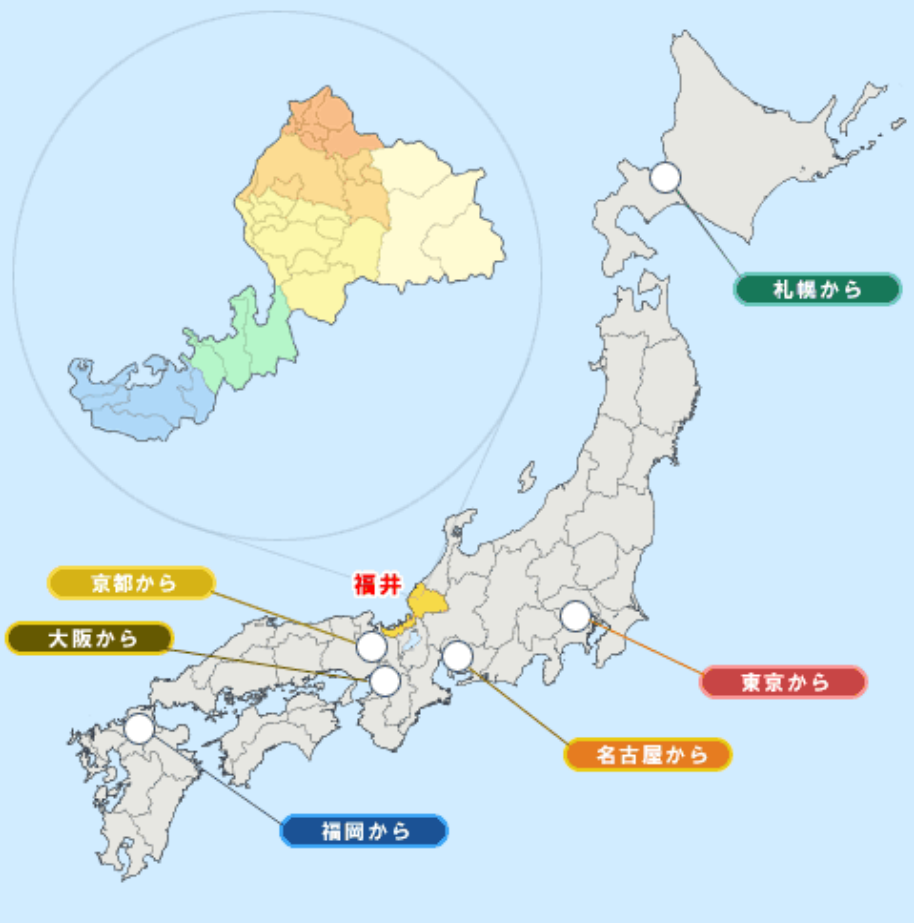


2017.3.1

# 第3回 全国在宅医療会議WG

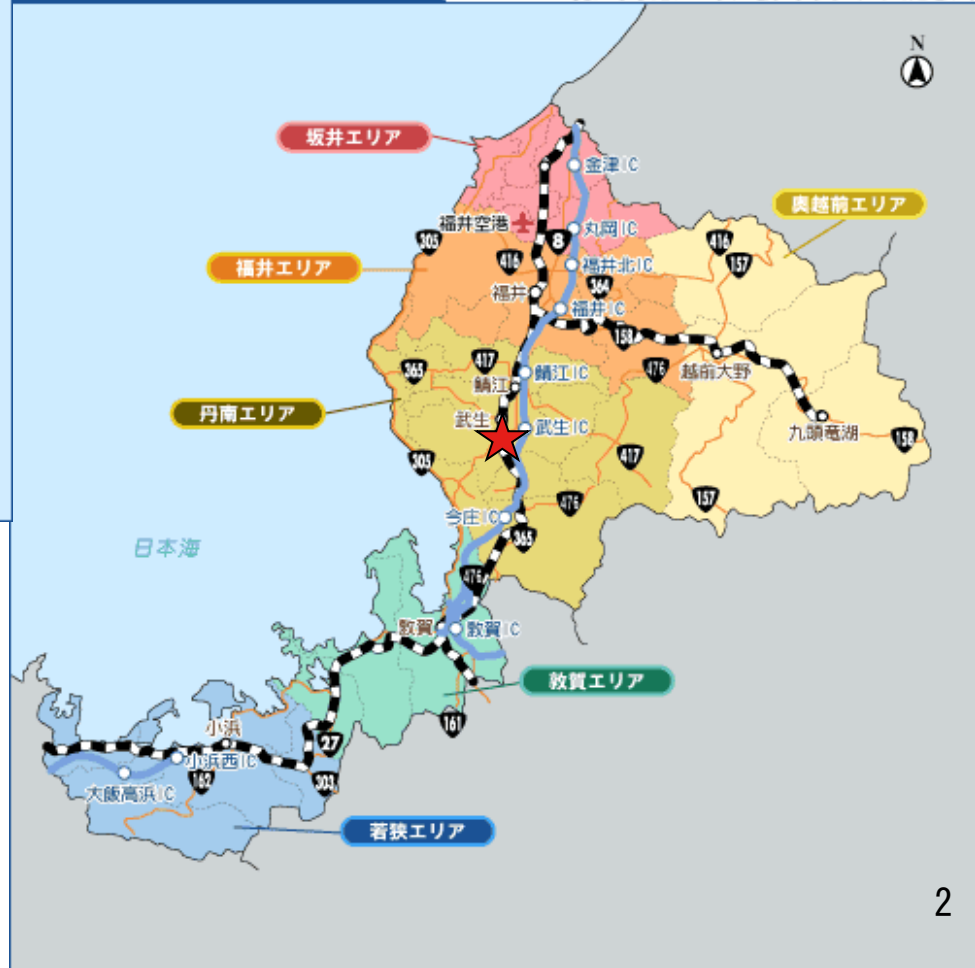
## 在宅医療推進に係る 医師会等の取り組み ～福井県の場合～

福井県医師会 副会長  
医療法人池慶会池端病院 理事長  
池端幸彦



## 福井県のイメージは？

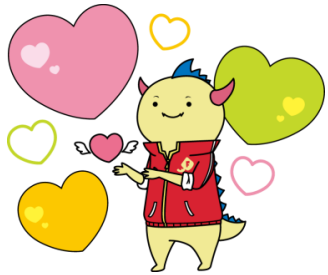
- 福島県？ 福岡県？？
- 京都の隣県！！
- 北陸？ 関西？ 中部？
- 人口は下から数えて・・・



## しかしそれでも・・・！！

- 日本の臍
- 都道府県別平均寿命、男女とも高水準
- 共働き率、日本一
- 貯蓄率、日本一
- 社長さんの数、日本一
- **幸福度日本一、施設整備率が高い**

# 幸福日本一ふくいの状況



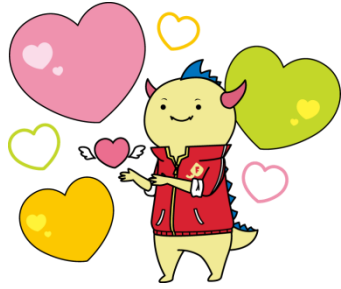
- つながりの強い福井の家族
- 働く場が豊富
- 子育て支援が充実

区分		
地域	三世代同居割合 17.6% (2位)	持ち家比率 76.5% (4位)
雇用	女性有業率 53.0% (1位)	若者有業率 65.5% (3位)
	正規就業者割合 67.3% (1位)	共働き世帯率 36.4% (1位)
子育て	待機児童率 少なさ (1位)	幼稚園在園者数 (教員1人当たり) 8.91人 (3位)
教育	小中学生の学力 ・体カトップ水準	社会教育費 26,730円 (1位)



H28. 9. 30 福井新聞

# 福井には地域包括ケアを支える地域の力がある



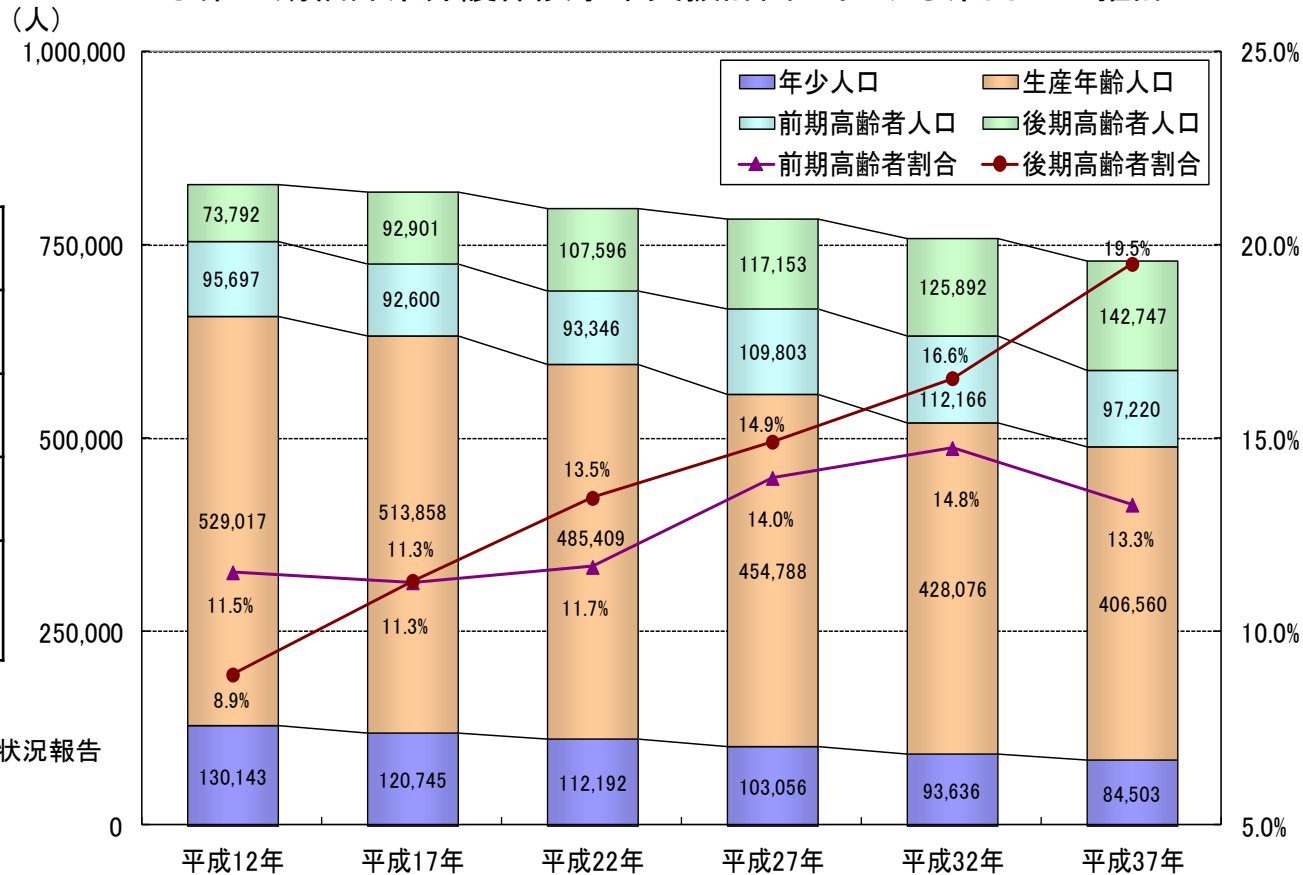
福井県には、おじいちゃん、おばあちゃんと子どもと一緒に暮らす三世代同居や近居、地域の強いつながりなど、日本古来のふるさとの良さが残っている。

三世代同居割合 17.6% (2位)	持ち家比率 76.5% (4位)
未婚率 16.5% (1位) (34歳～39歳)	離婚率 1.57 (40位) (人口千人当たり)
勤労者世帯当たり貯蓄現在高 1,461万円 (5位)	

# 福井県の現状（福井県の人口減少と高齢化）

- ・ 本県の人口は平成11年をピークに減少傾向にある一方で、高齢者人口は増加が続いている。
- ・ 本県の高齢化率（人口に占める65歳以上の高齢者の割合）は、平成27年国勢調査では28.6%（平成22年は25.2%）となっており、全国平均より高齢化が進んでいる。
- ・ 要支援・要介護認定率は17.9%となっており、全国平均並みとなっている。

