

平成 26・27 年度

－ 介 護 保 険 委 員 会 答 申 －

生活者を中心においた地域医師会と地域行政による
「多機関・多職種連携「プラットフォーム」」の構築

平成 28 年 3 月

日本医師会介護保険委員会

平成 28 年 3 月

日 本 医 師 会 長
横 倉 義 武 殿

日本医師会 介護保険委員会
委員長 野中 博

答 申

本委員会は、平成 26 年 11 月 5 日開催の第 1 回委員会において貴職から受けました諮問事項「地域包括ケアを構築するための多職種連携のあり方について～地域医師会を中心にして～」を、2 年間にわたり 8 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 26・27 年度『生活者を中心においた地域医師会と地域行政による「多機関・多職種連携「プラットフォーム」」の構築』として取りまとめましたので、ここに答申いたします。

平成 26・27 年度介護保険委員会委員

委員長	野中 博	東京都医師会顧問
副委員長	村上 秀一	青森県医師会副会長
委員	池端 幸彦	福井県医師会副会長
委員	馬岡 晋	三重県医師会常任理事
委員	江澤 和彦	岡山県医師会理事
委員	小高 正裕	兵庫県医師会理事
委員	瀬戸 裕司	福岡県医師会常任理事
委員	田村 公之	和歌山県医師会副会長
委員	鳥澤 英紀	岐阜県医師会常務理事
委員	中尾 正俊	大阪府医師会副会長
委員	原 速	福岡県粕屋医師会専務理事
委員	櫃本 真聿	日本医師会総合政策研究機構 客員研究員
委員	平川 博之	東京都医師会理事
委員	藤原 秀俊	北海道医師会副会長
委員	鉾之原 大助	鹿児島県医師会常任理事
委員	堀田 聰子	国際医療福祉大学大学院教授
委員	吉沢 浩志	新潟県医師会副会長

(順不同、敬称略)

目 次

はじめに	1
1. 生活を途切れさせず、速やかに戻すための医療の充実	4
(1) 地域包括ケア時代と医師会の使命	
(2) 地域支援事業について	
(3) 介護保険の真意の確認	
(4) 患者や生活者を支える在宅医療	
(5) 認知症への対応	
2. 多機関・多職種連携の推進	9
(1) 生活を重視した多機関・多職種連携の推進	
(2) 多機関・多職種連携のための「プラットフォーム」の構築	
(3) 「プラットフォーム」の必要条件と留意点	
(4) 地域連携パスと「プラットフォーム」	
3. 「かかりつけ医」の役割の明確化について	15
(1) 「かかりつけ医」から「かかりつけネットワーク」へ	
(2) 「かかりつけネットワーク」への生活者参画	
(3) 「かかりつけ医」のセルフケアの推進への役割	
(4) 介護保険と「かかりつけ医」	
(5) 「かかりつけ医」としての研修体制	
(6) 「かかりつけ医」の使命	
4. 入院医療機関、行政、地域の生活者との関わり方	19
(1) 入院医療機関の役割	
(2) 地域行政との連携	
(3) 地域の生活者主役の取り組みに向けて	
5. これまでの日本医師会の提言を振り返って	22
終わりに	24
巻末資料	
地域医師会における	
地域包括ケアシステム構築の実践例	27

はじめに

「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以後 医療介護総合確保推進法）が平成 26 年 6 月に成立し、地域包括ケアシステムを実現するための社会基盤の整備の方向性が示された。地域包括ケアシステムは、地域の生活者の参画のもと各地域に見合った形で構築する必要があり、そのため日常診療において地域の生活者との接点が多い「かかりつけ医」の役割がますます問われることになった。

日本医師会としても、郡市区医師会（以後 地域医師会）で在宅医療、認知症等の予防ケア、介護・生活支援等の核となるリーダーを育成するために、これまで多くの研修会等を実施し、幅広く人材育成に取り組んできた。すでに地域医師会の地域包括ケアシステムの推進に向けた先駆的な実践例も多く見られる。今後は地域の生活者の理解と協力を得て、「かかりつけ医」が患者や家族の生活支援に必要な地域のネットワーク構築に積極的に関与できるよう、さらに日本医師会が都道府県医師会と協力して、地域医師会を支援していくことが求められている。また地域医師会が医師、医療・介護福祉関係者、行政など多機関・多職種の方々の連携をマネジメントし、これからの少子高齢社会を背景とした地域包括ケア時代を育み、そして牽引する必要がある。

今期の介護保険委員会への諮問は、前期のテーマから一步踏み込んで、「地域包括ケアを構築するための多職種連携のあり方について～地域医師会を中心にして～」とされた。

地域医師会は、「かかりつけ医」が行う在宅医療のみならず、地域支援事業の考え方に着目して、ハイリスク者・患者への診断・治療対応から、生活者・高齢者全体への生活支援体制の構築にむけて、その役割を思い切って見直す必要があることを医療・介護に従事する多機関・多職種の方々に理解してもらうための努力をする使命がある。地域包括ケアは、決して高齢者対策に限定されるものではなく、あらゆるライフステージにおいても展開されなければならないが、特に「地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすこと」を一義の目的とすることが、全体を引き上げる原動力となると考えている。そのためにも医療および介護に従事する者は、単に社会的弱者をケアする医療・介護から脱却し、医療や介護を受けることによって、地域で自分らしく生き、地域・社会貢献に参画することができる、いわゆる「元気高齢者」を育成支援することが、日本の少子高齢社会を支えるひとつの鍵であると認識することが重要である。国としても、例えば認知症対策でも、認知症患者に絞り込んだ社会的弱者対応ではなく、むしろ約 3,200 万人（平成 26 年 3 月末現在：平成 25 年度介護保険事業状況報告より）の第 1 号被保険者全員を対象とした地域づくりの施策として取り組むべきである。この地域資源総動員で生活を支える環境を作るリーダーシップをとるのは、地域で医療を担っている「かかりつけ医」と地域医師会に他ならない。

従来の要支援者を対象とした予防給付のうち、訪問介護・通所介護のサービスについては、平成 27 年 4 月より、新しい総合事業（改正後の介護予防・日常生活支援総合事業）に移行した。当

該事業は、2年間の猶予期間が設けられ、平成29年4月からすべての市区町村で実施される。介護予防・生活支援総合事業の活性化等地域支援事業への参画には多機関・多職種連携が不可欠であり、なかでも地域で「かかりつけ医」が果たす役割への期待は大きい。人材育成も含めて、地域医師会がそのマネジメントにどれだけ関われるかが重要となり、地域や地域医師会の特性を踏まえた主体性を引き出すため、日本医師会や都道府県医師会の適切な支援が必要不可欠である。

一方、病院の役割として速やかな退院を実現することはますます重要であるが、それは在院日数の短縮が目的ではなく、できるだけ早く生活に戻し、以前と同様に自分らしい生活を継続することができかが一番大切な評価指標となる。そして退院は転院や在宅だけでなく、介護保険関連施設等もいかに有効に使うかが重要となる。そのため、在宅医療や地域支援事業がQOL(注:Quality of life)・QOD(注:Quality of death)の向上を目指した生活支援の役割を果たし、病院は高齢者が地域で暮らし続けるために、地域との関わりを通じて、生活の場をイメージして考えることが肝要である。病院と「かかりつけ医」が協働して、「かかりつけネットワーク」を地域に根付かせ、生活者が適宜活用できるようマネジメントすることが期待される。そのためにも「かかりつけ医」自身が多機関・多職種との関係をいかに築き上げていくかが重要である。

1. 生活を途切れさせず、速やかに戻すための医療の充実

(1) 地域包括ケア時代と医師会の使命

我が国の医療はこれまで、先進医療の発展を軸に、世界のトップレベルの医療システムを誇ってきた。しかし急性期や、回復期、慢性期といった病床機能の区分を変えても、生活を支える医療や介護の状況が一変しない限り、少子高齢先進国の対応として、世界に誇れる体制には全くつながらず、むしろこれまで築き上げてきた財産を失うことになりかねない。今後の医療の発展には未曾有の超高齢社会を踏まえて、医療を必要とする患者の様々な地域での生活を継続するために、「かかりつけ医」を核とした地域医療や介護体制のあり方が極めて重要である。

日本を支える社会資源は高齢者そのものであり、社会全体として日常生活のなかで医療や介護を活用して、自分らしい生活を送りながらさらに地域に貢献できるような、いわゆる「元気高齢者」を支援していく必要性が増している。そのためには、生活に軸足をおき、必要に応じた医療・介護を提供できる在宅医療ケア体制の整備に、関係機関が協働しなければならない。専門医主導によって医療が治すことを目的としてきた従前の対応を見直し、たとえ病気や障害を抱えても、地域で自分らしく生き社会に貢献できるよう、生活者を支える医療・介護を進めていく大変革の時代である。地域包括ケア時代としての今を受け止め、行政や住民の信頼を受けて地域支援事業の推進等に積極的に関わることが、地域医師会の役割の本質であることを認識しない限り、この時代を乗り越えることはできない。

地域医師会と市区町村行政（以後 地域行政）とが一体となつて、地域の生活者の理解と協力を得て、多機関・多職種と共に、地域特性を踏まえた地域包括ケア体制づくりに取り組む必要があり、日本医師会ならびに都道府県医師会は、特に地域のリーダーを担う「かかりつけ医」の人材育成に力を入れなければならない。

（２）地域支援事業について

従来介護予防サービスは、要支援者と認定された人を対象としており、要介護・要支援認定を受けていない方や、今現在介護を必要としない高齢者は除外されている。全ての高齢者が健康増進・介護予防の意識を高く持ち、セルフケア・セルフマネジメントに支えられた介護予防が推進されると共に、たとえ要介護状態等となった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう、より主体的・積極的な幅広い支援が必要である。

それを受けて、要支援者のみならず高齢者の健康づくりを推進するために、地域特性や住民のニーズに応じて市区町村が弾力的に運営できる地域支援事業が、平成 18 年に創設された。さらに当事業推進に向けて平成 26 年 6 月には、医療介護総合確保推進法が成立し、平成 27 年 4 月に地域支援事業の見直しが行われ、介護予防・日常生活支援総合事業が始まった。本事業が社会的弱者へのサービス提供体制の見直しではなく、地域資源総動員による地域づくりへの重要な舵取りであることを十分認識

し、時間と労力が相当にかかることを覚悟して、社会全体として着実に取り組む必要がある。

しかし残念ながら、介護現場は要介護者への対応が中心で、まだまだ認識が曖昧で地域格差はかなり大きく、当事業への取り組みは進んでいない。要介護者への後追い対策を打開するためにも、地域医師会や「かかりつけ医」が、元気高齢者育成支援に向けて当事業を活用していかなければならない。当事業への医師の最も重要な役割は「相談」であり、地域の生活者の相談に乗ることは「かかりつけ医」として研鑽すべき最も必要な要件である。その役割を明らかにする上でも、「かかりつけ医」の主体的・積極的な活動を期待したい。

また地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業が全国レベルで展開されつつある。当事業は地域の医療・介護資源の把握、在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築と推進など8事業からなり、平成30年4月には、全ての市区町村で実施されることになっている。当事業の推進には、市区町村と地域医師会との連携が重要であり、地域医師会の積極的な関与が改めて求められている。

その実現のため、地域医師会として、垂直的な上意下達的な関係ではなく、地域支援事業を推進する地域医師会と地域行政の水平的な連携が望まれる。このような地域医師会を日本医師会や都道府県医師会が積極的に支援して、地域支援事業を充実普及・定着化させることが重要である。

（３）介護保険の真意の確認

介護保険制度においては、自立支援に資するケアマネジメントが重要であり、介護サービスへの依存度を助長することの無いよう留意しなければならない。介護保険の真意は QOL の向上であり、「安心していつでも必要なケアが受けられる」だけではなく、あくまで自立支援であることを、住民はもちろん医療従事者・介護従事者側の理解促進を図る必要がある。住民・患者・家族の受け止め方を確認しつつ、自立支援によって自分らしい生活を継続するために制度が活用されるよう、介護支援専門員（以後 ケアマネジャー）を含め医師会主導の「かかりつけネットワーク」（後述）の支援が必要である。

（４）患者や生活者を支える在宅医療

そもそも歴史的に医療は生活の場で提供されてきており、新たなシステムとして導入されるものではない。地域包括ケア時代に強調される在宅医療は、急性期治療中心の医療を、地域の多機関・多職種が協働して、その人らしい生活を実現し、QOL・QOD の向上を図る目的へ展開することである。在宅医療を必要としている生活者への支援の場が、建物から地域に戻され、さらに充実・拡大されることが期待され、その中で、「かかりつけ医」の役割はますます重要である。

