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　老人保健課

介　護　保　険　最　新　情　報

今回の内容

介護保険の地域支援事業における

在宅医療・介護連携推進事業の手引きについて

計４８枚（本紙を除く）

Vol.４４７

平成２７年３月３１日

厚生労働省老健局老人保健課

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 3989)
FAX：03-3595-4010

老老発０３３１第５号
平成２７年３月３１日

都道府県
各　指定都市　介護保険主管部（局）長　殿
中 核 市

厚生労働省老健局老人保健課長
（　公　印　省　略　）

介護保険の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の手引きについて

在宅医療・介護連携推進事業の手引きの内容については、これまで、各種会議などにおいてお示ししてきたところであるが、今般、別紙のとおり「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」をとりまとめたところであるので、御了知の上、管内各市町村に周知を図るとともに、実施の参考にされたい。

なお、本事業を実施するにあたっては、事業実施に係る検討段階から、郡市区医師会等の地域における医療・介護の関係団体等と協議するなど、本事業の円滑な実施に向けた、地域における医療・介護関係者との連携が重要であることを申し添える。

別紙

在宅医療・介護連携推進事業の手引き

Ｖｅｒ．１

厚生労働省

老健局老人保健課

平成２７年３月

目　　次

一　在宅医療・介護連携推進事業の背景及び手引きの基本的考え方

二　在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組について

－【目的】【ポイント】【実施内容・実施方法】【留意事項】－

（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在宅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

三　在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項

四　都道府県の役割について

一　在宅医療・介護連携推進事業の背景及び手引きの基本的考え方

○　７５歳以上高齢者は、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とすることが多い。

○　そのため、いわゆる団塊の世代が７５歳以上となる２０２５年を目処に、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、高齢者の権利擁護についての支援を受けながら、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援を行うことが求められる。

○　また、在宅医療・介護連携については、従来から問われ続けてきた重要課題の一つであるが、医療と介護については、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や情報の共有が十分にできていないことなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題があった。

○　このような背景の下、在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援については、これまで、厚生労働省在宅医療連携拠点事業委託費を活用した在宅医療連携拠点事業（平成２３・２４年度）、地域医療再生臨時特例交付金を活用した在宅医療連携推進事業（平成２５年度～）において実施されてきたところであるが、これらの成果を踏まえ、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業における在宅医療・介護連携推進事業として位置づけ、全国的に取り組むこととなった。

○　具体的には、市区町村が地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力して、地域の医療・介護関係者が参画する会議の開催、在宅医療・介護連携に関する相談の受付、在宅医療・介護関係者の研修等の取組を実施することとなる。

○　この事業では、平成２７年度以降取組を開始し、平成３０年４月には全国の市区町村で取り組むこととなるため、市区町村が在宅医療・介護連携推進事業を円滑に実施できるよう本手引きを取りまとめたので、市区町村における取組の参考にしていただきたい。

○　また、本事業が普及されるに従い、多くの取組が実施されることとなるが、今後、全国の取組事例を収集・整理することによって、より、効果的に本事業が実施できるよう、手引きを改定する予定である。

○　なお、各地域での在宅医療・介護連携の推進に係る（ア）から（ク）についての先進的な取組事例、実施体制や予算、取組のポイント等については、下記の調査研究事業を参考にしていただきたい。

URL：http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_1.pdf

「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」（平成２６年度厚生労働省老人保健健康増進等事業　野村総合研究所）

二　在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組について

○　在宅医療・介護連携推進事業は、（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在宅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、の８つの取組からなる。

○　本事業の円滑な実施のため、市区町村の行政組織内に、在宅医療・介護連携の推進に関する業務についての担当部署を決定し、市区町村が主体的に協議を進め、それぞれの取組を実施していくことが重要である。

○　地域の実情やそれぞれの取組の専門性に鑑みて委託が可能であるが、委託する場合においても、市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業の全体の取組を管理・調整していくことが必要である。

○　また、本事業を推進するにあたっては、市区町村が、事業実施に係る検討段階から、郡市区医師会等の地域における医療・介護の関係団体等（以下「関係団体等」という）と協議するなど、本事業の円滑な実施に向けて、地域における医療・介護関係者と連携することが重要である。

○　本事業の取組における成果物の周知等においても、医療関係者への周知は郡市区医師会等、介護関係者への周知には地域包括支援センター等の幅広い関与、協力を得つつ進めていくことが重要である。

○　なお、本事業の取組は、複数の市区町村による実施が効果的・効率的であると考えられる場合は、共同実施が可能である。

○　以降は、当該事業における（ア）から（ク）の具体的取組について、目的・方法・留意事項等について取りまとめたので、市区町村における取組の参考にしていただきたい。

（ア）地域の医療・介護の資源の把握
　地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用する。

▼　本事項は、以下の２つの取組で構成される。
　１．地域の医療機関、介護事業所等の住所、連絡先、機能等の情報収集
　２．地域の医療・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用

【目的】
（１）市区町村が地域の在宅医療・介護連携の現状を把握し、医療・介護関係者の連携支援に関する施策の立案等に活用するとともに、医療・介護関係者がそれぞれの役割等について理解を深めること。
（２）地域の医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供することにより、地域の医療・介護関係者が、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにすること。
（３）地域の医療・介護の資源に関して把握した情報を活用して、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援すること。

【ポイント】
１．地域の医療機関・薬局、介護事業所等の住所、連絡先、機能等の情報収集
（１）医療機関に関する事項については、医療機能情報提供制度（医療情報ネット、薬局機能情報提供制度）等の、既に公表されている事項を活用し、既存の公表情報等で把握できない事項については、必要に応じて調査を行う。専門的な事項が必要な場合は、必要に応じて地域の医療・介護関係者の意見を参考にして調査する。
（２）調査を実施する場合は、関係団体等との事前の相談等を踏まえ、調査実施や回答者の負担等を考慮して調査する。

２．地域の医療・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用
（１）把握した情報は、情報を活用する対象者の類型ごと（市区町村等の行政機関及び地域の医療・介護関係者等向け、地域住民向け等）に提供する内容を検討する。
（２）把握した情報を地域の医療・介護関係者に対して提供する際には、提供する情報について、地域の医療・介護関係者の理解と同意、協力を得た上で行うこと。また、地域住民に対して提供する情報は、医療・介護関係者へ提供する情報と異なる場合があるため、地域住民にとって必要な情報に限定する。

【実施内容・実施方法】
１．地域の医療機関、介護事業所等の住所、連絡先、機能等の情報収集

（１）地域の医療・介護の資源に関して、まず、既存の情報等を参考に把握事項と把握方法を検討する。

（２）次に、既存の公表情報から把握すべき事項を抽出し、公表情報以外の事項について調査を実施する場合は、先行地域のこれまでの実施例を参考にするなど、調査事項・調査方法・活用方法を検討する。

（３）調査を実施する場合は、調査事項等の検討について地域の医療・介護関係者と検討した上で、協力を得つつ医療機関・介護事業所を対象に調査を実施する。

（４）調査結果等を基に、地域の医療・介護の資源の現状を取りまとめる。

２．地域の医療・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用

（１）医療・介護関係者に対しての情報提供

　把握した情報が在宅医療・介護連携の推進に資する情報かどうか精査した上で、地域の医療・介護関係者向けのリスト、マップ等を作成し、地域の医療・介護関係者に提供する。なお、在宅医療・介護連携に関する相談支援の窓口等で、実際に連携支援を担う担当者の把握と連絡方法、及びそれらを情報提供することも有効であることに留意する。

（２）地域住民に対する情報提供

　把握した情報が住民にとって必要な情報かどうか、更に住民に対する提供が医療・介護関係者の連携の支障とならないか精査した上で、住民向けのリスト、マップ等を作成し、住民に配布する。必要に応じて、市区町村等の広報誌、ホームページに掲載して、住民に情報提供する。

（参考）表１　地域の医療・介護の資源の把握事項と把握方法

分野	把握事項	把握方法
在宅医療 （訪問診療を行う医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局）	〈基礎情報〉 ・医療機関名、薬局名 ・住所 ・電話番号 ・ＦＡＸ番号 ・診療日・診療時間、営業日・営業時間 ・診療科	・医療機能情報提供制度 ・薬局機能情報提供制度 （厚生労働省ホームページ）
	〈訪問診療等の対応〉 ・在宅患者訪問診療 ・往診 ・歯科訪問診療 ・訪問薬剤管理指導 ・時間外における対応	
	〈対応可能な診療内容〉 ・在宅ターミナルケアの対応 ・中心静脈栄養	

	・経管栄養 ・気管切開部の処置 ・疼痛の管理 ・レスピレーター（人工呼吸器）等	
訪問看護	〈基礎情報〉 ・事業所名 ・住所 ・電話番号 ・ＦＡＸ番号 ・サービス提供日・時間・定休日	・介護情報公表システム （厚生労働省ホームページ）
	〈体制等〉 ・緊急時の訪問体制の有無 （緊急時訪問看護加算の届出） ・看取りの対応の有無 （ターミナルケア体制の届出） ・気管切開患者等への対応の有無 （特別管理体制の届出）	
介護	〈基礎情報〉 ・事業所名 ・住所 ・電話番号 ・ＦＡＸ番号 ・サービス提供日・時間・定休日	・介護情報公表システム （厚生労働省ホームページ）
	〈提供する介護等〉	

【留意事項】

（１）時間が経過するにつれて調査時の内容と異なる可能性があることから、定期的に最新の情報に更新する。

（２）医療機関・介護事業所等の調査を実施する場合には、調査を円滑に実施するため、事前に関係団体等に説明し、協力を得るとともに、情報提供の可否、提供する情報内容については、提出先から同意を得ておく。

（３）医療・介護関係者や住民に提供する情報の内容については、事前に関係団体等に事実関係の確認を求めるなど、地域の医療・介護の関係各者に内容を確認してもらうことが望ましい。

（４）（イ）の協議に参画する関係団体等が有する資源情報について、可能な限り情報提供を受けることが望ましい。

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。

【目的】

在宅医療と介護の連携に関する地域の課題を抽出し、その対応策を検討すること。

【ポイント】

（１）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催事務について委託することは差し支えないが、議題等、会議の開催前後に検討が必要となる事項については、市区町村が主体的に取組む必要がある。

