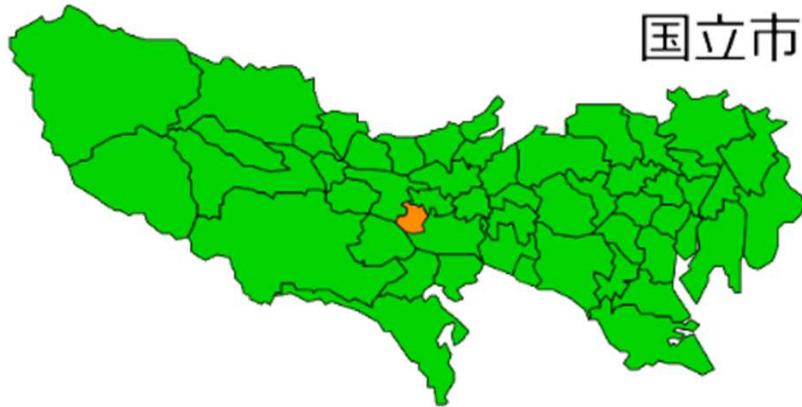


令和6年度介護予防活動普及展開事業

介護予防×医療の連携に向けた福祉側 からの発信の取組

東京都国立市
健康福祉部地域包括ケア推進担当課長
小山茂孝

東京都国立市（くにたち）



東京の中央部に位置している。地形上、北部の立川段丘から南に向かって青柳段丘、水田地帯の3つに分けられ、南は多摩川に接している。標高は、国立市役所の位置で74m。

面積 約8.15km²（全国で4番目に小さな市）

東西 2.3km

南北 3.7km

世帯数 39,828世帯（R7.1.1）

日常生活圏域 1ヶ所



JR中央線国立駅周辺は一橋大学を中心とした学園都市で、1952年東京で初めて「文教地区」の指定を受けている。

2000年6月「国立市平和都市宣言」

2005年4月「しょうがいしゃがあたりまえに暮らすまち宣言」

2019年4月「国立市人権を尊重し多様性を認め合う平和なまちづくり基本条例」

まちづくりの基本理念

「人間を大切にする」





国立市の人口と高齢者

国立市住民基本台帳2025年1月1日

単位 (人)	全 体	0~14歳	15~64歳	65歳以上			
					内 65~74歳	内 75~84歳	内 85歳以上
合 計	76,079	8,208	49,231	18,640	8,237	6,960	3,443
内 男	36,854	4,244	24,582	8,028	3,994	2,914	1,120
内 女	39,225	3,964	24,649	10,612	4,243	4,046	2,323

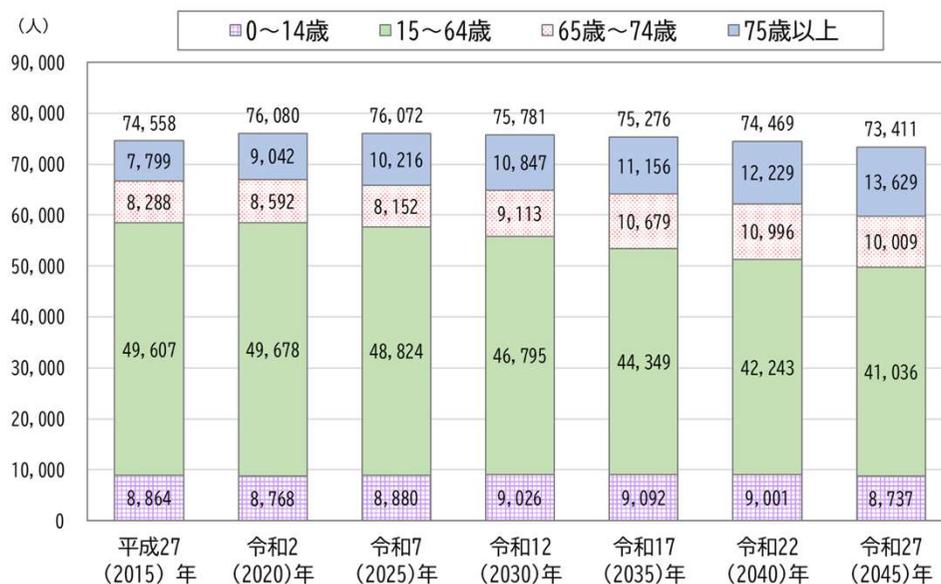
要支援・要介護認定者数

(施設入所者含む)

単位 (人)

要支援	要介護
1,332	2,799

図表 国立市の将来人口の推計 (住民基本台帳に基づく独自集計)

