

平成27年度第1回都道府県在宅医療・介護連携事業担当者会議

在宅医療・介護連携の醸成を目的とした 多職種研修について

2015年10月26日

東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授
辻 哲夫

かかりつけ医を基本とする在宅医療

1. 基本的な考え方

- － 在宅医療は地域包括ケアの不可欠の要素である
- － 在宅医療は、地域のかかりつけ医が担うことが本来の姿である

2. その背景

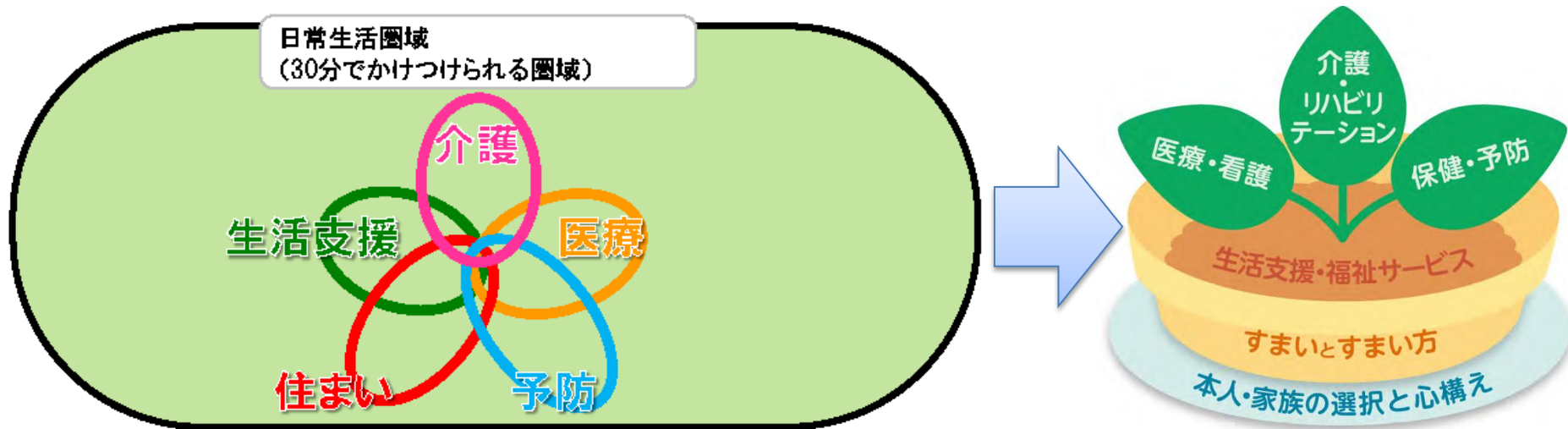
- － 全国的には、当面は外来は増加しているが、遠からず減少に転じる一方、入院は増加し続け、地域によっては限界に
- － そもそも、高齢者が生活者として生き切れる社会づくりが不可欠



- ① 団塊の世代が75歳を越える2025年までを目途に、在宅医療を含む地域包括ケアの普及定着が必要
- ② 地域のかかりつけ医がかかりつけの患者に対してその役割を果たし在宅医療を「点から面」へ広げる必要

→ 以上のことは、日本の今後の本格的な高齢化と高齢社会における医療のあり方を考えると、日本全体の課題であり、残された時間は少ない

地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

左図及び文章: 2012年7月11日厚生労働省在宅医療連携拠点事業説明会より

右図: 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」, 2013より

地域包括ケアシステムとは...

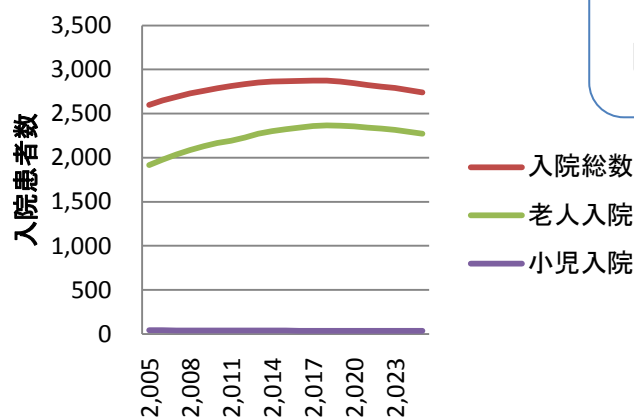
地域包括ケアシステムとは...

住まい・医療・介護・予防・生活支援が要介護者等に包括的かつ継続的に提供

→ 在宅ケアシステムを基本とし、住み慣れた地域で住み続けることを実現

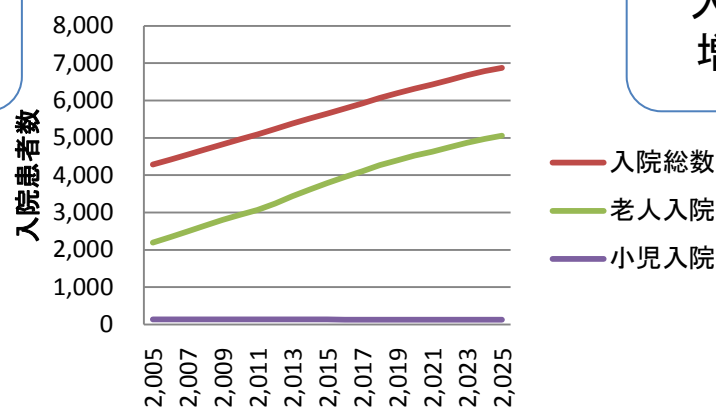
- ① 地域包括ケアを実現する上での最大の課題
：在宅医療がなければ、住まいでの継続居住が困難
- ② 一方、都市部の病院は高齢化に伴い、限界を超える可能性大

