

# 武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業

## 令和2年度 活動報告書



令和3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	令和2年度 協議会・部会の開催	6
8	令和2年度 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会	7
9	令和2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	10
3)	I C T連携部会	11
4)	多職種連携推進・研修部会	13
5)	普及・啓発部会	15
10	武蔵野市在宅医療介護連携支援室	18
11	在宅医療・介護連携推進協議会通信	21
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	22
[資料編]		
・	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱	25
・	令和2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	27
	入退院時支援部会	28
	I C T連携部会	28
	多職種連携推進・研修部会	29
	普及・啓発部会	29
	認知症連携部会	30
・	武蔵野市在宅医療・介護連携相談支援事業実施要綱	31
・	武蔵野市在宅医療介護連携支援室開設のお知らせ	33
・	地域包括ケア病床を知っていますか？/看護小規模多機能型居宅介護を知っていますか？チラシ	35
・	市民セミナー「住み慣れた地域で、安心して医療と介護を受けるために」チラシ	37
・	武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会通信 vol.10	38
・	入院時情報連携シート運用マニュアル	44
・	【入院時情報連携シート】	45
・	【入院時情報連携シート】管理表	46

## 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8期介護保険事業計画より)

#### 武蔵野市では

いつまでもいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

中・重度の  
要介護状態になっても

誰もが  
住み慣れた地域で  
生活を継続できる

自立支援・重度化防止へ向けた医療と介護の連携

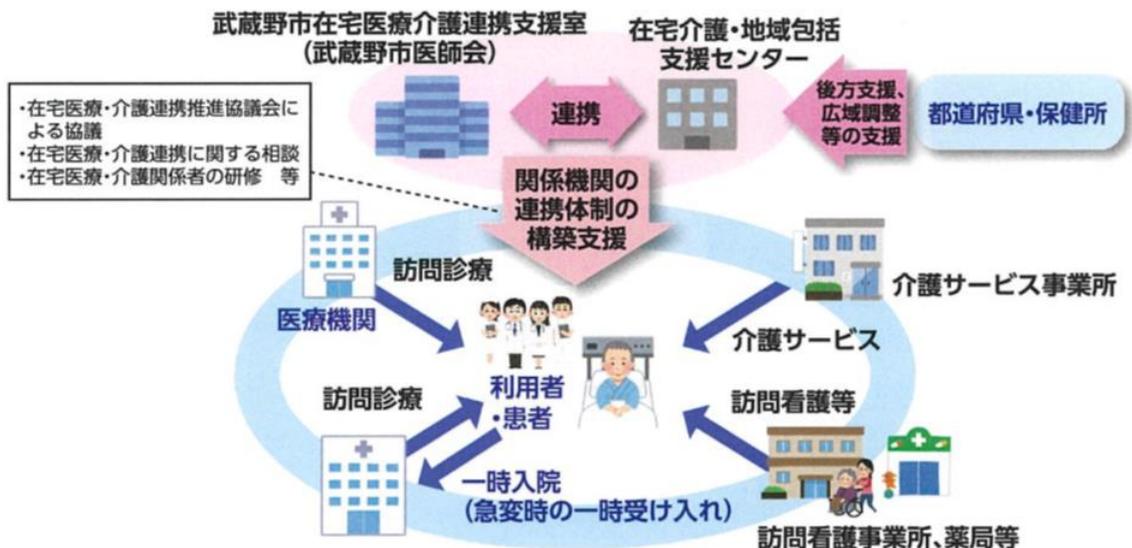
高齢者を支える人材の確保・育成

#### 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。

なお、令和 2 年 9 月の「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」の改定では、これまでの 8 つの事業を踏まえつつも、地域の実情に応じた柔軟な実施に向け、PDCA サイクルに沿った取り組みを更に進められるように見直された。施行は令和 3 年 4 月からとなっている。（下図）

- 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

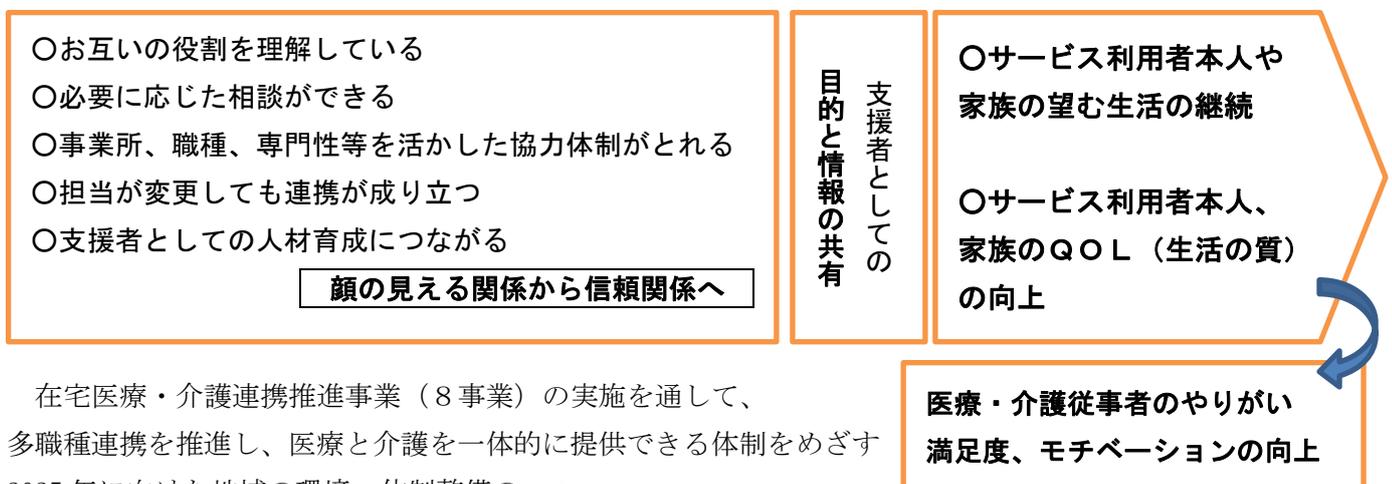


#### 4 武蔵野市の取組方針

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"> <li>● 医療・介護サービスマップの作成</li> <li>● 武蔵野市医師会作成の医療機関総合案内の活用</li> <li>● 武蔵野市介護サービス事業者リストの活用</li> <li>● 武蔵野赤十字病院作成のリハビリ資源マップの活用</li> </ul>
(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"> <li>● 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</li> <li>● 退院時支援の課題抽出 ● 多職種連携ツール</li> </ul>
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● ICTの活用によるチーム在宅医療体制・チームケアの推進</li> </ul>
(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"> <li>● 地区別ケース検討会等の活用</li> <li>● テーマ別研修会、多職種合同研修会、全体研修会</li> </ul>
(キ) 地域住民への普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 健康づくり事業団による情報提供・普及啓発</li> <li>● 講演会、シンポジウム等の実施</li> </ul>
(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

