

川崎市における医療と介護の連携を含めた 地域包括ケアシステムづくり



川崎市健康福祉局地域福祉部地域福祉課 久保 真人
(兼務)地域包括ケア推進室

川崎市の特徴

20政令市と東京都区部から構成される21大都市間比較

「平成26年版 大都市比較統計年表から見た川崎市」から

・人口密度	10,122人/km ²	※東京都区部及び大阪市に次ぐ過密都市	} (元気な都市)
・人口増加比率	0.81%	※第2位	
・出生率	0.99(平均0.85)	※最高位	
・自然増加率	0.29(平均△0.04)	※最高位	
・死亡率	0.70(平均0.89)	※最低位	
・平均年齢	41.5歳(平均43.9歳)	※最低位	} (若い都市)
・生産年齢人口割合	70.0(平均65.7)	※最高位	
・老年人口割合	16.8(平均21.2)	※最低位	
・刑法犯認知件数	7.3(平均11.5)/1,000人	※第19位	} (安全な都市)
・交通事故発生件数	257.8(平均522.4)/10万人	※最低位	

(1) ボランティア団体が活発に活動



【「プロボノ」企画
打合せの様子】

(2) 高い技術力を持つ産業・研究機関など

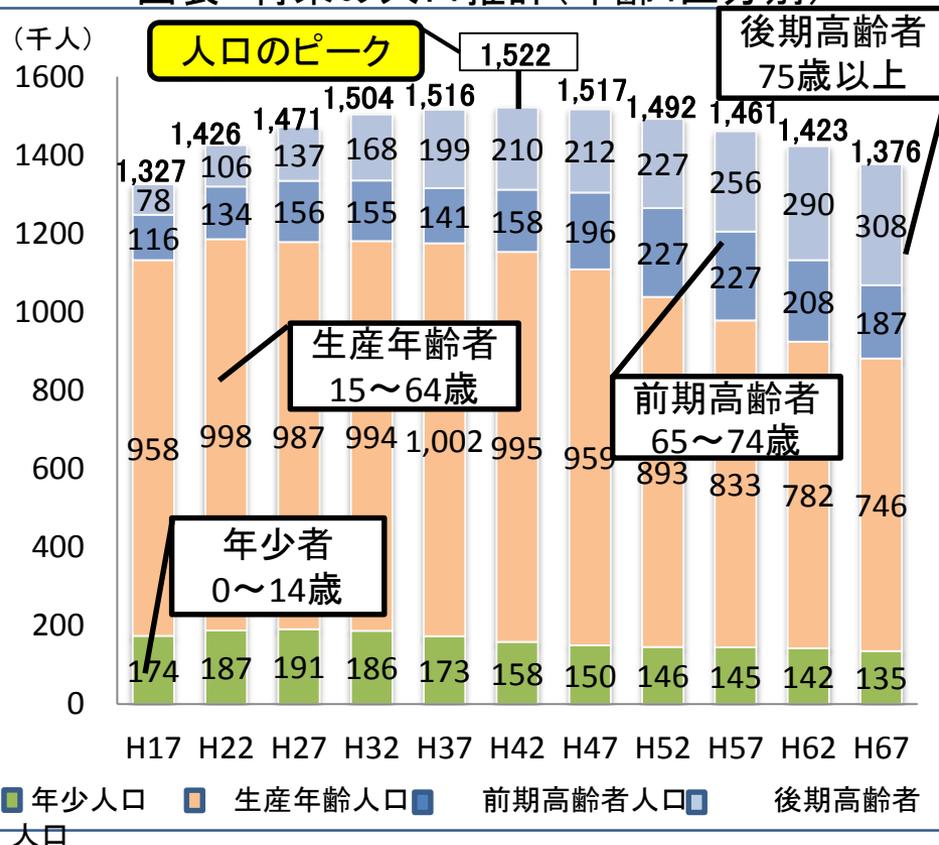


【リサーチコンプレックス】

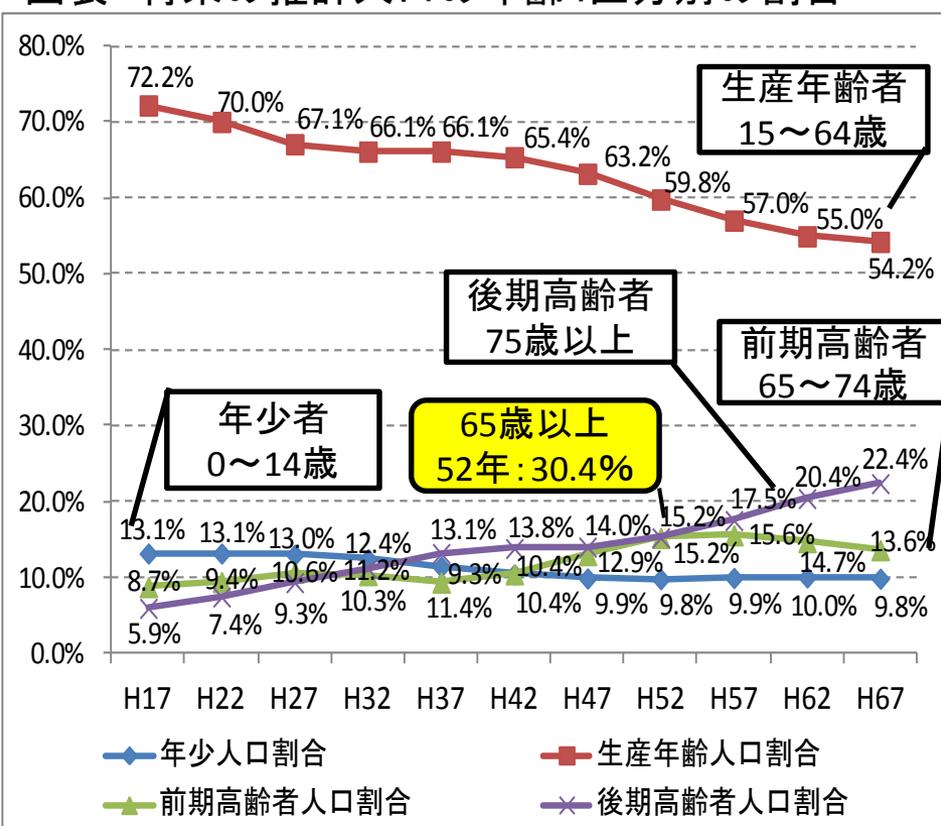
川崎市の少子高齢化の状況

- 今後、急速な高齢化が進み、2040年（平成52年）の高齢者人口は約45万人となり、総人口の30.4%になることが予測されている。
- 一方で、生産年齢人口と0歳から14歳までの年少人口は、減少の一途を辿っている。

図表 将来の人口推計(年齢4区分別)



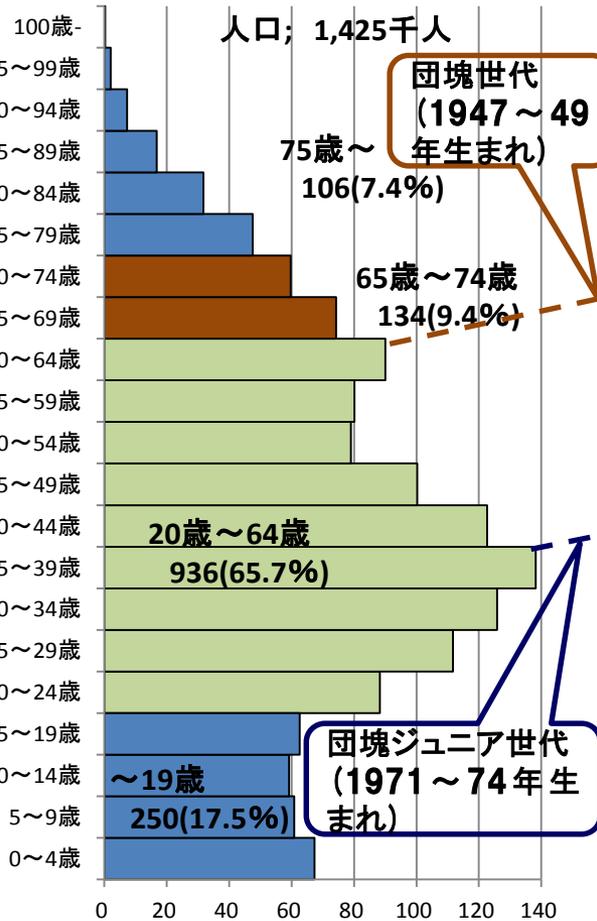
図表 将来の推計人口の年齢4区分別の割合



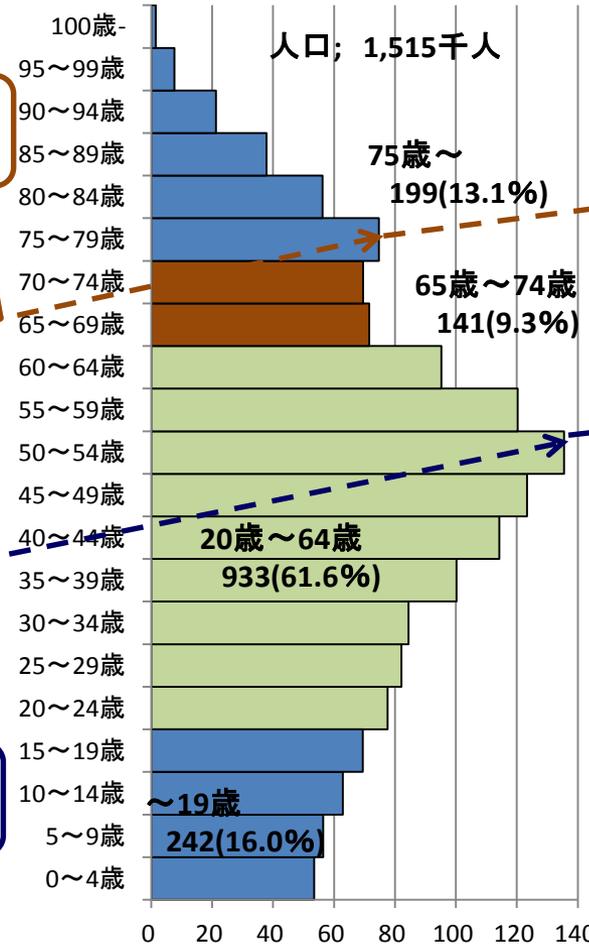
川崎市における人口ピラミッドの変化

(単位;千人)

