

在宅医療・介護連携の推進に取り組む 地方自治体職員のための基本テキスト

地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の推進に向けた地方自治体職員の育成プログラムに関する調査研究事業
(平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業)

(第 1 版)

監 修

地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための
地方自治体職員の育成プログラムに関する検討委員会

株式会社 富士通総研

目 次

はじめに.....	1
I. 基礎理論.....	2
1. 在宅医療・介護連携についての理解.....	2
(1) なぜ在宅医療・介護連携なのか.....	2
(2) 市町村の役割と使命.....	2
(3) 在宅医療・介護連携推進事業の概要とその目指す姿.....	3
(4) 在宅医療・介護連携の推進段階と市町村の現在の立ち位置.....	4
(5) 各種行政計画との関係.....	4
2. 在宅医療・介護連携推進のための4つの視点.....	6
(1) 事業は目的達成の手段である.....	6
(2) 医師会をはじめとする専門職団体と強固な関係を築く.....	6
(3) 多職種連携研修を戦略的に活用する.....	6
(4) PDCA サイクルで継続的に成長させる.....	6
II. 実施手順.....	8
1. 現状・課題の分析.....	9
(1) 定量的な現状把握と定性的な現状把握.....	9
(2) 現状・課題分析の観点と指標.....	10
(3) 評価指標の種類.....	12
(4) 現状・課題分析と取り組み方針の検討の進め方・手順.....	12
2. 専門職との連携による推進体制の構築.....	13
(1) 専門職団体との連携の流れ.....	13
(2) 地区医師会との連携.....	14
(3) 専門職との連携を進める際のポイント.....	15
3. 多職種連携研修会の展開.....	16
(1) 多職種連携研修会に期待される効果.....	16
(2) 医師の参加と医師会の関与.....	16
(3) 多職種連携研修会の企画・実施体制.....	17
(4) 多職種連携研修会の展開プロセス.....	17
(5) 多職種連携研修会の企画・運営上のポイント.....	18
4. 地域住民への普及啓発.....	19
(1) 理解を促すべきこと.....	19
(2) 普及啓発の対象.....	20
(3) 普及啓発の方法とポイント.....	20
(4) 理解度の把握.....	21
5. 小規模市町村等における推進.....	22
(1) 複数市町村が連携しての取り組みの考え方.....	22
(2) 提供体制の整備の考え方.....	22
6. 取り組みの評価・改善.....	23
(1) 評価の観点.....	23
(2) 評価指標としての在宅等での看取り数・率について.....	24

本テキストは、「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の推進に向けた地方自治体職員の育成プログラムに関する調査研究事業」(株式会社富士通総研 平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業)の成果品です。

報告書および本テキストを含む資料類等については、以下からダウンロードすることができます。

URL <http://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2016educationprogram.html>

はじめに

可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、各市町村では利用者の状況・状態に合わせたケアが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が始まっています。住み慣れた地域・住まいで最期まで暮らし続けるためには、在宅で療養生活を送る場合の体制確保も必要であることから、2015年の介護保険法の改正では市町村が行う地域支援事業の1つとして、新たに「在宅医療・介護連携推進事業」が制度化されました。

在宅医療・介護連携推進事業は、概ね要介護度3以上等の特に重度の医療・介護を必要とする状態や終末期にある人たちを主な対象とし、その人が必要とする医療・介護を一体的に提供するための体制整備等を図ります。事業の実施内容は（ア）～（ク）の8つの事業項目として整理されており、2018年4月の本格施行までに全ての市町村は全事業を実施することとされています。

言うまでもなく、この8つの事業項目は在宅医療・介護連携の推進という目的を実現するための事業の手法をあらわしたものであり、その実施が目的ではありません。また、社会の変化や実施状況とあわせて地域包括ケアシステムは深化・拡充するものであり、在宅医療・介護連携推進事業は継続して成長する事業です。ゆえに、実施の有無等のように表面的・形式的にとらえず、その目的や本質をよく理解し、長期的な視点を持って地域を主導・マネジメントしていく姿勢が必要です。

団塊の世代が後期高齢者層に移行する2025年を目前に、増大する医療・介護需要に対応するため、各地域に在宅医療・介護が連携した体制をつくりあげすることは、いずれの市町村にとっても「待ったなし」の課題です。さらに、重度の医療・介護が必要となっても、住み慣れた地域・住まいで安心して暮らせることは多くの人々の願いであり、成熟したまちの証でもあります。そして、それに取り組むことは、市町村における住民福祉への責務を果たすというだけでなく、実現に取り組む市町村職員にとって非常に創造的な仕事でもあります。

一方、今まで保険給付業務等を中心に担ってきた市町村職員にとって、医療行政には馴染みがない中で地域の医療・介護の専門職らと連携・協働して推進することが求められ、そこには従来とは異なる新たな視点や考え方、行動が求められるため、戸惑いの声も聞かれます。

本テキストは、在宅医療・介護のさらなる連携の推進を目指し、特に推進の初期段階に市町村がある職員、もしくは初めてこのような事業に取り組む職員のために作成されました。本テキストには、在宅医療・介護連携の趣旨である基礎理論を理解し、その上で実際に取り組むための手法が整理されています。このテキストが、在宅医療・介護連携の推進に取り組む皆さんのさらなる知識や技術の獲得、創造的な仕事としての気付きのきっかけになれば幸いです。

I. 基礎理論	目標 在宅医療・介護連携の目的と本質を理解する	1. 在宅医療・介護連携についての理解 2. 在宅医療・介護連携の推進のための4つの視点
II. 実践手順	目標 地域包括ケアシステムの深化・拡充を目的に、在宅医療・介護連携推進事業が継続的に改善・成長するための基本的な方法を理解する	1. 現状・課題の分析 2. 専門職との連携による推進体制の構築 3. 多職種連携研修会の展開 4. 地域住民への普及啓発 5. 小規模市町村等における推進 6. 取り組みの評価・改善/発展

I. 基礎理論

1. 在宅医療・介護連携についての理解

(1) なぜ在宅医療・介護連携なのか

i) 「治す医療」から「治し、支える医療」への転換

公衆衛生と医療技術の発展により、我が国は世界で有数の長寿国となりました。しかし平均寿命が延びた結果、現代においては、大部分の高齢者はいわゆる「ピンピンコロリ」ではなく、医療・介護を必要とする虚弱な期間を経て死に至ることが一般的となっています。

こうした虚弱高齢者に求められる医療は、基本的に「患者」を対象とした「病気を治す医療」だけではなく、「生活者」を対象とした「生活を支える医療」となります。

「治す医療」は病院（特に急性期病院等における疾病別・臓器別の専門医）を中心とした従来の医療システムがその機能を果たしてきましたが、人々の虚弱な期間を支える機能は十分ではありません。一方、「支える医療」は人々の人生に寄り添う在宅医療（特に地域のかかりつけ医）がその機能を果たしますが、現状、提供体制としては十分に確保されていない状況です。

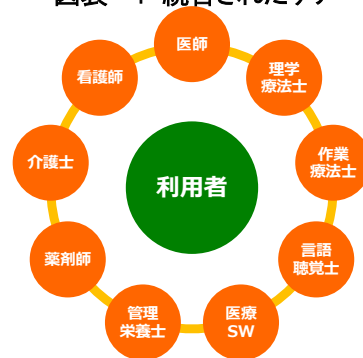
すなわち、今後の超高齢社会への対応として、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められ、**「治し、支える医療」を担う在宅医療の充実・強化が必要**となっているのです。

ii) 統合されたケアの必要性

在宅での療養は、在宅医療を行う医師だけで成立するものではなく、訪問看護師、歯科医師、薬剤師などの医療職、医療以外の面で療養を支える介護者などがいて、はじめて成立します。また、入院から在宅への円滑な移行や、利用者の急変時への対応といった点からも、病院医療を含めた各関係者の連携が必要です。

