

地域包括ケアシステムの構築に向けた 医療と介護の連携指針

平成 26 年 3 月

山梨県介護・医療連携推進協議会

目 次

はじめに	1
第 1 章	
連携指針策定の背景・目的	2
第 2 章	
連携の現状と課題	4
(1) 相互理解の促進	5
(2) ツールや仕組みづくり	5
(3) ネットワークの構築	7
(4) その他	8
第 3 章	
目指すべき状態像	9
(1) 入退院時のカンファレンス	12
(2) サービス担当者会議	14
(3) 在宅ケアを支える医療・介護チーム	15
(4) 地域ケア会議	16
第 4 章	
連携強化に向けた対応方針	17
(1) 相互理解の促進	18
(2) ツールや仕組みづくり	18
(3) ネットワークの構築	19
(4) その他	20
第 5 章	
具体的な取り組み	21
(1) 連携の推進体制	22
(2) 様々なケアの場面における多職種の連携に向けた取り組み	25
(3) 連携ツール活用の提案	33
(別添) 標準様式	
私の暮らしのシート (様式 1)	
山梨県医療・介護「連携」シート (様式 2)	
山梨県医療・介護「連絡」シート (様式 3)	

山梨県介護・医療連携推進協議会設置要綱
山梨県介護・医療連携推進協議会委員名簿

はじめに

高齢者の介護、医療を担う山梨県内のほぼ全ての団体が参加した山梨県介護・医療連携推進協議会は2年間の検討を行い、本年3月に「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」をまとめることができました。

高齢者の医療と介護の連携推進はわが国の最重要課題の一つです。連携の必要性はわかっているにもかかわらず、職種間の役割分担のあいまいさや相互のコミュニケーション不足から効果的な連携が実践できていない現状でした。連携不足、高齢者がどういった暮らしや将来を望んでいるのかを把握しないで、医学的側面が強調された医療や介護度に応じた画一的な介護サービスの提供になってしまいかねません。

本指針では「連携シート・連絡シート」と「私の暮らしのシート」という具体的なツールを使った連携のあり方を提案しています。その基本的な考え方は、「私の暮らしのシート」で把握した高齢者自身の生活の希望や想いをかなえるために、「連携シート・連絡シート」を活用して、医療と介護の専門家が情報を共有し協調して高齢者の健康支援、生活支援をすることです。書類は連携の重要な手段ですが、互いを知っていることが書類によるやり取りを円滑にします。つまり、「顔の見える関係」です。今回の協議会ではそのことをあらためて確認できたと思います。

一方、協議会の目玉は「私の暮らしのシート」です。高齢者自身に生活の希望を書き添えていただくものです。高齢者の健康支援、生活支援は一人ひとりの希望や想いの実現を目標とすることでご本人に最適の支援を提供できます。これを有意義に活用するには支援する側の意識が重要なことは言うまでもありませんが、高齢者自身が自分の意思を伝えることが大切です。私たちは自分の意思を直接相手に伝えることをせず、相手に汲み取ってほしいという傾向にあります。価値観の多様化した昨今、それは難しくなりました。高齢者にはそれを理解していただくと共に、自分なりのよりよい生活に対する想いや希望を持ち、それを伝えていただきたいと思えます。それが、連携による包括的な支援を実現する方向性になります。

指針は、あくまでスタートラインであり、これから高齢者ご本人を中心に関係者が実践をとおして、作り上げていく作業が重要です。今後関係者間で是非有効活用していただき、地域包括ケアシステムの構築に向けた足がかりにしていいただければ幸いです。

「想いを伝えていただくこと」「ツールを活用すること」を通して、連携のあり方を探りながら、山梨県が包括的な連携による充実した高齢者医療と介護を提供できる住みよい地域になるように、私自身も微力ながら尽力したいと思います。

平成 26 年 3 月

山梨県介護・医療連携推進協議会会長

山縣然太郎

第 1 章 連携指針策定の背景・目的

急速な高齢化の進展に伴い、認知症高齢者や医療的ニーズが高い要介護高齢者が増加するとともに、高齢者のひとり暮らしや夫婦のみの世帯が増加する中、高齢者の尊厳を保持し、その能力に応じて自立した日常生活を営めるようにするためには、高齢者一人ひとりの状態に応じた最適な医療と介護を継続的、包括的に提供できる体制を早急に確立する必要があります。

また、この高齢化の進展に加え、病院における在院日数の短縮傾向などの要因も相まって、在宅ケアの需要は今後増加していくものと思われませんが、在宅において高齢者一人ひとりの状態に応じた最適な医療と介護を提供するためには、医療、介護、保健、福祉の関係者が互いに協力して本人や家族を支える必要があることから、必要な医療や介護を効率よく提供するための多職種連携や情報の共有が求められています。

一方で、医療と介護の連携にあたっては、関係者相互の理解やツール・仕組みづくり、ネットワークなどに多くの課題が認識されているため、より円滑な連携が行われるように早急に対策を講じていく必要があります。

そこで、本県の医療、介護、保健、福祉などの関係団体等の代表者で構成する「山梨県介護・医療連携推進協議会」では、医療と介護の連携強化の意義や具体的な取り組み等について関係者に周知し、各地域における連携推進の場で活用され、市町村の地域包括ケアシステムの構築に資するため、本連携指針を策定しました。

第2章 連携の現状と課題

県内における「医療と介護の連携」の現状と課題を「相互理解の促進」、「ツールや仕組みづくり」、「ネットワークの構築」の3つの視点で整理しました。

(1) 相互理解の促進

【現状】

医療と介護の関係者の相互理解を深めるため、県、市町村、各関係団体(職種)等により、多職種の役割や機能に係る研修などが行われています。

<例>

- ・ 地域包括支援センター職員のための初任者・現任者研修
- ・ 介護支援専門員のための研修
- ・ 県リハビリテーション支援センター・地域リハビリテーション広域支援センターによる研修
- ・ 各関係団体(職種)における研修会
- ・ 継続看護研修会 など

【課題】

各職種間の相互の役割や機能についての理解が不足している。

現に携わっているサービスの質の向上への取り組みは行われているものの、他の職種や施設の役割や機能に対する理解が十分ではありません。

介護職が感じる医療職に対する心理的な垣根の高さ等により連携がとりにくい状況がある。

介護職は、主治医や看護師に対して、高齢者本人の病状や経過などを随時確認する必要性の認識はあるものの、心理的な垣根の高さがあることや、医療的知識が十分でない介護職が多いこと、利用できる具体的な仕組みやネットワークも不足していること、医師等の関係者の繁忙により時間調整が困難なこと、医療職において介護保険制度についての認識の温度差があること等から連携がとりにくい状況があります。

(2) ツールや仕組みづくり

【現状】

地域ケア会議や、介護保険制度におけるサービス担当者会議、市町村介護担当部署と病院等との情報交換会等による情報共有に加え、医療と介護の連携のための連絡シート等の活用も少しずつ始まっています。

< 例 >

- ・ 地域ケア会議

- ・ サービス担当者会議

- ・ 市町村介護担当部署と病院等との情報交換会

- ・ 連携のための連絡シート等の活用
 - ア) かかりつけ医と介護支援専門員との情報交換のきっかけとなる事案や連絡先等を記載したシートを活用

 - イ) 認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、かかりつけ医の間で「認知症の確定診断を受けた者の生活や介護に関する情報」の共有と活用

 - ウ) 家族支援と事業所の連携を図る手段として「連携ノート」を作成

 - エ) 特定の疾患に係る連携パスとして、地域連携クリティカルパス（がん患者等）、脳卒中地域連携パス、大腿骨頸部骨折地域連携パスを推進

 - オ) 継続看護連絡票を作成し、関係機関の看護師間（医療機関と介護保険施設の看護師間も含む）の情報連携を図る

【課題】

個々の高齢者に係る関係者・職種間の情報共有や意見調整を行うツールや仕組みが明確になっておらず、必要な情報項目や考え方などが統一されていない。

本人中心の医療・介護を行うに当たっては、本人や家族の希望や思い等を関係者が把握しておく必要があります。しかし、様々なケアの場面に応じた情報の共通認識が確立されておらず、統一された様式などによる管理や提供体制もないことから、相互の情報共有や意見調整を行う仕組みが十分ではありません。

医療と在宅の情報をつなぐツールや仕組みが不足している。

急性期から回復期、生活期（維持期）に至るまで、個々の高齢者に対し一貫したケアを行うため、退院時等におけるカンファレンス、特定の疾患に係る連携パスや継続看護連絡票、介護サービスの利用にあたってのサービス担当者会議等の仕組みはあるものの、院内のカンファレンスの情報が介護側に十分に伝わらない場合があることや、サービス担当者会議に医療側から参加して

もらうことが困難な場合が多いなど、効果的な取り組みに至っていないケースがあります。

在宅ケアを支える医療・介護チームが十分に構築されていない。

在宅療養支援診療所の人口当たりの箇所数が全国の半分程度、訪問看護ステーションの多くが小規模であるなど在宅医療提供体制が脆弱であり、関係者がチームを組んで効率的な支援を行うための情報共有の仕組みも不足する中、医療・介護チームの構築などの協働には十分に至っていません。

医療・介護の関係者共通の言語が少ない。

医療・介護とも、それぞれの専門用語の使用により共通の認識を得にくくし、相互の情報を十分理解しきれしていない状況があります。

(3) ネットワークの構築

【現状】

行政による多職種を集めた会議や多職種の関係者による自主的な勉強会等のネットワークづくりに向けた取り組みが始まっています。

< 例 >

- ・ 各保健福祉事務所では、従来から在宅ターミナル地域連絡会議、在宅緩和ケア地域連絡会議など保健・医療・福祉の総合的なサービスを提供する協力体制を進めています。平成 25 年度からは在宅医療に関する多職種の連絡会を新たに設置しています。
- ・ 市町村・地域包括支援センターでも多職種による地域ケア会議を実施する例が増えてきています。
- ・ また、医師や歯科医師を中心とした在宅医療や認知症支援の研究会として、山梨在宅医療研究会、甲府在宅ネットワーク勉強会、山梨認知症を考える会などがあり、医師や歯科医師などが身近な地域で自主的に勉強会を開催しています。

【課題】

医療・介護の関係機関や多職種の関係者において適時・適切な相互の情報共有ができる関係性が構築されていない。

地域ケア会議や特定の事業での情報交換・意見交換を通じた顔の見える関係づくりが行われつつあるものの、医療と介護の連携のための仕組みを運用して情報共有できるような関係性が構築されていません。

連携に向けた取り組みについても、現在は、特に意識の高い関係者を中心とした個別の勉強会や個人が有するネットワークの活用が主であり、全県的な広がりを持ったものとなっていない状況にあるため、連携についての自主的な取り組みを促進する上でも、全県的なコンセンサスを形成していくことが必要であります。

