

- 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

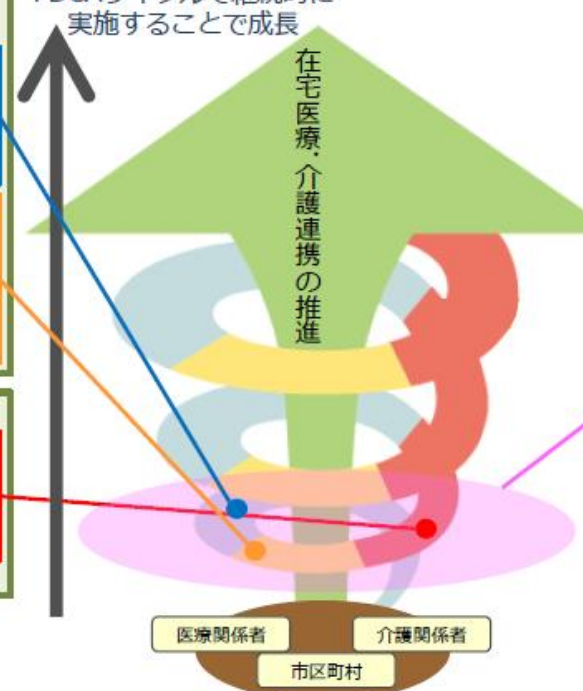
（カ）医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得
- 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

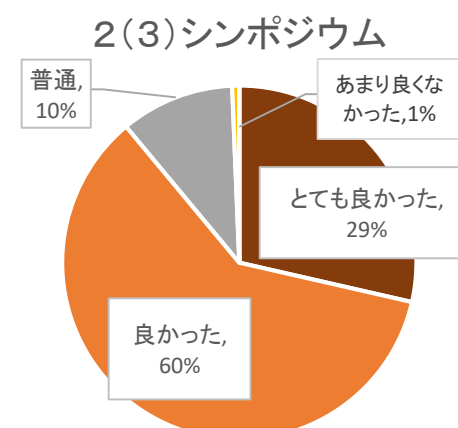
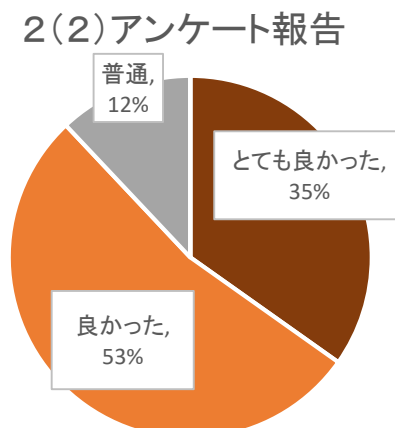
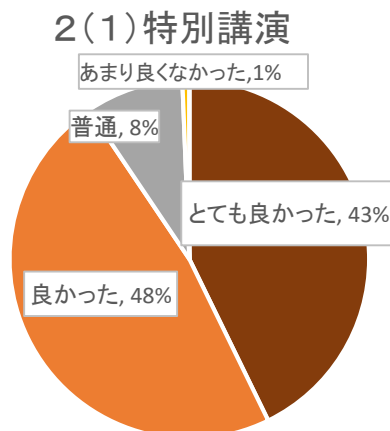
日 時 : 平成30年7月28日(土) 13:30~16:00
場 所 : 青森県立保健大学 講堂
参集範囲 : 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設職員
市町村職員、地域包括支援センター職員等

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）

青森市

	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	<ul style="list-style-type: none">・地域包括支援センター圏域別介護事業所の把握・市HPへの関係団体HPのリンク設定と医療機関リスト及び介護サービス種別事業所のリスト公開		市HPへのリンク設定	
（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">・在宅医療・介護連携推進会議の開催・ケアマネジャーへのアンケート実施	新たな課題の抽出	会議への出席	
（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">・医療機関とケアマネジャーの入退院調整ルールの策定と運用・入退院調整ルールの運用状況に関するアンケート調査	入退院調整ルールの周知	入退院調整ルールの運用と周知	
（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none">・入院時及び退院時に医療機関とケアマネジャーが情報共有するための共通シートの作成及び見直し・共通シートの利用状況調査	他医療圏のシートとの統一	共通シートの周知	
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none">・既存の各種相談窓口の整理・地域包括支援センターを相談窓口としている	相談窓口の周知		
（カ）医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none">・多職種連携研修の実施	研修企画	<ul style="list-style-type: none">・研修会講師・研修会参加	
（キ）地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none">・広報紙への在宅医療に関する特集ページ掲載・市HPへの関係団体HPのリンク設定と医療機関リスト及び介護サービス種別事業所のリスト公開・普及啓発用チラシ作成	地域住民への普及啓発	市HPへのリンク設定	
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none">・医療機関とケアマネジャーの入退院調整ルールの検討と運用・研修会への参加	連携内容の検討、共有		

