

- 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～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 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、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催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。

事業項目と事業の進め方のイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

（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・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

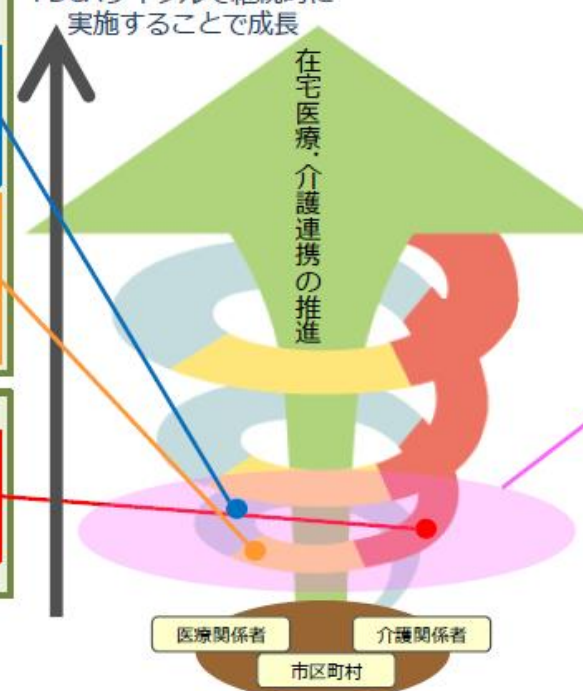
（カ）医療・介護関係者の研修

- 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

* 地域の実情に応じて②と③を同時並行で実施する場合もある。

PDCAサイクルで継続的に実施することで成長

在宅医療・介護連携の推進



③（ア）（イ）に基づいた取組の実施

（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て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（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

（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 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

（キ）地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象と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

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

- 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



在宅医療・介護連携の推進に関する県の取組について

地域医療構想では、現在入院医療で対応している患者の一定割合を在宅医療等で対応することを前提に必要な病床数を推計しており、構想の実現に向けては、入院患者の受け皿となる在宅医療等の体制整備に向けた在宅医療・介護連携の取組が不可欠となっている。

これまでの取組経過

① 医療介護連携調整実証事業の実施

→ 県内5圏域において、県保健所の調整の下、それぞれ入退院調整ルールを策定した。

運用後は、モニタリングを実施し、必要に応じてルールの修正を行っている。

・各圏域における入退院連携状況は3ページのとおり

② 市町村職員向けの懇談会の開催

→ 在宅医療・介護連携に関する課題や市町村の取組状況の共有を目的に、郡市医師会を含めた懇談会を開催予定（H31年2～3月）。

③ 介護事業者向けの研修会の開催

適切な在宅医療・介護の連携体制を構築するため、終末期の決定プロセスに大きくかわることが増える高齢者施設職員に対して、看取りに関する研修会を開催した。

・研修会の概要は4ページのとおり

課題等

① 郡市医師会や中核となる医療機関との連携

→ 市町村と郡市医師会や中核医療機関との連携は図られてきているが、より効果的な連携を構築していくことが必要である。

② 広域での取組の必要性

→ 事業の単独実施が難しい小規模町村同士が適切に連携することで、効果的な事業実施に結び付ける必要がある。

今後の取組方針

単独市町村では実施が困難な事業に係る広域支援や、市町村と郡市医師会や中核医療機関との連携について、県高齢福祉保険課、県保健所が市町村を支援していくこととしている。

【具体的な支援内容】

- ・ 市町村が情報交換する場の設定
- ・ 複数市町村の事業実施支援
- ・ 各市町村の個別支援

在宅医療・介護連携の推進に関する県の取組 【各圏域における入退院連携状況】

入院時情報提供率

※在宅から病院に入院した際に、ケアマネジャーから病院に情報提供があった割合

圏域	H29	H30
津軽	77.5%	84.0%
八戸	56.8%	89.6%
青森	—	87.4%
西北五	77.4%	81.4%
上十三	92.4%	90.1%
下北	70.3%	84.3%
平均	76.0%	86.1%

