

生駒市在宅医療介護連携の方針（案）

平成 29(2017)年 月

生 駒 市

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会 在宅医療介護推進部会

1	はじめに	1
2	現状と課題	2
3	目指すべき姿	5
4	在宅医療介護連携の方針	5
5	具体的な取組（案）	6

資料	在宅医療介護推進部会のまとめ	8
----	----------------	---

生駒市における在宅医療介護連携のイメージ図（案）

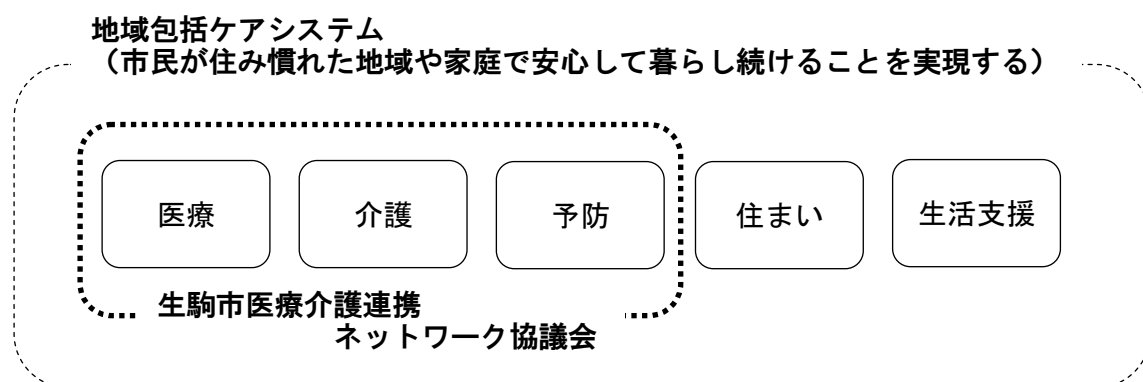
1 はじめに

団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37（2025）年を目途に、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを、人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの整備が求められています。

医療と介護は、それぞれを提供する主体だけでなく、基盤となる保険制度や報酬体系が異なることから、こうした職種間や制度上の壁を越えて、市民の QOL 向上を共通の目的として、関係性を構築することが不可欠です。

そこで生駒市では、医療、介護、予防の分野に係る、医療介護サービス提供体制の構築について協議するために、「生駒市医療介護連携ネットワーク協議会」を立ち上げ、平成 28 年 6 月に第 1 回会議を開催するとともに、医療・介護にかかる各職種で構成する「在宅医療介護推進部会」を設置し、連携に係る現状と課題、目指すべき姿、連携方針、具体的な取組について協議、検討を進め、その内容を「生駒市在宅医療介護連携の方針」としてまとめました。

今後、この方針に基づき、医療と介護の相互理解や情報共有により、生駒市全体で顔の見える関係づくりを進めるとともに、患者・利用者が真に必要な連携が行われる体制の構築を目指します。



2 現状と課題

(1) 情報共有（第1回意見交換より作成）

①入退院時連携が十分ではない

入退院時に利用者情報について、医療介護事業者間の情報共有が十分ではないという意見がありました。その主な理由に医療介護連携のためのカンファレンスが定例化されておらず、入院治療や在宅生活支援に向けた医療介護のサービス連携が不十分だという意見で、これらの連携や情報共有のための十分な時間の確保が必要になっています。

主な意見	
医療職	介護職
<ul style="list-style-type: none"> 患者退院時の連携時に、お互いの制度の情報不足により、サービスの適切な利用ができていない。 介護職との間で、退院前のカンファレンスの内容共有が難しい。 両者が参加する退院時カンファレンスの機会が少ない。 文書での報告が遅く、タイムリーでない。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅生活の情報共有方法が決まっておらず、状況把握ができていないことがある。 入院時、退院時に、在宅での生活情報が医療職に伝わっていないことがある。 医療職、福祉職の間で退院後の在宅生活のイメージが共有されていない。 介護保険未申請、もしくは介護認定が出ていない場合は情報がなく、退院後の支援が難しい。 在宅支援のサービス検討のために、退院されるまで1週間くらい猶予がほしい。 急遽、退院になられた時、介護保険制度の理解からサービス導入までの時間が足りない。 在宅サマリーを提出していてもうまく病棟に伝わっていなかったり、退院時の連携が取れないことがあり、知らない間に退院している。 退院時、家族と病棟で打合せができており、地域連携室を介していなかったため、福祉職に情報が流れない。

②サービス担当者会議における連携が弱い

医師や薬剤師などが、医療介護の連携会議に十分参加できていないという意見がありました。今後、連携会議の大切さについて再認識を図ると共に、専門職が参加しやすくなる会議運営の工夫が求められています。

主な意見	
医療職	介護職
<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師として、サービス担当者ケア会議等で顔を合わせる事ができていない。 医療職は、サービス担当者会議に参加できていない。 	<ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議に医師が参加できていない。FAXによる参加も難しい場合がある。 サービス担当者会議の大切さが認識されていない

