

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

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

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

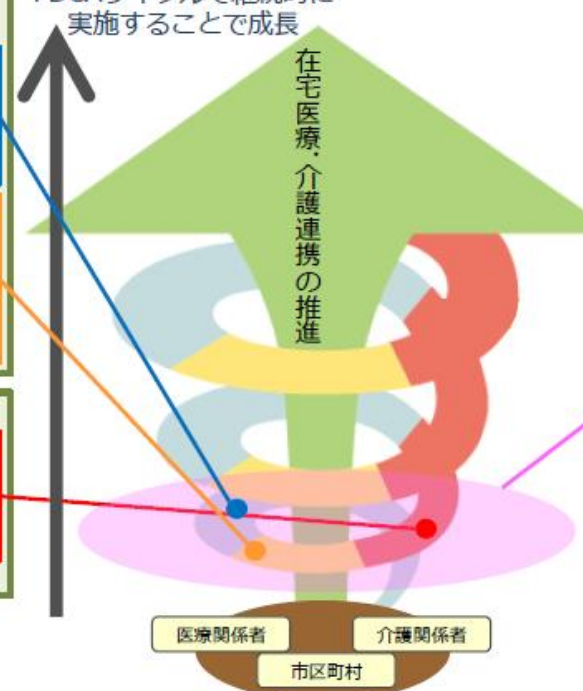
（カ）医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

* 地域の実情に応じて②と③を同時並行で実施する場合もある。

PDCAサイクルで継続的に実施することで成長

在宅医療・介護連携の推進



③（ア）（イ）に基づいた取組の実施

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

（キ）地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象としたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討



在宅医療・介護連携の推進に関する県の取組について

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

これまでの取組経過

① 医療介護連携調整実証事業の実施

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

運用後は、モニタリングを実施し、必要に応じてルールの修正を行っている。

・各圏域における入退院連携状況は3ページのとおり

② 市町村職員向けの懇談会の開催

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

③ 介護事業者向けの研修会の開催

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

・研修会の概要は4ページのとおり

課題等

① 郡市医師会や中核となる医療機関との連携

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

② 広域での取組の必要性

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

今後の取組方針

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

【具体的な支援内容】

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

在宅医療・介護連携の推進に関する県の取組 【各圏域における入退院連携状況】

入院時情報提供率

※在宅から病院に入院した際に、ケアマネジャーから病院に情報提供があった割合

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

退院調整率

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

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

(あおり高齢者すこやか自立プラン2018 目標値 80%)

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

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

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

1 概要

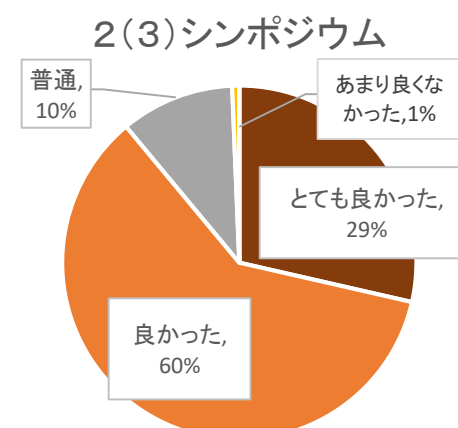
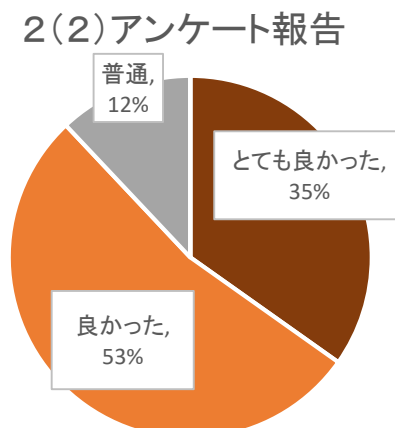
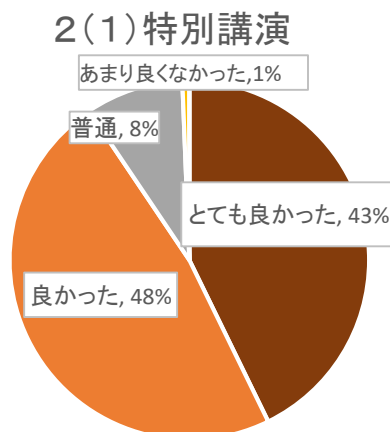
日 時 : 平成30年7月28日(土) 13:30~16:00
場 所 : 青森県立保健大学 講堂
参集範囲 : 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設職員
市町村職員、地域包括支援センター職員等

