

の流れに適応した柔軟な判断ができる，4) 中立的立場を保持することができる，といった要件を満たすことが重要であると考えられた。この結果評価に基づき，市町村を全体のコーディネーターとして，在宅医療連携拠点（医師会等），介護の中核である地域包括支援センターが協働しながら，地域の在宅医療・介護の実践者をサポートして行くという体制が必要であるということをとりまとめた。これを受けて，本年度研究では，在宅医療・介護連携を推進するための市町村ハンドブックを作成することを目的とした。

B. 研究方法

H24年度の105カ所の在宅医療連携拠点事業所のうち，H24年7月1日より，H25年7月までに102カ所のヒアリング調査を行った。事業体別では，訪問看護ステーション9カ所，地域包括支援センター1カ所，看護協会1カ所，歯科医師会1カ所，医師会14カ所，行政（県，市町村）13カ所，病院31カ所，診療所29カ所，複合施設3カ所であった。これに加え105カ所のH24年度在宅医療連携拠点事業所成果報告書評価により，今後，国内で在宅医療を推進していく上での必要な枠組みやそのプロセスについて検討し，この結果をハンドブックにまとめた。ハンドブックでは，在宅医療は地域包括ケアの不可欠の要素であることを根底に，市町村事業の取り組みフローチャートを作成し，市町村における担当課の決定指針，郡市医師会との協働，地域包括支援センターの位置づけを要素として含めた。さらに，H25年度以降，在宅医療推進事業で展開される7つのタスクに対して，内容，目的，留意点，参考事例を加え，年間の事業計画に至る内容を含めるよう検討した。日本医師会を含む関係機関や県，市町村担当者等が草稿に対する校正を行った。

（倫理面への配慮）

本研究実施にあたっては，厚生労働省が定める疫学研究に関する倫理指針を遵守する。具体的には得られた内容の事業所名，個人情報公表せず，単に質的評価後の総括的内容や数値のみの公表とする。

C. 研究結果

H24年度の在宅医療連携拠点事業所への訪問等による進捗管理（全体）及びH25年度の県の再生基金による在宅医療推進事業移行後の拠点活動の把握（抽出した地域）により，今後，在宅医療・介護を推進する上での枠組みとして，一つには，地域での生活を支えつつ医療を提供するという，地域包括ケアシステムと連動した在宅医療推進のプロセスが必要であるということ，さらには，市町村を全体のコーディネーターとして，在宅医療連携拠点（医師会等），介護の中核である地域包括支援センターが協働しながら，地域の在宅医療・介護の実践者をサポートして行くという体制が必要であるということをとりまとめた。

以上の内容を骨格として，以下の項目（目次）によりハンドブックを構成した。1. 在宅医療・介護連携の必要性について（地域包括ケアと在宅医療の関係），2. 在宅医療・介護連

携の進め方（市町村における活動開始のための行動規範の提示），3．具体的取り組み（H25年度以降の在宅医療推進事業で展開される7つのタスクの目的、留意点及び模範的活動紹介），4．今後に向けて（今後の市町村事業のさらなる向上のために&制度改正の動向）である。この内容で「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック案」を作成。このハンドブック案は、厚生労働省や日本医師会などの有識者より助言を得ながら、校正を繰り返し、最終的に冊子としてとりまとめ2013年12月に完成版を発行した。ハンドブック完成後、厚生労働省の記者クラブでプレスリリースを行い、全国の自治体、医師会、関係団体へ約4000冊の配布を行った。現在、このハンドブックの解説講演依頼が続けており、その講演において、製本した市町村ハンドブックを持参し、利活用を高める対応を行っている。

D. 考察

H24年度調査では、全体的傾向として、都道府県行政、都道府県医師会の在宅医療推進事業についての認知度は高く、在宅医療連携拠点事業に対してのサポートが行われていた。一方で、拠点事業に参画しない市町村行政や郡市医師会においては、本事業の認知度は低く、このため、市町村行政、郡市医師会以外の医療機関（病院、診療所）とも在宅医療推進事業の遂行にかなりの支障を来している現状がある。今後の方向性としては、市町村、郡市医師会レベルへの介入を続けることが最も重要であると考えられた。

