

武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業

平成 28 年度 活動報告書



平成 29 年 8 月
武蔵野市

目次

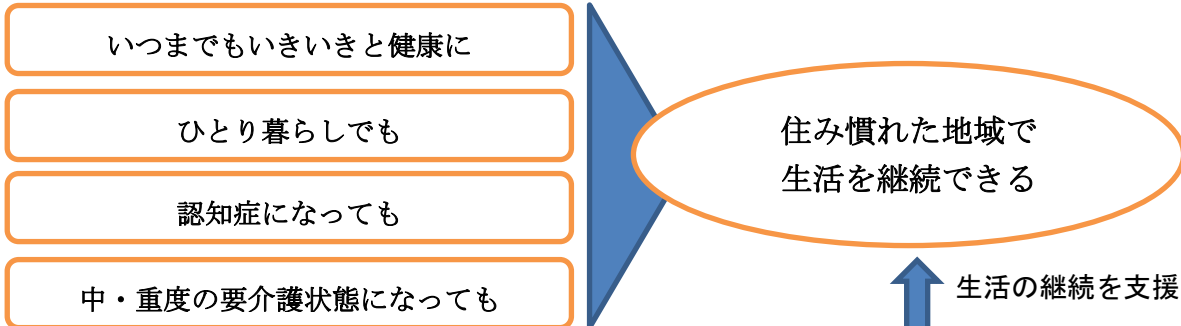
武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業

1	2025年に向けて武蔵野市が目指す高齢者の姿とまちづくり	1
2	在宅医療・介護連携の推進	1
3	在宅医療・介護連携推進事業	2
4	武蔵野市の取組方針	3
5	武蔵野市における在宅医療・介護・福祉関係者が目指す連携	3
6	在宅医療・介護連携推進事業（8事業）の関連と協議会、4部会の設置	4
7	平成28年度 協議会・部会の開催	6
8	平成28年度 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会	7
9	平成28年度 4部会の活動報告	7
1)	入退院時支援部会	7
2)	I C T連携部会	8
3)	多職種連携推進・研修部会	10
4)	普及啓発部会	12
10	武蔵野市在宅医療介護連携支援室	13
11	入退院時支援の検討	17
12	在宅医療・介護連携推進事業 講演会	22
13	在宅医療・介護連携推進協議会通信	27
	武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業 国の定める8事業（ア）～（ク）の取り組みについて	29
資料		
・	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱	33
・	平成28年度 協議会委員・部会委員名簿	
	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会	35
	入退院時支援部会	36
	I C T連携部会	36
	多職種連携推進・研修部会	37
	普及啓発部会	38
・	武蔵野市在宅医療・介護連携相談支援事業実施要綱	39
・	武蔵野市在宅医療介護連携支援室開設のお知らせ	41
・	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会通信 3～5	43

武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業

1 2025年に向けて武蔵野市が目指す高齢者の姿とまちづくり

(武蔵野市高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画より)

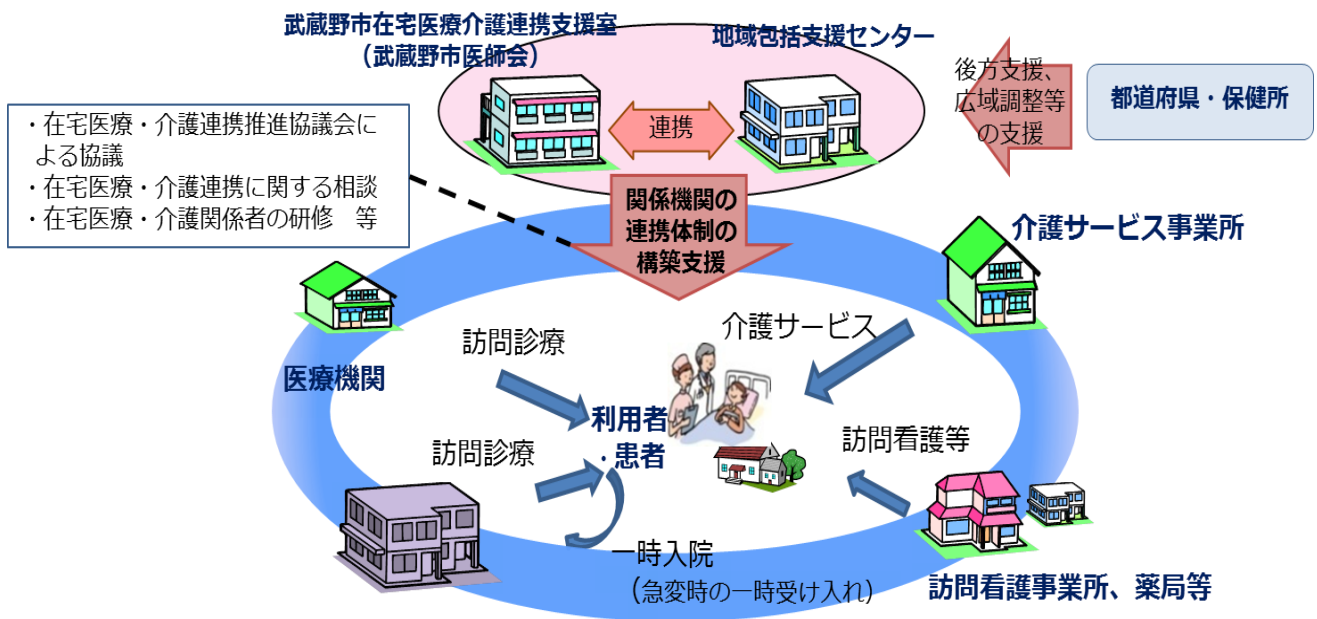


医療と介護の連携

- 病院 ○診療所 ○歯科診療所 ○薬局 ○居宅介護支援事業所 ○訪問看護・訪問リハビリテーション事業所 ○訪問介護事業所 ○通所介護・通所リハビリテーション事業所
- 在宅介護支援センター・地域包括支援センター ○基幹型地域包括支援センター
- 基幹相談支援センター ○地域活動支援センター ○武蔵野市 ○武蔵野市福祉公社
- 武蔵野市民社会福祉協議会 ○武蔵野健康づくり事業団 ○東京都多摩府中保健所

《住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための基盤としての医療と介護の連携》

2 在宅医療・介護連携の推進



3 在宅医療・介護連携推進事業

平成 27 年度に介護保険法の地域支援事業にて制度化された「在宅医療・介護連携推進事業」において国が定めた 8 事業（下記 ア～ク）に対応すべく、在宅医療・介護連携推進協議会を設置するなど取り組みを進めている。

- ア) 地域の医療・介護資源の把握
- イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の連携推進
- エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- カ) 医療・介護関係者の研修
- キ) 地域住民への普及啓発
- ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携



国は上記 8 事業の全項目を、平成 30 年 4 月までに、全ての市区町村で実施することとしている。

厚生労働省HPより

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、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成 23・24 年度）、在宅医療推進事業（平成 25 年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 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。
- 実施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。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を都市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、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・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査 ◆ 結果を関係者間で共有 	<p>（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>（キ）地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等 
<p>（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。 	<p>（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討
<p>（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進 	<p>（カ）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等を通じ、多職種連携の実践を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	

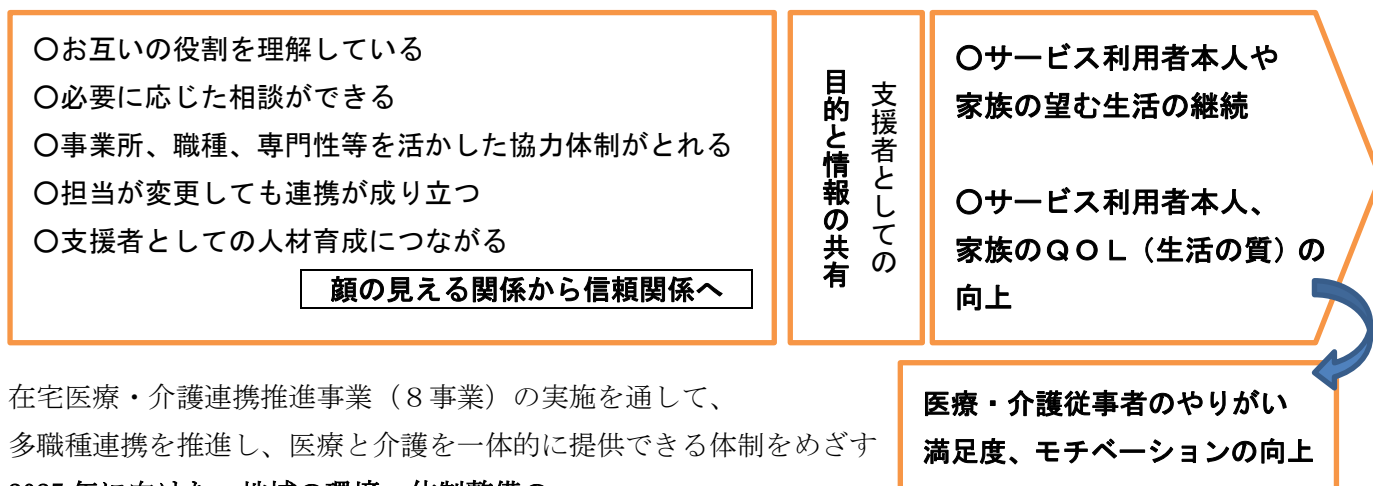
2

4 武蔵野市の取組方針

本市においては、平成27年7月に在宅医療・介護連携推進事業の取組方針を下記のとおり定め、8事業を開始した。

武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業の取組方針	
在宅医療・介護連携推進事業の事業項目	武蔵野市の取組方針
(ア) 地域医療・介護サービス資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> ●医療・介護サービスマップの作成 ●武蔵野市医師会作成の医療機関総合案内の活用 ●武蔵野市介護サービス事業者リストの活用 ●武蔵野赤十字病院作成のリハビリ資源マップの活用
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> ●「在宅医療・介護連携推進協議会」を設置し、武蔵野市における医療・介護連携のルール等を協議
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化のための訪問看護ステーションへの補助金の新設 ●退院時支援の課題抽出 ●多職種連携ツール
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> ●脳卒中地域連携パス、もの忘れ相談シート等既存のツールの検証と改善 ●ICTの活用によるチーム在宅医療体制・チームケアの推進
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ●「在宅医療介護連携支援室」を武蔵野市医師会に設置し、医療・介護関係者の相談・調整を行う
(カ) 医療・介護関係者の研修	<ul style="list-style-type: none"> ●地区別ケース検討会等の活用 ●テーマ別研修会、多職種合同研修会、全体研修会
(キ) 地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> ●健康づくり事業団による情報提供・普及啓発 ●講演会、シンポジウム等の実施
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	<ul style="list-style-type: none"> ●東京都多摩府中保健所等との連携による圏域のネットワーク強化

