

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局振興課

介護保険最新情報

今回の内容

「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」

の公表について

計54枚（本紙を除く）

Vol.349

平成25年12月25日

厚生労働省老健局振興課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう、よろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3986）
FAX：03-3503-7894

事 務 連 絡
平成25年12月25日

各都道府県 介護保険担当主管部（局）
各市区町村 介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局振興課

「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」の公表について

日頃、介護保険制度の運営にご尽力をいただいていることに感謝いたします。このたび、厚生労働省科学研究費補助金による地域医療基盤開発推進研究事業の成果として「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」（独立行政法人 国立長寿医療研究センター作成）が公表されましたので、お知らせいたします。



独立行政法人国立長寿医療研究センター

National Center for Geriatrics and Gerontology

平成 25 年 12 月 25 日

【照会先】独立行政法人

国立長寿医療研究センター

在宅連携医療部

部長 三浦 久幸 (内線 6204)

代表電話 0562-46-2311

直通電話 0562-46-5270

報道関係者 各位

「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」

の公表について

国立長寿医療研究センターでは、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の中で医療と介護の連携を推進していくため、今後、国、都道府県の支援のもと市町村が主体となって、地域の医師会等と連携しつつ在宅医療と介護の連携を進めていくための具体的な手法について、平成 23 年、24 年度在宅医療連携拠点事業より得られた知見をもとに、日本医師会等の有識者から助言を得つつ、厚生労働省と協議の上、「在宅医療・介護連携のためのハンドブック」を作成いたしました。

国立長寿医療研究センターホームページに掲載いたしましたので、お知らせいたします。

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/handbook/index.html>

※厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業

「在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究」

の成果として取りまとめたものです。

在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック（概要）

【作成の趣旨】

地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の中で医療と介護サービスが一体的に提供されることが必要であり、そのためには医療と介護の連携をさらに推進していく必要があります。このハンドブックは、今後、国、都道府県の支援のもと市町村が主体となって、地域の医師会等と連携しつつ在宅医療と介護の連携を進めていくにあたって、その具体的な手法について平成 23、24 年度に実施された在宅医療連携拠点事業の成果等をもとにまとめられたものです。

ハンドブックの内容については、多くの市町村でご活用いただけるよう配慮しておりますが、市町村の状況は様々であり、それぞれの地域における将来的な在宅医療・介護連携のあり方を見据えた上で、地域の実情にあった取組を実施していただきたいと思っております。

【対象者】

市町村職員

在宅医療・介護連携を市町村と協働で実施する医師会等の団体の職員

【目次】

- 1 在宅医療・介護連携の必要性について
 - (1) 地域包括ケアシステムの構築がますます重要に
 - (2) 在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素
 - (3) まずは、自らの市町村で課題の確認を
- 2 在宅医療・介護連携の進め方
 - (1) はじめに - それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を
 - (2) 市町村での事業の取り組みのフローチャート
 - (3) 市町村における担当課の決定
 - (4) 郡市医師会との協働
 - (5) 地域包括支援センターの位置づけ
- 3 具体的取り組み
 - A. 会議の開催（会議への医療関係者の参加の仲介を含む）
 - B. 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
 - C. 研修の実施
 - D. 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築
 - E. 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施
 - F. 効率的な情報共有のための取り組み
（地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など）
 - G. 地域住民への普及・啓発
 - H. 年間事業計画
- 4 今後に向けて
 - (1) 市町村事業のさらなる向上のために
 - (2) 制度改正の動向

在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック

平成25年12月



独立行政法人
国立長寿医療研究センター

目 次

1	在宅医療・介護連携の必要性について	1
(1)	地域包括ケアシステムの構築がますます重要に	1
(2)	在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素	1
(3)	まずは、自らの市町村で課題の確認を	2
2	在宅医療・介護連携の進め方	3
(1)	はじめに ― それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を	3
(2)	市町村での事業の取組みのフローチャート	4
(3)	市町村における担当課の決定	6
(4)	郡市区医師会との協働	9
(5)	地域包括支援センターの位置づけ	10
3	具体的取組み	11
A.	会議の開催（会議への医療関係者の参加の仲介を含む）	12
B.	地域の医療・福祉資源の把握及び活用	17
C.	研修の実施	20
D.	24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築	24
E.	地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施	29
F.	効率的な情報共有のための取組み （地域連携パスの作成の取組み、 地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式や方法の統一など）	31
G.	地域住民への普及・啓発	33
H.	年間事業計画	35
4	今後に向けて	39
(1)	市町村事業のさらなる向上のために	39
(2)	制度改正の動向	41
	資料 1) 各市町村の取組みに関する図表等の出典一覧	42
	資料 2) 地域包括ケアシステム構築への取組みにおいて参考にされたい情報紹介	45

1 在宅医療・介護連携の必要性について

(1) 地域包括ケアシステムの構築がますます重要に

- 2025 年に向け高齢化がさらに進展することが予想されている。

	2012 年 8 月		2025 年
65 歳以上の高齢者	3,058 万人	→	3,657 万人
75 歳以上の後期高齢者	1,511 万人	→	2,179 万人

- 独居の高齢者世帯や高齢者のみの世帯が増加し、さらに首都圏をはじめとする都市部において急速に後期高齢者人口が増えることが予測されている。
- そのような中、多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいることから、できる限り住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す必要がある。

そのためには、介護、医療、住まい、生活支援、予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することがますます重要となる。

「市町村が中心となって介護、医療、住まい、生活支援、予防にわたる支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進める」

「経済財政運営と改革の基本方針」（平成 25 年 6 月）

(2) 在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素

- 医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、居宅等において提供される訪問診療等の医療（在宅医療）の提供が、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素となる。
- 今後 2025 年までに団塊の世代が 75 歳以上となり、地域において疾病や要介護状態にある高齢者数が大きく増加することは避けられない状況である。このような中で、在宅医療の提供を含む包括ケアシステムを日常生活圏域の中でこれまでの生活との継続性をもって実現するためには、各々のかかりつけ医がその力を在宅医療の分野で十分に発揮することが重要であり、多くのかかりつけ医の参画を得られるよう、市町村が地域医師会等と協働することにより、面的な提供体制を整えることを目標とする。
- また、従来の在宅医療連携拠点事業の主体をはじめ、それぞれの地域で従前から在宅医療に取り組んでいる医療機関等の豊富な経験は、各地域における事業展開にとって大変貴重であるので、これらの医療機関等の協力を得られるような体制を考慮することが望ましい。

- 在宅医療は、医師に加え、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ関係職種等多くの職種によって提供される。これに介護関係職種を加えた多職種による真に包括的なケアのための協働・連携の体制を整えることが必要である。
- 市町村は、このようなシステムの扇の要として、積極的にその役割を果たしていくことが期待されている。

「地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。」

「これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。」

「地域包括ケアシステムの確立は医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる。」

社会保障制度改革国民会議報告書(平成 25 年 8 月)

- なお、政府においては、社会保障制度改革国民会議の報告書等をうけて、在宅医療・介護の連携が市町村の介護保険法における地域支援事業の中に位置づけられるよう、あるいは医療計画の中で市町村の在宅医療に向けた取組みを反映させるための制度改革の検討が進められている。
今後は、この改革の動向にも十分留意をしながら、事業を進めていく必要がある。

(3) まずは、自らの市町村で課題の確認を

- 事業の開始に当たっては、上記の事項が自らの市町村で具体的にどのような現状にあり、何が課題となっているのかを担当者が確認することがその第1歩となる。
例えば、市町村の年齢別人口や死亡数等は今後どのように推移するのか、在宅医療に携わる医師、看護師等は充足している状況か、医療と介護の連携は十分図られているか、在宅医療について医療介護関係者そして何より住民の十分な理解は得られているかなどの基本的事項について、統計の活用や現場からの聞き取りなど多様な手法で確認しておくことが重要である。
このことは、その後の市町村内の調整や、関係団体に協力を求める際にも有益である。
{3-A (会議の開催) の項参照}

2 在宅医療・介護連携の進め方

(1) はじめに — それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を

- 言うまでもなく、市町村における状況は一様ではない。人口の状況や地勢、医療・介護資源、これまでの取組み等に応じて、取りうる施策は変わってくる。
- 市町村においては、各種の研修、先行市町村の視察等を通じて様々な実施例を学びながら、地域包括ケアシステムの実現というゴールは踏まえつつ、自らの市町村らしいシステムの構築について検討し、将来的な在宅医療・介護連携のあり方を見据えた上で、実施していくことが基本である。

※ これまでの取組みについては、

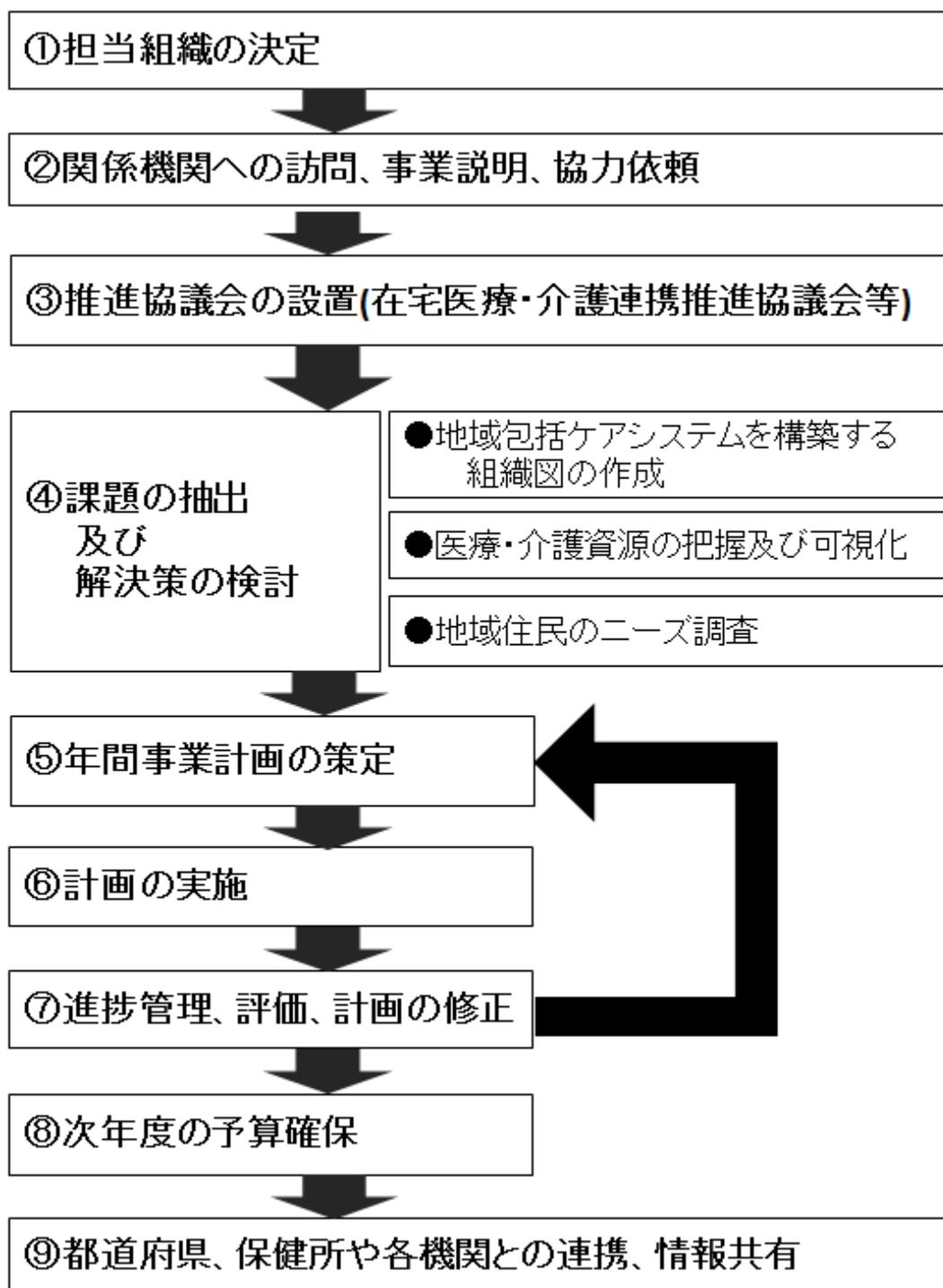
(独)国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部のウェブサイト

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/index.html>

にまとめているので、参考にされたい。

※ 今後、在宅医療の推進、医療・介護連携を市町村中心で進めていくに当たっては、ノウハウの提供や研修の支援等が一層求められているところであり、国立長寿医療研究センターとしては、これまでも厚生労働省から在宅医療に係る人材育成事業の進捗管理等の委託を受けてきたナショナルセンターとして、厚生労働省とともに、市町村等の支援にさらに努力していくこととしている。

(2) 市町村での事業の取組みのフローチャート



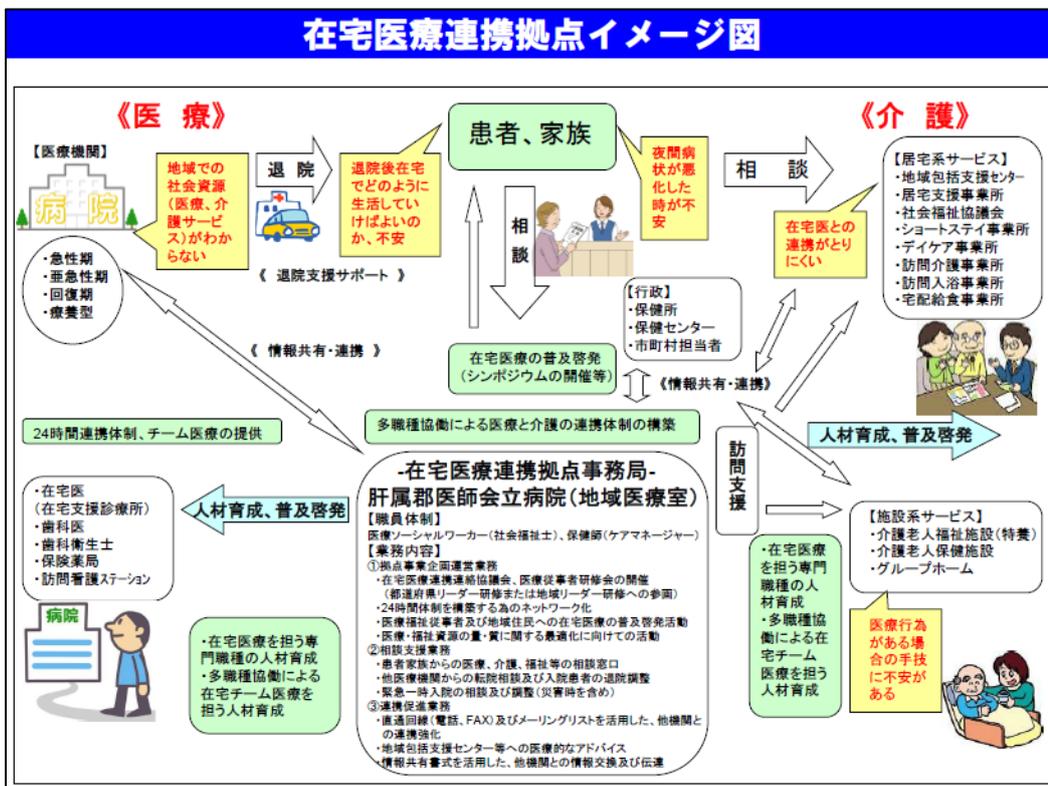
※ 地域包括ケアシステムを構築する組織図とは、地域を構成する資源やつながりを可視化させたものである。

