

第2回 東京都北区在宅介護医療連携推進会議要点記録

開催日時 平成28年3月23日（水）午後2時00分～3時57分

開催場所 区役所 4階 第二委員会室

1 開 会

2 あいさつ

3 新委員紹介

田中俊一委員・都築寿満委員

4 報告・議事

（1）各部会等報告

①連携事業評価部会

連携評価部会は今年度2回開催。介護医療連携共通シート活用評価について

・平成27年12月のケアマネジャー研修受講者144名対象に、共通シートについての認知度、活用状況等についてアンケートを実施。結果、「知っている」65%、「知らないという」が35%。「知っている」中で実際に活用したのが22%、活用されなかったのが78%。活用した内容は、連絡票が61%、情報提供書が39%で、事例は62例あった。この結果より、認知度が高い割には活用されなかったと認識した。

・この書式を受け付けた医療機関では、実際に院内の受付窓口が一本ではないために、文書扱いの窓口であったり、直接病棟に行ったときにこの書式を見たりということ、ばらばらになっていたという現状の報告もあった。

・今後の取り組みについては、委員が所属する東京北医療センターをモデルとし、具体的な使い方について、検討していくとともに、区内統一の書式にするために、フォーマットの内容も見直していく。現在は北区在宅療養あんしんマップの掲載医療機関を対象としているが、今後どこまで拡大していくのか検討する。

・介護保険軽度者の福祉用具レンタル理由書にこの書式を活用できないか、介護保険課と検討していく。

区民啓発について

・きたく介護あんしんフェアにてアンケートを実施。その結果、参加年代は60代

から80代が75%あり、圧倒的に女性が多く76%、介護の経験がない方が58%であった。

「介護が必要になった場合に暮らしたい場所」に関しては、「自宅で過ごしたい」が56%、以上の結果より、今後の講演会等の内容を検討した。

- ・講演会のテーマは、在宅療養にかかる費用について、在宅療養で行う医療サービスの内容について、終末期のみとりのケアについて、在宅療養を行う上での介護サービスの内容ということも含めて、全部で100件以上の記載あり。

- ・介護あんしんフェアでの講演会が有効である。講演者に関しては、昨年度は著名な講師であったが、北区で実践している講師の発表もよいと思う。

- ・区民向けに噛み砕いた言い方をしていただく。区長が言っているように、長生きするなら北区が一番と、子育てするなら北区が一番、それにもう一つ、在宅療養を受けるなら北区が一番という形で進むとよい。

- ・シンポジウム形式の企画も検討。

②認知症疾患医療・介護推進部会

- ・1年間で合計3回の会議を開催。

- ・目的は、北区における認知症高齢者のための介護と医療の連携を推進するために、何が必要なかを整理すること。

- ・認知症のケアパスは、「北区認知症あんしんなび」を作成し、11月から区民に配布。内容は、区民にわかりやすくするという点を中心とし、修正を加えていくということが、今後の検討課題である。

- ・初期集中支援チームは、この初期というのをどのような形で捉えるのかということ、まず議論の材料としました。初期支援チームの対象は、軽度認知機能低下、あるいは軽症の方の対応とし、あんしんセンターの看護師が、認知症支援コーディネーターがいますので、その方がチームのコーディネーター役となりながら、各チームを結成して患者さんについてあたる。約6カ月間を経過として見て、次の対応につなげる。

- ・北区の場合には、高齢者あんしんセンターサポート医制度というのが十分活用されている。初診で高度の方については、難治ケースは、今までどおり対応していくというような流れになる。

- ・今後の課題は、このチームを運用してみて見えてくる課題があるのかを整理し、

資源としては認知症サポート医をこの初期支援チームの中にかに組み込んでいくかということが重要である。これから増える認知症の患者さんに対する対応を、区として、医師会としてもバックアップしていただくことは、重要である。

