

E. 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

内 容

医療知識の十分でない地域包括支援センターやケアマネジャー等の介護サイドの職種に対して、医療知識の提供、相談窓口の設置等により支援を行い、在宅医療・介護連携の円滑化を図るもの

目 的

在宅医療を含む多職種協働においては、特に、介護サイドの職種において医療的な知識が不足していることが連携を困難にしているとの指摘があり、他方、介護職種からは、とりわけ多忙な医師へのアプローチは敷居が高く困難との声が聞かれる。このような状況に対応する支援を行うものである。

留意点

- 具体的手法としては、介護関係者向けの研修の実施により知識レベルの向上を図ることに加え、介護関係者が気軽に医療的相談ができる窓口設置の必要性が高い。
- また、医師がケアマネジャーからの電話等を受ける時間帯(『ケアマネタイム』)を設定し、その一覧を介護側に周知することによって、介護側の、多忙な医師に対する相談への心理的障壁を減らそうとする試みがされている地域もある。
- 介護保険制度の開始をきっかけに全国的に郡市区医師会主導により、多くの地域において医師・ケアマネジャー間のファックス通信が導入された。しかし、長年の経過により、残念ながらこのような通信ルールが機能していない地域がある。現在、これが機能していればさらに強化し、不十分である場合にはその再活用も検討する。
- 前述の医師・ケアマネジャー間のファックス通信のような連携ルールは、定期的に課題を確認した上で是正するシステムを継続することが極めて重要であり、これを怠ると機能を失う場合があることに留意すべきである。

例) 東京都 板橋区医師会における相談支援への取組み (図 29、図 30)

3 療養相談室(高島平地区)

- 区民支援: 相談開始
- 多職種情報収集:
地域内在宅医、訪問看護ST、介護サービスの受け入れ状況
- 退院支援(スクリーニングシート)・入院支援
- 施設情報: 機能リスト付きMAP作成
- 災害MAP: 区とハイリスク療養者MAP調整中
- 災害対策: 支援調整 衛星電話 発電機 吸引器
- HP公開 (医療連携MAP・施設MAP公開)

療養相談室相談の実績 (平成24年9月～平成25年1月)

医師会病院より	22件	・退院調整依頼 ・訪問医の紹介依頼
在宅医より	10件	・ケアマネの相談 ・吸入器導入について ・在宅医から退院支援相談(2)
地域包括支援センターより	7件	・退院支援の協力依頼 ・精神疾患の方の支援
他の病院相談室より	4件	・独居のがん末期の支援相談 ・在宅医相談 ・訪問針灸院相談 ・気管切開、レスビ装着患者の在宅医相談
ケアマネジャーより	4件	・脊髄損傷患者のサポートについて ・褥瘡が急きよ悪化し、専門医調整
訪問看護STより	3件	・在宅医紹介依頼
施設より	1件	・グループホームでの看取りについて
その他	3件	・在宅看取りの相談 ・開業についての相談
計	54件	

※ 板橋区医師会では療養相談室を作り、区民からの相談を受け入れるとともに、在宅医やケアマネジャー等専門職からの相談窓口としても活用し、医療と介護連携に役立っている。

例) 大分県 日田市医師会立訪問看護ステーションにおける地域包括支援センター、ケアマネジャーを対象にした支援の取組み (図 31、図 32)

「入院時(退院時)情報提供票」取扱いマニュアルの策定

日田市在宅医療連携にかかわる入退院の取扱いについて

白濁市において、患者(利用者)が適切な退院・介護サービスを受けるための連携・介護に関する多職種が協働して連携体制を構築し、円滑な連携を実現するため、退院後入退院に関する「入院時(退院時)情報提供票」を作成し、在宅医やケアマネジャー等に提供し、退院後、在宅ケアサービス、相談支援(以下「ケアサービス等」という)を利用するに際して活用される。以下、取扱いの取組の取組。

1-1. ケアサービス利用者の入退院の取組

退院ケアマネージャー(以下「ケアマネ」という)は、自ら担当する利用者の退院後、介護サービスを受けるための「退院時(退院時)情報提供票」を作成し、退院後、在宅医やケアマネジャー等に提供し、退院後、在宅ケアサービス等を利用する。ケアマネは、退院後、在宅医やケアマネジャー等に提供し、退院後、在宅ケアサービス等を利用する。ケアマネは、退院後、在宅医やケアマネジャー等に提供し、退院後、在宅ケアサービス等を利用する。

