

地域包括ケアシステムに関する現状と課題把握のためのヒアリング調査

ご報告書

平成 30 年 8 月 6 日

株式会社 メディヴァ

【目次】

調査背景	-----	P2
調査対象	-----	P3
調査結果		
①滋賀県守山市	-----	P4
②愛知県北名古屋市	-----	P8
③東京都板橋区	-----	P12
④新潟県新潟市	-----	P16
⑤千葉県船橋市	-----	P21
⑥神奈川県横須賀市	-----	P25
まとめ	-----	P29

【調査背景】

在宅医療・介護連携推進事業は、平成 27 年 4 月の介護保険法改正にて、地域支援事業の包括的支援事業に位置付けられ、平成 30 年 4 月にすべての市区町村で実施されることが求められている。平成 27 年度に厚生労働省老健局老人保健課が実施した「在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」では、在宅医療・介護連携推進事業（ア）～（ク）の各事業について、約 3～6 割の自治体が事業案の策定や実施をするに留まっていた。このため、在宅医療・介護連携推進事業の課題を抽出し、解決策を検討するため、平成 28 年度に全国 1731 自治体に対してアンケート調査を実施した。

アンケートは先行調査した自治体を含め 213 の自治体から回答を得ることができ（回答率 12.2 %）、回答自治体の人口規模別自治体数、平均高齢化率、平均 75 歳以上人口割合から、概ね母集団である全国自治体を反映しているものであると考えられた。アンケート結果を統計学的に分析したところ、事業の進捗の Key Success Factor (KSF)には「自治体内の事業専門部署の設置」、「評価指標の設定」、「外部事業者への委託」が強く関与していることが明らかとなった。特に、評価指標の設定を実施している自治体はわずか 20 箇所に留まるものの、事業全般についての進捗度が明らかに高いことから、今後各自治体に推奨されるべき項目であると考えられた。また、現医師会長の在宅医療の関わっている自治体は、そうではない自治体に比してやや進捗度が高いものの、統計学的優位差はなかった。しかし過去 5 年間の医師会長の在宅医療の関わりは影響していたことから、医師会内部に在宅医療に対して理解のある医師が、医師会内で影響力を持っているかどうかが進捗度に影響しているのではないかと推察された。

本ヒアリング調査では、前回アンケート調査で明らかとなった、事業進捗のための KSF（専門部署の設置、評価指標の設定、外部事業者への委託、医師会内の在宅医療に理解のある協力者）でのより本質的な因子と、その他の KSF を把握し、他自治体に推奨することを目的として、アンケート調査で事業の進捗度の高かった 6 自治体に対してヒアリング調査を実施した。

【調査対象】

I. 選定方法

前年度アンケート結果より、人口 5 万人以上で、在宅医療・介護連携推進事業の合計点が高い自治体のうち、「評価指標を設定している自治体」、「評価指標を設定していないが、点数の高い自治体」をヒアリング候補とした。

II. ヒアリング自治体の概要

今回のヒアリング調査の対象となった自治体の概要は以下の通り。

	自治体名	推進事業点数（自己評価）*1								専門 部署	評価 指標	外部 委託	医師 会 *2
		ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	合 計			
1	滋賀県守山市	4	4	5	4	5	5	5	4	36	あり	あり	一部 あり
2	愛知県北名古屋市	4	4	4	4	4	4	4	4	32	なし	あり	一部 なし
3	東京都板橋区	3	4	4	3	4	4	4	4	30	なし	あり	一部 あり
4	新潟県新潟市	4	5	4	4	5	4	4	4	34	なし	なし	あり
5	千葉県船橋市	5	5	5	5	5	5	5	4	39	あり	なし	一部 あり
6	神奈川県横須賀市	4	5	5	5	4	5	5	4	37	あり	あり	なし あり

*1 在宅医療・介護連携推進事業のア～クの事業の進捗度を点数化した。点数内訳は以下の通り。

- ・検討に対して未着手である 0 点
- ・検討する体制を整えている 1 点
- ・現状における地域課題を認識している 2 点
- ・課題解決に向けた事業案を策定している 3 点
- ・事業を実施している 4 点
- ・実施後に事業評価を行い、PDCA サイクルを回している 5 点

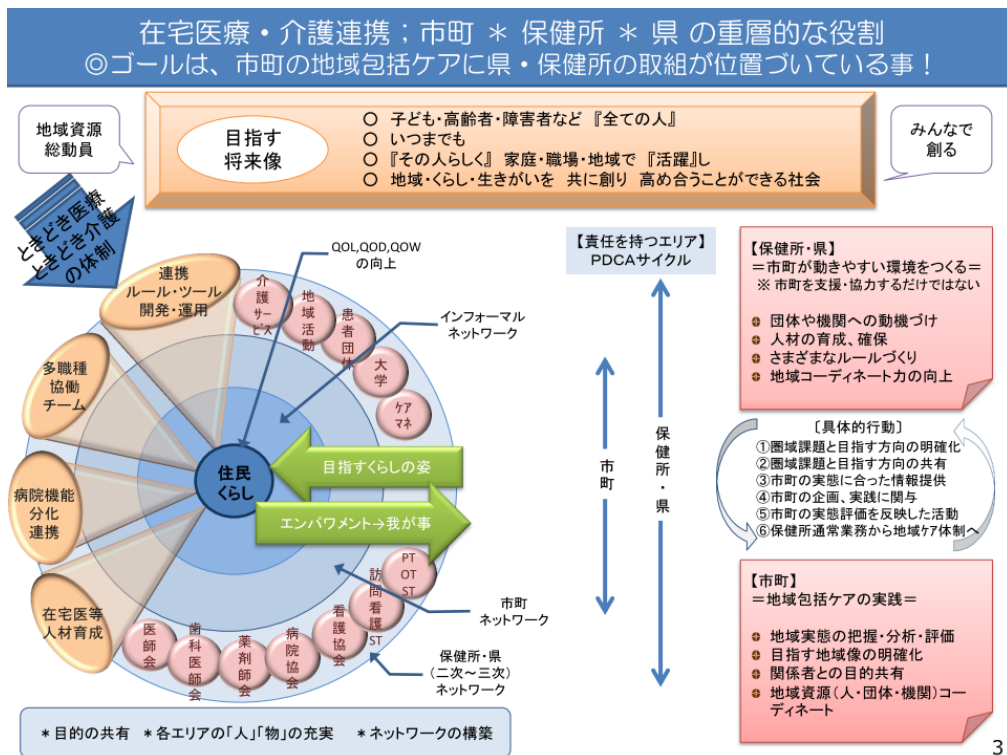
*2 医師会の現会長が過去 5 年以内の会長が在宅医療を行っている場合に「あり」とした。

【調査結果】

I. 滋賀県守山市

1. 自治体概要

守山市は草津市、栗東市、野洲市と共に湖南医療圏として二次医療圏を形成している。人口は 82,497 人、高齢化率は 21.1%（平成 29 年 10 月 1 日時点）であり、高齢化率は緩やかに上昇し、平成 37 年には 22.6%となることが推計されている。また、二次医療圏である湖南地域の平成 37 年度在宅医療需要は、平成 25 年の 1.7 倍（1,444 人/日→2,459 人/日）と、滋賀県内では最も急速に在宅医療需要が増加する地域とされている。滋賀県では平成 18 年度には「滋賀県在宅医療推進協議会」が設置されるなど、県主導での在宅医療推進が積極的で、下図のように各市区町村の在宅医療介護連携推進業の支援も行っている。例えば市区町村がノウハウを有していないことの多い医療関連データの把握、市町をこえた医療資源情報のデータ提供、市町職員を対象とした地域コーディネート力向上のための人材育成などを行っている。また守山市では、滋賀県のモデル事業である病病診・在宅連携体制構築支援事業を平成 25～27 年度の 3 年間受諾するなど、積極的に事業を進めている。



3

参考資料：守山いきいきプラン 2018（第 7 期守山市高齢者福祉計画・介護保険事業計画）、平成 28 年度都道府県在宅医療・介護連携担当者会議 資料 4 在宅医療・介護連携推進に向けた取組（滋賀県健康医療福祉部 医療福祉推進課）

2. 昨年度アンケート結果

① 在宅医療介護連携推進事業進捗度について

(ア)地域の医療・介護サービス資源の把握	4 点
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	4 点
(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築促進	5 点
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	4 点
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	5 点
(カ)医療・介護関係者の研修	5 点
(キ)地域住民への普及啓発	5 点
(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	4 点
合計	36 点
(点数内訳)	
・検討に対して未着手である	0 点
・検討する体制を整えている	1 点
・現状における地域課題を認識している	2 点
・課題解決に向けた事業案を策定している	3 点
・事業を実施している	4 点
・実施後に事業評価を行い、PDCA サイクルを回している	5 点

② 各評価指標の回答について

(1)専門部署の設置について	新設部署を設置している
(2)評価指標の設定について	設定している
(3)外部委託について	一部委託
(4)医師会長の在宅医療への関わりについて	
ア現医師会長	あり
イ過去 5 年間の医師会長	あり