安房入院患者予測



千葉県の地方
入院患者は
ピークアウト

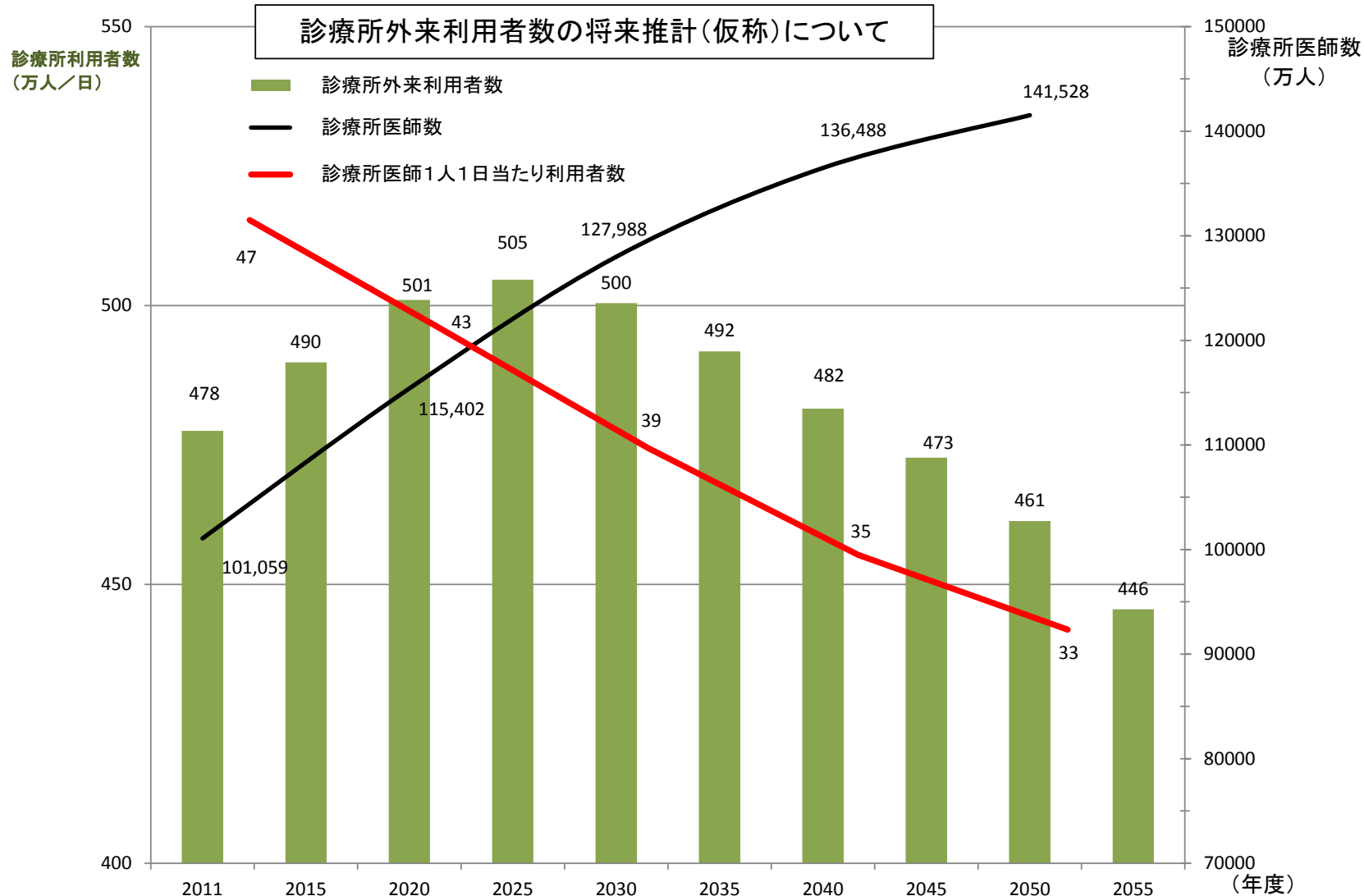
柏市入院患者予測



千葉県の都市部
入院患者は
増え続ける

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの構築が不可欠

診療所外来利用者数の将来推計(仮称)について



- 診療所外来利用者数は、「社会保障改革に関する集中検討会議(第十回)(参考資料1-2)医療・介護に係る長期推計」(平成23年6月2日 内閣官房)の現状投影シナリオを用い、同様の方法により延長したもの。
- 診療所医師数は、2010年医師・歯科医師・看護師調査を用いて10年毎に推計、①40歳以上は平成22年簡易生命表死亡率による死亡減少のみを見込み、②39歳以下は医学部定員(平成24年度以降は一定と仮定)に対する医療施設従事医師数の比率を一定と仮定して算出した。医療施設従事医師数のうち、診療所医師数の割合は足下実績で固定した。

(資料:東京大学辻作成)

柏市での地域包括ケアシステムの具現化

柏市の目指す姿（介護保険事業計画に位置づけ）

：いつまでも地域で暮らすことができる社会

<具体的手法>

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの実現

- ①地域のかかりつけ医が合理的に在宅医療に取り組めるシステムの日本のモデルの実現
- ②サービス付き高齢者向け住宅と在宅医療を含めた24時間の在宅ケアシステムの組み合わせによる、真の地域包括ケアシステムの日本のモデルの実現

柏プロジェクトの構造①

1. ①かかりつけ医の参入とその負担軽減の仕組み(△▲) と②多職種連携の調整の仕組(■)の二重構造
 - ー ■は市(介護保険者)の仕事(市から拠点への委託も可能だが丸投げは不可)
 - ー かかりつけ医の負担軽減の仕組みは色々ありうる
2. 現在の仕組みは、在宅医療・介護連携推進事業にほぼ相当
 - ー 地域医療拠点(柏地域医療連携センター)
 - ー 地区医師会(三師会)と市の在宅医療・介護連携推進事業を担当するセクションが同じ建物に
 - ー 運営を話しあう協議会は、医師会が主導、市が事務局
 - ー その運営は、一つ一つ積み上げて出来上がった

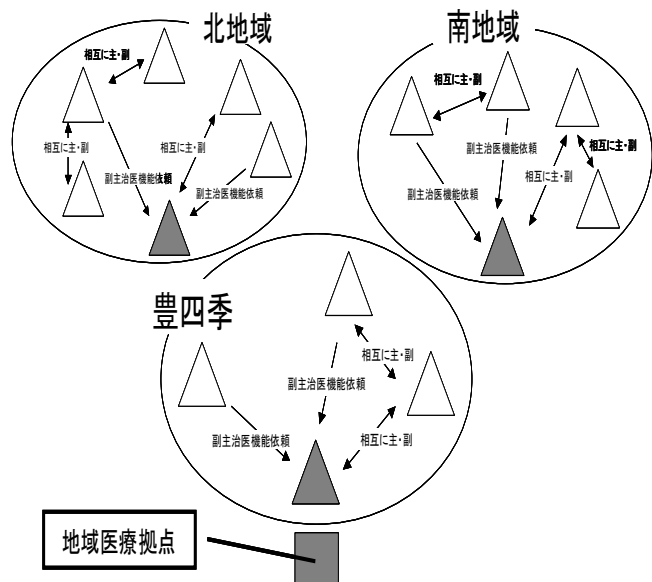
在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

