

7. 委員からの提案について

1) 岡山県都市等地區地域包括ケア推進協議会

岡山県医師会 理事 江澤和彦氏

日時：平成 28 年 1 月 30 日（土）13 時～17 時 30 分

会場：ANA クラウンプラザホテル岡山 19 階「宙」

地域医療介護総合確保推進法の制定により、地域支援事業において在宅医療介護連携推進事業が全国の市町村で平成 29 年度末までに実施されることが義務付けとなった。市町村においては、医療行政に着手する初めての機会であり、郡市地区医師会との良好な連携が不可欠と思われるため、この度岡山県内各地域の行政の地域包括ケア担当者等と郡市地区医師会の会長、地域包括ケア担当理事が一堂に会し、意見交換を行う会を開催させて頂いた。参加者は、市町村の地域包括ケア担当者、地域包括支援センター職員、県の担当課長、保健所長等の行政関係者 53 名及び郡市地区医師会の会長、地域包括ケア担当理事 35 名の計 88 名であった。

第 1 部は、我が国の地域包括ケアの第 1 人者である慶應義塾大学名誉教授の田中滋先生から講演を賜り、第 2 部は地域ごとに行政と医師会のグループワークを行い、田中滋先生にもアドバイザーとしてご参加頂いた。

第 1 部 特別講演

「地域包括ケアシステムの構築 ―今私たちは何をすべきか―」

講師：田中滋 慶應義塾大学名誉教授



<講演要旨>

2025 年は、団塊の世代が後期高齢者になりきる年である。現在の 75 歳の多くは元気であり、2025 年に突然大きな変化が来るわけではない。団塊の世代の大半が人生を全うする 2040 年が次のターゲットであり、この間をどうしのいでいくかが我が国の課題である。

2014 年 6 月地域医療介護総合確保推進法により 19 本の医療介護関連法案が成立した。この法律において、「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される状態をいう。

2013 年の地域包括ケア研究会では、およそ徒歩 30 分圏内（中学校区もしくは小学校区）の日常生活圏域ごとに、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」、「生活支援・福祉」各サービス、及び「ニーズと需要に応じた住まいと住まい方」に対する取組みを統合的かつ包括的・継続的に展開する議論を行い、そのイメージとして、「植木鉢図」を示した。本人・家族の選択と心構えの上に住まいと住まい方の植木鉢があり、その中に生活支援・福祉サービスの養分を含んだ土が入っており、その土から医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・予防の葉が育つイメージとしている。ここで言う本人・家族は、配偶者等の生計を共にしている場合を指す。

地域包括ケアシステムを構成する 2 つの概念は、生活圏域を基盤としたケア（Community based care）と統合されたケア（Integrated care）となる。地域包括ケアシステムの目的は、新たな地域づくり、生活圏域づくりであり、多世代交流や地域・生活圏域の支え合い体制の構築を目指す。中心的手段は、地域・生活圏域に既に存在する資源のネットワークングのマネジメントであり、地域の課題把握が重要となる。地域包括ケアシステムの対象は、「何らかのケア」を必要とする全ての人を対象であり、虚弱高齢者、障害者、子供、子育て中の人、虐待や孤立に悩む人等が該当する。

我が国では、栄養水準の向上、公衆衛生体制の整備、医療提供体制の発達、社会保障制度の普及により、長寿が一般化した。1950 年から 2015 年にかけて、80 歳以上人口は 27 倍となっている。昔は、脳卒中で死亡し、がんも末期にならないと発見されないといった時代であったが、医学の発達により寿命と健康寿命の差が拡大し、虚弱高齢者数が増大した。付随して、安静処遇の医療モデル、施設収容の福祉モデル、看病と看取りを混同する家族介護により寝たきり高齢者や要介護者を助長する過ちを経験してきた。一方で、子供世代と同居する高齢者の割合は 1964 年 8 割から 2015 年 4 割に減少しているが、同居する高齢者数は 1964 年 400 万人に対し 2015 年に 1,300 万人と増加しており、家族力の低下だけが問題ではない。

地域包括ケアシステムの構築にあたり、「施設対在宅」概念からの脱却が必要であ

る。施設は地域や在宅を支えるものであり、「おおむね在宅、ときどき施設（入院）」を考えるべきである。構築過程は、住民同士の関係の深浅、住民の年齢層・経済力、住民の生活意識等により地域・生活圏域ごとに異なる。同じ小学校を出た人が地域に多い、商店街が活性化している、神社やお寺のお祭りがあるなどの状況があると地域包括ケアシステムを構築しやすい。

