

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

**循環型による認知症の医療・介護
等の提供のあり方に関する
調査研究事業**

2017 年 3 月

株式会社 富士通総研

はじめに

1. 認知症サポート医と認知症サポート医養成研修のこれまでの流れ

2002（平成 14）年頃から、急増する認知症の人に対応できる、身近なかかりつけ医の養成が急務であるとの機運が高まり、2005（平成 17）年に厚生労働省と日本医師会が中心となって認知症サポート医養成研修事業が開始され、研修は国立長寿医療研究センターに委託された。

当時は認知症学会に専門医制度はなく、老年精神医学会に専門医制度が存在するのみであり、専門医が認知症の人をすべて支えることは現実的ではないと考えられていたことから、認知症サポート医（以下、「サポート医」と略。）の役割は、

- 1) 認知症の人の医療・介護に関わる、かかりつけ医や介護専門職に対するサポート
- 2) 地域包括支援センター（以下、「包括」と略。）を中心とした多職種連携作り
- 3) かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発

であることが示された。

一方、サポート医の役割は示されているものの実際の活躍の場がない、サポート医の存在が十分に認知されていない等の指摘がなされてきた。そのような状況下で 2012（平成 24）年度からモデル事業として開始され、2015（平成 27）年から全国の市町村での設置が義務付けられた認知症初期集中支援チーム（以下、「初期集中支援チーム」と略。）において、チーム員医師の要件としてサポート医であることが明確に示されたことより、サポート医に対する認知が進み、需要が加速されることとなってきた。

さらに、診療報酬改定により、2015（平成 27）年から老人保健施設での認知症短期集中リハビリテーション加算Ⅱの算定要件に精神科医師、神経内科医師または認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師が、2016（平成 28）年から病院における認知症ケア加算Ⅰにおいて認知症患者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師が、それぞれ要件となった。これらはいずれも認知症サポート医養成研修（以下、「サポート医研修」と略。）の受講により要件を満たされることが示されたため、受講者の急増につながり、2016（平成 28）年度までに新オレンジプランの目標値であった 5,000 人を超え、6,718 名のサポート医が研修を修了している。

2. サポート医研修の問題点

この10年のサポート医研修を顧みていくつかの問題点を指摘しておきたい。

2.1. 認定されたサポート医はサポート医として十分に活動できているのか

サポート医という資格を持っている医師の背景は4割が専門診療科の医師である。サポート医の役割のうち、専門医としての機能を受け持つことになり、鑑別診断や、若年性認知症の診断対応、急激な症状の進行や重篤な身体合併症の対応といった役割を担うことになる。またこれらの医師は病院勤務であることが多く、医師との連携は病診連携が中心となり、地域へ出て行くことが難しいことが多い。また現状では認知症の診断業務に追われているのも実情であろう。この群の医師をみるとサポート医は専門医とどう違うのかという素朴な疑問が生じてしまう。

一方、6割を占める、これら以外の診療科の医師は多くは無床診療所や介護保険施設におり、地域との連携あるいは患者さんへのアウトリーチを行うという点では一日の長があるが、精細な鑑別診断、治療という点では制約がある。大都市で医師に恵まれている地域ではこの両者が存在しても、お互いに連携しあうことが可能であるが、医師の少ない地域では、専門医はおらず、サポート医がこの両者の役割を担わなくてはならなくなる。サポート医の資格は得たが、サポート医であることを公表したくない医師が一部にあるのもこのような事情がある。既に5,000人という数的目標は達成されたものの、アンケートの返信状況から推定すると、実働できているサポート医はその50~60%ではないかと思われる。

2.2. 認定後の研修システムの不備

サポート医の資格を得るには各県医師会からの推薦を受け、国立長寿医療研究センターが運用するサポート医研修を受講する必要があるが、その後の研修に関しては各都道府県に任されている。

2015（平成27）年度は、12の都道府県と5つの政令指定都市では開催されているが、その他の地域ではサポート医フォローアップ研修という明確な形では開催されていない。また、以前は開催されていたが県からの予算がなくなって継続できなくなった地域もある。

認知症に関する知識の更新、認知症に関する新しい制度に関する知識の獲得は必須であるが、その教育体制は十分ではない。

2.3. サポート医の認知度の低さ

地域によってニーズが異なることから、サポート医の役割も地域によってさまざまであり、そのために認知度も上がりにくかった。

しかし、初期集中支援チームの事業での位置づけが明確になったことから、今後サポート医の認知度は大きく上昇することが期待される。

3. 調査研究結果の活用

この調査研究事業では、真に認知症の人や家族に役立つサポート医像はどのようなものか、またそれを成立させるためにはどのような過程や背景があるのかを明らかにすることを目的としている。既にサポート医になっておられる医師、これからサポート医をめざされる医師、また認知症多職種連携に関連する業務からサポート医と連携する可能性のあるあらゆる職種の方の参考になれば幸いである。

循環型による認知症の医療・介護等の提供のあり方に関する調査検討会 座長
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 副院長
鷺見 幸彦

目次

本編

第1章 調査研究事業の概要	1
1. 調査研究の背景	1
2. 調査研究のねらい	2
3. 事業内容	3
4. 実施経過	6
5. 研究体制	7
第2章 調査項目・調査対象	8
1. 調査項目	8
2. 調査対象	10
第3章 調査結果	12
1. 背景・経緯・事情等	12
2. 連携状況	19
3. 連携・協力関係の要因・背景・経緯等	23
4. 具体的な連携内容・方法等	31
5. 連携先への支援に係る費用	39
6. 連携のために整えたもの	42
7. 関係構築・実践等に伴う課題・対応策等	46
8. 実践にあたっての助言・注意点等	52
第4章 座長総括	59

資料編

ヒアリング調査票

第1章 調査研究事業の概要

1. 調査研究の背景

世界に類を見ない高齢化が進む我が国において、認知症高齢者の数は2012（平成24）年で462万人と推計されており、2025（平成37）年には約700万人、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれている。このような中、認知症の人にどの様に対応し、どの様に支援していくかが極めて重要な課題となっている。

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることは、認知症の人自身の生活への満足度が向上するだけでなく、住み慣れた環境で過ごすことは認知症の治療上も有益とされ、さらには限りある医療資源の有効活用にもつながるものと考えられる。

このような地域づくりを目指し、厚生労働省の「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」では、認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組み（早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もその時の容態に最も相応しい場所で適切なサービスが提供される仕組み）の構築を目指している。

全国各地で、この医療・介護等の連携の仕組み（循環型の仕組み）を構築していくためには、その具体的な方法や実践上のポイント等を明らかにし、それを全国で共有・展開することが必要となる。

医療・介護等の連携の仕組みは構築途上の段階であるが、この仕組みにおける要の役割を期待されているのがサポート医である。サポート医の育成が始まって約10年が経過し、人数としては増えたものの、全てのサポート医が期待されている役割を地域で実践できている状況にはない。

しかしながら、急務となっている循環型の仕組みの構築・運用にはサポート医の活躍が非常に重要となることから、未稼働のサポート医や今後サポート医となる予定の医師の実践を促進するには、参考となるような具体的な実践例や手法の提供も必要である。

そこで、本調査研究では、循環型による認知症の医療・介護等の提供体制を具体的に地域で構築し、医療・介護等の連携を実践しているサポート医に関する全国各地の好事例を収集し、それら好事例から抽出される具体的な方法論や、成功のポイント等を整理・分析することとした。

2. 調査研究のねらい

2.1. 課題認識

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けるためには、認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みが構築される必要がある。

循環型の仕組みの構築には、(循環型の仕組みを構成する) 連携が必要な各職種・関係者が、相互に積極的に関わりながら、それぞれ必要な役割を果たしていくことも当然必要なことであるが、各職種・関係者をつないで仕組みの構築を促進する、連携の要となるサポート医の活躍も非常に重要である。

しかしながら、約10年で6千人を超えるサポート医が養成されているものの、主に、以下のような課題が生じている。

- 研修を受講しサポート医が増加する一方で、都道府県の名簿には登録したものの、実際に連携し活動する機会があり、かつ実践できているサポート医は限られているのではないか
- 研修は受講したものの、実際に地域でどのような動きをすればよいかわからず、結果として活動できてない状況が少なからずあるのではないか
- サポート医は、初期集中支援チームへの指導・助言しかしておらず、連携や研修はあまりしていないのではないか、等

2.2. 課題認識に基づく、本調査研究のねらい

2.1 に示した問題意識を踏まえ、本調査研究では、認知症の人ができる限り地域での生活を継続していけるようにするための循環型の仕組みの構築に向け、その連携の要となるサポート医が実際に連携し活動できるよう、どう動けば活動の場ができ、関係の構築・維持がうまくいくか等の手法を明確化することを主なねらいとした。

このような狙いで、必要十分な情報を確実に収集するためには、アンケート調査票のやり取りでは困難なことから、訪問によるヒアリングにて調査を行うこととした。

3. 事業内容

3.1. 調査検討会

(1) 調査検討会による検討

サポート医の好事例の収集には、参考となる好事例（調査対象）の適切な抽出、参考となるポイントの的確な把握（的確な調査項目の設定）の2点を外しては成立しないことから、これら2点を高い水準で確実なものとするのが、調査の前提となる。

更に実査の後には、集めた情報のうち、他の参考となるような点を的確に抽出し、わかりやすく整理することも必要となる。

このため、全国的に好事例を熟知し、実践状況の実態をよく知る、代表的な有識者を委員とする調査検討会での議論・検討を通じ、これらを確実なものとした。

(2) 調査検討会の設置準備

(1)を踏まえ、調査検討会の趣旨・委員構成等を設計し、各委員との日程調整等の設置準備を進めた。

(3) 調査検討会の検討内容設計

設計にあたっては、議論すべき点及び議論のゴールの想定、そして調査研究事業のスケジュール等を総合的に勘案した。

検討事項においては、各委員の現場に根差した知見に基づく提案を最大限加味することに特に留意した。

(4) 資料準備

(3)の設計に基づき、当日用いる資料構成を設計し、配布資料を準備した。情報や知見を共有し議論を行うための材料という観点から、資料は可能な限り簡潔にまとめることを前提とした。

(5) 調査検討会の開催

(3)の設計に沿って会を開催し、座長の的確な進行により、多くの委員から活発なご意見・ご指摘・ご提案等が挙がった。

また、委員からの提案や意見はいずれも貴重で有用な情報や知見に富んでおり、報告に対し多くの質疑や意見交換が行われた。

3.2. 調査

(1) 調査対象の抽出

3.1(1)にも示したように、サポート医の好事例の収集には、参考となる好事例の適切な抽出（＝調査対象の適切な抽出）を外しては成立しないことから、この点について土地勘のある調査検討会の各委員やその協力者の多大なるご尽力を賜り、全国各地から多数の候補者の推薦を頂いた。

これら多数のリストから、地域や診療科等の偏り無く調査することとし、調査検討会にて実査対象を絞り込んで頂いた。

(2) 調査項目の整理

調査対象と併せて重要となる調査項目については、本調査研究事業で明確化すべき点を中心にピックアップした。

それら項目について、実際のヒアリングにおける質問項目へと落とし込み、ヒアリングシート案を設計した。

シート案を調査検討会にて検討頂き、追加・削除等の修正意見を反映して完成版とした。

(3) 調査対象との調整

調査検討会にて抽出頂いた実査対象候補にコンタクトを取り、ヒアリングへの協力を要請、応諾頂いた実査対象について、訪問日時の調整を行った。

候補の中には当初難色を示された方も何人かはおられたが、最終的には、1名を除き協力頂けることとなった。

応諾頂いた実査対象には(2)のヒアリングシートを事前にお送りし、予め質問内容を知っておいて頂くと共に、訪問日まで日数のある所については、回答内容の要旨を事前にお返し頂くことで、質問事項をあらかじめ十分に練った上での、効率的なヒアリングを目指した。

(4) 訪問調査

(3)にて応諾頂いた実査対象（北海道から九州まで）に、調整した日時に訪問し、(2)で作成したシートに基づきヒアリングを実施した。

質問項目の数や質問内容の都合上、事前に回答要旨を頂いていたものの、結果として1箇所2時間程度の長時間のご協力を得た。

(5) 調査結果の整理

ヒアリングにより収集した豊富な情報を、(2)のヒアリングシートに落とし込み、生のヒアリング記録とした。

3.3. 報告書作成等

(1) 報告書作成

多職種連携の実践的な経験・手法等を収集するという本調査の特性上、ヒアリングにおいて協力頂いた調査対象者から率直にお話頂くため、また個人情報保護の観点から、発言の中で登場する調査対象者個人の氏名・経歴・思想等の多数の個人に関わる情報については個人が特定されないよう細心の注意を払う必要があることから、聞き取り結果（発言内容）そのものは公表しない条件で協力頂くこととした。

加えて、それぞれの実践例の聞き取り結果は、価値の高い一次情報として非常に有益ではあるが、結果を特異な優良事例として紹介するのでは参考にして頂くことが困難になる恐れがあることから、ある程度汎化し、各事例を横断的に見て共通して現れている成功のポイントや手法等を抽出・整理する必要がある。

以上を踏まえ、事務局にて報告書にどこまで、どのように整理して掲載するかを予め検討、調査検討会での議論を踏まえ、生データを編集・整理し報告書の原案を作成した。調査検討会委員等への原案確認・照会を通じた修正等を経てブラッシュアップし、完成させた。

(2) 情報公開

弊社ホームページにて本報告書を公開。

4.実施経過

3に示した内容を、次のスケジュールで実施した。

		7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査 検討 会	委員選定・委嘱等	→								
	開催準備		→				→			
	開催			●第1回					●第2回	
	報告書内容確認									→
調査	調査対象の抽出	→	→	→						
	調査項目の整理		→	→						
	調査対象との調整				→					
	訪問調査					→	→			
	整理方法の検討						→	→		
	結果整理							→	→	
報告書 作成	概要・前段整理							→	→	
	調査部分の整理								→	→
	全体整理								→	→
	修正・完成									→
	公開									→

5. 研究体制

5.1. 調査検討会

(1) 委員(五十音順 敬称略 は座長)

氏名	所属
進藤 由美	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター リサーチコーディネーター
玉木 一弘	医療法人社団幹人会 理事長
中尾 正俊	一般社団法人大阪府医師会 副会長
前田 潔	神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教授
吉田 知可	大分県福祉保健部高齢者福祉課地域包括ケア推進班 副主幹
○鷺見 幸彦	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 副院長

(2) オブザーバ(敬称略)

氏名	所属
大田 秀隆	厚生労働省 老健局総務課 認知症施策推進室 専門官

5.2. 事務局・調査研究実施機関

株式会社富士通総研

第2章 調査項目・調査対象

1. 調査項目

1.1. 調査すべき内容

本調査研究は、第1章2に示したように、サポート医が実際に連携し活動できるよう、どう動けば出番ができ、関係の構築・維持がうまくいくか等の手法を明確化することを主なねらいとしている。

