

武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業

平成 30 年度 活動報告書



令和元（2019）年 8 月

武蔵野市

目次

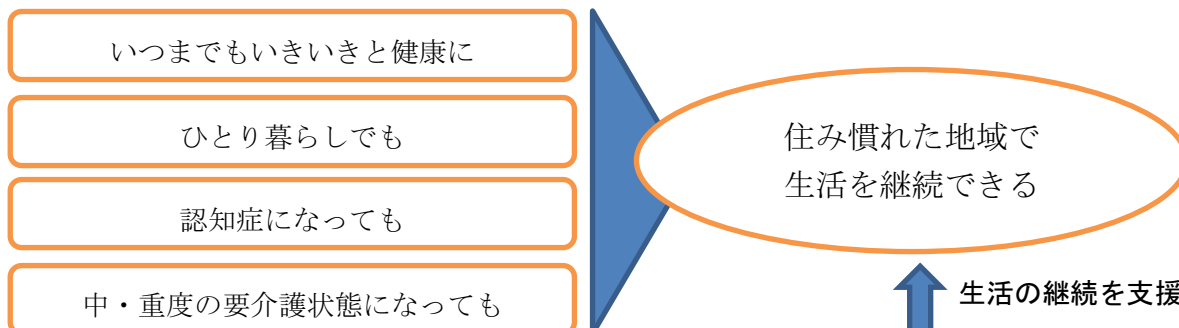
武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業

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、5部会の設置	4
7	平成30年度 協議会・部会の開催	6
8	平成30年度 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会	7
9	平成30年度 5部会の活動報告	7
1)	入退院時支援部会	7
2)	認知症連携部会	13
3)	I C T連携部会	14
4)	多職種連携推進・研修部会	16
5)	普及・啓発部会	19
10	武蔵野市在宅医療介護連携支援室	25
11	在宅医療・介護連携推進協議会通信	28
12	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
[資料編]		
・	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱	33
・	平成30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	37
	認知症連携部会	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
・	市民セミナー「住み慣れた地域で、最期まで自分らしく暮らし続けるために」ちらし	43
・	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会通信 8	45
・	入院時情報連携シート運用マニュアル	56
・	【入院時情報連携シート】	57
・	【入院時情報連携シート】管理表	58

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7期介護保険事業計画より)

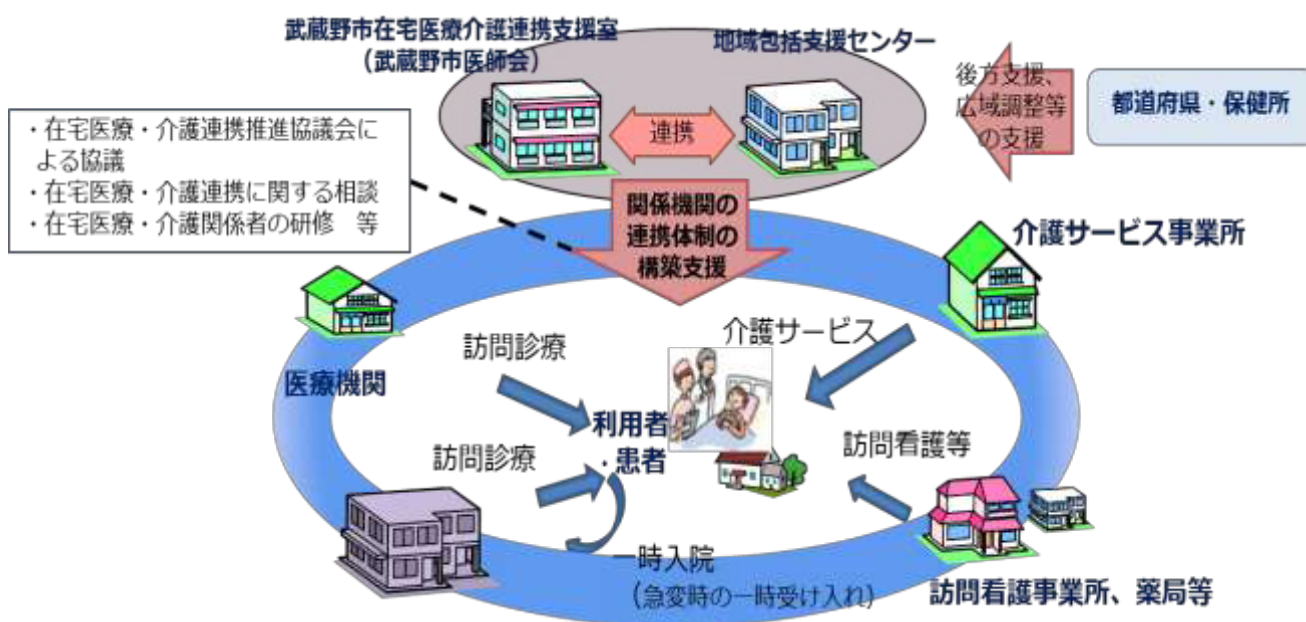


医療と介護の連携

- 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

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

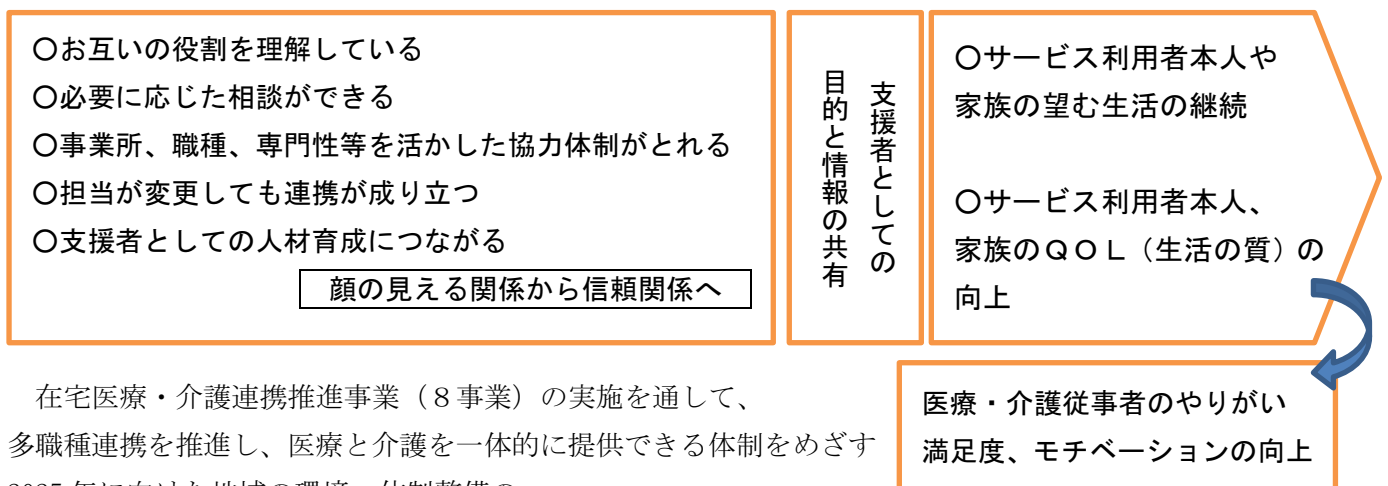
<p>（ア）地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能把握し、リスト・マップ化 ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査 ◆ 結果を関係者間で共有 	<p>（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>（キ）地域住民への普及啓発</p> <ul 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 	<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

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	●「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	●「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	●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

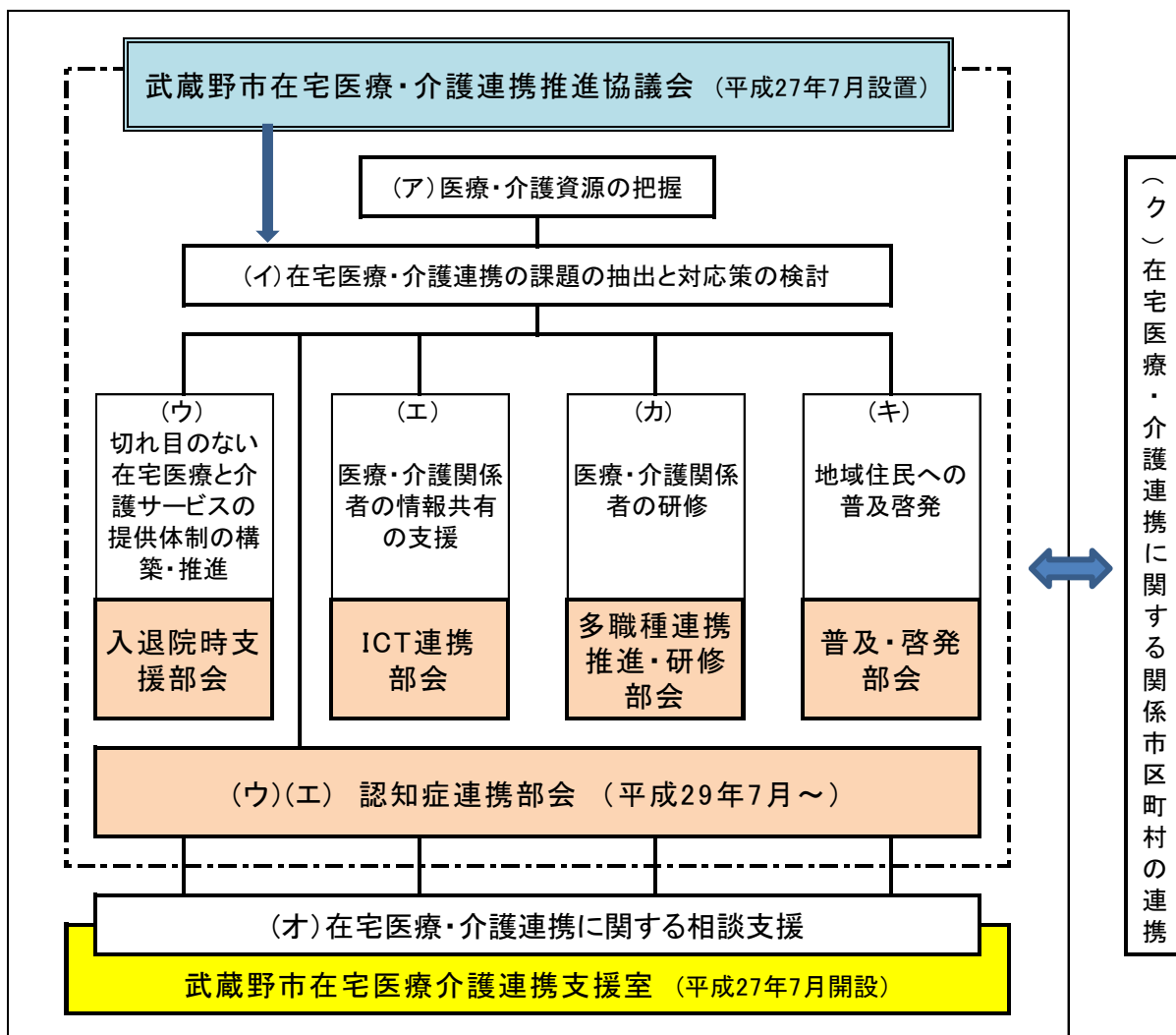


在宅医療・介護連携推進事業（8事業）の実施を通して、多職種連携を推進し、医療と介護を一体的に提供できる体制をめざす2025年に向けた地域の環境・体制整備の一つ。

6 在宅医療・介護連携推進事業（8事業）の関連と協議会、5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。

平成30年度は、①入退院時支援 ②ICT連携 ③多職種連携推進・研修 ④普及・啓発 ⑤認知症連携の5部会を開催した。



1) 在宅医療・介護連携推進協議会の設置

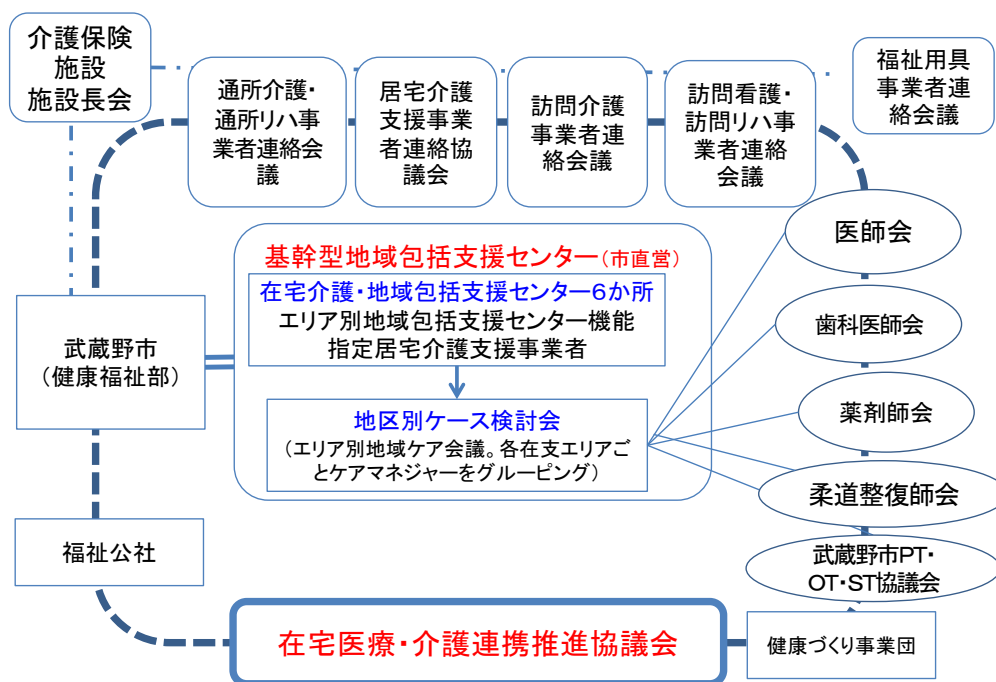
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討（イ）を行う場として、医療・介護関係者からなる「在宅医療・介護連携推進協議会」を設置（平成27年7月）

【構成メンバー】

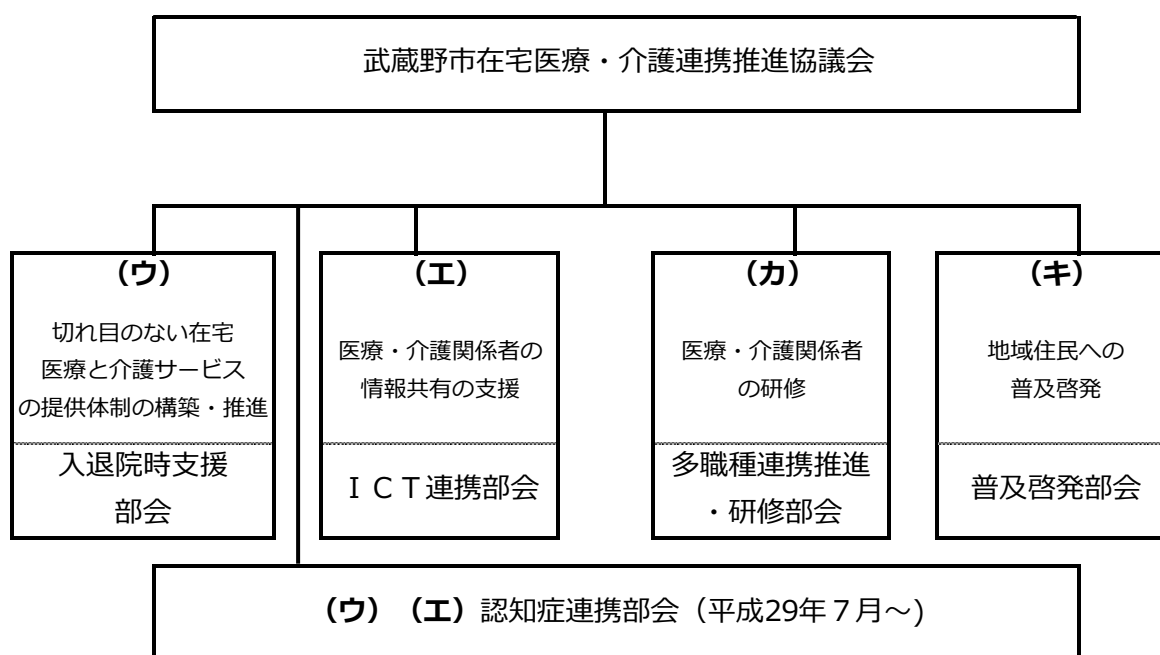
- 武蔵野市医師会 ○武蔵野市歯科医師会 ○武蔵野市薬剤師会 ○武蔵野赤十字病院
- 居宅介護支援事業所 ○訪問介護事業所 ○訪問看護・訪問リハビリテーション事業所
- 通所介護・通所リハビリテーション事業所 ○地域包括支援センター(基幹型)
- 在宅介護・地域包括支援センター ○障害者福祉課 基幹相談支援センター
- 地域活動支援センター ○武蔵野市福祉公社 ○武蔵野健康づくり事業団
- 東京都多摩府中保健所 ○武蔵野市

