

2022 年度

3 市 3 町 在宅医療・介護連携推進事業 実績報告書

一般社団法人 泉佐野泉南医師会地域連携室

令和 5 年 3 月 31 日現在

本事業は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者に対して、在宅医療と介護サービスを一体的に提供することにより、人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることのできる社会の実現を図ることを目的とし、泉佐野市、泉南市、阪南市、熊取町、田尻町、岬町と本医師会地域連携室との委託契約により、実施するものです。

本年度は、上記 6 市町との協議の結果、下記の重点事業項目を掲げ、年度当初に作成した事業計画に基づき事業を実施しました。

在宅医療・介護連携推進の 4 つの視点（入退院支援、日常の療養支援、急変時対応、看取り）にそって、課題から具体策を検討し、ワーキンググループを結成して優先順位をつけて取り組みました。

■今年度重点事業項目を以下の 4 項目としましたので、それぞれについて報告いたします。

1. 4 つの視点からの取り組み

①入退院支援

多職種研修会の開催

②急変時対応

3 市 3 町介護保険施設情報交換会

永続的な医療機関訪問

2. 本事業の推進体制の構築

3. 医療・介護関係機関の訪問

4. 在宅医療・介護連携相談窓口

1. 4 つの視点からの取り組み

【①入退院支援】

《課題 1》連携シートを含む医療介護連携マニュアルの時点修正等が必要

◎具体的な取組・計画

- ・診療報酬の改定等のタイミングで更新する。
- ・4 月に改訂版を医師会 HP へ掲載して周知する。



泉佐野泉南医師会地域連携室

- ・上半期にケアマネジャー、医師、病院へマニュアルについてヒアリングする。
- ・下半期にワーキングチームでヒアリングのとりまとめをし、マニュアルに反映していく。

(ワーキングチーム：岬町、田尻町、地域連携室)

◎取り組み結果

- ・今年度は診療報酬等の大きな変更がないことを確認し、4月に医師会HPに掲載しました。
- ・3市3町内の病院25機関のうち、産婦人科病院、介護医療院を除く23機関にヒアリングを行いました。
- ・3市3町のケアマネジャーにヒアリングを行いました。

ケアマネ連絡会等へのききとり・・・ 泉佐野市、阪南市、岬町、熊取町

ケアプランセンター等へのききとり・・・ 泉南市、田尻町

◎結果及び考察

- ・入院時におけるケアマネジャーから病院への連携シートの活用は、ほぼできている事がわかりました。
- ・ケアマネジャー、訪問看護師以外の職種には、連携シートが周知されていないことがわかりました。
- ・令和6年の診療報酬改定時に向けて、来年度はマニュアルの周知を図りながら内容の吟味を行う必要があります。

《課題2》医療機関が退院後の支援の必要性を評価し、退院前に地域の情報が共有されるシステムが必要

◎具体的な取組・計画

- ・上半期に各市町で病院（MSW）など、地域の関係機関（包括・多職種）へのヒアリングを行い、具体的な情報収集をし課題を抽出する。

(ワーキングチーム：泉南市、田尻町、地域連携室)

◎取り組み結果

- ・ヒアリングシートを作成し、各市町でヒアリングを行いました。(25病院中23病院)
- ・各市町の地域包括支援センター、基幹包括支援センター（泉佐野市）にヒアリングを行いました。
- ・6市町包括支援センター会議（令和5年2月20日(月)）に出席しました。

◎結果及び考察

- ・退院前カンファレンスは定着しているものの、コロナ禍で人数制限があったり、開催されていない場合もみられました。
- ・病院の面会制限もあり、患者・利用者の状況がつかめないとの声がケアマネジャーから多く聞かれました。
- ・退院時の情報連携にコミュニケーション不足が多くみられました。
- ・「顔の見える関係づくり」の構築を継続する必要があります。



【多職種研修会の開催】

目的：「顔の見える関係づくり」のため、下記の研修会を開催しました。

日時	内容
令和4年12月10日（土） 14：00～16：00 会場： スターゲイトホテル関西エアポート 5階クリスタルルーム オンライン併用	「多職種で取り組む入退院支援」 座長：りんくう総合医療センター病院長 松岡哲也氏 ○基調講演 「在宅医から見た入退院支援」 講師：中達 尚氏（熊取ファミリークリニック） ○パネルディスカッション 「多職種みんなで本音トーク！～もう一歩ふみだすために～」 パネリスト 在宅医 中達 尚氏 （熊取ファミリークリニック院長） 訪問看護師 立石 友美氏 （訪問看護ステーションハル） ケアマネジャー 田中 絵里氏 （栄公ケアプランセンター） MSW 田口 裕也氏（阪南市民病院） （参加）会場参加 73 人 Zoom 参加 91 人

◎結果及び考察

- ・対面での開催ができたことで、「顔の見える関係づくり」の必要性を参加者が認識することができました。
- ・アンケートでは、病院と在宅の医療介護関係者がお互いの役割を知ることができる機会になったと感想をいただきました。
- ・今後も対面での研修会の希望が多くありました。



【②急変時対応】

《課題 1》・本人の意思に沿わない搬送や治療が実施されている可能性がある。

- ・平時から本人の意思を確認できる方法の検討が必要
- ・「急変」の捉え方がさまざまであるため、本人家族と急変時の対応について、医師・訪看と意思疎通しておく必要がある。

◎具体的な取組・計画

- ・上半期に情報交換会を実施、下半期では研修会を実施する。
- ・救急・消防へ救急搬送等について聞き取りを行い、状況把握する。
(ワーキングチーム：阪南市、岬町、地域連携室)

◎取り組み結果

- ・ワーキングチームで救急隊への聞き取り（5月19日）を行い、施設からの救急搬送について意見交換を行いました。
救急隊からも、スムーズな救急搬送について、介護施設に周知を図りたい旨の意向が示されました。
- ・特養の現状と研修内容の調整のため、泉ヶ丘園りんくうの施設長に聞き取りを行いました。
- ・介護施設情報交換会を以下のとおり、2回開催しました。

