

平成28年度第2回 岩手県在宅医療推進協議会	資料3-2
平成29年3月28日	
岩手県保健福祉部長寿社会課	

在宅医療・介護連携推進 事業の手引き 岩手県版補足資料(案)

VER2 平成29年3月〇日

(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。」の規定において、医療との連携を具体化する取組として行うものです。

例えば「(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」の場合は、何らかの医療や介護のサービスが必要な状態で自宅等での暮らしを営むという場面において、関係者の密接な連携のもと、本人の状態に応じた医療・介護サービスが適切に提供されるために求められる体制を地域で確認・構築することが求められるものであり、合わせて、症状が急変した際の関係者間の役割分担や、人生の最期を迎えるに当たっての準備等も含め、医療や介護の専門職に限らず、地域の関係者も交えた連携の仕組みを準備することが求められるということです。

また、県内の人口減少、中でも若年人口が減少し、医療や介護の人手も限定的になる中で、例えば入院期間が短くなるなど、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ことは困難であり、住民も含めて地域包括ケアシステムに参加し、予防的な対応に心がけていく必要があります。

この取り組みは、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、医療従事者など限られた関係者だけではなく、市町村を中心にした地域社会が暮らしやすい地域づくりへの関わりを持つことが要点です。

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。

今回作成した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」（以下「手引き」といいます。）の「岩手県版補足資料」は、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、県の施策紹介も含め、在宅医療・介護連携の取組を進めて行く上で参考にさせていただきたいこと、留意させていただきたいことをまとめておりますので、それぞれの地域での取組みの参考としてください。

平成29年3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)

- ・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、全ての項目に共通するものを「総論」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に記載しています。
- ・手引きの「岩手県版補足資料」として、追記した部分は表など一部を除き、明朝体（細字）で表記しています。
- ・追記部分のタイトルの最後に、平成30年4月までに必ず実施（着手）すべきと思われる項目等には◎を付け、章末に「まとめ」を付しています。それ以外でも重要性の高いものには○を付けています。

(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、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、リスト又はマップを作成、活用する。

▼ 本事項は、以下の2つの取組で構成される。

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・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用

(ア-1) リスト又はマップの制作・企画にあたって◎

- 1 当該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必要です。そのために、地域において在宅療養に取り組んでいる近隣の先行例への視察や、当該地域の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つくる必要があります。
- 2 リストやマップは、これを作成することよりも、地域の在宅療養に必要な情報の整理や、話し合い・協議など作成過程（プロセス）が重要です。

【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。

(ア-2) リスト又はマップの制作目的

「目的」で示されている項目は、あくまで一つの例であり、地域の実情に応じて様々な目的がありうることから、これにこだわる必要はありません。

【ポイント】

1. 地域の医療機関・薬局、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、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-3) 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。

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

(ア-4) 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 岩手県薬剤師会「在宅訪問可能会員薬局」

アドレス：<http://www.iwayaku.or.jp/at-home/>

例2 岩手県歯科医師会「口腔保健センター」

アドレス：<http://iwate8020.jp/kenkou/kokuhokencenter>

(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、ア-3及びア-4で示した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望ましいと考えます。

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) 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。

2. 地域の医療・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用

(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。

(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教育、プロモーションへの利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) 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。また、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◎

「理解と同意、協力」を得るための説明等の取組は、(ア-1)による付記で強調する「プロセス」に当たります。

(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で、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表明しているのかということも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。）ウェブサイトで見覧が可能です。

東北厚生局ホームページ「施設基準の届出等受理状況一覧」

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

（「東北厚生局 施設基準」で検索）

(ア-8資料)平成28年9月時点における主な在宅医療関連の「特掲診療料」届出状況(単位:件数)

	主な特徴	県内の届出数(平成28年9月現在東北厚生局ホームページ資料)										
		盛岡	岩手 中部	胆江	両磐	気仙	釜石	宮古	久慈	二戸		
医科	在宅療養支援診療所 (略称: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	83	42	23	4	4	3	4	2	1	0
	在宅療養支援病院 (略称: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	6	4	0	0	2	0	0	0	0	0
	在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料 (略称: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	126	60	26	8	16	4	9	2	0	1
	在宅がん医学管理総合診療料 (略称: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	79	40	20	3	7	3	4	2	0	0
歯科	在宅療養歯科支援診療所 (略称: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	179	67	41	15	17	13	8	9	4	5
	在宅患者歯科治療総合医療管理料 (略称: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	115	50	22	11	9	6	3	7	4	3
	訪問歯科診療料に係る地域医療連携体制加算 (略称: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	131	55	19	13	13	5	7	2	4	13
	在宅歯科医療推進加算 (略称: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。	27	9	3	3	3	4	2	1	1	1
薬科	在宅患者訪問薬剤管理指導に関する届出 (略称: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	431	169	87	45	38	18	18	19	15	22

(ア-8 図) 東北厚生局ホームページの見方

東北厚生局
Tohoku Regional Bureau of Health and Welfare

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	各県ファイルデータ
平成29年1月1日現在	(PDF: 1.794KB) (PDF: 1.768KB) (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:2.231KB) (ZIP:1.130KB) (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 (在医診登) 第191号 (在籍) 第173号 (C・M) 第154号 (願目) 第91号 (運目) 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

届出受理医療機関名簿 (Excel)

平成29年 平成29年 全医療機関出力

Excel形式によるデータの場合は、Excel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

【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、既存の情報等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、既存の公表情報から把握すべき事項を抽出し、公表情報以外の事項について調査を実施する場合は、先行地域のこれまで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。

(ア－10) 調査様式の例
(照会中)

(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-11) 「調査の実施」にあたって

(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必要があります。

(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・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用

(1)医療・介護関係者に対しての情報提供

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・介護関係者向けのリスト、マップ等を作成し、地域の医療・介護関係者に提供する。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-12) 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。

(ア-11☒)

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時情報の送付先	ケアマネジャーへの退院時情報の提供元
●●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。

承前

(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****

(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、マップ等を作成し、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-13) 住民向け資料の例

(ア-13図1)

洋野町国民健康保険種市病院
投稿日: 2016年10月20日 | 最終更新日時: 2016年12月28日 | カテゴリ: 病院_診療所



「久慈医療圏医療介護資源マップ」の検索例

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

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"/> 除菌療法 <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"/> 胆嚢鏡流 <input checked="" type="checkbox"/> 石取 <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-13図2) 「紫波町医療介護早わかりマップ」の例

平成27年版
紫波町

医療 介護 早わかりマップ



■ 目次 ■

- 医療機関一覧 2
- 歯科医院一覧 4
- 薬局一覧 6
- 介護サービス事業所一覧 8
- 相談窓口一覧 12

このマップは、紫波町に所在する医療機関と介護施設を、地図上で一覧で把握できるように作成しました。また、各施設の詳細な情報も掲載しています。ぜひ、このマップを活用して、地域の医療・介護資源を把握してください。

医療機関ガイド

市街地B



紫波中心部



**① 岩手県立中央病院附属
紫波地域診療センター**
[センター長] 小野 満

内 科 外 科

診療時間	月	火	水	木	金	土
9:00~17:00						

■ 休診日/土曜、日曜、祝日(10/29~1/2 迄)
〒028-3307 桜町守三本木32番地
TEL 676-3311 FAX 676-5980

**② 加藤胃腸科
内科医院**
[院長] 加藤 博巳

内 科 消化器科

診療時間	月	火	水	木	金	土
8:30~12:00						
14:00~17:30						

■ 休診日/日曜、祝日
〒028-3303 高水寺守中田207番地
TEL 672-3699 FAX 672-3149

③ 川守田医院
[院長] 川守田 安彦

内 科 小児科

診療時間	月	火	水	木	金	土
8:30~12:30						
14:00~17:30			17:15			17:15

■ 休診日/日曜、祝日
〒028-3310 日詰駅前一丁目8番2
TEL 676-5553 FAX 676-5713

⑦ 足澤整形形成外科
[院長] 足澤 豊男

整形外科 形成外科

診療時間	月	火	水	木	金	土
8:45~12:00						12:15
14:00~17:45						

■ 休診日/日曜、祝日
〒028-3305 日詰守中新田252番地2
TEL 676-2500 FAX 676-2145

⑧ たがね小児科
[院長] 田金 順弘

小児科

診療時間	月	火	水	木	金	土
8:40~12:00						
14:00~17:15						

■ 休診日/日曜、祝日
〒028-3303 高水寺守古屋敷164番地16
TEL 672-2753 (FAX兼)


⑨ なおしま医院
[院長] 豊島 淳太

内 科

診療時間	月	火	水	木	金	土
8:30~12:30						
14:00~17:30						

■ 休診日/日曜、祝日
〒028-3441 上平沢守川原田33番地5
TEL 673-6967 FAX 673-6968

(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> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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> <ul style="list-style-type: none"> ・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 		<div style="background-color: yellow; padding: 5px;"> 再掲(ア-3)医療機能情報提供制度等について 再掲(ア-4)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 それぞれ参照願います。 </div>
	<対応可能な診療内容> <ul style="list-style-type: none"> ・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) 		
訪問看護	<基礎情報> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護情報公表システム (厚生労働省ホームページ) 	
	<体制等> <ul style="list-style-type: none"> ・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> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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-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。

