



新城市



新城市における 地域包括ケアモデル事業の取組 《訪問看護ステーションモデル》



新城市 健康医療部 介護保険課
地域包括ケア推進室

本日の内容

1. モデル事業3年間の取組み

- (1) 医療と介護の連携における取組
- (2) 予防の取組
- (3) 生活支援の取組
- (4) 住まいの取組

2. モデル事業3年間の全体の振り返り

3. 取組状況に関する関係機関の感想

新城市医師会・訪問看護ステーション

4. 今後に向けての対応、取組み

5. 地域包括システム構築に取り組む市町村に 対する提言

1. モデル事業3年間の取組み

(1) 医療と介護の連携における取組

- ①多職種による会議の開催
- ②多職種研修会の開催
- ③ICTシステムの活用
- ④市民への普及啓発
- ⑤その他

1. モデル事業3年間の取組み

(1) 医療と介護の連携における取組

① 多職種による会議の開催

会議名	H26	H27	H28	計
①地域包括ケア推進会議 (基本方針等検討会議)	2回	2回	3回	7回
②関係機関連絡協議会	4回	4回	3回	11回
住まい対策ワーキング	—	2回	2回	4回
③地域ケア会議	6回	11回	5回	22回
④在宅医療連携協議会	4回	5回	4回	13回
計	16回	24回	17回	57回

①地域包括ケア推進会議

(委員5名)

- 地域包括ケアシステムの構築と推進
- 市の方向性と全体のマネジメント（調整・決定）等

今後の政策等について
の方向性を示す

②関係機関連絡会議

(委員17名)

- 課題についての解決策の検討
- 地域生活支援事業の課題抽出と対策の検討
- 住まい対策協議会（ワーキング）設置・開催

情報共有



③地域ケア会議

(委員20名)

- 地域のニーズ、社会資源の把握
- 課題の抽出、具体的な解決策を提案

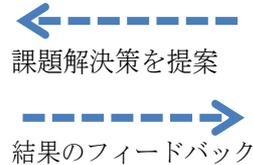
情報共有



④在宅医療連携協議会

(委員11名)

- 在宅医療連携推進のための課題抽出と解決策検討
- ICTシステムの普及・活用
- 講演会及び多職種研修会の内容検討
- 地域医療・介護連携の検討



住まい対策協議会
(ワーキンググループ)
(委員5名程度)

事業運営を(社福)新都市
社会福祉協議会へ委託

連携

事務局：新都市

予防事業の充実強化・家族介護者の
支援・研修など

1. モデル事業3年間の取組み

(1) 医療と介護の連携における取組

①多職種による会議の開催

1年目：県の委託による取組内容に沿って実施。

「地域包括ケアシステムとは？」

「訪問看護ステーションモデルとは？」

- ・事務局が資料を用意し、事務局からの説明で終わる。

2年目：各会議検討委員から様々な会議に対する意見・要望が出てくる。

- ・事務局からの説明に対して、会議でどのように意見を述べるのかが分からない。
- ・自分たちの意見はどこへどのように繋がっていくのかが分からない（見えない）。〈会議間の関係〉

3年目：それぞれの職種、立場等からの意見が出されるようになる。今まで言えなかった意見等が少しずつ言えるようになってくる。

(1) 医療と介護の連携における取組

② 多職種研修会の開催

年度	開催回数	内容		参加者
		形式	テーマ	
H26	4回	講演・講義 グループワーク	顔見える関係づくり、終末期の緩和ケア、在宅医療における多職種協働・認知症	418名
H27	3回	グループワーク (事例検討)	「訪問看護の事例」呼吸器疾患におけるリスク 新城保健所との共催「口腔ケアの重要性」 「地域包括支援センター事例」認知症	168名
H28	3回	ワールドカフェ グループワーク	退院調整について考えてみよう、多職種で話し合おう「退院調整」、「在宅看取り」	147名
3年間で10回開催				733名

年度ごとにテーマを決め、参加者のスキルアップに伴い、内容を変えながら“3回シリーズ”で開催。

1. モデル事業3年間の取組み

(1) 医療と介護の連携における取組

②多職種研修会の開催

- 1年目：まずは開催する。周圀の方に協力を得て開催。
多数の専門職の申し込みあり。
- ・行政担当が慣れていない。参加者の方が理解している。
- 2年目：1年目の反省をもとに、訪問看護事例など活発に意見交換できるようにグループワーク形式で実施。
- ・行政の担当者だけでなく、訪問看護師をはじめ関連部署と協力し開催。（事務局会議の開催）
 - ・グループ内で活発な意見交換ができ、積極的に発表する。
- 3年目：年度ごとにテーマを決め、参加者のスキルアップに伴い、内容を変えながら開催。顔の見える関係もでき、日頃思っている意見など言えるようになってくる。
- ・それぞれの職種での意見が言い合えるようになってくる。