（５）認知症への対応

超高齢社会のトップランナーとして、急増が予測される認知

症高齢者への我が国の対応は注目されており、認知症サミット日本後継イベントの開催を契機に、全省庁による取り組みがさらに推進されている。認知症対策は地域包括ケアの柱とされ、オレンジプラン・新オレンジプランを軸に、医師会としても積極的に参画してきている。当プランの基本的な考え方は、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」としている。そのためには、地域医師会による認知症当事者への対応も重要ではあるが、その対応に終始することなく、むしろ全ての高齢者への健康づくりや生活支援によって、「認知症へ」ではなく「認知症と共に」を掲げて、地域全体で、認知症の人が自分らしく生きていけるような意識醸成や、地域で互いに支え合う環境づくりに取り組むことが重要である。「かかりつけ医」などの生活に身近な支援者が、「認知症であっても地域で暮らせること」が今後の地域づくりのポイントであることを認識して、地域行政と協働して特に認知症地域支援施策推進事業の活用を図るなど、生活者として高齢者全体への支援に積極的に関わることが重要である。

新オレンジプランにおける、「七つの柱」の全てにおいて、地域医師会および「かかりつけ医」は参画する必要がある。認知症の予防と共に、特に若年性認知症の人やその家族も含めて、住み慣れた生活の場で自分らしく暮らし続けることができるよう相談に乗ると共に、地域の限られた資源をマネジメントすることにより、認知症の有無にかかわらず、高齢者が自立できる

支援や環境づくりに参画しなければならない。

新オレンジプランにおける「七つの柱」

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

2. 多機関・多職種連携の推進

(1) 生活を重視した多機関・多職種連携の推進

地域包括ケアには、地域の人口や世帯等の現状・将来推計、地域の生活者のニーズ、サービス提供状況等の実態把握と課題分析に基づく地域における具体的な取り組みの方向性と目標、その達成に向けた使命を、地域行政、地域の生活者と多機関・多職種が適宜かつ的確に共有し協働できる体制が必要である。医師がリーダーとなり、疾病モデルとして課題を抽出して、各職能スキルを使い分けて連携するといった、従来の診断治療を目的とした医師主導型のチーム医療にとどまらず、生活者の生活を重視し、QOL・QODの向上等を目標としたベクトルを意識した多機関・多職種連携による生活者本位の支援チームの強化が、地域全体に求められ

ている。

地域行政としてまだ現状・課題分析に基づくビジョンを明確に示すことができていない状況でも、地域医師会が主体となって多機関・多職種連携を推進し、地域包括ケアの役割を明確にして共有することができれば、地域行政からの信頼度は高くなり、医師会と行政との良好な関係を築く上で大きな原動力となる。また医師会主導でまず「かかりつけ医」をはじめとする既存の地域資源に着目して、その有効活用を容易にし(リソースマネジメント)、地域の課題や目的を共有した多機関・多職種が、それぞれの役割を担い協働することで、「かかりつけ医」はもちろん各々の負担軽減にもつながる。このことは、地域の生活者の持つ力を奪わない支援の徹底にも貢献する。医療および介護に携わる多機関・多職種の連携が速やかに行なわれ、それぞれが丸抱えしないで参入できるシステムの構築は、今後の医療・介護者等の意識向上にもつながると期待される。

地域医師会単独での行政との関係では、医療の範囲に限定され、地域づくりへの関係に発展しがたい。地域医師会が多機関・多職種連携のリーダーシップを果たしてこそ、地域包括ケア体制を実現する行政との本来の協働につながる。地域医師会を中心とした多機関・多職種連携を確立することは、全ての地域で着手・推進されるべきであり、多機関・多職種連携を地域医師会が中心となって推進できるように、日本医師会や都道府県医師会による積極的な地域医師会への協力・支援は極めて重要である。

（２）多機関・多職種連携のための「プラットフォーム」の構築

多機関・多職種同士が互いに目標と役割を確認・共有してそれぞれの機能を引き出し合いながら、フラットな関係でコミュニケーションを図り、連携を推進し、地域の生活者を中心により柔軟に必要な機能が発揮される場づくり、いわゆる多機関・多職種連携の目的達成協働体による「プラットフォーム」を構築することが今回の答申の核である。

「プラットフォーム」においては、従来の疾病対策から脱却して「自分らしく生きる」という QOL の向上を目的においた地域づくりへ協働する〔ヘルスプロモーション理念〕を基盤に置き、地域資源をその実現に向けてネットワーク化する〔ソーシャルキャピタルの醸成〕を図ることを狙いに、多機関・多職種すべての人が目的達成協働体としての共通認識を明確にしておく必要がある。その中で、解決できるのは地域自身という主体性を認識して、まずは地域医師会主導で地域における実態の把握と地域特性を明らかにし、新たな資源を求める前に、地域の限られた資源の有効活用を図る〔リソースマネジメント〕を原則とした取り組みが展開されなければならない。「プラットフォーム」構築においても、新たに導入することを検討する前に、従来の地域ケア会議や地域に根付いている勉強会など、既存の集まりの活用を図ることから着手すべきである。

「プラットフォーム」は、人材育成の場としても期待できる。目的や方向性がぶれない環境において、縦割りの弊害を是正し、多職種が互いに力を引き出す〔エンパワメント（潜在能力の賦

活化)) 関係となり、地域自らが人を育てる場となる。また生活者が「プラットフォーム」に参画することで、自身の地域や自らの課題や目標を理解し、生活者としてスキルを磨くための場ともなる。そのため、「プラットフォーム」は連携による互いの関係性を重視した、本音が語れる膝を詰めたコミュニケーションの場とならなければならない。行政には、サービス提供施策主導から脱却して、住民力・地域力そして多機関・多職種のそれぞれの力を引き出す連携・協働の場づくりへ、各地域の特性を踏まえた具体的な取り組みを期待したい。

(3)「プラットフォーム」の必要条件と留意点

多機関・多職種連携による「プラットフォーム」を構築し運営するには、「コミュニケーションの場づくり」と「ささやかな介入」がキーポイントであり、また「プラットフォーム」を活用するためには、集まるだけでなく、「アウトリーチ」は欠かせない。「プラットフォーム」を起点に、現場に積極的に出かけて、「プラットフォーム」の機能・役割の充実につなげることが大切である。そして以下の点を熟知したマネジメント力に長けた「調整役（ファシリテーター）」をどう育成・確保し配置するかは社会全体にとって極めて重要である。

<「プラットフォーム」構築・運営のためのポイント>

○公衆衛生の考え方である以下の基本理念に基づく

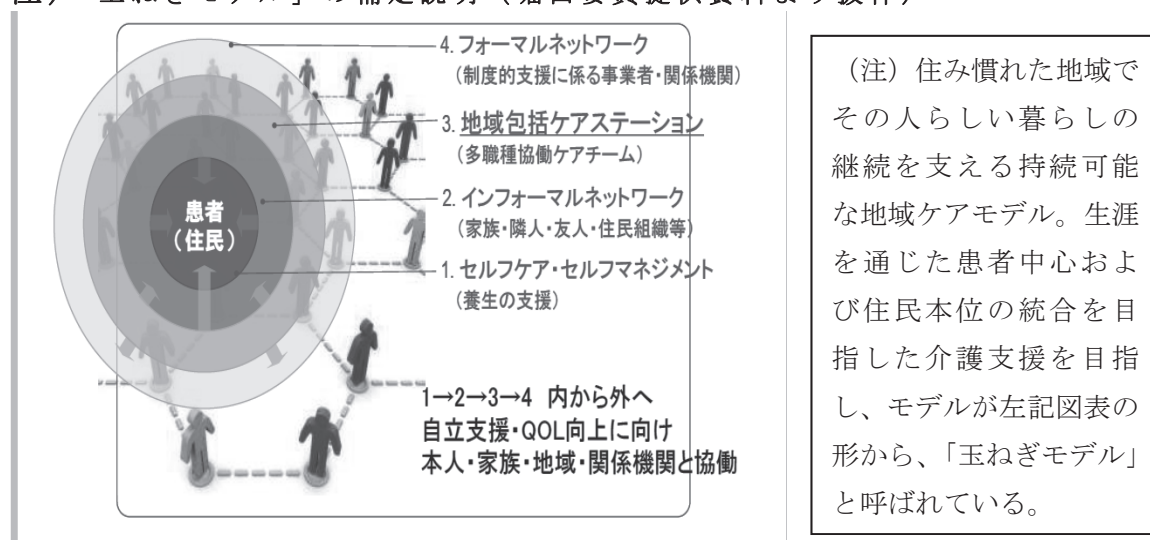
- ☆ QOL の向上を目的とした、健康を軸足においた地域づくり・・・「ヘルスプロモーション」の理念重視

- ☆ 目的を達成するための地域資源のネットワーク化・・・
「ソーシャルキャピタル（社会関係資本）」の醸成
- ☆ 新たな資源を求める前に、今ある資源の有効活用を推進・・・「リソースマネジメント」
- ☆ 障害者・社会的弱者のためにではなく、当事者の鋭敏なアンテナを活用した地域づくり・・・「ノーマライゼーション」
- ☆ 元の生活に戻すことを最重視・・・「リハビリテーション」
- ☆ 住民・患者、地域の本来持っている力を引き出し賦活化する・・・「エンパワメント」
- 地域・生活者自身が「危機感」を共有して、自分たちで解決するという主体性を引き出す
- 社会的弱者ケアに留まらず、生活を重視した元気高齢者等育成支援のための地域づくりを目的とする
- 必要な情報が集約化され、その情報が誰でも得られ、最善の選択肢を入手できる
- フラットな関係性を重視し、専門的な指導ではなく「コミュニケーションを図る場」、「ささやかな介入」が行われる場とする
- 住民の生活に寄り添う相談者（カウンセラー）としての役割が果たせる人材育成の場とする
- プライバシーの保護への配慮
- 医療福祉関係にとどまらず、NPO・企業等地域資源の参入促進
- MCCE サイクルが稼働（M:ミッション・C:コンセンサス・C:コラボレーション・E:エンパワメント）
- プラットホームとの連携の視点から、「かかりつけ医」や地域の多機関・多職種によるアウトリーチの機能への期待

各レベル（病院・施設・地域など）での「プラットホーム」構築の取り組み例として「地域包括ケアステーション」、「多機関・多職種協働ケアチーム」や「健康の駅」のような地域レベルのものや、病院レベル、調剤薬局レベルといった医療機関や施設に付設したもの、また今後地域支援事業関係で増加が予測される「カフェ・サロン」のような生活レベルのものなど、それぞれのエリアで様々なものが考えられる。たとえば^{注)}「玉ねぎモデル」という

考え方では、生活者の自立支援と QOL・QOD 向上につながる最良の解決策を見出すために、生活者を中心に、フォーマル・インフォーマルに関わらず、地域におけるさまざまな主体が目的達成協働体として常に情報を共有し、それぞれの役割を確認・進化させながら発揮することにより、ケアの質と持続可能性が高まるとされる。各レベルの調整役としても、地域医師会の役割は大きい。

注)「玉ねぎモデル」の補足説明（堀田委員提供資料より抜粋）



(4) 地域連携パスと「プラットホーム」

現状の地域連携パスの多くは疾患別対応で生活面があまり考慮されていない。今後は「治療継続パス」から「生活支援パス」へと、より一層生活が重視されるツールとして活用されていかなければならない。また高度急性期医療から地域につなげる「片道パス」から、生活からスタートして生活にまた戻すための「往復パス」へと発展していくことが期待される。そのためにも生活者における QOL・QOD を重視した緩和ケアの考え方が、がんの終末期に限らず、あらゆる患者支援の機会に共通する理念とし

て普及する必要がある。

このような生活重視の地域連携パスは、「プラットフォーム」において多機関・多職種が共有することにより、患者の生活に寄り添う連携をより重視するツールとなりうる。

3. 「かかりつけ医」の役割の明確化について

(1) 「かかりつけ医」から「かかりつけネットワーク」へ

日本医師会ならびに四病院団体協議会では、「かかりつけ医」とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知し、必要な時に専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義している。地域で住民の生活を支えている「かかりつけ医」が、さらに地域の多機関・多職種をマネジメントして生活支援体制の充実を図る、いわゆる「かかりつけネットワーク」を構築し運営することができれば、その効果はさらに期待できる。「かかりつけネットワーク」とは、その人らしい生き方を生活の場で支援するために、「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」、ケアマネジャーや訪問看護ステーション、リハビリテーション等の医療・介護関連の多機関・多職種から成り立ち、医療や介護を生活資源とした「生活支援ネットワーク」を意味する。

「かかりつけ医」には、リーダーシップが求められると共に、「かかりつけ医」が、多機関・多職種協働で生活者をサポートすることで、「かかりつけ医」の負担軽減にもつながり、医療や

介護を生活資源として根付かせるチームを構築する。

しかし、「かかりつけ医」をはじめ歯科医師や看護師、薬剤師、ケアマネジャーなど、どのような職種でも、地域の生活者との1対1の関係になると、十分な話し合いをせずに患者側に合わせる提供型の対応に偏るおそれもあり、生活者の主体性を引き出す上でデメリットとなることが懸念される。一方で多機関・多職種による「かかりつけネットワーク」は、1対複数の関係の中で支援することにより、生活者を中心とした取り組みの推進につながると思われる。限られた医療・介護資源や生活者等の理解不足など課題は多く、このネットワークを地域で構築することは容易ではない。しかし地域医師会が地域包括ケア関連事業の推進の担い手として明確に位置づけられることで、「かかりつけ医」を中心に、前述の「プラットフォーム」構築と連動して推進することができれば、医師会による全国展開も期待できる。推進を図る地域のリーダー等、人材育成と共に、生活者がそのネットワークを日常生活で持つことが不可欠であることを医師会が普及啓発し、地域に定着させていかなければならない。

