

# 次期介護保険制度見直しの方向性について

～社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(案)より

2025年さらには2040年、地域共生社会の実現に向けての  
見直しの観点

- ①介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)
- ②保険者機能の強化
- ③地域包括ケアシステムの推進
- ④認知症施策の総合的な推進
- ⑤持続可能な制度の改革・介護現場の革新

今回の議論のボリュームの1/2は⑤であったが「引き続き検討」  
する項目が多くが、次期制度見直しは小幅ではないか？  
従って、①③④をどう深化させるかが問われる

# 地域共生社会の実現

～地域に生きる一人ひとりが尊重され、多様な経路で社会とつながり、参画することで、その生きる力や可能性を最大限に発揮できる社会

○包括的な支援体制の整備を行うための社会福祉法等の改正

○介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスの位置づけ

○さらなる社会福祉基盤の整備を検討

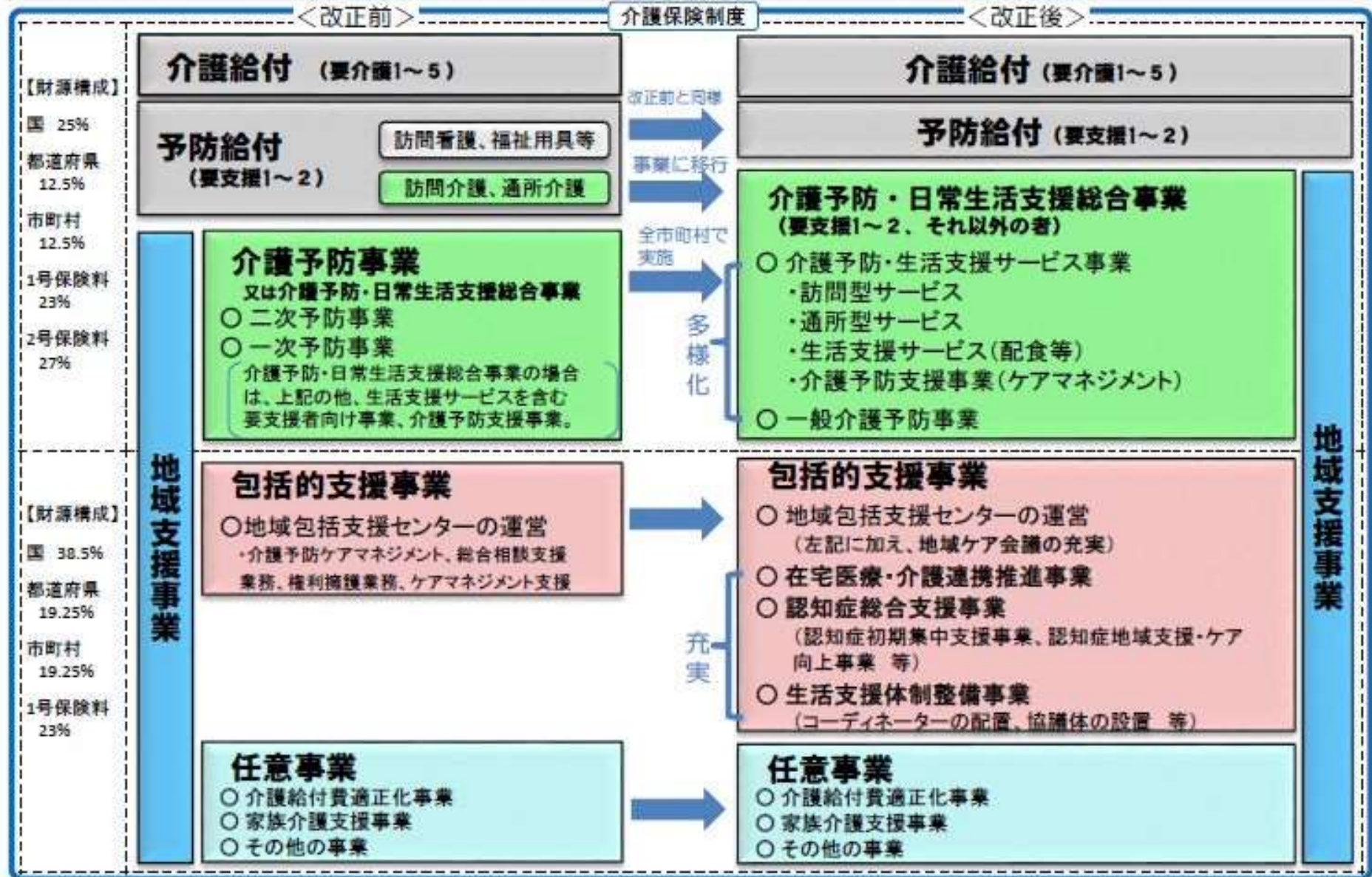
－断らない相談支援、参加支援、地域づくり支援を一体的に市町村が実施する際に財政支援

－地域の課題や福祉サービスの課題に対する社会福祉法人を中核とする非営利連携法人制度の創設

# 介護予防・健康づくりの推進 (健康寿命の延伸)

- 高齢者の通いの場の一層の推進
  - －地域ケア会議や短期集中予防サービス、生活支援コーディネーターとの連携
  - －通いの場の取組を効果的・継続的に実施するため、医療専門職の効果的・効率的な関与
- 介護予防・日常生活支援総合事業対象者の弾力化  
(要介護認定を受けた者)
- 高齢者の心身の状態を自立から要介護状態まで可変であり、連続的にとらえ支援
  - －生活習慣病の重症化予防との連携
- 質の高いケアマネジメントを実現できる環境の整備
  - －地域ケア会議の積極的な活用など専門家と相談しやすい環境の整備

# 新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)





# 介護予防・生活支援サービス事業の訪問型・通所型サービス

## 第2 サービスの類型

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す(別紙参照)。(P21～)

①訪問型サービス (P22～) ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。  
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス				
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)	
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援	
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進			・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース  ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託		
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準		
サービスの提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)		

②通所型サービス (P23～) ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当		多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護		② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練		ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。		○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定		事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本		人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者		主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)



## 一般介護予防事業

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的して行うものである。
- 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなど的高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行う。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。
- 市町村が主体となり、一般介護予防事業を構成する以下5つの事業のうち必要な事業を組み合わせ、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施する。

### ○ 介護予防把握事業

地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、住民主体の介護予防活動へつなげる。

### ○ 介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及・啓発を行う。

### ○ 地域介護予防活動支援事業

市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等の介護予防活動の育成・支援を行う。

### ○ 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。

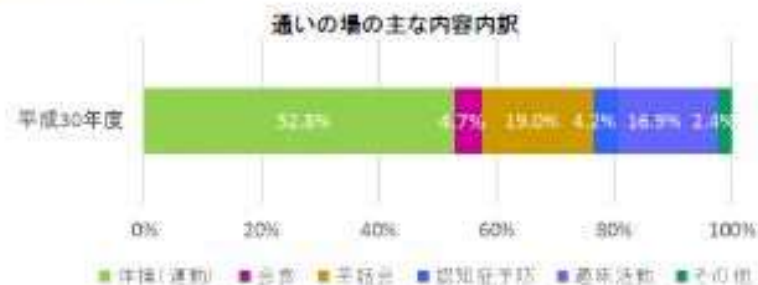
### ○ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



## 住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進
- 通いの場の数や参加率は増加・上昇傾向にあり、取組内容としては体操、茶話会、趣味活動の順が多い。



(参考) 事業の位置づけ：介護予防・日常生活支援総合事業

○ 介護予防・生活支援サービス事業

○ 一般介護予防事業

・ 地域介護予防活動支援事業

・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国：25%、都道府県：12.5%、市町村12.5%

1号保険料：23%、2号保険料：27%

(※)介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与

515市町村

うち、高齢者等による介護予防に資するボランティア活動に対するポイントの付与

426市町村

(介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(平成30年度実施分)に関する調査)

# 地域包括ケアシステムの推進

## ① 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

### ○ 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の質の確保

(有料老人ホーム) すずらん、大東ゆりさわ、ウェルライフ三刀屋、さくらんぼ、住宅型有料老人ホーム瑞光、まほろばの郷さんさん、よこたの郷、あゆみの家  
(サービス付き高齢者向け住宅) シニアコートなごみ大東

### ○ (看護)小規模多機能などのサービス整備や既存施設等の在宅支援

○ 介護付ホーム（有料老人ホーム等における特定施設入居者生活介護）の整備

○ 家族介護者への相談支援や健康の確保

○ 高齢者の住まいと生活の一体的支援

- －生活面に困難を抱える高齢者に対する住まいと生活支援の一体的提供
- －生活困窮者施策や養護老人ホームなどの現行の取組との連携



# 地域包括ケアシステムの推進

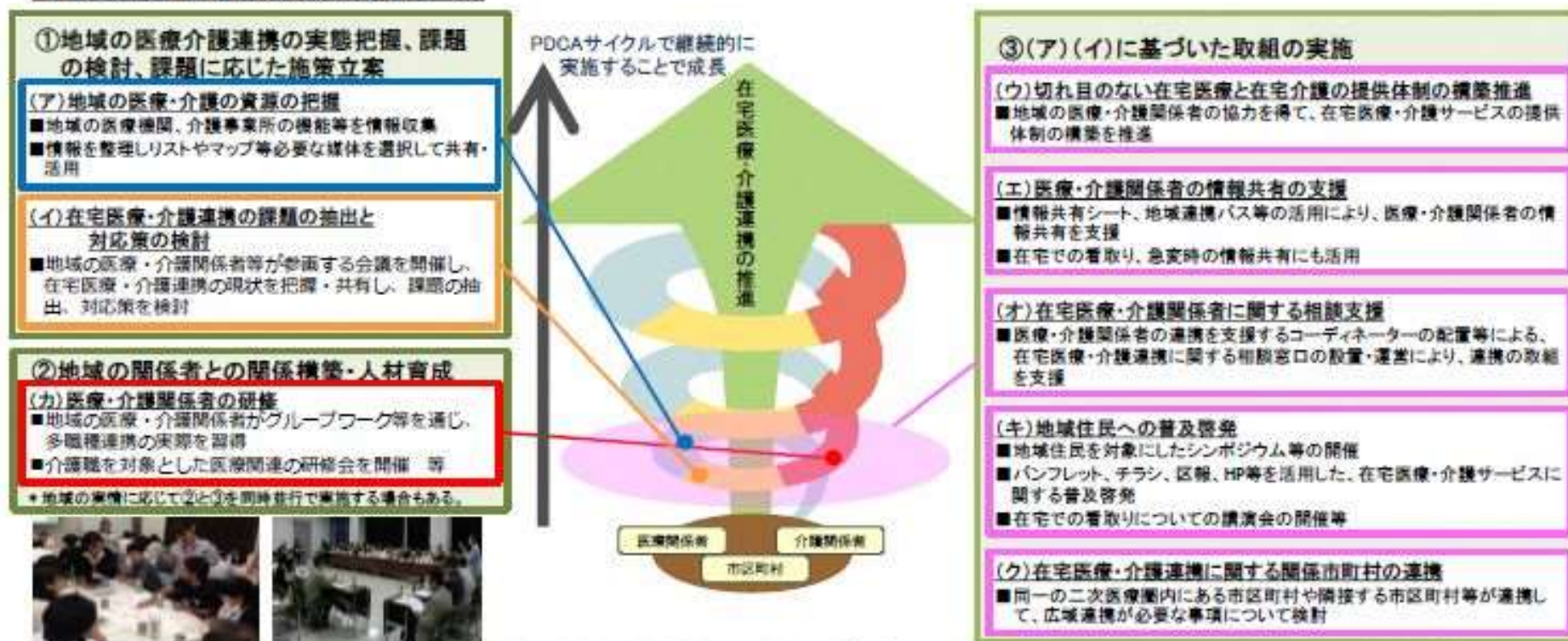
## ②医療・介護の連携

- 医療と介護が連携して看取りを適切に推進
- 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進
- 介護医療院への確実な移行
- 在宅医療・介護連携推進事業の実施
  - 医師会等関係機関や医師専門職との緊密な連携
  - 一部項目の選択実施や地域独自の項目の実施
  - 切れ目のない在宅医療・介護実現に関する目標設定と地域の目指す姿の医療・介護関係者での共有
  - 都道府県における医師会等の関係機関の調整、研修、人材育成
  - 保健所等による管内の広域的な調整やデータの活用・分析を含めた市町村支援

# 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。

## 事業項目と事業の進め方のイメージ



\* 図の典拠：富士通総研「地域の事情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改定（平成27年度老人保健医療推進等事業）

# 認知症対策施策の総合的な推進

- 「共生」「予防」の取組の推進
- 認知症サポーターの養成とサポーターが活躍できる仕組みづくり（外出支援、見守り・声かけ、話し相手、認知症の人の居宅へ出向く出前支援等）
- 長期的な予防、啓発、若いうちからの働きかけ（企業における健康経営）
- 認知症の早期発見・早期対応に向けて、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の体制の質の向上、連携強化

# 雲南圏域における入退院連携の推進 に向けた取り組み

## 雲南圏域医療介護連携調整検討委員会

雲南地域介護支援専門員協会、訪問看護ステーション協会

平成記念病院、奥出雲コスモ病院

雲南市・雲南市立病院・雲南市地域包括支援センター、奥出雲町・町立奥出雲病院

飯南町・飯南病院、雲南広域連合、雲南保健所

# 雲南圏域医療介護連携調整検討委員会



平成28年度たちあげ

概ね3カ月に1回集まり、情報交換、ルールの検討、運用の確認、研修会の企画等を行う。

雲南地域介護支援専門員協会  
(居宅、施設、小規模の代表)

訪問看護ステーション協会

雲南市立病院

平成記念病院

奥出雲コスモ病院

町立奥出雲病院

飯南病院

雲南市

奥出雲町

飯南町

雲南広域連合

雲南市地域包括支援センター

雲南保健所(事務局)

