

② 関係機関等との連携強化

【業務内容】

- 在宅医療・介護連携推進に係る会議・研修・普及啓発に対して参加・協力

《区役所との連携》

各区役所の担当者と地区医師会等と一体的になって進めていく必要があると考えます。

そのため、コーディネーターは各区役所の担当者と本事業の方向性等も含めて、様々なことを話合える関係性を築きます。

また、区役所が担う(ア)(イ)(カ)(キ)の事業項目についても本事業を推進するにあたって協力します。

『市区町村が中心となって、地域の郡市区医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係団体の連携体制を構築することが重要である。』

厚生労働省高齢老人保健課 在宅医療・介護連携推進事業の手引きより

《医療・介護に関する会議に参加》

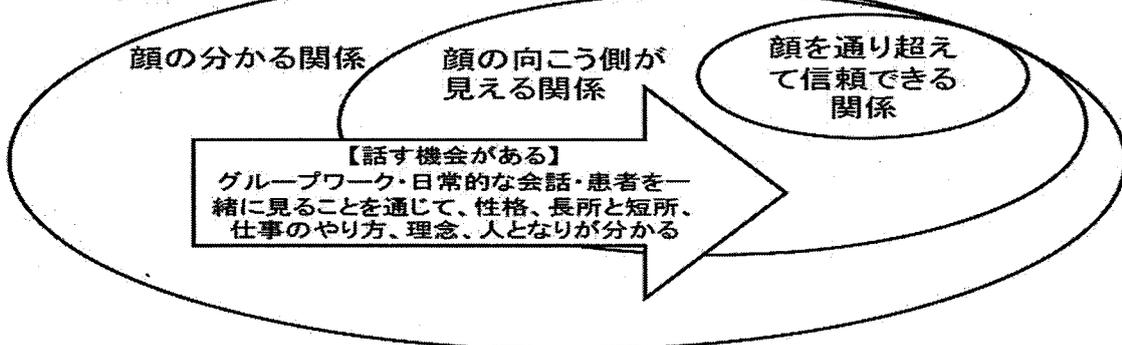
- ① 区内の医療・介護に関する会議（区によって異なる会議や会議名があるため、区役所の担当者に確認を行う）に出席します。
- ② 地域支援事業「イ：在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策」にあたる会議を区役所が実施しているため、その会議や研修に参画し、区役所の事業担当者と積極的に連携を図ります。
- ③ 地域包括支援センターが開催する『地域ケア会議』に参加し、在宅医療・介護連携の観点よりケースを捉え、地域の課題を認識し、地域における在宅医療・介護連携の課題を共有化します。

ポイント

- 「顔の見える関係」を構築する。
～相談・連絡は電話より顔を見て行うことがオススメ！～
- 会議に参加し関係者との情報共有を図る。
- 相談支援室のPRも行う。

参考

顔の見える関係



顔の見える関係と連携との関係

顔が分かるから安心して連絡しやすい
役割を果たせるキーパーソンが分かる
自分の対応を変えることでやりやすくなる
同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる
親近感がわく
責任のある対応をする



【緩和ケア普及のための地域プロジェクト（厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究）】

③ 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築に向けた推進

【業務内容】

- 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を構築

「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」を構築することが、業務活動の中でも特に大きな項目です。各区の実情に応じた在宅医療・介護の提供体制に向けた取組を検討する必要があります。

「切れ目のない」
とはどのような
状態を意味する
のでしょうか？

患者さんが、入退院など転帰するときや自宅療養中に容態が急変したとき等必要に応じて適切なサービスが常に提供されるような状態と考えます。また、地域において、在宅医療・介護のサービスが滞りなく提供されるための社会資源の確保や整備、医療・介護職種間でのスムーズな連携体制がそれぞれ単発のものでなく、次々とつながっていきけるような関係性を保持することが必要であると考えます。

《在宅医療体制の構築・連携》

相談支援室が把握した区内の医療機関の現状や、区役所や、関係機関等が開催する会議等の内容を踏まえ、区内において、在宅医療の需要と供給はどのような状態にあるのかを確認し、状況に応じた必要な対策を進められなければならないということになります。

