



CASE

01

〈鹿児島県〉

奄美市・大島郡



## 市町村・医師会・保健所が協働 “三位一体”で進める広域連携

奄美市・大島郡 のここがすごい！ /



1

### ●地域ビジョン「Ageing in Place」の共有

活動を始める前から市町村、医師会、保健所が「Ageing in Place：ここで暮らし続けたい」という想いを共有

2

### ●6市町村、郡医師会、保健所がつながっている

複数の自治体を保健所がまとめ、後方支援。皆で話し合いながら地域づくりに取り組む



1.

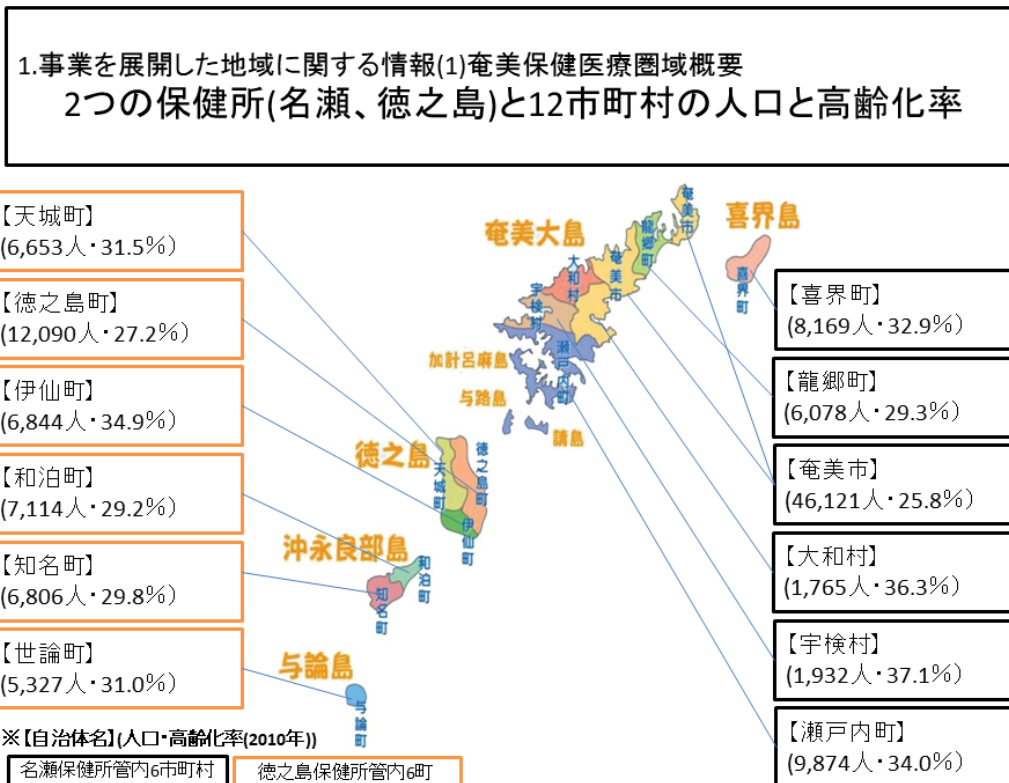
## 地域ビジョン「Ageing in Place」の共有

奄美市・大島郡は鹿児島県に属する離島群(図1)で、他地域に先駆けて高齢化と人口減少が進んでいるものの、医療・介護の十分な確保は難しい状況です。それでも「ここで暮らし続けたい」という想いは住民皆同じ。だからこれをビジョン(目的)としました。

### Ageing in Place: ここで暮らし続けたい

今だけにとらわれず、「この先ずっと地域で暮らし続けるため」に何が必要なのか？を市町村、医師会、保健所が一緒になって考え、活動を展開しています。「Ageing in Place」は、現在の取り組みに先だって進められた「在宅医療推進地域支援事業」(2013.10～2016.3)で大島郡医師会が打ち出し、行政、各種職能団体、介護関連団体などと共有した理念です。それを地域の目標としてあらためて掲げ、折に触れて確認し合っているのです。

図1 奄美群島の概要



## 2. 6市町村、郡医師会、保健所がつながっている

医療・介護資源に乏しい奄美群島では、近隣市町村が連携して、安心して暮らし続けることのできる地域づくりを進める必要があります。

### 広域連携の必要性

2016年4月、「在宅医療推進地域支援事業」から「在宅医療・介護連携推進事業」に移行した当初、事業主体である各市町村間には、事業や広域連携に対する認識に温度差が見られました。そこで医師会と保健所が問題意識の共有、情報提供などに努め、市町村の理解と協調を促しました。





## コーディネーターと保健師の活躍

広域連携推進に際しては、モデル事業を機に大島郡医師会病院（写真1）内に設置された「在宅医療連携支援センター」のコーディネーターが活躍。また、取り組みの遅れがちな自治体には保健師が出向いて相談に乗るなど、保健所による支援が大きな力になりました。病院長、医師会長、保健所長とともに医師会員で、こうした現場スタッフの活動をよく理解し、評価・支援しています。

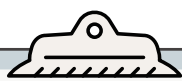
### 写真1

地域医療の一翼を担う大島郡医師会病院。介護老人保健施設「虹の丘」も併設されている



## 話し合いと合意形成

約1年かけた話し合いの末、名瀬保健所管内の6市町村（図1の黒枠で示した地域）が合同で、「在宅医療・介護連携推進事業」の「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」を中心に（ア）～（ク）のすべての事業項目について、市町村の実情に応じて大島郡医師会に委託契約することで合意形成がなされました。

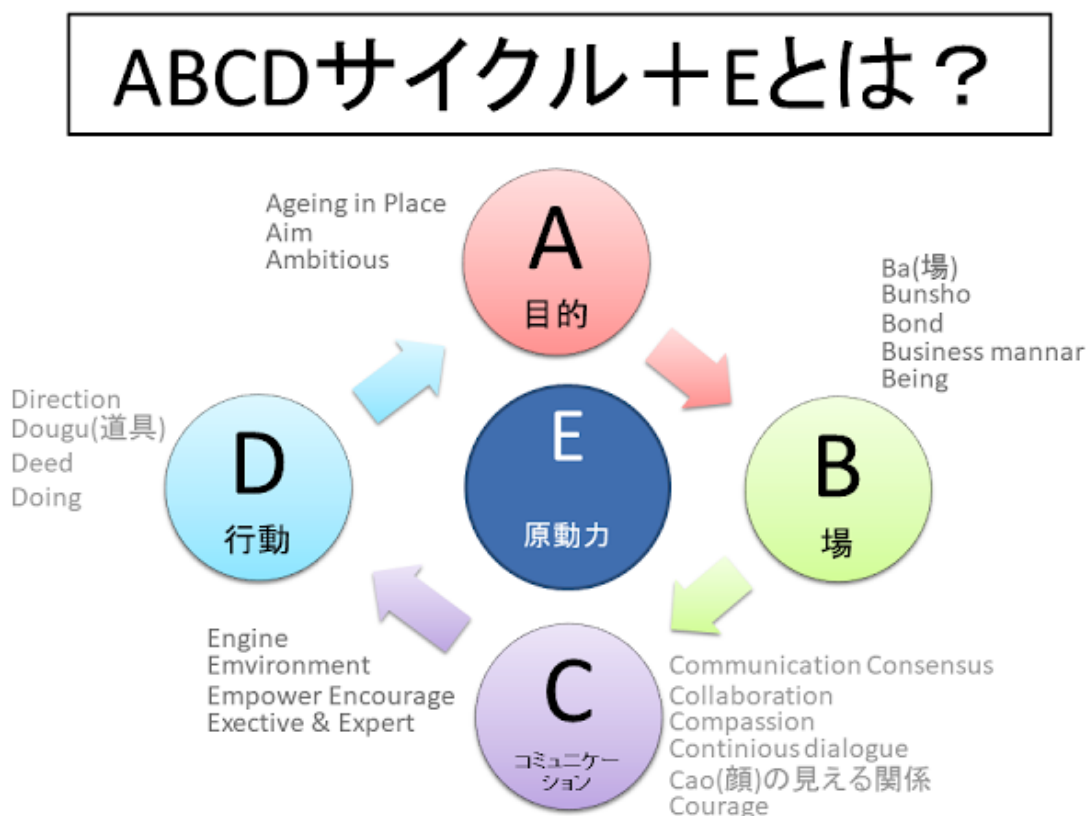


### 連携のベースとなった共通の考え方

地理的にも、文化的にも、組織的にも異なる6自治体が共同で、1つの医師会と契約締結することはとても大変なことです。ビジョンの共有と話し合いによる歩み寄りが、さまざまなハードルを超える力になりました。そのベースには、大島郡医師会が提唱する関係者との連携のための心得「ABCDサイクル+E」（図2）があります。また、鹿児島県の積極的な姿勢もあって、保健所が国の推奨する役割を忠実に果たしていることも推進力になっています。



図2 大島郡医師会が提唱する連携のための心得「ABCD サイクル+ E」



### 目的を同じくする仲間が繰り返し会って話し合えば何かが生まれる

- **A** (**Aim**:目的、Ageing in Place)を共有した上で、
- **B** (**Ba**:場、**Bond**:結びつき)を設定し、
- **C** (**Communication**:コミュニケーション、**Continuous dialogue**:継続的な対話)を大事にすれば
- **D** (**Direction**:方向性、**Dougu**:道具、**Deed**:行動)につながる。
- **E** (**Engine**:原動力、**Environment**:環境、**Empower & Encourage**:育て、勇気づける)は、このサイクルを継続・進化させていくために重要な役割を担う。



## 合同の委員会とチームが活動

6市町村（9包括支援センター）、大島郡医師会、名瀬保健所から成る「事業運営委員会」が立ち上がったのは2017年3月。さらにその下部組織として4つの「事業推進チーム」が3～4包括の合同で組織され、現在も定期的集まり一緒に地域づくりを進めています（[図3](#)、[写真2](#)）。ここにも「ABCDサイクル+E」の考え方が息づいています。

図3 在宅医療・介護連携（広域分）組織図

### 平成29年度 在宅医療・介護連携推進事業(広域分)組織図(案)

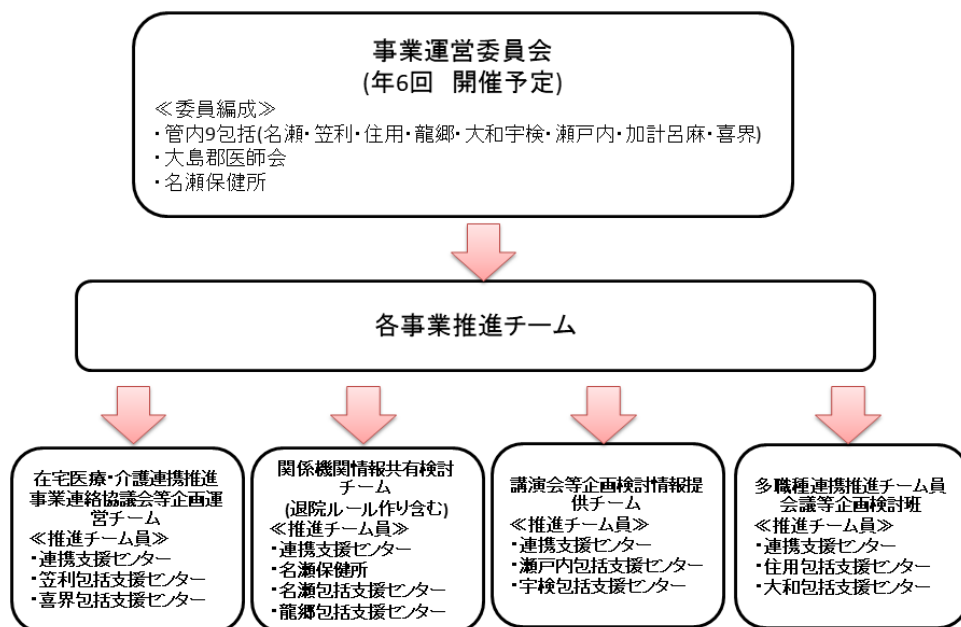


写真2

隔月で開催されている「事業運営委員会」の様子。基本的に6つの包括、医師会、保健所から2、3名ずつ出席し、議題に沿って3時間話し合う





## コーディネーターの働き変遷

2013年 10月	3名のコーディネーター（社会福祉士（常勤）、ケアマネジャーの資格を持つ看護師（非常勤）、病院医事課職員（常勤））を配置して、行政（市町村・県）や各職能団体等の関係者とあらゆる機会をとらえてコミュニケーションを図るよう努める。
2014年 6月	病院医事課職員の代わりとして、情報・通信系の会社からSE（システムエンジニア）をコーディネーター（出向社員）として受け入れ、ICTを活用した情報共有の仕組み作りに取り組む。
2016年 4月	在宅医療推進地域支援事業の終了とともに、コーディネーターは常勤の社会福祉士1名体制となり、行政（市町村・県）等との新たな関係構築の方法を模索。
2017年 4月	在宅医療連携支援センターに2名の歯科衛生士（非常勤）をコーディネーターとして配置し、在宅医療・介護連携に関する相談支援体制の強化を図る。

### 関係機関の役割

#### 医師会

各自治体に公平で均等な相談などの対応。市町村事業推進のために内部の人材を配置し、予算も拠出しています。

#### 市町村

すべての市町村が直営の地域包括支援センターを運営。その連絡会（2007年～）などを通じ元々密な連携関係にあります。またある自治体の活動を周辺自治体が参考にするなどお互いのノウハウが生かし合える関係性があります。

#### 保健所

保健師が中心に関わり、距離的に離れている各市町村に公平に情報提供するなど後方支援の役割を果たしています。市町村の足並みを揃えるべく、適宜介入しています。

### その他の活動情報

- 大島郡医師会は2016年4月、情報共有サイト「つむぐネット」の運用を開始。
- 奄美大島南部町（瀬戸内町・宇検村）では2017年4月、全国に先駆けて地域医療連携推進法人「アンマ」を設立。
- 大島郡医師会はリハビリテーションに力を入れており、介護老人保健施設「虹の丘」の通りハでは買い物など利用者の生活に近い場面を思い出せるような、施設内活動を企画運営しています。
- 大島郡医師会病院では、看取りや夜間対応など在宅医療の後方支援にも力を入れています。

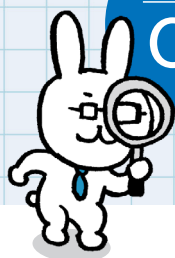
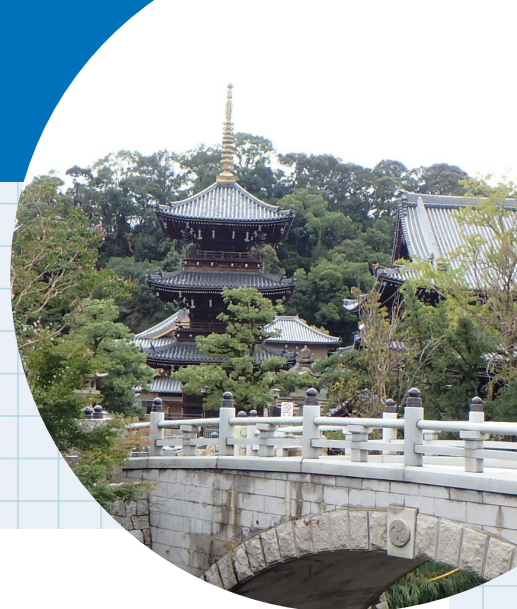
### 地域DATA

#### 〈奄美保健医療圏北部の6市町村〉

- ・面積（2016年10月1日国土地理院資料）：877.89 km<sup>2</sup>
- ・人口（2017年10月1日現在鹿児島県人口移動調査）：66,880人
- ・高齢化率（同上、65歳以上）：32.7%
- ・一般診療所数（2017年10月現在）：70
- ・病院数（2017年10月現在）：10





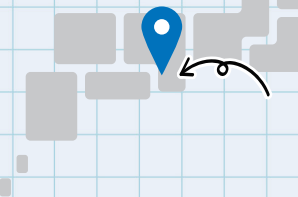


CASE

02

〈大阪府〉

貝塚市



## きっかけは保健所からの 提案精神科病院の協力で 認知症の在宅支援もすすむ

＼ 貝塚市 のここがすごい! /



1

- 元々の関係性を活かし「つげさん在宅ネット」を一気に立ち上げ

それぞれ問題意識を持っていた関係機関・団体が保健所の声かけに応じて2014年に一気に結集。懇話会を立ち上げ活発に活動



2

- 精神科病院の協力のもと認知症の人の支援体制も充実

市内4つの精神科病院も在宅医療に協力的。短期の入院で認知症の人の症状悪化に対応

1.

### 元々の関係性を活かし 「つげさん在宅ネット」を一気に立ち上げ

医療・介護連携のための基礎となる組織が最近までなかった貝塚市に、「貝塚市在宅医療・介護連携推進懇話会」が立ち上がったのは2014年9月のこと。きっかけは貝塚市医師会が受託した「在宅医療連携拠点支援事業」で、「これからの時代は地域の連携体制づくりが不可欠」と感じていた各種団体、関係機関が、大阪府岸和田保健所の呼びかけで結集しました(図1)。



図1 つげさん在宅ネット参画メンバー

貝塚市医師会／貝塚市歯科医師会／貝塚市薬剤師会／  
 訪問看護ステーション協会／訪問リハビリテーション提供機関（河崎病院）  
 -----  
 市立貝塚病院（地域医療連携室）  
 -----  
 青山病院（看護部門）  
 -----  
 地域包括支援センター（浜手・中央・山手）  
 -----  
 大阪介護支援専門員協会貝塚支部貝塚市（高齢介護課、健康推進課、障害福祉課）  
 -----  
 大阪府岸和田保健所

写真1

地域の基幹病院であり貝塚市医師会の在宅医療担当理事が院長を務める社会医療法人慈薫会河崎病院



## つげさん在宅ネット

懇話会の呼称は、「つげさん在宅ネット」。貝塚市は日本最古の櫛産地といわれ、つげさんはこの櫛をイメージした貝塚市のキャラクターです。つげさん在宅ネットでは、取り組み内容などを検討する2カ月ごとの会議、テーマを絞ったワーキンググループ活動、年1回の研修会などを行っています。定例会議に医師が毎回6名前後参加するなど医療関係者は総じて協力的です。2016年4月より、事務局を貝塚市高齢介護課が務めています。



## 職種や立場を越えた対等な関係づくり

これまでに4回行った研修会は関係機関の持ち回りです。1回目の医師会に続いて歯科医師会、薬剤師会、訪問リハビリテーション提供機関（河崎病院）が担当。こうして対等な立場で運営にかかわることがフラットな関係づくりにつながっています。

写真2

連携体制強化に向けてともに歩む貝塚市職員と医師会在宅医療担当理事



## 連携ツールの共有

つげさん在宅ネットの連携を円滑にしているツールに各種冊子があります。たとえば「貝塚市 医療・介護・福祉の情報ブック」(写真3)は2015年3月に完成。ここに掲載した医療・介護・福祉サービス事業所一覧は市民の生活単位に合わせて小学校区別になっています。また、医療機関、訪問看護・訪問リハビリテーション提供機関の情報では、各医療機関の設備、実施可能検査、在宅診療での対応状況などを表形式でわかりやすく掲載。たとえば医療機関の場合、往診の可否のほか、在宅酸素、麻薬処方、ターミナルケアなど18の項目について提供の有無を○×で明示しています(写真4)。

写真3

「貝塚市 医療・介護・福祉の情報ブック」表紙。

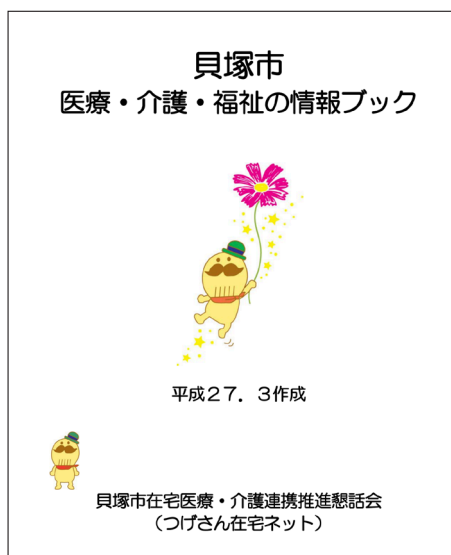


写真4

「貝塚市 医療・介護・福祉の情報ブック」では医療機関の機能をくわしく紹介している



ケアマネジャーや他職種との連絡・相談予約の方法希望	FAX					
病床の有無	無					
往診の可否	否					
訪問診療の提供	無					
在宅サービス対応情報	在宅養護支援診療所届出	×	バルーン交換	○		
	ターミナルケア	×	胸水・種水穿刺	○		
	在宅中心静脈栄養管理	○	ストーマ管理	○		
	胃ろう管理	○	麻薬処方	○		
	人工呼吸器管理	×	インスリン管理	○		
	在宅酸素	○	上部内視鏡	○		
	インターフェロン投与	×	下部内視鏡	×		
	褥瘡処置	○	CT	○		
訪問看護	訪問看護ステーションからの実施					
診療時間						
	月	火	水	木	金	土
午前 9:00~12:00	○	○	○	○	○	○
午後 5:00~7:30	○	○	○	○	○	×

