

岩手県版補足資料 改正後全文

在宅医療・介護連携推進事業の手引き

岩手県版補足資料

第2版

岩手県

保健福祉部長寿社会課

平成30年10月

目 次

はじめに	1
一 在宅医療・介護連携推進事業の基本的な考え方	2
(1) 事業の背景および改訂の趣旨	2
(2) 事業の進め方	5
・進め方のイメージ	
・在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクル	
・在宅医療・介護連携推進事業における評価指標の考え方	
二 在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組について	12
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	14
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	26
(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	32
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	38
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	45
(カ) 医療・介護関係者の研修	51
(キ) 地域住民への普及啓発	56
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	58
三 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項	61
四 都道府県の役割について	63
< 資料 >	68

はじめに

介護保険における「在宅医療・介護連携」は、介護保険法（平成9年法律第123号）第2条第2項「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。」の規定に基づき、医療との連携を具体化する取組として行うものです。

県内の人口減少、中でも生産年齢人口が減少し、医療や介護の人材確保が大きな課題になると想定される中で、これまでと同様に医療（入院）や介護のサービスの水準を維持するためには、住民の参画も含めた地域包括ケアシステムを構築し、予防的な対応も重視していく必要があります。

この在宅医療・介護連携は、事業に着手することが目的ではありません。こうした一連の流れを、医療・介護従事者など限られた関係者だけではなく、地域が一体となって取り組むことで、慢性疾患等を抱える人であっても、本人・家族の希望、心身の状態や生活環境の変化に応じて、地域の中で医療と介護が一体的に、切れ目なく提供され、自宅や介護施設などでその人らしく生活でき、最期を迎えることができる医療・介護の提供体制を構築することが目標です。

そして、国や県には、地域の医療や介護の関係者と協働して進める市町村の取組を支援していくことが求められています。

今般、厚生労働省老健局から「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 2」（平成29年10月25日付け老老発1025第1号）（以下、「手引き」という。）が発出されたこと、また、診療報酬・介護報酬が平成30年度に同時改定されたことから、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き岩手県版補足資料第2版」として、内容を改訂しました。

介護保険法だけではなく、医療法（昭和23年法第205号）や健康保険法（大正11年法第70号）による取組や県の施策の紹介など、在宅医療・介護連携の取組を進めて行く上で役立てていただきたい情報や、留意いただきたい項目をまとめておりますので、それぞれの地域での取組の参考としてください。

平成30年10月 岩手県在宅医療推進協議会

事務局：岩手県保健福祉部長寿社会課

（本書の構成及び表記について）

- 補足資料として追記した部分は、図表等の一部を除き、明朝体で表記しています。
- 手引きでは、取組を進める上で重要な考え方やポイントが明記されていないものがあるため、「資料」として巻末にまとめています。
- 医療法や健康保険法など、介護保険法以外の制度による取組や、県の施策の紹介は、最も関連性が高いと思われる項目の中で記載しています。
- 追記部分のタイトルについて、必ず実施（着手）すべきと考える項目等には「★」を付け、章末に「まとめ」を付しています。その他重要性の高いものには「▶」を付けています。

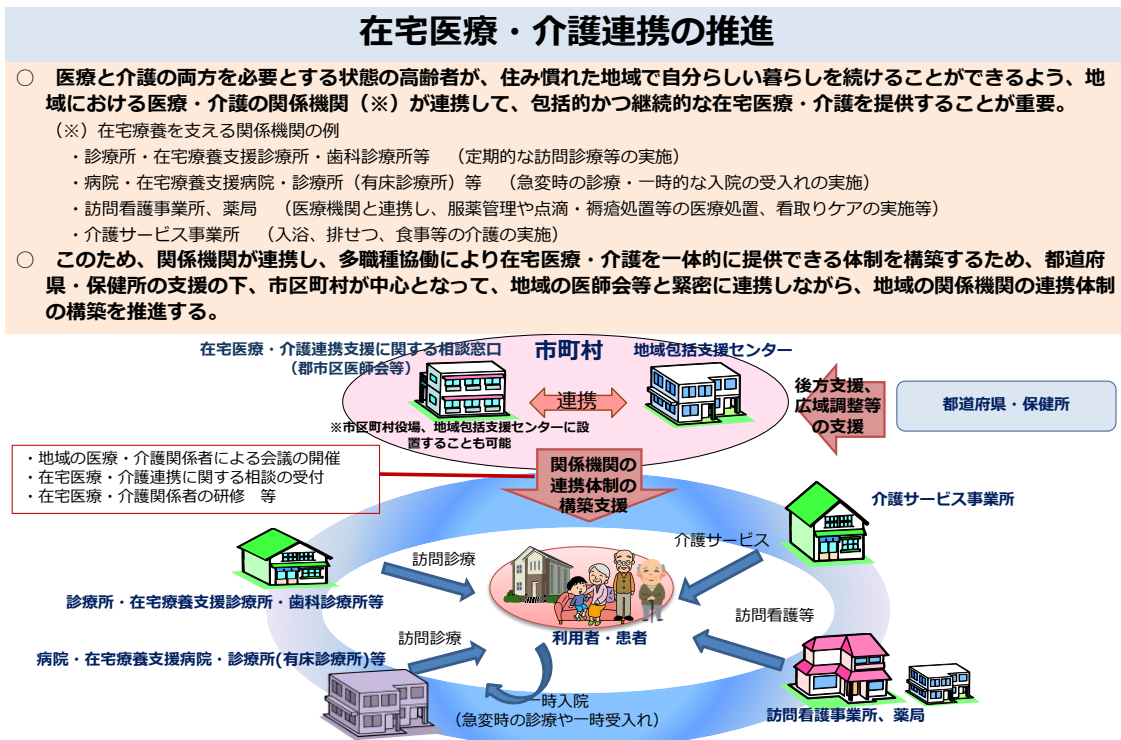
一 在宅医療・介護連携推進事業の基本的な考え方

(1) 事業の背景および改訂の趣旨

【事業の背景】

- 高齢者は加齢に伴い、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とすることが多い。
- いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年を目処に、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の医療・介護の関係団体が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援を行うことが求められる。

図1：在宅医療・介護連携の推進



- このため、医療・介護の関係団体が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県や保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の郡市区医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係団体の連携体制を構築することが重要である。

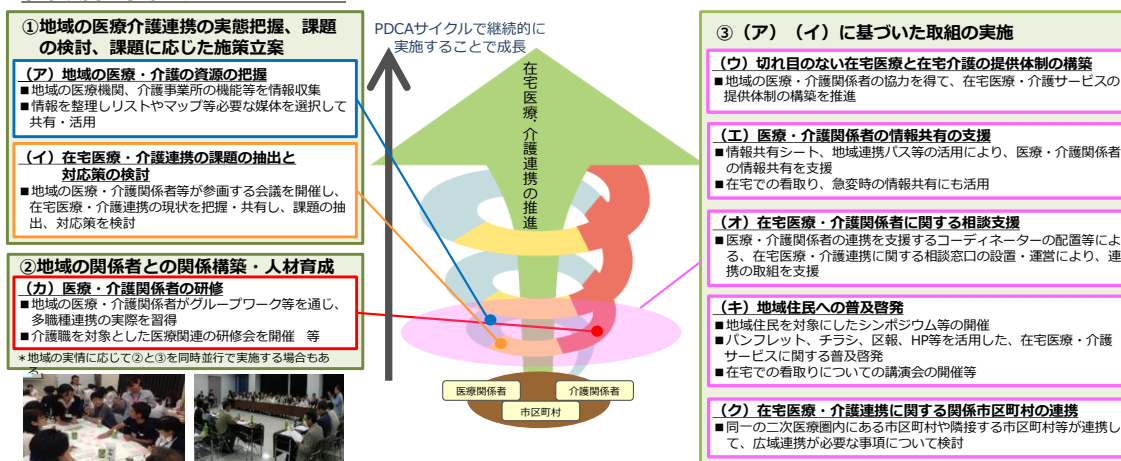
医療との連携を進めるには、郡市医師会との綿密な連携が重要であり、話し合いのための協議体の設置や課題解決に向けた協働等、連携体制の構築を進める必要があります。

図2：在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携推進事業

- 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



* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

- 在宅医療と介護の連携については、従来から問われ続けてきた重要課題の一つであるが、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や情報の共有が十分にできていないことなど、必ずしも円滑に連携がなされていないという課題があった。
- このような背景の下、在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援については、これまで、厚生労働省在宅医療連携拠点事業委託費を活用した在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、地域医療再生臨時特例交付金を活用した在宅医療連携推進事業（平成25年度～平成27年度）において実施されてきたところである。これらの成果を踏まえ、平成26年介護保険法改正により市区町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業における在宅医療・介護連携推進事業として位置づけ、全国的に取り組むこととなった（平成27年度～）。
- 本事業は図2の記載にある（ア）から（ク）の8つ事業項目で構成されている。
- 本事業では、平成27年度以降取組が開始され、平成30年4月にはすべての市区町村で本事業のすべての事業項目について取り組むこととしている。
- 市区町村は、本事業の8つの事業項目を活用し、地域の実情に応じた在宅医療と介護の連携体制の構築、充実を図っていくことが期待される。

【手引き改訂の趣旨】

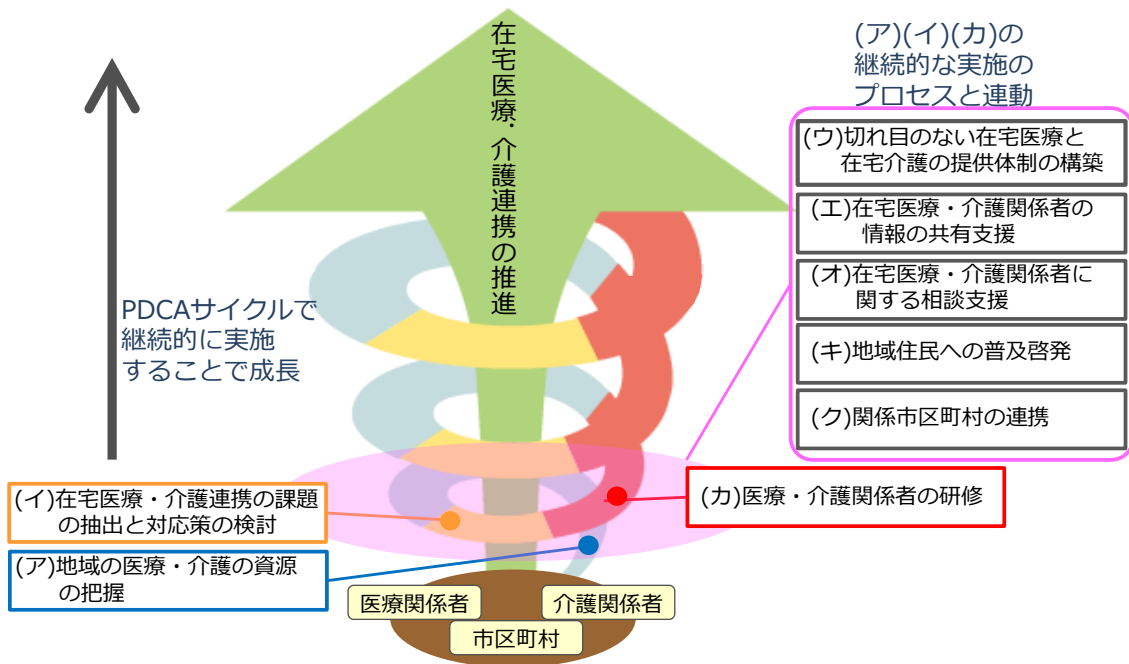
- 平成27年度から開始できる市区町村は順次、(ア)～(ク)の事業項目が開始してきたところだが、より地域の実情にあった在宅医療と介護の連携の推進のためには、市区町村は、地域の課題を把握・分析した上で課題解決に資する対応策を実施することが望まれる。
 - 同様の理由から、都道府県による市区町村支援、具体的には、当該市区町村に関する在宅医療や介護資源のデータ等の提供、事業に関する研修・情報提供、郡市区医師会等関係団体との調整や広域的な医療介護連携に関する協議などの支援が期待されている。
 - 厚生労働省が設置する社会保障審議会介護保険部会では本事業について、下記の事項が実施されることが適当との意見※があり、これらの趣旨を踏まえ手引きの改訂を行うこととした。
 - ・ 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に至る方法についての具体化
 - ・ 市区町村では取組が困難な医療介護に関するデータの収集分析、在宅医療にかかる体制整備、広域的な入退院時の連携等、都道府県が実施すべき市区町村支援の取組について、地域の医療に精通した郡市区医師会等との連携や保健所の活用により市区町村支援の充実
 - ・ 都道府県が策定する介護保険事業支援計画に、在宅医療・介護連携推進事業に対して都道府県の介護部局及び医療部局の双方が市区町村支援に取り組むこととするとともに、住宅部局をはじめとした関係部局との連携を進めていくことが重要
 - ・ 在宅医療・介護連携の推進に有効と考えられる市区町村や都道府県の取組みに関する情報提供
- ※「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成28年12月9日社会保障審議会介護保険部会）P21
- なお、各地域での在宅医療・介護連携の推進に係る(ア)から(ク)についての先進的な取組事例、実施体制や予算、取組のポイント等については、下記の調査研究事業を参考にしていきたい。
URL：http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_1.pdf
「地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進における、実践的な市区町村支援ツールの作成に関する調査研究事業」（平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 野村総合研究所）

(2) 事業の進め方

【進め方のイメージ】

- 在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目は、住民に在宅医療サービスと介護サービスを一体的に提供するための、地域における在宅医療と介護の連携体制を構築する手段である。
- 地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制を構築し、維持、充実していくためには、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、実施に至る過程を意識して取り組むことが重要である。

図3：在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業項目の進め方のイメージ



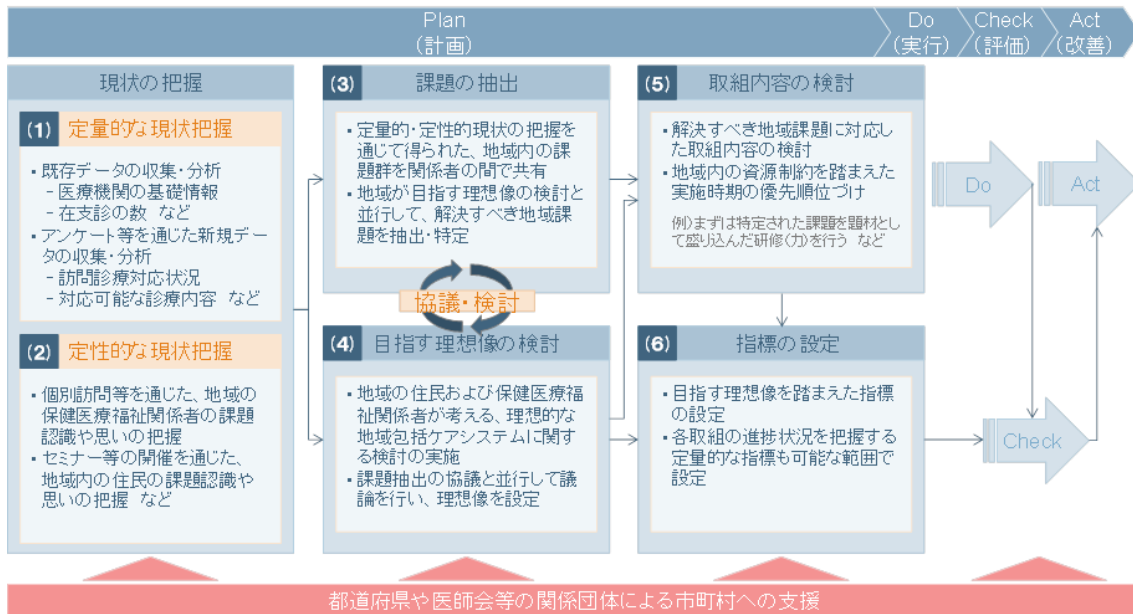
富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

- 各地域における医療・介護提供体制のあるべき姿（目標）や進め方の全体像を医療・介護の関係者と共有した上で、各取組を一体的に行うことが重要である。
- 本事業の8つの事業項目の取組順序としては、まずは「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」により地域の実態を把握し、「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」で地域の医療・介護関係者と実態の共有、課題の抽出、対応策の検討を実施し、(ウ) から (ク) の事業項目を活用して実施することが効果的な事業の進め方として考えられる。
- また、「(カ) 医療・介護関係者の研修」については、医療・介護に従事する人材の育成・教育の効果にとどまらず、「顔の見える関係」等の医療・介護の関係者のネットワーク化が図られ、地域の医療・介護連携全体を推進する効果が期待できる。

【在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクル】

- 地域の実情にあった在宅医療と介護の連携の推進のためには、その実施方法について、市区町村の課題を把握・分析した上で課題解決に資する対応策を具体化することが求められる。
- 「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」報告書では、以下の様に、在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクルが示されている。

図4：在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクル



※上記図4の詳細は「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および先進事例等に関する調査研究事業」（平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）を参照いただきたい。

- 本事業の8つの事業項目とPDCAサイクルの関連は下記となる。
 - ・【計画 (Plan)】 → 「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」及び「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」を活用し実施することが可能。
 - ・【実行 (Do)】 → (ウ) から (ク) を活用し【計画 (Plan)】で検討された対応策を実施。
 - ・【評価 (Check)】【改善 (Act)】 → 「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」を活用。

【計画 (Plan)】

○ 本事業における【計画 (Plan)】は下記の6つのプロセスが存在する。

- ①現状の把握（定量的な現状把握）
- ②現状の把握（定性的な現状把握）
- ③課題の抽出
- ④目指す理想像の検討
- ⑤取組内容の検討
- ⑥指標の設定

① 現状の把握（定量的な現状把握）

- 医療機関数等地域の医療・介護の資源量や人口動態等の定量的な情報把握することは、地域の現状把握だけではなく、課題の抽出や今後の施策の検討の基礎資料として活用することができる。
- 情報収集の方法としては、市区町村・都道府県や郡市区医師会等関係団体が所持している既存データの収集・整理や、郡市区医師会等関係団体を通じたアンケート調査等の実施が考えられる。

② 現状の把握（定性的な現状把握）

- 医療・介護関係者が普段感じていたり抱えていたりする課題、住民の在宅療養や介護に対する思いや満足度等の把握により、①の定量的な現状把握の数値としては現れない連携の実態や住民のニーズ等を掴むことができ、課題の抽出や今後の施策の検討に資する資料となる。
- 情報収集の方法としては、医療・介護関係者については、医師会等関係団体と協力しアンケート調査や関係団体へのヒアリングの実施、住民については既存の調査（住民意識調査等）や新規で調査を行う等が考えられる。

③ 課題の抽出

- 上記の①現状の把握（定量的な現状把握）で得られた情報は、視覚的に経時的な変化、地域間比較等の解釈ができるように整理する。
- ②現状の把握（定性的な現状把握）で得られた情報は、職種ごとにまとめたり課題を類型化したり等、地域の医療・介護の関係者と共有しやすくまとめることが重要。
- 共有された情報を元に地域の医療・介護の関係者と、市区町村における強みや弱みを整理し、課題の抽出を行う。

④ 目指す理想像の検討

- 目指す理想像の検討については、③課題の抽出と同時に実施することになるもので、「なぜ在宅医療と介護の連携に取り組む必要があるのか」という認識の共有を市区町村と地域の医療・介護関係者間で図るとともに、目標と課題に則した対応策の立案やその実効性を高めるために重要である。
- 目指す理想像は長期目標になることから、③課題の抽出で出された課題に対する短期目標も設定していく必要がある。

⑤ 取組内容の検討

- 上記③課題の抽出、④目指す理想像の検討の結果を踏まえ、課題に応じた対応策を検討する。検討された取組は、優先順位や短期的に取り組むもの、長期的に取り組むもの等を明確にすると共に、誰がいつ、実施していくか役割分担をすることも重要である。
- 8つの事業項目は、課題の解決や理想像を目指すための取組を履行する手段であることに注意されたい。

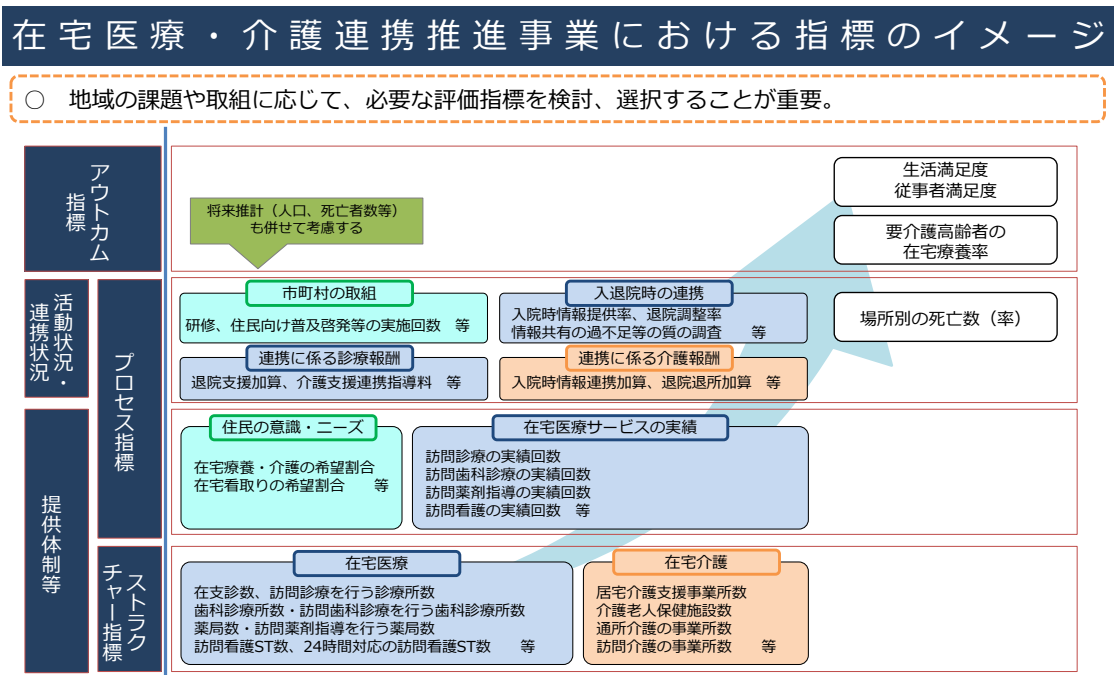
⑥ 指標の設定

- 地域の連携状況の分析や事業の進捗管理の指標・データと、目標となる評価指標の設定が必要となる。評価指標の考え方は次項を参照いただきたい。
- 【計画（Plan）】の段階で分析や対応策に基づいた指標を設定することで【実行（Do）】後の【評価（Check）】が円滑になる。
- 設定された指標で【評価（Check）】し、地域の医療・介護関係者が集まる会議へ定期的に提示、報告し、取組内容の改善を図ることが重要である。

【在宅医療・介護連携推進事業における評価指標の考え方】

- 本事業における指標のイメージは「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および先進事例等に関する調査研究事業」（平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業）報告書に、下記の図3のように考え方が示されている。指標例の詳細については本手引きの参考資料および報告書を参照いただきたい。

図5：在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ



※実績値は「後期高齢者1万人対」など人数比で把握するようにして、規模の異なる市町村間での横比較ができるようにする必要あり
 参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>
 出所) 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および先進事例等に関する調査研究事業
 (平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

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および先進事例等に関する調査研究事業（平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所）

- 在宅医療・介護連携の取組における指標については、市区町村における課題や取組内容、医療・介護の連携の場面（入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）に応じて必要な指標を検討、選択することが重要である。
- 設定する指標は大きく2つの目的があり、1つは、「地域の課題の分析や事業の進捗状況を確認するための指標」であり、もう1つは、「在宅医療・介護連携推進事業を進めた結果、どれだけ目標に迫ったかを示すための指標」に大別される。

「地域の課題の分析や事業の進捗状況を確認するための指標」

【在宅医療】

- 地域内の在宅医療の提供体制を把握するためのストラクチャー指標である。
- 在宅医療に関連する、病院・診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション等が該当する。
- 例えば、指標例に在宅療養支援診療所数等が含まれるが、必ずしも訪問診療や往診を実施しているとは限らないといった、サービス提供の実績とは必ずしも一致しない点に注意が必要であるため、プロセス指標の【在宅医療サービスの実績】と関連付けて解釈する必要がある。

【在宅介護】

- 地域内の在宅介護の提供体制を把握するためのストラクチャー指標である。
- 在宅介護に係る介護事業所数等が該当する。

【住民の意識・ニーズ】

- 住民が在宅療養・介護に関してどのようなニーズを持っているかを捉えるための指標であり、住民への普及啓発状況や目標の達成状況等を把握するためのプロセス指標である。
- 在宅療養・介護や在宅看取りの希望割合等が該当するが、希望を実現できる選択肢が地域の住民に提供されているかを把握することも重要である。

【在宅医療サービスの実績】

- 地域内に在宅医療サービスが実際にどの程度提供されているかを把握するための指標である。
- 地域の医療機関における訪問診療の実績等、在宅医療サービスがどの程度提供されているかを把握することで、例えば、ストラクチャー指標の増加施策が意味を為しているかどうかといった点を評価できるようになる。
- 実績の把握方法としては、医療レセプトを活用して診療報酬の算定状況を分析することや、郡市区医師会等関係団体と協力し、医療機関へのアンケート調査等を実施することで把握することができる。

【連携に係る診療報酬】

- 地域内の連携状況を医療面から把握するための指標である。【在宅医療サービスの実績】と同様に、ストラクチャー指標で表される提供体制の上で、どれほどの連携が為されているかを把握するためのプロセス指標である。
- 把握するには医療レセプトを活用することで把握することができる。

【連携に係る介護報酬】

- 地域内の連携状況を介護面から把握するための指標である。上述した在宅医療サービスの実績や連携に係る診療報酬と同様に、ストラクチャー指標で表される提供体制の上で、どれほどの連携が為されているかを把握するためのプロセス指標である。
- 把握するには介護レセプトを活用することで把握することができる。

【市区町村の取組】

- 在宅医療・介護連携推進事業において、市区町村が実施した取組内容を定量的に把握するための指標である。研修や講習などの実施回数を量的に把握し、その実施状況がどれほどの成果（アウトカム）につながったか評価するために用いられる。
- 実施回数以外に研修や普及啓発等の参加者に対するアンケートにより、質的な評価を実施していくことも重要である。

【入退院時の連携】

- 入退院時の連携状況の実績を把握するための指標である。
- 指標の把握は、例えば、アンケート調査により、入院時の介護支援専門員から医療機関に対する入院時情報提供率や退院時の医療機関から介護支援専門員に対する退院調整率の実績、退院時カンファレンスの状況等を把握することが考えられる。

【場所別の死亡数（率）】

- 自宅や老人ホーム等での死亡状況の評価するための指標である。
- 人口動態により把握できる自宅・老人ホームでの死亡者数は、自死や事故死等、訪問診療や居宅サービスを利用していない者の死亡数が含まれている一方、訪問診療や居宅サービスを利用していたが救急搬送され病院で死亡した者の数等は含まれないこととなり、活用する際は、こうしたデータの持つ性質に十分留意し、地域の医療・介護関係者と共有する必要がある。

「在宅医療・介護連携推進事業を進めた結果、どれだけ目標に迫ったかを示すための指標」

- 【計画（Plan）】の④目指す理想像の検討で地域の医療・介護関係者と共有されている目標に応じた指標となる。

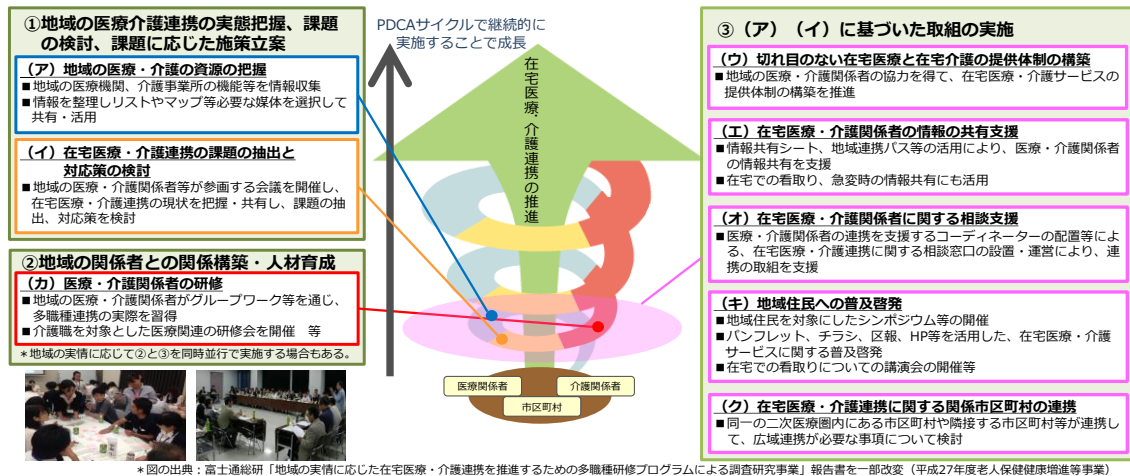
【生活満足度・従事者満足度】

- 在宅生活を送る住民の生活満足度（QOL等）を測定する指標である。
- 住民のQOLのほか、在宅医療と介護の連携の推進が地域の医療・介護関係者に与える副次的な効果として、在宅医療と介護の連携を支える地域の医療・介護関係者の仕事や連携状況に関する充実度（従事者満足度）についても把握することで連携の質を支え手視点で評価することも可能である。
- データの取得については住民に対するアンケート調査や郡市区医師会等関係団体を通じたアンケート調査等により把握することができる。

【要介護高齢者の在宅療養率】

- 要介護者がどれだけ在宅で療養できているかを示す指標である。
- 在宅医療・介護連携推進事業で在宅療養・介護を支える連携体制を構築した際に、【住民の意識・ニーズ】で把握される在宅療養の希望にどれだけ近づけているかを評価するものである。
- 在宅療養率を集計している自治体では、在宅の定義について、要介護3以上の要介護認定を持つ高齢者において、①入院外かつ介護保健施設外の住民、②入院外かつ介護保健施設または自宅の住民等の両方で評価している。