3. 評価指標について

滋賀県では、県が積極的にレセプト分析等などのデータ分析を行っており、県が提供する定量的データを市が利用する体制となっている。一方、そのデータには解釈が難しいものもあり、協議会に出してもその解釈の方法についての議論になってしまうことがあるなどの問題を抱えていた。例えば過去には保健所提供データによる在宅看取りの把握も行われていたが、その看取り数は異常死（死体検案）が含まれていたり、増減を繰り返すなど、そのデータの解釈が困難であった。そこで守山市では、県提供データの他、市が力点を置いている事業に対して、独自に評価指標を設定している。例えば現在、在宅歯科保健（口腔ケア）の推進に力を入れており、その評価のために居宅療養管理指導件数を追跡したり、過去 5 年間の訪問看護ステーション促進助成事業の評価のためにサービス利用率を算出するなど、事業のアウトカムを見定めて評価指標を設定していた。事実、訪問看護ステーションは増えたものの、利用率の観点では自然増とも言える結果であったため、事業の見直しに活用することができたとのことであった。

同市では評価指標を設定するメリットとして、定量的データによる事業のアウトカムの評価の他、質的なデータを追いかけることにより、地域課題の発見が可能であると認識し、その取り組みを行っている。評価指標設定の目的や、事業の力点に合わせた評価指標を設定している点は、評価指標の設定に難渋している他自治体に推奨できる観点であると考えられる。

4. 専門部署設置について

守山市では平成 26 年に専門部署として在宅医療・介護連携サポートセンターを設立し、正規職員として保健師 1 名、嘱託職員として保健師 1 名、主任介護支援専門員（介護福祉士）1 名、事務 1 名で運営している。内部に医療職、介護職双方を配置し、お互いの理解が進むことで医療介護の連携が円滑に進むとの考えのもと、上記のような体制となっている。

設立当初から多職種連携の会や相談対応（病院退院後の患者フォローと課題発掘）の検証、モデル事業で明らかになった課題（訪問看護に対する助成など）、守山野洲医師会と主治医・副主治医制度について協議などを実施し、現在の在宅医療・介護連携推進事業に移行している。

在宅医療・介護連携サポートセンターの同敷地内には、地域包括支援センターや介護保険課が併設されている。地域包括支援センターは突発の事案や現場対応が多く、事務的な作業が後回しになることもあり、在宅医療・介護連携サポートセンターという専門部署を確立することで、専任で事業に集中できることは十分にメリットがあるとのことであった。また、介護保険課とも併設して、連携しているため、患者退院時の介護認定などで連携もできているとのことであった。専門部署を配置、専任者の配属をするだけでなく、専門部署内の医療・介護の連携に配慮した人材配置、地域包括支援センターや介護保険課などの関連課との風通しの良い体制を構築しており、専門・専任に力点を置くよりは、医療介護に理解のある人員の配置や、関連課との連携体制の構築が重要であると考えられる。

5. 外部委託について

専門部署とはいえ、決してマンパワーが多いわけではなく、アンケート調査のみ業務委託をしているとのことであった。単純な事務作業を極力減らし、専門部署内の人材を有効活用しようとする意図があると考えられる。

6. 医師会について

守山野洲医師会は以前より、在宅医療推進について積極的であり、在宅に係る医師の負担を医師会で支えあう仕組みを検討するなどの実績を持つ。平成 28 年度には医師会主導で在宅医療協議会を立ち上げており、行政、多職種（訪問看護師、ケアマネ、消防士、警察など）、総合病院（急性期、療養ともに）を招聘するなど、幅広い職種の参加を促し、年間 3-4 回開催している。医師会主導の協議会の他、市主導による会議体もあり、医師会も参加している。協議会と市主導の会議体の議論は重複することもあるが、その点も踏まえて両者会議を有効に運営しており、例えば市が運営する会議体はよりフォーマルに、協議会はより現場寄りの議論が行われている。また、医師会長をはじめとして両者会議への参加者がいることから、行政と現場の会議体それぞれのやり取りを、スムーズに落とし込むことを可能としている。また、現在医師会には会議体の運営の他、多職種連携会議の運営、市民向けや出前講座の講師を依頼しているなど、幅広い協力が得られている。

7. その他の KSF について

行政が施策を立案しても、職能団体の理解がなければ事業は進まない。職能団体との連携、共有の場の設定が重要なポイントである。そのために、専門職がいる専門部署や、課内・課外の横の連携、根拠のある説明をするための評価指標があると良いとのことであった。行政内の、現場を理解できているスタッフが、明確な根拠を基に、かつフットワーク良く職能団体と信頼関係を構築する必要性が示唆されている。

8. 総括

守山市では在宅医療・介護連携推進事業開始以前より、医師会が在宅医療推進に積極的であり、現在も医師会と両輪で事業が進んでいる。しかし、医師会の取組にただ便乗するのではなく、医療介護の連携を重視した人員配置の専門部署により、各職能団体との良好な関係性を構築することで、事業の推進を円滑にしている。さらに、滋賀県から提供される評価指標として用いることが可能なデータを活用する以外にも、独自に評価指標を設定し事業運営をするなど、専門部署設置を効率的・効果的に活用していると考えられる。

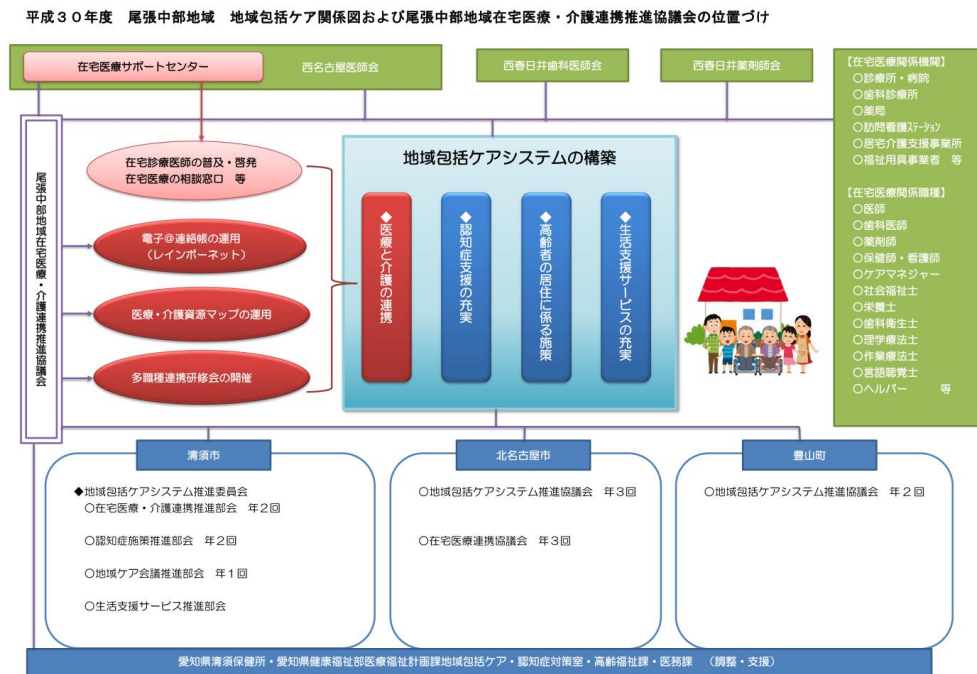
II. 愛知県北名古屋市

1. 自治体概要

北名古屋市は清須市、豊山町と共に尾張中部医療圏を構成し、地域医療構想においては、名古屋市と共に構想単位を形成する。人口は 85,584 人で高齢化率は 23.8%（平成 30 年 4 月 1 日現在）であり、平成 32 年以降人口は減少に転じ、高齢化率も同年の 24.4%をピークに減少すると推計されている。

平成 26 年度に、愛知県では地域包括ケアシステムの構築を図るためにモデル事業を実施し、豊田市、岡崎市と共に、北名古屋市がそのモデル事業として取り組みを開始した。具体的には会議運営として、地域包括ケアシステム関係機関連絡会議及び在宅医療連携協議会の運営、多職種連携研修会として歯科医師・ケアマネ連携研修会及び、講演会と交流会、研修会企画のためのツールの学習、ICT（電子@連絡帳）の導入及び運用、市民啓発として講演会・シンポジウムの開催、先進地域の視察を行っている。

北名古屋市は現在、尾張中部地域を構成する清須市、豊山町と共に尾張中部地域在宅医療・介護連携推進協議会を設立している。北名古屋市内の地域包括ケアシステム推進協議会、在宅医療連携協議会が連動する体制をとっている（下図）。また、同医療圏を担当する西名古屋市医師会や各職能団体と連携し、「地域課題を政策立案へ」をスローガンとして、地域課題を尾張中部地域の協議会が吸い上げる形を構築し、事業を進めている。



図：平成 30 年度 尾張中部医療圏 地域包括ケア関係図および尾張中部医療圏在宅医療・介護連携推進協議会の位置づけ（北名古屋市提供資料）

参考資料：北名古屋市提供資料、北名古屋市 第 7 期介護保険計画・高齢者福祉計画

2. 昨年度アンケート結果

① 在宅医療介護連携推進事業進捗度について

(ア)地域の医療・介護サービス資源の把握	4 点
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	4 点
(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築促進	4 点
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	4 点
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	4 点
(カ)医療・介護関係者の研修	4 点
(キ)地域住民への普及啓発	4 点
(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	4 点
合計	32 点
(点数内訳)	
・検討に対して未着手である	0 点
・検討する体制を整えている	1 点
・現状における地域課題を認識している	2 点
・課題解決に向けた事業案を策定している	3 点
・事業を実施している	4 点
・実施後に事業評価を行い、PDCA サイクルを回している	5 点

