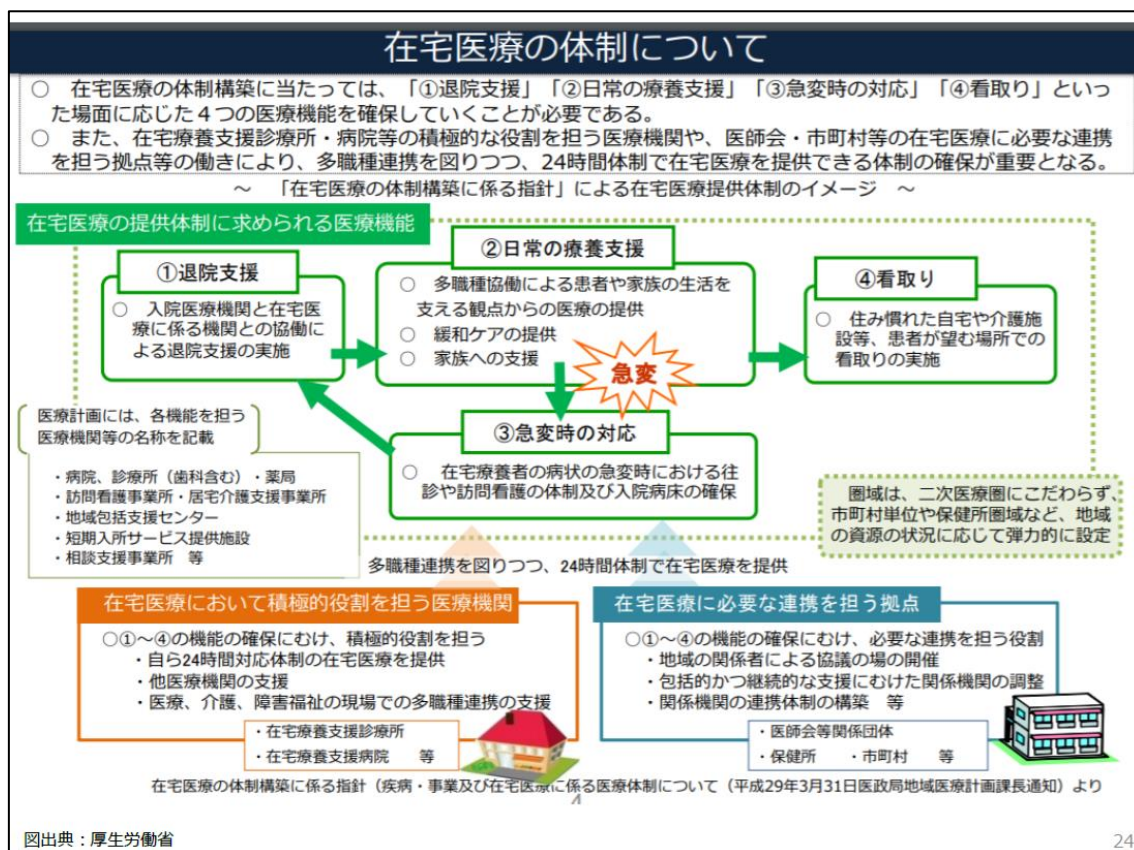


在宅医療介護連携の推進について

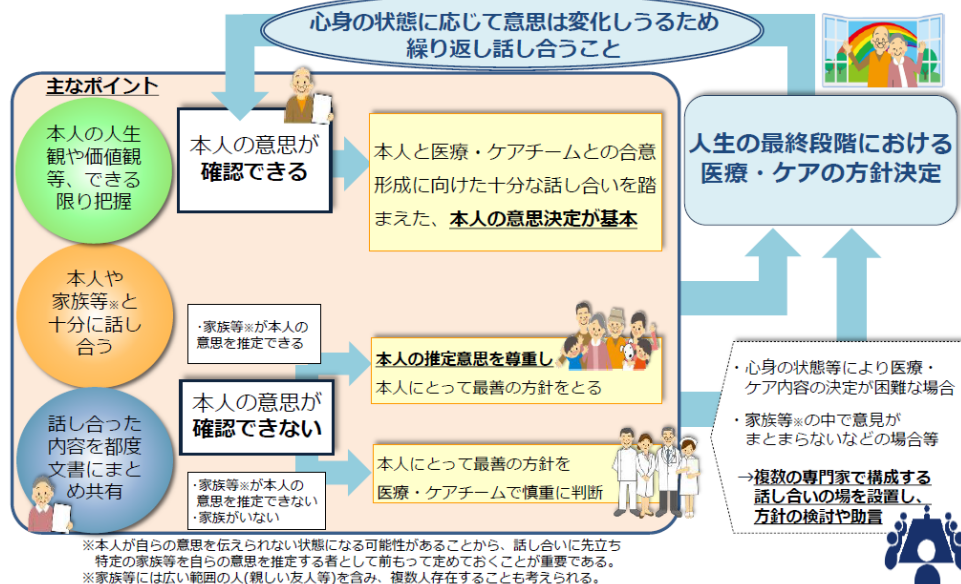
○（厚生労働省）在宅医療・介護連携推進事業の手引き：令和 2 年 9 月改訂

（主な見直しポイント）

- ・従来の 8 つの事業にとらわれず、地域の実情、課題に応じ P D C A サイクルに沿って柔軟に取り組むこと
- ・4 つの場面（①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り）を意識して課題の抽出、検討を行うこと
- ・看取りや認知症への取り組みの強化
- ・他の地域支援事業（認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活総合事業）等との連携・調整を進め事業実施していくこと



人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



社会保険審議会 介護保険部会（第78回） 令和元年6月20日	参考資料 2-2
--------------------------------------	-------------

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても
希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し
認知症の人や家族の視点を重視しながら
共生と「**予防**」※1を車の両輪として施策を推進

