

## **第4章 自治体における先進的な取組事例調査**



## 第4章 自治体における先進的な取組事例調査

### 1 東京都世田谷区

#### (1) 取組の背景

東京都世田谷区は人口約87万7千人の都市である(平成22年国勢調査)。高齢化率19.7%、5人に一人が高齢者であり、中でも後期高齢者の割合は全国と比べても高く、約50%となっている。こうした中、在宅介護には従来から力を入れてきた。

区内の特別養護老人ホーム(以下、特養)は現在18施設、定員約1,300名、待機者は約2,300名である(要介護1~3を含む)。区では従来、特養よりも在宅を優先していたが、最近では国有地・所有地を借りて大規模特養の整備を進めるなど、特養の整備にも取り組んでいる。一方で、小規模特養は収益の面で参入業者が見当たらないのが現状である。

区内には総合支所が5か所、出張所・まちづくりセンター(日常生活圏)が27か所あり、この27か所の各拠点に地域包括支援センター(一次相談窓口)がある。平均すると人口3万2~3,000人に1か所の計算となる。ただし、実際にはばらつきがあり人口5~6万人に1か所あるいは人口1万数千人に1か所のセンターもある。

地域包括ケアシステムについて、国は主に高齢者を対象としているが、区では障がい者、子どもも含めて取り組んでいる。

#### (2) 取組の経緯

世田谷区における地域包括ケアシステムの柱となるのが、医療連携推進協議会(以下、「協議会」という。)である。世田谷区では、医療と福祉の連携には早くから取り組んできた。協議会はその具体的な取組の一つであり、平成18年度の医療制度改革を契機に、受け皿としての在宅支援の仕組みを整えるため、平成19年度に立ち上げたものである。

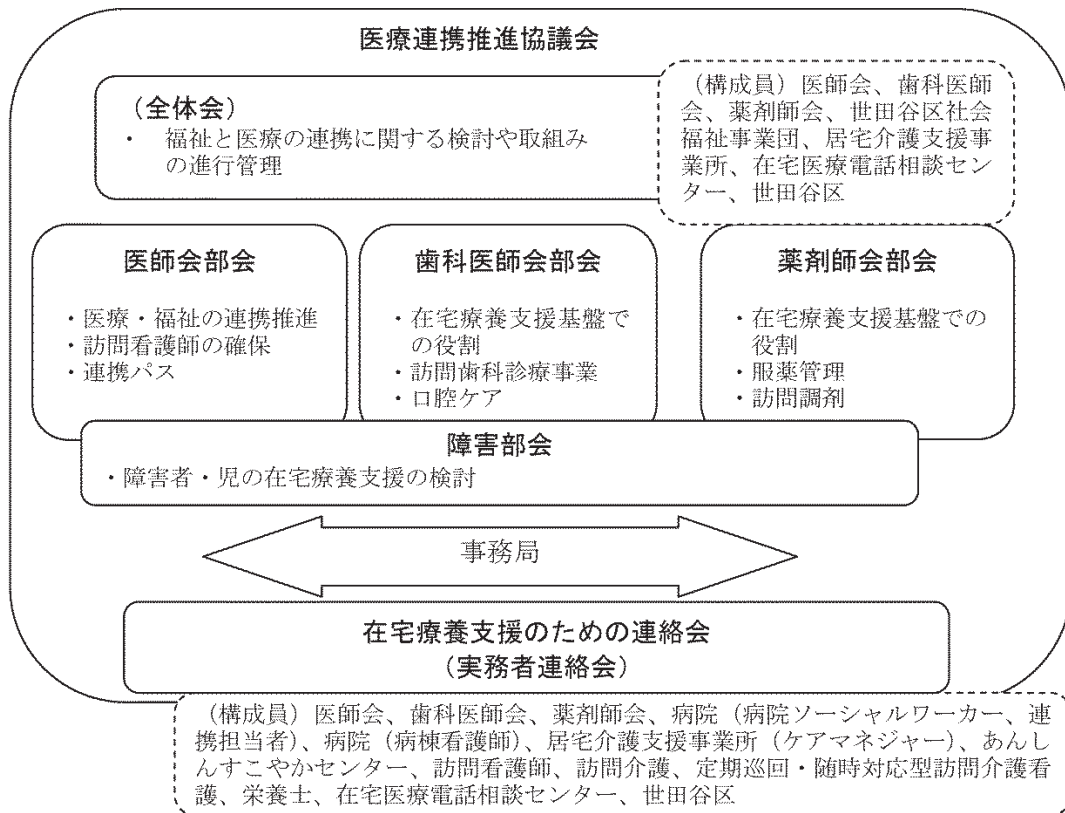
当初の構成メンバーは医師会、社会福祉事業団、区(事務局)であった。当時は、現状を本音で語り合う場とするため、比較的限られた範囲でのスタートとした。その後、平成20年度に歯科医師会、21年度に薬剤師会、22年度にはケアマネジャー連絡会が参加した。リハビリテーション関係の職種の参加は今後の課題である。

#### (3) 協議会

現在、協議会には全体会と部会があり、全体会は年1回、部会はテーマごとに集中して、年3~4回程度開催している。協議会に関する区の担当部署は保健福祉部の計画調整課となっているが、必要に応じて関係する担当部署も協力している。全体として行政主導の取組といえる。

また「職種別の会が多いが横の連携が乏しい」という指摘を受け、協議会とは別に、より幅広い構成メンバーからなる「在宅医療支援のための連絡会(以下、「実務者連絡会」という。)」を立ち上げ、全体としては図のような体制となっている。

○ 医療連携推進協議会の構成



なお、実務者連絡会は区で呼びかけを行い、参加者の協力で運営する形をとっている。ただし、最近ではマンネリ化も指摘されており、今後は協議会（全体会）への統合も視野に検討を続けているところである。

地域包括支援センターで開催する地域ケア会議については、今ある会議の中に地域ケア会議の機能を持たせることで拡充していくこととし、今以上には増やさない方針をとっている。

**(4) 医療と介護の連携シート**

①経緯

世田谷区では、医療介護連携を進めるための仕組みとして、独自の「医療と介護の連携シート（以下、「連携シート」という。）」を用意している。従来、在宅医療側の体制づくりや情報共有が難しかったことから、ルールづくりの必要性を訴えるケアマネジャーの声が契機となり作成を開始した。

当初は「病院から円滑に退院する手順」の検証を想定して退院支援のモデル事業を実施したが、「ケアマネジャーが顔の見える関係づくりをするのが難しい」という声に応えるため、多職種が集まった検討会（公募・20名）で作成した。

## ②内容

連携シートの様式は国とは異なる独自のものであり、以下の3種類がある。

1. 入院時／退院・退所情報
2. 主治医・ケアマネジャー連絡票
3. 外来主治医あて連絡票

※上記「3」は大病院等で、医師が患者の生活を知らないような場合に、カルテに挟んで活用してもらうことを想定したもの

## ③特徴

連携シートは「標準様式」の位置付けであり、区では、各団体を通じて普及を図り、区内ではなるべく使ってもらうよう努めている。ただし、各機関で独自に使いやすいフォーマットを作成している場合もあるため、そちらを使用することも妨げていない。

内容については、多数の意見を取り入れた結果、どうしても「最大公約数」的なものとなっており、問題点については、使いながら検証・改善していくこととしている。

実際には、在宅医療に携わる医師は電話連絡が中心、外来中心の医師はFAXが中心、といった棲み分けがあり、電話・連携シート・訪問をうまく組み合わせることが肝要である。また、連携シートがあるからといって、いきなり送りつけるのではなく、日頃のコミュニケーションが大切であるという点では、関係者の意見は一致している。

なお、地域包括支援センターと医師との連携シートとしても活用されており、地域包括支援センターは情報共有が必須なため、なくてはならないものとなっている。

## ④効果

### ・ケアマネジャーに対する支援効果

ケアマネジャーにとって、医師を相手にするのは「敷居が高い」ので、区が作成・実施している連絡シートを使うとやりやすく、また中身も使いやすいと好評である。ただし、ケアマネジャーと医師とでは温度差もある。

区は、病院とケアマネジャーが連携して対象者の退院を支援する上では、連携シートを通じてフローをルール化し活用することは意味があると考えている。その点において、連携シートはケアマネジャーが医療機関を相手に仕事をする上で、有効な支援ツールとなっている。さらに、相手先となる病院（又は医療圏）が固定されている環境下では、連絡シートの情報が蓄積されていくので、連絡シートのもつ効果は高いと考えられる。

### ・都市の事情を背景とした効果

入院時に関して基本となるのは、家族や医療機関が持つ情報（紹介状を含む）である。しかし、家族の役割が弱く家族が知らない情報が多い場合や、かかりつけ医がいない場合などがあり、その場合にも連絡シートは役に立つ。これには、独居老人や老

老介護が多く、世帯人数が2人未満、あるいは民生委員にも人員不足で欠員が出るといった「都市の事情」も背景にある。また、複数の医療機関にかかっている、それぞれ薬を処方されている人が入院するときなどは効果が高い。

退院時の情報が得られることは、予め必要なサービスの想定ができるので大きな意味がある。

#### ⑤その他

連携シートの利用で診療報酬が発生する場合があるが、その点に関しては制度を作るときに議論を尽くしたのでトラブルは発生していない。連携シートの個人情報の取扱いについては、基本的にはケアマネジャー等と本人の契約時の同意に基づいて、取り扱うこととしている。

### (5) その他の取組

#### ①チェックシートの作成

区では、これまで挙げた取組のほかに「口腔ケアチェックシート」「栄養管理チェックシート」を作成している。

口腔ケアチェックシートは、区のケアマネジャーの基本方針として「口腔ケアが大切」と掲げていることから、チェックシートを作成して啓発を図っているものである。現在、ホームページからのダウンロードのほか、行事等の際には紙で配付している。また、ケアマネジャーにも配布しているが、活用度は連携シートの1/3程度で、今後の普及拡大はケアマネジャーによる活用が大きいと考えられる。

栄養管理については、区内で「誰もやっていない」状態（事業者がない）であることから、事業者を発掘・育成する取組の中でチェックシートを作成した。これを基に連絡があれば、栄養士の派遣、ケアマネジャーへの連絡といったアクションをとることとなっている。こちらは、印刷してイベント等で配布したり、保健所に置いたりしている。

#### ②在宅医療電話相談センター

区では「在宅医療電話相談センター」を運営している。資源（病院）、金額、雰囲気などをデータベース化（非公開）し、相談内容に応じて情報提供している。隣接区市以外の地域にも施設訪問し、情報の拡充に努めている。これに関連して、医療相談の事例集を作成し、簡単な医療知識（例：リハビリの診療報酬、要支援・要介護の区分など）を提供している。

#### ③その他

ケアマネジャー向けの医療研修、多職種の交流会・連絡会、在宅医療の知識を区民に広めるためのシンポジウムなどを開催している。

## (6) 人材育成

### ①看護師

在宅支援では、人材の育成が大きな問題となっている。福祉人材、特に正看護師は不足しているため、区では「潜在看護師」の現役復帰の取組をしている。具体的には、PR、呼びかけ、実習などの実施である。

最近では小規模の訪問看護ステーションも増えているが、ステーション自体が看護師の定員割れを起こしており、何十人という単位で不足している。潜在看護師等からは保育所への優先入所に関する要望が強いが、看護師だけを優遇できないので今後の課題である。

### ②ヘルパー等

ヘルパー初級（旧2級）を増やす取組として、研修費用の助成をしている。平均8万円かかると想定し、うち9割を助成する。修了後3か月以内に就業し、3か月継続勤務することが条件である。この仕組みは年間100～140名の利用があり、1年後の追跡調査では8～9割が区内で継続勤務していることから、助成の効果が認められる。