在宅での療養を実現するためには、医療、看護、介護が、個別のサービスとしてではなく、関係者の密な連携により、利用者を中心とする「統合されたケア（Integrated care）」として一体的に提供されることが非常に重要です。

図表- 1 統合されたケア



(2) 市町村の役割と使命

地域住民に対し、在宅医療・介護を実際に提供するの現場の専門職や事業者です。しかし、各関係主体が連携し、ケアを提供する連携体制を作らなければいけないという意識が必ずしも共有されているわけではなく、専門職や事業者のみに任せていけば自然と連携が進むわけではありません。

したがって、地域に在宅医療・介護の提供体制を構築するためには、在宅医療・介護連携推進事業に責任を持つ市町村が、医師会をはじめとした専門職団体等と密に連携し、**ときには船頭役、下支え役として、各主体に能動的にはたらきかけ、事業者の連携を強く促していくことが必要**です。

在宅医療・介護連携の実現は、決して簡単なことではありません。しかし、超高齢社会において不可避かつ最先端の命題であり、行政組織の外に出て現場の専門職等と密に協働しながら推進するという創造的な業務でもあります。市町村、そして事業を担当する職員においては、自らの地域が直面している課題を直視し、その未来を切り開くことに果敢に挑戦していくことが期待されます。

図表- 2 在宅医療・介護連携推進事業に取り組む自治体職員に求められる人材像

- i) 在宅医療・介護連携の目的や必要性について正しく理解している
- ii) 進むべき方向を示し、専門職と連携・協働して事業を推進することができる
- iii) 在宅医療・介護連携推進事業の構造を理解し、PDCAにより進めることができる
- iv) 熱意と挑戦の姿勢をもって臨む

(3) 在宅医療・介護連携推進事業の概要とその目指す姿

在宅医療・介護連携推進事業の実施内容としては、厚生労働省令において（ア）～（ク）の8つの事業項目が規定されています（介護保険法施行規則第四百十条の六十二の八）。また、各事業項目の具体例や実施手順の概要については、「在宅医療・介護連携推進事業の手引 Ver. 2（案）」（「平成28年度 都道府県在宅医療・介護連携担当者会議 参考資料1（平成29年3月6日）」厚生労働省老人保健課 以下、『手引き』と言う。）にて提示されています。

在宅医療・介護連携推進事業の最終的な目的は、重度の医療・介護を必要とする状態や人生の最終段階にあっても、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる社会の実現にあり、そのためには必要なケアを一体的に提供する体制の整備が必要です。

在宅医療・介護連携推進事業の構造は、次の図のように整理することができると考えられ、（ア）～（ク）の8つの事業項目は、各要素の達成を意識して実施することが求められます。

なお、在宅での療養生活を支える観点から、「日常生活圏域」単位での整備が非常に重要であり、在宅医療・介護の提供体制は、最終的には各圏域での構築を強く意識することが求められます。

図表- 3 在宅医療・介護連携推進事業の各事業項目とその目指す姿



* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 2（案）」（「平成28年度 都道府県在宅医療・介護連携担当者会議」参考資料1 平成29年3月6日 厚生労働省老人保健課）を基に作成

(4) 在宅医療・介護連携の推進段階と市町村の現在の立ち位置

在宅医療・介護の連携は、制度化の以前より国のモデル事業や各地域の自主的な取り組みによって推進されてきており、他地域の参考となる先進地域ができてきています。

しかし、多くの市町村では、まだ取り組みに着手したばかりの整備期、あるいは拡充期の段階にいる地域が殆どであると考えられます。現時点ではまだ取り組み内容が未成熟であっても、こうした推進の段階を見据えた上で、各取り組みを進めていくことが重要です。

図表- 4 医療介護連携の発展の段階と論点等

発展の段階		各段階における主な論点
1	整備期	・現状・課題を分析し、取り組み方針を検討 ・基本的な推進体制の整備、各主体どうしの関係づくり ・まずは取り組みに着手する
2	拡充期	・在宅医療・介護を担う資源の確保・育成 ・取り組みの規模の拡大 ・連携主体の拡大
3	洗練期	・提供される医療・介護サービスの質の向上 ・連携の効率化
4	成熟期	・提供される医療・介護サービスの質の維持 ・提供体制の安定的確保 ・取り組みの自律化

(5) 各種行政計画との関係

在宅医療・介護連携推進事業に深く関係する行政計画としては、次のようなものがあります。

先般改定された「医療・介護の総合的な確保に向けた基本方針」では、在宅医療等の推進にあたり、これらの計画の間で整合を図りながら実施していくことが求められています。市町村においても、各種計画内容を確認し、その整合を意識しながら事業を展開していくことが求められます。

i) 介護保険事業(支援)計画

在宅医療・介護連携推進事業は介護保険における地域支援事業の1つであり、保険者である市町村が介護保険事業計画に基づき主体的・計画的に実施していくことになります。

平成27年度からの第6期介護保険事業(支援)計画の策定にかかる基本指針からは、「地域包括ケアシステム構築のための重点的取組事項」の1つとして在宅医療・介護連携の推進に関する事項が位置付けられています。

ii) 医療計画

都道府県では、地域の実情に応じた医療提供体制を確保する観点から、地域医療政策の基本計画である医療計画において、いわゆる5疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)及び5事業(救急医療、周産期医療、小児医療、災害医療、へき地医療)と併せて在宅医療の整備に関する目標や取り組みを記載することとされています。

介護保険における在宅医療・介護連携推進事業の制度化に伴い、平成30年度からの第7次医療計画の「医療計画作成指針」では、在宅医療・介護連携推進事業を行う市町村に対し、都道府県が必要な支援を行うこととされています。

iii) 地域医療構想

都道府県では、団塊の世代が後期高齢者層に移行する平成 37（2025）年におけるあるべき医療提供体制のビジョンとして、地域医療構想を策定することが求められています。地域医療構想では、高度急性期・急性期・回復期・慢性期といった4機能別の将来の必要病床数とともに、在宅医療等の将来の必要量を推計することとされています。市町村においては、所在する都道府県の地域医療構想において示された在宅医療等の必要量の将来推計値を参考に、都道府県と連携しつつ、在宅医療・介護連携を計画的に推進することが望まれます。

【check point】



- ・自分の市町村のある都道府県の医療計画や、地域医療構想における在宅医療の内容について確認してみましょう
- ・自分の市町村の介護保険事業計画の在宅医療・介護連携に関連する部分について確認してみましょう

2. 在宅医療・介護連携推進のための4つの視点

(1) 事業は目的達成の手段である

事業は目的を達成するための手段であり、当然ながらその実施が目的ではありません。

在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）の事業項目は、あくまで地域の目指すべき姿を実現するための手段として示されたものであり、既存事業が同様のことをしている等、代替可能な場合もあります。その見極めも行いつつ、地域が目指す姿に近づくための事業として理解して実施することが重要です。

(2) 医師会をはじめとする専門職団体と強固な関係を築く

在宅医療は地域のかかりつけ医が担うことが基本であり、地区医師会の関与なくしては推進できません。一方、在宅の療養生活には生活を支える介護も不可欠であることから、在宅医療は多職種の連携がなければ進みません。よって、地区医師会をはじめとする多職種が連携することの推進役が必要となり、市町村がその役割を果たすこととなります。そのため、市町村は地区医師会をはじめとする専門職団体との強固な関係を築くことが必要です。

在宅医療・介護連携推進事業では、地区医師会等の専門職団体等の一部業務を委託することが認められています。業務委託は、一義的には市町村が責任を持って行うべきことを同様に行いうる者に実施させるということです。ゆえに、委託する場合にも市町村が推進主体としての課題意識や方向性を明確に提示し、良い関係を築きながら協働して進めていかねばなりません。

(3) 多職種連携研修を戦略的に活用する

在宅医療・介護連携推進事業の「(カ) 医療・介護関係者による研修会」は、多職種が参加し、グループでの共同作業や討議を通して、顔の見える関係づくりや他専門職の専門性を理解する場です。特に介護事業者らとあまり交流がない医師の場合、地域にどのような力を持つ専門職がいるかを知れません。しかし、他の専門職の力を知ること、医師だけで支えることが難しい療養生活も、一緒に支える相手がいれば支えられるかもしれないと考えるきっかけとなるため、医師の在宅医療への参加促進やモチベーション向上に効果的とも言われています。