二 在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組について



- 在宅医療・介護連携推進事業は、(ア) 地域の医療・介護の資源の把握、(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、(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、(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援、(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援、(カ) 医療・介護関係者の研修、(キ) 地域住民への普及啓発 (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携、の8つの取組からなる。
- 本事業の円滑な実施のため、市区町村の行政組織内に、在宅医療・介護連携の推進に関する業務についての担当部署を決定し、市区町村が主体的に協議を進め、それぞれの取組を実施していくことが重要である。
- 地域の実情やそれぞれの取組の専門性に鑑みて委託が可能であるが、委託する場合においても、市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業の全体の取組を管理・調整していくことが必要である。
- また、本事業を推進するにあたっては、市区町村が、事業実施に係る検討段階から、郡市区医師会等の地域における医療・介護の関係団体等（以下「関係団体等」という）と協議するなど、本事業の円滑な実施に向けて、地域における医療・介護関係者と連携することが重要である。
- 特に取組の初期段階で地域の医療・介護の資源の把握や、市区町村や郡市区医師会等関係団体が既存で取り組んでいる事項について把握、整理し、地域の実情や市区町村における8つの事業項目の取組の進捗状況について地域の医療・介護関係者と共有することが重要である。
- 市区町村や郡市区医師会等関係団体が既に取り組んでいる事項を8つの事業項目で活用し、更に充実させることも重要な視点である。
- 本事業の取組における成果物の周知等においても、医療関係者への周知は郡市区医師会等、介護関係者への周知には地域包括支援センター等の幅広い関与、協力を得つつ進めていくことが重要である。

- 本事業の取組は、複数の市区町村による実施が効果的・効率的であると考えられる場合は、共同実施が可能である。
- 以降は、当該事業における（ア）から（ク）の具体的取組について取りまとめたので、市区町村における取組の参考にさせていただきたい。
- 在宅医療・介護連携推進事業は、地域にあわせた在宅医療と介護の連携体制を構築することが目的である。既存の取り組みも活かしながら、事業項目に取り組むことが望ましい。
- 本手引きで記載されている8つの事業項目それぞれの趣旨を十分に理解し、地域の実情にあった取組を郡市区医師会等関係団体とともに協議し、取り組んでいくことが重要である。

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所等の住所・連絡先、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、地域の医療・介護関係者と共有する。

▼ 本事業項目の概要

1. 地域の医療機関、介護事業所等の住所・連絡先、機能等の情報収集
2. 地域の医療・介護の資源の情報の整理（リストやマップ等の作成）
3. 地域の医療・介護関係者との情報の共有と活用

★ (ア) - 1 リスト又はマップの作成・企画にあたって

- 1 先行例への視察や、先進地域の講師を招いた研修の開催等を通じて、関係者の間で地域における実現可能な在宅療養のイメージの共有を図る機会をつくることが重要です。
- 2 作成過程（プロセス）における必要な情報の整理や話し合い等により、作成に携わる関係者として想定される郡市医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護事業所等の各専門職の在宅におけるそれぞれの役割への理解や、当該事業における共通認識の促進も期待されます。

【目的】

- (1) 市区町村が地域の在宅医療・介護連携の現状を把握し、医療・介護関係者の連携支援に関する施策の立案等に活用するとともに、医療・介護関係者がそれぞれの役割等について理解を深めること。
- (2) 地域の医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供することにより、地域の医療・介護関係者が、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにすること。
- (3) 地域の医療・介護の資源に関して把握した情報を活用して、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援すること。

【ポイント】

1. 地域の病院・診療所・歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所等の住所、連絡先、機能等の情報収集
 - (1) 医療機関に関する事項については、地域包括ケア「見える化」システムや医療機能情報提供制度（医療情報ネット、薬局機能情報提供制度）等の、既に公表されている事項を活用し、既存の公表情報等で把握できない事項については、必要に応じて調査を行う。専門的な事項が必要な場合は、必要に応じて地域の医療・介護関係者の意見を参考にして調査する。

(ア) - 2 医療機能情報提供制度等について

医療機能情報提供制度は、医療法第2章（医療に関する選択の支援等）第1節（医療に関する情報の提供等）で定められている取組です。

岩手県では、「いわて医療ネット」のウェブサイトで、歯科医療機関、薬局を含めて内容を閲覧できます。

URL：<http://www.med-info.pref.iwate.jp/>

(ア) - 3 医療従事者団体等が独自に公表している在宅医療の機能について

例1 一般社団法人岩手県薬剤師会「在宅訪問可能会員薬局」

URL: <http://www.iwayaku.or.jp/at-home/>

例2 一般社団法人岩手県歯科医師会「口腔保健センター」

URL: <http://iwate8020.jp/kenkou/kokuhokencenter>

(ア) - 4 地域包括ケア「見える化」システムについて

県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するための情報システムです。地域間比較等による現状分析から課題抽出が容易になり、同様の課題を抱える自治体の取組事例等を参考にすることで、地域の実情に応じた施策を検討しやすくなります。

URL: https://mieruka.mhlw.go.jp/mieruka/webapp/S010100_logoutRedirect.action

※ログインするにはID・パスワードが必要です。

(2) 調査を実施する場合は、関係団体等との事前の相談等を踏まえ、調査実施や回答者の負担等を考慮して調査する。

➤ (ア) - 5 「必要に応じた調査の実施」について

手引きでは「必要に応じて調査」とありますが、公表制度においては、届出や報告と実態のずれ（実績がない、公表したくないので届出を出さないなど）まで把握できません。

そのため、多くの場合、あらためて調査を実施することが必要です。

この場合、単なる形式的な事実確認に留まらず、調査の意義やその背景にある地域での在宅療養を支える体制構築の必要性について理解を広め、協力を求めることに留意する必要があります。

2. 地域の医療・介護の資源の情報の整理（リストやマップ等の作成）

(1) 把握した情報は、情報を活用する対象者の類型ごと（市区町村等の行政機関及び地域の医療・介護関係者等向け、地域住民向け等）に提供する内容を検討する。提供する内容、情報の整理方法については地域の医療・介護関係者と協議の上、決定する事が望ましい。

(ア) - 6 地域住民向けの資料の利活用について

地域住民向けの資料は、（キ）地域住民への普及啓発の項目で実施する、在宅療養に係る住民向けの啓発、プロモーションへの活用も意識して作成することにより、負担を軽減することができます。

(2) リストやマップ等は用途を明確にした上で媒体を選択し、作成する。

3. 地域の医療・介護の関係者との共有と活用

(1) 把握した情報を地域の医療・介護関係者に対して提供する際には、提供する情報について、地域の医療・介護関係者の理解と同意、協力を得た上で行うこと。

(2) 地域住民に対して提供する情報は、医療・介護関係者へ提供する情報と異なる場合があるため、地域住民にとって必要な情報に限定する。

★ (ア) - 7 関係者の理解、同意、協力を得るにあたって

関係者の理解、同意、協力を得ることは、取組の前提となるものですが、情報の公表や利活用については、あらためて同意や協力を得る等、丁寧に進める必要があります。

➤ (ア)－8 健康保険法に基づく「施設基準」届出状況の活用

病院や診療所などの医療機関は、国に対し健康保険法に基づく保険医療機関としての届出を行います。その際、人員の配置や設備の整備など所要の「施設基準」を満たしていることを届け出ることによって、診療報酬の加算を受けることができます。

つまり、当該届出情報を参照することで、どの医療機関が在宅医療に参加する意思を明確にしているのかということを確認することができます。

この情報は、厚生労働省東北厚生局（岩手県を所管します。）ウェブサイトで閲覧が可能です。

東北厚生局ホームページ「施設基準の届出等受理一覧」（資料10参照）

URL: https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index.html

（「東北厚生局 施設基準」で検索）

【実施内容・実施方法】

1. 地域の医療機関、介護事業所等の住所、連絡先、機能等の情報収集

- (1) 地域の医療・介護の資源に関して、まず、既存の情報や関係団体等が所有する情報等を整理する。
整理された情報を参考に把握事項と把握方法を検討する。

★ (ア)－9 「把握事項と把握方法の検討」にあたって

- 1 把握事項の検討は、既存資料等に加え、地域で在宅療養者への医療、介護を提供している実務者へのヒアリングなども行い、地域の実情に合った項目を、関係者間の協議により決定することが有効です。
- 2 上記の協議は、調査対象の機関が集まる会議等を活用し、(ア)－1に示すプロセスの一部として、説明・了承を得ることが考えられます。

- (2) 次に、整理した情報から把握すべき事項を抽出し、それ以外の事項について調査を実施する場合は、既に取り組んでいる市区町村の実施例を参考にするなど、調査事項・調査方法・活用方法を検討する。
- (3) 調査を実施する場合は、調査事項等の検討について地域の医療・介護関係者と検討した上で、協力を得つつ医療機関・介護事業所を対象に調査を実施する。

(ア)－10 「調査の実施」にあたって

- 1 (ア)－5、(ア)－9を踏まえ、次項「(イ)課題の抽出と対応策の検討」の取組の中で、在宅療養に必要な地域資源の把握や、その情報共有、公表等のあり方を関係者間で協議する場を設けることが必要です。
- 2 調査に当たっては、地域には数値化できる情報と数値化できない情報、数値化されていない情報もあるということに留意する必要があります。地域ケア会議など実事例が議論される場に参加し体感として理解する、時には従事者と1対1で話すなど、地域の従事者が肌で感じていることを市町村担当者が感じ取る機会を設けることも重要です。

- (4) 調査結果等を基に、地域の医療・介護の資源の現状を取りまとめる。

2. 地域の医療・介護の資源の情報の整理（リストやマップ等の作成）

(1) 医療・介護関係者に対するの情報提供

把握した情報が在宅医療・介護連携の推進に資する情報かどうか精査した上で、地域の医療・介護関係者と情報共有が図れる効果的な媒体（リストやマップ等）を選択・作成し、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センター等と共有する。なお、在宅医療・介護連携に関する相談支援の窓口等で、実際に連携支援を担う担当者の把握と連絡方法、及びそれらを情報提供することも有効であることに留意する。

★ (ア) -11 連携支援担当者名簿の例

平成 26 年度医療介護連携調整実証事業において、盛岡圏域で作成した例です。

地域の基幹病院における入退院調整の担当部署や担当者、対応可能な時間帯、留意事項等を取りまとめ、アクセスする側である地域の医療・介護関係者にとってわかりやすく改訂された事例です。

様式や記載事項について基幹病院及び地域の医療・介護関係者の両者が参集し、協議・情報交換する機会があると、顔の見える関係づくりの促進にも繋がります。

(ア) -11 図：盛岡保健医療圏域病院退院支援担当者一覧

(2) 患者が新たに介護保険を利用する場合 〔上段: 担当者 下段: 連絡先(空欄は一覧左の電話番号と同じ)〕						
退院後の生活相談	他院への紹介	介護サービス利用意向の聴取	公費負担等の手続き支援	成年後見制度利用支援	ケアマネへ紹介	地域包括支援センターへ紹介
ソーシャルワーカー	主治医 ソーシャルワーカー 退院調整看護師	ソーシャルワーカー 退院調整看護師	医事課 ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー 退院調整看護師	ソーシャルワーカー 退院調整看護師
内線****	各病棟	内線****	内線****	内線****		内線****

病院名	所属	氏名	電話	FAX	電子メールアドレス	対応時間	(1) 患者が介護保険を利用していた場合	
							ケアマネジャーからの入院情報の送付先	ケアマネジャーへの退院情報の提供元
●●病院	退院調整	●●●●	019-999-9999 (****)	019-999-9999	***@***.n e.jp	平日 8:30~17:00 第1・4土 8:30~12:30	地域医療連携室に送付してください。	ケアマネジャーから連絡をいただいている場合には、地域医療連携室から送付します。または、退院時に患者、家族へ持たせてお渡ししていただくこともあります。

(2) 地域住民に対する情報提供

把握した情報が住民にとって必要な情報かどうか、更に住民に対する提供が医療・介護関係者の連携の支障とならないか精査した上で、住民向けのリストやマップ等必要な媒体を作成し、住民に配布する。必要に応じて、市区町村等の広報誌、ホームページに掲載して、住民に情報提供する。

(ア) -12 住民向け資料の例

(ア) -12 図1：久慈医療圏医療介護資源マップ

洋野町国民健康保険種市病院

URL: <http://kujiiryoken-map.jp/>

投稿日：2016年10月20日 | 最終更新日時：2016年12月29日 | カテゴリ：病院、診療所



機関・施設の名称	洋野町国民健康保険種市病院
住所	岩手県九戸郡洋野町種市第23地割27番地2
電話番号	0194-65-2127
FAX番号	0194-65-3909
診療時間(営業時間)	平日8:15~17:15、夜間及び土日・祝日 急患対応
定休日・休診日	
HPアドレス	
受け入れ可能な患者	<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 胃瘻 <input checked="" type="checkbox"/> ストーマ <input checked="" type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> 痰の吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input checked="" type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 留置カテーテル <input checked="" type="checkbox"/> インスリン注射 <input checked="" type="checkbox"/> 透析 <input checked="" type="checkbox"/> 腹膜灌流 <input checked="" type="checkbox"/> 看取り <input checked="" type="checkbox"/> 難病 <input checked="" type="checkbox"/> 創傷処置 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input checked="" type="checkbox"/> 精神疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他○
受け入れ可能な要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5
「北三陸ネット」の参加有無	<input checked="" type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
機関・施設について (補足事項)	

(ア) -12 図2：紫波郡地域の「地域医療・介護資源マップ」の例

URL: <http://renkei-shiwagun.jp/> (紫波郡地域包括ケア推進支援センター)

紫波郡地域包括ケア推進支援センター
〔紫波郡医療介護連携支援センター〕

- > トップページ
- > 新着情報
- > センターについて
- > 活動内容
- > 地域医療・介護資源マップ
- > 研修・イベントスケジュール
- > 医療介護連携・情報共有シート
- > サイトマップ
- > リンク集

紫波郡地域包括ケア推進支援センター
(紫波郡医療介護連携支援センター)
〒028-3614
紫波郡矢巾町又兵衛新田 5-335
TEL: 019-611-1381
FAX: 019-611-2071
caresystem@renkei-shiwagun.jp

交通アクセス

地域医療・介護資源マップ

HOME > 地域医療・介護資源マップ

I. [医療機関・介護事業所等別に調べる](#)
 II. [地域（紫波町・矢巾町）別に調べる](#)
 III. [地域医療・介護資源マップについて](#)
 IV. [掲載施設等について](#)

I 医療機関・介護事業所等別に調べる

○紫波町及び矢巾町に所在する医療機関・介護事業所等の一覧リスト（7区分、21種類、186か所）（マップ付）を掲載しています。

ピンの色別区分（箇所数）	医療機関・介護事業所等の種類			
📍 (33)	病院・診療所	16		
📍 (27)	歯科診療所	15	27	
📍 (23)	保健課部課局	9	13	22
📍 (18)	相談支援 (プラン作成等)	7	9	16
	介護予防支援	1	1	2
	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント	4	5	9
	訪問介護（ホームヘルプサービス）	-	1	1
	訪問入浴介護	2	2	4
	訪問看護（訪問看護ステーション）	-	2	2
	通所介護（デイサービス）	12	11	23
	通所リハビリテーション（デイケア）	-	2	2
📍 (59)	居宅系介護サービス			

医療機関・介護事業所の種類毎に分類されており、クリックすると下図のように、一覧表と地図上に事業所の位置が示される。

12 有料老人ホーム「百万石」					
紫波町社会福祉協議会指定訪問介護事業所	〒028-3304 紫波町二日町字宮越356-1	019-671-1577	019-671-1577	詳細>	
ニチイケアセンター矢巾	〒028-3615 矢巾町南矢幅第12地割237-1	019-698-1266	019-698-1267	詳細>	
ヘルパーステーション鶴亀	〒028-3601 矢巾町高田第15地割28番地14	019-697-0804	019-697-1070	詳細>	
ヘルパーステーションなでしこ	〒028-3615 矢巾町南矢幅第8地割1111番地6	019-613-4950	019-613-4951	詳細>	
ヘルパーステーションやはば	〒028-3614 矢巾町又兵衛新田第5地割335番地	019-698-1385	019-698-1387	詳細>	
訪問介護事業所虹のいえ	〒028-3309 紫波町北日詰字大日堂2番地1	019-613-3117	019-613-3118	詳細>	

(参考) 表1 地域の医療・介護の資源の把握事項と把握方法

分野	把握事項	把握方法
在宅医療 (訪問診療を行う医療機関、 訪問薬剤管理指導を行う薬 局)	<基礎情報> ・医療機関名、薬局名 ・住所 ・電話番号 ・FAX番号 ・診療日・診療時間、営業日・営業時間 ・診療科	・医療機能情報提供制度 ・薬局機能情報提供制度 (厚生労働省ホームページ)
	<訪問診療等の対応> ・在宅患者訪問診療 ・往診 ・歯科訪問診療 ・訪問薬剤管理指導 ・時間外における対応	
	<対応可能な診療内容> ・在宅ターミナルケアの対応 ・中心静脈栄養 ・経管栄養 ・気管切開部の処置 ・疼痛の管理 ・レスピレーター(人工呼吸器)等	
訪問看護	<基礎情報> ・事業所名 ・住所 ・電話番号 ・FAX番号 ・サービス提供日・時間・定休日	・介護情報公表システム (厚生労働省ホームページ)
	<体制等> ・緊急時の訪問体制の有無 (緊急時訪問看護加算の届出) ・看取りの対応の有無 (ターミナルケア体制の届出) ・気管切開患者等への対応の有無 (特別管理体制の届出)	
介護	<基礎情報> ・事業所名 ・住所 ・電話番号 ・FAX番号 ・サービス提供日・時間・定休日	・介護情報公表システム (厚生労働省ホームページ)
	<提供する介護等>	

(ア) - 13 在宅医療分野における情報の把握方法について
 (ア) - 2 医療機能情報提供制度等について (再掲)
 (ア) - 3 医療従事者団体等が独自に公表している在宅医療の機能について (再掲)
 それぞれ参照願います。

(ア) -14 社会福祉施設・介護事業所等における医療的ケアの可否について

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法第 30 号）第 48 条の 2 の規定（介護福祉士ではない者と、介護福祉士であっても医療的ケアの科目を修了していない者は同法附則第 3 条）に基づき、社会福祉士及び介護福祉士は、5 種類の医行為が可能です。（資料 11 及び 12 参照）

この規定に基づいて介護福祉士等による医行為を行う社会福祉施設・介護事業所等は、県の下記ウェブサイトで閲覧できます。

○ 介護職員等による喀痰吸引業務について

URL : <http://www.pref.iwate.jp/fukushi/kaigo/18670/001988.html>

【留意事項】

- (1) 時間が経過するにつれて調査時の内容と異なる可能性があることから、定期的に最新の情報に更新する。
- (2) 医療機関・介護事業所等の調査を実施する場合には、調査を円滑に実施するため、事前に関係団体等に説明し、協力を得るとともに、情報提供の可否、提供する情報内容については、提出先から同意を得ておく。
- (3) 医療・介護関係者や住民に提供する情報の内容については、事前に関係団体等に事実関係の確認を求めるなど、地域の医療・介護の関係各者に内容を確認してもらうことが望ましい。
- (4) (イ) の協議に参画する関係団体等が有する資源情報について、可能な限り情報提供を受けることが望ましい。

(ア) -15 在宅療養に必要な資源の「リスト」について

在宅療養者やその家族、これらの支援者としてのケアマネジャー等においては、医療機関や介護事業所に限らず、日常の療養支援に活用できる、あらゆるサービスに速やかにアクセスできるよう、サービスをリスト化することも一つの手法です。市町村が配置する生活支援コーディネーターや認知症地域支援推進員との連携も含め、在宅療養を支える地域資源の掘り起しと情報の整理が必要です。

(ア) -15 図1：「軽米町保健・介護・医療・福祉サービスガイドマップ」目次から配食や移動支援、家族介護者支援など、あらゆる資源を1冊にまとめています。

目 次	
【1】 介護予防事業関係 ～要介護状態になることを予防します～	1
1. 二次予防対象者把握事業	2
2. 介護予防のための基本チェックリスト	3
3. 自分でできる認知症チェックリスト	4
4. はつらつ教室(心の健康づくり編)	5
5. はつらつ教室(運動編)	6
6. はつらつ教室(口腔・栄養改善編)	7
7. 心の健康づくり講演会	8
8. 訪問型介護予防事業	9
9. 認知症サポーター養成講座	10
10. 転倒予防セミナー 「雪谷川の流れとともに歩きましょう」	11
11. あったかヘルパー(生活管理指導員派遣事業)	12
12. はつらつデイサービス(通所型介護予防事業)	13
【2】 地域で取り組む介護予防活動関係	14
1. ふれあい共食事業	15
2. 地域で取り組む介護予防を応援(二戸地区広域行政事務組合)	16
3. 地区健康教室	17
【3】 介護者支援関係	18
1. 家族介護者教室	19
2. ゆったり介護の会(介護者のつどい)	20
3. おむつ支給事業(軽米町家族介護用品支給事業)	21
4. 介護手当(家族介護慰労事業)	22

【4】ひとり暮らし高齢者見守り関係	23
1. 軽米町ひとり暮らし高齢者見守り事業	24
2. よりそい弁当（高齢者見守り配食サービス事業）	25
3. 軽米町緊急通報装置設置事業	26
【5】その他 福祉事業関係	27
1. 軽米町福祉タクシー助成券	28
2. 災害時要援護者台帳整備・実態把握調査	29
3. 高齢者及び障害者にやさしい住まいづくり事業による住宅改修費補助金について	30
【6】その他	31
1. 介護保険外の福祉用具レンタル料金	32
2. 町内弁当対応業者表（よりそい弁当以外）	33
【7】介護保険事業所関係（各サービス・施設入所料金）	34
1. 通所・訪問系サービス料金一覧表	35、36
2. 受け入れ要件及び施設入所料金一覧表	37
3. 訪問診療（居宅療養管理指導）	38
◇ 県立軽米病院	39
◇ 訪問歯科診療	40
4. 訪問看護ステーション	41
◇ 二戸訪問看護ステーションふれあい・軽米	42
◇ 訪問看護利用料金表	43
◇ かるまい訪問看護ステーション	44
◇ 訪問看護サービス利用料（医療保険）	45～46
◇ 訪問看護サービス利用料（介護保険）	47
5. いちい荘	48

(ア) -15 図2：盛岡市青山地区まちづくり協議会

平成28年度に多職種・住民約100名が参加して行った地域資源の洗い出し結果をもとに、平成29年度は、資源マップを5,000部作成。資金は、協賛金を募って独自に発行しました。

平成28年度

地域にある社会資源を共有する

多職種 + 地域住民による社会資源の発掘



●医師や薬剤師、ケアマネージャーや介護事業者など、地域の多様な専門職と地域住民が協働で地域の社会資源を洗い出す作業を実施。

●約100人が参加。

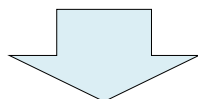
●介護保険外のインフォーマルサービスとして取りまとめて、地域のみんなで共有

平成28年度内に資源リスト・マップを作成し、地域の資源を「見える化」する予定

Point

今後の活動に協力していただける方(サポーター)を募集し、約20人の協力者を確保した

11

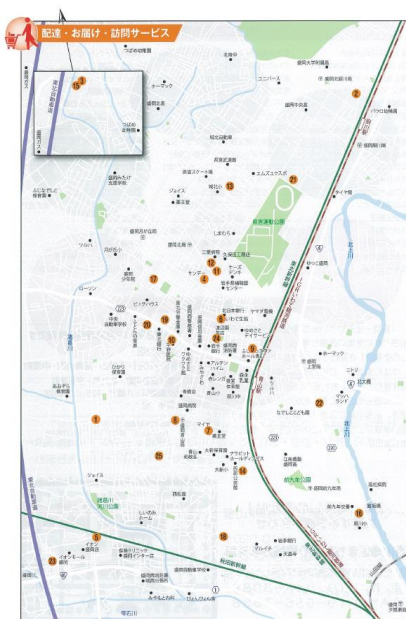


平成29年度

青山地区周辺の買い物、医療、交通、生きがいマップ

青山地区からのお知らせ	2	医療施設 (無料)	12
配達・お届け・訪問サービス	4	薬局	14
交通・生きがい・健康づくり	6	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)	16
娯楽サービス	8	介護サービス事業所	18
医療施設	10		

協働一住みよいまち安全安心なまち 青山を目指して
青山地区まちづくり協議会



項目	番号	名前	住所	電話番号
井 当	①	宅配クック123	長瀬町25-60	019-656-1670
	②	認定NPO法人もりあか配達サービス	みたけ二丁目22-50	019-648-8810
	③	夕食宅配センター (いわて生活協同組合)	滝沢市土沢220-3	0120-194-502
購 入 品	④	サンデー薬局	月が丘一丁目26-45	019-641-7818
	⑤	サンデー薬局柳瀬店	前瀬三丁目24-45	019-645-8870
	⑥	ヘルプ青山 (いわて生活協同組合)	青山三丁目17-2	019-647-8181
	⑦	マイヤ青山店	青山一丁目19-1	019-605-2311
店 内 商 品	⑧	セイメイレフン盛岡青山1丁目店	青山一丁目23-25	019-645-8202 0120-736-1586
	⑨	スタイル薬局	青山三丁目6-2	019-646-5757
	⑩	すみれ薬局	西青山二丁目18-57	019-645-2311
薬	⑪	月が丘薬局	月が丘一丁目29-7	019-648-3939
	⑫	みずは薬局月が丘	月が丘一丁目29-16	019-601-8211
	⑬	おやまだ薬局	みたけ三丁目23-44	019-646-6121
	⑭	白石薬事	西青山5-13	019-647-2550
灯 油	⑮	盛岡北灯油センター (いわて生活協同組合)	滝沢市土沢220-3	0120-112-021
	⑯	内藤米穀・燃料店	前九年一丁目9-48	019-647-0338
米・灯油類・タバコ・冷凍食品	⑰	田井米穀店	月が丘二丁目8-36	019-647-2029
	⑱	フードショップ北品	北沢岩崎町17-30	019-646-4684
	⑲	滝島クリーニング	月が丘一丁目4-5	019-647-7323
カーニング	⑳	しらぬしクリーニング	西青山二丁目26-18	019-647-6468
	㉑	フルスタークリーニング	みたけ二丁目7-2	019-643-9321
訪問障害	㉒	カットハリスささき	上郷一丁目16	019-643-9522
	㉓	合同会社アリス 社会福祉委員むらたほつこ	前瀬三丁目12	019-645-8411
お 茶		遠山茶店	青山三丁目20-12	019-646-6283
訪問鍼灸		うしろくろ整体院医療併設健康サロンモーター	中瀬町1-25 北沢市土沢長瀬町25	019-601-5668

優良・オーダー物の販売
とんどの百貨店のこだわり
おまかせの仕入れを得意と、毎日新鮮な野菜・果物を仕入れ、おまかせの加工品を販売。

【青山地区金融団】
岩手銀行 青山町支店
北日本銀行 青山町支店
東北銀行 青山支店
盛岡信用金庫 青山町支店
東北労働金庫 盛岡北支店
◆住みよいまちづくりをサポート◆

住まいのこちら
新築工事
リフォーム工事
建築、土木工事
緑久保工務店
代表取締役 久保田 隆
〒990-0101 盛岡市青森一丁目25-26
TEL (019) 641-1450

ふどんの官原
☎ 645-1293
前瀬2-29-1 (ヒッコリ丸製菓)

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

<特に重要な取組>

- 関係者が地域で実現可能な在宅療養のイメージを共有することができるよう、先行している地域への視察や、講師を招いた研修の開催など、制度の理解を深め、自分たちの地域における在宅医療の実現イメージの共有を図る機会を設けること
- 市町村の担当者が、地域で在宅療養者への医療、介護を提供している実務者へのヒアリングを行うこと
- 市町村担当課や地域包括支援センターにおける連携支援担当者名簿を作成し、医療機関等に提供すること

(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・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。

▼ 本事業項目の概要

1. 事業項目「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」で得られた情報や市区町村・都道府県および各関係団体が所持している既存の情報やデータ、在宅医療・介護連携に関連する既存の取組について集約する。
2. 地域の医療・介護の関係団体等が参画する会議を開催する。
3. 会議で地域の医療・介護の関係団体等と現状や課題、対応策、地域で目指す理想像（目標）を共有する。

【目的】

在宅医療と介護の連携に関する地域の課題を抽出し、その対応策を検討すること。

➤ (イ) - 1 「連携に関する地域の課題」について

会議・グループワーク等の場で、訪問診療を行う「医師不足」などの人的資源の不足、訪問看護事業所やボランティアなどの「社会資源の不足」、行政・介護福祉関係者が医療従事者に感じる心理的なバリア「敷居」などがよく話題に上ります。

しかし、これらの話題に即効的な解決方法はなく、こうした表層的な議論に終始せず、現有の資源の中で必要な連携を取るなど議論を前に進めるための論点を優先し、議論が拡散しないよう、テーマを設定して協議の場を運営する必要があります。

【ポイント】

- (1) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催事務について委託することは差し支えないが、議題等、会議の開催前後に検討が必要となる事項については、市区町村が主体的に取組む必要がある。
- (2) 地域の医療・介護の関係団体等に参画を求め、地域の医療・介護の関係団体等と現状や課題、対応策、地域で目指す理想像（目標）を共有する。
- (3) 課題及び対応策についての検討の結果、それぞれの事項について更なる検討が必要とされた場合は、ワーキンググループ等を設置する。
- (4) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議のワーキンググループ等は、(ア) から(ク)の他の事業項目の実施に係る検討の場として活用される。

(イ) - 2 「地域の医療・介護関係者等が参画する会議」設置要綱例

課題の抽出と対応策の検討を行う仕組みは、市町村や地域包括支援センターが主催する「地域ケア会議」をベースに、必要に応じて特別な協議体等を追加していくことも考えられますが、下記のとおり特別に協議体を創設した例を紹介します。

(イ) - 2 資料1：北上市在宅医療介護連携推進協議会設置運営要領
(設置)

第1 北上市の地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅高齢者に対する医療や介護サービスが効果的に提供できる体制を整備するため、北上市在宅医療介護連携推進協議会（以下「協議会」という。）を置く。

