

とちまる市 在宅医療・介護連携推進事業実施状況及び課題管理シート

事業のめざす姿		高齢者が介護が必要になった状態でも自分らしく幸せに暮らせるまち					
日常の療養支援							
A	めざす姿	医療・介護関係者が協同し、患者・利用者や家族の日常生活を支援することで、医療と介護を必要とする状態の高齢者が住み慣れた場所で生活ができる。					
B	現状	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の対象者が、自宅等の住み慣れた場所で生活したいと思いつつも、知識がないために在宅療養を選択できていない。 多職種でのスムーズな連絡、情報共有が行われないことで支援への影響がある。 認知症患者やその家族への対応に悩む支援者が多くみられている。 研修等での意見交換の場が減少したことにより、医療介護関係者の関係構築に影響し、うまく連携がとれていない。 在宅医療という選択肢があること、介護保険によるサービス内容を知らずに、施設入所を選択する市民がいる。 支援関係者の情報連携がスムーズにはかれないことがある（コロナ禍以前と比べ、担当者会議の開催頻度が少なくなっている。） 認知症患者と家族への対応についての相談件数が増加している。 グループワーク等の機会の減少により、医療介護関係者の顔の見える関係が築けない。 					
C	課題						
D	課題を改善するために実施している事業（対策）	E	指標	評価時期	目標値	結果	実施状況に対する評価
	ケアマネジャー、訪問看護師、介護士が支援者との情報共有の重要性と連携方法を理解し、活用できるように情報連携に関する研修会を実施する。 ・多職種研修（ICTによる情報連携）：1回	評価	①「情報共有の重要性を理解できた」と答えた専門職種の割合 ②「どこでも連絡帳を知っている」と答えた専門職種の割合	①受講者アンケート（研修後） ②在宅療養支援者に対するアンケート調査1回/3年（R6予定）	①90% ②85%	①参加者60名（ケアマネ、看護師、介護士） 「理解できた」90% 「どこでも連絡帳を活用している」70% ②R6年度調査予定であり未実施	研修受講後のアンケートでは、情報連携の重要性を理解出来たと答えた者が90%であった。実際にどこでも連絡帳を活用している者の割合は70%であった。その他の情報共有方法等は今回のアンケートでは把握しておらず、今後、実際の情報共有の方法や課題についてヒアリング等を行い、対策に関する再検討を行う。
	地域の医療介護関係者が、在宅療養支援の実際や他職種の役割を理解し、連携を強化することが出来るように実際に支援をした事例に関する検討会を実施する。 ・多職種研修（事例検討会）：3回		①「事例検討での気付き」欄の記載内容 ②地域ケア会議の開催回数	①受講者アンケート（研修後） ②毎年度	①－ ②－	①参加者30名（医師、CM、看護師等） 「職種間の視点の違いで気付きがあった」「歯科医師や栄養士にも参加して一緒に考えたい」という意見あり。 ②今年度未集計	研修受講後のアンケートで、職種間での視点や役割の違いについての気付きや、研修に参加しなかった職種とのイメージをすることが出来ている状況がうかがえた。事例検討への参加を通じて理解深化を図るため、多職種が参加しての理解につなげていく。
	認知症の理解を深め対応力を高めるために、看護師及びケアマネジャーを対象とした認知症に関する研修会を開催する。 ・多職種研修（認知症に関する研修）：1回		①「理解出来た」と答えた参加者の割合 ②認知症のある患者への対応の機会があったうちの、「対応することが出来た」「家族に対して対応方法のアドバイスが出来た」と答えた割合	①受講者アンケート（研修後） ②受講者アンケート（研修半年後）	①80% ②70%	①参加者50名（看護師、CM） 「理解できた」90% 「ロールプレイを経験したい」「家族対応力を高める働きかけが必要」の意見あり。 ②認知症対応機会があった者25名（30名中） 「対応出来た」80%「家族へのアドバイスが出来た」60%	研修受講者の90%が認知症対応について理解が出来ており、研修の効果があった。講義だけではなく、ロールプレイ希望もあり、講義と演習を組み合わせた方法についても検討していく。また、認知症対応については、専門職だけでなく、家族が対応力を高められるような働きかけも必要であり、他課の事業との連携をはかる。