一方で現役のヘルパーに関しては、外部の研修に参加した際、本来の職務を離れる間の時給(1,000円)を区が支給する仕組みがある。情報共有とスキルアップを通じて、全体の質の向上を図る取組の一環である。

また、ヘルパーに対しては医療的ケア（オストメイト等）の研修を実施している。例えば、痰吸引の研修等は、本来は都道府県が実施するものであるが、区でも実施できるよう来年度に向けて調整を進めている。

このほか、特養職員のスキルアップを図るための補助金もある。また、社会福祉事業団に委託して、ケアマネジャーのリーダー養成研修、キャリアアップ研修、定着に向けた研修などを実施している。

現在、福祉人材の定義を区としてまとめ、計画又は方針に盛り込むよう準備しており、上記研修等にも反映する予定である。

## (7) 在宅医療の状況

世田谷区内の在宅医療の状況を在宅療養支援診療所の施設数で見ると、平成19年が95に対し平成25年が128であり、機能強化型約35施設（増加分の施設が多い）に関しては熱心に取り組んでいるといえる。諸事情から実用的なリストづくりは難しいが、公開情報とはせず、相談対応等で実質的に活用するような方策を模索中である。

最近では、実際に活動を行っている在宅医が医師会の在宅担当理事に就いたことから在宅医療推進の取組が進んでいる。現在、区の部課長級と医師会の会長・副会長で年2回程度懇談会を行い、行政も在宅医療に関する取組を進めるよう取り組んでいる。一方で、医師会内にも専門の検討委員会が立ち上がるなど、考え方も前向きになってきている。

区では、何でも行政が中心となって取り組むだけではなく、医師会の自発的な取組を促すことも大切と考えている。

## **(8) 課題**

### **①世田谷の固有事情**

世田谷区固有の事情として、二次医療圏（渋谷区・目黒区・世田谷区で構成）を意識する必要がある。区内では病床数が不足しているが、一方で計画数には達しているため新規病院の計画はない。二次医療圏内に入院するのは区民の入院患者の約 44%に当たる。したがって、医療福祉連携に関しても区内のみでなく二次医療圏や他の隣接区も視野に含める必要がでてくる可能性があり、この点が課題となっている。

また、急性期の患者を受け入れるためのベッドを確保するためにも、在宅で支える仕組みが必須である。区では、身近な地域で、インフォーマルな仕組みを含めて考えているという。

### **②協議会の課題**

先述のとおり、薬剤師会も協議会に参加している。ただし、薬剤師の事業規模の関係から、そもそも薬剤師会への加入率は 50%程度であり、課題が残る。また、歯科衛生士、理学療法士等の参加は今後の課題である。

## **(9) 展望**

世田谷区では現在、民間が撤退した都立梅ヶ丘病院跡地において、医療福祉関連の拠点整備を進めている。この拠点には、福祉人材育成・研修センター、医師会、老健、障がい、初期救急、保健センター等が入る予定となっている。

今後の役割分担としては、地域人材の研修は社会福祉協議会等、事業者や区職員の研修は区を想定している。このほか、平成 26 年度からの生活支援事業に関する受け皿として、社会福祉協議会、シルバー人材センター等を検討している。



資料：医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）

〇〇病院医療相談室 ●●様		記入例	
医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）			世田谷区標準様式(改定版)
ふりがな	せたがや たろう	性別	生 年 月 日
利用者氏名	世田谷 太郎	（男・女）	大正 3 年 10 月 1 日（100 歳）
手術	無・有（手術名：）		
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定日 25年 9月 15日		
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
ふりがな	せたがや はなこ	本人との関係	妻
主介護者氏名	世田谷 花子	連絡先	5 4 3 2 - 1 1 1 1
▼入院時情報提供欄（別添資料 無・有 枚）		▼退院・退所情報記録欄（面談結果をまとめるための欄です）	
情報提供事業所名	△△△居宅介護支援事業所	情報収集先機関名	〇〇病院
担当ケアマネジャー	居宅 一郎	電話番号	0000-0000
電話番号	0000-0000	FAX番号	0000-0000
提供年月日	年 月 日	面談日	年 月 日
所属・職種・氏名	▲▲病棟 ●●Dr.	所属・職種・氏名	▲▲病棟 □□Ns.
入院日	25 年 10 月 1 日	入院期間	入院日 25年 10月 1日～退院（予定）日 25年 10月 15日
既往歴	1. 閉塞性動脈硬化症 2. パーキンソン症候群	主病名	左下肢静脈血栓症
備考	原則主治医意見書から転記。補足は備考で。	副病名	
かかりつけ医		退院時主症状	両下肢に力が入らず、立位不可
①医療機関・主治医名	〇〇診療所 ●●Dr.	既往歴	同左
連絡先	0000-0000	服薬状況	無・有
②医療機関・主治医名	△△整形外科 ▲▲Dr.	（内服：介助なし・一部・全介・その他）	
連絡先	0000-0000	<特記事項>（感染症・投薬の注意事項（薬剤名、投与経路等）等）	
住環境	（戸建）集合住宅 *階段（有・無）	嚥下要注意、じょうそう予防対策が必要 在宅診療医を決め、病診連携のもとで療養支援	
家族状況	単身世帯 同居者有（長女夫婦）	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置	
サービス利用状況	訪問介護 通所介護 他（ ） 訪問看護→事業所/ 〇〇看護 St. Tel. (0000-0000)	酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 喀痰吸引	
食事摂取	介助なし 見守等 一部 全介 嚥下状況（良・不良）咀嚼状況（良・不良） （ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養）	褥瘡の処置 カテーテル その他（ ） <特記事項>（導入予定の医療系サービス等）	
口腔清潔	介助なし 見守等 一部 全介	食事摂取	介助なし 見守等 一部 全介 嚥下状況（良・不良）咀嚼状況（良・不良）（ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養） 制限 無・有 制限量/日 kcal・水分 ml・塩分・その他（ ） <特記事項>（食事制限などの内容等）
移動	介助なし 見守等 一部 全介 （見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストリッチャー）	口腔清潔	介助なし 見守等 一部 全介
洗身	介助なし 見守等 一部 全介 行っていない	移動	介助なし 見守等 一部 全介（見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストリッチャー） <特記事項>（独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等）
排泄	介助なし 見守等 一部 全介 オムツ・リハビリパンツ（常時・夜間のみ）	洗身	介助なし 一部 全介 不可 行っていない ・入浴の制限 無・有（シャワー・清拭・その他）
夜間の状態	良眠・不眠状態 眠剤（デパス）の服用有	排泄	介助なし 見守等 一部 全介 オムツ・リハビリパンツ（常時・夜間のみ） <特記事項>（留置カテーテル等）
認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb III IIIb IV M 備考（ ）	夜間の状態	良眠・不眠状態 夜間不睡時に内服あり <特記事項>
リハビリ等	・リハビリテーション ・運動制限 無・有 主治医意見書または認定調査結果から転記	認知・精神面	・認知症高齢者日常生活自立度（ IIIb ） ・精神状態(疾患) 無・有 <特記事項>（認知症の原因疾患等） 入院中幻覚あり（現在は消失）
障害高齢者日常生活自立度 J A B C		リハビリ等	・リハビリテーション 無・有 ・運動制限 無・有 <特記事項>（リハビリ・運動制限等、導入予定サービス等）
その他（心身の状況や生活環境に関する特記事項など）		障害高齢者日常生活自立度 J A B C	
主介護者の妻も高齢・要介護1の状態であり、ご本人の意思を尊重しつつ、施設入所についても家族間で検討中。治療方針が決まったところでMSWと家族、ケアマネ同席の面談希望。		療養上の留意する事項（その他 NS、PTからの注意点など）	Ns.より ベッドから車椅子へのトランスは2人がかりで行うこと。
		その他欄は特記事項を記入するのに活用します。 面談やカンファレンスについて、入院時から必要性がはっきりしている場合は、「理由」および「誰と」話したいかを明記してここに記載します。	

【注】入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の通知等


資料：医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）

<b>記入例</b>		世田谷区標準様式																		
平成 23 年 9 月 27 日																				
医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">医療機関の名称 〇〇クリニック</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>*****-*****</td> </tr> <tr> <td>FAX番号</td> <td>*****-*****</td> </tr> <tr> <td>主治医</td> <td>〇〇 〇〇 様</td> </tr> </table>	医療機関の名称 〇〇クリニック		電話番号	*****-*****	FAX番号	*****-*****	主治医	〇〇 〇〇 様	←	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">介護事業所の名称 ●●居宅介護支援事業所</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>世田谷4-21-27</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>5432-1111</td> </tr> <tr> <td>FAX番号</td> <td>*****-*****</td> </tr> <tr> <td>担当居宅介護支援専門員 氏名</td> <td>居宅 一郎</td> </tr> </table>	介護事業所の名称 ●●居宅介護支援事業所		所在地	世田谷4-21-27	電話番号	5432-1111	FAX番号	*****-*****	担当居宅介護支援専門員 氏名	居宅 一郎
医療機関の名称 〇〇クリニック																				
電話番号	*****-*****																			
FAX番号	*****-*****																			
主治医	〇〇 〇〇 様																			
介護事業所の名称 ●●居宅介護支援事業所																				
所在地	世田谷4-21-27																			
電話番号	5432-1111																			
FAX番号	*****-*****																			
担当居宅介護支援専門員 氏名	居宅 一郎																			
◆利用者の情報（*欄は「ケアマネジャー⇒主治医」の場合のみ記入）																				
ふりがな	せたがや たろう	生年月日	M・T・S 44 年 10 月 1 日																	
氏名	世田谷 太郎																			
*要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中																			
*他医受診歴の有無	(無) 有 ( 科・疾患名 )																			
◆ケアマネジャー記載欄																				
本票送付の目的» <input checked="" type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信		返信希望の有無» <input type="checkbox"/> 返信願います <input checked="" type="checkbox"/> 返信不要です																		
<内容>																				
<p>先日、先生にご紹介いただきました皮膚科の受診に立ち会いましたのでご報告いたします。          全身の乾燥が強く保湿剤（プラスチベース 100g）が処方されました。右腰の発赤部分、および背中と下肢全体に塗布するよう指示が出ています。          患部の観察は月～木の朝がヘルパー、金曜日は訪問看護師が対応いたします。</p> <p>また、介護用ベッドにつきましては、ご家族とも相談の上、ひとまず現在の寝室に設置することといたしました。今週金曜日に納品の予定です。</p>																				
<input checked="" type="checkbox"/> 契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします。（特記事項： ）																				
◆医師記載欄																				
本票送付の目的» <input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談		返信希望の有無» <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です																		
<input type="checkbox"/> 電話してください⇒ 月 火 水 木 金 土の午前・午後（ ）時頃 <input type="checkbox"/> 下記のとおり回答します																				
<内容>																				

資料：医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）

記入例		世田谷区標準様式	
		平成 23 年 9 月 27 日	
医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）			
医療機関の名称 ○○病院 電話番号 ***** FAX番号 ***** 主治医 ▲▲科 ●●●● 様		介護事業所の名称 ▲▲サービス 所在地 ▲▲1-2-3 電話番号 ***** FAX番号 ***** 担当居宅介護支援専門員 氏名 居宅 -	
◆利用者の情報			
ふりがな	せたがや さぶろう	生年月日	M・T・S 44 年 10 月 1 日
氏名	世田谷 三郎	要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中
他医受診歴の有無	(無) 有 ( 科・疾患名 )		
◆ケアマネジャー記載欄			
<本票送付の目的> 近況報告（更新申請による意見書作成の参考に）			
<内容> このたび介護保険の更新申請手続きをいたしましたので、近日中に先生に意見書の作成依頼が届くかと思いません。最近の在宅生活のご様子を簡単にご報告させていただきますので、ご参考になれば幸いです。  現在利用しているサービス ①訪問リハビリ 週1回（毎週木曜午後） ②通所介護 週3回（月・水・金） ※入浴（全介助での機械浴）あり ③福祉用具貸与 車椅子、介護用ベッド、じょくそう予防マット  室内外とも車椅子で過ごされ、ベッドからの移乗、移動、排泄、着替えなど日常生活の介護は奥様が行っています。（ほぼ全介助）			
<input checked="" type="checkbox"/> 契約時の同意のほか、改めてご本人の承諾を得て送付いたします。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので送付いたします。（特記事項： )			

