

第7回九州厚生局地域包括ケア市町村セミナー

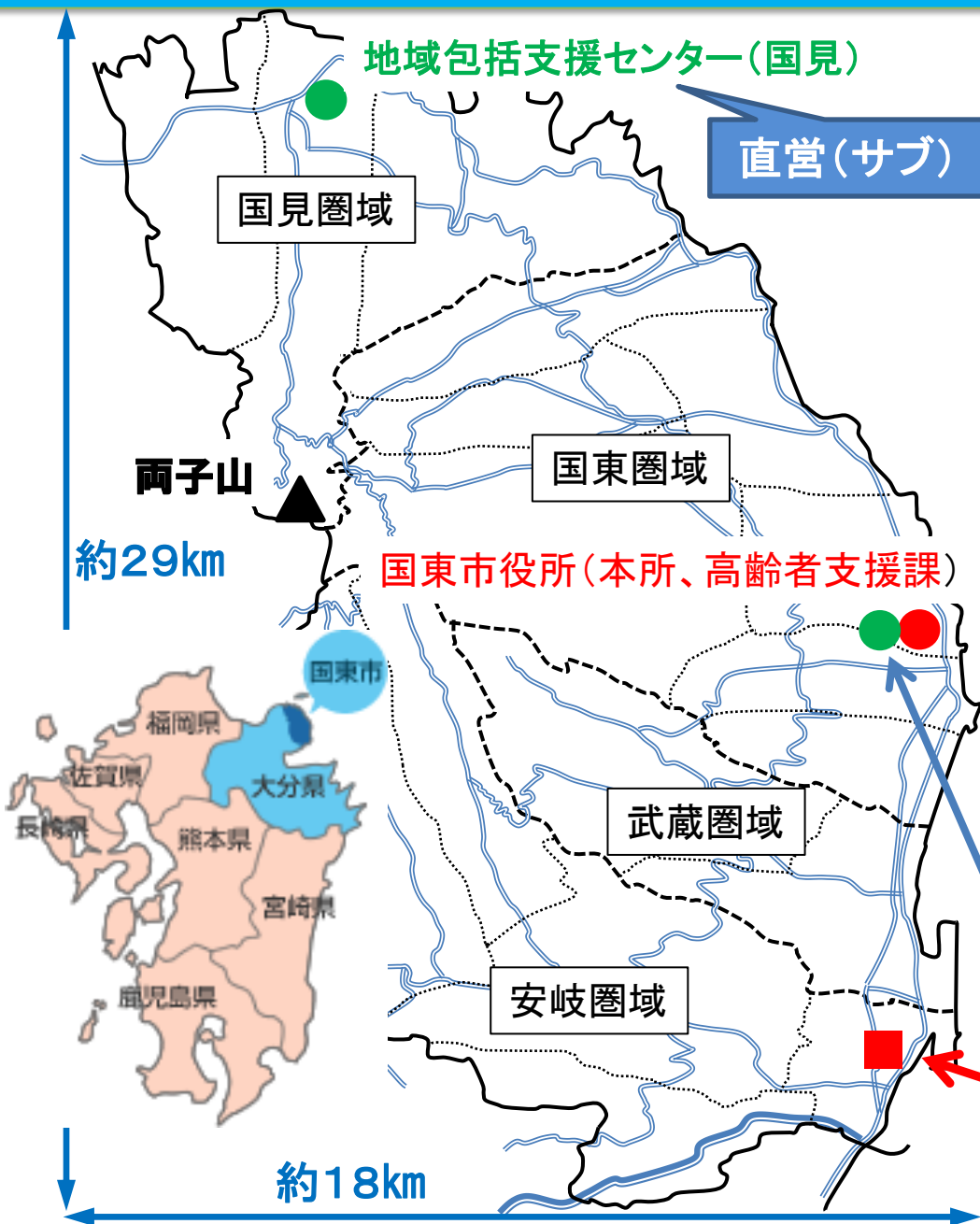
～国東市の地域課題から見えてくる在宅医療・介護連携の必要性～



平成29年2月2日(木)
大分県国東市高齢者支援課
地域包括支援センター



大分県 国東(くにさき)市の概要



(平成27年10月末現在)	
面積	317.84km ²
人口	29,811人
高齢者人口	11,741人
高齢化率	39.4%
大分県18市町村 ※県内で5番目に高い。	
(平成28年 3月末現在)	
要介護認定者数	1,986人
認定率	16.9% (県18.3%)
※県内で6番目に低い。	
介護保険料	4,750円
※県内で2番目に低い。	

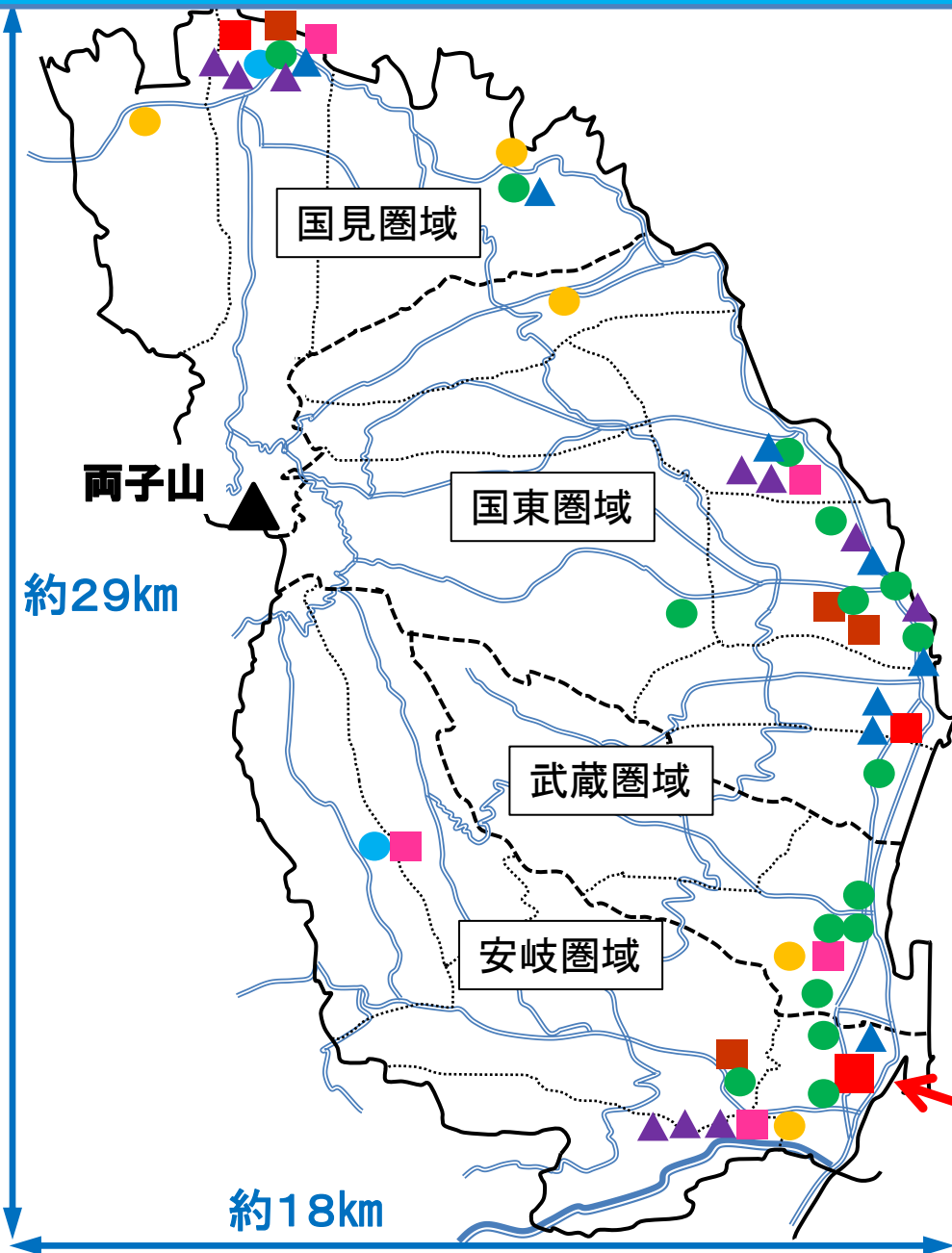
直営

地域包括支援センター(安岐・武蔵・国東)