② 各評価指標の回答について

(1)専門部署の設置について	既存の介護・高齢者福祉系部署が担当
(2)評価指標の設定について	設定している
(3)外部委託について	一部委託
(4)医師会長の在宅医療への関わりについて	
ア現医師会長	なし
イ過去 5 年間の医師会長	なし

3. 評価指標について

現在、ICT（電子@連絡帳）の登録数（事業所数、患者数）、資源マップの登録数を定量指標として用いている他、地域ケア会議、協議会からの課題を解決できているかどうか、相談支援ができているかどうか、多職種連携会や市民向け講演会の実施有無を定性指標として用いている。評価指標を設定することにより、事業進捗と原因分析、対策の検討が可能になると考えており、平成 30 年度以降は定量分析としてレセプトなどのデータ分析を予定している。データ分析の主な項目は、「通院、入院、転院先の動向調査」、「入院を契機に新規要介護認定申請をした者の医療保険・介護保険レセプト分析から約 1 年間の経過を追跡調査」、「要支援者の 1 年後の重度化調査」が候補として挙げられている。

北名古屋市も評価指標の設定は手探りの状態で進めてきている。評価指標を設定していない自治体に対しては、その必要性も踏まえ、定量化できる可能なものから始め、徐々に大きな項目や、事業そのものの最終的な目標（在宅医療の充実や自宅看取りの増加など）を設定できる状態に向かうのが良いのではないかと考えている。事実、北名古屋市も測定しやすい項目から評価をはじめ、今年度よりデータ分析を開始する予定である。評価指標の設定のみならず「できることから始め、ひろげる」観点は他自治体に推奨できると考えられる。

4. 専門部署設置について

北名古屋市では平成 29 年度より既存の福祉部高齢福祉課内に地域包括ケア推進室を設置、運営を開始している。推進室は 13 名（産休 1 名）体制で全員が兼任である。業務を兼任することで、地域包括の様々な現場を体験し、現場を理解することで、現場のニーズを各事業に落とし込むなど、現場の課題に則した事業の運営が可能との考えを持っており、専任の必要性は必ずしも感じていなかった。さらに現場の理解をするためには、専門職が不可欠であり、特に保健師は職種間、行政区間での連携で重要な役割を担うことが出来ると考えている。

専門部署の設置そのものが重要なのではなく、他事業との兼任などにより現場の理解ができ、本事業を俯瞰してみることができる人材の配置が重要であり、また保健師を始めとした専門職は地域の課題を最も理解している職種で、事業に必要な不可欠な人材であることが示唆される。行政の保健師は配置転換の際、担当部門が大きく変わらないことが多いこともメリットであると言える。

5. 外部委託について

西名古屋医師会に在宅医療サポートセンター事業を委託しており、在宅医療介護連携推進事業の（ア）～（ク）全般を委託している。サポートセンター事業を担当する専任の職員を 1 名配置している。担当する職員は看護師等 国家資格を有する者でありかつ、医療連携業務に携わった経験のある者としている。平成 30 年度は市町村課題の把握としてデータ分析（レセプト分析）などを行う予定である。ただし、サポートセンターですべての分析を行うわけではなく、市と共同して実施し、実質的にはサポートセンターにはとりまとめを担う。外部委託をしたからと言って、すべてを丸投げするわけではない。また、現実的にデータ分析の経験やノウハウは十分ではなく、外部

事業者にてデータ分析を検討したが、個人情報保護、予算の観点から難しいとのことであった。

6. 医師会について

西名古屋医師会が北名古屋市を担当し、同医師会は尾張中部地域唯一の医師会である。北名古屋市は、歴史的に医師会との関係性はよく、さらに平成 26 年度のモデル事業により、顔を合わせる機会が増え、より良い信頼関係を構築することができたとのことであった。西名古屋医師会は平成 29 年度までの過去 5 年間に在宅医療に携わった会長はいなかったが、医師会内部に熱意のある医師がいたことで、事業を推進する上でさらに良好な関係を構築できている。現在、医師会からは在宅医療サポートセンターの運営委託の他、尾張中部医療圏在宅医療・介護連携推進協議会の主要構成員として各事業の推進に対するサポートを得ている。北名古屋市は、事業をすすめる上で医師会の協力は必須であり、協力を得るために、例えば各会議体（地域ケア会議、在宅医療連携推進協議会、地域包括ケアシステム推進協議会等）で挙げられた課題等について密な報告を行うなど、顔の見える関係、信頼関係を構築することが重要視していた。また、医師会だけではなく、職能団体をうまく巻き込んでいくことが必要と考えており、他自治体にも推奨すべき視点であると言える。

7. その他の KSF について

顔の見える関係の構築が最も重要である。北名古屋市は、2 市 1 町の行政間、職能団体との関係ができており、長い歴史、実績があったからこそうまくいっていると感じている。特に医師会が協力的であったことが成功要因である。また保健師は医師、歯科医師、薬剤師等と、どの部署にいても連携をとる職種であることから、柱になることができたのも一つの要因との考えであった

8. 総括

尾張中部地域在宅医療・介護連携推進協議会を 2 市 1 町で積極的に運営し、職能団体も積極的に参加できていることが特徴的である。従来より関係性は良かったものの、行政のフットワークの良さや頻繁なコミュニケーションが成功要因の一つと言える。医師会とタッグを組むことが出来ていること、専門部署は存在しないが、現場を知る兼任者が多数を占める部署による運営、PDCA を回す観点を持った評価指標の設置が重要な KSF と言える。特に平成 30 年度より実施予定のレセプトデータ分析は先進的な取り組みであり、注目すべき観点である。また、「地域課題を政策立案へ」をスローガンとした、単純な問題解決で終了しない事業運営のスタイルも評価されるべき点であると考えられる。

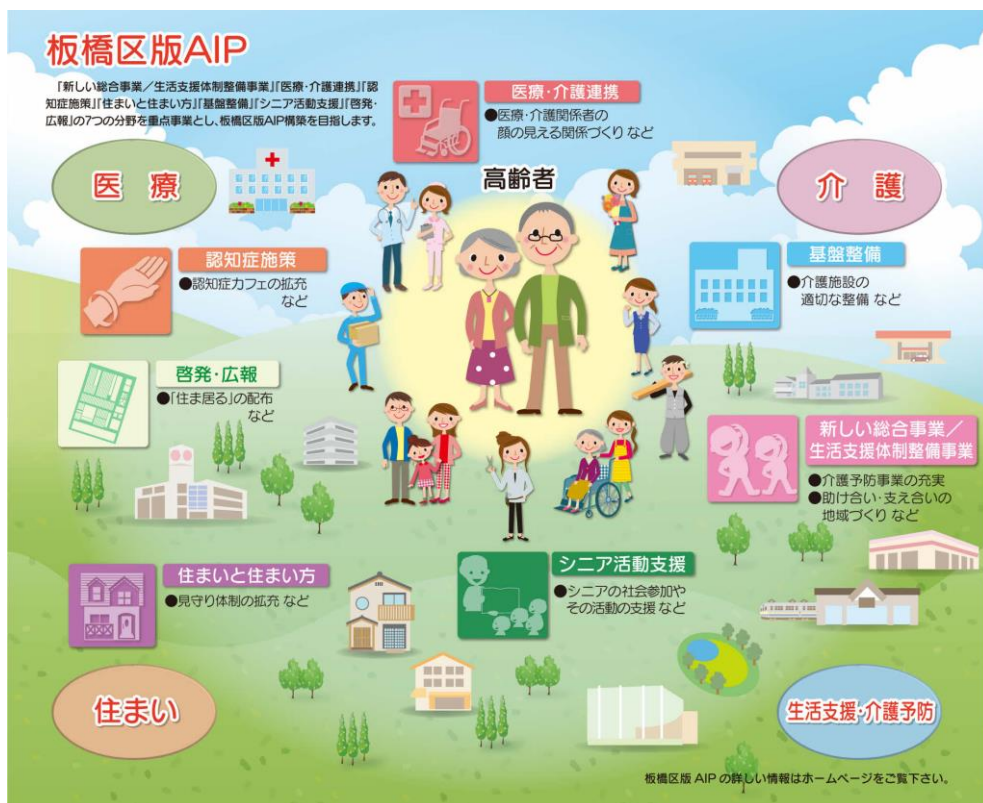
Ⅲ. 東京都板橋区

1. 自治体概要

東京都板橋区は約 56 万人の人口を抱え、その高齢化率は 23.0%（平成 29 年 10 月 1 日現在）であり、平成 37 年に 27.3%と急速に増大することが予測されている地域である。

