に携わった職能団体または多職種を見てみると、「8.地域包括支援センター」が 86.0%と最も高く、次いで「1.医師会」で 83.3%、「2.歯科医師会」で 66.0%となっている。(N=586)



	回答数	%
1.医師会	488	83.3%
2.歯科医師会	387	66.0%
3.薬剤師会	352	60.1%
4.看護協会	141	24.1%
5.地域内の主要な医療機関	335	57.2%
6.訪問看護事業所	303	51.7%
7.ケアマネ協会	311	53.1%
8.地域包括支援センター	504	86.0%
9.介護サービス事業所	372	63.5%
10.居宅介護支援事業所	319	54.4%
11.都道府県(保健所)	318	54.3%
12.地域住民・市民団体	237	40.4%
13.その他	211	36.0%

質問 17. 貴市区町村における、在宅医療・介護連携推進事業に係る各取組の評価状況についてお知らせください。

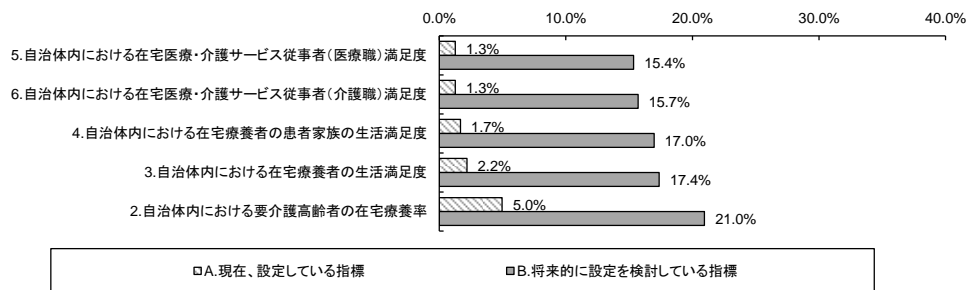
本調査に回答した市区町村のうち、29.7%の市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業に係る各取組の評価を実施していることが明らかになった (N=1,732)。



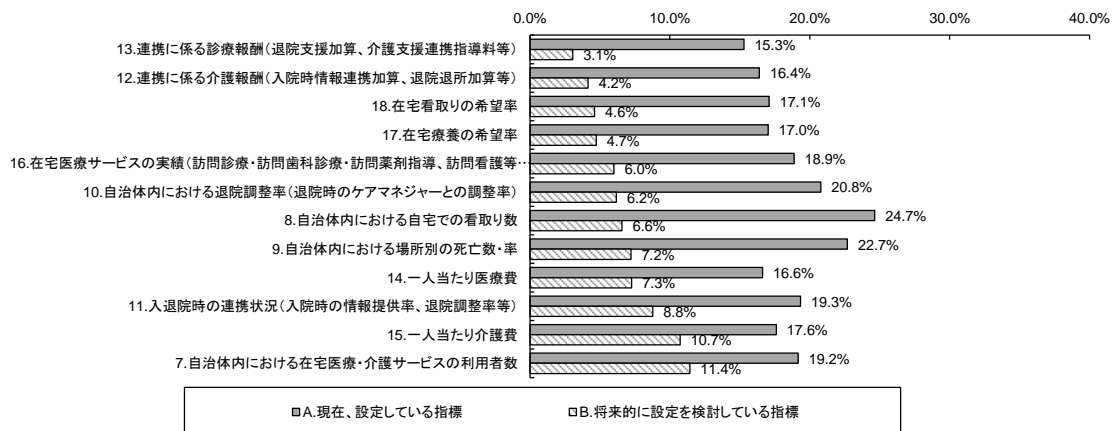
	回答数	%
1.評価している	514	29.7%
2.評価していない	1,218	70.3%
合計値(N値)	1,732	100.0%

質問 18. 貴市区町村における、在宅医療・介護連携推進事業に係る各取組の PDCA の運用など事業進捗を評価する際に活用（モニタリング）している評価指標についてお知らせください。

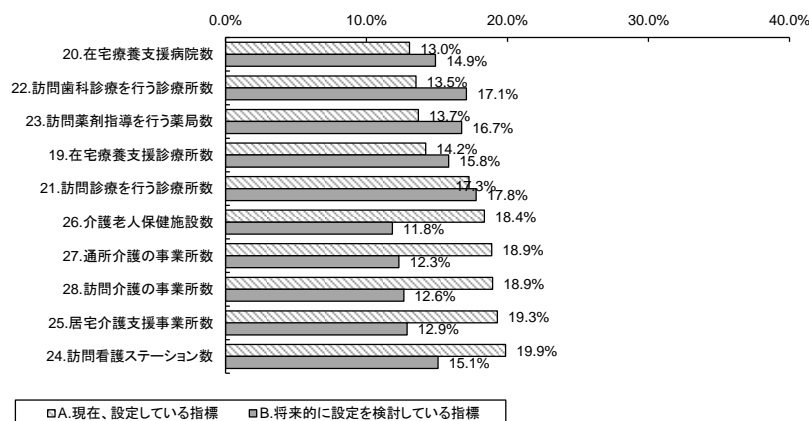
各市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業に係る各取組の PDCA の運用など事業進捗を評価する際に活用（モニタリング）している Outcome 指標を見ると、「2.自治体内における要介護高齢者の在宅療養率」が 5.0%と最も高く、次いで「3.自治体内における在宅療養者の生活満足度」で 2.2%、「4.自治体内における在宅療養者の患者家族の生活満足度」で 1.7%となっている。（N=1,732）



各市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業に係る各取組の PDCA の運用など事業進捗を評価する際に活用（モニタリング）している Process 指標を見ると、「7.自治体内における在宅医療・介護サービスの利用者数」が 11.4%と最も高く、次いで「15.一人当たり介護費」で 10.8%、「11.入退院時の連携状況（入院時の情報提供率、退院調整率等）」で 8.8%となっている。（N=1,732）



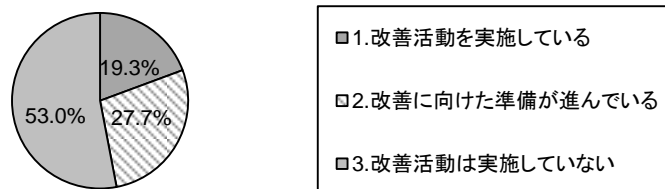
各市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業に係る各取組のPDCAの運用など事業進捗を評価する際に活用（モニタリング）しているStructure指標を見ると、「24.訪問看護ステーション数」が19.8%と最も高く、次いで「25.居宅介護支援事業所数」で19.3%、「28.訪問介護の事業所数」で18.9%となっている。（N=1,732）