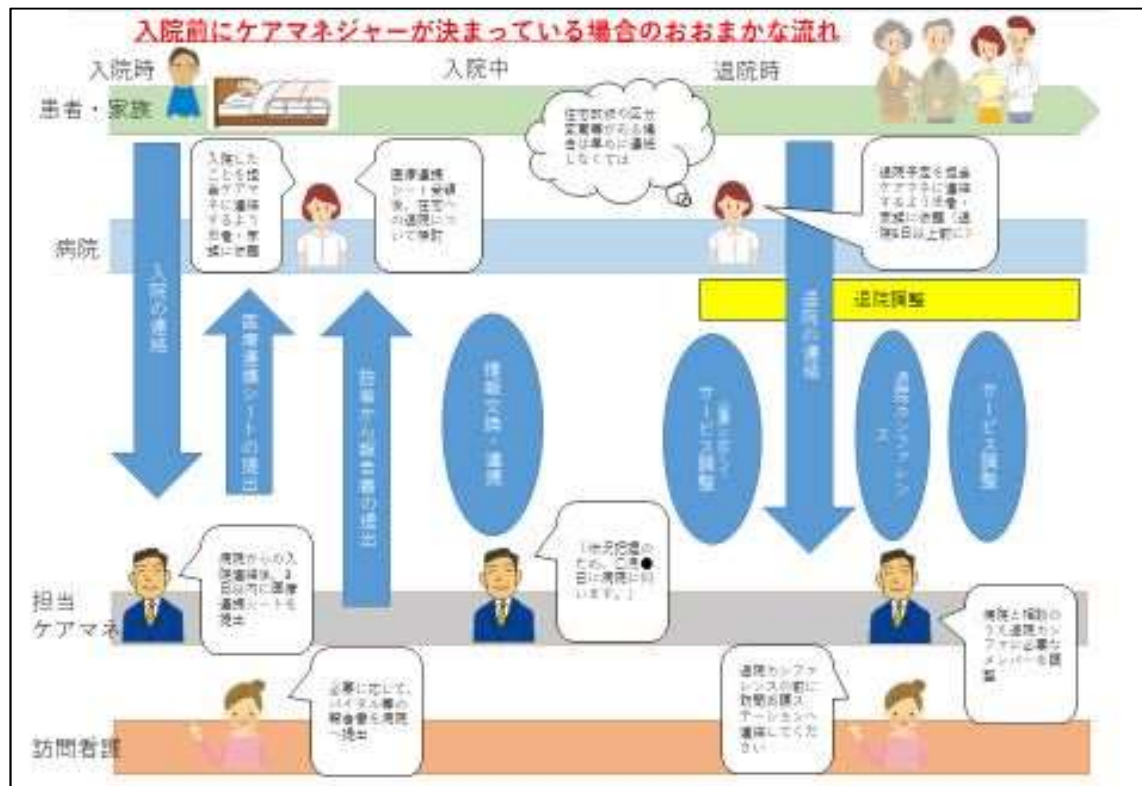
連携担当

第14回(R元8月)から病棟看護師も参加

全15名 +α



# 雲南圏域における入退院連携マニュアル（H29.4月～）



連携のタイミング  
窓口、様式を明確化

病院（精神科のぞく）  
様

介護連携シート（病院＜精神科のぞく＞）  
記入年月日 平成 年 月 日

TEL		
FAX		
性別	生年月日	年 月 日 ( ) 歳
住所		区
氏名	続柄	世帯構成
氏名		
氏名		
<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )		主:主介護者、 <input type="checkbox"/> キーパーソン
認知症生活自立度		
住宅状況	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(持家・賃貸) <input type="checkbox"/> その他( ) 要支・要介 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	
特記	専用居室 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 階	認定日 H . . . . .
医療情報	発症日時	認定期間 H . . . . .
	病名	
	治療情報等	
	医療機関	備考(別名等)
	服薬状況	
	<input type="checkbox"/> 薬手帳等参照	
かかりつけ薬局	[ 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ]	
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
障害手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 特1 <input type="checkbox"/> 特2 <input type="checkbox"/> 特3 )	級	障害名

# マニュアルの周知と関係者の顔の見える関係づくり

## 雲南圏域 在宅医療・介護連携にかかる多職種合同研修

病院、介護支援専門員、訪問看護ステーション、市町等関係機関が、それぞれの役割や医療介護連携の必要性について理解し、相互理解や顔の見える関係づくりを一層すすめることを目的に開催。



**参加者 63名**

内訳	介護事業所	23名
	病院	12名
	診療所・薬局	3名
	訪問看護	5名
	行政	7名
	事務局	13名

平成29年12月9日（土）  
三刀屋農村環境改善メインセンター



**参加者 57名**

介護事業関係	16名
病院	10名
歯科診療所・薬局	7名
訪問看護	2名
行政	9名
事務局	13名

平成30年12月8日（土）  
三刀屋農村環境改善メインセンター

### 行政説明

「入退院連携マニュアルの作成と運用状況について」

#### 報告①

「病院における入院時・退院時の情報管理について」  
圏域内5病院

### グループワーク（ワールドカフェ方式）

「入退院連携の現状と課題を考えよう」

報告② 「雲南圏域の4つの病棟機能について」  
急性期 回復期リハ 包括ケア 療養

### 行政説明

「入退院連携マニュアルとその運用状況」

#### 報告①

「介護事業所における入院時・退院時の情報管理」  
居宅介護支援事業所 小規模多機能型居宅介護  
介護老人保健施設 地域包括支援センター

### グループワーク（ワールドカフェ方式）

「入退院連携を考えよう」

報告② 「介護サービスの紹介」  
小多機 看多機 介護老人保健施設

## 入退院連携にかかる課題（平成30年度研修グループワークより）

入院・退院の連絡が  
無い

情報提供すべき内容が  
分からない

他圏域との連携がス  
ムーズにいかない

入院中の  
情報共有が  
できていない

転院時の連携が  
難しい

急な退院は大変

**まだまだ、たくさんの課題がある**  
**ルールだけでは解決できないものも**  
**抽出された課題はひとつずつ分析し、解決につなげる必要がある。**

# 課題解決に向けた取り組みの紹介



## 課題解決に向けた取り組みの紹介 「マニュアル改定」

《H30年8月 主な改正点》  
 ケアマネ連絡カードの追加  
 転院時の取り扱いを追加  
 参考資料追加（歯科医師会、薬剤師会）  
 関係機関の時点修正  
 「よくある質問Q & A」を作成

《R元年9月 主な改正点》  
 連携シートに「退院時確認したい事項」欄を追加  
 シート様式に記載する際の注意書きを追加  
 Q & Aに入院連絡について追加

**ケアマネ 連絡 カード**

事業所名  
うんなん 居宅介護支援事業所

住所  
雲南市〇〇町〇〇

TEL: 0854-42-〇〇〇〇  
 FAX: 0854-42-〇〇〇〇

担当ケアマネジャー  
うんなん たろう

※入退院・転院時には、病院にこのカードを見せてください。又、担当のケアマネジャーにも連絡をお願いします。

※このカードは介護保険証と一緒に保管してください

) )

◀ 注意 ▶ 重要箇所や特に伝えたい情報は、太字、フォント変更、下線等により目立つように記載しましょう。

病院(精神科のぞく)

記入年月日 平成 年 月 日

心身機能	理解	(特記	
	短期記憶	(特記	
	周辺症状	※詳しいBPSDと症状に対し 特記	) 歳
	退院時 確認したい情報		

**Q.** 担当する利用者の入院をしたことがケアマネジャーに伝わらない(連絡が遅い)ことがあります。

**A.** 入院の連絡は、患者又は家族から行います。患者または家族から入院の連絡ができない場合は、病院担当者が連絡します。

病院担当者は、入院患者が介護保険を利用している場合は、患者や家族に対し、担当ケアマネジャーに連絡をするよう伝え、必要に応じて確認を行ってください。

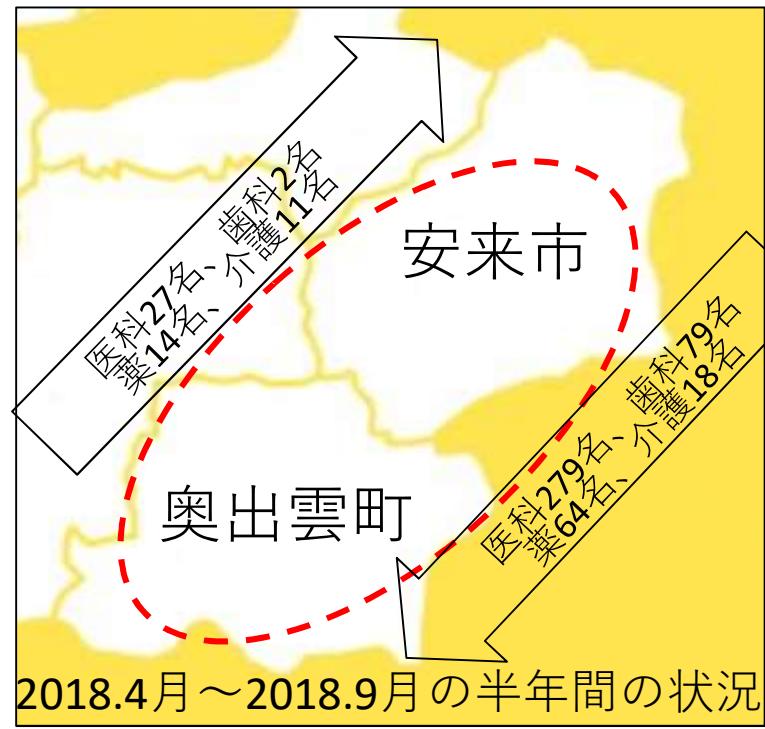
また、ケアマネジャーは平時から利用者に対し、入院するときや何かあった時は必ず担当ケアマネジャーに連絡することを伝えることや、ケアマネ連絡カードを配布するなど連絡先を明らかにしておくなど、確実に連絡してもらえるようにしましょう。



## 課題解決に向けた取り組みの紹介 「他圏域との連携」



- H31.3.7 美郷町役場
- 美郷町包括  
飯南町包括、飯南病院  
県央保健所、雲南保健所



- R元.7.12 安来市比田交流センター
- 安来市医療・介護担当、医師会  
(在宅医療支援センター)  
奥出雲町医療・介護担当  
松江保健所、雲南保健所

現状や課題、今後の見通しを情報交換  
境界を接する地域では、隣町のサービスが大事な資源に  
なっている

# 課題解決に向けた取り組みの紹介「島根県入退院連携ガイドライン」

島根県  
入退院連携ガイドライン  
~病院と地域をつなぐ切れ目のない連携を目指して~  
島根県入退院連携検討委員会  
(島根県健康福祉部高齢者福祉課)

1. はじめに  
住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療や介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく連携していく必要があります。  
在宅療養を続けていくためには、病院と地域をつなぐスムーズな「①入退院支援」、多職種協働による「②日常の療養支援」、在宅療養者の「③急変時の対応」、本人・家族が望む場所での「④着取り」という4つの機能を確保することが大切です。本ガイドラインは、これらの機能のうち、「入退院支援」を関係機関が協働して実施していくためのツールです。  
また、市町村が主体となり、介護保険法の地域支援事業に位置付けられた「在宅医療・介護連携推進事業（(ア)～(ク)の8事業項目）」を進めています。この事業項目のうち、「(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援」、「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」に本ガイドラインが役立ちことが期待されます。

## ねらい

- ❑ 二次医療圏単位でルールを作成する際のモデル
- ❑ 各圏域で検討の場が作られ、策定後も、周知、運用確認や課題解決に向けた検討を行う

**ガイドラインにそったルールが各圏域にできることにより、圏域を越えた入退院の連携がスムーズになることに期待**

## 課題解決に向けた取り組みの紹介「食事情報の共有」

平成30年度 多職種合同研修  
グループワークの意見

令和元年度雲南地区栄養士会総会・研修会  
で意見交換

病院によって  
食事内容がちがう  
(統一できていない)

退院をされる  
際に必要とされて  
いる食事の  
情報良し?

食事形態の調査には  
栄養士の関与が必要  
多職種連携研修会に  
栄養士や歯科衛生士も参加

『食』に関する課題が多く寄せられた



5病院で食事の名称、画像、説明を  
まとめた資料を作ることになりました。



# 課題解決に向けた取り組みの紹介「食事情報の共有」

令和元年11月27日 雲南地区栄養士会研修会  
各病院で作成された資料を、医療と福祉の部会合同で意見交換



学会分類コードの課題  
など幅広く意見交換。

「レイアウト」「記載  
項目」等整理し、年度  
内の完成を目指す。

副食名称	イメージ	食種名	写真
① 普通 (並食)		普通	
② 一口大		軟菜	
③ 荒刻		五分菜	
④ 刻		三分菜	
⑤ 嚥下困難食 (マヒ食)		流動	
⑥ ゼリーなど			

食事形態一覧

平成記念病院・平成苑

# マニュアルの周知と関係者の顔の見える関係づくり

雲南圏域 在宅医療・介護連携にかかる多職種合同研修

令和元年度は、より近い関係づくりと参加しやすい環境を目的に各市町で開催しています。



奥出雲町(地域ケア多職種連携会議)

毎月開催されている地域ケア多職種連携会議の場で研修会を実施。11月は行政説明と意見交換、12月にワークショップ(多職種ロールプレイ)を実施した。

令和元年11月14日(木) 17:30~18:30

参加者約35名

(町内介護事業所(13)、奥出雲病院(13))

開業医、薬剤師、社協、行政)



雲南市(多職種連携ネットワーク研修会)

宮崎大学吉村教授を招き、ワークショップ(多職種ロールプレイ)を実施。医師会主催。懇親会つき。

令和元年11月30日(木) 17:00~18:30

参加者約90名

(医師会、病院、薬局、介護事業所、行政等)

飯南町は、2月8日 多職種連携研修会



# 雲南圏域医療介護連携調整検討委員会



平成28年度たちあげ

概ね3カ月に1回集まり、情報交換、ルールの検討、運用の確認、研修会の企画等を行う。

雲南地域介護支援専門員協会  
(居宅、施設、小規模の代表)

訪問看護ステーション協会

雲南市立病院

平成記念病院

奥出雲コスモ病院

町立奥出雲病院

飯南病院

雲南市

奥出雲町

飯南町

雲南広域連合

雲南市地域包括支援センター

雲南保健所(事務局)

