

# 伊達市

## 医療と介護の専門職連携による地域包括ケアシステムの充実

### 伊達市の概要

高齢化率は国・県の平均よりも高く毎年約1%ずつ上昇しています。特に高齢夫婦世帯や高齢単身世帯も共に増加しており、住み慣れた地域の中で可能な限り安心して暮らしていくために、「地域包括ケアシステム」の構築を進める必要があります。

本市では伊達医師会を中心に医療と介護の専門職による「地域包括ケアを支える伊達ネットワーク委員会」が組織されており、地域の課題解決に向け活発に活動をしています。市は専門職による自主的な活動を支援しながら、さらに地域住民との連携が図られるよう支援しています。

#### 【基本情報】

平成28年2月1日現在

#### ●人口

62,944人

#### ●65歳以上高齢者人口

20,174人

#### ●高齢化率

32.1%

#### ●要介護認定率

18.8%

#### ●第1号保険料月額

5,751円



# 取組の内容①

## ●背景

平成24年12月から医療と介護の専門職が自主的に組織を立ち上げ活動を行っており、専門職だけではなく、1市3町の自治体と警察署、消防署等にも拡大し、地域の課題解決のために活動を続けています。

本市は、組織の一員として組織を支援しながら、地域包括ケアシステムの構築を図っています。

●実施主体：伊達市、伊達医師会、地域包括ケアを支える伊達ネットワーク委員会

●地域包括ケアを支える伊達ネットワーク委員会参加組織：伊達医師会、福島歯科医師会、伊達薬剤師会、福島県理学療法士会、伊達介護支援専門員連絡協議会、訪問看護ステーション、医療ソーシャルワーカー協会県北支部、福島県介護福祉士会、小規模多機能型居宅介護連絡会、地域包括支援センター、伊達市、国見町、桑折町、川俣町、伊達警察署、伊達地方消防組合、福島県北保健福祉事務所（アドバイザー）

●事業内容：伊達ネットワーク委員会及び分科会：1回/月  
医療・介護関係者の研修、情報共有：1回/年  
地域住民市民公開講座（地域住民への普及啓発）：1回/年  
伊達市認知症高齢者見守り声かけ訓練の連携：1回/年

## 取組の内容②

### ●具体的な取組内容

平成26年度から分科会による課題の詳細検討を行っています。

部会A：認知症対策・SOS見守りネットワーク支援体制検討部会  
市民への認知症の理解を図る「専門職による出前講座」実施  
伊達市認知症高齢者徘徊声かけ模擬訓練との連携

部会B：介護連携部会  
連携ツール作成…「だてな暮らし」を目指す・わたしのカルテ  
委員会のHP立ち上げ

部会C：医療介護従事者労働衛生部会  
医療介護従事者のためのマニュアル作成  
(感染症対策マニュアル、認知症の方の口腔ケアマニュアル等)

### ●取組のポイント

専門職による自主的な取り組みを生かした連携

医療職と介護職の顔の見える関係づくり

(地域医療・介護の資源把握、情報共有)

専門職と自治体の連携による一般市民への啓発

(地域住民への普及啓発)

自治体の枠組みを超えた連携

(関係市町村の連携)

# 取組の内容③

## ●専門職による研修会

～認知症になっても「だてな暮らしを続けるためにできること！！～

- 142人の専門職が結集
- 6人～8人のグループに分かれてそれぞれの立場から認知症について検討、24グループがそれぞれの意見を発表(アンケート集約結果から)

認知症ネットワーク(見守り体制や支援体制)を作るための課題とは？

住民への啓発36%

地域支援体制構築24%

専門職の理解19%

その他(情報共有、スキルアップ、予防、介護力向上)



医師も薬剤師も介護職も  
同じテーブルで



毎月の委員会での熱い議論



倉ばあちゃんを街で見かけたらどうする？  
市長も専門職も民生委員も町内会長も一緒に考えるグループワーク

## ●史上最大級「認知症サポーター養成講座」

213人のサポーターが誕生

(職種) 医師、薬剤師、看護師、リハ職、保健師、社会福祉士、ケアマネ、介護職、事務、行政、警察、消防、企業、教育関係、学生(中)、民生委員、一般

(内容) ・認知症についての講演

・介護予防体操(コグニサイズ)