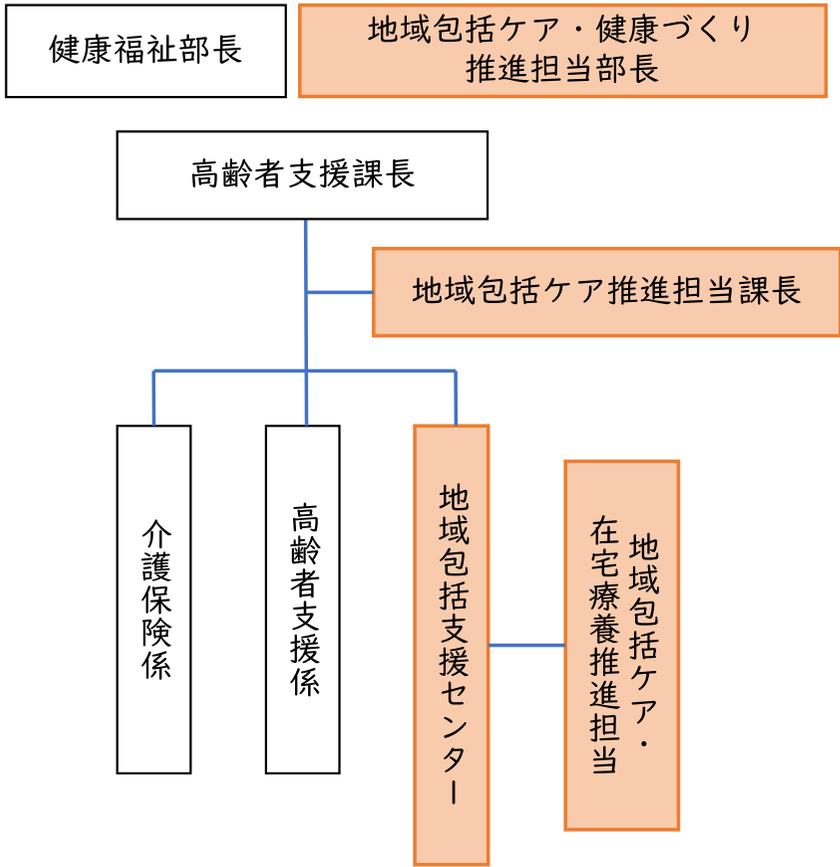


出典：国立市第5期基本構想第2次基本計画（令和2（2020）年5月）

認定者全体	4,131
内 40~64歳	93
65~74歳	408
75~84歳	1,396
85歳以上	2,237

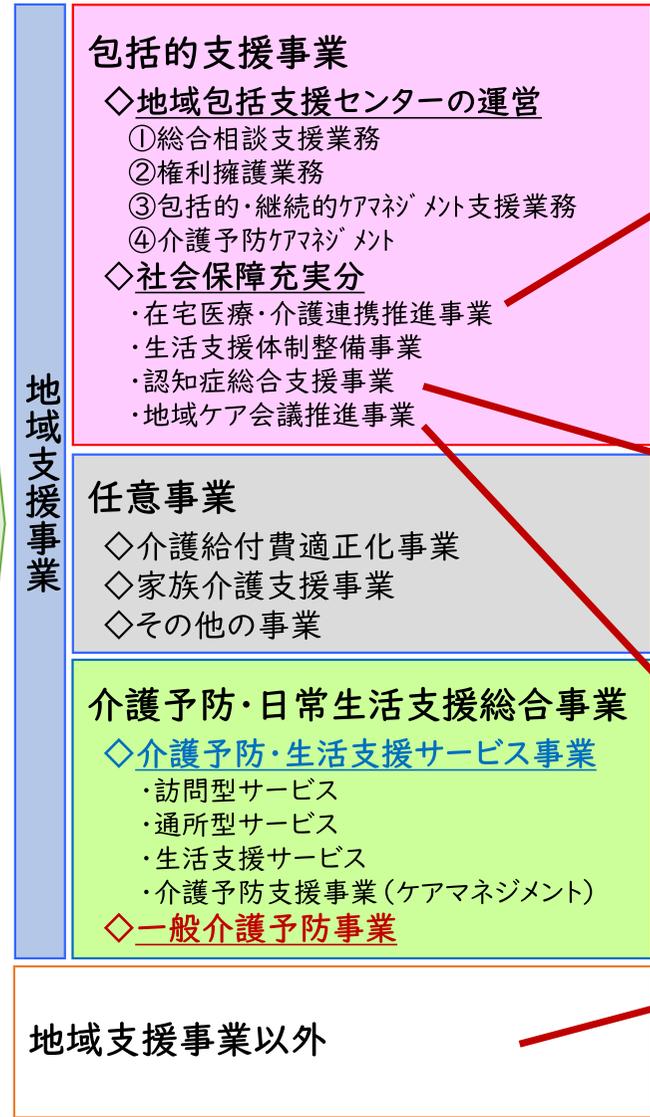
2024年9月30日
国立市健康福祉部高齢者支援課

組織体制・地域包括支援センター等について



地域包括支援センター等の設置状況

直営型地域包括支援センター	1か所
地域窓口（ブランチ）	3か所
在宅療養相談窓口	1か所



医療と連携する主な事業

- ・在宅療養推進連絡協議会
 - 多職種連携部会
 - 情報共有のあり方検討部会
 - ACP・看取り検討部会
 - 災害・感染症対策検討部会
- ・認知症関連施策
 - 国立市認知症の日
 - 認知症検診推進事業
 - 認知症高齢者生活見守り事業
- ・地域ケア会議
 - 地域ケア会議（全体）
 - 小地域ケア会議
 - 元気アップ会議
- ・認知症検診推進事業
- ・地域医療計画推進事業
- ・在宅療養専門指導医連絡会
- ・人工呼吸器個別支援計画

