



今、あるものから始める地域づくり



特定非営利活動法人
全国コミュニティライフサポートセンター
地域支え合い推進プロジェクト 参事 橋本 泰典

自己紹介

橋本 泰典 (はしもと やすのり)

／地域支え合い推進プロジェクト 参事



特定非営利活動法人

全国コミュニティライフサポートセンター (CLC)

◆社会福祉協議会、居宅介護支援事業所勤務を経て、2011.7月にCLCに入社。
主に生活支援体制整備事業関連の業務を担当

2018 (H30) 年ころから北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、福島
県内の自治体で生活支援体制整備事業などの実践に伴走

弟子屈町 (北海道)、福島市.川俣町.大熊町.川内村.昭和村 (福島県) 紫波町
(岩手県) 生活支援体制整備事業アドバイザー

多賀城市 (宮城県) 地域包括支援センター運営協議会委員 など

◇厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業「地域づくり加速化事業」伴走型支援アドバイザー

生活支援体制整備事業ですすめる
地域づくり。

いまさらだけど、はじめの一步は

自発的で主体的な
「支え合う暮らし」を
見つけることから



「住民が、主体的に地域づくりに
参加する（ようになる）方法を教えてください」



これでは「住民主体」ではなく、
「住民にやらせる地域づくり」…じゃないか？

- 地域は、そこに住まう「住民のもの」、「住民が主役」

「住民参加の〇〇」 → 専門職の地域参加

「住民を巻き込んで」 → 専門職が地域に混ぜてもらおう

支援者の目線



生活者（住民）の目線

■ 住民が主体的に動いてくれない

→ 主役は住民

- 保険者がどんな課題を持っていたとしても、主体は住民です。やる気のある地域や住民を支援するのが保険者の役割と考えましょう。
- 住民に協力を依頼するのではなく、まずは住民が感じている地域の課題を聞くことから始めましょう。住民の“課題意識”や“やりたいこと”が、保険者の目指す方向とどのように合致するかを考え、合意形成することからはじめましょう。

→ 保険者の役割は後方支援

- 自立支援につながりそうな活動をやりたい、続けたいけど困っている住民がいたら、保険者が全力で後押しして、住民の意欲を高めることが大切です。
- 運営場所の確保、備品提供、関係者の紹介、広報誌による地域へのPR等、様々な手段で後方支援することができます。
- 活動報告会等を開催したり、活動を表彰したりすることも保険者による支援の一つです。活動継続の励みになったり、地域のつながりをより深めることになります。また、報告会で周知をきっかけに他地域に波及する効果も期待できます。

住民に「主体的にやらせる」地域づくりではなく

住民が「やりたい」、「やってみよう」の地域づくりへ

「やりたい」「やってみよう」の **その前に**



「それなら普段やっている」、「それなら私もやれそう」なことが、一人ひとりの暮らしのなかに、地域の公園やお店のなかにたくさんある。



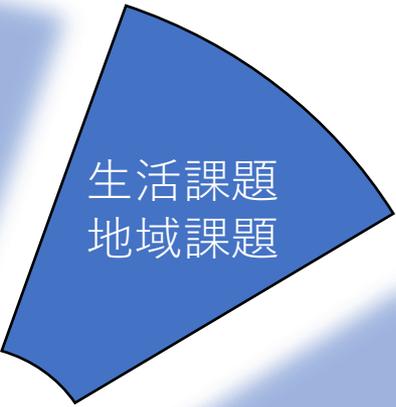
○具体例をあげて自分の日常を振り返って、そのことに気づいてもらう機会

○気づいたことを、友人やご近所など、身近な人と共有する機会

○広報紙・事例集などを作成したり、ホームページやSNSを活用したり、さらに多くの人と共有して、この町の未来に希望をもつ機会

私たちの視点と地域づくり

どこが気になる？どこに目が行く？



生活課題
地域課題

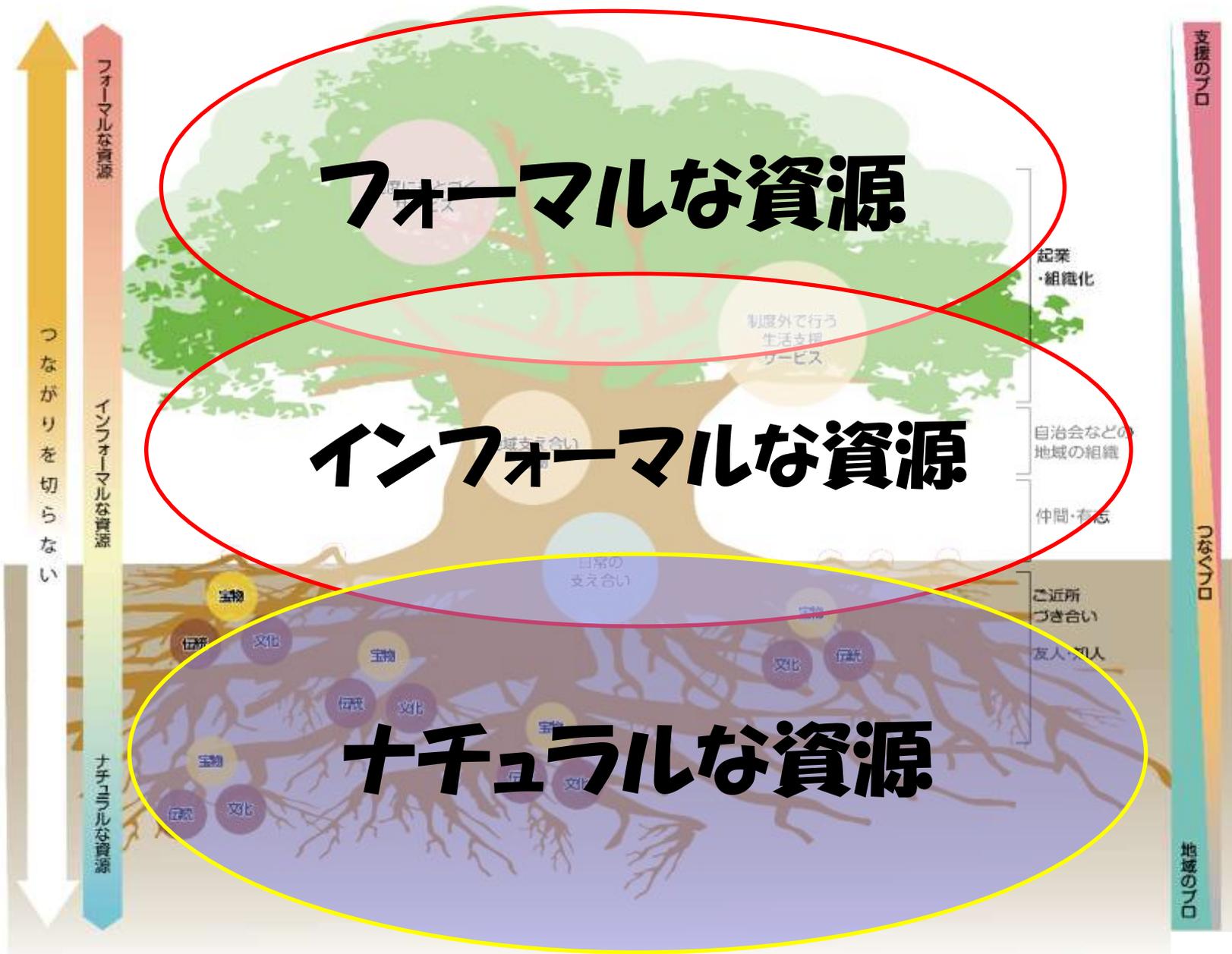
「課題」はくっきり見えるが、
「できていること」は、ぼんやりとしか見えない

しかし、「おおよそはできている」

暮らしの中にあること、地域のなかにあるもの
そのことを活かす、という視点がたいせつ。

地域づくりは、新たにつくることばかりでなく、
今あるものを残し、伝えていくことがたいせつ。

地域づくりの木



「地域住民同士のケア・支え合う関係」には、「インフォーマルな資源」と「ナチュラルな資源」があり、「ナチュラルな資源」の意識化が重要。

- 地域基盤を維持強化していくためには、地域住民の支え合い（互助）をベースとした地域づくりを進めていくことが重要となる。
- 「地域づくりの木」の図のとおり、地域を支える社会資源は、「枝葉」・「幹」・「根っこ」に分かれていて、それぞれフォーマルな資源（制度に基づくサービス）、インフォーマルな資源（制度外サービスや町内会やボランティアによる活動等）、ナチュラルな資源（近所づきあいや、そこから発展した日頃の生活の支え合い等）に分類される。
- 地域づくりの木で、枝葉や幹が茂るには、根っこの部分が大きく広がり、枝葉や幹をしっかり支えていることが重要。ナチュラルな資源は、日常の営みとして、特段意識されずに行われていることが多い。住民も専門職も、このたいせつさに気づかない場合が多い。
- これを「**地域のお宝**」と呼び、地域づくりを進めるためには地域の宝物を知ること、見つけ出すことから始め、これを見える化、見せる化し、住民相互で共有するプロセスを継続していくことが重要。
- 地域づくりは、「地域のプロ」である住民と「支援のプロ」である専門職を、「つなぐプロ」である自治会長や民生委員等の地域のリーダーと生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）等がつなぎ、一緒になって進めるもの。
- 高齢者が増え、介護保険や医療保険等が増加することで「枝葉」は大きくなり、一方で地域のつながりが弱くなって「根っこ」が縮小するとこの木は倒れるが、この木を倒さないようにするためにも「枝葉」は適切に伸ばし、「根っこ」は厚くしていくことが求められる。



郡山市駒板集落・駒板おさんぽ会(集落1周2.1kmを毎日歩く・コロナ感染拡大前に撮影)

暮らしのひとつひとつに、さまざまな「意味」がある

「おはよう、元気？ 散歩行くよ～」

毎日2kmのお散歩

散歩のあと、だれかの家でお茶飲み

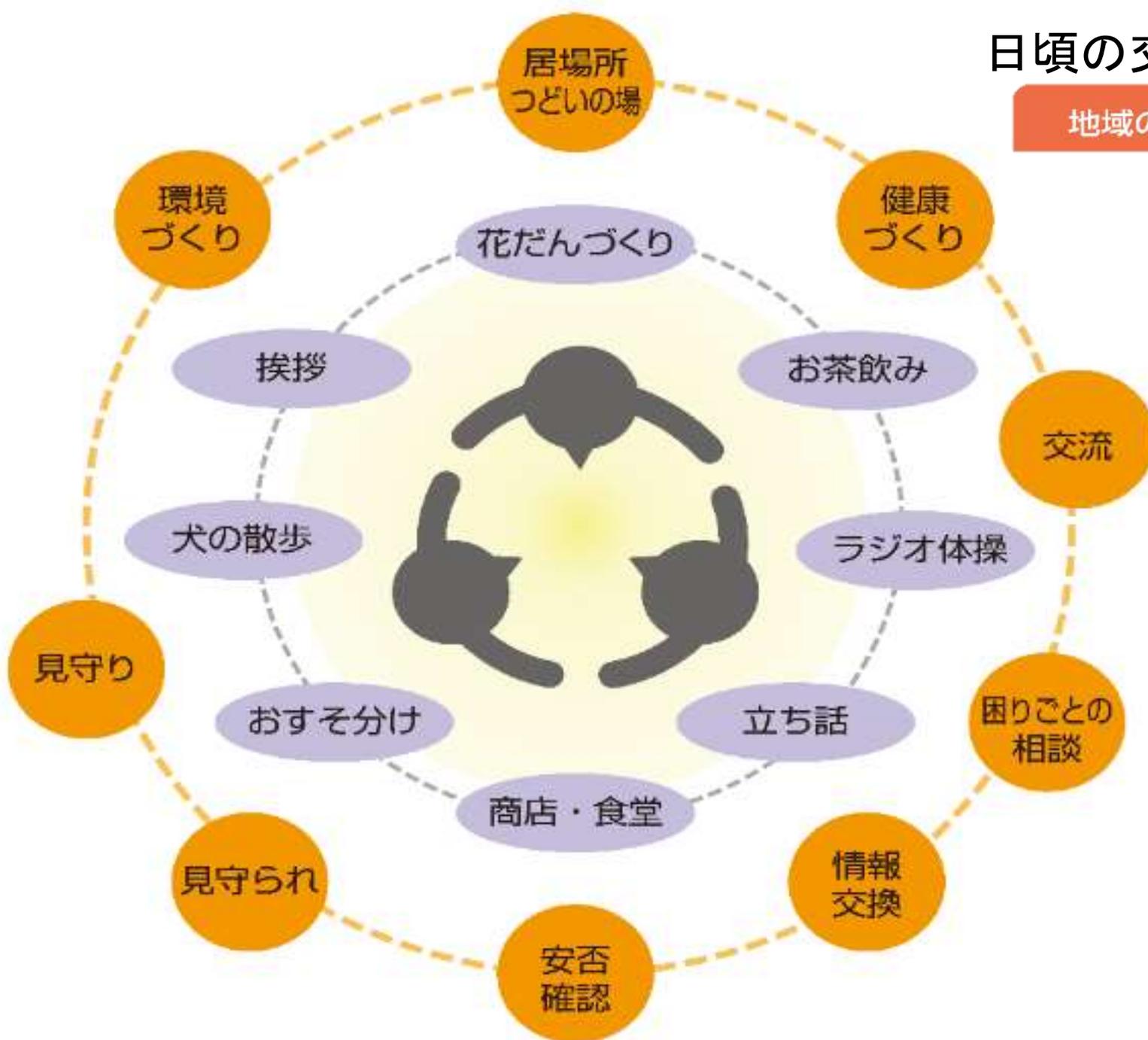
「電球が切れて困った。交換できなくて」

「煮物たくさん作ったから、持ってって」

- 👉 安否確認
- 👉 フレイル予防
& 見守られ
- 👉 社会参加・交流
- 👉 ちょっとした困りごとや食事などの
日常生活支援

日頃の交流を意識化

地域の支え合い活動



**「皆さん、
どんな困いごとがありますか？」**

と聞くと…

- **膝が痛い**
- **腰が痛い**
- **病院に行くのが大変**
- **買い物に行くのも困る**
- **ゴミ出しがたいへん**
- **若い人がいない**
- **……**



「そんな大変なのに、 どうやって暮らしているのですか？」

と聞くと・・・

- 週末に隣町に住んでいる息子が買い物に連れて行ってくれる(から、移動販売車はいらない。安心して息子が来なくなるかもしれないから。。)
- 冷蔵庫が3つあるから、雪で道路が不通になっても1か月は大丈夫
- 昔、子育てを手伝った近所の娘っ子が、今は私のごみ出しをしてくれる
- 友だち3人で行きはバスに乗ってスーパーへ。帰りは荷物があるからタクシーで。割引勘すれば1人300円で済むからね
- 集会場はエアコンがなくて暑い。熱中症になっちゃうから、友だちの息子がやっている居酒屋の定休日に、お店を借りて集まってる。カラオケしたり、飲み物もある。会費は1000円で、そのままお店に渡すから、会計係もいなくていいの。
-





福島県昭和村 人口:1,146人 高齢化率:56.1% (2023.12.1現在)
写真は昭和村観光協会HPから転載



	役場観測所	松山観測所
累積降雪量	13.06m	12.02m
降雪量	214cm	213cm

2022.2.22 豪雪対策本部設置



写真:やまか食堂
Twitterから転載

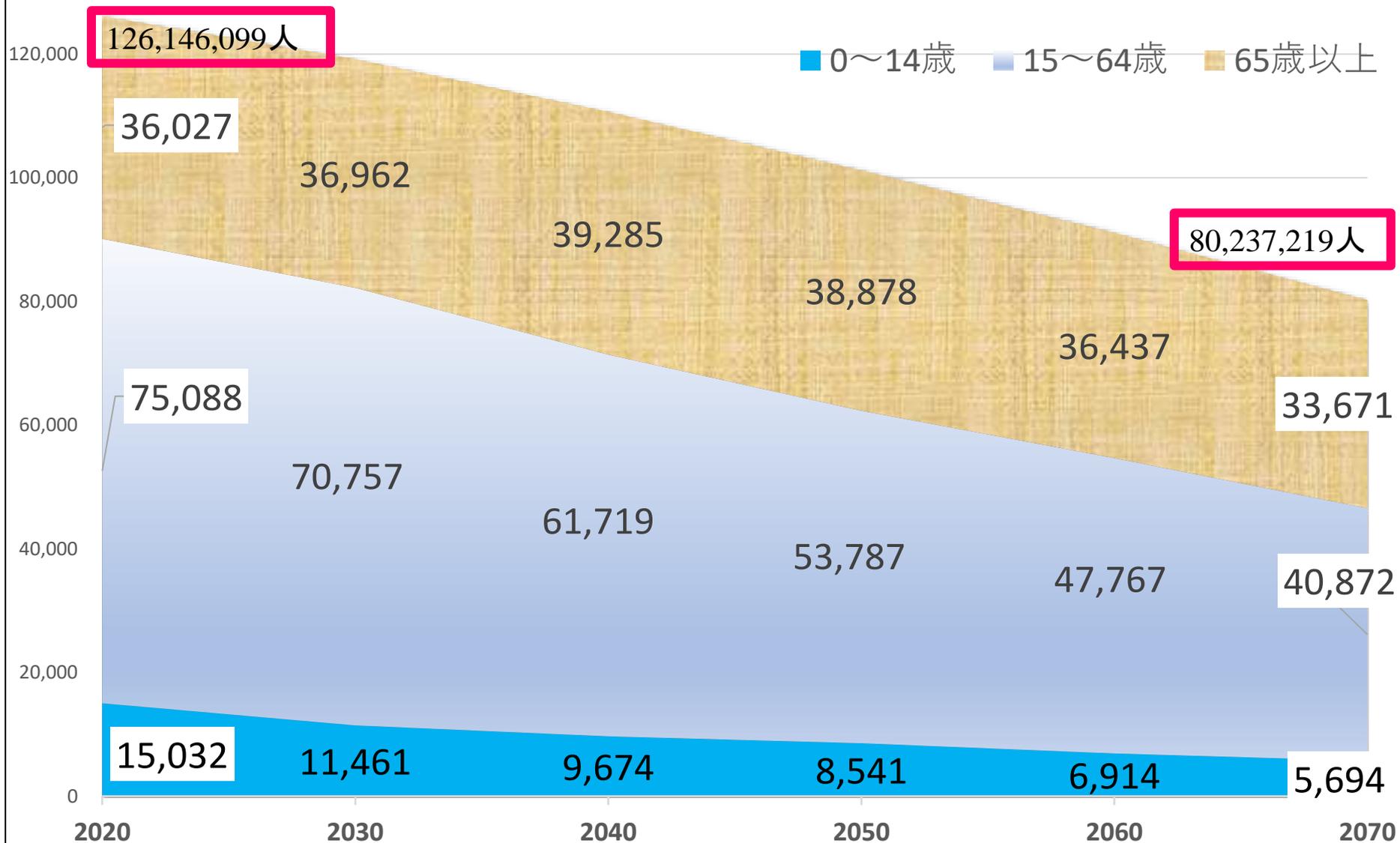
- 人が死なない
- けがをしない
- 他人を傷つけない
- … 一人暮らしの人など
- … 高齢者が家から道路に出られる
- … 「雪かたし（雪投げ）」の考え方を換えよう
できる範囲でOKにしよう

日本の将来推計人口(令和5年推計)



国立社会保障・人口問題研究所
National Institute of Population and Social Security Research

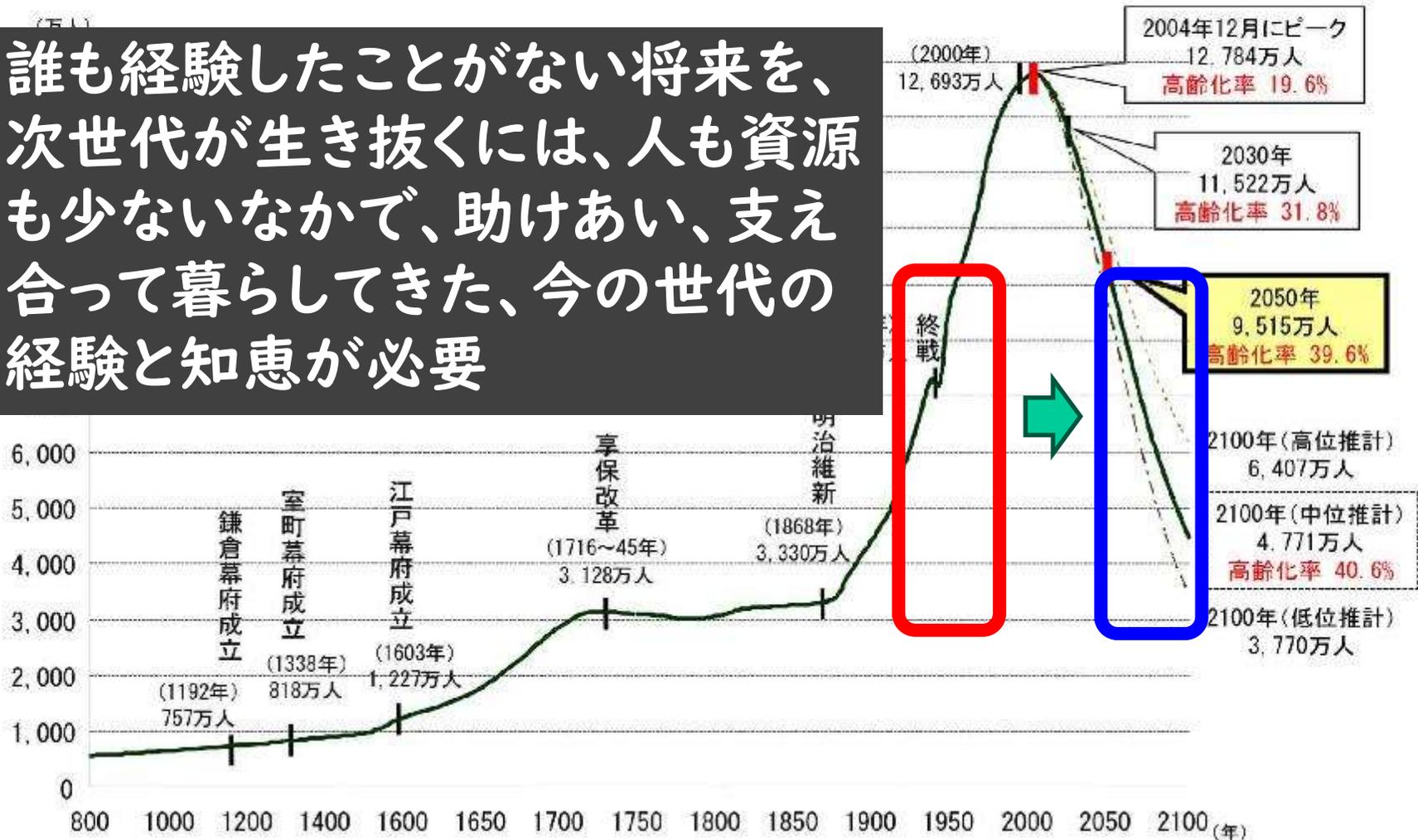
令和5(2023)年4月26日公表結果をもとにCLCが作図



我が国における総人口の長期的推移

○ 我が国の総人口は、2004年をピークに、今後100年間で100年前（明治時代後半）の水準に戻っていく。この変化は、千年単位でみても類を見ない、極めて急激な減少。

誰も経験したことがない将来を、次世代が生き抜くには、人も資源も少ないなかで、助けあい、支え合って暮らしてきた、今の世代の経験と知恵が必要



地域づくりの木

コロナ禍の感染予防のための自粛下...