貝塚市医師会ウェブサイト (<http://www.kaizuka-med.or.jp/tsugesan.pdf>) で全ページが公開されている

## 2.

精神科病院の協力のもと  
認知症の人の支援体制も充実

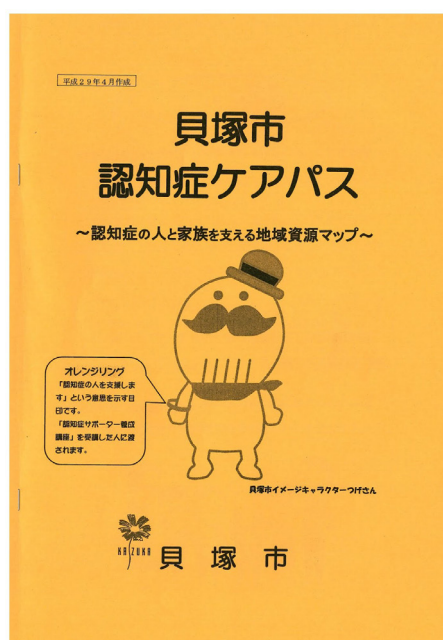
在宅医療・介護連携の輪の中に精神科医療機関が入っていない地域もまだまだ多い中、貝塚市では市内4つの精神科病院の協力を得て、認知症の人の在宅生活を支える仕組みづくりも推進しています。たとえば症状の悪化した人を短期間、精神科で預かり、落ち着いたら在宅に復帰するといったことがスムーズに行われています。認知症初期集中支援チームも4つの精神科病院ごとに結成されています。精神科医が医師会活動に積極的に関わっていることが対策の推進力になっています。

## 認知症ケアパスの運用

認知症の人の在宅生活を支えるツールとしては、「貝塚市認知症ケアパス」(写真5)を運用しています。これは、貝塚市内地域包括支援センター社会福祉士部会が原案をつくり、市内の精神科医の指導を受けながら議論を重ねて編集、最終的にはつげさん在宅ネットが監修して2016年2月に完成させました。認知症がどのように進行するのか、進行段階によって家族に求められる心構えがどう変わってくるのか、本人や家族の支援サービスにはどのようなものがあるのかなどを一覧表形式でわかりやすく示したうえで、後続のページでサービス内容や事業所の所在地を紹介しています。


## 写真5

「貝塚市認知症ケアパス」表紙。誰にでもわかりやすい平易な言葉を用い、簡潔にまとめられている

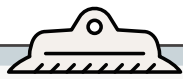


## 市民啓発は予防とセットで

現在、貝塚市が医師会とともに力を入れているのは市民啓発ですが、終末期をイメージさせる言葉には抵抗を示す市民が多いというこれまでの経験から、在宅医療や介護、死生観にかかわることなどの市民向け啓発は、予防活動に組み込んでいます。たとえば「認知症予防のための運動」といったテーマで企画したイベントにおいても病気になったときのことや在宅医療についての説明を盛り込むようにしています。




ポイント



**既存の資源や規模を活かす**

貝塚市は人口が9万人弱で、元々医療・介護関係者はお互いに“名前は聞いたことがある”“どこかで見たことがある”程度の距離感でした。ネットワーク立ち上げにはこの距離感が有効に働きました。また、認知症対策を推進できた背景には、市内に4つある精神科病院の精神科医の協力が得られたことが大きいといえます。



### 関係機関の役割

#### 医師会

人口あたりの病床数が比較的多いこともあり在宅医療はそれほどさかんではありません。しかし、勤務先の規模や診療科にかかわらず医師は概ね医師会活動に積極的。つげさんネットの定例会議にも多くの会員が参加するなど在宅医療推進の土壌はあるといえます。

#### 市

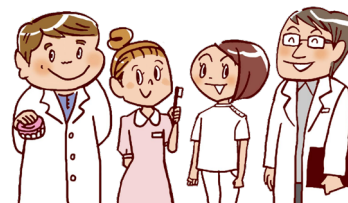
つげさんネット立ち上げ時から専門職と並んで活動。2016年4月からは同会の事務局としても機能しています。

#### 保健所

2014年に貝塚市に在宅医療連携拠点事業への着手を呼びかけ、さまざまなアドバイスを行うなど、主に活動開始時に大きな役割を果たしました。

### その他の活動情報

歯科医師会も訪問診療に積極的で、大阪府在宅歯科医療連携体制推進事業を活用し、急性期病院の入院患者の口腔ケアなども行っています。



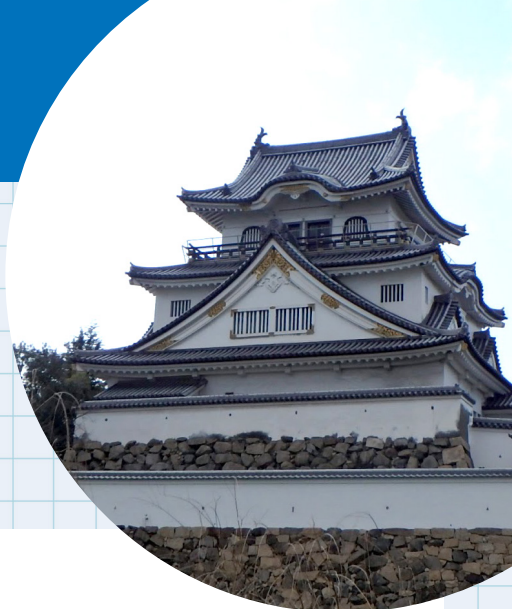
### 地域 DATA

#### 〈貝塚市〉

- ・面積：43.93km<sup>2</sup>
- ・人口（2015年国勢調査）：88,694人
- ・高齢化率（2015年、65歳以上）：24.90%
- ・一般診療所数（2017年10月現在）：52
- ・病院数（2017年10月現在）：9







CASE

03

〈大阪府〉

岸和田市



## 在宅医療先駆者の活動が医師会や市に広がり、自然に連携体制が整った

＼ 岸和田市 のここがすごい! /



1

- 発端は在宅医が始めた研究会、その後、様々な行政の事業を活用して発展

「岸和田在宅ケア研究会」(1998-2006)8年間にのべ1400人余りが参加。知識を共有しながら顔の見える関係を構築し、その後の研究会や会議につないだ

2

- 医師会が在宅医療の実態調査を毎年実施

市内の在宅医療活動について独自の調査を重ね体制づくりなどに活かしている

3

- 在宅医同士が互いを支援し合う仕組みがある

在宅医療に取り組む医師グループ「岸和田在宅ケア 24」が機能しているため、参加在宅医は学会参加や余暇活動が無理なくできている



1.

発端は在宅医が始めた研究会、その後、様々な行政の事業を活用して発展

岸和田市内で在宅医療を目指して開業した医師が、仲間の医師たちや関係職種に声をかけて1998年に「岸和田在宅ケア研究会」を立ち上げました。堺市など隣接する地域に

も広く参加者を募り参加者は増えていきました。2年目以降は岸和田市医師会が主催することとなり、さらに多職種に参加を得て発展していきました。こうして研究会は2006年までに30回開催され参加した多職種は616名(のべ1400人)。この会を通じて在宅医療・ケアの知識を共有するとともに、いわゆる顔の見える関係が出来上がりました。「岸和田在宅ケア研究会」は2006年に一旦終了し、翌年からは「岸和田緩和ケアネットワーク研究会」が発足しました。現地域がん診療連携拠点病院の看護師なども加わり、年1回の講演会と定例の研究会を実施。講演会には病院の緩和ケア医と在宅緩和ケアに取り組む開業医を交互に招いています。

### 認知症事業を機に市と医師会が連携

岸和田市医師会と岸和田市との協働は、2009年度に大阪府福祉部の「認知症地域資源連携体制づくりモデル事業」に手を挙げたのをきっかけに本格化しました。このモデル事業によって、医師会役員、地域包括支援センター職員、岸和田市の担当者が年に2、3回の連携会議を開くようになりました。同会議に在宅医が入るようになったのが2011年。2013年には岸和田市医師会が大阪府健康医療部の「在宅医療推進モデル事業」を受託したのを機に活動内容が在宅医療中心にシフト。連携会議の開催頻度も月1回(第4木曜日 18:00～)に増えました。

#### 写真1

20万人弱の市民が暮らす岸和田市の本庁舎。同市は以前から市内を6エリアに分け施設整備などを行っており、地域包括ケアシステムにおいてもこの6エリアを日常生活単位とみなしている



## 在宅医療介護連携拠点会議

連携会議では2013年以降、より幅広いテーマを扱うようになり、メンバーも増えて2018年3月現在、35名の多職種で構成されています。会議の名称は「在宅医療介護連携拠点会議」となり、**図1**に示した7つのWG（ワーキンググループ）を組織して活動しています。「暮らしの安心プロジェクト」とは、診療所や薬局で独居高齢者の同意のもとに登録し、予約受診日に来院がなかったときに連絡を取り、連絡が取れないときには地域包括支援センター経由で救急搬送の有無を問い合わせ、不明なときは関係機関が連携して安否確認訪問を行う独自の見守りシステムのこと。登録者数は2018年3月現在86名です。

図1 「在宅医療介護連携拠点会議」内の7つのWG

- 多職種連携WG
- 地域包括支援センター、ケアマネジャー支援WG
- 住民啓発WG
- 医療介護連携ICT WG
- 在宅医療介護連携推進協議会・暮らしの安心プロジェクトWG
- 病院・地域連携WG
- まちづくりWG

## 地域の医療・介護情報サイトを運営

2013年には、情報共有のためのポータルサイト「**アットホームきしわだ**」（**写真2**）が立ち上がっています。岸和田市医師会が岸和田市、保健所ほか関連団体、協会などの協力を得て運営しているもので、誰もが手軽に医療・介護施設やサービスの情報を取得できます。さらに2014年には医療介護連携クラウド型ICT「**カナミックネットワーク**」の運用も開始。こうしたICTの導入、運営費用は岸和田市医師会が拠出しています。



写真2

「アットホームきしわだ」のホームページ



## 2. 医師会が在宅医療の実態調査を毎年実施

岸和田市医師会では10年以上にわたり毎年、会員医療機関を対象に「在宅ケア・ターミナルケアアンケート」を実施しています。調査項目は在宅医療対象患者の居住先とその比率（自宅か居住系施設か）、訪問患者数、看取り患者数、在宅緩和ケアの実施施設、在宅医療を行っている施設の施設基準の分布、居住系施設の種別数など。こうして地域の現状や変化をできるだけ正確に把握したうえで必要なサービスを整える努力を重ねています。

### 在宅死の詳細を分析し体制づくりに活かす

国のデータを地域の現状分析に活用することもあります。たとえば在宅死の比率。一般に公表されているデータでは在宅看取りも検案死（異状死）も一緒に数えられているため看取りの実態把握という意味では不十分です。そこで保健所の協力を得て法



務局に死亡診断書の目的外使用を申請し、診断書と検案書の比率を割り出しました。こうしたデータと、緩和ケア病棟の有無など医療機関の機能に関する調査結果を合わせて分析。検案を減らし、希望に沿った在宅看取りを実践する体制づくりに活かしています。

### 3. 在宅医同士が互いを支援し合う仕組みがある

岸和田市では、在宅医療に取り組む開業医などが、お互いの不在時の患者の管理などをフォローし合う「岸和田在宅ケア24」が2004年から機能しています。現在の機能強化型在宅療養支援診療所のモデルになったといわれ、在宅患者を継続的に診ていても安心して学会参加や余暇活動ができるようになるなど在宅医の大きな支えになっています。「岸和田在宅ケア24」のウェブサイトには、各診療所の新規在宅患者の受け入れ可否状況を伝えるページなどもあり、地域の病院の地域連携室スタッフなどがよく利用しています。

#### 写真3

「岸和田在宅ケア24」のホームページ



岸和田在宅ケア24  
Home Care Kishiwada 24

岸和田市  
HOME | ABOUT | CONTACT | LINKS

岸和田在宅ケア24 (HCK24.com) のホームページへようこそ

このホームページは、岸和田市を中心とした泉州地域で、在宅医療・在宅ケアを主要種の一つとし、24時間対応で取り組む110カ所の在宅療養支援診療所が、病院・診療所・訪問看護ステーション・介護保険事業所・行政機関など在宅医療に関わる機関に向けて情報発信をするためのページです。

Monday, September 30, 2024 **22098** 2024.9.27更新 SINCE 2005.3.8

CONTENTS

1. 各診療所の最新受け入れ状況 (最終更新日 2024.9.27)

各診療所の現在の対応状況 (対応可能な疾患・医療、現在の空き状況、その他の内容を一覧表示します)  
(各診療所名をクリックすればその詳細内容を表示します)

2. 参加10診療所の実績 (2004-2015)

2004-2007年 4施設 2008-2010 5施設 2011 6施設 2012~2014 7施設 2015~ 10施設のdata

2004-2015の12年間で 1070人 (うちがん患者 758人) の看取りに対応

	訪問患者数	うちがん患者数	うち神経難病患者数	看取り患者数	うちがん患者数
2004年	274	61	32	48	33
2005年	322	79	28	59	46
2006年	361	99	41	57	41
2007年	347	88	39	66	51
2008年	396	98	39	74	53
2009年	427	116	46	99	74
2010年	427	118	36	91	70
2011年	457	128	47	115	85
2012年	480	121	52	112	73
2013年	501	119	44	101	72
2014年	506	126	37	126	77
2015年	613	156	47	122	83





### 在宅医と医師会が組むとメリットが大きい

ここで紹介した取り組みの多くは、冒頭で触れた「岸和田在宅ケア研究会」の発足を呼びかけた在宅医のアイデアが基になっています。この医師は1996年に外来診療と在宅医療の“ミックス型診療所”を開業。このとき医師会に入会し、その後10数年理事を務め、現在は副会長（在宅ケア・地域包括ケア担当）になっています。これまで一貫して地域の在宅医療の充実のために努めてきましたが、こうした立場の変化と時代の変化が相まって、現在は以前より活動しやすくなったといいます。在宅医療に熱心な医師が医師会活動に積極的に取り組んだことが、結果的に岸和田市の在宅医療推進につながったといえます。



#### 関係機関の役割

##### 医師会

在宅ケア・地域包括ケア担当副会長を中心に、在宅医療・介護に関連するさまざまな活動について地域全体をリード。連携のためのポータルサイト運営費なども拠出しています。

##### 市

地域の先進事例や医師会の活動に追随するかたちで事業を推進しています。現場の医師のアイデアを活かして在宅患者の支援助成金を制度化したこともあります。

##### 保健所

現在では主に情報提供を行っています。

#### その他の活動情報

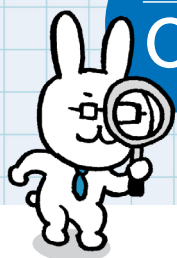
- 在宅緩和ケアに熱心ないくつかの診療所が院内訪問看護を実践しています。その半面、訪問看護ステーションによる在宅緩和ケアはまだあまり充実していないのが現状です。
- 介護保険サービスが利用できない若年の末期がん患者などに福祉用具貸与や訪問入浴サービスを利用してもらえよう市独自の「在宅緩和ケア支援助成金」制度が設けられています。
- 大阪府在宅歯科医療連携体制推進事業を活用した「在宅歯科ケアステーション」が2016年に岸和田市立保健センターの中にある岸和田市歯科医師会内にオープンしました。

#### 地域 DATA

##### 〈岸和田市〉

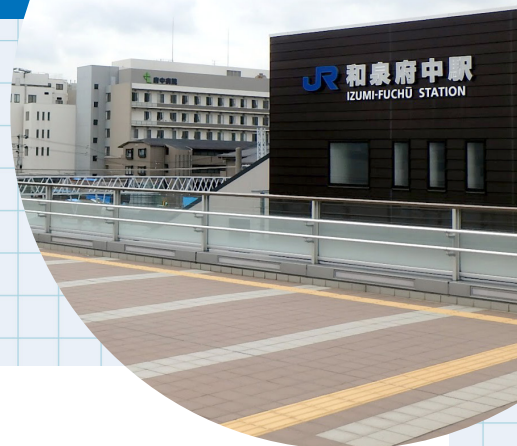
面積：72.68km<sup>2</sup>  
 人口（2015年国勢調査）：194,911人  
 高齢化率（2015年、65歳以上）：25.90%  
 一般診療所数（2017年10月現在）：142  
 病院数（2017年10月現在）：17





CASE  
04

〈大阪府〉  
和泉市



## 医師会と市が長年協力 和泉市独自の“連携条例”が推進力に

＼ **和泉市** のここがすごい！ /



1

- 医師会の英断により顔の見える関係づくりが始まった。  
連携構築からすでに 10 年

「地域包括ケア体制の構築」という手探りのテーマに、真正面から取り組む決断をした医師会のリーダーシップにより、すべての医療と介護の関係機関を巻き込んだ、顔の見える関係づくりの取り組みが始まった

2

- 協働が「連携推進条例」制定に発展、  
さらに取り組みが確固としたものに

「医療と介護の連携は、当事者である市民が主役であるべきである」という理念のもと、市民を含めた関係者の連携関係を維持し、施策を確実に進めるため独自の条例を制定。担当者が代わっても取り組みが継続できる環境が整備されている



3

- 医師が介護を理解し重視し  
連携を図っている

医師が介護を理解し重視している。医療と介護の市役所内の分担は、医師会によって有機的な連携に至っている

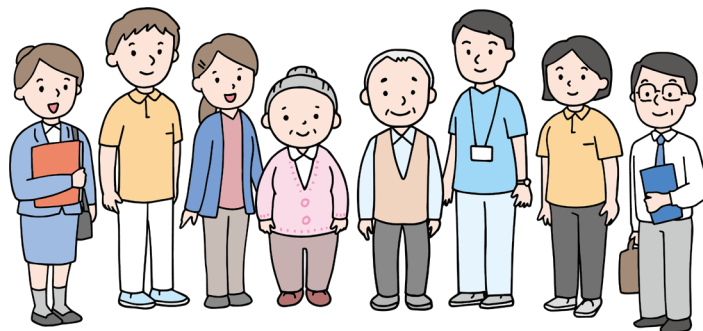


## 1. 医師会の英断により顔の見える関係づくりが始まった。 連携構築からすでに10年

和泉市で医療と介護の連携に関する取り組みが始まったのは、2007年度から2009年度の2カ年事業である「大阪府地域包括ケア体制整備モデル事業」への参加意向について、大阪府和泉保健所から和泉市高齢介護室へ照会がされたことが契機でした。その頃は「地域包括ケア」の概念もまだ一般的ではなかったため、手探りの取り組みになると直感した和泉市の担当部署は、本事業の進め方や先進地への視察について医師会長に相談。医師会長は、多忙なスケジュールの中、日帰りで行政視察に参加し、持ち帰った地域包括ケア体制構築のビジョンを医師会幹部に説明することを決断しました。当時、医師会内部では「地域包括ケア」のイメージや、「医療と介護の連携」の重要性の捉え方に差があり、取り組みに難色を示す医師会幹部もいる中でしたが、医師会長が「地域包括ケアシステムづくりはこれからの市民生活には欠かせない重要なもの」と会員を説得し、医師会が主導となって、歯科医師会や薬剤師会、訪問看護ステーション協会、介護支援専門員協会などの関係機関を巻き込んでの取り組みが始まりました。

### 医療と介護の垣根を取り払う

地域包括ケア体制整備を進める中で和泉市医師会が重視したのは、医療職と介護職の間にあった垣根を取り除くこと。そのため有志で「和泉市医療と介護の連携推進会議」をまず組織し、2007年度からは各種ワーキンググループ(WG)をつくって活動。「在宅で必要な医療情報収集のためのキーワード集」など連携ツールの開発も行いました。2010年度には多職種が集うシンポジウムを開催。名刺交換など交流の時間を意識的に設けるようにしたこともあり両者の距離は急速に縮まりました。さらに2011年度には「和泉の医療と介護の連携を考える市民フォーラム」など、市民を巻き込んだ活動を開始しました。



**写真1**

和泉市医師会事務局のある和泉市保健センター。  
和泉市役所の最寄り駅でもあるJR阪和線和泉府中駅から約1 km。和泉市立総合医療センターにも近い



## 2.

## 協働が「連携推進条例」制定に発展、さらに取り組みが確固としたものに

活動を始めて何年かすると、「医療と介護の連携は、当事者である市民が主役であるべきである」という理念が非常に重要であると気づきました。また、市長や医師会長また担当者的変更があっても、安定して続けていくためには軸となるものが必要と考えた関係者らは検討を重ね、市民を含めた関係者の連携関係を維持し、施策を確実に進めることを目的に、2013年5月1日、全国的にも類のない条例が施行されました。

### 和泉市市民を中心とした医療と介護の連携推進条例

これが条例の名称です。「高齢者が住みなれた地域で自分らしく暮らせるまちづくり」を理念としています（写真2）。条例ができたことにより、有志の手弁当で行われていた活動に予算がつき、組織のあり方も明確になりました。現在はこの条例に沿い、関連機関・団体からなる審議会や、実務者で組織する専門部会が定期的に行われています。また、専門部会で決定したプロジェクトを課題別に整理して取り組み、評価や周知・啓発を行う仕組みができています。「課題別プロジェクト」は図1に示した5つで、これらは2007年度に組織したWGのテーマを踏襲しています。





## 写真 2

「和泉市市民を中心とした医療と介護の連携推進条例」について紹介するリーフレット。条例の全文は和泉市ウェブサイトで読むことができる



・条例全文が掲載されたURL [http://www.city.osaka-izumi.lg.jp/reiki/reiki\\_honbun/k221RG00000887.html](http://www.city.osaka-izumi.lg.jp/reiki/reiki_honbun/k221RG00000887.html)

## 図 1 「条例に盛り込まれた「課題別プロジェクト」

- 入退院支援
- 在宅ケア多職種連携
- 歯科口腔ケア
- 服薬管理
- リハビリテーション

## 3.

### 医師が介護を理解し重視し 縦割りを乗り越えた

2015年度からはシンポジウムとフォーラムは一体化し、専門職と市民がともに集う場になっています。

在宅医療に取り組む医療機関や訪問看護ステーションの情報は一覧表にまとめられていますが、ユニークなのはその情報収集の方法。医師会に所属する5名の在宅医療推進コーディネータ(※)が各個別訪問して、その機能や受け入れ体制などを調べています。在宅医療推進コーディネータは、もともと地域医療介護確保基金の事業として、国と大阪府が拠出して始められた事業ですが、これは3年間のサンセット事業と決められていまし