1：医療機関との連携

区内の病院連絡会などの医療機関間の連携状況や会議などの有無を確認します。また、診療所間の連携状況を把握します。

- ① 区内の入院施設のある病院の退院支援の現状を把握し、退院支援しているスタッフと現状について話し合える場を設けます。
- ② 地域の医療・介護関係者の日ごろの課題を病院側に伝えていき、課題解決のために、緊急時のバックアップ体制や空床情報の把握、休日・夜間の受け入れ体制、患者の病状に応じた病床確保等について病院に働きかけます。
- ③ 診療所間の在宅医療に関する課題のうち、主治医・副主治医制、主治医のグループ化など在宅医が疲弊することがないような体制づくりを検討します。（必要時には医師を対象にした研修会等を企画する）
- ④ 大阪府在宅医療コーディネータ（大阪府基金事業）と役割分担します。
- ⑤ 病院との連携においては、必要時は入退院時の支援マニュアル等を作成するなどルール化を行います。

2：訪問看護ステーションとの連携

訪問看護ステーションとの連携を強化し、地域の実情に合わせた連絡体制等を検討します。

- ① 訪問看護ステーション連絡会等に出席し、医療・介護の体制や連携について、訪問看護師と意見交換する場を設けます。
- ② 地域の医療・介護関係者の日ごろの課題を共有し、課題解決に向けて、訪問看護師と検討します。
- ③ 大阪府訪問看護ステーション協会の教育ステーションとも連携を図ります。

3：歯科医師・歯科衛生士との連携

口腔衛生の観点の上でも歯科・医科連携は重要であり、在宅歯科ケアステーション等区の実情に合わせた連携体制を構築します。

- ① 在宅歯科ケアステーションと連携します。
(例：歯科診療を希望する患者が歯科のない病院に入院している場合や入退院時にかかりつけ歯科がない場合に在宅歯科ケアステーションにつなぐ)
- ② 歯科治療の有無や連携状況を確認し、歯科治療が切れないよう、医師や介護関係者に口腔ケアの観点について働きかけます。
- ③ 口腔機能の評価・清掃状態・歯科治療の必要性の有無などは、介護認定やケアプラン作成時にチェックされることが少なく、それらに十分反映されないことが多いため本人同意が得られれば、早期に歯科医師・歯科衛生士に介入の必要性を判断してもらうよう働きかけます。

4：薬局・薬剤師との連携

服薬情報の一元的・継続的な管理等において、かかりつけ薬局・薬剤師との連携も図る必要があります。

- ① 第三者の服薬管理が必要なケースを判断し、必要時はケアマネージャーにサービスプランとして反映してもらうなどの必要性を伝えます。
- ② 服薬に関する患者の状態（理解力、嚥下機能、身体能力）に応じ、医科・歯科、訪問看護、介護関係者との情報共有のための連携を図ります。

《医療と介護の連携構築》

- ① 医療と介護との連携については、在宅療養を行う高齢者を支える関係者が「他職種連携による患者支援チーム」になって支援していく意識の醸成が必要です。そのためには、相談支援室が「橋渡し役」となり、関係者間の「顔の見える関係」を構築していくことが重要です。
- ② 病院に入院時の医療（かかりつけ医等）・介護側からの病院側への情報提供、病院から退院時のカンファレンス等の情報交換の場、在宅生活における医療・介護関係者の情報交換の場など、随時情報交換が行える体制づくりに努めましょう。
- ③ 在宅医療側の団体や会議、介護側の団体や会議がお互いの課題（日ごろの困りごと等も含めて）に関する研修等を一緒に行う等情報や課題の共有化を図りましょう。
- ④ 区役所が行う（イ）の会議において在宅医療・介護連携における課題を協議していきましょう。

ポイント

- 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制について地区医師会、病院連絡会等と課題を共有し、解決策等について協議する場を設ける。
- 各医療関係者と介護関係者との橋渡しを行う。

