

鳥取市 地域包括ケア推進課
 (鳥取県東部医師会 在宅医療・介護連携推進室)

橋本 渉

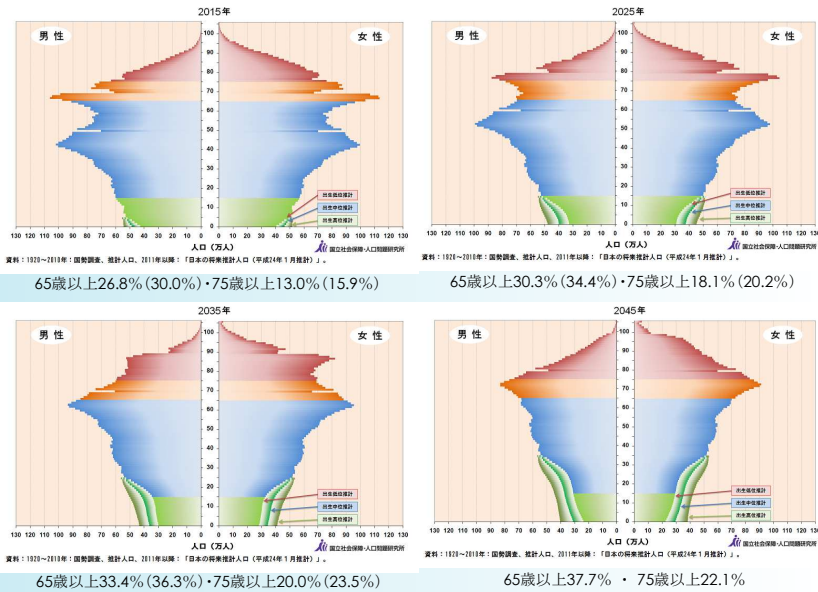
2016年 11月 27日



地域包括ケアシステムの概要について
 ～医師会を中心とした在宅医療・介護連携推進～

お話しする内容

- 背景(人口問題等)
- 医療制度の改革と地域包括ケアシステムの構築
- 東部地区の在宅医療・介護連携の取り組み



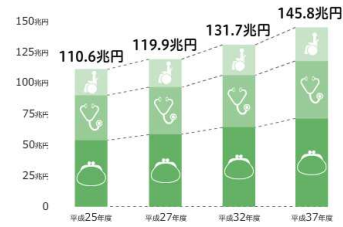
()は、鳥取県の数値

『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計:国立社会保障・人口問題研究所)

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
男女計(鳥取県)							
総数	588,667	567,193	544,484	519,861	494,364	468,146	441,038
65～69歳	36,192	45,641	41,302	35,121	31,529	29,964	34,387
70～74歳	32,965	33,956	42,945	38,917	33,222	29,928	28,529
75～79歳	32,600	29,787	30,823	39,227	35,604	30,557	27,665
80～84歳	27,217	27,393	25,345	26,382	33,892	30,816	26,680
85～89歳	16,651	20,044	20,641	19,391	20,383	26,574	24,206
90歳以上	9,508	13,162	17,158	19,817	20,730	22,101	27,000
(再掲)65歳以上	155,133	169,983	178,214	178,855	175,360	169,940	168,467
(再掲)75歳以上	85,976	90,386	93,967	104,817	110,609	110,048	105,551
	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
年齢別割合(0～14歳:%)	13.3	12.7	12.0	11.3	10.7	10.5	10.5
年齢別割合(15～64歳:%)	60.4	57.3	55.3	54.3	53.8	53.2	51.3
年齢別割合(65歳以上:%)	26.4	30.0	32.7	34.4	35.5	36.3	38.2
年齢別割合(75歳以上:%)	14.6	15.9	17.3	20.2	22.4	23.5	23.9
【 橋本の推計 】							
75歳以上の減少(死亡)推計		-28,555	-30,375	-32,095	-33,125	-33,783	-34,425
〃 (年平均)		-5,711	-6,075	-6,419	-6,625	-6,757	-6,885

今後、社会保障の費用は、どうなっていく？

(財務省ホームページより)



