

## 福島市

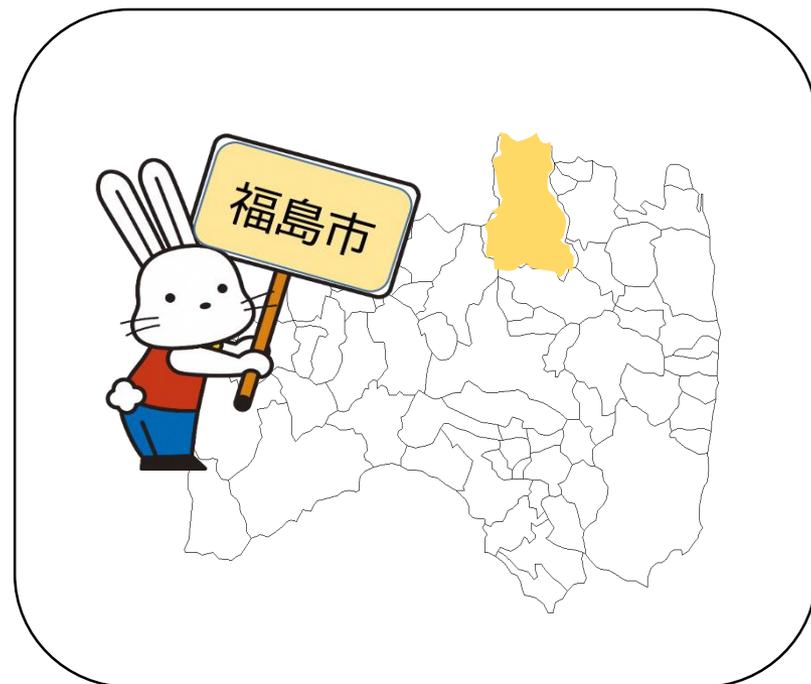
# 医療・介護連携のためのインターネットの活用 「集まらない研修・会議」の試み

### 福島市の概要

福島市では、在宅医療・介護連携推進事業を行う機関として、平成30年10月1日、福島市医師会に委託し福島市在宅医療・介護連携支援センターを開設した。連携推進事業の一つとして地域の在宅療養を支えている専門職が、お互いの職種特性や業務内容を理解し連携が推進することを目的に研修や会議を開催してきたが、新型コロナウイルス感染症対策として多人数が相対しての開催が困難になった。この状況にあっても目的を達成するために集合しないで行える方法を検討し、以下の方法で実施、開催することとした。

#### 【基本情報】（令和2年12月31日現在）

●人口	275,646人
●65歳以上高齢者人口	82,997人
●高齢化率	30.1%
●要介護認定率	20.1%
●第1号保険料月額	6,100円



# 取組の内容①

## ●背景

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、集合しての研修、会議等が難しくなったため、参集すること無く必要な事業を実施する方法として本事業を企画した。

## ●目的

研修や会議をITを活用して行うことで多くの専門職が安心して情報共有を行い、連携の停滞をさけることができる。また、Web研修などの体験を通して、IT機器利用の抵抗感を下げ、業務へのICT導入への一助とする。

## ●事業内容

- ① Web配信による研修の実施:6回 「多職種連携 医療と福祉セミナー」4回  
「認知症対応研修」 2回
- ② 研修講義の録画の活用 ・希望者への再配信を実施
- ③ Web会議の開催 ・研修準備打ち合わせ  
・地域の課題把握のための訪問(病院MSW1か所・包括支援センター1か所)
- ④ 配信機器の活用 ・地域包括ケアの推進に関する他事業での活用(虐待対応研修配信の協力)

## ●取組のポイント

- 研修 ・配信方法は「市内の医療介護専門職が対象」「受講者が視聴しやすい」を考慮しYouTubeの「限定配信」を選択。この方法では双方向での研修が難しいことから、今回は講師による講義形式とし、質問は申込時に事前質問として受けライブ配信時に回答。  
・ライブ配信したデータは、ライブでの視聴ができなかった方を考慮し、配信後1週間同じURLから視聴可能とした。  
・配信を重ねる毎に画像や音声など配信映像に対して改善すべき点があり、その都度撮影方法や配信方法等の工夫、改善を図った。
- 会議 ・職員が他所が企画したZOOMによるWeb研修を受講し、使用方法等の体験、学習を行った。  
・対象の参加者が不慣れな場合は事前に参加方法の説明を行った。

## ●財源

福島県地域包括ケアシステム深化・推進事業補助金

300千円 録画・配信用備品(ビデオカメラ・Webカメラ・マイク・スイッチャー等)購入

# 成果と課題

## 取組の成果

●研修開催結果:5月～11月開催の4回分（アンケートは3回分）

①平均申込数は 182.8人で、昨年度(平均95.3人)より増加した。

※受講者実数は把握できないため申込数で比較 【参考】平均視聴回数 322.5回

②受講者アンケート結果

- ・研修内容についての評価は昨年同様。
  - ・「申込のきっかけ」では 平均55% が「Web研修だから」と回答。
  - ・「Web配信による伝わり方」で「伝わった」と回答は、研修によって49%～80% と、音声などの配信状態により差が大きくなっていった。配信技術だけでなく器材の質も重要であった。
  - ・感想(自由記載)では、「集合研修では時間や場所が限定されるが自分の都合で視聴できる」と、メリットとして評価する内容が複数あった。
- ZOOMの活用で首都圏の講師にも来福することなく依頼ができた。
- 病院等への訪問不可の場合に、ZOOMを使って情報交換を行ったが、電話では1対1になり「聞き取り」の状態になるところ、複数人での話し合いが可能であり訪問に代わる方法として有効であった。
- Web研修や会議の実施に伴い、ITについての学習を希望する団体、組織が出てきた。

## 今後の展望

- 講師との双方向での学習やグループワークなどができる研修も企画、開催していく
- より多くの方が受講できる研修方法として、今後集合研修ができるようになって、会場とWeb配信の両方での研修(ハイブリット研修)を行っていく
- 配信したデータ以外にも、ICTの理解を深めるための動画や出前講座で実施している「在宅医療について」の動画等、種々のデジタルコンテンツを増やし、各事業所等での研修にも活用できるように整備していく

福島と首都圏のパネラーによる  
「パネルディスカッション」  
於:コラッセふくしま



◀ 配信画像:  
会場のパネラーと  
ZOOMで参加のパネラーを一つの画像にして配信

集合とWebの  
「ハイブリット研修」  
於:福島市保健福祉  
センター3階会議室



◀ 配信画像:  
講師とスライド  
の2画面配信

## 郡山市の取り組み

在宅医療・介護連携推進事業に取り組む中で、地域の医療関係者、介護支援専門員、地域包括支援センター等の専門職からの相談対応や、顔の見える関係づくりを重点的に行う必要性を感じ、その体制を強化するために、平成30年11月、郡山医師会に委託し「郡山市在宅医療・介護連携支援センター」を開設した。専門職からの相談対応や、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携調整、地域の医療機関等と介護事業者相互の紹介、在宅医療・介護連携の課題の抽出、各関係機関との連携を進めている。

## 【基本情報】（R2.12月末現在）

- 人口  
321,394名
- 65歳以上高齢者人口  
85,486名
- 高齢化率  
26.60%
- 要介護認定率  
18.43%
- 第1号保険料月額  
基準額 5,573円