(2) 「かかりつけネットワーク」への生活者参画

全ての生活者(特に高齢者)が、元気高齢者として地域で社会参加しながら(働く場所・集う場所等の確保)、生活者として地域に暮らしているときから、「かかりつけネットワーク」に誰もが包括される環境整備が期待される。元気高齢者のときから「プラットフォーム」と連動した「かかりつけネットワーク」を意識して準備しておくことが、地域包括ケア時代の全生活者の心構

えとなるよう、意識改革や地域づくりが不可欠である。しかし、その生活者の意識を改革する役割をどこが担うべきか、地域行政の役割として委ねることは現状では困難であり、医療・介護関係者からの働きかけがどうしても必要である。

(3) 「かかりつけ医」のセルフケアの推進への役割

「かかりつけ医」は、生活者が自分らしい生活を継続するために、日常的に生活者本人、その家族や地域の自助・互助力を引き出し、また医療や介護を活用できる能力を養えるような働きかけを行うことが重要である。

また地域の生活者の心構えとして、「かかりつけ医」との日常の信頼関係を構築して自らの判断で専門医や総合病院を直接受診する前に、日頃から「かかりつけ医」と相談することで、医療を適切に活用すると共に、セルフケア・セルフマネジメント力を養うことで地域包括ケアの推進が図られることになる。それは従来の専門医および総合病院志向が改められることにもつながる。

(4) 介護保険と「かかりつけ医」

「かかりつけ医」と介護保険の一つの接点は「居宅療養管理指導」であるが、在宅医療が必要な要介護状態となってから初めて「かかりつけ医」が関わるのでは、「居宅療養管理指導」の意義は十分に理解されているとは言えない。重篤な疾患を契機とするのではなく、それ以前に「かかりつけ医」との良好な関

係を構築することが求められている。地域に密着して、バックベッド（後方支援病床）やレスパイト等の役割を担う病院と、「かかりつけネットワーク」との協働により、生活を支援するシステムを地域に構築して、生活機能をできるだけ低下させない医療・介護の活用を図る意識醸成が不可欠である。「かかりつけ医」が介護保険に関与するということは、住民・患者の生活を重視して医療を活用することであり、すなわち医療の継続が必要であっても、従前の生活に戻す「リハビリテーション・マネジメント」に参画することである。

（５）「かかりつけ医」としての研修体制

「かかりつけ医」として、また「かかりつけネットワーク」を構築し運営するために、どのような考え方や知識および技術が必要であるかを明らかにすることによって、「かかりつけ医」というイメージが共有化できると思われる。そのためにも、日本医師会は、平成 28 年 4 月より地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持および向上するための研修制度を開始する。「かかりつけ医」としての在宅医療に関する技術にとどまらず、地域包括ケアの目的や各事業の理解、ヘルスプロモーションやソーシャルキャピタルの他、公衆衛生の理解、カウンセリング力やマネジメント力の向上、それに加えて各地域特性の分析・理解などが特に重要である。

「かかりつけ医」として、日常の臨床レベルでの経験や知識と地域レベルの課題や目標を統合することによって、研修で学んだ

ことを日常診療に活かすことができる。そのためには日本医師会や都道府県医師会の支援は不可欠であり、中央研修にとどまらず、医療・介護の現場に応じて必要とされる支援を可能とする体制が期待される。

(6) 「かかりつけ医」の使命

地域での生活の継続を目的とした医療ケアを行うことは、「かかりつけ医」の使命であるが、人間の生死の全てを医師が抱え込む必要はない。医師はすべてを丸抱えせず全体像を把握して、多機関・多職種が目的を共有して各々の機能を発揮できるようにスーパーバイズすることが重要である。「かかりつけ医」の役割が、地域の生活者の身近な相談者として、多機関・多職種の協働のもと、医療・介護面を含めた生活全体を把握できれば、患者・家族の主体性を引き出しながら、QOLの向上をねらいとした本来の地域包括ケア推進が可能となる。

4. 入院医療機関、行政、地域の生活者との関わり方

(1) 入院医療機関の役割

入院治療においては、入院前から「かかりつけ医」との連携を意識して、退院後は「かかりつけネットワーク」に託すことをしっかりと家族や本人に確かめながら、適切な入院計画を立てて受け入れる仕組みを確立していくことが重要である。「入院時（もしくは入院前）から退院支援」をキーワードに、速やかに生活の場の「かかりつけネットワーク」に帰すことがゴールである。

急性期医療の充実と共に、より患者が生活する地域での医療・介護の充実が重視され、医療機関の連携や医療から介護へのバトンタッチではなく、地域での生活に戻すための QOL の向上を目的とした新たな体制づくりが必要である。転院する場合も、転院先での治療継続のみならず、地域生活に戻すといった目的を明確にして、転院先だけでなく、その医療機関が地域のネットワークとの連携を考慮して退院支援を行う必要がある。

有床診療所は、医療の必要性が非常に高い在宅療養高齢者とその家族にとってのレスパイトやショートステイ、繰り返す誤嚥性肺炎の入院治療、頻回の喀痰吸引等、切れ目の無いサービスを身近な場所で受けられる施設として重要である。こうした地域の有床診療所は、在宅医療を支援する機能を持った病院と連携して「かかりつけネットワーク」の推進役として活用していくことが望ましいと考える。

（２）地域行政との連携

地域包括ケア関連事業に関して、特に地域支援事業等については、重要認識はあってもどのように取り組んで良いか悩んでいる地域行政は少なくない。また地域による取り組みにかなり格差がある中で、全国的にどの様に推進すべきか大きな課題である。社会的弱者ケアに重点を置き、地域の生活者の求めではなく中央省庁主導の垂直連携の影響を強く受けている地域行政が、患者を含めて生活者として地域全体を対象として、地域特性を踏まえてその求めに応じた取り組みを展開していくには、かなりの時間を要

し、行政努力に委ねていても厳しい状況がある。住み慣れた地域での生活の継続を目的とした、多機関・多職種連携による「かかりつけネットワーク」を地域医師会が中心となって構築し、地域ケア会議を活用するなど、地域包括ケアの核として運営することで、行政からの信頼度を上げて、明確な目標設定と戦略策定、コミュニケーション促進のもと、地域行政との水平的な協働体制を構築することが地域医師会に期待される。

地域支援事業は、新たな投資が伴うと判断するより、今ある資源をいかに活用できるかがポイントであり、地域づくりとして時間はかかるが、目的達成に向けた地域資源のつながりを強化するソーシャルキャピタルの醸成による協働体制が整えば難しいことではない。焦らず着実に PDCA サイクルを回して、「プラットフォーム」も活用しながら、生活者はもちろん多機関・多職種が目的を共有しコミュニケーションを十分にとり、地域支援事業を根付かせていくことが大切である。

（３）地域の生活者主役の取り組みに向けて

地域の生活者主役のためには、主役の求めるものを引き出し実現するために医療や介護が名脇役を果たす意識が前提である。住民を生活者として捉え、住み慣れた地域で自分らしく生活が継続できることを目的に、生活者の「求め」を適切に共有し、その実現のために関係者が協働することにより、生活者の力を引き出す支援が地域の生活者主役の根幹であり、今後欠かせないセルフケア・セルフマネジメント力の向上につながる。

本来、「かかりつけ医」は、患者も含めて社会的弱者になる以前から地域の生活者と良好な信頼関係を構築することが望ましく、そのためには日常から生活者へのアプローチは欠かせない。生活者が主役となるための多機関・多職種連携は、「してあげる」といった弱者対応にとどまらず、元気高齢者育成支援を全面に打ち出した少子高齢社会の地域づくりを目指して、生活者自身が「真に求める」目標を共有する必要がある、生活者の意識改革や地域づくりへの参画を求めていくことが不可欠である。

地域の生活者が「生き方・死に方」をイメージすること、地域包括ケア時代の危機感や目的を理解することで、「かかりつけネットワーク」への積極的な意識づけを促す必要がある、地域医師会として、その取り組みは欠かせない。しかし、生活者の理解を深め心構えを醸成するには、現状の地域行政と住民の関係では難しいと言わざるを得ない。医療や介護の立場から、「かかりつけ医」を中心に多機関・多職種が協働して取り組むことが最も現実的かつ効率的である。

5. これまでの日本医師会の提言を振り返って

日本医師会は、「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針（2004年）」で示している通り、既に世界一の高齢国家となった我が国の高齢者医療・介護において、地域医師会の重要な役割を提示している。またこれを受けて、「在宅における医療・介護の提供体制（2007日本医師会指針）」において、かかりつけ医機能の充実を明確に方向付けている。ほぼ10年を経過し

た現在にも全く適合するものであり、このような「バイブル」
とも言える指針を再確認し、医師会自ら発信してきた責任・役割
を具体的に実現する使命を痛感する。

＜日本医師会 高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み
指針（2004年11月2日）＞

1. 高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築
 - (1) 医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築
 - (2) 在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化
 - (3) ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化
 - (4) 急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携推進
2. 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域作り
3. 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

＜在宅における医療・介護の提供体制－「かかりつけ医機能」の
充実－指針（2007年1月 日本医師会）＞

○将来ビジョンを支える3つの基本的考え方

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

○将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう
5. 住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう

つまり、地域包括ケアシステムの構築が謳われ、かかりつけ
医を中心に医療・介護の従事者がその構築に向けて取り組んで

いるが、この地域包括ケアシステムが十分に機能するためには、地域の生活者の心構えも求められ、さらに生活者一人ひとりに適切なケアマネジメントを提供する必要がある。すなわち地域の生活者の視点に立ったケアマネジメントが、その鍵となる。

平成 12 年の介護保険制度発足当初より、ケアマネジメントは、介護サービス提供の基本であった。制度施行から約 15 年経過した今、適切な地域包括ケアシステムの実現のために地域医師会は、ケアマネジメントの重要性を再認識して活動されることを切に願うものである。

終わりに

今後は地域医療構想（ビジョン）は都道府県医師会中心に、医療・介護保険等による地域包括ケアへの地域づくりは地域医師会中心に位置づけ、都道府県医師会および地域医師会それぞれとの水平連携が重要になってくる。これまで医療システム自体も、急性期の大病院を頂点とするピラミッド型の仕組みの垂直連携で、「かかりつけ医」は、どちらかというと、あまりその重要性について語られていなかった。しかし住み慣れた地域での生活を重視した地域包括ケアの推進により、「かかりつけ医」の機能を持つ診療所、有床診療所、中小病院と、いろいろな介護サービスなどの連携が核となり、水平連携中心に大きく変化した。昨今の診療報酬改定等は、現在取り組んでいる地域包括ケアの推進において、かかりつけ医の機能や役割の重要性について再認識され、改めてその方向性を裏付けるものである。

しかし、全国で 891（H28.3 月現在）ある地域医師会において、現状ではかなり意識や活動状況にばらつきがあるので、地域特性を踏まえて全体的にいかに活性化していくかということは大きな課題であり、これを全面的にバックアップする日本医師会および都道府県医師会の役割は大きい。

地域行政においても格差はあるものの取り組みの重要性を認識して、どう進めていくべきか悩んでおり、特に地域医師会の協力は必須であり、その支援を求めるところが急増している。本答申のテーマである『生活者を中心においた地域医師会と地域行政による「多機関・多職種連携「プラットフォーム」」の構築』に向けて、全ての地域医師会が自らをこれまで以上に活性化させていくことが、全国展開できる唯一かつ最も大きな原動力となるであろう。そのために日本医師会と都道府県医師会が協力して、医師会の全国ネットワークを活かして水平的な支援を進めていくことが医師会の使命と確信しており、本答申がその実現に向けて活用されることを心から期待するものである。

< 巻末資料 >

地域医師会における地域包括ケアシステム構築の実践例を
以下の視点から報告書の補足資料として掲載する

- ① 地域包括ケアシステムの構築に向けての地域医師会における取り組みの現状
- ② システム構築によるアウトカムなどの評価と問題点について

< 実践例の記載内容 >

ア) 事業・活動の名称
イ) 事業主体（医師会名等）
ウ) 地域（都道府県、市区町村名等）
エ) 開始年月
具体的内容
オ) 事業の概要(事業の内容とその進捗状況など)
カ) 事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど(地域医師会の事業を助けるため、多機関・多職種、地域行政との連携、情報共有を進めるにあたり、どのような視点から事業を行ったかなど)
キ) 医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など(事業がうまく進んでいる場合の秘訣、あるいは今後の課題など)
ク) その他特記事項