国東市民病院



大分県国東(くにさき)市の医療・介護 資源



【医療資源】

■ 病院	3
● 一般診療所	16

【介護資源】

▲ 訪問看護	5	訪問リハ	3
▲ 訪問介護	7	訪問入浴	3
● 小規模多機能型居宅介護	2		
● グループホーム	5		
■ 介護老人保健施設	4		
■ 特別養護老人ホーム	4		

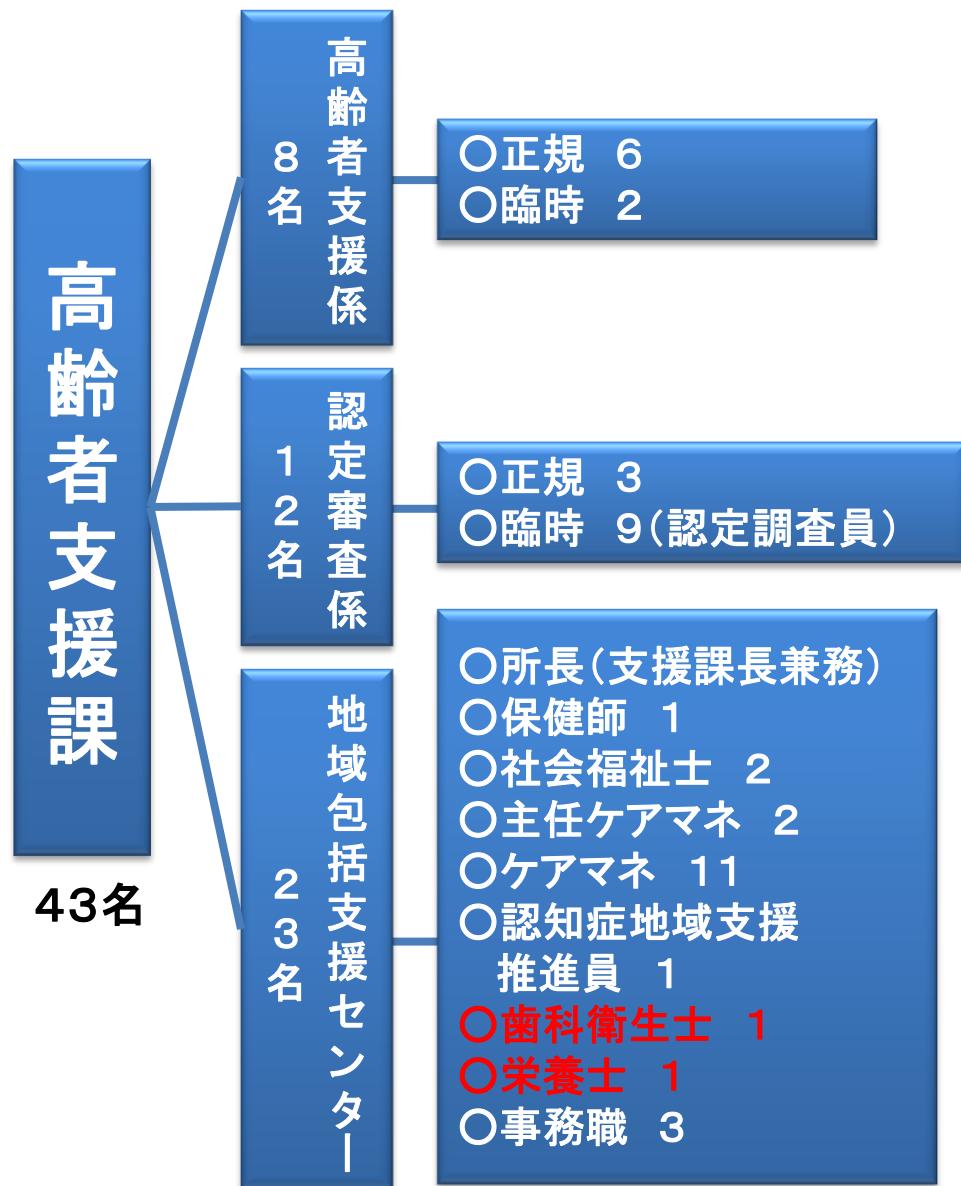
居宅介護支援事業所 17

国東市民病院 (国保直診)



地域支援事業を推進する組織体制の整備

(大分県国東市 平成28年度)



【キーパーソンとなる職員の育成、配置】

- 介護、障害者、生活保護等の制度に関する知識
- 関連情報を収集し整理する能力
- 課題解決の仮説を立て、予算資料を作成する能力
- 様々な場面で調整し、合意を形成する能力

