

工夫した点及び成果

8つの項目	具体的な取組	取組拠点	工夫した点	工夫したことによる成果及び新たな課題	関連資料番号及び関連リンク先	
(ア)	在宅医療・介護連携マップ・ガイド等の作成及びその前提となるアンケートの実施	②	症状に合った医療機関を探せるよう、医療機関ごとの診療内容を記載			
		⑩	既存の「市民暮らしの便利帳」に様々な情報が掲載されているので、それに情報を盛り込み、市民向けに情報を公表。事業者向けには、医療機関情報ネットや介護情報システム等を活用	インターネットが見られない事業所への対応		
		⑮	医療資源マップは、単にマップを掲載するのではなく、各医療機関や介護保険事業所の情報も同時に見られるよう工夫した。	—		
		⑮	在宅医療に携わる医師と訪問看護師、介護支援専門員等が連携しやすいように「連携タイム(連携・連絡可能な時間帯)」をホームページに掲載し、印刷も可能とした。	連携タイムは好評であったが、介護支援専門員は一覧表を印刷して持つことが多く、電子媒体による情報提供だけでなく、紙媒体での情報提供が必要とされていることがわかった。	1	
		⑮	在宅療養支援診療所等の情報掲載にあたっては、「対応可能な診療と管理」、「対応可能な在宅医療について」、「介護支援専門員等と連携・連絡対応可能な時間帯」の項目を設け、診療可能な項目や連携方法、連絡可能な時間帯の情報を掲載	—	http://www.tsukuba-med.jp/renkei/c1.html	
		②	希望する介護サービスが受けられるよう、事業種別ごとに記載	—		
		⑧⑮	予算化せず、既存のものから実態把握。また、事業の中で関わった関係者及び利用者の方々とのやり取りの中で近況を聞いた。	ホームページに掲載されている情報を活用することにより、タイムリーな情報提供が図れた(短期間で作成することができた)。		
		⑮	既存の公表情報(ホームページ等)を基に基礎データを収集した他、各事業所へ調査票(掲載する旨の一文を記載)を送付し返信いただいた。	アンケート調査を実施したことでより詳細な情報を把握できた。また在宅医療・介護連携についての事業趣旨を理解していただく機会とすることができた。		
		⑨	各メンバーが日常業務の中で感じている「連携」の問題点の聴取	—		
		⑩	・他市町村等で既に作成のリスト項目を参考に、窓口担当者名、医師が希望する連携方法・時間帯など、関係者同士の連携に役立つ項目を含めて作成 ・同一アンケートにて、別に取り組んでいる認知症施策のケアパス作成のための情報も同時に収集できるような内容でアンケート作成		2	
		⑩	医師会に取りまとめを依頼	在宅療養に関わる市内全医療機関から回答が得られた。		
		⑪	事業所への調査項目を共通のものとし、統一の情報を取得	—		
		⑫	データの更新を容易にするため、データベース化	—		
		⑬	地域の医療・介護従事者からなるWGを設置	随時必要な情報の追加、変更が可能となった。		
		⑮	訪問看護ステーションの活用促進を図るため、サービス提供エリアの明確化	—		
		⑮	医師会の賛同を得て作成。できるだけ多く医療機関、介護施設に普及するため、ホームページに掲載	マップにおいては、タイムリーな情報が必要であるため更新を定期的に行うことが必要である。		
		⑦	市の商工会議所と連携し、高齢者向け出張訪問サービスを実施している店舗一覧などを調査	インフォーマルな社会資源(本件で言えば商店で高齢者向けサービス)の把握につながった。	3	
		⑭	日常生活の困り事調査(地区ごとに解析)		4、5	
		⑭	介護支援専門員を対象に実施したアンケートの内容について、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員、薬剤師等で原案を作成し、介護支援専門員にプレテストを実施	—		
		⑯	医療機関の一覧表作成にあたっては、医師会との連携を密にし、該当する医療機関を訪問し、内容を確認	医療機関に訪問し、直接意見を聞くことで、医師の在宅医療についての考えや思いに触れることができた。また、医療機関の一覧表を作成したことをきっかけに、歯科、薬局についても作成する動きがでてきた。		
