
3. 仙台医療介護連携の会報告

1) 仙台医療介護連携の会とは

仙台医療介護連携の会は、平成 24 年度在宅医療連携拠点事業後、平成 25 年度より 3 年間、宮城県第三期地域医療再生事業補助金として仙台往診クリニックが事業を実施することとなり、その中で、在宅医療の推進と医療・介護連携にかかる課題解決等に係る事業として始まった。

仙台市内の 12 職能団体と学識経験者を委員構成員とし、オブザーバーに行政を迎えて、合計 10 回の会議とモデル事業、市民フォーラムを開催した。

会議では、平成 25 年度から平成 27 年度までの 3 年間、計 10 回の会議を経て、仙台市における医療と介護の連携のあり方とその方向性について話し合い、検討を行っている。本提案書は、これらの会議で話し合われた内容を取りまとめ、仙台市の医療・介護の連携の促進と体制の方向性についてまとめている。

2) 目的

《仙台医療介護連携の会開催要領より》

本会議は、平成 24 年度の事業を実施して明らかになった課題を仙台市内の現状を踏まえて再度分析し、改めて解決策の検討を本会議で提案する。また、各団体において取り組まれている内容を共有し、協力体制を作る事によって、真に医療・介護が包括的に提供できる体制を作る土台が出来上がる事を目的としている。

本会議が終了した後も途切れることなく実施できる土台を形成し、第 6 次地域医療計画における在宅看取り率 30%の目標に近づくように取り組む。

3) 構成団体・委員名簿

平成27年度

No.	団体名	役職名	氏名
1	一般社団法人仙台市医師会	副会長	青沼 清一
2	一般社団法人仙台市医師会	理事	浅沼 孝和
3	一般社団法人仙台市医師会	理事	菊地 亮
4	一般社団法人仙台歯科医師会	理事	駒井 伸也
5	一般社団法人仙台市薬剤師会	副会長	森川 昭正
6	一般社団法人仙台市薬剤師会	常務理事	小坂 浩之
7	公益社団法人宮城県看護協会	太白訪問看護ステーション 所長	山崎 豊子
8	宮城県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	松浦 千春
9	仙台市地域包括支援センター連絡協議会	会長	折腹 実己子
10	宮城県ケアマネジャー協会	副会長	草刈 拓
11	仙台市老人福祉施設協議会	研修委員会 副委員長	須藤 学
12	仙台市老人福祉施設協議会	看護ケアマネ委員会 実行委員	小河 健
13	宮城県老人保健施設連絡協議会	理事	中谷 俊彦
14	NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会	会長	蓬田 隆子
15	仙台介護サービスネットワーク	幹事	徳田 広子
16	宮城県病院協会	東北大学病院 地域医療連携センター 副センター長・教授	青木 正志
17	宮城県病院協会	東北大学病院 地域医療連携センター 看護師長	浦山 美輪
18	宮城県病院協会	仙台市立病院 医療福祉相談室 医療ソーシャルワーカー	西村 直哉
19	学識経験者	東北大学大学院 歯学研究科 副研究科長・教授	小坂 健
20	学識経験者	東北大学大学院 医学系研究科 講師	伊藤 道哉

平成26年度

No.	団体名	役職名	氏名
3	一般社団法人仙台市医師会	理事	菊地 亮
8	宮城県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	伊澤 ひとみ
12	仙台市老人福祉施設協議会	看護ケアマネ委員会 副委員長	菅野 朝子
15	仙台介護サービスネットワーク	幹事	大場 幸子
17	宮城県病院協会	東北大学病院 地域医療連携センター 看護師長	吉田 和子

平成25年度

No.	団体名	役職名	氏名
3	一般社団法人仙台市医師会	理事	福田 陽一
8	宮城県訪問看護ステーション連絡協議会	会長	伊澤 ひとみ
12	仙台市老人福祉施設協議会	看護ケアマネ委員会 副委員長	菅野 朝子
15	仙台介護サービスネットワーク	幹事	大場 幸子
17	宮城県病院協会	東北大学病院 地域医療連携センター 看護師長	吉田 和子

3. 仙台医療介護連携の会報告

4) 会議の概要と開催方法

(1) 概要

						G討＝グループ討議
年度	回	日時	会場	テーマ	参加者	
25年度	1	2013.11.21(木) 19:00～21:00	仙台サンパ ラザホテル	「地域包括ケアにかかる統計」事務局 「平成25年度薬物療法提供体制強化事業について」仙台市薬剤師会 副会長 森川昭正様 G討「実現可能な、今後2年間で取り組む課題をしぼる」	委員20名オ ブザーバ ー6名	
	2	2014.1.21(火) 19:00～21:00	仙台サンパ ラザホテル	「宮城県の施策に関する情報提供1」 宮城県医療整備課 永田靖和様、長寿社会政策課 小玉直文様 仙台市の施策に関する情報提供1 仙台市介護予防推進室 菊地和子様、障害者支援課 石川浩之様 G討「これからの私たちに必要なこと、共通認識は何か」	委員20名 オブザー バー8名	
	3	2014.3.25(火) 19:00～21:00	仙台サンパ ラザホテル	「第1、2回目のまとめ」事務局 「「地域」から見た地域包括ケア」CLC代表理事 池田昌弘様 G討「これまでの話し合いと情報提供を受けて、改めて私たちが取り組むべきこと について具体案を決める」	委員20名 オブザー バー2名	
26年度	4	2014.5.26(月) 19:00～21:00	仙台サンパ ラザホテル	「平成26年度事業計画」事務局 「新たな財政支援制度を活用した事業提案の募集(消費税増収を活用した基金 について)」事務局 G討「これまでの話し合いと情報提供を受けて改めて私たちが取り組むべきこと について具体案を決める(2)」	委員17名 オブザー バー6名	
	5	2014.8.21(火) 19:00～20:30	仙台サンパ ラザホテル	「これまでの話し合いのまとめ」事務局 「情報共有と資源の見える化について」事務局 G討「連携のための情報共有について」	委員18名 オブザー バー4名	
	6	2014.11.18(火) 19:00～21:00	仙台サンパ ラザホテル	「地域医療介護総合確保事業について」 宮城県医療整備課 地域医療班 永田靖和様 「前回までの報告とモデル事業案について」事務局 「燕沢地域ケア会議の概要」燕沢地域包括支援センター折腹実己子様 G討「燕沢地域のモデル事業に、自分達がどう関われるか」	委員16名 オブザー バー5名	
	7	2015.2.10(火) 19:00～21:00	仙台サンパ ラザホテル	「燕沢地域ケア会議について」事務局 「仙台医療介護連携の会 第1～6回のまとめ」事務局 G討「最期まで在宅で過ごせるというのを市民にどう伝えていくか。各職域ででき ること。」	委員19名 オブザー バー2名	
27年度	8	2015.5.19(火) 19:00～21:00	仙台サンパ ラザホテル	「宮城県第三期地域医療再生事業補助金 平成26年度の取り組みと27年度の 計画」事務局 G討「市民フォーラム開催を通して市民への普及啓発を考えよう」	委員14名 オブザー バー3名	
	9	2015.9.1(火) 19:00～21:00	仙台サンパ ラザホテル	「仙台医療介護連携の会でのこれまでの話し合いのまとめ」 「市民フォーラムについて」事務局 「在宅ケア連絡会」について 仙台市高齢企画課 下山田健二様 「地域包括ケア体制構築に向けたアクションプランについて」 東北大学大学院歯学研究所 小坂健様 G討「行政への提言内容について」	委員18名 オブザー バー6名	
	10	2015.11.25(水) 19:00～20:30	仙台サンパ ラザホテル	「在宅死亡率 全国と宮城県・仙台市の比較」 「仙台医療介護連携の会 これまでのまとめ」事務局 G討「提言の優先順位を考える」	委員16名 オブザー バー5名	

燕沢地域モデル事業

26年	1	2015.3.4(火) 10:00～12:00	パルシア	燕沢地域ネットワーク会議 テーマ「高齢者を地域で支えるためにできること、自 分住む地域の再発見」	地域住民50 名程度
27年度	2	2015.8.29(土) 10:00～11:45	栞江コミュ ティセンター	栞江地域ネットワーク会議 テーマ「ご本人の思いを大切にされた地域支援」いず みの杜診療所川井文弘様、「地域で支える認知症」向陽台包括 浅倉恵子様	地域住民25 名程度
	3	2016.1.25(月) 10:00～12:00	燕沢公園 集会所	西山地域ネットワーク会議 テーマ「地域で支える認知症」いずみの杜診療所川 井文弘様、「知っておきたい在宅医療のこと」遠藤美紀	地域住民20 名程度
	4	2016.2.16(火) 14:00～15:30	パルシア	燕沢包括ケアマネのつどい テーマ「介護職員のたん吸引制度と研修の仕組み の理解」遠藤美紀、「つながりラインについて」佐々木みずほ	居宅介護支 援専門員
	5	2013.2.29(月) 10:00～12:00	パルシア	西山地域ネットワーク会議 テーマ「地域で支える認知症」向陽台包括 浅倉恵 子様、「知っておきたい在宅医療のこと」遠藤美紀	地域住民

(2) 開催方法

会議は、毎回同じ流れで開催した。

- ①開会挨拶（各団体持ち回りによる）
- ②事務局資料説明
- ②情報提供
- ③3 グループに別れて、テーマに添って話し合う
- ④閉会挨拶（各団体持ち回りによる）

以上を基本プログラム構成とし、実施した。

毎回のグループ編成は、毎回、医療・介護団体・職種等を考慮し、事務局で指定した。

会議終了後は、事務局が各々のグループ討議内容を議事録として書き起こし、さらに図式化するなどして内容を取りまとめ、次回の資料とした。

5) 会議内容の結果

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業のタスクの中で、「多職種連携の課題抽出と解決策の検討」があり、仙台往診クリニック（以下事務局）では、共通の課題を出し合い解決策を検討する場として「在宅医療とみんながつながる会」という研修会兼会議を 3 回行っている。また、これらの課題解決策の一つとして、在宅療養に必要な情報を事業所自らが情報発信できる「つながライン」のシステム開発を行った。

平成 25 年度からは、諸問題を解決するために、今後、どのように進むべきなのか。この仙台の地で問題となっていることは何か、どのように行動すべきかを平成 24 年度の実績を踏まえ、より具体的に作る課題があった。

《結果を導き出すまでの方法》

今回は、全ての会議録を文字で起こした中から「どんな職種がどんな話をしているのか」を探索的に抜き出し、それらを図にまとめていく方法として、

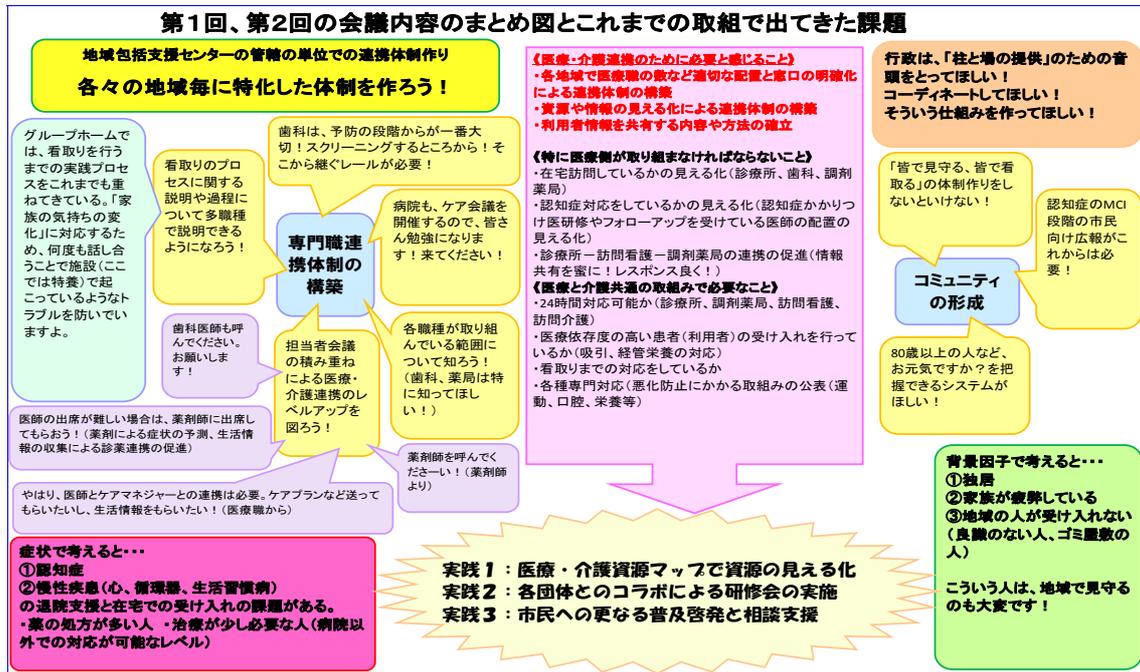
- ①定性分析（会議録の文章から、課題となるカテゴリを抜き出し、報告書と図にする）－事務局、外部研究者^{※5}
 - ②計量分析（定性分析で起こしたカテゴリ別に、その職種がどんな話を何回話しているのかを解析ソフト（KH コーダー）を使って導き出す）－外部研究者^{※5}
- の二つによりまとめている。

事務局は、毎回の会議報告と資料作成のため①の方法を実施、外部研究者^{※5}は、第 1 回から第 9 回までの議事録から①と②の双方による分析を行い、取りまとめている。事務局作成の毎回の報告書は、発言者の意図が変化しないよう、言葉の前後のみをまとめて掲載することに留意している。

※5 北里大学医学部医学教育研究部門 助教 千葉宏毅氏

3. 仙台医療介護連携の会報告

(1) 仙台医療介護連携の会会議報告から

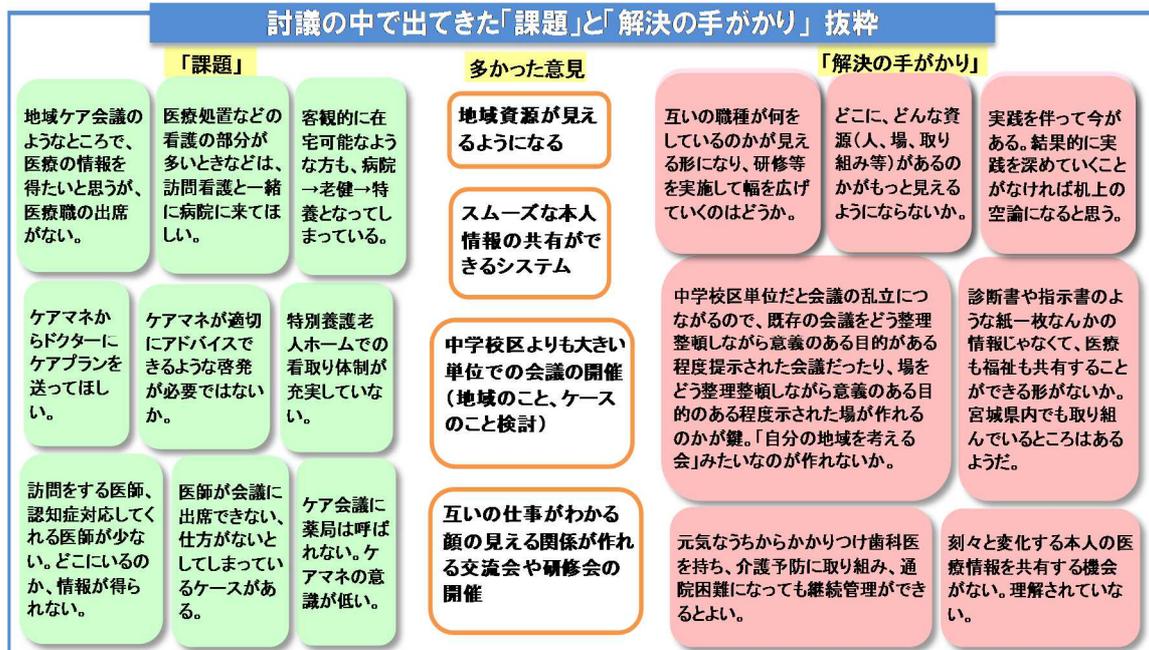


【図5】第1回、第2回の会議内容のまとめ図

【図5】は、第1回と第2回で委員が発言したものをまとめた全体像である。この全体像が出来上がった発言等について報告する。

①第1回から第10回までの分析1

第1回、第2回会議では、各団体が医療・介護連携に関して、普段から課題と感じている事を共有し、課題解決のための方法について意見を出し合った。



【図6】討議の中で出てきた「課題」と「解決の手がかり」(第1回報告より)

第1回の報告では、「課題」「解決の手がかり」各々の意見が出されているが、両者に共通する意見として4つの視点があった。それが、【図6】中央に示している「多かった意見」である。

例えば、「地域の資源が見えるようになる」は、

→「やろうと思っても、どこからも依頼が来ない。在宅療養支援歯科診療所自体が認知されていない、またどこにあるのかわからないため、ケアマネさんから紹介されたり、訪問看護 ST からの紹介だったり、ある程度決まった人になってしまっている。」など、他にも多数意見が上がった。

また、「スムーズな本人情報の共有ができるシステム」は、

→「個別のケースに対してどうしていくのかっていう会議が絶対必要だと思うんです。それが一番現場で困っているの。そこにいろんな方々の協力が1人の高齢者に対してさまざまな関係性がこう、一人一人できていくと、地域で暮らせる、地域で見とれるっていう体制ができていくんだと思うんですよね。」

→「FAX をお送りしたりという形で状態報告をさせて頂くのですけれども、そういうことに対して、そういった事に対して、タイムリーにお返事をいただいたりすると私達も活動がしやすいというところで、お忙しい先生と連携をとるといことの課題があるのかなと思います。」

などである。

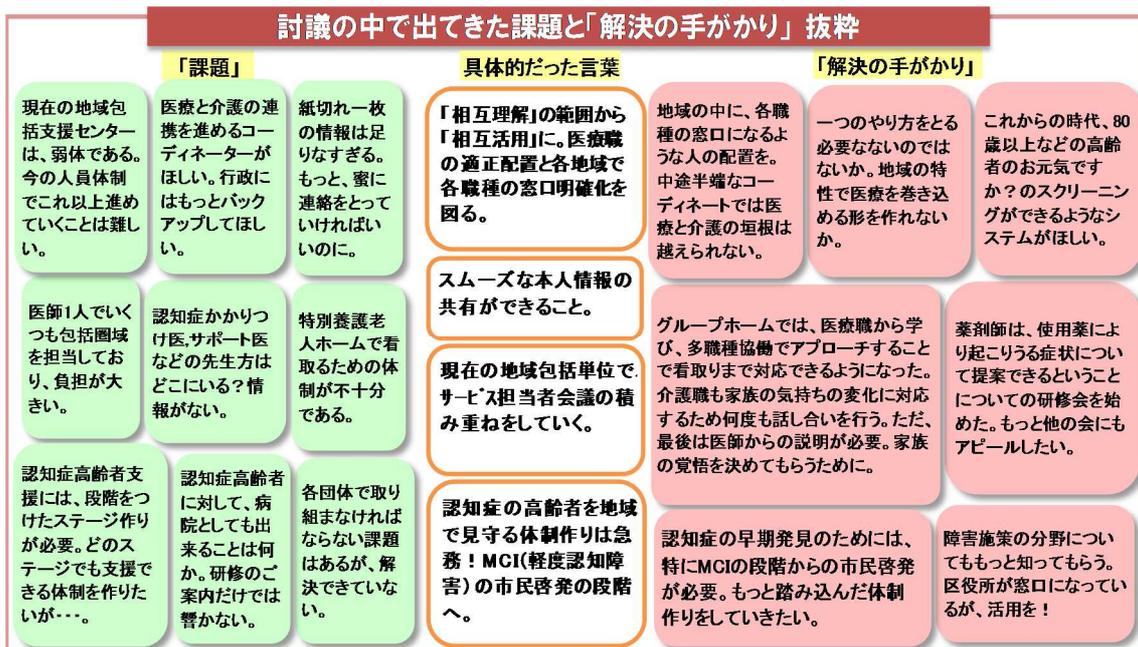
報告には掲載されていないが、「退院時連携」の部分について、次のような発言があった。

→「(例えば) 大学病院から、入院中だけでいいんですよ。入院中だけなんですよ。退院の時の申し送りさえしっかりしていればね、あとは、退院した後は、地域の薬局が。大学病院の薬剤師が地域に出ていってという必要ないわけですよ。」

→だが、そのあとのことがどうなのかっていうのが、ある程度想像できないとただ、その場でケア会議というか退院の調整はできませんし。その、やっている人達が、お家に帰ったときにどういうふうな状況になっているのかっていうことをわかりながらやってもらうっていう教育をしないと、病院側の課題ですね。記録を書くことは委員ですけどね。それだけでいいといえば、そうなんですけども。今はそれも出来ないって言うことです。」

などの意見もあった。

第2回の話し合いでも、引き続き「課題と取り組むべき具体案」について話し合った【図7】。



【図7】検討の中で出てきた課題と「解決の手がかり」

第2回の会議録からは、課題を解決するに当たって、より具体的に提案されたと思われる言葉を抽出した。

例えば、「相互理解」の範囲から「相互活用に」。医療職の適正は位置を各地域で各職種の窓口明確化を図る。」は、

→地域資源が見えるようになる、要は、良く言われる下の顔、お互いの仕事が終わるとか、資源が見えるというのも同じなんですけど、たぶん、相互理解の範囲ですけど、たぶん相互活用があると思うんですね。相互理解だけじゃなくて、その時に活用しないと、相互にお互いに、得意ジャンルを分け合って連動しないと、それこそ、机上の空論でしかないんで。その行き着くには、やはり先ず、症例をやってしまうぐらいの気持ちで。(交流会とか研修会とかやっても、全然進まないから) その中で、交流会とか言うのも同時進行でやっていくことがあの、みんな顔合わせたときに、どうもどうもとなっていく一番いい、一つのやり方なのかなとは思っているんですね。

また、「現在の地域包括単位で、サービス担当者会議積み重ねをしていく」については、

→顔の見える付き合いとは、サービス担当者会議というのがやっているんですけども、それを通じて、コアっていうか、地域でも先ず、多業種間の連携をもうちょっとタイトにしていった方がいいんじゃないかなとは思っているんですね。研修会とかは大きくてもいいから、地域で見て行く場合には、もうちょっと細かいところで見えていかないとお互いの業種が見えませんが、そこら辺のところは大事かなと思いますね。

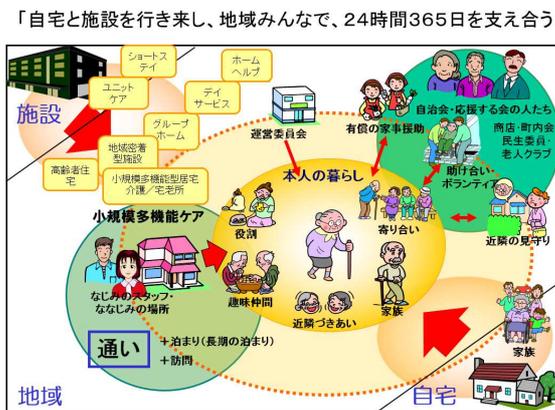
→社会資源を知るというのは、個別ケースをさまざまな形で支援していく中で、おのずと繋がっていくと思うんです。ミクロのケース支援が増えていけばいくほど、こう

増えていくんじゃないかと。

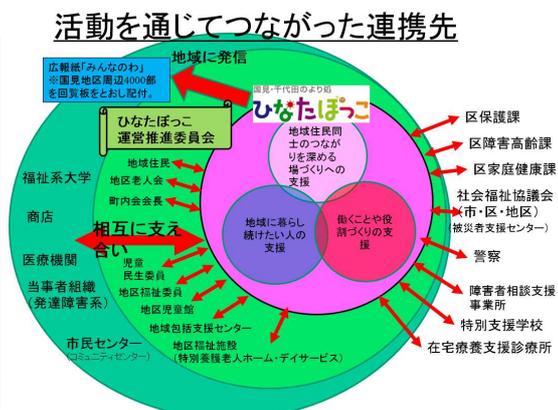
など具体的に挙げられた。

事務局では、第1回と第2回の話し合いのポイントを抜き出す中で、第1回から第2回は、医療・介護専門職の課題が中心であったことから、「住民」に対しての視点がどうであるのか」このことについて第3回では話し合っていくことが必要ではないかと考え、「地域から見た地域包括ケア」と題し、NPO 法人全国コミュニティライフサポートセンター理事長の池田昌弘氏より、情報提供をいただいた【図8】【図9】。その後、再度課題と取り組むべき方向性について話しあうこととした。

池田氏は「地域社会から高齢者を制度サービスに引き出す力が大きくなりすぎている分だけ、地域社会で住民同士が支えあって過ごせるような支援が必要である」ことを指摘された。これを受け、住民の立場から医療介護連携が地域に根ざした形となることの重要性を共通認識として持つことができた。



【図8】 地域から見た地域包括ケアの形



【図9】 GLCの活動

では、「第1回から第3回までの話し合いを受け、改めて私達は何をどう取り組むべきなのか」。この事について、第4回では話し合いを行った【図10】。

第4回では、第1回と第2回でまとめた実践1から実践3と第1回から第3回までに出てきた会話を「場」「方法」「場面」と「促進要因」「阻害要因」の二軸の視点で分類し、会議で報告した【図11】。第3回までの話し合いでは、第1回・2回での「医療・介護職の連携課題」に加え、「地域住民を主とした体制作り」に、専門職として関わり、支えていく」という視点が加わった。このことにより、地域の主役は住民であり、その住民に対して専門職が支えるのであって、「多職種連携」が最終目的ではなく、連携の先に「住民」がいる、「住民を支える医療・介護連携」であることを確認し、更なる話し合いに向かった。

第4回では、第1回から第3回同様の課題が述べられる部分も多々あったが、一歩踏み込んで、疾病（症状）や対応、制度に関する研修会の開催、団体として取り組むべき事などの意見が発言されたが、これらを実施する体制の話し合いまでは踏み込め

3. 仙台医療介護連携の会報告

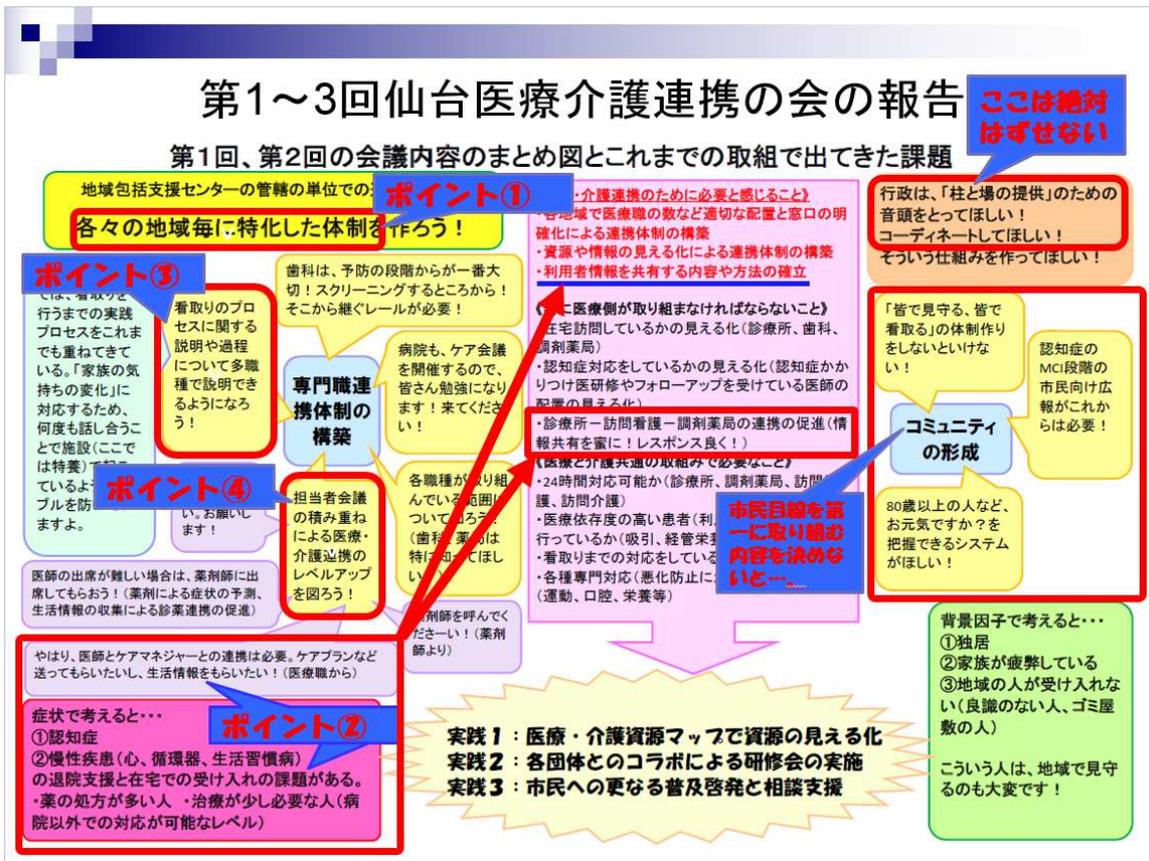
ていない。その後、第1回から第3回までの話し合いの内容を、一旦は、【図5】としてまとめたが、図を読み込むそのポイントを事務局より再度報告した【図12】。

この連携の会が進むべき方向性とは？		
Aグループ	Bグループ	Cグループ
<p>共通言語を持って、多職種が連携できる体制づくり必要。特に、退院時から在宅へ戻ってくる際のタイミングで。</p> <p>「認知症」に関する相談機関(拠点)の整備による在宅医療の底上げ。</p> <p>認知症ケアパスの普及(仙台市の課題でもあるようだが)。</p> <p>認知症に対応する医療機関の情報公開(認知症サポート医に繋がったり、認知症に対応している病院に繋がったりできる情報がわかるように)。今は仙台市で公表されているものがない。</p> <p>「認知症の方への対応」に関する多職種研修会の実施による全体の底上げ。</p> <p>グループホーム協会では、協会加入施設で相談窓口を作ろうということで、「オレンジカフェ」(地域の方たちを巻き込んだお茶のみ場)の実施を予定。</p> <p>↓ 上記をきちんと「見える化」して、みんなが利用できるといい。</p>	<p>在宅(施設含む)⇔病院の事業所との情報提供書のような、生活情報が入っている共通フォーマットの作成し、連携体制を構築する。</p> <p>仙台市医師会で入所用の診断書の統一様式を作ってもらってわかりやすくなった。</p> <p>施設⇔病院の情報共有。医療的なこと+生活の様子もわかるもので、共通様式を考えてみてはどうか。更新しやすい形のもので。</p> <p>研修会をして話しをする時は仲良くなるが、実例を伴わないと時間とともに関係が薄れていく。症例・事例で利用者さんを介して検討会を開くと互いの顔が見え仕事が見え、連携ができるのでは。</p> <p>施設に入所して嘱託医が診ていて、看取りの話をして、大病院で診てもらいたいと紹介するケースがある。家で介護ができないから特養に入っているのだが、家族への看取りの啓発必要。</p> <p>宮城県薬剤師会の取組みとして役員に提案したこと ①衛生材料の効率化を図るための体制整備 ②麻薬等の薬剤の小分け販売の仕組みづくり</p>	<p>急性期病院は多いが、慢性期病院が無くなっている。急性期・慢性期病棟を活用するために市や県で補助を出すなどできないか。</p> <p>研修は介護保険が始まってから山ほどやっているが現場に役立っているのか。小単位で実践に近い形で研修の方が良いのでは。</p> <p>症例検討よりも「各職種がその地域で何ができるか、どういう動きができるか」といったようなシミュレーションを行ったほうが良い。</p> <p>医療職が「介護・医療保険」「診療報酬」など知らない。また看護師が在宅を知らない。学生からの教育必要。</p> <p>病院と在宅は接遇の面がかなり違う。在宅での接遇について研修必要。</p> <p>病院薬剤・歯科⇔在宅薬局・歯科、病院⇔在宅訪問診療といった連携が必要。誰が何ができるのか担保された情報(リスト)の公開。</p> <p>誤嚥性肺炎予防の為に口腔ケア重要。病院と在宅をつなげ、情報を共有することで周術期も在宅へ戻ってからも良い支援ができる。</p> <p>慢性疾患の患者が退院後、薬がきちんと飲めなくて入院を繰り返すこと多い。そこがクリアできれば無駄な再入院が減る。指導管理してくださる所がわかればつきやすい。</p>