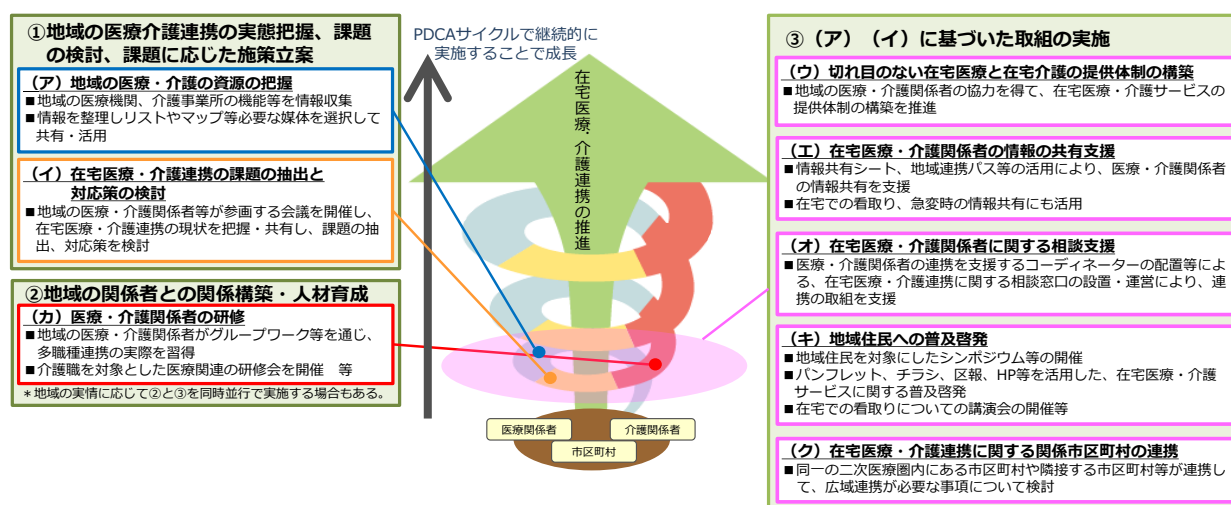
多職種連携研修を多職種の単なる知識習得の場としてとらえず、医療・介護の資源発掘や確保、体制整備に直結する貴重な機会であるとしてとらえ、積極的・戦略的に活用していくことが重要です。なお、市町村と医師会が共同で実施する研修は、市町村職員の学びの場でもあります。

(4) PDCA サイクルで継続的に成長させる

在宅医療・介護連携推進事業は、地域の変化や事業の進捗状況にあわせて継続的に成長していく事業であり、その円滑な実施には、PDCA サイクルに基づく事業展開が重要です。したがって、8つの事業項目の実施・着手は、言うまでもなくゴールではなくスタートでしかありません。

どのように取り組みが行われ、成果が出ているのか。目指すべき姿に近づいているのか。一連のPDCA サイクルに基づいた振り返りと目標設定・実行を繰り返す、継続的に改善・発展させていくことが必要であり、長期的な地域づくり・まちづくりの視点で取り組むことが求められます。

図表- 5 在宅医療・介護連携推進事業の事業項目と事業の進め方のイメージ



* 図の典拠：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

出典：「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 2(案)」

（「平成 28 年度 都道府県在宅医療・介護連携担当者会議」参考資料1平成 29 年 3 月 6 日 厚生労働省老人保健課）

【check point】



・在宅医療・介護連携推進事業では、なぜ（ア）～（ク）の事業項目があるのでしょうか？

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を確認し、その理由を考えてみましょう

URL: http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/tebiki_3.pdf

Ⅱ. 実施手順

以降では、現状整理・分析をはじめとして、次の項目についてその実施手順を整理・提示します。

項 目	概 要
1. 現状分析	・定量・定性の両面から現状及び課題の整理・分析を行い、担当課としての認識の共有や今後の大まなか取り組みの方針・方向性を定め、専門職団体へはたらきかける際の市町村としての基本認識として示す
2. 専門職との連携	・在宅医療・介護連携の推進に向けて、地域のキーパーソンや医師会をはじめとする専門職団体に対して連携・協働をはたらきかけ、地域としての推進体制を構築する
3. 多職種連携研修の展開	・多職種連携研修の企画・実施により、いわゆる「顔の見える関係づくり」を進めるとともに、特に医師に対する動機づけを図る
4. 地域住民の啓発	・地域住民における「在宅での療養」という可能性やニーズ、課題について把握するとともに、その選択肢があることについての情報提供や啓発を図る
5. 小規模市町村等における推進	・小規模市町村において、近隣市町村や医師会等との連携により在宅医療・介護連携の推進に向けた体制構築を図る
6. 取り組みの評価・改善	・取り組み後の指標がどの程度変化したかを確認し、変化の要因を分析した上で、今後の取り組み方針を定める

1. 現状・課題の分析

基本的な考え方

在宅医療・介護連携推進事業の取り組みを効果的なものとするためには、単に『手引き』等で示されている取り組み例を参考にするだけでなく、各地域の課題やニーズを踏まえた内容に応用することが重要です。

そのため、在宅医療・介護連携推進事業の取り組み順序としては、まずは地域が今どのような状態にあるのか、その実態を把握することから始める必要があります。その上で、地域の目指すべき姿の確認や、その実現に向けた課題を抽出・整理し、課題を克服するための対応策を検討する、という進め方が求められます。

なお、こうした現状・課題分析と取り組み方針の検討作業は、市町村の担当課の中だけで閉じずに、地域の関係者と共に実施することが効果的です。現状把握の前提となるデータの整理や、取り組みの方向性（たたき台）の検討等の作業は主に担当課が行うことが想定されますが、担当者は積極的に地域・現場に出向き、地域の専門職等と共に検討するというプロセスが求められます。

(1) 定量的な現状把握と定性的な現状把握

『手引き』でも示されているように、現状把握の方法は「定量的な現状把握」と「定性的な現状把握」の大きく2つに分けられます。

定量的な現状把握とは、主に各種統計データやアンケート調査の集計結果等の数字に基づいて地域の状態を見ることであり、定性的な現状把握とは、「連携を行う際に〇〇の部分に課題を感じている」「地区医師会に在宅医療に熱心な先生がいる」「専門職による自主的な勉強会の場がある」といった、数字では必ずしも現れない主観情報等に基づいて地域の状態を見ることを指します。

定量的な現状把握では「評価指標」の設定等により、地域の状態を客観的・経時的に把握することが可能です。一方、地域には数値化されていない情報が数多くあり、既存の統計やアンケート等から把握できることは全体のごく一部に留まります。そのため、基礎情報の整理・把握として定量的な現状分析を行いつつも、地域に出向き、数字に現れない関係者の思いや課題意識を積極的に聞くことが重要です。

(2) 現状・課題分析の観点と指標

現状・課題分析の実施にあたり、検討すべき観点やその代表的な指標としては、次のようなものがあります。

i) 地域の人口動態や医療・介護需要等の状況(現状及び将来の見通し)

代表的な指標	75 歳以上人口、年間死亡者数、要介護認定者数、単独及び夫婦のみの高齢者世帯数、地域医療構想における将来の在宅医療の需要 等
--------	--