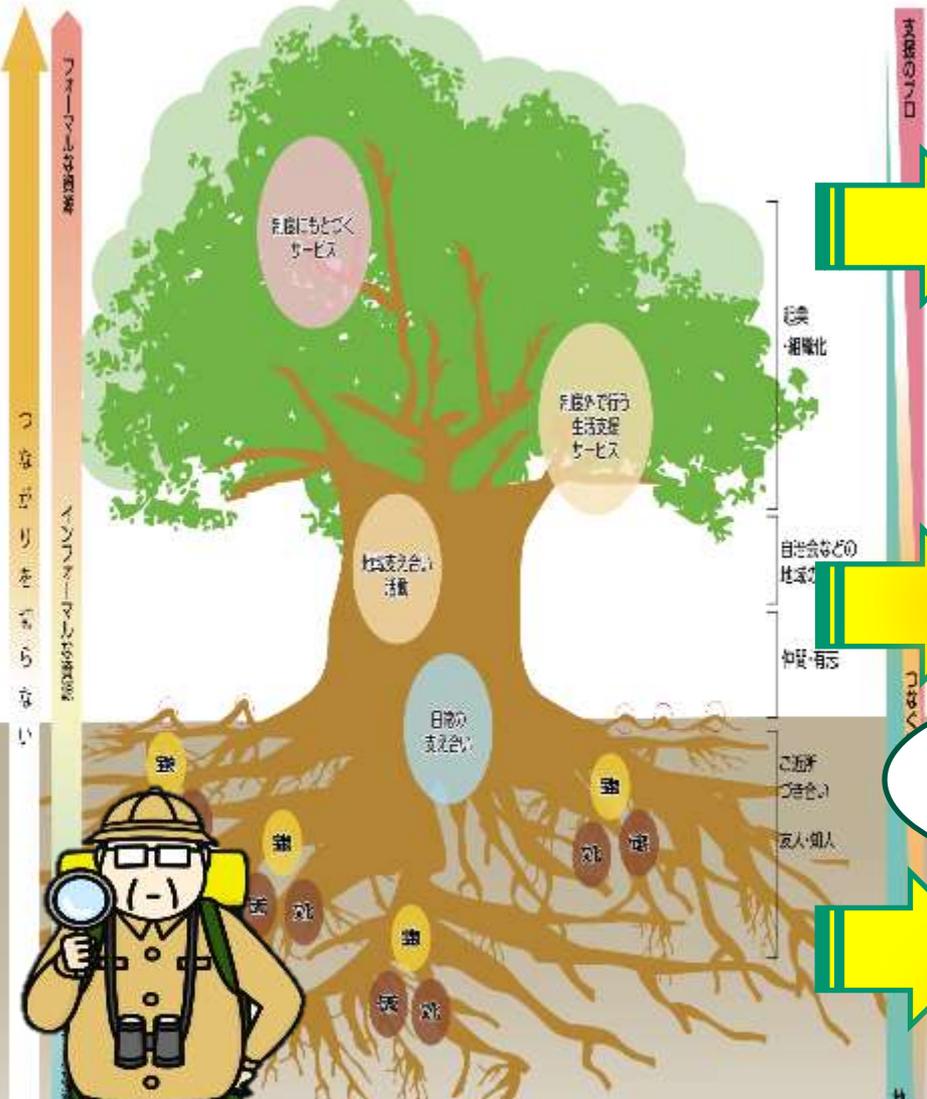
介護保険サービスは、制度を弾力運用しながら、「サービスを提供」

「集める」は自粛

自主的！

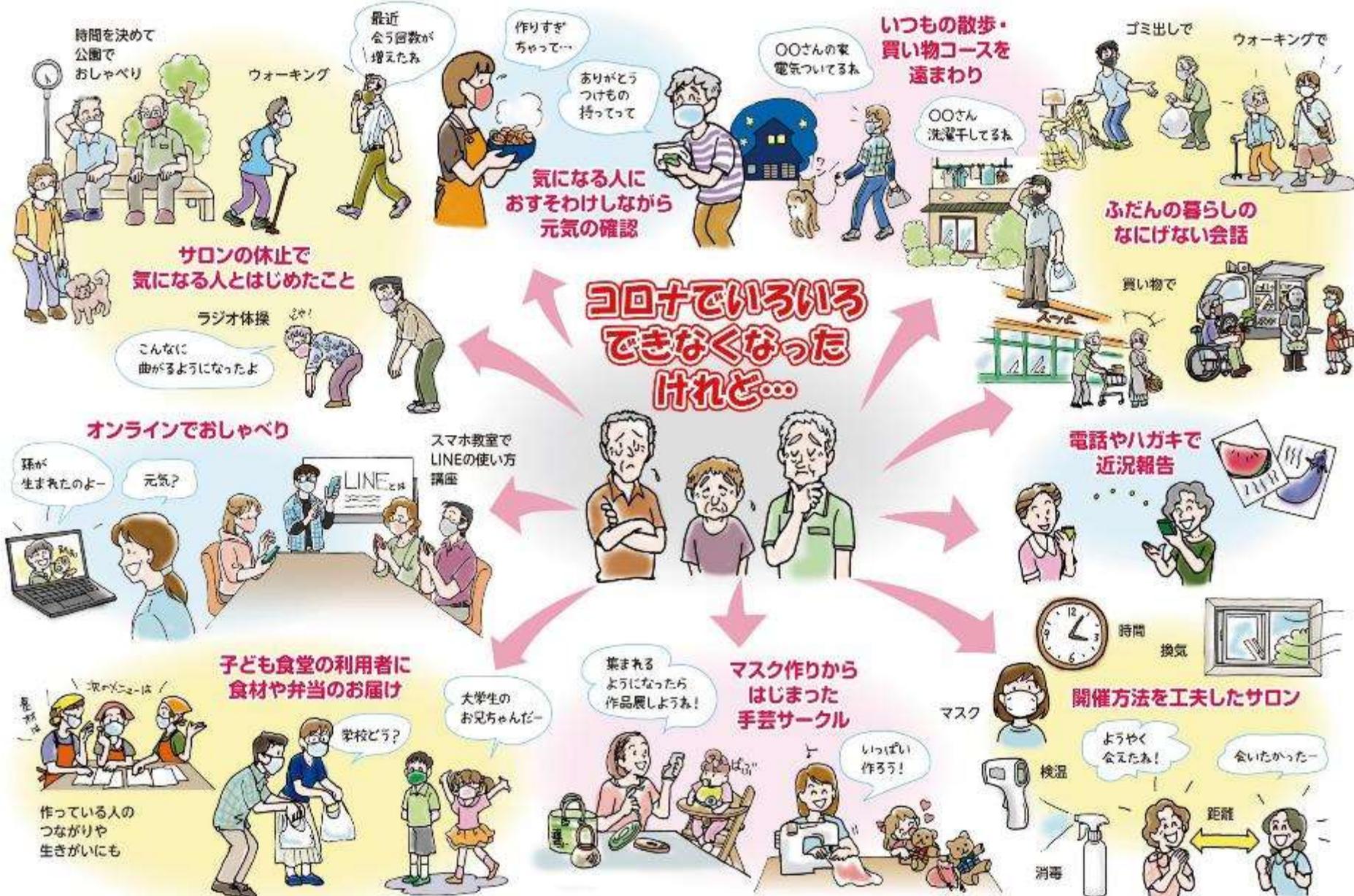
「集まる」は継続

この先の社会にとって大切な気かけあい・支え合いが、コロナ下で生まれている



コロナ下でも

こんな「気にかかけ合い」が、孤立や孤独を防いで豊かになつながらりをほぐくんでいます



文化のなかに”おたがいさま“がある



開拓地である北海道では移民が多かったため冠婚葬祭などに伝統的な風習がなく、そのため新郎新婦の負担を減らす目的でゲストが会費を持ち寄ってお祝いしたことが、現在の北海道の会費制のルーツとされています。

行政や地域包括支援センター、
社会福祉協議会など関係機関と、

事業の振り返りと

意味づけを（できていること探し）

支援を受ける前と比較してどう変わったか

◆支援を受ける前に考えていた課題◆

【総合事業】

・市としての総合事業の在り方のビジョンが不明瞭

・地域の課題・ニーズ把握に苦慮

【地域づくり全般】

・地域住民による支え合い活動がなくもないが、行政サービスに頼る視点が抜けない

【庁内連携】

・縦割りの概念が強く、市全体が一丸となって取り組みやすいような連帯感が不足している

【総合事業】

・サービスを作ることが目的ではないが仕組みづくりは大事
・地域の課題・ニーズ把握は今までの取組の中にヒントが

【地域づくり全般】

・「行政まかせ」の圧を乗り越え、やる気と本気を見せよう
・課題感だけでなく、すでにある地域活動のよさを住民に知ってもらおう
・市で行っている事業間の縦割りもなくそう

【庁内連携】

・まずは目的や目指すところを理解し合あうこと
・協働するメリットを見出し積極的に声をかけてみよう

市役所部署間の連携



支え合いのまちづくり講演会

住み慣れた地域で 安心していきいきと!

令和5年
10月29日 日
13:30~15:30
受付:13:00~

場所:サンライフ北見 2階研修室
〒997-0001 北見市東三輪5丁目1-16
(北見市東三輪5丁目1-16)
私たちの住む地域ってどんなところ?

対象:どなたでも
参加できます!
(地域活動や支え合いなどに
関心がある方はぜひ)
参加費無料

主催 北見市

市民環境部市民活動課

保健福祉部介護福祉課

北見市社会福祉協議会

協力 北見市地域包括支援センター

(中央、東部・端野、西部・相内、南部、
北部、常呂、留辺蘂・温根湯)

令和5年11月1日

主催:北見市社協留辺蘂支所

協力:北見市市民生活支援センター、留辺蘂支所

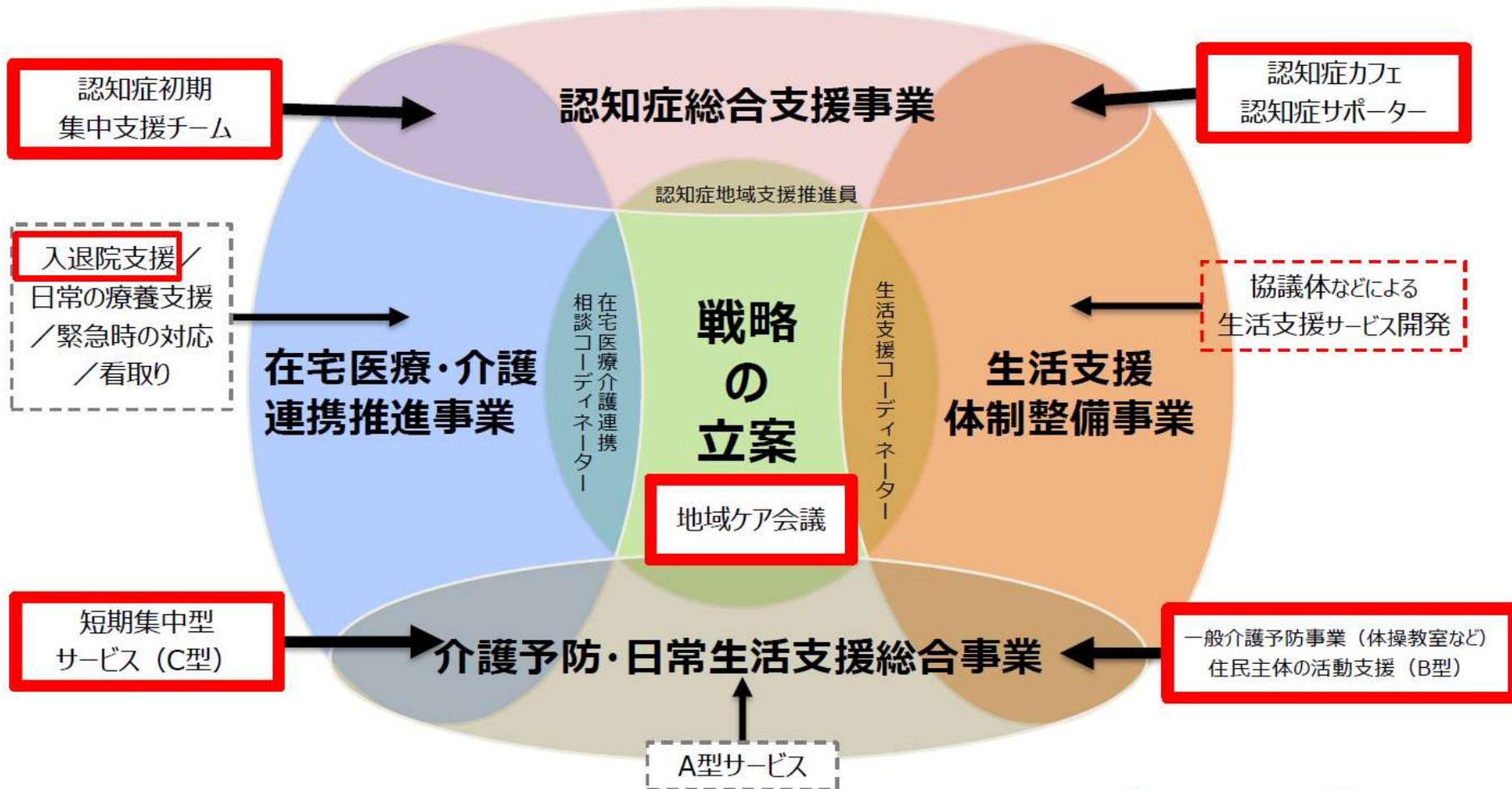
「ボランティア講座兼サロン実践者交流会」

担当SCの異動があったが、
加速化事業の協議を受けて
2事業のコラボを実現



地域支援事業内での連動

～関連のある事業同士が繋がっていることに気づく



資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」
(平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業) を一部改編

移動支援はつながり支援

あいのりで外出支援

ひとり暮らしの中川さんが外に出るのは
村内の診療所くらい。

となりに住む小野さんは中川さんの髪が伸びてきたのを気にして放っておけなかった。

小野さんはたすけあい交通のあいのりで美容室に誘ってみた。



右：中川さん 真中：小野さん 右：移動支援田中さん 令和4年11月



移動支援はつながり支援

美容室はおしゃべりサロン

美容室でおしゃべりするとストレス発散になることを小野さんは知っていた。

帰り際「家にもBGM代わりにテレビをつけているだけで何も楽しくない。外に出て話をしたらさっぱりした」と中川さんは言っていた。



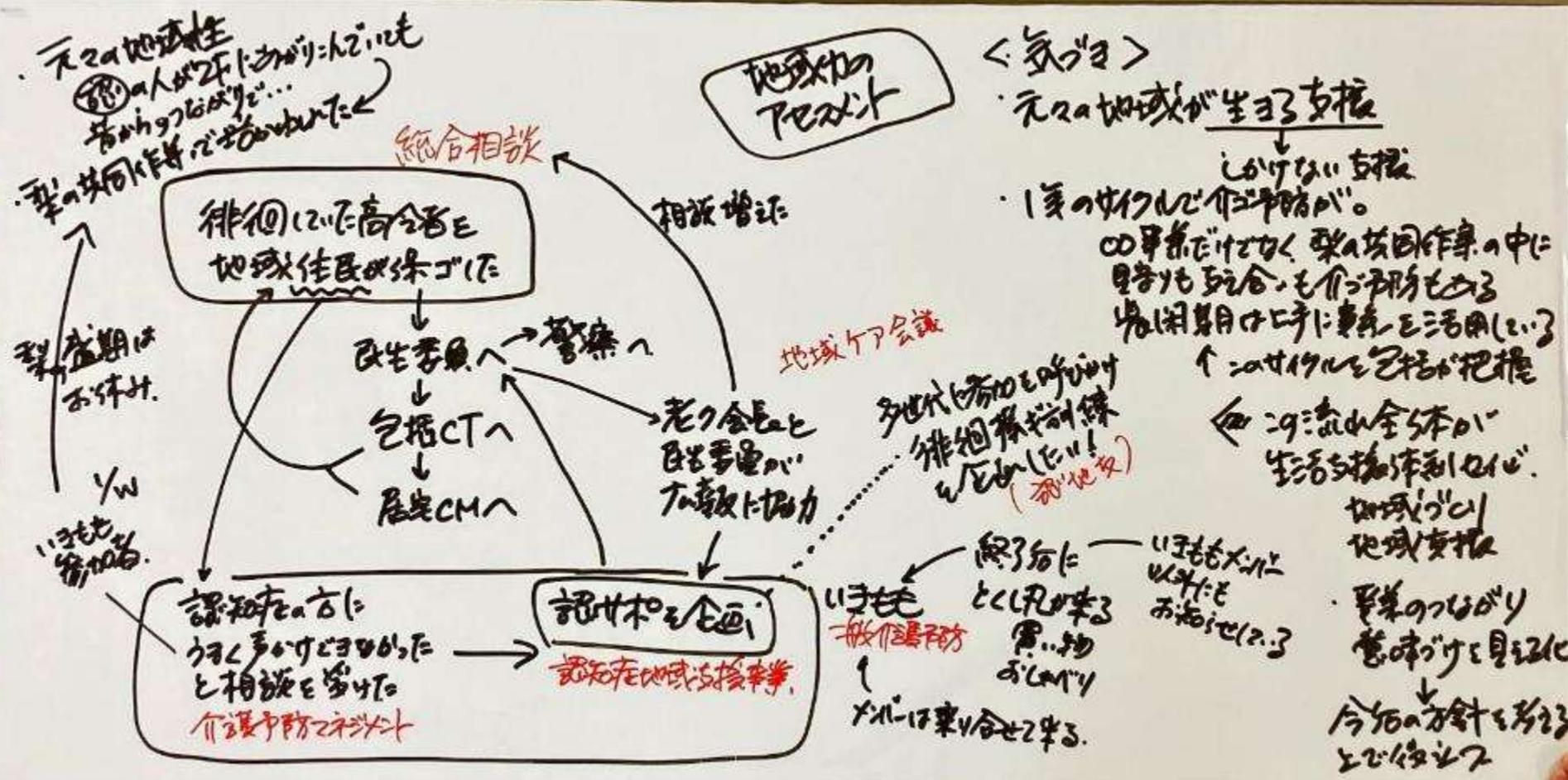
令和5年度青森県生活支援コーディネーター情報交換会（2023.7.10）
蓬田村社協資料から抜粋

1層SC (福島市市長寿福祉課地域包括ケア推進室)と
2層SC (吾妻東地域包括支援センター職員による作業)。



日々の業務や事業がつながっていることが視覚化・意識化できた。

事業間の関連を見ると、多くの事業や活動は、
人の「つながり」を支援していることがわかった



地域づくりは、住民の声から

できることから始める

小さく始める

コロナ下の学びを生かそう

途絶えてしまった地区の文化祭
楽しみだったのに。
なんとか復活できないだろうか

一人の声をみんなでカタチに
復活！

大芦の手作り文化祭

2021/11/16



- **生活支援コーディネーターのつぶやきひろい…**
「途絶えかけた“つながりの場”を復活させたい」
- **なんとか叶えたい、叶える策はないか**
願いを叶えるための話し合い＝協議の場（1層協議体）
ご本人・役場保健福祉課・老人クラブ会長・SC
- **事業のビジョン（展望・見通し）**
村の各所に広げたい、取り組みやすいものにしたい
- **それぞれが、それぞれの役割を果たす**
制度（事業）の利用、運用や手続きの支援…
- **成果をみんなで共有**
次の展開へ

弟子屈町

地域ケア（推進）会議

2023.12.19

2023.3 ある地区の単位老人クラブが解散。地域包括支援センターの保健師が地区を訪問、精力的に活動してきた地区だけに落胆が大きいと感じた。

その後、何回か地区を訪問。100歳体操やふまねっと実施の支援を行うなかで聞いた住民の思いを関係者と共有し、支援策を検討するため、毎月定例の地域ケア会議の場に諮り支援策を検討した



R5.12.19(火) 地域ケア会議

地域のつながりづくりについて～この地区の良さが続くために、今必要なこと～
(お宝)

- ・運動のつぎ
- ・情報の発信(3-40-740)
- ・声もかけあう
- ・地域行政との連携づくり

[決してほめてあげよう]

- ・笑顔をできる場づくりのため
- ・若一人をまきこみ(野原)の個性
- ・自発的になる(ハナ) 3V51-2000
- ・つながり役も見える化
4) 協力の数
- ・KPを囲むではない関係性

- ・集まることの確保 任意参加
- ・おこなってほしい90分40分
してはいい時間を作らせたこと
- ・勉強会 伊原教室 得意分野の
をまよる
- ・若一人をまきこみ(野原)の個性
(お宝)
- ・若一人を仲まきこみ
- ・映画会など

- ・おし-居へとの
- ・集う-活動
- ・開りのつぎ

所属

テーマ『地域のつながりづくりについて
～この地区の良さが続くために、今必要なこと』

地域包括支援センター

保健師(※事例提出) : 1名、
地域おこし協力隊 : 1名(福祉活動包括支援員:公認心理士)
主任介護支援専門員 : 2名

行政

公民館(社会教育課) : 2名(生きがい講座:町民大学担当)(スポーツ係)
保健師 : 1名(健康こども課:保健部門)、

ケアマネジャー

介護支援専門員 : 2名(保健師、主任介護支援専門員)

介護事業者

通所リハビリ : 2名(所長:介護福祉士、)(作業療法士)
訪問介護事業所 : 2名(介護福祉士)