退院調整率

※病院から在宅に退院する際に、病院とケアマネジャーの間で退院調整を行った割合

圏域	H29	H30
津軽	79.1%	82.3%
八戸	74.9%	68.2%
青森	—	92.5%
西北五	62.3%	83.3%
上十三	77.5%	74.0%
下北	85.9%	89.9%
平均	76.0%	81.7%

(あおり高齢者すこやか自立プラン2018 目標値 80%)

在宅医療・介護連携の推進に関する県の取組【介護施設での看取りに関する研修会】

在宅医療において、人生の終末期をどこで過ごすかということが大きな問題となる。人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則であり、県民1人1人が自身の終末期について考えていく必要がある。

そのため、まずは終末期の決定プロセスに大きくかかわることが増える高齢者施設職員に対して研修会を実施することにより、利用者の希望を尊重した在宅医療の実現を目指すものである。

1 概要

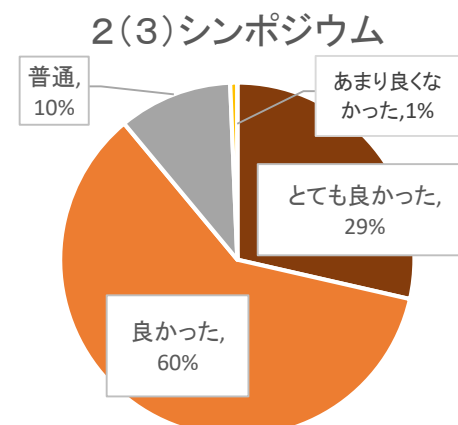
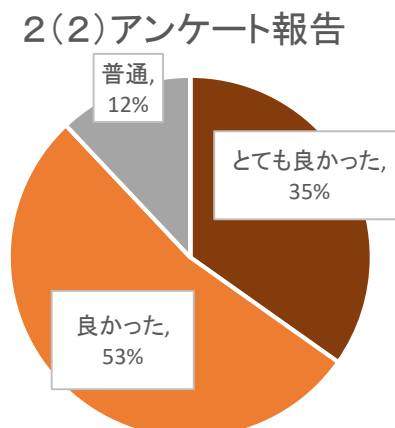
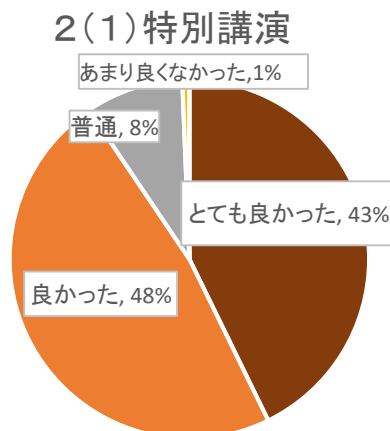
日 時 : 平成30年7月28日(土) 13:30~16:00
場 所 : 青森県立保健大学 講堂
参集範囲 : 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設職員
市町村職員、地域包括支援センター職員等

参加者数 : 186名

2 内容

- (1) 特別講演「看取りに関する心構えについて」
- (2) 看取りに関するアンケート報告
県内特別養護老人ホーム(116箇所)
- (3) シンポジウム「介護看取りについて」
看取りに取り組む5施設から報告