	在宅療養について、医療や介護が必要となる前から市民がイメージ出来るように、出張講座で幅広い周知をはかる。 ・出張講座（認知症や在宅での療養生活に関する説明）		①自治会のサロンでの実施割合 ②サロン参加者への聞き取り（在宅療養をイメージすることが出来たか、医療や介護が必要な時の相談先が理解出来たか）	①令和6年3月（～毎年度） （令和9年3月） ②出張講座修了後	①25%（100%） ※4年間で100%実施する	①※令和6年3月実施予定 ②未実施	令和5年6月に自治会長に向けて出張講座の案内を行い、現在は申込みが3サロン（15%）あり。
F	今後の改善策	<ul style="list-style-type: none"> 医療介護関係者の情報共有の方法を含めた連携状況を実際に把握できていないため、多職種による協議の機会を活用し、連携の現状をヒアリングする。 事例検討会については、検討する事例を選定し、現在参加のない職種の参加を促していく。 認知症の家族支援については、高齢者支援課が実施している認知症事業内容を確認し、役割分担をした上で、ニーズに対応する。 サロンでの出張講座については、今年度からの開始であり、実施状況の評価しながら、市全体で周知啓発がはかれるように継続して実施していく。 					
入退院支援							
A	めざす姿	入退院の際に、医療機関と介護関係者が協働・情報共有を行うことで一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の必要な高齢者が希望する場所で望む生活ができる。					
B	現状	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー等からの入院前の本人の生活状況などの情報連携がうまく行われない。また、提供した情報が医療機関でうまく活用されていない。 退院に向けて、入院当初から計画的な退院支援が実施されないため、地域での支援者への連絡のめ、関係者間の情報連携が不十分となり、準備が整わないまま退院をむかえてしまうケースがある。 入院中から退院に向けた連携が十分でなく、患者や家族が安心して退院後の生活に移行することができない。 市内で入退院支援加算を取得している医療機関は△△病院1か所（市外の医療機関に入院する市民も多い）。 介護支援連携指導を受けた人口10万人あたりの患者数が県の平均よりも少ない。 退院後の生活をイメージ出来ずに不安を抱えている患者・家族がいる。 退院の際に退院前ケアカンファレンスが開催されずに状況を把握できないケースや、開催に関する連絡が遅く参加できない場合がある。 					
C	課題						
D	課題を改善するために実施している事業（対策）	E	指標	時期	目標値	結果	実施状況に対する評価
	入退院の際に医療や介護が必要な高齢者に対する支援がスムーズに移行出来るように定めた入退院支援に関する領域共通のルールを医療介護関係者に定着させる。 ・入退院マニュアル（領域共通）の活用（見直し）	評価	①入院時情報連携率 ②退院時の情報連携率 ③退院時カンファレンスの開催割合 ④ケアマネジャーに対する入退院支援の現状ヒアリング	①～③市内介護支援事業所、包括支援センター、入院医療機関へのアンケート（毎年1回：）令和5年12月	①90% ②90% ③80%	令和4年度の調査時の結果は、①85%、②75%、③70%であった。	アンケート終了後に評価予定
	医療機関の看護師が入院中から退院後の生活を患者や家族に説明し、スムーズに退院後の支援に移行することが出来るように研修を行う。 ・医療機関看護師向け入退院支援研修（2回）		①「退院後に介護サービスが要する場合に必要な連携を具体的にイメージできた」と答えた割合 ②「連携が必要となる場合に連絡が出来る」と答えた割合 ③「患者や家族に、退院後の生活や支援を具体的に説明出来る」と答えた割合	①②③受講者アンケート（研修後）	①90% ②70% ③70%	参加者40名/2回（入院医療機関看護師） ①「退院後に介護サービスが要する場合に必要な連携を具体的にイメージできた」90% ②「連携が必要となる場合の連絡が出来る」50% ③「患者や家族に、退院後の生活や支援を具体的に説明出来る」65%	研修の受講後のアンケートから、退院後の連携についてのイメージについては目標値を達成できた。患者や家族への説明や連携が必要となる場合の連絡については、目標を達成出来なかった。講義のみではなく、実践的な説明や連携にもつながるような内容の工夫が必要と思われる。