④ 医療・介護関係者の情報共有の支援

【業務内容】

○ 情報共有シート等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援

- ① 各区において医療・介護関係者が従来から使用している「情報共有ツール」があるか確認し、活用状況を把握します。
- ② 医療・介護関係者双方の意向を反映した内容や情報共有方法になっているのか検討します。
- ③ 既存のシートがなければ、関係機関と相談した上で用途を明確にし、簡素化・統一化した「情報共有ツール」を作成します。
- ④ 作成した「情報共有ツール」や既存の情報共有ツールが幅広く活用されるよう説明会の開催や手引き（マニュアル等）等の配布などの導入支援を行い、ルール化し関係機関に十分周知・説明します。
- ⑤ 個人情報を取り扱うため各関係機関が個人情報管理に対する認識を深め、意識向上に努めます。
- ⑥ その活用状況をアンケート等により定期的に把握、評価し、その結果を踏まえた改善を図る。

【モデル区が使用している情報共有シートの例】（参考資料①～④）

- ① 「医療・介護連携シート」：ケアマネージャーが主治医と連絡をとる際に使用
- ② 「転帰シート」、③ 「紹介患者状況把握シート」：かかりつけ医からの紹介で入院した患者が転院や退院する際に情報を把握
- ④ 「入院時情報提供シート」：入院時患者情報をケアマネージャーから医療機関に情報提供

④ 評価・改善

1) 活動の評価について（目標・計画・活動を見直します。）

定期的に活動や成果を振り返り、評価を行います。

活動を評価するための大切な指標の一つが報告書になります。活動の振り返りの意味もあります。

《視点》

- 活動の成果が得られているか。（目標は達成できたか。）
- 目標は適当であったか。
- スケジュール（計画）は適切であったか。

- ・ 3半期（4月～7月、8月～11月、12月～3月）を目途に活動状況の振り返りを行います。最低でもその時期に合わせて、法人内で振り返り・評価を行ってください。
- ・ 振り返りを行い、目標や計画の修正・改善を行い、さらに活動を継続します。
- ・ 年度末には当年度の活動から得られた課題等をもとに翌年度の活動計画に反映させます。
- ・ 法人内において、定期的に活動状況を報告することも必要です。

ポイント

- チェックリストを用いて活動状況の進捗確認を行う。
- コーディネーターの活動の振り返りを受託法人内において、定期的（月報を提出する際等）に行う。

4. 様式

報告書については、毎日記録を記載し、定期的に健康局に提出します。

その際には、必ず受託法人の責任者にも確認していただき活動内容の経過等を共有してください。

(1) 契約締結後すぐに提出するもの（契約締結後14日以内）

- ・【様式1】業務従事者届（【様式17】履歴書と共に資格要件を確認できる証明も必要）
- ・【様式2】誓約書

(2) 毎月提出するもの（月末業務が終了後速やかに）

- ・【様式3】実績報告書（月報）※
- ・【様式4】実績報告書（日報）※
- ・【様式5】活動記録票（随時）
- ・【様式6】相談シート
- ・【様式7】会議等報告書
- ・【様式8】研修等報告書

提出方法

※ (2) 様式3：メールと郵送

様式4：メール

以外は郵送または持参

(3) 3か月以内に提出するもの

- ・【様式9】年間計画表

(4) 4か月に1回提出するもの

- ・【様式10】実績報告書（三半期分）
- ・【様式11】収支報告書
- ・【様式12】支出内訳

(5) 各年度終了後に提出するもの（契約期間終了後速やかに）

- ・【様式13】業務完了通知
- ・【様式14】事業実施報告書
- ・【様式15】事業従事者研修実施報告書
- ・【様式11】収支報告書
- ・【様式12】支出内訳

(6) その他（事実が発生した際、随時提出するもの）

- ・【様式16】業務従事者変更届（その都度）
- ・【様式17】履歴書
- ・【様式18】指示・承諾・協議書（事実が発生した際に使用）
- ・【様式19】再委託承諾申請書（事実が発生した際に使用）
- ・【任意様式】成果物（現状把握の資料、リーフレットやピラ、区内の医療・介護関係のリスト、医療・介護の実態調査等）

(7) 検査終了後提出するもの

- ・【様式20】請求書

【提出先】

〒530-8201 大阪市北区中之島1丁目3-20

大阪市健康局 健康推進部 健康施策課

TEL : 06-6208-9940

E-mail : fc0004@city.osaka.lg.jp

注意!