資料：口腔ケアチェックシート

口腔ケアチェックシート【入門版】～あなたのお口をチェックしてみてください～			
	チェック項目	チェック	観察のポイント(参考)
清潔	口腔の衛生状態	( )	口臭が気になる
			食べかす・歯垢・歯石がある
			舌の表面の色が変わっている
			歯ぐきに出血・腫れがある
			義歯の管理・清掃が不十分
形態	歯の数と噛み合わせ	( )	むし歯や根だけの歯がある
			歯が抜けたままになっている
			痛む歯や動く歯がある
			歯が欠けている
	入れ歯(義歯)の使用	( )	義歯を使っていない (こわれた・ゆるい・痛い・噛めない)
			義歯を持っていない インプラントあり
機能	食事の状況	( )	食事中むせる・咳込む
			食べこぼしが多い
			固いものが噛めない
			飲み込みにくい
			口が渇く
			痰がよくからむ
その他	生活全般	( )	口腔清掃の習慣が不十分
			認知機能が低下している
			口のことで気になることがある
※ チェックがいたら健診をお勧めします。			
↓			
<b>【訪問口腔ケア健診】</b>			
40歳以上の世田谷区民で歯科通院が困難な方、年1回無料で受けられます。			
問合せ：世田谷保健所健康推進課		※口腔の状態および機能について検査と評価をし、アドバイス致します。	
電話 03-5432-2442			
FAX 03-5432-3022			
訪問歯科診療をご希望の方は、電話でお問合せください。			
<b>【かかりつけ歯科医紹介】</b>			
世田谷区歯科医師会 電話 03-5376-2111			
玉川歯科医師会 電話 03-3708-4618			
<b>【裏面】訪問口腔ケア健診申込書</b> 			

## 2 神奈川県横須賀市

### (1) 取組の背景

神奈川県横須賀市は人口約41万8千人の都市である（平成22年国勢調査）。横須賀市の組織上の特徴は、健康部の地域医療推進課に「地域医療政策係」を設けている点である（課長、課長補佐、担当者2名の4名体制）。政令指定都市以外で政策係を設けている例は珍しいが、これは、平成22年に市内2か所の市立病院を直営から指定管理に移行した際、病院に勤務していた職員を引き揚げて、指定管理者とのやり取りを行うための部署として地域医療推進課を発足させたことが端緒となっている。従来から、医療介護連携に関する問題意識はあったものの、なかなか実際の取組には至らなかったが、同課の設置により取組に弾みが付いた。

市の死亡数推計は、平成37年度には現在の30%増の5,900人となり、これだけの数の人が亡くなる直前には医療・介護を必要とすることが見込まれる。国のアンケートでは、60%の人が終末期は自宅で療養したい（ただし「最後まで」は10%）と回答しており、この傾向は市でもほぼ同様である。現状、自宅で亡くなる人は約20%で、国の平均より多い。これは在宅医療が増えてきた結果だと市では考えている。

### (2) 取組の経緯

高齢者の介護を行う市民の不安は「家で何かあったらどうするか」という点が第一である。実際には、在宅で医療を受けられるということの周知不足、受け入れ側の体制不十分、在宅医の情報発信不足も見受けられる。

横須賀市では、前述のとおり在宅での療養や看取りを希望する市民は多く、また今後も増加すると考えられることから、希望する人が在宅での療養や看取りを「選択できる」ための体制づくりが必要と考え、平成23年度から本格的に在宅医療の体制づくりに着手した。

市では平成22年度に予算を確保し、医療・福祉関係者（医師会、薬剤師会、ケアマネジャー協議会等）へのヒアリングを開始した。その結果、在宅療養現場での課題は他の職種との意思疎通がうまくできないことであり、行政が多職種間の情報交換の場を設けるなら、多くの関係者に参加する意志があるということが分かった。

そこで、翌平成23年度から年3回の情報交換会を立ち上げることにした。これが「在宅療養連携会議」である。23年度になってから、再度、医療・福祉関係者へのヒアリングを行い、会議のネーミングだけでも議論を重ね、在宅の現場で「連携」していくという意志を込めた名称とした。

### **(3) 在宅療養連携会議**

会議の発足に当たり、市はまず、医師会とのパイプづくりから始めた。市の担当者が医師会長に挨拶に行き、副会長の一人が熱心に在宅医療に取り組んでいることを聞いて紹介してもらった。この副会長は現在も会議の座長を務めている。

当時、医師会でも在宅療養に関する取組を始めていたので「市が進めるなら協力する」との言葉を得た。逆に、熱意がある医師の中には今更かと行政に不信感を持つ人もいたほどであった。しかし、市が本気で取り組むという「想い」を伝え、何度も対話するうちに、現在では信頼感で結ばれるまでになった。

第一回の会議においては、このような行政の「想い」を伝えることにも力を入れた。会議は平成 23 年度に医療関係者・福祉関係者・行政職員を合わせ 11 名でスタートした。その後、平成 24 年には 16 名に拡大し、現在は 17 名となっている。内訳は、医療関係者 9 名（医師会 2 名、歯科医師会、薬剤師会、病院医師、病院 MSW、病院事務、訪問看護師）、介護関係者 5 名（老健施設、ケアマネジャー、ヘルパー、地域包括支援センター、グループホーム）、行政職員 3 名（福祉部高齢福祉課、介護保険課、健康部地域医療推進課）となっている。

現在、会議の参加者には、交通費程度の謝礼を出しているが、ほぼボランティアである。開催日時については、当初は平日午後後に設定していたが、参加者側にも通常業務があるため、欠席やいわゆる「ドタキャン」が多かった。そこで、発足 2 年目の平成 24 年度からは、夜間に開催したところ、欠席者は大幅に減少した。

個々の課題について解決策を具体化するための会議は、専門部会（当初はワーキングチーム）として本会議とは別に開催している。平成 26 年度は「広報啓発検討専門部会」「連携手法検討専門部会」「研修・セミナー検討専門部会」の三部会である。専門部会の事務局も協議会と同じく市の地域医療政策係で、地域医療推進課長は委員として参加している。

### **(4) かもめ広場とチーム衣笠**

平成 24 年度に厚生労働省が実施した「在宅医療連携拠点事業」には、神奈川県内で 7 か所応募したうち、3 か所が採択されたが、内 2 か所が横須賀市内であった。これが横須賀市医師会を中心とする「かもめ広場」と、衣笠病院（社会福祉法人日本医療伝道会）が中心となった「チーム衣笠」である。当初、医師会からは市がこの事業に応募してはどうかという打診があったが、市としては、本事業のように先が見通せない事業に対しては手を挙げにくい事情があり、当時の段階として応募は難しい旨を伝えたところ、医師会で手を挙げてくれた。拠点には各 2,000 万円の委託料が出るので、その大部分が人件費に充当されるものの、事業費も大きく、市と拠点が連携する取組は予算面で大幅に有利になった。また、本事業では行政と連携して進めることが要求されていたが、横須賀市の場合はずでに取組を始めていたので、拠点との連携はスムーズに進んだ。なお、チーム衣笠には既存の在宅療養連携会議に入ってもらい形での連携を進めた。

また、多職種合同研修会（後述）の充実は、本事業がもたらした効果といえる。

### **(5) 在宅療養ブロック連携拠点・在宅療養センター連携拠点**

市民が安心できる体制を築く上では、在宅医を増やすことが重要であるが、医師の立場から見てネックとなるのは、24時間365日の体制を要求されること、あるいはいざという時に病院の支援（バックベッド）が得られるかという不安である。医師としては、自分が休む時にバックアップがあれば、安心して在宅医療に関わることができると考えられる。

そこで、市内を4つのブロックに分け、各ブロックに「ブロック連携拠点」となる病院を置き、そこが事務局となって、医師の連携体制を図ることを目的とした会議を創設した。これが在宅医療ブロック会議である。市内では、大病院や拠点病院は、すべてのブロック会議に出席している。病院側としては、他院の情報が得られる、市の動きが分かる、などのメリットがあると考えられる。

ブロック拠点は市からの委託事業としている。委託料は総括方式で「〇〇に関する会議を〇回実施」といった条件で依頼しており、詳細な用途は受託側に任せているが、市としては、1/2人程度の人件費＋事務費程度と認識している。

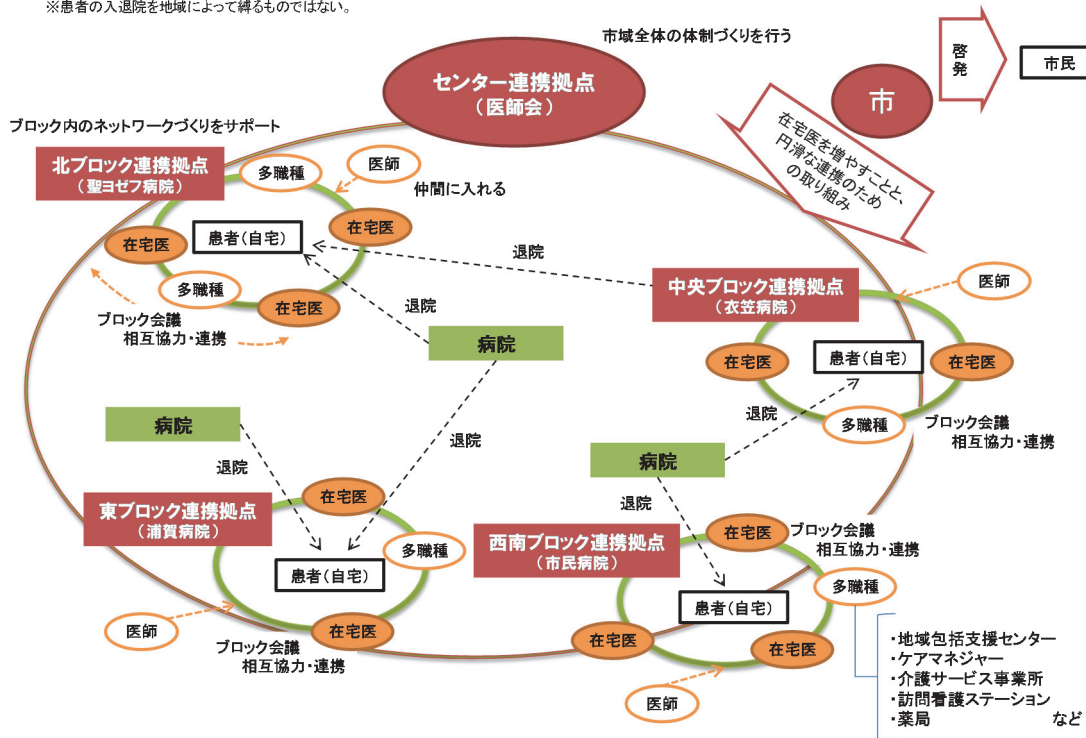
ブロック会議は平成25年度末に立ち上げた事業のため、まだ全てが機能している訳ではなく、現在進行形である。なお、ブロック会議の事務局は各ブロック連携拠点が担うが、市も可能な限り幹事会に出席するようにしている。