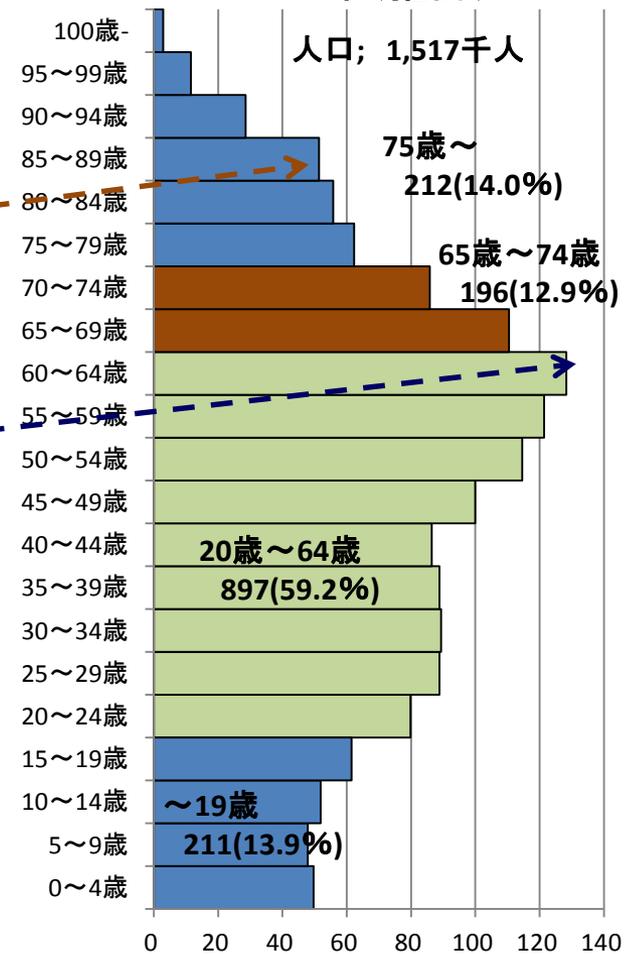
2010年(実績)



2025年(推計)



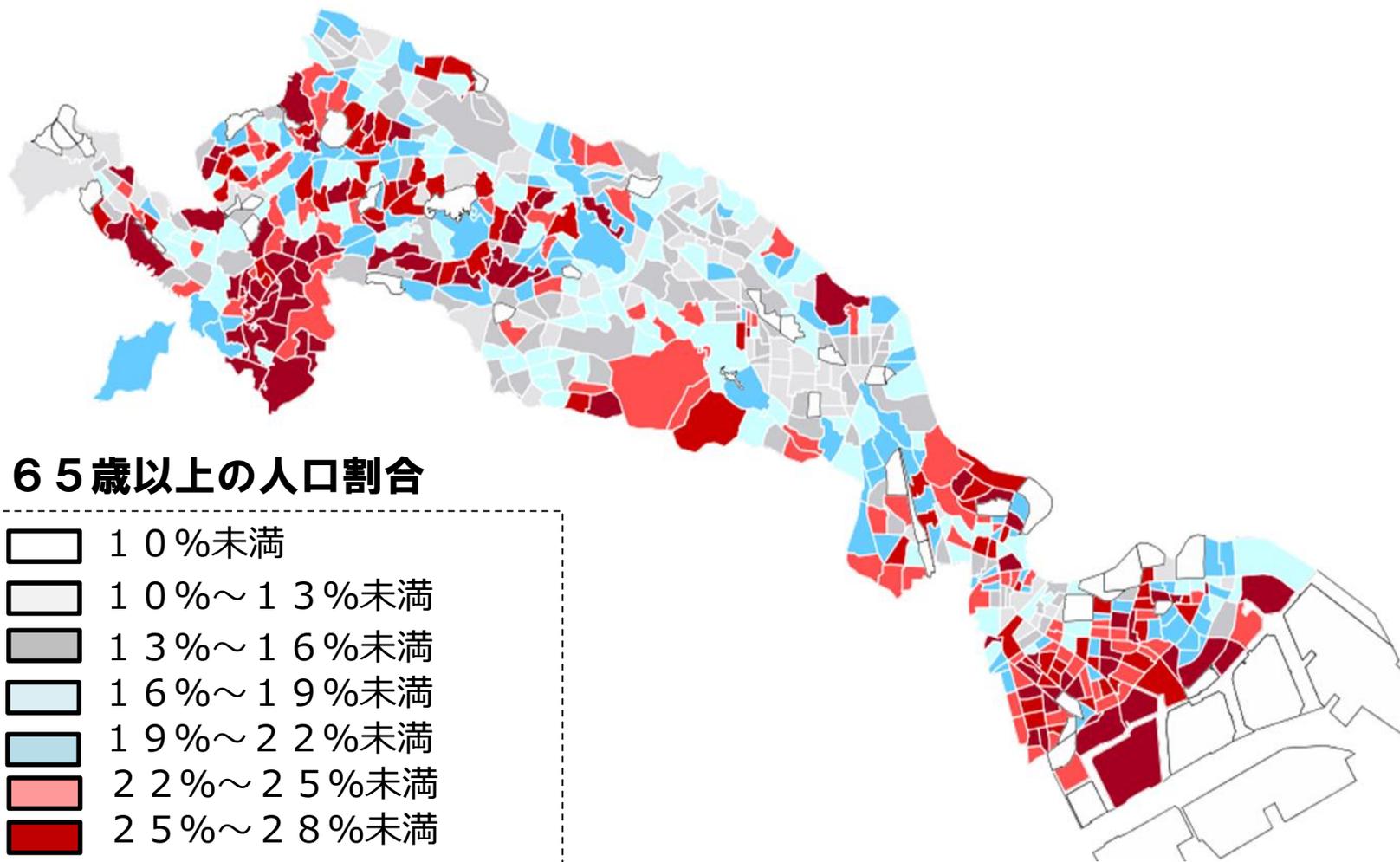
2035年(推計)



(出典)総務省「国勢調査」、川崎市将来推計人口(平成26年8月)

川崎市の高齢化率の分布状況

各地域によって高齢化率に違いがあるなど、地域性が大きく異なっている



地域包括ケアシステムの構築に向けた川崎市の取組

平成26年4月 「地域包括ケア推進室」の設置

子どもから高齢者まで部局横断的な取組が可能となるように、健康福祉局内に設置。平成28年4月に組織再編。

地域包括ケア推進室長



ケアシステム担当課長

(企画調整、地域連携)

相談支援担当課長

(地域包括支援、地域リハビリテーション)

保健・予防担当課長

(保健・予防、介護予防・総合事業)

医療・看護担当課長

(医療・介護連携、認知症・医療支援)

平成27年3月 「地域包括ケアシステム推進ビジョン」の策定

川崎市の実情に応じた「ご当地システム」として、本市としての基本的な考え方を示した「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を関連個別計画の上位概念と位置付け、地域全体で共有し、具体的な行動につなげていく。

平成28年4月 「地域みまもり支援センター」の設置

全ての地域住民を対象として、住民に身近な区役所で「個別支援の強化」と「地域力の向上」を図るために設置。

地域包括ケアシステム推進に向けた取組の視点

一生住み続けたい最幸のまち・川崎をめざして

【基本理念】

川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による誰もが住み慣れた地域や本人が望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現

基本的な5つの視点

【意識の醸成と参加・活動の促進】

1. 地域における「ケア」への理解の共有とセルフケア意識の醸成

【住まいと住まい方】

2. 安心して暮らせる「住まいと住まい方」の実現

【多様な主体の活躍】

3. 多様な主体の活躍による、よりよいケアの実現

【一体的なケアの提供】

4. 多職種が連携した一体的なケアの提供による、自立した生活と尊厳の保持の実現

【地域マネジメント】

5. 地域全体における目標の共有と地域包括ケアをマネジメントするための仕組みの構築

推進ビジョンの基本的な考え方

「生活」と「地域づくり」

をテーマとし、

「すべての地域住民」

を対象としていることから、

行政においては、

高齢者や障害者、こどもに関わる施策をはじめとする保健医療福祉分野に限らず、まちづくりや教育、経済分野などあらゆる行政施策に関わりがある。

また、

行政だけではなく、市民をはじめ地域の団体や関係機関、事業者など、地域内の多様な主体の取組が重要。

(区役所) 地域みまもり支援センターの組織概要

各区保健福祉センター

地域みまもり支援センター

地域ケア推進担当

地域支援担当

保育所等・地域連携

学校・地域連携

児童家庭課、高齢・障害課、保護課、衛生課

「自助・互助」の促進と「共助・公助」の適切な実施を図る!

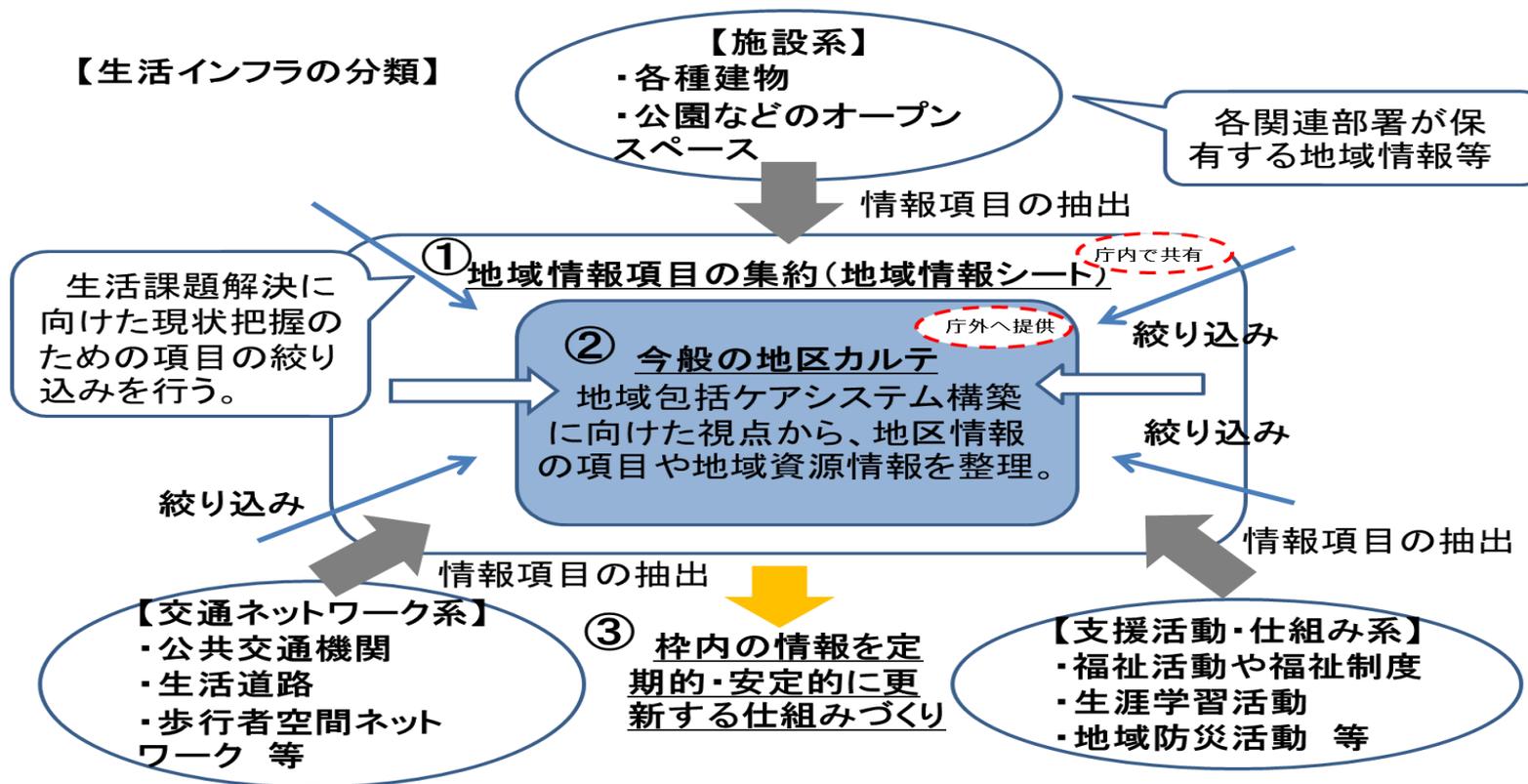
市内を40の地域に分け、それぞれ複数名の保健師を配置し、地域課題を把握するとともに、「個別支援の強化」と「地域力の向上」に取り組む。