地域包括ケアシステムの構築手順の取り掛かりは、その地域の得意なところから始めるとよい。住まい、看取り、医療介護連携、重度化予防、虚弱化予防、認知症、交流拠点の構築等が考えられる。本日のような行政と医師会の連携も重要である。中重度要介護者に関わる在宅医療では、介護連携、看取り、提供体制整備、市レベルの顔の見える関係、多職種研修、地域ケア会議の活かし方等についての議論が必要となる。自助、互助、共助、公助はいずれも必要であるが、マネジメントレベルの自助と互助の視点が重要である。医療は診療データと経営データの固まりであり、DPC データマネジメントが出来ないと急性期医療は提供不可能となっている。介護事業はまだデータマネジメントが出来ていないために、介護報酬が包括払いでありながら介護事業所で提供されている内容について市町村も把握出来ていない。データマネジメントを行うことにより、医師、看護師と同様に介護福祉士しか出来ない業務を定め、それ以外について誰が助けるかを議論しなくてはならない。データを標準化し公開していくことが必要なのである。自治体には首長の覚悟とマネジメントのための組織づくりが求められている。

介護は、旧来の社会サービスであった炊事、掃除、洗濯といった家事援助から三大介護に移行し、予後予測を共有して機能訓練を行うなどに発展することによって、地域包括ケアシステムの一員となる。自治体も経済的・家庭的困窮者に対する福祉業務から介護部門の保険料徴収・要介護認定・保険給付の三大業務に移行し、これからは地域資源を活用することが重要となってくる。住民に夢を語り、エンパワーメントを引き出すことも必要であろう。

地域包括ケアシステムは「つくる」か「つくらないか」の二択しかないが、つくらなければまちが無くなることとなる。「つくる」しかないのであり、「つくる」という強い決意が不可欠である。

第2部 グループワーク

近隣地域の医師会と行政関係者で10グループを形成し、全グループから発表を行った。グループワークは終始和やかに行われ、行政や医師会関係者の参加者満足度の高いものとなった。最後の講評



では、慶應義塾大学名誉教授の田中滋先生から貴重なアドバイスを頂き本会終了に至った。

<グループワーク発表時の主な意見>

- ・サービス担当者会議に医師が参加出来ない
- ・行政もサービス担当者会議に出たい
- ・医学用語が福祉系職員にわかりづらい
- ・会議のアウトカムを設定すべき
- ・基幹病院が連携会議を開催している
- ・住民向けのリビングウィルに関するDVDを作成した
- ・限界集落では、家が病室で道路が病棟の廊下と考えている
- ・多職種連携の中に医師に参加してもらう方法は？
- ・地域住民主体の生活支援はどうすべきか？
- ・救急医療等に役立つ「命のバトン」事業を実施している
- ・認知症の連携パスポートであるファイリングノートを活用している
- ・首長の覚悟は国が言うべきか？
- ・地区医師会の主導で8年前から多職種が書き込む共通シートを使用している
- ・多職種連携モデル事業を実施し情報共有に努めた
- ・晴れやかネットの拡張機能である連携ケアキャビネットを歩行動画や褥瘡写真等に活用している
- ・口腔ケアや重複薬の是正に役立つシートを活用している
- ・訪問診療に片道30分かかっている
- ・地域に薬剤師会がない
- ・2か年に渡り在宅医療介護連携拠点事業を実施した
- ・外科医の充実は厳しい地域である
- ・最終的には介護施設に入所するケースが多い
- ・予防を中心としたアプローチを行っている
- ・顔の見える関係づくりを目的とした研修会を開催している
- ・家族のレスパイトが必要であるが施設が不足している
- ・医師とケアマネジャーの連携の勉強会を定期的で開催し懇親会も行っている
- ・医師が地域住民に講話を行っている
- ・連携シート「結びの輪」の改訂版をケアマネジャーのフェイスシート等にも活用している
- ・ケアキャビネットの連絡掲示板の垣根を低くし多職種の参加に活用している
- ・地域の救急患者の75%が近隣都市で対応している
- ・住民へ自然な看取りのレクチャーを行っている
- ・人材不足解消には財源が必要であり介護報酬を上げるべき