た。その後の確保のための財源は、市の地域支援事業費の中に設けた特別枠。こうした財源も、条例のもと比較的潤沢に確保されています。在宅医療推進コーディネータが収集した情報は介護にも活かされます。在宅で生活する人、特に高齢者にとって医療と介護はどちらも不可欠であることを医師会の医師たちはよく理解しています。

※在宅医療推進コーディネータ：在宅医療を地域で拡充するための地区医師会の活動を支援する「大阪府在宅医療推進事業」の核となる人材。地区医師会がそれぞれ配置し、主に地域の医療資源や患者動向の把握、各種情報の収集・提供などを行う。

### 写真3

和泉市医師会役員と和泉市いきがい健康部高齢者介護室高齢支援担当／医療・介護連携グループの合同会議。事業開始当初から定期的に行われている



### 写真4

和泉市との会議に医師会からは、会長、在宅医療担当理事、事務長などが出席



## 基幹病院の部長医師を介護認定審査会のメンバーに

市と医師会は、急性期病院の医師に介護を意識させる仕掛けもつくりました。たとえば地域の基幹病院の部長クラスの医師を介護保険認定審査会のメンバーに加えることで、基幹病院の医師の意識改革がすすみました。その結果、介護認定の主治医意見書の充実と作成のスピードアップに成功しています。



### 関係者の目標の共有が活動推進の原動力

医療と介護の連携推進活動には一定の歴史を持つ和泉市ですが、やはり突出しているのは「連携推進条例」の存在です。この条例を制定するにあたっては、「活動を安定して継続するために」という立場や所属を超えた関係者の目標の共有が原動力になりました。条例には市民の意見も募集し反映。また、現在も在任中である市長が医療・介護問題に熱心であったことも大きな意味を持ちました。



#### 関係機関の役割

##### 医師会

在宅医療介護連携に関する多様な活動で長年リーダーシップをとっています。

##### 市

医師会と密に連携し活動を推進。連携条例のもと、財源確保も順調です。

##### 保健所

2007年に和泉市にモデル事業への参加を呼びかけ、在宅医療介護連携推進のきっかけをつくりました。

#### その他の活動情報

- 和泉市には現在病院も含めて117の医療機関があり、その内34医療機関が在宅医療に取り組んでいます。
- 看取りに特化して代診を担う5名の在宅医グループが2017年6月に結成されています。
- 認知症関連の取り組みにも歴史があり、早くから「医師によるもの忘れ相談会」などを展開しています。

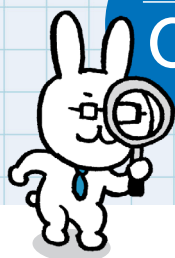


#### 地域 DATA

##### 〈和泉市〉

面積：84.98km<sup>2</sup>  
 人口（2015年国勢調査）：186,109人  
 高齢化率（2015年、65歳以上）：22.90％  
 一般診療所数（2017年10月現在）：117  
 病院数（2017年10月現在）：14





CASE

05

〈大阪府〉

東大阪市



## 1 市3医師会がバランス良く協調 各種事業を活用しながら 一緒に地域づくりを推進

＼ 東大阪市 のここがすごい! /



1

### ● 1市3医師会が信頼関係を築きともに活動

市内の河内医師会、布施医師会、枚岡医師会はそれぞれの地域に根ざした活動をする一方、「東大阪市三医師会」として団結し市とともに活動している

2

### ● 市長が医療・介護を理解し積極的に予算を組み事業を推進している

市長が医療・介護の重要性を理解し事業を進めている

3

### ● 職種間の垣根なく意見交換できる関係性ができている

会議などでは職種や職位に関係なくフランクに意見を言い合っている



1.

## 1市3医師会が信頼関係を築きともに活動

東大阪市は1967年、中央の旧河内市、西の旧布施市、東の旧枚岡市の合併によって誕生しました。このとき各市にあった医師会は統合されず、市内には今も3つの医師会が存在しています。いわゆる平成の大合併もあり、一つの市に複数の医師会という地域は

全国に多数ありますが、東大阪市が特徴的なのは、“1市3医師会”という複雑な状況にありながら、3つの医師会が要所要所で団結し、「東大阪市三医師会（以下、三医師会）」として東大阪市とともに地域づくりを進めるなど、上手に協調しているところです。

## 東大阪市と三医師会の信頼関係

もし3つの医師会がバラバラのままだったら、市との連携は難しかったかもしれません。三医師会として1つに集約されたことで話し合いが進めやすくなりました。2018年度から始まった「在宅医療・介護連携推進事業」についても、東大阪市は三医師会に全面的に委託。顔の見える関係を築き、歩調を合わせて地域づくりに取り組んでいます（写真1）。

### 写真1

2018年2月に行われた「三医師会在宅医療・介護連携事業事前会議」の様子。三医師会の会長、副会長、担当理事、在宅医療推進コーディネータ、東大阪市健康部部長、地域包括ケア推進課課長、同総括主幹が一同に会した



### 健康部、福祉部双方を巻き込む

三医師会として活動を始めた頃、東大阪市と各種調整を行う際に医師会側がよく悩んだのは、その取り組みが健康部と福祉部、どちらの担当かという判断でした。結局、会長3名で相談し、なるべく双方に声をかけることで協力関係をつくってきました。医師会と福祉部とのつながりは健康部ほど強くありませんでしたが、介護保険認定審査の対象人数を増やしてほしいと福祉部から医師会に依頼されたときに、医師会が会員の意見を調整して快く受け入れるなど柔軟な対応をすることで信頼関係を深めてきました。現在は、2015年度に福祉部に発足した地域包括ケア推進課が医師会との主な連携窓口となっています。





## 医師会の結束を大阪府の担当者が後押し

三医師会としての活動が始まったきっかけは、「大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業（2012年～）」（※1）でした。このとき大阪府の担当者から、「それぞれが同じ事業に取り組むなら、3つの医師会で一緒にやってみたらどうか」と勧められ、当時の3人の医師会長が同調したことで一致団結したのです。以後は個別の活動を尊重しつつ、協力関係をとても大事にしています。たとえば「大阪府在宅医療推進事業」（※2）などにも情報交換しながら個々に取り組み、それぞれ成果を上げています（写真2）。

※1 大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業：平成5-7年度高槻市医師会 平成8-10年富田林医師会でモデル的に試行された事業が平成11年度から16医師会で展開されることとなり、平成19年度に在宅医療推進事業に統合されるまで発展し続けた。

※2 大阪府在宅医療推進事業：在宅医療を地域で拡充するための地区医師会の活動を支援。地区医師会に在宅医療推進コーディネータを配置し、同コーディネータを中心に地域の医療資源や患者動向の把握、各種情報の収集・提供を行うことが主。地域医療介護総合確保基金を活用した事業のひとつとして平成14年度に開始された。

### 写真2

情報交換やさまざまな話し合いのため頻りに顔を合わせるという（左から）枚岡医師会会長、河内医師会会長、布施医師会会長



## それぞれの強みを活かす

3つの医師会にはそれぞれ得意分野あります。河内が在宅医療全般、布施が認知症対策、枚岡が在宅緩和ケアです。河内医師会は長年蓄積したノウハウを『在宅医療マニュアル』（写真3）にまとめ関係者と共有しています。布施医師会は、地域に2つの精神科病院を擁していることもあり、特に認知症対策が進んでいます。枚岡医師会には在宅緩和ケアに長年にわたり熱心に取り組んできた開業医がいるほか、2005年に発足した「枚岡在宅緩和ケア研究会」があり、地域に緩和ケアが浸透しています。三医師会ではこうした得意分野を共有して全体の底上げを図るほか、市と共催する市民啓発活動などにも活かしています。

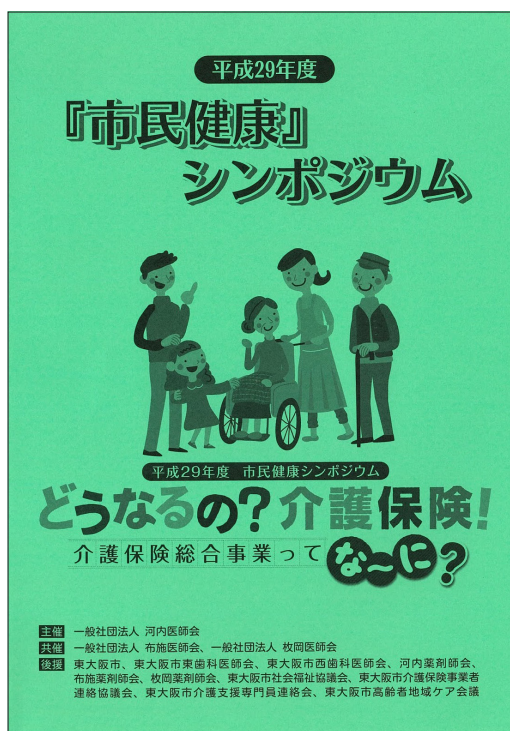
### 写真3

河内医師会会員や河内地区の訪問看護師などが執筆、独自の連携ツールなども盛り込んだA4判60ページの『在宅医療マニュアル』（一般社団法人河内医師会／河内医師会在宅医療コーディネータ運営委員会、2015年8月発行）



## 写真 4

三医師会と市が一体となった取り組みも多い。2017年度の市民健康シンポジウムは河内医師会主催、布施医師会・枚岡医師会共催、東大阪市などの後援により開催した。写真は同シンポジウムのパンフレット



## 2.

## 市長が医療・介護を理解し積極的に 予算を組み事業を推進している

このように東大阪市と三医師会が協調して事業を進めやすい背景には、首長である市長が、この分野に関してよく理解し重視している、ということがあります。現市長は東大阪市議会議員（5期）などを経て2007年に市長に就任。当初から基本政策の1つとして「人に優しいまちづくり」を掲げ、地域の支え合い体制づくりなど具体的施策を進めています。地区医師会の会長たちとも直接交流があり、医療政策にも熱心。2018年から在宅医療・介護連携推進事業が市の事業に移行する際には、事前に事業の受託機関である三医師会と協議したうえで予算編成に取り組みました。前述した市民健康シンポジウムなどにも足を運び、市民啓発にも一役買っています。

## 3.

職種間の垣根なく  
意見交換できる関係性ができている

市内の医療・介護関係者は必要に応じて集まり、意見交換を行います。その会議の雰囲気はとてもフランク。医師会長が自分の見解を述べたうえで在宅医療推進コーディネータに意見を求めたり、それに対してコーディネータが自分の意見をはっきり伝えたり、といったやりとりが自然に展開されています。これは大阪府民のフレンドリーな気質ともおおいに関係しているようです。

関係機関の  
役割

## 医師会

一致団結した「東大阪市三医師会」として市の事業を受託。あらゆる職種と連携し、市と協調して地域づくりを進めています。

## 市

市長のリーダーシップもあり、健康部、福祉部（特に地域包括ケア推進課）ともに在宅医療・介護連携推進事業に参画しています。

その他の  
活動情報

- 枚岡医師会では枚岡在宅緩和ケア研究会と共催で「緩和ケアフォーラムin枚岡」を開催。
- 多職種連携研修会を三医師会合同で実施。参加者は第1回（2013年）の60名から現在は約250名まで増加。
- おおよそ中学校区に1つの割合で19カ所整備されていた地域包括支援センターは、2016年度より22カ所に拡充。
- 三医師会では大阪府在宅医療推進事業の一環である訪問診療導入研修（同行訪問研修）などを活用し、在宅医療に取り組む医師を育成中。
- 2017年7月、東大阪市オレンジチーム（認知症初期集中支援チーム）が始動。

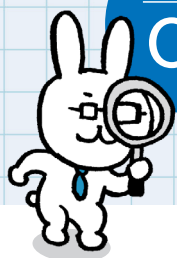
地域  
DATA

## 〈東大阪市〉

面積：61.78km<sup>2</sup>  
 人口（2015年国勢調査）：502,784人  
 高齢化率（2015年、65歳以上）：27.70％  
 一般診療所数（2017年10月現在）：394  
 病院数（2017年10月現在）：23







CASE  
06

〈大阪府〉

北大阪



## 共通認識で結ばれた多職種ネットワークが “最期まで家で暮らす”を 支える力になっている

＼ 北大阪 のここがすごい！ /



- 在宅医療専門クリニックを中心に  
草の根的に広がるネットワーク

1

開業約20年になる在宅医療専門クリニックが地域の医療機関や介護事業所の特徴を把握し個別に連携。市民まで巻き込んだ活動も展開している

- 在宅医療・介護に取り組む仲間同士が  
補完し合える関係にある

2

エンドオブライフ・ケアを多職種協働のための技術、理念として共有

- 医療職・介護職が力を合わせて演劇形式で市民啓発

3

地域の医療職、介護職が演劇形式で、在宅医療の実際をわかりやすく市民に伝えている



## 1.

在宅医療専門クリニックを中心に  
草の根的に広がるネットワーク

ここで紹介するのは市区町村を単位とした活動ではなく、大阪市淀川区の在宅医療を主として活動するクリニック（写真1、2、3）を中心に、共通認識をベースにつながる多職種による活動です。同クリニックは1999年の開業時から、「在宅緩和ケアの実践」「多職種でのかわり」「支え合える地域づくり」の3つの理念に沿った活動を展開。その過程で地域の病院や薬局、訪問看護ステーション、介護事業所などとの良好な関係を築き、独自のネットワークを広げてきました。訪問範囲は車で片道30分以内が目安。当初より緩和ケアに力を入れており、年間の看取り数は80人前後、うち6割前後ががん、4割前後が非がんの人です。

## 病院と患者の調整役も担う

在宅医療を希望する人と同クリニックをつなぐのは病院の地域連携室、看護師、ケアマネジャーなどいろいろです。基本的に在宅医療開始前に家族（本人も同席の場合あり）に来院してもらい1～2時間、医師と看護師がペアで面談し、病状や今後の変化、医療費、制度の活用など含めて説明します。退院前カンファレンスも積極的に行い、病院側と患者側の意見の調整役も担います。また、状態が厳しい場合にはすぐに自宅に出向き、在宅ケアをスタートさせます。同時進行で訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパー、その他介護事業所なども調整。スピーディーな動きが可能な事業所がどこにあるのかはこれまでの活動の中で細かく把握しており、電話一本で必要な職種が即時結集することが可能です。

写真1

大阪の街に溶け込むようにビルの一室に入るクリニック



## 写真2

在宅医療のコーディネーターを自認するクリニックの内部は事務所のような。常勤医4名、看護師4名、事務職3名が勤務している



## 写真3

クリニックの一角に設けられた外来診察室。かかりつけの患者の緩和ケア外来や家族面談室として活用している



### フレキシブルに対応

このクリニックの院長は医師会員ではありませんが、医師会主催の緩和ケア勉強会で講師を務めることもあります。また、たとえば医療依存度の高い人、がんの痛みの激しい人、小児といった対応が難しい症例を引き受けるなど、在宅医療のエキスパートとしての力を発揮することで地域医療に貢献しています。医師会の方針や仕組みに良い意味で縛られない立場だからこそ、さまざまなケースに個別に、フレキシブルに対応できるともいえます。

## 2.

### 在宅医療・介護に取り組む仲間同士が 補完し合える関係にある

フレキシブルな対応を可能にするためには、かかわる人たちが職種や所属を超えて技術と知識を共有する必要があります。そのために取り組んでいるのがエンドオブライフ・ケアの学びと実践です。一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会（ELC）が行っている「エンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座」での学びを基に、現場での対人支援に活かしています。

#### かかわる職種の共通認識は ELC

ELCの講座で学ぶのは、反復、沈黙、問いかけを交えた援助的コミュニケーション、苦しみや支えのキャッチ、支える人の支援という視点などです。これらは在宅緩和ケアを実践するうえで必要なスキルであり、かかわる多職種をつなぐ共通概念にもなります。院長は ELC 近畿研究会の活動にも参加し、地域の医療・介護職とともに、フラットな関係を大切にして活動しています。



## 3.

### 医療職・介護職が力を合わせて 演劇形式で市民啓発

専門職だけがどんなに意識や技術を高めても、「家で暮らしたい」という当事者の意識とそれを支える家族の存在なくして在宅医療は成り立ちません。しかし、亡くなったときに救急車を呼んでしまうなど、繰り返し説明してもなお、正しく理解されていない面があります。そこで在宅医療の実際を体感的に捉えてもらおうと、関西圏の仲間とともに演劇形式の市民啓発を企画しました。



## 演劇で伝える在宅医療の実際

医療職、介護職仲間が集まって結成したその名も劇団「ザイタク」。「ピンピンコロリって無理なん知っとう？」という作品を、「第6回近畿在宅医療推進フォーラム（2015年11月）」で披露。DVD化された短縮版は勇美記念財団より配付されました。市民に親しまれている地域の医療職・介護職が地元の言葉で演じるこの方式は神戸市垂水区のエナガの会の協力を得て導入したものです。医師が患者を演じるなど日頃と逆の立場に扮するのは劇団ザイタクの特徴です。3作目、がん患者さんのエンドオブライフ・ケアをテーマとした「ずっと一緒やね～お母さんのおくりもの～」が2018年10月6日土曜日午後（クレオ大阪中央）に第9回近畿在宅医療推進フォーラムにおいて予定されています。今後は、自治体による市民啓発活動との融合などが期待されます。

### その他の活動情報

- このクリニックの院長は在宅医療や緩和ケアにかかわるさまざまな学会、研究会活動に携わっており、そこで得た知識や人脈を地域での活動に活かしています。
- このクリニックに勤務した医師が大阪府各地で複数開業しており在宅医療の広域連携も可能。
- 同法人に在宅医療・神経難病に特化したクリニック（豊中市）があります。

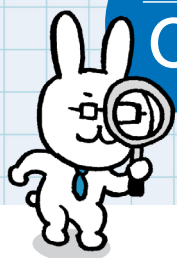


### 地域DATA

#### 〈大阪市〉

面積：225.24km<sup>2</sup>  
 人口（2015年国勢調査）：2,691,185人  
 高齢化率（2015年、65歳以上）：25.30%  
 一般診療所数（2017年10月現在）：3,061  
 病院数（2017年10月現在）：178





CASE

07

〈兵庫県〉

神戸市



## 市民啓発演劇で行政含め19職種が一体化 医師会と大学共催の 医師向け在宅医療塾も定着

＼ 神戸市 のここがすごい！ /



- 劇仕立ての市民啓発を考案し  
住民の理解度アップに成功

1

地域の多職種が自分の職種役で出演する医療・介護演劇が地域  
の一大イベントに成長。シビアな現実も笑いとともに伝え、住  
民の理解度が大幅アップ

- 演劇の稽古を通した一体感が地域包括ケアの土台に

2

演劇の稽古のために繰り返し集まることで多職種が自然に連  
携。区の職員や葬儀業者らまで仲間の輪が広がっている

- 医師・医学生限定の  
実践的な在宅医療塾が定着

3

医師会と大学が共催する「神戸  
在宅医療塾」は、参加資格をあ  
えて医師と医学生に絞ることで  
医師が本気で学べる場を実現



## 1.

演劇仕立ての市民啓発を考案し  
住民の理解度アップに成功

講演会や講座を何度繰り返しても在宅医療や地域包括ケアを一般市民に理解してもらうのは難しい——。これは全国の多くの自治体にとって悩みのタネです。神戸市垂水区でも、2012年に域包括ケアをテーマに講演主体の市民フォーラムを行った時点までは同じ課題を抱えていました。

## 市民の疑問・不安に手づくりの劇で応える

事態打開のために目をつけたのは、同じ神戸市内の長田区で演劇を通じた認知症啓発活動を継続的に行っていた開業医。この開業医を主役として招き、同様の内容を演劇仕立てで半年後に上演したところ、終了後のアンケートで「在宅で受けられる支援がわかった」と答えた人が40%弱から70%以上にほぼ倍増。以来、毎年、タイムリーなテーマで“講演ならぬ公演”を繰り返しています（写真1、2、3）。若い頃、映画監督を目指していたSWが現場の意見を盛り込み書き上げる台本はユーモアたっぷり。2年目からは垂水区役所職員数名も参加。区が広報に力を入れていることもあり市民がたくさん集まります。区長が認知症高齢者に扮した回もあり、この作品は神戸市主催の市民フォーラムでも上演されました。

## 写真1

演劇の一場面。救急隊、医師、看護師ともに本物。それぞれが自分の本職を演じながら、伝えたいことを一生懸命に伝える





写真2

公演開始前の会場の様子。  
地域の一大イベントとなり  
毎回超満員



写真3

終了後は劇づくりの参加者が  
全員集合



### ベースは多職種が集う「エナガの会」

演劇活動の中心は、区内で在宅医療に取り組む医師の呼びかけで2009年3月に設立された多職種連携の会、「神戸西医療・介護地域ケアネット」です（写真4）。家族のいない鳥も子育てを手伝ったりすることからヘルパーバードの異名を持つ野鳥、エナガの名をとって通称「エナガの会」と称してきましたが、2018年2月、正式に「**特定非営利活動（NPO）法人エナガの会**」を設立しました。

写真4

「エナガの会」定例勉強会の様子。さまざまな職種が集まって、同じテーマで意見交換







### 非営利を打ち出すことで連携を容易に

エナガの会をNPO法人にしたのは、他の組織や団体と、より連携しやすくするためです。同会の活動が広く知られるようになり、垂水区はじめ行政や各種団体と一緒に活動したり、全国の医師会などからノウハウの提供を求められたりする機会が増えました。そこで会の位置づけ、特に非営利団体であることを明確に示すことにしたのです。



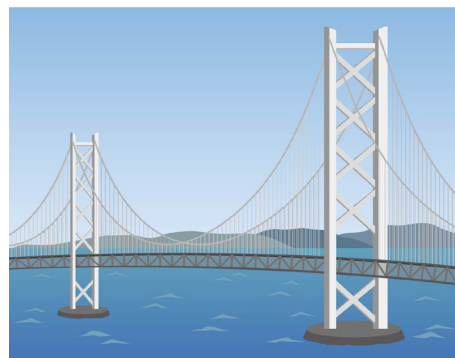
## 2.