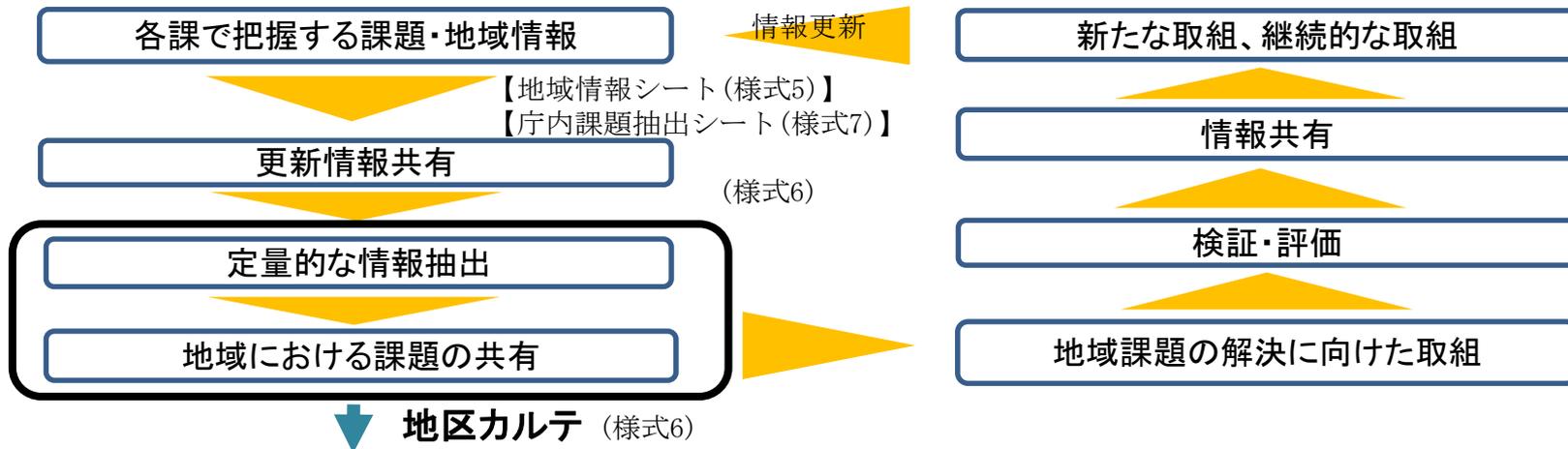
区役所における地域マネジメント(地区カルテの作成1)

本市で策定している「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」において、「地域全体における目標の共有と地域包括ケアシステムをマネジメントするための仕組みの構築」を掲げており、「個人を対象としたケアマネジメントと同様に、まず、地域全体をアセスメントした上で目指すべき目標を明確化し、その達成のための資源・機能を関係者との協働のもとに整備し、地域目標の達成状況を継続的にモニタリングしていくなどの役割が求められる」としているため、行政組織内においても、コミュニティ・エリアごとの地域情報の整理を図る目的で作成。

「地区カルテ」等のイメージ



区役所における地域マネジメント(地区カルテの作成2)



〇〇区〇〇町(地区) 地区カルテ(標準例)

【マップ】

市立小中学校通学区域図

【凡例】

医	医療施設	保	保育園
福	福祉施設	緑	公園・緑地
避	避難所	他	その他事項

掲載方針

- 地区カルテ情報シートに記載されている施設は極力プロットする。
- 地域課題として(大型マンション建設地)なども「その他」としてプロット

地域概要

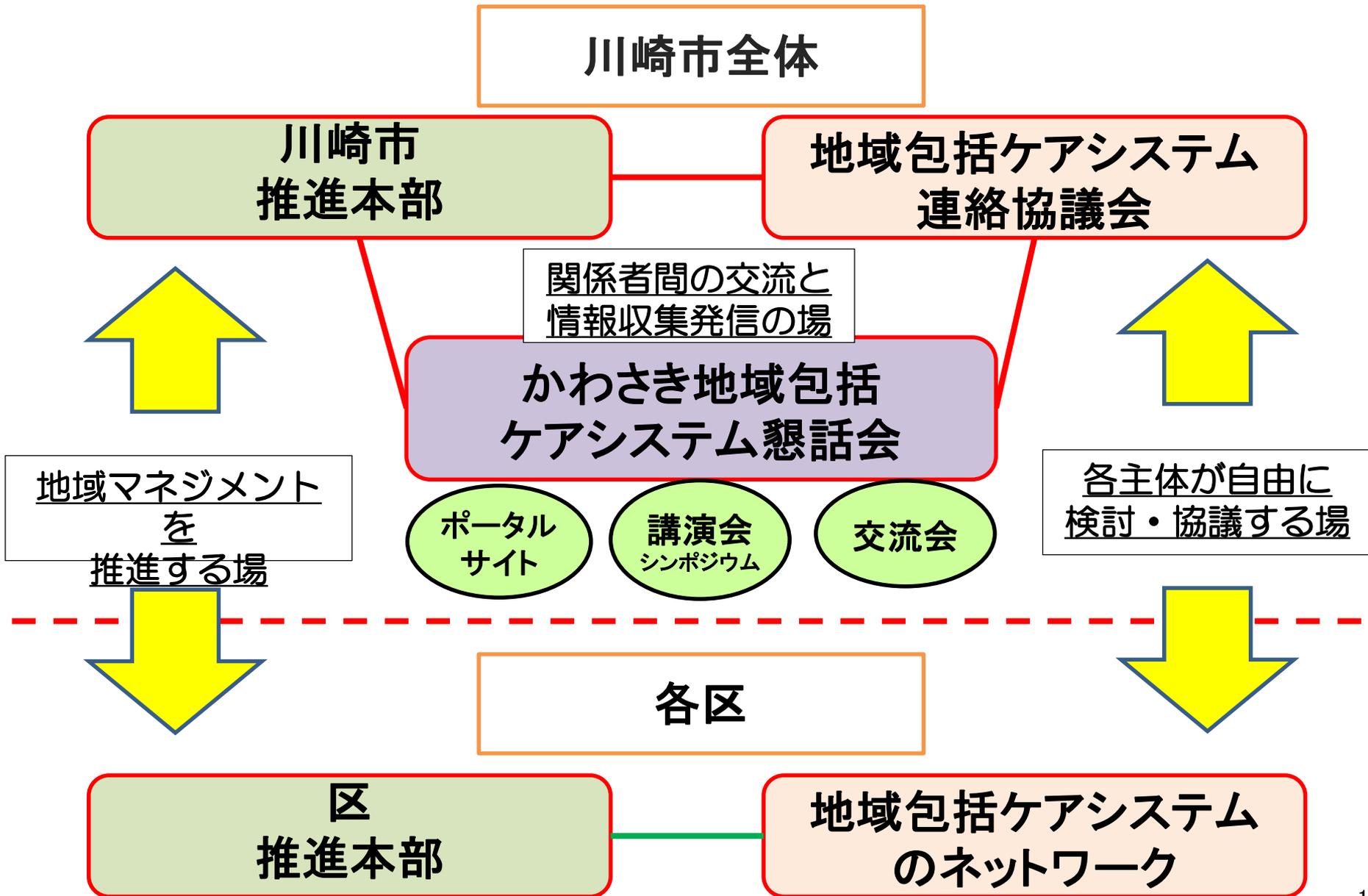
人口動態	人口	人	世帯数	世帯
	年少人口	人		
	生産年齢人口	人		
地域団体	高齢者人口	人	うち後期高齢者	人
	町内会・自治会名		加入率	%
相談機関 (担当エリアのセンター名)	民児協名			
	地区社協名			
	老人クラブ加入者数			
	地域包括支援センター名			
	子育て支援センター名			
	障害者生活支援センター名			

【5歳刻みの人口グラフ】※全市アータを仮挿入しています。

人口動態	(現状)	人	⇒	(2025年)	人
高齢化率	(現状)	%	⇒	(2025年)	%
要介護認定者数	(現状)	人	⇒	(2025年)	人
要介護認定率	(現状)	%	⇒	(2025年)	%

各区の状況に応じた統計情報記載欄

地域包括ケアシステムの推進体制



現在の取組状況と施策効果

平成28年度の取組状況

- ・市政広報紙の活用(地域包括ケアシステム特集、まんがの掲載)
- ・地域への出前説明(町内会・自治会、民生委員児童委員、関係団体等)
- ・職員の意識改革(研修会の開催、手引きの作成、eラーニングの実施)

施策の効果—保健医療福祉分野以外への取組の波及

- ・まちづくり分野(居住支援協議会の設立、市営住宅の活用、空家対策)
- ・経済分野(新たな福祉機器の創出、民間事業者との連携)
- ・教育分野(小学生向け副読本、小中学生向け認知症サポーター養成講座)

神奈川県地域医療構想の策定体制等

[策定体制]

県地域医療審議会

↑ 諮問・答申 ↓

県保健医療計画推進会議

↑ 議論・意見聴取 ↓

地域医療構想調整会議

横浜	川崎	相模原	横須賀三浦	湘南東部	湘南整備	県央	県西
----	----	-----	-------	------	------	----	----

[策定スケジュール]

