

第98回市町村職員を対象とするセミナー  
「在宅医療・介護の推進について」

# 在宅医療連携拠点事業 における 各地域の取り組み

独立行政法人 国立長寿医療研究センター  
在宅連携医療部長 三浦久幸

# 国立長寿医療研究センター の 紹介

理念 ： 高齢者の心と体の自立を促進し、  
健康長寿社会の構築に貢献する

基本方針：

- 1) 人の尊厳や権利を重視し、病院と研究所が連携して  
高い倫理性に基づく良質な医療と研究を行う
- 2) 病院では高度先駆的医療、新しい機能回復医療、  
包括的・全人的医療を行う
- 3) 研究所では老化と老年病の研究、新しい医療技術の開発、  
社会科学を含む幅広い研究を行う
- 4) **老人保健や福祉とも連携し、高齢者の生活機能の向上をめざす**
- 5) 成果を世界に発信し、長寿医療の普及に向けた教育・研修を行う

# 国立長寿医療研究センター の 紹介

特性 : 老年学・老年医学のナショナルセンター  
高齢者医療ニーズに応じ、在宅医療の  
推進を先導する

歴史 : 元国立の療養所  
国立療養所中部病院(H16.2.閉鎖)  
国立長寿医療センター開設 (H16.3.開設)  
独立行政法人  
国立長寿医療研究センター開設(H22.4.開設)

# 国立長寿医療研究センター の 紹介

代表 ： 総長 大島 伸一

現 社会保障制度改革 国民会議 メンバー

## 在宅医療への取り組み

センター内に 在宅医療推進課・高齢者総合診療科 設置

2007年5月 在宅医療推進会議 設置

2009年4月 在宅医療支援病棟 開棟

2010年9月 ものわすれセンター 開設

認知症サポート医研修 実施

# 国立長寿医療研究センター

## 在宅医療への取り組み

2012年 5月

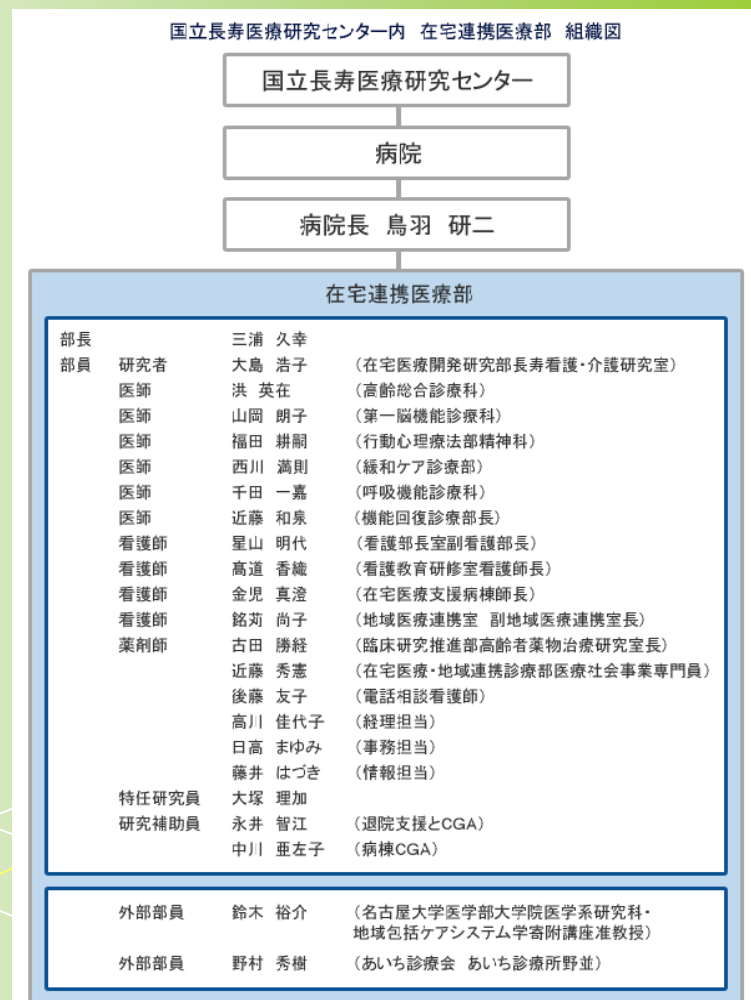
在宅連携医療部 設置

在宅医療推進事業を  
中心に、  
地域包括ケア構築に  
向けた多職種連携など  
の事業活動を展開する  
事業部



# 国立長寿医療研究センター 在宅医療への取り組み

## 在宅連携医療部 組織図



国立長寿医療研究センター

在宅連携医療部 ホームページより

[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/dep\\_zaitaku/staff.html](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/dep_zaitaku/staff.html)



# はじめに

2006年 介護保険法に基づき、  
全国に地域包括支援センター 設置  
(中学校区域ごと)

