

1 市町村支援の内容

関係事業の進捗状況を把握するとともに、市町村及び関係機関の取組状況の検証及び情報共有を目的に、連絡会議を開催した。

市町村ヒアリング	地域包括ケアシステム体制構築連絡会議
4月	①地域別〔安達、福島、伊達〕(8, 9月) 、 ②全体(12月)

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費（千円）
福島市	地区医師会、認知症対応、高齢者社会参加	1,374、1,500、1,500
二本松市	認知症対応、医療・介護一体提供	752、48
伊達市	医療・介護一体提供	1,438
本宮市	医療・介護一体提供	1,500
桑折町	認知症対応	815
国見町	認知症対応、医療・介護一体提供	1,388、39
川俣町	認知症対応、その他	868、482
大玉村	高齢者社会参加、その他①、その他②	746、196、945

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

事業モデル	成果
地区医師会、 医療・介護一体提供	退院調整ルールの策定により、医療と介護の連携における具体的な課題の抽出や連絡調整の方法について検討がなされた。
認知症対応	講演会の開催やケアパスの作成により、住民への普及啓発や早期診断・早期対応に向けた支援体制が構築されつつある。
高齢者社会参加	高齢者の通いの場の設置により、地域づくりによる介護予防推進の取組が広がってきている。

今後の展開方針

医療・介護の 連携推進

退院調整ルールの運用開始後における病院とケアマネジャーの連携状況を調査・検証し、必要な見直しを行っていく。

認知症施策

初期集中支援チームのほか、地域支援推進員、認知症疾患医療センター、医療機関などの関係機関の連携が進むよう支援体制の構築を推進する。

福島市の概要

福島市の地域包括ケアシステム構築に向け、福島市地域包括ケアシステム推進会議を設置している。

推進会議ではより具体的な4つのプロジェクトを組織し、それぞれのプロジェクトの実践チームがテーマに則した取り組みを行い、福島市の地域包括ケアシステム構築を進めている。

- ①在宅医療推進プロジェクト
- ②福島市版オレンジプラン推進プロジェクト
- ③医療と介護の連携推進プロジェクト
- ④地域住民との協働推進プロジェクト

【基本情報】

●人口	284,010人
●65歳以上高齢者人口	78,686人
●高齢化率	27.69%
●要介護認定率	19.32%
●第1号保険料月額	5,900円

(平成28年10月 1日 現在)



在宅医療推進モデル事業①

●在宅医療研修会の開催

(目 的)

本市では平成27年1月立ち上げた「福島市地域包括ケアシステム推進会議」を中心に、地域包括ケアシステム構築に関する取り組み方針や課題について、大局的な視点から検討を進めており、地域包括ケアシステム構築を進めるうえで、在宅医療・介護連携の推進が大きな課題となっている。

在宅医療に携わる保健・医療・福祉・介護関係者を対象とした地域包括ケアシステム「在宅医療研修会」を開催し、多職種の地域包括ケアシステム及び医療と介護の連携に関する理解を深め、全市を挙げて「地域包括ケアシステム」構築に取り組むきっかけとする。

(内 容)

- 【日 時】 平成28年11月29日(火) 午後7時～午後8時40分
- 【会 場】 福島市公会堂
- 【対 象】 医療・保健・介護・福祉関係者など
- 【講 師】 仙台往診クリニック 院長 川島孝一郎先生
- 【演 題】 地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携
- 【主 催】 福島市、福島市医師会、福島市医療と介護のネットワーク

在宅医療推進モデル事業②

●在宅緩和ケア社会資源情報と在宅医療パンフレットの配布

（目的）

医療機関（医科、歯科）、訪問看護、薬局、地域包括支援センター等の取組状況についてまとめた小冊子を作成・配布し在宅医療に関する情報の共有を図る。

在宅医療に関し分かりやすく解説したパンフレットを、医療・介護関係者へ配付し、利用者である市民へ在宅医療の周知と理解を図る。

（内容）

- 1 「在宅緩和ケア社会資源情報」小冊子の作成・配布
福島市を中心とした地域での緩和ケアについての対応状況
【対象者】市民、医療・保健・介護・福祉関係職
【事業主体】福島市医師会
- 2 「在宅医療がささえます」パンフレットの作成・配布
在宅での療養生活を支える医療機関や介護機関、専門職の関わりについて
【対象者】市民、医療・保健・介護・福祉関係職
【事業主体】福島市医師会

在宅医療推進モデル事業の成果と課題

取組の成果

●170名の専門職が参加し地域包括ケアシステムへの理解を深めた。

(アンケート結果より)

- 講演内容、地域包括ケアシステムへの理解について満足度が高かった。
- 大部分の方が、日頃の医療と介護の連携について不具合を感じていた。

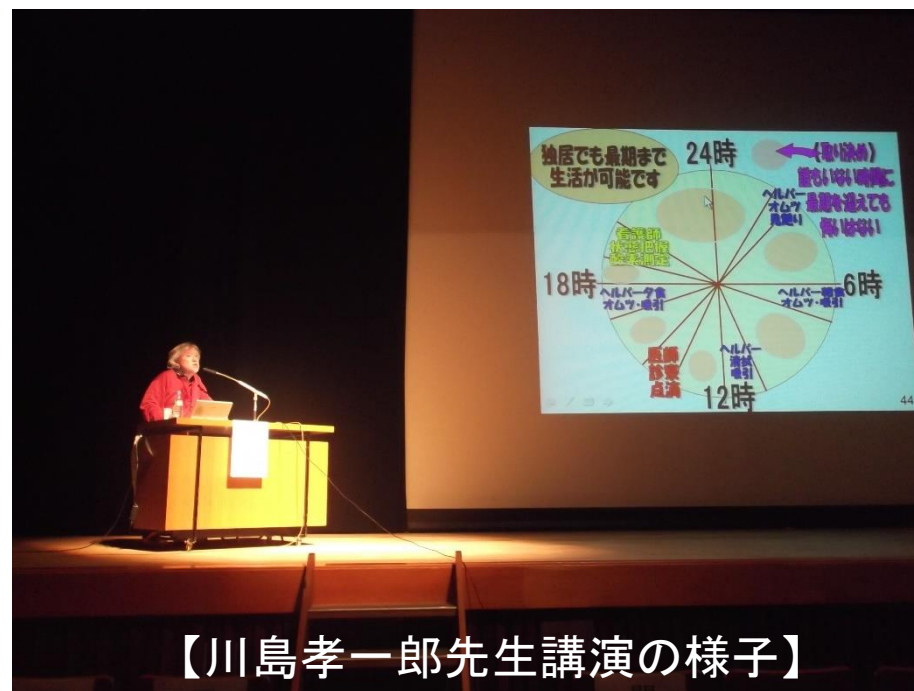
課題と今後の展望

(課題)

- 医療関係者(医師)の参加が極めて少なかった。
- 多くの方に参加いただけるテーマの設定。
- 医療・保健・介護・福祉関係職員の在宅医療に対する温度差。
- 医療と介護の連携がうまく図られていない。

(展望)

- 在宅医療と介護連携に関して、引き続き魅力ある講演や研修会を開催し地域包括ケアシステムへの理解を深める。



【川島孝一郎先生講演の様子】

在宅医療・介護連携推進事業

●福島市在宅医療・介護連携支援センター設置に向けた取り組み

（目 的）

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、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推進を目的とした「福島市在宅医療・介護連携支援センター」の設置に向けて、「福島市在宅医療・介護連携支援センター検討委員会」を立ち上げ、福島市における在宅医療・介護連携の課題などからセンターで取り組む業務や、センターの基本的な枠組みを検討する。

（内 容）

- 1 「福島市在宅医療・介護連携支援センター検討委員会」の開催
（委員数 14名）
第1回 平成28年12月 6日開催
第2回 平成29年 2月13日開催
- 2 在宅医療・介護連携推進事業視察
山形県山形市 平成28年12月 8日（事務局2名）
新潟県新潟市 平成29年 1月12日（委員2名、事務局3名）
千葉県柏市、神奈川県横須賀市
平成28年 1月24～25日（委員1名、事務局1名）

