

紫波郡地域包括ケア推進協議会ワーキンググループ報告

4つの場面における地域包括ケアの推進について

- 令和5年7月22日の紫波郡地域包括ケア推進協議会（以下「推進協議会」という）において、団塊の世代が75歳以上になりきる2025年及び生産年齢人口が減少する2040年を控え、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りの4つの場面に係る課題を抽出し、あるべき姿や取組方針等を協議するため、推進協議会に医療、介護関係者を構成員とするワーキンググループを設置しました。
- 令和5年度において、3回のワーキンググループ会議を開催し、課題の抽出と共有、課題への対応策、あるべき姿を検討してきました。
- 本日の推進協議会では、「4つの場面における地域包括ケアのあり方に関する報告書」から、2025年までの取組を中心に報告します。

ワーキンググループ構成員

団体区分	所属等	委員氏名
紫波郡医師会	野崎内科・神経内科医院	野崎 有一
紫波郡歯科医師会	六本木歯科医院	六本木 崇
盛岡薬剤師会	サニー薬局 ファミリー薬局	牟岐 和房（Ｒ５年度） 赤澤 直樹（Ｒ６年度）
居宅介護支援事業所	にいやま荘居宅介護支援事業所	廣 田 淑
居宅介護支援事業所	シェーンハイムやはば居宅介護支援事業所	長 沼 浩
訪問看護事業所	NPO法人しわ訪問看護ステーション虹	村 中 緑
訪問看護事業所	訪問看護ステーションやはば	坂本由美子
訪問介護事業所	訪問介護事業所 あんどけあ	山本秀太郎
介護施設	百寿の郷介護保険相談所	阿部 鮎美
盛岡南部地域リハビリテーション広域支援センター	南昌病院	三浦 正徳
地域包括支援センター	矢巾町地域包括支援センター	吉 田 均
構成団体が必要と認める者	紫波郡地域包括ケア推進支援センター	伊藤 信一

紫波郡における地域包括ケアの目指す姿2025

医療と介護の関係者の連携を推進し在宅医療と介護を一体的に提供することにより、医療と介護の両方を必要とする高齢者が、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地域

4つの場面における目指す姿

- 在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）ごとの目指す姿、現状における課題と今後の対応を取りまとめたものです。
- 団塊の世代が75歳以上になりきる2025年に向けて、地域の医療・介護関係者が、目指す姿や課題、必要な取組について共有し、それぞれの立場から可能な取組を行っていただくことが重要です。

日常の療養支援	○ 医療と介護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ている。 ○ 医療・介護関係者等の多職種連携によって、日常の療養生活を支援している。
入退院支援	○ 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有できている。 ○ 一体的でスムーズな医療・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過ごせる。
急変時の対応	○ 在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする高齢者の急変時に、医療・介護・消防（救急）が円滑に連携できている。 ○ 本人の意思が尊重された適切な対応が行われている。
看取り	○ 地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解している。 ○ 医療・看護、介護関係者が、対象者本人等と人生の最終段階における意思を共有し、高齢者が望む場所での看取りを行えるよう支援できる。

現状と課題

1 日常の療養支援に係る主な課題

(1) 本人や家族の疾病や障がい等への理解促進

- 主治医がおらず、自分の病気が何か分からないという高齢者もあり、また、病歴などの情報を整理する必要がある。
- 自分が歯の状態や口の状態を自覚していない、家族もケアをしていない点、経口摂取を第一に考えるようにする必要がある。
- 疾病の理解とともに、疾病等により生じた障がいについての理解が重要である。

(2) 医療と介護、医療機関相互の情報共有の推進

- 複数の医療機関やクリニックにかかっている患者の情報共有が難しい。
- かかりつけ医等とケアマネジャーとの情報共有不足により、訪問看護等の医療系サービスにつながない場合がある。
- 服薬管理の徹底、薬局間・薬局とケアマネジャーの地域での連携体制の確保が必要である。
- 医療機関・介護事業所間で利用者情報を共有するシステムがなく情報共有がしにくい。