参加者数 : 186名

2 内容

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

参加者アンケート結果



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

弘前市

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
（ア）地域の医療・介護の資源の把握	<ul style="list-style-type: none">・これまで実施していた医療機関の医療資源に関するアンケートは、弘前保健所が実施することとなり、アンケートの原案を提供。・訪問看護事業所の医療資源に関するアンケートは今後実施予定。・医療、介護資源情報（介護保健福祉ガイドブック情報含む）をマップ化し、そよかぜホームページに掲載。・弘前市医師会、南国医師会所属の医療機関へパーキンソン病の診療連携アンケート実施。・今後、介護事業所を対象に医療の受け入れ体制に関する調査を実施予定。	<ul style="list-style-type: none">・把握した情報の一般公表（どの程度の情報を公表してよいのか）・関係職種への情報提供方法。		
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none">・介護福祉課と受託者（弘前市医師会）の意見交換の場を設け、事業内容等を検討。・各地域包括支援センターの地域ケア会議にそよかぜ相談員や介護福祉課職員が参加。	<ul style="list-style-type: none">・各職能団体が抱えている課題の集約とその課題解決に向けた検討及び対応に時間と手間を要する。		
（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	<ul style="list-style-type: none">・主治医不在時の看取り対応「医師会あんしんネットワーク」を開設。しかし今年度の活動実績がないため、効果的運用に向けて会員にアンケートを実施。・在宅患者の救急対応体制「弘前市救急安心連携カード」の導入に向けて、地域包括支援センター、消防等と検討。・医療介護連携調整実証事業にて津軽圏域における入退院調整ルールの検討、及びモニタリング調査実施。	<ul style="list-style-type: none">・あんしんネットワークは退会者があり、入会者は9名に減少。医師間でやりとりをしているため稼働状況を掴めていない。・モニタリング調査において、ケアマネより連絡調整や対応に関する課題が挙げられている。	<ul style="list-style-type: none">・来院者への「救急安心連携カード」の紹介（今後関係機関へ事業の周知予定）	
（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none">・在宅医療介護連携情報共有システム導入中。医療機関、関係機関においてシステム上にて患者情報の共有や、医療・介護に関する連絡を実施。	<ul style="list-style-type: none">・今後、システムを移行する予定であり、それに伴うデータの移行や、利用者への周知をする必要あり。	<ul style="list-style-type: none">・システムの積極的な活用	<ul style="list-style-type: none">・介護報酬改定に伴う、医療機関との連携に向けた共通様式の作成。関係機関への周知。
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none">・弘前市医師会内に、弘前地区在宅医療・介護連携支援センターを開設。	<ul style="list-style-type: none">・問い合わせへの回答には多くの資源を把握している必要がある。医療、介護関係者が情報を共有できる体制整備が必要。		
（カ）医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none">・「在宅症例検討会」（医療・介護関係者）開催。・「難病支援者のための研修会」共催。・「津軽地域ケアネットワーク交流会」共催。・「医師のための在宅医療研修会」を今後開催予定。・「多職種研修会」を今後開催開催。	<ul style="list-style-type: none">・介護関係者の受講が少ないため、テーマや事例選定に工夫が必要。	<ul style="list-style-type: none">・研修会における事例提供	<ul style="list-style-type: none">・広域的に開催する際の市町村間の調整。
（キ）地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none">・市民公開講座開催。・パンフレット「あんしん在宅医療」を関係機関に配布。	<ul style="list-style-type: none">・既存のパンフレットを使用しているため、市の情報が反映されていない。		
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none">・医療介護連携調整実証事業において、二次医療圏の関係者間で情報共有の方法等について協議。		<ul style="list-style-type: none">・入退院調整ルールの活用	

