

平成30年6月27日(水)

在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ

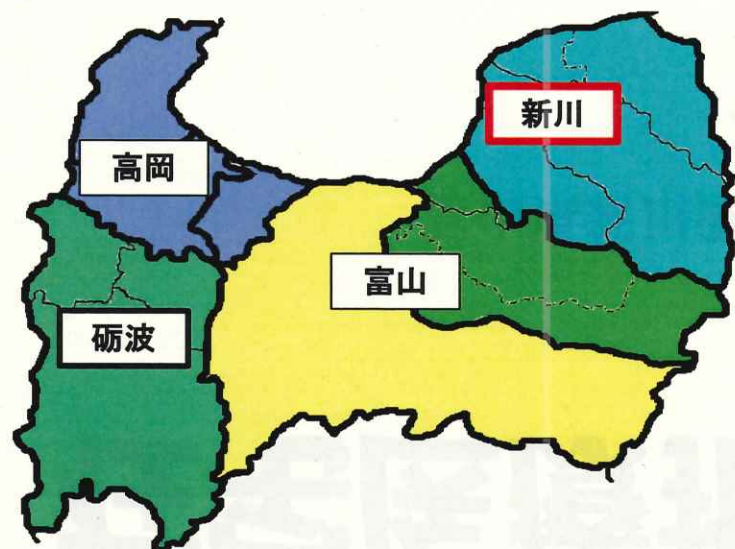
|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| 第5回在宅医療及び医療・<br>介護連携に関するWG | 資料<br>2-3 |
| 平成30年6月27日                 |           |

# 富山県新川地域における 在宅医療推進の取り組み

富山県新川厚生センター(保健所)

大江 浩

## 地域の紹介



○二次医療圏＝老人保健福祉圏＝厚生センター(保健所)所管区域

○新川圏域には、2つの郡市医師会、2つの介護保険者

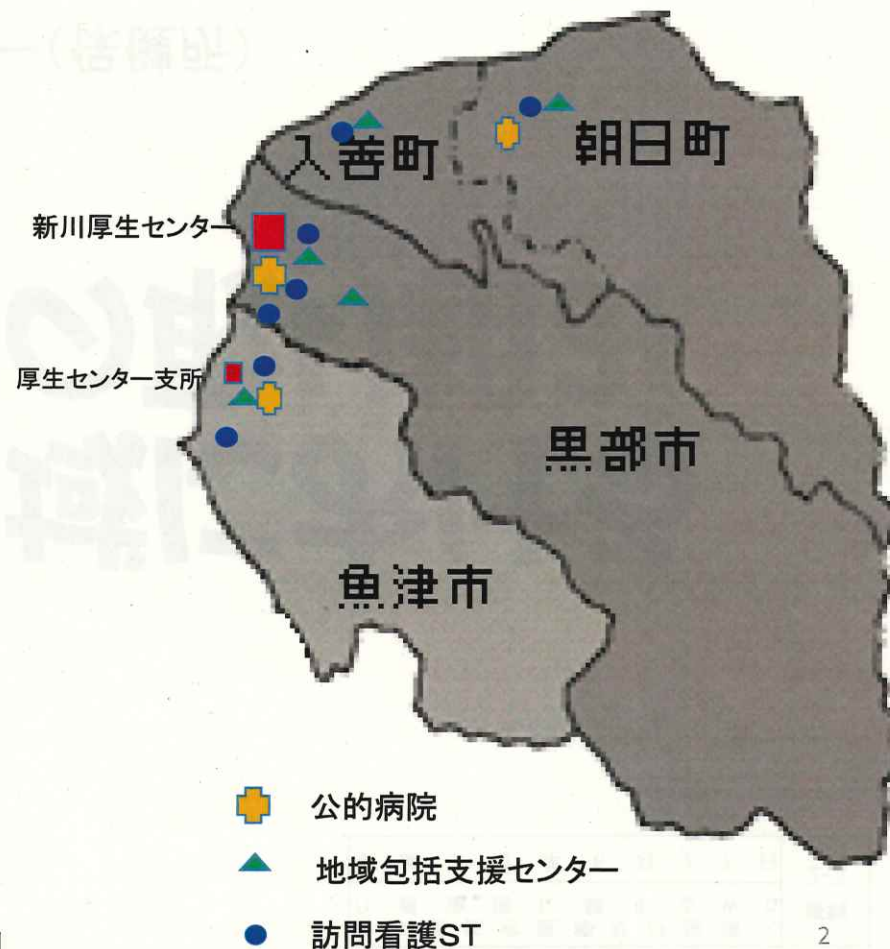
新川圏域の主な医療・介護資源

- ・病院14、一般診療所78、歯科診療所50
- ・一般病床1084床、療養病床792床
- ・公的病院(主に急性期医療)3カ所; 414床、300床、194床
- ・がん診療連携拠点病院(公的病院)2カ所
- ・リハビリテーション広域支援センター(公的病院)1カ所
- ・認知症疾患医療センター(民間病院)1カ所
- ・地域包括支援センター(直営)5カ所
- ・訪問看護ステーション7カ所...