(所掌事項)

第2 協議会の所掌事項は、次のとおりとする。

- (1) 介護保険法第115条の45第2項第4号に基づく事業に関する事
- (2) 医療と介護の連携拠点の運営に関する事
- (3) その他医療と介護の連携推進に関する事

(組織)

第3 協議会は、次に掲げる関係機関・団体等（以下「関係者」という。）をもって構成し、別表のとおりとする。

- (1) 医療機関及び医療関係の職能団体等
- (2) 介護施設及び介護関係の職能団体等
- (3) 地域包括支援センター
- (4) 北上市在宅医療介護連携支援センター
- (5) その他医療と介護の連携に必要と認められる機関・団体等

(会議)

第4 協議会は、保健福祉部長が招集する。

2 協議会の議長は、保健福祉部長（以下「部長」という。）とする。

3 部長に事故があるとき又は部長が欠けたときは、保健福祉部長寿介護課長がその職務を代理する。

4 協議会の出席者は、第3に規定する関係機関、団体等の代表者又は医療と介護の連携推進に関する担当者等とし、各2名以内とする。

(庶務)

第5 協議会の庶務は、保健福祉部長寿介護課において処理する。

附 則 (略)

	関係機関・団体等	備考
1	岩手県南広域振興局保健福祉環境部長寿社会課	団体の長又は医療介護連携担当者
2	岩手県中部保健所	〃
3	北上医師会	〃
4	北上歯科医師会	〃
5	北上薬剤師会	〃
6	岩手県立中部病院	〃
7	北上済生会病院	〃
8	花北病院	〃
9	岩手県理学療法士会	〃
10	北上市老人福祉施設連絡会	〃
11	北上地区ケアマネジャー連絡協議会	〃
12	岩手県訪問看護ステーション協議会 県南Bブロック	〃
13	地域包括支援センターいいとよ	管理者又は医療介護連携担当者
14	地域包括支援センター北上中央	〃
15	地域包括支援センター展勝地	〃
16	地域包括支援センターわっこ	〃
17	在宅チーム医療人材育成地域リーダー	平成24年度地域リーダー研修受講者
18	北上市在宅医療介護連携支援センター	センターの職員
19	北上市保健福祉部健康増進課	課等の長及び医療介護連携担当者
20	北上市保健福祉部長寿介護課	〃

(イ) - 3 課題の抽出と対応策の検討を行う仕組みの例

(イ) - 3 図：H28.7.4厚生労働省主催「第7回医療介護総合確保促進会議」資料1より 在宅医療連携拠点チームかまいしの取組み

実施内容

【連携コーディネート手法】
 職種内の課題(例:総意の形成、知識不足)、職種間の課題(例:職種理解、相談ルート)、地域全体の課題(例:役割分担、ICT、啓発活動)と課題ごとに異なる場を設定して取り組みを推進。

①一次連携
②二次連携
③三次連携

→課題に解決の『場』と『手法』を提供

◆ **一次連携 (連携拠点と一職種による連携)**

- 課題の抽出と解決策の検討・実践
- 職種内の気づきと課題の共有の促進

⇒ 連携拠点が職種内の課題解決のための取組を支援

◆ **二次連携 (連携拠点が仲介する複数職種の連携)**

- 一次連携のニーズをマッチングすることで連携構築を支援
 (例) 医科歯科同行訪問研修、多職種合同研修会 等

⇒ 反省会での課題の抽出と解決策の検討・更なる実践へ

同行訪問 (歯科)

同行訪問 (薬科)




➔

『在宅臨床協働』が実現

➤ 多職種間の相互理解は臨床の現場でより促進。各職種の引き出された専門性が体感でき(一目瞭然であり)、役割分担のイメージが鮮明になる。

◆ **三次連携 (地域全体のコンセンサス形成の場)**

- 職種間で解決困難な地域全体の課題を抽出・検討

⇒ 釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会
釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会



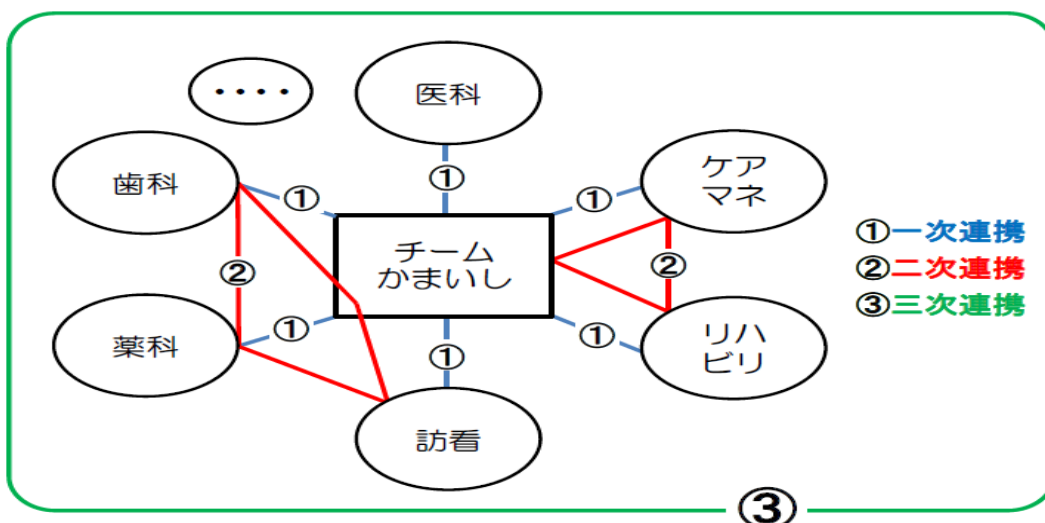
※チームかまいしホームページより 「在宅医療連携拠点チームかまいしの連携手法」

URL : <http://teamkamaishi.ec-net.jp/info.html>

チームかまいしでは、層の異なる3つのフェーズによる連携を行っています。

私たちは、その3層の連携を、それぞれ**一次連携**、**二次連携**、**三次連携**と呼んでいます。

3つのフェーズによる連携のイメージ



【実施内容・実施方法】

- (1) 在宅医療及び介護の提供状況（(ア)の結果）、在宅医療・介護連携の取組の現状や市区町村および各関係団体の既存の取組を集約し、市区町村が在宅医療・介護連携の課題（情報共有のルール策定、切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制の構築、医療・介護のネットワークづくり、医療・介護関係者や、その連携担当者等の顔の見える関係づくり、住民啓発等）を抽出する。
- (2) 市区町村は、(1)で抽出された課題を元に対応策の案を検討する。
- (3) 地域の医療・介護関係者を参集し、当該事業項目に係る会議を開催する。当該会議では、(1)で集約した情報や抽出された課題、(2)で検討した対応策の案、地域で目指す理想像（目標）について検討・共有する。
- (4) 検討された対応策の実施に係る市区町村や郡市区医師会等関係団体等の役割やスケジュール等の検討をする。

【留意事項】

- (1) 会議の構成員については、郡市区医師会等の医療関係者、介護関係者、地域包括支援センター等に加え、地域の実情に応じて、訪問看護事業所、訪問歯科診療を行う歯科医療機関、在宅への訪問薬剤管理指導を行う薬局等の参加を求めることが望ましい。

★ (イ) - 4 在宅医療や在宅医療・介護連携に係る協議体等の構成員

会議の構成員となる「医療関係者」については、郡市医師会に対して地域で在宅医療を担う医師、また、基幹病院の中でも地域医療へ理解のある医師の推薦を依頼し、その他地区単位の歯科医師や薬剤師などの医療従事者団体における地区担当役員等の推薦してもらいます。

なお、協議体の会議では、医療と介護どちらかでしか使用しない用語や、同じ語であっても異なる解釈が存在する語の使用を避けるか、注釈を付けて用いることを構成員にお願いしたり、両者の翻訳ができる人を配置するなどの工夫も大切です。

(イ) - 4 図1：岩手西北医師会ウェブサイトより

URL： <http://iwate-seihoku.jp/yakuinn/> (H30.9.12 閲覧)

※ 全ての郡市医師会がこうした組織体系を整備しているものではありませんが、「在宅医療の担当の先生」「地域医療の担当の先生」をお願いしてみるのも一つの手法です。

岩手西北医師会 各種委員会・部会

★…各委員会・部会の、委員長・リーダー

■ 各種委員会

各種委員会		担当者		
総務委員会		西島 康之	佐々木 久夫	篠村 達雅
		栃内 秀彦	森 茂雄	
学術事業委員会	認知症	★紺野 敏昭	北上 明	
	自殺予防	★植田 修		
	糖尿病	★大川原 真澄	木村 秀孝	
	生涯教育	★金井 猛	高橋 真	
	在宅	★高橋 邦尚	斉藤 宏之	
ロコモティブ症候群		★久保谷 康夫	立本 仁	
学校保健委員会（交代制）		★北上 明	上原 充郎	篠村 達雅
		佐々木 久夫	山口 淑子	藤井 裕
		鈴木 一彦	金井 猛	小豆嶋 純子
		高橋 邦尚		
地域医療委員会	滝沢市	★高橋 邦尚	紺野 敏昭	栃内 秀彦
	雫石町	★大森 浩明	篠村 達雅	
	八幡平市	★瀧山 郁雄	森 茂雄	
	葛巻町	★阿部 郁夫	西島 康之	
	岩手町	★北上 明	佐々木 久夫	

(イ) - 4 図2：岩手県歯科医師会ウェブサイトより

URL： <http://iwate8020.jp/category/gaiyou> 「地区歯科医師会」 (H30.9.12 閲覧)

各地域の医科歯科連携の紹介

がん診療医科歯科連携 (がん)

病院と地区歯科医師会が連携して、がん患者さんの治療をサポートしています。

栄養サポートチーム (栄養)

病院の栄養サポートチームに地区歯科医師会が参加して、回診を行っています。

訪問歯科診療連携 (訪問)

訪問介護支援施設と地区歯科医師会が連携して、訪問歯科診療を行っています。



(2) 課題を抽出する際は、重要度及び優先順位も考慮する。

(3) 必要に応じて、在宅医療や介護を提供している者等からヒアリングを行うことも考えられる。

★ (イ) - 5 ヒアリングについて

広範囲な関係者によって支えられる在宅療養の実態は正確に把握することが難しく、年々実施状況も変わることから、在宅医療に従事する医療者等のヒアリングは必ず行うことが必要です。

(4) 検討する議題に応じて、在宅医療・介護連携に関する有識者、医療機関等の入退院支援の担当者、都道府県関係部局、保健所等の担当者等の参加を求めることが望ましい。

★ (イ) - 6 協議体等の構成員 (有識者等について)

「有識者」としては、例えば県内の在宅医療・介護連携の先行地域の担当者と呼ぶことが考えられます。また、「保健所担当者」は、二次医療圏域内での広域的な医療連携体制構築の観点で、参加を求めます。

- (5) 会議の進行等に当たっては、特定の関係者に発言が偏ることがないように、関係者の専門性の違い等に配慮しつつ広く関係者の発言を求める。
- (6) 会議は定期的を開催すること。ただし、開催頻度は地域の実情に応じて決定することで差し支えない。
- (7) 医療・介護関係者が参画する会議を開催し、地域の在宅医療・介護連携の課題とその対応策について検討することが主旨であるため、地域の実情に応じて既存の会議を活用することも差し支えない。
- (8) 特に、地域ケア会議については、議題、出席者の職種、回数等が当該事業の主旨を満たすものであれば、活用を検討していただき差し支えない。ただし、その場合であっても、医療・介護関係者が参画する会議を開催する前に、市区町村が課題の整理や対応策について検討することが必要である。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

<特に重要な取組>

- 在宅医療や在宅医療・介護連携に係る協議体等の構成員となる「医療関係者」については、郡市医師会に対して地域医療や在宅医療の担当役員などの推薦を求めること。また、保健所の担当者の参加を求めること
- 在宅医療に従事する医療者等のヒアリングを行うこと

(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ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要な具体的取組を企画・立案する。

(ウ) - 1 「切れ目のない」について

在宅医療の4つのフェーズ(資料2参照)を円滑に乗り切るための基本として、行政機関、各種相談窓口、医療機関等において在宅療養者やその家族への相談支援が、全てのフェーズで適切に行われることが重要です。

<退院支援>

病院から在宅(地域)に戻る退院患者に対し、医療、介護等の地域資源を組み合わせて、地域全体での取組として、日常的な療養に円滑に移行させることが重要です。

例1:高齢者等が入院した際、退院後の生活を見据え、医療や介護等の必要なサービスが包括的に提供されるよう、入院医療機関と在宅医療や介護の担当者間で、病状や退院後の支援方針等の共有を図るカンファレンスを開催します。

例2:入院医療機関と在宅医療や介護の担当者間での情報伝達や情報共有を円滑に行うために、地域内の関係者が共有できる、統一のルールを策定します。

※ 盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン

URL: <http://www.pref.iwate.jp/morioka/hoken/53441/034367.html>

※ こうしたガイドライン等は、多くの関係者が内容を理解し、実際に運用されることが重要であり、定期的な見直しも含め、関係者が積極的にルール策定に関与できるような進め方に注意が必要です。

<日常の療養支援>

医師による往診や訪問診療にとどまらず、必要とされる医療・介護・福祉等の様々なサービスを組み合わせて、療養生活を支える体制を整えることが重要です。

(フォーマルなサービス)

- ・ 歯科医師による往診や訪問診療、歯科衛生士の口腔ケアの実施
- ・ 薬剤師による訪問や、薬局店頭における薬学管理の実施
- ・ 訪問リハビリテーションの実施
- ・ 訪問栄養指導の実施
- ・ 訪問看護の実施
- ・ 訪問看護の資源がない地域で、例えば通所介護の看護師による医学管理を行うなど、医療的ケアを担う者の拡大
- ・ 社会福祉士及び介護福祉士法に基づく介護職員による医療的ケアの実施
- ・ 家族介護者の介護疲れの防止、リフレッシュのため、レスパイトを目的にした介護サービスの短期入所生活介護等を時々利用(実施)すること
- ・ 在宅療養者の医療ニーズを的確に把握し、必要なサービスを確保するため、介護支援専門員などにおける、アセスメントの技量を段階的・継続的に向上させる取組の拡大

※ 医療的ケアを伴う在宅療養者の場合は、下記ウェブサイトに対応する事業者を確認できます。

介護職員等による喀痰吸引業務について

URL： <http://www.pref.iwate.jp/fukushi/kaigo/18670/001988.html>

(インフォーマルなサービス)

- ・近隣住民の見守りや移送のサービス、治療食を配食するサービスの活用
- ・近居家族による支援
- ・民間企業が提供する緊急通報システム等の活用

<急変時の対応>

24時間、365日の対応が必要ですが、緊急往診を確保できる地域が限定されることを踏まえ、「急変」の兆候を早期に発見できるよう、日常の療養支援に携わる関係者が常に「いつもと違う」状態を早期に覚知する意識を持つことが求められます。

- ・救急受診の際に必要な医療情報の項目を入れた緊急連絡票の参考様式を作成し、運用する
例：盛岡市医師会作成の様式例

URL： <http://www.morioka-med.or.jp/kinkyujirenraku.html>

- ・在宅療養者について、予め搬送先を決めておくことや、そのことについて消防署の救急担当部署と情報共有を行う
- ・在宅療養後方支援病院（健康保険法の施設基準届出）制度を活用し、症状の急変に伴い緊急入院の必要性が生じた場合に、速やかに入院できるよう予め登録する

県内の在宅療養後方支援病院：盛岡赤十字病院、盛岡市立病院、美希病院（奥州市）いずれも平成30年3月現在

<看取り>

住民に対する教育、普及啓発や、介護職員等が看取り介護を担うことができるよう、教育研修を実施するような取組が考えられます。

- ・事前指示書の作成など終末期医療（人生の最終段階における医療）に備えた意思の表示、確認
- ・看取りや終末期医療について、住民理解の促進
- ・生活の場で看取りを支援できるような介護職員の育成等を目的とした研修の拡充

▼ 本事業項目の概要

1. 地域における住民等が必要とする、切れ目のない在宅医療と在宅介護のサービス提供体制を想定・検討する。
2. 1で検討された場面において、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、必要な具体的な取組を企画・立案する。

【目的】

医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が夜間・休日、容態急変時の対応等、切れ目なく提供される体制の構築を目指した取組を行うこと。

(ウ) - 2 「在宅療養」と「在宅療養者」「在宅療養患者」について

- 1 「在宅療養」とは、本人や介護者の意思に基づき、医療提供施設（病院、診療所、老人保健施設）以外の場所において、患者が医療、介護、生活支援等の必要なサービスを一体的に受けて生活することです。（市町村在宅医療連携体制支援事業実施要綱第2条第1号）
→ 狭義の「自宅」に限らず、社会福祉施設や居住機能を持つ介護事業所で暮らす在宅療養者も「在宅」に含まれます。
- 2 在宅療養をする人を「在宅療養者」「在宅療養患者」と呼びます。
- 3 在宅療養者が安心して生活を送るためには、医療・介護のほか、社会福祉協議会や民生委員、自治会等の地縁組織やNPO等、地域住民等が連携した、日常の療養支援生活を支える包括的なネットワークの構築が求められます。

【ポイント】

- (1) 当該事項については、地域の在宅医療と介護の資源状況等、地域の実情に応じた様々な取組が考えられるので、(ア)で得られた情報や(イ)で検討した事項を踏まえ、地域で必要となる提供体制の構築に向けた検討を行い、地域の実情に応じた取組を行う。
- (2) 医療・介護関係者の主体的な協力を得られるよう働きかけることが重要である。

➤ (ウ) - 3 市町村の役割について

市町村の役割は、基本的にコーディネーター役です。在宅医療・介護の関係者が、それぞれの立場で切れ目なく高齢者にサービス提供できる体制を目指して、職能団体や各機関等が、連携課題の解決に向けて主体的に取組を進められるように働きかけていくことが、重要な仕事です。

(ウ) - 4 在宅療養や在宅療養者支援に係る共通認識について

これまで、在宅医療は限られた関係者により進められてきた例が多く、医療関係者を含めて多くの人が具体的かつ実現可能なイメージを共有できていません。

一方、二次保健医療圏でみると、県内全ての圏域で「在宅医療」が行われており、医師数など医療資源が必ずしも十分とは言えない地域でも、人口あたりで比較すると全国有数の実績を示す地区もあります。

県内外の類似する地域の先行例を参照するなど、「医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができる」地域づくりについて、関係者が共通の認識を持つことが大切です。

【実施内容・実施方法】

- (1) 地域の医療・介護の提供状況について、市区町村や郡市区医師会等関係団体が把握している既存情報や、(ア) で得られた情報等を活用して確認する。

➤ (ウ) - 5 地域の介護の提供状況について

「地域の介護の提供状況」は、社会福祉士介護福祉士法に基づく医療的ケア（(ア) - 14 を参照）在宅療養者が必要とする生活支援（(ア) - 15 を参照）などを含む幅広い概念です。

- (2) 地域の医療・介護関係者等の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制構築のために必要な取組を検討する。なお、必要な取組については、市区町村等が、事前に把握した情報に基づき検討し、(イ) で設置した会議等を利用して、更に地域の医療・介護関係者を集めて検討する。

★ (ウ) - 6 必要な取組の検討にあたって（地域ケア会議の取組の重要性）

在宅療養者支援にあたる関係者からヒアリング等を行うほか、関係者が参集する地域ケア会議等の場において、医療の確保を含む支援の事例、知見を集積することが求められます。

また、在宅医療の4つのフェーズにおいて必要なサービスが確保できなかったケースについては、地域の医療・介護福祉関係者による評価・分析が必要です。

さらに、市町村担当者は、地域ケア会議等の開催状況の把握に努めます。

→ 案件や参集者、協議内容を把握することで、課題解決に向けた政策形成に必要な情報を収集します。

- (3) 市区町村は、検討した必要な取組について、地域の医療・介護関係者の理解と協力を得た上で、実現に向けた着実な進捗管理に努める。

【留意事項】

- (1) 地域医療の状況等に関する理解が必要なこと、訪問診療・往診を行う医療機関の協力が求められること等から、取組の検討・実施に当たっては関係団体等に委託することも可能。

(ウ) - 7 「切れ目のない体制の取組検討」について

手引きにある、開業医などにおける在宅医療の24時間対応体制を支える「主治医、副主治医制の創設」などの仕組みの構築にこだわらず、在宅療養者が日常的な医学管理、医療的なケアを受けられる機会の確保・拡充を図る視点が重要です。（ウ） - 1 も参照願います。

- (2) 切れ目なく在宅医療と在宅介護を提供するための体制は、表2のような取組が例として考えられるため参考にされたい。ただし、必要な取組は、患者・利用者の状態や、その家族、介護者の状況、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、表2の取組に限らず、地域の実情に応じて必要な体制を構築することが重要である。

なお、検討した仕組みや取組が救急体制に関わる場合は、救急搬送を行う消防組織と情報共有を行うことも効果的である。

- (3) 地域支援事業交付金の対象となる本事業項目の支出は、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築を推進する取組についての検討に係る費用を対象とする。例えば、主治医・副主治医制の運営のための経費（医師への手当て等）、夜間・休日に医療機関が診療体制を確保するための経費（医療機関の協力金等）は、本事業項目の対象経費とならないので注意すること。

(参考) 表2 切れ目のない在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築推進に向けた取組例

例1) 主治医・副主治医制の導入による体制の構築

① (イ)の会議における内容を踏まえ、切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、主治医・副主治医制の導入の検討について、郡市区医師会に説明し協力を得られるよう働きかける。

② 導入についての検討後、市区町村及び郡市区医師会の共同の呼びかけにより、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関が参画する会議を設け、郡市区医師会の先導の下、主治医・副主治医制の導入に係る以下の事項等について検討する。

- ・参加医療機関の対応可能な日時・疾患等を考慮した副主治医の決定方法及び対応順の決定方法
- ・患者情報の共有及び緊急時の対応に関するカンファレンスの開催
- ・介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法

※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、患者・利用者及び家族に主治医・副主治医制について説明し、同意を得た上で、副主治医への連絡方法等について説明する。また、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護支援専門員等の介護関係者とも共有する。

例2) 在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保

① (イ)の会議における内容を踏まえ、切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、在宅療養中の患者・利用者についての急変時診療医療機関の確保体制の導入の検討について、郡市区医師会に説明し、検討についての協力を得られるよう働きかける。

② 導入についての検討後、市区町村及び郡市区医師会の共同の呼びかけにより、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関が参画する会議を設け、郡市区医師会の先導の下、急変時診療医療機関の確保の導入に係る以下の事項等について検討する。

- ・緊急時の診療希望患者の登録方法や、主治医と急変時診療医療機関との連絡方法、診療希望患者についての事前の情報共有の方法等の運用や書式について
- ・地域の病院・診療所等の医療関係者等及び介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法

※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、患者・利用者及び家族に急変時の診療医療機関の確保について説明し、同意を得た上で、急変時診療医療機関への連絡方法等について説明する。また、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護事業所等の介護関係者とも共有する。

例3) 訪問診療・往診を提供する医療機関と訪問看護ステーションとの連携体制の構築

① (イ)の会議における内容を踏まえ、切れ目なく在宅医療と在宅介護が提供される体制の構築に向けた取組の一つとして、訪問診療・往診を提供する医療機関と訪問看護ステーションとの連携体制について、郡市区医師会に説明し、検討について協力を得られるよう働きかける。

② 導入についての検討後、地域の医療機関、訪問診療・往診を提供する医療機関及び訪問看護ステーションが参画する会議を設け、連携体制の構築に向け、以下の事項等について検討する。

- ・訪問診療・往診を提供する医療機関と訪問看護ステーションの連携により対応する患者情報の共有方法
- ・夜間・休日及び容態急変時等の対応
- ・介護支援専門員等の介護関係者等への周知及び共有方法

※実際に本仕組みを活用する際には、主治医から、訪問看護ステーションとの連携体制について説明し、同意を得た上で、夜間休日等における連絡方法等について説明する。また、当該患者・利用者への介護の提供に関わる介護支援専門員等の介護関係者とも共有する。

(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

<特に重要な取組>

- 医療の確保を含む支援の事例、知見を集積するため、市町村担当者は、地域ケア会議等の開催状況の把握に努めることが重要であること。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。

▼ 本事業項目の概要

1. 情報共有ツール^{*}の確認・作成
2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

(エ) - 1 情報共有ツールの主な用途と例

4つの局面	県内における主な帳票等の例
退院支援	<p>○県央保健所「盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン」 URL : http://www.pref.iwate.jp/morioka/hoken/53441/034367.html</p> <p>○宮古保健所「宮古圏域入退院調整支援ガイドライン」 URL : http://www.pref.iwate.jp/engan/miya_hoken/035006.html</p> <p>○地域連携クリティカルパス 急性期病院から回復期病院、退院後の診療所における診療まで、一貫性のある診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものです。 診療報酬の加算においては「地域連携診療計画」として制度化されており、脳卒中、大腿骨頸部骨折、がんが対象になっています。 また、診療報酬の加算がつかない疾病に対する診療や、医療介護の連携を目的にした「地域連携パス」を策定し運用している例（資料13-1）もあります。</p>
日常の療養支援	<p>○盛岡市医師会「主治医・ケアマネジャー連絡票」（資料13-2） URL : http://www.morioka-med.or.jp/primary-caremanager.html</p> <p>○岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク「〈認知症〉医療・介護連携シート」（資料13-3） URL : http://www.city.takizawa.iwate.jp/life/fukushi/kourei_fukushi/_10463/_10455.html</p> <p>○一関市医療と介護の連携連絡会「くらしのシート」「退院シート」（資料13-4） URL : http://www.city.ichinoseki.iwate.jp/index.cfm/28,44639,56.html</p> <p>○盛岡市歯科医師会「歯科往診FAX依頼書」（資料13-5） URL : http://www.morioka-med.or.jp/zaitaku-iryuu/zaitaku-shikaoushinfax.pdf</p> <p>○釜石歯科医師会「歯科往診依頼書」（資料13-6） URL : http://teamkamaishi.ec-net.jp/sika-irai.pdf</p>

	<p>○岩手県薬剤師会「お薬手帳」「介護支援専門員・かかりつけ薬剤師連携アセスメントシート」（資料13-7）</p> <p>URL：http://www.iwayaku.or.jp/toeveryone-02/</p> <p>URL：http://www.iwayaku.or.jp/caremanager/</p>
急変時の対応	<p>○盛岡市医師会「高齢者施設利用者のための「緊急時連絡票」」（資料13-8）</p> <p>URL：http://www.morioka-med.or.jp/kinkyujirenroku.html</p>
看取り	<p>事前指示書「HOTARU」（資料13-9）</p> <p>県北広域振興局保健福祉環境部二戸保健福祉環境センター、二戸圏域在宅医療確保推進会議ほか発行</p>

【目的】

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われること。

【ポイント】

1. 情報共有ツールの確認・作成

- (1) 地域の医療・介護関係者と協力して、既存で使用されている情報共有ツールを収集、活用状況を確認し、地域で充実又は作成すべきツールを検討する。
- (2) 情報共有ツールが既に作成されているが、十分に活用されていない場合は、共有する情報の内容や活用方法等について、医療・介護関係者の双方の理解が得られるよう十分に意見を聴取し、より多くの関係者に利用されるように改善する。

★ (エ) - 2 情報共有ツールの作成と利用について

「情報共有ツールの作成と利用」は、ホームページに掲載するなどの公表の手続きをとったうえで、記載方法等の問い合わせ先を必ず明示します。

また、使用状況の把握や利用実態に即したメンテナンスの実施など、継続した運用環境の確保に留意します。

- (3) 情報共有ツールを新たに作成する場合は、作成するツールの用途を明確にし、医療・介護関係者が利用しやすい様式等を具体的に検討した上で、作成する。また、必要に応じてそれらの手引き等の作成も考慮する。
- (4) 作成した情報共有ツールの成果物だけを関係者に周知するのではなく、情報共有ツールの検討段階においても可能な限り情報提供し、関係者間で作成の経過を共有する。それによって、情報共有ツールの利活用を促す（情報共有ツールを活用する意欲や愛着を高める）ことが期待できる。

2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

- (1) 作成した情報共有ツールや既存の情報共有ツールが幅広く活用されるよう説明会の開催や手引き等の配布などの導入支援を行うとともに、その活用状況をアンケート等により定期的に把握、評価し、その結果を踏まえた改善を図る。
- (2) 関係する医療機関等や介護事業所で実際に従事する地域の医療・介護関係者は、職員の交代が頻繁にありえることから、情報共有ツールに関して、定期的な周知や事業所内での利活用を奨励する。

★ (エ) - 3 職員の交代等への対応について

人事異動により情報共有ツールが引き継がれないケースや、施設等で利用者の症状急変に備えて作成していた資料が所在不明になるケース、当該資料の作成自体が事業所内の各職員に周知徹底されていないケース等が想定されることから、こうした問題が生じることのないよう、ツールを利用する関係者間で定期的な評価を行うなど、利活用への意識付けが重要です。

- (3) 情報共有ツールの活用状況を把握する方法として、例えば、利用している医療機関等及び介護事業所の数（人数、事業所数など）を集計する等、可能な限り利用状況を数値化することが重要である（数値化することで、使用状況の評価や改善が容易となる）。

【実施内容・実施方法】

- (1) 情報共有ツールの作成に当たっては、まず、地域における既存の情報共有ツールとその活用状況を把握する。
- (2) 既存ツールの活用・改善等の可能性や新たな情報共有ツール作成の必要性について、(イ)の会議の下に、関係する医療機関等や介護事業所の代表、情報共有の有識者等からなるワーキンググループを設置し、検討する。（地域の実情に応じて、既存の情報共有ツールの改善等でも差し支えない。）
- (3) ワーキンググループにおいて、情報共有の方法、（情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス、ファックス、電子メール等）内容等を検討し、情報共有ツールの様式、使用方法、活用・手順等を定めた手引き（利用者の個人情報の取扱いを含む）等を策定する。なお、これらの決定に当たっては、実際に情報共有ツールを使用する地域の医療・介護関係者等の意見を十分に踏まえる。
- (4) 地域の医療・介護関係者を対象に、使用方法の説明等、情報共有ツールの導入を支援するための研修会を開催するとともに、情報共有ツールの使用方法や情報共有の手順等を定めた手引き等を地域の医療・介護関係者に配布する。
- (5) アンケート調査、ヒアリング等によって、情報共有ツールの活用状況とその効果、うまく活用できた事例やできなかった事例等について把握し、改善すべき点がないかなどについて検討を行う。また、必要に応じて、情報共有ツールの内容、手引き等を改定する。なお、改定等で変更が生じた場合には、関係者に十分周知する。

