

令和4年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

総論②

行政から見た地域の様々な取り組み

厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 室長補佐

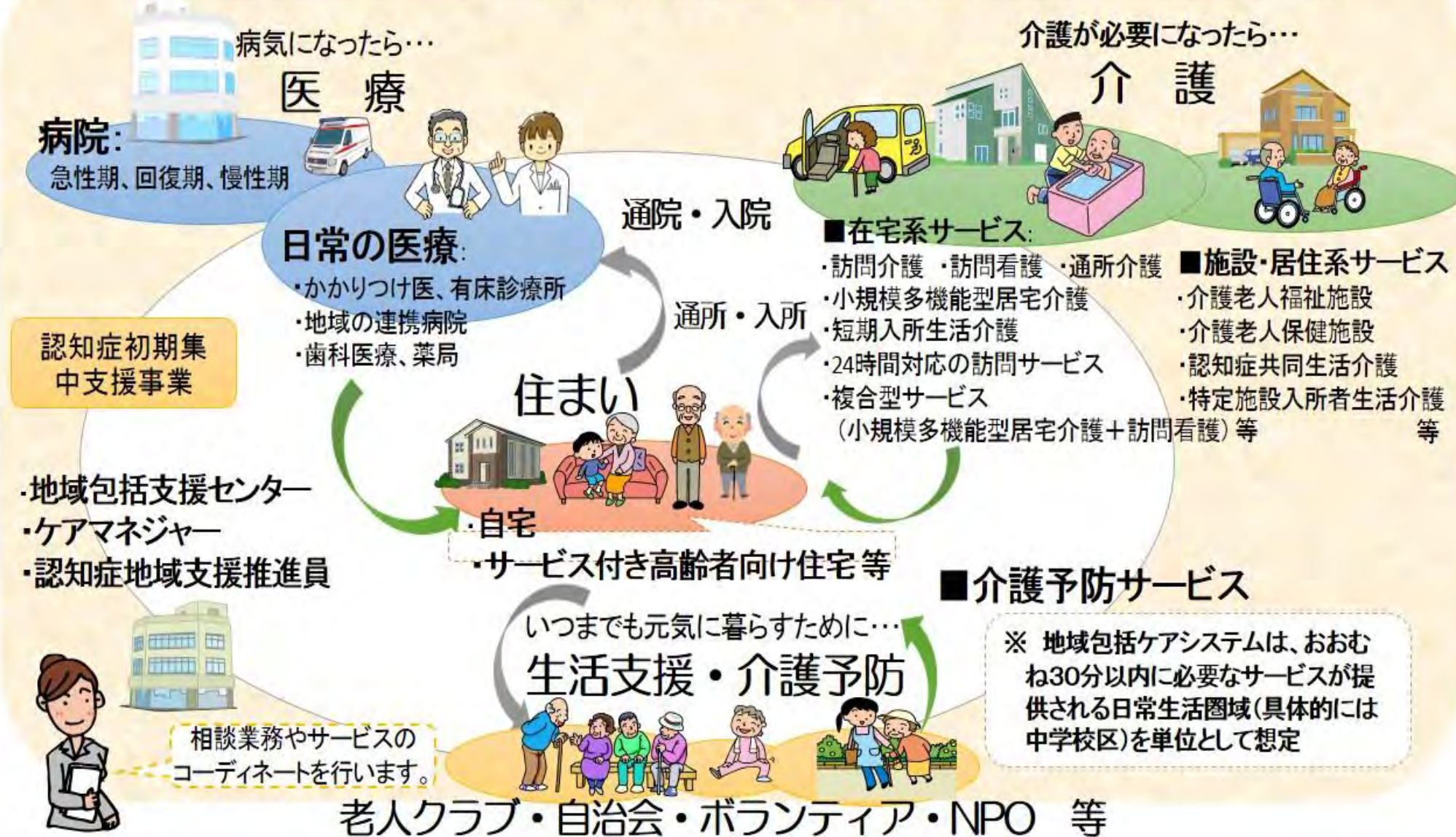
田中 明美

本日 お話すること

1. 第8期介護保険事業計画期間からの
在宅医療・介護連携推進事業について
2. 在宅医療・介護連携推進事業の
手引きの見直しについて
3. 地域での様々な取り組みについて

1. 第8期介護保険事業計画期間からの 在宅医療・介護連携推進事業について

地域包括ケアシステムの姿



【参考】 「地域包括ケアシステム」に係る規定

介護保険法 第5条第3項（地域包括ケアの理念規定）

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

第2条（定義）

この法律において、「**地域包括ケアシステム**」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)

<改正前>

介護保険制度

<改正後>

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%
市町村 12.5%
1号保険料 23%
2号保険料 27%

【財源構成】

国 38.5%
都道府県 19.25%
市町村 19.25%
1号保険料 23%

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付
(要支援1～2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業

又は介護予防・日常生活支援総合事業

- 二次予防事業
- 一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

地域支援事業

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

介護予防・日常生活支援総合事業

※参考資料

(要支援1～2、それ以外の者)

○ 介護予防・生活支援サービス事業

- ・訪問型サービス
- ・通所型サービス
- ・生活支援サービス(配食等)
- ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)

○ 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
(左記に加え、地域ケア会議の充実)

○ 在宅医療・介護連携推進事業

○ 認知症総合支援事業

(認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)

○ 生活支援体制整備事業

(コーディネーターの配置、協議体の設置 等)

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

地域支援事業

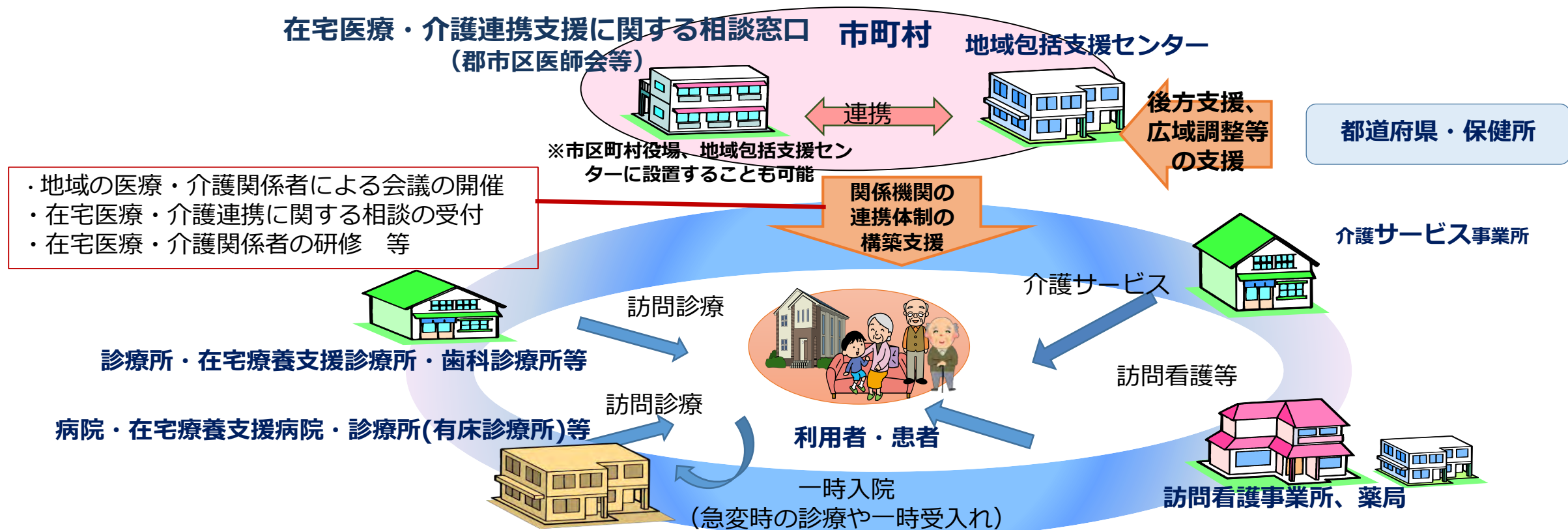
在宅医療・介護連携の推進

- 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。



- 在宅医療・介護連携推進事業については、平成30年度から全ての市町村で実施されており、約6割の市町村では、事業で定められた項目以外が地域の実情に応じて実施されるなど、取組が定着するとともに広がりが出てきている。
一方で、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる市町村が多くあるとともに、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘もある。
- このような状況を踏まえ、第8期介護保険事業（支援）計画期間から、地域の実情に応じた柔軟な取組を可能としつつ、取組の更なる充実が図れるよう、以下の通り見直しを予定している。

在宅医療・介護連携推進事業に関する見直し

- ① 現状規定する8つの事業について、PDCAサイクルに沿った取組を更に実施できるよう、以下の考え方で介護保険法施行規則等を見直す。
 - 現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業を整理し、趣旨を明確化する
 - 地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に
 - 他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化
- ② 手引き等の中で、以下の内容を明確化する。
 - 認知症施策や看取りに関する取組を強化すること
 - 都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）
- ③ PDCAサイクルに沿った取組を後押しできるよう、評価項目例をお示しする予定。あわせて、地域包括ケア「見える化」システムを活用し、見える化を推進する。

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料（改）
令和2年7月31日

○介護保険法施行規則（平成十一年厚生省令第三十六号）（案）（抄） 令和三年四月一日施行

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
〔法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業（第百四十条の六十二の八 法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、市町村が、在宅医療及び介護が円滑に提供される仕組みの構築のため、他の地域支援事業その他の関連施設との連携を図りながら行う次に掲げる事業とする。〕 一 地域における在宅医療及び介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、施策の企画及び立案、並びに医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者（以下この条において「医療・介護関係者」という。）への周知を行う事業 （削る） （削る） 二 （削る） （略） 三 （削る） 四 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業、医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得や当該知識の向上のために必要な研修を行う事業その他の地域の実情に応じて医療・介護関係者を支援する事業 （削る）	〔法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業（第百四十条の六十二の八 法第百十五条の四十五第二項第四号の厚生労働省令で定める事業は、次に掲げる事業とする。〕 一 地域における在宅医療及び介護に関する情報の収集、整理及び活用を行う事業 二 医療関係者及び介護サービス事業者その他の関係者（以下この条において「医療・介護関係者」という。）により構成される会議の開催等を通じて、地域における在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携（以下「在宅医療・介護連携」という。）に関する課題の把握及びその解決に資する必要な施策を検討する事業 三 医療・介護関係者と共同して、在宅医療及び在宅介護が円滑に提供される仕組みの構築に向けた具体的な方策を企画及び立案し、当該方策を他の医療・介護関係者に周知する事業 四 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する事業 五 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業 六 医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得や当該知識の向上のために必要な研修を行う事業 七 在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う事業 （新設） 八 他の市町村との広域的な連携に資する事業

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直し

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

(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

③(ア)(イ)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推進

- 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) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、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

事業全体の目的を明確化しつつ、PDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

●切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料

令和2年7月31日

①現状分析・課題抽出・施策立案

(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

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(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

- 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

②対応策の実施

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

●地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

※あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や語句イメージは、次のスライドを参照。なお、「(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」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があったため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築 (看取りや認知症への対応を強化)

