

各拠点の取組から生まれた課題及び改善策

8つの項目	取組	取組拠点	課題	改善策
(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	②⑦⑩ ⑫⑮	掲載内容や、定期的な情報の更新、印刷製本費の確保	情報のデータ化、インターネット上の公表のみとすることについても、利便性や普及を考慮しつつ、理解を得ていく必要がある。
		⑧	関わりの少ない機関(医科診療所、居宅介護支援事業所以外の介護保険サービス事業所等)、職種との連携・調整	推進協議会等の顔の見える関係づくり、情報交換場の充実
		⑩	介護サービス事業所については、数が多く、アンケート実施にも、集計にも大変な時間と人手を要する。	独自に実施するか、既存の「介護サービス情報公開システム」を活用するか、収集すべき情報によって変わることから、目指すツール像を明確に、内容について協議が必要
		⑪	実際の救急時の対応等の場面で役立つ情報になっているか。	各事業所に対し、アンケート等で意見を求めて検証
		⑫	情報によっては、情報開示の同意が得られない事項がある。	介護支援専門員間での内部資料に留める。
		⑬⑯	インフォーマルサービスの把握や、利用者の意見を取り入れた情報提供	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(高萩市)
拠点事業ホームページ作成			情報や構成を迅速かつ定期的に更新する必要がある。	
	⑮	⑮	医師会のホームページに掲載しており、医師会のホームページから入らなければならないため、医療関係者の閲覧が多い。	介護関係者や地域住民の閲覧を促進する工夫が必要
	⑮	⑮	地域住民からの質問を受ける質問コーナーの開設を今回は見送ったが、住民の声を直接聞くことや双方向性を持たせてサイトを充実することが課題	
(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	日程調整について、年間報告を行うため、年度末に最終回を設定したが、年度末の多忙を理由に欠席者が通常より増えた。	可能な限り各委員の意向を確認したうえでの調整が望ましい。
		⑤	実務者レベルの話し合いにおいて行政主体の傾向にあったため、自立した集まりにすることができなかった。	医療介護従事者が自分たちでやるという雰囲気づくりが大事
		⑬	在宅医の不足(地域的偏在、姿勢や技術的問題を含む)、訪問看護ステーションの体制問題など、抽出された課題の中でもとりわけ困難な課題への取組が不十分	
		⑨	実際に介護をしている側のニーズが把握できないため、話し合いの焦点が絞りがつかなかった。	介護をしている方の悩みを共有できるよう懇談会のようなものを開いた。
		⑮	WGは、職種のバランスを考慮したメンバーを選定が必要	
		③	関係団体で議論を進める中で、それぞれの役割の明確化が必要	
		⑦	メンバー選定が課題(自社の宣伝目的などがあり、本来の目的とは違う発言をする方がおり、選別が必要)。参加している多職種メンバー以外に、どのように取組を知ってもらい、意識を高めていけるかが課題	
	⑨	救急関係者は、重要なポイントで活動しているのにも関わらず、研修会で交流する機会がない。	実際の声を反映したく共有できるよう参加を図った。	
その他	⑭	事業所の垣根を越えて、主任介護支援専門員に相談できるよう、市内の居宅介護支援事業所に所属する主任介護支援専門員を中心としたグループ活動が行える環境の整備が必要		
(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北茨城地域自立支援センターの職員を中心とした訪問型リハビリテーション推進事業	③	関係事業者へ試行運用を依頼しても、その必要性の理解を得ることや運用が難しい。	
		⑧	取組について地域の認知度が高まらず、件数が伸びなかった。	今後、周知広報活動及び他機関との連携強化が課題
	「在宅いきいきネット」(主治医・副主治医制)の整備	⑬	・医師会病院以外では、「在宅いきいきネット」の利用率が高いとは言えない。とりわけ管外の医療機関からの申請が不十分。また、「在宅いきいきネット」側も十分な受け入れ態勢があるとは言えない状況 ・取手市医師会でも訪問診療を積極的にやろうというところはまだまだ少ない。 ・訪問看護等医療機関以外との情報共有の検討	ネットワークに入っていない医師についても、「かかりつけ医が診よう」という気運を高めていきたい。
		⑬	・病状変化時における在宅カンファへの主治医の参加が難しい(主治医からの情報提供書で対応)。同様にサービス提供者会議への主治医の参加が難しい。	