この狙いに即した調査内容として、各調査対象に対し、次のような点を中心に詳細を聞き取っていく必要がある。

1. どころ、どのような連携・協力関係が築けているか
 - ①連携先の種類・箇所数・名称等
 - ②連携・助言・相談等している内容
 - ③実施方法（対面・電話・メール・定例会等）
 - ④実施頻度（随時・定期、月間実施件数等）
 - ⑤費用負担（負担の有無・程度、負担者、そのようになった経緯等）

2. それはどのようにして構築できたのか（成功要因）、
 - ⑥サポート医になろうとした背景・事情
 - ⑦関係構築成功の要因・経緯・背景
 - ⑧継続的に連携関係が運用・維持できている要因・ポイント

3. これまでの体制構築・実践を通じた課題（構築まで・運用段階・今後）
 - ⑨生じた課題・苦勞された点
 - ⑩その際に講じた対応策

1.2. ヒアリング調査票

1.1に示した各項目を、具体的にヒアリングしていくにあたっては、答える側の調査対象者が回答しやすいよう、一問一答形式に近い形とする必要がある。

また、膨大な情報量を短時間で効率的に収集するためには、調査対象者には、予め質問内容を知っておいて頂き、回答内容を事前に整理頂くことが重要となる。

以上の観点から、調査すべき内容をヒアリング調査票の形に落とし込んだところ（詳細な調査票は本報告書巻末に掲載）、次のような調査項目となった。

問	大問	小問
1	サポート医になった背景・経緯・事情等	
2	日常的(または定期的)に連携・協力関係が築けている連携先	<ul style="list-style-type: none"> ■ 連携先の種類毎(かかりつけ医、介護支援専門員、介護サービス事業所、訪問看護ステーション、他のサポート医、地域医師会、包括、認知症地域支援推進員(以下、「推進員」と略。)、認知症疾患医療センター、都道府県・市町村、初期集中支援チーム、警察・消防救急、地域住民(患者・家族含む)、若年性認知症関係機関(労働者健康安全機構、ハローワーク等)、上記以外)の連携箇所数 ■ 主な連携先名、等
3	上記の連携先と、連携・協力関係が築けている要因・背景・経緯等	<ul style="list-style-type: none"> ①連携関係の構築に成功した要因・きっかけ等 ②連携関係が維持・継続できている要因・工夫等
4	連携先ごとの、具体的な連携の方法や内容	<ul style="list-style-type: none"> ①連携内容(情報共有・助言・相談等の具体的内容) ②連携の方法(例:対面/電話/メール/定例会等) ③連携の頻度(随時 or 定期、月間実施件数等)
5	連携先へのサポートに係る費用	<ul style="list-style-type: none"> ■ 費用負担対象のサポート内容 ■ 負担者・金額等 ■ そうなっている経緯等(支払われていない場合の理由含む)
6	サポート医として活動するために、どのような手段や組織を構築あるいは利用しているか	<ul style="list-style-type: none"> ■ 先生の所属組織内で整えたもの ■ 先生の所属組織外にて整えて貰えたもの
7	各連携先との連携関係の構築・実践により生じた課題や苦勞された点、その際に講じた対応策	<ul style="list-style-type: none"> ①連携関係構築の段階 <ul style="list-style-type: none"> ■ 生じた課題・苦勞した点(どの連携先と、どのような課題が生じたか) ■ 課題・苦勞をどのようにクリアしたか ②関係構築後の運用段階 <ul style="list-style-type: none"> ■ (①と同じ) ③今後 <ul style="list-style-type: none"> ■ (①と同じ)
8	先生の実践内容・方法等を、今後、全国のサポート医が取り組んでいく場合の、注意点や課題	

2. 調査対象

2.1. 対象の抽出

(1) 調査すべき対象

循環型による認知症の医療・介護等の提供体制を具体的に地域で構築し、医療・介護等の連携を実践しているサポート医を中心とした体制¹の中で、特に他の参考となる事例を、主たる調査対象とした。

(2) 対象の抽出

(1) の定義に合致する方々を、地域や診療科等の偏り無く調査する必要があると考え、この点に明るい調査検討会の各委員等から多数の候補者を推薦頂いた。

これら多数の候補者から地域や診療科等の偏り無く調査するため、調査検討会にて実査対象を絞り込み、最終的に次表の 11 箇所を調査することとした。

¹ 主たる調査対象はサポート医本人となるが、サポート医本人が主導的に連携関係の構築・維持に動いている地域もあれば、包括や推進員等サポート医以外の職種や医師会等の組織が主体的に動き、サポート医はそれに沿って動くことで機能している地域もあることから、後者の場合については、可能な範囲でサポート医本人のみならず包括の職員や推進員にもヒアリング(ヒアリングに同席頂き同時に聴取)することも考えられるため

No	人口規模(人)	高齢化率(%) ²	施設種別	診療科	専門医資格	医師会活動
1	1-3万	35-	病院	精神科 老年精神医学	精神保健指定医 日本精神神経学会(指導医・専門医) 日本老年精神医学会(指導医・認定医)	
2	10-30万	25-29	診療所	心療内科 神経内科 内科 精神科 リウマチ科	精神保健指定医	有り
3	30-50万	25-29	病院	精神科	精神科専門医	
4	1-3万	30-34	診療所	内科 循環器科		有り
5	5-10万	25-29	診療所	消化器内科 放射線科	日本消化器内視鏡学会指導医 日本医学放射線学会専門医 日本消化器がん検診学会認定医 マンモグラフィ検診精度管理中央委員会認定読影医 肺がん CT 検診認定医師	有り
6	5-10万	35-	診療所	呼吸器科 内科		有り
7	30-50万	25-29	診療所	内科	放射線科、核医学	有り
8	50万超	25-29	診療所	神経内科	内科学会認定医 神経学会専門医・指導医 認知症学会専門医	有り
9	50万超	25-29	診療所	循環器内科 内科 小児科	循環器内科医	有り
10	50万超	25-29	診療所	ペインクリニック 麻酔科	日本ペインクリニック学会専門医 頭痛専門医	有り
11	50万超	20-24	診療所	内科	総合内科専門医 在宅専門医	有り

² 人口規模や高齢化率は総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」における「平成 28 年 1 月 1 日住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)(日本人住民)」より算出し、カテゴリ化

第3章 調査結果

1. 背景・経緯・事情等

今回の11例の殆どが、1.2に示すように、サポート医となったことを機に地域連携に関する諸活動に着手し活動を拡大したのではなく、サポート医となる前から地域づくり（地域の多職種連携に関する様々な活動）を牽引してきていた。

そのため、サポート医となる前からの、そもそも地域づくりに取り組むようになった背景・経緯・事情等に遡って尋ねる必要があり、ヒアリングの過程で最終的には医師になってからの歩みや、そのような歩みの中でたどり着いた考え方等についてもお話頂いた。

よって本項では、サポート医となった経緯・事情(1.2)に加え、経緯や事情等のベースとなる、医師になってからの歩み(1.1)や、地域づくりやサポート医に対する考え(1.3)についても併せて整理した。

1.1. これまでの活動の歩み

以前より病院として地域づくりを推進、他からの要請を受け多職種連携のネットワークへ参画等の場合を除き、多くの医師が、地域づくり・地域の多職種連携の必要性を感じ、自らネットワークづくりに着手（あるいは関与）し、勉強会等の活動を継続・拡大してきていた。

この背景として、精神科医の多くは認知症に対応する中で、精神科以外の医師の多くは在宅医療の中で、生活支援が中心となるために介護職等他職種の（医療と連携した）主体的関与の必要性を感じていた。なお、在宅医療は、家業あるいは地域特性として継続されてきたケースと、担当患者の高齢化に伴う通院困難に対応したケースとに大別された。

こうしたネットワークづくり等の活動に、人口規模や高齢化率の高低といった地域事情との相関性は有意には見られなかった。

No	人口	高	科	医	これまでの活動の歩み
1	1-3万	35-	精		大学院以来認知症を専門に研究、現職着任後、地元開業医の後方支援としても忘れ外来を開設 医師の枠を超えた地域づくり・社会貢献を実践する指導医の影響から、地域に必要な社会資源等をその都度率先して作ってきた結果、多職種連携に加え、ボランティアやNPOによる地域ぐるみの活動等から成る、認知症の方を地域で支えるモデルを構築し運用中
2	10-30万	25-29	精・内	☆	精神科・神経内科にまたがる「学際」的な知見・スキルを活かせることや、患者増にも関わらず専門医が少ないことから認知症、特に医療と介護の連携をライフワークとし、ケアマネ資格を自ら取得。介護者や多職種が月1回集まってアドバイスし合う会を20年以上主催。サポート医としてのかかりつけ医向け研修の他、機能訓練やMCI予防等様々な教室活動、多職種向け講演等を多数実施

No	人口	高	科	医	これまでの活動の歩み
3	30-50万	25-29	精		開設以来、院内イベントの開放・共催等長年にわたって地域に溶け込み、地域・行政との良好な関係を構築 院内に医療相談室を設け PSW が地域の医療機関や様々な職種と幅広く連携、認知症や急性期の入院受入や退院支援・円滑な再入院等循環型の仕組みを既に一定程度構築
4	1-3万	30-34	内	☆	昔から在宅医療が一般的な地元に戻って開業して以来、医療では患者の生活まで見るのは困難なため介護の役割が大きいと認識し、介護職と積極的に連携。この経験を地域への恩返しとして、様々な職種が連携する会の発足、講習会・コンサート等様々な活動の企画・運営等地域包括ケアシステム作りや在宅医療の推進に尽力 同じような思いを持つ同志が自主的・継続的に活動する仕組みづくりに注力することで、同志による自律的な企画・運営体制へと成熟化
5	5-10万	25-29	内・放	☆	前任者の急逝により総合病院の勤務医を退任し、現在の診療所を承継し赴任。高齢者の独居率が高く介護力が低い地域のため、安心して暮らせる住まいを提供すべく住居型有料老人ホーム・特別養護老人ホーム等を開業、並行して他の介護施設・事業所、包括、行政と連携し訪問診療、地域での認知症の啓発活動(各地区の集会等での講演)等を実施 行政の主導で設立された認知症に関する多職種ネットワークの会の代表世話人に就任以降、各々が独自に動いていた他職種・専門家等と交流が増え、相互理解が進展。講演・事例検討・徘徊模擬訓練・初期集中支援等様々な活動に広がり、地域づくりを楽しんでいる
6	5-10万	35-	呼・内	☆	病床過剰のため施設介護主体の地域に着任、人口減で病床が維持できず地域で認知症を見る時代の到来を見込み、療養病床を無床診と介護施設へ転換、訪問看護ステーションや在宅中心の診療所の開設等、地域包括ケアシステム作りや在宅医療を推進 自主的・継続的な地域づくり・仕組みづくりを意識し、様々な勉強会の主催・招聘・積極的参加による人脈の形成・拡大と共に、NPO を設立し様々な活動を展開
7	30-50万	25-29	内	☆	父の代から町医者として在宅医療・看取りを継続 医師会・行政・基幹病院による地域の在宅医療や認知症対策のネットワーク作り、意欲ある若手医師会員として会議の設立等を担当 認知症治療薬の発売を機に一般開業医でも認知症に取り組む必要があると考え、有志で勉強会を設立以降、様々な多職種のネットワーク・勉強会等の設立、情報共有ツールや認知症ケアパスの作成等活動を拡大
8	50万超	25-29	神内	☆	多職種の連携がないと認知症対応を乗り切れないという危機感を持ったメンバーを中心に認知症に関する連携の会を結成、市民への教育啓蒙や相談会、オレンジカフェ運営、音楽療法に関する活動等を展開
9	50万超	25-29	内・小	☆	下町の町医者として高齢化の進む地域で在宅医療を継続、また患者の更なる高齢化を機に介護事業所を併設し介護人材も育成 医療・介護連携のため、目線を合わせた勉強会等の諸活動を実践。地域での連携を広げていくため、医師会役員として様々な仕組みを構築

No	人口	高	科	医	これまでの活動の歩み
10	50万超	25-29	へ・麻	☆	担当患者の高齢化に伴う在宅医療ニーズに対応するため、積極的に他職種と連携 顔の見える連携を必要としていた地域の多職種が集まる勉強会を設立以降、多職種が演じる劇による啓発・サポーター養成等、様々な地域の関係者が連携するネットワークを深化・拡大させる様々な支援事業を地域や医師会で展開。要請により手法・経験を他地域へも伝授
11	50万超	20-24	内	☆	研修先で在宅医療を経験し家庭医療を志望、早くから地域のヘルスケアを担う決意・責任感で在宅医療に注力 在宅医療の中で認知症ケアへの問題意識を持ち、初期集中支援事業への関与を契機に本格的に認知症に注力、早期診断と適切なケアの充実のため専門教育を学ぶ 在宅医療の普及や連携関係の拡大のため、各種連携パスの構築、多職種による勉強会を継続的に主催

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

1.2. サポート医となった経緯

前述のとおり、多くの医師は、サポート医となったことを契機に地域づくりや地域の多職種連携に関する様々な活動を始めてはならず、サポート医となる前から連携に係る多様な活動を牽引する中で、サポート医となっていた。なお、少ないサンプル数ではあるが、人口規模・高齢化率・診療科による明らかな差異は見られず、これらの要素は影響していない可能性もある。

多くの医師が行政からの要請に対応し研修を受講していた。要請の背景は、従前からの地域づくり活動を通じて繋がりがあった行政から適任と思われた、組織的に活動を展開していた医師会に推薦依頼がきた、初期集中支援チーム員への就任要請に伴って受講依頼があった、等に大別される。

一方、自発的な受講は11例中3例であった。医師が自身で必要性を感じての受講であるが、うち2例では、地域での活動において公的な肩書が有効になるという見通しから必要性を認識していた。

No	人口	高	科	医	サポート医となった経緯
1	1-3万	35-	精	/	行政による初期集中支援チーム設立に伴い、サポート医が必要となったため、行政からの要請でチーム員予定の精神科医が受講
2	10-30万	25-29	精・内	☆	県医師会の委員をしていた際、県東部担当として推薦され受講
3	30-50万	25-29	精	/	地域での初期集中支援チーム立ち上げにあたり、これまでの行政との良好な関係からチーム員就任要請を受け、受講
4	1-3万	30-34	内	☆	県からの派遣依頼に対し、医師会の理事会で派遣者となり、受講
5	5-10万	25-29	内・放	☆	所属医師会にはサポート医がおらず、地域で頼って貰う、また行政や包括と協力し地域づくりを支援・促進していくには、サポート医という公的な肩書が今後必要になると考え、自発的に取得
6	5-10万	35-	呼・内	☆	地域包括ケアシステム作りや在宅医療の推進において、認知症をしつかり診ることができる相談相手として選んでもらうには、サポート医という公的な肩書が今後有効になると考え、自発的に取得
7	30-50万	25-29	内	☆	医師会から順次推薦される中、3番目の推薦で受講
8	50万超	25-29	神内	☆	市内のサポート医の連絡会(数回/年)に招かれ、取得を要請。幅広い義務があり負荷が高いため断ったが、地域に根ざした地域貢献活動でよいと再度要請あり、取得
9	50万超	25-29	内・小	☆	医師会内の認知症対策に係る委員会の委員を順次サポート医にしていくこととなり受講(医師会が研修費を負担)
10	50万超	25-29	ペ・麻	☆	地域における認知症支援体制の構築の必要性、かかりつけ医・専門医・医療・介護の連携の必要性から、研修を受講
11	50万超	20-24	内	☆	行政からの初期集中支援事業受託(院内にチーム)に伴い、チーム員となる医師が受講