医療関係者

調剤薬局薬剤師1名

その他

釧路社会的企業創造協議会生活相談支援センターらしごと : 2名
全国コミュニティライフサポートセンター : 1名
地域おこし協力隊2名、保健師実習生:2名

・ 思いを共有する… 「連携」 から 「連帯」 へ

→ 同じ目的で何事かをしようとするものが、連絡をとり合ってそれを行うこと。
二人以上が一緒になって事に当たり、責任を共にすること。

・ 事業は「つながり」づくり

→ めざすところは、わがまちの暮らしづくり・地域づくり
「づくり」は、今あるものを守るところから始まる

地域づくりのポイント

○ 「楽しいから参加するし、継続する！」

※ 「課題探しから始めない」「楽しいことのなかに課題解決も散りばめられている」

○ 「専門職が住民の暮らしにまぜてもらおう」

※ 「住民の気にかかけ合う関係を壊さない」「住民を巻き込むのではなく住民に巻き込まれる」

○ 「楽しくないと続かない！」

※ 「専門職が楽しめないものは、住民も楽しくない」「課題探しは行き詰まる」

○ 「できること」をたいせつにする

※ 「なにかやろうと急かさない。急かすと、どうしたらいいかを専門職に委ねる」

○ 「『主役は住民』でないといけない」

※ 「主体はその地域に暮らす住民」「『住民主体でどうやらせるか!』の不思議」

※ 生活支援体制整備事業で訪問した地域で聞こえてきた住民の声

「役所や社協、包括の人たちがニコニコして地域にやってきましたら

気をつけろ!また何かやらされる話だぞ!」

経済産業省における 介護分野の取組について

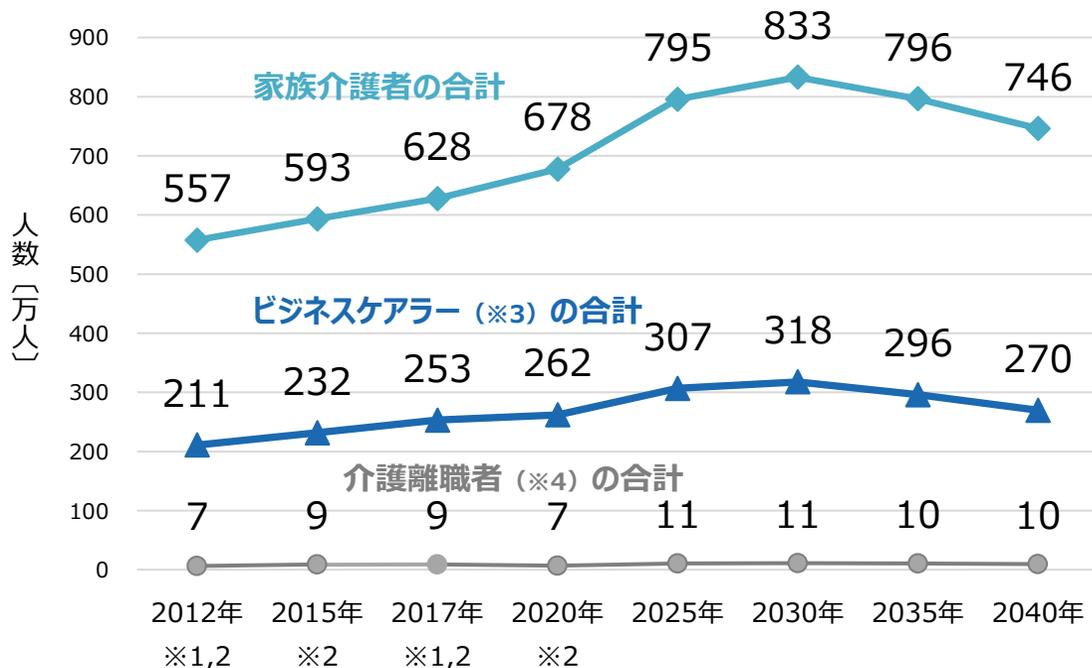
2024年1月

経済産業省
ヘルスケア産業課

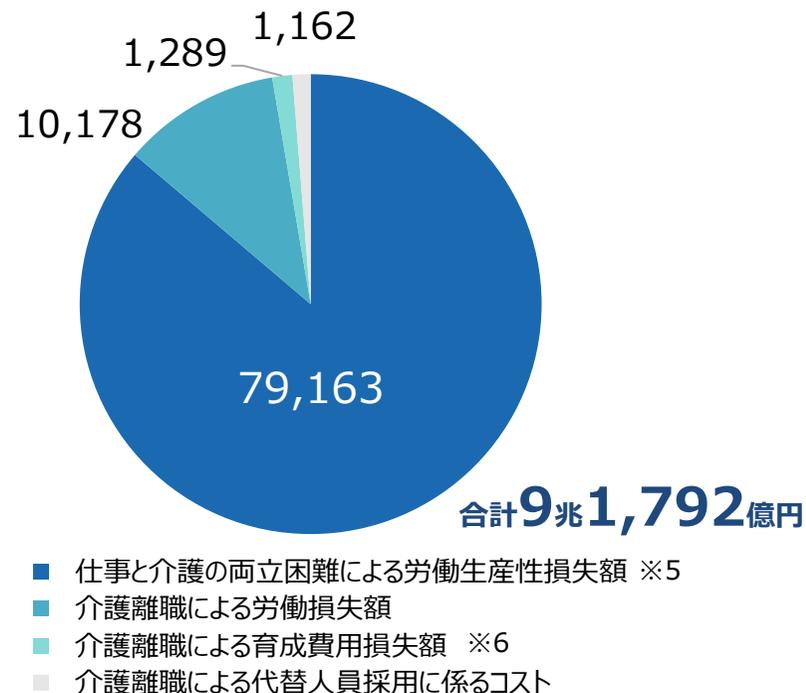
高齢化の進行に伴う介護者負担の増大

- 高齢化の進行に伴い、日本全体でビジネスケアラー（仕事をしながら家族等の介護に従事する者）の数が増加。**介護離職者は毎年約10万人であり、2030年には、家族介護者のうち約4割（約318万人）がビジネスケアラーになる見込み。**
- 仕事と介護に関する問題の顕在化が進むと予想される中、**2030年には経済損失が約9.1兆円となる見込み。**内訳を見ると、**仕事と介護の両立困難による労働生産性損失が占める割合が極めて大きい。**

家族介護者・ビジネスケアラー・介護離職者の人数の推移



2030年における経済損失（億円）の推計



（出所）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」、総務省統計局「就業構造基本調査（平成24年、平成29年）」、厚生労働省「雇用動向調査（平成25年～令和3年）」
 ※1 2012年及び2017年の家族介護者・ビジネスケアラーの数は就業構造基本調査結果より ※2 2012～2020年の介護離職者数は雇用動向調査結果より ※3 就業構造基本調査における有業者のうち「仕事が主な者」をビジネスケアラーとして定義している。有業者全体（仕事は従業者を含む）まで広げた場合には、2030年時点で438万人と推計される。今後、女性の社会進出や高齢者の雇用促進等に伴い、数値はさらに上振れする可能性もある。 ※4 介護離職者数の将来推計は、厚生労働省「雇用動向調査（平成29年～令和3年）」をもとに算出したものであり、将来的な施策効果等は加味していない。
 その他の推計値は、各調査における年齢階層別人数割合と将来推計人口の掛け合わせにより算出。

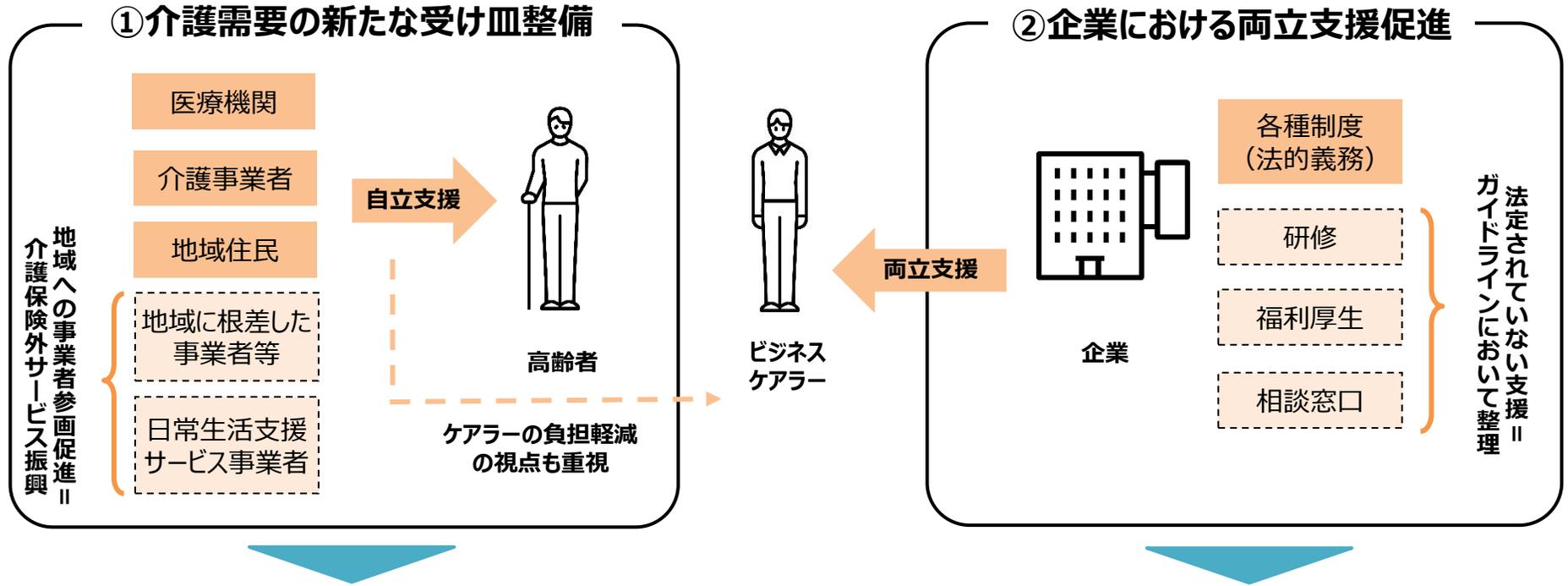
（出所）経済産業省「2022年経済産業省企業活動基本調査速報（2021年度実績）調査結果の概要」、産労総合研究所「教育研修費の実態調査における2017～2021年の一人あたり研修費（5年平均）」、株式会社リクルートキャリア就職みらい研究所「就職白書2020」より日本総研作成
 ※5 ビジネスケアラーの生産性損失は、経済産業省委託調査（日本総研）「介護をしながら働いている方に向けたWEBアンケート調査」（n=2,100）の結果を基に算出（=約27.5%） ※6 介護離職者の勤続年数は、大卒年齢である22歳から、雇用動向調査において最も人数が多い55～59歳階層の中央となる57歳まで勤続した場合の年数（=35年）と仮定。

介護領域をめぐる主な課題と対応の方向性

- 介護をめぐるのは、主に①財政、②経済（労働力）、③介護人材の観点で課題を抱えている状況。
- 介護予防施策を通じて要介護者数を縮減するとともに、介護保険を補完する市場創出や持続的な介護供給体制の構築を通じて、高齢者の自立度向上や家族等介護者の負担軽減等を実現することが必要。

	現状	課題	経産省における対応の方向性
財政	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 高齢化率37%超（2050年時点） ✓ 介護給付費が約24兆円（2040年時点） 	<p>少子高齢化による財政逼迫</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 介護予防に係る介入手法の不足 ✓ 特に民間企業が受託する介護予防事業につき、より質を高めるためのノウハウの不足 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 自治体による介護予防事業の効率化・高質化（PFS/SIBといった成果連動型契約の普及・促進）
経済（労働力）	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ビジネスケアラー約300万人（2030年時点） ✓ 10万人を超える介護離職者 ✓ 経済損失は約9兆円（2030年時点） 	<p>介護がキャリアや企業業績に与えるリスク増大</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ アウトソース先となる介護保険外サービス市場の未成熟さ ✓ 公的支援が十分に行き届かない現状に対する社会的認知・企業等による支援・対応の不十分さ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 介護需要の新たな受け皿整備（介護保険外サービスの振興） ✓ 企業における両立支援に向けた取組の促進
介護人材	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 要介護者数約1,000万人（2040年時点） ✓ 約280万人の介護人材必要（2040年時点） 	<p>業界として生産性・収益性を高める必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 介護ロボット・ICTツールの活用・導入や業務プロセスに係る抜本改善の不足 ✓ 人材の不足、投資・事業開発余力の不足 ✓ 福祉機器の海外含めた安定的市場の獲得不良 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 介護業務の生産性向上や被介護者の自立促進等に資する介護・福祉器具の開発・導入促進 ✓ ロボット介護機器の海外展開支援

経済産業省における介護分野の施策について（ビジネスケアラー対策）



経産省
における
アクション

- ① **介護保険外サービスの振興**
→ 介護保険外サービス提供に当たっての開発や普及面での課題（高齢者ニーズに即したサービスがない、サービスの情報が潜在層にまでリーチしていない等）を解消するための実証事業実施。
- ② 介護保険外サービスの**信頼性確保**
→ 介護サービスのコーディネーター（ケアマネ）も品質が不明で利用者への推奨が困難であるため、業界認証等で見える化。

- ① **先進企業の取組の可視化**
→ 両立支援策の効果検証等
- ② **「健康経営」の評価項目への追加**
→ 企業のインセンティブ設計
- ③ 介護と仕事の両立支援に関する**企業向けのガイドラインを整理**
→ リテラシー向上（研修等）、費用助成（福利厚生充実）、情報提供（相談窓口）といった企業側で対応可能なアクションを整理

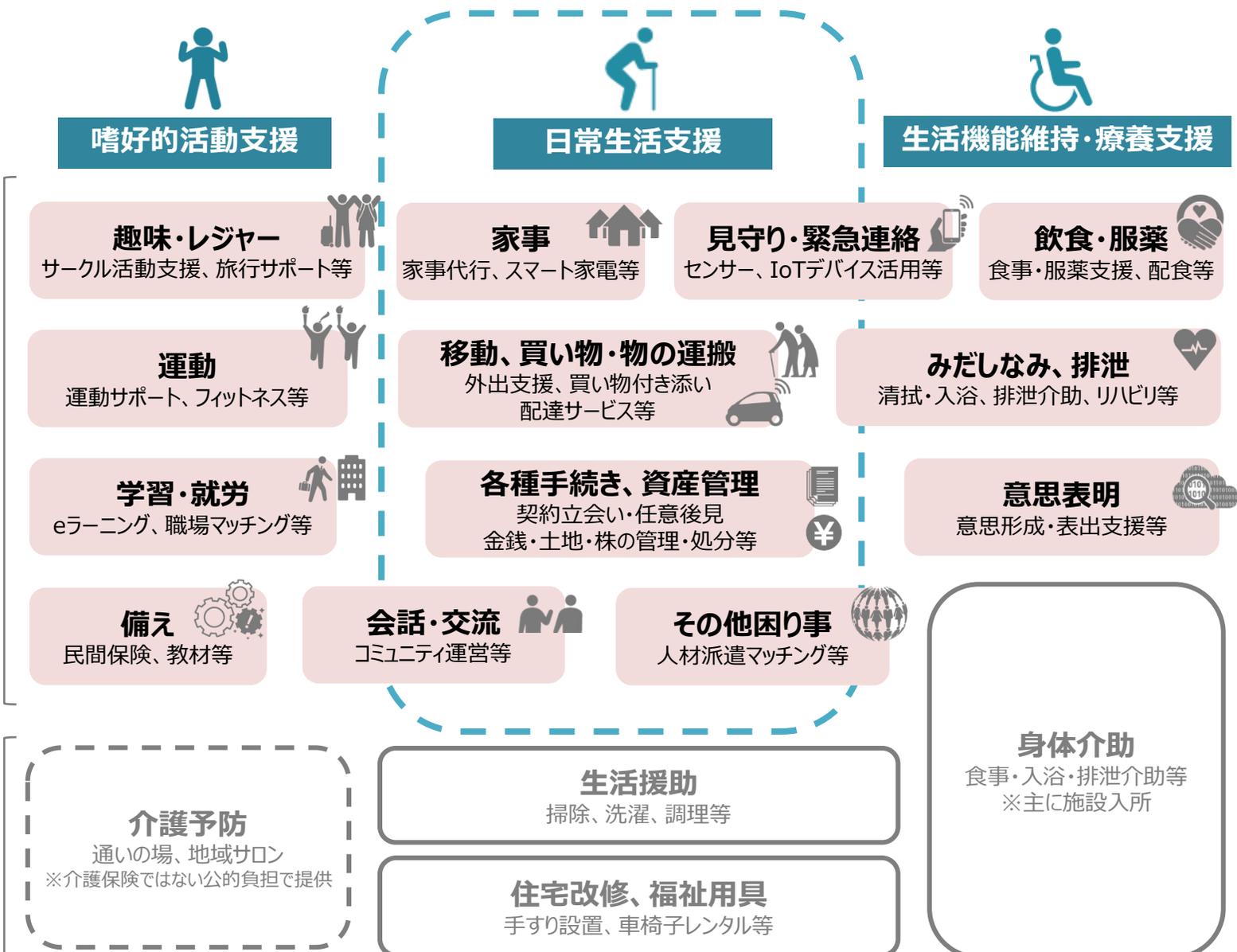
介護者の負担軽減に資するサービス

介護保険適用外

- ・ 誰でも利用可能
- ・ 生活をより豊かにする支援が目的
- ・ 全額自己負担

介護保険適用

- ・ 介護認定を受けている場合のみ
- ・ 最低限の生活支援が目的
- ・ 一部自己負担



介護需要の新たな受け皿の整備

- 高齢者が住み慣れた地域で自立度高く生活することにより、間接的にビジネスケアラーを含む家族介護者の負担を軽減することが可能。そのためには、介護保険サービスに加えて介護需要の新たな受け皿の整備を進めることが重要。
- 具体的には、①介護保険外サービスの振興に取り組むするとともに、高齢者やその家族等が安心してサービスを利用するために、②介護保険外サービスの信頼性確保の在り方も検討。

対応策（案）

1 介護保険外サービスの振興

介護保険外サービスの振興に当たっては、

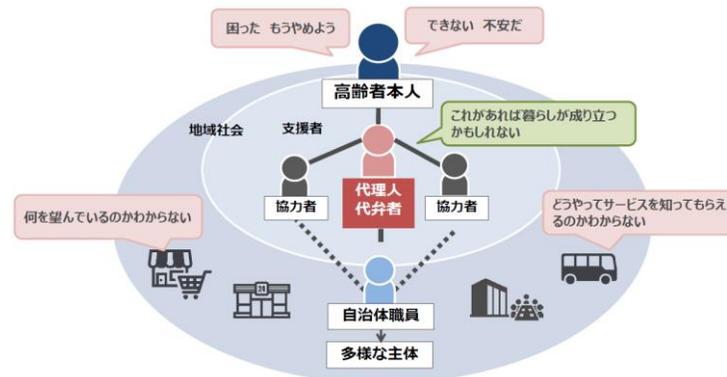
- ① **開発面**（高齢者ニーズに即したサービスがない）
- ② **情報面**（介護保険外サービスの情報がリーチしていない）
- ③ **信頼面**（安心して利用できる環境整備がされていない）
- ④ **費用面**（保険サービスに比して割高）といった課題が存在するところ、①②に関する課題解決に資するモデル実証事業を行う。
※③は別途信頼性確保の取組（下記）を実施。④は中長期的に検討。

具体的には、自治体を中核にして高齢者ニーズを把握し、介護保険外サービスの地域実装に繋げていく取組といったモデル開発・普及を進めていくことを検討。

2 介護保険外サービスの信頼性確保

介護に関連して、多種多様な民間サービスが存在する中で、高齢者や家族、周囲の支援者（ケアマネジャー等）が安全安心して利用・推奨するためにも、一定の水準の担保が必要。そうした介護保険外サービスの信頼性確保の在り方についても検討。

事例：愛知県豊明市



地域ケア会議を「多職種合同ケアカンファレンス」と位置づけ、福祉職だけでなく、地域の事業者等の参画を促進。会議の中で発見した高齢者側のニーズを地域内で実装するとともに、新規サービス開発に繋げる等、地域介護を支えるハブとして機能。

- **地域内での実装**：地域のスーパーに対して、高齢者を想定した帰宅時の宅配サービスを提案。その後、スーパーの客単価の増額にも繋がる。
- **新規サービス開発（チョイソコ）**：事業者にスポンサーシップ型の移動サービス開発を打診し実現。全国への横展開も実施。

介護領域における地域と企業の連携促進事業（地域ケアプラス事業）について

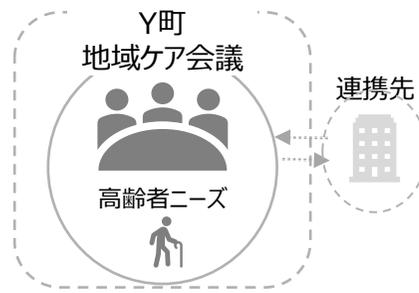
- 現状、各自治体の地域ケア会議から高齢者ニーズを正確に汲み取り、必要な保険外サービスの活用に繋がっている自治体は限られている状況と認識。
- 本事業では、有識者を交えた①「地域ケアプラスワークショップ」の場で、個別事例のニーズを深掘りし、地域課題の本質を明確化。
また、課題解決に資する②企業とのマッチングを支援し、各自治体での実装を目指す。

自治体（市町村）の状況



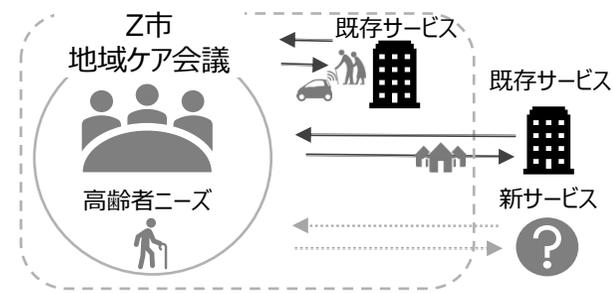
【自治体の現状】
地域課題の深掘ができず、課題本質の明確化が困難。

【自治体の達成目標】
課題本質の明確化を行い、域内での企業連携を実現。



【自治体の現状】
地域の課題は明確なもの、域内に適した連携先がない。

【自治体の達成目標】
地域の課題解決のため、域外の企業連携を実現。



【自治体の現状】
既に企業と連携事例があるが、更に新たなサービスを創出したい。

【自治体の達成目標】
企業連携により新たなサービスを創出し、更に同様の課題に直面する自治体へ普及。

事業イメージ

① 地域ケアプラスワークショップ （個別事例のニーズの深掘・解決策の創出支援）

自治体（自治体職員、SC、ケアマネ等）+有識者+事務局（経産省・日本総研）にて、地域ケア会議で見られる高齢者ニーズについて、真の課題を深掘りし、官民連携を見据えた解決策を議論する。