（２）課題及び対応策についての検討の結果、それぞれの事項について更なる検討が必要とされた場合は、ワーキンググループ等を設置する。

（３）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議のワーキンググループ等は、（ア）から（ク）の他の事業項目の実施に係る検討の場として活用される。

【実施内容・実施方法】

（１）在宅医療及び介護の提供状況（（ア）の結果）、在宅医療・介護連携の取組の現状を踏まえ、市区町村が在宅医療・介護連携の課題（情報共有のルール策定、切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制の構築、医療・介護のネットワークづくり、医療・介護関係者や、その連携担当者等の顔の見える関係づくり、住民啓発等）を抽出する。

（２）抽出された課題の対応策について、事前に市区町村が検討する。

（３）医療・介護関係者の参画する会議を開催し、市区町村が検討した対応案等について検討する。

【留意事項】

（１）会議の構成員については、郡市区医師会等の医療関係者、介護関係者、地域包括支援センター等に加え、地域の実情に応じて、訪問看護事業所、訪問歯科診療を行う歯科医療機関、在宅への訪問薬剤管理指導を行う薬局等の参加を求めることが望ましい。

（２）課題を抽出する際は、重要度及び優先順位も考慮する。

（３）検討する議題に応じて、在宅医療・介護連携に関する有識者、都道府県関係部局、保健所等の担当者の参加を求めることが望ましい。

（４）必要に応じて、在宅医療や介護を提供している者等からヒアリングを行うことも考えられる。

（５）会議の進行等に当たっては、特定の関係者に発言が偏ることがないよう、関係者の専門性の違い等に配慮しつつ広く関係者の発言を求める。

（６）会議は定期的に開催すること。ただし、開催頻度は地域の実情に応じて決定することで差し支えない。

（７）医療・介護関係者が参画する会議を開催し、地域の在宅医療・介護連携の課題とその対応策について検討することが主旨であるため、地域の実情に応じて既存の会議を活用することも差し支えない。

（８）特に、地域ケア会議については、議題、出席者の職種、回数等が当該事業の主旨を満たすものであれば、活用を検討していただき差し支えない。ただし、その場合であっても、医療・介護関係者が参画する会議を開催する前に、市区町村が課題の整理や対応策について検討することが必要である。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
　地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要な具体的取組を企画・立案する。

【目的】
　医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が切れ目なく提供される体制の構築を目指した取組を行うこと。

【ポイント】
（１）当該事項については、地域の在宅医療と介護の資源状況等、地域の実情に応じた様々な取組が考えられるので、（ア）で得られた情報や（イ）で検討した事項を踏まえ、地域で必要となる提供体制の構築に向けた検討を行い、地域の実情に応じた取組を行う。
（２）医療・介護関係者の主体的な協力を得られるよう働きかけることが重要である。

【実施内容・実施方法】
（１）地域の介護の提供状況について、市区町村が把握している既存情報や、（ア）で得られた情報等を活用して確認する。
（２）地域の医療・介護関係者等の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。なお、必要な取組については、市区町村等が、事前に把握した情報に基づき検討し、（イ）で設置した会議等を利用して、更に地域の医療・介護関係者を集めて検討する。
（３）市区町村は、検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

【留意事項】
（１）地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては関係団体等に委託して差し支えない。
（２）切れ目なく在宅医療と在宅介護を提供するための体制は、例えば、取組の一つとして、表２のような取組が考えられるため参考にされたい。ただし、必要な取組は、患者・利用者の状態や、その家族、介護者の状況、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、表２の取組に限らず、地域の実情に応じて構築することが重要である。なお、検討した仕組みや取組については、救急搬送を行う消防組織と情報共有を行うことも効果的である。
（３）本事業では、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築を推

進する取組についての検討の費用を対象とする。例えば、主治医・副主治医制の運営のための経費（医師への手当て等）、夜間・休日に医療機関が診療体制を確保するための経費（医療機関の協力金等）は、本事業の対象とならないので注意すること。

（参考）表２　切れ目のない在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築推進に向けた取組例

例 1）主治医・副主治医制の導入による体制の構築

①　（イ）の会議における内容を踏まえ、切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、主治医・副主治医制の導入の検討について、郡市区医師会に説明し、検討について協力を得られるよう働きかける。

②　導入についての検討後、市区町村及び郡市区医師会の共同の呼びかけにより、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関が参画する会議を設け、郡市区医師会の先導の下、主治医・副主治医制の導入に係る以下の事項等について検討する。

・賛同する医療機関の対応可能な曜日・時間帯・疾患等を考慮した副主治医の決定方法及び対応順の決定方法について

・患者情報及び緊急時の対応について、主治医・副主治医で共有するためのカンファレンスの開催について

・介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法について

※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、患者・利用者及び家族に主治医・副主事医制について説明し、同意を得た上で、副主治医への連絡方法等について説明する。また、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護支援専門員等の介護関係者とも共有する。

例 2）在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保

①　（イ）の会議における内容を踏まえ、切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保体制の導入の検討について、郡市区医師会に説明し、検討についての協力を得られるよう働きかける。

②　導入についての検討後、市区町村及び郡市区医師会の共同の呼びかけにより、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関が参画する会議を設け、郡市区医師会の先導の下、急変時診療医療機関の確保の導入に係る以下の事項等について検討する。

・緊急時の診療希望患者の登録方法や、主治医と急変時診療医療機関との連絡方法、診療希望患者についての事前の情報共有の方法等の運用や書式について

・地域の病院・診療所等の医療関係者等及び介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法について

※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、患者・利用者及び家族に急変時の診療医療機関の確保について説明し、同意を得た上で、急変時診療医療機関への連絡方法等について説明する。また、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護事業所等の介護関係者とも共有する。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。

▼　本事項は、以下の２つの取組で構成される。

１．情報共有ツールの作成

２．情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

※情報共有ツール：情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス等

【目的】

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われること。

【ポイント】

１．情報共有ツールの作成

（１）情報共有ツールが既に作成されているが、十分に活用されていない場合は、共有する情報の内容や活用方法等について、医療・介護関係者の双方の理解が得られるよう十分に意見を聴取し、より多くの関係者に利用されるように改善する。

（２）情報共有ツールを新たに作成する場合は、医療・介護関係者が利用しやすい様式等を具体的に検討した上で、作成する。また、必要に応じてそれらの手引き等の作成も考慮する。

（３）作成した情報共有ツールの成果物だけを関係者に周知するのではなく、情報共有ツールの検討段階においても可能な限り情報提供し、関係者間で作成の経過を共有する。それによって、情報共有ツールの利活用を促す（情報共有ツールを活用する意欲や愛着を高める）ことが期待できる。

２．情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

（１）作成したツールが幅広く活用されるよう説明会の開催や手引き等の配布などの導入支援を行うとともに、その活用状況を定期的に把握し、その結果を踏まえた改善を図る。

（２）関係する医療機関等や介護事業所で実際に従事する地域の医療・介護関係者は、職員の交代が頻繁にありえることから、情報共有ツールに関して、定期的な周知や事業所内での利活用を奨励する。

（３）情報共有ツールの活用状況を把握する方法として、例えば、利用している医療機関等及び介護事業所の数（人数、事業所数など）を集計する等、可能な限り利用状況を

数値化することが重要である（数値化することで、使用状況の評価や改善が容易となる）。

【実施内容・実施方法】

（１）情報共有ツールの作成に当たっては、まず、地域における既存の情報共有ツールとその活用状況を把握する。

（２）既存ツールの活用・改善等の可能性や新たな情報共有ツール作成の必要性について、（イ）の会議の下に、関係する医療機関等や介護事業所の代表、情報共有の有識者等からなるワーキンググループを設置し、検討する。（地域の実情に応じて、既存の情報共有ツールの改善でも差し支えない。）

（３）ワーキンググループにおいて、情報共有の方法、（情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス、ファックス、電子メール等）内容等を検討し、情報共有ツールの様式、使用方法、活用・手順等を定めた手引き（利用者の個人情報の取扱いを含む）等を策定する。なお、これらの決定に当たっては、実際に情報共有ツールを使用する地域の医療・介護関係者等の意見を十分に踏まえる。

（４）地域の医療・介護関係者を対象に、使用方法の説明等、情報共有ツールの導入を支援するための研修会を開催するとともに、情報共有ツールの使用方法や情報共有の手順等を定めた手引き等を地域の医療・介護関係者に配布する。

（５）アンケート調査、ヒアリング等によって、情報共有ツールの活用状況とその効果、うまく活用できた事例やできなかった事例等について把握し、改善すべき点がないかなどについて検討を行う。また、必要に応じて、情報共有ツールの内容、手引き等を改定する。なお、改定等で変更が生じた場合には、関係者に十分周知する。

【留意事項】

（１）医療・介護関係者間で共有すべき情報には、具体的には、表３のような内容が考えられる。なお、医療・介護関係者間で、患者・利用者とその家族が、どのような療養生活を希望しているのか、まず、共通認識を図ることが重要である。

（２）医療・介護関係者間で共有すべき情報を検討する際には、迅速かつ適切な対応が可能になるよう、高齢者虐待の未然防止や早期発見の観点から検討することも重要である。

（２）ICT を活用した情報共有ツールの導入を検討する際には、ICT 導入や活用による費用対効果、その地域の多くの地域の医療・介護関係者にとって実際に使いやすいツールであるか等について慎重に検討する。なお、本事業では、情報共有の方法やツール等を検討する際の会議、情報共有ツールの使用方法等の説明会の開催、情報共有の使用状況の把握と改善の検討に係る費用を想定しており、情報共有のための PC やモバイル機器等の購入費用、システム使用料等のいわゆるランニングコストについては対象に

ならない。

（３）職員の交代時期を考慮し、例えば、定期的に医療機関等や介護事業所で実際に従事する職員に対して手引きを周知するように配慮する。

（４）情報共有ツールに記載された利用者の個人情報の取扱いには、十分な注意が必要である旨を周知する。また、職場外での業務に係る個人情報の持ち出し等についても十分な注意が必要である。