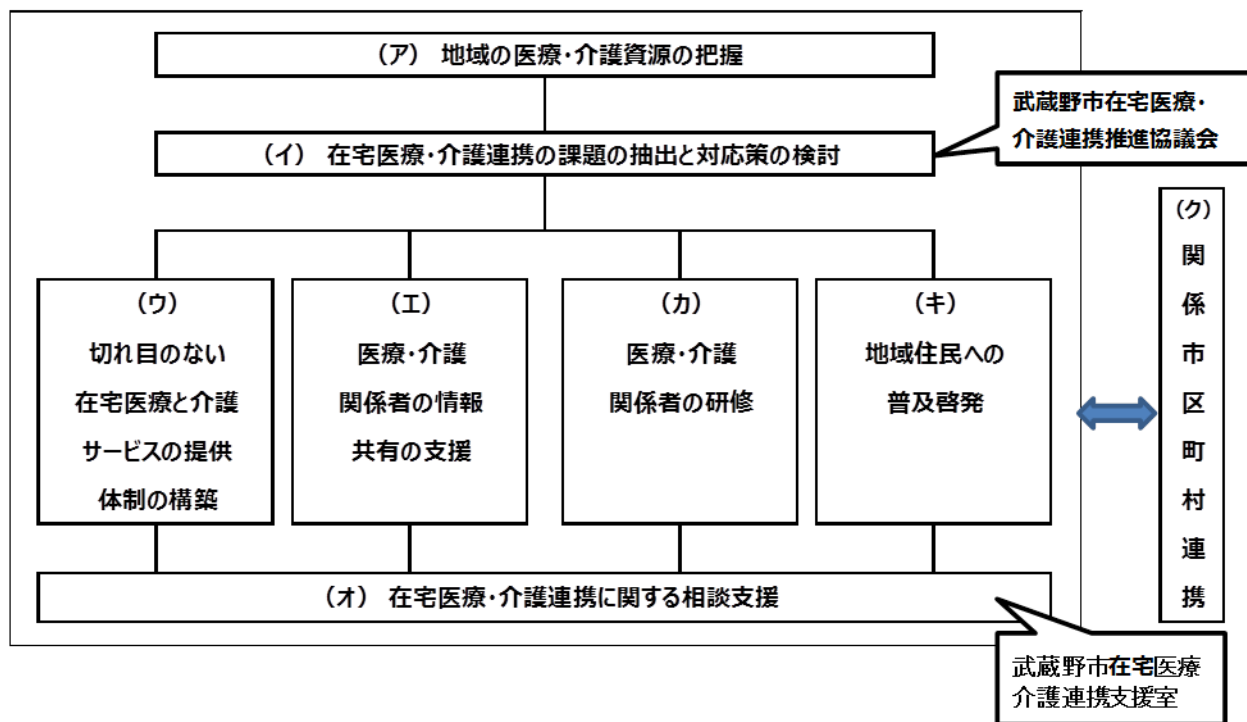
5 武蔵野市における在宅医療・介護・福祉関係者が目指す連携



在宅医療・介護連携推進事業（8事業）の実施を通して、多職種連携を推進し、医療と介護を一体的に提供できる体制をめざす2025年に向けた地域の環境・体制整備の一つ。

6 在宅医療・介護連携推進事業（8事業）の関連と協議会、4部会の設置

在宅医療・介護連携推進事業の8事業は個別に独立して実施するものではなく、互いに関連させながら一体的に取り組む必要があるため、本市においては、下記のように8事業の関連を整理している。



1) 在宅医療・介護連携推進協議会の設置

在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討（イ）を行う場として、医療・介護関係者からなる「在宅医療・介護連携推進協議会」を設置（平成27年7月）

【構成メンバー】

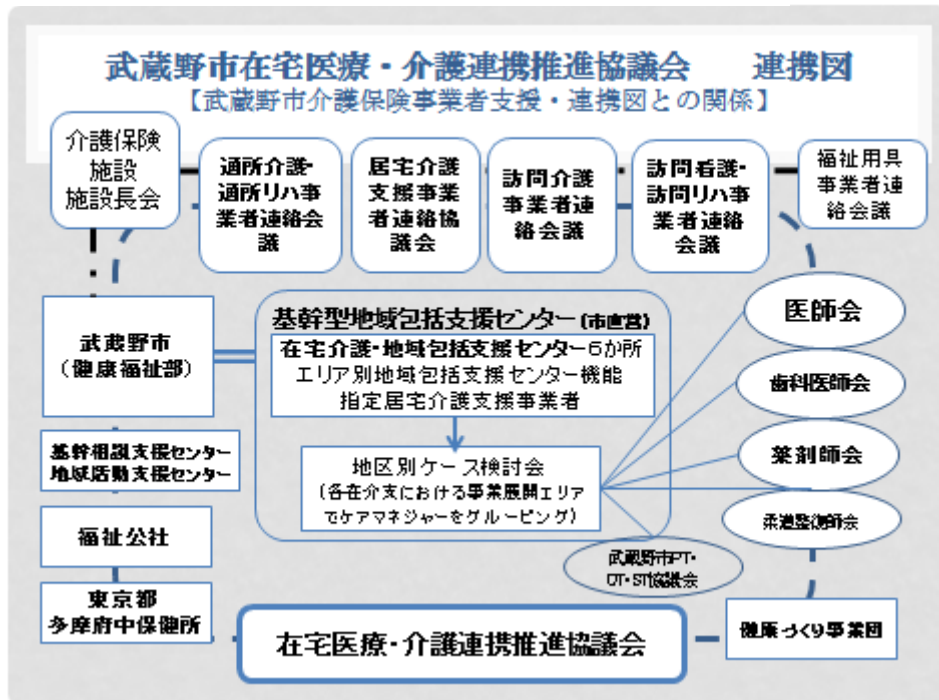
- 武蔵野市医師会 ○武蔵野市歯科医師会
- 武蔵野市薬剤師会 ○武蔵野赤十字病院
- 居宅介護支援事業所 ○訪問介護事業所
- 訪問看護・訪問リハビリテーション事業所
- 通所介護・通所リハビリテーション事業所
- 地域包括支援センター(基幹型)
- 在宅介護・地域包括支援センター
- 障害者福祉課 基幹相談支援センター
- 地域活動支援センター ○武蔵野市福祉公社
- 武蔵野健康づくり事業団
- 東京都多摩府中保健所 ○武蔵野市

計 17 名

在宅医療・介護連携推進協議会

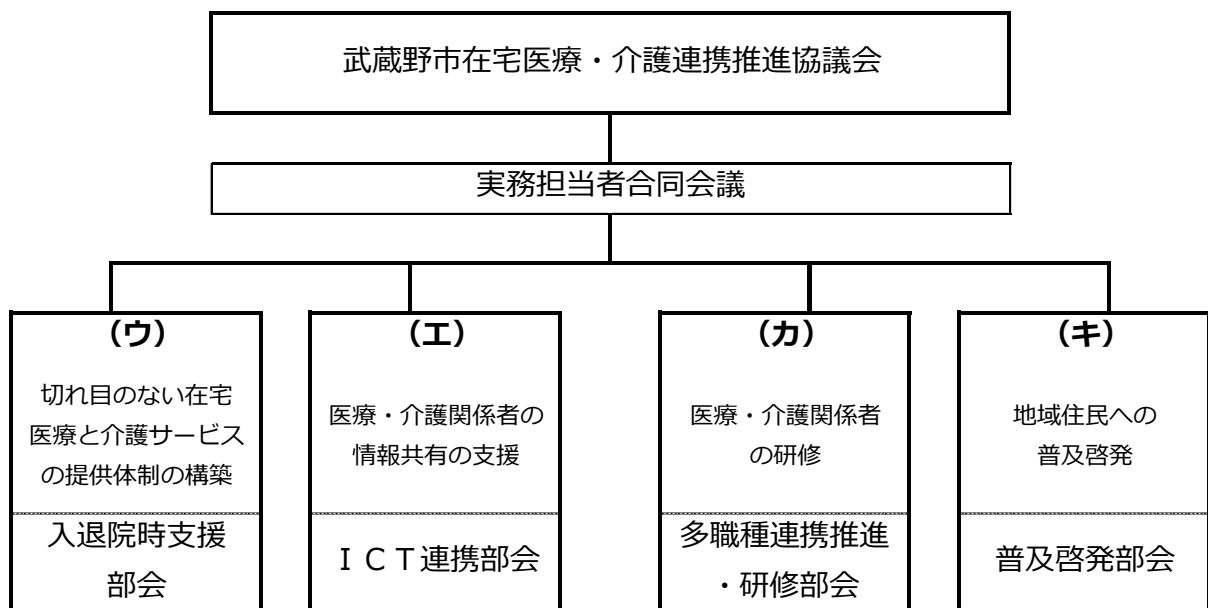


【参考】武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会 連携図



2) 在宅医療・介護連携に関する相談支援（オ）を実施する相談窓口として、武蔵野市医師会に「在宅医療介護連携支援室」を設置（平成 27 年 7 月）

3) (ウ) (エ) (カ) (キ) については、医療・介護の実務担当者が参加する 4 部会を設置し、具体的な協議を行っている。



7 平成28年度 協議会・部会の開催

年	月	日	曜日	協議会等	部会			
					入退院時支援	ICT連携	多職種連携・研修	普及啓発
28	4	18	月					
		19	火					
	5	9	月					
		16	月					
		18	水					
		23	月		第1回(19名)			
		25	水					
	6	26	木					第1回(19名)
		30	木				第1回(22名)	
		10	金					
		17	金					
		20	月					
		21	火					
	7	24	金					
		30	木					第2回(17名)
		4	月	第1回協議会				
		7	木	第1回地区医師会・区市町村在宅療養担当者連絡会				
		12	火					コア会議①(6)
		19	火					
		20	水					コア会議②(6)
		21	木					
		23	土					
		25	月					第2回(20名)
	8	26	火					
		27	水					
		28	木					第3回(17名)
		2	火	多職種合同研修会				研修会(70名)
		17	水	厚労省ヒアリング(武蔵野・三鷹・西東京)				
		18	木					コア会議(4名)
		24	水		第1回委員会			
	9	29	木					
		30	火				第3回(19名)	
		1	木		準備会			ワーキング(8名)
		12	月					
	10	14	水	多摩府中保健所圏域意見交換会				
		29	木	関係者会議				
		12	水		第2回(20名)			
		14	金		居宅幹事会			
		17	月					
		18	火	ケアマネ全体研修会				
	11	20	木					第4回(20名)
		26	水					
27		木			第1回(18名)			
2		水	第2回協議会	モデル事業開始				
17		木					コア会議(6名)	
12	21	月						
	26	土	ケアリンピック武蔵野					
	28	月						
	7	木					コア会議(6名)	
1	12	月						
	15	木						
	19	月	多摩立川圏域 会議					
	26	月	地域包括ケア研究会					
29	1	5	木				コア会議(4名)	
		9	火					
		12	木				コア会議(7名)	
		16	月					
	2	19	木	第2回地区医師会・区市町村在宅療養担当者連絡会				
		4	土	在宅医療・介護連携推進事業・講演会				
		21	火	関係者会議				コア会議(7名)
	3	28	火		モデル事業終了			
		2	木					第5回
		6	月					
7		火		第2回委員会				
8		水	第3回協議会					
16	月							