現状においても組織図を作成することで連携状況が把握しやすくなる。

例) 愛知県 津島市における地域の組織図 (図1)



例) 鹿児島県 肝属郡医師会立病院における地域の組織図 (図2)

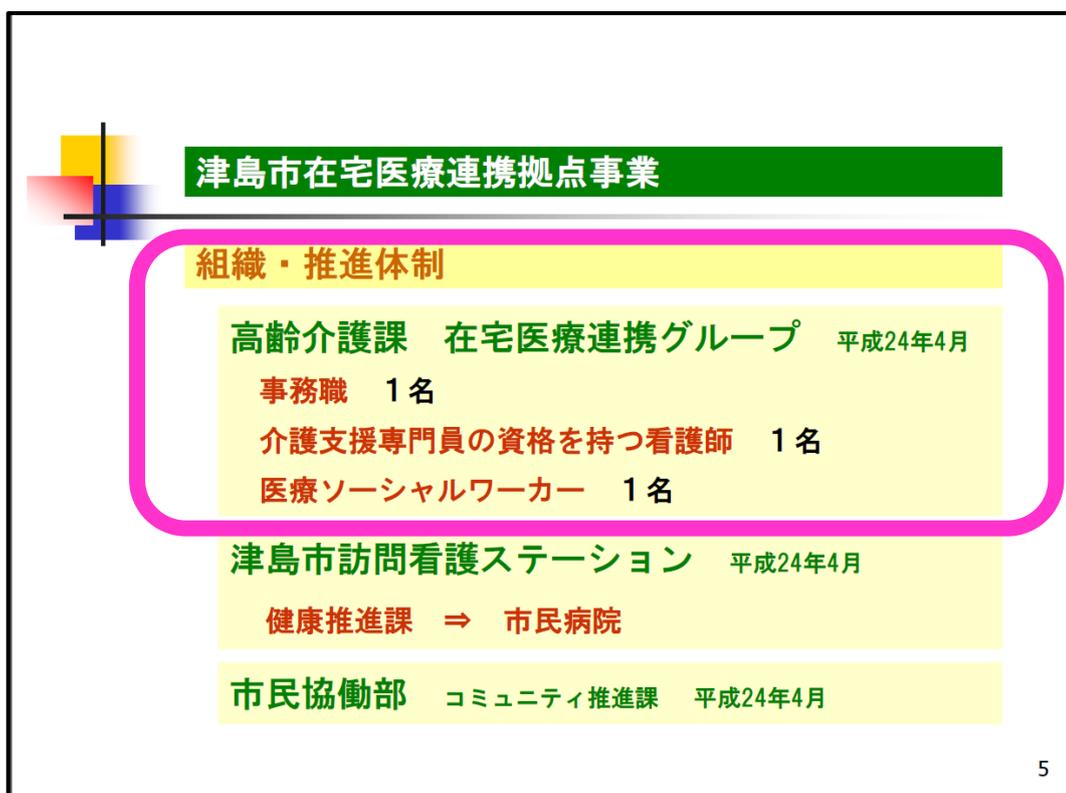


※地域のどの機関や部署がどのような役割を担い、どのように繋がっているのかを示す

(3) 市町村における担当課の決定

- 在宅医療の推進に関しては、これまで市町村になじみが小さく、担当課が決まっていないケースが多い。
地域包括ケアシステムや在宅医療推進を所管する部門を新設する方法や現行の組織体制で行う際には、保健、国保、介護等の関係部門が連携協議のうえ担当部署を決定することが望ましい。
現行の組織体制を活用する場合には、地域包括ケアシステムの体制構築において中心的役割を担う介護保険担当課が所管することが考えられる。なお、担当部局と関係部局との庁内横断的な連携体制をつくることが重要である。
- 自治体によっては、これまで医療関係機関との関係が深い健康関係所管部局や国保担当部局などが担当することも想定されるが、その際においても介護保険担当部局との連携を十分にとれる体制を整えることが重要である。
- 新たな業務であるので、担当者の育成や組織としての知見・ノウハウの集積のため、十分な体制の構築や異動時の配慮をお願いしたい。

例) 愛知県 津島市 (図3)



※ 津島市では、高齢介護課内に在宅医療連携グループを作り、事務職、介護支援専門員の資格を持つ看護師、医療ソーシャルワーカー各1名を配置。事務職のコーディネートののもと、専門職は、医療機関や施設へのアウトリーチ等の場で、その専門性を十分に発揮し、地域の顔の見える関係作りに貢献した。

在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック

平成25年12月



独立行政法人
国立長寿医療研究センター

目 次

1 在宅医療・介護連携の必要性について	1
(1) 地域包括ケアシステムの構築がますます重要に	1
(2) 在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素	1
(3) まずは、自らの市町村で課題の確認を	2
2 在宅医療・介護連携の進め方	3
(1) はじめに ― それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を	3
(2) 市町村での事業の取組みのフローチャート	4
(3) 市町村における担当課の決定	6
(4) 郡市区医師会との協働	9
(5) 地域包括支援センターの位置づけ	10
3 具体的取組み	11
A. 会議の開催（会議への医療関係者の参加の仲介を含む）	12
B. 地域の医療・福祉資源の把握及び活用	17
C. 研修の実施	20
D. 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築	24
E. 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施	29
F. 効率的な情報共有のための取組み （地域連携パスの作成の取組み、 地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式や方法の統一など） ..	31
G. 地域住民への普及・啓発	33
H. 年間事業計画	35
4 今後に向けて	39
(1) 市町村事業のさらなる向上のために	39
(2) 制度改正の動向	41
資料 1) 各市町村の取組みに関する図表等の出典一覧	42
資料 2) 地域包括ケアシステム構築への取組みにおいて参考にされたい情報紹介	45

1 在宅医療・介護連携の必要性について

(1) 地域包括ケアシステムの構築がますます重要に

- 2025 年に向け高齢化がさらに進展することが予想されている。

	2012 年 8 月		2025 年
65 歳以上の高齢者	3,058 万人	→	3,657 万人
75 歳以上の後期高齢者	1,511 万人	→	2,179 万人

- 独居の高齢者世帯や高齢者のみの世帯が増加し、さらに首都圏をはじめとする都市部において急速に後期高齢者人口が増えることが予測されている。
- そのような中、多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいることから、できる限り住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す必要がある。

そのためには、介護、医療、住まい、生活支援、予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することがますます重要となる。

「市町村が中心となって介護、医療、住まい、生活支援、予防にわたる支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進める」

「経済財政運営と改革の基本方針」（平成 25 年 6 月）

(2) 在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素

- 医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、居宅等において提供される訪問診療等の医療（在宅医療）の提供が、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素となる。
- 今後 2025 年までに団塊の世代が 75 歳以上となり、地域において疾病や要介護状態にある高齢者数が大きく増加することは避けられない状況である。このような中で、在宅医療の提供を含む包括ケアシステムを日常生活圏域の中でこれまでの生活との継続性をもって実現するためには、各々のかかりつけ医がその力を在宅医療の分野で十分に発揮することが重要であり、多くのかかりつけ医の参画を得られるよう、市町村が地域医師会等と協働することにより、面的な提供体制を整えることを目標とする。
- また、従来の在宅医療連携拠点事業の主体をはじめ、それぞれの地域で従前から在宅医療に取り組んでいる医療機関等の豊富な経験は、各地域における事業展開にとって大変貴重であるので、これらの医療機関等の協力を得られるような体制を考慮することが望ましい。

- 在宅医療は、医師に加え、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ関係職種等多くの職種によって提供される。これに介護関係職種を加えた多職種による真に包括的なケアのための協働・連携の体制を整えることが必要である。
- 市町村は、このようなシステムの扇の要として、積極的にその役割を果たしていくことが期待されている。

「地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。」

「これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。」

「地域包括ケアシステムの確立は医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる。」

社会保障制度改革国民会議報告書(平成 25 年 8 月)

- なお、政府においては、社会保障制度改革国民会議の報告書等をうけて、在宅医療・介護の連携が市町村の介護保険法における地域支援事業の中に位置づけられるよう、あるいは医療計画の中で市町村の在宅医療に向けた取組みを反映させるための制度改革の検討が進められている。
 今後は、この改革の動向にも十分留意をしながら、事業を進めていく必要がある。

(3) まずは、自らの市町村で課題の確認を

- 事業の開始に当たっては、上記の事項が自らの市町村で具体的にどのような現状にあり、何が課題となっているのかを担当者が確認することがその第1歩となる。

例えば、市町村の年齢別人口や死亡数等は今後どのように推移するのか、在宅医療に携わる医師、看護師等は充足している状況か、医療と介護の連携は十分図られているか、在宅医療について医療介護関係者そして何より住民の十分な理解は得られているかなどの基本的事項について、統計の活用や現場からの聞き取りなど多様な手法で確認しておくことが重要である。

このことは、その後の市町村内の調整や、関係団体に協力を求める際にも有益である。

{3-A (会議の開催) の項参照}

2 在宅医療・介護連携の進め方

(1) はじめに — それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を

- 言うまでもなく、市町村における状況は一様ではない。人口の状況や地勢、医療・介護資源、これまでの取組み等に応じて、取りうる施策は変わってくる。
- 市町村においては、各種の研修、先行市町村の視察等を通じて様々な実施例を学びながら、地域包括ケアシステムの実現というゴールは踏まえつつ、自らの市町村らしいシステムの構築について検討し、将来的な在宅医療・介護連携のあり方を見据えた上で、実施していくことが基本である。

※ これまでの取組みについては、

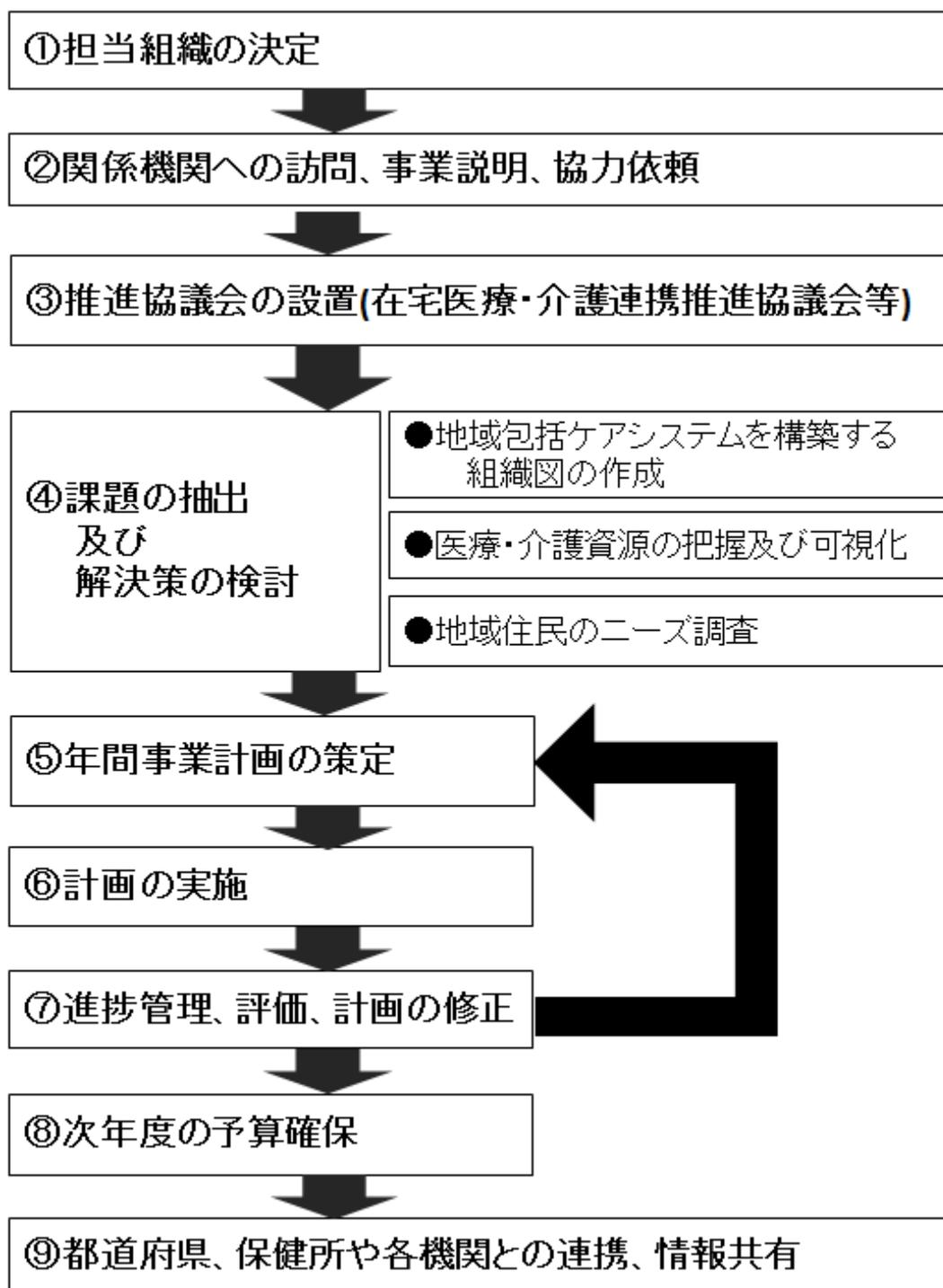
(独)国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部のウェブサイト