・認知症の対応(寸劇)

・住民と専門職のワークショップ

(アンケート結果から)

- 様々な職種の方や一般の方の思いや考えを知り認知症について考えることができた
- 多くの医師の方の話も聞いて参考になった
- 認知症になっても地域で見守っていけたら良い
- 明日は我が身、ともに暮らす社会になると良い

# 成果と課題

## 取組の成果

- 医療職と介護職の顔の見える関係の構築
- 市民が地域の医療職・介護職の活動を知る機会が増えた
- 市民の認知症への理解が深まった  
(認知症サポーター213人を養成)
- 市内企業の認知症サポーター養成講座開催要望が増加
- 認知症初期集中支援チームの早期設置につながった
- 伊達市認知症高齢者徘徊声かけ模擬訓練の連携強化
- 市民出前講座の実施による市民への活動普及
- 連携ツールの活用による安心安全づくり
- 医療介護従事者マニュアル作成による共通理解と負担軽減

A form titled "「だてな暮らし」を目指す わたしのカルテ" (My Medical Record for "Dadenna" Lifestyle). The form includes fields for personal information (name, address, phone number, email), medical history (chronic diseases, allergies, current medications), and a section for "My Medical Record" with a table for recording symptoms and treatments. The form is designed to be used by citizens to track their health and share information with healthcare providers.

## 活動の課題

- 参加者の拡大と圏域を越えた連携
- 切れ目ない在宅医療と介護の提供体制の構築  
(退院調整の仕組みの実現)
- 認知症となっても住み慣れた地域で安心して暮らせる地域の実現

## 今後の展望

- 入院時から退院後の円滑な在宅復帰を目指し、医療機関と居宅介護事業所等の情報共有ができる体制を構築する。



### 郡山市の概要

本市では、平成27年4月地域包括ケア推進課を新設し、地域包括ケアシステム構築に向けた取組を開始しました。医療と介護の連携は、保健所が中心となり、地域包括ケア推進課・介護保険課と連携しこの事業を推進しました。ただし、この事業は、厚生労働省のモデル事業であり、二次医療圏で取組むことから、県中保健福祉事務所と本市の両方が事務局となり、二次医療圏単位で取組みました。