⇒資源的には比較的恵まれている

※地域医療構想では、在宅医療等509人／日必要、慢性期病床407床過剰

新川圏域人口約12万人  
(高齢者人口(割合)33.4%)



## 在宅医療の充実に向けた実施体制

県庁

### 富山県あんしん在宅医療・訪問看護推進会議

高齢福祉課(地域包括ケア担当)

医務課(医療計画担当)

健康課(緩和ケア等担当)

等

計画策定・推進(介護保険事業支援計画、医療計画、がん対策推進計画等)、事業予算化、推進組織の運営、人材育成、職能団体支援等

<県医師会>

県在宅医療支援センター

在宅医療推進加速化事業

厚生センター  
(保健所)

企画調整班

(医療計画、地域包括ケア、緩和ケア等)

地域保健班

(地域リハビリ、認知症、難病等)

地域医療対策推進事業、在宅医療推進支援事業、がん対策事業、地域リハビリテーション活動推進事業等

※圏域全体の在宅医療関係の総合調整、推進・支援

<郡市医師会>

在宅医療支援センター

在宅医療・介護連携推進事業(一部)、在宅医療推進加速化事業  
※在宅医療療養連携協議会等

拠点施設

がん診療連携  
拠点病院

地域リハビリテーション  
広域支援センター

認知症疾患  
医療センター

管内市町

各市町・地域包括支援センター

介護保険事業組合

介護保険事業計画策定・推進;在宅医療・介護連携推進事業(ア～ク)、地域ケア会議、生活支援体制整備、地域包括支援センター等

※県・厚生センター・市町の組織横断による連携・協働、職能団体・拠点施設との連携・協働が重要

## 主な在宅医療の充実に向けた取り組み

### ○会議

- ・ **地域医療推進対策協議会(圏域連携会議)在宅医療部会**(年1回)

公的病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協議会、訪問看護ST、市町地域包括支援センター等の代表者

- ・ **在宅医療・介護ネットワーク関係者連絡会**(年2回)

在宅医療支援センター、介護支援専門員協議会、市町地域包括支援センター等の実務者

- ・ **看護管理者等連絡会**(年1回)

管内全病院の看護部長・連携室、市町地域包括支援センター、介護保険事業組合等

※他に、地域リハビリテーション連絡協議会、栄養管理体制整備WGなど; **在宅医療・介護資源ガイド**(介護施設の医療的ケア、生活支援サービス含む)の作成

※医師会在宅医療支援センターや市町等主催の関連会議に参加

### ○従事者研修

- ・ **在宅医療・介護連携推進研修会**(年2回) ※看護協会、在宅医療支援センター、公的病院と共催

入退院支援に関する研修・グループワーク;医療、看護、介護、行政関係者

- ・ **緩和ケア研修会**(年2回) ※がん診療連携拠点病院と共催

在宅がん緩和ケアに関する事例検討・グループワーク;医療、看護、介護、行政関係者

※他に、地域リハビリテーション、栄養管理体制研修会

※介護保険主治医研修会、公的病院総合評価加算の研修会、介護支援専門員協議会研修会、薬剤師会研修会、在宅医療支援センター研修会に支援・協力

### ○住民普及啓発

在宅医療療養連携協議会市民公開講座(年2～3回)、市町主催(地域支え合い推進員、女性団体、老人クラブ等)に支援・協力

※圏域・市町のデータ、資料に基づくことが重要

平成29年6月14日  
新川厚生センター

## 新川厚生センター管内看護管理者等連絡会議



**保健予防課長**  
(管内統括保健師)

**保健所長**

※病院全体で入退院支援を働きかけ

※地域の看護職ネットワークが不可欠

⇒統括保健師の役割が大きい

(厚生センター所長は病院長、医師会長、首長等に対する働きかけ)