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/index.html>

にまとめているので、参考にされたい。

※ 今後、在宅医療の推進、医療・介護連携を市町村中心で進めていくに当たっては、ノウハウの提供や研修の支援等が一層求められているところであり、国立長寿医療研究センターとしては、これまでも厚生労働省から在宅医療に係る人材育成事業の進捗管理等の委託を受けてきたナショナルセンターとして、厚生労働省とともに、市町村等の支援にさらに努力していくこととしている。

(2) 市町村での事業の取組みのフローチャート



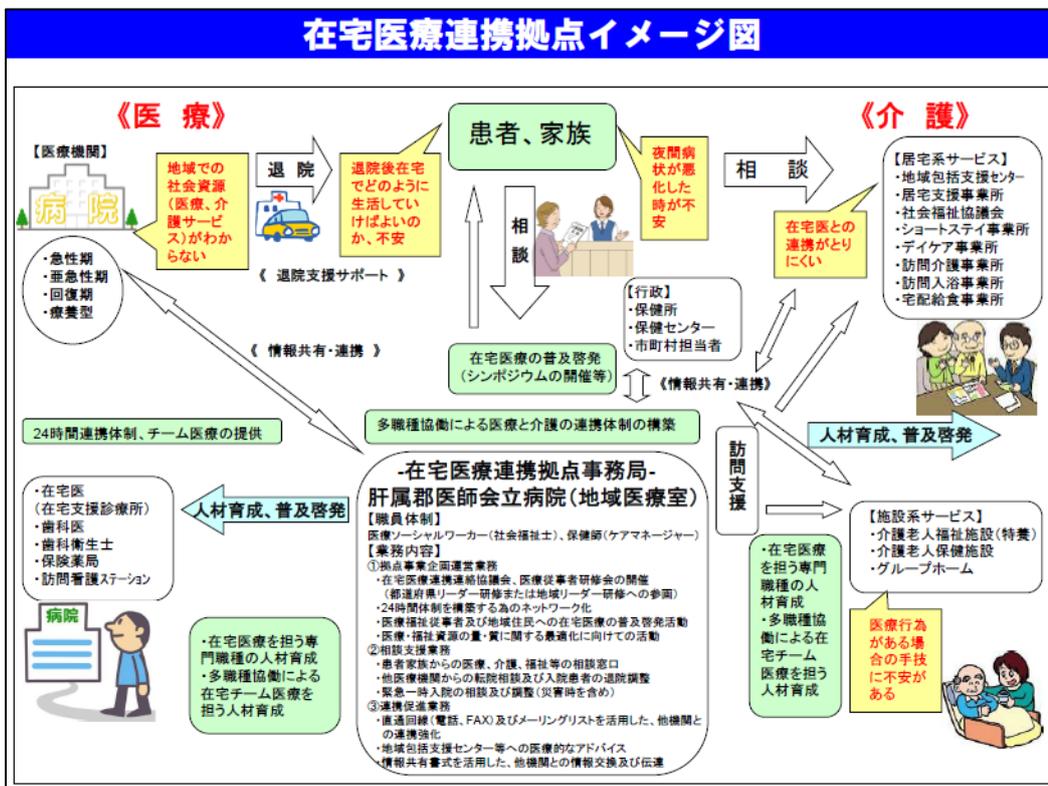
※ 地域包括ケアシステムを構築する組織図とは、地域を構成する資源やつながりを可視化させたものである。

現状においても組織図を作成することで連携状況が把握しやすくなる。

例) 愛知県 津島市における地域の組織図 (図1)



例) 鹿児島県 肝属郡医師会立病院における地域の組織図 (図2)

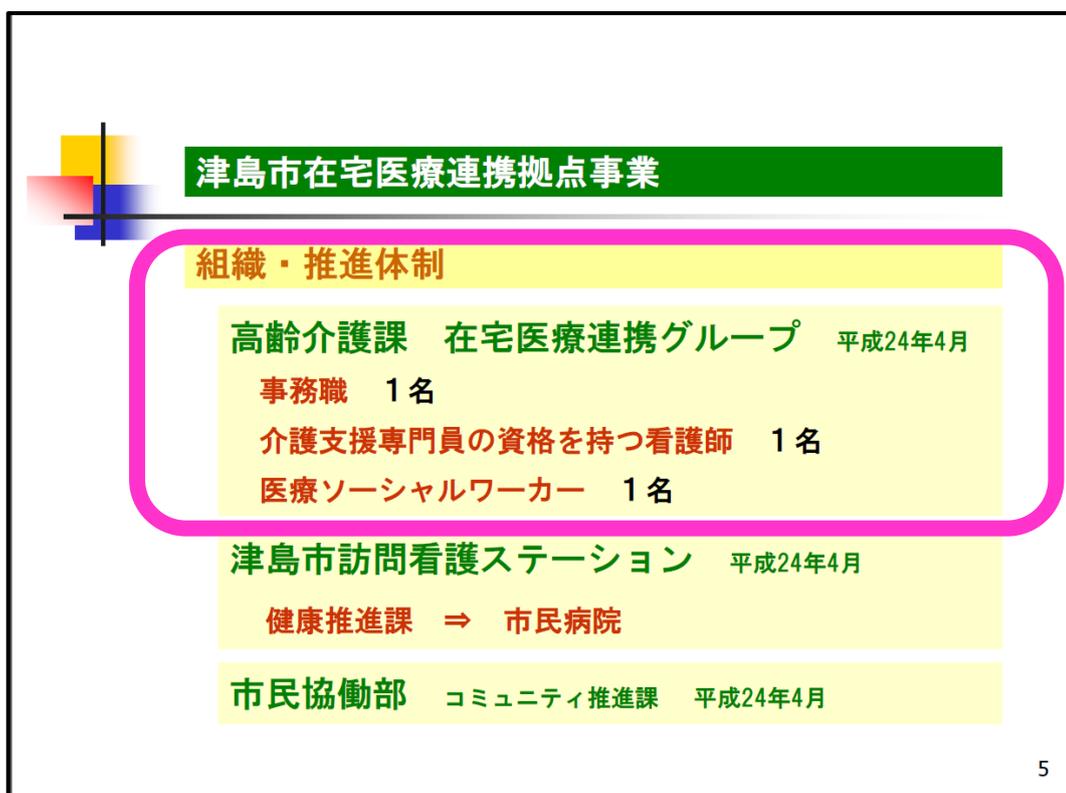


※地域のどの機関や部署がどのような役割を担い、どのように繋がっているのかを示す

(3) 市町村における担当課の決定

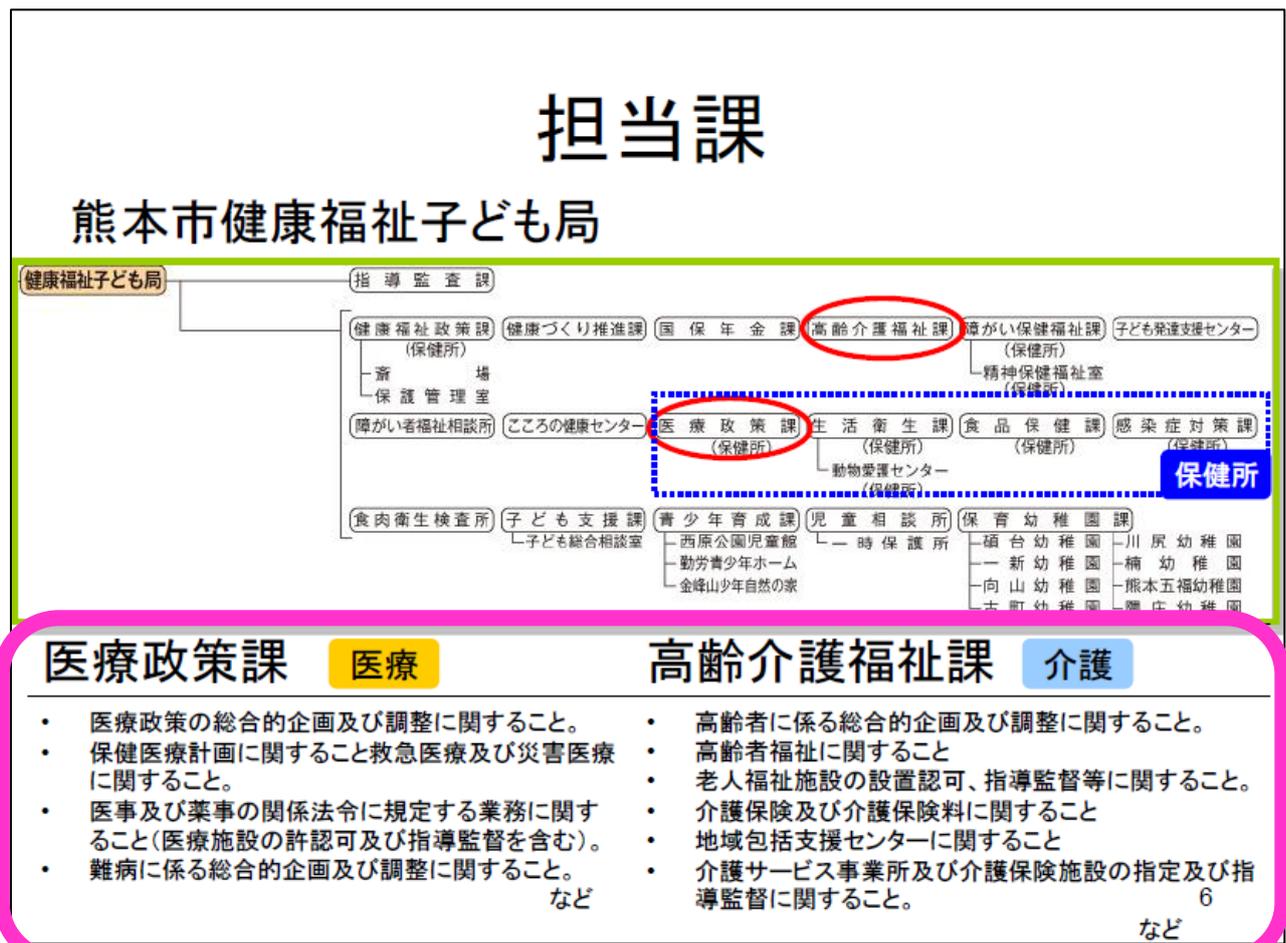
- 在宅医療の推進に関しては、これまで市町村になじみが小さく、担当課が決まっていないケースが多い。
地域包括ケアシステムや在宅医療推進を所管する部門を新設する方法や現行の組織体制で行う際には、保健、国保、介護等の関係部門が連携協議のうえ担当部署を決定することが望ましい。
現行の組織体制を活用する場合には、地域包括ケアシステムの体制構築において中心的役割を担う介護保険担当課が所管することが考えられる。なお、担当部局と関係部局との庁内横断的な連携体制をつくることが重要である。
- 自治体によっては、これまで医療関係機関との関係が深い健康関係所管部局や国保担当部局などが担当することも想定されるが、その際においても介護保険担当部局との連携を十分にとれる体制を整えることが重要である。
- 新たな業務であるので、担当者の育成や組織としての知見・ノウハウの集積のため、十分な体制の構築や異動時の配慮をお願いしたい。

例) 愛知県 津島市 (図3)



※ 津島市では、高齢介護課内に在宅医療連携グループを作り、事務職、介護支援専門員の資格を持つ看護師、医療ソーシャルワーカー各1名を配置。事務職のコーディネートののもと、専門職は、医療機関や施設へのアウトリーチ等の場で、その専門性を十分に発揮し、地域の顔の見える関係作りに貢献した。

例) 熊本県 熊本市(政令指定都市) (図4)



※ 熊本市(政令指定都市)は、保健所内の医療政策課がこれまでの保健所活動の中で、医療施設を中心に顔の見える関係を構築していることを有効利用し、医療サイドからの在宅医療・介護連携を進めた。

さらに、介護面を担当している高齢介護福祉課との連携により、医療と介護両サイドからの連携推進活動を行った。

○ 都道府県における担当課設置の一例

都道府県では、在宅医療推進事業を医療系の担当課が管轄している地域が多い。

一方、市町村では、在宅医療推進の担当課が明確に位置づけられていないケースが多く、都道府県から市町村への連絡・調整に困難が生じている地域が見られる。

円滑な事業展開に向けた解決策として、都道府県の介護担当課内に在宅医療の担当窓口を設置し、都道府県－市町村の連動した事業展開にむけて取り組むケースも見られ始めている。

例) 鹿児島県 (図 5)

鹿児島県 Kagoshima Prefecture

お問い合わせ サイトマップ 携帯サイト Foreign Language 文字サイズ・色合いの変更

ホーム 危機管理・防災 <らし・環境 健康・福祉 教育・文化・交流 産業・労働 社会基盤 県政情報

サイト内検索 Google カスタム検索 サイト全体 検索 組織から探す テーマから探す

ホーム > 県政情報 > 県庁案内 > 県の組織と業務 > 保健福祉部 > 本庁 > 介護福祉課

更新日: 2012年4月3日

介護福祉課

〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10番1号 (行政庁舎3階)
電話: 099-286-2696 ファックス: 099-286-5554 メールアドレス: kaigo@pref.kagoshima.lg.jp

業務内容

1. 高齢社会対策の企画及び総合調整に関すること。
2. 老人福祉法(昭和38年法律第133号)の施行に関すること。
3. 介護保険法(平成9年法律第123号)の施行に関すること。
4. 高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年法律第124号)の施行に関すること。
5. 社会福祉法の施行に関すること(青少年男女共同参画課, 社会福祉課, 障害福祉課及び子ども福祉課の所管に属するものを除く。)
6. 認知症対策に関すること。
7. 地域包括ケアの推進に関すること。
8. 介護実習・普及センターに関すること。
9. 高齢者の保健福祉関係の施設整備に関すること。
10. 前各号に掲げるもののほか, 高齢社会対策及び高齢者の保健福祉に関すること(他課の所管に属するものを除く。)

組織体制

介護企画係, 保険者指導係, 認知症対策係, **地域包括ケア推進係**, 施設整備係, 事業者指導係

※ 鹿児島県は、介護福祉課内に『地域包括ケア推進係』を設置し、平成 25 年度在宅医療推進事業の在宅医療推進事業担当課として、市町村や関係団体等との協働・連携を図っている。

