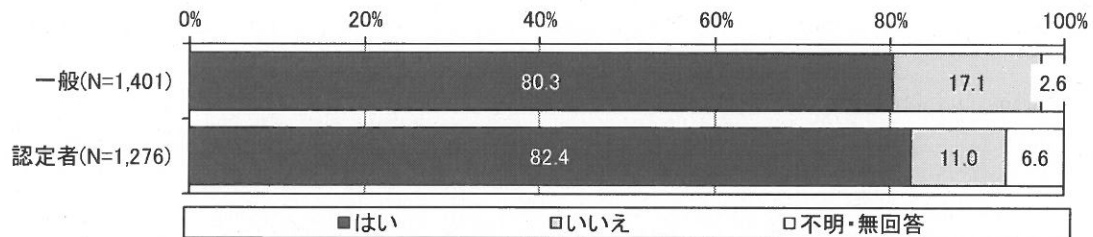


## 5 医療と介護の連携強化

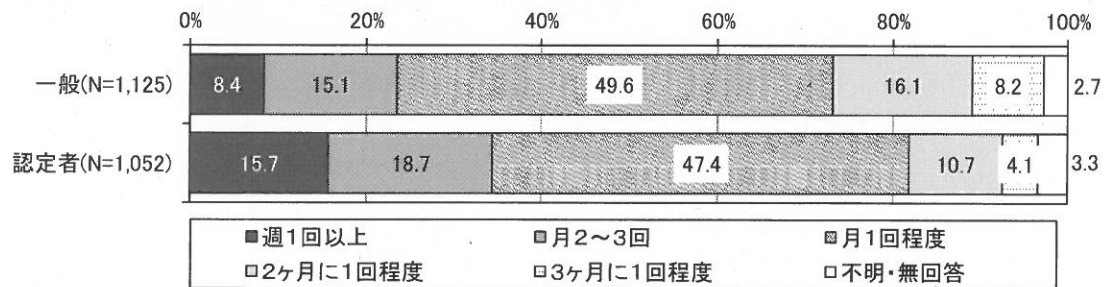
### 現状・課題

- 要介護者の多くは介護ニーズと医療ニーズを併せ持っており、様々な生活支援ニーズに対応した包括的なケアのためには、医療と介護の連携が不可欠となります。
- 在宅での生活を続けていくためには、かかりつけ医や介護支援専門員、介護サービス事業者等が連携し、総合的・継続的なケアを受けることができる環境が必要です。
- アンケートの結果、80%以上の方が、現在通院していると答えています。

#### ■ 通院状況



#### ■ 通院頻度（「通院している」と回答した人のみ）



### 施策の方針

- 高齢者が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らすことができるよう、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ます。
- 24時間対応の在宅医療・介護サービスの充実強化を図ります。