世界の認知症戦略 世界各国において、政府による認知症戦略策定が進展



※ 2012年時点の4人、1人感染割合は9月発表の推定値（M-C）（2012年時点）
約7人、1人感染割合（2016年時点）※

感染症有病率は

65～69歳	1.5%
70～74歳	3.6%
75～79歳	10.4%
80～84歳	22.4%
85～89歳	44.3%
90歳以上	64.2%

※ 2012年時点の4人、1人感染割合は9月発表の推定値（M-C）（2012年時点）
約7人、1人感染割合（2016年時点）※

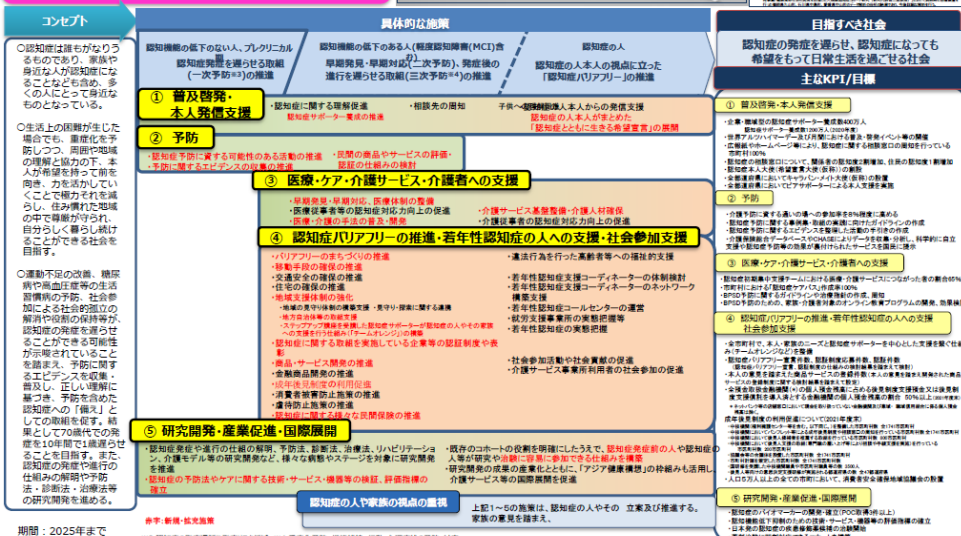
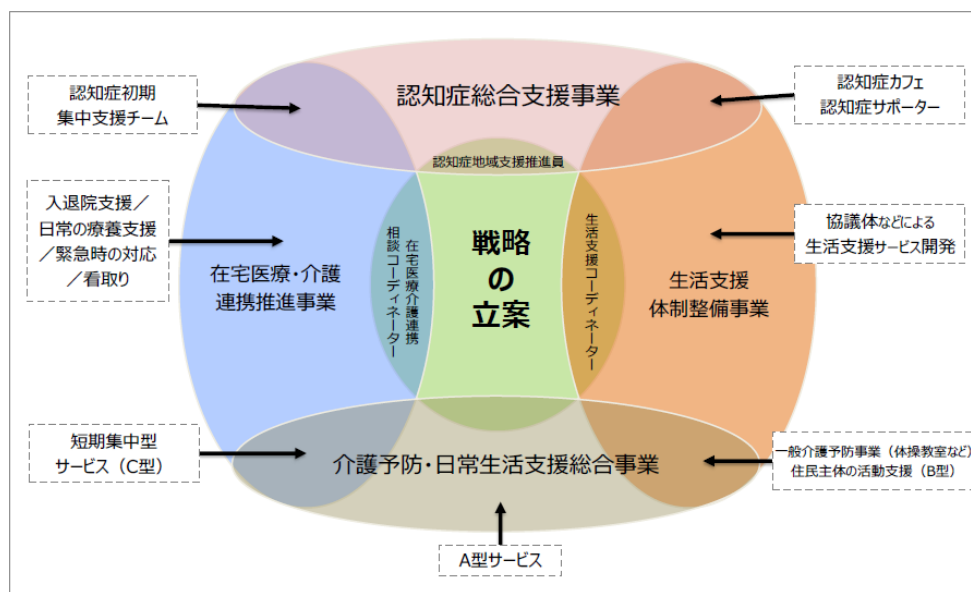


図 6 地域支援事業の4つの事業の連動性



出典) 地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業
(平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング)

○東部地区在宅医療介護連携推進協議会ワーキンググループの再編

- 総合企画 WG（事業全体の企画・進捗管理等）
- 在宅療養支援 WG（4 場面の②日常の療養支援について協議検討）
- 研修支援 WG（多職種研修の企画・運営・評価を一体化）
- 行政・住民啓発 WG（地域啓発活動の実施主体である当協議会、地域包括支援センター、行政保健分野保健師・国保分野、社協の連携強化）