【図10】第4回話し合い内容(第4回報告より)

阻害要因 場ごとのまとめ	促進要因 場ごとのまとめ
<p>実践1：医療・介護連携マップで課題の見える化</p> <p>実践2：専門職の連携体制づくり及び研修</p> <p>実践3：市民への更なる普及啓発と相談支援</p>	<p>実践1：医療・介護連携マップで課題の見える化</p> <p>実践2：専門職の連携体制づくり及び研修</p> <p>実践3：市民への更なる普及啓発と相談支援</p>

【図11】場の視点から分類したの阻害要因となる発言詳細内容(P155~P160 拡大図掲載)



【図12】第1回、第2回の会議内容のまとめと課題

ポイント①として、「地域包括支援センターの管轄単位での連携体制づくりである。「地域包括支援センターが中心となって」という役割の話ではなく、「日常生活圏域単位」という生活範囲で連携体制を構築することについて述べている。また、「各々の地域に特化した体制作り」とは、仙台市内であっても、医療資源や介護資源、また専門職の成熟度等に差がある事は否めないため、一律一斉の方法で連携を推進するのではなく、特化型でまずはやってみてはどうか」、ということである。

次に、ポイント②として、医師とケアマネジャー、訪問看護、薬局との情報共有が挙げられる。介護保険等のサービスを利用する療養者(利用者)の「生活情報」はケアマネジャーから、「病気の症状等に対する対応、薬剤の情報」については、医師や薬局から、各々の情報を共有する内容や方法を確立し、効率良く運用できるよう共通認識を持っていくことが有効であるということであった。これについては、厚生労働省でも、入退院時における医療と介護の連携の現状と課題について、調査結果と共に重点的に取り組んだ先進事例も紹介されている【図13】【図14】【図15】。

ポイント③として、「看取り」までのプロセスに関する説明や過程を専門職で説明できるようにすることが上げられた。これは、施設での看取りが今後も増え続ける事に対する対応策である。また、看取りまで対応するためには、訪問看護等のサービスが現在の規定では利用しづらい部分についての制度改正への要望も上がっていた。

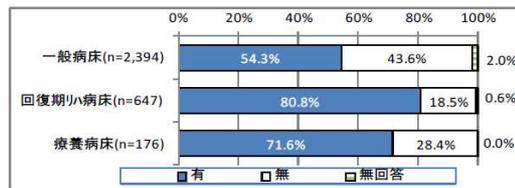
3. 仙台医療介護連携の会報告

ポイント④として、「医療・介護連携の実質的なレベルアップは、やはり療養者の方々を通してしか考えられない。担当者会議との積み重ねによる連携のレベルアップを図っていくことが重要」と、委員の多くが発言していた。ここに関しては、薬剤師、歯科医などの積極的な参加の意思がある意見が出されている。

入退院時における医療と介護の連携の現状と課題

病院への入院時の情報提供率及び退院時の退院調整率の現状

入院時 入院時情報提供がなかった割合(ケアマネ⇒病院) 23%~74%
 退院時 退院調整がなかった割合*(病院⇒ケアマネ) 15%~41%
 ※病院から退院した利用者のうち、退院前に病院からケアマネへの引き継ぎがなかった割合



出典:介護報酬改定検証調査(26年度実施分)リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究

	岩手県盛岡	岩手県宮古	富山県砺波	滋賀県大津市	和歌山県新宮
入院時情報提供書提出なし(%)			33	50	57
退院調整なし(%)	34	19	18	39	30
入院時情報提供書提出なし(%)					
退院調整なし(%)	15	20	41	27	31

出典:都道府県医療介護連携調整実証事業(平成26年度)

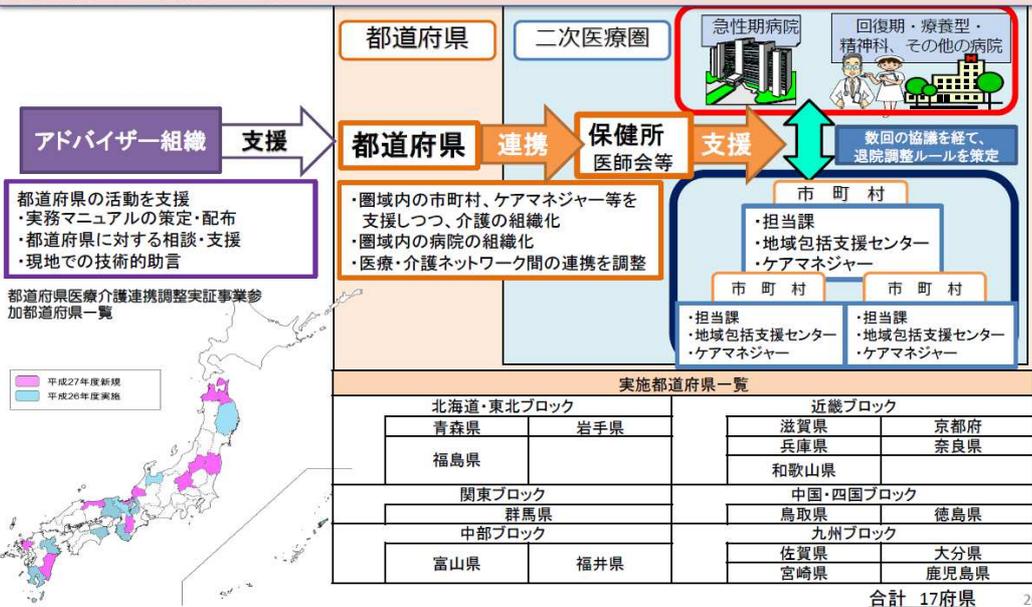
課題

- 入院時**
- ・介護支援専門員は、利用者宅への訪問が原則1回であるため、入院したことに気づかない(または遅れて知る)ため、情報提供されない。
 - ・入院時情報連携加算が算定可能な期間(入院から7日以内)に提出できない場合、病院に情報提供しない。(病院にとっては7日を過ぎていても有用な情報であるが、介護支援専門員側はそう思っていない)
- 退院時**
- ・退院後、あきらかに介護が必要な要介護度の高い患者や、経済面等で退院調整が必要なわかりやすい患者は、病棟から地域連携室等に引き継がれ、地域連携室職員により退院調整が行われる。しかし、比較的軽度な患者(要支援~要介護2相当)は、病棟で介護支援専門員との退院調整が必要と気づかず、そのまま退院してしまうケースが多いと考えられる。
 - ・患者が要介護認定が必要かどうかについて、特に要支援~要介護1・2あたりを判断するのは難しい。

【図13】入退院時における医療と介護の連携の現状と課題※6

都道府県医療介護連携調整実証事業

都道府県の調整のもとで、市町村と介護支援専門員と病院とが協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現するための情報提供手法等のルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行う。



【図14】都道府県医療介護連携調整実証事業※6

都道府県医療介護連携調整実証事業 福島県（県中圏域）における退院調整ルール作成・運用

I 現状と課題

要介護状態の患者が、在宅へ向けた退院の準備をする時に、病院から介護支援専門員(ケアマネ)に引き継ぎがなされない、いわゆる『退院調整もれ』により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合がある。

県中圏域の退院調整もれ率(H27年5月): **31%**

【原因】
病院とケアマネ(=医療と介護)の連携が不十分(相互理解や情報共有の不足)

II 事業の概要

県中医療圏（二次医療圏）での退院調整ルール作成・運用
県と郡山市(中核市)が共同で実施。両者の調整のもとで、医療側(病院)と介護側(ケアマネ・市町村)とが協議しながら、地域の実情に応じた『退院調整ルール』を作り、それを実証的に運用していく。

※退院調整ルール： 疾患を問わず、圏域内のどの病院から退院しても、もれなくタイムリーに必要な介護サービスが受けられるよう、病院からケアマネへの着実な引き継ぎをするための情報提供方法等のルール

《連携調整支援事務局》
県中保健福祉事務所・郡山市保健所

III 具体的な取組・スケジュール

年度	月	会議等	参加者
27	6	退院調整に関する実態調査(アンケート)(15~30日)	
	7	キックオフ会議(病院説明会)(17日)	180名参加
	8	ケアマネ説明会及び第1回退院調整ルール検討会(11日)	280名参加
	9		
	10	ケアマネによる第2回退院調整ルール検討会(22日)	215名参加
	11	ケアマネによる第3回退院調整ルール検討会(13日)	代表者25名
		第1回病院・ケアマネ合同会議(20日)	200名参加
	12	ケアマネによる第4回退院調整ルール検討会(16日)	150名参加
		ケアマネによる第5回退院調整ルール検討会(13日)	代表者25名
	1	第2回病院・ケアマネ合同会議(15日)	
	2		
	3	退院調整ルール全体説明会(最終決定)(18日)	
4	退院調整ルール運用開始		
28	10月以降	退院支援状況確認アンケート調査	
		退院調整ルール点検協議・修正	

IV 期待される成果

“互いの立場を理解し合い、地域全体の『退院調整ルール』をみんなで作り、活用する”

- ①“安心して在宅へ退院”
退院調整もれが減少し、患者の在宅生活への円滑な移行が可能になる。
- ②“お互いに仕事がしやすく”
多職種(病院とケアマネと市町村)が協働することにより、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる。
- ③“市町村の取組の支援”
本事業の成果は、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組に活用できる。
- ④“診療報酬・介護報酬上のメリット”
病院も居宅介護支援事業所も、ルールを活用することで、報酬上の評価や加算につながる。

医療介護連携推進
地域包括ケアシステム構築

【図 15】 福島県（県中圏域）における退院調整ルール作成・運用について※6

※6. 「平成 27 年度 都道府県医療介護連携調整実証事業 第 2 回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議」平成 28 年 3 月 8 日開催資料 1-1

連携のための情報共有について

Aグループ	Bグループ	Cグループ
<p>FacebookやLINEを通じて情報共有しているグループも結構あるが、他の医療機関とやり取りの時には難しい問題もある。</p> <p>電話かFAX。ただ診療中に電話は出られない。FAXで返事書いて返すのがいい。</p> <p>FAXで送る情報は、非常に微妙な情報で、送信ミスしてはいけない。</p> <p>電子カルテは、インターネットには繋がらない。患者データが、ウィルスで外に漏らされたらどうしようもない。</p> <p>病院内、施設内は院内ネットワークがあり共有できている。</p> <p>つながりラインも、MMWINも、利用者が多く入って活用できるといい。</p> <p>FAXは白黒なので、カラーの情報もあると傷の具合とかが良く分かる。</p> <p>TV会議みたいなのが出て来ると医師も参加しやすい。距離が縮まる。</p> <p>ケア会議は困難ケースのみで精一杯。介護予防マネジメントなどを進めるには参加しやすい環境作りが必要。</p> <p>つながりラインは、見えない事業所の情報や喀痰吸引等の情報を得るのに活用できるといい。</p> <p>SOSネットワークは登録のない高齢者は探してもらえず。探せるような仕組みに。</p> <p>1億全国民が、認知症を隠さず認知する状況を作らない限りは、徘徊のチェックは無理だと思う。認知症になるのは当たり前前のこととして普及啓発していかないといいけない。</p>	<p>Facebookと連動させ最初はつながりラインから入り普段はFacebookのつながりがいいかも。</p> <p>セキュリティの問題を充分確保しながら使えば、色々な使い方も出てくるのではないかな。</p> <p>これからの仕事は介護事業所や訪問と密に連絡を取る展開になりそう。バーチャルなケア会議ができれば医師も参加しやすい。事前に情報もらいコメントを流す等活用できるのでは。</p> <p>ひとつのページで色々な検索ができること、担当者会議の調整ができるのは良い。</p> <p>地図で施設が視覚的に分かるのは非常に良い診療情報提供書とか暗号化しなければハッキングされる。医療的な情報は郵送か持参かFAXで送って電話確認がいい。</p> <p>FAXはログインの手間なく都合の良い時に見える。一筆加えて返信すればいい。</p> <p>個人情報が入ったPCは外に繋がらない。</p> <p>病院の機能分化で地域包括ケア病床のところをつながりラインがどう使われるか興味深い。</p> <p>パソコンは使えない方がいる。本当の見える化は、地域の方が情報を知り得る冊子かな。</p> <p>若い世代はスマホでSNSを使って情報交換がとて速い。黒電話の世代と若い世代をどう繋げていこうか。既存の集まりと新しいシステムの両立が必要。医療も既存の医師の集まりが在宅を支えているが、それをどうやって新しいシステムの中で活かすのが大事。</p> <p>今後の展開として、一般の検索機能を付加するのは誰もが見ることになっていい。</p> <p>情報が欲しい人は検索して探している。つながりラインも検索内容を増やしてほしい。</p>	<p>褥瘡を写真で送ったり、動画とかをドクターにどういふのをつながりラインでやり取りできるのかも。しかし連携している人が入会してないければ、どんどん啓発して広げることが必要。</p> <p>使えるスタッフが何人かしかいなかったり、アナログ的な人が職員の中にいたりすると、どこまで使えるのかと不安。</p> <p>共通のフォーマットでオンラインで繋がっていると便利。</p> <p>共通の診断書やアセスメントの共通様式は、使い勝手を同じようにしてつながりラインに載せれば、お金も掛からなくて済む。先生の書く負担も減るなど考えられるのでは。</p> <p>気仙沼や石巻でローカルネットワークはあり、違うツールを使っている。県全体で統一したものがあればとも思うが、ローカルなものはその方々が選んだものなので、それはそれでいいのでは。</p> <p>情報は施設情報と患者情報があり、仙台だと選択枝が多く施設情報が多すぎるが、郊外に行く施設情報よりも決まった相手と患者情報の共有と、スタイルが違う可能性がある。地域の特性に合わせる必要がある。</p> <p>介護の世界だと、医療の情報がほとんど入らない。訪問など対応していただけるのかわからないので電話して説明を聞く。介護をカバーしてもらうための医療の情報が得られる方法があると助かる。</p> <p>在宅で見るには核家族化や収入が少ないなどで家族が受け入れない。GHや施設が大事な資源だがスタッフ不足がある。有床診療所ももっと地域にあっていい。</p>

【図 16】 連携のための情報共有について（第 5 回報告より）

3. 仙台医療介護連携の会報告

第5回では、「連携のための情報共有について」話し合いを行った【図16】。ここでは、具体的な共有方法について検討することを目的としていた。事務局では、第1回～第4回までの話し合いの中で出てきた「資源の見える化」の具体的な案として、「つながりライン」を紹介し、実際に委員に操作を体験する場を設けた。

「つながりライン」を使うことで連携が図られるという単純な結論には至らず、不安や課題の共有となった。「電子媒体を使うことによる利便性の向上」については理解しつつも、一方で「個人情報を扱う面でのセキュリティ」については、多くの発言があった。一方で「電話やFAX」での連絡は、現在も利便性としては有効であることが発言されていた。（「結局は、電話で確認する」「FAXはいつでも都合のいい時に読めて、一筆書いて返信すればいい（という手ごろさがある）」というところでの利用）、ただ、若い世代はスマホでSNS等を使った情報のやり取りが行われていて、インターネットに繋がることへの抵抗感が薄いことなど、インターネット世代との感覚の差についても意見が出された。

「ケア会議など、バーチャルな場で会議ができるのであれば」との発言も医師等から出ていたが、「各々の職種が足で稼いできた情報を元に、現在は情報のやりとりが間に合っているのではないか。」という意見もあり、まとまらなかった。

現在、宮城県ではMMWINを使ったネットワークの構築等にも取り組んでいるが、つながりラインは、情報を検索するためには有効なツールであるとの意見をいただくことができた。（「操作が簡単そうだ。」「こういうのは利用できるんじゃないか。」「つながりラインははじめの一步にはいいんじゃないか」などの意見）

もう一つ、共通フォーマットの作成についても一部触れられていたが、このようなインターネット媒体で共有する事自体に抵抗が否めない委員が多かった。

第5回までの検討を経て、そろそろモデル的でも実践を積み重ねなければならない時期となり、これまでの課題の共有、解決への方法を実践することとした。

第6回は、「医療・介護が地域にどのように介入することができるか」についての検討を行った【図17】。

「専門職が地域に介入する」ことの限界だろうか、「病院からみると地域ではなく患者単位。仙台は病院の役割分担ができていないので、大学でもかかりつけのように来る。病院はあらゆる地域と関わる。地域の中は見えず、お任せとなる。」や「問題レベルで開催する会議は変わる、サービス担当者レベル、地域の方の協力が必要なレベル、多職種で関わっていくレベル。今仙台市では手引書の作成を進めている」などの意見が出ているが、「地域」となると、それにどう介入していいのかがわからなくなる部分もあるのではないかと。「専門職は個別ケア会議には入りやすいが、地域のこととなると止まってしまう。」とあるが、地域住民と情報を共有し、課題等を解決に導いていく段階の明確化を図っていくなど、地域介入には新たな課題が残っている。

燕沢地域のモデル事業に、自分達がどう関われるか		
Aグループ	Bグループ	Cグループ
病院からみると地域ではなく患者単位。仙台は病院の役割分担ができていないので大学でもかかりつけのように来る。病院はあらゆる地域と関わる。地域の中は見えず、お任せとなる。	会議は個別の問題解決のための会議と地域の課題解決のための会議の二つがある。	会議を行っても薬剤師、歯科、栄養師の参加は難しい。連携の会で団体に働きかけできないものか。
歯科も時間さえ合えば会議に行ける。各地区毎に包括のやり方がバラバラで、誰かかれかの先生は参加しているが歯科医師会では集約できていない。	会議時間を合わせるのは困難。医師には来てもらえないので必要時は出向いている。	包括支援センターが呼びかけをしてどの地域毎に実施している。職能団体が一斉に判断を下すという事はしていない。
利用者を困らせない会議の形は色々ある。個別ケア会議にこだわる必要はない。	他県ではヤクルト配達や宅配便と業務提携して独居で新聞等たまっていたら知らせる仕組みを作っている。	ケア会議はいくつかの会議の総称で、問題解決の為のツール。手段、手法である。
独居高齢者、認知症の方の支援が難しくなっている。専門職が入っても役に立たず、必要な時だけでいいのでは。	地域の人付き合いが無くなっていて、本来ならば住民同士が支え合うところがないのでそこをどう意識付けするかが難しい。	ケア会議で顔がつかない、次に困った時に相談に乗ってもらえ助かった。ケアマネは地域ケア会議のおかげで困難事例に立ち向かえる。
例えば認知症の人を支援するのにチームワークで解決手段を考えた方がいと思う。医療が関わる所と、周りがどうやって支援するかは別次元で考えた方がいい。	専門職は個別ケア会議には入りやすいが、地域のこととなると止まってしまう。	ケア会議で顔がつかない、次に困った時に相談に乗ってもらえ助かった。ケアマネは地域ケア会議のおかげで困難事例に立ち向かえる。
問題発見時に相談できる場所がほしい。それが地域包括支援で、そこで解決しない問題は別に相談できるシステムがあるといい。	若林区で個別ケア会議をしている。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT、栄養師等医療者が参加し、3〜6例の包括で困っている事例検討を行った。その効果は45%ほどあったとの報告あったが評価方法は不明。	太白区では地域ケア連絡会で多職種のグループワークをしている。そうすると問題が出た時にお願ひできる。
地域と病院をつなぐには、顔の見える関係をどうやって作っていくか。	会議をすることにより、その後いざという時にこの人に相談するといふなどがわかり、そのような関係作りで大切に役立つ。	問題レベルで開催する会議は変わる。サービス担当者会議レベル、地域の方の協力が必要なレベル、多職種で関わっていくレベル。今仙台市では手引書の作成を進めている。
ケアマネ決めるのに市に相談すると全リストを渡される。選べる情報がほしい。	地域全体の力を上げる為には元気なうちから園芸したり、お祭りしたり、お茶を飲んだりしてつながりを作っておくこと。その旗振り役は地域の人格者が行うと上手いきやすい。	私たちがもたらえるのが難しいケア会議、地域の人はなおチンプンカンプン。会議の目的を認識してもらい、症討会ではなくて、症例検討を通じて地域でできること、できないことを自覚することが大事になってくる。
行政も入りづらい。特に障害を持っている人。親が高齢になり介護を利用してわかるケースも結構ありケアマネが悩む話を聞く。	医師は自分の患者であれば参加も考えますが、それが抽象化された時どうかとなると関係ないと考えてしまう。	今までの地域ケア会議がどのように動いているのかわからない。参加してみても、機能していないことが初めて分かった。
	地域の課題を解決するのに個人情報保護の壁がある。	

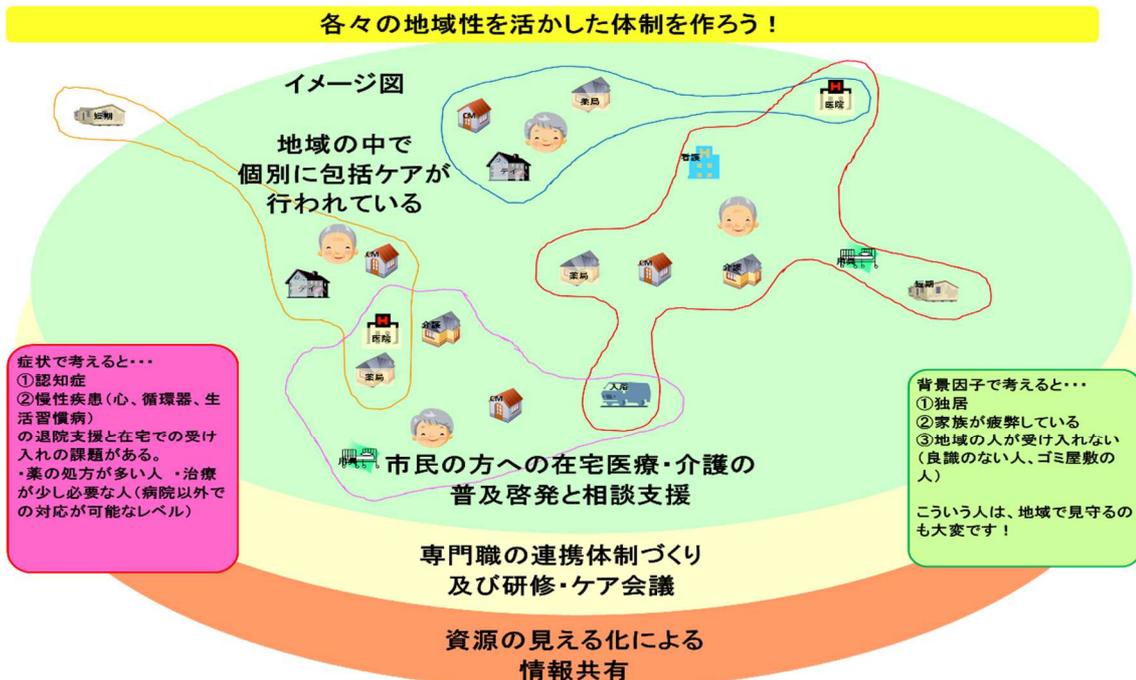
【図 17】 燕沢地域のモデル事業に、自分達がどう関われるか（第 6 回報告より）

第 7 回では、第 1 回から第 6 回までの話し合いの中から、具体的な実践内容についてさらに取りまとめた【図 18】【図 19】。【図 18】はこれまでの話をイメージ図とした。【図 18】の、「地域の中で個別に包括ケアが行われている」ことの部分に、会議の中で多く発言された「個別事例の取り組みの積み重ね」を含んでいる。ここに、重層的に「普及啓発と相談支援」「専門職の研修・ケア会議づくり」を、さらに底辺に「資源のみえる化による情報共有」がある。これらを実践する具体的な内容を【図 19】で示している。【図 19】は、課題の中心となる部分を【図 5】から抜き出し、実践 1、2、3 について、第 6 回までに発言された内容をまとめている。

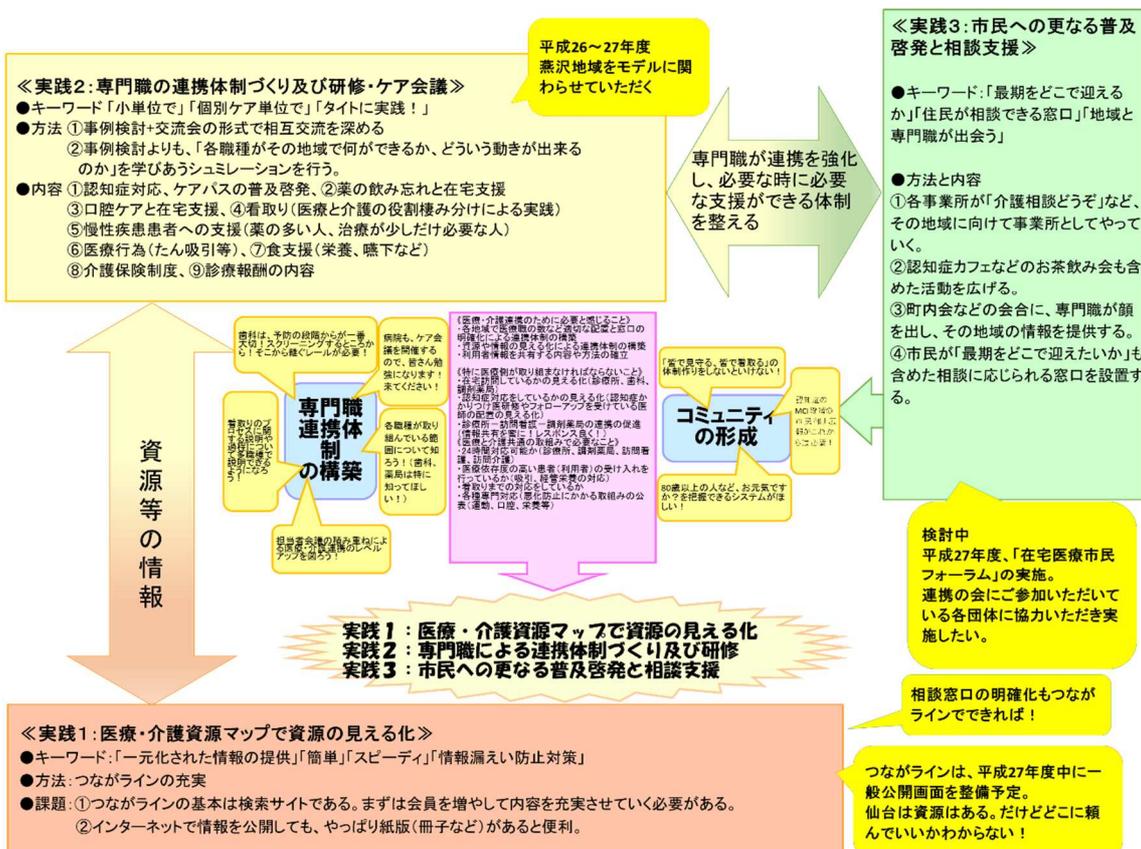
各々の実践を行うための「キーワード」は、この実践を行うにあたって軸となる部分である。「方法」「内容」は、明確に示されたが「実施主体」が明確ではないことが課題である。

第 7 回では、実践 3「市民への更なる普及啓発と相談支援」を実施するために「最期まで在宅で過ごせるといふのを市民にどう伝えていくか」について話し合った。

医療介護の連携を図り、在宅医療を推進するには
(第1～6回の会議内容のまとめ)



【図18】医療・介護連携体制の構築と療養支援体制イメージ図



【図19】実践1・2・3を行う「キーワード」と実施内容、方法

医療・介護の相互理解が進んでいないことが第1回会議開催より明らかになる中、「では、市民へどう伝えるか」という部分について、委員の発言を抽出した【図20】。

最期まで在宅で過ごせるというのを市民にどう伝えていくか		
Aグループ	Bグループ	Cグループ
医療でも、24時間の医療、救急ではなくて、ちょっと心配なところに医療に繋がるような下地、地域の医療と介護がやっぱり連携していくべきだと思う。	市民向けの講座など、現在も行われているものを利用し、もう少し深い話しをする必要がある。	医師教育の中には、ますます在宅へ繋ぐという過程がない。地域支援をしている病院への研修へもっと参加できるようにすべき。
個別ケアの積み重ねで、結局それが地域とも協同できればいいんだと思う。我々が作らなければならぬのは、医療も含めたよろず相談所、その充実ではないか。	救急救命の場合、治療をあきらめきれないという要素があるが、大事な時間をどこで過ごしていたかという点について、医師も含めて患者や家族へ話せるようになる必要がある。そのための専門家への研修も必要ではないか。	病院も地域連携センターが中心となって、紹介元以外に直接地域へ返していくという動きが加速した。その影響を受けると思う。
本人、家族への「人間が死ぬ過程」についての在宅で医療介護の人、全員が説明でき、その過程でコミュニケーションも取れる体制を作る事が必要。	家族が、身内の死を学ぶ機会が減った。本当にフォーラムなどを開いて、頻りにメッセージとして、急変時の対応を含め市民へ解りやすく伝えていく必要があると思う。	医療も介護の事業所情報を持っている行政は、まずそれを伝えていく必要がある。
老人ホームは、入所の相談が多いパターンだが、「在宅で看取れる」ということを知らない方が多い。実際(在宅で過ごす)イメージは出来ても、不安はどうしてもあって、一歩踏み出せていないようだ。	結局、病院にいても家族の負担は減らない。付き添いもある。その中で、家で看るという選択肢を選ぶ方も多いように思う。家では、普段の関わりから、自分の生き方について話ができる関係を作り、それを少しでも専門家は把握する必要がある。	草陰的に、自分の受け持っている患者さんが在宅でこういうふうにやりましたとか、ケースがあったとかを必要に応じて本人や家族に伝えていく。訪問看護ステーションにも協力してもらったりして、広げていくような工夫も必要。
在宅で看取ることができる、専門職から積極的に話をしても、家族の方が受け入れない。受け入れる方は、資力、マンパワーのある方に見受けられる。	病院との関わりの中で、連携室の相談員と仲良くなる事が地域の事で看取りを進めていくためには必要なことであると思う。	介護サービスの24時間切れ目ないサービスの整備を図る
在宅に現実的に社会資源がちゃんと揃っていることが必要ではないか。	在宅で看取った事例について、病院も交えてカンファレンスを実施した。このように多職種を交えた場でつなげていく事で、間接的にも市民へ伝えていく事ができるようになるのでは。	充実を図ると同時に、フォーラムなどの一般市民向けのイベントを開いて広報する。
せっかく連れて帰ったが家族が、親戚の中で孤立無縁になってしまうなどある。最期まで家で過ごせることのメディアを通じたPRも必要。	協議会や協会などの中での研修会の実施や、同職種での連携も大事になってくるのではないか。	24時間往診可能な医療と訪看の充実。24時間の先生が関わって頂かないと、在宅の看取りは厳しいのではないか。
新聞も広報も出しても全然目に付かない。たぶん、理念などの普及啓発と本当に必要な人は孤立・負担にならないという伝え方の二面性を考えなければならないのではないか。	今まで訪問看護などのところから積極的に市民へ発信してこなかった。研修も必要ではあるが、市民へメッセージを発信することもやらなければならないと思う。	ミニ講座や交流会を行いながらの地域づくり。会を重ねることに地域が作られていくような機会があるといいのではないか。
ケアマネからも、本人の思いはあれど家族の思いで最終的に特養入所をゴールにしているところもある。施設入所がゴールではなく、施設入所→在宅復帰を目指すような柔軟な対応を広げようという動きもある。	訪問できる事業所の内容を把握した上でのマップ化は必要だと思う。	実際にケアマネジャーなどによるサービスの説明をわかりやすくしていく必要がある。
		インターネットにある情報のリンクによる情報発信も必要ではないか。

【図20】最期まで在宅で過ごせるというのを市民にどう伝えるか（第7回報告より）

まず、「看取り」が在宅でもできるということをいかに伝えるか。このことについて、医療・介護の両側面から支えることが重要であることが語られている。その次に、広報の方法として、地域に広げていくための機会を企画し広報する、メディアを使って広報する等の案も出されている。平成27年度は、市民フォーラムの開催を予定していることから、本検証については後ほど示す。