○第6期福井県介護保険事業支援計画における県内人口推計



○福井県人口・高齢化等の状況

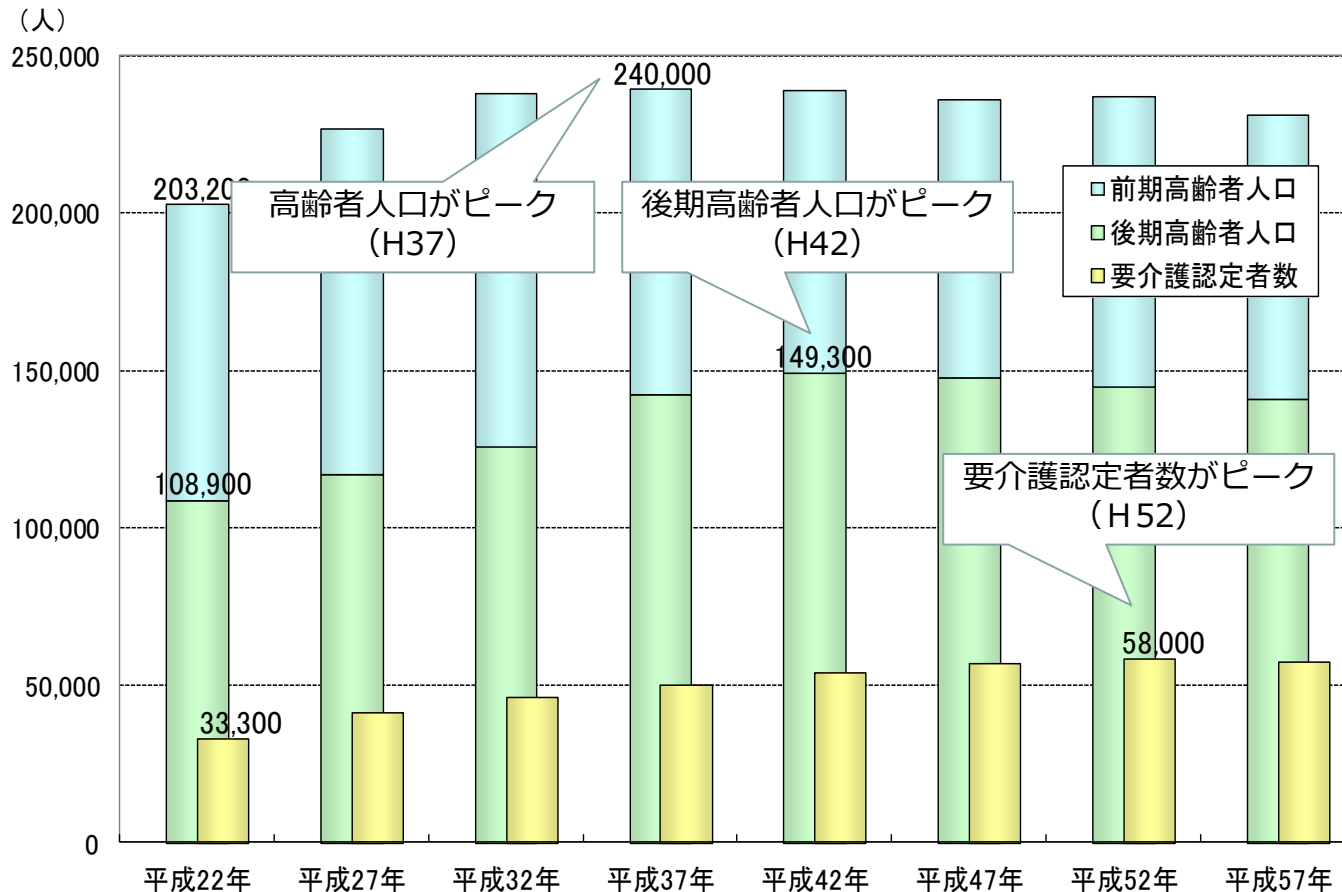
	福井	全国
総人口	79万人 (全国43位)	1億2,711万人
65歳以上人口	22万人	3,347万人
高齢化率	28.6% (全国25位)	26.6%
要支援・要介護認定率	17.9% (全国14位)	17.9%

人口・高齢化率：平成27年国勢調査  
 要支援・要介護認定率：平成26年介護保険事業状況報告

# 福井県の現状（福井県の人口減少と高齢化）

## 長期的な県内人口と要介護認定者の推移（予測）

- ・ 長期的な視点で高齢者人口の推移を予測すると、高齢者数は平成37年頃にピークを迎える見込み  
（平成27年：22万人→平成37年：24万人）
- ・ 後期高齢者人口に限ると、その5年後の42年頃にピークを迎える見込み  
（平成27年：11万4千人→平成42年：15万人）
- ・ 要介護認定者数については、52年頃にピークを迎える見込み  
（平成27年：4万人→平成52年：5万8千人）



# 福井県の現状（医療・介護等の状況）

## ○医療従事者数・医療施設数等

	福井県	全国
医師数 （人口10万人当たり）	1,896人 （240.0人）	296,845人 （233.6人）
看護職員数 （人口10万人当たり）	11,775人 （1,490.5人）	1,509,340人 （1,187.7人）
薬剤師数 （人口10万人当たり）	1,453人 （183.9人）	288,151人 （226.7人）
病院数 （人口10万人当たり）	70 （8.9）	8,493 （6.7）
診療所数 （人口10万人当たり）	582 （74.0）	100,461 （79.3）
病院・一般病床数 （人口10万人当たり）	6,394床 （813.0床）	894,216床 （705.4床）
病院・療養病床数 （人口10万人当たり）	2,346床 （298.3床）	328,144床 （258.9床）
診療所病床数 （人口10万人当たり）	1,328床 （168.1床）	112,364床 （88.4床）

医療従事者数はH26.12月末時点、医療施設数・病床数はH26.10月時点

## ○介護サービス従事者数・施設定員等

	福井県	全国
介護職員数 （人口75歳以上千人当たり）	10,174人 （89.7人）	-
特別養護老人ホーム定員 （人口75歳以上千人当たり）	4,289人 （37.8人）	464,069人 （29.2人）
介護老人保健施設定員 （人口75歳以上千人当たり）	3,124人 （27.5人）	330,323人 （20.8人）
介護療養病床数 （人口75歳以上千人当たり）	642床 （5.7床）	63,102床 （4.0床）
有料老人ホーム定員 （人口75歳以上千人当たり）	673人 （5.9人）	391,144人 （24.6人）
軽費老人ホーム定員 （人口75歳以上千人当たり）	959人 （8.5人）	93,479人 （5.9人）
グループホーム定員 （人口75歳以上千人当たり）	1,064人 （9.4人）	171,191人 （10.8人）

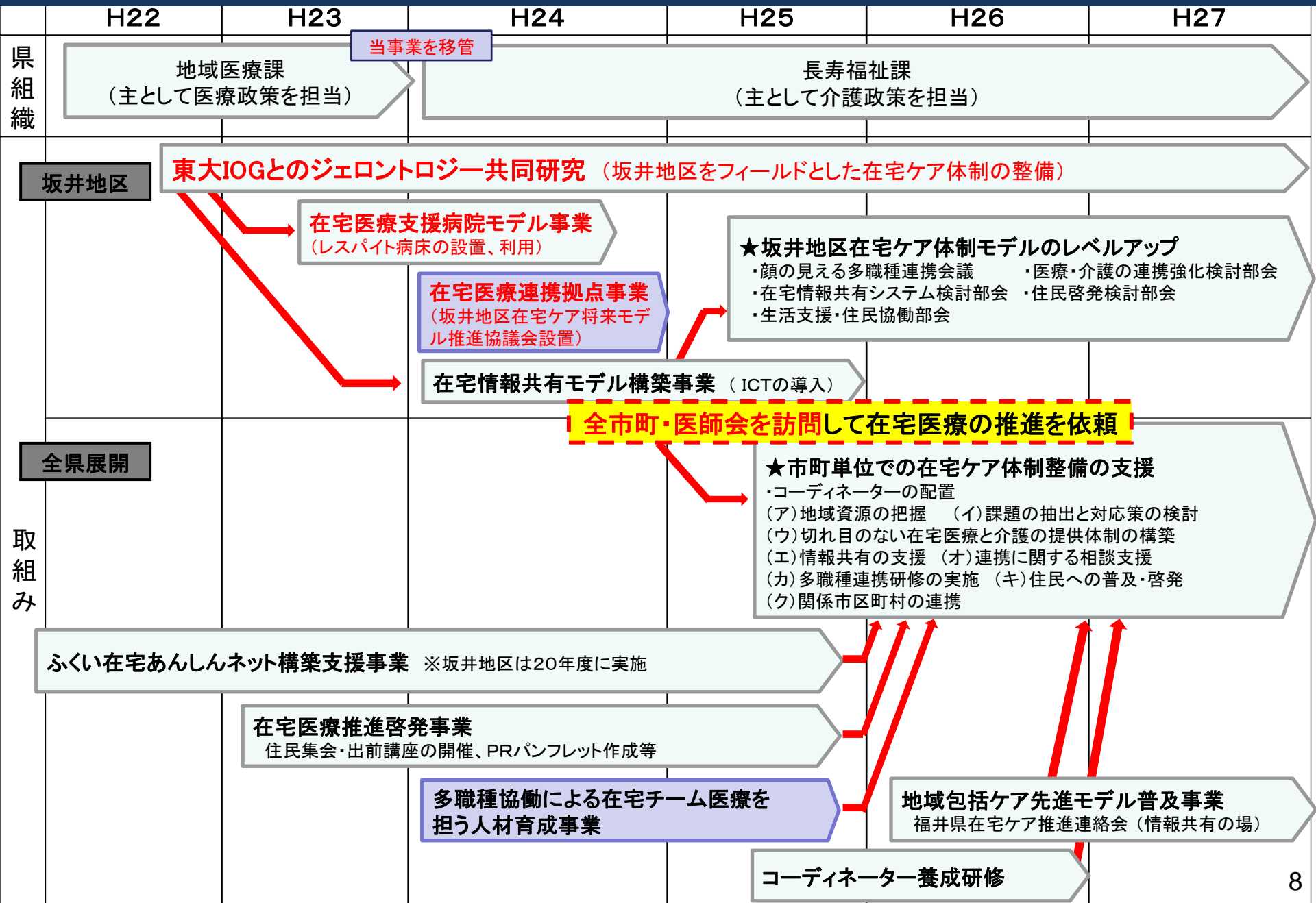
H26.10月時点

## ○医療費・介護給付費

医療費はH26年度、介護給付費はH27.4月時点

	福井県	全国
一人当たり国民医療費	32.5万円	32.1万円
一人当たり後期高齢者医療費	90.4万円	93.2万円
一人当たり介護給付費	14.2万円	13.5万円

# 福井県における医療・介護連携に関するこれまでの取組（概要）



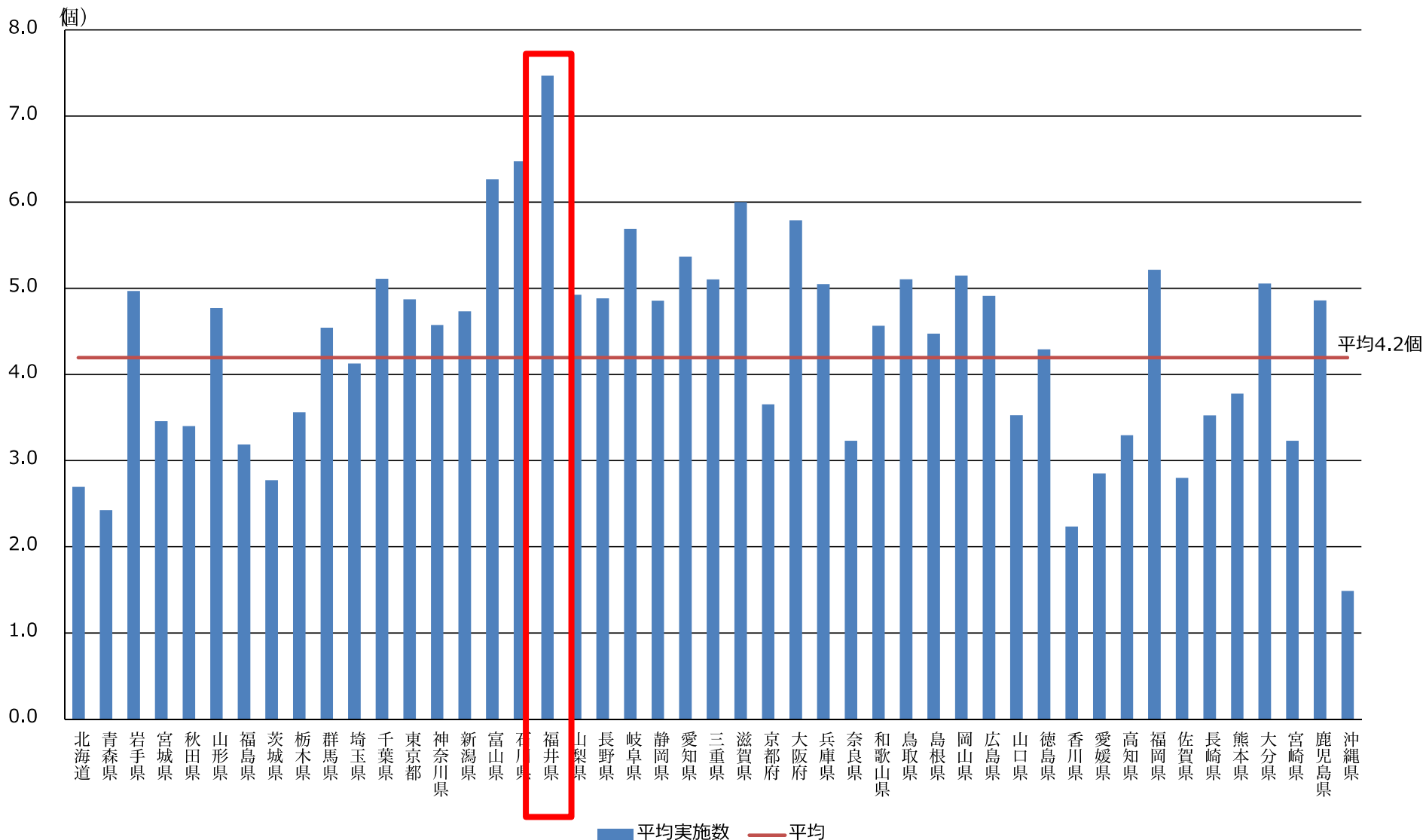


# 在宅医療・介護連携推進事業 県内市町の取組状況 (H28.8現在)

	①地域資源の把握(ア)	②課題抽出と検討(イ)	③多職種研修(カ)	④住民普及啓発(キ)	⑤相談支援(オ)	⑥情報共有(ク)	⑦広域連携(ケ)	⑧24時間体制整備(ウ)
坂井市・あわら市	○	○	○	○	○	○	○	○
福井市	○	○	○	○	○	○	○	○
永平寺町	○	○	○	○	○	○	○	○
大野市	○	○	○	○	○	○	○	○
勝山市	○	○	○	○	○	○	○	○
鯖江市	○	○	○	○	○	○	○	△
池田町	○	○	○	○	○	○	○	○
越前町	○	○	○	○	○	○	○	○
越前市	○	○	○	○	○	○	○	○
南越前町	○	○	○	○	○	○	○	○
敦賀市	○	○	○	○	○	○	○	○
美浜町	○	○	○	○	○	○	○	
小浜市	○	○	○	○	○	○	○	
高浜町	○	○	○	○	○	○	○	○
おおい町	○	○	○	○	○	○	○	△
若狭町	○	○	○	○	○	○	○	○