# 取組の内容①

## ●事業内容

- (1) 在宅医療・在宅介護に関する情報の収集と公開
  - ・医療機関へ訪問診療・往診に関するアンケート
  - ・医療介護機関へのヒアリング
  - ・マップの作成
- (2) 事業者からの在宅医療・在宅介護に関する相談受付、  
情報提供
- (3) 多職種連携の仕組みづくり
  - ・郡山医師会との調整
  - ・在宅医療・介護連携推進懇談会の開催
  - ・郡山地域連携パス連絡協議会の事務局機能
  - ・地域連携合同研修会
- (4) 情報共有ツールの活用支援・普及促進
  - ・MCSの活用支援

## 取組の内容②

(5) その他、医療と福祉・介護の連携と在宅医療の推進に資する事業

- 専門職向けの研修会開催（市と共同開催）
- 各種会議への参加
- 県内他市町村との連携
- 関係機関へセンターの周知活動
- 診療所向け勉強会の開催
- コロナウィルス感染症対策について高齢者施設へアンケート調査
- 郡山医師会在宅医療介護連携推進特別委員会ワーキンググループへ定例で参加

# 郡山市在宅医療・介護 連携支援センター

〈医療・介護関係者の相談窓口〉

住み慣れた郡山で  
安心して暮らしていくために

今後、更なる高齢人口の増加に伴い、在宅で療養する高齢者の増加が見込まれています。住み慣れた場所で療養しながら安心して生活する為には、医療と介護が包括的・継続的に提供される体制づくりが必要で、それぞれの連携が重要となります。本市では地域の医療機関や介護関係者の連携を推進するため、平成30年11月に**医療・介護関係者の相談窓口**として当センターを開設しました。当センターは郡山市の委託事業として、郡山医師会が受託しております。

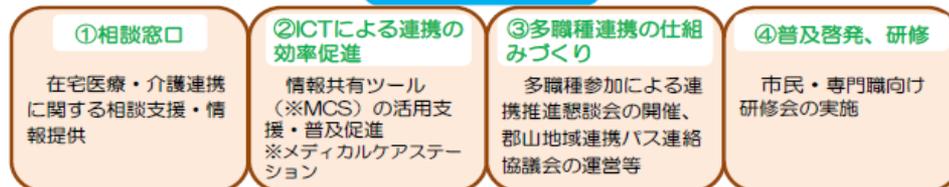


例えば、このような相談をお受けします

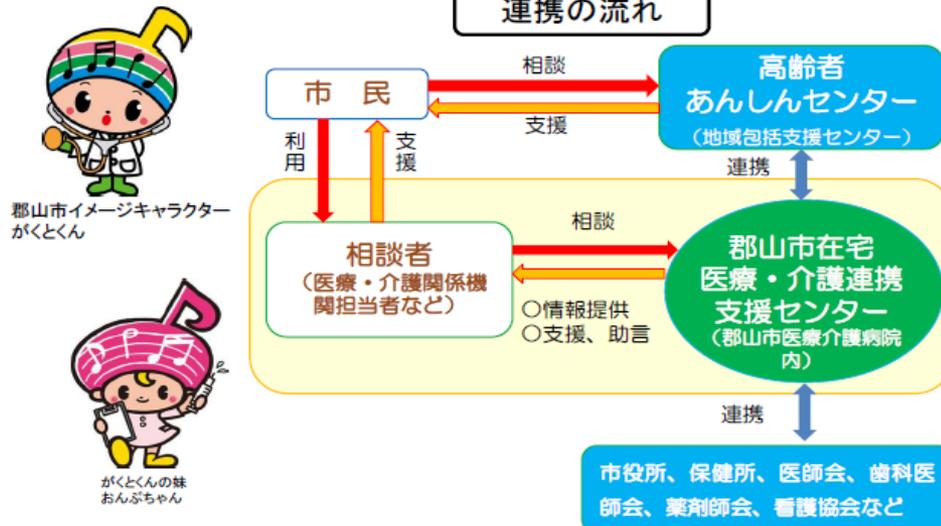
- 担当している方が通院困難となってきたので、訪問診療・往診を行う医療機関を教えてください。
- 一人だけの職場なので、連絡調整に不安がある。
- OMCS（メディカルケアステーション）の利用方法を教えてください。

受付日時：月曜日～金曜日 8：30～17：00（祝日・年末年始を除く）  
 電話番号：024-983-3155 FAX番号：024-934-1070  
 住 所：郡山市字上龜田1-1 郡山市医療介護病院内  
 （業務委託先 一般社団法人郡山医師会）

## 主な機能と役割



## 連携の流れ



Q：誰でも相談できますか？

介護支援専門員等の介護事業所、高齢者あんしんセンター（地域包括支援センター）及び医療機関等の専門職の方からのご相談をお受けしています。市民の方からの相談窓口は各地区の「高齢者あんしんセンター」となります。

Q：相談の対象はどのような方となりますか？

原則は市内に居住する65歳以上の方、及び介護保険の認定を受けている方となります。対象とならない方についても、相談窓口がある場合はご案内いたします。

Q：どのように相談すればいいですか？

お電話又は面談でお受けしております。お越しいただく場合は、事前にご連絡をお願いいたします。

Q：個人情報に関する同意は必要となりますか？

取得した個人情報について、適切に対応していきます。相談支援の過程で、やむを得ず関係機関等の第三者へ提供する場合は、原則として、あらかじめ相談者に利用者の同意を得て頂きます。

