

在宅医療・介護連携の現状と展望：

堺市における関係機関 9 領域に対する質問紙調査

高木さひろ・黒田 研二・今津 弘子・花家 薫
安斉 智子・増田麻砂予・岡原 和弘・小田 真

抄録

人口高齢化と共に今後も、医療や介護の需要が急速に増加することが予想されている。地域における包括的かつ継続的な医療・介護の提供は市区町村が主体となり郡市区医師会等と連携しながら取り組むこととされた。今後、地域における在宅医療と介護の連携がさらに求められる。地域包括ケアシステム構築の手法として地域マネジメントが自治体に求められ、地域の実態把握・課題分析を通じて目標設定を行う課題解決に向けた具体的な取り組みが必要となる。本稿は、堺市内で在宅医療と介護領域における連携状況のミクロレベル（個々の支援）の実態解明から、マクロレベル（地域全体における取り組み）の課題の発見及び提示を行うことを目的とした。

堺市内で医療、介護を提供する 9 領域を対象として 2016 年 10 月に「在宅医療・介護連携に関する実態調査」を実施した。調査対象領域別に各質問項目のクロス集計を行い、度数分布とその異同を明らかにした。

医療と介護の連携の評価に関して、病院の医療連携室、病院医師、訪問看護ステーション、介護施設では肯定的に評価する回答が 8 割から 9 割をしめ、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターでも 7 割前後をしめていた。一方、歯科診療所の 7 割、薬局の 5 割、診療所の 4 割程は連携状況を否定的に評価していた。医療と介護連携の評価に影響を与える要因として、顔を合わせて話し合う面談や会議の存在が重要であることが示唆された。また連携が取りにくい理由として共通にあげられたのは「医療・介護関係者相互の知識・理解不足」であり、そのほか医療系領域では「自身の業務多忙」、介護系領域は「相手方の多忙」を理由にあげるところが多かった。

以上の結果より、今後地域における医療と介護の連携促進には、診療所、歯科診療所、薬局への会議参加依頼の促進、多忙な業務内でも会議に参加できるような効率的な会議設定が求められる。また、地域マネジメントの推進には、行政、医療関係者、介護関係者及び住民組織の協働が重要であり、各主体の積極的な関与が要件となる。

キーワード：医療介護連携、地域包括ケアシステム、在宅ケア、質問紙調査、地域マネジメント

1. はじめに

2025 年には団塊の世代が全て 75 歳を迎えることになり、今後、医療や介護の需要が急速に増加することが予想されている。特に今後の人口高齢化は都市部で急速であり、医療と介護のニーズ増大に応えられる地域のシステムづくりが求められている（黒田 2014）。医療施設の配置や機能分化と連携を計画的に進めるため、1985 年の第 1 次医療法改正によって各都道府県に医療計画の策定が義務付けられた。2006 年の医療法改正では、医療計画制度の見直し等

を通じた医療機能の分化・連携をさらに推進していくため、4 疾病 5 事業の具体的な連携体制を医療計画に明示することが義務づけられた。医療計画への必須記載事項には、その後、精神疾患と在宅医療も加わり、5 疾病 5 事業・在宅医療について数値目標も含む具体的な計画策定が求められている。

2012 年に閣議決定された、社会保障・税一体改革大綱の中で持続可能な社会保障の確保を目指す改革の方向性の一つとして、医療・介護サービス保障の強化が掲げられた。具体的な方策として、病院・病

床機能の分化・強化、在宅医療の推進などが示され、地域包括ケアシステムの構築においては、在宅要介護者に対する医療サービスの確保を軸とした医療と介護の連携強化が打ち出された。その後、2014年に成立した医療法改正に基づいて、2015年以降は、二次医療圏ごとに医療需要と病床の必要数を推計することで、将来の医療需要に対応する地域医療構想を医療計画に盛り込むことが定められた。同時に行われた介護保険法改正では、「在宅医療・介護連携推進事業」が地域支援事業に位置付けられ、「地域における包括的かつ持続的な医療・介護の提供」は市区町村が主体となり郡市区医師会等と連携しながら取り組むことが明示された。それを受けて各市区町村は原則として、(ア)~(ク)までの8つの事業項目を2018年4月には実施することとなった(厚生労働省老健局老人保健課2017)¹⁾。本事業の推進はいわば地域包括ケアシステムの要ともいえる。

しかし地域包括ケア政策の目的をケアの財政負担の引き下げと解釈した自治体があったこと(猪飼2017)や、地域医療連携のステークホルダー分析を行った清水ら(2008)の研究では、政策立案側である行政が医療費の節減を狙っているのに対して、医療現場で優先されるのはあくまでも医療の質だと捉える現場と政策立案側の思惑の違いから、地域医療現場側からの行政に対する不満が大きいことが指摘されている。今後、各自治体は地域の実情に応じた地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みの方向性を明確に提示し、合意を形成していくことが必要だろう。

地域包括ケアシステム構築のために自治体に求められる機能は3段階ある。第1段階は、地域の実態把握と課題分析、第2段階は基本方針を明示し、関係者と共有する、第3段階は施策立案・実行、及び評価である(地域包括ケア研究会2014)。この一連のプロセス、すなわち「地域マネジメント」とは、「保険者である市町村が、地域包括ケアシステムの構築を目的とした工程管理に用いる手法であり、地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し実施することで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取り組み」(地域

包括ケア研究会2016)と定義されている。

そこでわれわれは、堺市役所、堺市医師会、関西大学の協働研究により、実際に在宅医療、介護サービスを提供する側である堺市内の医療・介護関係9領域を対象として、在宅医療・介護連携に対する認識、提供状況、機関・職種間の連携の実態を明らかにするために2016年10月に「在宅医療・介護連携に関する実態調査」を実施した。近年、地域における医療・介護の資源把握や、課題抽出は多くの自治体で実施されており、このような調査は地域包括ケアシステム構築推進のためには基本的な作業であるともいえる。しかし、医療・介護関係者を同時に対象とした調査は、岡山市保健福祉局(2012)が実施した「在宅医療に関するアンケート調査」しか見あたらず、相互に比較分析した研究は少ない。本調査から得た結果の分析により、ミクロレベル(個々の支援)の実態解明から、マクロレベル(地域全体における取り組み)の課題の発見及び提示を行うことを本稿の目的としている。