黒石市

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	市内の医療関係施設のリストは南黒医師会で作成しホームページに掲載している。また、市内の介護関係施設のリストは市で作成し必要な方に配布している。	南黒医師会に加入していない医療機関の情報についてどのように情報提供していくか。	南黒医師会に対し、ホームページの活用と情報更新の対応。	地域の医療・介護の資源を一元的に把握、情報提供していく仕組みづくりに協力いただきたい。
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	1次連携として各職能団体と個別に「在宅生活続ける上での課題と対応策」について意見交換し、作業部会で情報共有する。2次連携としてお互いの在宅医療・介護連携に関する取組状況の説明、連携を推進する意見交換会を実施している。			
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	弘前地区消防事務組合等との協議を進め、作業部会の中で情報共有し、必要なツールを作成、導入する。	二次医療圏が同一である弘前市と連携できていない。また、それに伴う、弘前市医師会と南黒医師会の連携も必要。		弘前市、弘前医師会との連携についてご協力いただきたい。
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	既存の情報共有ツールの抽出、活用状況の確認、1次連携による情報交換をとoshi、必要に応じたツールを作成する。認知症対応の情報共有ツールを検討中。なお、弘前保健所と関係市町村による病院とケアマネの入退院調整ルールを作成、運用はしている。			
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	地域包括支援センターに黒石市在宅医療介護連携相談センターを設置し相談窓口としている。			
(カ) 医療・介護関係者の研修	医療・介護関係者の研修を実施。医師等による講演、グループワークを年2回程度実施している。			
(キ) 地域住民への普及啓発	パンフレット作成や出前講座等を実施。			
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	南黒地区（黒石市・平川市・藤崎町・大鰐町・田舎館村）で、毎月、作業部会を開いて連携している。			

平川市

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	市内の病院、歯科医院、薬局へアンケート調査を実施し、対応している在宅医療・介護の状況について市のHPに掲載している。 医療機関については弘前保健所の実施するアンケート調査結果を活用。その他については南黒共通フォーマット（案）を作成、各職能団体とのヒアリングを実施したのち、修正し共通フォーマットとしてアンケート調査を実施する。	定期的な情報更新		地域の医療・介護の資源を一元的に把握、情報提供していく仕組みづくりに協力いただきたい。
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	1次連携として各職能団体と個別に「在宅生活を続ける上での課題と対応策」について意見交換し、作業部会で情報共有する。2次連携としてお互いの在宅医療・介護連携に関する取組状況の説明、連携を推進する意見交換会を実施している。			
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	弘前地区消防事務組合等との協議を進め、作業部会の中で情報共有し、必要なツールを作成、導入する。	二次医療圏が同一である弘前市と連携できていない。		弘前市、弘前医師会との連携についてご協力いただきたい。
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	既存の情報共有ツールの抽出、活用状況の確認、1次連携による情報交換をとおり、必要に応じたツールを作成する。認知症対応の情報共有ツールを検討中。			
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	地域包括支援センターに平川市在宅医療介護連携相談センターを設置し相談窓口としている。			
(カ) 医療・介護関係者の研修	医療・介護関係者の研修を実施。医師等による講演、グループワークを年2回程度実施している。			
(キ) 地域住民への普及啓発	老人クラブ等を対象に福祉サービスの紹介や使い方を説明している。			
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	弘前保健所と関係市町村による病院とケアマネの入退院調整ルールを作成、運用している。			

西目屋村

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	医療機関・介護事業所等の連絡先や介護の資源のリストまたマップを作成し、全体で情報を共有している。また国保総合システムにより、一人一人の重症化予防につながる対応も把握できている。	既存のものをそのままにしておかず、次に繋げる・進めて行きたい。		
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	包括支援センター発足と共に情報共有のルールの方策定（口頭で）どんなことでも・気になったことでも抽出しケア会議で検討している。。	既存のものをそのままにしておかず、次に繋げる・進めて行きたい。		
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	社会福祉協議会で安心電話の取り付けを行い、包括支援センター職員や見守りたいによる声掛けで安否確認をしている。また、かかりつけ医との連携体制ができている。			
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	既に活用している情報の状況確認を行い、変化や追加に応じて共有シートを改善している。	既存のものをそのままにしておかず、次に繋げる・進めて行きたい。		
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	相談窓口の運営を行い、在宅医療での相談・医療機関からの退院の際の調整相談等包括支援センターで把握して、ケア会議等で報告する。（月1回の会議）			
(カ) 医療・介護関係者の研修	津軽地域ネットワーク交流会2018に参加する。多職種の参加で色々な問題・意見等をグループワークし、情報交換できた。			広域で検討してほしい
(キ) 地域住民への普及啓発	地域住民向けの介護予防普及啓発事業で様々（これからもある）な講師を招いて、在宅医療・介護連携を少しでも理解できるように工夫している。			
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	医療介護連携調整実証事業（入退院調整ルール）を開始している。			