1 市町村支援の内容

1 モデル事業への主な支援

①郡山市への支援

・郡山市保健所と共同で、退院調整ルール運用状況の把握、評価会議の開催、関係多職種の意見交換会などを開催した。

②須賀川市への支援

・市と医師会が共催する医療・介護連携研修会への保健福祉事務所としての参加。

・住民向け「須賀川市・鏡石町・天栄村地域包括ケアシステム講演会」(H29.2.25)への後援。(行政説明、スタッフ派遣、配布物協力等)

③鏡石町・天栄村への支援

・認知症初期集中支援チーム検討会への参加・助言。

2 その他の支援

①研修会・情報交換会の開催

H28.10.27 管内市町村地域支援事業担当者情報交換会

H28.12.15 県中地域 地域包括ケアシステム構築推進セミナー(テーマ:地域医療構想を受けた介護保険事業計画の策定に向けて)

②地域支援事業等の実施に係る随時の相談対応・助言

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
郡山市	【その他】 県中圏域医療介護連携調整実証事業「退院調整ルールの運用・評価」	900千円
須賀川市	【その他】 医療・介護連携による地域包括ケアシステムの構築	818千円
鏡石町	【複数町村共同】 天栄村との共同による認知症初期集中支援チーム設置	751千円
天栄村	【その他】 ご当地体操でつなぐ地域の連携強化	1,200千円
玉川村	【その他】 オリジナル体操を活用して楽しく介護予防に取り組めるまちづくり	1,227千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

- ①郡山市
 - ・退院調整ルールの周知・普及が進み、退院調整もれ率や入院時情報提供書提出率が改善した。また、このルールを契機に、多職種連携も進んだ。
- ②須賀川市
 - ・市と医師会が共催する医療・介護連携研修会は、多職種連携の強化のきっかけとなった。
 - ・住民を対象とした「須賀川市・鏡石町・天栄村地域包括ケアシステム講演会」には、520名の参加があり、住民の意識醸成が促進された。
- ③鏡石町
 - ・認知症初期集中支援チームが天栄村と共同で設置された。
- ④天栄村
 - ・地域の声を取り入れたオリジナルの体操ができた。
- ⑤玉川村
 - ・地域の声を取り入れたオリジナルの体操ができ、新しくサロンも立ち上がった。

今後の展開方針

- ①郡山市
 - ・引き続き郡山市保健所と共同で、退院調整ルールの運用状況把握・評価を継続し、ルールの更なる定着を図るとともに、このルールをきっかけとした多職種連携を推進する。
- ②須賀川市
 - ・多職種連携の取組の継続、地域包括ケアシステムについての住民理解・意識の更なる向上を図る取組を支援する。
- ③鏡石町・天栄村
 - ・認知症初期集中支援チームの充実を支援する。
- ④天栄村・玉川村
 - ・作成したオリジナルの体操を普及させ、住民主体の通いの場の拡充につなげる取組を支援する。

【市町村名】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。平成27年度に、県中保健福祉事務所と本市（保健所）の両方が事務局となり、厚生労働省のモデル事業の「退院調整ルールの策定」を行い、平成28年4月からこのルールの運用を開始しました。さらに、ルールの運用評価に取り組みました。

【基本情報】 ※H29.1.1.現在

●人口	335,413人（郡山市） 536,649人（県中圏域）
●65歳以上高齢者人口	84,424人（郡山市） 143,673人（県中圏域）
●高齢化率	25.7%（郡山市） 27.2%（県中圏域）
●要介護認定率（H28.10末）	17.7%（郡山市） 17.8%（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

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。

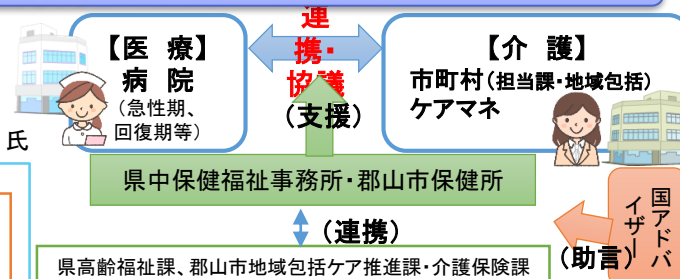
※退院調整ルール：疾患を問わず、圏域内のどの病院から退院しても、もれなくタイムリーに必要な介護サービスが受けられるよう、病院から

《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
	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
	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）	360名参加	
28	4	退院調整ルール運用開始	
	9	退院調整ルール運用状況アンケート調査（1～15日）	
	10	ルール運用評価会議 第1回ケアマネ協議（14日）	140名参加
		ルール運用評価会議 第1回病院・ケアマネ合同会議（25日）	325名参加
	2	ルール運用状況アンケート調査 / 訪問看護師・ケアマネ意見交換会（21日）	
	3	病院意見交換会（2日） / ルール運用評価会議 第2回病院・ケアマネ合同会議（13日）	



H27.8.11
ケアマネ説明会・第1回検討会



H27.11.20
第1回病院・ケアマネ合同会議

ルール運用開始後の退院調整もれ率（H28年8月）：**26%**
※ルール策定前：31%

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。



医療介護連携推進
地域包括ケアシステム構築



「退院調整もれ」アンケート結果 (平成27年度と28年度の比較)

図3: 病院からの退院調整の連絡
《平成27年5月と平成28年8月の比較》
(要介護+要支援)

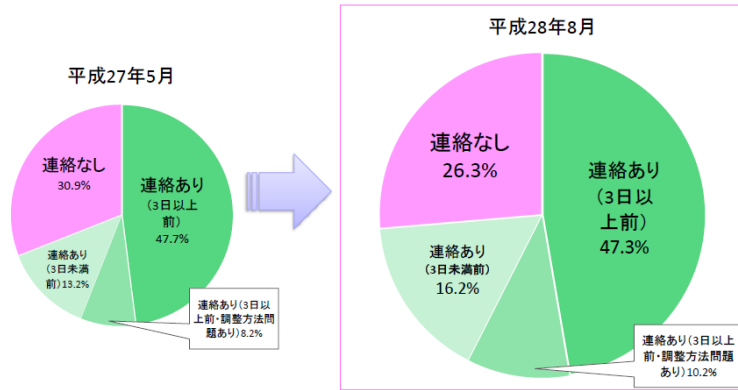
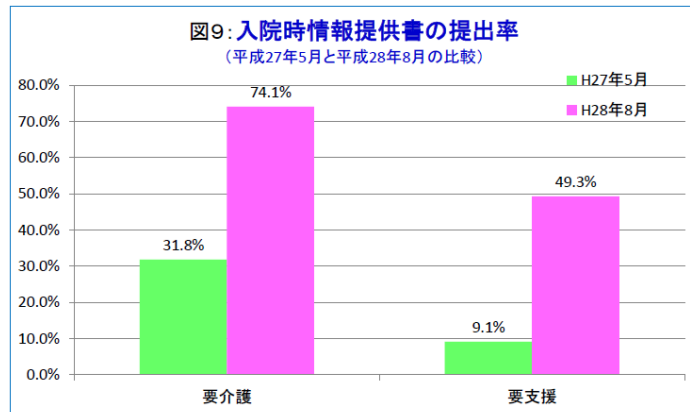
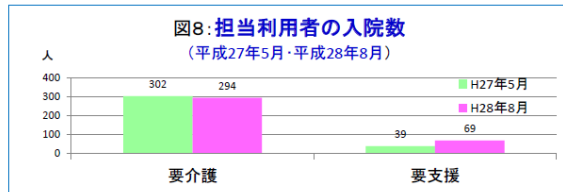
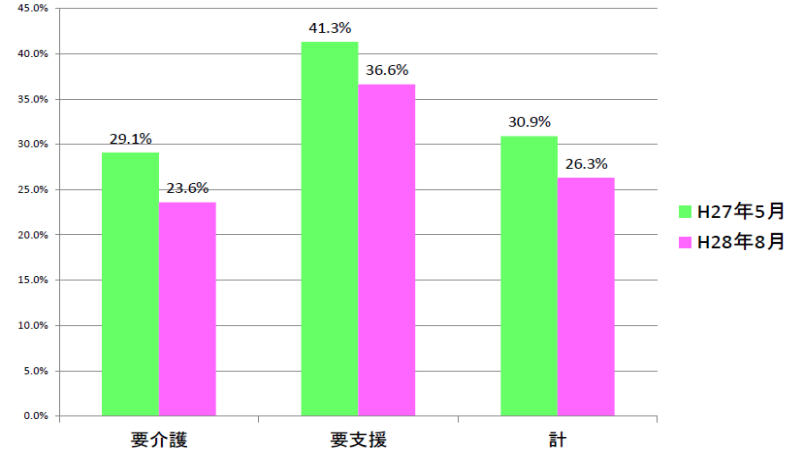