(4) その他

【課題】

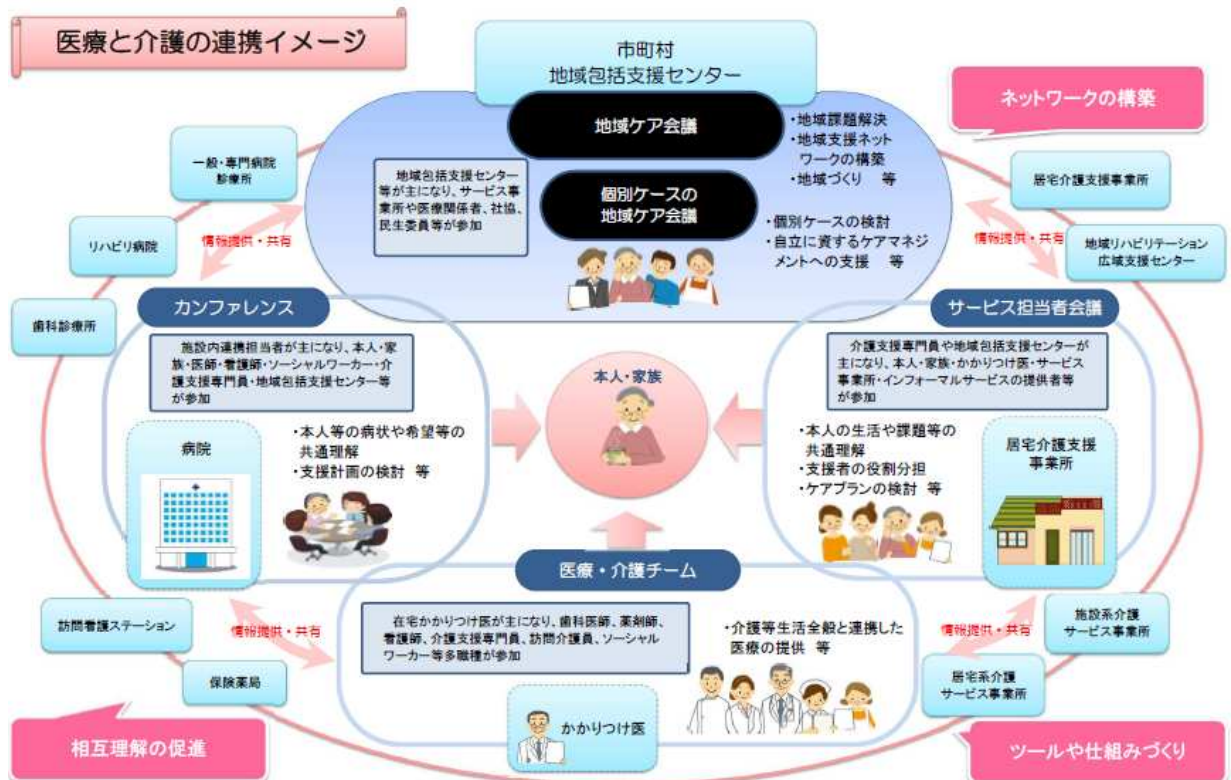
- ・ 上記(1)～(3)以外の課題として、医療・介護を支える医師、看護師、介護職等の確保や資質の向上が必要となっています。

第3章 目指すべき状態像

団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）となる2025年を見据えて、高齢者が尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる地域での体制（地域包括ケアシステム）を構築することが急務となっています。

また、高齢者本人がどれだけ自分らしく満足した生活を送れるかという生活の質を保つために医療や介護における目標や情報の共有が必要となりますが、その中心には常に高齢者本人の想いが存在することが重要です。

環境や状態によって絶えず変化する高齢者ニーズ等に対応するためには、医療や介護をはじめ多職種による目標や情報の共有等を適時適切に行うための仕組みが望まれます。



これらを踏まえ、高齢者が医療や介護を必要とする状態になっても、その状態に応じた適切な支援を受けられるようにするため、2025年に向けて次のように医療と介護の円滑な連携が図られる姿を目指します。

医療と介護の機能分化と連携が進み、入院医療において高齢者は急性期から慢性期に至る十分な治療・リハビリテーションを受けることができる。入院時には在宅での生活に関するの情報や本人の想いが病院側に伝わり、それを踏まえた治療等が行われている。

退院後の在宅復帰に支援が必要なケースについては、病院の地域医療連携室等からかかりつけ医や介護保険サービス利用者を担当する介護支援専門員等に適時・適切に連絡が入り、多職種の支援者による退院時カンファレンスが開催され、情報共有が徹底されている。

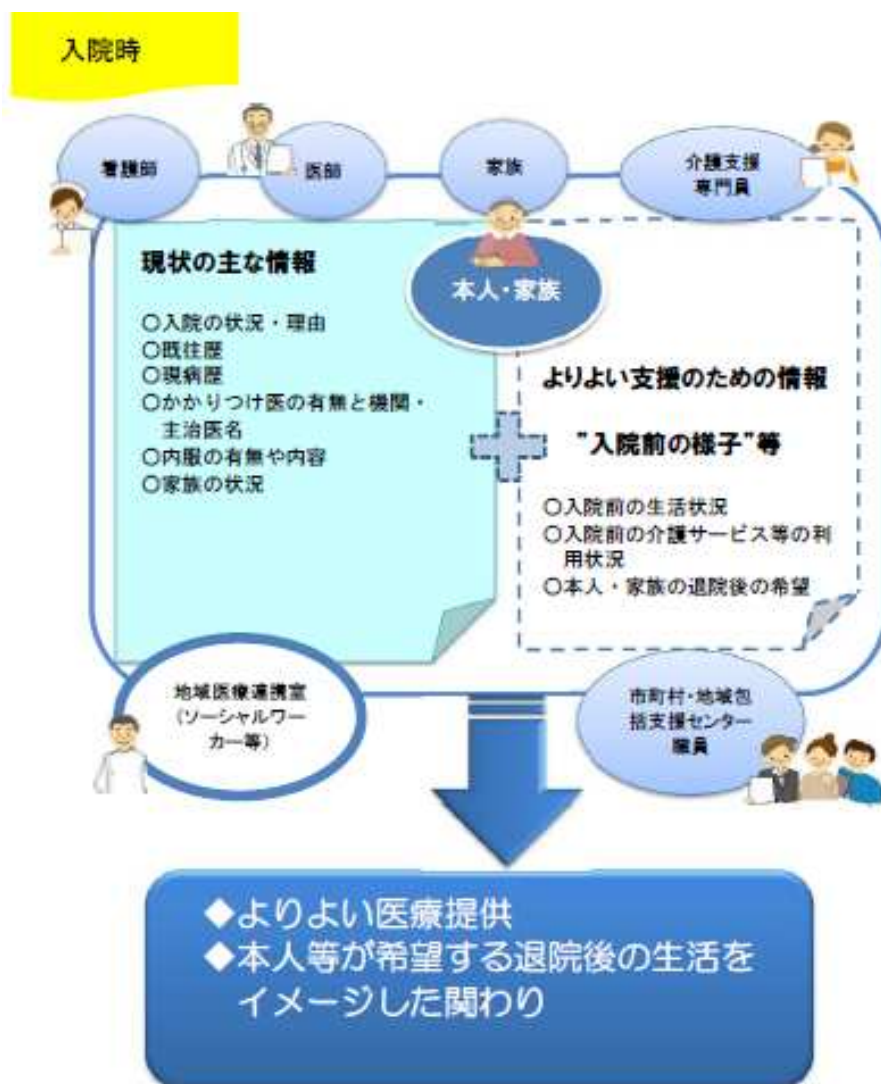
在宅生活では、多職種の支援者で構成されるチームにより在宅での支援が行われ、日常のケア内容等を検討するサービス担当者会議でも多職種による医療・介護に関する情報がケアプランに適切に反映されており、地域ケア会議での検討により更なるケアプランの質の向上が図られている。

支援困難ケースについては、地域ケア会議等を活用し、訪問診療、訪問看護、訪問介護等の専門職、民生委員及び後見人など地域の支援者に本人、家族なども加えた上で支援メニューが検討され、ケアプランに反映されている。

< 様々なケアの場面における多職種連携のイメージ >

(1) 入退院時のカンファレンス

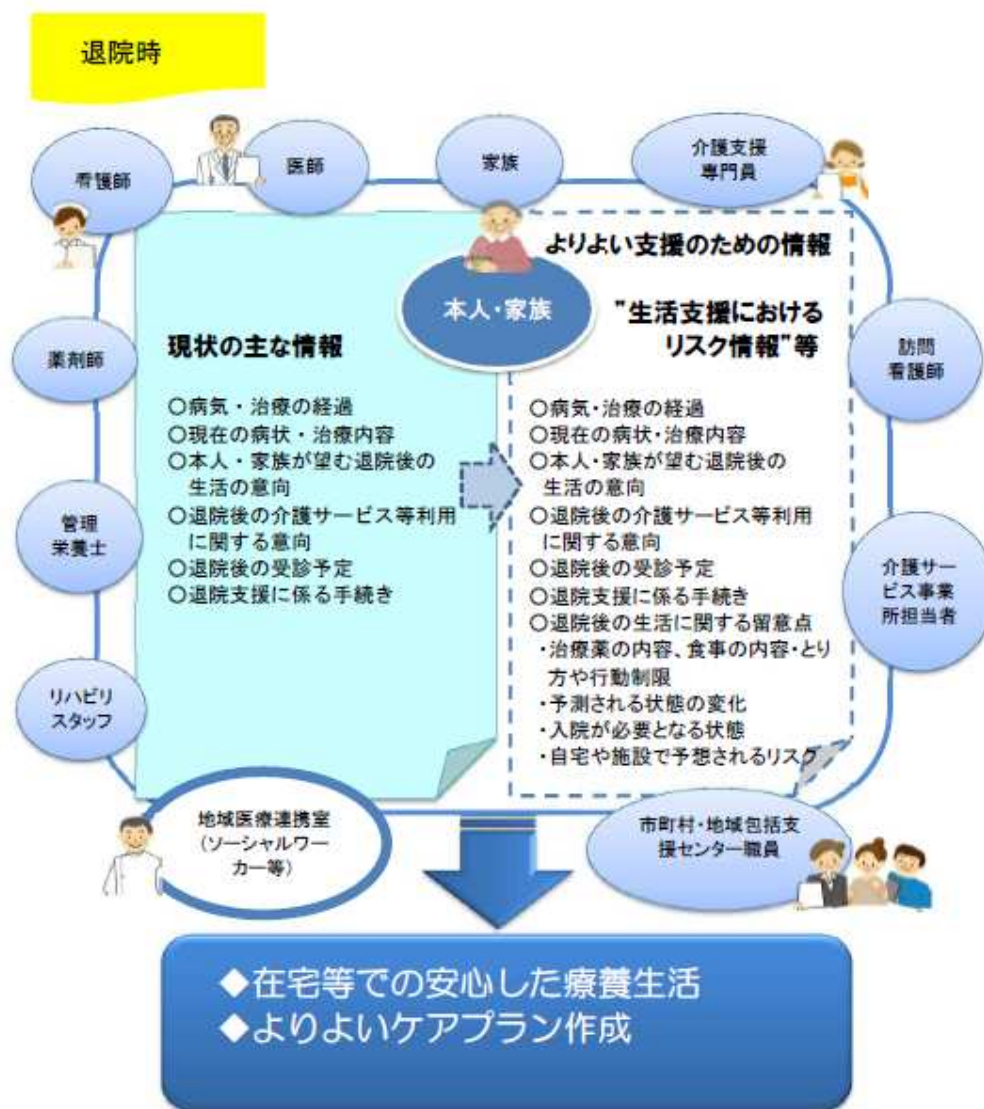
医療機関では、入退院にあたり、施設内（地域医療連携室など）の連携担当者が主となって、本人・家族及び支援者として必要な医師・看護師・薬剤師・リハビリスタッフ・管理栄養士・ソーシャルワーカー・介護支援専門員その他の介護職・地域包括支援センター職員等が参加するカンファレンスを実施し、本人の病状等や今後の生活への希望等の共通理解を図り、支援計画の検討等を進めて行きます。