(1) 医療と介護の連携における取組

③ ICTシステムの活用

導入

- 平成26年10月：「東三河ほいっぴネットワーク新城市」開設。多職種情報共有ツールとして、電子@連絡帳システムを導入。
- 同時に、訪問看護ステーションにおいて、タブレット端末を訪問看護師1人1台ずつ持ち、全患者情報を入力、ICTシステムにより運用管理を開始する。紙ベースの看護記録すべてIT化を図る。

普及啓発

- 説明会の開催、デモ体験研修会の開催など、多くの医療・介護職など関係職種に利活用いただくように普及啓発を図る。
- まずは、訪問看護患者情報について、主治医をはじめ支援チームでシステム活用ができるようにしていく。活用を始めた専門職からは、情報共有のツールとしては大変便利であり、活用の推進についての意見が出るが、すぐには、関係者全員による活用まではいかない。

(1) 医療と介護の連携における取組

③ ICTシステムの活用

○電子@連絡帳システム操作研修会の開催

H27年度 8回 65名

H28年度 8回 64名

登録状況	H26	H27	H28
事業所登録数	10事業所	27事業所	43事業所
登録メンバー	—	—	114名
患者登録数	89名	169名	258名

❁訪問看護ステーションでの利用 (H28.12現在)

○患者数 74名

・支援チームで利用 14名

・ケアマネと利用 40名 計54名

1. モデル事業3年間の取組み

(1) 医療と介護の連携における取組

③ ICTシステムの活用

- 1年目：H26.10月電子@連絡帳システム導入。訪問看護ステーションが中心となり活用を始める。
- 担当部署（長寿課）が訪問看護ステーションの担当部署と異なり、業務内容などよく理解していない。
（予算執行：市民福祉部、訪問看護担当：健康医療部）
- 2年目：モデル事業担当事務局設置（地域包括ケア推進室）担当部署により、普及啓発を図る。（研修会等）
- 健康医療部介護保険課地域包括ケア推進室の事務室を訪問看護ステーションがある、鳳来保健センターに置く。
- 3年目：説明会・研修会等継続して実施。少しずつ多職種利用が増加していく。訪問看護ステーションは看護記録すべてIT化。
- 本市にとって有効な連携ツールとの意見が多職種から出る。
 - 市内全居宅介護支援事業所で利用開始。

(1) 医療と介護の連携における取組

④ 市民への普及啓発

講演会の開催

会場：新城文化会館小ホール

年度	月日	講演内容	参加者
H26	9月27日(土) 14:00～	「新城市地域包括ケアモデル事業の説明」 「超高齢社会を生き抜くために～2025年問題～」	184名
H27	9月26日(土) 14:00～	「あなたはどんな生き方を望みますか」	214名
	3月5日(土) 13:30～	①「認知症治療 ポイントを押さえて優しく解説！」 ②認知症の方とその家族へのかかわり	314名
H28	9月24日(土) 14:00～	「在宅医療の輪をひろげよう～看取りの現場から～」	179名
3年間で 4回開催			891名

❀毎年9月第4土曜日を「しんしろ地域包括ケア講演会開催日」とする。

(1) 医療と介護の連携における取組

④ 市民への普及啓発

○出前講座（お出かけ講座）

※全庁での市民に向けての「お出かけ講座」開始

- ・「超高齢社会と2025年問題」入船ミニデイサービス 31名
- ・「訪問看護とは？」6団体 158名（高齢者、ボランティア）

○市広報誌「広報ほのか」連載

- ・「訪問看護ステーション便り」H26年11月号～

※連載の掲載内容を1冊にまとめた冊子作成(H28年度)