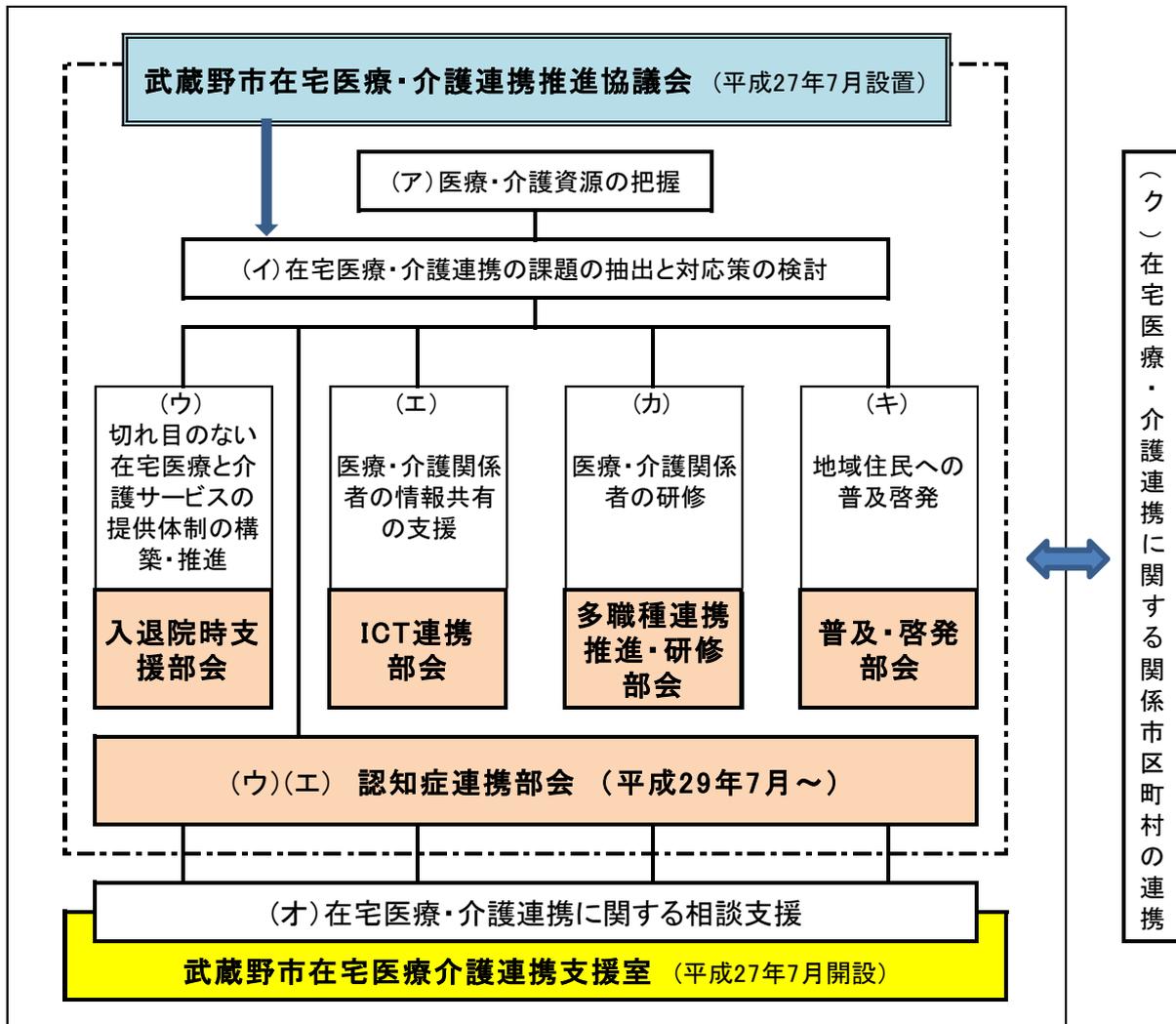


在宅医療・介護連携推進事業（8事業）の実施を通して、多職種連携を推進し、医療と介護を一体的に提供できる体制をめざす2025年に向けた地域の環境・体制整備の一つ。

## 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。

令和2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

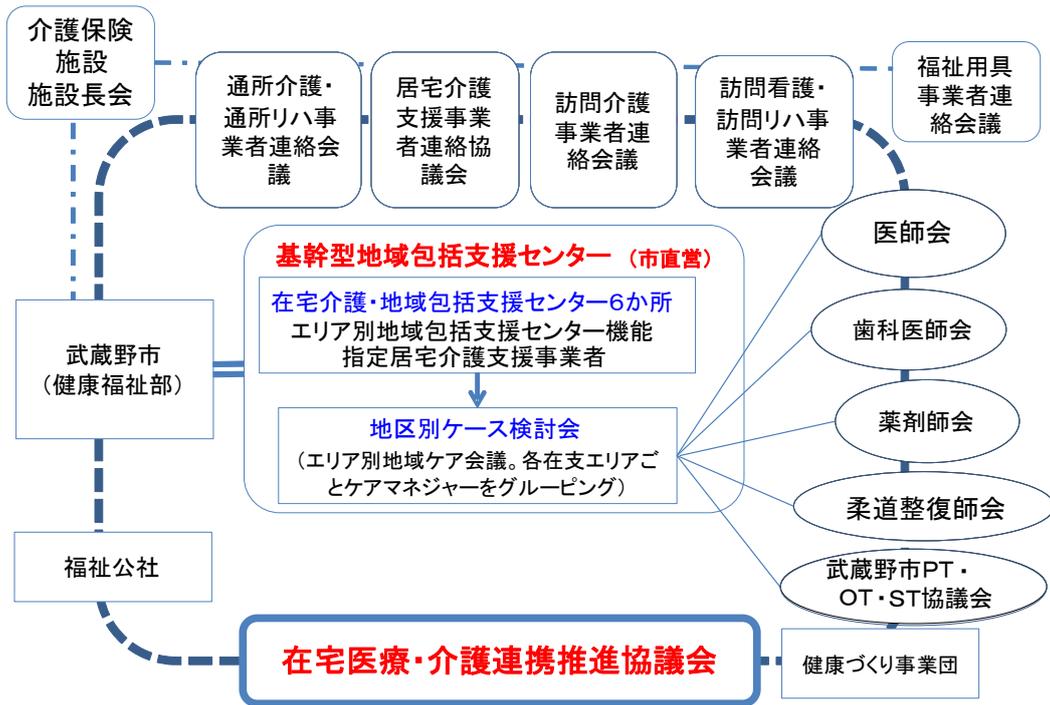
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討（イ）を行う場として、医療・介護関係者からなる「在宅医療・介護連携推進協議会」を設置（平成27年7月）

#### 【構成メンバー】

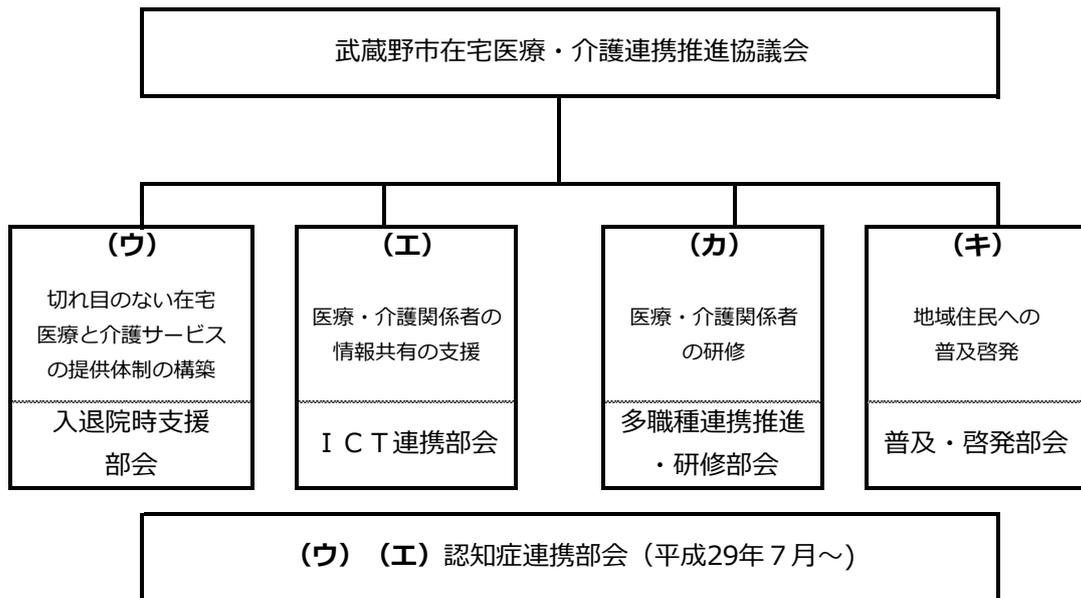
- 武蔵野市医師会 ○武蔵野市歯科医師会 ○武蔵野市薬剤師会 ○武蔵野赤十字病院
- 居宅介護支援事業所 ○訪問介護事業所 ○訪問看護・訪問リハビリテーション事業所
- 通所介護・通所リハビリテーション事業所 ○地域包括支援センター(基幹型)
- 在宅介護・地域包括支援センター ○障害者福祉課 基幹相談支援センター
- 地域活動支援センター ○武蔵野市福祉公社 ○武蔵野健康づくり事業団
- 東京都多摩府中保健所 ○武蔵野市

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 令和2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	
2	7	30	木		第1回(16名)					
	8	6	木			第1回 (書面開催)				
	9	14	月					第1回 (書面開催)		
	10	22	木				第1回 (書面開催)			
	11	13	金				研修会参加(110 名) オンライン			
	12	1	火		第1回協議会(17名) オンライン					
		8	火							第1回(15名) オンライン
3	1	7	木	在宅療養 ワーキンググループ						
		15	金					第2回(17名) オンライン		
		21	木		第2回(17名) オンライン					
	2	12	金			第2回(13名) オンライン				
		15	月						第2回(17名) オンライン	
	3	19	金					映画配信開始 ~25日迄		
		25	水		第2回協議会(18名) オンライン					

## 8 令和2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 12月1日(火) (オンライン)

- ① 令和元年度報告
- ② 令和2年度の進捗状況と今後の予定について

第2回協議会 3月25日(木) (オンライン)

- ① 令和2年度活動の報告
- ② 令和3年度について

令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、オンラインで行われました



## 9 令和2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)

地区別ケース検討会議でケアマネジャーが行ったアンケート、「新型コロナウイルス感染症予防対応による入退院支援について」を基に意見交換をしました。また、入院時情報連携シートの活用状況について確認しました。

《令和2年度の活動内容》

第1回部会 7月30日(木) 16名参加

- ① 令和元年度の部会の活動報告
- ② 令和2年度部会の進め方について

第2回部会 1月21日(木) 17名参加(オンライン)

- ① コロナ禍における入退院時の医療と介護の連携について
- ② 入院時情報連携シートの活用状況について
- ③ 来年度の部会の進め方について

### 1. コロナ禍における入退院時の支援について

地区別ケース検討会議でケアマネジャー(以下「CM」という。)が行ったアンケート、「新型コロナウイルス感染予防対応による入退院支援について」を基に意見交換。

＜CMから＞

- ・コロナ禍で面会が出来ず情報収集が出来ない。退院前カンファレンスは難しかった。
- ・病院から戻ってきた状態が病院の話と大きく違うことがある。オンライン等でカンファレンスができると思うが、経験が無かったり、対応できない事業所もあると思う。

- ・相談員から細かい連絡はもらえている。工夫して情報収集している。
- ・日赤はカンファレンスしてくれたので困らなかった。
- ・対面での退院前カンファレンスができない分、連携室が対応してくれた。

#### <病院から>

- ・コロナ陽性患者が出てからカンファレンスが出来ず、ソーシャルワーカーが多職種に直接連絡した。病院としてのやり方や提案など情報共有できる場があればしたい。今後はオンラインの活用も考えている。
- ・病室には入れないのでカンファレンスルームで行い、必要があればスタッフが交代でカンファレンスルームに入っている。
- ・在宅サービスが入る方は PCR の陰性を確認後退院。連携支援室にオンラインの設備が整ったので、活用出来る。ほかの病院とも情報を共有して対応したい。

#### <在宅医から>

- ・退院前カンファレンスは、密になるので今はやっていない。紙か電話で対応している。コロナで入院すると面会できないので、入退院時のカンファレンスは大事になる。

#### <訪看、通所リハ等>

- ・感染対策でできるだけの予防はしている。
- ・利用者がデイサービス等、複数の事業所を使っている時、早く CM から情報をもらいたい。
- ・在宅医療介護連携支援室を活用して情報収集する。

#### <課題>情報の共有について

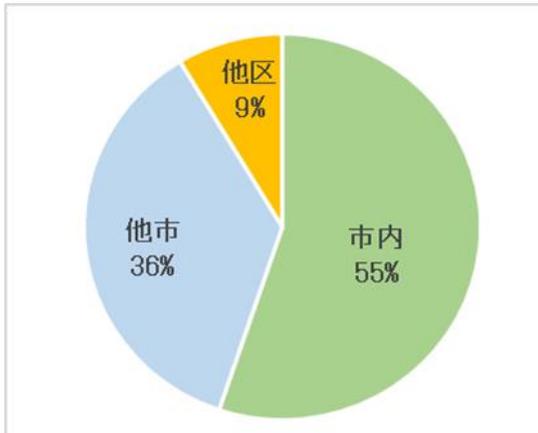
- ・時間外に発生した情報をどのように早く伝えるか（TEL がつながらず、FAX しかない）  
ICT（MCS）の掲示板機能等を活用する  
各職種で緊急用の連絡先を用意し、連絡を取り合って情報共有する
- ・多職種でオンテーブルする（TEL、FAX では 1 対 1 になりそこで情報が止まってしまう）
- ・訪問介護の団体からも部会に参加してもらい情報を共有したい