# 地域の医療・介護資源の把握①

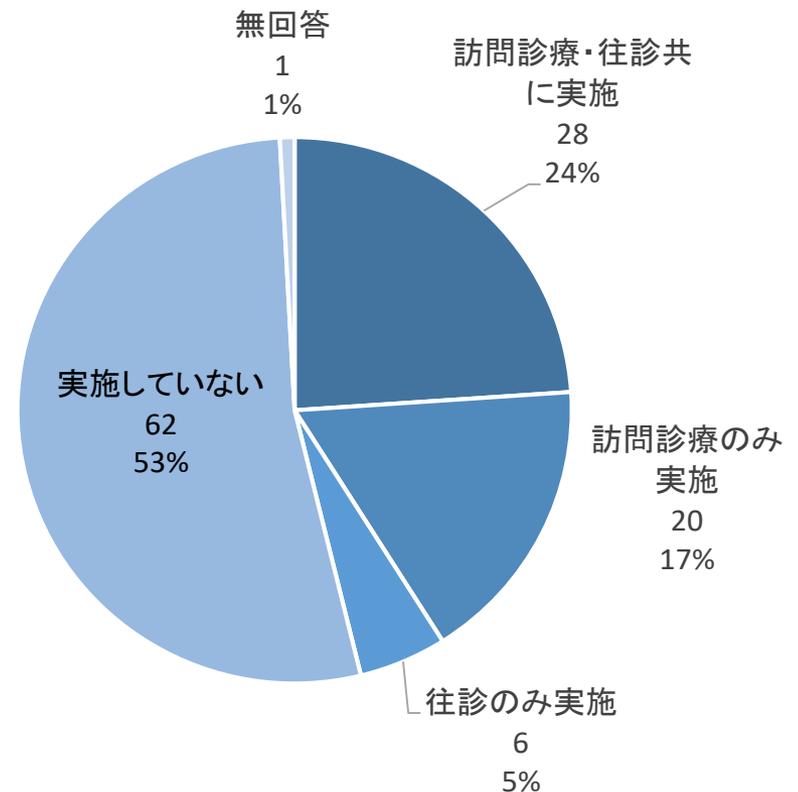
## 在宅医療（訪問診療・往診の実施状況等）に関するアンケート調査を実施

- 対象  
市内医療機関（217機関）
- 調査時期  
令和元年7月22日～8月9日
- 回答率  
53.5%（116/217機関）

- 在宅医療実施機関数  
54機関（46.6%）

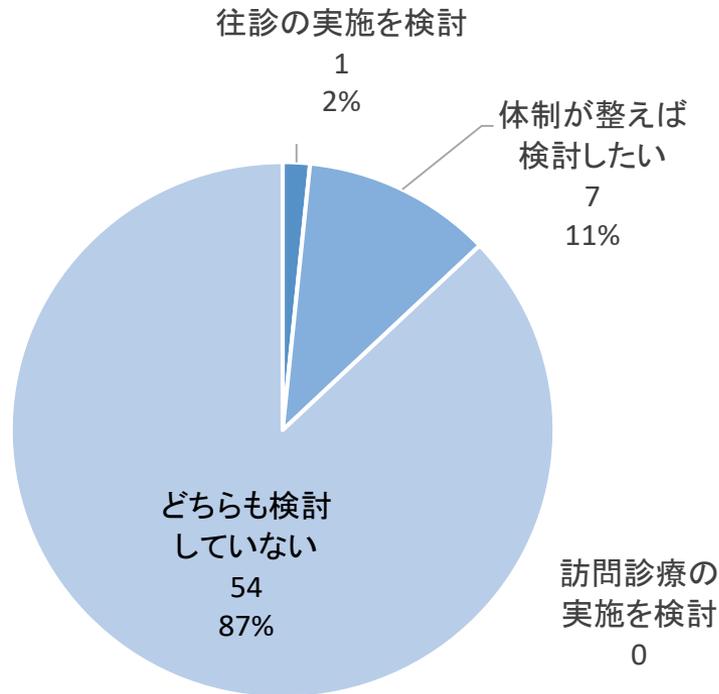
うち在宅療養支援診療所  
24/31機関（77.4%）

### 訪問診療（定期）または往診（緊急）の体制（n=116）

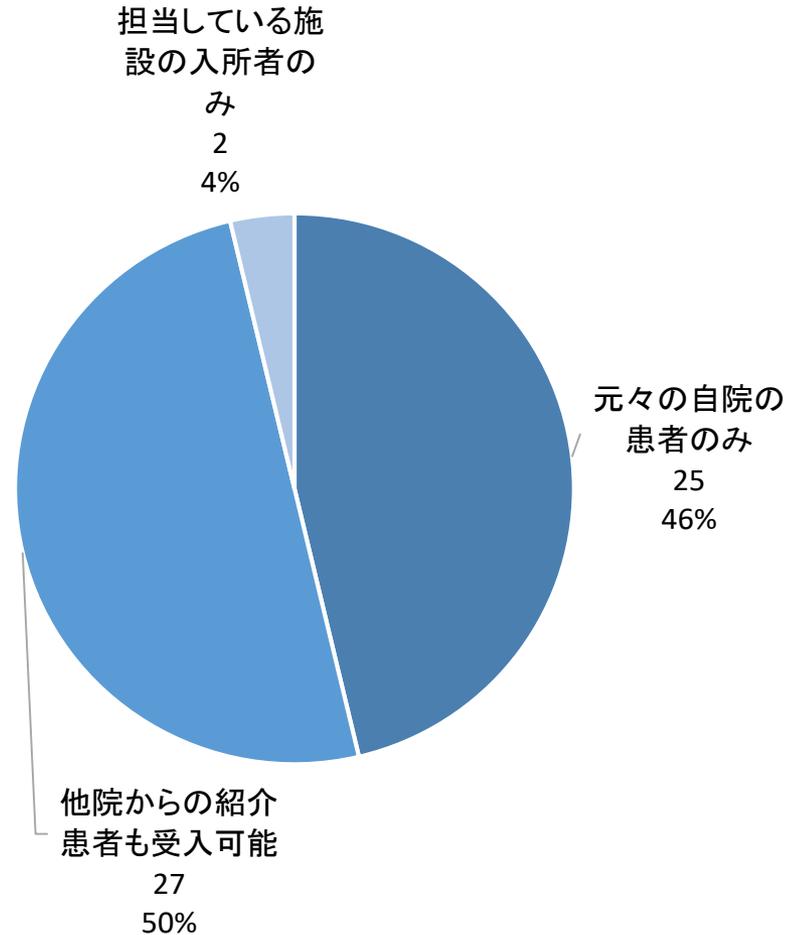


# 地域の医療・介護資源の把握②

(訪問診療・往診未実施の機関のみ回答)  
今後の体制について(n=62)



訪問対象の患者について(n=54)