病院における入退院支援に関する協議

平成29年8月21日  
黒部市コラーレ

## 新川地域在宅医療・介護連携推進研修会



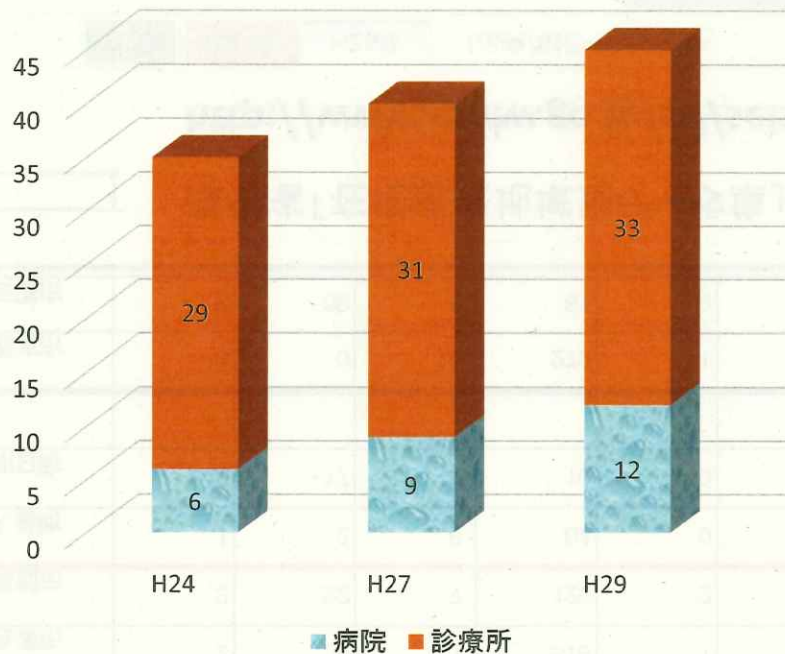
入退院支援に関する多職種グループ  
ワーク

県看護協会、在宅医療支援センター  
(<http://niikawa-zaitaku.net/>)、公的  
病院と共催

※平成30年度は相談支援事業所も参加

※入退院支援加算1の施設要件にも一部寄与

## 在宅医療の実施施設数



## 在宅医療を受けている患者数



## 医療施設調査（静態）

※3年ごとに保健所が調査実施  
⇒すべての病院、医科・歯科診療所に実施

| (24) 在宅医療サービスの実施状況               |    |          |           |
|----------------------------------|----|----------|-----------|
| 併設施設によるサービスを除く                   |    |          |           |
| 実施の有無に○をつけ、9月中の件数を記入してください。      |    |          |           |
| 医療保険等による在宅サービス                   |    | ① 実施している | ② 実施していない |
| 往診                               | 01 | 3        | 件         |
| 在宅患者訪問診療                         | 02 | 20       | 件         |
| 歯科訪問診療                           | 03 |          | 件         |
| 救急搬送診療                           | 04 | 1        | 件         |
| 在宅患者訪問看護・指導                      | 05 |          | 件         |
| 精神科在宅患者訪問看護・指導                   | 06 |          | 件         |
| 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理              | 07 |          | 件         |
| 訪問看護ステーションへの指示書の交付               | 08 | 3        | 件         |
| 在宅看護                             | 09 |          | 件         |
| 介護保険による在宅サービス                    |    | ① 実施している | ② 実施していない |
| 居宅療養管理指導(介護予防サービスを含む)            | 10 |          | 件         |
| 訪問看護(介護予防サービスを含む)                | 11 | 3        | 件         |
| 訪問リハビリテーション(介護予防サービスを含む)         | 12 |          | 件         |
| 在宅療養支援診療所の届出 いずれかに○ 施設数には自施設を含む。 |    |          |           |
| ① 有                              |    |          |           |
| ↳ 連携医療機関等の数 ( 4 施設 )             |    |          |           |
| 受け持つ在宅療養患者の数 ( 2 人 )             |    |          |           |
| ② 無                              |    |          |           |

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/chousahyo/index.html#00450021>

※訪問診療・往診を実施する医療機関数、患者数は増加傾向

※在宅医療支援センター(<http://niikawa-zaitaku.net/>)では診療材料共同購入、主治医・副主治医制を実施

| データ時点) | 26.10.1          | 26.9月間 | 26.10.1                    | 26.9月間 | 26.10.1 | 26.9月間 | 26.10.1 | 26.9月間 | 26.10.1 | 26.9月間 | 26.10.1 | 26.9月間 | 26.10.1        | 26.10.1                        | 26.10.1                             | 6.1～26.1   | 6.1～26.1      |
|--------|------------------|--------|----------------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|----------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|---------------|
|        | 訪問診療             |        |                            |        | 往診      |        |         |        | 看取り     |        |         |        | 訪問看護<br>ステーション | 訪問看護<br>ステーションの看護職員数<br>(常勤換算) | うち24時間<br>対応のST<br>の看護職員数<br>(常勤換算) | 自宅死の<br>割合 | 老人ホーム<br>死の割合 |
|        | 訪問診療を実施する<br>病院数 |        | 診療所<br>訪問診療を実施する<br>一般診療所数 |        | 病院      |        | 診療所     |        | 病院      |        | 診療所     |        |                |                                |                                     |            |               |
|        | 施設数              | 実施件数   | 施設数                        | 実施件数   | 施設数     | 実施件数   | 施設数     | 実施件数   | 施設数     | 実施件数   | 施設数     | 実施件数   | 施設数            |                                |                                     | (%)        | (%)           |
| 市区町    | 〈施設〉             | 〈件〉    | 〈施設〉                       | 〈件〉    | 〈施設〉    | 〈件〉    | 〈施設〉    | 〈件〉    | 〈施設〉    | 〈件〉    | 〈施設〉    | 〈件〉    | 〈施設〉           | (人)                            | (人)                                 | (%)        | (%)           |
| 魚津市    | 2                | 39     | 7                          | 578    | 1       | 4      | 11      | 83     | 0       | 0      | 2       | 3      | 3              | 11                             | 4                                   | 7.5        | 3.5           |
| 黒部市    | 3                | 22     | 7                          | 125    | 2       | 4      | 7       | 52     | 0       | 0      | 2       | 3      | 2              | 3                              | 0                                   | 8.6        | 5.3           |
| 入善町    | 1                | 2      | 6                          | 84     | 0       | 0      | 6       | 40     | 0       | 0      | 2       | 3      | 1              | 4                              | 0                                   | 11.4       | 6.9           |
| 朝日町    | 3                | 17     | 1                          | 10     | 0       | 0      | 1       | 2      | 0       | 0      | 0       | 0      | 1              | 3                              | 3                                   | 11.7       | 4.4           |
| 砺波市    | 0                | 0      | 10                         | 272    | 1       | 1      | 12      | 74     | 0       | 0      | 3       | 5      | 2              | 14                             | 14                                  | 14.7       | 2.9           |
| 南砺市    | 2                | 68     | 8                          | 81     | 0       | 0      | 10      | 41     | 1       | 1      | 2       | 2      | 1              | 17                             | 17                                  | 12.9       | 7.5           |