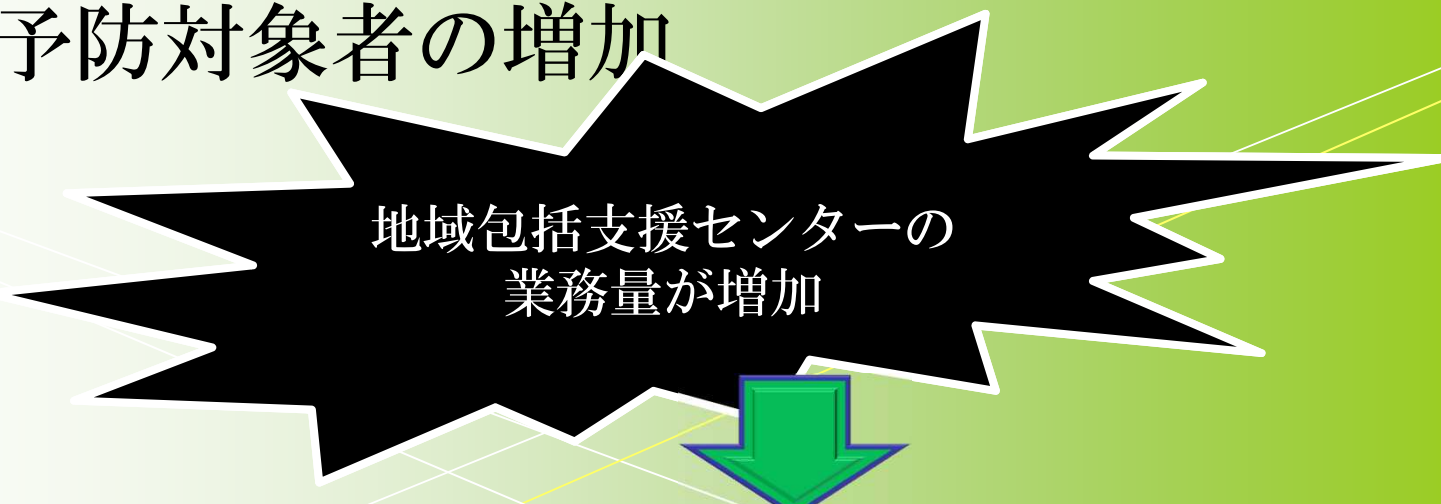
保健師、主任介護支援専門員、MSW  
専門的スキルを兼ね備えた専門職による  
きめ細やかな個別対応を目指した