平成25年度から厚生労働省の委託料が変更となり、在宅医療連携拠点事業から地域医療再生基金に移行したため、現在、在宅療養ブロック連携拠点はこの制度を利用している。

これら在宅療養ブロック連携拠点、及び在宅療養センター連携拠点のイメージ図を次頁に示す。

## 在宅療養連携体制(センター連携拠点・ブロック連携拠点)イメージ

※ブロック連携拠点となる病院は、地域ごとの在宅医ネットワークづくりをサポートする役割  
 ※患者の入退院を地域によって縛るものではない。



在宅療養センター連携拠点の位置付けは、ブロック拠点の上位に位置するものではない。ブロック連携拠点の情報交換会の実施や、市内全域に関わるようなテーマを取り扱うというものである。例えば現在、在宅患者の情報共有システムの導入を検討しているが、各ブロックがバラバラでは困るので、こうしたテーマはセンター連携拠点で検討している。

### (6) 人材育成

#### ①多職種合同研修会

医療・福祉関連の人材育成のための施策として、横須賀市では「多職種合同研修会」を開催している。平成24年度から年1回の予定で準備を進めていたが、先述の「在宅医療連携拠点事業(厚労省)」により予算面での余裕ができたことから、年4回実施することが可能となった。また、うち1回は市民にも見える形で「医療と介護の見本市」という様々な職種のブース展示とミニレクチャーからなるイベントを開催した。

多職種合同研修会は現在も続いており、全市規模で実施するものについては約200名の参加がある。また、各ブロックでも小規模な研修会を実施している。参加者の内訳としては、ドクターは全体で20名弱程度で、多いのはケアマネジャーである。



## ②多職種連携研修会

市では「多職種連携研修会」も開催している。これは、東京大学高齢社会総合研究機構が構築した研修プログラムに沿って進める形となっている。

市が独自に実施する多職種合同研修会が自由参加であるのに対し、この多職種連携研修会は参加団体との共催であり、受講者の推薦も参加団体が行う。本来は2日間（実質1.5日程度）のプログラムであるが、2日間とすると欠席者が増えるので、横須賀市では1日で実施している。

内容は、総論のみ東京大学の教員が講義するが、各論の講師は市内の医師が担当する。プログラムには、PowerPoint 資料も読み原稿もすべて含まれているので、担当する医師の負担は軽減される。

費用負担は、東京大学に対しては発生しないので、講師への謝礼、資料代程度のみである。本プログラムは厚生労働省の事業であり、東京大学としても全国に普及させたいと考えているため、傍聴も可能である。なお、更に詳しくは東京大学の「高齢社会総合研究機構」ホームページを参照されたい。

市独自の研修会と異なるポイントは、団体推薦のため本当に聞いてもらいたい人に受講してもらえること、内容が体系立っていることである。

## (7) 成功要因

### ①組織上の利点

一般に、医療介護連携は介護関係の部署からアプローチしようとするのが難しい。これは、事務作業量が日々増える中、現状の人員で仕事の範囲を広げるのは難しいためである。横須賀市の場合は、組織上、地域医療推進課地域医療政策係が存在したことがプラスに働いている。これにより、介護から一歩引いて、医療の立場からアプローチすることが可能となったと考えられる。

### ②医師会との関係

横須賀市は、医師会との関係も極めて良好である。これは、横須賀市が保健所を擁しているため、もともと医師会と密接な関係にあったことが理由として考えられる。

また、在宅療養連携会議で決まったことは医師会の理事会で報告してもらっており、一部の医師だけでなく、医師会としての取組につながっていることも大きい。例えば、市が何か事業を行うときは予め医師会長に文書を送り、理事会に諮ってもらうことを慣例としている。これにより、個々の医師に対する事業の周知が図られている。

## (8) 課題

### ①医師の連携体制の実現

24 時間 365 日をカバーする医師の連携体制——例えば副主治医や輪番制など——については、現在、ブロック会議で検討中である。従来は個人的なつながりの中で連携を図っていたケースが多いが、これをブロック単位で制度化しようという考え方である。例えば、メーリングリストを作って代診が募れるようにするなど、あるブロックが先行して構築中である。

このメーリングリストは、市外から退院してきて在宅医を探す場合にも活用できる。

### ②市民への啓発

現在は市民に対し「在宅でも最期まで生活できる」ということを知ってもらう段階と考えている。そのためには、自分の最期を考えてもらうことが必要である (Living Will)。延命はどうするか、家族は本人の意志を知っているか、等も問題となってくる。

現状、シンポジウムや出前トークではこうしたテーマを中心に啓発を行っている。対象は高齢者に限定していないが、実質は 40 代以降が多く、そこがターゲットでもある。また、市民に連携の「しくみ」を知ってもらう必要はないが、窓口は提供する考えである。必要な状況に直面したとき、選択が可能であることが重要である。

## (9) 展望

### ①現在の取組の深化・拡大

市では、医療福祉連携に関して、厚生労働省が提唱している内容はおおむね実現できていると考えており、これまでの取組を継続していく中で、それを深め、広めていくことを考えている。その意味では「次の一手」を考えることが課題ともいえる。

具体的には、例えば多職種間でのルール集・エチケット集のようなものを多職種合同研修会で検討中である。ケアマネジャーは新しい人が次々に入ってくるので、顔の見える関係がないと現場で軋轢を生じる。これを防ぐために、業務上のルールを定める試みである。

### ②ICT の活用

市では現在「在宅患者情報共有システム」の構築を進めている。システムを一から構築するのではなく、事業者が作った既存のシステムの導入・普及を図る前提のため、システム開発費は発生せず、センター連携拠点の委託費の中に含める形で検討している。なお、システムの選定に当たり、セキュリティを重視していることはいまでもない。システムを導入する以上、基本は紙ではなく ICT ベースとするというのが市の考えである。患者宅に置いて多職種が情報を記載する連携ノートなどの紙ベースでは情報共有に時間がかかるが、ICT 活用であれば、一斉に関係者の情報共有が可能となる。

## 資料：地域医療福祉連携協議会設置の趣旨（全文）

日時：平成 23 年 5 月 31 日（火）14：00～16：00  
場所：ウェルシティ市民プラザ 3 階 第 1 研修室

### （仮称）地域医療福祉連携会議設置の趣旨

本市人口の 4 人に一人は 65 歳以上です。およそ 10 年後に、団塊の世代が後期高齢者の年代に入ってしまうと、亡くられる方も当然多くなり、病院のベッド数では受け入れきれない状況となってまいります。

一方、平成 20 年に国が実施したアンケートでは、住み慣れた自宅で療養したいと望む人が多いという結果が報告されております。しかし、本市では、最期を迎える場所は、およそ 7 割が病院であり、自宅で看取られる人は 2 割にも満たない現状です。

このような現状を踏まえ、本市は、市民が自宅で安心して療養生活を送ることができるようなシステムを構築していく必要があると考えます。

市議会からも、看取りの場所を選択できるシステムの構築についてご意見をいただきました。これを受け、今年度からスタートした本市の基本計画の中でも「在宅での療養生活の質を維持向上させるため、緩和ケアなどに係る医療と福祉の連携を促進します」と掲げているとおりに取り組みを進めますと市長が意思表示をいたしました。もちろん、我々もしっかりと取り組んでまいります。

そのためには、在宅療養を支える医療関係者と福祉関係者、即ちみなさまのお力が必要です。すでに、それぞれのお立場で活躍いただいていることは承知しており、大変感謝しています。

しかし、相互の相乗効果を生むためには、より深く連携いただくことが大切だと考えます。現場で顔の見える関係の構築。これが、市民にとって、プラスになると思いますし、現場で仕事をされる皆様にとってもメリットがあると考えております。

また、行政がシステムの構築を手がけるには、みなさまの現場からのご意見が必要です。市民が地域で幸せな療養生活を送れるようなシステムづくりのために、この会議で課題を抽出し、方策を検討いただくようお願いいたします。それをもとに行政施策として形づくっていくことができればと考えております。

システムづくりは、一朝一夕にできることではありません。今年はスタートの年です。この会議を継続させ発展させていくためにも、まずは、この場で皆様方のネットワークを固め、連携システムの構築につなげていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

資料：横須賀市の在宅療養連携推進事業一覧表

## 横須賀市の在宅療養連携推進事業①

NO	目的	事業名	事業概要	23年度	24年度	25年度	26年度
1	多職種連携の推進	在宅療養連携会議	医療・福祉・行政関係者による全体会と、具体策を協議する専門部会を開催する。	→			
2		多職種合同研修会(26年度からセンター連携拠点事業)	医療・福祉関係者が一堂に会した研修会を開催し、相互交流を促進する。	→			
3		ブロック別多職種合同研修会(ブロック連携拠点事業)	ブロック別に医療・福祉関係者が一堂に会した研修会を開催し、相互交流を促進する。	→			
4		在宅患者情報共有システム構築(センター連携拠点事業)	在宅現場における多職種の連携ツールとして、患者情報共有システムを構築し、関係者への普及を図る。	→			
5	拠点づくり	ブロック連携拠点の設置	市内を4ブロックに分け、在宅療養に取り組む診療所の相互協力体制の構築や、地域内の多職種の連携、病診連携を図り、在宅医についての市民への情報提供等を行う。	→			
6		センター連携拠点の設置	ブロック連携拠点間の調整や、全市的な研修事業、情報共有システムの構築などを行う。	→			

## 横須賀市の在宅療養連携推進事業②

NO	目的	事業名	事業概要	23年度	24年度	25年度	26年度
7	病診連携の推進	ブロック会議の開催(ブロック連携拠点事業)	在宅医療の診診連携、病診連携を目的として、ブロック内の開業医、市内の病院関係者等をメンバーとしたブロック会議を開催する。	→			
8		在宅医相互協力体制の構築(ブロック連携拠点事業)	ブロック内で在宅医の相互協力体制について検討、構築の上、運用する。	→			
9	病診連携の推進	退院時カンファレンスのルール化	退院から在宅への移行を円滑に進めるため、退院時カンファレンスに必要な情報共有項目を標準化する。	→			
10		在宅患者病院登録制度の検討(ブロック連携拠点事業)	在宅療養推進のための一時的な入院受入制度について検討する。	→			
11		病院長会議(センター連携拠点事業)	在宅療養推進のための病診連携を目的に、後方支援病床に関する協議等を行う。	→			
12		病院医師在宅医療同行指導(センター連携拠点事業)	病院勤務医が退院させた患者の訪問診療に同行して共同診療を行うことにより、在宅医療の認識を深めてもらう。	→			
13		空床情報システムの構築(センター連携拠点事業)	在宅患者が入院治療を必要とした場合の受入病床の空き状況情報を在宅医等が共有できるシステムを検討・構築する。	→			

## 横須賀市の在宅療養連携推進事業③

NO	目的	事業名	事業概要	23年度	24年度	25年度	26年度
14	市民啓発	在宅療養シンポジウム	一般市民を対象としたシンポジウムを開催し、市民に在宅療養という選択肢を理解してもらう。		→		
15		まちづくり出前トーク	地域医療推進課職員が地域に出向き、終末期医療やかかりつけ医等について出前トークを行い、市民が考えるきっかけしてもらう。		→		
16		在宅医療推進出前講座 (センター連携拠点事業)	在宅医が地域に出向き、在宅医療の現状などについて、講義を行い、市民の理解を深めてもらう。		→		
17		在宅医療資源MAPの作成	在宅医療に対応する医療機関を、市ホームページや市民便利帳などで紹介する。			→	
18		啓発冊子の作成	在宅療養とはどのようなものか、医療保険制度・介護保険制度を交えて平易に解説する。			→	
19		啓発チラシの作成	在宅療養についての案内を広く配布できるように作成する。			→	