地域のめざすべき姿

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料
令和2年7月31日

Plan
計画

現状分析・課題抽出・施策立案

- 地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握
- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）
- 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

※企画立案時からの医師会等関係機関との協働が重要



Do
実行

対応策の実施

- 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - コーディネーターの配置等による相談窓口の設置※1
 - 関係者の連携を支援する相談会の開催

- 地域住民への普及啓発
 - 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
 - 周知資料やHP等の作成

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

- 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

- 医療・介護関係者の研修
 - 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
 - 医療・介護に関する研修の実施

○上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組

＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
 - 分析に必要なデータの分析・活用の支援
 - 他市町村の取組事例の横展開
 - 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
 - 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
 - 都道府県の医療及び福祉の両部局の連携
 - 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 地域医療構想・医療計画との整合

※1:市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討

2. 在宅医療・介護連携推進事業の 手引きの見直しについて

在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

- 平成26年介護保険法改正により市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業として、在宅医療・介護連携推進事業（以下、「本事業」とする）が位置付けられ、平成27年度から市町村は順次、8つの事業項目を開始してきた。
- 本事業の円滑な実施のために「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.1（介護保険最新情報vol.447）」（以下、「手引き」とする）を作成、具体的な取組を例示し、平成27年3月に周知。
- さらに、平成29年介護保険法改正においても、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実を図るとともに、都道府県による市町村支援の役割を明確にするために、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2（介護保険最新情報vol.610）」として、平成29年10月に周知してきたところ。
- そして、本事業の開始から数年が経過し、現在では、8つの事業項目に限らず、認知症や災害に関する取組をあわせて実施するなど、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある。一方で、「将来的な本事業のあるべき姿をイメージできていないこと」を課題としてあげる等、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘もあった。
- このような中で、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、手引きを改訂。「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3（介護保険最新情報vol.871）」として、令和2年9月に発出。

1 改訂のポイント

- PDCAサイクルに沿った具体的な運用ができるような構成に再編
- 目標の設定の必要性や事業マネジメントの考え方、都道府県の役割の明確化
- 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージに沿った、4つの場面を意識した考え方
- 好事例の横展開を図るため、事例の掲載



★在宅医療・介護連携推進事業の手引き(Ver.3)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

在宅医療・介護連携推進事業の手引き 改訂の要旨

2 手引きの構成

- 「第1章 事業概要」「第2章 市町村における事業の進め方」「第3章 都道府県の市町村に対する支援」「第4章 参考」の4部構成
- 第7期介護保険事業計画期間までの8つの事業項目を踏まえた上で、PDCAに沿った取組ができるように事業マネジメントの視点を入れて再編
- 取組の手順と留意事項の混在を少なくするため、記載箇所をわけ、医療と介護が共通する4つの場面の取組を追加

【現行】手引きVer. 2

一 在宅医療・介護連携推進事業の基本的な考え方	1
（1）事業の背景および改訂の趣旨	1
（2）事業の進め方	4
・進め方のイメージ	
・在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクル	
・在宅医療・介護連携推進事業における評価指標の考え方	
二 在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組について	13
（ア）地域の医療・介護の資源の把握	15
（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	19
（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	21
（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援	24
（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援	27
（カ）医療・介護関係者の研修	29
（キ）地域住民への普及啓発	34
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	36
三 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項	38
四 都道府県の役割について	40

【改訂】手引きVer. 3

第1章 事業概要	
1. はじめに	1
2. 事業趣旨	3
3. 在宅医療・介護連携推進事業の構成	5
第2章 市町村における事業の進め方	
1. 取組を始める前に	
2. 在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクル	13
3. 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例	23
4. 在宅医療・介護連携推進事業の実施に当たっての留意事項	48
第3章 都道府県の市町村に対する支援	
1. 都道府県の役割について	65
2. 市町村に対する支援の進め方	67
第4章 参考	
1. 都道府県・市町村の取組事例について	73
2. 参考資料	73

ポイント

- ・改訂の経緯
- ・本事業と他計画の整理
- ・本事業の構成

- ・庁内の組織づくり
- ・PDCAサイクルに沿った取組
- ・地域のめざすべき姿の設定
- ・4つの場面を意識した考え方と把握データの例

- ・事業推進のための技術的助言
- ・関係市町村等の連携
- ・地域医療構想・医療計画との整合

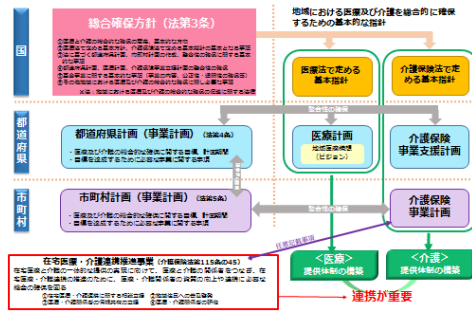
3 「第1章 事業概要」の要旨

● はじめに（改訂の経緯） P1



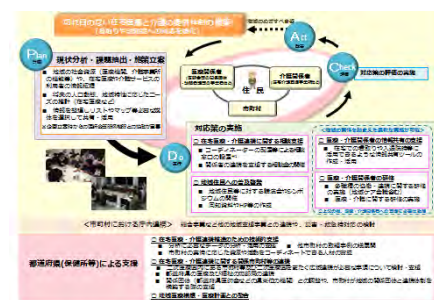
- 現在、8つの事業項目に限らず、地域の実情を踏まえた在宅医療・介護連携の取組が実施されつつある一方で、本事業の構造や進め方についての理解が不足している状況もみられ、8つの事業項目を行うこと自体が目的になっているのではないかと指摘がある。
- 今般、本事業の見直しが図られ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって本事業でめざす姿の実現がなされるよう、本手引きを改訂する。

● 事業趣旨 P3



- 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人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的とする。
- 医療提供や介護サービスの提供体制そのものを評価し、整備を進めることを目的とするのではなく、地域における現状の社会資源を正確に理解し、住民のニーズに基づき、地域のめざすべき姿はどのようなものかを考えた上で、医療・介護関係者との協働・連携を円滑に進めることで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進する。

● 事業の構成 P5



- 第7期介護保険事業計画期間までの8つの事業を踏まえつつも、次のステップに向け、市町村が地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図れるよう、また、最近の動向を踏まえ、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を更に進められるように事業構成の見直しを行う。
〔現状分析や課題把握、企画・立案等に関する事業整理 / 地域の実情に応じた取組が可能となるよう、事業選択を可能に / 他の地域支援事業に基づく、事業と連携し実施するよう明確化〕
- 都道府県による市町村支援の重要性（医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等）を明確にする。

4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

● 取組を始める前に P9

- 地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制を構築し、維持、充実していくためには、地域のめざすべき姿を考えた上で、連続性をもった継続的な向上を図る、いわゆるPDCAサイクルに沿って事業をマネジメントすることが必要である。
- 普段からの医療・介護関係者及び都道府県との関係性も重要であるとともに、市町村が主体的に検討し、事業を実施するために、事業の継続性、質の確保の観点から、職員のキャリアパスや、継続性を持った人員配置等に配慮することで、介護保険部門のみならず、診療報酬を含めた医療制度の観点とその他の施策にも専門性を持つ人材を養成し、継続的に配置していくこと等が重要である。
- 他の地域支援事業に基づく事業、例えば認知症総合支援事業・生活支援体制整備事業等の他の施策との連携・調整を進め、会議や研修の合同開催などで一体的な運用を図ることで、高齢者には効果的にそして市町村では効率的な事業実施を行う。

● 在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCAサイクル P13



- PDCAサイクルに沿って事業をマネジメントするためには、PDCAサイクルの方法論を体系的に理解し実践することで、地域の実情にあった在宅医療と介護の連携に関するめざすべき姿を具体的に設定し、その理想像に近づけるプロセスを確立することが重要である。
- Planだけに時間をかけず、PDCAサイクルに沿った取組をきめ細かに進めることに加え、長期的視点と短期的視点を持ちながら、いつ、何を実現したいのか、という目的に対し、実現までの過程で目標を設定し、それを達成するための手段を検討する（取組の選択と集中も必要）。
- 地域によって人材を含めた医療と介護の資源は異なるため、PDCAサイクルのいずれの場面においても前提として、『地域の医療機関、介護事業所等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握することが重要であるが、その際には、医療提供や介護サービス整備の提供体制そのものの多寡を評価し、更なる整備を進めることを目的とするものではなく、地域の特性に応じた最適な仕組みを考えていくことが重要』と認識する。

4 「第2章 市町村における事業の進め方」の要旨

● 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例 P23



- ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるような支援が必要である。
- 在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。
- 4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。

● 事業の実施に当たっての留意事項 P48

- 事業委託、既に実施されている取組事例、PDCAサイクルに沿った取組を実施する上でのポイント など

5 「第3章 都道府県の市町村に対する支援」の要旨

● 都道府県の役割

P65

市町村が地域のめざすべき姿に向かってPDCAサイクルに沿った取組ができているかなど、市町村の取組状況を確認することが重要である。そして、市町村が本事業を実施する上での課題を認識、課題を整理した上で、課題解決のための対応策と一緒に検討するとともに、必要に応じて広域的な支援体制の基盤をつくることなどが求められる。

「市町村の事業マネジメント力の向上」の視点・支援を踏まえた上で、在宅医療を始め広域的な医療資源に関する情報提供、医療と介護の連携に関する実態把握及び分析とともに、以下についてさらに進めていく必要がある。

なお、本事業を行うに当たり、都道府県の介護保険部局及び医療部局の双方が連携を密にして市町村支援に取り組むとともに、事業の業務継続や長期的な成果の評価を行うために、総合的に進める人材を長く配置することも重要である。

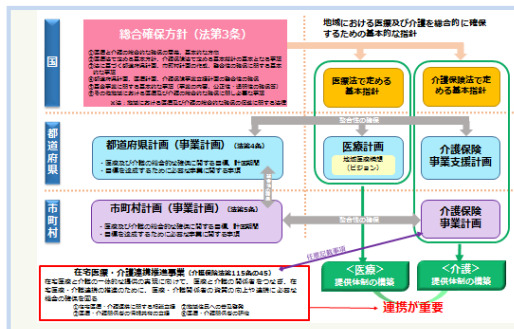
1. 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等について

- 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- 他市町村の取組事例の横展開
- 必要なデータの分析・活用支援
- 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

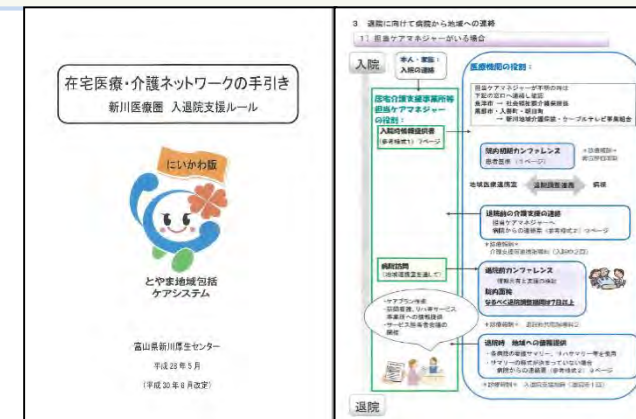
2. 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携について