【3市3町介護保険施設情報交換会】

日時	内容
令和4年7月26日(火) 14:00～15:30 オンライン開催	・高齢者施設における救急対応について 泉州南広域消防本部 向井 秀之氏 ・新型コロナウイルス感染症に関する情報提供 ・情報交換 参加施設 12 施設／17 施設
令和5年2月7日(火) 14:00～15:30 於：たじりふれ愛センター	・救急医療に関する現状について りんくう総合医療センター病院長 松岡 哲也氏 ・グループワーク 施設内での急変時対応について 参加施設 15 施設／17 施設

◎結果及び考察

令和3年度に引き続き、情報交換会を開催しました。第1回は泉州南広域消防本部警備課救急室からスムーズな救急活動のために、119番通報のしかたや必要な傷病者情報等具体的な情報提供がありました。

新型コロナ感染症に関しては、事前アンケートで出された質問に答える形で泉佐野保健所より情報提供がありました。当日は、新型コロナ感染症の蔓延によりオンラインのみの開催となりました。

第2回は、りんくう総合医療センターへ高齢者施設から救急搬送された事例の中で、集中治療を希望していた



人の割合が 12.2%だった結果から、「施設内での ACP はどれくらいとれているのか」の問題提起がなされました。また、病・病連携協議会が普及を図っている「情報確認シート」が示され、内容説明書では施設側も生かせる内容となりました。

グループワークでは、各施設での意向確認について現状が出され、定期的に意向確認していく必要性について、意見交換されました。

引き続き次年度も情報交換会の開催を確認しました。



《課題 2》夜間休日、24 時間対応の医師が少なく負担が大きい。在宅医師チーム制の再構築・拡大が必要

◎具体的な取組・計画

- ・永続的に医療訪問し、在宅医療資源の把握及び解析していく。随時情報リストを更新していく。
(ワーキングチーム：泉佐野市、熊取町、地域連携室)

【永続的な医療機関訪問】

◎取り組み結果

- ・診療所の訪問 17 か所 歯科診療所の訪問 2 か所の訪問を行いました。
- ・診療所 17 か所のうち新規開業及び新たな医師が加わった診療所は以下のとおりです。
みなみこころのクリニック（熊取町）、岡本医院（泉佐野市）、泉南きむらクリニック（泉南市）、
竹井クリニック（熊取町）、いとうまもる診療所（熊取町）、中山医院（泉佐野市）
- ・ワーキングの結果まとめについては、別紙①参照
(参考：医師会の動き)
 - ・在宅チーム（北チーム・南チーム）の再結成後、在宅部会の設置
 - ・オンラインによる合同研修会を実施しました。（12 月 3 日）

◎結果及び考察

- ・今年度は、入退院支援にかかる情報収集のため、病院への訪問を先行して行い、診療所の訪問数は少なくなりました。
- ・新しく開業される先生もあり、継続して医療資源の把握に努めていく必要があります。
また、在宅医療を支える訪問看護やケアマネジャー、地域包括支援センターの役割など、医師への情報提供も重要です。
- ・把握した情報は地域連携室で管理し、情報提供していく必要があります。



《4つの視点からの取り組みの考察》

- ・4つのワーキンググループで活動したことにより、行政・地域連携室ともに集中して検討ができ、具体的な取組が進みました。
- ・しかし他のグループの取組みがわかりにくいなど、事業全体の把握が難しかったとの反省点もみられました。

《MCSによる情報連携について考察》

- ・引き続き医療機関、訪問看護ステーションの訪問に際し、普及啓発を行いました。
- ・医師会の在宅チームも発足時にMCSグループが立ち上がりました。
- ・普及に関する結果は、各市町の報告に掲載しています。今後とも様々な機会をとおして普及を図り、本来の目的となる利用者さんのための情報共有の普及も図っていく必要があります。

2. 本事業の推進体制の構築

【取組経過】

○事務担当者会議：毎月1回開催

於：たじりふれ愛センター 時間：14:00～

月 日	内 容
令和4年4月12日(火)	令和3年度在宅医療・介護連携推進事業 実績報告の確認について
	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について
	令和4年度スケジュールの確認について 等
令和4年5月17日(火)	各市町の活動についての共有
	令和3年度在宅医療・介護連携推進事業 実績報告の確認について
	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について 等
令和4年6月21日(火)	各市町の活動についての共有
	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について 等
令和4年7月12日(火)	3市3町介護保険施設情報交換会について
	各市町の活動についての共有
	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について 等
令和4年8月9日(火)	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について
	各市町の活動についての共有
	3市3町多職種連携研修会について 等
令和4年9月13日(火)	多職種研修について
	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について
	各市町の活動についての共有 等
令和4年10月11日(火)	多職種研修について
	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について
	各市町の活動についての共有



令和4年11月8日(火)	多職種研修について
	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について
	各市町の活動についての共有
令和4年12月13日(火)	3市3町泉州南圏域医療・介護連携推進会議について
	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について
	各市町の活動についての共有等
	令和4年度事業計画の評価について 等
令和5年1月17日(火)	3市3町泉州南圏域医療・介護連携推進会議について
	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について
	各市町の活動についての共有等
令和5年2月14日(火)	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングの実施状況について
	各市町の活動についての共有 等
令和5年3月14日(火)	3市3町泉州南圏域医療・介護連携推進会議について
	令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 委託事業計画に基づく各ワーキングについて

○事前打合せ会議（幹事市と連携室により毎月 1 回開催）

○地域連携室会議 毎月 1 回程度開催

○コーディネーター会議 毎週火曜日開催

○各市町の代表者会議に参加 各市町の報告書参照

【3 市 3 町泉州南圏域医療・介護連携推進会議】

日時	内容
令和 5 年 2 月 4 日（土） 13：30～15：05 りんくう教育研修棟	・3 市 3 町在宅医療・介護連携推進事業実施報告について 泉佐野泉南医師会地域連携室 ・南泉州地区病病連携協議会からの報告 りんくう総合医療センター病院長 松岡 哲也氏 ・その他情報交換 参加： 42 人



(考察)