- ACP ノート企画 WG（医療機関、介護施設での活用を視野に、ACP パンフレットと終活支援ノートの一体化を企画、作成）

○コロナ禍での多職種研修会・住民啓発活動

- ZOOM を活用した研修会の開催（講義とグループワーク）
 - ・初学者向け多職種“絆”研修：（3 回シリーズ）
 - ①病院から在宅へ（退院支援）、②在宅療養中（生活支援）、③看取りの時期（終末期の支援）
 - ・東部在宅医療・介護連携研究会事例検討会
- 認知症本人視点での研修動画（YouTube）の作成・配信
 - ・多職種研修会 ～ 認知症とともに生きる ～ Vol.1（約 74 分：5 本立て）
 - ・多職種研修会 ～ 認知症とともに生きる ～ Vol.2 現在編集

オンライン研修動画「認知症とともに生きる」

- ① オープニング（目的、講師自己紹介、研修テーマについて）
- ② Part 1 「認知症」どんなイメージを持っていますか
～新しい認知症のイメージに向けて～
- ③ Part 2 「希望」をもたらし専門職へ
(※ 限定公開・要申込み) 8/7より一般公開
～医療・介護の専門職のみなさまへ、
わたしからのメッセージ～
- ④ Part 3 そばにいて、ともに歩む「パートナー」に
～パートナーのいる安心感、
お互い同じ目的があって成長していくもの～
- ⑤ Part 4 認知症とともに生きる、みんなの「希望大使」
～すべての本人・住民が、希望をもって
ともに暮らしていけるように～

