

平成28年度 老人保健事業推進費当補助金 健康保健健康増進等事業
**地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における
在宅医療・介護連携推進事業の実施状況及び先進事例等に関する
調査研究事業
報告書概要版**

2017年3月

株式会社野村総合研究所
コンサルティング事業本部
消費サービス・ヘルスケアコンサルティング部

〒100-0004
東京都千代田区大手町1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブビル

調査主旨

本資料では、本調査・研究の概要を取り纏めている。事業進捗に資する理想的な取組方針を大枠で示しているが、より詳細については報告書本編を参照いただきたい。

本調査の目的

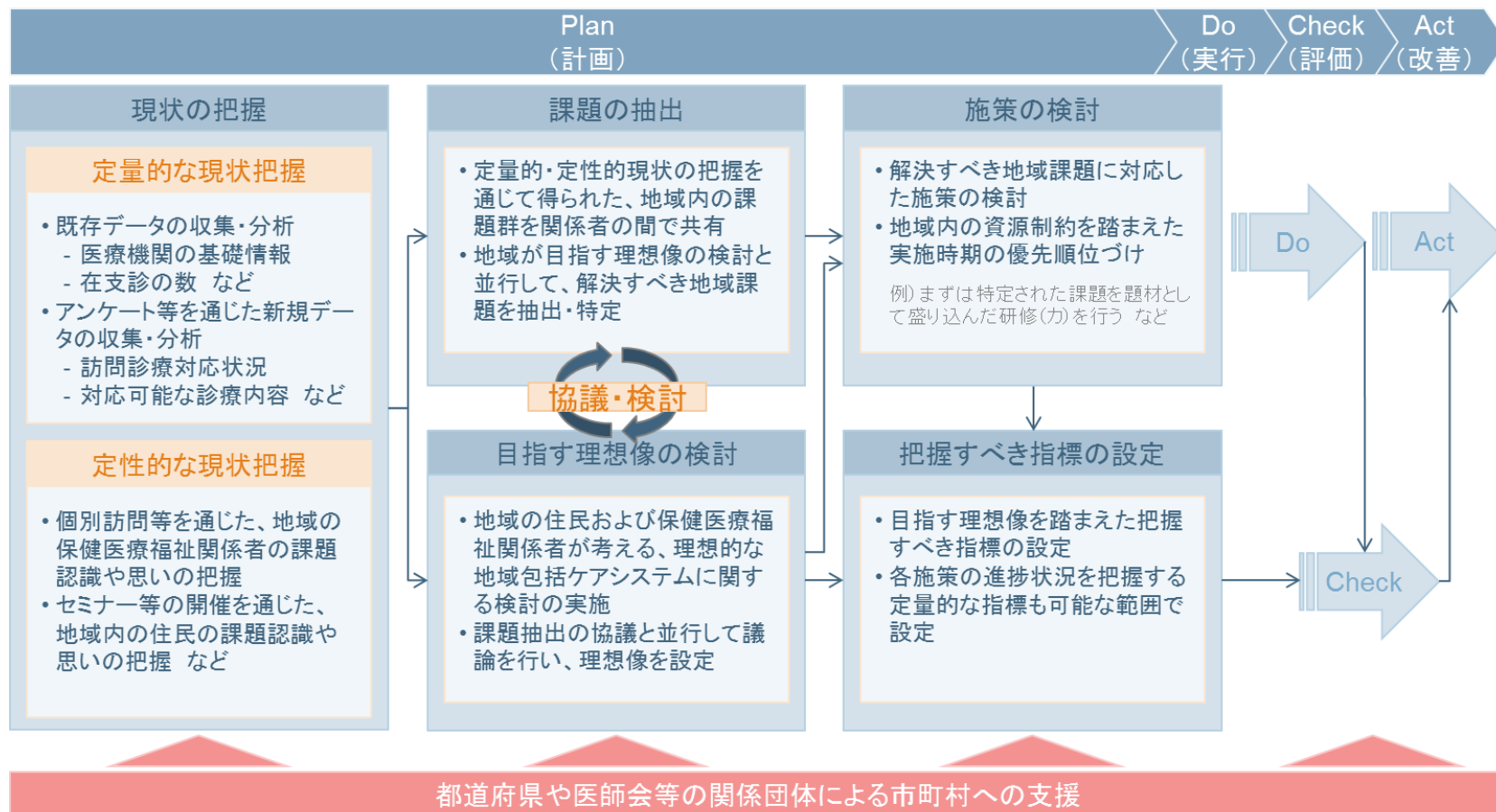
- 本調査研究では、全国の市区町村を対象とした在宅医療・介護連携推進事業に関する実施・準備状況を、平成27年度研究のアンケート調査結果等に基づいて調査した。
 - その調査結果に基づいて、市区町村による参考事例や共同実施等の効率的な取組事例、さらには都道府県による効果的な市区町村支援等の事例を、幅広く収集した。

- 上記と並行する形で、有識者や自治体等の関係者による調査検討委員会を設置し、全国の事例を参考にしながら、より効果的に在宅医療・介護連携推進事業を推進するための検討を行った。