当該業務が完了した日の属する年度の
終了後5年間保存すること

5. その他

1) 在宅医療・介護連携支援コーディネーター連絡会及び研修会について

- ・毎月開催する『コーディネーター連絡会』に出席し、各区の医療・介護に関する現状把握や取組み内容等の情報交換を行い、スキルアップを図ります。
- ・連絡会における課題等について必要な資料の提出を行い、他区のコーディネーターと情報・意見の交換をします。

2) 学会発表等本事業に関する外部への報告について

- ・医療・介護に関する学会発表等を行う際には、事前に健康局に報告・相談します。

3) 区役所との連携について

- ・区役所が中心となって行う (ア)・(イ)・(カ)・(キ) についても、内容等の企画や運営についても区役所の実務者と積極的に情報共有を行うなど連携を図ります。
- ・コーディネーターは、地域の医療と介護の橋渡し役として、地域の在宅医療・介護連携における課題について在宅医療・介護連携推進事業の区役所実務者と情報共有を行う。

【モデル区の情報共有シート】

1

発行日：平成 年 月 日

医療・介護連携シート
ケアマネジャー→医師

医院・クリニック
診療所・病院 先生へ

下記のご利用者の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。サービス提供はもとより、ご利用者様の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。

ご利用者	様	<input type="checkbox"/> 返信ください <input type="checkbox"/> 報告まで
------	---	--

- 1.担当になった事のお知らせです。
- 2.ご相談したいことがあります。
- ケアプラン作成時の意見について
- 利用者の医療・介護・病状の意見、指示について
- サービス担当者会議における意見または開催について
- 福祉用具貸与(購入)における意見について
- 医療系サービス導入における意見・相談について
- 別紙参照
- その他

医師にケアマネジャー

連絡事項

1回分

【居宅介護支援事業所】	【担当】
【TEL】	【FAX】
【担当者携帯番号】	【Email】

H27 改訂版 東成区医師会承認済み

2

転帰シート

担当医 連携室の皆様へお願い

この度は、紹介患者 様につきまして以下の点お願いいたたく存じます。

- 転科・転院・退院の情報をお願いします。
- 施設入所を決定する前に、必ずご一報をお願いします。

東成区医師会では、地域完結型医療を目指しております。将来在宅医療へ移行することを踏まえて、転院の際はできれば可能な限り東成区内の病院と連携をお願いいたします。転院が必要となった際は医師会連携室にご連絡いただくことで、区内病院と連携し転院受入可能病院を速やかにご案内いたします。施設入所の場合も、同様に相談対応させていただきます。医師会在宅医療・介護相談支援室より、情報照会が参りましたらご返答をお願いいたします。

*皆様のご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願いたします。

東成区医師会
会長 中村 正廣

在宅医療・介護連携相談支援室

3

紹介患者状況把握シート 大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談窓口

<紹介先>

紹介者区分 外来紹介 入院紹介 その他 紹介日 平成 年 月 日

ご紹介医療機関 病院 科 先生

<紹介元>

貴院名 主治医

退院時の対応 自院対応(在宅・通院・どつでも可) 両者の相談により決定
 その他希望

医師会から連絡方法 Fax E-Mail 電話 その他
 カンファレンスに医師会コーディネータの参加を希望する 希望する

<患者情報>

フリガナ 患者氏名 性別 男性 女性

生年月日 明治 昭和 平成 年 月 日 歳

患者住所 大阪市東成区

介護保険利用 申請中 認定あり 認定不明 ケアプラン ケアマネ

特記

個人情報の使用に当たっては患者様の同意を得ております。

* 病院ご担当者様へ、お手数ですが、紹介患者様が移動される際には、以下を記入いただき東成区医師会在宅医療・介護連携相談支援室までご返信をお願いいたします。

FAX 06-4306-3829

<患者転帰>

移動期日 平成 年 月 日

転帰 転院 退院 入院 その他 ()