参加者アンケート結果



各市町村における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況（H30.12.1現在）

十和田市

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
（ア）地域の医療・介護の資源の把握	・介護事業所及び医療機関の基本情報リストの作成・提供 ・「十和田市高齢者福祉施設まっぷ」を作成し関係機関や市民に配布。 ・「十和田暮らしの便利帳」の中に医療マップ掲載し全世帯配布。 ・医療機関・介護事業所向け情報リスト作成に向け情報収集中。	・情報の更新体制	・情報提供	
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・介護・医療合同研修会や相談窓口等や資源の把握から抽出された課題を整理し、それらに対する対応策を検討する会議を開催予定。			
（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	・医療機関、訪問看護、介護事業所から在宅医療に関わる問題について話題提供と課題に対する意見交換を「在宅医療多職種連携会」で実施。（H30.2.20開催）			
（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援	・医療介護連携調整実証事業での「上十三圏域における入退院調整ルール」の運用推進とモニタリング調査実施。 ・もの忘れ相談票の作成及び介護・医療等関係機関への配布と活用周知。	・モニタリングと修正の継続体制 ・入退院以外での情報共有ツールの必要性を判断するため課題の把握		
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援	・十和田市立中央病院内に、十和田市医療介護連携相談センターとして相談窓口を設置し運営。	・病院の地域医療連携室の機能と、本事業における相談窓口としての機能の違いの周知	・相談窓口を十和田市立中央病院に業務依頼。	
（カ）医療・介護関係者の研修	・2月に「在宅医療・介護連携合同研修会」を開催。		・研修会への参加	
（キ）地域住民への普及啓発	・「十和田市高齢者福祉施設まっぷ」にかかりつけ医のすすめや相談窓口を掲載し配布。 ・「病院まつり」で在宅医療・介護連携コーナーを設営し、受けられるサービス内容や福祉用具等の体験、パンフレット配布、相談対応等により普及。			
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	・「上十三圏域における入退院調整ルール」の作成・運用	・他市町村との情報交換、広域的連携が必要な事項についての協議の場の継続		広域的協議の場の企画継続

三沢市

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	(1)在宅医療・介護連携に関するアンケート調査 (2)医療・介護事業所リストの作成・配布・更新 (3)医療・介護マップの作成・HP掲載	医療・介護リストの更新事務	アンケート調査	
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	在宅医療・介護連携推進協議会の定期的開催と部会組織によるきめ細やかな検討	課題解決困難な事例が多い	協議会への委員の派遣（協議会会長となっている）	
(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	(1)退院支援調整 (2)急変時の対応 (3)看取りに関すること (4)上記に関する手引きガイドライン等の検討	専門職においても終末期の定義について理解するのが困難である。	特になし（今後、依頼する予定）	
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	(1)入退院時情報提供シートの利用促進 (2)情報共有シート、連携シートなど利用促進 (3)かかりつけ連携手帳の作成・運用開始	活用状況の確認・見直しの検討	特になし（今後、依頼する予定）	
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	30年4月より市介護福祉課内に、在宅医療・介護連携支援センター開設（専従職員1名配置）	既存病院内の地域医療連携室と機能が重複する部分があること	特になし（今後、依頼する予定）	
(カ) 医療・介護関係者の研修	平成30年2月に第1回目多職種研修会の開催（約150名参加） 平成31年2月に第2回目を開催予定	研修会の運営手法等	特になし（今後、依頼する予定）	
(キ) 地域住民への普及啓発	(1)市ケーブルテレビを活用し市民向けに在宅医療に関するドラマを作成・放映 (2)市民向けパンフレットの作成・発行（発行は30年度の予定）	いかに市民に分かりやすく在宅医療・介護に関する普及啓発ができるかが課題	特になし（今後、依頼する予定）	
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	上十三保健所管内で共通の入退院調整ルールを策定、29年度より運用開始。今後は近隣市の比較的大きい病院がある市との連携が必要		入退院調整ルールの運用	