連携担当

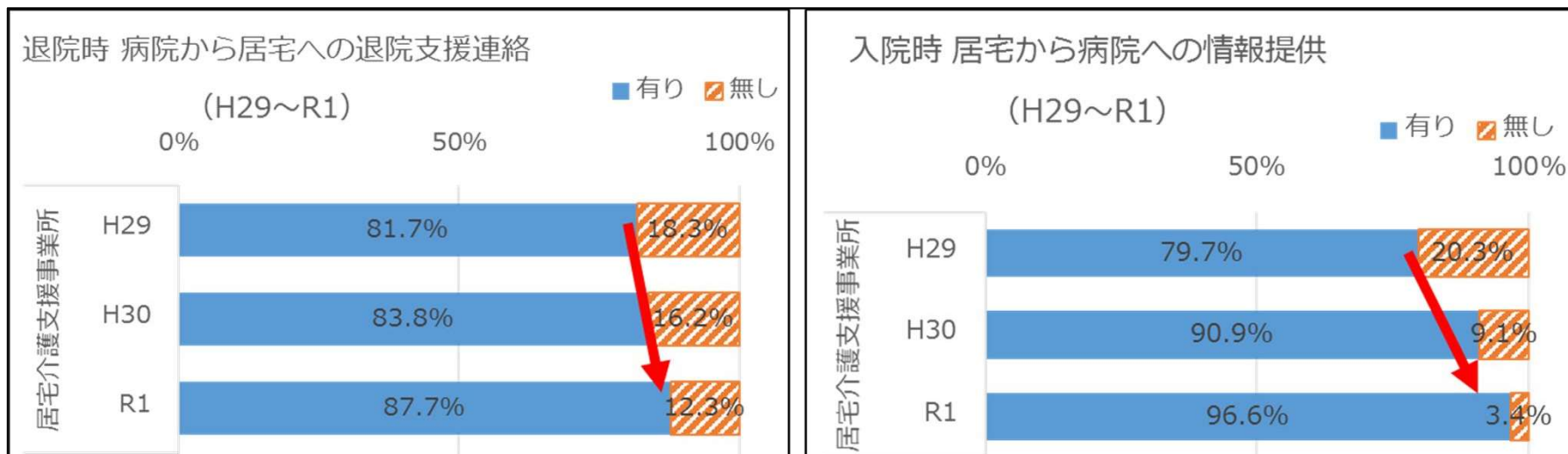
第14回(R元8月)から病棟看護師も参加

全15名 +  $\alpha$

## 直近の運用状況

~令和元年度 入退院時における病院と在宅サービス事業所間の情報共有に関するフォローアップ調査~

# 令和元年度 入退院時における病院と在宅サービス事業所間の情報共有に関するフォローアップ調査（雲南圏域）



担当利用者が、**令和元年9月中に入院もしくは退院したケース**について、病院との情報共有に関する状況をアンケート調査した。

退院時の病院からケアマネへの連携、入院時のケアマネから病院への連携ともに実施率的は向上している

行われていないケースも検査入院・短期入院等（圏域ルール上）情報共有を不要としているケースがほとんど。

ルールが浸透し、関係者の意識が高まっている

# 令和元年度 入退院時における病院と在宅サービス事業所間の情報共有に関するフォローアップ調査（雲南圏域）

## 自由記述

うまくいったという意見が多数、問題があったという意見も散見された。

連絡がとれず退院できず、情報共有に苦慮した。  
退院カードのレスポンスは、「この日に退院を」の押印が強く、退院後の生活について検討・調整が不十分で退院に悩んだ。  
退院カードのレスポンスで、退院前までに検討は済ませたことが、結局は退院できなかった。

病院の相談員から聞いた情報と、病棟から聞いた情報がちがいで、最終的に病棟で退院後の調整を行った。

特に認知症の帰宅願望のある利用者の入院については、その症状によっては緊急退院等もあり、以後の在宅支援にハラハラ感が強いです。

相談員・情報連携を、話し合い  
いたしてはいるが、思っている  
列挙。(例として、在宅サービスの回数。  
: (質問は「子の」として「かみ」と  
思う「子の」列挙。)  
どの様に活用しているの？  
α-40列挙。

圏域内では入退院連携マニュアルが整備されているが、圏域外の病院へ情報提供の際の担当窓口や情報提供の方法がわからない。圏域外の入退院連携マニュアルを見ることができるとよい。

病院: 連携室にTEL後FAXにて情報提供。数日後電話し情報を得たいと思ったが、退院支援のオーダーが出ていないため担当相談員が決まっていないとの事で、病棟看護師に回され、個人情報なので言われ話を聞けなかった。

さらなる負担軽減と満足度向上に向けて、ルールの精査や関係者間の顔の見える関係づくりを重ねていく必要がある。

# まとめ



## (検討委員会) 医療介護連携に必要なと考えること

- 取組みの継続と積み重ね
- 4つの場面で考える。(入退院、日常、急変時、看取り)
- しかけづくりと関係づくりの両輪で

しかけづくり . . . 入退院連携ルール、様式、ICT等  
行政や病院、職域団体が中心

関係づくり . . . 個々のケースにおいて、関係者間で  
課題解決できる関係性を整える  
個人レベルから、事業所、職域、  
市町村、圏域、県まで、重層的な、  
主体的な取り組み必要

## 表彰状

優秀賞

飯南町地域包括支援センター

田中 多美 様

あなたは第60回島根県保健福祉  
環境研究発表会において優秀な  
成績を収められました

よってこれを表彰します

令和元年7月9日

島根県保健福祉環境研究発表会

会長 吉川 敏彦



第60回島根県保健福祉研究  
発表会で、圏域の取組みとして  
事例報告し、**優秀賞**を頂きました。

(中国公衆衛生学会に誌上発表)

発表者: 飯南町地域包括支援センター 田中看護師



「雲南圏域における入退院連携マニュアル」は、島根県HP（下記のリンク）に掲載しています。

《URL》

[http://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kikan/unnan\\_hoken/renkei-manual.html](http://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kikan/unnan_hoken/renkei-manual.html)

《島根県トップページからのリンク》

トップ（<http://www.pref.shimane.lg.jp/>）

- > 医療・福祉 > 健康・医療 > 地方機関 > 雲南・奥出雲・飯南
- > 雲南圏域における入退院連携マニュアル

# まめネットを用いた連携促進



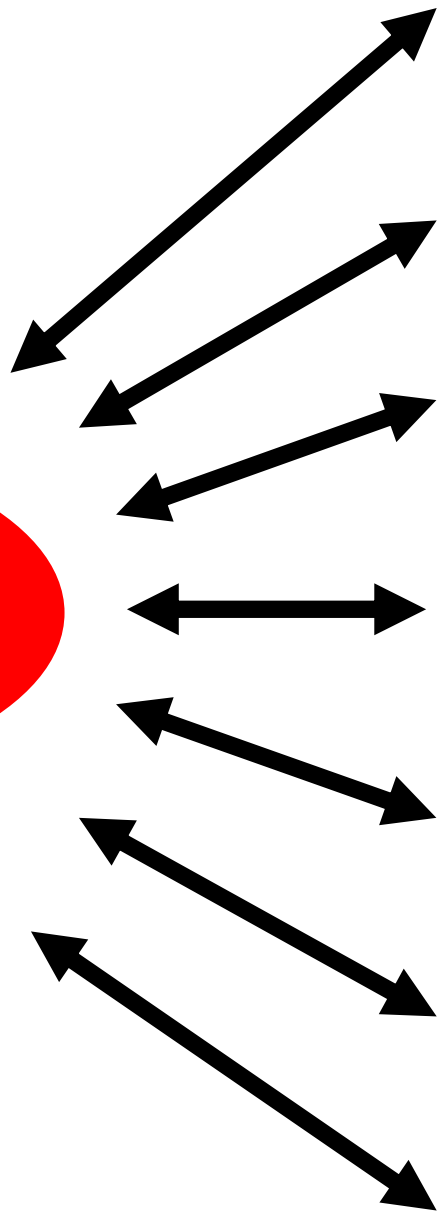
雲南市立病院 地域々々科

# 雲南市立病院

- 2016年8月から訪問診療開始
- 2019年4月から掛合診療所経営統合
- 同時に特養嘱託医業務開始

徐々に院外での診療が増加  
多職種連携の必要性が増加  
⇒ 医師とのアポイント取り難しい





- 訪問介護
- 訪問看護
- ケアマネ
- 薬局
- 福祉用具
- 訪問リハ
- 医師



# まめネット 在宅患者情報共有

- 訪問診療患者

- 特養利用者

- 一部の施設利用者



# どのような内容をやりとりしているのか

- 特養でのシステム導入時に研究
- 導入後2ヶ月間のやりとりをすべてチェック
- 情報入力回数をカウント
- 入力された内容をすべて書き出しテーマ分析
- 施設職員にインタビューし内容をテーマ分析

カテゴリー	コード	一例
問い合わせ内容への 医学的判断	疾患の診断	相談された情報から心不全、脱水状態、終末期等の判断を説明
	バイタルサインの判断	報告されたバイタルサインの解釈を説明
	病歴の追加	呼吸困難、胸痛、腹痛の有無等判断に必要な情報の追加
	外傷の評価	打撲や表皮剥離等を添付された画像をみながら評価、判断
	検査データの解釈	検査結果から貧血、脱水、心不全、腎障害等の状態を解釈して説明
	経口摂取量の評価	報告された摂取量から補液の必要性や終末期の予後予測に繋げる
方針の提案	搬送の判断	病院に搬送するか判断、搬送のタイミングの判断
	経過観察の指示	気を付けるべき所見の提示 再度相談すべきタイミングの具体的指示(体重等)
	他の医師への相談を提案	返信する医師が診療所に不在の場合、どの医師に相談すべきか提案
	精査の必要性の判断	病院への搬送や診療所受診の指示
医学的対応に 関する指示	薬剤の投与	解熱剤や痛み止め等の投与の指示
	経過観察指示	気を付けるべき変化を提示
	注射指示	脱水状態に対する補液や感染症への抗生剤投与の指示
アドバンスド・ ケア・プランニング	ターミナルケア患者の医学的指示	補液量や疼痛管理の指示
	終末期療養方法	職員や本人家族の意見、希望にあった療養方針の提案
	家族の調整	家族との希望や意見の調整、見舞いの様子の報告

カテゴリー	コード	一例
フィジカルアセスメント	バイタルサイン	測定したバイタルサインの報告
	理学所見	看護師がとった理学所見の共有
	食事/水分/内服の摂取状況	摂取状況の共有
	排泄	排尿排便の状況共有
	症状の変化	呼吸困難、発熱、腹痛、皮疹等の症状変化について共有
	画像提示	外傷や皮膚所見の画像を共有
看護師によるマネジメント	適切な投薬	下剤、鎮痛剤、眠剤の調整を提案
	クーリング	微熱時のクーリング対応の報告
	点滴加療	脱水状態や感染症に対する点滴実施の報告
	手技や処置の実施	酸素投与、吸痰、尿カテ留置等の報告
アドバンスド・ケア・プランニング	家族の想いを共有	終末期の利用者家族の状況の報告
	療養方針相談の場設定の提案	容体に変化しつつある利用者に関しACPの場を設定する提案
	予後予測	死亡時期の予測
医師への確認	治療方針の確認	発熱や皮疹等への治療方法の確認
	診断の相談	報告した症状の診断名を確認
	医師の診察を提案	利用者の変化について診察の提案



# 看護師インタビューから

- 切れ目のない多職種連携に繋がる
- 活発な情報共有に繋がる
- セキュリティシステムへの信頼感
- 時間の有効活用に繋がる
- ICTへの慣れは必要(特にベテラン)



# 在宅訪問栄養食事指導の 取り組みと今後の課題

町立奥出雲病院 管理栄養士 石川めぐみ  
藤原裕子



# はじめに

高齢者の場合は入院によるADLの低下は避けられず、退院したその日からの生活が成り立つか不安な場合も多くある。入院時と同様に自宅でも【栄養管理】を継続することが出来れば、入退院を繰り返す高齢者は減少し、またフレイルへ移行するまでに介入すれば、フレイルの進行を予防することが可能だと考える



# 目的

在宅訪問栄養食事指導を開始して約1年が経過し、これまでの症例を分析して今後の課題について検討したので報告する





# 栄養管理科

管理栄養士4名（2019年4月現在）

## 業務内容

入院栄養管理、外来栄養指導、NST、褥瘡、緩和委員会などの回診・各種カンファレンスの参加。糖尿病教室、マタニティ教室、出前講座など

在宅訪問栄養食事指導（2018年7月より開始）

管理栄養士 2名 （院内業務と兼務）

# 在宅訪問栄養食事指導について

- 在宅訪問栄養食事指導とは  
通院などが困難な方のために、管理栄養士がご家庭に定期的に訪問し、療養上必要な栄養や食事の管理及び指導を行うもの
- 実施概要  
回数：2回/月まで      時間：30分～60分程度