図4: 県中圏域の退院調整もれ率
《平成27年5月と平成28年8月の比較》



アンケートのまとめ

- ◆ 県中圏域の入院は**県中圏域内で完結**
- ◆ 県中圏域の退院調整もれ率は、**26.3%**
(要介護**23.6%**、要支援**36.6%**)
ルール策定前(平成27年5月)と比較し、
それぞれ**約5ポイント**改善(図3・図4)
- ◆ 県中圏域の入院時情報提供書の提出率は、
要介護**74.1%**、要支援**49.3%**
ルール策定前(平成27年5月)と比較し、
それぞれ**40ポイント以上**改善(図8・図9)

取組の成果

- 「ケアマネ協議会」、「病院・ケアマネ合同会議」において、運用評価を行った結果、「退院調整ルールの手引きに関するQ&A集」を作成し、関係機関へ配布した。
- 「訪問看護師とケアマネの意見交換会」を開催し、お互いの連携のあり方について意見交換会をする。(H29年2月21日開催)
- 「病院間の意見交換」を開催し、各々の病院の取組状況について情報交換を行う。(H29年3月2日開催)
- 県南医療圏と協議を行い、医療圏を越えて入退院する方の連絡方法についてルールを決めた。

成果と課題



H28.10.25 第1回病院・ケアマネ合同会議



H28.10.14 第1回ケアマネ協議

今後の展望

- 県内全域で退院調整ルールが運用されるため、他医療圏との退院調整ルールに関する連絡方法を協議する必要がある。
- 自治体ごとに要介護認定状況が異なるため、今後も市町村間の意見交換会を開催し、情報交換を行う必要がある。
- 今後も引き続き、退院調整ルールの運用評価を継続する必要がある。



退院調整ルールの手引きに関するQ&A

1 市町村支援の内容

各市町村に対し、必要に応じて以下の支援を行った。

- 認知症に関する研修会の開催(1回)
- 意見交換会の開催(2回)
- 認知症初期集中支援チームに関する打合せや会議での助言
- 進捗状況に応じた助言
- 必要に応じた情報提供

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
西郷村	認知症対応モデル	213千円
中島村	認知症対応モデル	68千円
矢吹町	認知症対応モデル	220千円
棚倉町	認知症対応モデル	400千円
矢祭町	複数町村共同モデル	700千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

- 西郷村
認知症初期集中支援チームの設置に向け研修を受講し、体制作りを進めることができた。
- 中島村
認知症初期集中支援チームの設置に向け研修を受講し、体制作りを進めることができた。
- 棚倉町
認知症ケアパスを作成し、町民に配布したことで、町民の認知症への理解を深め、家族等への支援に関する情報を発信することができた。
- 矢祭町
複数町村共同による地域病院との連携及び事務局設置に向けた連絡体制を整えることができた。

今後の展開方針

- 認知症初期集中支援チームについて、平成29年度内設置完了に向けた支援をするとともに、その後の運営がスムーズに展開されるよう支援していく。

棚倉町

認知症の人にやさしい棚倉をめざして ～認知症ケアパスの作成～

棚倉町 の概要

本町は福島県の南部に位置し、東西19km、南北17.4kmの広がり、面積は159.82km² 清涼さわやかな気象状況で、四季を通してすみやすい自然環境を有している。

【基本情報】（平成28年 10 月 現在）

- 人口
14,478人
- 65歳以上高齢者人口
4,172人
- 高齢化率
28.8%
- 要介護認定率
16.8%
- 第1号保険料月額
5,000円



知ってて安心認知症 (認知症ケアパス)パンフレット作成

●背景

平成28年12月に「知ってて安心認知症」のパンフレットを作成し、町民への普及・啓発を実施し、認知症の早期発見、分かりやすい相談窓口の掲載を行った。

●事業内容

5,000部作成

窓口にて、認知症高齢者の相談に活用。

町、地域包括支援センター窓口に設置し、相談業務の中で配布。

町内のスーパー、警察、図書館、銀行へ配布し、認知症ケアパスの理解と町民への啓発

民生児童委員へ配布し、支援活動の中で町民に啓発。

●取組のポイント

- 町内介護支援事業所等にも啓発を実施した。
- 認知症の症状、病気の早期発見のチェックリスト、治療、相談先、予防策など盛り込み町民にわかりやすい掲載を工夫した。
- 認知症ケア「ユマニュード」の手法のポイントを載せた。
- 棚倉町介護者家族の会：亀楽の会（きらくのかい）（H27.11月発足）を町の相談窓口に掲載し、家族の会の周知を図った



成果と課題

取組の成果

- 普及・啓発活動に取り組み始めたばかりであるので、今後の成果を確認しながら、事業を展開していきたい。
- 月1回の家族介護者の会：亀楽の会の活動に取り入れ、認知症ケア向上に努めた
- 認知症サポーター養成講座に活用している。

今後の展望

- 認知症の方やその家族等が早期に支援を受けることができるように、また、認知症になっても、安心して暮らせる棚倉町を町民とともに作り上げていくことができるよう、普及・啓発を継続し、町民や関係機関との連携を図っていく。



棚倉町 認知症ケアパス

認知症の経過・状況により様々なサービスを受けることができます。認知症の症状の変化を家族や関係の方が理解し、適行に合わせて適切な対応方法を知っておきましょう。

※認知症の症状に応じた対応・支援体制を認知症ケアパスといいます。

	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活は自立	誰かの見守りがあれば日常生活は自立	日常生活に手助けや介護が必要	常に介護が必要
本人の様子(かられる症状や)行動の癖	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活が徐々に、無意識に変わっていく。 認知症の疑いがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症を有するが日常生活は自立。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症を有するが日常生活は自立。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活に手助けや介護が必要。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 常に介護が必要。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。
家族の心構え(やっでさきんてい)	<ul style="list-style-type: none"> 認知症に関する正しい知識や理解を深めたい。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症を有するが日常生活は自立。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症を有するが日常生活は自立。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活に手助けや介護が必要。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 常に介護が必要。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。 認知症の疑いがある。
相談	地域包括支援センター・棚倉町役場健康福祉課 高齢者係	地域包括支援センター・在宅介護支援事務所(ケアマネージャー)・電話相談			
介護予防 悪化予防	老人クラブ・高齢者学級・介護予防教室・ボランティア活動	・シルバー人材センター			
医療・介護	かかりつけ医、「もの忘れ」の相談ができる高齢者科・認知症専門医	・訪問看護・通所介護・短期入居生活介護・認知症対応型共同生活介護・特別養護老人ホーム			
安否確認 見守り	民生委員・認知症サポーター・緊急通報装置貸付事業・緊急速達	・見守りサービス事業・地域ボランティア	・見守りサービス事業・地域ボランティア		
生活支援	地域生活援助サービス事業・訪問看護・あんしんサポート・成年後見制度				
家族支援	地域包括支援センター	地域包括支援センター・在宅介護支援事務所(ケアマネージャー)			
住まい	認知症家族介護者 亀楽(きらく)の会・家族介護教室	グループホーム・介護老人保健施設・特別養護老人ホーム			

1 市町村支援の内容

会津圏域は、高齢化率が高い市町村の1～3位を占め、全国平均や県平均よりも高い地域であり、後期高齢者が多い状況から、おのずと認知症の割合も高い傾向にある。このような状況でも、地域支え合いや地縁活動が行われている地域でもある。しかし、人と人の関係性は年々希薄になってきていることから、地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。

会津保健福祉事務所では、本事業を実施する市町村に対して、必要に合わせて事業内容を共に考えたり、該当市町村が関係機関等との話し合いや研修等を実施する際に、同席し支援をした。