板橋区は、独自の地域包括ケアシステム構築施策として、住み慣れた地域でいつまでも元気で自立した生活を営むことができるように、また、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように、「板橋区版 AIP（Aging in Place）」を作成している。板橋区版 AIP は、①総合事業、生活支援体制整備事業、②医療・介護連携、③認知症施策、④住まいと住まい方、⑤施設介護サービス等の基盤整備、⑥シニア活動支援、⑦啓発・広報の 7 つの事業からなり、在宅医療・介護連携推進事業も AIP の一つに位置付けられている。

また、板橋区では板橋区医師会が運営する板橋区医師会在宅医療センターが平成 18 年に開設されるなど、本事業が開始される以前から運営がなされ、平成 24 年からは在宅医療連携拠点事業として、療養相談室を設けている他、現在の推進事業である（ア）～（ク）の多くの事業を担ってきているなど、医師会を中心とした在宅医療の基盤と、先進的な取組のある自治体である。



図：板橋区版 AIP

参考資料：板橋区介護保険事業計画 2020、板橋区版 AIP の構築に向けた取組に関する検討報告書

2. 昨年度アンケート結果

① 在宅医療介護連携推進事業進捗度について

(ア)地域の医療・介護サービス資源の把握	3 点
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	4 点
(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築促進	4 点
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	3 点
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	4 点
(カ)医療・介護関係者の研修	4 点
(キ)地域住民への普及啓発	4 点
(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	4 点
合計	30 点

(点数内訳)

・検討に対して未着手である	0 点
・検討する体制を整えている	1 点
・現状における地域課題を認識している	2 点
・課題解決に向けた事業案を策定している	3 点
・事業を実施している	4 点
・実施後に事業評価を行い、PDCA サイクルを回している	5 点

② 各評価指標の回答について

(1)専門部署の設置について	既存の介護・高齢者福祉系部署が担当
(2)評価指標の設定について	設定している
(3)外部委託について	一部委託
(4)医師会長の在宅医療への関わりについて	
ア現医師会長	あり
イ過去 5 年間の医師会長	あり

3. 評価指標について

現在は地区ネットワーク会議の開催回数のみを評価指標として設定している。実際には会議体などでアウトカムの設定が大切であることを指摘されているが、事業評価のための適切な評価指標の設定が難しく、設定できていないとのことであった。昨年度アンケート結果で、評価指標を設定している自治体は非常に少ない原因の一つであると考えられる。

4. 専門部署設置について

板橋区版 AIP の専門部署があり、その中で医療介護連携についても取り組んでいる。AIP 専任の担当係は全員で 7 名いるが、長寿社会推進課、介護保険課、健康推進課、住宅政策課、健康福祉センターとも連携している。庁内に政策調整会議があり、お互いの事業を発表する機会がある。そこで顔の見える関係ができており、担当者間で地域包括ケアシステムに関する庁内の取り組み等について情報共有ができているため、横の協力は得られやすい。全員が医療介護連携以外の業務も担っている（兼任）が、課内に多くの部署があるため、横のつながりがあれば決して専任である必要はないと考えている。隣接する係には専門職（リハビリ職、保健師）が配属されており、相談しやすい関係ができています。

5. 外部委託について

医師会に、患者と在宅医師のマッチング（紹介）事業を委託している（在宅医療センター療養相談室）。6 年前から都の補助金を活用して運営しており、2 年前からは区の委託事業として実施している。

6. 医師会について

板橋区医師会には在宅医療・介護連携推進事業のみならず、板橋区版 AIP にも参加してもらい、地域包括ケアシステムの構築全体に積極的に関与してもらっている。板橋区医師会は従来より在宅医療介護に力を入れており、平成 24 年度には在宅医療連携拠点事業として、現在の推進事業(ア)～(ク)につながる事業を実施していた。現在は板橋区医師会在宅医療センターを運営しており、連携支援、地域包括支援センター、居宅介護支援事業、訪問看護ステーション事業の 4 事業を担っている。また、在宅医療推進会議には医師会も参加している他、医師会主催で実施していたネットワーク懇話会（多職種連携）を一昨年から行政と共催で実施している他、研修、地域住民への普及啓発にも協力を得ている。

もともと、在宅医療に関わらず、区と医師会の関係性が良い。在宅医療介護については板橋区医師会が従来より積極的に取り組んでいたものであり、在宅医療・介護連携推進事業開始後も関係性も生かして、行政から医師会に積極的な参画をお願いしている。板橋区版 AIP 開始時にも、医師会の既存事業を生かした取り組みとすることが出来ている。

7. その他の KSF について

関連課、大病院も含めた職能団体との関係性を築いておくことが、医療介護に係る事業を推進していく上で重要なファクターである。そのためには医療介護の担当者が、対等に話をするためにも、医療介護に係る知識を十分につける必要があると考えている。専門職がいなくても、関係課に配属されていることもあるので、普段から相談ができるように関連各課とも関係性を構築していくことが大切である。各職能団体と密なコミュニケーションを交わすことにより、同じ目線を向いていくことも必要である。

8. 総括

板橋区の場合は、「在宅医療介護連携に積極的な医師会」が強力な推進力を担っていると考えられる。行政はフットワーク良く、医師会をはじめとする職能団体、内部の関係各課と顔の見える良好な関係を構築していたことで、従来より先進的であった医師会の取組に事業をアドオンできたと言える。在宅医療・介護連携推進事業は行政のみで達成できるものではなく、板橋区は職能団体との良好な関係を構築し、専門職能団体の既存のノウハウを生かすことで、事業を推進している好事例であると言える。

IV. 新潟県新潟市

1. 自治体概要

新潟市は約 80 万人の人口を抱え、高齢化率は 28.4%と既に国内の高齢化率平均よりも高い、政令市である。平成 37 年には高齢化率はさらに上昇し、31.3%に達すると推計されている。

新潟市は、独自に新潟市医療計画を平成 25 年度に策定（平成 26 年度から平成 32 年度までの 7 年計画）するなど、医療行政に対して積極的な市区町村と言える。この医療計画内では在宅医療が重点項目として挙げられており、在宅医療・介護連携拠点の整備、関係機関の連携促進、人材確保、市民への普及啓発といった施策が、本市市長が「地域包括ケアシステム元年」と宣言した平成 26 年から開始されている。施策の一つとして、在宅医療連携拠点モデル事業を開始、平成 27 年には在宅医療・介護連携推進協議会を設置し、在宅医療介護連携推進事業業務計画を決定するに至っている。

新潟市に特徴的な取組として、地域の自発的な団体である在宅医療ネットワークを基盤とした在宅医療・介護連携センター／ステーションが挙げられる。現在、市内に 11 の在宅医療・介護ステーションが各医療機関内に設置され、医療介護の相談窓口、在宅医療ネットワークの活動支援、地域住民への普及啓発事業、人材育成、資源把握、情報共有ツールの活用などの業務を担っている。新潟市地域医療推進課と同建物内に新潟市医師会事務局が設置されており、その中に在宅医療推進室という新しい組織がつくられ、在宅医療・介護連携ステーションのバックアップを行う在宅医療・介護連携センターと、地域医療介護総合確保基金事業による在宅医療推進センターの運営も担うなど、積極的に在宅医療の推進を担う組織となっていることも特徴の一つである。

新潟市は在宅医療・介護連携推進事業において、有数の先進地域であり、新潟市医師会 在宅医療推進室室長の斎川氏、新潟市保健衛生部地域医療推進課課長補佐の清水氏（現在は異動）は厚生労働省主催、在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナーのアドバイザーを務めた。

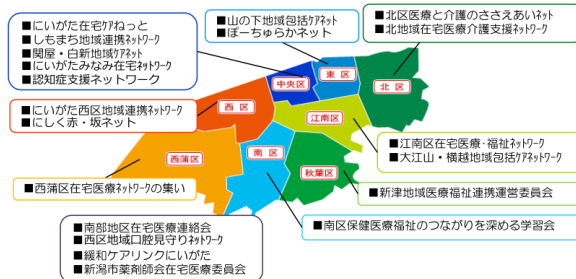
H29年度 新潟市の取り組み

主な事業

I 在宅医療提供体制の基盤整備 「在宅医療・介護連携推進事業」 医療と介護の橋渡し、地域の多職種の連携拠点を運営 「在宅医療・介護連携センター(1か所)」 在宅医療・介護連携ステーション(11か所)」 (うち3か所新設)
II 地域における多職種連携の取り組み支援 「在宅医療ネットワーク活動支援事業」 多職種による在宅医療ネットワークの新規立上、活動継続を支援し、在宅医療提供体制の整備を推進 ◆補助額(1団体)500千円(初回) 100千円(2回目) 50千円(3回目)
III 在宅医療を支える人材育成事業 「地域医療連携強化事業」 「訪問看護普及啓発事業」 病院の医師や看護師を中心に在宅医療・訪問看護等への理解を深め、知識を習得し、地域連携する機会を提供
IV 在宅医療・介護に関する普及啓発の強化 「在宅医療・介護市民出前講座」 公民館、地域の茶の間などで医師・看護師・ケアマネ・介護経験家族が講師となり、市民の皆さんから在宅医療に関わる理解を深めていただく。 「在宅医療・介護区民公開講座」 「在宅医療・介護ナイトスクール」 「在宅医療・介護市民フォーラム」 「在宅医療・介護に関する普及啓発冊子の配布」
V 在宅医療・介護連携推進協議会 医療介護関係機関・病院・地域包括支援センター・コミュニティ協議会などの関係者からなる協議会を開催し、在宅医療・介護連携の推進に必要な具体策を協議