転院先 病院・施設 科

<相談支援室 記入欄> 受付

経過記録

日時 支援経過検討内容などの記録

27年 月 日 個人情報使用についての同意を確認。

27年 月 日

27年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

ケース会議等の記録 (詳細な記録については、別途保管)

開催日 参加者 備考(方針等)

年 月 日

年 月 日

4

入院時情報提供書 (在宅介護支援事業所・病院・診療所)

御中 作成日 平成 年 月 日

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

基本情報

性別 男性 女性 生年月日 M S 年 月 日 (歳)

住所 自宅電話番号 (02) -

家族氏名 続柄 同居の有無 同居

世帯状況 単身世帯 二人暮らし等 その他の世帯 ()

住居形態 一戸建て マンション・アパート等 団地の有無 (有り 無し)

入院理由

生活状況

介護保険等情報

要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中 年月日-年月日

サービス利用状況 訪問介護・訪問看護・訪問診療・訪問リハビリ・通所介護・通所リハビリ・ショートステイ・福祉用具貸与・その他 ()

障害者認定 身体 (障害名) 身体 () 精神 () 障害 (有・無)

疾患及びADL情報

障害高齢者の日常生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 ⑤ I E a II b III a III b IV M

現病名・既往歴

食事 ① 自立 2 異食等 3 一部介助 4 全介助

形態 主= ⑤ 男・ミキサー等 副= ⑤ ソフト食・ムース食・ミキサー等

排泄・排泄 1 自立 2 異食等 ⑤ 一部介助 4 全介助

排泄 1 あり 2 とさどき 3 せれにあり ⑤ 無し

歩行 ⑤ P・トイレ・おむつ・カテーテル等

上肢の機能 1 自立 2 見守り (介護者の援助含む) ⑤ 一部介助 4 全介助

下肢の機能 1 自立 2 見守り (介護者の援助含む) ⑤ 一部介助 4 全介助

移動 1 つが乗らす形 ⑤ 両ひづかれば可 3 でできない

移動 1 自立 ⑤ 見守り (介護者の援助含む) 3 一部介助 4 全介助

歩行 (室内) 履物= ⑤ 杖・90度・杖・歩行器・車いす・その他

認知症等の症状

退院に向けてのお願い

1) 退院が決まり次第、ご連絡をいただければ幸いです。

2) 必要に応じて退院時の情報提供をお願いいたします。

事業所名

担当氏名

電話番号

FAX番号

【行政の役割】

事業をすすめるにあたり、行政との連携は欠かせません。コーディネーターの各業務をすすめるために区役所と一体的に課題の共有など医療・介護連携体制の構築をすすめていきましょう。

「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業報告書」より一部改変

「相談支援事業」の全市展開に向けた、現時点における区役所・健康局の役割を以下に整理しています。

I：区役所の役割

「相談支援室」の設置・運営については、平成27年度の東成区でのモデル実施の結果を踏まえ、平成28年8月から11区において、平成29年度からは全区において実施する予定としている。区役所としては、これまで培ってきた医療・介護関係機関との連携に係る取組についてのノウハウを生かし、「相談支援室」の業務内容を十分に理解したうえで「相談支援室」の業務をバックアップすると共に連携を強化し、各区の地域特性に応じた取り組みを推進する。