ア) 事業・活動の名称 : 1. 在宅医療提供体制等事業、2. 北まる net、 3. 函館市医療・介護連携推進協議会、4. 地域ケアネット旭川
イ) 事業主体 (医師会名等) : 上記事業に関する事業主体 1. 札幌市医師会、2. 北見医師会、3. 函館市医師会、4. 旭川市医師会
ウ) 地域 (都道府県、市区町村名等) : 北海道内 1. 札幌市、2. 北見市、3. 函館市、4. 旭川市
エ) 開始年月 : 1. 平成 27 年 8 月、2. 平成 24 年 7 月、3. 平成 27 年 4 月、4. 平成 22 年 2 月
具体的な内容
オ) 事業の概要 1. 在宅医療提供体制等事業 ①人材育成・在宅医療新規参入研修 (3/17 開催予定、また各支部においても適時開催) ・事例検討研修 (各支部において適時開催) ・新規参入医師向けガイドブックの作成 (平成 27 年度内作成予定) ②在宅医療を担う医師のサポート体制の構築・主治医・副主治医体制等多職種のチーム化の検討・試行・後方支援体制の検討 (実態調査の実施) ③普及啓発活動・市民向け講演会等の開催 (11/21 実施済) ・医療・介護連携に関する市民向けシンポジウムの開催 (平成 27 年度内開催予定) 2. 北まる net 北見医師会が中心となり、行政を含む多職種の代表からなる北見市医療福祉情報連携協議会を立ち上げ、医療のみならず介護も含めた ICT を活用する多職種連携ツールとして「北まる net」を立ち上げている。 3. 函館市医療・介護連携推進協議会 函館市において、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、包括的かつ継続的な医療と介護の体制構築に係る方策の協議を行う。その中心となる相談窓口を函館市医師会が主体となり、医師会病院内に平成 29 年度中に設置し運用を開始する予定である。 4. 地域ケアネット旭川 ①医療機関の医師が、顔の見える関係の中で緊密に連携し、また知識、技術の向上のため定期的に講演会、症例検討会等を開催した。 ②在宅ターミナルケアを行っている医療機関の情報を共有し有効に利用している。 ③活動内容を医師会誌等にて公表し、より多くの医師が在宅ターミナルケアについての関心が高まるよう情報を提供している。 ④このネットワークが、将来的に在宅ターミナルのみならず他の疾患を含めた在宅医療の連携ネットワークの礎となり、また介護職との連携の橋渡しとして有機的に機能する地域ケアネットワークとなるよう検討している。 カ) 事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど 1. 在宅医療提供体制等事業 ①在宅医療に関する市民への普及啓発により、在宅医療について知っていただき、在宅医療という選択肢もあるということを市民の方にご理解いただいた。 ②今後、在宅医療を担う医師を増やすことが課題であるが、主治医・副主治医体制の構築や多職種連携研修会などを通じて、支援・連携を推進していきたい。 2. 北まる net (1) 進捗状況 ①北見市医療福祉情報連携協議会において多職種連携が進展した。「北まる net」上での医療と介護の情報連携が始まっている。 ②救急医療情報 Pad の利用によって救急搬送の時間短縮ができた。 ③入院患者の薬剤管理情報のかかりつけ薬局と連携することによって薬局での薬剤管理指導がスムーズとなった。 (2) 課題または問題点 ①利用者登録人数が少なく、利用している医療機関や介護施設もまだ少ない。 ②運営保守管理費 (年間約 500 万円) の確保が困難。③情報の入力が見込み。

キ) 医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など

2. 北まる net

介護施設を中心に「北まる net」の操作説明会を開催して利用拡大を推進する予定。また在宅薬剤管理指導に活用できるようにシステムの改修も予定。多職種が共同して情報を入力することによって、二度手間をなくし、かつ、確度の高い情報とすることができると考えている。

総論として、調査を行った地域はいずれも地域包括ケア構築のために多職種連携、顔の見える関係づくりを行っているが、比較的都市部では関係多職種は直接会うことができるが、郡市部へ行くほど、移動コストが大きくかかる。とりわけ、広大な土地を持つ北海道では距離の問題が関係構築の阻害要素の1つとして考えられる。その打開策として、ICT 技術を介した多職種間のコミュニケーション方法やインターネット会議の利用など物理的距離を様々な技術を介していかにして取り払うかが地域包括ケアシステム構築のカギになるのではないかと考えられる。しかしながら、既存の ICT 技術やソフトウェアの導入で済ませるのか、地域の実情に合わせて独自で開発するのか。その使用方法や維持コスト捻出方法など導入後の問題についても検討を行っていかなければならない。

ア) 事業・活動の名称 ：	在宅医療推進センター設置検討事業、在宅医療情報化推進調査検討事業
イ) 事業主体（医師会名等） ：	新潟県医師会
ウ) 地域（都道府県、市区町村名等） ：	新潟県
エ) 開始年月 ：	平成 26 年 12 月
具体的な内容	
オ) 事業の概要	県内の在宅医療・在宅ケアを推進する上では、関係職種の連携が欠かせないため、県内の郡市医師会を中心とした各地域の拠点作りと ICT を活用した連携システムを構築することを目的として事業を実施している。 本事業は、県からの地域医療介護総合確保基金（以後 総合確保基金）を活用して県内各地域での検討費用を本会がまとめて県から受託して、平成 28 年の夏を目処として各郡市医師会に両事業の検討を進めてもらい、今後は準備が整った地域から順次、地域拠点となる在宅医療推進センターの設置等を進めることとしている。 現在のところ、県内 16 の郡市医師会のうち、平成 27 年度中には在宅医療推進センターは 7 ヶ所で設置し、連携システムは 3 ヶ所で導入を予定している。事業費用は県が新たに創設する補助事業で賄う予定であるが、平成 27 年度の総合確保基金の在宅にかかる内示額が想定をはるかに下回ったことで余儀なく事業の見直しを行っている地域も多い。
カ) 事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど	県内では、都市部と山間地で地域の事情は医療資源なども含めて格差が大きい。また、国の在宅医療連携拠点事業で 2 ヶ所、地域医療再生基金を使った在宅医療連携拠点整備モデル事業が 5 ヶ所で先行し取り組まれていることなどもあり、一律に対応することは困難と考え、検討も郡市医師会単位を基本に地域の実情に合わせて進めてもらうこととしている。特に ICT を活用した情報システムの構築に関しては、地域医療再生基金を使って佐渡の「ひまわりネット」、魚沼の「うおぬま米ねっ」とが圏域単位で導入されているほか、モデル事業実施地域でも先行してそれぞれが別なシステムを採用していることなどもあり、システム構築も本来なら全県統一が望ましいと思われるが、当面は地域に対応を委ねている。 多職種、地域行政との連携も、検討の段階から多方面の関係者を加えている地域とほとんどが医師会関係者に留まっている地域とがある。県レベルでは関係団体との連携を進めるために保健医療福祉の 29 団体を構成団体とした「新潟県民医療推進協議会」を設立して協議会内に設置した委員会でも多くの団体に参加してもらい、各団体の取組み等の情報を共有しており、地域でも郡市医師会から協力要請があった場合、対応してもらえるようお願いしている。
キ) 医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など	現状で具体的な成果を判断するのは難しいが、県レベルでは上記の協議会などの取り組みもあり、多くの団体が関わったイベントなども開催されるようになり、この動きは当事業を進める上でも有効であると思われ、地域にも浸透していくことを期待している。 また、地域医療再生基金による事業は平成 27 年度で終了となるため、これらの地域の検討が先行事例として他に反映できるとよいが、一部地域に限定して実施されているケースもあり、当該地域全体ではこれから取り組むというところもあり、総合確保基金による事業で継続することで成果を期待したい。 市町村においても在宅医療・介護連携支援センターの設置等を進めることになっており、実施にあたっては、郡市医師会の協力は欠かせない。早くから郡市医師会に相談がある市町村と未だに打診のない市町村もあるようであり、平成 29 年度末が期限とは言え、市町村側の意識にも格差が感じられる。ただし、地域の拠点作りを進める場合、保健所や市町村との関わりが欠かせないことから、どちらかを先行させるというのではなく、郡市医師会からも積極的にアプローチしていかなければならないと考えている。
ク) その他特記事項	保健所等が中心となり、各地域で多職種連携の会合が開催され、県医師会担当役員が講師として出向いた地域も多数ある。郡市医師会を中心として地域の拠点作りに併せて同様の会合を継続させ、全ての関係職種の関係者が取り組むという意識付けが大切であり、今後も各地域に出向いて働きかけていかなければならない。

ア) 事業・活動の名称 ：在宅医療連携モデル事業
イ) 事業主体（医師会名等） ：長岡市医師会、長岡市
ウ) 地域（都道府県、市区町村名等） ：新潟県長岡市
エ) 開始年月 ：平成 26 年 3 月
事業の具体的内容
オ) 事業の概要 ●長岡市の地域包括ケアシステムとフェニックスネットワークについて 長岡市と長岡市医師会、訪問看護ステーション協議会が合同で協議会を立ち上げ、運営に当たっているが、将来は周囲の自治体との連合も考えられるため、県の関与も必要と考えている。 安心して在宅生活がおくれるために、医療・看護・介護などの提供と共に、急病や事故など緊急時の後方支援を担う救急病院との連携も欠かせない。このような場合に対応するために病状経過についての情報の共有が重要となる。 長岡市は人口約 28 万人の都市で、二次、三次救急を担う基幹病院が 3 つあり、二次救急は輪番体制をとっている。それぞれの病院が運用するシステムは異なり統合は難しい。病院・診療所・訪問看護・訪問介護などと連携し共有するシステムは、さらに困難であると考えられる。この点を踏まえ、クラウドサーバーを利用し、タブレットと PC を用いた連携システムの構築を目指しており、今後、歯科医院・調剤薬局・訪問リハビリ・地域包括支援センター、ケアマネジャーなども参加する予定で事業を展開している。 ●長岡市の参加機関の現状 訪問看護ステーションの看護師約 80 名、診療所医師 7 名にタブレットを配布し、平成 27 年度に入ってからテスト運用を始めており、システムのバージョンアップを行いながら正式運用を目指している。現在、診療所から 90 例、12 の訪問看護 ST から 1,973 例、介護サービスを含めた全体では 3,358 例が登録されており、長岡市のモデル事業と合わせて医療機関、訪問看護、介護事業所など 49 機関が参加している。 カ) 事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど ●在宅医療に取り組む医師の拡大 意義：地域を病院と見立て、在宅医療連携相談センターが病院における医療連携室の役割を担い、医師の在宅医療に関する多岐にわたる相談窓口としてアセスメント・アドバイスを行うことにより、医師を支え在宅医療に取り組む医師の拡大に繋げる。 ＜具体例＞ ・地域医療に関する地域資源の紹介やアプローチへのアドバイス ・病院における医療連携室との連携による退院調整へのアドバイス ●在宅医療を担う医師の負担軽減 意義：主治医不在時の代行医師の確保のためのアドバイスやコーディネートを行うことにより、医師の負担軽減に繋げる。 ＜具体例＞ ・緊急往診の協力医師への依頼に対するコーディネート ・緊急看取りの協力医師への依頼に対するコーディネート ・副主治医・協力医師への依頼に対するアドバイス キ) 医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など 当システムの概要は、タブレット端末を活用した「こぶし園」の訪問看護・介護ソフトを発展させた訪問看護サポートシステムであり、定期巡回・随時対応サービスにも使われている。地域を病院と見立てると、訪問看護ステーションは病棟のナースステーションの役割を持つことになり、看護記録をタブレットや PC で行うイメージで、訪問に重いバインダーを持ち歩く必要がなくなる。医師にとっては、入院カルテの看護記録のイメージで、写真を含む様々な情報を随時見ることができ、また必要に応じて指示やアドバイスを送ることもできる。 また、医療機関の日常業務で作成する文書、意見書、診断書、紹介状等を医師以外でもスキャナーで取り込むことを可能として、医療情報の入力を極力減らす等、多忙な医師の負担を軽減することで、多くの医療機関の参加を期待している。 緊急時の対応としても、救急隊にもタブレット端末を配備し救急搬送の際、情報収集の迅速化と後方支援病院との情報の共有・転送が瞬時にスムーズに実現することを目指している。 情報管理・連携の管理に関しては、利用者の検索・登録・修正・削除や、情報の閲覧制限を管理するソフトウェアの仕様・使いやすさについて検討を重ねており、将来は長岡在宅フェニックスネットワーク協議会の情報管理センターですべての業務を行うことを予定している。