(4) 郡市区医師会との協働

- 面的な在宅医療の推進、在宅医療・介護の連携を進めるために、在宅医療において中心的役割を果たす医師の団体である地域の医師会(郡市区医師会)との協働関係の確立は極めて重要である。
- まずは、他の職能団体との調整に先立ち、郡市区医師会において当該市町村の在宅医療の推進を担当する役員等に市町村としての政策を十分説明した上で、活動への参加とその進め方について丁寧に調整を進める。さらに、毎月等定期的な会合の開催等を通じて、地域医師会と市町村において、現状や課題を共有し、日常的に相談のできる関係を確立することが望ましい。

【郡市区医師会にお願いしたいこと】

- 今後、75歳以上人口が急速に増大していく中で、在宅医療の推進や介護との円滑な連携をすすめることが何よりも重要であり、地域の医師には、かかりつけ医として、この取り組みにおいて中心的な役割を果たしていくことが期待されます。
- 郡市区医師会には、連携事業を実施する市町村から協力の要請があると思われませんが、以下のような事項例を中心に、可能な限りの対応をお願いしたいと考えます。(具体的にはそれぞれの市町村の求める内容は異なると思われるので一般的な例とお考え下さい)

※一般的な協力事項

- ・ 協議を担当する窓口になっていただく役員等を決めて下さい。
(事務局・訪問看護ステーション等のある郡市区医師会において、本件の事務担当者が選任できるようでしたら併せてご紹介下さい)
- ・ 中心的事業の一つである研修に医師が積極的に参加できるよう調整下さい。
- ・ 在宅医療・介護連携体制の構築に向け、市町村等関係者との協議、助言、協力等の場への参画及び実施に可能な参画をお願いします。

例) 市当局との定期協議

関係職種も含めた推進協議会への参加
研修の企画・実施
24時間365日の提供体制の確立
効率的な情報共有のための取組み
地域住民への普及啓発

(5) 地域包括支援センターの位置づけ

- 地域包括支援センターは、介護保険法における地域包括ケアの中心的機関であり、専門職が配置されていることから、『医療』との連携強化においても、実務的な役割を担うことが期待される。
- しかし、地域包括支援センターが質的にも量的にも多くの課題に直面していることや、地域包括支援センターが市町村からの委託か直轄か、職種の配置の状況、担当する圏域などにより、医療や地域との関係性がそれぞれ異なっていることから、機能の把握、役割分担、連携の仕組みなどについて地域ごとに検討する必要がある。
- 医療・介護連携に関して実績のある地域包括支援センターを持つ地域においては、当該センターの更なる活動展開を進めることも効率的な仕組み作りである。

例) 秋田県 横手市地域包括支援センターの取組み (図 6)

多職種連携の課題に対する解決策の抽出

**アンケート調査を対面型で
聞き取り、訪問型回収
⇒顔の見える関係づくり
の第一歩**

・医療機関	41か所(97.6%)	} 228か所 (95.5%)
・訪問看護ステーション等	5か所(100%)	
・居宅介護支援事業所	32か所(96.9%)	
・介護施設等	58か所(84.1%)	
・歯科診療所	41か所(100%)	
・薬局	51か所(94.4%)	

※ 横手市地域包括支援センターは、連携事業の開始に当たり、人員の増員が図られ、医療機関や介護事業所等、地域の95.5%にあたる228カ所へ訪問し、課題抽出のためのヒアリングを行いつつ、顔の見える関係作りに努めた。

3 具体的取組み

※ 以下の A～H は、厚生労働省医政局指導課が在宅医療推進事業の内容として例示した 7 項目 {平成 24 年度全国医政関係主管課長会議(平成 25 年 3 月 4 日)資料 1, P39-40} について、国立長寿医療研究センターにおいて解説を付したものである。
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002woxm-att/2r9852000002wp3b_1.pdf

在宅医療推進事業

7つの事業

- A. 会議の開催（会議への医療関係者の参加の仲介を含む）
- B. 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
- C. 研修の実施
- D. 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築
- E. 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施
- F. 効率的な情報共有のための取組み(地域連携パスの作成の取組み)
- G. 地域住民への普及・啓発

A. 会議の開催（会議への医療関係者の参加の仲介を含む）

内 容

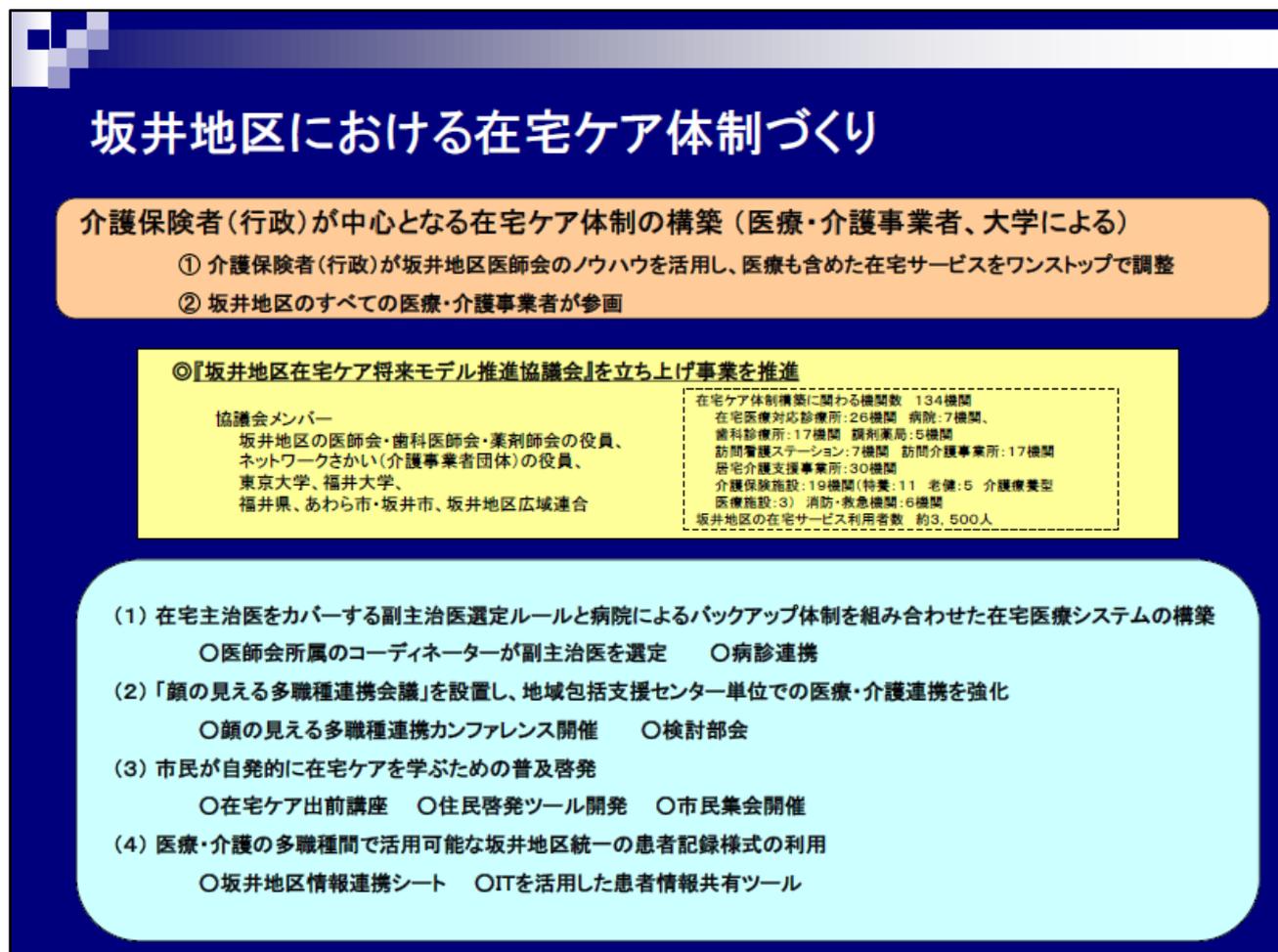
在宅医療・介護連携推進のため、市町村当局に加え、医師会、歯科医師会、看護協会等重要な医療側関係職種や地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護事業者等の介護関係職種の参加する在宅医療介護連携推進協議会（ここでは「推進協議会」と称する）を設置する。

目 的

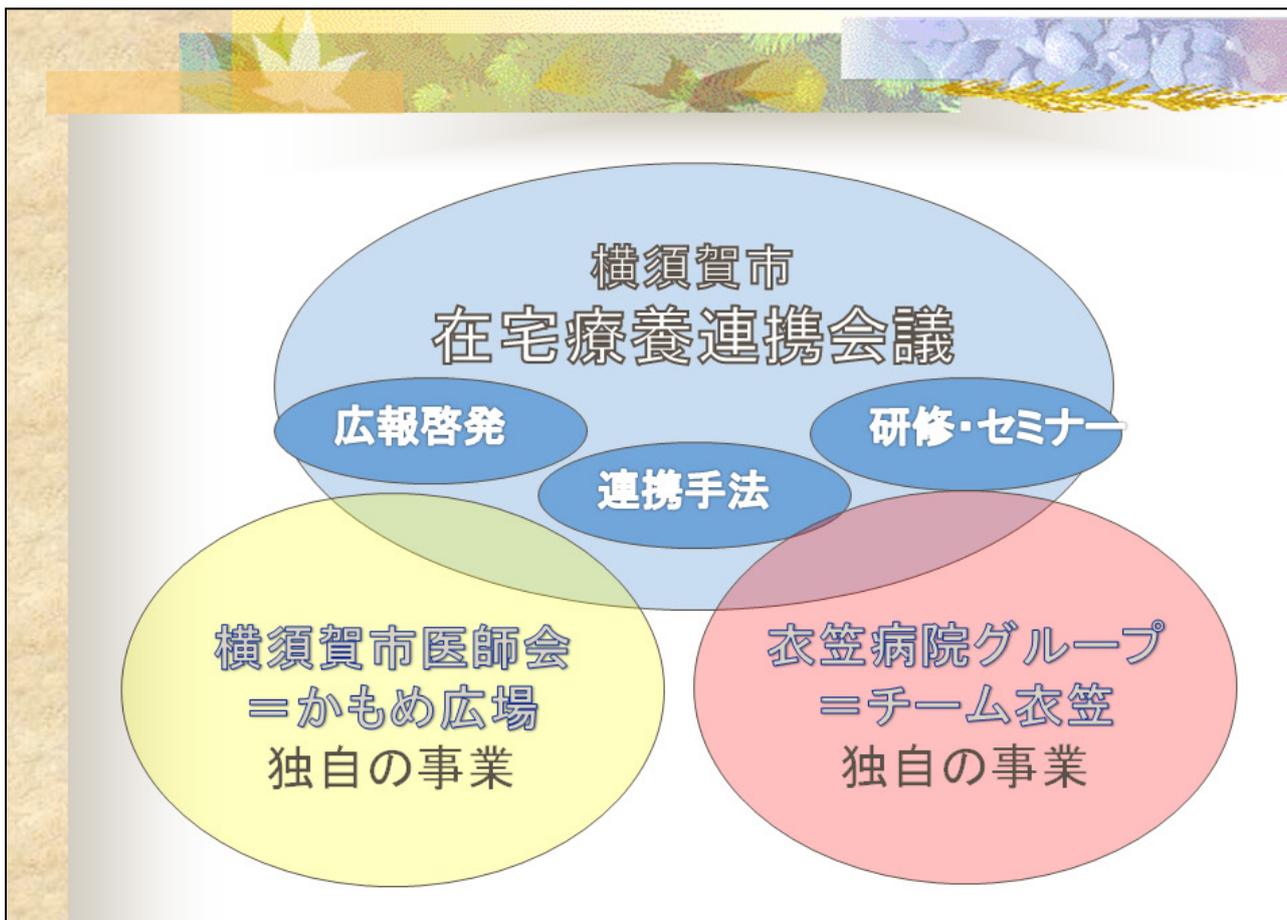
『推進協議会』では、市町村が在宅医療・介護連携推進のための組織の可視化、医療・介護資源の把握、住民ニーズの把握等のプロセスを経て、地域における現状と課題の抽出、対応可能な解決策を協議し、事業計画の共有・承認に至ることを目的とする。

留意点

- 市町村主催の地域ケア推進会議が、すでに医療側の参加も含めて、本『推進協議会』としての役割を十分担うことができる場合には、出席者や会議目的などを十分考慮し、連携を図りながら進める必要がある。
- 介護・福祉においてはサービス担当者会議、地域ケア個別会議、市町村主催の地域ケア推進会議等のトップダウン、ボトムアップのしくみが構築されており、これらに在宅医療関係者が参加することも地域包括ケアを構築する上では重要である。
同時に在宅医療の質の向上、医療支援の評価、技術向上などに専門職として取り組むことも、安全な住民の地域療養生活を維持する上で重要であるという視点を確保頂きたい。
- 会議（あるいは会議への参加を依頼する段階）においては、地域の統計データに基づく在宅医療・介護連携の現状と課題に関する情報提供を行い、この課題への理解や協力を依頼することが望ましい。