事業進捗を評価する際に活用（モニタリング）している評価指標	回答数		%	
	A.現在、設定している指標	B.将来的に設定を検討している指標	A.現在、設定している指標	B.将来的に設定を検討している指標
1.定量目標や指標の設定はしていない(予定もない)	1,056	925	60.9%	53.3%
2.自治体内における要介護高齢者の在宅療養率	86	363	5.0%	20.9%
3.自治体内における在宅療養者の生活満足度	38	301	2.2%	17.4%
4.自治体内における在宅療養者の患者家族の生活満足度	29	294	1.7%	17.0%
5.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(医療職)満足度	22	266	1.3%	15.3%
6.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(介護職)満足度	22	272	1.3%	15.7%
7.自治体内における在宅医療・介護サービスの利用者数	198	332	11.4%	19.1%
8.自治体内における自宅での看取り数	114	427	6.6%	24.6%
9.自治体内における場所別の死亡数・率	125	393	7.2%	22.7%
10.自治体内における退院調整率(退院時のケアマネジャーとの調整率)	107	360	6.2%	20.8%
11.入退院時の連携状況(入院時の情報提供率、退院調整率等)	152	335	8.8%	19.3%
12.連携に係る介護報酬(入院時情報連携加算、退院退所加算等)	73	284	4.2%	16.4%
13.連携に係る診療報酬(退院支援加算、介護支援連携指導料等)	54	265	3.1%	15.3%
14.一人当たり医療費	127	288	7.3%	16.6%
15.一人当たり介護費	187	305	10.8%	17.6%
16.在宅医療サービスの実績(訪問診療・訪問歯科診療・訪問薬剤指導、訪問看護)	105	327	6.1%	18.9%
17.在宅療養の希望率	82	296	4.7%	17.1%
18.在宅看取りの希望率	80	296	4.6%	17.1%
19.在宅療養支援診療所数	246	274	14.2%	15.8%
20.在宅療養支援病院数	226	258	13.0%	14.9%
21.訪問診療を行う診療所数	299	309	17.3%	17.8%
22.訪問歯科診療を行う診療所数	234	296	13.5%	17.1%
23.訪問薬剤指導を行う薬局数	237	290	13.7%	16.7%
24.訪問看護ステーション数	344	261	19.8%	15.1%
25.居宅介護支援事業所数	334	223	19.3%	12.9%
26.介護老人保健施設数	318	205	18.3%	11.8%
27.通所介護の事業所数	327	213	18.9%	12.3%
28.訪問介護の事業所数	328	219	18.9%	12.6%
29.その他	115	90	6.6%	5.2%

質問 19. 貴市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の事業項目（ア）、（イ）を通じて策定した事業実施計画に基づいた事業全体の取組施策の改善状況についてお知らせください。

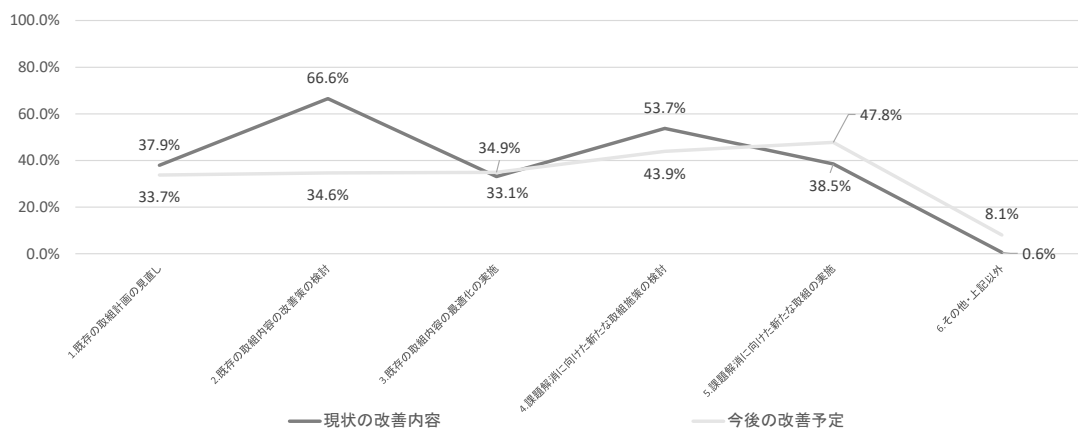
本調査に回答した市区町村のうち、19.4%の市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業に係る各取組施策の改善活動を実施していることが明らかになった。改善に向けた準備が進んでいる市区町村も含めると、47.0%の市区町村が改善の必要性を感じていると言える。
(N=1,732)



	回答数	%
1.改善活動を実施している	335	19.3%
2.改善に向けた準備が進んでいる	479	27.7%
3.改善活動は実施していない	918	53.0%
合計値(N値)	1,732	100.0%

質問 20. 質問 19 に関連し、貴市区町村において取り組んでいる改善内容についてお知らせください。

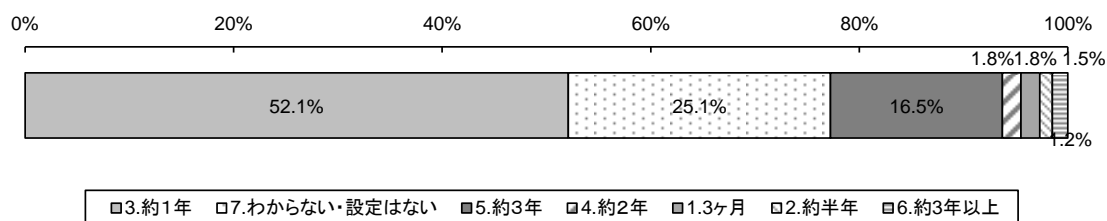
各市区町村が取り組んでいる改善内容を見ると、「2.既存の取組内容の検討」が 66.4%と最多。次いで、「4.課題解消に向けた新たな取組施策の検討」が 53.6%、「5.課題解消に向けた新たな取組の実施」が 38.4%と続く。(N=336)



	現状の改善内容		今後の改善予定 (希望)	
1.既存の取組計画の見直し	127	113	37.8%	33.6%
2.既存の取組内容の改善策の検討	223	116	66.4%	34.5%
3.既存の取組内容の最適化の実施	111	117	33.0%	34.8%
4.課題解消に向けた新たな取組施策の検討	180	147	53.6%	43.8%
5.課題解消に向けた新たな取組の実施	129	160	38.4%	47.6%
6.その他・上記以外	2	27	0.6%	8.0%