計18名

【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 5 部会を設置し、具体的な協議を行っている。



7 平成30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・研修部会	普及啓発	認知症連携
30	4	14	土	医療連携フォーラム					
	6	14	木	在宅療養担当者連絡会					
	7	6	金				第1回(18名)		
		23	月	第1回協議会(17名)					
		25	水		第1回(16名)				
	8	1	水				第2回(21名)		
		7	火						第1回(17名)
		9	木					第1回(12名)	
	9	12	水		第2回(18名)				
		21	金					第2回(12名)	
		27	木				合同グループワーク (参加78名、FAL・事務局 合計100名)		
	10	18	木				第1回(13名)		
		24	水					第3回(13名)	
		29	月					第3回(19名)	
		30	火						第2回(16名)
	11	1	木	第2回協議会(17名)	第3回(16名)				
30		金					第4回(12名)		
	12	水							
12	19	水	市民と市長のふれあいトーク						
31	1	18	金		第4回(16名)				
		22	火				第5回(12名)		
		25	金				第4回(15名)		
		31	木					第3回(18名)	
	2	7	木	第3回協議会(18名)					
		16	土	市民セミナー(178名)					
		21	木	在宅療養担当者連絡会					
3	5	火			第2回(16名)				
	11	月					小規模セミナー(7名)		

※市民と市長のふれあいトーク：市長が市民との対話を通じ、地域の課題等、様々な意見や提案を聴き、今後の市政運営に活かすことを目的として、平成30年2月から開催。12月19日は、「在宅医療・介護の連携の課題」をテーマに開催。

8 平成30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23日(木)

- ①平成29年度報告
- ②平成30年度の取り組みについて
今年度より医師会在宅医療介護連携支援室長が委員として参加。

第2回協議会 11月1日(木)

- ①平成30年度の進捗と今後の予定について

第3回協議会 2月7日(水)

- ①平成30年度の活動実績について
- ②平成31年度の活動計画について



9 平成30年度 5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)

《現状と課題》

- 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情報を提供するためのルールが必要である。
- 退院時におけるかかりつけ医との連携強化が必要である
- 後方支援病床の仕組みの整理が必要である。

《平成30年度の活動内容》

第1回部会 7月25日(水) 16名参加

- ①平成29年度部会の活動報告
- ②平成30年度部会の進め方について

コア会議 8月23日(木) 5名参加

- ①入院時に提供する情報についての調査の結果検証

第2回部会 9月12日(水) 18名参加

- ①入院時情報連携シートの内容について
- ②入院時情報連携シートの試行時期について

第3回部会 12月12日(水) 16名参加

- ①入院時情報連携シートの試行結果について

第4回部会 1月18日(金) 16名参加

- ①入院時情報連携シートの活用状況のまとめ
- ②平成31年度の部会について

入院時に、多職種が情報連携や支援目標が共有できるツールの検証を行った。

○現状

- ・平成 30 年度の介護報酬改定において、「入院時情報連携加算」の算定要件に、介護支援専門員から入院 3 日以内に、医療機関へ必要な情報を提供することがあげられている。
- ・病院が必要とする患者情報と介護支援専門員が提供する情報のすり合わせができていない。
- ・情報提供の方法が各事業所で異なり、また医療機関の情報を受ける窓口も明確にされていない。
- ・介護支援専門員からの情報を病院がどのように活用しているかが見えない。



**入院した利用者（患者）の在宅での状況について、
病院の必要とする情報をスピーディーに提供する仕組みを作る。**



病院 ⇒ 情報受取

入院 3 日までに病院が必要とする情報について調査する。

- ・対象病院：市内の 9 病院
- ・調査方法：アンケート調査

介護支援専門員 ⇒ 情報提供

病院へ提供している情報内容を把握する。

- ・対象事業所：居宅介護支援事業者連絡協議会幹事事業所
- ・調査方法：アンケート調査
使用している情報用紙の内容



- ・アンケート結果をもとに、

「入院時の情報連携シート」と

「入院時情報連携シート運用マニュアル」 を作成。

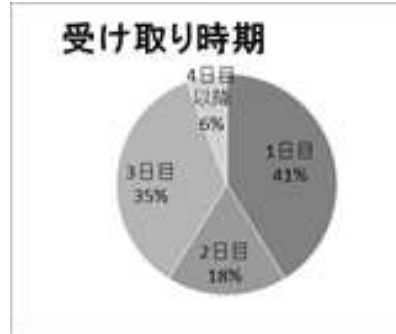
- ・作成した「入院時情報連携シート」を、10 月 1 日より 2 か月間、在宅介護・地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者合わせて 17 事業所が 9 病院で試行（いずれも市内）。

「入院時の情報連携シート」の試行結果

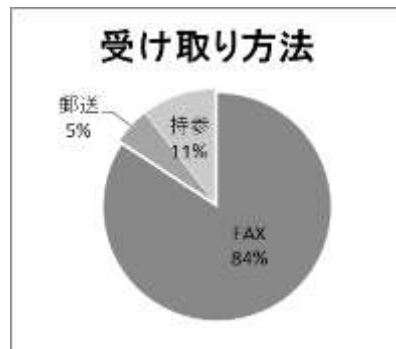
<病院編：17件（市内5病院）>

1. 入院時の情報連携シートの受け取り状況

受け取り時期	件数
1日目	7
2日目	3
3日目	6
4日目以降	1
合計	17



受け取り方法 (複数回答あり)	件数
FAX	16
郵送	1
持参	2
合計	19



2. 入院時の情報連携シートの内容について

<無くても良いもの>

- ・特になし
- ・医療機関名
- ・患者 ID
- ・事前個人情報の電話番号や連絡先

<その他>

- ・特記事項は看護師が重視しているのでスペースを広くして欲しい。
- ・入院直後にアナムネ聴取するため、ほとんど情報は取れているが、独居や老々世帯で情報が取れない時は必要。

3. 退院前カンファレンスの実施状況

カンファレンス	件数
受け取り件数	17
必要性「有」	12
実施件数	3

<実施しなかった理由>

- ・施設入所となったため
- ・死亡退院
- ・入院治療継続中
- ・大人数で集まる程ではなかった
- ・個別対応で可能だった
- ・ショートステイ入院
- ・再入院だった
- ・サービスの必要性がなかった

4. 今後の活用について

全ての医療機関が継続運用は可能と回答



他に活用できる場面として…

- ・ 緊急入院の打診、レスパイト入院の打診、転院・他施設入所、在宅からのショートステイ等。

5. 入院時情報連携シートの効果・成果

- ・ 患者・家族の思いや考え方がわかり、ケアに入りやすい。
- ・ 在宅復帰要件は、在宅に戻るためには重要な情報なので助かる。
- ・ 退院前カンファレンス実施の参考になった。
- ・ 病棟スタッフの情報管理の方法などまだ整っていないところがあるが、正しく理解しようとするスタッフが増えたので効果があったと考える。
- ・ シート運用について現場側でばらつきがあり、効率的な運用がなされていない。(現在改善中)

6. その他、運用等に関する意見

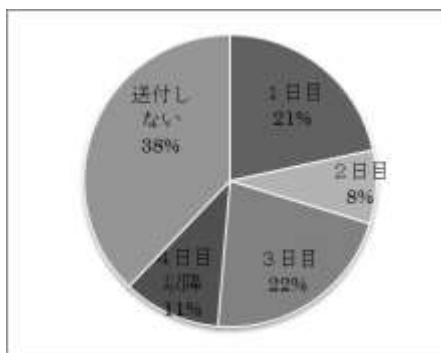
- ・ 何時頃退院できる予定なのか等を、ご家族・病院に確認して頂けると退院調整が早い段階でできるのではと感じる。
- ・ 急性期病院を経て回復期病棟に入院した患者にも届いたが、入院判定時に情報を取っているのどこまで必要かは不明。
- ・ 運用数が少ないので評価しにくい。
- ・ FAX ないし来院での受け取りで運用面は問題ない。ただ、情報が届くタイミングが遅いと、入院時の情報収集からもれてしまい、活用されない傾向があるので、早めに情報が欲しい。
- ・ 入院 3 日目ではほとんど情報は取れてしまっているため、当日も含め知りたい情報を確認して送った方が無駄がないのではないか。
- ・ シート全てを網羅して記入してもらいたいケースは、限定されてくると考えられる。
- ・ 繰り返す入院には不要。

<ケアマネジャー編：37件

(市内在宅介護・地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者17事業所) >

1. 「入院時情報連携シート」の送付状況

日数	件数
1日目	8
2日目	3
3日目	8
4日目以降	4
送付しない	14
合計	37



<3日以内に送らなかった理由 >

- ・電話と訪問で情報共有していたため。
- ・3日間の期限を忘れていたため。

<送付しなかった理由>

- ・週末の入院で症状の変化が激しく生命の危険があった。
- ・退院日が決まっていたため。
- ・再入院のため、前月にカンファ済み。
- ・入院日から家族、関係者と電話、メール、訪問等に対応。

2. カンファレンスの希望と実施状況

カンファレンス希望あり 7件 → 実施 5件 実施率71%

3. 入院時情報連携シートを使用した効果

- ・カンファレンスが実施できた。
- ・ケアマネジャーの要望、目的が伝わったことで、病院担当者と具体的に連携が図れた。
- ・家族に翌日記入してもらい、病院もシートを理解しすぐに対応してくれたので、うまくつなげることができた。
- ・病院に持参したことで、自宅での血糖コントロールや生活状況を直接伝えることが出来た。
- ・Dr. の対応が丁寧だった。
- ・再入院だったため、病院からの1か月後の情報提供書とかぶった内容となったが、前回退院後のサービス追加状況は報告できた。
- ・前回のシート送付と電話、訪問で、老健入所の手続きがスムーズに進んだ。
- ・まだ効果は不明。

4. 入院時情報連携シートを試行した意見、感想

- MSW より、「患者 ID までには必要ないです」と言われたので、省略した。
- 患者 ID で送っても、病名等の記入をするのであれば、あまり意味がない。
- 手術後すぐリハビリ目的の転院が決まっていたので、手術した病院には連携シートを送付せず、転院先の病院にだけ送付した。
- 新規のケアプランで契約一週間後に入院。入院時情報連携シートを送ったが、サービス開始前だったため、加算の対象にはならなかった。
- 記入しやすかった。書式を市や医療連携室のホームページに載せてもらえると、より使いやすくなるのではないか。
- 事業所として入退院加算を算定しない方針なので、使用しなかった。病院から要請もなかった。要請があれば、電話や既存のシートで情報提供している。
- 10月初め、MSW が決まっていないとのことで、かなり電話をたらい回しにされた。
- 状態が大きく変化し、退院カンファを強く要望。MSW が決まっておらず、入院時情報連携シートを見ていない病棟看護師から連絡があった。
- 院内の連携がうまくいっていないと思った。

<アンケートの結果から見えてくること>

- 試行期間が短く十分な検証ができなかった。
- 入院時情報連携シートは、時間をかけて全て埋めるよりも、必要な情報を早く病院に渡すことの方が求められる。
- 病院もケアマネジャーも情報の受け渡しに対して体制を見直すことになった。
- 入院時情報連携シートは、あくまでもツールの一つであり、本人の状態がきちんと伝われば、どの手段を用いても構わない。

* 入院時情報連携シートは、来年度も継続実施します。

2) 認知症連携部会 **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）**
医療・介護関係者の情報共有の支援（エ）

《現状と課題》

- ・認知症対応における医療・介護連携の重要性、課題を再認識し、連携推進に向けた意識の共有、リアルタイムな関係性の構築が必要。
- ・認知症高齢者と家族を支援する医療・介護双方の支援機関が意識を共有し、連携を深めていくための具体的な仕組み作りについて検討を進める。

平成30年度は「効率的な情報伝達ツールの検討」、「迅速な対応スキームの検討」、「具体的なソリューションの提示」、「医療・介護双方のスキル共有機会の創出」について検討した。

《平成30年度の活動内容》

第1回部会 8月7日（火） 17名参加

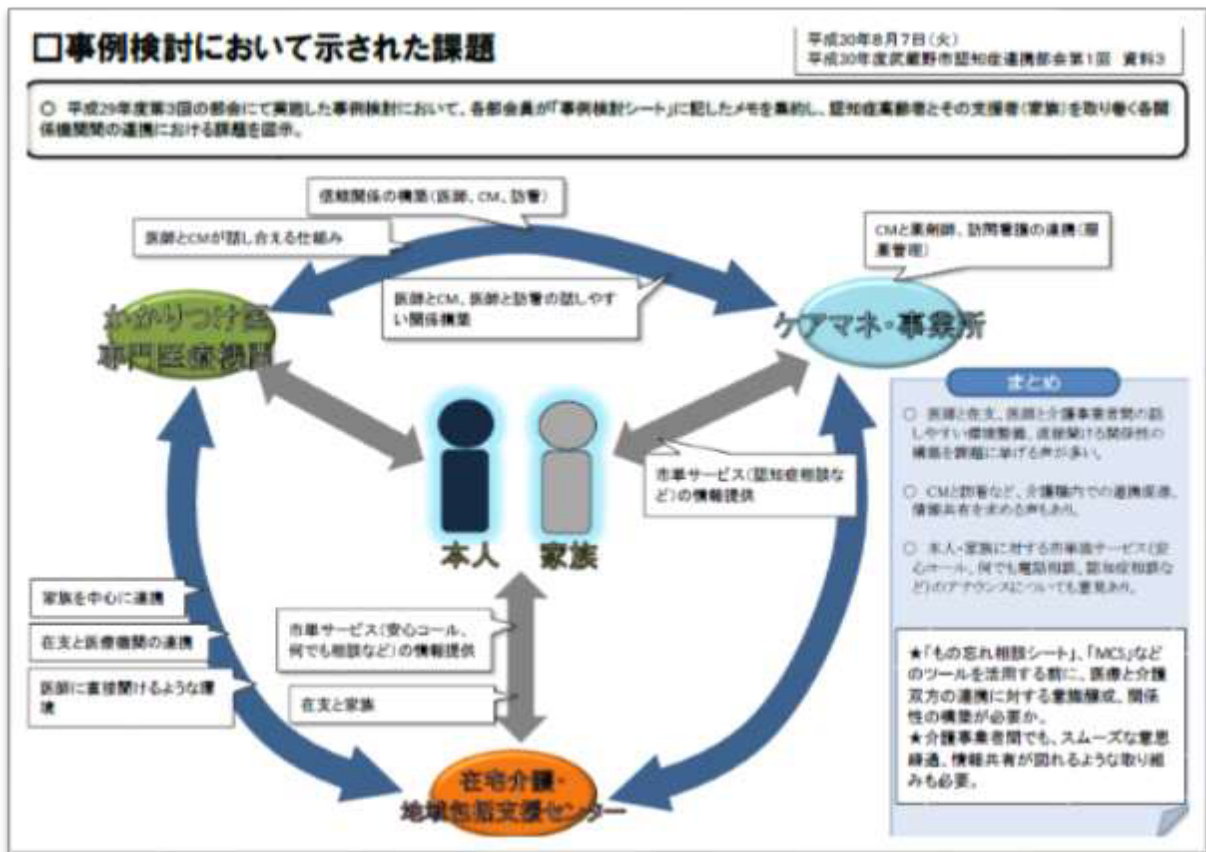
- ①平成29年度のもの忘れ相談シートの活用報告
- ②認知症高齢者の支援のための医療と介護の連携の仕組みについて