〈区役所の相談支援室との連携の例〉

- (ア)：区役所が既に把握している在宅医療・介護の連携に関する地域の社会資源等の情報を整理し、「相談支援室」と共有する。
- (イ)：区役所が開催する「在宅医療・介護連携推進事業」の協議の場に「相談支援室」のコーディネーターに参加を促し、課題や解決方法等についての情報を共有する。
- (ウ)：「相談支援室」に対して、在宅医療・介護連携推進に必要な情報を提供し、各関係機関との関係づくりを図るための支援をする。
- (エ)：医療・介護関係者の情報共有を図るための「情報共有シート」等の内容や活用方法等について、会議等で双方の評価・改善を図っていく。
- (オ)：「相談支援室」の相談事業に協力するための区役所における窓口を整理するとともに、「相談支援室」のコーディネーターだけでは対応しきれない支援が難しい事例への対応について区役所も協力する。
- (カ) (キ)：互いの職種の役割を明確にし、「顔の見える関係」を築くために、各区が実施する多職種の研修や地域住民への普及啓発に関する検討会に「相談支援室」も参加、協力できるようにする。

II：健康局の役割

健康局は、「大阪府保健医療計画（地域医療構想）」や「大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」に基づき、各区における在宅医療・介護連携の取り組み状況を把握し、施策の進捗状況を確認し、目標達成に向け、積極的に区役所を支援する。

健康局においては、各区で出てきた広域的な課題等を集約したうえで、「大阪市在宅医療・介護連携推進会議」を開催し、区間や他市との連携についての問題提起や制度設計などの検討を行う。