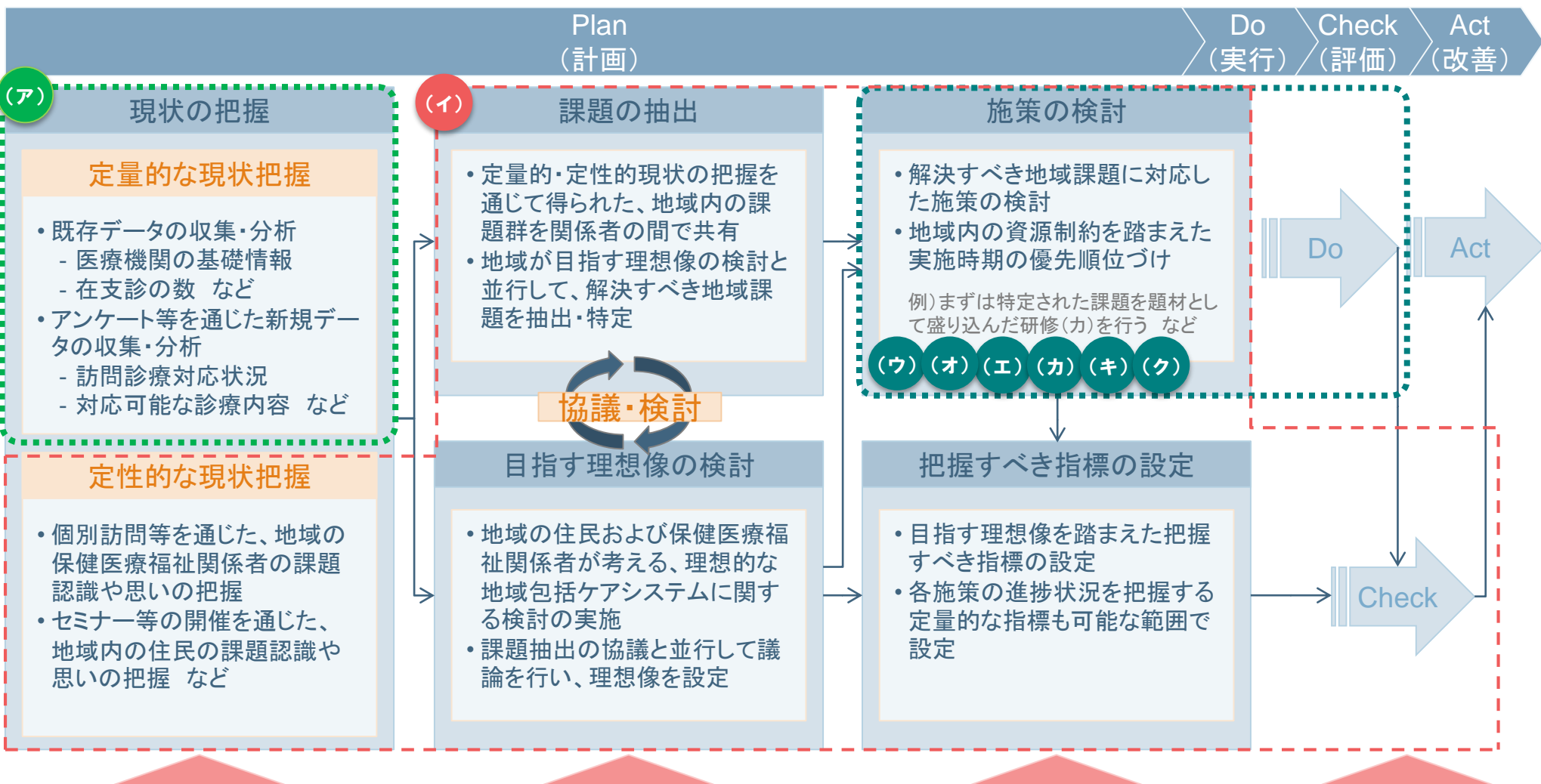
- これらの取組を通じて、各市区町村の担当者が在宅医療・介護連携推進事業に取り組む際の参考となる報告書を取りまとめることを、本調査研究の目的とした。
 - なお、各章で参考事例について詳述しているが、各市区町村それぞれの事情がある中で、取組内容をそのまま模倣すれば良いわけではない点に留意していただきたい。

自治体担当者は、地域の実情にあった医療と介護の連携を推進すべく、その実施方法について市区町村の現状および課題を把握してその対応策を協議することが求められる。

- 在宅医療・介護連携推進事業の効率的かつ効果的な実施を実現するためには、まず初めに地域におけるPlan(計画)を練り、以降その計画に沿ってDo(実行)～Check(評価)～Act(改善)を行うことが重要である。
- そして、翌年度のPlan(計画)につなげるという一連のプロセスが、在宅医療・介護連携推進事業を効果的に進めるためのPDCAサイクルの基本的な仕組みである。



在宅医療・介護連携推進事業の事業項目PDCA図との対応関係
**在宅医療・介護連携推進事業における8つの事業項目は、
 現在の手引書Ver.1に準拠しつつPlan部のみに着目すると、下記のように位置づけられ
 る。**