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と医療・看護・介護の連携
→ 地域医療拠点の整備

＜主治医・副主治医システム＞

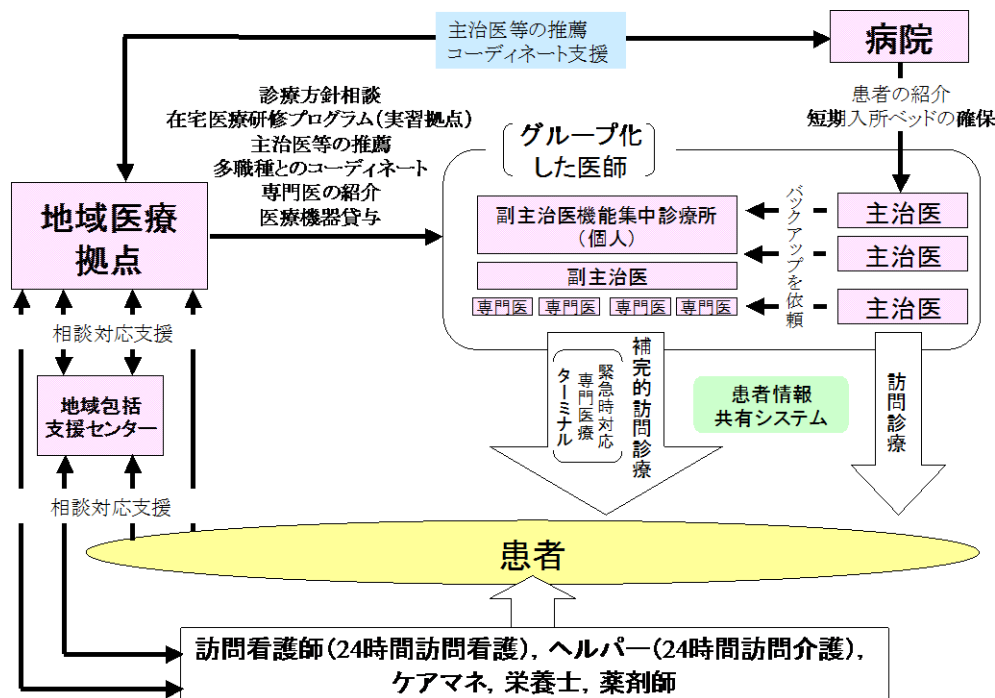
△：主治医(可能な場合は副主治医) ▲：副主治医機能集中診療所 ■：コーディネート等拠点事務局



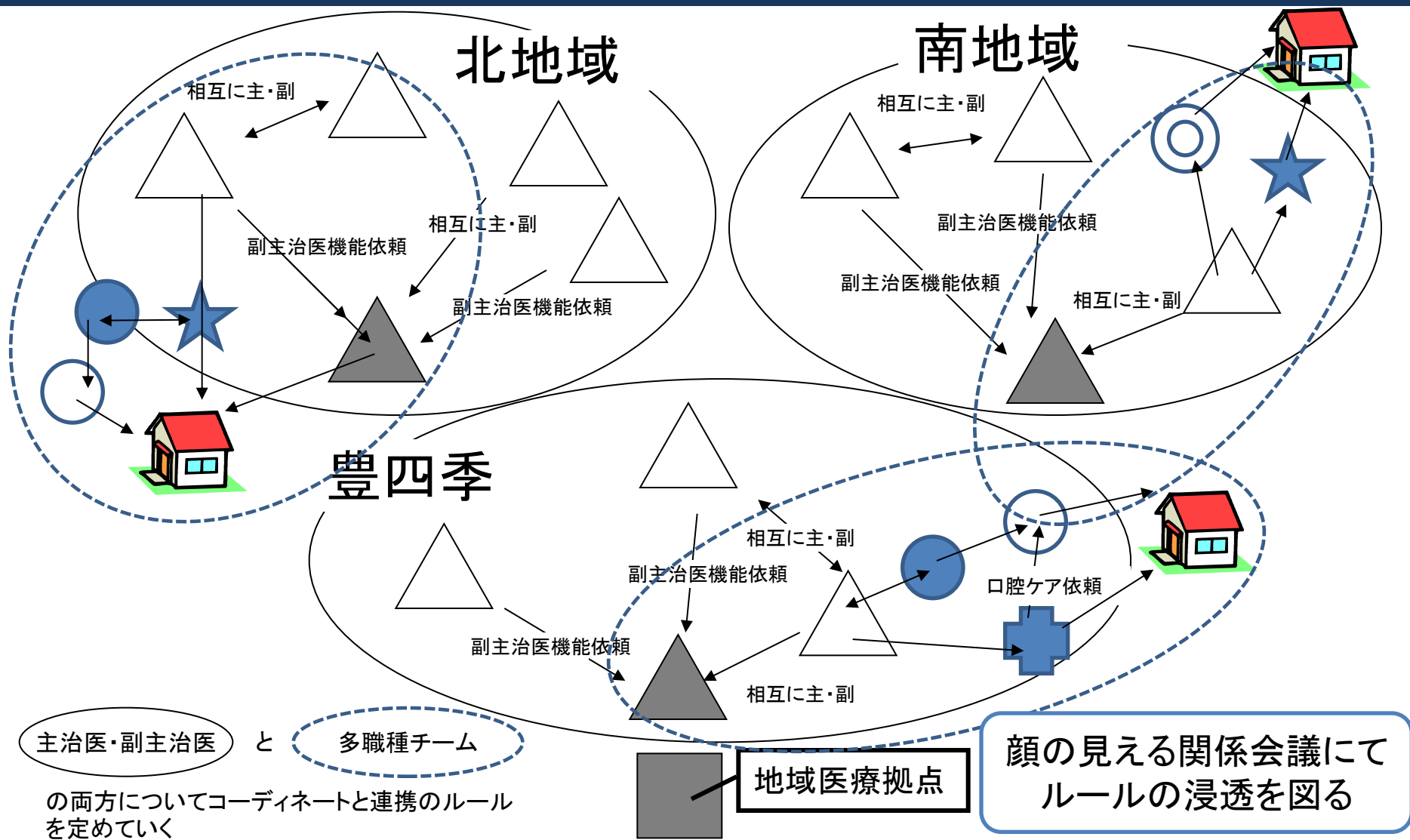
※チーム編成の管制塔機能を地域医療拠点が担う。

(資料：柏市作成)

＜地域包括ケアにおける地域医療拠点の位置づけ＞



在宅医療・看護・介護の連携体制の確立



地域医療拠点: 趣旨と機能

- 地域医療拠点は在宅医療を推進し、地域医療機関をサポートする中核になる。
- 柏市における多職種連携の拠点。
 - ・ 地域医療, がん対策を含めた医療・看護・介護関係職種の連携
 - ・ 市民との医療・看護・介護に関する連携
- 医療・看護・介護の全情報の集積地。

地域医療拠点の機能

施策①: 患者が病院から在宅に戻る際の調整支援機能 等

- 主治医・副主治医の推薦
- 多職種の推薦(多職種のコーディネートが可能にする)