（参考）表３　医療・介護関係者間で共有すべき情報の例

○主治医や担当の介護支援専門員に関する情報（氏名・連絡先）
○患者・利用者とその家族の今後の療養についての希望
○介護提供時等に得られた患者・利用者の状況や体調の変化、服薬状況
○患者・利用者の食事摂取状況、排泄状況等の ADL
○患者・利用者の家屋の状況
○家族による介護の対応可能性
○患者・利用者の疾病、使用薬剤等に関する情報
○患者・利用者とその家族への病状の説明内容と受け止め方
○予測される体調の変化及び対応方法、急変時に対応する医療機関（医療機関が決まっている場合）、急変時の医療処置等に関する希望（希望が明確になっている場合）
○在宅療養における注意点
○在宅生活支援や介護の際の留意点　等

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。さらに、相談対応の窓口やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等の名称を設定し、関係者等に周知する。

▼　当該事項は、以下の３つの取組で構成される。

１．在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営

２．医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談への対応等

３．地域包括支援センターとの連携

【目的】

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援すること。

【ポイント】

（１）在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営に当たっては、地域の在宅医療・介護連携を支援する人材を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等の機能を確保し、在宅医療・介護連携の取組を支援する。

（２）特に、介護関係者からの相談については、既存の地域包括支援センターの役割を前提として、当該地域包括支援センターとの連携により対応する。また、地域住民からの相談等は、原則として、引き続き地域包括支援センターが受け付けることとするが、実情に応じて、直接、地域住民に対応することも差し支えない。

（３）既に在宅医療・介護連携を支援する機能が設けられている場合には、既存の組織等を活用して差し支えない。また、必ずしも、新たな建物の設置を求めるものではなく、相談窓口の事務所は、既存の会議室や事務室等の空きスペース等を活用することで差し支えない。ただし、相談対応の窓口やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等の名称を設定し、関係者等に周知する。

（４）在宅医療・介護連携を支援する相談窓口は、受け付けた相談内容や地域の在宅医療・介護連携に関する現状についての情報共有等、市区町村及び地域包括支援センターと緊密な連携を図る。なお、相談窓口が対応する区域に所在する、全ての地域包括支援センターと連携を図ることが重要である。

【実施内容・実施方法】

（１）看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、介護支援専門員資格を持つ者など介護に関する知識も有し、実務経験を有する人材を配置することが望ましい。

（２）地域の医療・介護関係者等に対して、窓口の連絡先、対応可能な時間帯等を周知する。なお、医療関係者への周知には郡市区医師会等、介護関係者への周知には地域包括支援センター等の協力を得ることが望ましい。

（３）運営については、（イ）の会議の活用等により運営方針を策定し、それに基づき相談を受け付ける。

【留意事項】

（１）在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営は、市区町村が自ら実施する以外に、医療に関する専門的知識と地域の在宅医療関係者との関係を有する郡市区医師会等や、地域包括支援センターに委託することが考えられる。なお、地域の実情に応じて、地域の医療機関等や医療関連団体に委託することでも差し支えないが、運営の公平性に留意する。

（２）在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、支援する人材は、地域包括ケアの提供に関連する会議に積極的に参加するなどにより、地域の医療・介護関係者との緊密な関係を構築する。

（３）相談対応で情報提供する可能性のある医療機関等や介護サービス事業所等の情報は（ア）の結果等を参考にする。なお、医療機関等の情報提供についての可否は、事前に確認しておくことが必要である。

（４）在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、支援する人材は、地域の課題を扱う会議等の施策に関する地域ケア会議に出席して、在宅医療・介護連携の観点から助言や情報提供を行うなど、医療・介護関係者との緊密な関係の構築にも積極的に取り組むことが重要である。

（５）在宅医療・介護連携の取組を支援する人材については、都道府県が地域医療介護総合確保基金等を活用して、その育成に取り組んでいる場合があるので留意すること。

（カ）医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

▼　当該事項は、以下の２つの取組内容で構成される。

１．多職種が連携するためのグループワーク等の研修

２．医療・介護関係者に対する研修

１．多職種連携についてのグループワーク

【目的】

医療と介護は、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や、情報共有が十分にできていないなどの課題がある。このため、多職種が連携するためのグループワーク等の研修を通じて、地域の医療・介護関係者が、お互いの業務の現状等を知り、忌憚のない意見が交換できる関係を構築するなど、現場レベルでの医療と介護の連携が促進されるような研修を提供する。

【ポイント】

（１）地域の医療・介護関係者が多職種でグループワーク等の研修を行う主旨は、専門性等の異なる多職種が共通の課題や困難な状況を理解し、かつ解決のプロセスを共有しながら同じ方向に向かっていく手法を体得することにある。この意味で、それぞれが抱える現状の課題を単に共有するための情報交換会とは異なるものである。

（２）地域の医療・介護関係者による情報交換の場が既に設けられている場合には、それらを活用して、更に多職種でのグループワーク等の研修に発展させる。

（３）地域の医療・介護関係者による情報交換等が実施されておらず、直ちに研修を開催することが困難な場合は、多職種研修に発展させることを目標に、研修計画等を設定した上で情報交換の場を設けることから始めてもよい。

【実施内容・実施方法】

（１）研修の目標、内容等を含む実施計画案を作成し、医療・介護関係者の理解と協力を得る。

（２）医療・介護関係者を対象にグループワーク等の多職種研修を開催する。なお、研修の具体的な内容には、例えば自己紹介やそれぞれが勤務している医療機関等・介護サービス事業所等の地域における役割・特徴等を共有するとともに、（イ）で抽出した地域課題の優先度を踏まえたテーマや事例等に対し、グループで意見交換等を行うなど、参加者が取り組みやすい内容や構成となるように配慮する。

【留意事項】

（１）グループワーク等のメンバー構成の検討においては、医療系職種と介護系職種の配分に留意する。

（２）グループワークでは、必要に応じて、司会進行とは別に意見交換を円滑に進めるための調整役を配置することを検討する。また、ディスカッションに慣れるまでは、調整者が議論の状況を見守り、円滑な意見交換になるよう支援することが重要である。

（３）在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会　研修運営ガイド（(平成２５年１２月　国立長寿医療研究センター・東京大学高齢社会総合研究機構・日本医師会・厚生労働省）の活用を検討することも有効である。

URL：http://chcm.umin.jp/education/ipw/files/outline/uneiguide_all.pdf

２．地域の医療・介護関係者に対する研修

【目的】

医療・介護関係者間での連携を円滑にするため、それぞれの職種が、お互いの分野についての知識等を身につける。

【ポイント】

研修の実施計画の策定の際には、職能団体、事業所団体、都道府県等による医療・介護の関係職種を対象とした既存の研修を活用し、必要に応じて、既存の研修では達成できない事項を中心に新たな研修を企画する。市区町村以外の関係機関・関係団体等による、研修が既に実施されている場合は、可能な限りそれらを活用するとともに、本手引きの「三在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項」に従い、市区町村による新たな取組の必要性について判断すること。

【実施内容・実施方法】

（１）既存の研修の内容・回数等を確認し、新たな研修の必要性について検討・整理した上で、研修内容、目標等を含む実施計画を作成する。なお、研修の実施計画については、（イ）の会議や、関係団会等において説明することにより、研修の周知や講師の確保等について協力を得る。

（２）新たな研修が必要である場合は、既存の研修との位置づけを整理する。なお、具体的な研修の内容としては以下のような事項が考えられる。

＜医療関係者に対する研修の例＞

・介護保険で提供されるサービスの種類と内容、介護支援専門員の業務、地域包括ケアシステム構築を推進するための取組（地域ケア会議等）等に関する研修

＜介護関係者に対する研修の例＞

・医療機関の現状等、予防医学や栄養管理の考え方、在宅医療を受ける患者・利用者

に必要な医療処置や療養上の注意点等に関する研修

（３）研修会の開催に際しては、参加者に対するアンケートやヒアリング等を実施し、研修の評価・改善につなげる。

【留意事項】

（１）研修の実施計画については、関係団会等に説明し、研修の周知や講師の確保等について理解と協力を得る。

（２）講師については、医師・看護師等の医療系資格に加え、介護支援専門員の資格を有するなど、研修内容に応じて、適切な知識を有する人材を考慮する。

（３）多職種でグループワーク等の研修を行うことを基本とし、必要に応じて、医療関係者に介護等に関する研修会、介護関係者に医療等に関する研修会を行う。ただし、多職種でのグループワーク等の研修の開催が困難な場合は、まず、医療・介護関係者に対する研修を行うことから始めても差し支えない。

（キ）地域住民への普及啓発

在宅医療や介護に関する講演会の開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

【目的】

地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係職種の連携だけでなく、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要である。また、地域住民が終末期ケアの在り方や在宅での看取りについて理解することも、適切な在宅療養を継続するために重要であるため、これらの理解を促進する。

【ポイント】

普及啓発に当たっては、市区町村以外の関係機関・関係団体等による既存の講演会等を把握した上で、可能な限りこれらの取組を活用する等、本事業の新たな実施について、本手引きの「三　在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項」を参考に、市区町村による新たな取組の必要性について判断すること。

【実施内容・実施方法】

（１）普及啓発に係る既存の講演会等の内容・頻度等を確認し、新たな普及啓発の必要性について検討した上で、地域住民向けの普及啓発の内容、目標等を含む実施計画案を作成する。

（２）在宅医療や介護で受けられるサービス内容や利用方法等について、計画に基づき講演会等を開催する。また、在宅医療、介護で受けられるサービス内容や、利用方法等について地域住民向けのパンフレット、リーフレット等を作成し、配布するとともに、市区町村等のホームページ等で公表する。

（３）作成したパンフレット、リーフレット等は医療機関等にも配布する。なお、必要に応じて、医療機関等での講演を行うことも考慮する。

【留意事項】

（１）地域住民向けの講演会は、例えば、在宅医療や介護で受けられるサービス内容や利用方法等について分かりやすく解説するなどの内容を工夫する。

（２）高齢者虐待の未然防止や早期発見の観点から、高齢者虐待に対する地域住民の理解を深めるような内容について検討することも考えられる。

（２）地域特有の情報発信ツールを活用するなど、地域の実情に応じた方法で理解を促進することが望ましい。

（３）老人クラブ、町内会等の会合へ出向いての小規模な講演会等も効果的である。

（４）講演会等の実施の際は、地域住民からの質疑等に柔軟に対応できるよう、可能であれば、行政関係者だけでなく医療・介護関係者も一緒に実施することが効果的である。

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
複数の関係市区町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