< 図の中の「本人」「家族」について >

図の中で「本人」は内側に位置していますが、本人が支援されるばかりでなく自助努力（セルフケア）を行うべきものであることは言うまでもありません。また、「家族」は本人を支える身近な支援者として外側の支援の輪に位置するとともに、家族自身も支援される対象になることから、本人と同様に図の内側にも位置しています。

入院時のカンファレンスについて、現状は「入院の状況・理由、既往歴・現病歴、かかりつけ医の有無と機関（かかりつけ薬局等の情報を含む）・主治医名、治療薬の有無・内容、家族の状況」などの情報が共有されていますが、それに加えて「入院前の生活状況・介護サービスの利用状況、本人・家族の退院後の希望」などの情報も共有した上で、本人等が希望する退院後の生活を実現できるよう関わりを持つことが重要です。



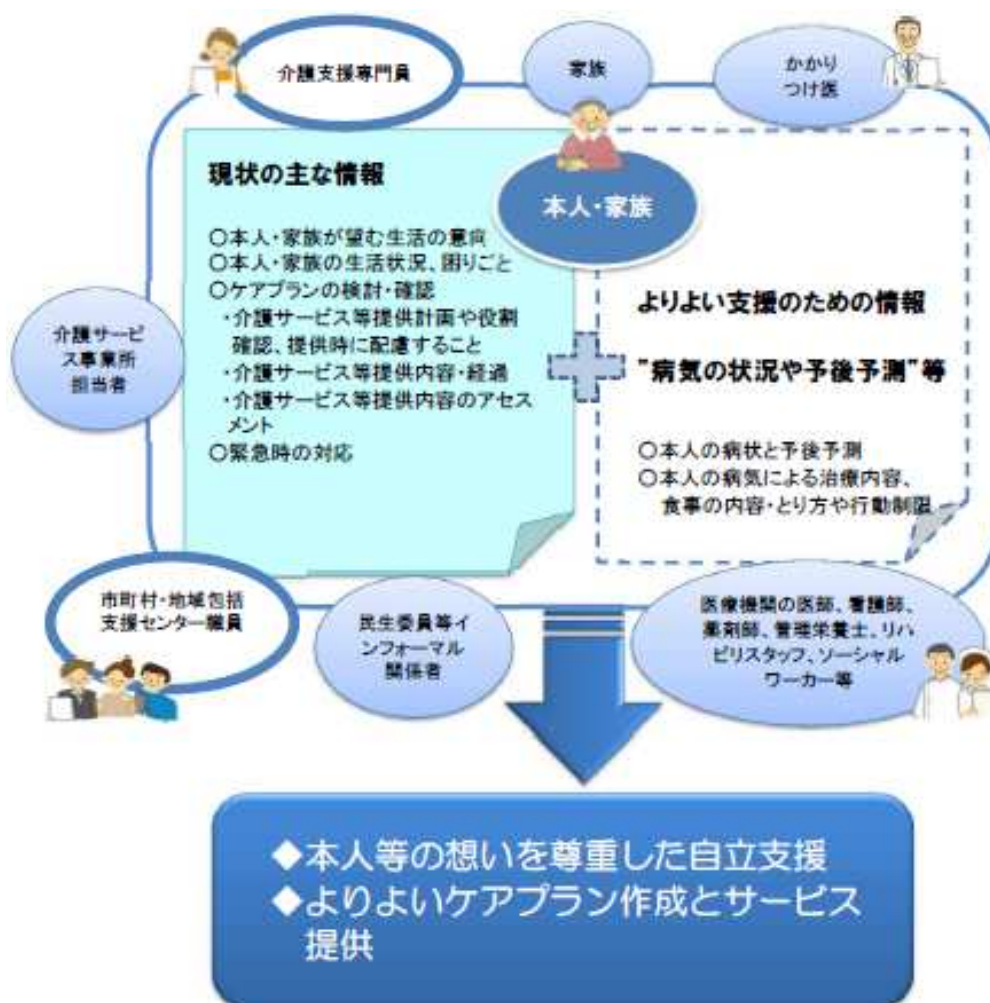
また、退院時のカンファレンスについて、現状では「病気・治療の経過、現在の病状・治療内容、本人・家族が望む退院後の生活の意向、退院後の介護サービス等利用に関する意向、退院後の受診予定、退院支援に係る手続き」などの情報が共有されています。

これに加えて「退院後の生活に関する留意点（治療薬の内容、食事の内容・とり方や行動制限、予測される状態の変化、入院が必要となる状態、自宅や施設で予想されるリスク、主たる介護者、緊急時の対応）」などの情報も共有した上で、在宅等で安心した療養生活ができるよう、よりよいケアプラン作成のため、生活支援におけるリスク情報等を必要な関係者に提供することが重要です。

(2) サービス担当者会議

介護支援専門員や地域包括支援センターが主となり、本人・家族・かかりつけ医等医療従事者・介護サービス事業所・インフォーマルサービスの提供者等が参加するサービス担当者会議を実施し、本人の生活や課題等の共通理解、支援者の役割分担、ケアプランの検討などを進めていきます。

< サービス担当者会議 >



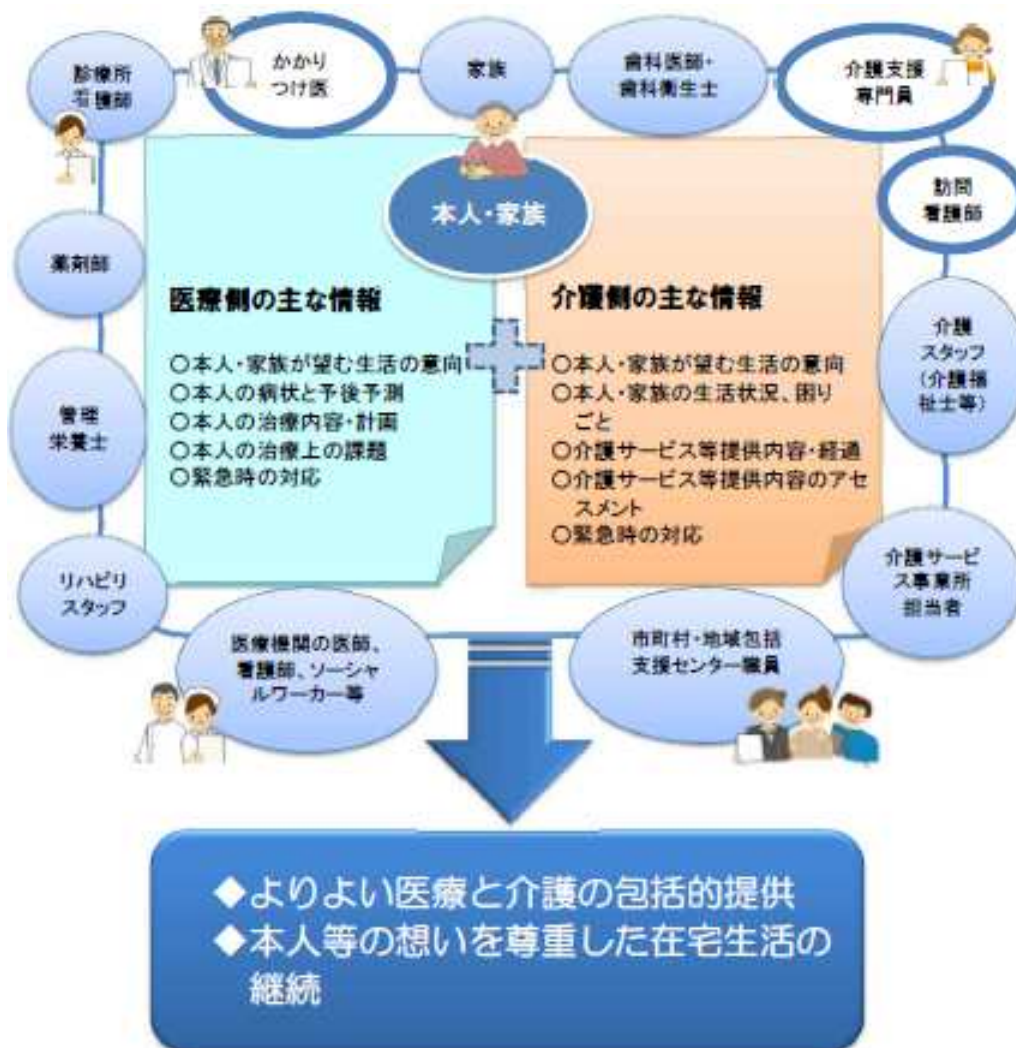
サービス担当者会議では、「本人・家族が望む生活の意向、本人・家族の生活状況・困りごと、ケアプランの検討・確認、サービス提供事業者の課題、緊急時の対応」などの情報を共有しています。

これに加えて「本人の病状と予後予測、本人の病気による治療内容、食事の内容・とり方や行動制限」などの情報も共有した上で、本人等の想いを尊重した自立支援に資するようなケアプラン作成とサービス提供に努めることが重要です。

(3) 在宅ケアを支える医療・介護チーム

在宅ケアにおいては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリスタッフ・管理栄養士・歯科衛生士・ソーシャルワーカー・介護支援専門員その他の介護職など多職種の関係者が参加し、本人の情報を共有し、本人の希望や想いを十分に把握した上で、互いの機能や役割を理解し、専門性を活かしながらチームとなって在宅ケアを進めます。