施策②: 主治医の訪問診療を補完するバックアップ機能

- 病院の短期受け入れベッドの確保
- 医療機器の貸与や専門医の紹介といった支援

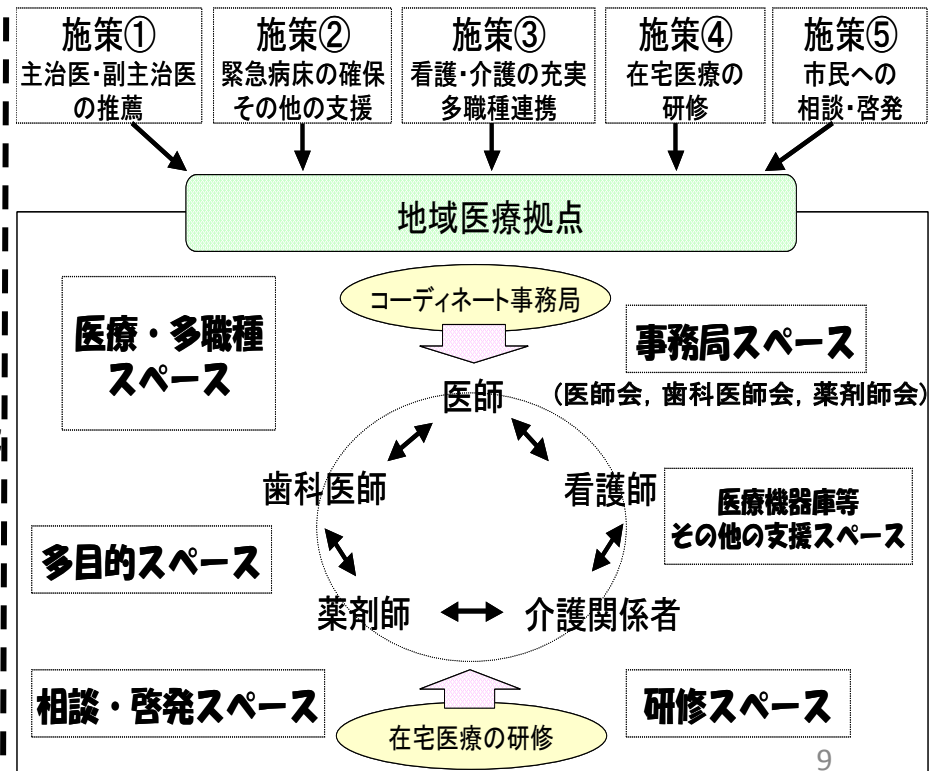
施策③: 医師・多職種による在宅医療・看護・介護の管制機能

施策④: 在宅医療に係る主治医及び副主治医の研修機能

施策⑤: 市民への相談・啓発

- 市民からの相談の支援
- 市民の医療に対する啓発・教育機能

地域医療拠点の役割とスペースのイメージ



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（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・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と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て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

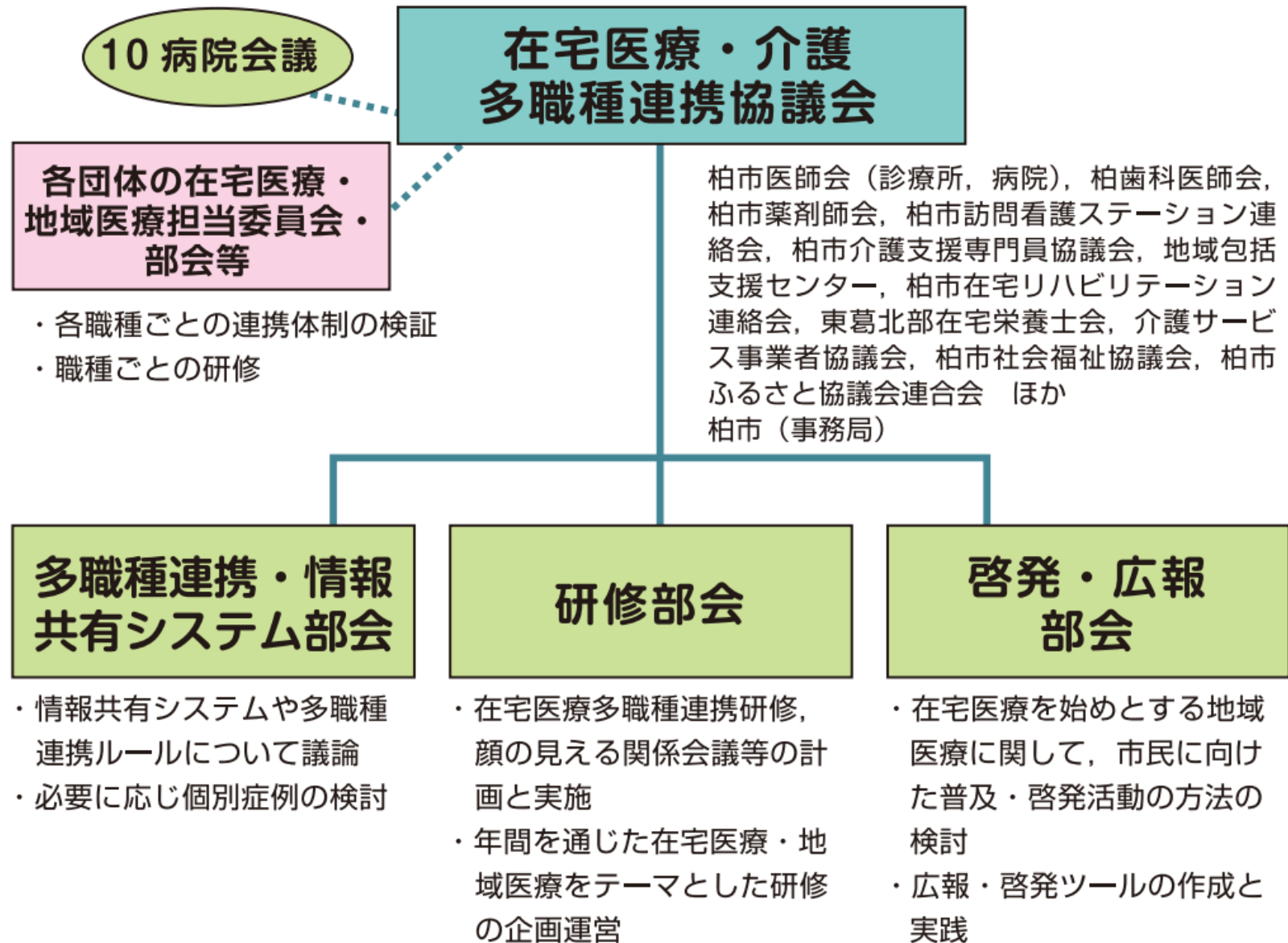
（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