③在宅療養資源検討部会

- ・今年度、第1回開催
- ・目的は、昨年度の医療資源調査の結果をもとに、需要の増加が見込まれる在宅療養に関する環境整備について検討した。
- ・北区で在宅に関する医療資源として、データがどれだけ必要なのかということで検討。
- ・区境もあり、本当に北区の中だけでの資源だけで活用されているわけではなくて、本当に北区の中での療養資源だけでいいのかという形も、意見が出てきた。
- ・多職種が起点ではなく、区民の感情を起点にして、どういうところから専門職が来ているのかという視点も大事である。
- ・資源調査をしたマップも出てきているが、本当の意味でのデータの整理や分析に、コーディネーター、コンサルタントアドバイザーなどが入るなど、効率的にそういう形でやってもらったらいいのではないか。
- ・本来、第2回を予定していたが、地域医療構想の策定など、国や都の動向を注視しつつ課題の整理を行う必要があるということで、次年度に繰り越しという形になった。
- ・今後の課題と取り組みとしては、本当に必要な医療社会資源把握のための調査を実施する必要がある。
- ・実際に他区も含めたトータルで、東京都全体で考えることも必要であるが、北区の中での医療資源だけで賄えるのか、現実としてはどうなのか。
- ・第7期介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画の改定に向けて検討するとあるが、調査の予定はあるのか。
- ・第7期の事業計画に向けて、アンケート調査を予定している。内容を精査し、来年度中には実施したいと考えている。
- ・1回目にやった結果を踏まえて、今はこれだけ社会資源の調査が行われた、その内容をもとに、そのアンケートの内容というのは、クロス集計も含めて、どのような計画を立てる予定となっているのか。

・内容については今後である。これまで第6期の計画策定についてやってきた内容、過去を振り返って精査して、北区の独自性があらわれるような、内容にしていきたい。実施に当たっては、ご意見を伺いながらやっていきたいと考える。実施時期は、今のところ28年度中、国から、秋頃に指針や考え方が示されるに聞いている。

④摂食えん下機能支援推進部会

・摂食えん下機能支援推進事業は、どこの自治体でもかなり難しく、なかなか進まないが、北区は比較的、今は進んでいる状況ではないか。

・目的として、在宅療養高齢者の摂食えん下機能支援、検査を含めてやるということと、口腔ケアの課題について、これから北区の方向性を整理して、これから多職種で連携して、支援を行うことで検討している。

・人材育成は、東京都で摂食嚥下機能評価医養成研修会があり、それに医師会から3名、歯科医師会から3名、リハビリ職が6名の参加をし、修了した。

・これから摂食えん下機能支援の維持向上についての普及啓発は、食べるということは長生きするために一番必要なことでもあるので、ここにいる全員の方も含めて、やっていかなければいけないことではないかと思う。食べることは生きるための基本で、北区を挙げてやっていかなければならないと考えており、そのために部会がお手伝いをすると、位置づけでやっていきたい。

・専門研修を実施することによって、摂食えん下機能支援がチームアプローチとして確立すると、多職種連携研修を通じて実施することで、今後、一緒に共同して事業を行うという方向に向けていけたらいいと考えている。

・地域の普及啓発は、1月22日に区民向けの講座を行い、その後、1月14日には、ここの部会の委員が介護職向けの研修会を実施。

・スクリーニングのチェックシートについては、一番最初に相談を受けるところがこのチェックシートを活用し、相談につなげる。

・2月に行われた東京都の連絡会でも、北区の取り組みを報告し、一応評価されたと考える。

・東京都医師会で、多職種連絡会があった。北区のように多職種で連携して研修会をやるというところが、うまくいくのではないか。

⑤在宅療養協力支援病床確保事業進捗状況

・昨年度の12月からモデル事業で実施し、今年度から本格実施。

- ・目的は、北区の目指す在宅療養の姿の実現のために、在宅療養を進めている医療機関を支援するため、検査入院や病状悪化に伴う入院の必要なときに、北区内の病院に入院できる仕組みづくりを具体化。
- ・27年4月1日から28年3月23日の利用状況。協力登録機関が16カ所、地域の医療機関の登録は、21件。
- ・利用者は、20人が利用。平均年齢が大体81.3歳。介護度の高い要介護4、5が多い。男性が11名、女性が9名。
- ・入院を必要とする理由は、一番多かったのが病状の悪化ということで、12名、検査のため、レスパイトや介護者の療養のため、その他等
- ・北区医師会病院委員会と地域医療機関との事例検討会を今年度から始めた。モデル期間のときは利用期間を14日と定めていたが、余り長く入院すると退院しにくくなることなど意見、事例を考え、確保事業は、利用期間を7日間と改定した。