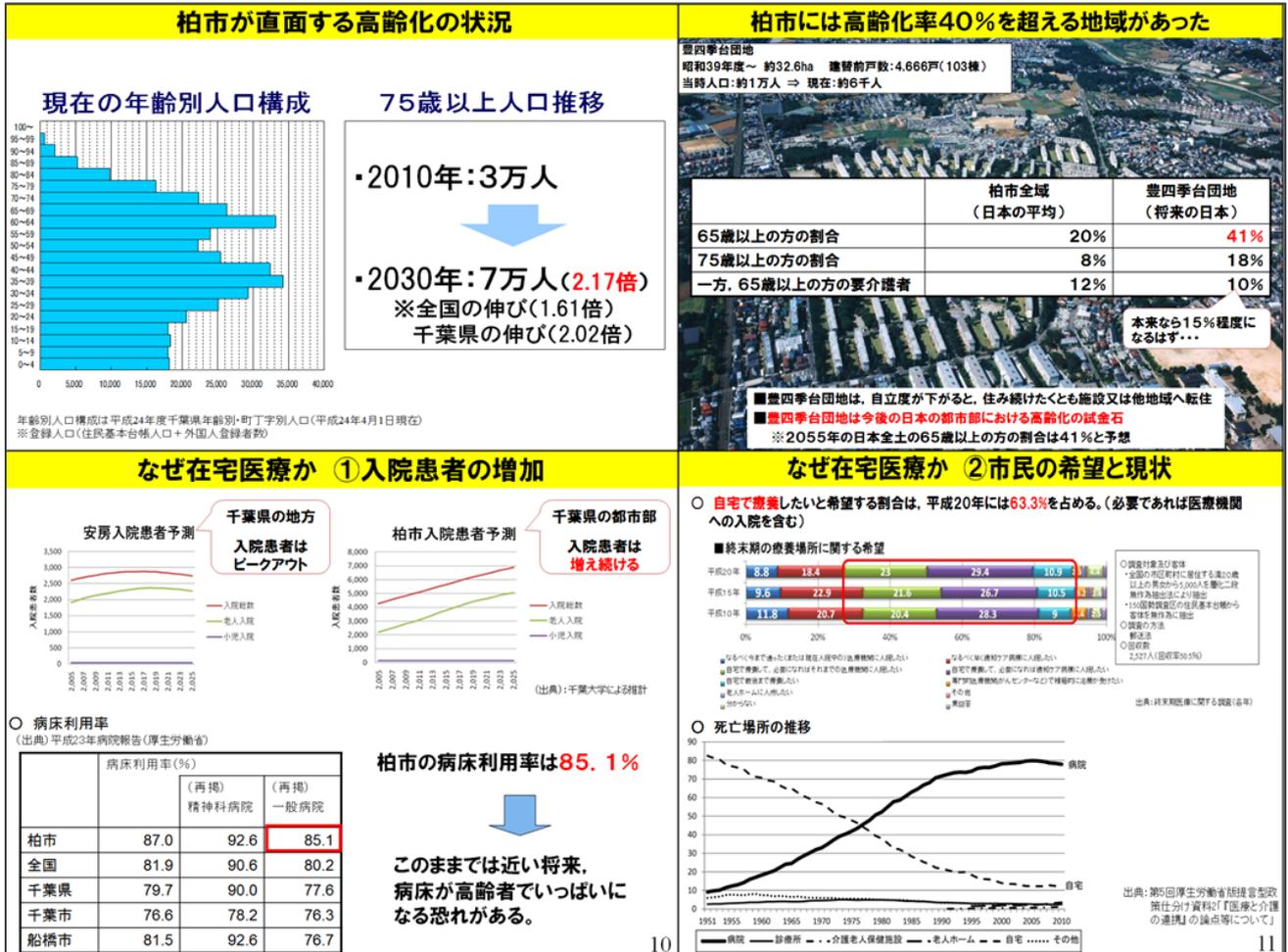
※ 坂井地区広域連合は「顔の見える多職種連携会議」を設置し、地域包括支援センター単位での医療・介護連携を強化している。会議では、地域における課題の抽出や対応策の検討を行っている。



※ 神奈川県横須賀市では横須賀市医師会と社会福祉法人日本医療伝道会（衣笠病院グループ）の2カ所の事業所が平成24年度在宅医療連携拠点事業を受託した。

横須賀市としても平成23年度より在宅医療推進に取り組んでいたことから、横須賀市が会議を調整し医師会を含めた活動を市内で面的に推進した。

例) 千葉県 柏市が実際に関係機関への説明に使用したプレゼンテーション資料①
 (図9-図12)



例) 千葉県 柏市が実際に関係機関への説明に使用したプレゼンテーション資料②
 (図 13、図 14)

在宅医療の推進主体について

＜在宅医療の推進は、行政としてはどこが担うべきか？＞

【在宅医療の推進にあたり必要な視点】

住み慣れた地域(日常生活圏域)におけるサービスの整備

訪問看護, ケアマネ, 地域包括支援センターなどの各種介護
 保険サービスとの連携調整

(都道府県ではなく)市町村が主体性を持ち、地域の
 医師会等と連携して取り組むことが必要。

13

在宅医療の課題と解決方針

理想	現実
一部の医師による「点」で支えるのではなく、市全体をカバーする「面」への広がり	24時間対応の負担感や、専門領域外への不安等から在宅医師が増えない
医療職・介護職等、多職種連携によるチームケア	医療職・介護職、それぞれがサービスを提供している 例)介護職は医師に相談しづらい 病院の入退院時の引継ぎがない リハビリの必要性が浸透していない
利用者(市民)が在宅医療の意義を理解している	状態が悪くなると“入院しなくてはならない”という既成概念が強い
<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; color: blue; font-weight: bold;"> 柏市と柏市医師会がタイアップし、 多職種を巻き込んだ関係づくり、市民への意識啓発を行おう！ </div>	

15

B. 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

内 容

地域を包括した、医療・介護資源マップまたはリストを作成し、地域の実情把握とともに、課題抽出を行う。

目 的

- 地域の医療介護資源の実情把握・認識共有を行い、課題を抽出する。
- 情報共有による医療や介護関係者による円滑な連携を促進する。
- 住民の医療・介護へのアクセスを容易にする。
※ マップの作成や共有を通じて医療・介護関係者間に顔の見える関係を構築し、多職種連携につながるという二次的効果も重要である。

留意点

- 医療機関等との連絡調整が難しかった介護関連事業所等に対し、医療資源のマップやリスト及びそれらへのアプローチ方法や時間帯等の情報を提供することにより、介護から医療への相談や連携をし易くする。
- これらの情報は、関係者にのみ限定公開する、電子媒体や紙面に印刷し配布するなど、情報を活用する対象の利活用性の高い方法にて共有する。
- 事業所情報は変化が大きいため定期的な更新が必要であり、地域の多くの事業所などに協力を促す必要がある。
- すべてを新たに調査するのではなく、介護情報公表システム、自治体や医師会ホームページ等すでに収集・公表されているデータを利活用することも重要である。

※把握すべき地域情報例

事業所

訪問診療をしている診療所、病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、強化型在宅療養支援診療所、強化型在宅療養支援病院、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、訪問薬局、訪問歯科診療所、訪問リハビリテーション施設、ショートステイやデイサービス、療養通所事業所、小規模多機能事業所、レスパイト受け入れ機関、保健所、保健センター、地域包括支援センター、在宅療養患者の後方支援を行う病院 など

各事業所における活動実態

事業所の有無、事業所数、事業所の場所、受け入れ対象者、対象者人数、対象者の受け入れ条件、24時間体制の有無、連携状況、相談可能な時間や窓口、等

地域資源を把握する目的

- 地域で療養するための情報を収集し、不足している資源や支援を可視化する
- 地域の連携体制を整える ○ 利用者や関係者のアクセスを促進する

例) 沖縄県 中部地区医師会における医療・介護資源把握の取組み (図 15)



※ 中部地区医師会の作成した資源マップでは、在宅医療・介護に関わる施設の数や地域の分布状況等を一目で把握できる。

例) 福岡県 宗像医師会における医療・介護資源把握の取組み (図 16、図 17)

宗像地区医療機関診療機能情報

医療機関名	地区	紹介していただいた癌患者の術後フォロー	癌手術患者外来フォロー		抗癌剤治療		麻薬管理 (疼痛コントロールを含む)	丸山 ワクテン	G-CFS 製剤		
			早期	進行	経口	注射					
あ		要相談			要相談		要相談				
		○	○	○	要相談	要相談	○	要相談	要相談		
		○	○	○	要相談	○	要相談				
		要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談				
		要相談									
		○		○	○	要相談	○	要相談			
		要相談	要相談	要相談	○	要相談	要相談		要相談		
		要相談	要相談	要相談							
		○	○	○	○	○	○				
		要相談					○				
		○	要相談	要相談			○				
		か		要相談	○	○	○	要相談	要相談		要相談
				要相談	要相談	要相談	○	要相談	要相談	要相談	
				○	要相談	要相談	要相談	要相談	○		
				要相談	要相談	要相談				要相談	要相談
					要相談		要相談				
さ		○	○	○	要相談	要相談		要相談	○		
		要相談									
		○	○	○	○	要相談	○		○		
		要相談	要相談	要相談	要相談						
		○	○	○	○	要相談	○	○	○		
		要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談		
		○	○	○	○	要相談	○	要相談	要相談		
		○	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談	要相談		
		要相談	要相談	要相談	要相談		○				

在宅医療への取組情報

医療機関名	クリニック		院長名					
			窓口担当者 (Dr代理対応の方)					
住所	〒811-3434		TEL		FAX			
			メール	★各自でアドレスを交換してください				
在宅医療の取組み (○をつけてください)	主治医意見書の記載		○ 対応している		・ していない			
	訪問診療		○ 定期的に訪問している		・ していない			
	新規の訪問診療		○ 受けてよい		・ 受けられない			
	かかりつけ患者の臨時往診		○ 対応している		・ していない			
	在宅医療支援診療所の届出		○ 有		・ 無			
医師との面談方法 優先順位 (1~6の番号をつけてください)	直接面談	往診同席	外来同席	電話連絡	FAX連絡	メール連絡	その他	
	3	1	2	4	6	7		
担当者会議への 医師の参加 (○をつけてください)	先生の都合に合わせた時間で、先生の医療機関で開催の場合		○ 30分以内なら可能		○ 15分以内なら可能		・ 困難	
	訪問診療に合わせて、患者宅で開催の場合		○ 30分以内なら可能		○ 15分以内なら可能		・ 困難	
退院時カンファレンス への医師の参加 (○をつけてください)	先生の都合に合わせた時間で、入院先医療機関で開催の場合		○ 30分以内なら可能		○ 15分以内なら可能		・ 困難	
主治医にアポイントメントとる際に 比較的対応可能な時間帯	曜日 (○×をつけてください) 時間帯 (自由記載をお願いします)		月	火	水	木	金	土
			8:30~9:00					
多職種の方々への要望 (連絡時の注意事項等)	ケアマネジャー連絡・訪問可能時間				連携ガイドに記載 (○) ・ 不可			

※ 宗像医師会は、医療機関、介護施設の数だけではなく、実際に対応可能な機能についても詳細に調査を行い、リスト化し、地域で有効に活用している。

C. 研修の実施

内 容

- 研修の実施は、在宅医療・介護連携の推進及び在宅医療に携わる人材を確保するための中心的な事業であり、全市町村において研修の実施について検討することが必要である。
- 研修では、在宅医療・医療介護連携の必要性や在宅医療の実際の技法、多職種連携の実際、医療保険・介護保険上の各種手続きなど関係職種が実際に業務をすすめる上で必要になる様々な事項を全体研修やグループワーク等を通じて学ぶ。

目 的

- 研修の場に、多職種が一堂に会することで、知識等の習得に加え、顔の見える関係が構築できるとともに、互いの専門性が理解でき、医療・介護の「共通言語の構築」に寄与することができる。
- 同職種研修においても、在宅医療への参入を躊躇している医師等に対し、経験者のこれまでの実践のノウハウ等の情報提供を通じて、新規の参入を促すことができる。

留意点

- あらゆる研修は年間事業計画に沿って目標設定を行い、準備、実行することが重要である。目標が不明確な研修は効果が薄いので注意が必要である。
- 各地域においては、医師会など関係職種において在宅医療に関する研修の取組みが進められている。まずどのような取組みが展開されているのかを把握し、関係するものがあれば、当該研修との相互の位置付けについて調整しておくことが必要である。
- 地域の実情を把握した上で、教育的介入をしたいターゲットを明確にする。
- 医師会等、在宅医療に関わる関係者と研修の目的を共有し、できるだけ多職種参加による研修会を計画・開催する。
- グループワーク、医師の同行訪問等、有効と言われている手法を積極的に取り入れる。
- 参加者から実施した研修に関するアンケートをとり、今後の研修効果の改善に役立てる。また、複数回参加する参加者が多い場合には、例えば、前回の研修の際のグループワーク等で抽出された「在宅医療推進に当たっての地域の課題」を次回の研修に活かす等研修内容を適宜見直して行くことも必要である。
- 介護職（ケアマネジャー等）は医療職に対し、いわゆる『敷居の高さ』を感じていることが多いので、市町村は連携調整担当として介護職も一定の発言ができるように配慮することが必要である。

- ※ 研修会の具体的進め方については、
「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会運営ガイド」を参考にされたい。
こちらのページからダウンロードが可能です↓
http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/files/outline/uneiguide_all.pdf

- ※ 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会ホームページはこちらです↓
<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/index.html>

例) 宮城県 石巻市立開成仮診療所における地域のニーズ調査に基づく研修会の取組み
(図 18)

第1回多職種合同研修会

- 日時:平成24年10月27日(土)13:30~16:10
- 場所:石巻合同庁舎 5階 大会議室
- 目的:地域の在宅医療に関わる多職種が一堂に会する場を設け、
地域における連携上の課題の抽出と地域包括ケアへの理解を深める。
- 内容:
 - (1)在宅医療と在宅医療連携拠点事業について
石巻市立病院開成仮診療所 所長 長 純一
 - (2)「在宅医療連携ガイド作成に関するアンケート調査」結果報告
石巻市立病院開成仮診療所 在宅医療連携拠点事業担当 安達祥子
 - (3)意見交換「石巻における多職種連携の課題について」
 - (4)講演「地域包括ケアの推進について」
講師 厚生労働省 老健局振興課 地域包括ケア推進係 係長 山田大輔
 - (5)意見交換「多職種連携の課題に対する解決策について」

在宅医療連携拠点事業活動報告
石巻市立病院開成仮診療所 在宅医療連携拠点事業所
11

※ 石巻市立開成仮診療所は、地域の在宅医療に関わる多職種が一堂に会する場を設け、地域における連携上の課題抽出と地域包括ケアの理解を深める目的で図に示すような研修会を開催している。

例) 福井県 オレンジホームケアクリニックにおける多職種連携のための研修会の取組み
(図 19)

在宅医療 虎の穴 ~多職種連携実践研修~

在宅医療の基礎講義と、専門力強化、そして 多職種連携の実践まで、顔の見える関係構築 を軸に行う勉強会

2012年度開催

開催日	タイトル	サブタイトル	テーマ	レベル	参加人数
2012/4/14	在宅医療にギアーズ研修	在宅医療プロフェッショナル大作戦	在宅医療、はじめましょう!	STEP1	84人
2012/5/10	MSW在宅連携研修	行列の出来る在宅相談所	在宅の必要条件とは	STEP2	18人
2012/9/30	専門力強化研修	訪問看護VS薬剤師	専門力を活かした継続ケア	STEP2	41人
2012/7/31	在宅医療と福祉用具を考える会	福祉用具職群 テクノエイジャー	在宅医療における多職種連携	STEP2	22人
2012/9/11	多職種連携実践研修	在宅医療プロフェッショナル大作戦	多職種連携で在宅医療は変わる	STEP3	50人
2012/9/6	多職種連携実践研修	在宅医療プロフェッショナル大作戦	多職種連携を活かした在宅継続ケア	STEP3	26人
2012/10/21	在宅医療基本講座	在宅の鉄人	在宅医療、はじめましょう!	STEP1	46人
2012/11/17	多職種連携実践研修	在宅医療プロフェッショナル大作戦	多職種連携で在宅医療は変わる	STEP3	95人
2012/12/8	専門力強化研修	在宅ナースのお仕事	ひとつ上のスキルを地域で活かそう	STEP2	28人
2013/1/20	介護職のための医療基礎知識講習会	ケアしてガッテン	医療と介護の連携を深めよう	STEP2	32人
2013/2/24	多職種連携実践研修	在宅医療プロフェッショナル大作戦	高齢者を支える多職種連携	STEP3	44人
2013/9/13	介護職のための医療基礎知識講習会	ケアしてガッテン	医療と介護の連携を深めよう	STEP2	24人
2013/9/31	日本在宅医学会大会 ワークショップ	行列のできる在宅相談所	多職種連携で在宅医療は変わる	STEP3	57人

