

在宅医療と介護の連携について

2013年10月22日

在宅医療・介護連携推進事業研修会

厚生労働省医政局指導課
在宅医療推進室

在宅医療・介護に係る背景

- 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者数も増加していき、2025年には2000万人を超え、更に2055年には全人口に占める割合は25%を超える見込み(表1)。
- 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に75歳以上人口が増える(表2)。
- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した(図1)**。また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた(図2)**。

(表1) 65歳以上人口及び75歳以上人口推計

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

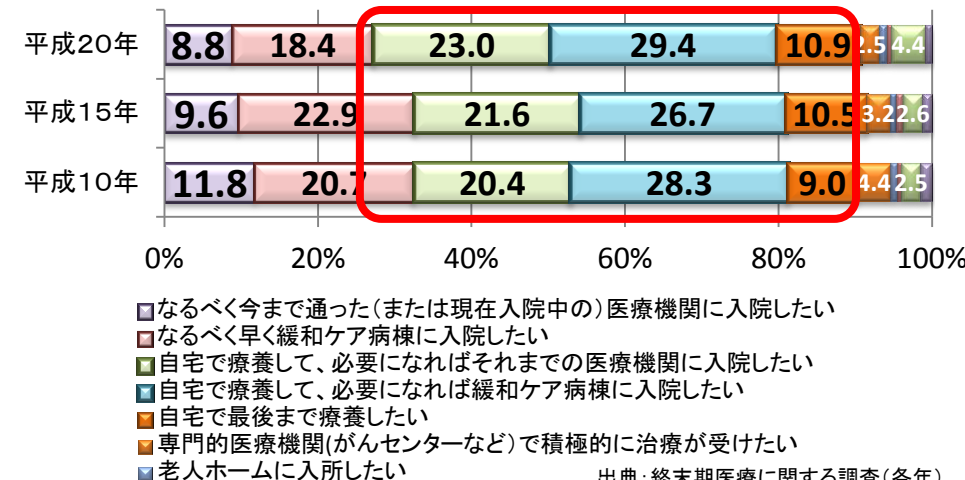
(表2) 2010年及び2025年の都道府県別75歳以上高齢者人口(倍率)

出典: 日本の将来推計人口(社会保障・人口問題研究所)

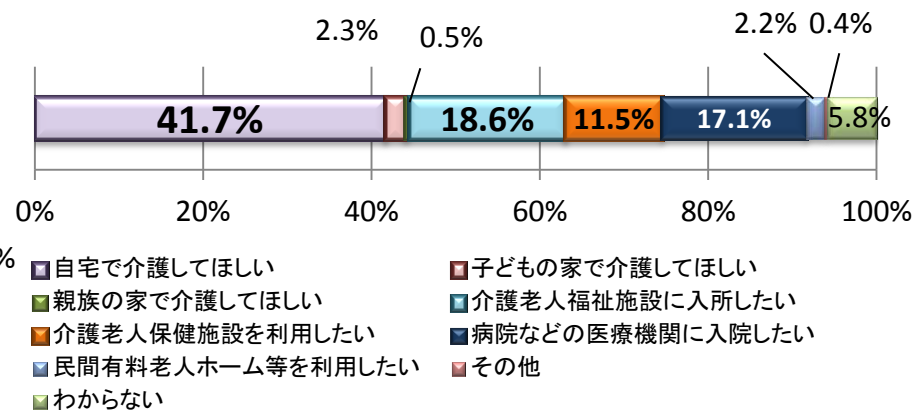
	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	島根県	鹿児島県	山形県	全国
2010年	58.9万人	56.3万人	79.4万人	84.3万人	66.0万人	123.4万人		25.4万人	11.9万人	18.1万人	1419.4万人
2025年 ()は倍率	117.7万人 (2.00倍)	108.2万人 (1.92倍)	148.5万人 (1.87倍)	152.8万人 (1.81倍)	116.6万人 (1.77倍)	197.7万人 (1.60倍)		29.5万人 (1.16倍)	13.7万人 (1.15倍)	20.7万人 (1.15倍)	2178.6万人 (1.53倍)

出典: 日本の地域別将来推計人口(社会保障・人口問題研究所)

(図1) 終末期の療養場所に関する希望



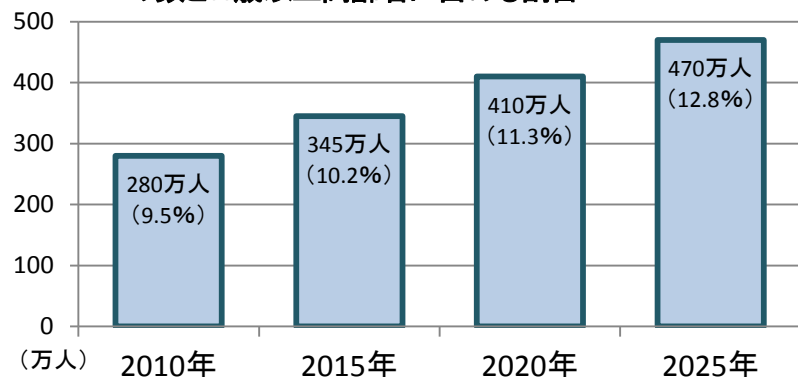
(図2) 療養に関する希望



在宅医療・介護の推進に当たっての課題

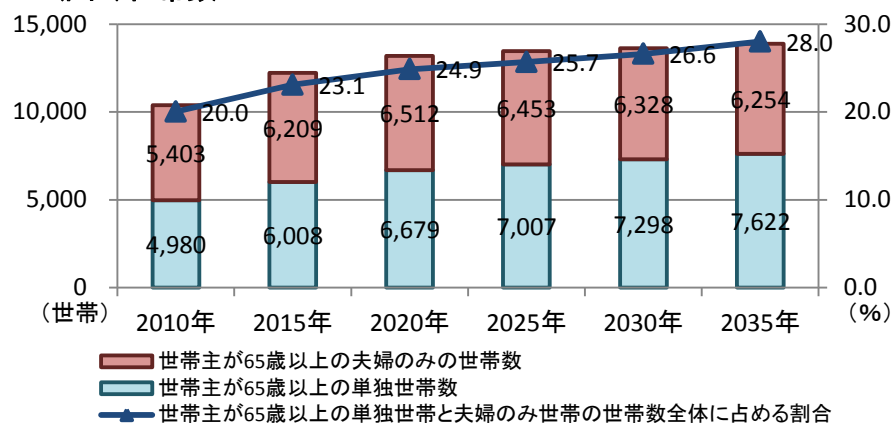
- 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
- 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合



出典:「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について(厚生労働省)

(図2)世帯数



出典:日本の世帯数の将来推計(全国推計)(社会保障・人口問題研究所)

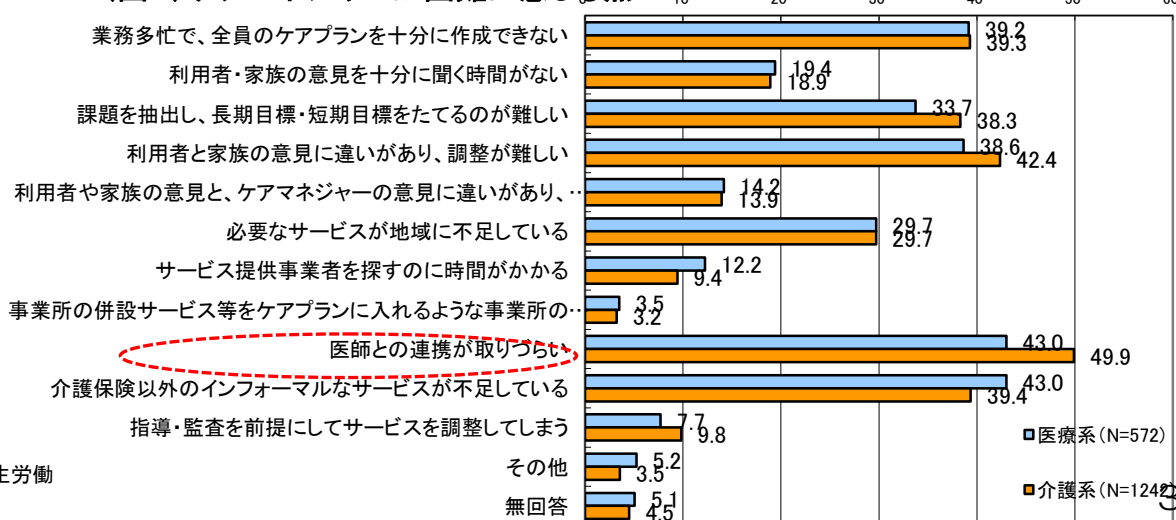
(図3)訪問診療を実施している医療機関

	箇所	対全数の割合(%)
病院	2,407	28.0
診療所	19,950	20.0
訪問看護ステーション	5,815	—

出典:病院、診療所「医療施設調査(静態)」(平成23年)(厚生労働省)