⑥在宅療養相談窓口進捗状況

- ・在宅療養を希望される高齢者とその介護者の方が、病院から在宅へと円滑に移行することを支援する目的として窓口である。窓口には在宅療養支援員を置き、複雑な事例やアウトリーチが必要な事例に、地区担当の訪問看護認定看護師が実働する仕組み。
- ・この体制は北区独自の体制で、区内外の二次、三次医療圏の医療機関の退院調整にかかわる看護師やMSW、地域の専門職を支援するという目的。ケアマネジャーに関しては、ことし1月末から相談対象。今年度は相談窓口の周知ということで、資源の実態調査を兼ねた普及活動に力を入れた。在宅療養支援診療所委員会の先生方と事例検討会を開いたりして、交流を図っている。
- ・相談実績は、3月15日まで全体の相談が90件になっている。主に区外の病院からの相談が多く、区内では、高齢者あんしんセンターと訪問看護ステーションからの相談が多い。
- ・今後の課題では、相談の中に、小児の社会資源を教えてほしいというケースもあり、あらゆる年齢のニーズも出てきている。
- ・東京都が支援員の人材育成をし、東京都全てのところに配置をしているが、北区は、その支援員に訪問看護の認定看護師という、一定の教育レベルを受けた看護職を配置したというのが、東京都の中で唯一の特徴となっており、注目されていると

いうことを補足する。

(2) 多職種連携研修会・顔の見える連携会議進捗状況

- ・在宅ケアネットに委嘱している。
- ・今年度より短縮版を2回実施、5月から6月とその途中で一度同行訪問、2回目は11月から12月にかけて実施。それぞれの職種が6名ずつ、9職種参加し、都合3年間で恐らく220、230名の修了者を出している。
- ・今年度の一つ特徴としては、フォローアップ研修を2月7日に実施。北区のリハネットの方々や、「とことこ」という訪問看護師で褥瘡のことを勉強している看護職を講師として、研修会を企画し、70名の参加があった。
- ・顔の見える連携会議は各圏域において、医療・介護の専門職の顔の見える連携をつくる目的で、医療介護連携を促進するために、それぞれ毎年2回、昨年から行っている。それぞれ地域でテーマを決め、総合ディスカッションや短い講演を取り入れ、圏域の担当者が企画をして実施。合計延べ225名の方が参加。
- ・多職種連携研修会では第2回の12月20日に、全国から自治体、医師会から視察があり、研修会を始めたという経緯と北区の方法について、情報提供した。東京大学高齢社会研究機構のホームページにもアップされている。
- ・今回ショートバージョンになった場合、特に効果とか、あるいは何か様子が変わったことなど、違いはあるのか。簡略化しても、大きく支障がない印象であるのか。
- ・効果としては、同行研修や多職種のグループワークや、参加型の研修をやっている。短縮版の評価はまだできていないが、ほぼ同等の効果があるのではないかと感じている。
- ・3月7日の厚生労働省の全国介護保険担当会議で、この多職種連携が全国的に進んでいる地域として北区が紹介されていた。
- ・地域包括支援センターで職員が順番に3年間にわたって受講した。同じ方向性、共通認識は持てたかと思うが、例えば、昼間参加できない方が、夜間の顔の見える連携会議では、毎回参加している方も数多く、地域の中でより深いネットワークができていているという意味では、セットで行われることで、結果的によいと考える。
- ・その研修の数をどの程度やっていけばいいのか、人材育成の計画と関係はしていると思うが、東京都の説明でも各区の在宅医療の必要量というのを出していく事が必要と言われている。

・在宅医療は幅が広く、認知症で要支援1・2から重度の医療依存の高い方まで対象であり、単純に数だけでは言えないが、研修会のやり方や、量的な回数など、今までは柏モデルを完全に踏襲した形でやってきたが、人材もそろってきて、北区バージョンを検討しようかなと考えている。医療のその必要量も含めて、研修の計画を立てていければよい。

(3) 議 事

①平成27年度在宅療養支援のあり方と今後の取り組みについて

・1の①連携事業評価部会はケアマネジャーの中で、今後周知活動を行っていかなければならないということを、認識している。主任介護支援専門員の認知度が高かったので、主任介護支援専門員を通して、介護支援専門員にも広げていくといったようなこと、使用する中でヒアリングなども行っていく必要がある。

