

地域包括ケア推進シンポジウム 第Ⅱ部
～ 地域包括ケアの推進と人材確保について ～

鳥取市福祉保健部高齢社会課 地域包括ケア推進室
(鳥取県東部医師会 在宅医療介護連携推進室) 橋本 渉
2015年10月25日

地域包括ケアシステム構築の
ための重点取組み

「地域包括ケアシステム」の構築に重点的に
取り組むための担当組織の新設

- ★ 高齢者福祉や介護保険を担当している高齢社会課内に「地域包括ケア推進室」を新設。(H27. 4. 1～)

地域包括ケア推進室

地域支援係

医療介護連携係

認知症施策等の政策立案・
地域支援事業・高齢者福祉
サービスを担当

在宅医療・介護連携の推進担当

内容

- ・ 第6期鳥取市介護保険事業計画の重点取組事項
- ・ 認知症地域支援推進員について
- ・ 生活支援コーディネーターについて
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業による、多職種での地域包括ケアの推進と質の向上

第6期鳥取市介護保険事業計画

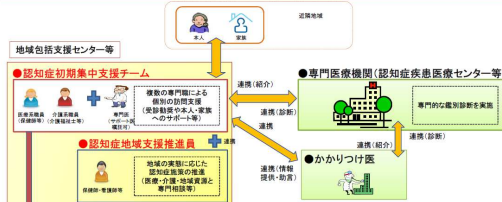
～ 地域包括ケアシステム構築のための
重点取組事項 ～

- ・ 「在宅医療・介護連携」の推進
- ・ 「認知症施策」の推進
- ・ 「生活支援・介護予防サービスの基盤整備」の推進
- ・ 「高齢者の生活を支える住まいとサービスの確保」

認知症施策

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

以下の体制を地域包括ケアセンター等に配置
○認知症初期集中支援チーム 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
○認知症地域支援推進員 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。



＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞
①訪問支援対象者の把握、②情報収集、本人の生活情報や家族の状況など、③アセスメント、認知機能検査、生活機能検査、行動・心理検査、家族の介護負担度、身体の様子などのチェック、④初回訪問時の支援（認知症への理解、専門的連携機関等の利用の助言、介護サービス利用の助言、本人・家族への説明など）、⑤チーム員会議の開催（アセスメント等の結果、支援方針の決定、連携機関との連携等）、⑥訪問集中支援の実施（専門的連携機関等への委託依頼、本人への助言、家族を支援するケア、生活環境の改善など）、⑦介護職者のモニタリング

鳥取市「認知症コーディネーター」です！

～ 認知症地域支援推進員のご紹介～

鳥取市にお住まいの認知症の人、家族、ボランティア、医療機関、介護サービス、行政等がネットワークを作り、自分たちの住む地域が認知症になっても「自分らしく暮らしていけるまち」になるよう、「認知症コーディネーター」がお手伝いいたします。

相談支援や認知症カフェの実施により、各地域包括圏において、関係者同士の連携を深め、圏域内の認知症の人と家族をサポートする体制作りにも努めます。

身近な居場所づくり「認知症カフェ」を開催

各包括圏において、認知症の人、家族、ボランティア、医師・介護関係者、行政、包括職員等が参加し、仲間づくりや情報の発信ができる「認知症カフェ」を開催します。

- 身近な地域への出前開催もします。
- 運営スタッフは、認知症の人や家族、ボランティアや専門職で構成します。
- 開催を通して、認知症の人と家族を支える地域の人材を育成します。

相談支援をおこないます

認知症の人と家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしているよう、地域包括支援センターと連携し、適切な医療・介護・生活支援サービス等につなげる相談支援をおこないます。