- 顔の見える多職種連携が出来ている
- 行政が医師に参加しやすい会議の設定を工夫している
- 在宅医療を行う医師にアンケートを行い往診や外来支援の役割分担を推進した
- 住民ニーズを行政施策に活かしている
- 多職種連携で症例検討会を行っている
- 地域に病院が一つしかないため 24 時間対応が困難である

<講評：田中滋 慶應義塾大学名誉教授>

- 本日のような勉強会が出来ることはすばらしい
- 医療には、「t-PA」、「SCU」という略語があり、介護にも「サ責」、「サ担」「看多機」という略語がある。わからないことを両者がお互いに聞き合う雰囲気を作ることが大切である



- 最終的に施設入所は OK であるが、例えば亡くなるまでの 5 年間べったりと施設に入ることは検討の余地がある。即ち施設に必ずしも入る必要のない人が施設を占領することは考えなくてはならない
- 在宅急変時の地域の 2 次救急の窓口の一本化を医師会と行政が作っておくべきである。今晚の急変患者の受入先を探すということはシステムが出来ていないということである。
- 市役所と医師会が共同で地域住民用の社会資源リストを作成しておくとうい
- 地域のケア会議や担当者会議で医師の参加が必要であれば、月 1 回に集約して行うことを考える。その際、医師の意見の必要なケースを絞り込んでおく。連携ノートや ICT の医師の活用を検討する。
- 救急から看取りまで、或いは中重度者のケアに関して、自治体と医師会がトップレベルで連携し、多職種を巻き込む方式も考えられる。

2) 第5回研究会（平成28年2月23日）における吉田委員の意見

倉敷市保健福祉局 参与 吉田昌司氏

平成28年2月15日

吉田 昌司

本研究会でのこれまでの議論等を踏まえて、地域包括ケアシステム構築に資するような観点から以下のとおり考えを取りまとめさせていただいた。

なお、以下は本研究会の議論がさらによりよいものとなるようにまとめたものであるところ、倉敷市としての意見としてではなく、一個人の考えである。

1 本研究会と同様の取組を郡市医師会が市町村と連携しつつ、市町村単位で実施することを推進すること

→ 本研究会は、地域医療構想と地域包括ケアを連動させつつ、幅広い関係者が議論をする画期的な取組。

このような動きを更に発展させていくためには、地域包括ケアシステムの構築を進めていく市町村単位で本研究会と同様の研究会を実施することが必要。特に在宅医療の推進、在宅医療介護連携の推進が求められる中で、郡市医師会と行政が連携して、研究会を開催し、考え方等を整理することはきわめて重要。

このため、本研究会と同様に外部の有識者等を招きつつ、関係者がレベルアップを図りながら議論が実施できるように、例えば、医療介護総合確保基金を活用し、郡市医師会が主体となって行政と連携しつつ実施するモデル事業の枠組み等が構築できないか。

2 介護人材対策を行政が関係団体を巻き込みつつ実施すること

→ 地域包括ケアを進めるためには、介護人材の確保等が喫緊の課題。先般の改正で都道府県が中心となって取組が進められていることとなっており、本県でも2025年に向けて介護人材が約4万1千人必要で、5千人以上が不足するといった試算がなされるとともに、関係団体等が参画する会議が開催されていると聞いている。

このような会議も活用しつつ、例えば、事業所の認証制度の創設等、より具体的な介護人材確保対策を関係団体等も巻き込んだオール岡山で実施していくこ

とが考えられないか。なお、参考となる取組としては、京都府の福祉人材育成認証制度などがあげられる。(参考資料1参照)

3 地域レベルでの専門職間の連携（多職種連携）を更に進めるため、関係団体同士の連携をさらに強化すること

→ 地域包括ケアシステム構築のためには、専門職同士の連携を強化し、多職種協働を進めることが求められる。現在でも多職種の顔の見える研修の実施や連携パスの積極的な活用などが各地で行われているが、これをより実効性のあるものとする必要がある。例えば、残薬が問題となる中で、倉敷市内では薬剤師とケアマネが勉強会を始めるとともに、お薬手帳にケアマネの名刺を入れる取組等が始まっている(参考資料2参照)。このような良い取組が更に全県的に広がるように関係団体間の定期的な情報交換の実施等連携をさらに強化するような取組が実施できないか。