- 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

3. 地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について



- 会議や打合せ等で、市町村と情報共有の実施



出典)富山県新川厚生センター

在宅医療・介護連携推進事業の手引き等の見直しに関する検討会

◎令和2年度在宅医療・介護連携推進支援事業（予算事業）において開催

目的・検討事項

- 在宅医療・介護連携推進事業については、地域包括ケアシステムの構築に資するため、平成26年の介護保険法改正により、平成27年度から市町村が行う事業として、地域支援事業の中に位置付けられ、平成30年度からは全ての市町村で実施されたところ。
- このような中で、「介護保険制度の見直しに関する意見（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）」を踏まえ、第8期の介護保険事業計画に向けて、取組の更なる充実が図られるよう、より具体的な在り方等について検討を行う。

＜主な検討事項＞

- （１）在宅医療・介護連携推進事業の手引き
- （２）その他

検討スケジュール

令和2年4月24日 第1回検討会（持ち回り）

令和2年5月22日 第2回検討会（持ち回り）

（令和2年7月 委員意見聴取）

令和2年9月1日 手引き(Ver.3)等公表

構成員（計8名）		○：座長
岩井 里美	鳥取県日野郡日南町福祉保健課地域包括支援センター長	
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事	
大矢 達也	愛知県瀬戸市健康福祉部高齢者福祉課専門員兼地域支援係長	
岡島 さおり	公益社団法人日本看護協会 常任理事	
角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部理事	
○川越 雅弘	公立大学法人埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科研究開発センター教授	
寺田 尚弘	医療法人楽山会せいてつ記念病院病院長（岩手県釜石医師会理事）	
牧野 和子	一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長	

3. 地域での様々な取り組みについて

在宅医療・介護連携推進事業

【事例⑦】山形県 ― 住み慣れた地域で過ごす「高齢者の日常の療養生活」を守るために ―

都道府県から県看護協会へ働きかけ、各町村、地元医療関係者等を巻き込んだ、「訪問看護空白地域」の解消の実現を目指す取組。住み慣れた地域で過ごす「高齢者の日常の療養生活」を守るため、**県と関係機関・団体等との広域的な連携・調整** ～サテライト事業所の開設に向けて～

< 二次医療圏内にある市町村等における広域連携 >

① 訪問看護空白地域

■ 県の最上医療圏の北部の一部地域（金山町、真室川町、鮭川村）では、訪問看護ステーションが存在せず、サービスを受けることが困難な地域が存在。各町村では訪問看護ステーションの必要性を感じつつも、単独での開設は困難。

■ 平成28年に、県から県看護協会へ、訪問看護ステーションの設置について検討を依頼。

■ 最上医療圏の北部地域は、「訪問エリアの広さ」「冬の豪雪」「看護師確保の困難」等の課題が多く、各町村の協力、財源確保等の具体的な検討を踏まえたサービスの安定性・継続性の担保が必要。

② サテライト事業所の開設

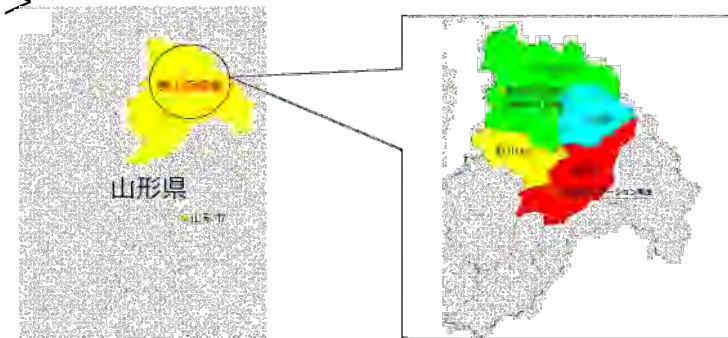
■ 県、県看護協会、各町村、地元医療関係者等による協議を重ね、

- ・ 町立真室川病院内にサテライトを設置（看護師は町立病院から出向）
- ・ 約5年間は赤字を各町村で補填
- ・ 県による補助事業の活用

により運営体制を構築。

■ 町立病院内に設置したことで、主治医や看護師とスムーズな連携が実現。各町村の地域包括支援センターとの「報告」「連絡」「相談」も円滑に行われ、医師の紹介やケアマネジャーからの依頼も増加、がん患者の在宅看取りが実現する等の成果につながる。

■ 病院看護師がサテライトに出向することで、病院看護師の在宅療養のイメージが明確化し、病院における入退院支援等にも好影響を及ぼす。



在宅医療・介護連携推進事業

【事例⑧】兵庫県尼崎市 ―最期まで本人の意思が尊重され、自分らしく過ごすために―

要支援（介護）状態になっても介護サービス等を利用して在宅療養する高齢者が多い地域における、地域包括ケアシステムの推進に向けた、『在宅医療・介護連携の仕組みづくり』と『医療・介護関係者との関係づくり』の取組

平成27年度、医療や介護の関係団体等で構成した「尼崎市医療・介護連携協議会」を設置。医療・介護連携に係る様々な課題について、「人づくり」「ものづくり」「市民の意識づくり」の3つの視点で対応策を検討。その対策を実行する機関として、平成30年、尼崎市医療・介護連携支援センター（呼称：あまつなぎ）を開設（尼崎市医師会への委託）。

①人づくり ～医療・介護連携を実践する人材の育成～

■ 多職種を対象に、多職種が共に学び、顔の見える関係を構築しながら情報交換する「あまつなぎ研修会」「あまつなぎ事例発表会」の開催、そして、医師会との共催により在宅医療に取り組む医師を増やすと共に、多職種の在宅医療に関する理解を深める「あまがさき在宅医療介護塾」の3種類の勉強会を開催。

②ものづくり ～医療・介護連携を効率的に行うための仕組みづくり～

■ 平成30年に、在宅医療にかかわる医師の負担軽減を目指して医師会が「あまつなぎ在宅システム」を導入。

■ 「在宅医紹介システム※1」と「看取り代診医紹介システム※2」の2種類の仕組みで構成。

※1:在宅医療を行っていないかかりつけ医が、その患者に在宅医療を提供する必要がある場合に適切な在宅医を探したり、在宅医が、その患者に自分では対応できない専門性の高い診療を提供する必要がある場合に専門医に往診や訪問診療を依頼するシステム

※2:在宅主治医が予定している不在時に、その間の看取りのための代診医を紹介するシステム

③市民の意識づくり ～「生き方・逝き方」「介護予防・重度化防止」の意識づくり～

■ 安心した在宅療養の啓発のために、多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を含む多職種連携）協働による「尼崎市在宅療養ハンドブック」を作成。

■ 病院・診療所や介護事業所などで在宅療養の説明に活用。専門職による出前講座等を通じた啓発の実施。

■ 医療と介護の連携もふまえた多職種連携による「介護予防・重度化防止」の市民啓発も実施（他の地域支援事業等との連携と効果的な啓発の実施）



【事例⑨】 福岡県北九州市 ― 職種を超えた取組をパッケージに! ―

行政だけではなく、医療・介護関係者で医療・介護連携業務を見直すことで、**職種を超えた地域全体の連携業務が最適・効率的となる取組をパッケージにし、他の自治体でも導入しやすいプロジェクト**の体制を構築

＜北九州医療・介護連携プロジェクト（とびうめ@きたきゅう ほか）の取組＞

平成30年に、医療・介護関係者と行政が対等な立場で医療・介護連携の地域共通ルールやツールを考え、作り、実行し、効果検証・改善するためのプラットフォームとして、市内医療・介護関係団体13団体で構成する北九州医療・介護連携プロジェクト会議を発足。

この会議において、本市の医療・介護連携の現状分析を詳細に行い、各医療機関や介護事業所で取り組むべきプロジェクトを策定。

特に、プロジェクトの起点となる「とびうめ@きたきゅう」は、市の保有する医療・介護・健診のレセプト情報を市全体の医療現場で本格的に活用する全国初の取組。「市内すべての医療・介護関係者が市民への説明・登録窓口となる」「共有される市民の情報も毎月自動更新される」という持続性の高い事業で、スタート以来10か月で1万人を超える市民が新規に登録している。

①「とびうめ@きたきゅう」の導入 ※143医療機関導入、1万人以上新規登録

■ 医療・介護・健診レセプト情報（ＫＤＢデータ）の一部を医療機関等に提供し、医療・介護連携事業や救急医療に活用する情報ネットワークの構築。（令和元年から八幡東区・八幡西区においてモデル実施を開始し、令和２年６月より市内全体で本格運用）。

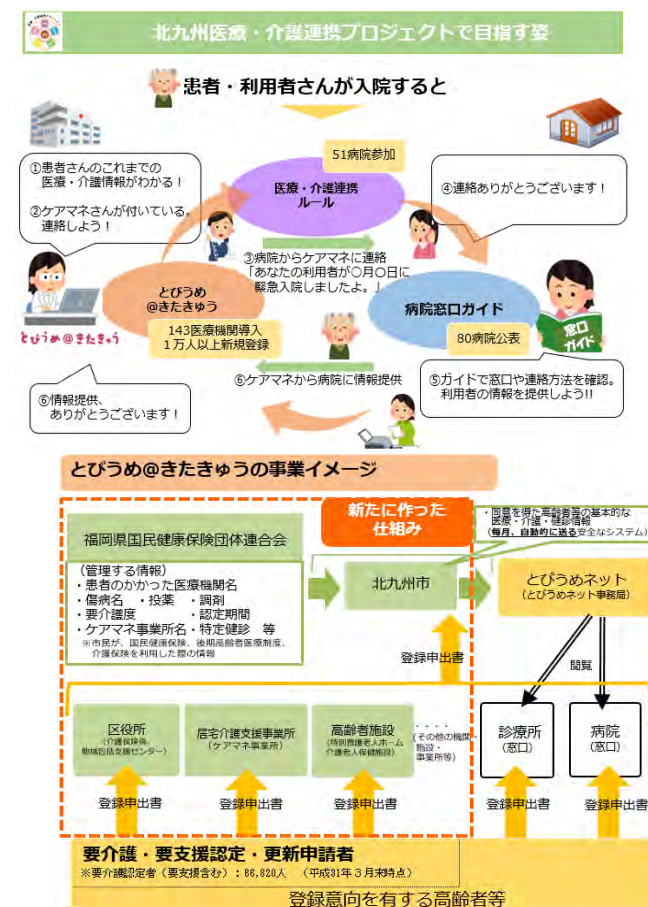
②医療・介護連携ルールの作成 ※51病院参加

■ とびうめ@きたきゅうとともに、入院・転院の情報をスムーズに医療・介護関係者で共有する連絡ルールを作成

③病院窓口ガイドの作成 ※80病院公表

■ 入院後に、医療・介護関係者が病院と連携する際の窓口や連携方法などを病院毎にまとめ、市のＨＰで公表。また、検索しやすく工夫。

◆①から③をパッケージとして、令和2年6月から全市展開を開始。



奈良県生駒市の取組紹介

生駒市の将来推計人口

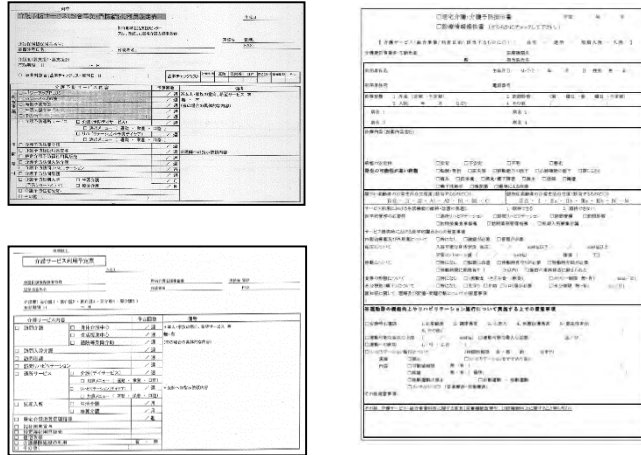
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
総数	118,233	117,138	114,500	110,719	106,254	101,594	97,098
0～19歳	23,427	22,820	21,542	20,045	18,751	17,644	16,970
20～74歳	82,227	77,805	72,241	69,008	66,563	63,634	59,216
75～84歳	9,068	11,951	14,979	14,031	11,337	10,939	12,283
85歳以上	3,511	4,562	5,738	7,635	9,603	9,377	8,629