社会保障の支え手である
勤労者世代の割合減少

↓
社会保障の安定財源の確保が
重要な課題

財源(お金)だけでなく、医療・介護の人材が不足している問題もある。

予防や在宅療養で社会保障費(医療・介護)の伸びを抑える努力が必要。
(住民も医療・介護関係者も考えを変えていかなければいけない。)

※ 国民全体で日本(国)を支えなければならない。

社会保障・税一体改革大綱について

(平成24年2月17日閣議決定)

2. 医療・介護等

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

(1) 医療サービス提供体制の制度改革

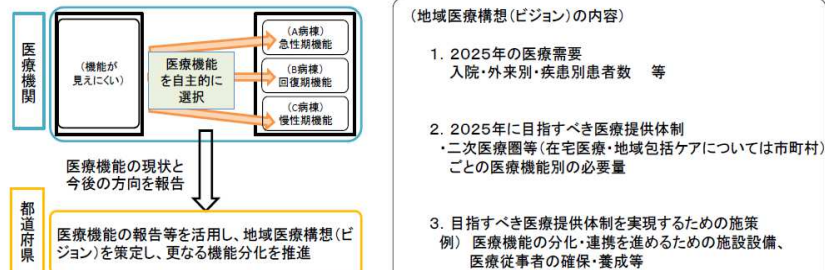
- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

(2) 地域包括ケアシステムの構築

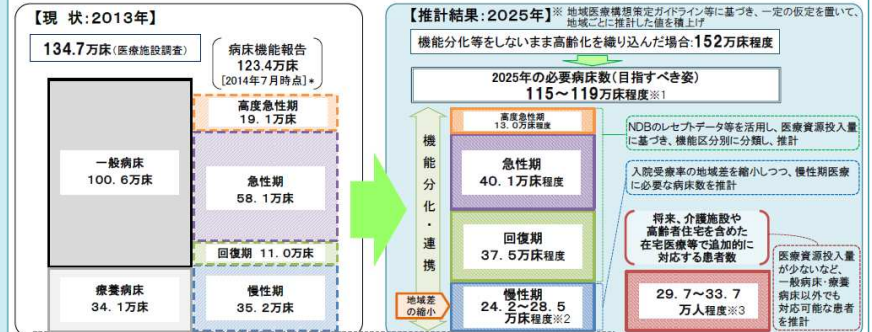
- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築に取り組む。

病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)の策定

- 病床機能報告制度(平成26年度～)
医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病床単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。
- 地域医療構想(ビジョン)の策定(平成27年度～)
都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。
国は、都道府県における地域医療構想(ビジョン)策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度～)。



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(全国ベースの積上げ)



H27.6.16 日本海新聞より
鳥取県の必要病床数 21.6%減

鳥取21.6、島根30.4%減
41道府県に病床減要求
政府報告書

鳥取県は、高齢化の進展に伴って、医療需要が増加している。しかし、人口減少が進む中で、医療資源の確保が難しくなっている。このため、国は、41道府県に病床数を削減することを要求している。鳥取県は、この削減要求に応じ、必要病床数を21.6%削減することになった。島根県は、30.4%削減することになった。

削減の対象となるのは、急性期、回復期、慢性期の病床数である。鳥取県は、急性期を218床、回復期を740床、慢性期を586床削減することになった。島根県は、急性期を83床、回復期を402床、慢性期を449床削減することになった。