国立市の地域医療体制について



病院・一般診療所数、病床数		人口10万人対
病院	2か所	2.6
一般診療所	85か所	110.2
病院病床数	66床	85.6
一般診療所病床数	19床	24.6

(令和4年)

在宅医療機関数		65歳以上人口10万人対
在宅療養支援診療所	8か所	44.2
訪問看護ステーション	8か所	44.2

在宅医療にかかる地域別データ集(厚生労働省) 令和4年

認知症に関する医療機関	
地域連携型認知症疾患医療センター	1か所 (市内診療所)
認知症サポート医	12人

とうきょう認知症ナビ(東京都福祉局)

国立市地域医療計画中間評価より

歯科診療所、薬局数		人口10万人対
歯科診療所	71か所	95.1
薬局	47か所	63.0

在宅療養に係る機能を持つ歯科診療所・薬局数		
歯科診療所	在宅療養支援歯科診療所	6か所
	歯科訪問診療科届出済	44か所
薬局	かかりつけ薬剤師指導料 (注15に規定する基準) 等届出済	21か所
	在宅患者訪問薬剤管理指導料届出済	38か所

保険医療機関・保険薬局の指定等一覧(令和6年8月1日現在)(関東信越厚生局)

- ◆ 一般・療養病床数は、人口10万人あたり、全国997.0、東京都763.3と比べるとかなり下回っている。
- ◆ 在宅療養支援診療所数は、65歳以上人口当たり、東京都53.2より下回るが、全国42.2に比べ上回っている。
- ◆ 歯科診療所は、人口10万人あたり、全国55.0、東京都80.6と比較してもかなり多い水準となっている。
- ◆ 薬局は、人口10万人あたり、全国50.6、東京都53.2と比較するとやや上回る水準となっている。

国立市の介護予防事業

介護予防事業に限らず、地域活動支援や健康まちづくり戦略室と連携して介護予防を推進している



国立市の介護予防事業は、一般介護予防事業・短期集中サービスC介護予防リーフレットを作成し、周知啓発三師会を通じて、医療機関、歯科医院、薬局等に配布

65歳以上で生活機能の低下が心配される方を対象とした教室 (介護予防・生活支援サービス事業)

対象者：要支援1・2の認定を受けている方、下記のチェック項目で、基準の点数以上の方

いずれも地域包括支援センターに申し込みが必要です。

教室	内容	日	時間	回数	場所	
通所型の教室※送迎はありません	椅子に座って行う、自宅での健康づくりにも取り入れられる運動を中心に行う教室です。コース開始時と終了時に体力測定等を実施します。体の状態の把握と、トレーニングによる効果を確認できます。皆さんと活気あるトレーニングを行いたい方におすすです。	5	13:30~15:00	週1回、1回90分	全12回	⑥南区公会堂 ⑤矢川プラス ①北市民プラザ ⑩くにたち福祉会館 国立市役所 ⑤矢川プラス ②東福祉館
お口のフレイル予防教室	歯科衛生士が参加者のお口・歯の状態を確認し、健口体操・口腔ケアについての勉強会を行います。	10	13:30~15:00	週1回、1回90分	全4回	⑤矢川プラス ⑩くにたち福祉会館
集中!!Myリハビリ	個人の目標を設定し、作成したプランに基づいて個別リハビリを行います。リハビリは、理学療法士等の専門職がマシンを使ったトレーニング等を実施します。体力や筋力の低下があり、個別的にじっくりリハビリに取り組んでみたい方におすすです。	平日午後				⑨谷保デイサービスセンター
訪問型	自宅と一緒にトライ	日				

委託：フィットネス会社

委託：歯科医師会

委託：デイサービス

委託：東京都作業療法士会

65歳以上のすべての方を対象とした教室(一般介護予防事業)