### 演劇の稽古を通した一体感が 地域包括ケアの土台に

エナガの会の演劇は、台本、照明、大道具、小道具、音響、そして役者まですべて会員とその仲間たちの手づくりです。準備や稽古などで多大な時間とエネルギーを要しますが、ほかでは得難い達成感や、専門職としての使命感がそれを支えています。何より稽古を通して生まれる一体感はかけがえのないもの。ここで演劇仲間となった医療職・介護職は顔の見える関係以上の信頼関係で結ばれ、本業での地域連携にも好影響が出ています。演劇の参加者は当初の10職種23名から、直近では消防士や葬儀業者なども含めた19職種70名に増え、「エナガの活動は地域包括ケアシステムそのもの」とさえいわれています。

#### 厚労省も着目

垂水区にはエナガの会のほかに、垂水区医師会と区の担当部門が手を組んで2010年に発足させた「垂水在宅医療介護福祉連携協議会」もあり、双方が協力して在宅患者の症例検討会や、関係職種の育成などに取り組んでいます。エナガの会をつくった医師は、垂水区医師会、神戸市医師会でも要職にあり、この医師が関係団体の橋渡し役にもなっています。職種や組織を超えて広がる垂水区内の活動には国も着目しており、2017年11月には、エナガの会代表と垂水区職員が揃って「厚労省全国在宅医療会議WG」で活動報告を行いました。



## 3.

医師・医学生限定の  
実践的な在宅医療塾が定着

エナガの会代表が、神戸市医師会在宅医療担当理事としてかかわっているものに「神戸在宅医療塾」があります。2025年に向けて在宅医療連携推進に取り組んできた神戸大学病院患者支援センターが、在宅医療に取り組む医師を増やすことを目的に、神戸大学医学部地域医療教育学部門そして神戸市医師会と合同で企画し、2014年10月から毎月（2016年度から隔月）継続的に実施している本格的な「在宅医療の医学教育」です（写真5）。


**医師・医学生限定だからベテラン医師も参加しやすい**

「神戸在宅医療塾」の参加資格は原則として医師と医学生のみ。このように対象を絞っている背景には、他の職種と一緒に医師は勉強しにくいという、医師の視点に立った配慮があります。テーマも「在宅における泌尿器疾患」「小児在宅医療」など、病院医療に携わってきた医師がこれまで触れてこなかった分野を積極的に取り上げ、実技も含めて指導しています。神戸市医師会会員以外の医師も講師に招く、参加は興味や都合によって毎回自由など緩やかな運営も魅力。多職種合同の勉強会の多くは医師の参加が少ないといわれますが、同塾には毎回、開業医を中心に少なくとも約40名、多い回には80名以上の医師が参加しています。授業料は500円／回。



## 写真5

神戸在宅医療塾の会場となっ  
ている神戸大学附属地域医療  
活性化センター



## 実践的な在宅医療教育

「神戸在宅医療塾」は突然始まったわけではなく、2006年から在宅医療従事者ネットワークとの関係構築、大学病院内の医療従事者向け在宅医療講演会、在宅医療機関64カ所の実地調査、大学病院医師と地域の在宅医の懇話会を、年単位で段階的に積み上げてきています。また、毎回入念な打合せを行い、学びやすい仕掛けをつくり、アンケートで拾い上げた要望も反映。地域の状況とニーズを把握したうえでの在宅医療教育は、実践で役立つと好評です。

### 関係機関の役割

#### 医師会

垂水区医師会、神戸市医師会ともに在宅医療推進担当者を置き、他の機関との連携を積極的に推進

#### 県・市

関連団体や医師会の活動を助成

#### 保健所

地域の医師が参加しやすい日時、形式を工夫し、在宅医学教育に取り組む

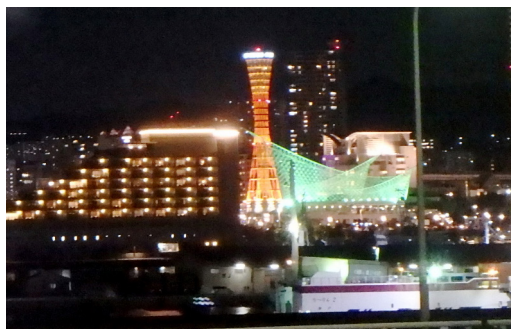
### その他の活動情報

- 「エナガの会」では演劇のDVDや製作マニュアルも作成し、惜しみなく提供しています。
- 「神戸在宅医療塾」は「京都在宅医療塾」をモデルに企画され、神戸大学医学部地域医療教育学部門の協力を得て、兵庫県の地域医療介護総合確保基金を財源に運営されています。
- 「神戸在宅医療塾」では毎年夏に多職種対象の特別企画も実施し、人材育成と多職種連携の機会にしています。

### 地域DATA

#### 〈神戸市〉

面積：557.03km<sup>2</sup>  
 人口（2015年国勢調査）：1,537,272人  
 高齢化率（2015年、65歳以上）：27.10％  
 一般診療所数（2017年10月現在）：1,429  
 病院数（2017年10月現在）：110



CASE

08

〈沖縄県〉

沖縄市



## ソーシャル・キャピタルを効果的に活用し 組織や事業を超えた支え合いを実現

＼ 沖縄市 のここがすごい！ /



- 1 市の担当者が地域の課題を実感として把握し  
次々に対応策を講じている

高齢福祉課の職員の在籍期間が長く、医療・福祉・介護の変遷を見ながら現在の課題を把握し、丁寧に対応している
- 2 地域のために幅広く活動する医師を核として、  
多様な職種が協働している

在宅医療に取り組む中核病院の医師が、多職種からの相談対応、困難事例対応など地域の問題解決に尽力している
- 3 顔は見えなくても多職種がつながっている

困っている人のために行動する文化があり、連携関係をわざわざつくらなくても一緒に動ける関係がある



1.

市の担当者が地域の課題を実感として把握し  
次々に対応策を講じている

沖縄県は貧困率が全国平均の約2倍、肝硬変の原因としてアルコール依存症が突出して高いなど大きな課題を抱えています。この状況は沖縄市もほぼ同様で、貧困とアルコールの問題に常に対峙しながら、地域包括ケアシステムづくりを進めています。



市の担当者は、市内の高齢者の動向や社会資源の実態を経時的に理解したうえで現在の課題を見出し、解決に向けた対応策を講じています。事業そのものは中部地区医師会（3市4町5村を管轄）に委託していますが、行政関係者も地域に溶け込み、活発に活動しています。

## 医療、介護、住民、それぞれに課題

市の担当者が日々実感している現在の課題は、入院医療と在宅医療・介護をつなぐ機能が不十分、介護職の情報交換などの場がない、夜間対応できる事業所の不足、ヘルパーの人材不足、看取りに対応できる介護施設が少ない、ACPが進まず人生の最終段階に本人の意思が反映されていないなどです。

## 「昔に帰っていくんだね」と市民たち

これらすべてに対し、市では一つひとつ対策を講じています。一例として市民向けには、「人生の最期をどこで迎えたいですか？」とストレートに問いかける講演会を実施（写真1）。これまでとは逆に、自宅をはじめ地域で過ごす方向に国の施策が進んでいること、各自の死生観が問われていることなどを皆で考えました。参加した市民からは「昔に帰っていくんだね」との声が聞かれるなど、生活の場での死が比較的自然に受け止められています。また、多職種連携研修会や、市内の介護事業所が介護従事者向けの緩和ケア研修、介護施設での看取り演習などを、関係機関の連携により実施しています（写真2、3、4：末尾の「その他の活動情報」参照）。

### 写真1

取りをテーマとした住民向け講演会のチラシ。関心が高く、定員290名の会場は満席。この集まりの良さも沖縄市の特徴だ



平成29年度 沖縄市在宅医療・介護連携推進事業 講演会  
あなたは人生の最期をどこで迎えたいですか？  
自宅ですか？施設ですか？病院ですか？  
～看取りの現場から～

自分自身や身近な家族は、人生の最終段階をどこでどのように過ごしたいでしょうか。在宅診療に携わる医師や介護の専門職と一緒に看取りについて考えてみませんか。皆様のご参加をお待ちしております。お気軽にご参加下さい。

入場無料  
申込み不要  
定員290名  
手話通訳・要約筆記あり

日時：平成29年11月13日（月）  
開場：午後1時30分  
開演：午後2時～4時  
場所：沖縄市小劇場 あしびなー  
（沖縄市中央2-28-1 コリンザ3階）  
対象：一般市民

講演  
講師：犬尾仁先生（中部協同病院 内科医）  
施設・地域・家族からの報告  
介護に携わる専門職や看取りの経験のある家族、地域における看取りの事例を報告します。  
【報告者】佐久川 伊弘氏（特定非営利活動法人きづき事務局長）  
幸 喜 愛 氏（宮里自治会長）  
看取り経験のある家族（当事者の家族）  
※質疑応答時間も設けております

問い合わせ先：一般社団法人中部地区医師会 電話：936-8112

写真 2

沖縄市が地区医師会と共催する多職種連携研修会



写真 3

県立病院の緩和ケア認定看護師による介護従事者向け研修



写真 4

施設における看取りの演習



## すでにあるつながりを利用

課題の把握や対策のためにはさまざまな機会を利用します。たとえば地域ケア会議や各種職能団体の会合などには市の担当者が直接顔を出して意見交換。会議後の飲み会も日常的で、その場が企画会議になることもしばしばです。市内37自治会に民生委員などが集まり毎月合同で実施している福祉連絡会も、情報交換や啓発の機会として有用です。

## 2.

## 地域のために幅広く活動する医師を核として、 多様な職種が協働している

市の担当者が頻繁に連絡をとり、ともに活動している人材に、地域の中核病院（写真5）の内科医がいます。この医師は外来・入院・在宅すべての医療を実践。地域の医療職・介護職から頼られる存在で、貧困家庭やアルコール問題、受診拒否、ゴミ屋敷などいわゆる困難事例に際して困った専門職から現場に呼ばれ、緊急出動してはその場を治め、継続的なサポートにつなぐなど、SWのような役割も率先して担っています。

### 市民支援に熱心な市職員を助きたい一心で医師も活動

この医師は自称“なんでも屋”。このような活動をするようになったのは、被虐待者を行政の強制執行で虐待者から逃がすなど、市民を守るために権限を公使したり、ときにはいわゆるゴミ屋敷の片付けを手弁当で手伝ったりする市の職員の姿を見て、なんとか力になりたいと感じたのがきっかけ。いまでは自ら医師としての権限を良い意味で発揮して、問題解決にあたっています。2017年度から沖縄市の在宅医療介護連携推進会議委員長を務め、現場での経験を活かして事業にかかわっています。

この医師に限らず、地域のために積極的に活動する医療関係者や介護関係者が少なくなく、そうした個人の動きを核として拡がりを見せるのが特徴と言えるかもしれません。

写真5

沖縄市内の中核病院  
(建替えのため仮設中)







### 高齢者を敬うウチナンチュ気質が助け合いの支え

沖縄市で働く行政職や医療機関、介護施設などの職員には、市外や県外から赴任した人も多くいます。その人たちが口を揃えて語るのが、ウチナンチュ（沖縄の人）は高齢者にやさしいということ。高齢者を尊敬し、皆で守ろうとする姿勢が息づいているといいます。困っている高齢者がいたら、職種や立場を超えて力を合わせて助けようとするのが自然。そんなウチナンチュ気質が、ソーシャル・キャピタルのベースであり、外部からは見えにくい個別の助け合いを支えています。



## 3.

### 顔が見えなくても多職種がつながっている

地域的な特性もあり、これといったグループや仕組みがなくても多くの専門職が連携に前向きです。多職種連携を語る際にはよく、“顔の見える関係”といわれますが、沖縄市では顔が見えていなくても、何かあれば気軽に電話をしたり、講演会などの会場で声をかけ合って相談したり、といったことが日常的に行われています。

#### 写真6

当たり前のように協力し合っている、(左から)中部地区医師会コーディネーター、沖縄市職員2名、中核病院の内科医、県立病院医師





関係機関の  
役割

医師会	管内12自治体から委託を受け事業を推進。2017年から12自治体を4グループに分け、より小さなエリアでのシステムづくりも推進
市	経験豊富な担当者が地域に溶け込み主体的に活動
県	県内における在宅医療推進支援事業を県立病院の医師が統括しており、市の事業推進をサポート

その他の  
活動情報

- 従来は1カ所だった地域包括支援センターは2017年度から7カ所に。委託先の公募に手挙げをした民間事業者の中から選出。
- 中部地区医師会では2017年度に、住民向け講演会のほかに多職種連携研修会も実施し、医師5名を含めた200名以上が参加、講義に加えて相談や交流も行いました。
- 市民啓発については、講演会などに参加しない人にも考える機会を持ってもらうと、地域包括支援センター単位で住民同士語り合うスタイルを企画中。
- 沖縄市内にある県立の基幹病院、地域の中核病院は、ともに病床稼働率が98%と限界状態。この解決策として施設での看取りを進めようと、施設における看取り研修会を開催しています。

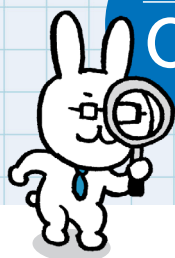


地域  
DATA

〈沖縄市〉

面積：49.72km<sup>2</sup>  
 人口（2015年国勢調査）：139,279人  
 高齢化率（2015年、65歳以上）：18.00%  
 一般診療所数（2017年10月現在）：71  
 病院数（2017年10月現在）：9





CASE

09

〈大分県〉

大分市



## 現場の活動を地道に積み上げ 「大分市全体をホスピスに」の目標実現へ

＼ **大分市** のここがすごい! /



- 退院を望む人がその日に家に帰れる仕組みが  
ほぼできている

1

在宅緩和ケア専門クリニックを中心に、市内全域をカバーする在宅緩和ケアの多職種ネットワークが構築されている

- 在宅緩和ケアを牽引する先進的な事業所が複数存在

2

看護師ケアマネ中心の居宅介護支援事業所、在宅専従薬剤師を4名配置した薬局など特徴的な事業所が在宅緩和ケアを現場で推進

- 市と医師会の連携が進んでいる

3

大分市と大分市連合医師会は2013年から連携関係を継続している



1.

### 退院を望む人がその日に家に帰れる仕組みが ほぼできている

大分市は大分県のほぼ中央に位置する人口約48万人の中核市。病院が豊富で、病気や障害には、たとえ治らない場合も施設医療で対応する文化が根強くあります。そこに一石を投じたのが、2009年に「大分市全体をホスピスに」の目標を掲げて開院した

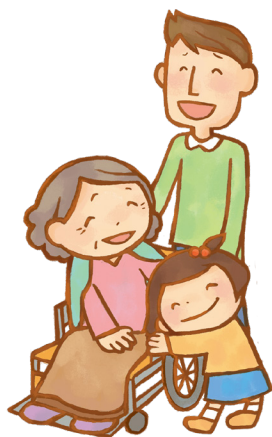
在宅緩和ケア専門クリニックです（写真1）。「自分の家で最期を迎えたい」という人々の思いに応え、開業以来ずっと、がん患者を中心に24時間365日体制で在宅医療に取り組んでいます。

### がんの在宅看取り率が8年で2.5倍に

開業時は医師、看護師、事務2名の小規模でしたが、しだいに仲間が増え、連携のネットワークも広がって、在宅看取り数は開業年の47例から2016年には158例まで増えました。また、2015年に自宅で亡くなった大分市内のがん患者は139名でしたが、この数は2008年の約2.5倍。うち8割強の115名は上記在宅緩和ケア専門クリニックによる看取りです。在宅医療専門診療所も8年で2カ所から7カ所に増え、病院一辺倒だった大分市内の終末期医療のあり方は、同クリニックの活動もあって急速に変化してきています。

写真1

大分市内で在宅緩和ケアに取り組むクリニック



## 看護師が在宅療養をコーディネート

在宅看取りを実践するためにはさまざまな専門職との連携が不可欠で、現在までに28カ所の訪問看護ステーションをはじめ、居宅介護支援事業所約60カ所、薬局約15カ所など、市内全域の医療・介護事業所と連携しています。退院希望者の情報をクリニックに所属する在宅療養支援コーディネーター（病院での相談業務経験者など看護師3名）がキャッチしたら、すぐに患者宅近くの各種事業所で在宅チームを組み、即日在宅療養支援を行う体制をとっています。在宅ケアチームは医療介護専用クラウド、MCS (Medical Care Station) を活用して情報共有し、一体感をもって活動しています（写真2）。

### 写真2

在宅緩和ケア専門クリニックに集まった大分市職員、大分市連合医師会事務局職員、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャーなど関係者の皆さん



### いつでも入院できる環境がある

この在宅緩和ケア専門クリニックの院長はもともと外科医で、大分県立病院では約10年間、外科部長を務めていました。その後、緩和ケア医に転身し、緩和ケア専門病院院長を経て開業しました。勤務医時代の2000年から地域の医師や多職種とともに年2回、「大分県緩和ケア研究会」を続けており、多くの病院の勤務医とも顔の見える関係を築いています。こうした信頼関係のもとで、いつでも病院の協力が得られる環境にあることが患者本人や家族、関係者の安心感につながっています。





## 2.

在宅緩和ケアを牽引する  
先進的な事業所が複数存在

連携ネットワークの中には先進的な事業所が複数あり、現場で活動しながら大分市の在宅緩和ケアを牽引しています。たとえばある薬局は、在宅緩和ケア専門クリニックの開業に合わせて2009年に無菌調剤室と在宅支援室を設置。いまでは在宅業務専従の薬剤師と事務員を各4名配置するなど在宅医療に力を入れています。また、36名の訪問看護師を擁し、さまざまな医療機関と連携して、施設での看取り、介護職の育成など多様なニーズに対応している機能強化型訪問看護ステーションもあります。

## 看取り期に活躍する看護師ケアマネ

2009年の開設以来、「いずれ医療と介護の連携が強く求められるようになる」と予測し、看護師ケアマネジャーの確保に努めている居宅介護支援事業所もあります。所属するケアマネ8名のうち6名が看護師（訪問看護経験者）という配置は全国的にもまれで、医師や訪問看護師とコミュニケーションをとりながら、終末期の患者にもスピーディーに対応しています。



## 実践を通して医療職・介護職を育てる

大分市内には薬局が約200あり、うち半数に在宅医療の実績がありますが、医療用麻薬を常備しているのは約10店舗、末期がん患者宅への訪問を行っているのは4店舗程度です。訪問看護ステーションについては、2016年までの8年間で看取り数10名以上の事業所が15カ所、50名以上に絞ると5カ所、さらに100名以上に絞っても2カ所あります。これらのほとんどは在宅緩和ケア専門クリニックでの研修、訪問同行などにより力をつけてきました。同クリニックではいまでも、立場や職種を問わず研修生を受け入れて育てています。



### 3. 市と医師会の連携が進んでいる

大分市に由来からある3医師会（大分市医師会・大分郡市医師会・大分東医師会）は、2010年に大分市連合医師会を発足し、行政との窓口の一本化を図りました。そして2013年から大分市と連携して在宅医療の整備事業を推進。各職種の作業部会、多職種連携会議、在宅医療資源マップ作成、病院関係者によるバックアップ体制整備などを進めてきました。さらに2016年度から、市の委託を受け「在宅医療・介護連携推進事業」を進めています。

#### 地域 10カ所で地元医師が市民向けに講演

市と医師会では市民啓発を重視し、これまでに市内10カ所の地域包括支援センターの圏域単位で、在宅医療に関する市民向け講演会を実施。それぞれの地元の医師が講師を勤め、高齢者を中心に30～40名ずつの参加がありました。今後はさらに幅広い世代の市民に、「自宅で穏やかに最期を迎える」という選択肢があることを知ってもらうことが課題です。大分県では2015年から「大分県在宅医療推進フォーラム」を行っており（写真3）、市でも同様の事業を考えています。大分市と大分市連合医師会の連携に、在宅緩和ケア医が加わるのが、活動をさらに前進させるカギになりそうです。

写真3

「大分県在宅医療推進フォーラム」の冊子（2017年度版）



関係機関の  
役割

医師会

かかりつけ医の在宅医療を推進しているが、2017年実績で在宅医療を行った医療機関は382機関中100にとどまっており、さらなる展開を模索中。2016年度より「在宅医療・介護連携推進事業」を受託。

市

2013年度から大分市連合医師会と連携し事業を推進。

県

在宅緩和ケア専門クリニックへの委託のかたちで2015年から毎年「大分県在宅医療推進フォーラム」を開催するなど啓発事業に力を入れている。

その他の  
活動情報

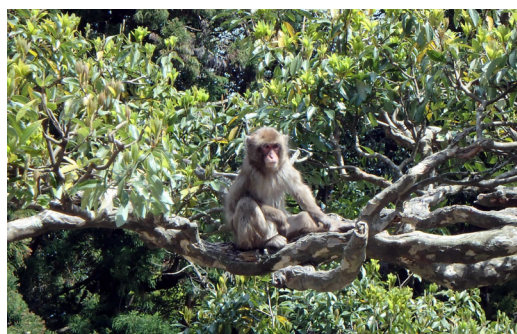
- 大分市介護支援専門員協会は、医師、看護師との連携推進のため意見交換の会をスタート。2018年1月の第1回には、医師、訪問看護師、ケアマネジャーが各20名参加。
- 市は食品会社や民生委員の協力を受け、地域ごとに独居世帯をすべて把握。
- 多職種参加型の「大分在宅緩和ケアセミナー」を2018年6月にスタート。

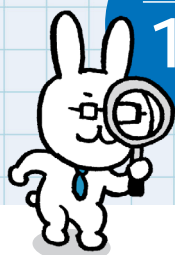


地域  
DATA

〈大分市〉

面積：502.39km<sup>2</sup>  
 人口（2015年国勢調査）：478,146人  
 高齢化率（2015年、65歳以上）：24.70％  
 一般診療所数（2017年10月現在）：347  
 病院数（2017年10月現在）：53



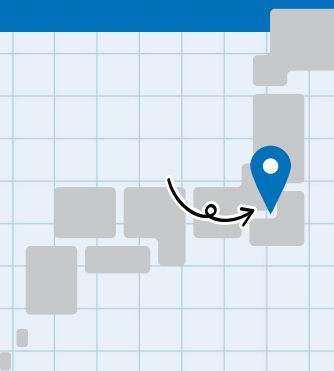


CASE

10

〈群馬県〉

高崎市



## 活発に活動する関係者・関係機関が連携拠点や連携ツールでつながりつつある

＼ 高崎市 のここがすごい！ /



- 有志による地域緩和ケアネットワークが確実に広がっている

1

在宅緩和ケアを進める有志がつながり活発に活動。“顔・心・腕・脚まで見える”ネットワークづくりが進む

- 関係者・関係機関それぞれが在宅医療・介護連携に前向きに取り組んでいる

2

高崎市、高崎市医師会はじめ訪問看護師、ケアマネジャーなど関係する職種や組織それぞれが在宅医療・介護連携を強く意識して活動している



1.