#### 【基本情報】

平成27年10月1日現在

##### ●人口

329,270人（郡山市）  
530,471人（県中圏域）

##### ●65歳以上高齢者人口

78,690人（郡山市）  
135,914人（県中圏域）

##### ●高齢化率

24.2%（郡山市）  
25.9%（県中圏域）

##### ●要介護認定率（平成27年3月31日現在）

17.3%（郡山市）  
17.6%（県中圏域）

##### ●第1号保険料月額

5,027円（郡山市）



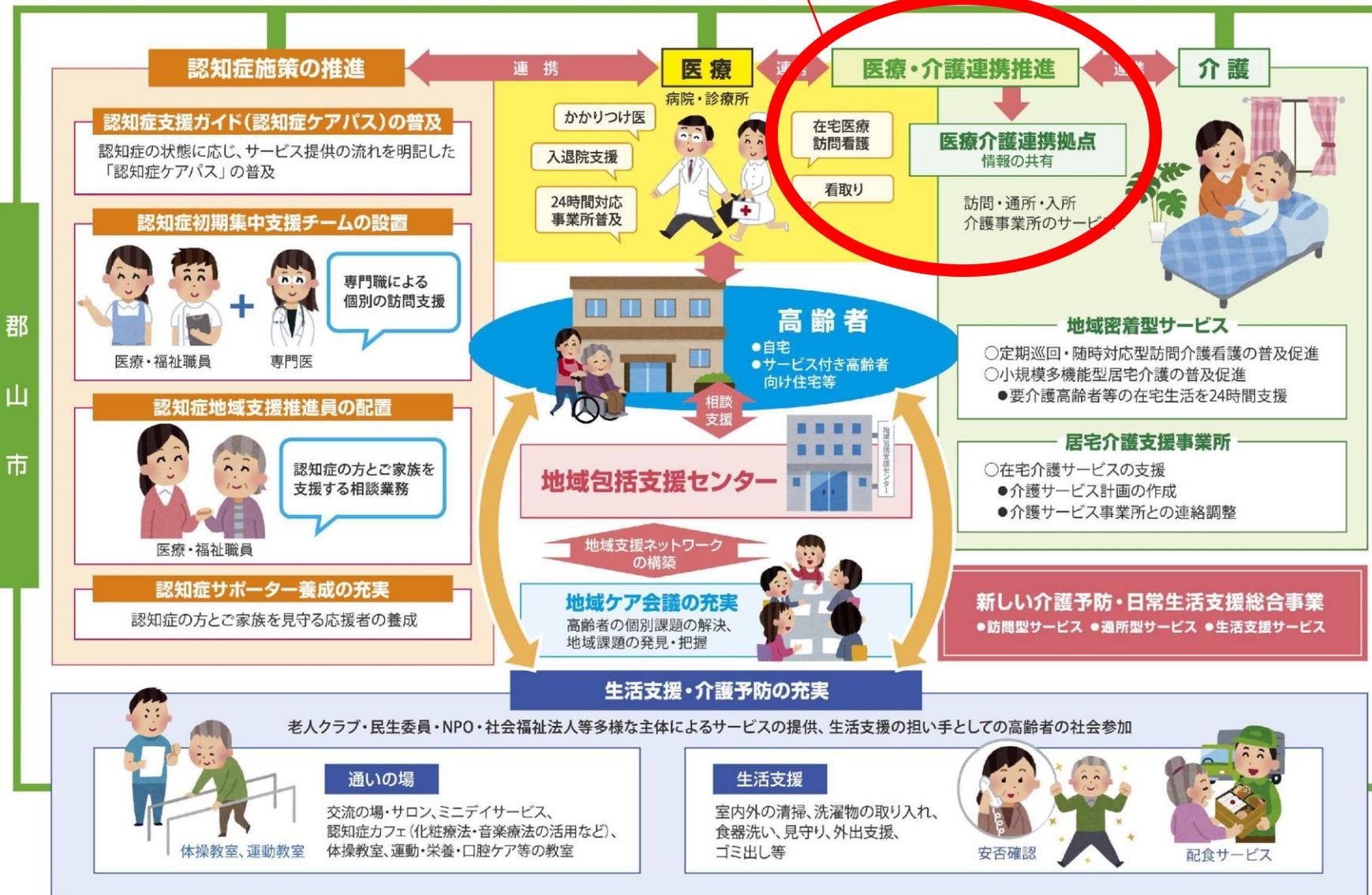
県中医療圏の市町村

# 2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築(郡山市)

## 県中圏域 「退院調整ルール」策定

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を目指します。

郡山市の地域包括ケアシステムのイメージ



I 現状と課題

要介護状態の患者が、在宅へ向けた退院の準備をする時に、病院から介護支援専門員（ケアマネ）に引き継ぎがなされない、いわゆる『退院調整もれ』により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合がある。

県中圏域の退院調整もれ率（H27年5月）：**31%**

【原因】  
病院とケアマネ（=医療と介護）の連携が不十分  
（相互理解や情報共有の不足）



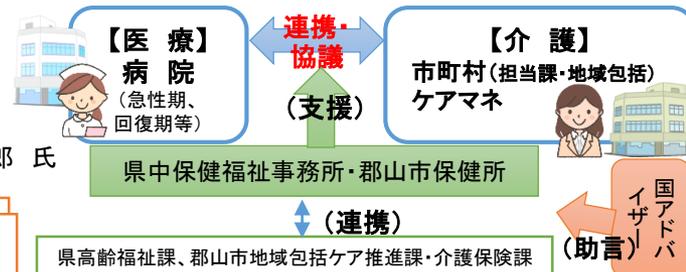
II 事業の概要

県中医療圏（二次医療圏）での退院調整ルールの策定・運用

県と郡山市（中核市）が共同で実施。両者の調整のもとで、医療側（病院）と介護側（ケアマネ・市町村）とが協議しながら、地域の実情に応じた『退院調整ルール』を作り、それを実証的に運用していく。