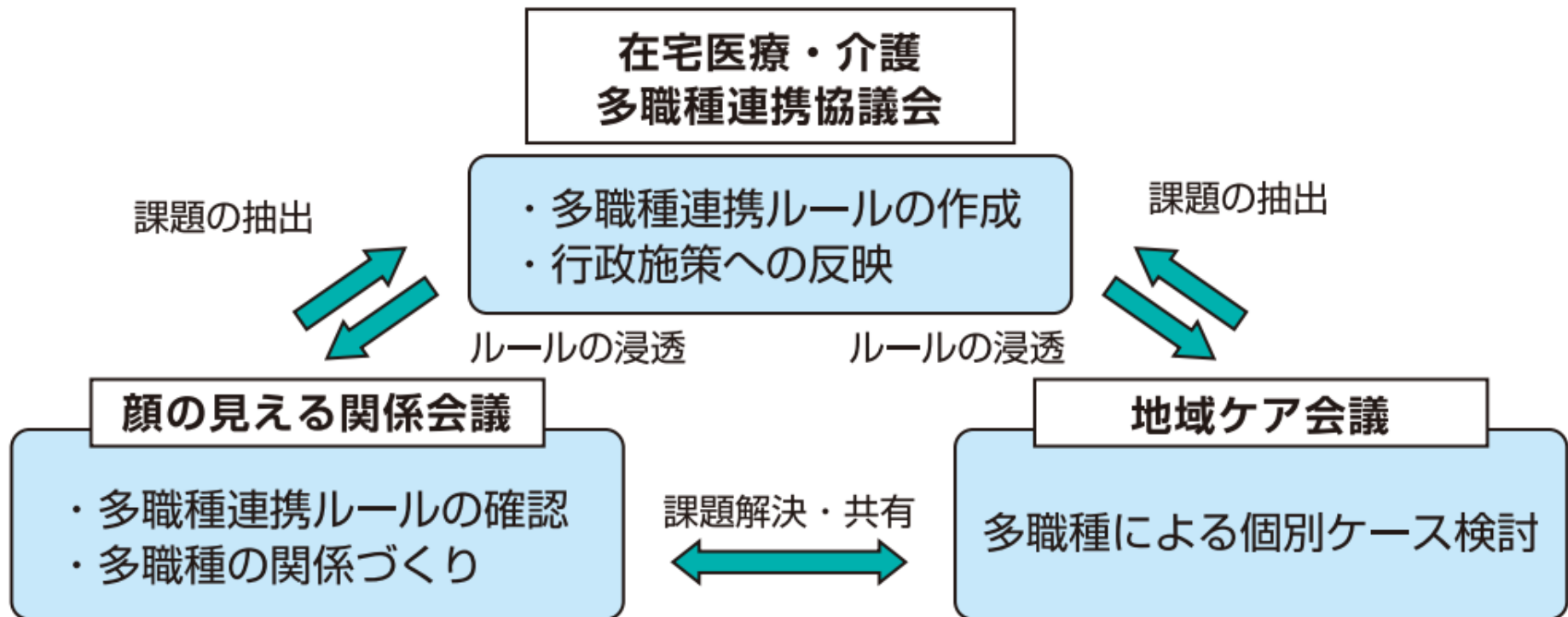
- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

柏市 在宅医療・介護多職種連携協議会



（資料：「在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブック」より）

柏市 在宅医療・介護多職種連携の体制



(資料:在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブックより)

柏プロジェクトの構造②

1. プロジェクトの手順－話し合いの場づくり

- － かかりつけ医の在宅医療への取り組みの在り方
→地区医師会が市と話し合いながら方針を決めた（医療WG）
（市の主体性と今後の方向性についての医師会の意志がポイント）
- － かかりつけ医を含めた多職種連携
→協議の場（連携WG）を市役所が事務局となり設置し、勉強会から始め、進め方を話し合った（医師会のリーダーシップと事務局の機能がポイント）

2. これまでの流れを開いた大きな鍵

- － かかりつけ医が参加する多職種連携研修の実施

柏プロジェクト(ネットワーク化)の手順

1. 第1段階

- － 医師会と市役所との話し合い(医療WG)

2. 第2段階

- － 医師会をはじめとする各職種団体の意見交換と意思決定の場(連携WG)

3. 第3段階

- － 試行WGでモデル作業(情報システムの試行を含む)
 - － 顔の見える関係者会議(市内の繋ぎの場)
- ➡在宅医療多職種研修が土台となった

柏プロジェクトの連携の場

在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要。

→ システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置(事務局は柏市)。

(1) 医療WG

医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論

(2) 連携WG

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によるWGを構成し、多職種による連携について議論

(3) 試行WG

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

(4) 10病院会議

柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論

(5) 顔の見える関係会議

柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議



在宅医療多職種研修の意義

1. かかりつけ医が在宅医療に取り組む動機づけ

- － 在宅医療についての基本的認識の確認
- － 多職種のグループワーク
- － 同行訪問による現場の体験

2. 市町村における多職種のチームビルディング

- － 医師と他職種の交流による互いの大きな学び



- かかりつけ医の在宅医療への参入が進み、多職種連携の機運も柏市全体に盛り上がってきた（顔の見える関係会議などが進行中）
- 成功の大きな要因は、市役所と地区医師会の協調と医師会員の積極的な参加だった。その際、研修プログラムを管理する研修リーダーが必要

在宅医療・介護連携推進の核としての 医師会・市町村

いずれもその役割を果たすことのできる
地域では唯一無二に近い存在

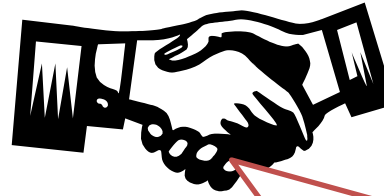
郡市医師会(旗振り役)

地域の医療を面的に支える
(医療機関をつなげる)存在



市町村行政(支え役)

地域包括ケアシステムの
構築において中心的な
役割を担う立場



両者がタッグを組むことにより
「医療」を含む真の地域包括
ケアシステムが構築される

さらに他の関係者を巻き込んでいく （「研修開催への協力」をきっかけに）



柏市 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

主催： 柏市医師会、柏市

共催： 柏歯科医師会、柏市薬剤師会、柏市訪問看護連絡会、
柏市介護支援専門員協議会、柏市在宅リハビリテーション連絡会

後援： 国立長寿医療研究センター

協力： 東京大学高齢社会総合研究機構

1日目

○午後半日で開催

※近年は1日

○内容

- ・在宅医療が必要とされる背景(講義)
- ・地域資源マッピング(GW)
- ・領域別セッション(講義・GW)
- ・懇親会



多職種によるGW

実習

(医師のみ)

○3時間×2回

○以下のメニューから選択

- ・訪問診療同行
- ・訪問看護同行
- ・ケアマネジャー同行
- ・緩和ケア病棟回診



訪問診療同行

2日目

(1日目の1～1.5ヶ月後)

○終日開催

○内容

- ・在宅医療の導入(講義)
- ・多職種連携協働:IPW(講義)
- ・領域別セッション(講義・GW)
- ・実習振り返り(GW)
- ・在宅医療推進の課題とその解決策(GW)
- ・制度・報酬(講義)
- ・修了証書授与



受講者一同による集合写真

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

○研修会開催支援ツール(1) 研修運営ガイド

- ー 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／厚生労働省による共同名義
- ー 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- ー 開催日程に応じていくつかのパターンを例示

運営ガイドの内容

ホームページ上で公開中
随時活用可能



チェックリストを
一つずつ進めていくことで
研修会の企画・運営が
できるようになっています



【研修会開催に関する問合せ先】

東京大学 高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点(在宅医療研修担当)
Mail homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp Tel 04-7136-6681 Fax 04-7136-6677
〒277-8589 千葉県柏市柏の葉5-1-5第2総合研究棟
※ 問合せは原則メールにてお願いいたします。一度に多数のお問合せをいただいた場合、即日返信が難しい場合がございます。

※ 本研修会は平成24～25年度厚生労働科学研究費補助金ならびに千葉県地域医療再生基金の成果の一部として開発されています。

○研修会開催支援ツール(2) ホームページ

- ー 講師となる方が活用できる資料(講義スライド、読み原稿、動画など)を収載
 - ー 事務局使用様式(依頼状など)も一式収載
 - ー テーマ別の120分構成のコンテンツ(講義＋グループワーク)を整備
- 地域のニーズに応じて研修内容のカスタマイズが可能

