

参考資料②

スマートプラクティス 北海道北竜町

01. 北海道北竜町

北海道北竜町における北空知1市4町の共同事業による取り組み

取り組みの特徴

北空知管内(第2次医療圏)の1市4町(深川市・妹背牛町・秩父別町・沼田町・北竜町)が地域の中核医療機関である深川市立病院内に設置した北空知地域医療介護連携支援センターに在宅医療・介護連携推進事業を委託して、広域的に取り組んでいます。

市区町村の基本情報

- 人口・・・北竜町1,941人(H29年4月1日現在)
・北空知管内32,765人(H29年1月1日現在の住民基本台帳～総務省)

- 面積・・・北竜町158.70km²
- 高齢化率・・・北竜町43.7%
・北空知管内39.7%

- 医療資源
・診療所(無床)1か所
・歯科診療所1か所



日本一を誇る北竜町ひまわりの里

課題

- 北空知管内は少子高齢化、人口減少が急速に進展しており、また、人口比では全道でもっとも多い療養病床・介護施設設定員数となっています。あわせて医療・介護従事者が少なく、在宅医療への対応が十分に整備されていません。

今後地域包括ケアシステムを構築し北空知地域における医療と介護を確保していくためには、1町単独では困難であり広域的に連携して地域医療と介護サービスの提供体制を確保していくことや住民への普及啓発活動を行っていくことが重要となっています。

このため北空知管内では、北空知圏振興協議会民生部会や北海道深川保健所が平成26年度～平成28年度まで設置していた北空知圏域在宅医療推進ネットワーク協議会において協議された課題を引き継ぎ北空知地域医療介護確保推進協議会が設立されました。

01. 北海道北竜町

北海道北竜町における北空知1市4町の共同事業による取り組み

共同事業の目的と取り組むべき内容

- 北空知1市4町は、平成28年3月18日に締結した「北空知における地域医療・介護の提供体制の確保と連携に関する協定書」に基づく広域事業の実施について協議するために、関係市町、保健所、医師会、医療機関、消防組合、介護サービス事業所等の関係機関・団体で構成する「北空知地域医療介護確保推進協議会」を設置しました。
- 協議会では広域的な取組として以下の項目について協議していきます。
 - ①救急医療及び地域医療の確保と連携推進に関する事業
 - ②在宅医療・介護の連携推進に関する事業
 - ③認知症施策の連携推進に関する事業
 - ④介護及び生活支援サービスの確保と連携推進に関する事業
 - ⑤その他地域医療及び介護サービスの確保と連携推進に関する事業
- 協議会を円滑に運営するために運営会議を設置するとともに、専門事項を協議するため次の部会を設置しています。

1. 医療・介護情報共有支援部会

- (1) 地域の医療介護の資源の把握
 - ①医療・介護事業所のガイドブックの作成・HPの開設と公開
 - ②ガイドブックの関係機関への配布と住民周知
- (2) 医療・介護関係者の情報共有支援
 - ①医療・介護連携情報共有シートの作成・ツールの検討

2. 退院調整・在宅生活支援部会

- (1) 切れ目のない在宅医療と介護提供体制の構築推進
 - ①切れ目のない在宅医療と在宅介護を提供するための体制づくり
 - ・急変時診療体制の検討
 - ・夜間・休日診療体制の検討
 - ・在宅での支援体制の検討
- (2) 医療介護連携支援センターの運営・相談受付、関係者の連携調整
 - ①「北空知地域医療介護連携支援センター」の設置と運営
 - ②相談コーディネーターの配置
 - ③各市町地域包括支援センターからの医療・介護連携に関する相談
 - ④退院時の医療・介護関係者との連絡調整、他圏域病院との調整
 - ⑤訪問看護等在宅サービスとの連携調整
 - ⑥認知症施策の検討

3. 多職種連携・地域啓発部会

- (1) 医療・介護関係者の研修会の実施
 - ①医療・介護関係者を対象とした多職種研修会の実施
 - ②地域リハビリテーション活動支援事業の活用
- (2) 地域住民への普及啓発
 - ①在宅医療や介護について講演会等の開催
 - ②在宅医療や介護に関する内容の各市町広報誌やHPへの掲載
 - ③住民向けパンフレットの作成と配布

01. 北海道北竜町

北海道北竜町における北空知1市4町の共同事業による取り組み

平成29年度の取り組み内容

1. 医療・介護情報共有支援部会

- (1) 地域の医療介護の資源の把握
 - ① 医療・介護事業所のガイドブックの作成・HPの開設と公開
 - ② ガイドブックの関係機関への配布と住民周知
- (2) 医療・介護関係者の情報共有支援
 - ① 医療・介護連携情報共有シートの作成・ICT等情報共有ツールの検討

2. 退院調整・在宅生活支援部会

- (1) 入退院支援ルールの検討
医療機関と地域支援関係者がそれぞれ必要な情報をもれなく確実に提供し、また受け取ることができる方法を検討
- (2) 入退院支援研修会の開催(実施場所: 深川市)
地域支援関係者、医療従事者(特に病棟看護師を中心に)を対象に、入院から退院・施設在宅移行が、当事者主体で切れ目なく支援が提供される知識と技術を学ぶことを目的に開催
第1回 平成29年11月3日(金) 89名参加
第2回 平成30年3月16日(金) 予定
- (3) 認知症初期集中支援チームの共同実施
5名のサポート医は広域で確保し、他のチーム員は各市町で確保するが不足する場合は、北空知地域医療介護連携支援センター職員(看護師)を派遣する。
(評価)
それぞれの事業を開始し、動き始めたばかりであるため、今後モニタリングし、北空知地域に合った取り組みをすすめていく必要がある。

3. 多職種連携・地域啓発部会

- (1) 多職種合同研修会の開催(実施場所: 深川市)
地域の保健医療福祉等の機能の異なる医療機関や施設、地域において患者・住民支援に関わる多職種関係職員が互いの役割を確認し当事者支援のために有機的な連携システムをつくるための研修機会を目的とし開催。
平成29年10月14日(土) 105名参加
 - ・活動報告
 - ・CCL(本音で地域連携のあり方を検討する会)の取り組み
 - ・グループワーク「北空知地域の連携のみえる化」
- (2) 在宅療養を考える北空知地域住民フォーラムの開催(実施場所: 深川市)
地域住民が自分や家族の老いや死を自分自身の問題として考える機会となることを目的とし開催
平成29年12月2日(土) 135名参加
 - ・演劇「なかよし老人 ～ぼけても、病気になるっても支え合って地域で暮らす老人の物語～」
 - ・事例紹介「北空知で在宅療養するために」
 - ・意見交換「病気が障害があっても自分らしく生きるために」(評価)
 - ・多職種合同研修会は支援関係者同士のつながりを推進していく機会となり、参加者はこのような機会を求めていることが把握できた。タイムリーに充実した連携を取るために研修会の継続実施が必要である。
 - ・住民フォーラムは地域で初の開催となり、多くの地域住民が在宅療養や看取り、在宅療養時に活用できるサービスについて学び自分のこととして考える機会となった。重たいテーマが地域の劇団の好演技で身近に考える機会となった。

01. 北海道北竜町

北海道北竜町における北空知1市4町の共同事業による取り組み

今後の取り組み方針

- 各専門部会は、必要に応じて小部会に分かれて多職種で検討を行っていますが、今後は以下の取り組みを進めていく予定です。

1. 医療・介護情報共有支援部会

- ・医療機関・介護保険事業所の情報を基本に、医療情報を加えたガイドブックを作成及びHPでの公開を行います。
- ・情報共有の方法について検討します。

2. 退院調整・在宅支援部会

- ・平成29年度検討した入退院支援ルールについて北空知管内で運用し、情報共有内容・方法のモニタリングをすすめていきます。
- ・入退院支援研修会において、当事者主体の切れ目のない支援の必要性を確認し、今後も事例検討を中心に支援関係者の入退院支援技術向上のため取り組みを継続します。

3. 多職種連携・地域啓発部会

- ・当事者支援のためには多職種連携が重要であることから、今後も多職種合同研修会は毎年継続開催します。
- ・地域住民が在宅療養や介護に関して自分自身の問題として考える機会を継続することは必要です。今後も住民を対象とした在宅療養・介護に関する研修会を当町や北空知管内の各市町において開催します。
- ・高齢者虐待に対する地域住民の理解を深める内容についての検討を行います。

スマートプラクティス 青森県つがる市

02. 青森県つがる市

青森県つがる市の取り組み

取り組みの特徴

地域包括ケアシステムの構築にあたり、「医療・介護」、「予防・住まい・生活支援」、「認知症対策」に編成した3組織を基盤に、組織の相互連携と地域の多様な力の結集、地域の特性に応じた作り上げていく過程を重視して取り組んでいる。「つがる市在宅医療・介護連携推進事業」は、市民などへのアンケート調査を土台に、ニーズに基づいた検討等を系統的組織的に進めている。

市区町村の基本情報

- 人口・・・33,468人(H29.3月末現在)
- 面積・・・253.85km²
- 高齢化率・・・35.2%
- 医療資源・・・病院(療養病床)1カ所、診療所(無床)7カ所、歯科医院9カ所、薬局7カ所



今後の取り組み方針

- 一次連携の強化：顔の見える関係づくりをするため、職種ごとの意見交換会の継続
- 二次三次連携の継続：2職種合同の意見交換会や多職種での意見交換会の実施
- 市民への普及啓発の充実：自分の人生を最期まで主体的に生きられるよう、介護予防と終活について考える機会を作る
- 当市に特化したサービス提供体制の整備：チームアプローチ体制の検討、在宅医療に関する協議会の設置
- 地域包括ケアシステムの重点項目「医療・介護・予防・住まい・生活支援・認知症対策」の取り組み評価と事業実施関係者の連携（活動内容の共有ほか）

課題

- 人生の最期を過ごす場所を自分で選択でき、安心して自宅での看取りができる体制整備が必要である（市民ニーズ調査：人生の最期を自宅で迎えたいと希望する市民は42.9%で、人生最期の場所として自宅を選ばない理由は「家族の負担になるから」が70.2%である。実際の死亡場所：自宅の人は7～8%）。
- 市民および関係者の在宅医療に関する認知度が低く、知識と意識の普及啓発の充実が必要である。
- 在宅医療を支える社会資源が少なく、在宅医療の受け皿等の体制を進める必要がある。
 - ・在宅療養者と家族を支えるチーム体制を整え、支える側の医師や関係者も相互に支え合う連携体制と、地域全体で支え合える仕組みが求められる。
 - ・急性期病床が無い、また慢性期と看取りをカバーしている療養病床の体制が変わる（地域医療構想）ため、二次医療圏域市町と広域での検討が必要である。
 - ・医師会は二次医療圏域に1つ（事務局は隣市）であり、当市に特化した検討がしにくい状況ではあるが連携して検討していくことが急務である。

02. 青森県つがる市

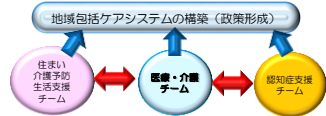
青森県つがる市の取り組み

取り組み内容①

- つがる市地域包括ケアシステム構築準備会を発足（平成27年度）
 - < 参画者 > つがる市地域包括支援センター、つがる市社会福祉協議会、つがる市福祉部介護課
 - < 内容 > 7回の会議を開催し、つがる市が目指す地域づくり、取り組みの方針を検討し、つがる市地域包括ケアシステムイメージ図を作成

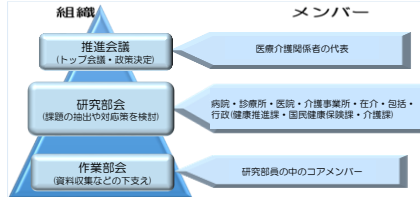


- ・「医療・介護・介護予防・住まい・生活の手助け」に「認知症対策」を加えた重点項目を組み合わせてチーム編成し、準備会参画者をそれぞれのチームに配置して活動



取り組み内容②

- つがる市在宅医療・介護連携推進事業開始（平成27年度～）
 - < 体制 > 作業部会、研究部会、推進会議の3組織で協議、研究部会が中心
 - < 事務局 > 介護課



- STEP1 まずニーズ調査を実施（平成27年度）
 - 市民、病院診療所、歯科医院、薬局、介護事業所、それぞれに項目設定。市民については生活支援体制整備事業のニーズ調査項目に盛り込んで実施
- STEP2 資源の把握および課題の抽出（平成27年度）
 - ・ ニーズ調査の結果と研究部員や関係者の職場等の現状をもとに研究部会で検討
 - ・ 推進会議で承認



02. 青森県つがる市

青森県つがる市の取り組み

取り組み内容③

■ STEP3 課題に対する対応策の検討（平成27年度）および具体化（平成28年度）

- ・対応策は結果的に国が示す必須の事業項目が網羅されていた
- ・対応策および具体的事業を、推進会議に報告し、承認を得る



研究会のロールプレイで、
別な職種になってみた

■ STEP4 具体的事業の実施（平成28年度～）

- <普及啓発>
- ・在宅医療と介護マップ作成配布
- ・広報とホームページに掲載
- ・キャッチコピーを決定
- ・キャッチコピー入りの封筒作成



つがる市の挑戦

「家で最期を迎えたい」
～本人と家族を支える在宅医療と介護のしくみ～

- <連携共有>
- ・連携における役割の確認
- ・情報共有シートの完成・活用開始
- ・医療と介護の共通言語集作成
- ・在宅医療・介護連携相談窓口の設置
- ・職域ごと（医師・歯科医師・薬剤師・看護師）の意見交換会
- ・在宅医療・介護連携調整実証事業へ参画



- <医療充実>
- ・チームアプローチに向けた検討

取り組み内容④

- ・先進地の視察研修
- ・多職種研修会



■ STEP5 具体的事業などの評価

- ・介護職とリハ職は30年度以降に意見交換会を開催
- ・推進会議への報告・検討の継続
- ・訪問診療と訪問看護事業所が1か所開設。訪問看護準備室が1か所開設。どちらも事前に行方訪問などで連携している
- ・リハビリテーション会が当市で研修会を開催したり、施設などの事業に「地域」を意識した取り組みがあった（波及効果）

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 3組織での検討：作業部会・研究会・推進会議
- 研究会が中心：
 - ・研究部員メンバーは内容の深まりと今後の連携を考慮し、医療と介護それぞれから多職種を選出
 - ・顔の見える関係づくりを重視
 - ・課題の抽出から対応策の検討、対応策の具体化という一連の過程で、ワーキンググループを再編

H27年度	H28年度	H29年度
研究会を3グループに編成	普及啓発・連携共有・医療充実の3グループに再編	一次連携・二次三次連携の2グループに再編
課題の抽出と対応策の大枠を決定	対応策に合わせた具体策を検討	対応策を具体的な事業化と実施

02. 青森県野辺地町

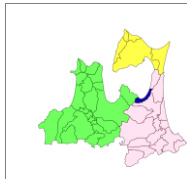
青森県野辺地町の取り組み

取り組みの特徴

ICTを活用した（エ）医療、介護関係者の情報共有支援事業の取組

市区町村の基本情報

- 人口・・・13,629人(H29.4.1現在)
- 面積・・・81.86km²
- 高齢化率・・・34.8%
- 医療資源・・・公立病院、一般診療所他



課題

これまでの事業や取組において以下の課題が挙げられていた。

- ①事業名：「救急医療情報キット交付事業」 *平成21年度から実施
内 容：高齢者等の医療情報を事前に町へ登録し、医療機関や消防署へ情報提供を行い迅速な救急医療へつなげる。
対 象：65歳以上の高齢者や障害者の方で健康上に不安を抱える方
登録者数：568名（平成29年11月末現在）

更新方法：申請者が変更を申し出る。

更新状況：変更の申し出がない。職員による確認作業は困難。

課題1 「救急医療情報の更新がされていない」

②多職種連携の取組

内 容：入退院に関しては統一した連携シートを活用、主な連携手段は、会議、電話、FAXとなっている。

評 価：会議は支援者全員で情報共有が可能だが開催回数が年1回程度。電話やFAXは1対1のやりとりとなるため支援者間での共有が困難。

課題2 「多職種間で最新の情報共有が図れない」

02. 青森県野辺地町

青森県野辺地町の取り組み

取り組み内容①

- 平成21年度～平成26年度
チーム(課内)で課題の共有、改善策を検討
救急医療情報キット交付事業は、平成21年度に事業が開始され、歴代の担当者、多くの課員が「情報の未更新」が最大の課題と捉えていたことから改善策の検討についても活発な意見はたされたが、効果的、効果的な改善策が見い出せずにいた。
- 平成26年度～平成28年度 **外部専門家招へい事業を活用**
平成26年度から医療機関の協力を得て、総務省「外部専門家招へい事業」を活用。アドバイザーのアドバイスを受け、「情報の更新」「多職種間での最新情報の共有」にむけ、ICT活用の教示を頂く。
- 平成27年度 **試行的にICTの活用開始**
平成27年度総務省「地域サービスノバージョンクラウドモデル事業」を実施。システムは医療介護専用SNS「メディカルケアステーション」を利用。モバイル端末はiPadを使用し、町が本事業への参加を希望する13事業所(医療機関4、介護保険事業所9)へ貸与した。
- 平成28年度～継続中 **本格的にICTの運用開始**
これまで、紙媒体で登録していた登録者の移行作業を進めているが、新たな課題として既存の方法では登録内容変更確認の漏れが生じることが判明し、改善策を検討中。

ICT活用法の実例

活用例1～救急時の医療情報用紙として(救急キット)～



更新作業は、変更内容を把握したスタッフが行う。

活用例2～多職種連携ツールとして～

医療機関や介護サービス事業所紹介(顔の見える関係づくり)



02. 青森県野辺地町

青森県野辺地町の取り組み

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- **医療、介護、消防等、関係機関の声を聞く。**
事業や取り組みに対する評価、改善策の検討にあたっては、利用者(患者)へのサービス提供に携わる医療、介護従事者や消防署員の声を聞き、活用度の高い情報共有支援が行えるよう取り組んだ。
- **外部専門家の活用**
在宅医療・介護連携の推進にあたっては、専門的で幅広い知識と経験が求められる。町が長年抱えていた課題の解決に向け、一歩踏み出した要因の一つとして、外部専門家の教示を受け効果的かつ効果的な改善策を打ち出したことにある。
- **事業担当者は全体把握、関係機関調整、チーム(課内)をまとめる、事業の方向性と役割分担を決める。**
利用者(患者)の情報共有は、常に最新の情報を更新し続けなければならない。そのため、更新作業業務が大きな負担となる。町では担当者に負担がかからないようにパソコン操作が得意な非常勤職員を配置。

今後の取り組み方針

- **新たな課題に対する改善策の検討と評価指標の設定**
・登録内容の変更確認については、医療、介護スタッフや行政職員のみならず、民生委員や見守りサポーター等、より多くの支援者から協力を得られるような対策を検討していく。
・事業評価は、住民の安心感の変化や医療情報を活用する関係機関の情報共有支援事業の活用度等を設定。
・これら、計画→実行→評価→改善(PDCAサイクル)は継続的に実施しながら、最終目標である地域包括ケアシステムの体制構築にむけ取り組みを推進していく。
- **住民への普及・啓発**
急変時を含め、自分らしい最期を住み慣れた地域で迎えるために、住民が主体的に自身が望む医療、介護サービスを受けられるように、日頃から在宅医療、介護連携について関心をもち、理解を深めることを促進していく。
- **セキュリティ対策の一層の強化**
現在、厚生労働省のガイドライン等に基づいたセキュリティ推奨項目の実施、個人情報の適切な取扱い方針遵守の徹底を図っているが、今後も一層の強化を図る。

スマートプラクティス 岩手県北上市

03. 岩手県北上市

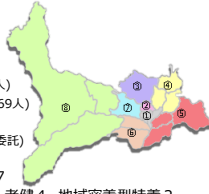
岩手県北上市の取り組み

取り組みの特徴

- ・情報共有で目指す方向性を明確化
- ・強み(あるもの)を活かした取り組み
- ・分野横断的な事業展開の工夫
- ・市民と専門職が共に考え、取り組む地域包括ケア

市区町村の基本情報

- 人口…92,870人
- 面積…437.6km²
- 高齢化率…26.5%(高齢者人口24,621人)
- 認定率…18.5%(支援1,189人、介護3,369人)
- 日常生活圏域…8圏域
- 地域包括支援センター…5か所(5法人に委託)
- 医療資源…病院3、診療所56、
歯科診療所40、薬局45、訪問看護7
- 介護資源…居宅介護支援23、特養5、老健4、地域密着型特養2、
訪問介護17、通所介護21、通所リハ4、訪問リハ2、GH16、小多機8
(H29.9月末現在)



課題

- 地域包括ケアシステム構築において、多職種連携に関する目的が明確でなく、関係機関間での取り組みがバラバラであった。
- 在宅医療と介護の連携だけでは完結しない問題への対応が不明確であった。
- 地域包括ケアシステム構築のための様々な分野の会議体が増加したが、参加する人はほぼ同じ人であり、非効率だった。
- 本人の選択、本人・家族の心構えに関する現状が掴めていなかった。

今後の取り組み方針

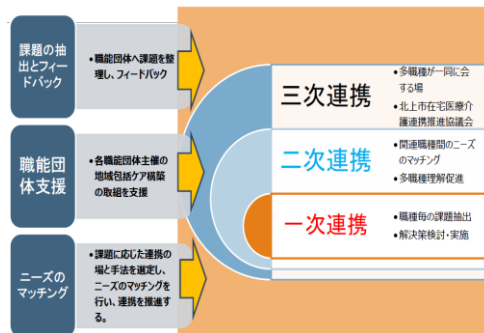
- 1. 最初の一步は一次連携 ⇒ 「一次連携の深化」**
チームかまじし方式(岩手県釜石市)を参考に、市民、関係機関と個々の連携の場を持つ『一次連携』を実施してきたが、地域包括ケアに関する現状を把握し見えた課題を一次連携相手と共有することで、必要な取り組みを明確化していく。連携の困りごとは、健康づくり・介護予防から療養支援へと幅広いため、ケアに関することを広く把握し、必要な関連事業や地域包括支援センター等関係機関と共有し、一次連携を進化・深化させていく。
- 2. 強み(あるもの)を活かした二次連携 ⇒ 「顔の見える関係のその先へ」**
重点的に行ってきた顔の見える関係づくりにより、各職種同士が、互いの専門性と専門性の違いを知ることができると共に、共通体験を通して共通言語ができ始めている。この関係性を実際の地域課題解決のための具体策実施に活かしていく。
- 3. 「全ての職種が役割を發揮できる会議運営」 ⇒ 「評価改善の循環」**
資源把握・課題抽出期(H28～29)から多職種連携向上・市民意識醸成期(H30～32)に移行するにあたり、個別の具体的な取り組みを統括しPDCAサイクルを循環させることができるしくみづくりに取り組む。
- 4. 「市民との対話による心づもり支援」 ⇒ 「対話による気づきの喚起」**
市民との多様な対話の場をつくり、自分の人生を自分ごととして捉え行動につながるよう、ボビュレーションアプローチの手法を検討していく。また、市民との対話を通して、医療介護関係者及び市が、これからのケアの可能性を共に模索していく。

03. 岩手県北上市

岩手県北上市の取り組み

取り組み内容①「最初の一步は一次連携」

- STEP 1 個別の困りごとをまるごと聞き取る。**
ヒアリングにおいて話された困りごとは他分野に関わるものでも把握。
- STEP 2 困りごとの理由を掘り下げて課題を検討し、分野を超えてフィードバックする。**
課題の要因を分析し、対応策が必要な分野と共有する。
- STEP 3 連携ニーズ・課題に応じた支援の実施**



取り組みの工夫・取り組み時のポイント

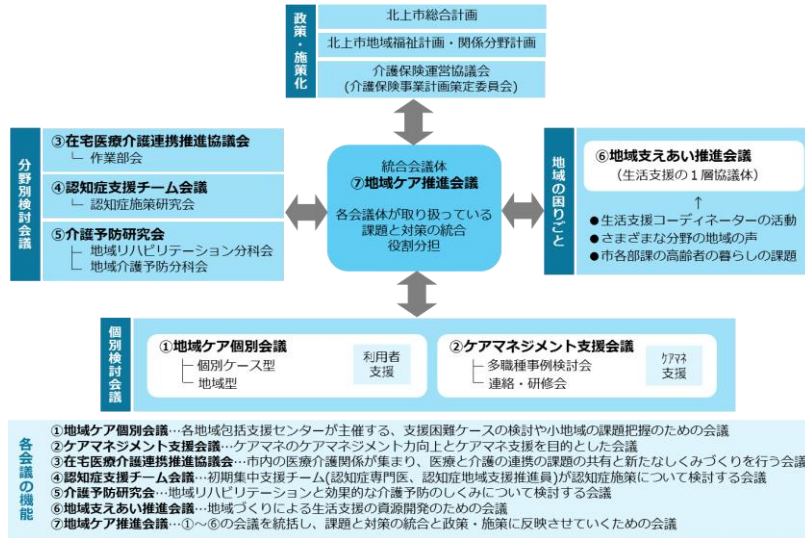
- **困りごとは幅広く聴く**
職能団体としての困りごとであっても、個別支援の困りごとであっても、聴き取る内容を限定せずケアに関わる話を聴くことで、分野横断的に現状を把握することができ、効果的である。テーマごとのヒアリング対応に比べ、相手の負担も軽い。
- **会議体の整理**
地域支援事業の進捗と連動して、様々な会議体が存在していたため、会議の機能の整理を行った。既存の会議体を市の地域ケア会議として位置づけ、個々の会議の機能をシンプルにして、会議体ごとの役割分担を明確にした。(資料1参照)
- **困りごとの背景を掘り下げて課題を設定**
表面的なデマンドではなく、その背景を掘り下げて話を聞くことで対応策の精度が上がリ、効果的である。
- **課題設定の合意形成**
職能団体とのヒアリングの中で、課題と思われる仮説を共有し、課題の要因分析を行うことで取り組みの方向性を共有できると、市が実施する事業のみでなく、職能団体自身の取り組みの推進支援につながる。
- **一次連携の場がなければ作る**
現状が掴みにくい職能団体とは、個別に連携する場を創出した。
 - ①病院間で情報交換がしたい → 3 病院間連絡会開催
 - ②生活相談員同士で集まる場がなく現状がわからない → 生活相談員連絡会開催の後方支援
 - ③在宅医療の現状がわからない → 在宅医療介護連携支援センター運営推進委員会を設置し、医師会理事と意見交換会実施
 - ④北上市内の訪問看護ステーションが集まる場がない → 市内訪問看護ステーションが自主的に集まりを持った。
 - ⑤療法士間の理解推進が課題 → POSカフェ・介護予防研究会開催

03. 岩手県北上市

北上市の地域ケア会議のデザイン

資料 1

7つの会議を北上市の地域ケア会議として位置づけ、それぞれの会議が役割分担を行い、個々の機能をうまく組み合わせることで、効果的・効率的に地域包括ケアのしくみづくりを進めていくことを目指している。



03. 岩手県北上市

岩手県北上市の取り組み

取り組み内容②「強みを活かした二次連携」

二次連携は、強み(あるもの・資源)が活かされるように連携方法を工夫した。

STEP 1 ヒアリングや地域包括支援センターとの密な連携で強みを把握
～平成28年度

STEP 2 連携ニーズが重なっていることを関係者へフィードバック
平成28年度 キーパーソンが連絡を取り合い、協働企画が生まれる。

- ①ケアマネジャーと薬剤師の連携会
(のち薬剤師会の国モデル事業実施へ発展)
- ②ケアマネジャーと療法士の連携会
(のち介護予防研究会へつながる)

STEP 3 『ケアラボ@きたかみ』一石〇鳥の多職種による事例検討会
平成29年度～

多様な職種が集まりたくなる事例検討会を、地域包括支援センターと在宅医療介護連携支援センター、在宅専門医療機関スタッフが協働企画。内容は、医療介護関係者のニーズ(下表)に基づき組み立てた。毎回約70名が参加する事例検討会となり、参加職種数は拡大し続けている。

【主な連携ニーズ】

地域包括支援センター	連携支援センター	訪問看護 薬剤師・療法士
ケアマネの連携スキルをアップさせたい、主任ケアマネのスーパーバイススキルをアップさせたい、地域課題を抽出する場がほしい	他職種の専門性を知ってほしい、顔の見える関係を作ってほしい	ケアマネに専門性を知ってほしい

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

■ 地域包括支援センターと密な連携

地域包括支援センター連絡会議(市主催、月例)に在宅医療介護連携支援センターのスタッフが参加し、日常的な情報交換を行い、ケアマネジメント支援の企画を協働開催することで、共通体験を通して信頼関係を築いていった。地域の在宅医療と介護の連携の課題について、タイムリーに把握でき、密な連携が図ることができた。(資料2参照)

■ 「強み(あるもの)を活かした」連携の取組

以前から市内では在宅専門の診療を行う医療機関を中心として、多職種の顔の見える関係づくりが活発に行われていた。また、地域包括支援センターを5法人に委託していることで、医療法人、社会福祉法人それぞれの特性を活かした法人内のネットワークがあった。

二次連携ニーズを各関係者へフィードバックすると、目指す取り組みの方向性が一致したため、連携支援センターは既存ネットワークによる主体的企画実現の後方支援を行った。意欲的な医療・介護人材の「こんなことをやってみよう」という想いを支援する姿勢が、多様な主体による連携推進の取り組みを可能にした。

■ 様々な目的を兼ね備えた事業企画

協働企画をすることで、必要とされている事業のビジョンが明確になり、それぞれのニーズに対応した企画となり、効率的な対応策となった。

■ 参加者視点による企画

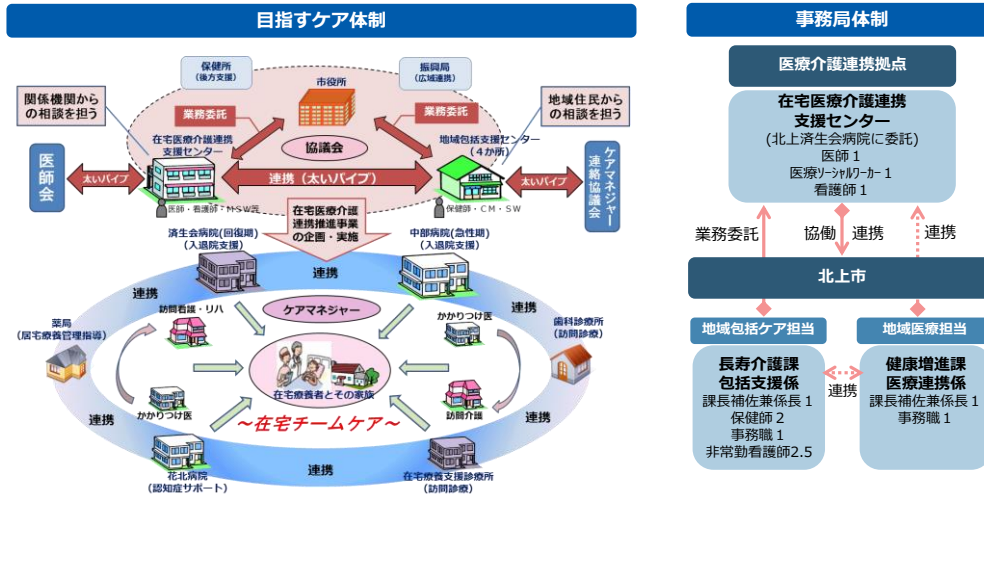
「参加したくなる」事例検討会とするために、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーを中心として、ケアマネ支援の視点で、ケアの選択肢と可能性を広げるための気づきを得られる内容を構成し、回数を重ねながら、「トライ&エラー」で進化させる自由なスタイルをとった。そ地域包括支援センター職員の意見・工夫が取り入れられ、主催スタッフ・参加者共に参加満足度の高い事例検討会が開催できている。

03. 岩手県北上市

推進体制と在宅チームケア体制の構築イメージ

資料 2

平成28年度に北上済生会病院内に新設した在宅医療介護支援センターを連携拠点として、地域包括支援センターや各職能団体と連携を深めながら、在宅医療と介護の課題を一つずつ解決し、在宅チームケアの実現を目指す。



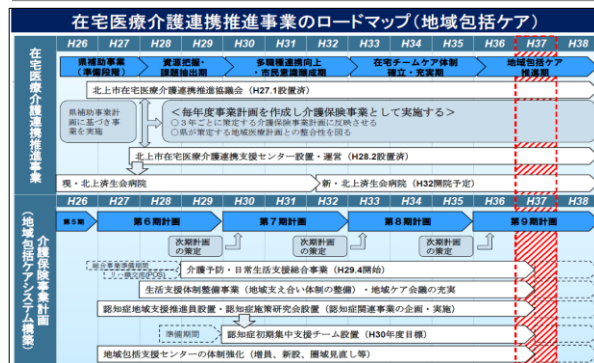
03. 岩手県北上市

岩手県北上市の取り組み

取り組み内容③ 「全ての職種が役割を發揮できる協議会運営」

事業計画の協議・承認の場として在宅医療介護連携推進協議会を年3回開催。取り組み内容を可視化し、全ての職種の関与により推進されている認識を支え、それぞれが役割を發揮できるように会議の運営している。

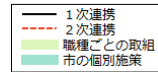
- STEP 1 職能団体へ事業推進に対するアンケート実施
- STEP 2 出された意見を整理し、事業計画を作成
- STEP 3 地域包括ケア構築全事業と本事業の関連性を整理し共有 (下図)
- STEP 4 職種間の連携推進の取組を可視化 (資料3)



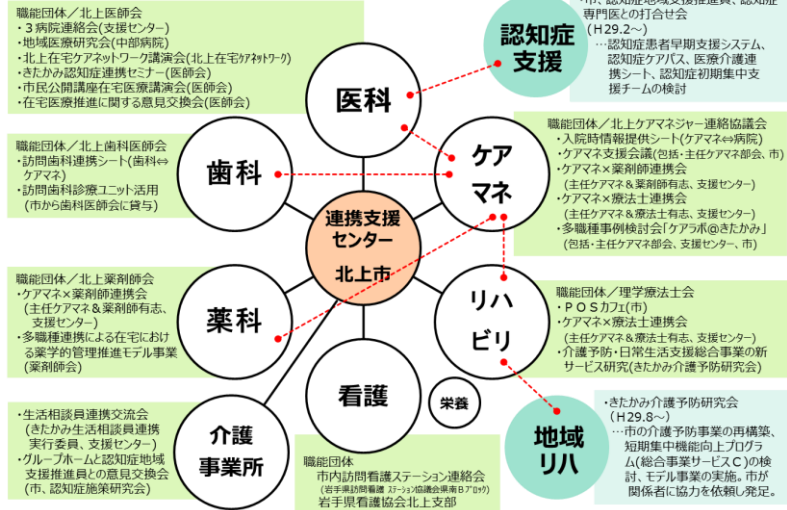
取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 「多職種参加型」の事業計画
 - 事業が本格始動した平成28年度は、地域の現状が全く見えない中で事業計画作成となった。そこで、まずは市内の多職種が何を期待しているのかを知ることから始めた。アンケートを取り意見集約したところ、先行事例の紹介が多数出された。そこで、出された意見を協議会で共有し、北上市の実態と親和性が高いと予想された、岩手県釜石市の「チームかまいし方式」による一次連携・二次連携・三次連携の連携手法を参考に取り組むこととした。あらかじめ協議会での合意があったため、各職能団体の一次連携の受け入れはスムーズであり、協力を得ることができた。
- 4つのフェーズで連携課題を構造化し整理
 - 一次連携で寄せられる困りごとを構造化し整理を行った。その際、どのフェーズでの連携課題かを共有する必要があり、4つのフェーズで整理を行い、共有を行った。
- 職能団体毎の取組を共有し、地域包括ケア構築における職能の役割を明確化
 - 本事業以外においても職能団体ごとの取り組みが活発化してきたので、職種ごとに取り組みを整理し共有を行った。
- 事業体系を整理・共有し、在宅医療介護連携支援センターの機能と活動を明確化
 - 課題解決のための様々な対応策が動き出したため、事業全体の動きとスケジュールを掴むため、実施している事業を体系的に整理し、共有を行った。

各職種別の連携状況まとめ【資源把握・課題抽出期/28~29年度】



※カッコ内は主催団体名等



岩手県北上市の取り組み

取り組み内容④ 「市民との対話による心づもり支援」

- STEP 1 多職種との一次連携実施（28年度）**
 職能団体へのヒアリング等の一次連携実施の結果、療養の意思決定支援が難しいという声が多数寄せられた。
- STEP 2 市民への普及啓発事業の開始（28年度）**
 「第1回みんなで考えるきたかみ型地域包括ケア推進フォーラム」を開催。心づもりをテーマに、医療・介護を利用している当事者・家族と支える専門職に体験談発表を依頼。企画の段階から、当事者にも参加してもらった。その中で、「いざとならなくて介護に関する情報を得ようと思わない。障がいを持ちながらもできることがあることを知ってほしい。人生の最期を在宅で過ごすことができるという情報が不足している。」と心づもりにくい現状が寄せられた。参加者アンケートでは、老後について相談したいが実際はできていない人が多い傾向が分かった。
- STEP 3 市民との心づもり勉強会立ち上げ（29年度）**
 「第2回みんなで考えるきたかみ型地域包括ケア推進フォーラム」を開催。フォーラム参加者の有志を中心に、「市民がなぜ心づもりについて相談をしにくいのか？」を探るため、市民と医療介護の専門職が顔の見える関係で学びあう勉強会を開催。
- STEP 4 勉強会から見えた現状から新たな事業の検討（29年度）**
 <共有された現状>
 ・心づもりしておきたいことは、治療内容・療養場所・介護に係る費用・金銭管理など幅広い。
 ・専門職は自分の専門以外はわからない。
 ・知りたい情報を得る方法や相談先がわからない
 ・情報があっても、本人も支援者も話し合うきっかけを作るのが難しい。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- **地域包括ケアシステム構築のゴールはQOL向上であることの共有**
 『本人の選択と本人・家族の心構え』に沿った支援の結果は、『市民のQOLの向上＝主観的幸福観』であると考え、キーワードを「幸せに歳を重ねるための心づもり」と設定し、事業展開を行った。そのことで、事前指示書作成などの狭い定義ではなく、「人生の最終段階まで自分らしく歳を重ねるプロセス支援」という包括的取り組みのコンセプトが共有できた。
- **市民と共に考える**
 専門職の声のみでなく、市民と共に考えあうことで、より詳細な現状を掴むことができるため、ニーズの高い取り組みにフォーカスしていくことが可能ではないかと考えた。
- **市民と専門性を持った市民(医療介護の専門職)が連携**
 フォーラムのアンケート結果から、市民が心づもりしたいと考えている内容は様々な分野が開関ることが想定されたため、医療・介護・福祉の専門性を持った市民(医療介護の専門職)に声をかけ参加者を募った。
 ポイント① 市民は多様な専門性を学ぶことができる
 ポイント② これまで終活や権利擁護、ACPといったそれぞれの分野で分断されて行われてきた心づもりに関する取り組みが、心づもりに関連する専門職同士顔を合わせることで統合された取り組みに発展していく可能性がある。
- **思いを持った人がしくみづくりへ参画できる**
 心づもりに関して、関心が高い人の主体性を大事にし、「しくみづくり」へ参画できる場とした。そうしたことで、本事業に終始しない、様々なプレイヤーによる取り組みが推進できる可能性がある。

スマートプラクティス 宮城県大崎市

04. 宮城県大崎市 宮城県大崎市の取り組み

取り組みの特徴


多職種のつながりを活かした地域包括ケアシステムの構築、在宅医療・介護連携の推進

市区町村の基本情報

【人口※1】133,391人 【面積※2】796.76km² 【高齢化率※3】26.9%
【医療・介護資源※】

- 一般診療所68(在支診6) / 病院15(在支病2) / 歯科50(訪問歯科1) / 薬局76(訪問薬局38)
- 訪問型介護施設51 / 通所型介護施設88 / 入所型介護施設37

※1:平成27年国勢調査(総務省統計局)
※2:平成28年全国都道府県市区町村別面積調(国土地理院)
※3:地域医療情報システム(MMAP)



【地理院サイト(https://maps.gsi.go.jp/development/ichiran.html)】(白地図を加工)

地域包括ケアシステム構築に向けた考え方

- 「全ての市民が対象である」と。
- 地域包括ケアシステムの柱を「健康づくり」「自立支援」「地域づくり」の三つ掲げ、一体的に取り組みをすすめる。
- 既存事業を整理し、取組の優先順位を検討。市が大切にしたいことを確認。(高齢者施策を中心に体制整備を図りながら、対象を拡大していく。)
- 「気がついたらできてい」地域包括ケアを目指し、様々な取組を進めて地域づくりや顔の見える関係づくりを目指す。
- 横断的な取り組みを推進するために、民生部社会福祉課に「地域包括ケア推進室」を設置。

在宅医療・介護連携に関して現状捉えている課題

- 人口減少や高齢化のほか、日常生活圏域ごとに人口や社会資源の差がある。
- 医療や介護資源は市の中心部(旧古川市地域)に集中。
- 訪診を行う医療機関は増えたが、往診、看取りを行う医療機関が少ない地域がある。
- 医療ケアを必要とする方に対応する介護サービスが在宅・施設ともに少ない。
- 市民の在宅医療や在宅介護についての意向の把握が足りない。
- 顔の見える関係や事業推進に向け話し合う場は出来てきたが、具体的に連携を円滑にする仕組みが出来ていない。

取り組みを通し、解決できない条件を工夫する方策を考える

今後の取り組み方針

- 第7期介護保険事業計画策定に向け、在宅介護実態調査及びニーズ調査で、在宅医療に関する市民のニーズを把握し、具体的な目標値を検討。
- 現在大崎市にある資源(人や場所)を最大限に活用できるように、連携の仕組みを検討、構築していく。
(※様々な立場で「連携」する場面の相違がある。どこでどんな連携が必要か整理し、効率的・効果的に仕組みを作る必要がある)
- 地域包括ケア構築に向け、予防から地域づくり、在宅医療・介護連携まで一体的な取組を進めていく。
- 行政内、担当部局のみならず他部局と連携し、横断的に取り組んでいく。

04. 宮城県大崎市 宮城県大崎市の取り組み

取り組みの特徴

多職種のつながりを活かした地域包括ケアシステムの構築、在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携推進をどのように進めるか

- 『できることから』(市医師会と担当課で、高齢分野から検討を開始)
- 『まずお互いを知る』(顔の見える関係づくりから)
- 『地域の資源をどう活用』(多職種連携に取り組む多様なグループがある。参加し、つないでいく)
- 『やってみよう』を一緒に形に『話を聞いてみよう』→講演会へ、“みんなが集まる機会があればよい”→研修会へ、など

一緒に取り組む中で必要なものが整理されていった

取り組み内容

1. 「在宅医療・介護資源マップ」の情報集約、周知、ウェブサイトにて公開
2. 大崎市地域包括ケア推進懇談会
～在宅医療・介護連携を考える会～の開催
3. 大崎市医師会内で、主治医/協力医制の導入
4. ICT活用によるネットワークシステム構築の開始
5. 大崎市在宅医療・介護連携支援センターの設置
(大崎市医師会へ委託による設置)
6. 医療・介護関係者への研修
→多職種合同研修会
→事例検討会
→多様な場を活用した研修
→地域資源の活用
7. 地域住民への普及啓発
・多職種劇団による啓発劇(イベントでの啓発)
・啓発用DVDの作成(出前講座などの啓発)

取り組みの具体的内容・工夫など

1. 「どこにどんな事業所があるのか、実は分からない」という関係者の意見から。
→自分達が必要な情報を検索し、各事業所の取り組みや窓口が分かれば連携しやすい!
2. 各専門職が役割や連携に向けた取り組みを報告。課題を出し、必要な取り組みを検討。
→研修会等の多職種連携の取り組みや、相談窓口の在り方に関する意見交換等も実施
3. 一人主治医の24時間対応は在宅医療を妨げることから、医師負担軽減のために導入。
→在宅医療・介護連携支援センターが事務局を担う
4. 情報共有は連携のために必須だが、欲しい情報は関係者それぞれ異なる。
→市医師会を中心に、「主治医/協力医制の現場での」情報共有ツール(ICT)を導入
→上記を進めつつ、病院と在宅の連携は、ルールや紙ベースのツールを整理する
5. センターは相談対応だけでなく、多職種連携の場づくりや住民啓発も担当する。
6. 関係者が連携し、職種毎/多職種の研修を実施していく
→懇談会(左欄「取り組み内容2」)の企画から医師会と連携して実施(多職種合同研修会)
→懇談会で提示された課題から、多職種連携の仕組みを検討(事例検討会)
→市民病院主催の地域医療担当者連絡会の場面を活用し、看看連携の研修を開催
(多様な場を活用した研修会)
→民間事業所主催の「ケアカフェ」等で、様々なテーマを話し合う(地域資源の活用)
7. 健康や福祉に関する住民向けイベントでの啓発、在宅医療・介護連携支援センター職員による出前講座の実施、生活支援体制整備事業と連携した、地域と在宅医療を話し合う場の開催

11

スマートプラクティス 秋田県北秋田市

05. 秋田県北秋田市

秋田県北秋田市の取組

取組の特徴

- ・地域医療連携センター(運営協議会、訪問看護部会、認知症部会)を核とした多職種連携の推進
- ・二次医療圏単位でのガイドブック作成などによる広域的な連携強化や情報共有の促進

市区町村の基本情報

- 人口…32,594人
- 面積…1152.76㎡(県内2位)
- 高齢化率
65歳以上…41.6%(県内7位)
75歳以上…23.6%(県内5位)
- 要介護認定率…20.5%(※H28.10現在。要介護認定率はH29.3現在)

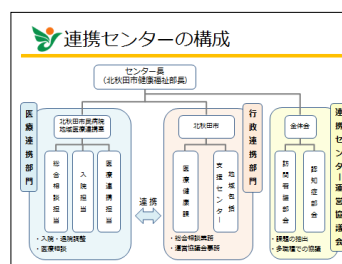


現状・課題

- 往診、訪問診療、訪問看護など在宅医療提供体制は一定程度整備。
- 広大な面積を有している一方で、医療機関や介護保険事業所が層状地区に偏在しており、市街地と周辺地域で格差が存在。
- 在宅医療について、関係者の意識に温度差があるほか、医師の高齢化等による担い手不足の深刻化を懸念。

取組方針

- 北秋田医療圏内のどこに住んでいても、在宅医療・介護を安定的に提供できるよう、平成23年に北秋田市地域医療連携センター運営協議会、平成26年に訪問看護部会、認知症部会をそれぞれ設置し、これを拠点として、医療・介護を中心とした多職種連携を推進している。



05. 秋田県北秋田市

秋田県北秋田市の取組

取組内容①

- 運営協議会全体会や講演会等の開催

「運営協議会全体会」(H23～)

- 【目的】在宅医療推進の連携拠点として、多職種による課題の検討や研修会の企画立案
- 【委員構成】医師、訪問看護師、ケアマネジャー、事業組織責任者、行政職員 14名
- 【活動内容】多職種による課題の検討や研修会の企画立案



「講演会・研修会」(H26～)

- 【目的】市民を対象とした研修会・講演会を通して、医療・介護への関心を高め、地域における在宅医療の推進を図る。
- テーマ例
 - ・地域医療について
 - ・地域包括ケアシステムについて
 - ・在宅における看取りについて
 - ・がん医療について(高度医療から在宅まで)