	ケアマネジャーが入退院マニュアルを活用して、スムーズな入院への移行を支援することが出来るように、研修会を通じて周知を図る。 ・ケアマネジャー向け入退院支援研修（3回）		「入退院マニュアルを活用したスムーズな連携を行う」「これから入退院マニュアルを活用して連携を行う」と答えた割合	受講者アンケート（研修後）	90%	参加者60名/3回（ケアマネ） 「今後も入退院マニュアルを活用したスムーズな連携を行う」「これから入退院マニュアルを活用して連携を行う」合計90%	入退院マニュアルを活用した入退院支援はケアマネジャーに対して浸透してきているところであるが、研修等の継続した働きかけにより、新任ケアマネジャーへの啓発だけでなく、既に活用しているケアマネジャーにとっての多職種での連携の重要性の再認識の場となっていると考えられる。
	ケアマネジャーに対してヒアリングを行い、入退院支援の現状評価・課題抽出を行う。 ・ケアマネジャーに対する入退院支援の実際ヒアリング		－	令和5年6月	－	退院時の情報連携シートの活用は増えているが、医療機関内でも部署により看護師の理解や対応に差があり、連携がうまくいかない場合もあるという意見が多くみられた。	情報連携シートを活用した入退院支援について、看護師の理解や対応により連携の質に差が生じていることを把握することが出来た。まず、市内のりゅん病院に対する働きかけを行っていく必要があると思われる。
F	今後の改善策	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関看護師向けの研修で退院後の連携の具体的なイメージは出来るものの、患者や家族への説明や具体的な連絡が出来ると答えた割合が低かったため、マニュアルの活用方法や実際の事例の紹介などの内容も入れることで、退院支援につなげられるような研修内容とする。 作成した入退院マニュアルが医療機関及び居宅介護支援事業所等で活用されるような働きかけを検討実施する。 退院時の情報連携シートの活用は増えているものの、同じ医療機関であっても看護師による理解や対応の差があることを把握したため、退院連携室を有する△△病院に対する働きかけを行い、現状を把握し対応策を検討していく。 					

急変時の対応							
A	めざす姿	医療・介護・消防の円滑な連携により、医療と介護の必要な状態の高齢者の急変時に本人の意思が尊重された適切な対応が行われる。					
B	課題	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護・消防の連携体制ができていない。 本人と家族、関係者間で急変を想定した話し合いが行われていないため、本人の意思確認ができていないままの対応が行われている。 平常時から、体調悪化時を想定した対応について、本人や家族の理解・判断力にあわせた継続的な働きかけが行われていない。 					
C	現状	<ul style="list-style-type: none"> 救急隊が、本人の情報（医療情報や意思）を把握できず、搬送に時間を要したり、医療機関での治療方針決定にも影響がある。 急変時に訪問看護ステーション等の事前に決めている連絡先に電話をすることができず、救急車を要請してしまうケースが多い。 緊急時の対応について、事前に本人や家族、支援者で話し合いが行われておらず、家族に連絡がつかなかったり、本人の意思に反した治療が行われるケースがある。 					
D	課題を改善するために実施している事業（対策）	実施対象及び内容（具体的に）	指標	時期	目標値	結果	実施状況に対する評価
高齢者の急変時の対応における具体的な課題を共有し、今後の対応策を検討するための意見交換を実施する。 ・医療/介護/消防の関係者との意見交換の場：1回		－	令和5年6月	－	市内病院、訪問診療実施診療所、介護関係機関、消防関係者での意見交換により、「急変時における情報の連携」「在宅療養者の意思決定」「急変時の入院先確保」が課題としてあげられた。	意見交換の実施により、関係者間での課題の共有を図ることが出来た。その上で、本市の事業で取り組むべき課題と、圏域で健康福祉センター圏域で取り組む課題を整理することが出来た。	
