

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、参考にさせていただきたい。

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、参考にさせていただきたい。

「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、参考にさせていただきたい。

URL：<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/000073809.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

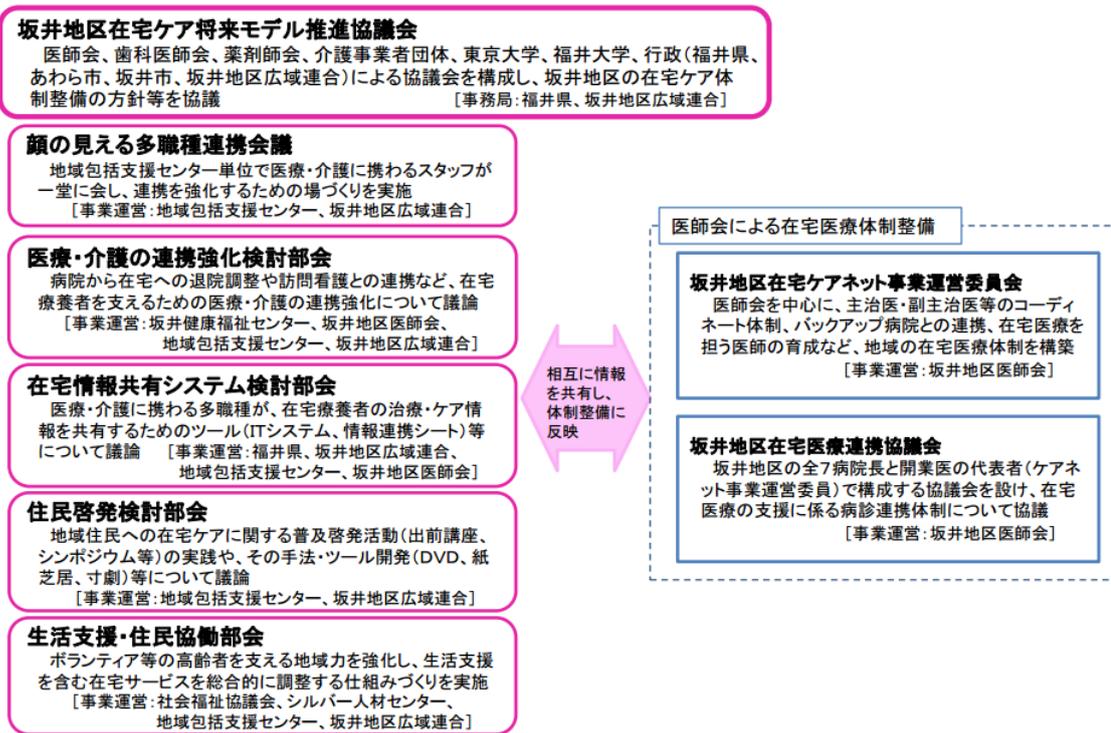
市・坂井地区広域連合である¹。

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)		(事務局)	
所属	職名		
坂井地区医師会	会長	福井県	長寿福祉課課長
"	副会長	"	長寿福祉課参事
"	庶務理事	"	長寿福祉課総括主任
"	顧問	"	長寿福祉課企画主査
"	顧問	"	地域医療課主任
"	在宅ケアネット事業運営委員長	"	健康増進課参事
"	在宅ケアネット事業運営副委員長	"	健康増進課企画主査
"	在宅医療コーディネーター	"	医薬食品・衛生課主任
坂井地区歯科医師会	副会長	"	坂井健康福祉センター課長
坂井地区薬剤師会	理事	あわら市	健康長寿課課長
ネットワークさかい	事務局長	"	健康長寿課課長補佐
福井県	健康福祉部長	"	健康長寿課主任
"	坂井健康福祉センター所長	坂井市	高齢福祉課課長
あわら市	市民福祉部長	"	高齢福祉課参事
坂井市	福祉保健部長	"	高齢福祉課課長補佐
坂井地区広域連合	連合長	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
(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		

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」・「どちらかといえば満足」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%、アイスブレイクで 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おう意味で、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ききっかけとなった。