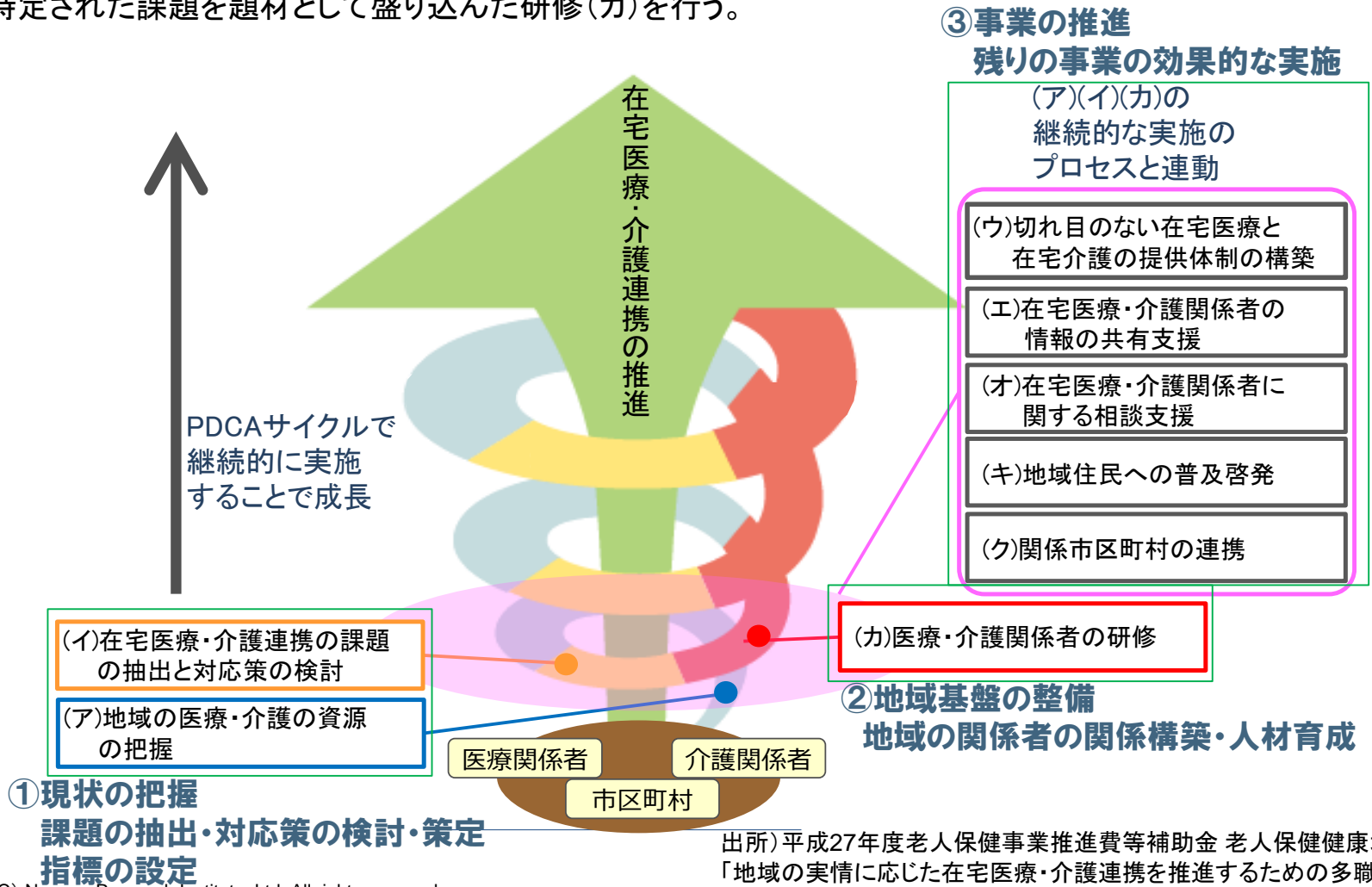


都道府県や医師会等の関係団体による市町村への支援

在宅医療・介護連携推進事業の効果的かつ効率的な進め方

P、C、Aにあたる(ア)、(イ)に取り組んだ後、医療・介護関係者のネットワーク化などの取組で提供体制の強化を図れる(カ)に対応し、残りの事業項目を進める流れが望ましい。