第8回は、「実際に市民フォーラムを開催し、市民への普及啓発について考える」と題し、グループワークを行った。前回の市民フォーラムの反省点と第8回で出た意見を元に、事務局でプログラムを作成した。【図21】

3. 仙台医療介護連携の会報告



【図 21】市民への普及啓発方法と市民フォーラムプログラム概要（第 8 回報告より）

平成 25 年に市民フォーラムを開催した際、定員を大幅に超える申込みがあり、200 名以上断らざる得なかった経緯や、内容がわかりにくかった点などの反省点や委員の意見も踏まえて、今回は多数の申込みに対応できる場所を選定し、内容も申込みの際に事前アンケートを取り、市民の知りたい事に的確に対応出来るようにした。合わせて、各団体よりスタッフ協力者を募り、体験型の展示ブースを設け、発表などの準備を行い、当日を迎えた。市民フォーラムの実践については、後ほど検証する。

第 9 回は、行政への政策提言する内容を次の 6 項目にまとめた【図 22】。

- ①各団体が集まる場の継続、②多職種連携のための研修会の開催、③人材育成支援、④地域づくり、⑤普及啓発活動の継続、⑥政策立案に関する行政の体制である。

これらは、第8回までの発言を元に、政策提言に繋がる発言を抽出している。第8回で初めて出てきた内容として、「人材育成支援」がある。これは、介護事業所等が「**人材を募集しても集まらない。人材派遣会社に手数料を支払ってまで事業所を展開しなければならない状況なんです。**」と人材確保に難渋していることから出てきた項目である。

行政への提言内容について		
※()内はグループ名 各団体が集まる場の継続	人材育成支援	政策立案について
<p>まだ各団体の連携内容が明確ではない。団体内で課題を共有する連絡網やそのような動きもない。解決しようという動きに続けることが必要ではないか。(B)</p> <p>各団体が顔を合わせて話し合いができる場ができたばかり。このような会議の場を続けてほしい。(B)</p>	<p>建物だけがどんどん建設されていて、人材が不足している。適正な数の配置を望む。(B)</p> <p>介護職が離職しないための工夫を各施設も取っているが、採用もままならない。実際は経営に必死。モチベーションアップのための方策が必要。(B)</p> <p>資格を取るための費用などに助成をけてもらいたい。(B)</p>	<p>人口規模、地域の特徴に応じた適正な人員配置、施設数などを把握して、効率的な運用を促していかなければならない。もっと元気な高齢者との協同を考えてもらいたい。(C)</p> <p>分散せず地域に集約されるように作っていかねばならないのではないか。(B)</p> <p>行政職員の異動は仕方がない。しかし、専門官を置くような措置を考えてもらいたい。今回の仙台市の人事(健康局長、高齢保険部長退職、その他関係部所長の異動など一気にあった)で、また一から考えなければならない。(B)</p> <p>縦割りの対応が困る。もっと横のつながりを持って、対応してもらいたい。(C)</p>
<p>多職種連携のための研修会の開催</p> <p>位置づけとして、在宅ケア連絡会は、仙台市の「地域ケア会議」を支える団体だと思う。(C)</p> <p>2・3包括ごとに三師会のようなチームを作って、仕組みを支えるような方法も必要なのではないか。(C)</p> <p>病院にも地域の実情を知ってもらうことが必要。また、地域から病院への取り組みがもっと促進されなければならない。(C)</p>	<p>地域包括と行政がもっと深く関わり、人材を育成する必要がある。(A)</p> <p>同職種、多職種相互で見学実習でもいいので、人材交流を行い、意識を変えていく取り組みが必要なのではないか。(A)</p>	<p>普及啓発活動の継続</p> <p>市民に対して、SOSを出せる窓口の周知が必要。(A)</p> <p>「病院や施設が決して安心ではない」という、幻想を抱かせない啓発活動が必要だ。(A)</p>
<p>地域づくり</p> <p>これからは、フォーマル、インフォーマル資源の両方が見えるように「見える化」されなければいけないと思う。行政には、その取り組みを行ってもらいたい。(C)</p>		
<p>次回、第10回が最終回となります。最終回は、各団体から寄せられた内容を確認する予定です。</p>		

【図 23】 行政への提言内容について (第9回報告より)

第10回は、第9回までのまとめの報告を行い、「提言の優先順位を考える」をテーマに話し合った。最終回で、各団体から行政への要望と提言と合わせて話し合いを行ったが、またこれまでの話し合いでは出なかった、多岐にわたって意見や要望も出された。やはり、研修・教育、普及啓発、人材育成、地域づくりなど継続の声が上がった【図 24】。

3. 仙台医療介護連携の会報告

提言の優先順位を考える グループ討議

看取り体制を作るには、往診に特化したところと、個人の今まで診てくれていた医師が安心して看取りまで行うことができるような体制を作っていく。

医師会に限らず、多業種に対し、地域包括ケアシステム構築のために、行政からもっと強いアプローチをして連携を取れるようにしてほしい。市民や県民が安心して暮らせる地域とするにはいろんな人の力が必要。
連携して個別ケアを行った集大成が地域包括ケアとなる。研修会や人材育成も連携して行っていく。
ネットワークは地元の従来からあるものを基本として作り、行政がリーダーとなりやってほしい。

病院では、在宅医療に関心がないとか仕組みが分っていない医師が多く、何とかしなければならぬ。医師の研修が急性期ばかりではだめ。教育・研修を見直す必要あり。

医師は治療が終わり家になると、地域連携室に丸投げしてしまう。本当は家での生活を想像して医療を行うべき。

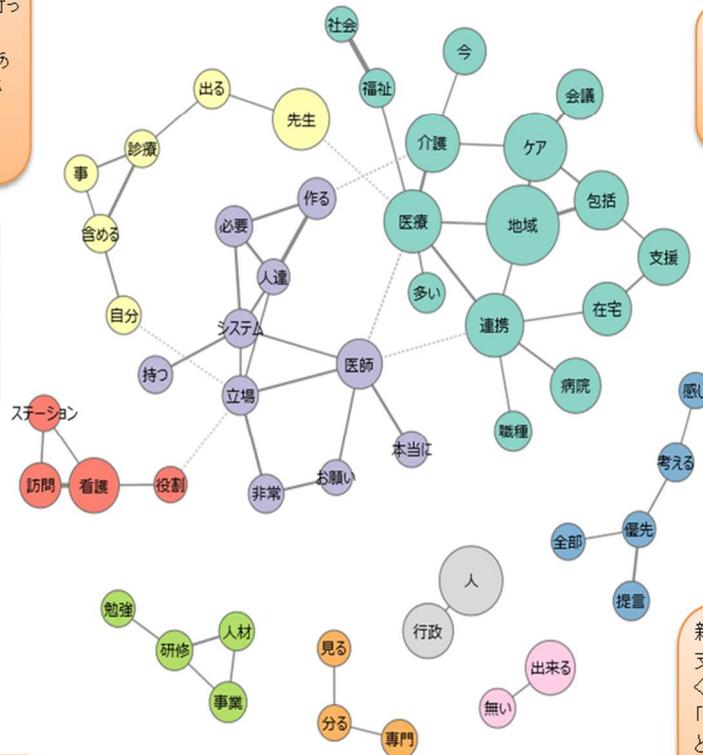
株式会社のステーションが増え、質が均一化されていない事が問題。人材育成に予算を。

訪問看護ステーションの看取りへの関与はドクターによって大きく変わる。一般診療所の先生からの指示も多く、在宅看取り数は減っている。

訪問看護ステーションの看取りへの関与はドクターによって大きく変わる。一般診療所の先生からの指示も多く、在宅看取り数は減っている。



KHコーダーにより、第10回目のグループ討議で、多く出た言葉と関係性を図式化



地域包括、ケア会議などのつながりを作っていく事が大事。そういう所に行政側も力を入れていく事が必要。

医師会でも時間帯が合致すれば、地域ケア会議に参加してみたい人が結構いるので、コーディネーターしてもらえらる。

地域ケア会議は、仙台市は地域包括に全部委託している。本当は市(直営)の包括があって、そこが主体となってやるべき。

行政主体で医療職のフォローチームを作り、定期的に介護困難者との相談会ができるようなシステム作りをして欲しい。

包括の役割は、つなぎ役。専門性を活かして地域の高齢者を支援する事だと思ふ。自分が住んでいる所で最期まで暮らせる支援が出来る事が望ましい。全ては連携が無いと達成できない。

行政から元気な高齢者に声を掛けて一緒に手伝ってもらおう働きかけがあるといい。

新オレンジプランで認知症の方を支える仕組み作りをしている。すぐに介護保険という話ではなく、「認知症があっても関係ないよ」と受け止めてくれる地域づくりから始めることが大事である。

地域包括ケアに関しては、何でも包括包括と包括支援センター頼みになっており、パンク状態になっているのでは。包括の人材を厚くするように行政で支援してほしい。

在宅支援を、地域包括支援センターだけでなく幅広く拡充して、例えば市立病院に予算を注ぎ、メディカルソーシャルワーカーを増員して地域での支援ができるようにしては。

介護離職、介護職離職ゼロにするには医療・介護が連携したり研修する会が小単位で必要。そのための予算が大事。

福祉系の人材不足が深刻で、その解消への支援を希望。学生の介護離れで閉鎖している学校もある。行政で働きかけをしてもらいたい。

【図 24】 グループ討議で出た意見 (第 10 回報告より)

②第1回から第9回までの分析 2

事務局による報告と委員に話し合いを続けてきたが、さらに、内容について外部研究者による検証を行ったので報告する。

仙台医療介護連携の会 第1回～9回 各回で検討された内容の分析

これまで行われた第1回～9回までの討議の中で話合われた内容を定性的・定量的に分析し、とくに職種、所属、団体別に発言の傾向を示しました。

分析対象: 各回で録音された話し合いの内容をテキスト化した文字データ

手順: 1) 定性的手法によって話し合った内容を回ごとにカテゴリー化
2) 計量テキスト分析によって1)のカテゴリーの出現頻度、割合を算出
3) 職種、所属、団体ごとに1)のカテゴリーの出現頻度、割合を算出
(クロス集計、共起ネットワーク分析、対応分析)

使用ソフト: KH-Coder (Version:2.beta.32a / [Kouichi Higuchi](#))

分析者: 千葉宏毅 (北里大学医学部医学教育研究部門 助教)

《使用ソフト「KH-Coder」と質的研究手法について》

まず、ソフトが読み込むにあたって、「コーディングルール」を作成する。(例:「顔 - みえる」で、前後10字以内に「顔」と「見える」という言葉があると、「顔が見える」という言葉をして判断する、というようなルールの作成。これにより、頻出度などを測ることができる) このコーディングルール次第で結果がいろいろ変わる。KH-Coder も計量テキスト分析と言いながらも、手法としては質的研究手法に近い。いわゆる量的な結果というのは、誰がやっても同じように結果が出るが、この手法は、コーディングルール次第で結果が変わる事もあることを結果の前提としておく必要がある。

ただ、同じように計量テキスト分析を行った結果が違うことの意味の食い違いを「間違い」として指摘することが目的ではなく、その違いがどこから生まれてきているのかを探っていくことが本来の手法である。

3. 仙台医療介護連携の会報告

1回

*顔の見える関係と課題解決

near(顔・見える) or near(互い・関係・医療・介護・連携・研修会・交流会・開く・開催・分かる・参加・行く・出席・出る・集まる) or near(中学校・小学校・町内会・単位・定期・具体・ケース・症例・事例・連携・研修会・交流会・分かる・参加・行く・出席・出る・集まる) or near(具体・症例・ケース・課題・検討・解決・実践・話し合う)

*地域資源の見える化

near((地域 or 地域資源 or 人 or 場 or 取り組み or マップ or MAP or 資源MAP or ツール or 情報)・(公開 or Web or どこ or 何 or ある or 見える or 分かる or 知る or 教える)) or near(相互理解・相互活用・互い・活用・連動・老々・スクリーニング) or near(予防・ドクター・懇談) or near(会議・個別・ケース・小さい) or near(資源・活かす・コンパクト) or near(障害者・手帳・支援) or near(障害・施策) or near(マップ・顔・集まる) or near(医療・介護・資源) or near(認知症・多職種・研修) or near(認知症・相談窓口)

*専門職種間の情報共有化

near(医療・介護・情報) and (提供 or 共有 or システム or ある or 必要 or 作る or 欲しい) or near((医療者 or 医療職 or 医師 or 先生 or ケア会議 or 地域ケア会議 or 会議 or 多職種)・(理解 or 参加 or 情報共有・行く or 出席 or 出る or 集まる・来る) or near(ケアマネ・医療情報・診療情報提供書・診療情報・知る・教える・渡す) or near(指示書・診断書・紙・一枚・共有) or near(歯科・歯科医師・情報・共有) or near(薬局・薬剤師・情報・共有) or near(在宅・施設・病院・情報・提供・共通・様式・フォーマット)

*看取りへの関わり

near((在宅 or 家 or 自宅 or 特別養護老人ホーム or 特養 or 有料老人ホーム or グループホーム)・(看取る or 最期)) or near(看取る・体制) or near(家族・看取る・言う・伝える・説明する・語る) or near(24時間・診療所・病院・増える・安心感) or near(在宅・家・看取り・訪問看護ステーション) or near(施設・相談・看取り) or near(癌末・医療保険・訪問看護) or near(家族・電話・先生・訪問看護・救急車・呼ぶ) or near(医者・話す・救急車・説明・丁寧・繰り返す) or near(看取り・プロセス・説明) or near(市民・相談・死生観・最期)

2回

*住民主体の地域包括

near((地域 or 核 or リーダー or コーディネーター or 民生委員 or 民生員 or 町内会長 or 住民)・(把握 or 情報 or 中心 or 窓口 or コーディネート or 立ち上げ)) or near(市・仙台・職員・OB・把握・パイプ) or near(有機的・出会い・場・セッティング) or near(行政 or 仙台市 or 宮城県 or 医師会)・(バックアップ or 柱 or 場 or 提供 or 予算 or 場所 or 会場)) or near(市民・広報) or near(利用者・情報・共有) or near(市民・啓発・相談支援)

*地域資源の見える化

near((地域 or 地域資源 or 人 or 場 or 取り組み or マップ or MAP or 資源MAP or ツール or 情報)・(公開 or Web or どこ or 何 or ある or 見える or 分かる or 知る or 教える)) or near(相互理解・相互活用・互い・活用・連動・老々・スクリーニング) or near(予防・ドクター・懇談) or near(会議・個別・ケース・小さい) or near(資源・活かす・コンパクト) or near(障害者・手帳・支援) or near(障害・施策) or near(マップ・顔・集まる) or near(医療・介護・資源) or near(認知症・多職種・研修) or near(認知症・相談窓口)

*専門職種間の情報共有化

near(医療・介護・情報) and (提供 or 共有 or システム or ある or 必要 or 作る or 欲しい) or near((医療者 or 医療職 or 医師 or 先生 or ケア会議 or 地域ケア会議 or 会議 or 多職種)・(理解 or 参加 or 情報共有・行く or 出席 or 出る or 集まる・来る) or near(ケアマネ・医療情報・診療情報提供書・診療情報・知る・教える・渡す) or near(指示書・診断書・紙・一枚・共有) or near(歯科・歯科医師・情報・共有) or near(薬局・薬剤師・情報・共有) or near(在宅・施設・病院・情報・提供・共通・様式・フォーマット)

*歯科医師・薬剤師との連携

near(薬局・薬剤師・連携・かかりつけ) or near(歯科医師・歯科・口腔・ケア・かかりつけ)

*認知症対応の取り組み

near((認知症 or MCI or BPSD)・(啓蒙 or 啓発 or 地域)) or near(認知症・医療・つなぐ・ドクター) or near(地域・医師・張る) or near(普及啓発・皆・知る) or near(認知症・診療・病気・受診) or near(認知症・多職種・研修) or near(認知症・相談・相談窓口・機関・拠点・整備)

*看取りへの関わり

near((在宅 or 家 or 自宅 or 特別養護老人ホーム or 特養 or 有料老人ホーム or グループホーム)・(看取る or 最期)) or near(看取る・体制) or near(家族・看取る・言う・伝える・説明する・語る) or near(24時間・診療所・病院・増える・安心感) or near(在宅・家・看取り・訪問看護ステーション) or near(施設・相談・看取り) or near(癌末・医療保険・訪問看護) or near(家族・電話・先生・訪問看護・救急車・呼ぶ) or near(医者・話す・救急車・説明・丁寧・繰り返す) or near(看取り・プロセス・説明) or near(市民・相談・死生観・最期)

3回

*住民主体の地域包括

near((地域 or 核 or リーダー or コーディネーター or 民生委員 or 民生員 or 町内会長 or 住民)・(把握 or 情報 or 中心 or 窓口 or コーディネート or 立ち上げ)) or near(市・仙台・職員・OB・把握・パイプ) or near(有機的・出会い・場・セッティング) or near(行政 or 仙台市 or 宮城県 or 医師会)・(バックアップ or 柱 or 場 or 提供 or 予算 or 場所 or 会場)) or near(市民・広報) or near(利用者・情報・共有) or near(市民・啓発・相談支援)

*地域資源の見える化

near((地域 or 地域資源 or 人 or 場 or 取り組み or マップ or MAP or 資源MAP or ツール or 情報)・(公開 or Web or どこ or 何 or ある or 見える or 分かる or 知る or 教える)) or near(相互理解・相互活用・互い・活用・連動・老々・スクリーニング) or near(予防・ドクター・懇談) or near(会議・個別・ケース・小さい) or near(資源・活かす・コンパクト) or near(障害者・手帳・支援) or near(障害・施策) or near(マップ・顔・集まる) or near(医療・介護・資源) or near(認知症・多職種・研修) or near(認知症・相談窓口)

*顔の見える関係と課題解決

near(顔・見える) or near(互い・関係・医療・介護・連携・研修会・交流会・開く・開催・分かる・参加・行く・出席・出る・集まる) or near(中学校・小学校・町内会・単位・定期・具体・ケース・症例・事例・連携・研修会・交流会・分かる・参加・行く・出席・出る・集まる) or near(具体・症例・ケース・課題・検討・解決・実践・話し合う)

*専門職種間の情報共有化

5)会議内容の結果 (1)仙台医療介護連携の会会議報告から

near(医療・介護・情報) and (提供 or 共有 or システム or ある or 必要 or 作る or 欲しい) or near((医療者 or 医療職 or 医師 or 先生 or ケア会議 or 地域ケア会議 or 会議 or 多職種)・(理解 or 参加 or 情報共有・行く or 出席 or 出る or 集まる・来る) or near(ケアマネ・医療情報・診療情報提供書・診療情報・知る・教える・渡す) or near(指示書・診断書・紙・一枚・共有) or near(歯科・歯科医師・情報・共有) or near(薬局・薬剤師・情報・共有) or near(在宅・施設・病院・情報・提供・共通・様式・フォーマット)

*看取りへの関わり

near((在宅 or 家 or 自宅 or 特別養護老人ホーム or 特養 or 有料老人ホーム or グループホーム)・(看取る or 最期)) or near(看取る・体制) or near(家族・看取る・言う・伝える・説明する・語る) or near(24時間・診療所・病院・増える・安心感) or near(在宅・家・看取り・訪問看護ステーション) or near(施設・相談・看取り) or near(癌末・医療保険・訪問看護) or near(家族・電話・先生・訪問看護・救急車・呼ぶ) or near(医者・話す・救急車・説明・丁寧・繰り返す) or near(看取り・プロセス・説明) or near(市民・相談・死生観・最期)

4回

*住民主体の地域包括

near((地域 or 核 or リーダー or コーディネーター or 民生委員 or 民生員 or 町内会長 or 住民)・(把握 or 情報 or 中心 or 窓口 or コーディネート or 立ち上げ)) or near(市・仙台・職員・OB・把握・パイプ) or near(有機的・出会い・場・セッティング) or near((行政 or 仙台市 or 宮城県 or 医師会)・(バックアップ or 柱 or 場 or 提供 or 予算 or 場所 or 会場)) or near(市民・広報) or near(利用者・情報・共有) or near(市民・啓発・相談支援)

*地域資源の見える化

near((地域 or 地域資源 or 人 or 場 or 取り組み or マップ or MAP or 資源MAP or ツール or 情報)・(公開 or Web or どこ or 何 or ある or 見える or 分かる or 知る or 教える)) or near(相互理解・相互活用・互い・活用・連動・老々・スクリーニング) or near(予防・ドクター・懇談) or near(会議・個別・ケース・小さい) or near(資源・活かす・コンパクト) or near(障害者・手帳・支援) or near(障害・施策・実施) or near(マップ・顔・集まる) or near(医療・介護・資源) or near(認知症・多職種・研修) or near(認知症・相談窓口)

*顔の見える関係と課題解決

near(顔・見える) or near(互い・関係・医療・介護・連携・研修会・交流会・開く・開催・分かる・参加・行く・出席・出る・集まる) or near(中学校・小学校・町内会・単位・定期・具体・ケース・症例・事例・連携・研修会・交流会・分かる・参加・行く・出席・出る・集まる) or near(具体・症例・ケース・課題・検討・解決・実践・話し合う)

*専門職種間の情報共有化

near(医療・介護・情報) and (提供 or 共有 or システム or ある or 必要 or 作る or 欲しい) or near((医療者 or 医療職 or 医師 or 先生 or ケア会議 or 地域ケア会議 or 会議 or 多職種)・(理解 or 参加 or 情報共有・行く or 出席 or 出る or 集まる・来る) or near(ケアマネ・医療情報・診療情報提供書・診療情報・知る・教える・渡す) or near(指示書・診断書・紙・一枚・共有) or near(歯科・歯科医師・情報・共有) or near(薬局・薬剤師・情報・共有) or near(在宅・施設・病院・情報・提供・共通・様式・フォーマット)

*看取りへの関わり

near((在宅 or 家 or 自宅 or 特別養護老人ホーム or 特養 or 有料老人ホーム or グループホーム)・(看取る or 最期)) or near(看取る・体制) or near(家族・看取る・言う・伝える・説明する・語る) or near(24時間・診療所・病院・増える・安心感) or near(在宅・家・看取り・訪問看護ステーション) or near(施設・相談・看取り) or near(癌末・医療保険・訪問看護) or near(家族・電話・先生・訪問看護・救急車・呼ぶ) or near(医者・話す・救急車・説明・丁寧・繰り返す) or near(看取り・プロセス・説明) or near(市民・相談・死生観・最期)

5回

*情報共有化の難点

near((Facebook or LINE or SNS or 電子カルテ or セキュリティ or PC or 個人情報 or スマホ or アナログ or 診療情報提供書)・(セキュリティ or 難しい or 危険 or 危ない or 怖い or ウィルス or 問題 or 暗号化 or ハッキング))

*ITツールの有効性

near((Facebook or LINE or SNS or 電子カルテ or セキュリティ or PC or 個人情報 or スマホ or アナログ or 診療情報提供書)・(良い or いい or 早い or つながる or 有効 or 活用 or スピーディー))

*FAX・郵送・冊子の利点

near((地域 or 情報 or FAX or 電話 or 郵送 or 冊子)・(良い or いい or 確認 or 安全 or 価値))

*遠隔会議の活用

near((TV or バーチャル or 遠隔)・(会議 or 参加 or 使用 or 活用 or ケア会議))

*つながりラインやMMWINの活用

near((つながりライン or MMWIN or 地図)・(利用 or 連動 or 使う or 検索 or やり取り or 写真 or 動画))

*共通フォーマットの利用

near((フォーマット or 診断書 or アセスメント or 様式)・(便利 or 済む or つながる or 繋がる))

*医療情報の提供

near((医療 and 情報)・(ない or 必要 or 欲しい or 提供する or 送る or 説明 or 聞く or 得る))

6回

*解決型会議の開催

near((地域ケア会議 or ケア会議 or 会議 or 連携 or テーマ)・(様々 or 色々 or 個別 or 具体 or アクション or プラン or 解決 or 明確)・(手段 or 開催 or 実施 or 参加 or ツール or 検討))

*ケア会議の認識

near((個別 or 地域)・(ケース or 問題 or 解決 or 問題解決)) or near(会議・問題・レベル) or near(何・できる・できない・認識)

*個人情報保護の困難

near(地域・課題・個人情報) or near(個人情報・問題)

3. 仙台医療介護連携の会報告

*連携職種の会議参加

near((医師 or 先生 or ドクター or 歯科医師 or 薬剤師 or 薬局)・(会議 or 参加 or 出席 or 集まる or 来る))

*認知症対応の取り組み

near((認知症 or MCI or BPSD)・(啓蒙 or 啓発 or 地域)) or near(認知症・医療・つなぐ・ドクター) or near(地域・医師・張る) or near(普及啓発・皆・知る) or near(認知症・診療・病気・受診) or near(認知症・多職種・研修) or near(認知症・相談・相談窓口・機関・拠点・整備)

7回

*24時間対応の実施

near(24時間・(先生 or 医師 or ドクター or 往診 or 医療 or 訪看 or 訪問看護ステーション or 介護 or 連携 or 対応 or サービス or 整備))

*相談や資源の準備

near(社会資源・必要・相談・窓口) or near(有料老人ホーム・サ高住・整備) or near(地域・施設・連携)

*介護サービス内容の説明

near((ケアマネ or ケアマネジャー or 訪看 or 看護師)・(サービス or 内容)・(必要 or 説明 or 知る))

*在宅看取りと説明

near((看取り or 死ぬ or 過程 or 繰り返す or 家族)・(話す or 説明 or コミュニケーション)) or near(専門家・研修) or near(死・学ぶ) or near(特養・最期・看取る・イメージ)

*広報・周知の工夫

near(理念・普及・啓発) or near(交流会・講座・地域・インターネット・メディア・配信) or near(診療所・事業所・情報・公開・マップ) or near(市民・フォーラム・イベント・開催・広報・メッセージ) or near(認知症・カフェ・啓発) or near(テレビ・ドラマ・映画・民法・NHK)

*若手医師への在宅教育

near(医師・医者・教育・在宅・繋ぐ・研修)

8回

*メディア等を使った啓発

near(映像 or DVD or ビデオ or 映像 or ステージ or 寸劇 or 取材 or 演奏 or コンサート or 新聞 or テレビ or 合唱)・(する or 見る or 聞く or ご覧))

*専門職種からの講演

near((医師 or 訪問看護 or グループホーム or 歯科 or 薬剤師 or 栄養士 or ケアマネ)・(話す or 話 or できる or 往診 or 認知症 or 看取る or ケア or 活動 or 知る)) or near(テーマ・ディスカッション・講演)

*体験的な啓発

near(グッズ or 試食 or 体操 or 早口 or ストレッチ or 血圧 or 測定 or 介護 or ロボ or ロボット or 器具 or オムツ or ソフト食 or 流動食 or ミキサー食)・(体験 or 体験する or 食べる or 展示) or メーカー

*アンケート等の実施

near((事前 or アンケート or 質問)・(とる or 取る or 聞く or 把握)) or near(会場・質問)

*事例・体験談の紹介

near(体験者・体験談・経験・事例・具体例・紹介・話・語り)

*相談会などの実施

相談 or near(薬剤師・薬・相談) or near(認知症・介護・相談) or near(質問・答える)

*パンフレットや資料の配布

near((パンフレット or リーフレット・展示)・(ブース or 置く or 配置 or 配布 or 配る))

9回

*各団体が集まる場の継続

near((連携 or 課題 or 共有 or 連絡網 or 顔 or 多職種)・(繋ぐ or 継続 or 続ける or 合わせる or 集まる or 共有)) or near(分散・ない) or near(地域・集約・する) or near(行政・リーダーシップ) or near(大学・リーダーシップ)

*多職種連携の研修会開催

near((地域ケア会議 or 包括 or 病院)・(チーム or 支える or 必要 or 知る)) or near((多職種 or 連携)・(研修会 or 研修 or 講習会 or 交流会 or 講習・交流・開催)) or near(在宅・連携・小冊子) or near(情報共有・点数) or near(情報・共有・見える化) or near(地域包括・研修会・活かす) or near(三師会・包括・チーム) or near(他・情報・薬剤師会) or near(よそ・自分・見る)

*人材育成支援

near((人材 or マンパワー or スタッフ or 専門職 or 介護職 or モチベーション or 資格 or 同職 or 多職種)・(育てる or 少ない or 不足 or 離職 or アップ or 支える or 助成 or 育成 or 見学 or 実習 or 講習 or 交流)) or near(研修・資格・取る) or near(人材・掴まえる) or near(介護・(人材確保 or 養成)) or near(在宅・連携・小冊子) or near(情報共有・増える) or naer(スーパー・(保健師 or ナース)) or naer(介護・分かる) or naer(医療・分かる) or naer(障害・分かる) or naer(行政・サービス・分る) or near(医者・教育) or near(訪問看護・養成・プログラム) or near(ステーション・教育・委託)

*地域づくり

near(地域 or 行政 or 仙台市 or 市 or 宮城県 or 県 or 互い or 資源 or サービス)・(見える化 or バックアップ) or near(OB・地域・チーム) or near(自分・一員) or near(個人情報・高齢者・見守る) or PTA or near(地域・会議) or near(コミュニティー・リーダー・核・ピックアップ) or near(リーダーシップ・人材・指名) or near(元気・長い) or near(元気・増やす) or near(役割 or 付ける or 支援) or near(インフォーマル・見える化)

*資源把握・配置と運用

near((人員 or 適正)・配置)) or near(行政・施設・把握) or near(効率・運用) or near(リサーチ or 人材 or 配置) or near(仕事・

5) 会議内容の結果 (1) 仙台医療介護連携の会会議報告から

リサーチ) or near((高齢者 or 地域)・協同)) or near(異動・専門・配置) or near(横・つながる・対応) or near(予算・在宅・体制) or near((手続き or 書類)・簡素 or 簡単)) or 評価 or 公表 or near(行政・人・出す) or near(地域・リーダー・出す) or near(現場・知る)

* 普及啓発活動の継続

near(市民・(SOS or 相談 or 悩み or 疑問)・(窓口 or 周知 or 受ける or 聞く or 解決 or 啓発)) or near((病院 or 施設)・安心・(ない or 幻想)) or near(在宅・浸透・弱い) or near(調子・悪い・病院) or near(薬・相談会・注意) or near(看取る・覚悟) or near(市民 or 意識 or 変わる)

第1回 【実現可能な、今後2年間で取り組む課題をしぼる】

定性分析でカテゴリー化された討議内容

顔の見える関係と課題解決

互いに顔を知る、どこのだれかを知る、医療・介護連携の研修会や交流会の開催
小学校単位程度の集まり、集まったら具体的な内容・課題を検討

地域資源の「見える化」

施設の情報や体制、場所が分かる、情報がWebなどで見て分かる、相互に活用し
あえる情報、認知症の相談窓口

専門職種間の情報共有化

医療、介護情報の共有するシステムづくり、医療者のケア会議への参加、ケアマ
ネジャーへの医療情報提供、書式の共有化、歯科医師・薬剤師との情報共有

看取りへの関わり

在宅、居住系施設での看取り実施、家族への看取りの説明、24時間体制、訪問看
護師の関わり、市民の死生観

第1回

これからの私たちに必要な共通認識

専門職種間の情報共有が最も重要な共通認識、医師、看護師はもちろんのこと、とくに歯科医師においてその傾向が見える。一方行政(宮城県、仙台市)は顔の見える関係の構築を重要視していることが見える。

表1 カテゴリーにかかる頻度

コード名	頻度	%
* 顔の見える関係と課題解決	269	27.34%
* 地域資源の見える化	109	11.08%
* 専門職種間の情報共有化	311	31.61%
* 看取りへの関わり	237	24.09%
#コード無し	462	46.95%
(文書数)	984	