・りんくう総合医療センターへ高齢者施設から救急搬送された事例の中で、集中治療を希望していた人の割合が12.2%だった報告がなされ、各結果から、施設内でのACPはとれていたのかの問題提起がなされました。各代表者から、それぞれの取組みや課題が報告されました。特に人生会議（ACP）の取組みでは、各団体での取組みが進んでいない事がわかり、今後の研修会等での取組みの必要性が出されました。

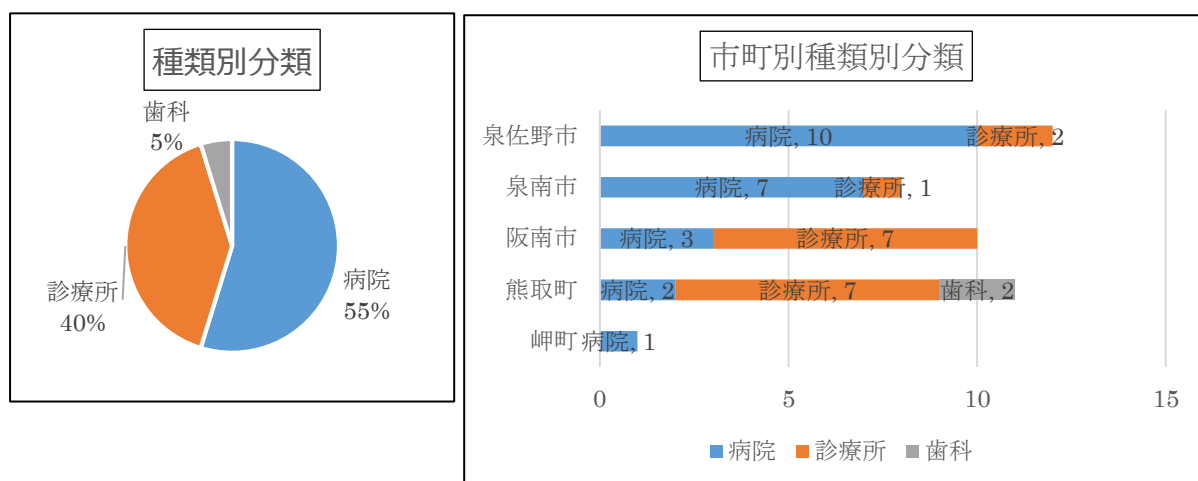
専門職だけでなく、住民への啓発も引き続き取り組む必要があります。

今後も各職種の具体的な取組を共有し、地域住民の健康増進に寄与できるよう、情報収集とともに、地域での実践に取り組む必要があります。

3. 医療・介護関係機関の訪問

・今年度訪問数 病院 23 件 診療所 17 件 歯科医院 2 件
 訪問看護ステーション 4 件 その他事業所 16 件

○医療機関市町村別分類



*単位：件

○診療所 17 件のうち、訪問診療を実施しているのは 11 件（65%）でした。

- ・うち精神科 1 件、眼科 2 件を含む。
- ・看取り可能は 8 件（47%）でした。
- ・歯科医院 2 件は訪問診療可能でした。

○訪問看護ステーションの訪問

阪南市 2 件、熊取町 1 件、岬町 1 件の訪問看護ステーションに訪問しました。

訪問した 4 件は 24 時間対応可能な訪問看護ステーションで、在宅医療を支える役割があります。



（考察）

- ・各市町の行政・地域包括支援センターとともに訪問し状況等を伺いました。
- ・在宅看取り可能な診療所では、訪問看護ステーションと協力し対応しています。
- ・訪問診療や往診のみ対応している医師の中には、かかりつけの患者であれば在宅看取り等の本人の希望に対応可能な医師もありました。
- ・新規に在宅医療に参加する医師もあり、現状で在宅医の不足とまでは言えないものの、2040 年の医療ニーズを支える在宅医の確保については厳しい状況であると考えられます。多くの医師に協力を得られる対策とともに、医師の負担の軽減についても検討が必要と考えます。

4. 在宅医療・介護連携相談窓口

【取組経過】

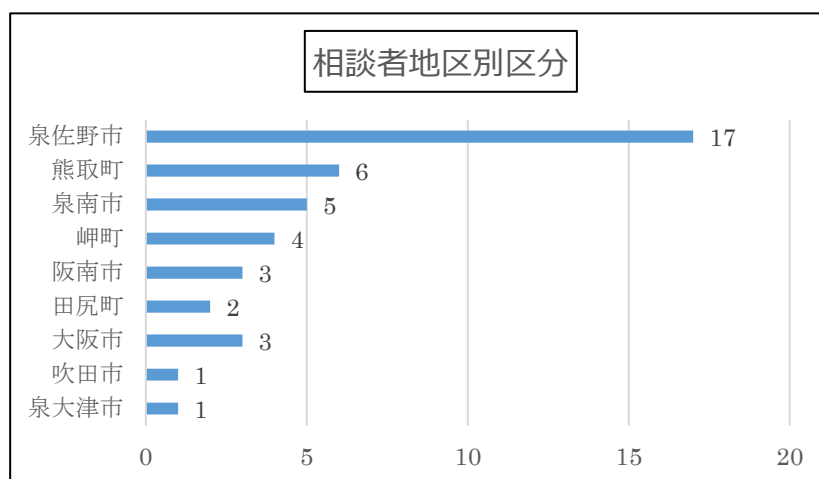
- 各事業所等への訪問時にチラシを用い周知を行いました。
- 各市町の多職種連携会議等で相談窓口の周知を行いました。