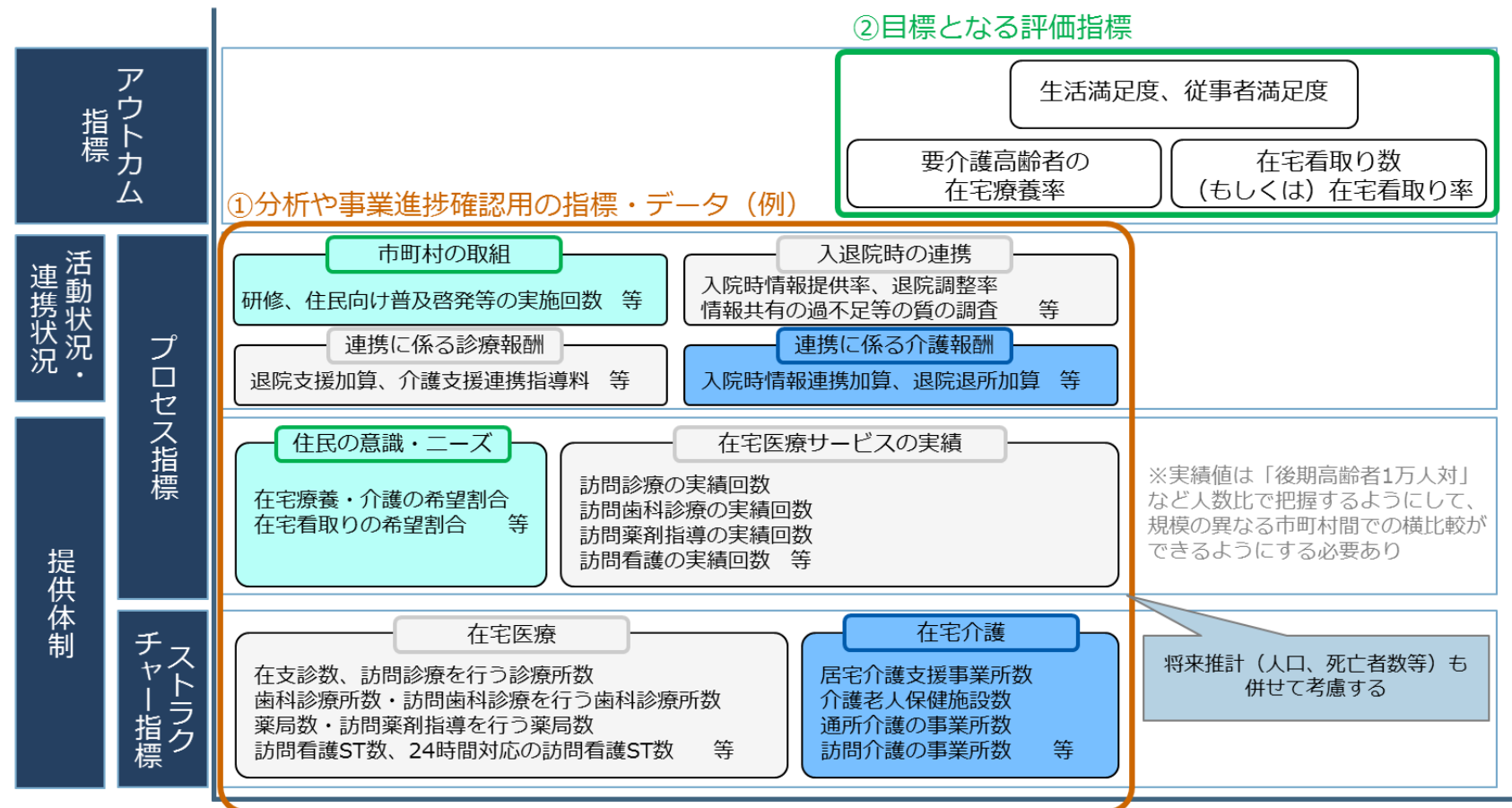
- (ア)(イ)を通じて、現状の把握から地域課題を特定し、対応策や事業進捗を把握するための指標を設定する。
- 続いて、特定された課題を題材として盛り込んだ研修(カ)を行う。



把握すべき指標について | PDCAのCheckで用いる指標候補の全体感と選定に当たっての考え方

一般的に指標は、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの3つに分類できる。
 これらの指標は、評価すべき内容や目的に応じて適切に選定されるべきである。

- 指標を設定して評価する目的および対応する指標の組み合わせは、下記の2通りに分類される。
 - 地域の課題の分析や進捗状況を確認するため、①分析や事業進捗確認用の指標・データを把握する
 - 在宅医療・介護連携推進事業を進めた結果、どれだけ目標の状態に迫ったかを確認するため、②目標となる評価指標を把握する。



把握すべき指標について | 課題と対応指標の例

参考自治体では、地域課題の状態や改善状況の把握を目的に、下記に示す指標を活用している。

大分類	課題の概要	対応指標
<p>①入退院連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医療依存度の高い要介護高齢者の在宅療養継続のための医療・介護連携の推進が不十分 高齢者の絶対数が増えることへの対応。特に、在宅療養の受入態勢が構築されていない 	<ul style="list-style-type: none"> 人口10万人対医師数 入院病床から在宅へ移行する患者数推計 病院退院後の行き先と在宅医療につながった実績の状況 入院医療の医療圏内完結率 入院時情報提供率、退院調整率、退院支援加算、介護支援連携指導料、入院時情報連携加算 特別養護老人ホーム/介護老人保健施設の入所待機者数
<p>②日常の療養支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢化が進んで在宅療養患者が増えることが予測される中で、包括的かつ継続的な在宅医療提供体制が未整備 24時間365日対応への負担感や、専門領域外への診療への不安感から、在宅診療を行う医師が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> 病院・診療所数、在宅療養支援診療所数、訪問看護ST数、人口10万人対医師数、介護保険サービス事業者数、将来人口推計、高齢化率、要支援要介護者数 在宅療養・介護の希望割合 訪問診療・往診件数・実人数、訪問看護指導料件数、訪問看護の(夜間休日)対応の実績 死亡場所別死亡数の推移・構成 要介護高齢者の在宅療養率、生活満足度、従事者満足度
<p>③急変時の対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域との関わりの少ない一人暮らし高齢者等、医療・介護につながらない高齢者の緊急時の対応に様々な困難が伴っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療圏単位の病院・施設数、病床数 一次～三次救急医療体制 医師の人口10万人対数 在宅療養支援病院数、在宅療養支援診療所数 かかりつけ医での往診可能な医療機関数、訪問可能な薬局数 訪問診療・往診件数・実人数
<p>④看取り</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域における在宅医療・介護連携推進事業の最終的な成果を把握できない 	<ul style="list-style-type: none"> 最期を迎える場所の意向 終末期の療養場所の意向 在宅看取りの希望割合 死亡場所別死亡数の推移・構成比 在宅看取り数・率