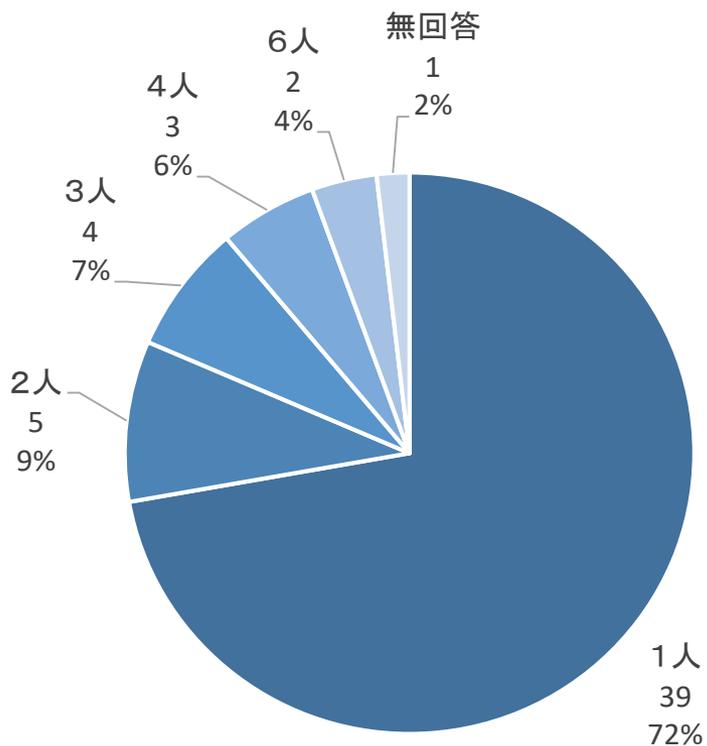


## 【訪問診療・往診未実施の理由】

- マンパワー不足等の体制の問題 26機関
- 在宅に適さない診療科 6機関
- 医師の居住地が市外 2機関など

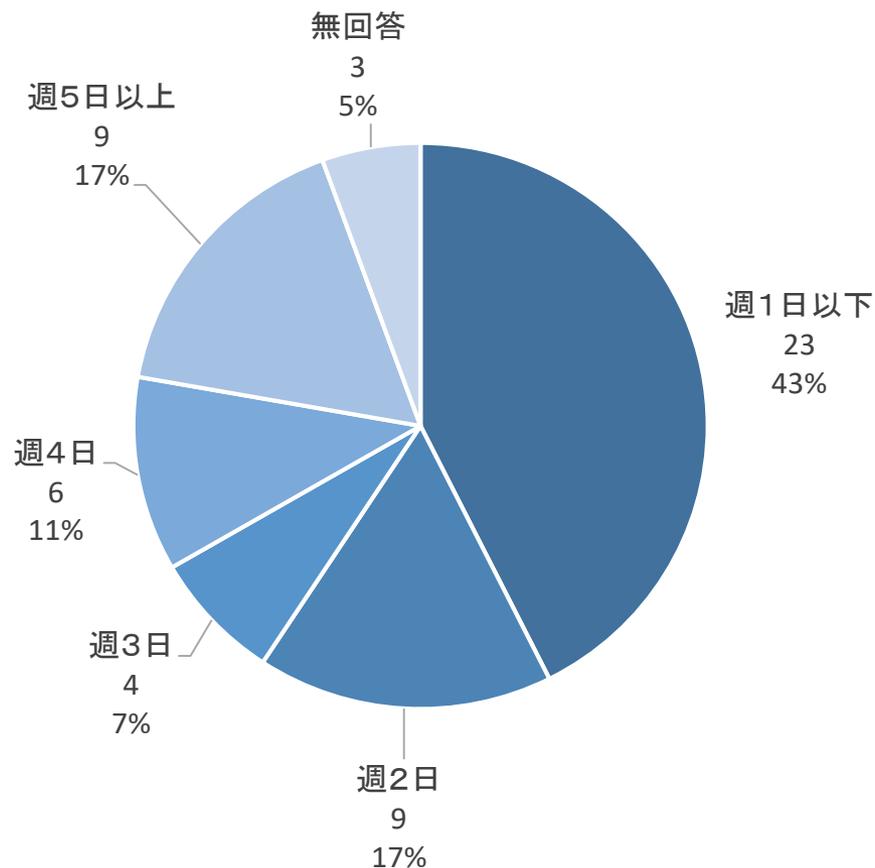
# 地域の医療・介護資源の把握③

## 訪問を実施している医師数 (機関数n=54)



1人体制の  
機関が72%

## 1週間のうち訪問を実施している日数 (n=54)



# 在宅医療・介護連携の課題の抽出と 対応策の検討①

医療介護関係機関を訪問し在宅医療及び介護連携に関する情報を収集

## ●病院からの聞き取りまとめ（11機関）

- ・病院の機能を理解していない在宅医が居る。
- ・地域や対応可能な医療処置により、在宅医の選択肢が無い場合がある。
- ・（病院の）医師にもっと在宅で看取るということを理解して欲しい。
- ・ケアマネの質の差が激しい。ケアマネの名前を知らない方が多い。

# 在宅医療・介護連携の課題の抽出と 対応策の検討②

## ●在宅療養支援診療所からの聞き取りまとめ（3機関）

- ・在宅で対応困難時の入院先を探すのが困難。相談しやすい病院の先生に直接依頼している。

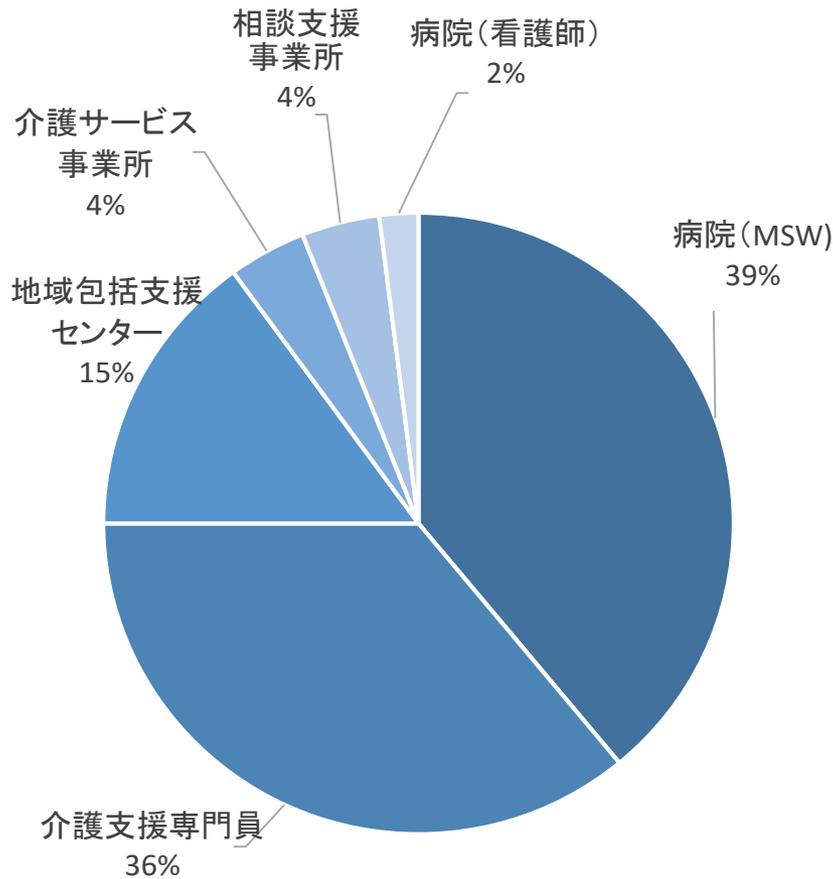
## ●郡山市居宅介護支援事業所連絡協議会（市内8ブロック）からの聞き取りまとめ(ブロックリーダーの6事業所)

- ・在宅医との連絡手段に悩むことがある。
- ・痰吸引可能なヘルパーが居る事業所が少ない。
- ・地域によって、在宅医やサービス事業所が限られたり、無かったりする為、調整が困難。
- ・認知症の方や、医療・介護についての理解が困難な家族への支援。

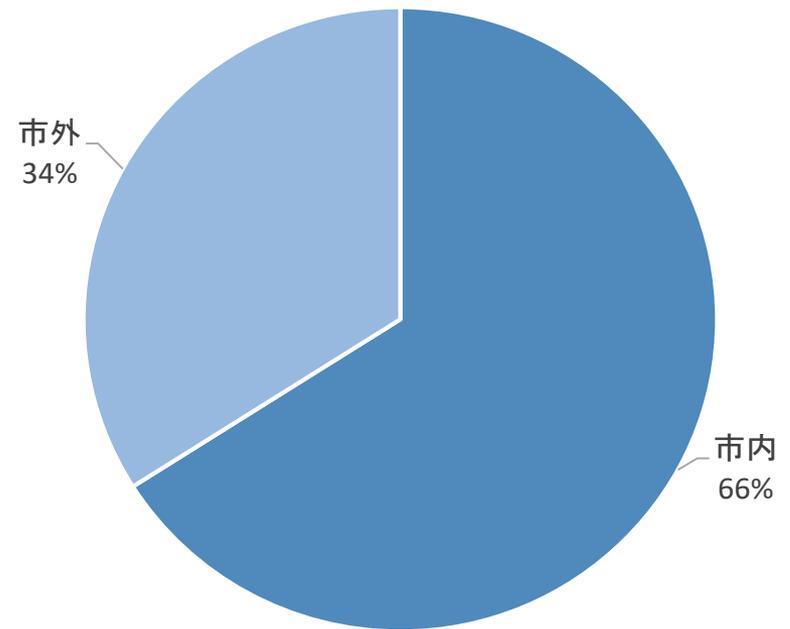
# 在宅医療・介護連携に関する相談支援①

(令和元年度実績)