藤崎町

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・ 町内の医療資源をリスト化し医療機関の介護連携窓口一覧を7月に更新している。 ・ 町内介護事業所一覧を変更時に随時更新している。 ・ 南黒5市町村で地域医療・介護資源のリスト化するためのツールを作成中。 		広域で共有できるように依頼している。	医療圏での共有、各保健所管轄での共有を依頼したい。
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> ・ 町内医療機関・介護事業所の代表者で構成する会議を月1回のペースで開催し、課題の抽出と対応策の検討を実施。 ・ 南黒5市町村で協定締結し、各職能団体と個別の意見交換会を実施し、各職能団体との二次連携を実施中。 			
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 南黒地区の5市町村で弘前地区消防事務組合と協議した結果から作業部会の中で情報を共有し、必要なツール作成を検討中 			広域消防事務組合での共有ツール作成について依頼したい。
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 町独自の連携情報共有ツールを作成し、各医療機関やケアマネ事業所で活用している。 ・ 介護報酬改定に伴う医療系サービス利用時の主治医の意見確認方法について検討し町独自の連携情報用紙を作成し活用中。 ・ 認知症ケアパスを作成し、活用中。 			
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	町地域包括支援センターへ相談員を配置し相談業務を行っている。			
(カ) 医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> ・ 町独自では医療と介護のネットワーク研修で町内医療機関に対して、研修会を2回実施している。 ・ 南黒5市町村で9月厚労省に講師依頼し「在宅医療・介護連携の推進について」研修会を開催した。 			
(キ) 地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・ 隔月発行の地域包括支援だよりへ在宅医療と地域包括ケアに関する内容を掲載し、住民へ毎戸配布している。 			
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 南黒地区5市町村で協定し、資源の把握や医療・介護関係者の研修を実施している。 ・ 弘前保健所圏域で作成した病院とケアマネの入退院調整ルールを活用し、課題を把握するためにモニタリング調査を施行。 			

大鰐町

		具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	単独	町内医療機関・歯科医院・調剤薬局の既存情報に加えて、追加調査を実施した上でリスト作成し、町ホームページへ掲載している。又町作成の町内介護保険サービス事業者のリストは、町ホームページへの掲載と共に必要な方へ随時配付している。	医療・介護関係者に対しての情報と、町民に対しての情報の区別がないため、それぞれにおける有益な内容と提供方法等について精査する必要がある。併せて、町単独で作成する情報と広域で作成する情報の取扱いについて検討する必要がある。		
	広域	南黒地区における情報提供の共通フォーマット作成のため、各職能団体から意見聴取している。	今後、県医療薬務課と弘前医師会からのデータを併せて共通フォーマットを完成させるとしているが、二次医療圏での一体的運用の取りまとめ（管理、情報更新等）に係る詳細な取決めが必要となる。		二次医療圏における情報の取りまとめと各市町村への情報及びデータ提供
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	単独	地域ケア推進会議（医療福祉ネットワーク）にて医療と福祉・介護間における具体的連携方法や、テーマに応じた課題や対応策について、グループワークでの意見交換を実施している。		医療機関に対し、会議への出席を依頼している。	
	広域	一次連携として、多職種連携における課題把握のため、各職能団体と個別に意見交換を実施している。二次連携では、課題解決のために複数職種を繋げる連携の場として、職能団体同士の意見交換会を企画・開催している。	多職種連携の範囲が広く不明確である。又一次連携及び二次連携の開催に時間と手間を要するため、地域全体に係る課題解決・コンセンサス形成の場とする三次連携の開催が先延ばしになっている。	一次連携及び二次連携での意見交換会への参加について協力依頼している。	各職能団体に対し、事業実施の重要性の周知
(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	広域	緊急搬送を行う消防組織と情報共有を行うためのツールの検討のため、弘前地区消防事務組合と協議を進めている。	二次医療圏が目指すべく必要な体制について、関係機関や市町村間で共有した上で、一体的な取り組みを推進するための具体的方法について検討する必要がある。		二次医療圏での連携体制の仕組みづくりにおける必要な助言
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	単独	主治医と介護支援専門員間の連絡票として町独自の様式を作成し、関係機関に周知している。	連絡票の活用状況の把握及び見直しが必要である。		
	広域	各市町村で利用している既存の情報共有ツールの抽出と活用状況の確認、又職能団体からの意見聴取により、必要なツールについて検討している。	認知症に関する連携ツールの検討が必要。又介護認定がない方の在宅への移行時の連携を図ることが必要である。		システム等情報共有ツールのあり方への助言