野辺地町

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	在宅医療と介護の資源についてまとめ、認知症の症状に応じた支援や医療・介護サービスがわかる様に認知症ケアパスを掲載したパンフレットを作成し現在校正中。12月25日納品予定であり、今年度中に每户配布予定。	パンフレットの内容と活用方法について、地域住民への周知を図る。ホームページへの掲載など、幅広く周知し、今後の活用方法について評価する。	町内（一部町外）の病院、医院、歯科医院、調剤薬局、介護サービス事業所へ出向き、パンフレットへの掲載依頼を行った。	
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	事例検討部会で、個別ケースについて課題解決に向けた検討を行っている。また、事例検討部会や高齢者福祉対策部会について、包括福祉ケア会議で報告し、地域の課題として情報共有を行っている。事例検討部会は7回開催、今後年度内に3回開催予定。包括福祉ケア会議は10月2日に開催し、次回3月に開催予定である。	在宅医療・介護関係者の顔の見える連携の強化	個別ケース会議では、ケースの家族、病院の看護師、MSW、担当ケアマネ、包括職員、障がい班等多職種での検討のため参加依頼している。包括福祉ケア会議では、医師会長、歯科医師会長、薬剤師が委員となっており、職員の派遣依頼を行っている。	
(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	医療情報共有システム（救急キット）の情報更新を行い、随時MCSへアップデート。iPadを活用し救急搬送された際、迅速に医療へ繋げることが出来るよう、病院と消防署へiPadを貸与し10月から運用を開始している。	医療情報の定期的な更新と対象者の拡充を検討。事業の評価。	野辺地病院へ、医療情報共有システム（救急キット）の事業説明とiPadの活用方法について説明し10月から運用開始している。	
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	・医療機関とケアマネジャーの連携が図れるよう「上十三圏域における医療機関とケアマネジャーの退院調整ルールの手引き」の変更等について各介護事業所へ周知、運用状況モニタリング調査を実施。また、上十三圏域医療介護連携調整実施事業市町村担当者会議へ参加し、市町村在宅医療・介護連携推進事業の推進にむけた情報交換を行った。 ・ICT活用事業において、情報共有ツールとしてiPadを活用し多職種連携を図って在宅療養の支援を行っている。	ICT活用事業におけるiPadを活用の多職種連携事業の評価を行い、推進に向けた事業展開を行う。	ICT活用事業において、情報共有ツールとしてiPadを貸与（野辺地病院・のへじクリニック・訪問看護ステーション・地域医療連携室）し、多職種連携の協力を依頼した。	
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	在宅医療・介護連携に関する相談を受け、連携調整や情報交換を行い、対応の支援を行っている。主な相談内容は、老老介護、認知介護、生活困窮等により入院が長引いているなど、退院支援に関する事例が多い。支援者を参集し、個別ケース会議等を開催し課題解決に向けた支援を行っている。	休日や時間外等の対応	相談内容に応じて、病院の地域医療連携室、精神科病院の相談員等へ相談し、病院受診調整や退院支援への助言を頂いている。	
(カ) 医療・介護関係者の研修	医療・介護関係者の多職種連携強化を目的とした研修として、平成31年1月21日「在宅訪問薬剤管理指導の事例紹介」講師（薬剤師）、平成31年3月18日「認知症について正しく理解し、認知症の人と家族を地域で支える多職種連携」講師（医師）の2回を予定している。	今年度の多職種連携強化を目的とした研修評価	研修会の講師依頼のため、上十三薬剤師会の協力を得て、薬剤師の講師依頼を行った。認知症の研修では、認知症初期集中支援チームのサポート医である高松病院の医師へ依頼を行った。職員の研修参加依頼。	
(キ) 地域住民への普及啓発	「在宅医療・介護ガイドマップ&認知症ケアパス」パンフレット納品後、每户配布する。医療機関、介護サービス事業所、薬局等関係機関へ配布し、地域への周知、普及を図る。（配布は平成31年2月予定）	周知、普及については、地域へ出向いた健康教育の場を設ける等、パンフレットの有効的な活用に向けた取り組みを行う。	医療機関、薬局等の窓口への掲示を依頼する予定。	
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	「上十三圏域における医療機関とケアマネジャーの退院調整ルールの手引き」の変更等について各介護事業所への周知、運用状況モニタリング調査のとりまとめと報告を実施。また、上十三圏域医療介護連携調整実施事業市町村担当者会議へ参加し、関係市町村と連携を図っている。	同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する町村と連絡や相談はしているが、連携して広域連携が必要な事項について協議するまでには至っていない。	退院調整ルールの活用	