	その他	⑩	・主治医・副主治医性や、バックベッド体制についての検討や、かかりつけ医(家庭)として、在宅療養を支える認識を持つ医療機関の増加が必要 ・在宅療養支援診療所にばかり負担が偏らないよう、地域全体の課題として捉え、急変時や夜間の対応について検討する必要がある。医師会の協力が必要	地元医師会と連携を図りながら、問題提起や課題に向けた解決に向けて、協力を求めていく。
⑪		病院では、病診連携という意識を持って、門戸を開いていても、診療所の医師からは、もつと積極的に患者の在宅ケアに対するアプローチをしてもらわないと体制づくりは進まない。	地元医師会とともに連携を深めながら、問題意識を共有できるよう事業の展開を図っていく。	
⑰		退院調整や退院支援に関しては、病院それぞれのやり方となっている。今後、市として統一する必要性があるのかを見極め検討		

	多職種が必要な要介護認定者を抽出し、医療、介護サービスの利用状況について、多職種が参加する実証実験を実施	②	今回、使用したタブレットは、入力項目が多岐に渡っていたこと、システム取扱者が機械慣れしていないことから、情報入力や閲覧が十分できなかった。 また、多職種が情報連携を円滑に実施するためには、要介護認定者個々の身体状態が異なるため、どのような情報を共有すればよいか検討が必要	
	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	機器の問題ではあるが、受信機と感知器の距離が40mくらい近くないと反応せず、うまく活用できなかった。	
②		家族の人が検索の発信をしなければいけないが、老老世帯の場合、家族の人も高齢で機械を操作できるか疑問がある。また、独居の人の場合、誰が情報発信をするかなど運用面での課題が残る。		
②		そもそも街に人があまり歩いておらず、発信器をもっていても反応する状況がなければ発見が難しい。スマホでなく固定の感知器を置くと費用がかかってしまう。	小さな町なので、システムというよりは、認知症サポーター養成講座を受けた人などが見守り体制に協力してもらおうような体制づくりが重要であると考ええる。 ・個人情報の管理の問題があり、医師会ではなく自治体为主导で取組むのは難しい。 ・介護支援専門員の年齢が高く、デジタル化への壁が高い。	
	ICTを活用した情報共有 (医療介護専用SNSモデルツール)	⑮		
(エ)	在宅ケア連携手帳(A4在宅版、A5携帯版)及び急変時の対応シート(A3版)の作成。	⑩	在宅ケア連携手帳及び急変時の対応シートの記載内容の更新が適切にされるか。また、活用状況の把握、評価の実施。	一定期間後、介護支援専門員等を対象にアンケートを実施し、市民及び関係機関から広く意見を収集し、再版内容に反映させる
		③	各関係機関が、情報共有の必要性を理解しているも、新たなツールの導入については、既存のものに加え、「新たに記録する手間が増える」という負担感等があり、実際の導入が困難	
		⑦	クラウドツールについては、個人情報の取扱が課題。医師会主体で実施するとクリアされると思われるが、取組みまでは至っていない。	
		⑨	情報の共有化が途切れると、目的意識もそれぞれの関わり方、立場で変わってきてしまうことが懸念される。	
		⑰	患者情報に関して、共通様式の必要性について、検討している段階である。現在の方法で特別困っている様子もない。今後、在宅療養支援に携わる者が、それぞれ安心できるような情報共有のあり方について検討する必要がある。	
	⑳	幹事会で協議はしたものの、幹事会だけで連携シートを作成している。	医師の意見を聞いて連携シート作成していきたい。	
	情報共有ツールの作成 (主にシート)	③	ファイルが大きくなってしまい、使いづらくなってしまった。	大事なのは窓口がどこかわかること。介護支援専門員、かかりつけ医、家族の連絡先くらいの情報で良い。
		⑦	介護支援専門員向けのアンケートでは、シートをどのように使えば良いかわからないという声が多かった。何のために使うかという周知不足があった。	広報の仕方を考えないといけない
(オ)	相談窓口の設置	⑤	市に相談窓口を設置するよう検討したが、どの医療機関にもケースワーカーがいるわけではないので人員配置などが課題	
		⑩	1箇所に集約するか、各所に設けるか、直営か、委託か、委託の場合は委託先、適任者の選定等	推進協議会では、地域包括支援センターが適任であるという意見もあげられているが、直営はないため、職種の確保や業務割合等の課題に対し、委託先と今後も検討していく必
		⑮	介護に困っている方々は、交通弱者であることが多く、相談に行くことができない。	
		⑰	専門職向けの相談窓口設置についての要望がある。	