	医療保険 在宅患者訪問栄養食事指導	介護保険 居宅療養管理指導
同一建物住居者1人	530点	539単位

\* 加算：中山間地域等における小規模事業所加算（介護保険）

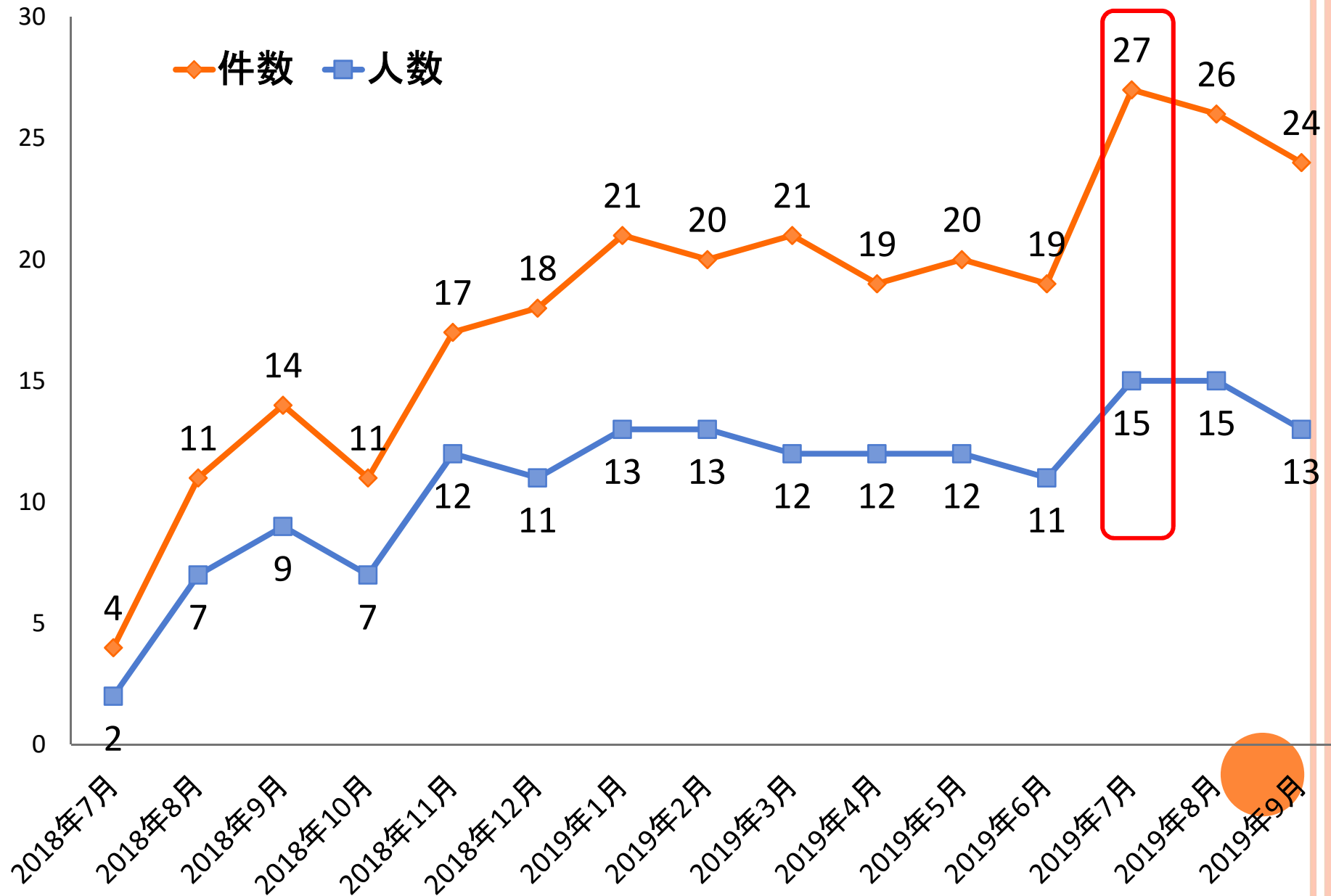
## ○ 対象者

糖尿病、腎臓病、脂質異常症、胃・十二指腸潰瘍、高血圧、心疾患、高度肥満症など食事管理が必要な方、低栄養状態、摂食・嚥下困難な方

## ○ 指導内容

- ・状態に合わせた食事内容、形態などの指導
- ・食事摂取量と栄養状態のチェック
- ・調理指導（家族やヘルパーへの指導も可）
- ・栄養補助食品、介護用食品の使用方法などの紹介
- ・その他療養生活に関わる様々な問題

# 【在宅訪問栄養食事指導件数・人数】





# 方法

対象期間：2018年7月から2019年9月

対象：在宅訪問栄養食事指導利用者 31名  
(介護保険：29名 医療保険：2名)

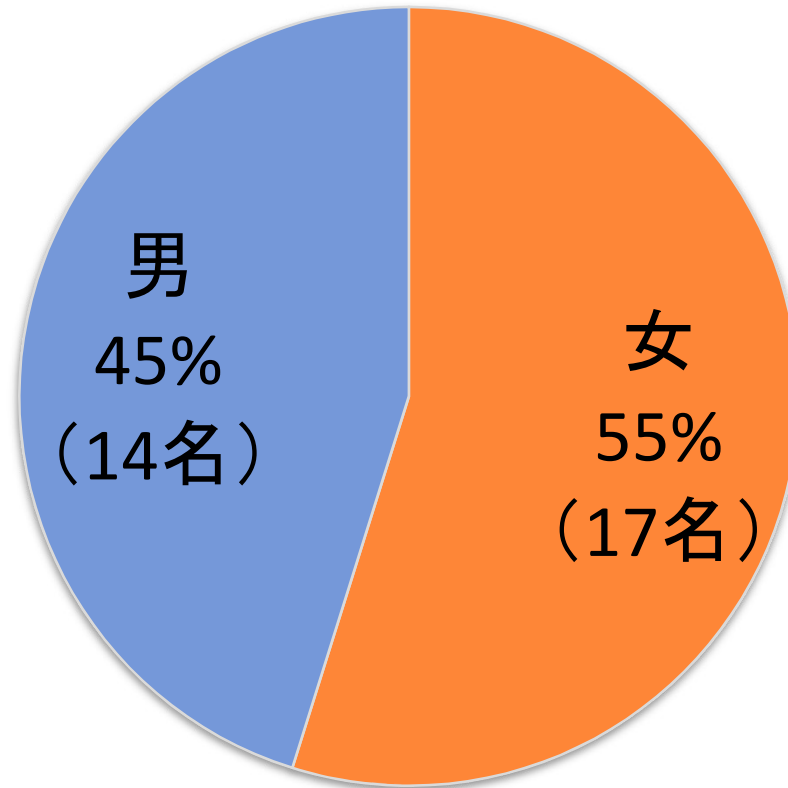
方法：

性別、年齢、BMI、介護度、家族構成・  
主介護者、介入パターン、実施状況と指導  
の効果



# 結果

## 【性別】

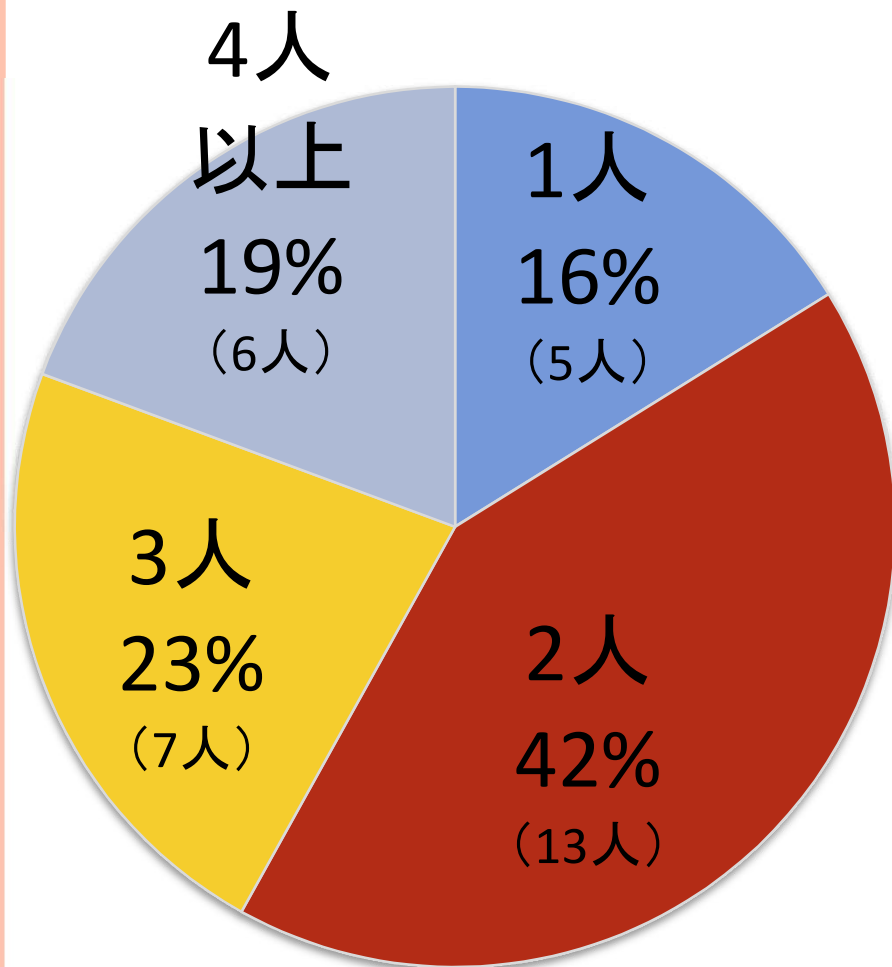


## 【平均年齡】

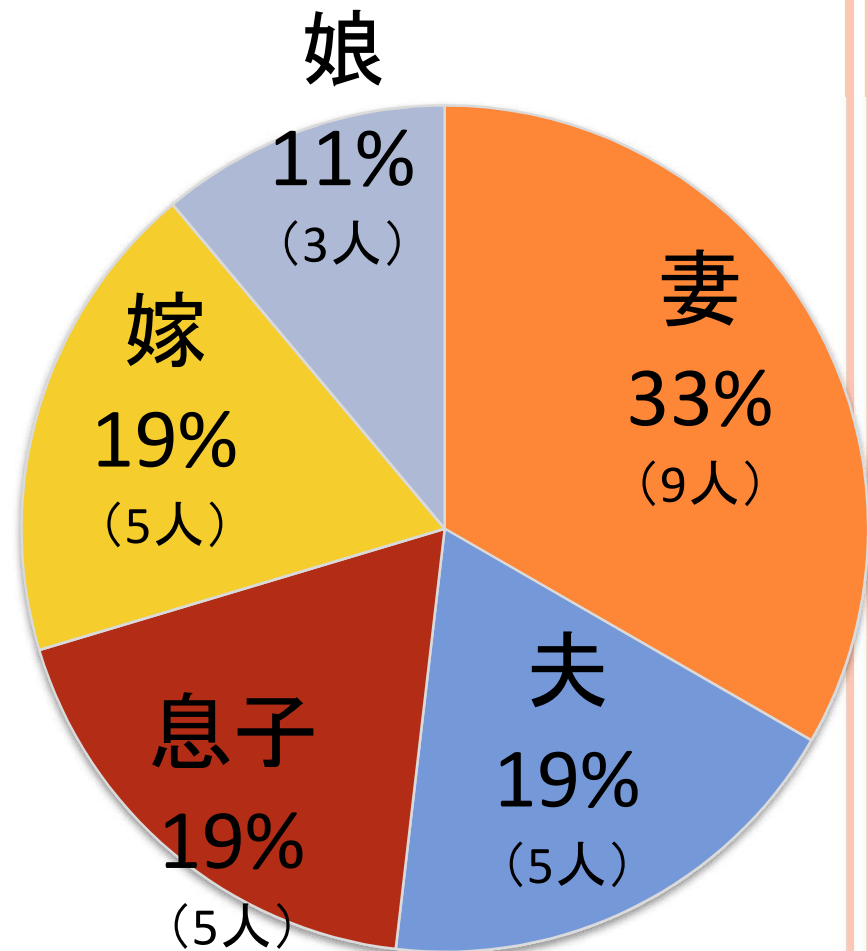
85歲 (男性: 84.9 歲 女性: 84.8 歲)