取組の工夫・取組時のポイント

- 地域医療連携センター運営協議会を通じた一元的な多職種連携を推進している。平成29年度から、新たに情報共有に関するワーキンググループを設置予定。
- 地域住民や多職種を対象とした研修会等の開催により、一體的な共通理解を促進している。平成29年度から、新たに「医療介護連携だより」を全戸配付するなど、普及啓発を強化している。

05. 秋田県北秋田市

秋田県北秋田市の取組

取組内容②

- 各部会やワークショップの開催

「訪問看護部会」(H26～)

【目的】在宅医療の中心を担う訪問看護の推進
【委員構成】医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー 5名
【活動内容】

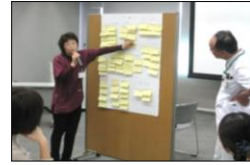
- 部会の開催 (課題抽出、対応方策の検討等)
- ワークショップの開催 (年2回程度)
テーマ例 ・訪問看護の必要性について
・高齢者への栄養指導について
・歯科・薬局との連携について



「認知症部会」(H26～)

【目的】医療ニーズの高まっている認知症への対応
【委員構成】医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー 5名
【活動内容】

- 部会の開催 (課題抽出、対応方策の検討等)
- ワークショップの開催 (年2回程度)
テーマ例 ・認知症状 (中核症状・周辺症状) について
・認知症における診断と症状の関係性について
・認知症における帰宅願望について



取組の工夫・取組時のポイント

- 具体的な事例の検討を行い、職種間の共通認識や顔の見える関係を促進している。
- 多様なテーマを設定することにより、各職種における理解を促進している。

05. 秋田県北秋田市

秋田県北秋田市の取組

取組内容③

- ガイドブックやハンドブック、ポータルサイトの作成

「医療・介護資源ガイドブック」(H25～)

【目的】
地域における医療・介護資源をまとめ、包括的かつ継続的に提供することで、関係機関の連携強化を図るため、ガイドブックを作成。

【掲載・配付事業所】
北秋田医療圏 (北秋田市、小阿仁村)
医療機関・保険薬局・介護事業所等 139施設



上段左: 医療・介護資源ガイドブック
上段右: 医療と介護のハンドブック
下段左: 医療と介護のポータルサイト (スマートフォン画面)
下段右: 医療と介護のポータルサイト (PC画面)

「医療と介護のハンドブック」(H27～)

【目的】
地域住民の在宅医療や介護サービスへの理解促進や適切なサービス利用を図るため、ハンドブックを作成。

【配布先】
北秋田医療圏 (北秋田市、小阿仁村) 全戸配付

「医療と介護のポータルサイト」(H29～)

【目的】
地域の医療・介護資源の最新情報を提供し、市民の医療介護サービスの利用や医療介護従事者の連携促進に役立てるため、ポータルサイトを作成。

取組の工夫・取組時のポイント

- ガイドブックは、事業所情報の変更にも対応するため、差し替え可能なファイル形式にすることにより、常に新しい情報共有を可能にしたほか、差し替え作業を通じて、地域包括支援センターや各事業所における顔の見える関係づくりを促進している。
- ハンドブックは、A5サイズに各施設のマップや対応可能なサービスなど充実した内容を掲載した。(最新情報は市ホームページで公開) また、同一医療圏の上小阿仁村と共同で作成し、住民の受療動向等に対応した広域的な情報共有を図っている。
- ポータルサイトは、頻繁な更新・配布が困難なハンドブックの掲載情報について、PC・スマートフォン版のポータルサイトを作成し最新情報を提供することにより、必要な時に必要な情報を確認することが可能となり、市民の利便性向上や医療介護従事者の連携促進を図っている。

スマートプラクティス 山形県長井市

06. 山形県長井市

山形県長井市の取り組み

取り組みの特徴

1市3町と医師会で医療と介護の連携拠点を新設

市区町村の基本情報

- 人口・・・56,900人(長井市27,407白鷹町14,226飯豊町7,380小国町7,887) ■ 総面積・1439.35km²
- 高齢化率・・・34.6(高齢者19,667人)
- 医療資源・・・総合病院サテライト病院1・50床
町立病院2・125床、開業医30、歯科医20
- 在宅療養率・・・42.4%(要介護3以上の在宅者)



今後の取り組み方針

- 在宅医療介護連携拠点の活動について1市3町と医師会、薬剤師会、作業療法士会などの専門士会等との協議の場を新たに設置する。
- 医療機関、サービス事業所、施設等の状況把握と医療・介護連携に関する課題の聴取を行う。
- 各市町単位の医療・介護の情報の一本化を図り、マップの作成を行う。
- 1市3町の地域の医療・介護資源の把握、医療・介護の情報の一本化を図り、当地域の課題を明らかにする。
- ICTを導入し、特に訪問看護と医療の連携の強化を図り、医療と介護全般での活用へと進める。
- 病院と介護関係者の連携を強化し、入退院時の支援の円滑化を図る。
- 多職種による研修会等を実施する。
- 広報などにより在宅医療、在宅看取りについて関係者、住民への周知、啓発を図る。

課題

- 施設の老朽化により建て替え時期が迫っている病院が多いことから地域に必要な診療機能の重点化と病床機能間の連携が必要。急性期病床は過剰、回復期病床は不足している。
- 非稼働病床や稼働率の低い病床、在宅療養が可能な患者の入院がある。
- 単身世帯等の在宅療養患者の悪化時の緊急のベッド確保が必要である。
- 訪問看護事業所の多くが小規模であるためサービス提供体制の充実が必要である。
- 自宅・自宅以外でも医療・介護が受けられる環境整備・生活支援サービスの充実が必要。
- 医療・介護従事者、住民に在宅医療・訪問看護・看取りの普及啓発が必要である。
- 市町の取組みによる在宅医療介護連携体制を構築し事業推進を図る必要がある。

06. 山形県長井市

山形県長井市の取り組み

取り組み内容①市町間の協議

- 長井市が医療と介護連携推進事業の推進について、地区医師会に協力を依頼したところ、医師会の単位が長井市・西置賜郡の1市3町に渡るため、市のみへの協力は得られなかった。
- 長井市から3町に医療と介護の連携推進事業について担当者呼びかけて検討の場を設け進捗状況を確認、推進を図る必要について共通認識を得た。医療介護連携拠点の共同設置について提案。(第1回会議)
- 1市3町の今後の医療、在宅療養体制について検討を実施し、共通する課題について検討。医療介護連携拠点の共同設置について、設置場所、人員などについて提案し、協議。(第2回会議)

取り組み内容②医師会へのアプローチ

- 医師会長への依頼・説明、医師会事務担当者への説明
- 医師会・理事会で説明
- 個別の医師への説明

取り組み内容③県・県医師会や保健所の協力

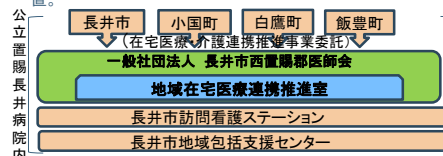
- 県の医療介護連携拠点整備に関する支援策の確認、担当者からの助言
- 保健所長への協力依頼
- 市長への説明

取り組み内容④連携拠点運営・事業推進に協力

- 先進地視察
- 医療機関・施設・事業所等訪問に同行
- 各市町は連携拠点が実施する事業に協力

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 長井市西置賜郡地域は、県内でも医師会の活動や訪問介護事業の拡大が進まず、連携体制構築は困難と言われていた。しかし、医師も行政も様々な問題を抱えている状況であった。市から、連携拠点設置の問題を提起することによって、それぞれの問題を明確にして検討され、具体的な項目の問題解消に向けて活動ができることを提示したことで医師の理解が得られた。取り組みの内容が、国から示されたものではなく、現在ある問題の解決を図るものであることを理解してもらった。
- 医師の中でも意見の相違があったが、個別にも説明を行って理解を得ていった。
- 市が連携拠点整備を働きかけた時点で、県医師会の動向も同じ方向に向かっていた。
- 医師会で連携拠点を設置するにあたって必要な補助金の情報提供、設置場所の選定、従事者の紹介など医師会の負担軽減を考慮して進めた。
- 拠点設置後の市町の共同しての事業委託の検討を同時並行して実施。翌年度からの事業委託を各市町で検討し内諾を得た。
- 同一施設内に地域包括支援センター、訪問看護ステーションも設置。



スマートプラクティス 福島県須賀川市市

07. 福島県須賀川市市

福島県須賀川市の取り組み

取り組みの特徴

【須賀川市における地域包括ケアシステムの構築】

須賀川市の地域包括ケアシステム構築の基本は、医療・介護・福祉・住民などの代表者で構成する「須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会」及び委員会内に組織する4つの専門部会（①医療・介護 ②認知症 ③介護予防 ④住まい・生活支援）において、本市の目指す地域包括ケアシステムの方向性等について協議するとともに、市内10箇所（公民館管轄区域）における「地域支え合い推進会議（協議体）」での協議を中心に取り組んでいる。

項目	2017 (H29.10.31)	2025(H37)推計
人口	77,218人	71,730人
65歳以上 高齢者人口	20,371人	22,232人
高齢化率	26.4%	31.0%
要介護認定者数	3,780人	4,381人
要介護認定率	19.0%	19.7%
第1号保険料月額	5,490円	—



※2025推計は須賀川市第6期介護保険事業計画より

日常生活圏域と地域包括支援センターの設置状況

日常生活圏域と高齢化状況【H29.10末現在】

包括名(日常生活圏域)	中央地域包括支援センター		西部地域包括支援センター			東部地域包括支援センター		長沼・岩瀬地域包括支援センター	
	須賀川	浜田	西袋	福田	仁井田	小塩江	大東	長沼	岩瀬
担当地区	須賀川	浜田	西袋	福田	仁井田	小塩江	大東	長沼	岩瀬
地区人口(人)	20,739	4,892	19,187	3,936	8,055	4,601	5,203	5,399	5,206
65歳以上(人)	5,811	1,489	3,941	1,097	1,743	1,136	1,692	1,814	1,648
高齢化率(%)	28.02	30.44	20.54	27.87	21.64	24.69	32.52	33.60	31.66
前期高齢者(65~74)	2,804	778	2,232	609	953	605	846	847	799
後期高齢者(75以上)	3,007	711	1,709	488	790	515	846	967	849

地域包括支援センター設置状況【H29.10末現在】

包括名	設置方式	職員数	職種内訳			
			主任介護支援専門員	社会福祉士	看護師	保健師
中央地域包括支援センター	委託	7人	2人	4人		1人
西部地域包括支援センター		6人	1人	4人	1人	
東部地域包括支援センター		3人	1人	1人	1人	
長沼・岩瀬地域包括支援センター		4人	1人	2人	1人	

須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会構成メンバー

番号	所属団体	人数	番号	所属団体	人数
①	須賀川医師会(委員長)	1	⑩	福島県認知症GH協議会	1
②	須賀川歯科医師会	1	⑪	すかがわ介護支援専門員協議会	1
③	須賀川薬剤師会	1	⑫	福島県介護福祉士会	1
④	市内病院	7	⑬	須賀川ホームヘルパー協議会	1
⑤	福島県看護協会	1	⑭	福島県栄養士会	1
⑥	すかがわ訪問看護ステーション連絡協議会	1	⑮	地域包括支援センター	1
⑦	福島県理学療法士会	1	⑯	須賀川市嘱託員親交会	1
⑧	福島県作業療法士会	1	⑰	須賀川市民生児童委員協議会	1
⑨	須賀川市社会福祉協議会	1	⑱	須賀川市老人クラブ連合会	1
専門部会名		人数	専門部会名		人数
医療・介護専門部会		9	介護予防専門部会		8
認知症専門部会		8	住まい・生活支援専門部会		7

須賀川市地域包括ケアシステム推進委員会開催状況



【開催状況】

- ・推進委員会：H28は月1回、H29は不定期開催
- ・専門部会：医療介護専門部会は月1回、その他の部会は不定期
- ※H28は月1回開催



在宅医療・介護連携推進事業

【継続取り組み】

- 「医療・介護専門部会」による定期的な協議実施
- 医療・介護関係者等を対象とした研修会等の開催（医師会との連携）
- 市民等を対象とした普及啓発（市広報紙及びHP掲載、講演会等の開催）
- 「県中圏域退院調整ルール」の運用促進（県中保健福祉事務所との連携）

【H29主な取り組み内容】

- ◆在宅医療・介護連携の課題抽出とその対応策の検討
 - ・須賀川医師会における在宅医療体制の検討（理解促進・高齢化等）
 - ・公立岩瀬病院をはじめとした市内病院と医師会の連携強化（病診連携）
- ◆「県中医療圏退院調整ルール」の運用促進
 - ・「入院時セット」の普及促進（県補助活用）
- ◆（仮称）須賀川市在宅医療介護連携拠点センター設置に向けた検討
 - ・平成30年度設置に向けた協議（推進委員会、医師会、病院等）
 - ・公立岩瀬病院策定の「新公立岩瀬病院改革プラン」との連携

医療・介護連携推進事業の取組状況

事業項目	主な取組内容
ア 地域の医療・介護の資源の把握	・「医療・介護リストマップ」の作成 ・医療・介護関係者への配布（情報共有）
イ 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討	・医療介護専門部会における協議 ・市内ケアマネジャーへのアンケート調査
ウ 切れ目ない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	・県中医療圏退院調整ルールの運用
エ 医療・介護関係者の情報共有の支援	・県中医療圏退院調整ルールの運用
オ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援	・（仮称）在宅医療介護連携拠点センターの設置・運営
カ 医療・介護関係者の研修	・須賀川医師会との連携による研修会の開催
キ 地域住民への普及啓発	・講演会の開催、市HP及び広報紙による啓発
ク 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携	・県中保健福祉事務所による会議等への参加及び情報交換等

「須賀川市医療・介護マップ」(H28作成)

【掲載情報】

○施設名称、住所、電話番号、FAX番号、休診日、マップへの位置掲載

掲載施設

番号	施設区分	掲載数	番号	施設区分	掲載数
①	在宅診療医	24施設	⑨	介護保険サービス事業所	68施設
②	訪問看護ステーション	6施設	⑩	病院地域連携室	6施設
③	在宅歯科診療医	11施設	⑪	地域包括支援センター	4施設
④	在宅医療支援薬局	9施設	⑫	行政関連	23施設
⑤	訪問介護事業所	20施設			
⑥	訪問入浴介護事業所	3施設			
⑦	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	1施設			
⑧	居宅介護支援事業所	30施設			

医療・介護連携研修会の開催

●背景

医療・介護の更なる連携を推進し、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域包括ケアシステムを構築するため、「在宅医療」に携わる多職種連携を強化する必要がある。

●開催目的

須賀川医師会との共催により、医療・介護関係者の更なる連携強化を目的とした研修会を開催し、地域包括ケアシステムの構築に資する研修テーマを設定し、関係者間の情報共有とともに、「顔の見える多職種連携」の強化を図っている。

【H28開催実績】

(1回目)

開催日時：平成28年11月29日(火)午後7時～

参加者数：医師17名、訪問看護師21名(4施設)、行政11名

内容：○講演「須賀川の在宅医療の現状」・「訪問看護師の役割と須賀川エリアにおける訪問看護の現状」

○グループワーク

(2回目)

開催日時：平成29年3月23日(木)午後7時～

参加者数：約160名(医師、病院関係者、ケアマネジャー、行政等)

内容：○講演「地域包括ケアシステム時代の病診連携を考える」

○意見交換会

【H29開催実績】

開催日時：平成29年7月13日(木)午後7時～

参加者数：72名(医師、訪問看護師、ケアマネジャー、行政等)

内容：講演「ケアマネジャーの役割と業務内容」・「在宅医療の現状と医師会の取組」

医療・介護連携研修会の成果と課題

取組の成果

- 研修会を通して、それぞれの取り組み状況や課題などを情報共有することができた。
- 研修会でのグループワークを通し、顔の見える関係づくりが推進できた。



須賀川医師会矢部先生による講演

今後の展望と課題

- 医療と介護の連携を促進するために有効な研修テーマなどについて、須賀川医師会などと連携しながら検討し、継続した研修会を実施していく。
- 「在宅医療」を支える医師や訪問看護師などの人材確保、人材育成が課題となっている。特に医師については、訪問診療を行う医師が少ないため、負担感が大きい。



グループワーク

地域包括ケアシステム講演会の開催

●背景

「地域包括ケアシステム」の構築を推進するためには、同システムを構築する背景や本市が目指す姿等について、医療・介護・福祉などの専門職のみならず、高齢者の在宅生活を身近に支える地域住民や高齢者自身と意識を共有する必要がある。

【H28開催実績】

●事業内容

医療・介護・福祉などの関係者をはじめ、地域住民を対象とした講演会を開催し、高齢化の状況や地域包括ケアシステムの概要などについて、情報を共有する。

開催月日：平成29年2月25日（土）13：30～16：00

開催場所：須賀川市文化センター

内 容：講演：「住み慣れた地域で心豊かに暮らし続けるために」（三浦公立岩瀬病院院長）
意見交換会：「安心して在宅生活を続けるために必要なこと」（医師外）

来場者数：約520名

【H29開催実績】

●事業内容

超高齢社会における「認知症」は要支援・要介護認定原因において増加傾向にあり、住民においても不安を感じている状況を踏まえ、「認知症」をテーマとした講演会を地域住民を対象に開催し、「認知症」に対する正しい知識や支援の取組状況等について普及啓発する。

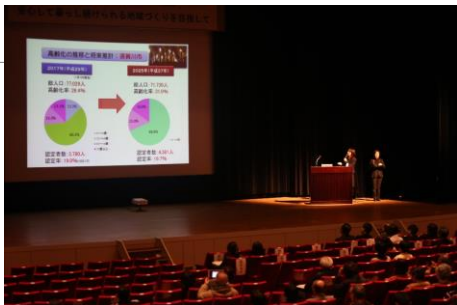
開催日程：平成29年10月30日（月）～11月22日（水）全9回

開催場所：市内各公民館（9箇所）

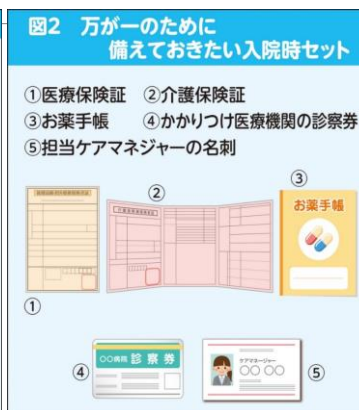
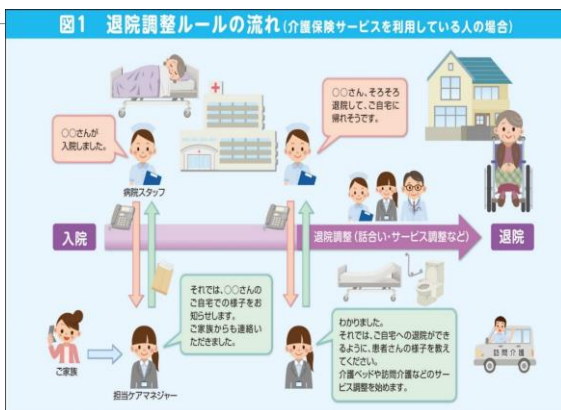
内 容：講演「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」

参加者数：154名

講演会開催状況【H28】



県中医療圏退院調整ルールへの運用



- ・平成28年4月から運用開始
- ・県中保健福祉事務所が中心となり、定期的に運用検証を実施
- ・「入院時セットカバーの作成、配布」(H29)

地域包括ケア病棟(公立岩瀬病院)

【地域包括ケア病棟とは】

地域包括ケア病棟とは、怪我や病気で入院し、急性期医療を終了して回復しても、すぐに在宅生活や施設へ移行するには不安のある患者さんに対し、在宅復帰に向けて医学管理、診療、看護、リハビリを行うことも目的とした病棟です。

在宅復帰又は在宅療養支援介護施設などへの入所を目的としていますので、入院期間は最長60日となっており、公立岩瀬病院では平成28年8月に48床、池田記念病院では平成29年7月に26床を導入しました。

【入院から退院までの流れ】



スマートプラクティス 福島県石川町

07. 福島県石川町

福島県石川市の取り組み

取り組みの特徴

石川町の在宅医療・介護連携推進事業

石川町では、平成24年から地域ケア会議で「在宅看取りの推進」の検討を始めた。以降、医療・介護の多職種により、看取りや認知症をテーマに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の確認や連携のあり方、必要な取り組みについて検討を行なっている。平成25年からは、町と郡医師会との共催で、住民向けのシンポジウムも継続し、みんなで考え、みんなで取り組む、地域包括ケアシステム構築を目指している。

項目	2017 (H30.1.1)	2025 (H37)推計
人口	15,644人	13,424人
65歳以上 高齢者人口	5,365人	5,465人
高齢化率	34.3%	40.7%
要介護認定者数	918人	1,180人
要介護認定率	17.1%	21.6%
第1号保険料月額	5,600円	—



医療と介護の多職種連携のために

●背景

平成24年度、地域ケア会議の検討テーマのひとつに『在宅看取り』を取り上げた。何度か検討を重ねる中で、①医師と介護関係者による課題の共通認識や一緒に検討を進めることの必要性、②住民が自分のこととして考える必要性が明らかになった。郡医師会に働きかけ、平成25年度から、医師会と合同の拡大地域ケア会議（現在の医療・介護連携多職種会議）を実施し、現在は歯科医師会・薬剤師会も含めた多くの職種が参加している。会議では、活発な検討が行われる一方、「地域包括ケアシステムはわかり難い」「何をもちて構築が進んでいるといえるのか」との声も多く聞かれた。

漠然とではなく、着実に、地域包括ケアシステムの構築を進めていくためには、関係者みんなが、町の目指すべき姿を真剣に考え、その実現に向けて各々の役割を果たしていくことが重要であり、それを促進するための事業展開が求められている。

●事業内容

- ・在宅医療・介護連携多職種会議（H25～）・多職種連携研修（H27～）
- ・地域包括ケアシステム構築推進シンポジウム（H25～）
- ・在宅及び介護施設の看取り支援に関する調査（H28）
- ・医療・介護連携アンケート（H29）

●取組のポイント

- ・効果的な事業運営のための『連携推進コアメンバー会議』（H29～）
- ・みんなが『やる側』の意識で取り組むために、会議・シンポジウムは医師会等との共催にする
- ・積み重ねと継続～へこたれず、あきらめず！

在宅医療・介護連携多職種会議

～平成29年度2回目会議より～

- テーマ** 「地域包括ケアシステム構築に向けて」
多職種で考える在宅医療・介護の充実 ～さらなる連携強化、もっと横のつながりを！
- ねらい** ① 多職種の相互理解の機会になり、医療・介護連携の強化が図られる。
② 「地域の目指す理想像」がイメージでき、実現に向けた筋道・各々の役割を考える。
- 開催日** 平成29年11月28日（火）午後6時30分～8時30分 石川町役場 正庁
- 参加者** 81人（医師、歯科医師、薬剤師、介護施設職員、介護事業所職員、介護相談員、地域包括職員、行政）
- 内容** ・**グループワーク(1)**：顔が見える連携から腕も腹も見せる連携に自分が目指す支援や工夫・努力していること、頑張っていること、やってみたいことを話し合い、全体で共有したい内容について発表。
・**グループワーク(2)**：目指す姿の実現に向けて石川町の在宅医療・介護の理想像（最終目標）と、それを実現するための筋道（中間目標と取り組み）をグループごとに作成し、全てのグループの発表により全体で共有。
・**まとめ**：今回は、実現に向けての各々の取り組み状況について情報交換し共有することを伝え、医師会長と町保健福祉課長がまとめの発言。
- 会議運営のポイント**
 - ・連携コアメンバー等グループの司会には、事前に企画書を確認してもらい、ファシリテーターの機能を担えるようにする。（事業担当の仲間を増やす）
 - ・毎回、医師会長・行政の管理職がまとめを担当し、参加者のモチベーションアップと会議の意義を高める。（終わり良ければ・・・）
 - ・グループワーク記録をできるだけ早く参加者に送り、職場内検討や次回につなぐ。（熟いうちに！）

地域包括ケアシステム構築推進シンポジウム

住み慣れたところで最期まで安心して暮らし続けられる地域をめざして

『在宅看とり』と『認知症』をテーマに、郡医師会と共催で平成25年度から毎年開催

- テーマ** 「あなたは老後をどこで過ごし、どんな最期を迎えたいと思いますか（2）」
- ねらい** ① 自分・家族の老後の生活や介護・看とりについて考える機会になる。
② 自分や家族の役割（自助）、地域内の互助への意識の向上が図られる。
③ 地域住民の在宅医療・介護連携への理解が深まる。
- 開催日** 平成29年3月4日（土）午後2時～4時30分 石川町共同福祉施設
- 参加者** 250人（住民、医療・介護・福祉関係者）
- 内容** 第1部 特別講演「在宅で最期まで暮らし続けるために～在宅看とりの現場から」
講師：川島孝一郎先生（仙台往診クリニック院長）
第2部 シンポジウム「その人らしい最期・それぞれの終末期を支える」
「介護保険施設における終末期支援」特別養護老人ホーム 看護師
「在宅看とりにおけるケアマネジャーの役割」介護支援専門員
「在宅看とりにおけるホームヘルパーの役割」訪問介護員
「在宅看とりの支援～医師の立場から～」町内診療所 医師
- ポイント**
 - ・シンポジストは住民や町内の関係機関から人選し、町の中の出来事や身近な話がができるよう調整する。
 - ・長寿会やサロン等に呼びかけ、身近な仲間が誘い合って参加し、聴講後、話題にできることをねらう。
 - ・開催の周知等の準備事務は町（地域包括）が担当し、当日の挨拶や座長等は医師会が担当と役割を分担。「やって良かった、住民の役に立っている」の成功体験は、医師会と行政の協働意識・連携強化につながる。

成果と課題

取組の成果

- 会議等参加者の意識の変化：「地域包括ケアシステムはわかりにくい」「同じような会議の繰り返しだ」⇒「石川版のケアシステムを考えよう」「この会議の積み重ねが力になる」に。
- 町の目ざす姿や実現に向けて何をするかを、住民も含めた多職種で考え話し合えた。行政任せではなく、各々が主体的に取り組んでいく・・・の方向付けができた。
- 会議後、自分の組織に戻り、話し合う事業所ができた。⇒「こんな検討しました」の声が届くようになった。
- “何をもって石川町のシステム構築が進んだといえるのか”の評価の指標を考えることができた。

連携多職種会議



シンポジウム



今後の展望

- **継続と発展**：みんなで目標に向かって取り組みを進め、積み重ねが、着実に変化につながるように！
- **普遍化**：効果的な取り組みや成果につながる工夫の情報交換や共有を図り、連携強化で、みんなができる！に。
- 地域にとって効果のある取り組みになっているかの視点で、**評価の指標と評価方法**を明確にする。

08.茨城県高萩市の取り組み

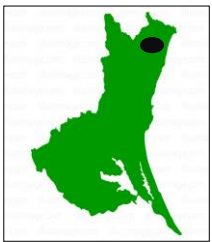
茨城県高萩市の取り組み

取り組みの特徴

・多職種がそれぞれ主体性を持ち、地域のためにイベントを企画・実施したり、普及啓発を行っている。

市区町村の基本情報

- 人口・・・28,652人 (H30.1.1)
- 面積・・・193.6 k㎡
- 高齢化率・・・33.5% (H30.1.1)
- 医療資源・・・病院数:3
在宅療養支援診療所:2
訪問看護:3



今後の取り組み方針

・現在約30名の多職種(医師・歯科医師・看護師・リハ職・ケアマネジャー・管理栄養士・病院等ソーシャルワーカー等)がそれぞれ5つのワーキンググループ(研修企画・市民普及啓発・認知症対策・地域資源開発・医師会連携)に分かれ活動している。各種研修会の企画、認知症カフェの開催、市民向け講演会の企画等、主体的に取り組んでいるため、継続していきたいと考えている。
・ワーキンググループの活動もメンバーを固定化せず、同事業所や同職種の中でローテーションを組みながら実施し、市内の中で幅広く活動を知って参加してもらおうとしている。

課題

- ・医療資源の不足、特に医師(高齢化も含む)、在宅を実施している・実施する予定がある医師が少ない。
- ・地域全体における医療・介護の連携が浸透していない。(例:ケアマネが医療系との情報共有を苦手としている)研修を継続して実施し改善はみられるが、地域全体となるとまだまだ各職種での個人差が出てしまう。
- ・市民への普及啓発、正しい知識の理解が不足している。

08.茨城県高萩市の取り組み

茨城県高萩市の取り組み

取り組み内容①

- 市民への普及啓発のため、多職種連携や看取り等をテーマにした演劇を実施している。
- 演劇の内容は、動画として編集し、高萩市HP内にも掲載し、いつでも動画視聴できるようにしてある。



取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ワーキンググループの中で多職種自らが企画、運営し、平成26年度から毎年実施している。実際の事例を参考とし、配役も固定ではなく毎回テーマやメンバーを変えながら、延70名以上の市民や多職種が演じている。
- 演劇を実施することで、練習などはロールプレイの場となり、それぞれの職種の理解や、連携につながる顔の見える関係作りにもつながっている。
- 多職種連携・看取り・リハビリ・認知症といったテーマで実施してきたが、話を聞くだけではすべてを理解することは難しいが、支援の流れ等を演劇にすることで、一般市民にもそれぞれのテーマに対する理解が進んでいる。

取り組み内容②

- 地域における認知症対策を考えるにあたり、多職種自らが市民普及啓発活動(認知症サポーター養成講座の実施)や認知症カフェを開催している。



取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ワーキンググループの中で認知症カフェ実施の希望があり、実際形にするのは難しかったが、在宅介護支援センターや行政も含めそれぞれ連携しながら実施に至った。行政主導や、一部の人のみでは実施には至らなかったと感じている。
- 認知症カフェ内容についても毎回、様々な職種や人を巻き込みながら認知症の人やその家族が居心地のいい場所とするため、アイデアを出しながら企画運営を行っている。
- 多職種連携を通して、多職種同士の理解が進んだことで、認知症サポーター養成講座の講師を多職種で実施することとなった。多職種それぞれの視点で介護予防につながっている。

茨城県高萩市の取り組み

取り組み内容③

- 多職種自らが多職種連携にかかる研修会を企画し、2ヶ月に1回程度実施している。グループワークを設け意見交換する時間も作っている。
- 市内急性期病院と在宅で活動する多職種をつなぐために、医師会等と連携し病院内を会場とした事例検討会を実施し、退院支援をスムーズにするため話し合ういききっかけとなった。今後定例化を予定している。



取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 概ね1年単位でテーマを決めて、それに合うような講師を市内外で探している。(テーマ例：「現場で役立つ〇〇」「自立支援とは」など)
- ワーキンググループに医師も参入し、研修会に医師含む医療職が参加しやすいようにするにはどうしたらよいかも工夫している。(例：事例提供者を医師に依頼する等)
- いつもの会場ではなく、会場を病院にする等、会場を変えることで新たな多職種が参加できるきっかけとなり、多職種の輪を広げることにつながっている。

取り組み内容④

- 事業内住民アンケートで抽出された生活課題を解決するために、地域ケア会議とも連携し、地域の実情に合わせたボランティアポイント制度をH28年度からスタートしている。(高萩市介護サポーター事業)

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- アンケートで終わりにすることなく、アンケートで出てきた生活課題を検討することで、解決できそうなテーマを当事業内の多職種連携会議で決定。事業化するために地域ケア会議において、新たな多職種や地域住民と共に施策化に向けて話し合いを重ねた。
- 話し合いを重ねて事業化したため、行政のみで作るよりも住民の反応はよい。事業化後も参加者や多職種間で意見交換を実施する等し新たな課題抽出や改善に向けて検討している。

スマートプラクティス 栃木県西健康福祉センター

09. 栃木県西健康福祉センター


栃木県西健康福祉センターの取り組み

取り組みの特徴

医療・介護の多職種連携による地域包括ケアシステムの構築

管内の基本情報

- 人口・・・180,188人(鹿沼市:97,861人、日光市:82,327人)
- 管内の医療機関・・・鹿沼市:病院数:3 診療所:64(有床9)
日光市:病院数:8 診療所:54(有床6)
- 医療資源・・・都市医師会1箇所、公的病院1箇所。
公立病院なし。在宅療養支援診療所4施設。人口10万人対2.1。
訪問看護ステーション4施設。人口10万人対2.1。



取り組み方針

市町、都市医師会、健康福祉センターが行政担当会議において顔の見える関係を構築し、市町は住民への周知、都市医師会は拠点として市町行政を巻き込んでの課題の洗い出しと事業展開、健康福祉センターは関係機関がつながっていきける土台づくり等、相互の役割分担と連携による取組の下、在宅医療を推進している。

課題

09. 栃木県西健康福祉センター

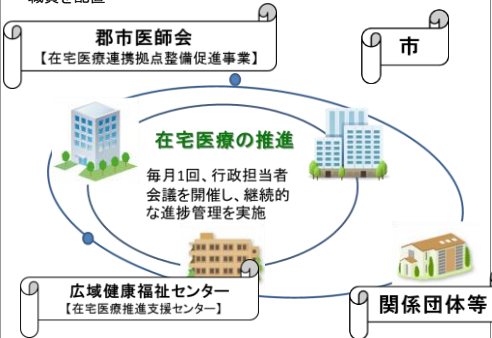
栃木県西健康福祉センターの取り組み

取り組み内容

- 都市医師会
 - ・全ての地域包括支援センターを回り、課題の抽出とまとめ
 - ・課題に応じた研修会等の企画立案
 - ・月1回行政担当会議(市町・医師会・健康福祉センター)の開催ととりまとめ
 - ・事業を展開していくにあたり、専任職員が中心に活動するが、医師会長・在宅担当理事・事務局長の積極的な協力あり
- 市
 - ・在宅医療に関する市民向け講座の開催
 - ・広報誌で在宅医療、地域包括ケアシステム等について周知
 - ・在宅医療理解促進のリーフレットを作成し、全戸配付
- 広域健康福祉センター
 - ・収集、蓄積してきた資源データの提供
 - ・関係機関の各課題を共通言語化
 - ・共通理解が得られたものについて文書化
 - ・入退院支援ガイドラインの作成
 - ・医師会との情報交換会、管内病院看護部長、施設看護管理者等連絡会等の開催
 - ・関係団体との連絡調整
- 関係団体等
 - 【研修会等の共催及び参加】
 - 看護協会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネジャー協会、リハビリテーションネットワーク、介護サービス事業者連絡協議会等

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ・地域医療介護総合確保基金を活用した都市医師会への補助事業(H28-29年度)
- ・H30年度からの地域支援事業完全実施に先立ち、都市医師会が主体となって在宅医療サービスの提供体制構築に取り組みため専任職員を配置



09. 栃木県県西健康福祉センター

栃木県県西健康福祉センターの取り組み

取り組み内容

■ H28-29

普及啓発

- 在宅医療に関する市民向け講座の開催
- 在宅医療理解促進のためのリーフレット作成

人材確保・育成

- 看護職員等研修会の開催
- 医師とケアマネの意見交換会

体制整備

- 両市の医療・介護資源ガイドブックの作成
- 日光市在宅医療連携ガイドライン(リハビリを含む)の作成
- 行政担当者会議の開催(1/M)
- 管内関係団体との連絡会

■ H30以降

普及啓発

- 在宅医療・介護連携シンポジウムの開催(市民向け)

人材確保・育成

- 在宅医療・介護連携シンポジウムの開催(関係職種向け)

体制整備

- 鹿沼市退院支援マナーブックの作成
- 在宅療養に関する連携体制の構築と連絡シートの作成

今後の方針

市町が在宅医療・介護連携推進事業の実施主体となるが、圏域内の市町の調整や在宅療養に関わる関係機関との広域の連携・調整は、県西健康福祉センターが主導する。今後の取り組みについて、市町と役割分担・連携しながら更に推進していく。

スマートプラクティス 群馬県桐生市

10. 群馬県桐生市の取り組み

群馬県桐生市の取り組み

取り組みの特徴

- ・在宅医療と介護の連携を効率的かつ効果的に運営できる医師会（在宅医療介護連携センターきりゆう）に事業委託。
- ・2次医療圏内のみどり市と連携して事業を実施。他事業（認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員）と併せて委託。

基本情報

- 人口…114,113人
- 面積…274.45平方キロ
- 高齢化率…34.32%
- 日常生活圏域…8か所
（各圏域に地域包括支援センター1か所設置、うち1か所ランチ設置）
- 医療・介護資源…病院8か所、在宅療養支援診療所14か所、訪問看護ステーション13か所、看護小規模多機能型居宅介護2か所、小規模多機能型居宅介護8か所、介護老人保健施設5か所、特別養護老人ホーム13か所、グループホーム17か所 等
（H29.10.1現在）



今後の取り組み方針

- 連携推進のための情報共有ツール（退院調整ルール策定、情報提供シート作成）検討後の運用と評価
- 多職種連携に関する研修会等の開催
- 医療・介護職のスキルアップのための学習会の継続
- 医療・介護資源の調査の継続と公表
（入所施設への調査開始と情報公開範囲の検討）

課題

- 医療・介護関係職種に属する各種団体の事業に係る理解・協力・連携。また、団体に属さない関係職種との連携体制の構築。
- 医療・介護に係る資源の情報集約と関係者・市民に向けた情報発信（対応可能な在宅医療、終末期医療、介護サービス内容など）

10. 群馬県桐生市の取り組み

群馬県桐生市の取り組み

取り組み内容

- 在宅医療・介護連携に係る関係機関・関係職種への訪問・アンケート調査実施
（病院、診療所、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター）
- 2か月に1回、入退院担当職員（MSW等）・介護支援専門員による合同情報交換会（入退院時情報提供シートの作成、入院時準備セットの検討）実施
- 介護職・医療職向けの合同学習会開催
（医師・歯科医師・訪問看護師・認定看護師・理学療法士・作業療法士・歯科衛生士・管理栄養士・社会福祉士・精神保健福祉士等多職種に講師依頼。H29年度 全20回シリーズ）
- 桐生市・みどり市医師・介護支援専門員合同研修会開催
（以前から医師会・地域包括支援センターが中心となり、医師・介護支援専門員の連携推進の場として開催。H29年度より連携推進事業の一環として、年1回、継続開催。）
- 在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置
- 地域包括支援センターとの情報共有・連携推進
（包括主催の連絡会やネットワーク会議に参加。在宅医療・介護連携推進事業の運営会議に、包括代表者が出席。）
- 事業普及啓発（パンフレット作成、ホームページ作成等）

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 事業開始当初、顔の見える関係づくりに努め、医師会に属する病院・診療所への全数訪問実施。
- 関係機関・関係職種からのアンケート調査で把握した意見や課題をふまえて、事業を展開している。
・切れ目のない医療と介護の提供体制の構築推進、医療・介護関係者の情報共有の支援として、入退院担当職員（MSW等）・介護支援専門員による合同情報交換会を実施。
・医療・介護関係者の研修として、介護・看護合同学習会を実施。
- 地域住民に対する包括的支援事業等を一体的に実施する中核的機関である地域包括支援センターとの情報共有・連携推進に努めている。
- 他の受託事業（認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員）と兼務することで、多様な相談に対応している。

スマートプラクティス 群馬県富岡市

10. 群馬県富岡市

群馬県富岡市の取り組み

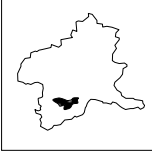
取り組みの特徴

地域ケア会議(各部会)で協議を実施

市区町村の基本情報

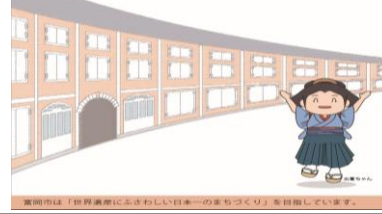
- 人口…49,533人 (H29.10.1現在)
- 面積…122.85平方キロ
- 高齢化率…31.2% (H29.10.1現在)
- 医療資源…病院3か所、在宅療養支援診療所5か所 (H28.3)、訪問看護ステーション5か所 (H27.10)、小規模多機能型居宅介護3か所 (H28.4) 等

群馬県富岡市



今後の取り組み方針

- 地域ケア会議や生活支援体制整備事業に係る協議体との連携を深めながら、目標とするテーマの対策を協議しながら着実に進める。
- 富岡地域医療構想に基づく、1市2町1村での広域的な取り組みについて、在宅医療・介護連携推進事業を実施するうえで、医師会との連携が重要である。平成30年4月には、相談支援センターを医師会へ業務委託する方向で、行政と医師会で調整会議を重ねている。



課題

- 地域住民に対する、自助や互助の支え合いの仕組みについて、いかに普及できるか。
- 広域圏としても、医療・介護のネットワークの充実に困れるか。

10. 群馬県富岡市

群馬県富岡市の取り組み

取り組み内容①

- 地域ケア会議の各部会に分かれて協議を行う
平成27年6月から地域ケア会議の委員23名に委嘱し、各部会に所属してもらい、それぞれの職種の立場から協議する。
<委員の区分>
①介護サービス事業所
②保健・医療又は福祉関係者(医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護等)
③民生委員・児童委員
④社会福祉協議会
⑤行政機関(県保健福祉事務所、担当部署等)
⑥市長が認めた者(シルククラブ、ボランティア団体、居場所ネットワーク等)
<部会>
○「安心部会」(安心して暮らせる人にやさしいまちづくり)…主に在宅医療・介護連携推進事業に関する内容を中心に協議。
○「穏やか部会」(穏やかに健やかに旅立ち)…自宅、施設、病院の終末期ケア、看取りについて協議。
○「元気部会」(元気で長生きのサポート)…介護予防に関することや、禁煙・肥満の対策について協議。
○「まちづくり部会」…居場所づくりの関係者などが地域包括ケアのまちづくりについて協議。
○「認知症高齢者ケア推進部会」…平成28年10月から認知症初期集中支援チームを認知症疾患医療センターへ業務委託しており、検討委員会を兼ねている。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 部会のテーマに基づき協議をすすめる
- 「元気部会」…予防。喫煙と肥満の問題について検討。
- 「安心部会」…独居でも安心して暮らせるシステムづくりを検討。
- 「穏やか部会」…リビング・ウィルについて、大事なことは本人の意思決定であり、元気なうちにそれらを支援するシステムづくりについて検討。(富岡市版終活ノート「マイライフノート」を作成)
- 「まちづくり部会」…地域包括ケアシステムの概念に基づく、居場所づくり、社会貢献できる場づくりの検討。

スマートプラクティス 埼玉県越谷市

11.埼玉県越谷市

埼玉県越谷市の取り組み

取り組みの特徴

医師会をはじめとする、医療・福祉の各種団体の関係者とともに、地域ケア会議の実施に向けた検討を行うことで、医療関係者の地域ケア会議への参加につながるのと同時に、医療と介護の連携の推進が図れた。

市区町村の基本情報

- 人口…340,862人
- 高齢者人口…83,738人
- 高齢化率…24.6%
- 面積…60.24Km²
- 在宅療養支援病院・診療所…15か所



今後の取り組み方針

- 平成30年度の介護保険制度改正において、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化を打ち出している。
- 特に、地域ケア会議については、自立支援型の介護予防ケアマネジメントを実施する方向としている。
- また、生活援助中心の訪問介護については、市町村にケアプランを届け出るとともに、地域ケア会議を活用して当該ケアプランを検証する仕組みが想定される。
- これらの動向やこれまでの実績を踏まえ、本市における地域ケア会議のあり方について、検討していきたい。

課題

- 高齢者に関わる諸課題について、地域住民において身近な問題である意識が少ない。
- 地域内で行う取り組みについて意見は出るが、実行に移すことが難しい。

11.埼玉県越谷市

埼玉県越谷市の取り組み

取り組み内容①

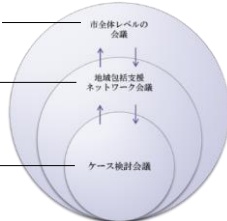
- 医療、介護、予防、住まい、生活支援の各分野の関係者で構成する、ワーキングチームを設置し、本市における地域包括ケアシステムの構築における今後の方向性等について、検討した。(H25.5～H25.10)
- ワーキングチームで取りまとめた方向性について、実現に向けた具体的内容を検討するため、ワーキングチームの下部組織として、2つの部会を設置した。(H25.10～H25.11)

- 部会において、越谷市版の地域ケア会議の実施に向けた具体的検討を行い、会議の構成を3層構造として取りまとめた。(H25.12～H26.7)

市の審議会で検討(年に1回程度)

地域包括支援センターが主催者として、地域の課題等の検討(半年に1回程度)

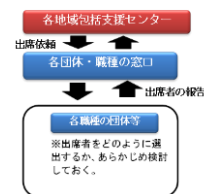
地域包括支援センターが主催者として、個別ケースの検討を行う(2ヶ月に1回程度)



- 平成27年4月から地域ケア会議を開催し、ケース検討会議は、医師、歯科医師、薬剤師の参加を必須とした。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 事業の実施にあたり、仕組みづくりの段階から、多職種の参加を呼びかけた。
- 結論を急がずに、会議の回数を重ねて、参加者の合意形成を図った。
- ワーキングチームや部会の座長、部長には、医療関係者の方をお願いし、医療関係者を巻き込んだ仕組みとした。
- 地域ケア会議の実施にあたり、事前に各団体への説明を丁寧に行った。
- 困難ケースにおいて、個人情報の同意を得ることが困難な場合も想定されることから、必要最低限の開示とした(個人を特定できる情報は非開示)。
- 地域ケア会議の運営者である、地域包括支援センターの負担軽減を図るため、各団体に出席依頼を行い、団体内で会議の参加者を調整していただく仕組みとした。



スマートプラクティス 埼玉県三郷市

11.埼玉県三郷市

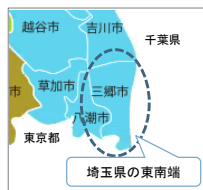
埼玉県三郷市の取り組み

取り組みの特徴

大学の協力を得て、在宅医療・介護における多職種連携研修を実施。
顔の見える関係づくりとともに、専門職の意識改革を推進。

市区町村の基本情報

- 人口・・・140,100人(H30.1.1現在)
- 面積・・・30.22km²
- 高齢化率・・・26.16%(H30.1.1現在)
- 医療資源・・・7病院、50診療所
(うち在宅療養支援診療所8か所)



今後の取り組み方針

- 今までの取組

平成27年度に、12職種と6圏域の地域包括支援センターからなる三郷市在宅医療・介護連携推進協議会を設置。平成28年度からは、市内を南北に分け三郷市在宅医療・介護連携推進協議会検討部会をそれぞれに設置。事例検討を通して多職種連携上の課題抽出と解決策について検討している。(協議会・検討部会それぞれ年4回程度の開催)

看取りに関する市民講演会の開催、三郷市在宅医療介護連携サポートセンターとの連携、情報共有のためのICT(メディカルケアステーション)の運用ポリシー作成、多職種連携用の連携マップの作成等に取組んできた。多職種連携研修については、平成28年度から専門職へのヒアリング調査を実施。多職種連携研修プログラム検討委員会を組織し、平成29年度に研修会を実施した。
- 今後の取組

平成30年度の診療報酬改定、介護報酬改定を踏まえ、情報共有の手段・仕組みづくりや、多忙なかでも多職種による協議の場が円滑に設定できる仕組みづくりについて、マニュアルや様式の作成等を検討する。

専門職間の相互理解の促進や、病院専門職の在宅医療介護への関心を高めることなどを目的に、研修会を検討する。

このような取組みを市内全域の多職種に周知するため、情報誌や成果物の配布を行うとともに、市民の関心を高めるための講演会等を予定している。

課題(在宅医療・介護の多職種連携上の課題)