訪問看護ステーション「介護給付費実態調査」(平成23年)(厚生労働省)

(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点

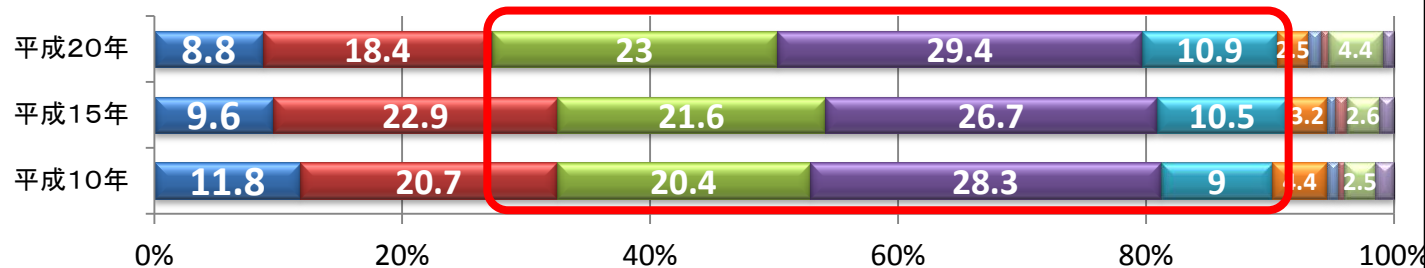


出典:居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した**(上図)。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**(下図)。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

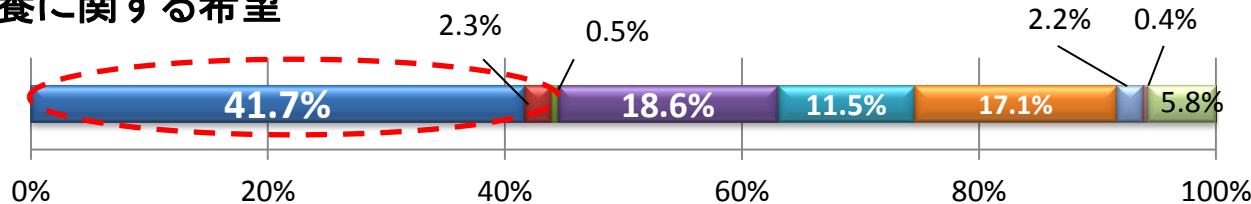
■終末期の療養場所に関する希望



- 調査対象及び客体
 - ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 - ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
- 調査の方法
 - 郵送法
- 回収数
 - 2,527人(回収率50.5%)

出典: 終末期医療に関する調査(各年)

■療養に関する希望



- 調査対象
 - 全国の55歳以上の男女5,000人
- 調査の方法
 - 調査員による面接聴取法
- 標本抽出方法
 - 層化二段無作為抽出法
- 回収数
 - 3,157人(回収率63.1%)

- 自宅で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人保健施設を利用したい
- 民間有料老人ホーム等を利用したい
- わからない
- 子どもの家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所したい
- 病院などの医療機関に入院したい
- その他

在宅医療連携拠点事業(平成24年度まで)

平成23年度 10力所
平成24年度 105力所

【背景】

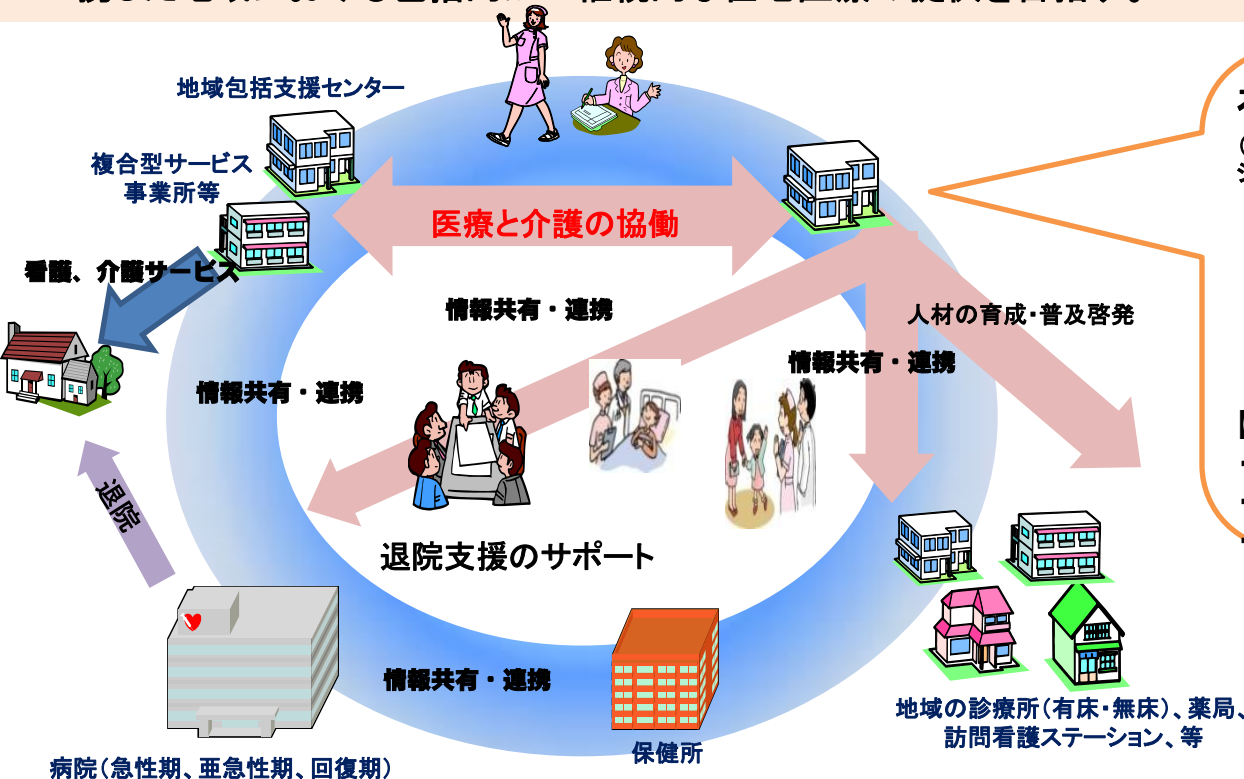
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 特に都市部において急速な高齢化が進展しており、死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

【在宅医療・介護における課題】

- 在宅医療を推進するには、関係する機関が連携し、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要。しかし、これまで、医療側から働きかけての連携の取り組みが十分に行われてきたとはいえない。

【事業の概要】

- 在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



在宅医療連携拠点

(在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・医師会等)

連携拠点に配置されたケアマネジャーの資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが地域の医療・介護を横断的にサポートすることで、病気をもちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごすことが可能となる。

【具体的な活動】

- ・地域の医療・介護関係者による協議の開催
- ・医療・介護関係機関の連携促進
- ・在宅医療に関する人材育成や普及啓発

24時間連携体制、チーム医療提供

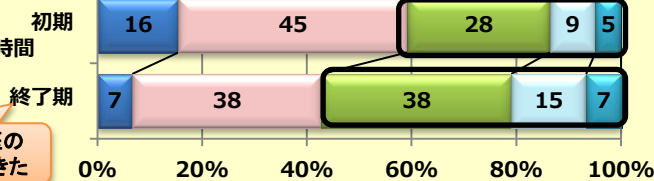
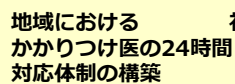
平成24年度在宅医療連携拠点事業

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

- ◆緊急入院受け入れ窓口の設置
◆主治医・副主治医制のコーディネート 等

【効果】

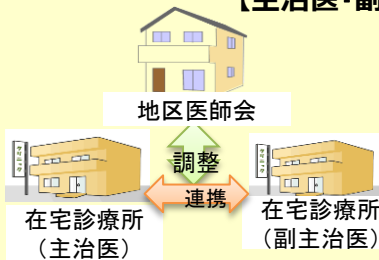
24時間対応の在宅医療提供体制



■未構築 ■構築不足 ■まあまあ構築 ■よく構築 ■非常によく構築

【主治医·副主治医制】

担当医調整様式(例)

[illegible]

(板橋区医師会)

(5) 患者・家族や地域包括支援センター・ケアマネージャーを対象にした相談窓口の設置

- ◆患者・家族、地域包括支援センターやケアマネからの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

【効果】

- ◆ ケアプランに必要な医療的支援を位置づけられ、より適切なケアマネジメントが行われるようになった。
- ◆ 医療・介護ニーズが高い方について、各関連施設への連絡・調整が円滑になった。

(6) 効率的な情報共有のための取組

- ◆地域の在宅医療・介護関係者の連絡のための様式・方法の統一
- ◆地域連携クリティカルパスの作成
- ◆ショートステイの空き情報等のネット上のリアルタイム情報の発信