		⑰	医療・介護従事者意見交換会において、地域資源マップの意義などについて説明し、従事者の立場からの意見を聞いたうえで調査を実施	事前に調査の趣旨について説明したことで調査協力が得られやすかった。同様に、医療機関情報に関する調査についても、医師会や歯科医師会の理解を得たうえで実施したため協力が得られた。		
		⑮	対象人数が少ない職種(例:病院ソーシャルワーカー等)については、量的な調査はあまり意味がないと判断し、インタビューによる質的調査を行い、課題を抽出した。	—		
		⑮	病床数の多い病院へは、事前に医療ソーシャルワーカーへ連絡を入れ、アンケート用紙の記入例を添付し、依頼	—		
		⑮	介護予防や自立支援の観点から、今後在宅におけるリハビリテーション専門職との連携が重要となるため、アンケート調査の対象に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を追加。また、病院や施設の退院・退所にあたり、スムーズに在宅生活に移行するために、ソーシャルワーカーとの連携も重要となるため、アンケート調査の対象に追加。薬の服用に関して、現状を把握し、残薬の問題等を明確化するため、市民向けのアンケートに薬に関する項目を追加	—		
		拠点事業ホームページ作成	⑮	連携拠点事業の年間予定と月間予定がわかるよう「お知らせカレンダーと年間予定」のページを設けた。	—	http://www.tsukuba-med.jp/renkei/c2.html
			⑮	連携拠点サイトに「事業の活動成果と記録」を掲載	—	
		その他	⑰⑭	—	担当窓口が明確になり、連携が取りやすくなった。 アンケート作成を通じて、高齢者が受診に関して困っていることなどについて、医師、歯科医師、薬剤師、リハビリ専門職、看護師、介護支援専門員、介護予防推進員、商工会の会員等の理解が得られた(日頃、感じていることや事例について発言があった)。	

(イ)	代表者の集まる場(推進協議会等)、実務者レベルの集まる場(ワーキンググループ、実行委員会等)の設定	⑩	実行委員会を4グループに分け、それぞれのグループで事業を検討、実施(1G:多職種研修会、実地研修会の企画・実行、2G:先進地視察の企画・実行、3G:講演会、シンポジウムの企画・実行)、各員が全体の取組状況を把握できるよう、各グループの進捗状況を会議の中で毎回報告	よい意味での競争感が生まれ、取組がスムーズに運んだ。			
		⑫	自由でざっばらんな意見がでるよう、現場の担当者レベルが出席する実務者会議を位置付けた。	—			
		③	集中した効率的な議論を行うため、会議時間を90分、議事の項目及び事務局側の説明時間は極力最小限とし、委員の方に議論いただく時間を確保	—			
		⑨	地域で活動している方々を主なメンバーとした。	比較的スムーズに活動を開始することができた			
		③	定期的(例:月1回)に、実務者レベルの地域リーダーが継続的に顔を合わせる場として開				
		⑦	地域ケア会議と連携して進めた。	市民の声を反映させた社会資源の検討(ごみ出し支援検証一介護サポーター事業)ができた。			
		⑧	緊急時に第1報が入る消防の課題や、障害児・者の現状を知ることが目的に、消防や特別支援学校の方々に参画してもらった。	—			
		⑨	懇親を深めるためのフリーキーティングなど、各職種間の垣根を取り除き、本来の目的である「対象者へ何ができるのか」という思いを共有するよう努めた。	—			
		⑩	円滑な意思決定と検討には、それぞれの役割を明確にした会議運営が必要であることから、協議会において取組む内容の大筋を協議し、実務者会議において詳細を検討した。	—			
		⑩	効率的に検討できるよう、委員の職種の特性も考慮し、グループ編成を行った。	—			
		⑪	意見交換会は、登録メンバーだけでなく、誰でも参加できる研修会とした。	だれでも参加できるようにしたことで、参加者も増え、様々な職種から意見が出されるようになった。			