出典：今治市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第6期）

### ① 地域の医療・介護サービス資源の把握

地域の医療機関・介護事業者等の住所・機能等を調査し、マップ又はリストを作成します。マップ等は広く公開することを予定しています。

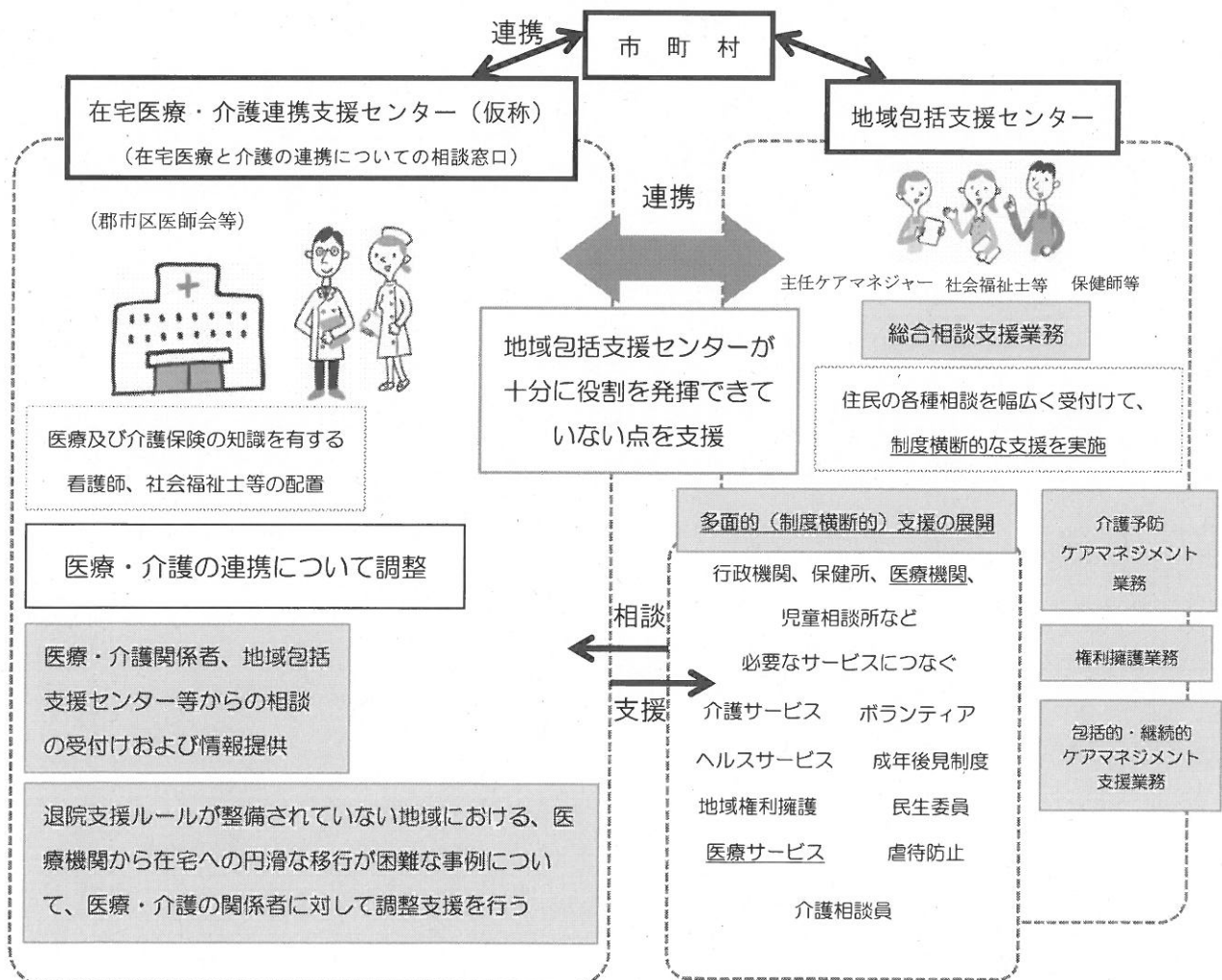
### ② 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議

地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者等が参加する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議します。今後のビジョンを共有すると共に、お互いの顔の見える関係を構築します。

### ③ 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の設置・運営

平成 30 年 4 月までに在宅医療・介護連携支援センター（仮称）を設置します。センターには介護保険の知識を有する看護師、医療ソーシャルワーカー等を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの相談を受付けます。

#### ■在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の設置・運営イメージ



出典：今治市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（第6期）

#### ④ 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援

地域連携パス等の情報共有ツールや、情報共有の手順等を定めたマニュアルを活用し、在宅医療・介護の情報共有について支援を行います。

#### ⑤ 在宅医療・介護関係者の研修

地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催を行い、相互理解を深めていきます。

#### ⑥ 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

切れ目なく在宅医療・介護サービスが一体的に提供されるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、体制の整備を計画的に行います。

