

平成30年度
在宅医療・介護連携推進事業
実績報告

(ア) 地域医療・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構築推進

(エ) 在宅医療・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・介護関係者の研修会

(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との連携

(ア) 地域医療・介護資源の把握

在宅医療・介護連携推進事業のホームページの更新

在宅医療と介護のサービスマップの更新

介護保険情報誌ハートページの更新

医師と連携しやすい時間等を記載した連携タイムの更新

このページに関連するお知らせ

平成29年度「こころとからだの健康教室」参加者募集

つくば市在宅医療・介護連携推進事業

平成28年12月16日 更新

つくば市在宅医療・介護連携推進事業について

つくば市では、高齢者の方々が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護サービスを一体的に提供するために、医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進していきます。



つくば市在宅医療・介護連携推進事業のイメージ図 (171.2KB)

在宅医療とは

在宅医療とは、通院が困難な方に対して医師や歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職などがご自宅に訪問して提供する医療のことです。在宅医療とあわせて介護の認定を受けることで在宅生活に必要な介護サービスも受け取ることができます。住み慣れた自宅や地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けるためには、状態に応じて医療と介護の両方を利用していく必要があります。

【かかりつけ医】

病気になったとき、すぐに相談できる地域の診療所や病院の医師のことです。日頃の診察で病状や治療法についての詳しい説明を受けられる他に、必要に応じて適切な専門医や専門医療機関の紹介をしてくれます。

【在宅療養支援診療所】

出来る限り住み慣れた自宅で療養しながら生活が出来るよう、在宅医療において中心的役割を担い、必要に応じ他の病院や訪問看護ステーション等との連携を図りながら、患者さんや御家族の求めに応じて24時間の往診・訪問看護等を提供できる体制を整えた診療所のことと言えます。

【訪問看護】

訪問看護ステーション等から看護師が御家庭を訪問し、病状や療養生活を看護の専門家の目で見守り、適切な判断に基づいたケアとアドバイスで住み慣れた家で在宅療養しながら、その人らしい生活が送れるように支援します。また、医師やケアマネジャーとも連携し、さまざまな在宅サービスの利用方法を提案します。

【訪問リハビリ】

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が自宅を訪問してリハビリを行います。

在宅介護とは



(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により事業結果の検討

在宅医療・介護連携推進協議会

第1回 在宅医療・介護連携推進協議会	第2回 在宅医療・介護連携推進協議会	第3回 在宅医療・介護連携推進協議会
<ul style="list-style-type: none">・平成30年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業計画について・つくば市在宅医療・介護連携推進事業の評価指標について・平成31年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業意識調査について	<ul style="list-style-type: none">・情報共有・連携ノート アンケート結果について・在宅医療・介護連携推進事業における共通認識と評価指標について・28年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業意識調査の結果と実績	<ul style="list-style-type: none">・在宅医療・介護連携推進事業における評価指標とアンケート調査について・在宅医療・介護連携ノートについて・つくば市地域医療連携推進法人(仮称)について
平成30年6月7日	平成30年11月1日	平成31年2月12日

・圏域別ケア会議の開催

全体で36回開催

- ・筑波圏域:6回
- ・大穂・豊里圏域:6回
- ・桜圏域:6回
- ・谷田部東圏域:6回
- ・谷田部西圏域:6回
- ・荃崎圏域:6回

検討事例

- ・同居している長男夫婦と確執がある90代女性への支援
- ・進行性の難病を患う独居男性の支援について
- ・同居世帯で暮らす認知症夫婦の支援
- ・独自の健康感が強く、必要な医療・介護につながらない80代男性の支援

課題別内訳

- ・骨、関節疾患16件
- ・独居18件
- ・見守り9件
- ・認知症6件
- ・サービス拒否6件

参加者

医師 歯科医師 医療SW
 ケアマネジャー 介護福祉士
 看護師 退院調整看護師
 社会福祉士 相談員 薬剤師
 民生委員 ケースワーカー
 理学療法士 作業療法士
 言語聴覚士 精神保健福祉士等

圏域によって医師の参加がいなかったため、医師が参加しやすい夜間に開催しましたが、医師の参加に変わりなく、逆にケアマネジャーの参加が少なくなる圏域もあった。

圏域	職種	医師	看護師	医療SW	介護従事者	介護支援専門員	生活相談員
	合計(1回)						
昼間(人)	15.93	0.67	0.80	0.50	0.63	8.73	1.07
夜間(人)	16.17	0.67	1.00	0.50	0.50	7.00	0.67