#### 令和 3 年度の部会の進め方について

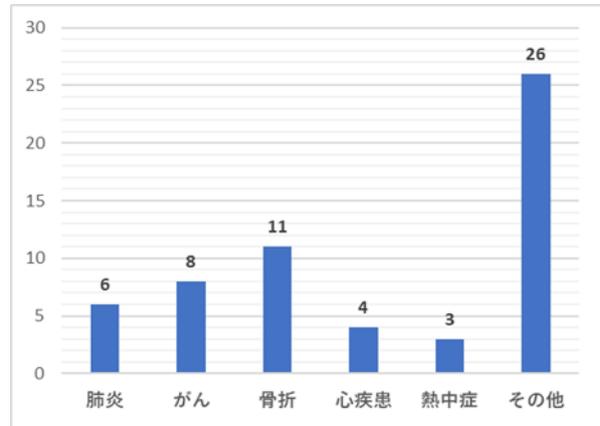
- ・コロナ禍での入退院支援について対策の仕組みづくり（訪問介護事業所の部会参加等）
- ・既存の様々な連携ツールの活用状況の確認
- ・身寄りのない方の入退院時支援について検討する

## 2. 入院時情報連携シートの活用について 令和2年度分（58名分）

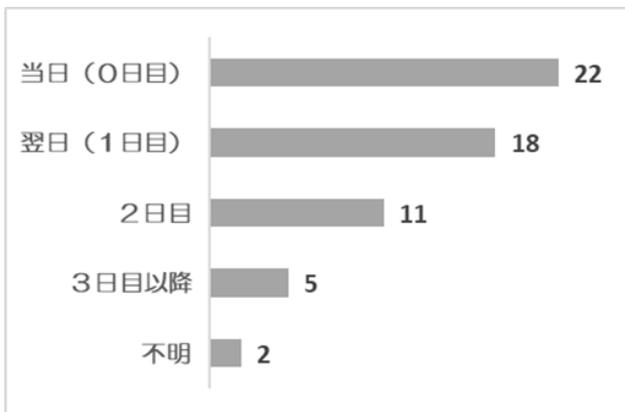
### ① 入院した病院の所在地



### ② 入院した原因疾患



### ③ 情報連携シートの送付日



### ④ シートの改善点

- ・身体機能の項目、介助方法、かかりつけ医+他科受診など、状況が細かく書けると良い。
- ・既往歴の記入場所があると良い。(入院病名とは違う骨折など、病院が把握していなかったため、リハビリに影響が出たケースがあった。)
- ・認知症自立度、意見書と調査票分けて書けない。

### ⑤ シートを活用した効果

- ・失語症の患者の相互理解に役立った。
- ・病院から通院履歴は10年前より途絶えており状況が分からないと提出の依頼があった。
- ・がんの進行の可能性から食事・水分が取れないなど変化あり、今後の方向性検討を共有。
- ・入院歴はあるが、最新情報、家族状況に変化があり伝えることで今後の在宅療養についても一緒に検討してもらうことが出来ている。
- ・家族がカンファレンスに同席できた。
- ・病棟看護師、医療ソーシャルワーカーと情報共有（在宅での様子、家族の状況、退院後のリハビリ等）できた。
- ・退院時支援、病状説明、看護サマリーを受け取った。
- ・転院の判断に役立った。

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）**

《令和2年度の活動内容》

**第1回部会 12月8日（火） 15名参加（オンライン）**

- ① 令和元年度の部会の報告
- ② 事前提出課題について（職種毎の認知症ケアにおける得意なこと等）

**第2回部会 2月15日（月） 17名参加（オンライン）**

- ① 事例研究（初期集中支援事業事例検討）
- ② 次年度の取組について

**1. 第1回部会**

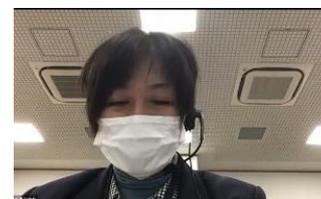
- ・今年度は新型コロナウイルス感染症の影響により部会の開催が大幅に遅れたが、オンライン開催として上記日程で第1回部会を開催し、部会員15名の参加を得た。
- ・部会員及び事務局の自己紹介に続き正副部会長の選出を行った。
- ・当部会の成り立ち、在宅医療・介護連携推進協議会における位置づけ、令和元年度の当部会の活動について説明の後、昨年度第2回部会にて部会長より提案のあった事前提出課題（職種毎の認知症ケアにおける得意なこと等）について、各部会員よりそれぞれコメントを得たうえで質疑応答や意見交換を行った。
- ・部会長より、各関係者が地域においてあるいは職種としてできること得意なことを実践的な知識として使えるようにしていくため、事例研究会の開催が提案された。

**2. 第2回部会**



- ・新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言が発出中であることを受け、第1回に続きオンライン開催とし、今年度の認知症初期集中支援事業4事例を対象とした事例研究を実施。部会員17名の参加を得た。

- ・まず初期集中支援事業の概要について認知症コーディネーターリーダーである部会員より説明の後、副部会長の進行により、各部会員に周知した各事例毎のポイントに沿った質問事項について、全部会員が各々の職種、機関の特性や強みを踏まえた意見を述べた。



- ・来年度については、引き続き初期集中支援事例を題材とした事例研究の実施と、部会員に限定せず広く様々な関係者に参加いただくこと、そのためのオンライン活用の促進が提案されたほか、他部会との連携も検討していくこととなった。

### 3) ICT 連携部会 医療・介護関係者の情報共有の支援（工）

《令和2年度の活動内容》

#### 第1回部会 8月6日（木） 書面開催

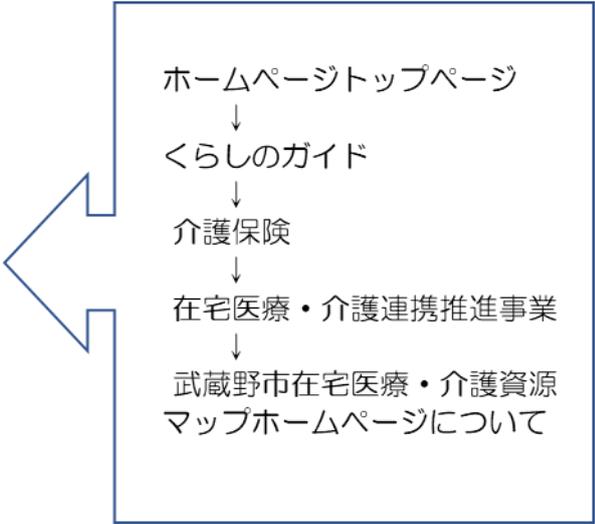
- ①令和2年度の部会の進め方について
- ②在宅医療・介護資源マップの導入について
- ③ICTの活用状況と課題について

#### 第2回部会 2月12日（金） 13名参加（オンライン）

- 在宅医療・介護資源マップについて
- コロナ禍におけるICT（MCS）の活用状況について

## 1. 武蔵野市在宅医療・介護資源マップ（WEB版）について

令和3年1月19日（月）から運用開始しました。このマップは、往診や訪問診療に対応できる医療機関を始め、歯科・薬局・訪問看護ステーション・介護事業所・相談窓口など必要な医療資源の情報をキーワード検索できるシステムです。



## 2. コロナ禍におけるICT（MCS）の活用状況について

- ・コロナ禍だからと言って特別な利用はなかった。
- ・緊急対応となると、電話・FAXが活用された。
- ・関連するすべての事業者がMCSに入っていれば情報共有のツールになる。
- ・訪問診療の場面では、コロナに関係なく飽和状態となるほどMCSの利用が増えている。

### 3. 令和3年度の部会の進め方について

- ・MCSは新しい機能が追加され、より活用できるようになったが使いこなせていない。  
→MCSの活用法についての研修を行う等、利用者のすそ野を広げる。
- ・武蔵野市在宅医療・介護資源マップ（WEB版）を利活用していく。
- ・在宅医療介護連携支援室のホームページを充実させる。
- ・ICTツールの現状を把握し、共有する。

MCS登録メンバー数		市内	市外
医師	74	56	18
歯科医師	46	34	12
薬剤師	83	56	27
訪問看護・訪問リハビリ	109	50	59
介護支援専門員	124	56	68
訪問介護	101	52	49
在宅介護・地域包括支援センター	32	27	5
地域包括支援センター	14	4	10
行政	8	8	0
その他	46	21	25
計	637	364	273

（令和3年3月31日現在）

#### 4) 多職種連携推進・研修部会 医療・介護関係者の研修（力）

《令和2年度の活動内容》

第1回部会 10月22日（木） 書面開催

① 令和2年度の部会の進め方について

##### 1. 研修会「もしもの時を話し合う アドバンスケアプランニング」

日 時	令和2年11月13日（金）午後7時～8時30分
場 所	オンライン（事務局：市役所西棟111会議室）
内容等	角田ますみ氏（杏林大学准教授）によるACPについての講義
対象・参加者	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・110名