上表は、男女・年齢(5歳)階級別データを4階層にグループ化し集計したものです。

出典：国立社会保障・人口問題研究所、男女・年齢(5歳)階級別データ『日本の地域別将来推計人口』（平成30（2018）年推計）

医療介護連携の始まり

(1) 診療情報提供書の作成(H14年度～)

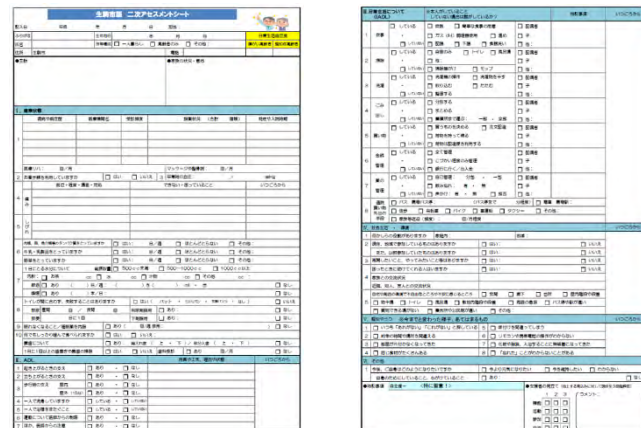


狙い

自立支援に向けたケアマネジメントの質の向上を目指して、介護支援専門員と主治医との連携促進のため、医師会と協議し、【生駒市オリジナル診療情報提供書】を作成。

- ・介護保険制度の周知
- ・医師とケアマネジャーとの連携促進
- ・市と医師会との連携強化

(2) 二次アセスメントツール(H26年度～)



狙い

総合事業への早期移行を目指し、要支援者等の医療・介護・生活の多角的な視点から本人をアセスメントするため【二次アセスメントシート】を医療介護関係者で作成。

- ・軽度認定者の特性を理解
- ・アセスメント能力向上
- ・生駒市オリジナル帳票の開発
- ・医療・介護連携強化の土台作り

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会



医療介護連携ネットワーク協議会

(会長:市長)

在宅医療介護 推進部会

認知症対策部会

入退院調整マニュアル 運用ワーキング



「医療・介護・予防」の分野に係る包括的かつ継続的なサービスの提供体制の構築を目指し、平成28年3月にネットワーク協議会を立ち上げるとともに、2部会で協議。令和元年5月から市内6病院の院長が委員として参加。

相談支援体制の充実に向けて

地域医療機関・介護サービス提供事業所の皆様へ

在宅医療・介護連携 に係る相談窓口

こんなときは…



地域の在宅医療や介護情報がほしい

かかりつけ医がない、往診可能な医師を探している

認知症サポート医や認知症を診断してくれる専門の医療機関を紹介してほしい

医療依存度の高い人が退院するが、療養の相談をしたい

かかりつけ医がない、〇〇な状態の場合、どこ(何科)に受診したらいいか？

地域の医療機関や介護サービス提供事業所の皆様から、在宅医療や介護サービスを必要とする高齢者に関する相談等に専任の相談員が対応します

※各機関の受付時間や受付方法により対応できない場合があります

相談方法は、電話、ファックス、メール(下記URLに相談内容の入力フォームがあります。)が可能です。

生駒市在宅医療・介護連携支援センター

生駒市在宅医療・介護連携支援センター
H30.4(設置)
一般財団法人生駒メディカルセンターに委託

意思決定支援

本人の意思の過去・現在・未来を辿ることは容易いことではない

その時々で状況で意思も変化

その声をしっかりと受け止めるには、技術も患者や利用者に向き合う時間も必要

ACPについて、広く医療・介護従事者に知ってもらうこと、現場で感じる変化をキャッチしてもらうことが大切！

行政が担う部分(市民啓発)と役割分担を行いながら連携強化

多職種連携研修

～2部会の連携・連動～

在宅医療介護推進部会

◆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



方針策定に向けた意見交換



ワーキンググループ

認知症対策部会

◆ 認知症の普及啓発や認知症ケアの向上促進



普及啓発に向けて協議



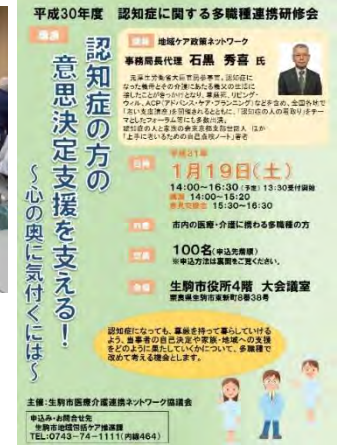
ラン伴スタートイベント



名刺交換
NO.1！を
競いあう。
顔の見える
関係構築



多職種連携研修会



多職種連携研修会

ワールドカフェ形式の合同研修開催予定

医療介護連携の促進



【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】



【認知症対策部会】

- 平成29年度実績
- ◆入退院支援マニュアル作成
 - ◆医療介護関係資源集更新
(ホームページ上に掲載) **TOTEC**
 - ◆市民向けフォーラムの開催
 - ◆多職種連携研修
(認知症をテーマに3回開催)
 - ◆認知症フォーラム開催
 - ◆認知症施設見学
(グループホームを委員見学)
 - ◆認知症初期集中支援チーム
 - ◆認知症ケアパス作成

認知症ケアの現状と経過について

認知症の症状は、原因となる脳障害や病状に応じて個人差があるため、必ずしもこの順序になるわけではありません。また、本人が気づいていない場合もあります。

経過	初期	中期	後期
本人の様子	日常生活に支障は少ない。 自覚がある。 周囲の指摘を受ける。 対応が難しくなる。	日常生活に支障が出てくる。 自覚がある。 周囲の指摘を受ける。 対応が難しくなる。	日常生活に支障が出てくる。 自覚がある。 周囲の指摘を受ける。 対応が難しくなる。
家族・周囲の反応	本人の様子に気づく。 心配する。 相談する。	本人の様子に気づく。 心配する。 相談する。	本人の様子に気づく。 心配する。 相談する。
医療機関との関係	内科・神経科を受診する。 診断を受ける。	内科・神経科を受診する。 診断を受ける。	内科・神経科を受診する。 診断を受ける。
介護サービスの利用	介護保険を利用する。 介護サービスを受ける。	介護保険を利用する。 介護サービスを受ける。	介護保険を利用する。 介護サービスを受ける。
認知症ケアパス	認知症ケアパスを作成する。 認知症ケアパスを利用する。	認知症ケアパスを作成する。 認知症ケアパスを利用する。	認知症ケアパスを作成する。 認知症ケアパスを利用する。

認知症ケアパス
認知症部会で作成！



- 平成30年度
- ・【看取り】をテーマに多職種連携研修
 - ・【看取り】をテーマに市民フォーラム開催
 - ・入退院支援マニュアルの検証
 - ・初期認知症対応事例集作成等

令和元年度

- ・【ACP】をテーマに多職種連携研修
- ・【ACP】をテーマに市民フォーラム開催
- ・【ACP】をテーマに街頭での普及啓発・
成人式での啓発等
- ・入退院調整マニュアルの活用促進(市内病院
への出前講座)
- ・入退院支援マニュアルの検証(PDCA)
- ・認知症初期集中支援チームの評価指標作成

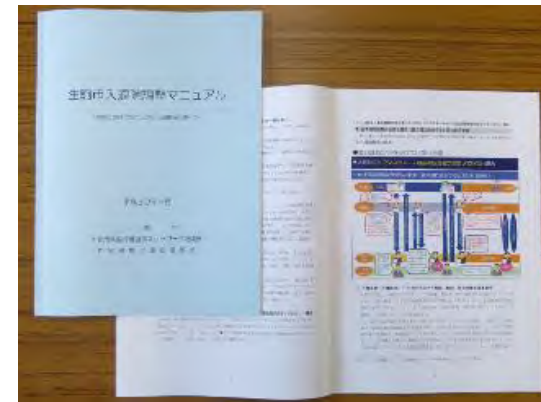
※令和2年度は、コロナ禍でもあり、1回開催のみ
※令和3年度は、医療・介護データ分析の実施

在宅医療介護推進部会での気づき(PDCA)



入退院調整マニュアル ワーキンググループ

- 部会の下にワーキンググループを設置
- H29年度に説明会3回、ワークショップ4回、合同会議3回開催



入退院調整マニュアル

- H30年4月から運用開始
- アンケート調査から、病院内での利用促進が課題に！
- 次年度、市内6病院へ普及啓発兼ねた「出前講座」の展開を計画(PDCA)

病院への周知に向けて

病院に出向き、
講話の展開



- ・令和元年度
出前講座開催に向け調整・実施
- ・事前のアンケート調査も実施



- ・出前講座開催
(医師・看護師・リハ職、検査技師・ワーカー・事務職等)
- ・開催後の反応
(アンケート調査)

発展

- ・入退院調整マニュアル運用に関する説明
- ・地域包括ケアの説明
- ・介護保険制度の周知
- ・認知症施策の説明
- ・総合事業等の啓発

総合事業の理解促進

さらに発展



- ・認知症サポーター
養成講座開催
(病院スタッフ向け)

認知症施策の理解促進

部会からの意見 看取り・ACPに関する市民への普及啓発の促進

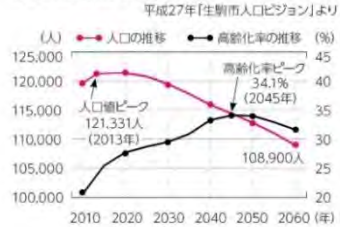
自分らしく生きる
～在宅療養という選択～

自宅でも療養生活ができる。

身の回りのことを自分でできなくなったとき、どこで暮らしたいですか。同様の質問を市内に住む65歳以上の3,000人を対象に調査したところ、過半数が「自宅」と回答。サービス付き高齢者向け住宅（約9%）や介護施設（約8%）など、他の選択肢を大きく上回る結果になりました（図1）。