8 平成 28 年度 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会

第 1 回協議会：7 月 4 日（月）

- ① 平成 27 年度報告 ② 「在宅医療介護連携支援室」の活動報告 ③ 平成 28 年度計画について

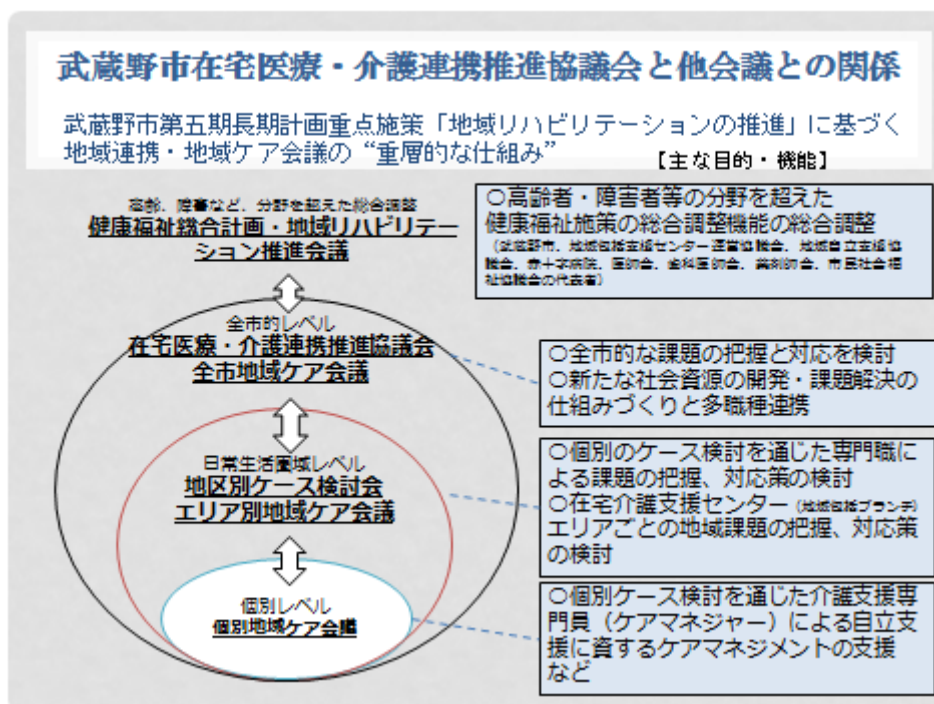
第 2 回協議会：11 月 2 日（水）

- ① 8 事業の進捗状況について ② 今後の予定について

第 3 回協議会：平成 29 年 3 月 8 日（水）

- ① 平成 28 年度の活動実績について ② 平成 29 年度の計画について

【参考】武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会と他会議との関係



9 平成 28 年度 4 部会の活動報告

1) 入退院時支援部会 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進（ウ）

《現状の課題》

- 入退院時等、医療と介護関係者の連携が特に重要となる場面での情報共有や多職種連携のルールが必要である。
- 対象者の状況が変化する時や支援者が変更する時などは、ポイントを押さえた連携が特に求められる。
- 支援者がお互いの役割を理解した上で、支援計画や目標の共有が必要である。

《平成 28 年度の活動内容》

第 1 回部会 5 月 23 日 (月) 19 名参加

- ① セルフマネジメント支援モデル事業の報告
 - ・脳卒中患者が、自ら再発・重症化予防ができることを目的に入院中に支援者を決定し、退院後も継続的に支援する事業。
- ② 吉祥寺南病院における地域連携パスの試行について報告
 - ・脳卒中地域連携パスを、脳卒中以外の疾患にも活用し、運用時の問題点、課題を抽出する。
- ③ 退院時支援における診療報酬改定について情報共有
 - ・患者が安心、納得して退院するための退院支援等の充実
- ④ 部会の進め方について



第 2 回部会 10 月 12 日 (水) 20 名参加

- ① 医療介護連携に基づく継続的ケアマネジメント調査研究事業への協力について
- ② 一時入院支援者ガイドライン (平成 26 年 7 月作成) について


2) ICT 連携部会 医療・介護関係者の情報共有の支援 (工)

《現状の課題》

- ICT については、多職種が効率良く情報共有するためのツールとして活用したい。活用にあたっては、ルールづくりの検証が必要である。
- 脳卒中地域連携パス、もの忘れ相談シート等、既存の連携ツールが関係者に共有されていないという課題がある。作成プロセスを共有するとともに、ツールの検証と必要に応じた改善を行い、多職種間の情報共有につなげる必要がある。

ICTを活用した取組における行政と医師会との連携

<p>平成26年に武蔵野市医師会がMCS (メディカルケアステーション)を導入 MCS: 完全非公開型の医療・介護専用SNS ◆武蔵野市医師会がMCSを採用した理由</p> <ol style="list-style-type: none"> ①特定の機種・ソフトに偏らずPC、スマートフォン・タブレット端末等に対応可能であること ②無料、導入時にコストがかからない ③非公開型SNSであるためセキュリティの問題がクリアしやすいこと ④操作性が簡単であること ⑤医療者専用であり、各種医療用ソフトとの連動が可能であること <p><small>(東京都医師会雑誌 平成28年8月15日発行より)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医師会がタブレット端末を貸与 ◆ICTサポート部門を設置 ◆武蔵野市医師会「MCS運用ポリシー」 <p style="text-align: center; border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto;">武蔵野市医師会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆平成27年度に開始された「在宅医療・介護連携推進事業」の一つに位置づけ協議 ◆ICT部会を設置 <p>部会委員: 医師会(医師4名、支援室1名) 病院(医師1名) ケアマネ(2名) 訪問看護(1名) 訪問介護(1名) 地域包括・在宅介護支援センター(3名) 行政(6名)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆介護関係者を中心に講演会を開催 ◆ICT部会で連携ルールを作成 <p style="text-align: center; border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto;">武蔵野市</p>
--	--



医療・介護関係者65名参加 (H27. 6. 29)

《平成 28 年度の活動内容》

第 1 回部会：10 月 27 日（木）

18 名参加

ICT 連携の進捗状況と課題について

MCS 登録メンバー数		市内	市外
医師	64	52	12
歯科医師	21	12	9
薬剤師	73	50	23
訪問看護・訪問リハビリ	85	35	50
介護支援専門員	100	38	62
訪問介護	59	28	31
在宅介護・地域包括支援センター	30	17	13
行政	3	3	0
その他	18	9	9
計	453	244	209

（平成 29 年 3 月 31 日現在）

武蔵野市における I C T 連携のルール

1. 武蔵野市における I C T 連携は、在宅医療と介護連携を推進するための「連携ツールのひとつ」であることを共通認識とする。
2. M C S において被支援者（患者）グループを作る際は、主治医が支援関係者（連携メンバー）を「招待」し、被支援者（患者）本人及び家族の「同意」は主治医がとる。
3. 被支援者（患者）情報は、被支援者（患者）の尊厳を守るとともに、本人及び家族が同意した支援関係者（連携メンバー）内の共有とする。被支援者（患者）の支援について、治療方針に関することは主治医に、ケアプランに関することは介護支援専門員に確認する。
4. 武蔵野市全ユーザーグループにおいては、個別支援方針に関する情報共有は原則として行わない。
5. I C T 連携は、24 時間 365 日支援関係者を拘束したり、即時対応を求めたりするものではない。
6. 急変時や緊急連絡には、原則として電話等で直接連絡することとし、M C S は使用しない。
7. 利用にあたっては「M C S 運用ポリシー（武蔵野市医師会版）」のほか、個人情報保護など各事業所が定めるルールがあればそれを尊重する。
8. 職種による視点の違いや役割の違いを相互に理解し、多職種連携を推進する。

3) 多職種連携推進・研修部会 医療・介護関係者の研修（力）

《現状の課題》

- 多職種交流のしかけとしての研修内容と方法の検討が必要。
- 多職種がお互いを理解するために、医療従事者と介護・福祉従事者が一同に介する研修が必要。
- 関係機関を網羅した研修の実施計画が必要。研修参加者は所属している団体や事業所に報告し、参加できなかった人にも情報提供する仕組みが必要。

《平成 28 年度の活動内容》

第 1 回部会 5 月 30 日（木） 22 名参加

- ・平成 28 年度部会の進め方について

コアメンバー会議① 7 月 12 日（火） 6 名参加

- ・多職種合同研修会（グループワーク）の進め方について

コアメンバー会議② 7 月 20 日（水） 6 名参加

- ・多職種合同研修会（グループワーク）の事例、スケジュール、資料作成等について

第 2 回部会 7 月 25 日（月） 20 名参加

- ・多職種合同研修会（グループワーク）の進め方（案）について協議

多職種合同研修会 8 月 2 日（火） 70 名参加

第 3 回部会 8 月 30 日（火） 19 名参加

- ・多職種合同研修会（グループワーク）の反省、評価、アンケート結果について

「在宅医療・介護連携推進協議会」が実施する多職種研修の目的

- ★ 多職種が話し合う機会を設けることにより、顔の見える関係・相談できる関係づくりにつなげる。
- ★ 多職種がグループワークを通して、各職種の役割や専門性を理解する。
- ★ 多職種連携やグループワーク等、参加経験の少ない者を優先的に勧奨し、顔の見える関係づくりを広げるとともに「在宅医療・介護連携推進事業」について理解する人を増やす。