※中長期的な視野で育成する人事ローテーション

保険者と地域包括支援センター総合相談窓口



保険者機能の強化 ～効果的な介護予防の横展開～

高齢者の自立支援・介護予防に取り組む先進的な保険者の取組の全国展開

高齢化が進展する中で、高齢者の自立した日常生活の支援、介護予防、要介護状態等の軽減に向けた保険者の取組を一層加速化することが必要

市町村による取組の好事例

例)和光市

介護予防への重点的な取組により、要支援者の状態が改善

保険者のリーダーシップ

地域のニーズ把握

保険者主導の多職種連携

ケアマネジャー、PT、OT、管理栄養士等の多職種が集まり、個別のケアプランを地域ケア会議で検討、等々

都道府県による普及展開の好事例

例)大分県

県の主導により市町村の取組をリード

県のリーダーシップ

先進地からの講師派遣・研修

専門職能団体等との連携

全国展開に向けて必要となるポイント抽出

全国展開のポイント

保険者のリーダーシップ

実態把握・分析・課題抽出

ノウハウの共有、人材育成

専門職能団体等との連携

住民の意識向上

市町村・都道府県・国・民間の協働により全国展開を推進

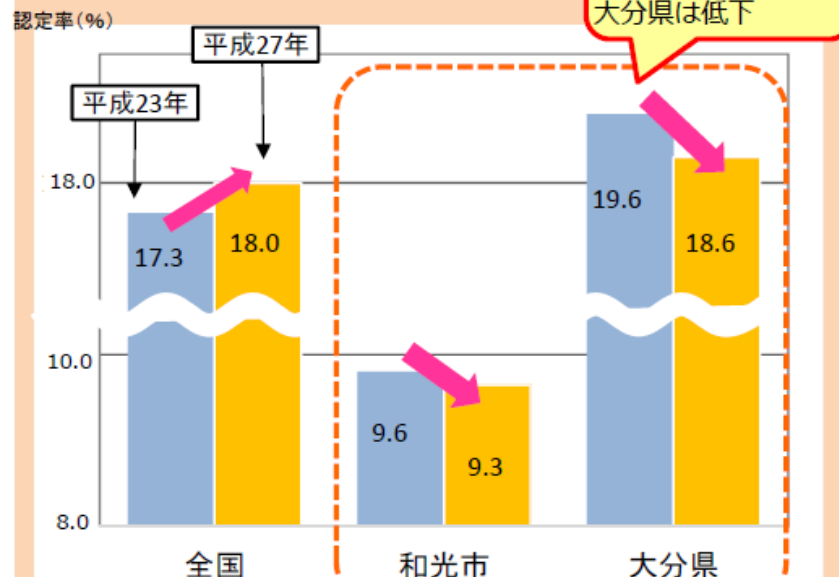
全国展開に向けた取組

市町村の保険者機能の抜本強化策について、次期制度改正に向けて検討するとともに、可能な限り前倒し

【検討事項の例】

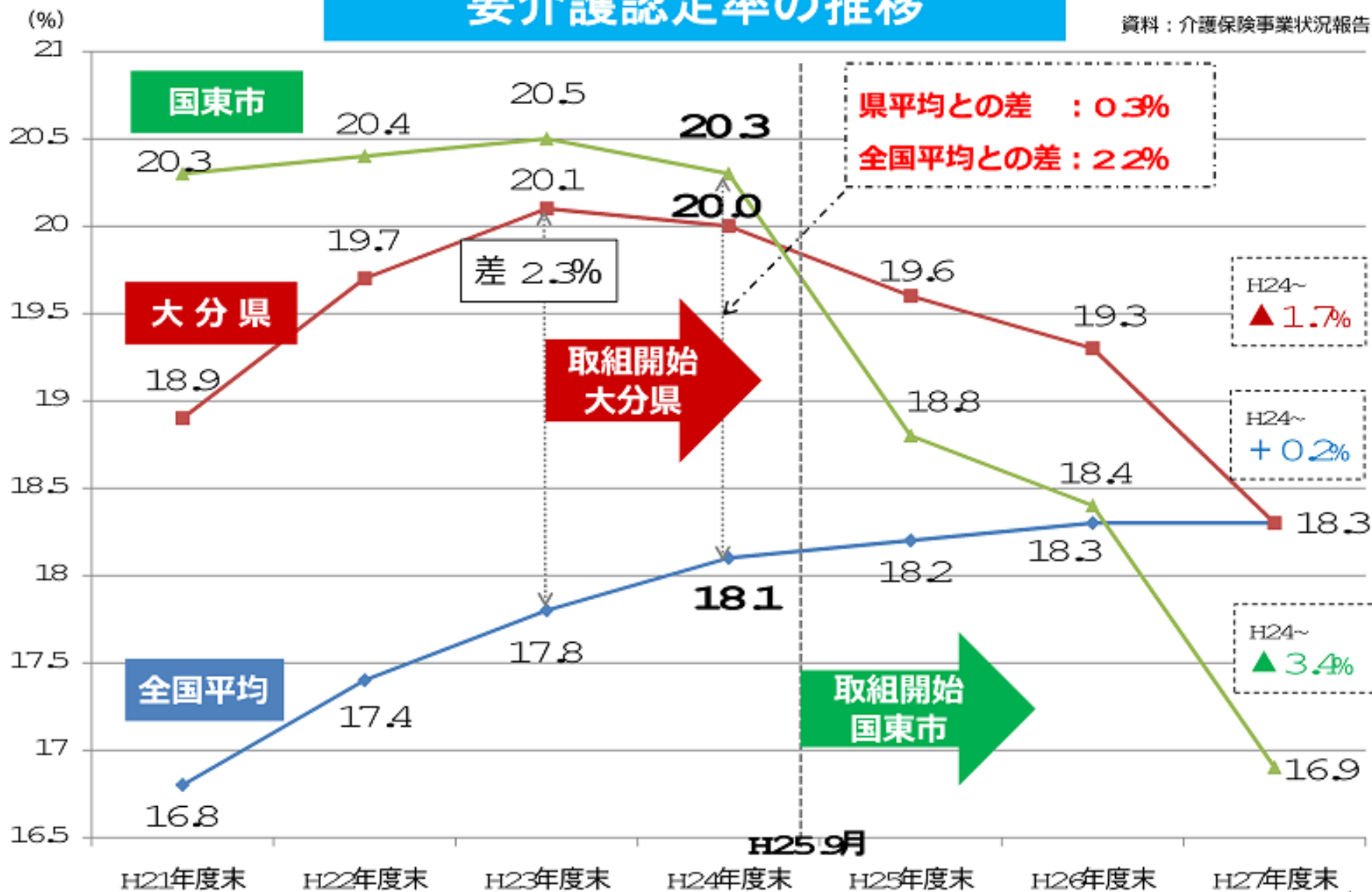
- 要介護度、介護費等の分析と課題抽出(※)
- 具体的な数値目標の設定・達成度の評価
- 市町村の取組へのインセンティブ付け 等

(例)要介護認定率の比較分析



要介護認定率の推移

資料：介護保険事業状況報告



地域ケア会議の目的と内容

➤ 要支援・要介護者を元気に！

大分県高齢者福祉課作成

理学療法士・作業療法士
管理栄養士・歯科衛生士
言語聴覚士・薬剤師 等

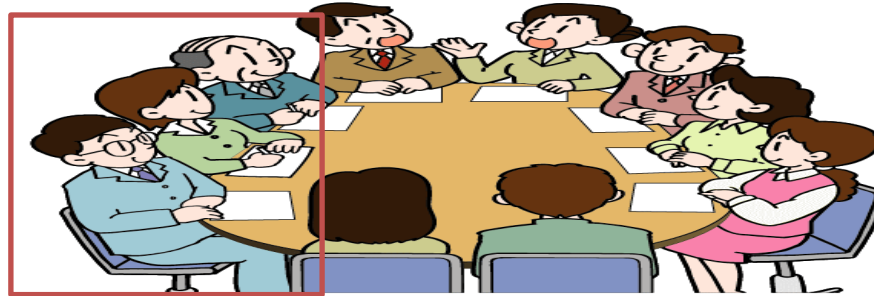
例

要支援



地域ケア会議

市町村
(保険者) 地域包括支援センター



ケアプラン作成者 サービス事業所 等

介護保険の基本理念 = 自立支援

◆ 第二条第二項 | 介護保険 |

前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に充分配慮して行われなければならない。

◆ 第四条 | 国民の努力及び義務 |

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

◆多職種協働による協議

◆自立を阻害する要因の追求

◆医療との連携

◆インフォーマルサービスの活用

◆地域課題発見・解決策の検討

◆参加者のOJT

ケアプランの実行・評価・見直し

高齢者のQOLの向上



地域ケア会議(大分県国東市)

- 個々の高齢者の心身状態や生活背景等を踏まえて課題を把握し、**本人の意向に沿って、地域で自立した生活を送ることができるように、介護サービスや生活支援サービス等の有効かつ適切な利用を支援する。**
- 地域ケア会議は、保険者(市)、介護及び医療の関係者がチームとなり、高齢者の自立支援と事後予測を見据えたケアプランになっているか確認する場。