- ・「いつまでも自分らしく暮らしていくために」
H27年9月号～（市民へ様々な相談窓口を紹介）

○イベントへの参加：新城シルバー祭りに参加

- ・血圧測定、ハンドマッサージ等 108名

○中学生へ訪問看護の勉強会

- ・市内中学校1・2年生 2校

⑤ その他

○在宅要介護者の歯科口腔保健の医療と介護の連携体制の強化

- ・作手地区をモデル地区として1年計画で実施
（新城保健所地域歯科保健課題対応事業）

1. モデル事業3年間の取組み

(1) 医療と介護の連携における取組

④市民への普及啓発

1年目：市民向け講演会の開催。

地域へ、各種団体等の会議へ出向いての説明会。

訪問看護の周知活動：市民に訪問看護がどういうものかあまりにも知られていなかった事実を認識。

- ・広報ほのかへの連載をはじめ。その他様々な普及啓発開始。
- ・わかりやすい言葉で伝える「地域みんなで支え合う仕組み」

2年目：講演会開催時でのパネル展示（事業所とも協力）

地道な普及啓発活動が必要。

- ・市民1人ひとりが意識を持ってもらう。自らの参加。
- ・需要と供給のバランスを考え行動することが必要

3年目：全庁での市民に向けての「お出かけ講座」開始。

市医師会在宅医療サポートセンターとの連携体制。

- ・在宅医療に関する相談窓口として市民へ普及啓発
- ・地域自治区担当との連携による地域住民へ普及啓発

(1) 医療と介護の連携における取組 の成果・課題等

成果

- 顔に見える関係ができてきた。
 - ・各職種での役割、現状の課題等、多職種による会議等で話し合いができるようになってきた。
 - ・検討会議での多職種の各委員の意見が年々活発になってきた。
 - ・患者を中心とした多職種による連携について、現在の医療職・介護職の課題、今後の方向性など、多職種でのグループの意見として発表がされた。
- 電子@連絡帳システムの活用については、訪問看護師をはじめ、利用をしている専門職からは、**情報共有のツールとして患者状況がよく分かり便利**であるとの意見が出てきている。
 - ・市内の全居宅介護支援事業所において利用の開始ができた。
- 超高齢社会の到来、「地域包括ケアシステム」など、**地域みんなで支え合う仕組みづくりの必要性の理解が市民**に出てきている。(自助)
- 本市にとっての**訪問看護の必要性の理解が多職種間**でできた。
- 訪問看護**についての**市民の理解**が進んできた。
 - ・講演会での意見交換時の市民の方の意見、訪問看護利用者増加)
- 地域包括ケア推進室と新城市医師会在宅医療サポートセンターが同一施設内に設置。(情報共有・意見交換等)、市民講演会の共同開催(普及啓発の協力)、講演会・研修会・会議等において、協力し開催。

(1) 医療と介護の連携における取組の成果・課題等

課題

- 会議の設置、会議委員、会議開催回数、検討内容等、今後、本市の状況をまえ、開催方法等について検討することが必要。
- 会議をはじめ、行事等開催の曜日、時間帯など多職種による会議のため、調整が必要。
- 市医師会在宅医療サポートセンターとの連携。(H30年度以降)
- 3年間で抽出された地域課題の解決への取組み
 - ・ひとつずつ、解決策の取組を実施していく。
- 事務局側の体制が不十分。

力を入れたこと

- 話し合いと情報共有
 - ・多くの職種の方と一緒に取り組んでいくもの⇒有意義な会議、検討の場となるように、準備(市医師会とも話し合い)
- 市医師会サポートセンターとの連携。

苦勞したこと

- 事務局側の体制…医療関係を詳しく理解してない。(介護保険課) 庁内の他部署の協力が、理解されてなかった頃は難しかった。

(2) 予防の取組み ①

○介護予防普及啓発事業

- ・ **介護予防教室「木曜塾」** 37回 述べ 780人
(健康づくりリーダーを活用した予防教室)
- ・ ミニデイ 介護予防講話等 3か所 85人
- ・ 老人クラブ 介護予防講話等 2回 35人

○介護予防・生活支援サービス事業

- ・ 通所型サービスC 16回 述べ 46人
(専門職により短期集中して行われるサービス)

○介護予防把握事業 220件

(健康課、高齢者ふれあい相談センター、はぐるまの会)

○地域介護予防活動支援事業

- ・ 試験的实施 1か所 (市内介護施設協力)
(地域住民主体で場所・人を確保し、定期的に集まり介護予防体操を実施)

(2) 予防の取組み ②

○認知症予防教室 3地区（新城・鳳来・作手）

	内容	新城地区	鳳来地区	作手地区	計
第1回	認知症予防の秘訣を学ぶ 認知症の理解と予防	15人	8人	10人	33人
第2回	お口からはじめる認知症予防 認知症予防運動	14人	8人	8人	30人
第3回	食事から考える認知症予防 認知症予防運動	14人	8人	10人	32人
	計	43人	24人	28人	95人

場所：3地区（しんしろ福社会館、鳳来保健センター、作手保健センター）

内容：寸劇「認知症劇団かるてっと」、認知症予防体操「コグニサイズ」等

協力者：地域包括支援センター、歯科衛生士、管理栄養士、保健師（健康課）

医専学生・教諭、穂の香助産学生

健康講座

寸劇を通しての認知症の対応の学びの場



地域包括支援センター
職員による
劇団「かるてっと」



- 吉川公民館(吉川喜楽会) 35人
- しんしろ福祉会館(認知症予防教室) 15人
- 三菱東京UFJ銀行(新城支店) 20人

(2) 予防の取組み ③

○認知症カフェ開設 4か所

- ・市内グループホーム（新城地区3 鳳来地区1）
（市内グループホームより情報収集）

○認知症地域支援・ケア向上事業

- ・認知症地域支援推進員の配置 3名
（地域包括支援センター2名、介護保険課保健師1名）
- ・多職種協働研修
 - ・認知症ケアパス検討 50人
（地域包括支援センター勉強会にて多職種へ説明）
 - ・認知症予防体操「コグニサイズ」県実地指導 41人

○家族介護継続支援事業

- ・認知症講演会及び座談会 講演会28人 座談会15人
（認知症介護者井戸端座談会「にんにんの会」共同開催）
- ・認知症サポーター養成講座 6回 122人

(2) 予防の取組みの成果・課題等

成果

- 予防教室は継続して参加する人が多く、一定の評価が得られている。
- 「健康づくり教室・相談会」(H27実施)では、市内20か所へ出向き、保健師(健康課)の協力を得て、地域自治振興課はじめ他部署とも連携し実施ができた。多くの市関係部署から様々な情報を市民へ伝え、アンケート調査では、地域の高齢者の思いなど地域の状況の把握ができた。
 - ・ 多くの部署の職員を巻き込み開催した。地域包括ケアシステムは地域づくり、人づくりであり、庁内関係部署との連携は必要。
 - ・ 自治振興事務所担当者、行政課(公共交通担当)との情報共有、話し合い
- 保健師が介護保険課へ配置された。(H27~: 予防事業等の取組み)
- 全庁での「お出かけ講座」の開催。(地域へ出向き情報を伝える)