地域の人口動態は、現状・課題の分析にあたって全ての基礎となる情報となります。医療・介護需要の見通しによって整備すべき医療・介護の提供体制の規模等も変わることから、まずは75 歳以上人口や要介護認定者数等の現状及び将来の見通しについて確認する必要があります。

ii) 在宅医療・介護連携の推進にかかる専門職団体等の姿勢や市町村との連携の状況

代表的な指標	多職種連携研修会の参加者数 等
--------	-----------------

在宅医療・介護連携の推進は市町村単独では実現困難であり、地区医師会をはじめとした地域の専門職団体が主体的に関わる必要があります。各団体が積極的な姿勢となっているか、医師会長等が意欲的かどうか等は、取り組みを進める上で前提として把握すべき重要な要素です。

iii) 在宅医療・介護資源が確保されているか

代表的な指標	在宅医療を実施する医師、訪問診療や往診を行う診療所・病院、訪問歯科診療を行う歯科診療所、在宅療養(歯科)支援診療所・病院、訪問看護事業所、訪問看護師 等
--------	--

在宅での療養を実現するためには、まずは在宅医療・介護サービスを提供する資源があることが前提となることから、その資源の確保が求められます。特に、在宅医療を提供する医師と、それを支える訪問看護事業所が日常生活圏域ごとに確保されていることが重要です。

iv) 在宅医療・介護サービスが(実際に)提供されているか

代表的な指標	訪問(歯科)診療の実績回数、訪問薬剤師の実績回数、訪問看護の実績回数 等
--------	--------------------------------------

例えば、資源の確保に関する代表的な指標として「在宅療養支援診療所(在支診)」がありますが、同じように在支診の届出を出している診療所であっても実際に提供しているサービスの程度には診療所によって差異があります。そのため、資源の有無と併せて、実際にサービスが提供されているかどうかを確認することが重要です。

v) 在宅医療・介護の各関係主体が連携できているか

代表的な指標	退院支援加算、介護支援連携指導料、入院時情報連携加算、退院対応加算、入院時情報提供率、退院調整率 等
--------	--

利用者の状況・状態にあったケアを提供するためには、各関係主体が密に連携することが重要です。病院とケアマネ、診療所と訪問看護事業所、診療所と介護サービス事業所等、各関係主体が意識や情報を共有し、同じ方向に向かってケアを提供するように促していくことが求められます。なお、代表的な指標としては診療報酬の届出件数等がありますが、連携の実態はこれらに現れない部分での現場の連携も非常に重要です。各専門職が円滑に連携できているかどうか、その実態や課題意識等について現場の声を直接聞くことも非常に重要です。

vi) 在宅での療養について地域住民が正しく理解し、必要に応じて選択することができるか

代表的な指標	在宅での療養を希望する地域住民の割合(アンケート調査等による)、地域住民向け普及啓発イベントへの参加者数 等
--------	--

在宅での療養は決して強制されるものではなく、あくまで地域住民が主体的に選択すべきものです。そのためには、在宅での療養生活がどういうものであるか、それが選択可能であること等について地域住民が正しく理解していることが重要であり、必要な場合に自らの意志に基づいて選択できるよう、普及啓発を図っていくことが求められます。そのため、実際に住民自身が「ずっと地域で生活し続けたい」という希望をもち、そのための在宅での療養生活を支える体制があることを知っており、それについて安心感を持っているかを確認することが必要です。

vii) 地域住民が在宅で療養することができているか、最期まで住み慣れた地域にいてことができているか

代表的な指標	要介護高齢者の在宅療養率、在宅での看取り数・率 等 地域住民の在宅療養への志向、在宅療養に関する知識、安心感 等
--------	---

各種取り組みの結果として、重度の医療・介護を必要とする住民が在宅で療養できているかどうかは、在宅医療・介護連携推進事業の成果を表す視点の一つとなります。また、在宅等での看取りは、そのために必要な医療・介護の提供体制がなければ実現できないものです。したがって、在宅等で看取りができているかどうかを見ることにより、看取りをすることができるだけの提供体制が構築できているかどうかを評価することもできると言えます。

viii) 質の高いケアが提供されているか

代表的な指標	在宅療養者の生活満足度、在宅医療・介護の従事者の満足度 等
--------	-------------------------------

どれだけの住民が在宅で療養できているかといった量の視点と併せて、提供されているケアの質が高いかどうか、在宅医療・介護連携推進事業の成果を表す重要な視点です。単にケアが提供されているかどうかだけでなく、ケアが提供された結果として利用者が満足した生活を送れることを目指すことが重要です。

(3) 評価指標の種類

『手引き』では在宅医療・介護連携推進事業における各指標の位置付けが整理されています。ここの整理のように、保健・医療分野の政策の質を評価するための指標は、一般的にSPO (Structure/Process/Outcome) という区分で整理されます。それぞれの概要は次の通りですが、この中で最も重要なものは、様々なサービスの結果としての「Outcome (成果指標)」となります。ただし、「Structure (構造指標)」や「Process (活動指標)」があつて成果があることから、それぞれの指標をバランス良く見ていくことが重要です。

図表- 6 SPO(Structure-Process-Outcome)

Structure (構造指標)	医療施設数など、医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制の充足度を測る指標
Process (活動指標)	診療件数や多職種連携研修会の実施件数など、実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制等を測る指標
Outcome (成果指標)	年齢調整死亡率など、サービス提供の結果としての住民の健康状態や満足度等を測る指標

(4) 現状・課題分析と取り組み方針の検討の進め方・手順

「(2) 現状・課題分析の観点と指標」で提示した観点は、「何を」分析するかについてのものですが、「誰が」、「どのように分析し」、「今後の方向性を検討するのか」、その進め方・手順も重要な論点です。

『手引き』にもあるように、一般に、基礎情報の整理や将来に向けた取り組み方針のたたき台の作成は、まずは事業推進の事務局機能を担う市町村担当課が実施することになります。しかし、地域住民に対して在宅医療・介護を実際に提供するの現場の専門職です。したがって、整理した現状・課題については担当課内のみで閉じず、関係部局の担当者や、専門職等関係主体と共有し、共に検討することにより、関係者が当事者意識を持ち同じ方向を向いて取り組むことができるようにすることが重要です。

また、専門職間の連携を進める上での課題やニーズ、連携の阻害要因は、既存統計等だけでは把握できず、むしろ現場に近い各専門職が感じていることそのものが課題となっている場合が多数あります。そうした意味でも、担当職員が各専門職団体に出向き、現場の専門職の意見を聞くとともに、関係者が参加する会議の場でそれらを共有・検討することが、連携を進める上で強く求められます。

また、地域住民に対する普及啓発や、医療・介護を受ける立場からのニーズを把握するという観点から、専門職だけでなく地域住民の声を聴く方法を工夫し、地域住民とも地域の現状・課題や今後の方向性について共有・対話することも意義のあることです。

このように、限られた関係者だけでなく、当事者である住民にはたらきかけ、共に地域のあるべき姿を考えていくことが求められます。

2. 専門職との連携による推進体制の構築

基本的な考え方

地域における在宅医療・介護連携の推進は市町村にその一義的な責任がありますが、地域住民に対して在宅医療・介護を実際に提供するの現場の専門職です。したがって市町村は、現場の専門職にはたらきかけ、主体的な関わりや専門職間の連携を促すとともに、市町村と地域の専門職団体とが連携し、地域一体となって取り組んでいく体制を構築することが必要です。この場合、現場の専門職を束ねる医師会等の専門職団体の位置付けが不可欠です。市町村が専門職団体を通して多職種の専門職と連携を深めることそのものが、在宅医療・介護連携を進めるための大前提と言っても過言ではありません。

特に、在宅医療を行う医師の育成・確保という点からは、地域の保健・医療の責任を担っている地区医師会との連携が基本的に重要です。市町村では、これまで医療行政の面から地区医師会と関わりを持たなかったところが殆どだと思われそうですが、在宅医療・介護連携推進事業の展開にあたって、市町村の側から理解・協力を求めていくことが任務であると言えます。

(1) 専門職団体との連携の流れ

専門職との連携にあたり、実務上の点からは、キーパーソンの活用や育成が有効な手法です。しかし、在宅医療・介護連携の推進は、現場にいる専門職個々人の考え等によるものではなく地域一体となって推進するものであること、取り組みを面的に展開し自律的なものにするという点からは、医師会をはじめとした各専門職を束ね地域全体を見ている専門職「団体」と連携することが入口となります。