(3) 独居高齢者世帯等への生活支援

- 日常生活の支援
 - ・ 夜間等の療養支援体制、服薬の問題、室温調整が必要な高齢者、除雪対策等、独居高齢者等への療養要支援とともに日常生活支援が必要である。
 - ・ 医療や介護を受けていない方においても、家族関係や社会的な不明瞭な脆弱性が高く、様々な問題の予備軍になる心配がある。
- 通院の確保
 - ・ 通院困難な方が多いことから、長い日数の薬を出したり、近くの医療機関を紹介したりするが、紫波郡は広いので難しい。
 - ・ 特に、冬期間の病院受診は、転倒・骨折のリスクが増加し、本人、家族の負担となる。

現状と課題

2 入退院支援に係る主な課題

(1) 入院患者に係る情報共有と入院先の確保

- ・ 患者に関する必要な情報が不足な状況で入院することがある。また、いわゆる身寄りなし、家族疎遠ケースが増えている。
- ・ 主治医は入院先が分からず、患者の情報が沢山あるが提供できない。
- ・ 在宅療養患者の急変時に、受け入れる病院が少ない。

(2) 退院時の情報共有

○ 退院時カンファレンスによる情報共有

- ・ 退院時カンファレンスへの薬剤師の参加が少なく、処方元の先生や患者に聞かなければ、薬局は何も情報がない。
- ・ ケアマネジャーが、どのようにサービスを組めばいいか分からないという状態で訪問介護の依頼が来るケースが増えている。
- ・ 訪問看護がないケースもあり、その方の緊急事態が起きた時と入院経路で悩んでいる。
- ・ 退院時カンファレンスが開催されないことがある。

○ サマリー、退院時の情報

- ・ アセスメント、サマリーについて、基本情報や今後の治療等に係る事項の内容が濃ければいいと感じる。
- ・ 医師サマリーを見れば大体医療や薬がわかるので、ケアマネジャー等も医師サマリー情報があればよい。
- ・ 早く退院させようということで、身体障害者のことや介護の計画等が不十分なままのケースも稀にある。
- ・ 病院から退院する際の新規依頼があるが、病院の相談室からの情報が少なく再度アセスメントが必要である。

○ 退院情報の共有

- ・ 退院時に家族に連絡がいき、ケアマネジャーは後から退院を知るケースもある。
- ・ あと何日かで退院なのに受け入れ先が見つからないというところで苦労している。
- ・ 入院の準備を円滑に行うため、基本的な情報を収集する仕組みをベースに、ある程度予測できる情報提供体制が必要である。

- **受入先の確保**（医療的ケア等を要する高齢者の受入）
 - ・ 心不全や肺炎など繰り返す疾患を持つ方への在宅療養をバックアップする受入れ先が不足している。
 - ・ 医療的ケア（経管栄養、喀痰吸引等）が必要な患者の退院支援、透析導入後の転院・施設入所、認知症等患者の受入先の確保に苦慮している。
- **退院後の支援**（退院後の情報把握と支援）
 - ・ 地域ケア会議では医療情報が混在していると感じることから、最新の正しい情報を常に捉えられる形が必要である。
 - ・ 退院後の情報を含め、入院中の本人・家族の意向、医療的ケア支援にフォローが不足していることがある。

現状と課題

3 急変時の対応に係る主な課題

(1) 連絡先の把握等

○ 連絡先不明等による課題

- ・ 独居の方が急変した時に、家族等が対応してくれないことがある。
- ・ 緊急搬送されてきて、身寄りが誰か分からないというケースの対応に苦慮していると聞くので、連絡先が分かるものが手元にあるようにすることが課題と感じる。
- ・ 訪問看護がついていないケースでは、家族やケアマネジャーに連絡するが、ケアマネジャーが不在の時もあり、また家族がいない方も多く、こうした際の対応が課題と感じる。
- ・ 連絡先がない高齢者へのセーフティネットの構築が必要である。
- ・ 在宅療養患者の急変時に、受け入れる病院が少ない。
- ・ 民生委員やケアマネジャー等が、連絡先や保証人になるよう求められることがあり困っている。