削減の具体的な内容は、以下の通りである。

削減対象	削減数
急性期	218
回復期	740
慢性期	586
計	2,243

削減の具体的な内容は、以下の通りである。

削減対象	削減数
急性期	83
回復期	402
慢性期	449
計	1,158

削減の具体的な内容は、以下の通りである。

削減対象	削減数
急性期	282
回復期	877
慢性期	989
計	2,495

削減の具体的な内容は、以下の通りである。

削減対象	削減数
急性期	583
回復期	2,019
慢性期	2,137
計	5,896

削減の具体的な内容は、以下の通りである。

削減対象	削減数
急性期	218
回復期	740
慢性期	586
計	2,243

削減の具体的な内容は、以下の通りである。

削減対象	削減数
急性期	83
回復期	402
慢性期	449
計	1,158

削減の具体的な内容は、以下の通りである。

削減対象	削減数
急性期	282
回復期	877
慢性期	989
計	2,495

削減の具体的な内容は、以下の通りである。

削減対象	削減数
急性期	583
回復期	2,019
慢性期	2,137
計	5,896

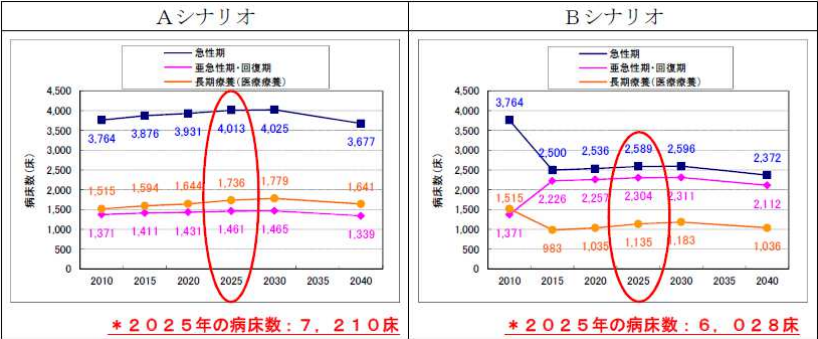
国の推計値
鳥取県地域医療構想(案)より

構想区域	医療機能	将来の病床数(参考値) (平成37年(2025年))	【参考】現在の病床数 (平成28年4月1日現在)
東部	高度急性期	218	2,783
	急性期	740	
	回復期	699	
	慢性期	586	
	計	2,243	
中部	高度急性期	83	1,331
	急性期	402	
	回復期	449	
	慢性期	224	
	計	1,158	
西部	高度急性期	282	3,038
	急性期	877	
	回復期	989	
	慢性期	347	
	計	2,495	
累計	高度急性期	583	7,152
	急性期	2,019	
	回復期	2,137	
	慢性期	1,157	
	計	5,896	

【参考】鳥取県で独自に実施した医療需要、病床数の将来推計について

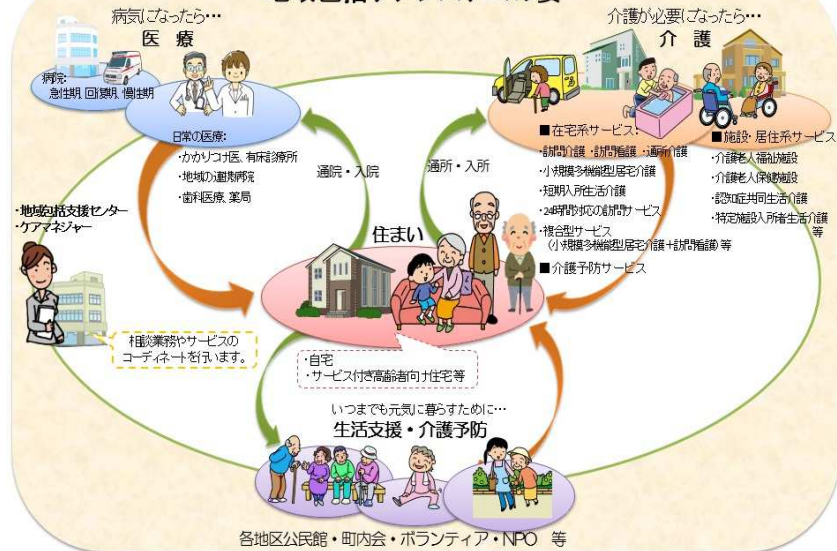
■平成24年2月に、本県独自に「地域医療資源将来予測」をとりまとめています。

①現状投影シナリオ (Aシナリオ)	医療提供体制が現状のまま推移し、平均在院日数等が現状と変わらないという仮定による推計
②改革シナリオ (Bシナリオ)	現在進みつつある平均在院日数短縮のトレンドを考慮したもので、急性期医療への医療資源の重点投入による医療資源の最適配分と効率化が相当程度進むという仮定による推計