質問 21. 貴市区町村において在宅医療・介護連携推進事業の取組改善 (PDCA の運用) に要する目安としている期間についてお知らせください。

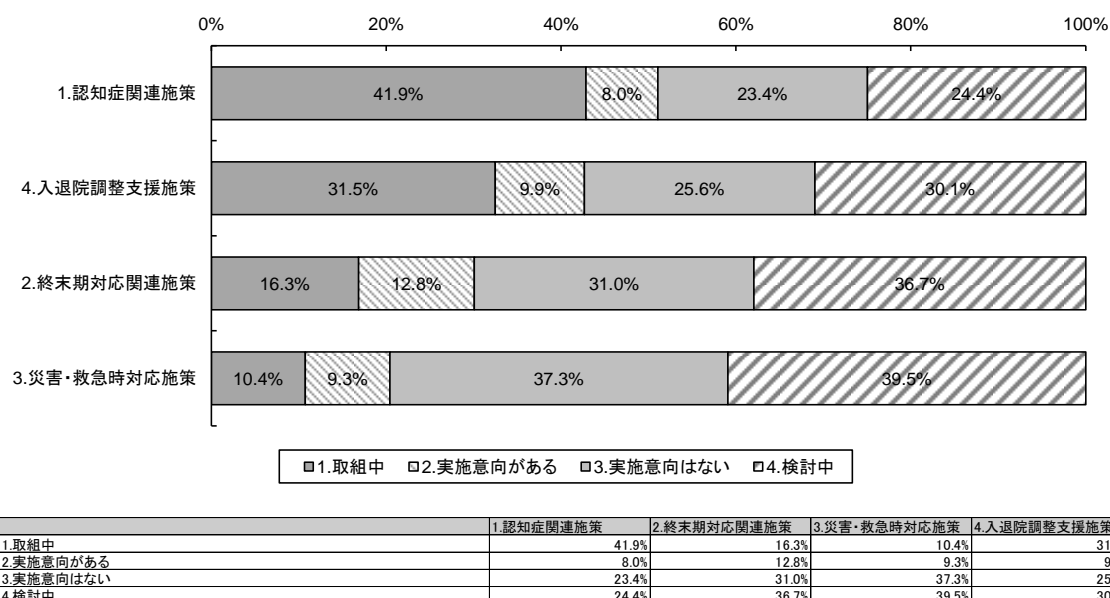
各市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業の取組改善 (PDCA の運用) に要する目安としている期間を見てみると、「3.約 1年」が 52.1%と最も高く、次いで「7.わからない・設定はない」で 25.1%、「5.約 3年」で 16.5%と続く。(N=334)



	回答数	%
1.3ヶ月	6	1.8%
2.約半年	4	1.2%
3.約1年	174	52.1%
4.約2年	6	1.8%
5.約3年	55	16.5%
6.約3年以上	5	1.5%
7.わからない・設定はない	84	25.1%
合計値(N値)	334	100.0%

質問 22. 貴市区町村における、在宅医療・介護連携推進事業に係る（ア）～（ク）以外の追加的な取組の実施意向についてお知らせください。

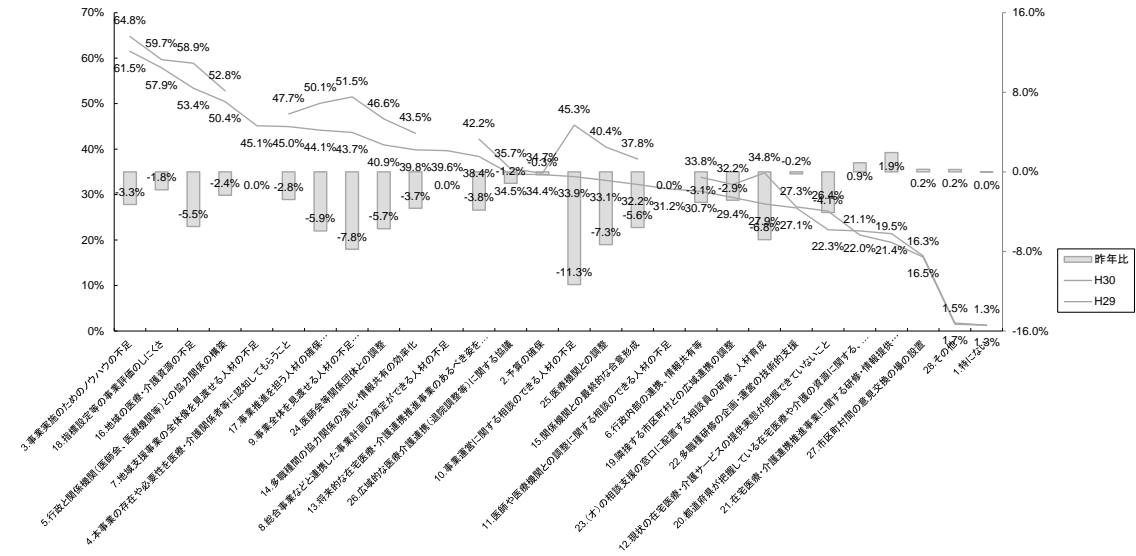
各市区町村における、在宅医療・介護連携推進事業に係る（ア）～（ク）以外の追加的な取組の実施意向をしてみると、「1. 取組中」と「2.実施意向がある」の合計は、『1.認知症関連施策』が 59.9%最も高く、次いで『4.入退院調整支援施策』で 41.4%、『2.終末期対応関連施策』で 29.1%となっている。（N=1,734）



質問 23. 次の選択枝のうち、貴市区町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中で、課題だと感じているものをすべて選択し、その中でも課題解消の優先順位が高いと考えるものを最大で5番目までお答え下さい。
また、国および都道府県からの支援が必要と考えられるものについても最大で5つ優先順位をつけてお答えください。

A.在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題（複数選択）

在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題を見てみると、「3.事業実施のためのノウハウの不足」が61.5%最も高く、次いで「18.指標設定等の事業評価のしにくさ」で57.9%、「16.地域の医療・介護資源の不足」で53.4%となっている。平成29年度の調査よりも全体的に課題意識が低下している。(N=1,734)