II. 研究方法

1. データ収集方法

堺市は人口約84万人、高齢化率27.4%(2017年8月末現在)の政令指定都市である。調査対象として、医療系領域として①診療所、②病院地域医療連携室、③病院医師、④歯科診療所、⑤薬局、⑥訪問看護ステーション、介護系領域として⑦居宅介護支援事業所、⑧介護施設、⑨地域包括支援センター、以上の9領域を設定した。市役所が所有するデータより、市内の診療所、病院、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護施設、地域包括支援センターの全数に調査票を郵送した。なお介護施設とは、介護保険給付が利用できる施設・居住系サービスを指し示す。病院医師には、病院規模により大規模病院(病床規模が500床以上)には10名ずつ、その他の病院には5名ずつ調査票を配布した。調査は無記名で行い、調査票記入者は、その機関や部署の実情を知る者を指定した。調査には歯科医師会、薬剤師会及びその他の医療、介護関係機関の協力を得た。

2016年9月に関係領域の2,635件を対象に郵送による自記式質問紙調査を実施した。診療所より返送

された全問未記入票1件、地域医療連携室管理者から返送された重複返送票（紛失連絡による再送のため）1件の、合計2件を除いた788件を有効調査票とした。調査対象に対する調査票配布数、無効票を除いた有効回答数及び回答率を表1に示した。回答率が最も高い地域包括支援センター（100%）から最も低い診療所（16.6%）まで、領域によって回答率に大きな幅があった。

表1 調査対象数及び有効回答数 数字は度数（%）

調査対象	調査対象数	有効回答数
診療所	734	121 (16.6)
地域医療連携室管理者 (退院支援部署)	45	32 (71.1)
病院医師	270	88 (32.6)
歯科診療所	471	130 (27.6)
薬局	340	115 (33.8)
訪問看護ステーション	105	54 (51.4)
居宅介護支援事業所	385	152 (39.5)
介護施設	257	68 (26.5)
地域包括支援センター (基幹型・地域型)	28	28 (100.0)
全体	2635	788 (29.9)

2. 調査項目及び解析方法

調査対象ごとに異なる9つの質問紙を作成した。質問項目の内容は大分すると2種類から構成されている。9領域のそれぞれについて対応可能な状態や処置など、各領域の特性を明らかにする独自の質問項目と、9領域の意識・認識の比較が行えるような、全領域に共通する質問項目の2種類である。

質問項目作成の段階から、分析、考察の過程においても大学、市役所職員、医師会の3者で検討を重ねた。調査票設計では、岡山市保健福祉局（2012）が実施した「在宅医療に関するアンケート調査」の質問項目を参照した。また、調査に協力をいただいた市内の関係団体の代表者、関係者らから各質問項目に対する意見を聴き質問項目の追加、修正を実施した。

本論文では、以下の質問項目に関して、それぞれの調査対象領域の回答の分布を明らかにし、領域間

の比較を行うとともに、分布の異同について考察を加えた。分析に取り上げた項目は、①基本属性（性別、年代）及び在宅医療の実施状況、②医療と介護は円滑に連携できていると思うか、③外部機関との連絡方法と連携がとりにくい理由、④退院調整カンファレンス及びサービス担当者会議への出席、⑤医療と介護の連携に必要なこと、及び在宅医療を普及・推進していく上で必要なこと、である。

調査結果の分析では、IBM SPSS Statistics Ver. 23を用いて、調査対象領域別に各質問項目のクロス集計を行い、度数分布とその異同を明らかにした。

3. 倫理的配慮

調査の趣旨を文書にて説明した協力依頼に対して同意を得て自由意志に基づき回答をしてもらった。なお回答には個人が特定される質問項目は含まれていない。

III. 研究結果

1. 回答者の基本属性及び在宅医療の実施状況

回答者の基本属性について性別を表2に、年代を表3に示した。性別に関しては、診療所、病院医師、歯科診療所では8割以上が男性で、訪問看護ステーションでは9割以上が女性であった。回答者の年代については、診療所、病院医師、歯科診療所では50歳代が最も多く、その他の領域では40歳代が多かった。

医療系領域の中の診療所、歯科診療所、薬局について、在宅患者への訪問診療や訪問指導を行っているかどうかを調べたところ（表4）²⁾、診療所は121件中、55件（45.5%）が訪問診療を実施しており、歯科診療所では訪問歯科診療を130件中、57件（43.8%）が実施していた。一方、薬局では訪問薬剤管理指導の実施を行っていたのは115件中、68件（59.1%）であった。

2. 医療と介護は円滑に連携できていると思うか

「医療と介護は円滑に連携できていると思うか」に対する回答の分布を表5に示した。歯科診療所の7割、薬局では約6割が「連携が十分ではない」「ほとんど連携していない」と回答しており、診療所でも、約4割が同様の回答であった。その他の領域では、「十分連携している」「ある程度連携している」とい

表2 回答者の性別

数字は度数 (%)

調査対象	男	女	無回答	合計
診療所	108 (89.3)	11 (9.1)	2 (1.7)	121 (100.0)
医療連携室	17 (53.1)	12 (37.5)	3 (9.4)	32 (100.0)
病院医師	74 (84.1)	12 (13.6)	2 (2.3)	88 (100.0)
歯科診療所	115 (88.5)	13 (10.0)	2 (1.5)	130 (100.0)
薬局	62 (53.9)	51 (44.3)	2 (1.7)	115 (100.0)
訪問看護	3 (5.6)	50 (92.6)	1 (1.9)	54 (100.0)
居宅介護	38 (25.0)	108 (71.1)	6 (3.9)	152 (100.0)
介護施設	43 (63.2)	23 (33.8)	2 (2.9)	68 (100.0)
地域包括	10 (35.7)	17 (60.7)	1 (3.6)	28 (100.0)
全体	470 (59.6)	297 (37.7)	21 (2.7)	788 (100.0)

注) 回答者の度数分布で値の高い項目に網掛けをした

表3 回答者の年代

数字は度数 (%)