また、これら活動の管内他市町村への波及効果をねらい、管内市町村、地域包括支援センター、社会福祉協議会及びリハビリ専門職等を対象に、新しい地域支援事業実施のための情報交換会や、西部4町村（柳津町、三島町、金山町、昭和村）の打合会を実施した。

さらに、認知症施策の支援体制整備のため、認知症疾患医療センターとの定期協議や、専門職団体に対して地域の現状、制度の内容及び多職種連携等について説明し、活動協力をもとめる等の活動を実施した。

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
会津若松市	認知症対応モデル	1,500千円
金山町	その他、地域包括ケアシステム構築に資する事業モデル	1,403千円
昭和村	認知症対応モデル	1,065千円
昭和村	その他、地域包括ケアシステム構築に資する事業モデル	1,867千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

◎共通的成果

地域包括ケアシステム構築を推進するために、新しい総合事業(包括的支援事業)の生活支援体制整備事業や認知症総合支援事業の早期実施と充実が必要だが、この事業は、実施するために関係者の理解と協力及び養成研修の受講等が必要で、手間暇がかかるため、モデル事業を有効活用することで、3市町村共に事業準備及び充実ができた。さらに、管内市町村への波及効果もあった。

- 会津若松市：認知症初期集中支援チームの設置に向け試行もでき、平成29年4月には本格活動ができることになった。また、チーム員会議にも役立つ見える事例検討を導入し、内容の充実も図れた。
- 金山町：生活支援コーディネーターが中心となり、支え合い活動の発掘を行うことで、当たり前の生活が、支え合いや介護予防につながることに住民も役場職員等関係者も気づき、近隣に波及できたり、自主サロン開催にもつながった。
- 昭和村：生活支援体制整備のために、昨年度から本モデル事業を活用し取り組み、今年度、協議体を立ち上げることができた。また、認知症モデルは、認知症を我がこととして考えられるような講座や、昨年度作成した介護予防手帳を踏襲した認知症ケアパス作成により、地域性のある認知症施策が展開できた。さらに、認知症カフェの開設にもつながった。

今後の展開方針

昨年度と今年度のモデル事業実施市町村の活動が、管内市町村にも波及し、他の市町村の新しい総合事業(包括的支援事業)の実施準備や事業充実の参考となった。また、各専門団体ではこの活動を受け、協力体制を整えるための研修会、話し合い及び市町村との情報交換会などが開催され、ネットワーク構築にも効果が見られた。さらに推進されるように、後方支援をしたい。

金山町

住民主体の支え合い活動の支援

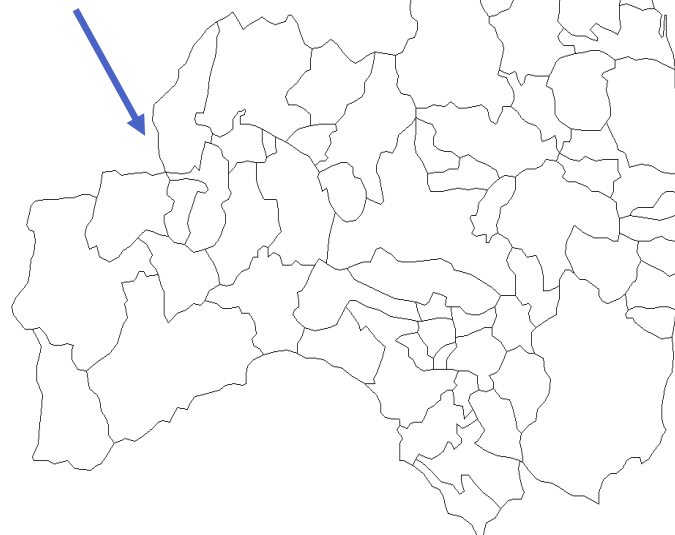
【金山町】の概要

金山町は、福島県の西部に位置し、新潟県に接している山間地帯で、近郊都市の会津若松市から約60kmの地点にあります。高齢化は県内一位となっているが、住民が主体の地域コミュニティづくりを支援し、高齢者が自らの地域を考えた支え合い活動や生きがい活動を普及、周知することで介護予防や生活支援サービスの充実を図るため事業を実施した。

【基本情報】

- 人口（2月1日現在）
2179人
- 65歳以上高齢者人口（2月1日現在）
1277人
- 高齢化率（2月1日現在）
58.6%
- 要介護認定率
22.3%
- 第1号保険料月額
6000円

金山町



取組の内容①

●背景

平成28年10月1日から介護予防・日常生活支援総合事業に移行することに伴い、介護予防や生活支援サービスの充実を図るため、住民が主体の地域コミュニティづくりを支援し、高齢者が自らの地域を考えた支え合い活動や生きがい活動の発掘、再構築及び醸成が必要となった。

●事業内容

平成28年6月から金山町社会福祉協議会に生活支援体制整備事業の生活支援コーディネーター業務を委託。

生活支援コーディネーターの育成するために、NPO全国コミュニティライフサポートセンター(CLC)に入ってもらった。

町内30行政区をくまなく歩き地域資源の発掘を中心におこなった。

●取組のポイント

毎月、定期的にCLCに入ってもらい生活支援コーディネーターと一緒に地域をまわった。コーディネーターとしての視点や地域資源の発掘の仕方の指導をしてもらい、多数の地域資源の発掘へ繋がった。

取組の成果

●ご近所2～3人のお茶飲み場が、生活支援コーディネーターが関わることで月1回程度、男女10人が集まる自主サロン「西谷あゆみ会」の開設につながった。

●地域住民が自主的に行っている介護予防サロンで『お茶飲み場から見えてくるつながりと支え合い』をテーマに生活支援コーディネーターの地域活動の成果発表を兼ねて越川地区で1月30日にミニ講演会をおこなった。これにより住民同士が気にかけてあう事がいかに大事であるか再認識することができ、協議体を構築するうえでの大きな一歩となった。

●11月26日、27日に集落福祉全国サミットが開催され、その場でコーディネーターが支え合い活動の発表をした。その際住民も参加し、住民が活動の良さを確認できた。また、参加した住民が、もともと地域にある支え合い活動の良さに気づき、自信ともなった。

西谷あゆみ会の様子



越川地区
でのミニ講演会の様子



今後の展望

- 自主サロンの継続、新規開拓へ向けての支援をする。
- 各地区で生活支援コーディネーターの活動成果を地域で話したり、見える化より、住民への周知や気づきを促し、更なる地域資源及び人的資源の発掘に繋がるようにする。その際に、介護予防手帳を活用し、具体的なイメージを住民に掴んでもらう。
- 今年度、生活支援コーディネーター等が把握した「地域の支え合い活動や住民の力」を、介護事業所や施設でも話すことで、地域を理解し、それらの社会資源を活用し、介護サービスを利用しても地域でのつながりを切ることなく安心して生活できるように、住民と支援関係者が協働していけるようにしていきたい。
- 協議体の立ち上げについての準備をしていきたい。

1 市町村支援の内容

① 医療・介護総合確保の推進

・在宅医療や医療・介護連携の推進に加え、地域包括ケアシステムの構築に向けた方策を包括的に協議するため、在宅医療・地域包括ケア構築推進協議会を開催（2回）

② 町村支援

・①の協議会において、各町村における新しい地域支援事業（包括的支援事業）の取組状況を確認し、圏域内で共有した。
 ・町村担当者意見交換会を2回開催し、認知症初期集中支援チームの設置形態について検討したほか、その他の各包括的支援事業に係る実務上の課題について共有・方策を検討した。
 ・地域の居場所づくりの場にリハビリ専門職と保健師で訪問し、介護予防対策を支援した。

③ 介護保険（地域支援事業）技術的助言

・新しい介護予防・日常生活支援総合事業や包括的支援事業の充実及び地域包括支援センターの体制強化に向け、技術的助言を行った。

④ 会津・南会津圏域における退院調整ルールの策定

・「会津・南会津医療圏域在宅医療・介護連携調整事業」として、会津保健福祉事務所と共同で事務局を構成し、各病院・各居宅介護支援事業所・各地域包括支援センター・市町村等の協働による検討会等を経て、平成29年1月に「会津・南会津医療圏域退院調整ルール」を策定した。平成29年4月から運用開始予定。

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
只見町	介護予防手帳（ブナりん健康ポイント制度）	1,500千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