もしもの時を話し合う  
**アドバンスケアプランニング**  
医療・介護・福祉・地域みんなで支える意思決定

杏林大学保健学部  
角田ますみ

##### オンライン研修の感想（再掲）

- ・身近にある事例は、受け入れ易かった。
- ・ACP（Advance Care Planning）について学ぶのが初めてだったので、難解に感じた。ただ、とても大切なことだということは分かったので、今後理解を深めていきたいと思った。
- ・ACPはチェックリストの手続きではなく、「共有」と「プロセス」が大事。
- ・ACPに必要な事前指示・代理人指示・リビングウィルとは何か整理ができた。
- ・ACPは人生の意思決定のプロセスと理解した。具体的なことをチームで共有し、それを考え直すことも含めて支援して行きたいと思う。
- ・ACPをいつ始めるかポイントは何か、支援者としてとても参考になった。
- ・ALP（Advanced Life Planning）、代理意思決定者という言葉を学んだ。
- ・実際のALPでの過程において、よかった過程、悪かった過程なども学びたい。
- ・フレイル進行の段階や意思決定のバイアスについて、とても参考になった。
- ・さまざまな経過によりACPにも特徴があり、支援者側はそれを認識しながら、相手に擁護・支援をされているという感覚をもってもらえるよう配慮する必要があることなど、基本的な支援者のスタンスが確認できた。
- ・老衰となると、緩やかに弱っていく中で、元気な時からアプローチすることが大切だが、言いづらさも感じる。ケアマネとして、チームの一員として、どう動くべきか考えさせられた。
- ・最初の関わりから認知症や自分の意思決定がすでにできにくくなっている状態で関わる方も多く、家族の意向になりがちなので、そういった場合の難しさがあると思った。
- ・高度急性期病院で救急搬送・急変による急な判断を迫られる環境の中で、本人の希望に添えたと家族が少しでも納得できるような話し合い、声掛け、適切な場を提供することを、今後も取り組む。
- ・患者様に対し薬剤師としてどのように関わられるのか考える、貴重な機会になった。
- ・今までの介入を見つめ、本人・家族に対する次への取り組みを思い描ける内容。
- ・初回訪問や介護保険の更新の際など、家族立ち合いで、「現状の生活」や「生活への意向」を確認。そういった機会に、ACPについて話し合うきっかけをご本人・ご家族に働きかけていきたいと思う。フレイル進行の段階や意思決定のバイアスについて、とても参考になった。

- ・在宅で元気なうちから知っている方の場合は、意思を尊重し文面に残すなど、備えることができるが、判断能力の低下後に支援開始した方の治療やケアについて、本人の意思を尊重し、どこまで治療やケアをするかについて日々迷い、苦慮することが多い。今回の講演会は、その支援者に対する一つの道筋を示すものだと感じた。
- ・話し合い、地域で支え合いながら、納得できる意思決定支援をしていける様に、連携していく事が大切だと思った。
- ・介護を受けていても、（未だ死は遠い）元気なうちに話す事が一番だと思った。事前指示のある方に対して、（元気な時に）考えた事と（悪化して）感じる事は違うのでは？ などと疑問があったので、プロセスを経て何度も話し合う事が大切、と言う事に大変納得した。
- ・疾病で急激な変化においては、自然な流れで話し合いが持てるように思う。しかし家族の揺れ動く気持ちに寄り添いながら、アプローチしていきたいと思った。

## 5) 普及・啓発部会 地域住民への普及啓発（キ）

《令和2年度の活動内容》

第1回部会 9月14日（月） 書面開催

- ①令和2年度の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
  - ・パンフレットの配布について

第2回部会 1月15日（金） 17名参加（オンライン）

- ①市民セミナーについて
- ②エンディング支援事業について
- ③令和3年度の取り組みについて

### 市民セミナー

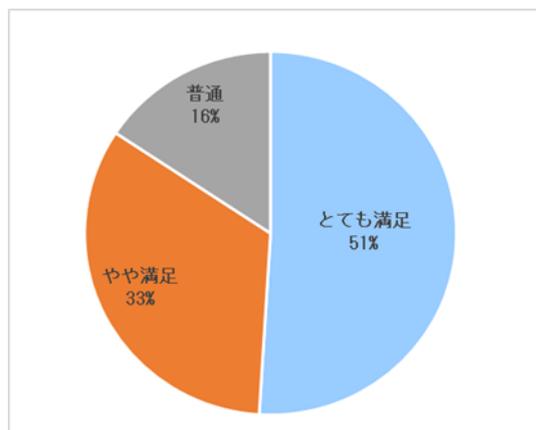
高齢化が進むなか、医療・介護・福祉等が連携して住み慣れたまちで暮らし続けられるためのまちぐるみの支え合いの仕組み等について、市民への普及啓発活動を行っているものの一つとして市民セミナーを例年実施している。令和2年度は新型コロナウイルス感染防止のため、実施方法をオンライン方式とし、「在宅医療」「介護」「多職種連携」「看取り」をテーマにした映画「ピア～まちをつなぐもの～」を配信することとした。映画冒頭、松下玲子市長による在宅医療介護連携に関するメッセージを動画で配信。

### 令和2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、安心して医療と介護を受けるために ～医療と介護の連携や看取りについて学ぶ～

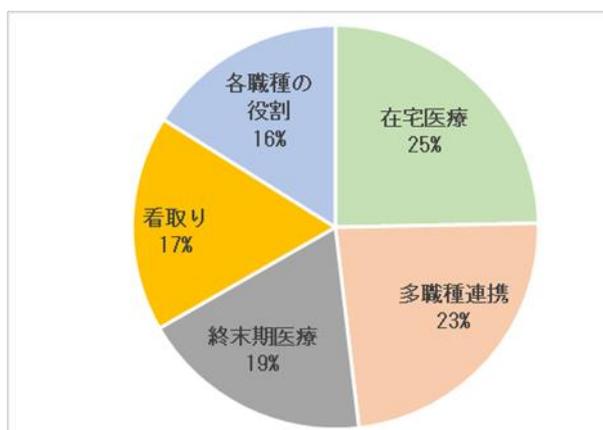
内 容 映画「ピア～まちをつなぐもの～」オンライン上映  
日 時 令和3年2月19日（金）～2月25日（木）  
参加者数 118名  
視 聴 者 最年少30歳、最高齢81歳、平均55.5歳

### 〇感想等

＜満足度＞



＜勉強になった内容＞



＜「ピア」をもう一度見たいか＞ →86.3%が「はい」と回答。

#### ＜映画の感想＞（一部抜粋）

- ・様々な職種との連携が患者の生活を支えられると改めて感じた。
- ・退院カンファレンスが直近にあり、リアルに感じ身に染みた。
- ・在宅介護の実際を一般市民に知ってもらうための分かりやすい映画だった。
- ・ケアマネジャーの役割とその関係が具体的に分かってよかった。
- ・医師、介護、様々な立場があると思うが「結局当事者がどう関われるのか」が大切だと感じた。

#### ＜主催者への意見＞（一部抜粋）

- ・制限の多いこの時期に、素敵な企画をありがとうございます。
- ・オンライン上映だと場所も移動せず、気楽に見ることが出来るので助かります。
- ・地域医療に参加している者として襟が正される思いと、かけがえのない仕事として改めて感動しました。
- ・今後もこう言ったテーマをどんどん発信し続けてください。特に若い方たちに見て欲しいテーマです。
- ・とても良い映画を紹介していただきありがとうございました。

### 小規模セミナー・エンディング支援事業

市高齢者支援課で実施しているエンディング支援事業の出前講座について情報を共有した。これを参考に、小規模なグループや団体等を対象にしたセミナーについてのノウハウを学びながら引き続き検討していくこととした。

### 在宅医療・介護連携パンフレット

同パンフレット「住み慣れた地域で暮らし続けるために今から考えてみませんか」の配布、配布先の拡大等について意見交換を行った。

各場面において配布する工夫。催し物・事業等開催の際、配布物に加えられないか検討。

手に取りやすい配布方法・配架の検討。PDF版の活用の検討等。

#### パンフレットについての検討

- ・内容は武蔵野市で安心して暮らし続けられること（医療と介護の連携）が担保されていることを表す。
- ・デジタル化する。市ホームページに医療と介護の連携の取り組みを載せる。
- ・市報に掲載する。市報と一緒に配布する。
- ・関心の高い方が集まる場所に置く（いきいきサロン、テンミリオンハウス等）等。

## 令和3年度の取り組み

部会の役割、目的、啓発する内容の確認

- ・医療と介護が必要になっても地域で安心して暮らし続けられる＝在宅医療介護連携の仕組みにより支えられる。
- ・自分らしい生活を送るためにどのようにどのような仕組みや支えがあるのかを、市民にわかりやすく伝える。
- ・わかりやすく伝えることを出発点として、ACPの大切さを広く周知していく。ACPについて継続して取り組む（エンディング支援事業につながる）。

市民セミナー：方法・内容等の検討・調整、及び実施。

パンフレット：市高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画の策定を踏まえ改訂。

小規模セミナー：引き続き検討。

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。

《令和2年度の活動内容》

相談件数

			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
		ケース数	8	37	36	34	36	23	16	20	22	16	16	12	276
相談内容	在宅療養	在宅療養調整	2	7	5	11	9	10	4	5	8	2	4	3	70
		ショート、入院入所調整	3	0	2	1	1	1	1	4	1	1	2	3	20
	退院支援	在宅療養調整	0	2	0	0	4	2	3	1	1	1	1	0	15
		転院支援	2	1	0	1	1	0	0	2	2	2	2	3	16
	その他	MCS	0	2	2	4	1	1	2	0	2	0	2	1	17
		COVID-19		25	27	17	20	4	3	5	6	8	4	2	121
		その他	1	0	0	0	0	5	3	3	2	2	1	0	17
相談元	医療機関	2	18	19	18	17	5	4	4	1	3	2	4	97	
	地域包括(在支)(行政)	3	6	5	2	5	2	2	3	4	1	4	1	38	
	居宅(ケアマネ)	3	6	6	6	7	13	5	4	8	5	3	5	71	
	訪問看護	0	1	0	1	1	0	1	0	2	0	0	0	6	
	訪問介護系	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	通所系	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	
	施設系	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	
	その他	0	5	6	6	5	3	3	9	6	7	5	2	57	

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	5	9	15	17	16	22	15	8	11	10	9	6	143
		医療機関	0	3	1	2	2	5	3	1	1	1	3	1	23
		包括(在支)・行政	2	0	0	0	0	1	2	0	2	4	3	3	17
		他地域連携支援室	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		訪問看護	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	5
		介護 居宅(ケアマネ)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
		介護 通所系	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		介護 訪問介護	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		介護 入所系	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		有料ホーム	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	12
		PCR検査センター		4	12	13	10	9	8	5	6	3	1	0	71
		その他	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2

出席会議件数

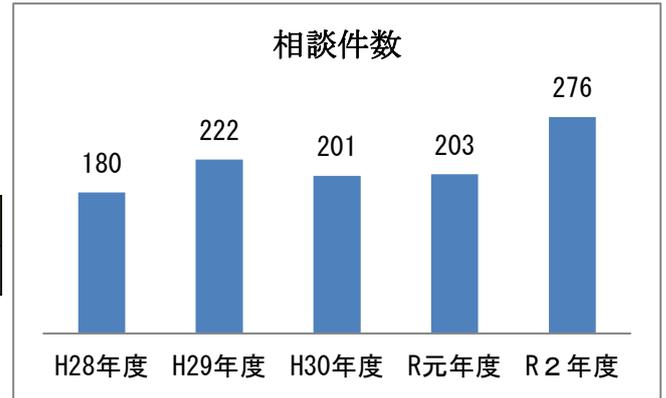
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
			2	3	4	3	4	2	1	3	3	5	3	3	36