調査対象	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	無回答	合計
診療所	0 (0.0)	4 (3.3)	19 (15.7)	38 (31.4)	30 (24.8)	27 (22.3)	3 (2.5)	121 (100.0)
医療連携室	1 (3.1)	8 (25.0)	10 (31.3)	9 (28.1)	2 (6.3)	0 (0.0)	2 (6.3)	32 (100.0)
病院医師	1 (1.1)	14 (15.9)	19 (21.6)	36 (40.9)	16 (18.2)	2 (2.3)	0 (0.0)	88 (100.0)
歯科診療所	0 (0.0)	7 (5.4)	29 (22.3)	44 (33.8)	36 (27.7)	13 (10.0)	1 (0.8)	130 (100.0)
薬局	4 (3.5)	18 (15.7)	38 (33.0)	32 (27.8)	20 (17.4)	3 (2.6)	0 (0.0)	115 (100.0)
訪問看護	0 (0.0)	5 (9.3)	27 (50.0)	16 (29.6)	6 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	54 (100.0)
居宅介護	0 (0.0)	15 (9.9)	60 (39.5)	46 (30.3)	25 (16.4)	5 (3.3)	1 (0.7)	152 (100.0)
介護施設	2 (2.9)	16 (23.5)	19 (27.9)	13 (19.1)	11 (16.2)	6 (8.8)	1 (1.5)	68 (100.0)
地域包括	0 (0.0)	2 (7.1)	15 (53.6)	7 (25.0)	2 (7.1)	1 (3.6)	1 (3.6)	28 (100.0)
全体	8 (1.0)	89 (11.3)	236 (29.9)	241 (30.6)	148 (18.8)	57 (7.2)	9 (1.1)	788 (100.0)

注) 回答者の度数分布で値の高い所に網掛けをした

表4 在宅患者への訪問診療及び訪問薬剤管理指導実施の有無

数字は度数 (%)

調査対象	実施している	実施していない	無回答	合計
診療所	55 (45.4)	66 (54.5)	0 (0.0)	121 (100.0)
歯科診療所	57 (43.8)	65 (50.0)	8 (6.2)	130 (100.0)
薬局	68 (59.1)	47 (40.9)	0 (0.0)	115 (100.0)

注) 回答者の度数分布で値の高い項目に網掛けをした

った連携を評価する回答が7割前後であった。地域医療連携室管理者の9割以上が連携を評価しており、病院医師も7割以上が連携を評価していた。

3. 外部機関との連絡方法と連携がとりにくい理由

「外部機関との連絡方法」についての回答の分布を表6に示した。いずれの調査対象も電話、FAX、郵送の利用が総じて多かった。また、診療所、歯科診

療所、薬局を除いた調査対象では会議や面談も多く利用されていた。

次に、「連携がとりにくい理由」についての回答分布を表7に示した。全体として最も多く理由にあげられたのが、「医療・介護関係者相互の知識・理解不足」であった。次に、医療系の調査対象では「自身の業務が多忙である」が多く、介護系の調査対象では「相手方との間の敷居が高く感じる」「相手方が多

表5 医療と介護は円滑に連携できていると思うか

数字は度数（％）

調査対象	有効回答数	十分連携している	ある程度連携している	連携が十分ではない	ほとんど連携していない	無回答
診療所	121	10 (8.3)	62 (51.2)	17 (14.0)	30 (24.8)	3 (2.5)
医療連携室	32	6 (18.8)	24 (75.0)	2 (6.3)	0 (0.0)	1 (3.1)
病院医師	88	7 (8.0)	70 (79.5)	11 (12.5)	0 (0.0)	1 (1.1)
歯科診療所	130	6 (4.6)	31 (23.8)	37 (28.5)	54 (41.5)	2 (1.5)
薬局	115	4 (3.5)	45 (39.1)	39 (33.9)	25 (21.7)	2 (1.7)
訪問看護	54	6 (11.1)	41 (75.9)	4 (7.4)	1 (1.9)	2 (3.7)
居宅介護	152	11 (7.2)	103 (67.8)	34 (22.4)	1 (0.7)	3 (2.0)
介護施設	68	19 (27.9)	35 (51.5)	9 (13.2)	2 (2.9)	3 (4.4)
地域包括	28	2 (7.1)	17 (60.7)	9 (32.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
全体	788	71 (9.0)	428 (54.3)	162 (20.6)	113 (14.3)	14 (1.8)

注) 回答者の度数分布で値の高い項目上位2つに網掛けをした

表6 外部機関との連絡方法（複数回答）

数字は度数（％）

調査対象	有効回答数	電話	FAX	郵送	メール	面談	会議等への出席	その他の情報通信技術・ICT	その他
診療所	121	108 (89.3)	97 (80.2)	82 (70.1)	17 (14.0)	51 (16.9)	18 (14.9)	2 (1.7)	1 (0.8)
医療連携室	32	31 (96.9)	28 (87.5)	17 (53.1)	4 (12.5)	21 (65.6)	18 (56.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
歯科診療所	124	108 (83.1)	85 (65.4)	57 (46.0)	14 (10.8)	7 (5.4)	4 (3.1)	0 (0.0)	2 (1.5)
薬局	114	111 (97.5)	89 (77.4)	34 (29.8)	12 (10.4)	28 (24.3)	15 (13.2)	1 (0.9)	2 (1.7)
訪問看護	54	52 (96.3)	49 (90.7)	33 (61.1)	18 (33.3)	29 (53.7)	37 (68.5)	0 (0.0)	1 (1.9)
居宅介護	152	151 (99.3)	124 (81.6)	90 (59.2)	44 (28.9)	101 (66.4)	97 (63.8)	1 (0.7)	1 (0.7)
介護施設	67	67 (98.5)	49 (72.1)	34 (50.0)	27 (39.7)	39 (57.4)	31 (45.6)	0 (0.0)	1 (1.5)
地域包括	28	28 (100.0)	23 (82.1)	17 (60.7)	15 (53.6)	26 (92.9)	25 (89.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
全体	787	656 (95.5)	544 (69.0)	364 (46.2)	151 (19.2)	302 (38.3)	245 (31.1)	4 (0.5)	8 (1.0)