表2 職種別

	* 顔の見える関係と課題解決	* 地域資源の見える化	* 専門職種間の情報共有化	* 看取りへの関わり	ケース数
医師	50 (22.42%)	18 (8.07%)	79 (35.43%)	38 (17.04%)	223
看護師	34 (24.82%)	10 (7.30%)	52 (37.96%)	43 (31.39%)	137
宮城県	23 (44.23%)	18 (34.62%)	16 (30.77%)	9 (17.31%)	52
研究・教育	46 (26.44%)	13 (7.47%)	50 (28.74%)	40 (22.99%)	174
施設長・管理者	45 (33.33%)	21 (15.56%)	33 (24.44%)	34 (25.19%)	135
歯科医	11 (25.58%)	6 (13.95%)	23 (53.49%)	21 (48.84%)	43
仙台市	7 (35.00%)	4 (20.00%)	3 (15.00%)	7 (35.00%)	20
相談員	9 (19.57%)	5 (10.87%)	18 (39.13%)	18 (39.13%)	46
薬剤師	44 (28.57%)	14 (9.09%)	37 (24.03%)	27 (17.53%)	154
合計	269 (27.34%)	109 (11.08%)	311 (31.61%)	237 (24.09%)	984
カイ2乗値	15.311	40.921**	25.319**	36.580**	

図25 クロス集計(職種別)

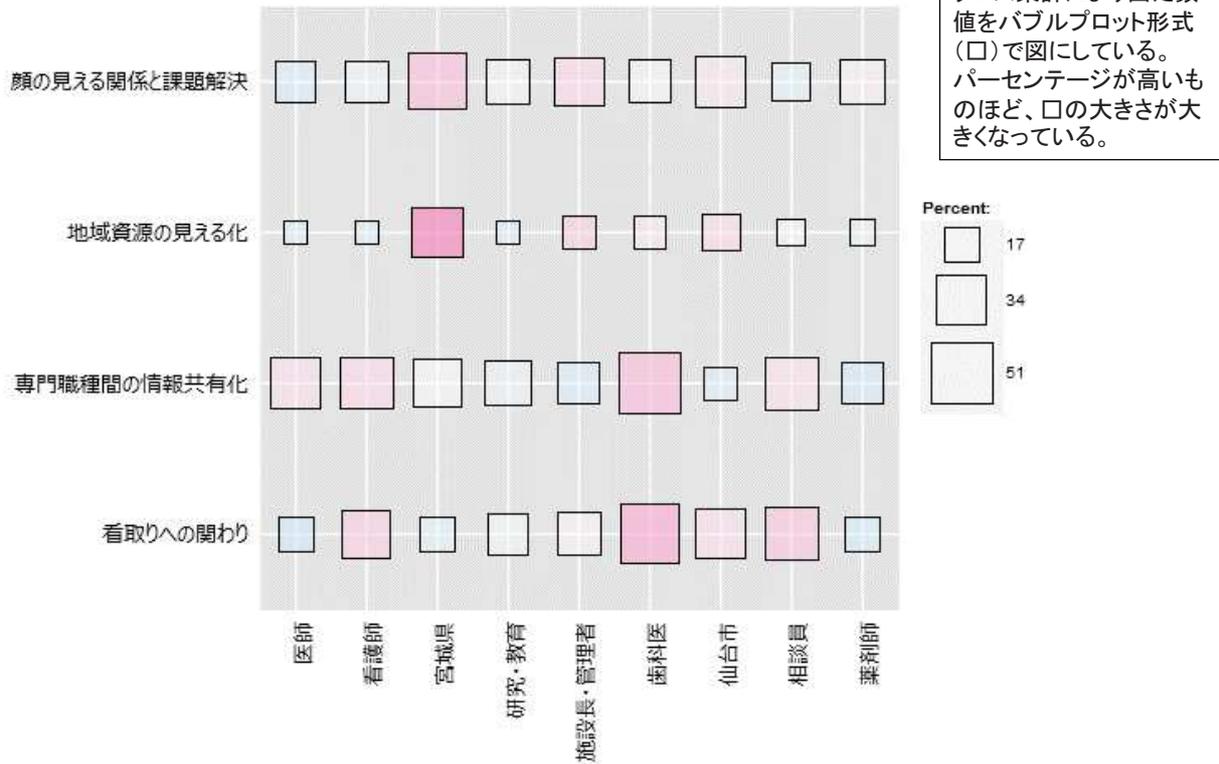
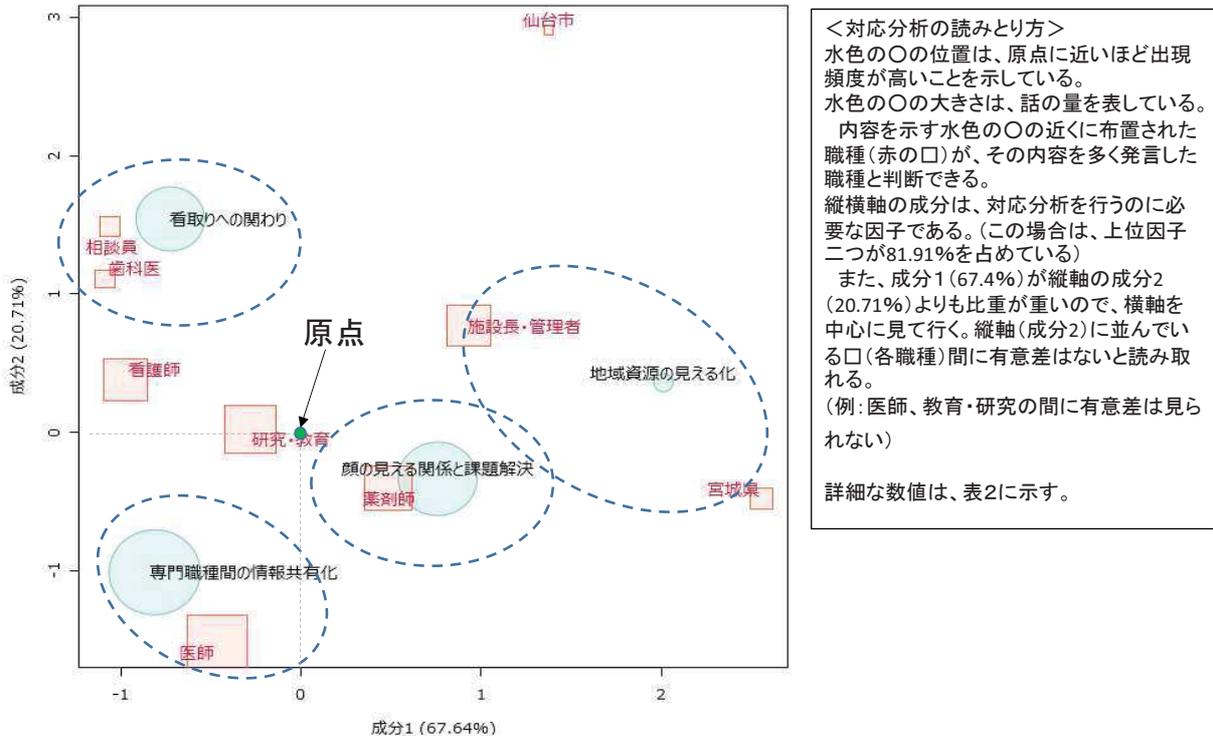


図26 対応分析(職種別)



第2回【これからの私たちに必要な共通認識】

定性分析でカテゴリー化された討議内容

住民主体の地域包括

地域のリーダーやコーディネーターの必要性、民生委員や町内会との関わり
行政職OBの活躍、専門職による市民活動のバックアップ

地域資源の「見える化」

専門職種間の情報共有化

歯科医師・薬剤師との連携

歯科医師のかかりつけ、口腔ケアの実施、薬剤師のかかりつけ機能

認知症対応の取り組み

認知症の地域への啓発、認知症をつなぐ医師の存在、認知症患者に対する多職種の関わり、認知症の相談窓口や拠点の整備

看取りへの関わり

第2回
これからの私たちに必要な共通認識

歯科医師・薬剤師との連携、認知症対応の取り組み、看取りへの関わりにおいては有意差が出ている。しかし比較しているのが11職種にも及ぶため、あまり意味はなさない。とりあえず有意差がない(*がついていない)項目は、どの職種も発言している共通の内容と言える。

表3 カテゴリーにかかる頻度

コード名	頻度	%
* 住民主体の地域包括	99	10.73%
* 地域資源の見える化	102	11.05%
* 専門職種間の情報共有化	277	30.01%
* 歯科医師・薬剤師との連携	42	4.55%
* 認知症対応の取り組み	91	9.86%
* 看取りへの関わり	239	25.89%
#コード無し (文書数)	456 923	49.40%

表4 職種別

	* 住民主体の 地域包括	* 地域資源の 見える化	* 専門職種間の 情報共有化	* 歯科医師・ 薬剤師との連携	* 認知症対応 の取り組み	* 看取りへの 関わり	ケース数
MSW	2 (20.00%)	1 (10.00%)	3 (30.00%)	1 (10.00%)	0 (0.00%)	3 (30.00%)	10
医師	36 (11.21%)	32 (9.97%)	109 (33.96%)	11 (3.43%)	51 (15.89%)	87 (27.10%)	321
看護師	7 (11.11%)	6 (9.52%)	24 (38.10%)	2 (3.17%)	2 (3.17%)	23 (36.51%)	63
宮城県 研究・教育	5 (15.63%)	10 (31.25%)	8 (25.00%)	4 (12.50%)	7 (21.88%)	6 (18.75%)	32
施設長・ 管理者	11 (7.91%)	19 (13.67%)	41 (29.50%)	5 (3.60%)	7 (5.04%)	39 (28.06%)	139
歯科医	21 (11.73%)	19 (10.61%)	41 (22.91%)	6 (3.35%)	10 (5.59%)	34 (18.99%)	179
仙台市	2 (7.69%)	1 (3.85%)	10 (38.46%)	2 (7.69%)	1 (3.85%)	5 (19.23%)	26
相談員	7 (11.67%)	7 (11.67%)	22 (36.67%)	1 (1.67%)	6 (10.00%)	24 (40.00%)	60
保健師	3 (30.00%)	1 (10.00%)	3 (30.00%)	1 (10.00%)	2 (20.00%)	1 (10.00%)	10
薬剤師	1 (50.00%)	0 (0.00%)	1 (50.00%)	1 (50.00%)	0 (0.00%)	1 (50.00%)	2
薬剤師	4 (4.94%)	6 (7.41%)	15 (18.52%)	8 (9.88%)	5 (6.17%)	16 (19.75%)	81
合計	99 (10.73%)	102 (11.05%)	277 (30.01%)	42 (4.55%)	91 (9.86%)	239 (25.89%)	923
カイ2乗値	13.368	17.579	16.666	24.656**	33.577**	19.999*	

図27 クロス集計(職種別)

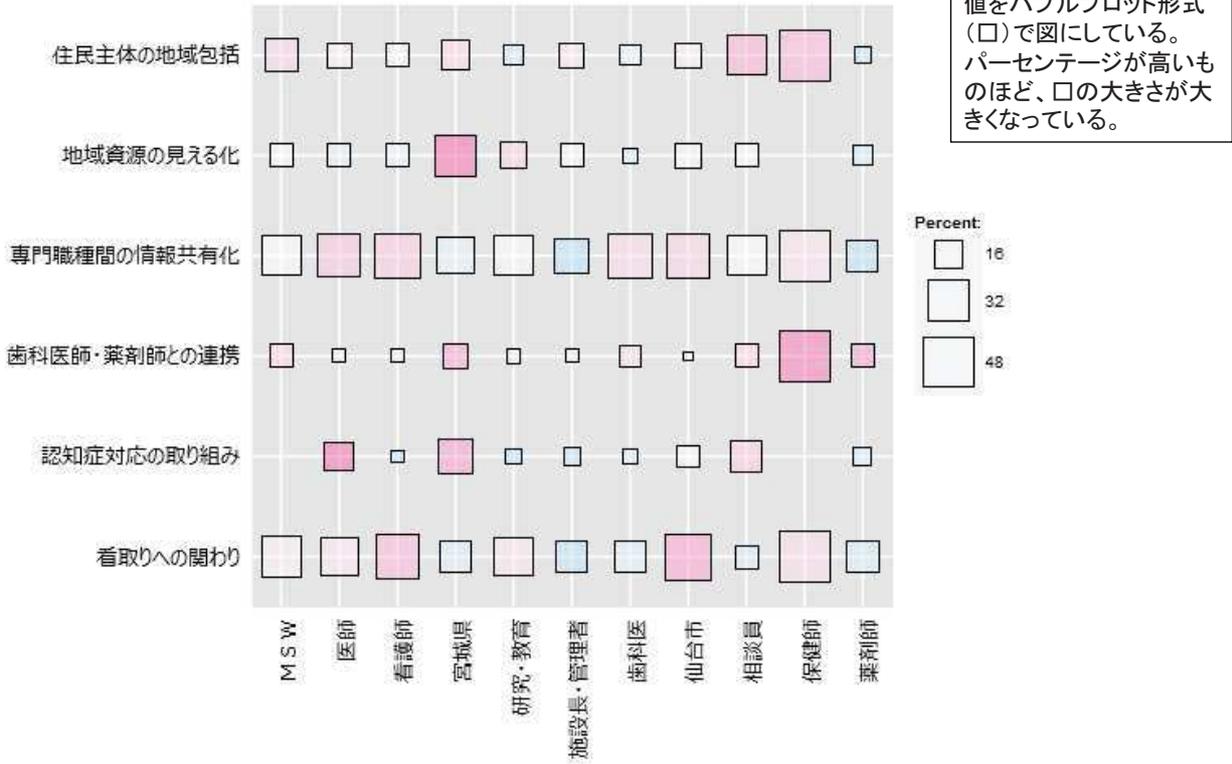
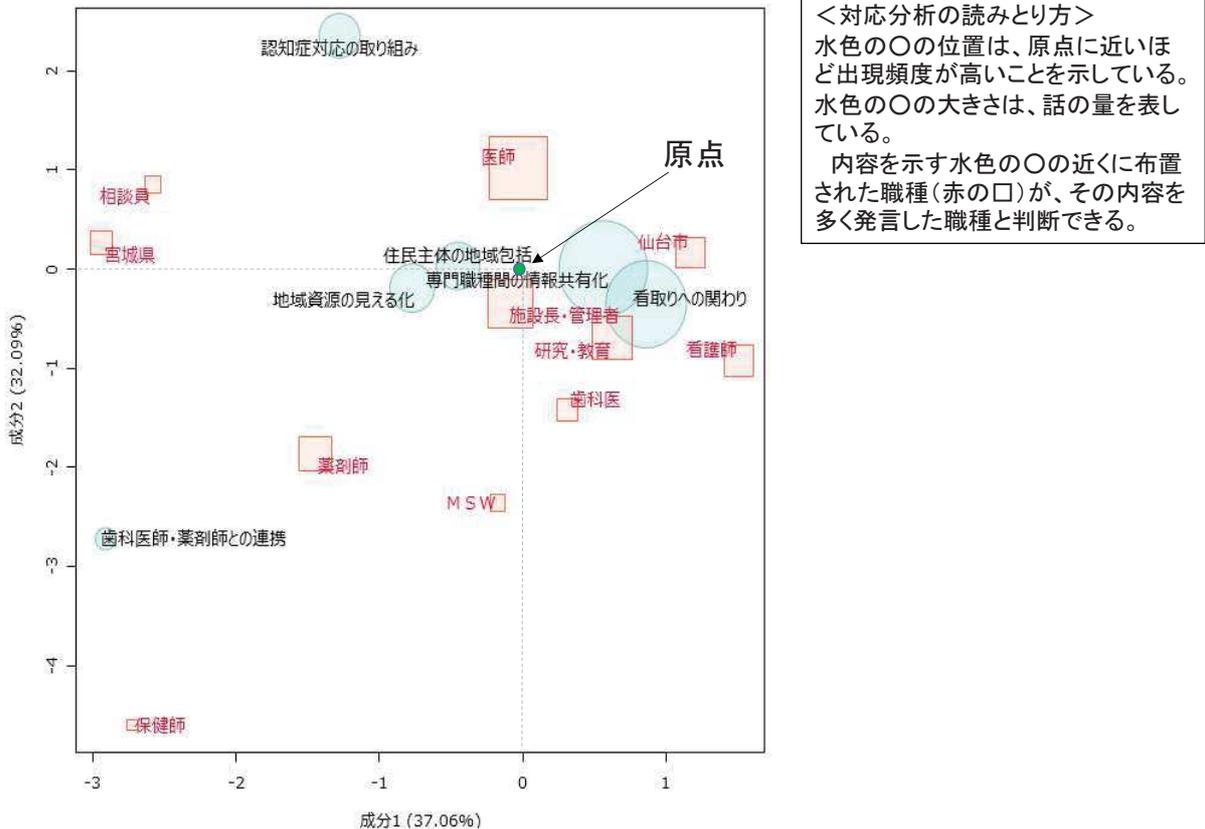


図28 対応分析(職種別)



第3回 【これまでの話し合いと情報提供を受けて、改めて私たちが取り組むべきことについて具体案を決める(1)】

定性分析でカテゴリー化された討議内容

顔の見える関係と課題解決

互いに顔を知る、どこのだれかを知る、医療・介護連携の研修会や交流会の開催
小学校単位程度の集まり、集まったら具体的な内容・課題を検討

地域資源の「見える化」

施設の情報や体制、場所が分かる、情報がWebなどで見て分かる、相互に活用し
あえる情報、認知症の相談窓口

専門職種間の情報共有化

医療、介護情報の共有するシステムづくり、医療者のケア会議への参加、ケアマ
ネジャーへの医療情報提供、書式の共有化、歯科医師・薬剤師との情報共有

住民主体の地域包括

地域のリーダーやコーディネーターの必要性、民生委員や町内会との関わり
行政職OBの活躍、専門職による市民活動のバックアップ

看取りへの関わり

在宅、居住系施設での看取り実施、家族への看取りの説明、24時間体制、訪問看
護師の関わり、市民の死生観

第3回 取り組むべきことについて具体案を決める(1)

「専門職種間の情報共有化」は所属別で差がない、つまり皆がそのように思っている、ということになる。行政の発言全体の中で「顔の見える関係と課題解決」に関する発言が多い。
ただ「住民主体の地域包括ケア」について、行政はあまり発言がないが、他所属(医科診療所、大学、病院、薬局)からの行政に頑張ってほしいという声が多い。

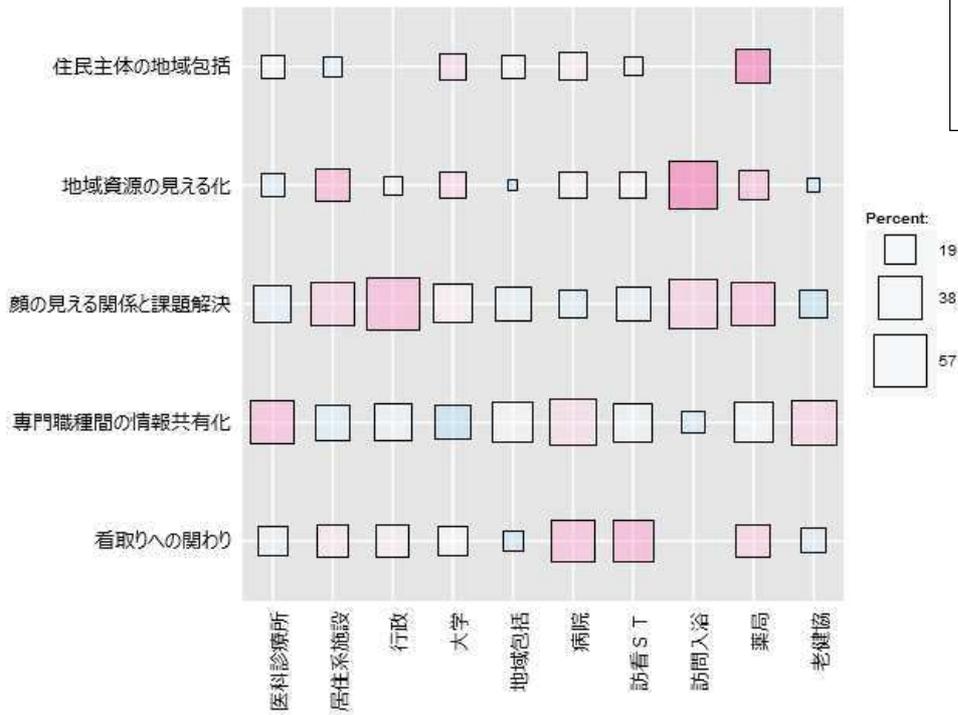
表6 所属別

	* 住民主体の 地域包括	* 地域資源の 見える化	* 顔の見える関 係と課題解決	* 専門職種間の 情報共有化	* 看取りへの 関わり	ケース数
医科診療所	28 (11.76%)	25 (10.50%)	66 (27.73%)	96 (40.34%)	41 (17.23%)	238
居住系施設	3 (7.89%)	9 (23.68%)	15 (39.47%)	10 (26.32%)	8 (21.05%)	38
行政	0 (0.00%)	1 (7.14%)	8 (57.14%)	4 (28.57%)	3 (21.43%)	14
大学	24 (14.55%)	25 (15.15%)	51 (30.91%)	42 (25.45%)	31 (18.79%)	165
地域包括	6 (10.91%)	1 (1.82%)	14 (25.45%)	19 (34.55%)	5 (9.09%)	55
病院	2 (15.38%)	2 (15.38%)	2 (15.38%)	6 (46.15%)	5 (38.46%)	13
訪問ST	2 (6.90%)	4 (13.79%)	7 (24.14%)	9 (31.03%)	10 (34.48%)	29
訪問入浴	0 (0.00%)	5 (50.00%)	5 (50.00%)	1 (10.00%)	0 (0.00%)	10
薬局	20 (25.00%)	15 (18.75%)	31 (38.75%)	26 (32.50%)	19 (23.75%)	80
老健協	0 (0.00%)	2 (3.64%)	9 (16.36%)	23 (41.82%)	7 (12.73%)	55
合計	85 (12.20%)	89 (12.77%)	208 (29.84%)	236 (33.86%)	129 (18.51%)	697
カイ2乗値	25.740**	31.560**	19.263*	15.959	17.029*	

表5 カテゴリーにかかる頻度

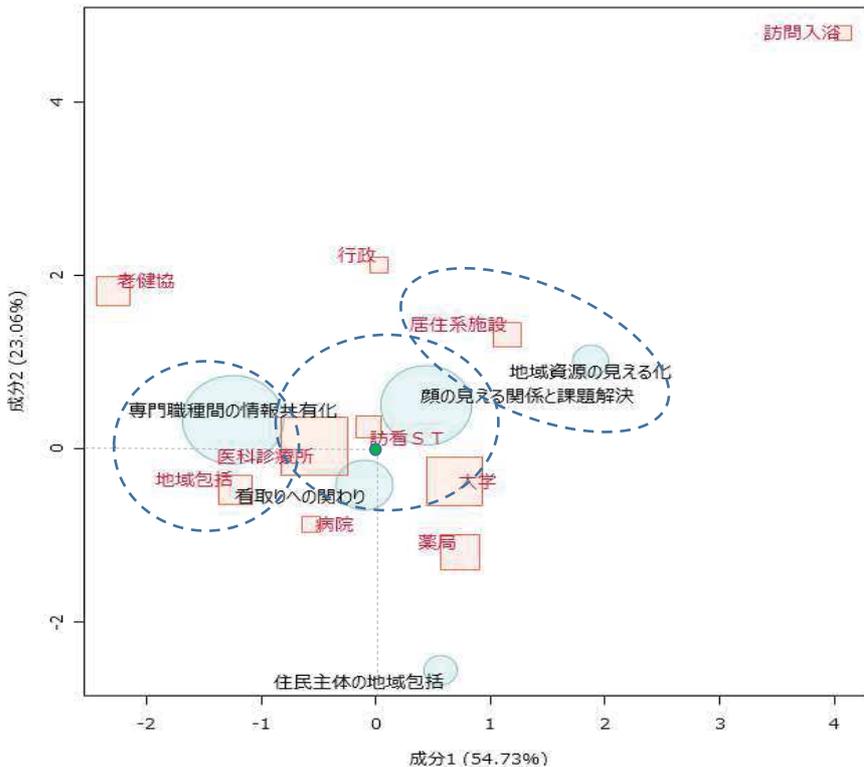
コード名	頻度	%
* 住民主体の地域包括	85	12.20%
* 地域資源の見える化	89	12.77%
* 顔の見える関係と課題解決	208	29.84%
* 専門職種間の情報共有化	236	33.86%
* 看取りへの関わり	129	18.51%
#コード無し (文書数)	324	46.48%
	697	

図29 クロス集計(所属別)



＜対応分析の読みとり方＞
 クロス集計により出た数値をバブルプロット形式(□)で図にしている。
 パーセンテージが高いものほど、□の大きさが大きくなっている。

図30 対応分析(所属別)



＜対応分析の読みとり方＞
 水色の○の位置は、原点に近いほど出現頻度が高いことを示している。
 水色の○の大きさは、話の量を表している。
 内容を示す水色の○の近くに布置された職種(赤の□)が、その内容を多く発言した職種と判断できる。

第4回 【これまでの話し合いと情報提供を受けて、改めて私たちが取り組むべきことについて具体案を決める(2)】

定性分析でカテゴリー化された討議内容

顔の見える関係と課題解決

互いに顔を知る、どこのだれかを知る、医療・介護連携の研修会や交流会の開催
小学校単位程度の集まり、集まったら具体的な内容・課題を検討

地域資源の「見える化」

施設の情報や体制、場所が分かる、情報がWebなどで見て分かる、相互に活用し
あえる情報、認知症の相談窓口

専門職種間の情報共有化

医療、介護情報の共有するシステムづくり、医療者のケア会議への参加、ケアマ
ネジャーへの医療情報提供、書式の共有化、歯科医師・薬剤師との情報共有

住民主体の地域包括

地域のリーダーやコーディネーターの必要性、民生委員や町内会との関わり
行政職OBの活躍、専門職による市民活動のバックアップ

看取りへの関わり

在宅、居住系施設での看取り実施、家族への看取りの説明、24時間体制、訪問看
護師の関わり、市民の死生観

第4回 取り組むべきことについて具
体案を決める(2)

「地域資源の見える化」「顔の見える関係と課題解決」
はすべての所属で発言が出ており、有意差がなし。歯
科診療所において専門職種との情報共有化を強く主
張している点は特徴的。看取りに関してはほぼすべ
ての所属において同意見と言える。

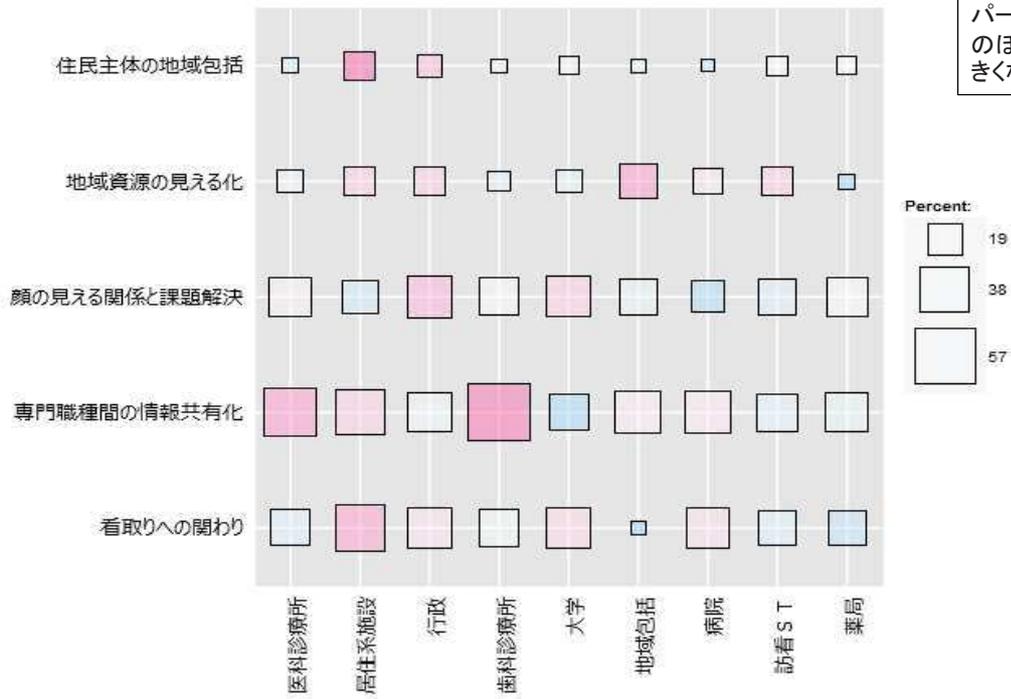
表7 カテゴリーにかかる頻度

コード名	頻度	%
* 住民主体の地域包括	63	6.60%
* 地域資源の見える化	113	11.83%
* 顔の見える関係と課題解決	262	27.43%
* 専門職種間の情報共有化	291	30.47%
* 看取りへの関わり	268	28.06%
#コード無し (文書数)	471	49.32%
	955	

表8 所属別

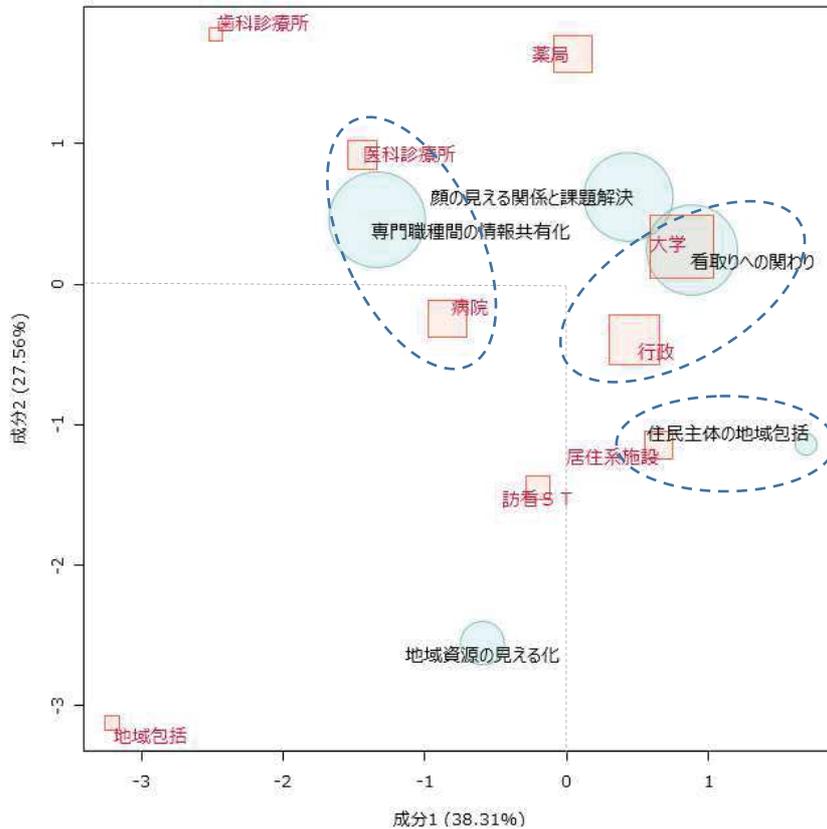
	* 住民主体の 地域包括	* 地域資源の 見える化	* 顔の見える関 係と課題解決	* 専門職種間の 情報共有化	* 看取りへの 関わり	ケース数
医科診療所	3 (3.85%)	8 (10.26%)	22 (28.21%)	33 (42.31%)	19 (24.36%)	78
居住系施設	11 (15.49%)	11 (15.49%)	15 (21.13%)	26 (36.62%)	28 (39.44%)	71
行政	17 (8.95%)	27 (14.21%)	62 (32.63%)	56 (29.47%)	57 (30.00%)	190
歯科診療所	1 (3.70%)	2 (7.41%)	7 (25.93%)	16 (59.26%)	7 (25.93%)	27
大学	16 (5.86%)	29 (10.62%)	83 (30.40%)	65 (23.81%)	83 (30.40%)	273
地域包括	1 (3.33%)	7 (23.33%)	7 (23.33%)	10 (33.33%)	1 (3.33%)	30
病院	3 (2.63%)	15 (13.16%)	21 (18.42%)	37 (32.46%)	35 (30.70%)	114
訪看 S T	4 (7.14%)	9 (16.07%)	13 (23.21%)	15 (26.79%)	13 (23.21%)	56
薬局	7 (6.03%)	5 (4.31%)	32 (27.59%)	33 (28.45%)	25 (21.55%)	116
合計	63 (6.60%)	113 (11.83%)	262 (27.43%)	291 (30.47%)	268 (28.06%)	955
カイ2乗値	15.902*	14.269	10.667	23.705**	18.804*	