内容	日程	場所	
フレイルチェック会 <きほん会場>	いつまでも心身ともに元気に過ごすために、現在のご自身の心身の状態を確認してみませんか？自分でフレイル予防に取り組める情報も得ることができます。 要申し込み	11/6(水) 13:30~ 12/12(木) 13:30~ 1/9(木) 13:30~ 1/20(月) 13:30~ 2/25(火) 13:30~ 3/5(水) 13:30~ 3/13(木) 10:30~ ※所要時間は90分程度です。	⑥南区公会堂 ⑤矢川プラス ①北市民プラザ ⑩くにたち福祉会館 国立市役所 ⑤矢川プラス ②東福祉館
フレイルチェック会 <エリア会場>	フレイルサポーターが開催しているチェック会です。アットホームな雰囲気でもチェックができます。 申し込み不要	⑥南区公会堂：毎月1日 13:00~15:00 ⑩ひらや照らす：毎月第4水曜日 13:30~15:30 ②西福祉館：12月、3月の第3木曜日 10:00~11:30	
フレイル予防深掘り講座 ~100歳まで 健康長寿~	フレイル予防についての講座です。楽しくフレイル予防について学び、情報交換をして生活に生かしましょう。 申し込み不要	1/30(木) 13:30~15:00 ⑤矢川プラス 2/19(水) 13:30~15:00 ⑩くにたち福祉会館	
ご近所さんでレッツゴー!	ストレッチ・筋力アップや筋トレなど、椅子に座って行う運動を中心に、元気になるプログラムを実施しています。 申し込み不要	※日程は変更になることがあります。市報、ホームページでご確認ください。	
ゆったりよろずサロン	スマホサロン スマホの使い方、ちょっと聞きたいことを出し合って、今よりちょっとスマホを活用してみよう。 申し込み不要	10/9、11/13、12/11、1/8、2/12、3/12 いずれも水曜日	
手話サロン	簡単な手話や、身振り手振りなど様々な方法でコミュニケーションを楽しみましょう。 要申し込み	11月・1月は くにたち・こくぶ駅前ブ	
絵本読み聞かせ講座			

委託：フィットネス会社

委託：聴覚障害者協会

委託：東京都健康長寿医療センター

【自主グループ活動】

一般介護予防事業、地域介護予防活動支援事業補助金として、介護予防に資する地域活動の団体に補助金を交付。活動支援として、「さあ行ってみよう！」の冊子を作成し配布している。

【いきいき100歳体操】

保健センターが、筋力アップで健康ライフとして、100歳体操のグループを支援。市内で多くのグループが活動を行っている。

【健康まちづくり】

広義の健康の概念であるウェルビーイングを据え、総合的なまちづくりを推進する「健康まちづくり基本方針」を作成

- ・くにたち健康ポイント
- ・学校給食試食付きフレイル予防教室「さあ、にぎやかにいただく」

国立市の地域包括ケア【在宅療養・認知症ケアについて】

重要課題
多職種連携の構築
認知症対策

国立市地域医療計画

国立市認知症の日

都から法人へ
直接補助

平成20年～

東京都モデル
事業

都補助
市から法人へ
委託

平成23年

国立市事業

認知症まちづくりプロジェ
クト「わがまち国立アク
ションミーティング」

国立市認知症の日

国から法人へ
直接補助

平成24年

国モデル事業
在宅医療連携
拠点事業
(復興枠)

認知症カフェ

都補助
市から法人へ
委託

平成25年～

国立市事業

認知症対応チーム

認知症医療支援診療所
地域連携モデル事業

認知症疾患医療センター

地域支援事業
市から法人へ
委託

平成28年～

国立市事業

認知症いいあるきネットinくにたち

認知症ケアパス

地域医療計画

市民勉強会

健康まちづく
り戦略室

地域支援事業
市から法人へ
委託

令和2年

国立市事業

認知症高齢者生活見守り事業

新型コロナウイルス感染症対策
自宅療養支援室（庁内）
医療対応チーム
在宅療養専門指導医

地域支援事業
協議会：市実施
部会：市から法
人へ委託

令和3年～

国立市事業

地域支援事業
市実施

令和6年～

国立市事業

多職種連携研修

1人暮らし認知症高齢者支援

情報交換ツールICT

在宅療養ハンドブック

国立市在宅療養推進連絡協議会

災害対策委員会 ⇒ 災害・感染症対策

在宅療養相談窓口

在宅療養推進連絡協議会について

在宅療養に関する支援体制整備や普及啓発を図ることを目的に実施

1. 在宅療養体制に関すること
2. 在宅医療に係る調整、相談および助言に関すること
3. かかりつけ医、診療所・病院間の連携に関すること
4. 地域医療関係者の人材育成に関すること

在宅療養推進連絡協議会委員（22名）

- ◆ 医師（医師会）
- ◆ 歯科医師（歯科医師会）
- ◆ 薬剤師（薬剤師会）
- ◆ 地域連携型認知症疾患医療センター医師
- ◆ 在宅支援診療所医師
- ◆ 近隣市病院・退院支援看護師（3病院）
- ◆ 市内クリニック看護師
- ◆ 訪問看護ステーション看護師
- ◆ 在宅療養相談窓口
- ◆ 居宅介護支援事業所ケアマネ
- ◆ 訪問介護事業所
- ◆ 地域包括支援センター
- ◆ 学識経験者
- ◆ 社会福祉協議会
- ◆ 民生・児童委員
- ◆ 市民（3人）
- ◆ 多摩立川保健所・保健師
- ◆ 地域包括ケア・健康づくり推進担当部長