* 相談件数 42 件

（相談件数の分類）

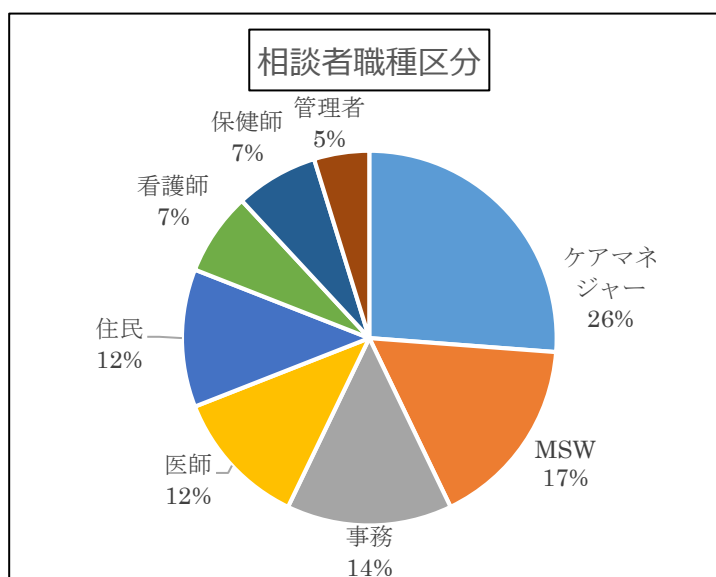
1. 地区別区分

相談者_地区	件数
泉佐野市	17
熊取町	6
泉南市	5
岬町	4
阪南市	3
田尻町	2
大阪市	3
吹田市	1
泉大津市	1

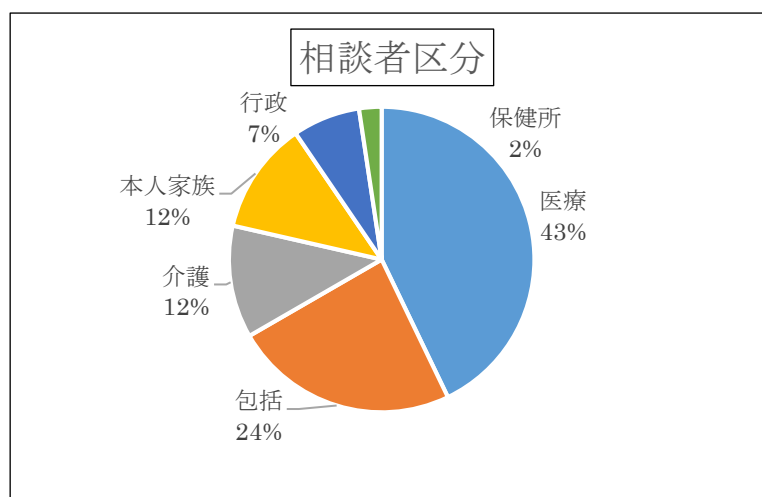


2. 相談者職種

相談者_職種	件数
ケアマネジャー	11
MSW	7
事務	6
医師	5
住民	5
看護師	3
保健師	3
管理者	2

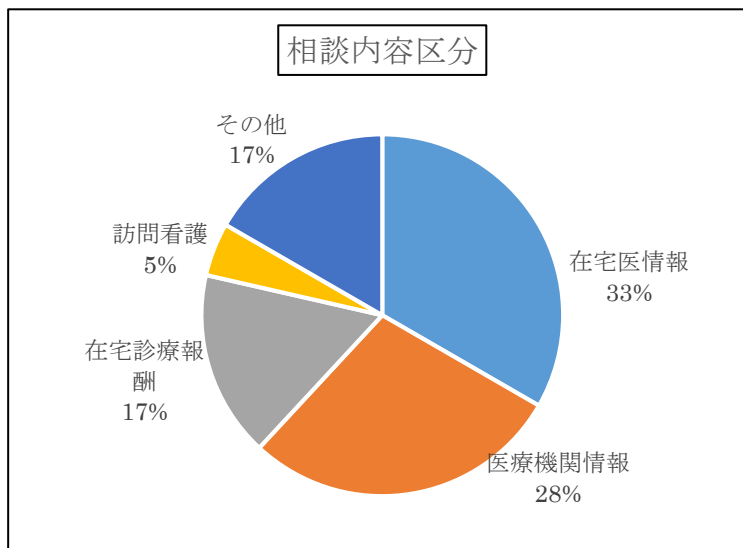


相談者_区分	件数
医療	18
包括	10
介護	5
本人家族	5
行政	3
保健所	1



3. 相談内容

相談内容区分	件数
在宅医情報	14
医療機関情報	12
在宅診療報酬	7
訪問看護	2
その他	7



(相談内容区分の説明)

在宅医情報・・・往診・訪問診療をしてくれる在宅医等の情報

医療機関情報・・・他市からの転院先等の情報

在宅診療情報・・・機能強化加算届出の添付書類について等

訪問看護情報・・・退院後の訪問看護ステーションの情報等

その他・・・コロナ患者の救急搬送依頼について

がんの家族について相談先情報 等

(考察)

- ・相談件数は、昨年度（40 件）に比べ微増でした。
- ・相談内容は、在宅医情報が最も多く、がん末期等で在宅を希望される事例が多くありました。
- ・相談窓口の周知については、今後も訪問や会議等いろいろな機会に周知を図っていきます。

5. その他

【取組内容】

(地域の医療介護の資源の把握)

○訪問看護ステーション事業所一覧の更新(随時)

* 医師会ホームページに掲載

トップページ → 各種ダウンロード

→ 医療・介護連携関連



(医療介護関係者の情報共有の支援)

○WAO!通信の発行

奇数月に発行しています。

医師会ホームページに掲載



【評価】

◎令和4年度事業実施計画の目標の達成状況ワーキングの評価一覧

別紙②参照

今年度の総括及び次年度の方向性

- ・昨年度に引き続き今年度も感染対策を十分に行い、少人数での開催や、Zoom 等を活用し、事業を実施して参りました。次年度以降も感染対策については、引き続き十分な注意を払いながら、計画に基づき事業を実施してまいります。対面での研修会等の開催は、改めて「顔の見える関係」の重要性がわかりました。
- ・医療機関をはじめとする事業所訪問では、現状について聴き取りを行うことで、アンケートなどでは入手できない貴重な情報を収集することができました。これまで取り組んできた情報連携マニュアルが現場で生かされている事がわかり、今後の改訂や内容の充実に今後とも取り組んでいきます。
- ・在宅医療介護連携相談窓口では、窓口の周知を図るとともに、訪問活動などで把握した様々な情報を、相談窓口対応にも活かしていきます。医・介連携事業の課題については、行政とともに目標達成に向け取り組んでまいります。
- ・今年度取り組んだ事業については、進捗状況を整理し事務担当者会議に提案して計画の実施に向け努めていきたいと考えます。



