

徳島県 在宅医療・介護連携推進事業研修会

＜追加資料＞

地域の実情に合わせた 在宅医療・介護連携推進事業の進め方

2017年8月25日

東京大学医学部在宅医療学拠点 松本 佳子



東京大学 医学部 在宅医療学拠点

Center for Home Care Medicine, Faculty of Medicine, The University of Tokyo

1. 数値化できない情報と 職種団体間マネジメント

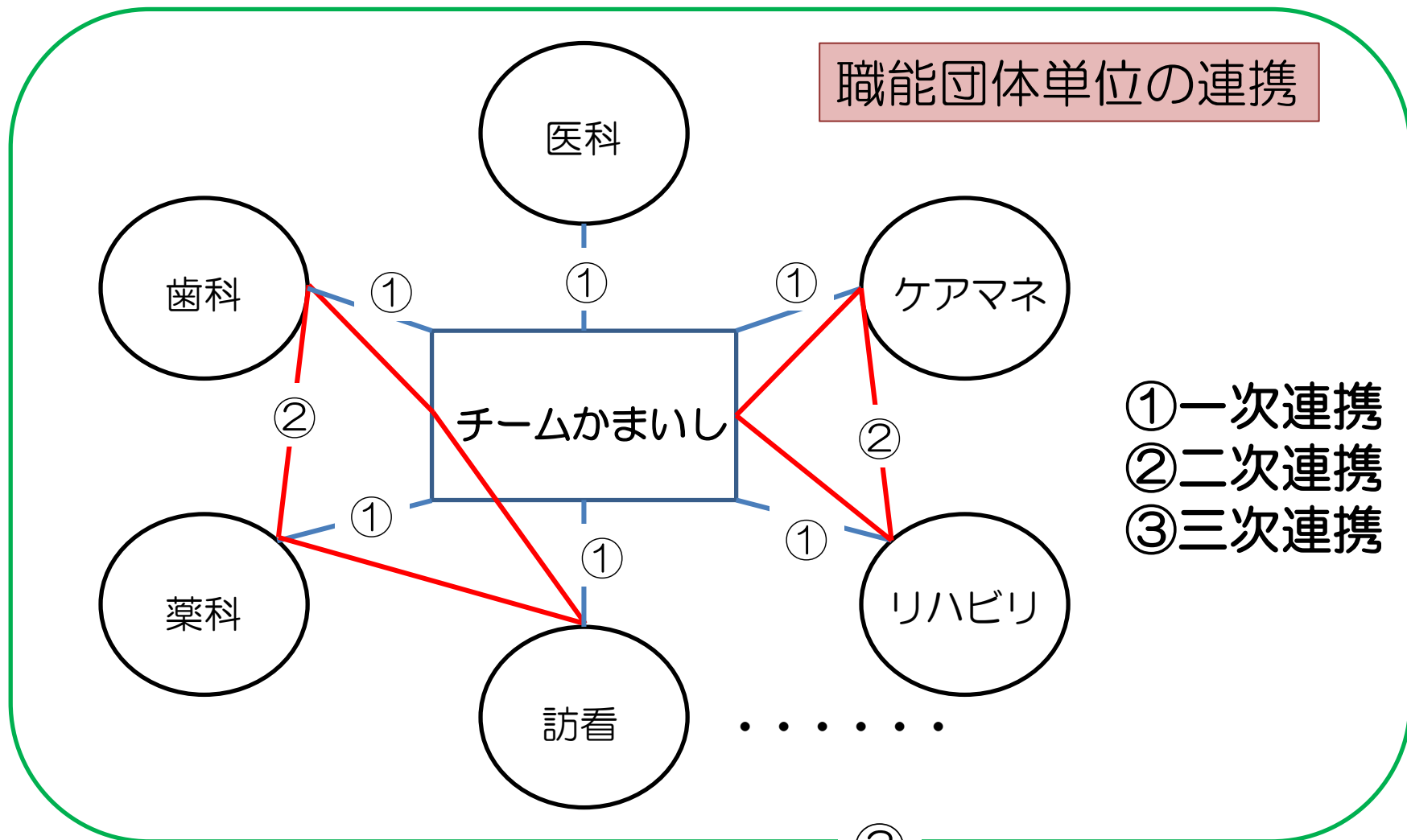
さらに

数値化できない情報の重要性

- 地域には数値化されていない情報が数多くある
 - 既存の統計やアンケート等から把握できることは全体のごく一部
 - 地域の従事者が肌で感じていることを市町村担当者も感じる（徐々に感じられるようになる）必要がある
 - 有効な手法：地域ケア会議など実事例が議論される場に赴き体感を得る／ときには従事者と1対1で話す
- 数値化できる情報とできない情報がある
 - 数値化しようと思えばできるが多くの場合数値化されていない情報：患者のQOL（Quality of Life）、従事者のQWL（Quality of Working Life）など
 - そもそも数値化できない情報もある：「○医師と△医師はあまり関係がよくない」など

2) 具体的な連携手法とその実践例

チームかまいし 連携コーディネートの中心手法：連携の段階と役割



一次連携

課題抽出・解決

チームかまいしと一職種による**詳細な課題の抽出**



歯科連携（一次）（10）



薬科連携（一次）（10）



ケアマネ連携（一次）



「釜石リハ士会」の設立を支援

リハ連携（一次）

2. 効果的な事業の進め方

1) (ア) ~ (ク) を「使う」

事業項目（ア）～（ク）とマネジメントサイクル

「何のための」（＝目的・目標）
を具体化して取り組むことが重要

（ウ）切れ目のない体制構築^注

（エ）情報共有の支援

（オ）相談支援

（カ）研修

（キ）地域住民への普及啓発

（ク）関係市区町村の連携

（ア）地域資源の把握

評価

情報収集

実行

分析

（イ）課題抽出と対応策の検討

計画

すべての実施事項が評価指標（特にアウトカム）と論理的につながっていることを確認しながら進める