※系統的な研修メニューが組まれている。

例) 福井県 オレンジホームケアクリニックにおける多職種連携のための研修会の取組み
(図 20-図 23)

多職種連携 実践研修 (IPE)

- Step1 「在宅医療について知ろう！」
 - 在宅医療とは？という基本的なレクチャー
- Step2 「在宅における自分たちが発揮すべき専門力とは？」
 - 在宅医療を行う上で必要な、職種毎の勉強会
 - レクチャー、情報交換、ワークショップ
- Step3 「多職種連携を実現しよう！」
 - 多職種が協働してケアを行う、実践的な研修
 - ワークショップ、模擬カンファレンスなど

Step3.
多職種連携を実現！

Step2.	医 師	訪 問 看 護	薬 劑 師	歯 科 医 師	管 理 栄 養 士	リ ハ ビ リ	ケ ア マ ネ	ヘル パー	歯 科 衛 生 士	福 祉 用 具	訪 問 入 浴	鍼 灸 マ ジ	M S W	施 設 ス タ ッフ
--------	--------	------------------	-------------	------------------	-----------------------	------------------	------------------	----------	-----------------------	------------------	------------------	------------------	-------------	------------------------

Step1.在宅医療について知ろう！

在宅医療 虎の穴 ~多職種連携実践研修~ <STEP1>



在宅医療プロフェッショナル大作戦

在宅の鉄人

平成24年10月21日開催

参加者コメント

- ★具体的であり、教育があり、よく考えてくださった企画だと思いました。
- ★初心者にはとても分かりやすかったです。
- ★これまで文字でしか分からなかった退院時カンファレンスがリアルに感じられて有意義でした。
- ★カンファレンスの中でポイントの説明が分かりやすかったです。
- ★今後も続けて欲しい。また、続けて出席していきたい。
- ★とても不安な要素があったのですが、カンファレンスを聞くことでとても参考になりました。
- ★患者様の生活状況、気持ちを捉えながらのカンファレンスを進めていく方法がとても学びとなりました。
- ★退院時に行うカンファレンスそのものだったのでずっと入り込みましたし、薬剤師さんが入るカンファが初めてだったので新鮮に移りました。
- ★それぞれの立場の質問や回答を聞きながら自分だったら・・・と考えられよかったです。
- ★ミーティングや議事録など劇団式を取り入れた提示の仕方、「鉄人」になるサンプル提示、有名なテレビのパロディー化、全て素晴らしいです。

在宅医療 虎の穴 ~多職種連携実践研修~ <STEP2>

MSWと在宅医療を考える勉強会
「行列のできる在宅相談所」
平成24年5月19日開催



在宅医療の現場から学ぶ
「訪問看護実践」



訪問看護師・薬剤師 専門力強化研修
「訪問看護師VS(アンド)薬剤師」
平成24年6月25日開催

福祉用具専門員 専門力強化研修
「福祉用具実践 テクノエイジャー」
平成24年7月31日開催



在宅医療 虎の穴 ~多職種連携実践研修~ <STEP3>

在宅医療プロフェッショナル大作戦
平成24年8月11日開催





※ 若者や学生など、これから地域を担う人材も重要なターゲットとして、研修内容と共にスライドやキャッチコピー等に配慮した、楽しく学べる研修手法を実践している。

例) 多職種連携における在宅チーム医療を担う人材育成事業における
国立長寿医療研究センターによる研修会アンケート用紙

在宅医療・介護連携推進事業研修会 アンケート用紙

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/2013/Q.pdf>

D. 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築

内容・目的

- 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制とは、在宅医療や介護を利用している患者や利用者の緊急の相談等に対応できるよう、医療機関や訪問看護事業所、介護事業所間の連携により、24 時間患者からの連絡を受けられる体制または往診や訪問看護、介護サービス等を提供できる体制を整備することをいう。
- 退院や症状の悪化などにより在宅療養が必要になった患者に対し、1 人のかかりつけ医等で 24 時間 365 日対応することは困難であるため、複数の在宅医による連携体制が重要である。
そのひとつの手法として、主治医・副主治医制等のコーディネート等をはじめとする療養支援調整の仕組みを、市町村レベルで面的に実現する。
- 地域のかかりつけ医や関係者の負担を軽減し、在宅療養患者の安心を確保するため、在宅療養患者の後方支援病床の確保等の病診連携の体制構築も重要である。
- 在宅療養する住民の現状把握や定期的もしくは必要時に在宅主治医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、セラピスト等の医療系専門職及びケアマネジャー、介護事業者等の介護系職種によるカンファランス等を通じ、在宅療養を継続的に支援する体制を構築する。
- 地域包括ケアシステムの中心をなすものであり、すべての地域において、その実施について検討することが必要である。

留意点

- 重要なことは、地域で住民を含めどのような地域を目指すのかを共有し、住民がいつまでも安全・安心して暮らせる地域にむけて、地域の多職種が有機的に連携できる体制をとることである。
- 『24 時間 365 日』の医療・介護支援体制の構築は、最もハードルの高い響きを持った取組みであるが、多職種が有機的に連携した場合、個々にかかる負担は非常に軽減されることが報告されている。
- 後方支援病床の確保は、病状が変化した際に必要な治療を受けられるようにするためであり、地域でも医療機関のように安心した療養環境を提供することにつながる。
確保する病床数や受け入れ基準、手順、対象の病状、対象エリアについては地域の関係者、各事業所の承認のもとで検討を重ね、マニュアル作成などにより着実に実現に向けて進める必要がある。
- 地域の病院や診療所、訪問看護ステーション、介護事業所等多くの主体の連携が必要な事業であり、市町村や郡市区医師会等のリーダーシップのもと、各事業所間や、関係者間の心理的信頼関係の構築しながら進めていく必要がある。
- 関係者間の情報共有の仕組み(F 参照)を併せて検討することが必要である。

- 地域の在宅医療において、医療機関内部の医療提供体制のようなシステム化されたチームプレイが確立していない地域も見られる。
地域でも施設でも大差ない医療支援が提供できる『医療の質の担保』『質の向上』に向けた仕組み作りを今後進めていく必要がある

例) 千葉県 柏市における 24 時間 365 日在宅医療提供体制構築への取組み(図 24)

2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

① 24時間在宅医療提供体制の構築方針について

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムをつくるポイント

1. かかりつけ医の負担軽減
 - 主治医・副主治医システムの構築
2. 主治医・副主治医のチーム編成
 - 地域医療拠点の整備
 - 在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

＜主治医・副主治医システム＞

△: 主治医(可能な場合は副主治医) ▲: 副主治医機能集中診療所 ■: コーディネート等拠点事務局

※チーム編成の管制塔機能を地域医療拠点が担う。

＜24年度の取組＞

- ※6名の主治医と1名の副主治医による
試行…21症例実施
- ※試行WG4回実施
(5/18, 7/20, 9/21, 1/18)
⇒効果的な多職種連携のための情報共有システムの検討
- ※評価チーム7回実施
(7/13, 8/17, 10/11, 11/16, 12/21, 2/15, 3/15)
⇒試行事例を通じた情報共有システムを使った連携の課題の抽出と評価の実施

6

※ 柏市は、24 時間体制の在宅医療の提供体制の構築のために、主治医・副主治医制度の構築や ICT を用いたリアルタイムの多職種連携構築に向けて実践的な活動を行っている。

例) 国立長寿医療研究センター 在宅医療支援病棟における取組み (図 25)



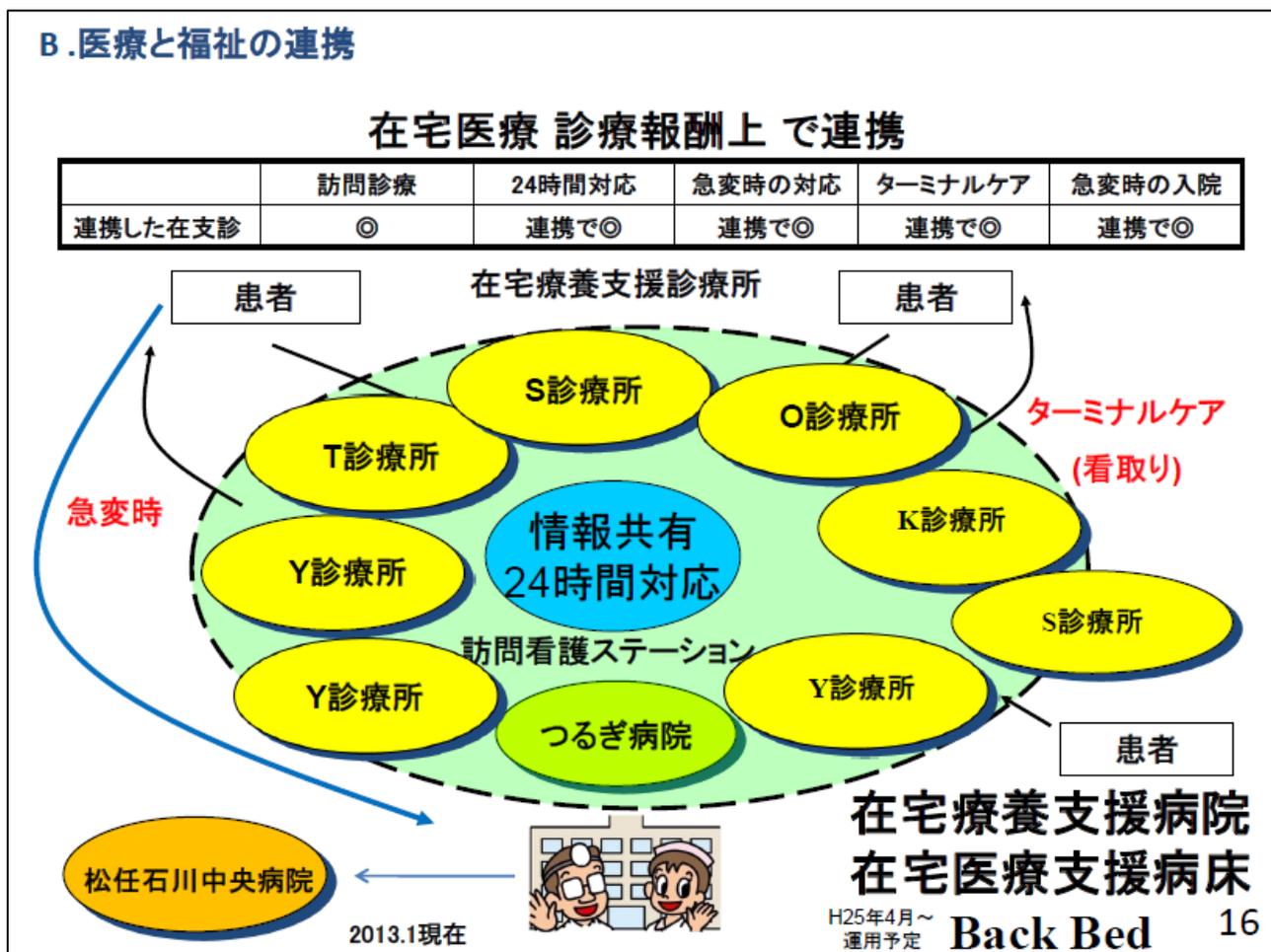
※ 国立長寿医療研究センターでは、在宅療養を継続できるよう、患者や家族の安心を担保し、かかりつけ医の負担軽減を目的に在宅療養支援病棟を運営している。

かかりつけ医を『登録医』とし、登録医の判断で必要時にいつでも入院が可能なシステムである。

詳しくは、国立長寿医療研究センター ホームページよりご覧ください。

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku/zaitakusien/byoto/1system.html>

例) 石川県 公立つるぎ病院における後方支援病床設置の取組み (図 26)



※ 公立つるぎ病院では地域の在宅療養ネットワークの患者の後方支援病院として、専用の病床を確保し、24時間365日支援体制をサポートしている。

円滑な入院受け入れのためのルールやマニュアルの整備、情報提供様式の作成も行った。

例) 大分県 臼杵市医師会立コスモス病院における24時間365日在宅医療提供体制構築への取組み (図 27)



※ 過疎化が進む臼杵市では、地域のかかりつけ医が平日夜間当番を担当し、平日深夜や土日祝日は当番を病院が担当し、地域の後方支援病院の機能を担っている。
コーディネーター機能も担っており、多職種を集めた担当者会議や事例検討なども行っている。

例) 北海道 夕張市立診療所における24時間365日在宅医療提供体制構築への取組み (図 28)



※ 高齢化、過疎化が深刻な人口約1万人の夕張市では地域の医療や介護、福祉など在宅療養患者を支援する多職種スタッフが垣根なくカンファレンスに参加し、情報共有や課題の共有を行っている。
24時間365日の支援体制については、医療だけでなく、介護や施設等の役割分担と常日頃からの情報共有によって地域独自の支援体制を構築している。

E. 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

内 容

医療知識の十分でない地域包括支援センターやケアマネジャー等の介護サイドの職種に対して、医療知識の提供、相談窓口の設置等により支援を行い、在宅医療・介護連携の円滑化を図るもの

目 的

在宅医療を含む多職種協働においては、特に、介護サイドの職種において医療的な知識が不足していることが連携を困難にしているとの指摘があり、他方、介護職種からは、とりわけ多忙な医師へのアプローチは敷居が高く困難との声が聞かれる。このような状況に対応する支援を行うものである。