泉佐野泉南医師会地域連携室

ワーキング

急変時対応③ （継続的な訪問） まとめ

2023年3月末現在

【これまでの訪問実績】

令和3年9月付け医師会会員名簿 190件

廃院 4件

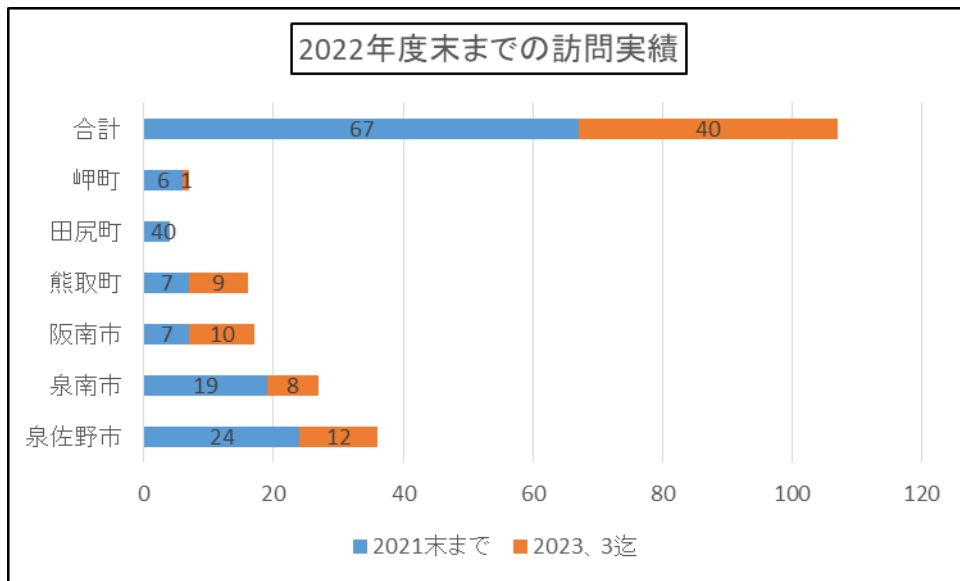
新規開業 3件

令和5年3月末時点で189件

令和5年3月末までの訪問数 107件

令和4年3月末までの訪問数 67件

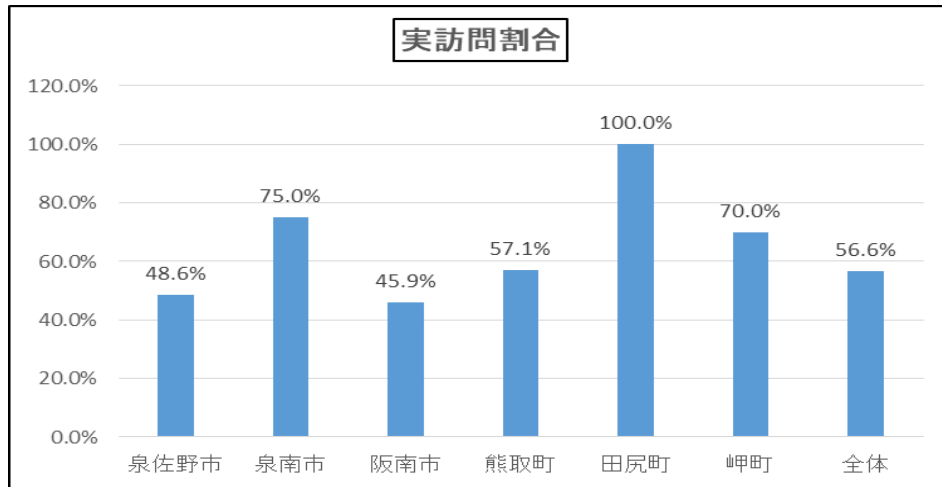
令和4年4月～令和5年3月末までの訪問数 40件



【今年度訪問の内訳】

	病院 (件)	診療所 (件)	包括 (件)	訪問看護 (件)	その他 (件)
泉佐野市	10	2	6		1(CM 幹事会)
泉南市	7	1	2		2(居宅、CM 連絡会)
阪南市	3	7	2	2	
熊取町	2	7	1	1	
田尻町			1		2(居宅)
岬町	1		1	1	1(居宅)
合計	23	17	13	4	6

【各市町の訪問割合】



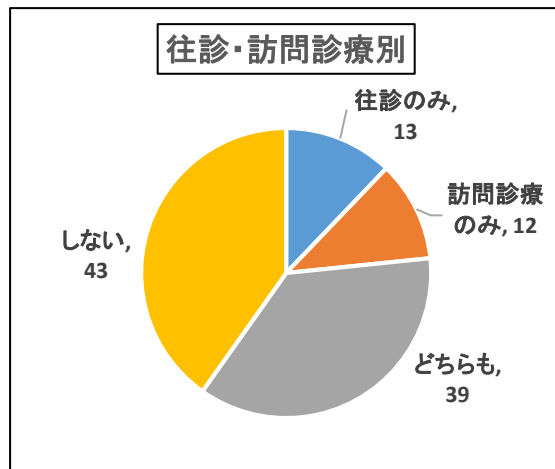
(各市町内訳)

	名簿数 (件) 【A】	2022、12 迄 (件)	2021 末まで (件)	2022.12 末までの 訪問累計	
				実施数【B】 (件)	割合【B/A】 (%)
泉佐野市	74	12	24	36	48.6
泉南市	36	8	19	27	75.0
阪南市	37	10	7	17	45.9
熊取町	28	9	7	16	57.1
田尻町	4	0	4	4	100.0
岬町	10	1	6	7	70.0
合計	189	40	67	107	56.6

*名簿数は、医師会会員名簿、施設内診療所を含むすべての数
 名簿数－訪問累計＝今後訪問必要数



【実訪問医療機関のうち往診、訪問診療の有無】



*往診・訪問診療ありの医療機関は、ほぼ訪問済

*「しない」の回答は42あるが、病院・施設内診療所を含んでいることに留意。

今後の訪問にあたっては、施設等の訪問の必要性について、検討が必要。

*なお、令和3年度、令和4年度にこの事業で訪問した中では、訪問診療や往診を積極的に行っていない医療機関でも、かかりつけの患者の依頼があれば応じたり、協力可能な医療機関につないでいるところもあることがわかった。