【留意事項】

- (1) 医療・介護関係者間で共有すべき情報には、具体的には、表3のような内容が考えられる。なお、医療・介護関係者間で、患者・利用者とその家族が、どのような療養生活を希望しているのか、まず、共通認識を図ることが重要である。
- (2) 医療・介護関係者間で共有すべき情報を検討する際には、迅速かつ適切な対応が必要である高齢

者虐待の未然防止や早期発見の観点からも検討することが重要である。

- (3) ICTを活用した情報共有ツールの導入を検討する際には、ICT導入や活用による費用対効果、その地域の多くの医療・介護関係者にとって実際に使いやすいツールであるか等について慎重に検討する。

なお、本事業項目では、情報共有の方法やツール等を検討する際の会議、情報共有ツールの使用方法等の説明会の開催、情報共有の使用状況の把握と改善の検討に係る費用を想定しており、情報共有のためのPCやモバイル機器等の購入費用、システム使用料や保守点検料等のいわゆるランニングコストについては対象にならない。

➤ (エ) - 4 情報システムと地域支援事業交付金

情報システムの導入や運営に要する費用として地域支援事業交付金を充てることはできません。

例：・単なるサーバー利用料

・目的を特定しない地域医療情報ネットワークの負担金・補助金

なお、情報システムを地域包括支援センターの相談業務に利用してその対価（使用料）を支払う場合や、情報システムの運営団体が、システムの効果を促進する目的で在宅医療・介護連携推進事業を担う場合などは、個別に確認のうえ、地域支援事業交付金を充当することが可能な場合があります。

➤ (エ) - 5 ICTを活用した情報共有ツールについて

ICTを活用した情報共有（以下「情報システム」という。）は目的、規模、簡易なものから遠隔医療に利用できる高度なものまで仕様も様々ですが、地域医療情報ネットワーク整備事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）に該当するシステムを導入する場合は、県の支援を受けることが可能な場合があります。

導入に当たっては、情報システムの業務要件定義、導入経費や運営経費、リプレースメントを含めた中長期的な運営計画と利用者負担金のあり方、事務局の運営方法等、関係者の間で十分検討し、合意を得る必要があります。

(エ) - 5 資料1：ICTを活用した地域医療情報ネットワーク一覧（H30.9.1現在）

No.	名称	運営主体	対象地域	医療機関・介護サービス事業所等の加入率	概要等
1	在宅医療連携システム「ゆい」	もりおか往診ホームケアクリニック	全県	-	-
2	未来かなえネット	一般社団法人未来かなえ機構	気仙圏域（大船渡市、陸前高田市、住田町）	31.1% （H30.7末現在）	H28年度運用開始
3	かまいし・おおつち医療情報ネットワーク	NPO 法人釜石・大槌地域医療連携推進協議会	釜石圏域（釜石市、大槌町）	68.2% （H30.7末現在）	H25年度運用開始
4	みやこサーモンケアネット	NPO 法人宮古地域医療情報連携ネットワーク協議会	宮古圏域（宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村）	60.4% （H30.7末現在）	H25年度運用開始
5	北三陸ネット	NPO 法人北三陸塾	久慈圏域（久慈市、洋野町、野田村、普代村）	62.9% （H30.7末現在）	H27年度運用開始
6	いわて中部ネット	NPO 法人岩手中部地域医療情報ネットワーク協議会	岩手中部圏域（花巻市、北上市、西和賀町、遠野市※） ※遠野市は今後対応予定	22.9% （H30.8.30現在）	H29.10運用開始

※両磐圏域（一関市、平泉町）においては、未来かなえネットの導入に向けて実証実験が行われている。

※岩手中部圏域（花巻市、北上市、西和賀町、遠野市）においては、現在、病院、診療所のみの運用。

今後、歯科、薬局、介護施設等へ展開予定。

(エ) - 5 資料2：地域医療情報ネットワーク整備事業実施要綱（一部抜粋）

（平成27年7月10日 長第508号別添）

（事業の目的）

第1 この事業は、医療法（昭和23年法律第205号。以下同じ。）第1条の2第2項に則り、地域医療を担う医療機関の機能分化と連携、医療と介護の連携、在宅医療の推進などの課題に対応するため、医療機関及び施設等相互において切れ目のない医療及び介護の情報連携を行い、継続した質の高い地域医療連携の推進を図るとともに、災害時における診療情報等の喪失防止のため、その保全を図ることを目的とする。

（用語の定義）

第2 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 医療機関 医療法第1条の2第2項に定める医療提供施設
- (2) 施設等 医療機関を除くものであって、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者が居住又は滞在する建物
- (3) 既存システム 医療機関又は施設等が既に利用している電子カルテやオーダリングシステムなど、地域医療連携の対象となる情報を扱うもの
- (4) 地域医療情報ネットワーク 本事業の目的を達成するため、既存システムをセキュリティに配慮しながらインターネットで接続し、一定の条件のもとに相互に情報を共有することができるよう構成したもの

第3～第4 略

（実施基準）

第5 この事業は、保健医療圏及び地域で基幹的な役割を担う病院の配置状況、地域における患者の受療行動等を勘案しながら、適切な区域を設定してネットワーク構築を行うものとする。

2 ネットワーク構築にあたって、次の各号に示す内容を協議する協議体等を設置し、中立的な立場にある専門家による技術的助言を得ながら検討を行うものとする。

- (1) ネットワーク構築に係る関係者の合意形成
- (2) 本事業に係る補助事業者、ネットワークの構築の主体
- (3) ネットワークの運営主体の設置及び法人格の取得
- (4) ネットワークの維持管理費及びネットワークの運営主体の管理費収支見込
- (5) ネットワークの形態、機能、効果
- (6) ネットワークで整備する資産の保有主体
- (7) ネットワーク受益者の負担
- (8) ネットワークで共有する情報の種類、内容及び当該情報を参照できる者
- (9) ネットワークの利用に係る医療機関、施設等、患者等利用者の入退会管理及び患者等利用者からの同意の取得
- (10) ネットワークのセキュリティ

以下略

(4) 職員の交代時期を考慮し、例えば、定期的に医療機関等や介護事業所で実際に従事する職員に対して手引きを周知するように配慮する。

(エ) - 2、(エ) - 3を参照願います。

(5) 情報共有ツールに記載された利用者の個人情報の取扱いには、十分な注意が必要である旨を周知する。また、職場外での業務に係る個人情報の持ち出し等についても十分な注意が必要である。

(参考) 表3 医療・介護関係者間で共有すべき情報の例

- 主治医や担当の介護支援専門員に関する情報（氏名・連絡先）
- 患者・利用者とその家族の今後の療養についての希望
- 介護提供時等に得られた患者・利用者の状況や体調の変化、服薬状況
- 患者・利用者の食事摂取状況、排泄状況等のADL
- 患者・利用者の家屋の状況
- 家族による介護の対応可能性
- 患者・利用者の疾病、使用薬剤等に関する情報
- 患者・利用者とその家族への病状の説明内容と受け止め方
- 予測される体調の変化及び対応方法、急変時に対応する医療機関（医療機関が決まっている場合）、急変時の医療処置等に関する希望（希望が明確になっている場合）
- 在宅療養における注意点
- 在宅生活支援や介護の際の留意点
- 入院前の在宅医療の状況 等

➤ (エ) - 6 急変時の医療処置等に関する希望（希望が明確になっている場合）について資料4及び「意思決定・意思決定支援について」も参照願います。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

<特に重要な取組等>

- 作成した「情報共有ツール」は、ホームページに掲載するなどの公表の手続きをとったうえで、記載方法等の問い合わせ先を必ず明示するとともに、使用状況の把握や利用実態に即したメンテナンスの実施など、継続した運用環境の確保に留意する必要があること
- 人事異動で「情報共有ツール」が引き継がれないなどの事象がないよう、ツールを利用する関係者間で定期的な評価を行うなど、利活用への意識付けを図ること

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。さらに、相談対応の窓口やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等の名称を設定し、関係者等に周知する。

▼ 本事業項目の概要

1. 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営
2. 医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談への対応等
3. 地域包括支援センターとの連携

▶ (オ) - 1 在宅医療・介護連携を支援する相談の性質別分類について

相談業務は、市町村が直接実施する他、ノウハウのある団体などに業務を委託することが考えられますが、その際に下記のような分類が考えられます。

- 1 在宅医療と在宅介護の連携上の課題の特定と、その対応策の検討、実行
様々な関係者の意向確認や政策の企画調整が必要となるため、地域包括支援センターの業務として処理することが難しいと考えられるもの
- 2 退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するための関係機関との調整
地域包括支援センターで一部又は全部を担うことも考えられるもの

▶ (オ) - 2 在宅医療・介護連携を支援する相談の件数等について

「在宅医療・介護連携を支援する相談」のうち、特に在宅医療と在宅介護の連携上の課題に係るものは、明確に分類できない事例もあることから、初期段階では件数や内容などがごく限定的になり、他の案件に分類されるなど全く表出しないことも想定されます。

【目的】

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援すること。

【ポイント】

- (1) 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営に当たっては、郡市区医師会等との連携体制を確保するとともに、地域の在宅医療・介護連携を支援する人材を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等の機能を確保し、在宅医療・介護連携の取組を支援する。

★（オ）－３ 広域対応の重要性について

手引きでは、事業実施区域内に少なくとも10万人程度の人口を有し、医療従事者団体等に事業を担える事務局体制があり、基幹的な役割を担う病院が区域内に立地し、市町村の所管部署が明確で、専門人材も確保可能といった環境を想定していると考えられます。

しかし、こうした条件をすべて満たすことのできる区域は全国的にみても限られており、本県の広大な県土や、医療・介護に係る資源も限られているという実態も踏まえ、各市町村が対応できること、単独では取組みが難しいことと二次保健医療圏等の広域で対応した方が効率的・効果的な取組等を整理し、必要に応じて保健所等の支援を得ながら、関係市町村間で協議、連携していくことが必要です。

4つの局面	市町村単独での対応が難しいと考えられることの例
退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的な役割を果たす病院と市町村との関係づくり ・ 円滑な退院支援に必要な関係者間の取り決め策定、その運用状況の確認や要改善事項の洗い出し、改善 など
日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護事業所で医療的ケアに従事する従業員の養成
急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養中の患者の後方支援病床の確保 ・ 後方支援病床の円滑な利用に必要な取り決めの策定 など
看取り	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りに関する介護事業所従業員への教育研修 ・ 市町村が実施する住民向け教育への側面的支援 など

（オ）－４ 広域対応に伴う事業費の財源について

広域で事業に取り組む場合は、地域で医療、介護福祉、行政関係者が協議し、一定の方針（だれが、どこで、何をするか）を定め、市町村計画を策定し、地域医療介護総合確保基金の事業提案を県に行うなどの対応が考えられます。

また、複数の市町村を事業区域とする在宅医療連携拠点を新設し、広域での取組を実施する場合や、既設置の在宅医療連携拠点が複数市町村を事業区域に広域化する場合は、「広域型在宅医療連携拠点運営支援事業」の活用を検討願います。

(オ) ー 4 資料：広域型在宅医療連携拠点運営支援事業概要

1 事業趣旨

複数の市町村を事業区域とする在宅医療連携拠点の設置、または既存の在宅医療連携拠点が事業区域を拡大する場合において、在宅医療連携拠点の運営に係る経費を支援する。

2 事業のねらい

市町村の実施する「在宅医療・介護連携推進事業」の企画運営を支援すること及び、地域の限られた医療会議資源を活用した、広域的・効率的な在宅医療連携体制の構築を図ること。

3 事業概要

(1) 本補助事業が活用できる場合について

ア 複数の市町村を事業区域とする在宅医療連携拠点を新たに設置する場合

イ 既存の在宅医療連携拠点の事業区域を複数の市町村に拡大する場合

【留意点】

事業区域の設定に当たっては保健医療圏における複数の市町村を想定しているが、急変時の対応を担う病院の配置や、各地域における患者の受療行動等を勘案したうえで、保健医療圏を跨ぐ複数の市町村を設定することは差し支えない。

(2) 人員の配置について

事業の専任者を1名以上配置すること。

(3) 事業の企画運営について

事業区域内の市町村、医療従事者、福祉関係者で構成する会議等を設置すること。会議等は、在宅医療連携拠点の運営に係る協議体等、既存の会議を位置付けることが可能であること。

(4) 在宅医療連携拠点において、在宅医療連携体制の構築に係る業務を実施すること。

(例示されている事業)

ア 在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等

イ 切れ目のない在宅医療の提供体制づくり

ウ 在宅療養をする者に係る多職種による24時間の対応体制構築

エ 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発支援

(5) 在宅医療連携拠点の事業主体

ア 地方公共団体（市町村等）、イ 医療従事者又は福祉関係者で構成する法人、ウ 基幹的な役割を担う医療機関を運営する法人等、エ 地域医療情報ネットワークの運営法人、オ その他、地域の協議のうえで適当と認められた団体

(6) 補助制度の内容

ア 補助基準額 1事業区域あたり4,657千円

イ 補助率 初年度：定額、事業実施2年目：3分の2、事業3年目：3分の1

(※ 事業の実施期間内に限り、各年度における予算の成立を前提としていること。)

【留意事項】

初年度は定額とするが、2年目以降は補助率を逡減させていくこととしていることから、2年目以降の事業実施に当たっては、運営に係る経費の一部について、事業区域の市町村が共同で「在宅医療・介護連携推進事業」等により予算を措置する必要があること。

ウ 補助対象経費

在宅医療連携拠点を設置し、運営に必要な経費（人員の配置に係る人件費、事業の活動に要する需用費、役務費、拠点の設置に必要な賃借料など）

エ 補助の実施期間 平成30年度から平成32年度まで

(2) 特に、介護関係者からの相談については、既存の地域包括支援センターの役割を前提として、当該地域包括支援センターとの連携により対応することが望ましい。

また、地域住民からの相談等は、原則として、引き続き地域包括支援センターが受け付けることとするが、実情に応じて、直接、地域住民に対応することも差し支えない。

(3) 既に在宅医療・介護連携を支援する機能が設けられている場合には、既存の組織等を活用して差し支えない。また、必ずしも、新たな建物の設置を求めるものではなく、相談窓口の事務所は、既存の会議室や事務室等の空きスペース等を活用することで差し支えない。ただし、相談対応の窓口やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等の名称を設定し、関係者等に周知する。

(オ) - 5 在宅医療連携拠点について

<概要>

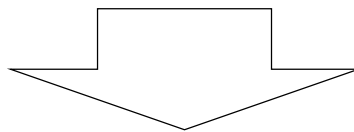
医療・介護の関係者など多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築するため、在宅医療に必要な連携を担う拠点として設置されるもの

<通達等>

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別添）

<在宅医療連携拠点に求められる機能>

- ・地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的で開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- ・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること



在宅医療連携拠点に求められる機能は、多くが市町村の「在宅医療・介護連携推進事業」における取組と重なることから、当該事業の受託実施など、同事業の実施拠点として位置付けることも期待されます。

(オー5資料) 県内の在宅医療連携拠点一覧 (H30.9.1 現在)

	事業主体	運営主体	名称	人員配置	備考
1	盛岡市	医療法人葵会	在宅医療連携拠点チームもりおか	看護師1、社会福祉士1、事務員1	H23年度より国モデル事業として開始
2	釜石市	釜石市	在宅医療連携拠点チームかまいし	事務員1、非常勤事務員1	・H24年度より国モデル事業として開始 ・大槌町も事業区域
3	陸前高田市	陸前高田市	陸前高田市在宅医療介護連携センター	嘱託医師1、臨床心理士1、看護師1	H26年度開始
4	滝沢市	医療法人ゆとりが丘クリニック	在宅ボックス滝沢	看護師3、相談員1、事務員1	H26年度開始
5	一関市	一関市	一関市医療と介護の連携連絡会	医療介護連携専門員1	H25年度より「地域医療・介護連携モデル事業」として開始
6	北上市	社会福祉法人恩賜財団済生会	北上市在宅医療介護連携支援センター	看護師1、医療ソーシャルワーカー1	H27年度開始
7	西和賀町	西和賀町	西和賀町在宅医療介護連携推進協議会 (西和賀町地域包括支援センター)	保健師1、社会福祉士1、事務1	H27年度開始
8	軽米町	軽米町	(軽米町健康福祉課)	在宅医療介護連携支援相談員、在宅医療介護連携等事務員	H27年度開始
9	特定非営利活動法人北三陸塾	特定非営利活動法人北三陸塾	北三陸塾	在宅医療介護連携コーディネーター(事務員2、非常勤医1、非常勤看護師1)	H27年度開始
10	矢巾町	一般社団法人紫波郡医師会	紫波郡地域包括ケア推進支援センター	コーディネーター1、事務員2	・H28年度開始 ・県補助事業「広域型在宅医療連携拠点運営支援事業」採択 ・紫波町も事業区域
11	花巻市	花巻市	はなまき在宅医療介護連携拠点	医療介護連携コーディネーター(非常勤看護師1)	H29年度開始

(4) 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口は、受け付けた相談内容や地域の在宅医療・介護連携に関する現状についての情報共有等、市区町村及び地域包括支援センターと緊密な連携を図る。なお、相談窓口が対応する区域に所在する、全ての地域包括支援センターと連携を図ることが重要である。

【実施内容・実施方法】

(1) 配置する人材は、看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、介護支援専門員資格を持つ者など介護に関する知識も有し、実務経験がある者が望ましい。このような人材を配置することが難しい場合等においては、相談の対応について郡市区医師会等と連携しながら対応する体制が必要である。

(オ)－6 在宅医療・介護連携に関する相談支援を担う人材について

専門性の高い人材の確保が容易ではない現状や、在宅医療・介護連携に関する業務の実情を踏まえると、多様な分野での実績を評価した職員選考も検討ください。

- (2) 地域の医療・介護関係者等に対して、窓口の連絡先、対応可能な時間帯等を周知する。なお、医療関係者への周知には郡市区医師会等、介護関係者への周知には地域包括支援センター等の協力を得ることが望ましい。
- (3) 運営については、(イ)の会議の活用等により運営方針を策定し、それに基づき相談を受け付ける。

【留意事項】

- (1) 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営は、市区町村や地域包括支援センターが実施する以外に、医療に関する専門的知識と地域の在宅医療関係者との関係を有する郡市区医師会等に委託することが考えられる。なお、地域の実情に応じて、地域の医療機関等や医療関連団体に委託することでも差し支えないが、運営の公平性に留意する。

(オ)－7 一般社団法人や特定非営利活動法人等への業務の委託等について

一般社団法人や特定非営利活動法人等に運営を委託する場合は、専門性が高く、個別具体的な対応が求められる業務の性質を考慮すると、委託者においても、きめ細かい助言や情報提供による伴走者的な対応が求められます。

- (2) 在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、支援する人材は、市区町村等が実施する地域の課題を扱う会議等地域包括ケアに関連する会議に出席し、在宅医療・介護連携の観点から助言や情報提供を行うなど、地域の様々な在宅医療・介護連携を推進する取組に積極的に関与し、地域の医療・介護関係者との緊密な関係の構築に取り組むことが重要である。

★(オ)－8 担当者の研修機会の確保について

本事業の担当者（事業委託先や補助金交付先の担当者に加え、企画運営も含む全ての担当者）及び事業担当課の管理職職員は、在宅医療及び在宅医療・介護連携に係る研修や、関係する学会やシンポジウム等に参加する機会を定期的に確保してください。

県では、在宅医療と介護の連携に係る業務を初めて担当する職員等を対象に、「市町村職員等在宅医療・介護連携基礎研修」を実施（地域医療介護総合確保基金を活用）しているので、積極的に参加願います。

- (3) 相談対応で情報提供する可能性のある医療機関等や介護サービス事業所等の情報は(ア)の結果等を参考にする。なお、医療機関等の情報提供についての可否は、事前に確認しておくことが必要である。
- (4) 在宅医療・介護連携の取組を支援する人材については、都道府県が地域医療介護総合確保基金等を活用して、その育成に取り組んでいる場合があるので留意すること。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

<特に重要な取組等>

- 相談支援は、個別の市町村ができることや担うことが得策であることを明確にしたうえで、広域で対応する部分を整理し、関係者間で共有することが必要であること
- 地域包括支援センターへの委託等にあたっては、当該センターにおいて特に人的、組織的態勢が整うことが条件であること
- 本事業の全ての担当者の研修機会を確保すること

(カ) 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

▼ 本事業項目の概要

1. 市区町村や医療・介護関係団体が既存で実施している研修の整理
2. 研修の実施
 - ①多職種が連携するためのグループワーク等を活用した研修
 - ②医療・介護関係者に対する研修
 - ③地域の医療・介護関係者による同行訪問研修
 - ④多職種連携が必要な事例検討による研修

1. 市区町村や医療・介護関係団体が既存で実施している研修の整理

新規で在宅医療・介護連携に関する研修を企画する前に、地域で行われている既存の研修についての情報を収集し、活用していくことを検討することも重要である。

研修の開催については、医療・介護関係者へヒアリング等を実施しニーズを把握して企画する、関係団体が実施する研修について他の関係団体への周知に協力する等、適宜、方法を検討する。

なお、市区町村や医療・介護関係団体が既存で実施している研修の整理は研修実施までの過程であることから、整理だけでは(カ)の事業項目を実施しているとはみなされない。

2. 研修の実施

①多職種連携についてのグループワーク

【目的】

医療と介護は、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や、情報共有が十分にできていないなどの課題がある。このため、多職種が連携するためのグループワーク等を活用した研修を通じて、地域の医療・介護関係者が、お互いの業務の現状、専門性や役割等を知り、忌憚のない意見が交換できる関係を構築するなど、現場レベルでの在宅医療と介護の連携が促進されるような研修を提供する。

(カ) - 1 多職種による顔合わせの場の活用について

県内では、保健所や広域振興局などの主催により、すべての圏域で地域の医療と介護福祉の関係者が参集し、意見交換をする場が設けられています。こうした場を活用して、実際の取組につなげていくための研修が必要です。

- 例1 その地域で実現できる「在宅医療」「地域包括ケア」の具体的なイメージを共有し、相互理解の促進を図ること
- 例2 地域での在宅療養の実情を、実際のケースや症例で把握・共有すること
- 例3 在宅療養を推進するために必要な情報を整理し、地域で共有することについて合意形成を図ること
- 例4 在宅療養者の支援のために、診療情報や要介護認定等に係る情報について、どの職種がどのような情報を必要としているかを調べ、共有を図ること

【ポイント】

- (1) 地域の医療・介護関係者が多職種でグループワーク等を活用した研修を行う主旨は、専門性等の異なる多職種が共通の課題や困難な状況を理解し、かつ解決のプロセスを共有しながら同じ方向に向かっていく手法を体得することにある。この意味で、それぞれが抱える現状の課題を単に共有するための情報交換会とは異なるものである。
- (2) 地域の医療・介護関係者による情報交換の場が既に設けられている場合には、それらを活用して、更に多職種でのグループワーク等を活用した研修に発展させる。

▶ (カ) - 2 市町村以外の者が運営する顔合わせの場の活用について
多職種の顔合わせの場を、行政以外の主体が担っている場合は、そうした場の設定や運営が円滑に進むよう市町村が支援することも検討してください。
また、そうした場を市町村が支援することについて、地域ケア推進会議や、介護保険運営協議会、地域医療に関する協議会などで予め情報を共有することで、参加者の参集促進や顔合わせの場の活性化につながることを期待されます。

- (3) 地域の医療・介護関係者による情報交換等が実施されておらず、直ちに研修を開催することが困難な場合は、多職種研修に発展させることを目標に、研修計画等を設定した上で情報交換の場を設けることから始めてもよい。

【実施内容・実施方法】

- (1) 研修の目標、内容等を含む実施計画案を作成し、医療・介護関係者の理解と協力を得る。

★ (カ) - 3 周辺市町村間での情報交換について
内容によっては、広域で研修会を企画したほうが良い場合もあるため、定期的に二次医療保険圏域内の市町村間で情報交換を行うことも検討してください。
また、可能な場合は、近隣市町村にも開催情報を提供し、近隣市町村の関係者が研修に参加することを可能とする取り扱いについても検討してください。

(カ) - 4 研修の企画や講師の選定に対する助言、情報提供について
研修の企画や講師の選定でお困りの場合は、県や保健所にご相談ください。

★ (カ) - 5 在宅医療人材育成研修について
県では、各郡市医師会や歯科、看護、薬剤師などの各団体と連携して、「在宅医療人材育成研修」を実施してきました。
平成30年度以降も、地元市町村と各職能団体が内容を事前協議したり、研修内容について情報提供を図るなど、在宅医療と介護の連携を図るうえで、地域全体での取組となるよう配慮して進めてまいります。例えば、市町村と各職能団体の共催とすることで、医療職、介護職の参加が可能となり、連携の促進が図られることも期待できます。
○在宅医療人材育成研修ホームページ (資料14参照)
URL : <http://www.pref.iwate.jp/iryuu/seido/zaitaku/046912.html>

(2) 医療・介護関係者を対象にグループワーク等を活用した多職種研修を開催する。なお、研修の具体的な内容には、例えば自己紹介やそれぞれが勤務している医療機関等・介護サービス事業所等の地域における役割・特徴等を共有するとともに、(イ)で抽出した地域課題の優先度を踏まえたテーマや事例等に対し、グループで意見交換等を行うなど、参加者が取り組みやすい内容や構成となるように配慮する。

【留意事項】

- (1) グループワーク等のメンバー構成の検討においては、医療系職種と介護系職種の配分に留意する。
- (2) グループワークでは、必要に応じて、司会進行とは別に意見交換を円滑に進めるための調整役を配置することやグループワークを事務局で試行した上で実施することを検討する。また、ディスカッションに慣れるまでは、調整者が議論の状況を見守り、円滑な意見交換になるよう支援することが重要である。
- (3) 研修参加者の選定については、医療・介護の資源の充足状況等を鑑み、連携が必要と考えられる職種の参加を求めたり、医療・介護の関係団体を通じて募集し、新規参加者が定期的に参加できる機会を設けるなど、適宜工夫することも重要である。
- (4) 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド（平成25年12月 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）の活用を検討することも有効である。

URL : http://chcm.umin.jp/education/ipw/files/outline/uneiguide_all.pdf

②地域の医療・介護関係者に対する研修

【目的】

医療・介護関係者間での連携を円滑にするため、それぞれの職種が、お互いの分野についての知識等を身につける。

【ポイント】

研修の実施計画の策定の際には、職能団体、事業所団体、都道府県等による医療・介護の関係職種を対象とした既存の研修を活用し、必要に応じて、既存の研修では達成できない事項を中心に新たな研修を企画する。市区町村以外の関係団体・関係機関等による研修が既に実施されている場合は、可能な限りそれらを活用するとともに、本手引きの「三 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項」に従い、市区町村による新たな取組の必要性について判断すること。

【実施内容・実施方法】

- (1) 既存の研修の内容・回数等を確認し、新たな研修の必要性について検討・整理した上で、研修内容、目標等を含む実施計画を作成する。なお、研修の実施計画については、(イ)の会議や、関係団体等において説明することにより、研修の周知や講師の確保等について協力を得る。
- (2) 新たな研修が必要である場合は、既存の研修との位置づけを整理する。なお、具体的な研修の内容としては以下のような事項が考えられる。

＜医療関係者に対する研修の例＞

- ・介護保険で提供されるサービスの種類と内容、介護支援専門員の業務、地域包括ケアシステム構築を推進するための取組（地域ケア会議等）等に関する研修

＜介護関係者に対する研修の例＞

- ・医療機関の現状等、予防医学や栄養管理の考え方、在宅医療を受ける患者・利用者に必要な医療処置や療養上の注意点等に関する研修

- (3) 研修会の開催に際しては、参加者に対するアンケートやヒアリング等を実施し、研修の評価・改善につなげる。

(カ)－6 研修実施のための財源について

研修の実施は、市町村が主体となる場合は地域支援事業の財源を活用できますが、市町村以外の団体が主体となる場合は、在宅医療や地域包括ケアシステム推進に係る関係団体等による助成を受けることも考えられます。

また、介護職員が社会福祉士及び介護福祉士法に基づく医療的ケアを行うための研修については、地域で医療、介護福祉、行政関係者が協議し、一定の方針（だれが、どこで、何をするか）を定め、市町村計画を策定し、地域医療介護総合確保基金（介護分）の事業提案を県に行うなどの対応も考えられます。

【留意事項】

- (1) 研修の実施計画については、関係団体等に説明し、研修の周知や講師の確保等について理解と協力を得る。
- (2) 講師については、医師・看護師等の医療系資格に加え、介護支援専門員の資格を有するなど、研修内容に応じて、適切な知識を有する人材を考慮する。
- (3) 多職種でグループワーク等を活用した研修を行うことを基本とし、必要に応じて、医療関係者に介護等に関する研修会、介護関係者に医療等に関する研修会を行う。ただし、多職種でのグループワーク等を活用した研修の開催が困難な場合は、まず、医療・介護関係者に対する研修を行うことから始めても差し支えない。

③地域の医療・介護関係者による同行訪問研修

【目的】

医療・介護関係者間での連携を円滑にするため、訪問診療や訪問指導に多職種が同行し、実際の訪問現場の見学や意見交換を行い、多職種間の連携や在宅療養への理解を促進する。

【実施内容・実施方法】

- (1) 医療介護関係団体等へのヒアリング等を通じて把握された多職種連携に関する課題を検討した上で、医師—歯科医師、医師—薬剤師、看護師—介護支援専門員、介護支援専門員—リハ職等の同行訪問研修の実施計画を作成する。
- (2) 同行訪問研修は、少人数の見学者を募集して実施する方法や互いの訪問診療等の日程を調整して実施する方法等、研修に協力する専門職と協議の上、地域の実情に応じた方法で行う。