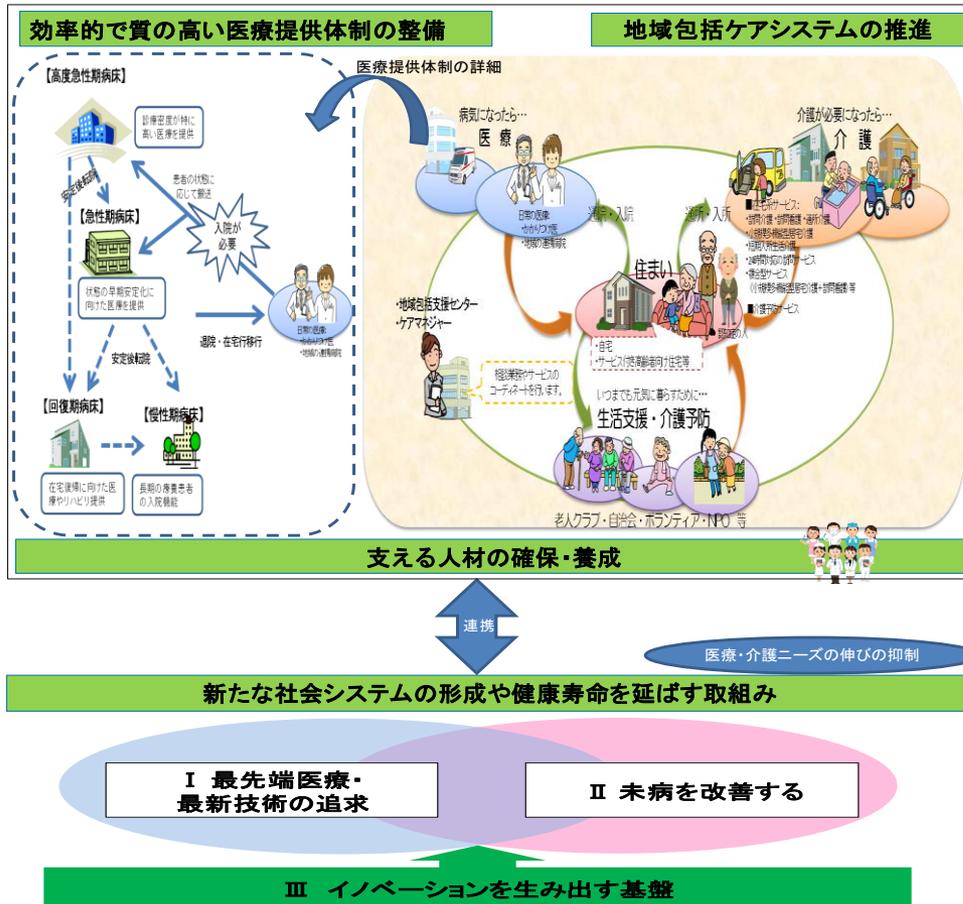
期間	地域医療構想調整会議
H27.7.30～H27.9.2	(第1回) 推計結果・日程の共有
H27.10.8～H27.11.5	(第2回) 構想区域の設定等
H28.1.14～H28.2.10	(第3回) 構想区域間の議論
H28.3.14～H28.3.31	(第4回) 必要病床数・骨子案の議論
H28.6.9～H28.7.6	(第5回) 素案の議論
H28.7.15～H28.8.15	パブリックコメント
H28.9.15～H28.10.4	(第6回) 構想(案)の議論

平成28年10月 神奈川県地域医療構想の策定(対象期間:平成37(2025)年まで)

策定後においては、地域医療構想を実現するための具体的な取組(支援)等を協議

神奈川県地域医療構想の基本方針

◆ 誰もが元気でいきいきと暮らしながら、必要なときに身近な地域で質の高い医療・介護を安心して受けられる神奈川



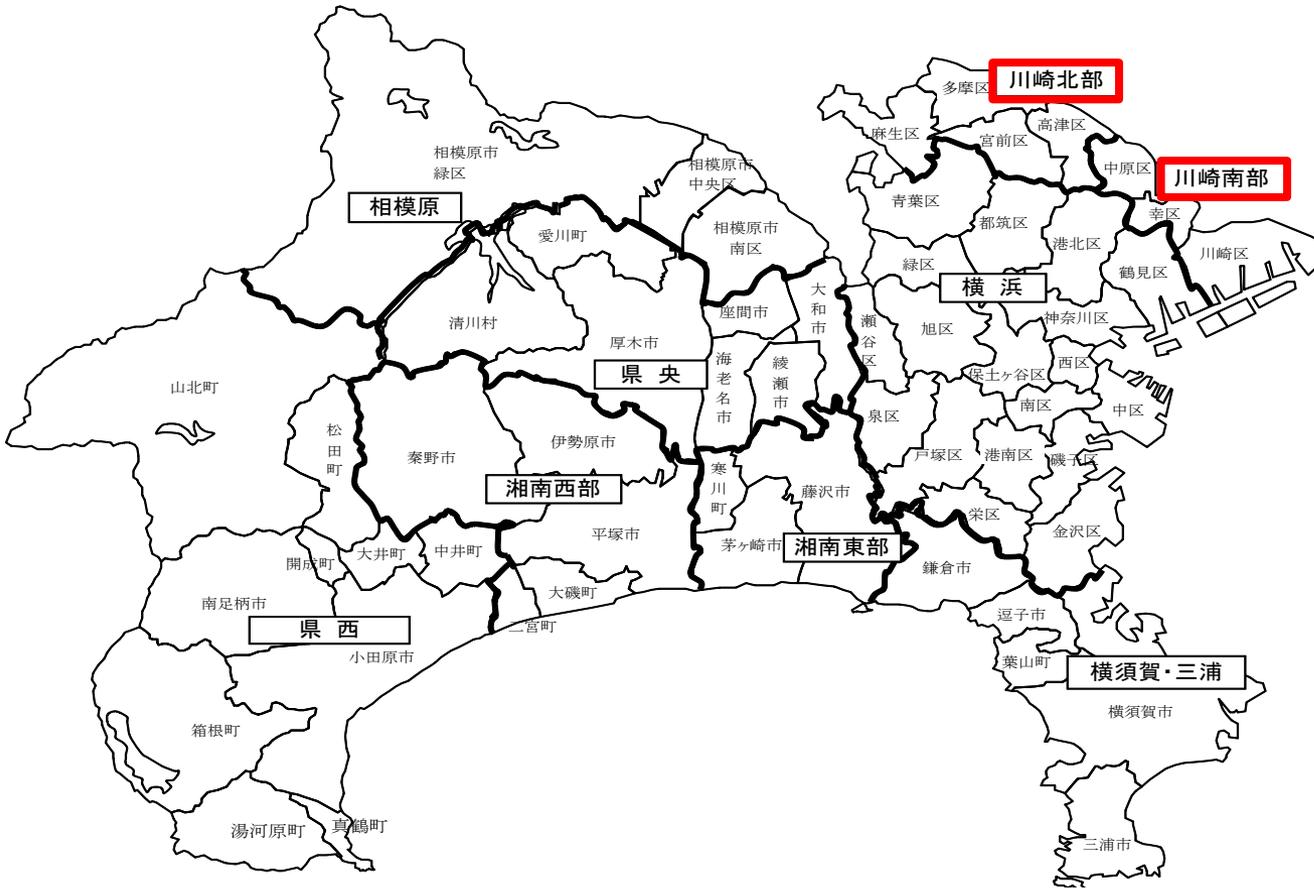
[地域医療構想における3つの取組]

- ① 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制の構築
- ② 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実
- ③ 将来の医療提供体制を支える医療従事者の確保養成

(出典)神奈川県地域医療構想

神奈川県 の 構想区域

◆ 「構想区域」とは、地域における病床機能の分化及び連携を推進するための区域



区域名	構成市(区)町村
横浜	横浜市
川崎北部	高津区・宮前区・多摩区・麻生区
川崎南部	川崎区・幸区・中原区
相模原	相模原市
横須賀・三浦	横須賀市・鎌倉市・逗子市・三浦市・葉山町
湘南東部	藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町
湘南西部	平塚市・秦野市・伊勢原市・大磯町・二宮町
県央	厚木市・大和市・海老名市・座間市・綾瀬市・愛川町・清川村
県西	小田原市・南足柄市・中井町・大井町・松田町・山北町・開成町・箱根町・真鶴町・湯河原町

川崎構想区域の将来推計

項目	川崎北部(2025年)	川崎南部(2025年)
人口の将来推計 (2010年比)	<ul style="list-style-type: none"> ① 総人口は82.0万人から87.9万人に増加 ② 75歳以上の人口は2.07倍に増加 	<ul style="list-style-type: none"> ① 総人口は60.5万人から62.4万人に増加 ② 75歳以上の人口は1.56倍に増加
医療需要の将来推計 (2013年比) ※ 疾患別は2010年比	<ul style="list-style-type: none"> ① 入院医療需要は1.32倍に増加 ② 病床機能別では、高度急性期1.28倍、急性期1.36倍、回復期1.46倍、慢性期1.14倍に増加 ③ 在宅医療等の医療需要は1.7倍に増加 ④ 居宅等において訪問診療を受ける患者数は1.53倍に増加 ⑤ がんの患者数は1.43倍に増加 ⑥ 急性心筋梗塞の患者数は1.57倍に増加 ⑦ くも膜下出血の患者数は1.53倍に増加 ⑧ 脳梗塞の患者数は1.82倍に増加 ⑨ 肺炎等の患者数は1.72倍に増加 ⑩ 骨折の患者数は1.59倍に増加 ⑪ 救急搬送件数は今後も増加見込 	<ul style="list-style-type: none"> ① 入院医療需要は1.26倍に増加 ② 病床機能別では、高度急性期1.23倍、急性期1.28倍、回復期1.31倍、慢性期1.13倍に増加 ③ 在宅医療等の医療需要は1.4倍に増加 ④ 居宅等において訪問診療を受ける患者数は1.34倍に増加 ⑤ がんの患者数は1.22倍に増加 ⑥ 急性心筋梗塞の患者数は1.31倍に増加 ⑦ くも膜下出血の患者数は1.29倍に増加 ⑧ 脳梗塞の患者数は1.42倍に増加 ⑨ 肺炎等の患者数は1.37倍に増加 ⑩ 骨折の患者数は1.31倍に増加 ⑪ 救急搬送件数は今後も増加見込