- 情報共有の手段・仕組みやルールづくり
- 多職種・多機関と連携するための協議の場の円滑な設定
- 専門職間の心理的な距離、相互理解、在宅医療介護への関心
- 各専門職の多職種連携に必要な知識・技術と能力向上
- 病院専門職との連携
- 状態悪化時等の連携

11.埼玉県三郷市

埼玉県三郷市の取り組み

取り組み内容

- 埼玉県立大学の協力を得て、在宅医療・介護の多職種連携研修を実施
- 多職種連携上の課題の明確化と研修参加者への提示

研修の効果を上げるためには、地域の多職種連携上の課題について、参加者が明確な問題意識を持って研修に参加することが必要。
⇒8専門職(41人)からのヒアリングにより、課題を抽出し、参加者に提示。一専門職について「自らに対する見方」、「他職種に対する見方」、「他の専門職からの指摘」の3方向からの視点で分類し、個々の専門職が有する課題を整理。また、三郷市における多職種連携上の課題を10項目に整理。
- 三郷市在宅医療・介護多職種連携研修会の開催(主催:市 共催:大学)

三郷市において在宅医療・介護に従事する専門職の多職種連携に関する意識を改革することを目的に開催。その特徴は、研修内容を専門職の意識改革の一点に集中するとともに、埼玉県立大学が得意とする専門職連携(IPW)教育・研修のノウハウを活用。



※この取組は埼玉県立大学研究開発センターのプロジェクトの一環として実施しました。

埼玉県立大学研究開発センター <https://www.spu.ac.jp/research/centers/>

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 埼玉県立大学との協力

大学が持つIPW教育・研修のノウハウを活用
- ヒアリングを通じた多職種連携上の課題の抽出と提示

明確な問題意識を持って研修会に参加してもらう。
- 研修参加者は各団体から推薦を受けた地域のコアメンバー

13職種76名の参加者は、医師会や介護支援専門員連絡協議会等の団体から推薦を受けた方であり、多職種連携を地域で普及させることを期待されたコアメンバーが参加。
- 開会挨拶は、市長が行う

市長が在宅医療・介護多職種連携に対する意気込みを語ることで、参加者の士気を高める。
- 行動計画を作成、実践し、その結果をグループで共有

第1回研修会での学びを多職種連携の実践に意識的に結び付けていくために、自らの課題を整理し行動計画を作成。第2回研修会では実践の振り返りを行い、多職種連携がうまくいくためのポイントを整理。

	日時	次第	内容
第1回	2017年 10月21日(土) 13:30-18:00	開会	三郷市長、在宅医療・介護連携推進協議会会長の挨拶
		行政説明	三郷市の在宅医療・介護連携推進の取組
		レクチャー	・三郷市の多職種連携上の課題の提示 ・コミュニケーションスキルの紹介
		演習	事例を用いたグループワーク
		行動計画	行動計画の作成
第2回	2017年 12月9日(土) 14:00-17:15	リフレクション	多職種連携におけるリフレクション(内容、省察)
		レクチャー	第1回研修会の振り返り
		演習	行動計画の実践結果を踏まえたグループワーク
		リフレクション	多職種連携におけるリフレクション
		閉会	三郷市福祉部長、大学挨拶

※第1回研修会終了後、参加者による懇親会を開催

スマートプラクティス 千葉県印旛郡栄町

12. 千葉県印旛郡栄町

千葉県印旛郡栄町の取り組み

取り組みの特徴

栄町三師会(医師・歯科医師・薬剤師)が中心となって医療と介護の連携を推進
救急情報管理システム「ベストル119 for Web栄」から「さかえ〜ル」へ ICTを活用した情報共有の推進

市区町村の基本情報 (H29.10.1現在)

- 人口 21,086人
- 面積 32.51km²
- 高齢化率 33.6%
- 医療資源 病院(64床) 1
診療所 6 (うち在宅診療 1)



課題

在宅医療・介護等の社会資源

- 医療・介護資源の確保：後方支援病院、訪問看護ステーション、在宅医、など医療資源、訪問介護等、在宅介護を支える人材や介護資源等の確保

ICTの効果的な活用

- ICTを効果的に活用・推進するための技術力、ノウハウ

医師会との連携・協力体制

- 医師会は郡単位で町単独組織はない。医師会との協力体制の構築

住民の意識・介護力

- 地域住民の在宅医療に対する理解、普及啓発。家族・地域の介護力低下

今後の取り組み方針

- 限られた資源を有効活用した効率的な実施、推進
- アウトソーシングによる連携・協力体制の構築
- ICTの効果的活用による事業の実施、推進
- 地域住民への普及啓発の強化
- 多様な関係機関との連携による包括ケアの実現

【今後の取組み】

- (ア) 把握された情報の発信方法の検討。ICTを活用した情報発信。インフォーマルなサービス情報の収集・発信
- (イ) 課題抽出と検討について、栄町三師会へ委託
- (オ) 相談支援の窓口(センター)の設置、委託
- (キ) 多様な機会、媒体を活用した普及啓発の実施

12. 千葉県印旛郡栄町

千葉県印旛郡栄町の取り組み

取り組み内容

- (ア) 医療・介護資源の把握、リスト作成、配布
- (イ) 栄町三師会(医師・歯科医師・薬剤師)主催「病診連携の会」での課題の抽出、対応策の検討、協力要請
 - ・三師会、病院関係者、介護保険事業者、行政等により医療・介護の連携推進に関する課題検討、情報交換を毎月1回開催
- (ウ) 安心カードの普及・推進、救急情報管理システムを活用した救急との連携・協力による、緊急時等を含めた支援体制の整備
- (エ) ICT活用による情報共有の推進、連携強化
 - ・「さかえ〜ル」を活用した情報共有と連携の推進
 - ・救急情報システム「ベストル119」の活用による情報共有、連携
- (オ) 医療・介護連携室の設置、相談支援センターの設置検討
 - ・医療介護連携室の新たな設置による体制の整備
 - ・相談支援センターの設置(委託)の検討、協議
- (カ) 在宅医療・介護連携推進会議の開催
 - ・町内や隣接市の医療介護関係者による多職種研修の実施
 - ・包括ケア、在宅医療、リハビリテーション、緩和ケアなど、多様なテーマでの研修、グループワーク
- (キ) 在宅医療に関する講演会開催、DVD放映
 - ・まちづくり大学介護学部の公開講座で在宅医療講演会を開催
 - ・千葉県作成のDVDをふれあいプラザロビーで継続放映
- (ク) 近隣自治体との連携・協力体制の構築
 - ・担当者間で情報交換、会議等への相互参加等の連携・協力
- (他) 千葉大学医学部附属病院とのアドバイザー契約の締結による地域包括ケアシステム構築に向けた教育機関の協力支援体制

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- (ア) 作成されたリストは新たな協力者(仲間)を募り、随時更新
- (イ) 病診連携の会を中心として「顔の見える関係づくり」を起点に(ア)～(ク)を実施。顔が見える関係によって、事業の実施が円滑に。
 - ・三師会の支援と協力、キーパーソンとなってくれる医師により、事業推進。歯科医師会、薬剤師会の協力も得ている。
- (ウ) 安心カードの普及推進により、救急搬送時に必要な情報を事前に把握し、緊急時の連絡や連携が迅速に行え、高齢者が安心して在宅療養ができるよう体制を整備。救急隊からの情報も得られる。
- (エ) 知らない人とICTによる情報共有は困難。まずは顔の見える関係の基盤ができてからICTを試行的に導入。
 - ・活用講習会を開催、モバイル端末の使い方研修等で導入支援
 - ・在宅医療介護連携推進事業だけでなく、認知症初期集中支援チームの情報共有や連絡、法人内での連絡等、幅広く活用し普及
- (オ) 町内唯一の病院との関係性強化も含め、病院への委託を検討
- (カ) 他の地域支援事業との関連性を意識しながら、効率的に実施
 - ・集まるメンバーは同じ、在宅医療介護連携推進会議において認知症の多職種研修も実施。認知症に関する研修も実施することで、認知症総合支援事業「多職種研修」も同時に実施
 - ・顔の見える関係づくりを目標にグループ分け。参加者名簿の配布
- (キ) 他部署の事業や機能を活用し、効率的に実施。
- (ク) 町内だけでなく、隣接市の医療・介護関係者にも広く参加を要請。
 - ・担当者間で情報交換し、相互参加等で連携・協力体制を構築。
- (他) 小規模自治体の担当者だけでは(ア)～(ク)すべての実施は困難なため、千葉大学附属病院 地域医療連携部の支援、協力を得ることで、他事業も含め、地域包括ケアの推進を図れるよう体制を整備。

スマートプラクティス 千葉県鴨川市

12. 千葉県鴨川市

千葉県鴨川市の取り組み

取り組みの特徴

鴨川市直営の福祉総合相談センター(地域包括支援センター)が中心となり、医師・看護師・薬剤師・ケアマネジャー・社会福祉協議会等との協力・連携のもと、課題や対応策について協議している。課題を解決するための取り組みとして、「医療介護連携研修会」にて専門職の関係づくりを推進するとともに、平成28年度には、住民に身近な薬をテーマとして地域のサロン等において薬剤師が出前講座を開催した。平成29年度は、「食」をテーマとして管理栄養士との連携の推進を図っている。また、鴨川市内だけでなく、安房保健医療圏(館山市、鴨川市、南房総市、鋸南町)での広域的な多職種連携にも取り組んでいる。

市区町村の基本情報

- 人口：33,891人
- 世帯数：16,201世帯 (1世帯あたり2.1人)
- 面積：191.4km²



- 医療資源：病院数7、診療所数9
(平成29年4月1日現在)

課題

- 高齢者の服薬管理ができずに入退院を繰り返したり、残薬の問題あり。
- 医療・介護連携研修会を専門職向けに行うが医師、歯科医師、リハビリ職等の医療職の参加が少ない。
- 介護サービス利用者のサービス担当者会議に医師の意見をもらいにくい
- 地域で活動する専門職同士(同職種)でも連携がとれていない職種もある。
- 初めての医療機関と連携を図る際には、話を進めにくい。

今後の取り組み方針

- 薬剤師の協力を得ながら、地域住民への薬の啓発を継続し薬に対する正しい知識を得てもらい、地域住民と専門職との関係づくりの推進を図る。
- 医療連携会議を中心に医療・介護連携の課題を抽出し、医療・介護の専門職の関係づくりに継続して取り組んでいく。
- 管理栄養士・栄養士と介護職の連携を図るため、事例検討会や調理実習等を企画し食生活の重要性を専門職に理解してもらう。
- 医療職と介護職が連携しやすくなることを目的とした医療介護連携シート(仮称)を、安房地域にて検討中。
- 安房広域での地域包括ケアシステムの推進を図るため、医療・介護だけでなく司法や教育などの幅広い専門職との連携体制の推進を図っていく。



12. 千葉県鴨川市

千葉県鴨川市の取り組み

取り組み内容

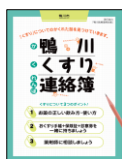
◎ 鴨川医療連携会議を開催し、医療介護専門職が連携しながら、地域の課題抽出や課題解決するための取り組みを行っている。

課題

- * 高齢者の薬の飲み忘れ、残薬が多い。
- * 介護職員が薬に関して医療職と連携が図れていない。

対応策

- * 高齢者の薬の飲み忘れ、残薬が多い⇒
 - ① 医療連携会議において、薬剤師との意見交換や地域住民への啓発方法を検討。また、地域住民からの聞き取りによる課題抽出。
 - ② 地域住民への普及啓発活動…上記意見を元に服薬パンフレットとDVDを製作し、薬剤師の協力により地域住民への啓発活動を実施。
- * 介護職員が薬に関して医療職と連携が図れていない。
 - ① 医療介護連携研修会の開催「薬剤師との連携」をテーマとして、事例を通じたワークを実施。
 - ② 介護職員に対して薬剤師が講師となり、薬剤に関する講義や事例を通じた薬剤師との連携を学んだ。



現在の取り組み * 服薬と食事との関連性から、治療食などの知識を介護職員などに理解してもらうため、「管理栄養士・栄養士」との連携を目的として研修会を開催。今後は、介護職員等を対象とした調理実習などを予定。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 市内の医療・介護等の専門職等で多職種連携の研修会を開催し、その中で総合病院の医師より、医療と介護の連携について問題提起された。市内の医療・介護の専門職に集まってもらい、鴨川医療連携会議と称して、月1回定期的に話し合いの場づくりを行った。
- その中で薬の飲み忘れや残薬等についての課題があげられた。課題に対して、サロン等で聞き取りを行い、課題を抽出した。薬剤師を含めて改善策を考える中で専門職が協力しながら 啓発物(パンフレット・DVD)を作成し周知活動に使用するとともに、関係づくりが行えた。
- 専門職が地域に出向くことで、地域住民と専門職との顔つきが近くなった。特に薬剤師による薬の啓発を行った事で薬に対する知識を地域住民が得る事ができた。
- 連携会議に参加してもらうため、職能団体の協力を得ることにより、専門職がスムーズに会議等に参加できるようになる。また、職能団体を通じて意見が集まりやすくなり、専門職への周知がしやすくなった。
- 研修会等では事例検討を中心に行う事により、それぞれの専門職の役割を理解してもらうことにより顔の見える関係づくりを行い、日頃の業務の中でも連携しやすい体制づくりが行えた。



スマートプラクティス 神奈川県秦野市

13. 神奈川県秦野市

神奈川県秦野市の取り組み

取り組みの特徴

在宅医療・介護連携の現状把握と課題解決について検討を進め、連携状況の改善を目指す

市区町村の基本情報

- 人口：162,296人
- 面積：103.76km²
- 高齢化率：28.5%
- 医療資源：病院、診療所、薬局、歯科医院

課題

- 入退院時の医療機関と在宅関係者（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、介護事業所職員等）の効果的な連携
- 在宅医療・介護を一体的に提供する体制の整備
- 効果的な情報共有
- 地域住民への普及啓発

今後の取り組み方針

在宅医療・介護連携の現状把握と課題抽出、対策の検討

- ①(イ)在宅医療・介護の連携状況の現状把握、取組み効果の検証
 - ・医療機関と介護支援専門員や訪問看護師との連携状況の把握
- ②(ウ)(オ)切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の整備
 - ・夜間、休日、急変時の医療・介護の連携の実態把握及び、効果的な連携の在り方の検証
- ③(カ)(キ)専門職向けの研修、地域住民への普及啓発
- ④(ア)(イ)情報共有ツールの効果的な活用
 - ・在宅サマリー活用状況、連携加算取得状況の把握及び効果的な活用に向けて検討

13. 神奈川県秦野市

神奈川県秦野市の取り組み

取り組み内容(ア)地域の医療・介護資源の共有

在宅医療・介護関係者のための「秦野市在宅医療介護連携情報リスト」を作成し、活用効果を検証した。

- ・内容更新時に掲載医療機関を増やし、(オ)の相談窓口を掲載した。
- ・冊子をスリム化し、病院の各病棟に配付できるようにした。
- リストの活用効果を確認する。
 - 医療機関・施設介護事業所における医療依存度の高い方の受け入れ情報を追加する。

取り組み内容(イ)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

- ・ひとり暮らし高齢者等の登録情報を消防と共有できるようにした。
 - 在宅での看取り支援を検証し、緊急時の対応を検討する。
 - ひとり暮らし高齢者等緊急通報装置事業の見直しを行う。

取り組み内容(ウ)在宅医療・介護連携の課題抽出と現状把握

- ・居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションに在宅療養者の実態把握を行った。
- ・介護支援専門員、訪問看護師、医療機関の相談員へヒアリングを行い、連携における現状把握と課題を抽出した。
- ・連携加算取得状況調査を行った。
- ・年度ごとの実施計画の確認と進捗管理を行った。
 - (ア)～(ク)の取り組み効果の検証方法を検討する。

取り組み内容(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

- ・介護支援専門員による連携シート(在宅サマリー)の活用状況調査及び再評価を行った。
 - 情報共有ツールの評価に伴い、書式を改善する。
 - 情報共有ツールの近隣市との共有に向けて調整する。

13. 神奈川県秦野市

神奈川県秦野市の取り組み

取り組み内容(オ)在宅医療・介護連携に関する相談援

・地域包括支援センター、訪問看護ステーション、病院、薬局、在宅歯科医療地域連携室で、医療・介護サービス利用の困難な場合等の相談や対応はできている。

・相談窓口の一本化はせず、各機関での相談窓口でどのような相談に対応できるかを整理した。

→専門職の相談の実態について把握する。

取り組み内容(カ)医療介護関係者の研修

・医療介護関係者の連携を実現するための研修を隣接する伊勢原市、県保健福祉事務所秦野センターと共に企画・運営した。

→多職種連携が必要な事例検討をグループワーク等を通じて実施する。

取り組み内容(キ)地域住民への啓発

・地域住民へ普及啓発するための講演会を伊勢原市、県保健福祉事務所秦野センターと共に企画・運営し、継続的に行った。

→一般向けの講演会を継続して行うと共に、講演会以外の普及啓発について検討する。

取り組み内容(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

・伊勢原市及び県保健福祉事務所秦野センターと3者共同で両市の事業の進め方及び現状把握をした。

・高齢者保健福祉圏域の5市町(秦野市、伊勢原市、平塚市、二宮町、大磯町)と、そこを管轄する県保健福祉事務所と(ウ)(オ)の課題検討及び情報提供を行った。

→広域連携が必要な課題を検討する。

スマートプラクティス 神奈川県大和市

14. 神奈川県大和市

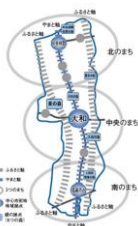
神奈川県大和市の取り組み

取り組みの特徴

地域の実情に応じて、既存の事業を活用しながら、可能な取り組みから実施している。

市区町村の基本情報

- 人口: 236,675人(H29.4.1)
- 面積: 27.1km²
- 高齢化率: 23.46%(H29.9.30)
- 医療資源: 病院: 10 うち訪問等を実施: 2
診療所: 162 うち訪問等を実施: 34
歯科診療所: 143 うち訪問等を実施: 47
薬局: 110 うち訪問等を実施: 28
訪問看護ST: 18
在宅医療・介護連携支援センター: 1



現状

平成28年度に大和市医師会へ在宅医療・介護連携推進事業を委託、大和市医師会が「大和市在宅医療・介護連携支援センター」を設置し、同事業を実施している。※委託内容は、厚生労働省が示すアからクの8項目(関係市町村の連携については、必要に応じて市に協力する旨の仕様)を全て含む。

事業目的

医療及び介護のいずれも必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、在宅医療及び介護サービスを一体的に提供するため、居宅に関する医療機関、介護サービス事業者その他関係者の連携を促進することを目的とする。

課題

- ・医師とケアマネジャーの連携強化(日常生活圏域での顔の見える関係づくり)
- ・在宅医療の確保(在宅支援診療所や訪問を行う医療機関等の確保)
- ・多職種連携の推進

14. 神奈川県大和市

神奈川県大和市の取り組み

取り組み内容①

- 地域の医療・介護の資源の把握
 - ・医療資源把握アンケートの実施
 - 市内の病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所等へ年1回、アンケートを実施
 - アンケート結果に基づき、詳細を記載した「医療機関等情報一覧」を作成し関係機関へ配布している。
 - また、同じくアンケート結果に基づき、市内で訪問等を実施している医療機関の概要を掲載した医療機関マップを作成するとともに、大和市及びかながわ福祉サービス振興会のホームページにも地図情報を含み掲載する準備を進めている。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ・アンケートは、大和市医師会の総会等でも周知するなど、大和歯科医師会、大和綾瀬薬剤師会の協力を得て実施。
- ・回答については、FAXも可能とし、回答内容に不明な点がある場合は、個別に電話で確認している。
- ・情報一覧やホームページの記載については、アンケートに同意欄を設けるとともに、電話でも再確認し、慎重を期している。
- ・医師とケアマネジャーの連携強化に資するため、アンケートには、ケアマネジャーとの連絡方法、可能な曜日、時間等を記載する欄を設け、結果を「医療機関等情報一覧」の個別のページに記載している。
- ・介護資源の把握については、かながわ福祉サービス振興会が運営しているホームページ等を活用

取り組み内容②

- 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討に係る事業
 - ・包括・在宅ケア会議(地域包括支援センター、在宅介護支援センター、在宅医療・介護連携支援センター、高齢福祉課等のよる月1回の会議)
 - ・市内9カ所の地域包括支援センターの日常生活圏域レベルの地域ケア会議
 - ・大和市医師会理事により構成される在宅医療・介護連携支援センター運営委員会との連携
 - ・市内病院の地域連携室等へのヒアリング
 - ・市内在宅医療支援診療所へのヒアリング
 - ・大和ケアマネジャー連絡協議会との情報交換会
 - ・大和歯科医師会との連携
 - ・大和綾瀬薬剤師会、大和市訪問看護ステーション連絡会、大和市リハビリテーション連絡会、神奈川県養士会等との連携
- 上記により、課題抽出と対応策を検討している

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ・可能な限り、既存の会議等を活用している。
- ・市内の職能団体等が一同に集まる会議は、実施しておらず、在宅医療・介護連携支援センターを中心に各職能団体と個別に調整し、必要に応じて複数の団体が出席する意見交換会を開催している。
- ・それまで横のつながりが希薄だった訪問看護ステーションの連絡会の立ち上げの支援は大和市医師会と在宅医療・介護連携支援センターが支援を行った。

14. 神奈川県大和市

神奈川県大和市の取り組み

取り組み内容③

- 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進に係る事業
- ・大和市医師会と市内各病院との意見交換会
- ・市内各病院から在宅医療・介護連携支援センターへ定期的に空き病床の情報提供
- ・市内の外来医と在宅医の意見交換会
- ・市内在宅療養支援診療所から在宅医療・介護連携支援センターへ受け入れ患者状況を定期的に情報提供
- ・大和市医師会、大和歯科医師会、大和綾瀬薬剤師会による合同定期研修
- ・市内9か所の地域包括支援センターと大和市医師会理事との意見交換会
- ・複数の日常圏域ごとに、医師とケアマネジャーの連携推進を目的とした地域ケア会議の開催

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ・病診連携強化や外来医と在宅医の連携強化等、医療の提供体制の構築から始めている。
- ・大和市医師会、大和歯科医師会、大和綾瀬薬剤師会が合同で共通の課題
- ・となっている、居宅療養管理指導の活用推進に関する研修等を実施した。
- ・医療と介護の提供体制の構築については、2～3の日常生活圏域ごとに、地域ケア会議を開催し、医師とケアマネジャーの顔の見える関係づくりを行っている。

取り組み内容④

- 医療・介護関係者の情報共有の支援に係る事業
- ・大和保健医療福祉ネットワークでのICTに関する研修の開催
- ・大和市医師会、大和ケアマネジャー連絡協議会等への医師とケアマネジャーの連絡ツールやICTに関する意見聴取
- ・医師とケアマネジャーの連携強化を目的とした日常生活圏域レベルの地域ケア会議での、医師とケアマネジャーの連絡ツールやICTについての意見交換

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ・早急なICTシステムの導入を目指さず、医療・介護関係者の顔の見える関係づくりを進め、その延長線上で、市内の多くの医療・介護関係者が活用できるシステムの導入を目標とする。
- ・医療・介護関係者の紙ベースの情報連携ツールとして、認知症の方とその家族、医師、ケアマネジャー等の関係者間の連携のための「よりそいノート」の活用推進も市認知症サポート医、神奈川県と連携している。

14. 神奈川県大和市

神奈川県大和市の取り組み

取り組み内容⑤

- 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- ・医療介護関係者からの様々な相談の受付
- ・相談員には、看護師（行政経験有）とケアマネジャー（老人保健施設等の経験有）に加え、兼務により、大和市医師会内の訪問看護STと居宅介護支援事業所職員が対応。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ・関係者のみならず、市民からの相談にも対応し、必要に応じて、地域包括支援センター等へ繋いでいる。
- ・相談員のスキルアップとして、先進自治体（横浜市鶴見区・保土ヶ谷区）で研修を実施。

取り組み内容⑥

- 医療・介護関係者の研修事業
- ・大和保健医療福祉ネットワーク（H19年度から市内の多職種が自主的に開始した研修会：月1回開催）
- ・神奈川県厚木保健福祉事務所大和センターとの合同研修
- ・大和市医師会、大和歯科医師会、大和綾瀬薬剤師会合同研修

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ・既存の自主研修等を活用し、共催等により医療介護連携に関する研修を実施。大和保健医療福祉ネットワークでは、在宅医療・介護連携支援センターが事務局を担当している。
- ・既存の研修会には、医師等の参加が少ないのが課題であったため、新たに大和市医師会、大和歯科医師会、大和綾瀬薬剤師会が合同で医療・介護連携等に関する研修会を定例実施している。

取り組み内容⑦

- 地域住民への普及啓発事業
- ・健康体操等の講座の実施
- ・市内各病院との共催により普及啓発事業を実施

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ・多くの参加者を集うため、健康体操等の講座を前面に出し、在宅医療や訪問看護に関する普及啓発の時間を設けて実施
- ・市内各病院が従前から行っている既存の事業を在宅医療・介護連携支援センターと共催で実施

取り組み内容⑧

- 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
- ・神奈川県、神奈川県厚木保健福祉事務所、神奈川県医師会等の主催の会議、研修等への参加

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ・市、在宅医療・介護連携支援センター、大和市医師会が可能な範囲で参加している。

スマートプラクティス 新潟県燕市・弥彦村

15. 新潟県燕市・弥彦村

新潟県燕市・弥彦村の取り組み

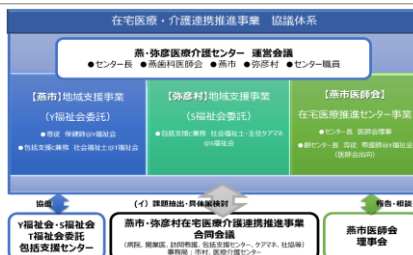
取り組みの特徴

小規模医師会を中心に、医師会圏域の2市村、地域包括支援センターを委託運営する複数の社会福祉法人が、一体となって設置した「医療介護センター」が取り組みの軸を担う。

燕市・弥彦村の基本情報



H29年9月末現在	燕市医師会	
	燕市	弥彦村
面積(km ²)	110.96	25.17
人口(人)	80,716	8,242
高齢化率(%)	29.5	29.4
診療所	54	2
急性期病院	2	0
燕市医師会会員数	87	2
地域包括支援センター	4	1



課題

- 地域在住医師の高齢化と引退、市外居住医師の開業が進み、休日・夜間の安心を支える後方支援病院、訪問看護、介護サービスとの連携強化によって関係者の負担感を軽減しつつ供給量と質確保を図る必要がある。そして広く住民に、在宅療養という選択肢を届けることを目指す。
- 医療計画を所管する県の支援を得て、在宅医療に関するデータ分析、医療圏域単位での病院とのより具体的な協働策を模索する必要がある。

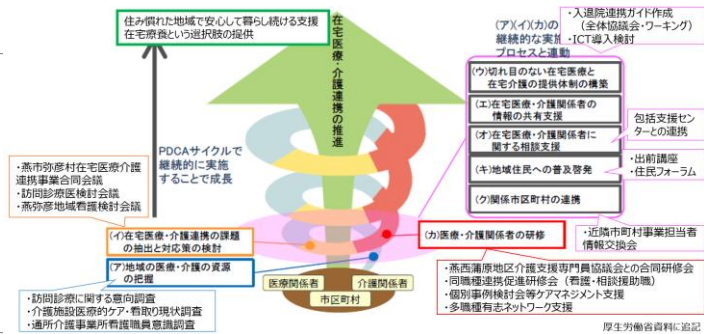
社会福祉法人が事業を担うことで、地域包括支援センターを中心とした地域の関係者と協力体制が図れている。毎月開催する医療介護センター運営会議では事業の進捗管理を実施し、医師会の理事会、行政主催の在宅医療介護連携推進事業合同会議と連動している。

今後の取り組み方針

- 委託の地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーター、当事業の機能に横串をいれ、効率的に住民との協働のまちづくりにつながる具体的な体制整備を検討していく。
- 当事業は開始から3年を経過したことから事業評価を丁寧に行っていく。また住民の満足度調査等、評価指標を検討し、協議体系によるマネジメントを継続する。

15. 新潟県燕市・弥彦村 新潟県燕市・弥彦村の取り組み

取り組みの全体像



取り組みの工夫・取り組み時のポイント①

療養体制の整備

- ・28年度、医師会員全員に訪問診療に関する意向調査を実施（回収率92%）、内外科を標榜する診療所の約7割が「条件が合えば訪問診療を実施する」意向を確認した。その結果を踏まえ、訪問診療を行っている医師を中心に訪問診療医検討会議を開催。今後は地域看護検討会議（後述）、地域の2病院、コアとなる社会福祉法人まで検討メンバーを拡大し、現場レベルでの実践的な検討を重ねていく方向。
 - ・H26年度より行われていた地域の訪問看護ステーション管理者全員が参集する情報交換会を当事業で支援し、地域2病院の連携実績のある看護師2名を合わせてH28に「燕弥彦地域看護検討会議」として当事業下に設置した。隔月に参集し、在宅医療の要となる訪問看護師が現場で抱える課題を整理、具体策を検討し、当事業に提言を与えている。
 - ・介護事業所によってばらつきが大きい医療的ケアの実施状況について、行政と医師会が明確に把握する目的で、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、短期入所生活介護事業所、小規模多機能居宅介護事業所全事業所を対象に、「介護施設における医療的ケア・看取り現状調査」を実施した。
 - ・要介護者に汎用されるサービスは通所介護サービスであり、当該看護職員が行う「健康管理業務」に対するケアマネジャーはしめ専門職の役割期待は大きい。一方で当該事業所の外部専門機関との窓口は生活相談員が担うことが多く、看護職員の勤務形態もパート勤務等であるなど、1利用者を取り巻く訪問看護師や医療機関の外来看護師との連携において複数の課題があるとの意見を得た。そこで「通所介護事業所に勤務する看護職員意識調査」を実施。実情を踏まえながら、地域看護検討会議を軸に、地域で疾患の悪化予防を担う看護職間の連携手段を模索していく。
- ※調査に関してはすべて、燕市・弥彦村の担当課と当事業センター長名で発出し、高い回収率を実現。

15. 新潟県燕市・弥彦村

新潟県燕市・弥彦村の取り組み

取り組みの工夫・取り組み時のポイント②

■ 入退院支援

・保健所単位で行われた都道府県医療介護連携調整実証事業を参考に、燕・弥彦圏域の病院（地域連携部門と看護部）、介護支援専門員、地域包括支援センターを参集、「つばめ・やひこ入退院連携ガイド」策定に向け、取り組みを開始した。

・地域内には病院2か所しかないため、協議会の設定に関しては実証事業に依らず、コアとなるメンバーのワーキングと、病院とケアマネジャー全体協議会の2本柱で運用。合わせて、2次医療圏を見据え、所轄の地域振興局、近隣市町村の在宅医療介護連携担当者をオブザーバー参加としている。

・今年度中に、協議会3回開催、ワーキングでの精緻化を経てルールを策定したのち、次年度以降は定例で活用状況調査、連携協議の場を予定。ルールのブラッシュアップを図る。

■ 住民普及啓発

・初年度に既存の地域の高齢者が集まるサロン等約10か所に出向き、在宅療養に関する住民の意識等の現状を確認。それをもとに、在宅療養に関するパンフレットを作成、全戸配布とともに、前述のサロン等に向けた出前講座を企画。センターの職員が直接、かかりつけ医、訪問看護、在宅看取りについての情報提供を行いながら、膝詰めで住民との対話を重ねていく。この機会から得られる住民の意識変化を経時的に把握、事業に反映させていく。

・より広い年齢層に向けては、在宅医療に関心を持ってもらうことを目的に、年1回住民フォーラムを開催。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント③

■ 関係者研修・相談支援

【地域の介護支援専門員協議会との協働】

・既存の協議会研修会と、前述の地域看護検討会議合同での研修を企画、講演と事例検討により訪問看護と病院連携室・看護部門とケアマネジャーが共に学ぶ機会としている。

【地域内5か所の地域包括支援センターとの協働】

・2か月に1回程度、各地域包括支援センターで行われている主任ケアマネジャー主体の個別事例検討会ならびに地域ケア会議において、打合せの段階から参加協力し医療面のアセスメント支援を行っている。

・介護サービスに偏りがちなケアマネジメントの現状に、疾患の悪化予防、再入院の回避を目指したプランニングについて具体的に支援。

【県の地域振興局との協働】

・地域振興局が看護職員確保育成事業において、圏域の病院看護部長会議を開催。その会議との連動で、地域で働く看護師間の連携を目指した研修会を実施。病院看護師が地域を知り退院後の患者の暮らしにまなざしを向けるために、看護部長の支援は貴重である。

・また高名な講師を招き、効率的な開催のために、近隣市町村共催の形をとっている。

■ 多職種連携の推進

・昨年度までは当事業で多職種が集う研修を実施、多職種の顔が見える関係性が深化してきたことから、今年度は近隣で先進的なネットワーク団体代表者からの情報提供を行い、地域での有志による自律的な多職種ネットワーク形成を支援。意向のある関係者に向けては、実務支援にとどまらず金銭的な支援を検討している。

スマートプラクティス 富山県黒部市

16. 富山県黒部市

富山県黒部市の取り組み

取り組みの特徴

H26年に市内医療・介護関係者による、在宅医療の課題抽出と、取組内容の検討を行った。その検討結果をもとに代表者による黒部市在宅医療・介護連携推進会議を開催し、課題の優先順位をつけ、年次毎の課題の整理と対応施策の検討を進めてきた。検討する中で新たな課題については、その都度関係者に投げかけ現場の意見を反映しながら、効果的・効率的なケアを実践できる体制づくりに努めている。

市区町村の基本情報

- 人口・・・41,773人(H29.10現在)
- 面積・・・426.3km²
- 高齢化率・・・30.3%(H29.10現在)
- 医療資源・・・総合病院(1) 病院(3)
診療所(21) 歯科診療所(15) 薬局(21)
訪問看護ステーション(基準該当)(4)



今後の取り組み方針

- 24時間対応可能な訪問診療及び訪問看護の提供体制に向けた検討
- 病院から在宅へ円滑に移行させるための退院調整に向けた体制づくりと地域医療連携室との連携強化
- 情報共有のあり方について検討会を開催するとともに、情報共有のためのツール(様式・ICT)を検討

課題

- 医師や訪問看護師の高齢化や人材不足等により訪問診療、訪問看護の体制が不十分である。
- 在院日数の短縮化、入院患者の高齢化、1人暮らしの増加、上記体制の不十分さを背景に、病院からの退院調整に時間を要する対応困難なケースが増えている。
- 医療・介護サービス等の利用者が抱える個々の課題に対応できていない現状があり、効果的かつ効率的なチームケアにつなげていない場合があることから、情報共有のあり方について検討が必要である。

16. 富山県黒部市

富山県黒部市の取り組み

取り組み内容

- (ア)地域の医療・介護の資源の把握
 - ・医療・介護関係機関リストの作成
- (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
 - ・黒部市在宅医療・介護連携推進会議にて、課題の抽出、対応策を検討
- (ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
 - ・市医師会や訪問看護の人材・確保や効率的なサービス提供のためのあり方について検討会を開催
- (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援
 - ・情報共有のあり方をワーキンググループで検討、研修会の開催、既存のツール及び新たなツールの作成、ICT導入の検討
- (オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - ・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
- (カ)医療・介護関係者の研修
 - ・医療・介護関係者を対象にワールドカフェ方式の研修会を開催(年2回)し、顔の見える関係づくりと連携強化を推進。
 - ・介護・福祉関係者に対する医療等の研修を開催(年4回)
- (キ)地域住民への普及啓発
 - ・在宅での看取りを含めた在宅療養の普及と出前講座等にて実施
- (ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
 - ・医療圏における入退院支援を中心とした医療介護関係者のネットワークを保健所(厚生センター)の協力により関係者で協議し、周知。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- (ア)地域の医療・介護の資源の把握
 - ・医療・介護関係機関リストの作成では、医療機関については診療体制、医師との連絡方法、在宅医療の有無及び取組内容等を、介護関係機関については、相談担当者、営業日、サービス内容、事業所の特色等の情報を整理しわかりやすく、すぐに役立つ掲載内容となるよう工夫している。
- (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
 - ・市内の医療・介護関係者が集まり、課題を抽出し、話し合いを重ねながら対応策を検討した。その検討結果をもとに代表者による会議を開催し、課題の優先順位をつけ、年次毎に課題の整理と対応策の検討を進めている。
- (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援
 - ・情報共有のあり方について、関係者でこれまでの運用・活用状況や内容を確認するとともに、サービス担当者会議等に活かす研修等を実施しながら、共有すべき情報やその必要性等を検討し支援している。

スマートプラクティス 富山県小矢部市

16. 富山県小矢部市

富山県小矢部市の取り組み

取り組みの特徴

小矢部市・地域包括支援センターと小矢部市医師会・在宅医療支援センター、富山県砺波厚生センター小矢部支所(保健所)が協働し、地域の医療機関・関係団体・機関を結び、在宅医療と介護の連携を推進している

市区町村の基本情報(H29.10.1)

- 人口 … 30,553人
- 面積 … 134.07Km²
- 高齢化率 … 34.5%
- 医療資源 … 一般診療所 18ヶ所
病院 6ヶ所



課題

- 後期高齢者の増加とともに、要介護認定率の一層の上昇が想定され、今後、在宅での終末期を迎える体制を含めた在宅療養のニーズがより高くなると見込まれる。
- 医療及び介護人材の確保が必要である。
- 在宅及び介護施設における終末期の対応力の向上が望まれる。

今後の取り組み方針

- 普及啓発:「自分らしい最期を生きるために」をテーマに、医療・介護・福祉関係者だけでなく、市民とともに意見交換や研修会を開催し、できる限り住み慣れた自宅や地域で生活することの実現を目指す。
- 専門職のスキルアップ:医療・介護等専門職の事例検討会・研修会等を開催し、終末期の対応を含めたスキルを向上させるとともに、多職種連携(特に看視連携)を促進・充実する。
- 多職種の連携強化:「メルヘン在宅あんしんネットワーク」の効果的な運用を図るため、多職種連携を促進・充実する。
- 「小矢部市在宅医療推進連絡会」の推進:在宅医療推進連絡会を核として、「地域の医療・介護の現状を把握」「課題の抽出と共有」「取組内容の検討」「関係者をつなぐ」「市民・関係者の意識・関心を高める」「継続的な取組」「取組内容の評価・検討」を地域全体で取り組む。

16. 富山県小矢部市

富山県小矢部市の取り組み

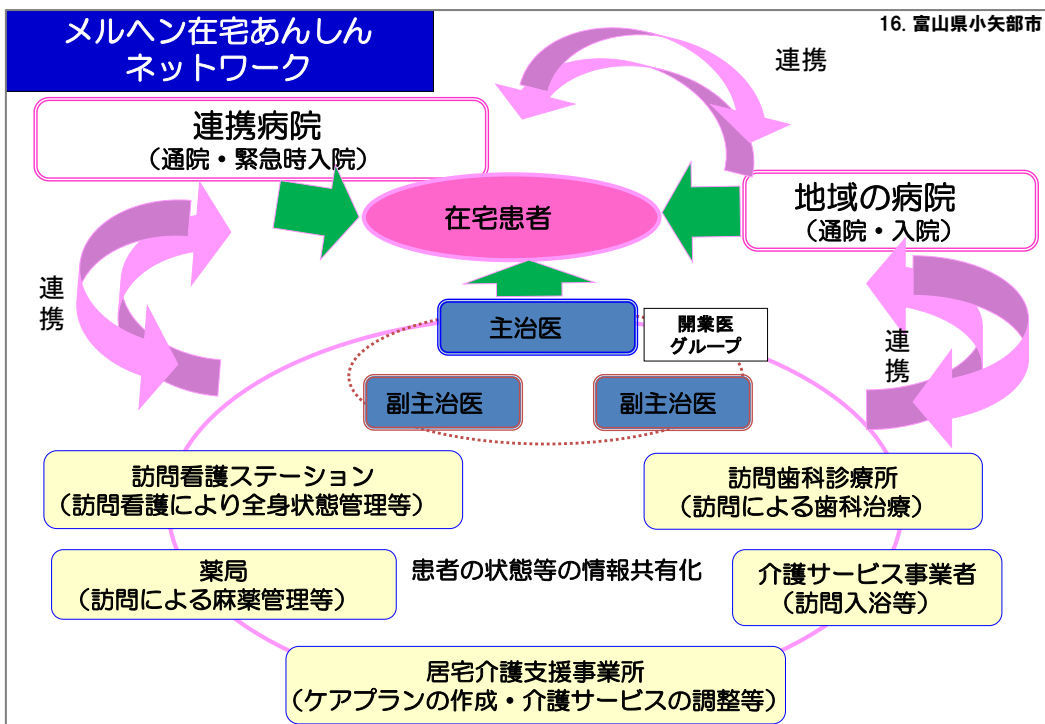
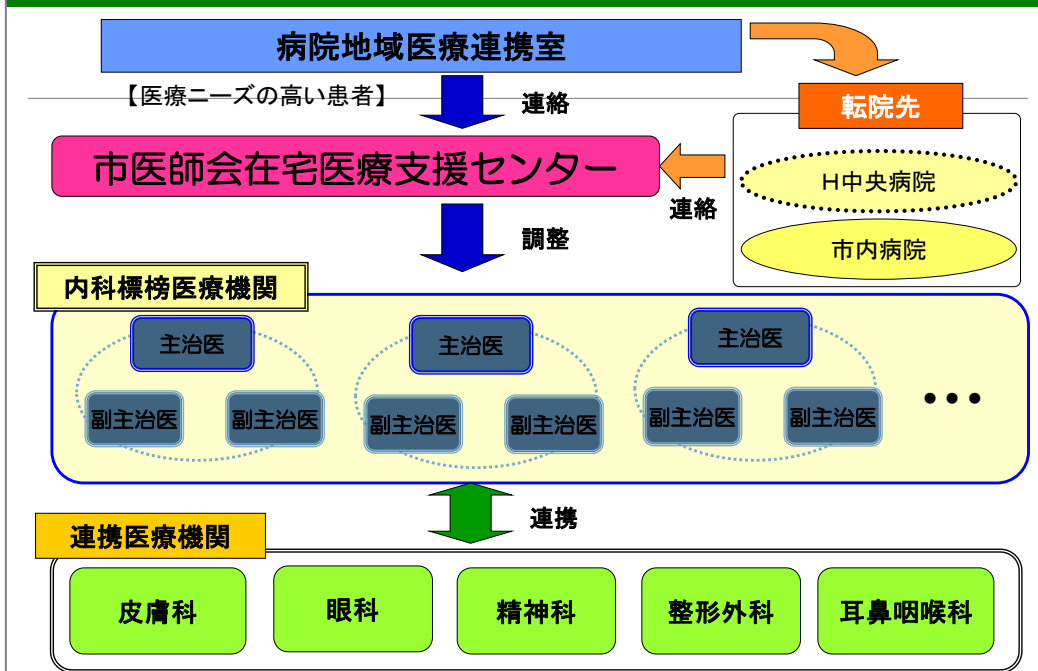
取り組み内容①

- ア) 地域の医療・介護の資源の把握
地域の医療機関、介護事業所等の情報収集と整理(リスト等の作成)
 - イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
小矢部市在宅医療推進連絡会において、在宅医療・介護連携の現状の把握・課題の共有、対応策等の検討
 - ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
小矢部市医師会「メルヘン在宅あんしんネットワーク」の運営・推進を支援
 - エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
ICTを活用した在宅患者情報共有システムの運用支援と活用状況の把握
 - オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
小矢部市地域包括支援センターと医師会在宅医療支援センターが連携した相談体制の整備と相互支援
 - カ) 医療・介護関係者の研修
多職種合同事例検討会に併せて、在宅療養支援に必要なスキルアップ研修を実施
 - キ) 地域住民への普及啓発
在宅療養をテーマとした市民向けの啓発普及事業を実施
 - ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
二次医療圏が福祉圏域及び介護保険一部事務組合、保健所(厚生センター)の管轄内と一致することから、保健所の協力を得て、各市地域包括支援センター(直営)、管内医療機関、介護事業者等と合同で退院調整のルール策定や連携研修を実施し連携を推進。
- ※オ)は平成28年度から、ア)～キ)は平成29年度から小矢部市医師会委託

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 平成22年度に、医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護サービス事業所・介護支援専門員代表・病院連携室・訪問看護ステーション・保健所(厚生センター)、地域包括支援センター等の市内医療・介護・福祉関係機関等より組織した「小矢部市在宅医療推進連絡会」を設置した。
- 在宅医療の実態把握・調査をはじめ、課題の共有と取組の方向性、手段と手順、役割分担等について、関係者間の合意を得ながら、実施している。(連絡会の開催準備に時間をかけた。)
- 主な成果としては
 - ①市内開業医間のグループ化(主治医・副主治医制)を中心とした「メルヘン在宅あんしんネットワーク」を創設<平成23年度～>
 - ②多職種合同事例検討会・研修会の定例開催<平成23年度～>
(H23) 35人/1回 (H24) 227人/5回 (H25) 294人/5回
(H26) 314人/5回 (H27) 198人/4回 (H28) 238人/4回
 - ③市内初の24時間対応訪問看護ステーションを設立<平成25年度～>
 - ④ICTを活用した連携ツール(在宅患者情報共有システム)の導入<平成25年度～>
 - ⑤地域住民への啓発事業「これからの在宅療養を考える集い」の開催
<平成27年度> 一般住民対象 参加者 250人
<平成28年度> 民生委員と多職種の意見交換 参加者 91人
- 関係機関・団体等との日常的・効果的な連携を構築していくためには、「顔が見える、人がわかる関係づくり」が不可欠であることが、関係者間での共通認識となった。
- 平成28年度～医療及び行政のトップレベル会議「小矢部市あんしん地域医療あり方懇話会」を開催し、病診連携等在宅医療推進への意見交換を実施した。

16. 富山県小矢部市
小矢部市在宅医療支援の流れ



スマートプラクティス 石川県七尾市

17. 石川県七尾市

石川県七尾市の取り組み

取り組みの特徴

在宅医療・介護連携事業がきっかけとなり、医師会を中心に、代診医による在宅への緊急時と看取りの対応を行っている。

市区町村の基本情報

- 人口・・・54,056人
(平成29年10月1日時点)
- 高齢化率・・・35.4%
- 面積・・・318.04km²
- 医療資源・・・病院7カ所、診療所34カ所



今後の取り組み方針

高齢者等が医療や介護が必要な状態となっても、可能な限り人生の最期まで、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療と介護の関係機関との連携を推進する。

- 七尾市と医療・介護の関係者等からなる「七尾市在宅医療介護連携推進協議会」で、施策の進捗管理や課題についての具体的な対応策について検討する。
- 相談窓口として1か所設置している在宅医療・介護支援センターにおいて、個別支援や多職種による在宅療養への連携の強化となるよう支援を行う。
- 住民への在宅医療等、看取り等への理解を深める。
- 在宅医療介護関係者の連携強化が必要である。

課題

- 地域住民への普及啓発
- 医療・介護関係者の情報共有
- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