【留意事項】

- (1) 研修の実施計画については、関係団体等に説明し、同行訪問研修に協力する専門職の確保等について理解と協力を得る。
- (2) 地域の実情に応じて、在宅医療の経験がない医師等を対象に、訪問診療や在宅介護の現場を見学できる同行訪問研修など、在宅療養の理解の促進を目的とした同行訪問研修についても実施して差し支えない。

④多職種連携が必要な事例検討による研修

【目的】

医療・介護関係者間での連携を円滑にするため、多職種連携が必要な事例検討会を開催し、具体的な事例に則した各専門職の役割分担の検討を行うなど実践的な研修を行う。

【実施内容・実施方法】

- (1) 事例検討会に用いる事例については、地域の課題に応じて、特に多職種の円滑な連携を図る必要がある事例を選定する。事例検討会の参加者や事例の選定に際しては、現場の問題点等を把握している医療介護関係団体と協議しながら実施することが望ましい。
- (2) 事例検討については、実際の多職種チームを構成すると考えられる参加者を対象に実施する方法や比較的規模の大きい多職種研修によるグループワーク等の際に実施する方法がある。

【留意事項】

- (1) 事例検討において、架空事例ではなく実際の利用者の事例を研修に用いる場合は、個人情報の保護に厳重な注意を払うこと。
- (2) 地域ケア会議については、議題、出席者の職種、回数等が当該事業の主旨を満たすものであれば、活用を検討していただき差し支えない。ただし、その場合であっても、医療・介護関係者が参画する会議を開催する前に、市区町村が課題の整理や対応策について検討することが必要である。

(カ) 医療・介護関係者の研修

＜特に重要な取組等＞

- 市町村においても、各医療従事者団体等における在宅医療人材育成研修の実施状況を把握し、市町村とも連携して実施できるよう努めること。
- 広域市町村間で研修の実施状況に係る情報交換を行うこと。

(キ) 地域住民への普及啓発

在宅医療や介護に関する講演会の開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。

▼ 本事業項目の概要

在宅医療や介護に関する講演会やパンフレット等の作成・配布等地域住民に届く媒体や手法を選択し、普及啓発を行う。

【目的】

地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係職種の連携だけでなく、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要である。また、地域住民が終末期ケアの在り方や在宅での看取りについて理解することも、適切な在宅療養を継続するために重要であるため、これらの理解を促進する。

▶ (キ) - 1 在宅療養に係る住民意識について

在宅療養は、住民の関心が高く、「住み慣れたところで看取られたい」という個々の想いは政策が目指す方向と一致しますが、家族への負担などを考えると、現実には困難と考えている人が多いことも各種調査で明らかになっています。

また、在宅療養のために、例えばどのような在宅医療・介護保険サービスがあるのか具体的内容の周知は進んでいないといえます。

一方で、独居や高齢者のみ世帯の増加など、同居家族による介護が期待できないケースはさらに増加し、深刻化を増す見込みです。

こうした現状や今後の見通しをもとに、在宅療養について行政と住民で共通認識を持ち、本人や家族、地域社会がどのような役割を担うか、住民に意識してもらうような働きかけも、段階的かつ継続的に続けていく（資料3を参照）ことが必要です。

当該事業への取組の成果としては、住民の意識調査を継続的に実施し、在宅医療・介護への理解が図られているか、評価指標に設定することが考えられます。

また、医療資源が少ないという地域課題に対しては、住民の意識やニーズを把握することは、在宅医療の仕組みづくりを検討する上での重要な資料となります。

○(キ) - 1 資料1：静岡県磐田市の市民意識調査より

URL：<https://www.city.iwata.shizuoka.jp/shimin/fukushi/zaitakuiryo.php>

「自宅で医療や介護を受けることに対するイメージ」から「自宅でも満足のいく最期を迎えられるか」等、詳細なアンケート調査の項目になっています。

○(キ) - 1 資料2：沖縄県読谷村の在宅医療に関する住民アンケートより

URL：<http://www.vill.yomitani.okinawa.jp/sections/clinic/post-1051.html>

【目的】村民アンケート調査は「読谷村における在宅医療のあり方に関する調査及び村立診療所運営計画策定支援委託業務」の一環として、村民の在宅医療に対する意識及びニーズを把握するために実施するものである。今回、村民 1,000 人を対象に郵送発送・回収による調査を実施し、今後の読谷村における在宅医療の仕組みづくりの基礎資料とする。

➤ (キ) - 2 住民自身の役割について

住民の役割の1つとして、在宅療養の事例を共有し、継承していくため、経験者に協力を依頼し、研修等の機会に当事者の視点で講話してもらうことを検討願います。

【ポイント】

普及啓発に当たっては、市区町村以外の関係団体・関係機関等による既存の講演会等を把握した上で、可能な限りこれらの取組を活用する等、本事業の新たな実施について、本手引きの「三 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項」を参考に、市区町村による新たな取組の必要性について判断すること。

【実施内容・実施方法】

- (1) 普及啓発に係る既存の講演会等の内容・頻度等を確認し、新たな普及啓発の必要性について検討した上で、地域住民向けの普及啓発の内容、目標等を含む実施計画案を作成する。
- (2) 在宅医療や介護で受けられるサービス内容や利用方法等について、計画に基づき講演会等を開催する。また、在宅医療、介護で受けられるサービス内容や、利用方法等について地域住民向けのパンフレット、リーフレット等を作成し、配布するとともに、市区町村等のホームページ等で公表する。
- (3) 作成したパンフレット、リーフレット等は医療機関等にも配布する。なお、必要に応じて、医療機関等での講演を行うことも考慮する。

【留意事項】

- (1) 地域住民向けの講演会は、例えば、在宅医療や介護で受けられるサービス内容や利用方法等について分かりやすく解説するなどの内容を工夫する。
- (2) 高齢者虐待の未然防止や早期発見の観点から、高齢者虐待に対する地域住民の理解を深めるような内容について検討することも考えられる。
- (3) 地域特有の情報発信ツールを活用するなど、地域の実情に応じた方法で理解を促進することが望ましい。

(キ) - 3 地域特有の情報共有ツールについて

ケーブルテレビやコミュニティFM、市町村広報の活用、地域のフリーペーパーへの記事や広告の投稿、催事等でのポスター掲出やブース出展など、様々な機会を捉えて在宅療養について住民自身が理解を深める機会を創出することが大切です。

- (4) 老人クラブ、町内会等の会合へ出向いての小規模な講演会や地域包括支援センター単位での講座等も効果的である。
- (5) 地域包括支援センター、社会福祉協議会や市区町村の生涯学習担当等が実施している講演会等、既に行われている場合、連携して企画・運営、実施することも考えられる。
- (6) 講演会等の実施の際は、地域住民からの質疑等に柔軟に対応できるよう、可能であれば、行政関係者だけでなく医療・介護関係者も一緒に実施することが効果的である。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

複数の関係市区町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

▼ 本事項項目の要点

1. 市区町村や郡市区医師会等関係団体等から出されている広域的な取組を要する課題について整理する。
2. 課題を踏まえて、市区町村・都道府県や郡市区医師会等関係団体と連携しつつ、複数の関係市区町村を参集し、広域的な連携が必要な事項について協議する。

★ (ク) - 1 広域連携の取組の必要性について

広域連携は、すべての市町村において必要な取組です。

- 1 「(カ) 医療・介護関係者の研修」について、急性期病院がない市町村も存在するため、研修講師の確保など単独で完結できる市町村が限定されること。
- 2 退院支援及び急変時の対応については、概ね広域生活圏ごとに設置されている急性期病院との調整が必要になること。
- 3 医療的ケアなど専門的な知識、技術を習得する人材育成は、二次医療圏域内の実情を把握・理解することが必要であることから、広域的な視点での対応が必要であること。

【目的】

複数の関係市区町村が協力して、共通の情報共有の方法等、広域連携が必要な事項について地域の実情に応じて検討する。

【ポイント】

市区町村が、当該市区町村の境界を越えて取組を実施するためには、都道府県、都道府県医師会等との協力が不可欠である。特に、医療機関の協力が必要となる検討事項である場合、都道府県医師会や郡市区医師会、当該医療機関への協力依頼等は、都道府県が支援することが望ましい。また、医療との接点が特に多い保健所の協力を得ることも考慮する。

★ (ク) - 2 広域連携の検討と在宅医療介護連携圏域会議事業の活用について

保健所や広域振興局が、協議の場を設け、市町村の在宅医療・介護連携施策に係る広域連携を支援することも考えられます（在宅医療介護連携圏域会議事業）。

また、こうした広域連携の場が確立するまで、例えば広域保険者の会議の場や、既存の圏域担当者会議の場を活用して、それぞれの進捗状況や課題、相談支援、退院支援、急変時の対応、人材育成など広域対応が必要な事項について、課題やニーズを情報共有しておくことも必要です。

(ク) - 2 資料：平成 29 年度の保健所の取組等

保健所	内容
県央保健所	・在宅医療介護連携に係る多職種連携研修
中部保健所	・地域医療情報連携ネットワークに関する説明会 ・在宅歯科の普及啓発の講演会
釜石保健所	・多職種連携研修、地域医療情報ネットワークの普及啓発パンフレット作成
宮古保健所	・多職種連携研修、地域の医療介護資源マップの作成 ・在宅医療連携拠点の広域設置調整
二戸保健所	・在宅医療・介護連携に係る研修会、多職種研修等

【実施内容・実施方法】

- (1) (ア) や (イ) の事業項目を活用し、市区町村における弱みや地域の関係団体等から出されている広域的な取組を要する課題についてまとめる。
- (2) 隣接する市区町村の関係部局、郡市区医師会等の医療関係団体及び介護の関係団体、医療・介護関係者、都道府県関係部局等が参画する会議を開催し、広域連携が必要となる事項について検討する。
会議は、本事業の取組が進んでいる市区町村や地域の中核的な市区町村が周辺市区町村を参集する、都道府県と市区町村が連携し会議を開催する、郡市区医師会等関係団体と市区町村が連携し地域の関係者を参集する等地域の实情に合った方法で開催する必要がある。
- (3) 検討事項に応じて、当該検討事項に係る関係者の参画する会議の開催を検討する。
- (4) 例えば、情報共有の方法について検討する場合は、都道府県の担当者等の支援の下、各市区町村の担当者や、医療・介護関係者が集まり、情報共有に関する具体的な方法や様式の統一等について検討する。
- (5) 統一された情報共有の方法や様式等を、連携する市区町村の地域の医療・介護関係者に周知する。

【留意事項】

- (1) 連携市区町村を検討する際には、まず、同じ二次医療圏内の市区町村による連携を考慮することが望ましい。
- (2) 二次医療圏が一つの市で構成されている場合等は、(イ) の取組をもって (ク) に取り組んでいるとみなし、必ずしも (ク) を実施しなくても差し支えない。ただし、その場合でも、隣接する市区町村との在宅医療・介護連携の状況についても把握し、連携の方法について更に検討することが望ましい。また、隣接する市区町村が連携の必要性があると判断している場合においても協力することが望

ましい。

- (3) 複数の市区町村における、入退院時の医療機関と介護支援専門員との情報共有の方法について、厚生労働省補助事業の都道府県医療介護連携実証事業を実施している場合は、その成果を活用して検討することが望ましい。実施していない場合も、他の都道府県による当該事業の成果を活用して情報共有の方法を検討することも考えられる。
- (4) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携は、例えば、取組の一つとして、表4のような都道府県と市区町村が連携して実施する取組が考えられるため参考にされたい。ただし、必要な取組は、地域の医療・介護の資源状況等によって異なることから、表4の取組に限らず、地域の実情に応じて実施することが重要である。

(参考) 表4 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携に向けた取組例

例1) 広域的な入退院時の医療介護連携を推進するための取組

病床の整備は、二次医療圏を単位として行われており、入退院時には市区町村を越えた患者の移動が見込まれることから、入退院時の入院医療機関と居宅介護支援事業所等との医療介護連携は、市区町村にまたがる連携については、複数市区町村による広域的な対応が必要となる場合がある。

入退院時の医療介護連携に課題がある等の地域の実情によっては、都道府県、市区町村、医療に精通した都道府県医師会等と密接に連携した上で、保健所等を活用しつつ、入退院時の医療機関と居宅介護支援事業所間の共通様式や簡単なルールを作成・運用することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供率の向上、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連絡率の向上を目的とした取組が考えられる。

例2) 広域的な在宅医療及び在宅医療・介護連携に関する協議の取組

医療・介護資源が十分ではない市区町村においては、当該市区町村が単独で在宅医療・介護の連携の取組を進めることは困難な場合があることから、周辺市区町村や、都道府県、特に医療部局の協力を得ながら、当該市区町村で実現可能な在宅医療・介護の提供体制や、実現に向けた医療・介護サービスの整備目標等について十分に検討し、関係者間で考え方を共有した上で、それを踏まえた在宅医療・介護連携の取組を進めていくことが考えられる。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

<特に重要な取組等>

- 広域連携は、すべての市町村において必要な取組であること
- 広域連携の場が確立していない場合でも、例えば広域保険者の会議の場や、既存の圏域担当者会議の場を活用して、各市町村の進捗状況、課題やニーズを情報共有しておくこと

三 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項

- 市区町村は、在宅医療・介護連携推進事業の各取組である（ア）から（ク）までの全ての事業項目を実施すること。
- ただし、市区町村において、既に在宅医療・介護連携推進事業の（ア）から（ク）のそれぞれについて、同様の取組が実施されている場合は、以下のような場合等に限り、市区町村がその取組を実施していると考えて差し支えない。

＜市区町村が在宅医療・介護連携推進事業の取組を実施していると考えられる場合＞

（１）市区町村以外の関係団体・関係機関等が、在宅医療・介護連携推進事業と同様の取組を実施している場合

- ① 当該取組の成果が、特定の関係団体・関係機関等の利益だけでなく、当該市区町村における在宅医療・介護連携の推進に寄与すること。
- ② 在宅医療・介護連携推進事業と同様の取組を実施する関係団体・関係機関等が、当該取組の目的・内容・方法等について定めた実施要綱の提出、及び定期的な実施状況の報告等を、市区町村に対して行うこと。

（２）市区町村が委託を受けて実施している場合

- ① 委託を受けて実施している取組が、在宅医療・介護連携推進事業の趣旨に合致していること。
- ② 市区町村自らが在宅医療・介護連携についての課題と対応を検討するとともに、在宅医療・介護連携推進事業の各取組に係る目的・内容・方法等について定めた実施要綱を明確にすること。

- なお、当該取組の継続が困難になった場合は、それに替えて、市区町村が速やかに在宅医療・介護連携推進事業の取組を開始すること。

（在宅医療・介護連携推進事業の実施に係る都道府県との関係について）

- 都道府県等が、医療介護総合確保基金等を活用して、在宅医療と介護連携に関する取組を実施している場合には、在宅医療・介護連携推進事業の取組を開始する前に、当該都道府県等との役割分担を整理しておくことが必要である。

- その上で、在宅医療・介護連携推進事業の実施に関して、当該市区町村単独で実施可能なことと、当該市区町村単独では十分な実施が困難なことを明確にし、後者に関しては、都道府県と情報共有しつつ、実施に向けた必要な支援について、都道府県の協力を得ることが重要である。

- また、在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっては、郡市区医師会等の医療に係る専門的な知識を有する団体のみならず、都道府県、保健所、医療機関、介護事業所等と協力体制を構築

しておくことが望ましい。

四 都道府県の役割について

- 地域における在宅医療と介護の連携を推進するためには、市区町村の積極的な取組が不可欠であるが、これまで医療提供体制の確保等に係る施策は、保健所の参画等も含め、都道府県が中心となって二次医療圏や三次医療圏を対象として対応してきたため、政令指定都市等の大都市を除き、一般的に市区町村には医療施策に係る取組の実績が少なく、在宅医療と介護の連携に係る取組についてのノウハウの蓄積は、市区町村の実情により様々である。
- このようなことから、都道府県は、市区町村が本事業に対して積極的に取り組むことができるよう、各市区町村の取組について、事前の準備状況も含めて進捗状況等を把握し、その状況を共有するとともに、各市区町村の実情に応じて、以下に例示する市町村支援を積極的に検討することが重要である。
- また、本事業の（ア）から（ク）のそれぞれと同様の取組が、都道府県事業として既に実施されている場合は、既存の取組と市区町村が本事業として新たに取り組む内容とを整理するとともに、双方の取組の調整を行うことにより、市区町村が、本事業を効果的・効率的に実施できるよう支援することが重要である。
- なお、都道府県は各市区町村の取組を支援するとともに、進捗状況を併せて把握し、必要に応じて支援内容を見直すことも重要である。

〈在宅医療・介護連携推進事業に関する都道府県の市区町村に対する支援〉

- 市区町村に対する支援について、①「各事業項目に関する市区町村支援の取組例」、②「広域的に実施する市区町村支援の取組例」として具体的な取組を例示する。

①「各事業項目に関する市区町村支援の取組例」

（１）在宅医療・介護連携に係るデータの提供及び分析に対する市区町村支援

（（ア）・（イ）の事業項目に対する支援）

市区町村の在宅医療・介護連携における現状把握及び課題分析に対する支援として、市区町村で収集が困難な在宅医療等に関する情報の提供や分析の支援を行う。

【取組内容】

・在宅医療・介護資源や診療報酬・介護報酬のデータの提供

在宅医療・介護連携推進事業を効果的に展開するためには、地域の課題を踏まえ、課題に応じた対応策を実施することが必要であり、地域の現状把握、課題分析に際して、地域の在宅医療・介護に関するデータは極めて重要である。

しかし、市区町村においては、介護事業者等の介護に関するデータは比較的入手しやすいが、医療機関や診療報酬等の医療に関するデータについては入手が難しい。このため、都道府県においては、在宅医療を担う医療機関に関する情報や在宅医療・介護に関する診療報酬・介護報酬の算定状況、死亡者数・死亡場所等の人口動態に関する情報等、地域の在宅医療・介護に関するデータを集約し提供することが望ましい。また、可能なデータについては、市区町村別に整理し提供することが重要であ

る。

- ・地域の課題分析に向けたデータの活用方法に対する指導・助言

在宅医療・介護に関するデータの提供に加えて、保健所の活用や大学等と連携しながら、提供したデータの活用及び分析方法に関する市区町村担当職員等を対象とした説明会や研修の実施、また必要に応じて個別の市区町村に対する支援等、地域の実情に応じた支援を実施することが望ましい。

(2) 切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制の構築推進に対する支援

((ウ)の事業項目に対する支援)

在宅医療・介護連携推進事業の(ウ)の取組である切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制整備を図るため、地域の実情に応じて、都道府県が都道府県医師会と密接な連携をとった上で広域的に体制整備に取り組むなど、市区町村や郡市区医師会に対する支援を行う。

【取組内容】

- ・広域的な在宅医療の体制整備の取組による支援

切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制整備を図るためには、地域の病院や訪問看護ステーション等の医療機関や介護事業所が連携し、休日夜間や容態急変時の対応を含めた体制整備を図ることが重要である。

地域により、かかりつけ医と在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の連携体制の構築や、(ウ)の取組の事業例として示している在宅医療を担う医師によるグループ制や後方病床確保等の取組が必要と考えられるが、このような在宅医療の体制整備に対する取組については、郡市区医師会単位など広域的に実施した方が効率的な場合がある。このような地域の取組については、都道府県が都道府県医師会と密接に連携しつつ、郡市区医師会や市区町村に対する支援を行うことが重要である。

- ・切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制整備に関する情報提供

休日夜間や容態急変時の対応を含めた多職種連携チームの構築例等、効果的な取組事例の収集及び情報提供を行う。

(3) 在宅医療・介護連携に関する相談窓口に対する支援

((オ)の事業項目に対する支援)

都道府県単位で実施した方が効果的、効率的な医療介護連携の取組については、市区町村との役割分担を確認の上、都道府県が関係団体と連携しながら実施する。

【取組内容】

- ・広域的な相談窓口の設置等への支援

「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」において、複数市区町村が共同して郡市区医師会や医療機関に広域的な相談窓口を設置する場合、関係市区町村と郡市区医師会や医療機関との調整等、都道府県が設置に向けた支援を行うことが重要である。

また、相談窓口において、医療と介護のコーディネートを担う人材の育成については、広域で実施

した方が効果的、効率的であることから、都道府県が積極的に取り組むことが望ましい。

この他、都道府県医師会や都道府県歯科医師会等に広域的な在宅医療の相談窓口として設置されている在宅医療連携室や在宅歯科医療連携室について、市区町村や介護関係者に周知を行う等連携を促進する取組も重要である。

(4) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村連携に対する支援

((ク) の取り組みに対する支援)

市区町村をまたがる入退院時の医療機関と介護事業所との連携の充実を図るため、都道府県が都道府県医師会と密接な連携の上、保健所等を活用しつつ、入退院に関わる医療介護専門職の人材育成や地域の医療介護関係者の協議等の取組により、市区町村支援を行う。

【取組内容】

・市区町村をまたがる入退院時の連携等

地域の实情に応じて、都道府県と都道府県医師会が密接に連携し、保健所等活用しつつ、入退院に関する地域ルール作成に全県又は複数の市区町村と共同で取り組むことにより、入退院時の医療介護連携を促進する。

地域の郡市区医師会、入院医療機関、居宅介護支援事業所、市区町村等による協議を通じて、地域の入退院連携に必要な共通様式やルールを作成・運用することにより、介護支援専門員からの入院時情報提供率の向上、退院時の医療機関から介護支援専門員への退院調整の連絡率の向上を図る。

・入退院に関わる医療介護専門職の人材育成等

入退院において連携を担う看護師、MSW等の医療専門職及び在宅介護のサービス調整を担う介護支援専門員を対象に、医療専門職に対しては退院支援や介護との連携に関する研修、介護支援専門員に対しては在宅医療に関する基本的な知識や医療との連携に関する研修を全県又は二次医療圏等を単位として実施する。

その他、地域の实情に応じて、入退院連携のための専門職向けのマニュアル作成や通所リハなど介護事業所との連携を含めた連携パスの普及等の取組による支援も考えられる。

② 「広域的に実施する市区町村支援の取組例」

(1) 在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実に向けた支援

【取組内容】

・在宅医療・介護連携推進事業に関する技術的支援

在宅医療・介護連携推進事業の効果的な展開について、都道府県内外における先行事例や好事例について整理し、市区町村や委託事業者の事業担当職員を対象とした研修や情報交換の機会を設ける等の支援を行う。

また、必要に応じて、個別の市区町村を対象に事業のノウハウや課題分析について技術的な助言を行う等の市区町村支援を行う。

・複数市区町村との共同実施に向けた関係市区町村や郡市区医師会等との調整

郡市区医師会の管轄地域に比較的小規模な市区町村が多く市区町村単独での実施が困難な事業項目については、必要に応じて、都道府県が保健所等を活用して、共同実施に向けた関係者の調整の支援を行う。

- ・小規模市区町村における「(カ) 医療・介護関係者の研修」や「(キ) 地域住民への普及啓発」の共同実施

小規模市区町村等に対する支援として、保健所等を活用しつつ、事業のノウハウの提供や課題分析等について個別に支援を実施する他、単独で実施することが難しい事業項目については、複数市区町村との共同実施に向けた関係市区町村、郡市区医師会、医療機関等との調整を行う。

複数市区町村による共同実施が望ましいが、それも困難な場合については、都道府県と複数市区町村との共同実施による事業展開の検討も必要である。具体的には、「(カ) 医療・介護関係者の研修」や「(キ) 地域住民への普及啓発」について保健所等を活用しつつ、都道府県と市区町村との役割分担を協議の上、市区町村と共同で広域的に実施する等の支援などが考えられる。

(例えば、テーマの選定は共同で実施、会場の確保や講師の手配等は都道府県が担い、市区町村内の関係者への周知等は市区町村が担うなど)

(2) 広域的に実施する医療介護連携の環境整備

都道府県単位で実施した方が効果的、効率的な医療介護連携の取組（人材育成、個別テーマに関する医療介護連携、普及啓発等）については、市区町村との役割分担を確認の上、都道府県が関係団体と連携しながら実施する。

【取組内容】

- ・個別の医療介護専門職に対する人材育成等

都道府県においては、医療介護連携を担う医療、介護の各専門職の人材育成に取り組むことが重要である。

具体的には、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士等の医療職、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、介護保険施設職員等の介護職について、それぞれの職種毎に医療介護連携に必要な詳細かつ個別専門性の高い研修を実施することが望ましい。

また、個別の疾患等に関する医療介護連携の人材育成については、個別テーマに関して専門的な知識や経験等を有する有識者の確保や個別テーマと関わりの深い地域の医師会、歯科医師会等の関係団体の関与が必要となる場合があるため、都道府県が広域的に取り組むことが必要となる場合がある。

例えば、誤嚥性肺炎の発症リスクが高い摂食嚥下障害を有する要介護高齢者に対して、摂食嚥下障害に関わる医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員等の多職種連携を推進するための人材育成を含めた様々な取組を実施している事例がある。

このような個別の疾患等に特化した専門職に対する研修や連携ツールの作成等の医療介護連携の取組を都道府県が医師会、歯科医師会等の関係団体と連携しながら、保健所等を活用して広域的に実施することが考えられる。

- ・全県的な普及啓発

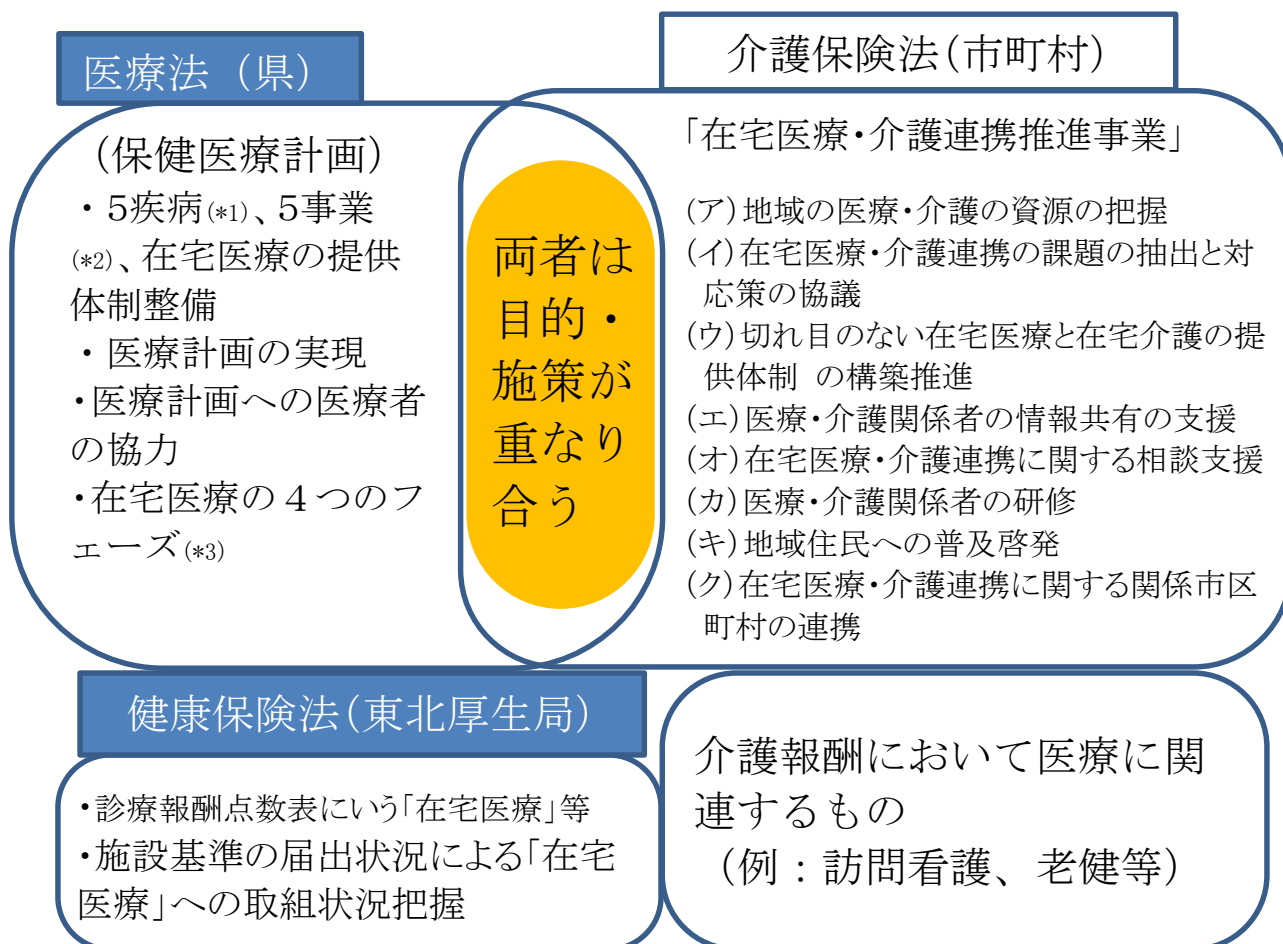
地域住民への普及啓発については、例えば、在宅療養や在宅での看取りについての普及啓発に係るパンフレット等を都道府県が統一して作成し、各市区町村がそれを活用して普及啓発するなどの役割を分担することも一つの方法である。

< 資料 >

「在宅医療」と「在宅医療・介護連携」について

- 1 「在宅医療」は、医療法第30条の4（医療計画に定める事項）の、第2項第6号において居宅等における医療の確保に関する事項」として規定されています。
- 2 健康保険法第76条（療養の給付に関する費用）の内容として、医科診療報酬点数表が定められており、第2章特掲診療料第2部において「在宅医療」が規定されています。
- 3 「在宅医療・介護連携」は、介護保険法第115条の45第2項第4号（地域支援事業）として規定されており、介護保険法施行規則第140条62の8第1号から第8号において具体的な取り組みが規定され、これが「在宅医療・介護連携推進事業」と定義されています。