鳥取県地域医療構想(案)より

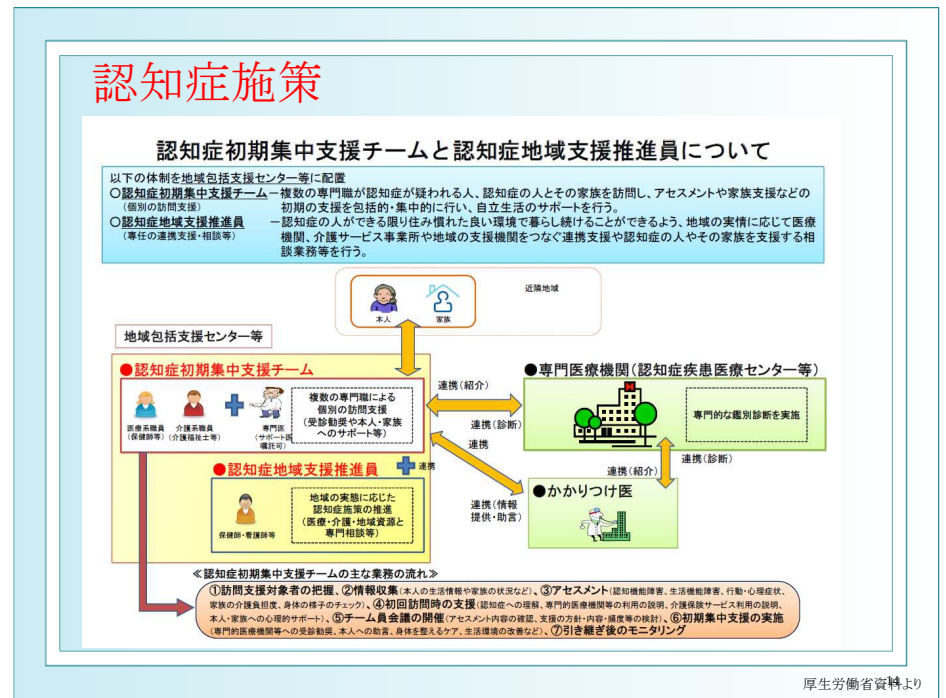
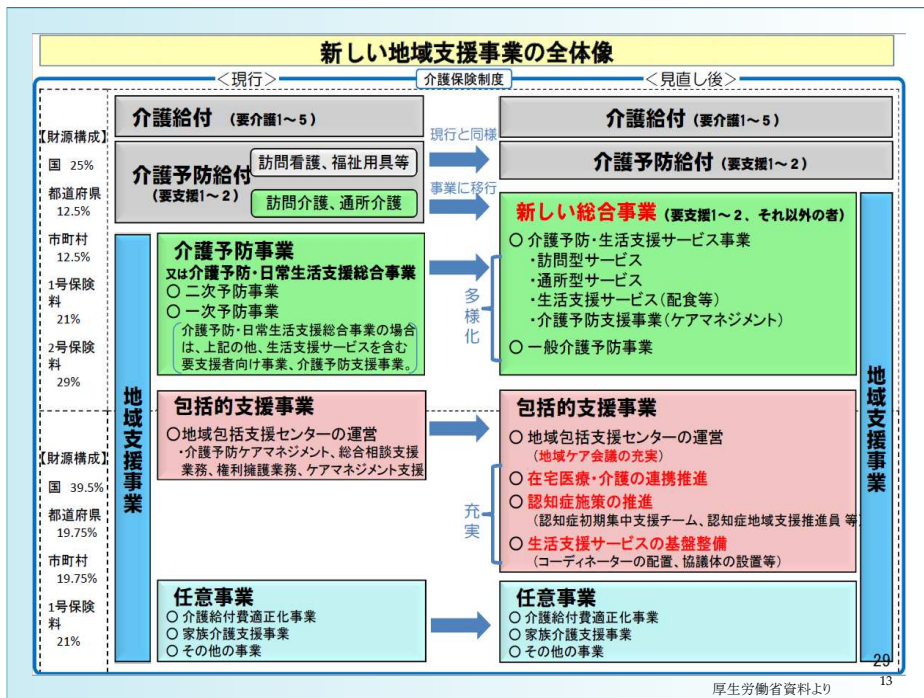
地域包括ケアシステムの姿



第6期(H27~29)鳥取市介護保険事業計画

【基本目標】 地域包括ケアシステムの実現を目指す

- ・「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」



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、各地域包括圏域において、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