大鰐町

		具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	単独	地域包括支援センターに「大鰐町在宅医療・介護連携支援センター」と名称を設定し、関係者等への周知のために町ホームページへの掲載と、多職種連携研修会等で紹介及び情報提供している。	地域包括支援センター内に設置し名称を設定したことで、機能・役割が明確に理解されにくい。又相談内容を医療関係団体に報告するまでには至っておらず、相談内容の整備と共に報告方法についての検討が必要である。		相談窓口の広域化の検討と人材の養成 ※規模の小さい町村や包括内への設置は適正な人材確保が難しいため
(カ) 医療・介護関係者の研修	単独	町内の医療・介護関係者を参集し、多職種連携研修会を開催している。	医療・介護関係者のニーズに適応した研修内容の提供が必要である。	医療機関に対し、研修会や事例検討会への参加を依頼している。	
	広域	年間計画のもと多職種連携研修会を開催しており、内容には必ずグループワークを取り入れている。	多職種が求める研修テーマの設定、調整が難しい。	南黒医師会に対しては、研修会の案内文書を加入機関へ提供していただいている。医療機関に対しては研修会の案内文書を送付し、参加について協力依頼している。	テーマに応じた講師の紹介や助言
(キ) 地域住民への普及啓発	単独	イベント開催時に介護保険に係る内容の冊子を配布したり、町の健康カレンダー（毎戸配布）へ介護サービスの利用方法等の内容を掲載している。	内容及び提供方法について検討する必要がある。		
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	広域	南黒医師会管内の5市町村間で事業に係る広域協定を締結し、5つの事業項目について広域実施している。又弘前保健所主催の事業に参画し、事業で策定された入退院調整ルール手引書の運用及び周知を図っている。			

田舎館村

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	村内医療機関・介護関係機関の一覧作成済み。 今後は広域連携に合わせたデータ収集と公開方法の検討を行う。	地域の職能団体間で足並みがなかなか揃わない。データを収集できても公開拒否された場合は活用が限定的になる。	弘前保健所で用意していただいた様式による情報の提供と公開の承諾。	
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	今年度は広域連携の中で、各職能団体と多職種連携時の課題について、意見交換を行う。			
(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	広域連携の中で弘前地区消防事務組合との連携を図る。基礎疾患等の情報を記入し冷蔵庫に保管するキットは導入済み。	地域の職能団体間で足並みがなかなか揃わない。		
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	広域連携の中で、ツールをはじめとした情報共有の方法や様式などについて検討している。	地域の職能団体間で足並みがなかなか揃わない。		
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	村地域包括支援センターで相談対応を実施している。	介護をしている家族としては、在宅よりも入所を希望するケースが多く、在宅介護の厳しさが見える。		
(カ) 医療・介護関係者の研修	平成30年2月に藤崎町文化センター多目的ホールにて実施。 今後も広域連携の中で研修会を企画・実施し、村の関係者に積極的な参加を働きかける。	研修参加者の固定化。村に限れば人員が限られるためなかなか研修会に出てもらえない。		
(キ) 地域住民への普及啓発	村包括支援センター実施の運動教室などで広報している。	介護をしている家族としては、在宅よりも入所を希望するケースが多く、在宅介護の厳しさが見える。		
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	津軽圏域における病院とケアマネジャーの入退院調整ルールを策定し実施している。			