理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士など

市(保険者)、地域包括支援センター

ケアプラン作成者、事業所

○毎週木曜日:午後開催

○対象事例

予防給付
介護給付
(要介護1)
困難事例
総合事業

福祉用具
住宅改修
例外給付

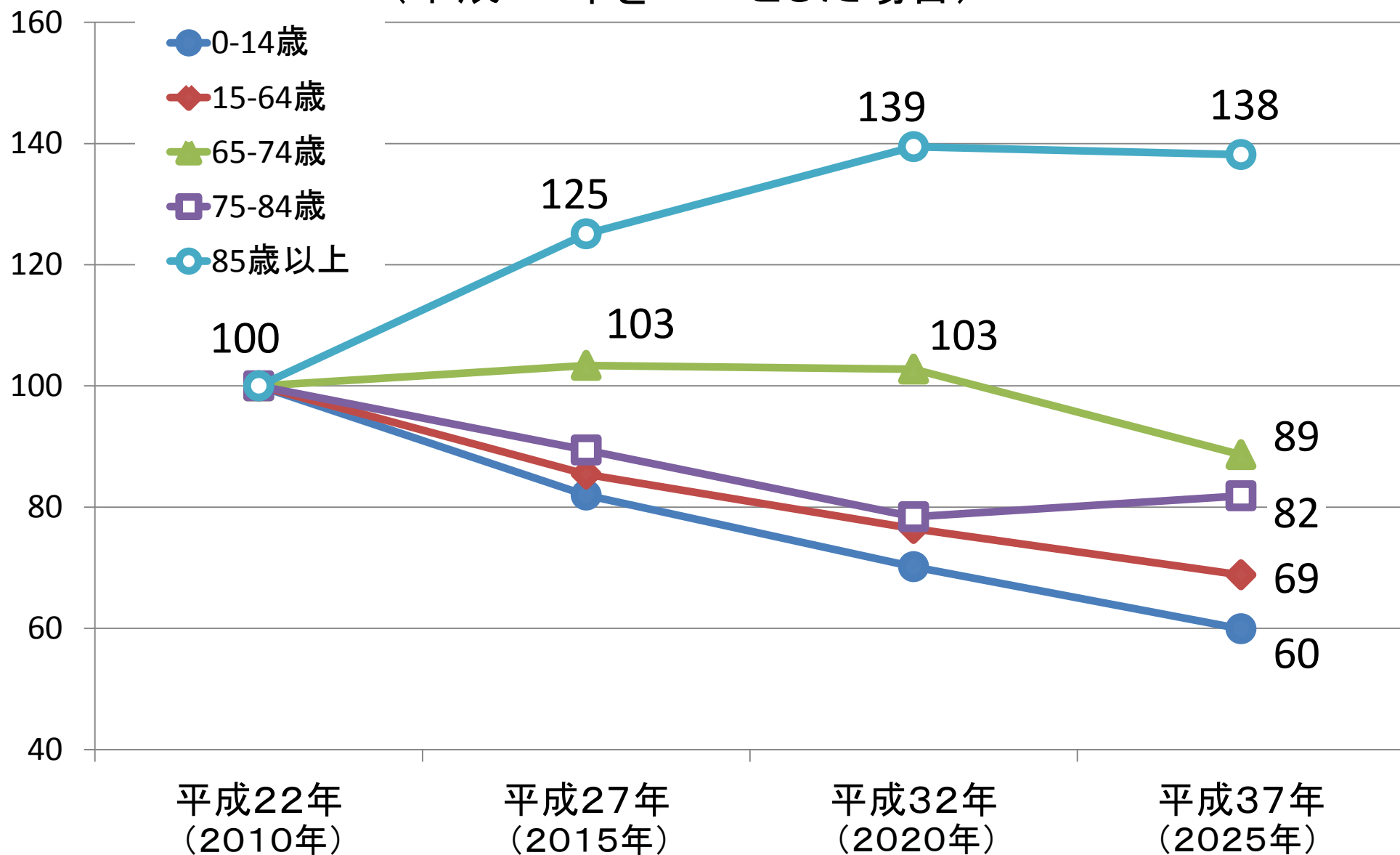
お話の内容

- 1 人口構造の変化から見えてくる地域課題と在宅医療・介護連携の必要性
- 2 医療と介護の連携をどのように推進しているのか
(大分県国東市の取組)



国東市の年齢階級別人口の伸び率の推移

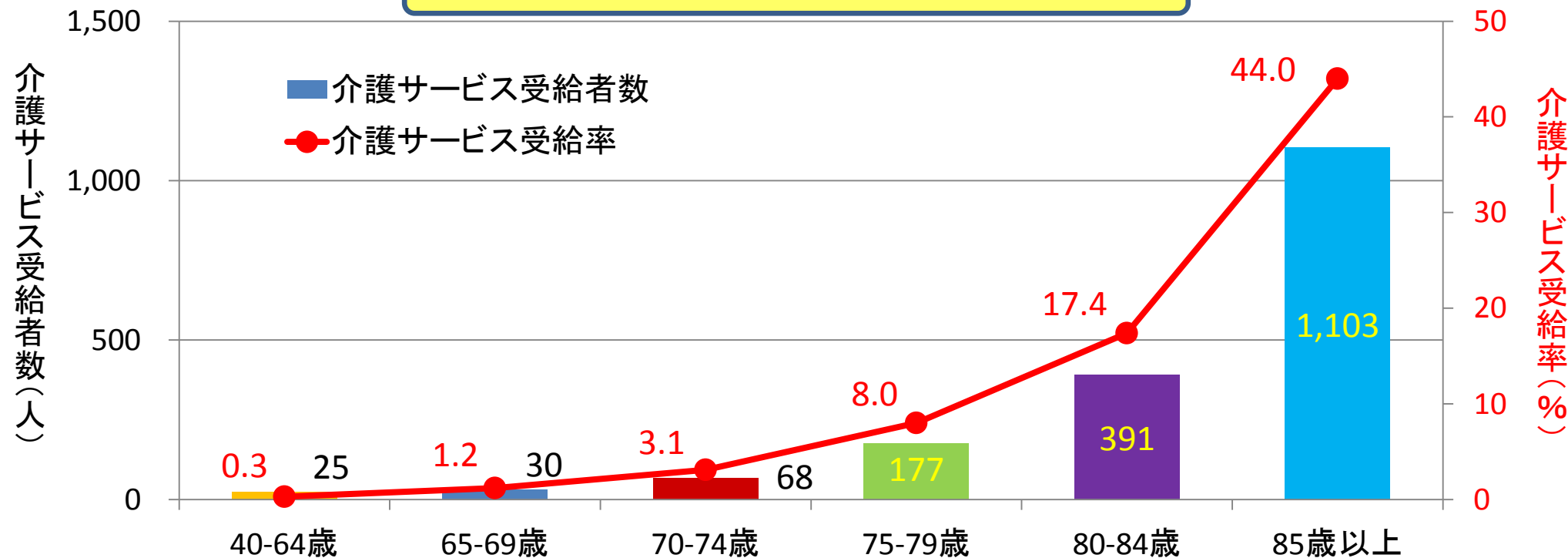
(平成22年を100とした場合)