注（ウ）だけは実施事項というより「目標」に近い。「誰・どこ・何の」切れ目をなくしたいのか明確にしてから取り組むよう注意。

長野県川上村

資源に限られる→切れ目のない体制構築による効率化



富山県上市町

課題分析に基づく三本柱

家庭医療センター
訪問診療

在宅看取り
のハブ機関
として発展

医療職を含めた
多職種ネット
ワーク

たてやまつるぎ
在宅ネットワー
ク

ナイト
スクール

ナイトスクール：一関市国保藤沢病院
など他地域においても実践されている
住民啓発（兼課題抽出）の取り組み



釜石市

平成27年度プロジェクトリスト

事業名	カテゴリー	プロジェクト番号	プロジェクト名	
I) 連携基盤形成事業	1) 連携資源	I)-1-①	①地域の医療・介護資源の把握・更新・開発	
	2) 住民啓発	I)-2-①	①市民公開講座 (キ)	
		I)-2-②	②出前講座	
	3) 研修・人材育成	I)-3-①	①従事者研修 (ク)	
		I)-3-②	②連携コーディネーター研修	
	4) 広報	I)-4-①	①機関誌発行	
I)-4-②		②ホームページ・ブログ更新 (ア)(キ)		
5) 情報連携ツールの活用	I)-5-①	①拠点－職種間連絡ツールの活用		
	I)-5-②	②多職種間情報共有システムの活用推進		
6) 広域連携	I)-6-①	①県内連携 (カ)(ク)(ウ)		
	I)-6-②	②県外連携		
II) 連携コーディネート事業	1) 連携に関わる専門窓口	I)-7-①	①継続	
	2) 職種間連携コーディネート	II)-7-2)		
		一次連携	II)-2-①	①栄養士連携 ②病院連携室連携 (エ)
		二次連携	II)-2-②	①栄養士歯科連携 ②連携室ケアマネ連携 (エ)
	三次連携	II)-2-③	①在宅医療連携体制検討会 ②協議会	
3) 連携手法	II)-3)	開発・更新		
III) 地域包括ケア関連事業	1) 地域包括ケア推進本部連携	III)-1-①		
	2) 地域ケア会議連携	III)-2-①		
IV) 成果管理事業	1) 成果の分析・考察・まとめ	IV)-1-①	①プロジェクト報告書 ②事業報告書	
	2) 成果の公開・発表	IV)-2-①	①成果の公開・発表 (オ)	
	3) データの管理	IV)-3-①	①データベース化推進と活用	