1-2. ケアサービス利用者の退院の取組

退院後、在宅医やケアマネジャー等は、退院後、在宅医やケアマネジャー等に提供し、退院後、在宅ケアサービス等を利用する。ケアマネは、退院後、在宅医やケアマネジャー等に提供し、退院後、在宅ケアサービス等を利用する。ケアマネは、退院後、在宅医やケアマネジャー等に提供し、退院後、在宅ケアサービス等を利用する。

2-1. 連携体制でケアサービスが必要な患者について

退院後、在宅医やケアマネジャー等は、退院後、在宅医やケアマネジャー等に提供し、退院後、在宅ケアサービス等を利用する。ケアマネは、退院後、在宅医やケアマネジャー等に提供し、退院後、在宅ケアサービス等を利用する。ケアマネは、退院後、在宅医やケアマネジャー等に提供し、退院後、在宅ケアサービス等を利用する。

主な決定事項

1. 情報提供票は、必ず直接手渡し、説明すること。
(FAXやメールで済ませない。
「会う」ことが信頼関係を生む。)

2. ケアマネージャと医療機関の面会時期をできるだけ「当日」と明記

3. 退院時カンファレンスの開催 等


3. 効率的な医療提供のための多職種連携

(1) 地域包括支援センター会議への参加

- 地域包括支援センターの会議に参加し、包括の活動内容の理解と訪問看護ステーションの利用を提案
- 個別の地域包括支援センターへの訪問(予定)

(2) 在宅医療連携交流会の開催

- 連携ツール等の運用には、関係者の相互理解と信頼関係の構築が重要であることから、「連携ツール等の説明会と併せて、在宅医療連携交流会を開催
- 日時: 平成24年 11月6日
- 内容: ・「入院時(退院時)情報提供票」取扱いマニュアル等の説明
・参加者による名刺交換会
- 参加者: 医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネ等 102名が参加



※ 日田市医師会立訪問看護ステーションでは、医療機関や地域のケアマネジャー等の医師にむけた情報共有のためのマニュアル作成や、地域包括支援センター会議への参加を行っている。

F. 効率的な情報共有のための取組み

(地域連携パスの作成の取組み、

地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式や方法の統一など)

内容・目的

一人の対象者に対して多職種が連携して医療・介護サービスを提供する際には、一貫性のあるサービスの提供のため迅速な情報の共有が不可欠である。

このため、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・方法の統一など地域内で効率的な情報共有を行える基盤を整える。

ICTの活用によるリアルタイムの情報共有などの試みも行われる。

留意点

- 多職種が用いるものであり、地域内で共通のプラットフォームとなるものであることや、頻繁な変更は参加者にとって負担になることから、推進協議会等の場を通じて、共有すべき情報とその手法等について十分に検討することが必要である。
- 個人情報の保護の観点からの十分な検討が前提となる。
- ICTなどの導入については、コスト面での継続的な負担が生じやすいことから、費用対効果や、技術的な妥当性についてもよく検討する必要がある。
- 定期的に情報共有のツールや共有する情報項目等についての評価を行い、活動のブラッシュアップを行う。

例) 山形県 鶴岡地区医師会における効率的な地域での情報共有の取組み

(図 33、図 34)

タスク3 効率的な医療提供のための多職種連携

行政との連携

- 定期的なミーティング（毎月第1月曜日13：00～）
出席者：庄内保健所、鶴岡市長寿介護課地域包括支援センター
- 医療と介護の連携推進担当者会議への出席（研修会企画会議）
- 鶴岡市地域包括支援センター連絡会が行った「介護支援専門員業務実態に関するアンケート」に、昨年度作成した「在宅療養者支援のための連携シート」活用についての項目があり、結果をフィードバックする

