

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
平成 28 年度活動報告書

平成 29 (2017) 年 3 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

目 次

1	はじめに	1
2	在宅医療介護推進部会の役割	2
3	在宅医療介護推進部会の取組	2
4	在宅医療介護連携の方針	5
5	生駒市における在宅医療介護連携のイメージ図	12
6	在宅医療介護推進部会のまとめ	13
	在宅医療介護推進部会員名簿	15
7	平成29年度の計画（案）	16
資料	医療介護連携についての意見交換(グループワーク)記録	17
	高島市視察研修報告	27

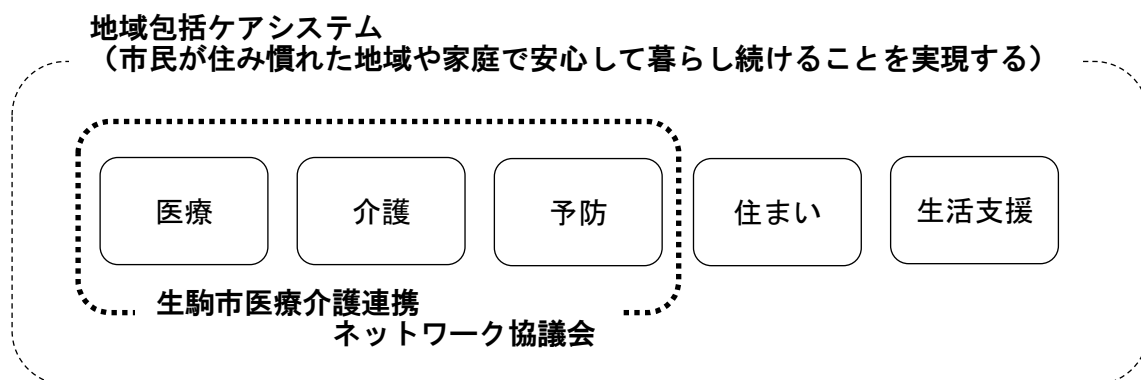
1 はじめに

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、平成 28 年 3 月に「生駒市医療介護連携ネットワーク協議会」を立ち上げるとともに、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 在宅医療介護推進部会の役割

在宅医療介護推進部会においては、下記の(1)～(8)の事項について協議を行うものである。

- (1) 地域の医療・介護の資源の把握
- (2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (3) 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
- (4) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (5) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (6) 医療・介護関係者の研修
- (7) 地域住民への普及啓発
- (8) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

3 在宅医療介護推進部会の取組

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
第3回	平成28年11月7日(月) 午後2:00～4:00	同上	取組の優先順位付けと実施に向けた検討

※その他、平成29年2月13日(月)には、第4回として、「生駒市在宅医療介護連携の方針」をとりまとめました。

(3) 参加者 医療職・介護職15名、郡山保健所1名、市職員1名



(4) 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	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「資料 医療介護連携について意見交換（グループワーク）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「資料 医療介護連携について意見交換（グループワーク）記録」を参照

2 その他の取組

(1) 在宅医療介護資源集の作成（生駒市医師会事業）に係る連携・協力

医療職や介護職の方に利用していただき、在宅医療や介護の連携促進に繋げることを目的として、生駒市医師会が推し進める生駒市内の在宅医療や介護施設等の情報を掲載した資源集の作成について、医療機関や介護事業所等への調査を実施するなど生駒市医師会と連携・協力して取り組みました。



資源集調査票		調査票記入欄	
調査票No.	調査票No.	施設名称	施設種別
001	001	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
002	002	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
003	003	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
004	004	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
005	005	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
006	006	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
007	007	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
008	008	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
009	009	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
010	010	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
011	011	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
012	012	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
013	013	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
014	014	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
015	015	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
016	016	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
017	017	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
018	018	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
019	019	生駒市立総合医療センター	総合医療センター
020	020	生駒市立総合医療センター	総合医療センター

(2) 視察研修

【視察先】滋賀県高島市

【視察日】平成28年10月13日（木）

【視察内容】高島市においては、平成26年度滋賀県在宅医療推進モデル事業として在宅医療推進事業に積極的に取り組み、また年々その取り組みを強化されていることから、担当者や医療関係者等に、これまでの取り組みや成果、今後の事業展開等について具体的な話を聞き、意見交換等を行いました。



4 在宅医療介護連携の方針

I 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"> ・医療職はケアマネジャー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うように感じる。

(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

住民に対して、在宅医療や在宅看取りの理解を拡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）。

II 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、人生の最後まで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、人生の最後まで続けることができる地域をめざします。

