

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30年度活動報告書（案）

令和元（2019）年5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開催	2
4	在宅医療介護連携に関する課題等の整理	3
5	平成30年度の具体的な取組	4
6	令和元年度の計画（案）	11
資料 1	在宅医療介護連携推進事業	13
2	在宅医療介護推進部会の設置及び運営に関する規程	15
3	平成30年度 在宅医療介護推進部会員名簿	16
4	入退院調整マニュアル運用ワーキンググループ開催要綱	17
5	平成30年度入退院調整マニュアル運用ワーキンググループメンバー名簿	18
6	生駒市入退院調整状況調査結果報告【運用1年後調査】	…（別冊）
7	地域医療介護連携 ICT 化基盤高度化事業（やまと西和ネット）	19

1 はじめに

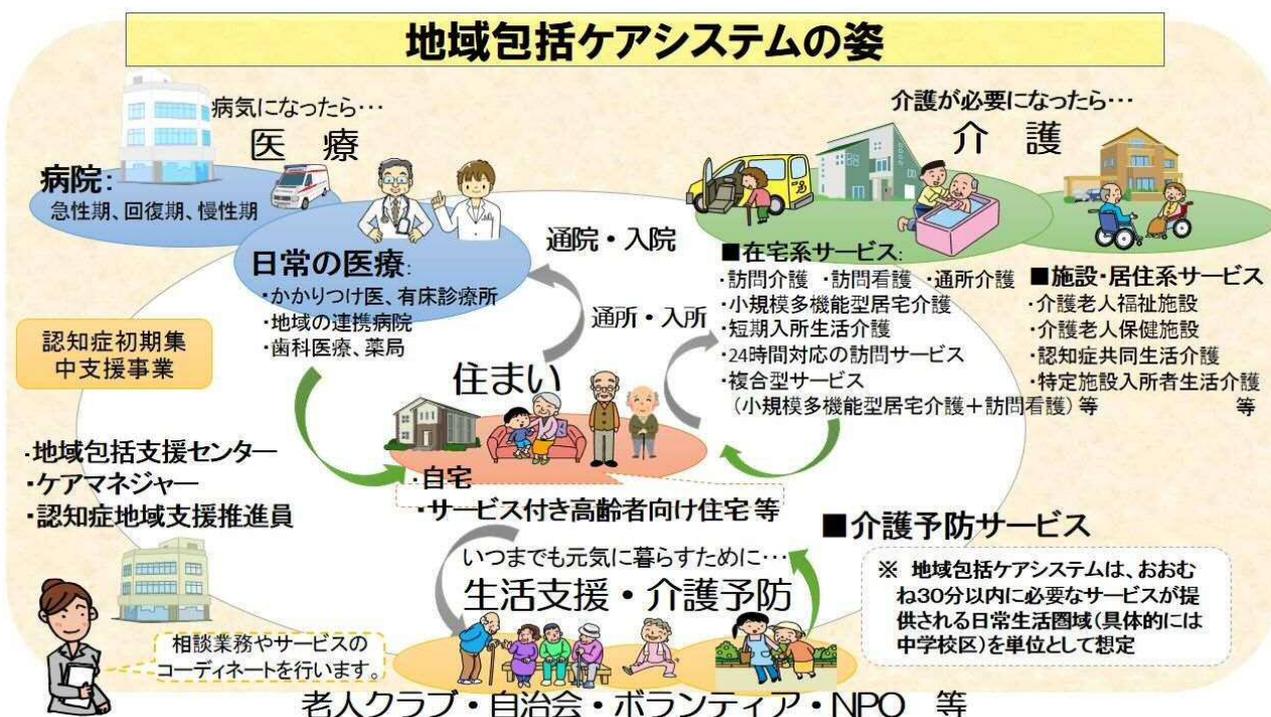
生駒市における高齢者数は今もなお伸び続けており、2025年の高齢化率は29.4%と見込まれている。中でも、医療や介護が必要となる割合が高まる後期高齢者数が前期高齢者数を上回り、今後、ますます医療や介護を必要とする対象者は増加するものと考えられる。

こうした状況を踏まえ、団塊の世代が75歳以上となる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」が包括的に確保される地域包括ケアシステムの実現が求められている。

そこで、本市においては、「医療・介護・予防」の分野に係る包括的かつ継続的な医療・介護・予防サービスの提供体制の構築を目指し、平成28年3月から「生駒市医療介護連携ネットワーク協議会」を立ち上げ、「在宅医療介護推進部会」と「認知症対策部会」を設置し、その取組を推進しているところである。