## 横須賀市の在宅療養連携推進事業④

NO	目的	事業名	事業概要	23年度	24年度	25年度	26年度
20	人材育成	動機づけ多職種合同研修	関係団体が推薦した受講者に、東京大学が開発したプログラムによる在宅療養の体系的研修を実施する。			→	
21		開業医対象の在宅医療セミナー	開業医を対象に、在宅医療に取り組む契機となる研修を実施する。			→	
22		病院職員対象の在宅療養出前セミナー	円滑な病診連携を目的に、主として病院勤務医を対象に、在宅医療の理解を深めるセミナーを病院内で実施する。			→	
23		ケアマネ・ヘルパー対象の在宅療養セミナー	ケアマネ・ヘルパーが、在宅医療の基礎知識を習得し、医師・看護師との連携の円滑化を図る。		→		
24		在宅医同行研修	在宅医療新規参入を目指す、興味がある、始めたばかりというような開業医をベテラン在宅医が現場へ案内しノウハウを伝授する。			→	

### 3 静岡県浜松市

#### (1) 取組の背景

##### ①市の概要

静岡県浜松市は全国第 2 位の広さを持ち、北は南アルプスから、中山間地域、都市部を挟んで南は遠州灘に至る多様な地域を擁している。人口は約 81 万 800 人（平成 26 年 4 月人口表）、うち 65 歳以上が約 19 万 8,800 人、高齢化率は 24.5%である。地勢・人口分布のいずれの面からも、国土縮図型といえる都市である。

政令指定都市として 7 つの行政区を持ち、各区 3～6 の圏域（地域包括支援センターの担当日常生活圏域）を設定している。7 区のうち天竜区は、合併前は過疎地域に指定されていた地域を含んでおり、高齢化率が 50%を超える圏域もある。こうした地域で地域包括ケアシステムの構築が難しいという事情は長岡市と同様と考えられる。

##### ②組織構成

地域包括ケアシステムに携わる組織としては、健康福祉部・高齢者福祉課の下に、平成 25 年度から「地域包括ケア推進室グループ」を置いている。医療介護連携に関しては、同グループ、及び介護保険課・健康医療課の 3 者で連携して取り組んでいる。

医療介護連携に関しては介護保険課の取組が発端となっているので、現在に至るまで同課を中心にまとまる方向で進めている。

##### ③その他

浜松市は、合併前から 5 つの医師会が存在し、市の合併後も、医師会は以前の圏域のまま存続している。

訪問看護ステーションは、全市で 44 か所あり、中山間地域を抱える天竜区にも 3 か所ある。中央から周縁部に出向く形はとらず、市の独自事業で加算（交通費補助）を行っている。一般会計からの支出は年間約 2,300 万円である。なお、同区には公設の医療機関として、佐久間病院、佐久間病院附属診療所 2 ヶ所、公設民営の診療所が 3 か所、また民間診療所が点在しているが、診療科目は限られている。

## (2) 取組の経緯

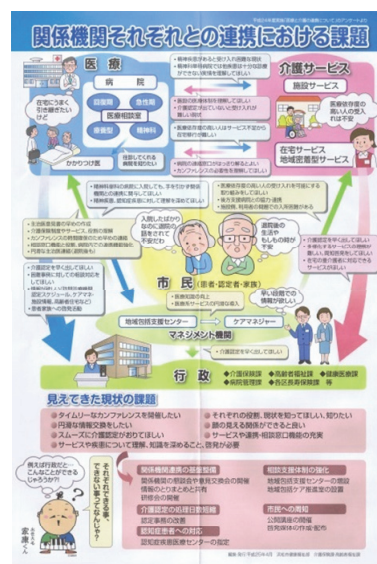
かねて市民の間からは「急性期の病院を退院した後、次にどこへ行けばよいか分からない」という声が上がっていた。一方で、介護福祉に関連する担当者は、医療のことがよく分からない、という現状があった。

そこで、平成24年5月に、市内病院と行政の意見交換会を実施した。参加したのは、市内38病院中34病院の退院支援等の職員（実際に市民の窓口となる相談員等）53名、行政職員8名、計61名であった。

さらに同年12月には、医療と介護の連携「市内関係機関意見交換会」を実施した。こちらの参加は、市内14病院の退院支援等の職員19名、介護サービス事業者11名、居宅介護支援事業所11名、地域包括支援センター7名、行政等18名、計66名であった。

この意見交換会では、医療介護連携に関する課題を抽出し「関係機関それぞれとの連携における課題」として図表に取りまとめた（右上図）。

また、課題について協議する中で、当時、医療・介護・福祉のパンフレットがバラバラで、一体になったものがないという指摘がなされた。これを受けて、平成26年には「浜松の医療と介護の暮らしガイド」(右下図)を発行し、医療機関、歯科医院、薬局、地域包括支援センターなどに配布している。同ガイドは、印刷部数の関係で全戸配布には至っていない。また、この内容をどう変えていくかが今後の課題である。



## (3) 在宅医療連携拠点モデル事業

在宅医連携拠点事業は、社会福祉法人天竜厚生会が中心となって実施された、市内の中山間地域である北遠地域における3年間の取組である。ここでは、その概要を紹介する。

### ① 多職種合同カンファレンス

北遠地域の多職種が一同に集まり、各年度でテーマを設定して、グループワークを通じた意見交換を行った。ここでの意見が、その後のワーキングやプロジェクトに反映され、以下②③の成果にもつながった。また「顔の見える関係づくり」が進み、職種の垣根が低くなったという感想が多く出ている。

## ②地域医療連携パス（口腔衛生）

口腔衛生に関する支援やケアの方法が統一されていないという意見が出たことから、歯科医師を中心とする多職種ワーキングを開催し、口腔内アセスメント票、嚥下障害チェック表、口腔マニュアルを作成した。次年度以降も、これらツールの検証や情報提供ツール（フィードバック用紙）の作成、従事者への啓発活動などを行った。

## ③在宅での看取り

合同カンファレンスで出された意見をもとに、北遠地域での看取りについて検討する中で、パターン化された形ではなく、本人や家族との信頼関係の構築を通じ、その都度適切な助言等を行うことが大切であり、医療・社会資源の少ない北遠地域では、多職種連携がより重要であるという認識に至った。

## ④インフォーマルサービス

北遠地域で行われている取組を地域全体で共有していく必要性から、地域のインフォーマルサービスを整理し、各地域のサロン活動などを地図に表示した事業所向け冊子を作成した。これは、高齢化率 100%の地域も出てくるなど、高齢化に伴いニーズも変化してくることを踏まえた取組である。

## ⑤地域包括支援センターの活動

地域包括支援センター北遠中央では、管轄地域内で様々な取組を行っている。都市部とは異なる、中山間地域ならではの課題を踏まえた支援活動を実施している。



#### (4) 地域包括ケアシステムの構築

##### ①地域包括支援センター

浜松市において、地域包括ケアシステムの構築に関する取組の中心となっているのは地域包括支援センターである。センターのうち、前項のモデル事業を実施した北遠中央センターについて見ると、高齢者人口3,939人、高齢化率50.2%となっている。この地域では高齢者人口も減少しており、まさに日本の縮図といえる。センターでは、市が作成したパンフレット（右図）や独自に作成したパンフレットを用いて、地域に出向いて普及・啓発活動を行って周知を図っている。また、地域ケア会議の開催に当たっては、関係団体を集めて実施することとしている。



##### ②ロコモーショントレーニング事業

高齢者福祉課の本年度目玉事業として「ロコモーショントレーニング事業」（ロコトレ）を実施し、地域で広める取組を行っている。浜松市ではロコトレについて、皆で一緒に地域の課題を解決するためのツールの一つと捉えている。

浜松市における同事業は、地域内でのサロン型（他に在宅型もある）で進めている。センターが関わってサロンを立ち上げる場合や、福祉協が開いているサロンに出向く場合がある。ロコトレの目的は、第一に介護予防であるが、国が提唱する「居場所作り」「役割作り」といった考え方にも通ずるものである。サロンに対しては、参加者については、地域包括支援センターが関わって、チェックリストの作成や前後の評価を義務づけている。本事業は平成23～25年度の厚生労働省のパイロット事業として浜松市内で実施し、効果が認められたため市の事業として取り組むことにした経緯がある。



こうした事業を継続的に支援する上で、地域包括支援センターの存在は不可欠であるが、ロコトレの普及活動を通じて、センターの職員が本当の意味で地域に溶け込んでいけることの意義は大きい。現在、指導員32名（うち10名は市の保健師）とその下位の普及員175名（実地で中心となって教える人）の体制で活動し、市内に23か所のサロンを開設予定である。平成26年10月時点ではサロン15か所、参加者349名でのスタートであるが、平成29年には10,000名の参加を目指している。このほか「ロコトレ手帳」（前頁図）の発行も、本事業の取組の一つである。なお、ロコトレについての詳細は、次のとおりである。

<https://locomo-joa.jp/>

### ③医師会との関係

医師会に対する行政の窓口は健康医療課となっており、各業務に個別の連携を図っている。浜松市医師会では、3か年の事業として、在宅医療連携拠点モデル事業（厚生労働省）を実施している。その中で、行政の連携に関する取組として、研修会やワーキングを実施しており、市の健康医療課と介護保険課がオブザーバーとして参加している。

医師会と行政との連携としては、他に在宅医療委員会がある。医師会の組織に行政が加わる形で、偶数月に関係者が集まる機会を設けている。また、同委員会の下部組織として、訪問看護ステーションの所長が集まって医師会と連携する場が設けられており、行政からも複数の課が参加している。こうした活動の中で、医師会と行政との連携が少しずつ充実しているところである。

## （5）在宅医療連携センター（仮称）

### ①センターの概要

在宅医療の取組については、行政としてはこれまで手つかずであり、医師会等の独自の取組に頼っていたが、今後は、行政としても検討を進めていく予定である。平成28年には「在宅医療連携センター（仮称）」を1か所開設する。同センターは全市型の施設であり、中山間地域は生活圏も課題も違うので、特別な事業形態を考える必要がある。それを踏まえると、将来的には複数設置を検討する必要があると市では考えている。

現状では、すべての業務の直営は難しいので、一部委託を予定している。委託先は中立な組織を選定していく予定である。

市域が広いと、在宅医療連携センターですべてをカバーするのは難しい。したがって、市では同センターの主眼は「支援者支援」に置き、医療・介護の関係者が在宅医療に取り組めるよう支援することにあると考えている。具体的には次の4項目を検討している。

#### ・退院支援・日常療養支援

多職種連携の仕組みづくり、医療関係者の研修等を実施するとともに、地域の在宅医療・介護関係者、地域包括支援センター等に対して、在宅医療・介護連携に関する情報提供等を行う。

#### ・在宅医療相談

医療・介護の関係者（支援者）に対する相談を実施する。単純事例はその場で相談に乗り、困難事例については、関係者で部会を作って解決していけるような調整を行う。

- ・市民への普及・啓発

市民が自らの意思で選択できるよう、在宅医療等に関する市民向け講演会を実施したり、ホームページ等での普及啓発を行う。

- ・急変時・看取り対応

在宅医療において、後方支援は避けて通れない部分である。今後の課題と認識しており、医療関係者等のご協力のもと、検討を進めていく。

## ②センターの運営

在宅医療連携センターは、現在は健康医療課が検討を進めており、今後は組織改変も含め、部署についても検討している。今後10年を見据えると、患者がかかりつけ医の下で在宅医療を行いながら施設への入退所を繰り返す、あるいは総合病院の転退院を繰り返す、といった姿が見えてくる。そこで、専門性を持つ看護師やメディカルソーシャルワーカーといった職種を擁し、一方で地域包括支援センターにも目配りができ、医療関係者との意思疎通も図れる、といった組織を目指している。