事務局

健康福祉部高齢者支援課
地域包括ケア・在宅療養推進担当

部会（令和6年度）

多職種連携部会

かかりつけ医機能の充実のため、医療、看護、薬局、介護、市民の連携が重要であり具体的な取り組みについて

情報共有のあり方検討部会

医療情報、介護情報等の共有のありかた、ICTを活用した基本情報等の共有のありかた等について

ACP・看取り検討部会

誰もが望んだ場所で看取りができるようになるため、在宅、病院を含めて看取りについて

災害・感染症対策検討部会

個別BCPから地域BCPについての検討、感染症パンデミック時の事業者連携等について、福祉避難所、在宅避難の活用について

くにたち在宅療養ハンドブック

専門職・市民・行政が分担して寄稿し、「国立市在宅療養推進連絡協議会」が発行

在宅療養で必要となる情報や専門職について、かかりつけ医・在宅療養支援診療所・訪問薬局・訪問歯科・地域包括支援センター・在宅療養相談窓口などの相談先一覧等を記載。



協力：国立市医師会 / 国立市歯科医師会 / 国立市薬剤師会

問い合わせ：国立市健康福祉部高齢者支援課
〒196-8501 国立市富士見2-47-1
電話 042(576)2111

<https://www.city.kunitachi.tokyo.jp/kenko/koreisha/6/6578.html>

医療×市介護予防担当所管（高齢者支援課）の連携について①

国立市認知症の日

「10月の第3土曜日」を、国立市認知症の日として、認知症になっても安心して過ごせるまちづくりを目指し、平成24年度に制定されました。

在宅療養推進連絡協議会委員、市民、認知症伴奏者、在宅医療相談窓口、地域包括支援センターが中心に実行委員会形式で開催。



国立市地域医療計画

～生まれてから最期までその人らしい生き方や暮らしを支える～

たとえ医療・介護が必要となっても、安心して暮らし続けるまちの実現をめざして策定しました。計画は、①日常療養の場面における支援、②急変時における支援、③退院時における支援、④看取り期における支援、の4つのテーマに沿った事例による課題から目標を策定し、市が今後取り組む施策を示しています。

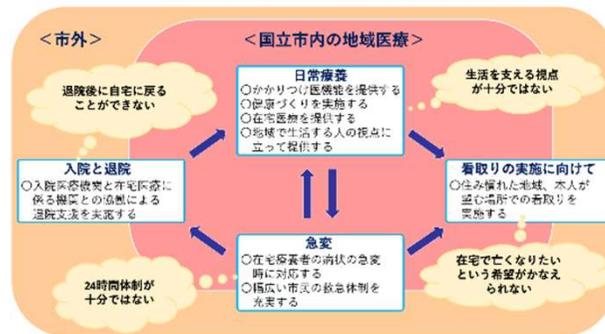
- 第1章 国立市がめざす地域医療の姿
 1. 計画策定の趣旨
 2. 基本理念
- 第2章 テーマ別にみた地域医療の展開方針
 1. 日常療養の場面における支援
 2. 急変時における支援
 3. 退院時における支援
 4. 看取り期における支援
- 第3章 国立市民の思いを中心とした地域医療の実現に向けて
 1. 地域医療におけるかかりつけ医機能及びチームの役割
 2. 国立市で暮らす市民の意識
 3. 地域医療計画を推進するうえでの国立市（行政）の役割



<https://www.city.kunitachi.tokyo.jp/kenko/shisaku/6580.html>



＜国立市民に対する地域医療提供体制（現状）＞



医療×市介護予防担当所管（高齢者支援課）の連携について②



12月20日号(第1346号)
 学び進め続けるまち ともに歩み続けるまち 誇り育み続けるまち 文京都市くにあち

市報 **くにあち**

042-576-2111(代)
 042-576-0264

医療や介護が必要になっても、住み慣れた自宅で生活するために

あなたの在宅療養を支える、**看護の力**

一日一日大切に過ごしています。(妻)

11年支えています。介護ヘルパー 秋山さん

本人だけでなく家族のケアもしています。(介護士)

訪問看護師さんと一緒に在宅療養しています。(医師さん夫妻)

「在宅療養」とは、住み慣れた自宅で、医師、看護師、リハビリテーションスタッフやホームヘルパーなどによる医療や介護のサポートを受けながら、暮らし続けることです。自宅で療養できるため、自分らしい生活を送るのなかで、支えを受けることができます。自宅療養は、医療や介護の受け手となりながら、自分らしい生活を送る一環として捉えられています。医師の指示による療養の計画、体調の把握、薬物ケアや療養のアドバイス等を本人やその家族に提供するだけでなく、かかりつけ医や地域の生活を支えるホームヘルパー等とも連携して、本人が望む自宅での暮らしを支えています。

■高齢者支援課地域包括支援センター(市役所内) ☎576-2123

2面では、在宅療養を支える近隣の医療機関の方からのメッセージや各相談先を記載しています。

訪問看護
 訪問看護 付くこステーション 所長 小倉 美津子さん

訪問看護では、自宅に伺って、体調管理や薬の管理などを行います。ご家族へのサポートもいたします。自宅での生活を安心して暮らすお手伝いをさせていただきます。

利用科
 利用科 課長 岡田 さん

文字書やパソコンを利用して、皆さんとつながります。テレビやタブレット、スマートフォンやタブレットや相模原市のスポーツ施設など、様々なサービスやイベントの案内もさせていただきます。

訪問看護師さん
 訪問看護師さんはい日本の暮らしを支えています。在宅療養のサポートや、ご家族のケアもいたします。在宅療養のサポートや、ご家族のケアもいたします。

多量歩行も基本的な感染防止対策は有効です

こまめな手洗い

こまめな手消毒

マスクの着用

1番の予防対策は?