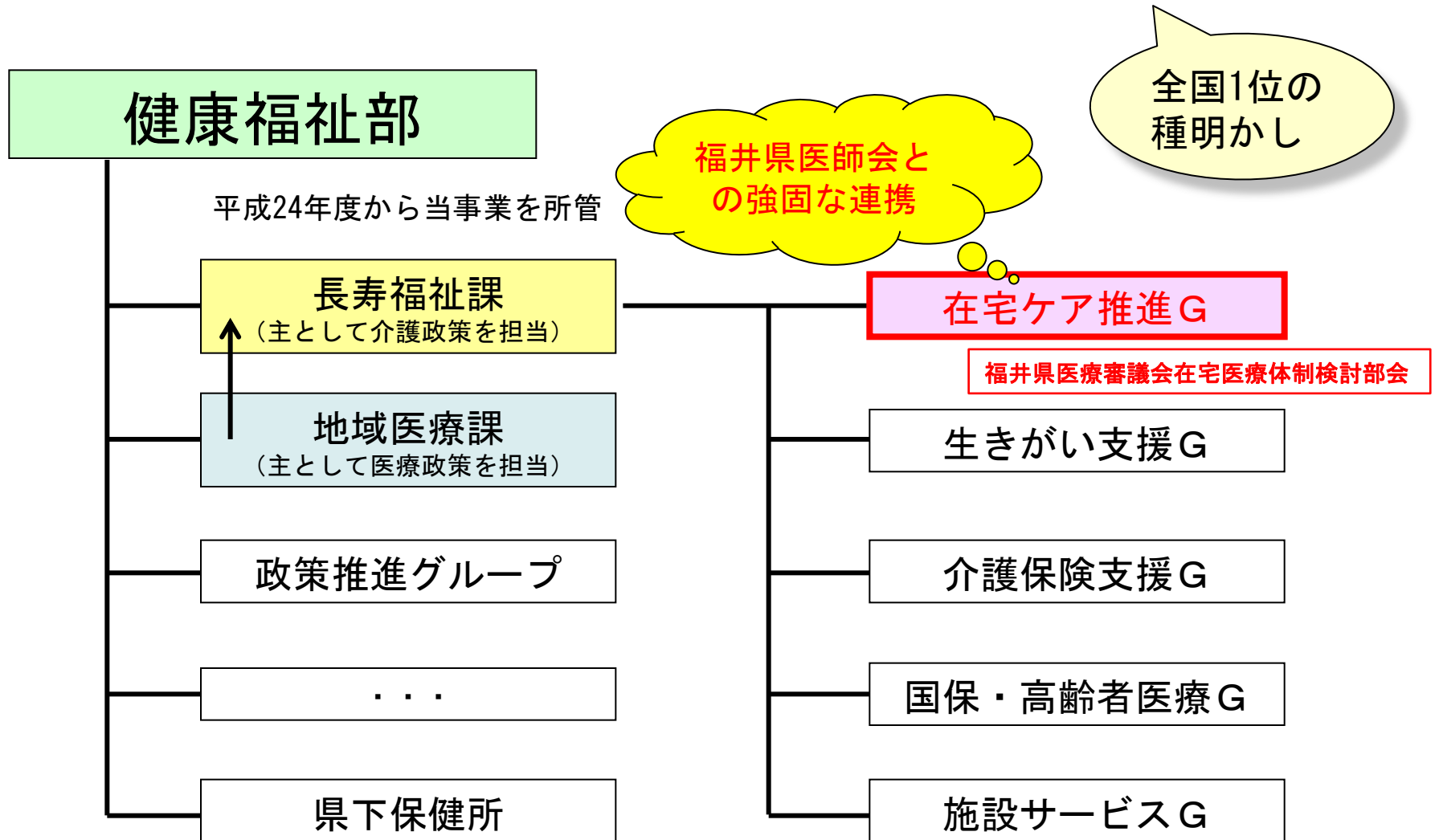
8事業の市町平均着手数7.9個 (着手数全国1位)

# 在宅医療・介護連携推進事業の都道府県別平均実施数（8事業項目の実施数）



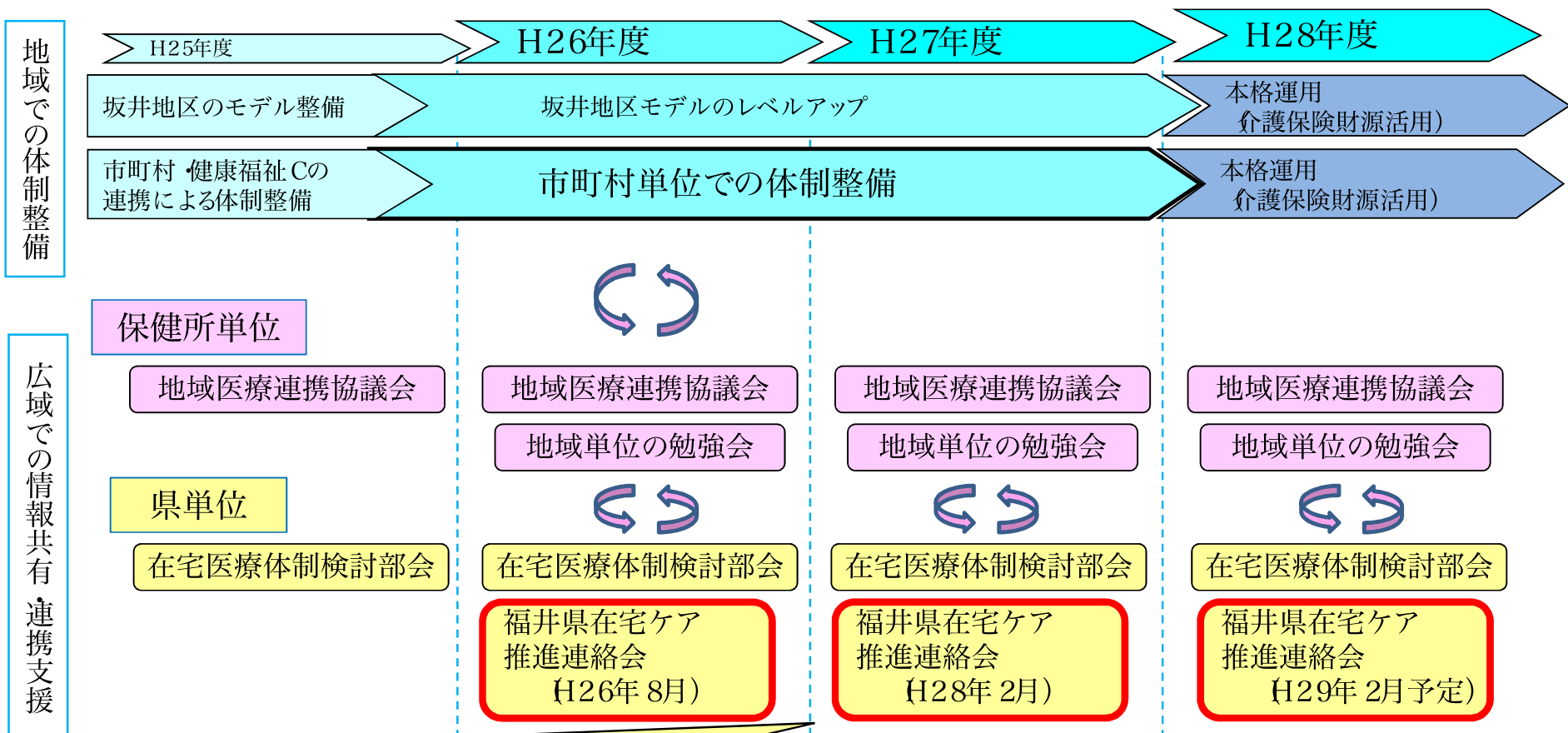
出典 平成28年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査（速報値）

平成28年11月16日 社会保障審議会介護保険部会（第68回）参考資料1



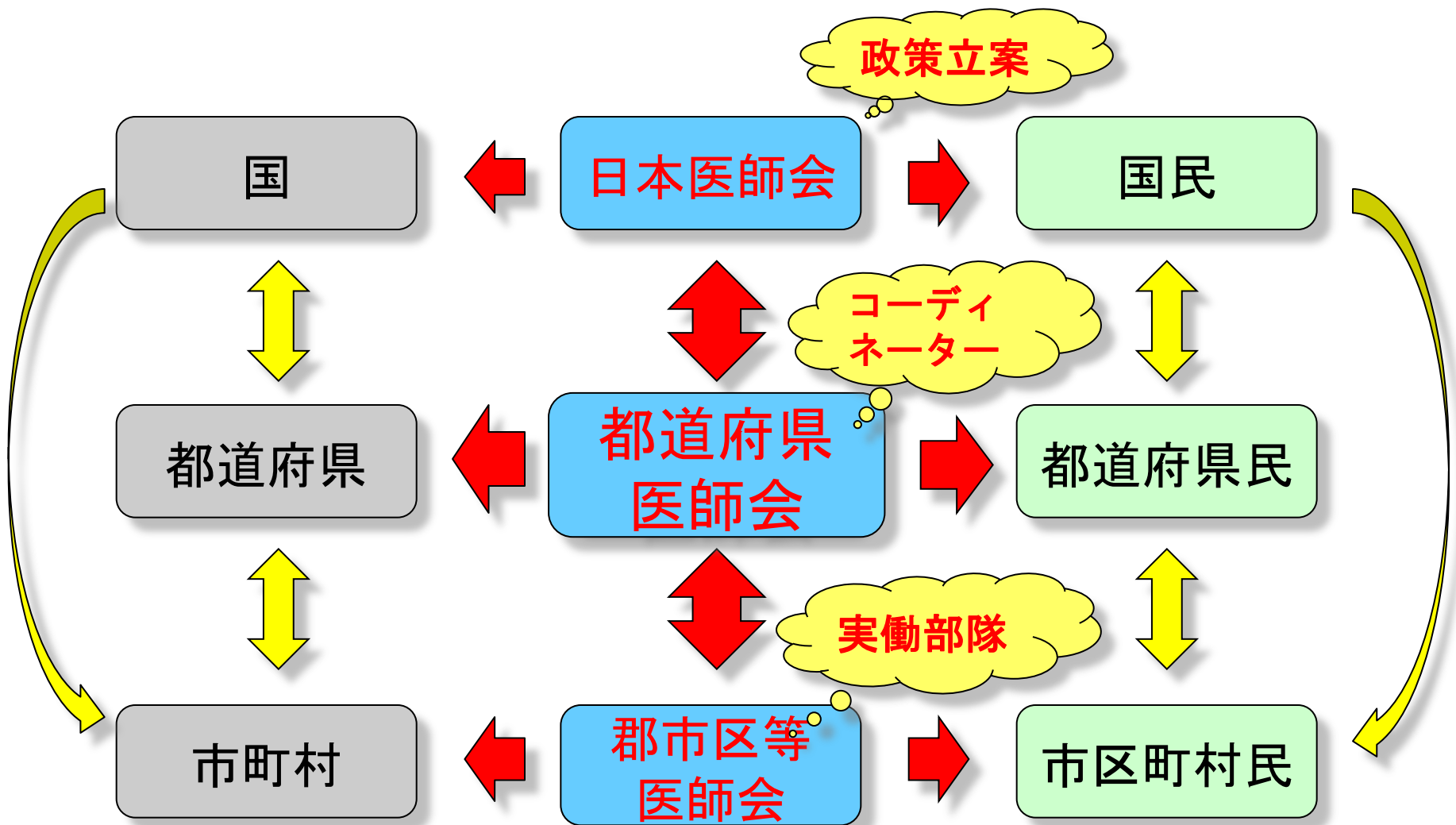
平成26年度～ 市町体制整備 継続的なフォローとレベルアップ支援 ～福井県の事例～

広域での情報共有やサービス提供上の連携をサポートするため、全県単位での連絡会を新たに設けるとともに、保健所単位では地域医療連携体制協議会を活用した広域連携の調整支援を進めている。



地域単位での在宅ケア体制整備の拠点となる県下全ての市町と地区医師会を中心に、24時間安心して在宅ケアを受けられる体制を構築するため、県内外の先行モデルや地域ごとの取組状況を共有するための連絡会を開催