【効果】

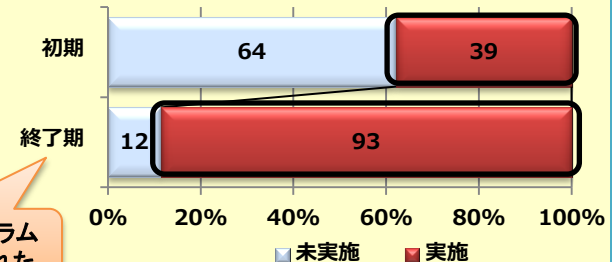
- ◆多職種の専門性を生かした質の高いサービスの提供ができた。
- ◆ICTやメーリングリストを活用することにより、タイムリーな情報共有が可能となった。

(7) 地域住民への普及啓発

- ◆地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆地域住民に対する在宅医療相談窓口の設置（市の施設への設置、病院への設置）
- ◆パンフレット、チラシ、区報、ホームページ等を活用

【效果】

フォーラム・講演会等の開催



**93%の拠点でフォーラム
や講演会が開催された**

効果データの出典)平成24年度 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究
「在宅拠点の質の向上のための介入に資する活動性の客観的評価に関する研究」

平成24年度在宅医療連携拠点事業（事例）

長野県須坂市

須高在宅ネットワークの体制の構築

● 須高地域医療福祉推進協議会

3市町村長、三師会長、保健福祉事務所長、3病院長、介護保険施設の代表等

● ネットワーク体制構築

病 院：3施設（県立須坂病院・新生病院・轟病院）

診療所：18診療所

訪問看護事業所：6事業所

行 政：3市町村（須坂市・小布施町・高山村）

- ◆ 医師会・三病院・訪問看護ステーション・三市町村で住民が24時間安心して在宅療養ができる体制を構築。
- ◆ 緊急対応は、在宅療養支援病院（新生病院・轟病院）と診療所と訪問看護ステーションがチームとなって対応する。

福岡県宗像市医師会

● 在宅用診療情報提供書

● バックベッド受け入れ手順書

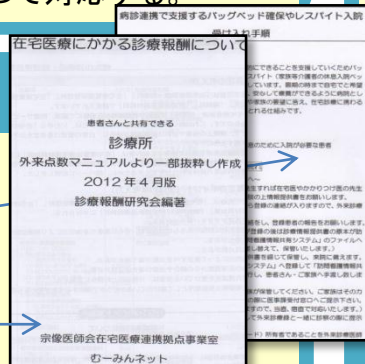
受診歴のない方の情報を事前に登録し
緊急入院に備えたバックベッドの体制の構築

● 在宅医療診療報酬

連携の方法と代診の診療報酬算定の取り決め

● 資源ガイド・在宅支援ネットワークマニュアル

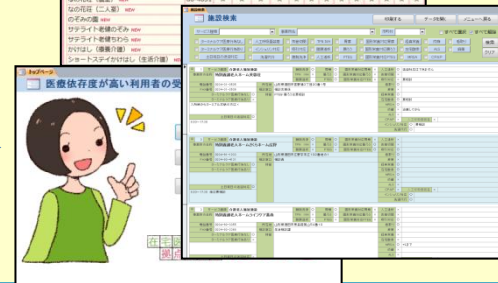
薬剤・医療材料供給システム、
在宅医連携マニュアル
災害支援情報を作成
● iPadを使った情報共有
システム（開発中）



山形県鶴岡地区医師会

14のアクションプランを計画・実行

- 研修会・意見交換会の開催
- 主任介護支援専門員へのアンケート調査
- 連携シートの作成（ケアマネ⇄医師）
- NET4U（患者情報共有ツール）の利用促進・導入促進
- 行政担当者との定期的なミーティング
- 短期入所の空き情報提供（毎週更新）
- 医療依存度の高い方の施設受入れ情報DB作成



東京都板橋区医師会

● 療養相談室によるケアマネ等への支援

困難事例等について居宅介護支援事業所、地域包括支援センターからの相談体制を整備

● 主任ケアマネジャーの会（月1回）の設置

ケアマネ、拠点担当医師、看護師が参加

● Care&Cure会議（月1回）の開催

日常的にチームを組んでいる訪問介護兼居宅介護支援事業所管理者、拠点担当医師、看護師、MSWが参加

中間まとめ

- 平成23年度の10ヶ所、平成24年度は105ヶ所の地域において、都道府県、市町村、医師会、在宅療養支援診療所（病院）、訪問看護ステーション等が連携拠点となり、在宅医療において、医療側から介護への連携を図る取り組みを実施。
- 各拠点においては、平成23年度の在宅医療連携拠点事業で得られた知見を活かし市町村と地域医師会が連携を図りつつ取り組みが進められた。
- 拠点事業の効果としては、在宅医療提供機関間のネットワークの構築により在宅医療提供機関数が増加するとともに、重症例への対応機能の強化につながり、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したと考えられる。
- また、顔の見える関係性が構築されたことで介護関係者側にとっては医療関係者へのアプローチが容易になり、医療者側の介護への理解も深まった。さらに研修会等で介護関係者の医療分野の知識の充実が図られる等を通じてケアマネジメントの質が向上していると考えられる。
- 地域包括ケアシステムの実現のためには、地域において面的に在宅医療・介護連携を展開していくことが不可欠であるが、その推進体制としては地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる市町村が中心となり、医療側から他職種も含めて地域全体に働きかけやすい医師会等の理解と協力を得て取り組むことが重要であることが改めて確認された。またその前提として都道府県レベルでの関係団体等への働きかけや調整など、都道府県が市町村を支援する体制を整えることも重要である。

在宅医療連携拠点事業の7つのタスク

- ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
- ② 多職種連携会議の開催（課題抽出、及びカンファランスを通じた顔の見える関係）
- ③ 研修の実施
- ④ 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
- ⑤ 患者・家族や地域包括支援センター、ケアマネジャーに対する支援や相談窓口
- ⑥ 効率的な情報共有のための取り組み
- ⑦ 地域住民への普及啓発

（３） 地域医療福祉ネットワーク推進室の設置

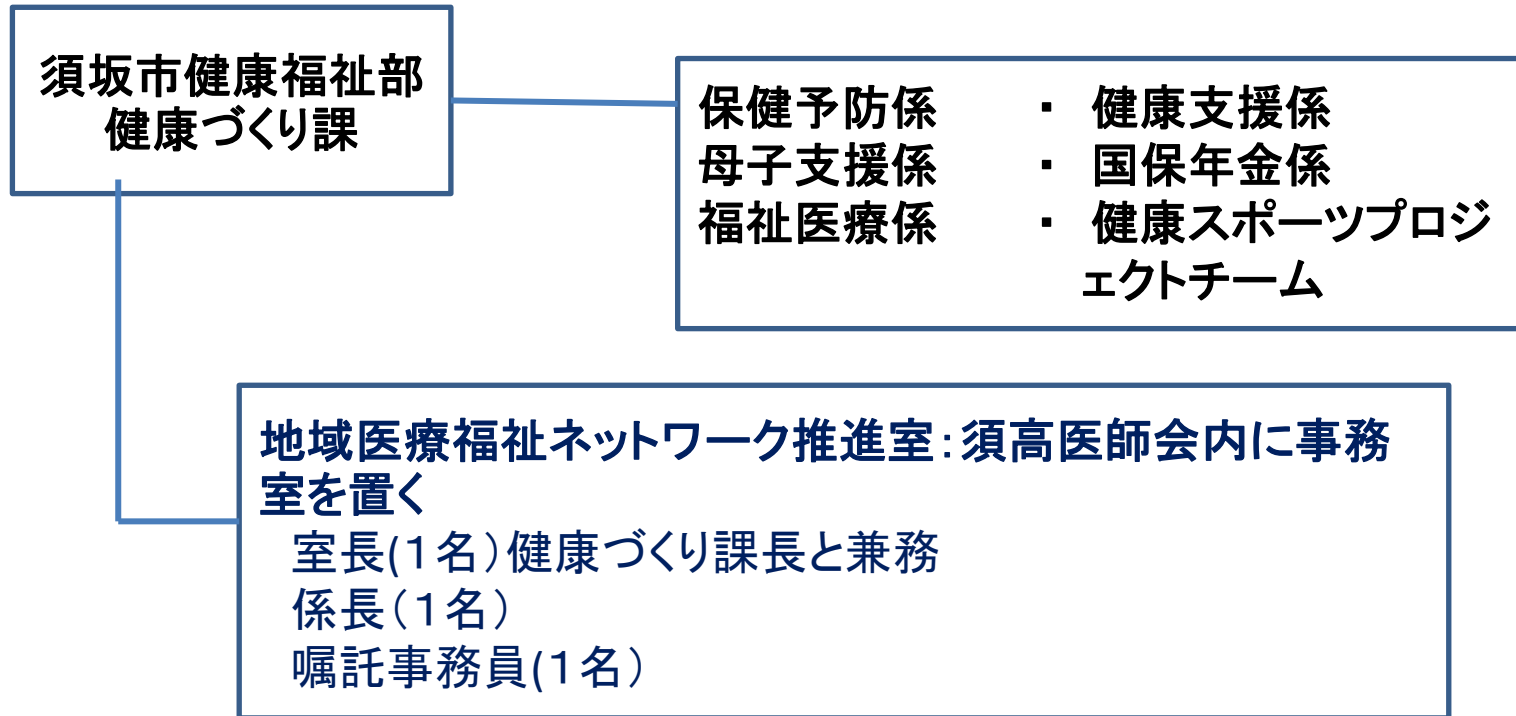
◆平成22年4月1日開設

◆須高地域が、将来に向けて住民の
安心・安全を繋げる地域に発展する
ために三市町村が広域で共通課題解
決に取り組む。

須 坂



(4) 組織位置づけ・予算



- 予算: 三市町村の人口割りの負担金による
- 年間予算額 約350万円

(2) 厚生労働省在宅医療連携拠点事業」により 体制構築(平成24年度)