本研究により作成された「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」は、今後、在宅医療に関係する医療機関間の連携を強化し、24時間体制の在宅医療をできるだけ従事者の負担を軽減しつつ構築するとともに、医療側からの介護への連携を図る取り組みを推進することが期待され、今後の実質的な在宅医療の活性化に十分、寄与すると考えられる。この班津ブックにより、行政、医師会との良好な関係構築や、地域の面展開にどのていど寄与できるかについては、今後、実際の使用による有用性評価・検討が必要である。

E. 結論

今後の市町村による在宅医療・連携推進の提言に資するハンドブックを作成した。この有用性評価については実際の使用を通じて行われる必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 後藤友子, 洪英在, 三浦久幸: 特集 高齢者医療における在宅医療の新しい展開 Seminar 7. 地域の在宅医療を支える後方支援病床, 病棟の役割と今後の展開. Geriat. Med. 51(5):509-513. 2013,

2. 学会発表

- 1) K. Senda, Y.J. Hong, H. Miura, A. Seike, Y. Goto, H. Ohshima, O. Fukada and K. Toba: Promotion of home care medicine with the seminar on geriatric

interdisciplinary team care in Japan. 2013. The 9th Congress of the EUGMS, Italy. 10月4日, Venice.

- 2) 後藤友子: 在宅医療連携拠点事業事務局の立場から見た高齢者医療ー地域包括ケアにおける多職種の有機的な連携システムに向けてー. 第67回国立病院総合医学会. 金沢. 2013年11月9日.

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録


なし

3. その他

なし

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、

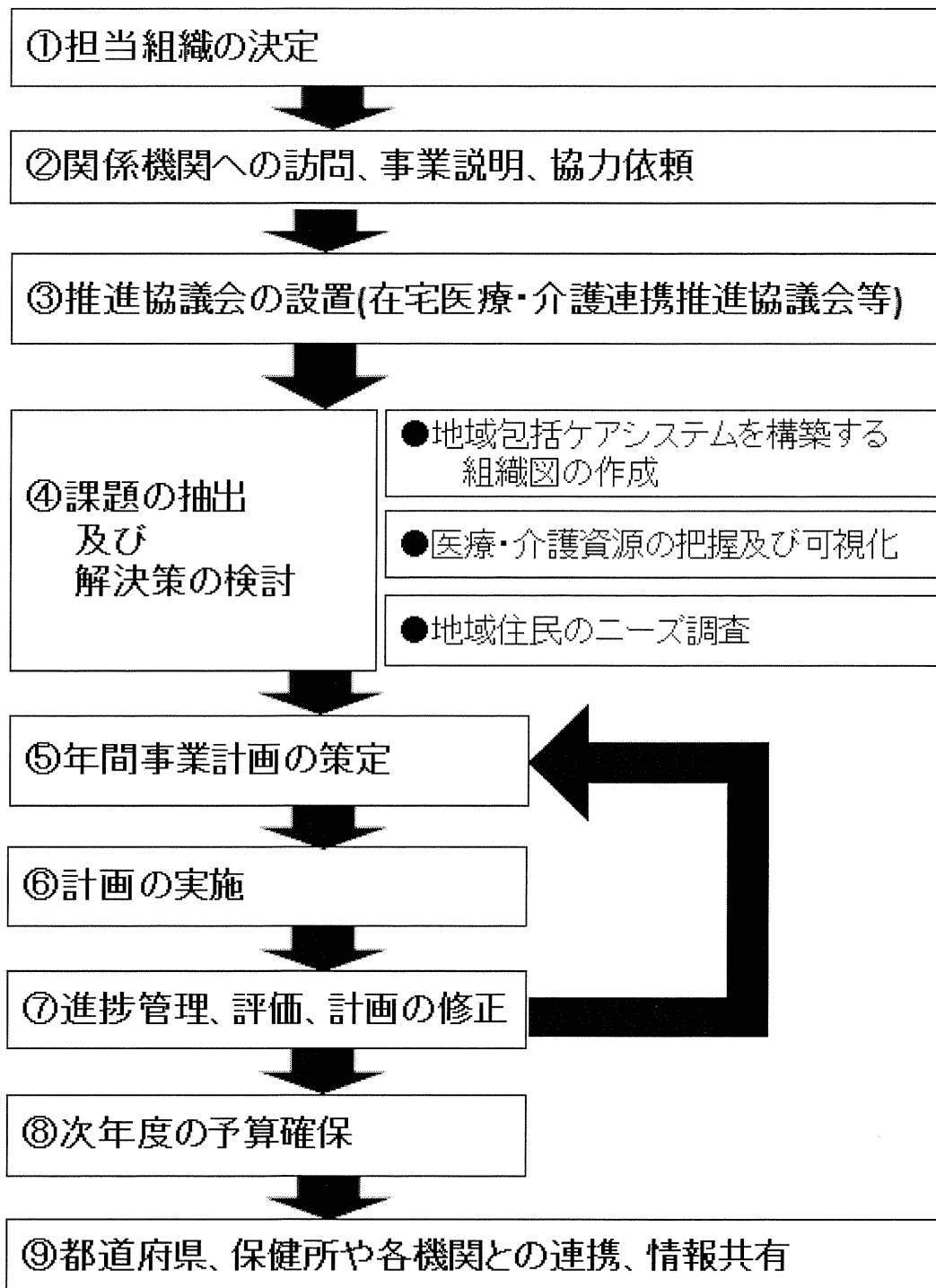
(独)国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部のウェブサイト