# 各医師会の役割



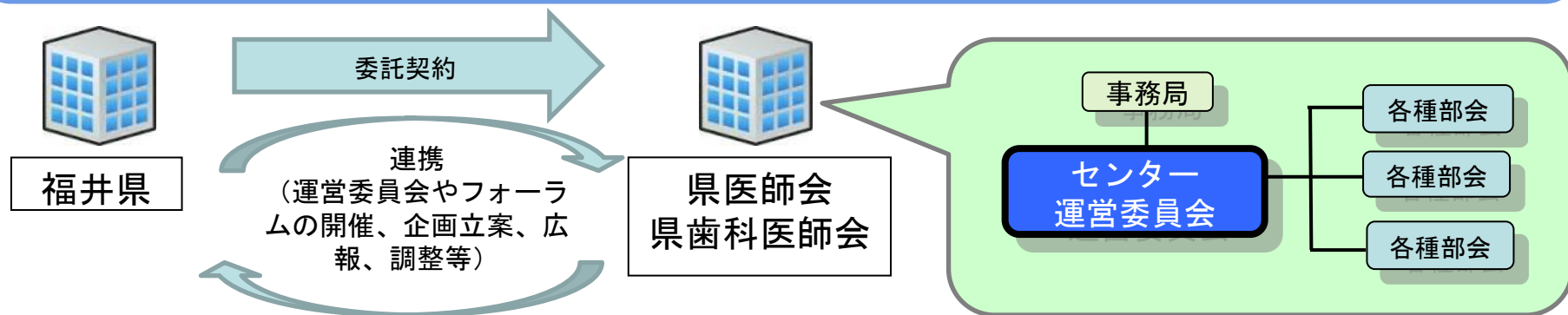
# 福井県医師会・郡市区医師会の在宅医療推進に関する 取り組み

1. 福井県在宅医療サポートセンター事業について
2. 多職種間で利用可能なICT整備事業
3. 福井県版退院支援ルールの取り組み
4. 先進的事例の紹介
  - (1) 坂井地区 在宅ケア体制モデル整備事業
  - (2) 武生医師会 在宅コーディネーター医体制
  - (3) 福井市医師会 地域包括ケアサポート医体制

# 県医師会・歯科医師会との連携による在宅実践研修と病診連携整備の支援

## 「地域の在宅医療を支える人材の育成」

- ・平成27年度から、県医師会・県歯科医師会に、在宅医療の支援拠点を設け、「地区単位での新規実践者向け研修」と「地区医師会による病診連携・診診連携」を支援  
(※国が示すカ・キ等に該当する事業を市町と連携して実施)

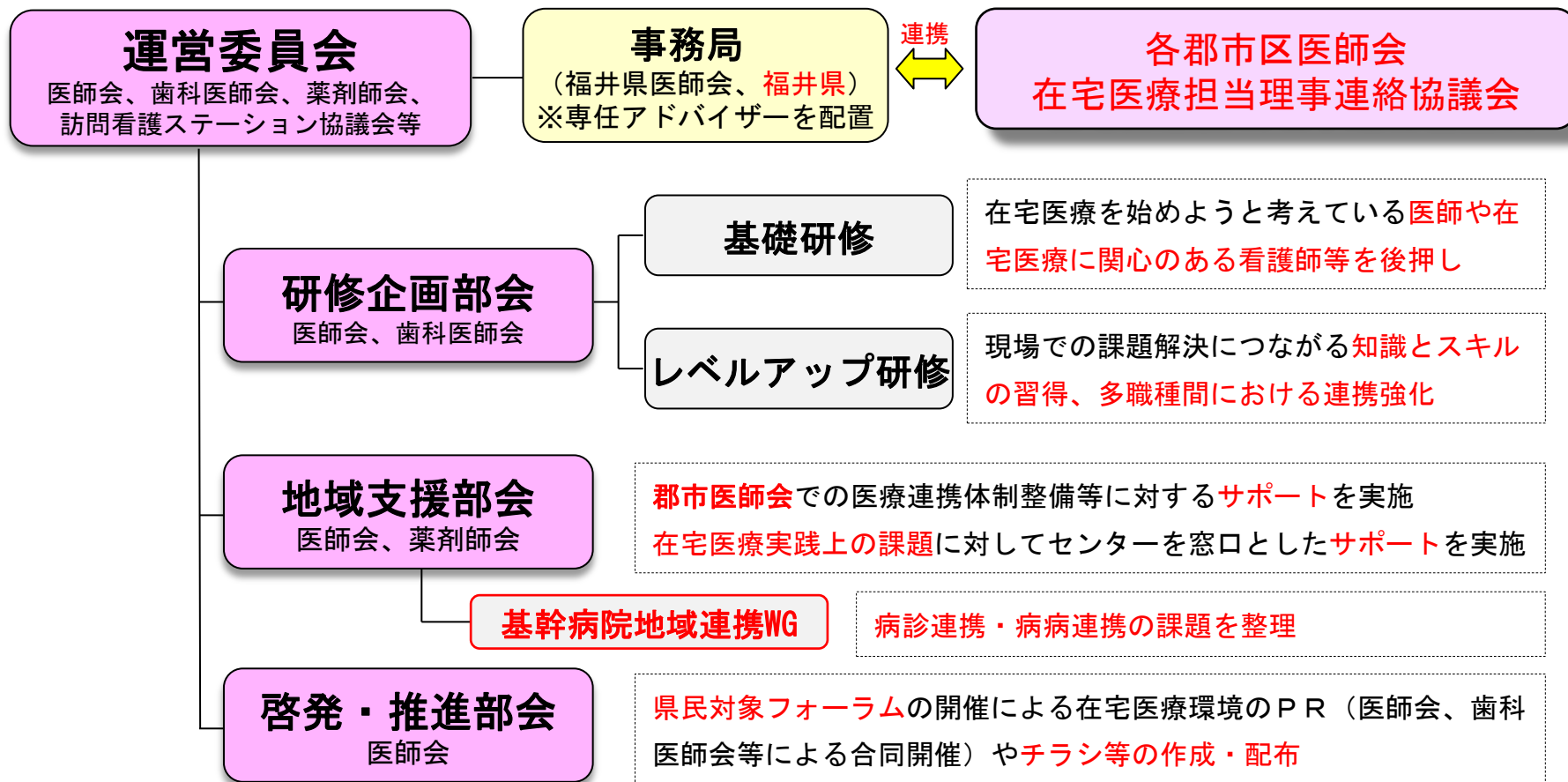


## 【主な事業内容】

- 在宅医療の情報発信・収集  
…在宅医療対応状況や広く参加可能な研修会等の情報を収集し、発信
- 在宅医療の支援体制整備  
…在宅医療材料の小ロット共同購入（輸液バッグ、留置針、カテーテル等在宅の小ロット使用ではデッドストックの発生しやすい医療材料についてサポートセンターを通じ各診療所等の小ロット購入を可能にする）
- 在宅医療の研修  
…サポートセンター主催（座学研修・同行訪問研修・現場派遣）  
在宅医療研修用備品の貸出、講演者のあっせん・研修企画の支援
- 在宅医療の啓発・推進  
…県民・医療従事者対象フォーラム開催、広報物作成

# 在宅医療サポートセンターの体制

- ・センターの運営に関する事項（事業計画の検討および実施事業の評価等）を協議することを目的として運営委員会を設置
- ・個別事業の協議については、運営委員会の下部組織として部会を設置して検討
- ・**坂井地区医師会の在宅医療コーディネーター（看護師）**をセンターのアドバイザーとして配置





# 在宅医療サポートセンター 研修企画部会の取り組み

## 【27年度】

### 1) 実践研修

基礎研修：テーマ「地域包括ケア時代における医師・看護師等と地域の関わり」

対象職種：医師、看護師、訪問看護師

受講者数：41名（うち医師16名）

レベルアップ研修：テーマ「摂食嚥下・口腔ケア」

対象職種：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、訪問看護師、栄養士、介護支援専門員 等

受講者数：嶺北会場64名（うち医師13名）、嶺南会場 51名（うち医師8名）

### 2) 同行訪問研修

1件予定していたが、研修日前に患者の様態が急変し入院したため中止。

その他も指導医と同行希望医の日程調整がつかず未実施

## 【28年度】

### 1) 実践研修

基礎研修：テーマ「24時間対応の現状」

対象職種：医師、看護師、訪問看護師

受講者数：40名（うち医師20名） 丹南会場21名（うち医師12名）

レベルアップ研修：テーマ「がん患者の在宅移行に向けた治療と緩和ケア」

対象職種：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、訪問看護師、栄養士、介護支援専門員 等

受講者数：嶺北会場51名（うち医師31名） 丹南会場 50名予定

### 2) 同行訪問研修

3件予定

# 在宅医療サポートセンター 地域支援部会の取り組み

## ○平成28年度在宅医療の実践状況・課題把握に係る調査

### ○在宅医療材料の小ロット共同購入

輸液バッグ、留置針、カテーテル等在宅の小ロット使用ではデッドストックの発生しやすい医療材料についてサポートセンターを通じ各診療所等の小ロット購入を可能にする。  
センターと医療材料販売業者との交渉により、在宅医療対応診療所が専用の注文書を用いて1個単位で業者に注文が可能となった。（参加業者5社）

### ○在宅医療実技研修会

テーマ：「栄養管理の理解と経管栄養のケア」※講演と経管栄養モデルを活用したケアの実技

対象職種：医師、歯科医師、薬剤師、看護師、訪問看護師、栄養士、介護支援専門員 等

受講者数：102名（うち医師43名）

テーマ：「褥瘡管理」※講演と褥瘡モデルを活用したケアの実技

対象職種：医師、看護師、訪問看護師、介護支援専門員 等

受講者数：44名（うち医師20名）

### ○在宅医療研修用備品の貸出

郡市医師会、歯科医師会等への備品貸出（携帯用心電計、超音波画像診断装置、吸引・経管栄養モデル、褥瘡モデル、中心静脈栄養チューブ、口腔ケアモデル、携帯型診察台等）

### ○基幹病院地域連携ワーキンググループ

4基幹病院（県立病院、大学病院、赤十字病院、済生会病院）とセンターとの会議により、病診連携の課題を整理

[主な議題]

- ・逆紹介をする際に欲しい情報（診療所が経管栄養対応できるか等）のデータベース化
- ・退院支援ルールの上の課題
- ・退院支援加算1の施設基準をどのように構築し運営するか 等

# あなたは「かかりつけ医」を持っていますか？

大病院には多くの診療科があり、どの科を受診すればよいか困ったことはありません。地域で、なんでも気兼ねなく相談でき、信頼し、頼りになる医師を持つと良いことがあります。

## ＼かかりつけ医とは＼



身近にいる地域の  
お医者さんのことです。  
私たちの日頃の健康管理や、  
初期の治療をしてくれます。



## かかりつけ医をもつ利点

- ① 家族全員の健康管理が受けられます。
- ② 健康診断結果の管理と慢性疾患に対するアドバイスを定期的に受けられます。
- ③ 普段の状態を知っているため緊急のときに、適切な対応ができます。
- ④ 専門外の病気のときは、適切な診療科への紹介ができます。
- ⑤ 特殊な検査、入院が必要なときは、専門病院への紹介ができます。
- ⑥ 介護保険サービスに関しての適切なアドバイスが受けられ、認定時の主治医意見書作成のほか、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤指導、訪問栄養指導、訪問歯科診療などにもつながります。
- ⑦ 薬や検査の重複による危険や医療費のムダがなくなります。

かかりつけ医となる医療機関を見つけるサイトは、

医療情報ネットふくい

検索

右の二次元バーコードを携帯電話で読み取り、携帯電話でもご利用いただけます。



# 在宅医療に関する 県民公開講座

人生最期をどう生きるのか  
死ぬことから考える生き方

日時 平成29年2月26日(日)

14:00~16:00(開場13:30)

場所 フェニックス・プラザ 2階小ホール  
福井市田原1丁目13番6号 ※裏面の地図をご参照ください

入場無料  
定員500名  
※粗品の配布を行う予定です



休憩時には福井しあわせ  
元気国体・大会マスコット

「はぴりゅう」による  
はびねす体操を行うよ!