17. 石川県七尾市

石川県七尾市の取り組み

取り組み内容

- 地域の医療・介護の資源の把握
 - 市内の「在宅医療(病院・診療所、歯科、薬局)情報」の提供
 - ① 病院・診療所:平成27年～
 - ② 歯科:平成28年～
 - ③ 薬局:平成28年～
 - 配布先:関係機関、介護保険事業者(177箇所配布)
 - 項目内容:右記資料参照
- 医療・介護関係者の情報共有
 - 「介護・医療連携用紙」の作成
 - 医療関係者と介護関係者が共通に使うシート(下記参照)
 - 七尾市以外にも、能登地区全域で使用している。
 - 平成29年7月より運用している。



取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 地域の医療・介護の資源の把握
 - 関係者(介護保険事業者・施設・行政・医療関係者)への提供可能な項目を、それぞれ医師会、歯科医師会、薬剤師会を通して検討した。
 - 提供項目の記入については、依頼時に、関係機関に対する情報提供で、一般住民向けでない旨を説明した上でお願いをした。
 - 項目内容は、A4の1枚で、治療方法はあくまでも参考情報として、記入しやすく、毎年情報をFAX等で更新しやすいように工夫した。
 - 住民向け医療資源情報冊子も作成中である。

在宅医療連携用紙		介護・医療連携用紙	
氏名	性別	氏名	性別
生年月日	年齢	生年月日	年齢
住所	電話番号	住所	電話番号
診療科目	担当医師	診療科目	担当医師
診療時間	連絡先	診療時間	連絡先
その他		その他	

- 医療・介護関係者の情報共有
 - 内容の検討を、能登脳卒中地域連携協議会の生活期連携推進委員会にて協議を行い、七尾市内に限らず、医療と介護の連携のために能登地域を範囲として運用できるよう検討した。
 - 項目:基本情報、介護保険情報、医療情報、日常生活情報(口腔、食形態などを含む)、精神・身体情報を記入ができる。

17. 石川県七尾市

石川県七尾市の取り組み

取り組み内容

■切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

「ななか在宅Dr. ネット」

代診医の輪番制 登録者 14名(年5～6回担当)

日曜・祝日の場合

前日の12時から当日24時までの36時間が1単位

連休の場合

0時から24時までの24時間が1単位

(不在時間を代診医にあらかじめ伝えておく)

●手順

24時間連携の訪問看護ステーションが必須条件

事前に家族に、同意書を得ておく

代診医には、日曜・祝日の前日の12時までに依頼

(代診依頼書、患者情報、参考死亡診断書)

訪問看護ステーションに事前に連絡をしておく。

●平成28年度 依頼件数 2件(看取り件数 1件)

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

■切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

課題:在宅医療の専門の医療機関がない。

外来の合間に訪問している開業医が多い。

かかりつけ医一人で24時間365日、在宅医療を行う

ことは不可能である。

対象の在宅患者

ターミナルステージで現在以上の医療は希望せず、在宅

での見取りを希望している方

交通費・診療報酬

患者宅までの交通費

(代診を依頼したかかりつけ医が負担する。原則タクシー)

保険請求

(初診料、往診料、死亡診断加算、死亡診断書料)

スマートプラクティス 石川県能美市

17. 石川県能美市

石川県能美市の取り組み

取り組みの特徴

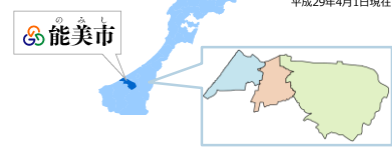
- ・メモリーケア・ネットワーク能美(MCN:多職種で在宅医療・介護連携を推進するグループ)を市の専門部会と位置付け、課題の抽出、解決について検討を図っている
- ・医療コーディネーターを市と圏域の地域包括支援センターに配置し、連携して取り組む体制で実施

市区町村の基本情報

- 人口……………49,814人
- 面積……………84.14 km²
- 高齢化率……………24.9%
- 要介護認定率… 16.2%
- 医療資源……………一般病院：3か所

診療数：23か所
認知症疾患センター：0か所
地域包括支援センター（3圏域）

平成29年4月1日現在



取り組み内容

■ メモリーケア・ネットワーク能美(MCN)について

- H23年：石川県医師会の在宅医療推進事業を受け、市医師会事業としての呼びかけで多職種が集まるメモリーケア・ネットワーク能美(MCN)が発足。認知症の課題を中心に、関係機関の情報共有と連携、家族支援についての検討や学習や事例検討がスタートする。
- H26年：県の在宅医療・介護連携のモデル事業として、事務局を医師会から市に移し、認知症対策と在宅医療・介護連携推進についても検討を開始。医療コーディネーター(在宅医療・介護連携推進事業展開)を市に配置する。
- H27年：市の事業として在宅医療・介護連携推進事業8項目の取り組みを推進する。
- H28年：身近な3圏域の各地域包括支援センターに医療コーディネーター(個別支援)を配置(兼務)し、個別支援の対応を充実させる

■ 医療コーディネーターについて

- ①在宅医療・介護連携推進コーディネーター(市1人:専任:事業展開)
- ②地域生活医療コーディネーター(包括3人:兼務:看護師:個別支援)

○コーディネーター会議を毎月開催し、積み上がった個別事例からの課題をMCNへ課題としてつなげる。

17. 石川県能美市

石川県能美市の取り組み

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 運営:コア会議と定例会
 - 毎月1回(夜)の多職種による定例会と課題や方向性を整理するコア会議(医師会と行政)の2層構造で運営
医師8人(医師会、病院医師)の理解と積極的な関わりが大きな特徴
- メンバー:参加申し入れは大歓迎
 - 正式な委員以外にも、一緒に取り組みたいと申し入れがあった方を歓迎し、仲間として参加してもらう体制
 - 「医療連携」「医療・介護連携」「認知症対策」の3つの「課題」について3グループで検討し、必要時にアンケート調査や事例検討会を実施し、全体会で共有している
- 市民の理解が重要:市民と専門職での共有
 - 市民公開講座(認知症の理解、看取り等)、MCN活動報告会(連携会議)を毎年開催。
グループワークで市民と専門職と一緒に検討する機会を設けている
 - 研修会(医療・介護報酬の狭間、認知症対応力向上研修等)を開催(医師会合同開催も有)。また、参加者の職種を拡大し、専門職の見地拡大や関係づくりを図っている。
- MCNから所属団体の取り組みへ
 - 各所属団体への聞き取りから、MCNで検討された事が、少しずつであるが所属団体でも検討され、活かされている事

成果

- 参加者の増加
 - 市民公開講座(H23年度より毎年100~150名)
 - 「保健・医療・介護・地域」活動報告会(連携会議)(H26年度より毎年150名)
 - 認知症対応力向上研修(H26年度約30人→H29年度約90人)
 - MCNメンバー(H23年度8団体16名→H29年度14団体48名)
H29:医師会・病院・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護・介護事業所・ケアマネジャー連協会・リハビリテーション連協会・北陸先端科学技術大学院大学・能美市消防本部・能美市社会福祉協議会・南加賀保健センター・地域包括支援センター・能美市
- 成果物
 - 医師と介護支援専門員の医療・介護情報連携シート
 - 認知症ガイドブック・認知症ケアパス(のみ認知症あんしん帳)
 - 認知症初期集中支援チーム
 - 資源マップ(過程:現状調査及び意向調査実施:151カ所)
 - MCNbookの検証(インターネットによる情報共有システム)
- 連携の取り組み
 - 病院の認定看護師の活動より、クリニックと介護事業所との連携が事例を通してできてきた
 - 訪問看護事業所間の連携体制ができ、また、終了の件数が増加した
 - ケアマネジャー連協会・訪問看護事業所・リハビリテーション連協会等の合同研修会が開催される様になる。又、医師のアドバイザーでの参加につながった
 - 市内病院に在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟によるレスパイト入院機能が出来た
 - 消防本部の参加により、地域医療・介護との検討が出来る体制となった
 - チームとして訪問歯科の繋がりができてきた
 - 市とリハビリテーション連協会・薬剤師会の連携により、自立支援の向上に繋がった(総合事業:短期集中の地域ケア会議・ケアプラン会議)

17. 石川県能美市

石川県能美市の取り組み

課題と今後の取り組み

■ MCNの永続・継続の体制強化

- ・医師会との連携強化体制の検討
- ・各所属団体へのフィードバック体制の検討

■ 市民との取り組み

- 市民の理解や、市民と専門職の理解の差を縮める事が必要
- ・「保健・医療・介護・地域の連携会議」等、いろいろな機会での実践活動の紹介
- ・出前講座や市民公開講座の開催拡充体制の検討
- ・地域包括支援体制推進協議体との連携強化

■ 専門職の研修

- ・「命の尊厳・看取りの定義」について
- ・「オーラルフレイル」について
- ・市の地域包括ケアシステムの方向性について

■ 入退院時の医療介護連携体制

- ・退院後2週間を多職種で支援する仕組みの検討
- ・退院後を見据えた入院時連携体制検討
- ・退院時カンファレンスの準備と内容についての検討

■ 退院後の在宅支援・受け皿作り

- ・市外の病院との退院時連携窓口の明確化
- ・緊急時対応の連携体制整理
- ・誤嚥性肺炎を繰り返す方などへの食の支援体制の検討
- ・医師の予後予測を活かしたサービス担当者会議
- ・地域包括支援センターの地域ケア会議機能との連携
- ・資源マップの活用推進

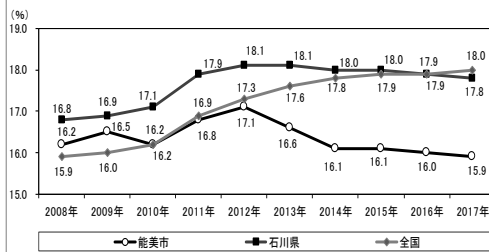
■ 認知症重症化予防の強化

- 増えていく認知症への対策強化
- ・認知症ケアパス、認知症初期集中支援チームの活用と検証
- ・物忘れ外来と地域の繋がりの検討
- ・認知症ケアの向上
- ・地域見守り体制との連携

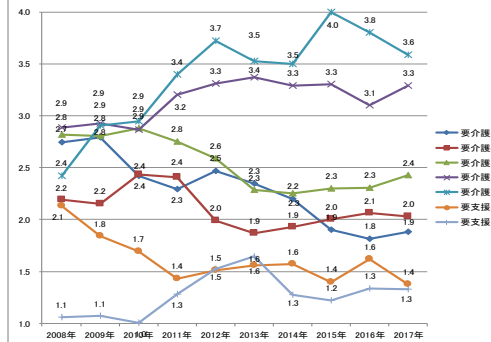
17. 石川県能美市

参考資料

■ 要介護認定率の推移(全国、県、能美市比較)



■ 要介護度別認定率の推移(能美市)



スマートプラクティス 福井県高浜町

18. 福井県高浜町

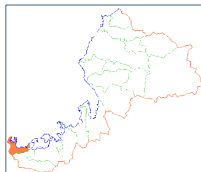
福井県高浜町の取り組み

取り組みの特徴

医療・介護を中心に総合的なまちづくりとしての住民普及啓発の実施

市区町村の基本情報

- 人口・・・10,520人(H28)
- 面積・・・72.40km²
- 高齢化率・・・30.4%(H28)
- 医療資源・・・病院1、診療所4
- 在宅療養率・・・



今後の取り組み方針

- 全国で同様の取り組みをする自治体同士における交流や好事例展開。
- より多くの住民参加の促進。

課題(取り組み実施の背景)

- 住民の地域医療に関する関心が薄く、風邪の受療でも町外・隣県に行くケースがある。
- 2040年には町の人口が3割減になる予測があること等から、医療・介護にとどまらない総合的なまちづくりの在り方について住民が自ら考える機会が必要。

18. 福井県高浜町

福井県高浜町の取り組み

取り組み内容

- 月に1回、「健高カフェ」を開催し、行政・医療・介護関係者と住民が集まり、医療・介護・健康をはじめとした多彩な分野について協議・研修・普及啓発を行う。
- 上記のカフェでの話し合いを元に、ご当地介護予防体操を考案する等、住民参加型で施策を作り上げている。
- 町内高齢者に対する健康とくらしに関する悉皆調査を2年に1度実施し、課題・ニーズを探るとともに、住民への意識を醸成。
- 住民有志でつくる地域医療サポーターを中心に医療・介護等の住民啓発を行うフォーラム等を開催。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 「健高カフェ」に商工観光関係など多彩な職業の住民が参加することにより、多方面からの課題解決案が得られる。
- 普段からの行政と町内の医師との関係が密であり、ちょっとした内容でもすぐ協議できている。
- 高齢者における活動への参加有無が、かかりつけ医をもつ・健診を毎年受診する・健康づくり活動に参加する、といった行動についての有意差が見られた。

スマートプラクティス 福井県敦賀市

18. 福井県敦賀市

福井県敦賀市の取り組み

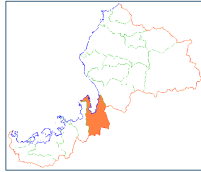
取り組みの特徴

共通ツールを用いた医療・介護関係者間の情報共有

市区町村の基本情報

(H29.4.1現在)

- 人口…66,520人
- 面積…251.39km²
- 高齢化率…27.0%
- 医療資源…病院5、診療所34



今後の取り組み方針

- 連携ファイルの配布対象をどこまで広げるか、ツールでの連携対象職種をどこまで広げるかについて要検討。
- ツールを实际使用してみたの使い勝手、医療・介護ニーズや関連制
度の変化に応じたツールの改良。
- ツールの使用効果のアセスメント手法の検討。
- 住民の理解促進と普及啓発。

課題(取り組み実施の背景)

- 医療・介護関係者間の連携をとる土台を作るために、形の見えるものが必要。
- 患者・利用者に関する基本情報のうち、各職種に共通の情報を共有する体制が必要。

18. 福井県敦賀市

福井県敦賀市の取り組み

取り組み内容

- 医療・介護・地域の関係者から構成する「敦賀市在宅医療在宅介護連携推進協議会」での協議のもと、「多職種連絡票」「医療と介護の連携シート」「あんしん連携ファイル」からなる「在宅医療・介護連携ツール」を作成。
- 在宅医療・介護連携ツールを各関係機関に配布するとともに、ツールの活用説明会を地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所向けに開催。
- ツールの使用状況調査を実施し、ツールの改良について協議会で検討。
- 一般市民に対しては、在宅医療在宅介護市民講座や在宅医療・在宅介護情報誌「支えあい」～つるがで暮らしそう～において「あんしん連携ファイル」の周知を実施

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ファイルを原則本人の居宅に置き、本人・家族も積極的にファイルに記入することを促すことで当事者意識を醸成する。
- 居宅内のファイル保管場所を関係職種で共有することで、各職種が訪問記録を記入しやすくとともに、緊急時にスムーズに使用できる。
- 従来地域で使用してきた「主治医連絡票」「医療と福祉の連携シート」を一部修正し、置き換えるものとするこでスムーズな使用移行を促すとともに、他の様式の使用を妨げない方針とする。

スマートプラクティス 長野県佐久市

20. 長野県佐久市

長野県佐久市の取り組み

取り組みの特徴

佐久市では、可能な限り住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスを受け、安心して自分らしい生活が継続できる地域づくりを目指し、在宅医療における医療と介護の連携上の課題解決の推進のため「医療介護連携推進協議会」を開催しながら、「多職種連携に向けての取組」と「地域住民への啓発活動」を中心に取り組んでいます。

市区町村の基本情報

- 人口・・・99,073人 (H29年10/1現在)
- 面積・・・423.51 km²
- 高齢化率・・・30.1% (H29年10/1現在)
- 医療資源・・・ 病院 7ヶ所
【H28年10/1現在】 (病床数1,427床)
一般診療所 82ヶ所
歯科診療所 55ヶ所



今後の取り組み方針

- 佐久市では、可能な限り住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスを受け、安心して自分らしい生活が継続できる地域づくりを目指し、平成25～27年度の3年間、長野県地域医療再生事業在宅医療連携拠点事業補助金を受け、「在宅医療・介護の連携体制推進事業」を実施。
平成28年度からは、地域支援事業に位置づけ、継続実施しています。
- 佐久市在宅医療・介護の連携体制推進事業では、「医療介護連携推進協議会」を開催し、在宅医療と介護の連携等の課題解決の推進と「多職種連携に向けての取組」「地域住民への啓発活動」を中心に事業を実施している。
- 今後は、高齢化の進行に向けて、医療・介護・地域・行政が一体となって取り組むことで、高齢者が可能な限り住み慣れた生活の場で安定した生活が出来るように関係強化を図っていく。

課題

- ① 医療介護の連携体制の推進
- ② 地域包括ケアの体制づくり
- ③ 在宅医療・介護の啓発

20. 長野県佐久市

長野県佐久市の取り組み

取り組み内容①(平成29年度実施状況:H29.12月現在)

- ア 地域の医療・介護の資源把握
⇒地域の医療・介護の資源を把握し、地域住民及び、医療・介護関係者へ情報提供している。
- イ 在宅医療・介護連携の課題抽出と対策の検討
⇒①医療介護連携推進協議会の開催
:年4回実施
:協議課題「救急搬送と看取りの体制づくりについて」「有料老人ホーム等で日常生活支援サービスに従事するスタッフの専門知識習得について」等
②急性期病院と市との連携会議の開催
:年4回実施
- ウ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
⇒①在宅医療24時間体制の整備
(地域患者情報共有システム“Net4U”の活用)
②多職種連携会議(カフェ交流会)の開催
:市内5つある生活圏域毎1回 開催 (参加者:130名)
:市全体 1回 開催 (参加者:120名)
- エ 医療・介護関係者の情報共有の支援
⇒在宅医療24時間体制の整備
(地域患者情報共有システム“Net4U”の活用)
- オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
⇒在宅医療・介護連携に関する相談窓口を設置し、連携の取組の支援や体制整備を行っている。

取り組み内容②

- カ 医療・介護関係者の研修
⇒多職種のスキルアップ研修(年1回)
:テーマ「医療と介護も
かかわるまちづくり」
- キ 地域住民への普及啓発
⇒①市民公開講座の実施(年1回)
:テーマ「このまちで老いと病と
死を考える」
:参加者 252名
②「老い支度講座」の実施(適宜開催)
:15回開催 参加者 278名 (H29年12月現在) 【市民公開講座】
- ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
⇒広域連携が必要な事項について、保健福祉事務所を中心に、他市町村と検討している。



【多職種連携会議の風景】

【医療介護連携推進協議会の風景】

20. 長野県佐久市

長野県佐久市の取り組み

取り組みの工夫・取り組み時のポイント①

【1】 イ)在宅医療・介護連携の課題抽出と対策の検討について

⇒①医療介護連携推進協議会の開催

◆目的:在宅医療における医療と介護の連携上の課題を抽出し、委員により対応策を検討、方向性を提示している。

◆協議会委員:医師会・歯科医師会・薬剤師会・地域ケアネットワーク佐久・社会福祉協議会・居宅介護支援事業者連絡協議会・長野県訪問看護ステーション連絡協議会・佐久保健福祉事務所・介護保険事業者連絡協議会・有料老人ホーム・区長会・浅間総合病院・佐久総合病院・佐久平地域病院連絡会・地域包括支援センター

◆協議会委員の各種団体等から現在かかえる課題を提供し、課題解決のための具体的な方向性を協議し、「まとめシート」を作成し、共有し実施していく。必要に応じて、経過の把握と説明会を行っている。

◆◆◆検討した協議課題◆◆◆

◎「救急搬送と看取りの体制づくりについて」

⇒結論:「老人ホーム等における終末期の対応に関するガイドライン」を作成し、有料老人ホーム等へ周知。

⇒老人ホーム等における終末期の対応に関するガイドラインの説明会を開始。

◎「有料老人ホーム等で日常生活支援サービスに従事するスタッフの専門知識習得について」

⇒結論:有料老人ホーム運営事業者の協議体は、その資質向上のため、事業者同士の情報共有の場や行政等からの情報伝達の場としても必要である。

⇒H29年5月 有料老人ホーム等事業者連絡協議会が設立。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント②

【2】 ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

⇒②多職種連携会議(カフェ交流会)の開催

◆目的:市内には2つの急性期病院があり、急性期病院が持つその性質から、医療・介護連携の取りにくさ等、地域の介護事業者にとって負担となっている状況がある。そのため、急性期病院と介護事業者等が一同に集まって意見交換を行い、連携における問題の改善を図っている。

◆カフェ交流会では、ワールドカフェ方式を用いたグループワークを実施。1テーブルの人数を5名前後と少人数とすることで、ひとりひとりが気軽に発言ができるように配慮し、さらにテーブルのメンバーをシャッフルすることで、出来る限り多くの職種と意見交換を行えるように工夫している。

◆さらには、市内5つある生活圏域エリアでも、小規模のカフェ交流会を開催。より顔の見える状況で意見交換や信頼関係の構築が出来ている。

【3】 キ)地域住民への普及啓発

⇒②「老い支度講座」の実施

◆在宅医療・介護についての情報提供が不足している。そのため、地区の集まり等を活用し、「老い支度講座」を実施。終末期の意思決定支援や互助体制づくりの必要性、在宅医療や介護・介護予防についての情報提供を行いながら、互助の体制づくりや終末期の意思決定の必要性について地域住民の理解を深めながら、学習活動を展開している。



スマートプラクティス 長野県辰野市

20. 長野県辰野市

長野県辰野市の取り組み

取り組みの特徴

ICTを活用して地域包括ケアの効率化を図り、多職種間の情報共有やコミュニケーションを円滑に行える体制作り

市区町村の基本情報

- 人口…19,325人
- 面積…169.02km²
- 高齢化率…35.9%
- 医療資源…町立病院1、診療所6、
歯科医院12、薬局9



今後の取り組み方針

- …①ICTを活用した情報共有システムの評価と「クライアントとその家族及び医療と介護の関係者」のコミュニケーションツールとしての再検討の実施。
- …②上伊那広域連合の事業に合わせた入退院時ルールづくり、社会資源の把握の実施。
- …③町内の医療機関・介護関係者の研修開催。

課題

- …①ICTを活用した医療と介護の情報共有システムに取り組んでいるが、活用に当たって、情報の連絡票が法的に認められる報告書に相当するかの判断が出来ない点や機械の操作の習得の点等で、取り組みが伸び悩んでいる。
- …②医療・介護連携に関する相談支援の相談窓口設置ができていない。

20. 長野県辰野市

長野県辰野市の取り組み

取り組み内容①

- …①ICT活用し、クライアントの様子を映像にして主治医へ送信することができる体制作り。
- …②入退院時の連携を広域でルール化し、同一の様式を用いて情報共有を図る。
- …③歯科医師の意見を介護事業者へ適切に伝える体制づくり。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- …①広域でルールを作ることにより統一した情報の共有化を図っている。
- …②言葉では伝えきれない情報を映像を用いることで正確な情報として伝達ができる。
- …③歯科医師会の事業とタイアップし、歯科からの意見を介護事業に反映できる仕組みの構築。
- …④医療と共同し、多職種連携の研修会の開催。

スマートプラクティス 岐阜県安八郡輪之内町

21. 岐阜県安八郡輪之内町

岐阜県安八郡輪之内町の取り組み

取り組みの特徴

広域連合及び構成町と連携した在宅医療・介護連携推進事業の展開

市区町村の基本情報 (H27.10.1現在)

- 人口… 9,973人 (高齢化率23.1%)
- 面積… 22.33km²
- 医療資源
 - 一般診療所 3、歯科診療所 3、薬局 2
- 介護資源
 - 居宅介護支援 1、訪問介護 1、訪問入浴介護 1
 - 訪問看護 1、通所介護 4、通所リハビリ 1、
 - 短期入所生活介護 2、短期入所療養介護 1、介護老人福祉施設 1、
 - 介護老人保健施設 1、有料老人ホーム 2、グループホーム 2

地図等



今後の取り組み方針

- 町内・郡内の医療・介護関係機関のリスト・マップ化にとどまらず、他市町で利用されている又は、今後利用が見込まれる医療・介護関係機関もリスト・マップ化し、住民の方々の選択の幅を広げる。
- 近隣市町村等との広域連携や町外医療機関等との連携拡大に向けた取組
- 町内の各々の事業所の活動状況の共有に加え、住民向けに医療・介護について専門職からの講演や勉強会を予定（7回コースの講座を始動）
- 地域ケア会議の実施
- 各地区単位での在宅医療・介護に関する知識の普及啓発（ボランティア・サポーター的な存在が必要）
- 地域に向いた「医療と介護の相談の場」の事業体制づくりの実施
- 在宅医療・介護が必要となる社会背景の中で、ご自身・ご家族が、もしもの時にどのような選択が出来るのか、住民が語れる場づくりの創出

課題

- 医療・介護事業所との顔の見える関係づくりの継続、相互の事業所・職種理解の促進を目的とした会議や研修会の継続。
- 医療資源の不足、総合病院がない等の医療資源が不足している状況を近隣市町村や町外の医療機関、介護事業所等にも周知するなど、広域支援の必要性や入退院支援も含めた近隣市町との連携を図る必要がある。

21. 岐阜県安八郡輪之内町

岐阜県安八郡輪之内町の取り組み

取り組み内容【輪之内町の取り組み】

- 地域の医療機関・介護サービス事業所等のマップ化。医師会ホームページに掲載。
- 地域住民を対象とした「在宅医療・介護に関するアンケート」を実施し、地域の医療・介護関係者等が参画する会議において、アンケート結果等から課題の抽出と対応策の検討を実施。また、1次連携会議（市町村（地域包括支援センター）対1団体）を設け、より明確に課題分析と対応策を検討している。
- 紙ベース版の情報共有連携ツール「地域連携パス」の作成を広域連合と協働で取り組んでいる。
- 町内の内科・歯科医療機関、介護事業所等、計18ヶ所に「在宅医療・介護連携総合相談窓口」を設置。相談内容を集約し、相談解決や社会資源利用等の橋渡しを行っている。
- 地域住民への普及啓発として、在宅医療講演会や認知症の普及啓発、介護予防教室・講座を活用した在宅医療や認知症、口腔機能・ケア等のパンフレット配布や講話等を実施。また、相談窓口の周知や包括的支援事業の内容を盛り込んだチラシの全戸配布を実施している。

取り組み内容【安八郡広域連合の取り組み】

- 「地域包括支援センター連絡会議（1回/月）」「安八郡在宅医療連携推進会議」を開催、医療と介護の連携についての情報交換や共有を行っている。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 地域住民の方々の医療や介護に関するニーズを把握することが、在宅医療・介護連携推進事業を実施するうえでの入り口であると考え、地域住民を対象にアンケート調査を行った。
「地域包括支援センターや総合相談窓口、町内の医療・介護事業所の周知の必要性」、「在宅医療・介護とは何か」、「何が出来るのか分からない」といった調査の結果を踏まえ、
▶ 地域住民の方々を対象にした講演会や講座の実施の検討
▶ 専門職が地域に向かうことによる住民の方々の医療や介護に対する不安や悩みの軽減
を目的とした相談活動の始動へと繋がっていった。
- 町内の医療・介護事業所を対象とした「多職種連携研修会」では、自らの職種への客観視や相互理解を図るためにロールプレイを取り入れた。また、医療・介護事業所を模造紙にプロットし、各々の関係性の記入と現状の課題と対応策の検討を実施した。
- 医療・介護事業所等の関係職種が集まる会議の場では、個々の事業所の想いの把握が困難であったことを踏まえ、「市町村（地域包括支援センター）対1事業所」で話し合いを行う「1次連携会議」を設け、事業所間との連携を深めている。
- 地域ケア推進会議においては、関係機関とのグループワークの場を設け、住民目線での意見交換・共有を図っている。

スマートプラクティス 静岡県磐田市

20. 静岡県磐田市

静岡県磐田市の取り組み

取り組みの特徴

地域の資源を生かし、つなげ、動かす

市区町村の基本情報

- 人口… 170,234人 (H29.12末)
- 面積… 164.08km²
- 高齢化率… 27.1%
- 医療資源… 病床数
(一般608床、療養540床)
診療所約100、訪問看護ステーション8
- 在宅療養率… 42.0% (H29.11)

地図等



課題

- 高齢者・要介護者が増える事への対応
- 医療職・介護職の連携が不十分
- 市民(介護者)は、入院ではなく「在宅医療」を選択できること、介護サービス等で在宅療養ができることについて、知らないことが多い。
- インフォーマルサービスや地域の見守り等の不足

今後の取り組み方針

- 目標
 - 医療・介護関係者の他職種連携が推進し、質の高いチームケアを提供できる。
 - 市民が「在宅療養」という選択肢を知り、あらかじめ家族等とどうしたいか話し合っておくことができる。
- 取組み(対応策)
 1. 在宅療養・看取り・地域包括ケアシステムについての市民啓発を行う。
 2. 医療・介護関係者の連携体制を強化する。
 - ・同職種の連携が薄い職種の連携強化の働きかけ(リハ職、栄養士等)
 - ・看護職(病院、診療所、介護施設等)の連携
 - ・多職種による研修の継続(事例検討等)
 - ・静岡県在宅医療介護連携推進情報システムの利用促進
 - ・磐田市在宅医療介護連携推進協議会の開催
 - ・介護職向けの研修の実施

スマートプラクティス フォーマット

静岡県磐田市の取り組み

取り組み内容

- つながるための取り組み
 - 多職種ワーク活動報告会(平成27年度開始)
市内の医療と介護の関係者に、自分たちの取組みや日頃の仕事内容等を発表する場を設け、お互いに他分野の活動や仕事を知ることで相互理解が深まり、良い取組みが広がることを狙っている。
 - ※報告会発表例
 - ・訪問看護とは
 - ・小規模多機能型居宅介護とは
 - ・ケアメンプロジェクト(男性介護者の孤立を防ぐための取組み)
 - ・買い物支援の取組み 等
 - 「豊田みんなでつながり隊」の活動支援(平成28年度開始)
包括エリアにおける事業所連携の取組み「豊田みんなでつながり隊」での勉強会において、市の取組や国の動き等についての情報提供をし、活動について一緒に考えている。
 - 会のテーマに応じて、「多死社会」や「多職種連携の取組み」等について、地域の医療と介護従事者に情報提供しました。また、グループワークに参加することで、地域の従事者が日頃現場で感じている課題等を把握することができ、施策への反映に役立っている。
 - 「磐田市のリハビリを考える会」の立ち上げ支援(平成28年度開始)
リハビリ専門職の横の連携を強化し、他職種との連携を進めることで、地域の介護予防や専門的視点に立った他職種へのアドバイスが期待でき、より一層リハビリ専門職としての役割を果たすことを目的として、立ち上げ支援をした。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 活動報告会の発表演題は、市内の医療・介護関係機関すべて、社会福祉協議会にご案内し、募集している。市が把握している取り組みの中で、他の関係者にも知らせたいことは、発表の依頼をしているが、募集をかけることで取り組みの把握をすることができ、新たなつながりや事業展開のヒントになっている。また、医療・介護関係者の活動の理解だけでなく、社会福祉協議会に入ってもらうことで、住民の生活の場での様々な支援を専門職にも知ってもらう機会となっている。
- 「豊田みんなでつながり隊」の活動支援について、介護事業所の地域包括ケアシステム構築に向けての役割の認識や、地域に必要とされる事業所になるためにはどうしたらいいか、といった声から活動が始まった。必要に応じて、国からの情報を提供する、市・地区の状況について資料提供する、市の行う事業の進捗や方向性、事業所や専門職に望むこと等を伝える機会としている。また、現場の専門職の声を直接聞く機会となり、情報収集・課題の把握の場になっている。
- 「磐田市のリハビリを考える会」の立ち上げ支援の取り組みでは、リハビリ専門職の所属する機関の理解を得るために市が立ち上げに入り、自主的な運営ができるような支援をしていく。
- 団体やグループについて、状況をみながら、方法・タイミングを変え支援している。そのためには、現状をしっかりと把握し、関係者とよく話しをすることが必要だと感じ、心がけて関わっている。



多職種ワクワク活動報告会

7/21 第8回 豊田みんなでつながり隊
 ～5月開催のワークの整理～
 事業所&他57名参加

22. 静岡県浜松市

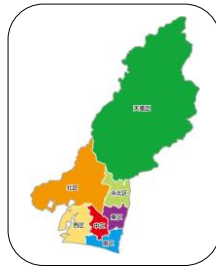
静岡県浜松市の取り組み

取り組みの特徴

『やらまいか精神』で！多職種の協力体制による連携推進

市区町村の基本情報

- 人口・・・806,407人(2017.4.1)
 - 面積・・・1,588.04km²
 - 高齢化率・・・26.5%
 - 医療資源・・・病院 35
 - 一般診療所 556
 - 在宅療養支援診療所 80
 - 在宅療養支援病院 3
 - 在宅療養支援歯科診療所 52
 - 訪問看護ステーション 43
 - 在宅医療・介護対応薬局(浜松市独自認定) 101
- ※医療資源は平成29年4月1日現在
 ※行政区 7 ・ 日常生活圏域 29
 地域包括支援センター 22(委託設置)



市の紹介

■平成17年7月に12市町村合併、平成19年4月に政令指定都市に移行。市域は全国で2番目に広く、四方を山、川、海に囲まれ、市街地、過疎地域などが混在している国土縮図型の都市といわれる。



課題

- 高齢化率は市域全体では26.5%。地域差が大きく、中山間地域では50%超の地域あり
- 市内の都市医師会は5つあり、規模や在宅医療の取り組み方が異なる。
- 医療・介護資源の状況が各区で異なる。特に中山間地域では、診療所や介護サービス事業所等少ない。

スマートプラクティス 静岡浜松市

22. 静岡県浜松市

静岡県浜松市の取り組み

取り組み内容① 在宅医療・介護連携相談センターの設置(愛称:在宅連携センターつむぎ)



平成27年度 浜松市在宅医療・介護連携相談センター開設(H28.1)

- ・保健医療審議会での提言を受け、市医療公社に委託し公立病院内に設置した。(病院の相談室とは異なる)
- ・センター長は非常勤医師、相談員は看護師、社会福祉士、事務、市からの派遣職員、計5名を配置
- ・対象は、医療・介護・福祉の専門職からの在宅医療・介護連携に関する相談とした。(基本的に市民からの相談はなし)
- ・当初、専門職からの相談対応を中心に開設したが、初年度は3か月という短期間でもあり、相談件数が少なかった。
- ・市内の関係者からは「名称が長くて覚えられない」「どのように相談対応してくれるのかわからない」といった声が聞かれた。
- ・また、相談センターの相談員にとっては、開設準備時、具体的な事業内容のイメージがつかめないことや、開設後も制度の仕組み等の相談が多く、直接患者・家族と関りがもてないことなど、戸惑いがあった。

平成28年度 関係者に親しまれるセンターに・愛称「在宅連携センターつむぎ」設定と相談の工夫

- ・愛称の設定、リーフレット作成、併せてホームページを開設し、相談内容の例などを掲載し、関係者への周知を図った。
- ・電話相談に加えて、新たにFAX用相談票の作成やインターネットメールによる相談を開始し、相談しやすい体制を整備した。
- ・市内5医師会の在宅医療に取り組み医師を集めた会議「意見交換会」を開催し、在宅連携センターつむぎの理解促進と医師同士の情報交換を行った。
- ・相談員の専門性を活かし、医療・介護関係者からの講演依頼や会議出席依頼に、積極的に応じた。
- ・H28 相談件数 617件(延) ケアマネからの相談 35.7%(最多) 在宅療養に関する相談 28.8%(最多)

平成29年度には、浜松市の医療及び介護連携連絡会(H25設立)の部会事務局として参画。また、必要に応じて、地域包括支援センターとの同行訪問(相談支援)を開始。開設から2年が経ち、医療・介護関係者からの認知が深まるとともに、相談だけにとどまらず、多職種連携等の活動の幅をさらに広げている。

22. 静岡県浜松市

静岡県浜松市の取り組み

取り組み内容② 市内の医師会を中心とした多職種連携体制の構築

平成27年度 中山間地域を対象としたモデル事業

- ・中山間地域に位置する天竜区は、2つの地域包括支援センターが担当しているが、一包括圏域で社会福祉法人が国の助成を受け取り組んでいた「在宅医療連携拠点事業」を、所管する医師会に働きかけ、区全域に広げ事業化した(市委託)。
- ・天竜区は高齢化が進むとともに、医療・介護資源が少ない一方、地域住民のつながりが深く、地元の医師に対する信頼も厚かった。
- ・医師会主催で多職種が参加する事例検討会や地域住民を対象とした講演会を開催、特に住民講演会は、地元の医師から直接話を聴くことで、住民に正しい医療知識を知ってもらう機会となり、住民の満足度も高かった。



- ・市内平成28年度～ すべての医師会の協力のもと、市内全域での多職種連携の進展
すべての医師会(5医師会)に働きかけ、在宅医療・介護連携推進事業を委託化規模は異なるものの、各医師会が研修会を開催することで、多くの関係者が集まり、顔の見える関係が構築できた。
- ・研修会は歯科医師会、薬剤師会等に呼びかけ多職種の参加となった。また市ホームページに研修会日程等を掲載し、関係者への周知を図った。
- ・地域内の介護支援専門員連絡協議会や地域包括支援センターが企画運営に協力することで、関係者間の情報共有の促進が図られた。
- ・H28年度 多職種連携研修会 17回 1,763人参加
市民講演会、出前講座 14回 1,151人参加

22. 静岡県浜松市

静岡県浜松市の取り組み

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

■行政が関係者と連携を密にし、会議や研修などに積極的に出席したり、情報発信・提供を行うことで、信頼関係を構築するとともに、顔の見える関係づくりとができています。

今後の取り組み方針

- 高齢者だけでなく、すべての市民を対象とした地域包括ケアの構築（小圏域での地域包括ケアシステム構築含む）
- 平成28年度から地域包括ケア庁内検討会を設置、平成29年度にはワーキンググループを設置し、検討を重ねている。
（参加メンバー：福祉総務、高齢者福祉、介護保険、障害保健福祉、健康医療、健康増進、子育て支援、国保年金、精神保健福祉センター）
- 市街地、中山間地域など、地域性を生かした在宅医療と介護の連携事業
- 市内の医師会等との良好な関係性を引き続き**今後も**継続し、市民を支える関係者が活動しやすい、地域性を生かした連携体制づくりに努める。

23. 愛知県豊川市

愛知県豊川市の取り組み

取り組みの特徴

地道な共同作業等を通じて、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険関係事業者連絡協議会及び行政の間で相互理解を深め、「顔の見える関係」から「信頼し、協働できる関係」の構築へと歩みを進めている。

市区町村の基本情報 (H29.12.1現在)

- 人口・・・183,264人
- 面積・・・161.14平方キロメートル
- 高齢化率・・・25.3% (H29.10.1現在)
- 医療資源・・・239件
(病院・診療所87件、歯科診療所75件、薬局77件)
※各団体に所属し、地図情報へ掲載している医療資源数



<http://www2.wegamachi-guide.com/toyokawa/facilitylist.asp?dtp=1&lcs=4&g=15>



課題

- 多職種連携を強力に推進するICTツールの活用について、地域にかなり浸透してきているものの、「ほとんどの関係者が利用しているから、それすなわち利便性が高い」というレベルには達していない。今後の普及啓発にあたっては、単なる説明会・研修会の実施だけでなく、多職種連携の手引きや活用事例集の提示、マンツーマンに近い出前講座の実施など、様々な手法を組み合わせ、利用者側のニーズを捉えて実施していく必要がある。

今後の取り組み方針

- 地域包括ケアモデル事業の実施等により、「在宅医療・介護 多職種連携の手引き」を始めとした各種成果物も出てきているが、それらを作って終わりせず、医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護保険関係事業者連絡協議会など各団体が主体的に普及啓発し、地域全体に根付かせていくことができるよう、各団体との連携をしっかりととり、形式的な協働ではなく、地道な共同作業を通じて団体間の相互理解・信頼関係の構築を進めていく。
- 成果が見えにくい、しかし非常に重要な「地域住民への普及啓発活動」については、その効果がより高まるよう、単独で事業実施するのではなく、タイミングよく実施することで複数の事業を関連付けたり、他団体や他部署などと企画段階から連携して実施したりするなど、政策間連携、官民連携を強く意識して事業実施していく。また、具体的な手法についても、行政機関などへのチラシやポスターの配布だけでなく、地域住民の身近な生活の中に、「自然にある」普及啓発を目指していく。

23. 愛知県豊川市

愛知県豊川市の取り組み

【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に関する取り組み】

「在宅医療・介護 多職種連携の手引き」の作成

《本取り組みの狙い》

- 多職種連携のシステムやルールを可視化したい。
- 多職種連携に関する情報(ルールや書式等)がバラバラと存在し、「知っている人は知っている」のではなく、「多職種連携に関する情報は、ここを見れば全て分かる」という場所、新たにできてくるルールや必要な帳票類などを集約できる場所を整備したい。



平成29年3月、多職種連携が推進されるよう、以下の内容についてまとめた「在宅医療・介護 多職種連携の手引き」を作成し、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険関係事業者連絡協議会へ配布しました。

- 第1章 「在宅療養に必要な多職種連携のルール」、
- 第2章 「ICTツールの活用による連携」、
- 第3章 「研修・講演会等を通じた連携」、
- 第4章 「在宅医療・介護の連携に関するQ&A」、
- 第5章 「その他知っておきたい参考資料等」

取り組みの工夫・取り組み時のポイント等

- これから、豊川市の多職種関係者全員で作りにていく更新していくことを前提として作成しているため、内容ごとに章立てし、更新・差し替えが行いやすいような構成としました。
- 配布の3か月後に行ったケアマネジャー向けのアンケート結果では、約2割の方が「手引きを知らない」と回答しており、地域に浸透させるためには定期的な話題提供が必要と考えています。そこで、「作って終わり」としないよう、更新を定期的(年1回の定期更新と随時の更新)に行い、必ず目に入ってくるような機会を設けることで、地域への定着を図っていきます。また、更新の際には、多職種関係者が集まる研修や説明会など様々な機会でのPRを実施していきます。

2. 電子伝送網でできること

在宅医療・介護の現場では、治療管理がなされる入院等と異なり、普段と違う状況がある場合や、検査管理ができていないような状況があった際に、気づくのが遅れてしまうようなことがあります。電子伝送網は、専門知識を持った医療従事者間のみのやり取りではなく、医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャーなどが連携し、そのように医療に迅速な対応が可能となります。

また、例えば、ある院内を連携するチームに連携のつながりやすくなった場合にも、連携の連携の様子や現在の状況が定時更新で確認可能となるため、スムーズな多職種連携が可能です。

1. 取り組みなど医療現場が
できないことをケア
マネジャーが発見

ケアマネジャーが連絡に役立ち

最新状況を専門多職種で共有

医師の指導により業務が対応

2. 必ずしも電子伝送網をヘルパー
が発見

ヘルパーが発見を振り、勤務記録・連携を連携

最新状況を専門多職種で共有

医師の指導により業務が対応

平成29年3月
豊川市在宅医療・介護連携協議会

第2章「ICTツールの活用による連携」より抜粋

23. 愛知県豊川市

愛知県豊川市の取り組み

【医療・介護関係者の研修に関する取り組み】

多職種協働研修(提案募集型)の開催(H27年度～)

《本取り組みの狙い》

- 「研修疲れ・やらされ感」を減らしたい。
- 各団体がそれぞれにいい研修を企画しているため、それらの形を少し変え、研修においてもっとも大切な「動機づけ」が担保される、団体がやりたい内容で、かつ、専門的ながらも多職種連携に資する形とした「WIN-WIN」の研修の枠組みを作りたい。
- 事業を通じ、各種団体間だけでなく、各種団体と当センター間での連携も深めたい。

↓↓↓

医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護事業者など複数の関係団体が協働して行う研修事業について、団体の側から「〇〇会と△△会が連携して、こんな研修をやりたい」と地域包括ケア推進協議会に提案してもらい、連携推進に資すると採択された後に実施する研修形態です。提案が採択された場合、具体的には、公共施設の無償利用の許可、研修準備作業の補助、研修アンケートの集計・分析など、手間のかかる業務を協議会が請け負う形となり、各団体の負担軽減につながるため、うまく活用していただいています。

H27年度実績：2件(136名参加)

H28年度実績：3件(218名参加)

H29年度実績：3件(177名参加) ※H29. 12. 22現在

取り組みの工夫・取り組み時のポイント等

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会及び介護保険関係事業者連絡協議会に対し、本取り組みの趣旨や支援内容、活用方法などをしっかりと説明するとともに、「〇〇と△△が連携して、〇〇をテーマとした研修はどうでしょうか。」というように、団体に対する投げかけも積極的にを行っています。(団体側の主体性がウリの枠組みのため、あくまでも考えるきっかけづくり・話題提供に留めています)
- 本取り組みのポイントは、「関わりすぎず、関わらず過ぎず、自学自習の気持ちをくすぐっていく」ことです。



楽ワザ介護術 実践の様子

23. 愛知県豊川市

愛知県豊川市の取り組み

【地域住民への普及啓発に関する取り組み①】

市民向け終活講座の開催(H28年度)

《本取り組みの狙い》

- 「終活」について、地域住民が具体的に学べる機会を作りたい。
- 市が作成したエンディングノートを活用してもらえよう周知したい。
- 市民向けフォーラムの集客につなげたい。(平成28年度は、「人生の終わりについて考える」というテーマで、行政書士による「笑って学べる終活落語」とパネルディスカッションを行いました。)

↓↓↓

よりよく生きるためのヒントを得られるよう、次のような全5回の講座にて、市民向け終活講座を開催しました。

- ・「在宅医療について」：81人参加、講師：医師会長
- ・「在宅介護について」：81人参加、講師：介護事業者団体会長
- ・「成年後見制度・権利擁護について」：64人参加、講師：社協職員
- ・「遺産・相続と遺言について」：79人参加、講師：法務局職員
- ・「葬儀・お墓について」：71人参加、講師：葬儀社社員

※「全5回の講座がエンディングノートの内容と連動していたので、エンディングノートが書きやすくなりました。」「頭のしっかりしている内に、まずは、これまでの人生を振り返りながらエンディングノートを書いてみます。」といった感想を多くいただくことができました。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント等

- 講座の理解を深めるため、また、市が作成したエンディングノートの活用を進めるため、エンディングノートをテキストとしても活用しました。(第1回から第5回のテーマがエンディングノートの構成と対応しています。)
- より印象的で記憶に残る普及啓発活動となるよう、また、官民連携を進めていくためにも、葬儀業者と調整し、入棺体験を実施しました。
- 市民向けフォーラムの集客につながるよう、終活講座、図書館コラボ展示、市広報、SNSやその他のメディアなど、関連する内容の各種事業・取り組みの実施タイミングや出し方などを強く意識した「戦略的広報」を行いました。

生きているうちに入棺体験すると → 長生きすると言われてはたして・・・多くの方が体験されていました。



テキストとしても活用したエンディングノート



入棺体験の様子

23. 愛知県豊川市

愛知県豊川市の取り組み

【地域住民への普及啓発に関する取り組み②】

図書館コラボ展示の開催(H28年度～)

《本取り組みの狙い》

- 行政機関などへのチラシやポスターの配布だけでなく、地域住民の身近な生活の中に、「自然にある」普及啓発をしていきたい。
- 図書館には在宅医療・介護に関する蔵書も多数あるため、多くの方に見てもらいたい。
- 豊川市中央図書館の1日の来館者数は1,500人ほどあるので、普及啓発の場として活用したい。
- 他部署との政策関連携、他機関との官民連携は、取り組みの幅・可能性を大きく広げることができるため、強く推し進めていきたい。

↓↓↓

図書館と協働し、図書館の一角を「地域包括ケアコーナー」として開放しました。特設コーナーが目立つように飾り付けを行い、在宅医療・介護に関する書籍と関係団体からいただいた啓発物などを一斉に掲出することで、学習機会の拡大、学習効果を高めました。