<令和2年度相談実績>

1 相談件数

(件)

H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
180	222	201	203	276

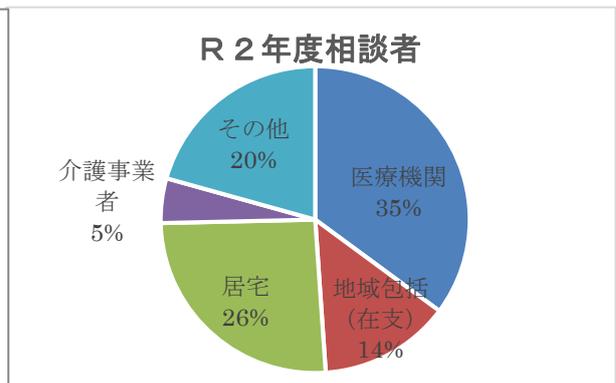
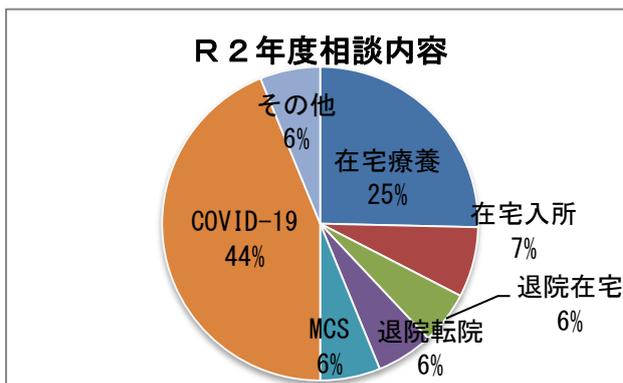


2 相談内容

	H28年度		H29年度		H30年度		R元年度		R2年度	
	件数(件)	割合(%)								
在宅療養	86	47.8	103	46.4	68	33.8	73	36.0	70	25.4
在宅入所	22	12.2	12	5.4	16	8.0	23	11.3	20	7.2
退院在宅	4	2.2	20	9.0	18	9.0	14	6.9	15	5.4
退院転院	22	12.2	20	9.0	13	6.5	27	13.3	16	5.8
MCS	14	7.8	32	14.4	29	14.4	19	9.4	17	6.2
COVID-19	-	-	-	-	-	-	-	-	121	43.8
その他	32	17.8	35	15.8	57	28.3	47	23.1	17	6.2
計	180	100	222	100	201	100	203	100	276	100

3 相談者

	H28年度		H29年度		H30年度		R元年度		R2年度	
	件数(件)	割合(%)								
医療機関	54	30.0	48	21.6	52	25.9	56	27.6	97	35.1
地域包括 (在支)	40	22.2	29	13.0	37	18.4	41	20.2	38	13.8
居宅	65	36.1	94	42.4	69	34.3	74	36.5	71	25.7
介護事業者	3	1.7	20	9.0	13	6.5	10	4.9	13	4.7
その他	18	10.0	31	14.0	30	14.9	22	10.8	57	20.7
計	180	100	222	100	201	100	203	100	276	100



## 《相談内容》

- ・今年度相談内容は、約半数が、コロナ関係、PCRについてとなっている。
- ・コロナ関係を除いた相談内容としては在宅調整に関するものが例年通りに半数を占めている。
- ・コロナを除く相談については、在宅基盤の患者さんの療養についてが多くを占める。
- ・入院入所制限、面会の制限等により、在宅療養をせざるを得ない状況も垣間見える。
- ・在宅療養相談の特徴としては、患者本人、家族に精神疾患が疑われるようなケースが増えている。
- ・現在、精神科の往診が、医療保険の算定上できにくいため、専門性のある診断を受けることが困難。
- ・入院相談については、熱発の患者の受け入れ先がPCR検査後でないと決まらない。

## 《相談者》

- ・PCR検査、熱発患者の処遇についての医療機関からの相談が多く占めた。
- ・前年度同様、ケアマネからの相談は多数を占めるが、連携の取れているケアマネからの相談が多い。さらなる今後の「連携支援室」の周知が必要と思われる。
- ・その他に計上されているが、医師会のHPをみて等の市民から直接の相談も増加傾向。現在、受けた相談に関しては、「傾聴」「該当機関へつなぐ」などの対応をしている。今後、市民からの相談を受けていくかが課題

## 《新型コロナウイルスについて》

- ・令和2年度は、予期せぬ感染症流行で始まり冬期への再拡大リスクで翻弄された。
- ・武蔵野市医師会では5月に市役所健康課と「PCR検査センター」を設置。
- ・医師会会員、介護事業者、市民の不安に迅速に対応できる結果となった。
- ・感染症対策による活動の減少が高齢者の心身の低下を招く心配もあり
- ・今後、コロナの感染状況を見つつ、今後の支援室の体制強化を進めていく。

## 《今後についての考察》

- ・在宅医療介護の相談窓口として認識され、療養上の医療相談を今後も適切に受けていく。
- ・支援室では、MCSサポート業務も継続してる。MCSへの登録希望や分からないことの相談など気軽に相談できる体制が認知されている。今後もMCS活用、拡大の要となる。
- ・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。精神疾患、認知症の相談に関して、さらに医師会内の精神科医会と連携を深める。
- ・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。

## 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
vol. 9	令和 2 年 3 月 31 日
vol. 10	令和 3 年 6 月 15 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（ア）～（ク）の取り組みについて

	8事業	平成30年度の実績	令和元年度の実績	令和2年度の実績
(ア)	地域の医療・介護の資源の把握	・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 ・WEBマップ導入の検討	・既存資料の活用 ・リハビリテーション機関名簿のWEB化（更新） ・医療・介護マップ（WEB版）の導入
(イ)	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	・協議会の開催（3回開催） ・5部会で活動	・協議会の開催（3回開催） ・5部会で活動。	・協議会の開催（2回開催） ・5部会で活動
(ウ)	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	・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	・入院時の病院への情報提供の仕方について、「入院時情報連携シート」を作成し活用 ・退院時の情報提供について看護サマリーの活用状況調査 ・身寄りのない入院患者の意思確認方法について検討 ・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	・「入院時情報連携シート」の活用状況調査 ・身寄りのない入院患者の対応について事例を通して検討 ・コロナ禍での入退院時の支援について意見交換 ・今年度の認知症初期集中支援事業4事例を対象とした事例研究の実施
(エ)	医療・介護関係者の情報共有の支援	・ICT連携の現状把握 ・ICT連携登録数 565件 ・医師会「在宅医療介護連携支援室」のホームページの検討	・ICT連携の現状把握 ・ICT連携登録数 605件 ・医師会「在宅医療介護連携支援室」のホームページの開設（2月）	・コロナ禍でのICT連携の状況把握 ・ICT連携登録数（3年2月末現在）635件 ・医師会「在宅医療介護連携支援室」のホームページの活用状況の確認
(オ)	在宅医療・介護連携に関する相談支援	・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	・相談実績 203件 ・医師会の窓口として（ア）～（ク）9事業へ参加、各部会への参加	・相談実績（3年1月末現在）248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)	医療・介護関係者の研修	・「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	・「ACP」をテーマに事前研修と合同グループワークを実施 ①事前研修（講演会）147名参加 ②合同グループワーク 77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	・「ACP」をテーマに研修会（オンライン）を実施 110名参加 ・コロナ禍のため、合同グループワークは実施せず
(キ)	地域住民への普及啓発	・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）スイングホール 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）～」 ・地域で行う小規模セミナー試行実施 3月11日（月）7名参加 ・「ケアリンピック武蔵野2018」868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15日（土）スイングホール 165名参加 「住み慣れた地域で、安心して医療と介護を受けるために～在宅への復帰を支援する『地域包括ケア病床』～」 ・「ケアリンピック武蔵野2019」704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（オンライン） 2月19日（金）～25日（木） 「住み慣れた地域で、安心して医療と介護を受けるために」映画「ピア～まちをつなぐもの～」の配信 118名参加 ②パンフレットの配布（3年3月10日現在）2,025部配布 ・「ケアリンピック武蔵野」はコロナ禍のため、中止
(ク)	在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	・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	・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	・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（更新）（再掲） ・東京都在宅療養担当者連絡会（書面開催）

# 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。

## 令和2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
宮原 隆雄	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
○野田 愛	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
富田 尚美	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	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
小原 光文	地域活動支援センター	福祉関係者
金丸 絵里	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
山田 剛	武蔵野市健康福祉部長	行政関係者

## 入退院時支援部会（令和2年4月1日～令和3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	齋藤 直樹	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
3	副部会長	酒井 純子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
4	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
5		井上 俊之	武蔵野市医師会
6		天野 英介	武蔵野市医師会（病院部）
7		辰野 隆	武蔵野市歯科医師会
8		本田 美由紀	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
9		平田 悠輔	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		佐藤 親史	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		久保 恵理子	武蔵境病院 地域医療連携室
14		眞崎 巴	吉方病院 看護部
15		金丸 絵里	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）
16		小嶋 敏晴	在宅介護・地域包括支援センター
17		高橋 学	武蔵野市 健康福祉部 生活福祉課
18		浜口 陽子	障害者福祉課
19		黒川 美恵	健康課

## ICT 連携部会（令和2年4月1日～令和3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	山田 剛	武蔵野市健康福祉部長
3		井上 俊之	武蔵野市医師会
4		石井 いほり	武蔵野市医師会 在宅医療介護連携支援室
5		鈴木 健太郎	武蔵野市歯科医師会
6		鎌田 智幸	武蔵野赤十字病院 医療連携センター
7		村山 郁子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
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		藤間 章典	武蔵野市訪問介護事業所連絡会義
10		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
11		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
12		金丸 絵里	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）
13		庄司 幸江	在宅介護・地域包括支援センター