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 (エ) 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援

・平成30年度第1回多職種のための意見交換会（8月31日開催）

講演「在宅療養における意思決定と急変時の対応」

講師 せせらぎ在宅クリニック 清水 亨 氏

事例紹介

講師 訪問看護ステーションTERMS 訪問認定看護師 久保谷 美代子 氏

消防本部 警防課 中島 千尋 氏

グループワーク「みんなで作ろう、つくば市の急変時対応シート」



医師:3名	鍼灸按摩マッサージ指圧師:3名
歯科医師:4名	歯科衛生士:3名
薬剤師:18名	社会福祉士:4名
保健師:7名	精神保健福祉士:3名
看護師:22名	医療福祉連携室:3名
理学療法士:6名	主任ケアマネジャー:7名
作業療法士:3名	ケアマネジャー:21名
言語聴覚士:2名	介護職:1名 介護福祉士:6名
管理栄養士:1名	福祉用具専門相談員:2名
鍼灸師:1名	相談員:3名 その他:2名
消防職員:13名	事務局:13名
	講師:3名

参加者合計
:146名

- ・最期を過ごしたい場所、看取られたい場所、御家族は大変迷うと思います。
- ・救急隊、消防、警察の方にもどんどん御参加いただけるととてもありがたいです。
- ・グループワークでは大変盛り上がった議論ができました。日常業務においてももっと横のつながりがつくばで実現出来ればなあと思います。
- ・多職種連携の重要性、リビングウィルを残すことの必要性、意思をつなぐことの方法をもっと検討していく必要があると思いました。
- ・多職種のグループワークで職種ごとの考え、現状がよくわかりました。情報共有シートは全国共通のものになると良いと思いました。

・平成30年度第2回多職種のための意見交換会（1月17日開催）

講演「松戸市における地域包括ケア推進に向けた取り組みについて」

講師 あおぞら診療所 川越 正平 氏

グループワーク「市民の方が在宅生活を送ることができる地域を目指すために
—自分たちができることを考える—」



医師:11名	歯科医師:4名
薬剤師:5名	社会福祉士:5名
保健師:10名	精神保健福祉士:1名
看護師:5名	医療ソーシャルワーカー:1名
理学療法士:12名	主任ケアマネジャー:7名
作業療法士:8名	ケアマネジャー:19名
言語聴覚士:5名	介護福祉士:4名
訪問介護員:1名	相談員:2名
鍼灸按摩マッサージ指圧師:4名	
鍼灸師:1名	歯科衛生士:2名
管理栄養士:1名	消防職員:1名
その他:13名	

参加者合計
:122名

・同職種での交流の会はありますが、他職種の方の色々な意見をお聞きする機会が少ないのでとても貴重な時間でした。皆さん地域のことや連携について熱心に考えておられる中なかなか実現できないというもどかしい気持ちを持っているのがわかりました。今回は時間が少なく話し合いきれないところもあったので同じテーマでもっと話ができると良いと思います。

・職種間で改善してほしいことを共有できたのはとても良かったと思うので各職種ごとにどの職種がどのようなことを求めているのか可視化できるとより垣根を低くできると思いました。

・同じテーマでいいのもっと深く話すことやアクションプランまで決定していきたい。一日研修にすることやつくば市として参加者には認定やインセンティブが出るようにするとさらに向上が図れると考える。