板柳町

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	<p>①板柳町ホームページで既存の青森県・厚生労働省のホームページを紹介することによって医療・介護の利用者への情報提供を行うとともに医療・介護関係者の間で情報共有を行った。青森県「あおもり医療情報ネットワーク」厚生労働省「介護事業所・生活関連情報検索」東北厚生局「保険医療機関・保険薬局・柔道整復師関係」</p> <p>②町内医療機関へ資源の把握及び課題の抽出を調査依頼、資源の把握については同時に公表の可否を確認し、調査結果を厚生労働省の介護サービス情報公表システムへ情報登録を行いリスト・マップ化した。←地域包括ケア「見える化」システムにおいて、全国網羅的に公表する体制が整ったことからH29.6月をもって終了</p> <p>③病院相談窓口一覧・居宅介護支援事業所一覧・在宅訪問薬剤管理実施可能薬局リスト・施設基準から見た医療資源の把握の方法及び抽出リスト（東北厚生局のホームページから町内医療機関分を抽出）・介護サービス情報公表システムの登録状況一覧・訪問歯科診療（往診）が可能な歯科医院リストを作成し、町内の医療機関を含む地域ケア会議において配布、関係者間で情報共有を行った。</p> <p>④地域包括支援センターが医療機関を含む地域資源を把握し「板柳町高齢者いきいきまっぷ」を作成、関係機関に情報提供を行った。</p> <p>⑤津軽地域（近隣）の訪問看護ステーションに対して電話調査を行い、利用状況（医療保険・介護保険）を確認した。</p> <p>⑥町内医療機関（病院・診療所）へアンケート調査及びヒアリング調査を実施し病院・診療所機能を確認、また、有料・サ高住・ケアハウスのサービス内容・医療支援機能等を確認し、在宅医療・介護連携推進意見交換会において配布及び情報提供、関係者間の情報共有を行った。</p> <p>⑦町外居宅ケアプラン、町内居宅ケアプラン（有料・サ高住・ケアハウス利用者、医療保険・介護保険を問わない在宅医療サービス利用者）を取得し、在宅医療サービスの提供状況の確認を行った。</p> <p>⑧国保及び後期高齢医療保険に係る在宅医療サービス提供状況に関するデータを町健康推進課から提供してもらうことで情報収集した。</p> <p>⑨県立中央病院主導の西北五地域在宅緩和ケアマップ作成への協力。また、町内事業所向けに趣旨説明会を開催。</p>	<p>リスト・マップ化に使用していた厚生労働省の介護サービス情報公表システムのうち医療機関情報の公表機能が廃止されたため、インターネットによる情報共有が一部不可能となった。</p>	<p>資源の把握及び課題の抽出 地域ケア会議への参加 医療機能の確認 利用状況の確認・調査</p>	<p>詳細な医療機能の確認 詳細な実施状況の確認</p>
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<p>①町内医療機関へ資源の把握及び課題の抽出を調査依頼、課題の抽出については調査結果を地域包括支援センターへ情報提供を行い、ケアマネ勉強会で対応策等の検討を行った。</p> <p>②板柳中央病院の地域連携室に併設している在宅医療・介護連携支援センターの業務状況について定期報告会を行い、相談支援の中から課題を抽出し対応策等の検討を行った。</p> <p>③町内の医療機関を含む地域ケア会議を実施し、①で課題としていた在宅での薬剤管理についての対応策等の検討を行った。また、在宅支援のための訪問薬剤管理指導について提供体制の確認を行うとともに訪問指示依頼書の検討を行った。</p> <p>④町内医療機関（病院・診療所）へアンケート調査及びヒアリング調査を実施し病院・診療所機能を確認するとともに、研修の希望・今後の施策・報酬改定による影響や問題点・訪問看護ステーションとの連携についての課題などを抽出し、在宅医療・介護連携推進意見交換会において情報提供、意見交換を行い関係者間の情報共有を行った。</p> <p>⑤意見交換会で、連携する上で困っている点を発表してもらい協議した。認知症に対応するために連携する町外医療機関についても協議。</p> <p>⑥地域ケア個別会議でリハ職に参加してもらい課題抽出と対応策検討。</p> <p>⑦地域ケア個別会議で薬剤師に参加してもらい課題抽出と対応策検討。</p> <p>⑧後期高齢者医療広域連合及び町健康推進課からデータを提供してもらい、訪問支援対象者を抽出。</p> <p>⑨板柳中央病院で開催される在宅医療・介護連携支援センター・地域連携室等総括会議において、相談内容や対応を報告し課題等を協議。</p>	<p>医療機関を含む協議の場が医師の多忙により確保が難しい。</p>	<p>資源の把握及び課題の抽出 相談支援の定期報告会 地域ケア会議への参加 医療機能の確認 利用状況の確認・調査</p>	<p>詳細な医療機能の確認 詳細な実施状況の確認</p>