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
合計	132名

理由 →

- 近隣医師との連携はとれている
- ケアマネ個人の所有物ではないため、冊子があることさえ分らない

その他共催した活動
…鶴岡市主催「福祉体育祭」で包括の利用方法を寸劇で演じ、展示やアナウンスで訪問診療や介護サービス、ほたるのPRを行った（参加者780名）

タスク3 効率的な医療提供のための多職種連携

ショートステイ空き情報提供

情報提供事業所数 : 23
閲覧事業所数 : 48 (居宅介護支援事業所、病院地域医療連携室など)

短期入所空き情報

【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） × 短期入所サービスが実施なし

サービス事業所名	施設種別	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
悠楽園 (多床室) new	25-2881	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
悠楽園 (個室) new	25-2881	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
永寿荘 new	25-6111	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
ぶおやま	38-0250	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
しむん荘 new	76-3735	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
遠寿荘	43-2351	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
ふじの花荘 new	64-5880	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
がみじ荘 (多床室) new	62-2233	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
がみじ荘 (ユニット) new	62-2233	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
椿寿荘 new	57-3222	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
がたくら荘	53-2300	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
ぶなの荘 new	58-1535	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
なの花荘 (個室) new	66-4831	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
なの花荘 (二人室) new	66-4831	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
そのめの園 new	25-6155	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
ササライオ老健のぞみ new	25-6255	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
けすらいと老健わかろ new	25-8255	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
かけはし (療養介護) new	25-1131	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
ショートステイかけはし (生活介護) new	25-1131	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

アクセス数 : 1,097件
(H24.4月～H25.1月18日現在)

※ 鶴岡地区医師会は、行政との連携により、市内のショートステイ空き情報をリアルタイムに把握し関係者への情報提供に役立てている。

G. 地域住民への普及・啓発

内容・目的

- 在宅医療・介護の連携が円滑に進んでいくためには、医療・介護関係者の連携・努力だけではなく、何よりも患者や家族が在宅医療についてよく理解して選択することが基本となる。
- 今後、各地域において医療・介護の支援が必要とされる高齢住民が増加することが見込まれており、地域住民にも在宅での療養介護に関する理解を促していただくことが必要である。

留意点

- 具体的には、退院後の生活や在宅での看取りなどについての情報提供媒体の作成や、寸劇なども活用した理解しやすい啓発活動、地域特有の情報発信ツールを活用した情報提供等を展開することが重要である。

例) 東京都 板橋区医師会における地域住民への普及啓発活動の取組み (図 36、図 37)



※ 板橋区医師会は、区民公開講座で寸劇を用いた在宅医療の啓発活動を行っている。

4. 市民啓発

○ 市政テレビ広報番組「興味しんしん家族」

- ・タイトル「在宅医療を知っていますか？」

- ・放送日

平成24年12月19日(水)

午後7時53分～8時



- ・内容

在宅医、家族からのコメント

訪問診療の様子

○ ポスター、リーフレット等の作成

27

※ 熊本市は、一般市民への啓発に、市政テレビ広報番組を利用している。

啓蒙活動② 公報の利用

身近な話題を中心に医学知識を持ってもらうことを目標とする



※すさみ町は、町報を活用した住民への情報発信を行っている。

H. 年間事業計画

内 容

- 推進協議会の開催等を経て把握された、地域の現状・課題及びこれに関する対応方針を踏まえ、市町村における事業計画を策定する。

目 的

- 在宅医療・介護連携は、市町村当局に加え、医師、歯科医師等の医療関係職種、ケアマネジャー、介護事業者等数多くの主体が関わる事業であり、推進協議会における検討や合意の集大成(実施・検討事項、スケジュール、役割分担等)を可視化し、進捗管理ができるようにしておくことが重要である。

留意点

- 解決策から具体的な在宅医療・介護連携推進に関する事業計画を策定し、一定期間において実施する事業の内容や、関係主体間の役割分担を明確にする。
- 事業計画に盛り込むべき事項は、推進協議会の場で検討することとなるが、例えば以下のような事項が考えられる。