III 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。

IV 具体的な取組

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。

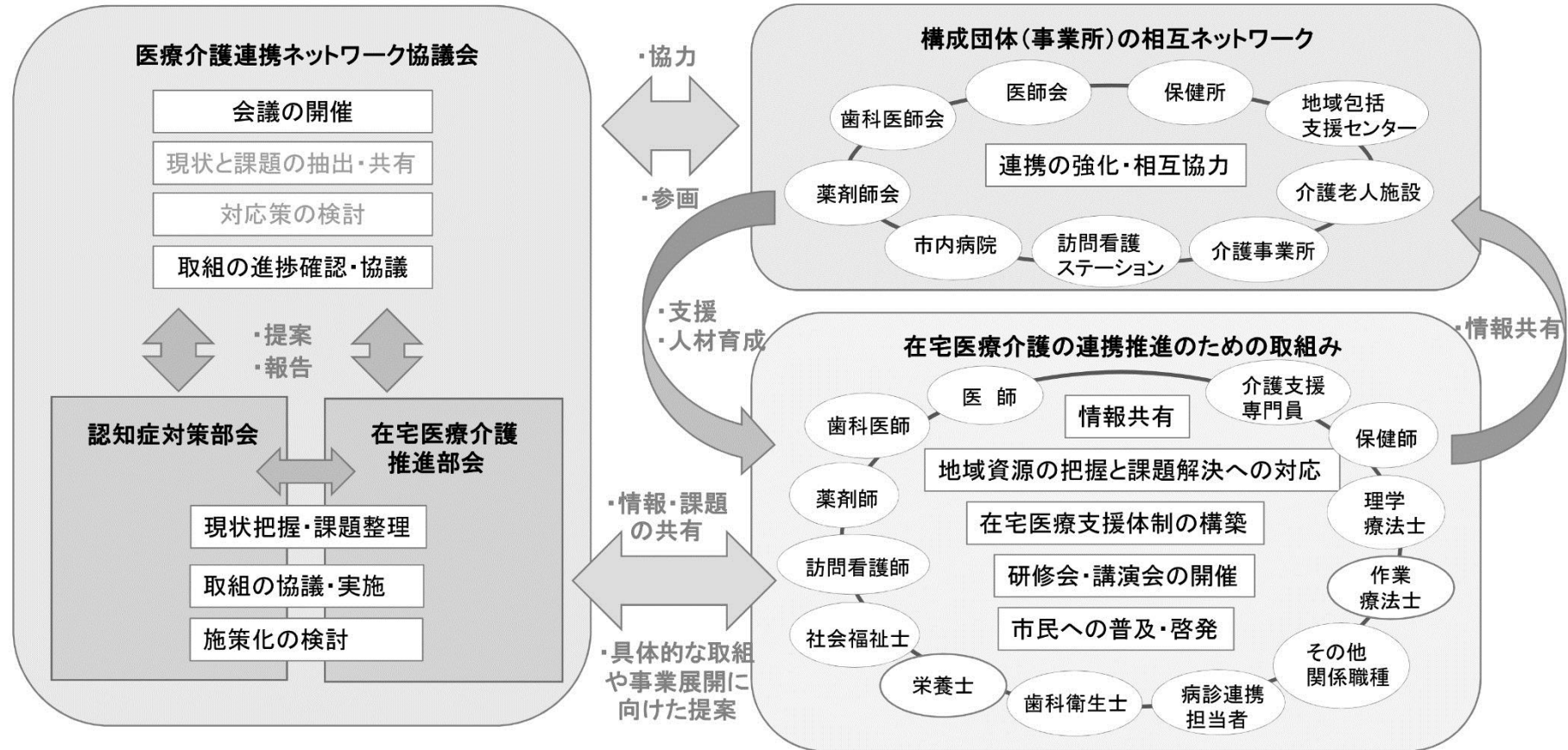
方針	取組（太字:優先度の高い取組）	厚労省手引きの取組
1 情報共有	① 入退院時マニュアル、支援ツールの作成 <ul style="list-style-type: none"> ・部会における事業者（従事者）の意見を反映して、マニュアル等を作成します。先行事例を参考にして、連携の流れ図、情報共有ルール、フローの検討を行います（中和圏域で作成済）。 ・医療・介護連携に必要な情報を記載する共通書式（「患者情報カード」「情報共有シート」）を作成します。 ・窓口の明確化、参加し易い工夫等に配慮するなど、現場の意見を反映した内容とします。 	(ウ)
	② サービス担当者会議における連携強化 <ul 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)

	<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めます。 	(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、ICT 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)

方針	取組(太字:来年度から行う優先度の高い取組)	
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 訪問看護師の講師によるヘルパーへの研修 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 	(キ)

	実施します。	
	<p>⑨広報いこまちを活用した 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)
	<p>⑩在宅医療、看取り市民フォーラムの開催</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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)
	<p>⑪身近な地域向け講演会</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います。 	(キ)