【目的】
複数の関係市区町村が協力して、共通の情報共有の方法等、広域連携が必要な事項について地域の実情に応じて検討する。

【ポイント】
市区町村が、当該市区町村の境界を越えて取組を実施するためには、都道府県、都道府県医師会等との協力が不可欠である。特に、医療機関の協力が必要となる検討事項である場合、当該医療機関への協力依頼等は、都道府県が支援することが望ましい。また、医療との接点が特に多い保健所の協力を得ることも考慮する。

【実施内容・実施方法】
（１）隣接する市区町村の関係部局、医師会等の医療関係団体及び介護の関係団体、医療・介護関係者、都道府県関係部局等が参画する会議を開催し、広域連携が必要となる事項について検討する。
（２）検討事項に応じて、当該検討事項に係る関係者の参画する会議の開催を検討する。
（３）例えば、情報共有の方法について検討する場合は、都道府県の担当者等の支援の下、各市区町村の担当者や、医療・介護関係者が集まり、情報共有に関する具体的な方法や様式の統一等について検討する。
（４）統一された情報共有の方法や様式等を、連携する市区町村の地域の医療・介護関係者に周知する。

【留意事項】
（１）連携市区町村を検討する際には、まず、同じ二次医療圏内の市区町村による連携を考慮することが望ましい。
（２）二次医療圏が一つの市で構成されている場合等は、（イ）の取組をもって（ク）に取り組んでいるとみなし、必ずしも（ク）を実施しなくても差し支えない。しかしその場合でも、隣接する市区町村との在宅医療・介護連携の状況についても把握し、連携の方法について更に検討することが望ましい。
（３）複数の市区町村における、退院時の医療機関と介護支援専門員との情報共有の方法について、厚生労働省補助事業の都道府県医療介護連携実証事業を実施している場合は、その成果を活用して検討することが望ましい。実施していない場合も、他の都道府県による当該事業の成果を活用して情報共有の方法を検討することも考えられる。

三　在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項

○　市区町村は、原則として在宅医療・介護連携推進事業の各取組である（ア）から（ク）までの全ての事業項目を実施すること。

○　ただし、市区町村において、既に在宅医療・介護連携推進事業の（ア）から（ク）のそれぞれについて、同様の取組が実施されている場合は、以下のような場合等に限り、市区町村がその取組を実施していると考えて差し支えない。

＜市区町村が在宅医療・介護連携推進事業の取組を実施していると考えられる場合＞

（１）市区町村以外の関係機関・関係団体等が、在宅医療・介護連携推進事業と同様の取組を実施している場合

①　当該取組の成果が、特定の関係機関・関係団体等の利益だけでなく、当該市区町村における在宅医療・介護連携の推進に寄与すること。

②　在宅医療・介護連携推進事業と同様の取組を実施する関係機関・関係団体等が、当該取組の目的・内容・方法等について定めた実施要綱の提出、及び定期的な実施状況の報告等を、市区町村に対して行うこと。

（２）市区町村が委託を受けて実施している場合

①　委託を受けて実施している取組が、在宅医療・介護連携推進事業の趣旨に合致していること。

②　市区町村自らが在宅医療・介護連携についての課題と対応を検討するとともに、在宅医療・介護連携推進事業の各取組に係る目的・内容・方法等について定めた実施要綱を明確にすること。

○　なお、当該取組の継続が困難になった場合は、それに替えて、市区町村が速やかに在宅医療・介護連携推進事業の取組を開始すること。

（在宅医療・介護連携推進事業の実施に係る都道府県との関係について）

○　都道府県等が、医療介護総合確保基金等を活用して、在宅医療と介護連携に関する取組を実施している場合には、在宅医療・介護連携推進事業の取組を開始する前に、当該都道府県等との役割分担を整理しておくことが必要である。

○　その上で、在宅医療・介護連携推進事業の実施に関して、当該市区町村単独で実施

可能なことと、当該市区町村単独では十分な実施が困難なことを明確にし、後者に関しては、都道府県と情報共有しつつ、実施に向けた必要な支援について、都道府県の協力を得ることが重要である。

○　また、在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっては、医師会等の医療に係る専門的な知識を有する団体のみならず、都道府県、保健所、医療機関、介護事業所等と協力体制を構築しておくことが望ましい。

四　都道府県の役割について

○　地域における在宅医療と介護の連携を推進するためには、市区町村の積極的な取組が不可欠であるが、これまで医療提供体制の確保等に係る施策は、保健所の参画等も含め、都道府県が中心となって二次医療圏や三次医療圏を対象として対応してきたため、政令指定都市等の大都市を除き、一般的に市区町村には医療施策に係る取組の実績が少なく、在宅医療と介護の連携に係る取組についてのノウハウの蓄積は、市区町村の実情により様々である。

○　このようなことから、都道府県は、市区町村が本事業に対して積極的に取り組むことができるよう、各市区町村の取組について、事前の準備状況も含めて進捗状況等を把握し、その状況を共有するとともに、各市区町村の実情に応じて、以下の（１）～（６）のような支援を積極的に検討することが重要である。

○　また、本事業の（ア）から（ク）のそれぞれと同様の取組が、都道府県事業として既に実施されている場合は、既存の取組と市区町村が本事業として新たに取り組む内容とを整理するとともに、双方の取組の調整を行うことにより、市区町村が、本事業を効果的・効率的に実施できるよう支援することが重要である。

○　なお、都道府県は各市区町村の取組を支援するとともに、進捗状況を併せて把握し、必要に応じて支援内容を見直すことも重要である。

＜在宅医療・介護連携推進事業に関する都道府県の市区町村に対する支援＞

（１）　都道府県内外における先行事例や好事例について整理し、得られたノウハウ等を市区町村と共有する等、市区町村間の情報共有や連携を支援し、当該都道府県内における効果的・効率的な取組を後押ししていくことが重要である。

（２）　（ア）で示している地域の医療・介護資源の把握事項について、都道府県（保健所を含む）が把握しているデータ及び資料について、可能な限り各市区町村に情報提供し、活用を可能とすることが、市区町村の効果的・効率的な事業実施のために極めて重要である。なお、データの情報提供は、例えば、電子媒体等、可能な限り市区町村が活用しやすい媒体で提供することが望ましい。特に、小規模の市区町村においては、二次医療圏域単位での把握が可能になるよう支援することも効果的である。

また、上記以外の各市区町村における在宅医療及び介護に関連する資料やデータを整理・提供し、各市区町村が取り組みやすくなるよう、支援することも一つの方法である。

（３）　「（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援」において相談を受け付け、医療・介護関係者の連携を調整・支援する人材の育成については、地域医療介護総合確保基金等の活用を検討するなど、積極的に取り組むことが望ましい。

また、地域の医療・介護関係者の連携を調整・支援している、近隣市区町村の実践者を集めて、情報共有の場を提供することも効果的である。

（４）　都道府県内の在宅医療・介護連携に係る既存の取組について整理した上で、特に、小規模の市町村における「（カ）医療・介護関係者の研修」や、「（キ）地域住民への普及啓発」など、市区町村の単独実施よりも、都道府県が広域的に実施することが効果的・効率的であると考えられる場合は、都道府県と市区町村の役割分担を明確にした上で、保健所との連携も視野に入れながら支援を検討することが重要である。（例えば、会場の確保や講師の手配等は都道府県が担い、テーマの企画や各市区町村内の関係者への周知等は各市区町村が担うなど）

（５）　「（キ）地域住民への普及啓発」については、例えば、在宅療養や在宅での看取りについての普及啓発に係るパンフレット等を都道府県が統一して作成し、各市区町村がそれを活用して普及啓発するなどの役割を分担することも一つの方法である。

（６）　「（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村間の連携」の実施については、都道府県が、関係市区町村間の調整を積極的に行うことが望ましい。特に、医療関係者との連携が必要な検討事項については、医療機関・医療関係団体等への趣旨説明や協力依頼、開催案内の周知等、積極的に都道府県が関与することが重要である。

○　なお、都道府県（保健所も含む）による市区町村支援の取組事例については、実施体制や予算、取組のポイント、都道府県・保健所・市区町村の関係等について、下記の調査研究事業を参考にしていただきたい。

URL：http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_2.pdf

「医療・介護分野における都道府県が行う市町村支援の好事例の収集に関する調査研究事業」（平成２６年度厚生労働省老人保健健康増進等事業　野村総合研究所）

参考資料

在宅医療と介護の連携推進に関する事例集

平成２７年３月

厚生労働省老健局老人保健課

※本事例集は、「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」（平成２６年度厚生労働省老人保健健康増進等事業　野村総合研究所）の報告書を引用して作成した。
URL：http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_1.pdf

○　本事例集は、在宅医療・介護連携推進事業の（ア）から（ク）の取組ごとに、いくつかの市町村における具体的な取組を紹介しているが、これらの取組に加え、取組む際の体制、取組に要した予算、取組による成果や成功の要因、今後の課題等についても、以下の調査研究事業で報告されているため、参考にしていただきたい。

なお、以下の報告書では、（ア）から（ク）の取組ごとではなく、市町村毎に、市町村の実施した（ア）から（ク）のうちの複数の取組についてまとめているため、参考にしていただきたい。

「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」（平成２６年度厚生労働省老人保健健康増進等事業　野村総合研究所）
URL：http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_1.pdf

また、在宅医療連携拠点事業（平成 24 年度）総括報告書（平成 25 年 10 月）（厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室）の一部にも、自治体による取組みが報告されているため、参考にしていただきたい。
URL:http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000073809.pdf

○　なお、本事例集は、全国における今後の取組を踏まえながら、内容を見直していく予定である。

目　　次

各地における在宅医療と介護の連携推進に関する取組

（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在宅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

各地における在宅医療と介護の連携推進に関する取組

（ア）地域の医療・介護の資源の把握
　地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用する。

＜熊本県熊本市の取組＞

実施内容

熊本市は、患者における医師へのアプローチを容易にすることを目的として、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業（厚生労働省）の中で、下記 4 項目の把握が可能なマップやリストを作成した。