② 企業とのマッチング

整理した地域の課題を企業側に提示し、連携の可能性を具体的に検討
→幅広い連携先とのマッチング/体制構築支援

次年度以降
実証事業等

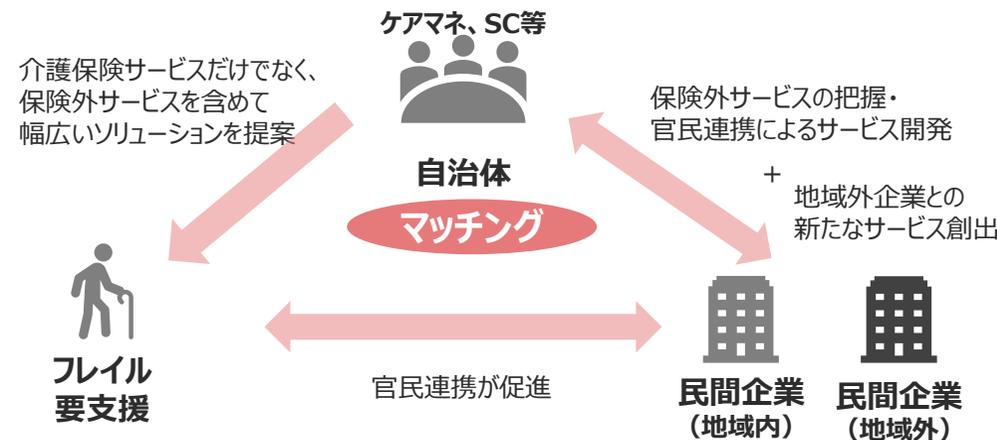
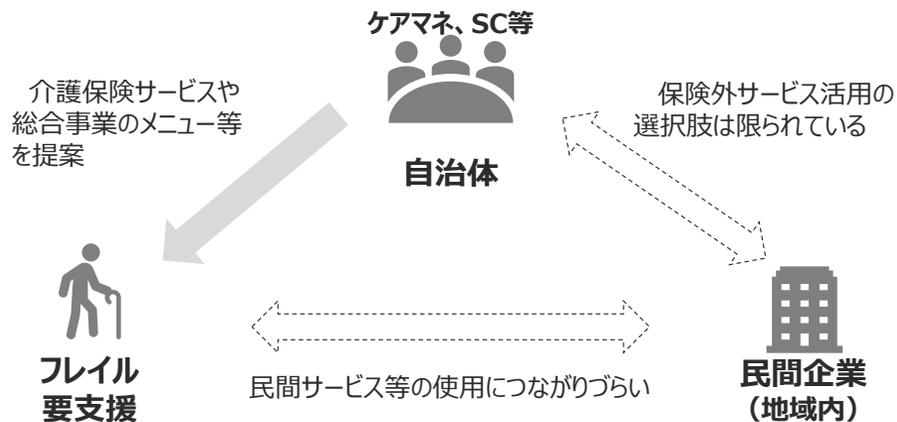
事業参加におけるメリット

- 本事業を通じて各自治体職員、生活支援コーディネーターやケアマネジャー等が、保険外サービスを活用する選択肢を持つことにより、**①給付費の抑制（適正化）や介護人材不足の解消、②地域の官民連携の活性化、③高齢者の更なる自立支援や④企業とのコネクション形成**につながる。

拡大版地域ケア会議にて地域課題の真因や
保険外サービスを活用した解決策を探る

一般的な高齢者支援

保険外サービスも活用した高齢者支援



【現行の懸念】

- ・ 高齢者増・重度化に伴う、**給付費の継続的な増加、介護人材不足の更なる深刻化**の懸念
- ・ **既存の事業**（介護保険事業、一般介護予防事業、住民主体の通いの場等）の**実施・リソース維持に対する恒常的な負担**の懸念

【目指す姿】

- ・ **介護保険給付費の抑制（適正化）、介護人材不足の解消**に繋げる
- ・ 地域内外における**民間企業との連携を活性化**することで、介護需要の新たな受け皿の拡充（保険外サービス創出）に繋げ、**高齢者の更なる自立支援**を行う。
- ・ また、一連の取り組みを通じて、**企業とのコネクション形成**も可能

(参考) 解像度の高いニーズ把握・整理により民間企業と連携が生まれた事例

- 愛知県豊明市では、買い物に関する住民の詳細なニーズを起点に、スーパーと連携して買った商品を無料配送するサービスを立ち上げている。
- 個人の課題から、その地域に共通する課題を見出し、連携先のスーパーにとっても利益が生まれる仕組みを市とスーパーと一緒に検討している。

取組の起点となったニーズ (仮)

 84歳女性 要介護1
公営住宅の団地4階 独居 一人息子は遠方に住んでおりお正月しか会わない

かなえたいこと

- ヘルパーなどに頼らず、以前のように自力で買い物に行きたい
- 自分で使う商品は自分の目で見て選びたい

今はどうしているのか (現状)

- 普段は週1回くるヘルパーに買い物をお願いしている
- たまに自分で買い物に行けても、重いものは運べないので少量しか買えない

「かなえたいこと」がなぜ今できていないのか？
使えそうな地域のサービスがなぜ今使えていないのか？

- 団地に住んでおり、買った商品を持って階段を上ることが難しい**ため、ヘルパーに買い物をお願いせざるを得ない
- 宅配サービスはあるが、活用が難しい** (カタログに掲載されている商品が多すぎて商品が選べない、マークシート式の注文用紙の文字が小さすぎて注文できない、FAXが壊れてしまっていて注文用紙を送れない)

地元スーパーに
課題を伝える



団地のニーズに対応すれば、足腰が弱って利用しなくなったお客さんが戻ってくる？
一度にたくさん購入してくれれば客単価が上がる？

- 店舗で購入した商品を無料でその日のうちに配達する「ふれあい便」をスタート
- 「ふれあい便」を使った買い物方法を市がケアマネを通じて高齢者に周知し利用促進

POINT①

取組の起点になったのは個人の課題だが、市内の団地に住む高齢者に共通する課題が抽出されている

POINT②

ケアマネを通じた利用促進によりスーパーにとっても利益が生まれる仕組み⇒WinWinの取組で長く続く

(参考) 保険外サービスを活用した実際の課題解決事例

愛知県豊明市

- 豊明市では、(自立支援型) 地域ケア会議等で取り扱った個別ケースから、「豊明市によくある課題」を検討し、それを民間企業と連携して解決するための取組が複数行われている。
- 企業側にとっても、事業利益や企業価値拡大につながる取組である点が特徴。

	購入商品の無料配送サービスの開始・普及	市外温浴施設への無料送迎バスの周知	オンデマンド型乗り合い送迎サービスの開発
連携先	地域のスーパー	隣接市の温浴施設	自動車関連メーカー
概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 店舗で購入した商品を無料で当日配送するサービスを開発 ・ 市がケアマネジャーや住民へのサービス周知を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既存の送迎バスのチラシ、割引チケット等、販促ツールを共同制作。市が住民に配布 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域のタクシー会社が運行するオンデマンド型送迎サービスを開発 ・ 利用者からの乗車料金と、事業に賛同する地域の企業からのスポンサー料で運営
経緯	<ul style="list-style-type: none"> ・ 直接を見て商品を選びたいが、購入品を持って帰ることが難しく、一度に多くの商品を購入できないというニーズを市が把握した。 ・ 市が依頼し、従来の個人宅配の使いにくさ等の高齢者のニーズや新たなサービスの検討を地元スーパーと行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 隣接市の温浴施設の送迎バスが市内を走行しており、乗車率が非常に低いことを市職員が発見した。 ・ 送迎バスがある民間施設は高齢者の毎日の外出先になり得ると考え、バスの乗車率向上の協力(住民への周知)を市が温浴施設に提案した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 温浴施設の送迎サービスから発案。共同運行とした方が良いと市職員が考えた。 ・ 移動サービス開発を検討していた自動車関連メーカーの新規事業開発部門と市が構想段階から開発に取り組んだ。 ・ 市が住民説明や実証の立ち合い、スポンサーへの営業支援も行った。
効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業開始後の約2年間で利用者数は3.2倍に増加。客単価も21%増加し、6,600円を超えた。(対事業開始月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 周知開始後すぐに送迎バスの利用者数が2.5倍に増加。(対前年比) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>2019グッドデザイン特別賞「グッドフォーカス賞(新ビジネスデザイン)」を受賞。</u> ・ <u>全国の市町村にサービスが拡大中</u>

【ご紹介】OPEN CARE PROJECTについて

- 「OPEN CARE PROJECT」は、**介護を「個人の課題」から「みんなの話題」へ転換**することを目的としており、介護当事者や介護業務従事者、メディア、クリエイター、企業等、多様な主体を横断して、介護に関する話題を議論し、課題解決に向けたアクションを推進するプロジェクト。
- 具体的には、**本プロジェクト趣旨に賛同する団体・個人等が主体となる取組につき、ロゴマークの提供等を通じて後押し**するとともに、**介護当事者やクリエイターといった業種横断での対話・マッチングの場を設ける**ことでコミュニティ拡充や、業種横断での連携に係る社会機運の醸成を図る。



経産省の新プロジェクト始動 子育て・介護は“みんなの話題”に ビジネスケアラの経済損失9兆円見込み

経済



TBS TBSテレビ

出典：TBS NEWS DIG「経産省の新プロジェクト始動 子育て・介護は“みんなの話題”に ビジネスケアラの経済損失9兆円見込み」（2023年3月16日）



「OPEN CARE PROJECT」では、本日の立ち上げに至るまでに、介護当事者、介護業務従事者に加え、クリエイターも交えた討論会「OPEN CARE TALKS」を3度開催。
多様な背景を持つ参加者同士で、「介護」が抱える課題の共有から、解決に向けたアイデア開発に関する議論を実施。

「OPEN CARE PROJECT」発足式の様子について、各種メディアでも報道。
先行して公開したビジネスケアラの実態（人数規模・経済損失当）と併せて、社会的な発信を実施。

【ご紹介】OPEN CARE PROJECT AWARD2023について

- 介護を「個人の課題」から「みんなの話題」にするため、エピソードや事例を通じて、よりポジティブな切り口で、介護を取り上げ、社会における露出を上げていくとともに、介護の実態を可視化することで、異業種含めて介護をめぐる課題を解決していくことを目指し、「OPEN CARE PROJECT AWARD2023」を開催。
- 3部門を設け、個人や団体から世の中の“OPEN CARE”なエピソード、取組事例、アイデアを募集。詳細はこちら👉



【スケジュール】



部門名	部門 1 OPEN EPISODE 部門	部門 2 OPEN ACTION 部門	部門 3 OPEN IDEA部門
募集内容	介護に関する前向きな実体験や、これまで介護に接点がなかった主体を巻き込むようなエピソードなど（個人単位）	介護が個人の範囲を超えて、組織や社会の関心ごととなるために行われたアクション（団体・グループ単位）	介護を「個人の課題」から「みんなの話題」に変え、より多くの人々がOPEN CARE PROJECTに参加しやすくなるアイデア（個人・団体問わず）
審査ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・誰かに話したくなる介護のエピソードであるか ・介護のイメージを変えられる新鮮さがあるか ・第三者目線でも共感できるリアルな体験か ※創作ではなく実体験に基づいた内容が応募対象	<ul style="list-style-type: none"> ・介護に関わっていない人が関わる仕掛けがあるか ・独自性・独創性があるか ・誰かに話したくなる取組であるか ※実際に取り組んでいる内容が応募対象	<ul style="list-style-type: none"> ・介護に関わっていない人が関わるきっかけになるか ・独自性・独創性があるか ・実現可能性が高いか（既にある技術や環境を前提としているか）

北見市における 医療と介護の連携について

地域づくり加速化事業・ブロック別研修（北海道）

北海道北見市保健福祉部
地域包括ケア推進担当主幹
保健師 大貫幸代

各自治区について

R4.12月末現在

北見自治区	
人口	99,983人
65歳以上	33,044人
うち75歳以上	17,563人
高齢化率(65歳以上)	33.0%



留辺蘂自治区	
人口	5,372人
65歳以上	2,795人
うち75歳以上	1,594人
高齢化率(65歳以上)	52.0%



常呂自治区	
人口	3,408人
65歳以上	1,213人
うち75歳以上	679人
高齢化率(65歳以上)	35.6%



端野自治区	
人口	4,273人
65歳以上	1,703人
うち75歳以上	929人
高齢化率(65歳以上)	39.9%



◆北見市の取組について◆

【基本理念】（北見市の土台・このようにあるべきという根本となる考え）

地域で支えあい、高齢者が安心して
いきいきと暮らせるまちを目指して

- 北見市総合計画では、すべての市民が健康で安心した暮らしができるよう、保健・医療、福祉を充実し、お互いを支え合う健康・福祉のまちづくりを目指しています。その個別計画である北見市地域福祉計画（令和3年度～令和12年度）では、「ふれあって 支えあって 助けあって・・・ どんなときもみんなの笑顔が輝くまちをつくります」を基本理念としています。
- 第8期の北見市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画においても、上位計画の施策の方向性に合わせ、基本理念を継続して設定しています。

基本目標	主な基本施策・事業内容
1. 介護サービス提供基盤整備と住まいの整備	○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）18床の新規整備 ○特別養護老人ホームところの移転改築に向けた支援の実施 ○介護支援専門員等支援事業の実施
2. 介護予防と健康づくり、自立支援の推進	○介護予防の推進を図る地域サロンの担い手育成「あったか・サポーター養成講座」開催 ○介護予防教室の実施 ○認知症予防事業の実施 ○地域リハビリテーション活動支援事業の実施 ○自立支援型地域ケア個別会議の実施
3. 医療と介護の連携の推進	○医療・介護連携推進部会等の開催 ○ワーキングチーム会議等の開催（令和2年度～） ○エンディングノートの作成・配布 ○医療・介護関係者の情報共有支援
4. 地域で支え合う体制の整備	○介護予防・日常生活支援総合事業の継続実施 ○地域ケア会議の開催 ○生活支援（高齢者福祉）サービス・介護者支援の実施 ○地域密着型サービス実地指導の実施 ○地域包括支援センターの機能強化 ○地域支え合いサポーター養成講座の開催
5. 認知症施策の総合的な推進	○認知症サポーター養成講座の開催 ○認知症ケアパス（ガイドブック）の作成・配付 ○認知症カフェ（オレンジカフェ）の開催 ○認知症サポーターステップアップ講座の開催
6. 高齢者の権利擁護の推進	○高齢者虐待の防止・早期発見 ○成年後見制度に関する相談支援 ○市民後見人の養成及び活動支援
7. 介護従事者の人材確保と介護サービスの質の向上	○介護人材確保支援研修会の実施 ○居宅介護支援事業所等連絡会議の開催 ○ケアプランの点検の実施 ○ケアマネジメントリーダー活動支援事業の実施
8. 低所得者等への保険料・利用料軽減	○介護保険料に係る低所得者減免の実施 ○利用者負担軽減の実施

北見市の医療と介護の連携推進

【目指すところ】

介護が必要になってもできる限り
住み慣れた地域でこれまでの日常
生活に近い環境で暮らし続けられ、
医療と介護の両方のニーズを併せ
持つ高齢者が、最後まで自分らしい
生活を送ることができる。



北見市における現状と課題

- ・団塊の世代が全員75歳になる2025年、その後の2040年にかけて、85歳以上の人口が急増し、高齢者単身世帯や夫婦のみの世帯が増加。
- ・医療と介護の両方のニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれる。
- ・今後、介護が必要になった際の希望では、「現在の自宅」の割合が46.1%で最も高く、次いで「高齢者向け集合住宅・ケアハウス」16.3%
- ・医療的処置・管理が必要な要介護者の状況について、介護事業所を利用している人のうち、胃ろうや経鼻栄養等の管理が必要な人は利用者の11.0%

北見市医療・介護連携支援センター

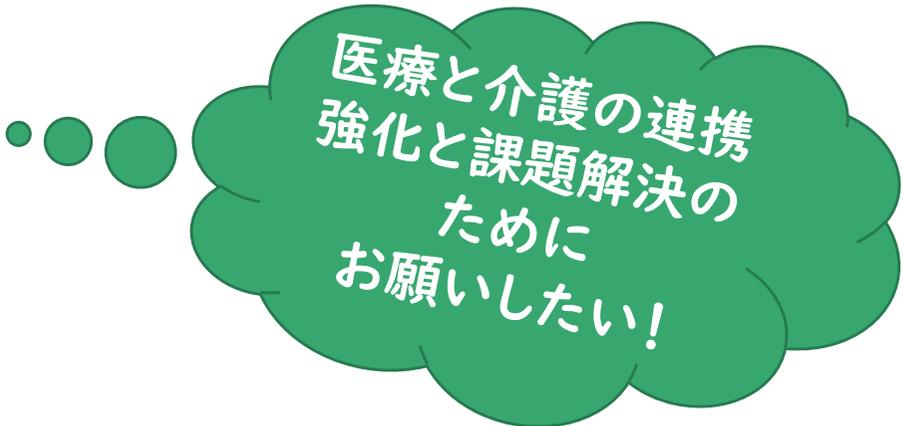
令和元年6月より委託により設置

医療と介護の知識のあるコーディネーターを配置し、相談窓口と共に、医療・介護連携推進事業を市と一体的に実施。

配置

医療ソーシャルワーカー1名

看護師1名



医療と介護の連携
強化と課題解決の
ために
お願いしたい!

医療・介護連携支援センターとの連携

毎月1回、センターと市介護福祉課の連絡会議を開催し、事業の取り組み状況確認と協議を行う。

- ・医療・介護連携推進部会
- ・ワーキングチーム会議
- ・連携推進研修会、医療と介護の実践報告会の開催
- ・救急医療連携に係る調査セミナーの開催
- ・在宅医療・救急医療ワーキングチームの設置
- ・「適切なケアマネジメント手法」を活用した地域における多職種連携事業の実施
- ・ICT活用による情報共有システム「北まるnet」の推進
- ・生活支援等サービス支援体制整備に係るオブザーバー
- ・認知症施策推進部会オブザーバー

市として協議の場の設置

- ・当初 入退院連携の協議（有志メンバーからスタートしたが）
ケアマネジャーと入院できる医療機関が主



- ・広く医療・介護の連携に係る協議の場

地域ケア推進会議「**医療・介護連携推進部会**」設置：H29年度

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、SW協会、ケアマネ協議会、PT会、
OT会、ST会、特養、老健、栄養士会、歯科衛生士会、包括、消防、保健所等



- ・各分野の課題等について掘り下げて協議する場

部会に「**ワーキングチーム会議**」設置：R元年度

医療・介護連携支援センター設置で実現

チーム：在宅ケアマネ、訪問看護、調剤薬局、医療機関（有床）、特養

北見市における入退院の連携推進

【課題】

- ・高齢者本人、家族が不安なままでの退院
- ・サービス等の準備なく退院し、療養や介護に困る
- ・入院中の体調管理指示が継続できず再入院の可能性



「高齢者がスムーズな退院ができ、安心して在宅で暮らせるようになる」



「医療機関担当者とケアマネジャー等の連携推進が必要」

入退院の連絡の取り組みを開始

北見市の入退院の連携推進の経過①

- ・H27年度 支援事業 在宅医療・介護連携推進事業開始（市町村必須）
居宅介護支援事業所等、医療機関退院調整担当者一覧作成・配布（年1回更新）
- ・H27年8月 医療機関対象：医療介護連携推進研修会（連携の必要性）※看護部長事前訪問
- ・H27年11・12月 在宅ケアマネジャー連絡会（連携に向けてケアマネの意思統一）
- ・H28年1月 医療機関・在宅ケアマネジャー連携会議 ⇔ ルールづくりの両者の協議スタート
- ・H28年2月 医療機関連携担当者会議
- ・H28年3月 在宅ケアマネジャー連絡会
- ・H28年7月 医療・介護連携推進研修会（お互いを知ろう、医療機関編・ケアマネ編）
- ・H28年9月 H28年度第1回医療機関・在宅ケアマネジャー連携会議
- ・H28年10月 「北見市入退院連絡の手引き」に基づく連携開始

北見市の入退院の連携推進の経過②

- ・H28年11月 入退院連絡状況調査(医療機関・ケアマネ)
- ・H29年2月 H28年度第2回医療機関・在宅ケアマネジャー連携会議(連携の検証等)
- ・H30年1月 地域ケア推進会議部会として**医療・介護連携推進部会 初開催**
(他部会・生活体制整備部会・認知症施策推進部会)
- ・H30年8月 **平時の連絡窓口一覧作成・配布**
 - ・医療機関(有床・無床)、歯科医院、調剤薬局、居宅介護新事業所等
 - ・担当者や連絡を避けた方がよい時間等も
- R1年6月 北見市医療・介護連携支援センターを委託にて設置**
医療と介護の知識のあるコーディネーターを配置し、相談窓口と共に、医療・介護連携推進事業を市と一体的に実施。

入退院の連携に向けての会議・研修（当初）

医療・介護がお互いの理解を深める。連携の必要性を理解する（何のために）。具体的な連絡のルールづくり。市が調整し開催。



医療機関退院調整担当者
・医療機関担当者会議

在宅担当ケアマネジャー等
・ケアマネジャー代表者会議
・ケアマネジャー連絡会



医療機関・在宅ケアマネジャー連携推進研修会
医療機関・在宅ケアマネジャー連携推進会議

【助言】
医師会

【オブザーバー】
北見保健所
保健所管内4町

初めての医療機関とケアマネの連携会議

2016(H28)年1月



【医療側】

医療機関の
看護師部長
看護師
MSW

北見保健所
保健師

北見市
地域包括ケア
推進担当
保健師

【介護側】

ケアマネジャー
地域包括支援センター
小規模多機能

北見医師会 副会長

「北見市入退院連絡の手引き」

- 患者の入退院時に関係者間で情報共有が図られるよう、連絡ルールを作成。(市ホームページ掲載)
- 作成にあたっては、入退院連絡に関する調査や、市内有床医療機関への説明、市内全ケアマネが参加する会議並びに医療機関・ケアマネ連携会議の開催などを開催
- 今後、定期的に検証と見直しを行っていく。