高齢者をはじめ、障害者や虐待事例など  
社会的弱者への個別支援

# 地域で起こっている実情

- 自立支援法によって  
地域に戻った障害者等の生活支援
- 虐待事例が増加
- 介護予防対象者の増加



地域包括支援センターの  
業務量が増加



組織間での日常的な情報共有・交流・システム作り  
に取り組むことが 難しい



# 地域で起こっている実情

フォーマル・インフォーマルネットワーク  
を把握し有機的に結び付ける

全ての住民が安心して暮らせる街づくりの  
コーディネーター



地域包括支援センター

# 地域で起こっている実情

医療的支援が必要な高齢者が地域に増加

→ 医療支援を専門とする地域資源に  
連携がつながりにくい

地域包括支援センター

連携の経験がない  
顔を会わせる場がない  
相互の役割・活動をあまり知らない

病院・かかりつけ医・医師会  
訪問看護ステーション

# 求められる 地域包括ケアシステム



厚生労働省ホームページより

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

# 求められる 地域包括ケアシステム

生活支援を中心に、医療支援が必要な対象者に  
**医療的支援が迅速に提供される**地域環境

住民から多く聞かれる声

役所に相談したら、

- 医療・介護・福祉に関する相談に乗ってくれる
- 適切な相談先を紹介してくれる

市町村が主体となって、医師会等医療関係者と連携し、  
住民に必要なサービスを迅速に提供できる仕組みが求められている

# 平成24年度 在宅医療連携拠点事業

平成23年度 より

在宅医療連携拠点事業が展開された

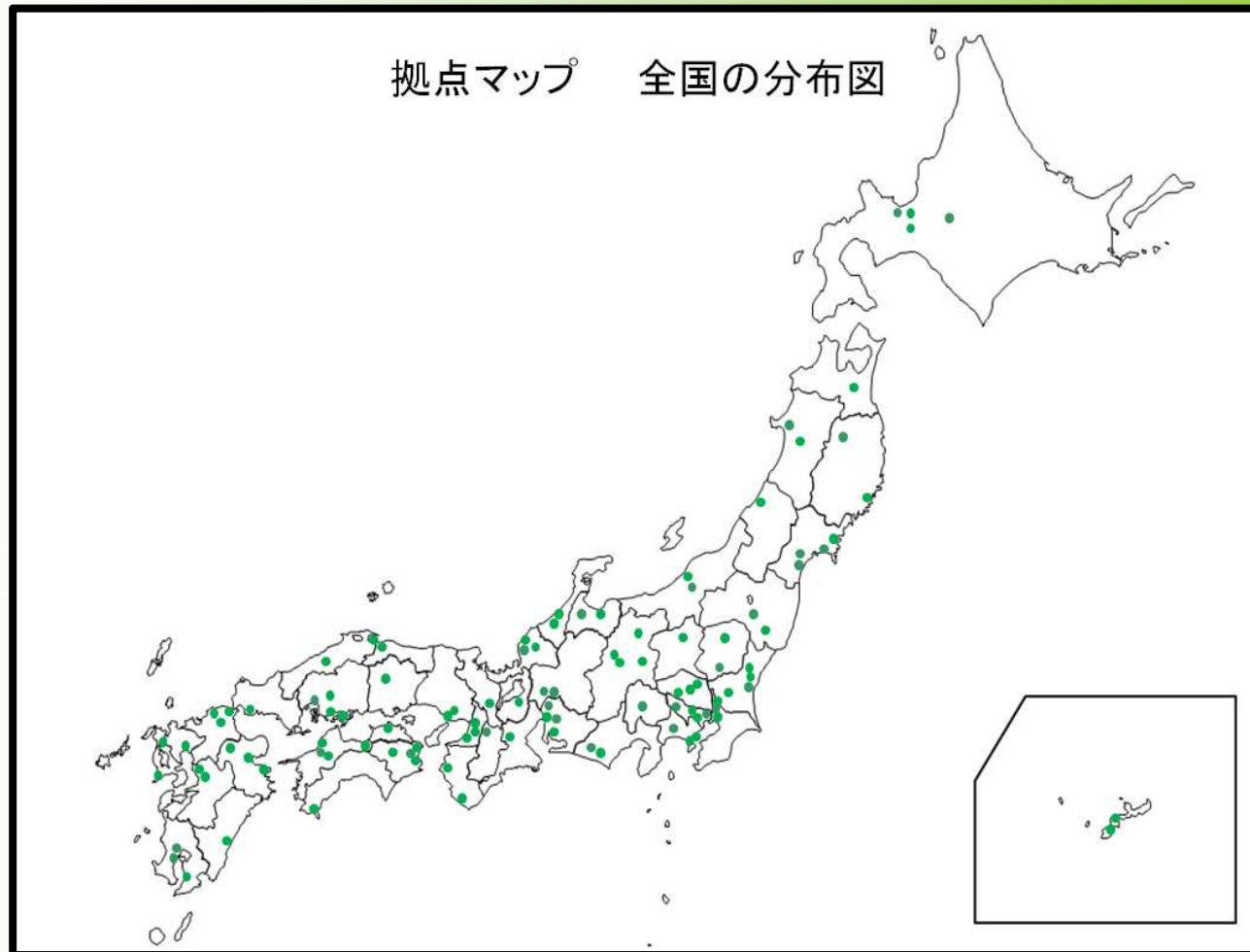
新しい連携の視点

『医療』から『介護・福祉』へ  
連携のアプローチを！

市町村が主体となって、  
医師会等医療関係者と連携し、  
住民ニーズに対応できる街づくりが求められている



# 全国の在宅医療連携拠点事業所 全国分布図





# 在宅医療連携拠点事業所数

平成24年度 105か所(一般枠53カ所、復興枠52カ所)

|               | 平成24年度 | 平成23年度 |
|---------------|--------|--------|
| 薬局            | 1カ所    |        |
| 訪問看護ステーション    | 10カ所   | ← 2カ所  |
| 看護協会          | 1カ所    |        |
| 歯科医師会         | 1カ所    |        |
| 医師会           | 14カ所   | ← 1カ所  |
| 行政            | 13カ所   | ← 1カ所  |
| 地域包括支援センター    | 1カ所    |        |
| 病院            | 32カ所   | ← 3カ所  |
| 診療所           | 29カ所   | ← 3カ所  |
| 医療系を中心とした複合施設 | 3カ所    |        |