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

1.3. 地域づくりやサポート医に対する考え

1.1 に示したように、医師として活動する中で必要性を感じ地域づくりに取り組んできた医師が多いことから、その活動を通じて固まってきた考えは含蓄の深いものとなっている。

(1) 地域づくりに対する考え

地域づくりにおける留意点

多くの医師が、多職種連携による地域力の向上は、認知症への対応に限らず非常に重要であることを、共通して指摘している。

そういう地域を作っていくために必要となる、意欲ある多職種が次々と参加し活動が発展・継続する連携の枠組づくりでは、各々の経験等から、次のような点が重要と指摘された。

参加が進み、活動が発展する組織の要件	<ul style="list-style-type: none">■ 地域づくりに対する同じような思いを強く持つ者が自発的・積極的に集まること■ 特定のメンバーに負荷が偏らず、無理なく活動を継続できること■ 医師の目線が低くフラットかつオープンな（雰囲気の良い）組織であること、等
--------------------	---

地域づくりにおける医師の姿勢

多職種連携の枠組は一朝一夕に成立するものではないこと、そのため、地域に腰を据え、地道に息長く努力していく必要があることを理解した取組が重要となる。

そして、そのように努力する中で自ら意義を見出し、活動の醍醐味と感じられることを、活動継続の原動力としている医師が多いことも特徴と言える。

更に、地域のヘルスケアを担う決意、全責任を負ってトータルに診る責任感、社会還元等そもそもの医師としての姿勢・責任感への言及も、一部の医師からあった。

(2) サポート医に対する考え

今回の調査の中で共通していた指摘は、主に、次のような点であった。

- サポート医が連携モデルの中に位置づけられていない
- サポート医が認知症診療のネットワークに組み込まれていない（専門医とかかりつけ医のみで構成されるネットワークとなっている）ために、何をサポートするのが不明確
- 実態として連携の要の多くは包括やケアマネであり、認知症対策は介護職がメインであることから、医師が牽引し続けなければならないような連携の仕組みは継続性が危うい、等

No	人口	高	科	医	地域づくりやサポート医に対する考え(要旨)
1	1-3万	35-	精		地域づくりは地域力・介護力・かかりつけ医がポイント。点から線・面に広げていく10～20年の努力が必要(数年で代わる者にはできない) 始めるのは容易だが、続けるのは難しい 地域での様々な活動を通じ、住民・家族会・ボランティア・他職種等思いを共有できる同志と、患者・家族から感謝される喜びを共有できるのが醍醐味
2	10-30万	25-29	精・内	☆	認知症治療ではBPSDの対応を熟知する介護と医療との連携、患者や家族への連携の周知が重要。また、連携には相手を知る機会、社交の場への参加が必要 認知症の急増への対応には、誤診や訴訟にならない知識・技能のかかりつけ医への提供、治療や薬の知識の介護職への提供が重要(専門職向けの講演は能力向上に有意義)
3	30-50万	25-29	精		サポート医は相談を待っているのではなく、初期集中支援での訪問等アウトリーチに活かした方がよい サポート医に求められる主な役割の中には、得手・不得手が表れやすい役割(連携や研修)もあることから、連携していくにはきっかけも必要だが、周囲からの要請があれば動きやすい
4	1-3万	30-34	内	☆	税金で養成される医師は社会に役立つ活動によって還元すべきだが、その際には、自身が潰れず長く続けるために、無理せず自然体で取り組み、自身に負荷が集中せず誰でもできる仕組みづくりが重要 地域づくり活動の拡大・継続には、同じ思いを持つ(他を利することを喜びとし、稼げないことに一生懸命注力する)同志が自発的に考えて取り組める組織、運営・活動資金がなくても楽しく取り組むことにより参加者が次々と集まる雰囲気(面白そう、対等、良いこと)の醸成が重要
5	5-10万	25-29	内・放	☆	認知症対策とは世代間交流を含めた多世代での暮らしやすい地域づくりであり、患者の家族・近隣・地域関係を把握した地域に暮らすかかりつけ医が最も適任 それぞれの活動・業務内容等を知らない他職種との連携にはお金も手間もかかるが、いろいろな人に会え、生活の場に行ってお節介できる醍醐味がサポート医にとっての最大の報酬であり、それを糧に、地道で継続的に取り組むことが重要 サポート医はあくまでも介護職、行政、推進員、家族、当事者が輝けるようサポート・お膳立てするのが役割。医師が前面に出てくるのが目立つ地域の輝きは継続性がない
6	5-10万	35-	呼・内	☆	在宅医療(医療)と認知症ケア(介護)は車の両輪として機能すべき サポート医も一構成部品である地域包括ケアシステムの構築とは、住民自ら支え合い、問題を見つけ解決する(行政や保険に頼りすぎない)自立したまちづくりであり、地域の資源・特色・人の繋がりを意識し、医療や行政の枠を超えた活動が必要 地域づくりの要となる持続性の担保には、人の善意やボランティアだけに頼らず、地域資源を活かして社会問題を解決するソーシャルビジネスの確立、それによる雇用創出等の好循環が必要

No	人口	高	科	医	地域づくりやサポート医に対する考え(要旨)
7	30-50万	25-29	内	☆	連携体制の構築には、思いのある人が多数いて、仲が良く、勉強会等を分担して頻回に続けていくことが必要
8	50万超	25-29	神内	☆	認知症への対応は、課題を抱え本気で連携を求める実務者同士が集まり、地域それぞれの事情に通じた地域密着の活動でないと不可能 サポート医の役割・定義が曖昧。連携モデルの中に位置づけられておらず、何をサポートするか中途半端。連携の要の多くはケアマネであるのが実態なので、それを支える役割としての意義は大きい サポート医に地域マネジメントとケースマネジメントの両方を望むのは絵に描いた餅
9	50万超	25-29	内・小	☆	地域住民の健康に少しでも貢献できることが診療所医師の役割 在宅医療は看護職・介護職の助けがあって初めて継続が可能。医師は多職種に目線を合わせ、その助けがなくては医療はできないという意識を持つべき 主治医になった患者さんをとことん診ることで様々な症例を経験し、その蓄積が余裕を生む
10	50万超	25-29	ペ・麻	☆	病院から地域へ患者がシフトしてきていることから、在宅医療含め患者をトータルで(部位・疾患別ではなく全責任を負い)支え、より身近に相談できる医師として、患者との関係構築が必要 行政と医師会のみでは介護職は参加しづらい。各職種とつながるフラットな場づくりが重要
11	50万超	20-24	内	☆	サポート医が活躍するには、サポート医には地域のヘルスケアを担う決意・責任感が必要、地域には(単なるつなぎ役で、かかりつけ医と専門医とで完結するのではなく)サポート医が組み込まれた認知症診療ネットワークづくりが必要

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

2. 連携状況

2.1. 日常的な連携先

1 に示したように、サポート医となる前から地域づくりの活動に取り組んでおり、初期集中支援チーム員等行政からの要請でサポート医となった経緯から、初期集中支援チームの活動以外でサポート医としての活動がない医師が多かった。

また、サポート医の制度そのものが地域（行政や関係職種等）に知られていない、あるいはサポート医という制度は聞いたことがあるものの、今回の調査対象の医師がサポート医であることは地域に知られていない場合も多い。

以上の理由から、日常的な連携先としては、(1)以前から関係のある医療・介護の勉強会等における連携先、(2)自院の医療活動における連携先、に大別される。

(1) 医療・介護の連携体制における連携先

連携体制（勉強会等）の枠組

以前から設立・運営等に尽力してきた、医療・介護の連携体制づくりのための勉強会やネットワーク等の枠組そのものが、連携先として挙げた（NPO やボランティア団体等選択肢外で列挙）。

連携体制（勉強会等）の枠組への参加組織

枠組を介しての連携先として、枠組へ参加している各職種の所属組織等が挙げた。

介護職の他、薬剤師・理学療法士・作業療法士等コメディカル、行政等専門職以外の参加が多く医師は少ないことから、具体的な連携先には、介護支援専門員・介護サービス事業所や訪問看護ステーション等の介護職の組織の他、地域医師会、包括、都道府県・市町村、警察・消防救急、地域住民(家族会や自治会・民生委員等)が挙げた。

医師会として行政等と連携し組織的に活動している医師が多いことから、かかりつけ医（医師会を通じた活動への参加という意味）・医師会・包括・行政とは多くの医師が連携している一方、推進員とは関わりが少ない医師もいた。

連携を通じた各種相談等

連携体制の枠組に参加している組織体の中には、枠組での諸活動を通じて関係が深化したことにより、医師と個別に相談等を行う関係が構築されている事例がある。

これに該当する連携先は、包括や都道府県・市町村であった。

初期集中支援

初期集中支援チームにおける関わりの場合、連携先は包括や市町村であった。

(2) 自院の医療活動における連携先

在宅医療での連携先

非精神科の開業医の多くが在宅医療に積極的に対応しており、在宅医療の患者に関わる他職種とは日常的に連携している。

その連携先として、多くの医師が、介護支援専門員・介護サービス事業所、訪問看護ステーションを挙げている。

診療上の連携先

精神科の医師（医療機関）は、患者の受入、身体合併症による患者の紹介等患者のやり取りを通じ、他の医療機関（比較的固定的）と連携している。

サポート医としての、かかりつけ医等他の医師からの相談や、患者のやり取りは殆どない（地域で認知症に詳しい医師として、他の医師からの診断等の支援依頼への対応、画像診断のため設備を有する他の医療機関との連携は、ごく一部）。

また、同様の理由から、地域内の他のサポート医との連携は少なく、サポート医が集まって情報共有等行っているのは3例であった。

認知症疾患医療センターとは、患者（重症、診断が困難な例）の紹介、センター主催の勉強会への参加により、連携先として挙げた。しかし、紹介するにも遠い、多くの患者で混雑し長時間待つ、受入拒否等後方支援の役割を果たせていないとの指摘や、自院や近隣で診断等が完結可能なために、実質的な連携関係は希薄な事例もあった。

2.2. 連携先の数

(1) 医療・介護の連携体制づくりに係る連携先

介護系施設

勉強会等連携の枠組には介護職の参加が多く、介護支援専門員・介護サービス事業所や訪問看護ステーションとは多数の施設と連携している例が多い。

地域医師会、都道府県・市町村

地域内での組織の数としては僅かだが、地元のみ（市区町村や医師会）と連携している例と、広域的に（地元のみならず、隣接の自治体や都道府県、あるいはその医師会）と連携している例とに分かれた。

包括

包括は地域内全ての包括と連携している例と、地域内の一部の包括とのみ連携している例とに分かれた。

概ね人口規模に比例して地域にある包括の数は異なるが、例えば「人口規模が大きく多数の包括がある地域では、多数となるために日常的な連携先としては一部の包括になる」というような関係性はみられなかった。

(2) 自院の医療活動における連携先

在宅医療を積極的に実施している医師は、自院で抱える患者数（10名程度から多数まで。自院や連携先を含めた体制により様々）あるいは在宅医療対応エリアに即した数（(1)①に挙げた連携の枠組と比較すると、多くはない）の介護支援専門員・介護サービス事業所、訪問看護ステーションと連携している。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
人口規模	1-3万	10-30万	30-50万	1-3万	5-10万	5-10万	30-50万	50万超	50万超	50万超	50万超	
高齢化率	35-	25-29	25-29	30-34	25-29	35-	25-29	25-29	25-29	25-29	20-24	
診療科	精	精・内	精	内	内・放	呼・内	内	神内	内・小	ペ・麻	内	
医師会活動		☆		☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	☆	
かかりつけ医	54	多数	数病院	(全27)		3	5	(102)	(多数)	4	13~14	
介護支援専門員 介護サービス事業所 認知症カフェ等(含む)	多数	多数	多数	数名GH1	6書程度	5	80施設の殆ど	50	多数	8	多数	
訪問看護ステーション	5-6	2	5~6	全4	(ほぼ無)	7/7	多数	約20	多数	3	20/80~90	
他のサポート医	(8)	6		2/3	(2)/3	(2)/8	14	約10	(2)	4/90	院内3/10	
地域医師会	数か所	1		1	1	1	1	2	2	3	(1)	
包括	全14	4	3	全2隣接3	4/5	4/6	市内全3隣町1	4	2	4/9	全27	
推進員	1	2		(1)	2	1	1			2/10		
認知症疾患医療センター	(自院)	2	1	2	1	1	1/県5	2	市3	1/市2	2	
その他	都道府県・市町村	24	1	1	2	3	3	2	2	3	1	1
	初期集中支援チーム	3	1	1		1		1		2		(自院)
	警察・消防救急	各地区	不明		2消防		1警察		各1			?
	地域住民(患者・家族会)	家族会	多数		患者10+ α	多数	患者16→50	2地区自治会・民生委 家族会	地域住民多数	多数	患者約30	患者・セミナー参加者多数
	若年性認知症関係機関	ハローワーク						サポーター養成	市の認知症サポーターセンター			
	上記以外	NPO支援ボラ			連携の会					各種会議	在宅医療介護支援センター	講習先施設

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

※セル内が分数になっているものは、回答頂いた等により地域内の当該施設の全数がわかっている場合に分母に記載

※斜線の入ったセルは連携関係がない。但し斜線が入ったセル内に数値があるものは、連携関係はないものの地域内に立地する数を表す

※「かかりつけ医」欄の数値に()がついているものは、地域の医師会員として勉強会等での連携で、患者のやり取り等具体的な連携関係はない医療施設数

※「他のサポート医」欄の数値に()がついているものは、地域内に居る・知っている・会話はある程度で具体的な連携はないサポート医の数

3. 連携・協力関係の要因・背景・経緯等

3.1. 連携関係の構築に成功した要因・きっかけ

主に、以下の(1)～(3)に分類された。(1)(2)は自院の通常の診療の中で、診療上の必要性から、自院の有する医療機能を媒介として繋がっていくパターン、(3)は通常の診療以外の機会を意識的に設けて多くの他職種と繋がっていくパターンとなる。