事業項目別の効果的な支援の立案（ア）現状の把握（定量的・定性的）定量情報提供状況の過不足の把握と見える化。

一方で、将来的な資源の過不足を予測して、事業項目（イ）に引き継ぐことも重要である。

■ 定量的な情報把握の理想的なステップ

- 取り組むべき必要最低限のステップ
- 必須ではないが最終的に達成すべきステップ

1. 地域で把握可能な既存情報の整理

- ✓ 地域で入手可能な在宅医療・介護連携推進事業の把握に資する情報を整理する。
 - ・ 具体的には、人口、高齢化率、要支援・要介護度別高齢者数などの情報など比較的入手が可能なものから整理する

2. 在宅医療・介護の必要量（需要）や資源量（供給）の現状を把握する

- ✓ 地域の医療資源量の把握と合わせて、医療機関がどのようなサービスを提供しているのかを整理する
 - ・ 具体的には、医療・介護資源の把握のため、地域に存在する施設、提供サービス内容、営業時間等を把握する
- ✓ 提供するサービスの種類・対応可能時間帯や情報公開の可否などの情報は医療機関へのアンケートの実施が望ましい
 - ・ 収集した情報の鮮度を保つためにも、年に一度アンケートを取り直すなど、データ更新の手法・仕組みを予め検討することが望ましい

3. 地域内の医療・介護関係者や住民に対し、地域内の医療・介護資源の状況を共有する

- ✓ 1で収集した情報を、地域住民、在宅医療・介護に携わる関係者ならびに地域住民に共有することが望ましい
 - ・ 共有手法の例としては、①行政のホームページ上でのマップ揭示、②地域のガイドマップへの情報開示などの見える化が挙げられる

4. 在宅医療・介護の必要量（需要）や資源量（供給）の将来を推計する

- ✓ 地域における在宅医療・介護連携推進事業のあり方を検討していくに当たり、将来的に必要な医療・介護の需要及び供給量を推計する
 - ・ 地域における要介護高齢者数の推計や訪問診療数の推計から、必要な医療供給量の把握といったアプローチが考えられる

定性譲歩の把握は、関係団体へのヒアリングが最も効率的である。医療機関訪問時の簡易ヒアリングも貴重な情報を幅広く収集できるが、医師の負担を懸念する声もある

■ 定性的な情報把握の理想的なステップ

- 取り組むべき必要最低限のステップ
- 必須ではないが最終的に達成すべきステップ

1. 職能団体へのヒアリングを通じて、地域が抱える問題や要処理事項を抽出する。

- ✓ 地域の職能団体にヒアリングを行い、在宅医療・介護連携推進事業に関連する地域課題や意見・要望を収集する
 - 初めに郡市区医師会において、在宅医療を担当する医師、もしくは医師会との窓口を担う医師との関係を構築し、ヒアリングを行う
 - 医師会以外にも地域における各職能団体との関係構築・情報収集を目的としたヒアリングを行うことが望ましい
- ✓ 各団体の現状認識を把握するため、地域課題や困りごと、在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿など予め聴取項目を決定しておく
 - 情報収集に終始するのではなく、ヒアリングを通じ関係団体との協力関係の構築も併せて進められれば理想的である
 - 各職能団体の担当者、地域のキーマンと必要に応じて情報提供をしてもらえる関係を構築する

2. ヒアリングで得られた内容を類型化し、問題・要処理事項を一般化する

- ✓ ヒアリングで得られた情報をシート上で整理し、どのような意見が寄せられたかを一覧化する
- ✓ 整理したヒアリング結果から地域における課題を類型化していくことで、地域に見られる課題仮説を抽出する

■ 定性情報の整理(例)

平成26年度向こう三軒両隣会議・虐待ケース・徘徊ケース等とりまとめ一覧(4~5月) ※個人情報保護のため事例は改変しています

NO	事例の概要	日時	ニーズ キャッチの ルート	キー ワード	テーマ	参 集 者	成 功 体 験			残された課題
							A: アセスメントの進化	B: ネットワークの強化	C: 資源活用・開発	
1	1	4月0日	ケアマネジャー	医療	日中指定で夜間急を併合に際し高齢者の見守り体制づくり	本人・長女・区長・民生委員・訪問看護・福祉	●訪問者にも、病気の様子を知らせていた。良かった。	●家族と訪問者の「暮らし」を共有する「関係づくり」ができた。	●訪問看護の緊急対応時にも、地域の見守り体制を組み合わせた。	見守り体制の構築が難しい
2	1	4月0日	地域の健康センター	高齢者の認知症	「あの人は記憶です」と、特定の訪問者を犯人扱いするケース	在宅介護センター・CM・訪問者・民生委員・協力員・駐在員・福祉	●訪問者との個別アセスメントにより、家族の感情と問題を共有し解決の糸が繋がりました。	●居られ姿勢のターゲットになっている。関係の精神的フォローも地域と共に。	●繋がってきただけでのインフラを整える。	地域の認知症に対する理解
3	1	4月0日	地域の健康センター	アルコール依存症	アルコール依存症の2人の子どもの生活がどう変化するのか?	司法書士・民生委員・区長・ヘルパー・社協・いこいこ・福祉	●家族のアルコールの歴史を地域から教えてもらいました。	●民生委員や訪問者の見守り体制づくり	●成年後見制度活用について、司法書士の介入を依頼。	アルコールの量を減らすのは困難
4	1	4月0日	民生委員	多量喫煙	多量喫煙、精神不安定な本人を地域で支えるための支援	民生委員・妻・福祉	●問題解決に対して、包括的支援が受けやすくなりました。	●民生委員に多量喫煙の対応を情報提供することで、問題解決に向けた動きがスムーズになりました。	●民生委員に多量喫煙の対応を情報提供することで、問題解決に向けた動きがスムーズになりました。	妻の介護負担軽減が難しい
5	1	4月0日	小規模多機能施設	自殺防止	自殺願望の高い息子への対応について	小規模多機能・保健所・健康課・福祉	●アサーションに保健師の参画が求められた。	●地域ケア会議で役割分担し、コーディネート支援を依頼し依頼。	●アサーションに保健師の参画が求められた。	若い世代に対して、アサーションで自立支援できる施設やスタッフが必要。