- ①多職種連携・・・2人の推進員が中心になり、病院の退院前カンファレンス等に参加。
 - ②在宅医療に関する地域住民への普及啓発
 - ③在宅医療従事者の負担軽減の支援
- 三師会・三病院・訪問看護ステーション・三市町村等で関係者会議を設置し取り組む。
- ④災害発生への対応。

地域内の在宅医療資源を**地域や施設の機能で検索**することができ、地図へのマッピングや、在宅医療に関する情報を閲覧できる。

[表の説明] ● 十分に利用ができる (3名以上) ▲ 多少の空きがある (1～2名) × 一時期利用サービスの空きなし		施設番号	1/28 (土)	1/29 (日)	1/30 (月)	1/31 (火)	2/1 (水)	2/2 (木)	2/3 (金)	2/4 (土)	2/5 (日)	2/6 (月)	2/7 (火)	2/8 (水)	2/9 (木)
池平園 (多床室) NEW		25-2881	×	×	×	×	▲	▲	×	×	×	×	●	×	
池平園 (個室) NEW		25-2881	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
永寿荘 NEW		25-6111	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
おおよま		38-0250	×	×	×	▲	×	×	×	×	×	×	×	×	
しおん荘 NEW		76-3735	×	×	▲	▲	▲	×	×	×	×	×	×	×	
温寿荘		43-2351	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
ふじの花荘 NEW		64-5880	×	×	▲	▲	▲	▲	×	×	×	×	×	×	
かみじ荘 (多床室) NEW		62-2233	●	●	×	●	×	●	▲	×	×	×	×	×	
かみじ荘 (ユニット) NEW		62-2233	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
機寿荘 NEW		57-3222	×	×	×	×	×	×	×	×	▲	×	×	×	
かたくり荘		53-2300	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	▲	▲	
ぶなの杜 NEW		58-1535	×	×	▲	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
なの花荘 (個室) NEW		66-4831	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
なの花荘 (二人室) NEW		66-4831	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
のぞみの園 NEW		25-8255	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
サテライト老健のぞみ NEW		25-8255	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
サテライト老健ちわら NEW		25-8255	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
かげはし (療養介護) NEW		25-1131	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
シュートステイがけはし (生活介護) NEW		25-1131	×	×	×	×	×	×	▲	×	×	×	×	×	

地域のショート
ステイの空き
情報が確認で
きます。
ほたるが責任
を持って毎週
情報を更新し
ますので、情
報の鮮度が保
たれています。

2012年 10月						
日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3 第1回定例会 第1回	4	5	6
7 第2回定例会 第2回	8 秋分の日	9 住み分け説明会 第1回	10 第3回定例会 第3回			
11 第4回定例会 第4回	12 第5回定例会 第5回	13 第6回定例会 第6回	14 第7回定例会 第7回	15 第8回定例会 第8回	16 第9回定例会 第9回	17 第10回定例会 第10回
18 第11回定例会 第11回	19 第12回定例会 第12回	20 第13回定例会 第13回	21 第14回定例会 第14回	22 第15回定例会 第15回	23 第16回定例会 第16回	24 第17回定例会 第17回
25 第18回定例会 第18回	26 第19回定例会 第19回	27 第20回定例会 第20回	28 第21回定例会 第21回	29 第22回定例会 第22回	30 第23回定例会 第23回	31 第24回定例会 第24回

主催するイベントだけでなく、地域で行われる**医療介護関連の学習会、研修会等**を**集約**したカレンダーです。

第3回 恒る参観観察研習会

10/12 更新しました！

日 時:

平成24年10月31日 (水) 19:00~20:30 (17:30受付開始)

会 場:

静岡県社会福祉センター にある 3階 大会議室

対 象:

先住外国人の医療従事者、福祉関係者、ケアマネジャー、他 興味のある方

参加費:

無料

主催:

静岡県地区評会 在宅医療連携拠点事業実行団

参加者:

151名 (アンケート協力者: 130名/回収率: 86.1%)

メインテーマ「リハビリについて」

- 「自費型リハビリの施設と公称移行機関のリハビリ」
講師：山梨リハビリテーション病院 診療部長 今堀 孝子 先生
- 「老健のリハビリの現状から」
講師：介護老人保健施設ひまわりずいぶーん リハビリテーション科主任 理学療法士 佐藤 昌孝 先生
- 「介護リハビリの現状から」
講師：訪問看護ステーションリコーナース 理学療法士 丸山 博信 先生

アンケート結果:

すべてのアンケート結果を見えるは [PDFをダウンロード](#) してください。

参加費内訳

項目	割合
参加費	0.00%
会費	0.00%
交通費	10.79%
昼食費	14.57%
会場費	2.00%
講師謝金	2.00%
講師交通費	0.00%
講師宿泊費	0.00%
講師食費	0.00%
講師雑費	0.00%
講師交通費	0.00%
講師宿泊費	0.00%
講師食費	0.00%
講師雑費	0.00%

参加費内訳

項目	割合
参加費	1.79%
会費	0.00%
交通費	10.79%
昼食費	14.57%
会場費	2.00%
講師謝金	2.00%
講師交通費	0.00%
講師宿泊費	0.00%
講師食費	0.00%
講師雑費	0.00%

主催する多職種研修会や、共催イベント等についての開催情報、開催内容、写真、アンケート結果を、**網羅的にまとめた活動報告**です。

ほたるの基本情報、事業の説明、相談窓口の案内、スタッフ紹介、報道・メディア紹介等の情報を発信しています。

「医療・介護従事者」や「地域住民」に活用される**情報発信ステーション**として、情報の質と量を高めていく！

2 多職種連携の課題に対する解決策の抽出

○背景・目的

地域における連携体制の前提となるのは、医療福祉従事者の「顔の見える関係」の構築である。しかし現在、地域内の医療福祉従事者の交流は、同機関に限定されていることが多く、「顔の見える関係」を構築するためには、現場の医療福祉従事者の交流の機会を確保し、情報が職種や機関を超えて共有されることが求められている。

○内容

- 連携拠点では地域の医療福祉従事者が一堂に会する場を定期的に設定し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討や学習会を実施する。
- 地域の在宅医療に関わる多職種（病院関係者・介護従事者等も含む）が一堂に会する場を設定する（年4回以上）。そのうち1回は、各地域の行政担当官及び各関連施設の管理者が参加する会合を設定する。会合の内容は以下を網羅することが望ましい。
 - * 地域における連携上の課題の抽出、解決策の検討
 - * 学習会、症例検討会の実施
 - * その他問題となっている事項に関する検討