<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。

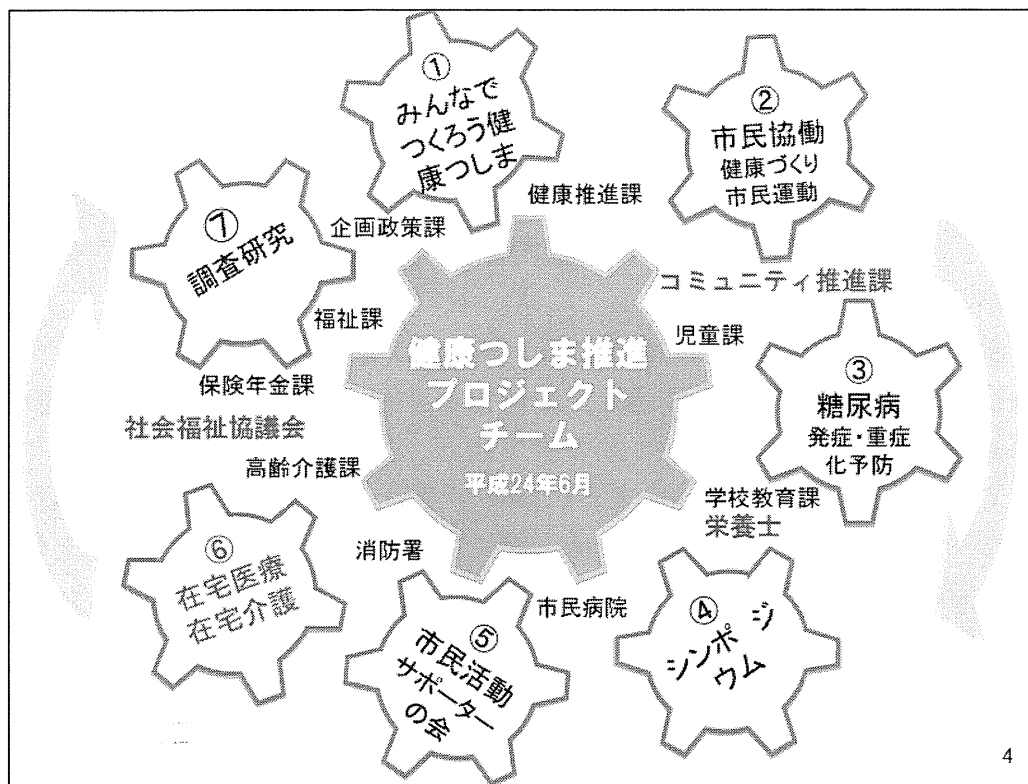
(2) 市町村での事業の取組みのフローチャート



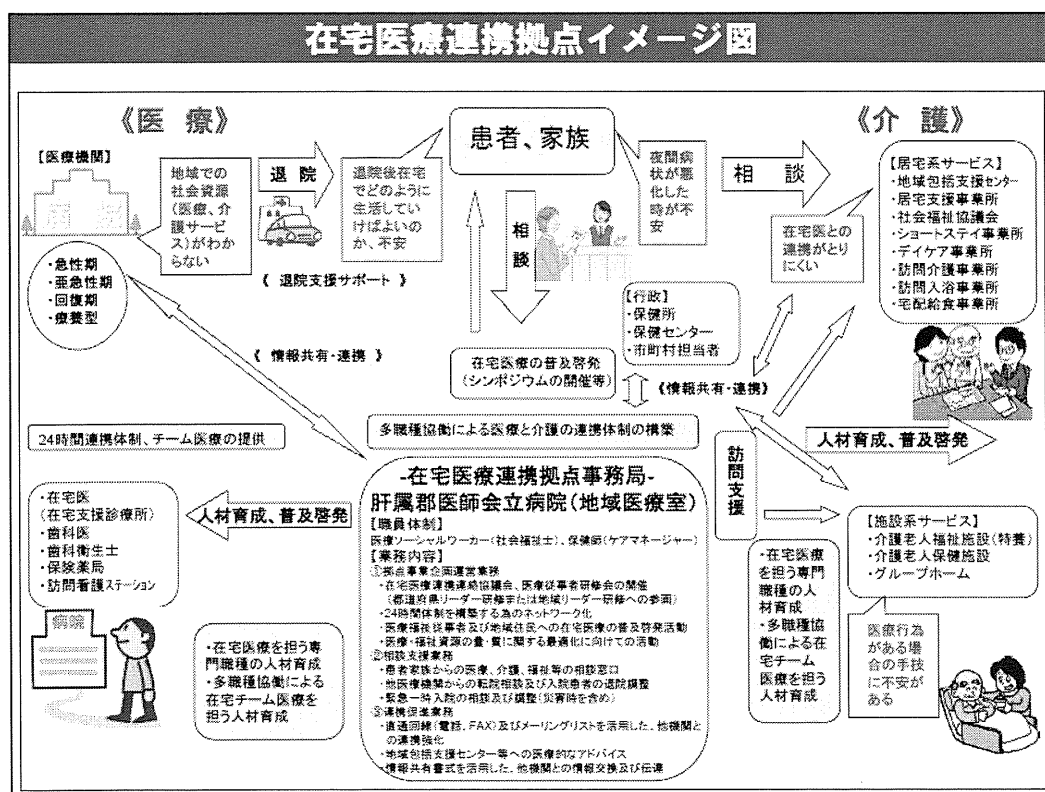
※ 地域包括ケアシステムを構築する組織図とは、地域を構成する資源やつながりを可視化させたものである。

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)