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

Q & A お知らせ お問い合わせ

トップページ 概要 資料 予定・実績 領域別セッション 主催者・講師向け

かかりつけ医の動機づけ

<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/>
にアクセスし、「主催者・講師向け」
ページにてパスワード発行依頼
→ あらゆる資料を使用可能(講義スライド、講師読み原稿、動画など)

多職種チームビルディングの促進

○研修会開催支援ツール(3) 効果検証支援

- ー 東京大学高齢社会総合研究機構／医学部在宅医療学拠点では、評価アンケートを受講前／直後／1年後／2年後と実施(地域間比較が可能)
- ー 意識変化のほか、医師に対しては診療報酬の算定状況の変化を調査し、行動変容を追跡

検証を希望される場合は左記問合せ先まで



東京大学 高齢社会総合研究機構
INSTITUTE OF GERONTOLOGY, The University of Tokyo



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
National Center for Geriatrics and Gerontology

顔の見える関係会議

【目的】 医療・看護・介護の関係者が一堂に会して課題把握や意識啓発を行うことで多職種連携を図る

- ・平成24年から通算12回
- ・200人が一堂に会する
- ・述べ参加者数2,223名

【開催例】 平成24年度 第2回 顔の見える関係会議

- ・ 開催日時: 平成24年9月28日(水) 19:00～21:00
- ・ 内容: グループワーク「多職種連携の推進のために～お互いの業務を知ろう～」
- ・ 参加者: 総数158名

医師(病院6名、診療所7名)、歯科医師・衛生士(11名)、
薬剤師(10名)、看護師(訪問看護12名、病院診療所8名)、
病院地域連携室職員(14名)、地域包括(12名)、
介護サービス事業者(7名)、栄養士(12名)、
理学療法士・作業療法士(10名)、その他: 市職員等(42名)



多職種チームでの
プレゼンテーション



質問付箋紙と
「イイネ！」シール貼付



グループごとの発表



同職種ごとの作戦会議
(自己紹介シート作成)

在宅医療・介護連携推進事業を進める上で 多職種連携研修が初速を与える

課題と方針の協議

(ア) 地域資源の把握



(イ) 課題抽出と
対応策の検討

従事者の意識・機運を醸成

(カ) 研修(導入的なもの)

個別の課題解決の取り組み

(ウ) 切れ目のない提供体制構築

(エ) 情報共有の支援

(オ) 相談支援

(カ)' 研修(テーマ別)

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 関係市区町村の連携

まとめ—都道府県在宅医療・介護連携事業担当者に 期待すること

I、在宅医療介護連携推進事業は、医療介護総合改革成否のカギである

II、在宅医療・介護連携推進事業のカギは、しっかりと意図を持った多職種連携研修事業である

①事務局役の自治体のしっかりした展望と使命感がなければ、改革は進まない

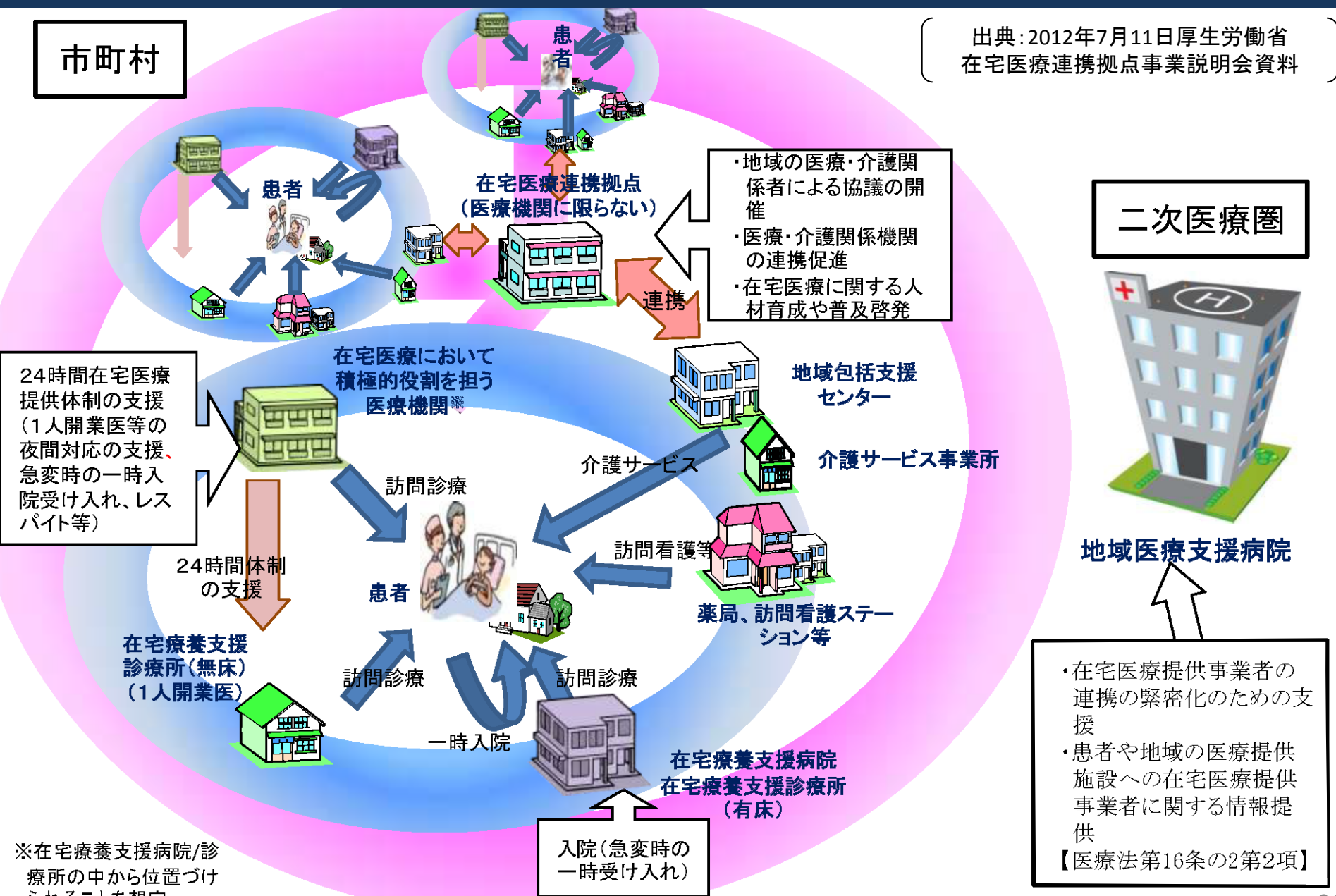
②モデル的な研修事業のイメージをしっかりとつかんでほしい

③都道府県のリーダーシップに期待する

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等の役割(イメージ)