ア) 事業・活動の名称 ：東京都在宅療養推進基盤整備事業（多職種ネットワーク構築事業）
イ) 事業主体（医師会名等） ：東京都医師会（補助対象団体：57地区医師会）
ウ) 地域（都道府県、市区町村名等） ：東京都医師会（補助対象団体：57地区医師会）
エ) 開始年月 ：平成27年1月（平成26年度～平成29年度まで）
具体的な内容
オ) 事業の概要（事業の内容とその進捗状況など） 本事業は、医療・介護サービス提供体制改革のための新たな財政支援制度を活用した東京都補助事業である。東京都医師会が実施主体となり、地域包括ケアにおける在宅療養について医療と介護が連携し、ICTネットワークの活用等により効果的に情報共有し、在宅療養患者を支えるため体制を構築する地区医師会の取り組みを支援することを目的とし、以下の補助要件を満たす地区医師会に対して、検討会開催経費、システム導入・拡充経費、管理者人件費等の補助を行うものである。平成26年度末に23地区医師会が事業を開始し、平成27年度は、45地区医師会が実施している。 （補助要件） ・行政（市区町村）との協力体制のもとに実施すること。 ・個人情報保護・事故防止について検討し対策を講じること。 ・関係多職種による連絡会を開催し、顔の見える関係を構築すること。 東京都医師会では、地区医師会の取り組みの全体把握、進行管理、地区医師会への情報提供等の支援を行っている。 また、「地区医師会・区市町村在宅療養担当者連絡会」を、東京都との共催により年2回開催し、事業の普及啓発及び地区医師会における先行取組事例の報告等を行い、地区医師会と区市町村の協力体制の構築に務めている。 今後の東京都における在宅療養の推進のためには、区市単位で取組むことが重要である。複数の市を包括する地区医師会については、その広域性から多職種ネットワークの構築が困難なため、東京都医師会では東京都と協議を行い、補助対象団体（地区医師会）を拡大し市単位での補助を行えるよう努めた。
カ) 事業の取組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど 東京都医師会では、地区医師会の取り組みの全体把握、進行管理、地区医師会への情報提供等の支援を行っている。また、「地区医師会・区市町村在宅療養担当者連絡会」を、東京都との共催により年2回開催し、事業の普及啓発及び地区医師会における先行取組事例の報告等を行い、地区医師会と区市町村の協力体制の構築に務めている。 今後の東京都における在宅療養の推進のためには、区市単位で取組むことが重要である。複数の市を包括する地区医師会については、その広域性から多職種ネットワークの構築が困難なため、東京都医師会では東京都と協議を行い、補助対象団体（地区医師会）を拡大し市単位での補助を行えるよう努めた。
キ) 医師会の事業の取組みによる地域の医療・介護サービスに進展状況、または課題など 先行して取組んでいた地区医師会では、本事業を活用して従来のシステムを改良し、さらに地域特性にあった多職種ネットワークの構築を拡大するなどの工夫が見られた。 新たに事業を開始した地区医師会では、重要な目的の一つである多職種及び行政との顔の見える関係構築の契機となった等の報告があった。 今後、リアルタイムに情報を共有できることによって、医療職や介護職のネットワークへの参加が拡大し、一層の利便性と効率化が図られる一方で、共有化する情報の範囲や個人情報の保護が課題として考えられる。 また、事業の進捗状況や課題等を把握するために、地区医師会へのアンケート調査を行った結果、多職種ネットワークの構築にあたって、ベンダー・システムがそれぞれの地区医師会で異なるため、近隣の地区医師会との関係で複数のネットワークシステムが混在し、患者の基本情報等の入力重複等の手間や、平成30年度以降の事業の継続性について等が課題としてあがっている。

なお、現在在宅療養の拠点が点在している状況であることから、今後は面として展開できるよう、更なる在宅療養の普及啓発及び地区医師会と多職種、区市町村との協力体制構築のための支援が課題である。

ク) その他特記事項

本事業は、上記の多職種ネットワーク事業の実施とともに東京都医師会が実施主体となり、「東京都多職種連携連絡会」を概ね月 1 回開催している。本連絡会は、医療・介護の多職種の団体の代表者で構成され、東京都における在宅療養の推進に向けた都民への普及啓発や多職種ネットワークの効果的な構築の方策等について検討協議を行うなど、地域包括ケアシステム構築の推進に務めている。また、都民向けに地域包括ケアシステム構築に関わる医療・介護の専門職や関連団体等の多職種の役割をわかりやすく解説した普及啓発冊子を作成中である（平成 28 年 3 月発刊予定）。

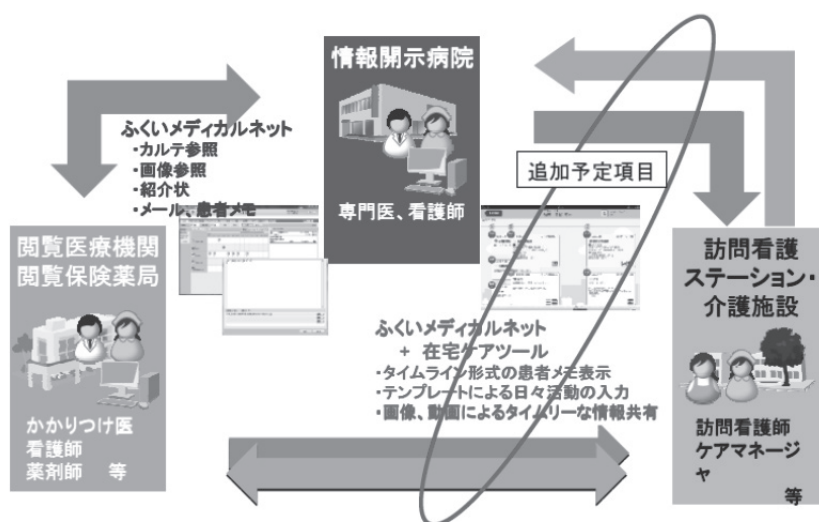
※「東京都多職種連携連絡会」の参加団体（平成 27 年 12 月末現在）

東京都歯科医師会、東京都薬剤師会、東京都看護協会、東京都病院協会、東京都理学療法士会協会、東京都作業療法士会協会、東京都言語聴覚士会、東京都栄養士会、東京訪問看護ステーション協議会、東京都介護支援専門員研究協議会、東京都老人保健施設協会、東京社会福祉士会、東京都医療社会事業協会、東京都介護福祉士会、東京都社会福祉協議会、認知症の人と家族の会東京都支部、東京都老人クラブ連合会、全国有料老人ホーム協会、以上 18 団体

ア) <u>事業・活動の名称</u> ：多職種間で利用可能な ICT の整備事業
イ) <u>事業主体（医師会名等）</u> ：福井県医師会、福井県
ウ) <u>地域（都道府県、市区町村名等）</u> ：福井県
エ) <u>開始年月</u> ：平成 27 年 8 月
具体的な内容
オ) <u>事業の概要（事業の内容とその進捗状況など）</u> 福井県内の医療機関、老健施設、保険薬局を中心に利用されている医療情報連携システム「ふくいメディカルネット」を活用し、平成 27 年度において新たに在宅ケア機能を追加し、平成 28 年度より多職種間でタイムリーな情報共有により連携強化を図る予定である。 平成 27 年度は、多職種中でまず第 1 段階として訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所に対し募集を開始している状況である。 ＜具体的な計画＞ チーム機能の中に在宅ケア機能を追加することで、かかりつけ医を主とした患者ごとに作成されたチーム内のメンバーのみが情報交換することが可能となり、多様な用途で利用することができる。特に在宅で有効な音声、動画、画像なども添付することができ、よりかかりつけ医との情報共有を行うようにする。 また、患者宅でモバイル端末を利用することを可能とし、モバイル端末で在宅・介護情報を職種ごとに定型フォーマット化することで、現場で簡単に入力・参照ができ、シームレスな情報共有・交換が実現できるよう連携強化を視野にいて事業を展開していく。なお、訪問先においてオフライン上でもモバイル端末が利用できるよう、訪問予定の在宅患者の情報をダウンロードできる機能を設け、訪問先での参照・入力を行うことを可能とする。訪問後は、入力した内容をアップロードすることで情報の共有を行うことができるようにする。 現在、整備予定の訪問看護師、ケアマネジャー、その他に歯科医師、薬剤師、リハスタッフ、訪問介護者等にも広く事業の展開ができるよう計画をしていく。 カ) <u>事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど</u> 現場で活用できるようタブレットでの利用を想定し、構築を行っているが、中山間地域では電波の状況も悪く、それを補うために、オフライン機能を整備し、タブレット上に患者情報を格納し、患者宅でも参照ができる仕組みを構築中である。なお、電波の無い状態で入力したものは事業所に戻り、システムに更新することで情報が最新のものにアップする仕組みとし、モバイル上からはデータは削除されるよう工夫している。 また、多職種が利用できるよう共通のフォースシートの作成、また職種ごとに簡易入力が可能になるようテンプレートを設置し、少しでも現場で手間なく入力ができる仕組みを構築中である。なお、入力された情報はタイムライン形式で参照ができ、誰がいつ入力したかを瞬時に把握できる仕組みになっている。 キ) <u>医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など</u> ICT を活用して連携を行いたいという事業所が調査結果からも非常に多かったが、実際現場での ICT を用いた連携に対し、事業所によって考え方が違うため、利用促進に直に繋がっていないのが現状である。今後数年をかけて少しずつ浸透していくのではないかとと思われるが、やはりこのようなシステムは PR が一番大事である。 地域での研修会などを活用し、積極的な PR を行っていきたい。また、構築している仕組みを活用して地域包括支援センターからも参加の希望が数件寄せられているが、今後、どこまで本システムを広げていくかについては運営母体である「ふくい医療情報連携システム運営協議会」において検討されていくことになる。 現在の利用できる機関 ・医療機関 ・保険薬局 ・老健施設 ・訪問看護ステーション ・居宅介護支援事業所 ・歯科診療所（追加予定）

ク) その他特記事項

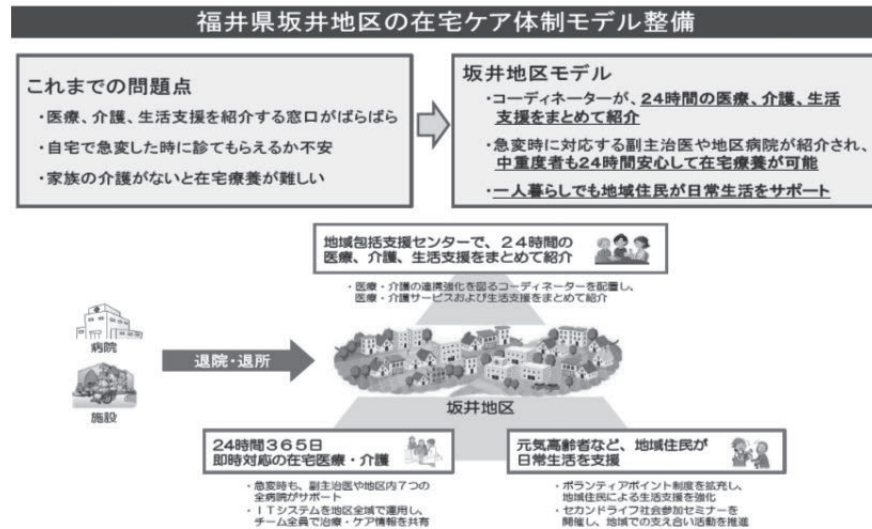
<当事業の概略図>



ア) <u>事業・活動の名称</u> ：坂井地区在宅ケア体制モデル整備事業
イ) <u>事業主体（医師会名等）</u> ：坂井地区医師会
ウ) <u>地域（都道府県、市区町村名等）</u> ：福井県坂井市、福井県あわら市
エ) <u>開始年月</u> ：平成 23 年 4 月
具体的な内容
オ) <u>事業の概要</u> 1. <u>在宅医療コーディネート事業内容</u> ①在宅主治医・副主治医の紹介 ②チームによる在宅医療の調整 歯科医師・単科専門医、栄養士、薬剤師、看護師、ケアマネジャー等 ③在宅医療移行に関する相談 主に病院から在宅への移行に関する相談 ④地域包括支援センターとの連携 2. <u>在宅医療・介護に関連する研修の実施</u> 研修会・症例検討会の開催（多職種合同・顔の見える連携） 3. <u>東京大学・福井県ジェロントロジー共同研究協力</u> ①ITを活用した患者情報共有システムの導入 ②在宅医療における住民啓発出前講座 ③医療・介護の情報共有の一体化 4. <u>在宅医療後方支援システムの体制づくり</u> ①坂井地区内7病院と在宅医療対応診療所との連携強化 ②安心連携カード（かかりつけ医と支援病院間で診療情報の共有を行い、緊急入院や検査・処置が必要になった時にスムーズに連携できるカード）の運用と情報共有システムの活用の連動による連携 上記 4 本柱にて当事業の整備を行った。
カ) <u>事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど</u> 医師会が主体となり、在宅医療従事者の負担軽減の支援として主治医・副主治医選定、後方支援病院との協定などバックアップ体制を構築することが重要であり、その普及には市が主体となり、市民に対する在宅ケア普及啓発を積極的に取り組んでいき、浸透させていくことである。
キ) <u>医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など</u> 地域包括ケアを支える坂井地区在宅ケアネットの今後の課題としては、 1. 福祉との連携システム構築の推進 ⇒ 医師会と市町・社会福祉協議会との積極的な協力体制 2. 在宅医療従事者の負担軽減のための支援 ⇒ 在宅医療に従事する人材の育成（医師も看護師も） 3. 機能的なチームアプローチの実践 ⇒ 効率的な医療提供のための多職種協働の中心となる医師とケアマネジャーとの連携強化 4. 在宅医療に関する地域住民への普及啓発 ⇒ 住民のセルフケア能力を高める 上記 4 点である。