平内町

	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	地域の医療機関、介護、福祉事業所、公民館等の連絡先・マップを每户配布する平内町生涯学習カレンダーに掲載。連絡先、診療時間などの情報は認知症ケアパスの下敷きに掲載済み。県病で作成している在宅緩和ケアマップを今後活用させていただく。		医療機関情報の提供依頼	
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	保健・医療・介護・福祉関係者で構成される地域ケア会議の委員に情報提供し、事前アンケートの実施、地域ケア会議内でグループワーク等で課題の抽出、対応策を検討している。	対応策の具体化が難しい。	地域ケア会議への参加	
(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	医療連携室から情報提供のあったケースについては退院後の介護体制について切れ目なくサービスが受けられるよう連携を図っている。必要に応じ包括職員も退院時カンファレンスに出席している。(イ)と同様検討	訪問看護や往診、在宅での看取りができる体制づくりのための看護師、医師等マンパワーの不足。		医療機関同士の入院の受け入れ等の調整
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	・青森市を中心に東郡管内の市町村で作成した入退院時調整ルールの手引きについて説明、利用状況等について確認。看護サマリーやリハビリ情報提供書、ケアプランの提供等必要に応じ、情報共有を図っている。	入退院時調整ルールのツールがすべてに利用できるわけではないので、連携していく中で情報共有のために必要な内容やツールができていくと思われる。(入院中の介護保険の新規申請ケース等)		市町村が活用できる共有ツールの情報提供
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	町内や町外の医療連携室から退院や在宅に向けての連絡を受け、相談、対応を地域包括支援センターが関係機関と連携を図りながら対応している。	相談窓口の設置については、直営の包括支援センターが在宅医療介護連携相談窓口として対応しているが、医療連携室等がない医療機関については対応が難しいと予測される。		医療サービス等のつなぎ、調整などの協力依頼、医療・介護のスムーズな連携のための理解
(カ) 医療・介護関係者の研修	地域ケア会議の場で、多職種でグループワーク実施。地域の医療・介護・福祉関係者に対する研修(リビングウイル、訪問看護ステーション、障害福祉制度、看取り等に関する多職種での事例検討、専門職の役割、地区組織の役割の紹介等)		平成30年度は地域ケア会議とは別に研修会の開催を医療機関に委託している。	
(キ) 地域住民への普及啓発	平内カレッジにて介護保険制度や地域包括支援センターの役割について説明。転倒予防教室その他機会ある毎に地域包括支援センターの窓口機能を説明。在宅介護医療連携に関するパンフレットを窓口で配布。広報ひらな10月号、11月号で「在宅医療介護連携」について周知。	在宅医療や介護サービスについての一般的な説明はできるが、在宅での看取りや訪問看護の体制が十分整っていない中で、エンディングノートの記入等を住民に啓発するタイミングが難しい。看取りや延命治療についての意思表示を元気なうちから準備しておく必要があることを伝えたい。		青森県として一般住民向けの簡単なチラシを作成してほしい。また講師を紹介してほしい。
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	青森市を中心に東郡管内の市町村で入退院時調整ルールを作成	広域的な取組を要する課題やニーズの整理、検討が必要。		

外ヶ浜町

	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	地域の医療機関、介護施設の情報収集及び情報提供			
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	町立病院と地域の介護施設等との連携会議の場で地域の課題の抽出し、対応等を検討			
(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	医療機関とケアマネジャーの入退院調整ルールの策定。(イ)と同様検討			
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	入退院時に使用する情報共有シートの策定			
(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が窓口となっている			
(カ) 医療・介護関係者の研修	町立病院が中心となり介護関係者も含めた会議の場で研修を実施			
(キ) 地域住民への普及啓発	介護予防教室や健康まつり等あらゆる機械で地域包括支援センターの機能を説明			
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	医療機関とケアマネジャーの入退院調整ルール作成			

今別町

	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	県立中央病院在宅ケアマップの活用、ホームページに掲載。			
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	地域ケア会議で現状を把握、協議を行っている。			
(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	地域ケア会議等において、医療関係者、介護関係者と包括支援センターを中心に連携を図り、情報の共有を行っている。			
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	入退院ルール情報共有シートの策定			
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	在宅医療・介護連携支援センターを設置し、担当課、地域包括支援センターを相談窓口としている。			
(カ) 医療・介護関係者の研修	外ヶ浜中央病院で行われている連携会議において、研修を実施している。		研修講師	
(キ) 地域住民への普及啓発	広報に掲載、町のホームページに青森県立中央病院の在宅緩和ケアマップをリンクし、医療機関、介護サービス事業所を公開している。。	ひとり暮らし、高齢者世帯が年々増えてきている中での周知方法。		
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	東青地域で共有のシートを利用し、入退院に関する連絡体制を構築			

蓬田村

	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	県立中央病院が作成している「在宅緩和ケアマップ」を活用し、村のホームページとリンクさせている。		県立中央病院で作成した「在宅緩和ケアマップ」を共有して使用できるよう依頼し、了承をいただいている。	
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	ケア会議及び介護保険事業計画策定委員会において課題の抽出と対応策を検討。	課題への対応には広域的に取り組む必要がある。小規模自治体が単独で解決する事が困難。		保健所単位や医師会単位での広域的な展開ができるよう支援をお願いしたい。
(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	医療機関とケアマネジャーの入退院調整ルールの策定			
(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入退院調整ルールの策定			
(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、在宅医療・介護連携支援センターを設置し、相談窓口としている。			
(カ) 医療・介護関係者の研修	外ヶ浜中央病院が主催する、「外ヶ浜中央病院老人保健施設・特別養護老人ホーム等連携会議」に当村の地域包括支援センター職員及び村内の介護保険施設職員が参画しており、その会議の中で研修会を実施している。			
(キ) 地域住民への普及啓発	村のホームページに掲載している他、各種イベント等で普及啓発を行っている。			
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	東青管内の市町村で入退院時調整ルールを作成した他、外ヶ浜中央病院による研修への参加により連携している。			