		⑮	—	推進委員会での協議を通じて、訪問歯科診療や訪問薬剤管理指導に取組む姿勢が積極的になり、組織として動くことに繋がった。			
		⑯	実行委員が多職種等の意見交換会でワークショップのファシリテーターを担当	多職種間の交流をより効果的に推進できた。			
		⑯	—	各団体の代表者が出席していることから、在宅医療推進の理解や普及効果は大きい。関係機関や団体レベルだけでなく、従事者個々が市の現状や課題を理解できるよう、調査結果や課題を公表、意見交換会で共有し、課題解決に向け取組めるよう働きかけた。			
		(ウ)	・訪問看護導入基準の試行運用 ・訪問看護の必要性を判断するためのチェックリスト	③	介護支援専門員の経験年数や基礎資格等によって医療的視点でのアセスメントにバラつきがあることもふまえ、訪問看護の早期介入に向けて、訪問看護の必要性を判断の基準があると良いのではないかとこの意見があり実施。	—	6
				③	—	訪問看護導入基準チェックリストは、訪問看護の必要性を判断するものであるが、併せて、訪問看護の普及啓発的な要素も大きい。	
				③	住民にも訪問看護を考えてもらうきっかけになればと考え、広く普及させることも検討したが、住民からの問い合わせに対応できる窓口が用意できず、逆に不安をおおるだけになる恐れもあり見送った。	住民への訪問看護の普及啓発とともに、現在、介護をしている家族に対しても訪問看護の必要性をより周知する機会が必要。	
病院退院時、MSWと介護支援専門員、病院と診療所が連絡をとりやすくなるよう医療と介護連携連絡表を作成	⑯		—	退院時の患者情報を共有しやすくするため、病院独自の仕組みや患者情報基本情報提供法が改善されたため、情報が共有しやすくなった。	7		
	⑦		1回、1ポイント(50円)で換算し、シール等で付与。ポイントに応じ、市で指定する商品と交換	—	8 、 9		
北茨城地域自立支援センターの職員を中心とした退院支援促進事業	⑧		退院支援の担当看護師と常に情報をとり、入院中の患者の状況を確認した。	—	10 、 11 、 12 、		
	⑧		住民リーダー、ボランティアリーダーでは対応できない人や、ドロップアウトの懸念がある人たちを定期的に訪問	予想より需要が多かった。要介護者の重症化の予防になっている。	13		
退院時カンファレンスモデル事業の実施	⑪		町内にある東京医大茨城医療センターの協力のもと、退院時カンファレンスに多職種が参加できるようモデルケースを提供していただき、実際に参加した。これを繰り返すことで、恒久的なものとしていく。	—	14		
その他	⑯		・患者情報共有については、連絡ノートを活用しているケースが多いが、あるチームではメールを利用して情報を共有しているケースがある。まずは、全体意見交換会で現状を「知る」ことが大事である。関係者が「情報共有の方法」について問題意識をもつことから始めた。 ・医療職、介護職それぞれの立場から、欲しい情報や共有したい情報について話し合う場(全体意見交換会)を設け、互いに理解し合えるよう工夫した。	—			
	⑬		医師が参加しやすいように、まずは「かかりつけ医として診ていく」という切り口で働きかけた。	—			
「在宅いきいきネット」(主治医・副主治医制)の整備	⑬	在宅主治医が参加しやすい時間に退院時カンファレンスを設定	・退院時カンファレンスによって患者・家族の安心が得られた。 ・退院時カンファレンスにおいて、病状、今後の方針など多職種で情報共有ができた。	15 、 16 、 17			
	⑬	—	—				
(エ)	介護健診ネットワーク	①	利用者の同意を得て、介護保険の認定情報(認定調査票等)などを介護事業所や医療機関と共有できるシステムの構築	—	18		
		②	担当の介護支援専門員からヒアリングを実施し、出来るだけ多くの関係機関が実証実験に参加できるよう取組んだ。	—	19		

	ICTを活用した情報共有 (認知症高齢者等見守り・検索システム)	②	軽度の認知症の症状を持つ独居の高齢者に発信器を持たせ、その人がよく立ち寄る場所に受信機を設置。その人の行動をパターン化、データ化して見守る体制づくりの検討を実施	個人のスマートフォンが感知器になるので、住民への見守りの意識づけとしては効果がある。	