鳥取県東部医師会在宅医療介護連携推進室

認知症とともに生きる

講師 **藤田 和子** さん
認知症本人大使「希望大使」

認知症があってもなくても同じ社会、地域の中でともに生きるために、認知症の本人のおはなしを伺い、認知症に関する理解を深めていただきたいと考え、動画による研修を企画・作成しました。

【7月21日より順次配信】

- ①オープニング(講師紹介、研修テーマなど)
- ②「認知症」どんなイメージ持っていますか
- ③「希望」をもたらし専門職へ(限定公開※)
- ④そばにいて、ともに歩む「パートナー」に
- ⑤認知症とともに生きる、みんなの「希望大使」

※③「希望」をもたらし専門職へ、の動画は限定公開のため視聴申込が必要です。(無料)

スマートフォン・タブレット端末で動画の視聴をされる場合は、大量のデータ通信を行いますのでWi-Fi環境下での視聴を推奨します。

お問合せ・お申込み
鳥取県東部医師会 在宅医療介護連携推進室
TEL:0857-54-1970
FAX:0857-54-1971
Mail:toubuzaitaku@helen.ocn.ne.jp
http://www.toubu.tottori.med.or.jp/zaitaku

- 住民啓発活動（コロナ禍で激減）
 - ・地域住民向け研修・講演 開催 4回：参加者 118人
 - ・ACP等関係者向け周知研修 4回：参加者 70人
 - ・地域包括ケアシステムパンフレット（第2版）の作成（R2.3月末完成）
「みんなでささえあおう～わたしたちの地域包括ケアシステム～」

○医療・介護関係者の情報共有の支援、在宅療養時の場面での課題検討

- 病院の入退院時の介護（ケアマネ）と医療の業務手順書の運用開始（R3.2～）
※入院時情報提供書の統一化（厚生労働省提示様式を使用）
- 主治の医師等への医療系サービス利用確認のための様式の作成（別添資料）
- 協議会、在宅療養支援WGでの在宅療養時の場面での課題抽出

（目次）

1. はじめに
2. 連携のあり方
3. 入院・退院時の流れ（医療・介護関係者の役割）
4. ケアマネジャーが関与している場面
5. ケアマネジャーの役割
6. ケアマネジャーの役割（入院・退院時の流れ）
7. ケアマネジャーの役割（在宅療養時の流れ）
8. ケアマネジャーの役割（在宅療養時の流れ）
9. ケアマネジャーの役割（在宅療養時の流れ）
10. ケアマネジャーの役割（在宅療養時の流れ）
11. ケアマネジャーの役割（在宅療養時の流れ）
12. ケアマネジャーの役割（在宅療養時の流れ）

鳥取県東部医師会・東部地区在宅医療介護連携推進協議会

9. 東部地区での統一した入院時情報提供書（様式1）

9. 東部地区での統一した入院時情報提供書（様式2）

4 / 5

医療系サービスの利用確認票

令和 年 月 日

医療機関名
診療科
主治医名

事業所名
介護支援専門員名
連絡先 TEL
返送先 FAX

フリガナ 被保険者氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男・女
主治医から意見を伺うことについての本人又は家族からの承諾の有無					有・無
介護度	認定期間				

上記の被保険者につきまして、医療系サービス利用のため、下記の点についての主治医のご意見を、下記へご記入いただきますようお願いいたします。

ケアマネジャーの意見	主治医の意見
1. アセスメントの結果による問題点	1. 居宅サービス()について 必要 不要 (どちらかに○をお願いします) * 留意点があれば、下記に記載をお願いします。
2. 問題点に対する援助内容(予定居宅サービス等)	
3. 問題点・援助内容等の中で、医学的見地から うかがいたいこと	
	(記入日) 令和 年 月 日 (主治医氏名)