5 生駒市における在宅医療介護連携のイメージ図



6 在宅医療介護推進部会のまとめ

在宅医療介護推進部会の1年間の活動を終えての各部会員からの感想

- ・初めてこの会議に出させていただいて、他の職種の方の考えなどがわかりましたので、また勉強させていただきたいと思います。
- ・率直に申し上げますと、認知症の連携が不足している、あるいは勉強不足だというふうを書いてある課題に対して、連携を強化しましょうといったことだけではなく、もう少し具体的に、あえて言えば、介護している立場からいうと、医療サイドの介護保険制度だとかそういったところについての研修はスピードアップを進めていってほしいという印象です。
- ・多職種の方といろいろお話できたので、その多職種の悩みというのがわかってよかったなと思います。薬剤師会では、在宅医療については薬局によって温度差があるのが実情です。これを機会にもっともっとこの会議を通して、地区に医療介護連携を浸透していければと思っています。生駒市ではドクターと話ができる部会があるので、いい意味で医療と介護のちょうど中間くらいにあるのかなと思っていますのでうちちょっとがんばっていければと思います。
- ・来年度の部会の予定では、入退院調整マニュアルに関しては予定がきっちりあるが、その他の取組内容については具体的にどうなっていくのかと思います。その時点その時点でも結構ですし、また教えていただきたいと思います。
- ・病院を退院されるときの患者の利用シートについて、各病院ごとで書式が異なっているのではないかという現状を感じています。ですからざっとでもいいので、各病院がどういう書式で退院時の記録をし、患者様のデータベースをとっているかを、現場でも仕入れて共有できればと思います。生駒市として、様式の統一が進むのではないかと思います。もう1つは、資源集が出来上がってから先だと思うのですがけれども、医療と介護の間いわゆる自立支援の介護予防もあります。その地域ごとに行われているサロンや教室の情報も地域包括では持ってらっしゃいます。いわゆる介護にならなかった自立者の場合の、在宅での過ごし方の部分の情報の共有というの、一緒に考え直せるような資源集にできれば幅広くなるのではないかと感じております。
- ・資源集につきましては、データベース化されて、もちろん開示目的ですので、広く一般にも見ていただくということでした。しかし入退院調整マニュアルなど、今後これからわかりやすいものになるかと。高島市では専用のソフトのようなもので共有されていたり、一定条件として推進室というか、そこの方がかなり網羅されていたという前提条件があります。それをそのまま生駒市にもってこられるかというところがあります。けれども入退院のことですので、病院のドクター等、かかりつけ医の先生のことであったり、入退院の調整であったり、そこにケアマネージャーが当然関わって、事前に自宅も準備しないとイケません。情報を共有するというのは、実際には開示目的ではないので、ペーパーの状態はどうやりとりするのかなかなか難しいのかなと思っています。ファックスのやりとりをしていいのかも難しいと思います。そこもうまい方法で考えていく必要があるのではないかと思います。
- ・この会議の感想としましては、医療と介護グループワークなど活発な意見がありました。介護側としてはちょっと敷居が高いかなというイメージもあったのですがけれども、医療側も介

護との連携がとれてなかったり、お互いに意見のくい違いもあったようですが、今回の会議の中で連携ができていないところもあるので、今後もっと活発な意見を出し合って医療と介護の境をなくすような方向でいけたらと思います。

資源集の冊子化ですが、今、介護に関してつぶれていってる事業所もけっこうあります。新たにできたところ、なくなっていく事業所を資源集として冊子で出すのか、インターネットで流すのかというところも今後考えていかないとはいけません。あとは相談窓口について、医療と介護を1つの窓口で対応できればいいことですが、最近のこの状況の中で精神疾患というのもけっこう増えています。医療と介護だけではなく、精神にも精通した相談窓口になったら、市民の方も安心するのではないかと思います。

・今回、医療介護連携ネットワークの方にも参加させていただきまして、多職種の方と意見交換できてすごく勉強になりました。このグループワークをいかして今後、生駒の医療介護ネットワークがより活発的に連携していけるかと思います。

・医療側として、ここまで医療と介護はバラバラだと思っていませんでした。もっとスムーズに運用されているかと思っていましたが、こういった会議に参加させていただいて、そうではなかったのだと痛感させていただきました。今後それが一本化できるような形でテーマに取り組んで、私も参加してがんばらせていただきたいと思います。

あと1つ、入退院調整マニュアル作成のスケジュールについて、メンバー構成など、こういった体制でしていかれるのですか。ケアマネにしても、生駒市でもかなりの事業所がありますが、どう考えておられるのかというのがわからないので、わかり次第お願いします。

・組織として方針が出されましたが、個々の認識には温度差がかなり大きいのかなと思います。今後、ケースを通して連携が進むことを期待しています。また、実際に連携が進むということで、ツールが使えるだとか資源集はタイムリーになるだとか。他の処遇困難としてあがってくるのが、単身者、高齢者世帯、認知症の高齢者の方々がおそらく課題としてあがってくるのではないかと思います。その辺、具体的に組織としての連携が進むとともに、個々としての連携も進むことを今後考えていけたらなと思っています。

・いろいろとお話させていただいて、具体的な取組みということで方針が示されて、やっていかななくてはならないことが本当にたくさんあり、がんばっていかなくてはという思いと、せっかくそれぞれ団体から代表で、皆さん出てきておられるので、団体ごとにこういった取組みが進められていることを周知していただきたいと思いました。

1つの成果として、我々ここにいる者だけでも顔が見える関係が築けたことが1つの成果であると思いますし、我々の持っているいろいろな情報がまだまだ不足しているということと、連携が充分いってないという現状を我々の中でも共通して把握できたと思います。それをふまえて、来年度にむけてよりよい改善が出来るように我々も取り組んでいかないとはいけないというところで、皆さんまた心一つにしてがんばっていきたいと思っております。