専門職団体との連携のプロセスとしては、おおむね次のような流れが想定され、地域の実情に応じて段階的に進めていくことが求められます。

なお、いずれもそれぞれ重要な意味を持つプロセスですが、特に整備期においては「一次連携¹」と呼ばれる各専門職団体自身における体制づくりを含む連携体制が有効とされています。

現場の多職種による関係づくりという意味では「二次連携」（特に多職種連携研修会）が直接的な場となりますが、その前提として、同一専門職内での同一専門職同士の組織的な議論の場を作ること、各専門職種を通じて、より実態的な課題やニーズを把握しやすいというメリットがあります。一次連携において専門職から出た意見等は、市町村が整理し、二次・三次連携の場で共有・活用する等により、円滑な連携に繋げることができます。

図表- 7 一次連携



¹ 本節における「一次連携」、「二次連携」、「三次連携」という用語及びその考え方は、岩手県釜石市における取り組みを参考にしています。

(参考) 厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業 プラン作成強化セミナー」釜石市資料1・2

URL : <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

図表- 8 専門職団体との連携のプロセス

プロセス		目 的	想定されるアクション
1	各団体に対する方向性の提示と協力の要請（最初のアプローチ）	まず住民福祉に責任を持つ市町村が地域の課題やあるべき姿、方針等についての認識・考えを提示し、団体としての協力を得る	・現状・課題分析の結果や今後の取り組みの方針等について担当課内で整理する ・整理した結果を団体の長等に説明し、在宅医療・介護連携推進事業への協力を要請する
2	個々の専門職が抱える課題やニーズの把握・整理（一次連携）	各専門職にはそれぞれの職種に特有のニーズや課題があることから、多職種連携の前提として、まずは個々の専門職団体を対象にニーズ・課題の抽出等を行う	・市町村による各専門職の団体へのヒアリングや、同一専門職のみの研修等により、その職種ならではのニーズや、他職種との連携上の課題を把握・共有する ・各団体の中で在宅医療・介護連携の推進に向けた会議体（部会等）を設置し、主体的・自律的な取り組みのための体制を作る
3	複数の専門職間での関係づくりや認識の共有、対応策の検討（二次連携）	2で抽出・整理された課題を踏まえ、複数の専門職の間で連携に向けた関係づくりや課題認識の共有を図るとともに、現場の実態に即した対応策を検討する	・市町村の仲介等により連携上の具体的な課題を抱えている職種同士が一同に会する場をつくり、課題や認識、今後の方向性を共有する ・多職種連携研修会を実施し、「顔の見える関係」をつくるとともに、多職種連携を進める上での課題の共有や対応策の検討を行う
4	地域全体の取り組み方針等についてのコンセンサス形成（三次連携）	市町村と各専門職団体による基幹的な体制をつくり、地域一体として取り組みを進める	・各専門職団体の代表者等が参加する「在宅医療・介護連携推進協議会」等の場を組成し、多職種連携にかかる地域全体の課題設定や取り組みの方針の検討・決定、取り組みの成果の確認等を行う

(2) 地区医師会との連携

在宅医療・介護連携を進めていく上では、各専門職団体の中でも、地域の保健・医療の責任を中心的に担っている地区医師会との連携が極めて重要です。市町村には、地区医師会の協力を得るため、任務を遂行すべく徹底的に頭を下げるとともに、自ら汗を流す姿勢を示すことが求められます。

医師会における実務上のキーパーソンは在宅医療を担当する理事となります。しかし、地域一体の継続的な取り組みとするためには、やはり組織としての医師会と市町村とが連携することが重要であり、そのためには、まず医師会長の理解を得ることが必要です。

なお、医師会長がそもそも在宅医療に対し、どのような考えを持っているか（肯定的であるか・否定的であるか等）や、在宅医療担当理事がいるかどうか等によって、市町村との連携の密度も変わる可能性があります。そのため、直接医師会を訪問する前に医師会長の考え等を予め把握するとともに、必要に応じ市町村長と医師会長の話し合いの場を設けることも重要です。

(3) 専門職との連携を進める際のポイント

i) 市町村の認識・方針の提示

専門職団体に協力を求める際に、行政から一方的に依頼をするという姿勢では、協力・連携体制を構築することは困難です。各専門職は、それぞれ在宅医療・介護連携についての考えを持っていますが、まず市町村や担当課が自らの認識や今後の方針を示すことが重要です。そして、それについての各専門職団体の本音の意見を出してもらった上で、団体が地域の在宅医療・介護連携の旗振り役を果たすことが必要不可欠であることを説明し、理解してもらう必要があります。

ii) 各専門職のコアメンバーとの連携

専門職による主体的・自律的な取り組みを促すという点からは、各専門職団体において中核的な役割を担う人材（以下、「コアメンバー」）を見つける、あるいは何らかの形でコアメンバーの育成を支援することも効果的な手法です。コアメンバーがその他のメンバーに動機づけを図るといった好循環をつくる、市町村の取り組みの企画・推進体制とそれらのコアメンバーが連動することにより、円滑な取り組みに繋がります。

iii) キーパーソンとの連携

基本的には団体という単位で連携することが重要ですが、整備期や、在宅医療の資源が非常に限られるといった場合においては、地域の在宅医療・介護分野の関係者に対して一定の影響力があるキーパーソンをまず見つけ、各専門職との橋渡し役や、取り組みを進める上での相談役となってもらうことも有効な手法です。

キーパーソンの候補としては、一義的には当地域で在宅医療を熱心に取り組んでいる医師、希望としては、地区医師会の在宅医療担当理事等が想定されますが、在宅医療を行う医師に影響力がある訪問看護師やケアマネジャー等も想定されます。

iv) 既存の会議体等の整理・活用

既に同一あるいは複数の専門職による会議体や自主的な研修会、連携の場等がある場合は、新たに別の会議体を設置するのではなく、その既存の会議体を活用する、あるいは既存の会議体をベースに地域一体の体制を組み直すといったことが有効です。

中でも、「地域ケア会議」は、二次連携の有望な場・機会と考えられます。現状では、多くの地域において医師が参加していないものと考えられますが、医療側の人材を巻き込み、在宅医療・介護連携の場として機能させることも考えられます。このような既存の会議体を、市町村と地区医師会を基本とする協議体として活かし、連動させていくことが重要となります。

3. 多職種連携研修会の展開

基本的な考え方

医療・介護を提供する専門職を育成し、現場の専門職の連携を促す最も有効な手法の 1 つが、在宅医療・介護連携推進事業の「(カ) 医療・介護関係者の研修」(多職種連携研修会)です。

整備期の地域においては、まず「1. 現状・課題の分析」及び「2. 専門職との連携による推進体制の構築」が求められるところですが、それらを踏まえた在宅医療を担う資源の確保及び在宅医療・介護提供体制の整備に向けて、市町村と医師会が中心となった多職種連携研修会の実施を当初の目標として設定すること、その後も研修会の実施を中心に獲得したノウハウや関係性を活かして事業を展開していくことが有効です。

なお、研修会には医師の主体的な参加は不可欠な要素であり、市町村と医師会が協働により実施していくことが求められます。

(1) 多職種連携研修会に期待される効果

多職種連携研修会は、同じ医療・介護分野の専門職でありながら職域の壁がある多職種が、同じテーブルにつきフラットな関係でコミュニケーションを取ることにより、互いの思いや考えを共有し刺激し合う場です。研修会に期待される効果は、総じて各関係組織及び専門職への在宅医療・介護の推進に向けた動機づけですが、より具体の要素として分解すると、次のように整理されます。

図表- 9 多職種連携研修会に期待される効果

1. 在宅医療・介護連携の推進に向けた課題の抽出や、今後の取り組みの方向性の検討・共有
2. 専門職の在宅医療・介護への動機づけ、意識の向上(特に医師)
3. 専門職間の意識の壁の解消と「顔の見える関係」の構築
4. 知識・ノウハウ等の習得による提供するケアの質の向上