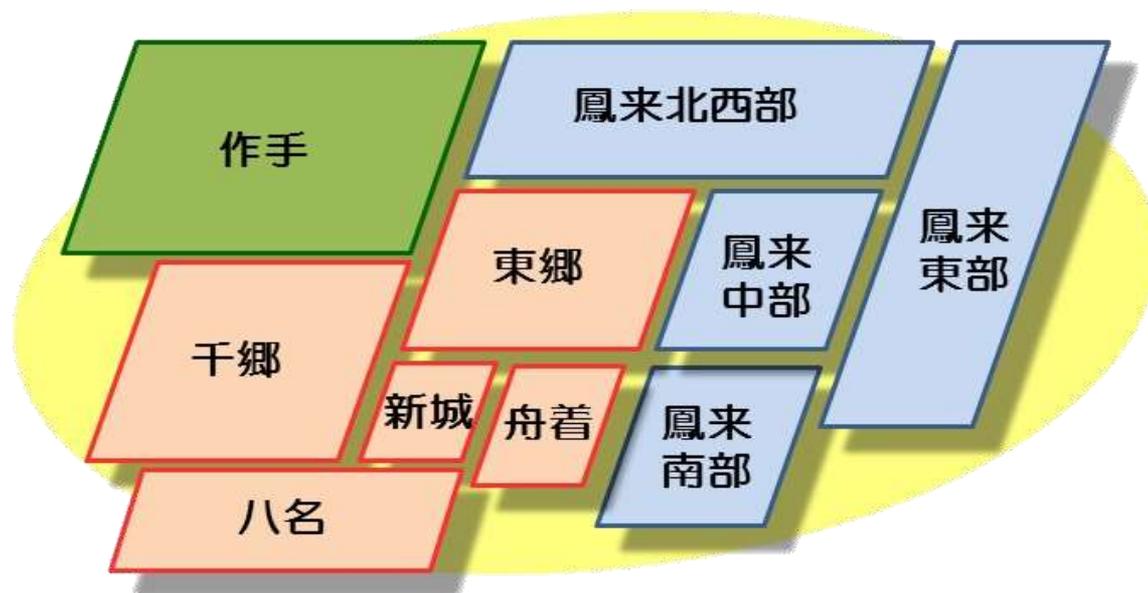
課題

- 本市の特徴(課題)でもある地域性の違い(地域間の格差)から各地域ごとに検討する必要がある。
 - (10地区の自治振興事務所とも情報共有、連携が必要。)
- 地域住民の自発的な活動を促すため、その地域で何が必要か、検討が必要。
 - (集まる場所、きっかけづくり、リーダーの必要性) ※リーダーが不足
- 各地域の特性を踏まえ、地域に合った内容を継続的に実施できるようにしていく。(将来的には地域が実施主体となるように)
- 更なる普及啓発の必要性
 - ・ 本当に必要とする地域の高齢者に情報が伝わっていない。

(3) 生活支援の取組み ①

○10の地域自治区との連携（地域の困り事の把握）

- 地域自治区で実施している調査等の情報共有
- 各地域で不足している生活支援等の協議検討の場
 - 地域協議会（新城地域自治区）出前講座1回
 - 各地域で不足している生活支援等の自治区担当職員と話し合い
 - 各地域自治区で話し合いがされてきている。



(3) 生活支援の取組み ②

○社会資源のまとめ、市民のニーズアンケートの実施

- ・ 地域自治区（10地区）、日常生活圏域等での社会資源のまとめ
- ・ 市政モニターアンケート等の実施

○見守りネットワーク連携協定 27事業所

- ・ 新聞店、プロパン店、ヤクルト販売等

○しんしろ高齢者見守りネットワークの普及・啓発

（地域包括支援センターが高齢者ふれあい相談センターと協力し実施）

- ・ 喫茶店（高齢者の集いの場）や食料品店（小さい箇所）市内52か所にチラシを持参し、協力依頼した。

○配食サービス空白地域解消事業

- ・ 配食サービス業者配達が不可能であった地域への配達をシルバー人材センターが安否確認を含め配達。（シルバー会員3名）

※H28年度実績（H28.2月末現在）

- ・ 登録者 20名
- ・ 1か月食数 76食（夕食のみ）
- ・ 空白地域：鳳来北部・西部・南部、作手北部・南部

(3) 生活支援の取組みの成果・課題等

成果

- 社会資源、介護認定者状況、地域の特徴（人口動向等）を分析し、関係機関連絡会議にて、各地域で不足している生活支援等について検討をした。
- ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体からの生活支援サービス提供について検討した。
- 地域自治区においても、地域での生活支援等の協議が開始**されてきている。
 - ・担当職員との情報共有、連携。
- 地域へ出向き、地域での生活支援活動についての情報を収集し把握できた。
- 多職種の委員による会議での検討により、様々な面からの意見により検討できた。