市民に向けた周知啓発

- ◆ かかりつけ医について、在宅療養について、地域医療・介護を支える専門職についてなど、市民に在宅医療を身近に感じてもらうように、市報等を活用して情報提供
- ◆ 医師と一緒に市民勉強会を開催
- ◆ 在宅療養ハンドブックの作成
- ◆ 地域医療計画の策定

令和5年/2023年12月20日

市報 ☎042-576-2111(代) ☎042-576-0264

在宅療養を支える医療機関からのメッセージ

在宅療養の一環を担っている訪問看護は、実際にご自宅を訪問する看護師だけでなく、かかりつけ医や専門医、薬剤師、リハビリテーションスタッフなどさまざまな医療関係者と連携しています。

市内の診療所医師
 医師会 事務局 藤田 先生

外来だけでなく、訪問診療にも立ち会います。患者さんの体調不良や不安を解消できるよう、医療的な説明をわかりやすく丁寧に行います。暮らしのなかのちょっとした疑問や不安にも対応いたします。在宅療養中の患者さんは、医療や家族関係など、多くの課題を抱えています。多職種連携が重要であり、連携を取りながらサポートしています。

近隣の病院看護師
 国公立病院 共同看護科 看護師長 藤田 先生

入院前から退院後の生活とともに考え、院内の多職種と連携し、安心して治療を受け療養生活を送ることができるようお手伝いします。また、1日でも早く住み慣れた生活の場に戻ることができるよう、地域の方々とも連携します。

市内の訪問診療医
 医師会 事務局 藤田 先生

看護師さんは、ご本人の「暮らし」の維持が目的です。各家庭にあった方法とともに考え、ご本人が楽に過ごせるように行き届いたサポートをいたします。そしてプロの腕で変化を見つめ、医師に報告してまいります。在宅療養は、こうした看護師さんにも支えられています。

相談窓口	在宅療養相談窓口(市内全域を担当)	地域包括支援センター(市内全域を担当)	地域窓口3カ所
	在宅での医療に関する相談や認知症に関する相談窓口です。 ☎569-6213 (月～金曜日(祝日、年末年始は除く)の午前9時～午後5時)	介護・福祉・生活に関するさまざまな内容に対応しています。 ☎576-2123 (月～土曜日(午前8時30分～午後5時))	より住まいに近い地域における介護・福祉・生活に関する相談窓口です。 ▶北口 ☎573-4661 ▶福祉会館 ☎580-1294 ▶泉 ☎577-6888 (月～土曜日(午前8時30分～午後5時))

(共通)時間外・休日は☎576-2175

12月20日号(第1258号)
 学び進め続けるまち ともに歩み続けるまち 誇り育み続けるまち 文京都市くにあち

市報 **くにあち**

042-576-2111(代)
 042-576-0264

～住み慣れた地域で自分らしく、安心して最期まで過ごしていくために～

身近で **なんでも相談できる**

「かかりつけ医」を見つけませんか?

人生の満足度を向上させるために、高齢期以降は

「治す医療」から「暮らしを支える医療」へ

住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らすためには、「暮らしを支える医療」が必要です。そのためにも、身近にいて困った時にいつでも相談できる「かかりつけ医」のサポートが重要となります。

生活・生命・いきがいを支える

「治す医療」 → 「暮らしを支える医療」

青年期 → 高齢期

かかりつけ医とは

健康にすることをなんでも相談できる、身近で頼りになる医師のことです。必要になれば、常時診療を自ら行うか、依頼できる訪問診療医に頼んでくれます。また、専門医療機関への紹介も行います。市内の「かかりつけ医」を、「くにあち」在宅療養ハンドブックに掲載しています。

【在宅療養ハンドブックの配布場所】
 ■地域包括支援センター(市役所内)
 ■地域包括支援センター(地域窓口(北・福祉会館・泉))
 ■在宅療養相談窓口

■「かかりつけ医」を持っている市民の割合は? **63.2%**

■「かかりつけ医」に望む医療やサービス?
 1位 診察時、気軽に相談できる
 2位 総合的に診てくれる
 3位 病気の予防(健康管理)

暮らしを支えるかかりつけ医とは

国立在宅療養推進研究会 会長 新田 雄夫 先生

人生の最終段階を支えるための生活、生き方はそれぞれです。誰でも元気なままを望んでいるのは、日本の高齢者「命の尊厳」とも考え、病状にならないうちに、病状を受け、病状が治った元の生活に戻ることを目指します。私たちの使命は、多岐にわたるご要望に、子どもから大人までどのようになりたいかを伺っていただき、住み慣れたこの地域で暮らしたいという思いを叶えることです。