※書籍については、視覚的に理解しやすい写真集から、専門的な内容の書籍までバランスよく抽出しました。直近に開催予定のイベントチラシなどを置くことで、関連事業の集客力を高めることもできました。

(開催期間)集客効果を見込むイベントの直近1～2か月間

取り組みの工夫・取り組み時のポイント等

- 効果的な普及啓発の場となるため、団体として地域住民へお知らせしたいチラシなどの啓発物品があれば一斉掲出できるよう、医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護保険関係事業者連絡協議会と事前の調整を行いました。関連書籍、関連情報がまとまっていることで来館者に興味を持ってもらいやすく、多くの方にイベントチラシを持ち帰っていただくことができました。



23. 愛知県豊川市

愛知県豊川市の取り組み

【地域住民への普及啓発に関する取り組み③】

介護事業所作品展の開催(H29年度)

《本取り組みの狙い》

- 複数の団体・事業所に自分事として事業に関わってもらうことで、市民フォーラムへの集客力を上げたい。
- 関係団体・関係多職種との関わりという点では、行政の取り組みに協力してもらって「協働した」というのではなく、企画段階から一緒に考え、実際に共同作業を行う中で、自分事として「協働できた」と相互に感じることができるように関わりとしていきたい。

↓↓↓

年1回開催している市民向けフォーラムにて、平成29年度は、写真家・ジャーナリストの國森康弘氏に「写真が語る、いのちのパトリレー」という演題にてご講演いただきました。この際、「在宅着取りの温かさ」、「子どもたちの心の動き」などを感じることでできる写真展と併せて、地域の介護事業所の利用者が創作活動で作った作品等を展示する「介護事業所作品展」を同時開催しました。(開催期間)平成29年11月22日～平成29年12月1日(開催場所)豊川市文化会館展示室(来場者数)1,402人※色々な作品の展示により、「事業所の特色が何となく分かった」といった声や、「これならできるね」、「すごいね」、「かわいいね」など楽しそうに話されている声を聴くことができました。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント等

- 関連する様々なコンテンツを複合的に絡ませることで、より印象的で記憶に残る普及啓発活動となるよう強く意識して取り組みました。(講演会場内には涙をすすめる音が響き、展示室では講演で紹介された写真で温かさを感じながらも再度の涙、介護事業所利用者の作品でほっこりとした気分になっていただくというストーリー)
- 出展された事業所の利用者・家族・友人等が来場するなど、当初見込んだとおりの集客への好影響がありました。
- 事務局と介護保険関係事業者連絡協議会(会長、施設部会長)との間で打ち合わせを頻回に行い、作品の募集方法、掲出方法から開催期間中の当番割り振りに至るまで、細かな調整を行いました。その結果、研修等ではなかなか得難い、地道な共同作業から生まれる一体感や信頼関係の構築につながりました。



23. 愛知県豊川市

愛知県豊川市の取り組み

【地域住民への普及啓発に関する取り組み④】

在宅診療地区座談会の開催(H29年度～)

《本取り組みの狙い》

- 市民向けフォーラムなどのアンケート結果から得られた市民の声(要望)に応えたい。
 - 講演会や講座をもっと近くで開催してほしい!
 - 大勢が集まる場所は苦手。気軽に参加したい!
 - 人前で質問するのは緊張する。ざっくばらんに話したい!
- 市民との直接対話を通じて要望等を抽出できる機会がほしい。

↓↓↓

医師、歯科医師、薬剤師がサロンや老人クラブなど日常の活動の場に訪問し、在宅診療についての情報を発信することで、市民の在宅医療・在宅介護の理解を深めると共に、不安等を払拭し、在宅療養を継続するための選択肢を拡げることのできる「在宅診療地区座談会」を開催しました。

(開催回数)年10回

1回につき、医師、歯科医師、薬剤師のいずれか1人がサロンや老人クラブなど日常の活動の場に訪問し、ミニ講座と相談対応を行います。専門職との距離が近いため、例えば、大きな会場では通常出てこない「歯を磨くのはどのタイミングがよいか?」といった素朴な疑問や不安を抽出することができています。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント等

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会との事前調整、打ち合わせを綿密に行い、協力体制が構築されていることがポイントとなります。
- 訪問先のサロンや老人クラブなどの選定にあたり、担当地域の生活支援コーディネーターと連携することで円滑な調整が可能となったほか、生活支援コーディネーターへの話題提供・意識づけにもつながっています。
- 日頃、サロン等へ参加されていない方も、希望に応じて座談会へ参加することができる形とし、広報等でお知らせしています。
- 座談会の講師が地域によって偏らないよう、「本年度医師が訪問した地域では来年度は歯科医師が訪問」というように、3年間ローリング開催していく予定です。



歯科医師による「歯ブラシの正しい使い方」

スマートプラクティス 三重県南伊勢町

24. 三重県南伊勢町

三重県南伊勢町の取り組み

取り組みの特徴

顔の見える関係から、意見の言い合える関係に ～成果の質を高めるために、関係の質を高めよう！～

市区町村の基本情報

■人口・・・13,253人 (H29.9.30)

■面積・・・242.98km²

■高齢化率・・・48.96%

■医療資源・・・病院 1、有床診療所 1、

無床診療所 3、歯科診療所 4、調剤薬局 4、訪問看護ステーション 3



今後の取り組み方針

今後も多職種連携会議を中心に町内の関係機関の連携強化に努めるとともに、広域的な連携が強化できるよう近隣市町や伊勢地区医師会など町外の関係機関と協働して、定期的に協議する機会を持つなどしていきたいと考えています。

課題

南伊勢町は延長245.6kmのリアス式海岸が広がり、山も多く、主幹道路の国道260号線は東西に約60kmと長く、海岸沿いのわずかな平地に38集落が点在している状況です。過疎化、高齢化が進んだ、社会資源の少ない地域であっても、元気に楽しく安心して暮らしていけるしくみづくりが必要です。町内の関係機関の連携強化に加え、近隣市町や町外の関係機関との連携など、広域での連携強化が求められています。

24. 三重県南伊勢町

三重県南伊勢町の取り組み

取り組み内容①

町内の医療機関や薬局、介護保険事業所、障がい福祉サービス事業所や伊勢保健所、多気度会福祉事務所、度会広域連合など南伊勢町の医療・介護・福祉に関わる機関63事業所44か所に声をかけ、「南伊勢町地域包括ケア関係者会議」という多職種連携会議を開催しています。

「成果の質を高めるために、関係の質を高めよう！」をスローガンに、毎回いろんな機関・職種の方々に気楽な感じで意見交換をしていただいています。

見える形で成果を残すことができるとの思いから、認知症ケアパスをみんなで作り上げ、地域資源マップである「南伊勢町お助けガイドブック～医療・介護・福祉関係機関一覧～」の作成も行いました。出来上がった認知症ケアパスの概要版を町内全世帯に配布しました。また、認知症の相談を受ける側の連携体制を考えるということで連携ツールの検討を行いました。

「サービス提供中の災害対応」についてなど、会議参加者から提案されたテーマについて話し合い、皆の思いを共有し、関係づくりを行っています。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

関係者同士(参加者)がより繋がるような工夫として、ワークショップの手法を取り入れ、会議形式をグループワークだけでなく、フィッシュボールやワールドカフェなど様々な会議の持ち方をしたり、テーマに合わせたアイスブレイクを取り入れるなど、色々な方と話せる機会を演出しています。

また、「場」づくりが大切であるという認識のもと、必ず事前準備や振り返りに一定の時間をかけて作りこんでいます。会議の場では、どのように時間を共有しお互いのことを理解しあえるか、一緒に過ごした時間が有意義なものだったと感じてもらえるかということを考え「場」設定をしています。

関係の質を高めることが成果の質を高めることにつながるの思いを共有し、多職種がそれぞれしっかりと我が事として取り組めるものをテーマに設定しながら連携強化に取り組んでいます。

スマートプラクティス 三重県鳥羽市

24. 三重県鳥羽市

三重県鳥羽市の取り組み

取り組みの特徴

平成25年度から三重県地域医療再生事業補助金を活用し、在宅医療・介護連携事業を開始しました。相談窓口を含めた「在宅医療・介護連携事業」全般を、地域包括支援センターが担っています。

市区町村の基本情報

- 人口・・・19,336人 (H29.10.31)
(うち離島人口 3,421人)
- 面積・・・107.34km²
- 高齢化率・・・35.9% (H29.10.31)
- 医療資源・・・民間診療所：9
市立診療所：8 (2分室含む)
歯科診療所：6 薬局：2
訪問看護事業所：2 (どちらもサテライト)

地図等



今後の取り組み方針

医療関係者と介護関係者の顔の見える関係を築き、連携しやすくするため、参加していない医療関係者へのテーブルミーティング参加の促しやICT導入について、活用方法や近隣市町の導入状況も踏まえて関係者と検討します。

また、寝たきりになっても住み慣れた地域で暮らせるように、今ある在宅医療の資源を最大限に活用できる方法やそれでも不足する資源をどのように確保していくかということに関係者と一緒を考えていこうと考えています。

課題

在宅医療に必要な資源（訪問療養支援診療所、訪問看護事業所、訪問系介護サービス事業所など）が乏しい。離島地区においては、さらに医療と介護の資源が乏しく、どのようにサービスを届けていくかが課題です。

24. 三重県鳥羽市

三重県鳥羽市の取り組み

取り組み内容①

1. 在宅医療・介護連携部会

- ・開催回数：年3回（19時～20時30分）
- ・内容：本事業における具体的な検討及び提案を行う。
- ・メンバー：医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護事業所・サービス事業所連絡会代表（ケアマネ部会・通所部会・訪問部会・施設部会・地域包括支援センター・市立診療所担当係・介護保険係）

2. テーブルミーティング

- ・開催日時：奇数月第3火曜日19時～20時30分
- ・内容：ミニ講座・事例検討
- ・参加者：40～50名（医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師・ケアマネジャー・介護サービス事業所職員）

3. 医療・介護関係者の連携・情報共有ツール

- ・サービス担当者ガイドライン
- ・ケアマネタイム（医師とケアマネジャーなどが相談できる可能な時間帯を設定した一覧表）
- ・医療と介護の連携シート
- ・在宅ケア連携ノート

4. 在宅医療や介護連携の周知

- ・市民公開講座 「在宅医療・介護ガイドブック」
- ・「やすらかな最期のときに（冊子）」・広報、HP

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

「在宅医療・介護連携事業」を開始したときに、課題として介護職から「医師との連携が敷居が高く取りにくい。」「サービス担当者会議に医師も参加してほしい。」との意見が多く出ました。

医療関係者にサービス担当者会議について知っていただくため、テーブルミーティング開始直後は、研修会の中で、DVDを視聴したり、ロールプレイを何度か行いました。また、医療関係者・ケアマネジャー・介護サービス事業所職員が、サービス担当者会議の目的の理解とそれぞれの役割を共通の認識として持つことを目的に、多職種で「サービス担当者会議ガイドライン作成検討会」を開催し、「ガイドライン」の作成や「医療と介護の連携シート」を作成しました。他の冊子等も関係する専門職の代表に集まっていたき作成しました。

テーブルミーティングは、顔の見える関係と資質の向上を目的に、ミニ講座と事例検討を行っています。介護関係者からは「先生と連携が取りやすくなった。」と言われることが多くなりました。医療関係者の参加者も増え、全体の参加人数も徐々に増えています。

スマートプラクティス 京都府宇治市

26. 京都府宇治市

京都府宇治市の取り組み

取り組みの特徴

在宅医療体制の確保や多職種連携強化を目標に、宇治久世医師会に専任事務局を設置。平成27年度より、宇治久世医師会と近隣市町(宇治市、城陽市、久御山町)共同による医療介護連携促進事業を展開。

宇治市の基本情報

(平成29年10月1日現在)

- 人口・・・188,041人
- 面積・・・67.54km²
- 高齢化率・・・28.01%
- 地域包括支援センター
・・・6か所と支所2か所

地図等

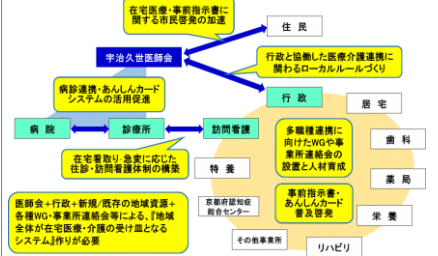


課題

- 在宅医療体制の拡充…訪問診療に携わる医師の確保、訪問看護ステーションや後方支援病院との連携強化、病診連携・あんしんカードシステムの活用
- 多職種協働による地域包括ケアシステムの確立

今後の取り組み方針

- 行政と協働した医療介護連携に関わるローカルルールづくり
- 病診連携・あんしんカードシステムの活用促進
- 在宅看取り・急変に応じた、訪問診療と訪問看護体制の構築
- 事前指示書、病診連携・あんしんカードの普及啓発
- 多職種連携に向けたワーキンググループや事業所連絡会の設置
- 多職種連のための人材育成



26. 京都府宇治市

京都府宇治市の取り組み

取り組み内容

- 医療/介護/福祉に関する情報の収集、作成、提供
(宇治市・城陽市・久御山町の医療介護総合情報サイト『ココカラまるごとねっと』の新規構築と運用、圏域別の資源データベース、各団体の在宅医療情報リストの作成等)
- 行政、各関連団体による協議体の設置
(医療介護連携推進戦略会議、宇治久世看取り委員会の開催)
- 病診連携の仕組み構築
(病診連携・あんしんカードシステムの構築および運用)
- 宇治久世医師会版『わたしの想い』の作成、発行、啓発
- 医療・介護関係者向け講演会、事例検討会の実施
(在宅医療・看取り・多職種連携・認知症をテーマにした講演会および、多職種による事例検討会の実施)
- 地域住民向け医療フォーラムの実施

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 地区医師会が運営主体となることで、行政や各関連団体の枠組みにとらわれず、これまで個々に存在していた既存データを集約できた。ポータル化して、誰にでも活用できるように工夫した。
- 地域支援事業として実施することを念頭に置き、協議体の参加者には、行政(介護保険部署及び高齢者福祉部署)担当者が委員やオブザーバーとして必ず参加し、共同して事業を行った。
- 在宅医療体制の確保に向けては、病診連携を主軸とした仕組み作りを重点を置いた。「病診連携・あんしんカード」により、医療機関と在宅関連機関の連携をスムーズにし、患者の療養場所の変更に伴う情報共有の共通化をはかると共に、在宅療養患者が救急搬送された際にも活用できるよう作成した。
- 事前指示書はACPの普及、救急の適正利用を目的として、地区医師会・行政・基幹病院・施設の管理職等で構成された委員会で作成した。委員の所属団体が共同で周知・啓発を継続している。

スマートプラクティス 京都府木津川市

26. 京都府木津川市

京都府木津川市の取り組み

取り組みの特徴

市町村単独では地域資源の不足などから取り組みが困難なため、在宅療養コーディネーターを活用し、圏域単位の取組として、在宅介護医療連携事業を合同実施する。

市区町村の基本情報

- 人口・・・76,253
- 面積・・・85.13km²
- 高齢化率・・・23.7%
- 医療資源・・・病院 1・診療所60



今後の取り組み方針

- 今後も山城南圏域(木津川市、精華町、和束町、笠置町、南山村)を単位として、広域で取り組んでいく。
- (オ)として、山城南圏域の在宅・医療介護連携に関する相談ができる専門スタッフを配置。医療機関や介護支援専門員等への周知を図り、多職種連携ネットワーク「きづがわねっと」と連携した相談体制を構築する。
- ワーキンググループ(以下、WG)を編成し(ア)～(ク)の項目を横断した事業に取り組む。WGは医療・介護連携WG、研修・講演会・フォーラムWG、住民啓発WGの3つとし、構成メンバーは在宅療養コーディネーター・行政職員とし、必要に応じて「きづがわねっと」を通じ各専門職に参加を依頼する。
- 小地域単位での医療・介護に関する住民啓発を行う機会を設けることで地域の多職種と住民との顔の見える関係を構築する。

課題

- 勤務医・在宅療養医が少ない。
- 地区医師会が圏域に1つしかなく、負担が大きい。
- 圏域単位で医療介護連携事業を委託しているが、市町村個々の課題解決に対応できない。
- 事業実施における効果や評価を独自で判定することが難しく、大学などの学術支援や第三者機関などが必要。

26. 京都府木津川市

京都府木津川市の取り組み

取り組み内容①

- 平成28年度
 - (ア)インターネットホームページ山城南つながるねっと作成。(診療所・歯科診療所・薬局・介護事業所)
 - (イ)多職種連携ネットワーク「きづがわねっと」(年6回)、在宅療養コーディネーター参加によるワーキンググループ立上げ(医療介護連携WG6回・住民啓発WG6回・研修講演会WG4回)、看取りフローチャート作成検討委員会(7回)
 - (ロ)病診連携会議実施(年1回)、初期集中支援チーム立上げ(木津川市)、講演会(年1回)、多職種連携ファイルの検討
 - (ハ)多職種連携シート・多職種連携ファイル作成、ホームページに掲載、フェイスブック作成・運用。
 - (ニ)山城南圏域の在宅・医療連携に関する相談ができる専門スタッフを配置するための協議、検討を実施。
 - (ホ)認知症を学ぶ会(年3回)、多職種連携講演会実施(年1回)、医師会・介護支援専門員会・相楽訪問看護師会3団体の合同研修実施(年1回)、地域への看取りカフェ実施(木津川市 6回)
 - (ヘ)看取りフローチャートリーフレット作成(悪性腫瘍・認知症追加)
 - (ヘ)山城南地域包括ケアネットワーク会議(年4回)、ワーキンググループ立上げ(医療介護連携WG6回・住民啓発WG6回・研修講演会WG4回)
- 平成29年度
 - 平成28年度に追加として
 - (ア)インターネットホームページ「山城南つながるねっと」に障害事業所を追加。木津川市ホームページ「山城南つながるねっと」バナーの貼り付け。
 - (イ)京あしんネット活用のモデル事業をWG検討・実施。
 - (ロ)山城南圏域の在宅・医療介護連携に関する相談ができる専門スタッフを配置。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 山城南圏域では、医療・介護・福祉資源の人的・経済的な地域差が大きく、地理的にもサービス提供資源が他府県と密接に関連していて、医療・介護の連携とサービスの提供に多くの課題がある。
- 市町村単独では地域資源や人材の不足などから取り組みが困難なため、山城南圏域で取り組みを実施。
- 相楽医師会を中心として活動している在宅療養コーディネーターを活用し、圏域単位の取組として、在宅医療・介護連携推進事業を合同実施。
- 相楽医師会を中心として、平成23年度から圏域内の行政機関・警察・消防・病院との連携・支援を基盤として、医療・介護連携の多職種(各職能団体、当事者組織など)の担当者が一同に会し、相互に顔の見える関係の場として「きづがわねっと」を立ち上げ、定期的に会合を開催しながら住民の在宅療養に資するための活動を展開されていた。また、平成27年度には基盤となる行政機関や病院と定期的に協議する場として「山城南地域包括ケアネットワーク」を立ち上げ、平成28年度より、京都府総合交付金を利用することにより、山城南圏域の5市町村合同で医療介護連携推進事業を開始し、厚生労働省が示す(ア)から(ク)について取り組みを実施。
- 現在の圏域単位というスタイルでの実施がスムーズに組みあがってきたことも、既存の多職種連携のネットワークや連携ツールを有効活用したことによると思われる。

スマートプラクティス 大阪府大阪市

27. 大阪府大阪市

大阪府大阪市の取り組み

取り組みの特徴

○大都市大阪市における、24行政区を単位として、行政と地区医師会等の委託先の役割を分担しながら一体となった取組み体制を構築し、各区の実情に応じた地域包括ケアを推進。

市区町村の基本情報

- 人口・・・2,691,185人
(最小区65,141人～
最大区196,633人)
- 面積・・・225.21km²
- 65歳以上高齢者人口・・・668,698人
- 高齢化率・・・25.3%
(16.1%～38.7%) (平成27年国勢調査)
- 医療資源・・・病院数179 一般診療所数 3,379
在宅療養支援診療所数 672 (平成29年7月1日現在)



今後の取り組み方針

- 24区を単位として区役所実務者及び委託法人（在宅医療・介護連携支援コーディネーター）が両輪となり推進する。
- 第7期介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画に基づき、区役所が主体的に在宅医療・介護連携のビジョンをもち地域の医療・介護関係者とともに多職種研修や市民啓発を展開する。
- 地区医師会等の委託法人においては、医療介護関係者への実態調査や地域の会議への出席、相談内容等から切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するために必要な課題を明確にし、具体的な対応策を検討し、体制構築に努める。
- 健康局においては、各区の取組みなどを情報交換し、24区全体で底上げできるような支援を行う。
- 医療関係者へのアンケート調査を実施し、高齢者実態調査を合わせて、アウトカムを設定した適切な事業評価指標を定める。
- 行政区を越えた広域における連携の仕組みづくりを検討する。

課題

- 区役所実務者やコーディネーターのスキルアップと連携
- 病院との連携（入退院時・緊急時対応）
- 大阪市広域での連携の仕組みづくり
- 評価指標の検討

27. 大阪府大阪市

大阪府大阪市の取り組み

取り組み内容

- 市内24行政区を単位として、平成27年度から順次取組みを実施
- 事業項目アイカキを区役所、専門性の高いウエオにおいては委託

【区役所】

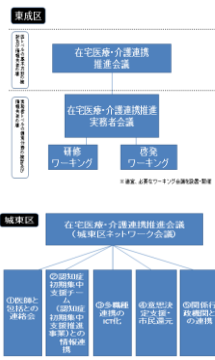
- ・医療・介護関係者の課題抽出等を行う協議の場を設置
- ・協議の場『在宅医療・介護連携推進会議』において、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題・対応策を検討実施
- ・区広報紙やリーフレット、講演会等区の実情に応じた啓発を実施
- ・事例検討会やワールドカフェ等の多職種研修開催

【委託法人（地区医師会等）】

- ・平成27年8～28年7月：東成区
- ・平成28年8月～：11区
- ・平成29年4月～：11区
- ・平成29年10月～：2区

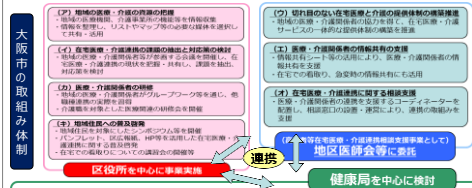
段階的に24区に『在宅医療・介護連携相談支援室』設置
→地区医師会等に業務委託

専任の在宅医療・介護連携支援コーディネーターを配置
業務内容 ・在宅医療・介護連携に関する相談支援・連携調整、情報提供
・関係者間の「橋渡し役」となり、「顔の見える関係」を構築



取り組みの工夫・ポイント

- ・市内24行政区を単位として、ア〜クの8つの事業項目を区役所・地区医師会等の委託先、健康局で役割分担（下記：大阪市の取組み体制を参照）
- ・大阪市健康局では各区の取組み推進のための支援や調整・研修を実施
- ・市内24区の取組みを定期的に情報交換することにより他区の取組みを参考に展開



【健康局の取組み内容】
区役所に対する
『在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携』
→同一二次医療圏内にある市区町村や隣接する市町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

【健康局の取組み内容】

- ・区役所実務者マニュアル作成
- ・意見交換会を開催
- ・『大阪市在宅医療・介護連携推進会議』開催
- 地区医師会等委託法人に対する
・『在宅医療・介護連携支援コーディネーター手引き書』作成
- ・コーディネーター連絡会：1回/月（右写真）
- ・区役所との合同研修会：4回/年（右写真）
- ・包括的支援事業合同研修会開催



スマートプラクティス 大阪府豊中市

27. 大阪府豊中市

スマートプラクティス 大阪府豊中市の取組み

豊中市健康福祉部高齢者支援課
地域支援係
担当：前川（真）、谷岡

27. 大阪府豊中市

豊中市

■ 人 口	405,713人
■ 面 積	36.6km ²
■ 高齢者人口	103,027人
■ 高齢者率	25.4%
■ 日常生活圏域	7圏域
■ 地域包括支援センター 愛称 “ほっと”	本センター+分室（サブセンター）=14か所
■ 病院	19病院
■ 訪問看護事業所（みなしを除く）	47事業所
■ 居宅介護支援事業所	157事業所

※人口、高齢者人口、高齢者率はH29年10月31日現在
その他はH29年8月1日現在

豊中市における医療と介護連携の取組

医療と介護の連携 「虹ねっと」

- 平成19年度 「医師とケアマネジャーの意見交換会」を開催
事例検討や、各職種（歯科医師、薬剤師、訪問看護師も参加）からの意見交換会等を実施
⇒ 市と地域包括支援センターが事務局となって、
医療と介護の連携の場「虹ねっと」を全圏域に展開

愛称「虹ねっと」

市内に7つの日常生活圏域

7つの関係機関が架け橋となって医療と介護の連携を広める



「虹ねっと連絡会」の発足



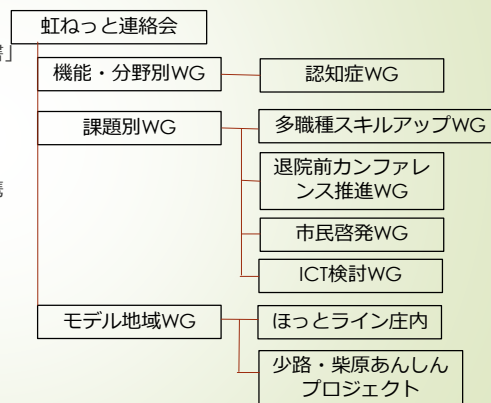
- 平成23年度 7つの団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会、介護保険事業者連絡会、地域包括支援センター連絡協議会、豊中市※）の代表者からなる「虹ねっと連絡会」を発足
- 医療と介護の連携強化のため、その仕組みづくりや企画などを議論する
- 「虹ねっと連絡会」で企画 ⇒ 「虹ねっと」で圏域に広める
- 退院前ケアカンファレンスマニュアル、在宅緩和ケアマニュアル、虹ねっとタイム（CMがかかりつけ医に連絡しやすい時間帯等を記載した冊子）などの成果物
- 虹ねっと連絡会在宅医療推進ワーキンググループ（在宅医療における現状分析・課題の把握等を目的）で「在宅医療の推進に向けた提言書」を作成

※ 現在は、豊中市病院連絡協議会、
豊能圏域地域リハビリテーション地域支援センターを加えた9団体

体

虹ねっと連絡会取組計画 （平成27年度から平成29年度）

- アクション1
「在宅医療の推進に向けた提言書」の具体化
- アクション2
既存の関連ネットワークと連携
- アクション3
モデル地域を選定して
地域連携型の医療体制構築



認知症ワーキンググループ

■ 目的

認知症に対する理解を深め、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活ができるよう、医療と介護の切れ目のない提供を行い、地域における認知症患者への総合的・継続的な支援を行う

■ 主な活動

認知症ケアパス「認知症医療・福祉連携おたすけマップ」策定と普及
市民向け講演会の開催・専門職向けの研修会開催

H27 「自分ごととしての認知症予防」

メモリークリニックお茶の水 筑波大学名誉教授 朝田隆 先生

H28 「専門医に聞いてみよう！認知症予防」

さわ病院認知症疾患医療センター 山本誉磨 先生

など

認知症ワーキンググループ

■ 今後の課題等

・認知症支援については、市域全体を俯瞰して総合的な視点から認知症支援施策を検討・推進していく必要がある。

・そのため、認知症支援に関する現状・課題を把握し、今後の方向性について検討・共有し、各関係機関が役割分担・協働して、認知症支援の充実につなげていく必要がある。

⇒「虹ねっと連絡会 認知症ワーキンググループからの意見まとめ報告書」作成

■ 方向性

「認知症支援」分野における課題等に、自ら企画し、協働して取り組むため、中長期的な活動を視野に入れて、「認知症ワーキンググループ」を「認知症支援部会」と改め、主に市域全体や複数機関で取り組むことで効果が期待できるものや、課題解決が実現するものについて検討していく。

多職種スキルアップワーキンググループ

- 目的
全職種が、自らに求められている役割を理解し、他職種の業務や役割についても理解することで、多職種間連携強化やスキルアップを目指す
- 主な活動
多職種連携に関するアンケート調査
各団体（3師会や介護保険事業者連絡会）への出前研修
日常生活圏域毎でのグループワークや意見交換会など
- 今後の課題等
研修会等の参加者が一部にとどまり、裾野が広がらない。多職種連携の核となる医師の参加が少ない。
- 方向性
チームケア・チーム医療に向け全職種が医療・介護制度や在宅療養の知識・技術の習得することを目的に「在宅医療・介護スキルアップワーキング」として活動する。他職種の業務・役割を理解することで、チームにおける自分の役割を認識し、チーム力を上げていく。

退院前カンファレンス推進ワーキンググループ

- 目的
切れ目のない医療と介護のサービスが一体的に提供されるよう退院前カンファレンスを推進するために、スムーズな情報共有の仕組みづくりを行う
- 主な活動
すでに使用している情報共有ツールの再検証
病院を対象に実態調査アンケート
病院担当者とCMの意見交換会の開催
「退院支援フローチャート」「医療用語略語集」「カンファレンス確認事項」作成
- 今後の課題等
在院日数短縮化の中、カンファレンス開催時間をとることが困難な実情も踏まえ、今後はカンファレンス実施の有無に拘わることなくスムーズな退院（在宅移行）への支援に取り組む必要がある。
- 方向性
「入退院支援ワーキンググループ」として引き続き上記課題に取り組む。

市民啓発ワーキンググループ

- 目的

病院（病床）機能分担、病院と診療所の役割、かかりつけ医・かかりつけ歯科医師・かかりつけ薬剤師を持つこと、在宅療養・在宅看取りなどについて、市民を対象に普及啓発を行う

- 主な活動

市民向け講演会の実施

H28 「穏やかな最期を迎えるために知っておきたいこと」

医療法人社団裕和会理事長・長尾クリニック院長 長尾和宏先生

アンケート調査

- 今後の課題等

医療介護制度や在宅看取り等について、若い世代にも啓発する必要がある。また、人生の最終段階の医療・介護に関して、様々な選択肢から自己決定できるよう引き続き啓発が必要。

- 方向性

引き続き「市民啓発ワーキンググループ」として上記課題に取り組む。講演会等の開催や、在宅医療を支援する関係機関（地域資源）の情報を、より分かりやすく提供できる手段・方法を検討する。

ICT検討ワーキンググループ

- 目的

関係職種が迅速かつ効率的に患者（利用者）情報を共有できるよう、ICTを活用した情報共有システムの導入を目指す

- 主な活動

ICT導入指針の作成

ICTシステムの選定

虹ねっとcom（豊中市あんしんネット）運用ポリシーの作成

モデル地域における、試行運用

- 今後の課題等

医療・介護の連携ソフトと電子カルテの連携を模索したが現状としては困難。患者（利用者）や家族が情報を書き込む等の運用までには至っていない。

- 方向性

「ICT推進ワーキンググループ」として、モデル地域の運用状況を踏まえ、情報共有ツールとしてICTを全市的に利用できるよう取り組む。

ほっとライン庄内

- 目的

市内南部の庄内地域をモデル地域として、医師・かかりつけ医・訪問看護師の連携・関係づくりを行うことで、疲弊しない24時間・365日対応の実現に向け、医師同士または他職種における連携を確立する

- 主な活動

在宅療養等に関する勉強会 + 意見交換会の実施

つながりシート、緊急連絡シート、連携シート、医療機関マップなどのツール作成

- 今後の課題等

医師同士の連携はまだまだ少ない。在宅専門で診療している医師との連携ができなかった。近隣病院の地域医療室との連携や、情報共有が思うように進まなかった。

- 方向性

ワーキンググループとしては終了するが、これまで実施してきた勉強会+意見交換会という形を様々な職種を交えて継続して実施し、多職種の連携強化を図っていく。また、庄内地域の住民に対し、在宅医療を広めていくための啓発も実施していく。

少路・柴原あんしんプロジェクト

- 目的

市内北部の少路・柴原地域をモデル地域として、在宅医療の充実化や多職種連携強化を図る

- 主な活動

後方支援システム（バックベットの確保）

在宅療養を利用して安心して在宅生活ができるよう後方支援システムの構築

診療所のグループ化（主治医・副主治医制）

在宅医療を担う医師が負担なく継続して在宅医療を提供できるような体制づくり

情報共有システム（連携強化ツールの運用）

- 今後の課題等

在宅医療・在宅看取りを望む市民がまだ多くないことや、現時点で在宅医療を行う診療所のみで何とか対応できていることで、多くの医師が必要を感じておらず、新たな医療機関（診療所）の参画が得にくい実情がある。

- 方向性

ワーキンググループとしては終了するが、活動を通じて発足したgreen lab2025（医師同士の勉強会+意見交換会）における圏域内医療機関の在宅医療の知識・情報共有・技術向上に向けた取り組みに協力することで在宅医療を担う医療機関の増加や医療機関相互の連携強化を図る。

平成30年度から平成32年度の取組計画

■ 視点1

前取組計画から引き続き、「在宅医療の充実」重点を置いた取組を展開。在宅医療の充実を図るとともに、限られた資源を効率よく利用できるよう取り組むことが重要であり、これらにより、在宅の限界点を引き上げていく。効率的かつ効果的な取組を進める観点から、高齢者の生活支援にあたって医療・介護の連携がより強く求められる場面に着目して課題に取り組む。

■ 視点2

市域では様々な機関や関係団体により認知症支援にかかる活動や事業が展開されているが、認知症高齢者の増加が見込まれる中、市域全体を俯瞰して総合的な観点から認知症支援を検討するとともに、医療・介護分野が連携・協働して支援の充実化に向けて取り組む。

今後の取組み

場面	必要な取組	
入退院時	・病院・在宅に関わる専門職間の連携強化とスムーズな入退院支援 【アクション1-②】	・在宅支援者の情報交換、情報共有 【アクション1-④】
日常生活の場	・総合的な認知症支援の推進 【アクション2】	
人生の最終段階	・在宅医療・介護に携わる専門職の知識・技術の習得、質の向上 【アクション1-①】 ・医療・介護制度や在宅療養等に関する市民啓発 【アクション1-③】	

アクションプラン

- アクション1-①
在宅医療・介護に関する知識・技術の習得と質の向上
⇒**在宅医療・介護スキルアップワーキンググループ**
- アクション1-②
病院・在宅間のスムーズな連携
⇒**入退院支援ワーキンググループ**
- アクション1-③
市民啓発
⇒**市民啓発ワーキンググループ**
- アクション1-④
在宅支援者の情報交換・情報共有
⇒**ICT推進ワーキンググループ**
- アクション1-⑤
既存ネットワークとの連携（ほっとライン庄内、少路・柴原あんしんプロジェクトを
通じて構築したネットワークや活動との情報共有や連携）
- アクション2
「**認知症支援部会**」の設置

27. 大阪府和泉市

大阪府和泉市の取り組み

取り組みの特徴

平成19年高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進事業をきっかけに医療と介護の連携推進に関する取り組みを開始。平成25年「和泉市医市民を中心とした医療と介護の連携推進条例」を制定。審議会の下部組織に専門部会を設け、事業を推進している。平成29年10月から和泉市医師会に8事業を委託し、医療介護連携コーディネーターを配置、市職員と協働で事業を推進している。

市区町村の基本情報

- 人口・・・186,198人(H29.11末現在)
- 面積・・・84.98km²
- 高齢化率・・・23.71%(H29.11末現在)
- 医療資源・・・別紙
- 在宅療養率・・・



取り組み内容(PP③参照)

- 市内救急4病院・精神科病院が各々一堂に会して地域包括支援センターと協働し連携について検討している。
- 医師会コーディネータと協働で多職種連携のワーキングをすすめている

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 各職能団体が課題に主体的に取り組めるようバックアップ
- 職能団体とおしのつなぎを支援

課題(PP①参照)

- 評価方法(データ分析)
- 市民周知
- 専門職の相談支援

今後の取り組み方針

- 市民への周知
- 専門職の意識調査
- 専門職の相談窓口の強化
- 医療介護に関するデータから見る課題分析

27. 大阪府和泉市

①和泉市医療と介護の連携推進事業の課題

**1. 本人の選択と本人・家族の心構え
= 主体性を発揮する普及啓発**

**2. 専門職への在宅医療・介護連携に
関する相談支援体制の確立**

**3. 医療介護に関するデータ分析を基に
した、第7期介護保険事業計画への
反映**

② きっかけはモデル事業・・・現在までの経過

年度	取り組み
平成19年度	・大阪府地域包括ケア体制整備推進モデル事業
平成20年度	・和泉市医療と介護の連携推進会議 発足
平成21年度	・連携推進会議の下部にワーキンググループ設置
平成22年度	・「医療介護連携グループ」ができる ・連携ツールの開発 ・各種研修実施 ・「医療と介護の連携推進シンポジウム」の開催 など
平成23年度	・『和泉の医療と介護の連携を考える市民フォーラム』開催
平成24年度	・医療と介護の連携推進の理念と関係者の役割を定めるための条例制定を検討
平成25年度	・「和泉市市民を中心とした医療と介護の連携推進条例」施行 ・和泉市医療と介護の連携推進審議会・専門部会の設置
平成26年度	・市民健康まつりにて、「市民の役割」についての啓発ブースを出展 ・医療と介護の連携推進シンポジウム、多職種交流会、市民フォーラム
平成27年度	・医療介護連携の推進が地域支援事業に位置づけられる ・住民への啓発を重点取り組みとし、市内急性期病院・地域に向いて医療と介護に関する講座を実施
平成28年度	・医療介護連携推進コーディネーター配置準備 ・住民への普及啓発：出張講座の拡充、シンポジウムのパネラーとして市民委員の登壇



③ 平成29年度 和泉市医療と介護の連携推進にかかる取り組み (平成29年8月作成)

		平成29年度
(ア)	地域の医療・介護の資源の把握	・市HP管理
(イ)	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・審議会 10/12 ・専門部会 5/31 8/23 11/22 2/7 ● ・リハ連携ツール活用実態調査 ・7期介護保険計画市民ニーズ調査
(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	・医師会：(基金)在宅医療コーディネイタ ・医師会：看取り代診システム
(エ)	医療・介護関係者の情報共有の支援	・ツールの精査
(オ)	在宅医療・介護連携に関する相談支援	・在宅医療介護連携コーディネイター 10月～
(カ)	医療・介護関係者の研修	・医介連携推進フォーラム・交流会 2/25
	入退院支援	
	在宅ケア	・在宅医療勉強会 4/15
	多職種連携	「在宅医療の診療報酬」について ・在宅医療多職種合同ワーキング開始 8回
	服薬管理	
	口腔ケア	・歯科衛生士研修会 11/23
		・地域連携研修 1/25
	リハビリテーション	・リハケア連絡会：9/21・3月
(キ)	地域住民への普及啓発	・市HPへ相談先一覧掲載 ・地域出張型在宅医療介護連携セミナー ・医介連携推進フォーラム・交流会 2/25 ・まちの保健室
(ク)	在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	・泉州二次医療圏在宅医療懇話会参加 8/1 ・泉州圏域市区町村担当者会議 6/1 ・医療介護連携の枠組み構築に向けた橋渡し支援事業 9/21、12/13、1月頃 ・和泉保健所管内難病患者在宅療養支援ネットワーク会議11/9

ツール一覧 (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

The screenshot shows the website interface for Izumi City. At the top, there's a navigation bar with 'ホーム' (Home), '暮らし・手続き' (Living/Procedures), '健康・福祉・教育' (Health/Welfare/Education), 'ビジネス・観光・産業' (Business/Tourism/Industry), and '市政情報' (Municipal Information). Below this, a search bar and a '検索' (Search) button are visible. The main content area is titled '医療と介護の連携に関するツール一覧' (List of Tools for Collaboration between Medical and Nursing). It includes several sections: '和泉市「医療と介護の連携に関するツール一覧」をご活用下さい。' (Please use the list of tools for collaboration between medical and nursing in Izumi City.), '連携ツール関係' (Collaboration Tool Related), '介護と看護との連携サマリー' (Summary of Collaboration between Nursing and Care), '医療と介護の連携連絡票' (Collaboration Contact Form between Medical and Nursing), and '居宅薬剤アセスメント票' (Home Medication Assessment Form). Each section has a brief description and a download icon.

《連絡ツール》

- ・介護と看護の連携サマリー
- ・医療と介護の連携連絡票
- ・居宅薬剤アセスメント票、お薬手帳
- ・地域連携カンファレンス用事前情報提供シート
- ・回復期・在宅リハ連携ツール
- ・和泉市内病院連携窓口一覧表
- ・急性期病院入退院連携Q&A集

《ガイドライン》

- ・医療と介護の連携に関する手引き
- ・健康は歯から！～歯科・口腔の手引き～
- ・在宅で必要な医療情報収集のためのキーワード集

和泉市ホームページにアップされています。

URL : <http://www.city.osaka-izumi.lg.jp/>

和泉市 連携

検索

スマートプラクティス 兵庫県篠山市

28. 兵庫県篠山市

兵庫県篠山市の取り組み

取り組みの特徴

篠山市では、平成21年度より、医療職者と介護・福祉職者との連携を図るための場をつくり、職種や職場、経験年数にこだわらず、同じ目標をチームで目指し、顔の見える関係づくりと研修や事例検討を通じて意見交換会を行っている。

市区町村の基本情報(H29.11月末現在)

- 人口…42,168人
- 面積…377.6km²
- 日常生活圏域数…6圏域
- 高齢化率…33%
- 介護保険認定率…19.1%
- 病院数…4ヶ所
- 診療所数…27ヶ所
- 歯科医院数…15ヶ所
- 薬局数…18ヶ所
- 訪問看護ステーション数…4ヶ所
- 介護サービス事業者協議会登録数…75ヵ所
- 居宅介護支援事業所数…16ヶ所
- 介護支援専門員数(居宅介護支援事業所)…49人
- 地域包括支援センター数…2ヶ所



取り組み内容

多職種連携の場「この指と〜まれ」の開催

名称には、各職種の代表者だけでなく、誰でも参加して欲しいという願いを込めている。

【目的】

- ① 医療や介護・福祉に関わる者の顔の見える関係づくりにより、継続的な相談ができる。
- ② 他の職種の役割を理解し、チームケアと役割分担を考える。
- ③ 事例検討を実施することで、地域課題の抽出と解決策を検討する。
- ④ 地域の情報、高齢者やその家族の思い、生活状況を知ることで、各職種において、在宅への復帰及び在宅での医療や看護の提供について考えるきっかけとなり、リハビリ内容の調整や生活指導等の支援に活かすことができる。

【内容】

- ① 医療や看護、介護に関する研修や情報交換
- ② 介護保険制度や医療保険制度、生活福祉制度の研修
- ③ 事例検討会によるチームケアと役割分担

【参加者】

医師、歯科医師、看護師、リハビリ職、薬剤師、MSW、介護サービス事業者、介護支援専門員 など 80人程度
(開催回数) 年3回 定期開催 1回2時間程度

28. 兵庫県篠山市

兵庫県篠山市の取り組み

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ① 誰もが参加しやすい曜日と時間帯を選ぶ
⇒ 医師等も参加できるように、休診が多い木曜日の夜に開催
- ② 病院の看護師やリハビリテーション専門職が参加しやすいように、まず病院長や部長・病棟師長等に参加していただけるように働きかけ、開催趣旨や内容を理解していただく。開催案内は、院長や部長宛てに送付し、現場で働く専門職も参加しやすい環境作りを心がけている。
- ③ 医師会、歯科医師会、薬剤師会等の職能団体に説明し、周知啓発を図る。
- ④ 地域の実情、医療・介護保険制度等の最新情報、病気に関する知識を学ぶ時間をつくる。(勉強会、研修会の開催)
- ⑤ 模擬事例での事例検討会を多職種で実施できるように席の配置を考慮し、事前に決めておく。
- ⑥ 事例検討後は、グループの代表が発表する時間を作り、参加者全体で意見を共有する。
- ⑦ 事例検討を通じて、地域の資源を把握し、不足している資源を検討、政策づくり等につないでいく。(地域ケア会議の役割も担う)
- ⑧ 会の最後に、次回も参加して欲しいと思う人に感想と閉会の言葉を述べていただく。

課題

- ① 薬剤師の参加は非常に増えたが、医師や病棟看護師などの参加が少なく、開催日時の設定が難しい。
- ② 参加者に関心がある研修や事例検討のテーマを準備するための調整が難しい。

今後の取り組み方針

- ① 参加者数に変化があっても、定期的・継続的に開催していく。
- ② 参加者の感想を「見える化」し、参加の少ない職種に伝えることで、この会の意義を理解してもらえようように働きかける。
- ③ 医療や様々な制度等のワンポイント講座の講師を医師や歯科医師・薬剤師・看護師、介護支援専門員などに順番に任せることで、今まで参加したことのない人が参加しやすくなる。
- ④ 参加者を楽しんで参加してもらえる内容や雰囲気づくりをする。

29. 奈良県大和郡山市

奈良県大和郡山市 在宅医療・介護連携推進事業の取り組み



29. 奈良県大和郡山市

- 大和郡山市の概況
- 大和郡山市の在宅医療・介護連携推進の取り組み
- 大和郡山市の在宅医療・介護連携推進事業
 - ① 在宅医療・介護連携推進会議
 - ② 作業部会A「顔の見える関係づくり」
 - ③ 作業部会B「情報連携ツール」
 - ④ 作業部会C「入退院調整ルールづくり」
 - ⑤ 大和郡山市在宅医療介護支援センター
 - ⑥ 医療・介護Webマップ
- その他の取り組み



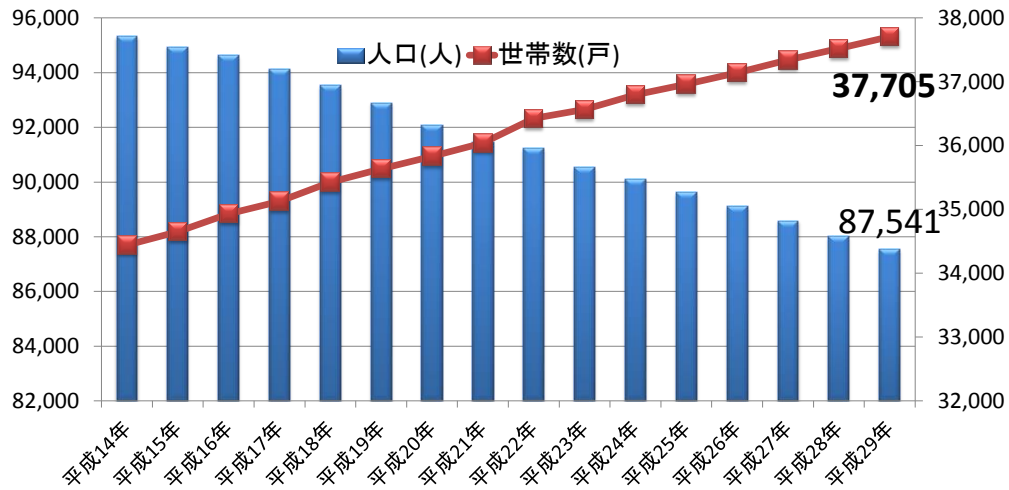
平和のシンボル、金魚が泳ぐ城下町。
奈良県 大和郡山市

大和郡山市の概況

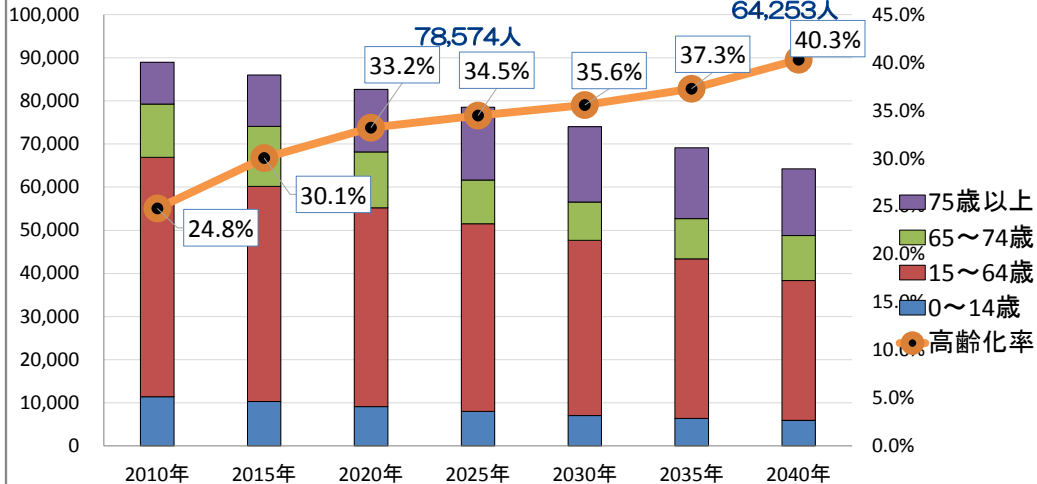
人口	87,344人
65歳以上人口	26,773人（うち75歳以上：12,853人）
高齢化率	30.65%
日常生活圏域数	1 圏域
地域包括支援センター数	3カ所（うち直営1カ所、委託2カ所）
介護保険料	5,400円
要介護認定率	18.32%
施設サービス費給付費割合	30.75%
（介護老人福祉施設 6カ所，介護老人保健施設 4カ所，介護療養型医療施設 1カ所）	