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

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

(ア-14資料1) 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る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。）

(ア-14資料2) 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

(ア-14資料3) 社会福祉士介護福祉士法附則第20条に基づく登録喀痰吸引事業所数(介護保険事業所分のみ、平成29年2月現在)

種別	件数			(参考) 事業所総数
	不特定の者対象	特定の者対象	計	
訪問介護	13	27	40	332
訪問入浴介護			0	53
通所介護	3		3	306
短期入所生活介護	48		48	192
特定施設入居者生活介護	1		1	29
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			0	4
夜間対応型訪問介護			0	2
認知症対応型通所介護			0	42
小規模多機能型居宅介護	3	2	5	75
認知症対応型共同生活介護	3		3	194
地域密着型特定施設入居者生活介護	1		1	6
地域密着型介護老人福祉施設	25		25	50
複合型サービス			0	1
介護老人福祉施設	108		108	116
介護老人保健施設	37	1	38	68
有料老人ホーム等	6	1	7	149
軽費老人ホーム	2		2	24
小計	250	31	281	—

※事業所総数はH29.1現在

【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。

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	11
11. あったかヘルパー(生活管理)	12
12. はつらつデイサービス(通所)	
【2】 地域で取り組む介護予防	
1. ふれあい共食事業	
2. 地域で取り組む介護予防を	
3. 地区健康教室	
【3】 介護者支援関係	
1. 家族介護者教室	
2. ゆったり介護の会(介護者の	
3. おむつ支給事業(軽米町家	
4. 介護手当(家族介護慰労事	
【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-14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。

(ア-15図2) 盛岡市青山地区まちづくり協議会 遠藤政幸
会長発表資料「高齢者等への支援活動などの取組状況について
～盛岡一住みやすいまち青山へ～」より

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

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握 ＜特に重要な取組＞

- 1 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
- 2 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
- 3 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。

【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○

このことを会議・グループワーク等で討論すると、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。

(イ-1 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。

◆ **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

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

◆ **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

(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-2資料2) 北上市在宅医療介護連携推進協議会における、会議開催経過と、市における政策形成

市内に在宅医療介護をコーディネートする機関（在宅医療連携拠点）を設置することを一つの目標として、平成26年度～27年度は下記のとおり開催され、協議検討された内容は事業計画への反映され、議会答弁も行われています。

開催期日	会議名	次第等	協議内容	会議での議論の際のキーワード
H27. 1. 26	平成26年度会議	①地域医療介護総合確保促進法の公布・施行の内容 ②H26年度在宅医療介護連携促進事業（県事業*）の導入及び事業計画	・研修事業の対象者や内容について協議し方向性を確認 ・コーディネート機関の機能と設置場所のあり方を討論	・患者情報の共有とICT技術の利活用 ・慢性期の患者が持つ病気の特徴と医療連携 ・介護保険事業所における患者受け入れ態勢 ・介護老人保健施設における在宅復帰機能活性化
H27. 7. 7	平成27年度第1回会議	①H27年度在宅医療介護連携促進事業（県事業）事業計画 ②介護保険事業計画と在宅医療・介護連携推進事業の内容	・連携拠点設置の必要性について関係者の共通認識を図った ・その上で、（福）恩賜財団北上済生会病院に設置することが望ましいとの意見でまとまった。（委員全員の総意）	・北上済生会病院の機能と、同病院における連携拠点の役割 ・在宅医療を担う医師の拡大 ・北上医師会との連携
H27. 10. 15	平成27年度第2回会議	①在宅医療連携拠点の設置 ②事業経過と今後の事業計画（スケジュール）	・連携拠点機能の設置について北上済生会病院との協議経過について報告し委員から意見聴取計画	・在宅医療に取り組む医師への支援のあり方 ・医師やその他多職種への在宅医療に係る教育研修のあり方 ・在宅の認知症高齢者への支援 ・介護資源の把握に係る地域包括支援センター、介護支援専門員団体の活用 ・在宅医療を担う医師の拡大

*北上市における在宅医療・介護連携に係る取組及び充当財源

	平成26年度	平成27年度				平成28年度
		第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期	
取組財源	在宅医療介護連携促進事業費補助（県事業）の活用					介護保険制度による在宅医療・介護連携推進事業の実施
主な取組	協議会の開催	定期的に実施				
	課題の抽出や対応策の検討	協議会と一体的に実施				
	研修会の実施	連携拠点の取組に向けて実施		協議会とも相談しながら実施		
	連携拠点の設置	市が直営実施		済生会病院委託		

(北上市議会における在宅医療連携拠点関連質問)

期日	質問者	質問	答弁
H28. 2. 24	小原享子議員	在宅医療、介護の連携について、在宅医療と介護連携の課題は何だと考えているのでしょうか。在宅医療、介護連携に関する相談支援体制や連携拠点をどのように考えているのでしょうか。	○高橋敏彦北上市長 在宅医療、介護の連携についてであります 1 当市におきましては平成26年度、平成27年度の2年間、県の在宅医療介護連携促進事業費補助金を導入し、北上医師会を初めとする医療、介護それぞれの関係機関、団体が構成する協議会を立ち上げ、在宅で療養生活を送る高齢者に対する医療と介護の連携構築に関する課題等について協議を重ねてまいりました。 2 その協議会では、急性期病院における入院期間の短縮が進み、在宅での療養が求められる一方、自宅等に出向く医師数が十分とは言えないこと、医療と介護が連携したサービス提供の仕組みができていないことが課題として出されております。 3 在宅での療養生活における医療や介護に関する市民からの相談は、主に病院の地域医療福祉連携室や地域包括支援センターの専門職員のほか、市保健福祉部の窓口で対応しておりますが、今後は医療や介護の円滑な連携に向け、多職種の方々が構成される在宅チームケア体制をコーディネートする機能や、在宅サービスを担う専門職員が抱える課題に対応した研修を企画、実施する機能を持った連携拠点を今年度中に設置してまいります。

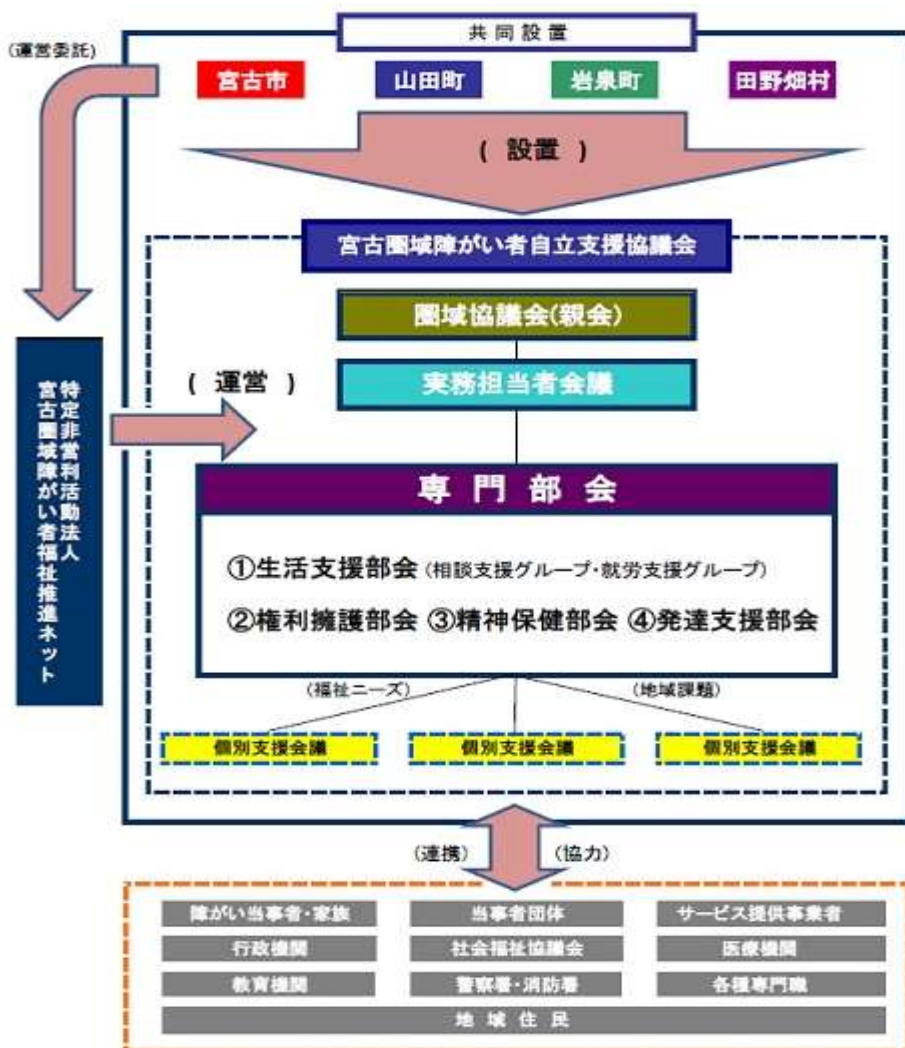
【ポイント】

- (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り組む必要がある。
- (2)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。
- (3)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-3) 課題の抽出と対応策の検討を行う仕組みの例