A～Hの事項及びこれら以外に当該地域で取り組む事項それぞれについて

- ① 実施内容について検討するものについては、検討委員会等の構成や検討スケジュールなど
 - ② 実施するものについては、回数や時期、役割分担など
- 策定した事業計画は、推進状況を確認し、見直しを図り、さらに推進するというサイクルを経るべきことは当然であり、特に多職種の参加が不可欠な本事業においてはその必要性は高い。
 - また、本事業の質と効果を評価する指標について、あらかじめ検討する必要がある。具体的には、在宅医療・介護連携の体制(構造)、支援内容(過程)などがある。また、その効果(結果)として、市町村と地域の医師会との協働による「在宅医療に参画するかかりつけ医師数」や、高齢者が最期まで住み慣れた地域で暮らすための体制と支援による「在宅看取り率(数)」などが挙げられる。

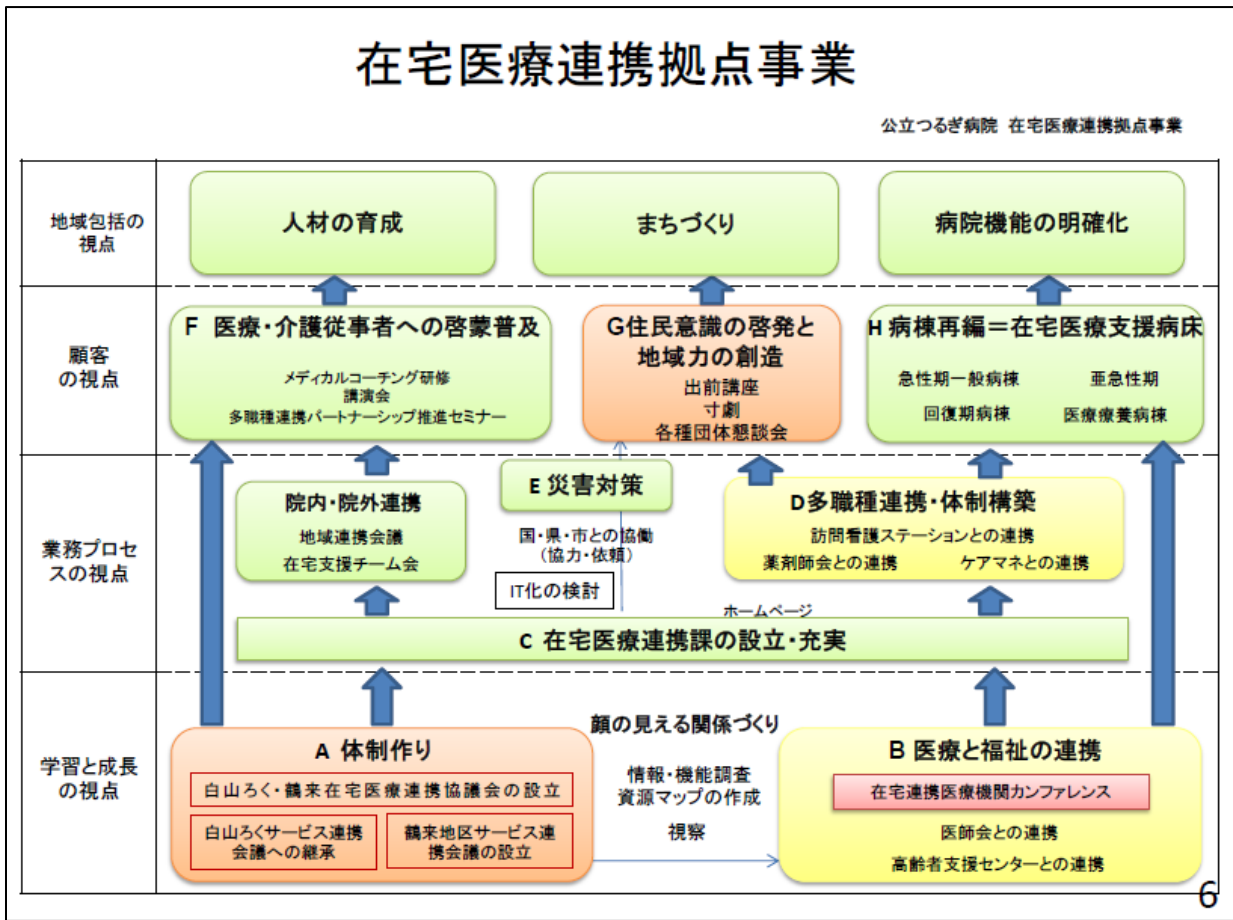
(参照)