課題

- 社会資源が少ないため、**担い手の育成**が必要である。
 - ・ボランティア、地域住民による支え合いなど
- 地域の見守り体制などの検討の中で、住民同士がどのように関わっていくのかについて、具体的な方法が示されない。
- 本市においては、市内において地域性が異なることもあり、介護保険総合事業も含み、関連部署とも協議の上、**今後しっかりと検討**していく必要がある。
- 市内各地域で地域ごとの必要としている生活支援を把握する必要がある。
 - ・**地域住民のニーズ**を知る。

(4) 住まいの取組み ①

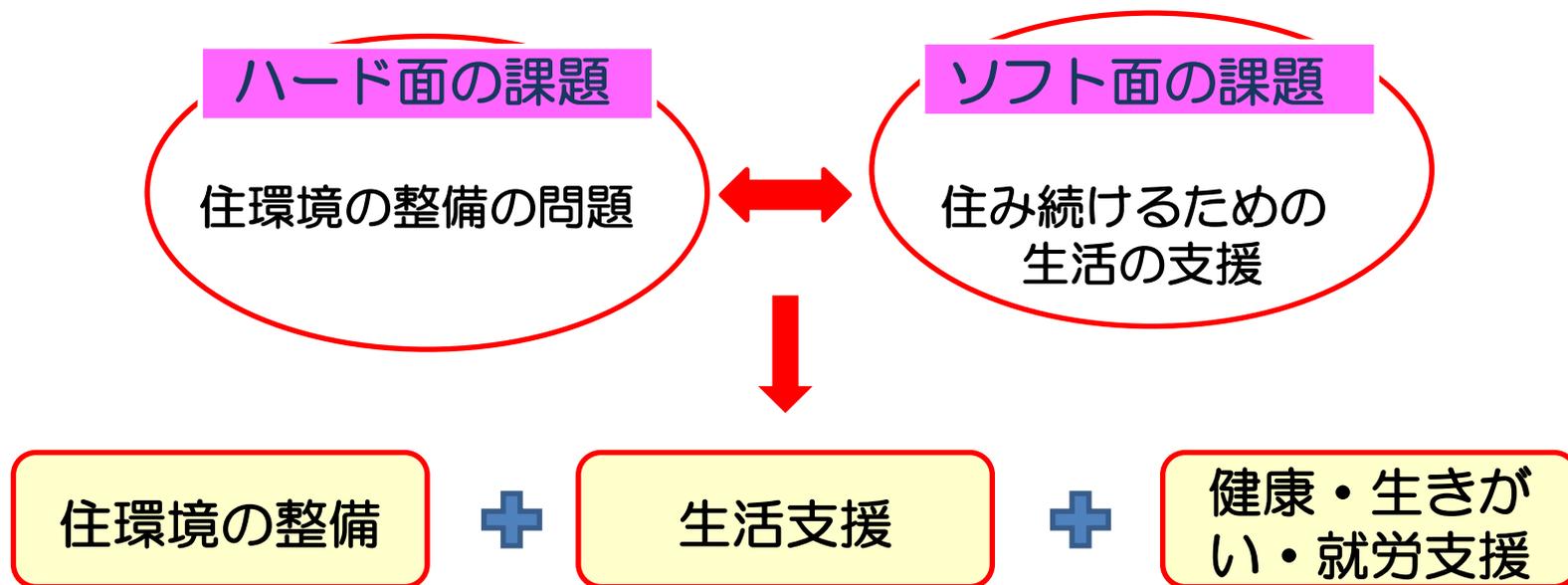
○住まい対策ワーキングの開催（2回）

第1回：「住まい対策アンケート」実施内容の検討

第2回：「住まい対策アンケート」集計結果による協議

検討委員5名 社会福祉協議会事務局長、ボランティア団体代表
民生委員、自治振興課長、都市計画課長

※H27年度の委員の意見を踏まえ、ニーズ調査を実施



(4) 住まいの取組み ②

○住まい対策アンケートの実施

目的：市民の皆さんの高齢期における住まいや社会貢献活動等に関する意識等を把握し、本市の住まい対策における基礎資料とする。

調査方法：対 象 新城市在住40歳以上の市民
地 域 新城市全域
対象者数 5,000人
抽出方法 年齢階層別・地区別・男女別の抽出率を設定し、無作為抽出（施設入居者を除く）
調査方法 郵送による配布・回収

調査内容：Ⅰあなたご自身のことについて Ⅱあなたの住まいについて
Ⅲ高齢期に安心して暮らすためにどのようにお考えかお聞かせください。
Ⅳ住み慣れた地域で暮らし続けるためには地域みんなで支え合うことが重要となります。地域でのボランティアなどの社会活動について、あなたの意向をお聞かせください。
Ⅴこれからの住まいについて、新城市にはどのようなことが重要だと思うかお聞かせください。

