

在宅医療・介護連携推進事業に係る 市町村セミナーの結果について (平成29年度)

事例報告市町の取組等

◎在宅医療・介護連携推進事業に係る 市町村セミナー（平成29年度）

（実施の趣旨）

在宅医療・介護連携推進事業の実施について、各市町村が参考としやすく、さらに参加しやすいよう四国管内各県において、以下の点を重視してセミナーを実施した。

- ①先行事例の報告については、結果だけでなくプロセス中心に行った。
- ②市町村規模の大小や地理的条件等が異なる他県の先行事例の報告を行った。
- ③先行事例を聞くだけでなく、各市町村が抱える課題等を先行事例に当てはめて、その場で考えてみるディスカッションを実施した。

実施日程等

開催地	開催日	参加市町数 (人数)	事例報告市町
高知県	平成30年1月17日(水)	23市町村・ 1広域連合 (57人)	— (※)
愛媛県	平成30年1月23日(火)	20市町 (29人)	高松市(香川県) 那賀町(徳島県)
香川県	平成30年1月29日(月)	10市町 (14人)	吉野川市(徳島県) 松野町(愛媛県)
徳島県	平成30年2月 1日(木)	15市町 (16人)	高松市(香川県) 松野町(愛媛県)

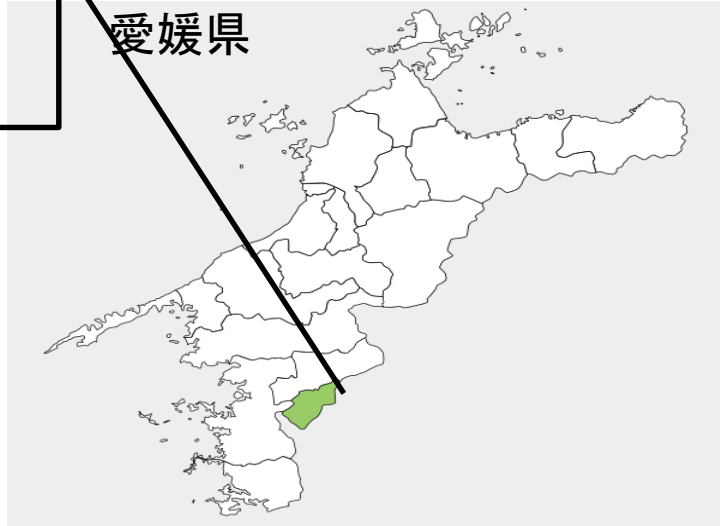
※高知県については、「講演＋グループワーク」形式での実施が事前に企画されていたため

報告地域の概要

松野町

人口: 4,073人、面積: 98.45km²
65歳以上人口: 1,806人
高齢化率: 44.3%
要介護認定者数: 441人
認定率: 23.9%

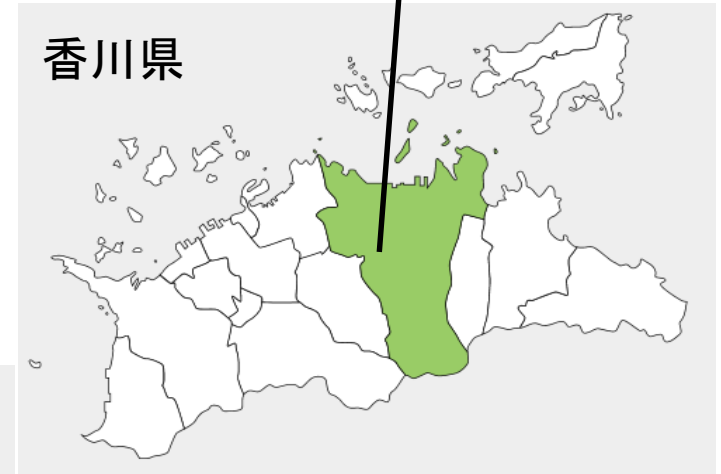
愛媛県



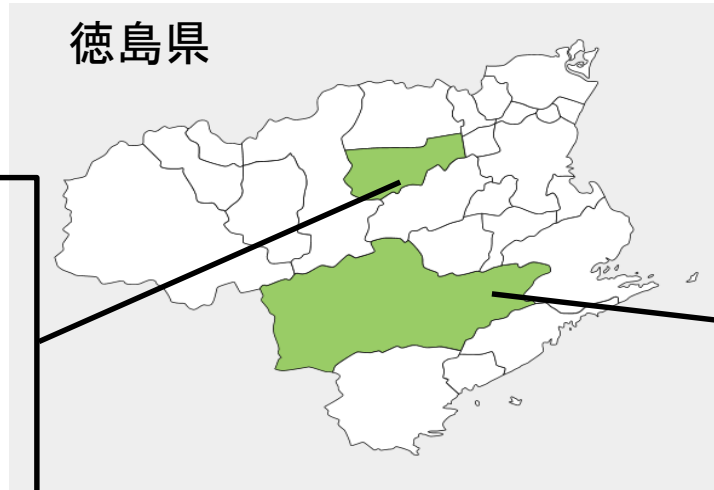
高松市

人口: 428,872人、面積: 375.52km²
65歳以上人口: 115,228人
高齢化率: 26.9%
要介護認定者数: 23,870人
認定率: 20.7%