各パターンいずれかのみより、例えば「初めに(1)や(2)があり、そこで築かれた繋がりから(3)を設立し更に連携先を拡大する」等、複数のパターンを組み合わせている例が多いことから、結果として(3)は最も多くの医師が実践している。

(1) 自院の医療機能

精神科

専門的な医療機能を有することから、地域の一般開業医との患者のやり取り（病診連携や診診連携）が行われている。医師間で診療上の必要性から患者を紹介（連携）するため、比較的容易に関係構築が可能となるようである。

また、同様の理由（確定診断や身体合併症対応等の支援機能を有していること）から、介護系の事業所や包括等とも、入退院や相談・問合せ等を契機に、連携関係が構築される例がある。

非精神科

在宅医療に積極的に対応している医師は、在宅医療や24時間対応等の自院の医療機能が地域に周知されていれば、新たな在宅療養等のニーズが生じたことを契機に、他職種から相談・紹介が入るようになっている。

また、機能強化型在宅療養支援診療所の要件を満たすことを契機に、他の医療機関（7診療所1病院）と連携する事例もある。

(2) 診療上の連携先

介護系

在宅医療に積極的に対応している医師は、患者の地域生活を支える上で医師だけでの対応には限界があることから、在宅医療において患者に関わる他職種と繋がる必要性を強く認識している。

介護職や訪問看護と繋がる契機は、患者を介して患者が利用する事業所と繋がりができる、自院に事業所を併設、医師会を通じて紹介して貰う等があった。

認知症疾患医療センター

自院の後方支援としての診療上の必要性から、診断等が困難な患者の紹介を契機に繋がる場合、あるいはセンター主催の勉強会等への参加により面識ができたことを機に、患者紹介や問合せを行う場合がある。

(3) 診療とは別の枠組（勉強会等の連携の枠組）

(1)(2)に挙げた通常の診療の中での限られた連携とは異なり、診療上からの連携の有無・要否にかかわらず地域の多くの他職種が繋がることを目指し、勉強会や研修会等互いを知る枠組を自ら設立、あるいはそのような枠組への参加が契機となったものである。本調査では多くの医師が該当した。

連携の枠組の設立形態は、自院での設置、医師会等の組織での設置、新たな組織の結成に大別される。

また任意の勉強会は既知の範囲での小集団活動である場合が多く、自ら設立に関わった会の他にも地域内で様々な会が設立・運営されることから、それらに重複参加する医師もいた（特に、在宅医療が中心の医師は、多くの連携先に自院を知ってもらい、患者紹介等連携関係を構築するために、様々な会合等に積極的に参加）。

(4) その他

初期集中支援

チーム員や運営委員会等への参加、支援事業の受託等に係る要請を機に、行政や包括と繋がった例もあった。

連携窓口の積極的な活躍

(1)(2)においては、他の医療機関や介護事業所等、院外からの様々な相談・問合せ等に対し、院内に一元的な相談窓口を設け、担当者が親切かつ積極的に対応することにより、必ずしも医師自身が尽力しなくても、連携関係の構築・連携先の拡大に大きく貢献している例もあった。

また、(3)においても、包括の職員や推進員が、地域における連携の窓口として、様々な活動を積極的に牽引する際に、医師が相談を受け活動への助言や支援を行う形態もあり、必ずしも医師自身が尽力しなくても、これらスタッフを介して幅広い連携関係の構築・連携先の拡大に大きく貢献している例もあった。

No	人口	高	科	医	連携関係の構築に成功した要因・きっかけ
1	1-3万	35-	精		地域の医療機関とは、後方支援としてのもの忘れ外来開設時に、医師会を通じて紹介元となる協力医療機関を確保、連携関係を構築 介護側や医師会とは連携のための会の結成を要請(介護側は医療側からの求めに呼応)、勉強会等の開催を通じ参加者(連携先)が拡大(行政や地域住民とも繋がり) 確定診断や身体合併症対応等の支援機能も、医療機関、介護、包括等と自然と関係ができる契機に
2	10-30万	25-29	精・内	☆	医師会での各種活動(社交の場合含む)、各種講演会等の講師(積極的に応諾)を通じて関係を構築・拡大 介護職とは、多職種連携の会の設立、サービス担当者会議等の会合、自らのケアマネ資格取得等も契機に 推進員とは初期集中支援が、認知症疾患医療センターとは困難例の患者のやり取りが、それぞれ契機に
3	30-50万	25-29	精		院内行事の地域開放等病院として開設時から地域に溶け込む努力 院内に医療相談室を設置、相談員(PSW)が地域内の各所への挨拶回りや病院だよりの発行・配布、各所(患者・家族・行政・医療・介護等)からの相談対応により良好な関係を構築
4	1-3万	30-34	内	☆	地域づくりや在宅医療の推進のため、医師会理事(全員加入のため医師会の活用が効率的・効果的)となり、認知症や介護に関する多職種連携の枠組の設置あるいは支援 在宅医療では、患者の依頼に伴い、介護や訪看との連携が必要に
5	5-10万	25-29	内・放	☆	行政の主導で設立された認知症に関する多職種ネットワークの会への参加を契機に他職種・専門家等と関係を構築、他の様々な会合等への積極的な参加により人脈を形成・拡大 会での繋がりを機に、行政等の各種会合や役割等(推進員事業の嘱託医、初期集中支援の運営委等)を担うことで連携先が拡大 推進員の存在と活動力はサポート医にとって大きく、推進員の意欲に応え積極的に連携することで、地域住民も含めた連携の拡大に繋がる
6	5-10万	35-	呼・内	☆	地域づくりの推進、在宅医療の普及(及び自院の営業)を兼ね、勉強会等様々な会合(懇親会含む)への積極的な参加(参加者、ゲスト講師等)、自らも主催、これらにより人脈の形成・拡大 他の医療機関とは当直の分担、副主治医として在宅医療・外来の支援を機に連携。また介護職とは在宅療養ニーズが生じた場合に連携
7	30-50万	25-29	内	☆	医師会内の有志で設立した認知症に関する勉強会、他が主催する勉強会や会議等様々な会合への積極的参加を通じて同志が広がり、地域ケア会議の勉強会、認知症の研究会、医療・介護のネットワークに係る会議等、各職種と繋がるための各種会合の設立に繋がる 自治会や民生委員等の地域とは包括を介して繋がる
8	50万超	25-29	神内	☆	多職種の連携がないと認知症対応を乗り切れないとの危機感を抱くメンバーで認知症に関する連携の会を設立し、他職種との連携関係を構築・拡大 その後、在宅医療連携の推進のための実務担当者による会議の設置・開催も連携関係の拡大に寄与

No	人口	高	科	医	連携関係の構築に成功した要因・きっかけ
9	50万超	25-29	内・小	☆	医師会の各種会合への積極的参加により、診診連携の関係構築 その延長での、医師会による認知症に関する研究会の設立(歯科医師・薬剤師も含めた医療職や介護職、保健所・役所等の行政も参加。 100名程度)により、幅広い職種・多数の関係者が繋がる
10	50万超	25-29	ペ・麻	☆	かかりつけ医(7診療所1病院)とは機能強化型在宅療養支援診療所の グループとして緊密に連携。介護系の連携先とは在宅医療による連携 関係の構築の他、それらから発展した多職種連携のネットワークにお ける活動を通じ連携先(参加者)が拡大。行政や地域等とも同ネットワ ークの諸活動にて関係構築 多数に増えたサポート医を実活動につなげるため、行政に働きかけて サポート医の連絡会を設置、サポート医と推進員の連絡会も開催
11	50万超	20-24	内	☆	在宅医療の患者増に伴って連携先も増加、関係性の構築 認知症や緩和ケア等の課題に地域と共に取り組む必要性から、勉 強会や症例カンファレンスを積極的に開催、地域力を高める活動 を継続 行政とは初期集中支援事業が契機

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

3.2. 連携関係が維持できている要因・工夫等

医療・介護等他職種との連携関係は、実際に機能するための維持・継続が、構築より遥かに難しいが、その維持・継続には主に以下の要素が必要となる。

- 前提として、地域づくりや連携の必要性等継続の意志を支える、医師を含めた各関係者の基本姿勢
- 必要性を認識し、共に連携の推進に尽力する同志
- 連携関係の深化に直結する実際の連携実績の蓄積、そのための継続を優先した様々な努力、等

また、勉強会や研修会等、連携の枠組における様々な活動では、継続開催の努力に加え、(2)に挙げたような、継続させるための工夫が必要となる。

(1) 診療上の連携実績の蓄積

医療機関間での患者の継続的なやり取り

精神科や在宅医療等、自院の有する専門的な医療機能に起因する連携は、該当するニーズを有する者が現れば、他職種・他施設等との連携関係がその都度発生する。

そのような実際の連携実績の蓄積により、より相互理解が深まることで連携関係が深化し、患者のやり取りが更に増える、という好循環が成立する。

介護系職種とのコミュニケーション

①の医療機関と同様、介護事業所や包括等との、在宅医療や入退院等に係る各種相談・問合せ等も、やり取りの蓄積により、相談できる関係の維持・深化が可能となっている。

連携窓口の積極的な活躍

①②のような実績の蓄積には、気軽に相談でき、必ず回答のある一次対応窓口や担当者等が院内に配置され、精力的な活動が継続されていることが前提となる。

定期的な会合の開催

連携関係を構成する多職種の各関係者が、①や②において緊密に情報共有するためには、電話や電子メール等による日常かつ随時のコミュニケーションの他に、対面でのカンファレンス等の開催も重要である。

初期集中支援事業についても同様に、チーム会議や運営委員会等の定期的な開催の継続が関係の維持・深化に繋がる。

(2) 勉強会等の活動の継続

(1)は診療上の必要性等により継続しうるが、地域の多くの他職種が繋がる勉強会や研修会等の枠組は、関係者の意志がなければ継続し得ないことから、設立よりもその後の活動の継続や拡大の方が難しい。

参加の継続

診療等で多忙な中、診療外の時間を確保し、地域の様々な会合等へ積極的に参加し続けることは、在宅医療の連携先の拡大を目指す等の動機がある者には比較的容易であるが、そうでない場合は、地域づくりに寄与したいという意志や使命感等、何らかの動機づけが必要となる。

また、動機だけでは参加の継続が困難な場合もあることから、会合等への参加により同じ考えを持ち共に連携の推進に尽力する同志をつくることも重要である。

企画運営等の負荷分散

自らが活動を企画・運営し続けるのは負担が少なくない。特に組織立った活動となっていない任意の有志による小集団活動では、少数の中核メンバーへの運営負荷の集中が継続の大きな障害となりうる。

このような課題に対し、医師会等の既存の組織の主催とする（事務職員等を確保）、有志の小集団を組織化する等により企画運営体制を拡充・強化する、参加メンバーの輪番制とする、同志を増やし負荷を分散する等の工夫が重要なようである。

内容の充実

多忙な中で勉強会や研修会等に参加することから、意欲ある真剣な参加者が多い。そのような勉強会等が継続するには、内容や参加者をマンネリ化させない、スキルアップにつながる真剣な内容にする等が基本となる。

目に見える成果

勉強会等の参加者は、連携先となり得る他職種との相互理解を深めるだけでなく、参加により何かを得ることを目的に参加している者が多い。

そのため、事例検討等の会内に閉じた学びだけではなく、会での議論や作業が、地域で役立つ、目に見える形での成果物とすることができれば、参加者のモチベーションを高め、活動が活発化・継続化することに寄与できる。

今回の調査では、認知症ケアパスの作成、エンディングノートの作成等、具体的な成果物の作成に向け、活動した経験が語られた。

また、連携の枠組で開催する様々なイベント・事業等も、開催を最終的な成果とし、それに向け企画・準備等を会合にて進める流れは、同様の取組と言える。

その他、運営上の工夫

詳しくは 8.2 に整理するが、参加者が積極的・能動的に活動できるような、連携の枠組内の組織風土や環境の醸成に向け、様々な工夫点がある。

No	人口	高	科	医	連携関係が維持できている要因・工夫等
1	1-3万	35-	精		もの忘れ外来、確定診断、身体合併症対応等実際の診療・支援の実績の蓄積 専従の PSW による各種相談への確実な対応 連携のための会の活動の継続・拡大(勉強会や講演会等の定期的な開催、参加者の拡大、NPO やボランティア団体の結成等) 認知症疾患医療センターとしての多職種向け研修会の定期開催
2	10-30万	25-29	精・内	☆	関係構築の契機となった各種活動(各種講演会、多職種連携の会、初期集中支援等、社交の場合含む)の継続
3	30-50万	25-29	精		院内行事の地域開放・共催や、院内の医療相談室の諸活動(各所への挨拶回りや病院だよりの発行・配布、各所からの相談対応)等の継続
4	1-3万	30-34	内	☆	連携の枠組における各種会合・イベント等の定期的な継続(企画運営の促進・参加等)のため、フラットでオープンな組織風土の醸成、無報酬・活動費自己負担でも自発的・積極的に取り組む参加者の増加等による自律的な企画運営体制への発展に尽力 在宅医療では、在宅療養が必要となった者からの依頼への対応(協業)により、連携が継続
5	5-10万	25-29	内・放	☆	認知症に関する多職種ネットワークの会での各種活動(講演・事例検討・徘徊模擬訓練・初期集中支援等)の定期的・定例的な実施 医師会活動も含め、これら諸活動を契機とした包括、行政、推進員等関係者との定期的な会合、日常的な相談・交流等
6	5-10万	35-	呼・内	☆	勉強会等の会合の定期的な継続(主催・参加)、会合等を通じた成果(エンディングノート作成等)の形成 当直・副主治医といった業務上の契約の継続、在宅療養を必要となった者からの依頼に伴う連携実績の蓄積
7	30-50万	25-29	内	☆	多種多様な勉強会・イベント等の会合の定期的な継続(情報共有や事例検討等を小集団でのグループワークで数多く開催) クリニカルパスやケアパス、マニュアルの作成等、会合等を通じた作業や成果物の発生 サポート医とは、勉強会での情報共有、各地区の勉強会需要への対応における分担により、連携を継続
8	50万超	25-29	神内	☆	認知症に関する連携の会の各種事業(市民への教育啓蒙や相談会、オレンジカフェ運営、音楽療法に関する活動等)、在宅医療連携の推進のための実務担当者による会議、物忘れ相談医の集会、認知症に関するフォーラム等の各種会合・イベントや、それらの準備・運営等の会議(隔月等定期開催)の継続
9	50万超	25-29	内・小	☆	年 2 回の認知症に関する研究会(研修会と親睦会)の継続(研究会は医療系と介護系の演題を各 1 題とし多職種の参加を促進)。当初は医師会主導、現在は世話人会等による自律的な企画・運営に 製薬会社の支援が可能な時は利用(講師の招聘・会場の手配等) 医師会の行事(研究会やシンポ等)、行政の各種会合等への継続的な関与(共催・後援等) 主催の講演では講師を後輩に徐々に引き継ぎ