(出典)神奈川県地域医療構想

2025年の医療需要及び必要病床数

区 域	病床機能	現状(病床機能報告)		2025年の 医療需要 [人/日]	2025年の 必要病床数 [床]	必要病床数と現状の差	
		2014年 [床]	2015年 [床]			対2014年 [床]	対2015年 [床]
神奈川県	高度急性期	13,576	12,137	7,064	9,419	▲4,157	▲2,718
	急性期	28,109	28,658	20,209	25,910	▲2,199	▲2,748
	回復期	4,427	4,958	18,842	20,934	16,507	15,976
	慢性期	14,567	14,487	14,855	16,147	1,580	1,660
	休棟中等	660	1,523	-	-	▲660	▲1,523
	合計	61,339	61,763	60,970	72,410	11,071	10,647
川崎北部	高度急性期	1,111	1,121	515	687	▲424	▲434
	急性期	2,124	2,085	1,410	1,808	▲316	▲277
	回復期	221	220	1,293	1,437	1,216	1,217
	慢性期	1,101	914	1,077	1,171	70	257
	休棟中等	6	92	-	-	▲6	▲92
	合計	4,563	4,432	4,295	5,103	540	671
川崎南部	高度急性期	838	190	642	856	18	666
	急性期	3,116	3,870	1,815	2,327	▲789	▲1,543
	回復期	233	273	1,412	1,569	1,336	1,296
	慢性期	512	507	526	572	60	65
	休棟中等	60	71	-	-	▲60	▲71
	合計	4,759	4,911	4,395	5,324	565	413

(出典)神奈川県地域医療構想

2025年の在宅医療等の必要量

- ◆ 「在宅医療等」とは、居宅、特別養護老人ホーム、老人保健施設など、**病院・診療所以外の療養を営む場所で受ける医療**を指す

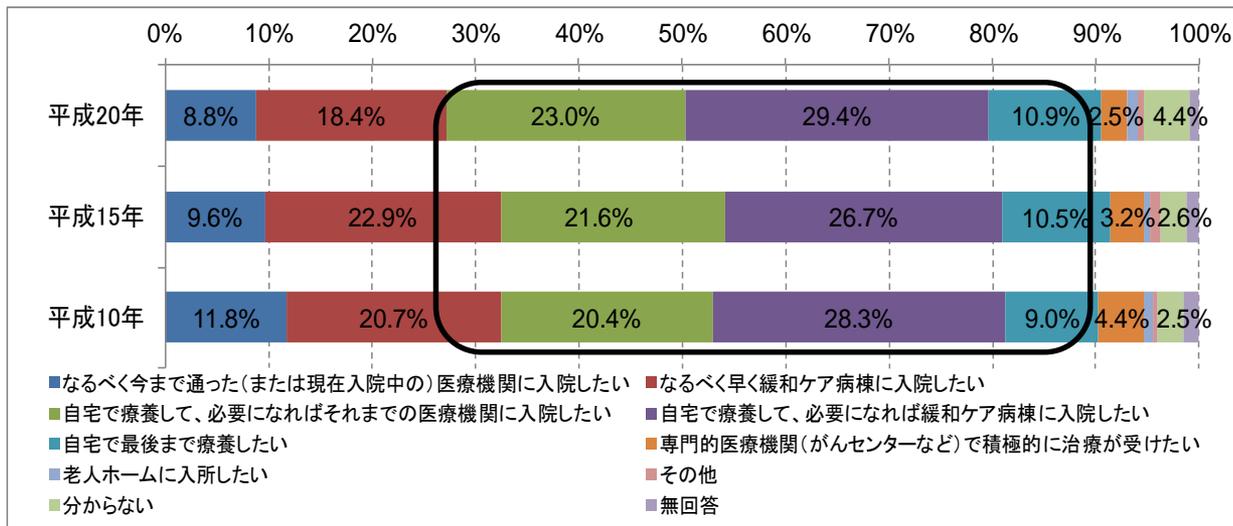
区域	区分	2013年の現状	2025年の患者数	2025年と現状の差	現状からの増加率
		[人/日]	[人/日]	[人/日]	
神奈川県	在宅医療等	83,773	138,718	54,945	165.6%
	(再掲)上記のうち訪問診療分	60,081	95,752	35,671	159.4%
川崎北部	在宅医療等	8,014	13,599	5,585	169.7%
	(再掲)上記のうち訪問診療分	6,359	9,705	3,346	152.6%
川崎南部	在宅医療等	5,808	8,131	2,323	140.0%
	(再掲)上記のうち訪問診療分	4,319	5,766	1,447	133.5%

(出典)神奈川県地域医療構想

在宅医療に関する希望

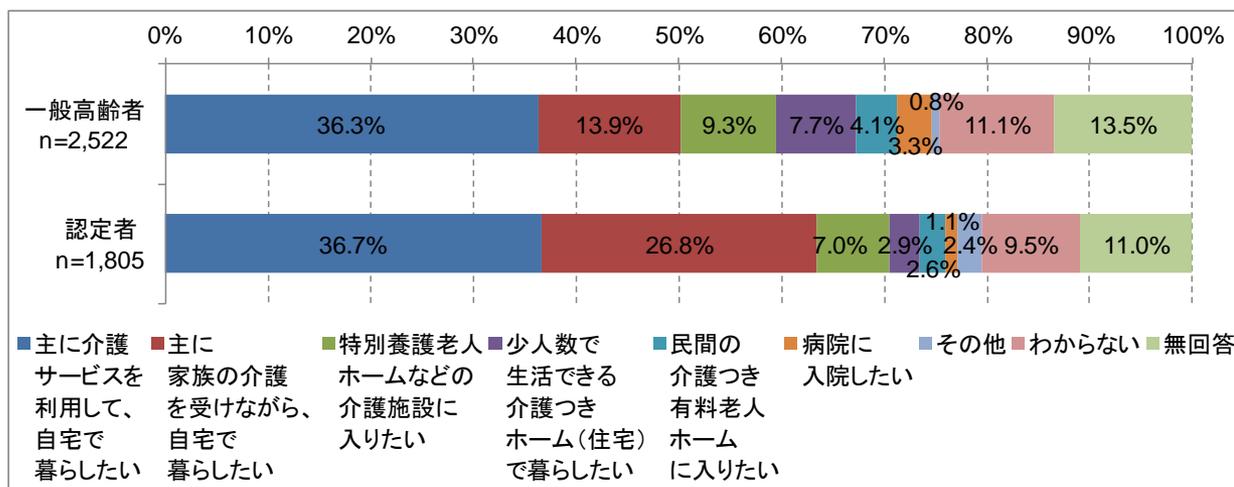
○ 自宅で療養したいと希望する割合は、平成20年には63.3%を占める。(必要であれば医療機関への入院を含む)

※「あなたご自身が治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。」との設問に対する回答



出典:終末期の療養場所に関する希望(全国調査)

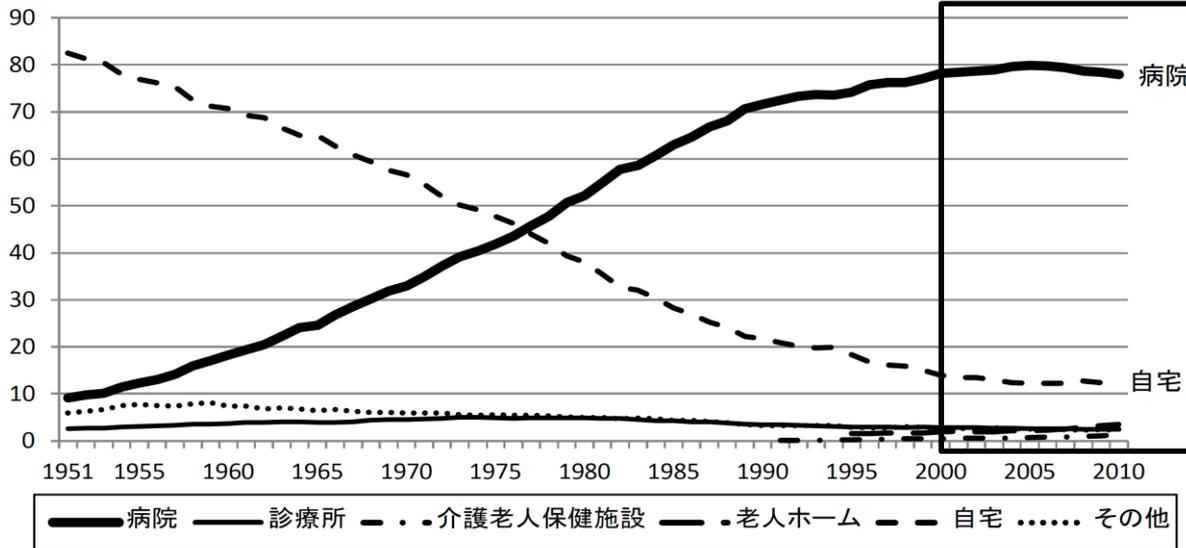
【参考】介護が必要になった場合の暮らし方(一般高齢者)、今後の暮らし方(認定者)



出典:平成25年度川崎市高齢者実態調査

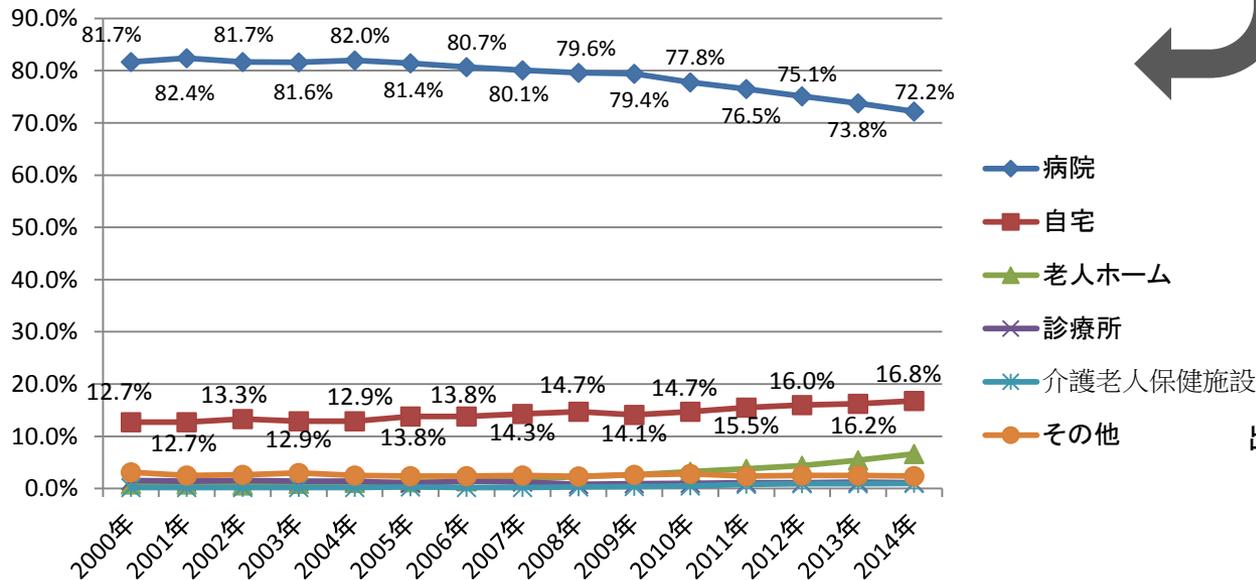
在宅医療に関する現状（全国、川崎市）

○ 死亡場所の推移（全国）



出典：第5回厚生労働省版提言型政策仕分け資料2「『医療と介護の連携』の論点等について」

（川崎市）



出典：人口動態統計

これまでの医療と介護の連携に関する 川崎市内の取組

- (1)市内の医師会、介護支援専門員連絡会で、「医師と介護支援専門員との意見交換会」を開催するとともに、各区においても、地域の実情に応じて情報交換等を実施。
- (2)市内の医師会、看護協会、介護支援専門員連絡会で、「在宅ケアを支える連携推進会議」を設け、事例検討等を通じた情報交換・課題共有等を実施。
- (3)認知症をテーマに、「医療・介護の連携」体制を検討するため、「川崎市認知症支援連携会議」を設けて、症例検討を実施。