第2回部会 10月30日（火） 16名参加

- ①初期集中支援チームの活用事例報告
- ②「認知症初期集中支援事業」の概要、支援による成果と課題を整理

第3回部会 1月31日（木） 18名参加

- ①認知症高齢者を支援するための医療と介護のチームによる連携体制づくりについて
- ②次年度の取り組みについて



3) ICT 連携部会 医療・介護関係者の情報共有の支援（工）

《現状と課題》

- ICTはMCSだけではないので、他に情報発信、共有の手段も考える必要がある。
- MCSを有効に使用した事例を積極的に伝え、MCS活用の検討を行っていく。
- 在宅医療介護連携支援室のホームページを作成し、情報共有の幅を広げる。

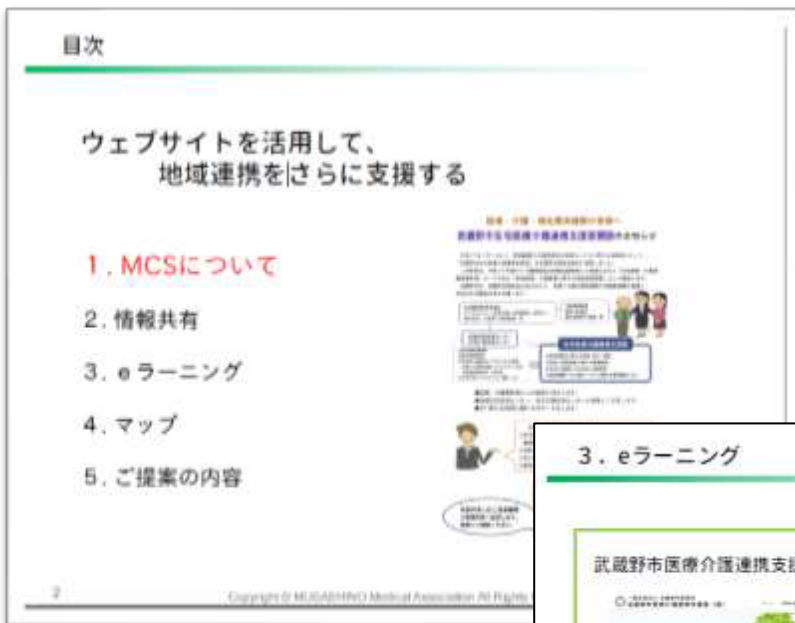
《平成30年度の活動内容》

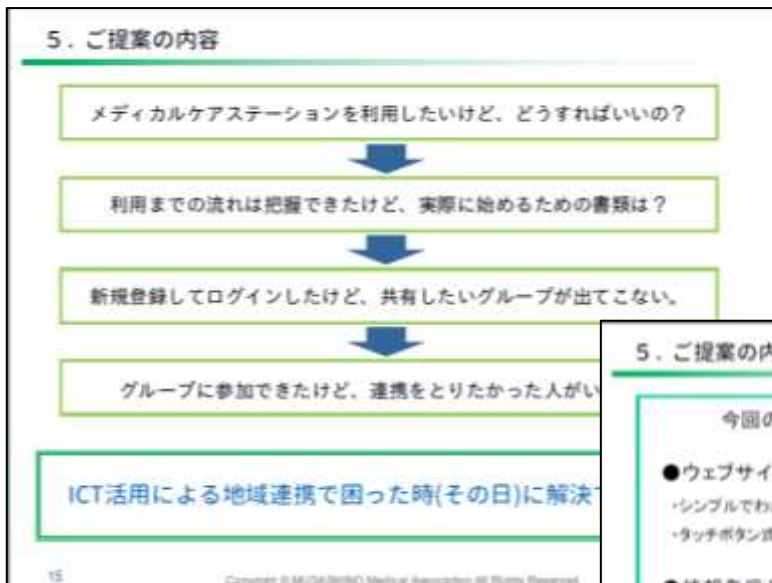
第1回部会 10月18日（木） 13名参加

- ①平成30年度部会の進め方について
- ②在宅医療介護連携支援室のホームページについて

＜ホームページの開設＞

- ①情報発信能力を高める。 →必要な情報がすぐに手に入る
- ②MCSをより普及させるツール →eラーニングでMCSの使い方の学習。
モラルやセキュリティに関する内容の再確認。





5. ご提案の内容

今回のご提案	今後について
<ul style="list-style-type: none"> ●ウェブサイトの構築 <ul style="list-style-type: none"> ・シンプルでわかりやすいデザイン ・タッチボタン式、直感で利用 ●情報発信と共有 <ul style="list-style-type: none"> ・お知らせ ・各部会などの新着情報の共有 ●eラーニング <ul style="list-style-type: none"> ・セキュリティの確保、ICTを安心活用 ●エコシステム型ケアマップ 	<ul style="list-style-type: none"> ●職種ごとのシステム利用 <ul style="list-style-type: none"> ・各種の情報や内容を共有化 ●ヘルプシステムと検証 <ul style="list-style-type: none"> ・困っていることや課題が見えてくる ・サポートした内容を自動的に利用 ●etc <ul style="list-style-type: none"> ・部会の賞状と検討

③ICT の活用状況と課題について

MCS 登録メンバー数		市内	市外
医師	68	53	15
歯科医師	42	33	9
薬剤師	78	53	25
訪問看護・訪問リハビリ	103	45	58
介護支援専門員	107	45	62
訪問介護	85	49	36
在宅介護・地域包括支援センター	23	18	5
地域包括支援センター	12	3	9
行政	7	7	0
その他	40	20	20
計	565	326	239

(平成 31 年 3 月 31 日現在)

第 2 回部会 3 月 5 日 (火) 16 名参加

- ①在宅医療介護連携支援室のホームページについて
- ②MCS の活用状況について
- ③次年度の部会について

4) 多職種連携推進・研修部会 医療・介護関係者の研修（力）

《現状と課題》

- 多職種連携推進・研修部会の連携を深めるために、3年間グループワークを開催してきたが、「良かった」「顔の見える関係ができた」で終わってしまっているのではないか。
- 合同グループワーク後、多職種の信頼関係の構築について行動変容を確認する必要がある。
- 合同グループワークの内容や結果を所属する団体にフィードバックする方法や情報発信の仕組みを考え、多職種連携の裾野を広げる。

今年度は部会のテーマを「薬に関すること」とし、多職種連携の裾野を広げることとした。

《平成30年度の活動内容》

第1回部会 7月6日（金） 18名参加

- ①平成30年度部会の進め方について

第2回部会 8月1日（水） 21名参加

- ①合同グループワーク（9月27日）について
- ②合同グループワーク後のアンケートの内容について

多職種合同研修会（グループワーク） 9月27日（木） 78名参加

「薬に関すること」をテーマに、情報を共有。

第3回部会 10月29日（月） 19名参加

- ①合同研修会、合同グループワークの振り返りと今後の進め方について
- ②合同研修会3か月後アンケートについて

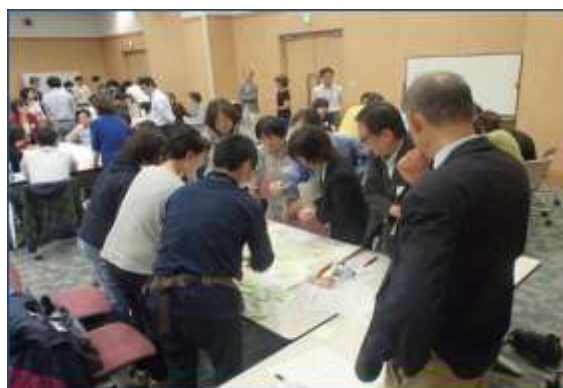
第4回部会 1月25日（金） 15名参加

- ①合同研修会3か月後アンケート結果について
- ②次年度の取組みについて

<開催概要>

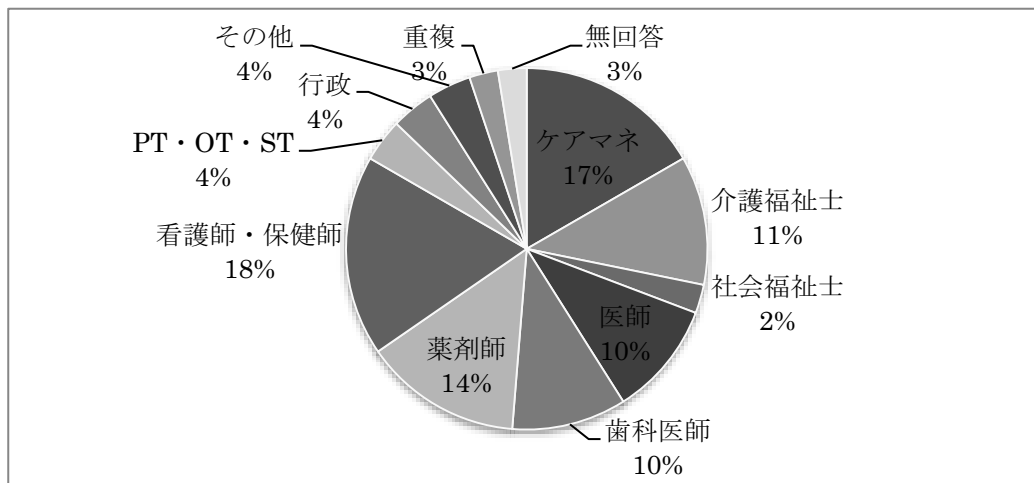
対 象	在宅医療・介護連携推進協議会を構成する団体から推薦された者
日 時	平成30年9月27日（木） 午後7時から9時まで
場 所	武蔵野市役所西棟8階 811会議室
内容等	グループワーク（1グループ9名×9Gを目安とする）78名参加

<グループワークの様子>



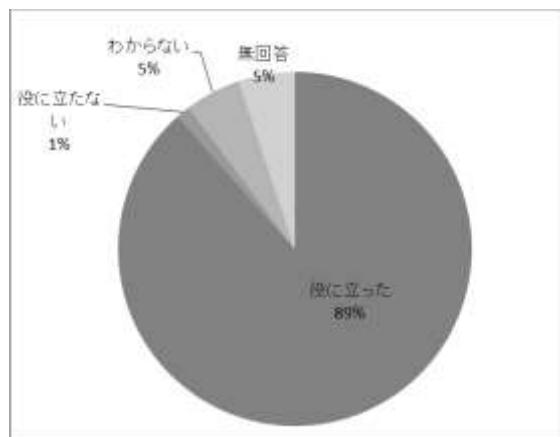
<グループワーク参加者の内訳 【参加者合計 78 名】 >

医師会	8	訪問看護・訪問リハ	9
歯科医師会	9	通所介護・通所リハ	8
薬剤師会	9	在支・包括	8
居宅介護支援事業者	9	行政（保健所含む）	9
訪問介護	9		

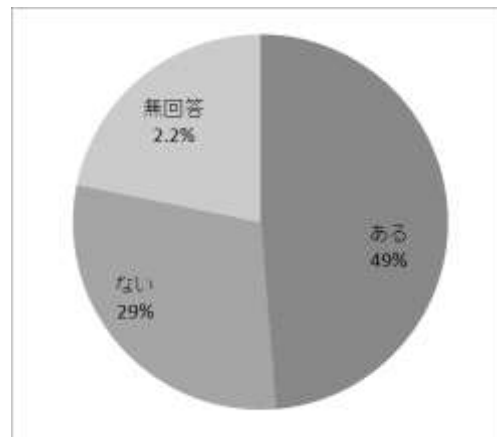


<アンケート結果>

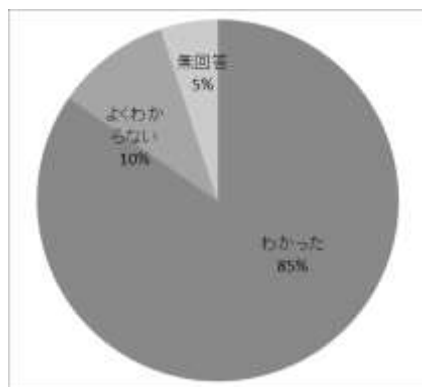
顔の見える関係づくりに役立ちましたか？



連携で困ったことはありますか？



相談先が分かりましたか？

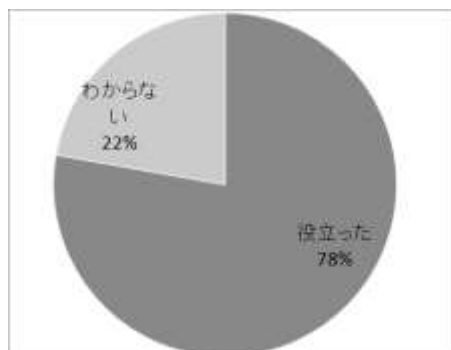


回収状況

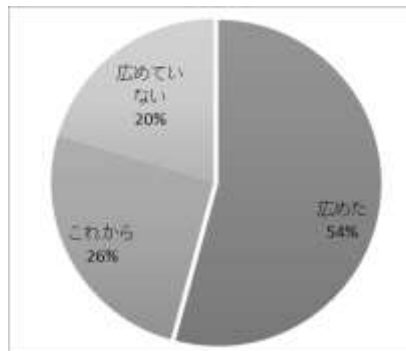
職種	配布	回収	回収率 (%)
医師	9	7	77.8
科医師	9	6	66.7
薬剤師	9	8	88.9
居宅	9	6	66.7
訪問介護	9	5	55.6
訪看・訪リハ	9	7	77.8
通所系	9	7	77.8
在支・包括	9	7	77.8
その他	9	7	77.8
合計	81	60	74.1



連携時研修が役に立ちましたか。



学んだことを周囲に広めましたか。



<合同研修会後3か月後のアンケートから見える事>

- ・研修会前よりも、連携が取りやすくなった（研修が役に立った）
- ・検証期間が3カ月と短かったため、連携を取らなかった方もいたが、連携を取った方の78%は研修が役に立っている。
- ・連携の事例も幅広く、多岐に渡っている。
- ・職種ごとの研修で「薬」をテーマにするとところが出てきた。
→研修に出ていない人にも広まっていく（すそ野が広がる）。

<合同研修会実施の効果・広まり>

○職種ごとに薬に関する研修を行うなど、広がる動きがある。

step 1 職種の代表が合同研修に参加する。

step 2 合同研修会で取り上げたテーマの専門家を講師として職種ごとに個別の研修を行う。

step 3 1つのテーマを複数の職種で研修を主ない、多職種の連携を深める。

5) 普及・啓発部会 地域住民への普及啓発（キ）

《現状と課題》

- 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。
- 自分や家族が高齢や病気になった時、もしくは人生の最期を迎える時期にどのような暮らしを望むのかを考え、家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合っていくこと（ACP）が重要であることを市民に伝え、在宅医療と介護の連携についての理解を促進する。

《平成30年度の活動内容》

第1回部会 8月9日（木） 12名参加

- ①平成30年度部会の進め方について
 - ・市民セミナーについて
 - ・小規模セミナーについて

第2回部会 9月21日（水） 12名参加

- ①市民セミナーについて
- ②小規模セミナーについて

第3回部会 10月24日（水） 13名参加

- ①市民セミナーについて

第4回部会 11月30日（金） 12名参加

- ①市民セミナーについて
- ②小規模セミナーについて

第5回部会 1月22日（火） 12名参加

- ①市民セミナーについて
- ②小規模セミナーについて

市民セミナー 2月16日（土） 178名参加

「住み慣れた地域で、最期まで自分らしい暮らしを続けるために」

～いのちの終わりについて話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP）～

【日 時】 平成31年2月16日（土） 午後2時～4時（開場：1時30分）

【場 所】 武蔵野スイングホール（武蔵野市境2-14-1）

【対 象 者】 市民、医療・介護関係者

【内 容】 ◆人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスについて
～意思決定支援としてのACP～