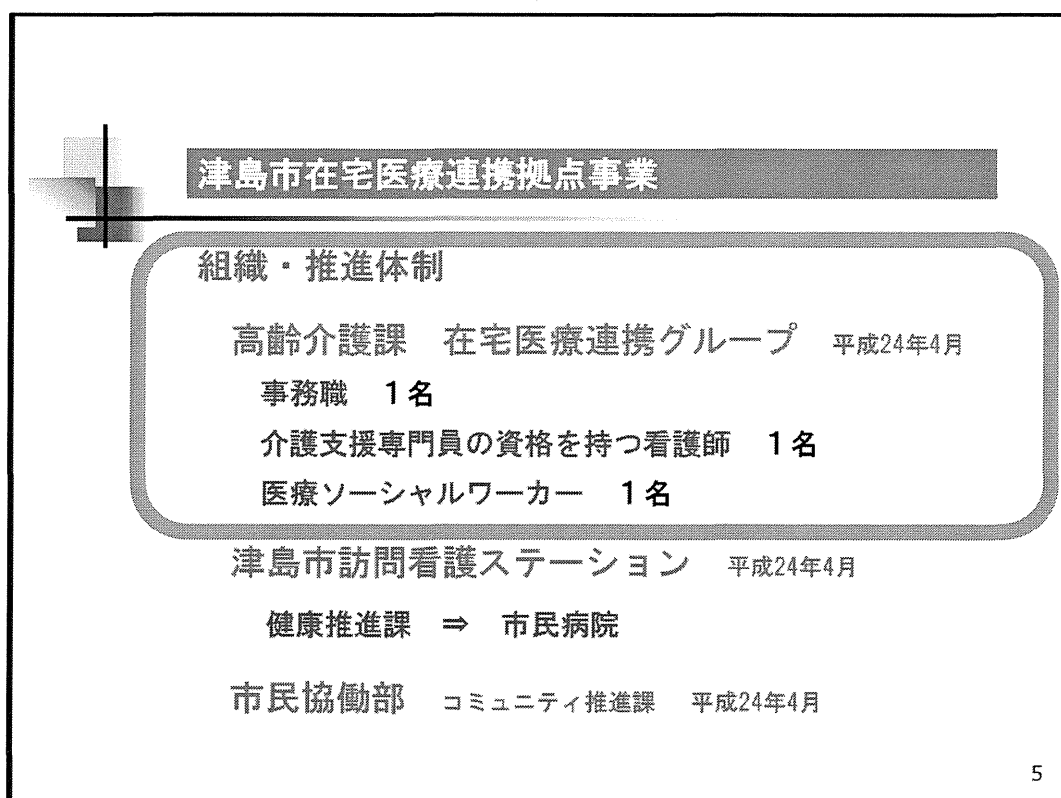


※地域のどの機関や部署がどのような役割を担い、どのように繋がっているのかを示す

(3) 市町村における担当課の決定

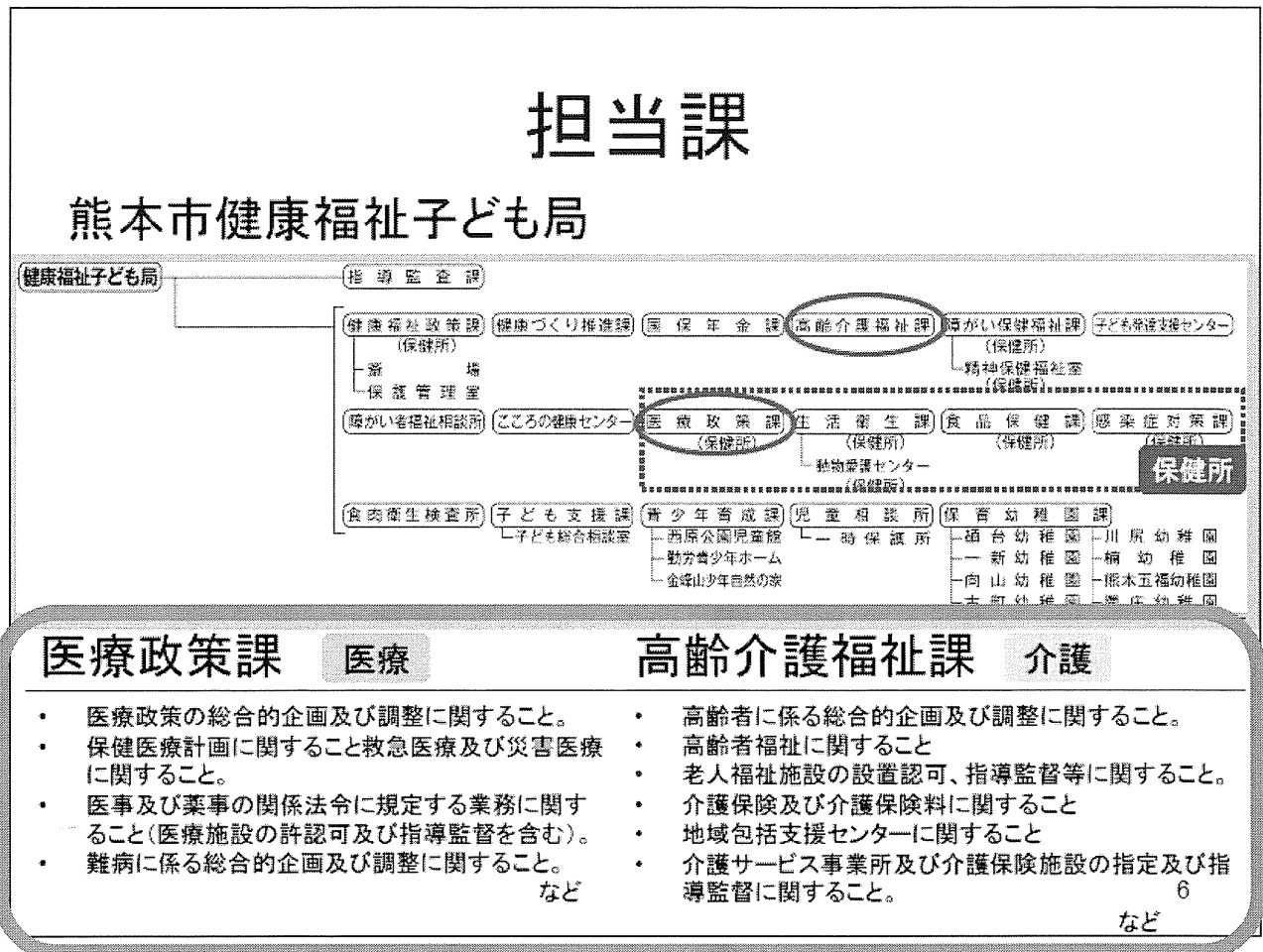
- 在宅医療の推進に関しては、これまで市町村になじみが小さく、担当課が決まっていないケースが多い。
地域包括ケアシステムや在宅医療推進を所管する部門を新設する方法や現行の組織体制で行う際には、保健、国保、介護等の関係部門が連携協議のうえ担当部署を決定することが望ましい。
現行の組織体制を活用する場合には、地域包括ケアシステムの体制構築において中心的な役割を担う介護保険担当課が所管することが考えられる。なお、担当部局と関係部局との庁内横断的な連携体制をつくることが重要である。
- 自治体によっては、これまで医療関係機関との関係が深い健康関係所管部局や国保担当部局などが担当することも想定されるが、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、高年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、都道府県一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 <暮らし環境 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 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