### 有志による地域緩和ケアネットワークが確実に広がっている

「いわゆる都会でも田舎でもなく、住民の職業もさまざまで、比較的自由な気質。医療・介護ニーズも幅広いのが高崎市」とは、市内で30年近くにわたり在宅医療に取り組む医師の言葉です。この医師は病院の勤務医時代から在宅ホスピスケアに取り組み、80年代後半に「群馬県ホスピスケア研究会」を立ち上げました。1991年に開業して以



降はその活動をさらに進め、「最期は自宅で暮らしたい」と希望する人たちの思いに応え続けてきました。

## 看護師や市民とともに90年代からホスピス運動

診療と併行して展開したのがホスピス運動です。地域で在宅ホスピスケアに取り組む人材の育成にも着手しました。1999年には古民家を利用したミニホスピスを開設し、自宅での生活が困難になった人を対象に、親しい医療者、介護者との関係性を保ちながら安心して暮らしてもらえる環境を整えました。

### 写真1

30年近くにわたり在宅ホスピスケアに取り組む高崎市内の診療所。治療を支える医療技術としての緩和ケアとは一線を画し、「人権をベースとした一人ひとりの物語に沿った終末期ケア」に取り組む



## 顔、心、腕、脚まで見える関係づくり

「地域全体をホスピスにしよう」と多職種を集めて、開業医への啓発、医療者・市民双方への情報提供などを主に行う「**高崎地域緩和ネットワーク**」を設立したのが2008年。同ネットワークでは、関係者が顔見知りになるだけでなく、仕事内容、考え方、そのレベルやフットワークまで知り合うことで、地域で暮らす人々を支える力を高めようとしており、“顔だけでなく心・腕・脚まで見える関係”づくりを進めています。実際、高崎市民が在宅療養を希望すればそれを叶えることができる準備ができています。今後はこのネットワークをさらに広く、強いものにし、災害時などに他地域からの避難者をも受け入れることができるような体制を固めるのが目標です。





### ネットワークの運営は現場スタッフ、代表は黒子

「高崎地域緩和ケアネットワーク」が活発な活動を継続できている大きな理由に、運営を現場スタッフに任せている、ということがあります。初代代表である医師は相談役に徹し、活動内容や市民講座などのイベント企画は地域の医療・介護スタッフに一任しています。任せてもらえることがやる気や面白さにつながり、次々にアイデアが出るようになりました。また、その雰囲気の魅力となり年々仲間が増え、現在は12職種が参加する大きな会になっています。個人の立場で参加している行政マンもいます。現在はケアマネジャーが二代目代表を務めています。



## 2.

### 関係者・関係機関が在宅医療・介護連携に前向きに取り組んでいる

在宅ホスピスケアは最近まで、医療関係者からも市民からも理解されにくい状況でしたが、在宅医療推進のための国策が進み、日本医師会も在宅医療への取り組みを表明するなどパラダイムシフトともいえる変化が起こるのに伴い、関係者の考え方も変わってきました。

#### 医療と介護の連携拠点づくり

高崎市医師会が在宅医療への取り組みを本格化させたのは2015年です。また、同じ年に高崎市では、連携拠点として高崎健康福祉大学訪問看護ステーション内に「高崎市医療介護連携相談センター」を設置しました。同センターでは各種研修会や意見交換会などを行って職種間連携や多職種連携の土台づくりを推進。同時にケアマネジャーの教育、看護学生への情報提供など次世代の育成にも目を向けました。

翌2016年には、「高崎市医師会在宅医会」（A会員約260名中約60名が参加）が発足し活動を開始。さらに2つめの医療介護連携相談センターが市の補助金の元、医師会立で設置されました。こちらのセンターでは、毎月「ケアマネカフェ」を行うなど医師とケアマネの距離を縮めることに尽力。また、「在宅医療相談窓口」を設けて医師や患者からの相談に応じ、さらに在宅医療と介護の連携構築のための諸事業を行っています。



### 市役所と医師会が物理的にも心理的にも近距離

高崎市医師会が入っているのは、市の保健医療総合施設である「高崎市総合保健センター」です（写真2、3）。同センターは高崎市役所（写真4）から300mほどしか離れていないため頻繁な行き来が可能。地域包括支援担当部門である長寿社会課の職員は、「何かあれば気軽にセンターに赴き、医師会の方々に直接会って相談できるのでとても心強いです」と話します。



写真2

高崎市医師会が入る  
高崎市総合福祉センター



写真3

高崎市総合保健センターには、高崎市保健所、高崎市歯科医師会、高崎市薬剤師会、高崎市健診センターなども揃って入っている





写真4

JR高崎駅から徒歩10分ほどの場所に立つ高崎市役所



写真5

高崎市総合保健センター会議室に集まった関係者の皆さん



## 市の主導で情報共有ガイドラインを作成

高崎市には在宅療養を続けている人が少なからずいる一方で、主治医やケアマネジャーに連絡がないまま入院、転院、施設入所などが行われるケースが少ない状況で、意思確認や情報共有が十分できていない面があります。そこで高崎市主導で関係者の協力を得て作成したのが「高崎市医療・介護関係者のための情報共有に関するガイドライン～質の高いケアを提供するために～」(写真6)です。2017年度に関係者・関係機関が集まって検討を重ねてまとめたもので、その作成の過程も、お互いの理解や連携促進に役立ったといえます。

写真6

医療・介護関係者に配布されている「高崎市医療・介護関係者のための情報共有に関するガイドライン」(A4判42ページ)。入退院時の情報提供シート、個人情報使用同意書など連携のための各種書類の様式集も収載





## 病院と医師会の連携

高崎市医師会では、会員が在宅医療に参入しやすくするための1つの取り組みとして、病院との連携を強化しています。たとえば市内にある基幹病院との連携という意味では、高崎市医師会副会長が基幹病院地域連携室の地域連携委員会委員となってより円滑な退院調整を推進。また、約20ある中小病院との連携としては、詳細なアンケート調査により各病院の得意分野やレスパイト入院など在宅療養の支援体制を把握し、医師会員への情報提供を始めています。

## 看取りの体制づくりに着手

在宅看取りに対する組織立った体制づくりはまだ進んでいませんが、たとえば「**高崎健康福祉大学訪問看護ステーション**」では看取り期に対応できる訪問看護ステーションの育成を考えています。また、「群馬県介護支援専門員協会(ケアマネ群馬)高崎・安中支部」ではアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の勉強会を開いたり、在宅死が変死扱いにならないよう警察と情報共有することを考えたりと、個別の取り組みには着手しています。今後はこうした取り組みが職種や組織を超えてつながっていくことが期待されます。

### 関係機関の役割

#### 医師会

高崎市医師会在宅医会を中心に、会員が在宅医療に参入しやすくなるような体制づくりを、総合的に推進しています。

#### 市

医療・介護連携のための各種取り組みで音頭取りを担っています。

### その他の活動情報

- 高崎市では、24時間365日、電話一本でヘルパーの緊急訪問や緊急宿泊を利用できる「介護SOSサービス」や、1日3食の配食サービス、GPSを使った高齢者の見守りサービスなど、介護保険外の独自の施策を展開。
- 高崎市医師会では、医師とケアマネジャーがスムーズに面談できるための指針「各職種の皆様へのお願い」や、市民の疑問に応える「在宅療養Q&A」などを配布。
- 高崎市で在宅ホスピスケアを推進してきた医師は、2010年に発足した「群馬県在宅療養支援診療所連絡会」会長も務めており、一般の医師の在宅医療への参入も支援。
- 高崎健康福祉大学訪問看護ステーションでは大学内ステーションという特殊性を生かし、教員、関連学科の学生への啓発を進め、地域医療・介護を担う人材育成につなげていく方針。

### 地域DATA

#### 〈高崎市〉

面積：459.16km<sup>2</sup>  
 人口(2015年国勢調査)：370,884人  
 高齢化率(2015年、65歳以上)：26.50%  
 一般診療所数(2017年10月現在)：299  
 病院数(2017年10月現在)：27





CASE

11

〈東京都〉

調布市



## 独自の在宅医紹介システムを構築 市民も巻き込み連携事業を精力的に推進

＼ 調布市 のここがすごい！ /



- 専門職や患者家族などに  
在宅医を紹介する独自の仕組みがある

1

調布市医師会内に在宅医療相談室を設置し、在宅医を必要とする人に、登録医の手挙げ制で在宅医を紹介する仕組みを構築

- 医師と歯科医師がペアで摂食・嚥下機能支援

2

在宅医療相談室の情報をもとに、在宅で摂食・嚥下機能検査を実施。都の「摂食・嚥下機能支援推進事業における評価医養成研修」を修了した医師、歯科医師がペアで担当

- 医師会の実績をベースに  
在宅医療・介護連携事業を推進

3

調布市在宅療養推進会議は、市民も含む在宅医療相談室の運営協議会が母体。その実績と信頼関係をベースに取り組みを推進



1.

- 専門職や患者家族などに  
在宅医を紹介する独自の仕組みがある

東京都調布市は都心から約20kmの場所にあり、東側は東京都区部と、南側は多摩川をはさんで神奈川県と接しています。その利便性は大きな魅力で、近年も若年層の流

入が活発。一方で、高齢化も確実に進んでおり、医療・介護の連携は大きな課題と認識されています。

### きっかけはケアマネタイム

市内で先代の時代から在宅医療に取り組む診療所の院長（現調布市医師会副会長）は、早くからこの課題を注視しており、調布市医師会在宅医療担当理事になったのを機に行動を開始しました。最初に行ったのはケアマネタイムの普及で、2005年から運用しています。活動にあたっては医療・福祉・介護にかかわる多職種を集めて協議。医師会が多職種による会議体を組織したのはこれが初めてで、多職種連携の大きなきっかけになりました。

### 医師会立の在宅医療相談室を開設

多職種連携が少しずつ進んでも、現場では、在宅療養中の人が入院を機にそれまでとは違う在宅医に紹介されてしまうケースが目立ちました。そこで何かしらの調整機構が必要と考え2010年に調布市医師会が創設したのが、「在宅医の紹介」（図1）と「在宅医療に関する相談対応」を主たる業務とする「ちょうふ在宅医療相談室」（図2）です。入院から在宅医療への円滑な移行に関する東京都のモデル事業を受託するかたちで取り組みを開始。医師会事務室の一角にデスクを置き、長く市の福祉部門に勤務していたベテラン相談員（ケアマネジャー）1名を配置して、週2日からスタートしました。現在は週5日、相談員3名に拡充され、隔月で機関紙も発行しています。

図1 訪問診療医紹介システムのイメージ

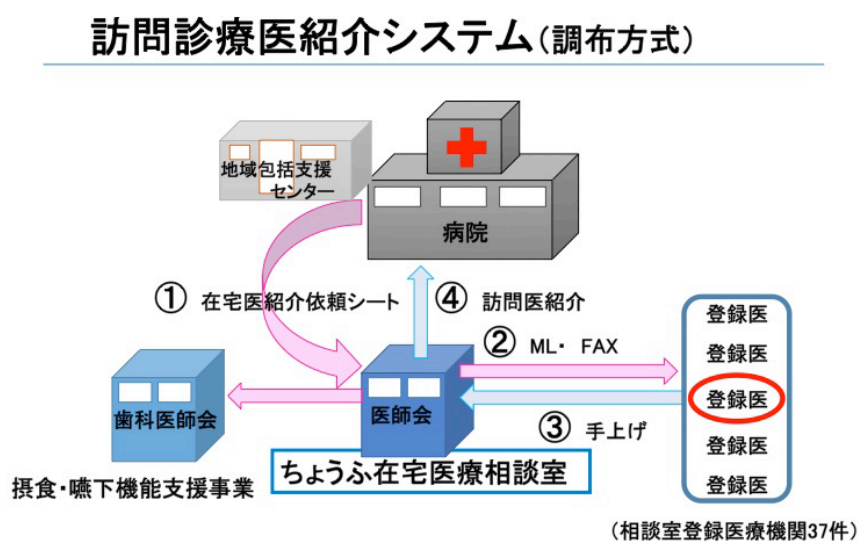


図2

「ちょうふ在宅医療相談室」の役割と関係職種との連携。現在は月～金曜、9:00～17:00のフル稼働。相談員は3名のシフト制で運営しており、紹介実績は年30件前後、年間相談件数は述べ200件前後で推移している



### 在宅医療担当理事が不安の声に丁寧に応える

「ちょうふ在宅医療相談室」を創設するにあたり関係者からは、「本当に市民の利益につながるのか」「地域包括支援センターとどこが違うのか」「モデル事業終了後、赤字事業として医師会に残るのでは」「依頼が多かった場合に対応できるのか」といった不安の声が寄せられましたが、在宅医療担当理事はこれらに根気よく応えました。調整機構の要否に対する意識調査や、在宅医療のニーズを把握するための調査、全医師会員の在宅医療機能調査なども実施。最終的には、「実績を上げれば予算はついてくる」「何かあれば自分が責任を持つ」などと仲間を説得し、なんとか同意を得て事業を前に進めました。立ち上げからしばらくは、スタッフは非常勤のみにするなどしてリスクを軽減。「在宅医療勉強会」で診療所機能の底上げも図りました。

### 在宅医の紹介は登録&手挙げ制

在宅医の紹介に関しては予め意欲ある医師会員に登録してもらい、紹介依頼があったときに患者情報（図3、4）をメーリングリストで共有、対応できる医師に手を挙げてもらう方式を確立。考え抜いた末に編み出したこのオリジナルの手挙げ方式は全国でも先駆的です。複数が手を挙げた場合は受診歴と距離で判断、誰も手を挙げなかったら在宅医療担当理事が対応する、といったルールも明確化されています。現在はいわゆる困難事例の受皿にもなっています。



図3

在宅医の紹介を求める患者について記載する「在宅医療担当医紹介依頼シート」

在宅医療担当医紹介依頼シート					
ちようふ在宅医療相談室 宛て	患者氏名(イニシャル)	性別	男・女	年齢	歳
	住所(丁目まで)				
現在の状況	通院中・入院中(退院予定日: )		身体障害者手帳 有・無		
病名					
介護認定	未申請・申請中(申請日: )		自立・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5		
担当ケアマネジャー	所属事業所				
家族構成	独居・同居者あり	主介護者			
認知症	なし・軽度・中重度	移動	自立歩行可・杖歩行可・車椅子移動可・移動不可		
受診歴のある調布市内の医療機関名	なし・あり( )				
在宅医に希望すること等					
下記は該当の方のみご記入ください					
特殊な医療	有・無 ※有の場合は下記「医療処置」欄にも記入してください。				
医療処置	経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃瘻・ <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 ) , 中心静脈栄養( <input type="checkbox"/> カテーテル・ <input type="checkbox"/> ポート ) <input type="checkbox"/> 気管切開 , <input type="checkbox"/> 在宅酸素 , <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 , <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル , <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門 , <input type="checkbox"/> ドレナージュチューブ(部位: ) , <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 麻薬 , <input type="checkbox"/> その他( )				
貴院での緊急時対応	可能・不可能・その他( )				
末期がん等でターミナルケアを要する場合					
病名告知	《本人》 済・未	《家族》 済・未	予測される生命予後	ヶ月	不明
看取りの場に関する希望	《本人》 自宅・病院・未定	《家族》 自宅・病院・未定			
情報共有の承諾	本人	家族			
備考					
お口の診察	<input type="checkbox"/> 入れ歯の調整 <input type="checkbox"/> お口の掃除 <input type="checkbox"/> のみ込みの検査 <input type="checkbox"/> 食事に時間がかかる <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> 声が変わった(ガラガラ声) <input type="checkbox"/> 舌が汚れている <input type="checkbox"/> その他( )				
お口の状態					
依頼年月日	施設名				
	所属				
	担当者名				
年 月 日	連絡先	TEL	FAX		

図4

より簡易な「在宅医療担当医紹介依頼シート」(ご家族用)

在宅医療担当医紹介依頼シート(ご家族用)					
ちようふ在宅医療相談室 宛て	患者氏名(イニシャル)	性別	男・女	年齢	歳
	住所(丁目まで)				
現在の状況	通院中・入院中(退院予定日: )				
病名					
介護認定	未申請・申請中(申請日: )		自立・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5		
担当ケアマネジャー	所属事業所名				
家族構成	独居・同居者あり	主介護者			
認知症	なし・軽度・中重度	移動	歩行可・車椅子移動・移動不可		
受診歴のある調布市内の医療機関名	なし・あり( )				
在宅医に希望すること等					
特殊な医療	有・無				
医療処置	経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃瘻・ <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 ) , 中心静脈栄養( <input type="checkbox"/> カテーテル・ <input type="checkbox"/> ポート ) <input type="checkbox"/> 気管切開 , <input type="checkbox"/> 在宅酸素 , <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 , <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル , <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門 , <input type="checkbox"/> ドレナージュチューブ(部位: ) , <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 麻薬 , <input type="checkbox"/> その他( 人工膀胱 )				
在宅医に希望すること等					
お口の診察	<input type="checkbox"/> 入れ歯の調整 <input type="checkbox"/> お口の掃除 <input type="checkbox"/> のみ込みの検査 <input type="checkbox"/> 食事に時間がかかる <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> 声が変わった(ガラガラ声) <input type="checkbox"/> 舌が汚れている <input type="checkbox"/> その他( )				
お口の状態					
依頼年月日	お名前				
年 月 日	連絡先	TEL	FAX		

## 持ち出しがないから持続可能

在宅医療相談室は、都のモデル事業、包括補助事業、在宅療養環境整備支援事業などを活用し、自治体の事業として実施しているため、医師会の経済的負担はほぼありません。これは活動を継続するための大きな要素です。

## 2.

### 医師と歯科医師がペアで 摂食・嚥下機能支援

在宅医療相談についてはかなり幅広く捉えており、一般的な相談対応に加え、地域の人々が困っていることや医師から見て問題と思われる事柄には積極的に対応策を講じています。中でも「在宅における最も重要な課題の1つ」として2010年度から取り組んでいるのが摂食・嚥下機能障害の診断と支援です。口から食べることは肺炎予防や意欲の維持につながるからです。前述した「在宅医療担当医紹介依頼シート」の「お口の診察」「お口の状態」の項目(図4)からニーズを把握し、訪問による摂食・嚥下機能検査を実施します。

## 3.

## 医師会の実績をベースに 在宅医療・介護連携事業を推進

「ちょうふ在宅医療相談室」の運営は、多職種からなる運営協議会が担っています。市、3師会、各種協議会や連絡会、市民団体の代表、基幹病院のMSW、学識経験者などが参加しており、2015年に「調布市在宅療養推進会議」に位置づけられました。運営協議会の実績と信頼関係を事業に活かしたい調布市と、より公共的な活動をしたいと考える調布市医師会の思いが一致した結果です。

### ちょうふ在宅医療ガイドブック

同推進会議の最近の主な活動成果としては、2015年度からワーキンググループを組織し2年がかりで完成させた市民向けの『ちょうふ在宅医療ガイドブック』(写真1)があります。地域包括ケアや在宅医療、関連職種についてのわかりやすい解説とともに、関連機関のマップやリストも掲載。“住み慣れた調布市でいつまでも暮らすための情報”をコンパクトにまとめて提供しています。現在は摂食・嚥下に特化した同様のガイドブックを作成中です。

#### 写真1

2018年3月に発行された『ちょうふ在宅医療ガイドブック』。好評につき、すぐに第2版がつくられ配布された



### 新たに4つの部会を組織

調布市在宅療養推進会議はさらに活動を深めるべく、国の示す8事業も意識しながら、2018年度から「市民啓発」「多職種連携」「研修・ICT」「摂食・嚥下」(委員会からの継続)の4つの部会を組織し活動しています(写真2、3)。

写真2

2018年4月に調布市在宅療養推進会議のもとに発足した「市民啓発部会」の様子



写真3

同じく「多職種連携部会」の様子。第1回は病院との連携における課題などを話し合った



写真4

調布市役所は京王線調布駅から徒歩5分ほどの便利な場所にある



写真5

布市医師会館は調布市役所と同じ道沿いにあり行き来しやすい





写真6

市と医師会は常に課題を共有し連携している。左から調布市高齢者支援室職員、ちょうふ在宅医療相談室相談員、調布市医師会副会長、同在宅医療担当理事、調布市高齢者支援室長、調布市医師会事務局事務長



関係機関の役割

医師会

在宅医療担当理事を中心に各種活動や体制整備でリーダーシップをとっています。

市

医師会をはじめ各種団体と密に連携し事業を展開。会場の提供や広報などでも重要な役割を果たしています。

その他の活動情報

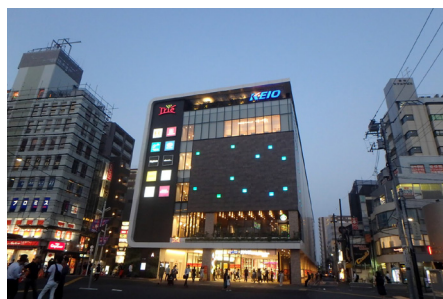
- 調布市では市内の高齢者などの支援が必要な人が安心して安全に暮らしていけるよう、地域住民や地域団体による見守りのネットワーク「調布市見守りネットワーク（みまもっと）」を構築している。
- 「ちょうふ在宅医療相談室」では、調布市認知症初期集中支援事業において、認知症初期集中支援チームと、在宅で暮らす認知症患者の橋わたし役を担うべく関係者とシステムを模索中。
- 全医師会会員対象の在宅医療機能調査は、2010年以降2年ごとに継続実施し次の取り組みに活用。
- かかりつけ医の在宅医療への参入の壁である24時間対応については、複数の在宅医療専門クリニックとの連携で補うべく調布市医師会主導で協議を重ねている。
- 地域の活動を牽引してきた調布市医師会の現副会長は、市内10カ所の地域包括支援センターの圏域ごとに住民向けの会を毎月実施。在宅医療の実際を対話形式で伝えている。
- 2009年に地域包括支援センター職員と民生委員の呼びかけで始まった多職種連携の会「調布在宅ケアの輪」も毎月開催。その後、調布市医師会内の研究会に位置づけられ、2019年には第100回を迎える。



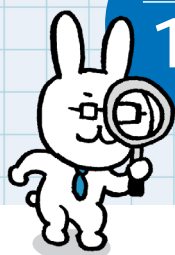
地域DATA

〈調布市〉

面積：21.58km<sup>2</sup>  
 人口（2015年国勢調査）：229,061人  
 高齢化率（2015年、65歳以上）：21.30％  
 一般診療所数（2017年10月現在）：172  
 病院数（2017年10月現在）：8





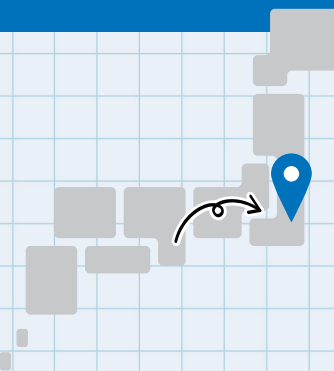


CASE

12

〈茨城県〉

大子町



## 医師会員仲間で在宅医療グループをつくり かかりつけ医による訪問診療を支える

＼ **大子町** のここがすごい！ /



### ● 町内の医療機関が協力して地域医療の体制づくり

1

大子町には病院と診療所がそれぞれ3つずつしかなく、医師会員はわずか17名と小規模ながら、皆で協力して24時間の救急医療や在宅医療を推進

### ● 茨城型地域包括ケアシステムを活用し 在宅医療グループを結成

2

茨城県では2017年度から、訪問診療を病・医院が連携して行う「医療提供施設等グループ化推進事業」(茨城型地域包括ケアシステム)を開始。大子町の医師会(茨城県水郡医師会)は県内で最初にグループ化を達成



1.