部会・事務局の問題意識

- 多職種連携とは言うものの、いつも同じ人が集まる。
- 「在宅医療・介護連携推進事業」を知らない人も多い。
- 多職種連携の裾野を広げたい。

内容：事例（28 年度は認知症）を通じたグループワーク

参加者：各事業所連絡会より推薦された者



参加者数 70名（申込：75名）

居宅介護支援事業者	10	通所介護・通所リハ	6
医師会	10	在支・包括	7
武蔵野赤十字病院	4	福祉公社	1
訪問看護・訪問リハ	8	薬剤師会	1
訪問介護	9	行政（保健所含む）	14



部会委員の事前打合せ
部会員がグループワークを進行します。

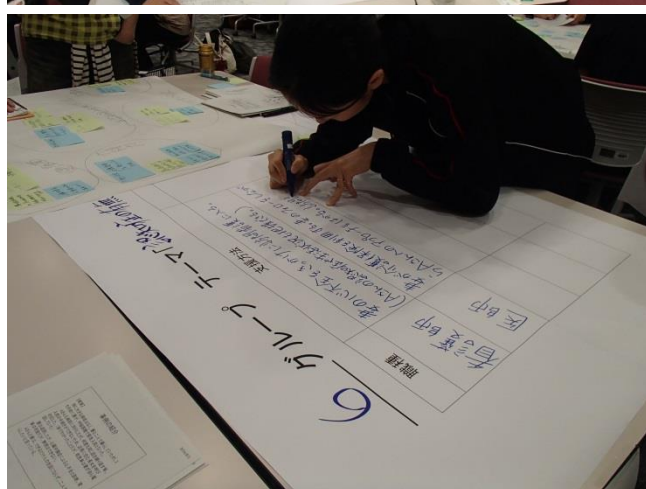
本日の研修の目的

- 事例そのものの検討ではありません。
⇒サービスを調整する検討ではありません。
- 市民の在宅療養生活を支援する、仲間と知り合う機会にします。
・・・顔の見える関係づくり
- グループディスカッションでの気づきを大切にします。
・・・職種、所属等による視点や役割の違いを理解する。
・・・相談できる関係づくり

多職種が顔を合わせ、話をするにより、
職種や所属による役割や視点の違いを理解します。

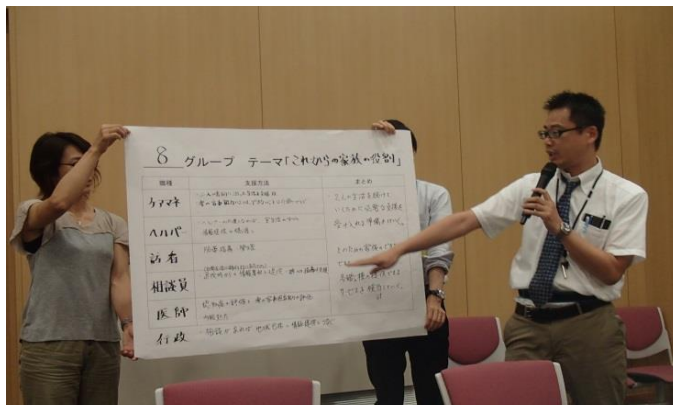


グループワークの様子



グループディスカッションの進め方

1. 課題は何か？を付箋に書き出します。
2. 付箋を①の模造紙に貼っていきます。
3. 出された課題について、グループ内の意見を聞きながら、分類、整理します。
4. 3から支援についてのテーマを決めます。
5. 模造紙②を使いながら、支援方法について話し合います。
6. グループ討議のまとめをします。



「先生のお名前、お顔を知りたい…」という意見があり、
発表は、医師会の先生方をお願いしました。

【参加者の感想】

- 今後、相談しやすくなった。 ○他の職種の考え方の特徴を知ることができた。
- 各職種の役割が明確になった。 ○医師の意見を直接聞ける良い機会となった。
- 普段は電話や文書だけの職種と直接話げできた。
- 「自分だけで抱え込まなくても良い」ということがわかった。
- 実際に話げできたことで、今後の連絡調整に役立てることが出来る。

4) 普及啓発部会 地域住民への普及啓発（キ）

《現状の課題》

- 2025年問題や医療の機能分化について、市民の理解を深める必要がある。
- 在宅療養について、幅広い年代の市民がどのように受け止めているのか？等、市民ニーズを把握した上で、普及啓発活動を行う必要がある。

《平成28年度の活動内容》

第1回部会 5月26日（木） 19名参加

- ① 平成27年度作成のリーフレットについて
- ② 今年度の部会の進め方について

第2回部会 6月30日（木） 17名参加

- ① リーフレットの内容について

第3回部会 7月28日（木） 17名参加

- ① リーフレットの項目について
- ② 今後のスケジュールについて

第4回部会 10月20日（木） 20名参加

- ① リーフレットの構成、内容について
- ② 記載する事例の提出について

第5回部会 平成29年3月2日（木） 20名参加 最終（案）の確認

【作成のポイント】

- 市民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。
- 在宅療養が必要となった時、在宅医療を受けたいと思った時の相談先が分かる。
- 多職種による支援が理解でき、各職種の役割を紹介する。



発行部数／10,000部

配布場所／協議会関係団体、薬局、公共施設等

10 武蔵野市在宅医療介護連携支援室

在宅医療・介護連携に関する相談支援（才）

＜現状の課題＞

- 在宅医療と介護連携に関する相談窓口寄せられた相談内容から、地域の課題を抽出し、対応策の検討につなげる必要がある。
- 相談事例と課題の解決策等を蓄積し、多職種間で共有する仕組みをつくる。その積み重ねによって関係者の相談支援のスキルアップや人材育成につなげる必要がある。

武蔵野市医師会館内に
「在宅医療介護連携支援室」
を設置(平成27年7月1日開設)

医療・介護関係者からの
相談に対応している。

【介護関係事業者】

ケアマネジャー、訪問介護、訪問看護、訪問リハ、
通所施設、介護老人保健施設 等

【医療関係】

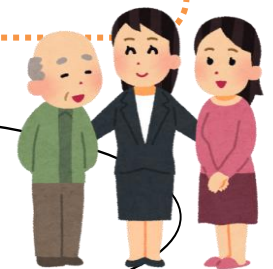
病院・診療所
歯科診療所・薬局 等

地域包括支援センター 在宅介護支援センター

- 総合相談支援業務
- 権利擁護業務
- 包括的・継続的ケアマネジメント業務
地域ケア会議の開催、ケアマネジャー支援
支援困難事例等への助言
- 介護予防ケアマネジメント業務 など

在宅医療介護連携支援室

- 医療機関に関する相談・紹介・調整
- 往診・訪問診療に関する情報提供
- 在宅で療養する市民の入院調整
- 医療機関への介護サービスに関する情報提供 など



《平成 28 年度の実績》

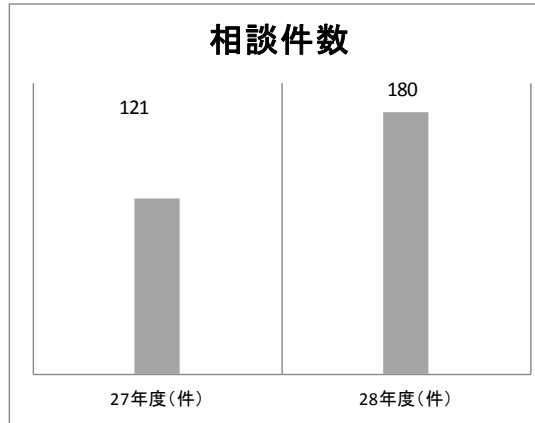
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
	ケース数	18	10	5	14	16	15	17	21	14	10	19	21	180	
相談内容	在宅療養	在宅療養調整	7	6	3	10	9	9	5	8	5	5	7	12	86
		ショート、入院入所調整	2	1		1	2	3	3	5			3	2	22
	退院支援	在宅療養調整	1								2			1	4
		転院支援	2			2	2		3	2	2	3	4	2	22
	その他	MCS	3		1	1		1	1	2	2		1	2	14
		その他	3	3	1		3	2	5	4	3	2	4	2	32
相談元	医療機関	6	3	1	3	6	5	4	7	4	4	5	6	54	
	地域包括(在支)(行政)	3	3	1	3	2	4	7	6	1	2	4	4	40	
	居宅(ケアマネ)	6	3	3	8	5	3	4	6	7	3	8	9	65	
	訪問看護	1							1	1				3	
	訪問介護系										1			1	
	通所系	2				2							1	5	
	施設系						1	1						2	
	その他		1			1	2	1	1	1		2	1	10	
訪問件数															
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
	計	12	11	16	13	29	15	17	16	19	8	9	14	179	
	医療機関	8	7	10	6	3	6	8	15	10	4	4	2	83	
	包括(在支)・行政	1		3		4	4	4	1	3	1	2	1	24	
	他地域連携支援室				1	1								2	
	訪問看護		1	2		2				2				7	
	介護 居宅(ケアマネ)	1	1		1	13					2	1	7	26	
	介護 通所系					4	2					1	1	8	
	介護 訪問介護			1										1	
	介護 老健	1	1		1					1				4	
	有料ホーム	1					3	1		1				6	
	その他		1		4	2		4		2	1	1	3	18	
出席会議件数															
		6	6	5	10	5	8	4	4	4	7	2	5	66	
メール送受信															
受診		26	23	29	20	20	29	30	25	29	25	27	20	303	
送信		17	12	20	10	7	8	11	16	13	10	10	11	145	