急変時に本人の意志が尊重された医療が速やかに提供されるために、救急医療情報キットの活用を充実させる。 ・救急医療情報キットの活用		①独居・高齢者世帯の配布割合 ②活用状況		①配布割合100% ②未設定	①3年前に民生委員を通じ、独居・高齢者のみの世帯全てに配布しているが、その後、配布世帯の見直し等はされていない。 ②活用状況や情報更新の有無、救急搬送時の情報連携については把握できていない。	3年前の配布以降、世帯の見直しや再配布は行われていない。キット配布を所管する△△課と今後の方向性を協議する必要がある。また、配布後の活用状況について関係者からヒアリングを実施したが、情報更新がされているか、どの程度活用されているかの確認が出来ず、目標値を設定出来なかった。	
急変が起きた事例（スムーズに対応できた事例、スムーズに対応出来なかった事例）の対応を振り返ることで、医療介護従事者が日頃から、急変時も想定した支援を行うことが出来るようにする。 ・多職種研修（事例検討会）：1回		研修時のグループワークでの発表内容	事例検討後のグループワーク	－	参加者20名（看護師、ケアマネジャー） 急変が起きた事例の振り返りにより、参加者間では、平常時から体調悪化時の対応等についても本人や家族に対して働きかけていく必要があることが再確認された。	実際に急変時の対応を行った事例の振り返りを行ったことで、実際の対応のイメージや、日頃から、体調悪化時も想定した本人や家族への働きかけ、関係者の連携の必要性を認識する場となり効果的であった。	
E	今後の改善策	<ul style="list-style-type: none"> 本市の取組としては、急変時の情報連携のあり方と在宅療養者の意思決定に向けた支援を実施していく。 救急医療情報キットについて、介護を必要とする独居及び高齢者世帯の活用状況についてケアマネ、救急搬送時の使用についての現状を消防からヒアリングし、有効に活用できるような対策を目標も含めて検討する。 事例検討では、看護師とケアマネのみの参加であった。今後は医師や薬剤師、訪問看護師等に対しても研修等により急変時対応の取組の理解を深めていく。 					

看取りの場面							
A	めざす姿	医療と介護の必要な状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、本人（家族）と人生の最終段階における意思を共有し、本人の希望を実現できる。					
B	課題	<ul style="list-style-type: none"> 市民のACPに関する意識が低く、日頃から家族や信頼できる相手との話し合いの場を持つ機会がない。 医療介護関係者のACPの理解が進んでいないため、本人や家族に対してのACPに関する働きかけが行われていない。 本人が在宅看取りを希望しながら、意向に沿えず、家族が入院を選択することがある。 自宅で最期を迎えたいという希望を持つ市民が60%いるが、実際に自宅で死亡した割合が16.5%にとどまっている。 					
C	現状	<ul style="list-style-type: none"> 市民対象アンケートで、65歳以上で人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ったことのある人は30%であった。 在宅療養を希望している患者が衰弱していく過程で、家族が在宅療養を希望せず、入院に変更となるケースがある。 市民アンケートでは「自宅で最期を迎えたい」と答えた割合が60%であったが、場所別の死亡率で自宅で死亡した割合は16.5%であった 					
D	課題を改善するために実施している事業（対策）	実施対象及び内容（具体的に）	指標	時期	目標値	結果	実施状況に対する評価
市民がACPについて意識し、家族や関係者と話し合いの機会を設けることが出来るように、ACPに関する普及啓発を行う。 ・広報誌による市民を対象とした普及啓発の実施		①ACPの認知度 ②65歳以上で人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ったことのある人の割合	市民アンケート 1回/5年（今回は令和7年10月）	①50% ②40%	未	令和7年10月評価予定	