（資料1）「在宅医療」と「在宅医療・介護連携」の関係イメージ



（*1）5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患

（*2）5事業：救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療

（*3）在宅医療の4つのフェーズ：退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り

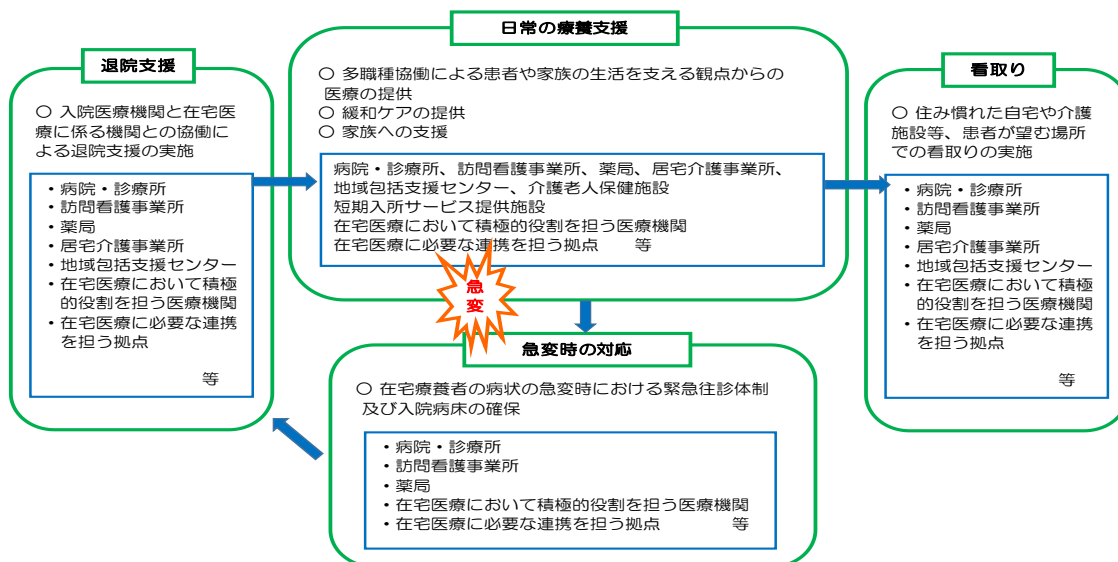
在宅医療の「4つのフェーズ」について

在宅医療の体制構築に係る指針（平成29年3月31日付け医政地発00331第3号厚生労働省医政局指導課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別添）の「第2 関係機関とその連携」に示されています。

地域の医療や介護、生活支援などの資源の状況により、具体的に何がどこまでできるかは地域差がありますが、この4つのフェーズ（局面）では、医療と介護、生活支援など関係者の密接な連携が求められます。

(資料2)

在宅医療の4つのフェーズ



在宅医療の4つのフェーズにおける関係機関の役割

体制	退 院 支 援	日 常 の 療 養 支 援	急 変 時 の 対 応	看 取 り
目 標	●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	●患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること	●在宅療養者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
関 係 機 関 の 例	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点 ※病院・診療所には歯科を標榜するものを含む。以下同じ。	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●介護老人保健施設 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点	●病院・診療所 ●訪問看護事業所 ●薬局 ●居宅介護支援事業所 ●地域包括支援センター ●在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ●在宅医療に必要な連携を担う拠点
求 め ら れ る 事 項 (抄)	【入院医療機関】 ●退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること 【在宅医療に係る機関】 ●在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるよう調整すること ●高齢者のみでなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること	【在宅医療に係る機関】 ●相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保すること ●地域包括支援センター等と共働しつつ、療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ●医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること	【在宅医療に係る機関】 ●病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること ●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること 【入院医療機関】 ●在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと ●重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること	【在宅医療に係る機関】 ●終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ●患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと ●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること 【入院医療機関】 ●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

在宅医療・介護連携推進事業の進め方

(H29. 1. 19 全国厚生労働関係部局長会議 厚労省老健局資料より一部編集)

1 地域の関係者、住民の参画促進と対話のプロセスを重視し、まずは(ア) (イ) (カ)の取組から始める

「参考-4」で触れたように、在宅療養や在宅療養者支援に係る共通認識を持つことが大切であり、それは在宅療養者が有するニーズを明らかにし、地域における医療と介護の提供体制のあるべき姿、進め方の全体像など将来を考える上で、何をすべきかを継続して明らかにしていく作業でもあります。

そのために、極めて重要な取組が「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」であり、これらになぜ着手する必要があるのかを理解してもらうために「(カ) 医療・介護関係者の研修」の実施が必要です。

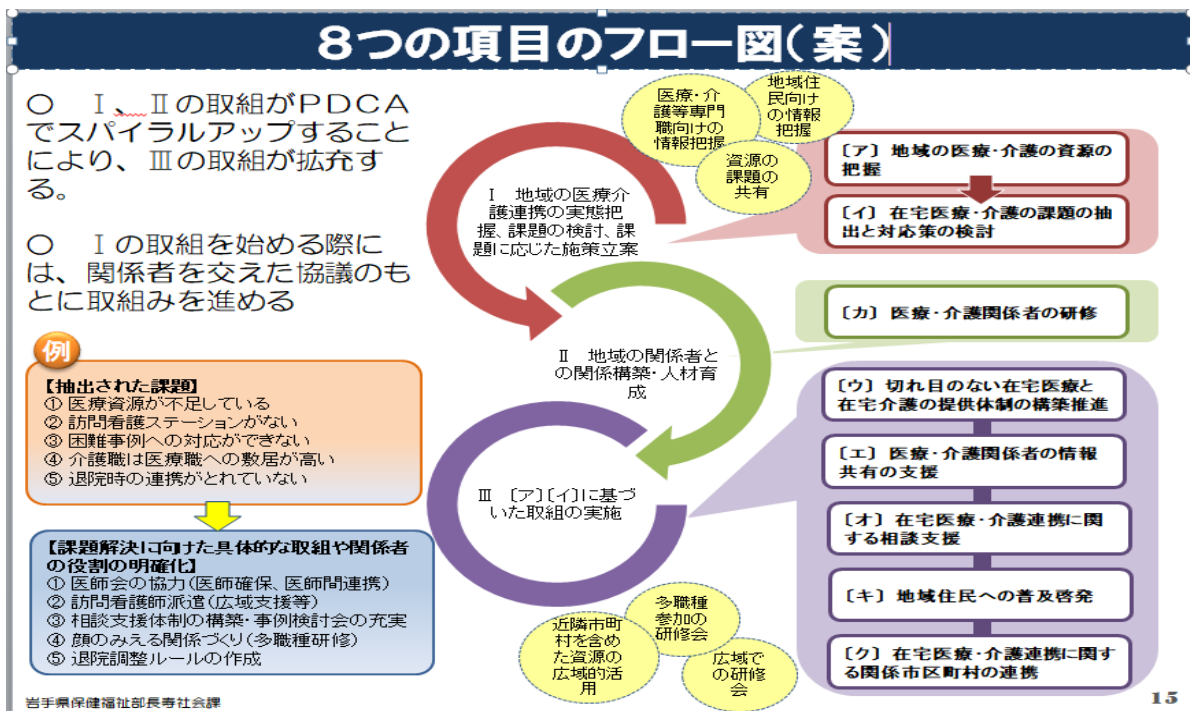
2 取組の発展的推進(終わりなき取組)

在宅医療は、地域による差が大きく、これまで取組のなかった地域では、訪問診療の拡大1つをとっても相当な困難を伴います。

こうした状況を踏まえて、下の図が示すように、関係者や住民の参画、対話や、取組から得られた様々な成果や知見を次の(他の)取組に生かし、それを繰り返すことによって、スパイラルアップ(段階的・継続的發展)につながることが期待されます。

「終わりなき取組」として、現在の担当者だけで終わらせるのではなく、次の担当者に見直すべき事項、改善すべき事項を示して、引き継ぐことができるような取組の姿勢が重要です。

(資料3)



「在宅医療・介護連携推進事業の手引き岩手県版補足資料の活用について」資料より抜粋

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインの改訂について
平成 30 年度の改訂に当たっては、諸外国で普及が進んでいる ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念である「人生の最終段階のケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」が盛り込まれ、下記（資料 4）に示す観点から、文言の修正、解釈の追加がされています。

（資料 4）厚生労働省医政局「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について（H30.3.14 付け医政発 0314 第 7 号）より

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について

- 1 在宅医療・介護の現場で活用できるよう、従来の病院における延命治療への対応を想定した内容を変更し、次のような見直しを行ったこと
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更したこと
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化したこと
- 2 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から家族等の信頼できる者や医療・ケアチームと繰り返し話し合うこと（ACP の取組）の重要性について強調したこと
- 3 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性について記載したこと
- 4 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、家族等の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大したこと
- 5 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載したこと

意思決定・意思決定支援について

療養の主体はあくまで患者本人であり、本人が意思決定できない状態の場合は患者にとって最善の判断をする人（いわゆるキーパーソン）が必要になりますが、それが家族とは限らないことに留意しながら、療養方針の決定に係る「意思決定の支援」が重要になります。

「意思決定の支援」は、障害者基本法（昭和 45 年法第 84 号）第 23 条（相談等）に定めがあり、同条では国又は地方公共団体に対し「成年後見制度その他の障害者（※ 1）の権利利益の保護等のための施策又は制度が、適切に行われ又は広く利用されるようにしなければならない」と求めていることも踏まえると、成年後見人の受任状況の把握（※ 2）や情報共有も必要です。

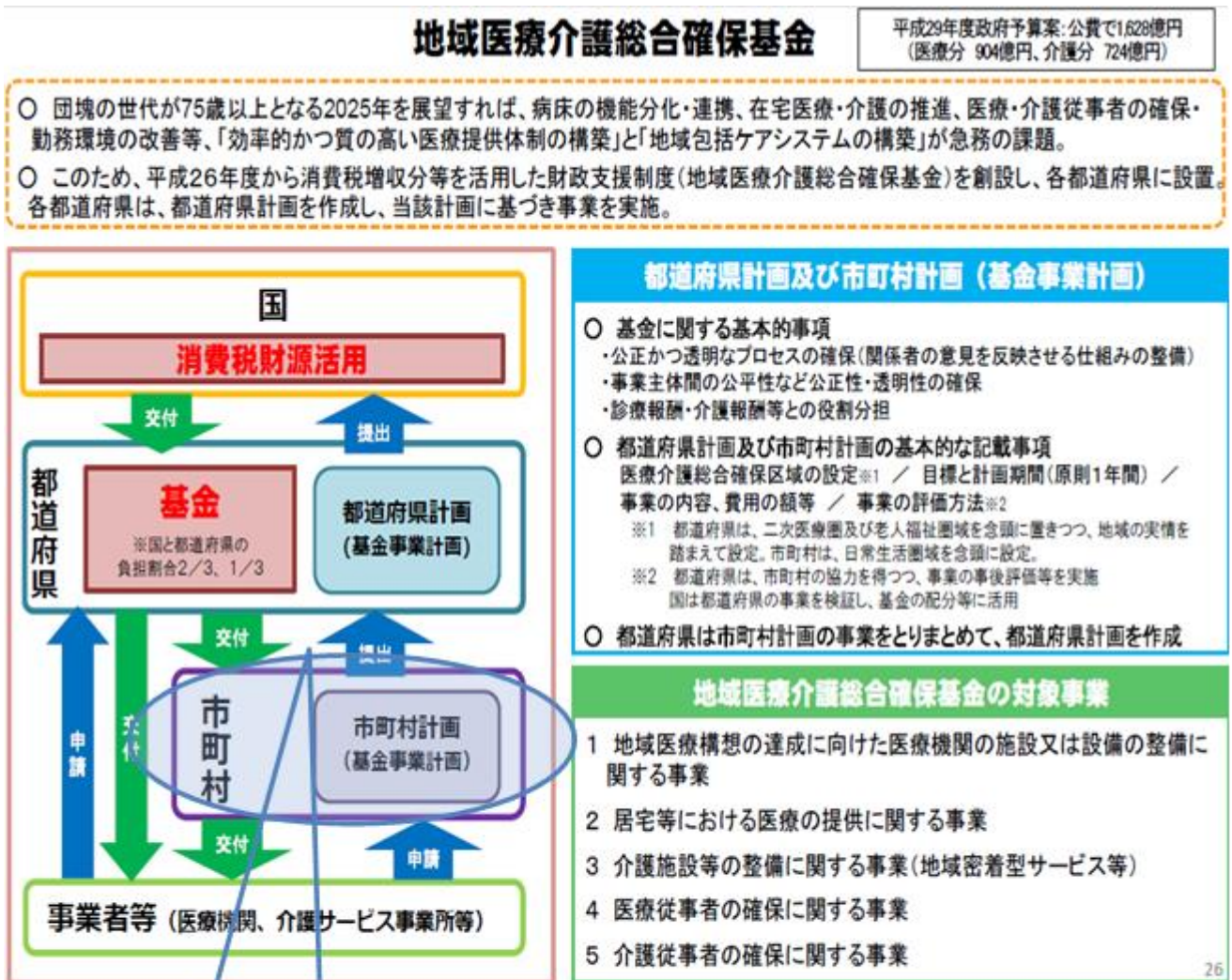
※ 1 障害者基本法の定義では、障がい者を「障害者手帳の交付を受けた者」などに限定していません。

※ 2 成年後見人の受任状況の把握は、医療行為への同意（延命のための治療等を行わないことへの同意）を後見人に求めるために行うものではなく、後見人による身上監護の一部として、医療・ケアチームにおける治療方針の決定に必要な参考情報（これまでの経緯や患者本人の通常の生活におけるエピソードや、それから考えられる患者の価値観等）を求めることや、身寄りのない者などに係るソーシャルワークの一部として行うものです。

「切れ目のない」取組に向けた地域医療介護総合確保基金の活用について

主治医・副主治医制など仕組みの導入だけでなく、訪問看護事業者がないなど、日常的な医学管理、医療的なケアを受けられる仕組みが弱い地域では、地域の医療、介護福祉、行政関係者が協議し、事業所の運営支援や有資格者の養成など、一定の方針（いわゆる市町村計画。だが、どこで、何をするのか）を定め、当該市町村計画に基づき、地域医療介護総合確保基金の事業提案を県に行うなどの対応も検討します。

（資料5）H28.12.26 厚生労働省事務連絡「地域医療介護総合確保基金の平成29年度予算案等について」より抜粋



「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制」に関連する診療報酬・介護報酬の加算
 関連する加算の一部を抜粋して表示します。

※ これらの中には、例えば診療報酬の退院支援加算における看護師や社会福祉士等の専任職員の
 配置、介護報酬の栄養改善を目的にした加算における管理栄養士の配置など、要員配置を求められ
 るケースがあり、医療機関や介護事業所の規模等によっては、診療報酬又は介護報酬だけでは、必
 要な業務に係る採算が得られないことも想定されます。

(資料6) 在宅医療・介護連携に関連する診療報酬

入院医療機関

【退院支援】

コード	名 称	点 数	算定回数等	概 要
A246	入退院支援加算1	一般600 療養1,200	退院時1回	退院困難な要因(悪性腫瘍、ADL低下、介護困難、生活困窮等)を持つ患者に入退院支援を実施した場合 【スクリーニング】加算1:3日以内、加算2:7日以内 【カンファレンス及び退院支援計画作成】加算1:7日以内、加算2:なるべく早く ※加算3は、新生児が退院困難な患者の場合に算定する。
	入退院支援加算2	一般190 療養635		
	入退院支援加算3	1,200		
	地域連携診療計画加算	300		
	入院時支援加算	200		
B005	退院時共同指導料2	400	入院中1回	看護師等、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、STや社会福祉士と共同で退院後の療養について指導を行った場合。3者以上の場合は2,000点を加算
B005-1-2	介護支援等連携指導料	400	入院中2回	ケアマネや相談支援専門員と共同して介護・障害福祉サービス等に対する説明を行った場合
B007-2	退院後訪問指導料	580	退院後1月に5回まで	退院した患者の自宅等を訪問し指導を行った場合
	訪問看護同行加算	20	退院後1回	訪問看護を実施する他の機関等と同行して指導を行った場合
B009	診療情報提供料(I)	250	月1回	紹介先の医療機関、調剤薬局、介護事業所等に情報提供を行った場合
	画像情報提供加算	200		退院時情報等を併せて情報提供を行った場合に加算
	歯科医療機関連携加算	100		歯科診療所に情報提供を行った場合に加算
C100	退院前在宅療養指導管理料	120	月1回	退院前の外泊等による指導管理を行った場合

【急変時の対応】

コード	名 称	点 数	算定回数等	概 要
A206	在宅患者緊急入院診療加算	1,000 ~2,500	入院初日1回	急変等により入院が必要となった患者を受け入れた場合

在宅医療機関

【退院支援】

コード	名称	点数	算定回数等	概要
B004	退院時共同指導料1(在支診)	1,500	入院中1回	看護師等、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、STや社会福祉士と共同で退院後の療養について指導を行った場合 (ICTを用いて参加した場合でも算定可)
	退院時共同指導料1(その他)	900		

【日常の療養支援】

コード	名称	点数	算定回数等	概要
C001	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)-1 (同一建物以外)	833	週3回	計画的な医学管理の下で定期的に訪問診療を行う場合
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)-1 (同一建物)	203		
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)-2 (同一建物以外)	830	月1回	【新設】在総管等を算定する医療機関の求めに応じて訪問診療を実施した場合
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)-2 (同一建物)	178		
C001-2	在宅患者訪問診療料(Ⅱ)	144	週3回	介護施設に併設する医療機関が訪問診療を実施した場合
C002	在宅時医学総合管理料	別表1の とおり	月1回	在宅療養者に対して医学的な管理を行う場合
C002-2	施設入居時等医学総合管理料			施設療養者に対して医学的な管理を行う場合
C007	訪問看護指示料	300	月1回	訪問看護指示書を交付した場合
C007-2	介護職員等喀痰吸引等指示料	240	3月1回	介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合
C010	在宅患者連携指導料	900	月1回	多職種と文書で情報共有し指導した場合
B009	診療情報提供料(Ⅰ)	250	月1回	紹介先の医療機関、調剤薬局、介護事業所等に情報提供を行った場合
	画像情報提供加算	200		退院時情報等を併せて情報提供を行った場合に加算
	歯科医療機関連携加算	100		歯科診療所に情報提供を行った場合に加算
B010-2	診療情報連携共有料	120	3月1回	歯科診療所の求めに応じて情報提供を行った場合

別表1

施設基準	機能強化型在支診・病						在支診・病			それ以外			
	病床	病床有			病床無								
単一建物診療患者数	1	2~9	10~	1	2~9	10~	1	2~9	10~	1	2~9	10~	
在医総管	月2回(重症等)	5,400	4,500	2,880	5,000	4,140	2,640	4,600	3,780	2,400	3,450	2,835	1,800
	月2回	4,500	2,400	1,200	4,100	2,200	1,100	3,700	2,000	1,000	2,750	1,475	750
	月1回	2,760	1,500	780	2,520	1,380	720	2,300	1,280	680	1,760	995	560
施設総管	月2回(重症等)	3,900	3,240	2,880	3,600	2,970	2,640	3,300	2,700	2,400	2,450	2,025	1,800
	月2回	3,200	1,700	1,200	2,900	1,550	1,100	2,600	1,400	1,000	1,950	1,025	750
	月1回	1,980	1,080	780	1,800	990	720	1,640	920	680	1,280	725	560

【急変時の対応】

コード	名称	点数	算定回数等	概要
C000	往診料	720	求めに応じて	電話等により患者や家族から求めがあり診療を行った場合
	緊急往診加算	325 ~850		
	夜間・休日往診加算	650 ~1,700		
	深夜往診加算	1,300 ~2,700		
C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料	200	月2回	患者の急変時等に多職種カンファレンスに参加した場合

【看取り】

コード	名称	点数	算定回数等	概要
C000 (C001)	死亡診断加算	200	1回	在宅で死亡した患者を診断した場合
C001(-2)	在宅ターミナルケア加算	3,200 ~6,500	1回	患者の死亡日から14日以内に2回以上、往診や訪問診療を実施した場合
	看取り加算	3000	1回	往診又は訪問診療により在宅で患者を看取った場合

訪問看護関係

※表記上、訪問看護療養費は10円＝1円として換算して記載している。

【退院支援】

コード	名 称	病・診	訪看ST	点 数	算定回数等	概 要
	退院時共同指導加算	○	○	800	入院時1回	同一建物居住者以外に訪問看護を行った場合
	退院支援指導加算		○	600	退院後1回	
	在宅移行管理加算	○		500	月1回	

【日常の療養支援】

コード	名 称	病・診	訪看ST	点 数	算定回数等	概 要
	在宅患者訪問看護指導料 (病院・診療所)	○		別表2	原則週3回まで	病院及び診療所が訪問看護を行う場合の報酬
	訪問看護基本療養費 (訪問看護ステーション)		○		原則週3回まで	訪問看護ステーションが訪問看護を行う場合の報酬
	特別地域訪問看護加算	○	○	別表1の 50%		患者まで片道1時間以上かかる場合
	訪問看護管理療養費		○	別表3	訪問回数分	訪問看護による計画的な管理を行っている場合
	在宅患者連携指導加算	○	○	300	月1回	多職種と文書で情報共有し指導した場合
	訪問看護情報提供療養費		○	150	月1回	市町村・教育機関・医療機関等に情報提供した場合
	看護・介護職員連携強化加算	○	○	250	月1回	医療的ケアを行う介護福祉士等の業務を支援した場合

別表2

		同一建物居住者以外		同一建物 (同一日2人)		同一建物 (同一日3人以上)	
		週3回まで	週4回以降	週3回まで	週4回以降	週3回まで	週4回以降
病院・診療所	保健師・助産師・看護師	580	680	580	680	293	343
	准看護師	530	630	530	630	268	318
	専門看護師(月1回)	1,285		1,285		1,285	
訪問看護ステーション	保健師・助産師・看護師・理学療法士等	555	655	555	655	278	328
	准看護師	505	605	505	605	253	303
	専門看護師(月1回)	12,850		12,850		12,850	

別表3

	機能強化型1		機能強化型2		機能強化型3		それ以外	
	月の初日	2日目以降	月の初日	2日目以降	月の初日	2日目以降	月の初日	2日目以降
訪問看護療養費	1,240	298	940	298	840	298	740	298

【急変時の対応】

コード	名 称	病・診	訪看ST	点 数	算定回数等	概 要
	緊急訪問看護加算	○	○	265	求めに応じて	
	夜間訪問看護加算	○	○	210		
	深夜訪問看護加算	○	○	420		
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	○	○	200	月2回	患者の急変時等に多職種カンファレンスに参加した場合
	24時間対応体制加算		○	640	月1回	24時間訪問が可能な体制となっている場合

【看取り】

コード	名 称	病・診	訪看ST	点 数	算定回数等	概 要
	在宅ターミナルケア加算 (療養費)	○	○	2,500	1回	死亡日14日以内に2回以上訪問し、患者と家族に説明しターミナルケアを行った場合
				1,000		介護施設等において看取り介護加算等を算定している場合

歯科診療所

【退院支援】

コード	名 称	点 数	算定回数等	概 要
B014	退院時共同指導料1 (在支歯1・2)	900	入院中1回	看護師等、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、STや社会福祉士と共同で退院後の療養について指導を行った場合。
	退院時共同指導料1 (それ以外)	500		

【日常の療養支援】

コード	名 称	点 数	算定回数等	概 要
C000	歯科訪問診療料 (同一建物1人)	1,036	必要回数	歯科医師が訪問診療を実施した場合 (20分未満の診療の場合は70/100の点数)
	歯科訪問診療料 (同一建物2～9人)	338		
	歯科訪問診療料 (同一建物10人以上)	175		
	地域医療連携体制加算	300	1回	連携医療機関等に文書で情報提供した場合
C007	在宅患者連携指導料1 (在支歯1・2)	900	月1回	連携医療機関等と患者情報を文書等で共有し、連携して指導した場合
	在宅患者連携指導料1 (その他)	500		
C001-3	歯科疾患在宅療養管理料 (在支歯1)	320	月1回	継続的な歯科疾患の管理が必要な患者の管理計画等を作成した場合
	歯科疾患在宅療養管理料 (在支歯2)	250		
	歯科疾患在宅療養管理料 (その他)	190		
C001	訪問歯科衛生指導料 (単一建物1人)	360	月4回	歯科衛生士又は看護師等が訪問して指導を行った場合
	訪問歯科衛生指導料 (単一建物2～9人)	328		
	訪問歯科衛生指導料 (単一建物10人以上)	300		

【急変時の対応】

コード	名 称	点 数	算定回数等	概 要
C000	緊急歯科訪問診療加算	70 ～425	求めに応じて	
	夜間歯科訪問診療加算	140 ～850		
	深夜歯科訪問診療加算	280 ～1,700		
C008	在宅患者緊急時等カンファレンス料	200	月2回	患者の急変時等に多職種カンファレンスに参加した場合

薬局

コード	名 称	点 数	算定回数等	概 要
	在宅患者訪問薬剤管理指導料 (単一建物1人)	650	月4回まで	薬剤師が訪問し、服薬指導等を行う場合
	在宅患者訪問薬剤管理指導料 (単一建物2～9人)	320		
	在宅患者訪問薬剤管理指導料 (単一建物10人以上)	290		
	退院時共同指導料	600	入院中1回	看護師等、薬剤師、管理栄養士、PT、OT、STや社会福祉士と共同で退院後の療養について指導を行った場合
	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	600	月4回まで	患者の急変時に主治医の求めにより訪問薬剤指導を実施した場合
	在宅患者緊急時等共同指導料	700	月2回まで	主治医の求めにより多職種で指導を行った場合

医療機関(管理栄養士)

コード	名 称	点 数	算定回数等	概 要
	在宅患者訪問栄養食事指導料 (単一建物1人)	530	月2回まで	管理栄養士が訪問し、栄養管理の指導を行う場合
	在宅患者訪問栄養食事指導料 (単一建物2～9人)	480		
	在宅患者訪問栄養食事指導料 (単一建物10人以上)	440		

(資料7) 在宅療養支援診療所等の施設基準

在宅療養支援診療所の施設基準

	機能強化型在支診		(3)在支診
	(1)単独型	(2)連携型	
①24時間連絡を受ける体制の確保	○	○	○
②24時間の往診体制	○	○	○
③24時間の訪問看護体制	○	○	○
④緊急時の入院体制	○	○	○
⑤連携する医療機関等への情報提供	○	○	○
⑥年に1回の看取り数等の報告	○	○	○
⑦在宅医療を担当する常勤医師	3人以上	連携内で3人/年以上	/
⑧緊急往診の実績	10件/年以上	・連携内:10件/年以上 ・各機関:4件/年以上	
⑨看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか	4件/年以上	・連携内:看取り4件/年以上 ・各医療機関:看取り又は超・準超重症児の医学管理のいずれか2件/年以上	
(在宅患者が95%以上の在支診が満たすべき基準)	⑩5か所/年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪看取り実績が20件/年以上又は、超・準超重症児の患者が10人/年以上 ⑫(施設総管の件数)/(在総管・施設総管の件数) ≤ 0.7 ⑬(要介護3以上の患者+重症患者)/(在総管・施設総管の件数) ≥ 0.5		

機能強化型訪問看護ステーションの施設基準

	機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
①常勤看護職員の数	7人以上	5人以上	4人以上
②24時間対応体制の届出	○	○	○
③重症度の高い利用者の受け入れ	10人以上/月(別表7)	7人以上/月(別表7)	下記のいずれかが10人以上/月 ①別表7、別表8、精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者 ②複数の訪問看護ステーションで共同で訪問看護を提供する利用者
④複数の訪問看護ステーションで共同で訪問看護を提供する利用者	/		
⑤ターミナルケア加算の算定又は超・準超重症児者の受け入れ等	①ターミナルケア件数20件/年以上 ②ターミナルケア件数15件/年以上かつ超・準超重症児の利用者数常時4人以上 ③超・準超重症児の利用者数常時6人以上	①ターミナルケア件数15件/年以上 ②ターミナルケア件数10件/年以上かつ超・準超重症児の利用者数常時3人以上 ③超・準超重症児の利用者数常時5人以上	/
⑥ 居宅介護支援事業所又は相談支援事業所を同一敷地内に設置	○(1割程度を計画)	○(1割程度を計画)	/
⑦休日、祝日も含めた計画的な訪問看護の実施	○	○	○
⑧ 地域住民等に対する情報提供や相談	望ましい	望ましい	実績があること
⑨ 人材育成のための研修の実施	望ましい	望ましい	年に2回以上
⑩地域の医療機関の看護職員の勤務実績	/		○
⑪地域の医療機関との退院時の共同指導加算の実績	/		○
⑫同一敷地内の医療機関がある場合の制限	/		利用者の1割以上は同一敷地内以外の医療機関が主治医
別表7 下記の疾病等を持つ者 1.末期の悪性腫瘍 2.多発性硬化症 3.重症筋無力症 4.スモン 5.筋萎縮性側索硬化症 6.脊髄小脳変性症 7.ハンテントン病 8.進行性筋ジストロフィー症 9.パーキンソン病 関連疾患 10.多系統萎縮症 11.プリオン病 12.亜急性硬化性全脳炎 13.ライソゾーム病 14.副腎白質ジストロフィー 15.脊髄性筋萎縮症 16.球脊髄性筋萎縮症 17.慢性炎症性脱髄性多発神経炎 18.後天性免疫不全症候群 19.頭脳損傷または人工呼吸器を使用している状態及び急性増悪期の場合			
別表8 下記の状態にある者 1.在宅悪性腫瘍患者+B15E30指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者 2.在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者 3.人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 4.真皮を越える褥瘡の状態にある者又は在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者			

在宅療養支援歯科診療所の施設基準

	在支歯1	在支歯2
①歯科訪問診療の実績	15回／年以上	10回／年以上
②高齢者の特性(認知症含む)、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る研修を修了した常勤の歯科医師の配置	○	○
③歯科衛生士の配置	○	○
④担当医、診療日、緊急時等に係る説明	○	○
⑤後方支援の機能を有する別の保健医療機関との連携体制の確保	○	○
⑥在宅医療を担う医療機関、訪問看護ST、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等の依頼による歯科訪問診療の算定回数 1年間で5回以上	○	○
⑦下記のいずれかに該当	○	/
・多職種連携に係る会議への出席年1回以上、		
・病院、介護施設等の職員への助言又は研修又は口腔管理への協力		
・歯科訪問診療に関する他の医療機関との連携実績		
⑧下記のいずれかの算定	○	/
・栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定		
・在宅患者訪問口腔リハビリテーション管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の実績		
・退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定		
⑨年に1回の歯科訪問診療の患者数等の報告	○	○
(在宅患者が95%以上の在支歯が満たすべき基準)	⑩5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪6割以上の歯科訪問診療料1の算定(3か月間) ⑫在宅歯科医療の経験3年以上 ⑬歯科用ポータブルユニット・バキューム・レントゲンを有している ⑭抜髄及び感染根幹処置20回／年以上 ⑮抜歯手術20回／年以上 ⑯有床義歯新製・修理・内面適合法 各5回／年、合計40回／年以上	