センターは一部業務のみ、委託を検討中であり、市の保健医療施策分野の審議を行う浜松市保健医療審議会の審議を通じて議論を進めていく予定である。

## ③センターの位置付け

在宅医療連携センターの目的は退院後の支援であるが、介護との連携に関しては、在宅医療連携センターと地域包括支援センターとで連携を図っていく予定である。千葉県柏市の事例では、施設内に行政の担当課や医師会が入り、さらにその周囲に介護施設や薬局が入るなど、まちづくりの一環としても機能しており、自助・共助・公助という視点からも理想的に見える。これに対し、浜松市の在宅医療連携センターは、柏市のような施設集約型ではなく、中には人材だけが入り、電話相談への対応などを行う方法をとる。実際には、多区多職種連携の土台作りや、困難事例において関係者を集めて解決を図るコーディネートなどを行う、いわば「ハブ機能」を担うことになる。

## (6) ささえあいポイント事業

### ①事業の概要

本事業は、ボランティア活動を行った人に対してポイントを付与し、換金・寄付することができる制度である。平成 26 年 10 月からポイント付与を開始、介護保険施設等で行う「施設ボランティア事業（市全域事業）」とひとり暮らし高齢者の話し相手や軽度生活支援、地域の高齢者サロンや高齢者への配食を手伝う「中山間地域ボランティア事業（中山間地域限定事業）」の 2 区分がある。中山間地域ボランティア事業では、市内都市部住民との交流（市内都市部住民が中山間地域へ赴く）も促進したいと考えているので、交通費の一部助成がある。政令指定都市の約半数が介護支援ボランティアポイント事業を実施しているが、在宅高齢者支援活動をポイント付与対象としているのは浜松市のみである。

ボランティア参加者には、初回に 2 時間の研修を行う。本年 7 月～9 月には 16 回の研修を実施し、上記 2 区分の合計で 876 名の登録者があった（10 月末時点で 1011 名）。上記 2 区分の研修を合同で実施しているため、在宅高齢者支援活動登録者は、相乗効果で多く集まっているが、コーディネーターが登録者の人柄等を把握する方法が課題の 1 つである。なお、ボランティアの研修やポイント管理等の事務、在宅高齢者支援利用者とボランティアのコーディネートは、管理機関として浜松市社会福祉協議会に委託している。

### ②在宅高齢者支援の利用状況

ボランティアの支援を受ける利用者の費用は無料である。

在宅高齢者支援利用者登録に関しては、10 月末現在までに 15 件の相談を受けている。人口の少ない地域では、実際には、すでに地域・近隣でグループを組んで、1 人をサポートしている場合も多い。また、利用相談の中には「近隣の人にはこれ以上頼みにくい」といった内容もあり、その場合は他のエリアからボランティアを派遣することもある。

中山間地域モデル事業で課題を把握したうえで、平成 27 年度以降、地域でのボランティア活動へのポイント付与を市内全域に拡大する予定である。

## (7) 課題と展望

### ①次年度以降の取組

現行 3 課（高齢者福祉課・健康医療課・介護保険課）に加え、社会福祉協議会、社会福祉協議会を担当する福祉総務課、あるいは健康増進課、生活保護担当（福祉総務課）なども加わり、プロジェクトチームを作って検討を進めているところである。

チームは以下の 2 つがあり、いずれも、庁内連携と情報共有を進めながら取り組んでいる。事務局は介護保険課が担っている。

- ・医療と介護に関する課題の検討

現行 3 課のほか、障害保健福祉課、生活保護担当、健康増進課が加わっている。地域包括ケアに関し検討、先進地視察などを行っている。

- ・新しい地域支援事業及びささえあいポイント事業の制度設計

介護保険課、高齢者福祉課、長寿保険課（天竜区・北区）

### ②ドクターネットについて

市域全体での主治医・副主治医制については特に話題には上っていない。浜松市では、在宅医療を行っている医師は診療報酬上の「機能強化型」に基づく連携を行っている。また、浜松版ドクターネットがあり、そうした連携も進んでいる。患者情報を共有する仕組みについては、県医師会の中で、ケアマネジャーや訪問看護ステーションなどとの多職種連携の取組を始めている段階である。また、基金からの助成を受けて、県医師会が ICT 機器を購入して各病院に配布している。

開業医が主治医で、在宅での看取り時に主治医がいない場合については、現状、行政としての制度はなく、医師会の中で検討を進めている段階である。また、個々の医師からは後方支援についても要望があるが、医師会としてはまだなく、助成も含めて検討段階である。

### ③多職種連携など

長岡市では、地域ケア会議（中央会議）や各地域包括支援センターが中心となった会議を開催しているが、浜松市でも、地域包括支援センターが中心となった会議を開催している。また、先進的なセンターでは、会議の中で課題解決も図っている。ただし、会議の要綱が古いので、今後はしっかりした定義（要綱）を作り、区全体、市全体の会議へと発展させていくことが課題である。

## 4 静岡県掛川市

### (1) 取組の背景

#### ①市の概要

静岡県掛川市の人口は約 11 万 7,000 人、うち 65 歳以上が 2 万 8,000 人弱、高齢化率は 23.5% である。高齢化率は年約 0.9 ポイントずつ上昇している。

掛川市では、「健康医療日本一」・「環境日本一」・「市民活動日本一」の 3 つの日本一まちづくりを目指している。「ふくしあ」の取組は、この中の健康医療日本一はもちろん、市民活動日本一の考え方にも通ずるものである。

#### ②医療に関する特徴

人口 10 万人当たりの医師数は、静岡県が 186 人程度（全国 41 位）、二次医療圏である中東遠では 123 人程度、掛川市では 115 程度であり、全国平均の約半分である。（いずれも平成 24 年末データ）公立病院が急性期医療を主に担う地域である。

掛川市は、隣接の袋井市と市立病院同士の統合をおこない、平成 25 年より中東遠総合医療センターとして、掛川市・袋井市病院企業団立により、開院している。また、旧市立病院の跡地は医療、保健、福祉、介護、教育の中核ゾーン「希望の丘」プランとして有効利用し、後方支援病院等を含む 7 事業所 9 施設の整備がおこなわれている。さらに、掛川型の地域包括ケアシステムとして市内 5 箇所地域健康医療支援センター「ふくしあ」の設置を進めている。

### (2) 取組の経緯

#### ①医療・介護に関する危機感

地域健康医療支援センター「ふくしあ」は、住み慣れた地域で最期まで暮らせるように、医療・保健・福祉・介護について、多職種連携により総合支援を行う地域拠点である。特筆すべき点として、この「ふくしあ」の構想は、外部コンサルタントによる提案ではなく、職員自らがアイデアを出し、市長や議会との調整を重ねて作り上げてきたものである。

袋井市との市立病院統合が具体化したのが平成 21 年である（1 月に協定書締結）。市ではこの時期から、医療や介護に関する危機感を持って動いている。具体的には以下の内容である。



- ・地域医療の危機

市域では医師数・看護師数ともに不足しており、少ない医療資源の有効活用が急務であった。介護・福祉も含め対応しないと乗り越えられないという意識があった。

- ・家族のサポート力低下

掛川市においても、家族の支援能力が低下している現象が表れている。その結果、困難事例が増加している。これは直近の課題といえた。

- ・社会変化への対応

超高齢社会への対応、2025年に向けて、支援のあり方も変える必要があるという認識があった。家族のサポート力低下に対し、こちらは中長期的な課題といえた。

- ・垣根のない支援の実現

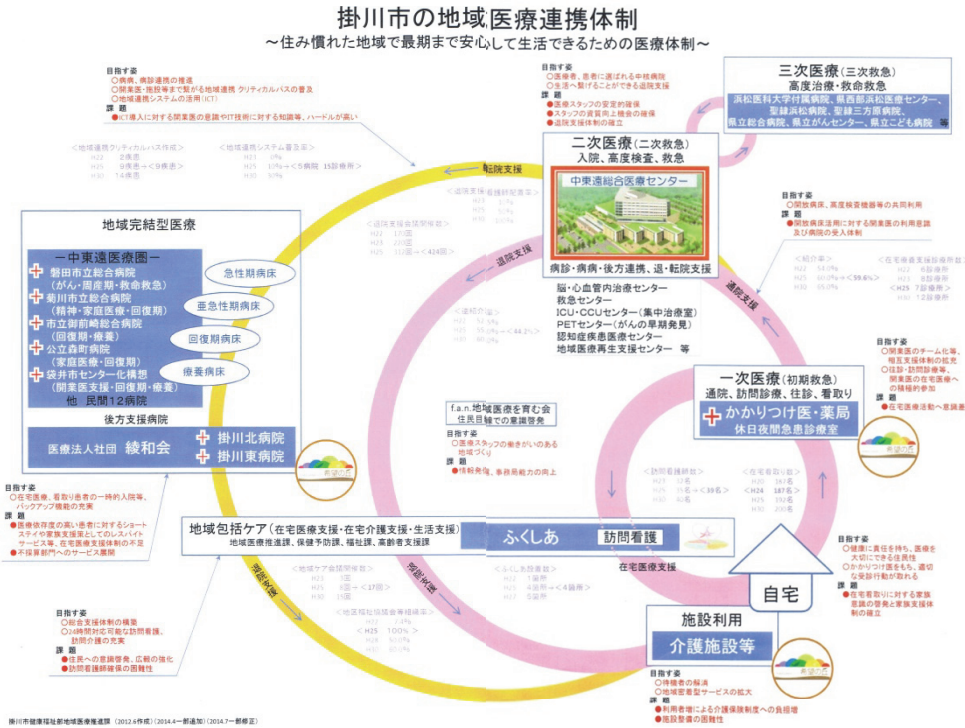
いわゆる「制度の隙間」に落ちる人を無くし、症状や年齢を問わず、市民全体をカバーする視点が必要であるという認識があった。

以上のような認識を基に、総合支援体制の構築を目指した結果が「ふくしあ」である。同時に、地域力の向上や住民力の向上によって課題を解決していく取組を進めている。

## ②整備の契機

「ふくしあ」整備の直接のきっかけは、地域医療体制の整備であった。新たな統合新病院ができるにあたり、その病院の機能が発揮できるように地域医療体制整備に、市も積極的に関わる必要があったことから、二次医療圏については地域完結型医療体制の構築、市については地域医療体制の整備、そして地域では地域包括ケアシステムの構築、という三層構造で地域医療体制の整備を進めることとなった。この中の地域における取組が「ふくしあ」である。

掛川市の地域医療連携体制に関しては、次の図を参照されたい。



### ③事業の目的

掛川市では、地域包括ケアシステムを、高齢者政策の延長ではなく、垣根のない支援体制と捉えている（障がい者や、問題を抱える若者等も含む）。この中で「ふくしあ」は、市民が在宅生活を目指せるようにすることを目的としており、地域包括支援センター及び在宅医療連携施設の機能を併せ持つイメージで、かつ地域支援も行う。

平成 21 年 8 月には、地域医療体制整備検討プロジェクトチームを設置し、専従者 2 名を置いた。翌平成 22 年には、地域医療推進課を設置した（全国的にも少なかった）。