③在宅生活を支える連携が弱い

なかでも、認知症や慢性疾患のサービス利用者について、在宅生活を支える医療介護連携の促進を図ることで、情報共有ができ、ケアの充実につながるという声が聴かれました。

主な意見	
医療職	介護職
<ul style="list-style-type: none">・在宅、施設におけるADL情報が、両者の間で共有できていない。・認知症の方は、薬剤管理指導を在宅利用すればケアの充実につながる。・独居の方は生活面での支援が中心となり、医療面での支援が不足しがちになる。・慢性疾患の場合（心不全、腎不全の高齢者など）、医療職とヘルパーさんとの間で、生活・食事面での連携が十分ではない。	<ul style="list-style-type: none">・認知症の方について、医療ケアと本人の生活ニーズのすりあわせが必要と感じる。

④施設、サービス情報の共有が十分ではない

医療介護事業者（従事者）について、お互いのサービス内容や受け入れ条件などについて情報共有が十分ではないことから、連携が深まらない現状があります。

主な意見	
医療職	介護職
<ul style="list-style-type: none">・勉強不足で介護の保険給付を全て理解できていない。・医療介護資源全体について、情報収集不足となっている。・福祉施設について、施設ごとの受入条件が分かりにくい。・介護事業所ごとに独自のサービスがされているが、医療職側は十分に把握できていない。・神経難病、人口呼吸器の方のレスパイト入院先が少ない。・介護老人保健施設のサービス内容について、医療側が十分な把握ができていない。	<ul style="list-style-type: none">・医療側の方々に介護のサービスが具体的に知られていないと感じることがある。・胃瘻の方は、家族の介護力不足の場合は、福祉施設の受け入れ先を探すのに困る。胃瘻増設のメリット・デメリットを丁寧に説明してほしい。・福祉職の現場で、お薬手帳が活用されていない場合がある。・医療の専門職でないケアマネが医療の相談を請負う等、負担が大きいケースが増えている。

（2）相談 中心組織、相談対応のしくみがない

医療介護連携を図る上で、医療介護事業者（従事者）からの連携に係る相談に対応する総合相談窓口や、連携の中心的な役割を担う機関・組織が求められています。

（3）連携体制

大規模病院との連携、複数の診療科にかかっている場合など、医療介護の連携が難しいケースがあります。中でも、医療職とケアマネージャーとの連携、在宅生活を支える歯科医師や薬剤師との連携も重視されています。

主な意見	
医療職	介護職
<ul style="list-style-type: none"> ・医療職はケアマネとの連携が不十分となっている。 ・歯科医師は訪問診療に関心が薄い方が多い。 ・薬剤師が在宅でできる役割を十分、介護職に知ってもらえていない実情がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーの内容確認をしたいが、なかなか主治医に連絡が取れない。担当窓口がわからない。 ・大規模病院の場合は福祉職が医師と連絡を取り合うのが困難な場合がある。 ・複数の診療科にかかっておられる場合、福祉職から医療職への連絡が難しい。 ・居宅療養管理指導を算定されている場合に、介護職には連絡のないことがある。 ・互いの強みとするところを伝え合う機会が少ないように感じる。

(4) 研修、人材育成

医療介護職の人材不足の中で、医療介護連携に係る研修や人材育成が課題となっています。在宅看取りの体制づくりのために開業医の研修や、在宅看取りに向けた介護職の研修が求められています。

主な意見	
医療職	介護職
<ul style="list-style-type: none"> ・医療介護職の人材不足により、現場の過剰労働が生じ、長年在職が困難であり安定しない。 ・介護職員への看取り教育が十分ではなく、不安を抱えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間の開業医が少ないため、在宅看取り（体制づくり）が進んでいない。

(5) 普及啓発

住民に対して、在宅医療や在宅看取りの理解を拓げていくための普及啓発や、具体的なサービス紹介について情報発信が課題となっています。

主な意見	
医療職	介護職
<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師が在宅に行くこと、在宅医療を支えることが認知されてない。 ・住民に対して往診の大切さについて啓発する必要がある。 ・在宅医療、在宅看取りのサービスについて、市民の方への理解が進んでいない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、在宅看取りについて、地域住民への発信力が弱い（知られていない）。

3 目指すべき姿（目標像）

医療・介護・介護予防サービスを一体的に利用でき、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを、生涯続けることができる地域をめざします

医療・介護・介護予防に係る事業者や行政が連携することにより、地域包括ケアのサービス提供体制を整備します。これらのサービスが一体的に利用でき、重度な要介護状態となっても、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地域をめざします。

4 在宅医療介護連携の方針

（１）情報提供

入退院時において医療介護事業者間の情報共有や治療、在宅生活支援に係る方針の検討が十分でないことから、入退院時における連携強化の仕組みをつくります。また、連携促進のためのツールとして、両者の施設・サービス情報共有を進めます。

（２）相談

医療介護事業者からの連携に係る相談に対応するために、在宅医療・介護連携に係る相談窓口を設置することを検討していきます。

（３）連携体制

連携体制として、医療介護連携ネットワーク協議会を継続するとともに、医療介護の連携に係る取組の事務局機能を確保し、多職種連携研修や普及啓発などを通して、連携体制を強化していきます。

（４）研修、人材育成

医療介護事業者（従事者）に対する研修を実施し、在宅医療や在宅看取りを支える人材育成を図ります。

（５）普及啓発

住民に対して、在宅医療や在宅看取り等の情報発信を行い、医療介護連携と地域包括ケアの地域づくりに向けた普及啓発を行います。

5 具体的な取組（案）

厚生労働省では在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援について、平成27年度から介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置付け、それを契機に全国の市町村が取り組むこととなりました。

また、こうした市町村の取組が円滑に実施できるよう「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を策定し、以下の8つの具体的な取組項目を明示しました。