# 平成24年度 在宅医療連携拠点事業

## □ 在宅医療連携拠点事業

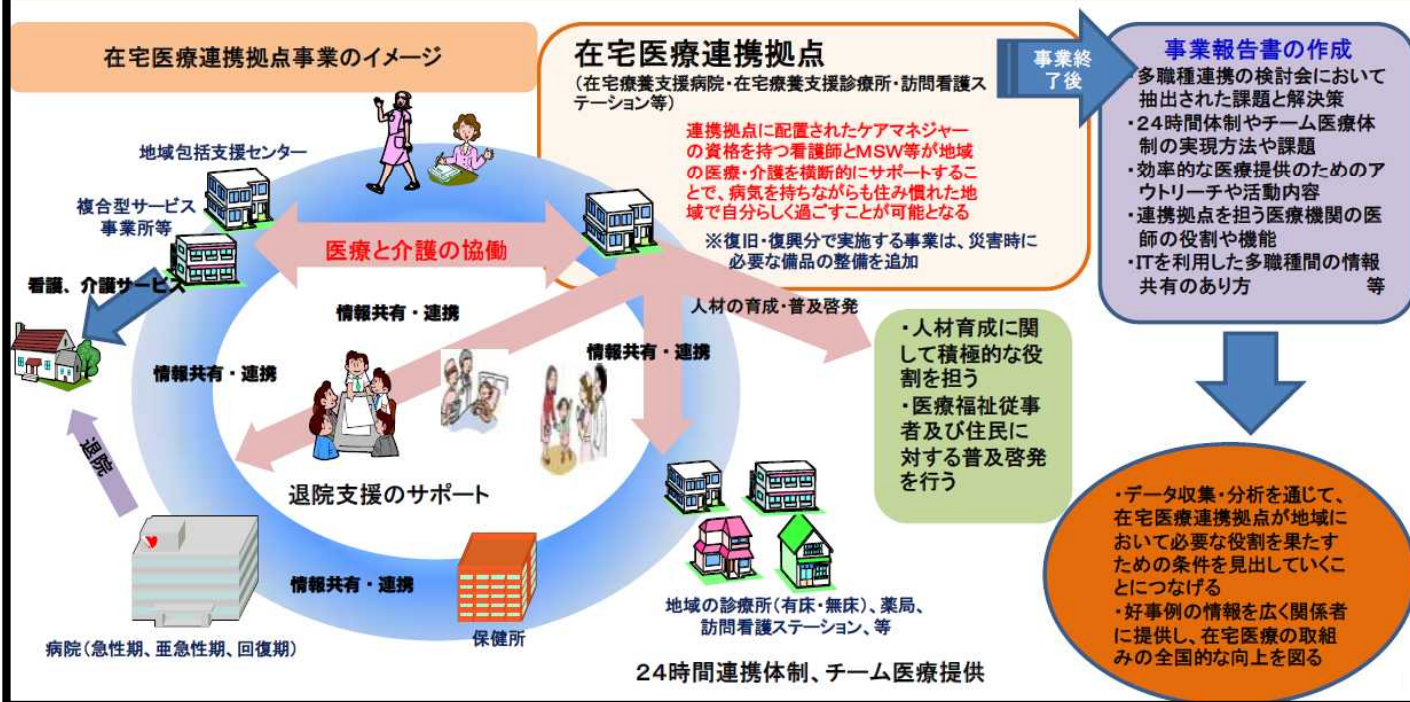
24年度予算 2,058百万円 (H23 109百万円)

重点化分 1,010百万円

復旧・復興分 1,048百万円

### ■ 本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



# 平成24年度 在宅医療連携拠点事業

## 抽出された要素

顔の見える関係を確保する

→ 連携体制構築の第1歩となる

→ 協働関係に発展するためには

更なる工夫が求められる

\*協働関係には、社会貢献や社会的負担の分割受容も含まれる

個別ケースごとではなく、組織間の連携においては行政主導の顔の見えるオフィシャルな場の設置が

**不可欠** = 地域の誰からでも見える連携関係

# 抽出された要素

## 明確なつなぎ役の設置が必要

前提・・・専門職は協働を前提とした専門職ではなく、  
多職種連携教育を十分には受けていない

現状・・・個々のケースに必要な際に多職種が連携し  
一つの対象の支援を行う事が出来る

地域包括ケアシステムの構築に向けて・・・

多職種の役割・専門分野を相互に理解する

連携し、協働関係を構築し、地域を支える事の社会的意義、  
時代のニーズ、住民の願いを理解できるよう促し続ける事が必要

# 抽出された要素

地域全体の実態を把握する総監督 = 行政

- 統計データに基づく住民の実情
- 住民ニーズ
- 地域資源やその動き(人・物・情報・資金)
- 今後の想定される地域変化  
(正・負の変化)
- 全国や周囲地域との偏差

# これからの 在宅医療推進事業

平成25年度より

地域医療再生基金等を活用し、  
市町村が主体となって、  
医師会等医療関係者と連携し、  
都道府県の支援・助言も得つつ、  
医療と介護の連携拠点機能を設置し  
地域の活性化を行う



# 在宅医療連携拠点事業所 活動紹介

## I 秋田県

横手市地域包括支援センター

## II 岩手県 釜石市

## III 東京都 板橋区医師会

## IV 福岡県 宗像医師会(むーみんネット)

# I 秋田県

## 横手市地域包括支援センター

担当部署は横手市直轄の地域包括支援センター  
主要メンバーは包括支援センタースタッフ

横手市役所  
各課より2名ずつ選出し  
チームを形成し対応

平成24年度 在宅医療連携拠点事業 北海道・北東北  
ブロック活動発表会資料. P5.

[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301\\_02\\_block/01012025.pdf](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/01012025.pdf).