「顔の見える関係」とは何か？

対象・方法

地域の医療福祉従事者207名の質問紙調査、5名のインタビュー調査
因子分析・相関分析、Consistent comparison analyses

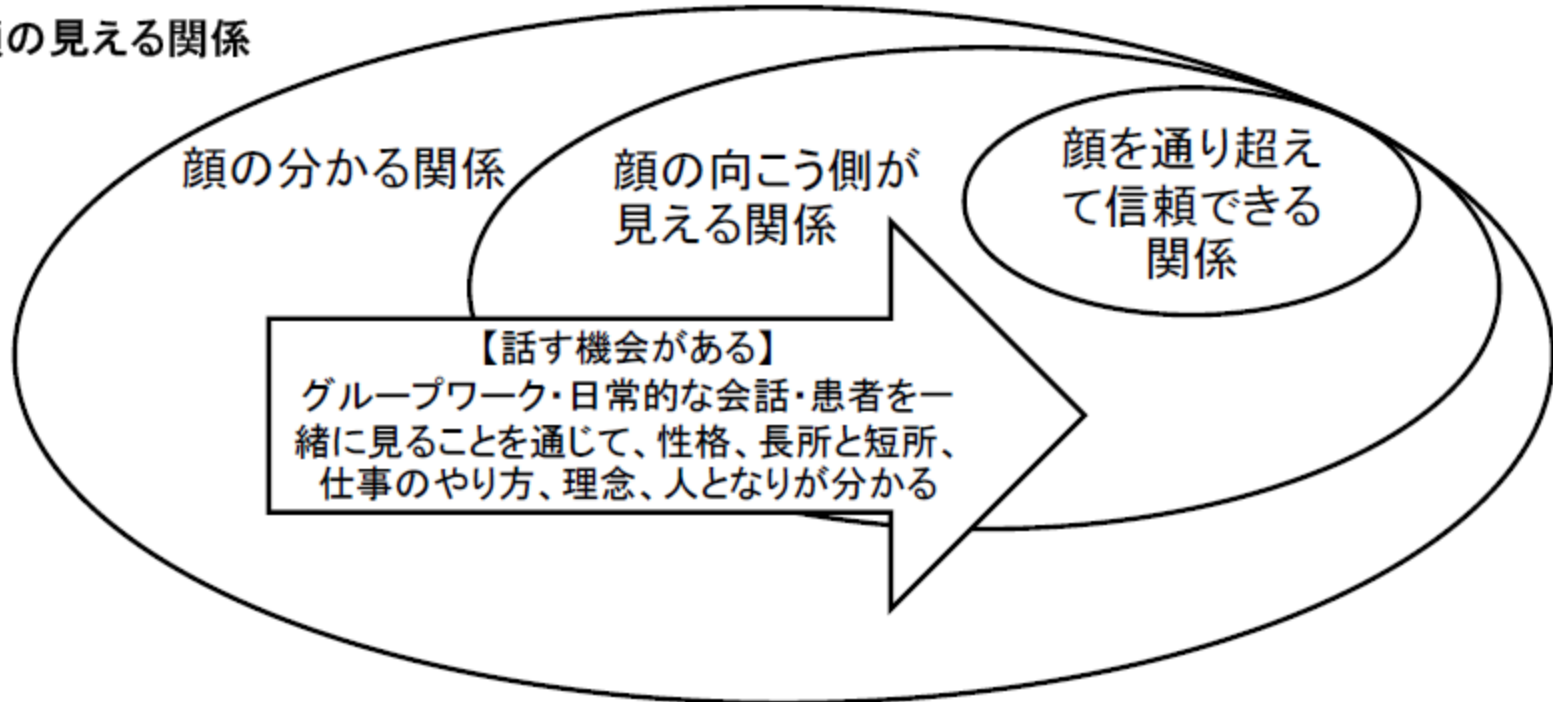
結果

量的研究 「顔の見える関係がある」との相関

地域でがん患者に関わっている人たちについて、具体的に誰がどのような仕事をしているかだいたい分かる	0.87
地域でがん患者に関わっている人たちの顔を思い浮かべられる	0.83
地域でがん患者に関わっている人の性格、つきあい方が分かる	0.80
地域でがん患者に関わっている人の、名前と顔、考え方が分かる	0.77
地域でがん患者に関わっている施設の理念や事情が分かる	0.76
がん患者に関わる、自分以外の職種の動き方が実感を持って分かる	0.56

「顔の見える関係」とは何か？

顔の見える関係



顔の見える関係と連携との関係

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



多職種連携カンファレンスの効果

目的 多職種連携カンファレンスの参加者の体験を明らかにする

対象・方法 参加者に質問紙調査。239名に配布し、176名から回収(74%)

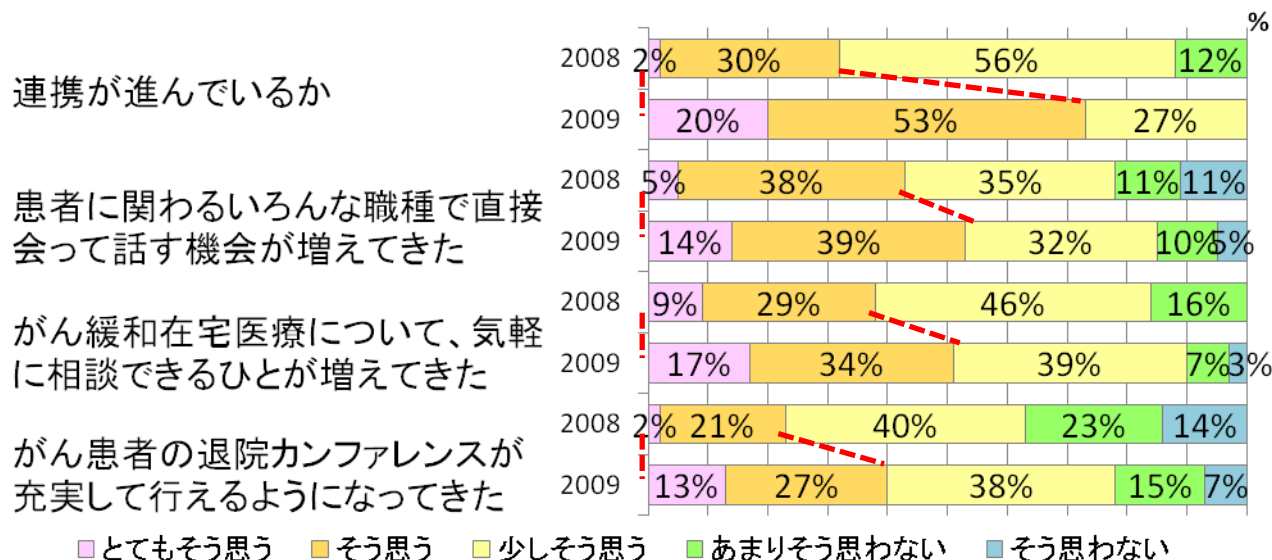
介入 地域の多職種でフォーカスグループ。付箋に課題を整理して発表

課題 (1回目)「望ましい地域の緩和ケアのありかた」

(2回目)11のテーマを設定:「病院と地域で意思疎通をとる方法」など

(3回目)地域包括の単位ごとに「地域での在宅緩和医療の課題と解決策」

結果



まとめ

地域多職種によるフォーカスグループは連携の促進に有用であることが示唆された

満足度の高い多職種合同カンファレンスの条件

満足度の高い多職種合同カンファレンス（条件）とは？

カンファレンスの要素

- 多（他）職種との交流を深める場
- 他職種の専門性を知る場
- 自分の仕事や職種の役割を再認識する場
- 顔の見える関係づくりの場
- 地域の現状を知る場
- 多（他）職種と意見交換を行う場
- 職種を越えた共通性を知る場
- 情報共有の場
- 多職種連携の重要性を知る場
- 知識や学習の場

満足感

運営側の要因

- グループが多職種で構成されている
- 内容や進め方の工夫
- 参加者主体型の内容である

参加者の感情要因

- 参加して楽しい・飽きずに参加できる
- 多職種連携に興味のある人が多くいることに、勇気づけられる（前向きな気持ちになれる）

ほたる多職種研修会の開催ほか

【ほたる多職種研修会・意見交換会】参加者合計：478

	開催日	会の名称	参加者数
1	7月18日	第1回ほたる多職種研修会(脳卒中)	137名
2	8月22日	第2回ほたる多職種研修会(糖尿病)	105名
3	10月3日	第3回ほたる多職種研修会(リハビリ)	151名
4	2月15日	第4回ほたる多職種研修会(エンゼルケア)	45名
5	3月11日	「在宅医療連携拠点事業」に係る意見交換会	40名