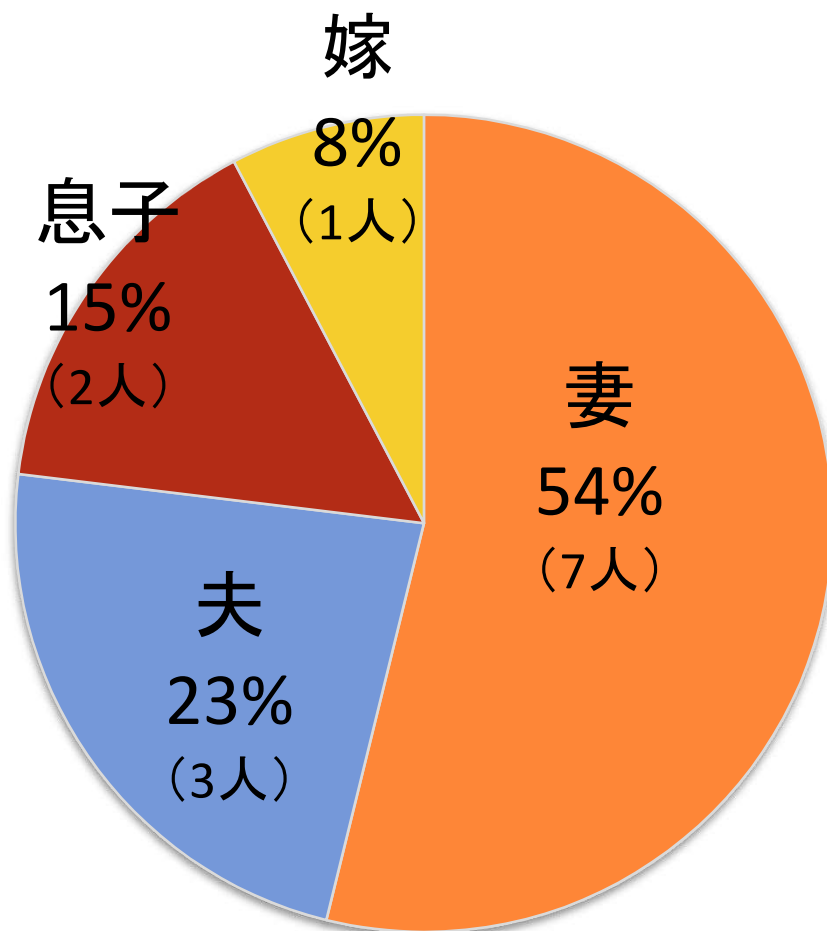
## 【家族構成】



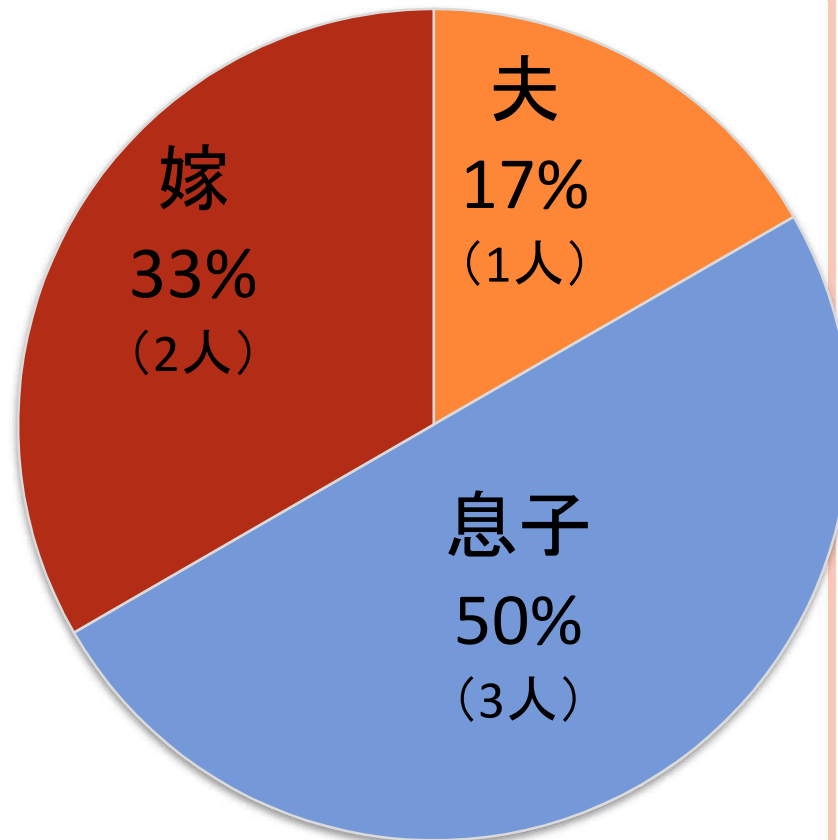
## 【主介護者】



## 【2人家族(主介護者)】

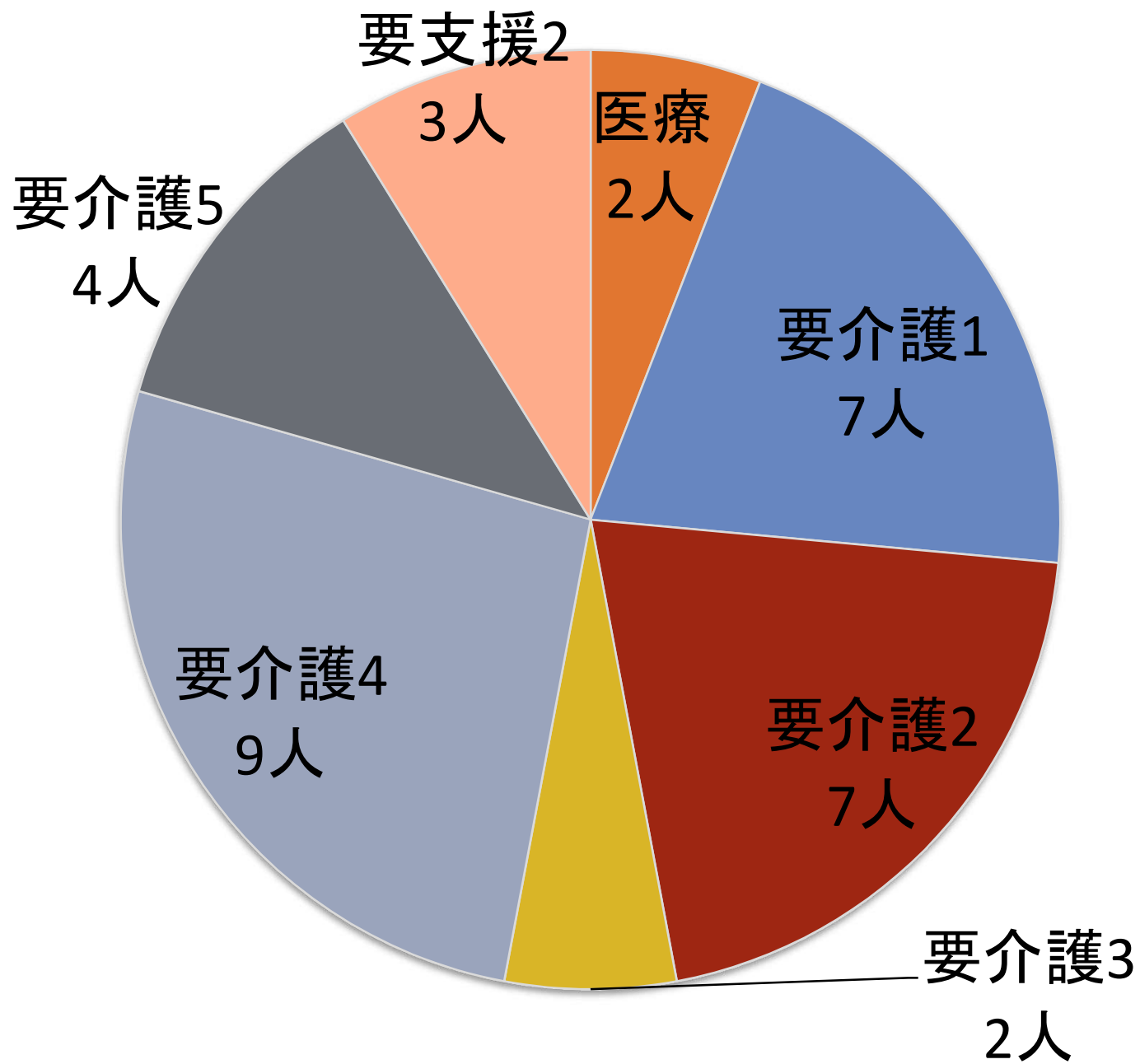


## 【3人家族(主介護者)】





# 【介護度分類】



## 【BMI】

18.5 未満(痩せ) : 14人

18.5~25 未満(普通) : 14人(浮腫2人)

25以上 (肥満) : 3人(浮腫2人)

【平均BMI】 20.4

19.2 (浮腫の方を除く)

【男 性】 20.6

20.4 (浮腫の方を除く)

【女 性】 20.1

18.3 (浮腫の方を除く)



# 目標とするBMIの範囲(18歳以上)

年齢(歳)

目標とするBMI

18～49

18.5～24.9

50～69

20～24.9

**70歳以上**

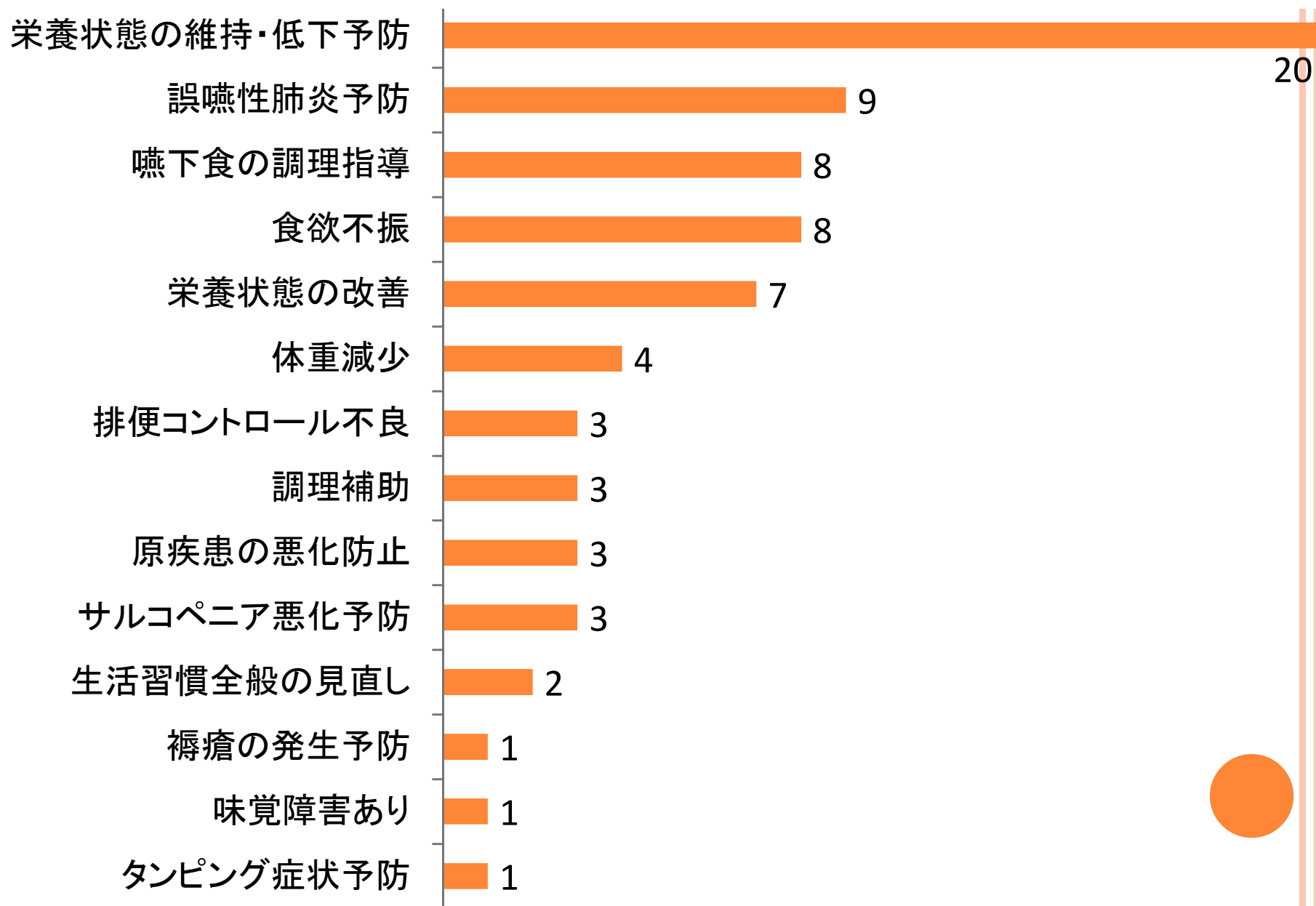
**21.5～24.9**

## 【主疾患】

- パーキンソン病
- リウマチ
- 癌（大腸・肝臓・胃）
- 慢性腎不全
- 慢性心不全
- 糖尿病
- 脂質異常症
- うつ病
- 認知症
- 低栄養
- 便秘症
- サルコペニア
- 骨粗鬆症
- ヘルニア
- 脊柱管狭窄症
- 頸部靱帯硬化症
- 脳梗塞後遺症  
（麻痺・失語）

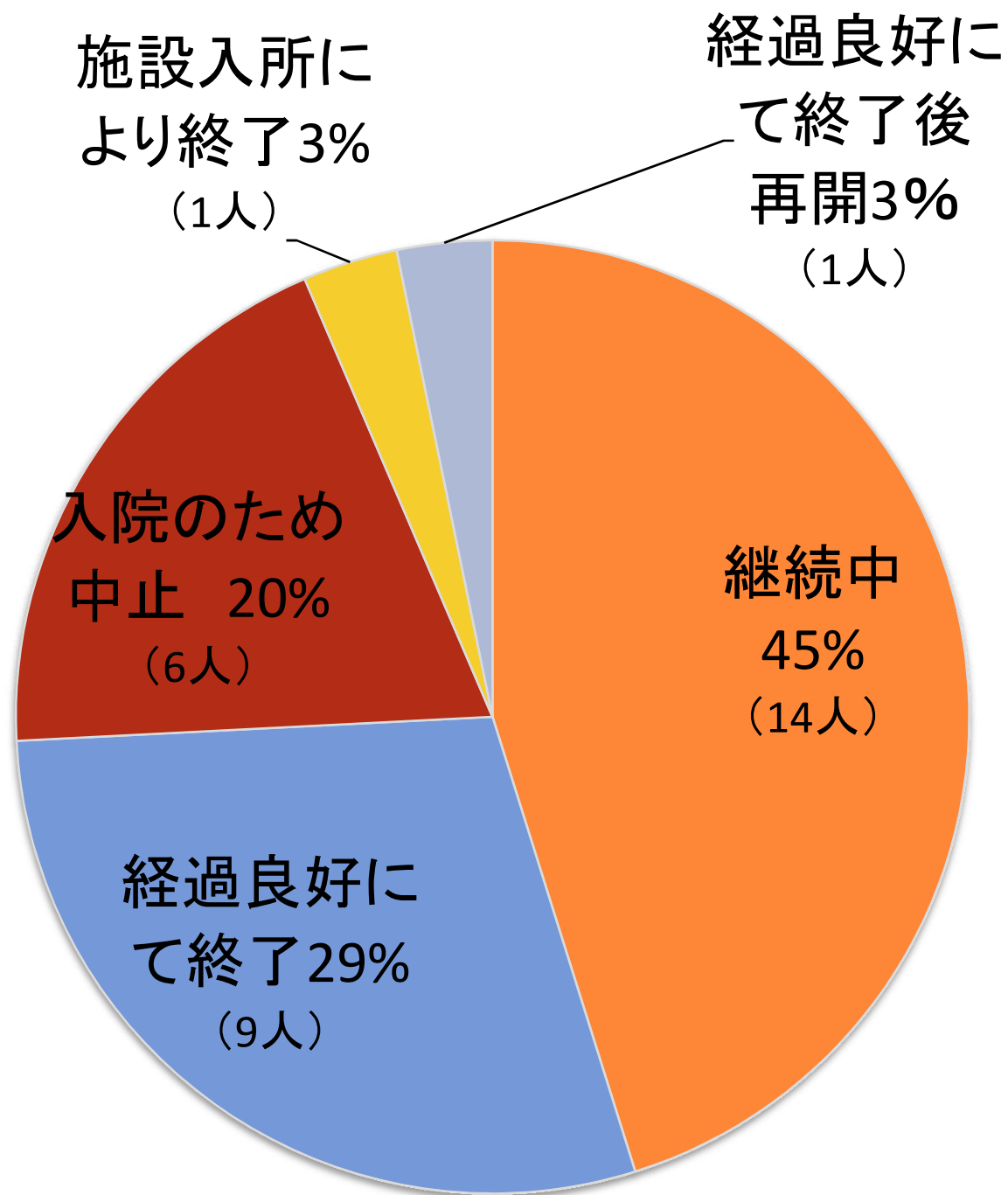


# 【訪問栄養食事指導依頼内容】（複数回答）





## 【実施状況】



## 【訪問回数・介入期間】

『継続中』

平均： 11.9 回  
( 平均： 163.5 日 )

『経過良好にて終了』

平均： 5.9 回  
( 平均： 93.4 日 )