出所) 朝来市資料を基に野村総合研究所作成

在宅療養に携わるすべての多職種が参画し、地域における在宅医療・介護連携のあり方を検討することが肝要。事業全体の意思決定・実務協議など事業の方向性を決めていく

■ 定量的な情報把握の理想的なステップ

- 取り組むべき必要最低限のステップ
- 必須ではないが最終的に達成すべきステップ

1. 地域における検討会・会議体を整理する

- ✓ 既に大半の自治体は、地域医療・介護に関する検討会、会議体を有している。新たに会議体を設置するのではなく、まずは地域における既存の会議体の役割・機能を整理する。
- ✓ 上記の会議体の棚卸しにより、機能・役割や会議体開催の目的が重複している場合、適宜、該当する会議体の統廃合を進める
 - ・ 役割・機能が類似する会議に参加することで関係者に負担がかかることを事前に防ぐ

2. ステップ1を受け、必要となる会議体の組織化および会議体の参加者を選定する

- ✓ ステップ1で会議体を整理した後、地域における在宅医療・介護連携の事業計画や方向性を検討するための会議体を設置する
 - ・ 会議体の設置に際しては、承認機能を有する中枢会議体と実務検討機能を有する専門部会(実務部会)を設置する
- ✓ 各会議体の機能・役割を意識して、医師会の担当者や地域の有力者との協議を通じて、会議体メンバーを選定する
 - ・ 特に承認機能を有する中枢会議体には各職能団体の役職者が検討メンバーとして相応しい

3. 中枢会議体・専門部会(実務部会)等を設置し、開催する

- ✓ 在宅医療・介護連携推進事業を先述したPDCAに基づいて実施可能な会議体の編成・各事業項目への取組が求められる。
 - ✓ Plan :地域の理想像や事業の方向性・計画の議論が求められる。大枠での方向性やビジョン(理想像)などは中枢会議体での議論が望ましい。一方、細かな計画・事業の実行計画などは専門部会(実務部会)で議論することが望ましい。
 - ✓ Do :事業の実行計画を立案した専門部会(実務部会)が、事業実施の状況をモニタリングし、適宜、計画を修正する。
 - ✓ Check :各事業項目および事業全体の進捗把握を進めるべく、専門部会(実務部会)の報告内容を中枢会議体で確認する。その上で、挺入れが必要な事業への意見や要望を提案したり、改善策の検討などをそれぞれの会議体で実施する。
 - ✓ Act :各事業項目・事業全体を管掌する会議体において、Checkで議論・提案された内容に基づく活動を実践する。

地域の理想像や事業計画は、議論に参加するメンバー構成に応じた議論の目的を意識しながら策定していくことが計画達成の鍵を握る。

■ 定量的な情報把握の理想的なステップ

- 取り組むべき必要最低限のステップ
- 必須ではないが最終的に達成すべきステップ

4. 検討・承認の2つの機能を持つ会議体を使い分け、事業計画・方針を打ち出す

- ✓ 議題は、会議体の機能・役割に応じて設定する
 - 専門部会では、事業項目(ア)～(ク)の取組内容を議論することが一般的である。
 - 中枢会議体では、専門部会で検討された事業の方向性・計画案の承認や評価を中枢会議体が担うケースが多い。

切れ目のない医療提供体制の実現に向け、地域の医療資源との兼ね合いをみながら、実行性を見込める地域の目指すべき在宅療養の提供体制を描くことが求められる。

■ (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

- 取り組むべき必要最低限のステップ
- 必須ではないが最終的に達成すべきステップ

1. 地域における在宅医療資源および提供体制・量を把握する

- ✓ 在宅医、訪問看護師数、訪問看護師数、夜間・休日対応の可能な訪問看護ST等の把握を進める

2. 地域における切れ目のない医療提供体制の目指すべき姿を描く

- ✓ 地域で求められている切れ目のない医療提供体制の姿を明らかにする
 - ・ 人口・医療資源など都市規模が近い自治体の事例を参考にすることで、実現可能な地域の医療提供体制を構築する
- ✓ 医療提供体制の検討は(イ)に関連する専門部会の中でオーソライズされた会議体の中で議論されることが望ましい