	ICTを活用した情報共有 (インターネット上の掲示板)	⑨	インターネット上で開設した掲示板に「こういう事例があるので、行ってきます」など、みんなが持っている情報を活発に出し合っている。	一堂に集まらなくても、会議が開けているような感じでとても良かった。費用も月額4千程度であまり高くない。	
	ICTを活用した情報共有 (医療介護専用SNSモデルツール)	⑮	LINEに似ている無料アプリで関係者のつぶやき感覚での書き込みや写真を掲載することで、瞬時に多職種で患者情報の共有や意志疎通を図った。	FAXでのやりとりと比べて簡単・便利と利用者からは好評を得ている。在宅に入るときはある程度、情報交換が必要だが、入ってしまえばLINEのつぶやき程度で十分やりとりできる。	
		⑮	医師会事務局でアカウントを管理した。比較的費用が安く、徐々にアプリの使い勝手が改善されてきている。	—	
	情報共有ツール (介護支援専門員と薬剤師の連携シート)	⑥	介護支援専門員と薬剤師の連携のための共通シート活用事業(東海村プロジェクト)を実施。当初は、FAXで情報共有していたが、文字が読み取れない等の課題があり、紙の連携シートの写真を携帯で撮り、薬剤師と介護支援専門員で共有	—	20
	在宅ケア連携手帳(A4在宅版、A5携帯版)	⑩	・活用場面を想定しながら、円滑な連絡調整に資する内容とした。 ・在宅版とは別に持ち運びやすい携帯版を作った。携帯版はお薬手帳とセットのようなイメージで作成した。 ・周知は、民間広報紙面や、市ホームページに掲載したほか、高齢福祉課にて開催の介護サービス事業所向け説明会の機会を活用し、見本を配布 ・既存のノートや、他市町村で作成したものを参考に、本人・家族と各関係機関がそれぞれに活用できるものとした。	—	21, 22
		⑩	在庫保管場所については、各医療機関や事業所等の意見もあったが、在庫場所を限定	効率よく在庫を管理・配布することができた。	
	急変時の対応シート(A3版)の作成	⑩	・本人だけでは更新を忘れてしまうので、介護支援専門員など周囲の方々にもシートの存在を周知し、定期的に更新がなされるよう気を配っている。 ・活用状況の把握については、事業所、介護支援専門員などへのアンケートを検討している。 ・医者に急変時の症状を聞くのはハードルが高いので、看護師になら聞けるのではないかと、「訪問看護を利用している方は、あらかじめ看護師に確認しておきましょう」と記載している。	・家族がいない時も、ヘルパーなどが、シートを見て落ち着いて適切に対応してくれるため、安心だという声をいただいている。 ・急変時の対応シートについて極論を言えば、連絡する相手先の情報だけでも良い。	23, 24
	退院前カンファレンスの仕組み作り	⑪	結城病院と城西病院において、退院前カンファレンスに医療・介護従事者が参加しやすくなるようMSWから介護支援専門員に連絡を取る仕組みづくりを実施	退院前カンファレンスが必要だと判断された人は、まず病棟の看護師が医療相談室に連絡してMSWと相談。次に、MSWが介護支援専門員に連絡して、介護支援専門員が必要な他職種にカンファレンス開催を連絡するという約束事ができた。	
(オ)	相談窓口の設置	⑤	特定の場所に設置することはできなかった。しかしながら、電話相談として、24時間健康相談事業を業者に委託して実施。医療介護従事者、市民に周知しており、相談内容は、病院にいく手前の健康相談的なものが多く、医師、看護師、介護支援専門員等が相談を受ける	月30件近くの相談がある。	
		⑦	地域包括支援センター(在宅医療・介護連携推進事業の実施主体)に置く。	包括側としては、医療に関する情報・ノウハウが少ないのが課題	
		⑪	地域包括支援センターに、年齢に関係なく在宅医療の相談窓口を一本化して設置。あくまで人員基準を満たした上で担当職員を配置	—	