#### ⑦ 地域住民への普及啓発

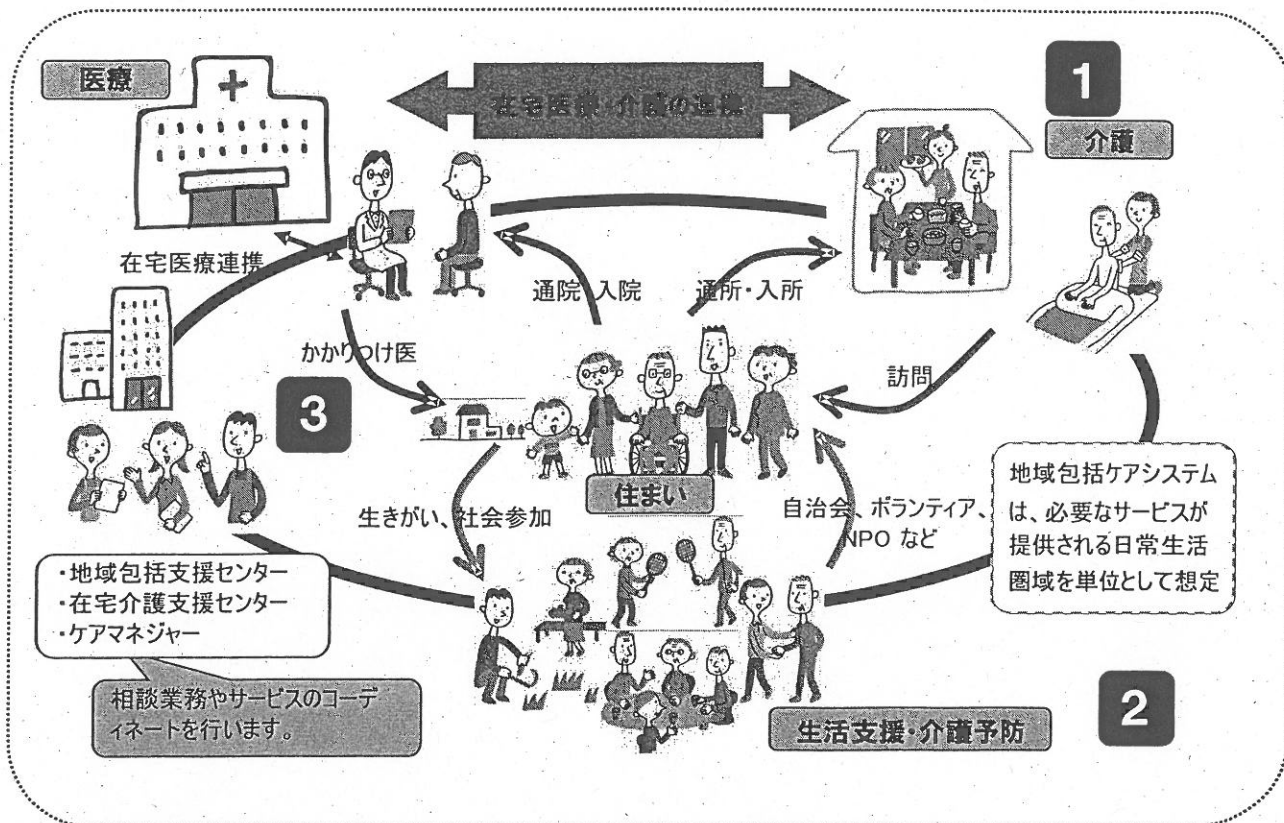
在宅医療・介護サービスに関する講演会開催・パンフレットの作成・配布等により在宅医療・介護連携について理解の促進を図ります。

#### ⑧ 二次医療圏内・関係市町の連携

退院後の在宅医療・介護サービスが円滑に提供されるよう、同一の二次医療圏内にある市町が連携し、当該二次医療圏域内にある病院と、介護サービス事業者間における情報共有等の方法について協議していきます。

## 第5章

■地域包括ケアシステムのイメージ図（平成25年3月 地域包括ケア研究会報告書の図を改良）



### 基本的な視点

- 1 住み慣れた地域における介護サービスの充実
- 2 生活支援と介護予防サービスの推進
- 3 積極的な社会参加と安心できる暮らしの確保

## 第6章

### 2 在宅医療・介護連携推進への取り組み

高齢者になるべく住み慣れた地域に暮らし続けるためには、在宅医療サービスを提供する診療所や病院等と、在宅介護サービスを提供する介護施設が連携を図り、介護ニーズと医療ニーズをもつ高齢者に対応していく必要があります。

連携を図る場として、医療や介護を含めた各専門職のネットワークである地域ケア会議を活用しながら、情報の共有に取り組んでいきます。

また、町内だけでなく、近隣市町村の介護職の協議会や医師会等の連携の輪に、地域包括支援センター等が加わることで、より効果的・横断的な情報共有や合同での人材研修等に取り組めるよう、連携を図っていきます。

# 「退院支援ルール」策定のための病院とケアマネージャー

## 連携窓口担当者会議について

### 1 目的

医療機関から在宅へ移行する際に退院調整を要する患者について、必要なサービスをスムーズに提供するために、病院からケアマネへと確実につなぐ体制を検討する。

### 2 目標

- ①病院、ケアマネそれぞれの取り組みや役割の理解をすすめる
- ②病院、ケアマネそれぞれが考える、医療介護連携の現状や課題を理解する
- ③退院調整を要する患者について、病院からケアマネへと確実につなぐ体制を検討する
- ④情報共有対象基準等の関係機関への周知

### 3 実施主体

今治保健所

### 4 対象者

【病院】地域連携窓口及び病棟連携窓口担当者

【ケアマネージャー】居宅介護支援事業所、地域包括支援センター連携窓口担当者

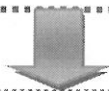
### 5 内容

#### 【事業説明・活動報告】

- ・「医療介護連携がなぜ必要か」
- ・「医療圏域における在宅医療等推進事業について」「今治圏域の課題」等
- ・医療介護連携に係るケアマネの取り組みについて
- ・各病院の「退院調整窓口や地域連携活動」紹介

#### 【グループワーク】

- ・事例をもとに、病院、ケアマネの取り組みや役割の理解をすすめる
- ・病院・ケアマネそれぞれが考える現状・課題を整理・集約



○「退院時に病院とケアマネージャーとの情報共有が必要な対象基準」の確認

※必要に応じて、病院へ提供する「入院時患者情報」、居宅へ提供する「退院時患者情報」ツールの検討・作成