認知症サポーター養成講座を 受けてみませんか？

認知症サポーターとは

「なにか」特別なことをする人ではありません。
認知症に関する正しい知識を持ち、地域や職場において認知症の人や
家族に対して適切な「応援者」です。

認知症サポーター養成講座とは
サポーターになっただけのために
認知症に関する正しい知識を学ぶ講座です。

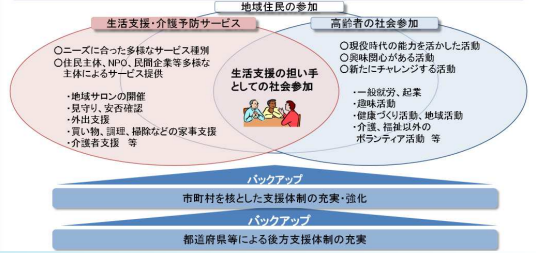


- 【対象】地域住民・職場・学校など（少人数でもOK）
- 【講師】キャラバン・メイト（認知症について養成研修を受講した者）
- 【開催場所】公民館等会場の確保をお願いします
- 【時間】約60分～90分（要望に応じて）
- 【費用】無料

生活支援サービス

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが住みやすい介護予防の一つになる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することによって、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の調査やそのネットワーク化などを行い「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター 協議体の役割

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 ⇒ 多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元々の活動などが担い手として活動する場の確保 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 取組者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくり 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の支えコースとサービス提供主体の活動をマッチング 等

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の日常生活圏（中学校区域等）があり、平成26年度は第1層、平成28年度までの間に第2層の充実を目指す。
 (2) 第1層 市町村協議体、生活支援推進員（生活支援サービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
 (3) 第2層 日常生活圏（中学校区域等）で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開
 ※ コーディネーター機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者や提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外

(2) 協議体の設置 ⇒ 多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参加例

NPO 民間企業 協同組合 ボランティア 社会福祉法人 等

※ コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

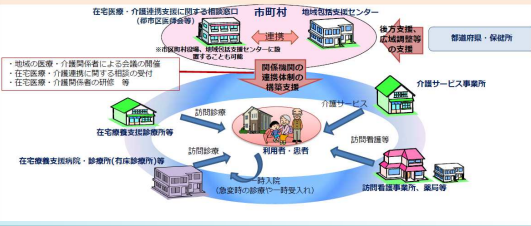
(平成27年度)

- ・ 第1層(市域)協議体の設置 H27. 10. 23
- ・ 第1層生活支援コーディネーターの配置 H27年度中に配置の予定 (次年度以降)
- ・ 第2層(日常生活圏域:中学校区)の協議体 可能な地域から順次取り組み支援
- ・ 第2層生活支援コーディネーターの養成研修の実施

在宅医療・介護連携推進事業 在宅医療・介護連携の推進

○ 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続けることができるよう、地域における医療・介護の両機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

- (※) 在宅医療を支える関係機関の例
- ・ 診療所、在宅療養支援診療所、歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・ 病院、在宅療養支援病院、診療所（有床診療所）等（急変時の診療、一時帰宅入院の受け入れの実施）
 - ・ 訪問看護事業所、薬局（医薬品・医療機器の提供、処方箋の調剤、在宅療養等の相談、看取りケアの実施等）
 - ・ 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、都道府県・保健所の支援の下、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推進する。



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医師会等の在宅医療連携推進事業（平成25年度～）により一定の成果、それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、都府県医師会等と連携しつつ、取り組む。
- 可能な市町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月に全ての市町村で実施。
- 各市町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 一部を市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市町村と都府県医師会等の関係団体、病院等との協力の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援、国は、事業実施の手引書や事例集の作成等により支援、都道府県を通じて実施状況を把握。