医療介護関係者がACPについて理解し、本人や家族に対する働きかけが出来るように、研修を実施し、知識を定着させる。 ・医療介護関係者に対するACPに関する研修の実施		「理解出来た」と回答した割合	受講者アンケート（研修後）	①80% ②40%	参加者50名（医師、看護師、ケアマネジャー） 「理解できた」60% 「今後、積極的にACPに取り組んでいく」30%	今後、積極的に取り組めない理由は、「タイミングが難しい」「医師からの働きかけが必要（看護師等）」「進め方が難しい」等であった。具体的な進め方をイメージ出来るように、ロールプレイ等の実施を検討する。	
市民がACPについて意識し、家族や関係者と話し合うきっかけとするためにエンディングノートを作る。 ・エンディングノートの配布（R1年度から配布中）		エンディングノートの配布数 年間100冊	毎年度末	150冊	令和3年度 150冊 令和4年度 100冊	令和4年度は目標を達成できなかった。これまで配布数を評価指標としてきたが、伝言ノートの配布数では事業の目的が評価できないため、配布数のみではない評価を行う必要がある。	
E	今後の改善策	<ul style="list-style-type: none"> 市民に対する普及啓発については、長期的な視野で継続して働きかけていく。 研修に参加しACPを理解しても、実際に意思決定支援を行うためにはチーム内の職種の理解と連携が必要であり、基礎知識の研修だけでなく、実際の事例を使った説明や、事例検討、ロールプレイ等の多職種での連携を関係者がイメージし、その後の支援につなげられる内容も検討して実施する。 エンディングノートについて、配布が目的ではなく活用したACPの取組を評価することが必要であり、エンディングノートと一緒に「記入した感想」「記入後の家族など信頼できる人との話し合いの有無」「話し合いをした本人や信頼できる人の反応」についての返信用紙を配布し、効果をみていく。 					

事業委託	委託の有無	あり
	委託先	市医師会
	委託内容	相談窓口、コーディネーター業務支援、在宅医療・介護連携推進事業実施支援
相談窓口	設置の有無	あり
	コーディネーターの有無	あり（1名）/保健師OG
	設置主体	市医師会内に相談窓口があり、医師会所属のコーディネーターが配置されている。

地域の医療・介護資源の把握/把握した情報の共有・活用状況

事業を実施するにあたり困っていること
『在宅医療・介護連携推進事業の手引きver.3』に沿って、4つの場面を意識して、事業を構成している。そのことにより、本事業の体系を整理できたが、主担当が1名であり、評価指標の設定などの事業評価の視点に迷いを感じることもある。健康福祉センターや■■市に相談して取り組んでいるが、他の市町の取組についても把握してみたい。

在宅医療・介護連携推進事業の課題の抽出の状況（将来の人口動態や地域特性に応じたニーズ推計等の実施の有無も含めて記載）
・市
多職種による協議の場の開催
<ul style="list-style-type: none"> 『在宅医療・介護連携推進事業協議会』を設置（2回/年開催）※R5年度はWEB開催。 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、居宅介護支援事業所、介護事業所。各種施設で委員構成 市から、市の現状と課題や対応策の案について報告した上で、関係者による意見を聴取し、対応策の検討をしている。
人材育成の状況
<ul style="list-style-type: none"> 高齢者いきいき支援課 主担当1名（保健師）→現担当3年目 医師会内のコーディネーターと、1回/月で打ち合わせを行い、相談受付状況や事業内容について確認をしている。 R4年度 地域包括ケアシステム研修、在宅医療市町担当者研修会、オンライン研修「事業マネジメント力を高めよう」受講
他の地域支援事業との連携状況
・個別地域ケア会議で4つの場面に課題をもつ事例の検討を行っている。
他市町との連携
・市単独で事業を実施しているが、医療機関や消防との連携が必要な内容に関しては、同じ圏域の■■市と連携して取り組んでいる。