市町村

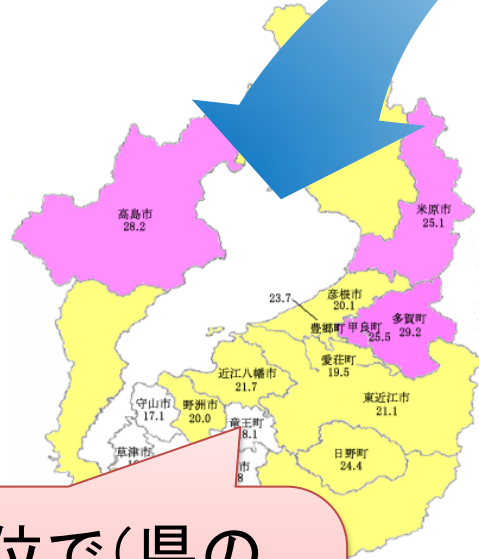
出典:2012年7月11日厚生労働省
在宅医療連携拠点事業説明会資料



他地域における多職種連携研修会の展開 <滋賀県>

① 県全域を対象とした多職種研修会を開催(概ね1市町につき1テーブル程度)

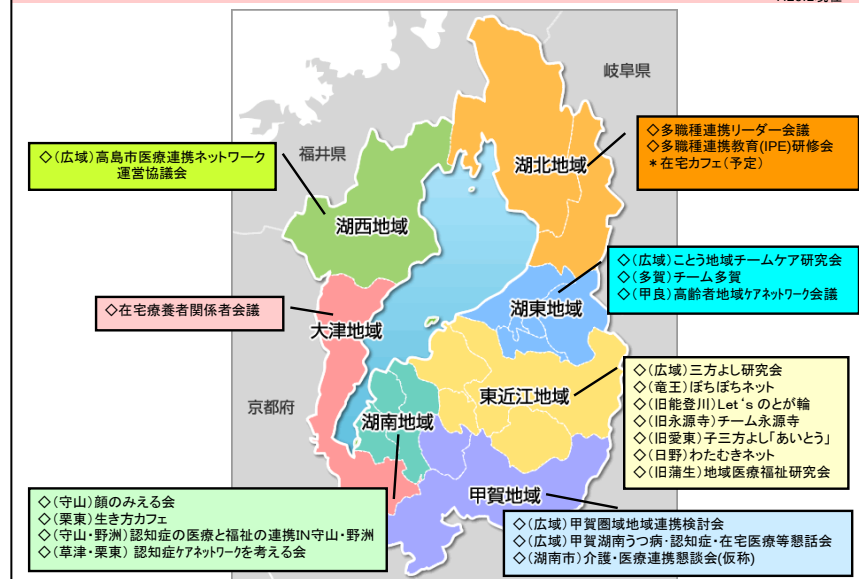
滋賀県在宅医療セミナー



② 市町単位で(県の研修より軽い)研修会や会合を開催しつながりを強める

県内各地で動き出した多職種の集まり

H26.1現在



他地域における多職種連携研修会の展開 <東京都北区>



2時間～1日を約半年にわたって開催。
全職種が同行訪問研修を経験。
(H27から多職種研修1.5日+フォローアップ研修で実施)

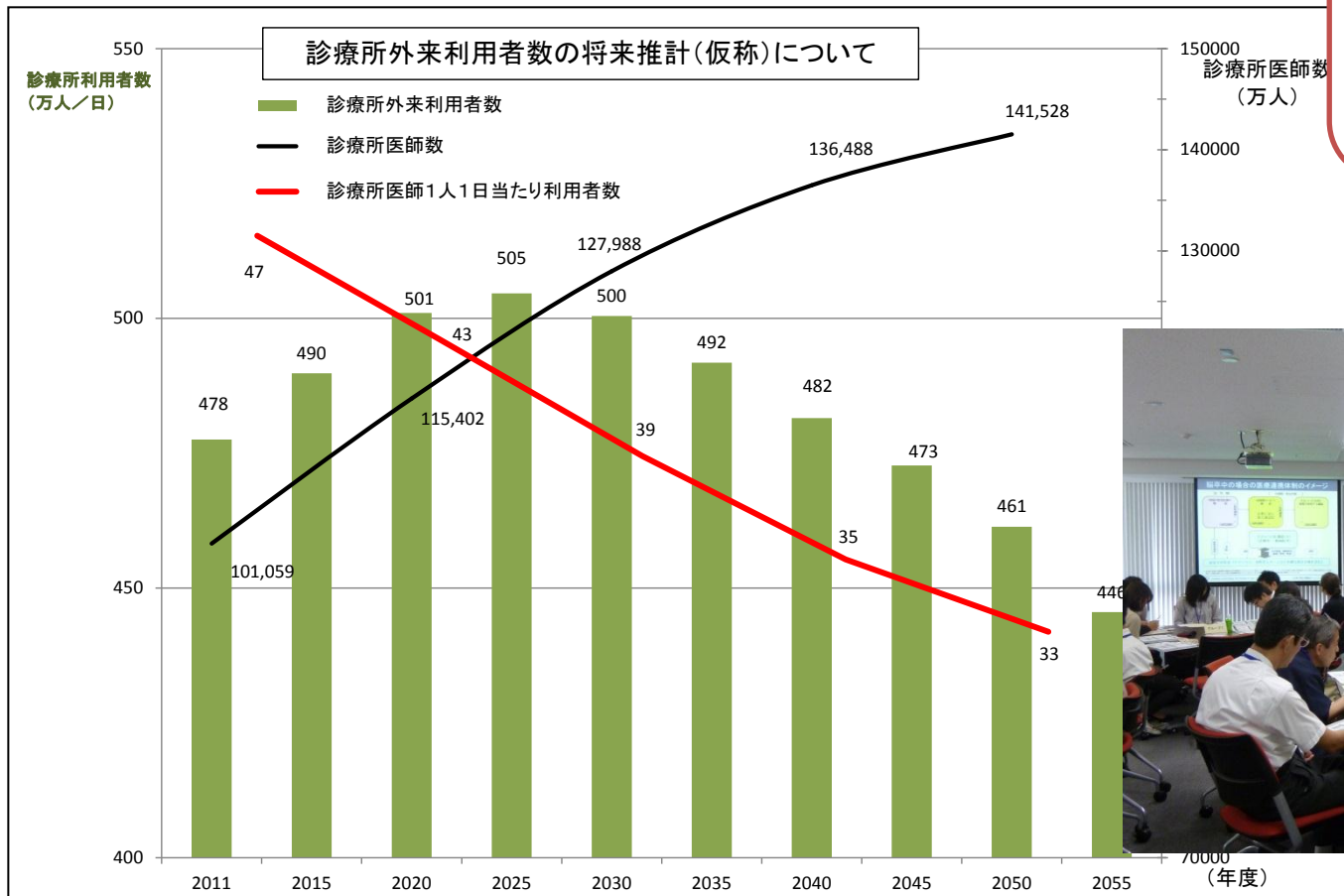
参考資料

在宅医療推進のための地域における
多職種連携研修会

開催風景(講義)

- 講義名「在宅医療が果たすべき役割」
 - 今後の高齢化を見越した問題意識の喚起

講義は最小限度
(1講義あたり30
~40分が限度)



開催風景(グループワーク)

- グループワーク名 「医療介護資源マップの作成」
 - 行政職員が登壇して地域の資源の特徴について解説
 - 上記講義を踏まえ、**アイスブレイキング**を兼ねて医療・介護資源マップを作成