*今後、「しない」の回答のうち、かかりつけの患者の場合は往診可能な医師の発掘が必要。

【訪問医療機関のうち強化型の届出数、看取り実績ありの機関数】

	2023.3 末までの 訪問累計	強化型届出数	看取りあり
泉佐野市	36	7	13
泉南市	27	4	11
阪南市	17	2	9
熊取町	16	3	7
田尻町	4	0	2
岬町	7	0	4
全体	107	16	46

(参考：医師会員以外の往診・訪問診療の診療所)

「大阪医療情報システム」から(3市3町)(内科・外科)(往診・訪問診療あり)の条件で診療所を抽出して、(医師会会員以外)の診療所は15機関あった。

令和4年度在宅医療・介護連携推進事業 事業計画（泉佐野市、熊取町、田尻町、泉南市、阪南市、岬町）

目標（地域の目指す姿）：人生の最期まで、望む生き方ができる 3市3町

行政の目標：人生の最期まで、望む生き方ができる町づくり

【WG担当】入退院①：岬町・田尻町・地域連携室
 入退院①：泉南市・田尻町・地域連携室
 急変時対応②：阪南市・岬町・地域連携室

視点	施策の方向性		現状	課題	目標	対応策	WG	具体的な取組み・計画	取組み内容（実施：○、未実施：●）	評価 （目標の達成状況）
			令和3年度末	令和3年度末	令和7年度（2025年）	令和4年度～7年度		令和4年度	令和4年度（中間）	
I 入退院 支援	入退院に必要な支援をもれなく享受できる	(1)	医療・介護連携シートの活用により、病院・ケアマネの情報連携は充実しつつある	連携シートを含む、医療介護連携マニュアルの時点修正等が必要	①入退院時の医療と介護の連携がスムーズ ②本人の病状・意向にあわせた対応を検討できる体制がある（医療・ケアチームの編成等） ③本人・家族が自ら必要な情報を入手できる環境が整っている ④各事業所の得意な分野が明確化され、必要に応じて情報提供される体制がある ⑤転院・退院などの際には必ず、本人の意向確認と関係機関間の情報共有がなされる体制がある	○医療・介護連携マニュアルの更新 ○シートの使い方、周知研修、年度末に使用状況、問題点、等を調査し改善策を検討する ○病院、医師会向けに連携シートの更新について情報提供	入退院①	○診療報酬改定等のタイミングで更新する。 ○4月に改訂版を医師会HPへ掲載して周知する。 ○上半期にケアマネジャー、医師、病院へマニュアルについてヒアリングをする。 ○下半期にワーキングチームでヒアリングの取りまとめをし、マニュアルに反映していく。	○医療介護連携マニュアル（改訂版）を医師会HPに掲載し、専門職への周知啓発を実施。 ○マニュアルについて、病院（MSW）、地域包括支援センター、ケアマネジャー等専門職へ聴き取りを実施（計40件）。	①ケアマネと医師・訪問間は、以前に比べて連携できるようになってきた。情報連携シートは浸透しており今や主要なツールとなっている。 ②聴き取りの結果、退院前カンファレンスを積極的に実施している病院が多数。また、ケアマネ側への聴き取りでは、入院したらずに連絡がきて助かるなどといった声があった。
		(2)	退院後の在宅サービスを十分に検討できず、退院となる場合がある（在宅支援が必要と判断されない、またカンファレンスができないまま退院等）	医療機関が退院後の支援の必要性を評価し、退院前に地域と情報が共有されるシステムが必要（担当看護師との連携？）		○病院の入退院担当者（MSW等）と在宅（地域包括）との連携強化のため、お互いの役割を知る機会を設定する（事例検討会、意見交換会、同行訪問） ⇒ 病院に入退院担当者の確認 ⇒ ベースラインは3市3町で統一 ○このような事例は地域包括に連絡してほしい項目を整理した「連携シート」を作成し、各病院に活用依頼する ⇒ シートの作成	入退院①	○上半期に各市町で病院（MSWなど）、地域の関係機関（包括・多職種）へヒアリングを行い、具体的な情報収集をし、課題を抽出する。	○病院（MSW）、地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護事業所等に聴き取りを実施（計44件）。 ●聴き取り内容を集約し、まとめを作成予定。 ○連携強化のため、入退院支援をテーマで研修会を実施（12/10）。	③退院時にどのような情報を提供しているか、また、退院後のアフターフォローを行っているか等を今後調査する必要がある。 ④地域連携室への相談件数は4～12月で32件（月平均3.5件）。在宅医療に関する情報は地域連携室に集約されているが、もっと活用されるよう啓発する。
		(3)	もともとサービス未利用で、退院後に新たに支援が必要になった場合、住民がどこに相談してよいかわからず混乱したり、対応の遅れから状態が悪化することがある	医療や介護に関する退院後の対象者のニーズを、タイムリーにキャッチできる体制づくり		○病院の「退院のしおり」等の活用状況を把握し、病院から地域包括へのスムーズな連携をすすめる。 ⇒ 退院のしおり内容調べ記載状況を確認 ⇒ 必要であればPRリーフレット作成		○病院の「退院のしおり」等の活用状況を把握し、病院から地域包括へのスムーズな連携をすすめる。	●未実施	⑤転院・退院の際にどのように情報共有されているのか把握する必要がある。
		(4)	在宅医療が必要になった場合、24時間対応できるサービスが潤沢でない、また情報が少ない等で体制づくりが難しく、対応できるケアマネに限られる	在宅医療に関する情報の集約、専門職が相談・検討できる体制づくり		○医師会連携室や地域包括にコアな情報を集約する ⇒ 必要な情報の洗い出し ⇒ どの地域包括も同じレベルの情報を担保 ⇒ 関係職種にその情報をどのように伝えるか要検討、MCSを活用して周知		○医師会連携室や地域包括にコアな情報を集約する。	○聴き取りで情報収集を行っている。 ●情報の集約は未実施。	
		(5)	本人の意向確認がされないまま転院・退院となっているケースがある	転院・退院など、本人の過ごす場所が変わる際には、本人の意向確認が必要		○入院や退院のタイミングで、「各市町のエンディングノート等」の活用を促進し、ACP啓発をすすめる		○入院や退院のタイミングで、「各市町のエンディングノート等」の活用を促進し、ACP啓発をすすめる。	○各市町でエンディングノート等を活用し、人生会議の啓発を実施。	