【その他の主催・共催・後援した研修会】参加者合計：820名

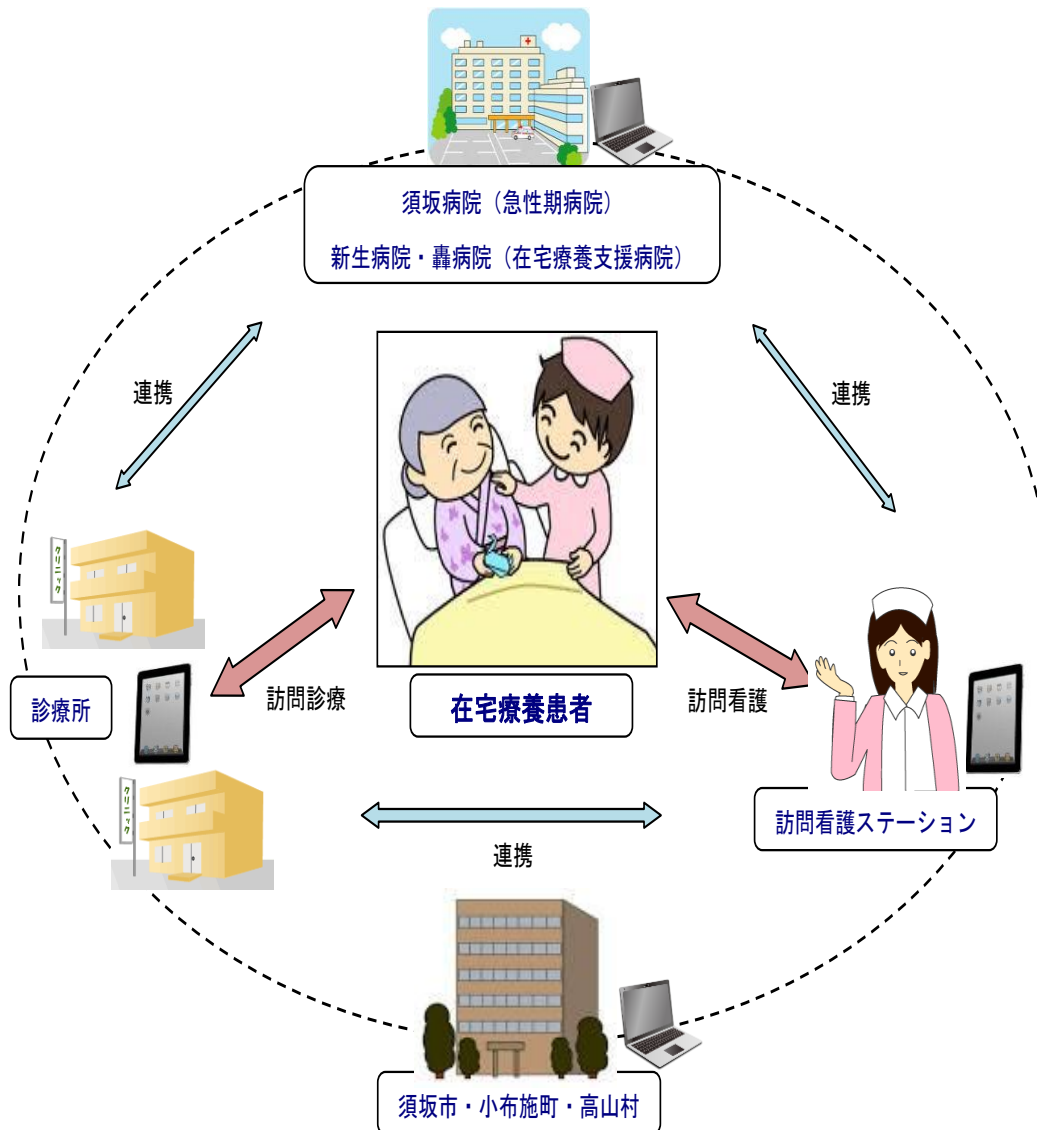
	開催日	会の名称	参加者数	形態
1	4月24日	訪問歯科診療相談窓口設置に係る運用説明会	99名	主催
2	5月21日	第1回南庄内在宅医療を考える会	29名	共催
3	8月2日	第1回医療と介護の連携研修会	181名	共催
4	9月14日	とようら居宅介護支援センターへの出張勉強会	7名	主催
5	10月15日	第2回南庄内在宅医療を考える会	26名	共催
6	11月22日	第2回医療と介護の連携研修会	137名	共催
7	12月9日	在宅歯科医療と口腔ケアについての多職種連携研修会	123名	後援
8	12月14日	鶴岡協立病院 高齢者・認知症ケア推進委員会 発足記念講演会	140名	共催
9	2月14日	医科歯科連携を考える会	77名	共催

地域のニーズを把握！
今必要とされているテーマの研修会を開催します！



地域のニーズに応えた研修会を開催するとともに、既存の会に対する共催や後援による運営支援を行い、地域のイベントコーディネーター役を目指す！

③医師会・三病院・訪問看護ステーション・行政で 24時間サポート体制を構築した



★須高在宅ネットワーク：平時は主治医が治療にあたるが、緊急時は在宅療養支援病院と訪問看護ステーションが主治医とチームになって対応し、24時間体制で支える。

★在宅医療安心ネット：チーム医療で24時間対応するため、システムを使って情報を共有する。

地域包括支援センター・行政との連携

地域包括支援センターとの連携

同じ医師会が運営する地域包括支援センターつくしとの連携を、昨年度より一歩推し進め、具体的な共同での業務・事業を実施した。

- ◆地域ケア推進担当者会議への参加（毎月第1水曜日）
- ◆地域ケアネットワーク会議（6回）
- ◆介護者のつどい（3回）
- ◆町内会ごとの集会等（6回）
- ◆山形県地域ケア会議等広域支援員等運営会議



包括と一緒に
寸劇

地域で開催される会へ積極的に参加し、ほたるの周知、地域課題に対する医療的助言、参加者からの相談に対応。



協業体制を地道に継続していくことが、信頼関係を醸成し、地域包括支援センターと拠点のより良い関係作りに繋がる。



地域包括ケアシステムの構築における医療側からの推進を、医師会が運営するほたるが担う。

行政との連携

行政との連携を継続するだけでなく、具体的な取り組みを実施。

- ◆定期的なミーティング（毎月第1月曜日）
- ◆医療と介護の連携推進担当者会議（研修会企画会議）



行政と連携して作成した「連携シート」（医師への介護に関するアンケート調査）のケアマネジャーの活用状況を行政が調査。結果を受けて今後の展開を検討していく。

利用状況	人数
いつも利用している	9名
ときどき利用している	55名
全く利用していない	68名

理由

【利用されていない理由】

- ◆近隣医師との連携はとれているので必要性が低い。
- ◆冊子があることを知らない。



鶴岡市主催の「福祉体育祭」で、地域包括支援センターの利用方法を寸劇で演じたり、展示にて訪問診療や介護サービス、ほたるの周知活動を行った。（参加者780名）



行政・地域包括支援センターとの定期的なミーティングや、事業での協力を通して**信頼関係を醸成**し、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

総合相談窓口

相談件数

相談件数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平成24年度	7	2	6	6	7	9	7	3	9	9	4	5	74
(うち地域住民)	1		1		2		1			3	2	0	10
平成23年度					2	1	1	2	3	8	3	9	29

相談元施設

施設区分	件数
居宅介護支援事業所	32
医療機関	21
地域住民	10
地域包括支援センター	3
訪問看護ステーション	2
グループホーム	2
障がい者支援センター	1
小規模多機能施設	1

主な相談内容

内容	件数
地域資源の情報提供	19
相談支援	13
医療依存度の高い方の入所先	12
往診医について	12
入所施設について	8
訪問歯科について	8

相談件数は昨年度の約2倍以上
になりました。

相談内容データベースを作成。相談業務の品質を高めるとともに、地域の課題抽出等にも役立てることが期待できる。

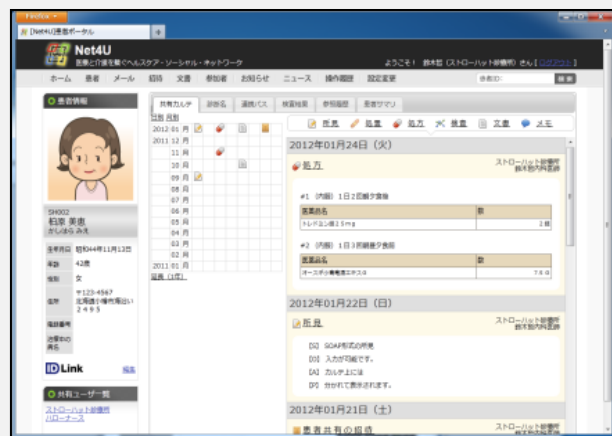
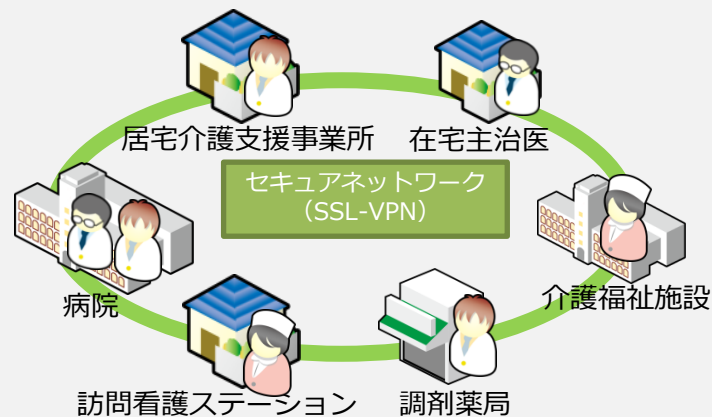