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させていただきたい。

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。

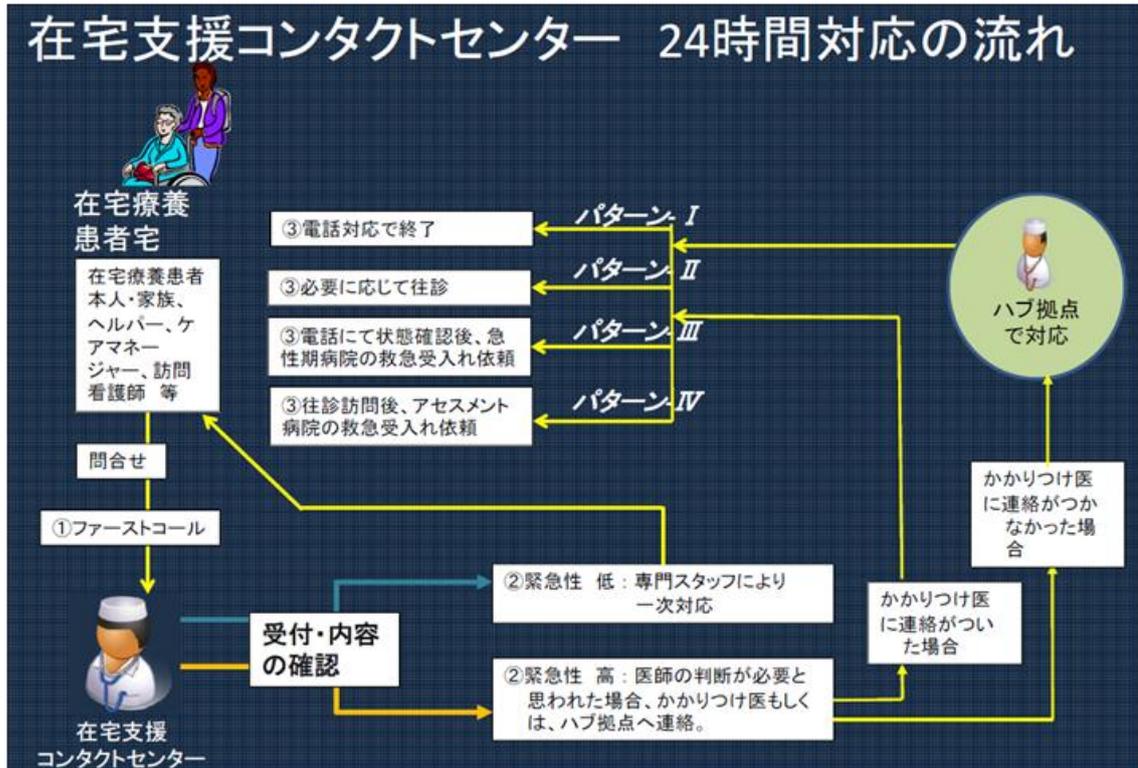
この他に、かかりつけ医からの在宅療養支援アセスメントの利用依頼を受け付ける役割も持っている。