『入院のため中止』

平均： 4.3 回  
( 平均： 72.7 日 )



# 栄養不良のリスク判定

## ○簡易栄養状態評価表

### MNA-SF

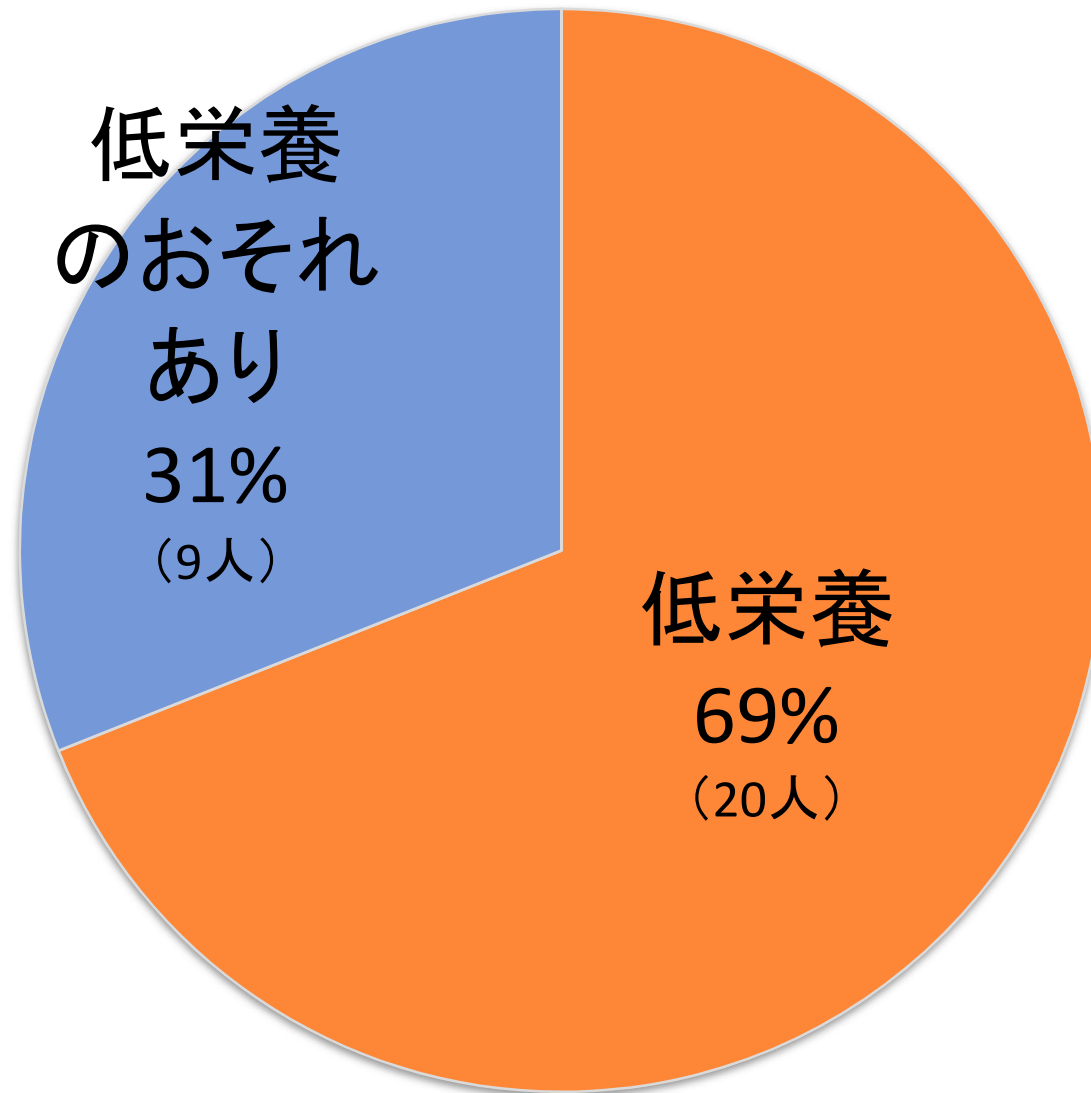
(Mini Nutritional Assessment - Short Form)

65歳以上の高齢者の栄養状態を評価するツール

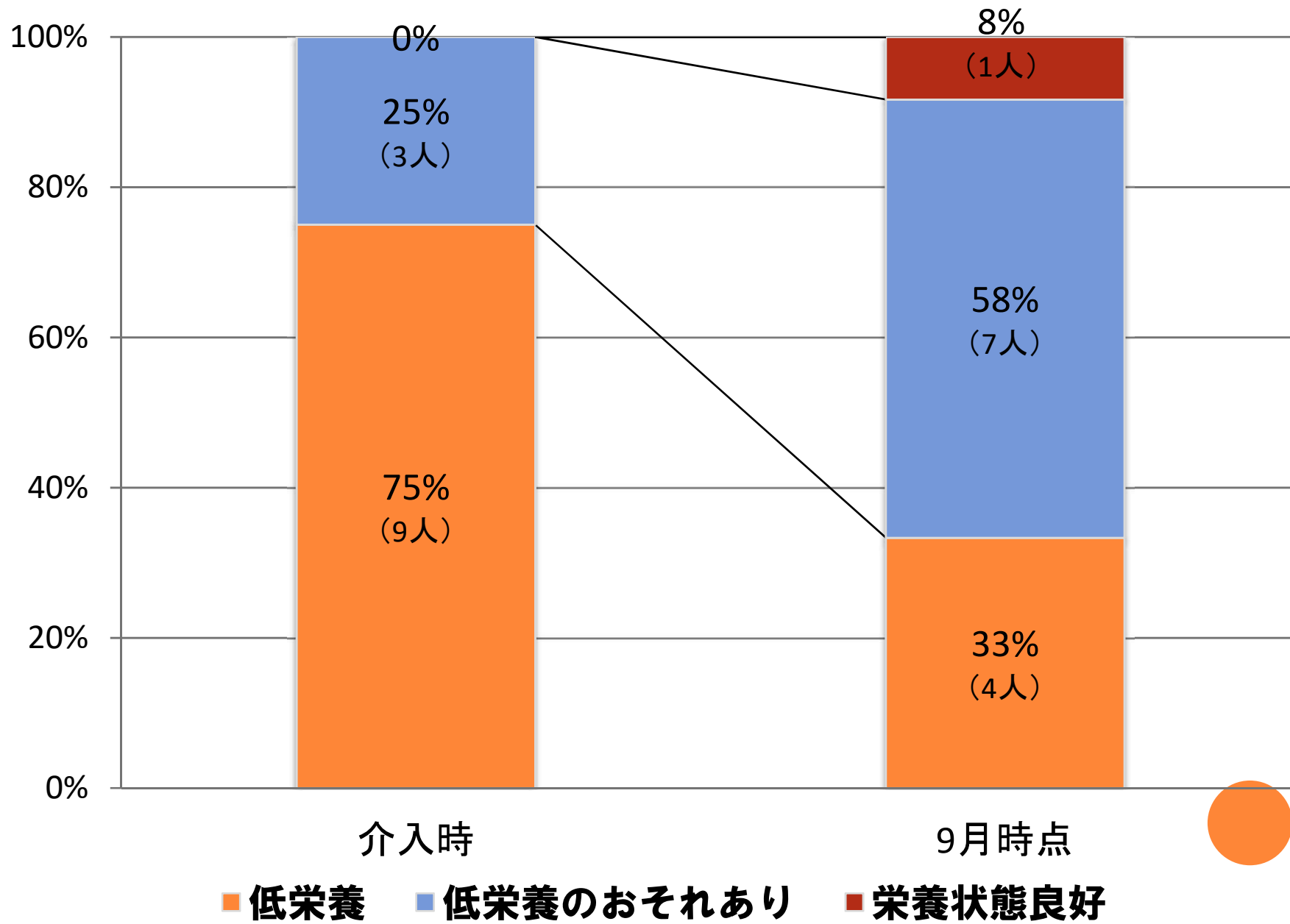
【栄養状態良好】	12～14点
【低栄養のおそれあり】	8～11点
【低栄養】	0～7点