厚労省「在宅医療地域別データ集」による

※訪問看護体制の強化が課題

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

H28

H27年

H26年

(出典情報)

+

※県訪問看護ステーション連絡協議会実績報告では訪問看護STごとの詳細な実績が出ている

H28年度実績

| 圏域   | 高齢者人口 | 高齢化率  | 訪問看護ST看護職員常勤換算(人口10万対) | 訪問看護利用者数(人口10万対) |
|------|-------|-------|------------------------|------------------|
| 新川圏域 | 39875 | 33.1% | 15.7                   | 291              |
| 砺波圏域 | 43421 | 33.4% | 33.2                   | 850              |

## 管内公的3病院の状況

平成28年度報告

病床機能報告 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>) による

※は一桁

|                     | 黒部市民病院 | 富山労災病院 | あさひ総合病院 |
|---------------------|--------|--------|---------|
| 退院患者数(1ヵ月間)         | 729人   | 334人   | 205人    |
| 退院後1ヵ月以内に自院在宅医療提供   | 1人     | 0人     | 2人      |
| 退院後1ヵ月以内に他施設在宅医療提供  | 18人    | 0人     | 2人      |
| 退院支援加算1             | 95件    |        |         |
| 退院支援加算2             |        | 106件   | ※       |
| 地域連携診療計画加算(退院支援加算1) | ※      |        |         |
| 介護支援連携指導料           | ※      | ※      | 12件     |
| 退院時リハビリテーション指導料     | 157件   | 116件   | ※       |

※平成30年度改定で、退院支援加算は入退院支援加算、介護支援連携指導料は介護支援等連携指導料

※病床機能報告では、病棟単位で「在宅復帰率」もわかる ⇒ 各病院の実績を提示

※医療計画では、「退院支援」「日常の療養支援」「緊急時の対応」「看取り」を推進

※新公立病院改革プランで、あさひ総合病院は、4病棟199床 ⇒ 2病棟109床(うち1病棟は地域包括ケア病棟)・在宅医療ST等併設

※各公的病院に入退院支援部門設置 ⇒ 入退院支援加算1を算定

# 主な在宅医療指標

医療機関所在地ベースの集計

平成27年5月～平成28年5月審査分(入院) **SCR**(年齢調整標準化レセプト出現比)