①医療機関における在宅医療の取組状況
②在宅で対応できる処置
③専門診療科目の対応
④面談等の対応可能な時間帯

実施方法

各医療機関に対して市が作成したアンケートを配布し、その回答結果に基づいて医療資源マップ等を作成した。アンケートの中では、医療資源に関する内容だけでなく、担当者会議への参加が可能な時間帯や医師との面談が可能な時間帯についても確認した。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

医療資源マップ等は、作成後の更新作業が負荷になる。最新情報を提供していくことが求められる一方で、作業の手間から、それが実現できていないことが課題である。

図表 1　医療資源マップ

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。

＜千葉県柏市の取組＞

実施内容

柏市では、多職種連携を強化することを目的として、平成 22 年度以降、市が事務局となり、次表のようなワーキンググループ（以下、WG）や会議体を設置した。前年にあたる平成 21 年度から、柏市医師会などの関係団体と連携を図り、在宅医療の意義などを学ぶ勉強会を実施しており、そこで培われた関係性を基盤として各 WG や会議体の開催に至った。

以下、会議が開催されるに至った経緯を含め実施方法を詳述する。

図表 2　多職種連携のための会議体

会議体	内容
医療 WG （H22.5～H24.3、全 20 回）	医師会を中心とした WG を構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論する。なお、現在は医師会の在宅プライマリケア委員会で毎月議論されている。
連携 WG （H22.7～H26.3、全 28 回）	医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等の代表者等で構成し、多職種連携のルールを議論し、決定する。 平成 26 年度からは在宅医療・介護多職種連携協議会に名を変えて実施されている。
試行 WG （H23.11～H26.1、全 10 回）	主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく試行と検証を実施する。
10 病院会議 （H24.2～　、10 回(継続中)）	柏市内の救急告示医療機関とがんセンターの病院長、MSW で構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論する。
顔のみえる関係会議 （H24.6～　、8 回(継続中)）	柏市の医療・介護関係者が一堂に介し、顔の見える関係づくりを行う。年 4 回程度の会議を実施する。平成 26 年 2 月時点で延べ 1,300 名が参加している。

出所）柏市提供資料より NRI 作成

実施方法

柏市では、前述の通り平成 21 年度から在宅医療体制構築のための取組を開始したが、開始当初は医師会を初めとした関係者の目指す方向性が統一されているとは言いがたかった。そこで平成 22 年度では、まず在宅医療の意義などを学ぶ勉強会を始めた。勉強会は柏市福祉政策室から働きかけ、事務局機能も柏市が担った。この勉強会を通じて、医師会を始めとした関係団体と柏市の間で、事業の進め方や在宅医療・介護連携事業のあり方に対する思いを共通化できた。

この流れを受け、上記の表にある連携 WG を平成 22 年 7 月から開始した。連携 WG で「どういう連携が必要か」を議論し、試行 WG（平成 23 年 11 月開始）で具体的な施策を検討した。試行 WG の作業部会に位置づく評価チームで施策の評価を行い、必要な連携項目や状況をまとめてルールの草案を作成した上で、連携 WG の中で内容を固め、最終的な成果物として平成 26 年 3 月に柏モデル ガイドブックが完成した。

また、柏市内の病院が参加して、在宅医療のバックアップや退院調整のあり方を協議する 10 病院会議や、在宅医療・介護の多職種がお互いの信頼関係を構築するための「顔の見える関係会議」を開催するほか、困難事例について在宅医師も含めた多職種や地域住民で解決に向けた方法を議論する「地域ケア会議」などを開催している。

これらの会議は、介護保険法における「地域包括ケアシステム」の理念を理解した上で、市町村の介護保険部局が担うことが適当だとしている。なお、このように行政が会議体の事務局を担う場合、特に重要なことは医師会等の職能団体との事前調整である。とりわけ医師については、多忙な時間を合間をぬって進め方の事前確認をしっかりとしておく必要がある点に、留意と工夫が必要である。

図表 3 顔の見える関係会議の開催状況

	テーマ	日時 ・ 参加者数
第1回	多職種連携「うまくいった点，いかなかった点」	平成24年6月21日（木） 144名
第2回	多職種連携推進のために，各職種が在宅生活支援において何ができるか（お互いを知ろう）	平成24年9月26日（水） 158名
第3回	多職種連携推進のために「地域資源を把握しよう」	平成24年11月28日（水） 174名
第4回	多職種連携の課題の解決策について「連携の柏ルールを提案しよう」	平成25年2月6日（水） 157名
第5回	多職種連携の実際を学ぼう『退院時共同指導』	平成25年7月4日（木） 186名
第6回	看取りについて学ぶ	平成25年9月26日（木） 166名
第7回	認知症の方を支えるサービスについて	平成25年12月5日（木） 162名
第8回	認知症高齢者に対する生活支援を考える	平成26年2月5日（水） 178名

出所）第 2 回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議
（平成 26 年 10 月 9 日） 資料 2-2 より

＜福井県坂井市（坂井地区広域連合）の取組＞

実施内容

坂井地区広域連合は、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業の推進に合わせて、福井県と共同事務局を担う形で、坂井地区における在宅ケア体制構築の推進方策の進捗管理・調整・指示を行う『坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会（以下、推進協議会）』を設立した。同年度では、この推進協議会の下に「顔の見える多職種連携会議」と「住民啓発実施チーム」の 2 つを設置し、それぞれでの取組の推進を行った。なお前者の多職種連携会議の事務局は坂井地区広域連合、後者の住民啓発実施チームの事務局は坂井市・あわら

市・坂井地区広域連合である[1]。

続く平成 25 年度からは、推進協議会の下に下記 5 種類の会議体を設置した。推進協議会の事務局は変わらずに福井県と坂井地区広域連合であるが、配下の 5 つの会議体については、事業内容に合わせて適した行政組織が事務局を担って事業運営を行う体制を組んでいる。

平成 25 年度の坂井地区モデルにおける推進協議会下の 5 会議

○顔の見える多職種連携会議（事業運営：地域包括支援センター、坂井地区広域連合）

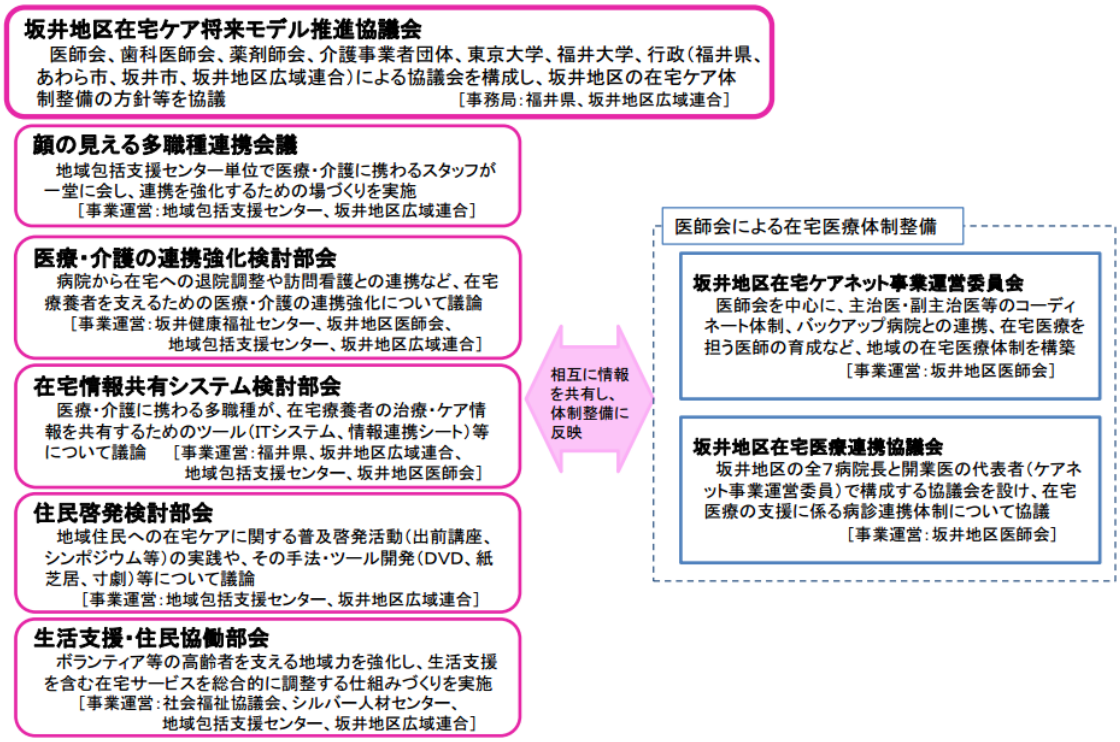
○医療・介護の連携強化検討部会（事業運営：坂井健康福祉センター、坂井地区医師会、地域包括支援センター、坂井地区広域連合）

○在宅情報共有システム検討部会（事業運営：福井県、坂井地区広域連合、地域包括支援センター、坂井地区医師会）

○住民啓発検討部会（事業運営：地域包括支援センター、坂井地区広域連合）

○生活支援・住民協働部会（事業運営：社会福祉協議会、シルバー人材センター、地域包括支援センター、坂井地区広域連合）

図表 4　坂井地区モデル整備の推進体制（平成 25 年度実践版）



出所）「福井県における在宅ケア体制づくり」（福井県ホームページ）

この他、『地域ケア会議』も多職種連携による課題抽出として機能している。市レベルの地域ケア会議は、坂井市・あわら市のそれぞれで実施されており、坂井市では平成 25 年度は計 6 回、平成 26 年度は計 10 回（予定）の開催を行っている。具体的な

[1] なお、ともに坂井健康福祉センターが支援に入っている。

事例を取り上げた上で、地域内の課題を取り上げることなどが主な議題である。

実施方法

上記会議体の内、『推進協議会』と『顔の見える多職種連携会議』と『地域ケア会議』について述べる。

まず『推進協議会』は、事務局を福井県と坂井地区広域連合が担う形で、年1回開催されている[2]。協議会には、坂井地区医師会、坂井地区歯科医師会、坂井地区薬剤師会、介護事業者団体、福井県、あわら市、坂井市、坂井地区広域連合のほか、アドバイザーとして東京大学や福井大学が参加している。