### 町内の医療機関が協力して 地域医療の体制づくり

茨城県・大子町は1955年に1町8村が合併して誕生した県最北西の自治体です。NHKの朝のドラマ「ひよっこ」の舞台となった町です。面積こそ県内第3位の広さですが、大半は山地で人口密度は53.9人/km<sup>2</sup>。病院と診療所は合わせて6つ。町内の医師で構成する茨城県水郡医師会(写真1、2)の会員数は17名で、全国の地区医師会の

中でもかなり小規模です。1950年以来、人口は減少し続けており、高齢化率は県内で唯一40%を超え、約1万7,500人の住民のうち、独居高齢者が1,100人を占めています。半世紀前には、1,500人の児童が学んでいた町立小学校も、併合してもなお今では児童数100人という状況です。

写真1

保育園だった建物を活用している水郡医師会の外観。従業員は事務局長1名のみ。書類は郵送せず、会員医療機関を訪問して直接配るという



写真2

正式名称「茨城県水郡医師会」の看板からは歴史と誇りが感じられる



### 医師会員の輪番制で24時間の救急体制を維持

このように少子高齢化や医師不足が際立つ同町ですが、古くから、内科、産婦人科、整形外科、精神科など多彩な診療科を擁していました。近年は複数の医師が総合内科としての診療を行うようになり、町内に専門医のいない診療科については、大学病院から医師を派遣してもらって補完しています。また、救急医療については40年以上も前から輪番制により24時間体制を維持。町内で対応できないケースについては水戸市や日立市の大病院にドクターヘリなどを使用して搬送する仕組みを構築しています。大子町、水郡医師会、地域包括支援センターが足並みを揃えて医療過疎対策に対応しています。

**写真3**

久慈川のほとりに建つ  
大子町役場



### 在任23年目の医師会長が活動を牽引

現在の医師会長（写真4）は大子町生まれで、勤務していた東京の病院をやめて実家の病院を継ぎ40年近くになります。医師会長になったのは1996年。その後、地域医療を立て直すためにも医師会活動に力を入れようと、自身の病院を有床診療所にし、訪問診療に力を入れています。（写真5）。常勤医は会長1人ですが、県内や栃木県の大学病院から曜日ごとに医師を派遣してもらい、その時間を訪問診療や医師会活動にあてています。こうした医師会長の熱心な姿勢が町内の医師の活動を牽引し、また、結束力にもつながっています。

**写真4**

水郡医師会の会長と、看護師長として、地域の情報を共有しながらさまざまな対策を一緒に考え、地域活動を実践している会長の長女

**写真5**

医師会長が経営する有床診療所。1961年、町内初の病院として開業し、13年前からは有床診療所に転換。この病院・診療所に勤務したのち町内で開業した医師は複数







### 親戚や友人としての絆が連携の力に

大子町生まれの医師会長は、町内の他の医師と医師会仲間であると同時に子どもの頃からの友人関係にもあります。また、親戚や自らが仲人をした相手が医療・介護業界で働いているなど、多くの町民と強い絆で結ばれています。加えて、忘年会や新年会をはじめ各種行事には多くの医療職、介護職を集めて交流を図るなど、地域のネットワークづくりにも力を入れています。こうした中で仲間意識や信頼関係が育まれ、一体感ある活動につながっています。



## 2.

### 茨城型地域包括ケアシステムを活用し 在宅医療グループを結成

大子町では医師会長のように複数の医師が在宅医療も担っています。しかし、医師の絶対数は限られ、広い町内で散在する山間の在宅患者さんを1軒1軒回るにはとても時間がかかります。独居世帯が増えるなか、診療側には厳しい環境となっています。

#### 医師会単位の在宅医療グループ第1号

そこで活用しているのが、茨城県が2017年度からスタートさせた「医療提供施設等グループ化推進事業」です。これは、郡市医師会ごとに、在宅医療に取り組む複数の医療機関が連携し、たとえば夜間対応などを持ち回りにすることで各医療機関や医師の負担を軽減しながら在宅医療の裾野を広げる仕組みで、この事業の主旨に共感した水郡医師会は、事業開始後すぐに名乗りをあげ、グループ化の第1号となりました。同事業の推進のため茨城県医師会が茨城県から事業受託するかたちで進められており、県医師会内に設置された茨城型地域包括ケアシステム推進センターが実務を担っています（写真6、7）。連携活動を開始したグループには初年度に限り上限100万円の補助金が支給されます。

写真6

茨城県医師会が入っている  
茨城県メディカルセンター





**写真7**

(右から)茨城県型地域包括ケアシステム推進センターのセンター長でもあり介護支援専門員の資格も持つ茨城県医師会長と、2名の推進員



### かかりつけ医の在宅医療を支える仕組み

この事業において、「グループ化」とは、「郡市医師会単位で、これから在宅医療に参入しようとしている、または在宅医療活動を拡充しようとしている少なくとも2つ以上(同一法人以外)の医療機関が協定を結び、**図1**に示す項目について実践すること」です。つまり「参入促進・連携」を意味します。この取り組みにおいて後方支援病院や在宅療養支援診療所には、グループを補完する役割が想定されています。水郡医師会では医師会長のクリニックと、長く連携関係にある近くの病院(**写真8**)が協定を締結し「水郡グループ1」を組織しました。この病院には常勤医が4名おり、二次救急の機能や、訪問看護ステーションも有しています。今回のグループ化により医師会長は、通院できなくなったかかりつけの患者を中心に在宅医療に一層の力を入れていく考えです。

**図1** 地域で支え合う医療機関の連携体制を構築するために必要な3つの取組

- 1.** これから在宅医療への参入又は拡充に取り組む医療機関同士の連携強化を図るための取組
- 2.** 在宅医療を提供する連携体制として必要な拠点機能を担う取組
- 3.** 在宅医療についての普及啓発活動等の取組

**写真8**

水郡医師会の在宅医療グループで重要な役割を果たしている病院





### 地域の実情を熟知した看護師などが仲人役

県内の医師会には水郡医師会とは異なり地域の医療機関の連携関係が希薄な地域もあります。お互いに院長の顔も知らないケースさえあります。そこで茨城型地域包括ケアシステム推進センターでは、長く県内の病院に勤務し、地域連携に関する業務に携わった経験もある看護師などを推進員として採用しました。推進員が県の担当者と郡市医師会長を訪問し事業を説明。その後、その医師会の事務局を訪ねて情報を収集。さらに個々の医療機関を訪問して説明し、院長の医療への考え方なども考慮してグループ化を仲介します。こうした活動により初年度は12グループの立ち上げに成功。2年目も10グループ程度のとりまとめを目指しています。



### 勉強会や市民啓発も進む

図1に示した通り、同事業では連携による在宅医療の実践だけでなく、連携強化のための取り組みや啓発への取り組みも行っています。「水郡グループ1」では、在宅患者の情報を共有するための症例検討会や市民啓発のための講演会なども着手。また、グループ1を成功事例とし、「水郡グループ2」を立ち上げることも検討しています。

#### 関係機関の役割

##### 医師会

ほぼすべての医療関係の取り組みについて主導的立場にあります。

##### 町

保健・医療・介護・福祉サービスの充実を町づくりのテーマと位置づけ、医師会の提案を前向きに検討し事業につなげています。

#### その他の活動情報

- 町内で在宅医療に取り組む薬局は2店舗。
- 大子町では筑波大学総合診療科に寄付講座を開設。町内の医療機関に安定的に医師を派遣してもらい、在宅医療の最大のネックである医師不足に対応。
- 水郡医師会では2011年から、医学生を対象に2泊3日の地域医療研修を実施。「医師になったら大子町で働きたい」という人材も出てきている。
- 大子町は「子育て支援最前線の町」をキャッチフレーズとし、病児・病後児保育事業に力を入れるなど若い世代が暮らしやすく働きやすい環境づくりを進めている。



#### 地域 DATA

##### 〈大子町〉

面積：325.76km<sup>2</sup>  
 人口（2018年住民基本台帳）：17,572人  
 高齢化率（2018年、65歳以上）：42.71％  
 一般診療所数（2018年4月現在）：3  
 病院数（2018年4月現在）：3

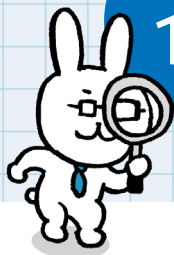


CASE

13

〈千葉県〉

匝瑳市



## 20年前に12名の在宅医仲間で作った 「在宅患者24時間支援システム」を いまでも継続

＼ 匝瑳市 のここがすごい！ /



●「家にいたい」という患者の思いに応えて  
支える仕組みを手づくり

1

介護保険制度施行前、主治医不在中に在宅で亡くなった高齢女性のケースを機に、在宅医仲間話し合い独自の支援システムを考案

●納得できるルールとフレキシブルな対応

2

連休の当番や緊急対応のルールを定める一方、自由裁量による対応も尊重。また医師の個人的関係も活かして現実的な支援を  
実践



●医師がコミュニティの一員として  
地域のお祭りなどでも活躍

3

在宅医には地元診療所の2代目、3代目が半数以上おり、お祭りなどのイベントでも活躍。地域を熟知し、日頃から職業や年齢を超えて活発に交流



## 1.

「家にいたい」という患者の思いに応じて  
支える仕組みを手づくり

市内の自宅で療養していた高齢女性の家族から、「おばあちゃんが死にそう。でも先生（主治医）と連絡がつかない」と、行政保健師に連絡があったのはいまから20年以上前のこと。このときはたまたま相談を受けた医師が急遽対応し、無事、在宅で看取りましたが、この出来事をきっかけに八日市場市匝瑳郡医師会（当時）内では、「今後、同様のケースがあった場合にどうするか」が議論になりました。皆で話し合った結果、同医師会在宅ケア委員会の12名の仲間たちが、互いに不在時の対応を補完し合うための仕組みをつくることで意見が一致、体制づくりがスタートしました。

## 最初は専用カバンやファックスを活用

独自の仕組みである「在宅患者24時間支援システム」が完成したのは1999年。メンバーが1週間ごとの輪番制で当番医となり、病院でいう当直医のような機能を果たす、という基本概念はいまに通じます。当初は専用のカバンに、地域の在宅患者の診療情報を蓄積した「在宅患者データファイル」、旧市町村ごとに住宅地図中の在宅患者宅に印をつけた「動態地図」、医師間で情報をやり取りする「連絡用ノート」、共用の「携帯電話」の4つを収納し、このカバンの受け渡しにより当番医を交代していました。診療情報は、最初に主治医から医師会事務局にファックスで送信し、さらに事務局から当番医に送信するという方法で共有。タイムラグの発生や事務局の負担増、カバンの引渡しなどいくつかの課題はありましたが、わかりやすさもあってすぐに定着しました（図1）。

図1 スタート当時の「在宅患者24時間支援システム」の概要



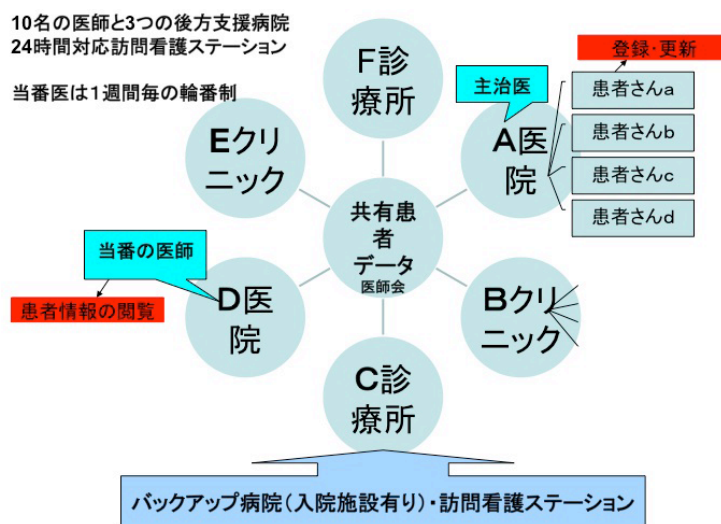


## 2002年にIT化。人事管理システムを応用

その後、関係者の負担減やスピードアップを目指し市販のDBソフトを使ってIT化にチャレンジ。千葉県医師会の補助金と、NTT東日本の協力を得て、2002年4月には独自の情報ネットワークを構築し運用開始しました。2007年には現在宅患者24時間支援システム担当理事が主導し、情報通信業務の経験を持つ知人の協力も得て一般企業などに導入されていた人事管理システムの仕組みを応用し、メンバー全員と後方支援病院、24時間対応訪問看護ステーションがパソコンを持って、ID・パスワードにより専用サーバにアクセスして情報を共有するようになりました（図2）。12名でスタートしたメンバーですが、パソコンの使用を負担に感じた高齢医師の辞退や医師会組織再編などもあり、現在は10名の開業医、3つの後方支援病院、1つの24時間対応の訪問看護ステーションで活動しています。

図2

2002年に構築し現在も運用している「在宅患者24時間支援システム」概要。現在は10の診療所（医師10人）がメンバーになっている



### シンプルだからアナログ世代でも使いやすい

20年前とは時代も変わり、ICTはますます進歩していますが、同医師会のシステムは極力シンプルにし、いままDBで共有する情報は診療情報など最小限にとどめています。たとえば訪問看護師やケアマネジャーからの連絡は専用シートに記入しファックスでやりとり。画像の登録などもできないようになっています。いくらでも搭載できる機能をあえて載せないことで、アナログ世代の医師でも使いやすくしているのです。なお、担当理事は現在60歳。数年前に1人の40代医師が参入するまで在宅ケア委員会で最年少でした。



**写真1**

在宅患者24時間支援システム担当理事が院長を務める診療所。明治時代から3代にわたり100年以上地域医療に取り組んでいる



## 2.

### 納得できるルールとフレキシブルな対応

「在宅患者24時間支援システム」を運用するにあたっては細かなルールも定めています。たとえば当番医の出番は主治医の不在時に限定。また、年末年始（12/29-1/4）とゴールデンウィークの当番は概ね10年に1回ずつ平等に巡ってくるようにスケジュールを組んであります。連休の当番にあたった医師は直前の当番1回を免除。1回の当番期間は1週間で、交代時間は祝日の多い月曜を避けて火曜9:00に設定しています。対象患者は「寝たきりで通院できず、在宅医療を希望し、主治医との間でシステム登録に同意した患者」です。

#### システムを使わない対応も自由

当番医の順番変更や、緊急時に仲の良いメンバーに患者を託すといったシステムを使わない対応も、お互いの同意さえあれば自由です。「主治医とは何か」といった深い定義は共有しようとせず、お互いの信念も尊重してフレキシブルに運用しています。市内に3つある後方病院の院長も医師会仲間で病診連携も密ですから、患者が希望すれば当番医を頼らず入院の手配をスムーズに行えます。近年は、当番医が実際に診療に出向くケースは年間10回前後で推移。参考データとして2014年7月から1年間の実績を図3に示します。地域全体として在宅看取り率が高く、当番医の活用も比較的頻繁であることがわかります。

図3 1年間の実績例（2014年7月1日～2015年6月30日）

- 合計診療患者数：182名
- 死亡患者数：57名
- 在宅看取り患者数：46人（死亡患者の81%）
- 当番医が診療した回数：8回





### 組織が変化しても仕組みは旧来のまま継続

千葉県匝瑳市は2006年に旧八日市場市と野栄町が合併して誕生しました。これに伴い、旧匝瑳郡光町も入っていた「八日市場市匝瑳郡医師会」から同町の医師が抜け、2008年に「匝瑳医師会」に。さらに2016年には隣接する旭市の旭医師会と合併し、「旭匝瑳医師会」となりました。このように医師会組織は変化していますが、在宅患者24時間支援システムは変わらず継続。旭市民は基幹病院に主治医を持つ人が多いこともあり、システム統合は特に進めていません。



## 3.

### 医師がコミュニティの一員として 地域のお祭りなどでも活躍

これまで紹介してきたシステムの構築、IT化、周辺のルールづくりまで、最初は1人のメンバーとして、その後担当理事となっただかかわってきた旭匝瑳医師会理事は、地元出身で職業や年齢を超えてさまざまな住民と交流しています。地域のお祭りなどにも積極的に参加し、歴史的に医師には免除されてきた自治会役員も経験しています。同医師会には、市内の診療所の2代目、3代目も多く、それ以外の医師もそれぞれが同様にコミュニティの一員として、医療以外の分野でも地域で活躍しています。医師である前に住民としての信頼関係を築いており、これがコミュニティケアの活性化にもつながっています。

### 医療・介護連携も人間関係を重視

人間同士の信頼関係を重視する姿勢は、医療・介護連携でも同様です。たとえば医師とケアマネジャーの連携促進の機会としては、地域包括支援センター主催の「医療と介護の連携会議」などがありますが、匝瑳医師会では、こうした会議の前に飲み会を設定。まずは宴席でとりとめのない会話をし、カラオケでデュエットなどもし、お互いの人間性に触れることで話しやすい雰囲気をつくります。その後、会議を開くと、緊張感がなく、ケアマネジャーも積極的に手を挙げて発言してくれるといいます。

## 行政も交えた「在宅ケアフォーラム」

在宅医と行政の連携の舞台は、1996年から年に1回実施している「在宅ケアフォーラム」が中心です。これは、匝瑳医師会、匝瑳市高齢者支援課、同健康管理課、の3組織が協働し、主導する担当は持ち回りで実施しているもので、20年以上にわたる活動の中で、顔の見える関係づくりも進んでいます。ただし、旭匝瑳医師会「在宅患者24時間支援システム」に対する市からの資金的な援助はありません。千葉県も同様で、行政の支援事業が始まる以前にできた仕組みあることが理由のようですが、今後も医師会の持ち出しで続けるべき活動なのかは、関係者皆で考えていく必要があるそうです。

### 関係機関の役割

#### 医師会

地域の保健・医療・福祉活動に熱心で、在宅医療には特に力を入れています。

#### 市

「在宅ケアフォーラム」の共催など以前から医師会と連携して活動しています。医師会・市ともに多職種協働に積極的です。

### その他の活動情報

- 匝瑳医師会では病診連携・診診連携・コメディカル（訪問看護含む）との連携の場として、1995年より年1回以上「八匝勉強会」を開催。
- 匝瑳医師会在宅ケア委員会では、訪問診療に取り組む若手医師を育てようと同行訪問なども実施。
- 匝瑳市内の訪問看護ステーションは3つ。うち2つが24時間体制。



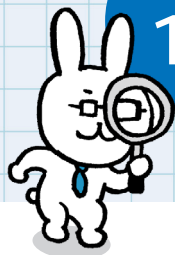
### 地域DATA

#### 〈匝瑳市〉

面積：101.52km<sup>2</sup>  
 人口（2015年国勢調査）：37,261人  
 高齢化率（2015年、65歳以上）：32.00％  
 一般診療所数（2017年10月現在）：22  
 病院数（2017年10月現在）：3