平成 25 年 10 月 22 日 平成 25 年度在宅医療・介護連携推進事業研修会資料

『客観評価を考慮した指標のモニタリング』

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei/2013/kogi5_1022_oshima.pdf

例) 石川県 公立つるぎ病院における事業計画 (図 40、図 41)



事業内容	目的	具体的内容	開催	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	開催回数	結果
A1 白山ろく・鶴来在宅医療連携協議会	白山ろく・鶴来地区において在宅医療を必要とする人が安心して医療・介護サービスを受けられること、地域での多職種連携による包括かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築する。	「白山ろくサービス連携会議」及び「鶴来地区サービス連携会議」の円滑な推進を図る。	医師会の協力・支援 行政機関の協力・支援 医療機関の協力・支援 その他関係機関の協力・支援				23日 設立 第1回協議会開催					11日 第2回協議会開催			14日 第3回協議会開催	年3回	3回開催 参加者44名
A2 白山ろくサービス連携会議	白山ろくの住民が安心して療養・生活を送ることができるよう、多職種が連携し在宅医療を支えるためのネットワークとシステムの構築を図る。	・症例検討 ・地域でのサービス提供に係る課題を抽出し、解決に努める。 ・参加機関間の相互理解を深める。	医療技術、介護技術の向上 地域力の向上		16日 連携会議		18日 連携会議		19日 連携会議		21日 連携会議		18日 連携会議		13日 連携会議	年5回	6回開催 参加者数112名 症例検討16件
A3 鶴来地区サービス連携会議	鶴来地区で在宅医療を必要とする人が安心して医療・介護サービスを受けられること、地域での多職種連携による包括かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築する。	・多職種・他機関での情報共有についての検討 ・症例検討 ・地域でのサービス提供に係る課題を抽出し、解決に努める。 ・他機関の相互理解を深める。	医療技術、介護技術の向上 地域力の向上				7日 連携会議		11日 連携会議		13日 連携会議		18日 連携会議		18日 連携会議	年6回	5回開催 参加者数240名 症例検討12件
B4 在宅連携医療機関カンファレンス	・指針基準の確立 ・連携医療機関での定期的な情報交換・情報共有 ・24時間連携の構築 ・在宅医療の質の向上	カンファレンス内容の充実 課題の共有と解決 ・症例検討による情報の共有 ・在宅患者データの標準化形式の作成と運用	カンファレンス内容の充実 課題の共有と解決 ・症例検討による情報の共有 ・在宅患者データの標準化形式の作成と運用	25日 第1回カンファレンス	23日 第2回カンファレンス	27日 第3回カンファレンス	25日 第4回カンファレンス	22日 第5回カンファレンス	26日 第6回カンファレンス	24日 第7回カンファレンス	28日 第8回カンファレンス	26日 第9回カンファレンス	30日 第10回カンファレンス	27日 第11回カンファレンス	27日 第12回カンファレンス	年12回	参加者189名 症例24例

例) 石川県 公立つるぎ病院における事業計画 (図 42、図 43)

ミッション 顔の見える関係から信頼関係の構築		地域包括ケアシステムの構築		平成24年度 在宅医療連携拠点事業 事業計画書・報告書														
事業内容	目的	具体的内容	種類	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	数値目標	結果	
85	国・県・市の支援、協力	在宅医療・介護あんしん2012	在宅医療連携事業への協力依頼		1日 白山山くく介護推進室、鶴来支所	1日 14日 白鳩支所											(計) 県 3回/年 支所 6回/年	
86	白山市高齢者支援センターとの連携	医療・福祉・保健にまたがる様々な支援	・地域の課題の抽出・解決策の検討 ・行政サイドからの情報提供 ・資源の有効活用		2日、22日 訪問開始			4日 定期ミーティング	27日 行政・拠点・事業計画会議	9日 定期ミーティング	14日 定期ミーティング	25日 定期ミーティング	23日 定期ミーティング		5日 定期ミーティング	年10回	9回	
87	医師会との連携	国・県・都市	情報の共有化		18日 県医師会訪問												年12回	
88	訪問看護ステーションとの連携	24時間体制・相互機能補完体制の構築と円滑な連携	システム的建立		20日 白山山くく訪問看護ステーション	23日 白山山くく訪問看護ステーション											年5回	6回
9	ケアマネジャーとの連携	協議・多職種連携の協力依頼	在宅医療連携事業との連携														年6回	3回
10	薬剤師会との連携	多職種連携の協力依頼	在宅医療への参画														年6回	2回