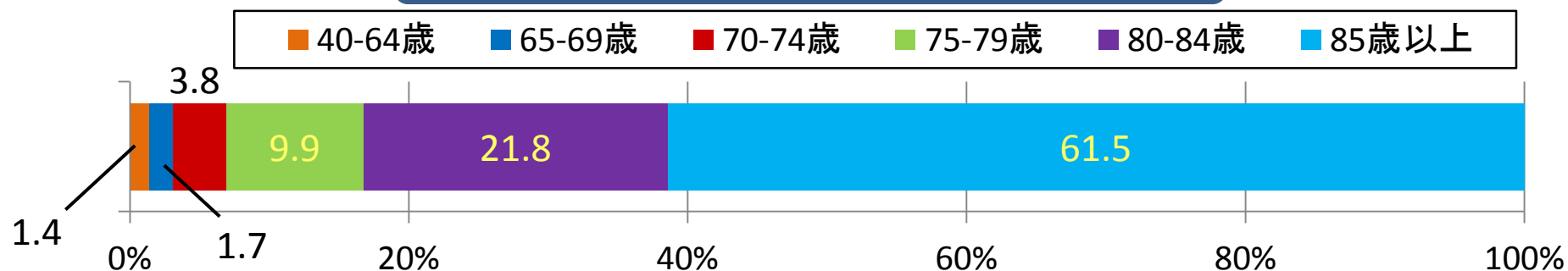


高齢化による介護ニーズの増大

年齢階級別にみた介護サービス受給者数及び受給率



年齢階級別にみた介護サービス受給者の構成割合

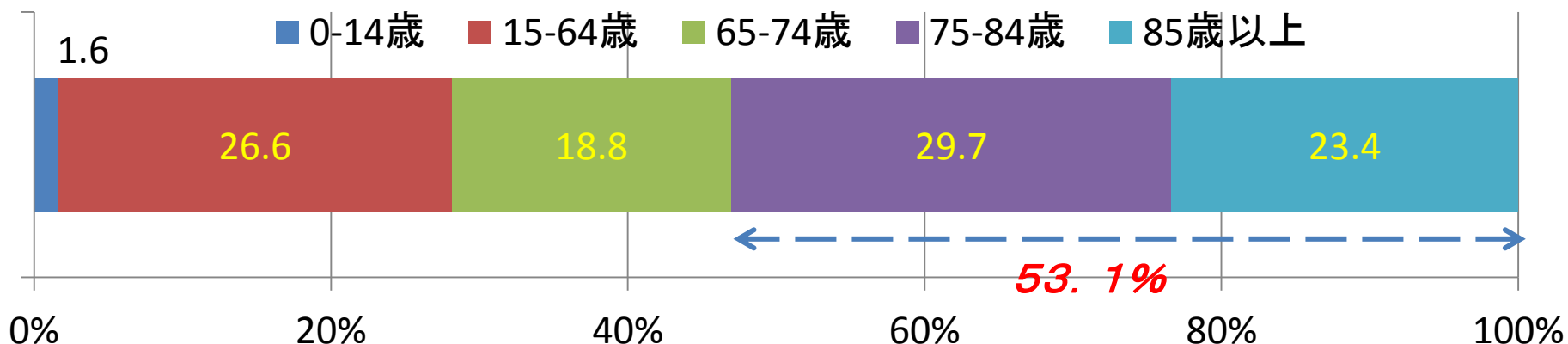


資料) 介護サービス受給者数(平成27年1月サービス提供分 国東市高齢者支援課) 住民基本台帳(平成27年1月末現在)



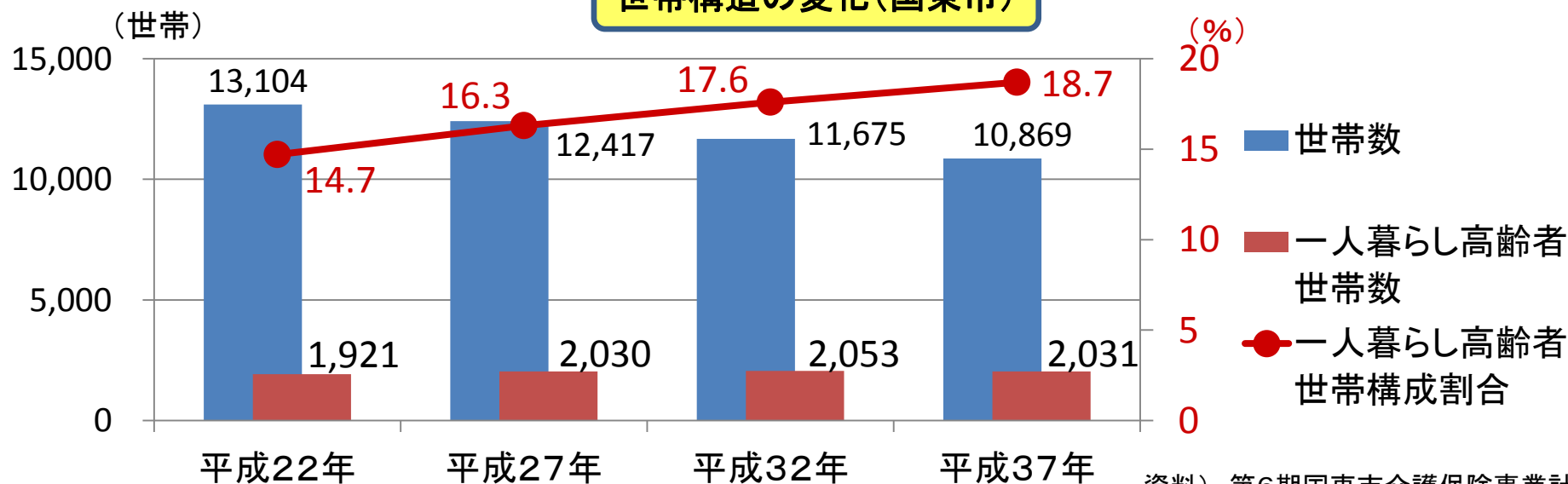
入院患者の高齢化、家族機能の低下

入院患者の年齢構成(大分県、平成23年)



資料) 厚生労働省「患者調査」(平成23年)

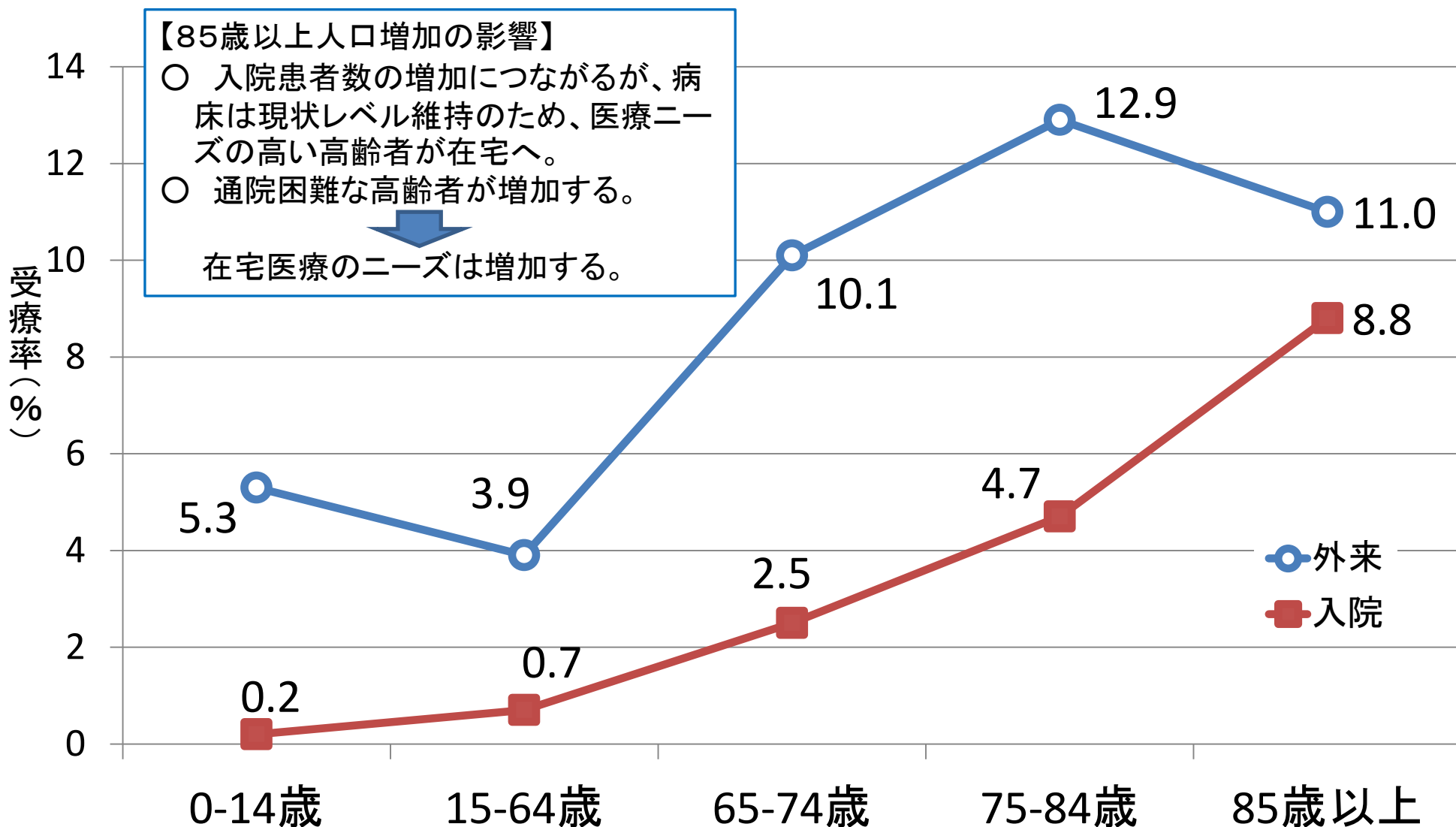
世帯構造の変化(国東市)