また、各区間の情報の共有や職員・受託法人（コーディネーター）のスキルアップを図るための取り組みを行う。

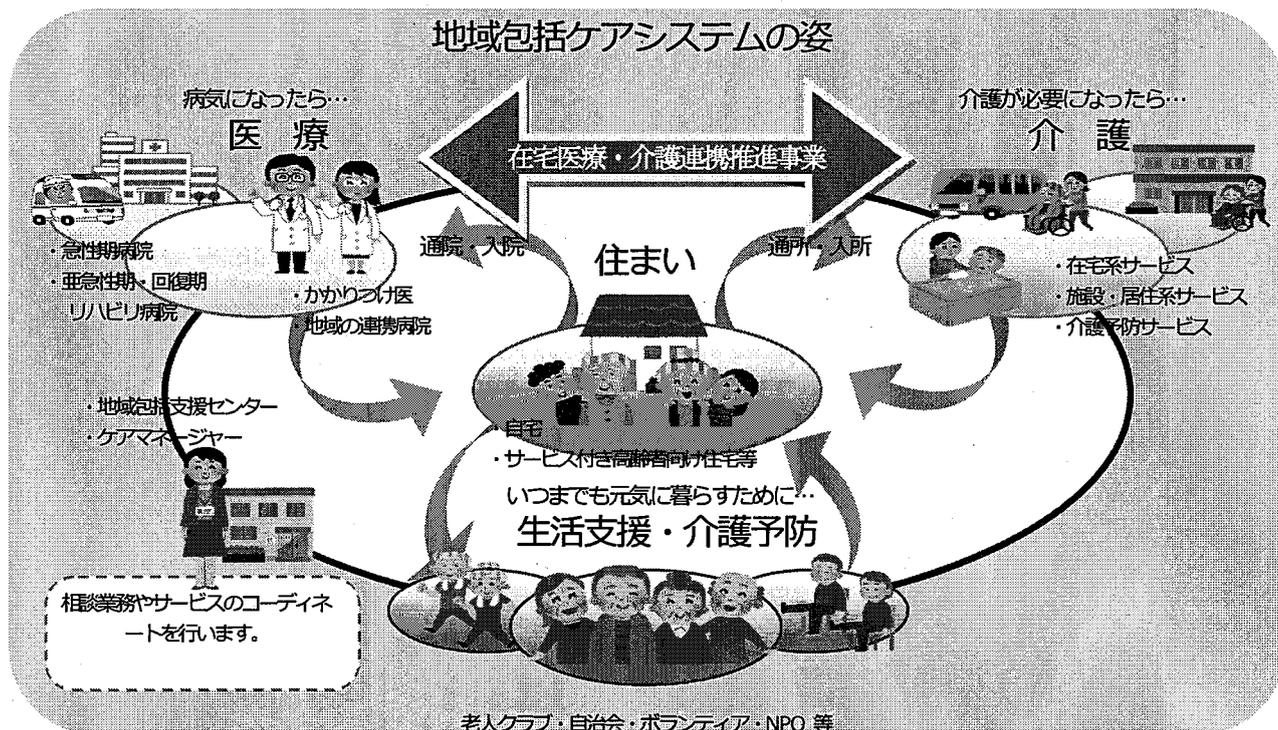
【取組内容】

- ・各区担当者を対象とした実務者研修会（年2回） ・大阪府及び府医師会実施の研修会への参加・協力
- ・在宅医療・介護連携に関するホームページの作成 ・大阪市在宅医療・介護連携推進会議の開催
- ・在宅医療・介護連携相談支援室の設置・在宅医療 ・介護連携相談支援コーディネーター研修会の開催
- ・在宅医療・介護連携相談支援コーディネーター連絡会の開催（毎月）
- ・在宅医療・介護連携支援コーディネーター手引き書の作成 ・関係部局との連絡調整
- ・関係部局との連絡調整 ・国及び府や関係各所からの情報について、各区へ情報提供 等

【地域包括ケアシステムについて】

わが国では、世界に例のないスピードで高齢化が進行しています。

団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年（平成37年）以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれており、2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される『地域包括ケアシステム』の構築を推進しています。

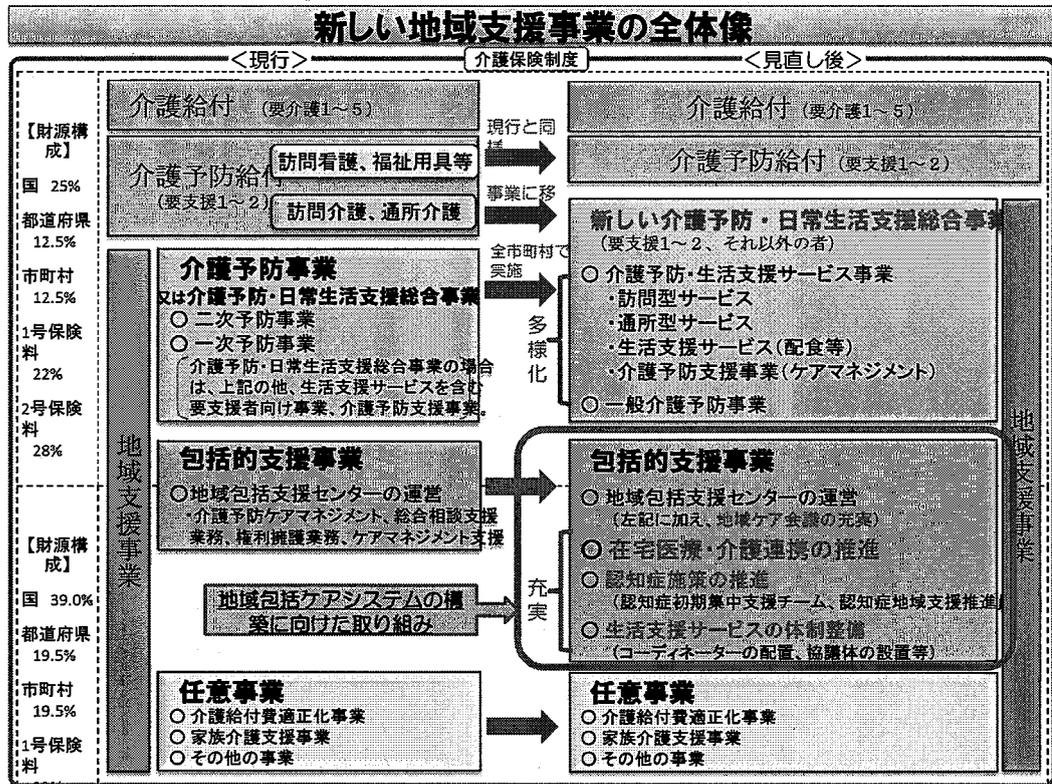


地域包括ケアシステムの大きな柱でもあります医療と介護の一層の連携を推進するために、在宅医療・介護連携推進事業は、平成27年度から介護保険法の地域支援事業に位置づけられ、市区町村が中心となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組むこととされました。各市区町村は、平成30年4月までには次の(ア)～(ク)の事業項目のすべてを実施することとされています。