- 事業項目と取組例
- (ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- ◆ 地域の医療機関の分類、医療機関を把握し、地図でリストアップ
 - ◆ さらに連携に有利な項目（在宅医療・介護連携推進事業の推進）等の情報を把握し、医師の絶対数が少ない自治体等、在住している公費等
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
- ◆ 地域の医療機関、ケアマネジャー等介護関係者等が参加する協議を組織し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策を協議 等
- (ロ) 在宅医療・介護連携推進センター（仮称）の選定等
- ◆ 在宅医療・介護連携の推進窓口の設置、選定により、在宅医療と介護サービスの担い手（医療・介護関係者）の連携を支援するコーディネーターを配置して、連携の推進の支援とともに、ケアマネジャー等から相談受付 等
- (ハ) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
- ◆ 地域医療・介護関係者（在宅医療を行う医療機関、介護事業所等の関係者を含む）等の活用により、在宅医療・介護の情報の共有支援
 - ◆ 在宅での情報取り、急変時の情報共有に有効 等
- (ニ) 在宅医療・介護関係者の研修
- ◆ 地域の医師・介護関係者がグループワーク等を通して、多職種連携の実践方法を学ぶ
 - ◆ 介護関係者を対象とした医療関係者のための研修会を開催 等
- (ホ) 地域住民への普及啓発
- ◆ 地域住民を対象としたシンポジウムの実施
 - ◆ パフレット、チラシ、図録、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
 - ◆ 在宅での看取りについても普及啓発等（協働医師会）
- (ヘ) 二次医療圏内・隣接市町村の連携
- ◆ 二次医療圏内の病院から遠隔から遠隔する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護関係の連携強化に関する研修等について協議 等

鳥取市をはじめとする東部地域での体制構築にあたって

● 東部1市4町での体制構築の必要性

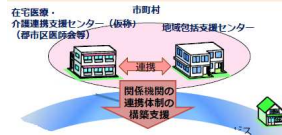
1. 医療圏と医師会の範囲が東部行政(1市4町)で一致する。(消防も)
2. 急性期医療(鳥取市内の病院が中心)の入退院時から連携が必要がある。
3. 在宅医のバックアップや在宅患者急変時の後方支援、24時間体制の構築等は、単独市町では困難である。
4. 医療資源の地域間格差があるため、圏域全体で考えていく必要がある。
5. 医療圏全体で統一した事業の推進は、行政側、医療側ともに、効果的・効率的である。

● 東部医師会との連携について

1. 医師会への委託事業と行政実施事業の連携(縦割り)ではなく、推進事業の8項目は相互にかかわりが深く、一体的な取り組みの方が効果的・効率的である。
2. 8項目すべてを担当する「東部地域の在宅医療・介護連携推進室」の設置が望ましい。
3. 上記推進室は、行政職員が主体となり医師会の専任職員(看護師・MSW等)と協働で運営する。(同じ事務所で業務を行う。)
4. 財源は、各市町の負担とする。(医師会の費用負担なし)

参考としたこれまでの国のモデル事業等

【国の示す連携イメージ】



・市町村は、在宅に取り組み部署を整備し、担当者を複数配置する(当直の異動を避ける)
 ・地区医師会等と連携し取り組み(委託可能)
 ・介護保険の地域支援事業とし、在宅医療・介護連携推進事業8項目を実施する
 ・在宅医療・介護連携支援センター(医師会等委託)は、看護師・MSW等を配置し、医療・介護関係者や地域包括からの相談受付や支援を行う

○ 医師会主体モデル

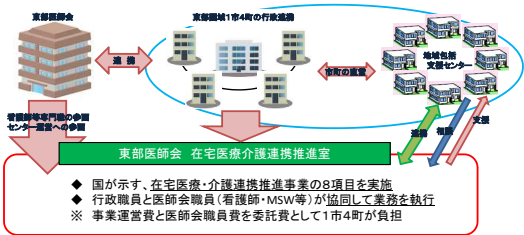
- ・鶴岡地区医師会 在宅医療連携拠点事業室「ほたる」
- ・東広島地区医師会 地域連携室「あざれあ」
- ・徳島市医師会 在宅医療支援センター (H26.4~)

※ いずれも病院・訪問看護・訪問介護などの事業を実施している医師会

○ 市町村主体モデル

- ・須坂市 地域医療福祉ネットワーク推進室
- ・須坂市・小布施町・高山村の3市町村連携(医師会のエリア)
- ・須高医師会内に事務室を設置し、医師会と連携

【東部地域の連携イメージ】 ○ 地方都市モデル



- ◆ 国が示す、在宅医療・介護連携推進事業の8項目を実施
- ◆ 行政職員と医師会職員(看護師・MSW等)が協同して業務を執行
- ※ 事業運営費と医師会職員費を委託費として1市4町が負担