		氏名（敬称略）	所属
14		稲葉 秀満	武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課長
15		吉野 貴志	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（令和2年4月1日～令和3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	富樫 明美	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
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 在宅医療介護連携支援室
6		蒲池 史郎	武蔵野市歯科医師会
7		渡辺 拓也	武蔵野市薬剤師会
8		松野 啓子	武蔵野赤十字病院 医療連携センター
9		酒井 純子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
10		齋藤 直樹	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
11		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
12		井上 亮	武蔵野市訪問介護事業者連絡会議
13		吉田 憲介	武蔵野市訪問介護事業者連絡会議
14		今井 研二	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
15		石橋 美奈	武蔵野市福祉公社
16		柳野 聡	在宅介護・地域包括支援センター
17		鐘水 知子	東京都多摩府中保健所
18		杉本 明美	武蔵野健康づくり事業団
19		栗田 亮	武蔵野市 健康福祉部 生活福祉課
20		小園 優紀	障害者福祉課
21		杉野 綾	健康課

### 普及・啓発部会（令和2年4月1日～令和3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	大川 真央	武蔵野赤十字病院 医療連携センター
3	副部会長	青柳 里栄子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
4	副部会長	鈴木 恵子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
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		佐久間 琢	武蔵野市歯科医師会
7		安田 農	武蔵野市薬剤師会
8		高橋 淳子	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

		氏名（敬称略）	所 属
9		黒田 悠子	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
10		穴戸 理香	武蔵野市訪問介護事業者連絡会議
11		金丸 絵里	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）
12		菊池 政之	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）
13		武永 慶志	在宅介護・地域包括支援センター
14		保坂 佳子	武蔵野健康づくり事業団
15		塩島 由希子	武蔵野市 健康福祉部 高齢者支援課
16		有賀 友哉	健康課
17		虻川 奈央	健康課

### 認知症連携部会（令和2年4月1日～令和3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	上田 玲子	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		菊池 和枝	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
8		村山 郁子	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会
9		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
10		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
11		能丸 創	認知症介護指導者
12		磯山 公一	武蔵野市訪問介護事業者連絡会議
13		三木 明美	武蔵野市福祉公社
14		関 美和子	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
15		大内 裕子	在宅介護・地域包括支援センター
16		小池 真理子	在宅介護・地域包括支援センター
17		村島 祐子	武蔵野市 健康福祉部 地域支援課
18		酒井 裕美	武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）
19		内田 芽衣	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。

### 【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

- 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

## 武蔵野市におけるICT連携のルール

1. 武蔵野市におけるICT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. メディカルケアステーション（MCS）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. ICT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、MCSは使用しない。
7. 利用にあたっては「MCS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。

# 地域包括ケア病床を知っていますか？

在宅での療養に不安があり、もう少しの入院治療で在宅復帰できる患者の方、施設への転院がすぐにできない患者の方の為に、安心して退院できるよう支援する仕組みの事です。



## ■ 武蔵野市にある地域包括ケア病床

- \* 武蔵境病院…………… 21床
- \* 吉祥寺南病院…………… 21床
- \* 吉方病院…………… 31床

## 地域包括ケア病床とは…

- ・ 急性期治療を終了し、症状が改善した方で直ぐに在宅や施設へ退院するには不安のある方に対し、在宅復帰に向けて医療管理・診療・看護・リハビリテーションを行うことを目的とした病床です。
- ・ 在宅あるいは介護施設に復帰予定の方であれば対象となります。

<以下の様な時に利用できます>

- ① 急性期治療が終了し、病状が安定・軽快して「在宅復帰」へ向けた間の入院
- ② 身体状況変化に伴う「自宅環境が整うまで」の間の入院
- ③ 在宅復帰に向け「もう少しリハビリ」がしたいとき
- ④ 慣れない医療行為やおむつ交換など「介護の練習」がしたいとき
- ⑤ 在宅で療養中に「介護者の休養」のための一時入院



## 利用のイメージ



## 入院期間・入院費について

入院期間は、状態により医師が判断します。最長で60日となります。  
1日あたりの入院費は、原則として定額です。リハビリテーション、投薬、注射、処置、検査、画像診断などのほとんどの費用が含まれています。

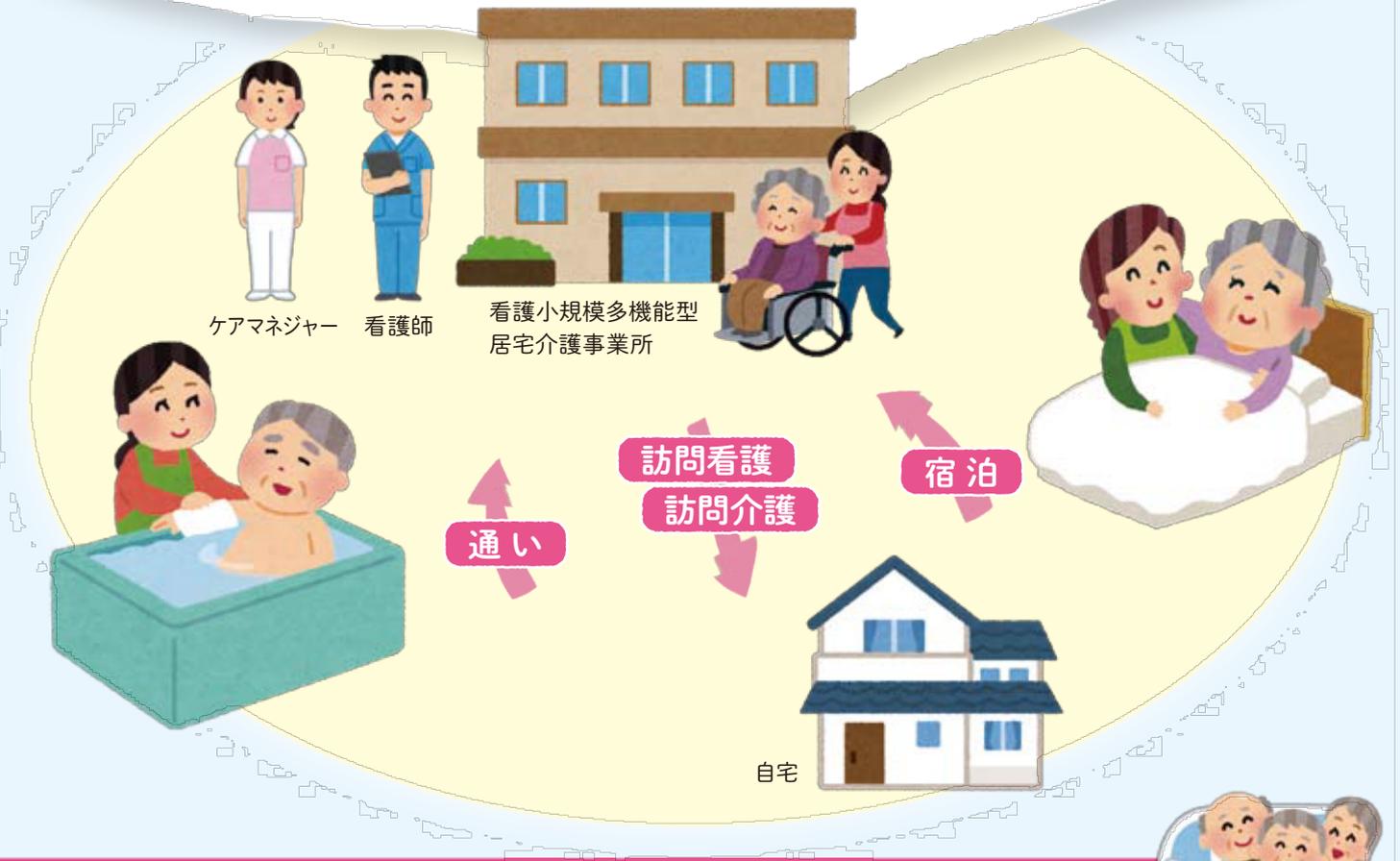


【正誤表】在宅療養パンフレット「住み慣れた地域で暮らし続けるために」(平成30年3月 第2版発行)

- ◎P4:水口病院は閉院しました。 ◎P5:「看護小規模多機能型居宅介護」と「地域包括ケア病床」が入ります。
- ◎P8:「開前」は「関前」が正しい表記です。

# 看護小規模多機能型居宅介護を知っていますか？

要介護者の方、医療ニーズの高い方、末期がんなどで終末期を迎えた方へ  
365日切れ目のないチームケアで支援する介護と看護の一体的なサービスのことです。



## 看護小規模多機能型居宅介護(かんとき)とは

ご自宅での暮らしを続けていただくため、「通い」「宿泊」「訪問介護」「訪問看護」サービスをご本人、ご家族の状態に合わせてご利用いただけます。専任のケアマネジャーが担当します。

■ 武蔵野市にある  
看護小規模多機能型居宅介護事業所  
\* ナースケアたんぼぼの家

### 事例1

97歳の女性。独居。  
自宅の庭で転倒したことをきっかけに利用開始。他市に住む娘が支援に来てくれるが、娘も就労しており毎日支援に来るのは難しい。訪問看護による健康チェック、訪問介護に生活援助を依頼。  
さらに転倒予防のために、通いを週2回して生活リハビリを行った。娘が来られない時などに「泊まり」を利用。すべてのサービスを同じ事業所が対応することで本人も混乱なく安心して自宅で生活をしている。

### 事例2

胃ろうがあり、吸引も必要な90歳の男性。高齢者世帯。介護をしている妻も高齢のため、介護や看護が大変になってきたため利用開始。いよいよターミナル期となったが「家で過ごしたい」と本人が希望。  
妻も本人の希望を叶えたいと、まずは泊まりを利用し体調を整えることになった。訪問看護も訪問介護も泊まりも馴染みの職員のため、本人も妻も安心して在宅での療養生活を過ごすことができた。最期の前日、本人と妻がお互いの手を握り見つめ合う姿が印象的だった。



# 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会通信

Vol. 10

令和3年6月15日

発行/編集 武蔵野市健康福祉部地域支援課

## 令和2年度 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会の報告

令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、協議会や部会も回数を減らし、オンラインで行うなど様々な変更を余儀なくされました。医療従事者への負担が大きい中で武蔵野市医師会の田原会長を中心に活発な議論が行われました。