## 第1部

14:15~14:40

### 特別シアター (寸劇)

#### 「わが家での看取り

~自分と向きあい、家族と向きあい、死と向きあう~」



実際に在宅医療・介護に携わる  
医師・看護師等による本格派シアターです。

14:40~14:55

### 体験談

#### 「患者家族による

わが家での看取り体験談」

## 第2部

15:00~15:55

### 討論会

#### 「みんなで支える わが家での看取り」

「最善を期待し、最悪に備える」  
我が家で自分らしく過ごすために、  
各専門家が知恵を出し合います。

【座長】 福井県医師会副会長・福井県在宅医療サポート  
センター運営委員会 委員長 池端 幸彦氏

#### 【シンポジスト】

福井県医師会	理事 伊部 晃裕氏
福井県歯科医師会	常務理事 近藤 貢氏
福井県薬剤師会	理事 木村 嘉明氏
福井県訪問看護ステーション連絡協議会	会長 黒田たまき氏
福井県介護支援専門員協会	副会長 渡辺かづ代氏

#### 【コメンテーター】

福井県健康福祉部長寿福祉課 課長 船木 麻央氏

※寸劇の内容を踏まえた討論会となります



共催/福井県、福井県医師会、福井県歯科医師会、福井県薬剤師会

後援/福井県看護協会、福井県栄養士会、福井県理学療法士会、福井県作業療法士会、福井県言語聴覚士会、  
福井県歯科衛生士会、福井県介護支援専門員協会、福井県訪問看護ステーション連絡協議会

お問合せ先 福井県医師会 県民公開講座 係りまで 〒910-0001 福井市大願寺3-4-10 TEL(0776)24-03879



# ふくいメディカルネット（県医師会事業）

医療機関に通院、  
基幹病院へ紹介等

急性期病棟  
で治療

回復期病棟で  
リハビリ

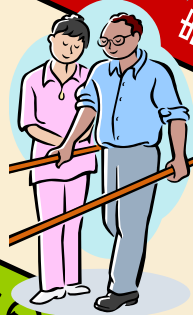
地域支援事業で、  
医療と介護の連携  
が不可欠になって  
いる。

慢性期病棟  
で療養

在宅へ移行

急性期病棟

回復期病棟



〈老健施設等〉

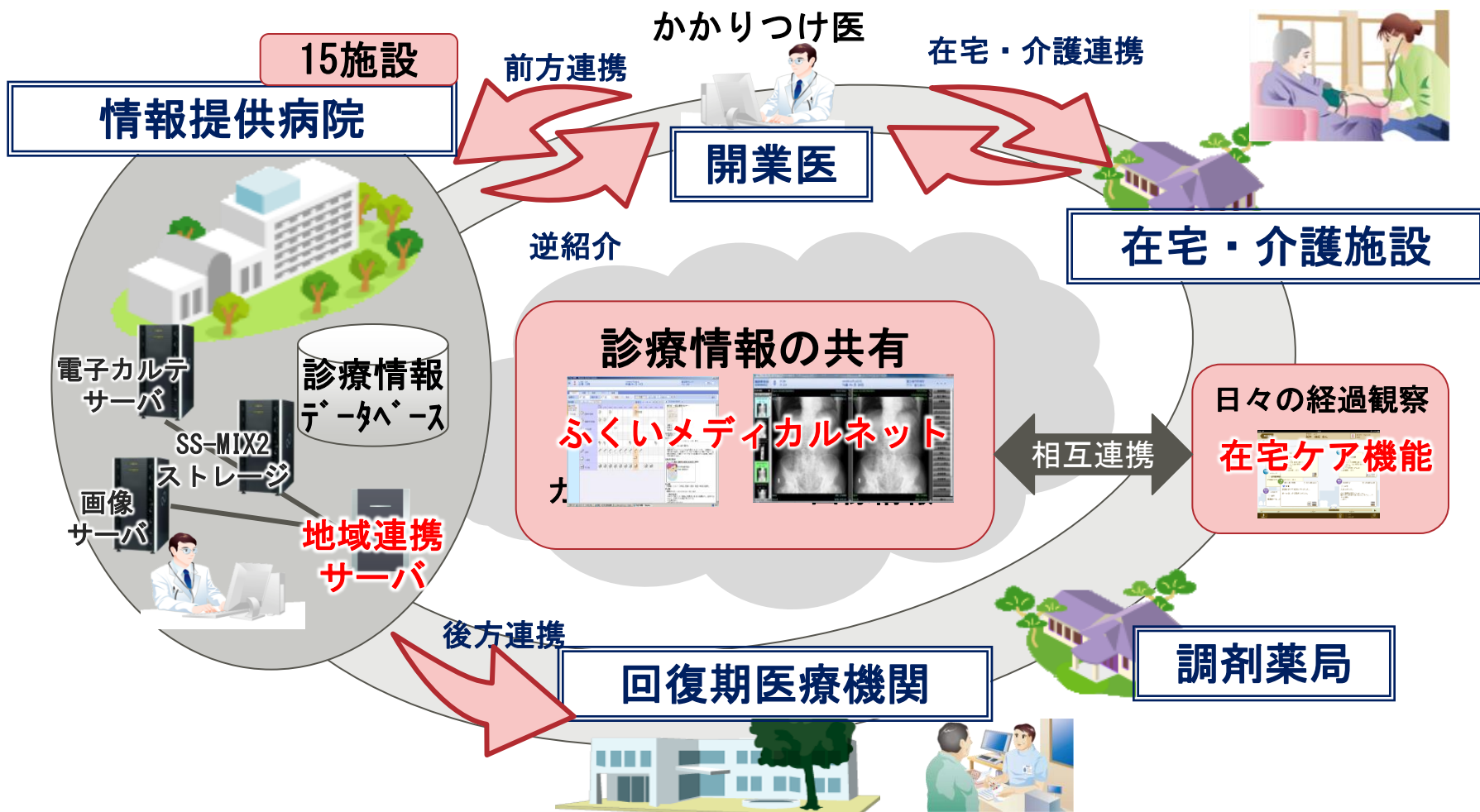
〈自宅〉

地域医療構想で医療機能を  
分化することから、**医療機  
関間の診療情報の共有が必  
要。**

**在宅ケア機能**  
(かかりつけ医、訪問看  
護、居宅介護支援事業所  
等の情報共有が必須)



# ふくいメディカルネット構成



情報提供病院15、在宅医療・介護に関わる多職種連携が可能に



# システム構成図 (概要)

## 情報開示医療機関 (15病院) +今年度中に2病院追加



### 閲覧機関等

(平成29年2月現在)

閲覧機関 282施設

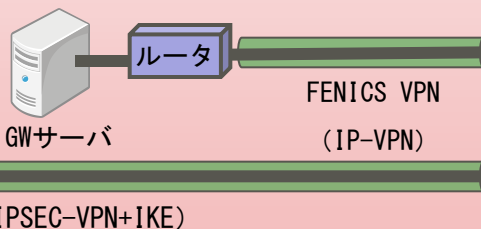
※4/1運用開始機関も含む

保険薬局

医療機関・老健施設

訪問看護ステーション

居宅介護支援事業所



# 在宅ケア機能とは

訪問看護や介護施設などの多職種間で円滑なコミュニケーションを機動力の高いスマートデバイスを使ってサポートします。在宅・介護情報を定型フォーマット化し、現場で簡単に入力ができ、シームレスな情報共有が実現いたします。



ふくいメディカルネット  
患者メモ機能

- ・ 情報公開病院カルテ参照
- ・ 紹介状のやり取り
- ・ セキュアメール、患者メモ

ふくいメディカルネット  
在宅ケア機能

- ・ タイムライン形式の患者メモ表示
- ・ テンプレートによる日々活動の入力
- ・ 画像、動画によるタイムリーな情報共有

# 患者メモによる多職種間情報共有

ふくいメディカルネットでは、情報提供施設以外のネットワーク利用者が、**患者メモ登録**することで、地域の関係者間で必要な情報を、共有することができる。登録できる内容は、テキスト入力に加えて、画像やレポート等のファイルを添付することもできる。

## ふくいメディカルネット 標準搭載機能 <患者メモ>

訪問看護/ケアマネージャー

専門医/看護師

理学療法士

参照

かかりつけ医

薬剤師

患者



必要がある場合には**事前登録した病院も在宅情報**を閲覧できる。

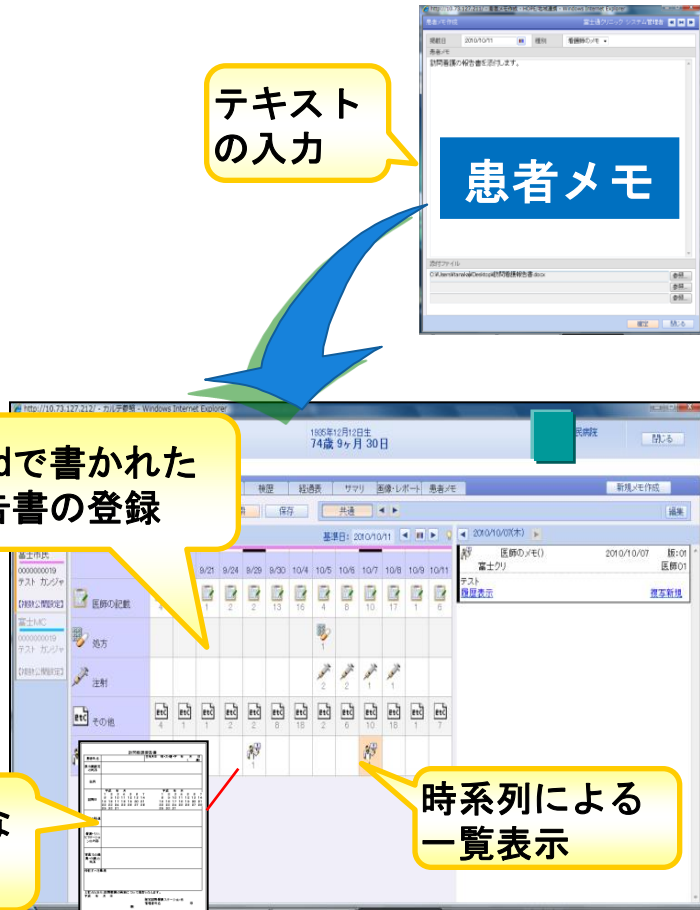
テキストの入力

患者メモ

Wordで書かれた  
報告書の登録

訪問看護報告書なども添付が可能

時系列による  
一覧表示



ふくいメディカルネット 標準機能



# 福井県退院支援ルール

高齢者(特に介護が必要な方)が入退院する際に、病院とケアマネ間でスムーズに引継ぎをするための情報共有ルール(県全域で適用するルールは全国初)

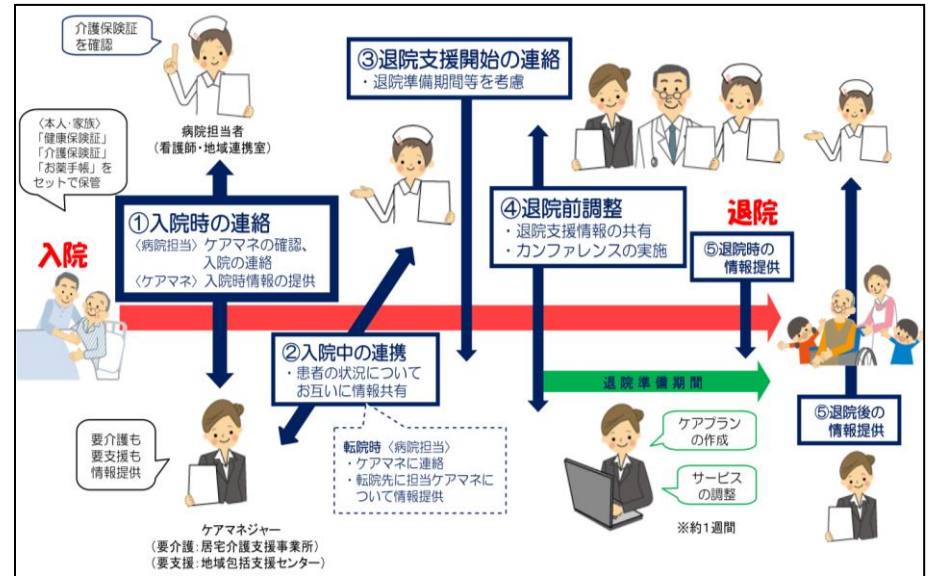
## ○構成

- (1) 退院支援フロー(情報共有の基本的な流れ)
- (2) 窓口一覧等(病院・有床診療所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町介護保険担当部署)
- (3) 入院時情報提供シート、退院支援情報共有シート

## ○取組み

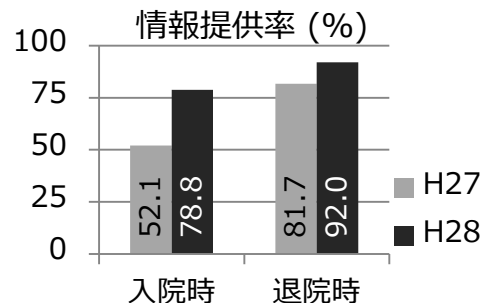
- ・27年7月  
居宅介護支援事業所に対する医療と介護の連携状況に関するアンケートの実施  
(27年6月に退院した患者736人分のケースを分析)
- ・27年9~28年3月  
各保健所圏域ごとに、病院の地域連携室、居宅介護支援事業所、県・保健所・市町担当者による合同協議を各圏域2回実施。  
その後、各圏域の代表者による全県会議および医療審議会在宅部会により、ルール策定
- ・28年4月~ ルール運用
- ・28年7月~ アンケートの実施・集計
- ・28年度中 各圏域ごとの合同協議、圏域代表者全県会議を開催しルール改定予定

## ○退院支援フロー

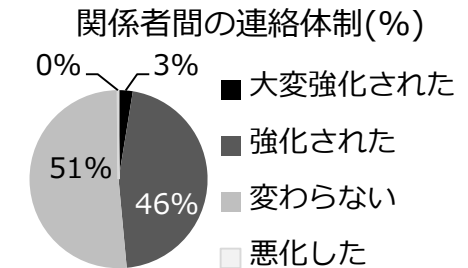


## 【参考】ルール運用開始後のアンケート結果(速報値)

入院時・退院時の情報提供率がともにルール運用開始後に上昇



約半数のルール使用者が関係者間の連絡体制が強化されたと回答



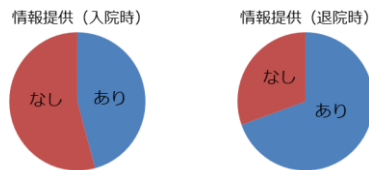
# 入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例

## ■福井県における退院支援ルール策定の取組

### 取組開始時の現状と課題

- 入院時、ケアマネから医療機関への情報提供は約5割、要支援者では3割未満だった。
- 退院時、医療機関からケアマネへの連絡は3割弱で情報提供がなく、2割以上が退院直前だった。

ケアマネジャーから病院への情報提供(入院時)      病院からケアマネジャーへの情報提供(退院時)