在宅医療推進に向けた現状と課題

- (1) **急速な都市部の高齢化に対応した、24時間365日の在宅医療推進の仕組みづくりが求められている。**
⇒一人開業医が多い中で、かかりつけ医を中心に、訪問診療や往診にも取り組みやすい環境づくりに取り組むことが必要(課題①)。

- (2) **医療と介護の連携がよりスムーズに進められるような仕組みづくりが求められている。**
⇒医療と介護の円滑な連携に向けたルールづくりや、コーディネート機能のあり方の検討が必要(課題②)。

- (3) **在宅医療・ケアへの理解が十分に浸透しているとはいいきれず、市民の選択肢の1つとはなりきっていない。**
⇒行政や専門職等による市民への更なる啓発の取り組みを進めることが必要(課題③)。

川崎市における在宅医療推進に向けた取り組み

【取組の方向性(1)】24時間365日の在宅医療推進の仕組みづくり

- (1)「在宅チーム医療を担う地域リーダー研修」等による人材養成
- (2)各区の推進役となる在宅療養調整医師を各区に配置

【取組の方向性(2)】医療と介護の連携に向けた仕組みづくり

- (1)川崎市在宅療養推進協議会の開催(市民啓発WG、症例検討WG)
- (2)「在宅療養連携ノート」、「在宅医療資源ガイドブック」の活用
「川崎市在宅医療・介護多職種連携マニュアル」の普及
- (3)在宅医療サポートセンターの運営
- (4)介護職向け医療・介護連携研修の開催

【取組の方向性(3)】在宅医療・ケアに関する市民啓発

- (1)リーフレット「在宅医療Q&A」の配布
- (2)市民シンポジウムの開催
- (3)出前講座の実施
- (4)在宅医療情報誌「あんしん」の発行

※区を単位とした在宅医療推進に向けた取組の推進

取組の方向性(1)～(3)の中から、各区医師会の発意に基づき推進

※あんしん見守り一時入院等事業

在宅医療・介護連携推進事業との対応関係

在宅医療・介護連携推進事業の事業項目	本市の取組
(ア) 地域資源の医療・介護の資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> ●「医療資源ガイドブック」の作成(相談機関向け)(2-(2)) ※市ホームページ「かわさきのお医者さん」(参考) ※介護サービス事業者ガイドブック「ハートページ」(参考)
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> ●「川崎市在宅療養推進協議会」を設置するとともに、協議会のもとに、「市民啓発ワーキンググループ」「症例検討ワーキンググループ」を設け、対応策を検討(2-(1))。
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	<ul style="list-style-type: none"> ●各区に在宅療養調整医師を配置(1-(2))するとともに、「在宅医療サポートセンター」にコーディネーターの看護職を配置(2-(3))し、連携強化 ●「川崎市在宅医療・介護多職種連携マニュアル」作成(2-(2)) ※あんしん見守り一時入院等事業の実施(参考)
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> ●「在宅療養連携ノート」の普及(2-(2)) ●「在宅医療・介護連携のための情報共有チェックシート」の普及(2-(2)) ※専門職向け認知症ケアパス作成
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ●「川崎市在宅医療サポートセンター」を川崎市看護協会に設置(2-(3))し、医療・介護関係者の相談・調整を実施。
(カ) 医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> ●多職種による「在宅チーム医療を担う地域リーダー研修」の実施(1-(1)) ※介護職向け医療・介護連携研修の実施(2-(4))
(キ) 地域住民への啓発	<ul style="list-style-type: none"> ●リーフレット「在宅医療Q&A」の普及、情報誌「あんしん」の発行(3-(1)(4)) ●市民シンポジウムの実施(3-(1)) ●出前講座の実施(3-(3))
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none"> ●本市は、南北2つの2次医療圏があり、全市を通じて、課題の抽出や対応策を検討し連携推進。

注) ※印は、在宅医療・介護連携推進事業ではなく、本市独自の取組として実施。

1-(1) 在宅医療推進に向けた人材養成

在宅医療に係わる医療・介護従事者に対する多職種研修を開催し、チームとして在宅療養患者・家族を支えていくための人材を育成する。

「第4回 川崎市在宅チーム医療を担う地域リーダー研修」

日時;平成29年2月5日(日) 10時～16時40分 場所;中原区役所会議室

研修プログラム

超高齢社会を見据えた未来医療予想図

(飯島勝矢医師(東京大学高齢社会総合研究機構教授))

川崎市における在宅医療推進の取組

がんの緩和医療に必要な知識

(中島貴子医師(聖マリアンナ医科大学病院腫瘍内科部長))
(濱中久尚医師(濱中めいようクリニック院長))

地域包括ケアからケアする社会へ～幸手モデルの取り組み～(中野智紀医師(東埼玉総合病院在宅医療連携拠点事業室室長))

GW①(ロールプレイを通じて多職種連携を考える～退院時ケアカンファレンスの場面～)

(進行;染谷貴志医師(医師会担当理事))

GW②(多職種連携に向けた課題と明日からできる解決策を考える)

(進行;染谷貴志医師(医師会担当理事))

研修のまとめ(村山均医師(医師会副会長))



(基調講演;飯島勝矢教授)



(中島貴子先生・濱中久尚先生)



(中野智紀先生)



(GW①発表風景)

【これまでの実績】

参加者数

第2回(平成27年3月8日)

医師30名を含む158名

第3回(平成28年2月21日)

医師26名を含む147名

第4回(平成29年2月5日)

医師27名を含む154名

1-(2) 在宅療養調整医師の配置

【取組の概要】

各区に推進役として、①多職種への医療的な助言、②医療資源等の把握、開業医のネットワークづくりの推進、③退院調整支援等を行う、在宅療養調整医師を配置。

【平成28年度在宅療養調整医師】

川崎区 渡邊嘉行医師(総合川崎臨港病院)

幸区 中岡康医師(ナカオカクリニック)

中原区 児玉文雄医師(こだま診療所)

高津区 染谷貴志医師(そめや内科クリニック)

宮前区 行形毅医師(鷺沼診療所)

多摩区 中村健医師(中村クリニック)

麻生区 佐野順子医師

(あさお・百合クリニック)

【川崎市医師会の取組】

在宅療養調整医師を中心に、在宅医の意見交換・研修を通じた在宅医療の普及・推進を図るために、平成27年10月29日に、「在宅医連絡協議会」を立ち上げ。

- ・在宅療養に係る在宅医からの皮膚科、耳鼻科、整形外科、眼科の相談・往診体制を構築。
- ・在宅をはじめ医師に対して、希望に応じて、在宅療養調整医師の診療現場への同行訪問を実施。



2-(1) 多職種連携に向けた在宅療養推進協議会の開催

医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員連絡会、医療ソーシャルワーカー協会、理学療法士会、地域包括支援センターなど、関連団体の代表者が定期的に集まり、多職種連携の強化、在宅療養患者に対する一体的な支援体制の構築に向けた協議を実施(平成25年度～)。

(平成25年12月～)

川崎市在宅療養推進協議会

- ・在宅医療を担う地域リーダー研修の企画
- ・在宅療養に関する多職種連携ツールの普及・ルールづくりに向けた検討
- ・在宅医療に関する市民啓発の推進
- ・各区における在宅療養環境の整備推進 など



※在宅療養推進協議会開催風景

(平成26年9月～)

市民啓発WG

- ・在宅医療に関する一般的な情報提供に留まらない多面的な啓発の実施に向けた検討。
- ・出前講座の効果的な実施方法についての検討・実践。
- ・在宅医療情報誌の作成。 など

(平成27年11月～)

症例検討WG

- ・多職種の従事者による症例検討の実践。
- ・症例検討を通じた、より円滑な多職種連携に向けたルール(マニュアル)づくり。

(平成26年度～)

各区在宅療養推進協議会

- ① 診診連携による在宅医の負担軽減負担軽減
- ② 多職種での緊密な連携の推進
- ③ 市民啓発
上記の課題解決に向けた各区医師会の発意による取組を推進。

2-(2) 在宅療養における多職種連携に向けたツールづくり

(1) 相談機関向けの在宅医療資源ガイドブックの作成

相談機関向けに、在宅医療資源情報(在宅医師、在宅歯科医師、訪問看護ステーション、薬局)をまとめ、在宅療養の相談に活用。

(2) 在宅療養連携ノート の作成・活用

在宅医療・介護従事者間の情報共有を図るため、在宅療養患者宅に置いて、従事者間及び本人・家族との情報共有につなげるため、「在宅療養連携ノート」を作成し、普及・活用していく。



【記載事項】

- ・基本情報
- ・医療情報
- ・歯科情報
- ・嚥下連絡票
- ・検査結果
- ・薬剤情報
- ・看護情報
- ・週間サービス計画表
- ・リビング・ウィル
- ・連絡ページ

多職種連携のルールづくりの取り組み

多職種による症例検討
(今回は、症例検討WG)

■連携の課題、■現場の声、
■当事者の悩み等を反映

在宅生活
(QOLの向上)

**在宅療養開始
時からその後の
療養を継続する
中で、節目となる
タイミング毎に、
円滑な多職種連
携を進めるため
の情報共有の視
点を整理。**

在宅療養者(・家族)
への質の高いサー
ビスを連携して提供

医師、訪問看護師、ケア
マネジャー、MSW等による
定期的な意見交換

地域内で医療・介護従
事者間の遵守すべき
ルール

ケアカンファレンス
(退院時共同指導等)