### 地域特性を意識し事業展開

5

**西部地域**

合併前から地域包括ケアを目指してきた

横手市保健医療福祉総合施設 健康の丘 おおもり

グループホーム 市立大森病院 介護老人保健施設 老健おおもり 生活支援ハウス

秋田県南部 老人福祉総合エリア 特養特養 老人ホーム 白寿園

高齢者等保健福祉センター 高齢地域包括支援センター 在宅医療連携拠点

デイサービスセンター

健康の丘全体の定員 約600名

**担当職員**

地域ケアコーディネーター  
医療相談員歴40年  
現大学非常勤講師等

主任介護支援専門員  
老健おおもり、白寿園の  
相談員、指導員歴30年

保健師  
保健師歴32年  
病院派遣1年

# I 秋田県

## 横手市地域包括支援センター

地域包括支援センターは  
住民との関わりを得意として  
おり、

個別のケースに基づいた  
個々の多職種との連絡・  
調整も得意とする

その強みを活かし、  
プロジェクトチームが事業所  
全件へ挨拶に回り、

地域に求められている  
生活を包括した多職種の  
連携体制構築に関する説明と、  
横手市が目指す方向性への  
理解を促した

**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**

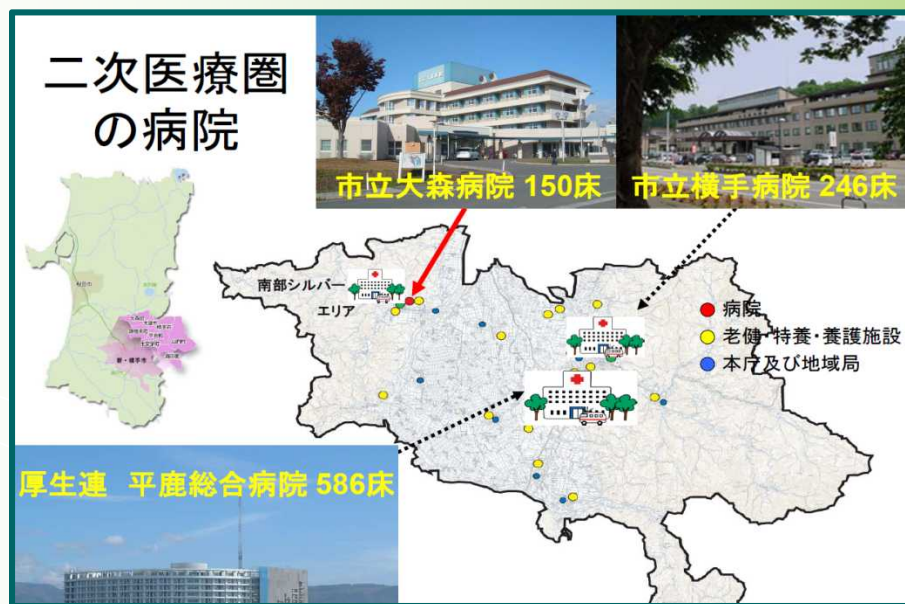
|              |             |                    |
|--------------|-------------|--------------------|
| ・医療機関        | 41か所(97.6%) | } 228か所<br>(95.5%) |
| ・訪問看護ステーション等 | 5か所(100%)   |                    |
| ・居宅介護支援事業所   | 32か所(96.9%) |                    |
| ・介護施設等       | 58か所(84.1%) |          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



# I 秋田県

## 横手市地域包括支援センター

横手市のここがすごい！！



平成24年度 在宅医療連携拠点事業  
北海道・北東北ブロック活動発表会  
資料. P5.

[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301\\_02\\_block/01012025.pdf](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/01012025.pdf).

秋田県全体の地域医療再生計画に連動し、横手市も地域再編において、より住民に近い立場として住民にとって暮らしやすい地域に向けて、市の方向性を打ち出す = 行政間での連携

→ 都道府県と 市行政の政策が連動しなければ住民は混乱する

# 横手市地域包括支援センター

## 横手市のここがすごい！

## 行政広報の活用

- 信頼度が高い
- 安心して情報を受け取ることができる
- 幅広い年齢層に宣伝できる
- 市民の声を反映できる

12月1日号の『自宅で最後まで過ごすために』の特集を読んで、一言が心に残りました。『生まれ方は選べませんが、死に方は選べるかもしれません。』人間には、覚悟を決めることが必要な時があることを勉強しました。（55歳）

住民へのアプローチを得意とする  
行政ならではの、市民に向けた  
様々な情報発信を展開できる

平成24年度 在宅医療連携拠点事業 北海道・北東北ブロック活動発表会資料, P13,P14.

[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301\\_02\\_block/01012025.pdf](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/01012025.pdf).

# I 秋田県

## 横手市地域包括支援センター

- 市直轄の包括支援センターでは、高齢化する住民を支援する上で医療ともっと密な連携(迅速な相談対応や取り組みへの協力)を求めていたが、きっかけがなかった
  - 拠点事業採択をきっかけに、積極的に 医師会をはじめ多職種へ挨拶 何度も通い、話し、地域の実情の理解や各職種の困りごとを直接聞き取る
- 行政間であっても、地域包括支援センター・保健所・役所・消防署等管轄がことなると横の連携がない
  - = 地域住民や多職種が困っている、行政はあまり認識していない
  - 行政も 横で繋がり、多職種の困り事へ積極的に解決できる姿勢を見せる
- 行政 と 各専門職は互いに何をしているのかを把握していない
  - 活動の相互理解、目指す地域の方向性を共有する
  - 説明にはイメージ図やわかりやすい資料作成を必ず持参する
  - 同じ資料を広報やホームページに掲載し、多くの人々へ公平に情報発信する

結果： 住民の為に！ ということは専門職も 行政も同じ  
専門職が奉仕として地域を裏方で支えている事を、行政が把握し支援する  
⇒ インフォーマル・フォーマルな資源を包括し、地域包括ケアを構築