平成30年度の「在宅医療介護推進部会」の主な活動内容については、超高齢社会による在宅医療介護の需要増大を考え、病院と地域をシームレスにつなぐ支援ツールとしての入退院調整マニュアルの運用開始とその検証を始め、生駒市医療・介護・介護予防情報ナビの運用、在宅医療・介護連携に係る相談窓口の運用、看取りに関する市民啓発や多職種連携研修の開催などを中心に取組を進めてきた。

引き続き、医療・介護関係者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・利用者が医療や介護のサービスを切れ目なく利用できる体制の構築及びサービスの質の向上と市民啓発に努めていきたいと考える。



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(ア)～(ク)の事項について協議を行うものである。

- (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の検討
- (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
- (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町村の連携

3 在宅医療介護推進部会の開催

開催年月日	会議の内容
【第1回】 平成30年 6月16日	①平成29年度活動報告及び平成30年度事業計画(案)について ②入退院調整マニュアル運用ワーキンググループ開催要綱の制定について ③その他 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護ガイドの配布について ・市民フォーラムの開催について ・多職種研修の開催について ・生駒市在宅医療・介護連携支援センターの活動報告
【第2回】 平成30年 9月25日	①在宅医療・介護連携に関する実態等調査結果の報告 ②グループワーク <ul style="list-style-type: none"> (1)在宅医療・介護連携に関する実態等調査結果からの課題について (2)市民フォーラム(パネルディスカッション)について ③その他 <ul style="list-style-type: none"> ・入退院調整マニュアルの運用状況調査について ・講演会の開催について ・生駒市医療・介護・介護予防情報ナビの利用について
【第3回】 平成31年 1月31日	①在宅医療・介護連携に関する実態等調査結果からの課題について(グループワークのまとめを報告) ②グループワーク:在宅医療・介護連携に関する実態等調査結果による課題に対する取組について ③その他 <ul style="list-style-type: none"> ・生駒市医療・介護・介護予防情報ナビの利用について ・看取りに関する多職種連携研修について ・生駒郡地域ケア会議 市民公開講座の紹介 ・生駒市在宅医療・介護連携支援センターの活動報告

【第4回】 平成31年 3月16日	①平成30年度 入退院調整マニュアル運用ワーキンググループの活動報告 ②第3回 在宅医療介護推進部会グループワークのまとめについて ③平成31年度 事業計画（案）について ④平成31年度 在宅医療介護推進部会員の構成について ⑤在宅医療介護推進部会員としての3年間の振り返り
-------------------------	---

4 在宅医療介護連携に関する課題等の整理

(1) グループワークの概要

在宅医療・介護連携に関する実態等調査結果をもとに、生駒市の課題について検討を行い、5つの項目に分類・整理をし、次年度以降にどのような取組を行うかについて意見交換をした。

(2) グループワークのまとめ

検討項目	主な課題	取組提案
1 情報共有	(1) 入退院調整マニュアルの利用が十分に出来ていない	入退院調整マニュアルの普及推進
	(2) 退院時の情報共有がスムーズになっていない	退院時情報を共有するための体制づくり
	(3) 薬剤師との情報共有が出来ていない	薬剤師と医療介護事業所の連携体制づくり
2 相談	在宅医療・介護連携支援センターの利用が進んでいない	在宅医療・介護連携支援センターの普及推進
3 連携体制	病院と介護事業所との連携強化	医療介護を支える連携体制づくり
4 研修・人材育成	(1) 訪問診療が出来る医師の把握が出来ていない	在宅医療・介護連携支援センターの活用
	(2) 看取りに対応できるスタッフの育成が進んでいない	多職種研修、テーマ別研修の開催
	(3) 入退院調整マニュアルの普及	入退院調整マニュアル普及のための掲示物を作成
5 普及啓発	(1) 在宅医療介護に対する理解不足	市民フォーラムの開催
	(2) 夜間・急変時の対応に対する不安	A C Pの普及

5 平成30年度の具体的な取組

(1) 生駒市入退院調整マニュアルの運用

病院から在宅、在宅から病院への円滑な連携を図ることを目的に作成した「生駒市入退院調整マニュアル」の運用を開始し、よりシームレスに現場対応できるマニュアルの運用に向け、以下の会議等を重ね、改善策について検討を進めてきた。