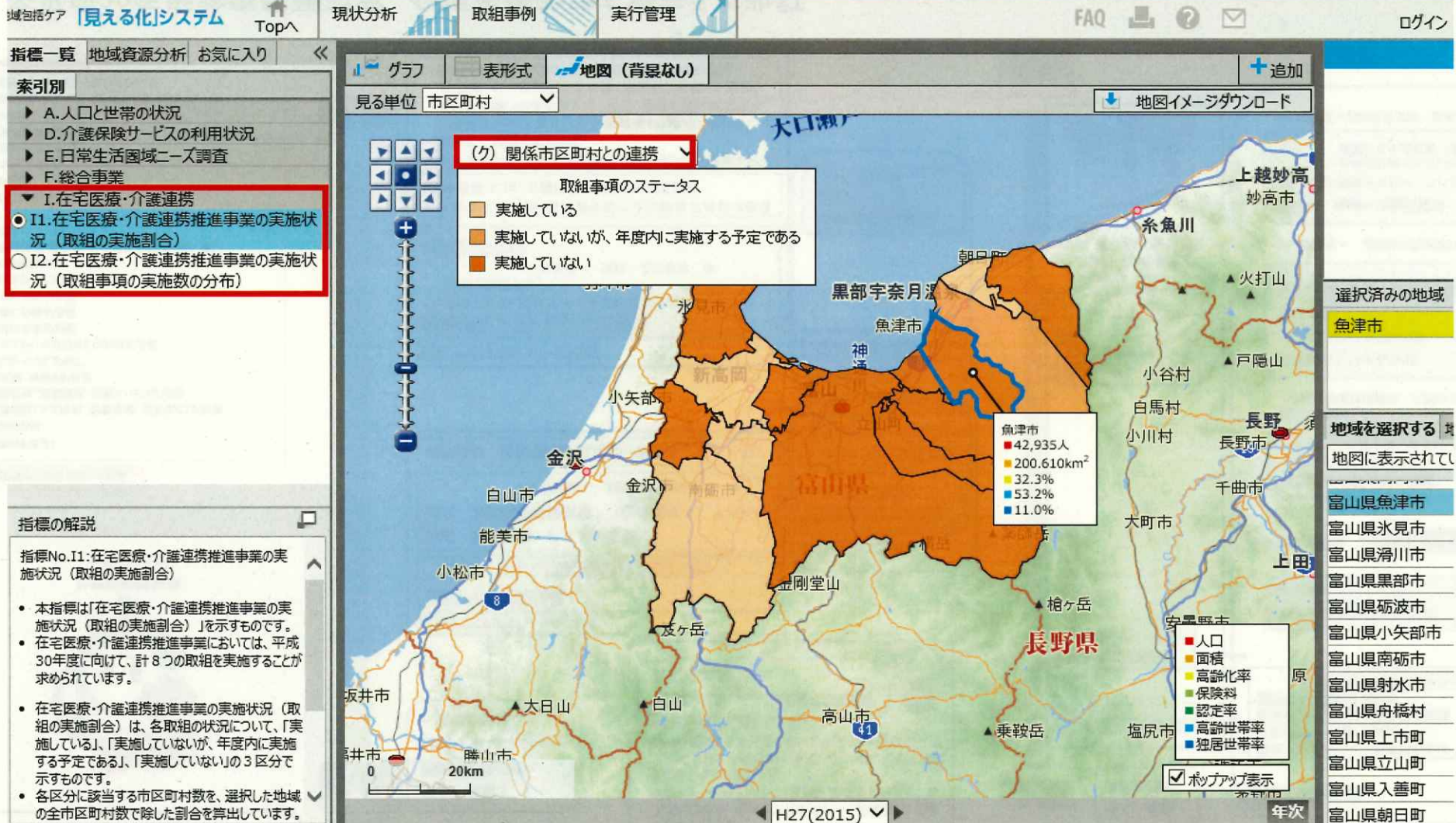
| レセ電コード    | レセプト                     | 県     | 新川    | 富山    | 高岡    | 砺波    |
|-----------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 190147610 | 退院調整加算(一般病棟入院等)(～14日)    | 70.4  | 74.2  | 66.7  | 67.3  | 85.8  |
| 190147710 | 退院調整加算(一般病棟入院等)(15日～30日) | 114.0 | 123.9 | 116.3 | 108.1 | 110.7 |
| 190147810 | 退院調整加算(一般病棟入院等)(31日～)    | 132.4 | 169.1 | 135.8 | 120.0 | 115.5 |
| 113008910 | 退院時共同指導料2                | 69.0  | 89.7  | 65.6  | 81.1  | 34.1  |
| 113011710 | 介護支援連携指導料                | 144.7 | 167.2 | 194.4 | 72.4  | 126.9 |
| 113009010 | 地域連携診療計画管理料              | 130.9 | 106.7 | 207.0 | 71.9  | 36.3  |
| 190056910 | 退院時リハビリテーション指導料          | 270.5 | 250.1 | 275.3 | 330.8 | 136.6 |
| 190030310 | 退院前訪問指導料                 | 136.3 | 196.4 | 125.3 | 64.2  | 271.9 |
| 114018570 | 看取り加算(在宅患者訪問診療料)         | 58.2  | 32.3  | 54.9  | 57.3  | 92.8  |

内閣府の経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト

(<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>)による

※100が全国並み

※毎年、厚労省から都道府県に配布される「医療計画作成支援データブック」にNDBIによるSCRが出ている



地域包括ケア「見える化」システム(<http://mieruka.mhlw.go.jp/>)で市町村の取り組み状況を公表

⇒平成29年度から管内各市町が厚生センター等との連携・協働により在宅医療・介護連携推進事業のアー&クをすべて実施に

## 在宅医療・介護ネットワークの手引き

新川医療圏 入退院支援ルール



とやま地域包括  
ケアシステム

### 2) 「入退院支援が必要な患者」の基準

#### 【身体的・精神的な項目】

- (1) 医学管理が必要  
医療処置(人工呼吸、経管栄養、吸引など)が必要  
訪問診療、訪問看護、訪問リハビリが必要  
終末期、看取りが必要
- (2) 入院前に比べADLが低下  
立ち上がりや歩行などに介助が必要  
食事の介助が必要  
排泄に介助が必要  
入浴に介助が必要
- (3) 退院後介護サービスの利用が必要
- (4) 精神面での問題あり  
(認知力低下 認知症による周辺症状 うつ病 等)

#### 【環境的な項目】

- (1) 独居
- (2) 高齢者のみ世帯
- (3) 介護上の問題  
日中一人である  
家族の介護力不足  
家族の理解がない
- (4) 経済的な問題  
(医療保険未加入者又は生活困窮者であること 等)
- (5) 虐待を受けている又はその疑いがあること