【東部地域の事業方針】

- ・行政は、東部医療圏の1市4町が連携し共同実施(医師会エリアも東部)
- ・国のモデル事業を参考にし、鳥取県東部地域の実情にあった、全国に例のない新しい連携推進体制を構築
- ・東部医師会在宅医療介護連携推進室を設置し、行政職員と東部医師会の専門職員が協働で事業を実施

※ 須坂のように行政連携し、連携推進室を設置。運営は行政と医師会(専門職)が連携・協同
 ※ 医療圏で統一行動。介護等事業のない医師会も行政が主体となることで連携がしやすい。

「東部地区在宅医療介護連携推進協議会」の立ち上げ

厚生労働省が示した、在宅医療介護連携推進事業8項目を検討する「東部地区在宅医療介護連携推進協議会」を設置。(H27. 2. 23)

※ 医療・介護の関係職種、社協、行政より委員33名

<p>(ア) 地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リストアップ化。 ◆ 必要に応じて、連携に有利な項目(在宅診療の取組状況、医師の相談対応可能な日時等)を調査 ◆ 結果を関係機関で共有 	<p>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者が参加する会議を開催し、在宅医療、介護連携に関する課題抽出の協議、調査により、課題の抽出、対応策を検討 	<p>(ウ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、シ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等
<p>(エ) 医師・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携/IS等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療、介護連携に関する相談窓口の設置、運営により、連携の取組を支援 	<p>(カ) 医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を支援 ◆ 介護職を対象とした医療関係者の研修会を開催等
<p>(ク) 見据えない在宅医療と介護の提供体制の構築促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービス提供体制の構築を推進 	<p>(キ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 人口減、少子高齢化の実態から、医療・介護の現状や仕組みを啓発 ◆ 終末期ケアの在り方や在宅での看取りについての理解 	<p>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等と連携して、広域連携が必要な事項について検討

協議会ワーキンググループでの検討

「東部地区在宅医療介護連携推進協議会」・・・全体会議
 「ワーキンググループ」・・・8項目別の実務担当者レベルでの検討

H27年度は、●の5項目についてワーキンググループを設置。

<p>(ア) 地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リストアップ化。 ◆ 必要に応じて、連携に有利な項目(在宅診療の取組状況、医師の相談対応可能な日時等)を調査 ◆ 結果を関係機関で共有 	<p>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者が参加する会議を開催し、在宅医療、介護連携に関する課題抽出の協議、調査により、課題の抽出、対応策を検討 	<p>(ウ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等
<p>(エ) 医師・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携/IS等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療、介護連携に関する相談窓口の設置、運営により、連携の取組を支援 	<p>(カ) 医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を支援 ◆ 介護職を対象とした医療関係者の研修会を開催等
<p>(ク) 見据えない在宅医療と介護の提供体制の構築促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービス提供体制の構築を推進 	<p>(キ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 人口減、少子高齢化の実態から、医療・介護の現状や仕組みを啓発 ◆ 終末期ケアの在り方や在宅での看取りについての理解 	<p>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等と連携して、広域連携が必要な事項について検討

- (カ) 医療・介護関係者の研修
- ・多職種参加のグループワーク等で連携を深める(顔の見える関係)
- ・介護職向けの医療関連研修(医療知識の習得)

◆ 地域の医療・介護関係者のスキルアップ(地域力の向上)

(キ) 地域住民への普及啓発

- ・人口減、少子高齢化の実態から、医療・介護の現状や仕組みを啓発
- ・終末期ケアの在り方や在宅での看取りについての理解

◆ 制度についての理解(地域住民もスキルアップ)

● 本人・家族の選択と心構え ●

- いのちの長さか・・・
- 生活の質の豊かさか・・・
- 自宅か、施設か、有料か・・・