在宅医療ネットワーク 20団体 (H29.7月現在)



参考資料：平成 29 年度在宅医療・介護連携推進事業 在宅医療・介護連携推進事業プラン強化セミナー 新潟市における在宅医療・介護連携推進事業の取組、新潟市地域包括ケア計画（新潟市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画）平成 30 年度～平成 32 年度

2. 昨年度アンケート結果

① 在宅医療介護連携推進事業進捗度について

(ア)地域の医療・介護サービス資源の把握	4 点
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	5 点
(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築促進	5 点
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	4 点
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	5 点
(カ)医療・介護関係者の研修	4 点
(キ)地域住民への普及啓発	4 点
(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	4 点
合計	34 点
(点数内訳)	
・検討に対して未着手である	0 点
・検討する体制を整えている	1 点
・現状における地域課題を認識している	2 点
・課題解決に向けた事業案を策定している	3 点
・事業を実施している	4 点
・実施後に事業評価を行い、PDCA サイクルを回している	5 点

② 各評価指標の回答について

(1)専門部署の設置について	既存の政策企画担当部署が担当
(2)評価指標の設定について	設定していない
(3)外部委託について	委託なし
(4)医師会長の在宅医療への関わりについて	
ア現医師会長	あり
イ過去 5 年間の医師会長	あり

3. 評価指標について

在宅医療・介護連携推進事業開始当初は、従来性の新潟市のこれまでの取組やネットワーク互助の関係を生かした、連携ステーション構想の必要性を認識し、事業化・予算化してきた。しかし、今後事業を継続していくためには、納得の得やすい数値の提示が必要だと考えている。そのため、現在評価指標について検討をしている段階である。また、指標は職能団体に十分な影響を与えることを認識しているため、より適切な評価指標の設定が必要だと考えている。事実、地域医療推進課の清水氏（現在は異動）は、当 NPO が実施したアンケート調査結果を用いて、看護協会による一層の多職種との連携の必要性を訴え、看護協会のからの良好な反応を得ている。

どの評価指標を用いることが適切かは手探りの状態であり、大学や外部コンサルタントの意見を参考にしたり、柏市のような先進的な自治体の意見も取り入れたいと思っている。すでに評価指標の候補となるような定量指標のリストは作成しており、まずは現状とそこからの推計をまず行って、議論のたたき台にしたいと考えている。定性調査も含め、今後は、データの活かし方を検討していかなければならないと考えている。

4. 専門部署設置について

担当課である地域医療推進課には専門職として、保健師、医師が配属されており、市独自の医療計画をたてるなど、医療について強みを持っている点は、他市区町村とは異なる特徴である。また、同市では地域医療推進課と同建物内に新潟市医師会の事務局が設置されている。医師会内の在宅医療推進室は医師会副会長、看護師（保健師・地域看護専門看護師）、MSW（医療ソーシャルワーカー・社会福祉士）、DPC 経験のある SE など多様な現場を経験したメンバーを推進室内に配置している。担当課と医師会の敷居は低く、風通しの良い環境が構築されており、行政を医師会が共同して事業を推進することを可能にしている。

5. 外部委託について

上述の通り評価指標の設定、データの分析・解析を、今後大学や外部コンサルタントに委託することも検討している。

6. 医師会について

医師会長をはじめとして、新潟市医師会は同市の地域医療全体をどうしていくか、という広い視点でその取り組みを検討しており、例えば在宅医療も、その普及はもちろんのこと、診診連携、病診連携、病病連携（医療連携）にも積極的に取り組んでいる。そのためか、診療所の医師はほぼ医師会員であり、さらにがんセンター、大学病院など地域の拠点を担う病院勤務者も理事を担当している。

新潟市医師会は新潟県在宅医療連携モデル事業でも事務局を務めるなど、かねてより在宅医療介護連携に積極的に関与している。現在は、医師会内に在宅医療連携推進室が設置されており、推進室内では市の在宅医療・介護連携推進事業を担う在宅医療・介護連携センター機

能と、県の地域医療介護総合確保基金事業である在宅医療推進センター機能を併せ持ち、関係性の深い両事業を一体的に運営している。このような運営体制により、新潟市では医師会を中心として在宅医療介護連携（多職種連携）と、各医療機関総合の連携（医療連携）の両輪を効率的に回すことが可能としている。また、上述のように、同推進室は在宅医療介護連携推進事業の担当課である地域連携推進課と階を隔てて同建物内に位置しており、風通しの良い関係性が構築できている。

7. その他の KSF について

新潟市の現在の取組は従来から存在した在宅医療ネットワークをうまく生かしたものである。このような地域の取組を生かしていくことが重要であり、例えば市民への普及啓発活動では地元新聞社とタッグを組むことで普及啓発として地元新聞社の活用なども行っている。また、医師会では今後は地元企業とも協力した、地域包括ケア体制の構築を検討している。このように、地域に根付いた活動や、団体、企業と良好な関係を構築していくことも大切ではないかと考えている。

8. 総括

新潟市は、全国でも有数の在宅医療介護連携推進事業が進んでいる自治体である。医療施策について積極的である担当部署と、在宅医療のみならず地域医療の推進に積極的な医師会が良好な関係性を構築できていることが、有効な推進力となっている。行政の担当課と同建物内の医師会事務局に在宅医療推進室が設置され、担当課と風通しの良い関係を構築することで、十分に補完できているのみならず、医療連携も視野に入れるなど、在宅医療・介護連携に留まらない効果的な施策を構築することを可能としている。このような推進体制によって、従来の地域の活動を発展させた、在宅医療ネットワークを生かしたステーション構想を構築、達成することができたと考えられる。また、現時点で評価指標は設けていないものの、その必要性について認識しており、その設定についても既に検討段階であった。PDCA を回すための土壌は十分であり、すでに実行されている。有効な評価指標が設定されれば、さらに良い PDCA が回されることが考えられる。

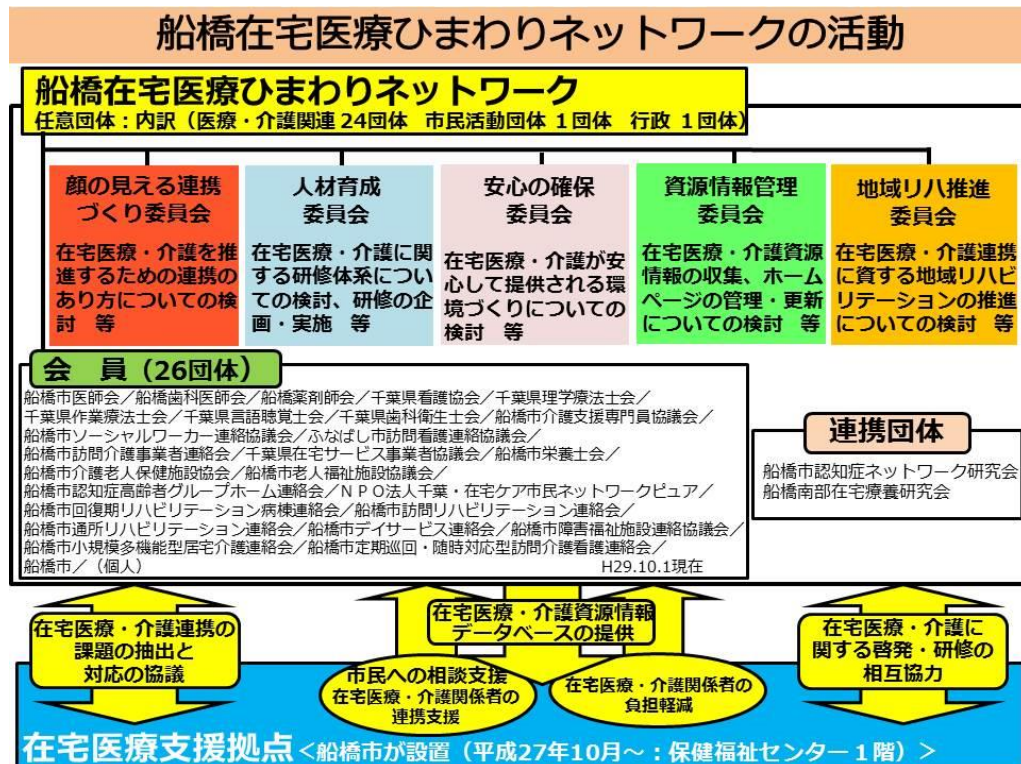
V. 千葉県船橋市

1. 自治体概要

船橋市は約 64 万人の人口を抱え、高齢化率は 23.5%（平成 29 年 10 月 1 日現在）であり、平成 37 年に高齢化率はさらに上昇し、24.2%でその後も高齢化率が上昇し続けると推計されている。