多職種連携のルール形
成(マニュアルづくり)

川崎市在宅医療・介護多職種連携マニュアル
(Ver. 1)

(在宅医療・介護連携のための情報共有チェックシート)



住み慣れた地域や自らが望む場で
安心して暮らし続けられる地域をめざして

川崎市在宅療養推進協議会

時期	多職種間の確認事項	節目に確認すべき項目		状態の変化に応じて随時確認すべき項目	
		確認すべきと考えられる理由	確認点	自由記載欄	自由記載欄
1 カンファレンス(退院時共同指導・サービス担当者会議等)時「退院方針の決定時」					
①	①カンファレンスを招き出す施設(施設又はケアマネジャー等)は、同意書を通じて、参加者呼びかけの多職種連携を確認する。	下記の項目を中心に確認して、適切な連携(ケアマネジャー等)の必要性を判断し、関係機関を連絡する。	✓		
②	②退院前中心として、病状・予後の告知状況(家族・本人・家族など)に、多職種間で確認する。	治療方針やケアの方法に理解があるか、療養生活と実態に照らす必要はないかを確認する必要がある。	✓		
③	③退院前中心として、本人・家族・介護者の意向を多職種間で確認する。	治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要がある。	✓		
④	④退院前中心として、在宅療養者の抱える課題(生活環境の把握や、緊急時の対応方法)を確認する。	安心して在宅療養できるように、居るべき環境の把握や、緊急時対応の確認が必要である。	✓		
⑤	⑤ケアマネジャーを中心に、家族構成、キーパーソンを確認する。	主治医やキーパーソン、複数の関係者で意向が異なることがある。また、必要に応じて、住民自治会の利用を検討し入れることが必要である。	✓		
⑥	⑥訪問看護師、ケアマネジャーを中心に、介護要約に別して、介護方法を、緊急時対応の確認事項を確認する。	安心して在宅療養と生活ができるよう、介護要約に別して、介護方法を、緊急時対応の確認事項を確認する。	✓		
⑦	⑦ケアマネジャーを中心に、理学療法士等と連携し、生活環境の把握や、在宅療養に必要な器具や住宅改修の必要性を確認する。	安心して在宅療養と生活ができるよう、理学療法士等と連携し、生活環境の把握や、在宅療養に必要な器具や住宅改修の必要性を確認する。	✓		
⑧	⑧医師、訪問看護師、ケアマネジャーを中心に、退院後の生活環境の把握や、在宅療養に必要な器具や住宅改修の必要性を確認する。	安心して在宅療養と生活ができるよう、医師、訪問看護師、ケアマネジャー等と連携し、生活環境の把握や、在宅療養に必要な器具や住宅改修の必要性を確認する。	✓		
⑨	⑨ケアマネジャーを中心に、退院後の生活環境の把握や、在宅療養に必要な器具や住宅改修の必要性を確認する。	安心して在宅療養と生活ができるよう、ケアマネジャー等と連携し、生活環境の把握や、在宅療養に必要な器具や住宅改修の必要性を確認する。	✓		
2 アセスメント(評価)					
⑩	⑩退院後の経過について、担当医師(訪問看護師や薬剤師)と連携しながら、確認する。	治療の進捗や副作用によって、治療方針やケア内容の変更が生じるため。	✓		
⑪	⑪退院前中心として、訪問看護師や薬剤師と連携して、薬剤、医療材料や介護材料、医療機器等の連携状況を確認する。	薬剤、医療材料や介護材料、医療機器等について、安全な使用や連携を進めることができないため。	✓		

時期	多職種間の確認事項	節目に確認すべき項目		状態の変化に応じて随時確認すべき項目	
		確認すべきと考えられる理由	確認点	自由記載欄	自由記載欄
3 病状の変化によるアセスメント時(在宅時)					
⑩	⑩退院時に変化があった際に、早期に、訪問看護師又は担当医師に伝える。	治療方針やケアの方法に影響があるため。	✓		
⑪	⑪退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
⑫	⑫退院時に変化があった際に、担当医師を中心に、本人・家族の意向を確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
⑬	⑬退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
⑭	⑭退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
⑮	⑮退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
⑯	⑯退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
⑰	⑰退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
⑱	⑱退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
⑲	⑲退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
⑳	⑳退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉑	㉑退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉒	㉒退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉓	㉓退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉔	㉔退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉕	㉕退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉖	㉖退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉗	㉗退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉘	㉘退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉙	㉙退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉚	㉚退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉛	㉛退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉜	㉜退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉝	㉝退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉞	㉞退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㉟	㉟退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊱	㊱退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊲	㊲退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊳	㊳退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊴	㊴退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊵	㊵退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊶	㊶退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊷	㊷退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊸	㊸退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊹	㊹退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊺	㊺退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊻	㊻退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊼	㊼退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊽	㊽退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊾	㊾退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		
㊿	㊿退院時に変化があった際に、担当医師やケアマネジャーと連携して、本人・家族の意向を確認し、必要に応じて、住民自治会を再度確認する。	必要に応じて家族の意向に確認しながら、治療方針やケアの方法に理解があるか、本人・家族の意向を考慮する必要があるため。	✓		

※ ①-担当医師(病院・診療所) ②-一般医師 ③-薬剤師 ④-訪問看護師 ⑤-ケアマネジャー M-MSW(FX/55-74/4/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100)

がん末期で自宅での一人暮らしを続けた事例(参考)

70歳代半ばの男性で、肺がん・胃がんの末期。自宅に一人暮らしで、近くに娘が住む。退院後、医療・介護サービスを使いながら、終末期を自宅で過ごす。

- ・娘が自宅を訪れた際に、かなり痩せており、病院に受診し、がんの診断を受ける。
- ・入院して治療の効果があり、約1月で退院となる。本人は、自宅で暮らし続けることを望む。家族も、本人の意向を尊重したいが、家族だけでは、看られないと悩む。
- ・退院時に、本人・家族も同席し、多職種によるカンファレンスにのぞみ、多職種による支援を受けながら、自宅での生活を続けることとなる。(療養場所の意向や緊急時を含めた連絡体制などを多職種間で共有することが重要)



・定期的な訪問診療(2週に1回)、在宅酸素もあり訪問看護(週1回)を利用。ケアマネジャーと相談し、介護用ベッドをレンタル。がんによる痛みのコントロールのため、薬剤師も訪問。(在宅医を中心に、治療の効果を看護師や薬剤師等と連携し、確認することが重要)

・暫くは多職種の支援により、安定した生活を続けていたが、徐々に、食事の量も減ってくる。しからしながら、在宅医と相談しながら、自宅で暮らし続けることとなる。(病状等に変化があった際の在宅医を中心とした本人・家族の意向確認が重要)

2-(3)在宅医療サポートセンターの運営

【取組概要】

在宅療養調整医師とともに、①多職種への医療的な助言、②医療資源等の把握、③市民啓発、④退院調整支援等を行うため、川崎市看護協会に看護職のコーディネーターを配置し、取組を推進。

(1)多職種への医療的な助言

区役所、地域包括支援センター、介護支援専門員等からの医療的な相談に対する助言や、訪問看護ステーションの育成、助言

(2)医療資源等の把握

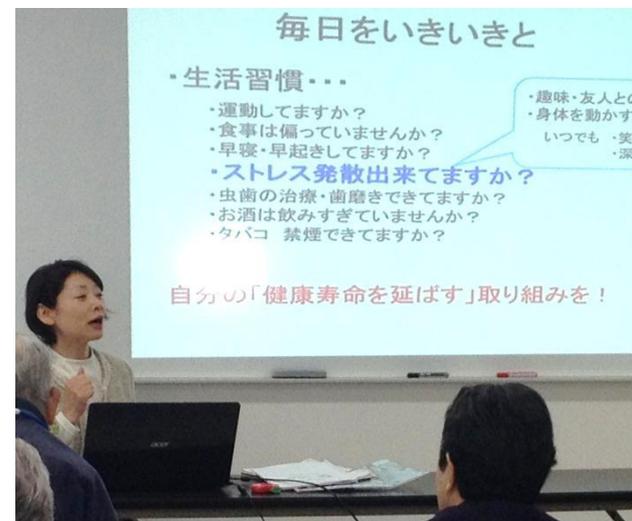
区ごとの多職種連携等の取組の情報収集や、在宅医療資源ガイドブック等による医療・介護従事者からの相談対応

(3)市民啓発

市民啓発WGの企画・会議運営、在宅医療情報誌の作成、出前講座の実施

(4)退院調整支援等

在宅療養連携ノート等を活用した事例収集・分析、多職種連携に向けたルールづくり、あんしん見守り一時入院等事業の利用調整 等



(「在宅医療サポートセンター」による出前講座)

在宅生活の課題と医療提供の流れ(イメージ)

【在宅生活における課題】

認知症 がん 通院困難 看取り 独居 老々介護 権利擁護 等

初期相談窓口

かかりつけ医

地域包括支援センター

ケアマネジャー

病院医療相談室

区保健福祉センター

等

【在宅医療を含む相談】

情報収集・多職種チーム編成

相談支援

連携

①カンファレンス時(退院時共同指導、サービス担当者会議等)

②処遇方針の決定時

③アセスメント・評価時(定期)

④容態の変化によるアセスメント時(急変時・随時)

⑤終結時(死亡・入院・入所等)

在宅医療
サポートセンター

区在宅療養調整医師

既存の枠組みで対応
(虐待,認知症,老々介護等)

2-(4)介護職向け医療・介護連携研修の開催

今後、医療的なニーズの高い利用者の介護を担う機会の増加が見込まれるため、在宅介護の現場で働く従事者が、より質の高いケアを実践し、適切に医療職と連携できることを目指す。

「あれっ!」と思ったときに医療職にどうやって伝えるか? ~在宅介護での医療との連携

日時; 平成29年2月14日(火) 17時45分~20時45分 場所; てくのかわさき

講師; 秦 実千代 氏((株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション 坂町ミモザの家管理者)

参加者数; 主に在宅介護現場で働く介護保険事業所にお勤めの方など 28名参加

【 研 修 内 容 】

- ・地域包括ケアシステムとは
- ・地域包括ケアの中での訪問看護の役割
- ・現場で使える症状・疾患の基礎知識
- ・「暮らしの保健室」ができるまで
- ・坂町ミモザの家(看護小規模多機能型居宅会議)
- ・マギーズ東京の歩み 等



(講演; 秦 実千代先生)



(グループワーク風景)