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

◆最期まで自分らしく暮らし続けるための訪問看護と新しいサービス＝かんたき
千葉 信子 氏（ナースケアたんぼぼの家管理者）

◆終のすみかとしての特養～施設における看取りについて～
大久保 実 氏（吉祥寺ナーシングホーム施設長）

◆講演のまとめと質疑応答

田原 順雄 氏、千葉 信子 氏、大久保 実 氏、井上 俊之 氏

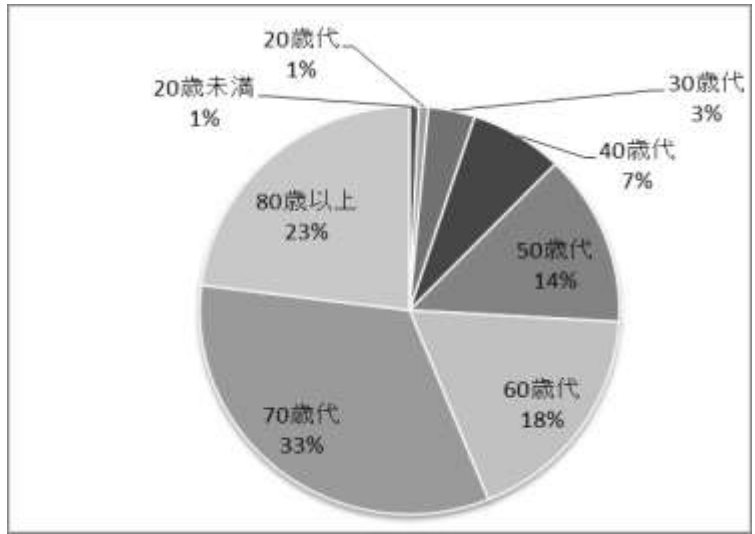
【参加人数】 178名

【アンケート結果】

アンケート回収数：139（回収率：78.1%）

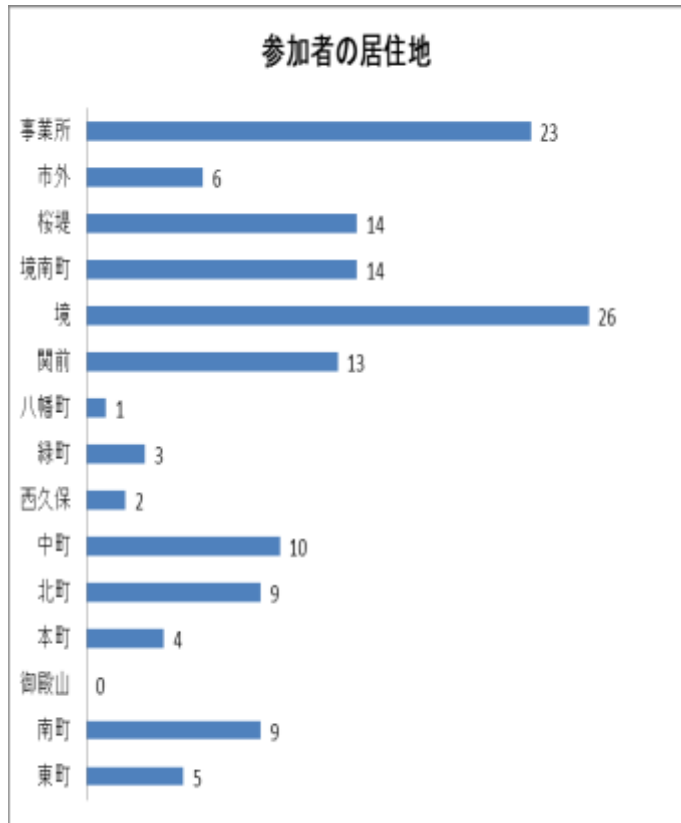
1. 参加者の年齢構成

年齢	人数	%
20歳未満	1	1
20歳代	1	1
30歳代	5	3
40歳代	10	7
50歳代	19	14
60歳代	25	18
70歳代	46	33
80歳以上	32	23
合計	139	100

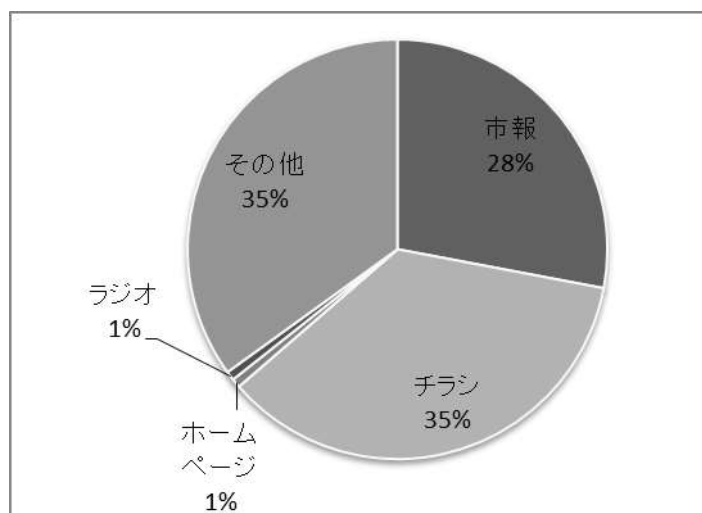


2. 参加者の住所

町名	人数
吉祥寺東町	5
吉祥寺南町	9
御殿山	0
吉祥寺本町	4
吉祥寺北町	9
中町	10
西久保	2
緑町	3
八幡町	1
関前	13
境	26
境南町	14
桜堤	14
市外	6
事業所	23
計	139



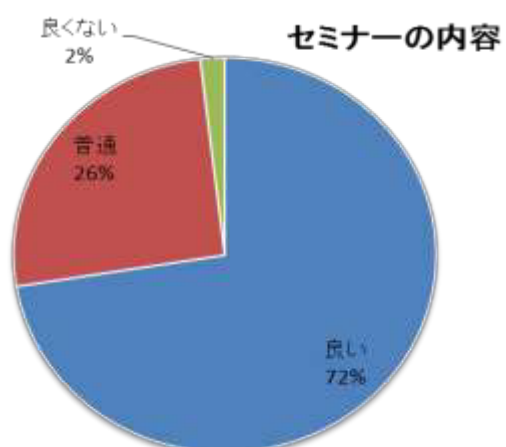
3. 本日のセミナーについてどこで知りましたか？（複数回答あり）



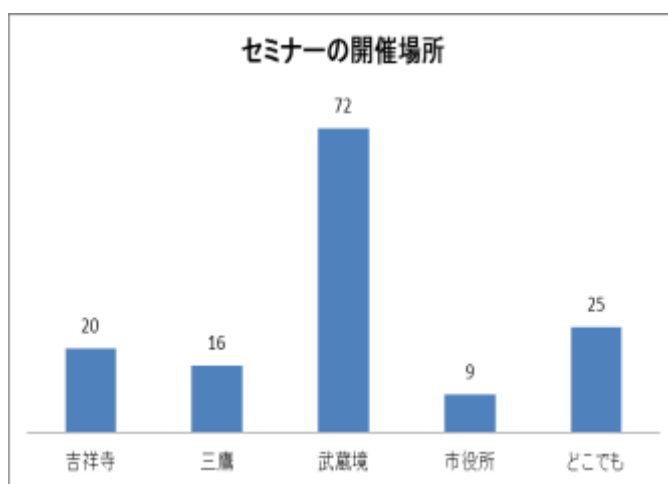
<来場者について>

- ・セミナー参加者：178名 アンケート回答者：139名
- ・アンケート回収率：78.1%
- ・参加者は70歳台が最も多く、次いで80歳台。60歳台以上で74%を占めている。
- ・会場がスイングだったこともあり、関前より西の地域からの参加が多い。
- ・市報、チラシと同じ割合で、口コミ（誘われた）が多かった。誘い合わせて参加していることが分かる。

4. セミナーの内容はいかがでしたか？



5. セミナーの開催場所はどこが良いですか？（複数回答あり）



<セミナーの内容について>

- ・72%の方が良かったと回答。普通と答えた方と合わせると98%になる。
- ・ACPやかんたき、施設での看取りについて、知ることができて勉強になった、参考になったとの意見が多かった。
- ・マイクの音量、舞台への階段等、設備について、改善すべき点があった。

<セミナーの開催場所について>

- ・参加者の居住地域が関前より西に偏っているためか武蔵境の希望が一番多いが、どこでも良いと言う意見も2番目に多く、17.4%あった。

6-1. 講演の内容について（抜粋）

<田原氏>

- ・新しい情報も多く、現場で活躍されている先生のお話なので入りやすくわかりやすかった。
- ・もう少し具体的な話がほしかった。田原先生のお話自体は興味深くもっとお聞きしたいと思う。
- ・看取りを行う上でACPは大事になっていると感じていたなのでその話が聞けて良かったです。
- ・まだまだと思わないで、エンディングノートを作っておくのは大事。
- ・最近の傾向などわかりやすく興味深かった。
- ・仕事上、高齢者を看取ることが多いが、ほとんどは本人ではなく親族の意向が優先されるので考えさせられる。

<千葉氏>

- ・先進的な取り組みだと思います。
- ・この様なサービスがあることが分かり良かった！
- ・いつでも相談ができる事を感じた。
- ・開設間もないなかですでに地域に密着し貢献されている様子がわかった。
- ・具体例を話していただけたのでイメージがもてた。
- ・かんたきの機能や利用方法の説明を期待していた。
- ・自宅で最期を迎える方法を具体的に知りたかった。どうやったら自宅で最期を迎えられるのでしょうか。

<大久保氏>

- ・事例をいろいろと聞くことができてよかった。
- ・看取りに立ち会った家族の言葉が心に響きました。
- ・施設での見取りができることを知りました。
- ・高齢者の気持ち、家族の気持ち、そして看取るスタッフの気持ち等が話し拝聴できて勉強になった。
- ・「在宅と施設の看取りの違い」を聞きたかったです。

6-2. その他の意見

<セミナーの内容について>

- ・誰でもが自宅で最後を迎えたいと願っているが、在宅での家族の介護の協力が必要。
- ・ケアを支えるための経済的な問題も大きいと思った。
- ・身内が遠方で近くに身内がない者にとって頭の痛い事柄です。
- ・キーパーソン不在ケースの支援について教えていただきたいです。
- ・誰でもが自宅で最後を迎えたいと願っているが、在宅での家族の介護の協力が必要。
- ・ケアを支えるための経済的な問題も大きいと思った。
- ・身内が遠方で近くに身内がない者にとって頭の痛い事柄です。

<ACP について>

- ・ACP は本人が死を受容していること、会議の開催を本人が希望（自己決定）していることを大前提にすべきと思いました。
- ・ACP という事を今回初めて知ったので今後も学んでいきたいと思う。
- ・元気だった親が大病し、ACP を初めて意識しました。今日の資料をきっかけに人生会議をしたいと思います。
- ・エンディングノートを書こうと思った。

<まとめの時間について>

- ・最後のまとめの4名の方のお話はとてもよかったと思います。
- ・最後のまとめがとても参考になりました。一人一人の話よくわかりました。
- ・医療の現場におられる方々、特に田原先生、井上先生のお話を伺え、参考になりました。
- ・最後の井上先生のお話しは分かり易かった。
- ・田原先生の質問にそれぞれの立場で答えて頂き参考になった。

<市民セミナーの様子>



小規模市民セミナー 3月11日(月)

「久子さんの物語～このまちで、最期まで暮らしたい～」の鑑賞と、意見交換

【日 時】 平成31年3月11日(月)

【場 所】 iki なまちかど保健室

【対 象 者】 市民

【内 容】 ①2017年度ケアリンピックで上演した「久子さんの物語」のDVDを鑑賞。
②参加者同士で自由に感想・意見を述べ、医療・介護関係者(部会員)と意見交換を行う。中でこれからの自分の望む人生について今から考える。
③自分の望む人生について、普段から意思や希望を伝えていくことの大切さを理解し、困った時の相談先を確認する。

【参加人数】 7名(普及・啓発部会員4名)

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）

○平成 27 年 7 月 1 日、武蔵野市医師会館内に設置。医療・介護関係者からの相談に対応。

《現状と課題》

- 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。その積み重ねにより、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。

《平成 30 年度の実績》

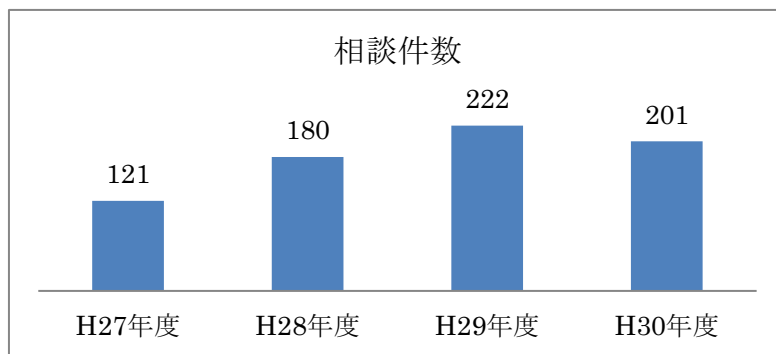
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
相談内容	在宅療養	ケース数	12	16	16	21	18	16	19	21	16	17	16	13	201	
		在宅療養調整	6	6	7	8	9	7	5	6	3	3	3	5	68	
		ショート、入院所調整	2				3	5		3		1		2	16	
	退院支援	在宅療養調整	1			6				1	1	5	3	1	18	
		転院支援				1		3	1		4	2	1	1	13	
	その他	MCS		4	1	1	2		2	9	4	1	2	3	29	
		その他	3	6	8	5	4	1	11	2	4	5	7	1	57	
相談元		医療機関	2	5	8	5	4	3	5	6	6	4	1	3	52	
		地域包括(在支)(行政)	3	4	4	5	2	1	3	1	3	5	4	2	37	
		居宅(ケアマネ)	5	4	4	5	4	8	5	12	3	7	8	4	69	
		訪問看護					1		1	1			1		4	
		訪問介護系		1											1	
		通所系							1	1	3				1	6
		施設系				1		1								2
		その他	2	2		5	7	3	4		1	1	2	3	30	
訪問件数																
		計	13	13	12	14	11	11	16	10	11	10	6	7	134	
		医療機関	7	7	7	7	7	6	7	4	5	4		1	62	
		包括(在支)・行政	2	3	3	1	3	2	1	1	1	2	2	1	22	
		他地域連携支援室													0	
		訪問看護		1	1	1	1		2	1	2		1		10	
		介護 居宅(ケアマネ)	1	1		2			2	1			1	2	10	
		介護 通所系										2		1	3	
		介護 訪問介護													0	
		介護 入所系	1							1					2	
		有料ホーム				1					1				1	3
		その他	2	1	1	2		3	4	2	2	2	2	2	1	22
出席会議件数																
			7	4	4	9	8	6	5	6	7	7	2	4	69	

平成 30 年度相談実績

1 相談件数

(件)

年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度
件数	121	180	222	201



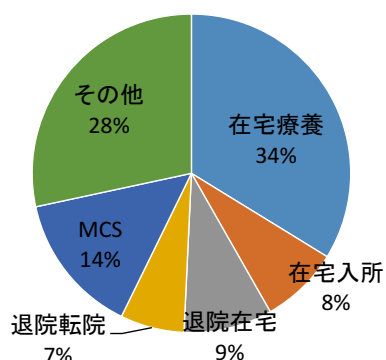
2 相談内容

	H27年度		H28年度		H29年度		H30年度	
	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)
在宅療養	65	53.8	86	47.8	103	46.4	68	33.8
在宅入所	9	7.4	22	12.2	12	5.4	16	8.0
退院在宅	1	0.8	4	2.2	20	9	18	9.0
退院転院	4	3.3	22	12.2	20	9	13	6.5
その他	42	34.7	46	25.6	67	30.2	86	42.8
計	121	100	180	100	222	100	201	100.0