○ 世帯状況の変化等による課題

- ・ 今は家族の働き方が変わっていて、急変時に駆けつけるのが難しくなっている。
- ・ 家族がいても遠方のため、連絡先ではあるが何かあった時にはすぐに対応できる人がいないという方が多い。

(2) 事前の意思確認等

- ・ 身寄りが無く本人の意向を分かる人がいないことがある。
- ・ 看取り期の高齢者が、急変時に人工呼吸器をつけられ助けられてしまうことが、本人が望んでいることなのかを、本人や家族と日頃から話し合っていかなければならない。
- ・ 急変時に係る本人の意思が不明であるなどにより、治療を開始できない場合がある。
- ・ 本人の意思と家族（介護者）の意向の違いが多く見られる。
- ・ 急変時の対応を説明し家族の了承を得ているが、本人の意向は確認できないことが多い。
- ・ ノート等を使い、元気なうちに意思を伝えてくれたらと思う。

現状と課題

4 看取りに係る主な課題

(1) A C Pに係る理解の促進

- A C Pについて、一般の方はもとより、医療・介護関係者が理解を深めていかなければならない。
- A C Pは一般の人が分かりにくいので、日本語で、漢字で分かるようにしないと広まらない。
- A C P、看取りに係る本人や家族、地域住民の理解が進んでおらず、話し合いを進めにくい。

注力する取組（2024-2025）

1 日常の療養支援

P（計画）

- 本人や家族の疾病等の理解促進、受診時の医療・介護情報の共有
- 医療と介護、医療関係機関間の情報共有の推進
- 独居高齢者世帯等への生活支援

■医療関係機関、介護事業所等がそれぞれの立場から、本人や家族の疾病等の理解を促進

■れんけい支援セットの活用により、情報の共有を推進

■独居高齢者等に対して、医療と介護、地域との連携により、きめ細かな生活支援を充実

D（実行）

- れんけい支援セットの活用促進
- 在宅療養を支援するための医療・介護連携の促進
- 独居高齢者世帯等への支援に係る理解促進

■れんけい支援セットの配布、関係者への協力依頼

■在宅療養を支援する視点での医療・介護連携等の多職種連携研修会等を開催

■独居高齢者世帯等の療養・生活支援に係る研修会等を開催

A（改善）

C の状況を踏まえて必要な改善を実施

C（評価（2025の姿））

- れんけい支援セットの配布延べ数
- 研修等参加者数
- 居宅療養管理指導給付月額

■れんけい支援セットの延べ配布者数（1,877人）

■多職種連携研修会等の延べ参加者数（150人）

■独居高齢者世帯等に係る研修会への延べ参加者数（100人）

■居宅療養管理指導給付月額（第1号被保険者一人当たり給付月額）
（紫波町134.71円、矢巾町198.26円）

注力する取組（2024-2025）

2 入退院支援

P（計画）

- 適切な入院・退院情報の共有
- 退院時の情報共有

- れんけい支援セットの普及と活用促進により、入院患者情報を円滑に共有
- 入退院に係る研修機会の確保や盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）の利用状況を把握し、情報共有等の円滑化を推進
- 退院時の情報共有による医療と介護、地域が連携したきめ細かな生活支援を充実

D（実行）

- れんけい支援セットの活用促進
- 病院地域連携室等と介護側との研修機会の提供
- 必要な退院時カンファレンス実施の推進

- れんけい支援セットの見直しと配布、関係者への協力依頼
- 入退院に係る病院とケアマネジャー等との研修を通じた協議等の機会づくり
 - ・退院時カンファレンスの開催と参加、医療・介護双方の情報共有等についての協議・意見交換
 - ・入退院ガイドラインの利用状況把握