		⑦	多職種へのアンケート調査で出された内容をもとに企画。H27年度は、「在宅で役立つ〇〇」として一貫したテーマ化。多職種メンバーが講師となることもある。毎回、研修会終了後、グループワークを導入し、多職種間での意見交換、研修会での疑問点の解消などに取り組み、意識の共有を図った。	研修会を通して、医療職、介護職ともに互いに分からないことが多々あることを実感し、垣根を低くすることに役立てた。	25, 26, 27, 28, 29
		⑧	住民、各専門職、事業所の代表を交えて「地域課題」という共通のテーマで、それぞれの立場で意見を述べ合うグループワークを行った。	それぞれの職種の役割を理解し、連携の必要性について考える機会が設けられた。	30
		⑨	初年度は、知り合いになることを目的に「医療と介護が連携していくためにはどうしたら良いか」というような大きなテーマを設定。2年目からは、「相談窓口をどのようにするか」というようにテーマを明確化して、2か月に1度、グループワークを行うような研修にしている。	—	
		⑨	外来の看護師に地域連携について講義をしてもいい、グループワークで現状や課題について、それぞれの立場で話し合う機会を設けた。	病院と地域の距離感が小さくなり、お互いの立場を理解することができた。	31
		⑨	災害時の口腔ケアや突発的な嚥下障害の防止や、補助食の試食など、実利的な研修を実施	経口摂取をあきらめないで済む場合があることや、QOLを維持できる場合があることなどを理解できた。	

(カ)	研修会の実施	⑩	地域リーダー研修会については、受講者が医療・介護いずれかに偏らないよう、各団体より推薦をいただいた。また、地域リーダーについては、意見交換会等でファシリテーターとして協力いただいた。 多職種がお互いの役割を理解できるよう、グループワークを通して理解を促し、「多職種連携」を実感していただける内容とした。	—	32 、 33
		⑩	研修会、意見交換会については、参加者の関心のあるテーマ設定に加え、連携が図りにくいとの声が多い職種、通常参加の少ない職種の参加を促すようなテーマ設定を行い、日々の業務における多職種連携に活用できるものとした。	—	34 、 35 、 36
		⑪	平日、夜間に1職種の講師を招いて、講演とグループワークとの2部制として意見交換会を開催した。参加者を限定しないことで、より多くの参加者を募集することとした。昨年度は、町外から講師を招いて開催したが、本年度は町内の在勤者を中心に講師を依頼し、受講者の中から、講師を選べるような流れを作り出した。	—	37 、 38
		⑭	介護支援専門員は、在宅医療に関心がある者が多いが、医療知識に関する不安があること、相談相手がほしいと感じていること等がわかったため、介護支援専門員を対象とした研修会を実施 行政のトップの理解を得るため、市長、保健福祉部長等への参加依頼	—	39
		⑮	・研修会を3つ(地域リーダー研修、在宅緩和ケア研修、認知症ケア研修)に分けた。地域リーダー研修会は、入門編として在宅医療とは何かという大きなテーマを扱い、グループワークを中心に毎年1回ずつ3年開催。在宅緩和ケア研修会は、主にがん患者の緩和ケア研修会を実施。地域リーダー研修会においては、多職種のメンバーでテキスト作成の作業を行い、言葉の定義から始まり、基本的な在宅医療・在宅ケアの知識と事例検討、現状の問題点について多職種でワールドカフェを行うという工夫をした。 ・事後評価のアンケート調査を行い、毎年、研修会を工夫して行えるようにしている。	—	40 、 41
			地域の現場で働く人たちが講師を務める。	自らの成長と顔の見える関係づくりに役立っている。	
		⑯	医療・介護従事者が参加しやすいよう、夜間に設定		42 、 43 、 44
		⑰	興味・関心がある方だけが参加するのではなく、関心が低い方でも参加してもらえるよう市内全サービス事業所に案内文を送付し、組織的な働きかけを行った。専門職が興味・関心をもてそうなテーマ内容、講師を選定し、多くの方に参加してもらえるよう配慮した。	—	45 、 46 、 47 、 48 、 49 、 50