- 病院とケアマネの連携ルールは、一部で取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分活用されていないかった。

### 保健所単位での意見調整

県庁と県医師会が連携し、入退院時の退院支援ルール作成に向け取り組むことを確認

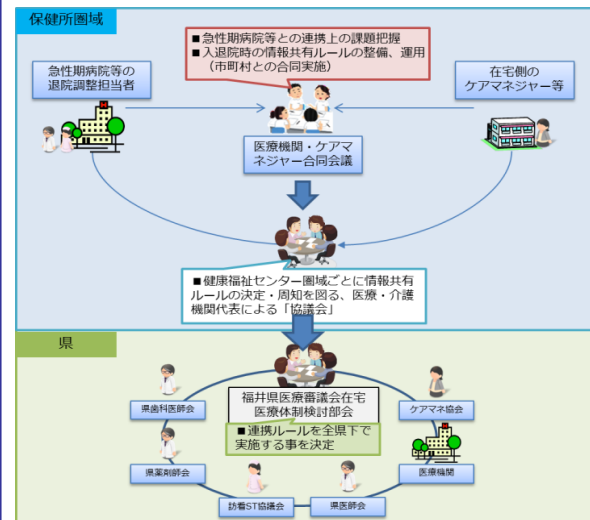
全県のケアマネジャーを対象に入退院時連携の実態を調査

県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置  
医療機関、ケアマネジャー、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、退院支援ルールについての意見の取りまとめ

市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

### 福井県退院支援ルールの策定

退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議および県医療審議会において全県一のルールを策定した。(平成28年4月運用開始)



### 県の役割

- 事業の企画・予算の確保
- 市町への参加要請 (介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等)
- 県庁は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域毎の協議の実施や関係機関の連携調整を支援。
- 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、退院支援ルールの改善



### 県医師会の協力

- 事業の実施方法や退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言
- 郡市医師会に対する連絡調整や協力要請
- 病院、有床診療所、ケアマネ協会等の関係機関に対する協力要請

### 期待される成果

- 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながる
- 入院時情報提供がなかった割合：約5割→約2割  
うち要支援者：約7割→約4割
- 退院時に介護支援専門員に情報提供がなかった割合：約2割→約1割
- 協議を重ねる事で、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる
- ルールの活用により入院・退院にかかる診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながる

# 福井県において運用されている退院支援ルール

	病院	介護支援専門員（ケアマネ）
入院 ↓	<p><b>②ケアマネの有無、介護保険サービスの確認</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、ケアマネの有無や介護保険サービスの確認</li> <li>○ 担当ケアマネがいる場合は、速やかに入院を連絡 ※要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる。</li> </ul> <p><b>④要介護認定を受けていない場合、退院調整の必要性を判断し、家族等の介護保険申請を支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「介護保険申請の目安」に基づき、退院調整や要介護認定の申請の要不要を判断→担当ケアマネが決まり次第連携</li> </ul>	<p><b>①日頃の工夫</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネの名刺を挟んでおく、入院が決まったらケアマネに伝えるよう本人・家族に説明しておく等</li> </ul> <p><b>③入院時情報提供書の提出</b></p> <p>病院や家族等からの連絡により、利用者（要介護・要支援とも）の入院を把握した場合は速やかに、入院期間の見込みや患者の状態等について、「入院時情報提供シート」（県参考様式）等を提出し、入院時から連携して情報共有に努める。</p>
退院の見込 ↓	<p><b>⑤サービス調整に必要な日数を考慮して、ケアマネへ退院見込日を連絡</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者が「在宅退院ができそうと判断する目安」により退院できると判断した場合、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間（ケアプラン作成、事業所との調整等）を考慮して、退院支援開始の連絡をする</li> </ul>	<p><b>⑥ケアプラン作成準備</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院から退院の時期、必要となりそうな支援を確認し、サービス調整の上、ケアプランの素案を作成</li> </ul>
	<p><b>⑦共通様式に基づきケアプラン作成に必要な情報収集</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要な情報を、カンファレンス等の面談日までに院内関係者から収集 ※「退院支援情報共有シート」を活用する</li> </ul>	
	<p><b>⑧退院前カンファレンスの実施</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退院支援に必要な情報を共有する ※「退院支援情報共有シート」を活用する</li> <li>○ 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者とケアマネジャーで調整し、病院が決定する</li> </ul>	
退院時・退院後の情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 看護・介護の引継書（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日、入浴日、服薬内容等）をケアマネジャーに提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 原則、ケアプランの写しを病院に提供する</li> </ul>

# 医療と介護の連携に関するアンケート 集計結果より

## ○概要

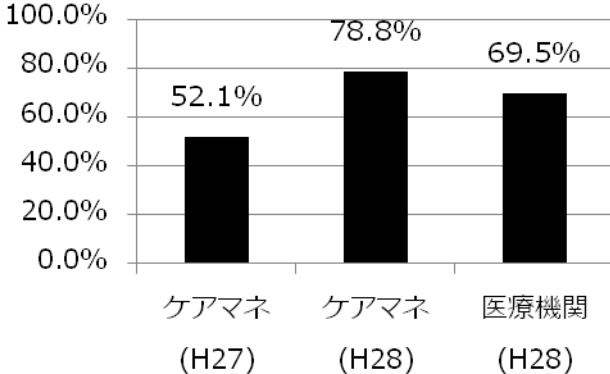
### 【医療機関】

調査期間 平成28年9月  
回答機関数 97機関(92.4%)

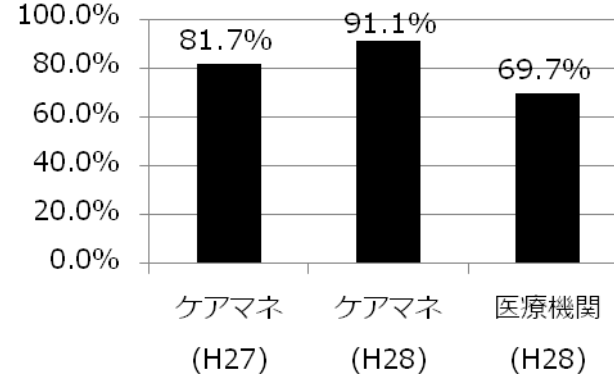
### 【ケアマネジャー】

調査期間 平成28年8月  
回答者数 855人(利用者カバー率97.2%)

## ○入院時情報提供の有無

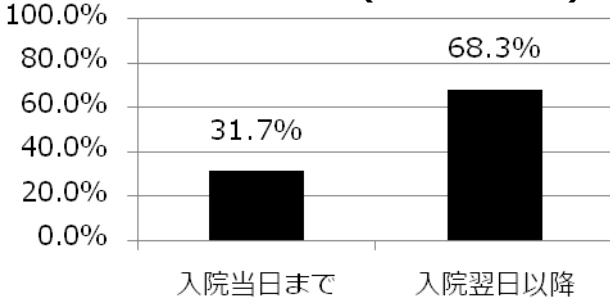


## ○退院時情報提供の有無

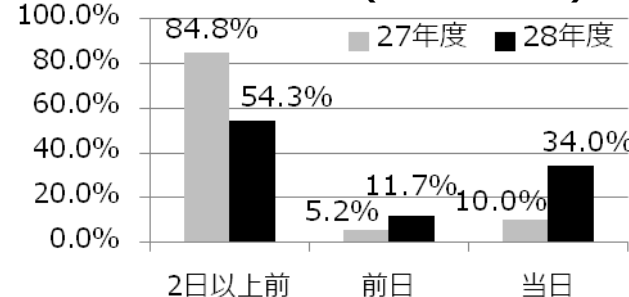


- 入院時・退院時とも**情報提供率は増加**
- ケアマネの回答よりも医療機関の回答の方が提供率が低い(「何をもちて情報提供とみなすか」に認識の差があるか?)

## ○入院時情報提供の時期(医療機関回答)

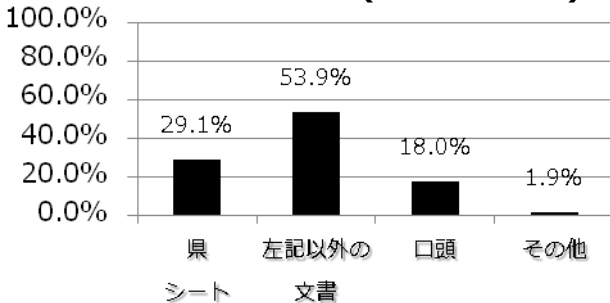


## ○退院時情報提供の時期(ケアマネ回答)

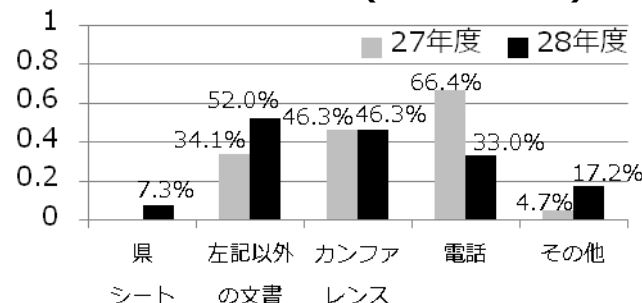


- 3分の1のケースで入院当日まで**にケアマネからの情報提供がされている
- 退院時情報提供の時期は、2日以上前のケースが減少、前日・当日が増加

## ○入院時情報提供の方法(医療機関回答)



## ○退院時情報提供の方法(ケアマネ回答)



- 「福井県退院支援ルール」のシートは、入院時では3割、退院時では1割弱で使用されている
- 退院時情報提供の方法は、**文書が増え、電話が減った**
- ※入院時・退院時情報提供の方法は複数回答可

# 坂井地区在宅ケア体制モデル（概要）

坂井市、あわら市をモデル地区として包括ケア体制を整備し、**高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことのできる社会**を実現

○東京大学との共同研究により、在宅においても**介護と医療を切れ目なく受けられる仕組み**を整備（H22年度～）

## 《坂井地区モデルの特長》

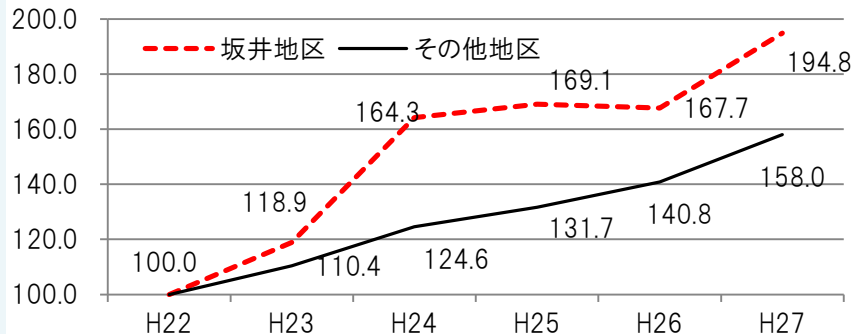
- ①地域内の医療機関の連携による24時間対応の在宅医療
  - ・ **26医療機関（地区内の6割）**が参加し、在宅患者一人ひとりに**主治医・副主治医**を配置
  - ・ 病気が急変した際の受入れ病院をあらかじめ確保
- ②他職種・機関とのスムーズな連携を図るための患者情報共有化
  - ・ 医療機関・介護サービス事業所などが参加し、**114機関（地区内の関係機関の約半分）**が**ICTにより患者情報を共有**



常に医師や看護師などの目が届く安心在宅医療の実現

## 在宅で医療・介護を受ける方の増加

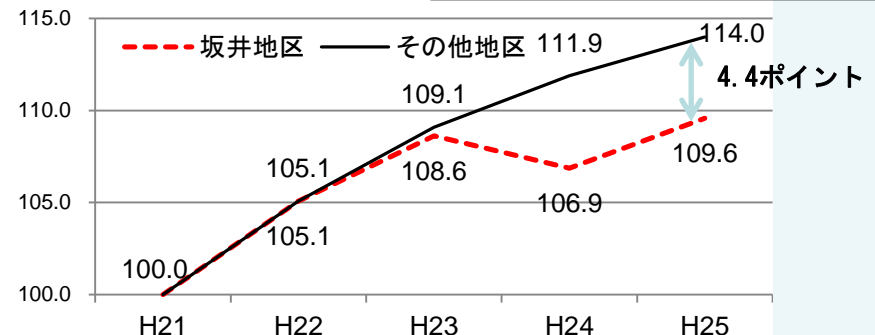
モデル地区  
5年間で**1.9倍**の伸び



＜訪問看護利用者数の推移（H22を100とした場合）＞

## 医療費の伸びの抑制

他地区と比較して  
**4.4ポイント（5.7億円相当）**の差



＜後期高齢者医療費の推移（H21を100とした場合）＞

# 坂井地区（坂井市・あわら市）の状況

- 両市を構成市とする坂井地区広域連合が介護保険事業を実施
- 両市を担当区域とする坂井地区医師会が在宅医療の取組を実施



- 介護保険の事業範囲と郡市医師会の担当区域が一致



	人口	高齢化率	要支援・要介護認定率
坂井市	90,280人	30.9%	—
あわら市	28,729人	26.3%	—
坂井地区計（平均）	119,009人	28.6%	17.6%
【参考】福井県	786,740人	28.6%	17.9%