A（改善）

Cの状況を踏まえて必要な改善を実施

C（評価（2025の姿））

- れんけい支援セットの延べ配布者数
- 入退院支援研修会の延べ参加者数
- 医療介護連携に関する加算取得件数

- れんけい支援セットの延べ配布者数（1,877人）
- 入退院支援研修会の延べ参加者数（151人）
- 退院時共同指導加算 ※訪問看護事業所（26 件）
- 看護・介護職員連携加算 ※訪問看護事業所（303 件）
- 退院・退所加算 ※居宅介護支援事業所（106 件）

注力する取組（2024-2025）

3 急変時の対応

P（計画）

- 独居高齢者世帯等の急変時の連絡先の把握と共有
- 急変時の本人の意思の共有

- 独居高齢者世帯等の急変時における連絡先を把握し、円滑に医療につなぐ取組を推進
- 急変時の対応に係る本人の意思を家族間等で共有

D（実行）

- 独居高齢者世帯等に係る多職種連携の研修
- れんけい支援セットの活用促進
- 個々の独居高齢者等世帯の状況に応じた急変時の対応ルールづくりの推進

- 独居高齢者等の連絡先の把握等の課題に対する多職種連携研修会の開催
- れんけい支援セットの緊急時連絡先の記載確認等

A（改善）

Cの状況を踏まえて必要な改善を実施

C（評価（2025の姿））

- れんけい支援セットの延べ配布者数
- 多職種連携研修会等の延べ参加者数

- れんけい支援セットの延べ配布者数（1,877人）
- 多職種連携研修会等の延べ参加者数（150人）
- 独居高齢者世帯等に係る研修会への延べ参加者数（100人）