# 【MNA-SF(介入時)】

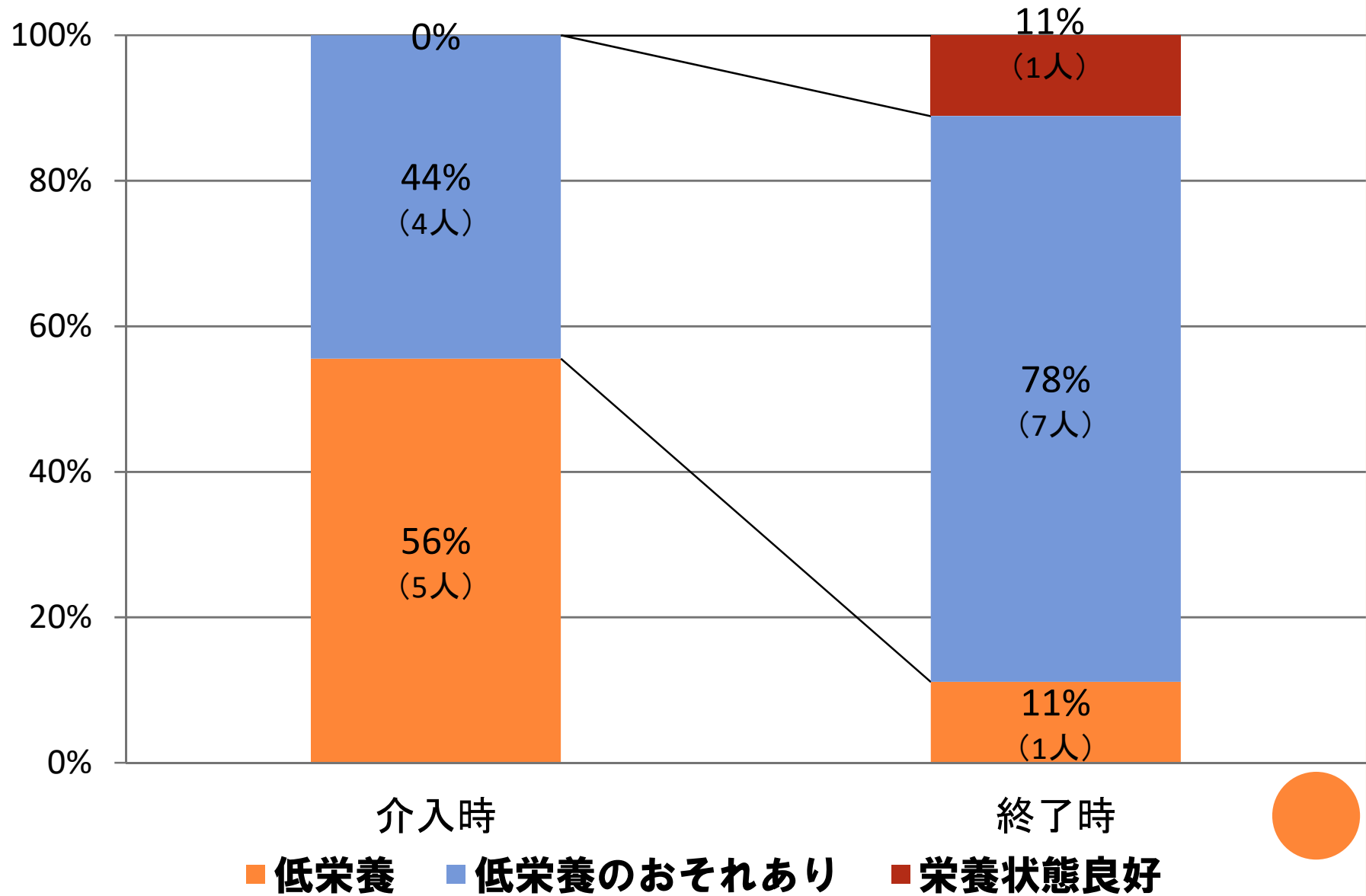


# 継続中

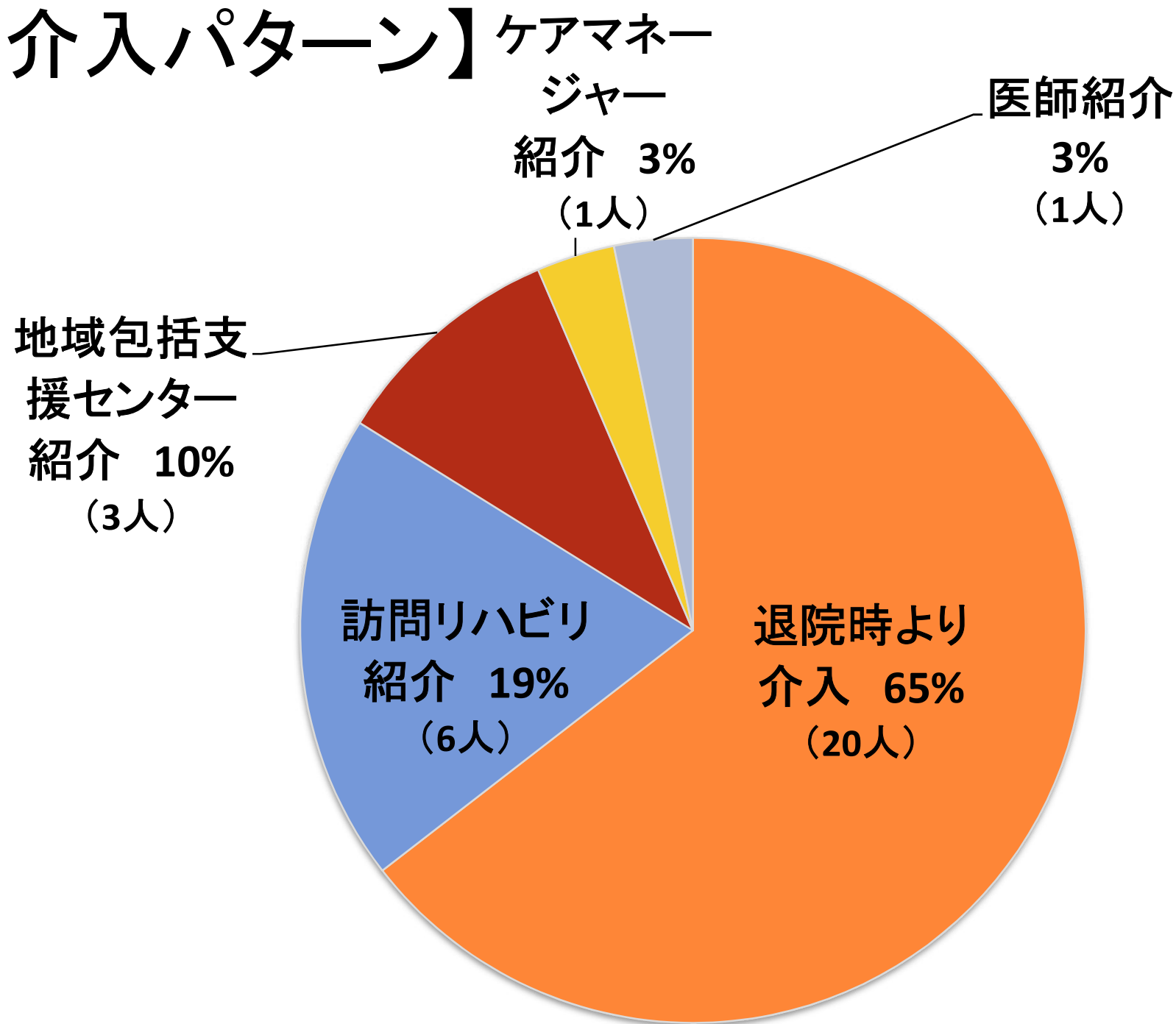




# 経過良好にて終了



# 【介入パターン】



# 症例

【基本情報】 82歳 女性

介護度：要介護2

疾患名：パーキンソン病

家族構成：2人 主介護者：夫

入院前ADL：手摺りなどに掴まっの歩行

立ち上がり(トイレなど)は介助必要

## 【現病歴】

自宅でお餅が喉に詰まり、A病院へ救急搬送。

気管挿管し、異物除去を行い蘇生された。

当院へリハビリ目的に転院。

ADLは入院前の状態まで回復し自宅へ退院

# 【食事経過】

A病院：ミキサー食（学会分類：2-1）・粥（とろみ）

水分：とろみ茶（濃いとろみ）

当院

1日目：ミキサー食・粥ゼリー 水分：お茶ゼリー

6日目：やわらか食（2-2）・全粥 水分：お茶ゼリー

12日目：お茶ゼリー→とろみ茶（2%）

退院：やわらか食・全粥 水分：とろみ茶（2%）

## 【主治医指示】

嚥下食の調理指導・誤嚥性肺炎予防・  
栄養状態の維持

## 【その他サービス】

デイケア(週1回)・訪問リハビリ(週1回)

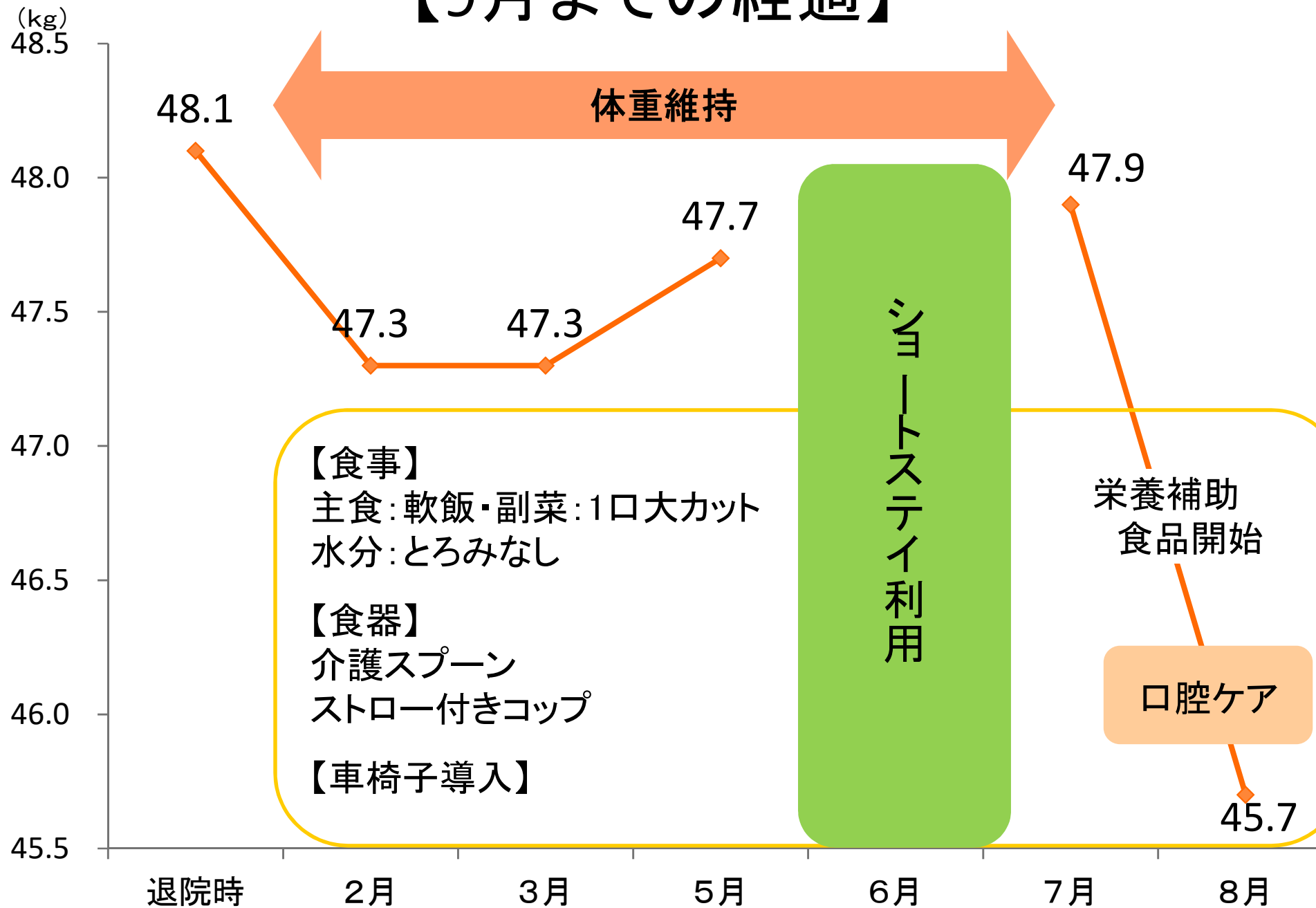
## 【実施内容】

- ・フィジカルチェック
- ・食事摂取量の把握
- ・食事形態の確認・調理補助
- ・嚥下状態の確認・口腔ケア





# 【9月までの経過】



# 考察

- 在宅訪問栄養指導の対象者は平均年齢85歳と高齢であり、介護者も高齢である場合や男性が調理者となる場合に必要性が高い
- 介入時の対象者はBMIも低く、栄養状態は低栄養や低栄養のリスクが高い。
- 依頼内容から「栄養状態の改善・維持・低下予防」は全ての症例で共通している。在宅での生活の質(QOL)を維持するためには必要不可欠である。



# 考察

- 栄養状態は介入後に維持・改善している者が多い
- 病状や介入時期によっては栄養状態の低下を予防出来ない。出来るだけ早期の段階での介入が必要
- 高齢者の栄養状態は低下しやすく、改善には時間を要する
- 介入パターンは退院時の介入が増加している。しかしケアマネージャーや地域包括支援センター、医師からの依頼がまだ少ない



# 今後の課題

- 在宅訪問栄養食事指導での支援の内容について医師やケアマネージャー、在宅関連の職種へ啓蒙活動をしていく
- 在宅での【栄養管理】の必要性について他職種に理解してもらう
- 病院や地域の中で他職種との信頼関係の構築
- 知識と技術のスキルアップ



# 島根リハビリテーション学院の 地域における取組





# みんなが自分らしく生きる社会へ 社会まるごと リハビリテーション。

リハビリテーションの仕事って病院施設での運動や訓練を通して  
病气やけがを回復する手助けをすること？  
それはとても大切な役割だけれど  
実は、それだけではないんです。  
療法士の大切な使命は  
子どもから大人、お年寄りまで  
病气やけが・障がいのある人も、そうでない人も  
お互いを認め合いながら自分らしく生きていく、  
そんな社会づくりに貢献すること。  
私たちがこの地で育んできたいのは  
ときには一対一の関係で目の前の人に深く関わり、  
ときにはより暮らしやすい環境の整備を提案し、  
ときには人と人のコミュニケーションを結ぶ、  
「社会に必要とされる身体と心の専門職」です。  
4年間の学びと経験を通して、  
あなたらしさを活かすリハビリテーションの形を  
ともに、見つけていきましょう。



**STYLE**  
病院での機能訓練  
病气により人殺されて  
いる方に対して、リハビリを行い  
自立支援をします。



**STYLE**  
生活場面での援助  
自宅での生活が続けられる様に  
自宅を訪問し生活動作の  
援助を行います。



**STYLE**  
スポーツ  
トレーナー活動  
高校生やプロスポーツの現場で  
ケガ予防やパフォーマンス  
向上を支えます。



**STYLE**  
研究による  
病気の予防  
新しい知見を見つけ、  
病の中に発症するため  
の研究を行います。



**STYLE**  
一般企業での  
製品開発  
リハビリテーションの観点から  
新たに作ったものを  
製品として  
売り出しています。



**STYLE**  
特別支援学級  
での支援  
脳性麻痺、自閉症などの  
障がい児がより学びやすい  
環境を支援しています。



**STYLE**  
通所施設での身体づくり  
デイサービスなどに通い、  
元気に生活し続けれる  
身体づくりの援助をします。



**STYLE**  
まちづくり  
への参画  
地域の集まりや絆の力を強めて  
より良いまちのあり方を  
住民とともに考えられています。



**STYLE**  
行政での制度づくり  
介護保険などの  
公的制度のあり方について  
知見とともに検討します。



# 育成人材像

## 理学療法 学科

理学療法士としての最新の科学的根拠に基づいた医学的知識・技術をもって、**他職種・他業種と協働**し、地域の未来の医療・保健・福祉の**創造**に寄与できる人材

## 作業療法 学科

作業療法士としての専門性と、**課題発見・解決能力**を有し、**多職種と連携**しながら、地域の医療・保健・福祉の発展を担う人材

# ディプロマ・ポリシー

## 理学療法 学科

### ①態度

多様な文化・価値観を理解するための幅広い教養、医療職として相応しい高い倫理性を身に付けている。

### ②思考・判断・行動

他職種・他業種・地域住民と協働し、主体的に自らが属する組織や地域においてイノベーションを起こす意欲と、**課題発見・解決能力、マネジメント能力**を備えている。

### ③理学療法に関する専門性

理学療法士としての最新の科学的根拠に基づいた知識、評価・運動療法・物理療法などの技術をもって、障がい者に対する基本的動作能力の回復、障害が予想される者に対する障害予防、健常者に対する健康増進、アスリートのパフォーマンス向上を図ることができる。

### ④関心・意欲

理学療法士として「理論と実践の往還」の中で成長していく意欲と、生涯学習能力を有する。

# ディプロマ・ポリシー

## 作業療法 学科

### ① 態度

多様な文化・価値観を理解するための幅広い教養、医療職として相応しい高い倫理性など、基本的人権を尊重して行動できる豊かな人間性を身につけている。

### ② 思考・判断・行動

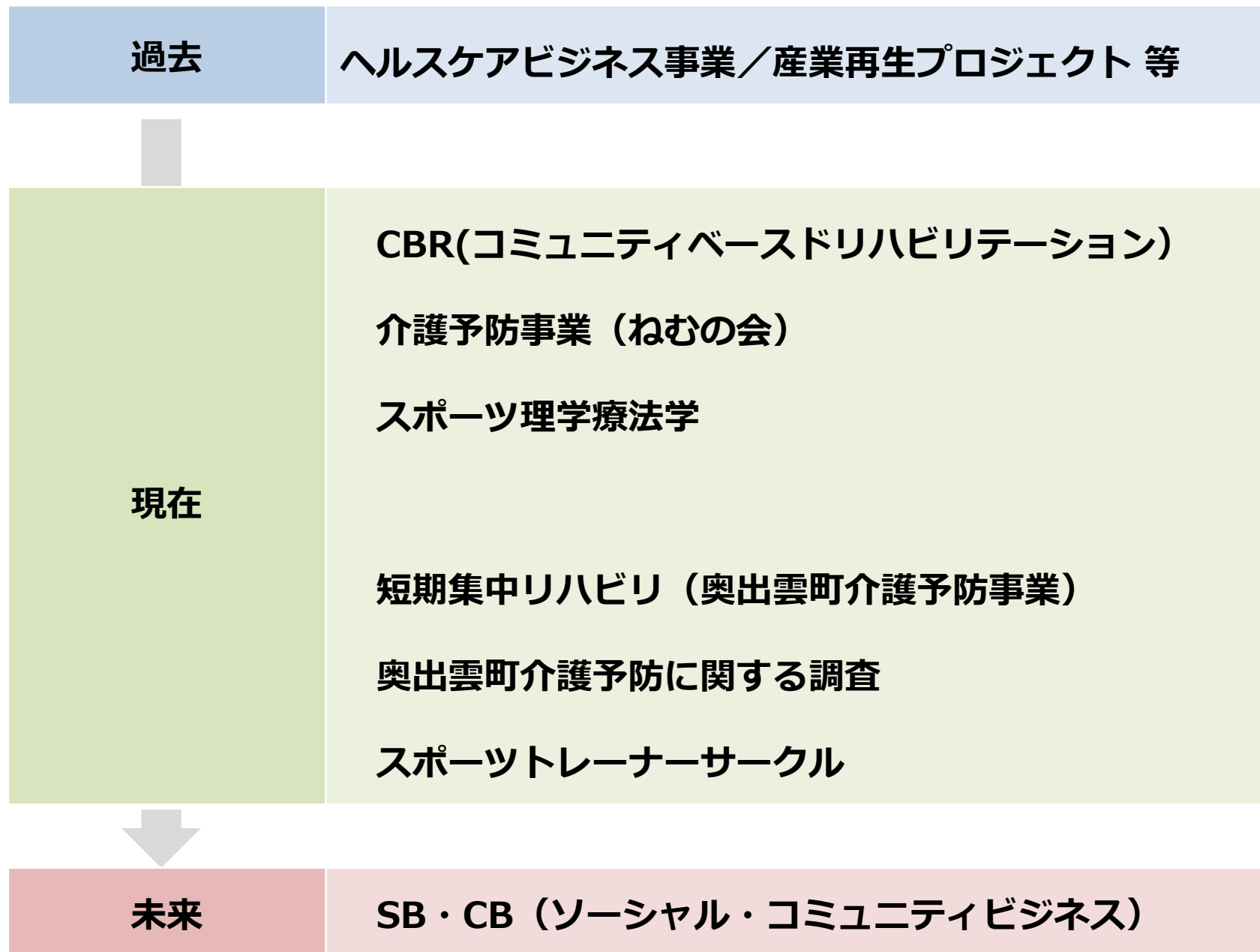
地域社会で活躍するため、**チームで協力**しながら、実在する**課題を多面的に把握**し、仮説をたて**解決策を立案**し提案することができる。また、仮説を見直し新たな解決策を立案し提案することができる。