平成28年度相談実績

1 相談件数

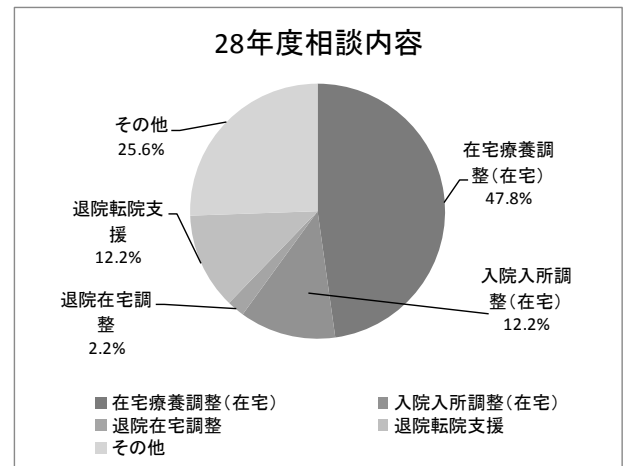
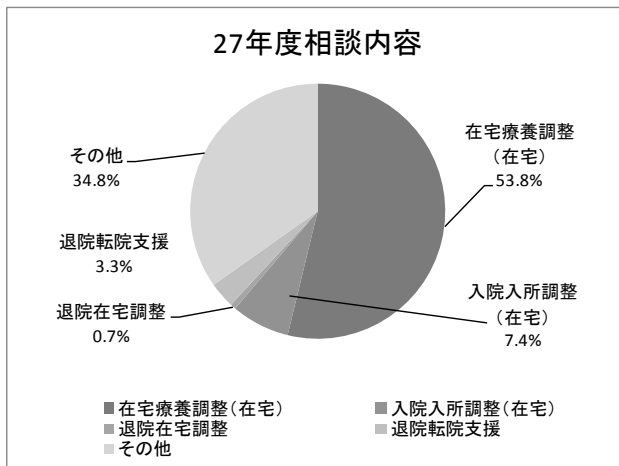
	27年度 (件)	28年度 (件)
件数	121	180

※前年度より149%増



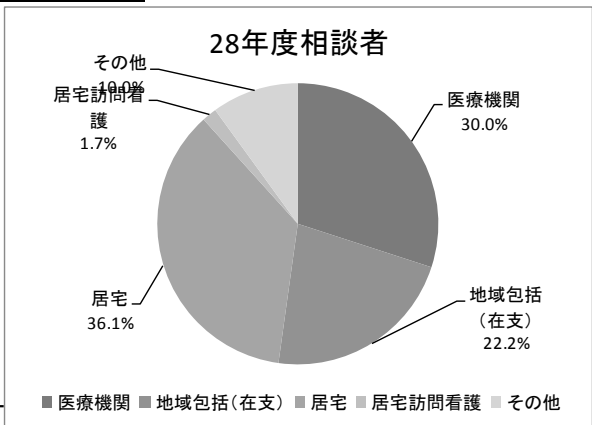
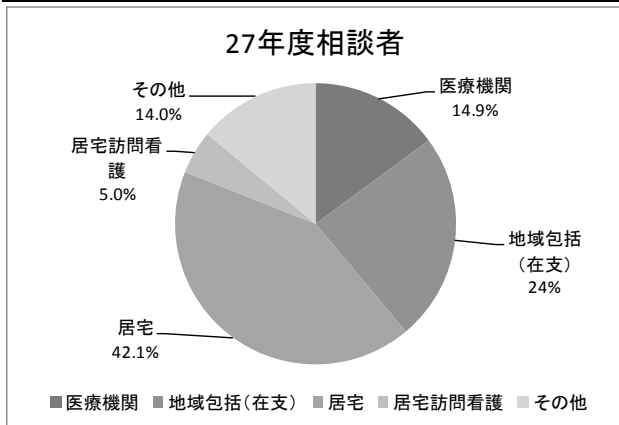
2 相談内容

	27年度		28年度	
	件数 (件)	割合 (%)	件数 (件)	割合 (%)
在宅療養調整 (在宅)	65	53.8	86	47.8
入院入所調整 (在宅)	9	7.4	22	12.2
退院在宅調整	1	0.7	4	2.2
退院転院支援	4	3.3	22	12.2
その他	42	34.8	46	25.6
計	121	100.0	180	100.0



3 相談者

	27年度		28年度	
	件数 (件)	割合 (%)	件数 (件)	割合 (%)
医療機関	18	14.9	54	30.0
地域包括 (在支)	29	24.0	40	22.2
居宅	51	42.1	65	36.1
居宅訪問看護	6	5.0	3	1.7
その他	17	14.0	18	10.0
計	121	100.0	180	100.0



4 28年度在宅療養相談の分類

在宅療養相談内訳

	件数（件）	割合（％）
往診	20	18.5
社会資源	25	23.2
入院・入所・ショート	13	12.0
かかりつけ医	12	11.1
ルール	12	11.1
在宅療養上の相談	10	9.3
訪問診療新規	8	7.4
訪問診療中の相談	5	4.6
難病	3	2.8
計	108	100.0

* 在宅療養の具体的な相談事例は別紙2参照

* 往診相談

眼科 8 件、皮膚科 5 件、精神科 3 件
婦人科 2 件
整形・泌尿器・耳鼻科各 1 件

退院支援相談の分類

	件数（件）	割合（％）
転院	22	84.6
在宅復帰相談	4	15.4

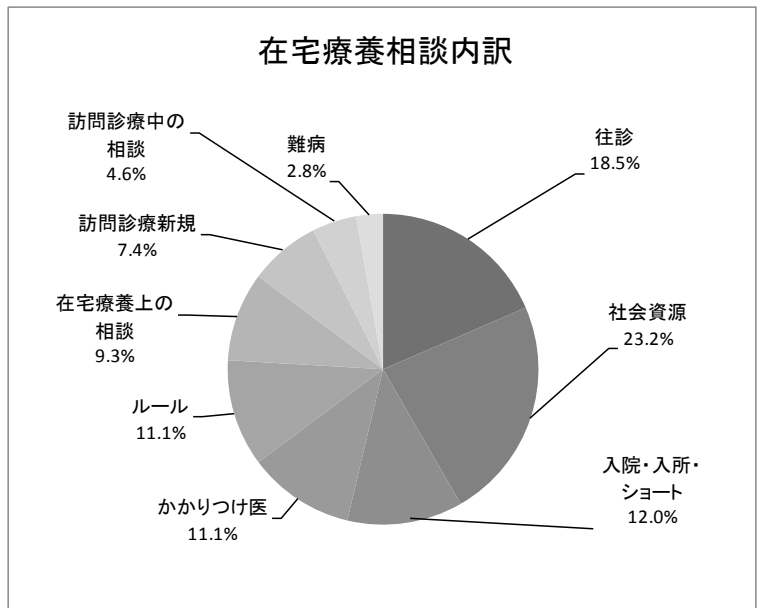
* 転院支援については、主に各病院医療連携室からの相談で、認知症や精神疾患等に関する内容である。

医療機関からの相談内訳

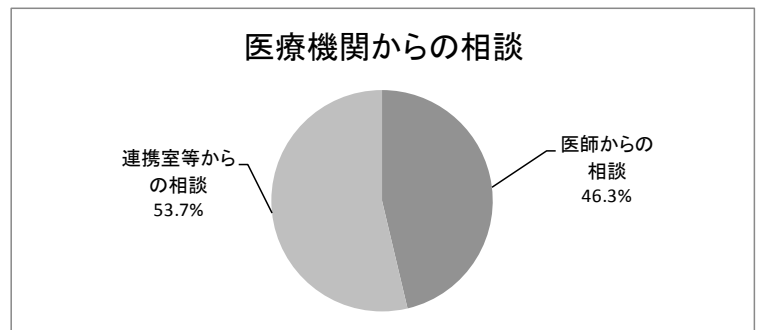
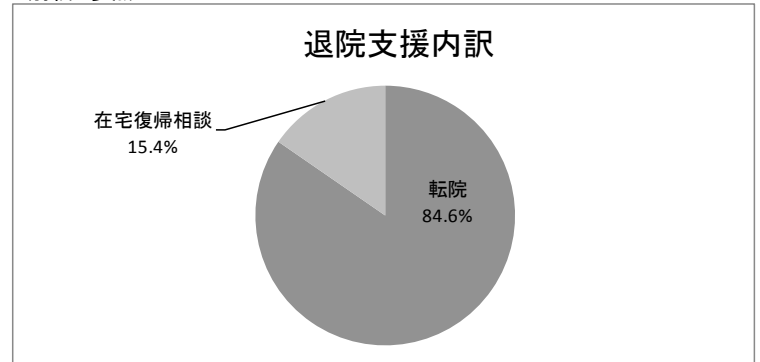
	件数（件）	割合（％）
医師からの相談	25	46.3
連携室等からの相談	29	53.7

* 医師からの具体的な相談事例は別紙3参照

* 内容分類 別紙1参照



* 別紙2参照



平成 28 年 6 月 21 日、高齢者総合センターで行われた「第 1 回地域包括・在宅介護支援センター研修会」において、27 年度在宅医療介護支援室の活動実績について報告しました。

研修会には、市内 6 カ所の在宅介護・地域包括支援センター職員と基幹型地域包括支援センターの職員約 40 名が参加し、実績報告後、「支援室の相談事例を通して、地域包括・在宅介護支援センター相談業務（役割）を考える」をテーマにグループワークを行い、支援室の活用方法について検討しました。



11 入退院時支援の検討

平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における 再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業」への協力

平成 27 年度に引き続き「在宅医療・介護連携推進事業」に位置づけ、上記、モデル事業への協力を行い、地域における、入退院時支援の検討を行った。

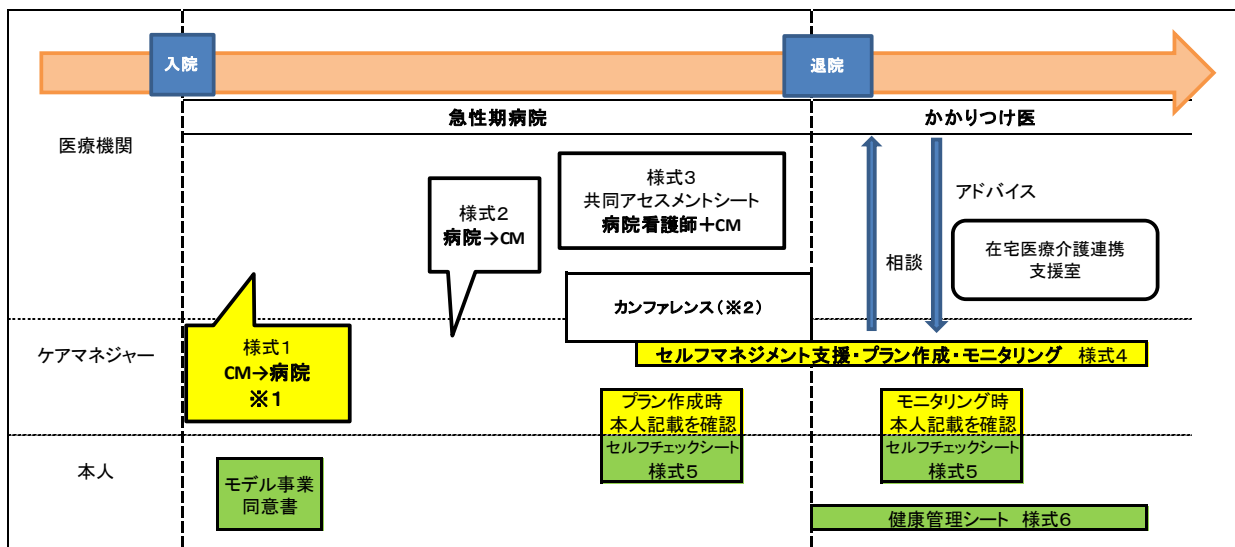
《目的》 心不全、脳血管疾患等、入退院を繰り返す可能性のある要介護者等の再発、重症化予防を目的に、要介護者自らがセルフマネジメントに取り組めるよう、要介護者の入院中から、退院後の生活を支援する伴走支援者を選出し、入院中の病院との連携、共同アセスメントの実施を通して、入退院時の切れ目のない支援について検討する。