香川県



徳島県



吉野川市

人口: 41,844人、面積: 144.14km²
65歳以上人口: 14,657人
高齢化率: 35.0%
要介護認定者数: 2,682人
認定率: 18.3%

那賀町

人口: 8,620人、面積: 694.86km²
65歳以上人口: 4,076人
高齢化率: 47.3%
要介護認定者数: 894人
認定率: 22.0%

各事例

高松市(香川県)

～既存事業を最大限に活用、医師会と行政は常に二人三脚～

【現体制構築のプロセス】

- 香川県が高松市医師会に在宅医療連携拠点事業として委託し、先行的に実施(平成22年度～)。香川県から同事業を引継ぎ、高松市医師会に業務委託、高松市に「高松市在宅医療連携会議」を設置(平成26年度～)。平成29年度からは「高松市在宅医療介護連携推進会議」に名称を変更。
- 現在、傘下に4部会を設置。
(便利帳作成、コーディネーター養成研修、多職種連携研修、退院支援・医療介護連携)

【主なポイントと成果】

- 推進会議の委員長(医師)や医師会副会長も毎回部会に出席するなど、4部会を中心にした具体的な取組に対し、医師会が積極的に関与。
- 在宅ケア便利帳については、在宅療養に係る相談窓口などを掲載した市民向けの概要版と、概要版の内容に加え、関係機関の詳細情報と地図を掲載した専門職向けの詳細版を作成し配布。
- 在宅医療への移行及びそのマネジメントができる人材育成の為、在宅医療コーディネーター養成研修を実施。カリキュラムは部会で検討し、講師やグループワークのファシリテーターは部会委員や研修修了者が行う。
- 各職種の専門性を理解し、顔の見える関係づくりやネットワーク構築のため、多職種連携研修を実施。司会、グループワークの進行、まとめは全て委員が担う。
- 患者の意思を尊重した効果的退院支援の推進のため、退院調整困難事例をもとに年間4回程度検討会を実施。入退院支援ルール(仮称)作成に向けた検討として、各団体ごとに退院支援や情報共有等に関するアンケートを行う。



HHC : Home Health Coordinator
(在宅医療コーディネーター)

各事例

松野町(愛媛県)



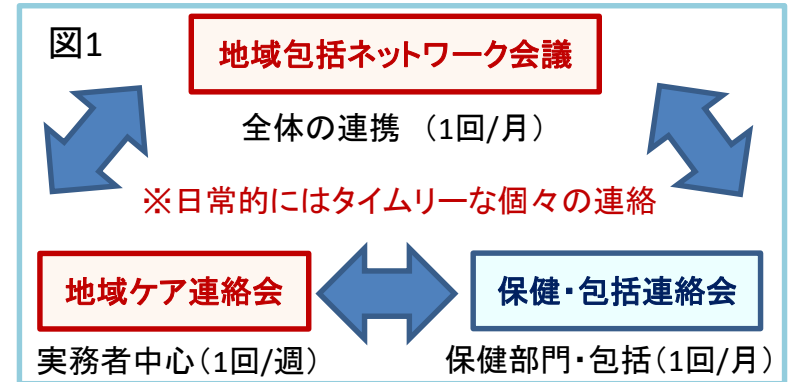
～小回りがきいて、顔の見える関係を活かし、実働する連携へ 時代・ニーズに併せて発展させながら～

【現体制構築のプロセス】

○介護保険創設前から、保健師訪問による医師への連携を実施。従来より、事例をとおした地域の関係多職種メンバーによるチームアプローチを継続。

○定期的な連絡会等(図1)の実施をベースに実働するネットワークの形成
 具体的には、平成7年から、月1回の保健医療福祉部門の全体会議(地域包括ネットワーク会議)と週1回の実務者連絡会議である地域ケア連絡会を開催。さらに、保健部門と包括(当初は在支)の連絡会を平成12年から月1回開催。

☆それらの連絡会を有機的につなげることで効果的なネットワークに発展



○町外との連携についても、隣町の鬼北町立北宇和病院を中心に開催される隣町鬼北町との医療・介護・保健連携のため、月1回の会議に参画。さらに医療圏域全体での行政・地域連絡会も年間5回協同開催(1回は全体研修)

【主なポイントと成果】・・・ネットワーク形成への仕組みづくりと工夫

○顔をあわせた定期的な連絡会等の実施のポイント!