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

本市における医療介護連携に係る具体的な取組案は、この8つの取組項目を念頭に以下のとおり整理しました。

また、医療介護推進部会で取りまとめた優先度の高い取組については、太字で特記しています。

方針	取組（太字:優先度の高い取組）	厚労省手引きの取組
1 情報共有	① 入退院時マニュアル、支援ツールの作成 <ul style="list-style-type: none"> ・部会における事業者（従事者）の意見を反映して、マニュアル等を作成します。先行事例を参考にして、連携の流れ図、情報共有ルール、フローの検討を行います（東和圏域で作成済）。 ・医療・介護連携に必要な情報を記載する共通書式（「患者情報カード」「情報共有シート」）を作成します。 ・窓口の明確化、参加し易い工夫等に配慮するなど、現場の意見を反映した内容とします。 	(ウ)
	② サービス担当者会議における連携強化 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅を支える3者連携（①病院（主治医）、②家族、③介護）のあり方について検討します。 ・サービス担当者会議に参加しづらい主治医との連携については、「居宅介護指示書や診療情報提供書」を有効活用して、医師とケアマネの連携強化をさらに進めます。 	(ウ)

方針	取組(太字:来年度から行う優先度の高い取組)	
1 情報共有	<p>③医療介護職の連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勉強会、意見交換会など、定期開催のプログラムを組んで、両者の連携を強め、顔が見える関係づくりを図ります。 ・あわせて、欠席者の参加につながるように、かわら版等の発行に取り組みます。 	(ウ)
	<p>④医療介護連携資源集の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療介護連携のツールとして、資源集を作成します。 ・情報更新の仕組みをもつとともに、ITC と回覧板などのアナログツールを使い分けます。 	(ア) (エ)
2 相談	<p>⑤在宅医療介護連携支援センター(仮)の開設検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携に係る総合相談窓口であり、医療介護資源をトータルコーディネートできる人員の配置及びセンターの設置について検討します。 	(オ)
3 連携体制	<p>⑥医療介護を支える連携体制づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携体制として医療介護連携ネットワーク協議会を継続するとともに、医療介護連携に係る取組を支える事務局機能を確保します。 ・各種研修について、各職種が主体的に取り組むことにより、相互の理解と連携を深めます。 	(イ)
4 研修、人材育成	<p>⑦合同研修、テーマ別研修、職種別研修の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携(医者、ケアマネ、訪看、事業所)の検討会や研修会を開催し、お互いの状況や役割を理解するとともに、チームにおける支援体制につなげていきます。 ・看取りに関わった利用者の事例検討会など、テーマ別の研修会を行います。 ・専門職種別の人材育成に向けた研修を行います。 <p>例 医療・介護人材確保について先進的な取組の情報収集 訪問看護さん講師によるヘルパーさんへの研修 病院看護師の研修(県の看護協会の研修への参加) 歯科訪問診療の研修 総合相談窓口のコーディネーター人材養成研修 在宅医の養成研修</p>	(カ)
5 普及啓発	<p>⑧在宅医療、看取りパンフレットの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、看取りに係るパンフレットを作成し、窓口や医療機関などで配し、医療、介護分野の普及啓発事業を一体的に実施します。 	(キ)

方 針	取組(太字:来年度から行う優先度の高い取組)	
普及啓発	⑨広報いこまちを活用した PR ・在宅医療、福祉連携について市の広報誌に特集記事を掲載します。往診、訪看、訪介、デイ、家族、当事者等の生活事例を紹介します。	(キ)
	⑩在宅医療、看取り市民フォーラムの開催 ・在宅医療、看取りをテーマに、市民を対象としたフォーラムを開催します。	(キ)
	⑪身近な地域向け講演会 ・まちづくり出前トーク（公開講座、寸劇）や地域住民とのシンポジウム、老人クラブ、町内会等の会合に出向き小規模な講演会を行います。	(キ)

資料 在宅医療介護推進部会のまとめ

1 意見交換の概要

(1) 意見交換の目的

在宅医療介護推進部会において、5つのテーマに基づいて意見交換を行いました。意見を出しやすいように、2班に分かれてグループワーク形式で進めました。ファシリテーター（話し合いの促進役）が意見を引き出し、整理しました。

(2) 日時、場所、テーマ

回	日時	場所	検討テーマ
第1回	平成28年6月29日(水) 午後9:00～10:30	生駒メディカルセンター	医療介護の連携について困っていること、生じている問題
第2回	平成28年8月8日(月) 午後2:00～4:00	同上	主な課題と取組提案
滋賀県 高島市視察	平成28年10月13日(木) 午後1:30～4:00	今津老人福祉センター	高島市医療介護連携推進事業について
第3回	平成28年11月7日(月) 午後2:00～4:00	生駒メディカルセンター	取組の優先順位付けと実施に向けた検討