# Ⅱ 岩手県 釜石市

概要：三陸海岸に位置する

2011年3月11日東日本大震災で  
大きな被害を受けた自治体

着実に市が  
再生にむけて  
復興していま  
す★

## 地域の背景・拠点の紹介

盛岡市の東南約100km/三陸沿岸

人口：約4万人

高齢化率：約34%

東日本大震災の死者・行方不明者数

釜石市：1061名（2.5%）

拠点事業主体：釜石市/一般枠

名称：『チームかまいし』

拠点の特徴：行政と地元医師会との  
強力な連携／釜石医師会から在  
宅医療専門医がチームアドバイ  
ザーとして派遣。



## Ⅱ 岩手県 釜石市

地域包括ケアの担当部署：

釜石市役所

保健福祉部健康推進課 地域医療連携推進室

中心的人物：

連携コーディネーター

**\* 市役所職員(純粋な行政官)を  
釜石市医師会が育成**

**= 医療と行政をつなぐ橋渡しがスムーズになる**

# Ⅱ 岩手県 釜石市

## 釜石市のここがすごい！！

いつ、どこの地域に  
発生するのか  
正確には分からない災害  
地域が崩壊寸前になった事  
から見えてきた

### 地域連携・多職種協働の 重要性

釜石市では  
住民と行政・多職種  
地域全体が心をつにして  
地域をつなぐ取り組みが  
続けられています

### 被災地の視点から 復興を内包した地域包括ケアのまちづくり

- キーワードは**コミュニティ**
- 震災を通して初めてわかったこと
  - ❖ コミュニティの意味
  - ❖ 社会的健康の喪失と回復
  - ❖ 健康の社会的決定要因の回復
- 古くて新しい問題  
『コミュニティの再生』
- チームかまいしの役割
  - ❖ 広がる連携の可能性
  - ❖ まちづくりにおける多職種連携



## Ⅱ 岩手県 釜石市

釜石市のここがすごい！！

○地域包括ケアシステムは

釜石市行政(拠点)が主導し進められる

○釜石市医師会等多職種職能団体は後方支援

人材育成・多職種研修開催等

必要な場面で行政のコーディネートで動く

**地域の多職種が、  
行政のコーディネートでまとまって動く**



# Ⅱ 岩手県 釜石市

## 釜石市のここがすごい！！

こんな感じで、アットホームに



限られた地域の  
医療資源・介護支援を  
必要な時にみんなが活用できる為  
に、専門職も住民も  
地域の実情を理解して  
負担も利益も分かち合って  
地域を守る事に心を一つにする

地域の危機は  
みんなで乗り越える！



# Ⅱ 岩手県 釜石市

- 東日本大震災以前より、  
地元医師会 と 行政、多職種間で顔の見える関係はあった  
しかし、各職能団体間での社会貢献抛出に関する調整が難しい時期もあった  
きっかけ： 地域の救急医療が負担増大により崩壊する危険性があった  
⇒ 被災後、 地域連携が地域を支える事を実感  
多職種の取り組みがまとまりをもって展開した
- 多職種連携により負担を生じる事から多職種の理解と協力が得にくい事もあった  
具体例：研修・資料作成・副主治医制による負担感、会議への出席 等)  
→ 地域を支えるためには負担が生じる、という事を受容することが必要  
→ このために、時間をかけ、できる事から多職種連携を促進する  
\* リーダーは行政  
多職種の1職種がリーダーだと利益誘導等疑念を生じやすい
- 行政と多職種間での相互理解が難しい事もあった  
→ 行政官が専門職を理解する担当者を育成する 連携コーディネーター  
行政に多職種連携のノウハウを蓄積できる  
多職種の責任で育成する

主体は行政、医師会等医療関係者と相互支援の関係を構築する  
医療介護福祉の連携できる機能を行政に構築する

# Ⅲ 東京都 板橋区医師会

特徴：23区で唯一医師会立病院を保有  
療養相談室を設置(地域の相談窓口)  
医師会員数 500名以上  
地域貢献を医師会の使命と掲げて活動

## 板橋区



高齢化率35%のマンモス団地  
高島平地区が位置する区



板橋区(人口:53万人)

高島平地区(人口:6.4万人)

- ・ 40年前に巨大団地完成(17000人居住)
- ・ 当時の入居者は現在70歳前後(高齢化35%)
- ・ 4、5年後は、ほとんどが後期高齢者となる
- ・ 団地住民の88%が独居・老々世帯
- ・ 団地へ若い世帯や店舗が入りにくい(安くない家賃)
- ・ 板橋区:22年度の介護保険申請 22,077件  
認知症自立度 I 以上67.1% II 以上48.1%
- ・ ピンピンコロリは7人に1人(全国平均から)

ケアの需要爆発がすぐにやってくる!