No	人口	高	科	医	連携関係が維持できている要因・工夫等
10	50万超	25-29	ペ・麻	☆	機能強化型在宅療養支援診療所や在宅医療での連携先とは、日常的な連携の継続 多職種連携のネットワークにおける様々な事業・活動の継続、その運営や課題共有のための各種会合の定例開催(運営メンバーの増加による負荷分散)により連携の維持・拡大 サポート医の連絡会では、活動状況や意識の共有、情報発信等を継続
11	50万超	20-24	内	☆	実際の在宅医療における診療実績の蓄積を通じた連携先との関係の深化 ICT連携システムによる積極的な情報共有とコミュニケーション 地域連携医として包括や多職種との定例的な会合 自院でのセミナーの継続的な開催

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

4. 具体的な連携内容・方法等

4.1. 連携内容・方法

(1) 医療・介護連携の枠組に係る連携先

多職種連携の枠組においては、様々な活動の企画・運営・準備・実施のために集まっている。

連携の方法・形態としては、対面での会合が基本であり、主に、以下のような種類の会合に分類される。

- 勉強会等の学び・情報交換の場
- 個別の活動の企画・運営・準備・実施のための会議
- 連携の枠組の運営等のための会議、等

かかりつけ医

他の医療施設と、連携の枠組への参加メンバーとして、会合を通じて繋がっているのは 11 例中 3 例であった。

介護事業所・訪問看護ステーション

介護支援専門員・介護サービス事業所や訪問看護ステーションといった介護職の組織と、連携の枠組への参加メンバーとして、会合を通じて繋がっているのは 11 例中 4 例であった。

他のサポート医

11 例のうち何らかの関わりがあるとした医師は 6 例であった。うち 3 例は何らかの研修会で顔を合わせて情報交換する程度であった。

サポート医等で集まって情報交換や症例検討等を行っているのは 3 例(重複回答あり)であった。

医師会

多くの医師が、医師会を活用し行政等と連携した組織的な活動を展開していることから、11 例中 9 例で医師会の諸活動や定例会等に参加している。

包括

全例で何らかの関わりがあり、うち 6 例が連携のための様々な会議体への参加を通じた繋がり、2 例が初期集中支援の集まりへの参加を通じた繋がりであった。

4 例(重複回答あり)では関係が深化しており、電話やメール等で個別に相談や依頼等を受ける関係となっている。

推進員

関わりのある医師は 4 例と少ない。3 例は啓発事業等の企画に係る相談を様々な形

態（対面・通信等）で受けており、残る 1 例は初期集中支援の定例会への参加を通じた繋がりであった。

認知症疾患医療センター

関わりのある 6 例のうち 5 例は患者のやり取りによる繋がり、2 例（重複回答あり）は講習会や活動報告会等への参加を通じた繋がりであった。

患者の紹介は電話や書面（診療情報提供書）で行っている。

都道府県・市町村

11 例中 10 例では、何らかの会合への出席、連携の枠組の活動への自治体からの参加、研修の講師や初期集中支援への対応により行政との関わりが築かれている。

初期集中支援チーム

関わりがある 7 例のうち 1 例は自院でチームを編成し活動、うち 5 例はチーム員として定例会出席や患者宅訪問、残る 1 例は運営委員会への出席となっている。

警察・消防救急

関わりのある 6 例のうち、3 例は運転免許等に係る相談（返納等の判断）を通じ警察と連携している。

消防（救急）との連携では、医師会との情報連携のための個別の会議や、地域の連携の枠組への参加を通じた連携が各 1 例あった。

地域住民（患者・家族含む）

関わりがある 7 例のうち、5 例は、地域の連携の枠組における活動への参加を通じた連携であった。

(2) 自院の医療活動における連携先

精神科の医師（や医療機関）では、その専門性から日常的に患者のやり取りが行われている。

非精神科の医師の多くが在宅医療に積極的に対応していることから、在宅医療における、患者に関わる他職種との情報共有は日常的に行われている。

かかりつけ医

8 例（重複回答あり）で、他の医療施設と、患者のやり取りや、診療における相談・支援等により連携している。

電話・FAX・メールといった通信手段による連携が多い。

介護事業所・訪問看護ステーション

7 例で、在宅医療の患者に係る情報共有により連携している。

電話・FAX・メールといった通信手段による連携が多いが、情報連携システムの活用

や、対面でのカンファレンスの開催による連携も行われている。

地域住民

家族も含めたカンファレンスへの参加による連携（対面）、地域からの様々な相談・問合せへの対応を通じた連携（対面や電話等）であった。

4.2. 連携の頻度

(1) 医療・介護の連携体制づくりに係る連携先

勉強会等の活動や、各種の会合の開催頻度は、活動や会合の種類や内容によって異なる。定例会であれば月 1 回程度、比較的規模の大きい会合・イベント等であれば年に 1～数回程度が多い。

(2) 自院の医療活動における連携先

医療機関間での患者のやり取り、在宅医療における患者情報の共有は高頻度で、随時の場合が多い。

医療機関間での診療情報の提供、介護側から医療側への定期的な報告の場合は、関係者間で頻度を取り決めており、週 1 から月 1・2 回まで様々である。

	1	2	3	4	5	6
人口規模	1-3万	10-30万	30-50万	1-3万	5-10万	5-10万
高齢化率	35-	25-29	25-29	30-34	25-29	35-
診療科	精	精・内	精	内	内・放	呼・内
医師会活動		☆		☆	☆	☆
かかりつけ医	もの忘れ外来予約・相談、確定診断後のフォロー(様々な手段で随時PSWや認定看護師が対応)	医師会あるいは個別に患者のやり取り(FAXが主。随時)	一般科との患者のやり取り、精神科クリニックとは入院受入(随時)		整形外科や耳鼻科等から相談、診療フィードバック(電話、2-3ヶ月に一度)	副主治医としての連携(電話・メール。週1-2回)
介護支援専門員 介護サービス事業所(認知症カフェ等)	各種相談(様々な手段で随時PSWが医師と連携し対応)	介護(看護)サマリーの作成(依頼り(FAXが主。随時)		介護に関する連携の会での連携、在宅医療での患者情報の連携(対面・電話・メール・FAX・ICTツール。(重症度に応じ頻度も様々)	利用者の状況報告(電話・書面・メール。不定期・ほぼ毎週)	患者の生活に関する担当者会議や地域ケア会議(毎月2-4回)
訪問看護ステーション	在宅訪問時の経過報告(定期)緊急の場合は独自対応(随時)	患者を依頼し協働(FAXが主、緊急時はTEL。随時)	当院から訪問要請(随時)		指示書の記載依頼のみ(更新時)	在宅医療での連携(対面・ICT。毎日～月1)
他のサポート医		コメディカルと共に症例検討会(年2回)				研修会で情報交換(年3回)
地域医師会		勉強会のコメンテーター等(随時)		理事会・総会の参加・運営、会報・メール・リストの作成、もの忘れ相談、介護に関する連携の会、在宅医療サポートセンター等	理事会での報告、会員への情報提供(回覧文。月2回)	諸活動への参加、会議・研修会等の企画運営(月2-4回)
包括	管内の包括との懇談会(年1回)で、要望や更なる連携方法等	初期集中支援の定例会(毎月)	来院を嫌がる患者への面談、職員から困難事例の相談(随時)	各種会合(介護に関する連携の会幹事会等)その他(随時の相談会により頻度様々)	気にかかる患者への訪問依頼(電話、不定期)	患者の生活に関する担当者会議や地域ケア会議(毎月2-4回)
推進員		初期集中支援の定例会(毎月)			講演会やイベント、介護職への教育活動等の相談(Facebook・メール・電話、2-3日置き)	研修会等の合同企画(対面、年2-3回)
認知症疾患医療センター		治療困難例の患者のやり取り(随時)	画像診断が必要な患者の紹介、統合失調症患者の受入(随時)		かかりつけ医講習会、活動報告会(半年に1回)	勉強会参加(患者紹介(電話、1-3ヶ月に1回))
都道府県・市町村	事例検討会・講演会等(会により年1～6回)	県社協の講師	初期集中支援事業の連絡・調整等(随時)	各種会合その他(随時の相談)	各種会合への参加(月1回)	勉強会企画・運営・参加(1-3ヶ月に1回)
その他 初期集中支援チーム	定例会	初期集中支援の定例会(毎月)	定例会(1-2ヶ月に1回)、必要な場合の帯同(随時)		運営委員会(年3回)	

	1	2	3	4	5	6
人口規模	1-3万	10-30万	30-50万	1-3万	5-10万	5-10万
高齢化率	35-	25-29	25-29	30-34	25-29	35-
診療科	精	精・内	精	内	内・放	呼・内
医師会活動		☆		☆	☆	☆
警察・消防 救急		免許や猟銃所有 資格の返納判断 の照会(電話等。 随時)		2 消防本部と医師 会の情報交換会 (各年1回)		勉強会(年2-4回) 患者の運転免許 の相談
地域住民 (患者・家族含)	認知症支援ボラ ンティアの月例 会での助言等	主催する会の定 例会(毎月)		連携に際し人と なりを知っておく ため、カンファレ ンス等呼ばれた ら随時参加	認知症に関する 多職種ネットワー クの会の諸活動 (月2回)	患者・家族以外 からも様々な相 談(対面・電話 ほぼ毎日)
若年性認 知症関係 機関						
上記以外				介護に関する連 携の会(定例会、 年2回イベント)、 認知症に関する 連携の会(毎月)		

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

	7	8	9	10	11
人口規模	30-50万	50万超	50万超	50万超	50万超
高齢化率	25-29	25-29	25-29	25-29	20-24
診療科	内	神内	内・小	ペ・麻	内
医師会活動	☆	☆	☆	☆	☆
かかりつけ医	患者情報の共有・相談(電話・診療情報提供書。月数回)				診察連携として患者のやり取り(随時)
介護支援専門員 介護サービス事業所(認知症カフェ等含)	患者情報の共有・相談(電話。随時) 主治医意見書の依頼(毎日)	認知症に関する連携の会運営会議(隔月) 在宅医療連携の推進のための実務担当者による会議・ワークショップ(毎月)	医師会主催の認知症に関する研究会での情報共有、学習等(研究会や親睦会:年2回) 物忘れ個別相談(月2回)	在宅医療の患者情報の共有や相談(電話随時、カンファ毎月) 地域ケア推進検討委員会(隔月)、小委員会(2-3ヶ月に1回)	在宅医療(居宅・施設)の患者情報の共有(連携システム、担当者会議)
訪問看護ステーション	患者情報の共有・相談(メール。随時)				在宅医療患者の対応(依頼双方向) 在宅医療(居宅・施設)の患者情報の共有(連携システム、担当者会議)
他のサポート医	患者情報の共有・相談、確定診断の依頼(メール。月2-3件)	在宅医療センター研修会、物忘れ相談医の集会(年数回)	フォローアップ研修会で情報交換(年2回)	サポート医の連絡会での活動状況・意識の共有(年2回)	
地域医師会	認知症対策の方向付け(FAX・メール。定期)	在宅医療連携の推進のための実務担当者による会議・ワークショップ(毎月)、物忘れ相談医の集会(年数回)	諸活動への参加、会議・研修会等の企画運営	様々な活動	主催勉強会等への参加(随時)
包括	認知症対策の方向付け(FAX・メール。月1回以上)	認知症に関する連携の会運営会議(隔月) 在宅医療連携の推進のための実務担当者による会議・ワークショップ(毎月)	地域ケア会議における認知症専門部会(年3-4回)	地域ケア推進のための検討委員会(隔月)、小委員会(2-3ヶ月に1回)	初期集中支援の活動で(随時)
推進員	認知症事業での住民啓発(対面・会議。随時)				
認知症疾患医療センター	要入院患者の紹介(診療情報提供書。月1回程度)				難しいタイプの診断や措置入院、若年性等の患者紹介(随時)
その他	都道府県・市町村	市民・介護事業者向け研修企画(随時)	認知症に関する連携の会運営会議(隔月) 在宅医療連携の推進のための実務担当者による会議・ワークショップ(毎月)	様々な地域との関係者が連携するネットワークの活動(コアメンバーで分担、後にコアメンバー増で負荷分散)	初期集中支援の受託、講習会・セミナー等の依頼(随時)
	初期集中支援チーム	チーム員として訪問(月1-2回・会議毎月)		定例会への参加(南北各月2回、計4回)	(当院)
	警察・消防救急		相談対応(随時)		様々な地域との関係者が連携するネットワークの活動(コアメンバー)

	7	8	9	10	11
人口規模	30-50万	50万超	50万超	50万超	50万超
高齢化率	25-29	25-29	25-29	25-29	20-24
診療科	内	神内	内・小	ペ・麻	内
医師会活動	☆	☆	☆	☆	☆
地域住民 (患者・家族含)		認知症フォーラム(年 1回)、地域ケア会議 (定期)		ンバーで分担、後に コアメンバー増で負 荷分散)	
若年性認 知症関係 機関					
上記以外					

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

5. 連携先への支援に係る費用

5.1. 費用を徴収していない場合の負担方法

地域において多職種連携を進めるには、自発的参加が前提となる連携の枠組に多数の職種が参加し、勉強会等の活動等が広がっていくことが望まれる。そのためには、連携（参加）の契機となる勉強会等の活動等への参加者が、費用に負担を感じて参加を控えるようなことがないよう、参加費を徴収していない例が多い。

一方、勉強会等の開催には、会場は公共施設等を無料で（あるいは低廉に）確保できたとしても、印刷、講師招聘、案内通知等において実際に費用が発生している。参加費で充たない場合、発生した費用は、概ね以下のいずれかの方法で負担している。

- 勉強会等の主催組織（医師会やNPO等）が負担
- 企画・運営メンバーやボランティアで負担
- 医師個人や自院で負担（在宅医療で院外のお他職種に利用して貰う情報連携システムの導入・運営費用等）、等

5.2. 費用の徴収・充当方法

個別の事業・業務等で対価が明確なものや、補助金等の形で、費用の全部又は一部が徴収・充当できている例がある。

- 医師個人への謝金等（初期集中支援への参加、講演会・セミナー等の講師等）
- 自院や組織への委託費・補助金・寄付（行政から認知症疾患医療センター等の運営費、企業や団体等からNPOへの寄付等）
- 在宅医療における報酬（関係する医療機関間で取り決め）
- 参加費（予防教室・オレンジカフェ等のイベントや活動）、等