(3) 参加者 卷末参照 医療職・介護職 15名

2 意見交換のまとめ

(1) 在宅医療介護連携に向けた主な課題（第1回意見交換より）

在宅医療介護連携にかかる5つのテーマ（5つのテーマ）	主な課題
1 情報共有	入退院時連携が十分ではない <ul style="list-style-type: none"> 医療介護連携カンファレンスの実施 利用者情報、医療介護サービス情報の共有 十分な時間の確保 サービス担当者会議における連携が弱い <ul style="list-style-type: none"> 会議参加の工夫 在宅生活を支える連携が弱い <ul style="list-style-type: none"> 認知症、慢性疾患の在宅支援 施設、サービス情報の共有が十分ではない <ul style="list-style-type: none"> サービス内容、受け入れ条件などの情報共有
2 相談	中心組織、相談対応のしくみがない
3 連携体制	情報交換のしくみづくり 連携体制づくり <ul style="list-style-type: none"> しくみや組織づくり
4 研修、人材育成	研修、人材育成 <ul style="list-style-type: none"> 研修計画、人材養成策
5 普及啓発	普及啓発 <ul style="list-style-type: none"> PR、意識づくり

※意見の詳細については記録を参照

(2) 来年度から行う優先度の高い取組（第2，3回意見交換より）

検討項目	主な課題	取組提案 (太字: 来年度から行う優先度の高い取組)
1 情報共有	(1) 入退院時連携が十分ではない	①入退院時カンファレンスの指針、マニュアル作成
	(2) サービス担当者会議における連携が弱い	②サービス担当者会議における連携強化
	(3) 在宅生活を支える連携が弱い	③医療介護職の連携強化
	(4) 施設、サービス情報の共有が十分ではない	④医療介護連携資源集の作成
2 相談	中心組織、相談対応のしくみづくり	⑤在宅医療介護連携支援センター(仮)の開設検討
3 連携体制	(1) 情報交換のしくみづくり	⑥医療介護を支える連携体制づくり
	(2) 連携体制づくり	
4 研修、人材育成	研修、人材育成	⑦合同研修、テーマ別研修、職種別研修の実施
5 普及啓発	普及啓発	⑧在宅医療、看取りパンフレットの作成
		⑨広報いこまちを活用したPR
		⑩在宅医療、看取り市民フォーラムの開催
		⑪身近な地域向け講演会

※意見の詳細については記録を参照

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会 在宅医療介護推進部会員名簿

	氏名	役職等	関係機関名
	アリヤマ タケシ 有山 武志	一般社団法人生駒市医師会 理事	生駒市医師会
	ヤマグチ トシヒロ 山口 俊洋	医療法人学芸会倉病院 地域医療連携室長	生駒市内病院
	クラモト タカシ 倉本 孝	若葉薬局 開設者	生駒地区薬剤師会
	フキドメ カズヨシ 吹留 一芳	医療法人和幸会 在宅支援事業部 統括部長	地域包括支援センター
	イノウエ フトシ 井上 太	社会福祉法人宝山寺福祉事業団 やすらぎの杜 延寿 施設長	通所介護事業所
	ヨシフジ ヨシハル 吉藤 芳春	医療法人社団松下会 管理局長	介護老人保健施設
	カトウ トモノリ 加藤 智紀	社会福祉法人協同福祉会 あすならホーム菜畑・東生駒 所長	小規模多機能型居宅介護事業所
	タナカ アケミ 田中 明美	生駒市福祉健康部高齢施策課 地域包括ケア推進室長	生駒市
	コウシ ヨシヒサ 嶋司 芳久	医療法人社団松下会 東生駒病院 リハビリ科主任	生駒市内病院
	カタオカ エミ 片岡 慧美	生駒市立病院 社会福祉士	生駒市内病院
	ナカミツ タツオ 中溝 辰男	生駒市歯科医師会 会長	生駒市歯科医師会
	タカヤマ マサユ 高山 雅子	医療法人和幸会阪奈中央訪問看護ステーション 管理者	訪問看護ステーション
	セコ ナツエ 世古 奈津江	生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター 管理者	地域包括支援センター
	ハヤシ マサヒロ 林 昌弘	社会福祉法人長命荘 理事長	居宅介護支援事業所
	クドウ チエ 工藤 千恵	株式会社日本ユニケア 介護事業部 部長	訪問介護事業所
	ツジムラ タイハン 辻村 泰範	社会福祉法人宝山寺福祉事業団 理事長	介護老人福祉施設
	ハシモト カズコ 橋本 和子	奈良県郡山保健所 所長	郡山保健所

1 意見交換の概要

(1) 意見交換の目的

- 部会で協議しようとしている事項について、共通のテーマに基づいて意見交換を行いました。
- 意見を出しやすいように、2班に分かれてグループワーク形式で進めます。ファシリテーター（話し合いの促進役）が意見を引き出し、整理しました。
- 概ね2回の開催で、①連携で困っていること（連携上の課題）→②連携の方針→③連携の取組についてまとめます。

(2) 日時、場所

日時 平成28（2016）年6月29日（水）午後9:00～10:30
 場所 生駒メディカルセンター

(3) 参加者

巻末参照 医療職・介護職 15名

2 第1回意見交換のテーマ

- 医療・介護職それぞれが「連携について困っていること」を出し合い、お互いを理解するとともに、連携に係る課題を整理しました。

3 主な課題

- 意見交換で出された意見から、「住み慣れた地域で自分らしく 最期まで」を実現するための医療介護連携に向けた主な課題を抽出しました。
- 医療職、介護職について同様の意見が出されているなど、意見交換がお互いの理解につながったことがうかがわれます。