図31 クロス集計(所属別)



＜対応分析の読みとり方＞
 クロス集計により出た数値をバブルプロット形式(□)で図にしている。
 パーセンテージが高いものほど、□の大きさが大きくなっている。

図32 対応分析(所属別)



＜対応分析の読みとり方＞
 水色の○の位置は、原点に近いほど出現頻度が高いことを示している。
 水色の○の大きさは、話の量を表している。
 内容を示す水色の○の近くに布置された職種(赤の□)が、その内容を多く発言した職種と判断できる。

第5回 【連携のための情報共有について】

定性分析でカテゴリー化された討議内容

情報共有化の難点

Facebook, LINEなどのSNS仕様のセキュリティ、ウイルスなどの注意点

情報共有化の有効利用

SNSやパソコン利用のよるつながりやすさ、利点

FAX・郵送・冊子の活用

FAXや電話などIT以外のツールの有効性

遠隔会議の活用

TV会議などを利用した遠隔での会議開催について

つながりラインやMMWINの活用

医療・介護に特化した情報共有ツールの活用

共通フォーマットの利用

各種書類、フォーマット、様式の共通利用

医療情報の取得

介護職側に医療情報が必要であってもつたわらない、わからない

第5回
連携のための情報共有について

ITやSNSを使った情報共有化の利点に関する話をしているのは、訪問看護、訪問入浴の所属、一方そのような情報共有化を難しいと感じている所属は医科診療所、行政、大学、地域包括という傾向が見られた。「共通フォーマットの利用」についてはおもったよりも少数意見だったため差が生じなかった。

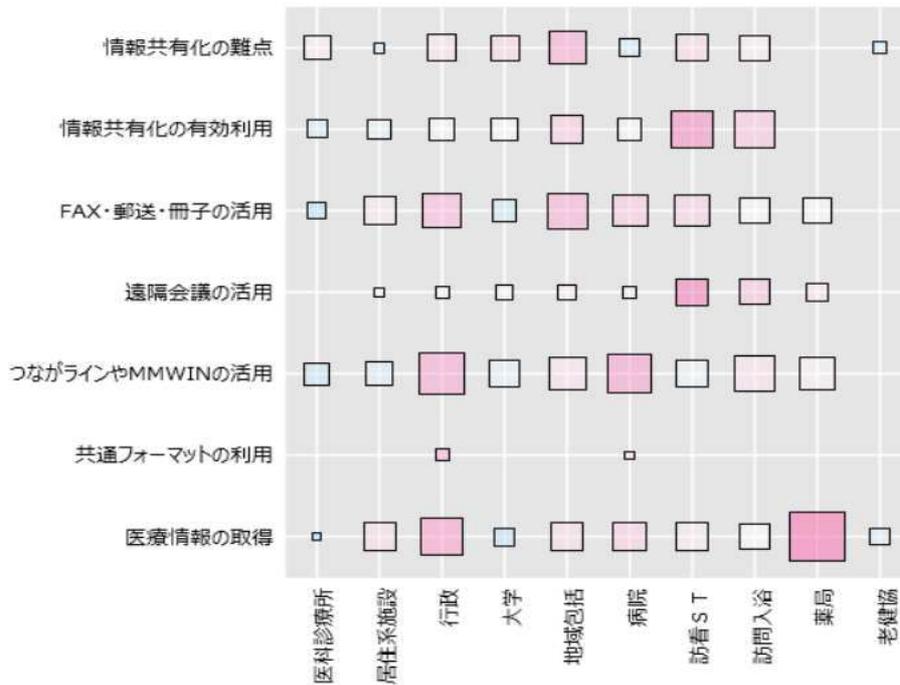
表10 所属別

	* 情報共有化の難点	* 情報共有化の有効利用	* FAX・郵送・冊子の活用	* 遠隔会議の活用	* つながりラインやMMWINの活用	* 共通フォーマットの利用	* 医療情報の取得	ケース数
医科診療所	9 (14.29%)	5 (7.94%)	4 (6.35%)	0 (0.00%)	8 (12.70%)	0 (0.00%)	1 (1.59%)	63
居住系施設	1 (2.50%)	4 (10.00%)	8 (20.00%)	1 (2.50%)	6 (15.00%)	0 (0.00%)	8 (20.00%)	40
行政	5 (17.24%)	4 (13.79%)	9 (31.03%)	1 (3.45%)	12 (41.38%)	1 (3.45%)	10 (34.48%)	29
大学	16 (16.00%)	13 (13.00%)	12 (12.00%)	5 (5.00%)	19 (19.00%)	0 (0.00%)	8 (8.00%)	100
地域包括	9 (26.47%)	7 (20.59%)	11 (32.35%)	2 (5.88%)	9 (26.47%)	0 (0.00%)	7 (20.59%)	34
病院	5 (7.58%)	8 (12.12%)	16 (24.24%)	2 (3.03%)	24 (36.36%)	1 (1.52%)	14 (21.21%)	66
訪問ST	5 (18.52%)	9 (33.33%)	7 (25.93%)	5 (18.52%)	5 (18.52%)	0 (0.00%)	5 (18.52%)	27
訪問入浴	1 (16.67%)	2 (33.33%)	1 (16.67%)	1 (16.67%)	2 (33.33%)	0 (0.00%)	1 (16.67%)	6
薬局	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (16.67%)	1 (8.33%)	3 (25.00%)	0 (0.00%)	7 (58.33%)	12
老健協	1 (3.85%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (7.69%)	26
合計	52 (12.90%)	52 (12.90%)	70 (17.37%)	18 (4.47%)	88 (21.84%)	2 (0.50%)	63 (15.63%)	403
カイ2乗値	17.043*	21.413*	25.645**	20.147*	27.699**	8.041	42.431**	

表9 カテゴリーにかかる頻度
コード名 頻度 %

* 情報共有化の難点	52	12.90%
* 情報共有化の有効利用	52	12.90%
* FAX・郵送・冊子の活用	70	17.37%
* 遠隔会議の活用	18	4.47%
* つながりラインやMMWINの活用	88	21.84%
* 共通フォーマットの利用	2	0.50%
* 医療情報の取得	63	15.63%
#コード無し (文書数)	230 403	57.07%

図33 クロス集計(所属別)



＜対応分析の読みとり方＞
 クロス集計により出た数値をバブルプロット形式(□)で図にしている。
 パーセンテージが高いものほど、□の大きさが大きくなっている。

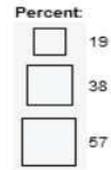
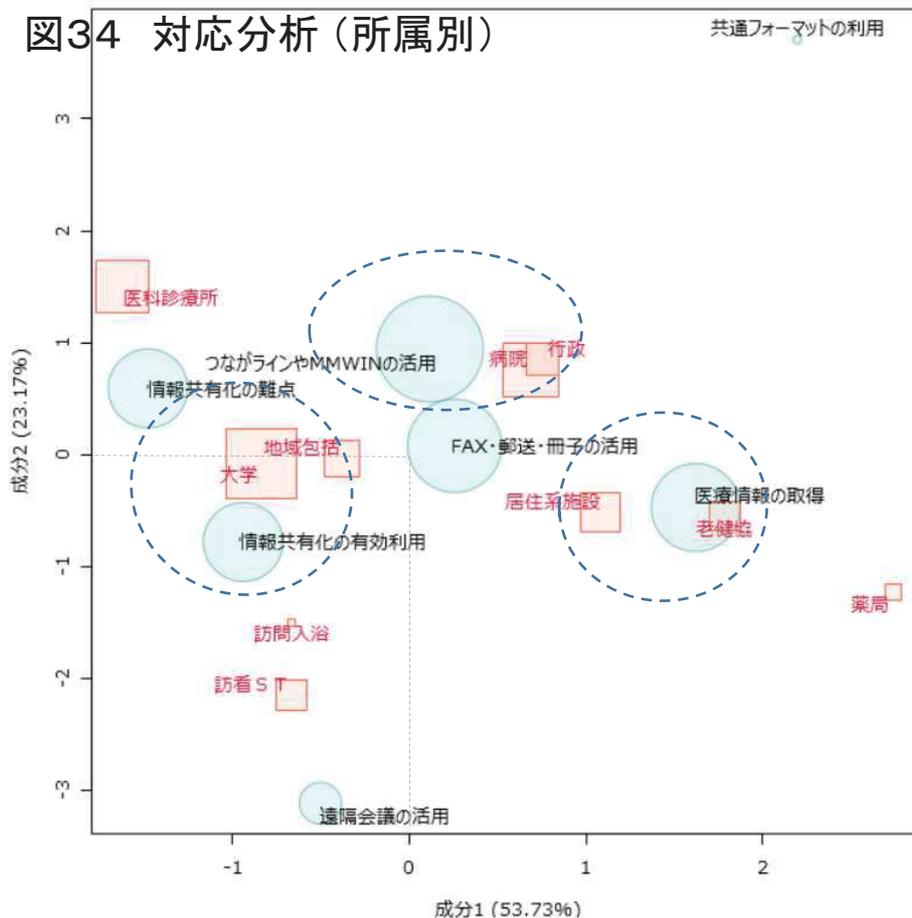


図34 対応分析(所属別)



＜対応分析の読みとり方＞
 水色の○の位置は、原点に近いほど出現頻度が高いことを示している。
 水色の○の大きさは、話の量を表している。
 内容を示す水色の○の近くに布置された職種(赤の□)が、その内容を多く発言した職種と判断できる。

第6回 【燕沢地区のモデル事業に自分達がどう関われるか】

定性分析でカテゴリー化された討議内容

解決型会議の開催

地域ケア会議や他会議で集まった場合、具体的なアクションプランを出せるような開催が必要

ケア会議の認識

開催するケア会議の認識を明確にする

個人情報保護の困難

地域で収集する個人情報についての難しさ

連携職種の会議参加

特に医師、歯科医師、薬剤師の会議参加の必要性

認知症対応の取り組み

認知症の地域への啓発、認知症をつなぐ医師の存在、認知症患者に対する多職種の関わり、認知症の相談窓口や拠点の整備

第6回 燕沢地区のモデル事業に自分達がどう関われるか

GH協会、ケアマネジャー、行政、地域包括支援センター、薬剤師会では研修会や会議の開催においては、症例や具体例など解決した内容を小規模(小学校)単位で検討すべきという意見が見られた。地域の情報を収集する困難さ(個人情報保護)については行政、地域包括支援センターが発言している。連携職種間の会議参加の重要性についてはGH協会、介護ネットワーク、歯科医師会、老福協で発言が見られた

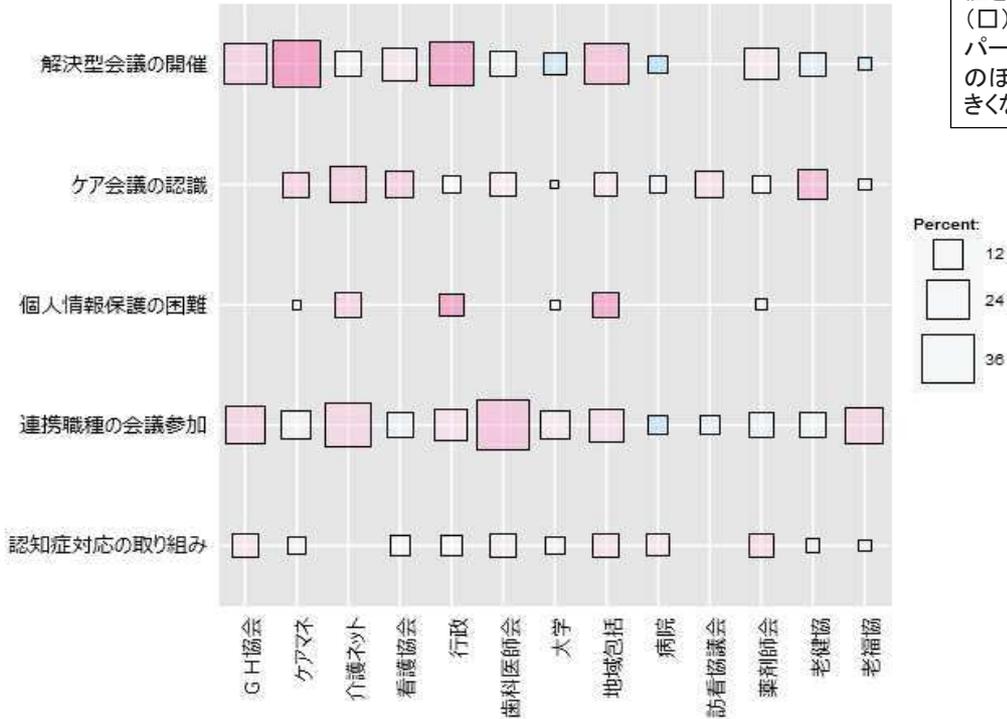
表12 団体別

	* 解決型会議の開催	* ケア会議の認識	* 個人情報保護の困難	* 連携職種の会議参加	* 認知症対応の取り組み	ケース数
G H協会	8 (24.24%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	7 (21.21%)	3 (9.09%)	33
ケアマネ	27 (31.76%)	8 (9.41%)	1 (1.18%)	10 (11.76%)	4 (4.71%)	85
介護ネット	1 (9.09%)	2 (18.18%)	1 (9.09%)	3 (27.27%)	0 (0.00%)	11
看護協会	9 (16.36%)	6 (10.91%)	0 (0.00%)	5 (9.09%)	3 (5.45%)	55
行政	29 (27.62%)	5 (4.76%)	8 (7.62%)	15 (14.29%)	6 (5.71%)	105
歯科医師会	1 (9.09%)	1 (9.09%)	0 (0.00%)	4 (36.36%)	1 (9.09%)	11
大学	17 (7.23%)	2 (0.85%)	3 (1.28%)	29 (12.34%)	12 (5.11%)	235
地域包括	14 (25.45%)	4 (7.27%)	5 (9.09%)	9 (16.36%)	5 (9.09%)	55
病院	11 (4.64%)	9 (3.80%)	0 (0.00%)	12 (5.06%)	17 (7.17%)	237
訪看協議会	0 (0.00%)	2 (10.53%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	0 (0.00%)	19
薬剤師会	17 (15.18%)	5 (4.46%)	2 (1.79%)	10 (8.93%)	10 (8.93%)	112
老健協	6 (8.45%)	9 (12.68%)	0 (0.00%)	7 (9.86%)	2 (2.82%)	71
老福協	1 (2.08%)	1 (2.08%)	0 (0.00%)	9 (18.75%)	1 (2.08%)	48
合計	141 (13.09%)	54 (5.01%)	20 (1.86%)	121 (11.23%)	64 (5.94%)	1077
カイ2乗値	89.054**	34.388**	47.700**	29.274**	9.16	

表11 カテゴリにかかる頻度

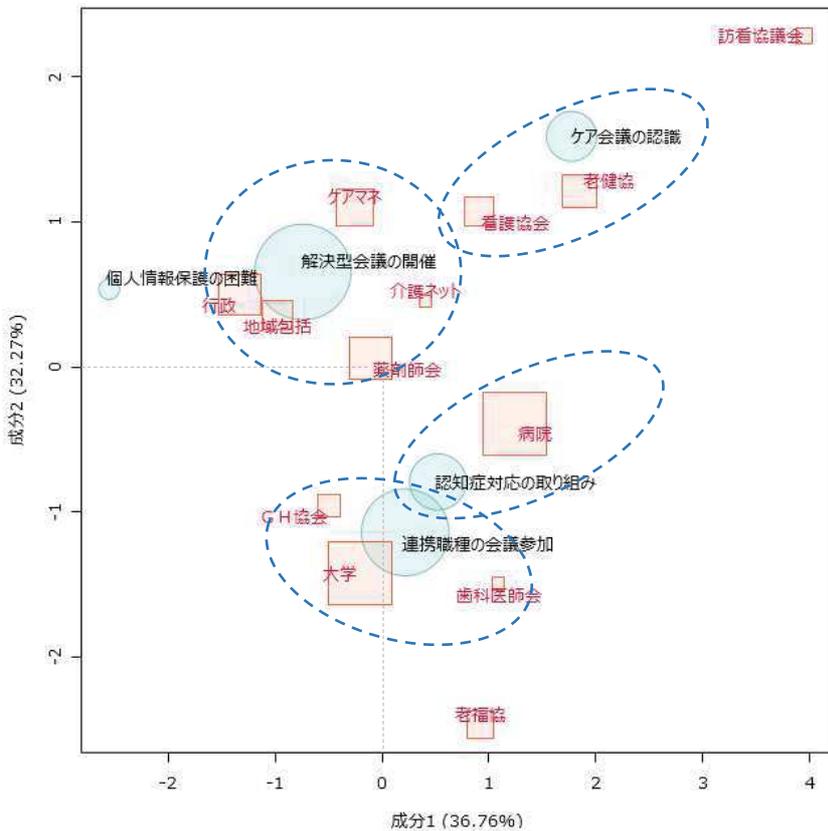
コード名	頻度	%
* 解決型会議の開催	141	13.09%
* ケア会議の認識	54	5.01%
* 個人情報保護の困難	20	1.86%
* 連携職種の会議参加	121	11.23%
* 認知症対応の取り組み	64	5.94%
#コード無し	805	74.74%
(文書数)	1077	

図35 クロス集計(団体別)



<対応分析の読みとり方>
 クロス集計により出た数値をバブルプロット形式(□)で図にしている。
 パーセンテージが高いものほど、□の大きさが大きくなっている。

図36 対応分析(所属別)



<対応分析の読みとり方>
 水色の○の位置は、原点に近いほど出現頻度が高いことを示している。
 水色の○の大きさは、話の量を表している。
 内容を示す水色の○の近くに布置された職種(赤の□)が、その内容を多く発言した職種と判断できる。

第7回 【最期まで在宅で過ごせるといふのを市民にどう伝えていくか：各職種でできること】

定性分析でカテゴリー化された討議内容

24時間対応の実施

24時間の往診、24時間対応の訪問看護

相談や資源の準備

社会資源の相談窓口の設置、サ高住等の整備、地域の施設との連携

介護サービス内容の説明

訪看、ケアマネによる介護サービス説明の必要性

在宅看取りと説明

看取り、死に関する過程の説明、死に関する学び

広報・周知の工夫

在宅医療・介護の理念の啓発、在宅医療のメディアでの発信、市民フォーラムの開催、ドラマや映画での配信、認知症カフェ

若手医師への在宅教育

在宅医療の教育、若手医師等への在宅医療・介護の教育

第7回 最期まで在宅で過ごせるといふのを市民にどう伝えていくか：各職種でできること

24時間対応の重要性はほぼすべての職種間で共通の内容と考えている。看護師や施設長・管理者は医師に対して家族への看取りの説明を望んでいる。

表13 カテゴリーにかかる頻度

コード名	頻度	パーセント
* 24時間対応の実施	135	18.83%
* 相談や資源の準備	38	5.30%
* 介護サービス内容の説明	26	3.63%
* 在宅看取りと説明	68	9.48%
* 広報・周知の工夫	83	11.58%
* 若手医師への在宅教育	94	13.11%
#コード無し (文書数)	425	59.27%
	717	

表14 職種別

	* 24時間対応の実施	* 相談や資源の準備	* 介護サービス内容の説明	* 在宅看取りと説明	* 広報・周知の工夫	* 若手医師への在宅教育	ケース数
MSW	7 (28.00%)	4 (16.00%)	3 (12.00%)	7 (28.00%)	1 (4.00%)	4 (16.00%)	25
PT	4 (40.00%)	0 (0.00%)	1 (10.00%)	1 (10.00%)	1 (10.00%)	1 (10.00%)	10
医師	51 (20.16%)	19 (7.51%)	12 (4.74%)	20 (7.91%)	34 (13.44%)	42 (16.60%)	253
看護師	14 (18.18%)	1 (1.30%)	1 (1.30%)	19 (24.68%)	10 (12.99%)	13 (16.88%)	77
宮城県	11 (25.58%)	0 (0.00%)	2 (4.65%)	2 (4.65%)	8 (18.60%)	2 (4.65%)	43
研究・教育	24 (21.62%)	7 (6.31%)	1 (0.90%)	9 (8.11%)	9 (8.11%)	7 (6.31%)	111
施設長・管理者	6 (9.68%)	4 (6.45%)	5 (8.06%)	8 (12.90%)	13 (20.97%)	4 (6.45%)	62
歯科医	2 (15.38%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (7.69%)	4 (30.77%)	13
相談員	1 (4.17%)	2 (8.33%)	0 (0.00%)	1 (4.17%)	0 (0.00%)	2 (8.33%)	24
薬剤師	15 (15.15%)	1 (1.01%)	1 (1.01%)	1 (1.01%)	6 (6.06%)	15 (15.15%)	99
合計	135 (18.83%)	38 (5.30%)	26 (3.63%)	68 (9.48%)	83 (11.58%)	94 (13.11%)	717
カイ2乗値	14.222	18.773*	17.589*	44.115**	17.431*	17.963*	

図35 クロス集計(職種別)

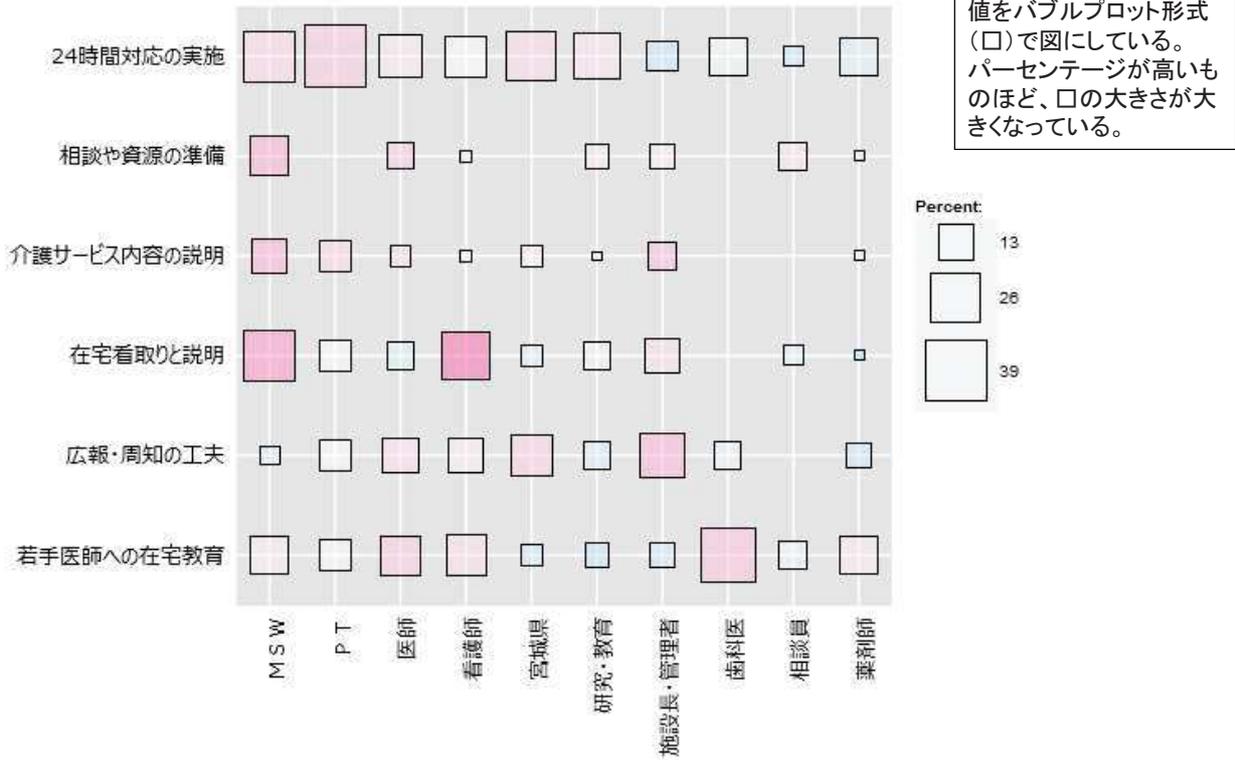
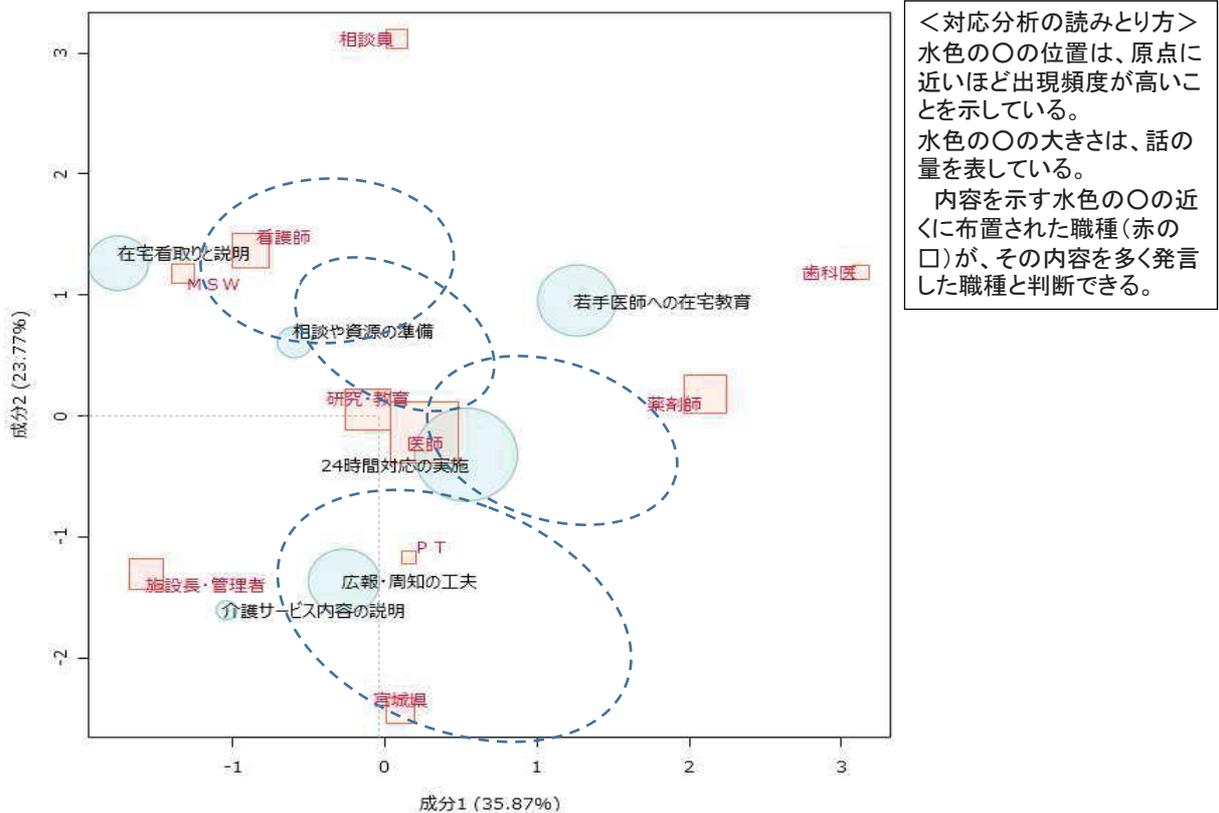


図36 対応分析(職種別)



第8回 【市民フォーラム開催を通して市民への普及啓発を考えよう】

定性分析でカテゴリー化された討議内容

メディア等を使った啓発

映像、音楽、新聞等を使用したアピール

専門職種からの講演

各職種からの在宅医療・介護に関する講演

体験的な啓発

在宅介護等に関する用品、食事等の体験的な参加と啓発

アンケート等の実施

アンケートを事前に実施し、質問などの内容を聞きとる

事例・体験談の紹介

在宅医療・介護の体験者からの体験談の紹介

相談会などの実施

薬や認知症などの相談会の実施

パンフレットや資料の配布

パンフレットやリーフレットの配布やブースの設置

第8回 市民フォーラム開催を通して市民への普及啓発を考えよう

専門職種から市民にむけた講演を提案しているのは、医師会、看護協会、GH協会、地域包括、病院であった。市民に参加してもらう体験による啓発については、病院、歯科医師会、地域包括支援センターで発言が見られた。事例・体験談の紹介、相談会の実施については、大学や行政、病院からの提案が見られた。

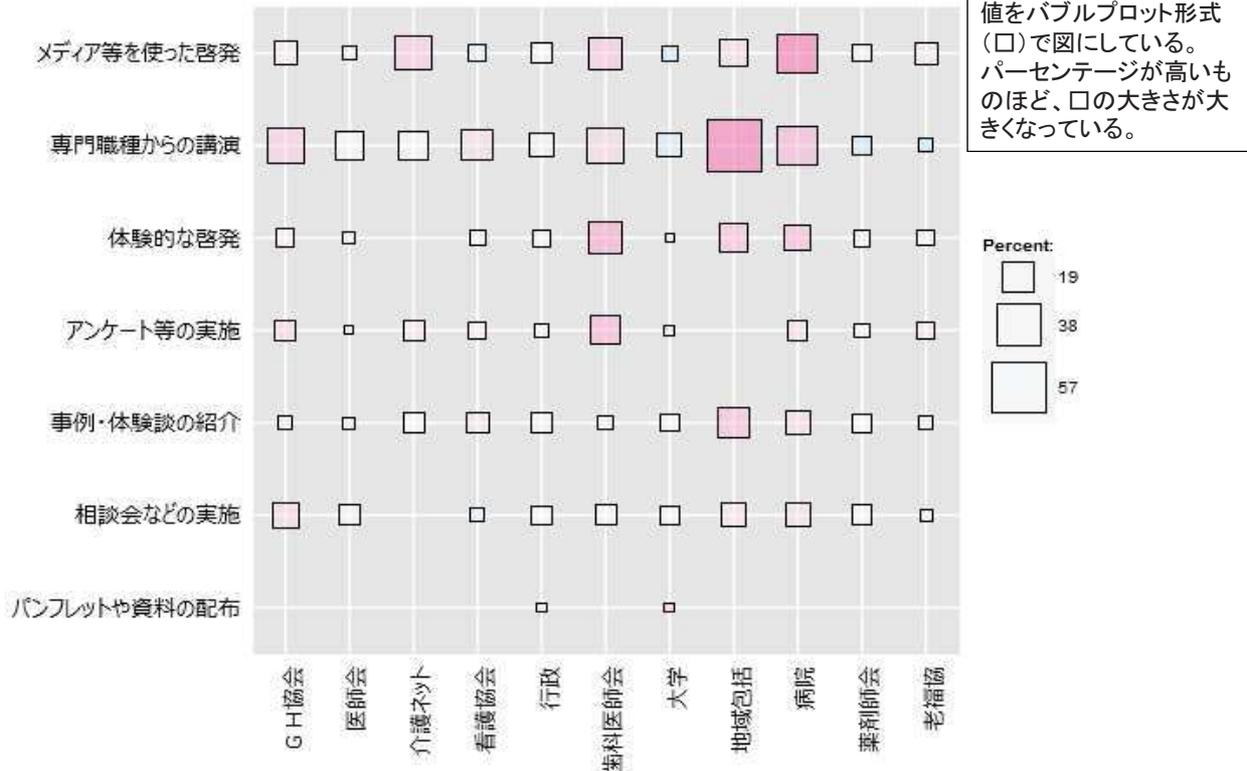
表16 団体別

	*メディア等を使った啓発	*専門職種からの講演	*体験的な啓発	*アンケート等の実施	*事例・体験談の紹介	*相談会などの実施	*パンフレットや資料の配布数	ケー
GH協会	5 (10.87%)	12 (26.09%)	3 (6.52%)	4 (8.70%)	2 (4.35%)	6 (13.04%)	0 (0.00%)	46
医師会	3 (4.41%)	11 (16.18%)	2 (2.94%)	1 (1.47%)	2 (2.94%)	6 (8.82%)	0 (0.00%)	68
介護ネット	3 (25.00%)	2 (16.67%)	0 (0.00%)	1 (8.33%)	1 (8.33%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	12
看護協会	6 (5.66%)	21 (19.81%)	5 (4.72%)	6 (5.66%)	10 (9.43%)	4 (3.77%)	0 (0.00%)	106
行政	4 (8.00%)	6 (12.00%)	3 (6.00%)	2 (4.00%)	4 (8.00%)	4 (8.00%)	1 (2.00%)	50
歯科医師会	5 (21.74%)	6 (26.09%)	5 (21.74%)	4 (17.39%)	1 (4.35%)	2 (8.70%)	0 (0.00%)	23
大学	13 (4.53%)	34 (11.85%)	5 (1.74%)	6 (2.09%)	20 (6.97%)	23 (8.01%)	6 (2.09%)	287
地域包括	4 (16.67%)	14 (58.33%)	4 (16.67%)	0 (0.00%)	5 (20.83%)	3 (12.50%)	0 (0.00%)	24
病院	16 (31.37%)	16 (31.37%)	7 (13.73%)	4 (7.84%)	6 (11.76%)	6 (11.76%)	0 (0.00%)	51
薬剤師会	8 (6.56%)	9 (7.38%)	7 (5.74%)	5 (4.10%)	9 (7.38%)	10 (8.20%)	0 (0.00%)	122
老福協	8 (10.67%)	3 (4.00%)	4 (5.33%)	5 (6.67%)	3 (4.00%)	2 (2.67%)	0 (0.00%)	75
合計	75 (8.68%)	134 (15.51%)	45 (5.21%)	38 (4.40%)	63 (7.29%)	66 (7.64%)	7 (0.81%)	864
カイ2乗値	54.434**	67.953**	35.306**	20.626*	12.832	10.096	11.04	