● 身近な地域への出席開催もします。

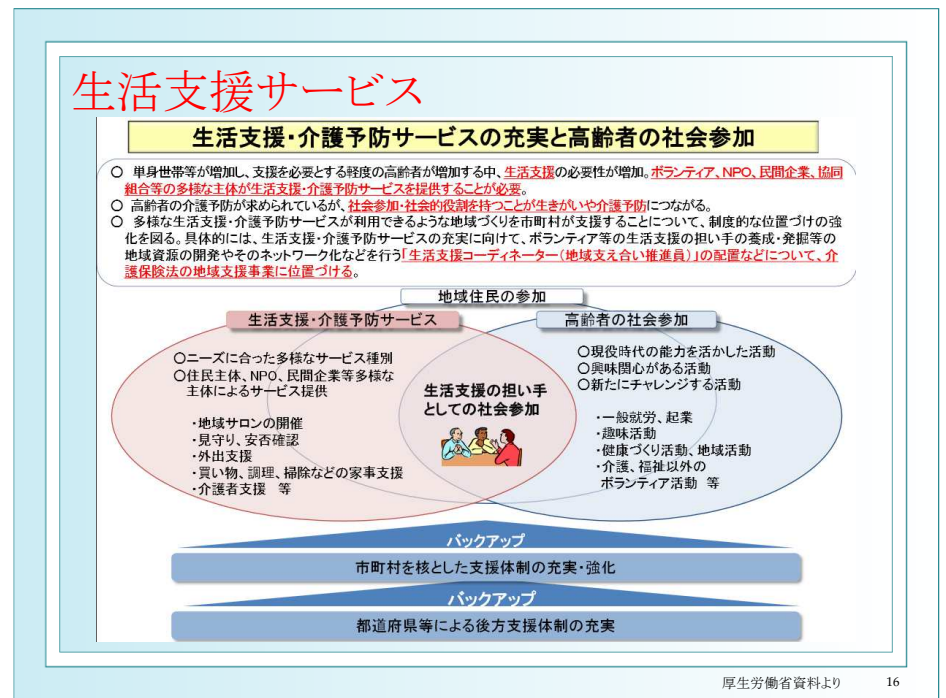
● 運営スタッフは、認知症の人や家族、ボランティアや専門職で構成します。

● 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けるよう、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がる相談支援をおこないます。

15



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。

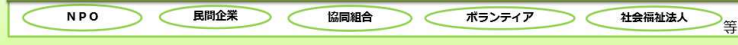
(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 関係者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の日常生活圏域（中学校区域等）があり、平成26年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
 - ② 第2層 日常生活圏域（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、利用者と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画例



※ 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

市町村による新しい地域づくりの推進（生活支援・介護予防の充実）

- 市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。⇒ 高齢者を中心とした地域の支え合い（互助）が実現。

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

- (例)
- ・ボランティアの発掘・養成・組織化

→ ボランティアは生活支援・介護予防の担い手として活動。高齢者の困り事の相談の対応等も実施。(コーディネーターとも連携)

- ・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場

- (例)
- ・サロン
 - ・住民主体の交流の場
 - ・コミュニティカフェ
 - ・認知症カフェ
 - ・ミニデイサービス
 - ・体操教室
 - ・運動・栄養・口腔ケア等の教室

多様な生活支援

- (例)
- ・ゴミ出し
 - ・洗濯物の取り入れ
 - ・食器洗い
 - ・配食
 - ・見守り
 - ・安否確認

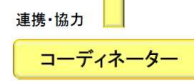
研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