柏市

多職種研修を取り組み開始当初の軸に

課題と方針の協議

(ア) 地域資源の把握



(イ) 課題抽出と
対応策の検討

従事者の意識・機運を醸成

(カ) 研修
(導入的なもの)

個別の課題解決の取り組み

(ウ) 切れ目のない提供体制構築

(エ) 情報共有の支援

(オ) 相談支援

(カ) '研修 (テーマ別)

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 関係市区町村の連携

詳しくは厚生労働省第118回市町村セミナー（2016年3月18日）資料「多職種研修の実施を通じた在宅医療・介護連携の推進について」を参照

在宅医療・介護連携推進事業開始以前から取り組んできた地域における進め方の手順

1
年目

必要に迫られる

例：病院の機能整理、医師会（従事者）から問われる、住民の要望、など

地域の実態を把握してみる

- ・客観的データの収集
- ・ヒアリング
- ・実態調査
- ・先進地への視察

仲間を見つける

- ・コアになって一緒にやってくれる人（庁内外や医師会）

2
年目

地域の課題を吸い上げ、方向性を共有していく場
（=会議体）を作る

優先度が高く、できそうな事業を、小規模・小エリアでやってみる

新たな地域の課題が出てくる

3
年目

エリアや規模を拡大したり、事業内容を修正したり、
新規事業を始めたり、必要な職種団体を巻き込んだり・・・

（結果的に）地域に必要な事業が大体揃う →ア～クに当てはめる

2. 効果的な事業の進め方

2) 「在宅医療・介護連携推進事業」 を越える

市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 118億円(公費:236億円)

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
 - あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
 - これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。
- ※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携 13億円(公費:26億円)

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策 28億円(公費:56億円)

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進

地域ケア会議 24億円(公費:47億円)

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化 54億円(公費:107億円)

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

在宅医療・介護連携推進事業以外にも視野を広げることが重要

- ※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。(財源は、消費税の増収分を活用)
- ※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22%
- ※3 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため、合計額は一致していない。

(在宅医療・介護連携の推進にも資する)

地域支援事業の有機的活用のイメージ (私見)

介護保険事業計画による方針の提示と日常生活圏域単位の資源のコントロール

包 地域包括支援センター（・市役所）による日常生活圏域単位の資源最適化

各日常生活圏域で働く専門職を初期集中支援チームの資源として活用（但し認知症初期に必要な支援は医療というより生活支援）

認

できる限り元気に暮らし続けられる方策を日常生活圏域ごと地域ケア会議で検討

ケ

在宅医療・介護の担い手の確保と日常生活圏域単位での最適化

医

認知症BPSDや終末期への望ましい対応の検討など

認

要介護状態での幸せな生活を実現するための方策を日常生活圏域ごと地域ケア会議で検討

ケ

生活支援コーディネーターと専門職（ケアマネジャー・看護師・リハビリテーション職種など）を日常生活圏域単位でセット（または兼務）にしたインフォーマルケア・フォーマルケアの連動