(イ-3 図) 障害者総合支援法に基づき設置し、運営がNPOに委託されている、宮古圏域障がい者自立支援協議会組織図（特定非営利活動法人宮古圏域障がい者福祉推進ネットのウェブサイトより）

幅広い課題を分野別に仕分けし、ワーキンググループに必要な構成員を迎えて現状の把握や課題の抽出をし、解決方法の検討も行った上で、「親」の役割を持つ上位の協議体に報告する仕組みです。



【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、郡市区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してもらいます。

また、地域で基幹的な役割を担う病院の医師や、当該病院で地域連携を担う医師、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

<http://iwate-seihoku.jp/yakuinn/> (H29.2.3閲覧)

※ 全ての郡市区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	

(イー4図2) 岩手県歯科医師会ウェブサイトより
http://iwate8020.jp/category/gaiyou (H29.2.3閲覧)※スペースの関係で一部編集

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。

- | |
|----------------------------|
| ① 県立二戸病院と二戸歯科医師会(栄養) |
| ② 県立久慈病院と久慈歯科医師会(がん) |
| ③ 盛岡日赤と盛岡歯科医師会(栄養) |
| ④ 県立宮古病院と宮古歯科医師会(がん) |
| ⑤ 県立中部病院と北上、花巻歯科医師会(栄養、がん) |
| ⑥ チーム釜石と釜石歯科医師会(訪問) |
| ⑦ ケアマネ協議会奥州支部と奥州歯科医師会(訪問) |
| 県立胆沢病院と奥州歯科医師会(栄養) |
| ⑧ 県立大船渡病院と気仙歯科医師会(栄養) |



(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)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、都道府県関係部局、保健所等の担当者の参加を求めることが望ましい。

(イー5) 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。

(4)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。

(イー6) 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必要があります。

- (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。

(ウー1) 「切れ目のない」について

在宅医療の4つのフェーズ(総-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。

各フェーズにおける医療・介護福祉関係者の取組資料(市町村職員等在宅医療・介護連携基礎研修資料から)

<http://www.pref.iwate.jp/fukushi/kourei/47266/047551.html>

<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、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

<http://www.pref.iwate.jp/morioka/hoken/iryo/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、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、調剤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

<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 <http://www.morioka-med.or.jp/kinkvujirenaku.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29年2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

【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。

(総－3)も参照願います。

【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。

(ウ－2)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ト役です。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ように、各機関、事業者に対して共通の仕組みづくりを働きかけていくことが、主要な仕事です。

(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。

(総－4)を参照願います。

【実施内容・実施方法】

(1)地域の介護の提供状況について、市区町村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－3)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－13)も参照）在宅療養者が必要とする生活支援（(ア－14)も参照）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－4)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。

(ウー5) 「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と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。

(ウー5資料1) <入院時の連携>

診療報酬					介護報酬				
コード	名称	点数	算定上限	概要	名称	適用する介護サービス	単位	算定上限	概要
B 005- 1-2	介護連携指導料	400	入院中2回	医師、医師の指示を受けた看護師、社会福祉士が介護支援専門員等共同して、退院後に導入が望ましい介護サービス等について説明、指導	入院時情報連携加算Ⅰ	(居宅介護支援)	200	月1回	医療機関に向向き、面談のうえ利用者情報(心身の状況、生活環境、サービス利用状況等)を提供
					入院時情報連携加算Ⅱ				100

(ウー5資料2) <退院時の連携>

診療報酬					介護報酬					
コード	名称	点数	算定上限	概要	名称	適用する介護サービス	単位	算定上限	概要	
A246	退院支援加算1	一般病棟	600	退院時1回限り	入院後3日以内に退院困難な患者の抽出、支援	退院・退所加算	居宅介護支援	300	入院期間中3回	医療機関等の職員と面談(3回算定する場合はカンファレンスに1回出席)し居宅サービス計画を作成
		療養病棟	1,200			退院時共同指導加算	○訪問看護 ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○複合型サービス	600	退院又は退所につき1回(特別な管理が必要な場合は2回)	病院、診療所、老人保健施設から退院・退所する患者に対し、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
	退院支援加算2	一般病棟	190	入院後7日以内に退院困難な患者の抽出、支援	退所時指導等加算(一)	介護老人保健施設	460	入所中1回(早期に退所前指導が必要な場合は2回)	入所見込期間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う	
		療養病棟	635				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う	
	退院支援加算3		1,200	新生児で退院困難な患者の抽出、支援	退所時指導等加算(三)		400	1人つき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退所後の療養上の指導を行う	
B004	退院時共同指導料1	1在宅療養支援診療所	1,500	入院中1回(大医が定める疾患の場合は同じく2回)	入院患者に対して、在宅療養を担う診療所等が、退院後の在宅療養に必要な説明、指導を、入院先の医師、看護師と共同で行い、文書により情報提供	退所時指導等加算(四)	400	500	1人つき1回	退所期間が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う
		2 1以外の場合	900				500	1人つき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、診療状況を文書添えて紹介を行う	
B005	退院時共同指導料2	(基本)	400	入院中1回	入院患者に対して、その入院先の医師、看護師が当該患者の在宅療養を担う診療所等の医師、看護師、又は同じく訪問看護ステーションの看護師等(准看不可)と退院後の在宅療養に必要な説明、指導を共同で行い、文書により情報提供 ※退院後の先が転入院、老健、社会福祉施設(特養含む)の場合は算定不可	退所時指導等加算(五)	500	1人つき1回	入所期間が1か月を超えた利用者が退所する際、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、文書添えて情報提供を行い、利用調整を行う	
		(在宅療養を担う診療所等医師の共同指導)	700				300	1人つき1回	退所後の訪問看護サービスにかかる指示書の交付	
		(3者以上)	2,400							
B007	退院前訪問指導料	580	入院中1回(早期に退院前指導が必要な場合は2回)	入院見込期間1か月以上と見込まれる入院患者に対して、患者自宅(特養など配置医、看護師のいる施設は不可)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う						
B 007-2	退院後訪問指導料	(基本)	580	退院後1か月以内、5回まで	医療ニーズの高い退院患者に対して、入院していた病院等が患者自宅(老人保健施設を除く施設可)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う					
		(訪問看護同行加算)	600							
—	退院支援指導加算	6,000円	退院又は退所につき1回(末期の悪性腫瘍等必要な場合は2回)	病院、診療所、老人保健施設から退院・退所する患者に対し、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						

(ウ-5資料3) <日常の療養支援に係る加算>

診療報酬					介護報酬				
コード	名称	点数	算定上限	概要	名称	適用する介護サービス	単位	算定上限	概要
一	在宅患者連携 指導加算	3,000円	月1回	月2回以上医療関係職種間で文書等により共有された診療情報を基に、利用者や家族に療養指導を行う	栄養改善加算	○通所介護 ○通所リハビリテーション	150	3か月以内の範囲で、1日あたり、1か月に2回を限度	管理栄養士を1名以上配置し、必要な利用者を行う栄養改善サービス
					栄養マネジメント加算	○介護老人福祉施設(地域密着型含む) ○介護老人保健施設	14	1日あたり所定単位数に加算	管理栄養士を1名以上配置し、必要な利用者を行う栄養ケア・マネジメント
					経口移行加算		28		栄養マネジメント加算と併用し、医師の指示に基づき、経管で栄養摂取している利用者に係る経口移行計画の作成、支援の実行
					経口維持加算(Ⅰ)		400	計画作成月から起算して6か月以内、1月あたり所定単位数に加算	栄養マネジメント加算と併用し、医師又は歯科医師の指示に基づき、著しい摂食機能障害を有し、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥がある利用者の経口維持計画の作成、支援の実行
					経口維持加算(Ⅱ)		100		医師又は歯科医師の指示に基づき、摂食機能障害を有し、誤嚥がある利用者の経口維持計画の作成、支援の実行
					口腔衛生維持管理体制加算		30	1月あたり所定単位数に加算	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言等を月1回以上行うもの
					口腔衛生管理体制加算		110		口腔機能維持管理体制加算と併用し、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、利用者に対して口腔ケアを月4回以上行うもの
					療養食加算	○介護老人福祉施設(地域密着型含む) ○介護老人保健施設 ○介護老人保健施設	18	1日あたり所定単位数に加算	利用者主治医の発行する食事箋に基づく療養食の提供
						○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護	23		
					口腔機能向上加算	○通所介護 ○通所リハビリテーション	150	3か月以内において、1日あたり、1か月に2回を限度	言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員を1名以上配置し、必要な利用者を行う口腔機能向上サービス
					重度療養管理加算	○通所リハビリテーション ○短期入所療養介護(老健)	100	1日あたり所定単位数に加算	喀痰吸引、人工呼吸器の利用、中心静脈注射、人工腎臓、心機能・呼吸に係るモニター測定、ストーマの利用、経鼻胃管や胃ろう、褥そう、気管切開などの状態、措置を受けている利用者の受入れ
					在宅中重度者受入加算	○短期入所生活介護	421 ~ 425	1日あたり所定単位数に加算	受け入れた利用者が利用していた訪問看護を行う訪問看護事業所に当該利用者の健康上の管理を行わせるもの
					医療連携体制加算	○認知症対応型共同生活介護	39	1日あたり所定単位数に加算	看護師の1名以上配置か、病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携による看護師1名以上の確保
					看護・介護職員連携強化加算	○訪問看護	250	1月に1回かぎり加算	社会福祉士介護福祉士法附則に基づき、指定を受けた登録特定行為事業所である訪問介護事業所と連携し、訪問介護員による喀痰吸引等医療的ケアを円滑に行うための支援