「いざというときでも、住み続けてきた自宅で暮らしたい」という希望を叶えるために注目されているのが、「在宅療養」。通院が難しい高齢者や支援が必要な人が、自宅で必要な医療や介護などのサービスを受け、必要な医療が受けられる家族のいる環境で毎日過ごせる一般的な入院治療を続けるより経済的負担が少なくなる——など多くのメリットがあります。

（図2）本市の人口・高齢化率の推計



（図1）身のまわりのことを自分でできなくなったときの生活拠点

平成29年「介護予防・日常生活圏域市民意識調査」より



住み慣れた家で受ける医療と介護 いざというときの選択肢「在宅療養」

医療や介護が必要になったとき、自宅でも療養生活を送れることを知っていますか。医療・介護の現状や課題から「在宅療養」を考えます。

今から考える、もしものときの対策

看護や介護には、介護者である家族の身体的・精神的負担が大きいものです。特に、高齢者が高齢者を介護する「老老介護」は年々増加中。市内の現状は、主な介護者の6割以上が60歳代以上となっています。

家での介護は、仕事を辞めざるを得ない「介護離職」を伴うこともあります。市内で在宅療養をしている人を対象にした調査では、約2割の人が仕事を「続けていくのはやや難しい」「かなり難しい」と回答。しかし半数以上の人が「続けている。何とか続けている」と答えており、家族の協力や介護サービス・介護保険を活用し、仕事と介護を両立している人もいます。

今後、本市の高齢化は加速します（図2）。医療や介護が必要になったとき、自分らしい生き方の一つに在宅療養を採り入れてみませんか。



介護者が介護をするうえで不安に感じる点

- 日中の排泄・夜間の排泄
- 外出の付き添い、送迎など
- 入浴・洗身

自宅で介護をするにあたって、排泄のケアや外出時の送迎などは多くの家族が不安に感じるとされています。排泄はホームヘルパーによる身体介護を、日常生活は通所介護（デイサービス）などを利用すれば、介護をする側も負担を軽減しながら自宅での介護に取り組みます。



医療・介護の専門職が連携し患者をサポート

多くの専門職が自宅を訪問し、患者や家族をサポートする「在宅療養」。関わりの深い代表的な職種を紹介します。

医師

患者宅を訪問し、日常的な治療や健康管理を行います。定期的に行う「訪問診療」だけでなく、急変時などは「往診」で対応。病院などと連携し、急な入院にも対応します。

訪問看護師

医師の指示に基づいた医療処置を自宅に訪問して実施。血圧測定や点滴など、患者の健康チェックや日常生活の心配ごとの相談に応じるなど、さまざまな支援を行います。

歯科医師・歯科衛生士

自宅での虫歯や歯周病の治療を実施。入れ歯調整、口腔ケアや嚥下（飲みこみ）機能を改善する訓練などをします。おいしくものが食べられるように口内を清潔に保ちます。

薬剤師

患者の自宅での薬の飲み方の指導や支援を医師の指示に基づいて行います。薬に関する相談や残った薬の管理もサポートし、患者の生活を向上させます。

理学療法士・作業療法士

言語聴覚士

医師の指示で、身体機能の維持回復や関節の動きが悪くなる拘縮の予防、嚥下・摂食訓練、介助指導などを行います。身体機能の低下を防ぎ、質の高い生活を支えます。

介護支援専門員

ケアマネジャー。介護が必要になったとき、本人・家族と話し合い、介護サービスの計画「ケアプラン」を作成し、必要なサービスを手配します。他職種とのつなぎ役を担います。

訪問介護員

ホームヘルパー。ケアマネジャーが作成したケアプランに基づき、患者を介助します。食事や炊事、入浴、排泄介助など、日常生活における身体介護や生活援助を実施。



①二人の娘が優しく見守ります
②昨年11月に生まれたひ孫との写真。気軽に会えるのは在宅療養ならでは
③ハツ子さんのタオルを置く美智子さん。家事をすることも大事な在宅療養の一部です
④二人が点滴の袋を交換することも
⑤服薬管理しやすいように曜日と時間で区切られた箱を活用



生駒地区薬剤師会
在宅部長 倉本孝さん

チームで支える自宅での療養
ハツ子さんの介護を支えるのは、家族だけではありません。週に一度、体調の経過観察を行うため、かかりつけ医が訪問診療。その他、訪問リハビリと訪問入浴を利用するなど、さまざまな専門職が支えています。家族は「医療機関に通う」となるとお金も体力も使うので助かって

います。と口をそろえます。
薬は週一回、薬局の薬剤師が自宅にお届け。訪問時に患者一人ひとりに合わせた服薬管理や残薬調整などでサポートしています。
「患者さんは薬局の窓口では「家でちゃんと薬を飲んでます」と言います。しかし訪問してみると、全然飲めていないことも多いです」と話す。薬剤師の倉本孝さん。5年前から在宅療養に力を入れて取り組んでいます。
「薬剤師や訪問看護師は、毎週自宅を訪問し、体調や生活環境の変化をチェック。家族でも気づかない変化に気づき、他職種と連携しながら必要な支援を行っています」



自分らしく生きる —在宅療養という選択—

病気を発症したり交通事故に遭ったりすると元気だった家族が倒れ、介護生活が突然始まります。今回の特集では、医師や看護師、薬剤師、ホームヘルパーなどが自宅を訪れ、医療と介護サービスを提供する「在宅療養」を選択した家族を紹介。最期まで自宅で安心して暮らすために必要なことを考えます。

関地域医療課（☎0743-74-1111、内線493）

母への想いで在宅療養を決断
「あんなにがこんなにしてくれると思わなかったわ」
介護をする娘一人に河野ハツ子さんが語りかけました。脳梗塞の後遺症で最も高い「要介護5」の認定を受け、寝たきりで一人暮らし。娘の正子さんと美智子さんが自宅から通い12年間サポートしています。
宮崎県に一人で住んでいたハツ子さん。骨折し、介護が必要となり、施設へ入所することになりました。それを知った二人の娘が「母には家で過ごしてほしい」と考え、自分たちが住む生駒で暮らしてもらおうと決断。入退院を繰り返すこともありましたが、病院よりも食欲が出るなど、落ち着いた家で生活はハツ子さんにとって、たいせつな時間です。
「点滴の交換は意外と簡単で」慣れた手つきで点滴の袋を交換する正子さん。ハツ子さんの身の回りの世話や食事の準備などを美智子さんと交代で行います。「天井を見ているだけの母が一番辛いです」と考え、部屋の装飾を工夫するなどハツ子さんへの配慮も欠かしません。
「介護は大変なことも多いですが、母が懸命に生きているのだから、自分たちもがんばろう」と、二人で前向きに取り組んでいます。

住み慣れた家で受ける医療と介護 いつかいつか時の選択肢「在宅療養」

医療や介護が必要になったとき、自宅でも療養生活を送れることを知っていますか。医療・介護の現状や課題から「在宅療養」を考えます。

自宅でも療養生活ができる

身の回りのことを自分でできなくなったとき、どこで暮らしたいですか。同様の質問を市内に住む65歳以上の3,000人を対象に調査したところ、過半数が「自宅」と回答。サービス付き高齢者向け住宅（約9%）や介護施設（約8%）など、他の選択肢を大きく上回る結果になりました（図1）。

「いざ」というときでも、住み続けてきた自宅で暮らしたい」という希望を叶えるために注目されているのが、「在宅療養」。通院が難しい高齢者や支援が必要な人が、自宅で必要な医療や介護などのサービスが受けられる取組です。住み慣れた環境で必要な医療が受けられる、家族のいる環境で毎日過ごせる、一般的に入院治療を続けるより経済的負担が少なくなる——など多くのメリットがあります。

（図1）身のまわりのことを自分でできなくなったときの生活拠点
平成29年「介護予防・日常生活圏域市民意識調査」より



（図2）本市の人口・高齢化率の推計
平成27年「生駒市人口ビジョン」より



今から考える、もしものときの対策

看護や介護には、介護者である家族の身体的・精神的負担が付きものです。特に、高齢者が高齢者を介護する「老老介護」は年々増加中。市内の現状は、主な介護者の6割以上が60歳代以上となっています。

家で介護は、仕事を辞めざるを得ない「介護離職」を伴うこともあります。市内で在宅療養をしている人を対象にした調査では、約2割の人が仕事を「続けていくのはやや難しい・かなり難しい」と回答。しかし、半数以上の人が「続けていく・何とか続けていく」と答えており、家族の協力や介護サービス・介護保険を活用し、仕事と介護を両立している人もいます。

今後、本市の高齢化は加速します（図2）。医療や介護が必要になったとき、自分らしい生き方の一つに「在宅療養」を採り入れてみませんか。

生きる喜びを伝えて 家での看取りを実現

住み慣れた家で療養生活を実現するために、患者や家族、医療・介護関係者には何が必要か。本市の在宅医療介護推進部会で初代部会長を務めた有山武志さんに話を聞きました。



有山 武志

ありやま たけし 〓（医）有山会 有山診療所を高山町で営む。在宅訪問診療・住診、在宅緩和ケア、在宅看取りを診療。本市の在宅医療介護推進部会の立ち上げに携わる。生駒地区医師会副会長

サービスを組み合わせる不安を解消

外来診療をしながら、7人の患者さんを訪問診療しています。これまで家で看取ったご家族を多く見てきましたが、「住み慣れた家で思い残すことなく介護できた」と振り返る人がほとんど。医師として、患者さんが自分らしく生活し、生きる喜びを得られるように、必要な治療を施すことを一番に心掛けています。

一般的に、在宅での医療や介護は「大変そう」と不安に感じる人もいます。そういう人には「何かあれば、いつでも往診しますよ」と声を掛けます。訪問看護・リハビリなどのサービスも紹介し、少しずつ在宅療養に慣れてもらうようにすると不安が払しょくされますね。

残された家族が安心して看取り

入院中の患者さんも、医療・介護サービスを上手に使える、家で看取することは可能です。希望する人は、主治医やケアマネジャー、地域包括支援センターなどに一度相談してみてください。

医療・介護関係者の課題は、職種間の連携を深めること。退院時には本来、病院の医師や看護師、地域の主治医やケアマネジャーなどが集まる「退院時カンファレンス」を開く必要があります。しかし、多忙さから一堂に会する機会は少なく、患者の情報がうまく共有できていません。退院後には、医師と介護関係者が会う機会を作り、顔が見える関係形成も必要なのでICT（情報通信技術）で医療・介護の情報を共有する「やまと西和ネット（11ページ参照）」を活用すれば、連携を深められるかもしれません。

在宅医療の実情を知らない医療関係者も多く、訪問診療は敬遠されがちですが、患者さんの様子を見ていくと、体調の変化はある程度予測でき、急な診療にも準備ができます。よりよい看取りを患者さんやご家族に提供するために、我々も医療と介護が切れ目なくサポートできる体制を築いていく努力が必要です。