表15 カテゴリにかかる頻度

コード名	頻度	パーセント
*メディア等を使った啓発	75	8.68%
*専門職種からの講演	134	15.51%
*体験的な啓発	45	5.21%
*アンケート等の実施	38	4.40%
*事例・体験談の紹介	63	7.29%
*相談会などの実施	66	7.64%
*パンフレットや資料の配布	7	0.81%
#コード無し	580	67.13%
(文書数)	864	

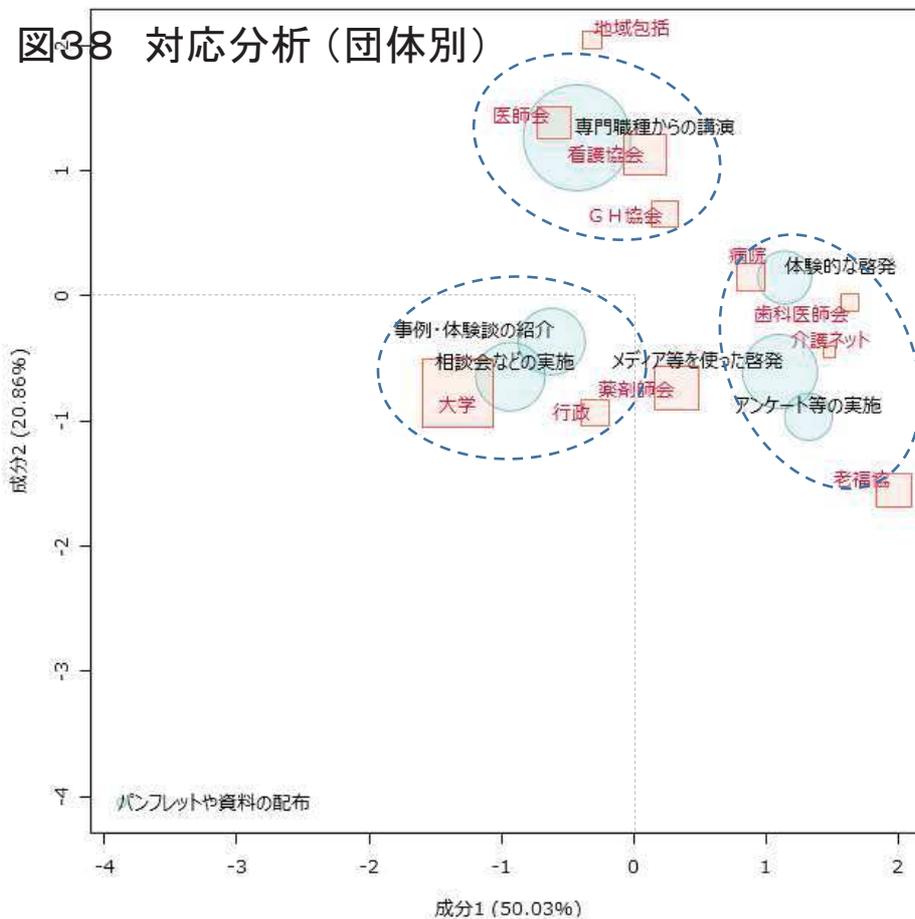
図37 クロス集計(団体別)



＜対応分析の読みとり方＞
 クロス集計により出た数値をバブルプロット形式(□)で図にしている。パーセンテージが高いものほど、□の大きさが大きくなっている。

Percent:
 □ 19
 □ 38
 □ 57

図38 対応分析(団体別)



＜対応分析の読みとり方＞
 水色の○の位置は、原点に近いほど出現頻度が高いことを示している。水色の○の大きさは、話の量を表している。
 内容を示す水色の○の近くに布置された職種(赤の□)が、その内容を多く発言した職種と判断できる。

第9回 【行政への提言内容について】

定性分析でカテゴリー化された討議内容

各団体が集まる場の継続

連携の継続、顔を合わせる機会の継続

多職種連携の研修会開催

他職種による研修会の開催 地域包括ケア会議の必要性

人材育成支援

人材(特に介護職)の育成、看護職の研修、養成プログラム

地域づくり

地域を引っ張る核となるリーダーの存在、行政によるバックアップ

資源把握・配置と運用

地域の把握やリサーチの実施、予算立て、人員の適正配置

普及啓発活動の継続

市民向けの窓口、病院や施設が安心という幻想の払拭、看取る覚悟

第9回
行政への提言内容について

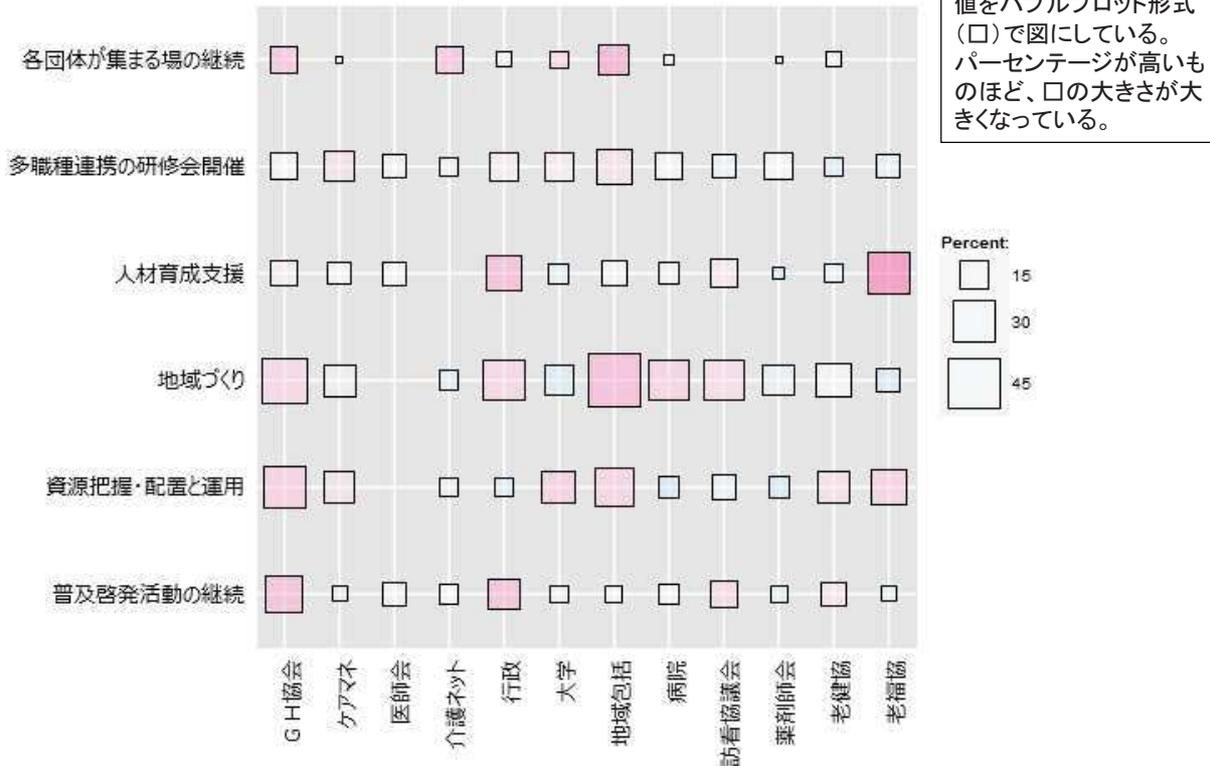
表17 カテゴリーにかかる頻度
コード名 頻度 %

コード名	頻度	%
*各団体が集まる場の継続	22	2.96%
*多職種連携の研修会開催	96	12.92%
*人材育成支援	69	9.29%
*地域づくり	148	19.92%
*資源把握・配置と運用	99	13.32%
*普及啓発活動の継続	52	7.00%
#コード無し (文書数)	416	55.99%
	743	

表18 団体別

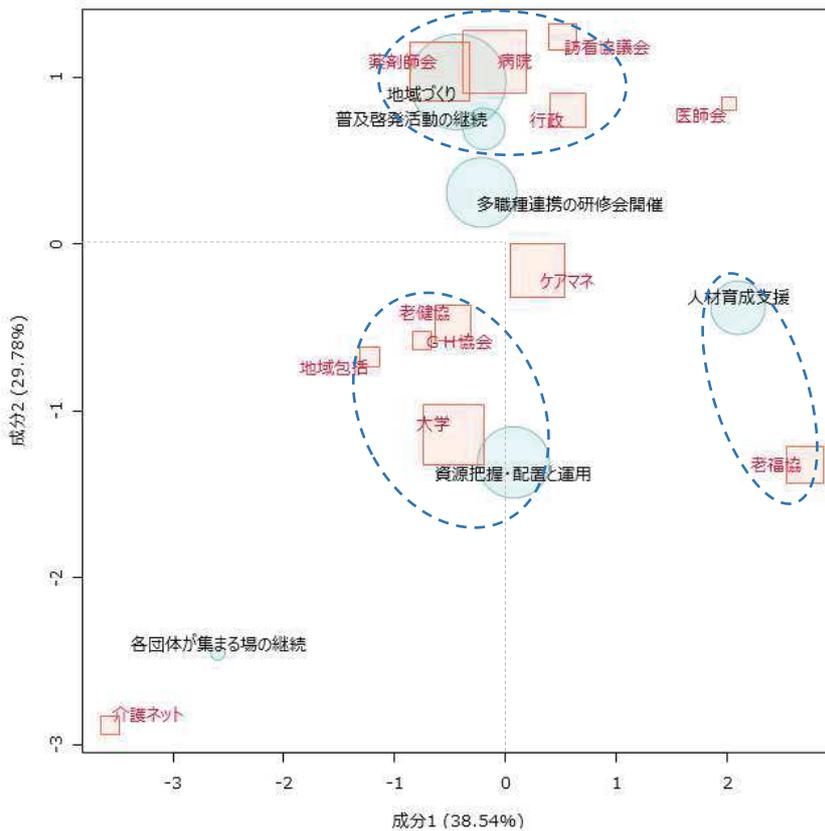
	*各団体が集まる場の継続	*多職種連携の研修会開催	*人材育成支援	*地域づくり	*資源把握・配置と運用	*普及啓発活動の継続	ケース数
GH協会	2 (11.76%)	2 (11.76%)	2 (11.76%)	6 (35.29%)	5 (29.41%)	4 (23.53%)	17
ケアマネ	1 (0.96%)	17 (16.35%)	9 (8.65%)	18 (17.31%)	17 (16.35%)	4 (3.85%)	104
医師会	0 (0.00%)	1 (9.09%)	1 (9.09%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (9.09%)	11
介護ネット	2 (12.50%)	1 (6.25%)	0 (0.00%)	1 (6.25%)	1 (6.25%)	1 (6.25%)	16
行政	2 (4.17%)	7 (14.58%)	10 (20.83%)	14 (29.17%)	3 (6.25%)	8 (16.67%)	48
大学	7 (5.30%)	19 (14.39%)	9 (6.82%)	19 (14.39%)	25 (18.94%)	7 (5.30%)	132
地域包括	3 (15.79%)	4 (21.05%)	2 (10.53%)	9 (47.37%)	5 (26.32%)	1 (5.26%)	19
病院	2 (1.44%)	18 (12.95%)	11 (7.91%)	36 (25.90%)	11 (7.91%)	9 (6.47%)	139
訪看協議会	0 (0.00%)	3 (9.68%)	4 (12.90%)	9 (29.03%)	3 (9.68%)	4 (12.90%)	31
薬剤師会	1 (0.81%)	16 (12.90%)	3 (2.42%)	21 (16.94%)	9 (7.26%)	6 (4.84%)	124
老健協	2 (4.00%)	3 (6.00%)	3 (6.00%)	10 (20.00%)	9 (18.00%)	5 (10.00%)	50
老福協	0 (0.00%)	5 (9.62%)	15 (28.85%)	5 (9.62%)	11 (21.15%)	2 (3.85%)	52
合計	22 (2.96%)	96 (12.92%)	69 (9.29%)	148 (19.92%)	99 (13.32%)	52 (7.00%)	743
カイ2乗値	30.925**	6.294	42.388**	30.532**	27.015**	20.471*	

図39 クロス集計(団体別)



＜対応分析の読みとり方＞
 クロス集計により出た数値をバブルプロット形式(□)で図にしている。パーセンテージが高いものほど、□の大きさが大きくなっている。

図40 対応分析(団体別)



＜対応分析の読みとり方＞
 水色の○の位置は、原点に近いほど出現頻度が高いことを示している。
 水色の○の大きさは、話の量を表している。
 内容を示す水色の○の近くに布置された職種(赤の□)が、その内容を多く発言した職種と判断できる。

3. 仙台医療介護連携の会報告

(2) 最期までお家で生活 市民フォーラム開催結果から

在宅医療普及啓発を目的として、平成 25 年と平成 27 年の 2 回に渡り市民フォーラムを開催した。平成 27 年度は、第 8 回仙台医療介護連携の会の意見を踏まえてプログラムを構成し、当日は、各団体の人的協力を得て開催した。

①開催概要

日時：平成 27 年 10 月 9 日（金） 11:30~16:30

場所：仙台サンプラザホール

参加人数：646 名

②プログラム

プログラム開始前後は、ホール内とホール外各々にプログラムを実施した。

《ホール内》

時 間	内 容
11：30～ 12：30	【ビデオ上映】 ○在宅療養支援歯科診療所紹介ビデオ （平成 22 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業） 「歯医者も家にやってくる」 ○鶴ヶ谷サポーター養成講座教材ビデオ （鶴ヶ谷地域包括支援センター制作） パート 1「鶴ヶ谷サポーター養成講座～参集の巻～」 パート 2「鶴ヶ谷サポーター養成講座～出陣の巻～」
12：30～ 12：35	【開会の挨拶】 一般社団法人仙台市医師会 副会長 青沼内科医院 院長 青沼 清一様
12：35～ 13：35	【第 1 部 講演】 「最期までお家で生活するために」 講師 川島 孝一郎（仙台往診クリニック 院長）
13：35～ 13：50	休憩
13：50～ 14：10	【ステージ発表】 公益社団法人 認知症の人と家族の会 宮城県支部「翼合唱団」
14：15～ 15：25	【第 2 部 在宅医療Q&A】 スライド映像による在宅医療入門編 在宅医療って？ あなたの質問に専門職がお答えします。 在宅療養支援マップ「つながりライン」のご紹介
15：25～ 15：30	【閉会の挨拶】 東北大学大学院歯学研究科 副研究科長 東北大学災害科学国際研究所 教授 小坂 健様

《ホール外》

時 間	内 容
11:30～ 12:30	展示、相談コーナー ①一般社団法人 仙台歯科医師会 歯科医師が歯と口の相談に応じます！ 口腔ケア用品の展示説明 訪問歯科診療紹介DVD「歯医者も家にやってくる」の上映 ②公益社団法人 宮城県栄養士会 栄養士が栄養の相談に応じます！ 嚥下食（飲み込みが困難になった時の食形態）の試食 訪問栄養指導の紹介 ③一般社団法人 日本福祉用具供給協会 宮城県ブロック 福祉用具専門相談員が福祉用具の相談に応じます！ 福祉用具の展示説明 ④一般社団法人 宮城県理学療法士会 理学療法士がリハビリのことや、楽な介護の方法などの相談に応じます！ ⑤つながりライン 地域の一般市民の皆様と医療介護福祉施設の連携のための、インターネットを使ったツールです。 パソコンを実際に操作して、施設を検索する体験ができます！
12:30～ 15:30	ホール内にて講演を行っております。 ホール外の展示・相談コーナーはお休みとなります。
15:30～ 16:00	展示、相談コーナー ※内容は 11:30～12:30 と同様です。 ①一般社団法人 仙台歯科医師会 ②公益社団法人 宮城県栄養士会 ③一般社団法人 日本福祉用具供給協会 宮城県ブロック ④一般社団法人 宮城県理学療法士会 ⑤つながりライン

③登壇者

【第1部】

川島 孝一郎 仙台往診クリニック 院長

厚生労働省「終末期医療に関する意識調査等検討会」委員 等

【第2部】

折腹 実己子 介護老人福祉施設 特別養護老人ホームパルシア 施設長

燕沢地域包括支援センター 所長、

仙台市地域包括支援センター連絡協議会 会長 等

3. 仙台医療介護連携の会報告

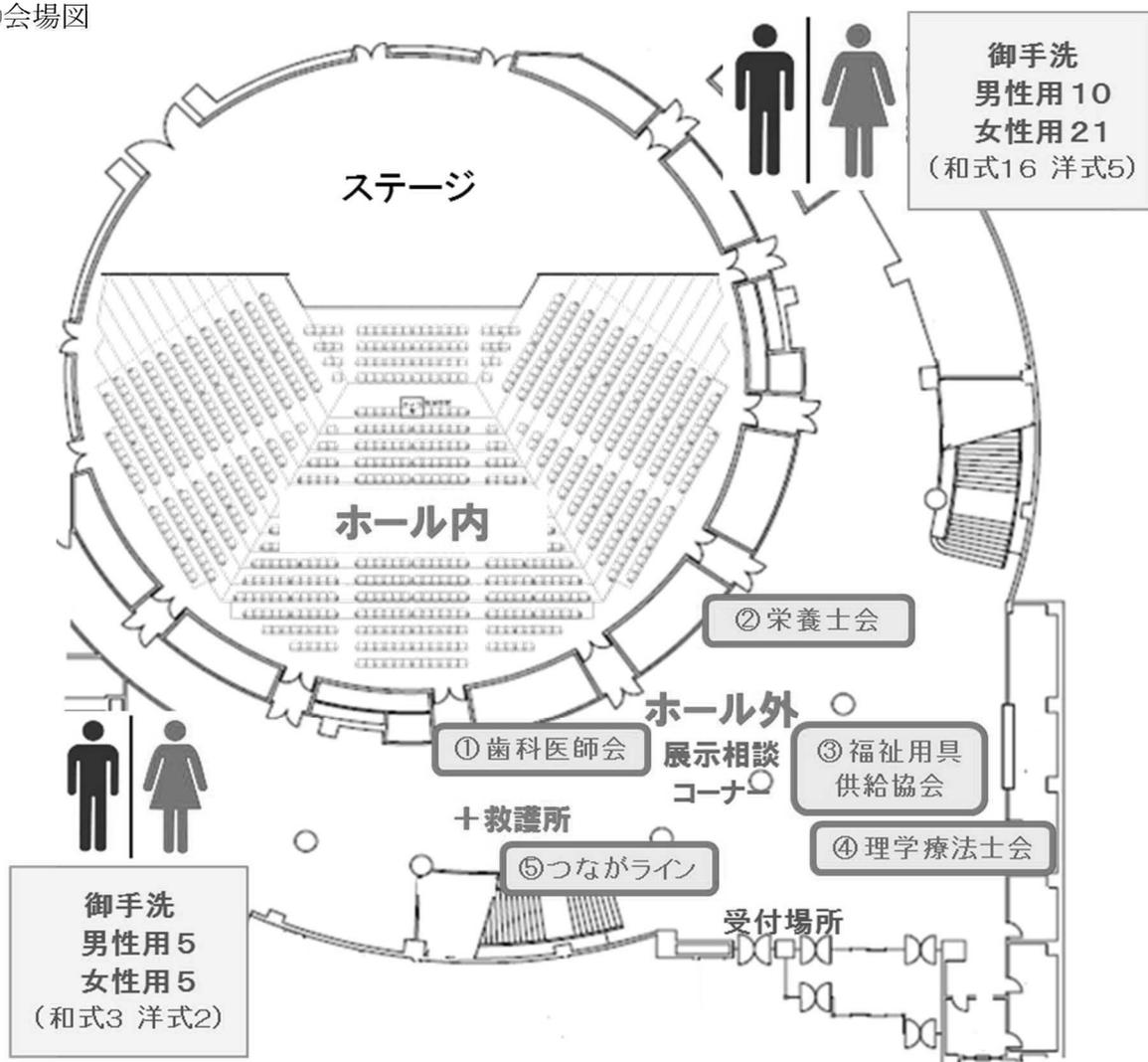
森川 昭正 株式会社メディカルブリエ 代表取締役

一般社団法人仙台市薬剤師会 副会長 等

松浦 千春 社会福祉法人宮城ろうふく会 あきう訪問看護ステーション所長

宮城県訪問看護ステーション連絡協議会 会長 等

④会場図



最期までお家で生活 市民フォーラム ご報告

平成27年10月9日(金)11:30~16:00 仙台サンプラザホール

参加者646名!



展示 仙台歯科医師会様

続々と参加者が入場! 早い時間からたくさんの方においでいただきました!

市民の方より「歯医者さんも家に来てくれるんだね」との声。まだまだ市民の方への普及啓発が必要です。「これは何に使うものなの?」口腔ケアグッズにも興味津々!



展示 日本福祉用具供給協会宮城県ブロック様 宮城県理学療法士会様

たくさん用意していたパンフレットが、あっという間になくなりました! 展示では、「これはどうやって使うの?」「こうやって使うと楽に移動できますよ!」「ああ、歩きやすいね!」という感じで、実際の福祉用具を使いながら説明を聞くことができ、大満足!



展示 宮城県栄養士会様

展示 つながりライン

「トロミをどうして付けるの?」医療介護職が普通に思っていることは、市民の皆様にとっては普通のことではないのです。説明を受けて試食しサンプルのお土産をもらい勉強になりました!

「介護が必要になった時のためにどんな施設があるか知りたいの」と真剣!



DVD上映

開会

第1部 講演

休憩

ホール内ではDVD上映後、青沼先生のご挨拶でスタート! 講演「最期までお家で生活するために」を、とても熱心に聞いてくださいました。自分が最期までどう生きるかを、あらためて考える機会になったようです。

休憩に入り、ホッと一息! いっぱい来たねー!



ステージ発表 翼合唱団様

ポスターの素敵なイラストを描いてくださった叶様に感謝!

アンケートには「声がよく出ていてビックリした。」「とても感動した。」「歌う姿を見て涙が出てきた。」等の感想をいただきました。認知症になっても安心して暮らせる地域を皆で目指したいと思います!



第2部 在宅医療のQ&A

閉会

事例を通した基本的な在宅医療介護の説明後、折腹様、森川様、松浦様に質問への回答をしていただきました!

小坂先生のご挨拶で閉会!

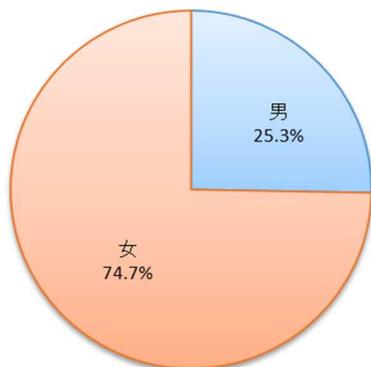
皆様のおかげで会が無事盛況のうちに終了! 皆様のご協力に、心より御礼申し上げます。

3. 仙台医療介護連携の会報告

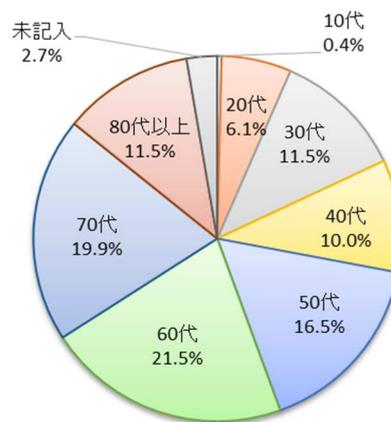
⑤最期までお家で生活 市民フォーラムアンケート結果から

在宅医療に対する市民の意識の変化を調査するために、フォーラム開始前後でアンケートを実施した。

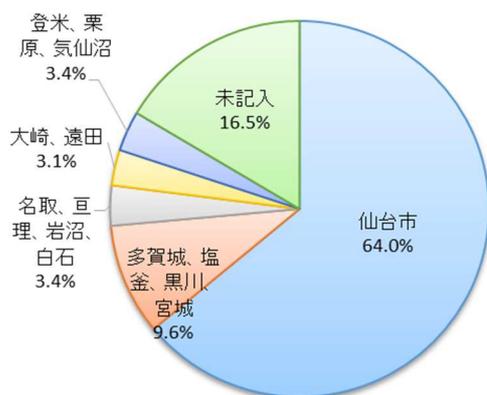
男女別割合 (n=261)



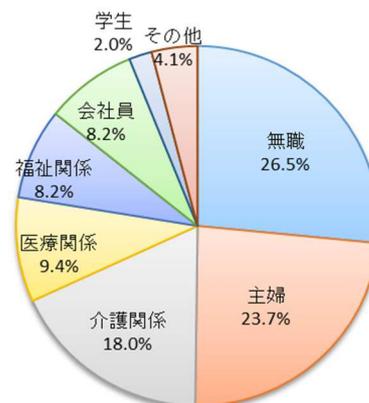
年代別割合 (n=261)



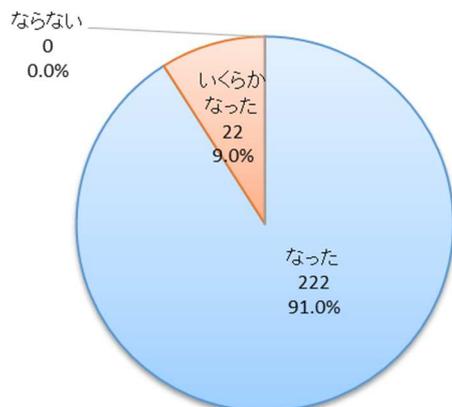
地域別割合 (n=261)



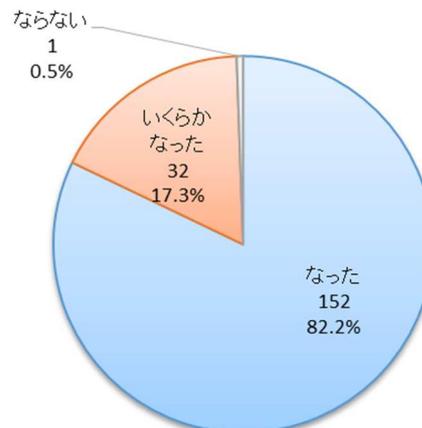
職業 (n=245)



講演「最期までお家で生活するために」は参考になりましたか (n=244)

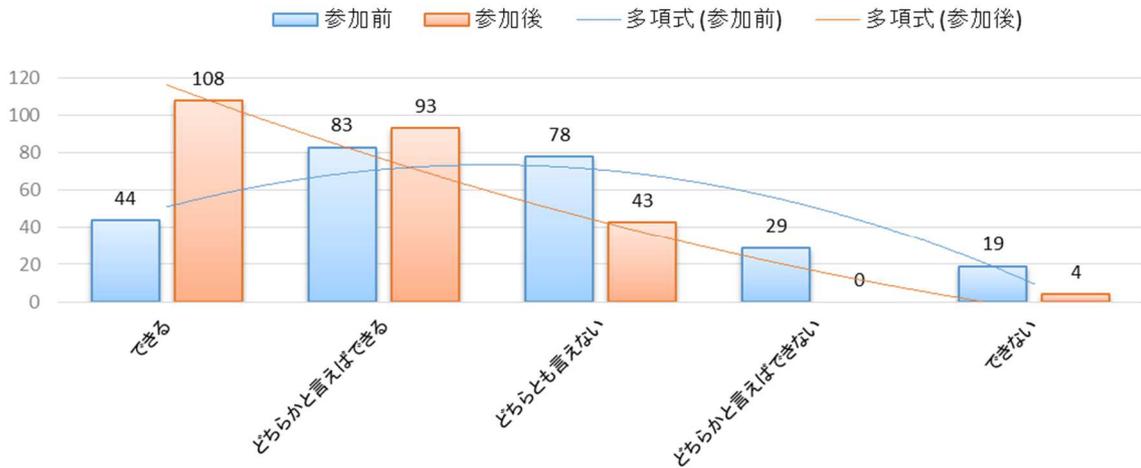


「在宅医療Q&A」は参考になりましたか (n=185)



5) 会議内容の結果 (2) 最期までお家で生活 市民フォーラム開催結果から

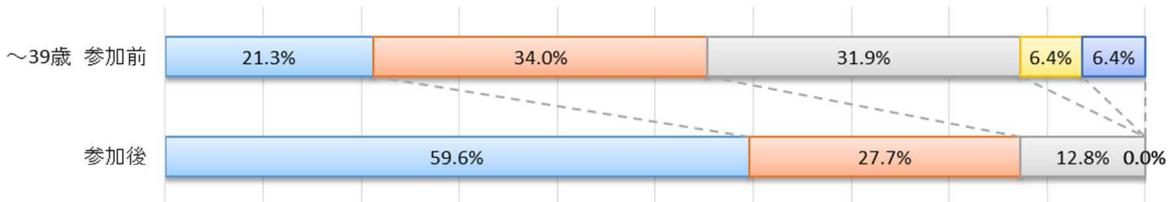
最期までお家で生活することができますか(全体の前後変化)



最期までお家で生活することができますか 参加前後の変化

□ できる □ どちらかと言えばできる □ どちらとも言えない □ どちらかと言えばできない □ できない

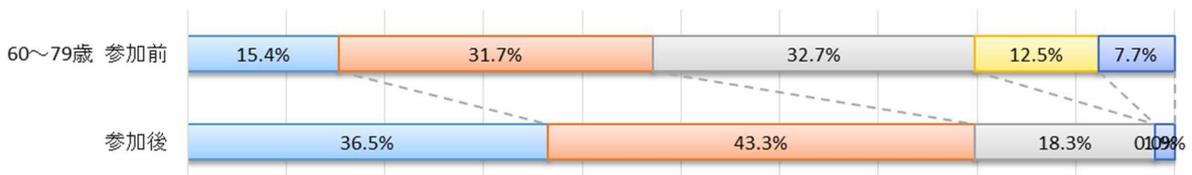
～39歳 (n=47)



40～59歳 (n=63)



60～79歳 (n=104)



80歳以上 (n=25)



3. 仙台医療介護連携の会報告

市民フォーラムにおける参加者回答の前後変化
～自由記述を用いた計量テキスト分析の結果から～

北里大学医学部医学教育研究部門
助教 千葉宏毅

1. はじめに

本稿は、「最期までお家で生活 市民フォーラム」実施に伴い、参加者へ実施した事前アンケートと終了時アンケートの自由記述式回答の比較から、フォーラムによる普及啓発活動の影響を探索的に検討した資料である。フォーラムで行われたプログラムは以下の内容であった。

1部：「最期までお家で生活するために」（川島孝一郎先生）の講演

2部：在宅医療 Q&A スライド映像による在宅医療入門編

他、翼合唱団（公益社団法人認知症の人と家族の会）、福祉用具・口腔ケア・栄養関係の展示コーナー

実施したフォーラム等、市民への普及啓発活動について、選択式回答ではないデータリソースから開催前後の回答を分析し、意識の変化を確認することは、今後市民への周知や広報を検討する上でも有用な資料となる。