(ウ-5資料4) <急変時の対応に係る連携>

診療報酬					介護報酬				
コード	名称	点数	算定上限	概要	名称	適用する介護サービス	単位	算定上限	概要
A206	在宅患者緊急入院加算(入院初日)	2,500	1回(入院初日のみ)	在宅療養患者の症状急変に伴い、当該患者の主治医の求めにより入院させた病院において、患者の意向を反映させた医療を行う	緊急時等居宅カンパレンス加算	居宅介護支援	200	月2回	病院・診療所の求めにより、医師・看護師と共に利用者宅を訪問し、居宅サービス等の利用に係る調整を行う
	2連携医療機関	2,000							
	3 1・2以外の場合	1,000							
A100	救急・在宅等支援病床初期加算	150	1日あたり、14日間限度	13・1又は15・1の入院基本料を算定する病棟の入院患者であって、老人保健施設、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、自宅から救急や下病等で入院した患者に対して加算					
A101		300		療養病棟基本料2を算定する病棟の入院患者であって、A100と同様の条件で加算					
				療養病棟基本料1を算定する病棟の入院患者であって、A100と同様の条件で加算					
一	在宅患者緊急時等カンパレンス加算	200	月2回	病院・診療所の求めにより、医師・看護師と共に利用者宅を訪問し、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員等とカンパレンスを実施、療養指導を行う					

(ウー5資料5) <看取りに関する加算>

診療報酬					介護報酬				
コード	名称	点数	算定 上限	概要	名称	適用する介護サービス	単位	算定上限	概要
	看取り介護加算				○介護老人福祉施設 (地域密着型含む) ○特定施設入所者生活 介護 ○認知症対応型共同生 活介護	144	死亡日4日以 上前～30日、 1日あたり	PDCAサイクルによる施設としての 看取り介護の実施 (必要な主な取組) ・看取りに関する指針の策定 ・看取り計画の作成 ・説明と同意の確認	
						680	死亡日の前日 及び前々日、1 日あたり		
						1,280	死亡日当日		
	ターミナルケ ア加算					○介護老人保健施設	160	死亡日4日以 上前～30日、 1日あたり	医師が一般的に認められている医 学的知見に基づく、回復の見込がな い者に対するターミナルケア ・ターミナルケアに係る計画の策定 ・説明と同意の確認
							820～850	死亡日の前日 及び前々日、1 日あたり	
							1,650～ 1,700	死亡日当日	
							20,000	利用者の死亡 月に加算	
					○看護小規模多機能型 居宅介護 ○訪問看護				

(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して差し支えない。

(ウー6) 「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・拡充を図るという視点も重要です。(ウー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、例えば、取組の一つとして、表2のような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、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構築することが重要である。

なお、検討した仕組みや取組については、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)本事業では、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の費用を対象とする。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、本事業の対象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、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、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。

・賛同する医療機関の対応可能な曜日・時間帯・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について

・患者情報及び緊急時の対応について、主治医・副主治医で共有するためのカンファレンスの開催について

・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について

※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について

※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。

(ウー7) 「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。だれが、どこで、何をするのか）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も検討します。

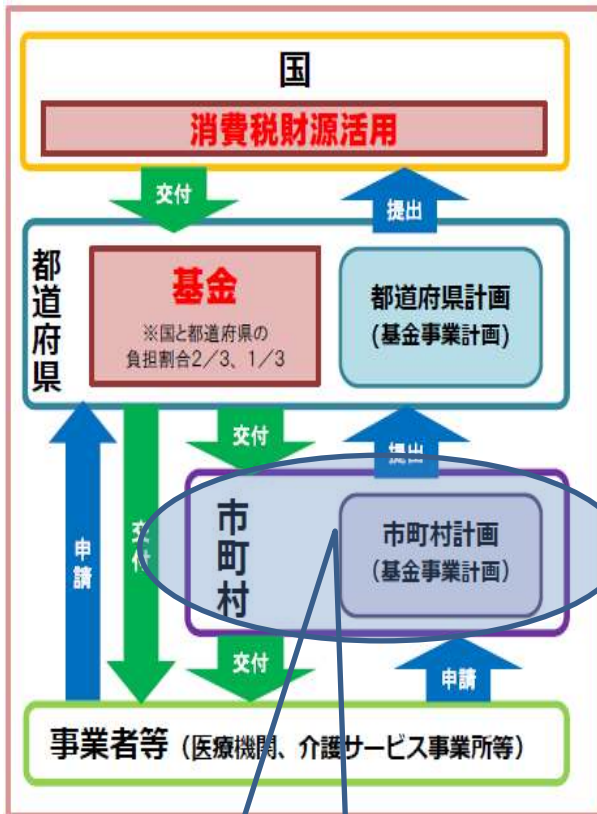
(ウー7図)

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

地域医療介護総合確保基金

平成29年度政府予算案:公費で1,628億円
(医療分 904億円、介護分 724億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



「介護分」だけでなく、「医療分」も市町村が県と協議して策定することも可能。

都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

(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。

▼ 本事項は、以下の2つの取組で構成される。

1. 情報共有ツールの作成
2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

※情報共有ツール:情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス等

(エー1) 情報共有ツールの主な用途と例

4つのフェーズ	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」 http://www.pref.iwate.jp/morioka/hoken/iryo/034367.html 脳卒中患者の情報共有システム「地域包括ケアネットワーク形成支援システム」 http://www.pref.iwate.jp/fukushi/koureisha/chiikishien/001939.html 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、医療と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（県立高田病院、エー1図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」 http://www.morioka-med.or.jp/primary-caremanager.html 一関市「一関市医療と介護の連携マニュアル」 http://www.city.ichinoseki.iwate.jp/index.cfm/28,44639,56.html</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」」 http://www.morioka-med.or.jp/kinkyujirenaku.html</p>
看取り	<p>事前指示書「hotaru」・・・エー1図2 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. 情報共有ツールの作成

- (1) 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。
- (2) 情報共有ツールを新たに作成する場合は、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。

(エー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) 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、その活用状況を定期的に把握し、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。

(エー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も重要です。

- (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可能になるよう、高齢者虐待の未然防止や早期発見の観点から検討することも重要である。
- (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、その地域の多くの地域の医療・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。

(エー4) 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。）に該当するものは、同実施要綱第5に基づき、情報システムの業務要件定義、導入経費や運営経費の負担者検討、事務局の所在と運営方法などの検討を関係者の間で十分に行うことが必要です。

また、同実施要綱に該当しない、簡易な情報システムを導入する場合も、上記に準じた検討を行うことが望ましいと考えられます。

(エー4資料) 地域医療情報ネットワーク整備事業実施要綱

(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ー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

(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

(エー5) 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そのものに地域支援事業交付金を充てることはできませんが、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、地域支援事業交付金を充当することの可否について、個別に確認が必要です。

(エー5資料) 情報システムへの地域支援事業交付金の充当

	使用料	負担金	補助金	委託料
不適当な例	単なる「サーバーの使用料」	目的を特定しない「地域医療情報ネットワークの負担金」	目的を特定しない「地域医療情報ネットワークの補助金」	—
検討の余地がある例	地域包括支援センターにおける総合相談で患者情報の共有、検索に用いる地域医療情報ネットワークの端末使用料	地域医療情報ネットワークの運営団体が、情報システムの効果を促進するため、在宅医療・介護連携推進事業に相当する取組を併せて行い、当該の取組に従事する従業員の人件費に充当する負担金	地域医療情報ネットワークの運営団体が、情報システムの効果を促進するため、在宅医療・介護連携推進事業に相当する取組を併せて行い、当該の取組に従事する従業員の人件費に充当する補助金	地域医療情報ネットワークの運営団体に、在宅医療・介護連携推進事業を委託するもの