資料) 第6期国東市介護保険事業計画



在宅医療のニーズの増大



資料) 厚生労働省「患者調査」(平成23年)
大分県人口推計(平成23年10月1日現在) 大分県統計調査課

必要な方に必要なサービスを提供する仕組みづくりが必要

- 85歳以上の人口は増加し続ける。
- 一人暮らし高齢者や認知症高齢者が増加。
- 85歳以上高齢者の4割以上が介護サービスを利用。医療や多様な生活支援サービスを必要としている。医療(入院)のリスクも高い。
- 医療保険や介護保険だけで、高齢者の生活をすべて支えるのは困難。



- **医療や介護のサービス(共助)、近隣の助け合いやボランティア等(互助)を総動員して、必要な方に必要な支援を提供する仕組みづくり(ネットワーク)が必要。**
 - ① サービスの量的・質的確保
 - ② 医療と介護のニーズを併せ持つ利用者の心身状態や生活背景等を踏まえて有効かつ適切な支援(**ケアマネジメント**)を行う。
 - **医療と介護の連携「地域包括医療・ケア」を推進**
医療と介護の関係者に加え、地域住民との共通認識

サービス提供体制の確保にどうやって取り組むか ～地域支援事業は2つのセットで取り組む～

- 介護予防を推進するとともに、**軽度者**に対する生活支援の担い手を拡大させることで、既存の介護人材(専門的な支援)はより中重度の利用者へのサービス提供にシフトさせる。



「介護予防・日常生活支援総合事業」

「生活支援体制整備事業」

- 切れ目ない介護・医療サービスの提供体制を構築し、**認知症高齢者**への対応や**中重度者**の在宅での生活を支援する。



「在宅医療・介護連携推進事業」

「認知症総合支援事業」



在宅医療・介護連携推進の取組経過

年度	事業名	事業費	主な事業内容
25	在宅医療連携拠点体制整備事業 (地域医療再生基金)	千円 293	・在宅医療連携推進運営会議 1回 ・在宅医療・介護連携のための講演会及び多職種合同交流会 1回
26	在宅医療連携拠点体制整備事業 (地域医療再生基金)	1, 325	・在宅医療連携推進運営会議 3回 ・作業班会議 2回 ・「医療・介護・福祉関係事業所一覧」の作成 ・「くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル」(入退院時調整ルール)をCDに収めて関係者に配布 ・多職種連携推進のための事例検討会 1回 ・在宅医療を考える市民公開講座 1回
27	在宅医療・介護連携推進事業 (地域医療再生基金)	2, 173	・在宅医療連携推進運営会議 3回 ・作業班会議 5回 ・在宅医療を考える市民公開講座 1回 ・認知症ライフサポート研修 1回 ・摂食嚥下機能支援プログラムの検討 等
28	在宅医療・介護連携推進事業 (地域支援事業)	(当初) 3, 591	・在宅医療・介護連携推進運営会議 3回 ・作業部会(3部会) ・市民向け普及啓発パンフレット等の作成・市民公開講座 ・摂食嚥下機能支援プログラムの試行 ・介護・看護記録シートの試行準備 等



関係団体から報告のあった課題と解決策（抜粋）

課題の抽出



解決策

実施済・実施中

【医療】

在宅での看取りをする医師が少ない。

【連携】

多忙な医師とは連絡がとりづらく気後れし連携が難しい。

大分、別府等市外からの施設入所の際、医療・介護の情報が十分に得られない場合がある。

【知識・技術】

家族の不安を支えきれぬ知識やスキルがない。

【普及啓発】

在宅医療に対する患者・利用者の認知度不足

訪問看護の役割について住民に浸透されていない。

24時間以内に医師が診察していない場合の死亡について、警察対応になるのは在宅医療の大きな弊害。

◎ポイント

- ・各職種や事業所から困っていることを出してもらう。
- ・課題を仕分けして分析を進めやすくする。
- ・できるところから取り組む。
- ・最初から完璧ばかりを目指さない。

医師会が在宅医療研究会を立ち上げ、医師間の協力体制構築を検討

医療機関の連携窓口を明示した一覧を作成

市外の医療機関に「くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル」の周知、活用を求める。

在宅医療・介護連携の相談窓口の設置

医療・介護関係者を対象に多職種で事例検討会を開催

市民公開講座

- ・在宅医療について考える講演会
- ・今、在宅医療を支えている職種と業務内容の紹介
- ・ケーブルテレビで市民公開講座の内容を放送

- ・医師会、警察、救急隊で在宅死の対応や医師法第20条ただし書について、共通理解を図る。
- ・市民にも普及啓発する。

ポスター、パンフレット、チラシの作成

地域のサロン等で在宅医療の取組について説明

在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

【実施内容】

- 26年度第1回推進運営会議で、構成団体にそれぞれの団体において課題の抽出と解決策の検討を依頼し、第2回推進運営会議で報告してもらった。
- さらに、作業班で具体的な解決策を検討した。

【工夫した点、苦労した点、課題】

- 推進運営会議で「できるところから取り組む」「最初から完璧ばかりを目指さない」との方針の了承をいただいた。
- 作業班会議が、「自分たちで考え、課題解決に取り組む場」になるような運営をしている。
- 作業班での検討が、予定どおり進行し結論が出るようファシリテーションするのが大変。
- 解決策を実施して成果を出すことで、事業の意義を感じていただくよう心掛けている。



在宅医療連携推進運営会議



作業班会議



医療・介護関係者の研修

【実施内容】

- 試行錯誤して、多職種連携を推進する講演会や研修会等を実施してきた。
 - 25年度…講演会(講師:国モデル事業を実施した市の実務担当者)、多職種合同交流会
 - 26年度…多職種連携推進のための事例検討会(ファシリテーター:市職員、保健所職員)
 - 27年度…認知症ライフサポート研修(講師:アザレアンさなだ総合施設長 宮島渡氏)

【工夫した点、苦労した点、課題】

- 平日夜(18時半以降)、土曜午後又は日曜午前で開催しているが、それでも多職種の出席を確保するのに苦労する。
- 多職種によるグループワークは効果的であるが、ファシリテーターの確保が難しい。
- 27年度から、摂食嚥下機能支援の推進に取り組む。→「集める」から「集まる」研修へ



多職種合同交流会(平成26年3月10日)



認知症ライフサポート研修(平成27年10月18日)

くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）との連携

- ホットネットは、「地域住民が安心して暮らせるよう地域全体で支え合う体制づくり」を目的に、平成22年から国東市内で自主的に活動している団体。
- 構成員は、国東市、姫島村の保健・医療・福祉・介護分野の事業所に従事し、趣旨に賛同する者で、看護師、医療ソーシャルワーカー、セラピスト、栄養士、介護支援専門員、看護師、社会福祉士、介護福祉士など。
- 事務局は国東市地域包括支援センター。
- 行政が、既存の団体の活動を支援したり、多職者が集まりやすい場づくりを行うことも有効。



毎月1回開催される定例会



平成26年度総会（平成26年9月）

くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアルの趣旨

本連携ルールは、国東市各関係機関において「誰が」「どんなツールを用いて」「誰と」「どんなタイミングで」連携すればよいのかの手順や守るべき事項を示しており、活用により各医療機関、事業所関係者間の連携がタイムリーにかつ効率的に行えることを目指しています。

[入・退院調整の確認フロー \[Excelファイル／85KB\]](#)