日 程	会 議 等
平成30年4月1日	入退院調整マニュアル運用開始
平成30年6月16日	第1回在宅医療介護推進部会にて入退院調整マニュアル運用ワーキンググループの立ち上げ
平成30年10月	入退院調整マニュアル運用半年後 入退院調整状況調査 (①)
平成30年12月3日	入退院調整マニュアル運用ワーキンググループ
平成30年12月17日	第1回 入退院調整マニュアル合同会議 (②)
平成31年2月6日	第2回 入退院調整マニュアル合同会議 (③)
平成31年3月	入退院調整マニュアル運用1年後 入退院調整状況調査 (④)

①入退院調整マニュアル運用半年後 入退院調整状況調査

目的：入退院調整マニュアルの運用を開始して半年が経過したため、運用後における入退院調整の現状や、医療と介護の連携による効果と課題を把握し、マニュアル見直しの基礎資料とするため

調査対象：・市内病院 6ヶ所
・市内介護事業所 41ヶ所

〔 居宅介護支援事業所 30ヶ所
小規模多機能居宅介護事業所 4ヶ所
地域包括支援センター 7ヶ所

・期間：平成30年9月1日～平成30年9月30日

回答数：市内病院 6ヶ所（100%）市内介護事業所 41ヶ所（100%）

調査実施期間：平成30年10月1日～平成30年11月13日

調査結果：

- 1 退院調整率 69.7%（運用前）→78.2%（半年後）に増加
- 2 退院時ケアカンファレンスの開催 29.9%（運用前）→47.1%（半年後）に増加

- 3 入院時情報提供率 22.7% (運用前) → 74.0% (半年後) に増加
- 4 市内ケアマネジャー等の入退院調整マニュアル利用率 89.2%
うち、「まあまあ効果があった」と53.2%が回答。「大変効果を感じている」10.8%と併せて、64%の方が使用に関する効果を感じている。
- 5 主な課題 病院での活用は、入退院調整部署にとどまり、院内で周知できていない

②第1回入退院調整マニュアル合同会議

内容：《報告》

- ①生駒市入退院調整マニュアルづくり事業の取組経過
- ②入退院調整ルール広域会議について
- ③入退院調整状況調査の結果
《グループワーク》

入退院調整マニュアル運用上の課題

参加者：69名

(主な意見)

- ・入退院調整マニュアルを利用して、担当者同士の連携やコミュニケーションを取りやすくなった。
- ・書式が統一されて情報伝達がスムーズになった。
- ・全入院患者への対応は難しい、入院時情報提供書の書式が使いにくい。
- ・運用にあたりマニュアルの周知徹底・運用方法に関する検討が必要。



③第2回入退院調整マニュアル合同会議

内容：《報告》

- 第1回入退院調整マニュアル合同会議のまとめ
《グループワーク》

入退院調整マニュアルの改善すべき項目について

参加者：73名

(主な検討事項)

- ・対象者の状態像が異なる居宅介護事業所と地域包括支援センターとの違い
- ・除外ケースについて
- ・転院時の入退院時情報提供書の取扱いについて
- ・マニュアルを周知するための方法について

(主な意見)

- ・マニュアルの改善をすべきという意見とそのままで良いという意見が分かれた。
- ・マニュアルを効果的に活用するには、医療側・介護側の相互理解が必要であるということを改めて確認することができた。



- ・医療側は、地域医療連携室や病棟看護師への周知は進んだが、その他医師やリハビリスタッフなどコメディカルへの周知も進めていくことが重要。

④入退院調整マニュアル開始1年後 入退院調整状況調査

目的：入退院調整マニュアルの運用1年後における入退院調整の現状や、医療と介護の連携による効果と課題を把握し、マニュアル見直しの基礎資料とするため

調査対象：・市内病院 6ヶ所
 ・市内介護事業所 41ヶ所
 〔居宅介護支援事業所 30ヶ所
 小規模多機能居宅介護事業所 4ヶ所
 地域包括支援センター 7ヶ所〕
 ・期間：平成31年2月1日～平成31年2月28日