注力する取組（2024-2025）

4 看取り

P（計画）

- A C Pに係る住民の理解を促進

■住民や医療・介護関係者がA C Pを理解し、A C Pに取り組む住民が増加

D（実行）

- A C Pに関する研修会を開催し住民の理解を促進

■住民、民生委員、医療・介護関係者等を対象としたA C Pに係る研修会等の開催しA C Pに係る理解を促進するため、わかりやすい研修会を開催

A（改善）

Cの状況を踏まえて必要な改善を実施

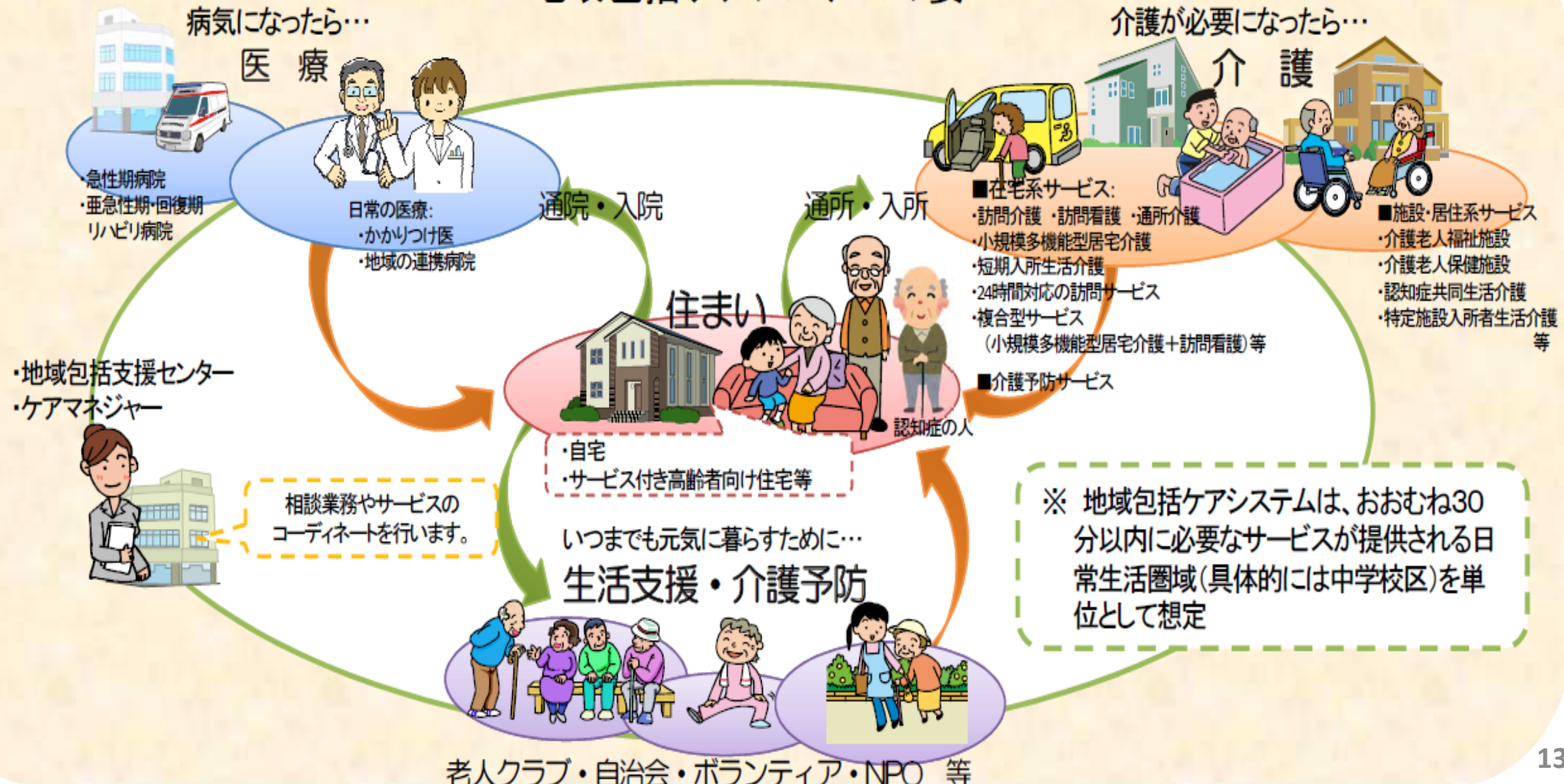
C（評価（2025の姿））

- A C P研修会延べ参加者数
- ターミナルケア加算算定件数（訪問看護）
- 特定事業所加算算定事業所数

■ A C P 研修会延べ参加者数 (100人)
■ 訪問看護事業所ターミナルケア加算算定件数 (78件)
■ 特定事業所加算算定居宅介護支援事業所数 (7事業所)

地域の中で多様な機関・団体等が連携し役割を発揮

地域包括ケアシステムの姿



関係機関や本人・ご家族、住民等に期待される主な役割

1 日常の療養支援

○本人や家族の疾病等への理解促進

ア れんけい支援セットの活用・携行を推進

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ れんけい支援セットの周知（院内へのチラシ等掲示、携行の声がけ等）
医療系サービス	・ れんけい支援セットの配付協力、記入支援、活用状況把握、携行助言等
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	・ れんけい支援セットの配布、周知
支援センター	・ れんけい支援セットの作成、配布、周知
行政	・ れんけい支援セットの周知
民生委員・住民	・ れんけい支援セットの周知、利用の声がけ
本人・家族	・ れんけい支援セットの活用

イ 療養等の理解促進

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ 受診時等の療養指導等
医療系サービス	・ 日常の療養、疾病等への助言、本人・家族への助言
ケアマネ	・ 状況観察と連絡・情報共有
介護系サービス	
地域包括	・ 予防的なケアマネジメントの理解の促進
支援センター	・ 療養等の理解の促進に係る研修等の機会の確保
行政	・ 日常の療養、疾病、障がい等への助言、理解促進（健康・保健部門との連携）
民生委員・住民	
本人・家族	・ 予防・療養に必要な事項の理解と実践