在宅医療・介護の連携を考えるプロジェクトがスタート

平成28年度から、在宅医療・介護連携の取組を推進するために医療と介護に関する多職種で構成する「生駒市在宅医療介護推進部会」が始められました。本市が抱える在宅療養の現状や課題、解決方法を洗い出し、よりよい在宅療養を進めるための環境づくりを目指し、協議と検討を進めています。

■本市オリジナルの入退院調整マニュアルを作成

同部会では本市の課題として「入退院時の情報共有不足」が浮き彫りになりました。そのため、既に実績を挙げている桜井市や宇陀市など奈良県東和地区のマニュアルを参考に、入退院時の病院とケアマネジャーなどの情報共有をスムーズにする本市オリジナルマニュアルを作成。4月からその運用を開始予定です。



10以上の機関から関係者が集まる検討会。職種を超えて顔の見える関係も構築します。

介護者が介護をするうえで不安に感じる点



日中の排泄・夜間の排泄



外出の付き添い、送迎など



入浴・洗身

自宅で介護をするにあたって、排泄のケアや外出時の送迎などは多くの家族が不安に感じるとされています。排泄はホームヘルパーによる身体介護を、日常生活は通所介護（デイサービス）などを利用すれば、介護をする側も負担を軽減しながら自宅での介護に取り組めます。





▲左から相島さん、長女さん、長子さん、次女さん、次男さん

自立できる環境を整備するため 手すりの設置やデイサービスを利用

相島さん家族

家族と協力して暮らす環境を整える

子育てと仕事をしながら母、父、子どもの介護をする相島さん。小学生の子供たちと暮らす中で、自立できる環境を整えるために、手すりの設置やデイサービスを利用しています。

母は脳卒中で半身不遂になり、歩行が困難で、トイレや入浴ができません。父は認知症で、食事や入浴のサポートが必要です。手すりの設置やデイサービスを利用することで、家族の負担を減らし、自立できる環境を整えています。

手すりの設置やデイサービスを利用することで、家族の負担を減らし、自立できる環境を整えています。



父の認知症が進行し、食事や入浴のサポートが必要です。手すりの設置やデイサービスを利用することで、家族の負担を減らし、自立できる環境を整えています。

家族の負担は訪問看護で減少 できるだけ長く父を介護する

西田さん家族

父の認知症のため仕事と介護を両立

「介護は時間的・経済的な大変なこととばかり思っていました。でも、父のためにできるだけ長く続けたい。訪問看護を利用することで、仕事と介護を両立することができました。」

専門機関と家族との連携が大切

母は認知症で、食事や入浴のサポートが必要です。手すりの設置やデイサービスを利用することで、家族の負担を減らし、自立できる環境を整えています。



母を介護する長女さん

介護保険制度（第46条）

「介護保険を利用するには「要介護認定」の申請が必要で、サービスの利用には利用自己負担が必要です。」

介護保険制度を利用すると さまざまな支援が受けられます

訪問介護 (ホームヘルプ)

ホームヘルプサービスは、自宅に訪問して、入浴や食事、洗濯などの「身体介護」や、調理や洗濯などの「生活援助」が受けられます。

通所介護 (デイサービス)

日通りでデイサービスセンターなどに通い、入浴や食事などの支援や、レクリエーションなど生活行動向上のための支援が受けられます。

通所リハビリテーション (デイケア)

医療機関や介護老人保健施設などで、入浴などの日常生活上の支援や、生活行動向上のためのリハビリを日通りで受けられます。

福祉用具の貸与・購入 住宅改修費の支給

車椅子、介護用ベッドなど、日常生活の自立を助けるための福祉用具のレンタル・購入や、手すりの設置などの住宅改修費の一部が支給されます。

アドバンスケアプランニング(ACP)に関する多職種連携研修 市民啓発(街頭・成人式・医療機関・介護施設等)

令和元年度 看取りに関する多職種連携研修会
アドバンス・ケア・プランニング
～話し合う勇氣～

日程 令和元年 9月21日(土) 14:00～16:30
受付 13:30～

会場 生駒市役所4階 大会議室

定員 100名(申込先着順)
※申込方法は裏面をご覧ください。

講師 社会医療法人平和会 吉田病院
地域緩和ケアサポート さすな
E-FIELD研修会 ファシリテーター
医師 加納 麻子氏

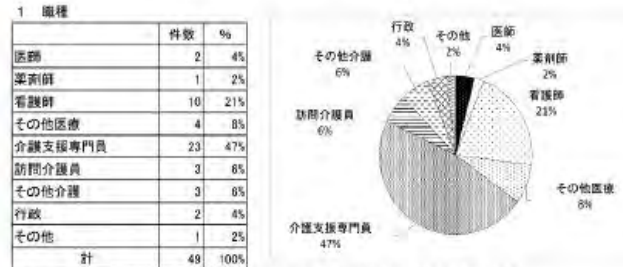
～プロフィール～
奈良市出身
2005年 奈良県立医科大学医学部卒業
2012年 深川キリスト教病院ホスピスを中心に
国内外での緩和ケア研修
2013年 地域緩和ケアサポートさすなの活動を開始
2017年 大阪大学医学部研究科がんプロフェッショナル
養成コース卒業

アドバンス・ケア・プランニングとは、もしもの時のために、本人が望む医療やケアについて前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組のことです。

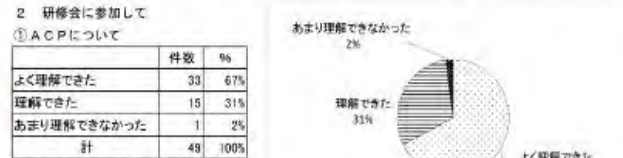
ワークやロールプレイを通して、多職種の方と一緒に、アドバンス・ケア・プランニングについて楽しく学びましょう！

主催 生駒市医療介護連携ネットワーク協議会
お問合せ先 生駒市地域医療課 TEL:74-1111(内線493)

アンケート結果 一部抜粋



「介護支援専門員」が参加者の約半数を占めています。続いて「看護師」が多くなっています。
その他医療:PT、歯科衛生士、保健師(2件) その他介護:生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員

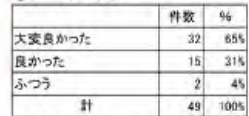


「よく理解できた」が過半数を占めています。

○ 主なご意見

- 私が関わっているご利用者のほとんどは、ACPを考えた方がいんじゃないかと思った方が多かったです。その方が納得した人生を終える、迎えるためにとても必要なものだわかりました。(訪問介護員)
- 支援者として必要なこと、こちらの主導になりがちだが、やはり本人の意思を尊重することが大切だと改めて思い直せた。(社会福祉士・生活支援コーディネーター)

②ワークについて



「大変良かった」が過半数を占めています。

○ 主なご意見

- 職種によってとらえ方が異なり勉強になりました。(薬剤師)
- 相手(患者)の大切なことに目を向けていかなければならないと思った。(看護師)
- 生活環境によって違いがあり、価値観の多様性を改めて知りました。(介護支援専門員)

ACP 人生会議の啓発(1) 啓発物の配布

ACP 人生会議 11月30日は「人生会議の日」

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて話し合ってみませんか

ポケットティッシュ

ACPについて、詳しくはこちら▶



ACPの普及啓発ティッシュ配布先 配布合計4,288

日時	配布先	実績
11月12日	地域包括支援センター、包括ケア担当課(テスト)	21
11月13日	在宅医療介護推進部会 部会員と各所属施設等	1,037
11月14日	居宅介護支援事業者協会	670
11月15日	ケアリンピック作業部会 部会員等	30
11月16日	多職種連携研修会(参加者)	50
11月25日	生駒駅前配布	500
11月25日～29日	地域包括ケア推進課、地域医療課、介護保険課窓口	240
11月29日	生駒地区地域ケア会議(参加者)	50
11月29日～12月1日	県大学 大学祭	350
1月13日	成人式	100
1月18日	ヘルパー向け研修	320
2月16日	ケアリンピック	600
2月21日	救急に関する病院の意見交換会	320
2月29日	ヘルパー向け研修(コロナウイルス感染防止のため中止)	—
3月31日	地域医療講演会(コロナウイルス感染防止のため中止)	—

地域包括ケアに関する3課が駅前でACPの啓発！

【市民の反応】

- ・難しいことだけど、家族と話し合うことは大切ね。
- ・聞いたことあるけど、詳しく調べてみるわ。
- ・知らなかった・・・など

主な意見→職種によるとらえ方の違い・生活環境・価値観の多様性を学んだ

成人式の当日、新成人に向け上記のポケットティッシュを配布

2019年から「ケアリンピック生駒の開催 （医療・介護人材確保の取組）

- ◆奈良県介護人材確保対策総合支援補助金を活用して広域開催。
- ◆開催までのプロセスを重視し、実行委員会方式を採用。



- ・介護・医療の研究発表
- ・介護事業所PR(啓発コーナー)
- ・中学生の介護体験発表
- ・最新の介護機器の紹介
- ・高齢者の作品展
- ・ACPの啓発(寸劇)等

きて、みて、さわって。みんなで支える未来の生駒

ケアリンピック生駒

2020.2/16sun
9:30 ~ 16:30

場所: 生駒市コミュニティセンター
(生駒市元町 1-6-12 生駒セイセイビル内)

※会場には駐車場はございません。公共交通機関をご利用ください。

イベントスケジュール:

1階 文化ホール

9:30 開会式 開会宣言
10:00 介護職員等永年従事者表彰
11:00 基調講演・パネルディスカッション
「地域包括ケアシステムをめぐる課題と展望」
講師: 厚生労働省 老健局長 大島 一博 氏

パネルディスカッション
パネリスト
・厚生労働省老健局長 大島 一博 氏
・奈良県医療・介護保険局長 石井 裕章 氏
・生駒市医師会会長 友岡 俊夫 氏
・生駒市長 小栗 雅史 氏
・ケアリンピック生駒実行委員長 辻村 泰範 氏
コーディネーター
一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部主任研究員兼研究総務部次長 服部 真治 氏

13:00 市民公開健康講座
「楽しく笑って健康長寿! 笑いは元気のエネルギー」
講師: W マコト

14:00 市内中学生 介護事業所職場体験学習 発表
奈良県立樟井高等学校福祉科 発表
「認知症予防につながるレクリエーション~実習を通して~」

15:00 寸劇「ACP(人生会議) ~みんなで考えよう~」

16:00 介護事業所取組事例発表 表彰式 / 閉会式

サブ会場
4階 イベントスペース
11:00 市民活動発表
13:00 介護事業所取組事例発表
※表彰式上、閉会式前に表彰式を行います。

問合せ: ケアリンピック生駒実行委員会事務局 0743-74-1111
生駒市地域包括ケア推進課

入場 無料

VR認知症体験会
介護ロボット
講演会
職場体験発表
医療介護連携

試食もできます。 カフェコーナーあり

生駒市は2025年に向けて、後期高齢者の伸び率が全国上位5%に入るといわれています。医療や介護に携わる専門職の人材確保につながる環境づくりについてみんなで考える1日。最新機器の展示やVR体験など、医療や介護について、きて、みて、さわって、未来のことをみんなで考えませんか。