回答数：市内病院 6ヶ所（100%）市内介護事業所 40ヶ所（98%）

調査実施期間：平成31年3月1日～3月15日

調査結果：

- 1 退院調整率は増加傾向にある。
 69.7%（運用前）→78.2%（半年後）→83.0%（1年後）
- 2 退院時ケアカンファレンスの開催は変動している。
 29.9%（運用前）→47.1%（半年後）→27.5%（1年後）
- 3 入院時情報提供率は運用前よりは増加しているが、半年後調査から減少している。
 22.7%（運用前）→74.0%（半年後）→55.0%（1年後）
- 4 市内ケアマネジャーの入退院調整マニュアル利用率 87.6%
 入退院調整マニュアル使用後の効果は、半年後調査とほぼ同様である。
- 5 市内6病院で50人（主に入退院調整部署、病棟看護師）が、入退院調整マニュアルの説明を受けている。
- 6 病院関係者のマニュアル利用率 76.5%
 使用しての感想については、効果があると感じている者は、38.2%にとどまっており、その理由について明確にしていく必要がある。

（2）生駒市医療・介護・介護予防情報ナビの運用

平成30年5月からインターネットを活用して、市内の医療機関、介護事業所、介護予防教室等を検索できるように「生駒市医療・介護・介護予防情報ナビ」の運用を開始している。市民向けオープンサイト「けあプロ・Navi」と関係機関向け「ケア倶楽部」にて情報提供を行っている。

① けあプロ・Navi

医療機関、介護事業所などの基本情報を誰でも閲覧することができる。



② ケア倶楽部

市内医療機関・介護事業所など関係者向けに生駒市内の詳細な医療、介護資源情報が検索できるほか、国からの通達や市からのお知らせを周知することができる。



(3) 在宅医療・介護連携に係る相談窓口の設置

平成30年4月から、地域の医療・介護関係者等から在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整・情報提供等を行う相談窓口を一般財団法人生駒メディカルセンターに委託し、運用を開始した。

- ・ 名称：生駒市在宅医療・介護連携支援センター
- ・ 相談日：毎週水曜日と金曜日（祝日及び年末年始を除く）
- ・ 相談時間：午前の部 午前9時～正午
午後の部 午後1時～午後5時
- ・ 場所：セラビーいこま メディカル棟内

【平成30年度 活動実績】

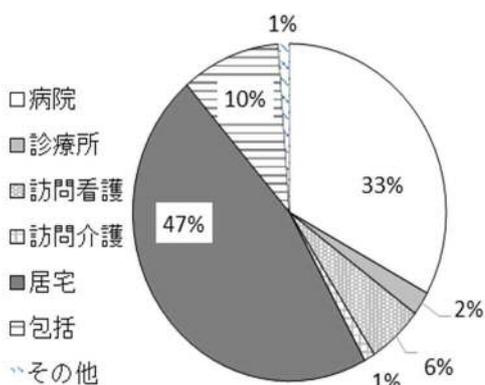
- ・相談件数：88件（電話相談 86件、面接 1件、訪問 1件）
- ・照会経路

平成30年度	病院	診療所	薬局	訪問看護	訪問介護	通所系	施設系	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	その他	合計
件数	29	2	0	5	1	0	0	41	9	1	88

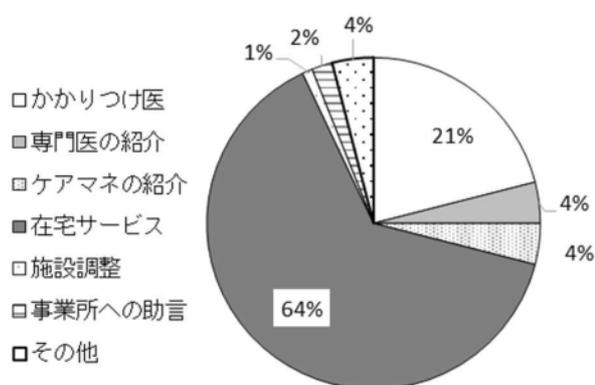
・支援内容

平成30年度	かかりつけ医の紹介	専門医の紹介	看取り	転院の調整	ケアマネの紹介	在宅サービス	施設調整	事業所への助言	その他	合計
件数	21	4	0	0	4	64	1	2	4	100

【照会経路】



【支援内容】



【広報活動について】

- ・市内の医療機関・介護事業所へ訪問を行い、近隣府県の医療機関へチラシを郵送し周知活動を行った。
- ・市民フォーラムのパネリストや研修講師として在宅医療に関する周知啓発を行った。

(4) 看取りに関する多職種連携研修会

「在宅看取りを考える～多職種が支える終末期ケア～」開催

医療・介護サービスが必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らしていけるよう、ご本人・ご家族への支援を医療・介護分野等、それぞれの専門職がどのように役割を果たすかについて、改めて考える機会として開催した。