[くにさき地域 医療・介護・福祉関係事業所一覧 \[PDFファイル／689KB\]](#)

くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアルを改訂しました

くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）では、日頃から、地域住民が高齢になっても、障害を持っても安心して暮らせるように地域全体で支えあう体制作りをめざし活動を行っています。

[くにさき地域包括ケア推進会議（ホットネット）について \[PDFファイル／325KB\]](#)

[くにさき地域包括ケア多職種連携マニュアル \[PDFファイル／1.69MB\]](#)

事業所共通情報交換用紙（ホットネット連絡表Ver3.0）の活用と改訂ポイント

対象者やそのご家族が地域の医療機関や介護サービスなどを受ける場合、必要な情報が正確に伝えられることによって切れ目なく、行政・医療・福祉・介護サービスが受けられるようにします。

[事業所共通情報交換用紙（ホットネット連絡表Ver3.0） \[Excelファイル／120KB\]](#)

[事業所共通情報交換用紙（ホットネット連絡表Ver3.0）の活用について \[PDFファイル／265KB\]](#)

くにさき地域における副食形態基準の事業所別適合表を作成しました

年々増え続ける嚥下障害（ムセや誤嚥）を有する対象者へ対応するため、特定給食施設栄養士研究会の協力を得て在宅医療連携推進運営会議と協同し、国東市内の医療機関や介護施設における「食事形態に関する名称基準」を作成しました。

[くにさき地域における副食形態基準の事業所別適合表 \[PDFファイル／129KB\]](#)

[ホットネット食事形態一覧（主食） \[PDFファイル／284KB\]](#)

[ホットネット食事形態一覧（副食） \[PDFファイル／194KB\]](#)



在宅医療・介護連携事業推進の手法

1 庁内の事業推進体制の整備

- 高齢者支援課、地域包括支援センター、医療保健課、保健所の4者で事務局を組織。
- ポイントは、①**管理職**(本気度を示す)、②**保健師**(今後の市町村における医療行政の要)、③**保健所**(専門的、技術的な助言者) の関与。

2 事業計画の立案

- 事務局会議で協議して立案、在宅医療・介護連携推進運営会議で承認を得る。

3 事業の推進

- 各事業内容の詳細は、部会で決定。部会メンバーと事務局が役割分担して実施。

高齢者支援課
課長、課長補佐

医療保健課
課長、保健師2、事務職



東部保健所国東保健部
部長、保健師

地域包括支援センター
保健師、ケアマネ

事務局会議



在宅医療・介護連携推進事業組織図

(28年度)

国東市在宅医療・介護連携推進運営会議 (会長: 市民病院長)

市民病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、歯科衛生士会、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、障がい者相談支援事業所(2)、社会福祉協議会、くにさき地域包括ケア推進会議(ホットネット)、介護支援専門員連絡協議会、地域リハビリテーション広域支援センター、訪問看護ステーション代表、訪問リハビリテーション 計17名

市民病院...地域包括医療・ケアの実践を基本方針に掲げる国保直診病院の院長
医師会...自ら在宅医療を実践する医師会長

【事務局】 高齢者支援課、地域包括支援センター、医療保健課、東部保健所国東保健部

実働メンバーを追加

部会① 15名
(普及啓発)

(主担) 医療保健課

- 1 啓発用DVDの作成
- 2 DVDを活用した啓発(市内30サロン)
- 3 市民公開講座の開催

部会② 16名
(摂食嚥下機能支援)

(主担) 地域包括支援センター

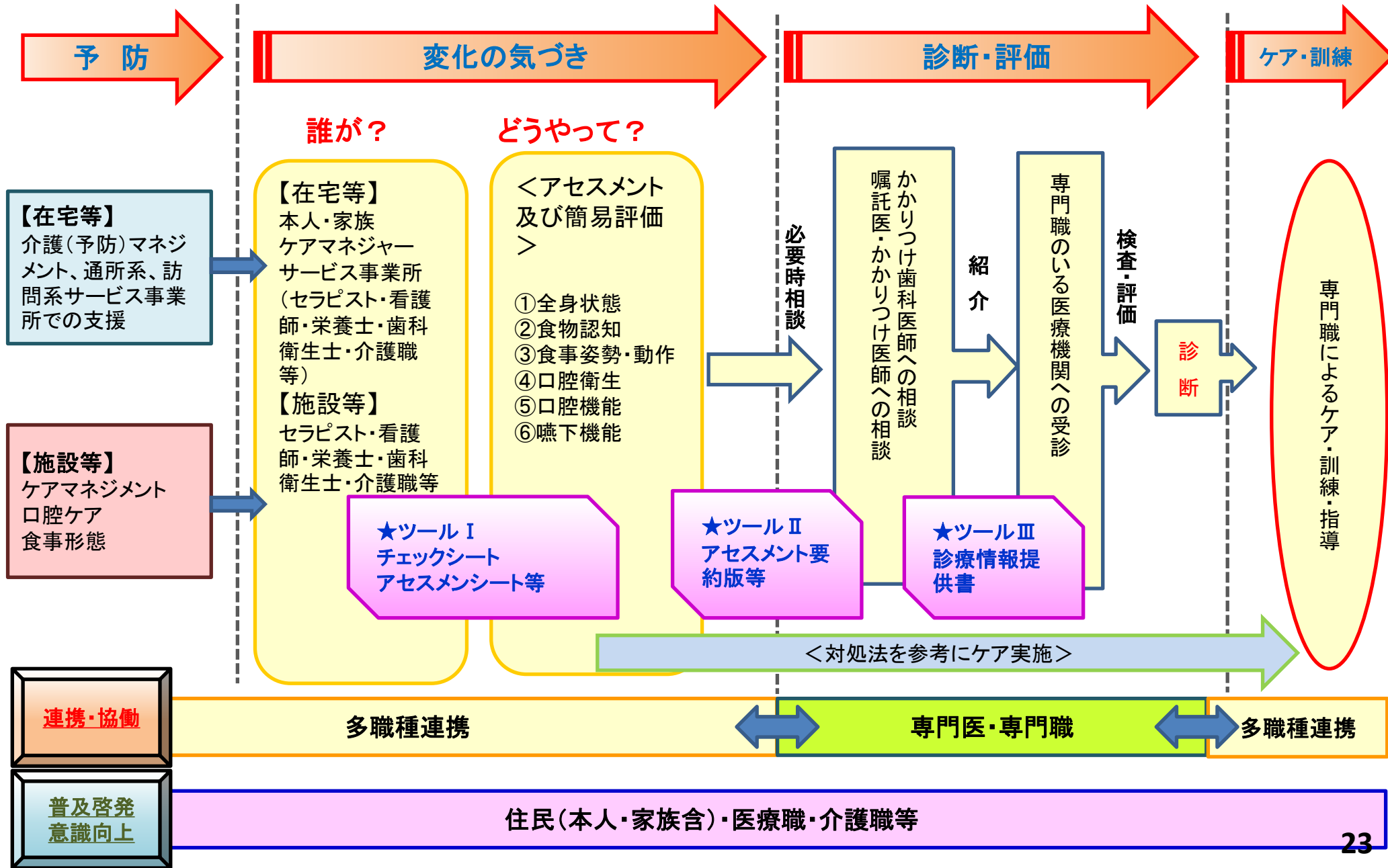
- 1 摂食嚥下機能支援に係る評価シート及び医師向け情報交換シートの作成
- 2 協力機関にて試行開始

部会③ 14名
(多職種連携)

(主担) 高齢者支援課

- 1 在宅での介護看護記録シート導入に向けた準備
- 2 先進地視察
- 3 記録シートの調整及び学習

<国東市摂食嚥下機能支援の流れ>



介護・看護記録シート 標準化導入手順

施設(特養)での導入状況

- 病院受診時に持参。記録シートのみで本人の状態変化について説明ができる。
- 特養での記載事項：(服薬・食事摂取・水分摂取・排泄・入浴・口腔ケア・体温・血圧・SPO2)状況を多職種の記録により情報共有