※退院調整ルール：疾患を問わず、圏域内のどの病院から退院しても、もれなくタイムリーに必要な介護サービスが受けられるよう、病院からケアマネへの着実な引き継ぎをするための情報提供方法等のルール

《連携調整支援事務局》  
県中保健福祉事務所・郡山市保健所  
《国アドバイザー》  
兵庫県丹波健康福祉事務所長 逢坂悟郎 氏



III 具体的な取組・スケジュール

年度	月	会議等	
27	6	退院調整に関する実態調査（アンケート）（15～30日）	
	7	キックオフ会議（病院説明会）（17日）	180名参加
	8	ケアマネ説明会及び第1回退院調整ルール検討会（11日）	280名参加
	9		
	10	ケアマネによる第2回退院調整ルール検討会（22日）	215名参加
	11	ケアマネによる第3回退院調整ルール検討会（13日）	代表者25名
		第1回病院・ケアマネ合同会議（20日）	200名参加
	12	ケアマネによる第4回退院調整ルール検討会（16日）	150名参加
	1	ケアマネによる第5回退院調整ルール検討会（13日）	代表者25名
		第2回病院・ケアマネ合同会議（15日）	200名参加
2	ケアマネによる第6回退院調整ルール検討会（15日）	代表者25名	
28	10	市町村担当者会議（29日）	12市町村
	3	退院調整ルール策定報告・運用説明会（18日）	
	4	退院調整ルール運用開始	
28	10月以降	退院支援状況確認アンケート調査	
		退院調整ルール点検協議・修正	



H27.7.17 キックオフ会議（病院説明会）



H27.8.11 ケアマネ説明会・第1回検討会

IV 期待される成果

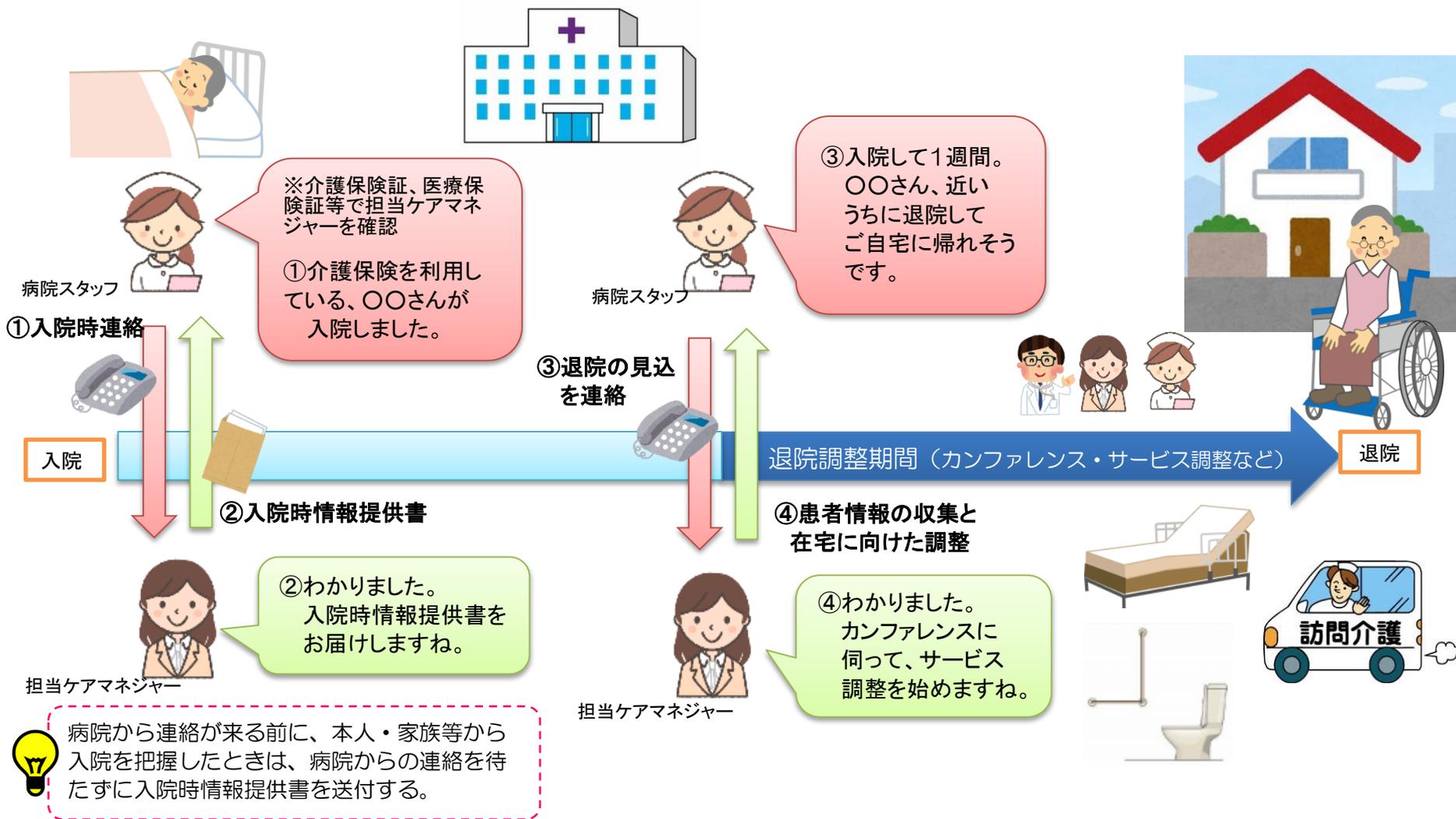
“互いの立場を理解し合い、地域全体の『退院調整ルール』をみんなで作り、活用する”