【第1回】

日 時：平成31年2月9日（土）午後2時～午後4時30分

場 所：生駒市役所4階 大会議室

参加者数：講演、実践報告57名、グループワーク52名、事務局4名

内 容：講演

「在宅看取りを考える～多職種が支える終末期ケア～」

講師：ちゅうわ往診クリニック院長 河田 安浩氏

実践報告

「自分の家で最期まで一人で生き抜いた101歳のおばあちゃん」

コーディネーター 河田 安浩氏

発表者 有山 武志氏 (医師)

堀井 久仁子氏 (訪問看護師)

杉山 佳菜子氏 (介護支援専門員)

奥田 素子氏 (介護福祉士)

グループワーク



【第2回】

日 時：平成31年2月23日(土) 午後2時～午後4時30分

場 所：生駒市役所4階 大会議室

参加者数：講演、実践報告50名、グループワーク38名、事務局5名

内 容：講演

「在宅看取りを考える～多職種が支える終末期ケア～」

講師：ちゅうわ往診クリニック院長 河田 安浩氏

実践報告

「希望に添える終末期ケア～最期まで母として生きる～」

コーディネーター 河田 安浩氏

発表者 鈴木 玲子氏 (訪問看護師)

森田 恭之氏 (理学療法士)

佐々木 歩氏 (介護支援専門員)

倉本 孝氏 (薬剤師)

グループワーク



(5) 市民フォーラム

「いつか迎えるその時のために～家に居る選択、病院に行く選択～」開催

一人暮らし高齢者や老々世帯などが増加傾向にあり、在宅療養に対する漠然とした不安を抱えている人々が多いのではないかという意見から、在宅療養の実態を知ってもらい、自身の人生のしまい方・閉じ方を考えてもらうきっかけとして、開催した。

日 時：平成30年11月10日（土）午後1時～午後4時

場 所：たけまるホール 大ホール

参加者数：275名（一般参加者262名、事務局13名）

内 容：基調講演

「いつか迎えるその時のために
～家に居る選択、病院に行く選択～」

講師：（医）西和会西和往診クリニック理事長 尾崎 誠重氏

パネルディスカッション

「生駒市の在宅療養の現状について」

コーディネーター 尾崎 誠重氏

パネリスト 山上 正仁氏（医師）

堀井 久仁子氏（訪問看護師）

倉本 孝氏（薬剤師）

安田 眞奈美氏（介護支援専門員）

竹村 加祐子氏（介護福祉士）

井上 太氏（特別養護老人ホーム施設長）



6 令和元年度の計画(案)

		令和元年度											
		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(5月) ※NW協議会と同時開催 ○H30事業報告、進捗 ○R元事業計画			●第2回(8月) ○入退院調整マニュアルの啓発物について検討 ○ケアマネタイムの導入に関して検討			●第3回(11月) ○入退院調整マニュアルの啓発物について検討 ○ケアマネタイムの導入に関して検討			●第4回(2月) ○R元事業の進捗状況報告 ○R2事業計画(案)について	
入退院調整 マニュアル	調査、合同会議				◎合同会議(7月～8月) ○入退院調整状況調査報告 ○改訂版マニュアルの配布 ○グループワーク *ワーキンググループ任期終了							◎調査(2月) 運用状況調査 (マニュアル運用2年後)	
	出前講座	◎事前準備(5月～6月) ○病院の担当者決定 ○出前講座について打ち合わせ		◎出前講座開催(6月～7月) ○市内病院に講座実施							◎出前講座開催(12月頃) ○居宅介護支援事業所等に講座実施(1回)		
研修・ 人材育成	多職種研修				★多職種連携研修 (8月～9月開催) ○看取り、ACPIに関する研修 講義+グループワーク (事例報告、事例検討など)			★多職種連携研修(10月～11月開催) ○認知症対策部会、在宅医療介護推進部会の 合同開催 生駒市の施策(地域包括ケアシステムの 取組について)説明と意見交換会					
		◎事前準備(6月) ○介護職向け研修会の開催について 担当者で打ち合わせ ・在宅医療に関するミニレクチャー ・2回程度				◎第1回講座開催 (9月頃)					◎第2回講座開催 (1月頃)		
普及啓発	市民フォーラム											★市民啓発事業(2月) ○地域包括ケア推進大会 「看取り、ACPIに関する市民フォーラム」 ・講演とパネルディスカッション、 演劇 など	
備考		令和元年度第1回部会以降の開催時期、取組内容については進捗状況等により変更することがあります。											

資料

資料 1 在宅医療介護連携推進事業

(在宅医療介護連携推進事業の手引きについて Ver 2 から抜粋)