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
ヤマケチ トシヒロ 山口 俊洋	医療法人学芳会倉病院 地域医療連携室 長	生駒市内病院
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
ナカミノ 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
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
タカヤマ マサコ 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
フネトメ カスヨシ 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
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
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
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
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
ハンモト カズコ 橋本 和子	奈良県郡山保健所 所長	郡山保健所
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

7 平成29年度の計画（案）

項目	平成29年度											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
在宅医療介護 推進部会	●第1回			●第2回			●第3回			●第4回		
	<ul style="list-style-type: none"> ○H29年度協議事項、スケジュール ○入退院調整マニュアル作成ワーキンググループの設置 ○在宅医療介護資源集の周知 ○地域医療介護連携ICT化基盤高度化事業 			<ul style="list-style-type: none"> ○研修、人材育成案の検討(ワークショップ) ○市民向け啓発案の検討(ワークショップ) 			<ul style="list-style-type: none"> ○入退院調整マニュアル作成の進捗確認 ○在宅医療介護資源集データベース化の検討(ワークショップ) ○相談支援窓口の設置に向けての検討(ワークショップ) 			<ul style="list-style-type: none"> ○入退院調整マニュアルの周知 ○在宅医療介護資源集データベース化のあり方 ○相談支援窓口のあり方 ○次年度の計画案 		
入退院調整 マニュアル作成 に係る会議等			◎第1回		◎第2回		◎第3回		◎第4回		◎第5回	
	入退院調整マニュアル事業説明会 <ul style="list-style-type: none"> ○マニュアル作成に係る事業説明 ○入退院調整状況調査の実施 		市内病院会議、地域包括・ケアマネ会議 <ul style="list-style-type: none"> ○調査結果、マニュアル内容についての検討 		合同会議① <ul style="list-style-type: none"> ○意見要望等の調整 ○マニュアル案の検討 		合同会議② <ul style="list-style-type: none"> ○マニュアルの確定 		実施説明会 (キックオフ会議)			
備考	※ 第2回以降の部会の協議事項については変更することがあります。また、ワーキンググループ(分科会)については、進捗状況等により協議事項、開催回数等について変更することがあります。											

資料 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

第1回・第2回在宅医療介護推進部会

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 第1回 平成28(2016)年6月29日(水) 午後9:00～10:30
 第2回 平成28(2016)年8月8日(月) 午後2:00～4:00
 場所 生駒メディカルセンター

2 意見交換のテーマ

第1回のテーマ

- 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。

第2回のテーマ

- 第1回で整理した連携に係る課題を解決するための具体的な取組案を出し合い、主な課題毎に取組提案として整理しました。

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 ・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 ・会議参加の工夫 在宅生活を支える連携が弱い ・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 ・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 ・しくみや組織づくり
4 研修、人材育成	研修、人材育成 ・研修計画、人材養成策
5 普及啓発	普及啓発 ・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	
		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て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	
		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）。

主な課題と取組提案

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。 ・ICT 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	<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。
	(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。

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	<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）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） <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 訪問看護師の講師によるヘルパーへの研修 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	<p>⑧ 在宅医療、看取りパンフレットの作成</p> <p>⑨ 広報いこまちを活用したPR</p> <p>⑩ 在宅医療、看取り市民フォーラムの開催</p> <p>⑪ 身近な地域向け講演会</p> <p>⑫ 医療のためのエンディングノート作成</p>	<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。 <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。 <p>市民フォーラムおよび身近な学習の場づくり</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。 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。 <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

第3回在宅医療介護推進部会

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

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の高い取組

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

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	今後の検討事項
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)

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	今後の検討事項
	(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	○連携を目的とした取組 <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	○資源集の作成・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。 ICT 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)の開設検討	○医療介護連携の総合相談機関の検討 <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)	想定される担い手候補 <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。 センター機能の検討 <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。 		

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	今後の検討事項
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。多職種のことを理解しながら合同研修会を行ったり、多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、胃瘻などの理解。 ・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 		

高島市視察研修報告

開催日時 平成28年10月13日(木) 午後1時30分から午後4時00分

開催場所 高島市立今津老人福祉センター

視察内容 (1) 高島市在宅医療・介護連携推進事業について

高島市医師会副会長 あいりんクリニック 前田昌彦さん

(2) 意見交換

(3) 高島市在宅医療・介護連携推進事業について

高島市役所健康福祉部地域包括支援課 主幹 古谷靖子さん

(4) 質疑応答

(1) 高島市在宅医療・介護連携推進事業について

高島市医師会副会長 あいりんクリニック 前田昌彦さん

●高島市在宅医療・介護連携推進事業について

- ・当事業は、平成27～29年の3年間にわたって、高島市の医師会が、県の補助事業を利用して、高島市と連携して行っている。
- ・目標は、医療や介護が必要に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よう、地域における医療・介護の関係機関が連携し、多職種協働により、包括的、継続的な在宅医療介護を一体的に提供できる体制構築に向けて基盤整備を行うこと。