※川崎市高齢社会福祉総合センターの福祉職員向け現任研修の「福祉と医療の連携」研修として実施しています。

3 在宅医療推進に向けた市民への啓発

(1)リーフレット「在宅医療Q&A」の配布

在宅医や、区役所保健福祉センター、地域包括支援センター等の相談機関において、在宅医療についてリーフレットを配布し、市民への周知を図る。

(2)出前講座の実施

地域単位での在宅医療・ケアの理解の浸透を図り、在宅療養という1つの選択肢について、家族や周りの人と話し合う機会の創出に向けたきっかけづくりを行う。

(3)市民シンポジウムの開催

在宅医療や終末期をテーマとしたシンポジウム(基調講演と市内医療・介護関係者等によるパネルディスカッション)を開催し、関心を持っている市民の理解を深め、人生の最期をどのように迎えるかを考えるきっかけにつなげる。

第1回(平成27年2月11日)

第2回(平成27年10月25日)

第3回(平成28年10月16日)



辻哲夫特任教授(東京大学高齢社会総合研究機構)による基調講演。



三浦久幸氏(国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長)による基調講演。



岡田孝弘氏(在宅医ネットよこはま代表)による基調講演。

在宅医療における市民啓発の取組の考え方

医療や介護が必要となっても、本人や家族の状況に応じて、生活の場を選択できるように、在宅医療・ケアについても、市民の選択肢の1つとできるような理解の浸透を図っていく。

- ・シンポジウム開催
- ・リーフレット配布 等

- ・地域の活動紹介等

○情報誌の作成



I 幅広い情報提供

II 小地域での理解の浸透

IV セルフ・ケアの意識を育み、地域を考えるきっかけに

III 対話の機会の創出

- ・出前講座 等

- ・地域のサロン、コミュニティ・カフェ、健康講座等での対話

※平成27年度 在宅医療サポートセンター実施分
(28回、約750名が参加)

4 区を単位とした在宅医療推進に向けた取組

【事業の概要】

在宅医療を推進するための全市的な取組とともに、行政区を単位として、①診診連携による在宅医の負担軽減、②多職種での緊密な連携の推進、③市民啓発などの課題解決に向けた各区医師会による主体的な取組を推進する（平成26年度～）。

「顔の見える関係会議等」



(川崎区)



(中原区)



(高津区)



(麻生区)

「市民シンポジウム」



(幸区)



(多摩区)

「地域ケア連絡会議での取組紹介」



(宮前区)

4 平成28年度の各区における取組計画・状況(平成29年3月20日現在)

	区	取組の分類	取組計画・状況の概要
1	川崎区	②多職種連携 ③市民啓発	行き届いた医療・介護サービスのあるまちづくりに向け、多職種連携会議を行い(6/30・9/26・2/9・3/6)、医療・介護従事者の相互の業務理解を深め、その成果をワークショップとして広め(10/20・3/30)、冊子にまとめるなど啓発活動につなげる。
2	幸区	②多職種連携 ③市民啓発	多職種による誤嚥性肺炎の予防対策の研究会において、スキルアップセミナーの開催(年6回)とともに、市民公開フォーラムを開催(7/2)し、さらに、在宅医療の普及に向けて、市民公開講座を開催する(11/5)。
3	中原区	②多職種連携	多職種間で円滑な連携を図るため、多職種による協議会を開催(5/18・10/12・3/29)するとともに、多職種による勉強会(9/15・2/2)や、グループワーク等を行う「多職種に依る顔の見える関係会議」を開催する(11/16)。
4	高津区	②多職種連携	これまで在宅医療に関係する団体間で‘顔の見える連携’を進めてきたが、さらに、それぞれ専門職の独自性が発揮された事例検討会(9/15・2/9)や関係団体代表者による連携会議を通じて、スキルアップを図り、介護の質の向上をめざす。
5	宮前区	①診診連携 ②多職種連携 ③市民啓発	多職種連携をICTを通じて、推進するため、「在宅医療ホットライン」の運用、ICTの普及、‘在宅医ネットよこはま’との共催での研究会の開催(9/3)、医療・介護関係者等との合同カンファレンスを開催する。
6	多摩区	①診診連携 ②多職種連携 ③市民啓発	在宅療養のみならず住民の健康と看取りの相談窓口及び連携を目標に多職種による「チーム・たま」を設立。3部会(情報IT化部会、団体間連携強化部会、地域連携強化部会)の報告会(7/28)を開催するとともに、医師会、ケアマネジャー、ヘルパー等による研修会、「チーム・たま講演会」(10/28)を開催する。
7	麻生区	①診診連携 ②多職種連携 ③市民啓発	在宅医療に係る医療機関を増やしていくために、在宅医療に対する知識を深めるための勉強会を開催するとともに、多職種連携の会を設け、多職種と定期的に意見交換を行う(10/24)。さらに、市民への在宅医療の理解を広めるため、フォーラムを開催する(3/18)。

5 訪問看護事業に関する取組支援

【主な取組】

(1) 訪問看護師養成講習会

訪問看護に必要な知識・技術を短期間で習得することを目的として、10日間(訪問看護ステーションにおける実習1日間を含む)の講習を、川崎市看護協会への委託により実施。

平成28年度 5月～7月、9月～11月の2回実施。(各回定員30名)

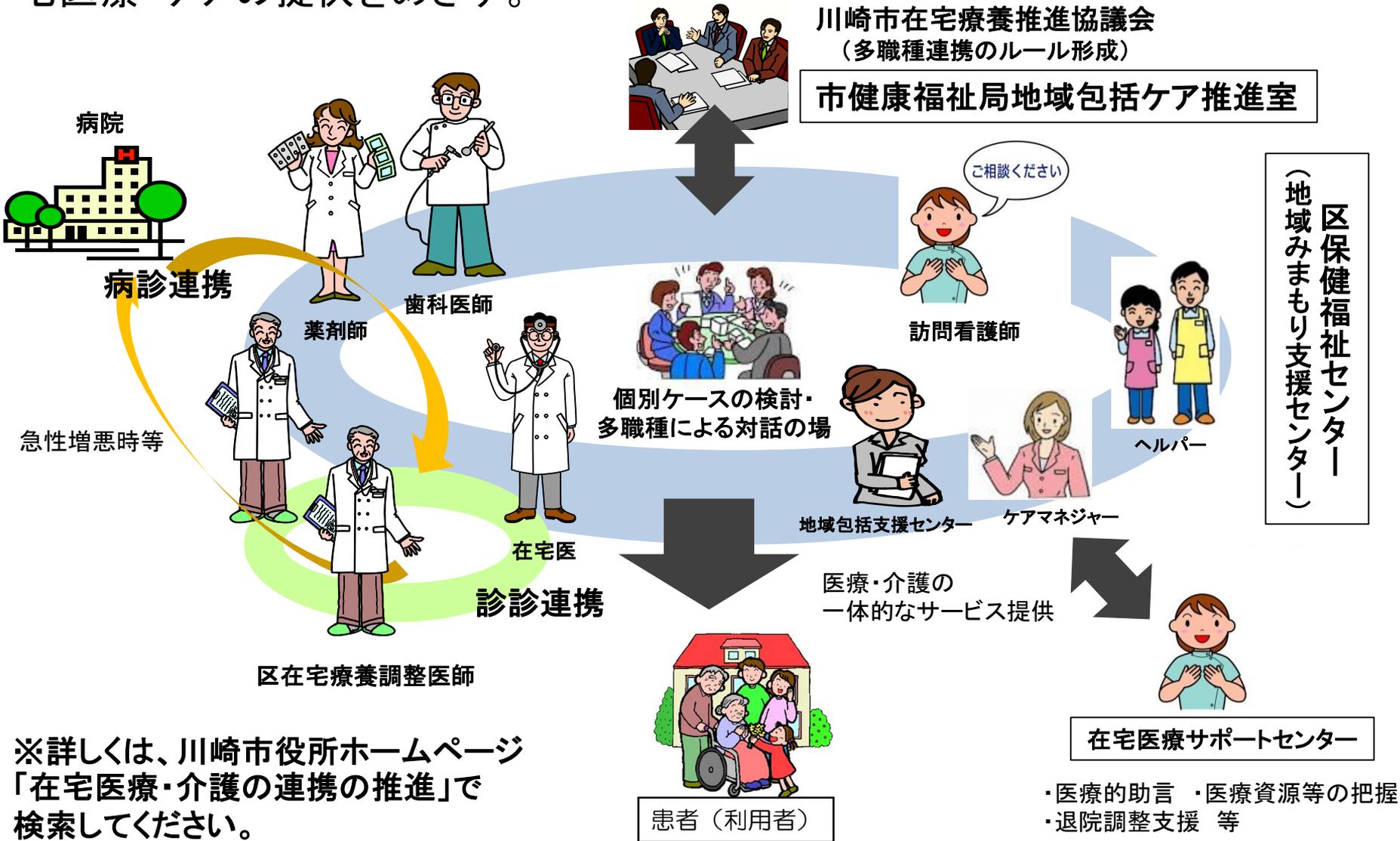
【テーマ】 訪問看護の機能・役割、終末期ケア、服薬管理、医療安全、感染管理、急変時の対応、栄養サポート、摂食・嚥下障害のケア、褥瘡、認知症、リハビリテーション、関係機関と社会資源 等

(2) 訪問看護事業所大規模化・サテライト事業所設置時の補助事業

当該年度に、訪問看護事業所の大規模化・サテライト事業所の開設を行おうとする事業所に対して、事業立ち上げ時の初年度に係る経費の一部を助成。

川崎市における在宅医療・ケアシステムのイメージ

疾病を伴っても自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるように、地域における医療・看護・介護が連携した、包括的かつ継続的な在宅医療・ケアの提供をめざす。



地域包括ケアシステム構築に向けた取組の方向性

(1) 町内会・自治会、社協区、民児協区、地域包括支援センター、地域みまもり支援センター、学区など既存エリアの見える化(町名別の整理)

(2) 小エリアでの地区カルテの作成

(3) 地区カルテを参考とした「区地域福祉計画の策定」及び、社会福祉協議会が策定する「地域福祉活動計画との具体的な連携」

(4) 平成29年度に策定する市総合計画および主な個別計画との一体的な策定(地域医療計画・高齢計画・障害計画・地域福祉計画)

※特に、今後の在宅療養者の増加への対応策について一体的な環境整備をめざす。

(5) 地域包括ケアシステムの市民理解度の向上(市総合計画上の指標)

2015年(平成27年):10.1%⇒2025年(平成37年):42%



理解をしている

- ※・自分が何をすれば良いか知っていて、具体的に行動している
- ・自分が何をすれば良いか知っているが、具体的に行動していない
- ・地域包括ケアシステムの内容は知っているが、そのために自分が何をすれば良いかわからない
- ・地域包括ケアシステムの言葉は知っているが、内容は知らない
- ・地域包括ケアシステムを聞いたことがない