図 1 : 在宅医療・介護連携の推進

図 1 : 在宅医療・介護連携の推進

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。

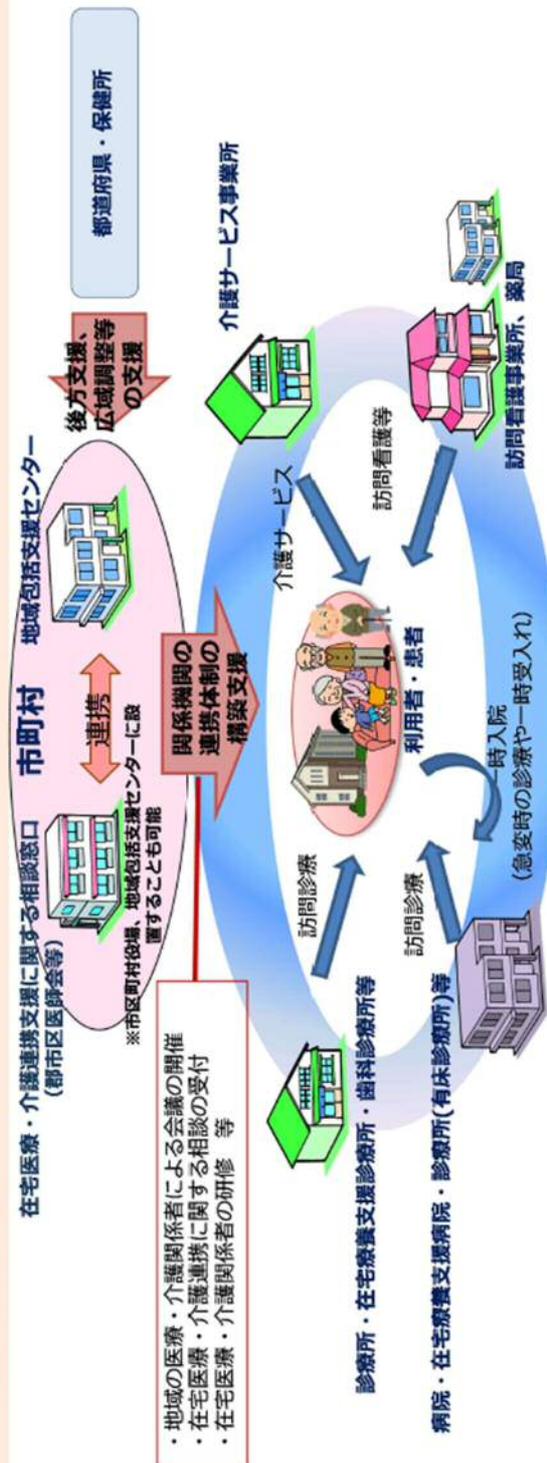
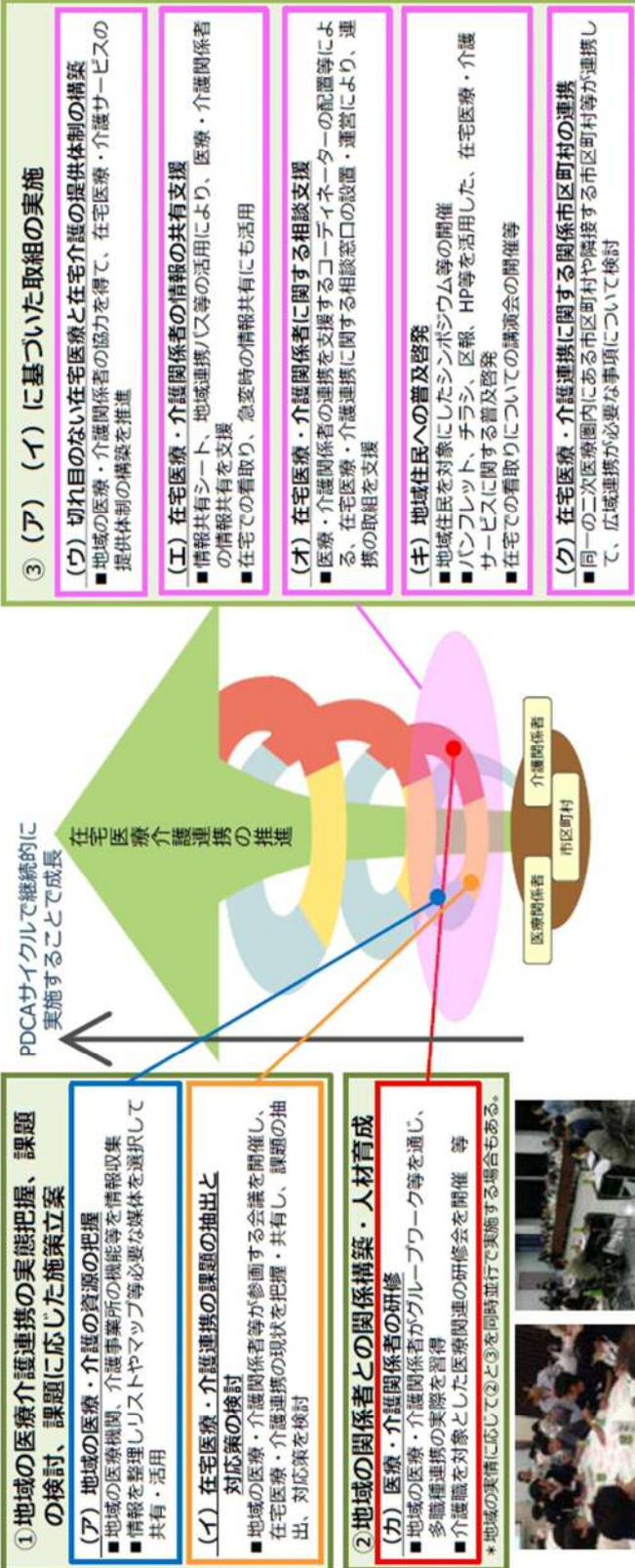