効果

- 記録シート導入後は、「肺炎・脱水・尿路感染」が減少し、入院する入所者が減少。見落としによる入院を防ぐ。
- 認知症の方でも、適切な水分管理を行えば、周辺症状が落ち着くようになった。
- トイレの誘導時間も分かるようになり、シーツを洗う回数が大幅に減少。
- 点から線へと繋がることで、一目で健康状態が把握できる。
- 週単位での生活状況の評価
- 状態変化の早期発見、早期対応ができる

【目的】利用者の健康状態に関わる医療介護従事者や家族が共有することで、今の状態像や今後の予測、重症化予防へ繋げる

総合記録シート		要介護度 ()					体重 _____ kg (月 日) (案)											
H29年	月 日 (月)					月 日 (火)					月 日 (水)							
受診機関																		
	日	便	尿	水分	食事	サービス	日	便	尿	水分	食事	サービス	日	便	尿	水分	食事	サービス
	朝						朝						朝					
	昼						昼						昼					
	夜						夜						夜					
トータル																		
定期薬	朝・昼・夕・寝る前					朝・昼・夕・寝る前					朝・昼・夕・寝る前							
その他の薬																		
バイタル	時間	血圧	脈拍	体温	時間	血圧	脈拍	体温	時間	血圧	脈拍	体温						
保清	口・手・足・陰・髪・入・更衣					口・手・足・陰・髪・入・更衣					口・手・足・陰・髪・入・更衣							
夜間の睡眠																		

1. 「ご飯」の記載方法・・・○△×で記載。「○」食べた。「△」半分残した。「×」全部残した(それぞれ近い状況で記載)

2. 「水分」の記載方法・・・コップ1杯で「一」。「正」の字で記載する。例)コップ5杯は「正」。コップ2杯は「二」



平成27年度に厚生労働省保険局医療介護連携政策課にて実施された「地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究事業(市町村職員のための医療・介護連携ことはじめ～事例を通した取組のヒント～)」で、大分県国東市の取組が紹介されています。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000134434.pdf>

平成 27 年度厚生労働省委託事業 地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究

市町村職員のための

医療・介護連携 ことはじめ

～事例を通した取組のヒント～

検索コーナー



みずほ情報総研株式会社

事業所共通情報交換用紙『連絡表』

情報提供元 医療機関 看護 師太郎
世界総合病院 15階病棟、看護師

【情報提供理由】 患者紹介

情報提供日 平成27年3月4日

情報提供先 老人保健施設 担当者様
さきちの宿

〔情報提供経緯〕
自宅の食堂で転倒し、左大腿骨転子間骨折を受傷し12/2日に骨接合術を受け、現在リハビリ中ですが家族は排泄が自立出来なければ在宅復帰は難しいそうなので施設でのリハビリを希望しているのでご検討をお願いします。

情報提供承諾の確認 有 承諾者氏名: 国東 さきち 様 続柄: 長男 確認者: 山田 下田

〔対象者基本情報〕

ふりがな	くにさき さかし	性別	男	住所	〒 873-0990 国東市 海上 かもめ 2番地
氏名	国東 さかし	電話番号	1234567890	自宅	123 - 45 - 678
大正	10年 1月 1日生	年齢	歳	電話番号	0978 - 04 - 0321
介護保険	介護認定 要介護 2	有効期間	平成27年1月1日 ~ 平成27年12月31日 まで	障害者手帳等	身体 1級 精神 3級 療育手帳 不明 障害受給者証番号 987654321
年金等	障害 基礎年金 2級	日常生活自立度	A1	認知症自立度	Ⅲa 判断日 H27.2.1
家族構成	□ ○		*通常連絡先(キーパーソン) 氏名(続柄) 国東 太郎(次男) 住 国東市 山上 所 1000番地 ・電話番号 0978 - 04 - 0321 自宅 ・携帯番号 090 - 000 - 1234 西側		

〔医療情報〕

【主病名】	#1 左大腿骨転子間骨折	*処方内容(持参薬)	*薬の自己管理	一部介助	
【発症日】	平成 26 年 12 月 1 日	1)ロキソニン 3T 3×N			
基礎疾患	#2 糖尿病 H 20 年 4 月 #3 高血圧 不 年 詳 月 #4 不安神経症 H 22 年 月 #5 認知症 H 23 年 月 #6 脳梗塞 H 25 年 1 月	2)アダラートL 1T グリミクロン 1T アリセプト 1T 1×M			
『治療経過や医療的指示、服薬上の注意など』	低血糖に注意 術後6周日から全荷重にて歩行訓練していますが、左下肢をねじる動作は禁止				
かかりつけ医	くにさき保健クリニック	診療科	内科	担当医	あかひげ 次郎
薬物アレルギー	セフェム系抗生剤にて発疹あり	感染症等	HBs 血液 MRSA 痰	予防接種	インフルエンザ 未接種 肺炎球菌ワクチン H24.1.20

〔リハビリ〕

訓練内容	* 添書 無	* 訓練に対する本人の意欲	高い ムラがある
1) 機能訓練	平行歩行5往復:所要時間約8分から11分 → 目標 歩行車歩行フリー		
2) 物理療法	左膝ROM:屈曲98度 → 目標 120度		
3) 装具等	右短下肢装具あり		
4) その他	公文ドリル:約10分/日、		

へき地公立病院地域医療確保研究事業(平成28~30年度) ~地域医療介護総合確保基金(医療分)~

現状・課題等

○公立病院は、地域の基幹的な医療機関として、地域に必要な医療の確保について重要な役割。

※県内公立病院：国東市民病院、杵築市立山香病院、豊後大野市民病院、中津市民病院(へき地外)

○しかし、県内へき地の公立病院(国東市民病院、杵築市立山香病院、豊後大野市民病院)は、医師確保対策を講じてもおお、必要な医師数が充足されていないなど、体制維持が厳しい状況(H16~新医師臨床研修制度)。

○団塊世代がすべて後期高齢者となる2025年を迎えるにあたり、特に、高齢者に顕著に見られる複合疾患や慢性疾患等に適した診療を幅広く行うことが、公立病院の役割の一つとして期待。

へき地公立病院の3院長及び関係3市長の発意により、
共同で医師の診療技術の向上対策等に取り組むことで合意(H27.9)

事業内容(H28~H30) ※3市連携事業に対し県補助(事業費10,500千円(3市:5,250千円、県:5,250円))

国東市

杵築市

豊後大野市

へき地公立病院地域医療・地域包括ケア 研究協議会

(3市の市長、院長、医療政策担当課長等)

○事業費10,500千円

・3市負担金(1/2):1,750千円×3市=5,250千円

・県補助金(1/2):5,250千円

①へき地公立病院医師への巡回指導

- ・大分大学医学部(プライマリケア専門医)委託
- ※各病院:月2回の巡回指導(診療応援)(内科・外科等)
- ・委託料:10,000千円

②協議会の開催

- ・へき地公立病院における医療提供体制のあり方(病診連携等)、市民フォーラムなど
- ・会議費等:500千円



まとめ(事業推進するうえで留意しておきたいこと)

- ☑ 庁内の事業推進体制を確立。
- ☑ 行政(市町村)の本気度を示す(覚悟を決める)。
- ☑ 各職種や事業所の困っていることを聞き、できるところから取り組む。地域ケア会議から抽出された課題解決も図る。
最初から完璧ばかりを目指さない。
- ☑ 局面に応じた在宅医療・介護連携を意識し、市民が選択できる地域づくり、望む生活が支援できる地域づくりを構築していく。
(局面 → 「退院支援」・「日常の療養支援」・「急変時の対応」・「看取り」)