●在宅医療支援地域センターについて

- ・在宅医療支援地域センターは、高島市医師会内に設置し、包括支援センターと協働して、市がやっているもの、医師会がやっているもの、共同でやっているものの3つに区分して事業を行っている。
- ・「高島市医療連携ネットワーク協議会」は、「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」として医師会が主となって行っている。
 - 27年度事業は、住民向けフォーラム、精神疾患患者支援に対する講演会
 - 28年度事業は、在宅療養や看取りに関するフォーラムの開催。市民病院で、病診連携検討会議を開催。
- ・湖西地域は、1市、1保健所、1医師会。市内の医療介護資源は、病院3院(ベッド数は410床(内訳一般306床(急性期258床、障害者病棟40床、地域包括ケア8床))、回復期40床、医療療養60床、感染床4床)、訪問看護ステーション4カ所など
- ・医療関係の代表者や担当者の間では、以前から顔のみえる関係が構築されていたが、現実問題として、入院患者の4割、外来患者は3割弱が、高島圏域外に流出している状況。

●高島市医療連携ネットワークについて

- ・高島市医療連携ネットワークが設立する前の問題点

医療資源数はそろっているが、市内では医療を完結できないこと。

しかし、市外の医療機関からみて、患者を紹介するにしても、高島市の医療状況が理解されていなくて、適切な連携は困難であること。(市外の医療機関に関して、高島市の医療状況の発信や検討の場がなくて、高島市の実情を理解してもらうことが困難)

- ・高島市医療連携ネットワーク運営協議会が平成23年8月24日に設立。

参加機関 医師会、病院、訪問看護ステーション、ケアマネ協、保健所など、平成28年度から歯科医師会、薬剤師会、リハ師会が参加

活動 月に1回の定例会、事例検討会、研修会等を実施(62回)

年に2・3回、大津市民病院、赤十字病院と連携して講演会やフォーラムを実施

●「淡海あさがおネット」について

- ・医療介護関係者の情報共有の支援として、平成27・28年度に滋賀県医師会が中心となり、主に在宅に関係する職種間の情報交換のためのICTを使ったシステムを利用。
- ・情報漏えいの虞もあり、情報共有の対象が広げられず、今は県内で千件ぐらいいしか動いていない。うち、半分が高島市。在宅で使っているのは60件程度。

●在宅医療・介護連携に関する相談支援について

- ・医師会では、コーディネーターを配置し、平成28年4月から2人体制で稼働。ホームページもあり。

●地域住民への普及啓発について

- ・27年度から在宅医療・看取りに関する講演会を字単位で実施。
一般向けの講演会として、平成28年3月に認知症に関する講演会「高島かつおさんの物語」(手作りの寸劇)を実施。
- ・字単位の出前講座として、年間10から12カ所ぐらいで、地区のお祭りにからめて実施。

(2) 意見交換

質問：在宅医療介護連携に関する相談支援で配置されているコーディネーター2名の職種を教えてください。また、選定方法、コーディネーター配置に関する費用負担について教えてください。

回答：コーディネーターは、元市職員の保健師。選定は、これまで地域包括の保健師であり、経験者として選定した。費用負担は、県補助事業終了後は人件費という形で市負担。

質問：あさがおネットのセキュリティ面はどうか。

回答：セキュリティはしっかりしている。介護側の情報は入っていない状況だが、あまり問題ない。高島市は、在宅のみに使っているという状況。滋賀県では、「メディカルネットワーク」(別のICT)で病院の患者の同意をもらった上で、検査データとか、投薬の内容等も、こちらから見る事が出来る。

質問：あさがおネットは、4つの訪問看護ステーションのうち、何件ぐらいのステーションが利用されているか。

回答：4ヵ所全部使っている。頻繁に写真や動画を送ってくることもあり、重宝はしている。面積が広いので、移動時間の削減に効果が出ている。

質問：毎年、フォーラムなどを企画されているが、全国的には、看取り、多職種連携、認知症などのテーマを選ばれている中で、あえて精神疾患の患者支援に関する講演会を行ったことには、何か高島市特有の問題があるのか。

回答：市内には精神科の医師がおらず、色々と問題が起こっている。県立病院の精神科との連携ということからも重要であり、あえて2年に1回程度行っている。

質問：市内医療機関の約30軒が訪問診療等されているとのことだが、在宅医療に積極的に関わっている医療機関はどれぐらいあるか。

回答：在宅療養支援診療所(強化型)は8ヵ所。それ以外でも半数の方は、訪問診療されている。ただし、新規参入する診療所がないのでこれからが問題。

質問：あさがおネットの導入には結構経費がかかると思うが、費用負担などはどうしたのか。医療機関も訪問看護ステーションも同じものを使ってらっしゃるということなのですが、一緒にしようと思うと経費がかかりますが、何処が負担したのですか。