A事業推進時の課題	H30		H29	
	回答数	%	回答数	%
1.特になし	22	1.3%	22	1.3%
2.予算の確保	596	34.4%	604	34.7%
3.事業実施のためのノウハウの不足	1066	61.5%	1128	64.8%
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	779	45.0%	831	47.7%
5.行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築	874	50.4%	919	52.8%
6.行政内部の連携、情報共有等	532	30.7%	588	33.8%
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	782	45.1%		
8.総合事業など連携した事業計画の策定ができる人材の不足	687	39.6%		
9.事業全体を見渡せる人材の不足(市区町村担当者および事業委託先をご想定)	757	43.7%	896	51.5%
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	588	33.9%	788	45.3%
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	541	31.2%		
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	386	22.3%	459	26.4%
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていない	685	39.4%	735	42.2%
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	690	39.8%	757	43.5%
15.関係機関との最終的な合意形成	558	32.2%	658	37.8%
16.地域の医療・介護資源の不足	925	53.4%	1025	58.9%
17.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	765	44.1%	872	50.1%
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	1003	57.9%	1039	59.7%
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	509	29.4%	561	32.2%
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、□当該市区町村が把握している在宅医療・介護の資源に関する、□当該市区町村が把握していない	381	22.0%	367	21.1%
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	371	21.4%	339	19.5%
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	469	27.1%	475	27.3%
23.(才)の相談支援の窓口に対応する相談員の研修・人材育成	484	27.9%	605	34.8%
24.医師会等関係団体との調整	709	40.9%	812	46.6%
25.医療機関との調整	574	33.1%	704	40.4%
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	598	34.5%	621	35.7%
27.市区町村間の意見交換の場の設置	286	16.5%	283	16.3%
28.その他	290	1.7%	26	1.5%

B.在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題（順位回答）

在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中での課題で『1位』とされた課題を見てみると、「16.地域の医療・介護資源の不足」が15.9%と最も高く、次いで「3.事業実施のためのノウハウの不足」で12.1%、「5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築」で9.4%となっている。（N=1,734）

	1位	2位	3位	4位	5位
1.特がない	20	0	0	0	0
2.予算の確保	105	42	31	49	49
3.事業実施のためのノウハウの不足	209	143	128	92	92
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	87	98	76	62	62
5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築	163	150	127	77	77
6.行政内部の連携、情報共有等	15	32	48	33	33
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	71	89	85	82	82
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	16	61	63	58	58
9.事業全体を見渡せる人材の不足（市区町村担当者および事業委託先をご想定）	76	88	91	79	79
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	18	32	48	64	64
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	15	31	47	58	58
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	27	42	32	34	34
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていない	135	98	67	65	65
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	45	58	63	62	62
15.関係機関との最終的な合意形成	27	33	55	54	54
16.地域の医療・介護資源の不足	276	132	102	77	77
17.事業推進を担う人材の確保（市区町村担当者および事業委託先をご想定）	123	110	85	87	87
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	89	123	118	122	122
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	13	15	39	42	42
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、□当該市区町村の	7	11	15	18	18
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供（先進事例等）	0	5	11	15	15
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	4	10	18	37	37
23.（才）の相談支援の窓口に対応する相談員の研修、人材育成	11	20	35	29	29
24.医師会等関係団体との調整	77	99	76	66	66
25.医療機関との調整	18	50	41	38	38
26.広域的な医療介護連携（退院調整等）に関する協議	13	25	43	49	49
27.市区町村間の意見交換の場の設置	0	6	5	13	13
28.その他	11	2	3	1	1

	1位	2位	3位	4位	5位
1.特がない	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
2.予算の確保	6.1%	2.4%	1.8%	2.8%	2.8%
3.事業実施のためのノウハウの不足	12.1%	8.2%	7.4%	5.3%	5.3%
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	5.0%	5.7%	4.4%	3.6%	3.6%
5.行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築	9.4%	8.7%	7.3%	4.4%	4.4%
6.行政内部の連携、情報共有等	0.9%	1.8%	2.8%	1.9%	1.9%
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	4.1%	5.1%	4.9%	4.7%	4.7%
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	0.9%	3.5%	3.6%	3.3%	3.3%
9.事業全体を見渡せる人材の不足（市区町村担当者および事業委託先をご想定）	4.4%	5.1%	5.2%	4.6%	4.6%
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	1.0%	1.8%	2.8%	3.7%	3.7%
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	0.9%	1.8%	2.7%	3.3%	3.3%
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	1.6%	2.4%	1.8%	2.0%	2.0%
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていない	7.8%	5.7%	3.9%	3.7%	3.7%
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	2.6%	3.3%	3.6%	3.6%	3.6%
15.関係機関との最終的な合意形成	1.6%	1.9%	3.2%	3.1%	3.1%
16.地域の医療・介護資源の不足	15.9%	7.6%	5.9%	4.4%	4.4%
17.事業推進を担う人材の確保（市区町村担当者および事業委託先をご想定）	7.1%	6.3%	4.9%	5.0%	5.0%
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	5.1%	7.1%	6.8%	7.0%	7.0%
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	0.7%	0.9%	2.2%	2.4%	2.4%
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、□当該市区町村の	0.4%	0.6%	0.9%	1.0%	1.0%
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供（先進事例等）	0.0%	0.3%	0.6%	0.9%	0.9%
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	0.2%	0.6%	1.0%	2.1%	2.1%
23.（才）の相談支援の窓口に対応する相談員の研修、人材育成	0.6%	1.2%	2.0%	1.7%	1.7%
24.医師会等関係団体との調整	4.4%	5.7%	4.4%	3.8%	3.8%
25.医療機関との調整	1.0%	2.9%	2.4%	2.2%	2.2%
26.広域的な医療介護連携（退院調整等）に関する協議	0.7%	1.4%	2.5%	2.8%	2.8%
27.市区町村間の意見交換の場の設置	0.0%	0.3%	0.3%	0.7%	0.7%
28.その他	0.6%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%

C.国からの支援が必要と考えられる課題

在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中で国からの支援が必要と考えられる課題で『1位』とされた課題を見てみると、「2.予算の確保」が23.1%と最も高く、次いで「16.地域の医療・介護資源の不足」で15.2%、「3.事業実施のためのノウハウの不足」で10.6%となっている。(N=1,734)