### (3) 「ふくしあ」の特徴

「ふくしあ」は、医療・保健・福祉・介護の総合的な在宅支援の地域拠点として、専門職を配置し、相談対応、支援を行うことを目指している。主な特徴は次の通りである。

#### 【特徴 1】多職種連携（異業種多職種連携）

「ふくしあ」は、行政・地域包括支援センター・社会福祉協議会・訪問看護ステーションの連携により成立している。職員数は





ふくしあ毎に違い 9～23 名であるが、これは訪問看護の規模による違いが大きい。地域包括支援センターは主に高齢者の在宅支援の中心となって活動しており、総合支援が必要な場合は「ふくしあ」がバックアップする。社会福祉協議会からは CSW（コミュニティソーシャルワーカー…地域福祉相談員）2 名が入り、制度に縛られない柔軟な対応を可能としている。また、掛川市は医師が少ないため、訪問看護は重要と捉えて訪問看護では在宅医療から看取りまで、年齢層も乳児から 100 歳超まで幅広くカバーしている。行政は制度に関する窓口申請対応などを行うほか、保健師がケース対応や予防に関する業務を行っている。連携会議を毎月行い、情報共有を図っている。

### 【特徴 2】 執務室のワンフロア化

上記 4 者の執務室をワンフロア化している。これは、「ふくしあ」の施設上の大きなポイントである。外から戻ればすぐに多職種によるケース会議ができる環境にあり、情報共有もスムーズである。



### 【特徴 3】 アウトリーチの重視

「ふくしあ」では、相談に来られない人や、相談先が分からないままに重篤化する人のサポートも重視している。そのため日々、アウトリーチを活かし、地域からの情報収集に務めている。現在、行政による訪問相談件数は年間 815 件ほどである。

### 【特徴 4】 垣根のない支援

庁内における医療（地域医療推進課）、保健（保健予防課）、福祉（福祉課）、介護（高齢者支援課）、さらに子ども希望課など関連各部署との連携を密にし、一方で地域ボランティア等の人的資源も活用しながら、行政のフォーマルなサービスと、地域の力を生かしたインフォーマルなサービスをミックスした支援を行っている。

### 【特徴 5】 予防的視点を重視した支援

多職種による困難ケースへの対応だけでなく早期の情報収集により、対応が困難になる以前の段階で支援を行うことも重視している。例えば、多職種で、あるいは家族単位で支援を行うことが「ふくしあ」の特徴の一つである。西部ふくしあには、地元の人が利用できる「桜木ホール」が併設されていることで、情報が入ると同時に地域との連携が進み、地域力の向上支援につながっている。



## (4) 予算及び推進計画

### ① 予算

「ふくしあ」の予算は、以下の通りである。

- ・平成 22 年度 3,845 万円 整備 1、運営 1  
(うち工事費 3,461 万円／他は備品費・運営費等、以下同)  
(東部ふくしあ開設——元保育園舎活用)
- ・平成 23 年度 4,278 万円 整備 2、運営 3  
(うち工事費 3,175 万円)  
(南部大須賀・南部大東ふくしあ開設——市役所支所(旧町役場)に併設)
- ・平成 24 年度 2,705 万円 運営 3  
(うち工事費(設計) 2,067 万円)
- ・平成 25 年度 1 億 1,742 万円 整備 1、運営 4  
(うち工事費 1 億 801 万円)  
(西部ふくしあ開設——元幼稚園舎活用)
- ・平成 26 年度(予算) 1 億 5,127 万円 整備 1、運営 4  
(うち工事費 1 億 3,544 万円)  
(中部ふくしあ——旧病院健康安心サロン棟活用 平成 27 年 4 月開所予定)
- ・以上計 3 億 7,699 万円(うち補助金 9,527 万円——すべて国の補助金)

### ② 推進計画

「ふくしあ」の推進計画は、平成 21 年に基本的な構想を作成し、平成 22 年度、関係者が地域包括ケアシステムを理解することから始まった。地域医療推進課が中心となり、大学から講師を招いて多職種による研修会を行い、掛川型の地域包括ケアシステムのあり方について形を整えていった。また、高齢者支援課において地域包括ケア推進委員会を設置し、地域包括支援センターや社会福祉協議会の職員とワーキングの中で、現状の課題を出し合い、2 年間で「地域包括ケア推進計画」を策定した。考え方としては、国の推進する「介護」「医療」「予防」「生活支援」「住まい」にさらに「地域」を重視した地域包括ケア視点の活動づくりを先に進めようということであった。

なお、地域包括ケア推進計画の内容については、次のとおりである。

<http://www.city.kakegawa.shizuoka.jp/life/fukushi/koureisha/mimamori-net.html>

### ③ 公費の投入と使用料

「ふくしあ」は公の施設なので公費が充てられているが、一方で地域包括支援センター(委託型)や社会福祉協議会、訪問看護ステーションなどが入っている。改修や建築費は行政の負担であるため、外部から入る場合は行政財産の使用料という形になるが、連携のメインとなる執務室は減免を行っている。

光熱費については、専有面積に応じて負担している。

#### ④地域医療再生基金の活用状況

平成 21 年に設置された地域医療再生基金の対象圏域となっており、平成 21 年に申請し、22 年度から 25 年度まで活用してきた。一部は平成 27 年まで利用可能である。掛川市関係では、病院の統合や機能分化の推進、医師のチーム化支援、訪問看護師拡充や資質向上、在宅医療に必要な機器支援など在宅医療拡充が入っている。

### (5) 事業の詳細

#### ①「ふくしあ」による地域包括ケアシステム

「ふくしあ」は、本人や家族の意向を尊重しながら、それぞれの団体の活動と専門性を活かした役割分担により対応する点が特徴である。各団体の医療・保健・福祉・介護面での総合的な相談や支援業務、またネットワーク機能を活かした体系が「掛川市の地域包括ケアシステム」につながっている。

その中で、予防的視点を活かした対応を行い、様々な事例に対応できるように医師会やケアマネも含めた関係者と一緒に学習会や研修会を実施している。

#### ②多職種連携

「ふくしあ」では、行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、訪問看護ステーションは「ふくしあ」内でワンフロア化されている。多職種による迅速な相互連携という点に関しては、もともと関係者の意識は高いが、さらにケースの検討会、学習会などを開催している。日々、職務における知識交換をおこなうことで OJT 効果も発揮されている。

専門職による多職種連携だけでなく、地域の力も重要視しており、CSW の地域ネットワークを活用することで、インフォーマルサービスを含む支援体制がとれるようになっている。

#### ③情報共有の仕組み

迅速な相互連携を実現するために、民間を含む「ふくしあ」内の全団体で、情報の共有と取扱いに関する協定を結んでいる。そのため、様々な個人情報なども含めて共有が可能となっている。また、エリアをまたがるケースについては、「ふくしあ」間で情報共有が可能である。

#### ④市との連携

ふくしあ内には、行政の保健師や事務職が配置されており、窓口業務やサービスの紹介などを担当と連携しておこなっている。

ケースについては、保健師を中心に連携を取り、サービス調整を実施している。ふくしあを含め、保健師が各課に分散配置されていることから、月 1 回の保健事業従事者連絡会により各課の情報を共有し庁内の連携を促進している。

## ⑤市民への啓発

市では現在、「ふくしあ」活動のPRを地域やお宅への訪問をしながら行っている。市民への周知は進んできており、利用者が年々増加し、今年度はさらに聞き取りによるニーズ調査を行っている。ふくしあの職員が、サービス利用者や市民に対して、健康状態や在宅サービス・看取りなどに対する希望やふくしあへの期待する点などを聞いている。そのほか、啓発活動に関しては、地域医療講演会、国の研修会、雑誌等を活用したPRなどを行っている。

## (6) 訪問看護ステーションとの連携

### ①連携の概要

ふくしあ開所に伴い、訪問看護ステーションも市内の事業所から移転してきている。入所にあたり、医療、介護の関係者と議論を重ね、問題点をクリアしてきている。特に訪問看護の選定に当たっては、24時間対応可能で有り、ふくしあの理念や事業に協力してもらえるステーションに参加してもらった。市民への健康相談等、訪問看護業務以外の協力をお願いする一方、総合支援力の強化や訪問看護のPRに繋がるなどのメリットも見られる。

地域医療再生計画の中で、医師会による在宅サポート——不在時のサポート体制づくりと訪問看護師の拡充支援に取り組んでいる。また、近年、介護・福祉系のケアマネジャーが増えてきており、医療介護連携を進める上で「医療の敷居が高い」という声が増えてきた（全国的な傾向）。そこで、訪問看護師が入ることによって、医療の敷居を下げる役割を担ってもらっている。

### ②訪問看護の強化

掛川市には、平成21年当時、3ステーションの内、2つが県看護協会立、1つが医療法人で、このうち、「ふくしあ」の24時間体制に対応できたのは県看護協会立の2ステーションであった。安定した24時間体制の確保に向けて常勤の訪問看護師を増やしたいが、先行して増員を行うのは難しい。そこで、地域医療再生計画の拡充支援事業で、人員の増分に対して人件費補助を行い、潜在需要の掘り起こしに手が伸ばせるような状況を作っていこうとしてきた。

東部ふくしあ、南部大東ふくしあで、このような拡充支援をおこない、訪問看護提供体制の強化が図られている。現在では、市内に5つのステーションと1つのサテライトがあり、うち4ステーションは24時間対応可能となっている。

### ③認定看護師の資格取得支援

認定看護師の資格取得支援に関しては、3年がかりで実現した。どの訪問看護ステー

ションも人間的な余裕がなかったため、前項のように増員を図ることで、なんとか1人、研修に出せる体制を作った。資格取得は職務（研修）として出している。金土で資格取得を目指せるプログラムを活用し、月～木は通常業務、金曜のみ1人分をカバーする体制を作り、土曜は研修に専念する、という形をとった。今年度からは認定看護師が地域のリーダーとなり、資質向上の取り組みをおこなっている。

#### ④外部の訪問看護ステーションとの連携

「ふくしあ」では、外部の訪問看護ステーション（いずれも独立で病院併設ではない）とも協力を進めている。在宅医療機器支援は、「ふくしあ」に入っていないステーションも含め、周辺2市のステーションも対象としておこなわれている。各ステーションが、在宅医療連携のための連絡会等に参加しており、市としては情報を共有しながら「一緒にやっぴいこう」という気持ちを送っている。

また、医療機器の支援（心電計、オキシメーター等）については、市が所有し、貸借しながら皆でうまく使う仕組みをとっている。現在は膀胱のエコーなども所有している。

### （7）その他の地域医療連携

#### ①病診連携・医療介護連携

当初、二次医療圏域内（5市1町）の調整を掛川市が務め、医療機関や各行政との連携により連携パスの構築などを行ってきた。病院の統合により現在は中東遠総合医療センター内に中東遠地域医療再生支援センターができ、圏域内事業に取り組んでいる。ICTに関しては、「ふじのくにバーチャルメガホスピタル」に参加し、病病連携の促進から病診間へ広げて情報共有を進めている。病院が持つ電子カルテデータの中から、同意を得た患者に関して、基本情報、投薬、オーダー、画像等を、診療所からアクセスできるようにしている。

また、医療介護連携に関しては、県医師会が中心となり、タブレットによるリアルタイムでの情報共有ができる仕組みが進められている。

#### ②看取りに関する連携

在宅看取りの推進のため医師会では「主治医不在時死亡診断書作成の連絡も運用についてのマニュアル」（在宅看取り等相互支援に関するマニュアル）を作成している。訪問看護が入っている患者を対象として主治医不在時に協力可能な開業医のリストとなっている。（一部、死亡診断書の書き方等も含む）このマニュアル作成により、開業医、訪問看護双方の連絡意識が高まる効果もあった。