作業内容

- 在宅支援診療所・訪問看護ステーション等の所在地のプロット
- 口コミ情報の書き込み

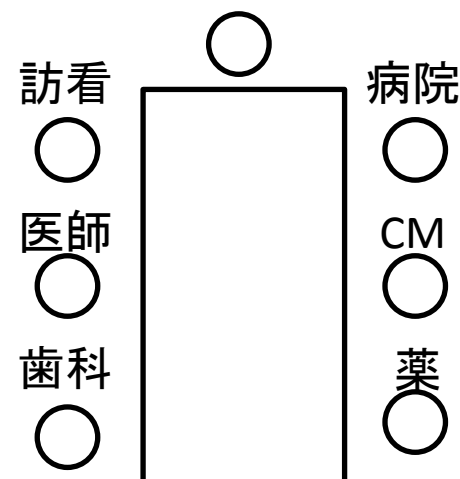
開催風景(グループワーク)

- グループワーク名「がんの症状緩和と多職種による在宅療養支援」(事例検討)
 - GWの前段で基本講義を行い、講義＋GWの「領域別セッション」として一連で実施
 - 医師が「地域に頼りになる多職種がいる」ことを認識する機会



グループ席配置例

ファシリテーター



開催風景(グループワーク)

- グループワーク名「在宅医療を推進する上での課題とその解決策」
 - 研修会の総括的位置付け
 - まず講義にて**多職種連携協働(IPW)の意識**を全職種で共有
 - 「**地域**」という**単位**で受講者が**同じ方向を向く**ために、地域の課題抽出とその解決策について議論を行う



(1) 地域における課題をカードに書き出す

(2) グループ分けし表題を書き込む

(3) 課題とその解決策について班ごとに発表し全体で共有

開催風景（目標発表）

- 今後の目標を立て、開業医を中心に発表
- 開業医が今後地域で在宅医療をどのように取り組んでいくかを、関係者の前で「宣言」する場

過去の研修会で実際に発表された目標の例



目標とする 在宅医のイメージ		自分、自分の家族が受けたい医療の 実践。患者・家族に安心を与えられる 在宅医
今後の 目標	臨床	一般的な医療全体のプライマリーな治 療を行い、専門性のあるものは適切な 対応ができる
	課題の発 見・得意 分野	医師がそれぞれ得意な分野を他の医 療に提供でき、将来的にも得意な分 野を成長させる
	地域社会	医療を行っている地域に発生する在 宅の患者の問題を適切に処理できる

開催風景（在宅実地研修：同行訪問）

- ・ 現役開業医が他の医師の診療に同行することは稀有の機会
- ・ 質の高い実践の見学は、動機づけ効果が高い



訪問診療同行



多職種同行
（訪問看護）



多職種同行
（ケアマネジャー）

開催風景（懇談会）

- 職種を越えた懇談会（ないしそれに準ずる交流の場）を意図的に設定



継続開催による循環

継続開催により受講者が研修会運営に参画（講師・司会）



（写真：柏市第4期より）

（写真：柏市第3期より）



継続開催による循環：受講者から講師役に 「修了者が語る在宅医療の実際」

⑥70歳女性 S状結腸がん術後 癌性腹膜炎

亜イレウス状態でサンドスタチン

在宅高カロリー輸液

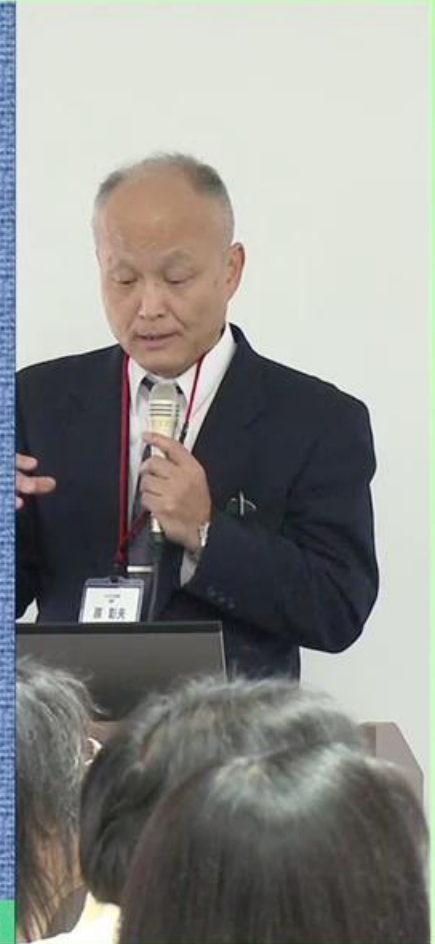
⇒在宅専門診療所の**在宅医・薬局薬剤師**
に電話で相談

午前中外来時間中に死亡

⇒朝**看護師**訪問時に死亡時間が近いことを
話して心肺停止状態で時間を確認し
主治医に電話をするように話してもらう。

午前中心肺停止、外来を15分止めて死亡確認

 つくしが丘医院



(写真：柏市第4期より)

走り続けるための取り組み

柏市 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 フォローアップ研修 受講者募集



【主催】
東京大学
高齢社会総合研究機構

【共催】(予定)
柏市医師会、柏市

【後援】(予定)
国立長寿医療研究センター

- 目的：在宅医療に必要な知識の提供、在宅医療推進多職種連携研修会によって培われた連携の強化と新たなつながりの創出
- 日程：平成25年10月23日(水)
11月7日(木)、11月21日(木)
- 時間：18:55～21:05 (18:30受付開始)
- 受講対象者：
柏市内で在宅医療・介護に従事されている方
※フォローアップ研修という趣旨に鑑み、柏市在宅医療推進多職種連携研修会及びその前身である柏市在宅医療研修試行プログラム、柏市動機づけコースの修了者を優先的に受け付けます
- 募集人数：各日程数十名程度(予定)
- 研修の内容：講義(40分)とグループワーク(80分)の計120分



日程	研修会場	テーマ	講師
10月23日(水)	ウェルネス柏 4階研修室	摂食嚥下・口腔ケア	戸原玄、野原幹司 山口朱見
11月 7日(木)	柏市役所別館 4階大会議室	栄養	小野沢滋、田中弥生
11月21日(木)	ウェルネス柏 4階研修室	褥瘡	鈴木央

- 本研修は、汎用教材の作成と自習教材の提供等を目的として、(株)ケアネットによる撮影及びWebストーリー配信を予定しております。そのため、当日研修風景を撮影致しますことをご了解をいただきたく存じますが、もし不都合がございます場合には、下記問い合わせ先までご連絡ください。
- 本研修に関するお問い合わせ：
東京大学高齢社会総合研究機構(担当：土屋・櫻井・山川・吉江、電話：04-7136-6676)

- 本研修は、従事者・地域に「初速」を与え得るもの



- 「機運の持続力」を与えるプログラムも並行的に必要
 - － 24時間365日対応の負担軽減策(診診連携・病診連携・訪問看護)
 - － ICT等の活用
 - － フォローアップ研修
 - － 症例検討会

等々