(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。

<再掲> (エー2) (エー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等

(エー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○

「(総-7) 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。

(オー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○

「在宅医療・介護連携を支援する相談」は、市町村が直接相談業務を行ったり、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

(オー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であり、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。

▼ 当該事項は、以下の3つの取組で構成される。

1. 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営
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

【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運営に当たっては、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。

(オー 3) 広域対応の重要性について◎

国の手引きでは、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見ても限られており、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、個別の市町村ができることや担うことが効果的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す。

4つのフェーズ	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"> ・基幹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 ・訪問看護事業所の態勢が十分ではない地域において <ul style="list-style-type: none"> →訪問看護事業所の人員確保や研修の機会確保など側面支援 →訪問看護のサービスが必要な者への代替策の検討 など <p>※こうした検討を行う目的を含め、県では経験のある訪看職員を派遣して助言・アドバイスを行う「市町村在宅医療連携体制支援事業」を実施しています。</p> <p>http://www.pref.iwate.jp/fukushi/koureisha/47266/047268.html</p>
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

(オー 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、在宅医療連携拠点未設置の医療圏において広域で拠点を設置する場合や、既に設置済みの在宅医療連携拠点の広域化を検討する場合は、広域型在宅医療連携拠点運営支援事業（平成29年度）により、県の支援（人件費への補助）を受けることが可能です。

(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

次の各号を目的に、医療職、業務経験者及びこれに準じる要員の配置に必要な経費(人件費)を補助するもの。

- (1) 市町村による在宅医療連携拠点の設置を促すこと。
- (2) 市町村の在宅医療・介護連携推進事業の運営を広域で支援すること。
- (3) 市町村による、医療連携の調整や体制構築への協力を促すこと。

2 事業のねらい

- (1) 介護保険制度の「在宅医療・介護連携推進事業」の企画運営を支援する。
- (2) 地域の限られた医療資源を有効活用し、医療連携体制の構築を図る。
- (3) 在宅医療連携拠点の広域化を促進し、事業区域に含まれる市町村数を拡大する。
- (4) 市町村、基幹的な役割を担う医療機関、医療従事者団体相互間の関係強化を図る。

3 事業の実施要件

- (1) 複数の市町村で構成される区域(以下「事業区域」という。)で実施すること。
なお、事業区域は保健医療圏を基本とするが、地域で患者の症状急変時の対応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、保健医療圏の一部を事業区域として設定することができること。
- (2) 事業に専従する要員を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。
なお、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) 市町村(既存の在宅医療連携拠点含む)、医療従事者及び福祉関係者で構成する団体、地域で患者の症状急変時の対応を担う病院と連携しながら、下記に例示する在宅医療連携体制づくりに係る業務を実施すること。
 - ① 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
 - ② 切れ目のない在宅医療の提供体制づくり
 - ③ 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
 - ④ 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発支援
- (5) 事業実施場所は原則として在宅医療連携拠点とし、下記に例示する団体等が実施主体又は運営主体となること。
 - ① 市町村
 - ② 医療従事者又は福祉関係者で構成する法人
 - ③ 基幹的な役割を担う医療機関を運営する法人
 - ④ 地域医療情報ネットワークの運営法人

4 補助制度の内容

- (1) 補助額
1 事業区域あたり4,622千円
- (2) 補助内容
事業に専従する要員の人件費(給与費、賃金及びこれらに係る補助金、または委託料)
- (3) 補助先
市町村又は3の(5)で例示した事業の実施拠点を運営する法人
※ 市町村は、原則として事業区域の代表の1市町村とすること。
- (4) 補助の実施期間
平成28年度～平成29年度まで
- (5) 留意事項
需用費、役員費など、事業の活動に要する経費は、補助対象としないので、複数の市町村が共同で介護保険制度の「在宅医療・介護連携推進事業」の全部又は一部を委託し、当該委託料をもって活動費に充てるなど、その措置が別途必要であること。

(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。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。

(オー5)在宅医療連携拠点について

<概要>

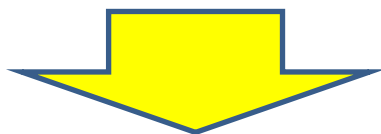
医療・介護の関係者など多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築するため、在宅医療に必要な連携を担う拠点として設置されるもの

<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24年3月30日付け医政指発0330第9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） ※県保健医療計画では、二次保健医療圏毎に1か所ずつの設置を計画

<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



在宅医療連携拠点の機能は、多くが介護保険制度による「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、当該事業を市町村から受託したり、「在宅医療・介護連携支援センター」などの名称を冠して、同事業の実施拠点として位置付けられ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 (H29.2.1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	平成23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	○平成24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	平成26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	平成26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	平成25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	平成27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	看護師1	平成27年度開始
8	軽米町	軽米町	名称なし(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	平成27年度開始
9	特定非営利活動法人北三陸塾	同左	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)	平成27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支援センター	コーディネーター1、事務員2	○平成28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」対象 ○紫波町も事業区域

(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)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、実務経験を有する人材を配置することが望ましい。

(オー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慢性化する人材不足や、県内での在宅医療と在宅介護の連携に関する業務の実情を踏まえると、手引きの例示に拘らず、異分野での実績を有する職員を雇用することも考えられます。

(オー7)相談支援の業務と市町村在宅医療連携体制支援事業の活用○「在宅医療・介護連携に関する相談」は、表出しないケースも多いため、県の「市町村在宅医療連携体制支援事業」を活用し、在宅医療と介護双方の現場に精通する訪問看護師を招聘して、地域ケア会議などでの助言や、支援が容易でない困難事案への同行訪問、対象者へのアセスメントに資する助言などの支援を受けることが可能です。

(オー7資料) 市町村在宅医療連携体制支援事業の利用にあたって

(平成28年6月10日付け長第305号通知「市町村在宅医療連携体制支援事業」の実施等について)別添)

・本事業は、医療措置に関係する人(「患者本人」「介護サービス等の利用者」「家族」)について、どのように支援すればよいか分からないときなど、訪問看護師を派遣してこれまでの在宅における実務経験を活かして助言する仕組みであり、幅広く計画的にご利用いただくようお願いします。

・なお、本事業での派遣は、全33市町村が利用を希望した場合、1市町村につき3~4回程度までであり、事業終了後も継続的に関わりが必要である場合は、訪問看護等を介護保険や医療保険で導入(契約)したり、在宅医療連携拠点の事業等として、継続的に取り扱うことを検討願います。

(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援(その6)

1 利用例(各利用対象者共通)

入退院支援に係るカンファレンス、日常の療養支援に係る支援計画の策定や見直し、自宅や施設での看取りを行う場合で、以下いずれかの項目に該当するときなど、利用を検討してください。

① 医療措置(※)が継続して必要な患者が在宅療養を希望している場合

※ 医療措置の例示：治療食(糖尿病、高血圧症、腎臓病)、経管栄養、気管切開、在宅酸素、喀痰吸引、インスリン注射、褥そう措置、ストマやカテーテルの利用など

② 医療措置が継続して必要な患者本人が自宅での生活に不安を訴えている場合

③ 医療措置が継続して必要な患者は「施設に行きたくない」などと主張しており、家族においては在宅介護の希望がない中で、消極的に在宅療養となることが見込まれる場合

④ 病院を退院する際、退院支援に係る診断様式等(※1)により、退院支援の必要性が高いと判断される場合(※2)

※1 退院支援に係る診断様式等の例示：盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン7～8頁など。

※2 家族の介護力、日常生活自立度、認知機能の低下、経済的問題の有無、患者及び家族の在宅療養への意思、介護等のサービス利用状況、現在行っている医療措置などによって総合的に判断される。

2 事業利用例(所属機関ごとの利用)

1と同様に、以下いずれかの項目に該当するときなど、利用を検討してください。

(市町村・地域包括支援センター(居宅介護支援事業所を含む)での例示)

① 医療措置が必要な方に関する相談であるが、どこで医療措置を受けられるかわからない上、家族の介護力が弱いため、どのように対応すべきか検討しなければならない場合。

② 患者本人が抱える様々な支援ニーズについて、医療職にどこまで介入してもらい、一般の介護職員等による支援にどこまで委ねるのかを判断したい場合。

③ 患者本人は、状態の変化から訪問診療が必要になってきているが、かかりつけ医が訪問診療を行っていない場合。

④ 患者本人や家族が在宅療養を希望し、先行例等からみて十分可能であると考えられるが、「在宅は困難」と医療従事者に言われている場合。

⑤ 患者本人宅に、認知機能の低下によるものと思われる大量の処方残薬があり、対応を検討しなければならない場合。

(介護保険事業所等での例示)

主に看護職員が在籍していない施設等での利用を想定していますが、必要に応じてその他の施設等にも派遣可能です。

① 急変が多い疾患(脳血管疾患、心不全、誤嚥性肺炎など)を抱える利用者について、医療情報の整理や急変時の対応方法を含む支援計画を検討したい場合。

② 医療措置を行っている患者本人について、介護職員によるケアや手技、器具の取扱方について助言を受けたい場合。

③ 看取り期に入ったと考えられる利用者があるが、看取り計画の策定、家族や本人への説明、意思確認の手続き、介護職員への技術指等について助言を受けたい場合。

④ 看取りを行った介護職員について、その後の心理的な支援が必要な状況にあり、助言を受けたい場合。

(病院・有床診療所での例示)