ク) その他特記事項

＜当モデル事業概要図＞



ア) <u>事業・活動の名称</u> ：①地域在宅医療連携推進事業、② 遠隔診療利用型在宅医療モデル事業 ③認知症サポート体制構築事業
イ) <u>事業主体（医師会名等）</u> ：岐阜県医師会
ウ) <u>地域（都道府県、市区町村名等）</u> ：岐阜県
エ) <u>開始年月</u> ：①平成 25 年度、②平成 27 年度、③平成 23 年度
具体的な内容
オ) <u>事業の概要（事業の内容とその進捗状況など）</u> ①は県からの委託事業、②③は県の補助事業である。 ① 地域在宅医療連携推進事業は、県内の各地域医師会に 24 時間 365 日の対応ができる在宅医療を行うチームの構築を目指し、まずチームを構築するにあたり医療および介護に係る多職種の関係者において議論を行い、在宅医療の課題や問題点の抽出と情報の共有化を図っている。 ② 遠隔診療利用型在宅医療モデル事業は、（1）訪問診療・往診診察同行研修、（2）休日代行診療、（3）ICT を活用した遠隔診療を柱とした 3 事業から構成されている。 ③ 認知症サポート体制構築事業として、認知症に対する早期診断（早期の気づき）とその対応を目指し、多職種による有機的な連携をすることにより、今後急速に増加が予想される認知症患者への効率的ならびに早期対応が可能となり、住み慣れた地域で認知症患者やその家族が希望する生活を維持および支援する事業である。 カ) <u>事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど</u> ① 地域在宅医療連携推進事業の推進にあたり、チームのメンバー同士の顔が見える関係を構築することが、当事業のポイントと考えている。県内全ての地域医師会が、この事業に取り組んでいる。 ② 遠隔診療利用型在宅医療モデル事業のうち、訪問診療・往診診察同行研修に関しては、在宅医療に精通した医師が、これから在宅医療を行う医師、または在宅医療に不慣れな医師、他の在宅医療の実践している医師から学びたいと希望している医師と同行し、実際の在宅医療現場を見てもらうことを目的にしている。 また ICT を活用した遠隔診療については、ICT 機器のメディアツールを活用し、平成 27 年 11 月 30 日現在、当事業へエントリーは、県内で 31 の医療機関にいたっている。 キ) <u>医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など</u> ② 遠隔診療利用型在宅医療モデル事業のうち、（1）訪問診療・往診診察同行研修は、同行した医師および、また同行した指導医からも概ね好評である。在宅医療に関心を持ってもらう機会にも繋がり、在宅医療を行う医師の育成、または在宅医療を行っている医師自身の自己評価にも役立っている。 （2）休日代行診療により、現在、在宅医療を行っている医師の負担軽減にも繋がり、在宅医療の医師が、8 月のお盆、大型連休など安心して休暇が取れる環境が作れた。平成 27 年度はモデル事業として実施したが、引き続き、今後も休日の代行診療の実施を検討している。 ③ 認知症サポート体制構築事業に関しては、当県においては、岐阜圏域、西濃圏域、中濃圏域、東濃圏域、飛騨濃圏域の 5 つの医療圏から構成されているが、岐阜市および西濃域でのモデル事業からスタートし、それぞれの医療圏域同士の連携体制に努め、その環境整備が整いつつある。

ア) <u>事業・活動の名称</u> ：地域包括ケア報告会
イ) <u>事業主体（医師会名等）</u> ：三重県医師会内の4郡市（桑名、亀山、津地区、伊勢地区）医師会
ウ) <u>地域（都道府県、市区町村名等）</u> ：三重県内の4郡市（桑名市、亀山市、津市、伊勢市）
エ) <u>開始年月</u> ：平成27年3月
<u>具体的な内容</u>
オ) <u>事業の概要</u> 1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた桑名市の取り組み 桑名市中央地域包括支援センター 2) 在宅医療連携システム「かめやまホームネット」 亀山市 ・多くの専門職によるチームでのサポートを行う ・亀山医師会の協力を得て、主治医・副主治医連携を実施する ・協力医として、歯科・皮膚科医師等専門的な治療を行う医師と連携をする ・病床を有するみえ呼吸嚥下リハビリクリニックと亀山市立医療センターが、病状に応じて支援病院として機能する 3) 在宅医療・介護連携～津市の取り組み～ 津市健康福祉部地域医療推進室 4) 伊勢市在宅支援ネットワーク連絡会 ～地域包括ケア会議・伊勢～
カ) <u>事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど</u> 県下各地域の取り組み状況の報告と情報共有を図る。
キ) <u>医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など</u> それぞれの地域の現状と他地域の取り組みを共有することで、更なるステップアップが期待できる。

ア) <u>事業・活動の名称</u> ：① 在宅医療連携拠点事業、② 在宅医療推進事業
イ) <u>事業主体（医師会名等）</u> ：大阪府医師会
ウ) <u>地域（都道府県、市区町村名等）</u> ：大阪府
エ) <u>開始年月</u> ：平成 24 年 10 月
具体的な内容
オ) <u>事業の概要（事業の内容とその進捗状況など）</u> 地域医療再生基金を活用した「① 在宅医療連携拠点事業」は、地区医師会が中心となり、市町村を巻き込み医療介護の多職種連携を推進する事業である。地区医師会に公募して実施した結果、4 年間で 57 地区医師会のうち、49 医師会に実施していただいた。 上記事業に加えて、さらなる医療介護連携（以後 医介連携）を推進するためには、まずは地区医師会が医療資源の把握と医療機関同士の連携強化を図ることが是非とも必要と考えた。このため、平成 26 年度から地域医療介護総合確保基金（医療分）を活用し、大阪府から地区医師会に「② 在宅医療推進事業」を委託することとした。この事業が目指したのは、地区医師会における地域医療連携室の設置、および在宅医療コーディネーターの配置、さらに、2025 年に向け在宅医療を実践する会員医師を一人でも多く増やすための在宅医療の質向上や拡充と、病院協会との連携による病状急変時の在宅療養患者が円滑に入院加療できる医療機関連携の推進である。57 地区医師会のうち、35 医師会で実施された（34 医師会が継続中）。
カ) <u>事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど</u> 地域包括ケアシステムにおいて、在宅医療推進事業を展開していく上で、多くの課題が出てきている。残念ながら在宅医療推進に対し消極的な対応をとられる地区医師会や会員医師が少なからず存在している。また、地域医療介護総合確保基金（介護分）が既存事業であるハードの整備や人材確保の充実に充当されており、地域包括ケアにおける医介連携に必要不可欠な「統合的ケア」において介護者が備えるべき「医療的マインド」を育む研修等に配慮されていない。平成 27 年 7 月に大阪府医師会が 43 市町村に実施した調査では、本年度に在宅医療介護連携推進事業を実施する市町村は、ア) 地域の医療・介護の資源の把握（21/43 市町村）、イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討（24/43 市町村）、ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進（15/43 市町村）、エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援（16/43 市町村）、オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援（14/43 市町村）、カ) 医療・介護関係者の研修（30/43 市町村）、キ) 地域住民の普及啓発（26/43 市町村）、ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携（20/43 市町村）で、事業展開に消極的な市町村が少なからず存在することである。
キ) <u>医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など</u> この事業を実施していただいた地区医師会では、平成 30 年度から全市町村で実施される在宅医療介護連携推進事業（地域支援事業）を受託可能な状況になっている。しかし、この事業により医介連携は少しずつ進んでいるが、ケアマネジャー等介護職より、訪問診療をしてくれる医師が少なく、在宅療養されている利用者が肺炎等急変された際、適切な治療が受けられる病院に円滑に入院できる後方支援体制を整備してほしいと要望されている。
ク) <u>その他特記事項</u> 地域包括ケアシステム構築に向けて、日常生活圏域で在宅療養を希望される方々には、是非とも在宅医療を推進することが必要であり、日本医師会は厚労省に働きかけ、都道府県各市町村を支援し、各市町村が積極的にこれらの課題を解決し、さらなる在宅医療の充実を図られるよう期待する。

ア) 事業・活動の名称 ：東淀川区の在宅医療連携を考える会「こぶしネット」の取り組み
イ) 事業主体（医師会名等） ：東淀川区医師会
ウ) 地域（都道府県、市区町村名等） ：大阪市東淀川区
エ) 開始年月 ：平成 24 年 4 月
具体的な内容
オ) 事業の概要 平成 24 年 4 月から医療（三師会・病院・訪問看護師等）・介護（地域包括支援センター・ケアマネジャー・居宅事業所・施設等）の専門職及び福祉（行政）・地域（民生委員等）によるネットワークの構築及び専門職種のスキルアップや地域住民への啓発活動を実践し、地域での課題の抽出と行政等に提案できるよう活動を行っている。平成 27 年度においては、原則月 1 回、5 つのワーキンググループ（企画学術・啓発・社会資源・連携ツール・災害時対策）に分かれて実行委員会を開催し、定期的に行うコアメンバー会議で活動計画を決定している。また年 4 回「東淀川区の在宅医療を考える会」及び市民公開講座等を企画開催している。
カ) 事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど 実行委員会等の意見交換は議事録によりホームページ上に公開される。それぞれの委員は所属職種を代表しているという自覚を持ち委員会に臨むようになっている。オープンでフランクな環境を作り出すよう心掛けている。
キ) 医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、または課題など 意見交換を重ねることで他の職種の役割が明確になり、自身の専門職として進むべき方向性がより明確になっている。さらに行政が委員会に参加することで施策の方向性を知ることができ、加えて現場の意見が反映されることで、地域特性に応じた地域活動を実践することができる。 実際の運営においては、事務局は地区医師会にあり、医師会及び地域病院が医療に関してはイニシアチブをとっている。医師会と行政がしっかりと意見交換し意思疎通を図ることが運営をスムーズに行うためには重要であると考ええる。 定期的に在宅医療学習会を開催し多職種が講師となって地域への啓発活動を行っている。これには行政・地域包括支援センターや地域の団体（町会や地域活動協議会等）の協力は欠かせず、地道な活動により在宅医療や認知症の地域への啓発は少しずつ進んでいる。 「こぶしネット」に参加する職種が地域へのアウトリーチの必要性を自覚するようになっていることが関係者への大きな効果といえる。 その一方で参加しているメンバーは理解しても、所属する団体や職種の関係者が、地域包括ケアをはじめ、地域ネットワークの重要性をどの程度理解しているのか疑問があり、今後の課題であると考ええる。職種の中での啓発活動がおろそかになっている面は否めない。また行政、特に市長・区長や担当職員が変わって、地域医療・介護における施策や地域ネットワークへの支援・協力が後退することはあってはならないと考える。

ア) <u>事業・活動の名称</u> : 認知症初期対応集中支援事業
イ) <u>事業主体 (医師会名等)</u> : 神戸市および神戸市長田区医師会
ウ) <u>地域 (都道府県、市区町村名等)</u> : 兵庫県神戸市長田区
エ) <u>開始年月</u> : 平成 26 年 4 月
具体的な内容
オ) <u>事業の概要</u> かかりつけ医、ケアマネジャー、民生委員等からの情報により、認知症が疑わしい初期の方に対し区役所の保健師が訪問し対応している。近隣の開業医や、かかりつけ医から紹介状をもらい、認知症対応専門医療機関に繋いでいる。診断が確定すれば、主治医を中心に多職種が連携し、症状の進行を食い止める事を目的とし、当事業を展開している。
カ) <u>事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど</u> 現在の認知症診療は、進行がかなり進んでから受診することが多い。当事業は、早期発見、早期治療で認知症の進行を遅らせることが目的であり、いかにして早期発見することができるか、受診に繋げていくことができるか、また受診継続ができるかがポイントである。また、県医師会としては、かかりつけ医認知症対応力向上研修会、認知症サポート医研修会などを通じて、かかりつけ医の認知症診療の援助を行っている。さらに多職種連携を進める目的で、住民の認知症の理解を深めるために認知症フォーラムを開催している。これらの機会を通じて早期発見、早期治療につなげていく方向で事業に取り組んでいる。 また地域ケア会議は原則 2 ヶ月に 1 回、7 つの地域包括支援センターが主催して 7 ヶ所で行われ、開催時間は 1 回につき約 2 時間程度で、参加者の構成は、地元医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネジャー、介護業者、民生委員、消防署、地元区役所の「あんしんすこやか係」等である。会議では、認知症についての情報交換やその対応が困難な症例検討が中心である。地元医師会の三役は、これらの医療・介護関係の会合、講演会、懇親会等に可能な限り参加し、お互い顔の見える関係を作っている。
キ) <u>医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など</u> 当事業の担当理事に地域ケア会議への出席をお願いしているが、残念ながら参加率が悪いのが現状である。また、かかりつけ医が、なかなか参加してくれないのも問題である。参加者が未だ認識不足であり、内容も薄い状態である。 その一方で認知症関連では、「認知症カフェ」を作るなどの取り組みを行った結果、精神科医を中心にボランティアの理解と協力が得られるようになった。「認知症カフェ」には、地元住民も集まり、盛況で地元紙にも取り上げられた。認知症患者を家に閉じ込めるのではなく、地元住民と交流し、生活の場で認知症を理解してもらうことに役立っている。また、交流によって認知症の改善がみられ、治療としての面も注目されている。さらに地元区役所に働きかけ、一般住民の啓蒙のため「認知症ケアネット」という冊子を作り、住民に配布したところ、認知症がよく理解できたとの声が多く、好評であった。