図 2 : 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ



PDCAサイクルで継続的に実施することで成長

① 地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案の把握

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
 - 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(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・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

② 地域の関係者との関係構築・人材育成

- (カ) 医療・介護関係者の研修
- 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
- * 地域の実情に応じて②と③を同時並行で実施する場合もある。



* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）」

③ (ア)～(ク)に基づいた取組の実施

- (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
- 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

(エ) 在宅医療・介護関係者の情報の共有支援

- 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

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 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

(キ) 地域住民への普及啓発

- 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

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 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

資料2 在宅医療介護推進部会の設置及び運営に関する規程

(設置)

第1条 生駒市医療介護連携ネットワーク協議会開催要綱(以下「要綱」という。)

第7条第1項の規定に基づき、在宅医療介護推進部会(以下「当部会」という。)を設置する。

(協議事項)

第2条 当部会が所掌する事項は、次に掲げる事項とする。

- (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

(部会長等)

第3条 部会に部会長及び副部会長を置く。

2 部会長は部会員の互選により定め、副部会長は部会長が指名する部会員を持って充てる。

3 部会は部会長が招集する。

4 部会長は、部会の事務を掌理し、部会の調査、検討の結果を協議会に報告する。

5 副部会長は、部会長を補佐し、部会長に事故があるときは、その職務を代理する。

6 部会長は、必要があると認めるときには、部会の会議に部会員以外の者の出席を求め、意見を聴き、又は説明を求めることができる。

(庶務)

第4条 部会の庶務は、福祉健康部地域医療課において処理する。

2 部会における会議の内容は、地域医療課において記録し、文書化する。

(補則)

第5条 この規程に定めるもののほか、部会の運営について必要な事項は、会議に諮って定める。

附 則

この規程は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成29年5月27日から施行する。

資料3 平成30年度 在宅医療介護推進部会員名簿

氏名	役職等	関係機関名
溝口 精二	一般社団法人生駒市医師会 会長	生駒市医師会
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
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
月川 直也	生駒市立病院 社会福祉士	生駒市内病院
加藤 満帆	近畿大学医学部奈良病院 看護部 患者支援センター看護長	生駒市内病院
霜田 吉見	生駒市歯科医師会 会長	生駒市歯科医師会
倉本 孝	若葉薬局 開設者	生駒地区薬剤師会
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
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
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
林 昌弘	社会福祉法人長命荘 理事長	居宅介護支援事業所
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
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
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
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
喜多 祥継	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
今西 浩美	奈良県郡山保健所 健康増進課長	郡山保健所
田中 明美	生駒市福祉健康部次長 地域包括ケア推進課長兼務	生駒市

資料4 入退院調整マニュアル運用ワーキンググループ開催要綱

(趣旨)