本庁

- 保健医療福祉課(医療制度改革推進室 国保指導室)
- 介護福祉課
- 健康増進課
- 子ども福祉課
- 生活衛生課
- 社会福祉課
- 障害福祉課
- 薬務課
- 地域医療整備課

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

- 高齢社会対策の企画及び総合調整に関すること。
- 老人福祉法(昭和38年法律第133号)の施行に関すること。
- 介護保険法(平成9年法律第123号)の施行に関すること。
- 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。
- 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。)
- 認知症対策に関すること。
- 地域包括ケアの推進に関すること。
- 介護実習・普及センターに関すること。
- 高齢者の保健福祉関係の施設整備に関すること。
- 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。

坂井地区における在宅ケア体制づくり

介護保険者(行政)が中心となる在宅ケア体制の構築(医療・介護事業者、大学による)

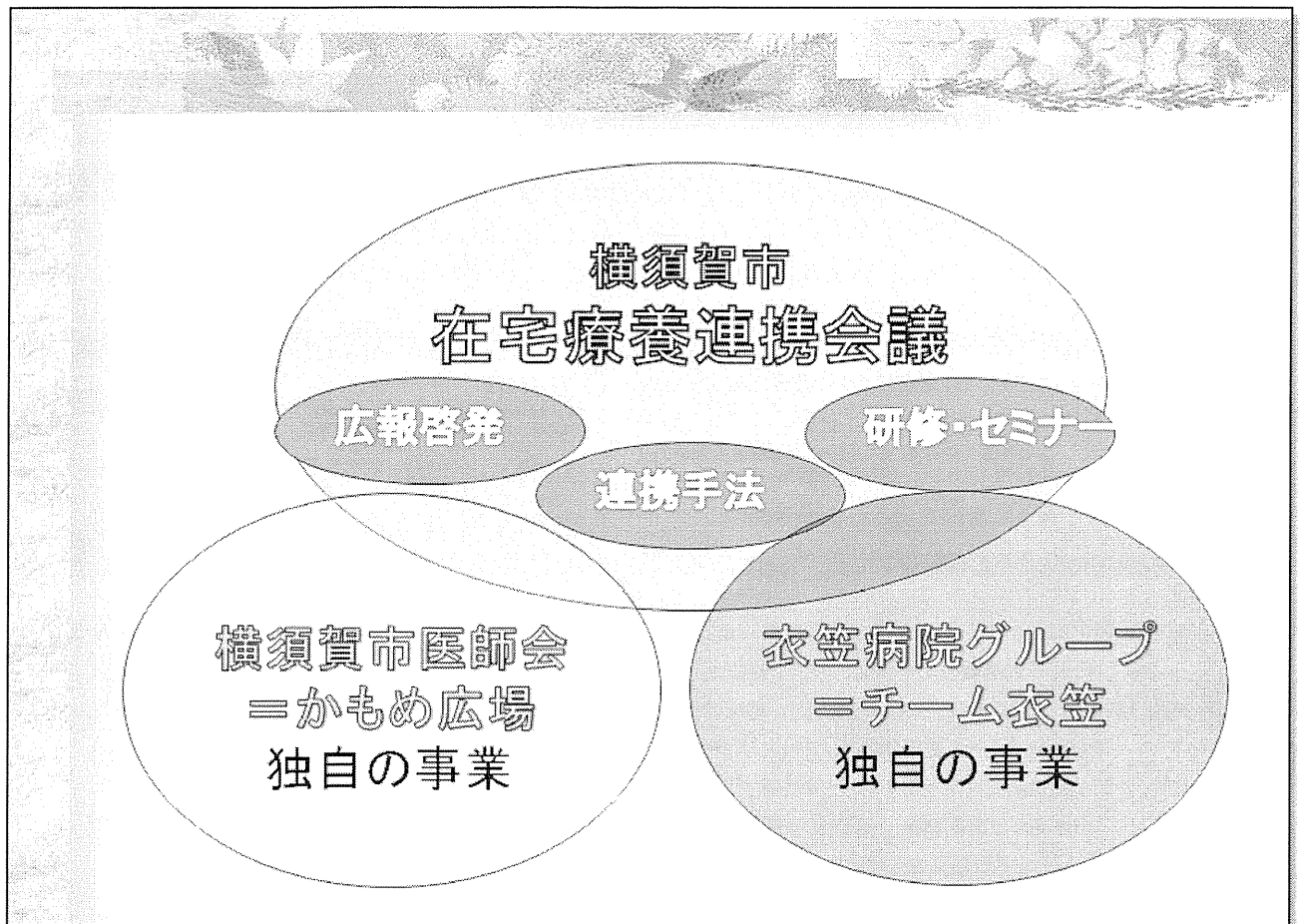
- ① 介護保険者(行政)が坂井地区医師会のノウハウを活用し、医療も含めた在宅サービスをワンストップで調整
- ② 坂井地区のすべての医療・介護事業者が参画

◎『坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会』を立ち上げ事業を推進