生

自立

要支援
事業対象者

要介護

終末期

地域支援事業を横断的に見てみると…（事前課題2 記入例）

〇〇県〇〇市町村 介護保険事業計画における基本理念・基本目標

【基本理念】 健やかに暮らし、みんなで支え合うまち

【基本目標】 地域包括ケアシステムの確立による、介護保障と自立支援のさらなる発展を目指して

	在宅医療・介護連携 推進事業	認知症施策	総合事業 生活支援体制整備事 業	地域ケア会議	その他
情報収集 課題抽出 対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進協議会の設置 多職種連携研修の活用 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症に関する検討会（医療福祉の代表者で構成） 	<ul style="list-style-type: none"> 第1層協議体 第2層協議体 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議 地域ケア個別会議（市町村単位・包括単位開催） 	<ul style="list-style-type: none"> 地域福祉計画 高齢者居住安定確保計画 障害福祉計画 健康増進計画
連携体制 情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 二次医療圏単位の医療福祉等の関係職種が集まる会 医療福祉推進センターの運営（二次医療圏域） 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症早期診断・早期支援マニュアル 認知症初期集中支援チームの配置 「もの忘れ相談シート」 	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターの地域ケア会議への参加 地域リハビリテーション支援体制（県） 	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援、介護予防の観点からの地域ケア個別会議 支援困難ケースに関する地域ケア会議 	<ul style="list-style-type: none"> ボランティア団体交流会（社協） 退院支援ルール（県） 関係市区町村連絡会（県）
コーディネーター配置	<ul style="list-style-type: none"> 郡市区医師会にコーディネーターの配置 医療介護関係職種からの相談支援 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症地域支援推進員 	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターの配置 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村職員 地域包括支援センター職員 	<ul style="list-style-type: none"> 権利擁護サポートセンター ボランティアセンター
人材養成	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修 介護関係職種への医療に係る研修 	<ul style="list-style-type: none"> キャラバン・メイト養成講座 認知症サポーター養成講座 	<ul style="list-style-type: none"> リハ職等への介護予防に関する研修 従事者向け研修（地域リハビリテーション活動支援事業の活用） ボランティア養成 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議によるOJT 地域ケア会議に関する介護サービス事業所向け研修 	<ul style="list-style-type: none"> 健康推進員養成講座 在宅医療・介護連携推進セミナー（県） 専門職養成研修（県）
住民啓発	<ul style="list-style-type: none"> 市民向けフォーラム 在宅医療や介護、看取りに関する出前講座 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症サポーター 出前講座等 市民フォーラム 	<ul style="list-style-type: none"> ご当地体操啓発講座 ご当地体操フォローアップ講座 		<ul style="list-style-type: none"> 病院主催のふれあいまつり 介護予防手帳