部会の検討項目	主な課題
1 情報共有	入退院時連携が十分ではない <ul style="list-style-type: none"> ・医療介護連携カンファレンスの実施 ・利用者情報、医療介護サービス情報の共有 ・十分な時間の確保 サービス担当者会議における連携が弱い <ul style="list-style-type: none"> ・会議参加の工夫 在宅生活を支える連携が弱い <ul style="list-style-type: none"> ・認知症、慢性疾患の在宅支援 施設、サービス情報の共有が十分ではない <ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容、受け入れ条件などの情報共有
2 相談	中心組織、相談対応のしくみがない
3 連携体制	情報交換のしくみづくり 連携体制づくり <ul style="list-style-type: none"> ・しくみや組織づくり
4 研修、人材育成	研修、人材育成 <ul style="list-style-type: none"> ・研修計画、人材養成策
5 普及啓発	普及啓発 <ul style="list-style-type: none"> ・PR、意識づくり

医療介護の連携について困っていること、生じている問題

部会の 検討項目	主な課題	意見		取組提案
		医療職	介護職	
1 情報共有	入退院時連携が十分ではない <ul style="list-style-type: none"> 医療介護連携カンファレンスの実施 利用者情報、医療介護サービス情報の共有 十分な時間の確保 	<ul style="list-style-type: none"> 患者退院時の連携時に、お互いの制度の情報不足により、サービスの適切な利用ができていない。 介護職との間で、退院前のカンファレンスの内容共有が難しい。 両者が参加する退院時カンファレンスの機会が少ない。 文書での報告が遅く、タイムリーでない。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅生活の情報共有方法が決まっておらず、状況把握ができていないことがある。 入院時、退院時に、在宅での生活情報が医療職に伝わっていないことがある。 医療職、福祉職の間で退院後の在宅生活のイメージが共有されていない。 介護保険未申請、もしくは介護認定が出ていない場合は情報がなく、退院後の支援が難しい。 在宅支援のサービス検討のために、退院されるまで1週間くらい猶予がほしい。 急遽、退院になられた時、介護保険制度の理解からサービス導入までの時間が足りない。 在宅サマリーを提出していてもうまく病棟に伝わっていなかったり、退院時の連携が取れないことがあり、知らない間に退院している。 退院時、家族と病棟で打合せができており、地域連携室を介していなかったため、福祉職に情報が流れない。 	
	サービス担当者会議における連携が弱い <ul style="list-style-type: none"> 会議参加の工夫 	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師として、サービス担当者ケア会議等で顔を合わせる事ができていない。 医療職がサービス担当者会議に呼んでもらえない。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護度が低くても地域の方とつながりが持っていない方は引きこもりになっている。 サービス担当者会議に医師が出てこない。FAXによる参加も難しい場合がある。 サービス担当者会議の大切さが認識されていない 	
	在宅生活を支える連携が弱い <ul style="list-style-type: none"> 認知症、慢性疾患の在宅支援 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅、施設におけるADL情報が、両者の間で共有できていない。 認知症の方は、薬剤管理指導を在宅利用すればケアの充実につながる。 独居の方は生活面での支援が中心となり、医療面での支援が不足しがちになる。 慢性疾患の場合（心不全、腎不全の高齢者など）、医療職とヘルパーさんとの間で、生活・食事面での連携が十分ではない。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の方について、医療ケアと本人の生活ニーズのすりあわせが必要と感じる。 	

部会の 検討項目	項目	意見		取組提案
		医療職	介護職	
	施設、サービス情報の共有が十分ではない ・ サービス内容、受け入れ条件などの情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・ 勉強不足で介護の保健給付を全て理解できていない。 ・ 医療介護資源全体について、情報不足となっている。 ・ 福祉施設について、施設ごとの受入条件が分かりにくい。 ・ 介護事業所ごとに独自のサービスがされているが、医療職側は把握できていない。 ・ 神経難病、人口呼吸器の方のレスパイト入院先が少ない。 ・ 老健のサービス内容について、医療側に対して説明不足となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療側の方々に介護のサービスが具体的に知られていないと感じることがある。 ・ 胃瘻の方は、家族の介護力不足の場合は、福祉施設の受け入れ先を探すのに困る。 ・ 福祉職の現場で、お薬手帳が活用されていない。ケアマネの負担が大きいケースが多い。 	
2 相談	中心組織、相談対応のしくみがない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療介護連携の中心的役割をする機関がない。 		
3 連携体制	情報交換のしくみづくり	—	<ul style="list-style-type: none"> ・ サマリーの内容確認をしたいが、なかなかDrに連絡が取れない。担当窓口がわからない。 ・ 大規模病院の場合は福祉職が医師と連絡を取り合うのが困難な場合がある。 ・ 複数の診療科にかかっておられる場合、福祉職から医療職への連絡が難しい。 ・ 居宅療養管理指導を算定されている場合に、介護職には連絡のないことがある。 	
	連携体制づくり ・ しくみや組織づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療職はケアマネとの連携が不十分となっている。 ・ 歯科医師は訪問診療に関心が薄い方が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 互いの強みとするところを伝え合う機会が少ないように感じる。 	
4 研修、人材育成	研修、人材育成 ・ 研修計画、人材養成策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療介護職の人材不足により、現場の過剰労働が生じ、長期在職が困難であり安定しない。 ・ 介護職員への看取り教育が十分ではなく、不安を抱えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間の開業医が少ないため、在宅看取り（体制づくり）が進んでいない。 	
5 普及啓発	普及啓発 ・ PR、意識づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師が在宅に行くこと、在宅医療を支えることが認知されていない。 ・ 住民に対して往診の大切さについて啓発する必要がある。 ・ 在宅医療、在宅看取りのサービスについて、市民の方への理解が進んでいない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療、在宅看取りについて、地域住民への発信力が弱い（知られていない）。 	