平成29年9月末現在（給付費割合のみ平成28年度実績）

大和郡山市の人口の推移（住民基本台帳／各年3月31日現在）



大和郡山市の人口・高齢化率推計



(出典)総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

大和郡山市の在宅医療・介護連携推進の取り組みについて

○市内体制の整備

平成28年4月「地域包括ケア推進課」を設置（介護保険以外の高齢者施策部門と地域包括支援センターを統合）。平成29年4月専任の保健師を配置。

○大和郡山市医師会との連携

平成28年9月在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナーに市医師会の在宅医療担当役員と行政担当課長が参加。市の在宅医療・介護連携推進について協議を始める。

○職能ごとの連携や会議への参画を行う職能団体の設立を支援

ケアマネジャー、訪問看護師、リハビリテーション関係者

大和郡山市の在宅医療・介護連携推進事業

事業内容	大和郡山市在宅医療・介護連携推進事業	具体策を検討するための作業部会、成果物等	
ア) 地域の医療・介護の資源の把握	}	①在宅医療・介護連携推進会議	
イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討			
ウ) 切れ目のない在宅医療と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			④部会C「入退院連携調整」
ケ) その他			③部会B「情報連携ツール」 ⑤在宅医療介護支援センター
		②部会A「顔の見える関係」 ⑥市内医療介護Webマップ	
		県の開催する研修会への参加、近隣市との情報交換など	

平成28年12月から順次、検討・運営スタート！

- ①大和郡山市在宅医療・介護連携会議
- ②作業部会A「顔の見える関係づくり」
- ③作業部会B「情報連携ツール」
- ④作業部会C「入退院調整ルールづくり」
- ⑤大和郡山市在宅医療介護支援センター
- ⑥市内医療介護Webマップ



大和郡山市在宅医療・介護連携推進事業への協力機関（団体）

協力機関（団体）名	
医療	大和郡山市医師会
	大和郡山市歯科医師会
	大和郡山市薬剤師会
	大和郡山市訪問看護事業者連絡会
	大和郡山市リハビリテーション連絡協議会
介護	大和郡山市在宅医療介護支援センター
	大和郡山市居宅介護支援事業者連絡会
	大和郡山市地域包括支援センター
	大和郡山市第二地域包括支援センター
行政	大和郡山市福祉健康づくり部 介護福祉課
	大和郡山市福祉健康づくり部 地域包括ケア推進課
	大和郡山市福祉健康づくり部 保健センター
(事務局) 大和郡山市福祉健康づくり部 地域包括ケア推進課	



歯科医師会・医師会



2016.12
在宅医療・介護連携推進会議

①在宅医療・介護連携推進会議

実施日	内容	参加団体数	参加者数
H28.12.3	<ul style="list-style-type: none"> 大和郡山市在宅医療・介護連携会議について 大和郡山市在宅医療・介護連携の「強み」と「弱み」(現状の確認と情報交換) 	6	22
H29.2.4	<ul style="list-style-type: none"> 大和郡山市居宅介護事業所連絡会より報告 (H28.10月) 意見交換 <ul style="list-style-type: none"> ①医療・介護関係者の顔の見える関係づくり ②医療・介護関係者の連携方法 ③入退院時などの情報共有 	8	22
H29.4.1	<ul style="list-style-type: none"> 平成29年度在宅医療・介護連携推進について 作業部会の設置 <ul style="list-style-type: none"> A) 顔の見える関係づくり B) 情報連携ツール C) 入退院連携 	8	23
H29.9.12	<ul style="list-style-type: none"> 平成29年度在宅医療・介護連携推進会議の実施状況 <ul style="list-style-type: none"> 作業部会A (顔の見える関係づくり) 作業部会B (情報連携ツール) 作業部会C (入退院調整ルールづくり) 大和郡山市在宅医療介護支援センターの設置について 今後の在宅医療・介護連携推進会議について 	10	26

29. 奈良県大和郡山市

(大和郡山市の在宅医療・介護連携の課題)

*在宅医療を担っている各医療機関数等は、ほぼ全国平均に近い整備状況となっているが、訪問診療専門の診療所がない。

*医療と介護の事業所間で患者情報を共有するシステムが未構築である。

*在宅医療についての地域住民への普及啓発ができていない。



訪問看護事業者連絡会



医師会

29. 奈良県大和郡山市

*在宅医療に関する相談窓口が設置されていない。

*居宅介護支援事業者向けの研修会を年間3～4回実施している。参加者の固定化（参加していない介護支援専門員が約2割）、介護支援専門員の転職や退職が多く質の向上に繋がりにくい。



②作業部会A「顔の見える関係づくり」

実施日	内容	参加団体数	参加者数
H29.5.26	作業部会のメンバーの団体でも、顔の見える関係づくりに着目した研修や事例検討の機会は少ないことが分かった。新たな取り組みを行う、現在の活動を発展させて多職種参加を募る、などやり方はいろいろ考えられるので、各団体に持ち帰り検討する。	8	15
H29.8.28	①地域包括支援センター、居宅支援事業者連絡会→事例検討会 ③訪問看護事業者連絡会、リハビリテーション連絡協議会 →「誤嚥予防、姿勢など」についての研修会 ④薬剤師会→各職種との連携ができる事業などを企画する。	9	16



- お互いの立場、視点を尊重した上で関係性をつくっていかないと交わることは難しいので、医師からは医療の、ケアマネジャーからは介護の情報を出し合って意見交換ができるような提案をしていくことが課題。
- 地域ケア会議にあまり参加できていないので、まずはそういった会への理解を深めた上で、積極的に参加できるような環境づくりを進めていく必要がある。
- ケアマネジャーの事例検討会を多職種での事例検討会で行ってみたいは？
- 月に2回テーマを決めて市民向けの健康講座を開いているが、それを一歩広げて講師として専門職の方に来ていただくことで、我々も勉強させていただきたい。

リハ職さん、訪問看護
連絡会と一緒に
誤嚥予防の
研修会を開催
しませんか？



③作業部会B「情報連携ツール」

実施日	内容	参加団体数	参加者数
H29.5.30	①ケアマネ⇄医師間の自己紹介の徹底 ②情報交換のツール（FAX）の検討 FAXの様式については職種の違いにより、必要な情報が異なるが、実際に使用している様式の中から、よいものを大和郡山市のひな形として作成する。 ③奈良あんしんネットの登録をすすめましょう。	8	14
H29.8.28	ケアマネジャーから医師への連絡票や大和郡山市在宅医療・介護連携シートの活用を通して、在宅医療と介護関係者の連携が取りやすくなる。この様式の活用や、情報共有にあたっての課題などが出てくれば、その都度、部会で検討の機会を持つ。こういったFAX等のアナログなツールとデジタルツールをうまく活用して、地域の方々を支えているようなシステムを構築できるよう今後も取り組んでいく。	9	16



作業部会のながれ

2017.6.12
居宅介護支援事業者連絡会

作業部会で話し合った課題について、参加者が各団体に持ち帰り協議する



各団体で話し合った内容を作業部会で報告し、具体的な取組へとつなげる

成果物（連携シートなど）を実際に活用しながら、不具合が出てくれば、次の作業部会で報告し修正する

大和郡山市在宅医療・介護連携シート

平成 年 月 日

医療機関
〒 番 号

ケアマネジャーから主治医への連絡票

この底、貴院受診中の下記利用者様の介護支援専門員として担当させていただくことになりました。今後の介護保険制度におけるケアプラン作成において、先生に何かとご助言頂きたく存じますので、宜しくお願い申し上げます。

まずは書中をもってご報告申し上げます。

フリガナ	性別	生年月日	電話番号
氏名	男・女	年 月 日	
要介護度	<input type="checkbox"/> 認定申請中	<input type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2
	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5

(特記事項)

29. 奈良県大和郡山市

大和郡山市在宅医療・介護連携シート

平成 年 月 日

宛先		医療機関	
	御中	名称	
		電話	
		担当者	

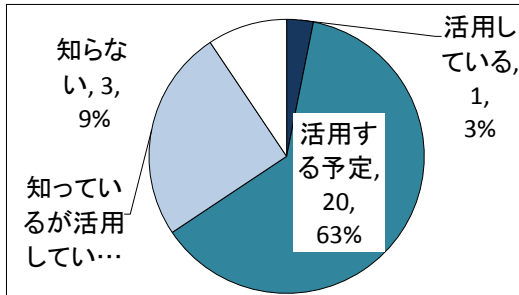
平常より大変お世話になっております。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、下記の内容につきましてFAXさせていただきます。

フリガナ		性別	生年月日	電話番号
氏名		男・女	年 月 日	
本署連絡先	<input type="checkbox"/> 総合 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です			
相談内容等				

↓ 回答 ↑

回答方法	<input type="checkbox"/> 直接来て話します 日時： 月 日 時刻にお願ください
	<input type="checkbox"/> 電話で話します 日時： 月 日 時刻に連絡ください
	<input type="checkbox"/> FAXで回答します
伝達事項など	<input type="checkbox"/> 相談事項等について承りました

平成29年10月1日から使用開始となった「大和郡山市在宅医療・介護連携シート」について、居宅介護支援事業者連絡会が活用状況調査を行いました。
(平成29年10月末 32事業所より回答)



(意見)
 ・始まったばかりなのでまだよく分からないが、医師との連絡をとりやすくなったと感じた。
 ・10月の会議で知りました。様式を取り寄せて今後活用したい。

29. 奈良県大和郡山市

④作業部会C「入退院調整ルールづくり」

<目的>

在宅から病院、病院から在宅へ相互に情報の共有が必要なケースについてのルールづくりを多職種で行うことで、大和郡山市の入退院に関わるスタッフの顔の見える関係の強化をはかり、シームレスな支援体制を構築する。

<メンバー>

在宅医療関係者：医師、訪問看護師、薬剤師、在宅医療介護支援センター、訪問リハビリ等

病院関係者：看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、事務担当者等

介護関係者：ケアマネジャー、地域包括支援センター等

行政：介護福祉課、保健センター、地域包括ケア推進課（事務局）

29. 奈良県大和郡山市

<協議する内容>

視点	具体的な検討内容
(1) かかりつけ医がいない入院患者で、在宅で医療ケアが必要な場合の退院調整のルールづくり	<ul style="list-style-type: none"> 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よう現状把握と課題の共有をはかる。 在宅医療介護支援センターの活用
(2) かかりつけ医はいるが介護保険未申請等でケアマネがない場合の退院調整が必要な患者の情報提供のルールづくり	<p>介護保険未申請の場合の退院調整</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院調整が必要な患者の基準 介護保険の申請手順、情報の伝達先等 認定済みだがサービスを利用していない場合にケアマネを決める手順 等

29. 奈良県大和郡山市

視点	具体的な検討内容
(3) かかりつけ医とケアマネがいる場合の入院時と退院時の情報提供のルールづくり	<p>入院時にケアマネから病院への連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院をケアマネに知らせるのは誰か 入院後、いつ情報提供書を渡すか 等 <p>退院時に病院からケアマネへの連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院をケアマネに知らせるのは誰か 何日前までに知らせるか 退院カンファレンスで聞きたいこと等
(4) 末期がんなどで退院後も医療ニーズが高く、容態変化が著しいと予測される患者等の情報提供のルールづくり	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医師、薬剤師、看護師、訪問リハ等と病院、療養に関わるスタッフの情報共有について

29. 奈良県大和郡山市

<スケジュール>

日程	時間	内容		会場
平成29年10月20日 (金)	14:00- 15:30	全体会議	・在宅医療・介護連携推進事業について、在宅医療介護支援センターについて	やまと郡山城ホール レゾナホール
平成29年11月27日 (月)	13:30- 15:30	病院関係者会議	職域ごとに現状確認と課題抽出 (GW) ・病院とケアマネの情報連携について	やまと郡山城ホール レゾナホール
平成29年12月11日 (月)	13:30- 15:30	ケアマネジャー会議	職域ごとに現状確認と課題抽出 (GW) ・病院とケアマネの情報連携について	やまと郡山城ホール レゾナホール
平成30年1月22日 (月)	13:30- 15:30	全体会議	課題の共有と解決策の提示 (GW)	やまと郡山城ホール レゾナホール
平成30年2月2日 (金)	13:30- 15:30	ケアマネジャー会議	提示された解決策について検討 (GW)	やまと郡山城ホール レゾナホール
平成30年2月23日 (金)	13:30- 15:30	地域・病院の医療関係者会議	病院、地域主治医、訪問看護師、薬剤師等の連携	やまと郡山城ホール レゾナホール
平成30年3月2日 (金)	14:00- 15:30	在宅医療、病院、介護の代表者 会議	入退院調整ルール最終調整	やまと郡山城ホール レゾナホール
4月以降	14:00- 15:30	全体会議	入退院調整ルールの運用開始に向けて	未定

29. 奈良県大和郡山市

平時、入院時～退院時の情報共有のながれ(案)

大和郡山市 H29/12/11

時期	内容	病院	ケアマネジャー	地域包括支援センター	その他	
平時	在宅 ⇄ 病院(外来) 情報共有	()で 連携シートなどFAXの受け取り	*ケアマネジャーから主治医への連絡票 *大和郡山市在宅医療・介護連携シート			
入院直後	介護保険サービスを利用しているようだが 担当CMが不明	介護福祉課 電話 53-1151 (内 515-514)へ連絡			介護福祉課 未認定、CMがない場合は包括 へ情報伝達→この後の対応は退 院調整基準などの情報を得てから 対応する。 担当CMが把握できれば市から CMへ情報伝達	
	担当CMと病院が 情報共有を行う	入院を担当CMに知らせて、 入院時情報提供書を ()で受け取る	入院を知った日から()日以内に 入院時情報提供書を提出			
退院 に向けて	在宅主治医が必要になった	本人、家族の意向を確認した上 で、在宅主治医が決まらなけれ ば在宅医療介護支援センター へ相談する			在宅医療介護支援センター	
	在宅で何らかの支援が必要そうだ	退院調整が必要な患者の基準 に沿って確認				
	<退院調整が必要な対象者で> 介護認定有り+CMがついていない 又は 介護保険の申請が必要な場合の 退院調整	当事者の希望等があれば、居 宅支援事業所等の情報提供を 行う	→ 退院調整の開始			必要に応じて 在宅医療介護支援センター
	担当CMに退院を知らせる	CM決定や介護保険申請が できない(支援者がいない)		本人、家族等の意向を確認 しながら介護保険申請等の 支援と退院調整の開始		
退院カンファレンス	退院()日前に知らせる		*退院カンファレンスに参加 *退院時情報共有書を活用して情報収集 *ケアプラン作成にあたっては主治医の意向を確認			

29. 奈良県大和郡山市



実施日	参加者	参加団体数	参加者数
H29.10.20	関係者全員 (*下記参照)	40	77
H29.11.27	主に 病院関係者	14	34
H29.12.11	主に ケアマネジャー	36	65



(*）在宅医、薬剤師、訪問看護師、病院関係者（医師、相談員、病棟看護師）、ケアマネジャー、地域包括支援センター、保健センター、行政等

29. 奈良県大和郡山市

⑤大和郡山市在宅医療介護支援センター

平成29年10月より一般社団法人大和郡山市医師会への委託事業として実施
相談日：月～金（祝日、年末年始除く） 時間：10：00～16：00

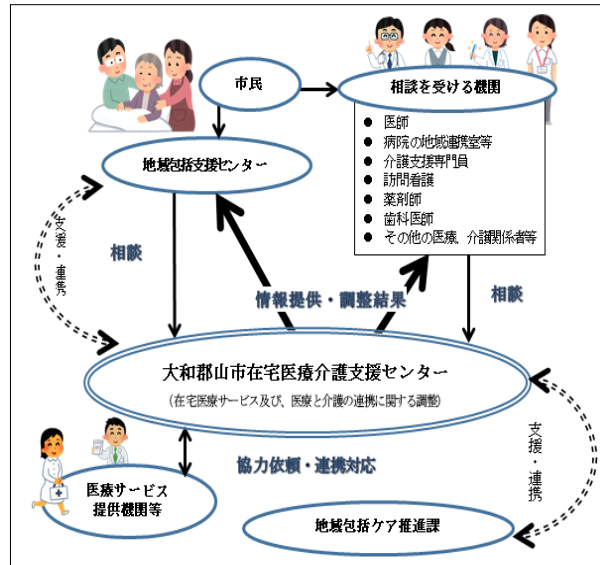
<こんなことで困ったらご相談ください>

- ・ 訪問診療や往診を行う医師等の確保に関する相談
- ・ 訪問看護などの在宅医療サービスの導入に関する相談
- ・ 在宅移行のための退院調整に関する相談
- ・ 在宅医療に関する一般的な相談
- ・ 退院調整に関わる地域の医療、介護等関係者からの、退院調整への関わり方や対処の仕方についての相談に対する助言や支援 等

相談のフロー図



看護師等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を有する相談員等が相談に応じる。



⑥医療・介護Webマップ

(課題)

医療機関、介護事業所等の情報を市民が得ようとした時に、パンフレットでは情報の更新が遅れがちであるが、インターネット上には様々な情報サイトがあるため、どこを参考にしていよいか分からない。

(取り組み)

市内の医療機関、介護事業所等の情報を把握し、信頼性の高い市のHPより、市民に分かりやすく検索してもらえるシステムを構築する。

(内容)

Webマップ上に情報を配置することで、市民が各施設の所在地を自宅等との位置関係から把握することができ、そこに掲載された連絡方法や公式HPへのリンク等により、希望する各種医療・介護サービスの情報を市民及び事業者が、スムーズに一括して得ることができる。

その他の取り組み

専門職同士の連携をはかり、職務の質の向上や在宅医療・介護連携の課題などに協同で取り組むことを目的として、市内のケアマネジャー、看護師、理学療法士等による連絡会や行政内に地域包括ケアシステム構築に関するチームが設立。

大和郡山市居宅介護支援事業所連絡会

33カ所の居宅介護支援事業所に呼びかけて設立（平成28年10月設立）
ケアマネジャーへの実態把握アンケートを実施し、意見を反映できるよう交流、研修の機会づくりなどを行う。

主任介護支援専門員懇談会

主任ケアマネジャーに呼びかけて情報交換などを行う（平成28年10月～）
今後はケアマネジャーの支援として事例検討会での指導的立場を担うと共に、居宅介護支援事業者連絡会と連携して研修の企画などのサポートを行う。

大和郡山市訪問看護事業者連絡会

訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、医療機関等に所属する訪問看護師等が、情報交換や研修会などを開催（平成28年10月設立）

大和郡山市リハビリテーション連絡協議会

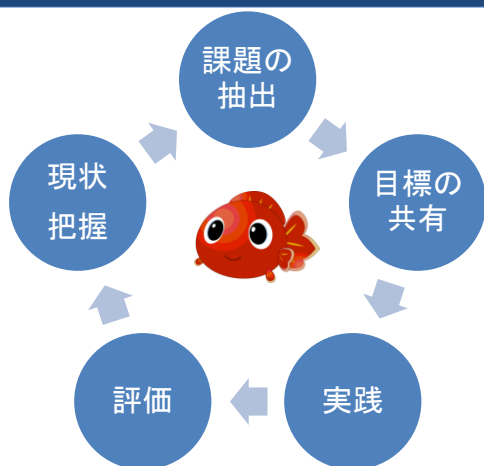
市内の医療機関、事業所に所属する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による連絡会（平成29年5月設立）

部局横断的検討会議（大和郡山市地域包括ケアシステム推進チーム）

地域包括ケアシステムの構築を推進するために、平成28年度に庁内部局横断的検討体制を設置。

（メンバー）副市長、福祉健康づくり部長、介護福祉課長、厚生福祉課長、地域包括ケア推進課長、保健センター所長、総務課長、市民安全課長、保険年金課長、住宅課長、社会福祉協議会 福祉課長 地域包括ケア推進課（事務局）

おわりに



在宅医療と介護の連携については、継続した取り組みが必要であり、大和郡山市在宅医療・介護連携推進会議でPDCAサイクルに則り協議、また、新たな課題が抽出され時は多職種で目標を共有し、具体策を検討する作業部会などを通じて、市全体の取り組みへとつなげていけるような体制の強化を図ります。



スマートプラクティス 和歌山県田辺市

30. 和歌山県田辺市

和歌山県田辺市の取り組み

取り組みの特徴

・医療圏域が田辺市を含む周辺5市町であり、複数の基幹病院、複数の医師会が存在している
 ・平成22年から医療圏を対象として、三師会・介護サービス事業所・医療機関・包括・行政からなる任意団体の『田辺圏域保健・医療・介護の連携体制の構築をすすめる会』が「顔と顔のつながる場づくり」「連携マニュアルの作成」「講演会・研修会等の開催」などの活動を行っていた
 以上のことから、田辺市が周辺4町に声をかけ、上記団体の**一般社団法人化を支援し、広域実施**として各々委託を行い、協働して取り組みを行っている。

田辺市の基本情報

(平成29年3月31日現在)

- 人口 76,046人
- 面積 1026km² (和歌山県全体の約22%)
- 高齢化率 31.5%
- 医療資源 病院:5施設 診療所:88施設
訪問看護ステーション 12ヶ所

地図等



今後の取り組み方針

- 地域性を踏まえた安心して「看取り」までできる在宅療養体制の推進
 - ・入退院時におけるスムーズな連携が図れる関係づくり
 - ・ICT(くろしおNET)を活用した情報連携
 - ・多職種連携のための研修機会の確保
 - ・相談機関としての地域包括支援センターと在宅医療・介護連携支援センターの連携
 - ・在宅医療に取り組む医療機関のネットワーク化、研修機会の確保など在宅療養提供体制構築の支援
 - ・一般市民に対する在宅医療・介護についての普及啓発活動

課題

- 日常生活圏域ごとの特徴があり、医療資源の少ない山間地域と沿岸部の人口密集地域では地域課題が異なっている。その課題に対する具体的な対応策の検討がまだまだ進んでいない
- 在宅医療連携に消極的な診療所もあり、すべての関係者に取り組みが周知されているわけではない

30. 和歌山県田辺市

和歌山県田辺市の取り組み

取り組み内容

田辺圏域在宅医療・介護連携支援センター(以下連携支援センター)が中心となり、関係機関との調整や事業など取り組みを行っている。

- (ア)地域の医療・介護の資源の把握(見える化)
 - 既存情報のマップ化。未把握分は再調査実施。
 - ホームページ上で公開へ
- (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
 - 在宅医療・介護連携推進会議の開催
- (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
 - 退院調整ルールのメンテナンス・「在宅医療・介護連携が1つの」の作成
- (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援(ICT等)
 - 総務省補助事業の「医療と介護の双方向情報連携EHR基盤構築事業」に積極的に参加
- (オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - 相談対応中。まだまだ相談業務の周知が不十分なのが課題
- (カ)医療・介護関係者の研修(多職種研修会の開催)
 - 専門職向けの認知症対策の研修と月に1回の定例会の実施
- (キ)地域住民への普及啓発
 - グリーン・看取りをテーマで住民向け講演会を開催予定
- (ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
 - 事業への参加や理事会への積極的な関わりや意見交換・意思疎通

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

<実施までの取り組み>

- 医師会等の三師会、介護支援専門員協会、市町の行政が協議を重ね、一般社団法人化に向けて支援を行い、今までの実績を継承しつつ、新しい事業にも取り組めるような基盤づくりを行った。
- 5市町の担当者が集まり、圏域としての在宅医療・介護連携の全体像を共有し、各々首長とも協議を行い、広域設置の方向で合意。
- 新しい団体には、圏域の三師会、病院、訪問看護ステーション連絡協議会、介護支援専門員協会、行政などが役員となり、県職員やその他の関係機関、市町の介護保険担当課や包括の職員なども委員会委員として参画し、協議を密に行える体制とした。
- 連携がとりやすい環境として、医師会・歯科医師会事務局が入っている田辺市医師会館内に主たる事務所を設置。

<業務開始後の取り組み>

- 月1回の多職種向けの定例会の開催や住民向け講演会、既存の社会資源情報の整理など、もともと実施していた事業は継続。日常生活圏域ごとの地域資源の特徴などを共有するため、地域ケア会議などの機会を活用し連携支援センターの周知に努めている。
- 基本的には住民からの相談は地域包括支援センターが対応し、専門職や関係機関からの相談は連携支援センターが対応する形で役割分担。相談件数が少ないので、関係機関がスムーズな連携を図れるようなガイドラインや連携ツールの作成、整理などが主な業務となっている。

スマートプラクティス 鳥取県日野町

31. 鳥取県日野町

鳥取県日野町の取り組み

取り組みの特徴

地域の中核病院、介護事業所、町地域包括支援センター等が密接に連携し
多職種連携により在宅医療・介護連携を推進

市区町村の基本情報

- 人口…3,278人（2015年）
- 面積…133.98km²
- 高齢化率…47.0%（2015年）
- 医療資源…
日野病院・日南病院・黒坂診療所・江尾診療所
トミヤ調剤薬局・おしどり調剤薬局、等



今後の取り組み方針

小規模自治体のため、医療・介護資源が限られているが、関係者との連携が図りやすいメリットがある。
まず、地域の医療・介護関係者が参画する「見える事例検討会」を活用し、困難な個別事例の検討、地域課題の抽出と解決策の検討を行う。
また、本検討会の定期開催を行うことにより、関係者の連携強化・ネットワーク化を図りながら、在宅医療・介護の提供体制の構築を推進する。

取り組み内容

地域の医療・介護関係者等が「見える事例検討会」を企画・運営。
見える事例検討会とは、多職種で行う事例検討を可視化したもの。
参加者の意見をホワイトボードに書き込み、現状・課題を参加者全員で共有し、解決策（アクションプラン）を作っていく手法。
参加する多職種の意見を取り入れることにより、課題が明らかになり、新たな視点に気づき、支援の方向性が見出せる。
また、毎月の定期開催により、地域の医療・介護関係者のネットワークの構築、情報共有等が図れている。

（次頁に続く）

31. 鳥取県日野町

鳥取県日野町の取り組み

取り組み内容

- 見える事例検討会の目的
 - ①課題解決
事例の根底にある課題を明らかにし、支援の方向性を見出す
 - ②援助技術の向上
参加している支援者の、包括的視点からの援助技術を高める
 - ③ネットワーク構築
実際に地域で動ける多職種による支援者ネットワークを構築する
- 参加者所属
鳥取大学医学部地域医療学講座、日野病院（診療局、看護局、地域連携推進室、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、リハビリ、薬剤管理室、栄養管理室）、日翔会（居宅介護支援事業所、デイサービス、デイケア、訪問介護、老人福祉施設、老人保健施設、福祉用具事業所）、町、包括、消防署、院外薬局
- 実施状況
見える事例検討会（年8回）、ケアカフェ（年3回）、計画と振り返り（年1回）



見える事例検討会の様子
ファシリテーター2人と事例提供者1人

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 取り組みの工夫・ポイント（見える事例検討会の特徴）
 - 事例の配布資料なし
→ 事前準備の必要がないため、事例提供者の負担が少ない
 - マップングで見える化
→ 事例の全体や根底にあるものが見えてくる
 - ファシリテーターが事例検討者にインタビュー形式で質問
→ 事例提供者の思考にとらわれず、新しい視点生まれやすく、意見が出やすい。
 - 事例に関わっていない人も参加
→ 新しい視点生まれやすい
- 参加者の感想
 - 【事例提供者】
 - ・課題が明らかになる。新たな視点に気づける。支援の方向性が見出せる。検討会后、具体的な行動ができた。
 - ・話しやすい雰囲気に参加しやすい。
 - ・準備の負担がなく、事例提供しやすい。 など
 - 【その他参加者】
 - ・多職種のネットワーク構築が図れた。
 - ・多職種で相談しやすくなった。
 - ・他職種の理解が深まった。 など

スマートプラクティス 島根県出雲市

32. 島根県出雲市

島根県出雲市の取り組み

取り組みの特徴

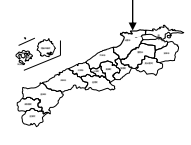
(ア)地域の医療・介護の資源の把握

市民意識調査、医療・介護関係者ヒアリング等を反映した住民への医療介護情報提供の取組み

市区町村の基本情報

- 人口・・・175,026人
- 面積・・・624.36km²
- 高齢化率・・・28.7%
- 医療資源・・・診療所163箇所
(人口10万当たり97.4)

地図等



課題に対する取組み内容

- 関係者向けの紙冊子「在宅医療及び介護に関する情報ファイル」に掲載されている情報を市民にも共有できるよう精査し、平成28年度にWeb版「医療介護資源マップ」を作成し、平成29年度から市民への情報公開・情報共有をホームページ上で開始
- 資源情報の更新は、非常に重要であることから、変更や修正の申請があれば、職員でも随時更新できる仕様とし、できるだけ最新の情報が市民や医療及び介護関係者等に提供できるものとした。

課題

- ①在宅医療等に関する市民意識調査(H27年度実施)での主な課題
 - ・在宅医療・介護の内容について、市民に十分認識されていない。
- ②医療介護関係者へのヒアリング調査(H27年度実施)
 - ・既存の情報ファイル(H25年度初版、H27年度改訂)が活用されていない。
 - ・最新情報への更新手段

32. 島根県出雲市

島根県出雲市の取り組み

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 既存のGIS(統合型地理情報システム)を活用
- Web上で日常生活圏域(15圏域)ごとに、かつ、施設分類等検索条件を入力し、容易に検索できるようにした。
- 出雲市在宅医療・介護連携推進連絡会議(医療・介護関係者)の場で提供する詳細の内容・情報等を整理した。

今後の取り組み方針

- 平成29年度に公開されたWeb版「医療介護資源マップ」を市民や医療介護関係者に周知し、関係者に対しては掲載情報の更新を呼びかけるとともに、活用を促進するための方策を検討
- Web環境にあまりなじみがないと考えられる高齢者等への情報提供の方法(紙ベース)を検討し、今後、基本情報を掲載したマップ(冊子)を発行する。
- 在宅医療を推進していく上では、保険適用外のサービスとの連携も重要であることから、「生活支援サービス情報(買い物支援、理美容、宅配弁当等)」との連携を検討
- 地域に根ざし活動している高齢者あんしん支援センター(地域包括支援センター)や生活支援コーディネーター(社会福祉協議会に配置)などさまざまな情報を持つ関係機関との連携を深めていく。

32. 島根県津和野町

島根県津和野町の取り組み

取り組みの特徴

院内に町直営地域包括支援センター、町医療対策課があることによる医療・介護のスムーズな連携体制の構築

市区町村の基本情報

- 人口・・・7,626人 (H29.11末)
- 面積・・・307.1km²
- 高齢化率・・・46.6% (H29.11末)
- 医療資源・・・病院(1)無床診療所(6)薬局(5)歯科診療所(3)・



今後の取り組み方針

☆いくつになっても津和野町に安心して住み続けることが選択できるような町づくり

(住まい整備)

- 新たな型の住まいの整備の検討(①～③の機能について検討)
 - ①病院・老人保健施設等を一体的に活用するための住まいの検討
 - ②看取りまでを視野に入れた住まいの環境整備
 - ③降雪が多い冬季における一時的な住まいの検討
- ⇒医師住宅の改修による看取りまでを視野に入れた住まいの検討
- ⇒退院後、在宅生活に向けての中間施設のような住まいの検討

(医療・介護連携)

- 在宅医療・介護連携を支援するコーディネート機能の強化
 - ・町関係課と連携し、町全体の医療・介護資源をコーディネートする
 - 窓口機能の強化

(移動・生活支援)

- 移動・生活支援⇒買い物、通院等の移動支援施策の検討

課題(住まい整備、医療・介護連携、移動・生活支援)

- 高齢者の住まいの整備⇒独居高齢者の世帯の割合が多く、限界集落化した地区住民は生活面での不安が大きく家族がいる町外へ転出。
- 医療・介護連携⇒町内に急性期病院がないため、急性期から回復期、在宅療養に向けた切れ目のない連携体制の構築が必要。
- 移動・生活支援⇒山間部が多く、通院等の移動手段の確保が難しい。

32. 島根県津和野町

島根県津和野町の取り組み

取り組み内容①【医療・介護連携】

- 圏域内の急性期病院からの退院連絡については、津和野町患者はまず、津和野共存病院で全て受けてその後町内関係機関の調整を行う。
- 病院内に町医療対策課、町直営の地域包括支援センターを設置し、医療情報のやりとりや包括支援センターからの情報提供もスムーズに展開され、医療と介護の連携を推進。
- もの忘れ外来(認知症)の情報を保健師に提供し、保健師訪問を実施している。地域へのフォロー体制や保健師からの医療機関への情報提供もスムーズに行われている。
- 在宅、訪問診療は津和野共存病院がアウトリーチして実施。⇒医師3名で年間40名の訪問診療を実施。

取り組み内容②【移動・生活支援】

- 生活課題の把握にむけて町内全地区を対象に生活ニーズ調査を実施。地域の生活課題を地区ごとに集計分析。
- 町内12地区のうち5地区では本調査結果を用いて、地域の課題解決に向けた住民参加型のワークショップを開催し、住民と一緒に地域課題について検討。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

取り組み内容①【医療・介護連携】

- 町外の急性期病院からの津和野町内患者の退院調整は津和野共存病院が受けてから町内医療介護関係者との調整をすることで在宅に向けて切れ目のない連携に繋がっている。⇒定期的に津和野共存病院と町内医療・介護関係者との意見交換を行うことで関係性の構築を図っている。⇒町内で入院しても、老人保健施設や地域包括ケア病床を経て在宅復帰に向けた流れが整備されている。⇒急性期病院からも津和野町の退院調整はスムーズだという声が上がっている。

- 院内に町医療対策課、町直営包括支援センターがあり、非常に連携が取りやすい。⇒医師からも診察室を出れば、包括支援センターがあるため、やりとりが非常にスムーズと声が上がっている。

- 町内の在宅・訪問診療は津和野共存病院が一手にアウトリーチすることで、町内開業医との機能分化・連携が図られている。

取り組み内容②【移動・生活支援】

- 町担当課及び津和野共存病院の多職種で調査結果の分析、ワーキングに向けた検討を行っている。

スマートプラクティス 岡山県瀬戸内市

33. 岡山県瀬戸内市

岡山県瀬戸内市の取り組み

取り組みの特徴

- ・ 在宅医療・介護連携の担当部署“トータルサポートセンター”を新設し、市民病院内に設置
- ・ この部署が中核となって、庁内連携、医師会等外部機関との多機関連携、コメディカルと介護職員等の専門職連携を推進
- ・ 顔の見える関係づくりで、介護と医療の間の“垣根”が低くなり、医療から介護への切れ目のない流れが整いつつある。

市区町村の基本情報

(人口、高齢化率:H29.1.1住基)

■ 人口…37,975人

■ 面積…125.450km²

■ 高齢化率…32.7%

■ 医療資源…市民病院 110床

一般急性期64床、地域包括ケア病床16床回復期リハビリテーション病床30床



トータルサポートセンターの概要

【人員】

4人(事務職員2人、保健師2人)

【主な業務】

1. 連携会議

(1)瀬戸内市在宅医療福祉保健連携推進協議会(ケアネットせとうち)

(2)在宅医療地域福祉連携担当者会議

(3)在宅療養支援連携連絡会議

2. 医療・介護・福祉関係者の交流

せとうちカフェ

3. 研修

(1)専門職向け研修会

(2)市民向け研修会

4. 広報

ケアネットせとうち通信(季刊誌)

組織

保健福祉部

福祉課

子育て支援課

健康づくり推進課(子ども包括支援センター)

いきいき長寿課……………地域包括支援センター(社協に委託)

トータルサポートセンター(市民病院内に設置)

病院事業部

瀬戸内市民病院

33. 岡山県瀬戸内市

岡山県瀬戸内市の取り組み

取り組み内容

- 機関連携、多職種連携、市民啓発などさまざまな切り口で展開



瀬戸内市在宅医療・福祉・保健連携推進協議会
(ケアネットせとうち)



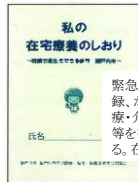
在宅医療普及講演会



ケアネットせとうち通信



地域包括ケア推進全体研修会



私の在宅療養のしおり
緊急時連絡先、療養記録、かかりつけ医、医療・介護に関する希望等を書き込むことができる。在宅療養者に配布。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- せとうちカフェ

「せとうちカフェ」は、ケアに携わる支援者の顔の見える関係づくりと日頃のケアの相談の場。カフェのような雰囲気の中で、グループに分かれてテーマに沿った自由な意見交換を行っている。ここで出されたさまざまな意見は、参加者全体で共有し、各自が現場に持ち帰る。毎回、70人程度が、飲み物やお菓子を持ち寄って、集まっている。

(運営の工夫)

・企画

カフェのトークテーマ等は、せとうちカフェ協力隊とトータルサポートセンターが企画。せとうちカフェ協力隊は、医師、看護師、介護支援専門員、相談員、介護職員など約20人で構成するカフェの世話人。企画会議は、平日の日に参加可能な人で行っている。

・当日の運営

多くの人が集まりやすい木曜日の19時から20時30分に開催。会場準備のほか、マスター(司会)、テーブルホスト(グルーブトークの進行)を協力隊が務める。



企画会議



せとうちカフェの様子

スマートプラクティス 広島県安芸高田市

34. 広島県安芸高田市

広島県安芸高田市の取り組み

取り組みの特徴

市区町村の基本情報

- 人口・・・29,334人
- 面積・・・537.75km²
- 高齢化率・・・38.5%
- 医療資源・・・病院2 一般診療所24
歯科診療所17



今後の取り組み方針

- 平成27年度から基幹病院であるJA吉田総合病院に業務を委託し、事業に取り組んできた。今後は関係機関とのさらなる協働のもと業務を遂行するため、各関係機関との連携をより強固なものとして取り組む。
- 既存の地域資源マップについて、内容の更新と市ホームページへの掲載を行い、医療・介護関係者にとどまらず、広く利用可能とする。
- 入院時における医療介護関係機関との連携ツールである「入院時連携シート」の利用状況を把握するとともに、内容を再検討することで利用の促進を図る。
- 在宅死検討委員会では、医療・介護関係者の他、警察署・消防署との連携により、実態把握に努めるとともに課題解決に向けた取り組みを継続する。
- 救急時の情報共有ツールの作成及び運用を促進する。

課題

- 在宅医療・介護連携における各職種の役割をより明確にし、課題解決に向け取り組む必要がある。
- 保健所や近隣市町等との連携を深め、圏域を超えた入院時における共有のルール作りが必要。
- 中山間地である我が市において高齢化率が40%に到達しようとする現実を目前に、今後、医療職の高齢化や後継者不足、また介護職等の人材不足をどのように補い、住み慣れた地域での生活をどう支えていくのか、広域的な課題として考えていく必要がある。

34. 広島県安芸高田市

広島県安芸高田市の取り組み

取り組み内容

- ① **地域の医療・介護の資源の把握**
関係機関との連携を基に地域資源マップ(冊子)を作成し、関係者に配布
- ② **在宅医療・介護連携推進における課題抽出と対応策の検討**
家族構成や疾病の多様化から高齢者に限らず、支援を必要とするケースが増加しつつある中、医療・介護関係者と検討を行い解決に向けた取り組みを行う
- ③ **切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進**
在宅及び施設における看取りについての啓発活動
緊急時、有効に関係職種間で情報共有できる「私の情報(お太助ノート)」の検討
- ④ **医療・介護関係者の情報提供の支援及び研修**
関係者間で情報共有を図り、各職種の強みを活かすための知識を習得
日々変化する医療・介護の現状を学び、支援する際の知識と対応能力のスキルアップ
- ⑤ **在宅医療・介護連携に関する相談支援**
JA吉田総合病院、地域包括支援センター、市のそれぞれが相談窓口となり、必要に応じた連携による支援
- ⑥ **地域住民への普及啓発**
市民公開講座・ミニ市民公開講座
「最期まで笑顔で生き抜く～ともに暮らそう住み慣れたこのまちで～」をテーマに家族・地域と共に考える機会とする。また若い世代へ向け、病気や障害があっても安心して暮らせる地域の醸成に取り組んだ
- ⑦ **関係市町との連携**
保健所を中心とした芸北地域保健対策協議会における情報共有等
- ⑧ **在宅看取りの現状把握のための情報交換会**
病院、医師会、訪問看護ステーション、介護支援専門員連絡協議会、警察署、消防署、社会福祉協議会、地域包括支援センター、行政の各代表者を構成員とし、死亡状況の把握及び在宅看取りについての課題を検討

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 在宅医療推進拠点整備事業の取り組みを基盤として、平成27年度から中核病院であるJA吉田総合病院に業務を委託し在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいる。
- 委託先であるJA吉田総合病院事務局及び看護師、医師会、歯科医師会、薬剤師、介護支援専門員、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、老人福祉施設、老人福祉施設看護師、民生委員・児童委員、障害者基幹相談支援センター、地域包括支援センター、行政(担当課)が相互に連携を取りながらこの事業に取り組んでいる。
- 市民公開講座では、教育委員会との連携により、小学生を対象に「住みたいまち安芸高田」をテーマとした絵画を募集し、当日掲載することで、より若い世代の参加を促した。また、関係者による寸劇を交えることで、住み慣れた地域で人生の最期を迎えることについて考えるきっかけづくりを行っている。
- 中核病院内の地域医療連携室、地域包括支援センター、行政関係課が連携することにより、在宅医療・介護連携に関する相談支援を行っている。
- 広島県地域包括ケア推進センターの指導により平成27年度に実施した「在宅死実態調査と在宅看取り推進ネットワーク構築モデル事業検討委員会」を基盤として、在宅死検討委員会において実態を把握し、看取りの推進について検討している。

スマートプラクティス 山口県宇部市

35. 山口県宇部市

山口県宇部市の取り組み

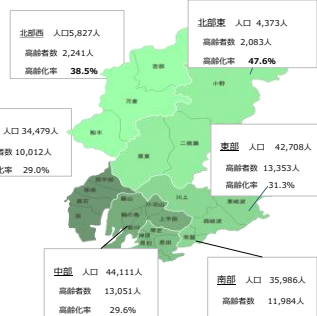


取り組みの特徴

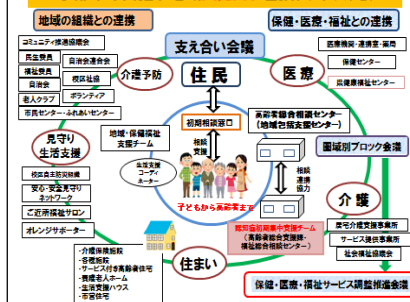
- ・宇部市では、すでに平成26年度より地域包括ケアシステムを深化させ、子どもから高齢者まで幅広く対象とする「地域支え合い包括ケアシステム」を推進しています。
- ・在宅ケアを推進する上で、多職種連携の重要性を認識し、「保健・医療・福祉サービス調整推進会議」を設置、関係職種の連携強化等の取り組みを進めています。

市区町村の基本情報

- 人口・・・167,484人(H29.4)
- 面積・・・286.65平方キロメートル
- 高齢化率・・・31.5%(H29.4)
- 医療資源
在宅療養支援病院3、
在宅療養支援診療所28
(H28.3)



宇部市の目指す地域支え合い包括ケアシステム



35. 山口県宇部市

山口県宇部市の取り組み

取り組み内容

- ◆ **保健・医療・福祉サービス調整推進会議、ブロック会議**
 - 各圏域での実務者で構成する「ブロック会議」で事例検討を通し、住民のニーズ把握、社会資源の掘りおこし等を行い、各組織の代表者で構成する「サービス調整推進会議」でブロック会議からの提案事項の協議や情報交換を行っています。
- ◆ **多職種連携研修会**
 - 医療と介護の専門職が相互の専門的知識を生かしながら、チームとなって在宅療養者や家族をサポートしていく体制を構築するため、市、市医師会、市歯科医師会及び市薬剤師会の主催により、26年度から実施しています。
 - 26年度、27年度は各1回、28年度、29年度は2回開催しています。これまでの4年間で22職種、延べ663名参加し、講義に加えてグループワークを実施し、顔の見えるネットワークづくりを行っています。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

【行政と医師会の強い連携】

- 「保健・医療・福祉サービス調整推進会議」、「多職種連携研修会」をはじめ、市と医師会等各団体が連携し、住民のための「地域支え合い包括ケアシステム」の構築を進めています。
- 市と3師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会)の間に事例の共有等を通じた強い連携関係が構築されており、そのことが在宅・医療介護連携の推進に大変重要な役割を果たしています。



スマートプラクティス 徳島県吉野川市

36. 徳島県吉野川市

吉野川市(吉野川市医師会委託)の取り組み

取り組みの特徴

2つの部会を活用して「連携のきっかけ作り」から「顔の見える関係へ」

市区町村の基本情報

- 人口・・・吉野川市41,970人(H29年10月1日時点)
- 面積・・・144.14㎡
- 世帯数・・・18,031戸
- 高齢化率・・・34.9%
- 医療機関数・・・74機関(内科・歯科(うち入院可能病院数10機関))
- 介護資源の状況(施設系) 21施設 総定員数962人
 - 居宅介護支援事業所 22事業所
 - 介護サービス事業所 58事業所



課題

1. 患者・利用者
家族の介護力の低下(老老介護)、在宅介護についての知識・情報不足
2. サービス提供者からの課題
サービス提供者の不足
3. 連携の各主体における課題
忙しいのでお互いの顔が見えない
退院時カンファレンスの開催が不十分
ケアマネの医療面の知識不足等
4. 平成26年度在宅医療拠点事業協議会より
独居高齢者、認知症、終末期、看取り、見守り、安否確認についての課題