75歳以上の高齢者が多いですが、85歳以上になるまで健康で暮らすこと、日々の生活の満足度を向上させることが大事になってきます。治療を受ける「治す医療」から、自分らしい生活を支える「暮らしを支える医療」へと変わっていくのです。

かかりつけ医は看護師さんなど多くの人と協力してチームをつくり、一人ひとりが最期まで自分らしく暮らせるためのサポートをしています。

コロナ禍におけるかかりつけ医の役割

一専任医師会 会長 春日井 登悦 先生

市内のかかりつけ医を代表してお話しします。最近の新型コロナウイルス感染症の主な感染経路は、家庭内感染が多くなっています。市内の感染数は徐々に増えつつありますが、さまざまなことで取り囲まれている状態。手洗いやマスクを着用し、適切な距離を確保することを心がけていただければ、感染リスクを低減することが期待されています。

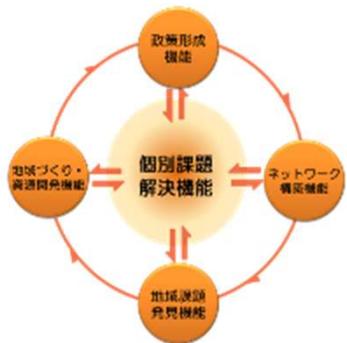
この感染にかかるとは、感染経路を断つことが必要です。かかりつけ医も感染予防の観点から、ご家族に各医療機関も連携している状況です。

これからの生活で大切なことは、まず、電話などで相談ください。日頃の生活や健康状態を把握しているかかりつけ医の専門知識に、連絡を入れることにより、より適切な対応をすることがあります。また、受診時はマスクをしていただくことをお願いいたします。

高齢者支援課地域包括支援センター(市役所内) ☎576-2123(直通)



多職種での連携（元気アップ会議）について【地域ケア会議】



地域で困っている人の問題を多職種で検討することにより、課題の解決につなげたり、解決できない課題を積み上げて、地域の課題を把握するとともに、政策等を含めた地域課題の解決を検討するための会議。
国立市では、3つの会議を位置づけて実施。地域住民も含めて検討することができている。

元気アップ会議（ケアマネジメント支援）

介護予防ケアマネジメント（要支援者・事業対象者）の計画が、本人が元気になれる計画となっているかどうかについて、計画作成者に事例を提出してもらい、専門職（多職種）で検討する個別会議。

小地域ケア会議（地域ごと）

地域で生活する高齢者等の生活のしにくさや困りごとについて、市民と専門職（多職種）が一緒になって、支援の方法や課題の解決に向けて検討する。検討を通じて、その本人の課題だけではなく、地域で問題となっていること、地域で解決できること、地域の課題について検討する。
◎支援者や地域の方が対応や解決に困っているケース、◎地域と一緒に本人を支援しているケース、◎認知症高齢者生活見守り事業を利用する場合など

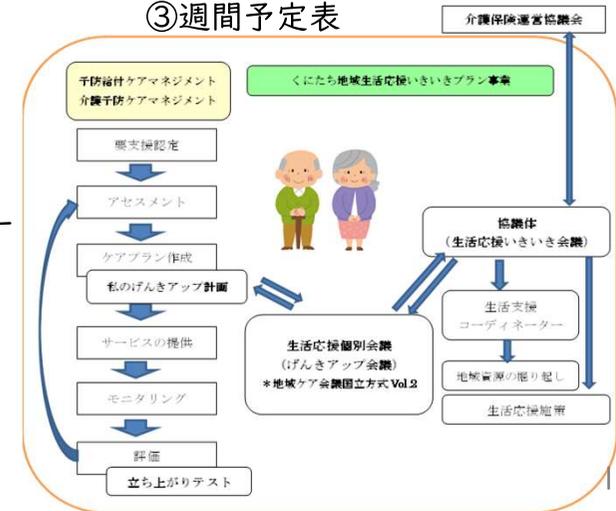
地域ケア会議（全域）

元気アップ会議・小地域ケア会議などで検討された個別課題を通じて、地域の課題を明確にし、地域づくりや資源開発、政策形成へつなげていく。検討した結果を踏まえ、他の会議体（介護保険運営協議会、生活支援体制整備協議会、在宅療養推進連絡協議会など）と連動する。

- ◇目的：その人がその人らしく地域での生活が継続できるために、あらゆる人々やサービスなどを活用し、地域ぐるみで応援する体制を整える。
- ◇対象：要支援認定者、事業対象者、要介護1、2
- ◇内容：対象者の介護予防プラン（生活応援プラン）を生活応援個別会議（**元気アップ会議**）で検討するとともに、協議体や生活支援コーディネーターと一体となって居住地域の支援体制の課題を抽出し、施策につなげていく。

- ◇メンバー：
 - 医師（アドバイザー）
 - 作業療法士（アドバイザー）
 - 薬剤師
 - 介護支援専門員
 - 地域包括支援センター
 - 保健師
 - 主任ケアマネ
 - 社会福祉士、
 - 管理栄養士
 - 看護師
 - 生活支援コーディネーター