回収結果：2,867人 回収率 57.3%

(4) 住まいの取組み ③

○調査内容（抜粋）

I あなたご自身のことについて

- 性別 男52.4% 女46.7%
- 年齢 40歳代、50歳代、60歳代、70歳代、80歳代以上
- 住まいの地域は 10の地域自治区で回答
- 世帯構成 単身、夫婦のみ、親子二世帯、親子三世帯
- 65歳以上の方はいますか ・ 要介護者、障がい者の方はいますか

II あなたの住まいについて

- どのような住宅にお住まいですか
(持ち家、借家、高齢者向け住宅等)
- 建築時期は いつですか
- 現在の住まいに満足されていますか
- 現在の住まいについて、今後不安な点は何ですか

III 高齢期に安心して暮らすためにどのようにお考えかお聞かせください。
あなたや親族が高齢となった場合に、どのような住宅で暮らすことを望みますか。

- 介護が必要となった場合の対策はしてありますか
- 高齢となった場合に、誰と一緒に住みたいですか

(4) 住まいの取組み ④

○調査内容（抜粋）

Ⅳ 住み慣れた地域で暮らし続けるためには地域みんなで支え合うことが重要となります。地域でのボランティアなどの社会活動について、あなたの意向をお聞かせください。

- 地域活動やボランティア活動などについてどのようにお考えですか
（項目：機会、情報があれば参加したい等）
- 地域活動やボランティア活動などをしたいと思う理由はなんですか
（項目：楽しみや生きがい、仲間づくり、社会貢献等）
- 活動などする場合、報酬等はどのように考えますか
- 定年退職後、どの程度仕事をしたいと思えますか
（項目：フルタイム、パートタイム、シルバーなど）

Ⅴ 住み慣れた地域で暮らし続けるためには地域みんなで支え合うことが重要となります。これからの住まいについて、新城市にはどのようなことが重要だと思うかお聞かせください。

- 住まいについて何が重要だと思えますか
- 住環境について何が重要だと思えますか

(4) 住まいの取組み ⑤

○アンケート集計結果

- 同じ質問に対し、地域自治区別、年齢別に集計し分析を行った。
 - ・高齢者の理想の思い（本音）と、現実での思い（できること）と、若い世代へ同じ質問での回答から、意見（思い）は違うことが分かる。
 - ・地域自治区別での集計も行い、地域により状況の違いの比較もできた。
- 多くの市民を対象とするアンケートであったため、アンケートの表紙などに超高齢社会の到来、「地域包括ケアシステム」等の説明を掲載し、アンケートの目的と併せて普及啓発を行った。

◆まとめ

- ・現在の住まいに住み続けたいと思っている人が多くいるが、家族に迷惑を掛けれないと思い、最後（1人で生活ができなくなった場合など）は施設に入る選択を希望する方が多いという結果となりました。

しかし、施設に入る際の入所待ちや利用料など理解されていない方も多くいると思われ、地域資源等の情報発信をしていく必要があります。また、できるだけ長く現在の住まいに住み続けられるようにすることが、本人や家族の幸せに繋がるため、地域全体の見守りなどの生活支援を充実することが重要となります。市民のボランティアへの意識が高いことも分かりましたので、参加、活躍の場などの施策の検討と情報提供の必要があります。

(4) 住まいの取組み ⑥

○アンケート集計結果から

■ワーキング委員からの意見

- 高齢者世帯で低所得者の一人で住めなくなった場合の住まいの確保が必要。
- 今の高齢者はぎりぎりまで、なんとか自宅で自分でやっけていこうとしている。これからの世代がその年代になった時、はたしてそうなのか。
- 世代により、さまざまな思いは違うので、時代の移り変わりにより、その世代にあった対応、対策が必要になるのではないかと。
- 個々のライフステージにおける判断をする段階で、本人・家族が選択をする、その選択肢を整備しておきたい。
- 高齢者のシェアハウスについては、目的がしっかりしていれば国庫補助をもらえるものがあったかと思えます。
- 子供に迷惑をかけたくないため最後は施設を望んでいるので、現在の住まいに元気でできるだけお互いに見守りながらやっていくことが大事。
- 地域性もあり、ボランティアをやっているのは特別な人がやっているイメージがいまだにあり、男性が少ない。男性も一緒にやってほしい。
- ボランティア団体が何をどこまでやってくれるのかの情報が分からないので、そこを結びつけることが大事。

(4) 住まいの取組みの成果・課題等

成果

- ワーキンググループによる検討を開始した。
 - ・自宅のバリアフリー化、共同生活等について、委員より活発な意見が出た。
- 各部署等での事業、また委員各立場からによる、**今までにはない検討の場**ができた。(市の現状についての情報共有)
- 委員の意見により、アンケート調査の実施ができた。
 - ・貴重な意見等の集計から分析を行い、住まい対策ワーキングで引き続き検討を行う。
- 住まい対策アンケートにより、市民の住まいに対する意識(思い)等、多くの市民の協力により把握できた。(回収率:57.3%)