・様々な気づきをいただいた。アクションにどうつなげるかが毎回の課題。何か一つでも実行に移したい。

参加者の声

退院調整看護師・MSW・在宅ケアチームの意見交換会（2月7日開催）

講演「各職種の退院調整時の関わりについて」

講師 つくば双愛病院

認定看護管理者 大石 嘉子 氏

筑波メディカルセンター 居宅介護支援事業所 管理者 平松 裕子 氏

「つくば市在宅医療・介護連携推進事業の取組」

講師 つくば市 地域包括支援課 主任(社会福祉士) 藤田 由夏

グループワーク「連携における問題点についてそれぞれの立場から話し合う」



退院調整看護師:6名

ソーシャルワーカー:5名

介護支援専門員:23名

**参加者合計
:34名**

・お互いわかっているようでわかっていないこと連携のとりづらさはお互いを感じる部分でもあったように思うので改善していかなければならないと感じました。

・ケアマネの方々のアンケート調査とても参考になりました。お互いの理解を深めるためにも多職種での意見交換会は大切だと思いますので継続していただきたいです。

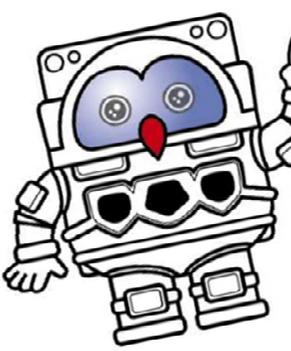
・直接多職種と話ができる場合は、顔の見える関係や意見が聞けるのでありがたい場だと思います。開催日時は検討してほしいです。

参加者の声

・共通の連携ノートによる情報共有

要介護3～5で在宅介護を受けている高齢者に対して試行実施したことに対し、ケアマネジャー対象にアンケート調査を実施

携帯用
医療・介護連携ノート



医療・介護連携ノート

記入日 年 月 日

氏名	生年月日	性別	〒	住居	市	区	町	番	号
住所	電話番号								

介護保険の要介護度
要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

家族状況

氏名	続柄	年齢	同居の有無	家族構成
			同・別	T
			同・別	

緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号	住所

ふりがな
氏名

かかりつけ医（記入日： 年 月 日）
【日断的な診療や検査を依頼を行ってくれる地域の身近な診療所などの対応をお願いします。】

関係機関連絡先
医療機関名
医師名
電話番号
備考

介護支援専門員（記入日： 年 月 日）
事業所名

【アンケート結果（一部抜粋）】

- ・アンケート回収率35%（62枚）、回収できたアンケートのうち、ノート使用率21%（13人）
- ・『多職種との連携』において「大いにできた」または「できた」と答えた方が16%と低い。
- ・『ノートのサイズ』において「やや小さい」または「小さすぎる」と答えた方が61%と高い。
- ・『連携ノートに関する意見』において「二重記載の負担」とのコメントが最も多かった。

・急変時対応シートの検討とお薬手帳の活用協議

平成30年度第1回意見交換会のグループワークにて「情報共有シートを活用するために～シートの課題と改善策について～」をテーマに、多職種での討論を実施したが、推進協議会等において、緊急時のお薬手帳の有効性が提示される。今後、お薬手帳の普及や活用の在り方について、検討協議を進める。

【平成30年8月31日開催 多職種連携のための意見交換会の意見】

- ・救急隊は呼ばれば行く。かかりつけ医や薬等確認するが家族は慌てて分からず、準備もされていない場合も多い。
- ・家族の中でも話し合う機会を設け、家族等の連絡先を明記しておく。
- ・お薬手帳、保険証類、病院・クリニックの受診券を一つにまとめ、情報共有シートと一緒にしておく。
- ・（情報共有シートの活用案）介護保険証発行と共に利用者に渡す。担当医に必ず記入してもらう。

【平成31年3月12日開催 消防・医師・社会福祉課・地域包括支援課との協議】

- ・つくつく見守りたいのアンケートを消防本部でアンケートを実施しているが、活用されていない状況がある。
- ・消防が臨場した時、家族がいる時はお薬手帳について確認する。
- ・お薬手帳を普及啓発して本人情報を一元化することで、医師は薬から本人の状態を想定推測できる。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

・ホームページや電話, FAXなどによる医療・介護関係者からの相談の受付や支援を行う

・地域包括支援センターの総合相談窓口と一緒に市民や多職種の方からの相談を受け, 必要な介護サービスや医療機関への紹介を行いました。

医療に関する相談延件数 150件(3月末現在)(すべての相談件数 2,196件)

相談内容

【相談者】医療機関 ソーシャルワーカー

【相談内容】認知症の夫を介護していた本人が脳血管疾患で緊急搬送され, 一時意識不明。本人及び認知症状がある家族の療養支援と金銭管理等の相談。

【対応】病院、在宅介護支援センター、市社会福祉課、市地域包括支援課で本人及び夫の今後の療養、住まいについて協議・検討。

【結果】本人及び夫の生保申請、介護保険申請の実施。夫に対して、成年後見制度の市長申立支援を開始した。

【相談者】市民(妻の介護予防契約の訪問時に本人から相談を受ける)