主催: ケアリンピック生駒実行委員会
共催: 生駒市医療介護連携ネットワーク協議会、生駒市医師会、生駒市
後援: 一般社団法人生駒市医師会、生駒市歯科医師会、一般社団法人奈良県薬剤師会生駒市地区薬剤師会、社会福祉法人生駒市社会福祉協議会、厚生労働省近畿厚生局、奈良県

【実行委員会参加機関】

医師会（生駒地区）

訪問看護ステーション

地域包括支援センター

居宅介護支援事業所

訪問介護事業所

通所介護事業所

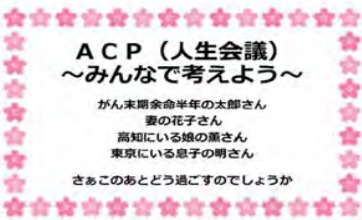
介護老人福祉施設

介護老人保健施設

地域密着型事業所

総合事業実施事業者

その他市長が必要と認める機関



ACP 人生会議の啓発(市民フォーラム)

ACPIに関する寸劇を生駒市消防、地区医師会、地域包括支援センター、ケアマネジャー、老人保健施設、訪問看護、市職員等と共に演じました。本当のベッドを搬入し、リアルに展開。救急搬送用の救急車は消防職員の手作り。

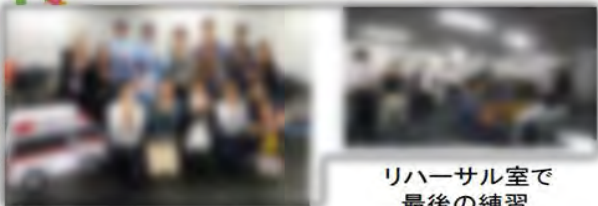
直前のリハーサル室において、「世界に一つだけの花」の手話ダンスを最終確認！

自らが希望する治療やケアを受けるために自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人々と話しあい、共有することが重要です。



これからの治療・ケアに関する話し合い

- ・あなたが大切にしていることは何ですか？
- ・あなたが信頼できる人は誰ですか？
- ・信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましょう
- ・話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましょう



リハーサル室で最後の練習

ケアリンピックの中で、ACPの啓発

医療・介護事業所・行政が取り組むACP

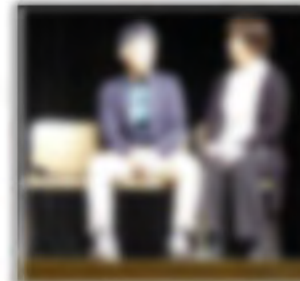
これはより良いまちづくりの土台でもある！

生きる⇔死ぬ

どう 地域包括ケアとコミットメントするか？

※ケアリンピックのイベントの中で、展開したACPの啓発

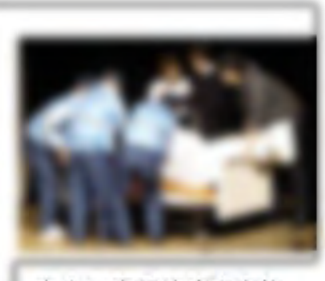
医師も救急隊もケアマネジャーも地域包括支援センターもみんな現場の職員で、一丸となって大切なことを伝えました。



これからの人生を夫婦で語る様子



本人の意思決定を家族も尊重



本人の意思決定を家族が尊重できなかった場面



これからの人生を家族で語る様子



本人の意向を家族と共に聞き取る医師の姿



市民・医療介護従事者で最期は手話ダンス

最期に

知識として持つておくことが人生にどのように影響するか
普段の日常を大切にすることから始まるのかもしれませんが

～寸劇とバック画面を活用し、共に考える参加型フォーラム～



(左) 医師役(医師)
(右) ナレーター
市職員



もしものときのために
ACP「人生会議」

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。



命の危険が迫った状態になると、
約70%の人が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが
できなくなると言われています。

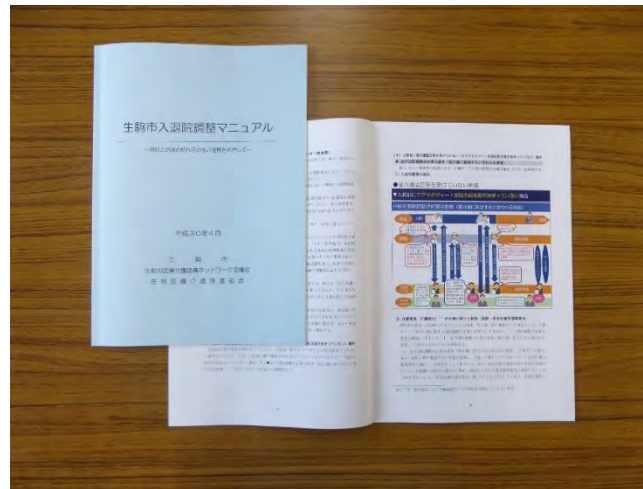


在宅医療介護連携における成果物の一例

認知症安心ガイド（ケアパス）



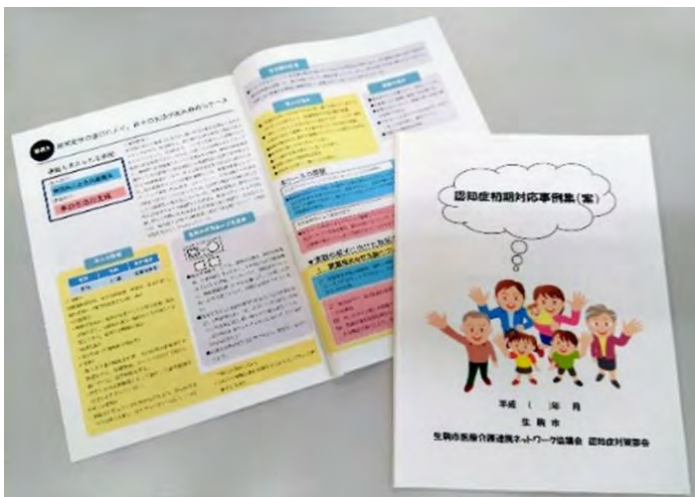
入退院支援マニュアル



在宅医療介護資源集



認知症初期対応事例集



生駒市入退院調整マニュアルづくり事業について

在宅医療介護推進部会にて
～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～



医療側

- ・患者退院時の連携で、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機会が少ない。また、内容の共有が難しい。
- ・文書での報告が遅く、タイムリーでない。



介護側

- ・入退院時に、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、介護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無く、退院後の支援が難しい。

資源集のデータベース化



医療・介護・介護予防情報ナビ(情報共有)

介護予防教室の検索

お住まいのエリアから検索可能

施設等の空き状況も把握

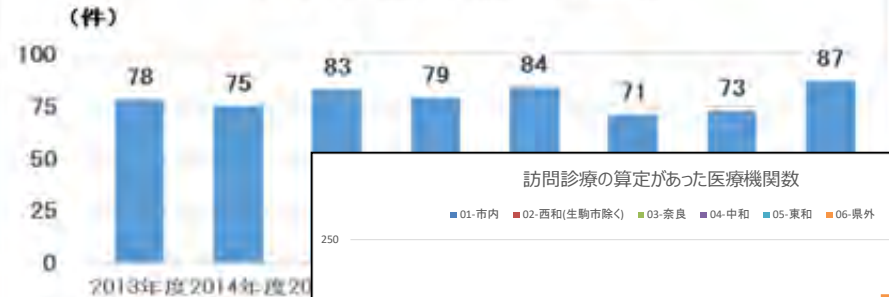
介護事業所等向け

ホームページのトップにも掲載

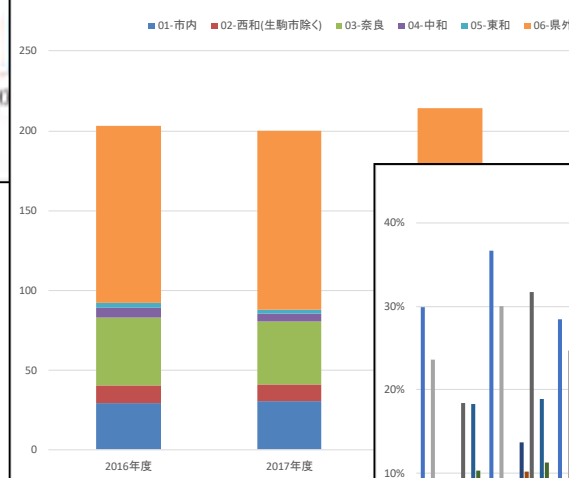
令和3年度 医療レセプトデータ(国保・後期高齢者)に係る分析

- ・保険者機能強化推進交付金を活用して
京都大学と連携しながら、データ分析を実施
- ・市の救急データも併せて活用する
⇒主要5疾病の分析、高齢者に多い多剤服用、
誤嚥性肺炎、心肺停止後の救急搬送件数、
看取り加算やターミナル加算などetc・・・