小規模多機能居宅介護に交流施設を併設。地域のサロンとして活用。子どもとの交流も実施。

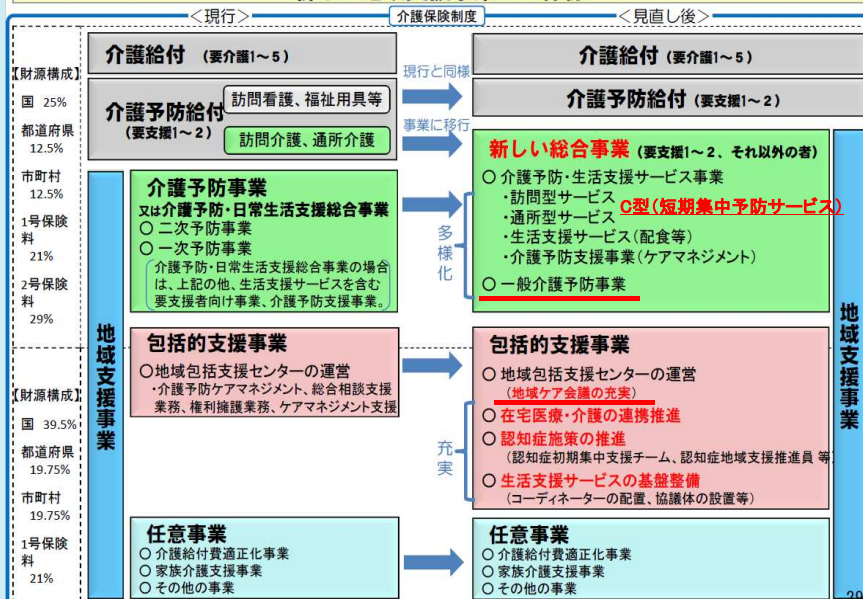
研修を受けたボランティアが高齢者と一緒に洗濯物を取り入れる等生活行為の自立を支援。

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

交番、金融機関、コンビニ等幅広い関係機関が連携し、認知症の高齢者の見守り体制を構築。



新しい地域支援事業の全体像



新しい介護予防事業

- 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなど的高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

- 一次予防事業**
 - ・介護予防普及啓発事業
 - ・地域介護予防活動支援事業
 - ・一次予防事業評価事業
- 二次予防事業**
 - ・二次予防事業対象者の把握事業
 - ・通所型介護予防事業
 - ・訪問型介護予防事業
 - ・二次予防事業評価事業

一般介護予防事業

- 介護予防事業対象者の把握事業**
 - ・地域の实情に応じて収集した情報等(例えば、民生委員等からの情報など)の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応(基本チェックリストを活用することも可能)
- 介護予防普及啓発事業**
 - ・地域介護予防活動支援事業
- ・要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実
- ・介護予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の实情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

- (新)地域リハビリテーション活動支援事業**
 - ・「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進

介護予防・生活支援サービス事業

- ・従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

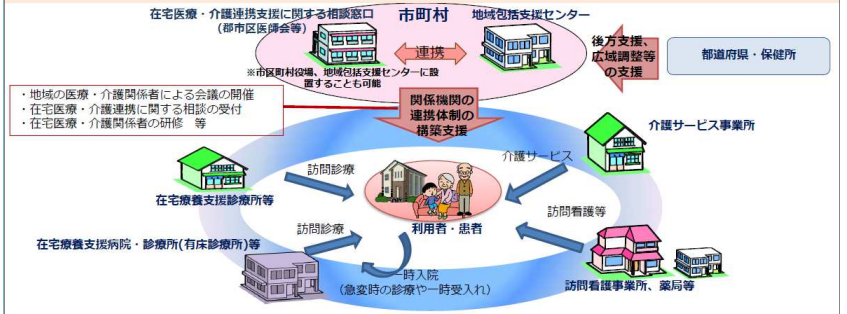
介護予防・日常生活支援総合事業

お話しする内容

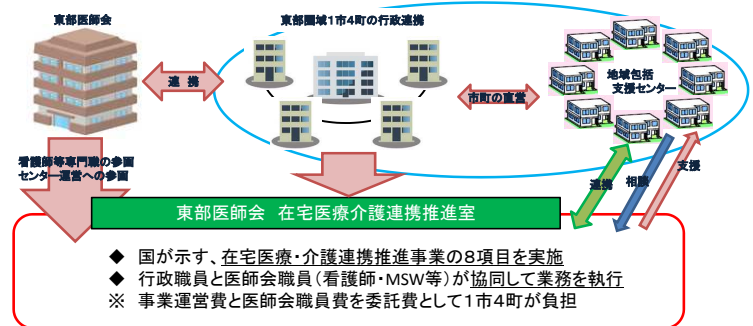
- 背景(人口問題等)
- 医療制度の改革と地域包括ケアシステムの構築
- 東部地区の在宅医療・介護連携の取り組み