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

大阪市では、これら(ア)～(ク)の事業項目のうち、(ア)(イ)(カ)(キ)の4項目については各区役所を中心に進め、(ウ)(エ)(オ)の業務については、委託して事業を行うこととしています。今般、11区において、「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業」(以下、「相談支援事業」という)として、行政区を単位に区医師会等の受託事業者による業務委託を行い、専任のコーディネーターを配置した相談窓口「在宅医療・介護連携相談支援室」(以下、「相談支援室」という)を設置することとしました。相談支援室では、医療・介

介護事業関係者からの相談を受け付け、連携調整や情報提供等の業務にあたるとともに、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築や医療・介護関係者の情報共有の支援に向けた取り組みを進めていくこととしています。



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 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～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 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、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的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・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備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。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の実態の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有

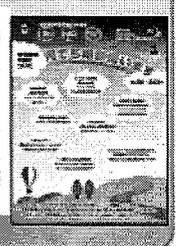


（イ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、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

（ロ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象に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



（ハ）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・介護関係者等が参加する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（ニ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 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。

（ホ）切れ目のない在宅医療と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

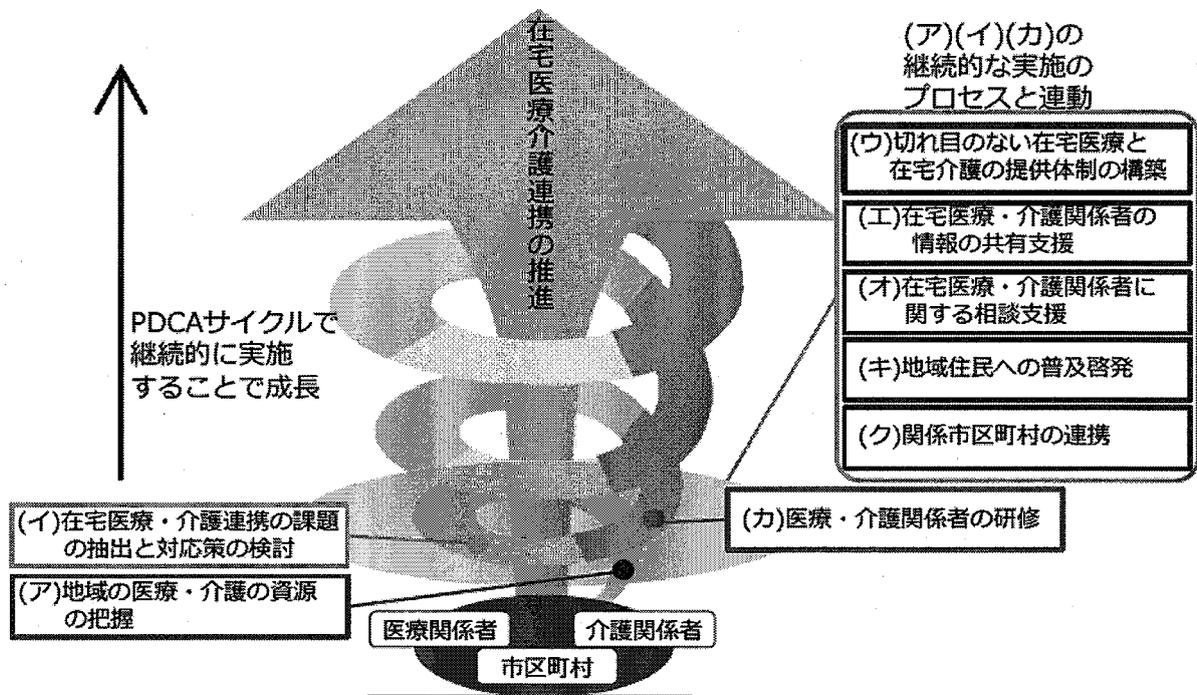
（ヘ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 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

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 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・介護推進事業の進め方イメージ



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