○医療と介護、医療機関間相互の情報共有

ア 多職種連携の推進

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ 医療機関間の必要な情報共有
	・ サービス担当者会議への参画による多職種連携の実践
医療系サービス	・ サービス担当者会議への参画による多職種連携の実践
ケアマネ	・ 必要なケアプランへの位置づけ
介護系サービス	
地域包括	・ 困難事例（自立支援）等への助言
支援センター	・ 多職種連携に係る研修会、協議の場づくり
行政	・ 困難事例（自立支援）等への助言
民生委員・住民	
本人・家族	

1 日常の療養支援(つづき)

○医療と介護、医療機関間相互の情報共有
イ ICTを活用した情報共有の推進

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ ICT による情報共有等の促進
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・ ICT に係る研修、情報提供等
行政	・ 医療介護連携に係る ICT の活用検討等
民生委員・住民	
本人・家族	

○独居高齢者等への生活支援
ア 医療と介護、地域との連携によるきめ細かな日常生活支援の充実

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ ハイリスク高年齢者世帯に係る情報提供・共有
医療系サービス	・ ハイリスク高年齢者世帯に係る情報提供・共有
ケアマネ	・ 個々の状況に応じたサービスの提供
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・ 独居高年齢者世帯等に係る多職種連携の研修、協議の場づくり
行政	・ ハイリスク高年齢者世帯の把握
	・ 生活困窮者に対する支援
	・ 生活支援体制整備事業と認知症総合支援事業との連携
民生委員・住民	・ 独居高年齢者等に対する見守り支援、関係機関への情報提供等
本人・家族	・ 積極的な相談

2 入退院支援

(入院時)

○入院する患者の情報共有と入院先の確保

ア れんけい支援セットの活用促進

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・れんけい支援セットの周知（院内へのチラシ等掲示、携行の声がけ等）
医療系サービス	・れんけい支援セットの配付協力 記入支援、活用状況把握、携行助言等
ケアマネ	
介護系サービス	・れんけい支援セットの活用状況把握、携行を助言
地域包括	・れんけい支援セットの配布、周知
支援センター	・れんけい支援セットの作成、配布、周知
行政	・れんけい支援セットの周知
民生委員・住民	・れんけい支援セットの周知、利用の声がけ
本人・家族	・れんけい支援セットの活用
消防（救急）	・高齢患者の家族等の連絡先の共有

イ 入退院支援に係るガイドラインの取組促進

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ガイドラインの理解、職員への周知
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	・ガイドラインの理解、職員への周知
支援センター	・入退院に係る研修機会の確保、協議の場づくり、ガイドラインの利用状況の把握
行政	

2 入退院支援(つづき)

(退院時)

○退院時の情報共有

ア 必要な退院時カンファレンスの開催と参加、情報共有

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ 要請に応じ退院時カンファレンスに参加
医療系サービス	・ サマリー等情報提供要請
ケアマネ	・ ICTを活用したカンファレンスへの対応
介護系サービス	・ 入院先医療機関からの迅速丁寧な退院情報提供
地域包括	・ 要請に応じて退院時カンファレンスに参加
支援センター	・ 入退院に係る研修機会の確保、協議の場づくり
	・ ICTに係る研修、情報提供等
行政	・ 医療介護連携に係るICTの活用検討等
本人・家族	・ 退院時カンファレンスに参加

○退院後の支援

ア 退院後の情報把握と支援
多職種連携による情報の共有と在宅療養支援

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ 入院医療機関から退院後のかかりつけ医の紹介
医療系サービス	・ 多職種連携による医療的ケア高齢者への医療・介護サービスの提供
ケアマネ	・ 在宅療養状況を入院医療機関と共有
介護系サービス	・ ICTを活用した入院医療機関、主治医への情報提供
地域包括	・ 困難ケース事例検討
支援センター	・ 医療的ケア等を要する高齢者への対応事例発表等情報共有の機会づくり
	・ ICTに係る研修、情報提供等
行政	・ 医療介護連携に係るICTの活用検討等
民生委員・住民	
本人・家族	・ 療養に係る相談等