注) 回答者の度数分布で値の高い項目上位3つに網掛けをした

表7 連携がとりにくい理由（3つ選択）

数字は度数（％）

調査対象	有効回答数	連携の必要性を感じない	自身の業務が多忙である	相手方が多忙で連絡が取れない	相手方の担当者がわからない	相手方との間の敷居が高く感じる	医療・介護の制度がわからない	医療・介護関係者相互の知識・理解不足	交流の場がない	その他
診療所	115	8(7.0)	63(54.8)	13(11.3)	26(22.6)	20(17.4)	22(19.1)	59(51.3)	35(30.4)	15(13.0)
医療連携室	32	1(3.1)	18(56.3)	8(25.0)	5(15.6)	6(18.8)	5(15.6)	27(84.4)	8(25.0)	4(12.5)
病院医師	88	2(2.3)	56(63.6)	22(25.0)	21(23.9)	12(13.6)	23(26.1)	67(76.1)	31(35.2)	4(4.5)
歯科診療所	126	4(3.2)	59(46.8)	23(18.3)	31(24.6)	29(23.0)	46(36.5)	61(48.4)	47(37.3)	6(4.8)
薬局	110	5(4.5)	66(60.0)	26(23.6)	30(27.3)	36(32.7)	18(16.4)	55(50.0)	34(30.9)	10(9.1)
訪問看護	54	3(5.6)	29(53.7)	24(44.4)	9(16.7)	10(18.5)	6(11.1)	35(64.8)	15(27.8)	10(18.5)
居宅介護	149	3(2.0)	43(28.9)	78(52.3)	22(14.8)	85(57.0)	9(6.0)	87(58.4)	32(21.5)	16(10.7)
介護施設	64	3(4.7)	19(29.7)	20(31.3)	13(20.3)	29(45.3)	10(15.6)	36(56.3)	24(37.5)	4(6.3)
地域包括	26	1(3.8)	6(23.1)	12(46.2)	5(19.2)	15(57.7)	4(15.4)	22(84.6)	4(15.4)	1(3.8)
全体	764	30(3.9)	359(47.0)	226(29.6)	162(21.2)	242(31.7)	143(18.7)	449(58.8)	230(30.1)	70(9.2)

注) 回答者の度数分布で値の高い項目上位3つに網掛けをした

忙で連絡が取れない」をあげるところが多かった。また医療系領域や介護施設で「交流の場がない」を上位3位までにあげるところが多かった。

4. 退院調整カンファレンス及びサービス担当者会議への出席

「病院で実施される退院調整カンファレンスへの出席」についての回答分布を表8に示した。訪問看護ステーションを除いた医療系領域である診療所、歯科診療所、薬局では「要請されたことはないが要請があれば出席するつもりである」という回答が多く、次いで多いのが、薬局では「出席したことがある」という回答で、診療所、歯科診療所は「要請されても出席するつもりはない」という回答であった。訪問看護ステーションと介護系領域では「出席したことがある」が最も多く、次いで「要請されたことはないが要請があれば出席するつもりである」であった。

居宅介護支援事業所が招集する「サービス担当者会議への出席状況」を診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護施設に質問し、その回答分布を表9に示した。訪問看護ステーションの9割、介護施設では約8割が「会議に出席することがある」と回答したが、一方、診療所、歯科診療所、薬局の出席は2割前後にとどまっていた。歯科診療所、薬局では「会議に呼ばれてはいないが、呼ばれたら出席する」との回答が2割を超えていた。

5. 医療と介護の連携に必要なこと、在宅医療を普及・推進していく上で必要なこと

「医療と介護の連携を図るために必要だと思われること」で重要だと考えられる項目を3点選択してもらい、その結果を表10に示した。総じて多い回答が、「連絡先となる窓口を明確な一覧にする」であった。次いで、「情報交換できる場を確保する」が多

表8 病院で実施される退院調整カンファレンスへの出席の有無

数字は度数(%)

調査対象	有効回答数	出席したことがある	要請されたことはないが要請があれば出席するつもりである	要請されても出席するつもりはない	無回答
診療所	121	29 (24.0)	50 (41.3)	39 (32.2)	3 (2.5)
歯科診療所	130	7 (5.4)	85 (65.4)	34 (26.2)	4 (3.1)
薬局	115	20 (17.4)	76 (66.1)	18 (15.7)	1 (0.9)
訪問看護	54	48 (88.9)	5 (9.3)	0 (0.0)	1 (1.9)
居宅介護	152	145 (95.4)	4 (2.6)	0 (0.0)	3 (2.0)
介護施設	68	54 (79.4)	13 (19.1)	0 (0.0)	1 (1.5)
地域包括	28	28 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全体	756	331 (43.8)	233 (30.8)	91 (12.0)	13 (1.7)

注) 回答者の度数分布で値の高い項目上位2つに網掛けをした

表9 サービス担当者会議への出席の有無

数字は度数(%)

調査対象	有効回答数	会議に出席することがある	会議に呼ばれてはいないが呼ばれたら出席する	会議には出席していないが情報提供(交換)等を行っている	出席していない	無回答
診療所	121	31 (25.6)	11 (9.1)	28 (23.1)	45 (37.2)	6 (5.0)
歯科診療所	130	18 (13.8)	32 (24.6)	10 (7.7)	68 (52.3)	2 (1.5)
薬局	115	29 (25.2)	34 (29.6)	13 (11.3)	39 (33.9)	0 (0.0)
訪問看護	54	49 (90.7)	2 (3.7)	1 (1.9)	1 (1.9)	1 (1.9)
介護施設	68	52 (76.5)	10 (14.7)	3 (4.4)	2 (2.9)	1 (1.5)
全体	756	179 (23.7)	89 (11.8)	55 (7.3)	155 (20.5)	10 (1.3)

注) 回答者の度数分布で値の高い項目上位2つに網掛けをした

く、また、上位3位までに「コーディネート機能の充実」または「知識を得るための研修会・講習会の開催」をあげていた。

「在宅医療を普及・推進していく上で、必要と考えられること」で重要だと考えられる項目を3点選択してもらい、その結果を表11に示した。「24時間体制に協力可能な医師の存在」が総じて多く、次いで「緊急時の入院・入所等の受入のための病床確保」が多かった。診療所、医療連携室、病院医師は「24時間体制の訪問看護ステーションの存在」を3位までにあげるところが多く、その他の調査対象領域では、「在宅医療に関わる人材育成」または「地域の医師の在宅医療に対する理解の向上」をあげるところが多かった。