CASE

14

〈東京都〉

豊島区



## 在宅医療連携の歴史は30年以上 国、都の事業を引き継ぎながら 連携体制を充実化

\ 豊島区 のここがすごい! /



### ●昭和時代から続く三師会と行政を核とした連携

1

豊島区は行政も含めた多職種連携の進む地域として知られている。その歴史は在宅難病患者訪問診療事業に着手した1988（昭和63）年頃から続いている

### ●モデル事業を引き継ぎ「豊島区在宅医療連携推進会議」を2010年にスタート

2

東京都から受託した在宅医療ネットワーク推進事業（2008～2009年）を引き継ぎ、2010年に豊島区在宅医療連携推進会議をスタート

### ●耳鼻科と歯科の協働で口腔・嚥下障害を支援

3

内科および耳鼻科医と歯科医の関係が良好で、専門家同士が協働して行う口腔・嚥下障害支援の仕組みを確立



## 1. 昭和時代から進む三師会と行政を核とした連携

豊島区医師会は1988（昭和63）年に在宅難病患者訪問診療事業に着手。豊島区歯科医師会、豊島区薬剤師会はじめ、専門医、保健師、ソーシャルワーカー（SW）、区のヘルパーなど在宅難病患者に必要な職種を巻き込みながら支援体制を整えていきました。この事業をきっかけに多職種連携の土台ができ、難病患者以外の在宅医療・ケアにおいても、その関係が活かされるようになりました。

### 活発な地域連携が評価されモデル事業を受託

こうした活動が高く評価され、東京都のモデル事業「在宅医療ネットワーク推進事業」を受託したのは2008年。手挙げではなく、都に選ばれての受託でした。2年間にわたり三師会を中心に組織した「在宅医療ネットワーク推進会議」を運営しながら、ゴルフコンペや飲み会など、インフォーマルな交流の場も多く設け、連携強化とともに人間としての信頼関係の醸成に努めました。これにより三師会の結束はより強まり、現在まで良好な関係が続いています。

### 在宅難病患者の訪問診療はいまも充実

在宅難病患者訪問診療事業を開始してから30年。この間、在宅医療を取り巻く環境は大きく変化しましたが、豊島区では難病患者の訪問診療をいまもしっかりと続けています。この事業を始めた当時から、難病医療に熱心な医師が活動を牽引。いまではその医師の後継者等が、多職種にも呼びかけて難病患者の支援の輪を広げているのです。「特に重い症例など困ったときには医師会の理事に相談すれば必ず対応してくれます」とは、長く難病患者の支援を続けてきたMSWの言葉。豊島区の在宅難病患者訪問診療事業は、困難の多々あるケースでもチームで支えることで重度な介護や医療処置の多い場合の在宅療養をも可能にすることを検証し、在宅医療に関わる人々の励ましになっている。

## 2.

### モデル事業を引き継ぎ 「在宅医療連携推進会議」を2010年にスタート

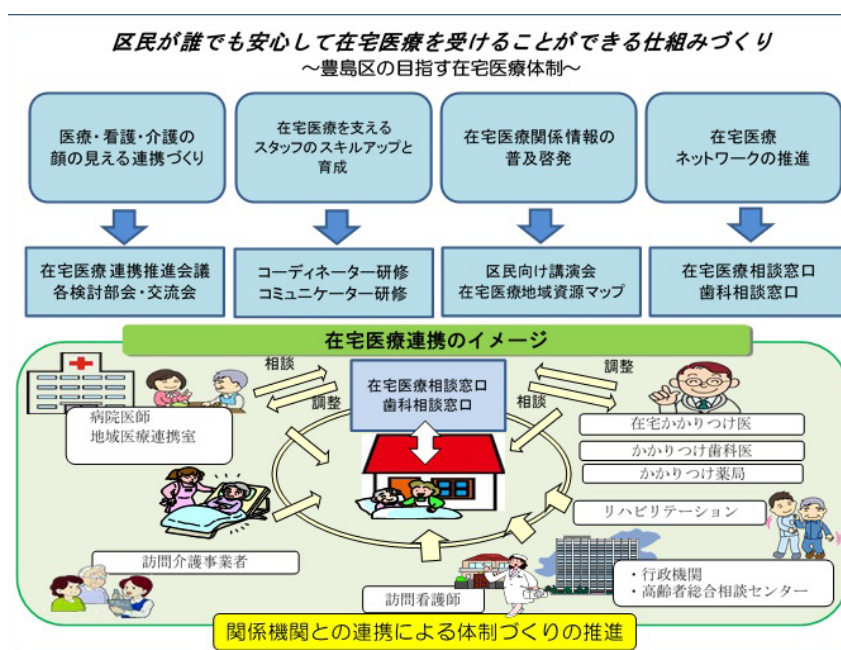
2年間限定だった在宅医療ネットワーク推進事業はその後、豊島区に引き継がれ、2010年、新たに「在宅医療連携推進会議」が設置されました（写真1）。同会議の目的は、区民が安心して受けられる在宅医療の仕組みをつくること。ここで話し合われたことをもとに、さまざまな在宅医療連携に関する取り組みを進めています（図1）。事務局を豊島区保健福祉部地域保健課内に置き、三師会と豊島区の合議により運営しています。

写真1

在宅医療連携推進会議の様子（2018年度第1回会議）。外部のオブザーバーや傍聴者が参加することもある



図1 豊島区が推進する在宅医療連携



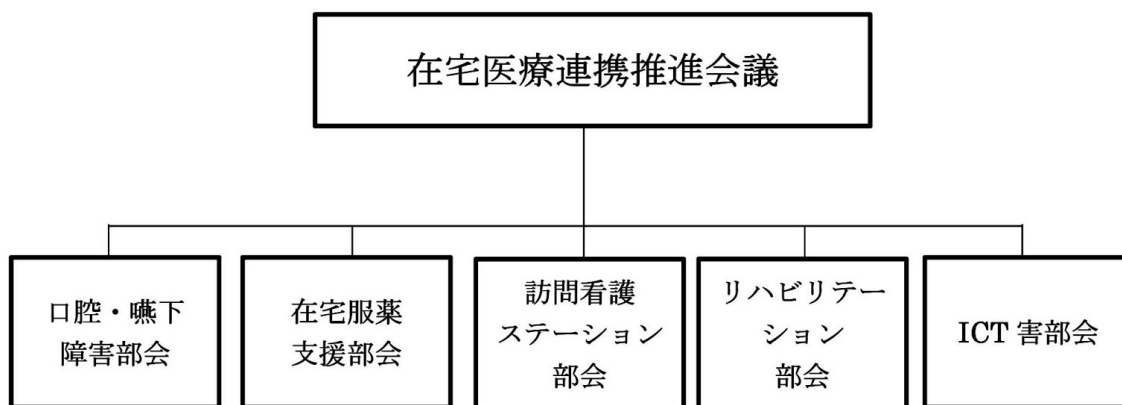
## 多彩なメンバー

在宅医療連携推進会議のメンバーは、三師会、病院、高齢者総合相談センター、訪問看護ステーション、介護事業者、リハビリテーション関係者、区民、行政職員など多彩です。会長は学識経験者で、医療・介護制度に精通しているほか、他地域の活動に関する情報も豊富に持ち合わせており、その知識とノウハウを会議運営に活かしています。毎年初夏の頃に第1回会議を開催し、その年のスケジュールの確認、各専門部会の1年間の予定や課題が報告されます。

## 多職種で組織する5つの専門部会

在宅医療連携推進会議では発足当初から、「口腔・嚥下障害」「在宅服薬支援」「訪問看護ステーション」「リハビリテーション」の4つの部会を組織しています。その後、2014年の第2回会議で「ICT部会」の設置が承認され、部会は計5つになりました(図2)。ICT部会では、豊島区医師会が在宅難病患者訪問診療事業で活用していた非公開型医療介護専用SNS(MCS)を活用した多職種連携ネットワークの構築を進めています。

図2 在宅医療連携推進会議のもとに組織されている5つの専門部会



各部会には、必ず2種以上の職種が入っています。中でもリハビリテーション部会とICT部会にはそれぞれ9職種が所属。部会として活動するだけで多職種連携が推進されます。各部会は全体会議とは別に個別に活動し、人材育成のための在宅同行訪問なども部会活動として実施しています。



## 会議の総意により「豊島区在宅医療相談窓口」を設置

在宅医療連携推進会議発足から2年ほど経った2012年10月、同会議の総意により設置されたのが「豊島区在宅医療相談窓口」です(写真2、3、4)。東京都医療保険政策区市町村包括補助事業として豊島区から豊島区医師会へ委託され、豊島区医師会館(写真5)内の一室に事務所が設けられ、MSW 2名が配置されました。2名はそれぞれ東京と大阪で病院勤務の経験があり、2011年の東日本大震災後は宮城県石巻市で復興支援にあたっていました。そこから急遽、豊島区医師会に呼ばれ、同様の窓口を設置していた他地域の見学などを経て立ち上げに至りました。

現在では在宅医療に関する相談事業だけではなく、さまざまな職種の連携に関わる役割も増えてきた。「在宅療養後方支援病床確保事業」では診療所と区内病院をつなぐ役割や空床情報管理を担っています。また「地域包括ケア病床」の活用支援や、「地域医療・介護ネットワーク構築事業」で行っている包括圏域ごとの多職種連携の会では8カ所それぞれでコアメンバーとなり連携を推進する業務もこなしています。

### 写真2

豊島区在宅医療相談窓口。電話相談が基本だが、ケースによっては面談や訪問にも応じている



### 写真3

豊島区在宅医療相談窓口のスタッフは2名でスタートし2017年に3名に増員(常勤換算2.5名)。右端はMSWの良き相談相手の1人である医師会理事



**写真 4**

JR池袋駅から徒歩5分ほどの場所にある豊島区医師会館。在宅医療連携推進会議も同会館内の会議室で行われている



### 周辺区の大学病院にも周知

開設前には予め豊島区医師会会長など役員経験者で組織する会で趣旨説明を行うなどして理解を得、さらに開設直後からパンフレットや挨拶状を手に、直接、医療・介護・福祉関係機関を回って周知に努めたこともあって順調にスタート。豊島区は大きな病院がないことから、周辺区の大学病院などにも協力を呼びかけました。同窓口では在宅医療に関連する区民からの相談にはすべて応えており、近年の相談支援件数は年間 250 件前後となっています。その後、2014 年 6 月には豊島区歯科医師会が「豊島区歯科相談窓口」を開設。豊島区薬剤師会の「おくすり相談」と合わせて、三師会は相談事業でも連携しています。豊島区在宅医療相談窓口の予算は2年目以降も在宅療養推進区市町村事業、消費税財源の支援制度などを活用し潤沢に割り当てられています。

### 3. 耳鼻科と歯科の協働で口腔・嚥下障害を支援

豊島区が誇る職種を超えた連携の中でも、他地域にあまり類を見ない活動が、耳鼻科と歯科が連携して行っている、在宅患者の口腔・嚥下障害支援です。区内には嚥下障害の在宅診療に熱心に取り組む耳鼻咽喉科の開業医がおり、嚥下障害を訴える在宅患者を喉頭ファイバー持参で往診し、専門的に診断。その後の訪問診療を歯科医師にバトンタッチする仕組みを確立しています。協働のベースには、先に触れたようなインフォーマルな交流も含めて生まれた信頼関係があります。

#### 口腔・嚥下障害部会で多職種が連携

この耳鼻咽喉科医は、在宅医療連携推進会議の口腔・嚥下障害部会の副会長でもあります。同部会には、医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、介護支援専門員、高齢者施設の施設長などが名を連ね、情報を共有しながら、スキルアップのための研修会、実習なども行っています。



#### 年度末の交流会で「来年も頑張ろう！」

これまで紹介した会議や部会活動とは別に、豊島区を幹事とする在宅医療連携のための交流会が毎年、年度末の頃に行われています。参加者は、在宅医療・ケアに携わる専門職、在宅医療連携推進会議の各部会委員、在宅医療コーディネーター研修（その他の活動情報参照）に参加したケアマネジャーなど。講演やデモンストレーションと、その後の懇親会の二部構成で、1年間の振り返りと顔の見える関係の再確認、そして英気を養う機会にもなっています。「来年度も頑張ろう」と励まし合える重要な1日です。





関係機関の  
役割

医師会

この耳鼻咽喉科医は、在宅医療連携推進会議の口腔・嚥下障害部会の副部長でもあります。同部会には、医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、介護支援専門員、高齢者施設の施設長などが名を連ね、情報を共有しながら、スキルアップのための研修会、実習なども行っています。

区

区として目指す在宅医療の姿を明確に示しながら関連事業を推進。各種事業費を上手に使って在宅医療体制づくりに継続的に取り組んでいます。

その他の  
活動情報

- 豊島区在宅医療相談窓口では、開設当初から毎月「豊島区在宅医療相談窓口たより」を発行し関係機関に配布
- 2017年3月、「豊島区在宅医療相談窓口 開設からの軌跡」(A4判 37ページ)を発刊、配布
- 在宅医療を支えるスタッフのスキルアップのため、主にケアマネジャーを対象に「在宅医療コーディネーター研修」を2010年度より実施。2016年度には既受講生を対象に上級編も実施
- 小児在宅医療に関しては現在は準備段階で、小児在宅医療に対応できる医療機関の名簿の作成などを行っている



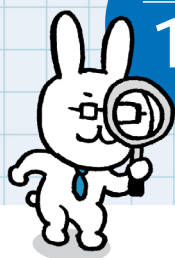
地域  
DATA

〈豊島区〉

面積：13.01km<sup>2</sup>  
 人口(2015年国勢調査)：291,167人  
 高齢化率(2015年、65歳以上)：20.00%  
 一般診療所数(2017年10月現在)：392  
 病院数(2017年10月現在)：14





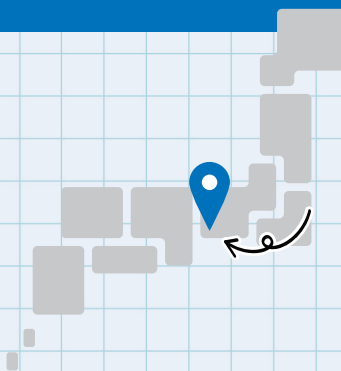


CASE

15

〈愛知県〉

一宮市



## 自分たちのできていない点を受け入れ 改善に向けた取り組みを実直に積み重ねる

＼ **一宮市** のここがすごい! /



- 丁寧に情報収集し、課題を抽出し、実現可能な取り組みを重ねている

1

現状把握を重視し、各種アンケート調査などにより情報収集し課題を抽出。その課題解決のためにいまできることを地道に行い、改善を重ねている

- 医師会事務局が主体的に活動し行政機関まで動かす

2

医療介護連携の推進役となった医師会事務局は、地域資源を集めて地固めを進め、医師会から市への施策提言を実現。連携担当部門の明確化につながった



- 医療・介護資源が豊富で、それぞれが工夫と努力を重ねている

3

一宮市はもともと医療・介護資源が豊富。それぞれが高い意識を持って創意工夫しており、団結することでさらなる力を発揮

1.

丁寧に情報収集し、課題を抽出し、  
実現可能な取り組みを重ねている

愛知県北西部に位置する一宮市は、人口38万人を超える県内有数の都市です（写真1）。同市の地域医療は、会員組織率99%を誇る一宮市医師会が強い使命感を持って

担っています。会員の結束は固く、医療行政に関しては積極的に一宮市に提言を重ねています。その意味で、「行政任せではない医師会」を自称しています（写真2、3）。

一方で、会員一人ひとりの自立もまた進んでいます。在宅医療に関していえば、従来から多くの医師が高い意識とスキルを持って個別に活動しています。在宅医の活動もまた医師会任せではないのです。訪問看護や訪問介護など在宅医療・ケアに取り組む各種事業所も同様で、それぞれが活発に活動しています。

### 写真1

市の中心部に建つ一宮市役所



### 写真2

一宮市医師会館。1階は一宮市休日・夜間急病診療所と一宮市中保健センター、2階には一宮市医師会、一宮市歯科医師会、一宮市薬剤師会の事務局が並ぶ



### 写真3

一宮市医師会館エントランスから中庭を望む。中庭は市民の憩いの場でもある



## 全体としてのまとまりのなさ、在宅看取りの遅れなどを自覚

ただし、地域全体としてのまとまりは、近年までほとんどありませんでした。そんな中、医師会担当理事（以下、担当理事）をはじめ一部の在宅医から「個々バラバラでは将来の超高齢社会を支えられない」との声が少しずつあがるようになり、在宅医療連携拠点事業の通知をきっかけに2013年6月、「地域包括ケア検討委員会」を組織、医師会初の「在宅医療に関する会員意識実態調査」により現状把握に努めたのが在宅医療・介護連携事業に向けた最初の取り組みです。このときは訪問診療や看取り件数、死亡場所の傾向などを分析。地域全体では病院死が多く、看取りを含めた在宅医療は思ったほど進んでいないといった実態を把握し、課題として認識しました。

## 「行政不在」も大きな課題

地域包括ケア検討委員会は、担当理事が音頭をとり、医師会長、在宅医療担当理事、強化型在宅診療医師に加え、一宮市の担当者として高年福祉課職員に参加してもらいました。しかし、いまでこそ密に連携できている同職員も、当時は一貫して「医療のことは知らない」というスタンス。対して在宅医からは「市として何のビジョンもないのか」といった声があがるなど議論はかみ合いませんでした。この時点で医師会は「行政不在」を確認し、これもまた課題と認識しました。初めの半年間の委員会活動で唯一得られた結果は、一宮市が在宅医療連携拠点事業へ手挙げをすることで一蓮托生、という確約だけでした。

なんとか受託した在宅医療連携推進事業は、実務のすべてを医師会が担うかたちになりました。専任担当者となった医師会事務局次長は、医師会に在宅医療のノウハウがなかったことから、担当理事の「とにかく既存の組織や人材の知恵を結集することが先決」との考えのもと、強化型在宅療養支援診療所のグループをはじめ市内3つの組織に協力を呼びかけました。

## 「見える課題」を徹底的に洗い「見えない課題」を抽出

在宅医療に関する会員意識実態調査では、「在宅医療に取り組む意向はあるが実施困難」と感じている会員が2割いることがわかりました。そこで、この2割を主なターゲットに在宅医療の裾野拡大に努めましたが、思うような成果が得られませんでした。しかし、意外な収穫がありました。在宅医の参加が堅調だったのです。このことに気づいた担当者は、理由を把握すべく個別に意見を聴取し、「他の在宅医に関する情報がほしかった」「多職種とのかかわり方がわからなかった」など、在宅医の悩みを理



解しました。担当者はこれを「見えない課題」と呼び、「アンケート調査などで浮かび上がるのは見える課題です。もし見える課題が解決できなくてもすぐに諦めず、しっかり洗うと、潜在的な（見えない）課題が見えてきます。いまでは、この見えない課題までたどり着いてはじめて課題抽出といえるのだと考えています」と話します。



### 上半期の地道な活動がターニングポイントに

認識のずれから何かにつけ対立が生じてしまう状況を改善し、建設的な議論の場をつくりたいと考えた担当者は、事業の上半期（2014年1～8月）が終わるまでに、在宅医療の実践者を一人ひとり訪ねて意見を聞いたり、それをもとに在宅医療担当理事と話し合っ善後策を講じたりして改善を重ねていきました。「この間に無理矢理事業を進めるのではなく、多様な意見に耳を傾けたことで現状と課題が把握でき、その後の事業を適切に進めることにつながりました。上半期はまさにターニングポイントでした」と担当者は振り返ります。



## 2.

### 医師会事務局が主体的に活動し 行政機関まで動かす

さまざまな苦労を経て下半期（2014年9～2015年3月）になると、少しずつ成果が出始めます。この時期の代表的な大きな動きとして一宮市への施策提言があります。活動初期に行政不在を確認した医師会内に「いずれ行政を動かさなければ」という意識が生まれ、検討を重ねた結果、2014年12月、医師会長から市長（医師）へ直接、提言書を渡しました。提言の主な内容は図1の通りです。

図1

「在宅医療・介護連携のための提言」の概要

#### 1. 患者・家族を支える環境づくり

- 医療・介護の総合的な相談窓口の設置
- 在宅療養や終末期への理解を深める市民啓発の推進

#### 2. 在宅療養を支える体制づくり

- 医療・介護の多職種代表による協議会の設立
- 医療連携の更なる推進（サポートセンター事業との協調）
- 介護資源の有効活用

#### 3. 施策遂行を支える組織づくり

- 地域包括ケア・医療介護連携推進のための部署の新設



## 行政組織が変わった！

市長に提言を渡した翌春、一宮市高年福祉課は再編され、医療介護連携事業の担当課が明確になりました。在宅医療連携拠点事業は、2015年4月には在宅医療・介護連携推進事業に移行しましたが、基礎固めができていたことから、その後は大きな問題はなく、ア〜クの事業を市と医師会が役割分担して着々と進めています（写真4）。

写真4

連携して事業を進める各機関・職能団体対表の皆さん



## 3.

### 医療・介護資源が豊富で それぞれが工夫と努力を重ねている

一宮市はもともと地域の医療・介護資源が豊富です。それが、在宅医療・介護連携推進事業に取り組んだことにより、さらに充実してきています。事業開始2年目からは、「在宅医の裾野拡大」の方向性を切り替え、「在宅医の悩みに応える企画」に注力。結果として在宅医療の充実につながっています。訪問診療実績は、2014年の年間3万2000回から、2017年の4万3000回に増加。また、訪問看護ステーションは事業開始前の20から36まで大幅に増加しています。給付ベースで見ると2倍以上の伸び。訪問看護への理解が進み、ニーズが高まっていることの表れです。

### 事業を通して点から面に

地域資源の調整機能を設け、介入のポイントを絞り、連携しやすい環境づくりにも努めました。特に重視したのは、①情報共有、②関係構築、③体制整備の3つ。介入の成果を図2に示します。