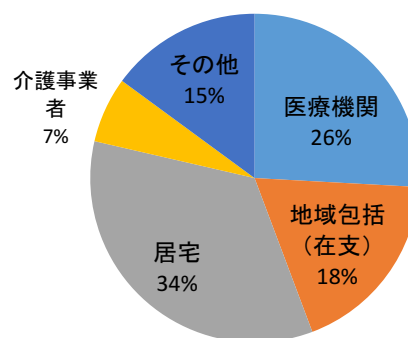
3 相談者

	H27年度		H28年度		H29年度		H30年度	
	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)
医療機関	18	14.9	54	30.0	48	21.6	52	25.9
地域包括(在支)	29	24.0	40	22.2	29	13.0	37	18.4
居宅	51	42.1	65	36.1	94	42.4	69	34.3
介護事業者	6	5.0	3	1.7	20	9.0	13	6.5
その他	17	14.0	18	10.0	31	14.0	30	14.9
計	121	100	180	100	222	100	201	100

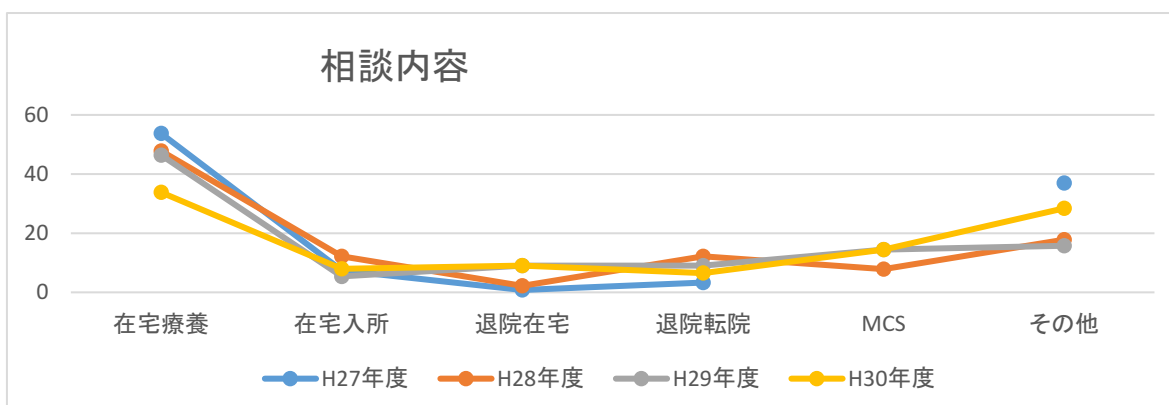
H30年度相談内容



H30年度相談者



相談内容



《相談内容から見えてきたこと》

- ・在宅医療介護の相談窓口として認識されて、医療相談を受けている。
- ・かかりつけ医に関する相談が増え、疾患の専門性にかかりつけ医に求める傾向がみられる。
- ・専門医の相談に関しては、往診や在宅療養に理解のある精神科の相談が増えた。
認知症や精神症状を抱えながら在宅療養を継続するための検討が必要と思われる。
- ・専門科の往診、訪問歯科診療に関しては、3年間の蓄積により、連携室を通さずとも連携が図られている。
- ・MCS サポート業務の継続（相談に対しきめ細かく対応）により MCS 活用、拡大の要となっている。

【事例】 広く在宅療養の啓発を行う必要がある。

- ・入院先の病院とケアマネから同一患者さんについて、同一時期に相談
○病院→病状を理解していないご家族で、在宅復帰を望んでいる。
●ケアマネ→家族が在宅療養を望んでいるが、病院がリスクがあると、転院相談しか
応じてくれない。



○病院へのアプローチ

病院に在宅でできることを知ってもらう。在宅のイメージを持っていただく。
在宅療養に適した医療を考えてもらう。

●本人家族へのアプローチ

在宅療養のリスク、メリット・デメリットを理解した上で選択してもらう。
本人・家族と訪問診療医療機関、在宅チームの退院前カンファレンス



ご家族と本人、病院チームと在宅チームでのカンファレンス



退院後 10 ヶ月経過し、在宅生活継続中

*このような病院での医療と在宅での医療介護の橋渡し機能を強化していきたい。

《今後の課題》

- ・相談内容、相談者については、この4年間を通じて同じような傾向が確認できる。
(折れ線グラフの重なりに注目)
- ・在宅医療介護連携支援室が医師会に設置されている強みを生かし、会員医師の専門性や在宅医療への取組みを細やかに把握する。
- ・精神疾患、認知症の相談に関して、医師会内の精神科医会と連携を深める。
- ・地域包括支援の理解が浸透しつつある中、ACP への取組みを強化する。
- ・在宅医療・介護連携推進協議会、さらに部会と協働していく。

11 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」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。

号 (vol.)	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
vol. 6	平成 30 年 2 月 9 日
vol. 7	平成 30 年 2 月 9 日
vol. 8	平成 31 年 3 月 28 日

12 武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業
国の定める8事業への取り組みについて(平成27～平成30年度)

	平成27年度の実績	平成28年度の実績	平成29年度の実績	平成30年度の実績
ア	・既存資料の活用と情報収集	・リハビリテーション機関名簿のWEB化 ・既存資料の活用	・既存資料の活用 ・リハビリテーション機関名簿のWEB化	・既存資料の活用 ・リハビリテーション機関名簿のWEB化
イ	・平成27年7月 協議会設置 (2回開催) ・4部会の設置	・協議会の開催 (3回開催) ・4部会の活動を継続	・協議会の開催 (3回開催) ・認知症連携部会を新設し5部会設置	・協議会の開催 (3回開催) ・5部会で活動。
ウ	・「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 ・入退院時の情報共有と課題の検討 ・脳卒中地域連携パスの他疾患の活用を検討 ・訪問看護と介護の連携強化事業	・「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 ・訪問看護と介護の連携強化事業 ・認知症初期集中支援チームの設置	・入退院時支援の現状の課題を事例を通して検討 ・認知症連携部会高齢者及び家族を取り巻く医療・介護連携の課題の検討	・入院時の病院への情報提供の仕方について検討 ①「入院時情報連携シート」を作成し試行 ②今後の「入院時情報連携シート」の活用方法について検討 ・認知症高齢者を支援するための医療と介護のチームによる連携の体制づくりについて検討
エ	・「ICT連携部会」の設置 ・ICT連携関係者会議の開催 65名参加 ・「武蔵野市におけるICT連携のルール」を作成 ・ICT連携登録数 304名(平成27年度報告書より)	・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」の検討 ・ICT連携登録数 453名(平成28年度報告書より)	・ICT連携の現状把握(患者グループの現状)と今後の連携のあり方について検討 ・ICT連携登録数 521名(平成29年度報告書より)	・ICT連携の現状把握 ・ICT連携登録数 565名(平成30年度報告書より) ・医師会「在宅医療介護連携支援室」のホームページの検討。
オ	・相談実績 121件 ・医師会の窓口として(ア)～(ク)8事業へ参加	・相談実績 180件 ・医師会の窓口として(ア)～(ク)8事業へ参加 ・在宅介護・地域包括支援センター研修会への参加	・相談実績 222件 ・医師会の窓口として(ア)～(ク)8事業へ参加、各部会への参加	・相談実績 201件 ・医師会の窓口として(ア)～(ク)8事業へ参加、各部会への参加
カ	・「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の開催 113名参加 ・多職種連携合同研修会 73名参加	・多職種合同研修会の開催 70名参加	・「摂食嚥下機能障害」をテーマに合同研修と合同グループワークを実施 ①合同研修 3回 計 191名参加 ②合同グループワーク 78名参加 ・講演会「地域で食べるを支えるということ」 計 133名参加	・「薬に関すること」をテーマに合同グループワークを実施(78名参加) ・他の職種との連携の広がり、テーマに対する知識の深まりの確認のため、3か月後にアンケートを実施
キ	・「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 「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～」の開催 400名参加 ・「ケアリンピック武蔵野2015」の開催 783名参加	・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」 173名参加 ・「ケアリンピック武蔵野2016」 963名参加	・市民向けセミナー開催 12月16日(土) 89名参加 「もしあなたが望むなら家で最期まで暮らせませす～安心して暮らし続けるために、知っておきたい制度と心構え～」 ・「ケアリンピック武蔵野2017」 612名参加	・市民向けの普及啓発について検討 ①市民向けセミナー開催 2月16日(土)178名参加 「住み慣れた地域で、最期まで自分らしく暮らし続けるために～いのちの終わりについて話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)～」 ②地域で行う小規模セミナーの試行 3月11日(月)7名参加 ・「ケアリンピック武蔵野2018」 868名参加
ク	・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機関名簿のWEB化【(ア)再掲】	・北多摩南部保健医療圏による情報共有 ・リハビリテーション機関名簿のWEB化 ・東京都在宅療養担当者連絡会への参加、情報共有	・北多摩南部保健医療圏による情報共有 ・リハビリテーション機関ナビの更新準備 ・東京都在宅療養担当者連絡会への参加、情報共有

資 料 編

武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱

(設置)

第1条 介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の10第1項の規定に基づき、地域における保健、医療、介護及び福祉に関する関係者（以下「関係者」という。）相互間の在宅医療及び介護に対する理解を深めるとともに、連携を円滑にして、地域に住む人々への支援を行ううえでの課題を解決するため、武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(協議事項)

第2条 協議会は、在宅医療及び在宅介護の連携に関する次に掲げる事項について協議及び検討を行う。

- (1) 地域の医療及び介護の資源の把握に関すること。
- (2) 切れ目のない在宅医療及び在宅介護の提供体制の構築及び推進に関すること。
- (3) 関係者の情報共有の支援に関すること。
- (4) 関係者と武蔵野市在宅医療・介護連携相談支援事業実施要綱（平成27年7月1日施行）第2条第2項に定める武蔵野市在宅医療介護連携支援室との連携に関すること。
- (5) 関係者の研修に関すること。
- (6) 在宅医療及び在宅介護に関する啓発に関すること。
- (7) 関係者と東京都多摩府中保健所及び関係自治体との連携に関すること。

(組織)

第3条 協議会の委員は、次に掲げる者で組織し、市長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 医療関係者
- (2) 介護関係者
- (3) 福祉関係者
- (4) 行政関係者
- (5) 前4号に掲げる者のほか、第1条の目的を達成するために市長が必要と認める者

(会長及び副会長)

第4条 協議会に会長1人及び副会長若干人を置き、会長は委員の互選によりこれを定め、副会長は会長が指名する。

2 会長は、会務を総括し、協議会を代表する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき又は会長が欠けたとき

は、その職務を代理する。

(委員の任期)

第5条 委員の任期は、3年以内とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

(会議)

第6条 協議会の会議は、必要に応じて会長が招集する。

2 会長が必要と認めるときは、協議会の会議に委員以外の者の出席を求め、意見を聴き、又は資料の提出を求めることができる。

(部会)

第7条 協議会は、在宅医療及び在宅介護の連携の推進に係る分野別の事項を検討するため、部会を置くことができる。

(報酬)

第8条 委員の報酬は、武蔵野市非常勤職員の報酬及び費用弁償に関する条例(昭和36年2月武蔵野市条例第7号)の規定により、市長が別に定める。

(事務局)

第9条 協議会の事務局は、健康福祉部地域支援課に置く。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、協議会について必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成27年7月1日から施行する。

平成 30 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

(任期：平成 30 年 4 月 1 日から令和 3 年 3 月 31 日まで)

(◎：会長、○：副会長)

氏名（敬称略）	所属	選任区分
◎田原 順雄	一般社団法人武蔵野市医師会	医療関係者
天野 英介	一般社団法人武蔵野市医師会病院部	医療関係者
石井 いほり	一般社団法人武蔵野市医師会在宅医療介護連携支援室	医療関係者
清水 道雄	公益社団法人東京都武蔵野市歯科医師会	医療関係者
佐藤 博之	一般社団法人武蔵野市薬剤師会	医療関係者
鎌田 智幸	武蔵野赤十字病院医療連携センター	医療関係者
田中 恭子	武蔵野市訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会議	医療関係者
○赤池 美都子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会	介護関係者
浅野 彰	武蔵野市訪問介護事業者連絡会議	介護関係者
大田 節子	武蔵野市通所介護・通所リハビリテーション事業者連絡会議	介護関係者
小島 一隆	公益財団法人武蔵野市福祉公社	福祉関係者
篠宮 妙子	在宅介護・地域包括支援センター	福祉関係者
三宅 珠美	地域活動支援センター	福祉関係者
荻原 美代子	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）	福祉関係者
小尾 雅昭	武蔵野市基幹相談支援センター	福祉関係者
守矢 利雄	公益財団法人武蔵野健康づくり事業団	保健関係者
日高 津多子	東京都多摩府中保健所	行政関係者
森安 東光	武蔵野市健康福祉部長	行政関係者

入・退院時支援部会（平成30年4月1日～平成31年3月31日）

		氏名（敬称略）	所 属
1	部会長	齋藤 恭子	武蔵野赤十字病院 医療連携センター
2	副部会長	石井 いほり	武蔵野市医師会 在宅医療介護連携支援室
3	副部会長	武田 美智代	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
4		井上 俊之	武蔵野市医師会
5		天野 英介	武蔵野市医師会（病院部）
6		辰野 隆	武蔵野市歯科医師会
7		市橋 功子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
8		後藤 隆太郎	武蔵野市訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会議
9		小川 理佐	武蔵野市訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会議
10		齊藤 大介	武蔵野市通所介護・通所リハビリテーション事業者連絡会議
11		服部 健一	武蔵野陽和会病院 医療福祉相談室
12		冬野 晃二	吉祥寺南病院 地域医療連携室
13		小澤 なつみ	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）
14		川下 安梨	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）
15		庄司 幸江	在宅介護・地域包括支援センター
16		畠山 英樹	武蔵野市 健康福祉部 生活福祉課
17		石垣 やよい	生活福祉課
18		両部 奈緒美	障害者福祉課
19		小林 きみ恵	健康課

ICT連携部会（平成30年4月1日～平成31年3月31日）

		氏名（敬称略）	所 属
1	部会長	田原 順雄	武蔵野市医師会
2	副部会長	森安 東光	武蔵野市健康福祉部長
3		井上 俊之	武蔵野市医師会
4		藤澤 智宏	武蔵野市医師会
5		石井 いほり	武蔵野市医師会 在宅医療介護連携支援室
6		鈴木 健太郎	武蔵野市歯科医師会
7		鎌田 智幸	武蔵野赤十字病院 医療連携センター
8		飯田 環味	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
9		浅見 英恵	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
10		矢島 絵里子	武蔵野市訪問介護事業所連絡会義
11		宮田 真紀	武蔵野市訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会議
12		石川 公教	武蔵野市通所介護・通所リハビリテーション事業者連絡会議
13		荻原 美代子	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）

		氏名（敬称略）	所 属
14		都賀田 一馬	在宅介護・地域包括支援センター
15		小山 聡	武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課長
16		勝又 玲子	高齢者支援課 相談支援担当課長

多職種連携推進・研修部会（平成30年4月1日～平成31年3月31日）

		氏名（敬称略）	所 属
1	部会長	田原 順雄	武蔵野市医師会
2	副部会長	菅野 淳子	武蔵野市薬剤師会
3	副部会長	金丸 絵里	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）
4		鈴木 省悟	武蔵野市医師会
5		石井 いほり	武蔵野市医師会
6		蒲池 史郎	武蔵野市歯科医師会
7		松野 啓子	武蔵野赤十字病院 医療連携センター
8		青柳 里栄子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
9		吉弘 麻子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
10		末永 輝幸	武蔵野市訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会議
11		田中 まり	武蔵野市訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会議
12		吉田 将之	武蔵野市訪問介護事業者連絡会議
13		賀川 真美	武蔵野市通所介護・通所リハビリテーション事業者連絡会議
14		石橋 美奈	武蔵野市福祉公社
15		都賀田 一馬	在宅介護・地域包括支援センター
16		加藤 真弓	東京都多摩府中保健所
17		杉本 明美	武蔵野健康づくり事業団
18		岩竹 芳	武蔵野市 健康福祉部 生活福祉課
19		吉村 彩子	生活福祉課
20		松本 さゆり	障害者福祉課
21		黒川 美恵	健康課

普及啓発部会（平成30年4月1日～平成31年3月31日）

		氏名（敬称略）	所 属
1	部会長	守矢 利雄	武蔵野健康づくり事業団
2	副部会長	石井 いほり	武蔵野市医師会 在宅医療介護連携支援室
3	副部会長	磯山 公一	武蔵野市訪問介護事業者連絡会議
4		有田 眞由美	武蔵野市歯科医師会
5		安田 農	武蔵野市薬剤師会
6		大川 真央	武蔵野赤十字病院 医療連携センター
7		吉弘 麻子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会