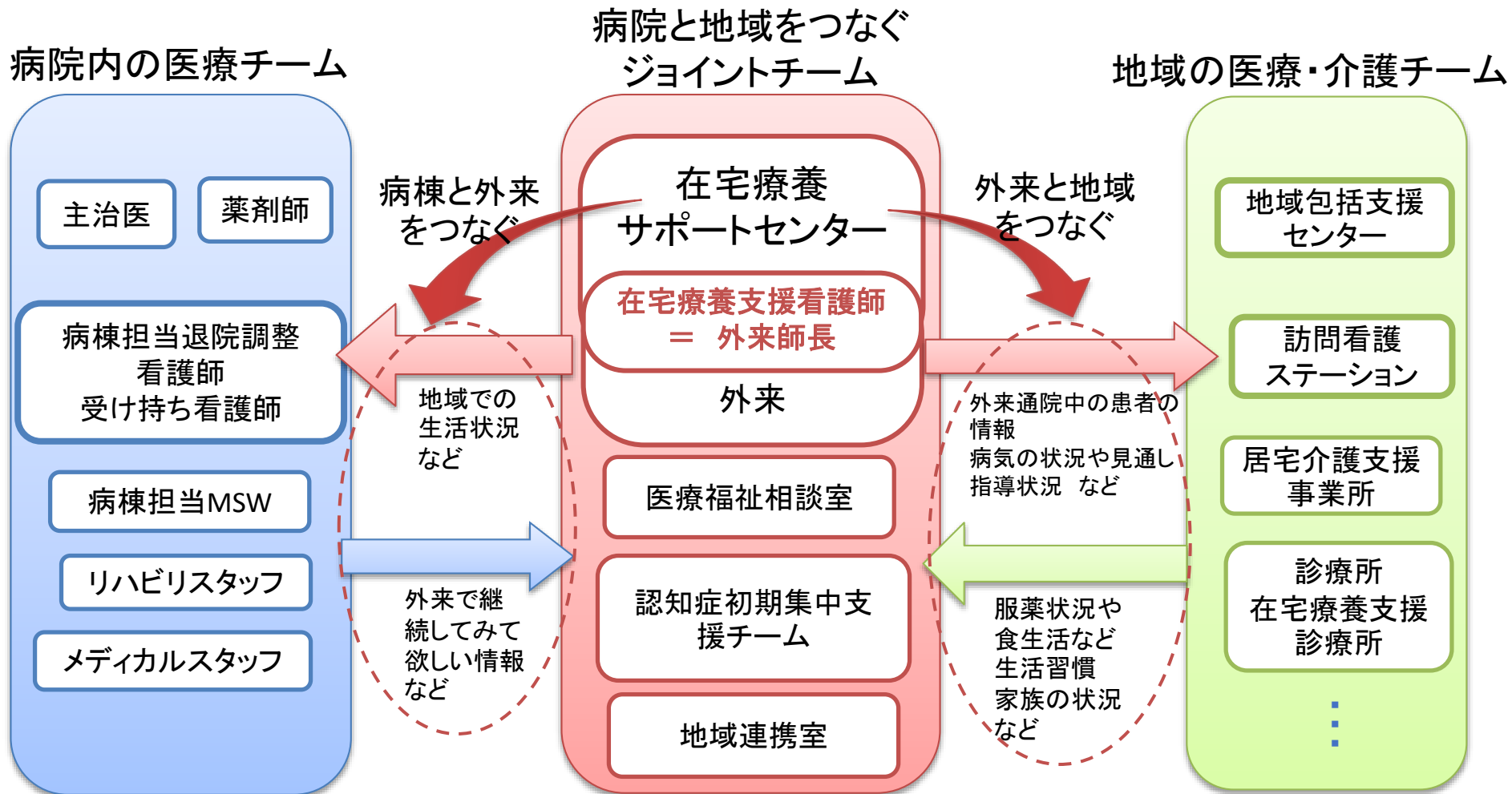
守山市 在宅医療・介護連携の取組みのステージ別整理

ステージ	取組み
I 介護予防	<ul style="list-style-type: none"> 健康の保持・増進に関する啓発(出前講座、窓口での啓発) キ エンディングノートの配布・活用 在宅医療・在宅看取りの啓発(講演会 専門職による出前講座 家族介護者教室(地域包括支援センター)) キ
II 医療・介護サービスの利用	<p><切れ目のない医療・介護サービスの提供></p> <ul style="list-style-type: none"> 介護サービス事業所情報、地域医療介護マップの配布 ア・相談窓口対応 オ 機能強化型在宅療養支援診療所の検討(守山野洲医師会) ウ 地域包括ケア病床、開放型病床、在宅支援病床の運用(守山市民病院) ウ 診診、病診連携の充実 ウ・退院後の療養・指導體制の充実 ウ <p><多職種連携></p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養手帳・ICTの活用 エ ・守山顔の見える会の開催 カ 介護支援専門員研修の開催 カ サービス担当者介護への歯科関係者・薬剤師・地域支援者の参画 ウ <p><在宅歯科保健></p> <ul style="list-style-type: none"> 口腔ケアサービス等在宅歯科保健を推進するための仕組みの構築 イ (すこやか生活課の歯周病健診(訪問型)等関連部署と連携) 口腔内の健康に関する市民向け研修会(家族介護者教室、出前講座) キ
III 状態の変化に伴う救急対応	<ul style="list-style-type: none"> 窓口相談対応 オ 医療・介護緊急相談体制の整備(病診連携) ウ
IV 痛みのコントロール	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛緩和を目的とした服薬管理ができる医療環境の充実 ウ 24時間対応・麻薬管理を行う薬局の活用(窓口で啓発、介護支援専門員研修) ウ・キ・カ
V 看取り支援	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員研修の開催 ターミナル期支援研修会 カ 相談窓口対応 オ・看取り支援体制強化 ウ
VI 遺族ケア	<ul style="list-style-type: none"> 遺族ケア研修会の開催とケアの提供 ウ・カ