### 成功体験を重ねる

医師を交えない多職種グループで作成したアセスメントシートが広く地域に受け入れられたことは、貴重な成功体験となりました。これを機に、同様に多職種による会議体を組織し、課題解決にあたるが増えました。このように成功体験を重ねることは、事業を進めるうえでとても重要です。できることを積み重ねること、それが事業の継続につながるのです。



### 連携の課題、対応、今後の展開を一覧表示

一宮市では、2013年からかかわっている有識者のアドバイスもあり、随時実態把握を行い、目指す方向性を示し、活動を計画し、取り組み、評価をして、また新たな活動に向かうという活動がいまも地道に展開されています。2018年3月には在宅医療・介護連携に関する課題と対応状況をカテゴリ別の一覧表にまとめました(図4)。2016年に市内約500の関連機関すべてに調査シートを配布し、539人から寄せられた約1300のコメントを集約したもので、抽出された課題は35項目。うち半数は在宅医療・介護連携事業により対応し、一部は今後の見通しも立っています。しかし、結果が得られず継続が必要なもの、変更の必要なものも多く残っています。未だ未対応の13項目についても関係者で知恵を出し合い、解決していく予定です。



図4 在宅医療、医療介護連携の課題および対応状況（一宮市医師会）

在宅医療、医療介護連携の課題および対応状況（一宮市医師会）						
平成30年3月22日 第5回在宅医療推進ワーキンググループ						
カテゴリ	No	課題・意見	事業内容	対応進捗状況・結果	今後の対応・新たな課題	No
在宅医療人	1	在宅を行う時間・体力・人財がない	【027】 第1回在宅セミナー「私にもできる！在宅医療」 【027】 訪問診療研修	在宅医療は工夫次第で行えることを伝えたかったが、再三の奨励にも新規希望者の参加が薄	新規参加人数よりも在宅医の増進改善やサポートに当座注力	1
	2	専門医として在宅に関わるイメージが低い		未対応	?	2
連携（診療）	3	在宅医の連携推進と医師会・地域単位、医療従事者間で連携が、当番制など		未対応	?	3
	4	在宅医療に合う診療報酬ルール整備		未対応	?	4
連携（医療介護）	5	在宅医との連携が定常	【025】 主治医・ケアマネジャーAN 連絡簿	市内全医師に届いていない	周知を行う	5
	6	救急搬送時の対応が長い、帰り時間の見直しが必要、対応も申し送りしなくてはならない	【025】 救急患者基本情報シート	市内全医師に届いていない	周知を行う	6
入院	7					7
	8	入院後、患者情報を早く送ってほしい	【026】 一宮市地域連携アセスメントシート	人等や介護事業者からの入院診療情報提供が少ない	人等への利用拡大を推進	8
	9	入院後、かかりつけ医の紹介状を送ってほしい		未対応	?	9
	10	入院後、訪問サマリーを早く送ってほしい		未対応	?	10
	11	入院直後の患者状態が実際に確認してほしい		未対応	?	11
退院	12	入院後の情報提供が、首尾よく送られてほしい	【026】 一宮市地域連携アセスメントシート	市多職種連携研修・研修資料で問題共有	シート基に院内窓口掲載、研修資料で院内研修開催	12
	13	在宅医を探すが大変	【026】 在宅紹介システム	紹介16件、病院以外の紹介依頼にも対応改善中	在宅医リスト更新、病院以外への紹介依頼内容への再周知	13
	14	病院からの退院連絡が早い、退院サマリーの提供がない		未対応	?	14
	15	ケアマネから事業所への退院連絡が遅い、ケアマネから事業所にサマリーが送られていない		未対応	?	15
	16	退院調整が退院前になることがある		未対応	?	16
	17	退院調整を早く開始してほしい		未対応	?	17
	18	病院でカンファレンスが開催されたいとある		未対応	?	18
	19	カンファレンスに在宅医が参加してほしい		未対応	?	19
	20	カンファレンスに在宅医を呼び出す必要がある		未対応	?	20
	21	施設に入居患者の在宅や再入院にしたい		未対応	?	21
	22	病院スタッフが在宅医療を理解してほしい	【028-29】 病院での在宅医療推進研修会	14件の院内研修で実施	研修内容を希望する声あり	22
	入所	23	施設入居の調整がスムーズにいかない	【028】 一宮市介護サービス共同研修会	すべての事業所に行き届いていない	周知を行う
24		在宅を希望した患者情報	【027】 まさきネット一宮	028(11) 移住相談162、患者相談125、移住1件相談		24
25		紹介状の内容が不十分、字が読めない		未対応	?	25
26		看護サマリーの作成が不十分、様式統一してほしい		研修資料で検討・発行準備中	研修資料検討後、市内共通様式化の病院医師会が関与する可能性あり	26
情報共有	27	訪問・リハ指示書を詳細に記載してほしい		未対応	?	27
	28	どの施設が在宅や地域に詳しいのか分からない	【027】 医師会ホームページ掲載検索機能 【028】 足尾内科医局在宅医療施設検索 【028】 専門医の在宅診療に関する患者対応状況調査	【027】 医師会ホームページ掲載検索機能 【028】 足尾内科医局在宅医療施設検索 【028】 専門医の在宅診療に関する患者対応状況調査	【027】 医師会ホームページ掲載検索機能 【028】 足尾内科医局在宅医療施設検索 【028】 専門医の在宅診療に関する患者対応状況調査	28
	29	家族との連携強化や対応が難しい	【027】 第2回セミナー「在宅ケアにおける家族支援」		?	29
資質向上	30	再発患者の看護や発生原因を知りたい	【028】 第3回セミナー「エンドオブライフケアと臨終ケア」		?	30
	31	意思決定支援ツールを知りたい	【028】 第6回セミナー「ACPと意思決定支援」		?	31
機器・材料	32	最新の医療機器や材料に触れたい	【028】 第4回セミナー「在宅医療・介護用品フェア」	12日より在宅医療機器・介護用品を紹介	市内全医師や介護士を呼び出してほしい 病院スタッフが巻き込んでほしい	32
	33	余剰在庫対策のため地域で共同購入してほしい	【027】 第1回医療材料分譲会ナランを医師会常会と連携		?	33
	34	病院、在宅で材料の種類や数量が違う、基準がほしい		未対応	?	34
診療報酬	35	診療報酬の算定方法が分からない	【028】 第3回セミナー「在宅医療診療報酬算定説明会」	H24.4在宅医療診療算定内容が有効	?	35

関係機関の役割

**医師会** 地域医療の担い手としての使命感が強く、医療に関する取り組みのほぼすべてでリーダーシップをとっています。会員数は約600名。うち開業医は約240名で、この半数が在宅医療に取り組んでいます。

**市** 医療・介護連携の担当部署を設置し、医師会と協力しながら事業を進めています。

その他の活動情報

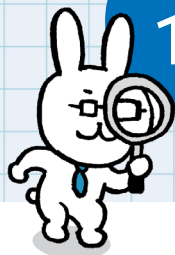
- 在宅医療連携拠点事業を受託した2014年に「訪問看護ステーション連絡協議会」が発足。
- 一宮市には、地域づくりをともに進める町内会の連合体である連区という区域が23区あり、住民啓発などはこの連区単位でも実施。
- 指定居宅介護支援または指定介護予防支援を実施している事業所の団体「ケアマネT一宮」は2001年発足。入会率は97%。
- 「ケアマネT一宮」と「一宮SW連絡会」では、入退院におけるケアマネジャーと医療機関の連携強化を目指し、対象をケアマネジャー（管理者など）とMSWに絞った研修を実施。

**地域 DATA**

〈一宮市〉  
面積：113.82km<sup>2</sup>  
人口（2015年国勢調査）：380,868人  
高齢化率（2015年、65歳以上）：25.70%  
一般診療所数（2017年10月現在）：207  
病院数（2017年10月現在）：16







CASE

16

〈千葉県〉

市原市



## 関係機関と連携してKDBデータを分析 実態に基づく確かな事業展開を目指す

＼ 市原市 のここがすごい! /



- 厚生労働省の手引きに則り  
在宅医療・介護連携推進事業を計画的に展開

1

在宅医療・介護連携への本格的な取り組みは国の事業が始まってからだったものの、手引きに沿うことで無理なく着々と推進している

- 医療・介護レセプト分析を活用し自らの立ち位置を可視化

2

厚生労働統計協会の調査研究に協力し、その結果を活用して、地域の現状を正確なデータとして関係者間で共有

- 基幹病院の副院長が医師会長として地域医療を牽引

3

市原市医師会は、大学病院の副院長が会長を務める全国的にも希少な例で、市内の医療連携や仕組みづくりにおいて力を発揮している



1.

### 厚生労働省の手引きに則り 在宅医療・介護連携推進事業を計画的に展開

市町村合併を経て現在の市原市ができたのは1967年です。東京湾に面した京浜工業地帯から、房総半島中部の山間部まで含む同市の面積は約370 km<sup>2</sup>で県内市町村中最

大。政令指定都市である千葉市と並び、単独で1つの二次保健医療圏を形成しています。日常生活圏域は18圏域、地域包括支援センターは6つあります。

### 意見交換会、全体会議、3つの部会を段階的に組織

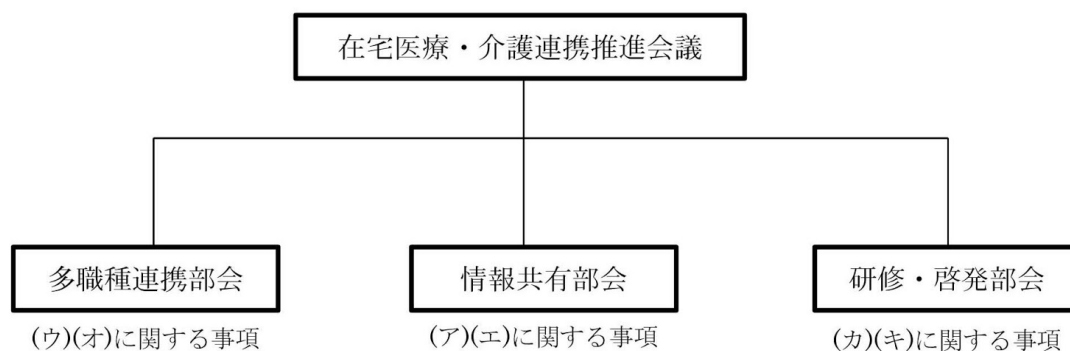
市原市が在宅医療・介護連携推進にかかわる事業に本格的に取り組み始めたのは2015年にスタートした在宅医療・介護連携推進事業がきっかけでした。それに先がけ2014年度には「医療と介護の連携に係る意見交換会」を実施し、続いて2015年に3師会はじめ医療・介護関連15団体で構成する「市原市医療・介護連携推進会議」を組織。さらに2016年には同会議の下に、同推進会議の委員の他に構成団体が推薦するメンバーからなる「多職種連携部会」「情報共有部会」「研修・啓発部会」の3つの部会を設置しました。これらは2015年3月に厚生労働省が公表した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」に則り段階的に進められてきました。

### ア〜クを部会で分担し効率的に推進

3つの部会は、当初から図1のごとく8事業に沿って役割分担しています。なお、(イ)については全体に共通する事項として全体会議で検討・推進。(ク)については1市1医療圏という状況から(イ)に含めるかたちで進めましたが、他の市町村との情報交換などは行っています。2017年度は年間のテーマを「退院支援に重点を置いた医療と介護の提供体制の構築」と設定し、推進会議を2回、部会をそれぞれ2〜3回実施し、効率的に事業を推進しています。



図1 医療・介護連携推進のための組織



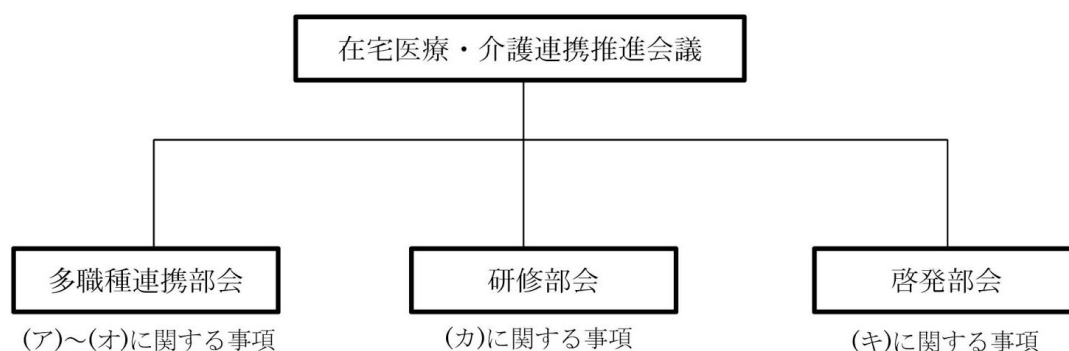
## 脳卒中関連のモデル事業をベースにルールづくり

年間テーマとした退院支援に関して市原市では、2014～2016年度の3年間に、千葉県のモデル事業であった「脳卒中患者退院時支援事業」を、千葉県医師会が受託し、市原市医師会主導で「市原保健医療圏域退院支援ルール」を策定していました。入院前にケアマネジャーのいる患者、いない患者、それぞれについて退院支援ルールを定めたもので、2017年度にはこのルールをベースに、脳卒中患者以外にも対応する入退院支援の仕組みづくりを行いました。具体的には、県内共通のツールである「千葉県地域生活連携シート」を使って情報共有します。同シートを活用した退院支援ルールについては、市原地域リハビリテーション広域支援センターと連携し研修会を実施。講義形式の研修会に加え、同センターが毎月開いている会合、「ちーき会」とのコラボレーションにより多職種を集めたグループワークなども行って、さらなる普及・活用を図りました。

## 組織再編して取り組みを深化

2017年度までの取り組みをさらに深めるべく、2018年度には年間テーマ、「地域における在宅療養中の患者・利用者への切れ目のない支援体制の構築に向けて」を定め、前述した3つの部会の再編成を行いました(図2)。これにより情報共有部会の活動は多職種連携部会に一体化。新たに「啓発部会」を設置して地域住民への普及啓発に力を入れ始めています。このように市原市では、具体的テーマに沿って、既存の資源を活用しながら組織づくりや取り組みを進め、活動を振り返っては現状に合わせて改善し、次の取り組みにつなげるという手法で、着々と在宅医療・介護の連携体制づくりを進めています。

図2 再編後の組織編成



## 2.

### 医療・介護レセプト分析を活用し 自らの立ち位置を可視化

市原市の事業の進め方は、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」が示す、PDCAサイクルの実践にほかなりません。このPDCAサイクルを回し続けるために欠かせないのが、課題把握や施策検討の材料となるデータです。正確なデータの収集・分析についてはまだ実践できていない市町村が多いとされていますが、市原市では、KDB（国保データベース）データを分析することで、地域住民がどのような医療機関・介護事業所を利用しているか、日常生活圏域ごとにその利用人数などに差があるか、医療サービス、介護サービスの充実度はどうか、といったことを具体的に把握しています。県内市町村の状況を比較できる図もテーマごとに示されているので、自らの立ち位置が一目でわかります。

#### 高齢者人口の動向や地域特性から市原市が調査対象に

こうしたデータ分析を実際に行ったのは、厚生労働統計協会です。同協会は、在宅医療・介護連携推進事業をより効率的に進めるためにもデータ活用を手順として示すことが有用と考え、2017年5月～2018年3月の10カ月間に市原市をフィールドとして医療・介護レセプト分析、医療・介護関係者へのヒアリング、最終アウトカムと施策・指標マップなどについて調査研究を行いました。首都圏にあって高齢者人口の増加が今後大きくなると見込まれるものの医療・介護連携推進がまだ進んでいなかったこと、日常生活圏域によって産業や人口密度が大きく異なること、前述した通り1市1医療圏であることなどが、市原市が調査フィールドに選ばれた背景にあります。

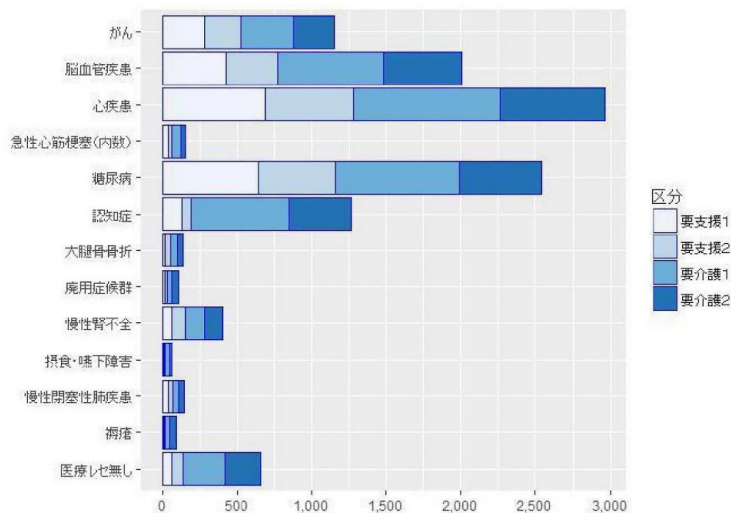
#### 調査研究データを積極的に活用

市原市はこの調査研究に積極的に協力し、得られたデータを施策検討において活用し始めています。たとえば「市原保健医療圏退院支援ルール」を脳卒中患者以外にも広げようとする際には、疾病別患者数を、要介護度が軽度なグループと中重度なグループに分けてまとめたデータを参考にしました（[図3](#)）。前者では特に糖尿病患者が多く、後者では特に認知症が多いといった要介護者の疾病動向を関係者が把握、共有するのに役立っています。2018年7月には、千葉市内で開かれた報告会でデータ活用の状況などについて発表し、他の自治体への情報提供にもつなげています。同報告会では相談コーナーも設けられ、多くの参加者が利用しました（[写真1、2](#)）。

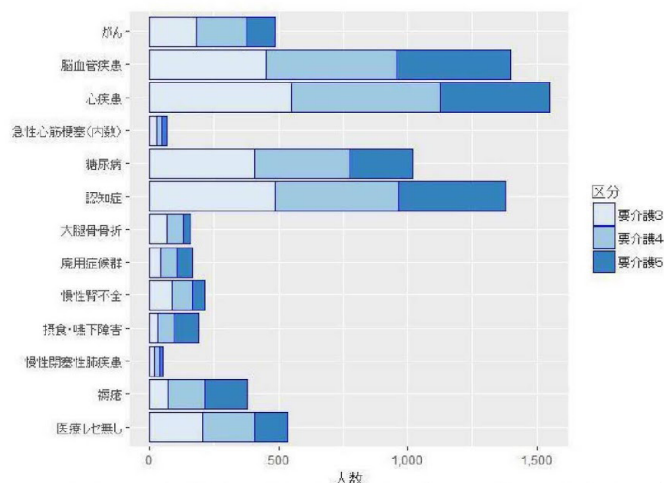


図3

市原市の取り組みで実際に活用されたKDBデータ分析結果の一例：疾患別患者数  
(上：要介護度軽度、下：要介護度中重度)



軽度な要支援、要介護度の疾患別患者数 (KDBデータ分析結果)



中・重度な要介護度の疾患別患者数 (KDBデータ分析結果)

(\*)集計データについての説明：市原市の国保または後期高齢者の1か月分の医療レセプトが対象。それぞれの傷病名を含むレセプトのある人を集計（複数の傷病の場合は、それぞれの傷病を持つ人として重複して集計した人数を示す）。



写真1

2018年7月、千葉市内で開かれた「在宅医療・介護連携に係るデータ分析結果 市町村報告会」で市原市の取り組みを発表する市原市保健福祉部長



写真2

市町村報告会会場に設けられた相談コーナー



**調査研究委員会を組織しデータ活用手順書を作成**

データ活用にあたっては、市原市、市原市医師会、千葉県、千葉大学、千葉県医師会、医療・介護関係の有識者メンバーによる調査研究委員会（9名）および作業部会（4名）を組織。集まったデータをもとにここでアウトカム指標、PDCAのための手順などの検討・確認や各種集計が行われ、最終的には『在宅医療・介護連携を推進するためのデータ活用手順書』としてまとめられました。調査委員会委員長を務めた千葉大学医学部教授は、「在宅医療・介護連携の先進地域ではない市原市の取り組みだからこそ、全国の多くの市町村の参考になるはず。手順書は、データ分析に不慣れな自治体でも適切に調査研究を進めることができ、その結果を施策につなげていけるようにキット化したものです。ぜひ活用していただきたい」と話しています。



### 3. 基幹病院の副院長が医師会長として 地域医療を牽引

2018年10月現在、市原市医師会の会長は、地域救命救急センター、がん診療連携協力病院、災害拠点病院などに認定されている帝京大学ちば総合医療センターの副院長が務めています。同医師会長は、「急性期病院、しかも大学病院出身の医師会長として、行政との強い連携を持ちながら急性期病院目線で取り組むことができるのは大きなメリットと考えています」と話します。

市原市医師会にとっての喫緊の課題は、地域医療構想を推進させることと、「ほぼ在宅、ときどき入院」という地域包括ケアの根幹を実現させていくこと、との認識で、日々の活動を進めています。

#### 関係機関の 役割

##### 医師会

包括的な医療体制を確立すべく、関係機関と連携し、仕組みづくりを進めています。

##### 市

国の事業に沿うかたちで在宅医療・介護連携体制づくりに熱意をもって取り組んでいます。

#### その他の 活動情報

市原市医師会の会員の中で24時間体制の在宅医療に取り組む診療所は2カ所。在宅医療部会もつくれずにいたが、今回のデータ分析をきっかけに部会が立ち上がり活動を開始。



#### 地域 DATA

##### 〈市原市〉

面積：368.17km<sup>2</sup>  
 人口（2015年国勢調査）：274,656人  
 高齢化率（2015年、65歳以上）：26.20％  
 一般診療所数（2017年10月現在）：118  
 病院数（2017年10月現在）：13