		氏名（敬称略）	所 属
8		丹内 まゆみ	武蔵野市訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会議
9		菊池 政之	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）
10		武永 慶志	在宅介護・地域包括支援センター
11		篠崎 武	武蔵野健康づくり事業団
12		大淵 雅則	武蔵野市 健康福祉部 健康課
13		萩原 朋也	健康課

認知症連携部会（平成30年4月1日～平成31年3月31日）

		氏名（敬称略）	所属
1	部会長	鎌田 智幸	武蔵野赤十字病院
2	副部会長	大内 裕子	在宅介護・地域包括支援センター
3		那須 一郎	武蔵野市医師会
4		春木 武徳	武蔵野市医師会
5		大瀧 信幸	武蔵野赤十字病院
6		山内 晴美	武蔵野赤十字病院
7		杉山 政司	長谷川病院
8		輿石 みゆき	武蔵野市訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会議
9		浅見 英恵	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
10		竹添 睦子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
11		穴戸 理香	武蔵野市訪問介護事業者連絡会議
12		菊地 美雪	武蔵野市福祉公社
13		瀧上 博美	武蔵野市通所介護・通所リハビリテーション事業者連絡会議
14		阿部 笛子	認知症対応型共同生活介護事業所
15		大久保 実	武蔵野市介護老人福祉施設 施設長会
16		高橋 大輔	武蔵野市福祉公社 権利擁護センター
17		小池 真理子	在宅介護・地域包括支援センター
18		上田 玲子	在宅介護・地域包括支援センター
19		村島 祐子	武蔵野市 健康福祉部 地域支援課
20		川下 安梨	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）
21		小澤 なつみ	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）

武蔵野市在宅医療・介護連携相談支援事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、地域における在宅医療及び在宅介護の提供に必要な関係者の連携に関する相談等に応じるとともに、必要な情報の提供及び助言を行うことで、地域で安心して在宅療養を継続できるようにするため、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45第2項第4号及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第140条の62の8第5号の規定に基づき武蔵野市在宅医療・介護連携相談支援事業（以下「事業」という。）を実施することについて、必要な事項を定めるものとする。

(実施体制)

第2条 事業の実施主体は、武蔵野市とし、市長は、事業の円滑な遂行のため、一般社団法人武蔵野市医師会（以下「医師会」という。）に業務を委託するものとする。

2 医師会は、在宅医療及び在宅介護の提供に必要な連携に関する相談窓口として、武蔵野市在宅医療介護連携支援室を設置する。

(実施内容)

第3条 事業の内容は、次に掲げるものとする。

- (1) 在宅医療及び在宅介護に関する関係者からの相談及び当該関係者間の調整に関すること。
- (2) 訪問診療及び往診に係る状況の把握及び情報の提供に関すること。
- (3) 病院及び介護施設に係る状況の把握及び情報の提供に関すること。
- (4) 在宅医療及び在宅介護に関する関係者相互間の情報共有の支援に関すること。

(職員の配置)

第4条 医師会は、事業の実施にあたって、専任の相談員を配置するものとする。

(実施上の留意点)

第5条 事業の実施に携わる者は、支援の対象となる者のプライバシーの保護に十分配慮するとともに、業務上知りえた秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

(委託料)

第6条 委託料の額は、予算の範囲内で市長が別に定める。

2 委託料の支払に必要な手続及び方法は、武蔵野市会計事務規則（昭和39年11月武蔵野市規則第33号）に定めるところによる。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

この要綱は、平成27年7月1日から施行する。

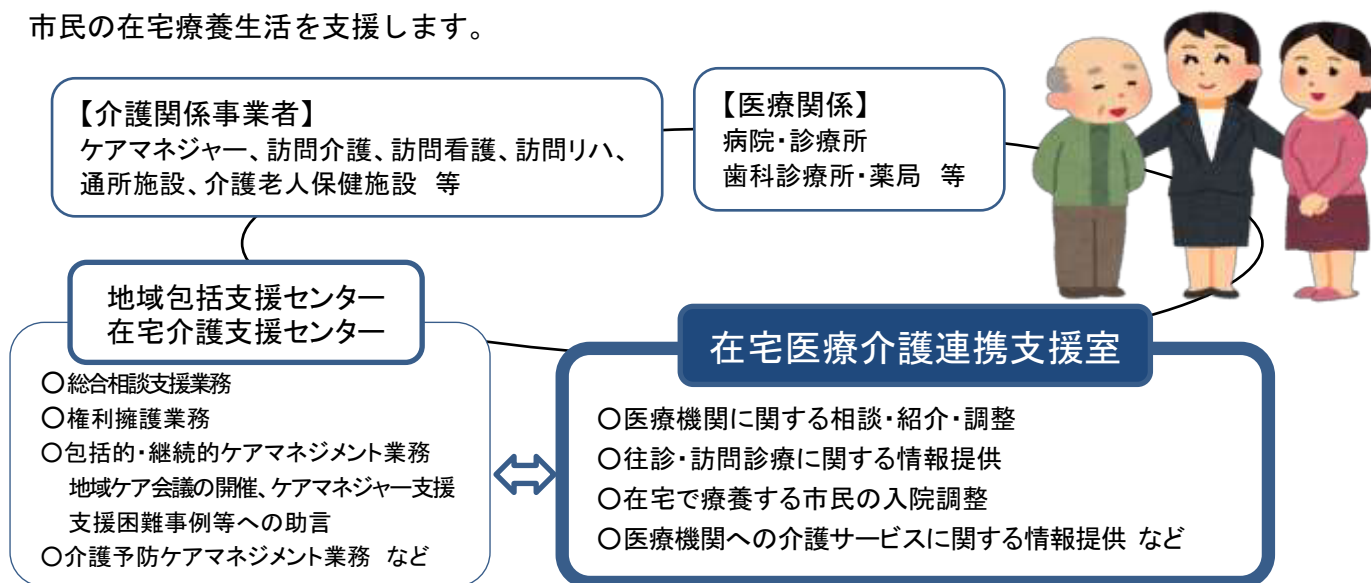
医療・介護・福祉関係機関の皆様へ

武蔵野市在宅医療介護連携支援室開設のお知らせ

平成 27 年 7 月 1 日より、医療機関や介護関係者の各種サービスに関する相談窓口として、「武蔵野市在宅医療介護連携支援室」を武蔵野市医師会館内に開設しました。

この事業は、平成 27 年度から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」の一つである「在宅医療・介護連携に関する相談支援事業」として実施します。

武蔵野市は、武蔵野市医師会の協力のもと、医療と介護の関係機関や多職種連携を推進し、市民の在宅療養生活を支援します。



- 医療、介護関係者からの相談に対応します。
- 地域包括支援センター・在宅介護支援センターと連携して対応します。
- ICT (MCS) の利用に関するサポートをします。



例えば…こんな相談をお受けします。

- 在宅医療を希望する方の相談を受けたけれど、訪問してくれる医療機関を調べたい。
- 退院してくる方の在宅療養について相談したい。
- ICT (MCS) の操作方法を教えてほしい。
- 訪問してくれる歯科医師や薬剤師を教えてほしい。 等

相談内容に応じ医療機関や事業所等へ訪問します。事前にご相談ください。

相談日	月・火・木・金
相談時間	9時～17時
電話番号	0422-39-8780
FAX	0422-39-8781
E-mail	musashi-renkei@iaa.itkeeper.ne.jp
相談担当	社会福祉士／介護支援専門員 石井 ICTサポート担当 上村

住み慣れた地域で、 最期まで自分らしく暮らし続けるために

～いのちの終わりについて話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP）～



アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、将来、意思決定の能力が低下した時に備えて、年齢に関係なく、健康な時から家族や医療・ケアのスタッフと医療や介護について何度でも繰り返し話し合い、共に考えていくプロセスのことです。

自分らしい暮らしの延長線上に最期の時があります。自分はどのような医療や介護を望むのか、家族が意思決定を迫られたときに困らないように、日頃から繰り返し話し合うことが大切です。

日 時 平成 31 年 2 月 16 日（土）午後 2 時～4 時（1 時 30 分開場）
会 場 武蔵野スイングホール（武蔵野市境 2-14-1）
対 象 武蔵野市内在住、在勤の方
定 員 150 名（申込順）
内 容

◆「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスについて～意思決定支援としての ACP～」

田原 順雄 氏（武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会会長（一社）武蔵野市医師会会長）

◆「最期まで自分らしく暮らし続けるための訪問看護と新しいサービス＝かんたき」

千葉 信子 氏（ナースケアたんぼぼの家（看護小規模多機能型居宅介護施設）管理者）

◆「終のすみかとしての特養～施設における看取りについて～」

大久保 実 氏（（社福）至誠学舎東京 吉祥寺ナーシングホーム施設長・看護師）

* 講演のまとめと質疑応答

申 込 電話またはファックス（ファックスの際は裏面の参加申込書をご使用ください）

申込期限 2月8日（金）

問合せ・申込先 武蔵野市健康福祉部地域支援課

電 話 0422-60-1941

F A X 0422-51-9218

裏面あり

武蔵野市健康福祉部地域支援課 行
FAX 0422-51-9218

平成30年度 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会 市民セミナー
住み慣れた地域で、最期まで自分らしく暮らし続けるために
～いのちの終わりについて話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP）～

参加申込書

《申込期限 平成31年2月8日 金曜日》

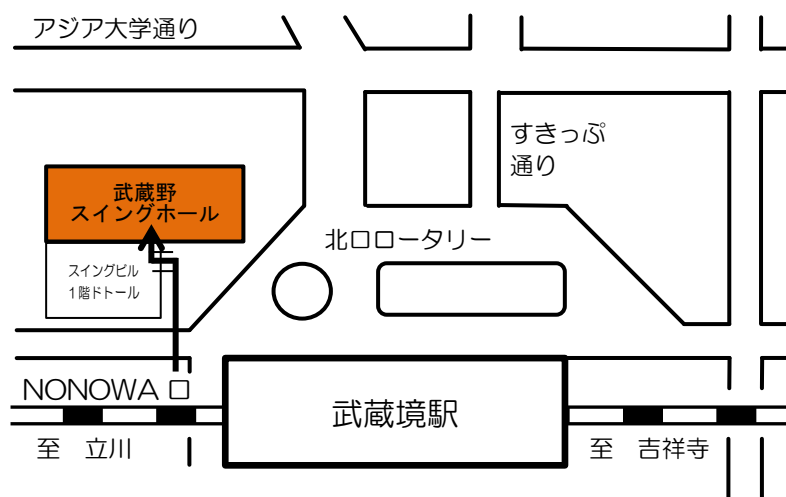
ふりがな	
氏名	
電話	

【武蔵野スイングホール】 武蔵野市境2-14-1

○アクセス

JR中央線 武蔵境駅北口
(NONOWA口) 徒歩1分

*武蔵境駅NONOWA口の改札
に出て、北口ロータリーの横断歩
道を渡り、スイングビル1階ドト
ール隣のエスカレーターを2階
に昇ると、入口があります。



武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会通信

Vol. 8

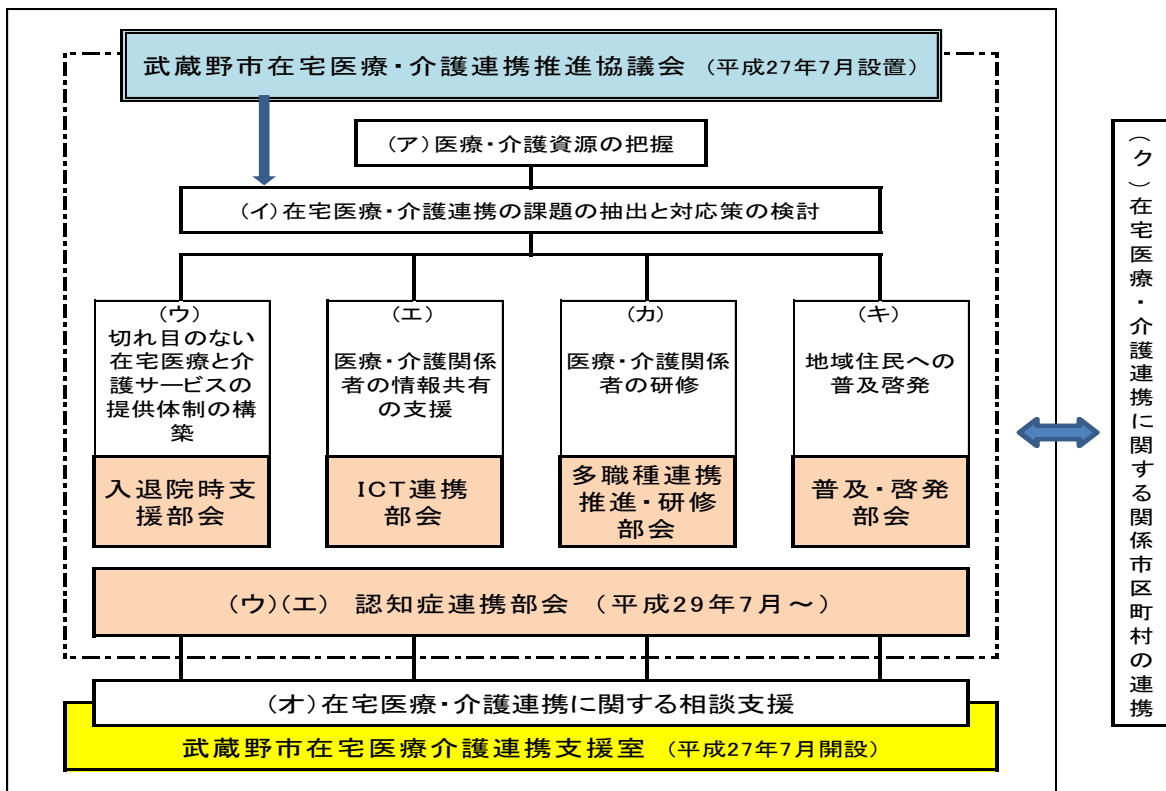
平成 31 年 3 月 28 日

発行／編集 武蔵野市健康福祉部地域支援課

平成 30 年度 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会の報告

「武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業」は今年で4年目を迎えました。在宅医療・介護連携推進協議会は、平成30年7月から新しい委員が選任され、田原順雄委員が会長、赤池美都子委員が副会長となり、第二期目がスタートしました。

○在宅医療・介護連携推進事業（8事業）の関連と協議会、5部会の設置



★在宅医療・介護連携推進協議会 新委員名簿

氏名 (敬称略)	所属	選任区分	氏名 (敬称略)	所属	選任区分
田原 順雄	一般社団法人武蔵野市医師会	医療	大田 節子	武蔵野市通所介護・通所リハビリテーション事業者連絡会議	介護
天野 英介	一般社団法人武蔵野市医師会病院部	医療	小島 一隆	公益財団法人武蔵野市福祉公社	福祉
石井 いほり	一般社団法人武蔵野市医師在宅医療介護連携支援室	医療	篠宮 妙子	在宅介護・地域包括支援センター	福祉
清水 道雄	公益社団法人東京都武蔵野市歯科医師会	医療	三宅 珠美	地域活動支援センター	福祉
佐藤 博之	一般社団法人武蔵野市薬剤師会	医療	荻原 美代子	武蔵野市地域包括支援センター (基幹型)	福祉
鎌田 智幸	武蔵野赤十字病院医療連携センター	医療	小尾 雅昭	武蔵野市基幹相談支援センター	福祉
田中 恭子	武蔵野市訪問看護・訪問リハビリテーション事業者連絡会議	医療	守矢 利雄	公益財団法人武蔵野健康づくり事業団	保健
赤池 美都子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会	介護	日高 津多子	東京都多摩府中保健所	行政
浅野 彰	武蔵野市訪問介護事業者連絡会議	介護	森安 東光	武蔵野市健康福祉部長	行政