<在宅ケアを支える医療・介護チーム>

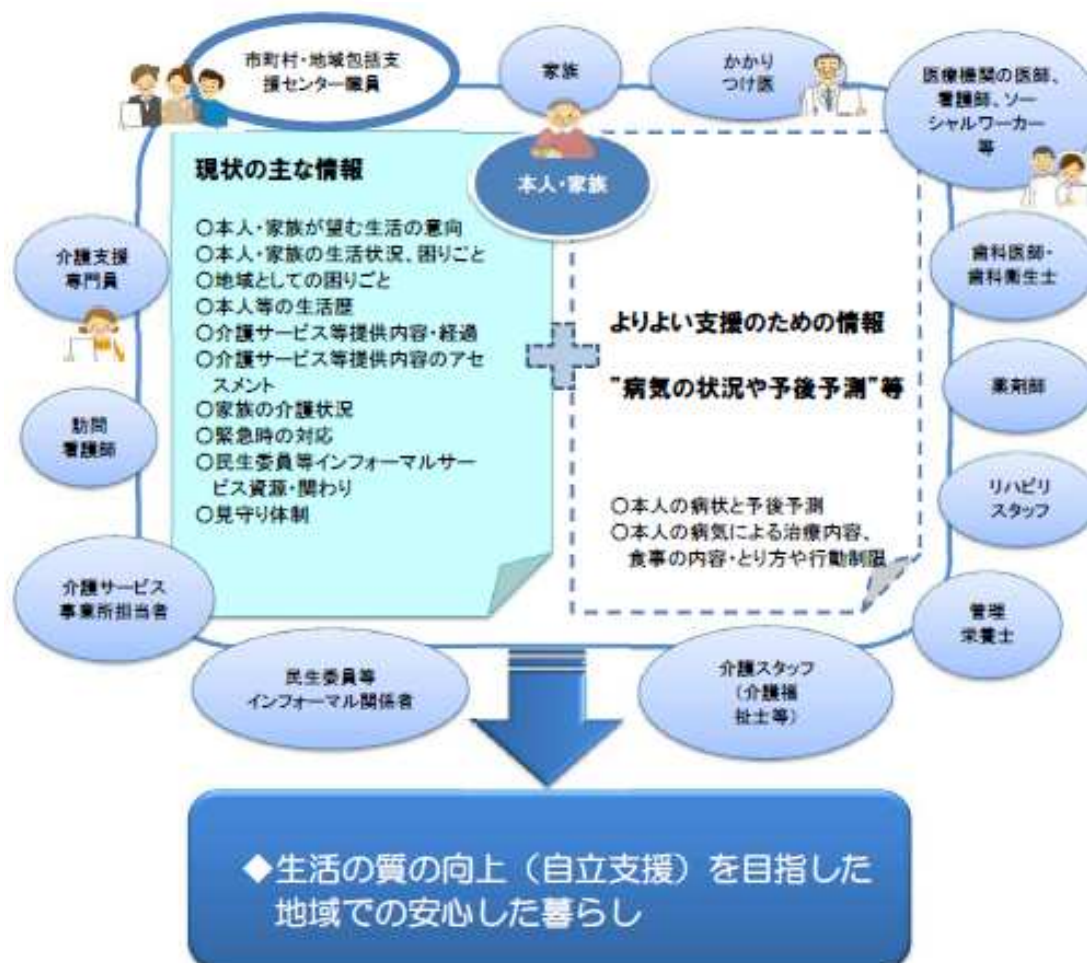


よりよい介護と医療を包括的に提供するためには、医療側の主な情報である「本人・家族が望む治療の意向、病状と予後予測、治療内容・計画、治療上の課題、緊急時の対応」などと介護側の主な情報である「本人・家族が望む生活の意向、本人・家族の生活状況・困りごと、介護サービス等提供内容・経過・アセスメント、緊急時の対応」などを相互に情報共有した上で、本人等の想いを尊重した在宅生活の継続を目指すことが重要です。

(4) 地域ケア会議

地域ケア会議は、高齢者本人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく手法であり、医療・介護等の多職種や住民が協働して支援困難事例等の解決を図るとともに、地域としての課題の明確化や解決に必要な資源開発や地域づくり、更には介護保険事業計画への反映など政策形成につなげるためのものです。

< 地域ケア会議 >



このような地域ケア会議においては、「本人・家族が望む生活の意向、本人・家族の生活状況・困りごと、地域としての困りごと、本人等の生活歴、介護サービス等提供内容・経過・アセスメント、家族の介護状況、緊急時の対応、民生委員等インフォーマルサービス資源との関わり、見守り体制」などの主な情報が現状では情報交換されています。

これに加えて、「本人の病状と予後予測、本人の病気による治療内容、食事の内容・とり方や行動制限」などの情報を医師や歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリスタッフ、管理栄養士、歯科衛生士、ソーシャルワーカー等専門職が必要に応じて参加する中で共有・検討した上で、生活の質の向上(自立支援)を目指した地域での安心した暮らしができるようにすることが重要です。

第4章 連携強化に向けた対応方針

医療と介護の連携は、高齢者本人の情報を漫然と発信するのではなく、情報の受け手である関係団体（職種）の役割を認識・理解した上で、どのような情報を提供する必要があるかを明確にし、そのために必要な情報を提供することが求められます。

また、急性期から生活期（維持期）に至る場面での連携、病院から在宅へのスムーズな移行、在宅における生活に関わる医療と介護の連携へと、様々な場面において連携が必要になってきます。

以下、「2 連携の現状と課題」における「相互理解の促進」、「ツールや仕組みづくり」、「ネットワークの構築」の3つの視点の課題ごとに対応方針を整理します。

(1) 相互理解の促進

課題 各職種間の相互の役割や機能についての理解が不足している。

【対応方針】

医療・介護に関する同職種の研修において他の職種や施設の役割や機能に関する内容を加えることや多職種が同じ場で話し合う研修を活用し、多職種間の相互理解・協働を推進します。

課題 介護職が感じる医療職に対する心理的な垣根の高さ等により連携がとりにくい状況がある。

【対応方針】

高齢者本人を中心として、医療・介護の関係者がお互いに「顔の見える関係」を作り上げ、日頃から情報共有を図るため、多職種をメンバーとした会議の設置や関係者が連携を取りやすくなるような連絡シートの活用などを推進します。併せて、各職種における研修等において医療的な知識など資質の向上に取り組みます。

(2) ツールや仕組みづくり

課題 個々の高齢者に係る関係者・職種間の情報共有や意見調整を行うツールや仕組みが明確になっておらず、必要な情報項目や考え方などが統一されていない。

【対応方針】

「3 目指すべき状態像」で例示した入退院時カンファレンスやサービス担

当者会議など様々な場面に応じた情報共有のあり方を明確にするとともに、円滑な情報共有のために役立つシートの標準様式や本人が必要な情報を管理して関係者に情報提供する仕組みを提案し、その活用を促進していきます。

課題 医療と在宅の情報をつなぐツールや仕組みが不足している。

【対応方針】

地域ケア会議の活用等を推進するとともに、医療と介護の連携を促進するため、本人の生活の状況や医療・介護等に対する本人の考えを必要な関係者に伝えるためのシートや、入退院（入退所）時に医療と介護の情報が共有できる連携シート、介護支援専門員と医療機関とが相互に情報交換ができるようにするための連絡シートの活用等、地域の実情に応じた連携方策を促進していきます。

課題 在宅ケアを支える医療・介護チームが十分に構築されていない。

【対応方針】

限られた医療・介護の従事者で在宅医療を行うには関係者がチームを組んで効率的な支援を行うことが重要であることから、チームとして在宅医療に取り組むために必要な情報の共有化の推進や、地域の実情に応じた多職種連携による在宅ケアの仕組みづくりを推進していきます。

課題 医療・介護の関係者共通の言語が少ない。

【対応方針】

医療と介護の連携を図るため、お互いに理解できる用語の使用を各関係団体（職種）に働きかけるとともに、主要な専門用語について用語集を作成する等、相互理解を促進していきます。

(3) ネットワークの構築

課題 医療・介護の関係機関や多職種の関係者において適時・適切な相互の情報共有ができる関係性が構築されていない。

【対応方針】

ネットワークは、個々の事例をとおり、地域の関係者が有機的に結びつくことで、点と点が線に結びついていきます。地域関係者が集まる地域ケア会議や医療と介護の関係者による協議会、多職種による事例検討会などは、ネットワークの下地となる要因を備えているため、各市町村においてこれらの会議が開催されるよう推進します。

更に、各圏域における広域的なネットワークを構築するための会議も推進していきます。

(4) その他

課題 医療・介護を支える医師、看護師、介護職等の確保や資質の向上が必要である。

【対応方針】

医療・介護に関する人材については、地域保健医療計画や健康長寿やまなしプラン等により計画的な確保や資質向上に努めるとともに、各関係団体（職種）の研修のみならず、他の職種を理解するための研修が実施されるよう促進して参ります。

更に、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、今後創設が予定されている新たな基金の活用を検討する等、医療や介護の従事者確保等に努めて参ります。

第5章 具体的な取り組み

国は、平成 26 年 2 月に、在宅医療・介護連携の推進を地域支援事業に位置付けた介護保険法の改正などを内容とした「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」を国会に提案し、現在審議が行われています。

また、これに先立つ平成 25 年 10 月には、効率的で質の高い医療・介護サービス提供体制の構築とともに、各自治体における地域包括ケアシステムの構築支援を目指し、部局を横断した連携を図るため、厚生労働大臣を本部長とする「医療・介護サービス提供体制改革推進本部」を設け、この本部の下に「医療・介護連携推進プロジェクトチーム」を設置するなど、国レベルでも医療・介護の連携強化の方針が明確になってきました。

このような国における在宅医療・介護連携の推進に向けた動きや前章の連携強化に向けた対応方針を踏まえ、医療・介護に関わる関係団体（職種）がそれぞれの立場において一層の連携に向けて行う具体的な取り組みを整理します。

(1) 連携の推進体制

【県の推進体制】

- ・地域における医療と介護の連携を推進する主体については、地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる市町村が中心となり、医療側から多職種も含めて地域全体に働きかけやすい医師会等の理解と協力を得て取り組み、その前提として県レベルでの関係団体等への働きかけや調整など、県が市町村を支援する体制を整えることが重要であります。
- ・このため、本県でも連携の推進主体として中心となるのは市町村であり、県は後方支援・広域調整などの役割を果たすとの認識のもと、次の 3 つ（県全域、広域、地域）の段階による取り組みを推進して参ります。