No	人口	高	科	医	費用負担の状況・経緯等
1	1-3万	35-	精		多職種連携や住民理解の促進(地域づくり)のため、勉強会・講演会等の参加費を無料にしており、案内の郵送料等企画・開催経費は病院・NPOで負担 行政からの補助金(認知症疾患医療センター運営補助、各種事業への補助)は減少傾向。NPOの主財源は寄付、他に取材・講演等の収入も充当
2	10-30万	25-29	精・内	☆	初期集中支援や講演会は依頼元より対価が支払われている 多職種連携の会は情報共有の会のため費用は発生しないが、認知症防止の筋トレ・脳トレ・口腔機能訓練やMCI予防等の各種教室は参加者で実費(トレーナーの費用)負担 会場は、様々な会議も含め、自院(別館)を提供
3	30-50万	25-29	精		サポート医として唯一の活動である初期集中支援には行政から謝金等が出ている 院外とのネットワーク構築・維持に関する医療相談室等の諸活動費(イベント開催、広報作成等)は病院負担
4	1-3万	30-34	内	☆	もの忘れ相談や認知症フォーラムには行政から出勤分の謝金 在宅医療サポートセンターの運営費(連携スタッフの人件費等)は行政から受託者(医師会)へ補助金 連携の会等の活動・イベント等はメンバーで負担
5	5-10万	25-29	内・放	☆	認知症に関する多職種ネットワークの会の活動(事例検討会等)は、事務局は包括、会場は市施設としコストを圧縮しているが補助金はない。 参加費や会費を徴収すると介護関係者はなかなか参加が難しくなるので、広告費のような扱いとし医師個人で負担(約10-30万/年) 会の事業のうち、オレンジカフェ等では参加者負担の他、行政から包括へ補助金等 最近では、診療所・薬局・歯科医院等での講演謝金を会やカフェの運営資金に寄付
6	5-10万	35-	呼・内	☆	認知症に関してではなく、在宅医療の副主治医や往診同行・代行の費用を連携先医療機関から受領 講演等の謝金はNPOの収入として受領 主催する勉強会では参加費は徴収せず
7	30-50万	25-29	内	☆	地域ケア会議はボランティア的に開催(参加者負担) 認知症関連の会議への参加は、医師会の活動として医師会より僅かな手当が支給 各種勉強会の開催費用(資料印刷費等)は、医師会の活動として医師会が負担、行政から医師会への補助金で充当
8	50万超	25-29	神内	☆	認知症に関する連携の会や在宅医療を支援するセンターの活動費は、行政から医師会への継続的な交付金(医療介護総合確保基金が財源)により充当(但し、補助金は立ち上げ時は重要だが、継続性のためには持ち出しは必要との認識)
9	50万超	25-29	内・小	☆	初期集中支援チーム会議には行政からの委託により謝金 多職種連携の認知症に関する研究会は、当初より製薬会社の支援を要請、支援がない場合は(参加費無料)医師会にて負担

No	人口	高	科	医	費用負担の状況・経緯等
10	50万超	25-29	ペ・麻	☆	多職種連携のネットワークにおける各種研修会等の事業は、労働力(人件費)はボランティア、経費は基金等行政からの交付金で充当できない部分(半分程度)は医師会で負担(会費からの拠出のため反対した者あり)
11	50万超	20-24	内	☆	情報連携システムや自院での多職種向けセミナー等の費用は、在宅医療の連携先拡大・維持のための営業費用として自院で負担。できるだけ多くの連携先が利用しやすいよう負担は求めず 初期集中支援や講演会には依頼元より対価が支払われている

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

6. 連携のために整えたもの

在宅医療や地域づくり（多職種連携）の活動に際して必要となったものは、所属組織内では少なく、所属組織外で多職種連携の枠組を整えた医師が多い。

6.1. 所属組織内で整えたもの

院内で何かを整えたのは11例中5例。うち3例では、連携先とやり取りするための専門職等のスタッフを配置している。

(1) 専門職等のスタッフの配置

自院のスキル（スタッフの対応能力）を高めるため、あるいは院外からの様々な相談・依頼等に対応するため、専門性を有する要員の新たな配置や、その要員で構成される組織の設置を進めた例である。

具体的には、PSW や認知症看護認定看護師を常勤で確保（あるいは増員）した施設や、院外の認知症専門医や作業療法士を非常勤で確保した施設、各連携先との一次対応窓口として相談員(SW)を配置した施設があった。

また、新たな人材の確保以外の人的投資として、院内の訪問診療医にサポート医資格を取得させた施設もあった。

(2) 情報共有のための設備投資

在宅医療・介護における多職種間での患者情報の共有は、担当患者が多数になるに連れ、電話やFAX・紙等1対1でのやり取りは困難となり、情報通信機器を活用した情報連携システムが不可欠となる。

このようなシステムの導入・活用に関する設備投資として、電子カルテと地域連携システムを連動させたシステムを自院で導入し連携先に無償開放する施設や、医師会が導入し会員施設でシステムを共同利用するために院内のネット接続環境を整えた施設があった。

(3) 情報共有・連携のための様式の作成

他職種の各施設（介護事業所、訪問看護事業所等）が、医師とスムーズに情報共有・連携するためには、(2)に挙げたシステムの他に、共有・連携したい情報が常に伝達される仕組みも重要となる。

情報の内容・水準を高いレベルで平準化できるよう、医師が知りたい情報項目・内容に絞った定型の様式「介護（看護）サマリー」等を作成、連携先施設に配布し、その様式にて情報共有する施設があった。

6.2. 所属組織外で整えたもの

多くの例で、医療・介護等多職種連携の枠組（各種の会議体等）を整えていた。

(1) 連携の枠組（各種の会議体等）

11 例中 9 例で、多職種連携のための勉強会等、連携の場あるいは連携のきっかけとなる知り合いを増やす場を、有志と共に任意の小集団として、あるいは医師会や行政等の組織として、立ち上げている。

また、その枠組における活動の一環として、認知症連携パス等を作成していることも少なくない。

(2) 情報連携システムの共同利用

在宅医療においては、在宅療養患者に関わるより多くの施設・スタッフで同じ情報連携システムを利用する方が効率的なこと、また有償のシステムは導入・運用経費がかかることから、医師会等で導入したシステム（有償あるいは無償）の会員施設や関係先での共同利用の事例が見られた。

No	人口	高	科	医	連携のために整えたもの	
					所属組織内	所属組織外
1	1-3万	35-	精		もの忘れ専門外来、認知症疾患医療センター、初期集中支援の実施に伴い専門職(PSW や認知症看護認定看護師)を配置	地域づくりの諸活動のための NPO 法人やボランティア団体の設立に関与 認知症連携パスの構築
2	10-30万	25-29	精・内	☆	各施設が記載する情報共有用フォーマット「介護(看護)サマリー」、担当者会議に関する医師とのFAX連絡フォーマット、「担当者会議のお知らせ」フォーマットの作成	県医師会理事のサポート医が、医療介護連携のための症例検討会の費用(県予算)を確保
3	30-50万	25-29	精		地域との連携のため、前院長の時代に院内に医療相談室を設置 初期集中支援には従前からの要員(医療相談室 PSW、訪問看護スタッフ)を活用	
4	1-3万	30-34	内	☆		医師会での、介護に関する連携の会や、在宅医療を支援するセンターの設立、情報連携システムを導入への主導・関与 行政での、認知症に関する連携の会の設立に参画
5	5-10万	25-29	内・放	☆		認知症に関する多職種ネットワークの会の設立、熱心で向上心の強い多職種の集結 推進員の配置による運営負担の軽減 運営費用の確保(当初は製薬会社で講演会費用を負担、最近は包括で予算確保)
6	5-10万	35-	呼・内	☆		NPO の活動として情報連携システムを構築・開放(在宅医療に関わる多職種が活用)の他、認知症カフェ、地区「健康まちづくり会議」、地域見守り体制等立ち上げ
7	30-50万	25-29	内	☆	ネット接続環境の整備(iPad を配布する情報連携システムに医師会として参加)	医師会内での委員会・研究会の立ち上げ(医師会事務局の協力)

No	人口	高	科	医	連携のために整えたもの	
					所属組織内	所属組織外
8	50万超	25-29	神内	☆		各種会議体(認知症に関する連携の会、在宅医療連携の推進のための実務担当者による会議、物忘れ相談医のつどい等)の設置 在宅医療を支援するセンターや地域連携室の整備、それに伴う要員(コーディネータ、難病相談員、アドバイザースタッフ等)の配置
9	50万超	25-29	内・小	☆		地域包括ケアシステムの構築に向けた様々な活動の枠組・体制(在宅医療・介護の連携を支援するセンター、在宅医療・介護を支援するシステム)を整備
10	50万超	25-29	ペ・麻	☆		連携のための各種会議体(様々な地域の関係者が連携するネットワーク、サポート医の連絡会、サポート医と推進員との連絡会等)
11	50万超	20-24	内	☆	院外の認知症専門医や作業療法士を非常勤で確保、院内医師のサポート医取得等の人的投資 在宅医療の情報共有のため、電子カルテと地域連携システムを連動させたシステムの導入 各連携先との一次対応窓口として相談員(SW)を配置	

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

7. 関係構築・実践等に伴う課題・対応策等

各時点・段階（連携関係構築の段階、関係構築後の運用段階、今後）で、様々な課題が挙げられた。

7.1. 連携関係構築の段階

(1) これまで関わりのない他職種との関係構築

活動の継続による信頼醸成

在宅医療に取り組んでいない医師にとって、他職種と連携の機会がないと、他職種との日常的な関わりは少ない。そのような中での他職種との関係構築は、心理的なハードルも高く、かなり難しい。

この課題には、研修や会議等の活動の継続が有効な対応策となる。前述のように継続に要する企画側の負担は小さくないが、活動の積み重ねにより他職種からの信頼を徐々に得ていくことで、連携関係が形成されていく。

連携ネットワークの一職種に位置づけ

他職種にとって、関係の少ない医師から連携を求められても、どのように応じ、関係を構築していくべきか、参加を躊躇する場合がある。

医師（あるいは医師会）の作った枠組へ他職種の参加を求める形では、オープンでフラットな枠組になりづらい懸念から参加が進みづらいことも一因と考えられ、各職種が対等に連携する独立した枠組に一参加者として医師が参加する形をとることも、細かい配慮ではあるが、一つの工夫と言える。

(2) 地域内や組織内での考えの相違

多職種連携の必要性は多くの関係者の共通認識ではあるが、連携すべき相手や、共に連携を推進すべき同僚等の中には、活動に参加しない例や非積極的な例も必ず発生する。

特に、医師が非積極的な場合は多く、多くの事例で医師会による組織的な連携が推進されたにもかかわらず、医師会員の中で連携に対する考えの相違が生じた例は少なくない。また、一般的には積極的な推進主体であるはずの行政の中でも、必ずしも積極的でない組織や部署が地域を担っている例もあった。

非積極的な医師に対しては、異なる考えへの説得や排除ではなく、活動への障害を回避し将来的な協力を期待した活動に関する情報提供等が重要となる。

また、非積極的な行政に対しては、関係者の負担で自律的に活動する理想形ではなく、敢えて行政に運営予算や補助金等の確保を働きかける、あるいは都道府県との連携による活動を通じ市町村との関係を構築していく、等も有効である。

(3) 運営資金

勉強会等の開催には、会場は公共施設等を無料あるいは低廉に確保できた場合であ

っても、印刷、講師招聘、案内通知等実際に発生する費用があり、5 で整理したように多くは主催者等が負担している。

大きな病院や比較的規模の大きい医師会等が組織的に主導する場合を除き、運営資金が潤沢ではない場合が多い。これに対し、多くの地域では、限られた資金の範囲内で最大限可能なことに注力している。

一方で、資金は必ずしも潤沢ではない方が、ビジネスライクではない純粋に熱心な者が集まるというメリットもある。

(4) 医師の社交性

今回の事例では、以前から地域づくりに積極的に関わり、社交性やコミュニケーション能力の高い医師が多い。一方で、専門的知識やスキルは十分で、地域の他職種からの連携や支援を期待される貴重な人材であっても、性格上、自ら積極的に地域づくりに踏み出せない医師も地域にはいる。

このような場合であっても、連携に積極的で、地域の関係職種を熟知する者（推進員、包括の職員、院内の連携担当職員等）が地域や周囲にいれば、その者のコーディネートで活動の支援や地域づくりへの貢献が可能となる。

7.2. 関係構築後の運用段階

(1) 参加者（特に医師）の固定化

多くの例では、勉強会等の活動を継続することにより、参加者や連携先が拡大する好循環が生み出されているが、中には活動を継続していても参加者が固定化し増えない例もある。具体的には、医師以外の職種の参加は常に多く、増加傾向にある一方で、参加する医師は限られ、常に固定的であるような例である。

この原因には、多職種連携の必要性やメリットを理解できていない場合が多いことから、継続的な活動による普及啓発・参加促進や、活動状況の発信・共有による理解の獲得が主な対策となる。

(2) 枠組の継続・拡大

有志による小集団での活動から連携の枠組が始まり、小人数ならではの弾力的で柔軟な運営によりその枠組を維持してきたとしても、活動の継続による参加者や活動の拡大に合った運営体制への強化が必要となる時期がいずれ到来する。

また、将来にわたって活動の継続を担保するには、運営に関わる者の固定化・高齢化を避け、設立初期から支えてきた者が後継者と順次交代していく等、組織としての継続性の確保が不可欠となる。

これらの課題には、限られた有志による任意の集団を、少なくとも組織の規定・定款等の整備等により誰もが参加・運営できる、透明化・明確化された組織・団体へと強化するのが有効な解決策であり、NPO 法人化まで進んだ例も一部にはある。

また、後継者の確保には、参加者等の評価が高まり、活動に推進力が出て来るようにすることも必要となる。

(3) 参加者間での認識・理解・方向性等のギャップ

各職種が、どのような発想・考え方にに基づき、どのような活動を行っているかを知らない状況下で、様々な職種が連携のために集まることから、活動していく中で認識・理解・方向性等のギャップが顕在化する。特に医療職と介護職との間には病気への認識の相違、同じ情報に対する認識や見え方の差、等が徐々に明らかになっていく。

そのような中で連携し活動を続けていくには方向性の共有が必要となるが、それには文書化や言語化（曖昧ではない、明確に見える形に）する必要がある。

また、認識の相違、相互の動き・意図を汲み取れない等の、参加者間でのコミュニケーションギャップは、会議や勉強会での議論・意識合わせを積み重ねることで、その乖離の極小化が可能となる。

7.3. 今後

(1) 活動のレベルアップ・拡大

活動のレベルアップ

連携の枠組において、地域づくりのためにこれまで企画・実践してきた様々な活動をレベルアップさせていくためには、枠組の内部での自己評価・検証では限界がある（企画・実践している当事者では気づかない点や、見落としている点もあると考えられる）。