・連携シートは、病院ごとにどのような運用をするのか、どんな方が役割を担うのかというところが、ある程度明確にならないと、活用も進んでいかないのではないかなと思う。今後、このような点について何か介入をしてほしい。

・地域包括ケアシステム本丸とその周り、外堀を埋めるという話であるが、今後、その外堀の部分というものをつくっており、連携をしていくということが重要になっている。1の③の認知症疾患医療・介護連携推進で、27年度の第2回の検討事項の中にあつた家族会、自主的な家族会の発足にぜひ当事者の会というものを視野に入れて、最初のスタートのところだけでも、何か支援ができるとよいのではないかと。これがいわゆる外堀の住民の方々にもつながる。

・連携事業評価部会の介護医療連携共通シートについては、受けてもらう病院との連携が課題であり、モデル的に病院の中での流れが検証されると、示しやすい。

・窓口の支援員も含め、どういう病院からの相談や、連携が多いのかということも含め、シートの周知を徐々に進められていければよい。

・ケア倶楽部掲載後から、「入院前情報提供書」活用があることを聞いたが、実際どれくらい活用されているかということ、把握できるとよい。

・③の認知症疾患医療・介護連携推進の取り組みのところでは、家族会、当事者の会は、これからの中では非常に重要になるかと考えている。新オレンジプランの中でも掲げている。

・1の①につきましては、ケアマネジャーから見ると、その病院ごとに窓口が違う

とか、利用者ごとに窓口が違うところで、連携の難しさを感じている。モデル事業の中では、幾つかのパターンが出るとよい。

- ・今の連携事業については、例えば共通シートで、この近隣の他区との医療機関とのやっぱり連携も、いろんな場面で必要になってくるかと思うが、他区は共通シートをつくるなど、動きはあるのか。

- ・他区でも実際、連携共通シート、作成している。ただ、23区の中で共有化というのはできてはいない。関係区との連携の充実の中で情報交換ができていければよいと考えている。

- ・医療介護の連携は、大分進んできたと思が、病院のほうは2025年に向けて、地域医療構想ビジョンで、病院の機能分化をしていく。今年度、圏域ごとの医療の方向性が一定出ると思うが、介護側から、在宅側からのどういう状況なのかは、余り関心ないというか、余り現場に出てきていない関係でわかりにくいと思っている。今年度に限らず、いずれ北区における病院がどういう役割になっていくのかということを知る機会というのを介護側のほうに伝える機会があってもよいし、もしくは、地域住民の方にそういった形で、今の医療介護はどうなっているのかという現状を知っていただく機会をつくったほうが良いのではないかと。

- ・在宅療養を進めていく上で、地域の中に困難ケースがふえてきているというイメージがある。例えば、独居の方とか貧困の方で、各医療機関、介護のところで対応困難になってきている。行政を巻き込んでいくケースが出てきている。行政は縦割りのなところがあり、横の連携がどうなっているのか不安がある。難しいケースもあり、医療在宅の連携を進める上で、各医療機関の抱えたケースを行政とタイアップして解決していくかという問題的なことも、この会議等の中で検討していただくことも必要になってきていると思う。

- ・地域医療構想の策定が今は東京都のほうで作業に入っている。基本的にグランドデザインを示しているが、その中に地域包括ケアシステムを見据えての東京都の医療ビジョンということがあるので、動向も見ながら、今年情報を整理しながら進めていきたい。

- ・困難ケースの検討では、高齢福祉課で高齢者のケースワーカーがケースカンファレンスという形で開き、必要なところを呼んでの横の連携もしながら、チームづくりをしている認識である。この会議体でその症例検討等をするというのは、まだ今

のところは、予定はしていない。困難ケース対象ではないが、地域ケア個別会議がはじまり、地域の課題は、課題出しができると考えている。

・家族会について当事者の会の件で、認知症カフェを高齢者あんしんセンターで運営しているが、だんだん浸透してきており、最近では認知症の方も随分、ケアマネジャーが連れてくる雰囲気になってきた。今までのようなやり方ではなく、その認知症で来た方に何かお手伝いし、生きがいを見つけていただこうと考えている。それが、いずれは当事者の会につながっていくといいのかと考えている。