回答：県医師会で一斉導入したことから、設備投資に係る経費に関しては県医師会負担。使用料は、月1000円程度/1医療機関。

質問：地域の在宅医療介護の連携を支援する相談窓口では、特にどんな内容で相談に來られ、どういった形で対応しているのか。

回答：市の地域包括支援センターや保健センター相談窓口は、入退院における個別の支援。医師会で行っている相談窓口は、職種間の連携上の困りごとを解消するため、支援をする窓口、棲み分けをしながら、対応している。

質問：医師会で行っている職種間の連携の窓口では、主にどういったことを相談として受けて、解決に導いているのか。

回答：実際、窓口としては、一応開けてはいるが、まだ具体的に動いてないのが現状。本来は職種間の問題がある時に話し合いの会議の場の設定をするなど想定している。現在、コーディネーターの2人が試行錯誤しながらやっている状態、また、周知が一般的に滞っていて、まだまだ伝わっていない状況。

(3) 高島市在宅医療・介護連携推進事業について

高島市役所健康福祉部地域包括支援課 主幹 古谷靖子さん

● 高島市について

- ・滋賀県の北西部。福井県と京都市、長浜市、大津市に囲まれている。山間部が多い地域。

面積 693 km²、人口約 50,500 人、高齢者人口 16,314 人（32.3%）、後期高齢者人口 8,584 人

限界集落、準限界集落が、山間部を中心に増えていっている現状。

2040年には高齢者比率40.6%になる。特に、85歳以上の高齢者が、2025年に1.6倍、2040年に2.1倍で、85歳以上の割合が増え続けるということが、今大きな課題。

医療費や介護給付金も伸び続け、介護認定者数も、年々増加している。

特に、要支援1・2、要介護1の軽度者の認定を受けられる方が多い現状。

介護給付費は今年度45億円。医療費は昨年度75歳以上で69億円が使われている現状。

● 高島市地域包括支援課の人員体制及び事業体制について

- ・高島市地域包括支援課が地域包括支援センター(直営1箇所のみ)を担っている。
保健師、社会福祉士、主任ケアマネの3職種は、地域包括ケア体制の業務をしながら、個別のケアマネジメント(年間150件以上)もしている現状。

- ・組織体制 健康福祉部
 - 地域包括支援課(本庁：地域包括支援センター)
 - 健康推進課(本庁：拠点保健センター)
 - 保健センター(5箇所)

- ・人員体制 主任介護支援専門員 3名(保健師が兼務)、社会福祉士 3名、保健師 5名(うち2名嘱託)、作業療法士 1名、介護支援専門員 2名(嘱託)、看護師 2名、行政職 3名 計19名

・地域支援事業

介護予防日常生活支援総合事業

「高島あしたの体操」 元気な高齢者がいつまでも元気でいられるようにオリジナルの体操を作り、普及啓発をしている。

包括的支援事業

在宅医療介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、地域ケア会議推進事業を実施。

指定介護予防支援事業所運営事業も受け持っている。

● 高島市の社会資源について

病院 3病院あり、市民病院は後方支援病院として、マキノ病院は、医療療養施設も併設、今津病院は回復期病棟もっており、在宅療養支援病院として、それぞれ地域の医療を支えている。

診療所 29箇所、うち在宅療養支援診療所は8箇所

歯科診療所 20箇所、全診療所が訪問診療を実施。

薬局 24箇所、うち居宅療養管理指導の算定は14箇所。

● 高島市の現状について

- ・強み
 - ・1市1医師会1保健所1社協で、在宅医療、生活支援について皆で話し合える機会が多く、代表者レベルでは、「顔の見える関係」が進んでいる。
 - ・地域包括支援センターが現場に出向き、じかに現場の訪問先の患者や家族の方のお話を聴く機会が多く、そこから地域の課題というものを感じとって、今後の取り組みについてしっかり考えられるようになっている。
 - ・社会福祉協議会が、「見守りネットワーク活動」を展開し、地域の見守り体制を構築されている。
- ・弱み
 - ・病院に従事する医療関係者が県と比較してもかなり少なく、介護職も不足。
 - ・精神科病床がなく、相談ができない、また、患者支援について医療体制がとれない。
 - ・認知症の専門病院がないので、市外(大津)に流出している。

● 取り組みの経過について

・医療と介護の連携の課題

医師とケアマネの連携がなかなかとりにくい。

顔がわからない。

敷居が高い。など

・平成19年度に主治医連絡票の作成(ケアマネ協)

紙面だけのやりとりでは、なかなか難しくなってきた。

・平成23年度に医療連携ネットワーク運営協議会を発足

顔つなぎの場として機能

・平成26年度に滋賀県在宅医療推進のモデル事業に取り組む。

在宅医療と介護に関する現状やニーズの把握のため、市民や保健医療、介護事業所へのアンケート調査の実施

その他、市民啓発や多職種のグループワーク研修も実施

結果、在宅療養に関する地域課題が明確となり、多職種の合意のもと、課題解決に向けた取り組みの方向性が具体化した。

・医師会の後方支援のもと、リハ職が組織化された。

・「チームかまいし」をモデルに「職種間連携事業」が計画された。など

● 今後の方向性について

- ・医師会と市地域包括支援センターとの協定に基づき、平成30年度には、事業を全て医師会に委託し、医師会の在宅医療コーディネーターを中心に事業を展開していく。
- ・市は地域資源の把握、課題抽出、対応策の検討、関係市区町村との連携を中心に担っていく。