IV. 考察

本研究により、医療と介護の連携状況についての認識には、調査対象となった医療・介護関係の領域主体間でかなりの開きがあること、外部機関との連携方法や連携が取りにくい理由についても、領域主体間で差があることが明らかになった。主体間で認められるこうした認識や実態についての差異の背景について以下考察を加える。

1. 医療と介護の連携に関する認識について

病院の医療連携室、病院医師、訪問看護ステーション、介護施設では、医療介護連携を肯定的に評価する回答が8割から9割をしめ、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターでも7割前後をしめてい

表10 医療と介護の連携を図るために必要だと思われること（重要なもの3つ選択）

数字は度数（％）

調査対象	有効回答数	連絡先となる窓口を明確に一覧にする	情報交換できる場を確保する	知識を得るための研修会・講習会の開催	情報通信技術・ICTの活用	共通使用できる帳票・マニュアルの作成	医療・介護の役割分担の明確化	情報交換時間枠の創設	コーディネート機能の充実	その他
診療所	116	59 (50.9)	53 (45.7)	27 (23.3)	20 (17.2)	31 (26.7)	39 (33.6)	8 (6.9)	51 (44.0)	11 (9.5)
医療連携室	32	16 (50.0)	22 (68.8)	20 (62.5)	5 (15.6)	6 (18.8)	10 (31.3)	2 (6.3)	8 (25.0)	4 (12.5)
病院医師	87	57 (65.5)	43 (49.4)	34 (39.1)	31 (35.6)	18 (20.7)	2 (2.3)	7 (8.0)	37 (42.5)	2 (2.3)
歯科診療所	123	87 (70.7)	61 (49.6)	46 (37.4)	15 (12.2)	42 (34.1)	35 (28.5)	9 (7.3)	46 (37.4)	2 (1.6)
薬局	111	69 (62.2)	53 (47.7)	41 (36.9)	24 (21.6)	37 (33.3)	31 (27.9)	14 (12.6)	40 (36.0)	5 (4.5)
訪問看護	53	30 (56.6)	26 (49.1)	22 (41.5)	18 (34.0)	15 (28.3)	17 (32.1)	2 (3.8)	16 (30.2)	3 (5.7)
居宅介護	151	89 (58.9)	67 (44.4)	46 (30.5)	20 (13.2)	42 (27.8)	45 (29.8)	33 (21.9)	69 (45.7)	5 (3.3)
介護施設	64	38 (59.4)	31 (48.4)	36 (56.3)	8 (12.5)	12 (18.8)	16 (25.0)	15 (23.4)	14 (21.9)	3 (4.7)
地域包括	27	9 (33.3)	14 (51.9)	18 (66.7)	5 (18.5)	1 (3.7)	7 (25.9)	5 (18.5)	13 (48.1)	3 (11.1)
全体	764	454 (59.4)	370 (48.4)	290 (38.0)	146 (19.1)	204 (26.7)	202 (26.4)	95 (12.4)	294 (38.5)	38 (5.0)

注) 回答者の度数分布で値の高い項目上位3つに網掛けをした

表11 在宅医療を普及・推進していく上で必要と考えられる項目（重要なもの3つ選択）

数字は度数（％）

調査対象	有効回答数	地域の医師の在宅医療に対する理解の向上	在宅医療に関わる人材の育成	24時間体制に協力可能な医師の存在	在宅診療において、主治医・副主治医の導入	24時間体制の訪問看護ステーションの存在	緊急時の入院・入所等の受入のための病床確保	入院患者が円滑に在宅移行できるような病棟の取り組み	在宅医療に関する市民や関係機関の相談窓口・支援体制の充実	診療報酬・介護報酬上の充実	在宅医療に関する患者・家族への普及啓発	その他
診療所	115	23 (20.0)	46 (40.0)	54 (47.0)	11 (9.6)	59 (51.3)	67 (58.3)	12 (10.4)	13 (11.3)	31 (27.0)	13 (11.3)	6 (5.2)
医療連携室	32	9 (28.1)	12 (37.5)	20 (62.5)	4 (12.5)	10 (31.3)	20 (62.5)	5 (15.6)	5 (15.6)	8 (25.0)	12 (37.5)	0 (0.0)
病院医師	87	28 (32.2)	35 (40.2)	49 (56.3)	5 (5.7)	35 (40.2)	34 (39.1)	13 (14.9)	15 (17.2)	25 (28.7)	23 (26.4)	2 (2.3)
訪問看護	53	23 (43.4)	22 (41.5)	30 (56.6)	4 (7.5)	17 (32.1)	19 (35.8)	12 (22.6)	10 (18.9)	16 (30.2)	10 (18.9)	1 (1.9)
居宅介護	148	63 (42.6)	48 (32.4)	85 (57.4)	9 (6.1)	46 (31.1)	86 (58.1)	28 (18.9)	15 (10.1)	35 (23.6)	24 (16.2)	0 (0.0)
全体	435	146 (33.6)	163 (37.5)	238 (54.7)	33 (7.6)	167 (38.4)	226 (52.0)	70 (16.1)	58 (13.3)	115 (26.4)	82 (18.9)	9 (2.1)

注) 回答者の度数分布で値の高い項目上位3つに網掛けをした

たのに対し、歯科診療所の7割、薬局の5割、診療所の4割程は連携状況を否定的に評価していた。医療介護連携の評価が高かった領域主体は、退院調整カンファレンスあるいはサービス担当者会議に参加し、個別事例の支援をめぐって話し合う機会が多いところと重なっている。医療と介護の連携の評価には、多職種が顔を合わせて話し合う場に参加しているかどうかの影響をしていると考えられる。