- ・必要な情報の共有と方向性(目標等)の統一と共通理解
- ・各職種、分野の機能・役割の相互理解(信頼関係の構築)をベースに自己の役割認識と協働
- ・共通理念に基づく地域スタッフ全体の質の向上

これらは、日々のタイムリーな連携の円滑化にも繋がる。

○事例をとおして、関係者で丁寧に支援プロセスをたどるチームアプローチ!

培った手法や考えは他の事例に必ず活かせる。☆調整役(コーディネーター的役割)を担う部署や職種を事例によって調整

○地域包括ネットワーク会議では、毎回多様なテーマで資質向上研修も実施。内容により、民生児童委員等も参加するなど、日常の様々な活動や取り組みと繋ぎながら実施。住民への普及啓発にも役立っている。

各事例

吉野川市(徳島県) ～拠点事業を契機に、医師会との連携を保ち、繋げ、拡げる～

【現体制構築のプロセス】

○吉野川市医師会が主体となり在宅医療連携拠点事業開始(平成26年度～)。

在宅医療・介護連携拠点事業協議会を設立。協議会設立時から市職員も参画し、事業推進に積極的に関わる。

○在宅医療介護連携推進事業(地域支援事業)として市が医師会に委託(平成28年度～)。協議会は、在宅医療介護連携推進事業協議会に名称を変更。

現在、同協議会のもとに、ワーキング部会(在宅医療連携部会・医療介護連携部会)を設置。

【主なポイントと成果】

○拠点事業時代より、多職種連携を始めとした各種課題の解決に取組。在宅医療介護連携推進事業の各項目についても、多職種連携体制の整備、地域住民への普及啓発、人材育成、相談窓口の設置など、既実施・検討済のものが多い。

○例えば「退院から在宅への引き継ぎがスムーズにいかない」という課題に対し、「吉野川市退院支援の手引き」を作成。平成27年3月より運用を開始。これにより、退院支援実施率が平成27年度の48.5%から平成29年度の75.5%となる。

○平成28年度以降は、在宅医療・介護連携の課題を見直し。両部会でその解決のための取組みを行い、関係者の情報共有支援にも繋がる。

※医療から介護への連携が必要な3つの課題

- ・「在宅での看取り」について
- ・「慢性心不全で入退院を繰り返すものへの支援」について
- ・「慢性腎不全で入退院を繰り返すものへの支援」について

○各部会で、研修を実施しており、また、新たな住民啓発である自治会単位の出前講座を29年度より開始。

各事例

那賀町(徳島県) ～医師の廃業や町村合併に伴う連携機能の低下などの危機感をバネに～

【現体制構築のプロセス】

○旧相生町で開業医の廃業が相次ぐ(平成6年)。365日24時間体制の有床診療所を核に保健・医療・福祉分野の連携充実に着手。専門職同士ミーティングを重ねる(平成7年～)。

保健・医療・福祉の拠点として相生地域包括ケアセンターが開業(平成10年)。

○合併後も旧町村単位で支所ケア会議を開催(平成18年～)。

支所ケア会議で解決できない課題を健康福祉検討会で協議、必要事業の施策化(平成18~19年)。

○合併の広域化・集約化で徐々に支所ケア会議機能等が低下(平成21年～)。

豪雨災害時に、紙媒体でなく、リアルタイムで専門職が情報発信・情報共有・協議できる体制の重要性を再確認(H26年)。

その後、地域ケア会議等に警察や防災課など参加機関を増やし、連携強化。

○ICTネットワークワークの拡大・充実(H29年～)。

【主なポイントと成果】

○従来より、院内LANを利用し、デジタル情報共有と頻回なミーティングを開催。予防目線で早期発見・早期介入を意識していた。リアルタイムに情報共有し、ミーティングをして有機的に対応する体制(デジタルとアナログの癒合)という基本的な考えは、当時より拡大・充実された現在のICTネットワークワークにおいても踏襲。

○豪雨災害時、ボランティアニーズマッチングでICTシステムが効果(H26年)。

○徳島大学等の外部の協力を得、ICTネットワークの充実と地域ケア会議への更なる活用を実施。リアルタイムなサポート体制が充実(案件発生→メンバーに 相談発信→各専門職が回答)(H29年～)。

先行事例から類推される構築プロセス