【相談内容】(つくば市の)医療介護連携ノートの使い方を教えてもらいたい。また、自分は複数の専門医(消化器、診療内科、甲状腺等)を受診している。かかりつけ医は誰にお願いしたらよいか。

【対応】本人の身体状況を確認の上、かかりつけ医や連携ノートの考え方を共有。在宅医療啓発講座のご案内を行い、参加いただいた。

【相談者】本人及び介護支援専門員、本人と関係性が良くない長男

【相談内容】本人は認知症状の病識がなく一人暮らし。家族に対して暴力行為があったため、親族は直接的な支援は拒否。本人が地域で生活するためのサポートについて。

【対応】CMの選定。初回精神科受診の同行。警察署や交番、区長、民生委員等、地域ネットワークの構築における側面的支援。

【結果】関係機関及び専門職と連携し、在宅生活を支援。一人暮らしが困難になり、現在はロングショートを利用中。

(カ) 医療・介護関係者の研修会

地域リーダー研修会 (11月17日開催)

内容 「患者・利用者の意思を確認する時—あなたならどうしますか?—」
～人生最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン～

講師 筑波メディカルセンター病院
リエゾン精神看護専門看護師 木野 美和子 氏

参加者 医療・福祉関係に関わる多職種:36名
→研修会の参加者にはその後平成30年1月17日に開催した「第2回多職種
連携意見交換会」にファシリテーターとして参加いただいた。

参加者の感想

・ターミナルの方や難病の方の意思決定の際に活用できればと思いました。
なかなか踏み込んで聞くことができなかったので、今日の講義を参考
に少しずつ取り組んでいきたいと思います。

・病状の理解をしているかの確認を家族のみでなく本人へ聞くことを大
事にしていきたい。本人の意思確認も必要だが質問の仕方(言葉・説
明)に気をつけたい

・薬剤師としてACPIに関わることはそうあることではないと思いますがこ
ういった機会にケアマネの方々と情報を共有することができるとお互
いの仕事をより理解することができて有意義な時間となりました。



ケアマネジャー向け研修会（9月18日開催）

講演「ケアマネジャーのための勉強会～神経難病について～」
講師 茨城県立医療大学附属病院 神経内科 河野 豊 氏

グループワーク
「難病事例を通して支援方法を考えよう」

参加者：ケアマネジャー：80名

参加者の感想

- ・毎回疾病と内服の知識やインフォーマルサービスなど症例に関する情報をいただけるのは助かります。今後も続けてほしいです
- ・分かりやすく、ドラマ等の内容をもとに説明していただいたことで理解することができた。全ての方が病気と前向きに向き合える人達ではないため、病気だけでなく心にも寄り添う必要性があると感じた。
- ・先生のお話が分かりやすく聞きやすい内容でした。グループワークで他のケアマネさんの取り組みの仕方を聞くことができとても参考になりました。



(キ) 地域住民への普及啓発

- ・在宅医療と介護に関する講演会の開催
- ・市民向け講座の開催
- ・在宅医療・介護連携推進事業のホームページによる啓発
- ・在宅医療と介護のサービスマップの配布

市民健康講座

「在宅医療を選択するあなたを支えます」

～心強い味方、在宅医療・介護・福祉チームについて知ろう～

平成31年2月16日（イーアスホール）

参加者：142名

講演「在宅医療について

～訪問診療を行っている医師の立場から～

講師 つくば在宅クリニック 渡辺 拓自 氏

パネルディスカッション

「みんなで支える在宅医療・療養について

～本人・家族・多職種連携～

訪問看護ステーションTERMS 久保谷 美代子氏

ウエルシア介護サービスつくば 岩崎 学氏

つくば市消防本部

中島 千尋氏



在宅医療啓発講座

<平成31年2月23日>

講演①成島 淨 氏 (成島クリニック)

講演②山本 照江 氏 (いちほら病院介護支援センター 主任介護支援専門員)

講師とのディスカッション

参加者:24名

<平成31年3月16日>

講演①成島 淨 氏 (成島クリニック)

講演②村野 紡子 氏 (指定居宅介護支援事業所そよかぜ 主任介護支援専門員)