また、地域医療講演会などを利用して市民に在宅医療や看取りに関する意識啓発を進めている。

## **(8) 課題と展望**

最近では、老々介護、老障介護、認知症、生活困窮、孤独死、若者の引きこもりなど、多様化する諸問題に対して、総合支援の必要なケースが増加している。今後も関係機関と連携強化し、対応するとともに、市内全域でふくしあ活動を理解し、利用していく必要がある。今年度、ふくしあでは市民ニーズを把握し、「ふくしあ」の方向性を検討していく予定である。(平成26年度ニーズ調査ホームページにて公表中)

「ふくしあ」の支援は、まず「自宅になるべく近い」ところに住めることを目指している。住まいのあり方については、本人や家族の選択のうえで地域を考え対応していく必要が出てくる。介護の面でも、ケアマネジャーとの連携や資質の向上、また、ケアプランを作成する上で、本人の希望に添った生活を維持していくために、予防的な方向性も重要な鍵となってくる。

地域包括ケアシステムはまちづくりでもある。今後も連携の幅を広げ支援力を高めるとともに、主役である市民を巻き込んだ活動を続けていく必要がある。

H25.5 中東遠総合医療センターが開院し、退院支援や在宅医療体制の充実がますます必要となり、医師会をはじめ関係機関とも連携をさらに強化していく必要があるとされている。H27.4には希望の丘に市内5番目の「中部ふくしあ」が開所し、市内全域に総合支援体制が整い、統一したビジョンのもとで、各圏域の地域の特性やメリットを活かしながら活動し、地域住民とともに「掛川市の地域包括ケアの構築」をめざして活動していく。

ふくしあのホームページ

<http://www.city.kakegawa.shizuoka.jp/life/iryou/fukusia.html>

ふくしあニーズ調査の結果について

<http://www.city.kakegawa.shizuoka.jp/life/iryou/chousakekka.html>

# 委員レポート





## 委員長 長岡市医師会 副会長 長尾 政之助

世界一の長寿国となり、他に類をみない少子高齢化社会を迎えつつある日本において、人々が、いかにして人生を全うできるか、羅針盤のない時代となっています。平均寿命に対して、健康寿命は、女性では 12.7 年、男性では 9.1 年短い(平成 22 年厚生労働省調査)と推計される現在、医療・介護・生活支援を必要とする高齢者を、どこで、どのように支えていくのが良いか、まだ明確なビジョンを見いだせないでいるのが現状です。

これから増加していく高齢者に対し、施設や住宅の整備はまだ十分とはいえ、今後、急速に改善される目途も立っていません。そのため、今までの住み慣れた住居で暮らし、地域で支えられる、在宅医療・在宅介護に対する期待は大きく、当事者である高齢者本人もそれを望んでいる例が多いこともわかってきています。しかしながら、高齢者が地域で支えられて暮らしていくためには、どのような医療や看護、介護サービスが必要なのか明確にわかっておらず、また、どのような医療・看護・介護・生活支援サービスが提供できるかの情報も十分に把握されているとは言えない、混沌としているのが現状です。

これを明らかにする目的で、地域には、いかなる資源がどのように配置されているのか、また、どのような高齢化率で、いかなるニーズがあるのか、また、それが今後どのように推移すると予測されるのか、潜在的需要があるのではないかなどを明らかにする目的で、この調査は企画されました。

地域には、すでにさまざまな職能団体や NPO、ボランティア組織がありますが、新しい組織やサービスも登場して、高齢者の生活を支えるようになろうとしています。これらをすべて把握して有機的に結び付け、より良い地域包括ケアシステムに育てていくのが喫緊の課題です。

このたびの調査から、意外な事実や考えさせられる実態も浮かび上がってきています。この結果をもとに、来る 2025 年問題に対処して将来が希望のある時代となるよう、適切に対策を立て、必要とされるサービスを適正に配置し充実させていく指針となることが期待されます。最後に、本調査を行うに当たって、御協力いただいた各位に感謝申し上げます。

## **長岡市医師会 事務局 野本 厚子**

さまざまなアンケート調査に関わって参加させていただきました。

調査内容の絞り込みや表現方法など、専門的な分野となるため難しい部分も沢山ありましたが、多職種の方々との懇談をはじめ、皆さんとの協働作業は実りあるものでした。

地域資源が、高齢者や高齢者を支える方たちのために生かせるものになるよう、今後も協力させていただき、参加していきたいと思えます。

## **長岡歯科医師会 専務理事 神成 庸二**

長岡歯科医師会から本調査研究に委員として参加させていただきました。歯科医師という私の立場で、この研究にお役にたてることがあるのかどうか最初は不安を感じておりましたが、様々な立場・職種の委員の方々とのディスカッションの中で、私自身にとって非常に勉強になることが多かったように感じます。「2025年問題」とよく言われておりますが、長岡市内でも2025年よりかなり早く高齢者人口のピークを迎える地区があることもわかり、歯科医院を含めた医療機関側もそのニーズへの対応を急がなければならないと感じています。最後になりましたが、この調査研究の結果が市民の皆様の健康寿命の延伸に少しでも役立つことを願っております。

## **長岡市薬剤師会 副会長 佐藤 宏之**

アンケート対象110薬局に対して3割程しか居宅療養管理指導を行っていない現状で、中々今後の展開(2025年)を示すのは難しく、より現実的なものにするには少なくとも5割以上の薬局が参画するとともに、ニーズギャップがどの程度かを知る必要があります。

今後行う予定の薬局が3割程あり、一人薬剤師の問題等を解決できれば十分な対応ができるものと考えられます。地域包括ケアシステム構築のための薬剤師の役割と参画について一層の啓発が必要です。

## **新潟県栄養士会 長岡支部長 小柳 スイ子**

このたびの調査において、栄養ケア分野の現状、今後の方向性が得られたことから関係分野等が連携し、栄養ケアの課題に向けて検討を進めていきたいと考えています。

市における高齢者の実態や地域特性を踏まえた地域包括ケアシステムを図るため、市民視点でその取組が実施できているか検証しつつ推進していくことが大切と思っております。

### **新潟県訪問看護ステーション協議会 理事（中越） 鈴木 久美子**

一年間、地域包括ケアシステム構築に向けた地域資源・ニーズ等に関する調査研究のメンバーとして委員会に参加させていただきありがとうございました。

浜松市と掛川市への視察調査では、医療・介護の連携、市民への啓蒙活動など取組状況を知ることができました。特に掛川市の地域拠点・総合相談窓口地域健康医療支援センター『ふくしあ』は印象に残っています。

私たちの住む長岡市が多職種で共同し、より住みやすい街になるように今後もメンバーの一員として参加できればと思います。

### **長岡地域介護支援専門員協議会 会長 渡邊 一枝**

今回の委員会でまとめた膨大な資料は今後の長岡市を支える「宝」になると感じています。私自身、大変勉強になりました。ありがとうございました。

### **長岡市社会福祉協議会 介護サービス課長 丸山 和浩**

ケアマネジャー向けのアンケート調査結果を踏まえて、医療及び介護サービスの需給ギャップ分析、地域カルテを報告しています。地域包括ケアシステム推進に向けて、市全体又は各地域の課題や方向性を検討していく際の基礎資料として活用していただきたいと思います。

### **長岡赤十字病院 地域連携サポートセンター 副センター長・看護師長 小林 洋子**

この度、このような調査に参加する事ができて大変有意義に感じています。私は、急性期病院の地域連携の立場で参加させていただきましたので、地域がどのように変化していくのか、そして自分の組織が2025年に向けて、どのような役割を担っていく必要があるのか等、地域包括ケア推進協議会にも随行員として参加をさせていただいて考えることができました。

調査研究ではデータを取る事に難しさを痛感し、非常に大きなデータを処理して分析するのは大変なことだと実感致しました。結果として、地域で生活する人が使える資源を「地域カルテ」としてまとめることが出来たことはすばらしいことで、それに微力ながら関わることができたことに喜びを感じています。

委員長の長尾先生、委員・事務局・調査機関の皆様、有難うございました。

**地域包括支援センター基幹型 センター長 丸山 千代子**

地域包括ケアシステムに向けた先進地視察に同行させていただき、とても参考になりました。この調査研究が土台となり、地域の特性を活かしたそれぞれの長岡版の取組が更に発展することを願っています。どうもありがとうございました。

**地域包括支援センター基幹型 認知症地域支援推進員 河籬 和美**

初めは、どんなふうに進んでいくのかイメージが浮かびませんでしたが、委員会の回を重ねるごとに長岡の地域性が見え、そして様々な専門職の委員からの意見が反映されて、終わりにはとても良いものができていました。

地域も変化していきますし、制度も変わっていきます。これを終わりにせず、毎年毎年アップデートしていくと、活用できるより良い「身近な長岡市」のものが、ずっと継続できていくと思います。大変勉強になりました。本当にありがとうございました。

**新潟県長岡地域振興局 企画調整課 課長代理 野澤 真理子**

市町村合併によって都市部から海岸部、中山間地といった多様な地域を擁することとなった長岡市にとって、地域ごとに医療資源・介護資源等の現状や将来的なニーズを調査・分析することにより、地域の特性を踏まえた上で、市の地域包括ケアシステム構築体制のめざすべき姿を明らかにすることができ、非常に有意義な調査でした。

今回の調査によって、国が地域包括ケアシステム体制構築の目途としている2025年を待たずに高齢者人口のピークを迎える地域が数多くあることも判明し、関係機関が一丸となって、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことができるよう、早急に準備を進めていく必要があると感じました。

## 委員会名簿



## 地域包括ケアシステム構築に向けた地域資源・ニーズ等に関する調査研究

### 委員会名簿

委 員	長尾 政之助	長岡市医師会 副会長
	野本 厚子	長岡市医師会 事務局
	神成 庸二	長岡歯科医師会 専務理事
	佐藤 宏之	長岡市薬剤師会 副会長
	小柳 スイ子	新潟県栄養士会 長岡支部長
	鈴木 久美子	新潟県訪問看護ステーション協議会 理事（中越）
	渡邊 一枝	長岡地域介護支援専門員協議会 会長
	丸山 和浩	長岡市社会福祉協議会 介護サービス課長
	小林 洋子	長岡赤十字病院 地域連携サポートセンター 副センター長・看護師長
	丸山 千代子	地域包括支援センター基幹型 センター長
	河鱈 和美	地域包括支援センター基幹型 認知症地域支援推進員
	野澤 真理子	新潟県長岡地域振興局 企画調整課 課長代理
	河田 誠	長岡市 長寿はつらつ課長
	藤田 萬豊	一般財団法人地方自治研究機構 事務局長
事 務 局	飯浜 勝昭	長岡市 住宅施設課 課長補佐
	栗山 潤	長岡市 福祉総務課 主任
	加藤 博之	長岡市 介護保険課 主査
	上村 利明	長岡市 長寿はつらつ課 課長補佐
	西澤 剛博	長岡市 長寿はつらつ課 介護予防係長
	綿貫 哲夫	長岡市 長寿はつらつ課 主査
	岸田 拓士	一般財団法人地方自治研究機構 調査研究部 主任研究員
	川崎 淳子	一般財団法人地方自治研究機構 調査研究部 研究員
基礎調査 機 関	大野 幸雄	株式会社日本アプライドリサーチ研究所 代表取締役社長 主幹研究員
	山岸 亮	株式会社日本アプライドリサーチ研究所 研究調査部 研究員

（順不同 敬称略）





地域包括ケアシステム構築に向けた  
地域資源・ニーズ等に関する調査研究  
第1分冊 調査分析編

－平成27年3月発行－

新潟県 長岡市

〒940-0084

新潟県長岡市幸町2-1-1

電話 0258-39-2268（長寿はつらつ課）

一般財団法人 地方自治研究機構

〒104-0061

東京都中央区銀座7-14-16 太陽銀座ビル2階

電話 03-5148-0661（代表）