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・介護の関係機関（※）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。
 - （※）在宅療養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・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、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、市区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。



【東部地域の連携イメージ】 ○ 地方都市モデル



【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。

東部医師会・行政との協同

東部地区在宅医療介護連携推進協議会 の立ち上げ





平成27年4月1日 開所式

東部医師会
在宅医療介護連携推進室
(東部医師会館4階)



(上写真) 左から

- 榎本 岩美町長
- 小林 若桜町長
- 松浦 東部医師会会長
- 深澤 鳥取市長
- 寺谷 智頭町長
- 吉田 八頭町長

「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・団体、市町社協、東部行政より委員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・マップ化 必要に応じて、連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査 結果を関係者間で共有 	<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・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>(キ) 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等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 在宅での取組についての講演会の開催等
<p>(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</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・介護サービスの提供体制の構築を推進 	<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習得 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	<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が連携して、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 (平成27~28年度)

「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。
H28年度は、●の2項目について検討を開始する。

<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・マップ化 必要に応じて、連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査 結果を関係者間で共有 	<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・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</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・介護サービスの提供体制の構築を推進
<p>(エ) 医療・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、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<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習得 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等
<p>(キ) 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等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 在宅での看取りについての講演会の開催等 	<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が連携して、広域連携が必要な事項について検討 	

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う。

- ◆ 東部地区在宅医療介護連携推進協議会(全体会議)による検討
- ◆ ワーキンググループ設置による、具体的な課題の抽出、対応策の検討
- ◆ 総合企画WG(事業全体の方針決定・企画・進捗管理)



- ◆ 地域歯科医療連携室(歯科医師会)との連携
- ◆ 東部地域医療連携協議会(東部10病院連携室)への参加・連携



(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

複数の関係市区町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

- ◆ 東部1市4町の連携と東部医師会との協働での事業開始
- ◆ 推進協議会(全体会議)、ワーキンググループへの参加
- ◆ 行政WGによる課題や情報の共有、市町間での連携強化
- ◆ 県と連携した、医療介護連携ケアマネへのアンケート調査
- ◆ 県と共催で、地域包括ケアに係るファシリテーション研修を開催(各種研修を司るファシリテーターの養成研修)



(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成、活用する。

- ◆ 地域の医療機関、介護事業所等の住所、連絡先、機能等の情報収集
- ◆ 地域の医療・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用
- ◆ 地域資源WG(資源調査の実施、資源マップ冊子の作成・配布)



(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)
 - ・東部在宅医療・介護連携研究会(多職種による事例検討会)
 - ・多職種向けの研修テキストの企画・作成
 - ・各小地域・職種・事業所への出前研修の企画、講師養成
 - ・多職種研修WGによる検討



- ◆ すでに行われている研修会の活用・連携(広報や参加)
 - ・地域支援口腔ケア
 - ・食支援研究会
 - ・在宅リハビリ・ケア研究会
 - ・CBM研究会
 - ・薬剤師会・ケアマネ協会の勉強会
 - ・薬局主催のワールドカフェ、OSTによる多職種勉強会
 - ・ケアマネ協東部支部圏域別研修会 など

H28/7/3「多職種連携ワールドカフェ」を開催

「在宅医療介護連携のための多職種研修に必要な知識、技術、態度」をテーマにグループディスカッションを行い、今後の多職種研修のタイトルや項目になると思われることを話し合った。

※各グループの進行助言等はH27ファシリテーション研修の修了者が行った。



話し合われた内容は、多職種研修WGで再度検討され、今後の多職種研修のテーマ・項目として活かすこととしています。



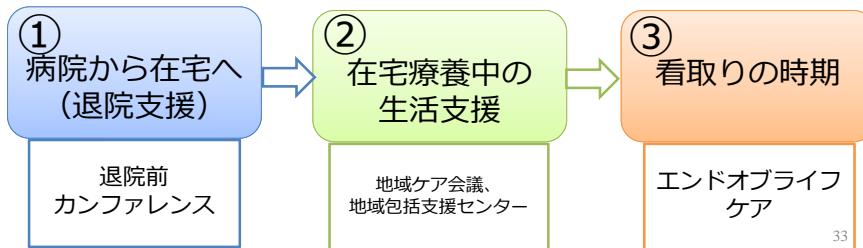
参加者 81名
(医師5名、歯科医師2名、薬剤師3名、保健師・看護師20名、PT・OT・ST13名、社会福祉士・MSW13名、歯科技術士2名、管理栄養士2名、ケアマネ13名、その他8名)