		⑱	多職種研修会のテーマが、それぞれの職種で課題とされていたため、関係者間で共通認識が図れた。また、専門職ばかりでなく、地域を把握している民生委員児童委員やボランティア団体にも参加を呼び掛けた	グループワークでは、意見交換が活発に行われ、その後の業務連携がスムーズに出来るようになったとの声が聞かれるようになった。	51 、 52
		⑲	—	普段かかわりの少ない職種との交流が図られた点が好評であり、今後も顔の見える関係づくりとして継続を希望する声が多かった。	53 、 54
実地研修	⑱	—	他の職種の業務内容を理解することが出来たとともに、在宅療養では、本人だけでなく、家族へも多職種が連携して支えていくことが大切であると認識することができた。		
	⑲	—	実際の現場を研修できたことにより、「総合診療が求められる」、「連携やサポート体制が大切」といった気づきを得られ、協議会委員自身の見地が深められた。	55	
	見える事例検討会の開催。多職種で課題分析を行い、解決の糸口を見つけていくため、可視化ツールを活用し、検討	③	・日常生活圏域ごとに、多職種が定期的に事例検討を行うための仕組みづくりを実施。(市内8つの高齢者支援センター職員をファシリテーターとして養成。ファシリテーターを中心に、各圏域ごとに事例検討会を毎月～隔月開催。) ・共通した「可視化ツール」を活用することによって、事例検討会の質の担保(圏域ごとのバラツキの軽減)を図った。	・市内で年間45回以上(参加者数延1,000名超)の事例検討会が実施され、定期開催につながっている。 ・「可視化ツール」を用いることによって、事例の配布資料が必要なく、事例提供者の準備・負担が軽減。 ・定期的な事例検討の場が形骸化することなく、有機的な多職種連携推進の場となるような運営方法の検討が必要。	56
(キ)	講演会、シンポジウム、フォーラムの開催	②	講演会に多くの住民が参加してもらえるよう、地元で信頼性の高い医師に講師を依頼。周知方法は、全世帯へのチラシ配布、広報紙、各種団体等への周知依頼	—	57
		⑤	講演会の際、在宅医療・介護の相談会、在宅医療・介護のアンケート結果についてパネル展示、また、在宅医療を受けている方のご意見等を反映させた自主制作DVDを市民に公開した。	—	58
		⑦	分かりやすく伝えるため、多職種で考案、出演による寸劇を実施	企画、寸劇をみんなでやることにより、多職種のつながりが深まった。「本当の現場ではこういうことはない」というような気づきがあった。市民向けだが、専門職にとっても他職種の考えがわかって、事例検討のような効果もあった。また、出前講座を行うことで、市民と地域の課題を共有することが出来た。	59
		⑫	協賛業者を募り、在宅生活用物品の試食、試飲、商品説明などのブースの設置	—	60
		⑬	自主制作ビデオを用いて実施。在宅でご家族を看取った経験談を取り入れた。分かりにくい語句については、専門職の解説を織り込むことにより、より分かりやすいシンポジウムとした。	—	
		⑮	公開シンポジウムでは、実際に在宅医療・介護を経験した家族(遺族)に協力してもらい、その経験を通して在宅医療・介護の良い点や苦労した点について話をしてもらった。	—	
		⑮	会場は、地域住民が参加しやすいよう、ショッピングセンターのホールを借りて、土曜日の午後の時間帯を設定	買い物を目的に来た住民が参加してくれた。	
		⑯	講師による講演会ばかりでなく、市民が関心を持ちやすいよう、映画上映を取り入れた。	申し込みが多く、参加者が増えた。	61
		⑱	参加者が在宅療養を分かりやすく、イメージしやすいよう、講師やシンポジストの専門職の方には、専門用語を使わず具体的に話してくださるようお願いした。	—	62
		⑲	講演会会場のギャラリーホールにおいて、各関係団体のブース展示及び在宅医療PR用DVDの視聴を行った。	—	
⑲	訪問診療を実施している医療機関などにポスター掲示やちらしを配布。薬剤師会と連携し、市内の調剤薬局へポスターを掲示	—	63		

パンフレット作成	⑧	・「看取り」や「急変時対応」にスポットをあて、「見やすく・分かりやすく」を念頭に、ワーキンググループを中心に地域の意見を多く取り入れ作成した。 ・できるだけボリュームを抑え、読みやすく分かりやすいようにした。	—	64, 65	