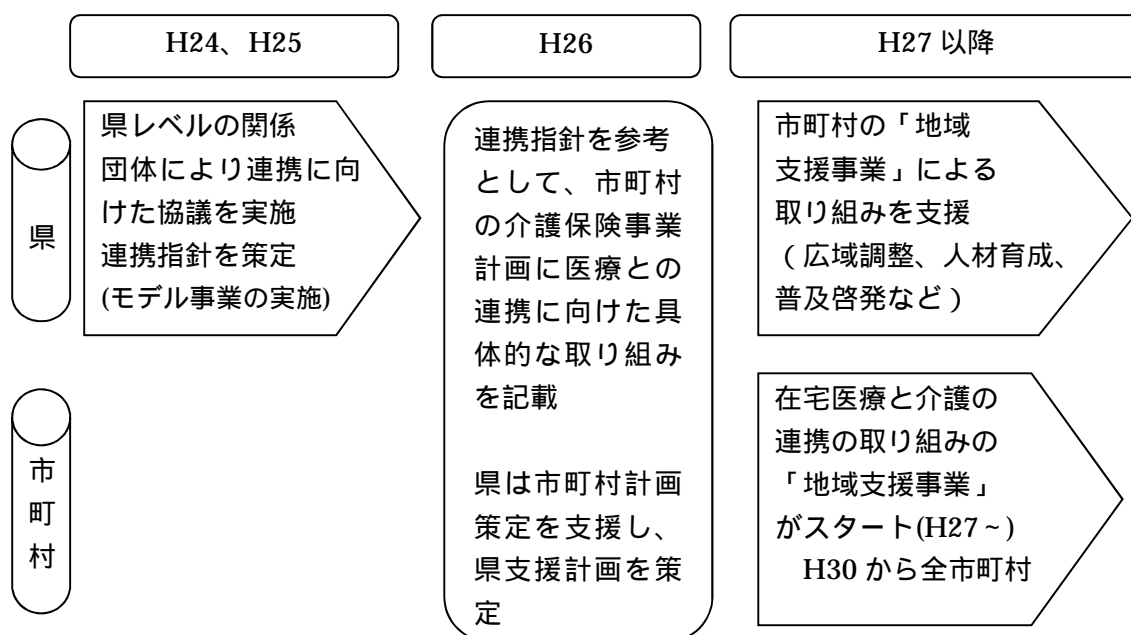
県全域の取り組み
多職種連携の基本方針と基盤づくり

広域（保健所単位）の取り組み
多職種連携の普及啓発と人材育成

地域（市町村単位）の取り組み
多職種連携の拠点形成と担い手の関係づくり

< 県全域の取り組み・・・多職種連携の基本方針と基盤づくり >

- ・平成 26 年度に県が策定する新たな健康長寿やまなしプラン（介護保険事業支援計画）には、県レベルの関係団体（職種）により多職種連携についてのコンセンサスを得て策定した本連携指針を踏まえ、医療計画と整合性を図りながら、県としての医療・介護の連携推進に向けた取り組み等を盛り込んで参ります。
- ・また、同年度に各市町村が第 6 期介護保険事業計画を策定しますが、この計画は「地域包括ケア計画」と位置付けられるものであり、医療との連携に向けた具体的な取り組み等を盛り込むことが必要になることから、県としてもこの連携指針を市町村の計画策定の支援に活用して参ります。
- ・更に、平成 24 年度、25 年度に設置していた介護・医療連携推進協議会を包含する「地域包括ケア推進協議会」を平成 26 年度に設置し、新たな健康長寿やまなしプランの策定を始め、本連携指針で提案する連携シートの使用実態の把握、連携シートの修正等について協議して参ります。



< 広域（保健所単位）の取り組み・・・多職種連携の普及啓発と人材育成 >

- ・医療と介護の連携を推進するに当たり、特に医療については、二次医療圏や地区医師会単位での広域的な調整が必要な場合が多く、保健所単位での取り組みが重要になります。
- ・そこで、在宅医療の推進のため、人材掘り起しのための多職種による人材育成研修会を保健所単位で開催して参ります。
- ・また、在宅医療を実施する際、お互いの専門的な知識を生かしながらチームに

より本人・家族をサポートしていく体制を構築するため、在宅医療と介護の連携を推進するための多職種による協議の場を保健所単位で設置するとともに、在宅医療の普及啓発のための講演会等を開催して参ります。

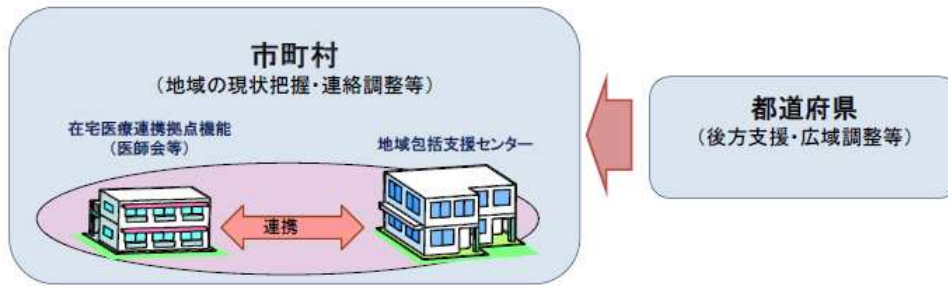
<地域（市町村単位）・多職種連携の拠点形成と担い手の関係づくり>

- ・市町村は、地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができることから、医療と介護の連携について中心的な推進主体となることが期待されています。県ではこの市町村における取り組みを支援するため、次の事業を展開して参ります。
- ・まず、市町村が主体となって在宅医療を推進するための協議会をモデル的に設置し、地域レベルで顔の見える関係づくりを進め、多職種連携による在宅医療の実践を支援するとともに、モデル市町村以外に対しても、平成 25 年度に県が実施した介護・医療連携ツール実践モデル事業において対象となった市町村に多職種連携の協議の場を設置したノウハウを広め、各市町村における多職種連携の協議の場の設置を広く支援して参ります。
- ・更に、在宅医療推進に当たり地域における多職種連携の拠点を整備する必要があることから、多職種連携のコーディネート等を行う在宅連携サポートステーションを整備して参ります。

【市町村の推進体制】

- ・現在国会に提案されている介護保険法の改正案では、医療・介護の連携強化に向けた取り組みを地域支援事業に位置付け、市町村（他市町村との共同実施等も可能）が平成 27 年度以降に順次実施し、平成 30 年度までにすべての市町村が実施することとされています。
- ・こうした状況を踏まえ、各市町村では平成 26 年度に策定する介護保険事業計画に医療と介護の連携推進に向けた具体的な取り組み等を盛り込むことが求められます。
- ・本県では、これまで県レベルでの関係団体（職種）への働きかけや調整を行い、各関係団体の連携に向けたコンセンサスを形成してきましたが、各市町村においても、地区医師会その他地域における医療と介護の関係者（団体）と協働し、地域住民のニーズを把握した上で、地域の実態に応じた取り組みや住民への啓発方法等を検討していく必要があります。
- ・なお、今後の市町村における具体的な取り組みについては、平成 25 年 12 月に独立行政法人国立長寿医療研究センターが作成した「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」等を参考にしてご検討願います。関係団体（職種）についても、このような取り組みの推進にあたり、市町村への協力が望まれます。

在宅医療・介護の連携推進について(イメージ)

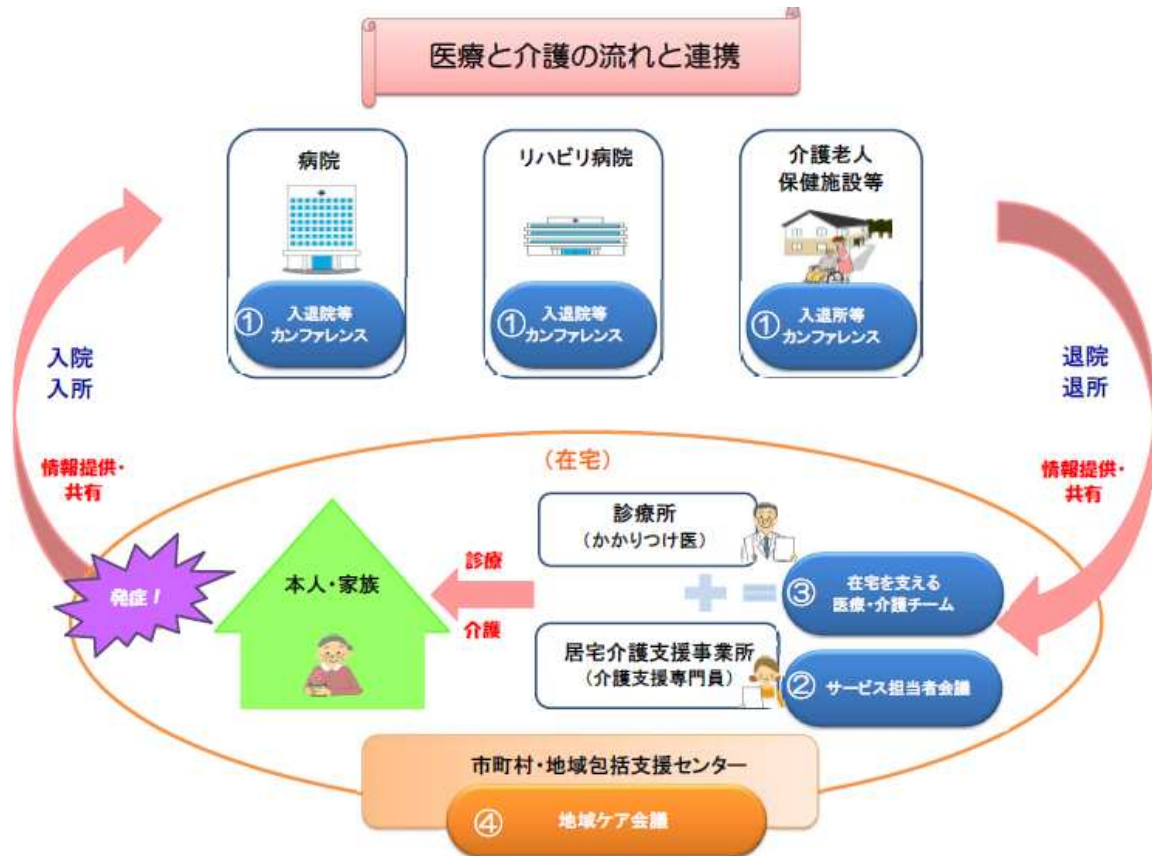


(参考) 想定される取組の例

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用
 - ・地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
 - ・関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施
 - ・グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
 - ・主治医・副主治医制等のコーディネート
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援
 - ・介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