《モデル事業の流れ》

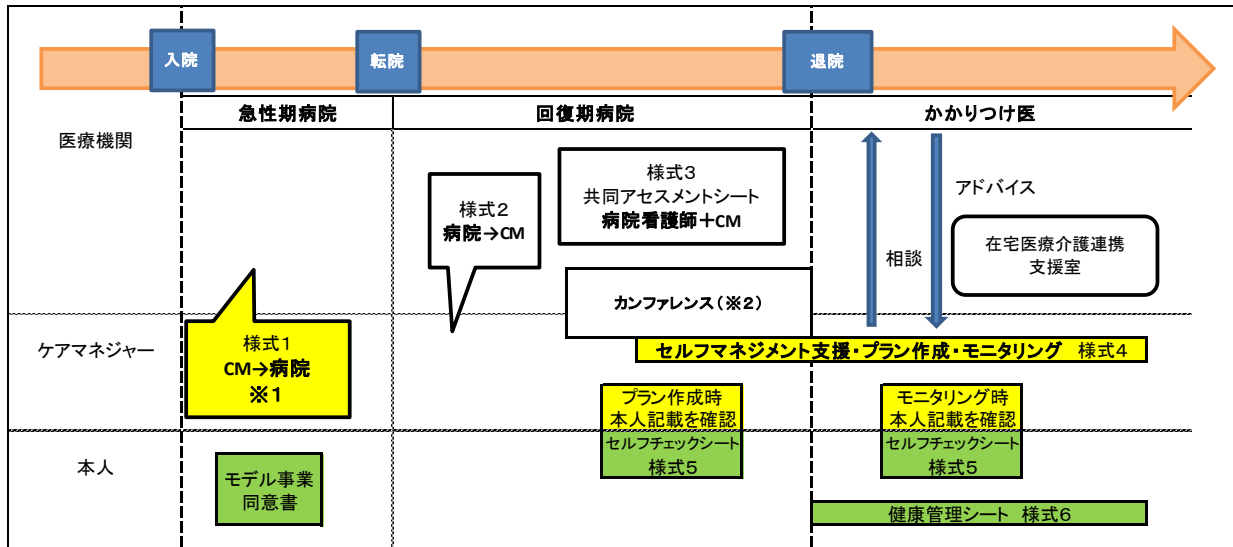
- 1 入退院時の情報連携とセルフマネジメントプランの作成
 - 2 セルフマネジメント支援のモニタリング
 - 3 関係者会議の開催、取組成果の把握と課題の抽出
 - 4 情報連携シート、支援ツールの検討、事業検証について報告書作成
- モデル事業の実施にあたり「在宅医療・介護連携推進事業」の(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進と(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援 と関連させて実施。

28 年度は、急性期病院（武蔵野赤十字病院）に入院し、自宅へ退院する心不全患者と、脳血管疾患で急性期病院に入院後、回復期（吉祥寺南病院）に転院する患者を対象とした。
心不全患者については、介護保険利用者（ケアマネジャーの決まっている方）を対象とした。

平成28年度モデル事業 心不全



平成28年度モデル事業 脳卒中



入院後、介護保険申請をした場合
在支・包括支援センター → ケアマネジャー

ケアマネジャーが決まっていない場合の支援者の選定については、モデル事業終了後も必要に応じて相談体制がとれるよう、対象者の地区を担当する在宅介護・地域包括支援センターから選定することとした。

地域の主治医との連絡・調整は、医師会「医療介護連携支援室」の相談員が担当することとした。

【参考】平成27年4・6月 在宅医療・介護連携推進協議会準備会で医療・介護実務担当者から出された「入退院時支援における課題」

武蔵野市における在宅医療介護連携 「入・退院時の課題」

実務担当者から提出された意見・課題 (平成27年4・6月 在宅医療・介護連携推進協議会準備会)

退院前カンファレンス
に呼ばれたことがない。
カンファレンスの申込
をしても断られる。

退院前カンファレンスは
病院によって差がある。
開催があたりまえになって
ほしい。

医療依存度の高いケースでも
病院の**退院前カンファレンス**が
終わってから支援依頼がくる。

病状の理解や予防的
な視点、支援が必要。

支援する様々な職種の役割
について理解できていない。
お互いに理解することが重要
理解のための勉強会が必要。

病・病連携、病・診連携に
加えて、若・若連携も必須
病院、クリニック、施設の看
護師との連携を進めたい。

在宅の支援体制が整う前
に退院が決定してしまう

医療従事者が対象者の生活
を理解する必要がある。

入院の際、在宅支援者か
らの**情報提供**があると良い

医療との円滑なコミュニケ
ーションのために、医療に
関する**研修**が必要である。

モデル事業への協力を通して、課題解決につなげることを目標にした。

平成28年度 モデル事業の経過について

日時	内容	参加機関等		
平成 28 年	8月24日	第1回委員会	武蔵野市地域支援課 ・ 地域包括支援センター	
		関係機関との相談・調整	武蔵野赤十字病院・吉祥寺南病院・武蔵野市医師会 武蔵野市医師会在宅医療介護連携支援室・地域支援課	
	9月29日	関係者会議 H28事業の流れ、 支援対象者、 帳票類、取組内容を 確認	武蔵野赤十字病院 医療連携センター 武蔵野市医師会 在宅医療介護連携支援室 武蔵野市地域包括支援センター(基幹型) ・地域支援課	
		モデル事業の概要説明・ 協力依頼・意見聴取	地域包括支援センター 在支・包括支援センター 介護支援専門員 訪問介護 訪問看護・訪問リハビリ 通所介護・通所リハビリ 市 健康福祉部内各課	各事業所連絡会幹事会、関係者会議、 在宅医療・介護連携推進協議会の 各部会等を活用し説明
	10月12日	入退院時支援部会		概要説明・協力依頼・意見聴取
	10月14日	居宅介護支援事業者 連絡協議会幹事会		概要説明・協力依頼・意見聴取
	10月18日	ケアマネジャー全体研修会		事業説明と協力依頼
	10月24日	取り組み内容の決定		事業実施に関する決定と協力依頼
		医療機関等への協力依頼	武蔵野赤十字病院・吉祥寺南病院・武蔵野市医師会	
	11月～	事業開始		
	11月2日	平成28年度第2回在宅医療・介護連携推進協議会		概要説明・意見聴取
	11月4日	看護師等関係者連絡会	武蔵野赤十字病院・吉祥寺南病院・地域支援課	
		伴走支援者の所属長へ正式に依頼		伴走支援者に事業説明
	平成 29 年	2月21日	関係者会議	吉祥寺南病院 地域包括(基幹型)
2月22日		関係者意見聴取	居宅介護支援事業所	地域支援課
2月24日		関係者意見聴取	武蔵野赤十字病院	地域支援課
3月7日		第2回委員会	武蔵野赤十字病院	武蔵野市
3月8日		平成28年度第3回在宅医療・介護連携推進協議会		報告等

支援対象者の状況

事例	73歳 女性	83歳 男性
病名	脳梗塞	脳梗塞
介護度	要支援2	要介護1
既往歴	糖尿病・不整脈	糖尿病
家族状況	一人暮らし	一人暮らし
伴走支援者	在宅介護・地域包括支援センター	民間居宅介護支援事業者

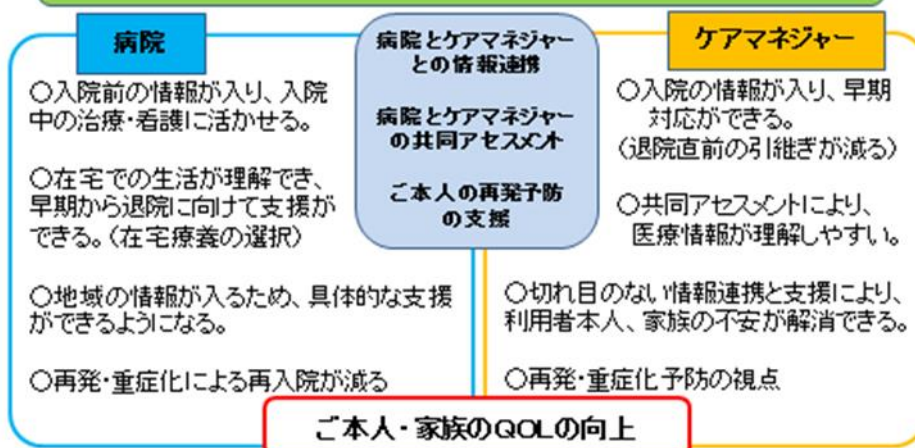
事例1			
アセスメント領域・着手時の状況		1か月モニタリング	
		取組成果と意欲	
病識・日常生活全般	【入院前】病識乏しく、生活習慣も乱れていた。	本人・家族の意向 日々の生活習慣の大切さを痛感した。退院後は生活習慣を改めたい。今まで、通院は年数回、薬の処方のみ自分の都合で、必要な検査を受けていなかった。これからは、主治医の指示を守りたい。	就寝時間が遅くなりがち、23時には眠るようにする。
服薬管理	【入院前】定期的な受診できず服薬管理、不十分	今まで食生活に無頓着すぎた。入院中に食量、食事内容を学んだ。退院後は配食サービスを利用し、食べ過ぎに注意する。食事時間も気をつけたい。	定期受診、服薬管理できている。 排便コントロール (健康管理シートに便秘の記載あり、体調との関係に気づく)
食事・栄養管理	【入院前】食べたい物を好きな時間に食べたいだけ食べる生活	趣味やボランティアで朝から晩まで毎日出かけていた。退院後は万歩計を利用して運動やリハビリを意識したい。	野菜を意識して食べている。 配食サービス利用中 体重が減ってきている。
運動・移動	【入院前】運動の意識なし	独居のため、今後も音読ボランティアを続けた。	寒い時期のため、外出少ない。 1日2,000歩前後
コミュニケーション・対人関係	【入院前】以前から音読ボランティア		2か月ぶりにボランティア再開
	目標	定期受診と服薬を守り、食事に気をつけて運動を心がける	目標の見直し 1) 定期受診と服薬を守る 2) 生活リズムを整える(食事・運動) 3) ボランティア活動や趣味活動で生活の中の楽しみを増やす
	具体的な取組内容(アクションプラン)	1) 食生活 腹八分を守る 2) 運動 一日一万歩を目指す	アクションプランの見直し 1) 食事 腹八分目 2) 運動 一日3,000歩 3) 早起き・早寝 4) 東京新聞「筆洗」の書き写し