在宅医療介護連携の取組として、船橋市では平成 24 年より地域在宅医療推進連絡協議会を設置し、平成 25 年には医療・介護関係団体及び行政により構成された船橋在宅医療ひまわりネットワークを設立するなど、さらに緊密な連携協力体制を整備した。また、平成 27 年より保健福祉センター内に、在宅医療支援拠点ふなぽーとを開設し、在宅医療に関する相談対応を可能にしている。この他に船橋市では多職種連携 ICT システムの運用や、サロン事業として医療・介護相談会を実施している。船橋市、ひまわりネットワーク、在宅医療支援拠点ふなぽーとは互いに連携し、市内における在宅医療・介護の充実に取り組んでいる。

船橋在宅医療ひまわりネットワークでは、地域包括ケアシステムの核となる在宅医療の充実と医療・介護の連携を推進するために、多職種間での顔の見える連携づくり、人材の育成、在宅医療提供時における支援体制の検討、資源情報管理等の活動を行っている。また在宅医療支援拠点ふなぽーとでは市民・医療介護関係者への相談支援や関係者、市民への普及啓発活動の他、船橋市医師会が実施している「在宅医紹介制度」を活用し、事前に登録された訪問診療等が可能な在宅医を紹介するといった活動も行っている。



参考資料：船橋在宅医療ひまわりネットワークの取組（一般社団法人船橋市医師会）、船橋市第 8 次高齢者保健福祉計画・第 7 期介護保険事業計画

2. 昨年度アンケート結果

① 在宅医療介護連携推進事業進捗度について

(ア)地域の医療・介護サービス資源の把握	5 点
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	5 点
(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築促進	5 点
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	5 点
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	5 点
(カ)医療・介護関係者の研修	5 点
(キ)地域住民への普及啓発	5 点
(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	4 点
合計	39 点

(点数内訳)

・検討に対して未着手である	0 点
・検討する体制を整えている	1 点
・現状における地域課題を認識している	2 点
・課題解決に向けた事業案を策定している	3 点
・事業を実施している	4 点
・実施後に事業評価を行い、PDCA サイクルを回している	5 点

② 各評価指標の回答について

(1)専門部署の設置について	専門部署新設
(2)評価指標の設定について	設定していない
(3)外部委託について	一部委託
(4)医師会長の在宅医療への関わりについて	
ア現医師会長	あり
イ過去 5 年間の医師会長	あり

3. 評価指標について

アンケート回答時は、「評価指標は設定していない」との回答であったが、現在は定性指標による事業評価を開始しており、例えばひまわりネットで行っている事業について、アンケートを実施している。今後、船橋市では 75 歳以上高齢者の急増が予想されており、在宅医療ができる診療所を増やす方法やその必要性について協議するためにも、死亡小票分析といった定量分析を検討中である。

4. 専門部署設置について

専門部署として地域包括ケア推進課を設置し、現在 8 名の専任者が在籍する。地域包括ケアシステム推進本部事務局、在宅医療介護連携推進事業、ひまわりネットワーク事務局など地域包括ケア事業の全体管理を担っている。当初介護保険課に位置付けられていたが、在宅医療介護連携強化のため医療分野に組織移管し、平成 29 年より専門部署設置に至っている。

現在、保健師のような資格職は在籍していないが、その必要性や重要性は認識されている上で、専門部署のスタッフは医療的な知識を持っていれば良い、というものではなくて、国方向性、医療業界と地域医療の現状把握、医師会の医師が考えていることを探ることが出来るか、地域医療でどこを目指すことが出来るかを定めることができるか、のほうが大切であると考えている。このためには、専門的な知識は必須であり、専門職配置が近道と言えるが、専門職と対等に渡り合えるぐらいの知識や経験を積むことができれば、専門職の配置は必ずしも必要ではないとの考えであった。

5. 外部委託について

平成 27 年 10 月に、在宅医療支援拠点ふなぽーとを設置し、市民、在宅医療介護関係者の連携支援、負担軽減などの業務を行っている。この拠点事業を医師会に委託している。

6. 医師会について

船橋市は、市内に大きな大学病院、一般病院がなく、地域医療を進めていく上で医師会とタッグを組むことが非常に重要と考えている。その関係性は古く、夜間診療所設立が開始された頃から相談できる関係性ができている。

在宅医療についても、平成 23 年頃より、現在の医師会長が副会長のころから取り組み方法について相談を開始し、翌年からは船橋市地域在宅医療推進連絡協議会が設置されている。この協議会では、在宅医療・介護連携推進事業がスタートする前から、取り組むべき課題を見い出し、解決策を提示し、それを市内全体で取り組むよう事業開始を提言した。

この協議会の成果として、船橋在宅医療ひまわりネットワークが設立されており、ネットワーク内には「顔の見える関係づくり委員会」、「人材育成委員会」、「安心の確保委員会」、「資源情報管理委員会」、「地域リハ推進委員会」の 5 つの委員会で構成されている。ネットワークの委員会は、協議会で抽出された課題をもとに立ち上げられており、これら委員会の活動により、現在の在宅医療介護連携推進事業（ア）～（ク）の項目のほとんどを実施することを可能としている。また、現

場を知る職能団体でネットワークとその委員会が構成されるため、事業の成果も現場の意見を十分に反映させたものとなっている。例えば、退院連携のツールとして「在宅医療・介護連携の心得」が作成されているが、入退院時の連携に関する困りごとを約束事として反映させ、各職種がやらなければならないことが色分けされ、フローチャートになっているため、一目でやるべきことが分かるなど、完成度の高いものとなっている。その他にも緊急入院時の「ひまわりシート」や「安心登録カード」、資源マップである「ひまわりマップ」も市民、現場で使われやすいものとなっている。

7. その他の KSF について

事業の進捗について、うまくいっている自治体の仕組みを見て、その要因を理解することが大切である。その上で、「医療と介護の垣根を取り払うことが出来るツール」、「独居高齢者への対策を講じることが出来るツール」などを「医師会と並走して」実施するのが良いのではないか。船橋市の場合、医師会を含め多職種を巻き込む形で、在宅医療介護連携の心得とひまわりシートを作成することができ、より良い連携体制を構築することが出来ている。また、従前から災害時対策で導入されていた社会福祉協議会の「安心登録カード」とコラボして、救急搬送時の連絡などツールの利用者拡大を図っている。

8. 総括

船橋市は従来からの医師会との関係性を生かし、医師会と並走して事業を進めることが出来ている点、また医師会と並走して事業を進める必要があるということを認識している点が特徴的な自治体である。当初より医師会と事業を進め、さらに各職能団体のみならず、高齢者施設までも広く参画するネットワークを構築し、現場の意見を十分に反映できたことが今の成功要因であると考えられる。また、専門部署を配置し、専門職はいなくとも医療介護において専門職と対等に議論ができる職員を配置していることも、事業が円滑に進んでいる要因であると考えられる。

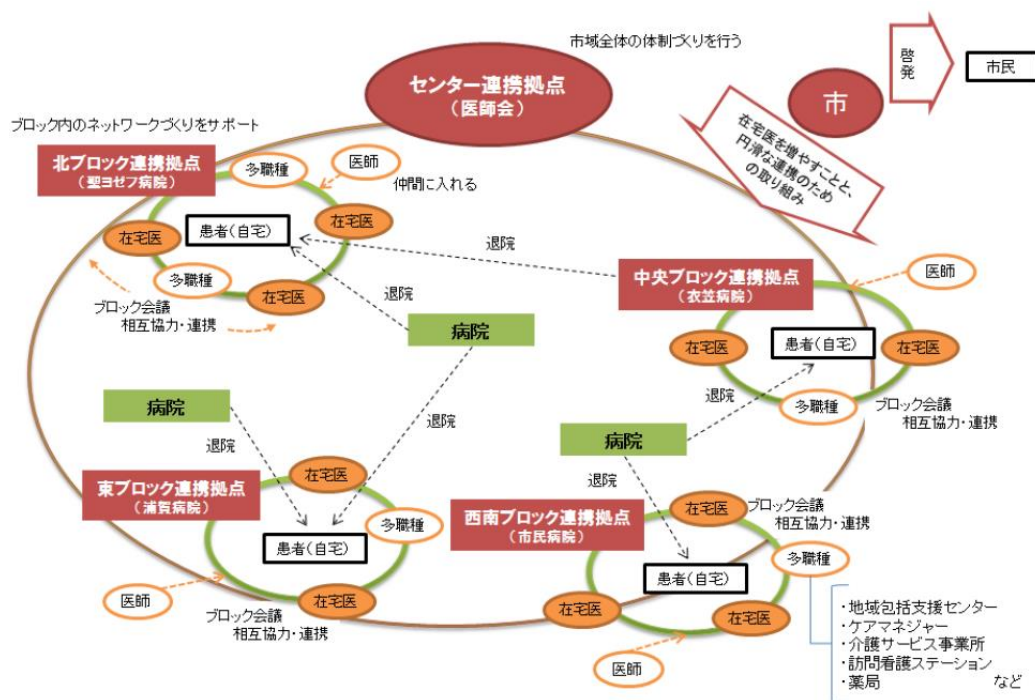
VI. 神奈川県横須賀市

1. 自治体概要

横須賀市は人口約 40 万人、高齢化率 30.9%（平成 30 年時点）と既に高齢化率の高い、三浦半島の中心都市である。本市は平成 4 年より人口減少と高齢者人口の増加が始まっており、平成 37 年には人口はさらに約 3 万人減少、高齢化率は 31.5%に増加することが推計されている。また、神奈川県地域医療構想（平成 28 年 10 月策定）によると、平成 37 年の横須賀・三浦二次医療圏内の在宅医療を必要とする患者数は、平成 25 年と比較して約 1.4 倍に増加すると推計されている。