### ★在宅医療・介護連携推進協議会 委員名簿（令和2年度）

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	富田 尚美	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	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
宮原 隆雄	公益社団法人東京都武蔵野市歯科医師会	医療	*小原 光文	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	*金丸 絵里	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
○*野田 愛	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	*山田 剛	武蔵野市健康福祉部長	行政

◎会長、○副会長、\*今年度就任した委員

### ○日程

	日時	場所	内容
第1回	令和2年12月1日（火） 午後7時～8時30分	オンライン 開催	令和元年度 在宅医療・介護連携推進事業の報告 令和2年度の取組み、計画等について
第2回	令和3年3月25日（木） 午後7時～8時30分	オンライン 開催	令和2年度 在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況 と今後の予定について

令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、オンラインで行われました



# 5部会の報告

## (1) 入退院時支援部会

地区別ケース検討会議でケアマネジャーが行ったアンケート、「新型コロナウイルス感染症予防対応による入退院支援について」を基に意見交換をしました。また、入院時情報連携シートの活用状況について確認しました。

### 《令和2年度の活動内容》

第1回部会 7月30日(木) 16名参加(市役所412会議室)

- ① 令和元年度の部会の活動報告
- ② 令和2年度部会の進め方について

第2回部会 1月21日(木) 17名参加(オンライン)

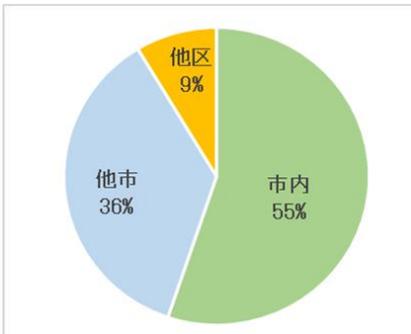
- ① コロナ禍における入退院時の医療と介護の連携について
- ② 入院時情報連携シートの活用状況について
- ③ 来年度の部会の進め方について

### 1. コロナ禍における入退院時の支援について

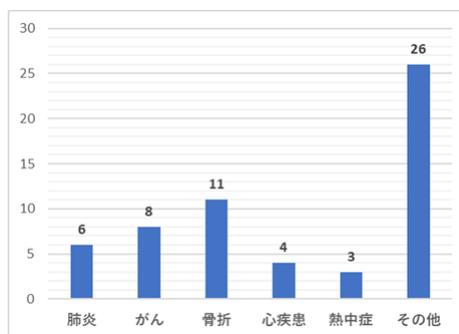
- ・コロナ禍で面会が出来ず情報収集が出来ない。退院前カンファレンスは難しかった。
- ・コロナで入院すると面会できないので、入退院時のカンファレンスは大事になる。
- ・在宅医療介護連携支援室を活用して情報収集する。

### 2. 入院時情報連携シートの活用について(令和2年度 58名)

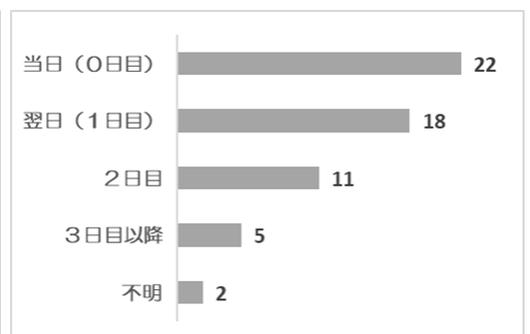
#### ① 入院した病院の所在地



#### ② 入院した原因疾患



#### ③ 情報連携シートの送付日



#### ④ シートの改善点

- ・身体機能の項目、介助方法、かかりつけ医+他科受診など、状況が細かく書けると良い。
- ・既往歴の記入場所があると良い。(入院病名とは違う骨折など、病院が把握していなかったため、リハビリに影響が出たケースがあった。)
- ・認知症自立度、意見書と調査票分けて書けない。

#### ⑤ シートを活用した効果

- ・失語症の患者の相互理解に役立った。
- ・病院から通院履歴は10年前より途絶えており状況が分からないと提出の依頼があった。
- ・がんの進行の可能性から食事・水分が取れないなど変化あり、今後の方向性検討を共有。
- ・入院歴はあるが、最新情報、家族状況に変化があり伝えることで今後の在宅療養についても一緒に検討してもらうことが出来ている。
- ・家族がカンファレンスに同席できた。
- ・病棟NS、MSWと情報共有(在宅での様子、家族の状況、退院後のリハビリ等)できた。
- ・退院時支援、病状説明、看護サマリーを受け取った。
- ・転院の判断に役立った。

## (2) 認知症連携部会

《令和2年度の活動内容》

第1回部会 12月8日(火) 15名参加(オンライン)

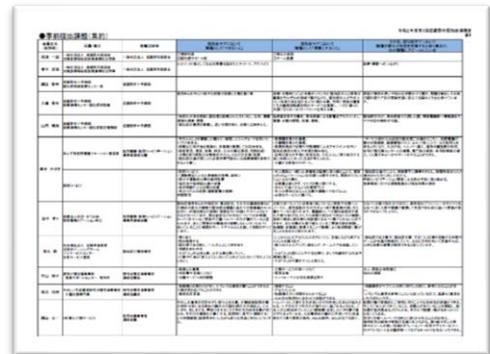
- ① 令和元年度の部会の報告
- ② 事前提出課題について(職種毎の認知症ケアにおける得意なこと等)

第2回部会 2月15日(月) 17名参加(オンライン)

- ① 事例研究(初期集中支援事業事例)
- ② 次年度の取組について

### 1. 第1回部会

- ・今年度は新型コロナウイルス感染症の影響により部会の開催が大幅に遅れたが、オンライン開催として上記日程で第1回部会を開催し、部会員15名の参加を得た。
- ・部会員及び事務局の自己紹介に続き正副部会長の選出を行った。
- ・当部会の成り立ち、在宅医療・介護連携推進協議会における位置づけ、令和元年度の当部会の活動について説明の後、昨年度第2回部会にて部会長より提案のあった事前提出課題(職種毎の認知症ケアにおける得意なこと等)について、各部会員よりそれぞれコメントを得たうえで質疑応答や意見交換を行った。
- ・部会長より、各関係者が地域においてあるいは職種としてできること得意なことを実践的な知識として使えるようにしていくため、事例研究会の開催が提案された。

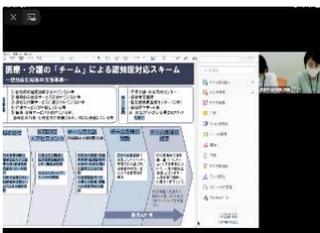
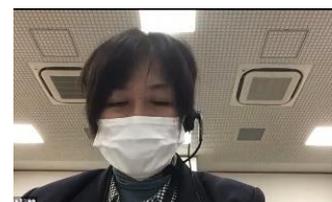


### 2. 第2回部会



- ・新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言が発出中であることを受け、第1回に続きオンライン開催とし、今年度の認知症初期集中支援事業4事例を対象とした事例研究を実施。部会員17名の参加を得た。

- ・まず初期集中支援事業の概要について認知症コーディネーターリーダーである部会員より説明の後、副部会長の進行により、各部会員に周知した各事例毎のポイントに沿った質問事項について、全部会員が各々の職種、機関の特性や強みを踏まえた意見を述べた。



- ・来年度については、引き続き初期集中支援事例を題材とした事例研究の実施と、部会員に限定せず広く様々な関係者に参加いただくこと、そのためのオンライン活用の促進が提案されたほか、他部会との連携も検討していくこととなった。

# (3) ICT連携部会

《令和2年度の活動内容》

第1回部会 8月6日(木) 書面開催

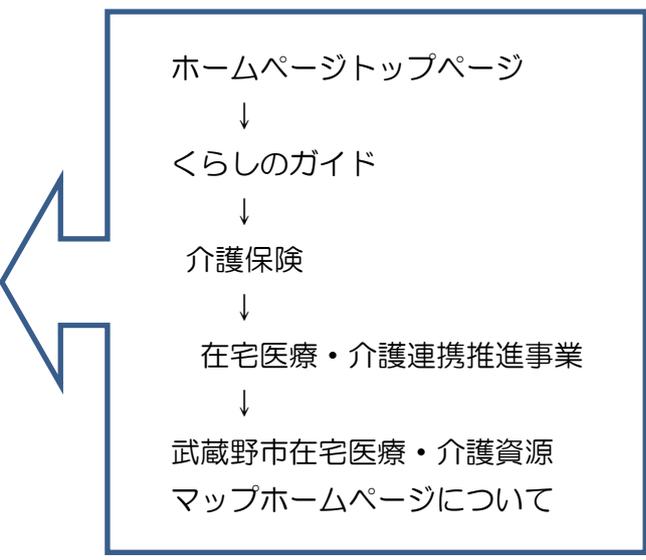
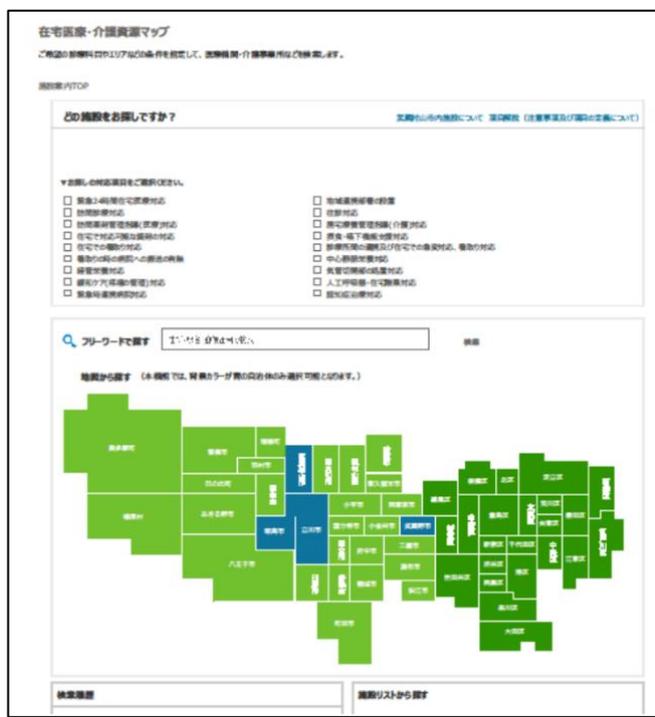
- ① 令和2年度の部会の進め方について
- ② 在宅医療・介護資源マップの導入について
- ③ ICTの活用状況と課題について