・対応困難ケースに関して、そういった事例はあんしんセンターのほうで相談を受けると、強みは北区には直営の包括、また高齢相談係がバックアップはいり相談ができて、関係機関が集まって、地域ケア会議のほうに持っていかけて、その仕組みづくりがだんだんできてきているなど。その中で問題を抽出しながら、これは決してAさんだけではなくて、Bさん、Cさん、要するにこの地域の中にたくさんあるのだ、それをどうやって解決するかという、入り口に今は立っていると思う。

・在宅医療に関しての医療機関とケアマネとの学習会というのは、もう何年も続けてきているが、退院に関して病院との連携をもっととっていかないと、在宅での厳しい状況があるところで、近隣の入院施設のある二つの医療機関に声掛けし、ケアマネとの勉強会をどういうふうに持っていかようかと考えている。

・初期集中支援チーム事業の中で、この役割を担う機関・職種、このフロー図がありますけど、チーム員のところで、定期訪問担当グループというのが今後でき上がってくるが、その中に訪問看護師、作業療法士、区内事業所サ責とあるが、実際、5カ月、6カ月で一つの終結に持っていくということであれば、その期間ごとにお願ひして、どれぐらいの間隔で訪問というイメージなのだろうか。

・定期訪問担当員に関しては、圏域ごとに王子、赤羽、滝野川の3圏域で北区訪問支援員の訪問看護師、作業療法士がはいる。介護福祉士は、区内の事業所のサービス提供責任者に圏域単位でお願いする。対応しなければいけない認知症のご本人の方がいらしたときに、チームをそこで組むという形となる。定期訪問担当員は三人の方がグループではあるが、誰が一番、困り事を支援していくのに必要かということも、この会議の中で整理し、全員が訪問するわけではない。

・今年度までの事業を進めての課題があった。一つ目が、在宅療養の環境整備は進んだが、介護医療関係者の多職種連携はさらなる強化が必要である。

二つ目は、在宅療養やみとりに関して、区民の啓発活動や地域の関心事としての機運を高める必要がある。意見については、4月11日までに事務局へ。

5 その他

①地域包括ケアシステムのイメージ図について

- ・在宅療養相談窓口、恐らく退院時ですから、矢印が病院から帰るところに位置
- ・救急医療キットは筒が大きいので、本当に活用しづらいという意見もちらっと聞いたりすることもあるが、続けていってほしい。
- ・救急医療キットについて、配付は現在もしており、来年度も追加で確保するための予算も確保している、あんしんセンターでは引き続き配布する。シート自体の見直していく予定。
- ・何年もたって更新されていない情報だから、更新するしくみも必要である。

②日常生活総合事業について

- ・今まで介護保険で要支援は、介護利用ができないというのが、区民の中に浸透し始めている、要支援の場合には1、2は何の介護も受けられないから、ほかの支援はどうするのかというのが、言われている。
- ・入院して帰ってきて、元気になって帰ってくるが、大抵が要支援2ぐらいなので、どなたも介護を今の介護保険では受けられないという意識がすごく強くて、民間の社会資源の中で、何か日常支援をしてほしいという思いがある。
- ・要支援1、2でも1週間に1回ぐらいは、何とか日常支援が受けられるのではないかなというのが、よくわかった。もう少し啓発を早くにしてほしい。
- ・パンフレットはできたものの、なかなか地域に出向いていないのが実情である。要望があれば、夜間でも土日でも地域に出向いていきたい。
- ・地域包括ケアシステムの図の中に、保健所とか保健師さんとか虐待センターをどう入れ込んでいただけるのか、どうなのかというところと、もう一つは、よりこの支援の総合事業が区民の方が受ける機会というのは、やっぱり健診の場かなと思うがいかがか。
- ・今の時点で必ず保健所でやらせていただく、あるいは、保健師のほうでやらせていただくということをここで言えないが、方向性としては、多くの方々にこの検査を受けていただくということは、我々は必ず実現する方向で努力していかなければいけないと思う。保健所も含めて、どこでできるかということを検討させていただ

きたい。

・地域包括ケアの中で予防ということも含めてということなので、認知症の方が増え、フレイルや虚弱な方が増えるということのを何とか防ぐというところで、本当にうまく機能するかどうか結構重要なことだと思っている。ご本人自身の動機づけというが、何でこれをやらなきゃいけないかというところがなければ、恐らくうまく機能しないと思う。