多職種連携研修会に何を期待するか、すなわち何を目的として研修会を実施すべきかは、各地域の連携の構築状況等によって変わります。しかし、在宅医療の推進には、在宅医療に取り組む医師の存在が不可欠であり、医師の主導なくして在宅医療の推進はありえません。したがって、整備期においては、特に医師の動機づけ、在宅医療を行う医師の育成・確保という観点を重視し、研修会を企画・実施することが必要です。

(2) 医師の参加と医師会の関与

医師の動機づけ・育成はもちろん、その他の期待される効果を発揮する上でも、医師の参加は多職種連携研修会の成立に不可欠な要素であり、医師が参加しない「顔の見える関係づくり」では在宅医療・介護連携はできません。そのため、医師会と連携して企画・実施することが非常に重要であり、可能な限り医師会と市町村の共催。あるいは、市町村の下支えのもとでの医師会の主催という形式で開催することが望まれます。

なお、既に多職種連携研修会を実施している場合も、医師の参加人数が少なく、医師と医師以外の専門職が会話をする機会が少ない、単発的なイベントに終止し、戦略的な企画・活用ができていない地域が少なくありません。そうした地域では、何のために・どのように研修会を行うべきか、改めて在宅医療・介護連携の取り組みの中で多職種連携の位置付けを再検討することが必要です。

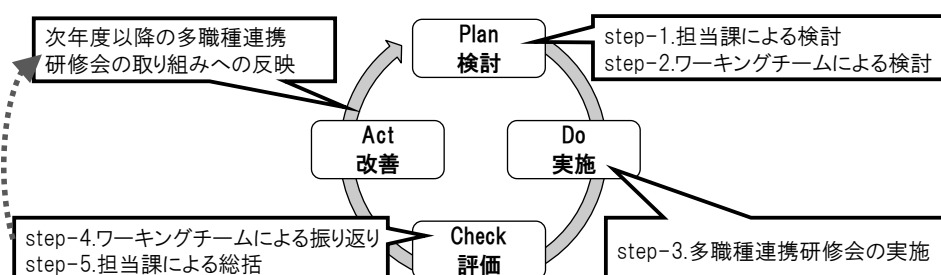
(3) 多職種連携研修会の企画・実施体制

多職種連携研修の企画・実施は、市町村（行政）が事務局となりつつも、多職種にはたらきかけ、巻き込んで進めることが重要です。具体的な推進体制としては、「在宅医療・介護連携推進協議会」等の下に研修会を企画するためのワーキングチームを設置することが想定されます。このワーキングチームに各専門職のコアメンバーに入ってもらうことにより、企画段階から関わった専門職が当事者意識を持ち、更に他の専門職にポジティブな働きかけを図るといった波及効果が期待されます。とりわけ、医師による研修会の司会・進行といった方法が望ましいといえます。

(4) 多職種連携研修会の展開プロセス

多職種連携研修会は、PDCA サイクルに基づき、次のようなプロセスで進めることが想定されます。

図表- 10 PDCA サイクルを意識した多職種研修会の実施プロセス



プロセス	概要
step-1. 担当課による検討【Plan】	市町村担当課の課長、係長、担当者、地域包括支援センター職員等によって自治体の現状（強み・弱み）を把握するとともに、地域包括ケアシステム構築の上での課題や当該地域における地域包括ケアシステムのあるべき姿等を担当課内で検討し、市としての認識の整理を行う。
step-2. ワーキングチームによる検討【Plan】	在宅医療・介護連携推進のためのコアメンバーとなりうる複数名の専門職からなるワーキングチームを組織し、step-1 の結果を自治体と共有し、ワーキングチームのメンバー自らが地域の課題等を整理・認識するとともに、step-3の研修プログラムの具体的な内容を検討する。
step-3. 多職種連携研修会の実施【Do】	step-2 の検討内容を踏まえ、各専門職から参加者を募り、多職種連携研修会を実施する。
step-4. ワーキングチームによる振り返り【Check】	担当課及びワーキングチームにより、研修参加者に対するアンケートの結果を確認するとともに、多職種連携研修の実施結果について振り返りを行い、次回以降の展開の方向性を検討する。
step-5. 担当課による総括【Check】	step1～4 までの実施過程およびその結果について、担当課及び調査研究としての振り返り・総括を行い、今後の進め方について整理する。

より詳細な検討・実施方法については、調査研究の成果物として作成された既存の研修運営ガイドや研修コンテンツ等を活用することが有効です。

図表- 11 既存の運営ガイド等

■在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会(東京大学高齢社会総合研究機構)

当該ホームページは研修に関わる資料等が掲載されており、在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会：当該ホームページは、千葉県地域医療再生基金を予算根拠とする東京大学高齢社会総合研究機構在宅医療推進寄附プロジェクト(千葉県)ならびに厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)の一部として作成されたもの。

URL(トップページ):<http://chcm.umin.jp/education/ipw/index.html>

URL(研修ガイド):<http://chcm.umin.jp/education/ipw/guide/index.html>

(5) 多職種連携研修会の企画・運営上のポイント

i) グループワークの重要性

専門職は既にこの分野での学習をしているため、(1)「多職種連携研修会に期待される効果」を得るための講義・座学も有効ですが、専門職が対面に対話することが極めて重要です。プログラムでは、在宅医療・介護連携の必要性や連携上の課題、対応策の検討等がテーマのグループディスカッションやグループワークの時間の十分な確保を最優先に考えることが望まれます。

ii) 参加者のグループ構成

グループワークの効果的な実施にあたっては、各グループを議論に適した人数や距離(テーブルの大きさ)にすること、より多様な職種のことを知るために職種のバランスを考えてメンバーを配置することが重要です。しかし何よりも、(2)にあるように、医師以外の専門職が医師と対話する機会を確保するという点からは、各グループに必ず医師一人を配置することが必須条件となります。この場合、医師は医師会の推薦によることが、あるべき姿といえます。

iii) ファシリテーターの育成

専門職は必ずしもグループワーク等に慣れた方ばかりではありません。そのため、各グループでの議論を円滑なものとするために、事前にファシリテーションの技法を理解したメンバーを育成し、各グループに配置することが有効です。具体的には、研修会を企画するワーキングチームのメンバー(＝コアメンバー)がその役割を担うことが想定されます。

iv) 演者・話者

地域の専門職が主体性や当事者意識を持って研修を進めるという点から、研修会全体の司会・進行は、少なくとも市町村の担当職員か、可能なら医師会推薦の医師が担うことが好ましく考えられます。各プログラムの演者等は、可能な限り地域の専門職(例：コアメンバー)自身が担うことが効果的ですが、場合により、他地域で取り組みをしている専門職等が良いこともあります。

v) 実施後の振り返り

多職種連携研修会は在宅医療・介護連携を進めるための有効な手法の一つですが、単発のイベントに留めていては意味がありません。実施後は関係者と必ず振り返りを行い、継続的な改善や、さらなる取り組みへの展開を図っていくことが重要です。

4. 地域住民への普及啓発

基本的な考え方

在宅での療養は決して強制されるものではなく、あくまで地域住民が主体的に選択できるものとして保障されるべきものです。しかし、実際には、多くの人々において、虚弱になっても住まいで暮らし続けたいという意向があることを示す調査結果があるものの、一方において、そのための方法については十分に知らず、在宅生活は無理だと思われることが多いとも言われています。したがって、在宅での療養生活がどのようなものであるか、それが選択可能であること等について地域住民が正しく理解していることが重要であり、必要な場合に自らの意志に基づいて選択できるよう、普及啓発を図っていくことが求められます。

要するに、在宅での療養を可能とするために、在宅医療・介護の提供体制の整備と併せて、住民の理解を得ることが大変重要です。日常的に医療・介護が必要な状態になった場合でも「在宅での療養という選択肢がある」ということを住民に認識してもらい、そして実際に選択してもらえるよう、普及啓発に努めることが求められます。