住民自らによる健康管理や介護予防事業への主体的参加の促進

・オリジナルの介護予防手帳の配布や各地区での手帳活用説明会、平成29年4月から予定のブナりん健康ポイント制度（※）の開始を通じ、住民が主体的に通いの場や介護予防に参加・取組むための意識向上につながった。

※ブナりん健康ポイント制度：介護予防教室、地域づくりサロン等の地域の通いの場、各種検診等への参加によりポイントがたまり、健康グッズや商品券等と交換可能とすることで、住民が主体的に介護予防事業に参加しやすくする制度。

・なお、昨年度本事業を活用して整備した、介護保険被保険者証・お薬手帳・介護予防手帳等を1つに収納する「只見町健康安心ファイル」と一体的に活用することが可能であるため、更に効果的な取組みとなった。

今後の展開方針

① 住民運営の通いの場の充実

・住民が主体となって運営する通いの場の立ち上げや、専門職の派遣等を通じた支援により、実施地区の更なる拡大を図るほか、一般介護予防事業や通所型サービスへの適用にもつなげる。

② 保健・医療・福祉等関係機関の連携強化

・多職種連携による地域ケア会議の充実に向け、職員等や専門職を派遣によるアドバイスを行うとともに、地域や関係機関が一体となって高齢者等を支えていく体制を強化していく。

③ 退院調整ルールの実証

・入院時情報提供書及び退院時情報共有の運用状況を検証の上、更なる連携強化につなげる。

只見町の概要

只見町は、面積が747.53km²で、東京23区の1.2倍となる広大な面積を有し、福島県の西南端にあって新潟県との県境に位置し、面積の94%が山林に占められ「越後三山只見国定公園」をはじめ、周囲を高い山々と広大なブナの原生林に囲まれている、日本屈指の豪雪地帯です。

福祉の里構想により、国保朝日診療所を拠点として、保健福祉センター、地域包括支援センター、介護保険施設など保健・福祉・医療施設が1か所に集中しており、多職種協働によるサービスの提供を推進しています。

【基本情報】（平成29年1月1日現在）

- 人口
4,389人
- 65歳以上高齢者人口
1,989人
- 高齢化率
45.3%（県内第4位）
- 要介護認定率
21.6%
- 第1号保険料基準月額
4,810円



ブナりん

只見町は、平成26年に
ユネスコエコパークに登
録されました！



只見ふるさとの雪まつり



ブナの原生林

取組の内容

事業内容

高齢者が住み慣れた地域で生きがいや役割をもって、いきいきと楽しく暮らし続けることができるように支援するためのツールとして、町オリジナルの介護予防手帳を作成し、要介護認定者を除く高齢者に配布した。

① 手帳の内容

医療情報や服薬情報など的高齢者の心身の状況や家族や連絡先などを記載できる頁に加えて、高齢者が自律的に生活を管理（セルフマネジメント）する力を高めるため、自身の興味・関心に基づいた生活の目標をたて、活動計画を作成し、活動経過を記録しながら医療・介護・保健等の関係者と共有できるような内容にした。

② ブナりん健康ポイント制度

高齢者が楽しく介護予防や健康づくりができるよう「ブナりん健康ポイント制度」を実施（本格実施は平成29年4月1日から）。

介護予防教室や各地域で実施されているサロン事業、町が主催する健康講座、各種検診を受診された場合などに、1回1ポイントとなり、介護予防手帳のポイントシートに1スタンプが押される。ポイント数が規定の回数に達すると、健康グッズや商品券などと交換ができるほか、町からの表彰や広報での紹介なども行う。

利用開始までのスケジュール

- 平成29年2月 対象者1,716名に配布（要介護認定者を除く65歳以上高齢者）
- 平成29年3月 町内26箇所において、介護予防手帳利用方法説明会を実施（手帳とボールペンを持参していただく）
- 平成29年4月1日 手帳の利用開始及び「ブナりん健康ポイント制度」開始



介護予防手帳表紙
(A5判サイズ 54頁)

ブナりん健康ポイント制度のお知らせ

只見町では、高齢者の方々が楽しく介護予防や健康づくりができるよう、平成29年4月から「ブナりん健康ポイント制度」を始めました。この制度は、町民を対象とした各種の介護予防事業や健康づくり教室等に一人でも多くの方々に参加していただくことを目的としています。

制度のルールとしては、介護予防教室や地域で実施されている「地域づくりサロン事業（36頁参照）」、町が主催する健康講座に参加された場合や、各種検診を受診された場合などに、1回1ポイントとなり、ブナりん健康ポイントシートに1スタンプが押されます。

ポイント数が20回・40回・50回・60回・80回・100回にそれぞれ貯まると健康グッズや只見町商品券などと交換することができます。ポイント数が100回に到達すると、プレゼントの他、町からの表彰や広報誌で紹介させていただきますので、参加100回目指してがんばりましょう！



ポイント制度お知らせの頁

ブナりん健康ポイント制度対象事業

- ゆう・悠クラブ
- おたっしや教室
- 健康講座・健康講演会（町主催）
- 介護予防・認知症予防講演会（町主催）
- 認知症サポーター養成講座
- 地域づくりサロン事業（開催会場は36頁参照）
- 各種検診
- ※ 介護サービス・生活支援サービス（デイサービスやホームヘルプサービス）は対象外です。

ブナりん健康ポイント制度特典表

到達ポイント数	特典内容
20	健康グッズ
40	1,000円相当（只見町商品券等）進呈
50	広報ただみで紹介（氏名、年齢、出身集落）
60	2,000円相当（只見町商品券等）進呈
80	3,000円相当（只見町商品券等）進呈
100	町表彰・広報ただみで紹介（顔写真、氏名、コメント等掲載） 5,000円相当（只見町商品券等）進呈

※ 特典の交換期間は各ポイントに到達した日から1年間となりますのでご注意ください。

成果と課題

取組の成果

- 介護予防手帳の配布及び「ブナりん健康ポイント制度」の実施により、高齢者が介護予防や健康づくりに対する意識の向上に繋がった。
- 手帳を有効活用していただくことで、医療・介護・保健等の関係者間で高齢者の状況を把握し、継続性・一貫性をもったケアに繋がる環境が整った。

今後の展望

- 各地域に生活支援コーディネーターを配置し、サロン事業の週単位での開催を推進する。
- 「ブナりん健康ポイント制度」と「ふくしま【健】民パスポート事業」を連携させた取組方法の検討を行う。

ブナりん健康ポイントシート (活動記録1)				ブナりん健康ポイントシート (活動記録2)			
1 日付 月 日	2 日付 月 日	3 日付 月 日	4 日付 月 日	21 日付 月 日	22 日付 月 日	23 日付 月 日	24 日付 月 日
5 日付 月 日	6 日付 月 日	7 日付 月 日	8 日付 月 日	25 日付 月 日	26 日付 月 日	27 日付 月 日	28 日付 月 日
9 日付 月 日	10 日付 月 日 <small>健康グッズ獲得まで頑張りました。</small>	11 日付 月 日	12 日付 月 日	29 日付 月 日	30 日付 月 日	31 日付 月 日	32 日付 月 日
13 日付 月 日	14 日付 月 日	15 日付 月 日	16 日付 月 日	33 日付 月 日	34 日付 月 日	35 日付 月 日 <small>プレゼントまで、あと少し</small>	36 日付 月 日
17 日付 月 日	18 日付 月 日	19 日付 月 日	20 日付 月 日 <small>健康グッズ</small>	37 日付 月 日	38 日付 月 日	39 日付 月 日	40 日付 月 日 <small>1,000円 相当品</small>

ポイントシートの頁



住民主体によるサロン事業の様子

1 市町村支援の内容

相双地区地域包括ケアシステム構築推進会議や地域包括ケアシステム構築支援事業などを通じて、県による支援事業や各種研修会及び他市町村の取組状況等の情報提供を行い、事業の実施を側面から支援した。

管内のモデル事業一覧

市町村名	事業モデル	事業費
広野町	認知症対応モデル	73千円
広野町	その他、地域包括ケアシステム構築に資する事業モデル	0千円
檜葉町	その他、地域包括ケアシステム構築に資する事業モデル	373千円
浪江町	高齢者の社会参加促進モデル	269千円
		千円