横須賀市では、平成 23 年度に在宅療養連携会議を設置し、在宅療養に係る課題の抽出や解決策の検討、施策の展開を行ってきた。また、平成 25 年度からは在宅医療に取り組む診療所の増加を目的として、市内を 4 つのブロックに分け、各ブロック内の病院に在宅療養ブロック連携拠点を設置した。各ブロックでは、拠点を中心にして診療所、病院の連携について議論されている。また、ブロック連携拠点の統括及び在宅療養に係る全市的な取り組みを展開するため、横須賀市医師会に在宅療養センター連携拠点を設置し、病診連携、ブロック連携、在宅患者の病院事前登録制度の構築、多職種連携 ICT システムの導入・普及、出前講座などの取り組みを行っている。上記の取り組みは、現在の在宅医療・介護連携推進事業に組み込まれ運営されている。

横須賀市は在宅医療・介護連携推進事業において、有数の先進地域であり、横須賀市健康部地域医療推進課課長の川名氏は、平成 28～29 年度に、厚生労働省主催の在宅医療・介護連携推進支援事業のアドバイザーを務めた。



参考資料：横須賀市提供資料、横須賀高齢者保健福祉計画（第 7 期介護保険事業計画を含む）

2. 昨年度アンケート結果

① 在宅医療介護連携推進事業進捗度について

(ア)地域の医療・介護サービス資源の把握	4 点
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	5 点
(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築促進	5 点
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	5 点
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	4 点
(カ)医療・介護関係者の研修	5 点
(キ)地域住民への普及啓発	5 点
(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	4 点
合計	37 点

(点数内訳)

・検討に対して未着手である	0 点
・検討する体制を整えている	1 点
・現状における地域課題を認識している	2 点
・課題解決に向けた事業案を策定している	3 点
・事業を実施している	4 点
・実施後に事業評価を行い、PDCA サイクルを回している	5 点

② 各評価指標の回答について

(1)専門部署の設置について	専門部署を設置
(2)評価指標の設定について	設定している
(3)外部委託について	委託していない
(4)医師会長の在宅医療への関わりについて	
ア現医師会長	あり
イ過去 5 年間の医師会長	あり

3. 評価指標について

横須賀市では、在宅療養支援診療所数や死亡場所別死亡数を、アウトカム評価として用いている。横須賀市は人口 20 万人以上の都市において平成 26 年の自宅死亡率が全国一位であったことで有名であるが、自宅死亡はすべてが看取りではなく、変死などの死体検案数（孤独死）も含まれており、アウトカム指標としては不十分であると認識していた。（事実、下記に示す地域看取り率算出に用いるデータより自宅死亡のうち約 54%が検案であったことが判明した。）また、本事業の目指す方向性として、看取り場所は自宅のみならず、施設も含まれるとの考え方から、横須賀市の独自指標として「地域看取り率」を算出している。

地域看取り率は「人口動態統計の自宅、老人ホーム、介護老人保健施設での死亡数から、市内警察署が扱った自宅・老人ホームでの死体検案数を差引いたものを、全死亡者数における割合」として算出できる。横須賀市は平成 26 年よりこの地域看取り率をアウトカム指標として用いている。現在用いている指標に対する課題認識、新しい指標算出のための工夫、データを持つ部門（今回は市内警察署）へのアプローチといった観点があったからこそ、地域看取り率という独自の指標を見出すことが可能であったのではないかと考えられる。

4. 専門部署設置について

地域医療推進課在宅療養連携推進係として専門部署を設置している。当初は兼任であったが、平成 27 年に専任を置く必要性を感じて、組織を見直した。現在は 3 名体制で全員が専任である。医療政策部門に専任を配置することは、例えば高齢福祉課など目の前の人の困りごとを解決しなければならないといった優先すべき市民対応が少なく、事業推進に必要な作業に専念でき、職能団体や関係課との連携、評価指標のデータ整理などに時間を費やすことが可能である。もちろん専任部署だけでは解決できない課題もあるので、日頃より他課主催の会議などに出席し、反対に地域医療推進課の会議に他部課から参加してもらうなど、行政内でも顔の見える関係の構築に努めている。

5. 外部委託について

ブロック連携拠点の統括及び在宅療養に係る全市的な取り組みを展開するため、横須賀市医師会に在宅療養センター連携拠点を設置し、病診連携、ブロック連携、在宅患者入院支援登録システム運営、多職種連携 ICT システムの導入・普及、出前講座などの取組を行っている。

（注：昨年度アンケートでは外部事業者（調査会社、コンサルティング会社、IT 会社等）への委託は実施していないとの回答）

6. 医師会について

横須賀市と医師会の関係は、平成 23 年度までさかのぼる。平成 23 年度当初、横須賀市では癌患者の在宅緩和ケア推進に着手する中、医療福祉関係者へのヒアリングを開始した。ヒアリングから抽出した課題の一つに「連携」があり、連携の中心には医師が必要であるとの発想から、横

須賀市より、医師会長に在宅医療でリーダーシップのとれる医師を紹介してほしいとアポイントメントをとったことが、在宅医療・介護連携推進事業で現在良好なタッグを組んでいる横須賀市と医師会の関係の始まりである。この当時紹介を受けた 2 名の医師は、現在も横須賀市の在宅療養ブロック連携の主要なメンバーであるが、これからの行政の本気度を問われるなど、決して最初から関係性が良いわけではなかった。しかし、その後行われる様々な事業において、相談し、事業に巻き込むことを繰り返していくことで良好な関係を構築することが出来ている。現在では、在宅療養センター連携拠点を医師会に委託し、医師会が積極的に在宅医療・介護連携を推進していく上での必要な事業を行政に提案し、行政が予算をつけ事業委託するという、現場の声を反映した事業の実施を可能としている。

このように横須賀市は 7 年と比較的短期間で、医師会を始めとする職能団体との関係を構築してきた。特に医師会との関係性構築の成功要因として以下を挙げている。

- ・必要な時に相談を可能にする日頃からの顔の見える関係づくり
- ・医師会・行政それぞれの強みを生かしつつ、使命感を共有する
- ・物事を決める前のお互いの相談と、決めてからの協働実施

これら 3 つの成功要因は、決して難しいものでも、特別な要素が必要であるわけではなく、他自治体に推奨されるべきものであると考えられる。

7. その他の KSF について

横須賀市で在宅医療介護連携が進んだキーワードは「おもてなし」と表現されている。

お 想いを伝える

も 目標を共有する

て できることから始める

な 何も正解はないと知る

し 市（横須賀市）はコーディネーター

このキーワードをもとに横須賀市は事業を進めてきた。また、事業開始当初から医師会だけではなく各職能団体との顔の見える関係を構築し、場合によっては意見を出しやすい環境づくりの工夫をするなど、現場の意見を収集することが出来るように努めたことも成功要因であると考えられる。

8. 総括

横須賀市は、全国でも有数の在宅医療・介護連携推進事業が進んでいる自治体である。また、他自治体と比較して、医師会による十分な基盤構築や、行政と医師会の十分な関係性がなかったにも関わらず、わずか 7 年間で各職能団体との関係性を構築し、在宅医療介護連携を推進することが出来ている点で、横須賀市が行ってきた取組は、現在職能団体との関係性が十分でなかったり、従来の基盤のない地域にも、いわばお手本となりえる取り組みであるのではないかと考えられる。

【まとめ】

在宅医療・介護連携推進事業は平成 27 年 4 月の介護保険法改正にて、地域支援事業の包括的支援事業に位置付けられ、各市区町村は事業計画を策定し、本年 4 月よりその運用が開始されている。昨年度、本 NPO では在宅医療・介護連携推進事業直前の進捗度の評価と、事業推進のための課題を抽出し、解決策を検討するために、平成 28 年度に全国 1731 自治体に対してアンケート調査を実施した。アンケート結果より事業の進捗の Key Success Factor (KSF) には「評価指標の設定」、「自治体内の事業専門部署の設置」、「外部事業者への委託」、「医師会の関わり」が関与している可能性が示唆された。このため、今年度は事業の進捗度が高かった自治体に対して、それぞれの因子の本質と、真の KSF を見極める目的でヒアリング調査を実施した。ヒアリング対象自治体は滋賀県守山市、愛知県北名古屋市、東京都板橋区、新潟県新潟市、神奈川県横須賀市、千葉県船橋市の 6 自治体である。

調査を行った 6 自治体のうち、評価指標を設定していると回答したのは 4 自治体であったが、板橋区は評価指標についてほぼ模索中の状態であった。また、評価していないと回答した船橋市は、ヒアリング時点で既に定性調査を開始しており、死亡小票分析などの定量調査についても実施の方向で検討中であった。新潟市も評価指標についてその必要性を感じており、既に具体的な項目を列挙し、何から始めていくか検討している段階であった。したがって、今回調査した自治体の多くは評価指標の必要性について認識している状況であったと言える。一方で、昨年度のアンケート調査にあるように、評価指標を設定している自治体は非常に少なく、板橋区のように、現時点でも多くの市区町村が評価指標の必要性について認識しつつも、その設定について難渋していることが推測される。