## 相談者内訳



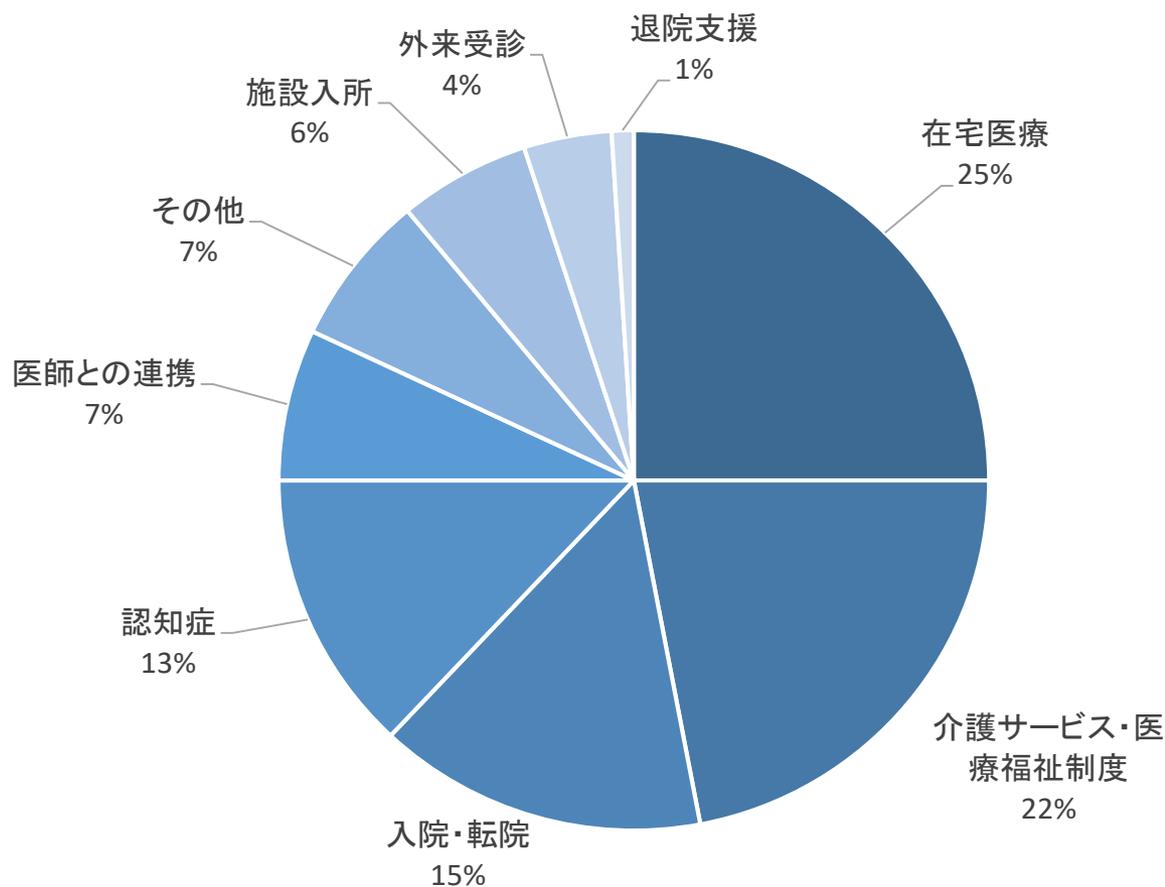
## 相談機関の所在地



# 在宅医療・介護連携に関する相談支援②

(令和元年度実績)

## 相談内容



# 成果と課題

## 取組の成果

●郡山市在宅医療・介護連携支援センター開設から2年が経過し、医療機関への訪問、介護関係の専門職との会議や事業等を通して顔の見える関係ができた。また、切れ目のない医療と介護の連携についての課題が見えてきた。

## 今後の展望

●顔の見える関係づくりを継続させ、ICTやオンラインを活用し、新しい生活様式に対応した事業展開を考えていきたい。



令和2年度医療と介護の連携に関する研修会（専門職向け）の様子  
（Zoomによるオンライン及び会場で実施）

# 白河市

## 在宅医療・介護連携の推進 ～ACPの普及啓発活動を中心に～

### 白河市の概要

白河市の高齢者率は総人口の減少と高齢化の進行により、平成29年の27.3%から令和2年には29.3%まで上昇し、団塊の世代が75歳以上となる令和7年には33.7%まで上昇することが見込まれている。

それに伴い、介護保険の要支援・要介護認定者数も年々増加傾向にあり、令和2年10月現在で3,039人、令和7年には3,600人を超えると推計され、認定率も微増傾向が継続すると見込まれている。

### 【基本情報】（令和2年10月1日現在）

- 人口  
60,237人
- 65歳以上高齢者人口  
17,640人
- 高齢化率  
29.3%
- 要支援・要介護認定率  
17.2%
- 第1号保険料月額  
5,900円



# 取組の内容①

## ●背景

白河地域ではNPO法人が平成24年度に『しらかわ在宅医療拠点センター』を立ち上げ、平成25年度からは地域医療再生基金を活用して一般社団法人白河医師会が『医療・福祉情報センター』を開設し、活動を行っていた。平成26年に介護保険法が改正され、在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業の一つとして位置づけられたことに伴い、平成28年度から白河市と西白河郡4町村は一般社団法人白河医師会に委託して『白河地域在宅医療拠点センター』を設置し、同センターが中心となって活動を行っている。

## ●事業内容

(ア)～(ク)といわれる8つの事業項目について実施。

- ・医療機関・介護事業所の情報が掲載されたガイド等の発行
- ・医療・介護関係者が参画する協議会にて課題や対応策を検討
- ・ICTを活用した情報共有ツールの普及啓発
- ・地域の在宅医療・介護を支援する相談窓口の設置
- ・医療・介護関係者が参加する多職種研修会の開催
- ・講演会や出前講座等を通じた市民への普及啓発 等



## ●取組のポイント

今後の在宅医療・介護連携の推進において重要となる『ACP』（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発に向けた取組に着目する。

# 取組の内容②

## ●『ACP』とは

今後の治療・療養について、患者・家族と医療・ケアチームがあらかじめ話し合う自発的なプロセスのこと。最近では『人生会議』の愛称でも呼ばれる。

## ●白河地域の取組

平成29年に医療・介護関係者から構成されるチーム『ACPしらかわ』を結成。コアメンバーによる月1回の定例会を開催し、ACPの普及啓発等に向けた取組を行っている。

## ●具体的な活動

- ・白河地域の特養・老健の介護職員に対してACPに関する研修会を行う。
- ・ACPの普及啓発に向けた市民講演会を行う。
- ・町内会や高齢者サロン、ボランティア団体等に対して『もしバナゲーム』を活用したACPの出前講座を行う。