第2回在宅医療介護推進部会 医療介護連携について意見交換（グループワーク） 記録

部会の 検討項目	主な課題	取組提案	
		提案のタイトル	内容
1 情報共有	(1) 入退院時連携が十分ではない	① 入退院時カンファレンスの指針、マニュアル作成	<p>退院調整ルールづくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携の流れ図、情報共有ルール、フローの検討（中和圏域で作成済）。 ・退院半月前にカンファレンスを実施する。 ・退院時共同指導加算、退院退所加算を実施する。 <p>情報提供、共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前情報を提供、共有した上で会議を開催する。 ・欠席者に情報発信を行う。 <p>情報共有シートの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提供方法の統一と内容の均質化を図る。 ・医療・介護連携に必要な情報を記載する共通書式（「患者情報カード」「情報共有シート」）を作成する。 ・お薬手帳やカルテの一元化。 <p>両者の窓口明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療側（相談員）、介護側（ケアマネ）、窓口を明確にして連携を深める。 <p>参加しやすい工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護が参加しやすい工夫（かかりつけ医の診療時間を避けるなど）、現場にあわせた定例化を図る）。
	(2) サービス担当者会議における連携が弱い	② サービス担当者会議における連携強化	<p>在宅を支える3者連携のルールづくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・①病院、②家族、③介護の連携のあり方を見直す。 ・サービス担当者会議の重要性について研修会を行う。 ・要介護者と支援者の関係を表すエコマップを作成し、支援者の漏れをなくす。 ・ケアマネが医師に相談しやすいようにケアマネタイムを作成する。 <p>在宅を支える情報共有シートの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「在宅退院情報確認書」「介護サマリー」をもとに、情報共有書式を統一する。 ・入退院時の経過や方向性が把握できる、地域単位で統一した書式を運用する。 <p>居宅介護指示書の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「居宅介護指示書」を活用して医師とケアマネの連携を図る。ケアマネタイムを有効に活用する。 <p>参加しやすい工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護が参加しやすい工夫（かかりつけ医の診療時間を避けるなど）、現場にあわせた定例化を図る）。

部会の 検討項目	主な課題	取 組 提 案	
		提案のタイトル	内容
	(3) 在宅生活を 支える連携 が弱い	③ 医療介護職の 連携強化	地域ケア会議による連携強化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期開催のプログラムを組んで、関係機関の連携を強める。①勉強会、②意見交換会を開催し、顔が見える関係づくりを図る。 ・ 多職種連携研修の定期開催、かわら版等の発行に取り組む。 ・ 定例開催、開催時間の工夫により医師や薬剤師が参加しやすくする。 地域包括支援センターの事務支援 <ul style="list-style-type: none"> ・ 資料作成や議事録の共有。 ・ 職種による発表の場づくり。
	(4) 施設、サー ビス情報の 共有が十分 ではない	④ 医療介護連携 資源集の作成	資源集の活用 <ul style="list-style-type: none"> ・ 生駒市内の資源を把握する。定期的に更新できる体制とする。 ・ それぞれの資源の窓口や Key になる人材を把握する。 ・ ITC と回覧板などのアナログツールを使い分ける。 情報共有の取組 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療職、介護職向けに資源の学習会を行う。
2 相談	中心組織、相談 対応のしく みづくり	⑤ 在宅医療介護 連携支援センタ ー(仮)の開設	医療介護連携の総合相談機関 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療資源、介護資源をトータルコーディネートできる総合相談機関をつくる。在宅医療・介護連携に係る相談窓口を設置する。 ・ 総合相談機関に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する。 ・ 市や社協に連携担当者を配置する。
3 連携 体制	(1) 情報交換の しくみづく り	⑥ 医療介護を支 える連携体制 づくり	・ 多職種連携の事務局や情報共有のルールづくり、ツール更新の体制が必要になる。
	(2) 連携体制づ くり		・ 医療介護連携ネットワーク協議会において連携方針を検討する、協議体を継続して事務局機能を確保する。

部会の 検討項目	主な課題	取 組 提 案	
		提案のタイトル	内容
4 研修、人材育成	研修、人材育成	⑦ 合同研修、テーマ別研修、職種別研修の実施	連携を促進する合同研修 <ul style="list-style-type: none"> 多職種連携（医者、ケアマネ、訪看、事業所）の検討会や研修会。お互いの状況や役割を理解する チームで支援体制を考える 医療、介護両分野の合同研修の機会をつくる（ケアマネに限らず、ヘルパー、介護士を含め） テーマ別研修 <ul style="list-style-type: none"> 看取りに関わった利用者さんの事例検討会 専門職種別の人材研修 <ul style="list-style-type: none"> 医療・介護人材確保について先進的な取組の情報収集を行う 訪問看護さん講師によるヘルパーさんへの研修 病院看護師の研修（県の看護協会の研修への参加） 歯科訪問診療の研修 総合相談窓口のコーディネーター人材養成研修。 在宅医の養成研修
5 普及啓発	普及啓発	⑧ 在宅医療、看取りパンフレットの作成 ⑨ 広報いこまちを活用したPR ⑩ 在宅医療、看取り市民フォーラムの開催 ⑪ 身近な地域向け講演会 ⑫ 医療のためのエンディングノート作成	啓発パンフレットの作成 <ul style="list-style-type: none"> 医療、介護分野の普及啓発事業を一体的に実施する。 在宅医療、看取りに係るパンフレットを作成し、窓口や医療機関などで配布する。 広報誌を活用したPR <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療、福祉連携について広報誌に特集記事を掲載する。往診、訪看、訪介、デイ、家族、当事者等の生活事例を紹介する。 市民フォーラムおよび身近な学習の場づくり <ul style="list-style-type: none"> 広報（市町村）、できれば家族も使えるアナログツールを活用する。 まちづくり出前トーク（公開講座、寸劇）や地域住民とのシンポジウム、老人クラブ、町内会等の会合に向き小規模な講演会を行う。 啓発につながるエンディングノート作成 <ul style="list-style-type: none"> 地域住民へエンディングノート配布