## 2 入院から退院までの地域から病院への連絡



入院

本人・家族・  
医療機関の役割：  
担当ケアマネジャー  
へ入院の連絡

～平素から本人・家族に対して～

- ・担当ケアマネジャーの名前と事業所名、連絡先を伝えておきましょう。
- ・入院した場合、担当ケアマネジャーへの連絡と、担当ケアマネジャーがいることを病院職員等に伝えることを依頼しておきましょう。
- ・入院時には、医療機関へ介護の状況等について情報提供を行う必要があることを説明し、個人情報の使用について同意を得ておきましょう。

ケアマネジャーは、介護保険被保険者等に  
名刺を渡しましょう。

担当ケアマネジャーの役割：

病院への情報提供

(入院後7日以内(できれば入院後3日以内))

方法 病院訪問・FAX・電話

様式 入院時情報提供書 (参考様式1) 7ページ

\*介護報酬 \* 入院時情報提供加算 等

病院窓口 医療機関連絡窓口一覧 (5、6ページ)

医療機関の役割：

院内初期カンファレンスの実施

入院時アセスメントとケアマネジャーからの情報提供などにより、退院後の見直し等を検討

医療機関の役割：

退院の事前連絡

担当ケアマネジャーの役割：

退院前カンファレンスに参加

情報を共有し解決すべき課題の検討を行い、サービス調整に活用する。

\*介護報酬 \* 退院・退院加算 等

院内面談支援

・入院中に要介護・要支援状態で退院調整が必要な患者(患者基準)には、介護保険の説明と申請を支援

・ケアマネジャーから訪問看護ステーションや介護サービス事業所へ情報を提供する。

・医療保険未加入者又は生活困窮者や、虐待を受けている又はその疑いがある場合は、適宜、関係機関に連絡する。

・必要時、サービス担当者会議(個別ケア会議)を開催し、情報共有とサービス内容等支援方法の検討を行う。

退院時情報提供

看護サマリー、  
リハサマリー等

退院

在宅介護

## 3 退院に向けて病院から地域への連絡

### 1) 担当ケアマネジャーがいる場合

入院

本人・家族：  
入院の連絡

居宅介護支援事業所等  
担当ケアマネジャー  
の役割：  
入院時情報提供書  
(参考様式1) 7ページ

医療機関の役割：

担当ケアマネジャーが不明の時は  
下記の窓口へ連絡し確認  
島津市 → 社会福祉協議会介護保険係  
島津市・入善町・朝日町  
→ 新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合

院内初期カンファレンス  
患者基準 (1ページ)

\*診療報酬 \*  
給付評価加算

地域医療連携室

退院調整連携

病院

退院前の介護支援の連絡

担当ケアマネジャーへ  
病院からの連絡票 (参考様式2) 9ページ

\*診療報酬 \*  
介護支援連携加算 (入院中2回)

退院前カンファレンス

情報共有と支援の検討  
院内面談  
なるべく退院前連絡は7日以上



\*診療報酬 \* 退院時共同加算 2

退院時 地域への情報提供

・各病院の看護サマリー、リハサマリー等を使用  
・サマリーの様式が決まっていない場合  
病院からの連絡票 (参考様式2) 9ページ

\*診療報酬 \* 退院支援加算 (退院時1回)

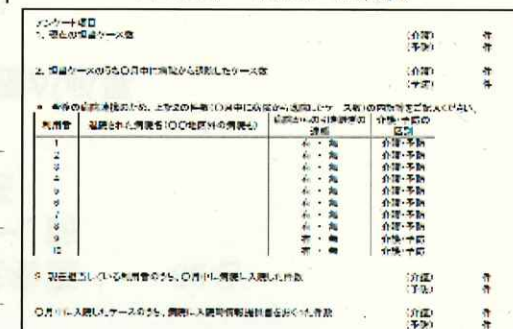
病院訪問  
(地域連携室を通して)

・ケアプラン作成  
・訪問看護、リハ等サービス  
事業所への情報提供  
・サービス担当者会議の  
開催

退院

※平成30年度診療報酬改定、介護報酬改定を踏まえて改訂

ケアマネジャーへのアンケート用紙(例)