等

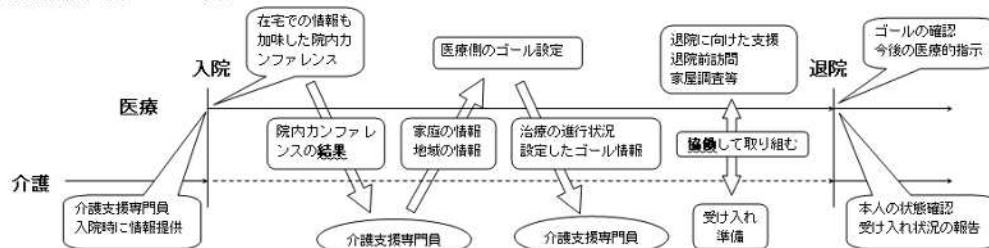
(2) 様々なケアの場面における多職種の連携に向けた取り組み



ア) 入退院時カンファレンスの効果的実施

- ・急性期・慢性期における医療（リハビリテーション）から地域への円滑な移行のためには、入院段階から地域における介護への引き継ぎを意識した連携が不可欠となります。また、退院時に介護サービスを必要とする高齢者が、介護支援専門員等への情報提供がないまま退院することのないよう、退院時に病院等から適時適切な情報提供を行う必要があります。
- ・入院時のカンファレンスは、高齢者本人の病状や今後の治療方針等について関係者の共通理解を得るために大きな役割を果たしていますが、本人等が希望する退院後の生活をイメージした関わりをしていくためには、入院前の様子や本人等の思いなどの情報を共有することが重要です。また、地域医療連携室の設置など病院側の窓口の一本化も重要です。
- ・本連携指針では、その情報共有を補助するため、本人の生活や思い等が記載された「私の暮らしのシート（様式1）」と本人の入院前の身体・生活機能等が記載された「山梨県医療・介護「連携」シート（様式2）」という2種類のシートの活用を提案しています。また、この「連携」シートは退院時の情報共有にも役立つものとなっています。
- ・この2つのシートの活用も含め、地域の実情に応じて入退院時における病院等と介護支援専門員等の情報交換や共有が確実に行えるような仕組みを、県や市町村における多職種で協議する場において、十分に検討していくことが望まれます。
- ・また、介護支援専門員等が病院等と情報共有する場面は入退院時のみではなく、平素から十分に連携と取っておく必要があります（下図を参照）。
- ・こうした中、既に介護保険の要介護認定を受けている人について、県介護支援専門員協会では、原則入院当日、遅くとも翌日には入院先の病院を訪問して情報提供を行うことや入院中より相互に情報交換を行い、協働して在宅生活の準備を行うことを奨励しています。

＜既に介護保険認定を受けている場合＞



介護支援専門員と病院との情報共有・連携の場面は、入退院時だけではない。
入院時からの相互の情報提供、協働により在宅生活への移行がスムーズに行える。

※ 病院からの情報は、院内カンファレンスの情報すべてが介護側に伝えられる必要はない。
院内カンファレンスの結果が伝えられればよい。(在宅復帰に必要な情報)

- ・退院に向けて、新規に介護認定をされる場合には、病院や地域包括支援センター等と介護支援専門員との迅速な情報交換・共有が必要になります。

イ) サービス担当者会議の効果的実施

- ・サービス担当者会議は、介護保険法に基づく省令である「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（以下、「運営基準」という。）」により、介護支援専門員がその職務として開催し、利用者の状況等の情報を共有するとともに、担当者から専門的な見地からの意見を求めることとされています。介護予防給付については、地域包括支援センター等がサービス担当者会議を開催することとなります。
- ・また、運営基準では「主治医との連携」として、利用者が、訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合等には、主治医等の意見を求めることや、ケアプランに訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合に主治医等の指示がある場合に限りこれを行うことも規定されています。この仕組みは、医療機関側も十分に認識しておく必要があります。
- ・一方で、現場では前述の「医療職に対する心理的な垣根」や医師の多忙等の要因により、サービス担当者会議への主治医等の参加が困難な場合が多いのが実態です。
- ・そこで、多職種協議の場や研修、受診時の同伴等により「顔の見える関係」を構築することや、本連携指針において提案している「山梨県医療・介護「連絡」シート（様式3）」の活用等により、必要となる医療的な情報を着実に入手することを推進して参ります。
- ・また、主治医の意見の確認方法については、県・市町村・県介護支援専門員協会などが実施する研修においても様々な検討がなされていますが、その中では「受診時や休診時間に主治医の医療機関内で、訪問診療時に利用者の自宅でサービス担当者会議を開催する工夫」等が挙げられています。しかし、これらは医療機関側の理解と協力が不可欠ですので、医療機関側への働きかけも行って参ります。

ロ) 在宅ケアを支える医療・介護チームの構築

- ・本県では全国平均を上回るペースで高齢化が進行し、在宅医療の需要は今後も増加する見込みですが、一方で本県の在宅医療の提供施設数は中北・峡東に偏在しており、多職種連携をコーディネートする機関等も不足している現状があります。
- ・そこで、県では、在宅医療提供体制についてオーダーメイド型提供体制の構築に向けた実態調査等による体制強化に向けた取り組みや、在宅連携サポートステーション設置による多職種連携ネットワークの構築、在宅健康管理システム整備によるITを活用した多職種連携の効率化、在宅多職種人材育成・地域推

進協議会設置・在宅医療共同体験研修等の取り組みにより、在宅医療の一層の普及を図って参ります。

- ・また、市町村では、平成 27 年度から在宅医療と介護の連携強化が地域支援事業に位置付けられる見込みであることから、地域の実情に応じた主体的な対応が望まれます。
- ・更に、在宅医療は在宅医のほか、歯科医、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、その他介護・福祉サービス関係者など多職種チームとして関わる必要があります。各職種において次のとおり様々な取り組みが行われています。県・市町村の取り組みに加えて、これら各職種における取り組みを通じて、各職種間の連携についての理解が一層促進されることが望まれます。

【各関係団体（職種）における取り組み】

- 1) 在宅医療に関する医療側の取り組みとして、県医師会は、従来の介護保険委員会の中に H25 年度からは新たに「在宅医療・介護支援部会」を設置し、日本医師会が実施した在宅医リーダー研修会の受講者による在宅医療に関する研修会を実施するなど、在宅医療の推進の取り組みを強化しています。

また、在宅医が関係職種間と連携するため電子システムを導入してリアルタイムで情報共有する先進的な取り組みも行われてきています。

更に、訪問リハビリテーションへの医療側の関わりとして、訪問リハビリテーションを必要としている方を主治医以外のリハビリテーション医が概ね 3 ヶ月に 1 度診察し、その情報を各職種及び主治医に提供して診察情報提供書及びリハビリテーション指示書として情報共有を行っているほか、県リハビリテーション支援センター、地域リハビリテーション広域支援センターによる多職種を対象とした研修も行われています。

- 2) 在宅歯科診療について、県歯科医師会は、平成 22 年から在宅歯科診療にかかる知識や技能を修得させるための研修会を実施するとともに、平成 23 年からは県の委託を受けて山梨口腔保健センターの中に「在宅歯科医療連携室」を設置して在宅歯科診療についての相談や在宅歯科診療・口腔ケア指導等を実施している歯科医院の紹介などを行っています。

また、各地域歯科医師会を通して、地域の医療・介護の情報ネットワークを構築するため、通信技術を活用した在宅連携の活用ネットへの参加を促進しています。

3) 在宅ケアを支援する薬剤師について、県薬剤師会は、「お薬手帳」を広く普及させるとともに、医師への処方提案などにより訪問看護師や介護支援専門員などと連携して在宅医療に取り組んでいるほか、ホームページ上に在宅訪問可能薬局一覧を掲載し、在宅訪問指導が可能な薬局を周知しています。

また、これまで病院でしか行えなかった点滴療養が在宅で行えるようになってきていることから、峡南と富士・東部地域において基幹薬局に無菌調剤を行うための施設・設備（クリーンベンチ等）も整備してきました。

4) 訪問看護について、県看護協会では、最新の求人情報をホームページに掲載しているほか、県の委託を受けた山梨県ナースセンターの研修として、訪問看護師養成研修会・訪問看護師継続研修会等の各種研修を実施して訪問看護師の資質向上等に取り組んでいます。

5) 介護支援専門員についても、在宅医療との連携に関して県・市町村・県介護支援専門員協会における研修をとおして普及していますが、平成 25 年度には、国において医療との連携に関する研修カリキュラムを充実させるための告示等の改正が予定されているため、平成 27 年度からの新カリキュラム施行に向け、研修講師の養成等の準備が望まれます。

6) その他、県理学療法士会・県作業療法士会・県言語聴覚士会では、それぞれ在宅医療推進等に関する研修を実施しているほか、訪問リハビリテーションの継続発展や3土会の相互連携等を目的に平成 24 年に設立した「県訪問リハビリテーション協議会」として訪問リハビリテーション実務者研修等を実施しています。

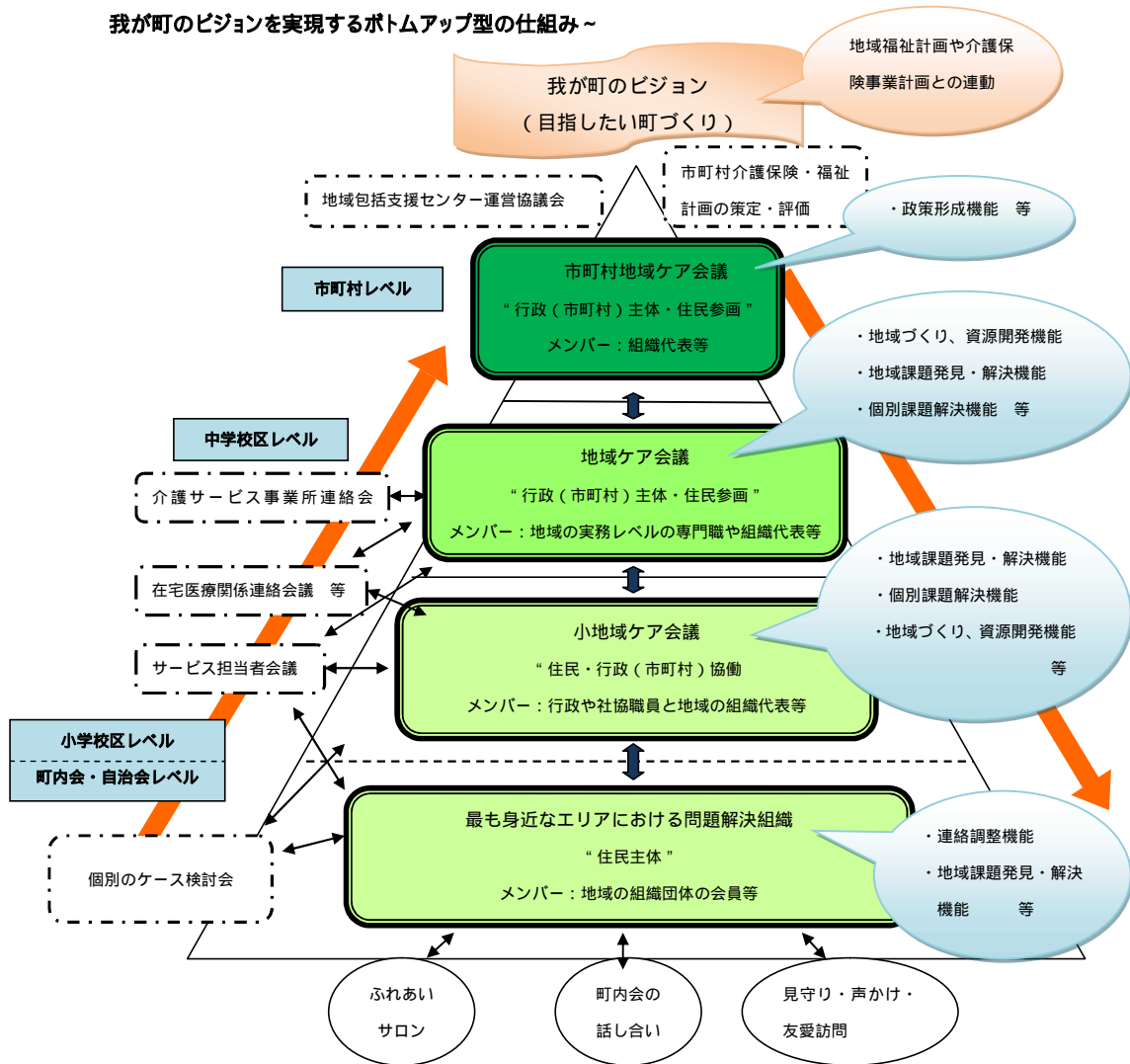
また、県栄養士会でも訪問栄養指導の普及に取り組んでいるほか、様々な職種での取り組みが進められています。