事例2			
アセスメント領域・着手時の状況		1か月モニタリング	
		取組成果と意欲	
病識・日常生活全般	脳の血管がつまり、左足の自由が利かなくなった。自分で立つことができなかったが、リハビリにより立てるようになった。糖尿病があると、足が壊疽したり、腎臓が悪くなる。食生活に気をつける必要がある。	本人・家族の意向 まだ80歳なので社会的に貢献したい。そのためには定期的に通院し、健康に気をつけたい。	今回の入院までは、夜遅くまで起きていた。服薬、運動、生活リズム等以前の生活に戻らないように努力する
服薬管理	入院前は内服を自己調節したり、飲み忘れがあった。分包にした薬を1週間分渡し、1日分のケースに入れて自己管理している。退院後、1日2食の生活に戻ることが予想されるため、朝・夕の処方を検討し、お薬カレンダーも利用する。	薬の飲み忘れに注意したい。 薬カレンダーがあると忘れなくて飲めそうである。	家族からの情報では、退院後3回 朝の内服を忘れ、昼に飲んだ。
食事・栄養管理	糖尿病食1,600kcal、塩分6g 夕食は長男の嫁が作り、一緒に食べる。朝・昼食は夕食の残りやパン、豆乳スープなど。果物が好き	HbA1c8.5が目標だと思っていたが高すぎるのが分かった。現在7.2なので7.0以下を目標にしたい。果物の食べ過ぎに注意したい。	血圧測定、体重の値に関心を持って取り組んでいる。
運動・移動	入院前は4キロ歩いていた。病棟内T杖にて移動自立。屋外歩行は見守りにて15分可能	読書会などを開くためには体力が必要なので運動して自己管理したい。大学にバスを利用して通いたい	夏には釣りに行きたいとの目標があり、下肢筋力をつけるため運動を増やしたい。
コミュニケーション・対人関係	認知症なし、コミュニケーション問題なし	読書会など社会に貢献できることをしたい。	
	目標	血圧140/90以下 HbA1c 7.2以下を目標に血圧、血糖をコントロールする。	
	具体的な取組内容(アクションプラン)	1) 薬カレンダーを使用し自己管理(飲み忘れゼロ) 2) 血圧測定・・・起床時に測定 3) 血糖・・・甘い飲み物、果物を食べすぎない。間食を減らす。 4) 水分・・・一日1,000ml以上 5) 通所サービス週2回 家の前の散歩	

入退院支援

平成28年度モデル事業

在宅生活を見据えた入退院時支援



《関係者の意見等》

- 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合、介護保険の認定前に支援者を選出することが難しく、現行制度の中では、どのサービスを利用するかによって、ケアマネジャーを支援者にすることが難しい。(給付管理のない方にはケアマネジャーは関わりづらい。)
- 今回は2例ともセルフマネジメントの意識が高く、意欲的であったため、支援が効果的であった。
- ポピュレーションアプローチとしての疾患理解や予防、普段からの普及啓発が必要である。
- 退院時は患者本人、家族の不安が強く、また再発予防への意識も強いことから、セルフマネジメントの動機づけには効果的である。この時期を対象者に寄り添い、支援することは重要。
- 入退院時は、病院や施設、在宅等、多くの医療・介護関係者が関わる時期である。関係者の連携ルール等、引き続き検討していく必要がある。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築



12 在宅医療・介護連携推進事業 講演会

「いつまでも住み慣れた地域で暮らす」～暮らしを支える医療と介護の連携～

1 目的

高齢化の進展に伴い、疾病構造が変化していく中で、従来の「治す医療」から「治し支える医療」への転換が求められている。

医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で、安心して生活を継続し、尊厳をもって人生の最期を迎えることができるようにしていくことが重要である。

「医療介護総合確保推進法」等に基づき進められている医療の機能分化、医療・介護の連携について、サービスの受け手である市民を対象に市の取り組みや医療・介護連携の実際を伝え、適切な医療機関の受診につなげるとともに、市民が自分や家族の老後について、考えるきっかけとなるよう啓発を行う。

《在宅医療・介護連携推進事業(8事業)での位置づけ》

(カ)医療・介護関係者の研修 (キ)地域住民への普及啓発

2 日時 平成29年2月4日(土) 午後2時～4時30分 (開場:1時30分)

3 場所 スイグホール (武蔵野市境2-14-1)

4 対象者 市民、医療・介護関係者

5 内容 1 これからの医療と介護

「病院から暮らしの場へ」～自宅での生活を見据えた退院支援～

武蔵野赤十字病院医療連携センター 副センター長・看護師長 斎藤 恭子 氏

「暮らしを支える医療」～かかりつけ医と上手につきあう～

武蔵野市医師会 会長 渡辺 滋 氏

「暮らしを支える介護」～介護職の役割～

東電さわやかケア武蔵野 訪問介護 平山 貴之 氏

2 武蔵野市における在宅医療・介護連携

「在宅医療・介護連携推進事業」

武蔵野市健康福祉部地域支援課 勝又 玲子

「在宅医療介護連携支援室の活動と活動から見てきたもの」

武蔵野市医師会 在宅医療介護連携支援室 石井 いほり 氏

「在宅医療と介護連携の今後について」

武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会 会長

武蔵野市医師会 副会長 田原 順雄 氏

6 参加人数 173名(一般参加者:143名 登壇者、事務局他関係者:30名)

医師:7、歯科医師:3、薬剤師:3、医療従事者:5、介護サービス事業者:39

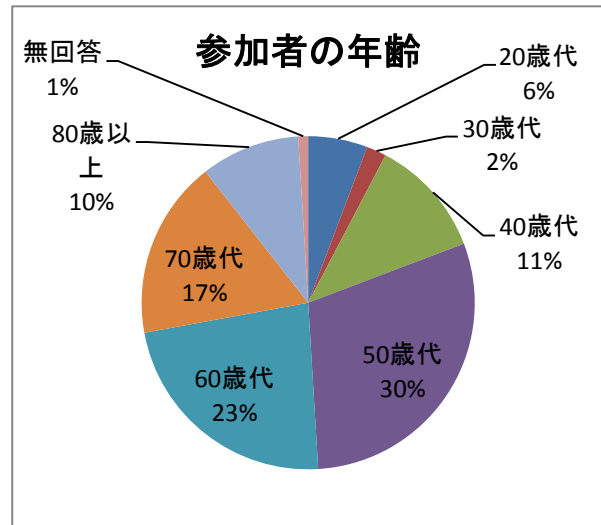
在支・包括:2、民生児童委員:9、保護司:10、市議会議員:5、行政関係者:2(85)

(受付で確認できたもの)

7 アンケートの結果 アンケート回収数：104（回収率：60.1%）

1 参加者の年齢

年齢	人	%
20歳未満	0	0.0%
20歳代	6	5.8%
30歳代	2	1.9%
40歳代	12	11.5%
50歳代	31	29.8%
60歳代	24	23.1%
70歳代	18	17.3%
80歳以上	10	9.6%
無回答	1	1.0%
合計	104	100.0%



2 参加者の住所

住所	人	%
東町	2	2%
南町	6	6%
御殿山	0	0%
本町	4	4%
北町	8	8%
中町	2	2%
西久保	7	7%
緑町	4	4%
八幡町	3	3%
関前	7	7%
境	10	10%
境南町	9	9%
桜堤	4	4%
市外	11	11%
事業所(市内)	22	21%
事業所(市外)	4	4%
無回答	1	1%
合計	104	100%

3 講演会をどこで知りましたか

	人	%
市報	15	14%
チラシ	22	21%
事業所へのお知らせ	39	38%
フェイスブック	1	1%
市ホームページ	2	2%
その他	22	21%
無回答	3	3%
合計	104	100%

その他の内訳

- ・保健センター
- ・武蔵野館
- ・民生委員協議会
- ・日赤奉仕団
- ・薬剤師会
- ・びーと
- ・知人から
- ・親から
- ・職場での会議 等

4 在宅医療と介護連携について理解できたか

	人	%
理解できた	95	91%
理解できなかった	2	2%
無回答	7	7%
合計	104	100%

5 本日の話は

	人	%
役に立った	84	81%
普通	14	13%
役に立たなかった	0	0%
無回答	6	6%
合計	104	100%

6 在宅医療と介護連携について、聞きたいこと、知りたいこと。

1	連携の取りづらい医師との対応について、市にお助けをお願いできるのでしょうか（事業所勤務）
2	多職種連携について、現場とのギャップを感じる。実際、多忙の医師と介護現場は離れている。
3	一体的に取り組む仕組みをまた学ばせてほしい。
4	要介護認定申請のタイミングについての見解（入院のどのタイミングで申請するのがよいと考えるか）
5	医療と介護の連携をよく知りたい
6	在宅の先生がどこにいるのか知りたいが、知る手段がない。何かリーフレットなど、作ってほしい。
7	医師会に所属していない診療所は連携が取りにくいのでは、と感じますが。
8	市民としては難しい内容。必要となった時の窓口の理解を提起できる簡単な方法は。
9	往診と訪問診療の違いをもう少し具体的に知りたい。料金は高いのか。訪問で先生を頼んだら、救急車を呼んではいけないのか。90代になって薬をたくさんもらっても大変。薬なしの選択はないか。
10	地域包括支援センターと在宅介護連携支援室との違い。別の組織を作る必要があるのだろうか。
11	老親支えるのに、経済的負担が気がかりです。そういった分野の話も聞いてみたいです。
12	高齢障害の方たちをどのように組み込まれていくのか考えました。高齢による障害のみでなく、身体、知的、精神
13	具体的な在宅医療のお話が聞きたかった
14	メディカルケアステーションのシステムは、医師会に入っていないと使えないのでしょうか。
15	訪問診療や介護を考える場合、入院等のきっかけがない場合、何を目途に、始めたらいいでしょうか。