地域にはさまざまな相談窓口や資源がある。その機能等を把握し、相談内容に応じて人と人、点と点を繋げていく。

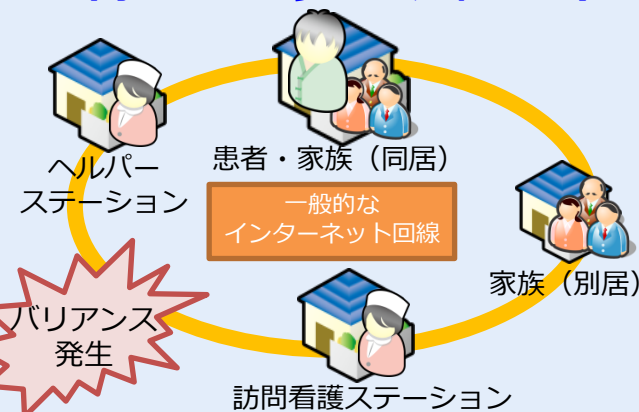
患者情報共有ツールの活用と展開

Net4U ～当地区で10年以上利用されてるITツール～

医療・介護従事者のための患者情報共有ツール



地域で利用されている患者情報共有ツール。診療情報の共有・コミュニケーションとして利用されている。Note4Uの導入により在宅高齢者の見守り情報が確認でき、患者の状態に注意すべき変化があれば、メールで通知される。

Note4U ～ほたるが主体となりシステム構築～
介護者参加型在宅高齢者見守りWEB連絡ノート

家族やヘルパーが登録する見守り情報により、Net4Uを利用する主治医やケアマネジャーが、日々の在宅での状態を把握できるようになる。WEB型連絡ノートとしても利用できるほか、Net4Uで登録された処方箋や検査結果の閲覧も可能となる。

患者情報共有ツールに機能拡張。家族やヘルパーが参加できる「在宅高齢者見守り機能」によって、在宅高齢者の急変、重症化の予防を実現！

地域における在宅医療・介護連携を進めるためのポイント

「地域の情報共有にICTシステムを整備するための具体的手順」その1

『在宅医療介護連携を進めるための情報共有とICT活用(平成24年度 厚生労働科学特別研究事業 研究代表者武林教授)の第5章』より

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

Point!

在宅医療介護連携ICTシステムの整備は、「ひとのネットワーク」が有ることが前提
ひとのつながりをサポートするために、コンピュータを活用した「ICTシステム」が存在



地域における在宅医療・介護連携を進めるためのポイント

「地域の情報共有にICTシステムを整備するための具体的手順」その2

『在宅医療介護連携を進めるための情報共有とICT活用(平成24年度 厚生労働科学特別研究事業 研究代表者武林教授)の第5章』より

市町村での対応手順の主な流れ

まず、地域の実状にあわせ医療介護の連携にどのような情報共有が必要か等を検討

ICTシステムで情報共有することを検討する場合

(1)ICTシステム導入を踏まえた在宅医療介護連携ネットワーク構築の検討

ICTシステムを導入する場合

(2)在宅医療介護連携ICTシステム導入の留意点

5つの視点

- 1.情報共有の目的や意義の理解
- 2.地域の状況共有のモデルパターンの参照
- 3.共有する情報の内容の整理
- 4.現状の地域の情報共有の整理
- 5.地域の情報共有に対するICT導入の意義、手順、問題点の理解

Point!

- ・運営主体を決める
(現状把握、基本構想策定、持続性確保)等

Point!

- ・個人情報の取り扱い、同意取得方法、セキュリティ管理等の導入に対する重要課題(安全管理の責任等)と参考ガイドラインの提示
- ・ICTシステム機能(ホームページ等の取組みやすい機能から順次)や運用具体例の紹介等

Point!

地域における在宅医療・介護連携を進めるためのポイント

「地域の情報共有にICTシステムを整備するための具体的手順」その3

『在宅医療介護連携を進めるための情報共有とICT活用(平成24年度 厚生労働科学特別研究事業 研究代表者武林教授)の第5章』より

市町村での対応手順の主な流れ(続き)

(3)イニシャルおよび維持・運用費などの確保の検討

将来の予算確保を見据え、
地域の関係者のメリットデメリットを整理

Point!

(4)標準化・個人情報保護
セキュリティ対策・ガイドライン対応

- ・管理者の設置や運用の文書化
- ・PDCAサイクルで常に最新の対策を施す
- ・複数事業者間をまたぐことを留意
(管理者の設置や運用の文書化)

Point!

(5)Service Level Agreement

- ・ASP・SaaSサービスを利用する場合は
外部サーバを回線経由で利用するため、
サービスの内容、安全の確認が大切

Point!

(6)事業継続計画の検討

- ・大規模地震災害をはじめ、台風、洪水、津波、
火山の噴火、落雷と大規模停電、大雪等の
地域特性を踏まえた対策を検討

Point!

(7)技術動向、社会情勢の変化等
への対応

- ・セキュリティレベルと利便性、コストのバランス
- ・医療等IDと個人情報保護、患者参加の動向
- ・医療職と介護職間の壁、用語の問題

Point!

地域における在宅医療・介護連携を進めるためのポイント

「地域の情報共有にICTシステムを整備するための具体的手順」その4

『在宅医療介護連携を進めるための情報共有とICT活用(平成24年度 厚生労働科学特別研究事業 研究代表者武林教授)の第5章』より

運用規定の策定手順(例)

(1)運用管理の組織・体制を決める

〈決定事項の例〉

- ・協議会等のなかに運営管理者を置く
- ・各施設に管理責任者を置く
- ・管理責任者が利用者(職員)を管理する 等

(2)管理項目や管理手法を決める

〈決定事項の例〉

- ・情報システム機器の取り扱い
- ・利用者の認証方法、ID発行と管理
- ・マニュアルやセキュリティ教育、定期的監査 等

(3)運用規定と関連文書を作成、報知する

- 1.医師会長と首長が協力を確認
- 2.お互いに実務者を指名
医師会長⇒医師会事務担当
首長⇒地域医療係を設置
- 3.医師会事務担当と地域医療係が連携して歯科医師会、薬剤師会、看護協会などの多職種に参加を呼び掛ける
- 4.各団体の責任者が集い、基本方針を決める。連絡係は地域医療係。
- 5.事務手続きや予算確保などの実務は医師会事務担当が担う

Point!

- 6.各団体の責任者が実務担当者を指名
- 7.実務担当者は医師会が選定したベンダと共に詳細検討を行う
- 8.検討結果を理事会に諮り、決定

Point!

- 9.医師会事務担当が中核病院や先進事例などから運用規定や申込書、同意書入手し参考とする
※既存の医師会、役所の規定との比較
※厚労省ガイドライン付表等を参照

Point!

在宅医療の施策

- 平成25年度からの医療計画には、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を盛り込むこととし、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」などを含めた連携体制を位置づけ。
医療計画に基づく体制の構築に必要な事業費等に対応するため、平成24年度補正予算において、地域医療再生基金を積み増し。
- 国において、平成23年度及び24年度に実施した「在宅医療連携拠点事業」で得られた成果を随時、情報提供する予定。
都道府県においては、これらの知見を参考に、在宅医療・介護提供体制の確保のため、市町村や地域医師会等の関係者と連携した取組を実施。

(在宅医療推進事業の例)

- ・地域全体の在宅医療を推進するに当たり、特に重点的に対応が必要な地域での取組の実施。
- ・事業実施に当たっては市町村が主体となって、地域医師会等と連携しながら在宅医療の提供体制構築に向けた取組を支援。
- ・具体的には、以下のような取り組みを通して、地域の在宅医療・介護関係者の顔の見える関係の構築と、医療側から介護への連携を働きかける体制作りに取り組むことが考えられる。
 - ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
 - ② 会議の開催(会議への医療関係者の参加の仲介を含む。)
 - ③ 研修の実施
 - ④ 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
 - ⑤ 地域包括支援センター・ケアマネを対象にした支援の実施
 - ⑥ 効率的な情報共有のための取組(地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一 など)
 - ⑦ 地域住民への普及・啓発

在宅医療の体制

退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
・在宅医療に必要な連携を担う拠点

等

日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

病院・診療所、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所、
地域包括支援センター、介護老人保健施設
短期入所サービス提供施設
在宅医療において積極的役割を担う医療機関
在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