※県内全圏域でリハビリテーション広域支援センターが毎年調査 ⇒ 県内の他圏域と比較

大江浩, 若杉央: 富山県砺波厚生センターの在宅医療・介護連携の取り組み. 保健師ジャーナル. 2017;73(3):232-237

## 在宅がん緩和ケア研修

がん診療連携拠点病院(黒部市民病院、富山労災病院)と共催

※県がん対策事業

| 開催日        | テーマ                                                  | 発表者                                                        | 参加者数 |
|------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------|
| 2015.7.17  | 家族が描いた退院後の生活のイメージと実際とのずれ ～70歳代腭頭部がん患者と家族への退院支援を振り返る～ | 病院主治医、がん相談員、病院薬剤師、在宅主治医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション看護師              | 115名 |
| 2015.12.10 | 本人が在宅療養を希望し、自宅で看とりとなった老々介護                           | 病院主治医、地域連携室看護師、在宅主治医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション看護師、ホームヘルパー、調剤薬局薬剤師 | 73名  |
| 2016.7.28  | 看取りを支援する ～悪性リンパ腫の60歳代男性の終末期を振り返る～                    | 病院主治医、がん相談員、ケアマネジャー、薬剤師、ショートステイ看護師・介護士、在宅主治医               | 99名  |
| 2016.12.15 | 若年の婦人科がん患者への支援を考える ～それぞれの職種ができること～                   | 病院主治医、地域連携室看護師、通院治療室看護師                                    | 60名  |
| 2017.7.6   | 進行胃がん70歳代男性の意思決定支援を振り返る                              | 病院緩和ケア認定看護師、病院主治医、がん相談員、訪問看護師・ケアマネジャー、病院薬剤師、在宅主治医          | 108名 |
| 2017.11.16 | がん終末期の独居高齢者の住み慣れた家に帰りたい思いに対する関わり                     | 病院主治医、病棟看護師、地域連携室看護師、緩和対策室看護師、ケアマネジャー、訪問看護ステーション看護師、在宅主治医  | 82名  |

※訪問看護利用者の主傷病名の一位が「がん」;比較的短期間に状態変化 ⇒ タイムリーな連携・調整が必要

林ひとみ, 大江浩:がん医療・緩和ケアの地域診断と地域連携の推進. 保健師ジャーナル. 2017;73(12):1008-1013

## 介護施設における医療的ケアの対応状況

### 1. 特別養護老人ホーム

◎:可能、○:条件付きで受入れ可、△:検討中、×:不可能

| 施設名         | 所在地<br>(市町村) | 定員  |      | 医療処置等の内容    |          |                         |          |        |          |        |        |          |         |                     |           |                    |          |                     |               |             |
|-------------|--------------|-----|------|-------------|----------|-------------------------|----------|--------|----------|--------|--------|----------|---------|---------------------|-----------|--------------------|----------|---------------------|---------------|-------------|
|             |              | 入所  | 短期入所 | ①認知症周辺症状の対応 | ②末梢点滴の管理 | ③中心静脈栄養の管理<br>(CVC、CVP) | ④酸素療法の管理 | ⑤褥瘡の管理 | ⑥鼻腔栄養の管理 | ⑦胃瘻の管理 | ⑧腸瘻の管理 | ⑨人工肛門の管理 | ⑩膀胱瘻の管理 | ⑪気管切開の管理<br>(吸痰を含む) | ⑫人工呼吸器の管理 | ⑬尿カテーテル、留置カテーテルの管理 | ⑭腹膜透析の管理 | ⑮感染症の対応<br>(MRSAなど) | ⑯血糖測定・インスリン注射 | ⑰終末期・看取りの対応 |
| 1 特別養護老人ホーム |              | 80  | 20   | ○           | ×        | ×                       | ○        | ○      | ×        | ○      | ×      | ○        | ○       | ×                   | ×         | ○                  | ×        | ○                   | ○             | ○           |
| 2 特別養護老人ホーム |              | 96  | 44   | ○           | ○        | ×                       | ○        | ◎      | ◎        | ◎      | ◎      | ◎        | ○       | ×                   | ×         | ○                  | ×        | ○                   | ×             | ○           |
| 3 特別養護老人ホーム |              | 80  | 10   | ◎           | ◎        | ×                       | △        | ◎      | ×        | ○      | ×      | △        | ×       | ×                   | ×         | ◎                  | ×        | △                   | ○             | ◎           |
| 4 特別養護老人ホーム |              | 80  | 20   | ◎           | ○        | ×                       | ○        | ◎      | ○        | ◎      | ×      | ◎        | ◎       | ×                   | ×         | ◎                  | ×        | ◎                   | ○             | ◎           |
| 5 特別養護老人ホーム |              | 80  | 30   | ◎           | ○        | ×                       | ×        | ○      | ×        | ◎      | ×      | ◎        | ×       | ×                   | ×         | ◎                  | ×        | ◎                   | ○             | ◎           |
| 6 特別養護老人ホーム |              | 80  | 20   | ○           | ×        | ×                       | ×        | ◎      | ×        | ◎      | △      | △        | △       | ×                   | ×         | ○                  | ×        | ○                   | ×             | ◎           |
| 7 特別養護老人ホーム |              | 142 | 22   | ◎           | ○        | ×                       | △        | ◎      | ○        | ◎      | ×      | ◎        | ○       | △                   | ×         | ◎                  | ×        | ◎                   | ◎             | ◎           |
| 8 特別養護老人ホーム |              | 100 | 20   | ○           | ×        | ×                       | ×        | ◎      | ×        | ◎      | ×      | ◎        | ×       | ×                   | ×         | ○                  | ×        | ○                   | ○             | ○           |