1 意見交換の概要

(1) 意見交換の目的

- これまでに整理した課題ごとの取組提案について、来年度から行う優先度が高い取組について絞り込みました。
- 優先度が高い取組提案について、誰がどのように行っていくのか、話し合いました。

(2) 日時、場所

日時 平成28(2016)年11月7日(月)午後2:00～4:00
 場所 生駒メディカルセンター

(3) 参加者

医療福祉関係者 15名

2 第3回意見交換のテーマ

- 来年度から行う優先度が高い取組の絞り込み
- 実現に向けた役割分担

3 来年度から行う優先度が高い取組

検討項目	主な課題	取組提案 (太字: 来年度から行う優先度が高い取組)
1 情報共有	(1) 入退院時連携が十分ではない	①入退院時カンファレンスの指針、マニュアル作成
	(2) サービス担当者会議における連携が弱い	②サービス担当者会議における連携強化
	(3) 在宅生活を支える連携が弱い	③医療介護職の連携強化
	(4) 施設、サービス情報の共有が十分ではない	④医療介護連携資源集の作成
2 相談	中心組織、相談対応のしくみづくり	⑤在宅医療介護連携支援センター(仮)の開設検討
3 連携体制	(1) 情報交換のしくみづくり	⑥医療介護を支える連携体制づくり
	(2) 連携体制づくり	
4 研修、人材育成	研修、人材育成	⑦合同研修、テーマ別研修、職種別研修の実施
5 普及啓発	普及啓発	⑧在宅医療、看取りパンフレットの作成
		⑨広報いこまちを活用したPR
		⑩在宅医療、看取り市民フォーラムの開催
		⑪身近な地域向け講演会

在宅医療介護推進部会 取組提案のまとめ (●重点取組は5名以上の部会員が、次年度以降取り組むべきとしたもの)

検討項目	主な課題	取組提案			
		提案のタイトル	内容	重点取組	
1 情報共有	(1) 入退院時連携が十分ではない	①入退院時カンファレンスの指針、マニュアル作成	<p>○退院調整ルールづくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携の流れ図、情報共有ルール、フローの検討。 ・退院半月前にカンファレンスを実施する。 ・退院時共同指導加算、退院退所加算を実施する。 <p>○情報共有シートの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提供方法の統一と内容の均質化を図る。 ・医療・介護連携に必要な情報を記載する共通書式(「患者情報カード」「情報共有シート」)を作成する。お薬手帳の活用。 <p>○会議運営の工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療側(相談員)、介護側(ケアマネ)、窓口を明確にして連携を深める。 ・事前情報を提供、共有の上で会議を開催する。 ・欠席者に情報発信を行う。 ・医療、介護が参加しやすい工夫(かかりつけ医の診療時間を避けるなど)、現場にあわせた定例化を図る)。 	● (12)	<p>部会を設けてルールづくりの検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入退院時の情報共有のための最低限の流れを示したマニュアルをつくっておく。 ・行政が検討のための事務局となって、関係者に声をかけてもらえば良い。 ・退院調整ルールづくりは中和圏域版と高島市版をたたき台にして検討を加える。 ・各プロセスにおける連携ポイントを洗い出す。 ・ケアマネなど、プロセスにおけるキイマンを明確にする。誰が何をするのかを指針として示す。 ・入院時、退院時に共有できるようにする。 <p>情報共有書式の工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・既存情報共有シートとして、病院が作成している書式がある。たたき台を元に、介護側・医療側が必要としている情報を盛り込む。
	(2) サービス担当者会議における連携が弱い	②サービス担当者会議における連携強化	<p>○在宅を支える情報共有シートの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「在宅退院情報確認書」「介護サマリー」をもとに、情報共有書式を統一する。 ・入退院時の経過や方向性が把握できる、地域単位で統一した書式を運用する。 ・「居宅介護指示書」を活用して医師とケアマネの連携を図る。 <p>○在宅を支える3者連携のルールづくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・①病院、②家族、③介護連携のあり方を示す。 ・要介護者と支援者の関係を表すエコマップを作成し、支援者の漏れをなくす。 ・ケアマネが医師に相談しやすいようにケアマネタイムを作成する。 <p>○会議運営の工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護が参加しやすい工夫(かかりつけ医の診療時間を避けるなど)、現場にあわせた定例化を図る)。 	● (7)	<p>情報共有書式の統一</p> <ul style="list-style-type: none"> ・書式を統一する。 ・特に、身体状況や環境が変わった時に書式が必要になる。

在宅医療介護推進部会 取組提案のまとめ (●重点取組は5名以上の部会員が、次年度以降取り組むべきとしたもの)