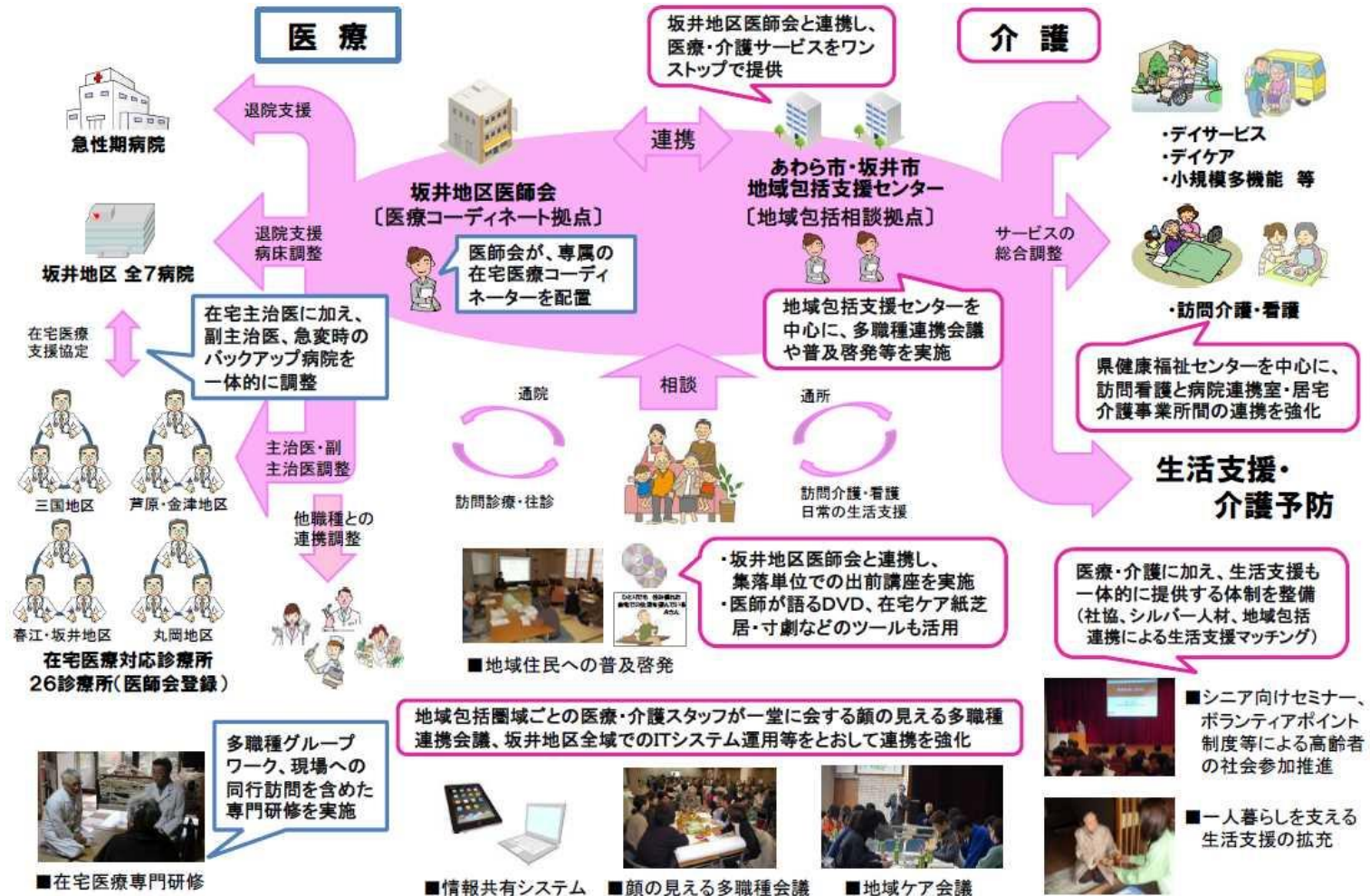
人口・高齢化率：平成27年国勢調査

要支援・要介護認定率：平成26年介護保険事業状況報告

福井県

# 広域で在宅医療介護連携に関する相談窓口（医療コーディネーター拠点）を設置している事例（福井県坂井地区医師会・あわら市・坂井市）

- 福井県坂井地区（あわら市、坂井市）では、坂井地区医師会に委託事業として医療コーディネーター拠点を設置し、医療介護連携の調整を担う専属のコーディネーターを配置している。医師会は主に医療体制の整備に係る取組を担当、市は主に多職種連携会議や普及啓発などの事業を担当し、医師会と行政の協働による取組となっている。



# 坂井地区在宅ケア体制モデル整備の推進体制

- ◎行政が事務局となる協議会・部会を設け、地域全体の医療・介護関係機関の参画を得ながら、在宅ケア体制整備を推進
- ◎医師会を中心とした医療体制整備の方針も共有し、地域全体の連携ルールづくりに反映

## 坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会

医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護事業者団体、東京大学、福井大学、行政（福井県、坂井地区広域連合、あわら市、坂井市）による協議会を構成し、坂井地区の在宅ケア体制整備の方針等を協議  
[事務局：坂井地区広域連合、あわら市、坂井市、福井県]

## 顔の見える多職種連携会議

地域包括支援センター単位で医療・介護に携わるスタッフが一堂に会し、連携を強化するための場づくりを実施  
[事業運営：地域包括支援センター、坂井地区広域連合]

## 医療・介護の連携強化検討部会

病院から在宅への退院調整や訪問看護との連携など、在宅療養者を支えるための医療・介護の連携強化について議論  
[事業運営：坂井健康福祉センター、坂井地区医師会、地域包括支援センター、坂井地区広域連合]

## 在宅情報共有システム検討部会

医療・介護に携わる多職種が、在宅療養者の治療・ケア情報を共有するためのツール（ITシステム、情報連携シート）等について議論  
[事業運営：坂井地区広域連合、地域包括支援センター、坂井地区医師会]

## 住民啓発検討部会

地域住民への在宅ケアに関する普及啓発活動（出前講座、シンポジウム等）の実践や、その手法・ツール開発（DVD、紙芝居、寸劇）等について議論  
[事業運営：地域包括支援センター、坂井地区広域連合]

## 生活支援・住民協働部会

ボランティア等の高齢者を支える地域力を強化し、生活支援を含む在宅サービスを総合的に調整する仕組みづくりを実施  
[事業運営：あわら市、坂井市、社会福祉協議会、シルバー人材センター、地域包括支援センター、坂井地区広域連合]

相互に情報を共有し、体制整備に反映

## 医師会による在宅医療体制整備

### 坂井地区在宅ケアネット事業運営委員会

医師会を中心に、主治医・副主治医等のコーディネート体制、バックアップ病院との連携、在宅医療を担う医師の育成など、地域の在宅医療体制を構築  
[事業運営：坂井地区医師会]

### 坂井地区在宅医療連携協議会

坂井地区の全7病院長と開業医の代表者（ケアネット事業運営委員）で構成する協議会を設け、在宅医療の支援に係る病診連携体制について協議  
[事業運営：坂井地区医師会]



# 在宅医療・介護連携推進事業についての福井県の方針

坂井地区でのモデル事業の多くが  
国の在宅医療・介護連携推進事業に反映されている



坂井地区でのモデル事業の知見を活かし、  
坂井地区モデルを全県展開することを通じて、  
市町が主体となっていく在宅医療・介護連携推進事業を全面的に支援

## 県の在宅医療・介護連携推進事業における支援の考え方

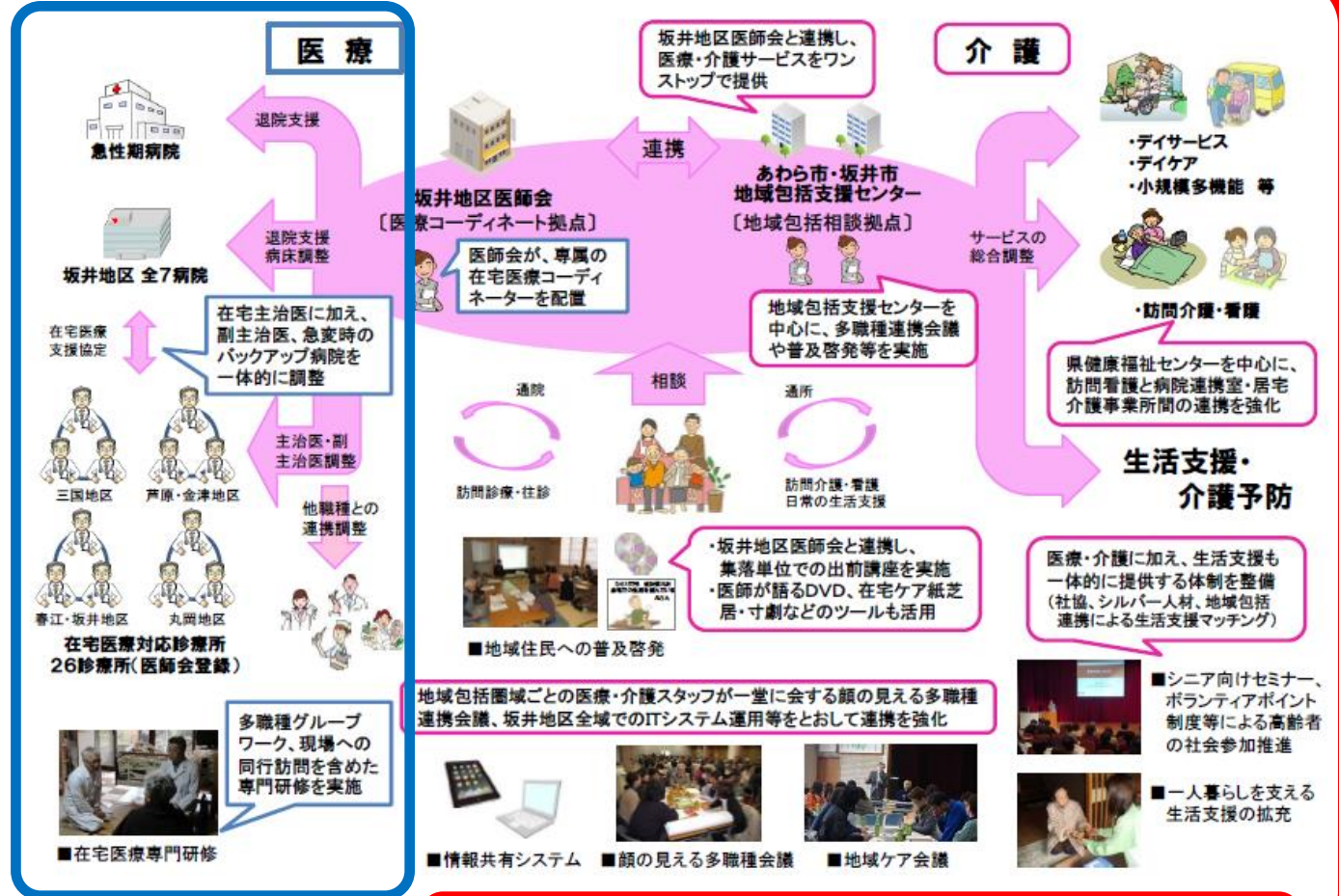
- ・ 国の動向や県内外の事業関連データ、好事例情報の提供
- ・ 広域で取り組むべき事項の市町間の調整（主に保健所）
- ・ 医師会等これまで市町にとって関係が薄かった団体との調整
- ・ 研修や情報共有、ICT基盤整備等、広域で実施することにより効果的になる事業は県が自ら実施