(資料8) 在宅医療・介護連携に関連する介護報酬

居宅サービス

○訪問介護

【日常の療養支援】

名称	単位	算定回数等	概要
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師から助言を受け、訪問介護計画を作成した場合、ICTを活用した動画等により利用者の状態を把握したうえで、助言を定期的に受けた場合
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	月1回	訪問・通所リハビリに加え、リハビリを実施している医療提供施設のOT、PT、ST、医師が訪問して行う場合

○訪問リハビリテーション

【日常の療養支援】

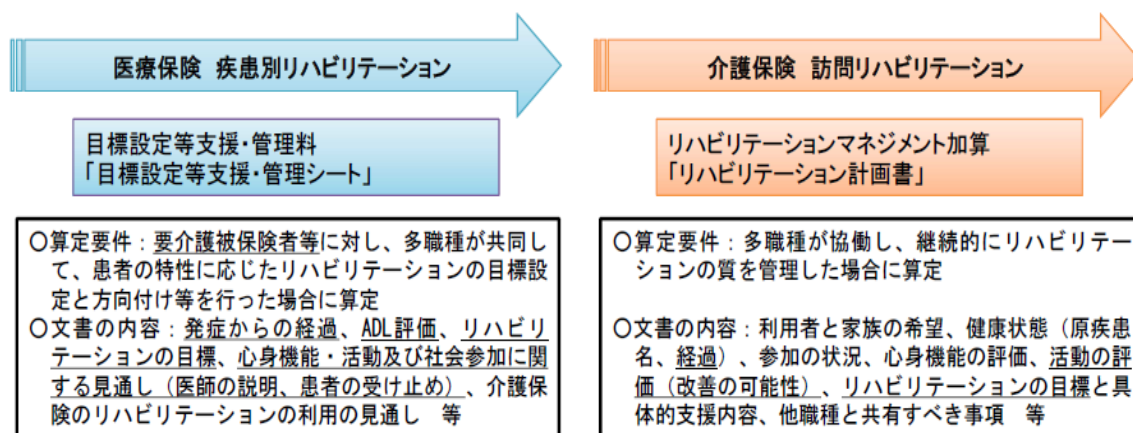
名称	単位	算定回数等	概要
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	230	月1回	訪問リハビリテーション事業所の医師が、リハビリの目的に加えて、留意事項、中止基準、利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上を指示した場合
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	280	月1回	利用者又は家族へリハビリテーション計画の内容等について、当該計画の作成に関与したOT、PT、STが代理で説明し、同意を得た場合(テレビ電話等の活用可)
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)	320	月1回	医師が利用者又は家族へリハビリテーション計画の内容等についてリハビリテーション会議で説明し同意を得た場合(テレビ電話等の活用可)
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)	420	3月1回	加算(Ⅲ)の要件に適合。また、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集事業に参加し計画書等のデータをVISITを用いて厚労省に提出している場合

6. 訪問リハビリテーション ⑨医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等

概要

※介護予防訪問リハビリテーションを含む

- ア 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画所の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- イ 指定(介護予防)訪問リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。
- ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成することとする。【通知改正】



厚生労働省ホームページ「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改訂事項について」より抜粋

○訪問看護
【退院支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
退院時共同指導加算	600	1回 (特別な管理を要する者は2回)	退院又は退所に当たり、指定訪問看護ステーションの看護師が退院時共同指導を行った後に、当該者の退院又は退所後に初回の訪問看護を行った場合

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
看護・介護職員連携強化加算	250	月1回	訪問看護事業所が、指定訪問介護事業所と連携し、特定行為業務を円滑に行うための支援を行った場合

【急変時の対応】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
緊急時訪問看護加算 (訪問看護ステーション)	574	月1回	24時間体制のある訪問看護事業所の体制について評価
緊急時訪問看護加算 (病院・診療所)	315	月1回	

【看取り】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
ターミナルケア加算	2,000	月1回	死亡日及び死亡前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合
看護体制強化加算(Ⅰ)	600	月1回	ターミナルケア加算の算定者が年5名以上
看護体制強化加算(Ⅱ)	300	月1回	ターミナルケア加算の算定者が年1名以上

○居宅療養管理指導

【医師】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
居宅療養管理指導(Ⅰ) (Ⅱ)を算定する場合以外)	507	1月2回	単一建物居住者が1人
	483		単一建物居住者が2～9人
	442		単一建物居住者が10人以上
居宅療養管理指導(Ⅱ)	294	1月2回	診療報酬の在宅時医学総合管理料、特定施設入居時医学総合管理料を算定する場合(単一建物居住者が1人)
	284		診療報酬の在宅時医学総合管理料、特定施設入居時医学総合管理料を算定する場合(単一建物居住者が2～9人)

【歯科医師】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
居宅療養管理指導	507	1月2回	単一建物居住者が1人
	483		単一建物居住者が2～9人
	442		単一建物居住者が10人以上

【薬剤師】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
居宅療養管理指導 (病院又は診療所の薬剤師)	558	1月2回	単一建物居住者が1人
	414		単一建物居住者が2～9人
	378		単一建物居住者が10人以上
居宅療養管理指導 (薬局の薬剤師)	507	1月4回 (厚生労働大臣)	単一建物居住者が1人
	376		単一建物居住者が2～9人
	344		単一建物居住者が10人以上

【管理栄養士】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
居宅療養管理指導	537	1月2回	単一建物居住者が1人
	483		単一建物居住者が2～9人
	442		単一建物居住者が10人以上

【歯科衛生士】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
居宅療養管理指導	355	1月4回	単一建物居住者が1人
	323		単一建物居住者が2～9人
	295		単一建物居住者が10人以上

○通所介護

【日常の療養支援】

名称	単位	算定回数等	概要
生活機能向上連携加算	200	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師が利用者宅を訪問し、生活機能アセスメントを共同して行い、計画を作成した場合
栄養改善加算	150	月2回 (3月以内)	職員または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置している場合
栄養スクリーニング加算	5	6月1回	6か月ごとに栄養状態の確認を行い、ケアマネジャーに文書で共有した場合

○通所リハビリテーション

【日常の療養支援】

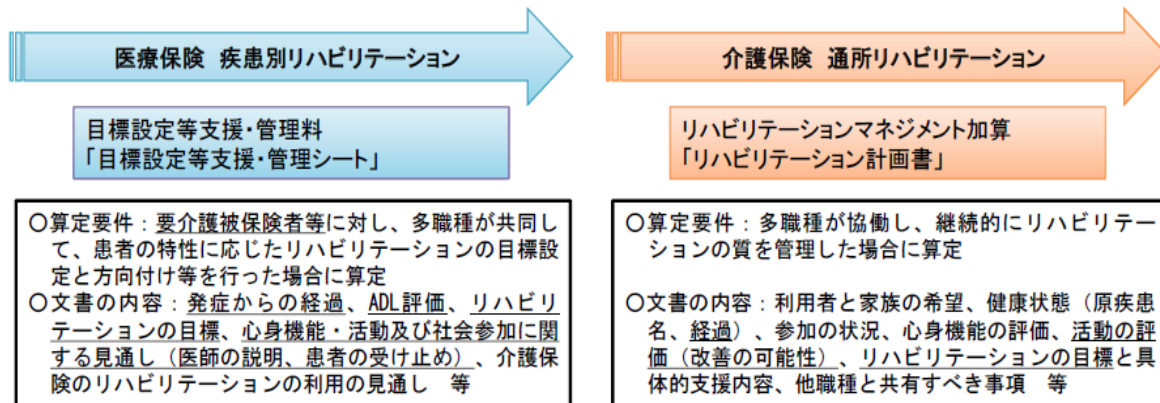
名称	単位	算定回数等	概要
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	330	月1回	訪問リハビリテーション事業所の医師が、リハビリの目的に加えて、留意事項、中止基準、利用者に対する負荷等のうちいずれか1以上の指示を行う場合
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	850	月1回 (6月以内)	利用者又は家族へリハビリテーション計画の内容等について、当該計画の作成に関与したOT、PT、STが代理で説明し、同意を得た場合(テレビ電話等の活用可)
	530	月1回 (6月以降)	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)	1,120	月1回 (6月以内)	医師が利用者又は家族へリハビリテーション計画の内容等についてリハビリテーション会議で説明し同意を得た場合(テレビ電話等の活用可)
	800	月1回 (6月以降)	
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅳ)	1,220	3月1回 (6月以内)	加算(Ⅲ)の要件に適合。また、通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集事業に参加し計画書等のデータをVISITを用いて厚労省に提出している場合
	900	3月1回 (6月以降)	
生活行為向上リハビリテーション実施加算	900	月1回 (3月以内)	専門知識若しくは経験を持つOT、PT、STを配置し、実施計画を定めてリハビリを提供し目標の達成状況を報告した場合
	450	月1回 (3月超、6月以内)	
栄養改善加算	150	1月2回 (3月以内)	職員または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置している場合
栄養スクリーニング加算	5	6月1回	6か月ごとに栄養状態の確認を行い、ケアマネジャーに文書で共有した場合

11. 通所リハビリテーション ⑩医療と介護におけるリハビリテーション計画の様式の見直し等

概要

※介護予防通所リハビリテーションを含む

- ア 医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている患者の介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を推進するため、医療保険と介護保険のそれぞれのリハビリテーション計画書の共通する事項について互換性を持った様式を設けることとする。
- イ 指定(介護予防)通所リハビリテーション事業所が、医療機関から当該様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について、その是非を確認し、リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として介護保険のリハビリテーションの算定を開始可能とする。
- ただし、当該様式を用いて算定を開始した場合には、3月以内にリハビリテーション計画を作成することとする。【通知改正】



○短期入所生活介護

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
生活機能向上連携加算	200	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師が事業所を訪問し、アセスメントを職員と共同で行い、計画を作成した場合

○特定施設入居者生活介護

【退院支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
退院・退所時連携加算	30	月1回	医療施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れた場合

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
入居継続支援加算	36	1日1回	介護福祉士の数が、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。また、たん吸引等を必要とする者の割合が15%以上である場合
生活機能向上連携加算	200	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師が当該施設を訪問し、職員とアセスメントを共同で行い、計画を作成した場合
口腔衛生管理体制加算	30	月1回	歯科医師又は歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
口腔衛生管理加算	90	月1回	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月4回以上行った場合
栄養改善加算	150	月2回 (3月以内)	職員または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置している場合

【看取り】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
看取り介護加算	144	1日1回	死亡日以前4日以上30日以下
	680	1日1回	死亡日以前2日又は3日
	1,280	1回	死亡日

○居宅介護支援

【入院時】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
入院時情報連携加算(Ⅰ)	200	月1回	入院後3日以内に、当該病院または診療所の職員に対して、必要な情報を提供した場合(提供方法は問わない)
入院時情報連携加算(Ⅱ)	100	月1回	入院後7日以内に、当該病院または診療所の職員に対して、必要な情報を提供した場合(提供方法は問わない)

【退院支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要		
退院・退所加算	450 ~900	入院又は入所中 3回	病院等から退院・退所する患者へ病院等の職員と共同で在宅での療養上の指導を行い、その結果を文書で提供した場合、カンファレンスに参加した場合		
			カンファレンス 参加無	カンファレンス 参加有	
			連携1回	450	600
			連携2回	600	750
連携3回	×	900			

【急変時の対応】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
緊急時等居宅カンファレンス加算	200	月2回	利用者の病状の急変、治療方針の大きな変更がありカンファレンスを開催した場合

【看取り】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
ターミナルケアマネジメント加算	400	月1回	末期の悪性腫瘍の主治医の助言を得つつ、頻回訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性の把握をするとともに、把握した心身の状況等の情報を記録し、主治医や居宅サービス事業者へ提供した場合

地域密着型サービス

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護

【退院支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
退院時共同指導加算	600	1回 (特別な管理を要する者は2回)	退院又は退所に当たり、指定訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った後に、当該者の退院又は退所後に初回の訪問看護を行った場合

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師から助言を受け、計画を作成した場合、ICTを活用した動画等により利用者の状態を把握したうえで、助言を定期的に受けた場合
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師が利用者宅を訪問し、生活機能アセスメントを共同して行い、計画を作成した場合

【急変時の対応】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
緊急訪問看護加算	315	月1回	緊急時における訪問を必要に応じて行う体制にある場合

【看取り】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
ターミナルケア加算	2,000	月1回	死亡日及び死亡前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合

○認知症対応型通所介護

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
生活機能向上連携加算	200	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師が事業所を訪問し、アセスメントを職員と共同して行い、計画を作成した場合
栄養改善加算	150	月2回 (3月以内)	職員または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置している場合
栄養スクリーニング加算	5	6月1回	6か月ごとに栄養状態の確認を行い、ケアマネジャーに文書で共有した場合

○小規模多機能型居宅介護

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師から助言を受け、計画を作成した場合、ICTを活用した動画等により利用者の状態を把握したうえで、助言を定期的に受けた場合
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師が利用者宅を訪問し、生活機能アセスメントを共同して行い、計画を作成した場合
栄養スクリーニング加算	5	6月1回	6か月ごとに栄養状態の確認を行い、ケアマネジャーに文書で共有した場合
看取り連携体制加算	64	1日1回	死亡日及び死亡日以前30日以下
訪問体制強化加算	1,000	月1回	常勤2名以上で、全登録者に対する訪問サービス提供回数が1月当たり延べ200回以上である場合

○認知症対応型共同生活介護

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
医療連携体制加算(Ⅰ)	39	1日1回	職員又は病院等や訪問看護と連携し看護師1名以上確保している場合
医療連携体制加算(Ⅱ)	49	1日1回	看護師を常勤で1名以上配置。准看護師のみである場合には、病院等や訪問看護と連携体制を確保していること。医療的ケア提供実績がある場合
医療連携体制加算(Ⅲ)	59	1日1回	看護師を常勤で1名以上配置。医療的ケア提供実績がある場合
口腔衛生管理体制加算	30	月1回	歯科医師又は歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
生活機能向上連携加算	200	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師が事業所を訪問し、アセスメントを職員と共同して行い、計画を作成した場合

【看取り】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
看取り介護加算	144	1日1回	死亡日以前4日以上30日以下
	680	1日1回	死亡日以前2日又は3日
	1,280	1回	死亡日

○地域密着型特定施設入居者生活介護

【退院支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
退院・退所時連携加算	30	月1回	医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れた場合

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
生活機能向上連携加算	200	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師が当該施設を訪問し、職員とアセスメントを共同して行い、計画を作成した場合
入居継続支援加算	36	1日1回	介護福祉士の数が、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。また、たん吸引等を必要とする者の割合が15%以上である場合

【看取り】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
看取り介護加算	144	1日1回	死亡日以前4日以上30日以下
	680	1日1回	死亡日以前2日又は3日
	1,280	1回	死亡日

○看護小規模多機能型居宅介護

【退院支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
退院時共同指導加算	600	1回 (特別な管理を要する者は2回)	退院又は退所に当たり、指定訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った後に、当該者の退院又は退所後に初回の訪問看護を行った場合

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
訪問体制強化加算	1,000	月1回	常勤2名以上で、全登録者に対する訪問サービス提供回数が1月当たり延べ200回以上である場合

【急変時の対応】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
緊急時訪問看護加算	574	月1回	緊急時における訪問を必要に応じて行う体制にある場合

【看取り】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
ターミナルケア加算	2,000	1回	死亡日及び死亡日前日14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合
看護体制強化加算(Ⅰ)	3,000	月1回	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医の指示に基づく看護サービス提供者割合が80%以上(3月間) ・緊急時訪問看護加算の算定者割合50%以上(3月間) ・特別管理加算の算定者割合20%以上(3月間) ・ターミナルケア加算の算定者1名以上(12月間) ・登録特定行為事業者又は登録喀痰吸引等事業者の届出済
看護体制強化加算(Ⅱ)	2,500	月1回	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医の指示に基づく看護サービス提供者割合が80%以上(3月間) ・緊急時訪問看護加算の算定者割合50%以上(3月間) ・特別管理加算の算定者割合20%以上(3月間)

○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
生活機能向上連携加算	200	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師が事業所を訪問し、アセスメントを職員と共同して行い、計画を作成した場合
排泄支援加算	100	月1回	多職種が排泄に係る各種ガイドライン等を参考として原因などの分析及び支援を実施した場合
褥瘡マネジメント加算	10	3月1回	モニタリング指標を用いて評価し、その評価結果を提出した場合。また、褥瘡発生のリスクがある入所者に対し計画・管理を実施した場合
口腔衛生管理体制加算	30	月1回	歯科医師又は歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
口腔衛生管理加算	90	月1回	歯科衛生士が月2回以上口腔ケアを実施し、介護職員に対し助言・指導を行った場合
栄養マネジメント加算	14	1日1回	常勤の管理栄養士1名以上を配置している場合 (同一敷地内の介護保健施設との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合も可)
低栄養リスク改善加算	300	月1回	低栄養リスクの高い入所者に対して多職種が協働して計画を作成し、栄養・食事調整等を実施した場合

【退所時】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
退所前訪問相談援助加算	460	1回 (必要な場合2回)	退所前に退所後生活する居宅を訪問し、相談援助を行った場合
退所後訪問相談援助加算	460	1回	退所後30日以内に居宅を訪問し、相談援助を行った場合
退所時相談援助加算	400	1回	退所後の相談援助を行い、市町村及び老人介護支援センターに対して情報提供した場合
退所前連携加算	500	1回	居宅介護支援事業者と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合

【看取り】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
看取り介護加算	144	1日1回	死亡日以前4日以上30日以下
	680	1日1回	死亡日以前2日又は3日
	1,280	1回	死亡日

施設サービス

○介護老人福祉施設

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
生活機能向上連携加算	200	月1回	リハビリの実施事業所又は医療提供施設のOT、PT、ST、医師が事業所を訪問し、アセスメントを職員と共同して行い、計画を作成した場合
排泄支援加算	100	月1回	多職種が排泄に係る各種ガイドライン等を参考として原因などの分析及び支援を実施した場合
褥瘡マネジメント加算	10	3月1回	モニタリング指標を用いて評価し、その評価結果を提出した場合。また、褥瘡発生のリスクがある入所者に対し計画・管理を実施した場合
口腔衛生管理体制加算	30	月1回	歯科医師又は歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
口腔衛生管理加算	90	月1回	歯科衛生士が月2回以上口腔ケアを実施し、介護職員に対し助言・指導を行った場合
栄養マネジメント加算	14	1日1回	常勤の管理栄養士1名以上を配置している場合 (同一敷地内の介護保健施設との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合も可)
低栄養リスク改善加算	300	月1回	低栄養リスクの高い入所者に対して多職種が協働して計画を作成し、栄養・食事調整等を実施した場合

【退所時】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
退所前訪問相談援助加算	460	1回 (必要な場合2回)	退所前に退所後生活する居宅を訪問し、相談援助を行った場合
退所後訪問相談援助加算	460	1回	退所後30日以内に居宅を訪問し、相談援助を行った場合
退所時相談援助加算	400	1回	退所後の相談援助を行い、市町村及び老人介護支援センターに対して情報提供した場合
退所前連携加算	500	1回	居宅介護支援事業者と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合

【看取り】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
看取り介護加算	144	1日1回	死亡日以前4日以上30日以下
	680	1日1回	死亡日以前2日又は3日
	1,280	1回	死亡日

○介護老人保健施設

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
かかりつけ医連携薬剤調整加算	125	月1回	多剤投与されている入所者の処方方針を当該施設の医師とかかりつけ医が事前に合意し、処方方針に従って減薬した場合
排泄支援加算	100	月1回	多職種が排泄に係る各種ガイドライン等を参考として原因などの分析及び支援を実施した場合
褥瘡マネジメント加算	10	3月1回	モニタリング指標を用いて評価し、その評価結果を提出した場合。また、褥瘡発生のリスクがある入所者に対し計画・管理を実施した場合
口腔衛生管理体制加算	30	月1回	歯科医師又は歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
口腔衛生管理加算	90	月1回	歯科衛生士が月2回以上口腔ケアを実施し、介護職員に対し助言・指導を行った場合
栄養マネジメント加算	14	1日1回	常勤の管理栄養士1名以上を配置している場合 (同一敷地内の介護保健施設との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合も可)
低栄養リスク改善加算	300	月1回	低栄養リスクの高い入所者に対して多職種が協働して計画を作成し、栄養・食事調整等を実施した場合
再入所時栄養連携加算	400	1回	入所者の入院先の医療機関の管理栄養士と連携し、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合

【退所時】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
退所時指導等加算(一)	460	1回 (必要な場合2回)	入所期間1か月以上と見込まれる利用者に対して、その自宅(社会福祉施設等を含む)を訪問し、当該利用者又は家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合
退所時指導等加算(二)	460	退所後1回	利用者の退所後30日以内に、その自宅(社会福祉施設等を含む)を訪問し、当該利用者又は家族等に対して在宅での療養上の指導を行った場合
退所時指導等加算(三)	400	1回	入所期間が1か月を超えた利用者に対して、その自宅を訪問し、当該利用者又は家族等に対して在宅での療養上の指導を行った場合
	400	月1回 (試行的な退所を行った月から3月間)	入所期間が1か月を超えた利用者に対して、その自宅へ試行的に退所させる場合に、自宅を訪問し、当該利用者又は家族等に対して療養上の指導を行った場合
退所時指導等加算(四)	500	1回	入所期間が1か月を超えた利用者が退所する際、在宅療養における主治医に対し、診療状況を示す文書を添えて紹介した場合
退所時指導等加算(五)	500	1回	入所期間が1か月を超えた利用者が退所し、居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、利用者が希望する居宅介護支援事業者に対し、文書を添えて情報提供を行い、利用調整を行った場合
老人訪問看護指示加算	300	1回	退所後の訪問看護サービスに係る指示書を交付した場合

【看取り】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
ターミナルケア加算	160	1日1回	死亡日以前4日以上30日以下・療養型老健以外の場合
	160		死亡日以前4日以上30日以下・療養型老健の場合
	820	1日1回	死亡日以前2日又は3日・療養型老健以外の場合
	850		死亡日以前2日又は3日・療養型老健の場合
	1,650	1回	死亡日・療養型老健以外の場合
	1,700		死亡日・療養型老健の場合

○介護療養型医療施設

【日常の療養支援】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
排泄支援加算	100	月1回	多職種が排泄に係る各種ガイドライン等を参考として原因などの分析及び支援を実施した場合
口腔衛生管理体制加算	30	月1回	歯科医師又は歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
口腔衛生管理加算	90	月1回	歯科衛生士が月2回以上口腔ケアを実施し、介護職員に対し助言・指導を行った場合
栄養マネジメント加算	14	1日1回	常勤の管理栄養士1名以上を配置している場合 (同一敷地内の介護保健施設との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合も可)
低栄養リスク改善加算	300	月1回	低栄養リスクの高い入所者に対して多職種が協働して計画を作成し、栄養・食事調整等を実施した場合

【退所時】

名 称	単 位	算定回数等	概 要
退院前訪問指導加算	460	入所中1回 (早期に指導が必要な場合は2回)	入院期間1か月以上と見込まれる患者に対して、その自宅(社会福祉施設等を含む)を訪問し、当該患者又は家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合
退院後訪問指導加算	460	1回	利用者の退院後30日以内に、その自宅(社会福祉施設等を含む)を訪問し、当該患者又は家族等に対して在宅での療養上の指導を行った場合
退院時指導加算	400	1回	退院患者及びその家族等に対して退院後の療養上の指導を行った場合
退院時情報提供加算	500	1回	退院後の主治医に対して情報提供を行った場合
退院前連携加算	500	1回	居宅介護支援事業者と退院前から連携し、情報提供とサービス提供を行った場合
老人訪問看護指示加算	300	1回	退院後の訪問看護サービスに係る指示書を交付した場合

○介護医療院
【日常の療養支援】

名称	単位	算定回数等	概要
排泄支援加算	100	月1回	多職種が排泄に係る各種ガイドライン等を参考として原因などの分析及び支援を実施した場合
口腔衛生管理体制加算	30	月1回	歯科医師又は歯科衛生士が、介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合
口腔衛生管理加算	90	月1回	歯科衛生士が月2回以上口腔ケアを実施し、介護職員に対し助言・指導を行った場合
栄養マネジメント加算	14	1日1回	常勤の管理栄養士1名以上を配置している場合 (同一敷地内の介護保健施設との栄養ケア・マネジメントの兼務の場合も可)
低栄養リスク改善加算	300	月1回	低栄養リスクの高い入所者に対して多職種が協働して計画を作成し、栄養・食事調整等を実施した場合
再入所時栄養連携加算	400	1回	入所者の入院先の医療機関の管理栄養士と連携し、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合

(資料9) 介護医療院の施設基準

23. 介護医療院 ①介護医療院の基準（施設基準）

		介護療養病床(病院) 【療養機能強化型】	介護医療院	介護老人保健施設
		指定基準	指定基準	指定基準
施設設備	診察室	各科専門の診察室	医師が診察を行うのに適切なもの	医師が診察を行うのに適切なもの
	病室・療養室	定員4名以下、床面積6.4m ² /人以上	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4m ² /人以上で可	定員4名以下、床面積8.0m ² /人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4m ² /人以上で可
	機能訓練室	40m ² 以上	40m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上 ※転換の場合、大規模改修まで緩和
	談話室	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ	談話を楽しめる広さ
	食堂	入院患者1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり1m ² 以上	入所定員1人あたり2m ² 以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム		十分な広さ	十分な広さ
	その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所	(薬剤師が調剤を行う場合：調剤所)
他設備	給食施設、その他都道府県の条例で定める施設	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	
構造設備	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備	
	廊下	廊下幅：1.8m、中廊下は2.7m ※経過措置 廊下幅：1.2m、中廊下1.6m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅：1.2m、中廊下1.6m	廊下幅：1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅：1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	(3階以上に病室がある場合) 建築基準法に基づく主要構造部：耐火建築物	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

厚生労働省ホームページ「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改訂事項について」より抜粋

(資料 10-1) 在宅医療に係る「特掲診療料」の略称と主な特徴

	名 称	略 称	主 な 特 徴
医 科	在宅療養支援診療所	支援診	次の各号などの体制があるものとして東北厚生局への届出をしている診療所 1 24時間連絡を受ける体制を確保 2 24時間の往診体制 3 24時間の訪問看護体制 4 緊急時に入院できる病床を常に確保 5 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連絡調整を担当する者と連携
	在宅療養支援病院	支援病	在宅療養支援診療所と同様の体制を持ち、東北厚生局への届出をしている病院。 ただし、次の各号などの内容については在宅療養支援診療所と異なる。 1 病院の当直体制を担う医師と別に往診を担当する医師が配置 2 緊急時に入院できる病床を常に病院内で確保
	在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料	在医総管	次の各号などの体制があるものとして東北厚生局への届出をしている診療所 1 介護支援専門員、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置 2 在宅医療を担当する常勤医師が勤務、継続的に訪問診療を行うことができる体制を確保
	在宅がん医学管理総合診療料	在総	次の各号などの体制があるものとして東北厚生局への届出をしている診療所 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出済 2 居宅において療養している末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対し、計画的な医学管理のもと総合的な医療を提供
歯 科	在宅療養歯科支援診療所	歯援診	次の各号などの体制があるものとして東北厚生局への届出をしている歯科診療所 1 過去1年間に歯科訪問診療料を算定した実績がある 2 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置 3 歯科衛生士が配置 4 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連絡調整を担当する者と連携
	在宅患者歯科治療総合医療管理料	在歯管	次の各号などの体制があるものとして東北厚生局への届出をしている歯科診療所 1 十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における患者の全身状態を管理できる体制が整備 → 高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患などのある患者向け 2 常勤の歯科医師の複数配置又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置 3 患者の全身状態の管理を行うため、パルスオキシメーター、酸素供給装置、救急蘇生セットなどの装置や器具を配備 4 緊急時対応のため、病院との連携体制を整備
	訪問歯科診療料に係る地域医療連携体制加算	歯地連	次の各号などの体制があるものとして東北厚生局への届出をしている歯科診療所 1 常勤の歯科医師を2名以上、看護師及び准看護師を2名以上、歯科衛生士を1名以上配置 2 患者紹介率、手術件数等が規定以上 3 1、2のほか、次の各号を満たしている (1) 緊急時の歯科医療を行う体制の確保 (2) 在宅歯科医療の調整担当者を1名以上配置 (3) 患者に関する診療記録管理を行うための必要な体制整備
	在宅歯科医療推進加算	在推進	次の各号などの体制があるものとして東北厚生局への届出をしている歯科診療所 ○ 届出前3か月間において、歯科訪問診療の月平均患者数が5人以上であり、そのうち6割以上が歯科訪問診療Ⅰ（多くの場合、集合住宅などに居住していない患者）を算定していること。
薬 科	在宅患者訪問薬剤管理指導に関する届出	在薬	在宅患者訪問薬剤管理指導を行うとして東北厚生局への届出をしている調剤薬局

(資料 10-2) 東北厚生局ホームページの見方



更新日：2017年2月15日

施設基準の届出等受理状況一覧

施設基準の届出受理状況(全体)