七戸町

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	・町内の医療機関・介護サービス事業所・居宅介護支援事業所等を住所（地図）や連絡先・機能等を掲載したマップを関係機関に配布した。	・随時、情報更新する必要あり。		
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・ケアマネジャーからの相談や要望等から把握。 ・地域ケア個別会議の事例検討を通し、地域課題を把握し、解決策を検討する。	・把握した地域課題、解決策までは検討できるが具体的にどうするか施策形成までには至っていない。 ・町内の主任ケアマネと連携し、行政だけではなく、ケアマネ自身も地域課題や資源づくりについて考えていけるようになるとうい。		
(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	・退院前カンファレンスに参加する等、医療・介護関係者が連携しやすい体制づくりを推進している。			
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	・ケース入院時等は、入院時情報提供シートを活用し、医療機関との連携を図っている。			
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	・地域包括支援センターは随時、相談可能な体制をとり必要な関係機関へつなぐ。 ・医療機関へ委託している相談窓口とも連携し、情報共有しながら相談支援している。			
(カ) 医療・介護関係者の研修	・11/7に医療・介護関係者研修会開催。病院地域連携室・薬剤師・ケアマネジャーから自分の業務内容について話題提供してもらい、その後、多職種連携について課題や解決策について、グループワークを実施した。	・歯科医師の参加がなく、どのように巻きこんでいけばよいか。	・上十三医師会に研修会の後援依頼と研修会周知と参加の依頼。	
(キ) 地域住民への普及啓発	・住民向けに「在宅医療」と「介護の連携」というテーマでパンフレットを作成予定。	・町民が関心が持てそうなテーマ設定をする。		
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	・上十三圏域医療介護連携調整事業への参画、橋渡しネットワーク委員会に参加し、近隣市町村間で情報交換や連携を図っている。			

六戸町

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	既存情報の整理、医療・介護事業所のマップ・リストを作成	情報更新の時期について検討		
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	ワーキンググループ・地域ケア会議等で意見交換や地域課題の抽出			
(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	(イ) (エ) を実施しながら医療・介護関係者が連携しやすい体制を整える	町内の医療機関・介護の資源のみでは難しいので、広域で連携できる体制が必要		
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	「退院調整ルールの手引き」の活用		情報共有ツールの活用	
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	包括支援センターに相談窓口の設置			
(カ) 医療・介護関係者の研修	町内の医療・介護関係者を対象に研修会を開催	多職種が参加しやすいテーマの検討	研修会への参加	
(キ) 地域住民への普及啓発	パンフレットの配布、ホームページへの掲載	相談窓口の周知		
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	管内保健所が主体と行われる「医療・介護連携調整実証事業」と連携		退院調整ルールの活用	広域的な連携が図れるように支援してほしい

横浜町

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	<ul style="list-style-type: none">・地域の医療機関、介護事業所等の情報収集・地域の医療・介護の資源の情報の整理（リストの作成）・地域の医療・介護の関係者との共有・住民に対する情報提供・認知症支援に関する医療・介護資源の把握			
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none">・ケアマネジャーへのヒアリングを通じて、地域課題や意見・要望を抽出・既存の会議体（ケアマネジメント会議、地域ケア個別会議、認知症初期集中支援検討委員会等）において現状や課題の共有	切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制の構築が課題として抽出されている。対応策の協議にあたっては、広域的な協議が必要と考える。	対応策の検討にあたり、町内医療機関との打ち合わせを予定	
(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	<ul style="list-style-type: none">・地域の医療・介護の提供状況に関する現状把握	具体的な取り組みに至っていない。町内の医療・介護の資源だけでは「切れ目のない」提供体制の構築は難しい。提供体制の構築推進にあたっては、広域的な協議が必要と考える。		連携室の取組に差があるので圏域を越えた連携室への研修を企画して欲しい。
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	既存の情報共有ツールの活用状況を把握。県事業（医療介護連携実証事業）の中で検討を進め、上十三圏域で使用するツールを作成、活用。			
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	地域包括支援センター内に相談窓口を設置し、相談対応している。			
(カ) 医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none">・認知症支援や神経難病支援を通じた多職種協働の研修会（グループワーク、事例検討）・介護関係者に対する医療分野の知見取得のための研修会・認知症の治療について、地域における看取りについての研修		研修会への参加や研修会講師を依頼している。	
(キ) 地域住民への普及啓発	住民向けリーフレット（在宅医療、介護で受けられるサービス内容や利用方法等）を総合相談窓口にて配付	住民向けの研修を行っていないので、今後検討。（在宅医療についての研修会）		
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	県事業（医療介護連携実証事業）の中で検討を進め、上十三圏域で共通の情報共有方法等を検討	広域的な在宅医療及び在宅医療・介護連携に関する協議が必要と考える。近隣市町村との連携や医療機関等との連携に関しては、保健所とともに取り組みを進めていきたい。		