板柳町

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	①平成28年4月1日より板柳中央病院の地域連携室へ在宅医療・介護連携支援センターを併設し相談支援を行っている。 ②在宅医療・介護連携支援センターでは入退院調整ルールを活用し在宅支援を行うほか、要介護要支援認定申請、高額療養費に係る限度額適用・標準負担額減額認定申請の受付、相談支援を行っている。 ③町内の医療機関を含む地域ケア会議を実施し、連携先・相談先となる各種一覧表を作成し配布することによって医療・介護のネットワークづくりを行った。 ④町内医療機関（病院・診療所）へアンケート調査及びヒアリング調査を実施し病院・診療所機能を確認、また、有料・サ高住・ケアハウスのサービス内容・医療支援機能等を確認し、在宅医療・介護連携推進意見交換会において配布及び情報提供、関係者間の情報共有を行った。 ⑤在宅医療・介護連携推進意見交換会においては、医療側からは病院の入院機能や救急体制、訪問診療の提供状況、医療機関同士の情報共有の方法、夜間や主治医の不在時におけるバックアップ体制のあり方、地域柄として日中独居に関する事などについての意見が寄せられ、介護側からは訪問看護の資源不足、家族の施設に入れたがる傾向、看取りの際の警察等との連携、医療が必要な人への受診勧奨、施設に入る時の見極めや判断に関する事などについての意見が寄せられ、それぞれについての検討や意見交換を行った。 ⑥町内医療機関（病院・診療所）へのアンケート結果と在宅医療・介護連携推進意見交換会の内容を踏まえ、今後どのような連携方法が適当かを確認するため町内診療所へ意向調査を行った。 ⑦町内診療所へ行った連携方法確認の意向調査について意見交換会で報告、協議した。	医療機関を含む協議の場が医師の多忙により確保が難しい。	相談支援の場所の確保 介護申請等の相談支援 地域ケア会議への参加 医療機能の確認 利用状況の確認・調査 意見交換会への参加	詳細な医療機能の確認 詳細な実施状況の確認
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	①医療介護連携調整実証事業において県・保健所の支援により二次医療圏の他市町村も含めた、医療・介護関係者間で共有すべき情報や情報共有の方法について、主に「津軽圏域における病院とケアマネージャーの入退院調整ルールの手引き」作成ための協議を行い、平成28年4月から運用を開始している。 ②入退院調整ルールについて、地域包括支援センターがケアマネ勉強会において居宅介護支援事業所に説明を行い見直し部分も含めた導入支援を行っている。 ③町内の医療機関を含む地域ケア会議を実施し、在宅支援のための訪問薬剤管理指導を行うにあたり到处方医師へ提出する訪問指示依頼書の検討を行った ④見直しを行った津軽圏域における入退院調整ルールと西北五地域における入退院調整ルールについて板柳中央病院、渡部胃腸科内科、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所へ配布、関係者間で情報共有を行った。 ⑤意見交換会にて入退院調整ルールを配布。既に活用している板柳中央病院からも説明。	入退院調整ルール以外のツールの作成が進んでいない。	入退院調整ルールの導入 入退院調整ルールの運用 地域ケア会議への参加	広域的なツールの作成
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	①平成28年4月1日より板柳中央病院の地域連携室へ在宅医療・介護連携支援センターを併設し相談支援を行っている。 ②在宅医療・介護連携支援センターでは入退院調整ルールを活用し在宅支援を行うほか、要介護要支援認定申請、高額療養費に係る限度額適用・標準負担額減額認定申請の受付、相談支援を行っている。 ③町内の医療機関を含む地域ケア会議を実施し、連携先・相談先となる各種一覧表を作成し配布することによって医療・介護のネットワークづくりを行った。 ④町内医療機関（病院・診療所）へアンケート調査及びヒアリング調査を実施し病院・診療所機能を確認、また、有料・サ高住・ケアハウスのサービス内容・医療支援機能等を確認し、在宅医療・介護連携推進意見交換会において配布及び情報提供、相談支援における連携調整に必要な情報共有を行った。 ⑤意見交換会において相談窓口の再周知。板柳中央病院からも、病院内外関わらずの積極的な利用を呼びかけてもらった。	病院内の相談支援は行われているが他医療機関との連携が進んでいない。	相談支援の場所の確保 介護申請等の相談支援 地域ケア会議への参加 医療機能の確認 利用状況の確認・調査	詳細な医療機能の確認 詳細な実施状況の確認