(1) 理解を促すべきこと

重度の医療・介護が必要になった地域住民が療養の場所として在宅を選択するためには、地域の在宅医療・介護資源やそのサービスの使い方を知っていることはもちろん重要ですが、それだけでは不十分でしょう。地域住民にとっては、医療・介護の受け方としては入院や施設のイメージが一般的であり、在宅医療・介護についてはよく分からない、そもそも重度の医療・介護を受けるイメージを持たないというのが実態と思われます。ましてや、人生の最終段階における究極の選択肢である在宅看取りについては、多くの人々がイメージできない状況にあると言えます。

そのため、地域住民への普及啓発にあたっては、まず在宅での療養がどのようなものであるか(良い面や実際の様子等)、そして希望すればそれが選択しうるものであることを知ってもらい、その上で実際の利用方法等を周知する必要があります。この場合、人生の最終段階の過ごし方をどうするか、地域住民に考えを促していくことも極めて重要です。

図表- 12 在宅医療・介護の普及に向けて地域住民に理解を促すべき視点の例

視 点	概 要
自分自身が当事者になりうること	加齢により、誰もが虚弱になり日常的に医療・介護が必要な状態になりうること(ピンピンコロリにならない可能性が高いこと)
在宅での療養の効用	慢性期においては、一般に入院や施設よりも在宅等住み慣れた地域での療養の方が本人の望む暮らしを実現しやすいこと
在宅での療養の可能性	日常的に医療・介護が必要になっても在宅での療養や看取りが可能であること
在宅での療養の実態	在宅での療養や看取り、在宅医療・介護の実際の様子(本人・家族両方の面から)
在宅での療養を支える地域の資源やサービス	医療保険や介護保険で受けられる在宅医療・介護サービスの内容、地域にある在宅医療・介護資源、その利用方法

(2) 普及啓発の対象

特に理解を促すべき対象としては、重度の医療・介護が必要になる前の高齢者が想定されます。ただし、地域全体の認知度を高めるといった観点や、利用者本人だけではなく家族の認知・理解を進める上でも、「在宅での療養を選択する」ことが「特別ではない一般的な感覚」とするために、たとえば40歳以上などの比較的早い年齢などを対象に、その意向を把握し、啓発を進めることも重要です。

(3) 普及啓発の方法とポイント

住民啓発の具体的な手法としては、セミナー・シンポジウム、広報誌等による情報発信や、町内会等の小地域単位での説明会等など様々考えられますが、手法によって期待される効果や必要な費用等が異なるため、「誰に何を伝えたいか」をよく考えた上でそれに見合った適切な手法を選択することが重要です。

多くの人にとって、「在宅医療・介護」という言葉は馴染みの薄い非日常的なものです。そのため、身近なものとしてイメージしやすい手法が望まれます。この場合、地域の顔見知りの医師等の専門職から看取りの話をしてもらうような方法による影響は大きいと言われています。

いずれにせよ、できる限り体系的、戦略的に進めることが必要であり、例えば次のような流れを毎年繰り返すこと等が考えられます。それぞれの市町村において、最も適した方法を考え、工夫し、取り組む必要があります。

図表- 13 普及啓発の流れ(例)

第一段階 ～意識・方向性の表明	・ 地域住民代表を含め、各分野の代表的な方々による市町村域全体を対象とするシンポジウム等で、各分野のリーダーの理解を含めて一つの形を示す。
第二段階 ～基本的な理解の浸透・深耕	・ 第一段階を踏まえた上で、地域ごとの小さなイベントで、様々な事例を用いてきめ細かに理解者を増やす。
第三段階 ～拡大・拡充	・ 第二段階を経た上で、全世帯対象の広報誌などに、身近な事例やイベントも照会し、普及効果をあげる。

図表- 14 効果的な普及啓発の手法(例)

手 法	特徴・メリット等
地域住民向けシンポジウム等で、在宅での看取りを経験した家族や在宅医療に従事している医師等に体験談を語って頂く	・ 当事者の生の声を聞くことにより、在宅での療養の具体的な様子を理解しやすい
動画や寸劇、漫画形式のパンフレット等により、在宅で療養することの意義やその様子を紹介・説明する	・ 視覚的に分かりやすくストーリー性を持った内容となるため、理解しやすい
広報誌等で在宅医療の取り組み等を定期的に紹介する	・ 定期的な情報発信により、「在宅での療養」が非日常ではなく身近で一般的なものであること、地域にとって重要な課題であることを理解し易い

(4) 理解度の把握

地域住民への普及啓発にあたっては、住民の理解度の水準やニーズ等を定期的に把握し、経時的な変化を確認することが重要です。その方法としては住民を対象としたアンケート調査が想定されます。

具体的には、介護保険事業計画策定のタイミングで、介護事業所等に対するアンケート調査や日常生活圏域ニーズ調査とは別に、地域住民の意識を把握するための調査を実施するほか、他分野の施策・事業も含めて毎年実施しているような住民意識調査に、在宅での療養に関する意識を聞く項目を盛り込むことも考えられます。

図表- 15 地域住民の理解度を把握するために想定される調査項目(例)

- 自分が重度の医療・介護が必要になった場合に過ごしたい場所
- 自分が人生の最終段階において居たい場所
- 家族など身近な人が重度の医療・介護が必要になった場合や人生の最終段階において過ごして欲しい場所
- 在宅で療養するために課題や障害となっていること
- 課題や障害を克服するために期待する支援

参考事例：滋賀県・長浜米原地域医療支援センターの取り組み

～「地域医療福祉フォーラム」「在宅医療カフェ」「出前講座」等による多層的な住民啓発～

滋賀県の長浜米原地域医療支援センターでは、高齢になっても住み慣れた湖北地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域住民に対する在宅医療等の普及啓発を目的とした様々な取り組みが実施されています。

2013 年度から、センター長による講演等を中心に広く地域住民を対象とした「地域医療福祉フォーラム 2016」が毎年開催されているほか（2016 年度：参加者 162 人）、希望する老人会や自治会等に職員が出向き、「出前講座」として、当地域で在宅での看取りがなされた実事例の紹介や在宅での療養についてのグループワーク等が実施されています（2016 年度：19 箇所で開催、延参加者 355 人）。

2014 年度からは、中学校区の単位で地域住民と各地域の専門職が意見交換等を行う「在宅医療カフェ」が開催されています。2014・2015 年度は、KJ 法を用いて各地域の現状と課題を整理し、住み慣れた地域で安心して暮らし続ける為のスローガンを立案・発表するワークショップが行われました（2 年間で 8 地域を巡回）。2016 年度からは、その際に出た課題を切り口に、より具体的な目標設定や達成の手段（「自分や家族、地域に何ができるか？」）についてのワークショップが進められています。

これらの取り組みでは、そのほとんどにおいて参加者アンケートが実施されており、実施後の振り返りと次回以降の取り組みの見直し、開催テーマの検討等に活用されているほか、活動内容について Web 上で丁寧な情報公開・発信がなされています。

長浜米原地域医療支援センター「在宅医療の普及啓発」

URL：<http://www.kohokuishikai.jp/tiikiiryou/fukyuu.html>

5. 小規模市町村等における推進

基本的な考え方

小規模な市町村や医療資源が非常に限られる地域では、在宅医療・介護の提供体制が単独では十分に確保できない場合があります。こうしたケースでは、必ずしも単一市町村で完結させようとせず、近隣の複数市町村も含めて体制の整備に取り組むことが重要です。また、在宅医療・介護の提供体制についても、地域の実情に合わせて柔軟に設計する必要があります。

(1) 複数市町村が連携しての取り組みの考え方

複数の市町村が連携する場合は、まず取り組みの企画・調整機能を持つ推進体制を構築することが求められます。その際には、当該地域の中でも一定程度中心的な役割を担う市町村がその事務局を担うことが考えられます。

具体的には、比較的規模が大きく、医療資源が一定程度確保されている市と隣接する小規模市町村が連携する場合は、その規模の大きい市が事務局機能を担う、地区医師会が複数市町村にまたがっている地域では、その医師会事務局が置かれている市町村が事務局機能を担う、といったことが想定されます。そして、その市町村から取り組みを順次広げていくといった方法など、各地域に応じた方法を工夫していく必要があります。