4 生活支援の充実等のために社会福祉法人の地域貢献の取組の整理を推進すること

→ 地域包括ケアシステム構築に向けては、生活支援の充実が重要。地域の拠点として介護サービスを提供してきた社会福祉法人については、社会福祉法人の見直しの議論において地域貢献が求められる中で、生活支援の充実といった観点からの取組もこれまで以上に期待される。

その中で、先進的な社会福祉法人においてはサロンなどさまざまな取組を実施されているが、それが自治体等他の関係機関にはうまく共有されていない現状がある。このため地域での先進的な取組など現状の取組を見える化するとともに、今後実施していくような取組を整理するような工夫ができないか。

なお、立川市で行われている意見交換会(参考資料3参照)などが取組をはじめのきっかけとなるものだと考える。

【参考資料1】

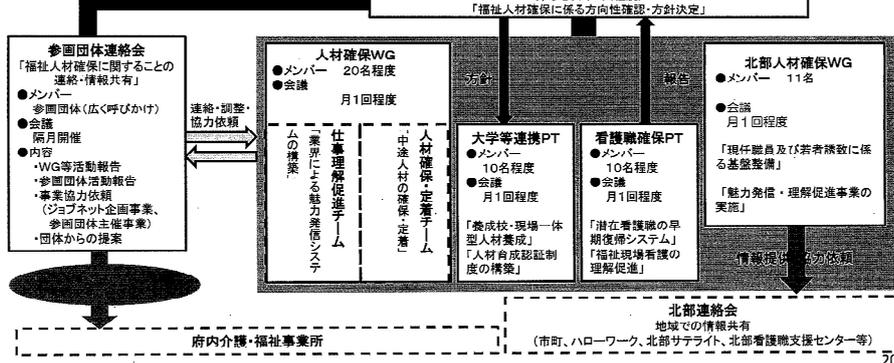
(3) 都道府県による取組

① 京都府における介護人材確保・定着に向けた取組

京都府の取組

- I 福祉人材育成認証制度の普及・推進
- II 3年間(平成24年度～平成26年度)で新たに福祉人材6,000人の確保及び定着を推進
- III 府北部地域での福祉人材確保(3年間で900人)
- 「きょうと介護・福祉ジョブネット」の構築。
 - ・介護現場の職員、関係団体、職能団体が参集し意見を交わす人材のプラットフォームにおいて、プロジェクトチームやワーキンググループを設置し、人材確保・定着に向けた事業や大学等と連携した取組を実施。

きょうと介護・福祉ジョブネットの構成



② 広島県における介護人材確保・定着に向けた取組

第6期ひろしま高齢者プラン

・質の高い人材育成・確保に向けた事業者、関係団体等の主体的な取組を促し、総合的に支援

保険者や事業者等の主体的な取組を促進するため協議会を設置

【構成員】※以下のように行政や職能団体、事業者団体などで構成
 広島県、広島労働局、広島県社会福祉協議会、広島県看護協会、広島県介護福祉士会、広島県社会福祉士会、日本介護福祉士養成施設協会、日本社会福祉教育学校連盟、日本社会福祉士養成校協会、介護労働安定センター、広島県社会福祉施設経営者協議会、広島県老人福祉施設改進黨、広島県老人保健施設協議会、広島県身体障害者施設協議会、広島県知的障害者福祉協会、広島県訪問介護事業連絡協議会、広島県生活協同組合連合会、広島県教育委員会、(広島県市長会、広島県町村会、平成25年度参画予定)

【情報提供・啓発部会】

- 社会的認知の確立や中・高校生への理解促進に向けた情報提供や啓発

【人材確保・育成部会】

- 福祉介護人材の安定的確保に向けた体制の整備
- 従事者全体の知識・技術の底上げと高度な資質を有する人材の育成

【就業環境改善部会】

- 福祉・介護事業所における就業環境改善の推進

広島県におけるビジョンの共有⇒利用者・従事者にとっての「魅力ある環境づくり」

【情報提供・啓発に関する取組】

- 小学校、中学校、高等学校への介護職の実態を描いた図書(コミック)の寄贈
- 「介護の日フェスタin広島」の実施、「介護の日」ポスター募集
- 職業の選択肢としての勤機付けのため、学生等への施設見学&体験バスツアーの実施等