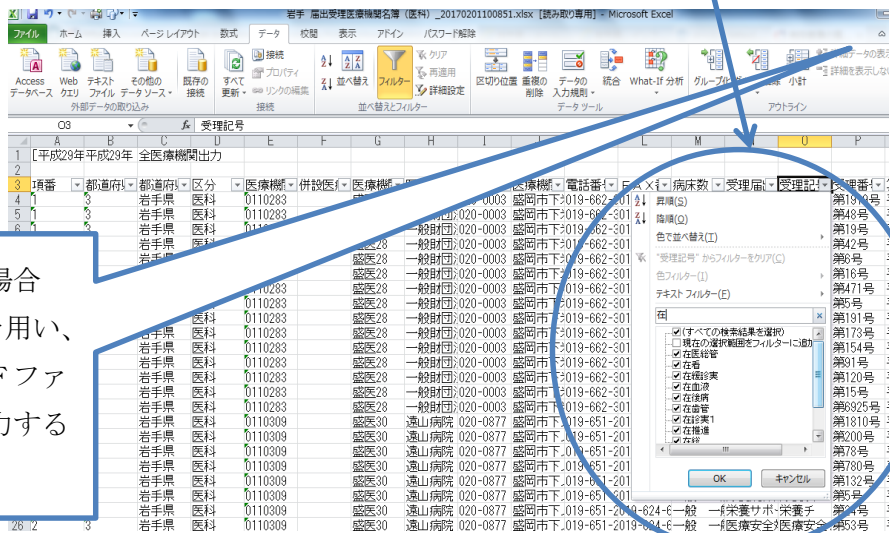
	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	各県分エクセルデータ
平成29年1月1日現在	(PDF: 1,794KB) (PDF: 953KB) (PDF: 990KB)	(PDF: 1,768KB) (PDF: 1,218KB) (PDF: 921KB)	(PDF: 2,966KB) (PDF: 1,691KB) (PDF: 1,713KB)	(PDF: 1,460KB) (PDF: 753KB) (PDF: 860KB)	(PDF: 1,710KB) (PDF: 885KB) (PDF: 919KB)	(PDF: 2,729KB) (PDF: 1,416KB) (PDF: 1,399KB)	(ZIP: 2,233KB) (ZIP: 1,133KB) (ZIP: 1,054KB)

届出受理医療機関名簿

平成29年 2月 1日作成 1頁

項番	医療機関番号	医療機関名称	医療機関所在地 電話番号(FAX番号)	病床数	受理番号	算定開始年月日	備考
1	01, 1028, 3 盛医28	一般財団法人岩手済生 医会 中津川病院	〒020-0003 盛岡市下米内二丁目4番12号 019-662-3252 (019-661-8414)	一般 51	(一般入院) 第1919号 (診療録2) 第48号 (総合評価) 第19号 (データ提) 第42号 (認ケア) 第6号 (地包ケア1) 第16号 (食) 第471号 (支援病3) 第5号 (在医診察) 第191号 (在籍) 第173号 (C・M) 第154号 (脳II) 第91号 (連II) 第120号 (集コ) 第15号 (酸単) 第6925号	平成28年10月1日 平成27年11月1日 平成28年9月1日 平成28年4月1日 平成28年9月1日 平成28年10月1日 平成18年4月1日 平成27年12月1日 平成27年4月1日 平成27年12月1日 平成24年4月1日 平成20年4月1日 平成23年6月1日 平成23年6月1日 平成28年4月1日	

PDFによる帳票の場合
は、「受理番号」欄に記載
された略称（前頁参照）に
より届出状況を判断する



エクセル形式によるデータの場合
は、エクセルのフィルタ機能を用い、
「受理記号」欄から上記PDFファ
イルの略称（前頁参照）を入力する
ことで検索できる

(資料 11) 医療職以外の者が行う医療的ケアの実施根拠 (社会福祉士介護福祉士法)

	介護福祉士 (*) が行うもの	介護職員 (介護福祉士を除く介護の業務に従事する者) が行うもの
実施根拠	社会福祉士介護福祉士法第2条第2項 (介護福祉士が診療の補助として医療的ケアを実施)	社会福祉士介護福祉士法附則第3条 (認定特定行為業務従事者が診療の補助として実施)
実施できる場所等の特定方法	社会福祉士介護福祉士法第48条の5、同第48条の6に基づく登録喀痰吸引事業者	社会福祉士介護福祉士法附則第20条に基づく登録特定行為事業者
必要な養成校等での履修又は研修修了	社会福祉士介護福祉士法第39条に基づき、医療的ケアを含む養成校等の所定の課程を修了した者又は介護福祉士試験に合格した者	社会福祉士介護福祉士法附則第4条第2項に基づき、喀痰吸引等研修を受講し修了した者 (認定特定行為業務従事者)

(*養成校等で医療的ケアの課程を修了し、かつ実地研修 (実際の患者の協力を得て医療的ケアの手技を実地に研修するもの) を終えた行為のみ可能。養成校で医療的ケアの課程を履修していない者や、医療的ケアを履修していても実地研修を受けていない者は、「介護職員」として、喀痰吸引研修等を受講し修了する必要がある。)

(資料 12) 社会福祉士介護福祉士法施行規則第1条及び同第4条により、介護福祉士又は介護職員が実施できる医療的ケアと必要な研修

	医療的ケアの対象者	実施できる医療的ケア
第1号研修	不特定の者	1 口腔内の喀痰吸引 2 鼻腔内の喀痰吸引 3 気管カニューレ内部の喀痰吸引 4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 5 経鼻経管栄養
第2号研修	不特定の者	第1号研修で実施できる行為のうち必要な行為
第3号研修	特定の者	第1号研修で実施できる行為のうち必要な行為

(資料 13-1) 地域連携パス (介護⇔医療)

陸前高田市地域連携パス協議会で策定し、同市内で運用されている帳票

陸前高田

地域連携パス (介護⇔医療)

担当名称 医師 _____ 看護部 ケアマネ _____
理学療法士 _____

経過	ステップ1		ステップ2		ステップ3		ステップ1
	継続	入院	回復期	退院準備期	退院	継続	
施設名	自宅・施設名		岩手県立高田病院				自宅・施設名
日付	平成 年 / 月 / 日		実施日・サイン / から / 実施日・サイン		実施日・サイン / から / 実施日・サイン		実施日・サイン
達成目標	1. 機能を最大限に発揮、生活できる		1. 機能が低下せず、生活が維持できる		1. 退院に向けての指導、社会資源の準備が出来る		1. 機能を最大限に発揮、生活できる
治療・検査	<input type="checkbox"/> 入院時検査 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度評価 別紙		<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 日常生活自立度評価 別紙		<input type="checkbox"/> 日常生活自立度評価 別紙		<input type="checkbox"/>
説明・指導	<input type="checkbox"/> 1回/月通院 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 医師からの説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 入院オリエンテーション <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 介護指導 パンフ別紙 <input type="checkbox"/> 生活指導 パンフ別紙 <input type="checkbox"/> 社会資源の利用説明 <input type="checkbox"/> 食事指導 栄養士 <input type="checkbox"/> 服薬指導 薬剤師		<input type="checkbox"/> 1回/月通院 <input type="checkbox"/>
地域との情報交換	<input type="checkbox"/> 介護保険申請・区分変更 <input type="checkbox"/> 連絡票 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンス <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 訪問看護報告書		<input type="checkbox"/> 初級カンファレンス <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 退院時ケアカンファレンス <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 介護保険区分変更 <input type="checkbox"/> 連絡票 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンス <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 訪問看護報告書
確認事項	入院時の状況		継続の必要な医療行為およびケア		次回交換予定		
	<input type="checkbox"/> キーパーソン TEL ()		<input type="checkbox"/> 尿管留置カテーテル 種類 サイズ		年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 介護力 手助け <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 年齢 歳 自宅 施設入所		<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養チューブ 種類 サイズ		cm 固定		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護保険申請 未 済 介護度 1 2 3 4 5 要支援1 要支援2		<input type="checkbox"/> 胃ろうチューブ 種類 サイズ		部位 処置		最終挿入 月 日
<input type="checkbox"/> 利用サービス <input type="checkbox"/> ケアマネジャー TEL ()		<input type="checkbox"/> 褥瘡		部位		最終挿入 月 日	
<input type="checkbox"/> リハビリ 理学療法・作業療法・呼吸リハビリ・嚥下リハビリ・言語療法		<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 看護・介護上の問題点			
<input type="checkbox"/> 介護上の問題点							
<input type="checkbox"/> 利用者・家族の意向							
最終入浴 月 日							
最終排便 月 日							
		サイン()		サイン()			
日常生活	入院前		入院時		退院時		
	自立度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		自立度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		自立度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 朝 昼 夕		食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 朝 昼 夕		食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 朝 昼 夕		
	<input type="checkbox"/> カロリー制限 栄養剤 水		<input type="checkbox"/> カロリー制限 栄養剤 水		<input type="checkbox"/> カロリー制限 栄養剤 水		
	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下補助 <input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下補助 <input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下補助 <input type="checkbox"/> ミキサー		
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パルーン		排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パルーン		排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パルーン		
	清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽		清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽		清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽		
	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド		移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド		移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド		
	睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 時々		睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 時々		睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 時々		
	精神状態 認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N		精神状態 認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N		精神状態 認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N		
<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行		<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行		<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行			
麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

(資料 13-2) 主治医・ケアマネジャー連絡票
 盛岡市医師会で策定し、同市内で運用されている帳票

主治医・ケアマネジャー連絡票			
FAX番号 _____ 医療機関名 _____ 医師氏名 _____ 電話番号 _____ E-mail _____	FAX番号 _____ 事業所名 _____ 担当ケアマネジャー名 _____ 電話番号 _____ E-mail _____		
送信・返信			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">利用者名</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">(生年月日) M・T・S 年 月 日 (男・女)</td> </tr> </table>		利用者名	(生年月日) M・T・S 年 月 日 (男・女)
利用者名	(生年月日) M・T・S 年 月 日 (男・女)		
送 信	主治医より <input type="checkbox"/> ご相談がありますので _____ 月 _____ 日 _____ 時頃にお電話を下さい。 <input type="checkbox"/> 当該ご利用者様のケアプランを (FAX・郵送) して下さい。 <input type="checkbox"/> その他 { }		
	担当ケアマネジャーより <input type="checkbox"/> 当該利用者の担当ケアマネジャーですので宜しくお願いします (ご挨拶)。 <input type="checkbox"/> ケアプランを作成するにあたり病状やご意見をお伺いしたいので、ご都合の良い連絡方法、日時をお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンス (_____ 月 _____ 日 _____ 時 場所: _____) を開催したいので、ご都合等をお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> その他 { }		
返 信	主治医より <input type="checkbox"/> 了解しました。今後も宜しくお願いします。 <input type="checkbox"/> (直接お会いします・お電話を下さい) _____ 月 _____ 日 _____ 時頃・診療時間中いつでも可 <input type="checkbox"/> E-mail で、(連絡します・連絡を下さい) <input type="checkbox"/> 直接お会いする際、可能であれば、本人と家族の方の同席を希望します。 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンスは (出席します・欠席します→□別の日程の検討を希望します) <input type="checkbox"/> その他 { }		
	担当ケアマネジャーより _____ _____ _____		
盛岡市医師会			

<認知症> 医療・介護連携シート		介護支援専門員・包括 ⇒ 医療機関 (岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク作成 H27.11)
記入日：平成 年 月 日 受診予定日：平成 年 月 日 予定 ・ 未定		
記入者	氏名： 所属： 電話：	
このシートは、医療機関への情報提供を的確に伝えることを目的としています。		
受診者	氏名： 生年月日： 年 月 日 (歳)	
	住所：	
	世帯状況： 独居 ・ 高齢者世帯 ・ () 人家族	
同行者	氏名： 連絡先☎：	本人との関係 ()
受診目的	・診断 ・認知症の治療の相談 (・服薬の必要性 ・病気の説明 ・生活上の助言) ・BPSD対応 ・要介護認定意見書 ・その他 ()	
【認知症の経過】		
○今回の症状はいつ頃から？ ⇒ 今から約 () 年・月・日 前 どのように？ (具体的に) ⇒ ()		
今、困っていること	・食欲低下 ・脱水傾向 ・体重の変化 ・尿失禁 ・ふらつき ・疲れやすい ・手足の震え ・急に歩けなくなった	
<<本人>> 困っている・困っていない	・もの忘れ (自覚：有・無) ・意欲低下 ・せん妄 ・収集癖 ・物盗られ妄想 ・こだわりのある行動 ・幻視や幻聴	
<<家族>> 困っている・困っていない	・異常な食欲 (過食・異食) ・外出して戻れない ・性格の変化 ・本人の暴力 (対象：特定・不特定)	
<<関係者>> 困っている・困っていない	・物事の段取りがうまくできない (調理等) ・介護拒否 (本人・家族) ・日常生活が困難 (調理・買物・入浴・排泄・洗濯・服薬管理・金銭管理) ・介護力不足 (理解不足・関係が悪い・独居や高齢世帯)	
	・その他具体的に { }	
過去の診断の有無	あり ・ なし ・ 不明 ↳ 診断日： 年 月 診断名：アルツハイマー型 ・ 前頭側頭型 ・ レビー小体型 脳血管性認知症 ・ その他 () 医療機関名：() 医師名：()	
【既往歴】		
医療機関受診状況 (歯科受診含む)	病名：	医療機関： 服薬：あり・なし
	病名：	医療機関： 服薬：あり・なし
	病名：	医療機関： 服薬：あり・なし
	投薬内容：	
精神疾患の既往	あり () ・ なし ・ 不明	
かかりつけ医の紹介状	あり ・ なし	

【環境】

要介護度	未申請 ・ 申請中 ・ 要支援 () ・ 要介護 () ・ 非該当
利用サービス	介護：訪問介護 ・ 通所介護 ・ 通所リハビリ ・ 訪問リハビリ 福祉用具貸与 ・ ショート ・ 住宅改修 ・ その他 () 医療：() 障がい：() 非公的：民生委員 ・ 配食 ・ その他 () 介護予防事業：()
担当ケアマネ	氏名： _____ 事業所： _____
介護者	あり () ・ なし ・ 不明
キーパーソン	あり () ・ なし ・ 不明
家族構成	

【その他、伝えたい内容】

【本人・家族同意欄】

この「医療・介護連携シート」を、岩手西北医師会認知症地域支援ネットワークの医療機関へ提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名： _____
(本人でない場合 続柄 _____)

※本人・家族のサイン、または同意がとれない場合はその理由

※お伺いした個人情報については、岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク内でデータを統計的に処理し、個人を特定できない形で利用することがあります。

(資料 13-4) 暮らしのシート (裏面省略) ・退院シート
 一関市医療と介護の連携連絡会で策定し、運用されている帳票

暮らしのシート			
(送付先: 医療機関 _____)		情報提供日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
(送付元: 記入者氏名 _____)		(送付元: 記入者氏名 _____)	
利用者情報		情報提供事業者	
氏名		名称	
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	所在地	
住所		電話番号	
電話番号		FAX番号	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (等級など _____) <input type="checkbox"/> 無	医療ケアマネ氏名	
障害名			
緊急時連絡先			
氏名	① _____	② _____	
住所			
電話番号			
関係			
医療情報			
既往歴	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)		
病名	#1 _____	#4 _____	
	#2 _____	#5 _____	
	#3 _____	#6 _____	
義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口臭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事に時間かかる <input type="checkbox"/> 飲み込み有	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
かかりつけ医情報	医療機関名 _____	TEL	
かかりつけ歯科医情報	医療機関名 _____	TEL	
他に受診している医療機関	医療機関名 _____	TEL	
訪問診療している医療機関	医療機関名 _____	TEL	
訪問看護に関する情報	機関名 _____	TEL	
内服薬情報	投薬禁忌薬剤。裏面にお薬手帳添付。		
介護情報			
認定情報	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
サービス利用情報	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 訪問入浴		
介護者情報	裏面に記載		
生活情報			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴・清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	意思疎通	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 (服薬) <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 服薬無し	問題行動	<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 _____)
生活歴	裏面に記載		

使用上の注意

本シート使用の際には、事前に、相手方と、シート使用の有無等の取扱いについて確認したうえで御使用くださるよう、留意願います。

退院シート (No. 1)

情報提供日 平成 年 月 日

<input type="radio"/> 情報提供先	
<input type="radio"/> 医療機関名 〔所属・情報提供者〕	
入院日	平成 年 月 日 主治医
氏名	生年月日 年 月 日 歳
住所	
連絡先	
キーパーソン	氏名 続柄 連絡先
キーパーソン	氏名 続柄 連絡先
疾病の状態 <input type="text"/> 主病名 <input type="text"/> 主症状 <input type="text"/> 既往歴	特記事項 (医療的処置などのコメント記載) 入院中の経過及び看護引き継ぎ事項
<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 認知障害 (<small>覚醒時 夜間の状況等</small>) <input type="checkbox"/> 筋力低下 (<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> 知覚障害 (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 皮膚の感覚 <input type="checkbox"/> 痛覚) <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 褥瘡	
退院予定日	平成 年 月 日 退院後の医療機関
直近のバイタルサイン	K T °C ・ B P mmHg P 回/分 ・ S p O2 %
カンファレンス開催について	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 ()
臓器提供の意思	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

退院シート (No. 1 の続き)

項 目		特 記 事 項
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 加味・制限有 (cal) <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキリ <input type="checkbox"/> リフト食	
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	
摂取状況	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	
義 歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
口 臭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
嚥 下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事に時間かかる <input type="checkbox"/> ムセ込み有	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル	
	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテ 交換日 /	
	<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 最終排便日 ()	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	最終入浴日 ()
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 歩行 () <input type="checkbox"/> 杖歩行	
	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス	
	麻痺 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
	(服薬) <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 服薬無	
問題行動	<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 ()	
服 薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
※服薬している薬の種類、内容 (オーダーシール添付)		

退院シート (No. 2)

カンファレンス 検討事項

住宅改修の必要性	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室
<input type="checkbox"/> 階段	<input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> その他 ()
メモ ()	
福祉用具 購入	
<input type="checkbox"/> シャワーチェア	<input type="checkbox"/> シャワーキャリー <input type="checkbox"/> 浴槽台 <input type="checkbox"/> バスボード
<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 補助便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> その他 ()
福祉用具 レンタル	
<input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用)	<input type="checkbox"/> クッション (種類)
<input type="checkbox"/> ベッド	<input type="checkbox"/> マットレス (種類) <input type="checkbox"/> その他 ()
メモ ()	
その他のサービスの必要性	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問リハ
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他 ()
メモ ()	
リハビリ継続の必要性	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
区分変更申請の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
その他検討事項	

平成 年 月 日

作成者

本人

家族

次の要件に該当する者は、要介護認定が要支援及び要介護1であっても、福祉用具のレンタルが可能となる場合がありますので、詳細は市町に確認願います。

【 例外適用要件 】

- ・ 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
- ・ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者
- ・ 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

歯科往診FAX依頼書

(宛先：盛岡市歯科医師会FAX:019-622-6619)

依頼元 病院・事業所名 _____ 電話番号 _____

担当者様氏名 _____

ふりがな
患者様 氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

要介護状態 ①要支援1 ②要支援2 ③要介護1 ④要介護2 ⑤要介護3 ⑥要介護4 ⑦要介護5 ⑧その他
()

患者様住所 _____

患者様電話 _____

かかりつけ医師 _____ かかりつけ医への連絡 未・済み

かかりつけ病院・医院名 _____ 電話番号・FAX _____

かかりつけ歯科医師 _____ かかりつけ歯科医への連絡 未・済み

通院できない理由 _____

ご依頼内容(当てはまるところに✓ をつけて下さい)

- 痛い歯がある、動く歯がある、歯ぐきがはれている、むし歯がある
- 口の中に痰や汚れがべったり付いている、臭い、乾いている
- 入れ歯があたって痛い、粘膜に傷がついている
- 入れ歯が落ちやすい、合わない、破損している
- 入れ歯がない
- 食べる時や飲み込む時にむせる、食後ガラガラ声になる
- なかなか飲み込めない、食事に時間がかかる
- その他 ()

お願い：本人・ご家族からの訪問歯科診療のご承諾をお願いいたします

020-0045 盛岡市盛岡駅西通2丁目5番25号 岩手県歯科医師会館 (8020プラザ) 3階
盛岡市歯科医師会 (担当理事：齊藤英朗)
電話：019-651-1170 FAX:019-622-6619

訪問歯科診療FAX依頼 報告書

病院・医院名 _____ 先生 御机下

電話番号・FAX _____

この度訪問歯科診療依頼を受け、診療しましたのでご報告いたします。

歯科医院名・歯科医師名 _____

電話・FAX _____

平成 年 月 日

歯科往診依頼書 (宛先:釜石歯科医師会 FAX 0193-23-2223)

ご依頼元	事業所名
	氏名
	電話 FAX

フリガナ	生年月日	年齢
患者様名	M・T・S	歳
住所(自宅・施設)	電話	

ご依頼内容

歯が痛い	歯が動く	噛めない	口が汚れている	傷がある
入れ歯が合わない	口が臭う	飲み込みが悪い	むせる	口が渇く
その他()				

以下、お分かりになる範囲でお答えください

全身疾患	1)	主治医
	2)	
	3)	医療機関名
認知症	有・無	
特記事項		

かかりつけの歯科医師がいる(先生) いない
 見て欲しい歯科医師がいる(先生) どの先生でもよい

承諾書 ご依頼に関する患者様の承諾(本人または家族の署名、押印)を願います。

印

(資料 13-7) ①お薬手帳②介護支援専門員・かかりつけ薬剤師連携アセスメントシート
 岩手県薬剤師会が発行 (①介護支援専門員との連携を図るため、事業所の住所、電話番号などを記入するページを追加②介護支援専門員と薬剤師の連携ツール)

かかりつけ病院・医院・歯科医院の連絡先	かかりつけ薬局の連絡先・薬剤師名	ケアマネジャー等 連絡先
		事業所名
		介護支援専門員名
		電話
		FAX
		メモ
①	②	③

介護支援専門員・かかりつけ薬剤師連携アセスメントシート 平成 年 月 日

事業所名 _____ **薬局 行**
担当介護支援専門員

TEL. _____ FAX. _____

利用者氏名 _____ 生年月日 (明・大・昭) _____
様 _____ 年 月 日 (歳)

要介護度 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

疾患名 _____

医療機関名 _____ 主治医 _____

生活状況 同居 ・ 日中独居 ・ 独居 ・ 施設入所 ・ その他 (_____)

【お薬の管理と服用について】 ※該当する項目に○印

1 薬を服用していますか? はい ・ いいえ ・ 不明

2 お薬手帳を持っていますか? はい ・ いいえ ・ 不明

3 複数の医療機関から薬をもらっていますか? はい ・ いいえ ・ 不明

4 薬の管理は誰が行っていますか? 本人 ・ 家族 ・ ヘルパー ・ 看護師 ・ その他 (_____)

5 薬の管理方法はどのようにしていますか? カレンダー ・ 薬箱 ・ その他 (_____)

6 薬を指示通りの方法で服用できていますか? はい ・ いいえ ・ 不明

※6で「いいえ」と回答された方へ

① 飲めない原因は何かあると思いますか? ※該当する項目に○印

・ 飲み込めない ・ 服薬拒否 ・ 飲み忘れる ・ 飲み込みにくい

・ その他 (_____)

② 薬を飲まなければならない理由を本人、家族は理解していますか? はい ・ いいえ ・ 不明

7 残ったり、余っている薬がありますか? はい ・ いいえ ・ 不明

8 薬について疑問を抱く、または服用に不安を感じることがありますか? はい ・ いいえ ・ 不明

9 医師は本人の服薬状況を把握していますか? はい ・ いいえ ・ 不明

10 日頃、気になる症状やお困りのことがありましたら記入してください。

以上のアセスメントを通じ、薬の管理等でご心配なことがある場合はこのシートをかかりつけの薬剤師までご送付ください。ご担当の介護支援専門員様と相談しながら必要な支援を行っていきます。

※本シートでご記入いただいた個人情報、「介護支援専門員・かかりつけ薬剤師連携業務」のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

(資料 13-8) 高齢者施設利用者のための「緊急時連絡票」
盛岡市医師会で策定し、運用されている帳票

緊急時連絡票														
施設名						担当者								
住所						電話番号								
【基本情報】					【記載日】 平成 年 月 日									
氏名	(フリガナ)				性別	生年月日	元号	年	月	日	住所	電話	-	-
保険証		被保険者名				血液型	A B O AB		HBs	抗原()	抗体()	HCV		
						義歯			認知症					
家族等 (キーパーソン)	氏名	①			②									
	住所													
	電話													
	関係													
既往歴 (現有疾患含む)														
入院(入所)歴														
かかりつけ医	①					②								
ADL	移動				排泄	-								
	入浴				食事	-								
	着替え	-			意思疎通	-								
	嚥下・口腔ケア	-												
【状況報告】 ※受診の際記載し、必ず持参下さい														
①紹介理由 (症状・発生日時含む)														
②前日までの経過														
③血圧	- ~ -			④体温	- °C									
内服薬 (下剤・外用薬等含む)														
※お薬手帳がある方は記載不要ですので、手帳を持参願います。														
(引率者氏名:)														
特記事項														

※基本情報は入所時に記載して下さいます。状態変化があった場合は、基本情報の確認・更新をお願い致します。

今のご自分の気持ちを記してみましょう。
あてはまるものに○をします。

1 今のあなたについて教えてください

日常生活において自分のことが...

自分でできる・少しお手伝いが必要・たくさんお手伝いが必要

意思決定の場面で自分のことを...

自分で決められる・誰かと一緒に考えたい

お身体の調子は...

健康・病気の心配がある・病気の治療をしている

病名の告知について

- ・告知を受け、余命まで知らせてほしい
- ・病名は教えてほしいが、余命については知らせないでほしい
- ・告知は受けたくない(悪い病気については知りたくない)

もし、あなたが病気のために回復が見込めず、自分の意思が
伝えられない状況だとしたら、どのようにしてほしいでしょう

2 延命処置について

心臓マッサージなどの心肺蘇生

希望する ・ 希望しない ・ 今はわからない

延命のための気管挿管、人工呼吸器の装着

希望する ・ 希望しない ・ 今はわからない

胃瘻による栄養補給

希望する ・ 希望しない ・ 今はわからない

経鼻経管栄養

希望する ・ 希望しない ・ 今はわからない

中心静脈栄養

希望する ・ 希望しない ・ 今はわからない

末梢静脈栄養(点滴)

希望する ・ 希望しない ・ 今はわからない

3 痛みなどの辛さについて

- ・できるだけ痛みや辛さを取り除いてほしい
- ・痛みや辛さが取り除けないならば眠らせてほしい
- ・多少痛みや辛さがあっても自分の意思は伝えたい(眠くなることは望まない)



4 希望する療養の場所について

自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他()

5 記載した内容についてどのようにしたいでしょう

- ・自分の心に留めておきたい
- ・家族に見せて共有したい
- ・かかりつけ医にも見せてカルテに記載してもらいたい

その他、私の伝えたいことをご自由にお書きください

自分で判断ができなくなった時は、
私の希望についてお知らせしてある次の方に判断をゆだねます。

①氏名	続柄	
②氏名	続柄	
氏名	年齢	記載した日
ご本人 署名	歳	年 月 日
ご家族	続柄	
ご家族	続柄	
一緒に記載した人 所属	氏名	

(資料 14) 平成 29 年度在宅医療人材育成研修の実施状況 (H30. 4. 1 現在)

		主な内容	実施(予定)時期
医師向け	盛岡市医師会	他県の在宅医療を実践する医師による講演及び訪問看護ステーションとの連携に関する研修会	平成29年10月
		対象者:医師及び歯科医師等多職種 参加者数:64名	
		会場:マリオス18階会議室 委託料:303千円	
	紫波郡医師会	医科歯科連携による診療及び療養支援に関する研修及び多職種連携による在宅医療・多職種連携推進セミナーの開催(計2回)	平成29年11月 ～平成30年2月
		対象者:医師及び歯科医師等多職種、一般	
		会場:在宅等 委託料:311千円	
	花巻市医師会	在宅医療の事例紹介及び多職種連携等に関する勉強会(事例紹介、かかりつけ医の訪問診療、看取り、地域包括ケア病棟の利用方法等)	平成29年9月
		対象:医師等医療機関職員、訪問看護ステーション職員等 参加者:45名	
		会場:ホテル花城 委託料:185千円	
	北上医師会	他圏域の医師を招聘し在宅医療の講演会の実施及び意思決定支援の研修会(計3回)	平成29年11月 ～平成30年2月
		対象者:医師、多職種	
		会場:ホテルプランニュー北上ほか 委託料:304千円	
久慈医師会	他圏域で在宅医療を実践している医師を招き、医師不足の地域における在宅医療について検討する研修	平成29年11月	
	対象者:医師等医療施設職員、行政職員等 参加者数:42名		
	会場:県立久慈病院 委託料:177千円		
二戸医師会	岩手西北医師会と連携し、在宅医療の課題及び対応等についてのセミナーを開催(意思決定支援、服薬管理、認知症対応等)	平成29年8月	
	対象者:医師、歯科医師、薬剤師等 参加者数:32名		
	会場:二戸パークホテル 委託料:222千円		
岩手県歯科医師会	在宅療養に必要な歯科医療(訪問による診療や口腔ケア、口腔機能リハなど)を推進し、関係者に普及するための研修(計2回)	平成30年1月 ～平成30年2月	
	対象者:歯科医師、歯科衛生士等 参加者数:延100名程度(予定)		
	会場:盛岡市、花巻市 委託料:608千円		
岩手県薬剤師会	自宅や施設、保険薬局店頭における服薬管理、指導のための「フィジカルアセスメント」手技の習得研修及び既受講者向けフォローアップ研修(計3回)	平成29年10月 ～平成29年11月	
	対象者:薬剤師等 参加者数:延70名程度(予定)		
	会場:岩手医大矢巾キャンパス 委託料:1240千円		
岩手県訪問看護ステーション協議会	訪問看護管理者向け研修及び交流会、意思決定支援を考える研修会(計2回)	平成29年7月 ～平成29年11月	
	対象者:訪問看護従事者、居宅介護支援専門員等 参加者数:100名程度		
	会場:盛岡市内 委託料:614千円		
岩手県介護支援専門員協会	在宅医療に従事している者のノウハウを共有するとともに、利用者の生活圏域でどのような在宅療養が可能かを説明できることを目的に、講義・グループワークを実施(計3回)	平成29年10月 ～平成29年11月	
	対象:居宅介護支援専門員等 参加者数:210名		
	会場:滝沢市、久慈市、宮古市 委託料:933千円		