	1位	2位	3位	4位	5位
1.特がない	70	0	1	0	3
2.予算の確保	400	108	45	38	44
3.事業実施のためのノウハウの不足	183	155	88	69	50
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	87	97	70	44	38
5.行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築	49	72	59	34	38
6.行政内部の連携、情報共有等	3	6	11	6	9
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	23	38	51	47	28
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	2	24	38	26	17
9.事業全体を見渡せる人材の不足(市区町村担当者および事業委託先をご想定)	22	22	37	26	21
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	13	17	30	34	40
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	12	15	20	22	21
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	1	18	13	8	16
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていない	62	67	62	37	40
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	8	24	46	32	25
15.関係機関との最終的な合意形成	7	14	8	14	23
16.地域の医療・介護資源の不足	263	135	62	43	35
17.事業推進を担う人材の確保(市区町村担当者および事業委託先をご想定)	36	35	43	42	20
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	170	178	123	113	88
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	9	5	12	13	11
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、□当該市区町村の	14	25	31	32	16
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	62	85	76	49	87
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	11	21	41	37	23
23.(才)の相談支援の窓口に対応する相談員の研修、人材育成	20	25	38	44	24
24.医師会等関係団体との調整	61	47	56	40	52
25.医療機関との調整	9	25	18	21	16
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	12	24	20	26	25
27.市区町村間の意見交換の場の設置	7	9	6	8	12
28.その他	13	2	4	0	2

	1位	2位	3位	4位	5位
1.特がない	4.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%
2.予算の確保	23.1%	6.2%	2.6%	2.2%	2.5%
3.事業実施のためのノウハウの不足	10.6%	8.9%	5.1%	4.0%	2.9%
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	5.0%	5.6%	4.0%	2.5%	2.2%
5.行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築	2.8%	4.2%	3.4%	2.0%	2.2%
6.行政内部の連携、情報共有等	0.2%	0.3%	0.6%	0.3%	0.5%
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	1.3%	2.2%	2.9%	2.7%	1.6%
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	0.1%	1.4%	2.2%	1.5%	1.0%
9.事業全体を見渡せる人材の不足(市区町村担当者および事業委託先をご想定)	1.3%	1.3%	2.1%	1.5%	1.2%
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	0.7%	1.0%	1.7%	2.0%	2.3%
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	0.7%	0.9%	1.2%	1.3%	1.2%
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	0.1%	1.0%	0.7%	0.5%	0.9%
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていない	3.6%	3.9%	3.6%	2.1%	2.3%
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	0.5%	1.4%	2.7%	1.8%	1.4%
15.関係機関との最終的な合意形成	0.4%	0.8%	0.5%	0.8%	1.3%
16.地域の医療・介護資源の不足	15.2%	7.8%	3.6%	2.5%	2.0%
17.事業推進を担う人材の確保(市区町村担当者および事業委託先をご想定)	2.1%	2.0%	2.5%	2.4%	1.2%
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	9.8%	10.3%	7.1%	6.5%	5.1%
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	0.5%	0.3%	0.7%	0.7%	0.6%
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、□当該市区町村の	0.8%	1.4%	1.8%	1.8%	0.9%
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	3.8%	4.9%	4.4%	2.8%	5.0%
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	0.6%	1.2%	2.4%	2.1%	1.3%
23.(才)の相談支援の窓口に対応する相談員の研修、人材育成	1.2%	1.4%	2.2%	2.5%	1.4%
24.医師会等関係団体との調整	3.5%	2.7%	3.2%	2.3%	3.0%
25.医療機関との調整	0.5%	1.4%	1.0%	1.2%	0.9%
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	0.7%	1.4%	1.2%	1.5%	1.4%
27.市区町村間の意見交換の場の設置	0.4%	0.5%	0.3%	0.5%	0.7%
28.その他	0.7%	0.1%	0.2%	0.0%	0.1%

D.都道府県からの支援が必要と考えられる課題

在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中で都道府県からの支援が必要と考えられる課題で『1位』とされた課題を見てみると、「16.地域の医療・介護資源の不足」が11.2%と最も高く、次いで「3.事業実施のためのノウハウの不足」で11.2%、「2.予算の確保」で10.4%となっている。(N=1,734)

	1位	2位	3位	4位	5位
1.特になし	38	1	1	0	3
2.予算の確保	181	54	33	28	34
3.事業実施のためのノウハウの不足	194	115	68	65	59
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	96	63	42	43	43
5.行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築	155	114	75	41	46
6.行政内部の連携、情報共有等	6	5	17	7	9
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	26	41	32	34	24
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	7	19	35	23	18
9.事業全体を見渡せる人材の不足(市区町村担当者および事業委託先をご想定)	29	27	38	29	21
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	24	42	37	48	23
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	19	31	33	25	34
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	13	23	14	17	7
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていない	40	48	41	25	37
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	13	22	43	46	27
15.関係機関との最終的な合意形成	13	13	18	30	32
16.地域の医療・介護資源の不足	195	90	64	38	37
17.事業推進を担う人材の確保(市区町村担当者および事業委託先をご想定)	31	43	32	29	23
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	70	79	78	81	70
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	83	85	86	70	55
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、□当該市区町村の	109	78	118	80	64
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	23	54	54	56	67
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	21	38	58	62	47
23.(才)の相談支援の窓口に対応する相談員の研修、人材育成	28	36	59	57	44
24.医師会等関係団体との調整	118	141	101	71	64
25.医療機関との調整	21	57	42	34	27
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	104	102	106	82	85
27.市区町村間の意見交換の場の設置	48	61	51	68	68
28.その他	6	1	6	0	4