2 今後の展開方針

モデル事業の成果

●認知症対応モデル

認知症予防啓発用リーフレットを配付し、認知症に関する正しい知識の普及・啓発の重要性を認識出来た。また、地域包括支援センターの介護支援専門員に対して認知症地域支援推進員研修を受講させ、推進員の候補者を養成出来た。

●高齢者の社会参加促進モデル

住民同士の交流を目的としたサロンを行い、住民主体の活動の場を形成していくきっかけづくりを行い、住民同士の交流が増え住民の主体的な活動が見られた。

●その他モデル

地域ケア会議の設置及び運営に関する要綱を制定し、地域ケア個別会議及び推進会議を立ち上げ、ふたば救急総合医療支援センターの協力を得ることが出来た。

今後の展開方針

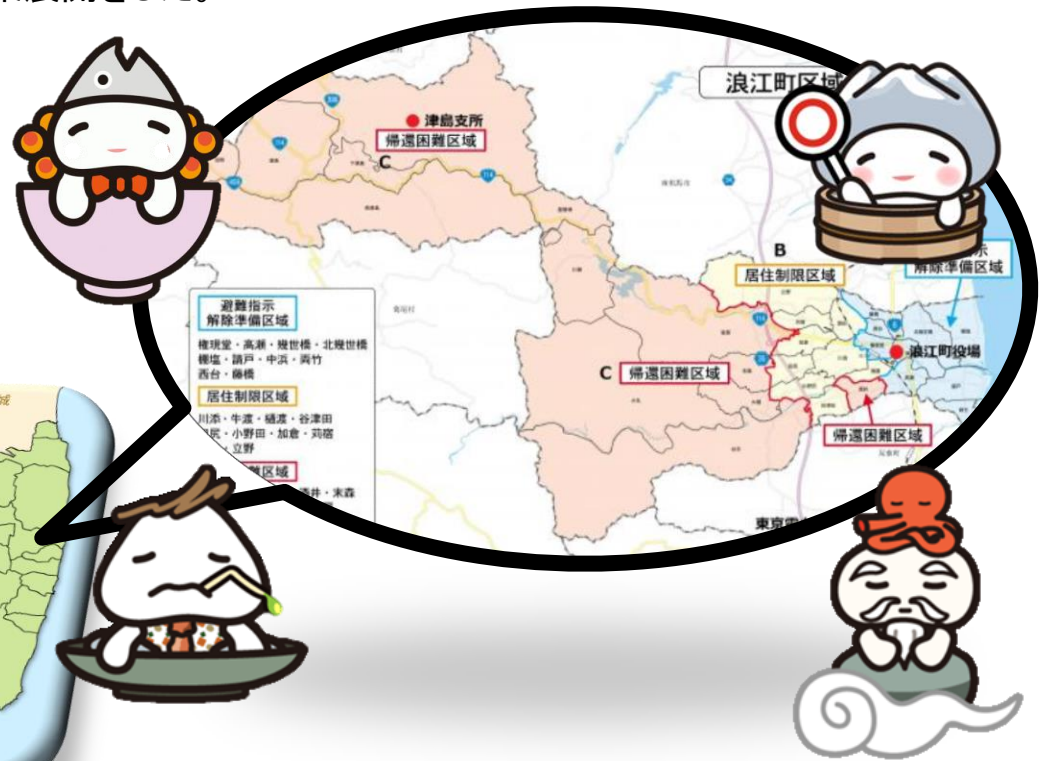
28年度のモデル事業の実施状況を相双地域の他市町村に情報提供し、若年層人口減少・介護担い手不足、高齢化率上昇、社会資源の減少などの問題を抱える地域事情の下、今後、帰還する被災町村を含め、地域包括ケアシステム構築にどのように取り組めるか検討を行う。

【浪江町】の概要

浪江町は全町避難中であり、県内各地に7割、県外に3割の町民が避難している。全国各地に避難していることにより住民同士の交流や地域住民との関わりを持つことが難しい状況である。今後地域包括ケアシステムを構築していくにあたり、住民同士の交流の場作りや生きがい作り、社会参加活動に参加するきっかけを提供することで総合事業移行後の社会資源の発掘につなげる目的で事業展開をした。

【基本情報】（平成29年1月末現在）

- 人口
⇒18,464人
- 65歳以上高齢者人口
⇒6,166人
- 高齢化率
⇒33.3%
- 要介護認定率
⇒24.9%
- 第1号保険料月額
⇒7,000円



取組の内容①

●背景

浪江町は広域に避難しており「地域」というものが無く、住民同士で交流する場が無い。総合事業に移行していくにあたり、住民の活動の場を作っていくことは重要であることから、今回モデル事業として住民同士の交流を目的としたサロンを行い、住民主体の活動の場を形成していくきっかけづくりを行うこととした。

●事業内容

実施主体：浪江町

地域の資源：NPO法人コーヒータイム

財源：地域包括ケアシステム構築推進事業補助金

●取組のポイント

①サロンの中身を決めない

⇒サロンはいくつかの催し物を準備しており、参加者がいつでも好きな時に好きな催し物をする事ができる。

②サロン中の出入り自由

⇒開始時間と終了時間は決まっているが、途中から参加することや会の途中で帰ることが可能であり、参加者の予定に応じて好きなように参加できる。

取組の内容②

手芸コーナー



お喋りコーナー



血圧測定



体操コーナー



成果と課題

取組の成果

- 手芸などの得意なことがある方は、率先して講師役になるなど、主体的に活動している姿が見られた。
- 普段関わりのない住民同士での交流が増えた。
- 男性の方の参加もあった。

今後の展望

- サロン参加者を中心とした住民主体の活動の場の形成
- 住民同士での交流が深まることによる見守り体制の強化等
- 自治会発足へのきっかけ



いわき市

「退院調整ルール」の策定

いわき市の概要

本市では、平成28年4月に保健福祉部内に地域医療介護室を創設し、平成27年度から取組みを始めた地域包括ケアシステム構築に向けて、市内の地域医療課、地域包括ケア推進課、長寿介護課の3課で取組みを推進しています。