急変

急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

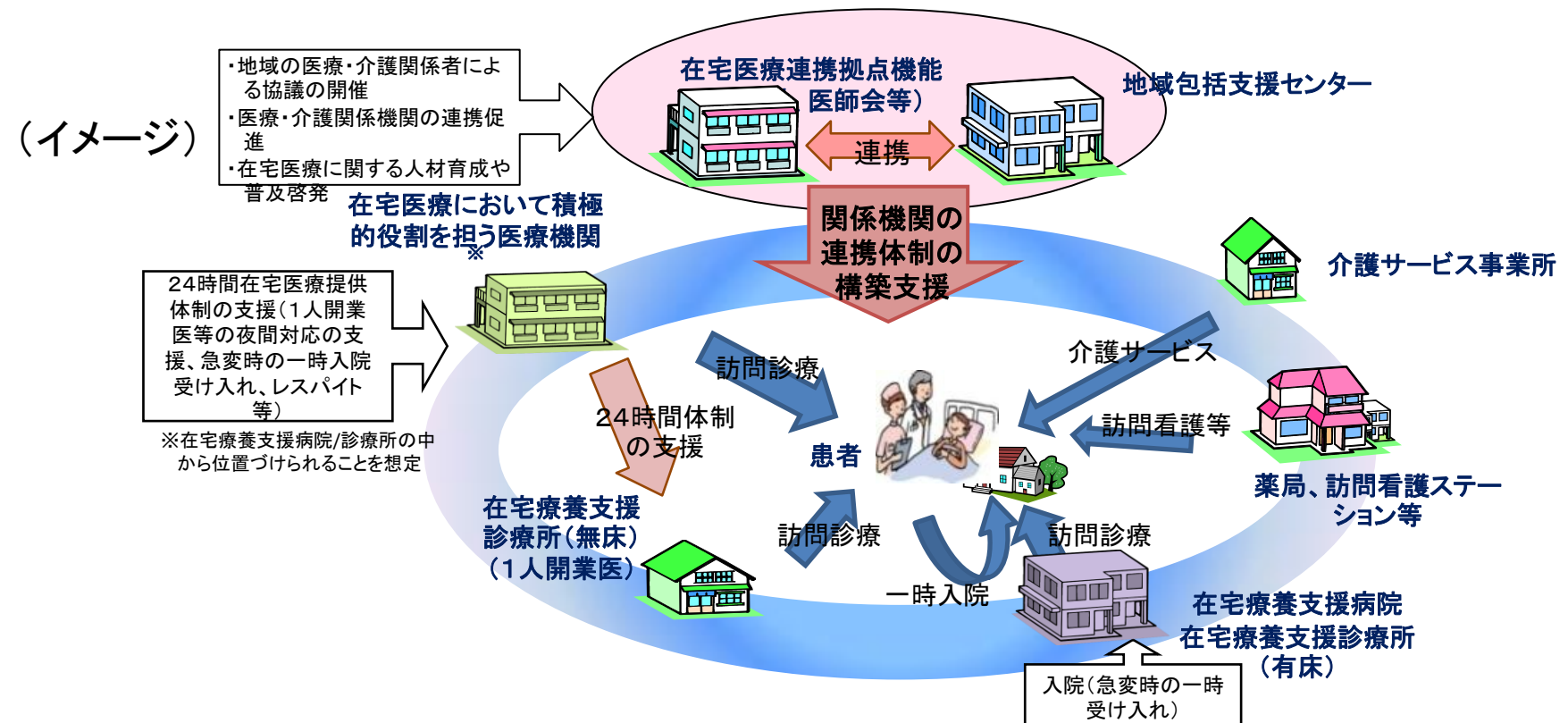
在宅医療・介護の連携推進の方向性

○ 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の 関係機関(※)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。

(※)在宅療養を支える関係機関の例

- ・地域の医療機関（定期的な訪問診療の実施）
- ・在宅療養支援病院・診療所（有床）（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
- ・訪問看護事業所（医療機関と連携し、服薬管理や点眼、褥瘡の予防、浣腸等の看護ケアの実施）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。



3 在宅医療・介護の連携推進

■事業の必要性

- 在宅医療を推進するには、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要であり、そのためには、在宅医療を提供する病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどの医療・福祉機関やそこに従事する多職種が連携する必要がある。
- そのため、多職種が連携できるための体制の構築と実施拠点となる基盤の整備を行う。

■事業内容

■地域ケア会議活用推進等事業 (219百万円)

■介護と連携した在宅医療の体制 整備 (500億円の内数)

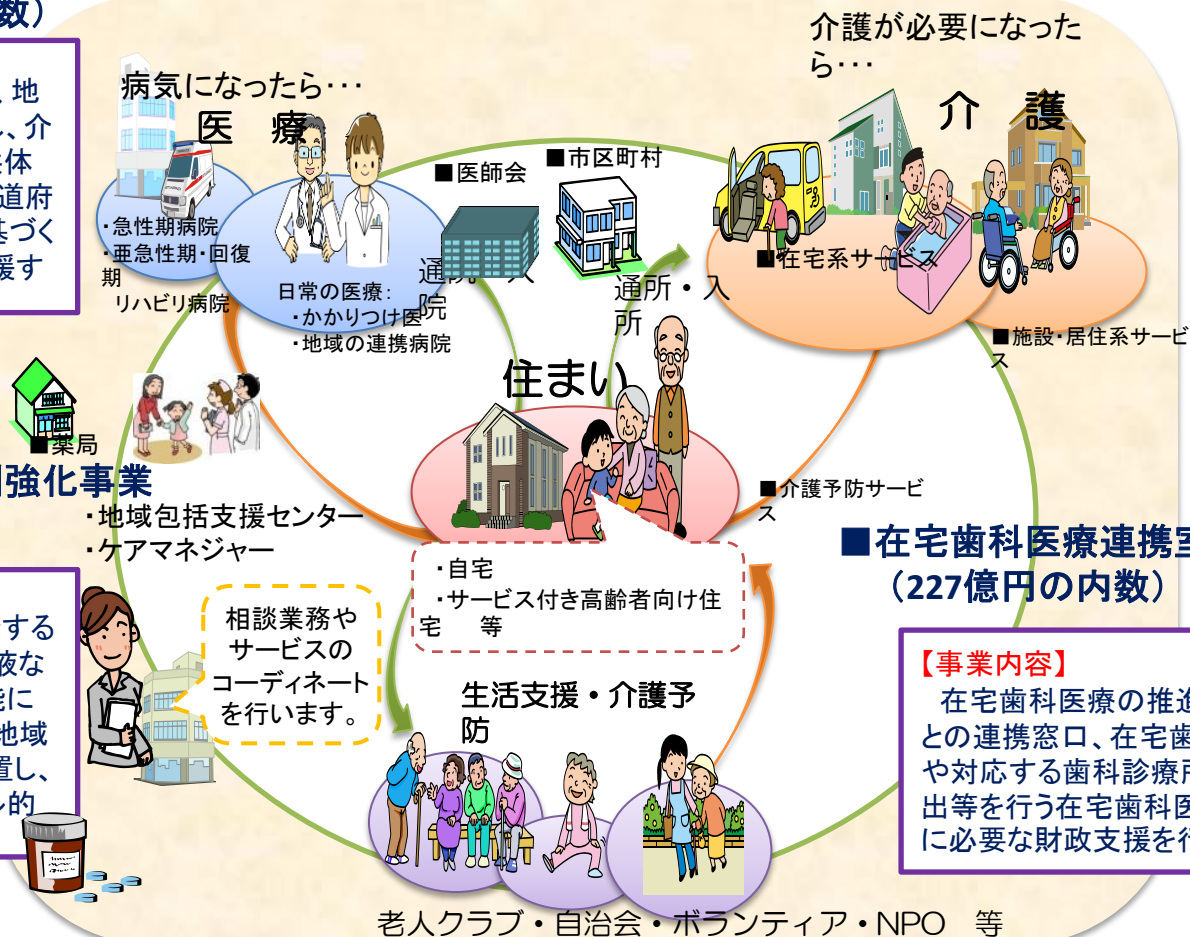
【事業内容】

市区町村が主体となって、地区医師会等と緊密に連携し、介護と連携した在宅医療提供体制の構築を図るなど、各都道府県が策定した医療計画に基づく在宅医療推進の取組を支援する。

■薬物療法提供体制強化事業 (40百万円)

【事業内容】

在宅がん患者等が必要とする無菌性の高い注射剤や輸液などを身近な薬局で提供可能にするために、都道府県が地域の薬局に無菌調剤室を設置し、共同利用する体制をモデル的に構築する。



【事業内容】

医療、介護の専門家など多職種が協働してケア方針を検討し、高齢者の自立支援、認知症の人の地域支援などを推進する「地域ケア会議」の普及・定着を促進する。

■在宅歯科医療連携室整備事業 (227億円の内数)

【事業内容】

在宅歯科医療の推進のため、医科・介護等との連携窓口、在宅歯科医療希望者の窓口や対応する歯科診療所等の紹介、機器の貸出等を行う在宅歯科医療連携室の体制確保に必要な財政支援を行う。



25年度予算 100百万円 (109百万円)



在宅医療関係施策資料について

■在宅医療の推進について(厚生労働省HP)

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

■在宅医療・介護の推進について(厚生労働省HP)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu_all.pdf

■小児等在宅医療連携拠点事業

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/renkeikyotenjigyuu_01.pdf

■多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業(国立長寿医療研究センターHP)

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei-1-1.pdf>

○都道府県リーダー研修(10月13日、14日開催)資料

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/jinzaiikusei/leader01_doc.html

■在宅医療・介護の連携における情報通信技術(ICT)活用に関する研究班報告書抜粋

(平成24年度厚生労働科学特別研究事業)

地域における在宅医療・介護連携を進めるために

～市町村主体で医師会と連携して在宅医療介護連携ICTシステムを整備するための考え方と進め方～

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h25_0509-01.pdf

■国立長寿医療研究センター

<http://www.ncgg.go.jp/>