・啓発活動ですね、講演会なんかでも、MCIですとか、それこそフレイル、虚弱なんかですと、かなり市民の関心は高い。一般の地域だと、講演会をマクロではやっても、自分は該当したときにどうするのといった、後の受け皿がなくて困る自治体が多いが、北区はその辺、受け皿として医師会や、専門職の方が対応できるという大きなメリットがあるので、啓発と同時に、じゃあ困ったときの流れが、今回のシステムの中でつくっていけると思うので、ぜひご検討いただきたい。

・介護予防ケアマネジメントは、介護予防ケアマネジメントが国で示されたのが、平成26年の7月であるが、この中でA、B、Cのタイプあり、これまで一連のケアマネジメントプロセスを踏むというふうにケアマネジャーは行ってきた。介護予防ケアマネジメントに関しては、必ずしもそうではない。まさにこの介護医療連携というところの、その主治医との関係というものが、とりにくいという状況が出てくるのではないかと考えている。なぜならば、これまでは全ての方が要介護認定申請を受けるが、その時点で主治医の意見書というものが、軽度の方であれ、重度の方であれ、全ての方に対して記載され、ケアマネジャーは、立案するときに、それを必ず見させていただいた。今後はチェックリストになることによって、主治医の意見書が発行されなくなり、この時点で医療の目が入らなくなるということと、審査会というものも開かれなくなる。職種が目が少なくなる。

・介護予防ケアマネジメントの中では、その分類によっては担当者会議が必須ではないものもある。この3回程度で、多職種が目が入らなくなる、医療の目が入らなくなるということになり、最悪の場合、全く入らないという状態でケアマネジメントが展開されることになるが、これで全く問題がないのかというあたりについては、やはり、リスクがあるであろうということ踏まえつつ、主治医の意見書は、発行はされていないが、個別的にケアマネジメントの担当者から、主治医の意見書は書いておられないけれども、主治医に照会が行く可能性があるということであるとか、

そういったことが許されるのか、あるいは、その周知をしていただけるのかということ。今後やっていく中で、主治医のご意見や連携関係というものを、仕組みとしてつくっていかなければならないのか、こういったところの検証が必要なのではないかと思う。

軽度の方だからよいというのではなく、予防的な観点が必要であるということ。財務省のほうで、要介護1、2までを軽度者とするという考え方もあり、今後、介護予防ケアマネジメントが要介護1、2まで広がっていくことを数年後に想定しますと、今の段階からしっかりと検証をして、仕組みをつくっておくという必要性はあるのではないかと考える。

・北区は、新規の方は、必ず認定申請を受けていただく。要支援1、2の申請を受けなくても、そのチェックリストでサービスを受けられるようになってはいるが、新規の方については必ず認定審査会を通して、それで非該当になった場合には、総合事業のチェックリストに基づいてケアマネジメントをして、サービスを受ける形となる。

・更新以降につきましては、主治医の意見書はない。

今後の予定

今回は5月に介護医療連携推進会議を予定。



在宅介護医療連携推進会議

かわら版 Vol.13

平成28年4月発行

北区健康福祉部

介護医療連携推進担当課

☎ 03-3908-9083(高齢福祉課内)

刊行物登録番号:28-O-O

第2回在宅介護医療連携推進会議が開催されました。

去る3月23日、北区役所第二委員会室にて、平成27年度第2回在宅介護医療連携推進会議（委員長 藤原佳典 健康長寿医療センター研究所研究部長）が開催されました。

【主な内容】

1、新規委員の紹介

2、議事について

「在宅療養の在り方と今後の取組について」案について

3、報告

（1）各部会等報告

①連携事業評価部会

②認知症疾患医療・介護推進部会

③在宅療養資源検討部会

④摂食えん下機能支援推進部会

⑤在宅療養協力支援病床確保事業進捗状況

⑥在宅療養相談窓口進捗状況

（2）多職種連携研修会・顔の見える連携会議進捗状況

（3）議事

①平成27年度在宅療養支援のあり方と今後の取り組みについて

4、その他

①地域包括ケアシステムのイメージ図について

②日常生活総合支援事業について
活発な意見交換がなされました。



要点記録は、HPにアップしております。

今後の在宅介護医療連携推進会議の日程

●平成28年5月25日(水)