この課題に対する解決策の一つに、これまでの実践内容についての、研修会や学会での発表、論文への執筆等により、外部から批評・評価や助言等を受ける方法がある。

また、これら外部への発表は、活動のレベルアップだけでなく、発表するメンバーのレベルや意欲の向上にも繋がる点でも、有益と考えられる。

連携や活動の拡大

地域づくり活動や地域連携の拡大は、前述のように、短期間で急速に進むものではなく、ある程度長い時間を要することを理解した継続的な努力が求められる。

この時、自らが関わる枠組の活動のみの拡大に注力するだけでは、連携の拡大・浸透のペースに限界がある。そこで、効率的・効果的な拡大策として、様々な組織・枠組におけるそれぞれの活動をつなぎ（共有し）、点の活動を面の活動に広げていく取組を進めていくことも重要である。

(2) 資金面での活動の継続性確保

設立当初の、意欲ある熱心な者の負担による活動の企画・運営は、長期的にはこれらの者の高齢化等により継続が難しくなる恐れがある。将来にわたっての継続性を考えた場合、7.2(2)に挙げた後継者の確保と共に、活動費の継続的な確保も重要となる。

この対応策として、行政からの補助金や委託活動費等の名目での支給という形で対処している事例も散見されるが、それらは永続的に担保されているものではないことから、継続的に一定の収入が得られる仕組みを整えておく必要がある。

NPO 化し様々なところから寄付を集められている地域もあるが、講演や研修の有償事業化、医療・介護の有償サービス提供等、様々な事業を収入減としていく（コミュニティビジネス化、ソーシャルビジネス化）ことも重要である。

No	人口	高	科	医段	関係構築・実践等に伴う課題・対応策等
1	1-3万	35-	精		② 認知症専門医とかかりつけ医との連携強化のための研修会への参加者が限定的⇒開催の継続による参加者拡大 ③ 地域連携パスを診断後に家族に説明し渡すが使用者が少ない⇒認知症の方に限らない高齢者手帳としての普及を行政と協議
2	10-30万	25-29	精・内	☆	
3	30-50万	25-29	精		① 性格上、動き出すきっかけを自らでは作りにくい⇒医療相談室を介した行政等からの相談・依頼等に対応
4	1-3万	30-34	内	☆	① どの組織にもある、熱量の差⇒無理にクリアしない 運営資金⇒お金がない中でできることに注力 ② 参加者と非参加者の明確化⇒無理強いしない・排除しない。非参加者にも会報等で空気感を伝える(参加していなくても、活動等に理解を得ることで、反対はしない)
5	5-10万	25-29	内・放	☆	① 当初は他職種の人を全く知らなかった⇒地道な活動の継続により認めて貰えた 行政や包括での人事異動により築いた関係がリセット⇒推進員(異動せず長い)が中心となり円滑な連携がとれるように ② 活動を継続するための予算や人員の確保⇒推進員の尽力、地道な関係作り ③ 作り上げてきた様々な施策のレベルアップ⇒自身やメンバーによる、これまでの実践内容の研修会での報告・学会発表・論文執筆にて他から批評されることによりレベルアップ
6	5-10万	35-	呼・内	☆	① 地域見守り体制づくりで社会福祉協議会の協力が得られず(社協は自身が主導でない)と動かない⇒今後の対応方法を学習
7	30-50万	25-29	内	☆	① 他職種との関係が未構築⇒研修や会議を繰り返し実施 ② 当初の個人ボランティアの集団のまま、連携体制の根拠、メンバー構成や入退会等の規定がない⇒医師会・行政・地域包括で根拠づけ・ルール化(今後) ③ 初期メンバーの固定化・高齢化等将来の継続性への不安⇒規定等の整備と共に、行政が費用負担等を含め主導することも検討する必要
8	50万超	25-29	神内	☆	① 行政の関心・認識の低さ、行政組織内の担当毎の縦割りの弊害⇒医薬品業界の支援を控え医師会予算や公的基金を利用、意見調整会議の開催、都道府県の取組との連動 ② 方向性の共有⇒文書化、言語化 ③ 地域包括ケアと認知症連携の整合⇒協力し、望ましい方向性の形成・認識の共有
9	50万超	25-29	内・小	☆	① 医師会が連携を求めても多職種は参加しにくい⇒逆に多職種連携の会に医師会が参加する形で開始 多職種との連携にあたり医師会内でも考えの相違あり⇒医師会員でオープンに議論し決めていく形に
10	50万超	25-29	ペ・麻	☆	① 連携構築においては、大体、医師が障害に⇒正義は勝つ気持ちで、批判に負けず推進

No	人口	高	科	医	段	関係構築・実践等に伴う課題・対応策等
						② ネットワークの継続・拡大⇒参加メンバー等の評価が高まると推進力に。後継者ができて来ると続けられる
						③ 各組織の点の活動をつないで(共有し)、面の活動にしていく必要⇒地域づくりが前提
11	50万超	20-24	内	☆	②	介護が主体となるべき所を医療に依存する等医療と介護の病気への認識の相違⇒担当者会議や勉強会での議論・意識合わせ 相互の動き・意図を汲み取れない等のコミュニケーションギャップ⇒連携実績の蓄積による極小化(感情の問題等完全解決は難) 同じ情報でも医療と介護では認識や見え方が異なる⇒情報連携システムは単純な情報の共有には向くが、物の見方・感じ方、姿勢、問題・認識等の擦り合わせは対面でのコミュニケーションが必要 医師が直接相談を受けていたが患者増で対応困難⇒多数の各連携先との一次窓口として相談員(SW)を配置

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無、段=段階(①連携関係構築の段階、②関係構築後の運用段階、③今後)

8.実践にあたっての助言・注意点等

これまで実践されてきた様々な活動内容・方法等を、今後、全国のサポート医（あるいはこれからサポート医となる医師）が参考にして取り組んでいく場合に、特に注意すべき点等について、多くの貴重な助言を頂いた。

紙幅の関係上、長時間にわたるお話のうち、特に重要なエッセンスのみを抽出し次表に整理した。それらの助言を分類・整理すると、以下のようになる。

8.1.医師としての基本姿勢

認知症の本人や家族の地域での生活を支援するには、地域の多職種が連携する体制が必要となる。そのような連携関係の構築には、医師からの関係構築に向けた要請、あるいは他職種からの要請への快諾が契機となる。

しかしながら、在宅医療に携わっていない限り、本来の診療活動とは別の活動で、特にインセンティブがない中で、自らの意志で地域との関係構築に動くには、医師本人の基本姿勢や資質、あるいはそのような医師を養成する教育環境が大きな要素となる。

(1) 医師本人の基本姿勢や資質

社会への還元・貢献

地域づくりに取り組む原点としての姿勢・あり方として、社会(税金等)の支援もあって医師になれたことに留意し、社会に役立つ・社会還元活動を少しでもしていく姿勢が必要である。

目線や姿勢の低さ

いわゆる、医師の「上から目線」は他職種との連携を失敗に導く大きな要因となる。そのような事態に陥らないよう、地域づくり・多職種連携の前提となる基本姿勢として、医師は目線を低く、地域の皆に助けて貰わないと医療ができないという意識を持つ必要がある。

地域のヘルスケアを担う責任感や倫理感

地域のかかりつけ医は、そもそも地域のヘルスケアを担う責任感や倫理感を備えている必要がある。

地域づくりは、医師にそのような責任感があれば、自然と進められるべきものと考えられる。

(2) 医師の養成環境

疾患別・臓器別にそれだけを診るミクロな視点での教育では、社会の仕組みや社会資源等社会システムを知らない医師を養成する恐れがある。

地域づくりに貢献する医師を養成するには、社会システム全体も知り、病人としてではなく生活者として全体を診ることができるよう教育が必要となる。

8.2. 地域づくりにおける実践的な手法

地域における多職種との連携の仕組みの構築、その維持・運営については、各々の経験から実践的な手法を多数頂いた。特に、仕組みの構築よりも維持に関する手法が多数挙げられた。

(1) 同志の確保・拡大

継続のための同志の確保

地域づくりの活動は、(2)に示すように、単発ではなく長期的な継続が必要となる。医師一人の力には限りがあることから、一人での無理な活動は短期的には可能だが、長期的な継続は疲弊するために困難である。

よって、継続を重視した場合は、複数名の確保が不可欠となる。同じ志や思いを持つ同志と負担を分担できる体制を作ることが重要である。

同志の増加による影響力の拡大

継続のための負荷分散のためだけではなく、地域内や組織内での影響力を高めることで、地域連携の様々な取組がスムーズに進められることを目指す場合、同志が増えていくことも重要となる。

そのためには、(3)に示すような、同志を増やす工夫・努力も重要となる。

連携を担う同志の確保

医師が先頭に立って旗を振るのが苦手な場合や、医師による牽引は中長期的には健全な連携の形ではないという考え方に立脚した場合であっても、地域の様々な関係者を繋ぐ役割を担う同志を地域や組織内等で確保することにより、連携の枠組の構築・維持は可能となる。

(2) 活動継続の努力

連携の枠組維持のための活動継続への努力

連携の枠組を構築し、勉強会等の活動の企画や準備等に習熟し軌道に乗るまでは、負担感は大きく、特に（組織的な運営となっていない）任意の小集団での活動の場合は継続が危ぶまれることがある。

しかしながら、連携の枠組の維持には、活動の継続による、多職種が集まる場の継続的な提供が最も重要なことから、同志との分担や輪番制等の負荷分散の工夫や、参加者の積極的な募集・確保等、活動継続への努力が重要である。

医師自身のモチベーションの維持

サポート医に求められる役割を義務感で果たすような状態では、継続の努力は困難となる。負担感が大きい中での努力の継続には、医師自身のモチベーションの維持が必要となる。

金銭的なインセンティブはなく手間もかかる中で、地域で支える力の強化に確実に

貢献できたという実感・達成感を地域づくりの醍醐味と感ずることができ、楽しんで取り組めるような心理状態を作り出し、維持できることが重要である。

(3) 参加者が増える雰囲気醸成

楽しく感じられる雰囲気醸成

参加者が増える、多くの職種が参加する活動となるには、活動内容が連携の役に立つ、各職種の参考になる等も重要であるが、各活動における雰囲気づくりも重要な要素となる。

参加者が楽しそうに活動することが、新たな参加希望者を増やす好循環につながることから、連携の枠組や活動が楽しく感じられる雰囲気醸成が重要となる。

開放的で対等な組織風土

先述の通り、医師が上で他職種が下といった関係では連携の成立や活動の継続は困難なことに留意し、参加者が対等の立場であることに配慮することも重要となる。

また、常に限られた参加者のみで固まり、新たな者が参加しづらい閉鎖的な雰囲気は、参加者増の大きな障害となることにも留意し、新規参加者への開放的な組織風土の醸成にも注力する必要がある。

(4) 自主性・積極性の喚起

連携の枠組の草創期から積極的に運営を担ってきた者が一定数を占める場合であっても、その者だけでの企画・運営の継続は、組織の活力維持・充実の観点からは課題となる恐れがある。

活動の継続により増えた参加者が企画・運営等にも積極的に関与できることが負荷分散、後継者の育成、組織や活動の永続性の担保の観点からも重要である。

そのためには、意欲があつて自主的に活動に参加してきている各職種が、自ら積極的に意見・提案し、準備に関わることを促すような環境・雰囲気づくりも重要となる。

(5) 地域づくりに向けた事前の綿密な設計

多職種が連携する枠組の構築・運営を軌道に乗せるためには、構築・運営以前の時点・段階でのしっかりとした設計（誰と、何を目標に、どんな戦略で、どんな組織を作って、どのようにリーダーシップを発揮していくか）が重要である。

8.3. 資質や教育

地域で活躍できるサポート医には前提となる資質等があるのではないかと、あるいはサポート医が地域で活躍できるような教育をしておく必要があるのではないかとといった助言もあった。

(1) そもそも資質・要件

認知症を診ていない、あるいは関心のない医師をサポート医にし、連携や教育企画、市民理解の醸成を義務付けることにはそもそも無理がある。

診療報酬改定の影響で当初の趣旨と異なるサポート医の急増が危惧される中では、医師会の推薦で受講、希望者は誰でも受講可といった仕組みではなく、受講・資格取得後の実践活動も念頭に置いた上で、サポート医となるのが適当な医師についてのみ、受講・資格取得していくことが重要との考えも示された。

(2) 教育(研修)内容

教育は重要という認識は共通だが、その内容については多様な意見があった。

認知症診療に係る十分な教育

非精神科の医師からは「これまで学んでいたことと異なる目新しい内容でない」ので「認知症診療に係る十分な教育を実施すべき」といった意見があった。

初期集中支援チームにおける早期診断と適切なケア、他の医師や職種等からの問合せや相談への的確な対応等サポート医としての役割を果たすには、非精神科の医師であってもそれに必要な知識や技術等の習得が必要との意見である。

現場に合った実践的な手法の紹介・共有

精神科の医師からは「専門的過ぎて現場に合っていない」「症例等に係る成功事例や失敗事例等、現場に合った実践的な手法の紹介・共有が重要」といった意見があった。

継続的・定期的なフォローアップ研修

養成研修の受講のみではなく、一堂に会して議論・情報交換等するフォローアップの場も定期的に必要という指摘もあった。

8.4. サポート医が機能・活躍できるための条件

サポート医が地域で活躍できるように前提となる条件等では、多様な意見が出された。

(1) 義務付け

資格取得に当たっては、決められた役割・義務を課す（活動してもしなくても資格を保有し続けられるような制度では地域づくりの取組が進まないこと、また診療報酬改定の影響で役割を果たさないサポート医の急増が危惧されることから）必要があるとの意見があった。

(2) 義務付けに伴うフォローマニュアルの配布

但し、役割を義務付けるのであれば、どのようなサポート医でも、決められた役割を一定程度は果たせるよう、以下のような支援が必要という提案があった。

モデルやマニュアルの配布

都道府県が地域デビューのモデルやマニュアルを作成し配布することも必要という提案があった。

継続的・定期的なフォローアップ研修

養成研修の受講のみではなく、実践状況・手法の共有やケース検討等による活動の底上げを目指し、一堂に会して議論・情報交換等する定期的なフォローアップ研修を、都道府県が毎年必ず開催すべきという提案があった。

(3) 介護側の主導

認知症は介護が決め手であり、介護力の向上がポイントとなることから、サポート医が連携等を主導するのではなく、介護側がサポート医に求める部分を明確化し支援を依頼する、地域づくりの中にサポート医を組み込む（役割を与える）形が必要という意見もあった。

(4) 地域の特性や実情に合った連携体制・方法

例えば、過疎地域で周辺を見渡してもサポート医が1人だけといった所では、自治体の枠を超え広域で初期集中支援チームを設置して活動する、地域に多数サポート医がいる場合は地区で分担し輪番で様々な支援に対応する等、地域特性、各職種の組織化の程度（地域における医師会等への加入率）、人数、在宅医療や地域包括ケアシステムの成熟度等のパラメータの状況によって、サポート医の地域デビューの方法、地域での活躍のあり方等の最適解は異なるという指摘があった。