2. 効果的な事業の進め方

3) 「組織」を越える

病院と地域の連携の取組み例：滋賀県 豊郷病院

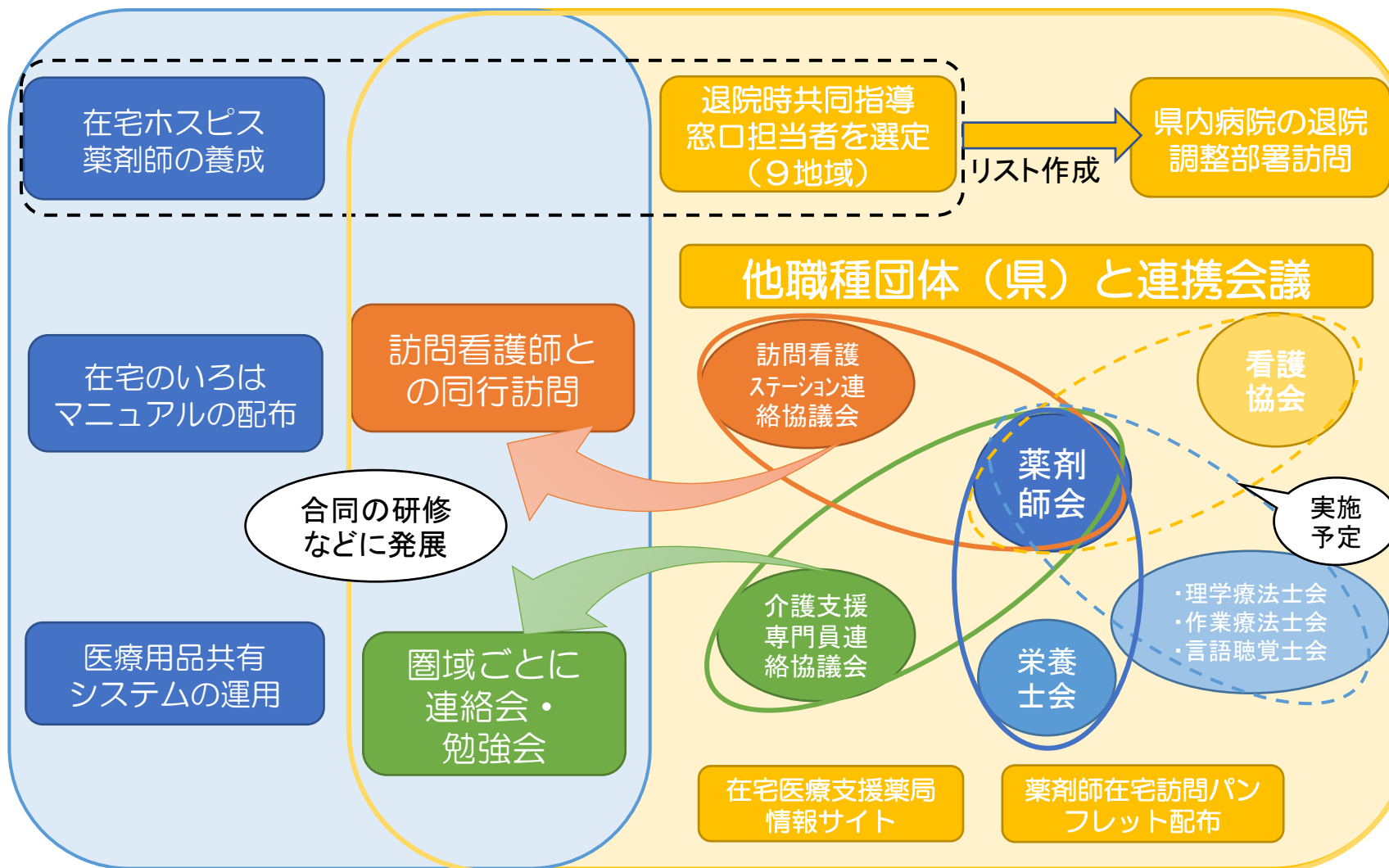


従事者や住民からの相談に応じ、従事者をつなぐ機能を持つ既存の場の活用も

職種団体の自律的な人材育成：滋賀県薬剤師会 薬剤師の意識・力量の向上と他職種との連携強化

薬剤師の意識・力量を上げる

他職種との連携を強化する



在宅ホスピス
薬剤師の養成

在宅のいろは
マニュアルの配布

医療用品共有
システムの運用

退院時共同指導
窓口担当者を選定
(9地域)

リスト作成

県内病院の退院
調整部署訪問

他職種団体(県)と連携会議

訪問看護
ステーション連絡協議会

看護
協会

実施
予定

薬剤師会

栄養士会

理学療法士会
作業療法士会
言語聴覚士会

介護支援
専門員連絡協議会

在宅医療支援薬局
情報サイト

薬剤師在宅訪問パン
フレット配布

訪問看護師との
同行訪問

合同の研修
などに発展

圏域ごとに
連絡会・
勉強会

おわりに

- 法律・制度などの道具は杓子定規・白黒はつきりしていて、ときに融通がききません。
- そんな道具を最適に使いこなすのは、他でもない「人間」です。
- (ミニレクチャー1で言及した) 事業のアウトカムを最大限達成できるように、地域総動員(行政・各団体・各職種・住民など)で創意工夫を!

東京大学：在宅医療・介護連携推進事業関連の問合せ先

メール：homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp

多職種研修ホームページ：<http://chcm.umin.jp/education/ipw/>