評価指標は在宅医療・介護連携推進事業の手引киに示されているように、ストラクチャー、プロセス、アウトカム指標のように網羅的に設定し、事業の状況を把握することも必要であるが、北名古屋市のようにできることからはじめていく姿勢や、その着目点として、守山市のように「力点を置いている事業を確実に評価する」ことがより重要と考えられる。また、北名古屋市が予定しているレセプト分析といったデータ分析は、今後有用な定量データとなりえると考えられる。滋賀県はそのようなデータを県が市区町村に提示しているとのことであり、市区町村へのサポートの手段として他県でも推奨されるべき取り組みと言える。一方、データ分析には人材、コストがかかり、かつその分析結果の提示の仕方が難しいなど、市区町村にとってはやや敷居の高いものであり、新潟市や船橋市のように外部委託を検討することも一つの手段である。また、横須賀市が考案した地域看取り率については、現時点では他の自治体と比較ができない、地区ごとの詳細な分析ができないといった制約はあるものの、年ごとの追跡が可能で、アウトカム指標として分かりやすく、また実際の死体検案数を把握し、救急事業などと連携することができるといった観点からも、有意義な指標であると考えられる。

守山市と船橋市、横須賀市は専門部署を設置しており、その有用性を認識している。一方で北名古屋市は、事業に係る全員が兼任であり、現場を理解する観点での兼任のメリットを認識している自治体もある。今回調査した多くの自治体から聴取できたのは、「医療・介護の専門職の配置」、「各職能団体との関係性の構築」、「自治体内の関連各課との風通し」であった。一方で、船橋市のように医療介護の

専門職は配属されていないものの、専任スタッフが医療介護の知識を身に着けることで、事業の推進を行っている自治体もあった。市区町村の多くが、介護分野に比して医療分野に強くはない現状で、本事業を円滑に推進するためには、内外含めた関連部署との十分なコミュニケーションが必須であり、特に医療系の職能団体と対等に議論するための医療介護の知識を持つ専門職の配置が望ましいが、専門職でなくともその知識を身に着けることは可能であり、各自治体のリソースに合わせての適材配置が望ましい、ということであると考えられる。例えば新潟県新潟市は医療に強いという他自治体にはない特色を持つが、本事業の専門部署は存在しない。内部に専門職（医師、保健師）を配置し、また同敷地内に自宅医療の推進力となる医師会の事務局を設置するという工夫で、専任部署が無いことを補完している好事例であると考えられる。

今回の調査を実施した 6 自治体すべてが「重要」と回答したのが医師会との連携である。長年地域医療に貢献してきたのは、自治体によって濃淡こそあっても、医師会であり、在宅医療介護連携という極めて地域医療の要素が強い本事業においてその存在は必要不可欠である。本事業の推進のためには現場の課題をいかに吸い上げ、施策として反映させるかが重要であると考えられるが、そのためには在宅医療の主体となる医師会を含む各職能団体との関係を構築することは必須であり、特に医療介護の現場においてリーダーシップをとる医師会との関係性を構築しておくことは、行政が押さえておくべきポイントの一つであると言える。また在宅医療介護現場において、特に介護関係者は医師と情報を交換することに、非常に敷居が高いと感じていると言われている。本事業において早期より医師会と連携することは、多職種連携の場において介護職が医師と意見を交わし、関係性を構築、情報を共有する敷居を低くすることが可能で、結果として事業が進捗するとも言える。

今回調査した多くの自治体では、従来から医師会との関係性があり、本事業が開始される以前から医師会が在宅医療の推進に熱心であった、など事業の開始にとって有利な条件が構築されていた。しかし、神奈川県横須賀市では、行政として在宅医療介護連携に取り組み始めた 7 年前には、在宅医から厳しい声をかけられるといった状況からのスタートであったにもかかわらず、現在は行政と医師会が伴走して事業を進めているというほどまでに関係性を構築し、全国でも有数の進捗度の高い自治体に至っている。また、従来より医師会との関係性がよかった自治体も、その状況に甘んじることなく、関係性を維持ないさらに良好な関係を構築している。どの自治体も、その関係性の構築方法は非常に類似しており、神奈川県横須賀市による以下の 3 つの項目に代表される。

- ・必要な時に相談を可能にする日頃からの顔の見える関係づくり
- ・医師会・行政それぞれの強みを生かしつつ、使命感を共有する
- ・物事を決める前のお互いの相談と、決めてからの協働実施

これら 3 つの成功要因を開始することは比較的容易であると言え、医師会との関係性が構築していない自治体に推奨すべき観点であると考えられる。

また、昨年度実施のアンケートでは、外部事業者（調査会社、コンサルティング会社、IT 会社等）への委託状況を問いたものであったが、今回の調査で、この回答の中には医師会への委託も回答として含まれていることが判明した。実際今回調査した 6 自治体中、守山市のみがアンケート調査を外部事業者へ委託しており、それ以外の一部委託の回答は医師会への委託であり、医師会の委託については、

委託と回答する自治体と、そうではない自治体があり、外部事業者への委託が本事業に与える影響については、その解釈は困難であることが分かった。

現在は超高齢化社会に向けた在宅医療・介護連携施策のいわば入り口であり、推進事業として計画された 6 年は、2052 年を視野に入れた礎の構築期間とも考える期間とも捉えることができる。今後市区町村には、事業を円滑に進めるだけでなく、変化する地域の実情や事業の進捗の評価に合わせて、計画を修正する、いわば PDCA サイクルを回して、より良い地域包括ケアシステムを構築していくことが求められる。PDCA サイクルの重要性は、在宅医療・介護連携推進事業の手引き（厚生労働省老健局老人保健課）で「地域の実情にあった在宅医療と介護の連携の推進のためには、その実施方法について、市区町村の課題を把握・分析した上で課題解決に資する対応策を具体化することが求められる。」としてその重要性を紹介し、同手引きはまた、ストラクチャー、プロセス、アウトカム指標による評価指標を提示している。また在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナーで東京大学高齢化総合研究機構の吉江氏は、地域マネジメントにおいて PDCA サイクルを回す必要性を、「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返す事で、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」と紹介し、事例も含め事業評価の手法を提示している。このように PDCA サイクルの重要性が紹介されていることから、今後各市区町村にはいかに PDCA サイクルを有効かつ効率的に回すことができるか、という観点が問われ、その手法が求められていると考えられる。

前回のアンケート調査と今回のヒアリング調査での事業推進の成功因子は

- ①評価指標はできるところから、特に重点的な事業を評価できる指標から開始する
- ②内（関連各課）外（職能団体）関係者との顔の見える関係の構築
- ③医師会との関係の構築
- ④専門部署配置（専門部署配置が望ましいが専任者および専門職配置あるいは専門職なみの医療介護の知識を持つ人材配置、医師会との連携といった工夫で補完は可能）

であると考えられた。これらの成功因子はすべて PDCA サイクルを回していくために重要である。評価指標は、Check の重要な要件であり、評価指標によっては内外関係者との関係性が重要となる。例えば介護保険課との関係性が十分でなければ、評価指標として介護施設数を設定しても、そのデータ収集に難渋するかもしれない。医療介護資源や多職種連携の進捗確認には、各職能団体の協力が必要不可欠である。内外職能団体の関係や、医師会との伴走は現場の課題を十分に反映させた Plan の構築と、実際の運用である Do の部分を担う。また事業の軌道修正（Act）においても現場の生の意見は原因分析に必要な要件である。そして、専門部署を設置すること、あるいは各職能団体と対等の知識を持って議論できる人材（多くは専門職）を配置することは、PDCA を回すための潤滑剤の役割を果たしていると考えられる。下図のように、今回ヒアリングした多くの自治体は、この PDCA を回す要素の多くを満たしており、結果として事業が進んでいると評価できているのだと考えられる。

本年 4 月より、在宅医療介護連携推進事業が開始された。しかし、以前より十分な準備を進め、順風満帆なスタートを切ることができた市区町村は、それほど多くはない。各市区町村が今後本事業を進め、地域包括ケアシステムを構築していくためには、今回の調査で分かったポイントは最低限抑えておくべ

きであると考えられる。各市区町村には、今回調査した 6 自治体の取組から自身の自治体に落とし込める要素を検討、実施し、事業の PDCA サイクルを回し、より良い地域包括ケアシステムを構築することが望まれる。

各自治体と、PDCA を円滑に回すための因子の関係性

	自治体名	①評価指標	②関係者との関係性 *	③医師会との関係性	④専門部署など
1	滋賀県守山市	あり	5	良好	設置
2	愛知県北名古屋市	あり	5	良好	専門職配置
3	東京都板橋区	一項目のみ	6	良好	設置
4	新潟県新潟市	検討中	6	良好	工夫
5	千葉県船橋市	あり	6	良好	設置
6	神奈川県横須賀市	あり	4	良好	設置

* 昨年度アンケート、関係団体との連携についての質問より、事業を共同で実施ないし、適宜情報を共有しながら実施していると回答している団体数（最大 6、最少 0）としてカウントした