東北町

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	医療・介護マップの作成	情報更新時期、近隣市町村の医療情報不足		広域での医療情報整理、更新
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	医療・介護関係者研修会やケア会議等のグループワークより課題抽出、対応策検討	医療の広域化による広域での協議の場が必要		
(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	医療・介護関係者研修会やケア会議等等で情報交換	町内の医療資源では難しい。(町内医師は施設利用者の診療、看取りで限界がある)		在宅医療についての体制整備、医師会への周知、研修
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	入退院時情報共有シートあり。医療・介護関係者研修会や高齢者等ネットワーク会議での情報交換等実施。	ICTや情報共有シートについての要望は聞かれず、担当者を知りたいとの意見が多い(医療・介護関係者研修会より)		入退院シートと同様県内での統一様式
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	総合相談で医療・介護関係者と連絡調整、情報交換、相談等の実施。			
(カ) 医療・介護関係者の研修	町内関係者対象に医療・介護研修会2回開催(10/24・11/7)	医療関係者と介護関係者の捉え方にちがい等あり、継続的なワークが必要。関係づくりの場としては好評。	研修会後援。研修会参加、講評。	企画への参画
(キ) 地域住民への普及啓発	出前講座で実施			
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	上十三圏域医療介護連携調整実証事業で退院調整ルールモニタリングの実施	管内での継続実施		管内での継続実施

六ヶ所村

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を 依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	医療・介護のマップの作成	マップの定期的な見直しや近隣市町村の医療機関の情報が不足。		
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	地域における医療機関と行政における話合いや、地域ケア会議において、課題抽出や問題解決について、関係者間で課題を共有している。	問題点があっても、お互いの立場で話をするため、どのように問題解決していくか、解決策についての合意形成が難しく、問題解決につながりにくい。	定期的な参加の依頼	
(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	かかりつけ医療機関、既往症、服用薬等の緊急時に必要な情報を記入した救急情報シート等を保管し、救急隊員がかけつけた際に、迅速に医療機関につなげている。更新については、支援対象者訪問時、及び冬期間実施の独居高齢者等の個別訪問の際確認している。	全対象者に対する定期的な情報の更新		
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	・入退院時情報提供シートの活用 ・定期的に村の中心となる医療機関を交えて、月1回程度情報交換を実施	シートの利用に関する医療機関との必要性に関する認識の統一が十分ではなく、連携支援が必要な個別のケースの対応・体制づくりが難しい	活用の依頼	活用についての周知
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口を地域包括支援センターに設置	・住民周知 ・土日祝日及び時間外の対応		
(カ) 医療・介護関係者の研修	生活困窮者をテーマに、多職種連携の必要性を含めた勉強会を開催	研修の定例化	研修参加依頼	
(キ) 地域住民への普及啓発	ホームページにおいて医療・介護のマップを掲載 窓口等で相談者に配布	住民、関係機関への周知及び利用に関する状況・効果の評価	医療・介護マップの掲示	
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	上十三圏域において退院時調整ルールを定期的に見直し・検討を実施	圏域内でも限られた医療機関のみであること、又圏域外の医療機関との連携、各圏域において連携シートが異なっているため、推進のための協議が必要と思われる。	退院調整ルールの活用	