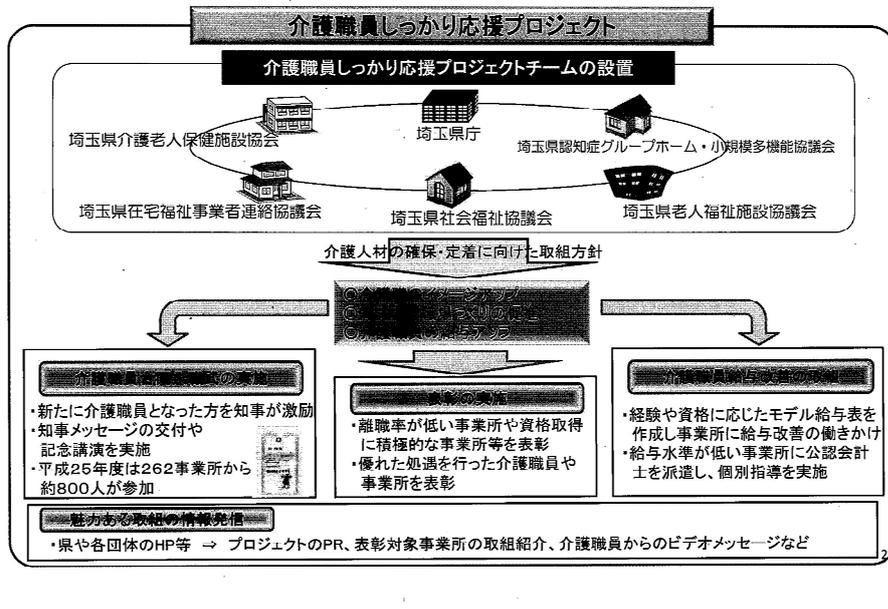
【人材確保・育成に関する取組】

- マッチング機会を提供するため、合同求人説明会や合同就職相談会を開催
- 介護職の就業体験の実施
- 新人教育を充実させるための新任職員教育担当者研修の実施
- 事業所選択職業養成講座や人材確保能力向上研修の開催等

【就業環境の改善に関する取組】

- 自己点検ツールの提供による人材の確保・定着に向けた就業環境改善等の取組の促進
- 就業環境改善シンポジウムの開催による改革・発展に向けた機運醸成と意識改革の促進等

③ 埼玉県における介護人材の確保・定着に向けた取組（平成25年度から）



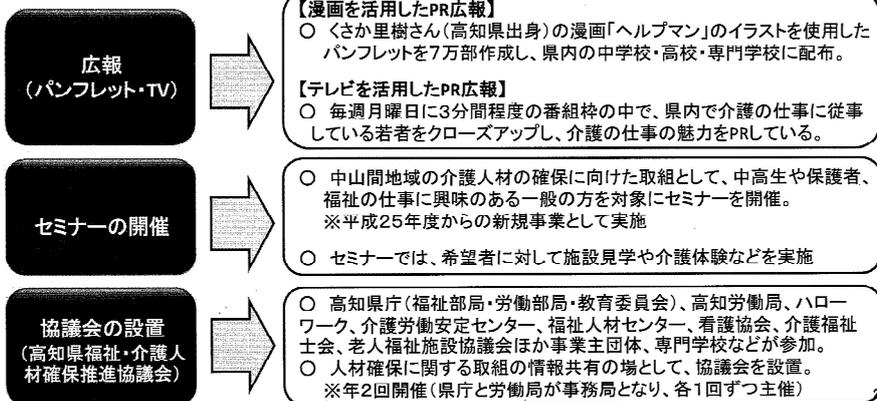
④ 静岡県における介護人材の確保・定着に向けた取組（平成25年度から）

- 介護人材の確保対策の一環として、介護職員の賃金水準の向上を図り、介護職員が長く働きやすい環境をつくるため、各事業所にキャリアパス制度の導入を支援する取組を実施。
- <背景>
- ・県内の有効求人倍率は、平成25年3月現在、全産業では0.78倍だが、介護分野は2.02倍と慢性的な人材不足の状況。
 - ・人材不足の要因としては、賃金水準の低さがあり、賃金水準が低いのは勤続年数が短いことが原因との認識。
 - ・処遇改善加算は、全事業所の81.7%が算定、ただし、キャリアパス要件の「要件I」を算定している事業所は、特別養護老人ホームでは81.7%であるが、居宅系サービス事業所では57.9%と低くなっている。
- 具体的な取組としては、キャリアパス制度導入セミナーの開催や、実地指導等の際にキャリアパスの参考例（平成24年度作成）を提示することなどにより、キャリアパス制度導入を促す。