医療と介護の連携については、地域医療課において事務を行っており、福島県の医療介護連携調整事業の支援を受けて、二次医療圏における取組みを行いました。

【基本情報】

平成28年10月3日現在

●人口

330,321人

●65歳以上高齢者人口

94,425人

●高齢化率

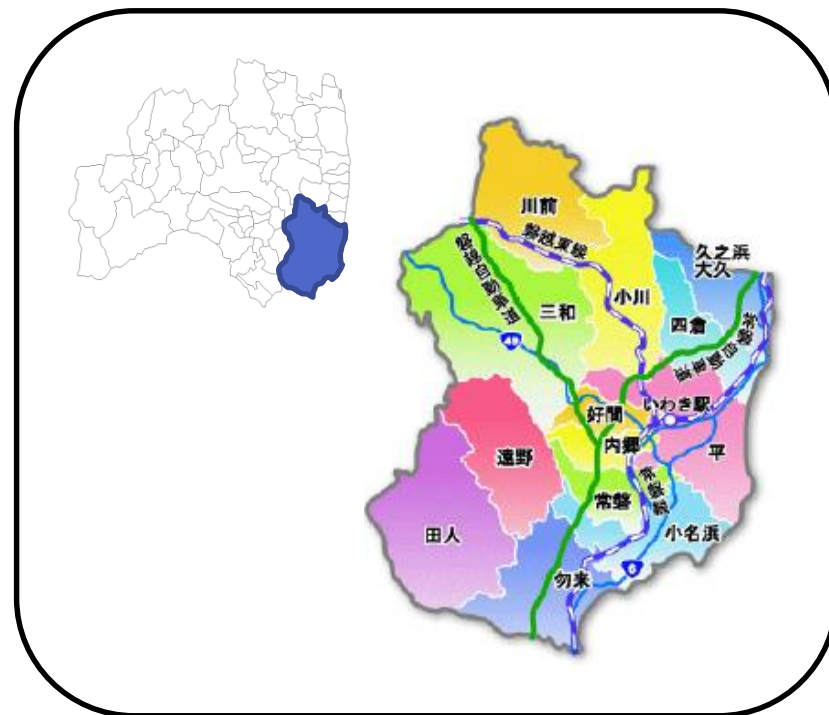
28.6%

●要介護認定率

20.4%

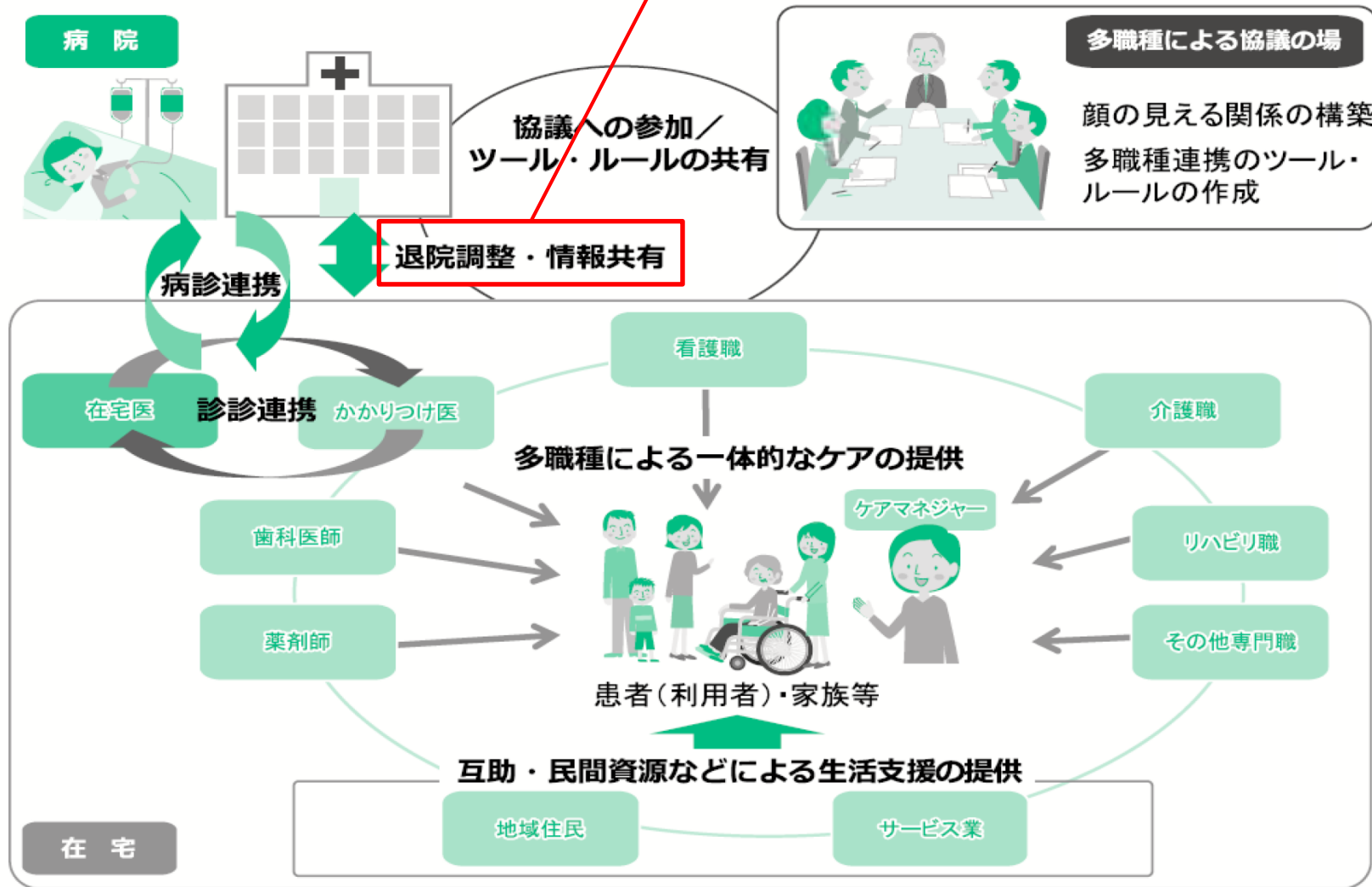
●第1号保険料月額

5,791円



医療機関からの在宅復帰を例にした地域連携イメージ

「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、もれなく適正な時期に必要な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



いわき医療圏（二次医療圏）における退院調整ルール の策定・運用

平成29年1月 いわき市

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。

いわき圏域の退院調整もれ率(H28年8・9月): **46.4%**

【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)

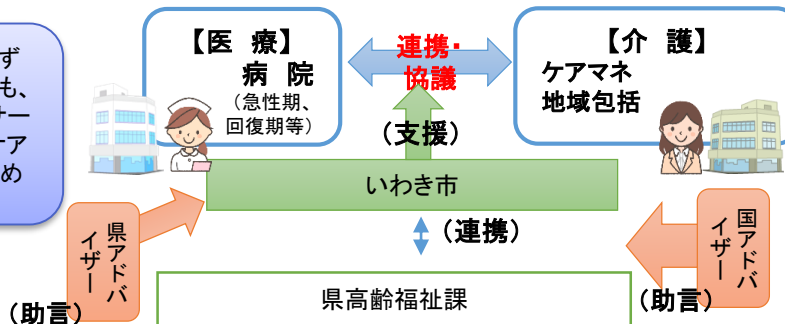


II 事業の概要

いわき医療圏（二次医療圏）での退院調整ルール の策定・運用

いわき市(中核市)が県の協力を得て実施。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



III 具体的な取組・スケジュール

28	10	退院調整に関する実態調査(アンケート)(14~26日)	
		病院説明会(2日)	59名
	11	居宅介護支援事業所説明会(14日)	134名
		病院代表者会議(24日)	代表者44名
12		ケアマネジャー代表者会議(14日)	代表者20名
1		病院・ケアマネ合同会議(11日)	病院45名 ケアマネ22名
	2	退院調整ルールの周知	
	3	退院調整ルール導入に向けた準備期間	
29	4	退院調整ルール運用開始	
	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	

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 “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。

④ “市町村の取組の支援(福島県医療介護連携調整事業)”

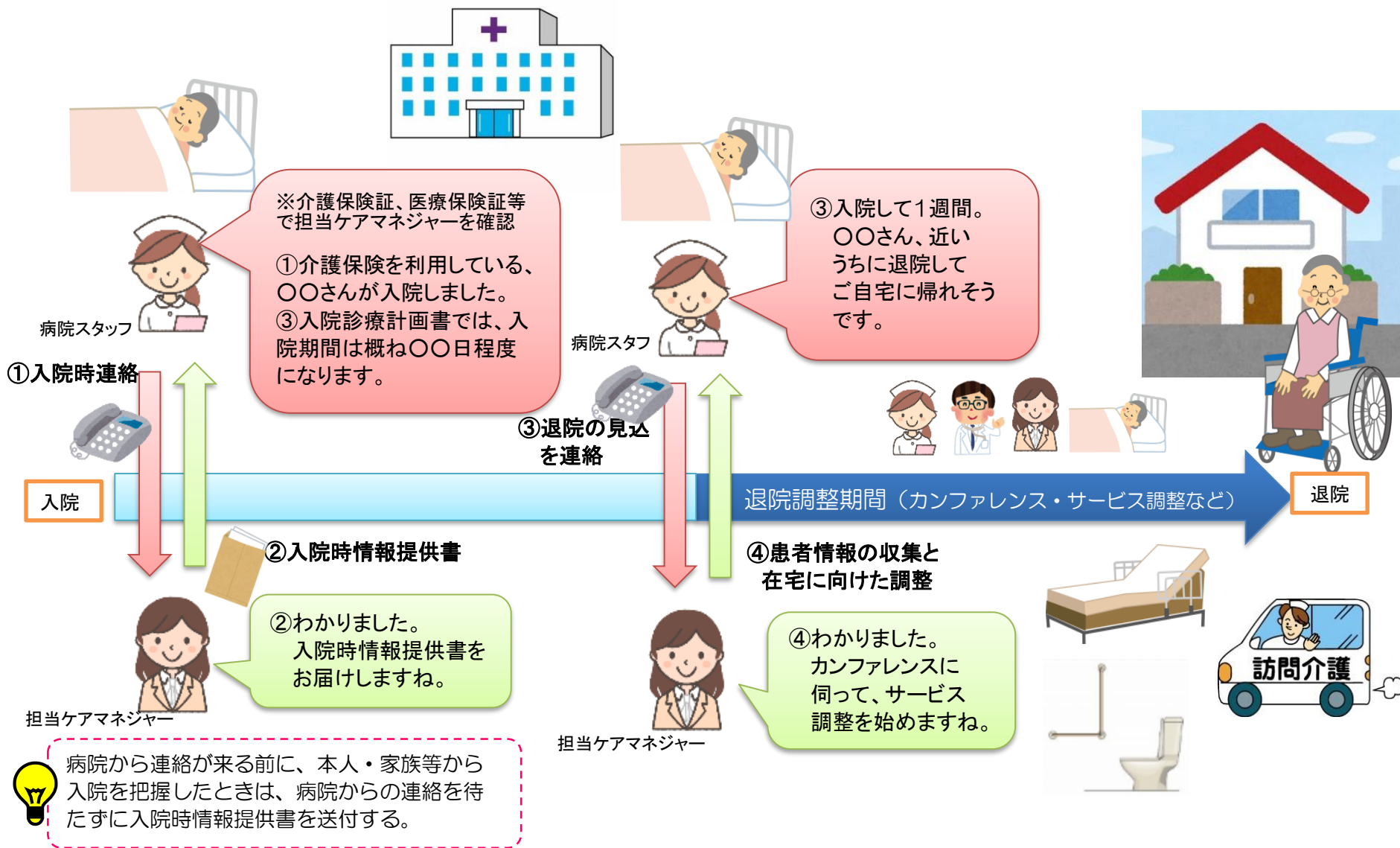
本事業の成果は、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組に活用できる(県)。