同じ医師でも病院医師と診療所医師とで評価が異なったことに関しては、次のことが考えられる。病院医師や病院医療連携室は、入退院に関連して地域の医療介護関係者との連絡を取り合う必要があり、連携についての評価も高かったものと思われる。入退院に際して療養の場の移行を円滑に支援し、医療と介護を途切れなく提供するための連携を「継時的連携」と呼ぶならば、病院従事者は主に継時的連携を担当している。一方、診療所医師が地域で生活する療養者に介護関係者と連携しながら医療を提供することは「同時的連携」ということができる。病院医師は、病院という組織の中で医療連携室などからのサポートを受けて継時的連携を行うのに対し、診療所医師が担う他職種、他機関との同時的連携には、より多くの労力が必要となる。訪問診療を行っている医師は、療養者の居家でサービス担当者会議に参加する機会が多い。今回の分析結果には示していないが、訪問診療実施の有無別に医療と介護の連携への評価を調べると、訪問診療を実施している医師は8割が連携を評価していた。在宅医療に積極的に取り組むことが、医療と介護の連携の評価にも影響をしているといえる。

歯科診療所と薬局で医療介護連携への評価が低かった背景として、退院調査カンファレンスやサービス担当者会議など多職種が話し合う機会への参加が少ないことと、在宅医療への参加も回答者の半数程度にとどまっていたことが考えられる。後藤(2014)は多職種連携が難しくなる背景を、「職種ごとに医療行為の制約があり、その制約の裏側には責任があり、職種ごとの専門性が確立しているため、完成された専門システムは、医療分野に限らず横の連携が難しい」と述べる。在宅医療では、後述のように歯科領域や薬剤師による支援も重要な役割を担うことが認識されてきており、今後、歯科領域や薬局におい

て専門性の幅の拡大が可能となるよう、医療と介護の他領域からも働きかけていくことが望まれる。

2. 在宅ケアを支える関係機関、関係職種の連携について

外部機関との連絡方法では、連携の評価が高い領域ほど面談や会議が多く利用されており、連携の評価が低い領域ほど利用されていなかった。多職種の関係者が顔を合わせて話し合う場を確保し拡大していくことが医療介護連携を促進すると考えられる。

連携が取りにくい理由として共通にあげられたのは、医療・介護関係者相互の知識・理解不足であった。中村(2014)は、多職種間連携における阻害要因を、異なる職種に属するメンバー同士は、お互いの理解不足のために対立しやすいことと、一方で同質的なメンバー間の方が仕事の効率が高いという意識があることの2点をあげる。堺市においては2012年度以降、国の事業である在宅医療連携拠点事業や大阪府の事業である大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業に取り組む中で、多職種による事例検討会や医療・介護の関係者が一堂に会する会議が設定され、医療や介護を担う多様な機関、職種間の顔の見える関係づくりが進んできたが、今後も医療・介護関係者の相互理解を深めるため、多職種協働研修や交流の場を広げる取り組みを継続する必要がある。

次に連携が取りにくい理由として、医療系領域では自身の業務多忙、介護系領域では相手方の多忙をあげるところが多かった。サービス担当者会議や多職種協働研修などを通じて多職種連携体制を強化するためには、多くの職種が参加でき効率的な会議の持ち方を工夫することも必要になってこよう。例えば、横須賀市では多職種が連携する会議の開催時刻を昼の時間帯から、関係者の通常業務が終了してからの夜の時間帯に変更することで、会議への出席率が向上している(野村総合研究所2014)。広島県尾道市で実施されている「尾道方式」においては、介護支援専門員がサービス担当者会議の資料(居宅サービス計画書など)を関係者に事前に配布しておくことによって、1回当たりの会議時間を原則として15分間と短時間化させている(新井2008)。連携のための関係者による新たなルールづくりも課題だと

いえよう。

連携がとりにくい理由として介護系領域から多くあげられたのは、相手方との間の敷居が高く感じる、であった。なぜ、介護職が医師等の医療職に対する敷居が高いと感じるのであるのか。医療専門職に関する法律では、医療行為（医業）について医師や歯科医師の業務独占を規定しており、他の医療職が医療行為を行う場合にはその指示による旨が定められ、こうしたルールに基づいて相互関係が作られている。医療に関する知識や責任のあり方の相違が介護関係者の感じる敷居の高さの理由かもしれない。しかし、在宅ケアでは、医療行為はその支援全体の一部であり、介護、生活支援などさまざまな領域からの支援が必要であり、さらには家族やボランティアなどによるインフォーマルな支援も含まれてくる（黒田2016）。こうした広汎な支援を組み立てていくためには、支援者チームはフラットな関係で、対等に意見を述べ合える関係であることが望ましい。医療にみられる指示の授受といった関係を越える規範を作り出すことが必要であろう。こうした新たな規範を共有することで、医療職に対する敷居の高さの一部は払拭できるのではないか。敷居が高く感じる理由には、医療に関する知識や責任の相違だけではなく、年齢差や性差も影響しているかもしれない。医療系領域の回答者の多くが50歳代の男性で、介護系領域では40歳代の女性が多かった。しかしいずれにせよ、在宅ケアの目的は在宅療養者の生活の質の向上にあることを医療と介護の関係者が認識して、そのために自由に連携できる素地を作り出していくことが求められる。

3. 在宅ケアを支える退院調整カンファレンスとサービス担当者会議

病院で実施される退院調整カンファレンス及び居宅介護支援事業が招集するサービス担当者会議は、在宅療養者の個別のニーズに沿って医療と介護の支援を継続的に提供していくために重要なものである。医療と介護の関係者が連携をしていくための方法としても重視する必要がある。今回の調査により、こうした会議に訪問看護ステーションや介護施設など介護関係者の多くが出席しているのに対し、診療所、歯科診療所、薬局からの参加が少ないことが明らか

になった。ただし歯科診療所、薬局の6割以上が、退院調整カンファレンスに要請があれば出席するつもりだと答えており、サービス担当会議に対しても2割以上が呼ばれたら出席すると回答していた。今後、療養者のニーズに応じて、歯科医師や薬剤師にもこれらの会議への出席を積極的に呼びかけていくことが望まれる。

歯科診療所と薬局が会議に招集されることが少ない理由として、在宅医療チームに歯科医師や薬剤師が参加することの重要性について、利用者のみならず他機関からの認識が十分でない可能性が考えられる。高齢者の口腔ケア、摂食嚥下の機能の維持・向上を図ることは、栄養摂取の改善、誤嚥性肺炎の予防につながる。「最期まで自分の口から食べることは、人として最優先される生活の質（QOL）」であり、先駆的な取り組みを行う地域では、医師に加え歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士、作業療法士などの多職種チームによるサポートが広がっている（厚生労働省アフターサービス推進室2017）。また、薬剤師の業務の関連では、第3期医療費適正化計画において取り組み目標の一つに重複投薬や多剤投与の適正化が予定されている（厚生労働省2017）。こうした点からも在宅医療における歯科関係者や薬剤師の活躍が期待されている。今後、在宅医療チームの一員として積極的に歯科医師や薬剤師の参加を図ることが重要であろう。