主に在宅療養について経験が少ない職員が多数である病院等での利用を想定していますが、地域連携などの必要に応じてその他の病院への派遣も可能です。

① 患者本人は医療措置が必要であるが、退院後どこで医療措置やこれに連動した介護サービスを受けられるかわからない上、家族の介護力が弱いため、どのように対応すべきか検討しなければならない場合。

② 患者本人が抱えている様々な支援ニーズ(医療措置やこれに連動した介護サービス等)について、退院後に一般の介護職員等による支援にどこまで委ねるかを判断したいとき。

3 利用にあたっての準備

(1) 患者等の事前承諾

本事業により助言者を招へいし、今後の支援策等を検討することについて、患者等又はその家族の代表者よりあらかじめ同意を得てください。

(2) 情報共有シートの作成

各地域で指定の様式がある場合は、当該様式を作成してください。

指定の様式がない場合は、以下に例示する様式で作成するか、同等の情報が掲載されている様式を準備してください。

(例示)

- ・医療と介護の連携マニュアル(一関市医療と介護の連携連絡会作成)「くらしのシート」「退院シート」
- ・盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン(盛岡広域振興局・岩手県県央保健所作成)「退院時情報(提供・共有)シート」「退院支援の必要性の目安」

(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運営は、市区町村が自ら実施する以外に、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や、地域包括支援センター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-8)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ことも考えられますが、専門性が高く、事例が豊富とは言えない新たな取組みを進めるという業務の困難さを考慮すると、委託者においても、きめ細かい助言や情報提供が求められます。

(オ-9)地域包括支援センターへの委託等について◎
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になります。

(オ-9資料) 県内の地域包括支援センターの人員・組織の実態

例1 県内の地域包括支援センターの勤続年数別職員数(実人数)

1年未満	1年以上3年未満	3年以上5年未満	5年以上	計
70	100	78	143	391
17.9%	25.6%	19.9%	36.6%	100.0%

経験三年未満の職員が43.5%であり、相談窓口として生活困窮者や多問題家族など多様な案件を扱う中では、業務への習熟や業務に対するスーパーバイズの態勢確保が課題と考えられます。

例2 県内の地域包括センターが抱える課題

	あてはまると回答した箇所	全53か所に占める比率
ア 職員の力量不足	31	58.5%
イ 業務量に対する職員数の不足	33	62.3%
ウ 職員の入れ替わりの早さ	9	17.0%
エ 業務量が過大	40	75.5%
オ 関係機関との連携が十分でない	17	32.1%
カ 専門職の確保	33	62.3%

職員の力量不足、職員数の不足、業務量過多の課題を過半数のセンターが抱えており、現状では地域包括支援センターの人的組織的体制は十分とは言えないと考えます。

本表のデータは平成27年4月末現在の「地域包括支援センター運営状況調べ」から抜粋

(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、地域包括ケアの提供に関連する会議に積極的に参加するなどにより、地域の医療・介護関係者との緊密な関係を構築する。

(オ-10) 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）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・介護連携に関する相談を受け付け、支援する人材は、地域の課題を扱う会議等の施策に関する地域ケア会議に出席して、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、医療・介護関係者との緊密な関係の構築にも積極的に取り組むことが重要である。

(5)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。

▼ 当該事項は、以下の2つの取組内容で構成される。

1. 多職種が連携するためのグループワーク等の研修
2. 医療・介護関係者に対する研修

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の研修を通じて、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。

(カー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、次に例示するような、実際の取組につなげていくための研修が必要です。

(例示)

- 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、理解の促進を図ること
- 2 地域でどのような在宅療養が行われているかを、実際のケースや症例で把握・共有すること
- 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
- 4 在宅療養者を支援していくために、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調べ、まとめること

【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の研修を行う主旨は、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の研修に発展させる。

(カー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合意形成を得ておくことが望ましいと考えます。

(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。

(カー3)周辺市町村間での情報交換について○

研修内容によっては、広域で研修会を企画したほうが良い内容のものもあるため、定期的に周辺市町村間で情報交換を行うことが望ましいと考えます。

(カー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に対する助言、情報提供は、県や保健所が支援することも可能です。

(カー5)在宅医療人材育成研修について○

県では、これまで各郡市医師会や医療従事者団体の意向に基づき、「在宅医療人材育成研修」を実施してきました。

平成29年度以降も、地元市町村と委託先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。

在宅医療人材育成研修ホームページ

<http://www.pref.iwate.jp/iryous/seido/zaitaku/046912.html>

(カ-4資料) 平成28年度在宅医療人材育成研修の実施状況 (H29. 2. 15現在)

		主な内容	実施予定時期
医師向け	盛岡市医師会	在宅医療の報酬制度及び喀痰吸引等の臨床手技	平成28年10月8日(土)
		回数: 2回 対象者: 医師25名程度/回	
会場: マリオス18階会議室			
岩手西北医師会	地域全体で取り組む緩和ケア及び認知症高齢者の地域生活の継続に関する講演会	回数: 1回 対象者: 医師及び多職種、一般	平成28年12月17日(土)
		会場: ビッグルーフ滝沢	
		地域医療連携講演会及び在宅療養・多職種連携推進セミナーの開催	
回数: 2回 対象者: 医師及び多職種、一般			
会場: ケアセンター南昌、岩手医大矢巾キャンパス			
花巻市医師会	在宅医療の概要、多職種連携等に関する勉強会	回数: 1回 対象者: 医師25名程度/回	平成29年1月31日(土)
		会場: ホテルグランシェール花巻	
		在宅医療の報酬制度及び喀痰吸引等の臨床手技	
回数: 2回 対象者: 医師25名程度/回			
会場: ホテルプランニユー北上ほか			
奥州医師会	奥州市と合同で、特別養護老人ホーム医師を招へいたシンポジウム開催	回数: 1回 対象者: 医療従事者、介護関係者、一般	平成28年10月15日(土)
		会場: 江刺体育文化会館ささらホール	
		盛岡市の在宅医療臨床医を招き、在宅医療の概要、多職種連携等に関する勉強会	
回数: 1回 対象者: 医師25名程度/回			
会場: 宮古医師会館会議室			
久慈医師会	県立二戸病院の勤務医を招き、在宅医療の概要、多職種連携等に関する勉強会	回数: 1回 対象者: 医師25名程度/回	平成28年11月2日(水)
		会場: 久慈グランドホテル	
		八戸市の在宅医療臨床医を招き、在宅医療の概要、多職種連携等に関する勉強会	
回数: 1回 対象者: 医師25名程度/回			
会場: 二戸パークホテル			
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	回数: 1回 対象者: 40名程度	平成28年9月13日(火)
		会場: 北上市	
		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	
回数: 2回 対象者: 薬剤師70名程度			
会場: 岩手医大矢巾キャンパス			
岩手県訪問看護ステーション協議会	自宅や施設における看取りの推進に係る実務的内容	回数: 3回 対象者: 訪問看護従事者100名程度	平成28年10月～ 平成29年2月
		会場: 釜石市、盛岡市、奥州市	
		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	
回数: 1回 対象者: 40名程度			
会場: 奥州市			

(2)医療・介護関係者を対象にグループワーク等の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)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機関・関係団体等による、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、関係団体会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。

(カー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の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の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。

(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。

【目的】

地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係職種との連携だけでなく、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。

(キー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」という思いも政策が目指す方向と一致するのですが、実際にはできないだろうと考えている人が多いことも各種の調査で明らかになっております。

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認知も進んでいない状況にあります。

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するとともに、深刻化を増す見込みです。

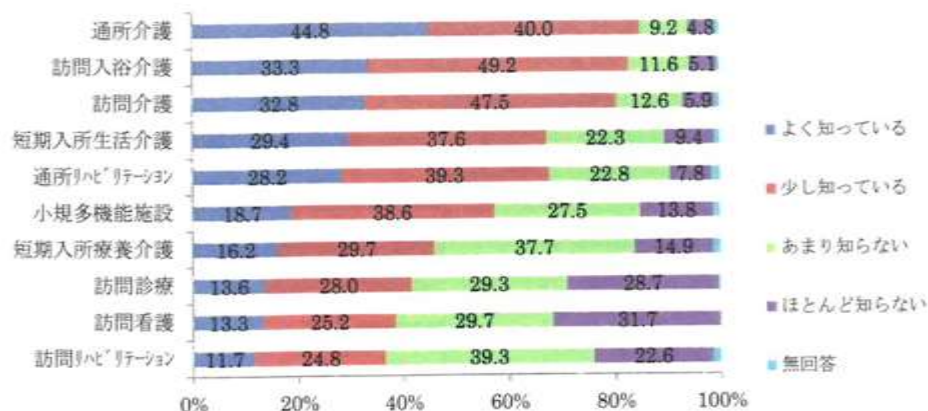
こうした現状や今後の見通しをもとに、在宅療養について行政と住民で共通認識を持ち、本人や家族、地域社会がどのような役割を担うか、住民に考えてもらうような働きかけも、段階的かつ継続的に続けていく（総-5も参照）ことが必要です。