図表5　推進協議会の委員名簿（平成26年9月3日開催）

（委員）

所属	職名
坂井地区医師会	会長
〃	副会長
〃	庶務理事
〃	顧問
〃	顧問
〃	在宅ケアネット事業運営委員長
〃	在宅ケアネット事業運営副委員長
〃	在宅医療コーディネーター
坂井地区歯科医師会	副会長
坂井地区薬剤師会	理事
ネットワークさかい	事務局長
福井県	健康福祉部長
〃	坂井健康福祉センター所長
あわら市	市民福祉部長
坂井市	福祉保健部長
坂井地区広域連合	連合長

（アドバイザー）

東京大学	高齢社会総合研究機構 特任教授
〃	高齢社会総合研究機構 特任助教
福井大学	地域医療推進講座 講師

（事務局）

福井県	長寿福祉課課長
〃	長寿福祉課参事
〃	長寿福祉課総括主任
〃	長寿福祉課企画主査
〃	地域医療課主任
〃	健康増進課参事
〃	健康増進課企画主査
〃	医薬食品・衛生課主任
〃	坂井健康福祉センター課長
あわら市	健康長寿課課長
〃	健康長寿課課長補佐
〃	健康長寿課主任
坂井市	高齢福祉課課長
〃	高齢福祉課参事
〃	高齢福祉課課長補佐
坂井地区広域連合	事務局長
〃	介護保険課課長
〃	介護保険課課長補佐
〃	介護保険課係長

出所）第3回坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会資料

続いて『顔の見える多職種連携会議』は、地域包括支援センターと坂井地区広域連合が事業運営主体となって開催している。たとえば平成24年度には、平成24年12月に第1回（155名参加）、平成25年2月に第2回（100名参加）を実施した。参加職種は医師・歯科医師・看護師・ケアマネ・薬剤師・管理栄養士・PT・OT・ST・介護福祉士・地域包括支援センター・社会福祉協議会などである。第1回は、全体の進行を坂井地区医師会長が行い、ファシリテーターは医師と歯科医師、ファシリテーター補助・記録役として地域包括支援センターの職員と市職員、そして全体の庶務を坂井地区広域連合と福井県職員が担った。議題は順番に、①開会宣言・挨拶・主旨説明、②専門職からのPRタイム、③自己紹介とアイスブレイキング、④グループワーク、⑤発表、⑥閉会宣言、⑦事務連絡の7

[2] 第1回は平成24年9月4日、第2回は平成25年7月24日、第3回は平成26年9月3日に、それぞれ開催されている。

つであった。

また『地域ケア会議』は、坂井市では地域包括支援センターが実施主体を担っている。平成 25 年度は坂井市全体のケアマネジャーに呼びかけて実施した。平成 26 年度は、生活圏域ごとの特性を考慮し、4 つの生活圏域ごとに各 2 回実施する予定である。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

平成 24 年度の第 1 回の多職種連携会議で実施したアンケートでは、参加者の満足度で「満足」・「どちらかいえば満足」と回答した人の割合は、カンファレンス全体で 87%、多職種グループワークで 91%、アイスブレークで 77%と全体的に高い満足度が得られた。感想でも「他の職種への理解が深まった」といった声が挙げられた。

＜秋田県横手市の取組＞

実施内容

横手市が、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業の開始直後に行ったことは、『在宅医療に関するアンケート調査』である。横手市内の病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設・居宅介護支援事業所を対象として、在宅医療を実施する際の課題や解決策の抽出を行った。

実施方法

『在宅医療に関するアンケート調査』の実施方法の特徴は、調査対象の下へ訪問し、対面式で聞き取りを行った点である。事業実施直後の平成 24 年 5 月に、まず病院・診療所（全 42 施設中 41 施設から回収）を対象として、横手市の担当者（総勢約 10 名）が 2 名ずつバディを組んだ上で一斉の聞き取り調査を実施した。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

事業実施直後の対面聞き取り調査は、行政の本気度を医療関係者に理解してもらう意味で、極めて高い効果を挙げたと感じている。以前から「行政は本気度が低い」と言われていたが、それを覆して協力体制を築くきっかけとなった。

もちろんかなりの人的資源が必要になるため、地域包括支援センターの 3 名以外に、健康福祉部全体から人員を拠出して、短期間で一気に訪問しきれるようにしたことが重要であった。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
　地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要な具体的取組を企画・立案する。

＜愛知県名古屋市の取組＞

実施内容

名古屋市が主体となった取組ではないが、平成 25 年度以降の愛知県による在宅医療連携拠点推進事業を通じ、名古屋市の東区医師会・昭和区医師会・南区医師会が連携した在宅医療支援体制の構築が進められている。以下、その体制構築の詳細について述べる。なお在宅医療連携拠点推進事業に関しては、後述する（オ）での記載内容を参考にしていただきたい。

名古屋市医師会が構築を進めている在宅医療モデルは、大きく分けて下記 4 つの施策から構成される。すなわち『①在宅療養支援アセスメントシステム』、『②ハブ拠点』、『③在宅往診支援システム』、『④在宅療養移行リンクシステム』である。

①在宅療養支援アセスメントシステム

患者の栄養・体力等のアセスメントを実施し、在宅療養に必要な準備を行う「アセスメント病院」を仕組みの中に位置づけている。アセスメント病院は在宅療養患者の検査を実施し、その病態を明らかにした上で、在宅療養者・家族・かかりつけ医・多職種スタッフと情報を共有する。病院の場合は 200 床未満の病院であることが望ましいという要件が明示されている。

アセスメントに関する一連の流れは、かかりつけ医が患者に対してアセスメント利用を提案するところから始まる。患者側が納得したら、後述するハブ拠点にアセスメント利用の調整依頼を送る。ハブ拠点を通じて受入依頼を受けたアセスメント病院が院内で調整を行い、受入れが決まったら、ハブ拠点が核となって、かかりつけ医への情報提供依頼やケアマネジャー等との調整を行う。平均 8 日間程度のアセスメントを受けた後、関係者全員参加によるカンファレンスを開催して、今後の在宅療養の方策を決定する。

②ハブ拠点

地域の中核病院 4 つ[1]に「ハブ拠点」の機能を持たせている。

ハブ拠点では、アセスメント病院を退院する患者のうち、かかりつけ医を持たない患者への主治医の調整を行っている。具体的には、各地の診療所ごとに「担当できる在宅患者の人数」・「対応可能な医療処置」・「対応可能な領域」などを把握し、退院患者の主疾患・病態・居住地域などと照らし合わせて、診療所に受入の打診を行っている。

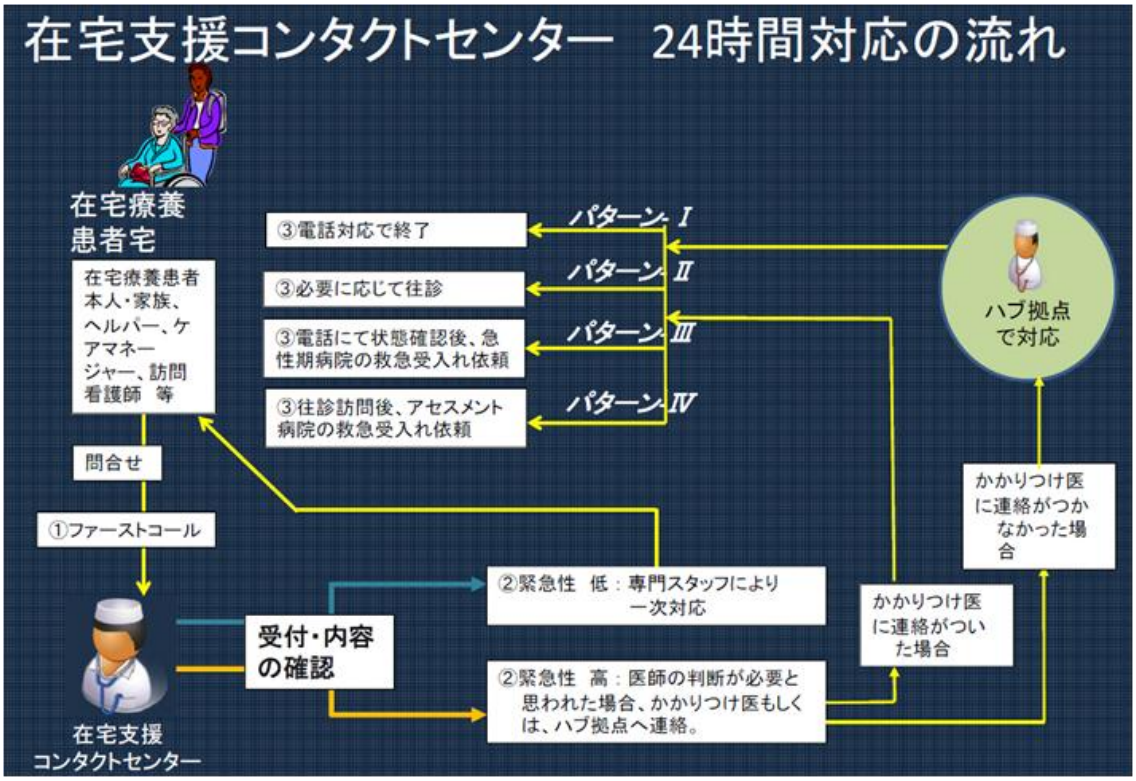
この他に、かかりつけ医からの在宅療養支援アセスメントの利用依頼を受け付ける役割も持っている。

[1] 東区、中村区、昭和区、南区の 4 つ。なお、平成 26 年度の名古屋市内における在宅医療連携拠点も 4 つだが、別の概念であるので注意が必要である。

③在宅往診支援システム

上記のハブ拠点に非常勤当直医・当直看護師を配置し、夜間・休日の往診を代行する体制を検討している。かかりつけ医からの往診代行依頼に対応することに加え、地域住民からの直接の往診依頼にも対応する。なお、ハブ拠点とは別に在宅支援コンタクトセンターを設け、急変時には、患者は同センターに連絡を入れて対応を依頼できるようにしている。