⑤ 高知県における介護人材の確保・定着に向けた取組

- 高知県では、少子高齢化が進む中、介護の担い手となる介護職員の不足が懸念されるという問題意識のもとで、介護人材の確保・定着に向けた取組として、積極的な広報活動を展開している。
- 具体的には、福祉・介護の仕事について、正しい認識を広めるとともに、より多くの若い世代に福祉・介護分野への就業を選択してもらえるよう、福祉・介護の仕事の魅力を伝えるため、パンフレットを作成し、県内の中学校、高校、専門学校等に配布するなどの取組を行っている。



【参考資料2】

(参考) 地域での取組について
ローズマリーの会～小地域で認知症を支える会～(薬剤師が中心となった多職種の勉強会)について (参考2)

- 倉敷市大高地区の若手の女性薬剤師が中心となって「ローズマリーの会～小地域で認知症を支える会～」を結成。
- 認知症が疑われる利用者や家族に調剤している際、「飲んでいると言っているが、実際は飲んでいないのでは?」「残薬の確認をしたいが自分がいきなり自宅に行くわけには…」等の問題を感じ、利用者の現状を把握するために、近くの事業所のケアマネに相談したことがきっかけとなっている。
- 認知症について語り合うケアカフェを定期的に開催。薬剤師、ケアマネ、PT、OT、保健師、介護福祉士等の多職種が市外も含め60名程度が参加しており、多職種の顔の見える関係の構築につながっている。
- さらに、お薬手帳にケアマネの名刺をいれることを介護関係者にお願いし、困った時に薬剤師がケアマネと連携がとりやすい環境整備や高齢者支援センターと連携した認知症サポーターの養成にも努めている。

ケアカフェの様子



ケアマネさんへお願いです!!

利用者さんのお薬手帳に名刺を入れてください!

お薬手帳は医師・歯科医師・薬剤師・看護師のみならず、誰でも見る、書き込めるツールです。

お薬手帳を見ることで、利用者さんの受診状況・服薬内容などを確認できます。

利用者さんの「かかりつけ薬剤師」をみつけるきっかけになります。

お薬手帳の冊子がない方は、保険薬局にご相談ください。

お薬手帳

薬剤師がケアマネさんへ患者さんの服用状況(管理ができるのか?飲み込みができるのか?)を確認することができます。薬剤師から薬の情報を発信することができます。

熱中症の予防に気を付け、緑内障の検査は薬局でもお求めください。

【参考資料3】

(参考) 社会福祉法人の社会貢献事業に関する情報交換会(立川市) ※ HPより抜粋 (参考③)

平成27年9月9日、立川市社会福祉協議会(以下、立川市社協)と立川市の呼びかけにより、市内で社会福祉事業を実施している社会福祉法人が集まり、「社会福祉法人の社会貢献事業に関する情報交換会」が開催され、13法人30事業所から、25人が参加しました。



(参考)議論の内容

その後、参加者が順番に自己紹介と法人の紹介をしました。また、事前に行ったアンケート結果を共有しながら、取り組んでいる社会貢献・地域公益活動として、通所型リハビリサービス、配食サービス、サロン活動、相談支援事業、育児相談、出産を迎える親の体験学習などが紹介されました。また、今後取組みたい活動として、高齢者や子供のサロン、学習不応児の居場所作りのほか、災害時の対応などがあがりました。

つづく意見交換では、「何をもちて社会貢献活動と言っているのか分からない。法人としては社会貢献のつもりだが、果たしてそれが社会から評価されているのか。中には一般的な取組みといえるものもある」と投げかけた疑問に対して、「社会福祉法人以外の実施主体では対応困難なことに取組む必要がある」という意見がありました。また、待機児童が喫緊の課題となっている保育園として、「人もお金も余裕もないが、何かしなくてはと思っていたところに社協から連絡があり、今日の会が開かれた。法人単体ではできなくても集まればできることがあり、このような連絡会の意味は大きい」という期待の声もありました。

(中略)

今後、引き続き連絡会の取組みをすすめるため、高橋さんのほか、高齢、障害、保育の各分野から2名、立川市社協の事務局長が幹事となり、幹事会を行うことが決まりました。また、6つの生活圏域ごとに少人数での情報交換を行った後に全体会を開催することなどが提案され、連絡会は終了しました。