※地域リハビリテーション広域支援センター、市町、介護支援専門員協議会と協働で作成  
⇒介護支援専門員協議会、地域包括支援センター、病院連携室で共有

## 年間スケジュール(平成30年度)

| 項目     | 在宅医療・介護連携                                                                                                                                                                                                                           | 緩和ケア                                                                                                                     | 地域リハビリテーション・食支援                                                                                                                                                                                                                       |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 会議     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・5月 在宅医療・介護ネットワーク関係者連絡会<br/>⇒入退院支援ルール改訂、今年度の取組</li> <li>・7月 看護管理者等連絡会<br/>⇒各病院の入退院支援の取組み状況</li> <li>・2月 地域医療推進対策協議会在宅医療部会</li> <li>・3月 在宅医療・介護ネットワーク関係者連絡会<br/>⇒圏域の在宅医療の状況・課題、取組み</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・10月 地域医療推進対策協議会がん部会</li> </ul>                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・4月 地域リハビリ連絡協議会部会①</li> <li>・11月 地域リハビリ連絡協議会部会②<br/>⇒リハビリガイドの改訂</li> <li>・6月 栄養管理体制WG①</li> <li>・2月 栄養管理体制WG②<br/>⇒食形態状況一覧、オーラルフレイル対策</li> <li>・3月 地域リハビリ連絡協議会<br/>⇒圏域の急性期～維持期のリハ連携</li> </ul> |
| 従事者研修  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・8月 在宅医療・介護連携推進研修会①</li> <li>・10月 在宅医療・介護連携推進研修会②<br/>⇒入退院支援研修・グループワーク<br/>※各2回準備会合</li> <li>・8月 介護保険主治医研修会</li> </ul>                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・7月 がん緩和ケア研修会①</li> <li>・11月 がん緩和ケア研修会②<br/>⇒事例検討・グループワーク<br/>※各2回準備会合</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・9月 栄養管理体制整備研修会①</li> <li>・1月 栄養管理体制整備研修会②<br/>⇒栄養士・ケアマネ等対象研修<br/>食の連携、オーラルフレイル</li> </ul>                                                                                                     |
| 住民普及啓発 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・6月 在宅医療療養連携協議会市民公開講座①</li> <li>・11月 在宅医療療養連携協議会市民公開講座②<br/>⇒ターミナルケア、意思決定支援</li> <li>・随時 市町主催(地域支え合い推進員、女性団体、老人クラブ等)に支援・協力</li> </ul>                                                        |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                       |

※関係機関・団体との連携・協働 ⇒ 平素からのコミュニケーションが重要

※会議は、代表者レベルと実務者レベル ⇒ 必要に応じて個別にも調整

※事例検討・グループワークには事前の準備会合 ⇒ テーマを明確に

## 今後の課題

・在宅医療・介護ICT連携システムの更新

⇒現在のシステムは平成21年度導入(病院5、診療所22、薬局29、訪問看護ST6等参画)

クラウド・モバイルに対応した標準システムに;平成30年度基金事業対応予定

・独居・高齢者世帯の増加

⇒各種生活支援サービス(配食、買い物支援、外出支援等)の把握・開発・普及が必要

## ・開業医の高齢化

⇒病院も在宅医療(訪問診療、訪問看護等)を実施する必要

## ・病床重視からの転換

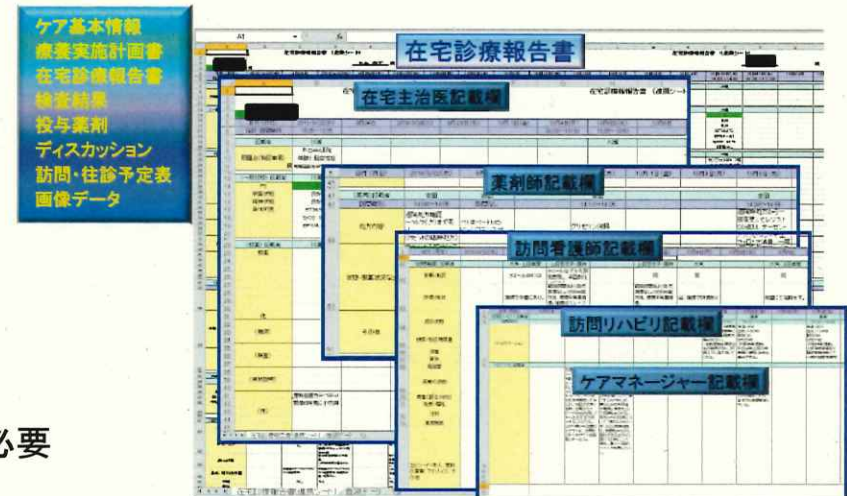
⇒「人生の最終段階における医療」「意思決定支援」の普及啓発が必要

※「在宅患者基本情報」をMC協議会で周知

## 介護施設の医療的ケアの推進

**地域医療構想推進の一環**として取り組み

## ※人材育成(特に保健師)が不可欠

[illegible][illegible]