課題

- 持ち家率が高く、**自宅で安心して暮らすための方策の検討**が必要。
 - ・ハード面(住環境の整備)、ソフト面(住み続けるための生活の支援)
- 高齢者世帯が多く、**自宅で暮らせない状態になった場合の転居先の確保**は必要。検討の場が必要。(持ち家率:84%)
- 市民のニーズを理解する必要がある。⇒ 必要としているものを整備、対策
- ボランティア情報などを高齢者へ発信しつなげることや、民間の活用などを情報発信していく。
- 便利なところにある**公共施設(空き施設・空き家等)**をうまく活用できないか。

2. モデル事業3年間の全体の振り返り

1年目：担当事務局がよく理解できていない。(担当外業務をまとめる)

「訪問看護ステーションモデル？」

モデル事業担当：市民福祉部長寿課

訪問看護ステーション：健康医療部

※ひとつずつ改善 ⇒ 「地域包括ケア推進室」新設

健康医療部介護保険課内室として鳳来保健センターへ事務室を置く。

2年目：市医師会在宅医療サポートセンターと連携し、事業推進。

(多職種連携がスムーズになる)

在宅医療相談窓口

3年目：顔の見える関係ができてきて多職種での会議での意見交換が

活発になる。(実感するようになる)

市民への継続した普及啓発により、少しずつ市民の理解も出てくる。

※新たな事業展開までは3年間ではたどりつけていないが、確実に人づくり、顔の見える関係による連携はできてきている。地域課題も見えてきてるので、今後、解決策を検討しひとつずつ実施していく。

3. 取組状況に関する関係機関の感想

《新城市医師会》

地域の特性から在宅医療の推進に向けて困難もあるが、モデル事業を行ったことで、個々の患者に対する問題点が把握できた。

今後懸念される医療提供体制の充実のため、多職種は協働しながら、地域包括ケアシステムの構築の取り組みを行っていく必要があると感じている。

3年間の取組みにより、多職種間の連携は、できている印象。

新城市の医療状況において、市全域で24時間対応可能な訪問看護ステーションは、在宅医療を担う医師には重要な存在であり、訪問看護ステーションの充実が望まれる。

3. 取組状況に関する関係機関の感想

《訪問看護ステーション》

モデル事業の「訪問看護ステーションモデル」の目的について、当初『医療と介護連携のために訪問看護をどのように使っていくかを検討するもの』と共通理解するのに1年を要した。

また、「訪問看護ステーションモデル」と謳われていたが、「訪問看護」を、行政、医療、介護従事者、市民に周知できていない状態であったため、残り2年間は「訪問看護」の普及啓蒙活動を行った。結果、主治医が増え、利用者数・訪問件数が伸びてきている。

モデル事業と位置づけられていた各会議に参加することで、多職種との顔の見える関係が構築できており、ICTが有効に利用されるようになってきている。今後、医療資源の少ない本市において、予防や医療依存度の高い市民をどう支えるのか、訪問看護の役割を示し、進めていく必要がある。

訪問看護：今後に向けて対応・取り組み①

1. 訪問看護の機能・役割について情報発信の継続

2. 一次連携

- ①隣接する市の訪問看護ステーションとの連携
- ②市内の在宅領域の看護師→病院領域も含めた看護師

3. 多職種連携

- ①訪問看護を理解して頂くため「同行訪問」研修の開催
- ②多職種チーム一般市民向けに在宅フォーラム
- ③医療依存度の高い人に対応できる多職種チーム
 - ・在宅看取り、医療機器をつけている人などに対応できる多職種チーム→個別に会議・勉強会開催

訪問看護：今後に向けての対応・取り組み②

4. 訪問看護機能・規模拡大

①医療依存度の高い利用者への対応

- ・機能強化型訪問看護ステーション
- ・通い、泊まりの機能
- ・重度心身障がい児・者や精神の受け入れ

②在宅における医療・介護に関する情報の集約・発信拠点

* 医師会在宅医療サポートセンターと協同して

- ・住民に対する、予防活動や相談活動、多職種からの相談受け入れ

③提供する場の拡大：施設・学校への訪問看護

4. 今後に向けての対応、取組み

①医療と介護の連携体制づくり

- ・介護保険地域支援事業包括的支援事業の「在宅医療・介護連携推進事業」(ア)～(ク) 8事業項目としてモデル事業の取組を継続して実施。
- ・会議をはじめ、講演会、多職種研修会等、今後も継続して実施していくにあたり、開催内容、年間計画など、多職種との調整を図り実施する。

②モデル事業の取組みの成果、見えてきた課題等を踏まえて、本市の地域包括ケアシステム構築に向けて引き続き検討していく。

- ・検討会議で抽出された地域課題の解決策の取組み実施。

③ICTシステムの多職種での活用推進

- ・多職種の支援チームによる活用。その他の利活用推進。
- ・訪問看護利用者情報の共有ネットワークの構築を図りながら推進を図る。

④地域みんなで支え合う仕組みの推進

- ・本市における地域資源として、各職種、立場等による役割について認識した上で、その役割を果たしていく。
 - ・市民、医療関係団体、介護関係事業所、その他関係団体、行政等
- ・市内の同職種ごとの一次連携 ⇒ 各職種全体での資質向上を図る。
- ・多職種、市民への更なる普及啓発・情報発信（次世代を担う若い世代へも）
 - ・早い段階から情報を得ることで、将来に向けての選択ができ安心して繋がる。