	1位	2位	3位	4位	5位
1.特になし	2.2%	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
2.予算の確保	10.4%	3.1%	1.9%	1.6%	2.0%
3.事業実施のためのノウハウの不足	11.2%	6.8%	3.9%	3.7%	3.4%
4.本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと	3.2%	3.8%	2.4%	2.5%	2.5%
5.行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築	8.9%	6.8%	4.3%	2.4%	2.7%
6.行政内部の連携、情報共有等	0.3%	0.3%	1.0%	0.4%	0.5%
7.地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足	1.5%	2.4%	1.8%	2.0%	1.4%
8.総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足	0.4%	1.1%	2.0%	1.3%	1.0%
9.事業全体を見渡せる人材の不足(市区町村担当者および事業委託先をご想定)	1.7%	1.6%	2.2%	1.7%	1.2%
10.事業運営に関する相談のできる人材の不足	1.4%	2.4%	2.1%	2.8%	1.3%
11.医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足	1.1%	1.8%	1.9%	1.4%	2.0%
12.現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと	0.7%	1.3%	0.8%	1.0%	0.4%
13.将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていない	2.3%	2.8%	2.5%	1.4%	2.1%
14.多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化	0.7%	1.3%	2.4%	2.7%	1.6%
15.関係機関との最終的な合意形成	0.7%	0.7%	1.0%	1.7%	1.8%
16.地域の医療・介護資源の不足	11.2%	5.2%	3.7%	2.2%	2.1%
17.事業推進を担う人材の確保(市区町村担当者および事業委託先をご想定)	1.8%	2.5%	1.8%	1.7%	1.3%
18.指標設定等の事業評価のしにくさ	4.0%	4.8%	4.5%	4.7%	4.0%
19.隣接する市区町村との広域連携の調整	4.8%	4.9%	5.0%	4.0%	3.2%
20.都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、□当該市区町村の	6.3%	4.5%	6.8%	4.6%	3.7%
21.在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)	1.3%	3.1%	3.1%	3.2%	3.9%
22.多職種研修の企画・運営の技術的支援	1.2%	2.2%	3.3%	3.6%	2.7%
23.(才)の相談支援の窓口に対応する相談員の研修、人材育成	1.8%	2.1%	3.4%	3.3%	2.5%
24.医師会等関係団体との調整	6.8%	8.1%	5.8%	4.1%	3.7%
25.医療機関との調整	1.2%	3.3%	2.4%	2.0%	1.6%
26.広域的な医療介護連携(退院調整等)に関する協議	6.0%	5.9%	6.1%	4.7%	4.9%
27.市区町村間の意見交換の場の設置	2.8%	3.5%	2.9%	3.9%	3.9%
28.その他	0.3%	0.1%	0.3%	0.0%	0.2%

参考資料② アンケート調査票

平成30年度 老人保健福祉計画推進事業（在宅医療・介護連携推進事業）のあり方に関するアンケート調査

※本調査では、**平成30年8月1日時点**における貴市区町村の在宅医療・介護連携推進事業に関する取組状況についてお伺いします。

現時点で 質問1、質問2、質問3、質問4、質問5、質問6、質問7、質問9、質問15、質問16、質問17、質問18、質問19、質問20、質問21、質問22、質問23、連絡先が未回答です。

注1)複数回答の質問では、空欄は“実施していない等”として集計しますので、ご留意ください。
注2)グレーに変更されたセルには記入不要です。

質問1 貴市区町村の所属する都道府県をお知らせください。

未回答

質問1 回答欄

質問2 貴市区町村の自治体名を記入してください。
※例：大阪市、千代田区、足柄下郡箱根町

未回答

質問2 回答欄

質問3 貴市貴市区町村の人口(平成30年4月1日時点)をご記入ください。

未回答

質問3 回答欄

質問4 在宅医療・介護連携推進事業を主として担当している部署の種別について、最も近いものをお知らせください。

未回答

質問4 回答欄

- 保健・医療系部署(例:地域医療課、健康推進課など)
- 福祉・介護系部署(例:高齢福祉課、介護福祉課など)
- 地域包括ケア総合部署(例:地域包括ケア推進課など)
- 直営の地域包括支援センター
- その他

質問5 次に示す関係団体との関係についてお伺いします。
貴市区町村では、在宅医療・介護連携推進事業の実施にあたり、下記の関係団体と協力をしていますか。
それぞれの団体との協力状況についてお知らせください。(それぞれひとつだけ)

未回答

選択肢1～9のそれぞれについて、該当するセルに1を入力

	質問5 回答欄		
	1.協力している	2.協力を予定している	3.協力していない
1.医師会			
2.歯科医師会			
3.薬剤師会			
4.看護協会または地域の連絡会			
5.訪問看護協会または地域の連絡会			
6.ケアマネ協会または地域の連絡会			
7.地域包括支援センター			
8.都道府県・保健所			
9.その他			

質問6 貴市区町村における、在宅医療・介護連携推進事業を推進する際の事業の運営手法や事業計画の策定や取組の検討等を相談できるアドバイザーについて、A.アドバイザーの有無、B.専門性ならびにC.アドバイザーの属性についてお知らせください。

未回答

選択肢A-A、B-Bは下記の選択肢より選択。質問6-Cは、表中の選択肢のうちあてはまるものに1を入力

質問6-A

- アドバイザーがいる
- アドバイザーはいない

質問6-A 回答欄

質問6-B

- 医師
- 医療系専門職
- 介護系専門職
- 行政職
- 学識者
- その他

質問6-B 回答欄

質問6-C 回答欄

- 市区町村内の医師会・医療機関
- 市区町村外の医師会(都道府県医師会を含む)・医療機関
- 医療・介護系の職能団体等
- 都道府県の担当者
- 他の都道府県の担当者
- 他の市区町村の担当者
- 民間事業者(医療系・介護系事業者)
- 民間事業者(製薬会社・医療系コンサル・システムベンダー等)
- 大学等のアカデミア
- その他

質問7 貴市区町村における、在宅医療・介護連携推進事業に係るA.各事業項目ごとの進捗状況ならびにB.近隣自治体との共同実施状況についてお知らせください。

未回答

選択肢Aは、事業項目ごとに実施している項目のセルに1を入力

A.事業項目別の進捗状況

質問7 回答欄	
(ア)地域の医療・介護の資源の把握	(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
1.地域で把握可能な既存情報の整理	1.機能団体へのヒアリングを通じて、地域の課題や対応策を要する事項を抽出する
2.在宅医療・介護の必要性(需要)や資源量(供給)の現状把握	2.ヒアリングで得た内容を類型化し、問題・要対応事項を一般化する
3.地域内の医療・介護関係者や住民への地域内の医療・介護資源の現状共有	3.地域における検討会・会議体を整理(統廃合)する
4.在宅医療・介護の必要性(需要)や資源量(供給)の将来推計	4.上記を基に、必要となる会議体の組織化および会議体の参加者を決定する
5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	5.地域における検討会・会議体等を開催する
	6.検討・承認の2つの機能を持つ会議体を使い分け、事業計画・方針を打ち出す
	7.在宅医療・介護の需給バランスについて検討している
	8.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定
(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援
1.地域における在宅医療資源および提供体制を把握する	1.情報共有に係る課題および共有が必要な情報の抽出
2.地域における切れ目のない医療提供体制の目指すべき姿を描く	2.既存の連携ツールやルールを整理・新編に作成が必要なツールやルールを整理および導入促進の検討
3.実行が得切切れ目のない在宅医療・介護の提供体制のあり方を地域の医療・介護関係者と検討・調整する	3.ツールやルールの新規作成・改修
4.具体的な体制の整備に向けた調整や推進運用時のルールを策定する	4.新規作成・改修したツールやルールの関係団体内での周知徹底
5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	5.定期的な利用実態のモニタリングおよびツールやルールの運用状況の把握
	6.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	(カ)医療・介護関係者の研修
1.相談窓口の設置に向けた準備	1.地域内での既存の研修の把握・整理
2.多様な相談への対応が可能な人材の確保・育成や関係者との連携体制の構築	2.関係者へのヒアリングやアンケート等を通じた研修ニーズ・課題の把握
3.相談窓口の設置および運営	3.ニーズや課題に応じた研修の実施
4.相談窓口の機能の周知	4.研修の実施支援・研修フォローの実施
5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定
(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
1.地域に向けて何を普及啓発するのかを確認する	1.関係市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況の把握
2.普及啓発の対象者および普及啓発に用いる媒体を決定する	2.関係市区町村との広域的に取組むべき内容及び必要性の検討
3.普及啓発(情報提供)の実施	3.関係市区町村および地域内の各機能団体との広域的な取組に関する協議の場の設定
4.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定	4.行政および各機能団体の実務者・役職者による広域的な取組に向けた協議
	5.その他の取組の検討・実施、または上記以外の新たな事業実施計画等の策定