生活圏域ごとに地域福祉コーディネーターを配置して地域での活動を展開している立川市ならではのネットワーク化の今後の展開が期待されます

3) 岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会レポート

岡山県内科医会 会長 福岡英明氏

岡山地域医療構想・包括ケアシステム研究会レポート

担当 岡山県内科医会 福岡英明

地域医療構想及び地域包括ケアについて臨床内科医（かかりつけ医）から見たトピックスを抽出した。

めに、本研究会に出席し第1級の研究者のお話を聴き、日々患者と接し、忙しいかかりつけ医にとって広い視野に立った現在の情勢（地域医療構想・包括ケアシステム）を把握することができた。特に松田先生の統計上の分析を今後の活動の基本に据えるべきというお話は我々が地域医療を実践する上で非常に示唆に富んだお話であった。

①かかりつけ医の立場

地域医療構想による病院と診療所の機能分化・強化・連携、地域包括ケアシステムによる地域連携の促進と統合など大病院主義から大きく地域ケアへシフトする時代に到来した。かかりつけ医は従来の機能の質・量の拡大を求められ、責任・継続・連携・安心といったプライマリ・ケア要素が今以上に必要になってくる。その上重篤な慢性疾患のコントロールやハイテク医療機器、ターミナルケアといったニーズに対応したスキルアップも求められる。

そのニーズに対し受け皿である若手の開業医たちは専門医時代に身に着けた専門分野で活躍したい希望があり、大きな乖離があると言われている。

具体的な方略として、今後、地域でどのくらい在宅医が必要かを議論し、その地域で在宅医を育てる必要がある。若手の在宅医を育てるには、在宅医のモチベーションが必要でもある。自分の患者さんと年を取って在宅医になる余裕はない。病院から退院する際、意欲のある在宅医につなげるシステムが急務である。退院時地域連携室やケアマネジャーが在宅専門医に任ずことは簡単だが、それだけでは不十分であり、地域包括ケアシステムは機能しない。住み慣れた地域で継続して、責任あるかかりつけ医の手による血の通った暖かい療養が望ましい。そのためにも、日ごろから家族ぐるみで健康管理をしてくれるかかりつけ医を持つことが重要である。

②第3の医療の場「居宅」について

家族の介護力低下により、家で最期を過ごしたい想いは誰もが有るが、現実には贅沢な悩みになってきた。反対に居宅と謳った施設入所が増えてくる。その訪問診療を、医療費抑制策の一つとして診療報酬を引き下げた。在宅患者の重篤度で加算がついたが、施設の患者も在宅の患者も医療依存度及び必要度は変わらないはずである。最後の住みかとなる施設はADLの良い利用者は通院に誘導する努力をし、訪問診療が必要な利用者はそれぞれ自分の希望するかかりつけ医（以前からのかかりつけ医や施設近医のかかりつけ医：複数が原則）の訪問診療を受けるようしたらどうだろう。問題のある特養の嘱託医制度の二の舞は必要でない。

③連携について

1、病診連携

退院支援を受けて地域に紹介される患者さんの主治医の検索及び選択は病院でも大きな連携事業である。医療連携室の在宅医の把握、独自の在宅医マップや地域医師会のシステム（特に在宅医の機能公開など）を利用してほしい。求められれば、かかりつけ医も退院時カンファランスに積極的に参加して欲しい。

2、診療所の救急搬送

救急搬送される在宅高齢者の問題はマスコミにも取り上げられ、社会問題である。急変時、急性期病院 慢性期病院 地域包括病棟又は在宅といった選択を主治医は迫られる。その際、広く国民のリビングウイルの普及が望まれる。

3、多職種連携と相互理解

岡山市では多職種意見交換会、市内各区の保健医療介護連携懇話会、ワールドカフェを開催して相互理解を深めている。その際、小規模の介護施設のケアマネの参加や複合施設の職種の参加が少ないとの指摘があった。かかりつけ医スキルアップ研修事業を岡山市医師会と岡山市が26年度から実施している。オールドの在宅医がルーキーの在宅医を育てる試みもなされている。その延長線に操山グループ結成され、オールドな医師と若手医師5人、操山を拠点とする訪問看護ステーションやケアマネ、薬剤師、栄養士が集まり、ゆるやかな連携を組んでいる。