医療介護連携推進
地域包括ケアシステム構築



(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)

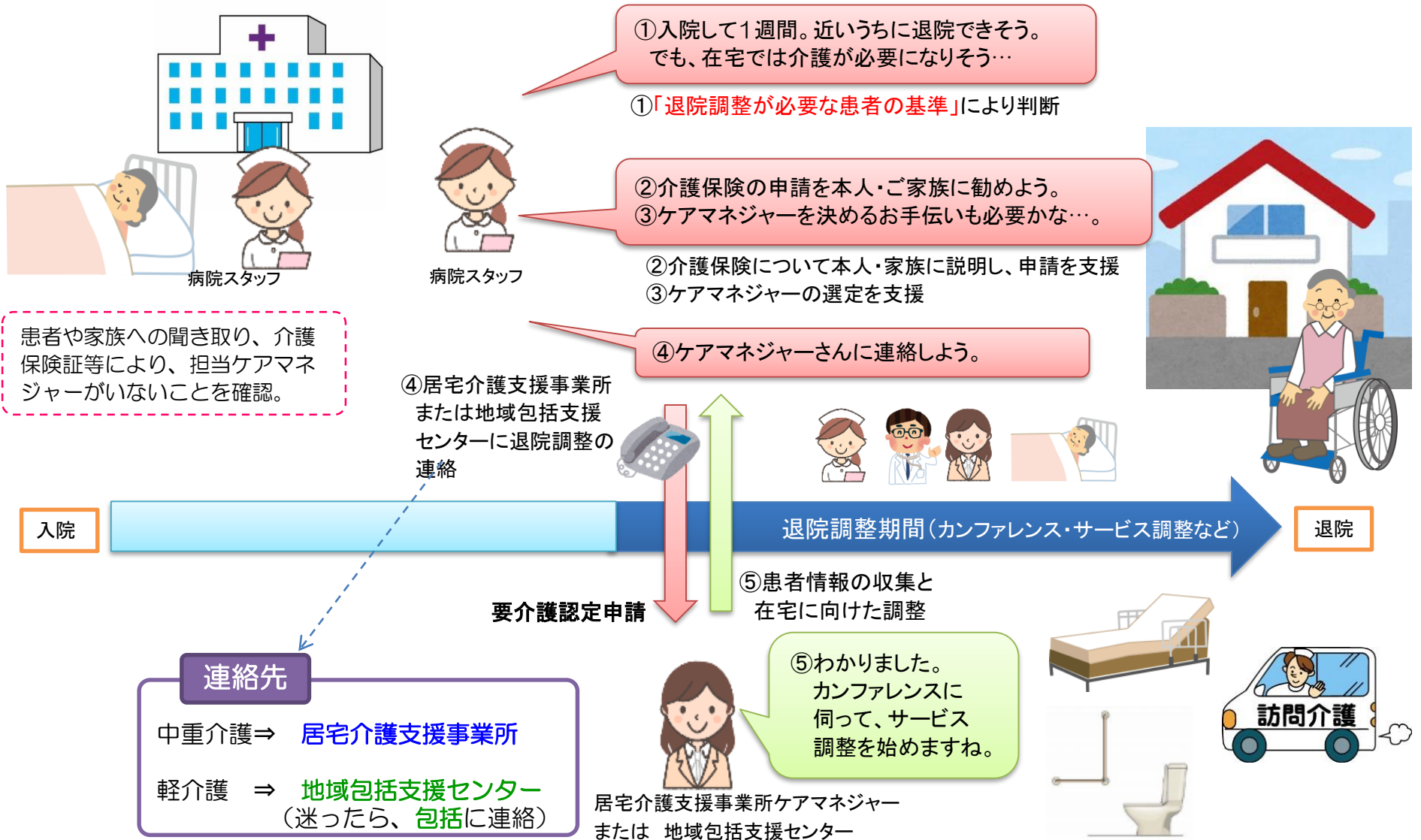


(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合(入院前に介護保険サービスを利用していた場合)


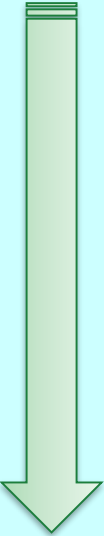
	病 院	ケアマネジャー (ケアマネ)
在宅時 		◇利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫 ○ 担当する利用者に、 <u>ケアマネの名刺を、『医療保険証』・『介護保険証』・『かかりつけ医の診察券』・『お薬手帳』と一緒に保管し、入院の際には「入院時セット」として持参するよう伝えておく。</u> ○ 利用者・家族に、入院したらケアマネに連絡するよう伝えておく。
入 院 	①入院時連絡 ○ 聞き取りや介護保険証、医療保険証等により担当ケアマネを把握し、入院したことを、原則として 3日以内 に連絡。 ③予想される入院期間情報の共有 ○ 入院診療計画書に記載されている入院期間の情報を担当ケアマネに伝える。	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 3日以内 に病院に提供 (原則として 電話連絡の上、 持参する)。
 「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。		
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 退院予定日の7日前までに 、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	○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）



(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。	
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 ○ 必要に応じ地域包括支援センターと相談・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 <u>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</u> 💡 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	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。	
退院日決定		
退院後		

成果と課題

取組の成果

- **地域全体での協議し、地域のルールを策定**
市内の全病院、多くの居宅介護支援事業所が参加して、現状の問題点やルール素案について協議を行うことで、市内で統一したルールの策定を行うことができた。
- **退院後の在宅生活を支えるための医療と介護の連携構築**
退院後に患者が安心して在宅生活へ移行できるような連携の仕組みを構築できた。
- **病院における退院調整の必要性の醸成**
退院調整ルールの策定参加意見において、病院から「患者が住み慣れた地域へ安心して戻る為に必要な支援を早期から準備、調整することが必要」などの意見が出され、退院調整の必要性について醸成が図られた。
- **顔の見える関係の構築**
病院（医療側）とケアマネジャー（介護側）が、お互いの立場を理解し合い、顔の見える関係が構築されることにより、お互いが仕事をしやすい環境が整備が図られる。

今後の展望

- **退院調整ルールの見直し**
運用開始、一定期間後の退院調整状況を調査し、退院調整ルールの評価・見直しを図る。
- **より安心して在宅生活に移行できるように他職種との連携の検討**
見直しを行う中で、病院とケアマネジャー以外の医療・介護職との連携が必要と思われる方が、さらに安心して在宅に移行できるよう、他職種との連携も視野に入れた見直しも検討する。