I) 地域ケア会議の普及と効果的实施

- ・地域ケア会議については、平成 26 年の介護保険法改正により、適切な支援の検討等を行うため市町村における同会議の設置が法的に位置づけられる予定です。
- ・地域ケア会議の確実な実施により、多職種が連携・協働してケア方針を検討すること、地域のニーズや社会資源の的確な把握・検討等により、個別課題から地域課題へ繋げる取り組みが推進され、高齢者が地域で生活しやすい環境を実現することが期待されます。

『各圏域により実施する地域ケア会議と地域ケア会議間の関係』イメージ図

～住民の気づきや発見、個別の課題を地域課題に変換し、政策形成につなげ、
我が町のビジョンを実現するボトムアップ型の仕組み～



市町村等は、地域の実情（地域資源等）に応じて、生活圏域の設定や会議の機能等、有機的な相互関連が実現できるように、地域ケア会議やその他会議等を組み合わせた体制をつくるのが重要です。

必ずしも、地域ケア会議という名称を用いる必要はありません。

（平成 25 年 3 月 地域ケア会議等推進のための手引き（山梨県）から）

- ・市町村では法定化をにらみ、これまでの取り組みの整理や充実を視野に、わが町における地域ケア会議の運営方針の明確化、地域課題解決のための検討の場の設置、関係部局・機関・多職種との連携等を重視し、個人支援の充実と地域の基盤整備を目指す必要があります。
- ・県では、地域ケア会議を推進するため多職種や有識者による研究会の開催や手引書の作成、その手引書の活用についての圏域単位での研修会の開催、アドバイザーの派遣などの支援を行っておりますが、今後もその推進を図っていきます。

- ・更に、メンバーとなる多職種に地域ケア会議の意義や協働の重要性等について理解してもらうため、県・市町村における多職種が協議や研修を実施する場やそれぞれの職種における各種研修等を活用し、連携、協働できる環境づくりを図って参ります。

オ) 人材の確保と資質の向上

- ・県では平成 24 年度に策定した地域保健医療計画に基づき、医師数や在宅看取りを実施している病院・診療所数、在宅療養支援歯科診療所数、訪問看護ステーション従業者数（24 時間体制）等に数値目標を設定していることから、その数値目標の達成等に向け人材確保対策に取り組んで参ります。
- ・また、資質向上のための研修（地域包括支援センターに対する研修、介護サービス事業者や介護支援専門員等への研修、医師に対する認知症への対応力向上のための研修等）にも積極的に取り組んでおり、これらの研修の中で多職種連携の重要性等についても理解促進に努めて参ります。
- ・特に、在宅医療を担う人材を確保・育成するため、平成 24 年度には国が養成した都道府県リーダーを活用し、地域リーダーを育成しており、平成 25 年度以降はこの地域リーダーを活用して各圏域で研修を行い、在宅医療の人材とともに、医療面にも目配りのできる介護人材の確保・育成に取り組んで参ります。
- ・更に、それぞれのリハビリテーション専門職を市町村の地域ケア会議や介護予防事業等に活用するための仕組みづくりとして専門職の人材バンクである「PT・OT・STバンク」を設置運営するとともに、これらの専門職の合同研修会の実施等により、各職種の資質向上と相互理解を促進して参ります。
- ・また、例えば、中北保健福祉事務所（中北保健所）の「想いのマップ」の作成・活用のように保健福祉事務所（保健所）ごとに独自に工夫をした多職種連携の資質向上のための取り組みを進めています。この想いのマップは、療養生活を送る本人が、これまでの生き方や今後の人生への望みなどを記し、療養者が最後まで自分らしく生きられるような支援に役立てるものであり、今後、専門職が活用法を学ぶ研修会の開催等により支援者が本人の想いを引き出すための技術支援や資質向上を図るものです。
- ・市町村でも、例えば、甲府市の各地域包括支援センターの主任介護支援専門員を中心とした情報交換会・研修会の開催や地域の介護支援専門員が随時使用できる「利用者連絡票」の作成・提示、北杜市の地域ケア連絡会の開催、中央市の医療機関と協働した医療・介護資源マップ作成、大月市の市内の介護支援専門員との定期的な勉強会などの取り組みが実施されていますが、今後とも多職種の連携を中心的に推進する主体としての役割が期待されます。
- ・また、各関係団体（職種）でも、「ウ）在宅ケアを支える医療・介護チームの構築」に記載した取り組みを含め、多職種が参加する研修等が積極的に行われています。

- ・上記のような各関係団体や専門職の資質向上に加えて、県民一人ひとりに対して、本人中心の医療・介護が行われるためには「まず本人がどのように生きていかを考えること」が前提になるという意識も持っていただくことが必要であり、また「生き方」を考えられるような周囲の支援や環境作りも必要となります。
- ・このため、県・市町村・各関係団体が様々な機会を通じて県民に対してアピールするとともに、前述の地域ケア会議等を通じて支援のあり方を検討して参ります。

(3) 連携ツール活用の提案

「4 連携強化に向けた対応方針」を踏まえ、多職種協働による円滑な連携を進めるため、医療・介護連携ツールの標準様式として次の3種類のシートを提案いたします。

私の暮らしのシート (様式1)

山梨県医療・介護「連携」シート (様式2)

山梨県医療・介護「連絡」シート (様式3)

もちろん「ツールありき」ではなく、重要なのは「専門家の視点」のみならず、「本人を中心とした」の医療・介護サービスを実現することであり、ツールはそのための一つの手段であることは言うまでもありません。

しかし、個人の努力やネットワークのみに頼ることなく、「仕組み」として連携を推進するためには、連携シートの活用は効果的であり、平成25年度に県内2つの市(南アルプス市、大月市)における上記3種類のシートの試用及び本人を含めた関係者へのアンケートの集計結果によっても、その有効性が裏付けられています。

(アンケートの集計結果については、別添参考資料を参照してください)

なお、この連携ツールは、あくまで標準様式として示していますので、今後更に別の様式を活用しようとする場合等に、その活用を妨げるものではありません。

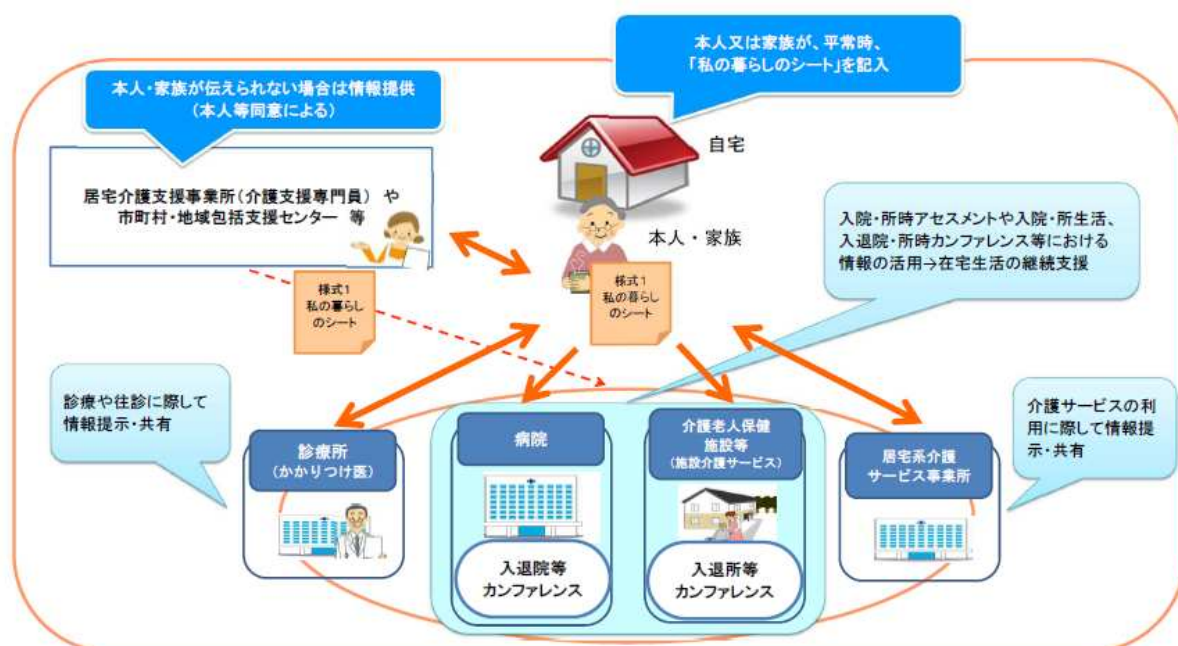
また、この連携ツールは紙(電子ファイルも県HPにて提供)での運用としていますが、将来的にはICTの活用によるシステム化も想定されるところです。

既に様々な医療機関や介護サービス事業者等が情報共有システムを活用していますが、現在は異なる情報共有システムを利用している機関・事業所間で情報共有ができない状況です。

国では、平成24年度から「在宅医療と介護の連携のための情報システムの共通基盤のあり方に関する調査研究」を実施していますので、今後の介護・医療に関する情報システムの標準化の動きにも注視して参ります。