2. 目的

フォーラム参加前後で参加者の回答がどのような変化したかを明確にすることを目的とした。

3. 方法と分析

参加者がフォーラム実施前後で記述したアンケートのテキスト（自由記述）データを対象に用いた計量テキスト解析を行った。詳細は以下の通りである。

形態素解析によって品詞ごと（名詞、動詞、形容詞、形容動詞）の最小単位の単語に分類した。「一人」「暮らし」のように単語を2つに分けた場合、本来の意味と異なってしまう用語については、「一人暮らし」で1つの単語として認識するよう設定し、用語の出現回数および、用語間の出現類似性測度（Jaccard 係数）を算出した。フォーラム前後に出現する用語の出現数の比較では統計検定（ X^2 検定）を行った。

フォーラム前後の性別、年代別、職業別に抽出した頻出用語については、出現頻度の高い用語（名詞のみ）を Jaccard 係数の高い順に 10 語ずつ抽出し、さらに共起関係を示す用語同士の関係を明確にするため共起ネットワーク分析¹⁾を行った。

先行研究では、在宅での看取りに関わる重要な説明項目を 15 サブカテゴリー、3 大カテゴリーに整理²⁾している。当該結果を用いたコーディングルールを設定し、参加者の自由

記述回答が、「診療内容や症状への対応」「経済面や諸制度の活用」「死や看取りの概念」の3つの観点でどのように変化したかを、参加前後で性別、年代別、職業別に χ^2 検定、対応分析³⁾を行って可視化した。分析には、KH-Coder (Ver.2.00)を使用した。

4. 結果

分析したアンケート回答件数は、フォーラム前の回答が74、そのうち男性13、女性61、後の回答が162のうち男性39、女性123であった(表1)。フォーラム前後を合算したアンケート内の用語は延べ9,976語、そのうち助詞、助動詞、副詞など分析結果の解釈に影響を与えない品詞を除き3,184語に絞った。その後用語の重複を除き913語を分析に使用した。

	男性	女性	10～30代	40～60代	70～90代	一般	医療職	介護・福祉職
フォーラム前	13	61	11	28	35	61	3	10
フォーラム後	39	123	32	75	55	111	13	38

表1

1) フォーラム参加前後における用語頻出(名詞)の変化

フォーラム参加前後において、性別は二種(男女)、年代は三種(10～30代、40～60代、70～90代)、職業は三種(一般、医療職、介護・福祉職)に分類し、出現頻度の高い用語を確認した。職業における「一般」とは医療職、介護・福祉職以外の職種と定義した。

フォーラム参加前は個々の疑問や質問が中心で、その中でも男性において頻出した用語は、「在宅医療、例、在宅、具体、現状、往診、国、解決方法、独り暮らし、最低」、女性では「一人暮らし、介護、自宅、生活、在宅介護、病院、援助、暮らし、方法、高齢」であった。年代別では10～30代で「家族、本人、ケア、病院、退院、若年、心、吸引、医療、お子さん」、40～60代で「在宅、方法、対応、24時間、療養、現状、利用、在宅介護、形、世帯」、70～90代で「在宅医療、一人暮らし、自宅、往診、生活、介護、お願い、子供、手続き、終末期」であった。職業別では、一般が「在宅医療、一人暮らし、自宅、介護、往診、在宅介護、暮らし、方法、具体、費用」、医療職では「ケア、病院、退院、指導、お子さん、支援、若年、本人、家族、在宅医療」、介護・福祉職では「家族、在宅、吸引、地域、人、医療措置、入院、限界、形、往診状況」が頻出する用語であった。

一方、フォーラム参加後では、男性で「生活、妻、在宅医療、才、死、フォーラム、充実、お願い、自身、感謝」の用語が多く表れ、女性では「参考、自分、お話、参加、先生、家族、介護、医療、在宅、自宅」の出現が多かった。また年代別では10～30代「在宅、生活、参加、家族、機会、介護、在宅医療、お話、祖母、是非」、40～60代「自分、参考、先生、お話、医療、自宅、在宅、合唱、母、希望」、70～90代「死、参加、参考、安心、才、在宅医療、人、一人暮らし、勉強、年」であった。職業別では一般で「参考、先生、死、在宅医療、勉強、才、安心、年、一人暮らし、母」、医療職では「支援、自分、視点、形、在宅医療、家、選択、制度、家族、人」、介護・福祉職では「家族、在宅、参加、参考、内容、先生、話、合唱、介護、医療」であった。

3. 仙台医療介護連携の会報告

フォーラム参加前後における性別、年代別、職業別と、高い類似性（Jaccard 係数 0.2 以上）を示す用語の共起関係について可視化したものが図 1、2、3 である。フォーラム参加前では、男性は在宅医療の具体的提供内容や費用について、女性は独居における在宅医療・介護の利用方法が質問内容として出現していた。フォーラム参加後では、男性は死と同時に生きることへの充実に関する用語が出現し、女性においても在宅医療・介護の安心や見通しと死に関わる用語が特徴的であった（図 1）。また参加前の 70～90 代では独居における終末期について質問が生じたが、参加後には人生を楽しく送ること、死に関する考えの変化や安心といった用語の出現が確認できた（図 2）。一般の職業の参加者は、参加前に在宅における独居の終末期を意識した質問が多く、参加後には死や看取りに関して考えるきっかけを得た、もしくは安心できるといった用語が出現していた（図 3）。

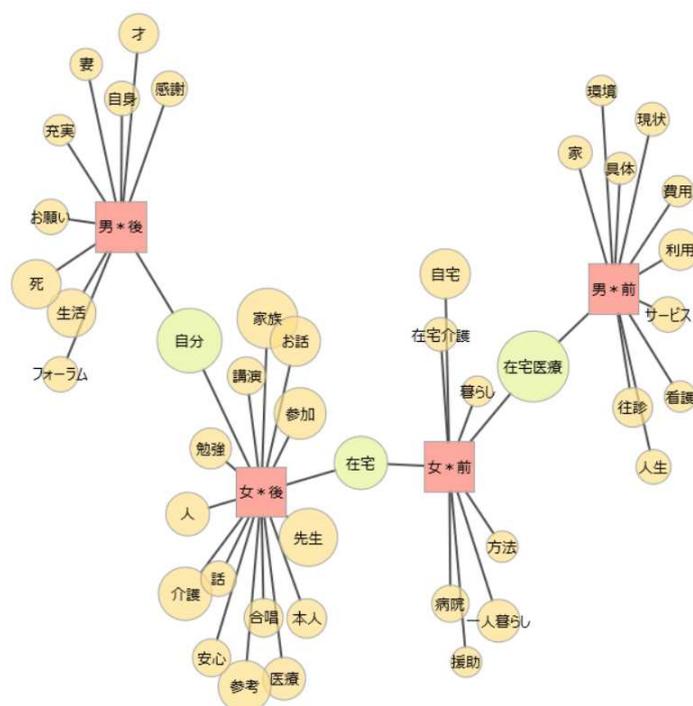


図 1 フォーラム前後の性別と関連する頻出用語

5) 会議内容の結果 (2) 最期までお家で生活 市民フォーラム開催結果から

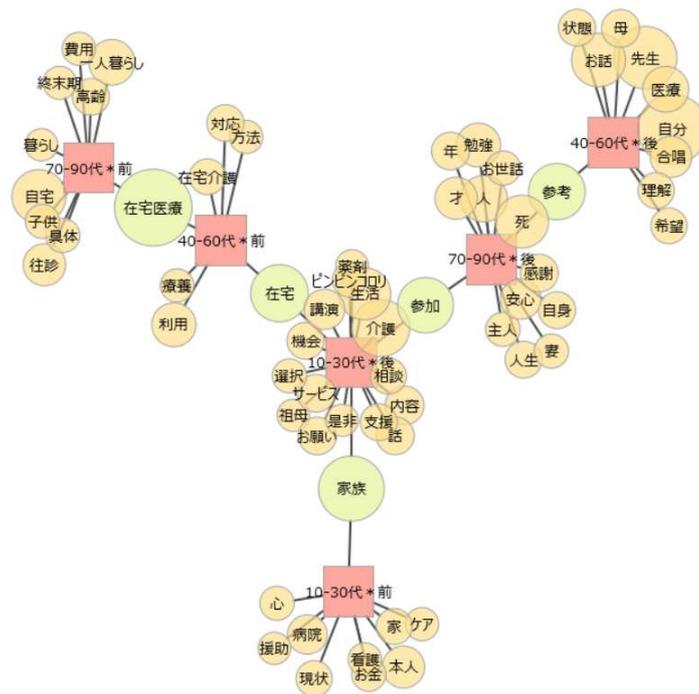


図2 フォーラム前後の年齢と関連する頻出用語

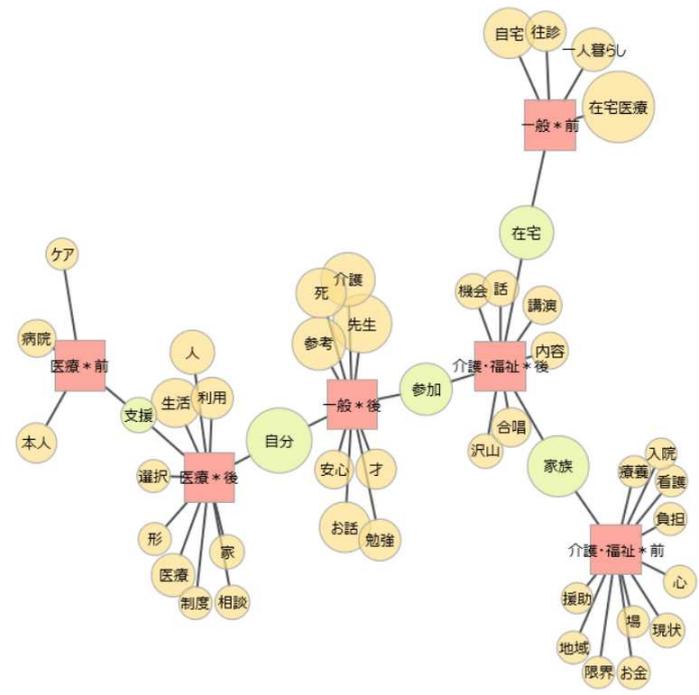


図3 フォーラム前後の職業別と関連する頻出用語

2) コーディングルールを用いたカテゴリー別回答傾向の分析

用語単体では、フォーラム前後の性別、年代別、職業別の傾向を把握しにくいいため、先行

3. 仙台医療介護連携の会報告

研究で示されている熟達した在宅医師の初診時の説明内容として整理された15のサブカテゴリ、3つの大カテゴリを用いてコーディングルール（表2）を設定した。コーディングルール内の選定用語は、先行研究に含まれた用語を基本として採用し、意味内容が近似する類義語を追加した。

*診療内容や症状への対応

near(診療・症状・在宅医療・訪問診療・往診・仕組み・職員・体制) or near(24時間・365日・対応) or near(身体症状・治療・知識・手順) or near(痛み・辛い・ない・取り除く) or near(急変・可能性・パターン) or near(主治医・かかりつけ医・相談・連絡・躊躇)

*経済面や諸制度の活用

near(経済・制度・活用) or near(ケアマネジャー・医療情報・提供・連携) or near(介護保険・在宅介護・利用・手続き) or near(医療保険・適用・負担・負担額・医療費・費用・お金) or near(公的・サービス・援助・利用・拡大) or near(高度障害・生命保険・適用)

*死や看取りの概念

near(死・臨終・死亡・最期・最後・死ぬ・看取る・亡くなる・概念) or near(現時点・今・現在・余命・命・残る) or near(老化・衰え・大往生・人生) or near(家・自宅・最期・最後・迎える・送る・生活・できる) or near(救急車・呼ばない・控える)

表2 コーディングルール

先行研究で示された3つのカテゴリは、【診療内容や症状への対応】【経済面や諸制度の活用】【死や看取りの概念】である。このカテゴリを用いてX²検定した結果が図4である。この結果からフォーラムの参加前後で参加者全体の回答内容の出現は、【診療内容や症状への対応】が終了後に有意(p<.05)に減少し、一方で【死や看取りの概念】に関する回答が、フォーラム終了後に有意(p<.01)に増えていることが分かった。

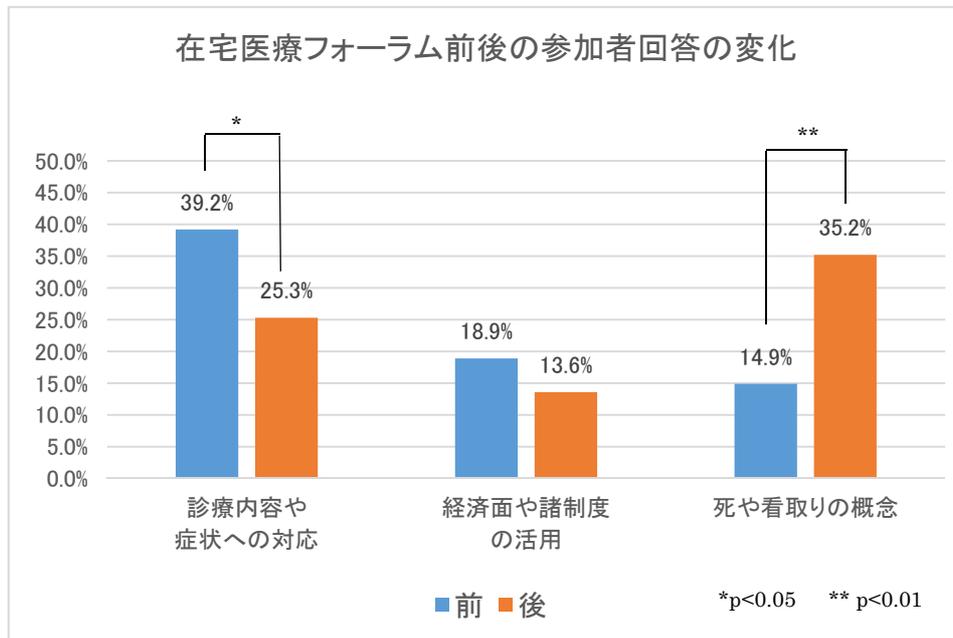


図 4 3 カテゴリー出現のフォーラム前後比較

フォーラム前後の性別の回答について対応分析を行った結果 (図 5)、男性、女性、両方の参加者でフォーラム終了後に、【診療内容や症状への対応】の回答が減少し、【死や看取りの概念】に関する回答が増えていることが分かった。また女性参加者よりも男性参加者のほうが、フォーラム前後で【経済面や諸制度の活用】の回答の減少が著しい傾向も読み取れた。

フォーラム前後の自由記述式アンケート内容を、年代別に対応分析した結果 (図 6)、すべての年代において、フォーラム参加前は【診療内容や症状への対応】への観点が多く示されている傾向にあり、参加後には減少していた。一方すべての年代においてフォーラム参加前は、【死や看取りの概念】に関する回答が少なく 10~30 代では、まったく回答がなかったが、終了後にはもっとも多く現れた回答となった。40~60 代は、【診療内容や症状への対応】の回答が減り、【経済面や諸制度の活用】の回答は変化が見られず、【死や看取りの概念】の回答は参加後に増える傾向であった。70~90 代は【診療内容や症状への対応】から【死や看取りの概念】の回答に焦点が向けられている傾向にあった。

3. 仙台医療介護連携の会報告

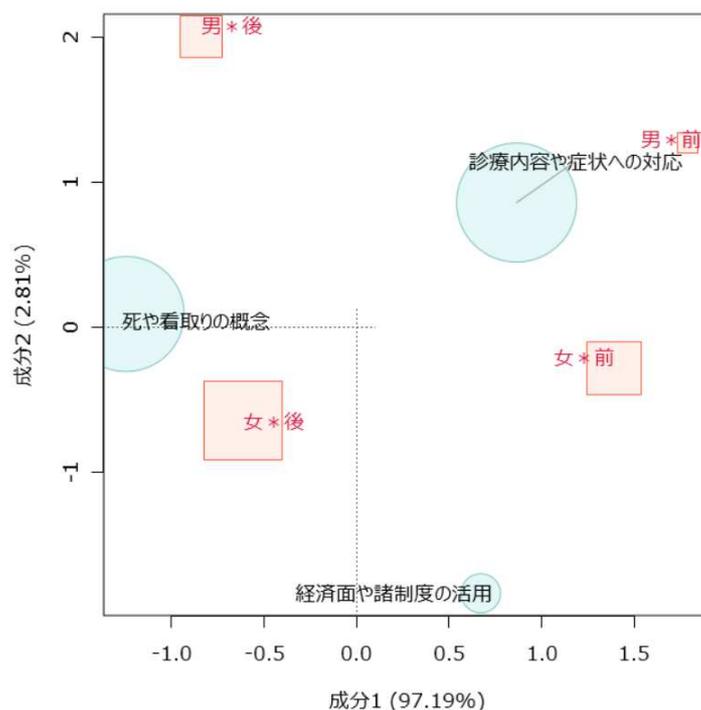


図5 対応分析によるフォーラム前後の変化（性別）

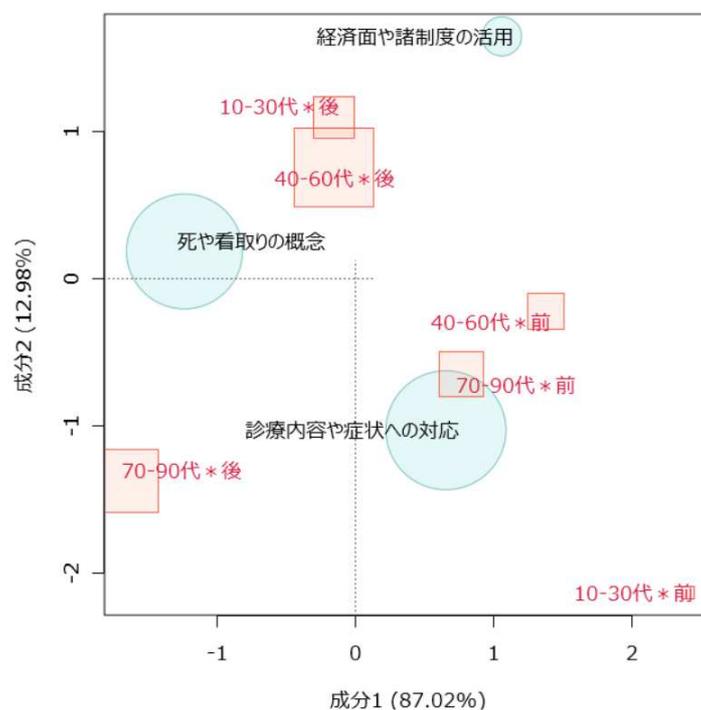


図6 対応分析によるフォーラム前後の変化（年代別）

次に職種（一般、医療職、介護職）別に、フォーラム前後の自由記述アンケートの回答結果について対応分析を用いて分析した結果（図7）、特に一般の参加者において、フォーラム参加前は【診療内容や症状への対応】について多く回答されている傾向にあったが、フォーラムに参加後では一般参加者の回答は【死や看取りの概念】が増加し、関心がシフトしていることがうかがえた。医療職、介護福祉職においても【死や看取りの概念】の回答が増えたことが確認できた。【経済面や諸制度の活用】に関する回答については医療職のみフォーラム参加後の回答が増加していた。

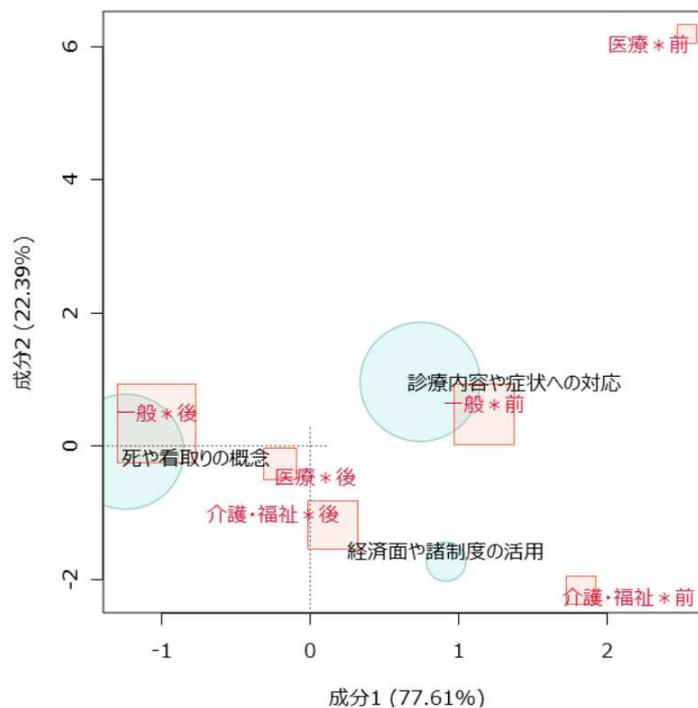


図7 対応分析によるフォーラム前後の変化（職業別）

5. 考察

性別、年代別、職業別のすべてにおいて参加者は、フォーラム参加前は診療内容や在宅医療で可能な内容について質問することが多く、家で医療・介護ができるのかといった基本的な疑問や、独居の場合を例とした不安感が表れていた。この理由としては、一般参加者においては在宅で受けられる医療提供内容について、十分理解されていない現状があげられる。行政が実施した調査⁴⁾によると、在宅でどのような医療を受けることができるか

3. 仙台医療介護連携の会報告

分からないと回答した一般市民は 84.2%にのぼる。自分自身や家族の人生の最終段階を想定するためには、在宅医療・介護でできることのメリット、デメリットの両方を理解し、選択を可能にするだけの情報提供や専門職からの説明が不可欠である。また同時に最期の療養場所の決定には、死に関する認識が影響している^{5,6)}ことから、死や看取りに関して考えるきっかけの1つを専門職から提供し、ともに考えるプロセスは重要である。一般参加者による【死や看取りの概念】に関する回答の中には、フォーラム参加を通して「死や看取りについて今後考えていきたい」、「家族とも話し合っていきたい」、「在宅でも安心できそう」「死について考えが変わった」といった参加後における変化を示す回答が多く確認することから、フォーラムの開催目的に沿った結果が示されたとも言える。フォーラム参加前に表出していた一般参加者の不安は、参加後に死や在宅看取りへの理解とともに「生きることへの希望」にも転化していた。また療養者を支える可能性の高い60代までの年代では、参加後に【経済面や諸制度の活用】と【死や看取りの概念】に関する回答が増えており、生活支援に関わる方法や知識の獲得、在宅でも看取りができるという認識の変化が表れていると言える。このような家族介護者の認識の変化は、療養者の価値観に寄り添い、選択・決定を支えることを可能にする。

6. 結論

フォーラム参加前後において、性別、年代別、職種別のいずれにおいても、在宅医療でできる診療内容を示す回答は減少し、死や看取りに関する内容を示す回答が、フォーラム参加後で増加したことが分かった。経済面や制度の活用に関する回答は、フォーラム参加後に10～30代では増え、40～60代で横ばい、70～90代では減ったことが分かった。また一般参加者、介護・福祉職では回答が減少し、医療職では増加したことが分かった。

7. 参考文献

- 1) 石川慎一郎 前田忠彦 山崎誠. 言語研究のための統計入門. くろしお出版. 2010
- 2) 千葉宏毅 尾形倫明 伊藤道哉 金子さゆり. 在宅末期がん患者と主介護者に対する熟達した在宅医師の初診時の説明内容に関する定性的研究. 日本在宅医学会誌, 第16巻 第1号, pp21-26. 2014
- 3) 樋口耕一. 社会調査のための計量テキスト分析. ナカニシヤ出版. 2014
- 4) 岡山市保健福祉局医療政策推進課. 医療介護の専門機関や市民に対する在宅医療に関する意識調査 2016年 <http://www.city.okayama.jp/contents/000155472.pdf>
- 5) 日置敦巳 田中耕 和田明美. 勤労世代男女の死生観と終末期ケアへの期待. 厚生指標. 52(3), pp19-23. 2005
- 6) 伊藤知子 下風真衣 坂本裕史. 在宅死に向けての取り組み: 在宅死の現状と今後の課題. 市立室蘭総合病院医雑誌, 33(1), pp57-60. 2008

(3) 燕沢地区での実践報告から

燕沢地域包括支援センターの協力により、モデル事業を実施した。

平成 27 年 1 月 28 日(水)と平成 28 年 3 月 24 日 (木) に、センター職員と事務局 2 名により事業実施前後についての意見交換を行った。

現在、仙台市は平成 27 年度に 25 箇所の地域包括支援センターに地域包括支援センターの機能強化を目的とした「生活支援コーディネーター」を配置した(平成 28 年度より全包括(50 箇所)に配置される予定)。今回、仙台医療介護連携の会での意見等を踏まえて事業を実施したが、意見交換を経て、今後の事業実施に係る課題が明らかになった。

(1) 地域包括支援センターの現状

- ① 地域の事業所と地域包括支援センターは、個別ケースで繋がっていて、事業所等はいつでも相談できる状況にある。しかし、医療機関との繋がりはある所とない所の差がある。
- ② 介護保険を新規に利用する方に関しては、その方の地域事業所の紹介を地域包括支援センターが担っており、周知もされている。
- ③ 病院との連携の方法については課題がある。「病院の連携室等を経て来なかった例」「医師が家族に連携室に相談するように伝えても、そのまま退院して放置されてしまった例(意思が家族だけではなく、連携室にも直接連絡を入れてくれると良いのだが)」「連携室も通らず退院後 1 年以上経過していた例(慌てて医療に継ぐ)」「退院直前で連絡が来る例」など。
- ④ 昨年、大学病院の連携室の看護師と医療ソーシャルワーカーが包括に来て、課題等を共有できた。とても有効だった。
- ⑤ 医療に関しては、地域の開業医の先生方ともっと繋がりが持てるようになりたいと思っている。ある開業医の看護師さんと繋がりができており、〇〇さんが最近受診に来ていないから様子を見てきてほしいなどの連絡をもらうことがある。このように連携をして地域の方を支えていければと思う。
- ⑥ 生活支援コーディネーターの役割は、地域の状況を把握して(地域診断の実施)、事業を実施することにある。それをこれからやっていかなければならない。地域ネットワーク会議の方法等も課題を感じている。
- ⑦ 認知症への取り組みを行政が中心となって実施しているが、それが現場に降りて来ていない感じがする。(認知症疾患医療センターの指定と認知症サポート医との協力) サポート医の名簿も活用しているが、医療として繋がっているのかがわからないことがある。

3. 仙台医療介護連携の会報告

①開催概要

回	日付	場所	内容	参加者
1	H27.3.4(水) 10:00～12:00	パル シア 1階	燕沢地域ネットワーク会議 テーマ：高齢者を地域でサポートしていくためにできること グループワークをして発表	・地域の町内会長、副会長、民生委員、福祉委員、リーダー等 38名 ・仙台医療介護連携の会より 2名 西村直哉様、山崎豊子様
2	H27.8.29(土) 10:30～12:30	柘江 コミ ユニ ティ セン ター	柘江地域ネットワーク会議 テーマ：地域で支える認知症(いずみの杜地域医療連携室 川井丈弘様、向陽台地域包括支援センター所長 浅倉恵子様) 講義を聞いた後、グループワークをして発表	・地域の町内会長、副会長、民生委員、福祉委員、リーダー等 27名 ・仙台医療介護連携の会より 2名 森川昭正様、小坂浩之様
3	H27.12.10(木) 10:30～12:30	東光 台集 会所	最期まで美味しく食べるために 東光台地区栄養教室 調理実習、試食、栄養講話(仙台往診クリニック管理栄養師 塩野崎淳子) 在宅医療講話(遠藤美紀)	東光台地域の方々16名
4	H28.1.25(月) 10:00～12:00	燕沢 公園 集會 所	西山地域ネットワーク会議 テーマ：地域で支える認知症(いずみの杜地域医療連携室 川井丈弘様) 講義を聞いた後、グループワークをして発表 在宅医療講話(遠藤美紀)	・地域の町内会長、副会長、民生委員、福祉委員、リーダー等 22名
5	H28.2.16(火) 14:00～15:30	パル シア 會議 室	燕沢包括ケアマネのつどい 介護職員のたん吸引等制度と研修の仕組みの理解(遠藤美紀) 在宅療養支援マップつながりラインリニューアルについて(佐々木みずほ)	地域のケアマネジャー11名
6	H28.2.29(月) 10:00～12:00	パル シア 1階	燕沢地域ネットワーク会議 テーマ：地域で支える認知症(いずみの杜地域医療連携室 川井丈弘様、向陽台地域包括支援センター所長 浅倉恵子様) 講義を聞いた後、グループワークをして発表 在宅医療講話(遠藤美紀)	・地域の町内会長、副会長、民生委員、福祉委員、リーダー等 32名

② 地域ネットワーク会議資料

平成 26 年度 燕沢地域ネットワーク会議

【日時】平成 27 年 3 月 4 日 (水) 10:00~12:00
【場所】特別養護老人ホームバルシア 1 階 地域交流ホール

【会議の流れ】

10:00~ 開会
地域包括支援センター所長挨拶
関係機関ご紹介

10:05~ ネットワーク会議の趣旨説明

10:10~ 個人での作業に取り組む

10:30~ グループ内で個別作業をした付箋紙を読みながら発表してみる

10:50~ グループ内で模造紙を利用して、似たような意見を近くに並べる

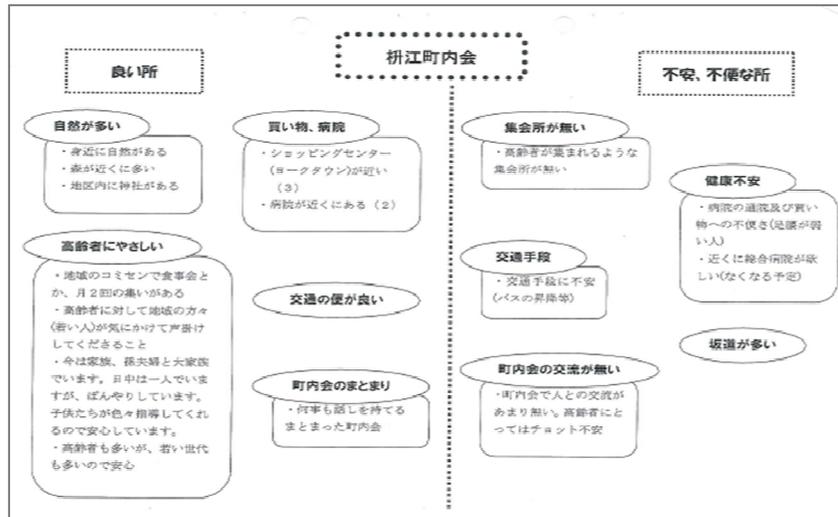
11:15~ 全体発表・まとめ

12:00~ 閉会

地域ネットワーク会議とは…

仙台市地域包括支援センター設置運営事業事務マニュアルより

【会議の目的】
地域包括支援センターの設置目的の一つに「『地域包括ケア』の実現」ということがある。このためには、地域の利用者やサービス事業者、町内会や地区社協、老人クラブ等の地域機関、民生委員やボランティア、医療機関などがお互いに連携していくことが大切である。担当圏域包括ケア会議は、このような様々な関係機関が、自分たちの地域における高齢者に対する認識を共有し、地域における包括的・継続的な高齢者に対する支援体制を作り上げていくことを目的として実施するものである。



地域でできる認知症
～人と人がつながる居場所づくり～

向陽台地域包括支援センター
浅倉恵子

ご本人の想いを大切にされた地域支援
～住み慣れた地域で 自分らしく～



清山会医療福祉グループ
いずみの杜診療所
地域連携室
室長 川井 丈弘

3. 仙台医療介護連携の会報告

地域ネットワーク会議



東光台地区栄養教室

平成27年度 宮城県地域医療再生事業補助金
最期まで美味しく食べるために 東光台地区栄養教室
 燕沢地域包括支援センター・仙台往診クリニック共催
 平成27年12月10日(木)

【本日の流れ】
 10:30～ 講師紹介・本日の流れ説明
 10:35～『鶏団子汁』の調理指導
 10:50～各テーブルにて調理開始(30分程度で調理終了)
 11:30～講話「最期まで美味しく食べるために～在宅医療と栄養について～」
 まとめ・質問タイム
 12:30 終了

鶏団子汁の材料 (6人分)