留意点

- 具体的手法としては、介護関係者向けの研修の実施により知識レベルの向上を図ることに加え、介護関係者が気軽に医療的相談ができる窓口設置の必要性が高い。
- また、医師がケアマネジャーからの電話等を受ける時間帯(『ケアマネタイム』)を設定し、その一覧を介護側に周知することによって、介護側の、多忙な医師に対する相談への心理的障壁を減らそうとする試みがされている地域もある。
- 介護保険制度の開始をきっかけに全国的に郡市区医師会主導により、多くの地域において医師・ケアマネジャー間のファックス通信が導入された。しかし、長年の経過により、残念ながらこのような通信ルールが機能していない地域がある。現在、これが機能していればさらに強化し、不十分である場合にはその再活用も検討する。
- 前述の医師・ケアマネジャー間のファックス通信のような連携ルールは、定期的に課題を確認した上で是正するシステムを継続することが極めて重要であり、これを怠ると機能を失う場合があることに留意すべきである。

例) 東京都 板橋区医師会における相談支援への取組み (図 29、図 30)

3 療養相談室(高島平地区)

- 区民支援: 相談開始
- 多職種情報収集:
地域内在宅医、訪問看護ST、介護サービスの受け入れ状況
- 退院支援(スクリーニングシート)・入院支援
- 施設情報: 機能リスト付きMAP作成
- 災害MAP: 区とハイリスク療養者MAP調整中
- 災害対策: 支援調整 衛星電話 発電機 吸引器
- HP公開 (医療連携MAP・施設MAP公開)

療養相談室相談の実績 (平成24年9月～平成25年1月)

医師会病院より	22件	・退院調整依頼 ・訪問医の紹介依頼
在宅医より	10件	・ケアマネの相談 ・吸入器導入について ・在宅医から退院支援相談(2)
地域包括支援センターより	7件	・退院支援の協力依頼 ・精神疾患の方の支援
他の病院相談室より	4件	・独居のがん末期の支援相談 ・在宅医相談 ・訪問針灸院相談 ・気管切開、レスビ装着患者の在宅医相談
ケアマネジャーより	4件	・脊髄損傷患者のサポートについて ・褥瘡が急きよ悪化し、専門医調整
訪問看護STより	3件	・在宅医紹介依頼
施設より	1件	・グループホームでの看取りについて
その他	3件	・在宅看取りの相談 ・開業についての相談
計	54件	

※ 板橋区医師会では療養相談室を作り、区民からの相談を受け入れるとともに、在宅医やケアマネジャー等専門職からの相談窓口としても活用し、医療と介護連携に役立てている。

例) 大分県 日田市医師会立訪問看護ステーションにおける地域包括支援センター、ケアマネジャーを対象にした支援の取組み (図 31、図 32)

「入院時(退院時)情報提供票」取扱いマニュアルの策定

日田市在宅医療連携にかかわる入退院の取扱いについて

白濁市において、患者(利用者)が適切な医療・介護サービスを受けられるよう医療・介護に関する多職種が協働して連携体制を構築し、円滑な連携を実現するため、退院後入院時に必要なサービスを提供し、在宅医療を推進する。在宅医療、地域包括支援センター、訪問看護(以下「連携サービス等」という)を利用するに当たっては、以下の取扱いを行うものとする。

1-1. 介護サービス利用費の取扱い

居宅ケアマネージャー(以下「ケアマネ」という)は、自ら担当する利用者の退院後、介護サービスを利用する場合は、利用者の了解「医療連携票」を添付し、出来るだけ届出(出来る場合は、事前に、医療機関担当者との連絡あり)、利用者の在宅での生活状況及び介護状況について情報提供を行うものとする。なお、在宅医療、地域包括支援センター、訪問看護(以下「連携サービス等」という)を利用するに当たっては、事前に「入院時情報提供票(医療)」を添付する。なお、入院時中、必要に応じて、医療機関(医師連携)、自治体と連絡を図ることとし、連携体制の構築を図るものとする。

※居宅ケアマネが居宅から不在の場合、「入院時情報提供票(医療)」を事前に医療機関担当者から記入されているので、医療機関担当者との連絡を行う。

1-2. 介護サービス利用費の取扱い

退院が決定される場合は、医療機関担当者から日田市医師会へ、退院時カンファレンスを実施する。なお、その場合は、別に定める「退院時情報提供票(医療)」を使用する。

2-1. 連携体制で介護サービス等が必要な患者について
(「連携サービス等」が必要な患者)

医療機関は在宅入居患者の在宅生活を支援する地域包括支援センターに連携し、退院後介護サービス等の必要な患者が利用している。連絡する。退院後地域包括支援センターは、居宅ケアマネの協力、その他必要なサービスを受ける。退院後、退院時カンファレンスを実施する。なお、その場合は、別に定める「入院時(退院時)情報提供票(医療)」を医療機関担当者から記入し使用する。(「医療連携票」の添付)

主な決定事項

1. 情報提供票は、**必ず直接手渡し、説明すること。**
(FAXやメールで済ませない。
「会う」ことが信頼関係を生む。)
2. ケアマネージャと医療機関の面会時期をできるだけ「当日」と明記
3. 退院時カンファレンスの開催 等

3. 効率的な医療提供のための多職種連携

(1) 地域包括支援センター会議への参加

- 地域包括支援センターの会議に参加し、包括の活動内容の理解と訪問看護ステーションの利用を提案
- 個別の地域包括支援センターへの訪問(予定)

(2) 在宅医療連携交流会の開催

- 連携ツール等の運用には、関係者の相互理解と信頼関係の構築が重要であることから、「連携ツール等の説明会と併せて、在宅医療連携交流会を開催
- 日時：平成24年 11月6日
- 内容：・「入院時(退院時)情報提供票」取扱いマニュアル等の説明
・参加者による名刺交換会
- 参加者：医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネ等 102名が参加



※ 日田市医師会立訪問看護ステーションでは、医療機関や地域のケアマネジャー等の医師にむけた情報共有のためのマニュアル作成や、地域包括支援センター会議への参加を行っている。

G. 地域住民への普及・啓発

内容・目的

- 在宅医療・介護の連携が円滑に進んでいくためには、医療・介護関係者の連携・努力だけではなく、何よりも患者や家族が在宅医療についてよく理解して選択することが基本となる。
- 今後、各地域において医療・介護の支援が必要とされる高齢住民が増加することが見込まれており、地域住民にも在宅での療養介護に関する理解を促していただくことが必要である。

留意点

- 具体的には、退院後の生活や在宅での看取りなどについての情報提供媒体の作成や、寸劇なども活用した理解しやすい啓発活動、地域特有の情報発信ツールを活用した情報提供等を展開することが重要である。

例) 東京都 板橋区医師会における地域住民への普及啓発活動の取組み (図 36、図 37)



※ 板橋区医師会は、区民公開講座で寸劇を用いた在宅医療の啓発活動を行っている。

4. 市民啓発

○ 市政テレビ広報番組「興味しんしん家族」

- ・タイトル「在宅医療を知っていますか？」

- ・放送日

平成24年12月19日(水)

午後7時53分～8時



- ・内容

在宅医、家族からのコメント

訪問診療の様子

○ ポスター、リーフレット等の作成

27

※ 熊本市は、一般市民への啓発に、市政テレビ広報番組を利用している。

啓蒙活動② 公報の利用

身近な話題を中心に医学知識を持ってもらうことを目標とする



※すさみ町は、町報を活用した住民への情報発信を行っている。

H. 年間事業計画

内 容

- 推進協議会の開催等を経て把握された、地域の現状・課題及びこれに関する対応方針を踏まえ、市町村における事業計画を策定する。

目 的

- 在宅医療・介護連携は、市町村当局に加え、医師、歯科医師等の医療関係職種、ケアマネジャー、介護事業者等数多くの主体が関わる事業であり、推進協議会における検討や合意の集大成(実施・検討事項、スケジュール、役割分担等)を可視化し、進捗管理ができるようにしておくことが重要である。

留意点

- 解決策から具体的な在宅医療・介護連携推進に関する事業計画を策定し、一定期間において実施する事業の内容や、関係主体間の役割分担を明確にする。
- 事業計画に盛り込むべき事項は、推進協議会の場で検討することとなるが、例えば以下のような事項が考えられる。

A～Hの事項及びこれら以外に当該地域で取り組む事項それぞれについて

- ① 実施内容について検討するものについては、検討委員会等の構成や検討スケジュールなど
 - ② 実施するものについては、回数や時期、役割分担など
- 策定した事業計画は、推進状況を確認し、見直しを図り、さらに推進するというサイクルを経るべきことは当然であり、特に多職種の参加が不可欠な本事業においてはその必要性は高い。
 - また、本事業の質と効果を評価する指標について、あらかじめ検討する必要がある。具体的には、在宅医療・介護連携の体制(構造)、支援内容(過程)などがある。また、その効果(結果)として、市町村と地域の医師会との協働による「在宅医療に参画するかかりつけ医師数」や、高齢者が最期まで住み慣れた地域で暮らすための体制と支援による「在宅看取り率(数)」などが挙げられる。

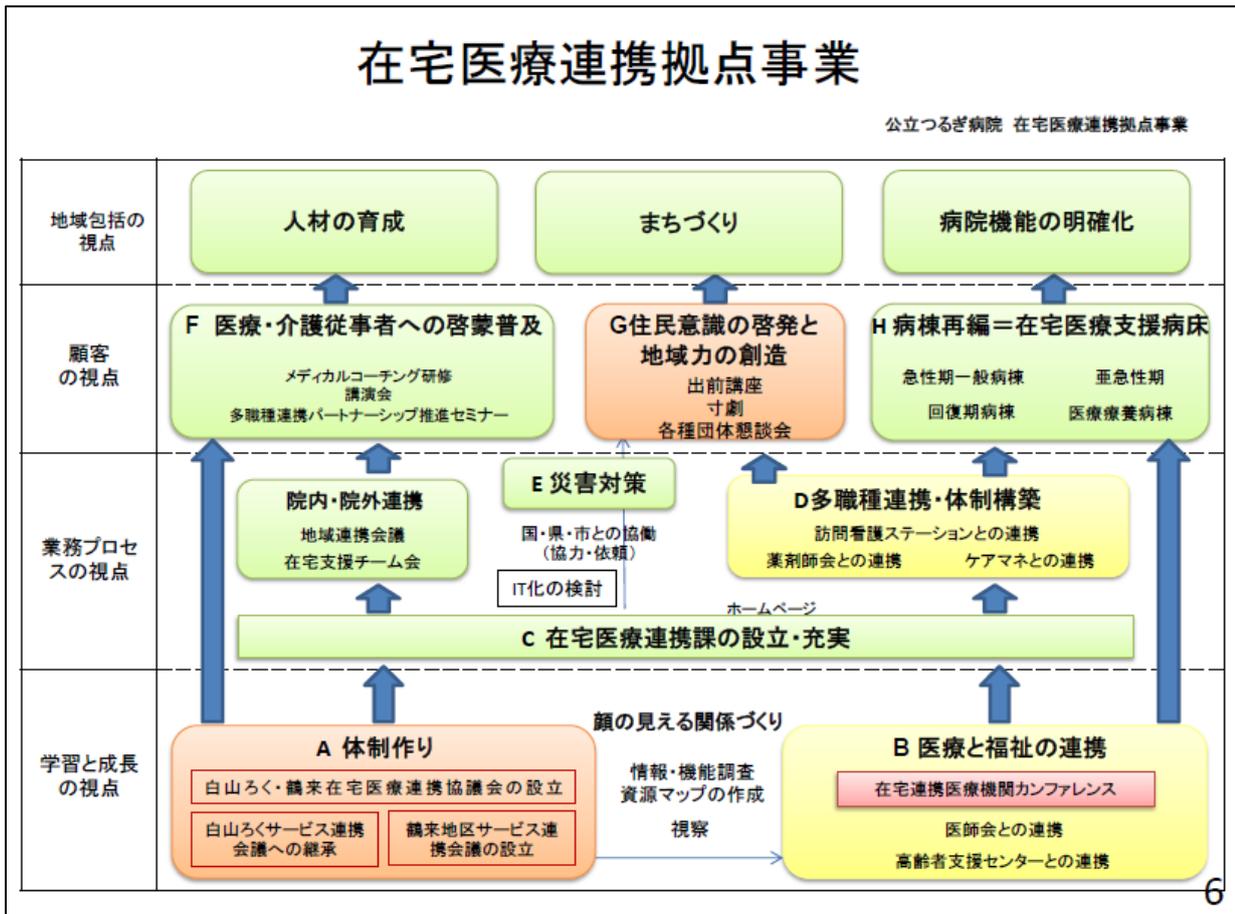
(参照)

平成 25 年 10 月 22 日 平成 25 年度在宅医療・介護連携推進事業研修会資料

『客観評価を考慮した指標のモニタリング』

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/2013/kogi5_1022_oshima.pdf

例) 石川県 公立つるぎ病院における事業計画 (図 40、図 41)



事業内容		目的	具体的内容	開催	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	開催回数	結果
A1	白山ろく・鶴来在宅医療連携協議会	白山ろく・鶴来地区において在宅医療を必要とする人が安心して医療・介護サービスを受けられること、地域での多職種連携による包括かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築する。	「白山ろくサービス連携会議」及び「鶴来地区サービス連携会議」の円滑な推進を図る。	医師会の協力・支援 行政機関の協力・支援 医療機関の協力・支援 その他関係機関の協力・支援				23日 設立					11日 第1回協議会開催			14日 第2回協議会開催	年3回	3回開催 参加者 44名
A2	白山ろくサービス連携会議	白山ろくの住民が安心して療養・生活を送ることができるよう、多職種が連携し在宅医療を支えるためのネットワークとシステムの構築を図る。	・症例検討 ・地域でのサービス提供に係る課題を抽出し、解決に努める。 ・参加機関間の相互理解を深める。	医療技術、介護技術の向上 地域力の向上		16日 連携会議		18日 連携会議		19日 連携会議		21日 連携会議		16日 連携会議		13日 連携会議	年5回	参加人数 100人 症例検討 6件
A3	鶴来地区サービス連携会議	鶴来地区で在宅医療を必要とする人が安心して医療・介護サービスを受けられること、地域での多職種連携による包括かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築する。	・多職種・他機関での情報共有についての検討 ・症例検討 ・地域でのサービス提供に係る課題を抽出し、解決に努める。 ・他機関の相互理解を深める。	医療技術、介護技術の向上 地域力の向上				7日 連携会議		11日 連携会議		13日 連携会議		18日 連携会議		19日 連携会議	年6回	参加人数 240人 症例検討 12件
B4	在宅連携医療機関カンファレンス	・指針基準の確立 ・連携医療機関での定期的な情報交換・情報共有 ・24時間連携の構築 ・在宅医療の質の向上	カンファレンス内容の充実 課題の共有と解決	連携期間	25日 第1回カンファレンス	23日 第2回カンファレンス	27日 第3回カンファレンス	25日 第4回カンファレンス	22日 第5回カンファレンス	26日 第6回カンファレンス	24日 第7回カンファレンス	28日 第8回カンファレンス	26日 第9回カンファレンス	30日 第10回カンファレンス	27日 第11回カンファレンス	27日 第12回カンファレンス	年12回	参加者 189名 症例24例