- 『もしバナゲーム』とは「人生の最期にどうありたいか」などもしものための話し合いをするきっかけとなるカードゲーム。



令和2年11月30日開催の市民講演会の様子



ACPの出前講座の様子

# 成果と展望

## 取組の成果

- 17か所ある特養・老健等のうち、これまで11か所においてACPに関する研修会を実施。
- 令和2年11月30日（人生会議の日）に市民講演会を開催。当日は207名の参加があり、『ACPしらかわ』のメンバーが看取りを題材にした寸劇を披露するなどした。
- 各種団体に対する『もしバナゲーム』を活用したACPの出前講座について随時実施。



市民講演会で看取りを題材にした寸劇を披露する『ACPしらかわ』のメンバー

## 今後の展望

- 医療・介護関係者をはじめ、市民の方に対して、ACPの普及啓発に向けた取組を、引き続き行っていく。
- コロナ禍の影響によって、研修会や出前講座の実施が難しい状況にあり、今後のACPの普及啓発活動をどのように行っていくか検討する。



『もしバナゲーム』に取り組む出前講座の参加者

## 西会津町

## その人らしさを尊重した医療・介護連携の推進

### 西会津町の概要

福島県の西北部に位置し、新潟県と県境を接する西の玄関口にあたり、人と物が盛んに行き交う宿場町として発展してきましたが、昭和25年をピークに人口減少と高齢化が急速に進み、65歳以上高齢化率は県内で4番目に高い割合となっている。

このため、平成5年に健康の町を宣言し、介護保険制度の創設に先駆けて科学的根拠に基づく生活習慣の改善、疾病の早期発見、介護施設の整備と人材育成に取組み、保健・医療・福祉が連携した地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組んでいる。

### 【基本情報】（令和3年2月1日現在）

- 人口 6,006人
- 65歳以上高齢者人口 2,796人
- 高齢化率 46.6%
- 要介護認定率 19.7%
- 第1号保険料月額 5,800円

西会津町



# 取組の内容

## ●背景

本町の65歳以上高齢化率は県内で4番目に高く、医療と介護を必要とする割合が高くなる85歳以上高齢者が人口の約20%を占めていることに加え、高齢者のみの世帯や独居高齢者世帯の増加によって、家族による医療支援や介護支援に課題を抱え、在宅生活が困難となる高齢者が増加していることから、人生の最期まで本人らしい暮らしができるよう、在宅・施設を問わず、医療介護の多職種連携（チームアプローチ）の推進が求められている。

## ●事業内容

### ① 医療介護相談員（コーディネーター）の配置

在宅医療・介護連携に関する相談窓口として、西会津診療所に医療介護相談員を配置し、本人や家族からの相談対応にあたっているほか、診療所医師とケアマネージャーとの連絡調整や介護関係者との情報共有を図り、入退院や終末期を含む医療と介護連携に対応している。

### ② 高齢者サービス調整会議（定期的な情報共有の場）の開催 【毎月開催】

町内の介護サービス事業所・保健・医療・福祉関係機関で構成し、地域のサービス利用状況や各事業所が抱える課題等の情報を共有し、解決に向けた連絡調整や役割分担を図り、必要な地域づくりや資源開発、政策形成につなげることを目的に毎月開催している。

この会議のなかで、入退院に伴う円滑なサービス提供が図られるよう、退院調整ルールの確認と評価会議の結果を共有している。

※ 今年度は、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から書面開催が中心となっている。

### ③ チームアプローチ（多職種連携）研修会の開催

住み慣れた地域で最後まで尊厳を保ちながらその人らしい生活を継続できることを目指して、介護保険制度の手法であるケアマネジメントにおいて、その人に関わる様々な領域の専門職がチームとして対応できるようチームアプローチに焦点をあてた研修会を開催している。

取組みのポイントとして、医療・介護サービスを提供する現場の職員が参加できるように、開催時間を午後6時からとしている。

チームアプローチ研修会によるスキルアップのほか、解決すべき課題や困難事例のなかに医療介護の連携が含まれる事例に対して、必要に応じて個別ケース会議を開催して、課題解決に向けた支援を行っている。

#### 【令和2年度開催状況】

第1回 令和2年7月14日（火）午後6時～午後7時30分

事例検討 テーマ「超高齢者のターミナルの関わりについて」

事例提供 西会津町訪問看護事業所

第2回 令和2年11月6日（金）午後6時～午後7時30分

※ 福島県立医科大学会津医療センターの赤べこプロジェクトの一環として開催

講演 「あなたの背骨、健康ですか？」

講師 福島県立医科大学 会津医療センター

整形外科。脊柱外科学講座教授 白土 修 氏

「口コモに負けず 元気・長生き・運動器！」

講師 福島県立医科大学 会津医療センター

リハビリテーション科・骨粗鬆症マネージャー 遠藤 達矢 氏

# 西会津町の地域ケア会議

会議の名称	開催頻度	参集者	目的及び内容等
地域ケア個別会議 地域包括支援センター主催 ①高齢者サービス調整会議	月1回 第1火曜	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護サービス事業者(社協含む)</li> <li>○医療関係者</li> <li>○民生委員</li> <li>○町(福祉介護課・健康増進課)</li> <li>○地域包括支援センター</li> <li>○その他必要と認める者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域の関係機関が集まり、地域のサービス利用状況や各事業所が抱える課題等の情報を共有し、解決に向けた連絡調整や役割分担を図り、必要な地域づくり、資源開発と、政策形成につなげられるようにする。</li> </ul>
②チームアプローチ研修会 (事例検討)	月1回 夜 第2火中心	<ul style="list-style-type: none"> <li>○町内介護保険サービス事業所</li> <li>○町(福祉介護課・健康増進課)</li> <li>○医療機関</li> <li>○地域包括支援センター</li> <li>○その他関係機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が住み慣れた地域で最後まで尊厳を保ちながらその人らしい生活を継続できることを目指し、介護保険制度の手法であるケアマネジメントにおいて、その人に関わる様々な領域の専門職がチームとして対応できるようチームアプローチに焦点をあてた研修。</li> </ul>
③ケアマネジメント研修会 (事例検討)	月1～2回	<ul style="list-style-type: none"> <li>○町内介護保険事業所のケアマネージャー</li> <li>○町(福祉介護課・健康増進課)</li> <li>○地域包括支援センター</li> <li>○ケースに関わる関係者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていくための課題解決、適正な介護支援提供を目的とする。</li> <li>・共通課題については、「地域ケア推進会議」で事例検討していく。</li> <li>・令和元年度から自立支援型地域ケア会議を年3回開催している。</li> </ul>
④個別ケース会議 (事例検討)	随時	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ケースに関わる専門職及び関係機関</li> <li>○地域包括支援センター職員</li> <li>○その他必要と認める者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・解決すべき課題や多問題を抱えた困難事例のケースについて、各専門職、団体や関係機関との関係を図り、個別支援及び、地域課題を意識しながら迅速な課題解決に向けての支援につなげる。</li> <li>・把握された課題内容を整理し、地域課題として「地域ケア推進会議」に提案していく。</li> </ul>
地域ケア推進会議【町主催】	年1回	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療関係者</li> <li>○サービス事業所</li> <li>○社会福祉協議会</li> <li>○民生委員協議会</li> <li>○地域包括支援センター</li> <li>○関係行政機関</li> <li>○町長が必要と認める者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア高齢者支援会議として行っている4つの会議や地域包括支援センター業務を通じて、共有・把握された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには、介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる。</li> </ul>