(キー1 資料) 奥州市の平成26年度市民アンケートより

- ・在宅医療に関心がある人
年代や性別で差はあるが、概ね8～9割
- ・在宅医療の具体的内容を知っている人
訪問診療、訪問看護とも過半数が「あまり知らない」「ほとんど知らない」

3) 在宅医療・介護保険サービスの認知度

在宅医療・介護保険サービスの認知度は、「よく知っている」は通所介護 367人 (44.8%) と最も高く、次いで「訪問入浴介護」273人 (33.3%)、「訪問介護」269人 (32.8%) であった。



(キー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も検討願います。

【ポイント】

普及啓発に当たっては、市区町村以外の関係機関・関係団体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。

(キー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の活用、地域のフリーペーパーへの記事や広告の出稿、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等も効果的である。
- (5) 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。**

(クー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、概ね広域生活圈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・理解することも必要であることから、広域的な視点での対応も求められること。

【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、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。

(クー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、そのための財源としては、在宅医療介護連携圏域会議事業を活用することが可能です。

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。

(クー2資料) 在宅医療介護連携圏域会議事業委託要綱

(目的)

第1条 各保健所等の管内で在宅療養を幅広く実現させるため、在宅医療や医療介護連携の課題を明らかにするとともに、在宅療養をする患者等が在宅医療の4つのフェーズにおいて、管内の関係機関が連携して医療や介護を受けることができるよう、医療連携体制や、医療と介護の連携体制の構築を推進するため、医療と介護の連携に係る会議、研修会や講演会等を団体等に委託して行うため、必要な事項を定める。

(用語の定義)

第2条 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) 在宅療養 本人や介護者の意思に基づき、病院・診療所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をいう。
- (2) 在宅医療の4つのフェーズ 在宅医療の体制構築に係る指針(平成24年3月30日医政指発0330第9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」において示されている退院支援、日常の療養支援、急変時の対応及び看取りの段階をいう。

(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携(その2)

(取組の手法等)

第4条 この事業の取組においては、下記に例示する複数の手法を組み合わせ実施し、実施効果を高めるとともに、実施効果の評価が可能で次年度以降の継続的な取組の参考となるよう配慮された内容で行うものとする。

- (1) 講演やシンポジウム、講義
- (2) 現場見学、県内や隣県の先行例への視察など小規模な研修旅行
- (3) アンケートの実施など調査研究活動
- (4) 研修を兼ねた会議の開催
- (5) 手引書、パンフレット等印刷物の作成配布、ウェブサイトへの掲載
- (6) イベントの開催や既存イベントへの出展
- (7) その他前各号に掲げていないものであって事前協議を受け個別に定める内容のもの

(実施主体及び事務局)

第5条 この事業の実施主体は県とし、事務局を各保健所、各広域振興局保健福祉環境部又は各広域振興局保健福祉環境部保健福祉環境センターに置く。

(委託先)

第6条 この事業の委託先は、本事業を的確に遂行できる能力を有する法人等であって、次の各号に例示する法人等とする。

- (1) 市町村、広域連合又は一部事務組合
- (2) 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する医療法人
- (3) 社会福祉法（昭和26年法律第45号）に規定する社会福祉法人
- (4) 特定非営利活動法人法（平成10年法律第7号）に規定する特定非営利活動法人並びに認定特定非営利活動法人及び仮認定特定非営利活動法人
- (5) 一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（平成18年法律第48号）に規定する一般社団法人及び一般財団法人
- (6) 公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律（平成18年法律第49号）に規定する公益社団法人及び公益財団法人
- (7) 利益の分配を目的としない権利能力なき社団であって、正規の簿記の原則に従って総勘定元帳及び現金出納簿等の会計関係書類を整備している団体

(委託者の選定)

第7条 この事業の受託者の選定にあたっては、第5条に定める事務局（以下「事務局」という。）が事業の実施について会議での説明や文書の発出等、管内の実情に応じた適切な方法により前条に例示する法人等に周知するとともに、事業の受託を希望する者に対して、第3条による取組及び第4条による取組の手法その他必要事項が明記された企画書等の提出を求めることとする。

2 この事業の受託を希望する者が複数いるときは、事務局において管内の実情を踏まえ、適切な方法で1者を選考すること。

(企画書等の審査及び委託契約の締結事務)

第8条 事務局は、前条により選定された者から提出された企画書等がこの要綱に照らして適当であると認めるときは、選定された者に様式第1号により見積書及び事業実施計画書の提出を依頼し、契約手続を進めるものとする。

3 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に必要な事項は契約書（様式第2号）に定める。

附 則

この要綱は、平成28年11月4日から施行し、平成28年度の事業から適用する。

【実施内容・実施方法】

- (1)隣接する市区町村の関係部局、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。
- (2)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。
- (3)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。
- (4)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。しかしその場合でも、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。
- (3)複数の市区町村における、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。

(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、それぞれの進捗状況、課題やニーズを情報共有しておくこと

- 市区町村は、原則として在宅医療・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機関・関係団体等が、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、特定の関係機関・関係団体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機関・関係団体等が、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。

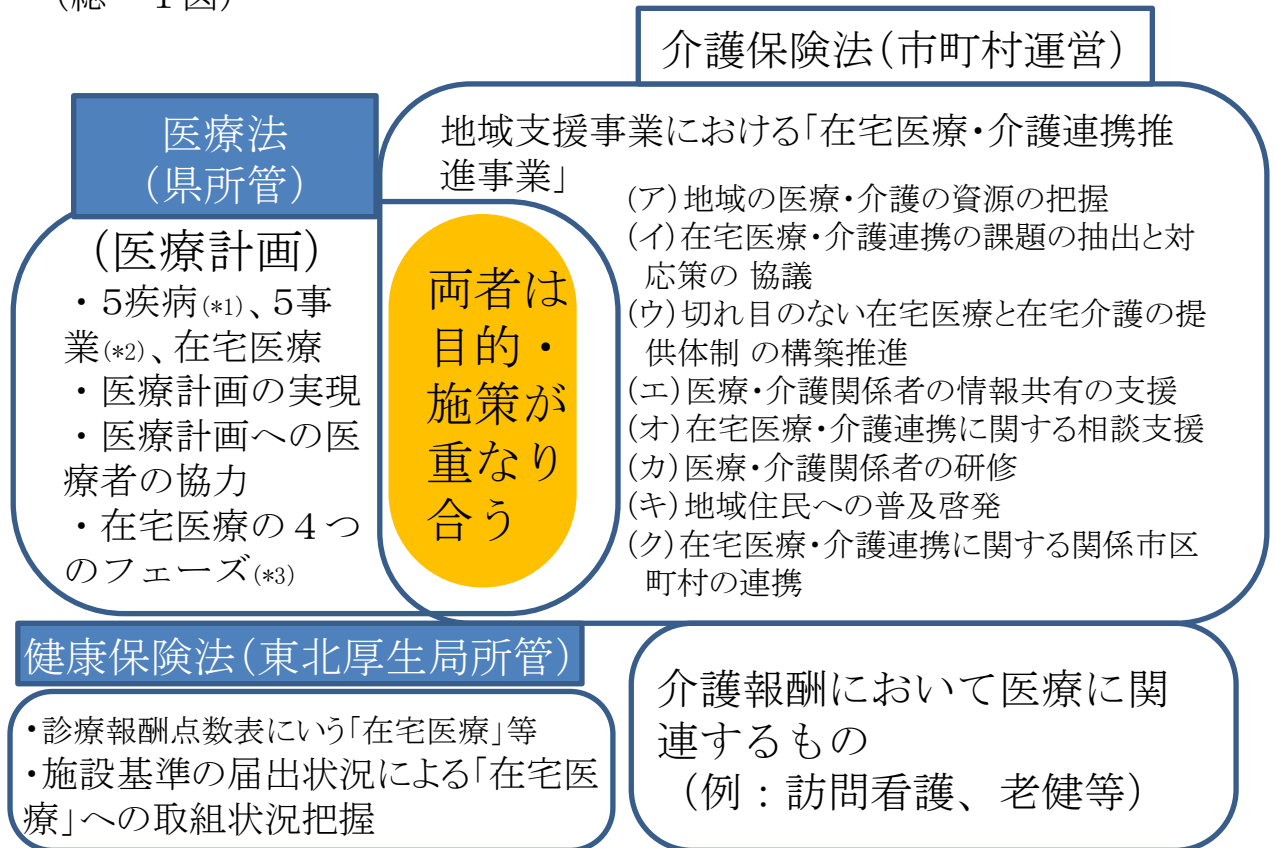
(在宅医療・介護連携推進事業の実施に係る都道府県との関係について)