板柳町

	具体的内容	課題	医師会・医療機関に協力を依頼している内容	県に対する要望
(力) 医療・介護関係者の研修	①津軽地域ケアネットワーク交流会（多職種研修会）へ出席し、医療・介護関係者の両方を対象とした多職種研修により情報交換を行った。 ②多職種ごちゃまぜ研修会（多職種研修会）へ出席し、医療・介護関係者の両方を対象とした多職種研修により情報交換を行った。 ③板柳中央病院において認知症看護認定看護師による「病院看護師等の認知症対応力向上研修」を実施した。 ④青森県在宅医療・介護連携事業研修会（多職種研修会）へ出席し、情報交換を行った。 ⑤町内の医療機関を含む地域ケア会議を実施し、在宅支援のための訪問薬剤管理指導について書籍や他県の資料、青森県薬剤師会から提供された資料等を使用しサービス内容や提供体制を確認する研修会を行った。 ⑥薬剤師における訪問服薬支援体制強化事業の学習会へ出席し、情報交換を行った。 ⑦難病患者支援のための研修会（多職種研修会）へ出席し、情報交換を行った。 ⑧板柳町公民館において認知症看護認定看護師による「介護職員等の認知症対応力向上研修」を実施した。 ⑨訪問歯科診療を行っている久米田歯科、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、町認定調査員、町国保担当者、町介護担当者が訪問診療時に立ち会い在宅医療サービス・介護サービス利用状況調査及び保健・医療・福祉関係者による同行訪問研修を実施し、療養生活に必要な留意事項を話し合うとともに利用者に対して適切なサービスが行われているか提供状況の確認を行った。 ⑩地域密着型サービス事業所・介護保険施設職員連絡会において歯科衛生士による施設・居住系サービスの医療対応力向上研修を行った。 ⑪県高齢福祉保険課を講師として招き研修を開催。 ⑫津軽地域ケアネットワーク交流会の後援としての開催支援。 ⑬久米田歯科の同行訪問研修。歯科診療の説明の他、訪問先GHの口腔ケアに対する取組などの情報共有。 ⑭県医師会主催の介護施設での看取りに関する研修会に参加。	医療機関を含む協議の場が医師の多忙により確保が難しい。	多職種研修会への参加 地域ケア会議への参加 同行訪問研修の実施	医師による居宅療養管理指導の実施 訪問診療へのケアマネジャーの同行訪問 患者情報のケアマネジャーとの共有 介護サービスに係るサービス担当者会議への参加 多職種研会への参加 地域ケア会議への参加
(キ) 地域住民への普及啓発	①板柳町ホームページで既存の青森県・厚生労働省のホームページを紹介することによって医療・介護の利用者への情報提供を行うとともに医療・介護関係者の間で情報共有を行った。青森県「あおもり医療情報ネットワーク」厚生労働省「介護事業所・生活関連情報検索」東北厚生局「保険医療機関・保険薬局・柔道整復師関係」 ②町内医療機関へ資源の把握及び課題の抽出を調査依頼、資源の把握については同時に公表の可否を確認し、調査結果を厚生労働省の介護サービス情報公表システムへ情報登録を行いリスト・マップ化した。←地域包括ケア「見える化」システムにおいて、全国網羅的に公表する体制が整ったことからH29.6月をもって終了 ③在宅医療と地域包括ケアに係る普及啓発パンフレットの作成を行った。平成28年7月・平成29年6月に住民への配布を行っている。 ④県立中央病院主導の在宅緩和ケアマップ作成への協力。 ⑤パンフレット作成し每户配布。	リスト・マップ化に使用していた厚生労働省の介護サービス情報公表システムのうち医療機関情報の公表機能が廃止されたため、インターネットによる情報共有が一部不可能となった。	資源の把握及び課題の抽出 医療機能の確認 利用状況の確認・調査	詳細な医療機能の確認 詳細な実施状況の確認
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	①医療介護連携調整実証事業において県・保健所の支援により二次医療圏の他市町村も含めた、医療・介護関係者間で共有すべき情報や情報共有の方法について、主に「津軽圏域における病院とケアマネジャーの入退院調整ルールの手引き」作成ための協議を行い、平成28年4月から運用を開始している。 ②モニタリング調査を行い入退院調整ルールの見直しを行った。 ③第2回医療介護連携調整実証事業市町村担当者等会議において、情報共有、広域で統一できそうな部分を確認した。 ④弘前保健所による医療介護連携調整実証事業市町村担当者等会議に出席予定。 ⑤県立中央病院主導の西北五地域在宅緩和ケアマップ作成への協力。拡大緩和ケア会議にオブザーバーとして出席。	入退院調整ルール以外の他の事業項目に対する取り組みが進んでいない。	入退院調整ルールの導入 入退院調整ルールの運用 入退院調整ルールの修正	広域的なツールの作成