- ①“安心して在宅へ退院”  
退院調整もれが減少し、患者の在宅生活への円滑な移行が可能になる。
- ②“お互いに仕事がしやすく”  
多職種（病院とケアマネと市町村）が協働することにより、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる。
- ③“市町村の取組の支援”  
本事業の成果は、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組に活用できる。
- ④“診療報酬・介護報酬上のメリットも”  
病院も居宅介護支援事業所も、ルールを活用することで、報酬上の評価や加算につながる。

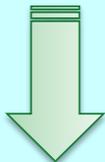


# 県中医療圏退院調整ルール概要

## (1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）



# (1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）

	病 院	ケアマネジャー（ケアマネ）
在宅時 		◇利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫 ○ 担当する利用者、 <b>ケアマネの名刺</b> を、『医療保険証』・『介護保険証』・『かかりつけ医の診察券』・『お薬手帳』と一緒に保管し、入院の際には「入院時セット」として持参するよう伝えておく。  ○ 利用者・家族に、入院したらケアマネに連絡するよう伝えておく。
入 院 	①入院時連絡 ○ 聞き取りや介護保険証、医療保険証等により担当ケアマネを把握し、入院したことを、原則として <b>3日以内</b> に連絡。   「病院がケアマネを把握」又は「ケアマネが入院を把握」、どちらか早いほうが相手にアプローチ。	②入院時情報提供書の送付 ○ 入院を把握したら提供書を作成し、原則として <b>3日以内</b> に病院に提供（ <b>原則として</b> 電話連絡の上、 <b>持参する</b> ）。
退院の見込 （入院後 1週間程度） 	③患者の退院見込を連絡 ○ 入院後 1 週間程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断。  ○ 可能と判断されたら、原則として <b>退院予定日の7日前までに</b> 、ケアマネジャーに連絡。	④患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ○ 病院から退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。
退院調整 	⑤入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施 ○病院担当者（看護師・MSW）とケアマネの退院調整開始面談 ○退院前カンファレンスの開催 ○退院時情報の提供	○患者や家族の意向を確認し、介護サービスを調整など
退院日決定 	⑥退院日を連絡 ○主治医の許可した退院日をケアマネに連絡	
退院後	⑦サマリーの提供（必要に応じ）	⑧ケアプランの提供（必要に応じ）