# Ⅲ 東京都 板橋区医師会

## 板橋区の地域特性

○自助・共助が難しい

→独居・老々・認々高齢者急増

○地域力が低い

→人は多くても

人のつながりが希薄化

○多数の資源と人材

→上手くまとめられない、

繋がれない、助け合えない

## 板橋区医師会の在宅関連事業

- ・高島平地区に医師会立病院、訪問看護ST、包括支援センター、介護支援事業所を有する
- ・疾患別連携構築(がん・脳卒中・糖尿病・認知症・)
- ・私の健康管理手帳の制作と活用
- ・在宅緊急一時入院病床確保事業(医師会病院)
- ・退院前カンファレンスの推奨・モデルシート作成
- ・板橋区在宅医療連携マップ作成
- ・板橋区医師会在宅医会設立
- ・療養ネットワーク懇話会定期開催
- ・在宅医療連携拠点事業受託

# Ⅲ 東京都 板橋区医師会

医師会だからできた事！！ できる事！！

在宅療養ネットワーク  
懇話会



地域の多職種をまとめるような  
環境を作る

主治医・副主治医制



500名以上の会員から成る会  
地域診診連携 整備

後方支援病床の設置



かかりつけ医の負担軽減  
住民の安心確保

\* 後方支援協力病院が区内に増加中

正確な地域医療・  
介護資源の把握



住民に必要な情報を収集・発信  
情報提供することで、  
みんながメリットを感じられる  
拠点(医師会) への 信頼と安心感

退院～退院後まで継続支援



スクリーニングシートを活用し  
退院時支援・退院後支援に円滑につなげる



# Ⅲ 東京都 板橋区医師会

医師会の力！！

地域と多職種で繋がる

## 在宅療養ネットワーク懇話会

多職種の世話人で構成

2010年3月より 4ヶ月おきに懇話会を開催

10職種以上が参加し、話し合う

各職種が当番で独自の懇話会を企画、開催する

● 2年半をかけて**世話人全職種が各職種独自の在宅療養ネットワーク懇話会**を主催してきました

- 第1・2回 板橋区医師会
- 第3回 板橋区歯科医師会
- 第4回 区内訪問看護ステーション
- 第5回 板橋区薬剤師会
- 第6回 板橋区・介護職・区内介護施設・包括センター
- 第7回 区内病院連携室

主たる  
目標は





# Ⅲ 東京都 板橋区医師会

中心が医師会だと多職種が受け身になりやすい

→ ネットワークに自主的に参加し

各職種が自分で多職種へ理解と連携を促す

→ **職種間パワーバランスを自動的に調整する**

災害対策 → 行政の管轄・病院や各事業所は個別で備える

→ **行政と地域の多職種の情報共有と調整役になる**

行政との連携 調整役

→ 行政と協働で行う事・医師会ができる事・

多職種ができる事 を 整理し 行政に情報共有する

→ **地域目線での 効率的連携体制の調整**

療養相談室など医療機関から直接 地域窓口に繋がる

→ 専門多職種は患者の為に連携することが得意

→ **多職種にとってつながりやすいシステムを構築**

# Ⅲ 東京都 板橋区医師会

## 板橋区医師会の優れている点

- 医師会が一丸となって取り組み続けている
- 住民目線での活動が盛ん
- 多職種に医師会は敷居が高い事を自覚した  
多職種・多様な事業所が関わりやすい事業展開
- 消防や災害対策等  
行政とも連携しやすい切り口でのアプローチ

# IV 福岡県 宗像医師会

むなかた地区の医師会 (宗像市・福津市)

地域特性：

国民皆保険の前身である、定例(じょうれい)という互助システムがあり、  
住民と専門職間の互助意識が高い地域

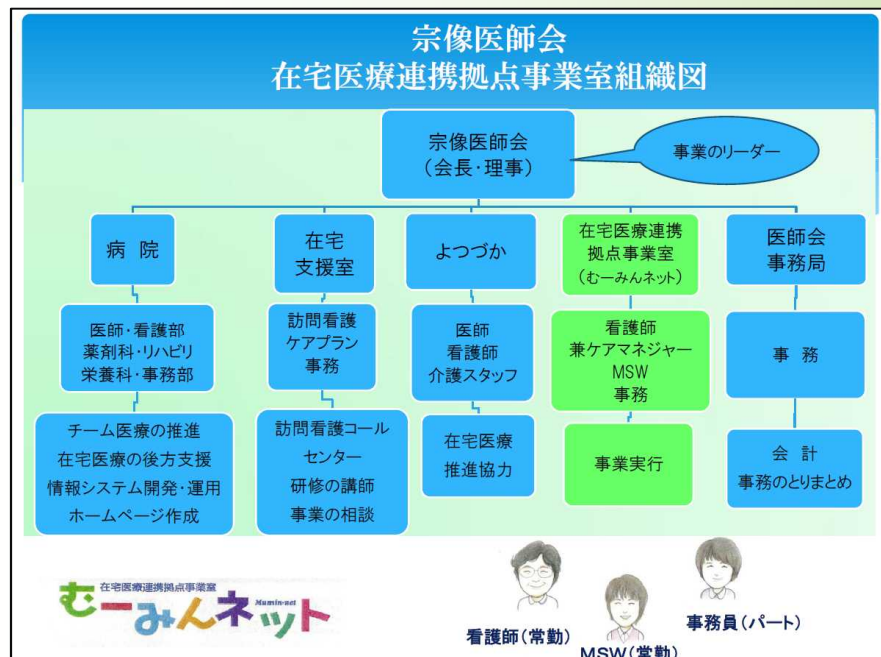
宗像医師会の特徴：

医師会立病院を保有し地域支援病院に認定済  
地域の求められる  
医療・介護・福祉・保健の資源を 保有

# IV

# 福岡県

# 宗像医師会



## 定例委員会の開催

### プロジェクト委員会

担当理事・訪問看護師・病院職員・  
ケアマネジャー・老健看護師・  
医師会事務局・拠点スタッフ等

毎月開催

### 拠点事業運営委員会

医師会・歯科医師会・薬剤師会・  
行政(宗像市・福津市)保健所  
訪問看護師・ケアマネジャー・  
学識経験者等のメンバーで構成

年4回 開催

平成24年度 在宅医療連携拠点事業 北九州ブロック活動発表会資料. P4,P7.