ア) <u>事業・活動の名称</u> ：	田辺市医師会在宅医療委員会
イ) <u>事業主体（医師会名等）</u> ：	田辺市医師会
ウ) <u>地域（都道府県、市区町村名等）</u> ：	和歌山県田辺市
エ) <u>開始年月</u> ：	平成 26 年 5 月
具体的な内容	
オ) <u>事業の概要</u>	全ての在宅医療に該当するわけではないが、会員が直面する課題に限定し、当面の本会の在宅医療に関する課題を整理する。さらに会員、医療関係者、市民の役に立つシステムの構築を当事業の目的とする。 ＜当面の課題＞ 1) 窓口の一本化、2) 主治医未決定時の斡旋のためのシステム、3) 研修交流会の開催・認知症・施設の理解、4) 主治医不在時・緊急時のシステム、5) 病診連携（相互の受け皿の形成）、6) メーリングリストの立ち上げ、7) 情報共有の検討、8) 田辺圏域保健医療介護の連携体制の構築をすすめる会との連携、9) 協力医師との連携が課題である。 在宅医療センターとして窓口の立ち上げ時は医師会立訪問看護ステーション（近い将来別部署検討中）が担う事になった。課題の 1) 2) 4) 5) 6) 9) はシステムとしては解決。3) 8) は実施しているがまだ本会として計画的に実施しているとはいえない段階である。7) は具体的には新しいシステムでは取り組んでいない（今の情報交換方法で特に困っていない）。
カ) <u>事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど</u>	1) 会員へのアンケートを実施し、会員の考えや意見等を収集し整理した。 2) 在宅医療（訪問診療）では医師は必要不可欠であるが主役ではなく、主役の実行部隊はケアマネジャーを含めた訪問看護ステーションであり、訪問看護師といかに上手に連携の絆を強めていくことが在宅医療を展開する上で最重要であると認識して取り組んだ。また訪問看護師にアンケートを実施して困っている点等を挙げてもらい、出来るだけ解決できるようにすることも大切である。そのきっかけは、「私達は指示があればいつでも動くことができるが、指示なければ動けない。必要な時、主治医に連絡出来る事で多くの問題点は解消できる。緊急時に連絡出来ない場合、どう対処すればよいか問題である」という意見があり、実行部隊が動きやすいようにシステムを構築していくことが重要である。そのためには、緊急時の入院についても主治医の不在時は訪問看護師の判断で対応も可として、その点について病院にも了解が得られた。 今後は行政との関係をいかに構築してくかも重要であり、既に懇親会を開催し協議中である。行政も前向きに考えてくれており、ここでも行政が動きやすいようにするにはどうしたらよいかという視点で進めていくのがポイントになる。 新しいことに取り組む前に大事な点は、日々の診療の中で医師を取り巻く関係者と顔の見える良好な関係を積み重ねていくこと、そのために本会として具体的に解決できることは何かという視点を見失わないことに尽きる。本会としては以上の視点で進めていきたいと考えているが、今後の大きな課題は、訪問診療を行う医師を増やすということであり、これが意外に難航しており、むしろ減っていくのではないかと危惧している。
キ) <u>医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など</u>	今年の 2 月から窓口業務を実施したが、地域や住民の意識の変化、協力についての現時点の評価は難しい。これまでの主治医の斡旋の依頼は 1 件のみであったが、この 1 年余りの取り組みにより課題の主なものは極めてスムーズに解決した。 この理由として 1) 田辺圏域では在宅医療において既に各病院の地域連携室がセンター的な役割を担っている、2) 6 年前から継続して月 1 回の例会を開催している田辺圏域保健医療介護の連携体制の構築をすすめる会が他職種を含めた連携に大きく貢献している、3) 病院関係者と会員との交流が日頃から行われており良好な信頼関係が構築されている、4) 現時点で訪問看護ステーションが十分確保されていた、5) 行政が前向きに検討する姿勢を見せてくれているなど、以上の点より比較的順調に進んでいる要因と考えている。この圏域では在宅医療の展開という面では多くの分野で既に行われており、顔の見える関係はかなり構築されている。医師会在宅医療委員会が先頭に立って旗振り役になるのではなく、今の状況をよりスムーズに継続発展させるための支援体制の構築が必要ではないかと考えている。

ア) <u>事業・活動の名称</u> ：岡山県医師会地域包括ケア部会における地域包括ケア推進の取り組み
イ) <u>事業主体（医師会名等）</u> ：岡山県医師会
ウ) <u>地域（都道府県、市区町村名等）</u> ：岡山県
エ) <u>開始年月</u> ：平成 26 年 9 月
具体的な内容
オ) <u>事業の概要（事業の内容とその進捗状況など）</u> 岡山県医師会では、県内の地域包括ケアシステムの構築へ向けて、平成 26 年 9 月に地域包括ケア部会を常設部会として新規に発足した。当部会は、県医師会担当理事及び任命委員 15 名、郡市等医師会担当理事 28 名、岡山県の歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協会、病院協会、老人保健施設協会、訪問看護ステーション連絡協議会、内科医会からの委員 8 名、岡山県担当 3 課長の総勢 54 名で構成され、「オール岡山」で地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。平成 26 年度は、地域包括ケアにおける我が国のトップリーダーである有識者や厚生労働省の講師等による講演会を複数回開催し、当部会において地域包括ケアの理念や考え方、目指す方向性の共有を図った。 平成 27 年度の主な取り組みを下記に示す。 ① 「岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会」の発足 相補的かつ密接不可分な関係にある地域包括ケアシステムと地域医療構想の推進を共通命題として、「岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会」を平成 27 年 10 月に発足し、毎月 1 回 3 時間を超える会議を開催している。岡山県内の各地域の特性を踏まえつつ、平成 37 年・平成 52 年を見据え、データベースに基づいた建設的な議論を展開している。アドバイザーには、松田晋哉産業医科大学公衆衛生学教室教授にご就任頂き、毎回貴重なご指導を賜っている。県の保健医療福祉担当 3 課長、市町村地域包括ケア担当者、地域包括支援センター、岡山大学・川崎医療福祉大学有識者、歯科医師会・看護協会等の職能団体及び病院協会等の関係団体の各会長等に加え、県医師会担当役員の総勢 21 名が委員を務め、県医師会会長が座長を務める。 本研究会では、地域包括ケア・地域医療構想の総論・各論、医療介護経営等幅広く忌憚のない議論が展開されており、現状の課題を踏まえ、地域包括ケアの推進に資する具体的な取り組み及び提案を中心に報告書を取りまとめて平成 27 年度末に全国へ配信する予定である。 ② 「在宅医療主治医・副主治医システム」モデル案の考案 在宅医療の困難な理由のトップが「一人の医師で 24 時間対応が難しい」という意見を踏まえ岡山県医師会として、「在宅医療主治医・副主治医システム」のモデル案を平成 27 年度中に考案する。平成 27 年 11 月 3 日、新田國夫全国在宅療養支援診療所連絡会会長の講演会に引き続き、県医師会社会保障部及び地域包括ケア部会の委員・部員参加のもと、在宅医療主治医・副主治医システム検討会を開催した。県内の地域特性、主治医・副主治医登録システム、郡市等医師会会とのコーディネート、後方支援病院・訪問看護との連携、医療保険・介護保険の取扱等について議論を行った。モデル案を取りまとめ、郡市等医師会の取り組みの参考として頂くことを目的としている。 ③ 市町村・郡市等医師会協働による地域包括ケア推進事業 地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業など、市町村と郡市地区医師会の良好な関係のもと地域包括ケアを推進することが必須となっているため、行政担当者と郡市地区医師会役員との顔の見える関係づくりを支援する。平成 28 年 1 月 30 日に田中滋慶應義塾大学名誉教授の講演会に引き続き、田中滋先生をアドバイザーとして、県内の地域ごとに参加者間で地域包括ケア推進に向けてグループワークを開催した。参加者は、県の保健医療福祉行政担当課長、県民局健康福祉部長、保健所長、市町村地域包括ケア行政担当者、地域包括支援センター職員、郡市等医師会会長の会長及び担当理事、県医師会会長の会長及び担当役員等の総勢 100 名であった。グループワークも終始なごやかな雰囲気の中で行われ、各グループの発表後にご講演いただいた田中滋先生からご講評をいただいた。

④ 「岡山地域包括ケアコーディネーター」の専任

医療介護難民の救済、行政と郡市等医師会・関係団体との連携強化を目的として、「岡山地域包括ケアコーディネーター」として常勤 1 名を平成 28 年 3 月に県医師会に配置予定としている。退院患者へかかりつけ医や介護支援専門員の紹介、行政と郡市等医師会の橋渡し役などが期待されている。

カ) 事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど

県行政と県医師会が常日頃からの良好な関係を築き、行政担当者と県医師会担当役員との信頼関係を構築しておくことが重要である。県民の幸福に資する社会貢献性の高い活動実績を積み上げることで両者の信頼関係は高まる。

県医師会は、郡市等医師会の活動をサポートするコーディネーターやファシリテーターであり、郡市等医師会を支援する立場にある。そのためには、郡市等医師会長協議会の意見交換をはじめ、各担当理事の会議や日頃からの発言など医師会員の声に真摯に耳を傾けることが大切である。

キ) 医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など

県行政と密接かつ良好な関係が深まり、忌憚のないディスカッションが可能となり、県民に資する活動の源となっている。平成 26 年 9 月に発足した岡山県医師会地域包括ケア部会の活動において、郡市等医師会と地域包括ケアの推進を共通命題として、頻回の議論で相互交流も深まり、各地域での今後の地域包括ケアの推進が期待される。

平成 27 年度事業の「岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会」では、普段同じテーブルで議論し合うことのない医療推進課、健康推進課、長寿社会課の 3 課長同席のもと、有識者や関係団体の長が一堂に会し、毎回深みのある目を見張るべき熱のこもった議論が展開されている。特に、各地域の特性を踏まえつつ、データベースに基づいた議論の場は、岡山県でも初めてのことであり、参加者一同の意識改革にも繋がっており、平成 28 年度の県内の地域包括ケアシステムの構築に大きく役立つものと確信している。また、「オール岡山」での取り組みは、地域包括ケアシステム構築の前提条件となる規範的統合の一役も担う。

ク) その他特記事項

取り組んだ事業について、アウトカム評価を必ず行い、PDCA サイクルを展開することが重要である。アウトカム評価にあたっては、地域包括ケアの本質である「地域づくり」、「まちづくり」への参画や貢献がポイントとなる。