「退院連絡が必要な患者の基準」

◎退院調整が必要な患者

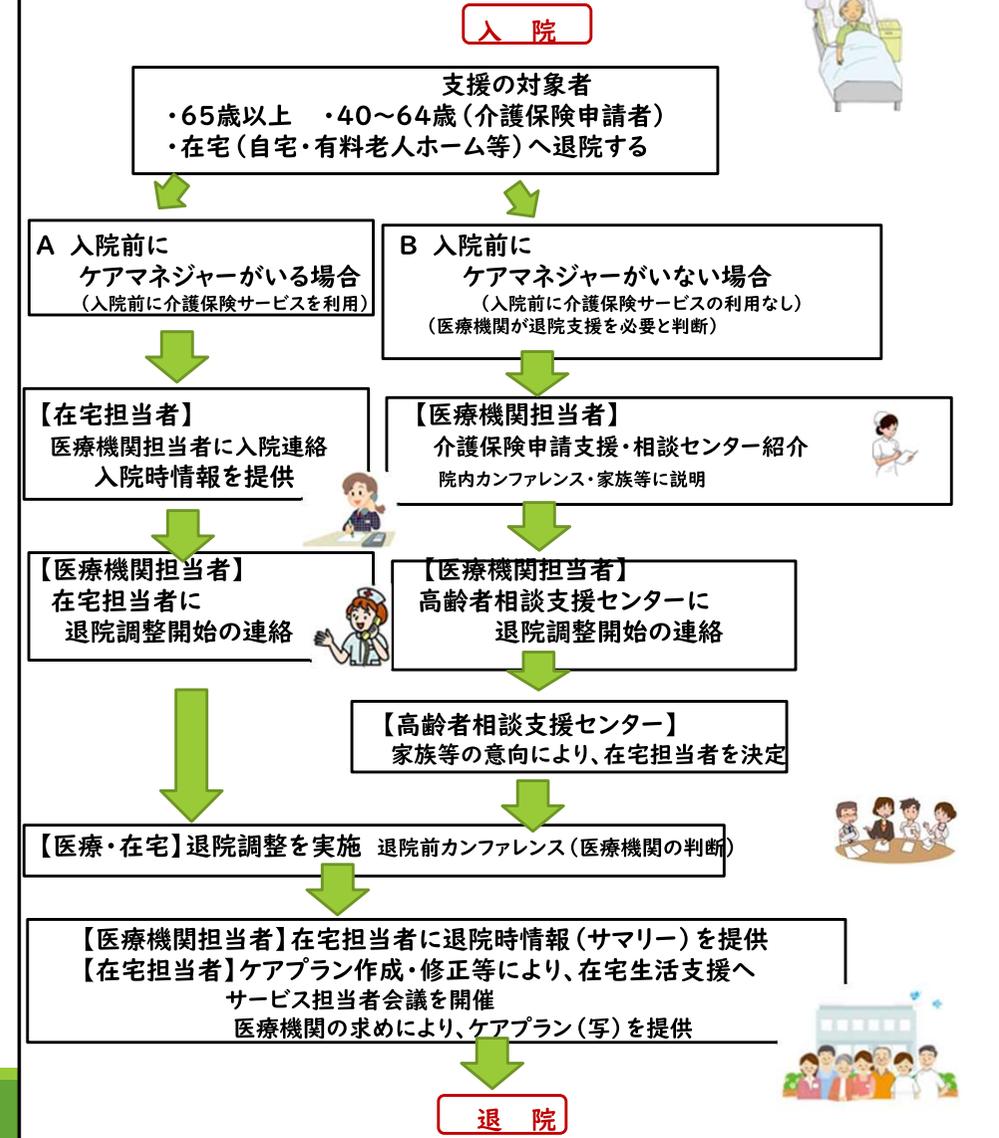
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後に生活様式の再編が必要
 - ・排泄(含むポータブルトイレ使用)、食事、立ち上がりや歩行に介助が必要
 - ・退院後に医療処置(経管栄養、吸引、インシュリン、褥瘡、在宅酸素など)が必要
 - ・在宅療養で介護力(家族等)に不安
 - ・認知症の行動・心理症状や全般的な理解の低下
 - ・悪性腫瘍(末期)、誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症
 - ・繰り返し入退院など、在宅での(自己)管理が困難と想定
 - ・住環境整備(住宅改修、福祉用具)が必要
- ⇒ 1項目でも該当すれば、ケアマネジャー又は高齢者相談支援センターへ連絡

◎それ以外で、注意が必要な患者

- ・独居又はそれに近い方、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- ・食事制限(治療食、塩分、水分など)が必要、又は栄養指導が必要
- ・服薬管理に注意が必要 ・アルコール依存症
- ・精神疾患、難病 ・緊急入院、繰り返し入退院
- ・介護保険が未申請

⇒ 状況に応じて、ケアマネジャー又は地域包括支援センターセンターへ連絡

【入退院連絡の手順(フロー図)】



令和5年度入退院連絡調査結果について

【調査目的】

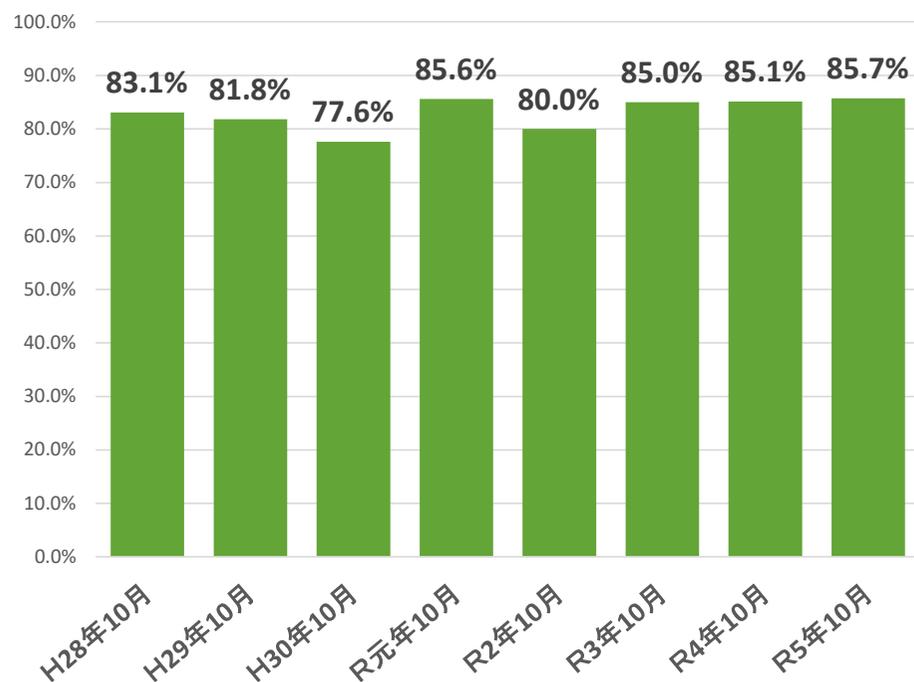
入退院における連絡状況を把握することで、平成28年10月から開始した入退院連絡の方法や様式等の検証を行い、関係者間でのやり取りがスムーズになるよう、入退院連絡の手引き等の必要な見直しを行うために実施する。

調査対象と期間

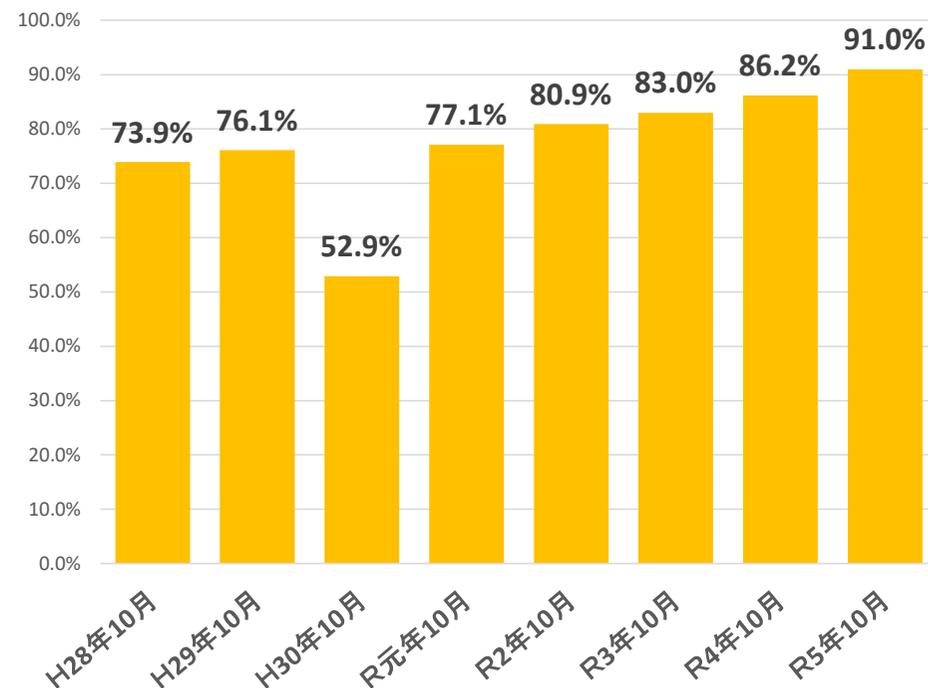
対象	期間	事業所数	回答数	回答率
居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 小規模多機能 看護小規模多機能	H5.10.1 ~10.31	67	67 (ケアマネ数196)	100.0%
有床医療機関	H5.11.20 ~12.7	16	16	100.0%

入退院連絡率の推移

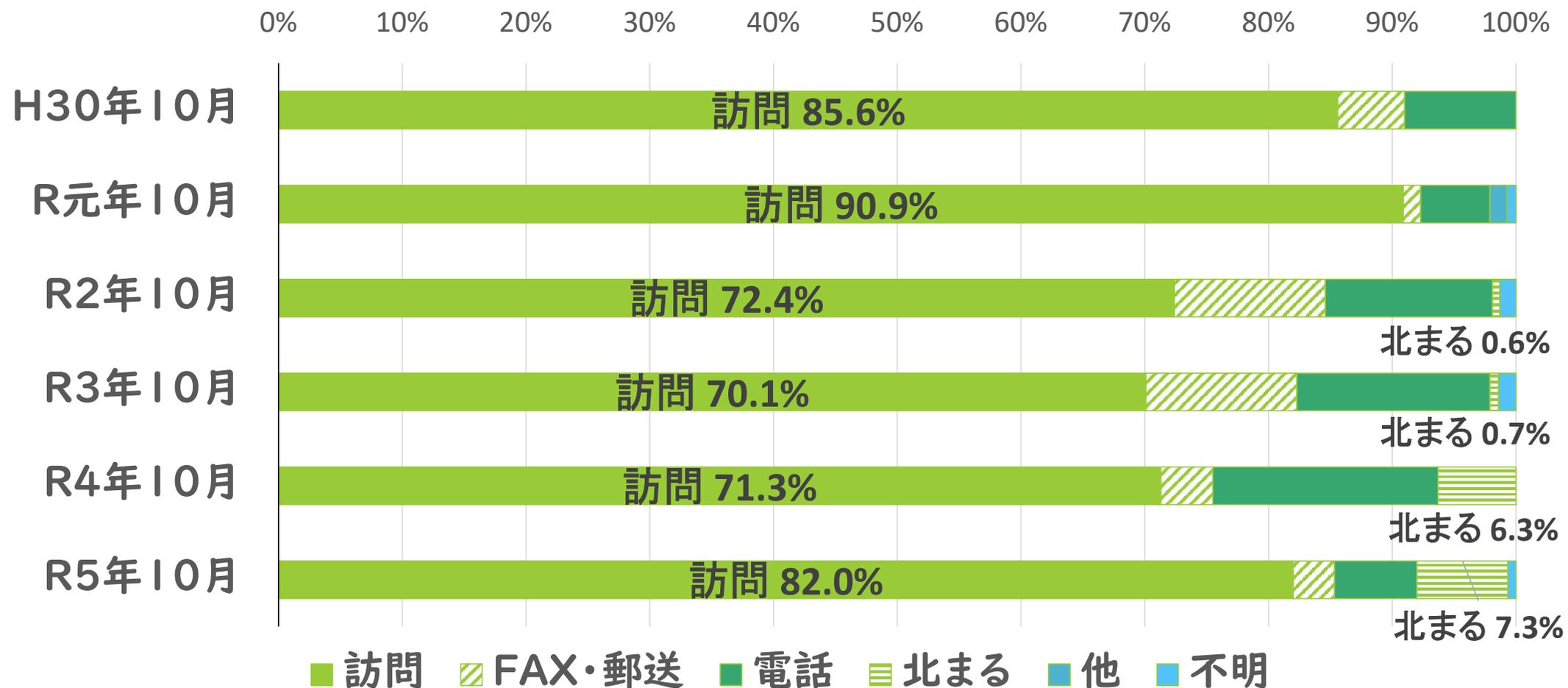
入院連絡率



退院連絡率



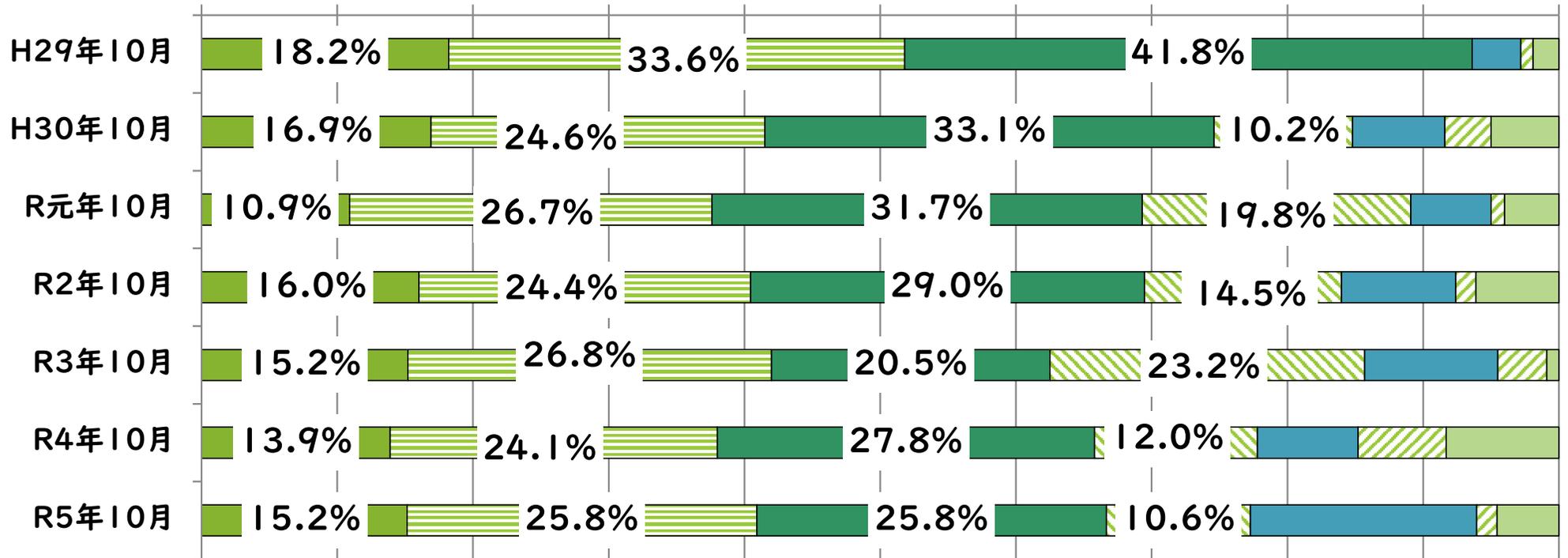
入院連絡の方法



退院連絡の時期

8日以上前
 5~7日前
 2~4日前
 退院前日
 退院当日
 退院後
 不明

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



← 退院5日前以上 →

最近の在宅ケアマネの声



良かったこと

- 医療機関と連絡を取り合うことで、家族からは得られない正確な情報が得られ、退院後の生活の支援につなげることができた。退院の予定などの情報があることで準備を行うことができた。
- 医療機関からの情報を得ることによって、入退院時の状況や治療・回復の状況が理解でき、在宅生活における支援の方向性を検討する際にとっても参考になる。
- 病状・ADL等把握し、在宅生活が難しいことが事前に確認できたため、ショートステイの利用につなげることができた。
- 退院前、カンファレンスでDr.から家族に看取りについて説明、内容を把握できたので家族との連絡がスムーズだった。
- 札幌方面の病院とのやり取りにも、情報提供書を活用できている。

課題・要望

- 退院する際は、最低5日前くらい、なるべく早めに連絡が欲しい。
- 福祉用具(特殊寝台)貸与が必要となった場合、依頼して、当日や翌日には納品ができること認識され、調整を依頼されること有り。(業者によっては可能な業者もあるが、全てが可能ではない)
- 在宅環境や、家族の介護力も考慮しての退院支援をお願いしたい(特に新規)。
- 当日退院連絡は減りましたが、翌日退院の連絡は変わらずあります。ベッドなどの関係で早急に退院という理屈はわかりますが、退院時の介護タクシーの確保など、ケアマネ側の調整に負担が大きいと思われます。
- 入院時情報提供書等のやり取りを北まるnetでおこなうことのできる病院が増えてほしいです。

最近の医療機関担当者の声



良かったこと

- 住宅系の施設を申し込む時、空き状況や受け入れ条件等を協力して探していただき、限られた期間で、入所につながることができた。
- 高齢者で自宅生活していたが、ADL低下し退院後は自宅生活ができない状態であり、ケアマネに相談。すぐに家族と相談し、退院後そのまま施設に入所することができた。
- 入院時の聞き取りでは情報収集できなかった事柄等（キーパーソン以外の家族の想いや希望等）患者支援を行う上で先を見据えた療養先検討のうえで大変参考にさせていただいている。
- 最近は全体的に連絡いただいている。入院時情報をいただけるので助かっています。

課題・要望

- 希望を述べると、入院時情報提供書に書面に記載されない家族の介護力などの内容や在宅での課題など情報提供していただけるとありがたいと思う。
- 入院の目的や病状によっては早期に退院することでADLを保てたり、患者の利益につながったりすることもあるため、予定外の早期退院等も起りうることは医療機関-CMとも共有しておきたい
- 新規患者様の受診相談時、入院の希望もある場合は診察時にフェイスシートなどの情報がいただけるとありがたい。（入院前に情報をいただくことで病棟との調整に活用しています）
- 入院時の情報提供について、入院されてから情報をいただくまで日数を要してしまう事もあり、ケアマネジャーによって対応に差があると感じる

医療と介護の情報共有ツール「北まるnet」

●北見医師会が事務局となっている「北見市医療福祉情報連携協議会」が管理・運営

①入退院連絡票システム

ケアマネジャーが利用者の入院時に医療機関へ提出する連絡票を作成する

②北まるnet救急医療情報

病名やかかりつけ病院、緊急連絡先をあらかじめ登録しておくことで、救急車を必要とした「もしもの時」、救急隊や病院が「救急医療情報」を閲覧することで速やかな救急搬送や病院での適切な対応を可能とすることを目的とするシステム

③グループセッションによる多職種及び他事業所との情報共有

●詳細は「北海道の地域住民に関する医療・介護情報の共有システム構築に係る調査研究事業（北海道総合研究調査会編）」をご参照ください。



行政の役割として重要だと思う事

- 医療側、介護側との橋渡し。両者が動きやすいように。
- ケアマネジャー、病院看護師等の現場の声を大切に。
- 医療側と介護側の顔の見える関係づくり。
- 市町村単独から保健所管内や広域での連携を考える。
- 高齢者のみならず、障がい者等も含めた、医療・介護連携（地域共生社会）
- 連携には協力し合う目的が必要。関係機関の都合ではなく、本人の意向、意思決定と尊厳を重視する視点を常に持つ。
- 医療・介護支援センターと協議しともに動く。



医療と介護の今後の課題

1. 後期高齢者の増加と、支え手不足が深刻化し、このままでは介護難民の発生と、大量の軽度者(要支援～要介護2)が重度化する。
2. 本人が希望する医療とケアである人生会議(ACP)を推進したいが、自分事として捉える住民が少なく、救急搬送時や救急医療機関での対応が難渋し、本人の希望が叶わない場合がある。
3. 医療機関、介護事業所の情報共有が進んでおらず、患者や利用者の疾病の悪化や介護の重度化をもたらしている。

医療と介護の課題への対策

後期高齢者の増加と、
支え手不足が深刻化

- ・ 減少する介護職でも
要介護者を支えられる
仕組み、とりわけ住民
主体の生活支援サー
ビスを推進する取り組
みを進める。

ACPを自分事として捉
える住民が少ない

- ・ 意思決定をしていない
ために医療機関、介護
事業所で発生している
問題を関係機関・事業
所と行政で協力して啓
発し、地域住民の理解
と協力を求めていく。

情報共有不足で疾病悪
化や介護が重度化する

- ・ 医療機関と介護事業
所間の多職種連携を
推進するとともに負担
軽減を図るため、ICT
を活用した情報共有シ
ステムの取り組みを進
める。



ご清聴ありがとうございました

釜石市の在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療連携拠点チームかまいしの取組

～連携の土壌づくりとタネまき、課題解決支援、取組の見える化～

令和6年1月24日(水)

釜石市地域包括ケア推進本部

事務局長 小田島史恵



釜石市地域包括ケア推進本部と釜石版地域包括ケアシステム

～釜石市地域福祉計画より抜粋～

◆釜石市地域包括ケア推進本部の設置《H26年4月》

釜石市では、年齢を問わず全ての住民が、住み慣れた釜石市で、安心して自分らしい生活を続けることができるよう、5つの要素、医療・介護・予防・生活支援・住まい、のサービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築のため、部局横断的に企画調整し、具体的な取組みの推進を図る部署として設置。

当市の地域包括ケアシステムの方向性と、本部の体制整備に大きく影響を与えたのが、

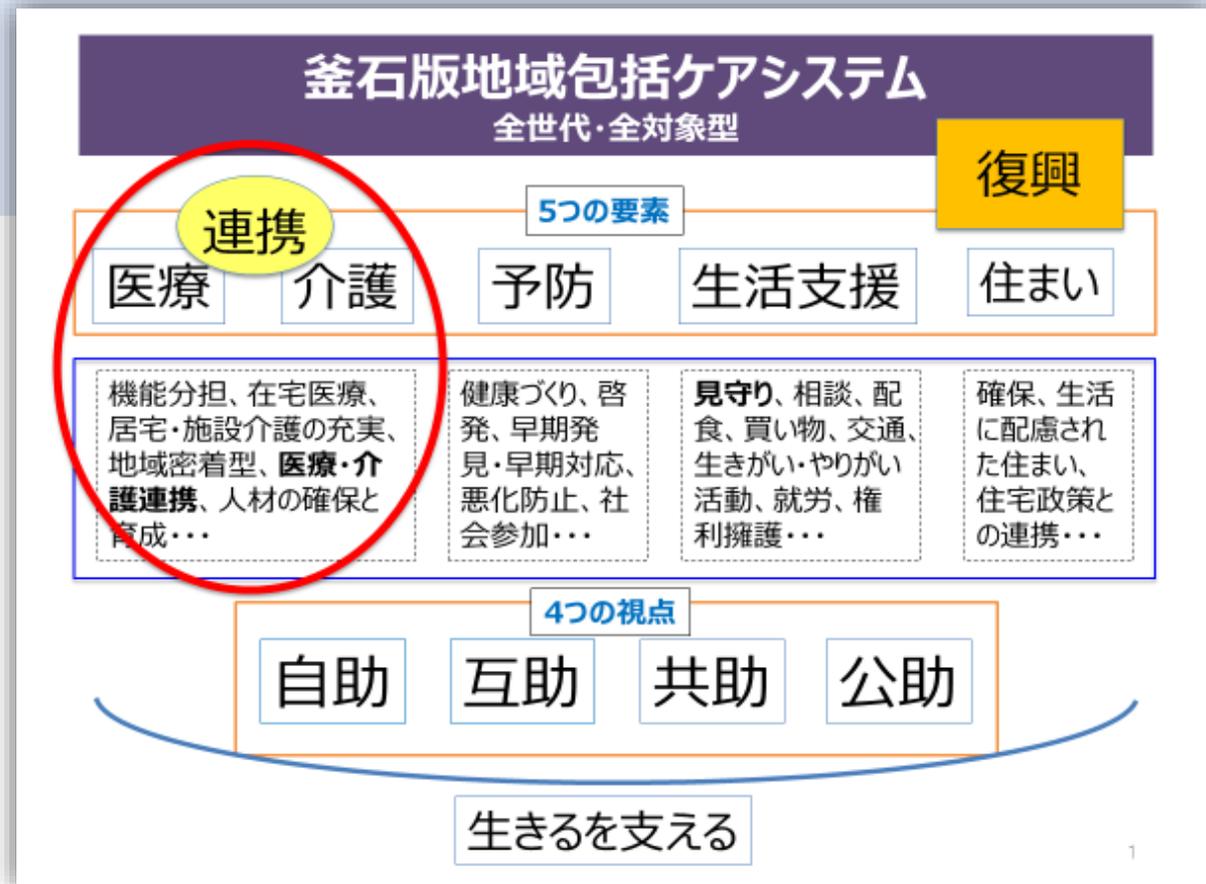
「地域包括ケアを考える懇話会」と
「在宅医療連携拠点チームかまいし」
の取組みです。