# 成果と課題

## 取組の成果

- 町内の全事業所が参加することにより、現状と課題の共有が図られている。
- 多職種で意見を交わすことで視野が広がるとともに、医療と介護の連携により、本人らしい生活を支える視点に立ったケアに役立てられている。

## 今後の展望

- チームアプローチ研修会を積み重ねることによって、地域課題を明確にするとともに、類似するケースへ応用できるようにして、在宅医療・介護連携を推進する。
- 町内の事業所を対象に、在宅医療・介護連携の強みと弱みを調査し、その結果をもとに課題を分析し、高齢者サービス調整会議で対応策を検討するとともに、評価指標を決めて、目標の達成状況を確認していく。
- 医療と介護の両方を必要とする高齢者やその家族が、その状況に応じて必要なサービスを適切に選択できるよう、医療・介護・生活支援に関するサービスを分かりやすくまとめた在宅医療・介護連携ガイドを作成・配布するとともに、町の広報及びホームページにより周知を図る。
- 本人が希望する医療介護の連携が円滑に図られるよう、地域包括支援センターと連携して独自の人生会議手帳(仮称)を作成し、人生会議の普及啓発に取組み、本人の意思決定を支援する。

## 只見町の概要

昭和34年に現在の只見町が誕生し、半世紀以上が経過しました。総人口はピーク時の13,527人から3分の1以下になり、少子高齢化・1世帯当たりの人員数の減少が進んでいます。労働人口も減少し、慢性的な医療・介護職員不足に直面しています。このような状況の中、関係機関で情報を共有する事で、関係者が協力して問題解決を行う体制作りを目指しています。

## 【基本情報】 令和2年11月末現在

## ●人口

4,180人

## ●65歳以上高齢者人口

1,936人

## ●高齢化率

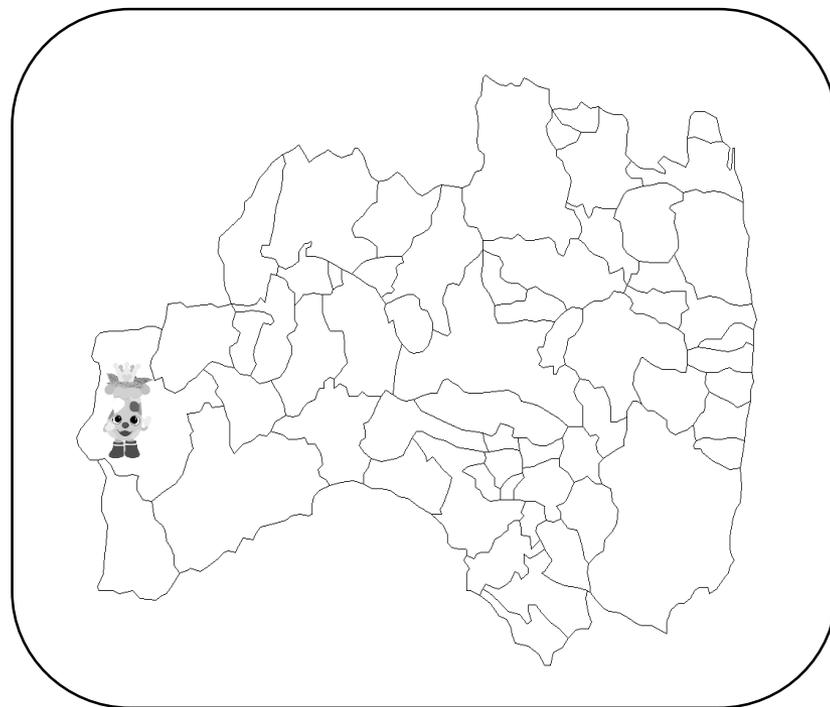
46.3%

## ●要介護認定率

26.9%

## ●第1号保険料月額

5,900円



# 取組の内容①

## ●背景

新型コロナウイルス感染症が流行し、町でも流行地への往来者がいるため、町内の医療機関や福祉事業所から感染者を出さないため、また、感染拡大を防止するため、関係機関による情報共有を行うこととした。

## ●事業内容

月1回、定期的に関係機関（※1）による話し合いの場を設け、各事業所の取組状況や問題点を共有し、対応等について協議を行う。

※1）町、包括、診療所、介護保険施設等（居宅介護事業所、訪問介護、デイサービス、老人福祉施設、老人保健施設、小規模多機能居宅介護）

## ●取り組みのポイント

事業所の取り組み等で不安がある場合は、その都度会を開催し、話し合いを行うこととしている。

# 取組の内容②

## 1 検討テーマ

新型コロナウイルス感染症を予防するための施設の取組みについて

## 2 事例の概要

月1回、各事業所で実施した感染予防の取組みについて報告を行い、その対応等について話し合う。緊急に話し合いが必要な場合は、その都度開催する。

## 3 専門職からの助言内容

- 事業所で対応に苦慮している感染予防の取組みについて助言を行った。
- コロナ発生施設への応援職員の派遣等により、サービス量に不足が生じることになったため、居宅介護支援事業所を中心にサービスの利用調整を行った。

## 4 効果

- 事業所間の情報交換や対応の検討を迅速に行うことができた。
- 町内の関係機関が全て集まり、情報交換により各事業所の取組状況を理解することで、コロナ禍による過剰なサービスの低下（制限）を防止することができた。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 町内事業所と情報共有を行い、お互いの現状を把握することにより、事業所の新型コロナウイルス感染症対策への不安感を減少させることができた。
- それぞれの事業所の感染予防対策について見直しを行った。
- 必要時、いつでも話し合いを行う体制作りができた。