検討項目	主な課題	取組提案		重点取組	今後の検討事項
		提案のタイトル	内容		
	(3) 在宅生活を支える連携が弱い	③ 医療介護職の連携強化	<p>○連携を目的とした取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期開催のプログラムを組んで、関係機関の連携を強める。①勉強会、②意見交換会を開催し、顔が見える関係づくりを図る。 ・多職種連携研修の定期開催、かわら版等の発行に取り組む。 ・定例開催、開催時間の工夫により医師や薬剤師が参加しやすくする。 	(1)	
	(4) 施設、サービス情報の共有が十分ではない	④ 医療介護連携資源集の作成	<p>○資源集の作成・活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生駒市内の資源を把握する。定期的に更新できる体制とする。 ・それぞれの資源の窓口や Key になる人材を把握する。 ・ITC と回覧板などのアナログツールを使い分ける。 <p>○情報共有の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療職、介護職向けに資源の学習会を行う。 		
2 相談	中心組織、相談対応のしくみづくり	⑤ 在宅医療介護連携支援センター(仮)の開設検討	<p>○医療介護連携の総合相談機関の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療資源、介護資源をトータルコーディネートできる総合相談機関をつくる。在宅医療・介護連携に係る相談窓口を設置する。 ・総合相談機関に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する。 ・市や社協に連携担当者を配置する。 	● (7)	<p>想定される担い手候補</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護に精通しており中立的な組織。 ・地域包括支援センター、医師会、生駒市社会福祉協議会等が考えられる。 ・医師会と市が、救急診療、訪問看護、地域包括支援センターを運営しているメディカルセンターが適任ではないか。 <p>センター機能の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワンストップで全てのことに対応するのか、事業の枠組みを定めるのか、部会を設けてセンターの内容について検討してはどうか。
3 連携体制	(1) 情報交換のしくみづくり	⑥ 医療介護を支える連携体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携の事務局や情報共有のルールづくり、ツール更新の体制が必要になる。 	(1)	
	(2) 連携体制づくり		<ul style="list-style-type: none"> ・医療介護連携ネットワーク協議会において連携方針を検討する、協議体を継続して事務局機能を確保する。 		

在宅医療介護推進部会 取組提案のまとめ (●重点取組は5名以上の部会員が、次年度以降取り組むべきとしたもの)

検討項目	主な課題	取組提案		重点取組	今後の検討事項
		提案のタイトル	内容		
4 研修、人材育成	研修、人材育成	⑦合同研修、テーマ別研修、職種別研修の実施	<p>○連携を促進する合同研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携（医者、ケアマネ、訪看、事業所、ヘルパー、介護士を含め）の検討会や研修会 ・お互いの状況や役割の理解、チームで支援体制を考える ・医療、介護両分野の合同研修の機会をつくる <p>○テーマ別研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取りに関わった利用者さんの事例検討会 <p>○専門職種別の人材研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護人材確保について先進的な取組の情報収集を行う ・訪問看護講師によるヘルパーさんへの研修 ・病院看護師研修（県の看護協会研修への参加） ・歯科訪問診療の研修 ・在宅医の養成研修 ・総合相談窓口コーディネーター人材養成研修 	● (9)	<p>求められている研修テーマ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ALS（筋萎縮性側索硬化症）などの神経難病について ・精神疾患について ・独居の栄養コントロール法について ・歯科、嚥下について <p>自主的な運営の工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各職種が持ち回りで研修を運営する。他職種のことを理解しながら合同研修会を行ったり、他職種向けの研修会を企画する。 ・研修だけでなく、交流（遊び）の要素を加えるなど続けていきやすい工夫をする。 ・行政には場所の提供などの協力をして欲しい。
5 普及啓発	普及啓発	⑧在宅医療、看取りパンフレットの作成	<p>○啓発パンフレットの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護分野の普及啓発事業を一体的に実施する。 ・在宅医療、看取りに係るパンフレットを作成し、窓口や医療機関などで配布する。 	● (9)	<p>全市的な広報を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市広報で在宅医療、看取りについて広報を行う。 ・在宅医療でできることを紹介して、家族の不安を取り除く。 <p>パンフレットの内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取りの準備、心構えについて紹介。 ・口から食べれなくなった時、胃ろうなどの理解。 ・在宅看取りに対応できる医師や福祉施設を紹介する（資源集）。 ・福祉施設では「ターミナル意向うかがい書」によって家族の意思を確認している。 <p>事例を集めよう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・四日市市、津市などが看取りのパンフレットを作成している。
		⑨広報いこまちを活用したPR	<p>○広報誌を活用したPR</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療、福祉連携について広報誌に特集記事を掲載する。往診、訪看、訪介、デイ、家族、当事者等の生活事例を紹介する。 	(2)	
		⑩在宅医療、看取り市民フォーラムの開催	<p>○市民フォーラム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広報（市町村）、できれば家族も使えるアナログツールを活用する。 	(1)	
		⑪身近な地域向け講演会	<p>○身近な学習の場づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・まちづくり出前トーク（公開講座、寸劇）や地域住民とのシンポジウム、老人クラブ、町内会等の会合に出向き小規模な講演会を行う。 	(1)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療福祉施設が地域で行っている学習会について連携を図る。 ・医療福祉連携とあわせて、地域密着型サービスの理解を拡げる。
		⑫医療のためのエンディングノート作成	<p>○啓発につながるエンディングノート作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域住民へエンディングノート配布 		