そのため、全国で画一的な手法を適用するのではなく、各地域の特性（良さ）や実情に合った連携体制・方法が必要という意見もあった。

No	人口	高	科	医	実践にあたっての助言・注意点等
1	1-3万	35-	精		<p>医師は社会の仕組みや社会資源等社会システム全体を知り、病人としてではなく生活者として全体を見るべき</p> <p>地域で認知症を支える力(地域力・介護力・かかりつけ医)を付け、点から線・面に広げていくことが必要</p> <p>自治体の垣根を超えた実践手法の共有、マンパワーが不足する地域では広域・共同での確保(初期集中支援等)も必要</p> <p>サポート医が機能するには、研修の受けっ放しではなくフォローアップでの議論、決められた役割・義務を課す、都道府県による地域デビューのモデルやマニュアルの作成・配布が必要</p>
2	10-30万	25-29	精・内	☆	<p>少なくとも医師間の連携は社交の場や会議よりも(医師会の社交の場に精神科医は来ない傾向もあるので)、患者のやり取りが重要かつ進めやすい。一般科が患者を送れば多くの精神科医はきちんと対応し勉強もする。但し双方で送る情報・判断の摺り合わせは必要</p> <p>サポート医も千差万別。認知症を診ていない・関心のない医師に連携や教育企画、市民理解の醸成を言っても無理</p>
3	30-50万	25-29	精		<p>連携構築や研修企画は必ずしもサポート医でなくてもよく、不得手な人は医療相談室のようなコーディネート役がいれば活動できる</p> <p>サポート医研修は、症例等に係る成功事例や失敗事例等、現場に合った実践的な手法の紹介・共有が重要</p>
4	1-3万	30-34	内	☆	<p>社会(税金等)の支援もあって医師になれたことに留意し、社会に役立つことを少しでもしていく姿勢が必要。但し、医師一人の思いだけでは負担が大きく潰れてしまうので、同じ思いを持ち、熱心に動く同志(所属や職種問わず)が不可欠</p> <p>また、他からの押し付けではなく自発的に楽しめる(自然体で無理しない)場・活動であることも重要(かなり難しい)</p> <p>画一的な手法の適用ではなく、地域の良さや実情に合った連携体制・方法があると考え</p>
5	5-10万	25-29	内・放	☆	<p>地域での当事者や家族の生活を多職種が連携し各自の持ち場で支えるには、特に変わったことはなく、オレンジカフェ、徘徊模擬訓練、家族会、公民館での啓蒙活動や相談等多くの先例をきちんとなぞり、当たり前前のことを、地道に休むことなく継続することが大切。多職種とのそのような活動の中から、新しく、先見的で斬新なアイデアが生まれてくる。そのために介護職、行政、推進員、家族、当事者をサポートする黒子のような存在がサポート医であると考え</p> <p>当初は全て自分で抱え込んで行っても、その後はアイデアを出せばメンバーが自分の得意分野で汗をかき形にしてくれる体制になる</p> <p>サポート医としての金銭的なインセンティブはなく、手間もかかるが、地域で支える力に確実に貢献できるのが醍醐味。楽しんでやれば良い</p>

No	人口	高	科	医	実践にあたっての助言・注意点等
6	5-10万	35-	呼・内	☆	サポート医研修で新たに得られた知識はあまりなく、規定の役割を担おうにも認知度が低いため、もっと啓発が必要 認知症の方を支えるのは医療・介護・家族のみではなく地域力。様々な社会資源との連携の要としての活動が期待されるが、サポート医になったから実践する/できるものではなく、地域力向上活動はそもそも必要 地域力の向上には、誰と、何を目標に、どんな戦略で、どんな組織を作って、どのようにリーダーシップを発揮していくかを設計し、実践していくことが大切
7	30-50万	25-29	内	☆	連携関係の構築・拡大には、思いのある協力的な人が集まり、勉強会等を輪番制で負荷分散しながらとにかく続けることが重要(続けていけばメンバーが増え自律的に運営・拡大。それまでは多少の負荷に耐えて仲良く頑張る) 有志の活動の拡大には医師会等組織的な推進も重要。会内の理解(孤立しないよう上層部含む一定以上の賛同者)と、動ける役職等が必要。また医師会は適正規模(運営面で大き過ぎず小さ過ぎず)が重要 地域特性、組織化の程度、人数、在宅医療や地域包括ケアシステムの成熟度によって、サポート医の地域デビューの方法の最適解は異なる(過疎地に1人だけの所は自治体の枠を超え広域で連携・分担等)
8	50万超	25-29	神内	☆	地域事情が異なる中、不可欠の連携先である行政も関与の程度が様々で、一定水準以上とすることが必要 独自の動きの鈍い大都市の関係団体・事業所が効率的に連携するには、地域包括ケアシステムの中に、認知症連携を「地域に根ざしたケア」の重要部分として位置付ける必要がある
9	50万超	25-29	内・小	☆	多職種連携のための会は集まりやすい雰囲気がないと続かない、人もついてこない 医師は他職種に目線を合わせ、協働する職種の意見を良く聞き、お互いの出来ること・出来ないことを理解し合う意識が必要
10	50万超	25-29	ペ・麻	☆	地域づくりの一環としてのサポート医の活動・役割であることから、地域づくりの中にサポート医を組み込むことができれば、自ずから役割ができてくるのではないか
11	50万超	20-24	内	☆	認知症は介護が決め手という認識を広め、介護力を更に向上させ、サポート医に求める部分を明確化、サポート医が少し手伝うという形が健全。そうなればサポート医だけが苦勞する負担の集中は回避できる 医師の地域を担う責任感や倫理感による連携促進が理想。期待できないなら残念ながら診療報酬等による動機付けしかない 教育は重要。認知症診療に係るしっかりした教育を実施し、相談体制もつくり、サポート医が活躍できる仕組みを整えるべき

※人口=人口規模(人)、高=高齢化率(%)、科=診療科、医=医師会活動の有無

第4章 座長総括

本事業では、サポート医同士の推薦だけではなく、包括からも地域で活躍しているサポート医を推薦していただいた点が特筆すべき点である。冒頭にもかかげたサポート医の役割、1) 認知症の人の医療・介護に関わる、かかりつけ医や介護専門職に対するサポート、2) 包括を中心とした多職種連携の連携作り、3) かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発、をまさに実践しておられる医師からの貴重な意見が収集できた。

その結果浮かび上がってきたのは、サポート医という仕事が与えられたので、突然地域で役に立つ医療ができるわけではなく、地域で地道に医師としての役割をはたしていくなかで、サポート医の仕事がなりたっていくという当然の結論である。本調査の第3章8. 実践に当たったの助言・注意点等の項はことに重要なコメントが満載されており、これから地域で活躍していかれる医師の指針となりうる内容である。今後、この報告書をサポート医が容易に目にするように、サポート医ネットワークにリンクさせていきたい。また今回の調査からは、今後サポート医には在宅医療とのつながりが求められ、また在宅医療を実践されている医師が活躍しやすいのではないかと感じた。今後のサポート医研修にもそのような観点が必要ではないかと思われる。

今後、初期集中支援チームや推進員等の認知症の人や家族を支援するための人材とも連携を取りやすい環境をつくるための情報交換の場の設定や、サポート医の地域でのフォローアップ体制を自治体と構築していくことも重要である。

今回は、詳細に検討するまでには至らなかったが、都道府県レベル、医療圏レベル、市町村レベル等のどの枠組でどのように活動を展開できるのか、サポート医としての活動モデルが今後提示できるよう、全国を取組を継続的に集積していく必要があるのではないかと考える。

最後に膨大な聞き取り情報を調査、整理していただいた富士通総研に謝意を呈したい。

資料編

平成 28 年 9 月

医療法人●●
△△先生

株式会社富士通総研

認知症サポート医に関するヒアリング調査へのご協力をお願い

時下ますます御清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、弊社では今年度、厚生労働省老人保健健康増進等事業「循環型による認知症の医療・介護等の提供のあり方に関する調査研究事業」を実施しております。本調査研究では、地域での循環型の仕組みの要となる認知症サポート医の活動の活発化に向け、参考となる好実践例を収集し、ノウハウ等を共有することを目指しております。

この度、実際に地域で活躍されている認知症サポート医の先生方に、他の先生方への参考となるご経験やノウハウ等詳細に把握させて頂きたく、ヒアリング調査へのご協力をお願いをさせて頂くこととなりました。

先生方におかれましては、お忙しいところ恐れ入りますが、趣旨等を御理解の上、好実践例のとりまとめに向け、是非ともご協力下さいますよう、宜しくお願い申し上げます。

記

1. 趣旨・目的

循環型による認知症の医療・介護等の提供のあり方を検討・整理していくための参考として、認知症サポート医として現在実践されている先駆的な取組について詳細（内容や実施体制、実施上の悩み等）をお教え頂くものです。

2. ヒアリング結果等の取扱

循環型による認知症の医療・介護等の提供のあり方を検討するための参考とさせて頂く予定です。なお、本調査研究の結果は報告書としてとりまとめ、弊社ホームページにて公表される予定ですが、ご協力頂いたヒアリング結果（ご発言内容）がそのまま公表される予定はございません（方が一公表が必要な場合はご相談申し上げます）。是非、率直なお話をお聞かせ下さい。

3. ヒアリング調査の内容・方法

別紙「主にお伺いしたい項目」に基づき、認知症サポート医として実践されている取組の詳細をお尋ねします。また、お尋ねする中で、実践内容に係る現場を拝見した方が理解し易い場合は、可能であれば現場見学もさせて頂けるとありがたいです。

- ①連携先と構築している、具体的な連携・協力関係の内容（どのようなニーズに対応し、どのような内容・方法のサポートを実践）
- ②連携関係構築の背景・経緯・事情
- ③継続的に連携関係が運用・維持できている要因・ポイント
- ④サポートするための体制（先生の所属組織内/組織外）
- ⑤連携関係の構築・実践により生じた課題や苦勞された点、その際に講じた対応策、等

4. 当日までにご提供頂けるとありがたい資料等

お尋ねする点についてのご回答・ご説明として、お持ちの既存の関連資料等（例えば次のようなもの）で代えられる部分がありましたら、その資料の御恵与で代替頂ければ幸いです。

- ①先生の所属されている組織の背景・経緯（沿革）や、関連施設（事業所内併設施設、連携先医療施設等）の一覧等に関する資料・パンフレット類
- ②サポート医としての具体的な実践内容に関する、事例発去資料、紹介記事、パンフレット類等の資料（実践内容や実績値(件数・人数・回数等)等がわかる、いくつか代表的なものがあれば、助かります)

5. 本件お問い合わせ先

財富士通総研 第一コンサルティング本部 公共事業部 藤原・東
〒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
電話：03-5401-8396 E-mail：fujiwara.ritsu@jp.fujitsu.com

以上

ヒアリング調査票

主にお伺いしたい項目

※アンケート用紙ではありません(ヒアリング用のメモ欄です)

この度は、お忙しい中ご協力下さり、ありがとうございます。もし可能であれば事前に、各欄にご回答の要点・メモのみでもご記入・ご返送頂けると、それを踏まえて手短にお話をお聞きすることと致します(欄が細分化され少々多いため、詳細はお話を伺いますので、記入頂ける場合は要点・メモのみで結構です)。

なお、お持ちの既存の関連資料等でご説明に代えられる部分がありましたら、その資料の御恵与で代替頂ければ幸いです。その場合は欄に「別添資料●●参照」と入力願います。

先生のご専門科	
お持ちの専門医資格	
医師会での役員・役割等	

問1 認知症サポート医になった背景・経緯・事情等(例えば、地域の医療・介護資源の充足状況、先生の所属組織や先生ご自身の理念・方針、地域住民の要望等)

問2 日常的(または定期的)に連携・協力関係が築けている連携先

※連携している所のみ記載

連携先の種類		連携先の箇所数	メモ(主な連携先名など)
かかりつけ医			
介護支援専門員 介護サービス事業所(認知症カフェ等含む)			
訪問看護ステーション			
他の認知症サポート医			
地域医師会			
地域包括支援センター			
認知症地域支援推進員			
認知症疾患医療センター			
その他	都道府県・市町村(研修企画・実施等含む)		
	初期集中支援チーム		
	警察・消防救急		
	地域住民(患者・家族含む)		
	若年性認知症関係機関(労働者健康安全機構、ハローワーク等)		
	上記以外()		

問3 上記の連携先と、連携・協力関係が築けている要因・背景・経緯等

連携先の種類	①連携関係の構築に成功した要因・きっかけ等	②連携関係が維持・継続できている要因・工夫等
かかりつけ医		
介護支援専門員 介護サービス事業 所 <small>(認知ケア等含む)</small>		
訪問看護ステーション		
他の認知症サポート医		
地域医師会		
地域包括支援センター		
認知症地域支援推進員		
認知症疾患医療センター		
その他	都道府県・市町村 <small>(研修企画・実施等含む)</small>	
	初期集中支援チーム	
	警察・消防救急	
	地域住民 <small>(患者・家族含む)</small>	
	若年性認知症関係機関 <small>(労働者健康安全機構、ハローワーク等)</small>	
	上記以外	

問4 連携先ごとの、具体的な連携の方法や内容

連携先の種類	①連携内容 (情報共有・助言・相談等の具体的内容)	②連携の方法 (例: 対面/電話/メール/ 定例会等)	③連携の頻度 (随時 or 定期、 月間実施件数等)
かかりつけ医			
介護支援専門員 介護サービス事業 所(認知カフェ等含む)			
訪問看護ステー ション			
他の認知症サポ ート医			
地域医師会			
地域包括支援セ ンター			
認知症地域支援 推進員			
認知症疾患医療 センター			
その他	都道府県・ 市町村(研修企 業実務含む)		
	初期集中支 援チーム		
	警察・消防 救急		
	地域住民 (患者・家族含 む)		
	若年性認知 症関係機関 (労働者健康安全 機関、NPO等)		
	上記以外		

問5 連携先へのサポートに係る費用（支払われていない場合は、経緯等の欄にその理由のみ）

費用負担対象のサポート内容	負担者・金額等	そうになっている経緯等

問6 サポート医として活動するために、どのような手段や組織を構築あるいは利用しているか

先生の所属 組織内で整 えたもの	例. 医療種等の配置、院内研修、業務時間の調整、連携システムの導入等、ソフト・ハード両面での準備
先生の所属 組織外にて 整えて貰え たもの	例. 行政・医師会・外部の連携先・製薬会社等による、人材、設備、集まる場、資金助成等の提供等

問7 各連携先(問 2)との連携関係の構築・実践により生じた課題や苦勞された点、その際に講じた対応策

	生じた課題・苦勞した点 (どの連携先と、どのような課題が生じたか)	課題・苦勞をどのようにクリアしたか
①連携関係 構築の段階		
②関係構築 後の運用段 階		
③今後		

問8 先生の実践内容・方法等を、今後、全国のサポート医が取り組んでいく場合の、注意点や課題



ご協力、誠にありがとうございました