## 今後の展望

- 今後も定期的に、また必要時に町内事業所で感染症対策についての話し合いの場を持ち、情報共有や問題解決、町への提言等を行っていく。

## 南会津町

# 住み慣れた地域で安心して暮らしていくために (退院調整ルール)

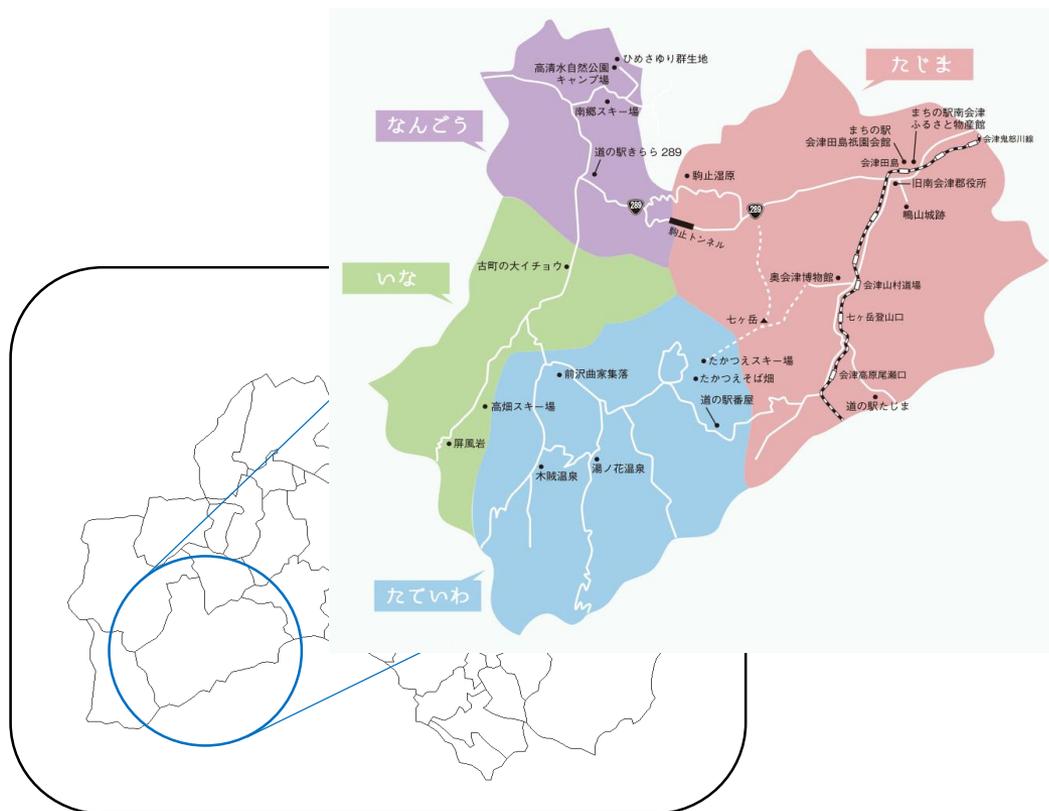
### 南会津町の概要

南会津町は、平成18年に4つの町村が合併して誕生しました。地形は急峻な山に囲まれた山岳地帯で、面積の91%を森林が占めています。また、冬は、厳しい寒さと積雪がある豪雪地帯です。

包括ケアシステム構築については、医療・介護連携や日常生活支援体制の整備、高齢者の住まいの安定的な確保等に向け、関係者との協働を図ることにより、地域の実情に応じた特色ある施策を推進していく方針です。

#### 【基本情報】

- 人口  
・14,948人
- 65歳以上高齢者人口  
・6,179人
- 高齢化率  
・41%
- 要介護認定率  
・20%
- 第1号保険料月額  
・6,000円（基準額）



# 退院調整ルール

- 町では会津・南会津医療圏域で策定した退院調整ルールの推進を図っています。
- 「入院時セット」の準備等についての啓発チラシの配布。  
ホームページに掲載。
- 「入院時セット」の準備品の啓発チラシ及びケアマネ名刺入れ用ポケット付き受給者証カバーの配布。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 名刺入れ付きの受給者証カバーの配布するで「入院時セット」の一つとしての認識が広がっているとの声があった。

## 今後の展望

- 「会津・南会津医療圏域退院調整ルール」運用評価会議における検証等を踏まえて、更なる普及啓発に努める。



## 浪江町の概要

平成29年3月31日に、帰還困難地域を除き避難解除となった。現在は人口の約10%が浪江町に戻り生活している。帰還住民は高齢者が多く、定期的な通院や介護サービスを必要とする方も増えている現状がある。町内唯一の医療機関である浪江診療所と相双地区の医療機関、町内外の介護サービス事業所や包括支援センターとの連携が必要不可欠。

## 【基本情報】令和2年12月末現在

- 人口 16,718人  
(町内居住人口 1,554人)
- 65歳以上高齢者人口  
6,120人
- 高齢化率  
36.6%
- 要介護認定率  
23.4%
- 第1号保険料月額  
8,400円



# 浪江町在宅医療・介護連携推進事業の取り組み①

- 取り組み背景 浪江町内の医療機関は、国保診療所、歯科医院が1か所ずつある。介護関係事業所も、社会福祉協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所2か所、訪問介護事業所1か所、通所介護事業所1か所。限られた社会資源が連携し住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる体制づくりが必要である。
- 具体的な取り組み状況について
  - (ア) 地域の医療・介護資源の把握
    - ・町内をサービス提供範囲とする町内・町外の介護事業所の把握・公表（平成27年～）
    - ・町ホームページでの医療・介護事業所の公表（令和2年8月～）
  - (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
    - ・介護支援専門員連絡会の開催（平成27年度～ 年3回開催）  
町介護福祉課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が参集。  
情報交換会、ケース会議、研修会等の開催。
    - ・浪江町在宅医療・介護連携会議の開催（令和2年度～ 年2回開催）  
第1回（R2.10.30開催） 在宅医療・介護連携会議・研修会  
第2回（R3.2.12開催予定） 在宅医療・介護連携会議・研修会
  - (ウ) 切れ目ない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
    - ・現在、在宅医療（訪問診療・訪問看護等）が提供できる体制にない。  
浪江町在宅医療・介護連携会議で、情報共有等を行いながら今後進めていく。
  - (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
    - ・町国保診療所が主治医の利用者と担当介護支援専門員の連携がスムーズに図れるよう居宅介護支援事業所ごとに利用者名簿を提供（平成27年度～年2回実施）

## 浪江町在宅医療・介護連携推進事業の取り組み②

- (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ・町介護福祉課包括支援係・浪江町地域包括支援センターが連携し、介護支援専門員、病院ソーシャルワーカー等と連携し相談にに応じている。
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- ・浪江町在宅医療・介護連携会議時に開催（年2回、医療・介護事業所 共通の内容）  
第1回（R2.10.30開催） 在宅医療・介護連携推進事業について  
（講師）相双保健福祉事務所  
第2回（R3.2.12開催予定） 救急車の利用について  
（講師）浪江消防署 救急係
- (キ) 地域住民への普及啓発
- ・相双医療圏域退院調整ルール策定に合わせ、医療・介護連携ホルダー①の作成。  
（H30年12月～）
  - ・医療・介護連携ホルダー評価・見直し実施。（R元.8月）
  - ・医療・介護連携ホルダー②の配布開始。（R元.12月～ 新規認定者に配布中。）
  - ・住民向け講演会の実施  
第1回（R3.1.12開催） お薬の正しい理解について  
（講師）ふたば医療センター附属病院 薬剤師  
第2回（R3.3.12開催予定） 救急車の適切な利用について  
（講師）浪江消防署 救急係
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
- ・相双医療圏退院調整ルール調整会議への参加。  
県（相双保健福祉事務所）・医療・介護関係者との情報共有の実施。

# 成果と課題

## 取組の成果

- 医療機関や介護事業所等、互いの業務把握や情報交換ができ、顔の見える関係が構築できた。
- 退院調整ルールの導入により、医療機関と介護支援専門員との連携がスムーズに行えている事が確認ができた。
- 町民向け医療関係講座を開催し好評だった。高齢者の帰還人口が多く、介護、疾病予防に関する意識が高いことが分かった。

## 今後の展望や課題

- 今後も連携会議や情報交換の場を設け、顔の見える関係づくりに努めていきたい。
- 研修会等は、参加者や住民の声を聞きながら内容の充実を図っていく。
- 他の事業や会議と共通する内容と連動しながら取り組みを継続していく。
- 医院やクリニックとの連携を図るため、医師と介護支援専門員が情報共有できるツールなどの検討。
- 在宅医療を支える医師や薬剤師、訪問看護師などの確保。



医療・介護連携ホルダー（最新版）



浪江町在宅医療・介護連携会議



町民講座 お薬の正しい理解について