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。

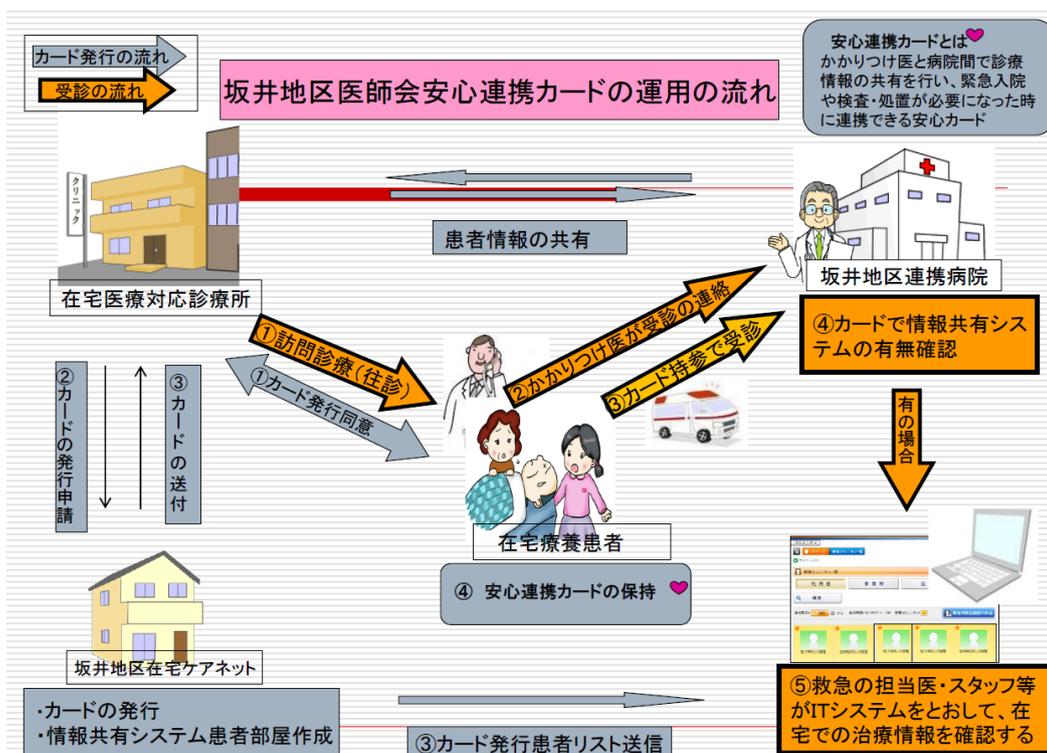
<福井県坂井市(坂井地区広域連合)の取組>

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。

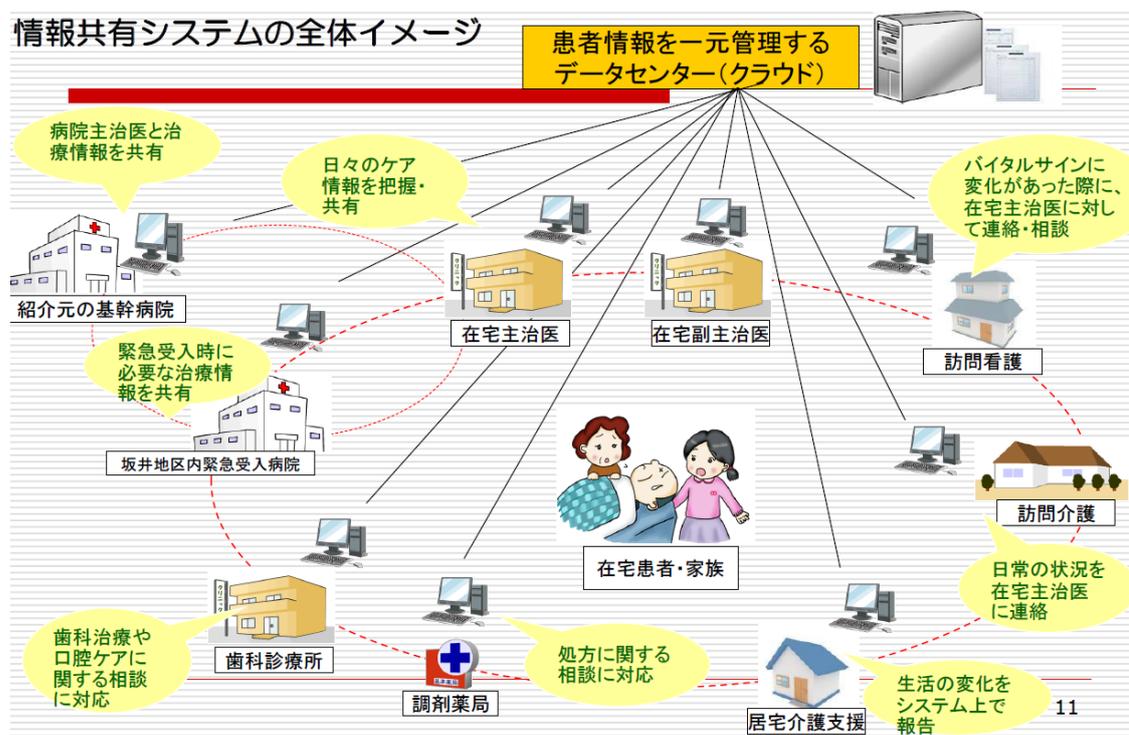
図表 2 坂井地区医師会安心連携カードの運用の流れ



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

多職種合同研修会の開催
すみずみまでのネットワークづくり

※平成24年度実施テーマ

- 第1回 「在宅療養、何が課題？」
- 第2回 「退院時の在宅療養連携」
- 第3回 「横須賀市における在宅療養の将来」
- 第4回 「市民のための在宅医療・介護の見本市」

- ・第1回～第3回は、テーマに沿った講演や多職種のグループワーク+名刺交換会
- ・第4回は、一般市民を対象に関係職種がブース展示やミニレクチャーを行った「在宅医療・介護の見本市」



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