講師とのディスカッション

参加者:30名

市民向け出前講座

在宅医療と在宅介護

～住み慣れた家で人生の最期まで～

参加者:全6会場開催 計153名

在宅医療と在宅介護

住み慣れた家で人生の最期まで・・・



(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村との連携

近隣市町村勉強会(平成30年7月24日)

議題

1. 各市における取組状況について

つくば市
石岡市
笠間市

土浦市
筑西市
小美玉市

かすみがうら市
桜川市
阿見町

平成30年度つくば保健医療圏地域リハビリテーション連絡協議会(平成30年9月28日)

平成30年度市町村介護予防事業担当者研修会及び在宅医療・介護連携推進事業担当者研修会並びに情報交換会(平成30年11月2日)

・講義「『つなげる』立場のひとりとして地域包括支援システムを考える」
・情報交換会

つくば市
筑西市
常総市
古河市
つくば保健所

つくばみらい市
桜川市
坂東市
五霞町
古河保健所

結城市
下妻市
八千代市
境町
筑西保健所

平成30年度つくば保健医療福祉協議会・地域医療構想調整会議
(平成31年3月8日) つくば保健所 議事:第7次茨城県保健医療計画の目標達成状況について
つくば地域医療構想の進捗状況について

平成30年5月17日 柏市視察(静岡県と合同)
視察内容:柏地域医療連携センター取組
豊四季団地見学等

平成30年10月19日 松戸市視察
視察内容:地域医療の取組(あおぞら診療所川越
医師)、ふくろうプロジェクト等

平成30年度振り返りと令和元年度に向けて

<p>(ア) 地域医療・介護資源の把握</p>	<ul style="list-style-type: none">・例年、医療・介護資源について調査、情報提供はできている。市民、医療・介護関係者が必要な情報を得られるよう周知を継続的に実施する。 →必要な情報を発信していく。・医師と連携タイムの更新を実施。各医療機関の情報が更に明確になるように様式を整理する。 →連携タイム等、情報を随時更新する。
<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">・推進協議会において、現状や課題、地域で目指す理想像について共有した。対応策についても具体的な協議ができるよう、会議運営を行っていく。 →推進協議会の開催。→多職種連携会議(各職能団体相互間の理解促進と、職能団体側面的支援)を開催。
<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">・同職種と他職種による協議を実施するが、意見交換会の時間が短く協議する時間が足りない。テーマを絞る必要がある。 →本年度、意見交換会でテーマを継続して協議する。・意見交換会の参加職種に隔たりがある。 →意見交換会の参加が少ない職能団体へ参加周知を図る。
<p>(エ) 在宅医療・介護関係者の情報共有の支援</p>	<ul style="list-style-type: none">・医療介護連携ノートの活用状況のアンケートを実施。横(平時)と縦(緊急時)の情報連携の整理が必要。お薬手帳の活用について協議した。 →薬剤師会と協働し、お薬手帳を活用した情報の共有等、検討を進める。

<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"> ・地域包括支援センターにおいて、医療と介護連携に関する相談の受付を行っているが、認知度が低い。 →地域包括支援センターで在宅医療・介護連携の相談対応の窓口、役割があることを明確に理解されるよう市民に周知していく。 →在宅医療・介護連携に関する資料を作成し、地域包括支援センターの対応の指導を強化する。
<p>(カ)医療・介護関係者の研修会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・他団体と研修内容が重なった。関係団体との調整が必要。 →関係団体との情報共有の強化 →関係団体が開催する研修会の案内を周知する体制を構築する。 ・研修を受ける対象者の幅を広げていく必要がある。 →研修の参加が少なかった職種(ヘルパー等)の参加を促進する研修を企画する。
<p>(キ)地域住民への普及啓発</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・市民健康講座対象者が在宅医療に関心がある市民に限られている状況にある。 →より多くの市民に講演会等の開催について周知する。 ・在宅医療啓発講座は少人数で対話形式が良いとの意見もあるが、多くの方に参加いただく必要もある。 →各地域に専門職が出向いて、在宅医療・介護の啓発を繰り返し実施。講演内容については、講師等と評価の時間を設ける。
<p>(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村との連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の課題を共有するが、広域な課題を定期的に連携する必要性がある。 →関係市町村との課題共有と連携強化及び先進市町村の事業展開を参考にする。

**以上，平成30年度つくば市在宅医療・
介護連携推進事業実績報告となります。**