7 その他、ご意見

1	介護保険の利用で、各事業所ごとに各契約書が必要だが、マイナンバーを利用し何とかならないだろうか。右手が不自由な方が退院しサービス開始となった場合、独居の時など本当に困る。武蔵野市で他の地域に先駆けて考えてほしい。
2	在宅医療が進み、自宅で医療を受け自宅で居られる事は良い事ですが、それが大変な事だと思います。今後いろいろな機関が進めてくださっているとのことで、大変心強いことだと思いました。
3	医師会が積極的に連携について動こうと（動いている）している事により明るい（在宅など）希望が見えてきます。実際に当事者となった時に、果たして今回の話のように進むかはまだ不安です。
4	誰向けの研修であるのかが分かりませんでした。専門用語が散見して難しかった
5	市民の皆さんに熱い思いが伝わっていたように思いました。

6	多くの方の講演が聞けてためになりました。住み慣れた地域で過ごすことは、大事なテーマであると考えます。
7	とてもわかりやすい講演でしたので多くの市民の方々に聞いていただきたい。この人数ではもったいないと思った。
8	武蔵野市の取り組みが先駆的である事がよくわかりました。
9	理解できているようで、わからないことが多い。
10	入院時の情報提供を知らない、重視しない医療機関があるように感じています。相談員のいない病院との連携は、病棟看護師が窓口になってくれることもありますが、難しいこともあります。
11	武蔵野市の取り組みの素晴らしさが理解できました。また「住み慣れた自宅最後まで全うしたい」と思われた家族の取り組みを最近伺ったばかりでしたが、納得できました。これからも各家庭のニーズは違っていますが、相談にのっていただけたらと思います。医師会の協力はなしではできない連携システムだとつくづく感じました。
12	初めての参加でしたが、少しずつ今後も勉強していきたいと思います。
13	これまで以上に連携が必要と感じています。病院から「追い出される」と思われぬような市民への情報提供を日々行っていく事は大切だと思います。市民の皆様は情報不足だと思いますので。
14	きめ細かな介護を進めるための法案に少しほころびがあるように感じます。2025年問題に向けて、若者が安心して働ける賃金並びに子育て環境を作るようにしてほしい。
15	合同研修に一般ケアマネが参加できる機会を多く作って頂きたい。
16	このような勉強会をもっと多くやってほしいです。
17	講話の中で27年7月から変更という事も今まで知らない？関心がなかったのが今日知る事ができ、よかった。介護保険料を払っていても利用しないで済んでいるのは良い事だと思っています。
18	ICTを利用することで情報漏えいなど、例えばハッキングされた場合はどうするか。100%安全ではないが・・・そう感じる中高年は多いかもしれない。若い人は抵抗を感じないかもしれないが。
19	両親の介護は（S61）私が在宅でしたが、今は負担が軽くなったと非常に強く感じました。
20	講演者、特に1、2の内容の用語が難しいと思います。一般の方が半分近く参加、多分理解できない用語が多かった？在宅医療連携推進等の取り組みを市民の方々に一部でも知って頂けたらと思います。
21	インターネット等を使ってリアルタイムで情報の共有はできると思うので医師会に支援室がある必要はあまり理解できなかった。
22	多くの方が亡くなる時代に、グリーフケアが必要になるのではないのでしょうか。市のどこかの部署で取り組んでいただけないのでしょうか。
23	在宅医療と介護連携の今後についてますますのご協力をお願いします。
24	S30年代の高齢者が「畳の上で死にたい」と言っていたのは、戦災死、戦地での死などの体験（屋外や路上での望まない死）との対比で言っていたことで、ちょっと意味が違いますね。
25	今回の講演会等、市での取り組みについて教えて頂ける場を定期的に行ってほしい。
26	説明がかぶっているところが多く時間が長くなった。
27	次回は外から見た意見（他市区関係者、大学区関係）を聞きたい。
28	在宅医療連携支援室は活用していきたいと思います。

「いつまでも住み慣れた地域で暮らす」 ～暮らしを支える医療と介護の連携～



自分や家族が高齢になった時、医療と介護が必要となった時、住み慣れた地域で暮らすためには、どのような支援が必要でしょうか？

これからの医療と介護について学び、在宅療養について考えてみませんか。

日 時 平成 29 年 2 月 4 日（土）午後 2 時（開場 1 時 30 分）～4 時 30 分

会 場 スイグホール（武蔵野市境 2-14-1）

定 員 130 名（申込順）

プログラム

◆「病院から暮らしの場へ」～自宅での生活を見据えた退院支援～

齋藤 恭子 氏（武蔵野赤十字病院医療連携副センター長・看護師長）

◆「暮らしを支える医療」～かかりつけ医と上手につきあう～

渡辺 滋 氏（武蔵野市医師会会長）

◆「暮らしを支える介護」～介護職の役割～

平山 貴之 氏（武蔵野市訪問介護事業者連絡会議会長）

◆ 武蔵野市における在宅医療・介護連携

田原 順雄 氏（武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会会長 武蔵野市医師会副会長）

石井 いほり氏（武蔵野市医師会 在宅医療介護連携支援室）

勝又 玲子（武蔵野市健康福祉部地域支援課）

申込方法

裏面の参加申込書にご記入いただき、
ファックス（0422-51-9218）にて
お申し込みください。申込期限 1月31日（火）

問合せ・申込先

武蔵野市健康福祉部地域支援課
〒180-8777 武蔵野市緑町 2-2-28

電 話 0422-60-1941

FAX 0422-51-9218

Eメール SEC-CHIKI@city.musashino.lg.jp

13 在宅医療・介護連携推進協議会通信

在宅医療・介護連携推進事業の状況を、広く周知するために「武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会通信」(以下 通信)を作成し、医療・介護関係者に配布するとともに、市ホームページに掲載している。

	発行日
vol. 1	平成 27 年 8 月 28 日
vol. 2	平成 27 年 12 月 25 日
vol. 3	平成 28 年 6 月 27 日
vol. 4	平成 28 年 10 月 25 日
vol. 5	平成 29 年 5 月 2 日



平成 29 年 2 月 4 日 (土)
在宅医療・介護連携推進協議会 講演会の様子

武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業

国の定める8事業（ア）～（ク）の取り組みについて

8事業	武蔵野市の取組方針 (平成27年7月)	平成27年度	平成28年度の取り組み	平成28年度の実績
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	・医療・介護サービスマップの作成 ・武蔵野市介護サービス事業者リストの活用	・既存資料の活用と情報収集	・医療・介護連携に必要な情報の抽出 ・リハビリテーション実施機関名簿のWEB化	・リハビリテーション機関名簿のWEB化 ・既存資料の活用 【(ク)再掲】
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・「在宅医療・介護連携推進協議会」を設置し、武蔵野市における医療・介護連携のルール等を協議	・平成27年7月 協議会設置 ・4部会の設置	・協議会の開催 ・事業項目(ア)(オ)について協議 ・4部会の活動を継続	・協議会の開催 ・4部会の活動を継続
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	・訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化のための訪問看護ステーションへの補助金の新設 ・退院時支援の課題抽出 ・多職種連携ツール	・「入退院時支援部会」の設置 ・脳卒中のセルフマネジメント支援のモデル事業(※)への協力 ・入・退院時の必要情報 ・多職種連携ツールとしての脳卒中地域連携バス(その3)(その4)の活用についての試行 ・訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化	・脳卒中地域連携バス(その3)(その4)を活用した多職種連携の推進 ・訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化 ・認知症初期集中支援チームの設置	・「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等」における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業」への協力の強化 ・訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携強化 ・訪問看護利用者総数 740名中89.3%が事業対象者(平成28年11月審査分) ・認知症初期集中支援チームの設置
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	・脳卒中地域連携バス、もの忘れ相談シート等既存のツールの検証と改善 ・ICTの活用によるリアルタイムな情報共有の促進	・「ICT連携部会」の設置・関係者合同会議の開催 ・「武蔵野市におけるICT連携のルール(案)」を検討	・ICT活用の進捗管理と課題抽出、対応策の検討	・ICT活用の進捗管理と課題抽出 ・活用の実際を共有するための「活用事例集」の作成
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	「在宅医療介護連携支援室」を武蔵野市医師会に設置し、医療・介護関係者の相談・調整を行う	・毎月10件程度の相談対応 ・医師会の窓口として(ア)～(ク)の関係事業への参加協力	・相談内容の分析と課題抽出	・毎月10～15件の相談対応 ・医師会の窓口として(ア)～(ク)8事業への参加協力
(カ) 医療・介護関係者の研修	・地区別ケース検討会等の活用 ・テーマ別研修会 ・多職種合同研修会	・「多職種連携推進・研修部会」の設置 ・「脳卒中地域連携合同研修会」 ・「多職種連携合同研修会」	・多職種連携に関するテーマ別研修会	・多職種合同研修会 平成28年8月2日 70名参加
(キ) 地域住民への普及啓発	・健康づくり事業団による情報提供・普及啓発 ・講演会、シンポジウム等の実施	・「普及・啓発部会」の設置 ・リーフレットの作成 ・武蔵野市地域医療連携フォーラム(平成27年度第12回テーマ 地域で支える在宅医療～多職種連携による地域包括ケアシステムを考える～) ・ケアリンピック武蔵野2015	・「在宅療養ガイドブック(仮称)の作成と配布 ・シンポジウム ・ケアリンピック武蔵野2016(在宅医療・介護連携)	・在宅療養に関するリーフレットの作成 ・講演会「いつまでも住み慣れた地域で暮らす」の開催 平成29年2月4日 173名参加 ・ケアリンピック武蔵野2016 平成28年11月26日 963名参加
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	・東京都多摩府中保健所等との連携による圏域のネットワーク強化	・北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会 ・三鷹武蔵野認知症連携を考える会	・既存のネットワークの強化 ・リハビリテーション実施機関名簿のWEB化(再掲)	・既存のネットワークの強化 ・リハビリテーション機関名簿のWEB化【(ア)再掲】