今後の方針

- ・急性期～維持期～回復期～慢性期～終末期における対象者の情報を切れ目なく、地域の医療・介護関係者間で共有し、どのような状態になっても安定した支援が提供できる環境や体制づくりを支援していくために、今後も在宅医療連携部会と医療介護連携部会を主軸として、協議会で検討しながら事業を推進する。
- ・地域住民への普及啓発として、医療・介護の専門職が地域に向かい、在宅医療について知ってもらい、自治会単位で介護の手助けができるような、地域のネットワークづくりを推進する。

36. 徳島県吉野川市

徳島県吉野川市の取り組み



取り組み内容①

- ◎平成27年度在宅医療多職種連携研修会で出た課題と解決方法◎
 - <課題>
在宅看取り尊厳死を具体的に/入退院を繰り返す患者に対する連携
 - <課題解決方法>
 - ・部会をつくり、細かく課題を洗い出しマニュアルを作成する
 - ・連携バスを利用して在宅サービスにつなげる
 - ・顔の見える研修会や事例検討会を増やす。
- ★在宅医療連携部会 (H28年度～)
 - テーマ「在宅での看取り」
 - 医師、歯科医師、訪問看護師、理学療法士、介護支援専門員、介護職、福祉用具専門相談員、地域包括支援センター(市直営)
 - 在宅看取りの問題や課題について意見交換
 - 多職種専門職に対する講演会、在宅医療に関するアンケート調査(704名) 看取りの研修会の企画、看取りのパンフレットの作成、在宅医療の出前講座、研修受講カードの作成、介護ノートの作成活用、医療介護関係者の研修企画、在宅医療出前講座(2地区公民館単位)
- ★医療介護連携部会 (H28年度～)
 - テーマ: 心不全、腎不全(入退院を繰り返す患者に対する連携)
 - 研修会の企画(医療・介護職のミックス研修、災害時の対応、乗り合いタクシー実施に向けての検討)
 - 急性期病院(地域連携看護師、病棟看護師、外来看護師、訪問看護師、薬剤師、管理栄養士) 慢性期病院SW、在宅訪問看護師、介護支援専門員、介護福祉士、地域包括支援センター(市直営)
- 医師担当者会議(10名)
 - 協議会開催前に、医師会担当医師、訪問看護師、行政、介護支援専門員が協議会の内容等について検討する。情報共有の場や、医師からの要望の場となっている。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

在宅医療連携部会、医療介護連携部会を活用して、「みんなで時間を共有する」「連携のきっかけをつくる」

- 吉野川市では、在宅医療拠点事業を吉野川市医師会が行っていた経緯から、在宅医療・介護連携推進事業となったH28年度からも、吉野川市医師会へ事業を委託し実施している。
- 事業は、平成27年度に実施した在宅医療多職種研修会で出た意見から、2つの部会をつくり、そこで出た意見を協議会で検討しながら事業を実施している。定期的な医師会、他職種との検討会、部会の開催により、互いに「顔の見える関係」の構築ができてきている。市では2つの部会を地域ケア会議の中に位置づけ、地域づくり、資源開発、政策にもつなげている。
- また地域住民への普及啓発として実施した、出前講座では在宅講義に加えてワークショップを実施することで住民の地域づくりへの関心、課題、要望が見えてきた。市はこの取り組みを生活支援体制整備事業の協議体にも今後位置づけ地域のネットワークづくりを推進したいと考えている。



スマートプラクティス 香川県丸亀市

37. 香川県丸亀市


在宅医療・介護連携推進事業 香川県丸亀市の取り組み

取り組みの特徴

医療介護連携クラウドシステム運用による
医療・介護のケア品質の向上、多職種間の連携推進、事務効率改善

市区町村の基本情報 (H29.12.1現在)

- 人口・・・113,561人
- 面積・・・111.78km²
- 高齢化率・・・27.2%
- 医療資源・・・病院12か所、診療所145か所、施設系事業所30カ所、在宅系事業所104か所



今後の取り組み方針

- 医師会間の連携調整
地域包括ケアシステム推進協議会の医療介護連携推進部会において相互連携を図る
- 関係者の意識
医療・介護の関係者に対する研修会、医療介護連携推進事業において講演会・シンポジウム等を行う
- 在宅療養支援診療所の体制づくり
在宅療養支援診療所の連携強化を図るツールとして、クラウドシステムの普及に努める
- 市民の意識
「看取り」についての講演会等を通じて市民意識の向上を図る
- 情報共有ツール
県下統一ツールの広域導入に係る調整を県に検討してもらう

課題

- 医師会間の連携調整(市が2つの医師会にまたがっている)
- 関係者の意識の温度差
- 在宅療養支援診療所の体制づくり
- 市民の意識(看取りで「在宅」を選択する人が少ない)
- 情報共有ツール(顔の見える関係づくりは各自治体で実施、連携ツールは広域(県)で対応すべき。自治体を越えて医療や介護サービスを受ける人が多いため)

37. 香川県丸亀市

在宅医療・介護連携推進事業 香川県丸亀市の取り組み

取り組み内容

- 平成27年度～
医療介護連携クラウドシステムの導入・運用
- 平成28年4月 丸亀市医師会に在宅医療・介護連携事業を委託
医師会内部で平成27年3月に「地域包括ケアシステム推進委員会」を設置、市からの「地域包括ケアシステムに係る協力」依頼への対応について協議
↓
事業を委託し、医師会に「丸亀市在宅医療介護連携支援センター」を設置、コーディネーターを配置し、医療介護関係者からの相談支援
- 平成28年6月
「丸亀市地域包括ケアシステム推進協議会」立ち上げ、専門部会として「医療・介護連携推進部会」を設置
※構成：丸亀市医師会・綾歌地区医師会・丸亀市歯科医師会・丸亀市薬剤師会・綾歌郡薬剤師会・香川県理学療法士会・香川県看護協会・丸亀市介護サービス事業者連絡会・行政
- 平成29年度
綾歌地区医師会に同様に事業委託予定

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 医療介護連携クラウドシステムの導入
地方創生先行型交付金を利用し、導入運用は市一般会計・地域支援事業で実施(利用者負担なし)
※利用者：医療関係者・行政・ケアマネジャー・介護従事者・家族
ID発行数：医師91名、歯科医師12名、医療関係者83名、行政47名、ケアマネ86名、介護従事者75名、家族7名 合計401名
クラウドの患者連携部屋：166室
- 医師会・関係市町との連携
丸亀市に丸亀市医師会と綾歌地区医師会が存在
綾歌地区医師会は、丸亀市と綾川町、高松市が含まれる市内での取り扱いの均衡を図るため、市町間での連携を図りながら、両医師会に事業を同様に委託
- 医師会の協力体制
医療介護連携事業は、医師会主導で行わないと成功しない。クラウドシステムの利用に関しても、丸亀市医師会が全面的にバックアップしてくれているので、医師の利用率が高く、医師に相談し易い環境が構築できている。

スマートプラクティス 香川県高松市

37. 香川県高松市

在宅医療・介護連携推進事業 香川県高松市の取り組み

取り組みの特徴

在宅医療コーディネーターの養成

市区町村の基本情報

- 人口…428,872人 (H29.10.1)
- 面積…375.52㎡
- 高齢化率…26.9% (H29.10.1)
- 医療・介護資源…病院35か所、一般診療所415か所、施設系事業所54か所、在宅系事業所1,496か所
- 在宅療養率…79.4%(H29.9.30) 在宅※での要介護認定者の割合



課題

- 退院調整ルール及び情報共有ツールの作成
- 相談支援の窓口設置(H30年度に在宅医療支援センターを設置予定)
- 市区域にある3地区医師会と連携した、市全体として統一的な事業展開の在り方の検討

今後の取り組み方針

- 在宅医療介護連携推進事業(8項目)の推進
 - (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
地域の医療機関や介護事業者等の情報を把握し、地域の医療・介護関係者や住民に対し、情報提供を行う。(ホームページ版の在宅ケア便利帳の作成・維持管理など)
 - (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
在宅療養者の急変時の連絡体制を含めた、在宅医療・介護の提供体制の構築を目指す。(退院調整ルールの作成など)
 - (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
退院及び在宅療養の支援に関する情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを活用するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。(情報共有ツールの作成など)
 - (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
地域の医療・介護関係者や住民から、在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、連携調整・情報提供等による支援を行う。(在宅医療支援センターの設置、在宅医療コーディネーターの養成など)

など

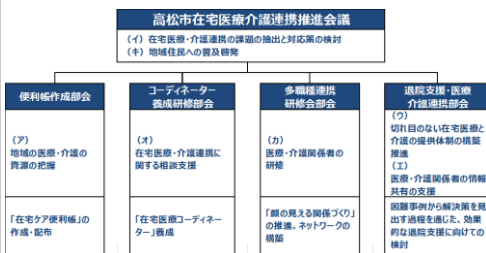
※介護保険3施設・認知症対応型共同生活介護・介護専用型特定施設入所者以外の者をさす

37. 香川県高松市

在宅医療・介護連携推進事業 香川県高松市の取り組み

取り組み内容

- 平成26年度～
県から医療介護連携事業を引き継ぎ、同年9月「高松市在宅医療連携会議」を高松市医師会に委託し設置
※在宅医療・介護関係者の情報共有と連携強化に向けた関係団体の連絡調整を実施



取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 「高松市在宅医療介護連携推進会議」
県が平成22年度から25年度に高松市医師会へ在宅医療推進のため委託し、設置された「高松地域在宅医療推進委員会」において先行的に医療介護連携事業を実施していた。
平成26年度に県から事業を引き継ぎ、「高松市在宅医療連携会議」を同医師会に委託して設置し、その際に医療と介護の関係団体のバランス等を鑑み、必要に応じて委員構成を見直した。なお、平成29年度から、名称を「高松市在宅医療介護連携推進会議」と改めた。
- 部会を中心とした取組
「高松市在宅医療介護連携推進会議」には、便利帳作成部会やコーディネーター養成研修部会等の4つの部会を設け、専門的な見地から検討を行い、取組を進めている。
- 「在宅ケア便利帳」
在宅療養に係る相談窓口のほか、病院・診療所や歯科診療所、薬局、介護事業所、訪問理美容や配食サービス等のインフォーマルサービスなど、市内1,700か所の一覧や地図情報等を掲載した「在宅ケア便利帳」を作成した。
- 「在宅医療コーディネーター」
高松市医師会が県の地域医療介護総合確保基金を利用し、平成27年度から在宅医療介護コーディネーター養成研修(約40名/年)に取り組んでいる。研修内容は、患者・家族の意思決定支援、認知症高齢者・慢性期療養者・終末期療養者のコーディネート、先進事例の講演会への参加、在宅医療の現場への視察等を実施している。

スマートプラクティス 愛媛県上浮穴郡久万高原町

38. 愛媛県上浮穴郡久万高原町

愛媛県上浮穴郡久万高原町の取り組み

取り組みの特徴

限られた地域資源の中で、よりきめ細かい支援を行っていく為に、更に連携の強化を図る。また、医療介護だけでなく、障がい関係事業所との連携も推進する。

市区町村の基本情報

- 人口…8,598人(8月末)
- 面積…584平方キロメートル
- 高齢化率…46.6%
- 医療資源…病院数3 診療所5
- 在宅療養率…

地図等



今後の取り組み方針

- …小さな自治体でもあり、医療介護関係事業所間で、すでにある程度関係性は構築されている。しかし、今後更に人口減少や高い割合で推移が予想される高齢者人口を見たときに、在宅医療・介護・障がい関係事業所間の連携の推進は地域住民にとっても必要不可欠であり、今以上の連携強化が欠かせない。その為、「顔の見える関係」から「本音で語り合える関係」の構築を目指し、地域住民にとって更にきめ細かい支援を行っていく為に、在宅医療介護連携推進事業を進めていく。

課題

- …山間過疎の地域であり、面積は県下で一番広いが、一方で人口は少なく、高齢化率は県下で一番高い。医療や介護資源も、量的にも限られており、町の中心部にサービスの偏在がみられている。同医療介護障がい関係事業所間の連携においても、すでに一定の関係性は構築されているが、よりきめ細かい支援を行うためには更に連携の推進が必要である。

38. 愛媛県上浮穴郡久万高原町

愛媛県上浮穴郡久万高原町の取り組み

取り組み内容

- …(ア)地域の医療・介護の資源の把握。
⇒すでに作成している「認知症ケアパス」の資源マップを活用する。
- …(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討。
⇒随時開催している、在宅医療介護連携推進事業ワーキング部会を、課題の抽出と対応策の検討の場としている。
- …(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。
⇒昨年度町内医療・介護・障がい関係機関に対しアンケートを実施。する。本年度も多職種意見交換会に向け、アンケートを実施した。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- …医療機関や介護関係事業所も少なく、改めてマップ化を行う事なく、既存の「認知症ケアパス」を活用する。将来的には、HP等のweb上でのマップ化の意見もあるが、まずはすでにある物を活用するという方針である。内容についても、定期的に改正している事から、今後必要に応じて内容を加えていく。
- …医師、看護師、理学療法士、保健師、介護支援専門員等多職種の委員で構成された部会であり、昨年は5回開催事業の協議を実施。本年度も5回開催予定となっている。最終的な決議の場としては、親部会にあたる「久万高原町地域包括ケア運営推進会議」において報告承認を得て事業を進めていく。
- …アンケートの集計結果を(イ)の部会にて課題の分析及び対応策を検討している。対医療機関への要望等に関しては、差し支えない範囲で直接医療機関に伝え改善がみられている。意見が多かった介護機関から見た、医療機関への壁や医師との関係性の構築の難しさについては、意見交換の場を設け、医師との距離感を詰める事ができるように支援している。今後更に、地域の実際の連携度合を視覚化する作業や、その後は他職種の理解を深め提供体制の構築推進を図る予定である。

38. 愛媛県上浮穴郡久万高原町

愛媛県上浮穴郡久万高原町の取り組み

取り組み内容

- …(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
⇒入院時の情報提供用紙を検討作成し活用を開始する。
- …(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
⇒(ウ)で実施したアンケートにおいて、各機関が「地域包括支援センターに相談支援を行ってほしい。」という多数の意見から、包括支援センターが相談支援窓口として行う事となる。
- …(カ) 医療・介護関係者の研修
⇒介護系従事者向けに、医療知識の向上を図る研修会を昨年開催する。本年度も実施。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- …(イ)の部会において、シートを検討作成している。検討段階ではネットを介した方法という意見もあったが、まずは紙ベースで様式を統一運用を開始した。様式は随時直してより使いやすい様式に変更しているが、それぞれの医療機関内のシートの活用について更に進めていく予定となっている。
- …親部会である地域包括ケア運営推進会議において、運営委員の承認を得、地域包括支援センターが相談支援窓口となる。町内関係機関にも周知した。
- …昨年はレビー小体型認知症について、本年度は循環器系疾患についての研修会を、医薬品会社の協力を得て実施した。今後定期的に開催予定。また、県外から講師を招き、町内医療介護従事者向けの講演会を実施した。昨年度より多職種での意見交換会も実施し、顔の見える関係性の構築を図っている。本年度も、特に医師との距離感を感じている意見から、医師との交流の場を多職種意見交換会で設けた。今後は、更に連携度合の視覚化であったり、他職種の相互理解の場を設ける為の会を実施予定。

38. 愛媛県上浮穴郡久万高原町

愛媛県上浮穴郡久万高原町の取り組み

取り組み内容

- …(キ) 地域住民への普及啓発
⇒昨年度及び本年度も県外から講師を招き住民向けのセミナーを実施。次年度も実施予定。
- …(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
⇒愛媛県中予保健所で開催されている、「松山圏域地域包括ケア連携推進会議」を(ク)の項目として実施。他の市町村の連携状況や取り組み等を参考にしたり情報交換を実施している。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- …県外から講師を招き、地域住民向けのセミナーを開催した。次年度も開催予定となっている。
- 医療介護関係事業所や一般住民向けに、障がいサービスのリーフレットの作成を検討中。
- …県で開催されている「松山圏域地域包括ケア連携推進会議」に参加し、情報交換や、他の市町の取り組み等を参考にしながら課題の解決に向けた検討取り組みを行っている。

スマートプラクティス 愛媛県西予市

38. 愛媛県西予市

愛媛県西予市地域包括支援センターの取り組み

西予市の概況

- 人口: 39057人(平成29年10月末現在)
- 特徴: 海拔0~1400mの標高差がある5町合併
(三瓶町・明浜町・宇和町・野村町・城川町)
面積: 514.2km²(県内で2番目に広い)
- 高齢化率: 41.5%(平成29年10月末現在)
- 医療資源

公立病院: 市立病院2か所



	一般	地域包括ケア病床	療養	感染症
西予市民病院	102床	0床	50床	2床
野村病院	109床	9床	0床	0床

がん診療連携拠点病院: 八幡浜医療圏→なし

認知症疾患医療センター: 八幡浜医療圏域を利用

医師会 歯科医師会(広域)

38. 愛媛県西予市

医療資源

	公立病院	医師会等	
入院可能な施設	2	3	
救急対応(二次救急)	2	0	
国保診療所	8	0	
一般	2	30	内科() 外科() 整形外科() 産婦人科(0) 耳鼻咽喉科(2) 眼科(3) 脳外科(1)
療養	1	0	※公立病院のみ
精神	0	0	心療内科(2)



地域包括支援センター(委託型: 社会福祉協議会へ委託)

	保健師 (センター長含)	社会福祉士	看護師	主任介護支援専門員	介護支援専門員	事務職	計
本所	3(臨時含)	1	1	2	3	1	11
支所	2(臨時含)	2	1	1	3	0	9

38. 愛媛県西予市

取り組みの特徴

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進する。

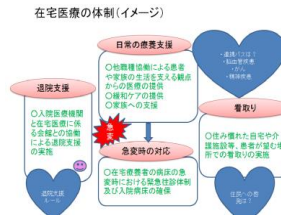
【事業方針】

- ① 地域資源の把握
- ② 課題の抽出と対応策の検討
- ③ 切れ目のない提供体制の構築推進
- ④ 情報共有の支援
- ⑤ 相談支援

【課題】

- ① 人口減少・高齢化が進み、独居高齢者や高齢世帯の増加により互助力が低下している
地域の現状においては、病院や地域の医療機関へ通院することが困難になる人が増えており、早急な在宅医療の充実が求められている。
- ② 医療・保健・福祉・介護関係機関の連携強化及び急変時の体制づくり。
- ③ 住民が自分の健康管理や疾病予防・重症化予防に努めること、また正しく医療にかかることや病気を抱えながらも出来る限り住み慣れた地域で過ごすこと等、在宅での看取りについても含め、各関係機関が連携して住民への啓発を行っていくことが必要。
- ④ 専門医療が地域になく、医療職も人材不足

【対策】(ア)～(ク)へ詳細記載



38. 愛媛県西予市

ア：地域の医療・介護の資源の把握

	今年度の活動計画	具体策	実施状況・課題	今後の取組み
ア	○「高齢者サービスガイドブック」の活用 *「高齢者サービスガイドブック」:介護・福祉関係者が住民支援に活用するための情報を集約した冊子	1 「高齢者サービスガイドブック」今年度版に、西予市内の医療機関一覧を掲載しているのを参照・活用	高齢者ガイドブック・認知症ケアパス「あんしんノート」・管内関係者で共同作成(保健所主導)した「退院支援ルール」へ掲載し、医療機関情報を掲載し情報提供している ⇒情報提供の場を拡充の必要性がある	①クラウドシステム「キントーン」ユーザーを拡大し、医療情報の情報量を増やしていく ②マップ化しみえる化していく
		2 「あんしんノート」「退院支援ルール」にも一部掲載あり	医療対策室や公立病院との連携会議・調剤薬局から資源についての情報を随時把握中 ⇒把握した情報を発信していく仕組みができていない	
		3 1、2使用しながら、詳細な部分について必要な項目があった場合には、医療対策室と話し合い検討		

イ：在宅医療・介護連携の課題地域の医療・介護の資源の把握

イ	○市:主催の会議に参加 ○両公立病院の連携会議を開催 →目的の検討必要 ○医師会の有床病院と連携を持つ	1 西予市医療対策室が予定の住民主体の会議に参加	①2圏域で毎月開催される介護保険事業所連絡会(行政・介護保険事業所・医療機関等)が参加する会で「連携ル」に関するGW(KJ法)を企画し、主に在宅医療の視点での課題点を抽出した ⇒定期的なGWの必要性がある	医療法・介護保険法合同改正に伴い、勉強会の企画を予定
		2 両公立病院との連携会議は、テーマを決めて開催する ⇒会議の目的として、「連携せよ」に課題を上げる *会議開催前には、両公立病院の医療ソーシャルワーカー、看護部長等との事前打ち合わせを行う	公立病院との連携会議を2病院ごとで隔月開催中。 ①包括ケア病床を持つ慢性期の公立病院との連携会議では、院内医師による講演と医療保健福祉介護関係者を対象とし研修会を開催(GWをKJ法で実施。テーマを8つにしばり連携強化と課題の抽出、連携バス作成の方向性を目的) ⇒各テーマごとの課題解決に向けた勉強会の必要性 ②急性期の公立病院とは「退院支援ルール」を中核に医療と介護の連携バスを合同作成中⇒医療介護等関係者の顔の見える関係づくりが必要	①各テーマごとの課題解決に向けた勉強会の継続:公立病院との共催で「看取り」をテーマに1月研修会を予定。消防署との連携についての研修会も兼ねる ②2月に医療保健福祉介護の研修会を予定(テーマは消化器系疾患についての講演・参加者でのGW)
		3 西予市医師会との連携について検討する		医師会との連携会議を行う

38. 愛媛県西予市

■ウ: 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

ウ	○八幡浜保健所管内で様式を統一した「退院支援ルール」の試行運用(各会議で周知と課題検討) ○介護支援専門員会で課題や「退院支援ルール」活用上の意見を聴取	1 介護分野⇒定期の介護支援専門員会に参加し、意見を聞く	①「退院支援ルール」の実施状況を定期的に確認しながら再度周知をしている。 ②救急時搬送等に関する消防署との連携会議を開催予定	左記継続し、本格運用に向けて検討中。
		2 公立病院⇒連携会議で意見を聞く		
		3 医師会⇒訪問して意見を聞く(伺い書必要)		
		4 八幡浜保健所の企画研修に合わせて、対応予定		

エ: 医療・介護関係者の情報共有の支援

エ	○連携シートの運用状況の確認と課題検討 ○退院時連携シートの作成検討支援	1 各分野との連携協働作業	28年度から開始した「医療・介護連携シート」を活用中。利用状況を連携会議等で確認している。受理した医療機関は電子カルテへ入力し閲覧、退院時は状態変化を記入して在宅側へ返却、同時にサマリーも添付 ⇒サマリーの返信の必要性	連携バスを作成中
		2 西予市民病院医療ソーシャルワーカーが作成検討中の「退院時連携シート」作成を支援 ⇒具体的には、5月「連携せいでよ」の後で話し合う時間を持つ		

オ: 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

オ	○相談業務に関しては、医療機関や居宅介護支援事業所へピーアールする ○キと、併用 ○クラウドシステム(ICT)「キントーン」を活用(伺い書必要)	1 医療機関・居宅介護支援事業所に向けては、「連携せいでよ」で説明する * 連携せいでよ: 市内医療機関・居宅介護支援事業所・訪問看護・行政・地域包括支援センター等の多職種連携会議	認知症初期集中支援チームの設置と同様に医療・介護連携支援の相談窓口としての役割を連絡会やキントーンで周知している⇒PR不足	具体策の提示や事例を研修会等を通して実績を提示しながらPRしていく。 職員自身の研鑽のための研修会も受講。あるいは近隣の市町村の取組み状況も情報収集していく
---	--	---	---	---

38. 愛媛県西予市

カ: 医療・介護関係者の研修

カ	○西予市内の研修が重ならないように配慮しながら、研修を計画 ○看取りの研修を計画(癌ターミナル期や末期支援に必要な医療情報(疾患や在宅看護の流れなど)についての)研修	1 西予市で開催される研修が、一覽できるように情報を収集し、可能な範囲で内容が重ならず効果的に開催されたり受講できるようにする ⇒情報を収集	毎週医療機関で開催される地域カンファレンスに出席。人材育成事業を代行し、伝達講習を徹底する	(イ)対策に記載
		2 医療・介護関係者を対象に「看取り」研修会を開催する		

キ: 地域住民への普及啓発

キ	○住民へのピーアール(パンフレット・チラシ等の作成) ○「在宅医療・介護フォーラム」開催	1 住民へは、「社協だより」や「ポスター」を活用して病院外来等に貼付しピーアールを行う	住民対象にしたシンポジウムの「在宅医療と介護フォーラム in 野村・城川」開催 テーマ:『在宅医療と介護フォーラム』: 医師会長による講演会、シンポジウム: 座長『公立病院医師、シンポジスト: 家族体験者、訪問看護ステーション管理者、歯科医師会会長・居宅支援事業所介護支援専門員/体験相談コーナー: 医療・福祉・保健・介護予防(OT, ST, PT)・お薬・介護分野の他職種ごとにブースを設置。各種相談と介護試食体験や福祉用具体験、介護実習、血糖測定を実施 ⇒日常生活圏域ごとの開催が必要	次年度以降、他圏域への開催企画予定
		2 今年度は、住民目線のシンポジウム形式で、在宅介護体験を通じた家族の思い(在宅での看取りも含めて)や他職種の発表の場として「在宅医療と介護フォーラム～病気になるって住みなれた地域で暮らす～」を開催する 開催場所: 乙井会館(対象地域: 野村・城川) 開催日時: 10月28日(土) 12時～16時30分 参加職種: 住民、医師、歯科医師、訪問看護師、介護支援専門員、福祉用具事業所職員、理学・作業・言語療法士等 開催内容: 別紙参照		

38. 愛媛県西予市



相談・体験コーナー



スマートプラクティス 高知県四万十町

39. 高知県四万十町

高知県四万十町の取り組み

取り組みの特徴

高齢者支援に関わる保健・医療・福祉・介護部門の代表者による町独自の地域ケア会議において、現状や課題を出し合い、地域別に整理した。民間医療機関が複数ある窪川地域は、円滑な連携のため「入退院調整ルール」を策定した。大正・十和地域は町立国保診療所を中心に連携はとれているが、コンビニ受診等の課題があり、住民啓発を実施している。

市区町村の基本情報

- 人口・・・17,522人(11月末)
- 面積・・・642.3 km²
- 高齢化率・・・42.4%
- 医療資源・・・病院2か所、診療所8か所(ベッド数計288床)
- 居宅介護支援事業所・・・7か所(稼働)

これまでの取り組み(抜粋)

- 平成23年度より、「社会資源集」を毎年作成・ケアマネジャー等に配布。
- 「医療と介護の連携」をテーマに町独自の地域ケア会議を開催。
- 「重度者対応の介護タクシー」のニーズを確認するが、町内タクシー運転手の人手不足や高齢化により、運営は困難という結果。
- 平成28年度、居宅ケアマネジャーを対象に、入退院時における医療機関との連携について実態調査を実施。連携の課題を整理。

課題

- 地域の医療資源の不足(医師不足や体制の地域差、緊急時を含めた脆弱さ)
- 住民啓発(医療を守る意識)
- 介護人材不足
- 介護現場における重度化しない予防的ケア
- 医療・介護関係者の連携の充実
- 訪問看護の充実



39. 高知県四万十町

高知県四万十町の取り組み

今後の取り組み方針

- ①限られた医療・介護の資源を大切に守る。
- ②入退院時の関係者間の連携を充実し、住民に対して切れ目のない支援をする。
- ③訪問看護の充実に向けた協議

取り組み内容①

- 住民啓発(重症化する前の時間内受診、救急車の使い方、24時間健康ダイヤルの活用等の講話)
- 介護職員を対象に、重度化しない予防ケアの研修を開催

取り組み内容②

- 入退院調整ルールの運用・見直し、意見交換会の開催
- 退院時カンファレンスへの居宅側スタッフの参加
- 医療・介護関係者の合同研修の開催

取り組み内容③

- 大正・十和地域における訪問看護の充実に向けた協議

取り組みの工夫・取り組み時のポイント①

- 住民啓発は、各種集いの場や講演会等、機会をとらえてこまめに行う。
- 医療・介護のパンフレットを作成し、住民に情報提供をする。
- 介護職員(特に施設)対象の研修内容は、脱水、誤嚥、褥瘡等の予防とし、医療側の負担軽減につなげる。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント②

- 入退院調整ルールは、運用をしながら半年ごとに医療機関と居宅ケアマネジャー側の意見交換の場を持ち、適宜見直ししていく。
- 医療機関が行う退院時カンファレンスに居宅ケアマネジャーや地域包括支援センターが積極的に参加する。
- 広域(二次医療圏)で、医療・介護関係者の合同研修を企画・開催する。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント③

- 大正・十和地域の両診療所と、訪問看護についてのニーズを確認しながら協議を進める。

※ 全体の取り組みを、地域包括支援センター運営協議会の委員(保健・医療・介護・福祉の分野の代表)で確認、検討していく。

スマートプラクティス 福岡県糸島市

40. 福岡県糸島市

福岡県糸島市の取り組み

取り組みの特徴

職能団体との協働による地域包括ケアの推進

市区町村の基本情報 (平成28年10月1日現在)

- ・人口 : 100,094人
- ・65歳以上人口 : 27,101人
- ・高齢化率 : 27.1%
- ・要介護認定率 : 14.9%
- ・地域包括支援センター設置数 : 5ヶ所
- ・一次産業従事者が福岡都市圏の中では多く多世代同居も比較的多い
- ・政令市である福岡市に隣接しているため、医療提供体制は整っている。
- ・在宅看取り率が低い状況が続いていたが、平成26年に上昇傾向に転じている。(H25:9.9%→H26:14.4%)

糸島市の位置



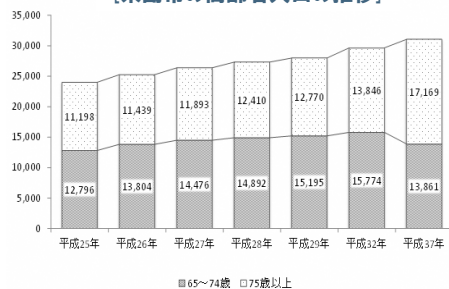
40. 福岡県糸島市

福岡県糸島市の取り組み

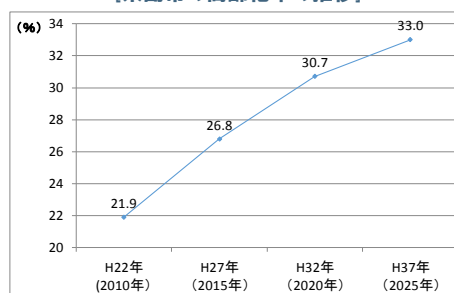
《地域の課題》

- 現在高齢化が進行している山間地域では、地域の支え合いがまだ残っているが、今後高齢化が進む市街地は地区組織が脆弱である。
- 分譲住宅地として開発された地区の高齢化が今後急速に進む見通しである。
- 民生委員やシニアクラブ役員等、地区組織活動の担い手不足が生じている。

[糸島市の高齢者人口の推移]



[糸島市の高齢化率の推移]



40. 福岡県糸島市

福岡県糸島市の取り組み

《 取り組みの概要 》

いとしま地域包括ケアシステム

「在宅医療」「介護サービス」「見守り・生活支援」「介護予防」「住まい」を一体的に提供できるシステム基盤を構築。(5つのケアの取り組み)

医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医と病院の連携強化 ・ 医療と介護の連携(情報の一元化・連携) ・ 認知症の早期診断と適切な医療の提供
介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間対応の在宅サービスなどの介護基盤整備 ・ 自立支援型サービスの推進 ・ 介護サービスの質の向上と適正化の推進
見守り 生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域、校区社協、民生委員、福祉委員等との連携強化 ・ 介護・見守りボランティア等の育成・支援 ・ 地域・シニアクラブ等の見守りネットワーク構築
介護予防	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣病の予防 ・ サロン事業等の地域資源の整備、活用等の推進 ・ 介護予防事業の充実、強化
住まい	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住居等のバリアフリー化の推進 ・ 公営住宅等のバリアフリー化の推進 ・ ケア付高齢者住宅との連携

40. 福岡県糸島市

福岡県糸島市の取り組み

【5つの基本方針】

- ①高齢者の暮らしを支える地域の仕組みづくり
- ②高齢者の健康づくりと介護予防の推進
- ③自立支援を基本とする包括的・継続的ケアマネジメントの推進
- ④在宅介護と在宅医療の連携
- ⑤認知症支援策の充実

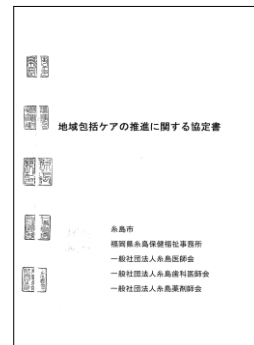
地域包括ケアの推進に関する協定書締結
(平成26年11月)

【構成】

- ・糸島医師会、
- ・糸島歯科医師会、
- ・糸島薬剤師会、
- ・糸島保健福祉事務所、
- ・糸島市 の5者で締結。

【内容】

- ①在宅医療の推進
- ②在宅医療・介護の連携
- ③認知症施策の推進
- ④糖尿病重症化予防の推進
- ⑤口腔ケアの推進 等



40. 福岡県糸島市

福岡県糸島市の取り組み

《 いとしま地域包括ケアシステム 「医療」に係る取り組み 》

取り組み① かかりつけ医と病院の連携強化

在宅医療連携拠点センター「糸島メディカルカフェ」を糸島医師会内に設置（平成27年5月）

【相談窓口業務】

○主な役割

- ・市民や地域包括支援センター等からの個別相談
- ・社会資源の情報集約と提供
- ・三師会の連携を支援
- ・在宅医療の啓発・普及
- ・在宅医の育成や支援
- ・多職種連携の推進

○開設時間：月～金曜日 9時～17時

○担当者：社会福祉士

○対応実績：H27年5月～H29年3月 145件

- ・患者・市民（46件） 電話 7割・来所 3割
 - ・介護事業所（40件） 電話 7割・来所 3割
 - ・地域包括支援センター（13件） 電話 5割・来所 5割
 - ・その他（46件） 電話 8割・来所 2割
- 内訳：医療機関25件・行政14件・障害者施設等7件

【周知活動（広報）】

《市民向けの広報》

- ・チラシの全戸配布（市政だより）
- ・市役所のウェブサイトやSNSへの情報掲載
- ・新聞やテレビ・ラジオの活用
- ・一般の情報サイトやSNSにとりあげてもらう

《専門職向けの広報》

○できるだけ新鮮な情報の提供「マップとガイド」

- ・医療（病院・診療所・歯科・薬局）と介護の両方の情報をひとつのサイトに集約

・情報は年1回更新

- ※更新作業も医師会・歯科医師会・薬剤師会・市（介護高齢者支援課）で分担

○ニーズのあるネタで研修会を開催

- ・総合事業の開始時に生活リハを講義に盛り込む
- ・ケア会議のアドバイザーの人材発掘をもくろむ

40. 福岡県糸島市

福岡県糸島市の取り組み

《 いとしま地域包括ケアシステム 「医療」に係る取り組み 》

取り組み② 医療と介護の連携（情報の一元化・連携）

- 「糸島市在宅医療・介護のマップとガイド」を作成し、糸島医師会HPIに掲載、情報提供協力機関にCDでデータを配付（平成27年3月）

【ホームページ：<http://www.itoshima-med.or.jp/>】



地図をクリックすると、その圏域の病院等が表示される

取り組み③ 認知症の早期診断と適切な医療の提供

- 糸島医師会病院に認知症外来開設（平成27年4月）
- 認知症早期スクリーニングを目的とした連絡票の運用開始（平成27年4月）

40. 福岡県糸島市

福岡県糸島市の取り組み

《市町村在宅医療推進整備事業（福岡県補助事業）による取り組み》

- 平成26年度 在宅医療普及啓発を目的としたチラシの作成（全戸配布）
- 平成27年度～
 - ①在宅医療・介護連携コーディネーター育成研修事業
 - ・理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、健康運動指導士等の専門職に対する研修を実施し、在宅医療と介護の連携を担う専門職を育成する。（各職能団体へ委託）
 - ②認知症サポート医、地域包括支援センター職員との事例検討会
 - ・認知症初期段階、診断前の事例検討を通じ、医療・介護連携の推進及び早期介入に係る課題整理を行う。
 - ③退院時の在宅移行支援に係る研修事業
 - ・福岡市内の病院等から退院する場合の支援方法について検討し、マニュアルを作成する。
- 平成28年度～
 - ①在宅医療・介護連携コーディネーターステップアップ研修
 - ・リハビリ職、歯科衛生士、管理栄養士等が専門性に応じ、事例検討等の研修を実施。
 - ②在宅医療・介護連携コーディネーター活用モデル事業
 - ・地域における在宅医療・介護連携を推進するため、平成28年度地域ケア会議アドバイザーとして出務している専門職を介護事業所に派遣し、自立に向けた支援に係る研修を実施。医療職の介護事業への関与を促進する。

40. 福岡県福岡市

福岡県福岡市の取り組み

取り組みの特徴

ブロック支援病院を中心とした在宅医療の推進

市区町村の基本情報

- 人口・・・1,528,681人（平成29年11月末現在）
- 面積・・・343.39 k m²（平成28年10月1日現在）
- 高齢化率・・・21.1%（平成29年11月末現在）
- 医療資源・・・
 - ・病院 115（平成28年10月1日現在）
 - ・一般診療所 1,528（平成28年10月1日現在）
 - ・在宅療養支援診療所 210（平成29年7月1日現在）
 - ・在宅療養支援病院 18（平成29年7月1日現在）
 - ・在宅療養後方支援病院 4（平成29年7月1日現在）
 - ・訪問看護ステーション 135（平成29年7月1日現在）
 - ・在宅療養支援歯科診療所 135（平成29年7月1日現在）
 - ・在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局 726（平成29年7月1日現在）

課題

- 団塊の世代が後期高齢者になることや、福岡県地域医療構想における病床機能の分化等によって、福岡市における2025年の在宅医療等の需要は、2.48倍（2013年比）に拡大することが見込まれる。（平成28年6月10日 第1回福岡市地域包括ケアシステム推進委員会資料より算出）
- この需要増に対応するには、在宅医療の基盤となる病診連携・診診連携体制を構築して、在宅に関わる医師の負担を軽減することによって、在宅医療を始める医師や医療機関を増やしていく必要がある。
- 各区・各地域によって、在宅医療に関連する医療資源、病診連携・診診連携の取組み、病院・診療所の意識は異なるため、より地域に密着した単位で、実情に応じた体制づくりを行っていく必要がある。

40. 福岡県福岡市

福岡県福岡市の取り組み

取組の概要

【目的】

- 急増する将来の在宅医療需要に対応するため、在宅医療の基盤となる病診・診診連携体制を構築し、在宅医療に関わる医師や医療機関を増やしていくこと

【考え方】

- 取組方針は、在宅医療推進のための方向性、概ねの方法等についてまとめたもので、実施にあたっては、後述のガイドラインを参考に、各区の実情に応じて進めてよい

【事業項目】

- これまでの各区における取組みを活かしながら、①～③の事業を推進する
 - ① 在宅医療に携わる医師を増やすための医師間の関係づくりと動機づけ
 - ② 在宅医を支える病院のバックアップ体制
 - ③ 代診医制度

【推進体制】

- 原則的には、区内にいくつかの「ブロック支援病院」を設定して、ブロック支援病院がブロック内の病診連携、診診連携を推進する主体となる

※ ただし、ブロックの区分はゆるやかなものとして定義し、異なるブロック間での交流や患者の行き来、支援対象を限定するものではない。
 ※ ただし、事業別には必ずしもブロック支援病院が実施主体とならなくてもよい。区の実情に応じて、事業推進の主体や役割を設定する

40. 福岡県福岡市

福岡県福岡市の取り組み

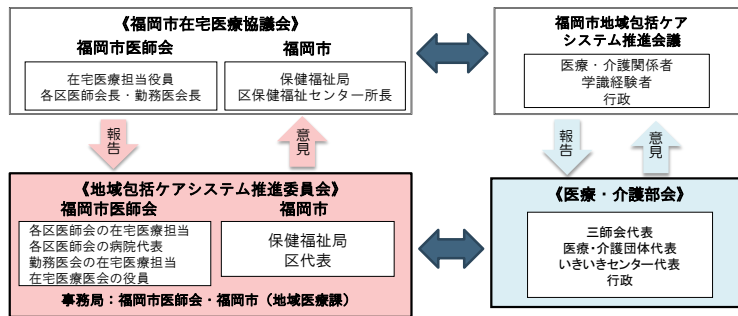
検討体制

1 福岡市医師会との協議

福岡市と福岡市医師会で構成する「福岡市在宅医療協議会」(H26.1～)及び「地域包括ケアシステム推進委員会」(H28.6～)で、主に「在宅医療の推進」(医療機関の取り組み)について検討を行っている。

2 医療関係者・介護関係者との協議

関係機関・団体、学識経験者、行政等で構成する「地域包括ケアシステム推進委員会」及び「医療・介護専門部会」で主に「医療と介護の連携」について検討を行っている。



40. 福岡県福岡市

福岡県福岡市の取り組み

取り組み内容

事業項目	目的	事業内容	推進体制
①在宅医療に携わる医師を増やすための医師間の関係づくりと動機づけ	在宅医療を支える病診連携・診診連携の基盤づくりのための交流会・情報交換会等を実施する	○在宅医療に特化した交流会・情報交換会等の企画・運営 ※医師を参加対象としたもの、在宅医療分野に特化したものを実施する	○ブロック支援病院 ・交流会・情報交換会等の企画・運営 ○区医師会 ・区内の企画の方針決定 ・交流会・情報交換会等の告知、協力 ○在宅医療医会 ・交流会・情報交換会等への助言
②在宅医を支える病院のバックアップ体制	24時間365日体制をとることが困難であったり、近隣医療機関とのネットワークがなかったりする診療所等が、在宅医療へ円滑に参入し継続できるよう、病院によるバックアップ体制を構築する	①在宅療養患者の症状増悪時の病院受入のルール化 ②在宅療養患者の患者情報の事前登録の仕組み(様式、運用ルール等)	○ブロック支援病院 ・院内の急変時受入体制づくり ○区医師会 ・急変時受入のルールづくり・様式づくり ・ブロック支援病院とのルール・様式に関する協議 ・在宅医への呼びかけ
③代診医制度	在宅医が学会や遠方旅行など、どうしても訪問診療や往診ができない場合のバックアップを行うため、在宅医療を担う医師同士の相互補完ネットワーク・ルールづくりを行う	①代診医制度のルールづくり ②代診ネットワーク事務局 ③代診バックアップ ※②③は、各区の実情に応じて設定	○区の実情に応じたネットワーク形態の構築 ・病院中心型・病院・在支診協働型 ・在支診中心型 ・診療所ネットワーク型 等 ○区医師会 ・代診医制度の仕組みの調整

40. 福岡県福岡市

福岡県福岡市の取り組み





市医師会・行政の役割

		役割	内容
医師会	各区医師会	各区の実情にあわせた在宅医療提供体制を構築する	・ブロック支援病院間の情報共有 ・取組内容の調整の場づくり
	市医師会	各区の取組に必要な市全域に共通する支援を行う	・各区医師会への支援 ・ブロック支援病院への支援 [経済的支援] ・福岡県在宅医療連携拠点整備事業費補助金 [人的支援] ・内容に応じて医療介護推進室、地域医療課が事務等を支援
行政	各区保健福祉センター	各区医師会の取組について情報共有及び進捗状況を把握し、各区の実情にあわせた在宅医療提供体制の構築を支援する	・各区医師会との連携 ・協議の場づくり 等
	市保健福祉局	市全域にかかる在宅医療提供体制を支援する	・平成30年度に向けた方向性、事業の整理 ・市医師会との連携

40. 福岡県福岡市

福岡県福岡市の取り組み

推進スケジュール

	平成28年度		平成29年度	平成30年度	
	12月	3月			
ブロック支援病院の選定					
ブロック支援病院機能の検討 (できることから実施)					
ブロック支援病院機能の全ての項目について試行開始					
本格施行					

40. 福岡県福岡市

福岡県福岡市の取り組み

各区における推進体制構築に向けて

●各区で推進計画を作成し、福岡市全体での進捗管理や内容調整を図る。

●●区 平成29年度在宅医療推進計画 平成29年●月時点

(1) 推進体制

ブロック数	
選定・区分の考え方	

地図を挿入

(2) 平成29年度取組目標

事業項目	推進に関わる機関	取組目標
①在宅医療に携わる医師を増やすための医師間の関係づくりと勤機づけ	.	.
②在宅医を支える病院のバックアップ体制	.	.
③代診医制度	.	.

(3) 平成29年度事業計画

①推進会議等

月日	会議名称	参加者	協議内容
		.	.
		.	.
		.	.

②各事業の取組計画

事業項目	実施機関	取組内容
①在宅医療に携わる医師を増やすための医師間の関係づくりと勤機づけ	●●区医師会	.
	●●病院	・実施回数： ・参加者： ・テーマ：
②在宅医を支える病院のバックアップ体制	●●区医師会	.
	●●病院のブロック	.
③代診医制度	●●区医師会	.
	●●病院のブロック	.