例) 石川県 公立つるぎ病院における事業計画 (図 42、図 43)

ミッション 顔の見える関係から信頼関係の構築		地域包括ケアシステムの構築		平成24年度 在宅医療連携拠点事業 事業計画書・報告書														
事業内容	目的	具体的内容	種類	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	数値目標	結果	
85	国・県・市の支援、協力	在宅医療・介護あんしん2012	在宅医療拠点事業への協力依頼	支所訪問 在宅の脱 明開始	1日 白山 山ろく 連携 推進 会、輪末 定所	1日 14日 白鳩支所											(計) 県 3回/年 支所訪問/年	
86	白山市高齢者支援センターとの連携	医療・福祉・保健にまたがる様々な支援	・地域の課題の抽出・解決策の検討 ・行政サイドからの情報提供 ・資源の有効活用	訪問開始	7日、22日			4日 定期ミーティング	5日 定期ミーティング	27日 行政・拠点・事業計画会議 28日 参加	9日 定期ミーティング	14日 定期ミーティング	25日 定期ミーティング	23日 定期ミーティング	5日 定期ミーティング	年10回	9回	
87	医師会との連携	医師会との協働	情報の共有化	18日 県医師会訪問													年12回	
88	訪問看護ステーションとの連携	24時間体制・相互機能補完体制の構築と円滑な連携	システム的建立	20日	23日												年5回	6回
9	ケアマネジャーとの連携	在宅医療推進の協力依頼	在宅医療推進の協力依頼														年6回	3回
10	薬剤師会との連携	在宅医療への参画	在宅医療への参画														年6回	2回

ミッション 顔の見える関係から信頼関係の構築		地域包括ケアシステムの構築		平成24年度 在宅医療連携拠点事業 事業計画書・報告書														
事業内容	目的	具体的内容	種類	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	数値目標	結果	
F11	人材育成 在宅医療・介護を担う人材の育成	専門的知識を活かし連携を深め、地域リーダーを育成する。	人材育成	28日 メディカルサポートコーチング研修	20日 看護大学訪問												セミナー5回/年 延べ人数150人	410名
G12	地域力の創出	地域での認知症等在宅に係る知識を深め、地域でケアする地域力の創出を図る。	医療的支援 認知症 医療的支援 糖尿病 医療的支援 褥瘡管理															
13	視察	先進地域の情報収集	在宅医療に対する知識のアップ														年2回以上	2回
E14	災害関連	災害発生時に備えた対応の検討	・災害訓練の参加・実施 ・地域の特性を把握 ・必要機材の選定 ・災害時の連携確認 ・病院側の確保															

例) 石川県 公立つるぎ病院における事業計画 (図 44)

平成24年度 在宅医療連携拠点事業 事業計画書・報告書				拠点事業所名 白山石川医療企業団 公立つるぎ病院																
ミッション 顔の見える関係から信頼関係の構築		地域包括ケアシステムの構築		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	数値目標	結果			
19	ホームページ	情報の配信	病院ホームページ内に開設					企業公開		運用開始										
19	情報共有システム IT化 検討	異なる機関の他職種が患者のニーズに応じた質の高い医療・介護サービスを提供できるように情報の共有化を図る。	情報共有ツールの検討	在宅医療従事者の負担軽減	共通のルールの検討	紙カルテの運用検討	共有開始	在宅医療従事者間の情報共有の促進、院内での連携、在宅医療の推進									更新回数 3回以上	2回		
					全県域レベル	医療圏レベル 地域情報連携	検討開始	9/15 地域連携推進システム構築事業	9月米 ID-01a導入の意向報告	石川県事業の方向性										
F18	イベント企画 講演会、研修会	在宅医療のさらなる浸透を図る。在宅医療に関する知識の向上、他職種間の相互理解を深める。	・講演会・小グループ勉強会実施 ・在宅医療の小冊子の作成、マップの作成	行政・住民の協力他職種間の協働	28日 メディカルサポート コトコト シンク開催															
19	地域関連機関情報、機能調査	地域資源の共有 効率的な活用の仕組み作り	マップの作成	各機関には情報があるが、①共有されていない ②更新されていない	情報の収集															
21	院内連携 医療政策の基本方向として「入院と外来の連携」だけでなく、在宅を含む新しいジャンルの連携が必要	医療政策の基本方向として「入院と外来の連携」だけでなく、在宅を含む新しいジャンルの連携が必要	紹介入院率	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	紹介率のアップ 15%～	
			通院回数増加																	
			在宅医療連携の拡大・人員配置	レスパイト入院の受入																
			地域連携会議 在宅支援チーム会 院内説明会	院内職員への周知	10月、16日、24日 20日、16日、18日	7日、25日 17日	20日 20日	23日 21日	27日 18日	25日 23日	22日 20日	27日 18日	31日 22日	28日 19日	26日 19日	26日 19日	26日 19日	26日 19日	26日 19日	26日 19日
訪問リハビリテーション	利用者数の推移	セラピスト数																		

※ 公立つるぎ病院では、地域包括ケアシステム構築に向け、拠点として様々な視点から取り組む課題を明確にし、具体的なアクションプランを立てて実行した。

4 今後に向けて

(1) 市町村事業のさらなる向上のために

- 在宅医療の推進については、各地の医療機関において先進的な取組みが進められてきたが、国の施策として「在宅医療連携拠点事業」が進められたのは、平成 23・24 年度のことである。市町村と地域医師会が中心となって面的な在宅医療・介護連携を推進する動きは、まだ定まった進め方が確立しているわけではなく、各地で多様な試みがなされているのが現状である。
- 各市町村において事業を進めていくに当たっては、先行地域における取組みの実情等を積極的に吸収し、それぞれの市町村の実情に合わせた検討の基礎とすることが必要である。
- 厚生労働省においては、平成 24 年度、(独)国立長寿医療研究センターに委託して実施した都道府県リーダー研修の成果を各地において展開することとしているので、これに基づく研修等が各都道府県で実施される場合には、積極的に参加すべきである。また、他の研修・セミナー等の機会を活用したり、各種資料の閲覧、視察を行う等により知見を広めたりして、それぞれの地域での在宅医療・介護連携推進体制の構築につなげていただきたい。

図 45

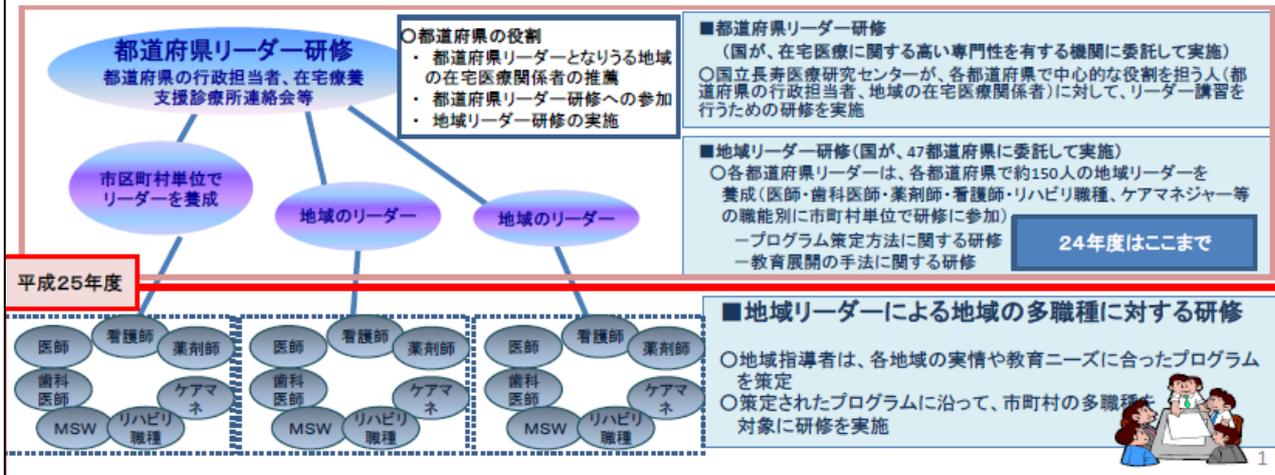
■ 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業

25年度予算 100百万円

■ 本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う(都道府県リーダー研修)
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う(地域リーダー研修)
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市区町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けることができる体制構築を目指す

※WHO(世界保健機関)は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。(2002年)



(2) 制度改正の動向

- 冒頭にもあるように、政府の「社会保障制度改革国民会議」は、平成 25 年 8 月 6 日に報告書を取りまとめた。

社会保障制度改革国民会議報告書

(概要) http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo_gaiyou.pdf

(全文) <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>

- これを受けて、厚生労働省の関係審議会においては、介護保険事業あるいは医療提供体制の改革についての検討が進められているところである。今後の事業運営や将来設計においては、このような制度改革の動向が大きく影響することはいうまでもないことであるので、これら審議会の動向等にも十分注意しておくことが必要である。

厚生労働省 社会保障審議会

医療部会

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126719>

介護保険部会

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126734>

資料 1) 各市町村の取組みに関する図表等の出典一覧

- 図 1 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
津島市, P4.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/06055156.pdf
- 図 2 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 成果報告書添付資料,
肝属郡医師会立病院, P36.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/08102272_ppt.pdf
- 図 3 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
津島市, P5.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/06055156.pdf
- 図 4 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
熊本市, P6.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/11096264.pdf
- 図 5 鹿児島県庁ホームページ(アクセス 2013 年 10 月 28 日)
<http://www.pref.kagoshima.jp/ab02/soshiki/hoken/honcho/kaigo.html>
- 図 6 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
横手市地域包括支援センター, P9.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/01012025.pdf
- 図 7 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
坂井地区広域連合, P7.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/05043117.pdf
- 図 8 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
日本医療伝道会, P12.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/04034100.pdf
- 図 9-14 柏市保健福祉部福祉政策室(2013). 柏市における長寿社会のまちづくり～豊四季台プロジェクト～.
- 図 15 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
中部地区医師会, P7.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/11104276.pdf
- 図 16 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
宗像医師会, P24.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/10090255.pdf
- 図 17 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
宗像医師会, P25.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/10090255.pdf

- 図 18 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
石巻市立開成仮診療所, P11.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/02008016.pdf
- 図 19-23 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 成果報告書添付資料,
オレンジホームケアクリニック, P11, 12, 14-16.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/04045119_ppt.pdf
- 図 24 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
柏市, P6.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/04028061.pdf
- 図 25 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部ホームページ(アクセス 2013 年 11 月 26 日)
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/zaitakusien/byoto/1system.html>
- 図 26 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
公立つるぎ病院, P16.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/05042116.pdf
- 図 27 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 成果報告書添付資料,
臼杵市医師会立コスモス病院, P5.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/08097266_ppt.pdf
- 図 28 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 成果報告書添付資料,
夕張市立診療所, P5.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/01003008_ppt.pdf
- 図 29-30 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
板橋区医師会, P31, P33.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/04031081.pdf
- 図 31-32 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 成果報告書添付資料,
日田市医師会立訪問看護ステーション, P15, P23.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/08098267_ppt.pdf
- 図 33-34 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
鶴岡地区医師会, P15-P16.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/02014029.pdf
- 図 35 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
新見医師会まんさく, P6.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/08073214.pdf
- 図 36-図 37 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
板橋区医師会, P27, P36.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/04031081.pdf
- 図 38 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
熊本市, P27.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/11096264.pdf

図 39 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 地域ブロック活動発表会資料,
すさみ町, P22

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/07069207.pdf

図 40-44 厚生労働省委託事業 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 成果報告書添付資料,
公立つるぎ病院, P2-6.

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/04042116_ppt.pdf

図 45 厚生労働省ホームページ, 在宅医療・介護の推進について, P17. (2013/10/30 アクセス)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu_all.pdf

資料 2) 地域包括ケアシステム構築への取組みにおいて参考にされたい情報紹介

厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/>

○在宅医療の推進について

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html

○地域包括ケアシステム

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html

○社会保障審議会 医療部会

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126719>

○社会保障審議会 介護保険部会

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126734>

○「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>

○市町村セミナー

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/seminar/01.html>

首相官邸ホームページ <http://www.kantei.go.jp/>

政策会議 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/>

○社会保障制度改革国民会議

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/>

公益社団法人 日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/>

○第1回 日本医師会 在宅医リーダー研修会

<http://www.med.or.jp/jma/nichii/zaitaku/001707.html>

公益社団法人 日本看護協会ホームページ <http://www.nurse.or.jp/>

東京大学高齢社会総合研究機構ホームページ <http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/index.html>

○在宅医療推進のための地域における多職種研修会

<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/index.html>

厚生労働科学研究 がん対策 のための戦略研究

緩和ケア普及のための地域プロジェクトホームページ <http://gankanwa.umin.jp/index.html>

(独)国立長寿医療研究センター <http://www.ncgg.go.jp/>

老年学・社会科学研究センター <http://www.ncgg.go.jp/cgss/index.html>

○在宅医療推進会議

<http://www.ncgg.go.jp/cgss/zaitaku.html>

○平成 24 年度在宅医療連携拠点事業－拠点の活動性の評価－

<http://www.ncgg.go.jp/cgss/slider20130515.html>

在宅連携医療部 <http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/index.html>

○平成 24 年度多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業 資料

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/jinzaiikusei/2012/leader01_doc.html

○平成 25 年度在宅医療・介護連携推進事業研修会 資料

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/jinzaiikusei/2013/leader01_doc1022.html

在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック

発行日：平成25年12月

制作： 独立行政法人
国立長寿医療研究センター

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾35

TEL：(代表) 0562-46-2311

<http://www.ncgg.go.jp/index.html>

※本ハンドブックは、厚生労働省委託の平成23、24年在宅医療連携拠点事業より得られた各種報告書等をもとに、有識者より指導助言を得たうえで当センターで取りまとめ、制作致しました。