(2) 提供体制の整備の考え方

医療資源が非常に限られる地域においては、在宅医療・介護の体制のあり方自体を地域の実態に合わせて検討することも想定されます。

例えば、当該地域に公立病院等中核的な病院があり、定期的な訪問診療を行う診療所が少ない場合は、公立病院の訪問看護が中心となるなどで各種の資源を結びつけ療養環境を整え、地域の診療所をバックアップする体制を構築することが考えられます。

また、地域に診療所があまり存在しない場合には、公立病院等が訪問診療を行うことを含めてアウトリーチ機能を充実させる方向が考えられます。

参考事例：長野県川上村の取り組み

～医療資源が限られる中での看護師を中心とした切れ目のないケアの提供～

長野県川上村は、村内の医療機関が無床診療所 2 箇所、うち在宅医療の提供は 1 箇所のみという、医療資源が極めて限られた地域ですが、診療所と訪問看護ステーションの連携を中心に、24 時間・365 日の訪問体制が実現されています。

川上村では、1998 年の当時の村長が掲げた保健・医療・介護の一元化構想を起点として、訪問看護を中心とした緊急当番の体制が構築されてきました。看護師を中心として様々な専門職が患者情報を細かく共有するとともに、休日夜間のファーストコールは訪問看護ステーションが対応することで、医師の負荷を下げつつ、切れ目のない在宅医療の提供が実現されています。

特に体制面での工夫として、2006 年から、診療所、訪問看護ステーション、デイサービスセンターの看護師が 5 年間をかけて各職場をローテーションする勤務体制となっています。これにより、看護師一人ひとりが各現場のケアを経験することができ、個人の実践の質の向上が図られたのに加え、各看護師がそれぞれの現場で行われるべきケアを把握でき、連携もよりスムーズになったとされています。

6. 取り組みの評価・改善

基本的な考え方

2018 年 4 月の本格施行を目前に控え、整備期においてはまずは取り組みに着手してみるというところから始まりますが、それはあくまでゴールではなくスタートであり、長期的な地域づくりの視点から取り組むことが求められます。

この点につき、先般「Ver.2（案）」として改定された『手引き』では、在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施に向けて、PDCA サイクルに基づき事業を展開することの重要性が強く打ち出されています。取り組みを決して単発的なものにせず、PDCA サイクルに基づき、地域の目指すべき姿に近づいているかどうか、取り組み内容やその成果について必ず振り返りを行い、進捗管理・評価の繰り返しにより継続的に改善・発展させていくことが求められます。

(1) 評価の観点

基本的には各取り組みの実施後に改めて「1. 現状・課題の分析」の「(2) 現状・課題分析の観点と指標」の内容を確認するものであり、あらためて地域の状況を定量的・定性的の双方から評価を行うこととなります。よって、取り組みを実施する前の計画の段階から、評価指標や項目、評価の手法を予め設定されていることが重要です。

より具体的な評価の観点としては、次の「i）各取り組みの進捗状況や成果」と、「ii）在宅医療・介護に関する地域の状況」の大きく 2 種類に分かれます。

i) 各取り組みの進捗状況や成果

在宅医療・介護連携の推進を目的として実施した各取り組みについて、まず、取り組みの実施状況や結果・成果を確認します。その上で、その結果・成果となった要因を分析し、今後も同様に実施していくべきか、課題がある場合にどのように修正するべきか等について検討し、より良い内容とするための改善策を検討することが求められます。この場合、訪問診療に取り組む医師数や訪問診療件数は、基本的に指標であるといえます。

図表- 16 取り組み結果等の確認と改善策の検討

①	取り組みの実施状況や 結果・成果の確認	・当初の予定通り実施できたか ・当初期待した目的・成果を達成できたか ・この取り組みが地域の目指すべき姿の実現に貢献しているか
②	結果・成果の分析と 改善策の検討	・上記の結果になった要因・背景は何か ・実施上の課題は何か ・今後も同様に実施していくべきか ・取り組み内容や実施方法をどのように改善すべきか

ii) 在宅医療・介護に関する地域の状況

i) の内容を踏まえ、各取り組みの結果、当初設定した「地域の目指すべき姿」にどれだけ近づいたかを、個々の取り組みの単位ではなく総合的に確認します。『手引き』(p11) では、【在宅医療・介護連携推進事業を進めた結果、どれだけ目標に迫ったかを示すための指標】として、「生活満足度・従事者満足度」と「要介護高齢者の在宅療養率」が設定されており、こうした指標に

基づいて評価をしていくことが考えられます。

その上で、単なる状況確認に終止せず、状況の変化、あるいは不変が何によってもたらされたのか、その要因を分析・考察することが重要です。この分析に基づいて対応策を検討していくことが求められます。変化が芳しくない項目については、関連する取り組みをより重点化する等の対策を講じる等が望まれます。

なお、こうした地域全体の状態は、必ずしも短期間で変化しない可能性がある点に留意が必要です。変化を短絡的に捉えるのではなく、変化あるいは不変の要因・背景について個別に考えていくことが重要です。

(2) 評価指標としての在宅等での看取り数・率について

在宅等での看取りは、それを望む人々がおり、そのために必要な医療・介護の提供体制がなければ実現できないものです。したがって、在宅等で看取りができているかどうかを見ることにより、人々の意識の変化や看取りをすることができるだけの提供体制が構築できているかどうかを評価することもできると言えます。

ただし、当然ながら、看取り率は数値目標等として用いられるべきものではありません。看取り率は、あくまで人々の選択と看取りを可能とする資源や体制整備があつての結果になります。

人生最期の方がどこであったのか、さらにそれはどのように変化してきているのかを在宅医療・介護に従事する専門職の人々が知り、考えることは大事なことです。多職種連携研修の機会において、地域の看取り率がどのような状況となっているのか、看取り率が変動したことの裏に何があるのかを考え、その上で次に何を進めていくべきかを知ることが自治体職員はもとより専門職の人々が知り、共有することが、その後の連携への動機付けの上でも有効であると考えられます。

地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の推進に向けた
地方自治体職員の育成プログラムに関する調査研究事業検討委員会

（アイウエオ順・敬称略 2016 年 6 月時点）

	所 属	氏 名
委員	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構 教授	飯島 勝矢（委員長）
	医療法人アスムス 理事長	太田 秀樹
	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授	辻 哲夫
	一般財団法人医療経済研究機構 研究部研究員 兼 研究総務部次長	服部 真治
	医療法人社団つくし会 理事長	新田 國夫
	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部部長	三浦 久幸
	国立大学法人岡山大学 客員教授	宮島 俊彦
	国立大学法人東京大学 医学部 在宅医療学拠点 特任研究員	吉江 悟
オブザーバ	国立大学法人東京大学 医学部 在宅医療学拠点 特任研究員	松本 佳子
	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構	長島 洋介
	厚生労働省 老健局 総務課 課長補佐	石井 義恭
	厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐	谷内 一夫
	厚生労働省 老健局 老人保健課 医療・介護連携技術推進官	秋野 憲一
	厚生労働省 老健局 老人保健課 主査	塩崎 敬之
	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 課長	懸上 忠寿
	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課	小田 晴美
	厚生労働省 近畿厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課	安田 隆行
	事務局 株式会社富士通総研 第一コンサルティング本部 公共事業部	名取 直美 赤田 啓伍

在宅医療・介護連携の推進に取り組む地方自治体職員のための基本テキスト(第一版)

地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の推進に向けた地方自治体職員の
育成プログラムに関する調査研究事業
(平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業)

発行月 平成 29(2017)年 3 月

発行者 株式会社富士通総研
〒105-0022 東京都港区海岸 1-16-1 ニューピア竹芝サウスタワー
tel. 03(5401)8396 fax. 03(5401)8439
<http://jp.fujitsu.com/group/fri/>

禁 無断転載