3. 実行性を見込める医療の提供体制のあり方を医療・介護職を中心に検討・調整する

- ✓ 郡市区医師会担当者を中心に、訪問看護師、介護職と切れ目のない体制(24時間365日)のあり方に関する検討を開始する
- ✓ 医療職、特に在宅医に負担が集中しないよう意識しつつ、訪問看護師、病院看護師との連携を視野に入れた医療提供体制を構築する
 - ・ 医療・介護資源の状況に応じ、訪問看護ステーションの活用など医師以外のコメディカルによる臨機応変な体制構築を視野に入れる

4. 具体的な体制の整備に向けた最終調整・ルールの策定

- ✓ ステップ3で検討・調整された切れ目のない医療提供体制の実現に向け、患者連携ルールや緊急時の対応方針等の検討を進める
 - ・ 具体的には、医師・病院のグループ制や主治医・副主治医制度、協力支援病床(後方病床)など、地域における急変患者の前方・後方連携の仕組み・ルール設定を行う

情報共有の円滑化は地域連携クリティカルパスや患者連携シートなど地域に存在する既存の連携の枠組みの活用もしくは改修が効率的である

■ 医療・介護関係者の情報共有に向けた理想的なステップ

- 取り組むべき必要最低限のステップ
- 必須ではないが最終的に達成すべきステップ

1. 連携課題及び共有が必要な情報の棚卸し

- ✓ 職種間での連携が必要な情報を整理し、本当に必要な情報を整理する
- ✓ 不必要な連携項目や連携目的が不明なものは、個別にその必要性を検討する

2. 既存連携ツールやルールの整理・新規に作成が必要なツールの整理及び導入是非の検討

- ✓ 既存の連携ツールで対応できる連携項目・情報は、なるべく既存のツールを活用することが望ましい
- ✓ 新規で連携ツールを作成する場合は、できる限り幅広い職種・関係者を巻き込む形で、その導入是非まで含めた検討が求められる
 - ・ (イ)の中枢会議体などで新規の連携ツールが承認を受けるなど、各職能団体の役職者による使用承諾を取り付けることが理想的

3. ツールやルールの新規作成・改修

- ✓ 情報共有ツール、連携ルールの策定は(イ)における専門部会などで検討を実施し、ツール作成作業を実務者、役職者と共有するが望ましい

4. 幅広い関係者(役職者)から新規作成・改修したツールの周知徹底を図る

- ✓ 各職能団体の役職者が集まる中枢会議体の中でツール使用の承認の取り付けを行う
- ✓ また、ツールの使用ルールの策定過程には実務者、役職者が関与することが望ましい
 - ・ 上記のプロセスを踏まない場合、ルールやツールが形骸化してしまう可能性もある

5. 定期的な利用実態のモニタリングを行い、ツールの運用状況を把握する

相談窓口の運営は、その専門性の高さから行政単独での対応は困難が予想される。専門人材の確保・育成も含め、医師会や地域包括支援センター等との協働が望ましい。

■ 在宅医療・介護連携に関する相談支援に向けた理想的なステップ

- 取り組むべき必要最低限のステップ
- 必須ではないが最終的に達成すべきステップ

1. 相談窓口設置に向けた計画策定・準備

- ✓ 相談窓口の設置に向け、地域包括支援センターや医師会等の関係団体との協議を進める
- ✓ 相談窓口の設置場所の確保・運営時間・専門人材の person 費の予算への織り込みといった準備を進める

2. 多様な相談への対応が可能な人材の確保・育成

- ✓ 相談窓口への相談は、医療介護関係者など幅広い関係者から下記に挙げられる多岐にわたる質疑が寄せられる。
 - ・ 医療や介護に関する相談
 - ・ 在宅医療が必要な方への調整支援(主治医・副主治医の紹介)
 - ・ 医療・介護の連携強化(研修の開催など)

3. 相談窓口の設置に向けた準備および設置後の運営

- ✓ 相談場所は、必ずしも新たな建物の設置を求めるものではなく、既存の会議室や事務室等の空きスペース等の活用でも差し支えない。
- ✓ 市民向けの相談窓口の設置場所としては、地域の中核病院や駅、ショッピングモールなど人が集積する場所が選ばれる傾向にある。

4. 相談窓口の機能の周知

- ✓ 相談窓口の名称・機能を医療介護関係者に周知する。
 - ・ 相談窓口は、在宅療養におけるシンボリックな施設として見られるせいか、普及啓発効果も大きい
- ✓ 医療・介護職であれば、ヘルパーや看護師が処置の仕方や連携の方法を問い合わせることで連携の質が向上するものと期待されている。

(カ)の研修事業については、多職種を巻き込んだ実施が望ましい。行政は、講師・会場の手配等の研修準備・広報を中心に支援し、研修は内容に応じて適任者が実施する。

■ 研修実施に向けた理想的なステップ

- 取り組むべき必要最低限のステップ
- 必須ではないが最終的に達成すべきステップ

1. 地域内の既存の研修の把握・整理

- ✓ 地域内で開催されている研修を研修の目的別に棚卸し、目的の重複や漏れがないかを整理する
 - 内容の重複が見られる研修や他の研修の活用でより高い研修効果が期待できる研修の統廃合を進める