# 坂井地区モデル全県展開イメージ (H26～)

④ 県医師会・歯科医師会との連携による在宅実践研修と病診連携整備の支援

② ICTを活用して在宅での医療・介護情報をリアルタイムで閲覧  
 ③ 県保健所による病院・診療所・介護事業所間の連携強化の支援

福井県在宅医療サポートセンター  
 福井県在宅口腔ケア応援センター



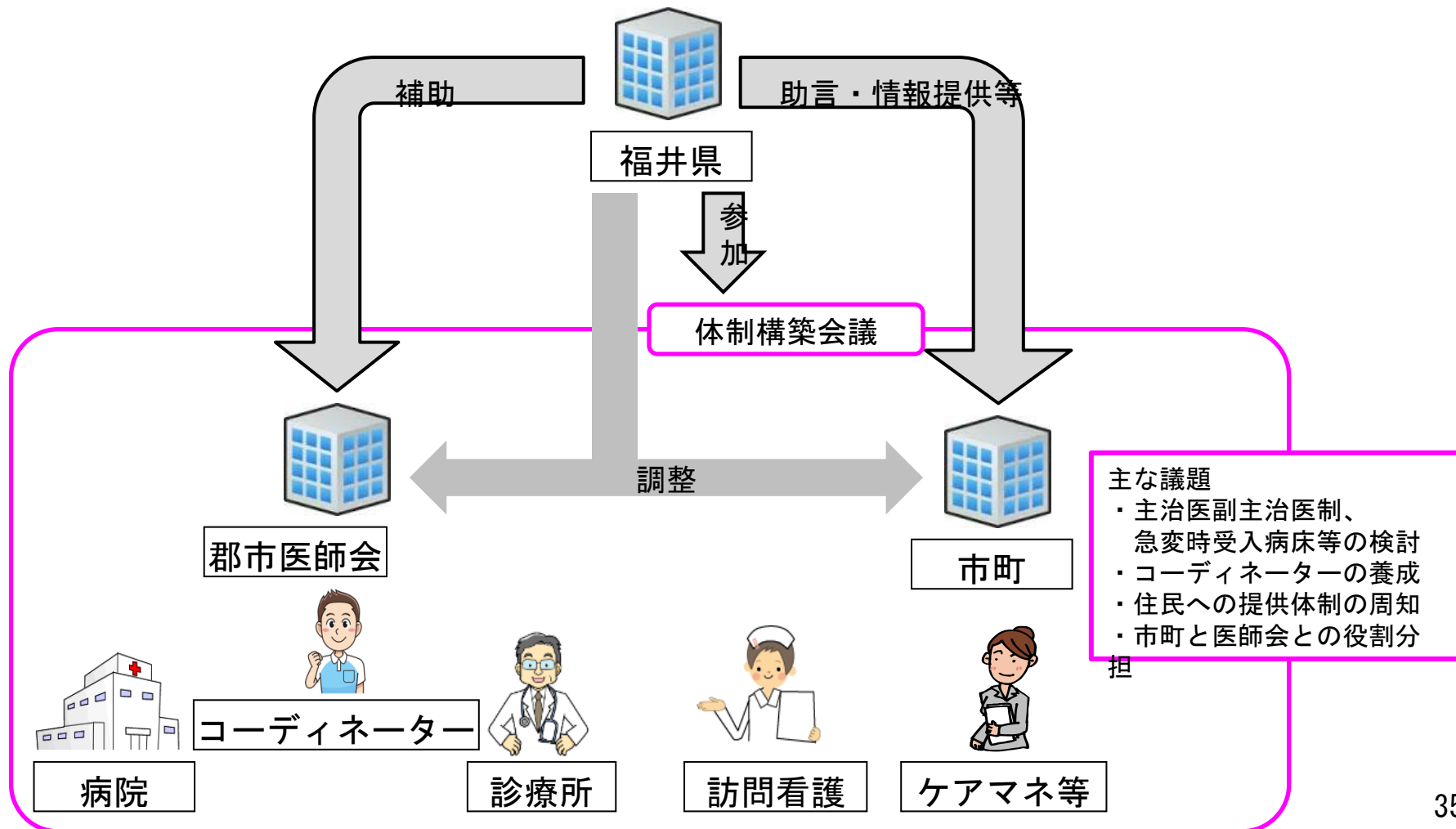
① 市町単位での体制整備支援  
 (在宅医療・介護連携推進事業全面サポート)

# 市町単位での体制整備支援(在宅医療・介護連携推進事業全面サポート)

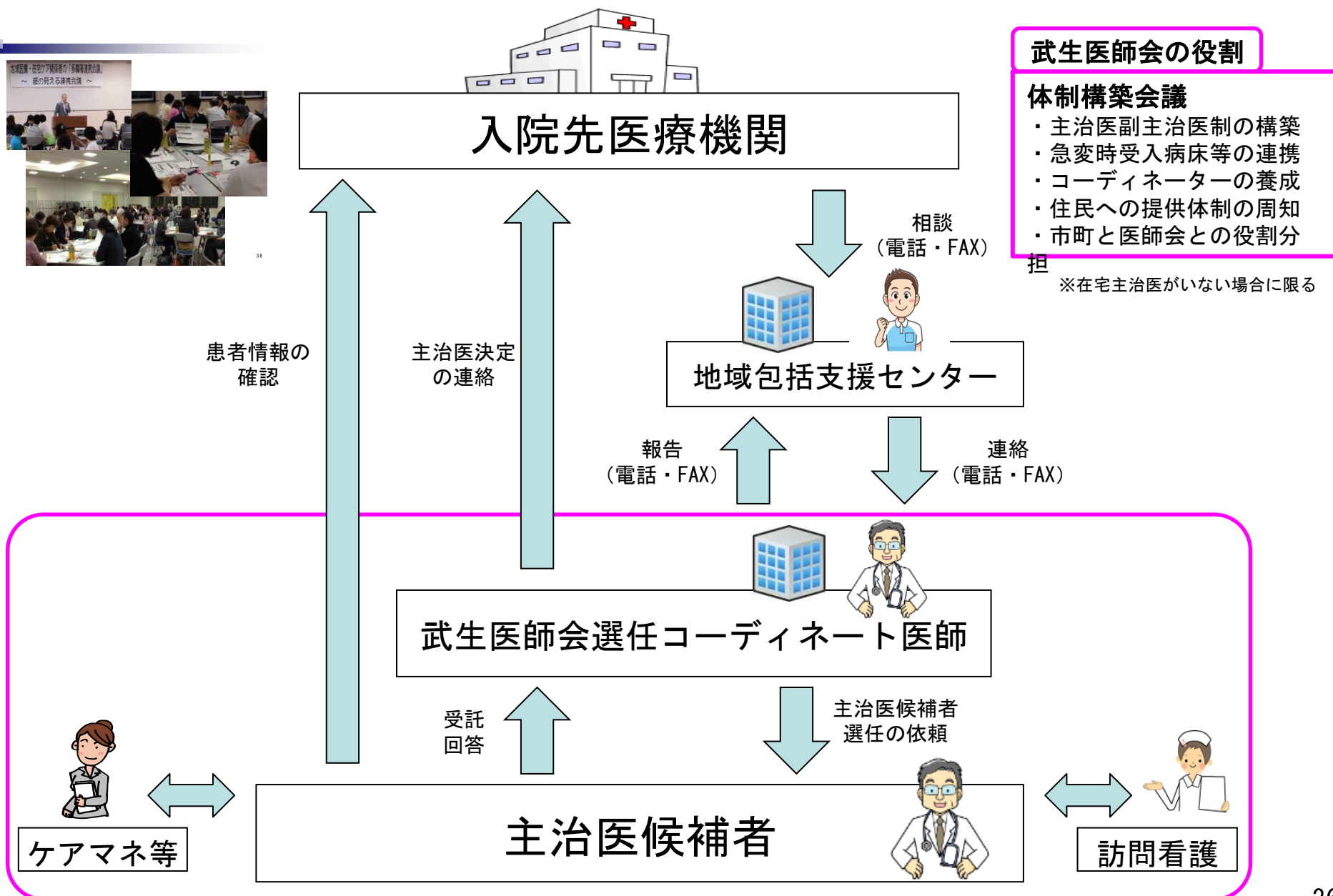
## 「地域における在宅医療提供体制強化事業」(H28～)

- ・ 郡市医師会に対する主治医副主治医制や急変時受入病床等在宅医療提供体制の強化を図る取り組みへの補助、市町が開催する切れ目のない在宅医療介護連携体制構築のための調整会議への支援を実施

(※国が示すように該当する事業を市町と連携して実施)



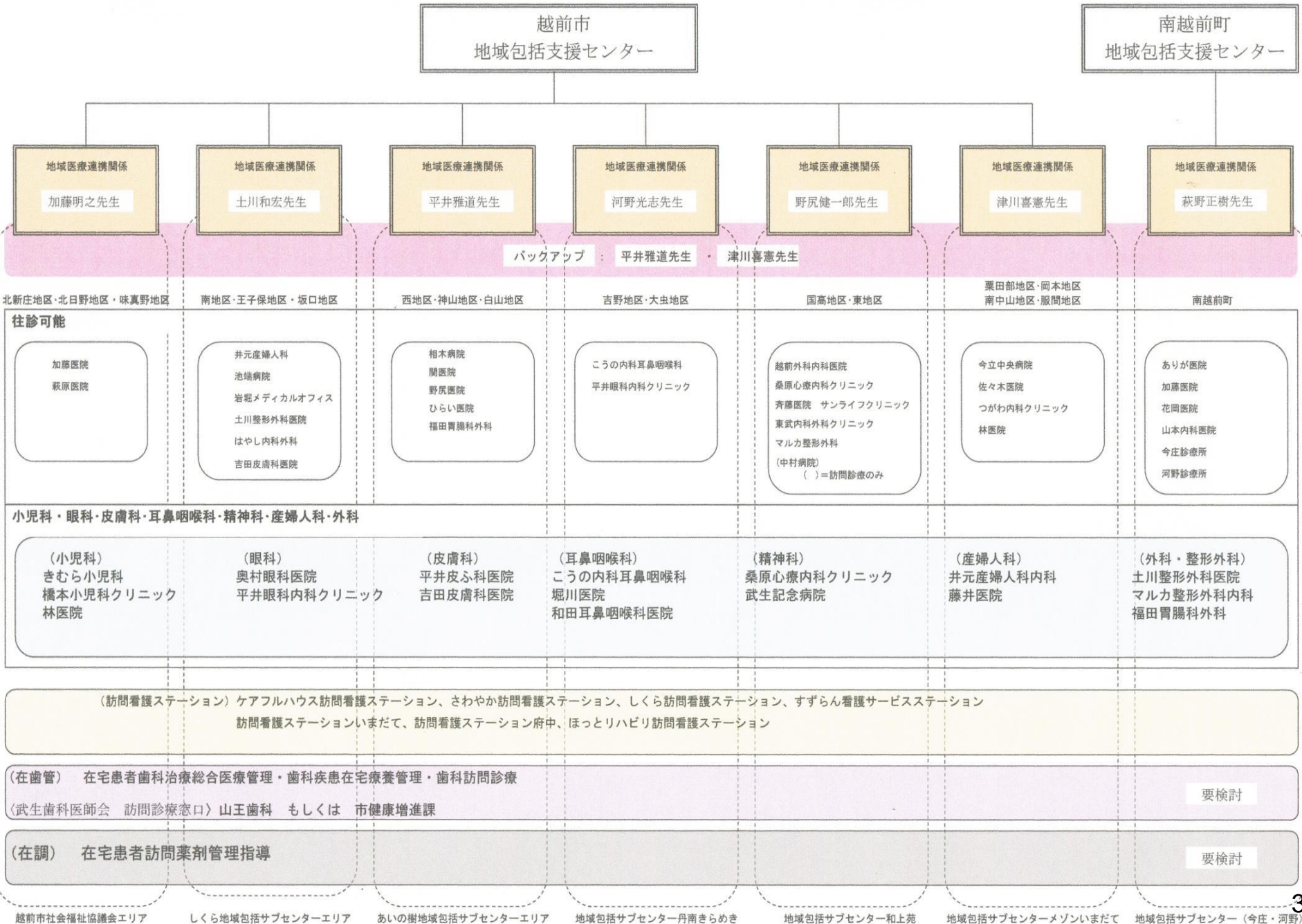
# 武生医師会：在宅医療コーディネーター事業における在宅医療が必要な患者の主治医決定までのプロセス



## 武生医師会の役割

- ### 体制構築会議
- ・主治医副主治医制の構築
  - ・急変時受入病床等の連携
  - ・コーディネーターの養成
  - ・住民への提供体制の周知
  - ・市町と医師会との役割分担
- ※在宅主治医がない場合に限る

# 越前市・南越前町 在宅主治医候補者選任フローおよび医療連携表（イメージ案）



# 福井市医師会の取り組み

## ①在宅医療を担う医療機関の開拓と底上げ

- ・在宅医療の手引きの作成
  - ・在宅医療対応可能医療機関マップの作成
  - ・地域包括ケア勉強会の開催



## ②在宅ケアでの多職種連携の推進

- ・多職種の顔の見える連携と知識の共有化

⇒ふくいの在宅医療を支える会、多職種による見える事例検討会

## ③病院と在宅のより緊密な連携

- ・より効率的で実践的な退院前カンファレンスの実施
  - ⇒退院支援カンファレンス研修会の開催

- ・ガン末期における基幹病院と在宅との連携

⇒緩和ケア版見える事例検討会の基幹病院での定期的な開催

## ④地域包括⇒ケアシステムにむけてのさらなる取り組み

- ・地域包括ケアサポート医の創設

⇒地域包括ケアサポート登録医、圏域コーディネーター、  
統括コーディネーター

# 地域包括ケアサポート医の創設

- 地域のかかりつけ医・医療相談窓口として、各地区ですすめられていく地域包括ケアシステムの中心的な役割を担う。
- 各包括支援センター・各居宅事業所の症例検討会への参加・医学的な助言
- ケアマネジャーの資質向上・ケアプラン充実への協力
- 介護職の地域のリーダー育成

統括コーディネーター（市医師会担当副会長）

地域包括ケアサポート登録医

圏域コーディネーター



コーディネーター名	医療機関名	医師会ブロック	担当地域包括支援センター
三船 真二	三船内科クリニック	東中央	中央北・不死鳥・あずま・大東
大滝 憲夫	大滝病院	西部	あたご・北・光・川西
三崎 裕史	三崎医院	南部	明倫・あたご・みなみ・社
丹尾 裕	丹尾医院	新北部	中央北・大東・九頭竜・北

医師会ブロック	登録医数	地域包括支援センター（担当地区）
東中央ブロック	15名	中央北（宝永） 不死鳥（順化・日之出・旭） あずま（和田・円山） 大東（岡保・啓蒙）
西部ブロック	13名	あたご（湊） 北（西藤島・明新） 光（東安居・日新・安居・一光・殿下・清水西・清水東・清水南・清水北・越廼） 川西（大安寺・国見・棗・鷹巣・鶉・本郷・宮ノ下）
南部ブロック	11名	明倫（豊・木田） あたご（足羽） みなみ（清明・麻生津） 社（社南・社北・社西）
新北部ブロック	16名	中央北（春山・松本） 大東（啓蒙・東藤島） 九頭竜（中藤島・森田） 北（河合）

資料提供：地域包括ケア推進課

# 在宅医療・介護連携促進の秘訣

- 地域包括ケアと地域医療構想は車の両輪
- 連携三部作のすすめ  
(県と県医師会、県医師会と郡市区医師会、郡市区医師会と市区町村)
- 多職種連携のすすめ (県単位、郡市区単位)
- 情報の一元化
- 先進的取組事例の利用
- 地域特性を活かす