3 急変時の対応

○連絡先の把握等

ア 独居高齢者世帯等の連絡先の把握と共有

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・独居等ハイリスク高齢患者の家族等の連絡先の確認
医療系サービス	・独居等ハイリスク高齢者の家族等の連絡先の確認 ・関係機関との情報の共有
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・独居高齢者世帯等に係る多職種連携の研修、協議の場づくり
行政	・ハイリスク高齢患者の状況把握等
民生委員・住民	・独居高齢者世帯等の見守り支援、関係機関への情報提供等
本人・家族	・連絡先の明確化
消防（救急）	・高齢患者の家族等の連絡先の共有
施設等	・施設入所後の家族等の状況把握

イ れんけい支援セットの普及と活用促進

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・れんけい支援セットの周知（院内へのチラシ等掲示、携行の声がけ等）
医療系サービス	・れんけい支援セットの配付協力、記入支援、活用状況把握、携行助言等
ケアマネ	
介護系サービス	・れんけい支援セットの活用状況把握、携行を助言
地域包括	・れんけい支援セットの配付、周知
支援センター	・れんけい支援セットの作成、配布周知
行政	・れんけい支援セットの周知
民生委員・住民	・れんけい支援セットの周知、利用の声がけ
本人・家族	・れんけい支援セットの活用
消防（救急）	・高齢患者の家族等の連絡先の共有

ウ ICTを活用した情報共有の推進

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ICTによる情報共有等の促進
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・ICTに係る研修、情報提供等
行政	・医療介護連携に係るICTの活用検討等
民生委員・住民	
本人・家族	

3 急変時の対応(つづき)

○連絡先の把握（つづき）

エ 個々の独居高齢者世帯等の状況に応じた急変時における対応のルールづくり

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・多職種協働による急変時の対応のルールづくり
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・先進事例の収集・紹介等
行政	・ハイリスク高齢者の情報提供と生活支援等の対応 ・民生委員等が、入院に係る連絡先や保証人等になるよう求められた際の相談対応
民生委員・住民	・ハイリスク高齢者の情報提供
本人・家族	・急変時のルールづくりへの協力及び対応
消防（救急）	・高齢患者の急変時に備えたルールづくりへの協力

○事前の意思確認

ア 急変時対応における本人の意思確認と共有、ACPの普及啓発等

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・高齢者の状況に応じて、急変時の意思確認の明確化の重要性について助言等 ・ACPの作成、普及にかかる助言、協力等
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・医療介護従事者及び住民を対象とした急変時の意思確認やACPに関する研修会、講演会開催等
行政	
民生委員・住民	・ACPの作成、普及にかかる助言、協力等
本人・家族	・ACPの理解促進、作成等
消防（救急）	・救急に関する情報提供等

4 看取り

○ A C Pに係る理解の促進
ア A C Pの普及啓発等

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ A C Pの作成、普及にかかる助言、協力等 ・ 研修会、講演会等の参加
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・ 医療介護従事者を対象とした A C Pに係る研修会、講演会開催等
行政	・ A C Pに係る研修会、講演会開催等 ・ A C Pサポーターの活用検討
民生委員・住民	・ 研修会、講演会等の参加、 A C Pの作成、普及にかかる助言、協力等
本人・家族	・ 研修会、講演会等の参加、 A C Pの理解促進、作成等

○ A C Pの進め方に係る理解の促進
ア A C Pに係る医療・介護関係者の研修等

区 分	期待される役割等
医療関係機関	・ 医療・介護関係者向けの研修会等への参加
医療系サービス	
ケアマネ	
介護系サービス	
地域包括	
支援センター	・ 医療・介護関係者向けの研修会等の企画
行政	
民生委員・住民	
本人・家族	