図表１　在宅往診支援システム（在宅支援コンタクトセンターの対応）



出所）第１回名古屋市在宅医療・介護連携推進会議（平成 26 年 6 月 6 日）　資料 7-1

④在宅療養移行リンクシステム

急性期病院の退院から在宅に移行するまでの間で、アセスメント病院が急性期病院からの退院患者を受け入れ、病態アセスメント・在宅移行準備を進める仕組みである。急性期病院⇒アセスメント病院⇒在宅へという連携体制を構築する。なお、在宅移行後に急変が生じた場合は、アセスメント病院が後方支援病院としての役割を担う。

実施方法

既に述べたように、上記は愛知県による在宅医療連携拠点推進事業等を通じた名古屋市医師会主導の体制構築である。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。

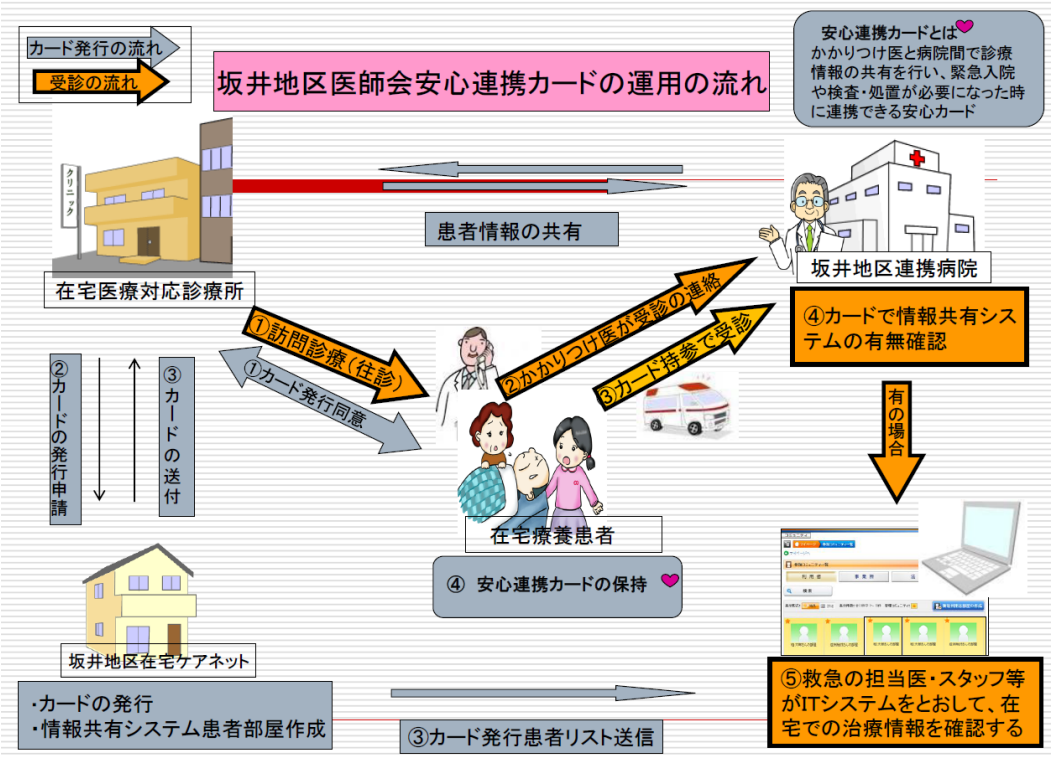
＜福井県坂井市（坂井地区広域連合）の取組＞

実施内容

平成 24 年度の厚生労働省事業の中で、坂井地区広域連合は情報共有ツールの作成・構築を実施した。STEP1 と STEP2 に分けられたプロセスと、その後の状況について以下に記す。まず STEP1 として、平成 24 年 10 月から『坂井地区在宅情報連携シート』を運用開始した。これは家族構成や治療・ケアの基本情報を記すもので、訪問の際に気付いたことを記入し、医療・介護の多職種が日常のケアに関する情報共有を行えるようにしたものである。続いて STEP2 として、平成 25 年 2 月から『坂井地区情報共有システム』を試行運用した。これは PC・タブレット・モバイル端末を活用したシステムであり、管理者は坂井地区医師会と地域包括支援センターに委ねている。

上記の STEP1・2 を平成 24 年度内に実施した後、平成 25 年度からは、福井県の在宅医療・介護連携推進事業で補助を受ける形で、情報共有システムの運用・強化を継続している。平成 25 年 8 月には坂井地区医師会が発行主体となって『安心連携カード』の発行を開始した。安心連携カードは、坂井地区の在宅医療対応診療所（かかりつけ医）と、患者が希望する坂井地区内の病院間で診療情報を共有し、緊急入院や検査・処置などで受診が必要になった時に、いつでも連携できるようにするカードである。

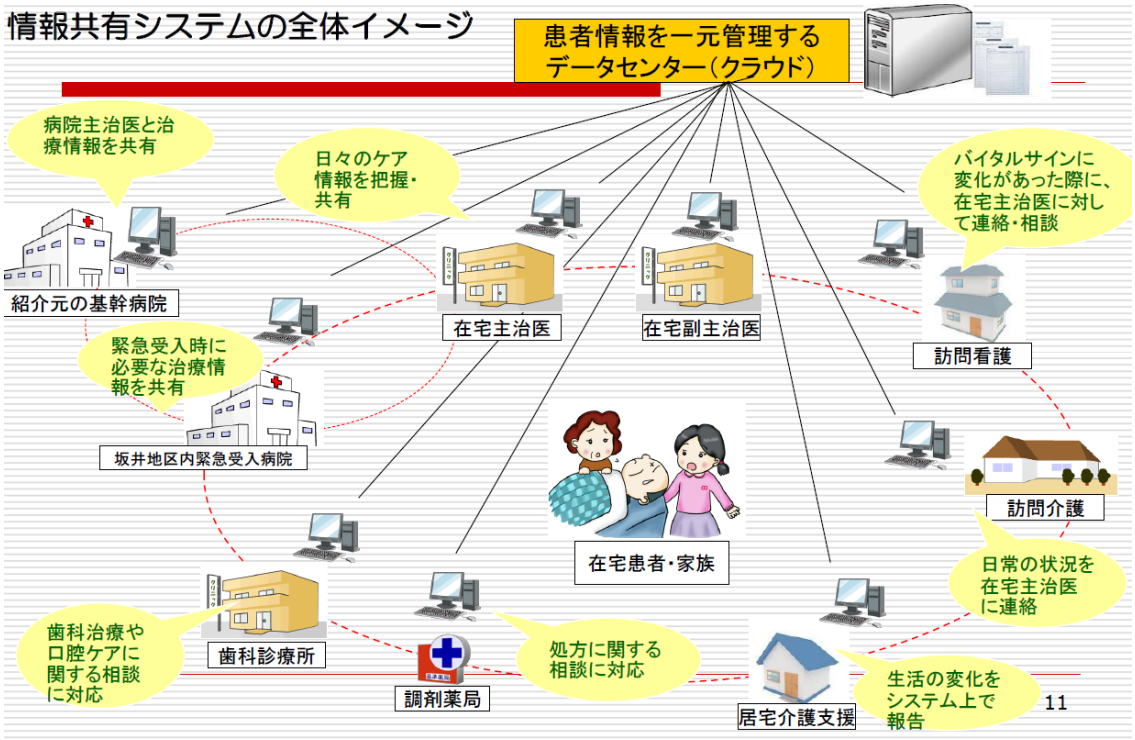
図表 2　坂井地区医師会安心連携カードの運用の流れ



出所）福井県　平成 25 年度コーディネーター養成研修会　坂井地区医師会資料

また STEP2 で記載した坂井地区情報共有システムは、平成 26 年 1 月から本格運用され、地区全域の事業所によるシステムの運用が始まった。平成 26 年 8 月末時点で、102 機関が利用し、登録患者は 66 人となっている。なお、情報共有システムの概念図は次図に示した通りである。

図表 3　坂井地区情報共有システムの全体イメージ



出所）福井県　平成 25 年度コーディネーター養成研修会　坂井地区医師会資料

実施方法

平成 25 年度以降は、推進協議会の下に設置された在宅情報共有システム検討部会での議論を通じて事業が進められた。同検討部会の事業運営は、福井県・坂井地区広域連合・地域包括支援センター・坂井地区医師会となっている。

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。

＜富山県南砺市の取組＞

実施内容

南砺市が、南砺市民病院の中に『南砺市介護福祉支援センター（訪問看護ステーション、ホームヘルプステーション、在宅介護支援センター）』を設置している。看護師が 18 名、リハビリ職が 11 名、ケアマネが 9 名在籍している。設置主体は南砺市であり、南砺市民病院が独自保有するセンターではない。

南砺市民病院と同センターを中心に医療・介護・福祉間での連携がとられている。たとえばある患者のケアマネジメントの際は、ケアプランに基づいて、南砺市民病院の地域医療連携室とケアマネとの間で協議を行っている。インタビューの中では、「良い意味でケアマネ任せにせず、病院（地域医療連携室）が各サービス事業者との調整もしながら検討ができる点が良い」というコメントが出された。

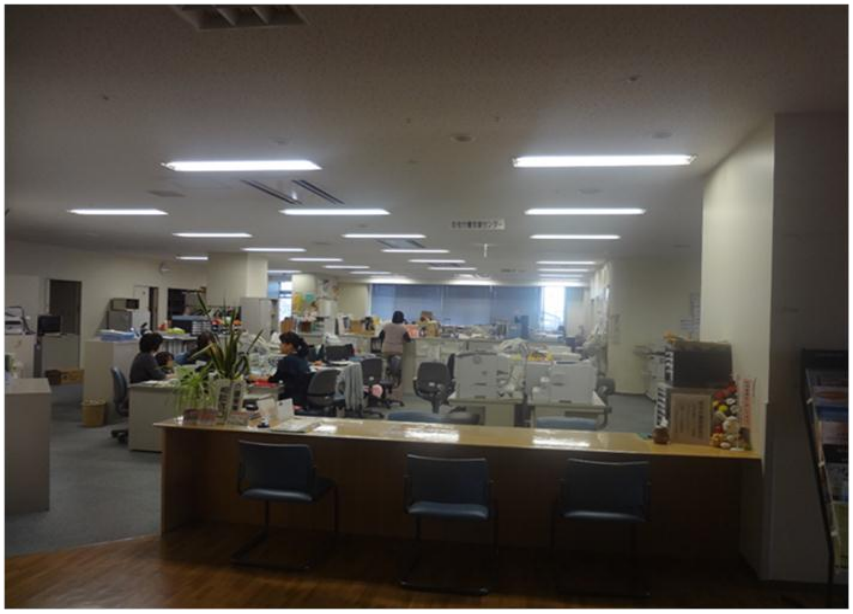
実施方法

上記の通り。

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

南砺市民病院という（在宅）医療の推進主体の中に、介護福祉支援センターを設置することで、医療・介護・福祉間の連携がスムーズにできている。医療側の中心地に、介護・福祉側の推進主体を設置して、円滑な連携を生みだしている事例と言える。