◆地域包括ケアを考える 懇話会（会長:釜石医師会長）

H25年2月、復興を内包した地域包括ケアシステムの実現に向けた懇話会の提言

～生きる希望にあふれたまちづくり～

構成員：医師会、東大IOG、介護支援専門員連絡協議会、社協、老人クラブ、シルバー人材センター、有償ボランティア団体



釜石市地域包括ケア推進本部と
在宅医療連携拠点チームかまいし

狭義のチームかまいし

在宅医療連携拠点チームかまいし

広義のチームかまいし

連携拠点と志を同じくする医療・介護関係多職種

釜石市地域包括ケア
推進本部長：市長

地域包括ケア推進本部
副部長：副市長

保健福祉部

地域包括ケア推進本部部長
(保健福祉部長が兼任)

市民生活部

〇〇部

〇〇部

子ども課

地域福祉課

健康推進課

高齢介護福祉課

地域包括ケア推進
本部事務局

まちづくり課

市民課

〇課

〇課

子育て世代包括
支援センターほか

在宅医療連携拠点
チームかまいし

アドバイザー派遣

釜石医師会

地域づくり係

生涯学習係

地域医療連携推進室

地域包括支援センター(直営)

地区生活応援センター
(8カ所)

※地域包括ケアの実働拠点

赤枠：狭義のチームかまいし
在宅医療・介護連携推進事業を所管

背景

- ◆当圏域の地域医療全体の中心的な合意事項
「**県立釜石病院（地域の基幹病院）を守る!**」
- ◆医師会が連携拠点の役割を担ってきた
H19年4月 県立釜石病院と釜石市民病院の統廃合
H19年6月 釜石医師会主催
「釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会」設置
在宅療養の推進に向けた医療と介護の連携体制の構築、
コンセンサス形成、 医療機能の分担と明確化、連携の課題抽出と解決策の検討



開始

厚労省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機として、平成24年7月、医師会との連携体制による釜石市役所の所管業務としてスタート



特徴

- ①医師会の介護在宅診療部会長がアドバイザーとして派遣
- ②一次～三次の階層別・職種別の連携手法
- ③**連携資源(ケアの担い手団体等)の設立や、職能団体などが主体となった多職種連携推進の取組（課題解決）支援**

目的

地域包括ケアシステムの充実に向けた

切れ目のない医療と介護の提供体制の構築

**患者・利用者の
生活の質の向上のため**

※包括ケアの5つの要素…医療・介護・予防・生活支援・住まい

連携coの役割

- ケアの担い手となる各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えること**
- ・職種間の連携に関するストレスを軽減すること
 - ・職種内の温度差解消のお手伝い など

在宅医療連携拠点チームかまいしの役割と地域包括ケアシステムの構築



様々な主体による連携資源創出・設立(または取組み推進)の直接的・間接的支援

医師会と行政の連携体制

医師会から派遣されたアドバイザー(医師)を交えた「チームかまいし定例会」 1か月に1~2回の開催



チームかまいし定例会 R5年度メンバー

- ・アドバイザー（医師）
- ・市民課
（国保・後期高齢者医療担当）
- ・地域福祉課長
- ・地域福祉課(重層事業担当)
- ・地域包括支援センター（保健師）
- ・統括保健師
- ・地域包括ケア推進本部事務局



チームかまいしの連携手法

～一次～三次の階層別連携コーディネートと課題解決支援～

【一次連携①】

連携拠点と一職種の連携

- ・ヒアリング ・顔の見える関係づくり
- ・連携の課題共有 ・課題解決策検討
- ・事業の打合せ・実施・反省会
～連携の土壌づくりとタネまき～

【二次連携②】

連携拠点が仲介する連携

- ・ニーズのマッチング ・相互理解の場
ex.情報交換会、同行訪問

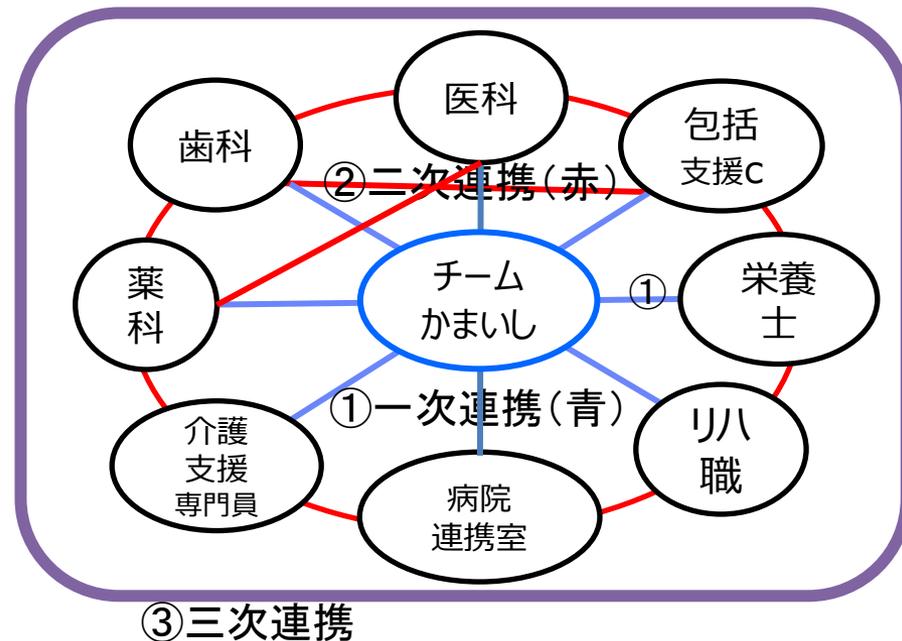
【三次連携③】

地域のコンセンサス形成・共有の場

連携の課題解決支援

一次連携等※の結果、様々な主体が実施する課題解決策の支援を①②③等の場を活用して実施
～解決策・手法・場などの提案と協働～

※連携に関する相談窓口設置



《一次連携》職能団体等との打ち合わせ会 ～連携の土壌づくりとタネまき～

各職種の事情を言い出せる顔の見える関係づくり
会議ではなく**打ち合わせ**。笑いも絶えません (^_^)b

歯科医師会と



リハ士会と



「釜石リハ士会」の設立を支援

介護支援専門員
連絡協議会と



栄養士会と



一次連携は連携の基盤!
事業推進の土台です。

- ・薬剤師会
 - ・病院連携室（急性期）
 - ・病院連携室（慢性期）
 - ・訪問看護ステーション
 - ・地域包括支援センター
 - ・介護認定係（市・町）
 - ・介護施設連絡協議会
 - ・生活支援コーディネーター
 - ・地区生活応援センター所長
 - ・社会福祉協議会
 - ・市保健師
 - ・消防本部
- ※順不同

連携拠点の機能の周知
の場にもなっています。

チームかまいしの連携コーディネート手法・二次連携

- ✓ 二次連携は、一次連携で抽出された課題の解決のために複数職種をつなげる連携です。連携のフレームづくりを行っています。
- ✓ 連携拠点が、「場」と「手法」を提案し、必要に応じて協働しています。



同行訪問

◆課題の内容に応じた様々な連携手法◆◆

- ・医科歯科または医科薬科在宅医療同行訪問研修
- ・2職種または多職種合同研修会
ケアマネジャー & 薬剤師、リハ士 & 薬剤師、保健師 & 薬剤師 等
- ・2職種または多職種情報交換会、意見交換会
- ・他自治体等からの視察対応 ・学会等共同発表



視察対応



研修会



情報交換会



共同発表

チームかまいしの連携コーディネート手法・三次連携

- ✓ 三次連携は、多職種が一堂に会する機会です。
- ✓ 当地域の包括ケアに関するコンセンサス形成の場であり、共有の場でもあります。
 - ①各職能団体や施設の代表等が集まる会議を開催(開催支援も含む)しています。
 - ②多職種を対象とした研修会(※1)を開催しています。

※1 地域の連携推進に関するコンセンサスや取組み等を共有する場

～主な「三次連携」の機会～

◆釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会

(事務局：ケア本部)

◆釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会

※現在休止中

(事務局：釜石医師会+ケア本部)

◆(特非)釜石・大槌地域医療連携推進協議会 ～OKはまゆりネット運用主体～

※事務局運営会議構成員として各種会議、主催事業に参画 (事務局：釜石医師会)

◆釜石・大槌地域医療介護福祉多職種連携の会 ～通称：OKスクラムねっと～

※世話人として各種会議・主催事業開催に参画 (事務局：県立釜石病院)

その他 多職種対象〇〇事業報告会など

例：歯科医師会主催多職種対象「歯科×他職種」連携推進研修会



チームかまいしの連携コーディネート手法・研修会の開催支援 課題解決支援

◆チームかまいし連携支援事業

⇒ (改) チームかまいし多職種連携推進支援事業

一次連携で抽出された課題や相談窓口に寄せられた課題の解決策など、職能団体等が主催する研修会等の開催を支援しています。

メリット①	ニーズに基づいた研修を実施できる。
メリット②	経費、労力の負担軽減、有効活用
メリット③	連携拠点と職能団体等との連携の推進
デメリット?	単独主催と比べて関係者の調整等に労力を要する。

【開催支援の例】

- ・医科歯科連携推進セミナー (講師派遣、ほか) ★二次
- ・三師会学術講演会 (周知、
- ・薬科・リハ合同研修会 (周知
- ・介護支援専門員研修会 (周知、運営、ほか) ☆相談支援
- ・患者のための薬局ビジョン推進事業 ★二次・三次連携 (検討会・報告会運営協力、連絡調整、ほか) ☆相談支援

◆連携拠点の主な役割◆

解決策の場と手法の提案
持ち込み企画に対する相談対応
講師派遣、他職種への周知、
参加者とりまとめ、当日運営、
アンケートとりまとめ、ほか

- ・事前打ち合わせにより役割を分担
- ・要所要所で進捗共有、再調整



リハ一次連携



事前打ち合わせ



薬科・リハ合同研修会

これをデメリット (負担) ととるか、投資ととるか?

H30チームかまいし多職種連携支援事業 チームかまいしの役割・棚卸表 《抜粋》

	2/14在宅医療人材育成研修事業 「地域包括ケア時代の歯科の役割」	3/5「地域包括ケア研修会」 ※基幹病院×包括支援センター二次連携
主催	岩手県歯科医師会、釜石歯科医師会	県立釜石病院
対象	歯科医師会会員	県立釜石病院職員、圏内介護関係職員
実施前	<ul style="list-style-type: none"> ・実施に関する関係者連絡調整 ・打ち合わせ会日程調整（一次連携） ・打ち合わせ（一次連携） ・ // 実施結果起案 ・打ち合わせ会の会場借用に関する事務 ・研修開催日程に関する調整 ・GW実施内容案作成 ・GW当日用スライド作成 ・次第作成に関する連絡調整 ・配付資料印刷（町田・鳩岡） 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の実施についての提案（県釜・包括c） ・研修会実施に係る要項案の作成（7案）⇒県釜へ ・研修会実施日にかかる関係者日程調整 ・座長への打診、依頼、連絡調整 ・県釜担当者との事前打ち合わせ 計3回 ・役割分担表案の作成 ・座長、県釜、市 3者打ち合わせ（会場：せいてつ） ・上記打ち合わせに係る関係者日程・連絡調整 ・研修会実施に関する起案文書作成 ・講師（包括c補佐）への打診、依頼、連絡調整 ・介護関係職員あて案内文書作成と発送による周知 ・参加者とりまとめ ⇒県釜へ ・アンケート用紙の作成 ・当日配付用次第作成補助 ・司会進行表作成
<div style="border: 2px dashed blue; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #4a90e2; color: white; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>チームかまいし担当事務のみ 記載しています</p> </div>		
当日	<ul style="list-style-type: none"> ・会場設営、受付 ・ファシリテーター（GW進行） ・写真撮影と記録 	<ul style="list-style-type: none"> ・会場設営、受付 ・司会進行、全体調整 ・写真撮影と記録
実施後	<ul style="list-style-type: none"> ・実施結果の起案文書作成 ・GW成果物の課題とりまとめ、分類 ⇒主催者へ提供 ・反省会（一次連携）日程調整、連絡調整 ・反省会実施と実施結果起案 ・連携だより記事掲載、HP掲載 	<ul style="list-style-type: none"> ・座長への謝金支給事務 ・実施結果報告起案文書の作成 ・アンケート集計、グラフ化⇒関係者に提供 ・地域連携だよりへの掲載、HP掲載

H30チームかまいし多職種連携支援事業 チームかまいしの役割・棚卸表 《抜粋》

	2/23県釜市民公開講座 そろそろ、うちでも「人生会議」	1/22薬局ビジョン報告会 「多職種連携セミナー」
主催	県立釜石病院	県薬剤師会、釜石薬剤師会
対象	多職種、一般市民	薬剤師会会員、他職種
実施前	<ul style="list-style-type: none"> ・主催者との連絡調整 ・実施要項作成に係る相談対応 ・チラシ作成に係る相談対応 ・会場選定、借り上げ、使用料負担に係る準備 ・広報かまいし原稿作成および掲載による周知 ・チームかまいしHPによる周知 ・地域連携だより記事掲載及びチラシ同封による周知 ・庁内メールによる周知（県釜作成開催案内のほか厚労省のACP普及啓発チラシを添付） ・保健福祉センター及び各公民館へのチラシ設置による周知 	<ul style="list-style-type: none"> ・報告会開催日設定に係る調整 ・関係者連絡調整 ・文書作成と郵送等による関係機関への周知 ・他職種の参加者とりまとめ⇒主催者へ報告 ・アンケート用紙作成 ・司会進行表作成
当日	<ul style="list-style-type: none"> ・会場設営と撤収 ・写真撮影（主催者に提供） ・記録 	<ul style="list-style-type: none"> ・会場設営と舞台転換、撤収 ・司会進行 ・写真撮影（主催者に提供） ・記録
実施後	<ul style="list-style-type: none"> ・チームかまいし連携支援事業の実施にかかる結果報告起案文書の作成 ・会場使用料支出の事務 ・地域連携だより記事掲載、発行、発送、HP掲載 ・ブログ発信 	<ul style="list-style-type: none"> ・チームかまいし連携支援事業の実施にかかる結果報告起案文書の作成 ・アンケート集計、グラフ等作成 ・アンケート結果公表(HP) ・地域連携だより記事掲載、発行、発送、HP掲載 ・ブログ発信

在宅医療連携拠点 チームかまいしの連携手法

～階層別連携コーディネートと課題解決支援～



釜石市のマスコットキャラクター
かまりん

令和4年4月

釜石市 地域包括ケア推進本部事務局

◇◇◇ もくじ ◇◇◇

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

1. チームかまいしの特色について・・・・3
2. 階層別の連携コーディネート・・・・4
3. 課題の整理・分類について・・・・13
4. 課題解決支援・・・・・・・・・・・・15
5. こんな質問・相談がありました・・・16

在宅医療・介護連携推進事業の
自治体担当者様及び各種連携コーディネーターの皆様向けに作成しました。

釜石市のHPに掲載しています。
ご活用ください。



チームかまいしの相談支援【オ】

チームかまいしでは、一次連携等で抽出した課題を分類し、フィードバックすることで、課題を抱える当事者（包括ケアの担い手）自らが主体的に解決策を検討・実施するお手伝いをしています。さらに、課題解決の「場」や「手法」を検討して提案すること、あるいは共に検討したり共に実施することで、課題解決の支援を行っています。

◆◆チームかまいしの課題抽出の場◆◆

一次～三次連携の場（特に一次連携）、
資源把握、調査、相談窓口、等

◆チームかまいしの相談窓口機能

- ・ケース対応は基本行っていません。
包括支援センター等と役割り分担済み。
既にある機能は奪わず活かす。
- ・職種間、病院・施設間などの連携に関する相談に対応

研修会でよくある質問

☞相談窓口は設置したが、どんな相談をうけたらよいかわからない。

☞既存の相談窓口との違いは？

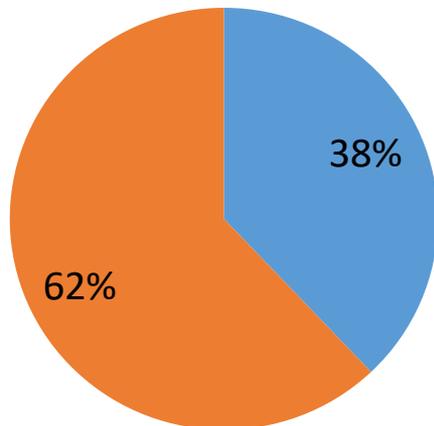
《課題解決支援を実施した相談事例》

相談者	内 容	相談	解決策実施
薬剤師会	薬剤師会が受託した国のモデル事業実施に係るチームかまいしの参画依頼	H27	H28
NPO法人	釜石医療圏のICT利用促進を目的とした課題抽出・分類に関する依頼	H28	H29
病院看護部	病院職員対象「退院支援」に関する研修開催に関する相談	H28	H28
病院連携室	患者家族等が介護申請を受け付けてもらえないことがある	H29	H29
薬剤師会	地域包括支援センターの保健師との連携を推進する事業を実施したい	H29	H29
病院連携室	連携実務者の多職種連携の会を結成したい（OKスクラムねっと）	H29	H29

平成29年度問い合わせ & 相談概要

①相談者の所在

n=58



②相談者の所属（圏域内）

n=22

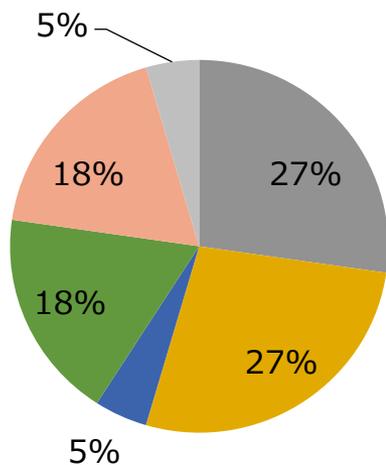
- ケアマネジャー 1
- 自治体 1
- 市保健師 2
- 市民 1
- 職能団体 8
- 診療所 1
- 病院 7
- 薬局 1

「ほしい相談」がいただけるようになるには、**連携拠点の役割・機能を関係者に理解してもらう**必要があります。

チームかまいしでは、一次～三次連携の場が理解を得る場の一つであり、また、研修会等の事業を協働で実施することが最適な周知の機会と実感しています。

③相談・問合せの内容（圏域内）

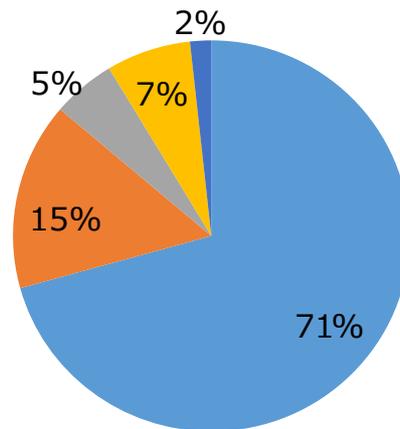
n=



- 主催事業の相談 6
- 職種間連携に関する相談 6
- チームかまいしに関する問合せ 1
- データ提供依頼 4
- 他部署との調整 4
- その他 1

④照会・問合せの方法

n=58



- 電話 41
- メール 9
- 電話及びメール 3
- 対面 4
- 文書 1

岩手県立釜石病院職場研修会 《チームかまいし多職種連携支援事業》 ～なるほど!そうか!地域連携～

日時：平成28年10月24日（金）18時～20時
参加者：49名（医師6、リハ2、看護師17、事務18、MSW2）

主催：県立釜石病院（研修委員会 & 地域医療情報ネットワーク委員会）

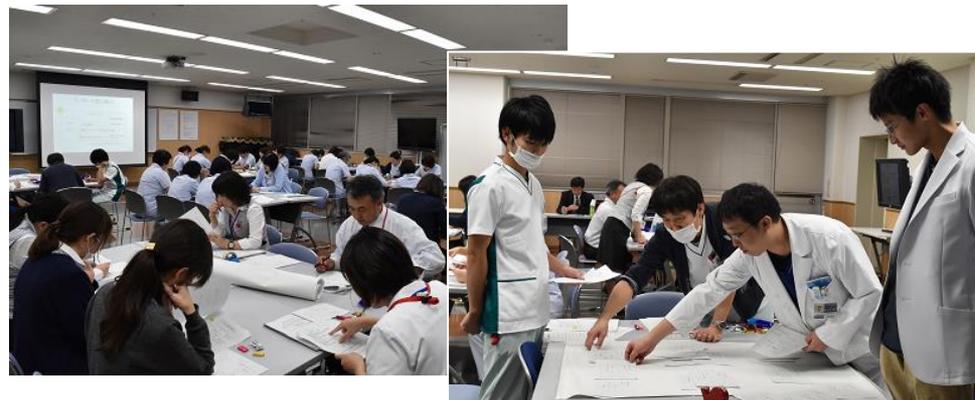
目的：地域連携の必要性と圏域の実情を理解する。
シームレスな医療・介護の提供のため県立釜石病院の
地域の中での役割を意識する。

- ①講演「地域包括ケア時代の連携」 講師：寺田尚弘
- ②グループワーク「健康を支える連携を考える」
ファシリテーター：小田島史恵

☆開催のきっかけは連携室からの相談・依頼
☆院内の医療介護連携に対する温度差解消の支援

《病院連携室との連携の歩み》

H25 9月	地域連携だより「Face to Face」 連携室について取材及び記事掲載
H26 8月	病院連携室との一次連携 課題①・・・ケアマネとの連携
H27 2月	⇒解決策①'二次連携「連携室 & ケアマネ意見 交換会」実施
H28 5月	第2回一次連携 課題②病院間連携室連携 相談③地域医療に関する院内教育
8月	⇒解決策②'入退院に関わる圏域6病院の職員 情報交換会開催
10月	⇒解決策③'職場研修会「なるほど!そうか!地域 連携」開催 相談④職員研修開催に協力してほしい・・・
H29 3月	⇒解決策④'職員対象「退院支援アクションミー ティング」及び多職種対象「地域包括ケア研修会」 開催 講師：宇都宮宏子氏
6月	相談⑤要介護認定の申請時期等について
8月 & 3月	⇒解決策⑤'介護認定係との二次連携 「情報交換会」



◆ 設立目的 ◆◆

- ① **理解を広げる場** 圏域の連携強化を目的に、連携実務担当者の意見交換と情報共有を行う
- ② **課題抽出及び解決の場** 多職種全体で解決すべき課題を抽出し、解決に向けた方向性を見出す
- ③ **情報連携を促進する場** 住民が質の高いケアをシームレスに受けられるために、ICTなどを用いた情報共有システムと連携する
- ④ **住民への発信の場** 講演会や勉強会などを通して住民への普及啓発活動を進める



