

在宅医療・介護連携における4つの場面と丹波篠山市の取組状況

資料3

医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活できるようにする。

入退院の際、医療機関・介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、包括的・継続的な医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活ができる。

【医療・介護連携ツール】

- ・篠山つながり手帳 ・主治医連携票の活用
- ・介護支援専門員名刺等を被保険者証・薬手帳に貼付
- ・在宅医療・介護連携ガイドブック

【利用者基本情報シート】

- ・個別地域ケア会議
- ・介護支援専門員への支援

【多職種連携・協働】

- ・この指と～まれ、研修会の開催

【入退院連携スムーズなサービス提供】

- ・丹波圏域退院時調整ルール運用
- 【希望する場所で望む生活のための相談】
- ・相談窓口の周知
- ・在宅医療・介護連携ガイドブック

日常の
療養支援

入退院
支援

急変時の
対応

看取り

【急変時 本人の状況把握】

- ・安心カードの配布：救急隊員が訪れた時に、かかりつけ医等を把握できる。
（民生委員児童委員連絡協議会）
- ・見守り台帳の整備 緊急連絡先の把握
- ・緊急通報システムの設置

【市民への在宅看取りについての認識・理解】

- ・人生会議（ACP）に関する周知・啓発
- ・わたしの大事をつなぐノートの周知・啓発
- 【関係者・専門職が共有し実現】
- ・医療介護専門職への人生会議（ACP）研修

医療・介護・救急（消防）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

地域の住民が在宅での看取り等について十分に理解・認識した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるよう、医療・看護・介護関係者が本人や家族等と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

在宅医療・介護連携における4つの場面と丹波篠山市の取組 ①

日常の療養支援 について

医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活できるようにする。

取組項目	取組内容	現状	課題	今後の取組
医療・介護 連携ツール	篠山つながり手帳	関係機関が伝えたいことを伝えるためのノート。必要な人には上手く活用できている	うまく活用するには、関係機関や本人・家族の理解が必要	篠山つながり手帳の周知啓発を続け、当面は使用を継続する。
	主治医連絡票	介護支援専門員と医師の間で活用。受診の際、患者に同行する場合もあり使用しないこともある。		ITC化（ヘルスケアパスポート）の実証実施を進めていく。
	在宅医療・介護連携ガイドブック	市内の医療・介護事業所、近隣市の医療機関に配布し、情報を共有している。	紙面での管理の為、情報の更新が不十分となる。	令和6年度に内容を修正し、データと紙面での情報提供する。
	利用者基本情報シート	介護サービス利用開始時や入院時の情報提供に使用		使用継続
日常の療養 生活支援	個別ケース対応 介護支援専門員への支援	市や地域包括支援センターが、介護支援専門員等からの相談に対し、多職種と一緒に検討できる機会をつくる。		継続
多職種 連携・協働	この指と～まれの開催 研修会の開催	年3回、医療・介護職が集まり、学びや意見交換を行って、顔の見える関係をつくる。		継続

在宅医療・介護連携における4つの場面と丹波篠山市の取組 ②

入退院支援 について

入退院の際、医療機関・介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、包括的・継続的な医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活ができる。

取組項目	取組内容	現状	課題	今後の取組
入退院連携スムーズなサービス提供	丹波圏域退院時調整ルールの運用	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員と市内6病院間で、入院時情報提供や退院3日以上前に連絡があれば、退院後のサービス調整がスムーズに行えている。 介護支援専門員の名刺を保険証と一緒に病院に持参するように伝えている。 介護保険新規申請時期が早く、ルールが守られていないことがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院からの退院3日未満の退院連絡は減少しており、介護支援専門員が退院後のサービス調整で困ることが少なくなっている。 かかりつけ医への入退院時の連絡が不十分である。 介護保険申請の時には、ルール通り、病院からの依頼書を活用する。 	<ul style="list-style-type: none"> 年1回以上の運用調査を繰り返しながら、それぞれがルールを守りながら運用を継続する。 入退院時にはかかりつけ医への連絡を家族や介護支援専門員が必ず行う。
	在宅医療・介護連携ガイドブックの活用	市内の医療・介護事業所、近隣市の医療機関に配布し、情報を共有している。	紙面での管理の為、情報の更新が不十分となる。	令和6年度に内容を修正し、データと紙面での情報提供する。
相談体制の整備	相談窓口の周知	介護支援専門員が決まっていない場合は、病院から市や地域包括支援センターに連絡がある場合が多い。介護認定はスムーズに出来ている。		病院の地域連携室等からの相談は、市・地域包括支援センターへつながるように周知する。

在宅医療・介護連携における4つの場面と丹波篠山市の取組 ③

急変時の対応 について

医療・介護・救急（消防）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

取組項目	取組内容	現状	課題	今後の取組
急変時の緊急連絡体制	安心カードの配布	民生委員児童委員協議会の取組で、民生委員が必要とした人には配布されている。(R6.2末1,817人) R5.3末1,820人	全ての高齢者には浸透しておらず、緊急時の連絡先が分からないこともある。	民生委員・児童委員、介護支援専門員等を通じて事業の周知する。
	緊急通報システムの設置	本人の希望により設置(R6.2末181台) R5.3末182台		
	見守り台帳の整備による緊急連絡先の把握	本人の申請により台帳登録し、緊急連絡先を把握		
			消防署の救急支援体制を把握できていない。	救急搬送連絡時の注意点について介護支援専門員や介護サービス事業所が知らないことがある。
延命処置等に関する本人の意向の確認	市民、専門職に対し、「人生会議」や「わたしの大事をつなぐノート(エンディングノート)」の周知・啓発	高齢者が集う場面や自治会等、権利擁護の研修会等で配布。市内の全医療機関や市役所等の窓口で配布 (R6.2末2,000冊配布)	市民への継続的な周知が必要	市内の薬局に人生会議のパンフレットとわたしの大事をつなぐノートを配置する

在宅医療・介護連携における4つの場面と丹波篠山市の取組状況 ④

看取り について

地域の住民が在宅での看取り等について十分に理解・認識した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるよう、医療・看護・介護関係者が本人や家族等と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

取組項目	取組内容	現状	課題	今後の取組
市民への在宅看取りについての認識・理解	人生会議（ACP）とわたしの大事をつなぐノート（エンディングノート）の周知・啓発	<ul style="list-style-type: none"> R4年度に、市民フォーラムを開催し、その後も高齢者等の集まる機会に説明を行った。 新聞や広報への掲載 病院や行政機関の窓口に配置した。 (2,000冊配布 R6.2末) 	<ul style="list-style-type: none"> 継続した市民への周知が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 薬局等でパンフレット等を配置する。 認知症や権利擁護に関する事業と、「意思決定支援」として連携していく。 市民への啓発と専門職への啓発を進める。
関係者・専門職が共有し実現	医療や介護専門職への人生会議（ACP）研修を行い、きっかけづくりとなる。	専門職向け研修や多職種連携会議（この指と～まれ）で研修を実施した。	人生会議を行うきっかけづくりを担う、医療・介護等の専門職への理解が必要	医療職や看護職、介護サービス事業所や介護支援専門員等への理解や周知を継続する。