第2回部会 2月12日(金) 13名参加(オンライン)

- ① 在宅医療・介護資源マップについて
- ② コロナ禍におけるICT(MCS)の活用状況について

## 1. 在宅医療・介護資源マップ(WEB版)の導入

令和3年1月19日(月)から運用開始しました。このマップは、往診や訪問診療に対応できる医療機関を始め、歯科・薬局・訪問看護ステーション・介護事業所・相談窓口など必要な医療資源の情報をキーワード検索できるシステムです。



## 2. MCSの登録者数の推移

\*実績の(XX/yy)の表記はxxが市内・yyが市外となります。

対応内容	4月実績	5月実績	6月実績	7月実績	8月実績	9月実績	10月実績	11月実績	12月実績	1月実績	2月実績	3月実績
医師	73(56/17)	73(56/17)	73(56/17)	73(56/17)	74(56/18)	74(56/18)	75(57/18)	74(56/18)	74(56/18)	74(56/18)	74(56/18)	74(56/18)
歯科医師	44(33/11)	44(33/11)	44(33/11)	44(33/11)	46(34/12)	46(34/12)	46(34/12)	46(34/12)	46(34/12)	46(34/12)	46(34/12)	46(34/12)
薬剤師	81(55/26)	81(55/26)	82(55/27)	82(55/27)	82(55/27)	82(55/27)	82(55/27)	82(55/27)	82(55/27)	83(56/27)	83(56/27)	83(56/27)
訪問看護・訪問リハビリ	107(48/59)	108(48/60)	110(49/61)	111(50/61)	110(50/60)	110(50/60)	111(50/61)	111(50/61)	109(50/59)	109(50/59)	109(50/59)	109(50/59)
介護支援専門員	111(46/65)	112(47/65)	114(48/66)	119(52/67)	119(52/67)	121(54/67)	122(55/67)	123(55/68)	123(55/68)	123(55/68)	123(55/68)	124(56/68)
訪問介護	87(48/39)	90(48/42)	90(48/42)	93(49/44)	95(49/46)	95(49/46)	96(49/47)	94(49/45)	97(49/48)	98(49/49)	100(51/49)	101(52/49)
在宅介護支援センター	31(26/5)	31(26/5)	32(27/5)	32(27/5)	32(27/5)	32(27/5)	32(27/5)	32(27/5)	32(27/5)	32(27/5)	32(27/5)	32(27/5)
地域包括支援センター	14(4/10)	14(4/10)	14(4/10)	14(4/10)	14(4/10)	14(4/10)	14(4/10)	14(4/10)	14(4/10)	14(4/10)	14(4/10)	14(4/10)
行政	7(7/0)	7(7/0)	8(8/0)	8(8/0)	8(8/0)	8(8/0)	8(8/0)	8(8/0)	8(8/0)	8(8/0)	8(8/0)	8(8/0)
その他	45(21/24)	45(21/24)	45(21/24)	45(21/24)	45(21/24)	46(21/25)	46(21/25)	46(21/25)	46(21/25)	46(21/25)	46(21/25)	46(21/25)
計	600(344/256)	605(345/260)	612(349/263)	621(355/266)	625(356/269)	628(358/270)	632(360/273)	630(359/271)	631(359/272)	633(360/273)	635(362/273)	637(364/273)

## (4) 多職種連携推進・研修部会

≪令和2年度の活動内容≫

第1回部会 10月22日(木) 書面開催

① 令和2年度の部会の進め方について

### 1. 研修会「もしもの時を話し合う アドバンスケアプランニング」

日時	令和2年11月13日(金)午後7時～8時30分
場所	オンライン(事務局:市役所西棟111会議室)
内容等	角田ますみ氏(杏林大学准教授)によるACPについての講義
対象・参加者	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・110名

もしもの時を話し合う  
アドバンスケアプランニング  
医療・介護・福祉・地域みんなで支える意思決定

杏林大学保健学部  
角田ますみ

### <当日アンケートの結果>

- ・身近にある事例は、受け入れ易かった。
- ・ACPについて学ぶのが初めてだったので、難解に感じた。ただ、とても大切なことだということは分かったので、今後理解を深めていきたいと思った。
- ・ACPはチェックリストの手続きではなく、「共有」と「プロセス」が大事。
- ・ACPに必要な事前指示・リビングウィル・代理人指示・リビングウィルとは何か整理ができた。
- ・ACPは人生の意思決定のプロセスと理解した。具体的なことをチームで共有し、それを考え直すことも含めて支援して行きたいと思う。
- ・ACPをいつ始めるかポイントは何か、支援者としてとても参考になった。
- ・ALP、代理意思決定者という言葉を学んだ。
- ・実際のALPでの過程において、よかった過程、悪かった過程なども学びたい。
- ・フレイル進行の段階や意思決定のバイアスについて、とても参考になった。
- ・さまざまな経過によりACPにも特徴があり、支援者側はそれを認識しながら、相手に擁護・支援をされているという感覚をもってもらえるよう配慮する必要があることなど、基本的な支援者のスタンスが確認できた。
- ・老衰となると、緩やかに弱っていく中で、元気な時からアプローチすることが大切だが、言いづらさも感じる。ケアマネとして、チームの一員として、どう動くべきか考えさせられた。
- ・最初の関わりから認知症や自分の意思決定がすでにできにくくなっている状態で関わる方も多く、家族の意向になりがちなので、そういった場合の難しさがあると思った。
- ・高度急性期病院で救急搬送・急変による急な判断を迫られる環境の中で、本人の希望に添えたと家族が少しでも納得できるような話し合い、声掛け、適切な場を提供することを、今後も取り組む。
- ・患者様に対し薬剤師としてどのように関わられるのか考える、貴重な機会になった。
- ・今までの介入を見つめ、本人・家族に対する次への取り組みを思い描ける内容。
- ・初回訪問や介護保険の更新の際など、家族立ち合いで、「現状の生活」や「生活への意向」を確認。そういった機会に、ACPについて話し合うきっかけをご本人・ご家族に働きかけていきたいと思う。フレイル進行の段階や意思決定のバイアスについて、とても参考になった。
- ・在宅で元気なうちから知っている方の場合は、意思を尊重し文面に残すなど、備えることができるが、判断能力の低下後に支援開始した方の治療やケアについて、本人の意思を尊重し、どこまで治療やケアをするかについて日々迷い、苦慮することが多い。今回の講演会は、その支援者に対する一つの道筋を示すものだと感じた。
- ・話し合い、地域で支え合いながら、納得できる意思決定支援をしていける様に、連携していく事が大切だと思った。
- ・介護を受けていても、(未だ死は遠い)元気なうちに話す事が一番だと思った。事前指示のある方に対して、(元気な時に)考えた事と(悪化して)感じる事は違うのでは?などと疑問があったので、プロセスを経て何度も話し合う事が大切、と言う事に大変納得した。
- ・疾病で急激な変化においては、自然な流れで話し合いが持てるように思う。しかし家族の揺れ動く気持ちに寄り添いながら、アプローチしていきたいと思った。

## (5) 普及・啓発部会

《令和2年度の活動内容》

第1回部会 9月14日(月) 書面開催

- ① 令和2年度の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
  - ・パンフレットの配布について

第2回部会 1月15日(金) 17名参加(オンライン)

- ① 市民セミナーについて
- ② エンディング支援事業について

### 1. 市民セミナー

毎年市民向けにスイング等の会場を使用して市民セミナーを開催していましたが、今年はコロナ禍のためオンラインで実施することとし、「在宅医療」「介護」「多職種連携」「看取り」をテーマにした映画、『ピア～まちをつなぐもの～』を2月19日(金)から25日(木)まで1週間の配信をしました。

#### 令和2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、安心して医療と介護を受けるために ～医療と介護の連携や看取りについて学ぶ～

内 容 映画「ピア～まちをつなぐもの～」オンライン上映

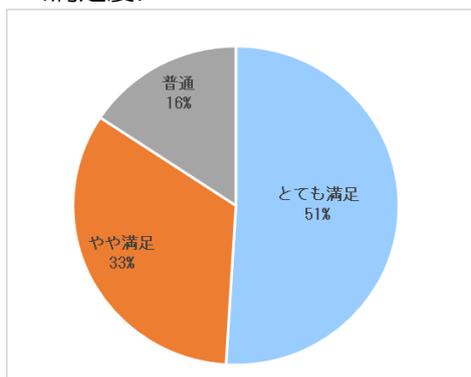
日 時 令和3年2月19日(金)～2月25日(木)

参加者数 118名

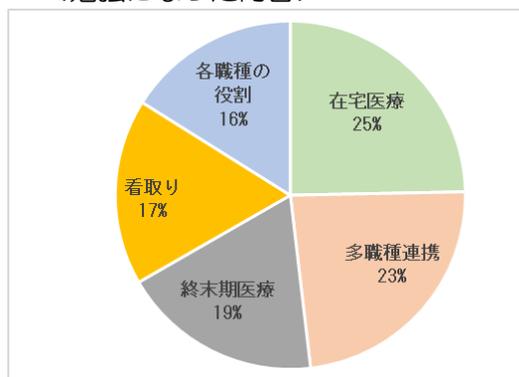
視 聴 者 最年少30歳、最高齢81歳、平均55.5歳

〇感想等

＜満足度＞



＜勉強になった内容＞



＜「ピア」をもう一度見たいか＞ →86.3%が「はい」と回答。

＜映画の感想＞(一部抜粋)

- ・様々な職種との連携が患者の生活を支えられると改めて感じた。
- ・退院カンファレンスが直近にあり、リアルに感じ身に染みた。
- ・在宅介護の実際を一般市民に知ってもらうための分かりやすい映画だった。
- ・ケアマネジャーの役割とその関係が具体的に分かってよかった。
- ・医師、介護、様々な立場があると思うが、結局当事者がどう関われるのか、それが大切だと感じた。

【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) 菱沼・江森

〒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:令和 年 月 日  
記載日:令和 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 歳)	同居・別居	連絡先	
キーパーソン	(続柄 歳)	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

### 令和2年度 活動報告書

発行	令和3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
FAX	0422(51)9218
メール	SEC-CHIIKI@city.musashino.lg.jp