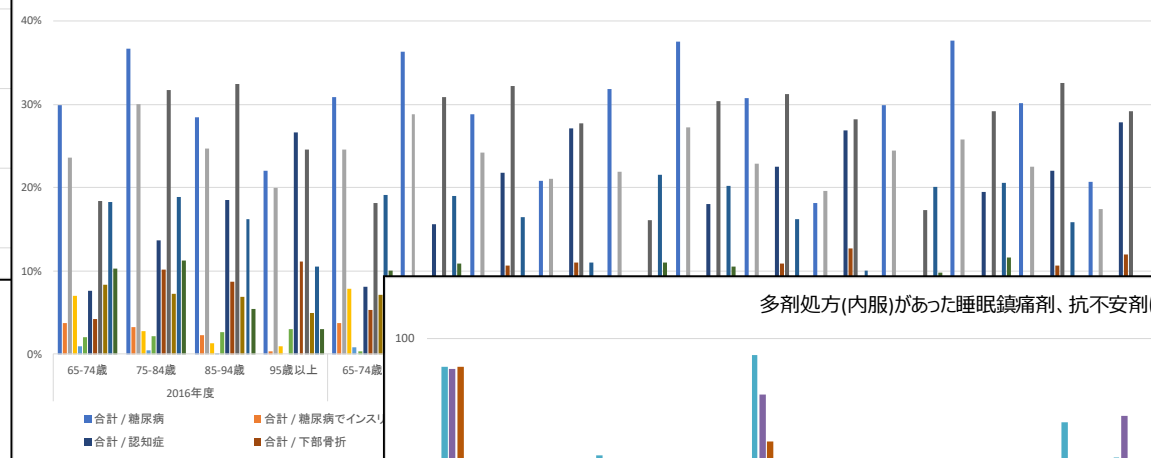
院外心停止の年間救急搬送件数



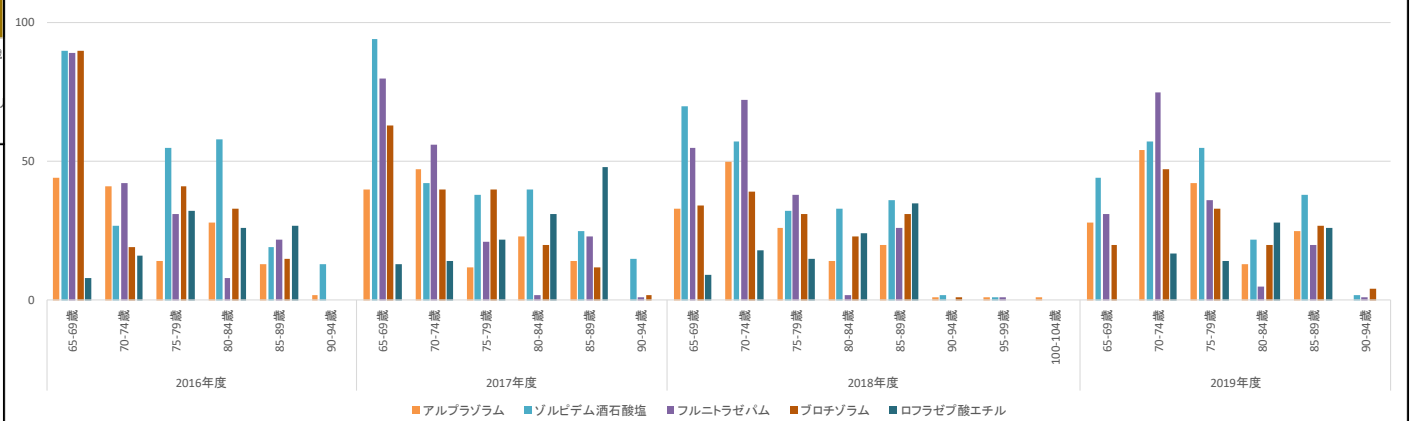
訪問診療の算定があった医療機関数



要介護者の糖尿病・脳梗塞・下部骨折等の有病率



多剤処方(内服)があった睡眠鎮痛剤、抗不安剤における上位5成分(年齢階層別)



- ・健康寿命の延伸に向け、
一体的な分析を行う

⇒住み慣れた地域で暮らし続けるために
必要な医療機関の連携、医療介護連携に
ついて検討。個別アプローチにも活用する。

介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

○ 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。

- ①要支援認定を受けた者
- ②基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。

※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。

※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

(2) 一般介護予防事業

○ 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

(短期集中予防サービス 通所型C＋訪問型Cの様子)

通所型 C



①集団プログラム

筋力増強運動
(マシン・セラバンド)
持久力・バランスアップ
(ステップ運動等)



②個別プログラム

坂道歩行の確認、
セルフケアの提言、
階段昇降の確認の他、
個別課題に沿う支援
※体力測定等実施

訪問型 C



生駒市ではパワー
アップPLUS教室に
通われる方には必ず
訪問型も実施



活動性を上げるため
には、家庭内の環境
整備や近隣の環境を
把握した外出方法の
検討が必要である。

モニタリングの徹底

地域ケア会議 (I)

■自立支援型ケアマネジメントの検討



通所型サービスCの
利用者は地域ケア会議に
必ずエントリー！

動機付
は

初回会議

課題や目標設定、
支援内容について
の妥当性を
多職種で検討！

POINT

自立支援に必要な要素について確認。
本人・家族の強みを活かす支援。
リスク管理の徹底。

体力・気力向上

中間会議

3ヵ月後の目標に向けてどの程度、
達成できているか？
残りの課題に対して、目標設定の
見直しや具体的な取り組み
内容の是非について検討！

社会参加する場
のイメージ作り

終了会議

目標達成状況の確認！
上手くいったケースは共有！
未達成については、未達成になっ
たそのプロセスを振り返り、今後に
生かす。支援の再検討。

POINT

終了した人々の追跡を
地域包括支援センターで展開！

自立支援や重度化防止に関する取り組み(医療・介護従事者の知恵)

介護予防ケアマネジメント 点検(確認)支援マニュアル

介護予防ケアマネジメントで最も重要な鍵を

市版二次アセスメントシート作成の経緯

介護予防ケアマネジメントに不慣れな新人職員やデマンド型(要望型)のサービスニーズ(真の必要度)に切り替えることが苦手だった計画作成者のアセスメントレゼンテーション能力を高めるにはどうしたらいいかと、悩んだ末に生まれたのが市版二次アセスメントシートでした。

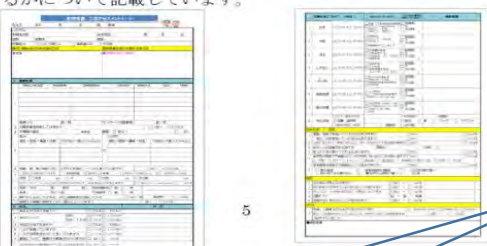
風となったのは、総合事業の早期移行を目指していたことで、さらに幅広くなす事業につなげるため各委託先地域包括支援センターが同じ視点で、利用者や家族の声を聞きながら、同様の計画作成が実施できるツールが必要だという地域包括支援センターの声でした。

で、平成25年～27年度にかけて、生駒市医療・介護連携会議の場として、「アセスメント作成会議」を定期的で開催し、生駒市医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護予防通所介護・介護予防訪問介護・介護支援専門員・地域包括支援センター総勢11名の代表により、独自のアセスメントツールができ、生駒市医療介護連携協議会の誕生につながりました。

市版二次アセスメントシートの構成

枚になると利用者及び家族や計画作成者の負担が大きいため、A4表裏1枚で済ませ、要支援者に必要な情報を絞り込んでいきました。

援者は、要介護者と比較すると、本人の主訴や意向などが明確であることが多かったが不慣れだと利用者によって圧迫されてしまうことも多々あり、訪問したものを実践を作成しようとすると、本来押さえておかねばならない事項が不足しなどがあります。次ページ以降に、生駒市版二次アセスメントシートにおける【P.6】から特記事項【P.12】に至るまで、どのような情報を聞き取り、アセスメントに活用するかについて記載しています。



ケアマネジメント適正化委員会を立ち上げ、マニュアル作成！

ケアマネジメントにおける重要なことや点検項目を保険者・プランナーとチェックできるように作成

チェック確認シート⑥

質問	確認ポイント
自身のことを十分に説明し、理解を得ていますか？	☐ ◆利用者・家族に対して、自身がどのような立場、担当するかを説明している。
利用者・家族の話をきちんと受け止めていますか？	☐ ★利用者・家族の話を傾聴し信頼関係を築くために、先的に考え、受容的な態度で接している。
	☐ ▼介護保険制度の目的について説明している。
	☐ ▼総合事業について説明している。
	☐ 事業対象者・要支援認定の違いを説明している。
	☐ ◆介護予防ケアマネジメントの意義と役割を説明している。
介護保険制度について、きちんと説明し、理解を得ていますか？	☐ 計画作成者の「機能」と「役割」について説明している。
	☐ アセスメントの方法について説明している。
	☐ サービス担当者会議や地域ケア会議を開くことについて説明し、同意を得ている。
	☐ 利用者や家族の情報管理の重要性について説明している。
	☐ サービスや事業の費用について説明している。
必要に応じて介護保険制度以外のサービスについて説明していますか？	☐ インフォーマルサービスサポートについて説明している。
	☐ ◆必要に応じて、高齢者福祉サービスや障害者支援サービスについて説明している。
	☐ 自らの指定介護予防支援事業所の運営規定について説明している。
契約に必要な事項等を説明していますか？	☐ 指定介護予防支援事業所の勤務体制について説明している。
	☐ 秘密保持(個人情報の管理方法)について、その使用目的や使用範囲、管理方法等を説明している。
	☐ 苦情への対応方法について説明している。
	☐ 事故発生の防止策・事故発生時の対応方法について説明している。
説明内容を、利用者・家族は理解され、同意を得ていますか？	☐ 利用者・家族の理解を得ている。
	☐ 利用者・家族の同意を得ている。

マニュアルを基に
ケアプラン点検を実施

点検後の振り返りも実施し、気づきを共有した

地域ケア会議
(自立支援型)

ケアプラン点検支援員の派遣
(任意事業:介護給付費適正化事業)

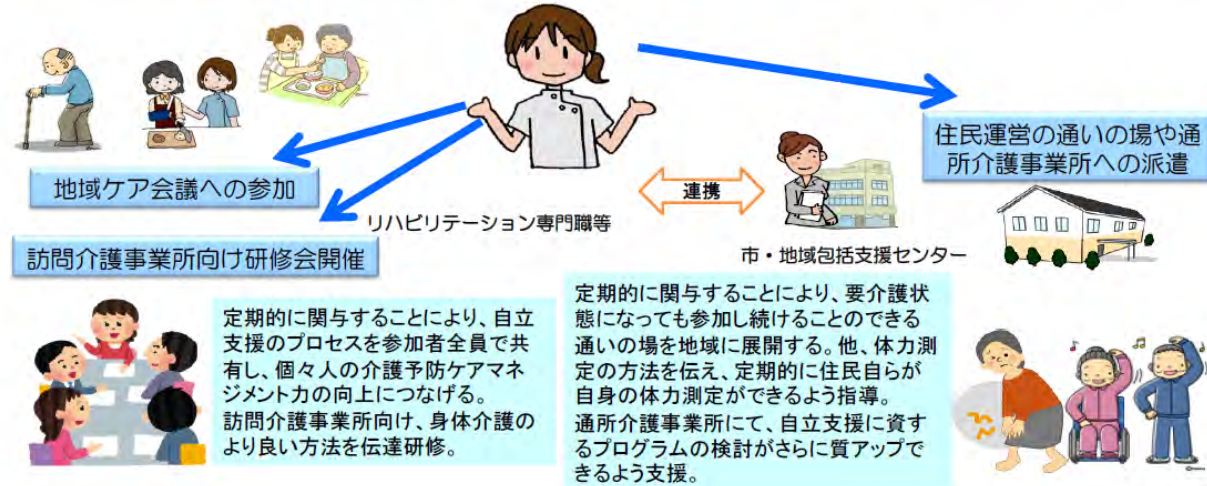
介護予防支援や第1号介護予防支援を皮切りに、介護給付のプラン点検(確認)にも拡充していき、自立支援と重度化予防に取り組む！！



平成24年度から、要支援認定者および相当者を対象とした自立支援型地域ケア個別会議を開催。令和元年度より新たに、要介護1.2の認定者まで対象範囲に広げ、自立支援型地域ケア会個別議を展開。

地域リハビリテーション活動支援事業の活用

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、地域ケア会議や住民運営の通いの場等へリハビリテーション専門職等の関与を実施。平成29年度より、通所介護事業所へのリハ職派遣や訪問介護事業所向け実技研修開催。



重度化防止の取組
支援者の為の
研修会



自立支援の為の取組を事業所内で考えるきっかけづくりとして、デイサービスに理学療法士を派遣！

自立支援・重度化予防について、考える機会を作るため、リハビリ専門職を通所事業所に派遣！
訪問介護事業所には、腰痛予防を含めた介護技術の向上や利用者に負担の少ない介護方法の技術指導のための研修会を開催！



在宅療養を行う要介護度の高い利用者の安楽な姿勢を提供する介助の技術は重要！
訪問介護員の介護技術の向上のためには、こうした事業を有効活用し、本人・家族の安心へ！



スライディングシートの活用



スライディングボードの活用