	⑩	実態調査の結果を含め、在宅医療と介護を選択する際の相談窓口やかかりつけ医についての説明を盛り込んだ。	—	66	
	⑪	医療制度の改正で、病院のかかり方も変わってきことから、病診連携のしくみから、病院のかかり方まで、町民の興味の引くようなテーマを選定	市民から沢山の質問が寄せられ、関心の高さが伺えた。		
ホームページ作成	⑩	ホームページに「在宅医療・介護連携拠点事業」を設けた。関係団体に呼びかけホームページをリンクし、関係機関が検索しやすい環境にした。	—		
	⑮	市民健康講座で地域住民から出た質問をもとに「かかりつけ医Q&A」を作成し、拠点事業のホームページに掲載	—		
出前講座の実施	⑯	複数の係員が出前講座を実施できるよう、説明資料を作成	—		
お話し会(住民向け出前講座)	③	お話し会を立ち上げたメンバーが会を継続していくのではなく、地域のリーダーを中心として継続されていくような仕組みづくりを意識した。	地域との接点の作り方に悩んでいた専門職が中心となり、定期的に所属組織のある地域・住民と自然に交流する場ができた。		
	③	一方的なシンポジウムのような形ではなく、住民が自分の人生を考え、地域の住民同士、専門職とともに語り合えるような集まりにした。	1回の参加者数はシンポジウムと比較して少ないが、お互いに話をしながら必要な情報提供(在宅医療に関する)をしていくことによって、住民の記憶に残りやすい。	67	
	③	高齢者や現在、家族を介護している方でも参加しやすいよう、地区市民センター単位で開催。 住民自身が自分事として在宅医療のことを考えるための話題を提供。また、地域とのつながりやまちの機能、身近な体制がどのようなのかを知り、自分自身がどうしたいかをイメージする等、回を重ねても住民が飽きることなく、より関心を持ち続けられるようテーマを検討し、実施。	足が悪い高齢者や、現在、介護中の方の参加もあり、専門職への個別相談につながることもあった。 とりわけ在宅医療に対する「知識と意識」には個人差があり、家族、仲間、ご近所同士で「そんなこと考えていたの」「そうできればいいよね」と話をしてあらためて気づく。回を重ねていく中で、自分事のイメージから生活している「地域」へとイメージが広がり、住民自ら地域課題を検討する場にもなっている。		
(ク)	③	退院調整機能強化に向けた課題の明確化、対応策について保健所や市との協働(保健所管内(二次医療圏)を対象)のもと実施。市町村単位ではなく、保健所管内の在宅医療関係者、医療機関関係者で共有し、意見交換を実施	隣接する市町村の連携及び医療機関関係者と在宅医療関係者の連携促進のためのきっかけをつくることができた。	68	
—	事業開始の糸口	⑧	既存の取組を否定するのではなく、そこで難しかったことや課題になっていたことを補足するスタンスで事業にとりかかった。自分たちが主役ではなく、裏方というスタンスで取組む	—	
		③	まずは、何が課題か、地域の課題をきちんと把握することから始めた。その際、一人よがりにならないように、思いつく関係職種を集めて自由な討論を行った。	—	
		⑰	ネットワークづくりの協議会の中に、急性期病院の代表に入ってもらった。	病院の中でも在宅医療について勉強会を開くことができた。決定権がある人に入ってもらうと何かとやりやすい。	
		⑱	最初に、古河市医師会の理事会に市の考えを説明	—	
		⑦	・誰かが声掛けしないと始まらない。まずはとりかかってみることが大事。徐々にみんなが参加してくれるはずである。 ・医師会とのつながりがなかったので、最初は医師会に足しげく通った。	—	
		⑨	保健所は、地域で協力してくれそうな人、核となりそうな人を把握しているので、その強みを活かしてアプローチし、推進委員会を開催	—	
		⑫	始めに各団体の窓口になる人に事業の説明に行き、理解を得て取組んでいった。	—	
		⑫	郡市医師会に働きかけるにあたり、「かかりつけ医」をキーワードとした。かかりつけ医の延長という意識を強調した。	—	
		⑫	医師会にお願いするものと、行政側でやることを区分けし、整理した。医師会を前面に出して取組んでいる。	—	