選択肢Bは、選択肢(A)～(ク)のそれぞれについて、共同実施しているものに1を入力

B.近隣自治体との共同実施の状況

質問7 回答欄	
(ア)地域の医療・介護の資源の把握	
(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推進	
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	
(カ)医療・介護関係者の研修	
(キ)地域住民への普及啓発	
(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	

質問9 貴市区町村において、在宅医療・介護連携推進事業の手引き等で示されている事業項目(ア)～(ク)の取組例よりも深く、または重点的に取り組まれている施策について、下記のうち着手・検討しているものをお知らせください。
未回答 該当するセルに1を入力

質問9 回答欄	
下記のいずれも該当しない	
1.認知症関連施策	
2.終末期対応関連施策	
3.災害・救急時対応施策	
4.入退院調整支援施策	
5.その他	

質問10 貴市区町村において、手引き等で示される事業項目(ア)～(ク)の取組例よりも深く、または重点的に実施している在宅医療・介護連携推進事業と連動した認知症関連施策等の現状の取組状況をお知らせください。
未回答 該当するセルに1を入力

質問10 回答欄	
1.認知症初期支援集中チームとの連携	
2.認知症カフェ	
3.その他認知症施策	
4.道の駅における住民への普及啓発	
5.その他介護予防施策	
6.地域リハビリテーション活動支援事業	
7.地域ケア会議	
8.その他	

質問11 貴市区町村において、手引き等で示される事業項目(ア)～(ク)の取組例よりも深く、または重点的に実施している在宅医療・介護連携推進事業と連動した終末期対応関連施策等の現状の取組状況をお知らせください。
未回答 該当するセルに1を入力

質問11 回答欄	
1.在宅着取りの問題や課題について意見交換	
2.在宅死・着取りに対する市民意識調査の実施	
3.終末期・着取り体制の整備	
4.終末期の意思決定支援等の施策	
5.終末期ノート作成	
6.着取りの研修会	
7.着取りのパンフレットの作成	
8.居宅・高齢者住まい等における終末期の対応に関するガイドラインの策定	
9.終末期患者のコーディネート	
10.在宅着取りをテーマとしたシンポジウム・講演会の開催	
11.在宅着取り推進に向けた研修会の開催	
12.その他	

質問12 貴市区町村において、手引き等で示される事業項目(ア)～(ク)の取組例よりも深く、または重点的に実施している在宅医療・介護連携推進事業と連動した災害・救急時対応施策等の現状の取組状況をお知らせください。
未回答 該当するセルに1を入力

質問12 回答欄	
1.災害時対応の検討	
2.消防署(救急)との高齢者情報の連携・共有	
3.救急時の情報共有ツール/システムの作成	
4.情報共有ツール/システムを介した救急との情報連携	
5.重傷者救急に向けた救急との体制整備・協力関係の構築	
6.その他	

質問13 貴市区町村において、手引き等で示される事業項目(ア)～(ク)の取組例よりも深く、または重点的に実施している在宅医療・介護連携推進事業と連動した入退院調整支援施策等の現状の取組状況をお知らせください。
未回答 該当するセルに1を入力

質問13 回答欄	
1.入退院調整ルール等の策定	
2.入退院時連携シート等の作成	
3.医療機関との連携による入退院支援の実施	
4.地域における退院支援コーディネーターの作成	
5.入退院支援に係る業務の棚卸し	
6.退院調整カンファレンス等の実施	
7.在宅移行に向けたコーディネーターの実施	
8.その他	

質問14 貴市区町村において、手引き等で示される事業項目(ア)～(ク)の取組例よりも深く、または重点的に実施している在宅医療・介護連携推進事業と連動した取組を行っている理由をお知らせください。
未回答 該当するセルに1を入力

	質問14 回答欄			
	1.認知症関連施策	2.終末期対応関連施策	3.災害・救急時対応施策	4.入退院調整支援施策
1.以前から地域にあった取組を継承しているため				
2.事業項目(イ)に関連する協議会・WG等で必要と判断されたから				
3.多職種等の問題意識から地域として対策が必要と判断されたから				
4.政策的に解消すべき地域課題と判断されたから				
5.在宅医療・介護連携推進事業と連動して取り組んだ方が効率的だから				
6.地域における地域支援事業の取組に位置づけられたから				
7.医師会など職能団体との協議の上で必要と判断されたから				
8.地域の主要な医療機関との協議の上で必要と判断されたから				
9.消防部局等との協議の上で必要と判断されたから				
10.市区町村として対策を講じる必要性が高いと判断したから				
11.地域住民からの要請があったため				
12.その他				

質問15 貴市区町村における、事業実施計画の整備状況についてお知らせください。

未回答 1.事業実施計画が策定されている
2.事業実施計画は策定されていない

すべての事業実施計画とは、事業計画もしくは情報制度(または)情報システム(または)在宅医療・介護連携推進事業の各事業項目別の実施手順・方策を取りまとめた事業計画全般を指している。