 入院前から、担当ケアマネが決まっている患者については、要介護・要支援を問わず、必ず引き継ぎを行うこと。

## (2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後、新たに介護保険サービスを利用する場合）



患者や家族への聞き取り、介護保険証等により、担当ケアマネジャーがいなかったことを確認。

①入院して1週間。近いうちに退院できそう。でも、在宅では介護が必要になりそう…

①「**退院調整が必要な患者の基準**」により判断

②介護保険の申請を本人・ご家族に勧めよう。  
③ケアマネジャーを決めるお手伝いも必要かな…。

②介護保険について本人・家族に説明し、申請を支援  
③ケアマネジャーの選定を支援

④ケアマネジャーさんに連絡しよう。

④居宅介護支援事業所  
または地域包括支援  
センターに退院調整の  
連絡



入院

退院調整期間（カンファレンス・サービス調整など）

退院

⑤患者情報の収集と在宅に向けた調整

連絡先

中重介護 ⇒ **居宅介護支援事業所**

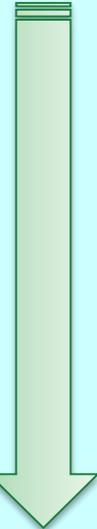
軽介護 ⇒ **地域包括支援センター**  
(迷ったら、**包括**に連絡)

⑤わかりました。  
カンファレンスに  
伺って、サービス  
調整を始めますね。

居宅介護支援事業所ケアマネジャー  
または 地域包括支援センター



## (2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後、新たに介護保険サービスを利用する場合）

	病 院	ケアマネジャー（ケアマネ）
入院 	◇患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、担当ケアマネが決まっていないことを確認。  ※要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる。	
退院の見込 （入院後 1週間程度） 	①退院調整の必要性の判断 ○ 入院後1週間程度を目途に、「在宅への退院が可能かどうか」を判断。 ↓ ○ 「退院調整が必要な患者の基準」に基づき、退院調整が必要かどうかを判断。  ②患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援 ○ ①により、退院調整（介護保険の利用）が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明をし、申請等を支援。  ③ケアマネジャーの選定を支援 ○ 必要に応じ市町村介護保険担当課と相談・調整し、ケアマネの選定を支援。  ④患者の退院の見込を連絡 ○ ①により、退院調整が必要と判断された患者について、退院の見込を、原則として退院予定日の7日前までに、③で選定したケアマネに連絡 💡要介護と思われる者（中重介護） ⇒ 居宅介護支援事業所 要支援と思われる者（軽介護）・判断に迷う者 ⇒ 地域包括支援センター	⑤患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ○ 病院から退院の見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院と調整する。
退院調整		
退院日決定	以降の流れは、前掲『(1)入院前にケアマネジャーが決まっている場合』の⑤以降と同じ。	
退院後		

# 成果と課題

## 取組の成果

- **地域全体で取り組み、ルールを策定**  
病院関係者、ケアマネジャー、市町村、地域包括支援センター、関係団体など多くの方々が、約1年間、検討・協議を行い、自ら運用するルールを自ら意思決定をし、策定した。
- **顔の見える関係**  
病院（医療側）とケアマネ（介護側）、ケアマネ同士がお互いの立場を理解し合い、信頼関係が構築された。
- **連携強化**  
県と市町村の協働による事業の取組であり、行政間、医療担当部署と福祉担当部署の連携が強化された。
- **新たな職種間の連携開始**  
多職種が同じ目的達成のために顔を合わせる機会であり、薬剤師とケアマネジャーとの連携など、職種間の連携が始まった。

## 今後の展望

- **退院調整ルールの周知**  
今回事業に参加した病院、ケアマネジャーだけでなく、現在参加していない病院や有床診療所、小規模多機能型事業所などにきめ細やかに周知し、理解を得ることが必要である。  
さらに、周知する対象者としては、本人、家族、住民はもちろんのこと、民生委員、地区組織など住民の生活に密着しているソーシャルキャピタルを活用した周知も必要である。
- **退院調整ルールの見直し**
  - ・「退院調整もれ」の現状調査を行う。
  - ・退院調整ルールの評価を行い、見直しをする。
  - ・医療依存の高い方など、対象者を拡大した退院調整ルールへの活用も視野に入れた見直しも必要である。
- **他医療圏との調整を進めることが必要である。**