また、こうした会議に関係者が参加することに対して、診療報酬上の評価が影響する可能性もある。2006年の第5次医療制度改革では、施設完結型から地域完結型の医療への転換が目指され（西村2016：176）、それに伴う診療報酬改定では、入院中の医療施設の医師や看護師等と、退院後の在宅療養を担う医療施設の医師が、退院後の居宅における療養上必要なことの説明及び指導を共同で行う行為を評価するため、地域連携退院時共同指導料1・2が新設された（川越2008）。2008年度の診療報酬改定では「地域連携退院時共同指導料」は「退院時共同指導料」に変更となり、歯科医師や薬剤師も算定可能になった。また、居宅介護支援事業では2006年度から、介護報酬の改定により、利用者の入退院・退所時の会議に参加することにより退院・退所加算が算定できるようになった。このような診療報酬や介護報酬の

算定の可否が、退院調整カンファレンスへの出席に影響している可能性がある。関係者がこうした制度を理解して活用することも、連携を促進する会議を普及させていくために必要であろう。

4. 医療と介護の連携に必要なもの

本調査では、医療と介護の連携を図るために必要なことと、在宅医療を普及・推進していく上で必要なことを別の質問項目として尋ねたが、医療と介護の連携を図るには在宅医療の推進が重要な条件となると考えられるので、合わせて考察する。以下、調査結果と厚生労働省老健局老人保健課（2017）が示す「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」に示された8つの取り組むべき事項（文章中にアンダーラインを付した）との関連を見ていく。本調査で各領域主体から示された意見を施策として進めていくためには、在宅医療・介護連携推進事業そのものを推進していくことが必要であることがわかる。

まず、医療と介護の連携を図るためには、ほぼすべての調査対象から「連絡先となる窓口を明確な一覧にすること」と「関係者が情報交換できる場を確保すること」が必要という認識が示された。(ア) 地域の医療・介護の資源の把握では、医療施設や介護施設・事業所の機能を把握し、その結果を関係者間で共有することが求められているが、関係施設の連絡窓口もそのなかで情報として提供することが必要である。また、(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援としても、窓口情報の共有が図られる必要がある。二つ目の「関係者が情報交換できる場」は、(イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討のために設けられる協議の場や、医療・介護関係者の研修の場で確保していくことができるであろう。なお今回の調査において「知識を得るための研修会・講習会の開催」も、回答の上位をしめていた。これは(カ) 医療・介護関係者の研修に該当する。

医療と介護の連携を図るために「コーディネート機能の充実」を求める回答も上位をしめていた。堺市医師会では、2014年度より、大阪府が実施する在宅医療推進事業を受けて、在宅医療推進コーディネーターを配置してきた。この事業は2017年度に終了するが、その取り組みをさらに発展させるため、2017年7月から堺市の委託事業として堺市医師会に堺地

域医療連携支援センターが開設された。センターには在宅医療介護コーディネーターが配置され在宅医療介護連携の推進のためのコーディネート機能を担うことになった。これは、(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援に相当する。一方介護関係の施設や事業所のコーディネートと住民からの相談対応は、堺市内の7区役所及び21圏域に置かれている地域包括支援センターに期待されている。今後、医師会の堺地域医療連携支援センターとの協働を図ることが課題である。

在宅医療を普及・推進していく上で、必要と考えられる項目で最も多く指摘されたのは「24時間体制に協力可能な医師の存在」である。また回答の上位をしめた「緊急時の入院受け入れのための病床確保」「24時間体制の訪問看護ステーション」と合わせ、(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進に相当する。緊急事態に対応できる病院診療所間の連携（病診連携）、複数診療科の連携や副主治医制に対応できる診療所間連携（診診連携）、訪問看護ステーション機能の強化などが対応すべき課題であろう。緊急時の受け入れ体制を整えるためには、(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携や、(キ) 地域住民への普及啓発も極めて重要な鍵となる。堺市では、医師会が中心となって地域住民に対して、地域包括ケアへの理解を促す講演会等を実施している。地域包括ケアシステムを確立するには、支える側だけではなく、支えられる側との協働が重要であることも忘れてはならない。

また、「在宅医療に関わる人材育成」が必要という意見も上位をしめた。地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて事例検討を行うなど、多職種連携研修を進めることが必要である。こうした研修を通じて、在宅医療に参加する医師、歯科医師、薬剤師を拡大していくことが求められている。

地域包括ケアシステム推進に求められる地域マネジメントを担うのは基礎自治体とされている。田中（2016）は、地域マネジメントには、当該地域に存在する多様な人や組織、つまり役所には属さない地域の資源をネットワーク化していくコーディネーション力が求められると述べる。堺市では2008年より、地域における医療関係者と福祉・介護従事者の相互の連携体制を構築する協議の場である「いいともネ

ットさかい」(堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議)(堺市医師会 online)が医師会主導のもと実施されており、その下に病院連絡協議会(C.Cコネット)が設置されている。いいともネットさかいでは2009年より、医療と介護サービス間の円滑な情報共有を目的としたツールとして「堺市版医療と介護の多職種連携マニュアル」を作成し提供している。こうした協議体は、ミクロレベルで把握した課題をマクロの政策にまで反映させるための媒介の場ということもできる。地域マネジメント推進のためには、このような協議体を通じてマクロレベルへの働きかけがさらに重要となるだろう。地域マネジメントには医師会やその他の専門職団体、介護や福祉領域の関係者、及び住民組織の連携が不可欠であり、自治体とのさらなる協働が地域マネジメントを可能なものとするであろう。

本調査の限界として、対象領域間で回答率の幅が大きく、在宅医療に関心の高い層に回答が偏った可能性があげられる。そのことに留意をして回答結果を読み取る必要がある。医療と介護の関係者の中でも在宅医療に関心が低い層へいかに働きかけるかを今後の課題としたい。