研修会③



結成総会懇親会



～ 結成までの経緯とその後の取組み～

H29 12/8	チームかまいしに病院事務局次長より、会結成に関する電話相談あり
12/13	病院連携室とチームかまいしの懇談会開催 ・設立企画(案)・会則(案)について ・世話人の構成について ・医師会との連携について ほか
H30 1～3月	第1～3回世話人会開催 結成総会
6月	研修会①シンポジウム「地域連携の実際」
11月	研修会②講義・実技「食事時の姿勢とポジショニングについて」
2月	研修会③OKスクラムねっとWG報告会 ・食形態WG「食形態OKスケールについて」 ・情報共有作成シート作成WG「入院時・退院時情報提供書について」

◆ 世話人会 ◆◆

◆ 代表世話人・・・医師会理事

(チームかまいしアドバイザー)

◆ 世話人・・・各職能団体、保健所、チームかまいし ほか

◆ 事務局・・・県立釜石病院地域医療福祉連携室

※ 運営は、世話人と事務局で構成する世話人会が行う。

※ 原則、年6回世話人会を開催する。

在宅医療連携拠点チームかまいし×釜石薬剤師会の打合せ会 〈一次連携〉

平成24年度	9/3、12/、1/16
平成25年度	7/30、1/15
平成26年度	7/25、1/29
平成27年度	8/31、9/16
平成28年度	4/21
平成29年度	4/13、4/20（第1回病院薬剤師）
平成30年度	4/5
令和2～4年度	R2…8/4 R3…5/6 ※コロナ禍
令和5年度	6/27、9/13、10/6



A ケアマネジャーの
顔が分からない

B どこに相談
すればよいの？

C ケアカンファレンス
に呼ばれない

D 訪問のきっかけが
つかめない



平成24年度
抽出課題

E 病院薬剤師と
薬局薬剤師の連携

F 「訪問指示」の
処方箋が来ない

G 薬剤師の職能が
認知されていない

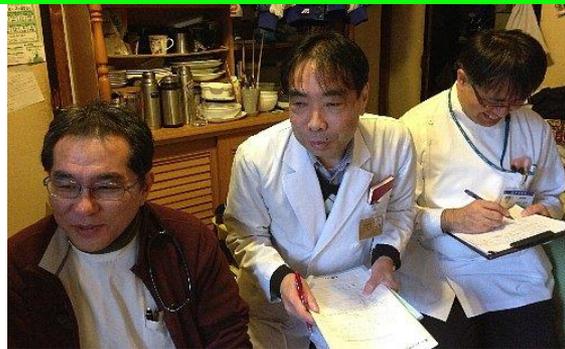
チームかまいしと釜石薬剤師会との連携による事業

年度	H24課題	～課題解決策～	二次連携・・・◆、ほか協働事業…◇
H24		◇薬剤師居宅療養管理指導見学研修 実施 (対象：チームかまいし)	
H25	C D F G G E △ C D F G △ A B C D G	◆医科薬科在宅医療同行訪問研修実施 計3回 ◇釜石薬剤師会主催(多職種対象)研修協力 ◇三師会学術講演会協力 ◆ケアマネ薬科合同研修会実施	
H26	C D F G G △	◆医科薬科在宅医療同行訪問研修実施 計4回 ◆国立長寿主催「在宅医療先進地域情報フェスタ」シンポジスト (薬・リハ・かま)	
H27	△ C D E F G	◇日本在宅薬学会 ポスター発表 ◆医科薬科在宅医療同行訪問研修実施 計4回	
H28	G G △ B D G	◆薬リハ合同研修会実施 ◆滋賀県高島市主催研修対応 (薬・リハ・かま) ◆患者のための薬局ビジョン推進事業検討会実施協力 計4回	
H29	B D G	◆多職種研修会「地域包括ケアにおける薬剤師の役割」実施	
H30	E B D E G E G △	◆薬薬意見交換会実施 ◆患者のための薬局ビジョン推進事業検討会・報告会実施協力 計6回 ◇厚労省主催「在宅医療・介護連携推進事業意見交換会」事例紹介	
R01	△ E G	◇日本老年薬学会学術大会 ポスター発表 ◆多職種対象「薬薬連携の現状」実施	
R03	G △	◇「楽しく学ぼう!薬剤師さんのお薬教室」市の生涯学習まちづくり出前講座メニューに掲載	



医薬在宅医療
同行訪問研修

【2次連携】医科薬科在宅医療同行訪問研修



日時 平成25年度、26年度、27年度
目的 医科薬科相互理解
在宅医療の連携手法を探る
方法 同行訪問



釜石薬剤師会提供

多職種コミュニケーション研修会



講師：井手口直子氏

開催日時

平成27年3月5日(木)

内容

「在宅患者さんを通しての多職種コミュニケーション」
～服薬支援を通しての多職種コミュニケーション～

主催

釜石薬剤師会

共催

釜石市(在宅医療連携拠点チームかまいし)

釜石薬剤師会提供

厚生労働省「患者のための薬局ビジョン推進事業」《H28年度》

岩手県薬剤師会主催

「多職種連携による在宅医療における薬学的管理推進モデル事業」

- ◆ 市町村の地域包括支援センター等と連携を図りながら、薬剤管理に問題があると思われる患者に対し、**薬剤師と保健師等が同行訪問**を行うことにより、在宅患者への薬学的管理・服薬指導を実施し、在宅患者の薬に対する理解を深めるとともに、薬物療法の有効性及び安全性の向上を図ることを目的とする。

【事業の流れ】

- ① 包括支援センターにおいて「薬に問題がある」と思われる患者を選定する。
- ② 包括支援センターは、薬剤師の同行訪問に関する説明を行い、訪問許可を得る。
- ③ 包括支援センター職員は、患者に希望する薬局を選んでもらう。
- ④ 包括支援センターは、患者が希望する薬局の訪問日の日程調整を行う。
- ⑤ 包括支援センターと薬局薬剤師が患者宅を訪問する。
- ⑥ 第二回検討会（各患者の解決に向けてのアクションプランの作成）
- ⑦ 包括支援センターと薬局薬剤師が患者宅を訪問する。

「チームかまいし」薬科連携から生まれた事業



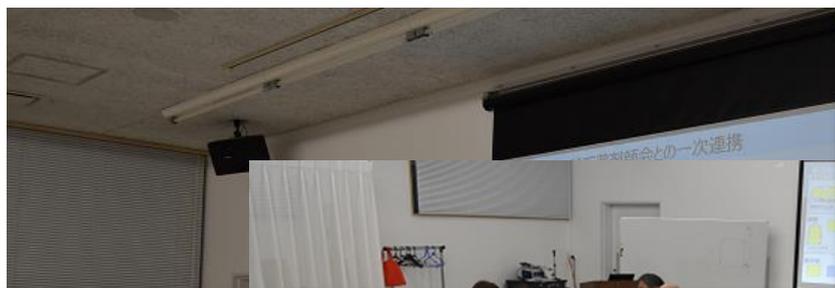
保健師×薬科同行訪問の様子



釜石薬剤師会提供

H30.5.23

患者が抱える薬剤に関する課題解決に向けて薬×薬連携でできること



「チームかまいし」との連携から得られた 釜石薬剤師会の変化

- ❑ ケアマネが来局して、薬で困っている患者の情報を持ってくるようになった。
- ❑ ケアマネと薬剤師が、ケアカフェ（真面目な雑談の場）を定期的を開催するようになった。
- ❑ 有志の若手の薬剤師の勉強会が活発に行われるようになった。
- ❑ 居宅療養薬剤管理指導の件数が増加した。
- ❑ 薬局薬剤師が、医療と介護の橋渡し役として認知されるようになった。（医師への情報提供が当たり前のように実施されている）
- ❑ 薬局薬剤師が、患者の生活に近い医療従事者として職能を発揮することが期待されている。
- ❑ 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携が期待されている。
- ❑ ポリファーマシー問題を解決するには薬剤師の役割が重要と期待されている。



令和5年度 釜石薬剤師会×市保健師 「脳卒中発症リスク軽減普及啓発キャンペーン」



家庭血圧目標値

135 / 85 mmHg

普段のご自身の血圧はどのくらいですか？
血圧のおくすりを飲んでいる方も、
飲んでいない方も、
家で血圧を測定してみましょう！

令和5年度
脳卒中撲滅プロジェクト
釜石市 × 釜石薬剤師会

※75歳未満の成人等の目標値
高血圧治療ガイドライン2019より

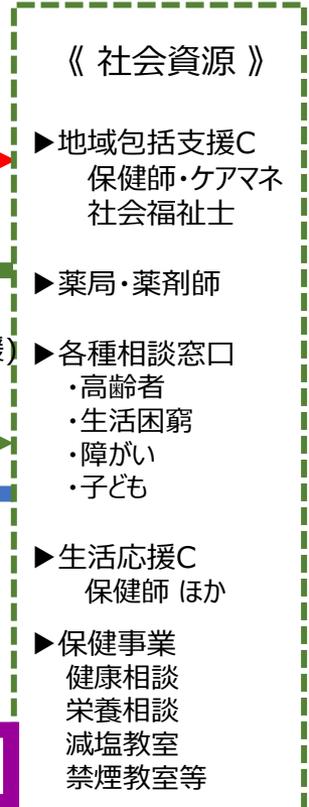
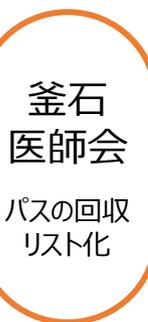


令和5年度釜石市包括的支援の仕組みづくり事業 ～ 3つの社会的処方連携パスの運用～

① “健診”を起点とした社会的処方連携パス（継続）

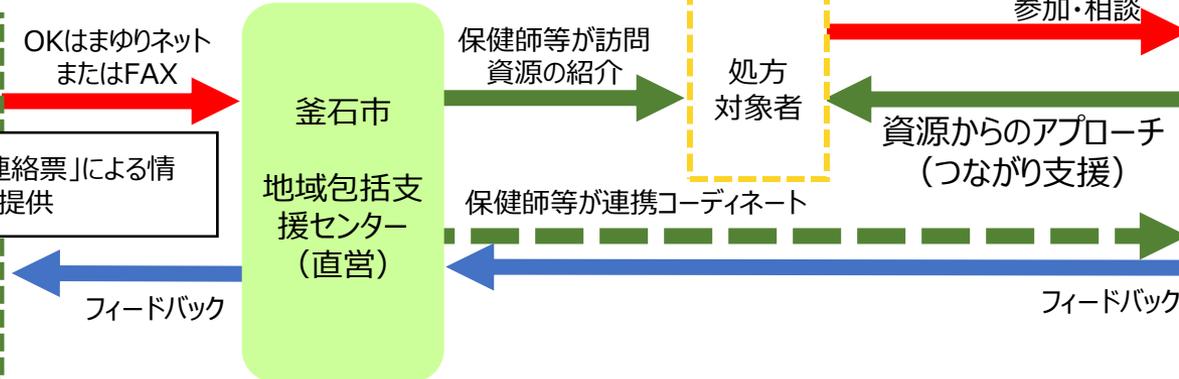
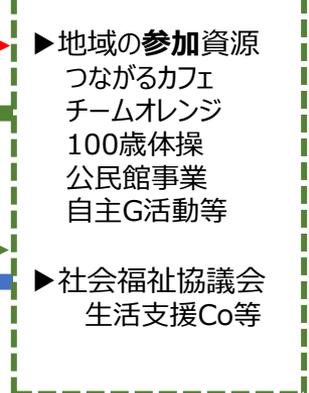
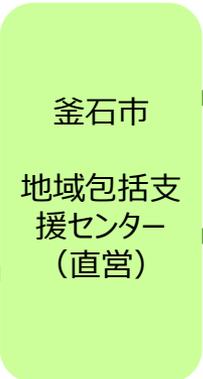
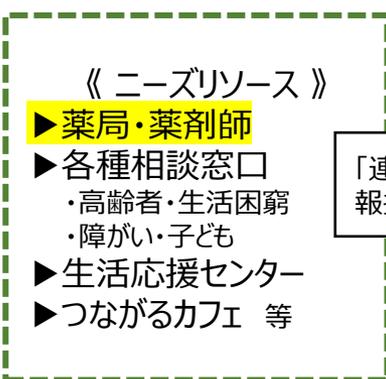


② “受診”を起点とした社会的処方連携パス（新）



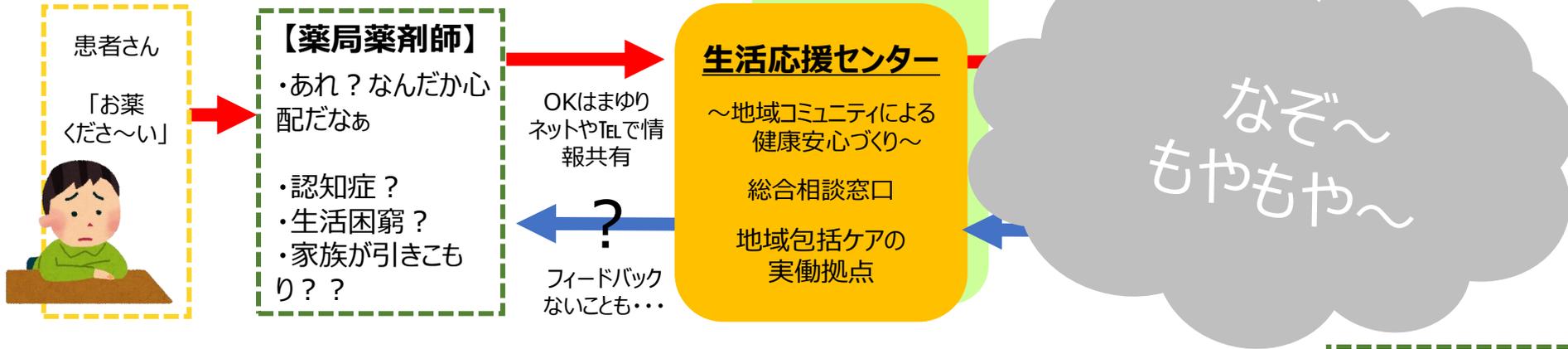
③ “多機関・多職種”を起点とした社会的処方連携パス（案）

➡ ③ 釜石薬剤師会との連携によるモデル事業実施へ

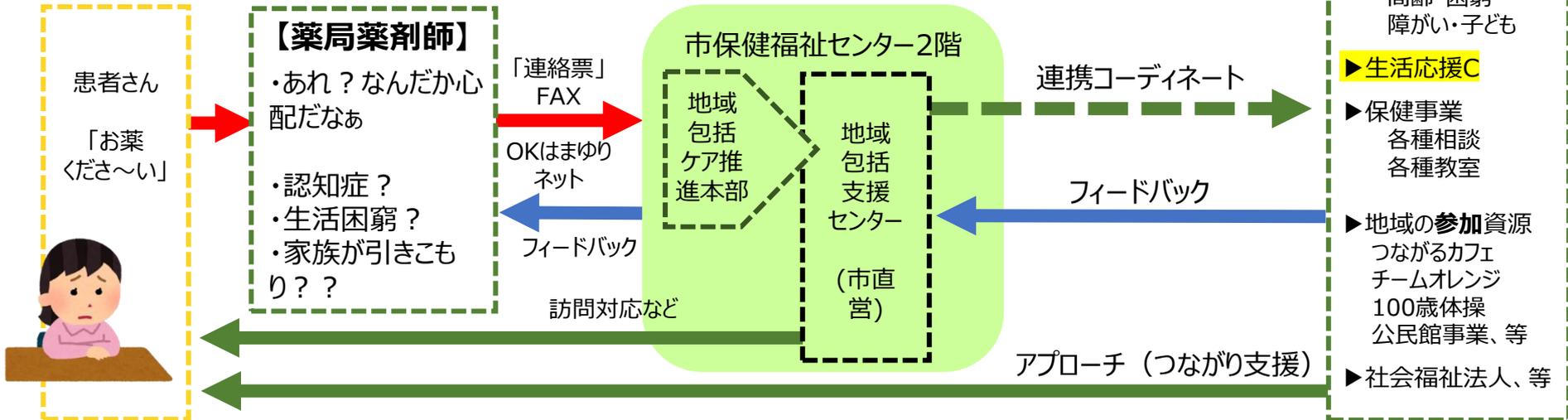


令和5年度釜石市包括的支援の仕組みづくり事業 ～③薬局を起点とした社会的処方連携パス～

釜石市 薬局×行政連携 ～つながり支援の現状～



R5モデル「薬局を起点とした社会的処方連携パス」試行期間10/13～2月末



H24年度～チームかまいし「歯科との連携の歩み」

年度	分類	内 容 ほか
H24年度	一次連携	8/21、9/20、11/22、3/28 計4回 【課題抽出・解決策①検討】
H25年度	二次連携	4/24チームかまいし医科歯科連携推進セミナー 【解決策①実施】
	一次連携	7/31、11/14、1/16、2/20 計4回 【課題抽出・解決策②検討】
	二次連携	医科歯科同行訪問研修 5/21、8/29、9/26 【解決策②実施】
	三次連携	三師会学術講演会（多職種対象） 【コンセンサス形成・共有】 「釜石・大槌地区の医歯薬連携～チームかまいしの活動を通しての連携～」
H26	一次連携	9/30
	二次連携	医科歯科同行訪問研修 9/25、11/11
	釜石歯科 医師会	多職種連携フロー、 <u>往診依頼書、スクリーニングシート作成</u> 、地域連携だよりで周知、市HPで公開
H27	一次連携	9/3
	二次連携	医科歯科同行訪問研修 2/3、12/10、12/17
H29	一次連携	2/15
H30	一次連携	10/22、1/15、3/28 ※通算14回
	二次連携	1/14研修会「地域包括ケア時代の歯科の役割」 歯科×薬・介

※各年度ごとに在宅医療連携拠点事業推進協議会で取組み報告を実施（三次連携）

一次連携打ち合わせ会 & 二次連携の成果物 在宅療養患者の歯科紹介システムと歯科往診依頼書

訪問歯科診療に関する歯科—多職種連携フロー

いつ

- 医療・介護従事者等が患者・利用者宅を訪問したとき
- 施設入所者・利用者の健康状態を確認したとき

どんなとき

- ◆ 患者・利用者が歯科治療を希望している
- ◆ 歯科治療を要する状態と思われる(医療・介護従事者等の判断)



連携の土壌づくりとタネまきの
結果



釜石歯科医師会が主体的
な取り組みを開始

- ① 歯科医師会多職種委員会の設置
(連携担当者の配置)
- ② 多職種連携フローの作成
- ③ 歯科往診依頼書の作成
- ④ 歯科治療依頼スクリーニングシートの作成

※③④は釜石市HPから
ダウンロードできます。

[https://www.city.kamaishi.iwate.jp/
docs/2019101700212/](https://www.city.kamaishi.iwate.jp/docs/2019101700212/)

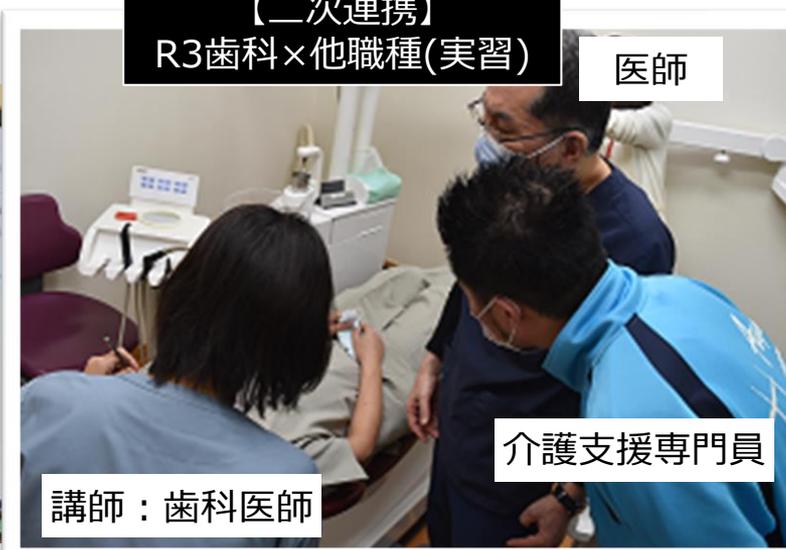
R3年度チームかまいし「歯科との連携の歩み-その1-」

実施日	分類	形式	内容
8.2	相談対応	TEL	釜石歯科医師会（泰嗣先生）より歯科医師会主催研修会の開催に係る相談
8.24	一次連携	オンライン	地域包括ケアの充実に資する研修会開催に向けた情報交換、意見交換、H30開催研修会で抽出した課題の振り返り
10.1	二次連携 (歯科×医科)	オンライン	歯科の論文抄読会、研修会打ち合わせ
11.5	一次連携	オンライン	多職種対象研修会及び12月の実習打ち合わせ
12.1	二次連携 (歯科×医・介)	リアル参集	実習「他職種を対象とした歯科口腔内診査のポイント講座」 ～歯科の診察を医科と介護支援専門員が学ぶ～

【一次連携・オンライン】
R3歯科×チームかまいし



【二次連携】
R3歯科×他職種(実習)



医師

介護支援専門員

講師：歯科医師

【実習メニュー】

- ◆講義（座学）
 - ・口腔内の専門用語について
 - ・使用する器具その名称について
 - ・主な歯科疾患と判断基準、診査するポイントについて
- ◆実習
 - ・歯科医師による実技指導
 - ・医師と介護支援専門員の視点による問題提起
 - ・医科診療室を想定した実技
- ◆反省会

R3年度チームかまいし「歯科との連携の歩み－その2－」

実施日	分類	形式	内容
1.12	二次連携 (歯科×医・介)	リアル参集	研修会打ち合わせ
1.26	三次連携 研修会	ハイブリット 多職種対象	認知症患者等のための「歯科×他職種」連携推進研修会 ～“クチ”からつながる多職種連携～
未定	一次連携 (または二次連携)	未定	反省会、研修会のアンケート結果から見える課題の共有ほか

【実施内容】

地域包括ケアシステムの充実に向け、歯科と他職種(医・介)の視点による連携の課題等を共有することで、認知症患者等を媒介とした歯科×他職種連携推進に係る課題と解決策について考察し、相互理解推進の機会とする。

1. 講演 「歯を失うことがもたらす変化
～認知症の発生メカニズムを考察する～」
山崎歯科クリニック 山崎薫子氏

2. パネルディスカッション「歯科が進める多職種連携」

【歯科の視点】 やえがし歯科医院 八重樫祐成氏

◆ 釜石歯科医師会と他職種連携の歩み

【医科の視点】 釜石医師会 寺田尚弘氏

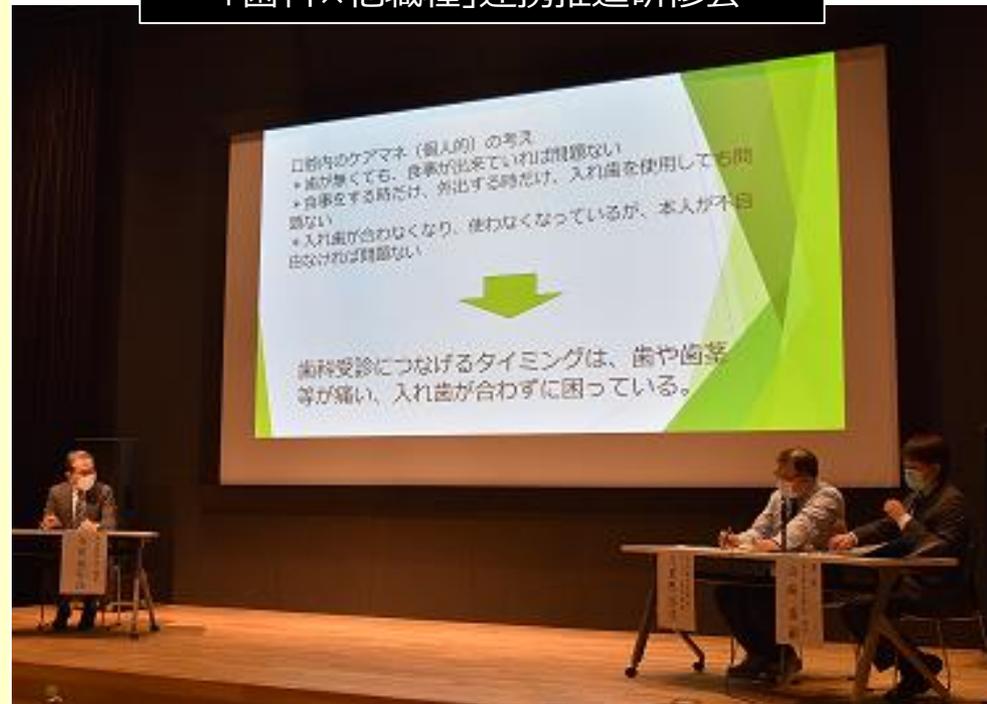
◆ 多職種連携の視点から見たオーラルフレイルへの対応

【介護支援専門員の視点】

あゆみ居宅介護支援事業所 留畑丈治氏

◆ 口腔内の認識の変化と今後の対応

【三次連携】R3多職種対象 「歯科×他職種」連携推進研修会



最も効果が大きく表れた二次連携～ケアマネ薬科合同研修会～

H26.3.10

【薬剤師との一次連携で抽出された課題】

ケアマネジャーの顔を知らない。サービス担当者会議に呼ばれない。
薬剤師の職能が理解されていない。連携に関する温度差がある。等

【解決策】ケアマネジャーと薬剤師がお互いの業務や可能性について理解する場を設ける。⇒研修会の実施



◆◆4部構成の研修実施内容◆◆◆

①職種別GW	【自分の職種を再確認!】同じ職種同士で、自分たちの業務の可能性や他職種へのアピールポイントについて意見交換する。
②混合GW	【お互いを理解しよう!】上記を参考に、グループごとに職種アピールタイム
③講演	「介護支援専門員・薬科間の課題と展望」講師:チームかまいしアドバイザー 寺田尚弘氏
④混合GW	【多職種連携・この地域の包括ケアのために】 KJ法により、課題と解決策のアイデアについて意見交換する。

薬剤師課題：アピール不足痛感。顔が見えない関係になっている。ケアマネ業務わからない。相談できない。
ケアマネ課題：経験年数が長いと「知らない」と言えない。薬剤師の仕事知らない。相談できない。
共通アイデア：今回のような場を持つ。懇親会、飲み会を開催する。

【成果】ケアマネジャーと薬剤師の連携始動!!