第1条 病院から在宅へシームレスな支援をより具体化するため病院担当者、地域包括支援センター職員、ケアマネジャーを中心に策定した生駒市入退院調整マニュアルの運用後において、入退院調整における現状や、医療と介護の連携による効果と課題を把握し、必要に応じて見直しを行うために入退院調整マニュアル運用ワーキンググループ(以下、「WG」という)を開催する。

2 WGは、在宅医療介護推進部会の下に設けるものとする。

(実施事項)

第2条 WGにおいて実施する事項は、次のとおりとする。

(1) 入退院調整状況調査に関する協議・検討

(2) 入退院調整マニュアル運用後の検証及び見直し等に関する協議・検討

(3) 入退院調整マニュアル運用後の検証及び見直し等に係る会議等の運営協力・支援

(4) その他目的達成のために必要な事項

(構成)

第3条 WGは、在宅医療介護推進部会の部会員又は部会員が属する職域の者で当該部会員が推薦する者をもって構成する。

(運営)

第4条 WGの参加者は、互選によりWGを進行するリーダーを定めるものとし、サブリーダーはリーダーが指名する。

2 リーダーは、WGの事務を総括する。

3 サブリーダーは、リーダーを補佐し、リーダーに事故あるとき又はリーダーが欠けたときは、その職務を代理する。

4 WGは、必要に応じてリーダーが招集し、リーダーが議長となる。

5 リーダー及びサブリーダーが必要と認めるときは、関係者に対し、その出席を求めて、説明又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第5条 WGの庶務は、地域医療課において処理する。

(開催期間)

第6条 WGの開催期間は、入退院調整マニュアル運用開始後1年目の状況調査及び検証が終了する時までとする。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、WGの運営その他必要な事項は、都度協議して定める。

附 則

この要綱は、平成30年6月16日から施行する。

**資料5 平成30年度入退院調整マニュアル運用ワーキンググループ
メンバー名簿**

氏名	役職等	関係機関名
石井 禎暢	一般社団法人生駒市医師会 理事	生駒市医師会
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
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
月川 直也	生駒市立病院 社会福祉士	生駒市内病院
加藤 満帆	近畿大学医学部奈良病院 看護部 患者支援センター看護長	生駒市内病院
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
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
杉山 佳菜子	社会福祉法人長命荘 在宅支援課長	居宅介護支援事業所
田中 明美	生駒市福祉健康部次長 地域包括ケア推進課長兼務	生駒市

資料7 地域医療介護連携ICT化基盤高度化事業（やまと西和ネット）

平成29年度から近畿大学奈良病院が総務省の補助金を利用し、ICT基盤の強化を図ることを目的に、やまと西和ネットの取組を進めている。

【目的】

西和医療圏の病院・医科歯科診療所・薬局・介護事業所で、申し込みをした患者の病名・薬・検査結果などの医療情報や介護情報をICT(情報通信技術)で共有することで、より安全で質の高い医療・介護・健康サービスを提供していく。

【参加施設】

医科診療所 18カ所、歯科診療所 2ヶ所、病院 5ヶ所、薬局 7ヶ所、
訪問看護ステーション 3ヶ所、介護事業所 13ヶ所

計 48ヶ所（H31.4末現在）

【参加対象者】

生駒市を含む西和医療圏の病院、医科歯科診療所・薬局・介護事業所など、
やまと西和ネット参加施設を利用する市民等 3,529名（H31.4末現在）

【平成30年度 事業実績報告】

- やまと西和ネットの本格稼働開始（5/21～）
- 一般社団法人設立登記申請（8月下旬～）
- 理事会・社員総会の開催（第1回 10/27開催）
- 検討協議会・推進委員会の開催

- ・検討協議会を開催（①4/26 ②6/26 ③8/9 ④9/20）
- ・推進委員会を開催（①11/29 ②12/25 ③2/7 ④3/28）

- イベントでの事業説明・同意取得

- ・生駒市内での3師会イベント・老人クラブイベント等での事業説明を実施
- ・生駒郡4町地域包括ケアイベント等で参加者を対象として参加同意を取得

- 新規参加意向を寄せた施設への訪問説明

- ・新規参加意向のある施設（病院、医科診療所、薬局）へ説明を実施
（病院：1施設、医科診療所：1施設、薬局：4施設）

- 参加施設の門前薬局への訪問説明

- ・参加施設の門前薬局へ説明を実施（23施設）

- 近畿大学奈良病院・市役所に紹介ブース開設

- ・近畿大学奈良病院：H29.12～
- ・生駒市役所庁舎内：H30.10～



市役所紹介ブース