視点	施策の方向性	現状		課題	目標	対応策	WG	具体的な取組み・計画	取組み内容（実施：○、未実施：●）	評価 （目標の達成状況）
		令和3年度末	令和3年度末	令和7年度（2025年）	令和4年度～7年度	令和4年度		令和4年度（中間）		
Ⅱ 日常の療養支援	・住民が必要なときに必要な医療・ケアサービスが受けられる ・住民と専門職が本人の希望を共有できている ・医療・介護専門職同士の連携がとれている	(1)	医師や訪看と上手く連携、対応できるケアマネが限られている 医師や訪看と連絡が取りにくいと感じているケアマネが多い（疲弊している者あり）	・在宅医療に関する情報の集約とその周知 ・専門職が相談・検討できる体制づくりとその周知 ・医療専門職との連携を阻害する要因の明確化 ・住民や介護職に、急変時の判断は医師がするものとの思い込みがあり、24時間対応できる医師への期待が大きい	①QOLの向上を目指したケアマネと医師・訪看の円滑な連携体制 ②一部の医師や訪看に負担をかけることなく、チームで地域の医療・ケアを行える体制づくり ③効果的に情報の共有ができる体制の構築 ④家族等のサポート体制の構築	○在宅医や地域の専門職の具体的な聞き取り ⇒ケアマネが何に困っているのか ⇒ケアマネの相談体制の整理 ○各職種・職能団体への意見聴取 ○在宅医確保に向けた取組 ○医療専門職との連携を阻害する要因の調査 ○退院後の在宅生活を安定させるための医療・リハビリの視点を持てる介護事業所の把握・養成 ○困難事例や医療依存度の高い事例の相談体制を検討し、周知する（地域ケア個別会議、地域ケア会議、市町の連携会議の場の活用）		○上半期では、居宅介護支援事業所を○件訪問し、困りごとや現状についてケアマネジャーへ聴き取りを行う。聴き取りシートを作成し、訪問後に記入する。下半期では、聴き取り結果について考察する。 ○地域連携室とケアマネ連絡会の関係づくりのため、各市町のケアマネ連絡会に参加する。	○ケアマネジャーに聴き取りを実施（3事業所）。 ●聴き取り結果の考察は未実施。 ○地域連携室が各市町のケアマネジャー連絡会に参加し、地域連携室の啓発及び関係づくりを実施。	① I ④に同じ ②夜間・休日、24時間対応について一部に負担が偏る状態は変わっていない。 地域全体で在宅医療を支える仕組みの構築が急務。 ③MCS利用は拡大した。今後はさらに隅々まで行き渡らせるとともに、効果的な使い方を周知していく。 ④レスパイトについて、病院から情報はもらえるが、公にできない場合があり活用できていない。病院との関係づくり、地域で家族をサポートできる体制づくりが課題。
		(2)	医療依存度が高い場合、夜間・休日、24時間対応の在宅診療等の医師に負担が偏っている	・医療・ケアチーム（特に在宅医）にとって過度な負担とならない仕組み・ルールの検討が必要） ・かかりつけ医等に在宅医療の依頼や相談につながっていない（新規の在宅医を開拓できていない）		○専門職同士が連携できるようにつなぐ（マッチングする）機能や機会を作る ○在宅医・専門職の負担軽減策の検討 ○新規開業医へのアプローチ ○多職種の質の向上等に向けた研修		○専門職同士が連携できるようにつなぐ（マッチングする）機能や機会を作る ○在宅医・専門職の負担軽減策の検討 ○新規開業医へのアプローチ ○多職種の質の向上等に向けた研修	○新規開業医を訪問し、関係づくりを実施。 ○多職種対象の研修会を企画（12/10）。 ●その他、未実施	
		(3)	MCSの活用により職種間連携が進んだ。活用の頻度は市町・事業所によって異なる	・MCSの有効活用、情報共有の在り方、どのような情報をアップするか等の基準や考え方の整理が必要		○活用ができていない事業所等を把握し、個別に阻害要因を把握し、解決策を検討 ⇒必要性がない、または必要性を理解していないのだから、有効な情報であればみんな活用するのでは？		○活用ができていない事業所等を把握し、個別に阻害要因を把握し、解決策を検討	○各職種でMCSのアカウント取得状況を確認し、未取得の事業所（専門職）へアプローチを実施。	
		(4)	家族の介護疲れで本人の療養に影響が出るケースがある	・家族をサポートする体制 ・レスパイト等の支援体制が脆弱		○訪問看護の役割を関係者や家族等に周知する ○レスパイトにかかる情報の整理と提供 ○家族等への支援情報の共有		○訪問看護の役割を関係者や家族等に周知する ○レスパイトにかかる情報の整理と提供 ○家族等への支援情報の共有	●未実施	