ア) 私の暮らしのシート（様式1）

「私の暮らしのシート（様式1）」の活用イメージ～本人の想いや暮らしをつなぐ情報共有（在宅生活の継続）～

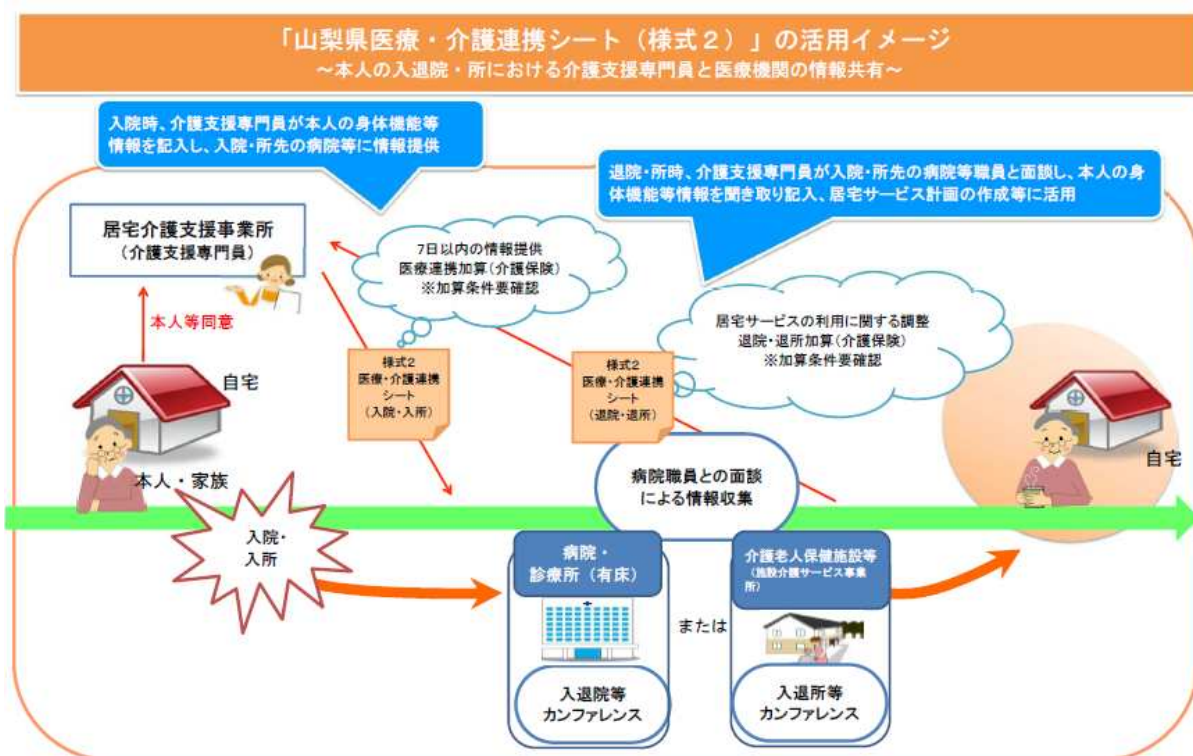


このシートは、本人の今までの生活の情報を含め、これからどのような生活をしていきたいのか等をまとめた本人の意思表示を支援するためのシートです。シートの記載は本人が行うことが望ましいと思いますが、状況により家族や介護支援専門員等が適切な支援をしていただきたいと思ひます。

シートには、本人の生活状況や暮らし方に対する想いを具体的に記載できるようになっています。例えば、暮らしの様子では、長年親しんでいる習慣や好み、気持ちの確認として本人の不安や苦痛、暮らしたい場所、ターミナルや死後についての願ひ等が内容として含まれています。

このシートは本人の生活に関する情報を集約・管理するファイル等に綴って、本人が医療機関を診療する際や介護サービスを受ける際に適宜持参（又は在宅診療する際の医師・訪問看護師や訪問介護事業者等に自宅で提示）し、関係者に情報提供することにより、本人の希望する生活や治療等を関係者が理解し、よりよいサービスにつなげることを目指しています。

1) 山梨県医療・介護「連携」シート（様式2）

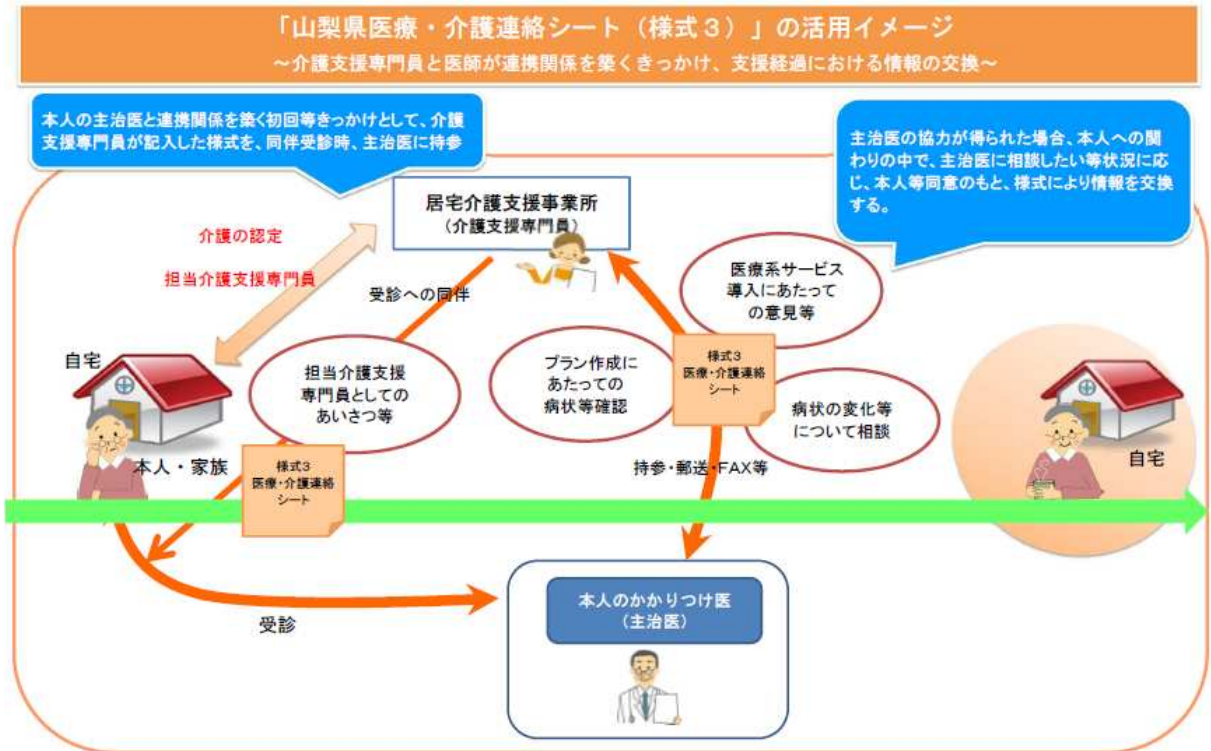


このシートは、病院等の入院医療機関（又は介護保険施設）に入院（又は入所）する際に介護支援専門員が情報提供し、退院（退所）日が決まった後に入院医療機関等から介護支援専門員が情報を入手するために使用するもので、記載は介護支援専門員が行います。

まず、入院（入所）の場合には、介護支援専門員がこのシートを入院医療機関等へ持参（又は送付）し、本人の入院前（入所前）の情報を提供し、入院医療機関等はカンファレンスや病棟等への情報提供に活用します。

また、退院（退所）の場合には、介護支援専門員が入院医療機関等へ出向いた上で、本人に関する退院時（退所時）の身体の状態等に関する情報を入手して、このシートに記録し、退院（退所）後のケアプランに役立てることとしています。

ウ) 山梨県医療・介護「連絡」シート（様式3）



このシートは、主治医等と介護支援専門員が相互に連絡をとりあうために使用するものです。

本連携指針では、主治医等と介護支援専門員とが「顔の見える関係」を構築した上で情報交換が行えるよう、シートを活用する初回に本人の診療に同行する方法を併せて提案しています。

ケアプランを作成するにあたっての病状等の確認や訪問看護、通所リハビリテーション等の医療系サービスの利用にあたって主治医の意見、病状の変化等についての相談を求める必要がある場合などに介護支援専門員から情報提供を依頼する場面で活用できると思います。

< 今後の普及方策 >

- 1 県では、ホームページで標準様式ファイルや記入要領等をダウンロードできるようにし、平成26年度から新たに設置する「地域包括ケア推進協議会」で実態調査や様式修正の検討等を行うとともに、県が主催する各種研修等において周知を行います。
- 2 市町村では、地域ケア会議や医療・介護の関係者の連携を図る協議会等の多職種で協議できる場において円滑な活用についての協議等を行うとともに、住民等への周知にも努めます。
- 3 各関係団体（職種）では、各職種及び多職種を対象とした研修等において周知等を行います。

【私の暮らしのシート（様式1）の普及イメージ】

1 県

- ・私の暮らしのシート及び内容説明チラシを次の関係者へ通知するとともに、県ホームページに電子ファイルを掲載。各種研修での周知。
<通知先>
市町村、医療機関、介護保険施設、居宅介護支援事業所等
- ・地域包括ケア推進協議会で実態調査、様式修正等の検討。

2 市町村

- ・多職種協議の場で円滑な活用等を検討。
- ・住民への周知方法としては、65歳到達による介護保険被保険者証の送付時や要介護認定による(更新を含む)結果の通知時等を利用することが考えられる。

3 本人・家族

- ・できるだけ要介護状態になる前に、家族・友人、支援者などの支援を受けながら可能な限り本人が私の暮らしのシートを記載(特に「本人の気持ちの確認欄」)し、家族等が本人の想いを共有。
- ・要介護状態になった場合には、改めて家族等の支援の上で私の暮らしのシートを記載(前に記載してあるときは内容を更新)し、医療機関や介護サービス事業所等に提示し、本人の生活や想いを伝えることにより、その後の医療・介護の参考としてもらう。

4 介護支援専門員等の支援者

- ・要介護状態になった方のケアプラン作成や医療・介護サービスの提供にあたり、本人・家族が記入した私の暮らしのシートがあればその内容を参考とする。
- ・記入したシートがない(又は追加、修正が必要な)場合は、記入を促すとともに、支援者が適切にアセスメントしながら記入を支援。

連携シート(様式2)、連絡シート(様式3)についても、県は上記と同様に関係者にシート等を通知するため、使用にあたっては、各介護支援専門員が県ホームページから様式をダウンロードして使用することを想定。

(別添) 標準様式

私の暮らしのシート (様式1)

山梨県医療・介護「連携」シート (様式2)

山梨県医療・介護「連絡」シート (様式3)

山梨県介護・医療連携推進協議会設置要綱

山梨県介護・医療連携推進協議会委員名簿

ホームページ掲載アドレス

<http://www.pref.yamanashi.jp/chouju/chiihoukatukea.html>

山梨県ホームページトップページの「サイト内検索」に「地域包括ケアの推進」と入力し、検索してください。

「地域包括ケアの推進」の見出しの後の「医療と介護の連携の推進」で紹介しています。