★在宅医療・介護連携推進協議会の開催について

	日時	場所	内容
第1回	平成30年7月23日(月) 午後7時～8時30分	市役所811会議室	・平成29年度 在宅医療・介護連携推進事業報告 ・平成30年度の取り組み(案)について
第2回	平成30年11月1日(木) 午後7時～8時30分	市役所811会議室	・平成30年度 在宅医療・介護連携推進事業の進捗と今後の予定について
第3回	平成31年2月7日(木) 午後7時～8時30分	市役所811会議室	・平成30年度 在宅医療・介護連携推進事業の報告 ・平成31年度 在宅医療・介護連携推進事業について

5部会の報告

(1) 入退院時支援部会

入退院時支援部会では、多職種がチームとして機能するための、情報連携や支援目標が共有できるツールの検証を行いました。

○現状

- ・平成30年度の介護報酬改定において、「入院時情報連携加算」の算定要件に、介護支援専門員から入院3日以内に、医療機関へ必要な情報を提供することがあげられている。
- ・病院が必要とする患者情報と介護支援専門員が提供する情報のすり合わせができていない。
- ・情報提供の方法が各事業所で異なり、また医療機関の情報を受ける窓口も明確にされていない。
- ・介護支援専門員からの情報を病院がどのように活用しているかが見えない。

**入院した利用者（患者）の在宅での状況について、
病院の必要とする情報をスピーディーに提供する仕組みを作る。**

病院 ⇒ 情報受取

入院3日までに病院が必要とする情報について調査する。

- ・対象病院：市内の9病院
- ・調査方法：アンケート調査

介護支援専門員 ⇒ 情報提供

病院へ提供している情報内容を把握する。

- ・対象事業所：居宅介護支援事業者連絡協議会幹事事業所
- ・調査方法：アンケート調査
使用している情報用紙の内容

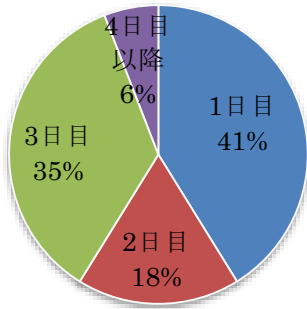
- ・アンケート結果をもとに、
「入院時の情報連携シート」と「入院時情報連携シート運用マニュアル」を作成。
- ・作成した「入院時情報連携シート」を、10月1日より2か月間、在宅介護・地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者合わせて17事業所が9病院で試行（いずれも市内）。

入院時情報連携シート試行後のアンケート結果

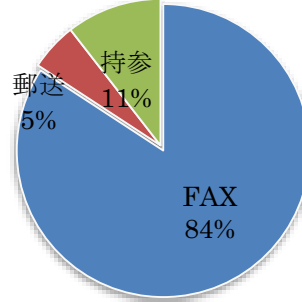
＜病院編＞運用数：17件

1. 入院時情報連携シートの受け取り状況

受け取り時期



受け取り方法



＜受け取り状況に関する意見＞

- ・適宜、連絡が入ったので混乱はなかった。
- ・事前に電話が必ず入ったためスムーズだった。

2. シート内容について

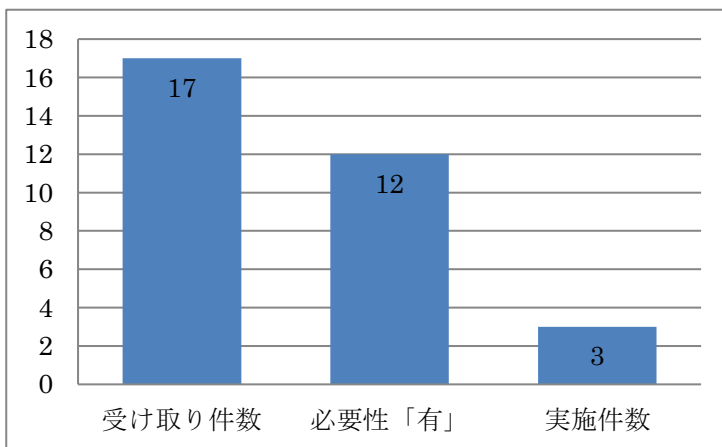
＜無くて良いもの＞

- ・特になし
- ・患者 ID ・医療機関名
- ・事前個人情報の電話番号や連絡先

＜その他＞

- ・特記事項は看護師が重視しているのでスペースを広くして欲しい。
- ・独居や老老世帯で情報が取れない時は必要

3. 退院前カンファレンスの実施状況



＜実施しなかった理由＞

- ・施設入所となったため。
- ・死亡退院
- ・入院治療継続中
- ・大人数で集まる程ではなかった。
- ・個別対応で可能だった。
- ・ショートステイ入院
- ・再入院だった。
- ・サービスの必要性がなかった。

4. 今後の活用について

全ての医療機関が継続運用は可能と回答



活用できる場面として…

- ・緊急入院の打診、レスパイト入院の打診、転院・他施設入所、在宅からのショートステイ等。

5. 入院時情報連携シートの効果・成果

- ・患者・家族の思いや考え方がわかり、ケアに入りやすい。
- ・在宅復帰要件は、在宅に戻るためには重要な情報なので助かる。
- ・退院前カンファレンス実施の参考になった。
- ・病棟スタッフの情報管理の方法などまだ整っていないところがあるが、正しく理解しようとするスタッフが増えたので効果があったと考える。
- ・シート運用について現場側でばらつきがあり、効率的な運用がなされていない。(現在改善中)

6. その他、運用等に関する意見

- ・何時頃退院できる予定なのか等を、ご家族・病院に確認して頂けると退院調整が早い段階でできるのではと感じる。
- ・急性期病院を経て回復期病棟に入院した患者にも届いたが、入院判定時に情報を取っているのどこまで必要かは不明。
- ・運用数が少ないので評価しにくい。
- ・FAX ないし来院での受け取りで運用面は問題ない。ただ、情報が届くタイミングが遅いと、入院時の情報収集からもれてしまい、活用されない傾向があるので、早めに情報が欲しい。
- ・入院 3 日目ではほとんど情報は取れてしまっているため、当日も含め知りたい情報を確認して送った方が無駄がないのではないかと。
- ・シート全てを網羅して記入してもらいたいケースは、限定されてくると考えられる
- ・繰り返す入院には不要。

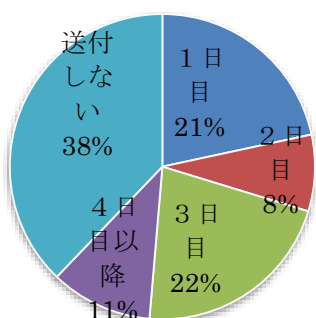
<入院時情報連携シート試行のまとめ>

- ・入院時情報連携シートの受け取りはスムーズにできた。内容についても特に問題ない。
- ・病院が必要とする情報を的確に伝えてもらった。
- ・時間をかけてシートを全て埋めるよりも、必要な情報を早く提供して欲しい。
- ・病棟内で、適切な運用管理をしようという動きが出てきた。

<ケアマネジャー編> 37 件

1. 「入院時情報連携シート」の送付状況

送付時期



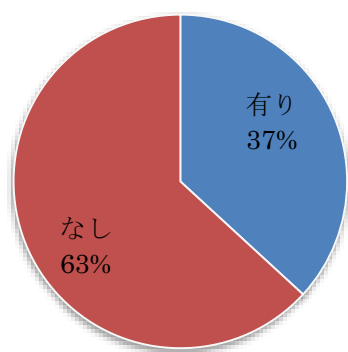
<3日以内に送らなかった理由>

- ・電話と訪問で情報共有していたため。
- ・3日間の期限を忘れていたため。

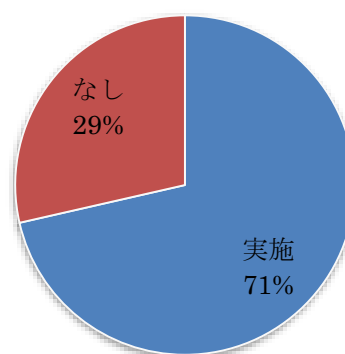
<使用しなかった理由>

- ・週末の入院。症状の変化が激しく生命の危険があった。
- ・退院日が決まっていたため。
- ・再入院のため、前月にカンファ済み。
- ・入院日から家族、関係者と電話、メール、訪問等で対応。

2. カンファレンスの希望



3. カンファレンスの実施状況



<入院時情報連携シートを使用した効果>

- ・カンファレンスが実施できた。
- ・ケアマネジャーの要望、目的が伝わったことで、病院担当者と具体的に連携が図れた。
- ・家族に翌日記入してもらい、病院もシートを理解しすぐに対応してくれたので、うまくつなげることができた。
- ・病院に持参したことで、自宅での血糖コントロールや生活状況を直接伝えることが出来た。
- ・Dr. の対応が丁寧だった。
- ・再入院だったため、病院からの1か月後の情報提供書とかぶった内容となったが、前回退院後のサービス追加状況は報告できた。
- ・前回の入院時情報連携シート送付と電話、訪問で、老健入所の手続きがスムーズに進んだ。
- ・まだ効果は不明。

<入院時情報連携シートを試行した意見、感想>

- ・MSW より、「患者 ID までには必要ないです」と言われたので、省略した。
- ・患者 ID で送っても、病名等の記入をするのであれば、あまり意味がない。
- ・手術後すぐリハビリ目的の転院が決まっていたので、手術した病院には連携シートを送付せず、転院先の病院にだけ送付した。
- ・新規のケアプランで契約一週間後に入院。入院時情報連携シートを送ったが、サービス開始前だったため、加算の対象にはならなかった。
- ・記入しやすかった。書式を市や医療連携室のホームページに載せてもらえると、より使いやすくなるのではないかな。
- ・事業所として入退院加算を算定しない方針なので、使用しなかった。病院から要請もなかった。要請があれば、電話や既存のシートで情報提供している。
- ・10月初め、MSW が決まっていないとのことで、かなり電話をたらい回しにされた。
- ・状態が大きく変化し、退院カンファを強く要望。MSW が決まっておらず、入院時情報連携シートを見ていない病棟看護師から連絡があった。
- ・院内の連携がうまくいっていないと思った。

<入院時情報連携シート試行のまとめ>

- ・入院時情報連携シートは記入しやすく、「あれば、使いたい。」という意見が多かった。
- ・試行期間が2か月と短く、入院が比較的少ない時期（10～11月）で、入院時情報連携シートの活用数が少なかった。
- ・居宅支援事業所、病院側とも、所内の周知、準備に差があった。
- ・ケースや事業所の状況により、連携シートを使用する必要性が違ってくる。
- ・入院時情報連携シートを使用していないケースでも連携、カンファを必要に応じてよく行っており、日頃のケアマネジャーの動きが見えた。
- ・入院時情報連携シートを全て埋める必要はない。病院側に知って欲しい情報を記入すれば良い。

<アンケートの結果から見えてくること>

- 試行期間が短く十分な検証ができなかった。
- 入院時情報連携シートは、時間をかけて全て埋めるよりも、必要な情報を早く病院に渡すことの方が求められる。
- 病院もケアマネジャーも情報の受け渡しに対して体制を見直すことになった。
- 入院時情報連携シートは、あくまでもツールの一つであり、本人の状態がきちんと伝われば、どの手段を用いても構わない

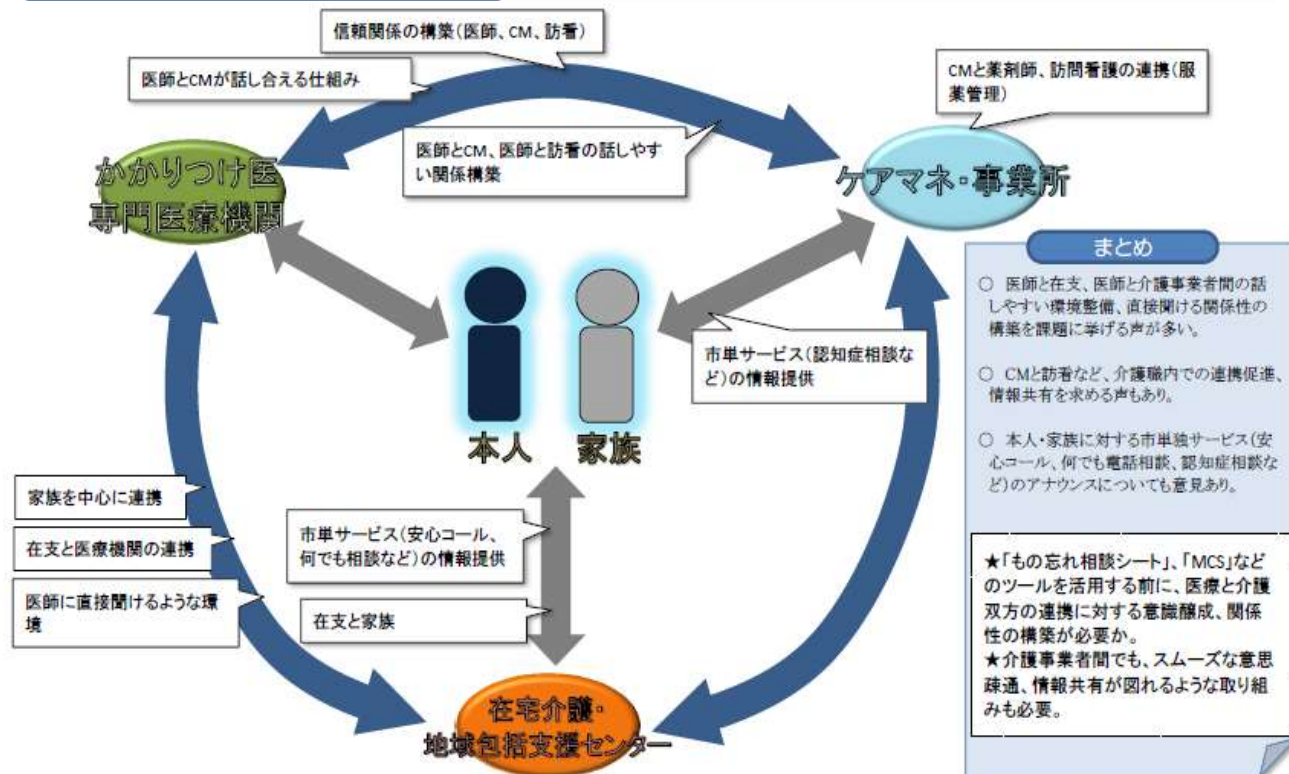
*入院時情報連携シートは試行期間が短かったため、来年度も実施します。

(2) 認知症連携部会

平成29年度第3回部会（事例検討）において示された認知症高齢者を支えるための医療と介護のチームによる連携の仕組みと課題について意見交換を行い、医療・介護連携チームによる対応の効果を検証しました。

回数	日時・場所	出席	内容
第1回	平成30年 8月7日（火） 市役所812会議室	17名	認知症高齢者を支えるための医療と介護のチームによる連携の仕組みと課題について意見交換。 「効率的な情報伝達ツールの検討」、「迅速な対応スキームの検討」、「具体的なソリューションの提示」、「医療・介護双方のスキル共有機会の創出」等、部会の方向性に関する提案。
第2回	平成30年 10月30日（火） 市役所813会議室	16名	BPSD（行動・心理症状）が見られる高齢者に対する医療・介護連携チームによる支援手法である「認知症初期集中支援事業」の概要、具体的事例の紹介を通じ、支援による成果と課題の整理。
第3回	平成31年 1月31日（木） 市役所412会議室	18名	第2回部会で紹介した事例の経過報告。 医療・介護連携チームによる対応の効果を再検証し、取り組みの有用性を共有。症例を通じ「本人・家族」の支援という視点の重要性を確認。

□事例検討において示された課題



(3) ICT連携部会

武蔵野市では、医師会が導入したメディカル・ケア・ステーション（以下、MCS）を活用し、ICT連携の構築を進めてきました。登録者数も500名を超え、どの職種も微増となっています。

今年度は、MCSを広げると共に、使い方についても検討を行いました。例えば、認知症における連携、摂食嚥下事業など、MCSを効率的に活用できる事例を検討していくことになりました。