- ◇検討時間：1件 10～15分
- ◇帳票：
 - ①基本チェックリスト
 - ②生活応援個別会議シート
 - ③週間予定表



介護予防×医療の連携事例



診療所医師と行政（地域包括支援センター）の連携により、介護予防事業につながった事例

介護予防事業紹介リーフレット「地域で楽しく介護予防」を三師会を通じて市内の診療所、歯科医院、薬局等に配布し、介護予防事業について周知

◆診療所の医師から、地域包括支援センターに「受診している高齢者が参加できる介護予防事業がないか？」と問い合わせ。地域包括支援センターにつないでいただく。

◆地域包括支援センターにて対象者に面談し、参加可能な介護予防事業について情報提供。
介護保険サービスより、介護予防事業の方が適していると判断。

◆運動機能向上の短期集中サービス（くに・トレ）に参加。

◆行政（地域包括支援センター）に情報が集まるように連携ができていて、把握した情報から介護予防につながっている。

庁内連携の結果として、健診（検診）事業から介護予防事業につながった事例

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に伴い、高齢者支援課、保健センター、国民健康保険所管課において連携会議を実施

◆各種健診（検診）のうち、成人歯科健康診査において、75歳以上の方は口腔機能検査も実施。
（保健センターから歯科医師会に委託して実施）

◆75歳以上の方で、口腔機能検査の結果、機能低下が認められる方に対して、歯科医師から介護予防事業が掲載されたちらしを渡し、介護予防事業を紹介。

◆事業勸奨を受けた方が、地域包括支援センターにつながり、口腔機能向上の短期集中サービス（お口のフレイル予防教室）に参加。

医療×予防の連携促進に資する取組について



	ハードル【高】	ハードル【中】	ハードル【低】
医療機関 ・ 三師会等	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養推進連絡協議会等の協議の場の立ち上げ 医療・介護合同で実施するイベントの企画、実行委員会の立ち上げ 予防も含めた地域の体制整備の推進 必要な情報を集めたハンドブックの作成 	<ul style="list-style-type: none"> 地域支援事業に関する説明・意見交換を実施する機会の創出 医療・介護の連携する会議への参加依頼（協議会・地域ケア会議など） 市民向けイベント、勉強会等への協力依頼（認知症の日イベントなど） 	<ul style="list-style-type: none"> クリニックや薬局等にパンフレットを持ち込み、配布を依頼 地域包括支援センターの機能・役割の紹介 個別事例を通じた連携、経過の報告
福祉関係機関 ・ 事業者等	<ul style="list-style-type: none"> 介護事業者、医療機関を含めた連携会議の立ち上げ 医療・介護合同で実施するイベントの企画、実行委員会の立ち上げ 必要な情報を集めたハンドブックの作成 	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護の連携する会議への参加依頼（協議会・地域ケア会議など） 市民向けイベント等への協力依頼（認知症の日イベントなど） 自立支援に資する事例検討、地域資源の活用に向けた研修の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関、在宅支援診療所等についての情報の提供 事業者連絡会等での介護予防事業、地域活動等の説明 地域包括支援センターの周知 個別事例を通じた連携・経過の報告
住民	<ul style="list-style-type: none"> 認知症アクションミーティングなど市民を中心とした会議の立ち上げ 自主グループ活動の立ち上げや継続支援、補助金の創設 市民サポーターとして活動する場の創出 主体的なサポーター活動の働きかけ 	<ul style="list-style-type: none"> 市民サポーター、ボランティアの養成講座の実施 フレイル予防事業などサポーターとしての活動協力 生活支援体制整備協議体への参加、地域ケア会議への参加依頼など 	<ul style="list-style-type: none"> 市報やパンフレットなどを活用した情報発信 地域活動を支援するための訪問の実施、連携 市民勉強会の開催
庁内関係課	<ul style="list-style-type: none"> 関係部署と連携した事業の企画、イベントの実施（健康まちづくりとのフレイル予防教室の開催） 所管を超えた会議、計画の策定（地域医療計画など） 所管を超えた事業のスクラップ&ビルド（類似事業の整理、創出） 	<ul style="list-style-type: none"> 関係部署と一体的なパンフレットの作成など（介護予防カレンダーやフレイル予防と検診を紹介するパンフレットなど） 庁内勉強会の実施（他部署の業務や事業を学ぶ） 	<ul style="list-style-type: none"> 他部署への担当事業の紹介、情報の共有 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施など、担当者同士の連携会議の実施 事業の連動性の意識（健康づくり・介護予防） 個別事例を通じた連携、経過の報告

まとめ



◆ 連携における土台作り

- 在宅療養推進連絡協議会の継続
- 関係機関との事業等を通じた協働
- 日頃からの連携（三師会、医療機関、介護事業所、市民）
- 介護予防事業の周知啓発
- 個別支援を通じた連携、報告の積み重ね
- 相談、連携の窓口としての地域包括支援センターの周知（情報集約の場）
- 市内の事業の連動性の共有
- 所管部署のみではなく、一体的な実施
- わからないものは、わからないと言える関係づくり
- 成功事例の共有・積み重ね



ご清聴ありがとうございました