質問15 回答欄

質問16 貴市区町村における、事業実施計画策定に携わった職能団体または民間団体をすべてお知らせください。

未回答 該当するセルに1を入力

質問16 回答欄	
1.医師会	
2.歯科医師会	
3.薬剤師会	
4.看護協会	
5.地域内の主要な医療機関	
6.訪問看護事業所	
7.ケアマネ協会	
8.地域包括支援センター	
9.介護サービス事業所	
10.居宅介護支援事業所	
11.福祉施設(介護所)	
12.地域性良・市民団体	
13.その他	

質問17 貴市区町村において、在宅医療・介護連携推進事業に係る各取組の評価状況についてお知らせください。

未回答 1.評価している
2.評価していない

質問17 回答欄

質問18 貴市区町村における、在宅医療・介護連携推進事業に係る各取り組みのPDCAの運用など事業進捗を評価する際に活用(モニタリング)している評価指標についてお知らせください。
未回答 該当するセルに1を入力

	質問18 回答欄	
	A.現在、設定している指標	B.将来的に設定を検討している指標
1.定量目標や指標の設定はしていない(予定もない)		
2.自治体内における要介護高齢者の在宅療養率		
3.自治体内における在宅療養者の生活満足度		
4.自治体内における在宅療養者の患者家族の生活満足度		
5.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(医療職)満足度		
6.自治体内における在宅医療・介護サービス従事者(介護職)満足度		
7.自治体内における在宅医療・介護サービスの利用者数		
8.自治体内における自宅での看取り数		
9.自治体内における場所別の死亡数・率		
10.自治体内における退院調整率(退院時のケアマネジャーとの調整率)		
11.入退院時の連携状況(入院時の情報提供率、退院調整率等)		
12.連携に係る介護報酬(入院時情報連携加算、退院送付加算等)		
13.連携に係る診療報酬(退院支援加算、介護支援連携指導料等)		
14.一人当たり医療費		
15.一人当たり介護費		
16.在宅医療サービスの実績(訪問診療・訪問歯科診療・訪問薬剤指導、訪問看護等の実績回数)		
17.在宅療養の希望率		
18.在宅看取りの希望率		
19.在宅療養支援診療所数		
20.在宅療養支援病院数		
21.訪問診療を行う診療所数		
22.訪問歯科診療を行う診療所数		
23.訪問薬剤指導を行う薬局数		
24.訪問看護ステーション数		
25.居宅介護支援事業所数		
26.介護老人保健施設数		
27.遠所介護の事業所数		
28.訪問介護の事業所数		
29.その他		

→今後、新たに導入を予定する指標が無い場合は、こちらに1

質問19 貴市区町村における在宅医療・介護連携推進事業の事業項目(A)・(イ)を通じて策定した事業実施計画に基づいた事業全体の取り組み結果の改善状況についてお知らせください。
未回答

- 1.改善活動を実施している
- 2.改善に向けた準備が進んでいる
- 3.改善活動は実施していない

質問19 回答欄

質問20 質問19に関連し、貴市区町村において取り組んでいる改善内容についてお知らせください。
未回答 該当するセルに1を入力

	質問20 回答欄	
	現状の改善内容	今後の改善予定(希望)
1.既存の取組計画の見直し		
2.既存の取組内容の改善策の検討		
3.既存の取組内容の最適化の実施		
4.課題解決に向けた新たな取組施策の検討		
5.課題解決に向けた新たな取組の実施		
6.その他(上記以外)		

質問21 貴市区町村において在宅医療・介護連携推進事業の取り組み改善(PDCAの運用)に要する目安としている期間についてお知らせください。
未回答

- 1.3ヶ月
- 2.約半年
- 3.約1年
- 4.約2年
- 5.約3年
- 6.約3年以上
- 7.わからない・設定はない

質問21 回答欄

質問22 貴市区町村における、在宅医療・介護連携推進事業に係る(A)～(ク)以外の追加的な取組の支援意向についてお知らせください。
未回答

- 1.取組中
- 2.実施意向がある
- 3.実施意向はない
- 4.検討中

質問22 回答欄			
1.認知症関連施策	2.終末期対応関連施策	3.災害・緊急時対応施策	4.入退院調整支援施策

質問23 次の選択枝のうち、貴市区町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施していく中で、**課題だと感じているもの**をすべて選択し、その中でも**課題解決の優先順位が高いと考えるもの**を最大で5番目までお答え下さい。
また、**直および都道府県からの支援が必要と考えられるもの**についても最大で5つ優先順位をつけてお答えください。

未回答 該当するセルに1を入力

	質問23 回答欄			
	A 事業推進時の課題	B 課題解決の優先順位(深剛度)	C 国に支援を期待する課題	D 都道府県に支援を期待する課題
1 特になし				
2 予算の確保				
3 事業実施のためのノウハウの不足				
4 本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと				
5 行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築				
6 行政内部の連携、情報共有等				
7 地域支援事業の全体像を見逃せる人材の不足				
8 総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足				
9 事業全体を見渡せる人材の不足 (市区町村担当および事業委託先をご照会ください)				
10 事業運営に関する相談のできる人材の不足				
11 医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足				
12 現状の在宅医療・介護サービスの提供態勢が把握できていないこと				
13 将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと				
14 多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化				
15 関係機関との最終的な合意形成				
16 地域の医療・介護資源の不足				
17 事業推進を担う人材の確保 (市区町村担当および事業委託先をご照会ください)				
18 指標設定等の事業計画のしこき				
19 隣接する市区町村との広域連携の調整				
20 都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供				
21 在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供(先進事例等)				
22 多職種研修の企画・運営の技術的支援				
23 (才)の相談支援の窓口に対応する相談員の研修、人材育成				
24 医師会等関係団体との調整				
25 医療機関との調整				
26 広域的な医療介護連携(遠隔調整等)に関する協議				
27 市区町村間の意見交換の場の設置				
28 その他				

質問24 貴市区町村の在宅医療・介護連携推進事業のご担当者様が「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.2」について、**感じている改善要望**などご自由にご記入ください。

回答完了 ※本設問は無回答でも構いません。

質問24 回答欄	

今後、アンケートの回答結果について問合せやヒアリング等をお願いする場合がございます。
ご連絡先 つきましては、ご回答いただいた**代表者の方のお名前・ご所属**をお答えください。

未回答

属性回答欄			
1 所属部署 (必須)			
2 連絡先 (必須)	TEL (必須)		Mail
3 回答者氏名 (必須)	担当者1 (必須)		担当者2

平成 30 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)

地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業の
あり方に関する調査研究事業

報告書

平成 31 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0005 東京都千代田区大手町 1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ
TEL : 03-5533-2111(代表)
〔ユニットコード:7103930〕