V. まとめ

医療と介護の連携の評価に影響する要因として、関係者が顔を合わせる面談や会議の存在が重要であることが示唆された。また、退院調整カンファレンスやサービス担当者会議など医療と介護の関係者が一堂に会して話し合う場に、診療所、歯科診療所、薬局からの参加が少ないことが示された。今後、より多くの職種が会議や研修の場に参加できるように、効率的な会議運営や開催時間帯などに工夫を凝らすことが必要であろう。また、在宅医療の拡充が医療と介護の連携の推進につながると考えられる。診療所、歯科診療所、薬局の積極的な参加を期待したい。

在宅ケアの推進は、療養者を取り囲む多機関、多職種の連携なしに図ることはできない。堺市医師会には在宅医療介護コーディネーターが配置されており、行政との協働により地域マネジメントを進める基盤も確立されてきている。また日常生活圏域においては、地域包括支援センターがその役割の一端を担うことも期待できる。地域マネジメントの推進に

は、行政、医療関係者、介護関係者及び住民組織の協働が重要であり、各主体の積極的な関与が要件となるであろう。

注

- 1) 介護保険法に基づく地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業項目は以下の通り。(ア)地域の医療・介護の資源の把握 (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 (ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援 (オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援 (カ)医療・介護関係者の研修 (キ)地域住民への普及啓発 (ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携。
- 2) 調査票の質問項目に対して、診療所、歯科診療所は訪問診療の実施有、薬局は在宅患者訪問薬剤管理指導を算定していると回答した者をそれぞれ訪問診療及び訪問指導実施をしているとみなした。

引用文献

- 新井光吉(2008)「スウェーデンと尾道の包括ケア・システムに関する報告」『社会科学論集』埼玉大学経済学会、125、1-14.
- 猪飼周平(2017)「地域包括ケア政策の総括から共生社会へ」『月間保険診療』医学通信社、72(6)、34-39.
- 川越雅弘(2008)「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所、162、4-15.
- 厚生労働省アフターサービス推進室(2017)「高齢者の口腔と摂食嚥下の機能維持・向上のための取組みに関する調査」(www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol25/dl/after-service-vol25_houkoku.pdf 2017.9.18.)
- 厚生労働省(2017)「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について」(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000148008.pdf> 2017.10.26.)
- 厚生労働省老健局老人保健課(2017)「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.2(案)」(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/tebiki_3.pdf 2017.10.29.)
- 黒田研二(2014)「大都市における高齢者の在宅ケアー現状と課題一」『公衆衛生』医学書院、78(9)、612-616.
- 黒田研二(2016)「在宅ケア実践と在宅ケア研究の今後」『日本在宅ケア学会誌』日本在宅ケア学会、20(1)、

- 21-26.
- 後藤純 (2014) 「多職種間の構造的なギャップを乗り越えるために：顔の見える関係会議（第3段階）」第4章第4節、第5章第2節、第6章第4節『地域包括ケアのすすめ』東京大学出版会、61-63.
- 中村洋 (2014) 「多職種間連携における2つの阻害要因と4つの促進要因」『医療と社会』公益財団法人医療科学研究、24, 211-212.
- 西村淳 (2016) 『社会保障の基礎』東洋経済新報社.
- 野村総合研究所 (2015) 「地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進における、実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究事業」 (https://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_1.pdf 2017.9.26.)
- 清水麻友美・佐藤溪・畑中綾子・城山英明 (2008) 「栃木県足利市における地域医療連携のステークホルダー分析」『社会技術論文集』社会技術研究会、5, 52-67.
- 田中滋 (2016) 「植木鉢図とその背景：地域マネジメントの意義」『生活福祉研究』明治安田生活福祉研究所、92, 3.
- 岡山市保健福祉局新病院・保健福祉政策推進課 (2012) 「市民や医療・介護の専門機関に対する在宅医療に関する意識調査」 (http://www.city.okayama.jp/hofuku/hokenfukushiseisaku/hokenfukushiseisaku_00033.html 2016.7.1.)
- 地域包括ケア研究会 (2014) 「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」、三菱UFJリサーチ&コンサルティング.
- 地域包括ケア研究会 (2016) 「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」、三菱UFJリサーチ&コンサルティング.
- 堺市医師会ホームページ (<http://www.sakai-med.jp/iitomo/> 2017.10.29.)

The current status and future prospects of collaboration between medical and social care: A questionnaire survey on facilities of nine related fields in Sakai city

Sahiro TAKAGI, Kenji KURODA, Hiroko IMAZU, Kaoru HANAIE,
Tomoko ANZAI, Masayo MASUDA, Kazuhiro OKAHARA, and Makoto ODA

Abstract

With Japan's aging population, the need for medical and social care in communities is expected to increase rapidly. The responsibility to develop an integrated community care system (in which collaboration between medical and social care organisations is essential) belongs to municipalities that cooperate with medical associations. Cooperating municipalities are required to accelerate community management for this purpose. The intention of this study is to clarify the current status of collaboration between medical and social care organisations in Sakai City, Japan. As well, we discuss macro-level problems involving the community as a whole by elucidating the micro-level status of the area's home medical and nursing care services.

For that purpose, a questionnaire survey was conducted in October 2016. The survey involved the cooperation of facilities that provide medical and social care services in nine different fields. Comparative studies between these fields were performed using cross tabulation analyses.

The results of this study indicate that more than seventy percent of responders in six of the nine fields positively evaluated the level of collaboration between medical and social care organisations. Namely, those are the liaison section of hospitals, doctors working in hospitals, home-visiting nurse stations, long-term care facilities, care management facilities, and community comprehensive support centres. However, dental clinics, pharmacies, and doctors in clinics did not prioritize collaboration with social care services. A common factor in each of these three fields that contributed to poor collaboration was the fact that members were not asked to personally meet with the social care services community. Busy work schedules for professions in these fields also contributed to difficulties in organising meetings. In addition, a poor understanding of the different roles played by members of each profession prevented collaboration.

Alternative methods of collaboration should be established between medical fields and social care facilities. For municipalities to strengthen their community management functions, cooperation between medical associations, social care facilities, and other community organisations is required.

Key words: collaboration between medical and social care, integrated community care system,
home care, questionnaire survey, community management