図表 4　南砺市介護福祉支援センター



出所）NRI 撮影

（カ）医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

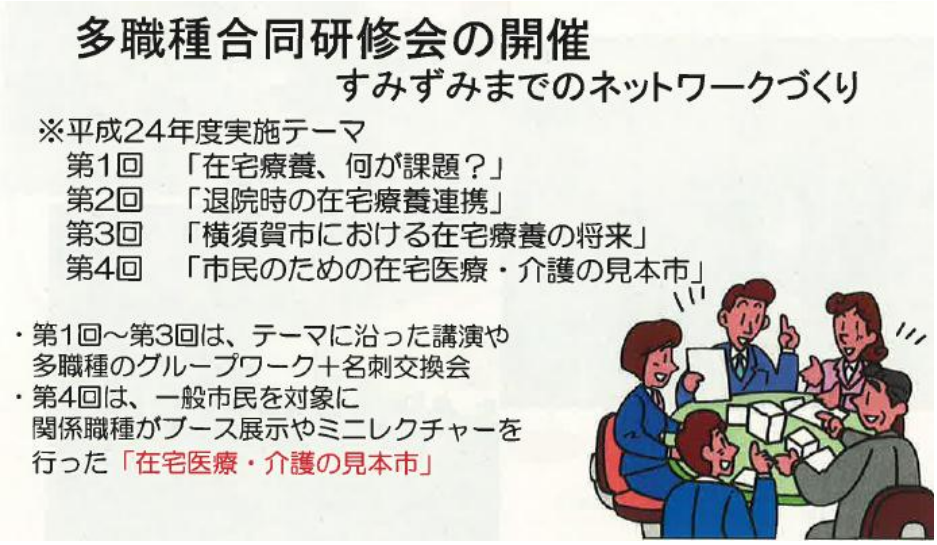
＜神奈川県横須賀市の取組＞

実施内容

横須賀市では、平成 24 年度にケアマネジャーを対象にした在宅療養セミナー、開業医対象の在宅医療セミナーを開催した。これを皮切りに、平成 25 年度からはヘルパー対象の在宅療養セミナー、動機づけ多職種合同研修、在宅医同行研修、病院職員を対象とした在宅療養出前セミナーなどを実施した。病院職員に在宅療養への関心をもってもらうため、病院勤務医が在宅療養の現場で在宅医と共同診療を行う病院医師在宅医療同行指導という事業は、平成 25 年度からセンター連携拠点事業の一環として委託により実施している。

平成 26 年度は、平成 24 年度以降に立ち上げた各研修会をすべて開催し、継続した人材育成に取り組んでいる。

図表 5　多職種合同研修の実施テーマ



出所）横須賀市提供資料

実施方法

研修やセミナーは、専門部会の中でテーマ等を決めた上で、市が事業を企画する。各セミナーや研修の事業概要は以下で簡単に述べる。

まず在宅療養セミナーは、ケアマネ・ヘルパーが在宅医療の基礎知識を取得し、医師・看護師と円滑な連携を図る事を目的としている研修である。

次に、平成 25 年度よりスタートした開業医を対象とした在宅医療セミナーは、開業医を対象に在宅医療に取り組む契機となるような研修を実施するものである。

在宅医療を始めたばかりの開業医や、在宅医療への新規参入に興味・関心がある医師を対象に、ベテラン在宅医が現場に案内しながらノウハウを指導する在宅医同行研修も実施

している。

また動機づけ多職種合同研修は、東京大学が開発したプログラムを活用した在宅療養の体系的な研修である。受講者は関係団体が推薦した職員となっている。

図表 6　動機づけ多職種合同研修、医師のための在宅医療セミナーの様子

出所）横須賀市提供資料

この他、病院職員対象の在宅療養出前セミナーでは、円滑な病診連携を目的に、主として病院勤務医を対象にして、在宅医療の理解を深めるセミナーを病院内で開催している。この研修では市の職員から市の現状と課題を説明し、地域の在宅医が「在宅医療の現実」というタイトルで講演をする。

病院内の医師に在宅医療への認識を深めてもらうため、退院させた患者の訪問診療に在宅医と共に病院勤務医が同行して協働診療を行う、病院医在宅医療同行指導もセンター連携拠点事業として実施している。

（キ）地域住民への普及啓発

在宅医療や介護に関する講演会の開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

＜熊本県熊本市の取組＞

実施内容

医療政策課の職員が、ポスターの作成や老人会への出前講座などに取り組んでいる。また市民講演会を開催したり、市政広報番組“興味しんしん家族”[2]の中でも、在宅医療について特集を組んで放送している。

図表 7 市民講演会・寸劇の様子

出所）熊本市提供資料

実施方法

出前講座を開催する際は、市職員が会場に出向いて、在宅医療・介護について直接説明をしている。その際は近隣の訪問看護ステーションの看護師にも同行してもらい、在宅医療の実際や訪問看護に関する話を依頼している。市の狙いは、市民に訪問看護の役割等について理解してもらうとともに、その場で訪問看護師に地域住民との接点づくりをしてもらうことである。将来の利用促進につなげたいという狙いがある。

広報番組は 5～6 分程度の動画を放映している。動画は熊本市の HP 上でも閲覧可能になっている。

---

[2] 市政広報番組 動画ＵＲＬ
（http://www.city.kumamoto.jp/HpKiji/pub/detail.aspx?c_id=5&id=3739&class_set_id=2&class_id=1914）

留意事項（ポイント、更に充実させるためのコツ）

市民に在宅医療を正しく理解してもらい、必要なときに在宅医療・介護サービスを適切に選択してもらうことが重要である。在宅医療や介護を意識していない地域住民と在宅医療・介護側の職員との距離を縮めることでサービスの利用が促進されることを目指している。

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
複数の関係市区町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

＜長野県須高地域（須坂市・小布施町・高山村）の取組＞

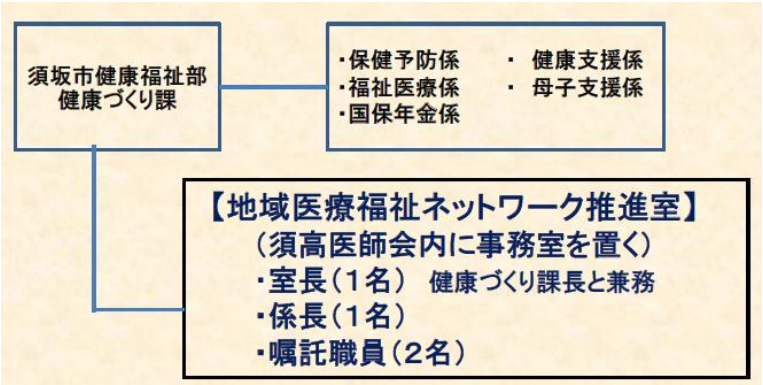
長野医療圏を二次医療圏とする須坂市・小布施町・高山村の須高 3 市町村が、広域的課題解決のために連携して本事業に取り組んでいる。

まず、3 市町村合同で地域医療ネットワーク推進室を設置するなど（事業費は市町村の人口比で案分）して、地域で一体となった取組を展開している事例。

市町村等の体制

前述の通り、平成 22 年度に須坂市健康福祉部健康づくり課に地域医療福祉ネットワーク推進室を附置した。現在、推進室には室長（健康づくり課長と兼務）、係長と 2 名の嘱託職員の合計 4 名が所属しており、うち保健師が 1 名いる。地域医療福祉ネットワーク推進室は、須高地域の 3 市町村と各医療機関、職能団体の間を取り持つ事務局的な機能を担っている。

図表 8 健康福祉部 組織図



出所）須坂市提供資料

なお、須坂市には長野県立須坂病院があるが、須高地域医療福祉推進協議会の下に設置されている第 2 専門委員会の委員長は、須坂病院の副院長がつとめている。また須高 3 市町村には、それぞれに直営の地域包括支援センターがあり、いずれも第 2 専門委員会の委員となっており、ともに在宅医療に関する事業に取り組んでいる。また、各取組を実施するための予算は、3 市町村から拠出される負担金に加え、平成 24 年度は厚生労働省の在宅医療連携拠点事業、平成 25 年度から平成 27 年度は長野県地域医療再生事業在宅医療連携拠点事業（地域医療再生基金）が充てられている。なお、各市が負担する地域医療福祉ネットワーク推進室の運営経費は、人口比別にそれぞれの市町村が拠出している。

実施内容

長野医療圏を二次医療圏とする須坂市・小布施町・高山村の須高 3 市町村が、広域的課題解決のために連携して本事業に取り組んでいる。

（参考）市町村の基礎情報

		基本情報				病院数	診療所		地域包括支援ｾﾝﾀｰ
		規模	面積（km²）	人口	高齢化率		総数	在支診数	
愛知県	名古屋市	政令市	326 km²	約 227 万人	22.9%	129	1,797	290	45
熊本県	熊本市	政令市	390 km²	約 74 万人	22.9%	93	545	88	27
神奈川県	横須賀市	中核市	101 km²	約 41 万人	約 28%	12	274	40	13
千葉県	柏市	中核市	114 km²	約 40 万人	23.1%	18	211	27	7
秋田県	横手市	一般市町村	694 km²	約 9.6 万人	33.1%	4	64	10	3
福井県	坂井市	一般市町村	210 km²	約 9.4 万人	25.0%	4	43	7	1
長野県	須坂市	一般市町村	267 km²	約7万人	28.9%	2	38	5	1
富山県	南砺市	一般市町村	669 km²	約 5.4 万人	33.6%	4	26	5	1

出所）日本医師会　地域医療情報システム公開情報より NRI 作成

※基本情報は第 2 章内で記載されている時点のものを記載している