(カ)	研修会の実施	③	在宅医療・介護を推進していく上での地域の課題に応じた研修内容の検討が必要	
		③	研修会のニーズは高いが、研修の規模について検討する必要がある。	
		⑤	市全体でなく、地区単位等の小さい単位での市民を対象とした勉強会などが必要	
		⑦	様々な分野をテーマにしているが、深掘りができていない。 医療職と介護職で理解に差がある。	事例検討を行うことが良いかもしれない。
		⑨	口腔ケア、食事介助、食形態の調整などは、それぞれの対象者に応じて行われるものであるため、講習会形式での座学は困難。実地研修の機会が必要	
		⑬	1日の開催は、参加者の負担が大きい	半日での開催として、回数を増やすなどの工夫が必要
		⑮	医療関係者の出席が少ない。	特に医師、歯科医師の参加を促すための改善策を見つける。
		⑮	参加者が減少傾向にある。	魅力あるテーマを選定し、参加者を増やしていくことが必要
		⑰	開催時間が夜間のみであると参加できない者もいる	夜間開催の他、昼間開催の機会も設ける必要がある。
		⑰	多職種対象の一律の研修会としたが、医療・介護それぞれの立場で互いの業務等が分からないとの意見	医療職・介護職と分けた研修内容も必要
		⑰		職種により参加しやすい時間帯等があり、それを踏まえた時間設定の必要
		⑩	地域リーダーの養成後、どのように活動してもらうかが課題	多職種連携の企画を一緒にやってもらったり、連携手帳の普及方法をワーキングで考えてもらって、実際に実行してもらったりすることを検討
		⑬		休職中の看護師のための訪問看護研修を計画しているが、休職者リストを持っている県看護協会の協力を得ないと進まない。現時点では、一般市民と同じレベルで募集するしか
	実地研修	⑮	参加者が実行委員のみ	多くの職種からの研修を検討。医師会等に働き掛けて医師の参加を促す。
		⑦	講演会に住民が来てもらうだけでなく、地域に出向いて普及啓発を行うにはどうしたらよいかをもっと検討する必要がある。	

(キ)	講演会、シンポジウム、フォーラムの開催	⑩	講演会の参加者の年齢層が70代中心であることから、自分自身のこととして捉えている者が多いと思われる。	在宅療養を家族としてどう支えるかを考えるきっかけとなるよう、在宅療養を行う家族を持つ年代への参加促進が必要
		⑪	参加者の内訳は、専門職がほとんどで、町民への普及啓発という点で効果が薄かった。	もっと町民の興味を引くようなテーマを検討するとともに、講演会等と組み合わせて、開催の機会を増やしたい。
		⑫	リピーターが多く、年齢層も高い。	
		⑬	講演会等に参加できない高齢者も多く、今後は、他の方法で市民への普及啓発が必要	地区ごとに開催されるサロンや各種教室に出向き、市民の理解を深め、全市的な取組をしていく(若い世代にも考えるきっかけづくりをしたい)。
			結果的に市民にどれだけ周知できたかという長期的な評価の指標が見つけづらい。	
		⑭	在宅医療介護に係る場所以外での一般向け周知を行うよう心がけているが、反応がみえてこない。	
		⑮	在宅で療養できるという意識をつくっていかなくてはいけない。一度ぐらいの説明では、いざ救急の時には救急車を呼んでしまう。	
	出前講座の実施	③	行政が一手に担えばよいというのではなく、地域の多職種も巻き込んだ、地域に根差した出前講座の仕組みが課題	
	その他	⑩	事業評価として、実際にどれほどの方が在宅療養を選び、在宅にて看取りを行ったかを示す指標が得られるか。	
		⑬	各職種により、在宅医療・介護の重点が異なる。	職種ごとに市民向けの学習会を開催することも視野に入れる必要がある。
(ク)	—	⑩	事業を実施していない市町村は、まず事業を実施することが課題であり、他市町村との連携にまで課題が及んでいない状況であった。したがって、全市町村が事業開始したうえで、改めて話し合う必要がある。	
		⑮	従来の退院時調整会議・サービス担当者会議は、かかりつけ医の参加が困難な設定で、文書で意見を述べるのみで済ませていることが多い。	参加可能な時間設定、SNSを活用し、多職種間で情報共有を図る。
		⑰	市境を取り払い医療と介護の連携をする必要があるが、情報共有様式等の統一化に関しては今のところ難しい現状。医師会との連携については、保健所を巻き込んだの実現が望	
—	事業開始のきっかけ	⑥	やりやすいところから始めてしまったことで、参加してもらえなかった事業所がある。	今振り返れば、関係職種を一度、集めて事業の趣旨を説明すればよかった
—	事業全般	⑤		3年間事業に取り組んできたが、今後、この取組を進めるうえでは、担当課だけでなく、部単位で考えていく必要があるため随時、関係会議等で議題に挙げて提案していく必要がある