<p>協議会メンバー</p> <p>坂井地区の医師会・歯科医師会・薬剤師会の役員、 ネットワークさかい(介護事業者団体)の役員、 東京大学、福井大学、 福井県、あわら市・坂井市、坂井地区広域連合</p>	<p>在宅ケア体制構築に関わる機関数 134機関</p> <p>在宅医療対応診療所:26機関 病院:7機関、 歯科診療所:17機関 調剤薬局:5機関 訪問看護ステーション:7機関 訪問介護事業所:17機関 居宅介護支援事業所:30機関 介護保険施設:19機関(特養:11 老健:5 介護療養型 医療施設:3) 消防・救急機関:6機関 坂井地区の在宅サービス利用者数 約3,500人</p>
---	--

- (1) 在宅主治医をカバーする副主治医選定ルールと病院によるバックアップ体制を組み合わせた在宅医療システムの構築
 - 医師会所属のコーディネーターが副主治医を選定
 - 病診連携
- (2) 「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
 - 顔の見える多職種連携カンファレンス開催
 - 検討部会
- (3) 市民が自発的に在宅ケアを学ぶための普及啓発
 - 在宅ケア出前講座
 - 住民啓発ツール開発
 - 市民集會開催
- (4) 医療・介護の多職種間で活用可能な坂井地区統一の患者記録様式の利用
 - 坂井地区情報連携シート
 - ITを活用した患者情報共有ツール

※ 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)