- ・会議関係として、「在宅ケア推進会議」に分科会として、摂食嚥下のワーキンググループ、県で養成している多職種のリーダーの会議などを行っている。
地域リーダー連絡会議(年5、6回)では、地域リーダーが現状と課題の分析や、事業の調整をしている。
医師会連携調整会議(年2、3回)は、医師会の医師と地域包括支援課の担当者、保健所の担当者が役割機能の確認、年度の計画の立案や予算の計上等についての検討を行っている。
- ・職種間連携事業
 - 1次連携 課題の抽出とフィードバック。今の連携上の課題や地域の課題を聞き取りや意見交換
 - 2次連携 職種同士のニーズをマッチングする形で、連携上の取り組みを実施
 - 3次連携 在宅ケア推進会議として、コンセンサス形成の場
- ・多職種連携地域ケア会議(月1回定例開催)
 - 地域のケアマネから出していただいた事例にもとづいて、地域課題の抽出をして、今後の事業について考えていく場。最終は、地域ケア推進会議で地域全体で何が必要かということを考えながら今後の政策、形成にむすびつけていく。
- ・「高島かつおさんの物語」
 - 市民向けの啓発として、昨年に認知症の講演をし、かなり好評で、在宅医療や介護の現状がよくわかるということで、DVDにし、市民向けの啓発に使っている。

(4) 質疑応答

質問：地域の見守りネットワークが市の強みとのこと。具体的にどのような内容なのか。

回答：見守りネットワーク活動は社協中心で、地域包括も各保健センターも入っており、民生委員、福祉推進委員、区長が活動に取り組んでいる。現在市内94ヵ所で取り組んでいる。取り組みとしては、地域の子供から高齢者までが集える「見守りカフェ」という居場所づくり。さらに、「あしたの体操」という取り組みにつながっている。

また、個別訪問や声かけ支援で把握した地域の困りごとや個別の課題を、定例の「見守り会議」で皆で考えて支援を検討するという場をもっている。

質問：見守りネットワーク活動の事業費は社協負担か、あるいは、市から社協に委託しているのか。

回答：成り立ちは、平成22年に赤い羽根共同募金のモデル事業として取り組みを始められたことから。市は何の財政的な支援もしていない。ただ、社会福祉課から地域の福祉づくり、町づくりへの補助金は出ている。

質問：福祉支援推進委員はどういう立場なのか。

回答：社協で養成をされていて、ボランティアで、各地域で2・3名ずつ養成をされていて年間何回か会議や研修会をして育成をされている。

質問：摂食嚥下に関するワーキンググループ会議の参加者は。

回答：「在宅」を主眼にしているため、ケアマネ、在宅のヘルパーと訪問看護は入っているが、老健や特養や施設職員は入っていない。今後考えていくところ。

質問：高齢化率が30%を超えて、課題は。

回答：独居や高齢者世帯で2人とも認知症であるとかの場合の支援をどうするのか、高齢者を支える家族のキーパーソンが近くにいないというようなことが本当に多くできてきている。また、退院される時に行き場がない、家に帰っても誰もみてくれる人がいない方をどう支えていくのかということ、病院と地域でどうやって連携しながら、支えていくのかという課題もできてきている。

質問：退院支援ルールを実際に使われて、よくなった点が具体的にあったら、教えていただきたい。

回答：よくなったかどうかの調査を、今、県保健所が聞き取りを各病院にされているのと、6月にケアマネージャーに、退院支援ルールを使って、どれだけ病院との連携をとったかというアンケートをとっておられます。まだ、その結果がでていない。

質問：実際、退院って急な場合もあるが、退院支援ルールどおりにはいかないことが多い。高島市の場合はネットワークが強いといったメリットが活かされているということはあるか。

回答：医療連携ネットワーク運営協議会が立ち上がるまでは、「明日、退院するのでね」というみたいな話が、地域包括にもケアマネにもよくあった。しかし、今では、病院の地域連携室では、入院時からきちんとケアマネと連携していくことを意識してくれており、ケアマネも意識的に入院中も何度ものぞきに行ったり、看護師や連携室と話をしたりして、スムーズにできている。

質問：あさがおネットの活用について

回答：入退院に際して、医師やケアマネ、訪問看護師などがあさがおネットを利用して、患者の情報のやりとりをされている。あさがおネットは動画が使えるので、リハ職がかなり積極的に使われていて入院前の日頃の状態を必ず動画で撮っておかれ、入院をされたときはその動画をあさがおネットを通して病院とリハ室に送ります。リハの先生は訪問に行かなくても大体の現状が入院当初からわかり、リハビリ計画へ活用をされている。

質問：退院時カンファレンスは、かなり件数多く積極的にされているのか。

回答：できる限り処遇困難事例と思われる方は、退院カンファレンスはあらかじめ何度か開いてくださるのも多くなっている。ケアマネージャーから退院にあたって、カンファレンスを開いてほしいと、依頼をし、地域連携室で調整をして、開いていただくという動きにもなっている。