[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301\\_02\\_block/10090255.pdf](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/10090255.pdf)

- 医師会内事業所間の密な連携→ 地域住民へ直接的な支援
- 地域の行政や保健所・市自治体・専門職能団体との連携
- 地域の連携システムにより
- 包括システム構築によるマクロな住民への支援



# IV 福岡県 宗像医師会

## 医師会だからできた事！！ できる事！！

主治医・副主治医制



多職種で吟味検討し  
ツール作成

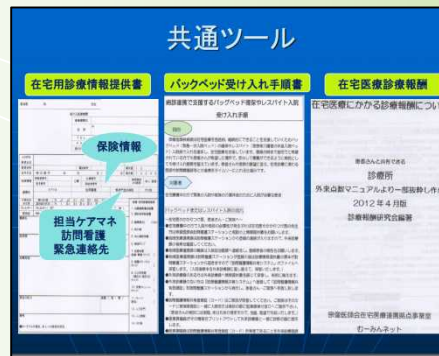
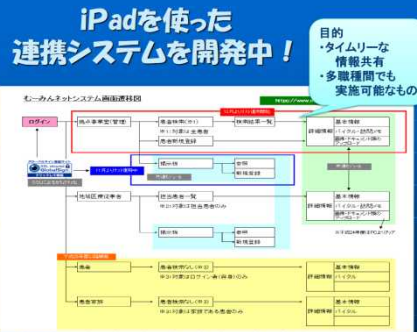
みんなが  
協力できる  
システムが  
必要

医師会病院に  
後方支援病床の設置



地域の共有資源活用に関する  
マニュアル作成

○後方支援ベットシステムが他市にも広がっている



在宅支援ネットワークマニュアル

- 薬剤・医療衛生材料  
供給システム
- 在宅診療情報提供書
- バックベッド・レスパイト入院  
受け入れ手順書
- 災害時のマニュアル

等掲載

# IV 福岡県 宗像医師会

医師会だからできた事！！ できる事！！

医師会は医療・介護を  
中心に  
地域医療活動を展開

福岡県では、県の政策として  
保健所圏域で、行政が  
緩和ケアを中心に相談・継続支援など  
地域保健活動を展開

連携

より効率的で効果的な地域包括ケア構築に  
有機的に取り組むことができた

医師会への入会率が高い地域  
地域多職種は医師会とかかわりが深い

# IV 福岡県 宗像医師会

## 宗像医師会の優れている点

○地域に根差す連携・互助  
に基づいた地域貢献

○行政の活動を連動した

**医療から連携アプローチ**

○多職種が協働できる  
システム作り

## 4. 今後の展望

- ①事業の継続（点を線に→線を面に）
- ②在宅医のさらなるネットワークの構築
  - ・複数の在宅医
  - ・ITを利用した情報共有  
（タイムリーに・多職種・病院も）
- ③24時間在宅医療を支えるさらなる取り組み
- ④行政機関との連携（研修の一元化等地域の拠点に）
- ⑤住民啓発→ボランティアの育成
- ⑥災害支援の継続
- ⑦地域リーダー研修の拠点（研修の事務局的作用）

平成24年度 在宅医療連携拠点事業 北九州ブロック活動発表会資料. P38.  
[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301\\_02\\_block/10090255.pdf](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/10090255.pdf)

# 要点

○医療と介護・福祉の連携を構築することは  
意外と難しい

医療と介護の違い とは

医療＝専門性を高める事を教育されている

現状からその先を考える専門職

介護・福祉＝

業務範囲が社会制度によって柔軟に変化する

専門分野が医療に比べ特化しにくい

 **行政が医療・介護を有機的につなぐ**

行政が連結役となり、住民ニーズにもとづき

医師会等の団体をつなぐ役割が期待されている



# 要点

災害発生や、社会の変化により地域ニーズの  
激変も想定した街づくりが求められる  
＝住民がいつまでも安心して暮らせる街づくり



行政への期待

市町村が主体となり、  
地域の未来を的確に見据え、医師会等医療関係  
者と連携し、医療介護が連携した地域へと導く

# 自治体の皆様へ

住民が求める医療と介護の連携体制について  
各地域の方法で、  
住民・多職種を含めて検討してみてください

地域を包括している行政が、  
どこに支援を求め、どのように連携を促し、  
情報発信すれば有効かを検討してみてください

# ご清聴頂き 誠にありがとうございました

平成24年度 在宅医療連携拠点事業に関するお問い合わせ  
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  
TEL : 0562-46-5270 (直通)  
MAIL : z\_renkei@ncgg.go.jp