・新年度委員による会議 ・報告書まとめ ・平成28年度の方向性について

北区の介護医療連携推進事業について

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで厚労省の在宅医療連携推進事業（平成23～24年度）、在宅医療連携事業（平成25年度～）により一歩の成果、それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組み、介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ、取り組む。
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市町村が、原則として「ア」～「ク」の全ての事業項目を実施。
- 一部を都市医師会等（地域の中核的医療機関や他団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市区町村と都市医師会等との関係の強化、連携等の促進の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援、国は、事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と取組例

<p>ア) 地域の医療・介護サービス体制の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の医療機関の役割、連携の推進を図る。地域は「ア」～「ク」の全ての項目に活用可能な体制（在宅医療の推進状況、地域医療の連携状況、地域医療の連携状況）を把握し、連携の推進を図る。 	<p>イ) 在宅医療・介護連携の推進の機軸と対応の協議</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の医療機関、ケアマネジャー等が連携して、在宅医療・介護連携の推進を図る。地域医療の連携状況、地域医療の連携状況、地域医療の連携状況 	<p>ウ) 在宅医療・介護連携推進センター（仮）の運営等</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療・介護連携の推進を図る。地域医療の連携状況、地域医療の連携状況、地域医療の連携状況
<p>エ) 地域の医療・介護サービス体制の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療（在宅医療）を行う医療機関、介護保険事業者との連携を図る。地域医療の連携状況、地域医療の連携状況、地域医療の連携状況 	<p>エ) 在宅医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の医療・介護関係者がグループワークを通じて、多職種連携の実現を目指す。 	<p>エ) 二次医療圏内・関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 二次医療圏内の病院から連携する事例等に関して、都道府県、保健所等の支援の下、在宅医療・介護連携の推進を図る。

厚生労働省資料 1

北区在宅介護医療連携推進事業①

「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 1」厚生労働省老健局老人保険課平成27年3月を参考

項目	事業名	24年度	25年度	26年度	27年度
ア) 地域の医療・介護の資源の把握	医療社会資源調査検討部会			→	
	医療社会資源調査の実施 在宅医療あんしんマップ			→	
イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	在宅介護医療連携推進会議 各部会		→	→	
	在宅医療後方支援病床確保検討部会			→	
ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	在宅医療後方支援病床確保事業			→	
	在宅介護の提供体制の構築推進 病院委員会との事例検討会			→	

北区在宅介護医療連携推進事業②

「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 1」厚生労働省老健局老人保険課平成27年3月を参考

項目	事業名	24年度	25年度	26年度	27年度
エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	介護医療連携共通シート導入検討部会			→	
	介護医療連携共通シート導入			→	
	ICTネットワークの構築（医師会）			→	
オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	在宅医療支援窓口検討部会			→	
	在宅医療相談窓口設置 在宅医療相談窓口主治医ネットワーク・事例検討会（16名の医師）			→	
カ) 医療・介護関係者の研修	多職種連携研修会（北区在宅ケアネット）			→	
	顔の見える連携会議			→	
	摂食嚥下機能支援推進部会			→	

北区在宅介護医療連携推進事業③

「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 1」厚生労働省老健局老人保険課平成27年3月を参考

項目	事業名	24年度	25年度	26年度	27年度
キ) 地域住民への普及啓発	きたく介護あんしんフェア 在宅医療を進める講演会			→	
	各あんしんセンターでの講座			→	
	今から考える老い支援講座（社協）			→	
ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	区西北部医療圏（板橋・豊島・練馬）			→	
その他	認知症疾患医療介護推進部会 ケアパス・初期集中支援チーム等			→	
	高齢者あんしんセンターサポート医			→	

※北区では、4年間の取り組みで、介護保険の地域支事業の8項目を達成いたしました。

詳しくは、北区HPに、議事録・報告書をアップしております。

北区ホームページアドレス：<http://www.city.kita.tokyo.jp/>

北区認知症あんしんなび（認知症ケアパス）



認知症ケアパスとは・・・

認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービス等を受けることができるのかを示したもの。

認知症疾患医療・介護推進部会で、検討してまいりました。

各高齢者あんしんセンターと北区役所高齢福祉課窓口で配布しております。

あわせて、北区認知症支援キャラクター「こんちゃん」もよろしくお願ひします。