飲み会のグループ誕生 ⇒ケアカフェ開催 ⇒課題解決ための学習グループ誕生

- ◆ケアマネジャーと薬剤師との在宅患者への同行訪問
- ◆ケアマネジャーは薬のことは薬局で質問するように…
- ◆薬剤師がサービス担当者会議に呼ばれるように…
- ◆介護施設職員対象とした薬剤師の職能紹介

ケアマネ薬科合同研修会実施の波及効果 地域資源創出

二次連携から発展した
連携の形
介護福祉連携グループ
「かだれ」の誕生!!

やっていることは飲み会ですが、
ばっちり顔の見える関係が構築
まちの活性化に寄与している
という自負あり。

釜石地域の人材不足解消の
きっかけになればいいなあ・・・

by主宰者



H27「ケアカフェかまいし」

「ケアカフェ」は、
多職種顔の見える関係づくり
や日頃のケア相談場所として
提案されています。

主宰者は「かだれ」と同じ
薬剤師と介護支援専門員

アルコールを飲めない人でも参
加できるものはないかと考えて
行きついたのがケアカフェ



H28「かまいしユニゾン」

ケアカフェから出た多数の意見
『多職種が集い、専門職の能
力アップにつながる研修会』
を実現する自主活動グループ

主宰者は、管理栄養士、
薬剤師、介護支援専門員



「ささえる事例検討会」の様子

◆主な機能

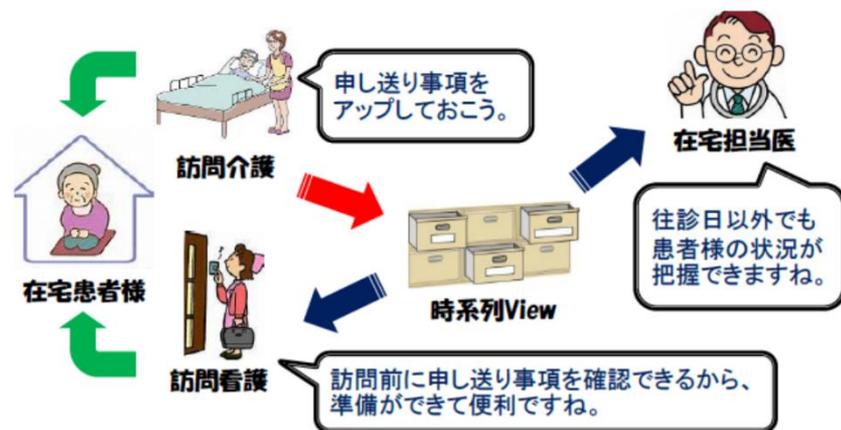
県立釜石病院を中心とした患者の医療・介護情報を医療機関や施設間で共有

☆ 県立釜石病院（基幹病院）への診療・各種検査・栄養指導の予約

☆ " の検査画像・結果、診療記録、処方履歴、注射履歴、介護用文書等の共有
※職種別に制限有

◆加入施設 (R5.9月末現在)

	加入施設数	加入率
病院診療所 (6+18)	(6+12)	75.0%
歯科診療所 (17)	10	58.8%
調剤薬局 (21)	17	81.0%
介護事業所等 (55+1)	29	51.8%
行政・医師会 (4)	4	100.0%
計 (122)	76	63.9%



◆利用者数 (R5.9月末現在) 7,073人 ※キーコード発行件数

◆運営主体 ※法人設立以前は行政が事務局の任意団体として運営。現在はオブザーバー

NPO法人釜石・大槌地域医療連携推進協議会

設立：平成28年4月28日 会長：小泉嘉明(医師会長) 事務局：釜石医師会

会員：16名 (釜石医師会7、釜石歯科医師会3、釜石薬剤師会3、
釜石広域介護支援専門員連絡協議会2、釜石リハビリテーション療法士会1)

事務局運営会議構成員

医師会、保健所、釜石市、
大槌町、基幹病院

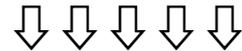
課題解決のための薬剤師会と行政の協働による講座メニュー

【薬剤師会の課題】

薬剤師の職能が理解されていない。薬剤師会の出前講座が活用されない。

【行政の課題】

地域包括ケアシステムの「支え手側」の取組みや
多職種連携の取組みの重要性が「支えられる側」に伝わりにくい。



【解決策】◆◆行政と薬剤師会の協働による講座メニューを作成◆◆

「楽しく学ぼう!薬剤師さんのお薬教室」

- ・地域包括ケアシステムと在宅医療連携拠点チームかまいしについて
- ・薬剤師の活用法～かかりつけ薬剤師を持ちましょう～
※薬剤師会の立場からチームかまいしとの連携効果についても紹介

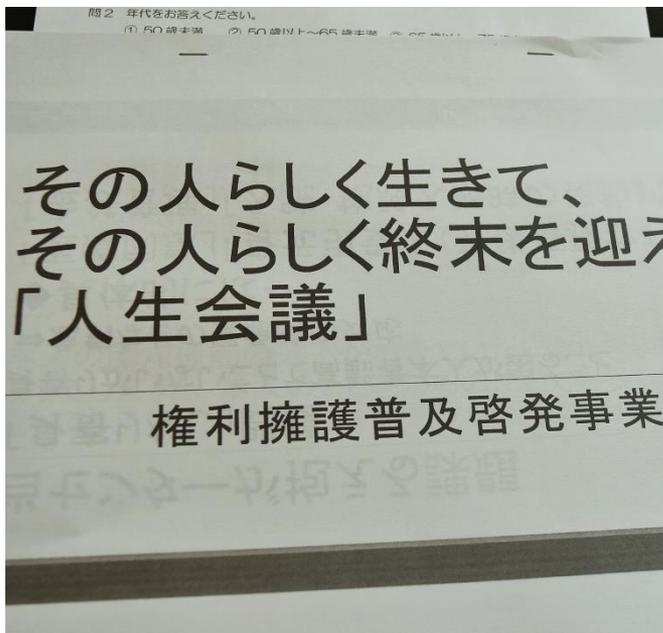
【講座実施に係る役割分担】

住民	学びの場の設定、参加者への周知 会場設営、当日運営
薬剤師会	講師選出の調整、講師謝金 配付資料の提供、 行政との事前打ち合わせ
行政	住民への働きかけを含む周知、実施 に向けた各種調整、当日運営補佐、 前座の講師、アンケートとりまとめ

多職種連携？
自分たちが楽しいから
やってるだけでは？

一般住民に
メリットはあるの？





住民向け普及啓発の様子

主催：地域包括支援センター

県立釜石病院×地域包括支援センター
(チームかまいし二次連携)

地域連携だより「Face to Face」の発行

- 相互理解を目的とした医療や介護の専門職向け情報誌
- コンセプトは、情報誌版「顔の見える会議」
- 紙ベースで圏域の関係機関に送付のほか、釜石市HPに掲載

<https://www.city.kamaishi.iwate.jp/docs/2019121900159/>



《主な掲載内容》

チームかまいし主催・共催事業、新規オープン施設等・職員紹介、
職能団体主催研修の周知、地域包括ケアの充実に向けた地域の活動紹介、等



「取材」～拠点が資源を把握するためのツールとして有効～

『支えられる側(一般住民)』には見えにくい『支え手』の取組の見える化にも活用



チームかまいしの地域包括ケア連携推進のまとめ

- 釜石市では、釜石医師会との連携によって患者や利用者の生活の質の向上のため **地域包括ケアシステム充実に向けた取組**を推進しています。
- チームかまいしでは、地域包括ケアの担い手となる各職種や組織ごとに、
 - ▶ ヒアリング（職種の事情や職種にまつわる包括ケア連携の課題）
 - ▶ 顔の見える関係づくり（連携のフレームづくり）
 - ▶ 連携の課題の共有と解決策の検討
 - ▶ 解決策の実施の支援等を行ってきた結果、連携当事者(ケアの担い手)の**主体的な取組**が推進されています。
- チームかまいしでは、各主体の取組を地域の関係者や一般住民に共有する場を設けるなど**取組の見える化**を行い、相互理解推進に努めています。（三次連携、連携だより、Facebook、出前講座）



チームかまいし
Facebook

地域とともに進める 小松市の在宅医療・介護

小松市長寿介護課

主幹（保健師） 角地 孝洋

はじめに

- 小松市は、石川県西南部に広がる豊かな加賀平野の中央に位置し、東には霊峰白山がそびえ、その裾野には緑の丘陵地、そして田園、平野が広がっています。それを縫うように梯川が流れ、安宅の海に注いでいます。
- 産業都市として発展し、南加賀の中核を担っています。
- 歌舞伎の舞台「安宅の関」があり、「こども歌舞伎」が盛んです。



小松市ゆるキャラカブッキー



地域の概要

人口：106,297人

高齢者人口：30,594人（高齢化率：28.8%）

※3

地域包括支援センター：委託型10カ所

要支援：1,112人、要介護：4,088人（認定率：17.0%）

医療資源

病院：10（在宅療養支援病院2）

診療所：72（在宅療養支援診療所9）

※2 訪問診療を行う病院：5（往診：2）

訪問診療を行う一般診療所：12（往診：13）

訪問看護ステーション：7

介護資源

居宅介護支援事業所：33

通所介護：22

訪問介護：11

※1

小規模多機能型居宅介護：7

看護小規模多機能型居宅介護：2

グループホーム：11

地域資源

※1 地域サロン（いきいきサロン）：189か所

健脚推進ボランティア：443人

※2 その他 自宅死：15.6% 施設死：9.0%

※1 令和5年10月31日時点

※2 在宅療養にかかる地域別データ集（R2・R3）

※3 令和5年10月31日時点小松市被保険者情報

在宅医療・介護連携推進事業実施への悩み

これまでの市の医療への関わり・・・

- 「医療」は県や保健所におまかせ
- 「医療」に深入りするべからず



地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が追加され、
全くわからない中でのスタート

しかし・・・

- 医療政策：二次医療圏を基本に県が実施
- 介護政策：日常生活圏域を中心に市町村が実施

基本的に市町村は
「医療分野」は苦手

そもそも、連携以前に、介護領域から見る「地域包括ケア」と医療領域から見る「地域包括医療・ケア」は同じ山を見ているはずなのに、見方が異なるため、課題に対する共通認識が得られていない。

生活支援・介護予防
権利擁護
住まい

介護



医療

地域医療構想
主治医・副主治医制
24時間往診体制

これまでの施策の活用

とはいえ、結局のところ

「地域包括ケアの推進」⇒「地域づくりの推進」



平成24年度から実施している「地域ケア会議」の枠組みが使えるのでは？



課題の出所が、介護・福祉関係者からの事が多く、
テーマが権利擁護や生活支援に偏りがちに…

小松市の在宅医療・介護連携推進事業	近隣自治体（医師会・医療法人に委託）
・ 生活（介護） から見た課題が多い	・ 医療 から見た課題が多い
・ 地域包括ケアの推進 = 地域づくり	・ 地域包括ケアの推進 = 在宅医療の推進 （起点は主に入退院）
・ 視点が在宅医療・介護「 連携 」推進	・ 視点が「 在宅医療 」推進 （県でしていた在宅医療推進事業の延長）
・ 在宅 = 住み慣れた自宅、生活の場	・ 在宅 = 病院以外、退院後の行き先
・ 在宅の専門職 = ケアマネ	・ 在宅の専門職 = 訪問看護
・ コーディネーター… 包括職員	・ コーディネーター… ベテラン看護師

この方向性で合ってる？ という不安

課題の把握

多職種協議

事業化

ここが弱いのが一番の課題

上手くいかない時は薪（情報）が足りていない。薪を集めるために地域に出向くことが大切。

様々な機会を活用して課題を把握（特に医療側から見た）

市民病院の各病棟に訪問し、看護師長から話を聞く
職能団体（リハ・看護・MSW）に連絡し、話を聞く
医師会長とランチオンミーティングを実施（不定期）
医療機関・職能団体が実施する研修に参加する
在宅医療に関する市民ワークショップを企画

課題の把握に加え、「顔の見える関係」が徐々に構築されていく。



➡ 意外にも行政側からの関りを持っていることも多い

課題の把握

課題の把握

多職種協議

事業化

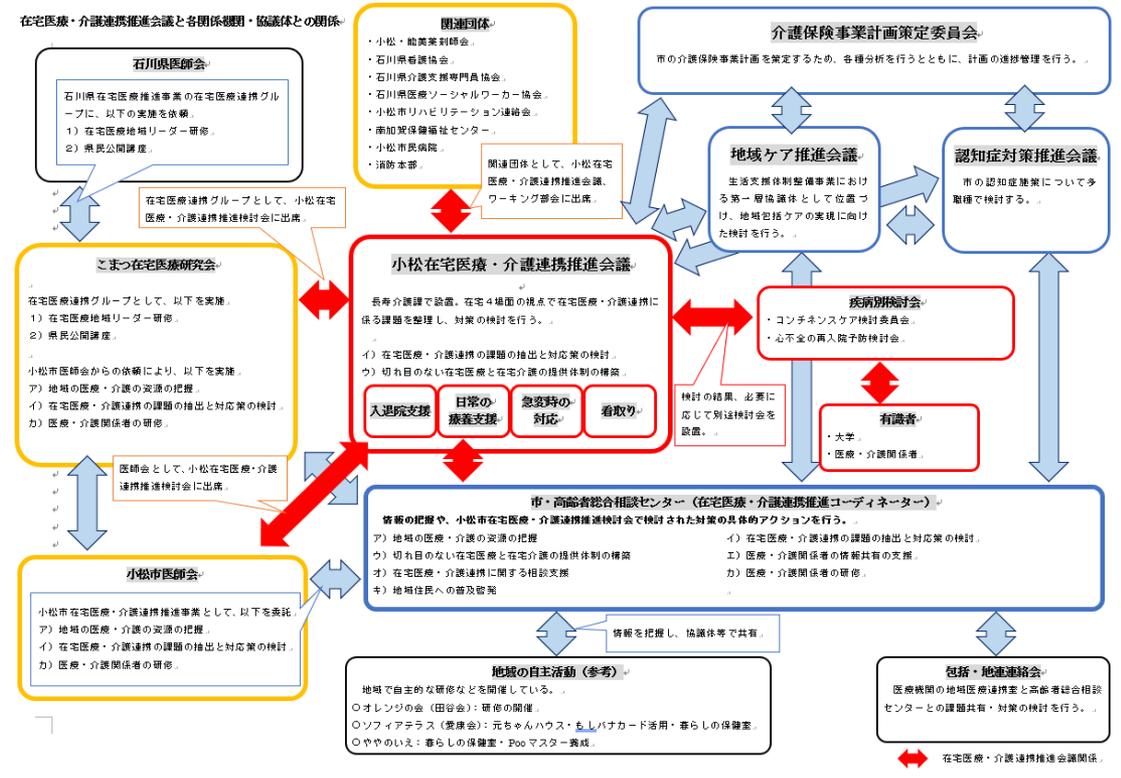
在宅医療・介護連携推進会議を設置

在宅4場面別に検討

現在の体制

- 「地域ケア推進会議」や「認知症対策推進会議」と情報共有しながら実施
- 県の在宅医療連携推進グループとも連携
- 必要に応じて「疾病別検討会」を設置

➡ 分からない事・苦手な事は分かる人に聞いて進める



課題の把握



多職種協議



事業化

在宅医療・介護連携推進事業以外の事業の活用や他部署との連携ができるのは直接実施の強み

在宅医療・介護連携推進会議からできた事業

- はつらつシニアかんじん帳の作成
- 入退院ガイドブックの作成
- がん末期の方の認定調査日確保
- フレイル予防機能強化型高齢者総合相談センターの設置
- メンタル支援機能強化型高齢者総合相談センターの設置
- 入退院後短期集中予防サービスの実施
- 病院⇔包括の連携様式作成
- 市民病院職員の包括体験
- コンチネンスケア先進都市推進事業の実施
- 心不全の再入院予防推進事業の実施
- 在宅医療連携推進マネジャーの設置（市民病院と長寿介護課の兼務職員）
- 医療機関専門職の地域サロンでの講座や地域連絡会への参加推進
- 医療・介護多職種研修
- 医療職への介護制度研修

・・・等

➔ 課題に対してできそうなものはとにかくやってみる

把握した意見・課題と市の取り組み



市民病院：心不全パンデミックの懸念がある

市：さすがに「心不全」は医療の問題では？



市民病院：退院後、外来受診に来ない人がおり、退院後の内服や水分・塩分制限が心配。結果として再入院してしまう人もいる

市：再入院を予防できれば、医療機関への負担も減る。介護でも何かできないか考える価値はあるのかも。



市の取り組み	「心不全の再入院予防検討会」を設置
内容	<ul style="list-style-type: none">・グループワークで課題の掘り下げ（急性期、回復期、在宅医師と、看護師、ケアマネ、包括、MSW）・ケアマネ向けアンケート実施・ケアマネ向け研修の開催・住民向け普及啓発の実施・県の心不全手帳の普及推進・退院後短期集中予防サービスの実施
状況	<ul style="list-style-type: none">・急性期医師が、地域に興味を持ってくれた。・急性期、回復期、在宅の医師が腹を割って話す機会が持てた。・心不全管理の記録帳が統一された。・ケアマネから医療機関への心不全の問い合わせが増えた。

把握した意見・課題と市の取り組み



市民病院：入院患者の排尿自立に取り組んでいる。
市内訪看：便秘の内服がうまくいって高齢者が沢山いる。出ればよいのではなく、気持ちよく出ることが大切ではないか。

市：排泄介護の負担軽減は在宅生活継続のために重要



市の取り組み

「コンチネンスケア検討委員会」を設置

内容

- ・グループワークで課題の掘り下げ
(急性期、回復期、在宅医師、看護師、ケアマネ、包括、MSW、大学)
- ・排泄の実態把握調査
- ・コンチネンスパートナー養成講座
- ・排泄の相談窓口設置

状況

R5.10月時点

- ・コンチネンスパートナーの養成：52名
- ・排泄相談：180件（排尿：96件、排便：113件）
- ・相談窓口：24カ所



把握した意見・課題と市の取り組み



医療機関：最近、要介護認定がされるのが遅い。認定されないと退院させられない。

包括：病院はとりあえず認定を勧めるが、退院後に訪問してもサービスを使わない人も多い。

包括：生活支援や通所利用だけなら、総合事業で対応できる。軽度者の申請で、重度者の認定も遅れることにつながっている。

医療機関：介護保険もそうだが、総合事業についてほとんど知らない。



市の取り組み

医療者向けの介護情報の啓発

内容

- ・医療者向け研修の開催
- ・医療者向け冊子の作成（入退院ガイドブック）
- ・インフォーマルサービスの紹介（福祉用具貸与の実費レンタル）

状況

- ・要介護認定ではなく、総合事業の利用が進み、要介護認定の負荷が減少。
- ・福祉用具が必要な方の認定については課題あり。

まとめ（工夫している点）

- 苦手意識はあってあたりまえで、相手側も同様。「人として出会い」「自分事として考え」「アクションを起こす」ことを意識。
- 直接と委託のどちらにせよ、「在宅医療・介護連携推進事業」だけの枠組みでは取り組みには限界がある。事業間連携、庁内連携は必須。
- 「在宅医療」そのものではなく、在宅医療のための「連携」を意識。在宅医療の推進はさすがに荷が重い。ただ、医療側から相談があれば、精一杯考える。

今後の課題

○在宅医療の体制構築に係る指針の改正により、「地域の実情に応じて在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることに。小松市では市が担うことに決定。

⇒「在宅医療と介護の連携」から「在宅医療に必要な連携」へ

⇒「障がい福祉領域」や「医療的ケア児」等、新たな苦手領域への対応が必要

課題の把握



多職種協議



事業化

とにかく薪拾いから。助けてくれる専門職もたくさんいるはず。



ご清聴ありがとうございました