鶏ひき肉	200g程度
豆腐	1/4丁程度 (肉の半量)
とろろ	1/2個分
A おろし生姜	親指の先くらい
ごま油	小さじ1
塩	小さじ1/2
酒	小さじ1
にんじん	1/2本
大根	1/4本
白菜	大き目の葉2枚程度
あさつき	小口切り2本程度
だし汁	1リットル
味噌	大さじ4 (70～75g)



★つくりかた★

- ① にんじんは薄い短冊切り、大根は薄い銀杏切り、白菜は芯の部分はそぎ落とすようにして切っておく。
- ② Aの材料を全てボールに入れ、肉に粘りが出るまでよく練り混ぜる。(ここに刻んだ大葉や、叩いた梅干しなどを加えるとまた別の味が楽しめます！)
- ③ だし汁を鍋に入れ、にんじん、だいこん、白菜の芯を茹でる。
- ④ ③がやわらかくなってきたら、②をスプーンですくいながら一つづつ鍋に投入する。
- ⑤ 全部の肉団子たねを入れたら、最後に白菜の葉の部分をつたをふたをするように加える。
- ⑥ 最後に味噌を溶いてできあがり。器に盛り付けたらあさつきのをせる。(七味とうがらしを振ってもOK)

➤ このお団子は焼いても蒸してもおいしいので、まとめて作って冷凍しても便利。



4. 考察

平成 27 年度より介護保険の地域支援事業にて在宅医療・介護連携推進事業が始まっている【図 25】が、この課題の県の取り組み状況については、在宅医療・介護連携の事業について 20 市町村で実施しているが、17 市町村では、平成 30 年度に実施予定である【図 26】。

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成 27 年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成 23・24 年度）、在宅医療推進事業（平成 25 年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成 27 年 4 月から取組を開始し、平成 30 年 4 月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査 ◆ 結果を関係者間で共有 	（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	（キ）地域住民への普及啓発 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。 	
（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進 	（カ）医療・介護関係者の研修 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

【図 25】在宅医療・介護連携推進事業の取り組み内容

県内市町村の地域支援事業の実施予定（H27年7月31日現在）

区分	H27年度		H28年度	H29年度	H30年度
		うち地域支援事業で事前協議済			
新しい介護予防・日常生活支援総合事業（移行時期：平成27年4月から平成29年4月まで）					
訪問介護・通所介護の移行等	3	(3)	6	26	—
包括的支援事業（移行時期：平成27年4月から平成30年4月まで）					
在宅医療・介護連携の推進	13	(7)	2	3	17
生活支援サービスの体制整備	15	(15)	7	6	7
認知症施策の推進	18	(16)	3	5	9

○H27年度移行のうちカッコ書きは、H27年度地域支援事業で事業費計上している市町村数（事前協議）。包括的支援事業では、予算なしで事業開始する場合もあり。

○実施（移行）時期は、総合事業及び包括的支援事業（3事業）ごとに介護保険法又は条例に規定された日。条例規定の場合、規定日より前に地域支援事業にエントリーすることはできない。

○条例の規定日を「市長（町長）が定める日」や「規則で定める日」と規定している団体もある（6団体）。

【図 26】宮城県内市町村の地域紙演示業の実施状況（第 9 回つながる会資料より）

また、各団体からの提案については、次頁以降、資料として提示しているので参照していただきたい。(P93～P98、P230)

ここでの考察は、仮に在宅医療・介護連携センターがどこかに設置されたとして、そのセンターが果たす役割とその実施方法について考察を行う。

(1)在宅医療・介護連携支援センターの役割

仙台市では、これまでの取り組みを地域包括支援センターを中心として実施してきた。今後も、その役割を拡大することがあれば、地域の中核となって相談窓口を開設している地域包括支援センターの支援を行うセンターは必要と思われる。

仮に、在宅医療・介護連携支援センターができることは何か。国が出している在宅医療・介護連携推進事業の事業項目に添って考えたい。

(ア)地域の医療・介護サービス資源の把握

仙台市より委託されている地域包括支援センターは、これまでの取り組みにより担当地区にどんな医療・介護資源があるのか、介護事業所においては見学等を通し「事業所」の特徴を把握している。これらの取り組みをサポートするため、特に医療資源に関する調査を行い、各地域包括支援センターと情報を共有する役割がある。在宅医療の情報等を障害福祉相談事業所等と共有することも、家族問題等を解決し、地域で暮らし続けるための手段としては有効であろうと思われる。

また、これを住民に公表するシステムは必要である。現在、医療の情報として「みやぎのお医者さんガイド」「みやぎの薬局検索」で検索できるが、「それぞれに検索した項目をどのように繋げて利用すればいいのか」についての詳細な情報が得られにくい。これらの情報を地域包括支援センターや障害福祉相談事業所、あるいは地域住民等と共有していくことは非常に有効であると思われる。仙台往診クリニックでは、事業所自らが発信する「つながライン」を開発している。登録料及び利用料も全て無料としている。足で稼ぐ情報と公表されたシステムを連動することは、未来10年の素地を作るものと思われる。

(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

病院と地域包括支援センターとの連携、地域での医療情報の共有、地域医療提供体制の構築、研修体制など課題はまだ山積している。在宅医療・介護連携推進協議会を立ち上げ少なくとも年1回の会議を行う。各地域包括2～3単位によるワーキングチームを構成し、医療・介護連携体制の構築や研修会の実施など、地域の実情に合わせた活動が今後は有効であると思われる。

(ウ)在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等

(ア)(イ)の運営と共に、センターは、地域包括支援センターの支援、介護事業所の支援を行う。支援センターは、あくまで「医療資源と介護資源を継げる黒子」である。地域住民のための相談事業を実施することも重要であるが、地域住民がこれからも地域に暮らし続けることができるよう、このセンターの職員は、とにかく積極的に地域の事業所を訪問したり事業所職員と共に地域住民の元を訪問することが必要ではないか。地域包括支援セン

4. 考察

ターの相談窓口が充実するよう、協同して体制を整えることが必要であろう。

(エ) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援

この事業は、(ア)(ウ)と連動している。活動地域を地域包括支援センター範囲と決め、細かく対応していくことで解消されるものと思われる。さらに、この部分については、病院連携室(MSW、病棟看護師、退院看護師)と地域包括支援センターとの「顔の見える関係」等により、連携が促進されるよう働きかけを支援センターが行うことが望ましいだろう。これらをコーディネートする人材育成も必要であり、ネットワーク化することも視野に取り組むことが必要と思われる。

(オ) 在宅医療・介護関係者の研修

在宅医療・介護関係者の研修に関しては、仙台医療介護連携の会でも研修内容8項目が取り上げられている【図23】。この研修に関しては、医療従事者、介護従事者の両方が学ばなければならない内容が含まれている。医療側には、介護保険の情報が伝わっていないなどの課題が挙げられている。その他、認知症対応についても医師の登録のみの現状となっているとの声の指摘があった。これらの状況を解決するための研修の実施を検討しなければならない。ただし、地域包括支援センター内での事業所連携が取れている場合は、研修は必須ではないと思われる。

(カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築に関しては、(ア)(イ)の取り組みと共に、病院と地域開業医との「二人主治医制」をとることとした全国各地で実施されているモデルがある(実践：埼玉県東埼玉総合病院 菜の花～在宅医療拠点～、長崎ドクターネットなど)。これらの先進事例等も参考にしながら、仙台市としての在宅医療提供体制についても引き続き議論する必要があると思われる。

(キ) 地域住民への普及啓発

本事業の期間に、地域のサロン、自主グループ、在宅医療市民フォーラム、講演会への出張等様々に広報活動を行った。「在宅医療を市民の選択枝の一つに」してもらうことは、市民の「生き方、逝き方」を変容させる作用があることを活動の中で学ぶことができた。しかし、燕沢地域包括支援センターとのモデル事業では、この事業の実施のあり方そのものに問題があったと反省した。これまで地域包括支援センターが実施している地域ケア会議(ネットワーク会議)に参加する方法だけでは、広く市民に伝わりにくい事も実施した結果から学んだ。地域ネットワークの開催会議が年に1回の開催ではなく、もっと細かい単位で行っていかなければならない。認知症に関する普及啓発もこれまでの普及啓発活動(例：会議だけの年1回程度の活動)では浸透しないという危機感すら持った。地域住民への普及啓発には、細かい対応が必要であり、地域包括支援センターのみがこの活動の拠点を担っていくことの負担も大きいと感じた。

(ク) 二次医療県内・関係市区町村の連携

この課題に対しては、現在宮城県が中心となり、「地域医療構想」の実現に向けて、二次医療圏ごとの話し合いが始まっている。この話し合いと共に、第三の選択肢としての「在宅医療」の推進が必要であると思われる。(ア) (エ) (カ) の事業の充実が必須ではないだろうか。

(2) 各団体からの要望

団体名	1.課題をご記入ください	2.課題に対しての解決策をご記入ください	3.行政への提言についてご記入ください
1 仙台市医師会	在宅医療に関心のない医師が多いようです。(ビル診療所が多くなったためか、通院不可能になった時点で往診専門クリニックに依頼してしまう?)	研修会等を通して啓発を行っていく	多種職連携については、地域によって温度差が感じられます。計画が先行していると感じます。計画倒れのないようコーディネーターの養成をお願いします。
2 仙台歯科医師会	在宅療養になると歯や口に関して無関心になりがち。	「かかりつけ歯科」を持って定期健診に通うなど、健康時から在宅看取りまでお口の健康に関心を持ってもらうように市民や受診患者へ啓蒙する。	高齢者まで切れ目ない歯科節目検診を実施する。
	自宅や施設で歯科医療が受けられることを知らない。	訪問歯科診療を地道に啓蒙する。	在宅やリハ施設などへ移る際に交付する「在宅療養手帳」を作り情報の提供と共有化を図る。
	病院から在宅に移る時に口腔状況がチェックされていないことが多い。	病院での退院時に歯科的なアセスメントやカンファレンスを実施する	介護サービス利用者を増やし、介護関係人材を育て増やすための予算をつける。
	ケア会議の情報が少ない。	地域包括センターの利用方法など市民、各団体へ周知する。	
	地域包括センターの存在、役割、利用方法を知らない。	各職種間でお互いの職務内容を把握し、意見交換を行う。	
	歯科の管理が介護保険で受けられることを知らない(介護保険の居宅療養管理指導費は要介護状態区分により給付限度枠には含まれないことが周知されていない)	パンフレットの配布。	
	介護サービスを利用できるが諸事情で利用していない療養者がいる(費用の個人負担増)		
3 仙台市薬剤師会	これまで、手探りしながらも各職種間の連携は徐々に深まっている。しかしまだその関係は薄い。 人員の不足が医療にも介護にも蔓延していてなかなか進みにくく、新しい事に着手するような余裕はない	多くの意見交換の場、事例検討を行う。	①行政にはできるだけ細かな単位(包括支援センター毎)での環境づくりができるよう、その地域に出向き、情報交換の場、話し合いの場の企画運営の補助、支援をお願いしたい。 ②なるべくお互いが簡易に出来る連携(来局者の介護未介入事例に対する地域包括やケアマネへの紹介)を後押しするような流れを作してほしい。 ③薬局と地域包括の方との顔合わせ会を薬剤師会では一度開催したが、行政として地域単位で進めていってもらえるような流れが欲しい。相互に気軽に電話出来るような顔の見える環境となれば早期介入により、ひどくなる前に全体の保険使用金額を抑制できる方向にしやすくなっていくと考える。

4. 考察

団体名	1.課題をご記入ください	2.課題に対しての解決策をご記入ください	3.行政への提言についてご記入ください
4 宮城県看護協会	連携を考える時、大事な事は連携し合う者同志が、同じ目標に向かい情報を共有し、対象者に対し必要な医療や介護がタイムリーに行き渡る、届く事に尽きると思います。このような考えを前提に、円滑な連携を考えた時、どの職種も人材不足で、忙し過ぎるということが大きくあると思います。特に地域包括ケアの中核を担う地域包括支援センターの強化が課題と思います。又、多職種それぞれが共通認識を持ちえない現状を打開していくことも大きな課題と思います。	①地域包括支援センターの強化を図る ・必要な予算措置による人材、人員の確保 ・行政支援	宮城県地域包括ケア推進協議会における、地域包括ケア体制構築に向けたアクションプラン推進への支援
		②多職種連携の推進 ・同職種間での地域包括ケアに対する役割の理解 ・地域包括支援センターのテリトリー内での地域ケア会議等を通し顔の見える関係作りの構築 ・1人1人のケースを通し、関係者が集まり情報共有を図り、それぞれが実践した事を報告し合い、また次の取り組みとしていく事を積み重ねていく	
5 宮城県訪問看護ステーション連絡協議会	①利用者は医療ニーズの高い要介護者、がん患者、認知症の人、重度の障害を持つ小児の患者など多様化している。	多様化する利用者に安心して訪問看護を利用して頂けるように看護の質向上のために、様々な研修会、情報交換会等を企画運営している。	地域包括ケアシステムの中核が訪問看護といわれているが、訪問看護についての啓蒙を県を挙げて支援していただき、宮城県民が地域で安心して暮らし続けられるような地域包括ケアシステムづくりの一助を担いたいと考える。
	②ステーション数は増加しているが看護の質が均一化されていない。	県内の地区毎で多職種との連携強化のために交流会・研修会を開催し情報共有し連携する。	訪問看護師人材確保のための支援を宮城県として協力頂きたい。また人材育成のためのプログラム作成に当たり資金の援助があると活動しやすいと考える。
	③小規模事業所が多く24時間365日のサービス提供体制を整備することが難しいステーションが多い。	宮城県看護協会や行政等と連携し、訪問看護師人材確保、育成に関わる。また、人材育成のための教育システムを確立していく。	
	④訪問看護師の人材不足、確保困難、育成ができていない。		
	⑤多職種との連携が不十分。		
6 地域包括支援センター連絡協議会	認知症についてちゃんと診断してくれる地域の医師が必要。	医療と介護連携を円滑にするためにも、国が進める地域の医療・介護関係者・地域包括支援センター等から相談を受け付ける在宅医療と介護の連携の相談窓口となる在宅医療・介護連携支援センター(仮称)の早期設置が必要	縦割りの行政の枠を見直し、制度のつながりを一連化できるような、仕組みづくりの取組みを望みたい
	認知症専門医とサポート医の連携が十分ではないと感じることがある。	医師会等の関係団体に働きかけ	医療と介護連携を円滑にするためにも、国が進める地域の医療・介護関係者・地域包括支援センター等から相談を受け付ける在宅医療と介護の連携の相談窓口となる在宅医療・介護連携支援センター(仮称)の早期設置が必要と考えます
	認知症専門医と他科の医師との連携がうまくいかない時がある。	医療機関関係者との交流の機会、顔が見える関係	医療と介護の連携の必要性を周知

団体名	1.課題をご記入ください	2.課題に対しての解決策をご記入ください	3.行政への提言についてご記入ください
6 地域 包括 支援 センター 連絡 協議 会	病院によって窓口が違うので、連絡をした際に戸惑う。また、在宅や施設入所となった場合、次の行く先が決まるまでかかわってくれる病院もあれば、ケアマネ・包括に丸投げされるケースもある。	理解しあえる機会、勉強会	医療介護連携推進課など部署を設置する
	明らかに要介護状態のときは、居宅のケアマネージャーに対応を依頼してほしい。	お互いの顔の見える関係づくり	認知症に関するサポート体制づくり
	明らかに家族が対応すべき内容をケアマネージャー・包括側に対応を求めないで欲しい。病院側とケアマネージャー・包括側との役割分担をしっかりとしていきたい。	スムーズに情報共有ができるシステム作り	必要な人員を設置。配置に関して各法人に丸投げせずに、相談できる体制を作る
	明後日退院するので、今日来てほしい。先生と会えるのが明日の〇時しかないなので、この時間にあわせて来て欲しいなどの急な調整。また、約束した時間に訪問しても、医師の都合とのことで長い時間待つこともある。こちらにも訪問等の都合があるので、柔軟な対応が出来るようにしてほしい。	お互いの役割をしっかりと理解しつつ、役割分担していける体制づくり	単に人員を配置するのではなく、新たな仕組み等に動ける人材育成のシステムを検討
	多くの地域包括支援センターが関係機関との連携が課題と考えており、関係機関の中でも特に医療機関との連携が円滑に進んでいない現状がある。	地域で相談できる医師がいる	数か所の日常圏域に1名程度、医療・介護についてスーパーヴァイスを行える医師等の配置
	連携がとれる医療機関と、とれない医療機関との格差がある。	急性期の病院の方に、介護について理解等を含め連携のとれる体制づくりに取り組む	
	介護保険制度を今、まだ勉強していないお医者さんがいる→ケアマネ来院拒否等がある。	かかりつけ医、薬局、介護(特にケアマネージャー)との連携しやすい体制づくりに取り組む	
	同じ病院でも病棟や外来科によって対応が全然違う。	医療機関の介護予防に対する意識を高め、地域との関係づくりを進めてほしい。	
	医療ソーシャルワーカーが上から目線で包括やケアマネを簡単に呼びつける→介護保険のことや、在宅の調整、全て丸投げしてくる。		
	老衰についての医師と家族の捉え方に格差があり、うめられない。死を受け入れられない家族に対し、それに沿った支援が出来ない医師→包括に苦情としてあがる。		
入院後、退院されるまでの期間が短く介護環境を整える(介護認定も含め)前に退院となるケースも多く急な介護サービスの調整等が必要となる相談が増えている。			
受診・服薬等の指示通り出来ていないケースもあり、介護サービスのみでは対応できない現状がある。			
医療関係機関の地域団体との連携意識が薄い。			

4. 考察

団体名	1.課題をご記入ください	2.課題に対しての解決策をご記入ください	3.行政への提言についてご記入ください
宮城県ケアマネジャー協会 7	<p>国の進めている「地域包括ケアシステム」は、現状のところ検討会議と研修会が大半で、なかなか介護現場での活動が現れてきていません。特に連携に重要な「医療と介護の連携」は希薄なままです。</p>	<p>今求められている、そしてなすべき事の第一は、医療と介護の連携強化です。これは、高齢者のみならず、地域で暮らす妊婦、乳幼児、学童、母子家庭父子家庭、障害者等全ての社会的弱者への多業種連携による地域支援の中核をなすものと考えます。多業種連携のために各地域や職域においてなすべきこととして、以下のプロセスが必要と考えます。</p>	<p>医療と介護が包括的に提供できる体制を構築するには、以上のようなアプローチを経て、既存の地域活動を軸に、地域支援を行う必要がとれます。実現すれば、地域が一つの医療介護機能を有するバーチャルな施設となり、本質的な地域包括ケアが実現します。(医師会長が「仙台市病院」という療養機能を有するバーチャルな病院の「院長」となり、各区は一つの病棟、地域の医師は主治医と同時時に専門性を生かした各科の医長を務め、チーム医療を主軸とした24時間、365日診療できる、医療介護の「不夜城」となります。また、その仮想病院には優秀な事務部門が必要で、事務長を仙台市長が勤め、各病棟事務は、保健所長が担い、包括支援センターには、各々市職員が専属で連携業務等を行える体制が望まれます。)現在、医療と介護の連携において広まりつつある具体的手段としては、入退院時の互いの医療介護情報の提供と、入院中や退院後に行われるカンファレンスがあります。いくつかの病院では、積極的にこれらの連携を行い、より質の高い在宅介護が行われています。他県では既に行政と医師会が協力し、この連携を進め、包括ケアシステムの土台を支えています。仙台は総合病院が多く、多くの施設がこの連携を行うようになると、より強固なシステムとなると考えます。</p>
	<p>主治医は、自身の患者がどんな介護サービスを受けているかを知らず、地域の地域ネットワーク会議等に出席する医師は僅か、医師会主催の認知症研修を受けた200名程医師は、その名簿も公表されず、医療無き介護が横行しております。介護保険サービスを利用するには、必ず主治医のアドバイスが必要なのですが、これが全く生きていません。多くの医師は介護制度の理解が不十分で、誰がケアマネか、自分の患者が、どんな介護サービスを受けているかを知りません。当然、ケアカンファレンスには参加していません。個別の病気が診るが、全人格としての患者は診ない。治療には興味があるが、社会的背景は避けて通っています。</p>	<p>第一には、地域の情報収集が必要であり、これは施設や団体などのハード面だけではなく、地域での様々な活動や人的交流等のソフト面での情報が重要となります。第二に、地域で活動する、あるいは在住する医療介護資格者は、地域ネットワーク会議等の連携会議に積極的に参加し、地域団体(連合町内会、社協、日赤、体協等)と繋がりを持つこと。そして、町内の「一住民」としてだけではなく、町内の「社会資源」となり、専門性や個人としての特性を生かした助言や協力を包括支援センター等に行えるようにする。</p>	<p>医療と介護が包括的に提供できる体制を構築するには、以上のようなアプローチを経て、既存の地域活動を軸に、地域支援を行う必要がとれます。実現すれば、地域が一つの医療介護機能を有するバーチャルな施設となり、本質的な地域包括ケアが実現します。(医師会長が「仙台市病院」という療養機能を有するバーチャルな病院の「院長」となり、各区は一つの病棟、地域の医師は主治医と同時時に専門性を生かした各科の医長を務め、チーム医療を主軸とした24時間、365日診療できる、医療介護の「不夜城」となります。また、その仮想病院には優秀な事務部門が必要で、事務長を仙台市長が勤め、各病棟事務は、保健所長が担い、包括支援センターには、各々市職員が専属で連携業務等を行える体制が望まれます。)現在、医療と介護の連携において広まりつつある具体的手段としては、入退院時の互いの医療介護情報の提供と、入院中や退院後に行われるカンファレンスがあります。いくつかの病院では、積極的にこれらの連携を行い、より質の高い在宅介護が行われています。他県では既に行政と医師会が協力し、この連携を進め、包括ケアシステムの土台を支えています。仙台は総合病院が多く、多くの施設がこの連携を行うようになると、より強固なシステムとなると考えます。</p>
	<p>一方、ケアマネは、医療情報を正確に把握せずにアセスメントを行い、医療面での問題点がケアプランに反映されない。主治医との面識が殆どなく、意見書等はもらうが、ケアプランは送らない。結局、ニーズではなくデマンドで終わっています。</p> <p>患者である利用者は、適切な介護認定、安全で適切なサービスを受けず、サービスの不足と過剰が生じている。医療を含めた包括的なアセスメントとリスク管理がなされず危険な状態にいる。結局、サービス利用による成果を、正確に評価されないために、課題は解決されず、何時まで経っても課題は解決されていません。</p>	<p>第三には、これらに携わる人達の目的の共有が必要で、前述の情報を基に、地域の現状と将来に対して、何のために、今、なすべきこと、今後、備えるべき事を認識する必要があります。第四に、地域の介護現場において、多業種連携を有機的なシステムとして発動させる。</p> <p>連携の基本は、施設や制度ではなく、人と人との繋がりが基本だと考えます。そのためには、其々の地域で、その地域にあった多業種連携を推し進める必要があります。第五に、一番重要な事は、個別対応を基本とし、全人格的支援を行うこと。その積み重ねが、その地域の支援体制構築に繋がると考えます。</p>	<p>その他に、1. 各包括支援センターに、連携の主任となる医師と、退職し地元で暮らす県市区職員を行政とのコーディネーターを配置する。2. 各職域団体へのネゴシエーションを行い、地域における連携の中核の担い手を作る。3. 未だ「地域包括ケアシステム」への関与の少ない、弁護士、行政書士、会計士・税理士、ファイナンシャルプランナー等の職域も参加できるようにする。4. 地域出身の国会議員、県議会議員、市議会議員の協力を得る。5. 医療看護介護に関係する教育機関の協力を構築する。等も、今後の連携構築には有用と考えます。また、地域における多業種連携の構築の為に、その職責にある行政の担当者は、積極的に各職域団体や各地域の会議に赴き、直に情報を伝え、その地域における問題点を共有し、地域支援を行う必要があると考えます。</p>

団体名	1.課題をご記入ください	2.課題に対しての解決策をご記入ください	3.行政への提言についてご記入ください
8 仙台市老人福祉施設協議会	①これからの地域包括ケアシステムの、社会資源となる施設整備が、介護職等の人材不足で整備が困難となっており、開設できない状況にある。	①福祉施設の人材確保に関して、福祉系の専門学校は勿論のこと、介護の魅力を中高生に知ってもらい。各団体と連携して、キャンペーンの開催や学校訪問等を行う。	①これからの地域包括ケアシステム構築の為に、介護施設の確保は勿論のこと、地域の団体との連携が必須なので、各団体と協力・連携できる体制づくりの支援をお願いしたい。
	②これからの地域は、マネジメント機能が最大発揮されるべきである。地域包括ケアシステムの必要となる地域包括支援センターの三職種及び、施設と居宅ケアマネージャーの資質の向上のための研修会を多く設け、地域の課題と向き合うことが必要である。	②地域包括支援センターの、三職種及び、生活支援コーディネーターの研修会は、仙台市としても多く開催されている。しかし、施設・居宅・予防に携わるケアマネージャーの研修会が少ないので、資質向上のための研修会の開催をお願いしたい。	②ケアマネジメントを行っている、施設・居宅ケアマネージャーの資質の向上においては、地域包括ケアシステムの研修会や総合事業に移行する経過等、制度をタイムリーに理解できる研修会等の実施をお願いしたい。
	③地域は団体ごとに活動しており、横のつながりが薄い。高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、自助はもちろんのこと、互助が大きな役割を果たすことになる。そのためにも、地域は団体ごと連携を図り介護予防と生活支援に力を入れて頂きたい。	③地域の団体ごとの組織や業務についての相互理解のために、「顔」がみえる関係や集う「場」作りを行う。	③地域や各団体から上がった声(課題)が、速やかに実行されるようにマネジメントして頂きたい。
	④地域包括ケアシステムにおいて、「医療と介護の連携」と言われているが、お互いの職種についての理解がない。		
	⑤医療機関から介護サービスへ、また、その逆に介護サービスから医療機関へつなぐ際、使用する共通の情報提供書、共有できるものがあると良い。現在はそれぞれ独自の様式で情報提供を行っているが、医療と介護それぞれの立場で必要な情報がある。共通の様式を作成することで、情報不足が解消され円滑な連携が図れるのではないか。		
9 宮城県老人保健施設連絡協議会	現実的には地域包括システムの中で老健の役割が明確ではない。特に老健と特養の役割が明確に区別されておらず、むしろ組織的、機能的な能力の点からは老健がシステムの中で中心になるべきである。	行政が地域包括システムの中で機能的に老健の持つ能力を適正に評価し、老健には医療と介護が必要な介護度が高い人を入所させ、特養には本来持っている終の住みかとしての機能を十分に発揮させる事が重要である。特養の入居条件として介護度3以上というのは特養の機能として無理な条件である。現状では老健から自宅ではなく、老健から特養に移動しているのが現状である。	介護、医療が必要な高齢者が、施設か在宅かを選択する時、それらの適切な機能と能力を評価してどの施設が適正か、または在宅が可能かを判断する適正な指標を示すべきである。ほとんどの家族が特養に入所させようとしている現状の分析が必要である。現状の介護士不足の状態から見ると、施設認可があまりにも安易になされているのではないかと疑問に思う。

4. 考察

	団体名	1.課題をご記入ください	2.課題に対しての解決策をご記入ください	3.行政への提言についてご記入ください
10	仙台市立病院医療福祉相談室	<p>院外との連携・医療ソーシャルワーカーが院内での退院支援を行う事に主眼が置かれている。地域での課題に協働して取り組むべき職種であるにも関わらず、地域に出る機会を失っている。</p> <p>地域への啓発・住民の皆さんが興味ある分野ではあるが、十分な認識が得られていない。</p> <p>顔の見える関係の成果の活用・連携の会やその他の連絡協議会・ケア会議などの機会があるものの、関係性を活かしてきていない。</p>	在宅医療・介護連携センターの活用とフォローアップ体制の確立・各職能団体の協力の下(各団体の方がアドバイザーとして参加)、課題となった事を職能団体が協働して解決策を提案していく。	<p>予算提案(厚労省)・・・もう予算が付いているかもしれませんが(例えば・・・)在宅医療・介護連携支援センターと医師会・看護協会など職能団体との協定を結び、アドバイザーとしての予算を取ってもらおう。入退院は避けられない事実なので、在宅支援の5年後・10年後を見据えたシステム作り。仙台方式(生活圏域ごとの支援体制)・宮城方式(地域課題特化型)の確立。</p> <p>制度新設</p>
11	NPO 法人宮城県認知症グループホーム協議会	<p>①重度化、終末期で福祉用具が必要になってもGHは単一サービスとみなされ10割負担になっている。</p> <p>②訪問看護が1ヶ月に2週間しか利用できないという限定になっている。以上グループホームで看取りまで希望する本人や家族が多く、役割が求められているが上記2つが課題になっている。</p>	点滴の輸液交換など家族にお願いして	<p>①福祉用具1割(2割対象者もあり)負担で利用できるようにして欲しい。</p> <p>②訪看は期間限定利用ではなく、ニーズ(必要な時に必要な分)に合わせて利用が可能になるようにして欲しい。</p>
12	東北大学病院地域医療連携センター	<p>病院内では、職員に対する患者の暴言・暴力やパワーハラスメント、セクシャルハラスメントが増加しており、在宅でも同様の傾向であると考え。トラブルを抱える利用者宅に職員が1人で訪問することは職員を危険にさらし、訴訟問題にも発展しかねない。看護師確保のために新卒看護師が参入することを考えると、高齢とはいえ男性の独居宅に1人で訪問することはリスクが高い。現状では訪問人数が増えると患者の費用負担が増加することもあり、このままでは2人体制への移行は進まない。</p>	<p>病院看護ではリスク管理と質向上を目的に2人1組のパートナーシップを取った看護体制が広がりつつある。看護師2名体制の訪問が理想ではあるが、人員確保が難しい現状ではヘルパーやPTとの同時訪問を検討していただきたい。せっかく入職した訪問看護師の離職防止のためにも2名体制の訪問ができることを希望する。</p>	<p>訪問看護・訪問介護を2名体制で行えることを人件費等の費用面でも支援し、同時に利用者負担が増加しない診療報酬上の改定をお願いしたい。</p>

5. おわりに

平成 25 年度より平成 27 年度までの 3 年間を通じて、仙台市における医療・介護連携の課題と解決方法および実践をこの仙台医療介護連携の会と共に実施してきた。平成 30 年度まで継続した活動に継げるには、市町村の実施に向けた計画の実施や財源の問題があると思われる。ここまで継続した実績が平成 28 年度移行も繋がるかどうかも明確になっていない。ここまで課題が明らかになった後の活動が続き、この仙台市において医療・介護が連携し、地域住民が在宅医療を選択できる体制を作り、在宅死亡率 30%（自宅で死亡することが目的ではなく、希望に添っていき続けた証としての死亡率という意味）を目指した活動を今後も継続していくことが必要であると感じている。

本事業に携わり、様々な団体の皆様と意見交換ができたことは、非常に有用であり継続を望む。会議は必要だが、会議を実施して満足してはいけない。しかし、会議ばかりでは進まない。会議の内容を具体的に実践し、検証し、地域に合わせたやり方を築いていく必要がある。地域支援事業の中での情報整理と共に、仙台市には今後の人口構造の変化に対応するべく、又、被災地としてのコミュニティ作り等も視野に入れた体制作りが進むことを願う。

6. 会議資料

会議資料と共に、関連する資料を次頁より掲載する。

- (1)事前アンケート結果
- (2)第 1 回 平成 25 年 11 月 21 日（木）
- (3)第 2 回 平成 26 年 1 月 21 日（火）
- (4)第 3 回 平成 26 年 3 月 25 日（火）
- (5)第 4 回 平成 26 年 5 月 26 日（月）
- (6)第 5 回 平成 26 年 8 月 21 日（木）
- (7)第 6 回 平成 26 年 11 月 18 日（火）
- (8)第 7 回 平成 27 年 2 月 10 日（火）
- (9)第 8 回 平成 27 年 5 月 19 日（火）
- (10)第 9 回 平成 27 年 9 月 1 日（火）
- (11)第 10 回 平成 27 年 11 月 25 日（水）

7. 参考資料

- (1)平成 27 第 1 回仙台地区地域医療構想策定調整会議 会議録
- (2)平成 27 年度第 2 回地域医療構想策定懇談会
- (3)被災地に関する資料
- (4)圏域別高齢者人口調