また、ICT連携のMCS以外のツールとして、在宅医療介護連携支援室のホームページの開設を目指します。

○MCSの登録者数の推移

平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度(2月末)
304	453	521	562

※平成30年度は、平成31年2月28日時点。

○ICT活用の課題

- ・セキュリティポリシーの問題等で導入に消極的な事業所がある。
- ・職種によってMCSを使用している職員の割合に開きがある。
- ・通所介護・通所リハはMCSの対象となる利用者の把握がしにくい。

○課題を解決するために

①在宅医療介護連携支援室のホームページの開設について検討を行う。

- ・情報発信能力を高める → 必要な情報がすぐに手に入る
- ・MCSをより普及させるツール
→ eラーニングでMCSの使い方、モラルやセキュリティに関する内容の再確認。

②MCS使用の報告・課題の検討を行っていく

MCSの有効活用の事例の報告

(4) 多職種連携推進・研修部会

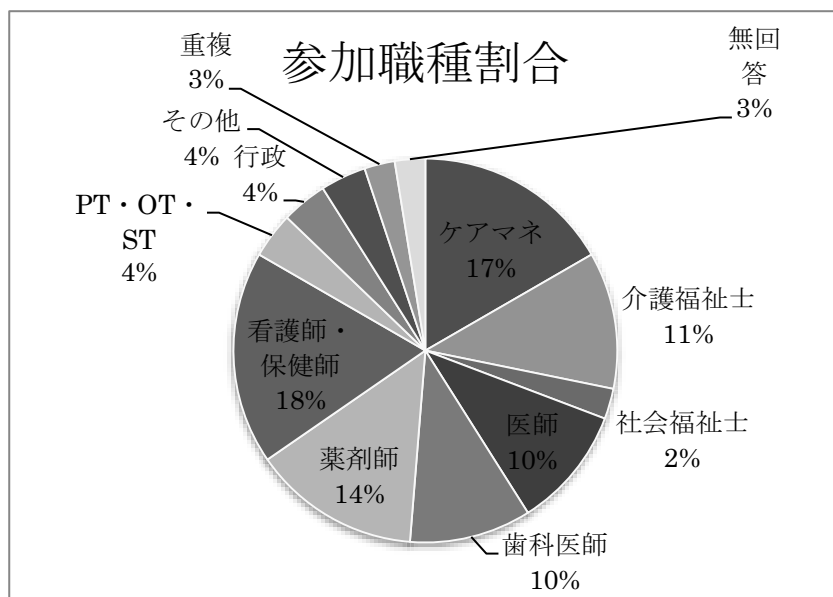
今年度のテーマは「薬」

平成30年度は「薬に関すること」をテーマに研修を行いました。事前に部会の中で各職種から薬に関する困りごとを出し合って情報の共有を行い、グループワークが円滑に行われるようにしました。多職種が顔を合わせて話し合う場を設けることにより、グループワークの課題を通してそれぞれの立場を理解し、医療・介護関係者の相談できる関係づくりを目指しました。

効果の検証として、グループワーク終了後にアンケートを実施。その3か月後に追跡調査として再度アンケートを実施しました。

<開催概要>

対象	在宅医療・介護連携推進協議会を構成する団体から推薦された者
日時	平成30年9月27日(木) 午後7時から9時まで
場所	武蔵野市役所西棟8階 811会議室
内容等	グループワーク(1グループ9名×9Gを目安とする)78名参加



合同グループワークの様子



- ・8～9名のグループに分かれ KJ 法を使って話し合い、部会員が進行役を務めました。
- ・どのグループにも薬剤師会の先生が入っていただきました。

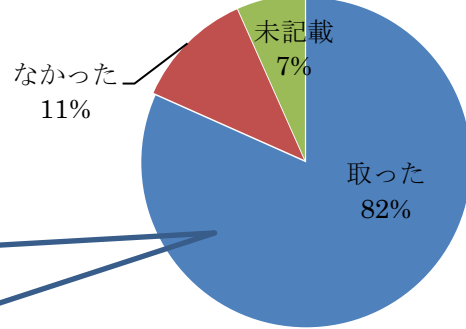


発表は薬剤師会の方

< 3カ月後のアンケートの結果 >

配布数	回答数	回収率
81	60	74.1%

合同研修後に多職種と連携を取ったか



- ・研修会前よりも、連携が取りやすくなった。
- ・連携を取った方の77%は研修が役に立ったと回答。

連携相手

職種	割合
ケアマネ	18%
介護職	13%
医師	15%
歯科医師	4%
薬剤師	9%
看護師	18%
保健師	18%
リハ職	10%
行政	9%
栄養士	2%
その他	2%

連携手段

手段	割合
電話	31%
FAX	19%
メール	6%
MCS	15%
サービス担当者会議	19%
他のSNS	0%
その他	10%

様々な職種が様々な手段で連携を取っています。連携の事例も幅広く、多岐に渡っています。

< 合同研修会実施の効果・広まり >

- 職種ごとに薬に関する研修を行うなど、広がる動きがみられました。
- 研修に出ていない人にも広まっていく（すそ野が広がる）。
- Step 1 職種の代表が合同研修に参加する。
- Step 2 合同研修会で取り上げたテーマの専門家を講師として職種ごとに個別の研修を行う。
- Step 3 1つのテーマを複数の職種で研修を主ない、多職種の連携を深める。

(5) 普及・啓発部会

①在宅医療・介護連携推進協議会 市民セミナー

「住み慣れた地域で、最期まで自分らしく暮らし続けるために」

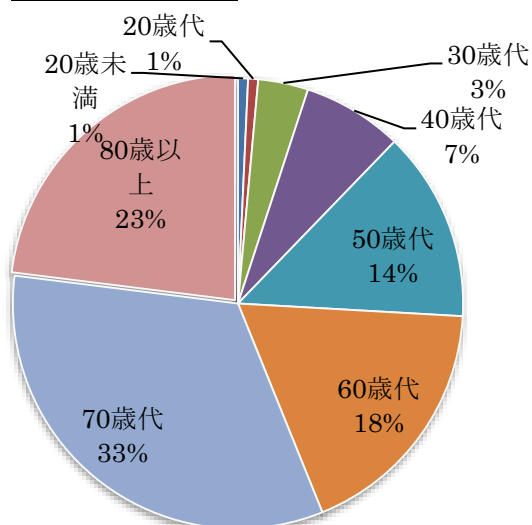
～いのちの終わりについて話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)～

【日 時】 平成 31 年 2 月 16 日 (土)

【場 所】 武蔵野スイングホール

【参加数】 178 名

参加者の年齢



～内容～

◆人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスについて

～意思決定支援としての ACP～

武蔵野市医師会 会長 田原 順雄 氏

◆最期まで自分らしく暮らし続けるための訪問看護と新しいサービス＝かんたき

ナースケアたんぽぽの家管理者 千葉 信子 氏

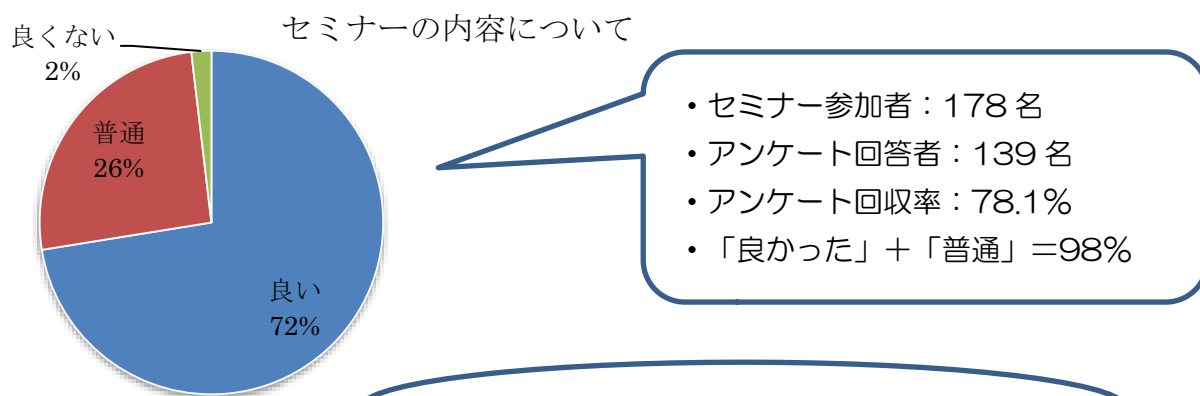
◆終のすみかとしての特養～施設における看取りについて～

吉祥寺ナーシングホーム施設長 大久保 実 氏

◆講演のまとめと質疑応答

田原 順雄氏、千葉 信子氏、大久保 実氏、井上 俊之氏

<アンケート結果>



<セミナーについてのおもな感想>

- ・とても勉強になりました。（知らないことが多かった）
- ・具体例をお話ししていただきとても参考になりました。色々考えさせられました。
- ・内容が良かった。（今関心がある一面なので）
- ・難しい課題をテーマにする事は大変だったと思います。
- ・医療と介護の連携、本当に大事だと思います。
- ・武蔵野市にずっと住み続けたいと改めて思いました。
- ・本人や家族、関係者が「これで良かった」と思えるような終末を迎えたいと思いました。
- ・夫の最期を思い出しとてもつらかった。
- ・ケアを支えるための経済的な問題も大きいと思った。

②在宅医療・介護連携推進協議会 小規模セミナー

「久子さんの物語～このまちで、最期まで暮らしたい～」の鑑賞と、意見交換

【日 時】平成31年3月11日（月）

【場 所】iki なまちかど保健室

【参加数】11名（普及・啓発部会員4名含む）

～内容～

2017年度ケアリンピックで上演した「久子さんの物語」のDVDを鑑賞し、参加者に自由に感想・意見を述べてもらい、医療・介護関係者と意見交換を行う。その中で、これからの自分の望む人生について考えてみる。また、困った時の相談先を知ってもらう。

～主に伝えたいこと～

- ①病気になっても、介護が必要になっても、自分の希望に沿った納得した人生を送るために、自分の意思や希望を伝えていくことが大切であること。
- ②地域に仲間をつくり、つながりを持ち、社会で孤立しないことが大切であること。
- ③自分のこととして今から考え、勉強・準備することが大切であること。

【事務局】武蔵野市健康福祉部地域支援課（在宅医療・介護連携担当） 村島・齋藤・大野
〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28 電話番号 0422-60-1941（直通）FAX 0422-51-9218
メールアドレス SEC-CHIIKI@city.musashino.lg.jp

入院時情報連携シート運用マニュアル

【目的】

入院に至ってしまった利用者（患者）が円滑に治療を受け、住み慣れた地域へ戻れるために、在宅支援者側から入院時、医療機関が退院支援に必要な情報を提供する。

【目標】

1. 在宅支援者側が入院 3 日以内に、医療機関へ必要な情報提供する。
2. 入院した利用者（患者）が、適切な退院支援を受けて在宅に戻る。
3. 入院時情報連携加算の算定件数が増える。

【運用手順】

1. 情報提供の時期
 - ・原則入院後、3 日以内とする
 - ・3 日目が土日、祝日を挟む場合は休日明けでも可能
2. 情報提供の方法
 - ・下記の「武蔵野市内医療機関の提出先一覧」を参照し、**FAX** で送信する
 - ・平日であれば、送信の前に電話で一報する
 - ・緊急性のある場合、まずは電話で情報を提供し、シート作成後 **FAX** 送信する
3. 情報提供の確認
 - ・**FAX** を受診した医療機関は、送信先に電話で受け取った事を連絡する
 - ・シートの内容で不明な点や、他に確認したい内容等については、各施設の担当者から、在宅支援者に直接連絡する
 - ・情報を受け取った利用者（患者）で、在宅支援者が退院前カンファレンス開催の必要性を示唆した時はできる限り配慮する

【武蔵野市内医療機関の提出先一覧】

医療機関名	窓口担当部署	TEL 番号	FAX 番号
武蔵野赤十字病院	医療連携センター	0422-34-2834	0422-34-2835
武蔵野陽和会病院	医療福祉相談室	0422-52-3427	0422-52-3428
吉祥寺あさひ病院	患者さま相談室	0422-22-1080	0422-22-1080
小森病院	相談室	0422-53-0480	0422-53-0480
吉方病院	看護主任 眞崎様	0422-54-0468	0422-54-0468
森本病院	病棟・総師長	0422-22-6283	0422-27-5016
吉祥寺南病院	地域医療連携室	0422-45-6855	0422-45-6855
武蔵境病院	地域医療連携室	0422-51-0301	0422-53-0683
臼田医院	看護師 医師	0422-39-5941	0422-39-5940

*この一覧は入院時情報の提出先であり、その他の文章の送付については事前に確認する

【お問い合わせ（事務局）】

武蔵野市健康福祉部地域支援課
在宅医療・介護連携推進事業担当
TEL：0422-60-1941 FAX：0422-51-9218
e-mail:sec-chiiki@city.musashino.lg.jp

送信先:

御中・様

FAX:

電話:

【入院時情報連携シート】

入院日:平成 年 月 日
記載日:平成 年 月 日

この情報は利用者(患者)、家族の同意を得て提供しています。

1. 利用者(患者)基本情報

医療機関	患者ID	ふりがな	性別	生年月日
		氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日生 歳
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当・総合事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		介護保険の 自己負担割合	1・2・3 割
障害	無・有(身障手帳 種 級)			
サービス 利用状況	訪問介護・通所介護・通所リハ・訪問看護・訪問診療・福祉用具(詳細)			
認知症	無・軽度・中度・重度 周辺症状()	認知症高齢者 日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ (備考 主治医の意見書・認定調査票)	
経済状況	生活保護受給(担当者)・非課税世帯・課税世帯()			
年金	無年金・国民年金・厚生年金・障害年金・その他()			
かかりつけ医	医療機関名:	担当医名:	電話番号:	
訪問看護	事業所名:	担当者名:	電話番号:	

2. 家族・住宅状況

世帯構成	独居・同居家族あり(構成)・日中独居			
主介護者	(続柄)	同居・別居	連絡先	
キーパーソン	(続柄)	同居・別居	連絡先	
介護力	良好・やや不足・不足	介護者の健康状態	良好・やや不良・不良	
住環境	戸建て・集合住宅 ()階建て 居室()階 エレベーター 有・無			

3. 身体・生活機能の状況

食事	自立・見守り・一部介助・全介助	食事形態	普通・とろみ・刻み・ペースト・経管栄養	
嚥下機能	むせなし・時々むせる・常にむせる	口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	介助方法	オムツ・ポータブルトイレ(常時・夜間のみ)	
移動	自立・見守り・一部介助・全介助	補助用具	杖・歩行器・シルバーカー・車いす・その他	
視力	問題なし・やや難あり・困難	眼鏡	無・有	義歯の使用
聴力	問題なし・やや難あり・困難	補聴器	無・有	無・有()
内服管理	自立・他者管理(管理者: 管理方法:)			
服薬状況	処方通り服用・時々飲み忘れ・飲み忘れが多い・服薬拒否			

4. 退院後の在宅生活の展望

在宅復帰要件	
特記事項	
退院前カンファレンス実施の必要性	有・無

*上記情報の詳細の確認、その他必要な内容等がございましたら、下記事業所の担当者までご連絡ください。

事業所名:	住所	担当者名:
	TEL	
	FAX	

このシートは、武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会 入退院時支援部会で検討し作成したものです。

平成30年10月1日作成

【入院時情報連携シート】管理表

在宅介護・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所名：

連番	ケアマネ氏名	利用者氏名	入院先病院名	主病名	入院日	転・退院日	カンファ (開催日)	シート 送付日	記入後、送付後の感想、気付いたこと(下記3つの内容についてご記入ください)			
<例示>	△△ □□	〇〇 〇〇	△△△ 病院	〇〇〇炎	8/1	9/5	無・有	8/28	8/8	3日以内に送れなかった理由	記入しづらかった内容	使用した効果
1							無・有					
2							無・有					
3							無・有					
4							無・有					
5							無・有					

【その他ご意見があれば下記のスペースにご記入ください】

武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業

平成30年度 活動報告書

発行	令和元（2019）年 8 月
編集・発行	武蔵野市健康福祉部地域支援課
住所	〒180-8777 武蔵野市緑町 2 - 2 - 28
電話	0422(60)1941
F A X	0422(51)9218
メー ル	SEC-CHIIKI@city.musashino.lg.jp