ミッション 顔の見える関係から信頼関係の構築		地域包括ケアシステムの構築		平成24年度 在宅医療連携拠点事業 事業計画書・報告書													
事業内容	目的	具体的内容	種類	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	数値目標	結果
F11	人材育成 在宅医療・介護を担う人材の育成	専門的知識を活かし連携を深め、地域リーダーを育成する。	人材育成		28日 メディカルサポートコーチング研修												セミナー 5回/年 延べ人数 150人
G12	地域力の創出	地域での認知症等在宅に係る知識を深め、地域でケアする地域力の創出を図る。	医療的支援 認知症 医療的支援 糖尿病 医療的支援 褥瘡管理														
13	視察	先進地域の情報収集	在宅医療に対する知識のアップ			21日 福井県大野市視察 4名										年2回以上	2回
E14	災害関連	災害発生時に備えた対応の検討	・災害訓練の参加・実施 ・地域の特性を把握 ・必要機材の選定 ・災害時の連携確認 ・病院側の確保														訓練 1回 演習 1回

例) 石川県 公立つるぎ病院における事業計画 (図 44)

平成24年度 在宅医療連携拠点事業 事業計画書・報告書				拠点事業所名 白山石川医療企業団 公立つるぎ病院															
ミッション 誰の見える関係から信頼関係の構築		地域包括ケアシステムの構築		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	数値目標	結果		
19	ホームページ	情報の配信	病院ホームページ内に開設					企業公開		運用開始									
19	情報共有システム IT化 検討	異なる機関の他職種が患者のニーズに応じた質の高い医療・介護サービスを提供できるように情報の共有化を図る。	情報共有ツールの検討	在宅医療従事者の負担軽減	共通のルールの検討	紙カルナの運用検討	共有開始	在宅医療従事者(医師・看護師・介護士)の負担軽減。院内から連携。在宅医療。在宅医療。									更新回数 3回以上	2回	
					全県域レベル	医療圏レベル 地域情報連携	検討開始	9/15 地域連携推進システム構築事業	9月米 ID-016導入の意向報告	石川県事業の方向性									
F18	イベント企画 講演会、研修会	在宅医療のさらなる浸透を図る。在宅医療に関する知識の向上。他職種間の相互理解を深める。	・講演会・小グループ勉強会実施 ・在宅医療の小冊子の作成、マップの作成	行政・住民の協力他職種間の協働	28日 メディカルサポート コーディネーター 研修														
19	地域関連機関情報、機能調査	地域資源の共有 効率的な活用の仕組み作り	マップの作成	各機関には情報があるが、①共有されていない ②更新されていない	情報の収集														
21	院内連携 医療政策の基本方向として「入院と外来の連携」だけでなく、在宅を含む新しいジャンルの連携が必要	医療政策の基本方向として「入院と外来の連携」だけでなく、在宅を含む新しいジャンルの連携が必要	紹介入院率	平均15.0% 年度別在宅医療連携	18%	17%	21%	22%	19%	17%	22%	19%	22%	21%	15%	20%		紹介率のアップ 15%～	
			通院回数増加	在宅医療連携の 設立・人員配置	レスパイト入院の受入														
			地域連携会議	在宅医療連携チーム 在宅支援チーム	院内説明会	院内職員への周知	19年 10月 24日 20日	10日 24日 18日	7日 25日 19日	20日 17日	20日 21日	27日 18日	25日 23日	22日 20日	27日 18日	31日 19日	28日 19日	29日	
			訪問リハビリテーション	利用者数の推移 セラピスト数															

※ 公立つるぎ病院では、地域包括ケアシステム構築に向け、拠点として様々な視点から取り組む課題を明確にし、具体的なアクションプランを立てて実行した。