⑤市の横断的な連携体制の強化

- ・地域包括ケア庁内横断ワーキング（仮称）等の検討
- ・各部署への保健師配置による予防等の取組

新城市

新城市医師会
(在宅医療サポートセンター)

在宅医療・介護連携支援相談窓口

新城市地域包括支援センター
(高齢者ふれあい相談センター)

新城市訪問看護ステーション

市内居宅介護支援事業所

愛知県・新城保健所

連携

関係機関の
連携体制

医療・看護

介護・リハビリテーション

病院



病診連携
後方支援

医院・診療所



市医師会

在宅医療サポートセンター

歯科医院



保険薬局



保健所

保健センター



- ・予防
- ・健診
- ・健康づくり

かかりつけ
医師
歯科医師
薬剤師

訪問看護
ステーション



訪問看護師

居宅介護支援事業所



ケアマネ

居宅サービス事業所



- ・訪問サービス
- ・訪問看護・訪問介護
- ・訪問入浴・訪問リハビリ
- ・通所サービス
- ・デイサービス・デイケア
- ・ショートステイ
- ・福祉用具貸与・販売

介護保険施設等



- ・特養・老健
- ・療養医療施設等

自助



本人の選択と本人・家族の心構え

自宅



総合事業

住民組織・ボランティア

保健・福祉

介護予防・生活支援

すまいとすまい方

公助

行政



情報発信・普及啓発

関係部署との
連携

地域包括支援センター



- ・総合相談窓口
- ・権利擁護
- ・予防事業

- ・地域ケア会議の開催
- ・家族介護者等への支援

地域

互助



- ・地域の見守り
- ・住民組織の活動
 - ・ミニデイサービス
- ・ボランティア活動
- ・住民の支え合い活動
- ・生きがい・社会参加

- ・在宅医療・介護連携の推進
- ・介護予防事業の推進
- ・認知症施策の推進
- ・生活支援・介護予防サービスの基盤整備
- ・高齢者の居住安定に係る施策

新城市地域包括ケアシステム 構築に向けて・・・

中山間地域で在宅医療医師が限られている地域においても大丈夫！
高齢者、また医療依存度の高い住民であっても、できる限り住み慣れた地域で
暮らし続けられる地域づくり

『**かかいつけ訪問看護師が支えるまち しんしろ**』

「新城市訪問看護ステーション経営改善プラン」

ー今後10年間の需要見込みを立て平成29年1月作成ー

- 地域包括ケアシステムにおける訪問看護ステーションの役割
- 訪問看護ステーションの規模拡大（人材の確保）
- 訪問看護ステーションの機能拡大
- 訪問看護師の質の向上
- 「機能強化型訪問看護ステーション」の検討
- 機能強化型取得のための人員配置
- 開設場所の検討（新城地区へ事務所移転＋鳳来地区サテライト開設）

新城市地域包括ケアシステム 構築に向けて・・・

中山間地域で在宅医療医師が限られている地域においても大丈夫！
高齢者、また医療依存度の高い住民であっても、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられる地域づくり

**『みんなで支える しんしろ
まるごと 地域包括ケア』**

地域みんなで支える仕組み
～ いつまでも 自分らしく 安心して 暮らしていくために ～

(*^_^*)
顔の見える関係により、みんながそれぞれの
役割を果たし、連携により地域を支える
《同職種での一次連携、自助・互助・共助・公助》

4. 地域包括ケアシステム構築に取り組む 市町村に対する提言

顔の見える関係づくりとPDCAサイクルによる実践

- **顔の見える関係の重要性。**（話し合える場）
 - ・ 各種会議・研修会の開催
 - ※ 3師会との関係づくり・医療職、介護職との連携
- **地域の社会資源の把握・分析の必要性。**
 - ・ 限られた資源を効率よく活用。
- **地道な普及活動**（次世代を担う若い世代へも）
 - ・ 市民1人1人の意識（自らの参加）
 - ※ 予防・健康づくり、地域の支え手
 - ・ 地域みんなで支え合うしくみの推進。
 - ・ 理解がないとニーズが生まれない。
- **ICTシステムの活用**
 - ・ 連携による支え合いには情報共有が重要→ツールとして大きな役割。
 - ・ 限られた資源を効率よく活用。
- **訪問看護ステーションの役割の重要性**
- **市担当事務局の体制整備**
 - ・ 他部署との連携・協力（関連業務）

【問い合わせ先】

〒441-1634

新城市長篠字仲野16番地11（鳳来保健センター内）

新城市健康医療部 介護保険課

地域包括ケア推進室 担当：栗田・小林

メールアドレス: chiiki-houkatsu@city.shinshiro.lg.jp

電話：0536-32-0526

FAX：0536-32-2403



ご清聴ありがとうございました。