在宅医療・介護連携推進室 多職種研修WG 多職種研修プログラム（案）

目的： 在宅療養を支援するための多職種による知識向上と意見交換
住民の利益を考えた効果的な多職種連携

内容： 多職種連携強化のための研修に特化したプログラム
病いの軌跡を通じ、その人の人生に対するそれぞれの専門職の役割を理解する

対象： 医療介護福祉関係者（初学者向け）
医師、看護師、薬剤師、ケアマネ、歯科医師、歯科衛生士、
リハビリ、栄養士、介護士、ヘルパー、福祉関係者、行政職等



33

（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）

- ・住民向けの普及啓発テキストの企画、パンフレット作成（地域包括ケアのこと、医療のこと、介護のこと）
- ・各小地域への出前研修の企画（ファシリテーターの養成も）
- ・住民啓発WGによる検討

- ◆ 東部在宅医療・介護連携講演会の開催（一般・関係者向け）
テーマ：「在宅での本人や家族の生き方、心がまえ」



- 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、……



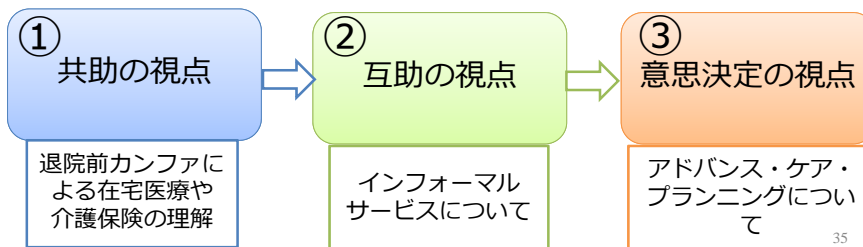
34

在宅医療・介護連携推進室 住民啓発WG 住民啓発プログラム（案）

目的： 在宅医療や介護について理解し、必要なサービスを適切に選択
終末期ケアの在り方や在宅での看取りについて理解

内容： 寸劇を通じて、3つの視点を意識した研修プログラム
退院から在宅移行、在宅療養についての寸劇
育成したファシリテーターの参加によるグループワークと双方向性講義

対象： 地区住民（公民館単位）



35

（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

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて、必要な具体的取組を企画・立案する。

【ポイント】

(1) 地域の在宅医療と介護の資源状況等、地域の実情に応じた様々な取組が考えられるので、(ア)で得られた情報や(イ)で検討した事項を踏まえ、地域で必要となる提供体制の構築に向けた検討を行い、地域の実情に応じた取組を行う。

1. ケアマネと病院の入退院時の連携強化（取り組みを開始）
H27実施のアンケート調査の結果をもとに、東部地域医療連携協議会（10病院の地域連携室）と連携強化策について、検討を開始。



2. 資源マップ調査結果より（今後の課題）
 - ・ 訪問看護の不足 … エリア（八頭町・若桜町）、日祝、夜間
 - ・ 在宅医療機関 … 在宅療養支援診療所（病院）は26か所、（H.28.7月現在）在宅療養後方支援病院1か所。



「かかりつけ医」の重要性 …
日頃の元気なうちからの関係。将来のことも見据えて。

36

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。

1. 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営
2. 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
(地域住民からの相談等は、原則として、引き続き地域包括支援センターが受付ける)
3. 地域包括支援センターとの連携

【目的】

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援すること。

他市町村での取組み状況を調査(7月)、結果を参考に年度内に現人員で、テスト運用を開始する予定。



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援（平成29年度取組予定）

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。

▼ 本事項は、以下の2つの取組で構成される。

1. 情報共有ツールの作成
 2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握
- ※ 情報共有ツール: 情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス等

【目的】

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われること。

【課題】 ICTの利活用は？

本当に必要な情報は何か？
メリットとコスト(労力・お金)のバランス