スマートプラクティス 佐賀県小城市

41. 佐賀県小城市

佐賀県小城市の取り組み

取り組みの特徴

H26.4月から小城市地区医師会による小城市在宅医療連携協議会を設立し、小城市の在宅医療の推進に取り組んでいた。H28年度より、在宅医療・介護連携推進事業へと引き継ぎ、小城市在宅医療・介護連携推進協議会を設置した。

市区町村の基本情報

- 人口・・・45,528人(H29.4.1現在)
- 面積・・・95.81km²
- 高齢化率・・・26.5%(H29.4.1現在)
- 医療資源・・・病院3件、診療所29件、
(うち在宅療養支援診療所(病院)4件)、
歯科医院20件、訪問看護事業所5件
- 在宅療養率・・・

地図等



課題

- ・行政と関係機関(医師会、医療機関等)との協力関係の構築、医師会等関係団体との調整、医療機関との調整。
- ・事業実施のためのノウハウの不足、マンパワー不足。
- ・行政内部の連携、情報共有等。
- ・認知症専門病棟を有する医療機関がない。
- ・市民への普及・啓発が十分ではない。
- ・医療・介護・行政との多職種での共通した退院支援ルールが定まっていない。

今後の取り組み方針

- 協議会の下に3つのワーキング部会(啓発・広報部会、研修部会、情報共有・システム部会)があり、各部会を中心とした取り組みを行う。
- 情報共有・システム部会は、3年以上前より小城市北部地域包括支援センターおよび3医療機関にて以前より導入しているソーシャルネットワークシステム(カナミックシステム)を在宅医療介護連携に活用している。同システムは佐賀県および県医師会も運用を推奨し、運用ルールのひな形を提示しており、今後は小城市の運用ルールを検討し、多職種連携をより深めていく。
- 啓発・広報部会は、小城市医療福祉マップの作成と、市民に向けた啓発活動の内容の検討を行う。
- 研修部会は市内2か所の地域包括支援センターの研修(多職種事例検討会等)のコアメンバーを委員とし、在宅医療介護に関する研修、多職種の顔の見える関係づくりの企画運営を行う。

41. 佐賀県小城市

佐賀県小城市の取り組み

取り組み内容

- 啓発・広報部会の取り組み
- 小城市医療・福祉マップ作成

- 在宅医療と介護に関するアンケート調査
 - ・高齢者本人に対するアンケート
 - ・家族等介護する側に対するアンケート

情報共有・システム部会の取り組み

- カナミックの運用ルールを作成

研修部会の取り組み

- 医療・介護関係者の研修

在宅医療・介護連携に関する相談支援の取り組み

- 在宅医療・介護に関する相談窓口の設置

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 市内の全ての医療機関、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、介護関連施設を洗い出し、郵送により作成依頼をした。作成(掲載)する内容については、それぞれの業種別に必要な項目を市で作成し、まず啓発・広報部会の中で検討し、その後協議会で諮問した後に加筆・修正を経て、協議会委員の承認を得て作成中。
- 介護する側の人を対象にアンケート調査を実施した。医療機関の患者、居宅介護支援事業所や訪問介護事業所の利用者家族、金融業、接客業、土木・建設業、医療職、事務職と幅広い対象へ調査実施。アンケート集計結果をもとに、市民に向けた普及・啓発活動の内容と対象者を決定していく。
- カナミックシステムを活用し、情報共有を実践していく。今後、実際の事例に対して主治医を交えICTによる情報共有・連携を進めていく。
- 研修部会として、2か所の包括支援センターにおいて多職種での事例検討会や研修会を開催し、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、看護師、介護職員等の多職種が顔の見える連携を行っている。
- 市内の3病院に委託し、医療職や介護職の人の相談を受け付ける窓口(在宅☆こーでいねーと おぎ)を設置し、相談に応じている。

スマートプラクティス 長崎県大村市

42. 長崎県大村市

長崎県大村市の取り組み

取り組みの特徴

大村市医師会との協働による在宅医療サポートセンターの運営と医師会の認知症サポート医との協働により認知症支援リーダーの育成に取り組む。

市区町村の基本情報

- 人口・・・95,707人（H29年11月30日）
- 面積・・・126.3km²
- 高齢化率・・・23.9%（H29年11月30日）
- 医療資源・・・病院7カ所 診療所26カ所



課題

- ……高齢者が増加し、今後病床の機能分化が進められる中、病床は横ばい又は減少する事が予想される。本県においても、病床の機能分化・連携を進めるため、長崎県地域医療構想が平成28年に策定された。今後、医療と介護の連携が進められる中で、『医療と介護の両方のニーズを持つ在宅療養者』の増加が見込まれることから、医療介護の連携強化が重要な課題となる。



今後の取り組み方針

- ①地域包括ケア拠点施設 本市の地域包括ケアシステムの推進に向けた関係機関の更なる連携強化を図るため、医師会、歯科医師会、薬剤師会及び大村市社会福祉協議会が中心市街地複合ビルに集約する事により地域包括ケア体制の連携強化を推進する。
- ②在宅医療・介護連携推進事業計画の策定
- 在宅医療・介護連携推進事業(ア)～(ク)までの取組みをPDCAサイクルにて評価・検証するため、在宅医療・介護連携推進事業計画書を作成する。

在宅医療・介護連携推進事業計画書の作成
事業目的・方法・ロードマップを明確化する。

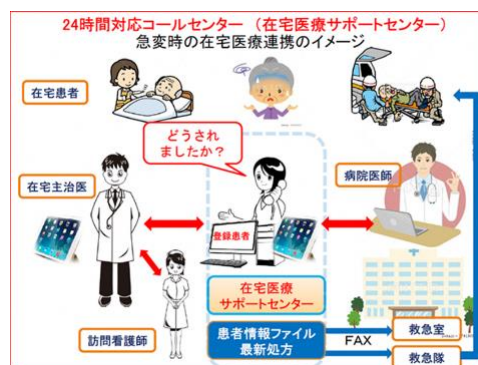


42. 長崎県大村市

長崎県大村市の取り組み

取り組み内容①

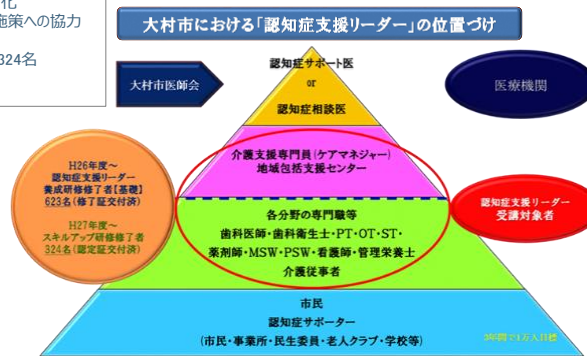
- ……
- ◎在宅医療サポートセンター開設（H28年4月1日）
- 【目的】将来入院・長期療養患者の医療ニーズに対し、地域の医療機関のネットワークを強化し、自宅における在宅療養生活を支援する。
- 【役割】看護師や社会福祉士などの専門職が在宅療養者のために365日、24時間対応するコールセンターとしての機能を担っている。
- 【4つの機能】
- ①24時間コールセンター機能
- 日中及び夜間帯の緊急通報を受け付け、状況に応じて主治医の往診や訪問看護との連携を図る。
- ②緊急入院支援・複数主治医体制に関する機能
- 在宅医療・介護連携を支援する窓口を設置し、患者・家族が安心してできる在宅療養を支援する。
- ③退院支援・調整に関する機能
- 基幹病院等に入院して2～3週間後の退院を見据えた退院調整カンファレンス等訪問支援を中心に、在宅移行に向けたコーディネートを実施。
- ④在宅療養生活についての相談窓口等に関する機能
- 併設する在宅訓練室を活用し、在宅療養生活の教育・指導のほか、訪問看護師の養成研修を実施する。また、在宅での看取りのための研修に関する業務、医師や介護関連スタッフを対象にした在宅看取り推進に向けた各研修会を実施するとともに、自宅看取り文化の再興をテーマにした市民公開講座等を開催する。



42. 長崎県大村市

取り組み内容②

- ...
- 認知症支援リーダー養成研修実施（H26年度より開始）
- 【目的】大村市の認知症施策の中心を担う、リーダー的存在となる人材を育成することを目的とする。
- 【認知症支援リーダーの役割】
- ① かかりつけ医、認知症サポート医、認知症サポート医との連携強化
- ② 市民からの認知症に関する相談対応力の強化
- ③ その他、市および医師会が実施する認知症施策への協力
- 【受講者累計】認知症支援リーダー基礎研修 623名
- 認知症支援リーダースキルアップ研修 324名



42. 長崎県大村市

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

◎在宅医療サポートセンター

【取り組みの工夫】

大村市医師会が地域医療介護総合確保基金により整備した「在宅医療サポートセンター」は地域包括ケアシステムの推進拠点として、平成28年4月に、中心市街地にある旧浜屋ビル内に整備し、大村市の高齢者福祉部門及び障がい者福祉部門のほか、地域包括支援センターと在宅医療サポートセンターを一体的に配置することで、高齢者や障がい者の医療・介護、生活福祉に関する機能を包括的に集積している。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

◎認知症支援リーダー研修

【取り組みの工夫】

大村市地域包括支援センター運営協議会の部会である認知症部会にて、研修内容の評価・検証し、今後のスケジュールや内容を検討している。

大村市認知症支援リーダー養成研修(基礎研修・スキルアップ研修)

年月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	13月	14月	15月
認知症支援リーダー養成研修(基礎研修)															
認知症支援リーダー養成研修(スキルアップ研修)															
地域包括支援センター															
在宅医療サポートセンター															
認知症部会															
研修内容															
研修実施															
研修評価															
研修検証															
研修改善															

スマートプラクティス 長崎県島原市

42. 長崎県島原市

長崎県島原市の取り組み

取り組みの特徴

点(住民)と点(多職種)を線でつなぎ(連携)面(在宅医療・介護)で支える

市区町村の基本情報

- 人口・・・46,063人(2017.7.31現在)
- 面積・・・82.97k平方メートル
30分で市内を移動できるコンパクトな地形
- 高齢化率・・・32.94%(2017.7.31現在)
- 医療資源・・・基幹病院1施設、中規模病院5施設、
精神科病院2施設、医院30施設。
市内全域で医師の高齢化の課題有。



今後の取り組み方針

- (住民向け)
- 1 在宅医療・介護相談センターの周知
 - ・パンフレットを作成し市民・専門職へ周知を図る。
 - 2 「在宅医療・介護について」住民向けアンケート調査を実施
 - ・無作為に抽出した市民を対象にアンケートを郵送。
 - ・調査結果をもとに現状把握を行う。
 - 3 看取りについての講演会を開催(対象：住民及び専門職)
 - ・意識調査の結果をもとに講演会の内容を検討し開催。
 - ・ACP(アドバンスケアプランニング)やエンディングノートの普及啓発。
- (専門職向け)
- 1 専門職向けの研修会の開催
 - ・「在宅医療サークル」を年4回開催。
 - ・多職種による事例検討会の実施。
 - 2 医療・介護関係機関の情報把握、整理
 - ・情報を毎年更新、各事業所を訪問して配布・回収を行う。
 - ・訪問看護受け入れ状況把握(毎週)。
 - 3 在宅医療・介護連携のための会議(医療機関・介護関係・住民代表など)開催
 - ・市で共同会議準備。
 - ・市で作成したロードマップ(在宅医療・介護の項目)を基本として内容を検討。
 - 4 多職種連携支援
 - ・入院(初診)・退院時情報提供シート・もの忘れ受診連携シートを作成し、活用のために周知を行う。
 - 5 情報共有のためのシステム導入
 - ・利用者情報共有のためにシステムの導入を検討。
 - ・共有する住民情報はセンターが拠点となり管理。
 - 6 看取りについての講演会を開催(対象：住民及び専門職)
 - ・住民、専門職双方における在宅医療や看取りについての意識づけを行う。

課題

- 住民に対し在宅医療・介護や在宅看取りについての周知が出来ていない。
- 一部の医師、訪問看護、介護支援専門員間でのみ在宅医療・介護連携が行われ、全体的な情報共有がなされていない。
- それぞれの職種で在宅医療に関心はあるが、連携や職種の活用方法が分からない。
- 他の職種にとって医療との連携は敷居が高い。
- 訪問看護の空き(受け入れ)状況も分からない。
- どんな介護施設や社会資源があるのかわからない。

42. 長崎県島原市

長崎県島原市の取り組み

取り組み内容

- 1) 相談対応
 - ① 地域包括支援センターや市の関係機関、医療機関と情報共有。
 - ② 相談者に対する情報提供または必要な機関(居宅等)へ繋げる。
- 2) 在宅医療・介護連携推進のための連携会議の開催
 - ① 市福祉課、保険健康課(保健センター)、島原地域広域市町村圏組合介護保険課、地域包括支援センター、当センターが集まり定例の連携会議を毎月1回開催。
 - ② 医療・介護関係、住民代表が集まる検討委員会、作業部会等を開催し、その事務局を担当。
- 3) 在宅医療・介護相談センターの周知
 - ① 民生委員の会議、老人会や婦人会の研修会、専門職の研修会などでセンターを周知。在宅医療や緩和ケア研修会などで活動内容を報告。
 - ② 相談センターのパンフレット作成。
 - ③ ホームページの活用。
- 4) 「在宅医療・看取り」について住民向けアンケート調査・講演会開催準備
 - ① 連携会議メンバーを中心に在宅医療・介護連携のアンケート調査や講演会の内容を検討。
- 5) 多職種間情報共有支援
 - ① 入院(初診)・退院時情報提供シート・もの忘れ受診連携シートの作成。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 1) 相談対応
 - ① 相談者を訪問(入院先や自宅など)し面談。
 - ② 課題が多い場合は島原市地域ケア会議へ事例として提出し検討。
- 2) 在宅医療・介護連携推進のための会議開催
 - ① 毎月最終月曜日の10時から開催。次回日程確認。
 - ② 委員会会長(医師)と会議前に事前打ち合わせを実施。会議進行内容の確認。
 - ③ 会議出席者へ発言していただくように配慮する。
- 3) 在宅医療・介護相談センターの周知
 - ① ②・専門用語を用いず説明を行う。
 - ・専門用語を使用する場合は用語の説明を付け加える。
 - ・文字で説明するだけでなく絵やフロー図等も活用する。
 - ③ ホームページで研修会の開催や開催時に実施したアンケート等の情報を更新。
- 4) 「在宅医療・看取り」について住民向けアンケート調査・講演会開催準備
 - ① 他市で実施されたアンケート調査を参考に内容を検討。
 - ・より多くの市民に講演会へ参加していただくため、市の行事などと重複しないように開催日程を調整。
 - ・アンケート結果をもとに講演会の内容を検討。
- 5) 多職種間情報共有支援
 - ① 他市で実施された情報共有シートを参考に作成。
 - ・多職種研修会で情報共有シートを提示し意見を集約、その意見をもとに内容の修正を行う。
 - ・もの忘れ受診連携シートについては、認知症疾患医療センターと情報共有。

42. 長崎県島原市

長崎県島原市の取り組み

取り組み内容

6) 専門職向けのアンケート調査、研修会の開催

- ① 専門職向けアンケートを実施。
- ② 専門職向け研修会を「在宅医療サークル」として、在宅医療・介護連携について学ぶための研修会を開催。

「在宅医療サークル」事例検討会



名刺交換会



7) 医療・介護関係機関、社会資源、各相談窓口の情報把握、整理

- ① 医療機関、介護施設等、社会資源（弁当、日用品配達、家事支援など）の情報把握（毎年更新）。
- ② 市内、近郊にある訪問看護ステーションの受け入れ状況を把握（毎週）。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

6) 専門職向けのアンケート調査、研修会の開催

- ① 島原市内の医療・介護関係機関で従事する多職種913名【医師・歯科医師・薬剤師・看護師・訪問看護師・リハビリ職・歯科衛生士・栄養士・介護支援専門員・介護職（通所・訪問・グループホーム）・医療連携室・行政機関】に実施。
 - ・アンケートは事業所へ直接配布し、回収することで高い回収率（91.9%）となった。
- ② 専門職アンケート結果より『在宅医療が分からない』『他の職種が何をしているのかわからない』との意見を受け、専門職向け研修会として、「在宅医療サークル」を開催。各職種の講話、事例検討を通して他の職種の仕事内容について理解を深める。
 - ・市内医療機関・介護関係機関へ研修会の開催を周知。
 - ・医師会担当理事より医師へ参加要請。
 - ・研修会のアンケート結果をもとに次回研修会を立案。
 - ・事例検討や名刺交換などを通して顔の見える関係づくりの機会とする。
 - ・これまでに9回開催し、毎回医師をはじめ100名以上が参加。

7) 医療・介護関係機関、社会資源、各相談の情報把握、整理

- ① 前年度集約した情報を元に情報収集用紙（基本情報や訪問の可否、連絡方法など）を作成。訂正がある場合は追加・修正を依頼する。
 - ・情報収集用紙は医療機関、施設、事業所等へ直接配布し回収を行う。
- ② 常に最新の情報を提供できるように週1回各事業所へ連絡を行い、訪問看護受け入れ状況を把握する。

スマートプラクティス 熊本県小国町・南小国町

43. 熊本県小国町・南小国町

熊本県小国町・南小国町の取り組み

取り組みの特徴

地域の資源を最大限に活用した医療・介護連携の取り組み 「小国郷医療福祉あんしんネットワーク」

市区町村の基本情報

人口…小国町 7,283人 南小国町 4,127人
面積…小国町 137km² 南小国町 116km²
高齢化率…小国町 39.2% 南小国町 38.1%
医療資源…公立病院 1ヶ所
診療所 3ヶ所
歯科診療所 4ヶ所
調剤薬局 5ヶ所



今後の取り組み方針

○参加者がそれぞれ担っている役割について、共通の認識のもとで理解し、さまざまな情報を共有しながら地域における課題を解決できるように取り組んでいく。

○これまでの取り組みを通して、住民への周知・理解は広がりつつある。今後は住民がネットワークに参画し、一緒に課題を解決していくためのネットワークづくりを目指していく。



課題

小国郷といわれる小国町・南小国町は、古くから住民同士のつながりが強く、医療・介護・福祉サービスをはじめとする生活に関わる多くの資源を共有しているが、中山間地の地域特性上、ハード不足や人材不足等社会資源が充分ではない。

そこで、小国郷らしい地域包括ケアシステム構築のために、多職種が連携して取り組んでいるのが「小国郷医療福祉あんしんネットワーク」である。

43. 熊本県小国町・南小国町

熊本県小国町・南小国町の取り組み

取り組み内容

○全体会の開催
多職種が一堂に会し、事例検討やグループワークなど内容、テーマを決めて毎月開催



○認知症カフェの運営
多職種のスタッフが協力し、認知症カフェ「ひとよこい」を毎月2回開催



○住民フォーラムの開催
ネットワークの取り組みや、在宅医療、看取り、認知症など住民向け講演会を毎年開催



○出前講座の開催
医師や薬剤師、介護事業所等の専門職が講師となり、両町のサロン等へ出向いての出張講座を開催



○広報活動
ホームページやチラシ、オリジナルエンディングノートの作成



取り組みの工夫・取り組み時のポイント

世話人会
(参加者から世話人を選出)
事務局運営のほか、全体会のテーマ選定などの企画運営を担当

↑ 情報共有
↓ 連携

全体会
事例検討会やテーマ別グループワークなど

↑ 情報共有
↓ 連携

チーム活動
所属や職種に関係なく参加者はいずれかのチームに属して活動

- ・患者情報共有チーム
- ・認知症カフェチーム
- ・事例検討チーム
- ・チーム美鳥(看取り)
- ・出前講座チーム
- ・広報チーム
- ・総務チーム

43. 熊本県水俣市・芦北町・津奈木町

小さな自治体・医師会だからできる在宅医療・介護連携（水俣市・芦北町・津奈木町）

★基本情報（H.28.10.1現在）

人口 水俣市 25,511人
 芦北町 18,187人
 津奈木町 4,780人
 （合計） 48,478人
 面積（合計） 431.36km²
 高齢化率（合計） 38.8%

★医療資源・・・病院 11カ所
 診療所 34カ所
 歯科診療所 19カ所
 調剤薬局 27ヶ所



主な取組みと今後

- (ア)地域の医療・介護の資源の把握
 熊本県水俣保健所の協力で社会資源マップを作成。
 医師会のホームページに掲載
 - (イ)在宅医療・介護の課題と対応策の検討
 地域ケア会議など1市2町の定例会に在宅医療・介護連携支援センターも参加し情報の共有を図る。
 - (ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
 水俣在宅ネットワーク会議の開催（事例検討会、懇親会）
 保健所と協働して退院支援マニュアルを作成中
 - (エ)医療・介護関係者の情報共有の支援
 熊本メディカルネットワークほかを調査
 - (オ)在宅医療・介護連携に関する相談
 関係機関からの相談(平成27年度13件)
 - (カ)医療・介護関係者の研修
 国内トップクラスの演者による講演会、関係機関の優良な研修企画への助成
 - (キ)地域住民の普及啓発
 在宅医療地域住民のつどい、著名人の講演会、出前講座など
 - (ク)在宅医療・介護連携に関する関係市町村との連携
 1市2町と支援センターの合同会議
- その他：医師会内に在宅医療委員会を設置
- 今後は
 ・基幹病院と診療所との連携
 ・在宅医療・介護機関及び従事者の確保



取組みの特徴

- ◎1市2町は医師会に在宅医療・介護連携推進事業(ア)～(ク)のすべてを委託。
- ◎医師会に設置した水俣芦北圏域在宅医療・介護連携支援センターでは、1市2町と連携して専門職向けの研修、多職種意見交換会、地域住民のつどいなど、様々な取組を企画・実施。
- ◎医療や介護関係者の連携を進めるためのネットワーク会議の開催。

背景と経緯

- 平成25年12月、医師会が在宅医療連携拠点事業（地域医療再生基金）に取組み、在宅医療の普及を図る。平成28年3月終了する。
- 水俣市と芦北町と津奈木町は、合同で医師会に在宅医療・介護連携推進事業を委託することについて熊本県、1市2町、医師会合同で事前の事務協議を行う。
- 平成28年4月、医師会に水俣芦北圏域在宅医療・介護連携支援センターを設置する。

「安心、この町に住んで良かった！」をめざして

44. 大分県国東市

大分県国東市の取り組み

取り組みの特徴

先駆的に民間主導で取り組んできた「くにさき地域包括ケア推進会議(通称:ホットネット)」が前輪駆動、行政主導の「国東市在宅医療・介護連携推進運営会議」が後輪駆動となり、現在、四輪駆動で地域の在宅医療・介護連携の推進を図っている。

※今回、「ホットネット」は記載していないが、市内の医療・介護分野等の事業所に従事する専門職の自主的な組織。局面に応じた在宅医療・介護連携の取組のうち、入退院支援調整のルールづくり、確認フロー、支援シートなどの多職種連携マニュアルや事業所共通情報交換シートを作成し、地域包括ケアの体制づくりを図っている。

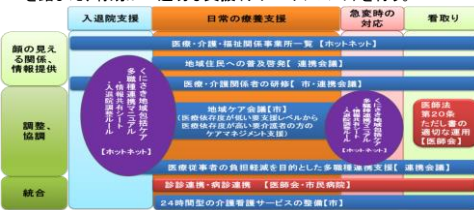
市区町村の基本情報

- 人口: 28,736人
- 面積: 13,189世帯(1世帯あたり2.2人)
- 面積: 318.1km²
- 高齢化率: 40.7%
- 医療資源: 病院数3、診療所数16
(平成29年12月末現在)



今後の取り組み方針

- 在宅医療・介護連携推進運営会議及びホットネットを中心に、「入退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の局面で、切れ目なくサービスを提供できる体制を整備する。
- 連携レベルは、「顔の見える関係、情報提供」→「調整・協調」→「統合」へと高めていく。
※ 現在の連携レベルは、「調整・協調」へと移行した段階。
- 医療と介護のニーズを併せ持つ利用者の心身状態や生活背景等を踏まえ、有効かつ適切な支援(ケアマネジメント)を行う。



課題

- 医療、介護関係者と行政との連携強化が必要。
- 在宅医療に対する患者・利用者の認知度不足。
- 訪問診療・訪問看護の役割が住民に浸透していない。
- 自立支援型介護を目指す中で、摂食嚥下機能障害への対応に困っている。
- 在宅療養における主たる局面となる「日常の療養支援」において、医療・介護そして介護関係者間の連携不足が見られる。

44. 大分県国東市

大分県国東市の取り組み

取り組み内容

- *医療、介護関係者と行政との連携強化が必要
○市内の医療・介護関係者の代表で組織する「国東市在宅医療・介護連携推進運営会議」を開催。事務局は、市役所の高齢者支援課、直営包括、医療保健課及び県の保健所が行う。課題抽出や課題解決に向けて情報共有と方針を決定。上記会議には、現在、課題解決に向けて実動メンバーを加えた3つの作業部会(①普及啓発部会、②摂食嚥下機能支援部会、③多職種連携部会)を設置。
- *在宅医療に対する市民の認知度が低い
○毎年、テーマを変えながら市民公開講座を開催。
○「普及啓発部会」において、「看取り」をテーマに「本人・家族の選択と心構え」を促すDVDを作製し、サロン等で啓発活動を実施。
- *現場で摂食嚥下機能障害への対応に困っている
○「摂食嚥下機能支援部会」において、変化の気づきから専門医に繋ぎ、専門職によるケア・訓練までのツールの作成。歯科医やSTだけでなく、PT、OT、看護職も一緒に評価シートやアプローチの手法、情報提供シートを作成。協力機関での試行や研修会を終え、現場での活用に取り組んでいる。
- *在宅療養における主たる局面となる「日常の療養支援」において、医療・介護そして介護関係者間の連携不足が見られる
○在宅療養する患者・利用者の状態を1枚に1週間分記録する「介護・看護記録シート(総合記録シート)」の開発、試行を行い、関わる医療と介護関係者、そして患者・利用者との情報共有し、病状、介護度の重篤化防止を目指す。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 推進運営会議の会長は、市内の中核病院である市民病院の院長が、副会長は特養の代表に就いてもらうことでスムーズに運営。
- 行政の本気度を示すため、3部会には管理職及び市内の医療行政の要となる保健師を構成メンバーとしている。
- 「最初から完璧を目指さない」、「できるところから取り組む」。
- 楽しい連携も必要なので、市内の医療・介護関係者及び行政の「顔の見える関係づくり」構築のため、へき地公立病院の医師を講師に招き、多職種連携研修会(ロールプレイ)及び懇親会を毎年開催。普段、交流機会の少ない医師と気さくに話せると好評。
- “看取り”のDVDは、多職種による手作り。ノンフィクション。DVD以外に、在宅医療を紹介する資料も作成。若い世代にも在宅医療を知ってもらうため、部会員の勤務先でも出前講座を実施。
- 摂食嚥下機能支援は多方面からの視点が必要となるため、多職種協働でのツール作成、受診(外来検査)までの流れの構築を行った。
- 総合記録シート導入に向け、北海道鹿花町にある社福)さつき会、大分市にある社福)永生会を視察。メンバーは、市民病院で訪問診療を行う内科医や同看護部長、県保健所の部長、市高齢者支援課長、居宅ケアマネジャー等で向かうべき方向性の共有を図った。
- 総合記録シートの試行は、取り掛かりやすい地域、事業所を絞り、対象者も少人数で実施。シートは2種類(簡易版・詳細版)作成。



スマートプラクティス 宮崎県日南市

45. 宮崎県日南市

宮崎県日南市の取り組み

取り組みの特徴

国のモデル事業を活用しながら、地域の多職種とつながり、専門職が考えるアイデアをかたちに。

市区町村の基本情報

- 人口… 54,610人
- 面積… 536.11km²
- 高齢化率… 35.4%
- 医療資源… 47箇所(病院9、診療所38)



今後の取り組み方針

- 地元医師会主導により「在宅主治医不在時の代替医制度」の運用が開始され、地域全体で在宅医療を支える体制が構築されつつある。今後は、市立病院内に無床診療所を支える救急ベッドやレスパイト入院可能な体制を構築できるよう働きかけたい。
- 現在導入している患者情報共有システムを本人及びその家族の想いも共有できるようバージョンアップをし、利便性向上に努めながら新規加入の事業所を増やしていきたい。
- 在宅医療に関する出前講座を、こちらから働きかけるなどして、一人でも多くの市民に周知していきたい。

課題

- 市内の医師の高齢化のほか、在宅医療に携わる医師の数が少なく、結果的に一人の在宅医師の負担増に繋がっている。
- 在宅現場における多職種連携ツールとして導入している、患者情報共有システムの導入率が約25%程度にとどまっている。
- 在宅医療について、多くの地域の方々に知っていただくために市民公開講座の開催のほか、出前講座の依頼を受けて実施しているが、その依頼回数が少ない。

45. 宮崎県日南市

宮崎県日南市の取り組み

取り組み内容①

- 市民が安心して暮らせるために、必要な時に必要な医療を受けられる環境の整備を基本目標として掲げ、平成25年度に「地域医療対策室」を設置。
- 在宅医療・介護連携の推進に向けて発足した「日南市在宅医療・介護連携推進協議会」内の協議を経て、市立中部病院内に「在宅医療・介護連携推進室」を設置。在宅医療と介護の連携を推進するために、多職種連携のコーディネートや関係機関の調整、市民啓発を行う。
- 多職種連携を目的とした研修会を定期的に開催。各種専門職の顔の見える関係づくりの一端を担う。
- 市民を対象とした公開講座を開催し、在宅医療や地域包括ケアに関する啓発を実施。
- 平成25～27年度には、国のモデル事業を活用し、在宅現場における多職種のICTツールとして、患者情報共有システム(Net4U)の構築を実施。関係者への普及支援を図っている。
- 平成27年度には、国のモデル事業を活用し、介護保険を受けている人、受けるべき人が退院時に適切な介護保険サービスにつながり、在宅生活へ移行できるよう、病院・ケアマネの情報共有が円滑にいくことを目的とした「入退院調整ルール策定事業」を実施。平成28年度からは、ルールの活用状況に係るアンケートや病院・ケアマネを集めた協議を行い、策定したルールのさらなる改善、深化を行っている。

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- 在宅医療・介護連携推進事業は、「入退院時」「生活の場」「看取り」の場面に分けられる。「事業を進めていくにあたり、取り組んでいることはどの場面に当たるものなのか。」を意識しながら、事業を実施。
- 連携拠点施設を市立病院内に設置し、チーム内に行政職のほか、医師、保健師、看護師、社会福祉士を配置。連携事業の指前役を医師が担い、看護師等の通訳によって行政職がそれを形にするという連携を実施。
- 多職種連携を実施した結果、同職種同士の連携が必要だと感じた有志の看護師が連携を図るために、看看連携推進協議会を発足。看護師の提案するテーマで研修会を実施し、市は研修会の運営を担う。
- 既存の勉強会を巻き込み、合同研修会を開催。また、他団体から研修会開催について相談を持ち掛けられれば積極的に協働を図っている。
- ICTツールの導入については、利用対象となる多職種による協議を重ねていき、システム構築に反映。
- 入退院調整ルール策定事業では、医療機関やケアマネによるグループワーク方式の協議を実施。互いの立場を理解しながら、互いが合意できることをまとめた「コンセンサスルールブック」を作成。

スマートプラクティス 鹿児島県阿久根市

46. 鹿児島県阿久根市

鹿児島県阿久根市の取り組み

取り組みの特徴

- ★わがまちの課題は何か？を見つめ、「こぼれ体操」や「地域ケア会議」等の介護予防活動とあわせた事業展開に努めています！
- ★出水圏域2市1町(阿久根市・出水市・長島町)・出水郡医師会・各関係機関が連携し合った取組を推進中！

市区町村の基本情報

- 人口…21,140人
- 面積…134.28km²
- 高齢化率…38.9%
- 医療資源…病院 3 有床診療所 4
診療所7 眼科 1 小児科 1
訪問診療 6 医療機関



課題

- 1 地域課題や地域資源の地域特性分析が不足している。
- 2 医療・介護関係者の情報共有を図るため、入退院時の連携シートを作成したが、医療・介護それぞれの分野で有用性の認識や活用方法について共通理解が十分でなく活用が広がっていない。
- 3 「在宅医療」のイメージが、医療関係者・介護保険サービス提供者及び住民間で同一でない。

医療職・介護職・住民が「在宅医療」を理解し、住民が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な資源やサービス等の検討を進める！

<取組のあゆみ>

平成25年度～
出水地区在宅医療検討会として取組START★★
住民、医療介護関係者を対象とし、在宅医療講演会を開催

現在の体制の
基盤となっている

在宅医療を支える各関係機関等との関係性構築の時期！⇒「地域の課題は何か？」を皆で共有

平成28年度～ 「在宅医療介護連携推進事業」を出水地区2市1町が出水郡医師会へ事業委託★★

これまでの活動が少しずつ成果に！

- ★多職種研修会、住民講演会の実施
- ★INAだより発行による住民周知・広報活動 等々 (Izumi, Nagashima, Akune)

<今後の取り組み方針>

- ① 地域の特性に合わせて、住民が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な資源やサービスについて検討を進め、その発掘と開発に取り組む。
- ② 医療・介護関係者及び住民が、「在宅医療」の現状と必要性について更に認識を深めるための研修会や講演会等の開催に取り組む。

46. 鹿児島県阿久根市

鹿児島県阿久根市の取り組み

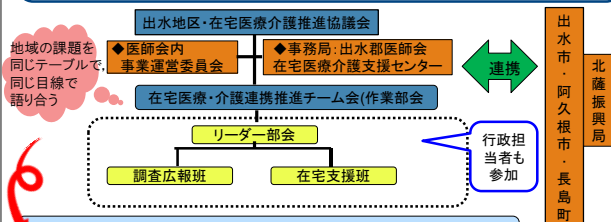
取り組み内容①

出水地区における在宅医療・介護連携推進体制(平成29年度)

高齢者等が住み慣れた出水地区で、可能な限り長く生活できるよう、必要な医療や介護サービスを包括的かつ継続的に提供できる仕組みづくり

【目標】

- ①在宅医療を担う、医療、介護、行政等の多職種の連携、資質向上等による在宅医療体制づくり。
- ②住民が在宅医療を選択できるよう、在宅医療の理解促進や地域の支え合いの仕組みを作る。



取組成果の例

INA(いーな)は 出水の「I」、長島の「N」、阿久根の「A」の頭文字をとって名付けられました★

医師、薬剤師、看護師、リハ職、保健師、行政職等が参加して、在宅医療を考える「多職種研修会」

交流促進を目的として「こぼれ体操」を実施

出水地区の在宅医療の取組を事業所や住民へ広報する「INAだより」

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ★二次医療圏の2市1町が出水郡医師会に事業委託していることで、各機関が協働・連携しやすい！
- ★各関係機関・担当者が地区の課題を「我が事」として捉える基盤があり、課題解決に向けた協議・行動に努めている！

具体的には…

- 1 地域の医療・介護資源の把握
平成25年度からの出水地区在宅医療検討会で作成し、出水郡医師会HPに掲載・随時更新
- 2 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
出水地区2市1町で医療・介護・行政が参画する会議を開催し、地域課題を検討。
- 3 医療・介護関係者の情報の共有
情報共有のための「医療介護連携支援シート」の作成や研修会の開催。
- 4 地域の関係者との関係構築
多職種による事例検討や介護支援専門員研修会の開催
- 5 地域住民への普及啓発
在宅医療や介護保険サービス等に関してリーフレットの作成や市広報紙による周知、講演会の開催。

スマートプラクティス 鹿児島県垂水市

46. 鹿児島県垂水市

鹿児島県垂水市の取り組み

取り組みの特徴

地域包括ケアシステム推進拠点の整備と人材育成事業の取組

市区町村の基本情報

- 人口・・・15,226人
- 面積・・・162.12km²
- 高齢化率・・・40.1%
- 医療資源・・・病院1、診療所8
(内、在宅療養支援病院1、在宅療養支援診療所3)
- 在宅療養率・・・7.2%



今後の取り組み方針

- 平成29年度は、垂水市地域包括ケアセンター内の各機関が、41人の学生等を受け入れて同行訪問を中心とした研修(視察研修を除く)を実施していますが、更に研修内容を充実させ、研修者を増やしていきたいと考えています。
- 平成29年度から垂水市と鹿児島大学との共同で、垂水中央病院や県栄養士会からの協力を頂きながら研究事業を実施しています。
研究事業内容は、「①生活習慣病予防、②運動・心理、③歯科・口腔、④栄養」の分野において経年変化をみるものですが、平成29年度は約30人/日の大学生が参加しています。
平成30年度以降は、一般介護予防事業にも学生がスタッフ参加する仕組みづくりをすることによって「地域への展開に係る研修」として発展させていきたいと考えています。

課題

- 垂水市では、高齢者総数も減少していきませんが、特に生産年齢人口が大幅に減少する推計が示されており、医療・介護に係る専門職の人材不足が喫緊の課題となっています。

46. 鹿児島県垂水市

鹿児島県垂水市の取り組み

垂水市地域包括ケアセンターにおける研修プログラム(例)

相関	実習課題	具体的実習内容(実習経験)	必要な知識・技能	指導方法・指導上の留意点	教材
事前学習	①地域包括ケアシステムの必要性及び理念について予備知識を得る。 ②各機関連携について予備知識を得る。	・実習上の経過報告 ・研修計画などの事前確認 ・実習計画の説明 ・パンフレット配布	地域包括ケアシステムの基礎的な知識・理解力 ・協力 ・自己の職種が地域包括ケアシステムの中でどのような役割を持つかの予備知識	実習についての心構え・事前学習能力の把握	・学校等で使っている教科書 ・パンフレット
実習①	①地域包括ケアシステムの全体的な理解を深める。 ②実習するにあたり、心構えや転任準備事項を確認する。 ③自身の職種・役割を理解する。 ④各機関の役割を理解する。 【評価】 ・各職種の中で自己の職種の役割について考える。	・実習オリエンテーション ・各部署について説明 ・専門職種からの説明	・スタッフとの関係形成能力 ・協力力 ・コミュニケーション技能	・実習中の施設概要などを知覚し、個人体験の取り扱いは説明	・パンフレット ・マニュアル ・各機関から示された資料 ・個人体験に関する同意書等 ・評価記録表 ・地域包括ケアシステム推進事業実施計画
実習②	①地域包括ケアセンターの役割業務の流れを理解する。 ②地域包括ケアセンターが関わる生活課題を把握する。 ③地域包括ケアセンターの各職種専門職の役割を理解し、専門職との関係や地域との関係について理解する。 ④各機関(診療所・介護施設)について学ぶ。 【評価】 ・各機関連携センターに各職種の役割が記載されている書類について考える。	・地域包括ケアセンターの保健師・主任ケアマネ・社会福祉士・介護支援専門員・生活支援コーディネーターと各機関連携業務と同行訪問を行う。 ・同行訪問の前後に、ケースの振り返りを行う。 ・実習指導者の参加する会に出席する。 ・相談力向上を促進する意見交換会を行う。 ・ケア記録の閲覧を行う。 ・地域ケア会議に参加する。	・記憶力 ・アセスメント力 ・情報伝達力 ・高齢者の気持ちの理解 ・コミュニケーション技能	・講義を受けたものがより実践のものとして関与することが出来るようにする。 ・同行訪問による経験することの意義と、訪問上のポイント注意点を確認 ・訪問中どのような働きかけや話し方をしているか、自分でもイメージを作り訪問する。	・各機関から示された資料 ・説明用マニュアル資料 ・ケア記録 ・ケアプラン等 ・その他
実習③	①訪問指導・訪問看護の業務は同行し、内容を確認する。 ②地域包括ケアセンターの生活課題を学ぶ。 ③各機関連携の役割と方法を学ぶ。 ④実習の振り返りを行う。 【評価】 ・実習で自己の職種の意義や役割について考える。	・訪問指導・訪問看護の同行訪問によって、地域と各機関との関係性の理解を深める。 ・実習計画について、必要な手法を学ぶ。 ・疑問に思ったことを適宜質問し、スーパーバイザーを受ける。 ・下記について学びを深める。 ・アセスメントの視点について「個別相談」の振り返り ・チームアプローチ ・地域ケア会議を促進させたアセスメント、アプローチ	・自己の職種の理解・価値観 ・説明技能 ・アセスメント ・ケアプラン ・情報伝達力の振り返り ・実習方法 ・記録方法 ・コミュニケーション技能	・患者・市民等と親しく接し、自分の関与について気づきを得ることが出来るようにする。 ・関係構築に必要な知識・技術を身につかせる。 ・各職種連携のイメージが持てるようにする。 ・評価度の確認を行う。	・講義時に配布される資料 (その他)評価記録表

46. 鹿児島県垂水市

鹿児島県垂水市の取り組み

取り組み内容①

■ 垂水市では、平成24年度から市内の医療・介護関係者が誰でも月に1回集まれる場(参木会)を開催してきました。会の内容は、グループワーク、各事業所や職種の紹介、事例検討会、講演会など様々な形式で開催しています。参木会の中で以下のような課題が抽出されたため、それぞれの対応を行ってきました。

【課題1】地域包括ケアシステム推進拠点が不明確

地域包括ケアシステムは、市のどの部署で推進するのか、公益社団法人肝属郡医師会では、どの部署なのかという課題が挙げられました。

【対応策1】

市では、平成28年度から保健課内に「地域包括ケア係」を新設するとともに、肝属郡医師会に指定管理している介護老人保健施設の一部改修という形で「垂水市地域包括ケアセンター」を整備し、平成29年度から運用開始しています。

【課題2】訪問看護ステーションの不備

垂水市では、平成27年12月に訪問看護ステーションが全くないという状況に陥ってしまいました。在宅医療推進の要とも言える訪問看護ステーションを早急に整備する必要が生じました。

【対応策2】

市が財政的補助を行う形で肝属郡医師会が訪問看護ステーション事業を開始し、「垂水市地域包括ケアセンター」内で事業運営を行っています。

【課題3】医療・介護に係る人材不足

垂水市の地域包括ケアシステム推進にあたっては、一定の医療職・介護職が確保される必要がありますが、今後は大都市部で後期高齢者数が大幅に増加することが予想されており、若い医療職・介護職の更なる流出が懸念されるとの課題が挙げられました。

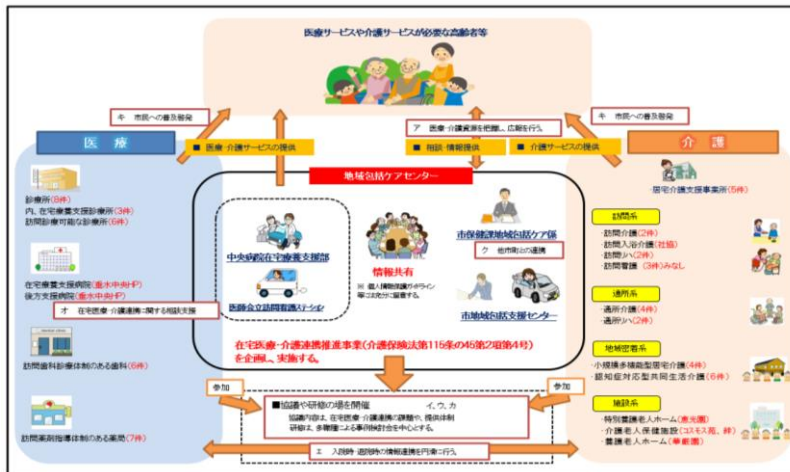
【対応策3】

「垂水市地域包括ケアセンター」において在宅医療・訪問看護・地域包括支援センター等、各業務の研修及び連携体制についての研修を行うことによって、まずは交流人口の拡大を図り、人材確保につなげたいと考えております。

46. 鹿児島県垂水市

鹿児島県垂水市の取り組み

「垂水市地域包括ケアセンター」の構成機関は、①垂水市保健課地域包括ケア係、②垂水市地域包括支援センター、③垂水中央病院在宅療養支援部、④肝属郡医師会立訪問看護ステーションの4つの機関であり、在宅医療・介護連携推進事業に関する役割のイメージは下図のとおりです。



46. 鹿児島県垂水市

鹿児島県垂水市の取り組み

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

■ 医療・介護関係者から挙げられた課題を施策へ反映させるために、各機関と意思形成過程を共有しながら進めることによって事業実施に着実につなげることができています。



スマートプラクティス 沖縄県宜野座村

47. 沖縄県宜野座村

沖縄県宜野座村の取り組み

取り組みの特徴

村内には、診療所0、在宅療養支援病院1カ所と医療的資源が少ない中、地域包括支援センター職員が近隣町村の資源も活用しながら、円滑な入退院支援や看取り体制ができるよう、できるところからすすめている。

市区町村の基本情報

- 人口… 5,984人
- 面積… 31.30km²
- 高齢化率… 22.6%
- 医療資源…在宅療養支援病院 1
- 在宅死亡率…45.2%



課題

- …医療機関との連携が難しい。
- …病院がケアマネ同伴受診を断る。
- …病院看護師の在宅支援の認識が乏しい。
- …退院時、ケアマネがついていない高齢者は支援から漏れることが多い。
- …在宅介護を支える介護保健関連事業所が少ない。
- …看取り体制の整備（看取ることができる医師の確保が困難）
- …介護支援専門員の資質の差がある。

取り組み内容①

- … ケアマネ用医療機関へのつなぎ方の手順書作成及び近隣町村へも提供
- … 医療機関（村内在宅療養支援病院、県立北部病院）地域連携室ス
タッフとの入退院支援連携に係る調整
- … 医療機関との入退院支援連携に係る情報共有ツールの活用
- … 権利擁護や後見人等について、社協と調整
- … 介護保険関連事業所が参入できやすいよう社協と調整
- … 看取り体制の調整（主治医・副主治医）
- … “ ” （緊急時体制のマニュアル作成）
- … ケアマネ連絡会への在宅療養後方支援病院事務長及び地域連携室
スタッフの参加。

47. 沖縄県宜野座村

沖縄県宜野座村の取り組み

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- …ご本人・家族の意向を尊重する。
- …それぞれの専門職の立場を尊重する。
- …医療機関から地域包括支援センターに連絡がくるために、スタッフの名刺に「村内の方が退院するときはご一報ください。」と明記する。
- …地域包括支援センターと住民とのつながりの強化
 - ・必要時、住民から相談にいくことができる体制づくり
 - ・必要時、庁舎内関連課から住民への地域包括支援センター窓口の紹介。
 - ・高齢者を中心とした関係機関のネットワークづくり
 - ・高齢者の入退院時、医療機関からの連絡及び連携
- …副主治医制の導入
地域包括支援センターで、主治医、副主治医をセッティング。

今後の課題

- …地域住民（施設・病院を含む）に対し、それぞれの人生最終期のあり方を自ら発信できる普及啓発活動の実施
- …地域人材の把握とそれを活用できる地域づくり
- …次世代の担い手育成
- …医療、介護分野におけるルール化の情報公開

スマートプラクティス 沖縄県南大東村

47. 沖縄県南大東村

沖縄県南大東村の取り組み

取り組みの特徴

村内は、資源の限られた遠隔離島である。しかしながら、島で最期まですごすことができるよう、村長をはじめとする役場職員、在宅医療・介護関係者、住民と目指す方向性を一致させ、住民会議をすすめている。

市区町村の基本情報

- 人口… 1,277人
- 面積… 30.53km²
- 高齢化率… 22.1%
- 医療資源… 診療所1、歯科診療所1
- 看取り 3年間で7人の看取り

地図等



取り組み内容

- ……個別ケア会議から、島全体の把握会議、地域見守りに係る会議の実施
- ……40歳以上住民を対象としたニーズ調査の実施
- ……関係職員の島の課題やニーズに係る会議や勉強会の実施
- ……認知症について、島外専門医療機関と連携し、診察、研修を実施
- ……住民説明会の実施
- ……関係職員及び議員と共に先進視察
- ……奨学金に係る条例の設置（規定の大学等卒業後、島で3年間勤務すると奨学金の返済免除）
- ……介護事業所（社協）職員の知識の向上研修会の実施
- ……その他、島で看取る体制に必要な専門職の確保に向けての準備調整等
- ……住民も含めて、島で看取ることができる体制に係り、今後の方向性を検討する。

課題

- ……限られた医療及び介護資源。
- ……在宅医療・介護を助めるうえで専門職の確保。
- ……住民が要介護状態や最期を迎える場合、島での看取り体制。（人材確保も含む）
- ……認知症高齢者の増加
- ……介護予防事業の強化

47. 沖縄県南大東村

沖縄県南大東村の取り組み

取り組みの工夫・取り組み時のポイント

- ……平成28年度調査したニーズ調査を継続し、毎年調査をする
- 独居・高齢者世帯・その他支援世帯は訪問して聞き取りをする。
- ……島では、人材確保やサービスの実施に限りがあるので、介護施設だけでは運営が困難なため、共生施設を建てる目標として計画作成をする。
- ……地域を巻き込んだ取り組みの実施（見守り体制の強化）
- ……関係職員の知識の向上及び地域住民の資格取得の支援（県の助言や沖縄県看護大学の支援による人材育成）
- ……医療機関を巻き込んだ認知症支援対策
- ……地域ケア会議の充実（地域部会を4つ分け、個別支援の充実）
 - ①ライフサポート大東 ②医療部会 ③地域見守り部会
 - ④母子支援部会
- ……南大東村地産地消と連携した介護予防事業

今後の課題

- ……資格取得が可能な職種から、確保できるようにする。
- ……介護事業所や訪問介護において、リスク管理ができるようになる。
- ……高齢者を元気にするために、地産地消につながる雇用の場を確保していきたい。
- ……障害、母子等含めた島丸ごとの対策につなげていく。
- ……島の高齢者について、保健センターと情報共有し高齢者を全面的に支援できるようにする。
- ……保健センターと連携し、健康づくりと一体となった対策にもっていく。
- ……介護予防・日常生活支援総合事業の体制づくり