- 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、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。

(総-1) 「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号において具体の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。

(総-1図)



(*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

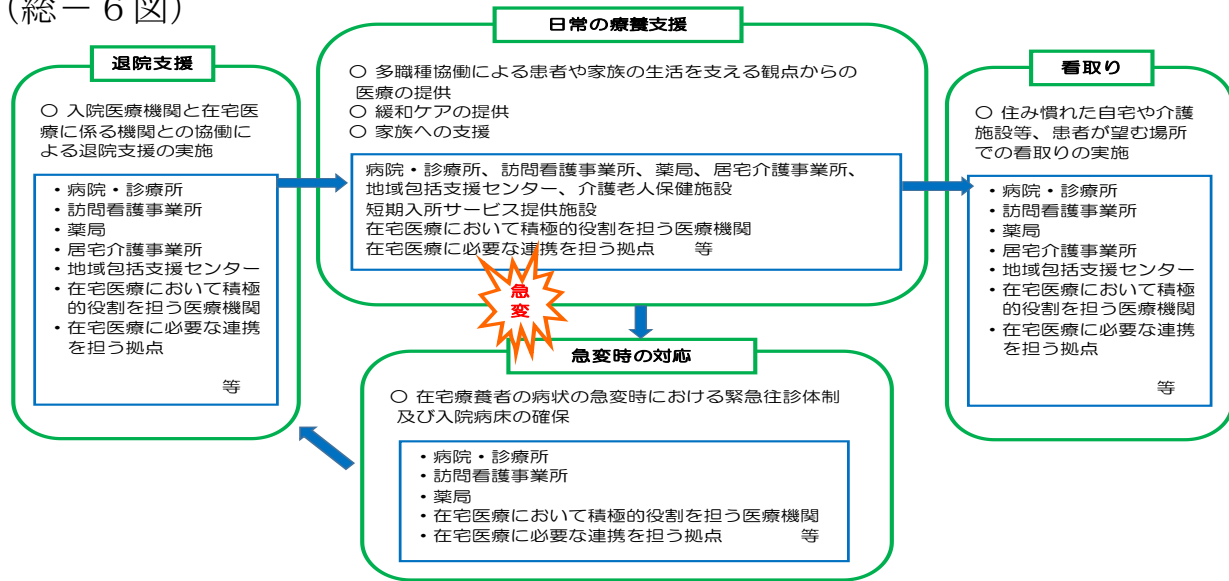
(総-2) 在宅医療の「4つのフェーズ」について

在宅医療の体制構築に係る指針(平成24年3月30日付け医政指発0330第9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。

在宅医療の4つのフェーズ

(総-6図)



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

(総－3) 「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）
→ 従って、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。（岩手県保健医療計画2017 154頁）

(総－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。

(総-5) 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

「総-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まず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)

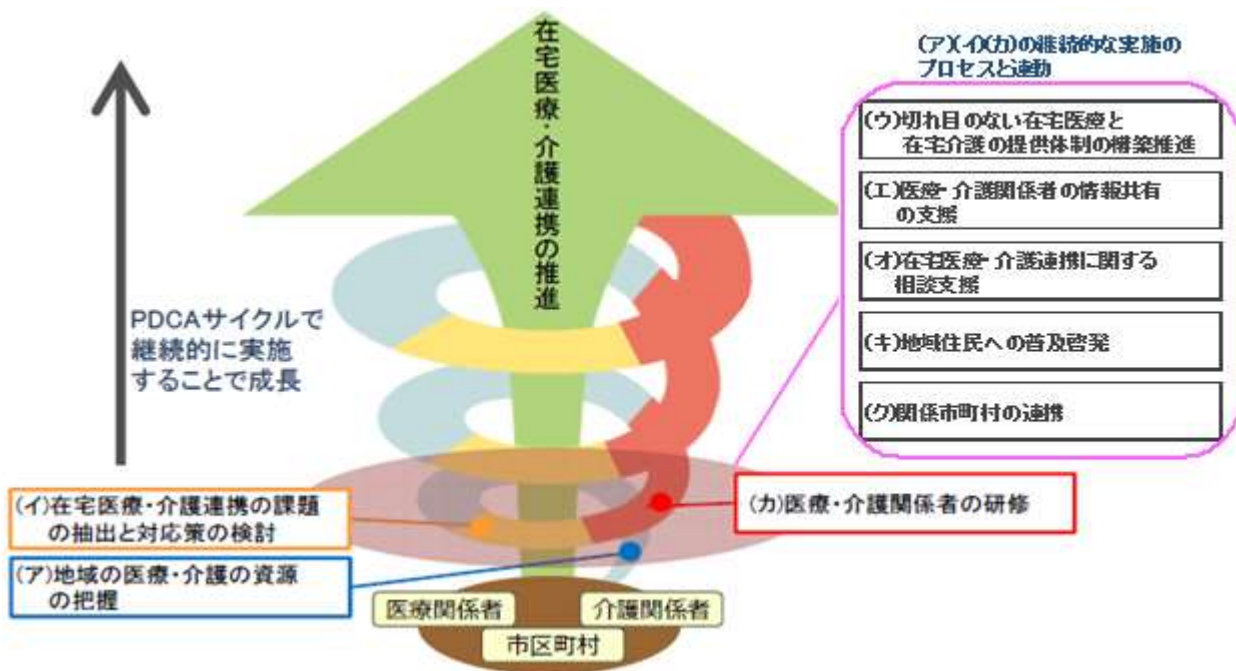
在宅医療は、地域による差が大きく、これまで取組のなかった地域では、訪問診療の拡大1つをとっても相当な困難を伴います。

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・継続的発展)につながることを期待されます。

「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。

※上記厚労省老健局資料の編集にあたって、「岩手県ひとにやさしいまちづくり推進指針」(平成27年3月岩手県地域福祉課)21頁にある「5 推進の基本的視点」を参考にしています。
原文掲載サイト：<http://www.pref.iwate.jp/fukushi/chiiki/machizukuri/002350.html>

(総-5図) 上記厚労省会議資料より抜粋



(総-6) 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。

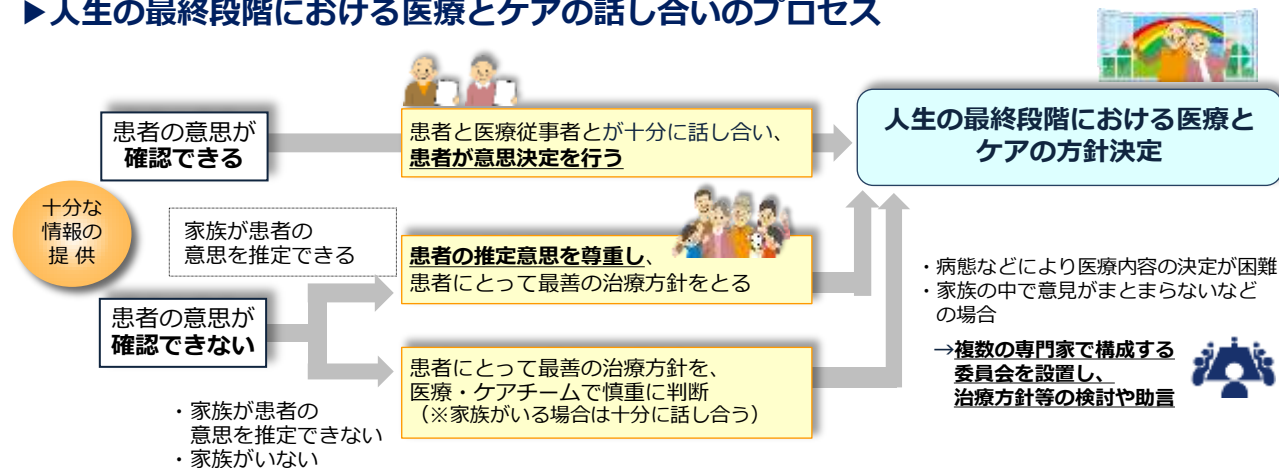
※2 成年後見人の受任状況の把握は、医療行為への同意（延命のための治療等を行わないことへの同意）を後見人に求めるために行うものではなく、後見人による身上監護の一部として、医療・ケアチームにおける治療方針の決定に必要な参考情報（これまでの経緯や患者本人の通常の生活におけるエピソードや、それから考えられる患者の価値観等）を求めることや、身寄りのない者などに係るソーシャルワークの一部として行うものです。

(総-7資料) 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」(H27.3.5付け医政発0925第2号) より

▶人生の最終段階における医療とケアのあり方

- ① 医師など医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 「人生の最終段階における医療」における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止などは、多専門職種医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り痛みやその他の不快な症状を十分に緩和し、患者や家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療とケアを行うことが必要である。

▶人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセス



◆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、ガイドライン（解説編）、及びこのリーフレットは厚生労働省のホームページに掲載しています。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html