視点	施策の方向性		現状	課題	目標	対応策	WG	具体的な取組み・計画	取組み内容（実施：○、未実施：●）	評価 （目標の達成状況）
			令和3年度末	令和3年度末	令和7年度（2025年）	令和4年度～7年度		令和4年度	令和4年度（中間）	
Ⅲ 急変時対応	・本人の意思に沿わない救急搬送や入院がなされない ・状況に応じ迅速・適切な搬送・医療を受けることができる	(1)	意思確認のないまま高度の救命措置を受け、長期入院となるケースがある（りんくう総合医療センターから問題提起有）	・本人の意思に沿わない搬送や治療が実施されている可能性がある ・平時から本人の意思を確認できる方法の検討が必要		○住民へのACP啓発、実践の機会を設ける ○関係職種へのACP支援啓発、支援方法のルール化（共通ツールやタイミングの検討等） ○施設でのACP支援に向けた研修 ○施設における看取りの推進のため、好事例の紹介研修やMCSを活用した情報共有等 ○救急・消防等との協議の場づくり	急変時対応②	○上半期に情報交換会を実施。下半期では、研修会を実施する。 ○救急・消防へ救急搬送等について聴き取りを行い、状況把握をする。 ⇒下半期の研修では、施設と救急・消防がコラボできるように	○介護保険施設情報交換会を開催し、消防本部から救急対応について学び、情報交換を実施（7/26）。	①望まれない救急搬送について、特養に対して情報交換会で周知を行った。今後、現場で実践できるよう、情報交換会で検討していく必要がある。 ②Ⅱ～②に同じ。 ③Ⅱ～②に同じ。 ④在宅療養後方支援体制は整ってきている。
		(2)	本人の意向や、在宅医・訪看の方針に反して、家族等が救急車をよんでしまう場合もある	・「急変」の捉え方が様々なため、本人家族と急変時の対応について、医師・訪看と意思疎通しておく必要がある（終末期に近い場合は必ず）	①平時から関係機関がACP支援に取組み、本人・家族と終末期や急変時の対応について意思確認ができている ②在宅医師チームが充実し、負担が分散される体制が整う					
		(3)	夜間・休日などに対応できる医師が少なく、在宅医師チーム制も地域差がある	・夜間・休日、24時間対応の医師が少なく負担が大きい、在宅医師チーム制の再構築・拡大が必要	③時間外も含めた、医療体制や介護サービスが充実・整備され、多職種連携が効果的に機能する ④急変時に適切に医療が提供されるよう在宅療養後方支援体制が整っており、その体制の継続と関係機関へ周知できている	○在宅に対応できる医師を増やすため、診療所を個別訪問し、かかりつけ患者の訪問等を依頼する ○医師会で訪問診療同行や、副主治医制の再検討等、協力を要請 ○核になる在宅医と行政の関係づくり ○急変時にも対応できる既存サービスの周知	急変時対応③	○継続的に医療訪問し、在宅医療資源の把握及び解析していく。随時情報リストを更新していく。	○診療所の訪問を実施（10件）。	
		(4)	住民やケアマネが、急変時対応が可能な介護保険サービスについての認知度が低い	・定期巡回・随時対応型訪問看護介護など、急変時対応が可能な介護保険サービスの周知と利用促進		○急変時対応が可能な介護保険サービスを明確にし、周知する。実際の利用事例紹介等で、活用促進を図る		○急変時対応が可能な介護保険サービスを明確にし、周知する。実際の利用事例紹介等で、活用促進を図る	●未実施	

視点	施策の方向性		現状	課題	目標	対応策	WG	具体的な取り組み・計画	取り組み内容（実施：○、未実施：●）	評価 （目標の達成状況）
			令和3年度末	令和3年度末	令和7年度（2025年）	令和4年度～7年度		令和4年度	令和4年度（中間）	
Ⅳ 看 取 り	・在宅療養希望者が安心して在宅看取りを選択することができる ・本人の意思に沿わない救急搬送がなされない	(1)	住民の在宅看取りのニーズがつかめていない	様々な機会を活用して看取りのニーズ、およびその変化を把握する必要がある	①平時からACPが実践され、本人と家族や関係機関が、看取りにつながる話合いや、意思疎通ができている ②看取りに対する意思確認が明確にできる ③看取り希望者に対応できる在宅チームが結成され、協力し合える体制がある	○計画策定時の住民調査やイベントや事業等の機会を活用してニーズ調査を経年で実施し、変化を把握していく		○計画策定時の住民調査やイベントや事業等の機会を活用してニーズ調査を経年で実施し、変化を把握していく	○各市町共通の高齢者のアンケート調査を実施。	①②市町ごとにACPの啓発を実施した。引き続き、地域住民や関係機関への啓発を進める。知識の普及に留まらず、実践につなげる工夫をする。 ③訪看が中心となり、在宅医療を支える体制が整ってきている。
		(2)	研修や広報によりACPの啓発は推進しているが、「知識の普及」にとどまっており、ACPの実践につながっていない	住民が自分の生き方/最期の場所を考えられるような対話や、ACP支援の機会が必要		○町会や老人会等の、身近な場所での啓発と、ACP実践につながるツール活用や、実践後の評価 ○関係機関に対して、ACP支援のための啓発と、実践にむけたマニュアル作成やルールの整理		○町会や老人会等の、身近な場所での啓発と、ACP実践につながるツール活用や、実践後の評価 ○関係機関に対して、ACP支援のための啓発と、実践にむけたマニュアル作成やルールの整理	○もしバナゲームやエンディングノート等を活用し、地域での人生会議の啓発を実施。	
		(3)	在宅看取りに対応できるケアマネ・医師等は限定的（特に医療依存が高い場合）	看取り対応の医師が少なく、高齢化の進展により、住民の在宅看取りニーズが高まると、対応できなくなるのではないかと懸念がある また、ケアマネが医療依存度の高い患者の対応の経験が少ない		○ターミナルケアや看取り対応の介護事業所の把握・見える化 ○看取り対応の訪看や事業所の情報がアップデートできる仕組みづくり ○対応力向上に向けた具体的な取組の検討（経験を伝える事例検討や研修会の開催）		○訪問看護事業所・居宅介護支援事業所を訪問し、看取り対応の現状等の聴き取りを行う。 ○専門職（主にケアマネジャー）へのACP研修	○訪問看護師及びケアマネジャーに看取りの現状について聴き取りを実施。 ●専門職を対象としたACP研修は未実施。	
		(4)	本人の事前意向や、在宅医・訪看の方針に反して、家族等が救急車を呼んでしまう場合がある	終末期に近い場合は特に、本人家族と急変時の対応について、医師・訪看と意思疎通しておく必要がある		○看取りの意思確認方法の明確化 ○家族に対する看取りへの理解と対応についての働きかけ ○施設看取りの実態把握 特養以外の施設も、聞き取りを勧める ○施設看取りをするうえでの阻害要因を把握し対策を検討する		○看取りの意思確認方法の明確化 ○家族に対する看取りへの理解と対応についての働きかけ ○施設看取りの実態把握 特養以外の施設も、聞き取りを勧める ○施設看取りをするうえでの阻害要因を把握し対策を検討する	●未実施	