2. 関係者へのヒアリング等を通じた研修ニーズ・課題感の把握

- ✓ 関係者へのヒアリングやアンケートを通じ、現場で求められている研修ニーズの汲み取りを実施する
 - 具体的な研修の形態として、求められている研修が、知識習得を目的とする座学中心の研修や顔の見える研修などの医療・介護職の関係強化を目的とした研修、医療・介護技術の習得を目的とした現場研修なのかを把握することを心がける。
 - 同行訪問は、多職種の連携強化を図るものと医師同士など同じ職種間でノウハウを教授するものが存在するなど機能が幅広い。

3. 目的の達成に効果的な研修の実施

- ✓ 上記ヒアリングを通じ、地域が欲している研修が何かを見極めたうえで、適切な研修を提供する。
- ✓ 研修の提供以外にも、他地域での取組を参考に、どのような研修があるのかを整理した研修メニューの提供も対応として考えられる。
 - 研修の開催以外にも、研修メニューの提供や研修講師の斡旋も含め幅広い研修のバックアップ体制を整備する支援もありえる

4. 研修の実施支援・研修後フォローの実施

- ✓ 研修実施後の満足度調査、研修の効果測定を実施する
- ✓ 満足度調査や反省点などを把握し、関係者と共有・協議することで、次の研修に向けた改善を施し、研修効果の向上を図る

普及啓発は、(ア)～(オ)の取組がある程度成熟した地域で着手が進む傾向が見られる。 行政の予算や刊行物等のメディアを活用した地域住民への周知が一般的

■ 普及啓発の理想的なステップ

- 取り組むべき必要最低限のステップ
- 必須ではないが最終的に達成すべきステップ

1. 地域に向けて何を普及啓発するのかを確認する

- ✓ 在宅療養という選択肢の存在を把握している地域住民を増やすための告知が普及啓発の第一歩となる。
 - (ア)で整理された医療・介護資源の地域住民・多職種への共有で代替可能
 - この段階での普及啓発対象は患者家族や比較的経度な患者が多いことが予想される
- 終末期ケア・在宅看取りに関する普及啓発(情報提供)
- ✓ 患者家族を中心とした終末期ケア、患者本人に対する在宅看取りに関する情報提供・普及啓発が進められる。
- ✓ 患者本人の意思を確認するためのエンディングノートの作成・導入を進めることが選択肢の一つとなる。

2. 普及啓発の対象者及び普及啓発に用いる媒体を選定する

- ✓ 予算や普及啓発の対象者数との兼ね合いおよび媒体の特徴を踏まえた媒体選定を進める
- ✓ リーフレット・ポスター、行政刊行誌の活用、老人会等での説明会の開催が望ましい

3. 在宅医療・介護サービスの存在・利用方法に関する普及啓発(情報提供)

- ✓ あああ
- ✓ 在宅療養という選択肢の存在を把握している地域住民を増やすための告知が普及啓発の第一歩となる。
 - (ア)で整理された医療・介護資源の地域住民・多職種への共有で代替可能
 - この段階での普及啓発対象は患者家族や比較的経度な患者が多いことが予想される
- 終末期ケア・在宅看取りに関する普及啓発(情報提供)
- ✓ 患者家族を中心とした終末期ケア、患者本人に対する在宅看取りに関する情報提供・普及啓発が進められる。
- ✓ 患者本人の意思を確認するためのエンディングノートの作成・導入を進めることが選択肢の一つとなる。

事業項目別の専門的支援の策として、在宅医療や介護連携関係が複数の自治体を見ている地域や二次医療圏単位で活動している地域や都市区医師会が複数の自治体を見ている地域や都市区医師会のリソースが不足している地域では、事業の共同実施を進める必要がある。

■ 広域調整に向けた理想的なステップ

- 取り組むべき必要最低限のステップ
- 必須ではないが最終的に達成すべきステップ

1. 周辺自治体における在宅医療・介護連携推進事業の取組状況を把握する

- ✓ まず、はじめに周辺自治体における広域調整・事業の共同実施の可能性・需要を把握する
 - ・ 具体的には、まず初めに近隣自治体の在宅医療・介護連携推進事業の推進担当者を把握し活動状況等の情報交換をする
- ✓ 近隣自治体の担当者との会議設定や電話等による情報交換

2. 共同実施すべき内容と必要性を確認する

- ✓ 複数の自治体が本事業を共同実施する場合、下記の要件を満たしていることが多い
 - ・ 市町村独自の財源での事業実施が困難、または規模が小さいため単独実施では非効率的
 - ・ 古くから行政区よりも生活圏域単位で医療・介護サービスの提供が実施されている
- ✓ 近隣自治体担当者及び都市区医師会の担当者と協議を重ね、共同実施の必要性を検証する

3. 事業を共同実施することを関係する行政・各職能団体が承諾する

- ✓ 職能団体を束ねることができる地域のオピニオンリーダーを見つけ、事業の共同推進の旗振り役を担ってもらう。(首長、医師会長、地域の中核病院の院長クラスが該当)
- ✓ 自治体レベルで覚書を締結し、推進途上での途中離脱の防止や事業の共同実施に係るルール設定する自治体も存在する(例: 埼玉県蓮田市、白岡市、宮代町)

4. 行政を中心に各職能団体の実務者・役職者が共同実施に向けて協議する

- ✓ 事業運営に向けた実務者間の協議を開始する
 - ・ 具体的には、意思決定のプロセスの明確化、事業推進・運営を保障するためのルール締結を進める