ア) 事業・活動の名称 ：岡山県倉敷市地域ケア会議の取り組み
イ) 事業主体（医師会名等） ：倉敷医師会
ウ) 地域（都道府県、市区町村名等） ：岡山県倉敷市
エ) 開始年月 ：平成 19 年 9 月
具体的な内容
オ) 事業の概要 岡山県倉敷市は、平成 19 年に市を 4 区分し、それぞれの地域で地域ケア会議を発足した。倉敷市から倉敷医師会へそれぞれの地域ケア会議に委員の推薦依頼があり、当時の担当理事が現在に至るまで水島地区地域ケア会議の委員長を務めている。 「みんなが支え合って暮らせる思いやりあふれるまちづくり」をスローガンとして掲げ、小学校区単位の小地域ケア会議の開催から着手した。小地域ケア会議の地域住民への浸透も不十分なこともあり、その推進にあたっては、予想通り地域によってばらつきがみられた。いかに住民参加型による住民主体の地域づくりを行うかが課題であり、この認識のもと地域ケア会議の委員及び関係団体との良好な関係づくりに力を注いだ。地域づくりには、互助が不可欠であり、民生委員や愛育委員等の連携は特に重要であった。 地域住民の理解も進み、平成 22 年より地域ケア会議主催の地域住民との集いを毎年恒例で開催し、平成 25 年から地域住民の最大のニーズである認知症をテーマに「ボケてもわがまち」のキャッチフレーズのもと、ワークショップを毎年継続している。 平成 26 年地域ケア会議の発信により地域包括支援センターを中心に認知症カフェである「ほっとオレンジカフェ」を立ち上げ、認知症の家族や本人の憩いの場となっている。平成 27 年 11 月から「認知症マイスター」の養成も始めた。認知症に関する座学と施設での認知症の方とコミュニケーションを図る実習を受講すると倉敷市認定の「認知症マイスター」と認定するもので、民生委員、愛育委員、栄養委員等が参加しており、今後毎月 5～10 名程度の養成を見込んでいる。 その他、地域のボランティア団体等のネットワーク体制構築、緊急対応を要する在宅等の困難事例へ専門多職種によるレスキューチームの派遣、一般住民向けの認知症の理解を深めるチラシの作成配布、認知症出前講座の開催など、波状的に地域へ認知症理解の浸透を図る予定である。
カ) 事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど 地域づくりにおいては、いかに住民参加型による住民主体の地域づくりを行うかが重要であるため、長年地域を支えてきた民生委員や愛育委員等のボランティア団体の尊重を念頭に置き、行政や関係団体との良好な関係づくりに力を注いだ。ボランティア団体のアレルギー反応を生じることのないように、歴代の市の担当者には黒子役に徹するよう度々お願いし、倉敷市、地域包括支援センターの職員との協働体制を構築した。地域包括ケアの前提条件となる規範的統合へ向けて、地域住民をはじめ、行政、関係団体等が同じベクトルを向いて地域づくりはスタート地点を迎える。 地域づくりの取り組みが地域住民へ浸透することが大きなポイントであり、「認知症カフェ」、「認知症マイスター」、「出前講座」の取り組みや一般住民向けのチラシのポスティングなどの複数の地道な活動の積み重ねが地域住民への浸透に繋がっていく。 また地域ケア会議の活動においては、平成 37 年までの中長期計画の構想を描いたうえで、毎年の事業計画を立てることが重要であり、地域ケア会議の構成員が変わっても脈々と受け継がれるシステムづくりの視点が欠かせない。
キ) 医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など 地域ケア会議が発足して 9 年目となり、毎年恒例の地域住民との集いなど、この間の活動の積み重ねにより地域住民に取り組みが徐々に浸透してきている。ボランティア団体との良好な関係づくりも推進され、「認知症カフェ」の立ち上げの際には、民生委員の団体から心温まるハンドメイドの看板を寄贈して頂くなどの支援を頂いた。 今後の課題として、厚生労働省所管のオレンジプランが内閣府、関連省庁所管のオールジャパンによる新オレンジプランに変わったと同様、今後、地域ケア会議の委員に、教育委員会や警察、消防、住宅、金融機関等の関係者の参加が望まれる。
ク) その他特記事項 地域ケア会議発足時から民生委員、愛育委員、老人クラブ、町内会などのボランティアの方々への敬意と感謝の気持ちを最も大切にしてきた。皆様の日頃の活動にはいつも頭の下がる思いを感じるとともに、長年に渡り脈々と受け継がれるボランティア精神こそが地域包括ケアを大きく進める源であると確信している。

ア) <u>事業・活動の名称</u> ：在宅医療・介護連携相談窓口事業
イ) <u>事業主体（医師会名等）</u> ：福岡県京都（ミヤコ）医師会
ウ) <u>地域（都道府県、市区町村名等）</u> ：福岡県京都地区
エ) <u>開始年月</u> ：平成 27 年 9 月
具体的な内容
オ) <u>事業の概要</u> 地域包括支援センターの介護支援専門員や居宅介護支援専門員において医療面の知識が乏しい現状もあり、地域の医療、介護関係者、地域包括支援センターなどを対象に在宅医療・介護に関する相談ならびに情報提供を行っている。当事業の目的は、医療の情報を気軽に相談できる場としての機能を持たせ、医療・介護連携の橋渡しの役割を担っている。また、介護・医療の両面からの地域での課題を抽出し、行政に対しても同様に大きな役割も持っている。 また、多職種の話し合いの場づくりやその運営（活性化）に向けての実践活動や活動計画として医師会主催の定期的な多職種連携会議の開催、地域医療資源 CD-ROM 作成配布、福岡県・県医師会主催の地域リーダー研修会の開催、多職種合同の研修会の開催(在宅医療推進事業・地域包括ケアシステム構築に向けて:野口 隆義先生)、行橋市介護支援専門員事例検討会および京築訪問看護連絡協議会の出席と当事業の案内を実施している。
カ) <u>事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど</u> 認知症高齢者や独居の在宅療養困難事例、また若年の癌末期患者で公的サービスが受けられない、あるいは医療依存度の高い小児など、在宅療養が困難になることが予測される場合には、早期から地域包括支援センターだけでなく、行政にも相談し情報の共有化を図っておく。これにより多くの事例を通して、問題点や今後必要とされるサービスやシステムが可視化されるため、事例の相談は、最大の報告であると考え取り組んでいる。 運営において心がけているポイントは、医師会管内の市町村保険者・行政との連携相談内容に応じた情報提供ができるよう各事業所の特色を把握し、現場の職員がどのようなことで苦慮しているのか、など情報収集することも重要であり、地域ケア会議や協議会、事例検討会に積極的に参加し、生の声が聞けるよう顔の見える関係作りが不可欠である。
キ) <u>医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など</u> 平成 26 年度は多職種連携会で一般住民に対して、「頑固おやじ家に帰る」という寸劇を行い、末期癌患者が在宅ケアを受けることも可能であることを啓発した。現時点での評価は不明であるが保健所主催「在宅ホスピスを語る会」への参加や多職種連携会主催の市民啓発講座などの企画に積極的に関与し、医療・介護従事者の連携強化の他に様々の機会を通じて地域住民の相互理解を深めていくことも大切である。
ク) <u>その他特記事項</u> 医療依存度の高い要介護者等が転居などをされる場合など、訪問診療をしてくれる医療機関や訪問看護、担当の介護支援専門員をどのようにして探したら良いのか解らない、といった事例が発生している。本事業が、転居地先の相談窓口の役割を担うことで地域での受け入れがスムーズになることが期待できる。 また、施設での最期を希望される方が増える中、施設によっても温度差が大きく、なかなか看取りを行う施設が増えていない現状がある。平成 22 年度に施設へのスーパーバイズモデル事業を実施し、平成 24・25 年度施設職員への研修会に参加した際のアンケート結果を見ると看取りに対しての課題として、①緩和ケアや看取りに関する知識不足、②急変時の不安、③家族の理解や協力（コミュニケーションのスキル不足）などが大きな問題点として指摘された。本事業が、今後施設職員の相談にも対応していくことで、地域での施設看取りの増加に繋がるのではないかと考えている。 当医師会としても、引き続き市町村で開催される地域ケア会議に積極的に参加し、医師会と市町村との連携、多職種連携の構築を模索し、事業の推進を図りたい。

ア) <u>事業・活動の名称</u> ：在宅医療相談窓口業務（在宅医療支援センター）＜通称「とびうめネット支援センター」＞
イ) <u>事業主体（医師会名等）</u> ：福岡県粕屋医師会
ウ) <u>地域（都道府県、市区町村名等）</u> ：福岡県粕屋地区（古賀市・新宮町・久山町・篠栗町・粕屋町・志免町・宇美町・須恵町）
エ) <u>開始年月</u> ：平成 27 年 6 月
事業の具体的内容
オ) <u>事業の概要</u> 粕屋地区の 1 市 7 町の在宅医療・とびうめネットの促進のため、それぞれの地域からの相談を受ける在宅医療電話相談窓口（とびうめネット）を医師会事務局に設置し、利用者、介護者、住民、施設、医療機関からの相談に対応する。 また、それぞれの地域を総括できる在宅医療支援委員会を適時開催し、情報の共有と連携を図る。地域包括支援センターと協働で在宅医療（とびうめネット）と地域包括ケアシステムを促進する。その方法について、粕屋医師会事務局内に在宅医療支援センターの本部を置き専任の本部センター長兼相談員を配置し、地域に精通したケアマネジャーを 1 市 7 町より 1 人ずつ、また各市町の地域包括支援センターからも 1 人ずつ協力者を選定し、地域医師会の担当役員とともに在宅医療支援委員会を開催する。
カ) <u>事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど</u> 多職種連携についての質問、困難事例、問題事項、苦情等にも、ケアマネジャーとしての立場から医師会と連携し問題解決への道を探る方針を考えている。
キ) <u>医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など</u> 当事業の実施から経過期間も浅く、現在、事業を展開する中で、課題および問題点などの把握と今後改めて当事業の評価を行い、当事業の改善等に努めたい。

ア) 事業・活動の名称 ：鹿児島県医師会在宅医療提供体制推進事業
イ) 事業主体（医師会名等） ：鹿児島県医師会
ウ) 地域（都道府県、市区町村名等） ：鹿児島県
エ) 開始年月 ：平成 25 年 10 月
具体的な内容
オ) 事業の概要 県医師会及び郡市医師会が、医療・介護・福祉の多職種、自治体及び住民等をけん引する形で、地域包括ケア体制の構築を目指した「在宅医療提供体制推進事業」（以下「事業」とする）を実施している。 事業は、①多職種連携の推進、②人材育成、③地域住民への普及啓発、④地域の実践展開で構成している。①②③事業を県医師会が行い、④事業は 15 郡市医師会（鹿児島大学医学部医師会を除く 17 郡市医師会のうち）に業務委託し、地域特性にあった事業を展開している。 ① 多職種連携の推進では、職能団体の長などで委員構成する県在宅医療連絡協議会の設置、多職種連携のためのガイドラインの作成、認知症対策における多職種連携体制の構築のための研修等を開催し、多職種協働の強化を図っている。 ② 人材育成では、在宅医療推進のための研修や在宅医療従事者の技術向上研修の開催、また在宅医療推進コーディネーターの育成を図るなど、在宅医療を担う従事者等のスキルアップに努めている。 ③ 在宅医療の普及啓発では、市民講座、パンフレットの作成、専用ホームページ（http://www.kagoshima.med.or.jp/zaitaku）を開設している。またマイライフノート（エンディングノート）を独自に作成し、本人が望む生活や人生の最終段階における医療やケアの在り方について考えてもらうような意思決定の促しも行っている。 ④地域の実践展開では、地域課題の解決に向けて各種会議、研修会、普及啓発事業等を計画的に実施。主な活動成果を紹介する。 （１）在宅医療従事者の負担軽減の支援 ・後方支援病院とかかりつけ医の救急時情報シートの作成 ・主治医不在時の対応ネットワークの構築 ・在宅医のグループ化、在宅医と訪問看護事業所の連携体制の強化 （２）効率的な医療提供のための多職種連携 ・入院時情報提供書の作成 ・入退院時ルール作り （３）在宅医療に従事する人材育成 ・多職種参加による症例検討会の開催 ・他事業所・施設での他職種現地研修会の開催 （４）在宅医療に関する地域住民への普及啓発 ・在宅医療普及啓発市民講座の開催、サロン活動での普及活動 ・ホームページ、パンフレット等の作成 ・地域の従事者・自治体・地域住民（児童も参加）等で構成する寸劇 カ) 事業の取り組みにあたって注意または配慮した点やポイントなど 主に以下の３点を重視し、事業展開を図っている。 １点目は、医師会が多職種・行政等の繋ぎ役となり、様々な集う場を設定することである。各職種が意見交換することで、他職種の役割を知り、そして各職種自身が地域での役割を自覚し、地域における役割を明確にすることでスムーズな多職種協働の体制が出来つつある。 ２点目は、地域課題に基づく事業展開を重視することである。地域の課題を多職種で共有し、「目標設定→対策立案→対策実行→検証」の流れに基づき、地域の多職種・行政等が参画した在宅医療推進チーム等で、「出来るところから取り組む」を念頭に事業を行っている。 ３点目は、地域の自主性を尊重することである。離島へき地を多く抱え、社会資源の偏在がある本県では、統一した対策を講じることは難しい。本事業の組織構成や事業内容は地域を良く知る 15 郡市医師会の判断に任せることで、地域特性に合った取り組みが展開されている。

キ) 医師会の事業の取り組みによる地域の医療・介護サービスの進展状況、課題など

県医師会・15 郡市医師会において、職能団体、県行政で委員構成する連絡協議会を設置し、これまで縦割りであった各組織の情報・活動を全体で情報共有を図ることで効率的な多職種協働の体制を構築した。事業推進には、当初から地域行政、地域保健所（県行政）との連携を図り、医師会内設置の各種会議や研修会にも企画の段階から委員として参画してもらい、様々な形での連携を図っている。更には、平成 26 年度から半年ごとに各地域における活動内容を情報共有する目的で活動報告会を開催し、多職種、県・市町村自治体職員等が参加することで全県での面的な事業展開に繋がっている。

ク) その他特記事項

○在宅医療推進コーディネーターの育成

15 郡市医師会うち 7 郡市医師会（2 医師会は平成 27 年度から）を「実践医師会」に位置付け、2 名以上の担当職員（名称：在宅医療推進コーディネーター）を配置し、事業を包括的かつより実践的に展開している。県医師会は、在宅医療推進コーディネーター会議の毎月開催や本事業の担当理事や事務局担当が各地域に出向き、会合への参加や個別支援を行っている。在宅医療推進コーディネーターが定期的に集い、各地域活動の進捗や成果・課題等を共有することで、新たな気づきが生まれ、自身の地域活動に取り入れるなど地域全体の底上げに繋がっている。

在宅医療コーディネーターは、地域の資源（人、物、施策等）の情報を把握することで、医師をはじめとして多職種、行政、地域住民の相談窓口の役割を担い、地域における在宅医療と介護連携のキーマンとして活動している。