質問：医療地域資源マップは、今後、情報更新をどれぐらいのタイミングとするのか、また、財源は。ホームページにはアップしているか。

回答：チーム高島のホームページに掲載している。26年度末に作って1年半ぐらいなので、電話番号の変更など細かな変更があった場合は、シールなどで微調整しているが、29年度に向けて、冊数も少なくなってきたので、4月、5月で更新して印刷する。財源は、来年度は医師会の補助金400万円を予定している。ホームページ上でデータを改編していく方が印刷するよりも便利に思う。

質問：住民が、医療地域資源マップを活用していることは、まだそんなにはない感じがあります。今、使われているのは住民より、事業所が使われておられるのですか。

回答：住民も使われています。出前講座や市民の講演会には、配布している。また、訪問に行ったおうちにもうまく使えるように説明をした上で、置かせていただいたりしている。

質問：ホームページ上でアップされる資源集のデータ管理は、主に市のほうでされているのか。

回答：情報は市で管理をしており、ホームページの運用は在宅医療コーディネーターにお願いをしているので医師会になっている。

(5) 視察研修を通して（参加者アンケート）

1. 効果的と思った高島市の取り組み
<ul style="list-style-type: none">• 行政と医師会が連携し在宅医療の推進及び情報の共有、ICT化に取組み、多職種連携強化及び定期的な会議を实践され地域包括ケアシステムに取り組み、地域住民への発信をされていること。• 「淡海あさがおネット」は、医療と介護、福祉が連携するうえで、情報がタイムリーに共有でき効果的であると感じた。特に画像が見ることができ点が適切な治療に繋がると感じた。• 地域づくりの視点から、「社会福祉協議会や住民ボランティアと市との共同」による地域単位での「見守りネットワーク活動」がすばらしい。• 現場での定例的（月1回）な多職種での検討会を積み重ね、継続的に「顔の見える」関係を築かれている。• 一次連携として、まずは職種ごとに意見聴取を行われていたが、プロセスは増えるものの、より具体的な課題の抽出には効果的だと感じた。また、退院時の医療と介護の連携について、地域で統一したルールがあり、情報の提供等もルールに基づいて行っておられ、入退院時の情報不足の解消や、漏れ落ちるケースの防止につながると思う。• 入退院時に医師とケアマネジャーの連携が適切に行われているので利用者の利便性が高い。また、相談窓口がマップで示されており、分かりやすい。

2. 今後の生駒市の在宅医療介護連携で活かしたいことは

- ・約5万人の人口規模が在宅医療介護の密な連携に適していると思われる。生駒市においても市内を2分割か3分割で考えるとよいかもしれない。
- ・連携のツールとしての「淡海あさがおネット」を利用されているが、生駒市においてもそのようなツールの利用を検討する必要がある。
- ・行政が主体となり在宅医療、在宅介護、施設型から在宅へ転換への取組、地域密着型サービスの地域住民への発信に活かしたい。
- ・入退院支援ルールの作成(生駒市内の病院をまとめるのは大変だが、患者情報の連携では情報把握の迅速性や共有による対応の質の向上に繋がる。)
- ・多職種による事例検討会の開催。
- ・統一書式での情報共有(書式が統一されることで情報共有に偏りが少なくなる。)
- ・現場での定例的な検討会の積み重ねの中で地域課題の共有や目指す方向性を共有していく。
- ・地域の在宅療養支援メンバーに薬剤師会やリハビリ等地域の社会資源を活用していく。
- ・地域全体のコンセンサスを得ていくための会議の位置付けの整理と1次連携、2次連携と各職種の役割の整理。
- ・継続的な定例会(事例を通じてケアマネジャー・事業所・地域が課題と感じているところを病院・診療所等と共有する。)
- ・医療マップ(情報は多く載せれば良いことがわかった。各団体の意向も確認しながら、窓口の所在や必要事項から始めてもいい。期間を決めて更新の必要性もある。)
- ・医師とケアマネジャーの連携が適切に行えるシステムの構築。
- ・利用者が適切な相談窓口へ行けるためのパンフレットの作成。
- ・現場の者が定期的に集まり、医療介護連携について語れる場が高島市のようにあると良いと感じた。そういったニーズがどれほどあるかを調べたうえで、ニーズがあれば、そうした活動も医療介護連携に活かしていきたい。

3. 今後、どのようなテーマ、視察先を希望されますか。

- ・複合型施設による地域包括ケアシステム実践都市。
- ・在宅医療連携を官民一体で行っている先進事例。
- ・市が率先して住民への介護予防を促し、地域が主体となって活動している事例。
- ・生駒市と人口構造や地域性の類似した市町村の取組事例。
- ・奈良県宇陀市のように住民を巻き込んだ医療介護連携のネットワークづくりを行っているようなところの取組事例。
- ・長崎、尾道等の先進地の取組事例。
- ・地域包括ケアシステムの構築をテーマにした取組で、看取りの場所をホーム(おかあさんの家)などで取り組んでいる事例。