### ③ 作業療法に関する専門性

作業療法士としての基本的な知識・技術をもとに、作業を通して人々の生活や価値観、環境を理解し、健康や生活の質、幸福の向上に寄与することができる。

### ④ 関心・意欲

基礎的な作業療法学研究の方法論を理解し、生涯にわたって「理論と実践の往還」の中で、学び続け成長していく意欲と基礎能力を身につけている。





# 授業：

## CBR (Community Based Rehabilitation) プロジェクト

### 【概要】

- ・本学、株)Community Care、雲南まちづくり協議会の3者協力により実施される地域での多職種連携課題解決型授業である。
- ・地域単位で住民主体で運営される「地域自主組織」をフィールドとし、作業療法士、理学療法士、音楽療法士、看護師、保健師、行政職員、NPO職員などが参画し、学生と共にフィールドワークやヒアリング、ディスカッションなどを通じて、まちの課題や資源(ヒト・モノ・コト)を繋ぎ合わせ持続可能な課題解決案を地域に提示していく。

【時期】 平成30年8月～



# CBRプロジェクト関係図

まちづくり協議会  
とコミケアによる  
「まちづくり」と  
島リハの「地域で  
活躍できる人材育  
成」の理念が合致

**雲南まちづくり  
協議会**

地域自主組織のマネジメント

フィールド提供

**島根リハビリ  
テーション学院**

地域での教育プログラム実施

教育プログラム作成・実施

フィールド調整

**株)  
Community  
Care**

地域での臨床実践

組織&拠点施設&常設事務局

～概ね小学校区～



地域課題を、住民自らが、事業化して解決！

地域自主組織をフィールド  
とする「まちづくり授業」

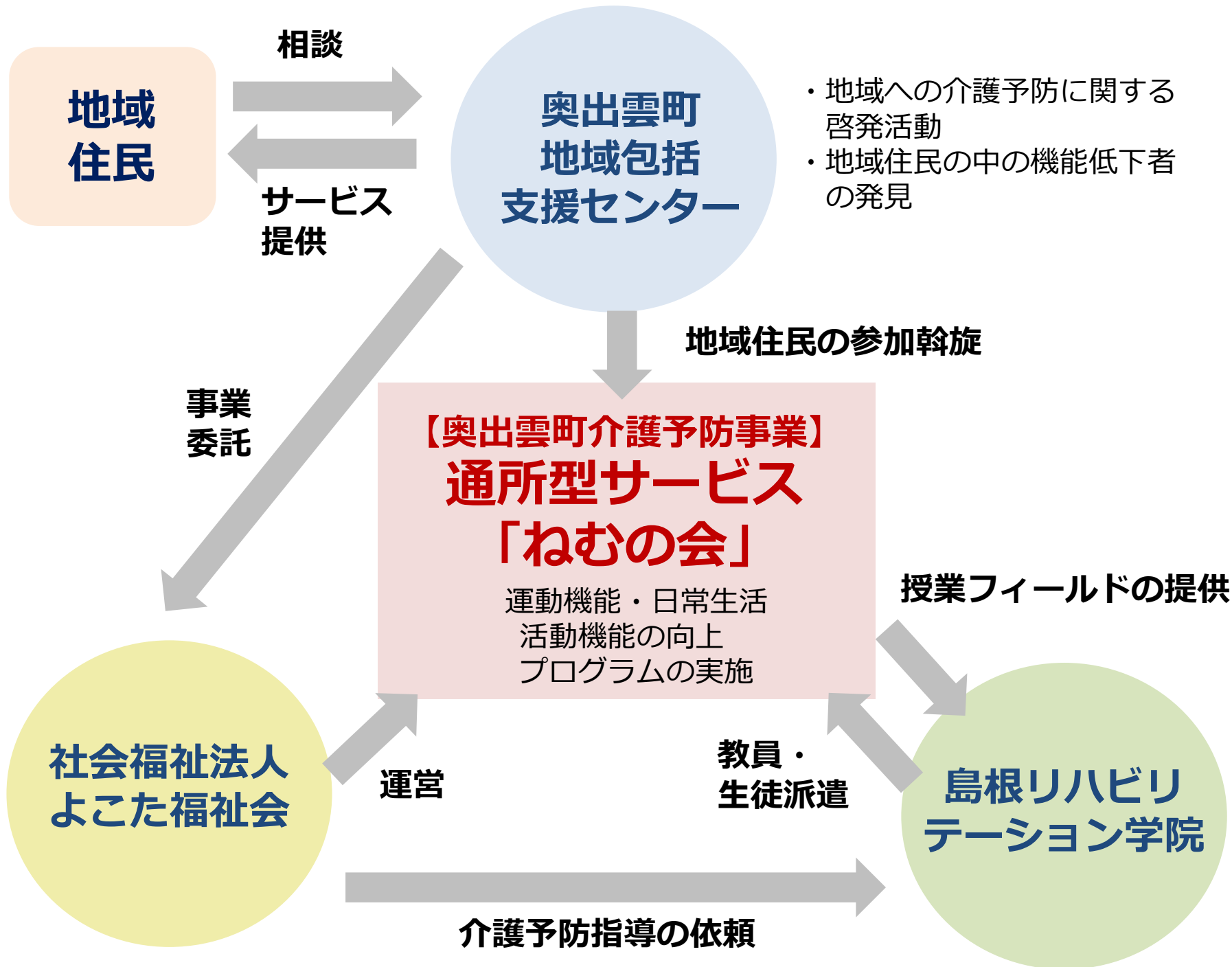
# 授業：健康増進・介護予防

## 【概要】

- ・奥出雲町介護予防事業「ねむの会」に教員と学生が、授業の一環として参加
- ・介護予防についての基礎的な講義後、学生による参加者の身体機能の測定評価、プログラムの考案・実践を通じ、地域理学療法、多職種連携、課題発見・課題解決の育成を図る。

【時期】 平成28年4月～現在継続中



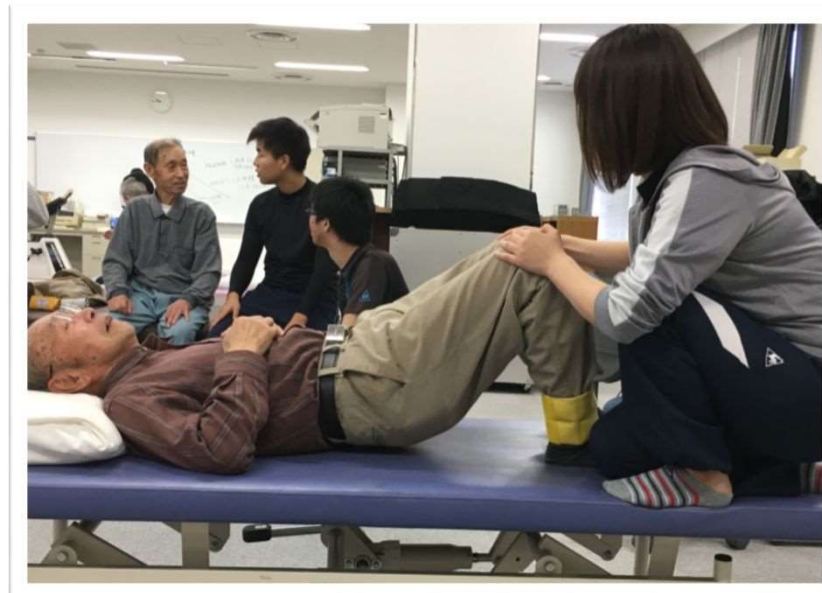




# 短期集中リハビリ・通いの場づくり (奥出雲町一般介護予防事業)

## 【概要】

- ・PT教員による地域の高齢機能低下者への集中介入、および機能回復後の地域通いの場へ戻れるよう、仕組みをつくる。
- ・また、奥出雲町地域包括支援センターと協働した新規通いの場の創設に教員がアドバイザーとして関与。
- ・教員の臨床能力の向上、学生の課外活動での参加の場としている。



# 地域包括支援センター



- ・ 地域への介護予防に関する啓発活動
- ・ 地域住民の中の機能低下者の発見

地域住民

↓  
集いの場への参加斡旋  
短期集中へ紹介

参加誘導

## 短期集中

- ・ 機能低下者への集中介入
- ・ 地域や集いの場に機能を回復して戻れるよう支援

島根リハビリ  
学院

よこた  
福祉会



## 集いの場

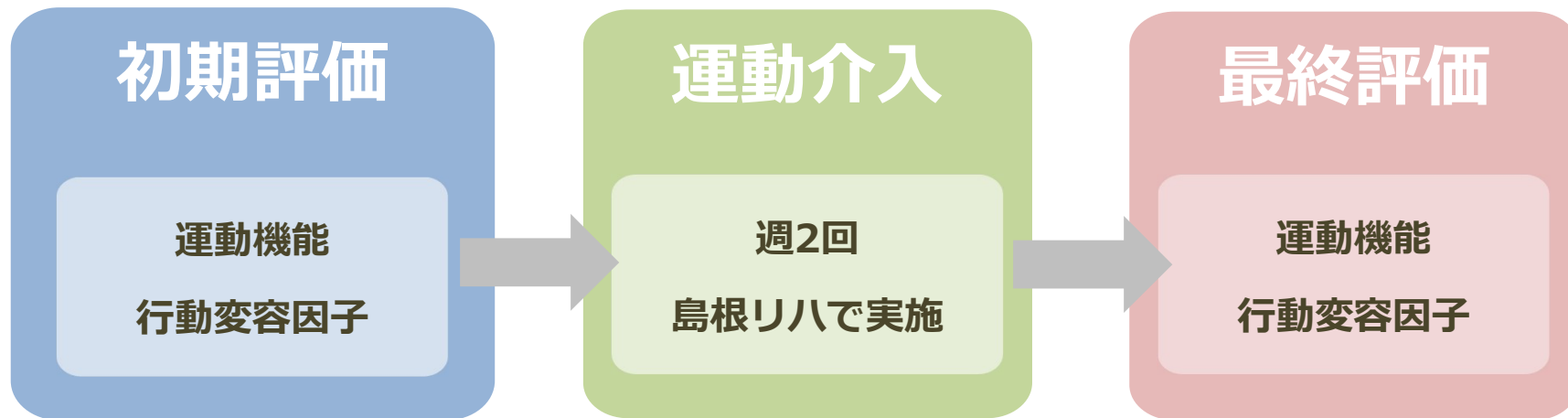
- ・ 運動機能、認知機能、ソーシャルネットワークの維持、向上
- ・ 住民主体で定期評価で機能低下を起こした方、起こしそうな方の早期発見

島リハ教員の  
サポート





# 実施の基本的な流れ



1か月間で上記の流れを実施し、最大3か月まで延長

# 介入効果

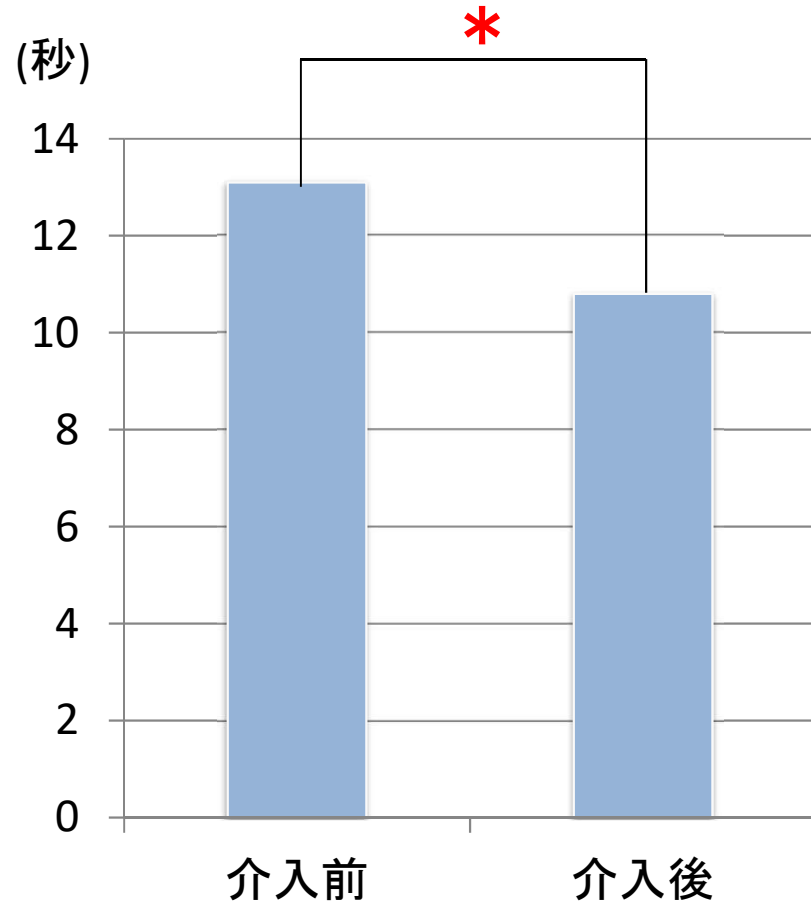


図1: 介入前後間におけるTUGTの比較

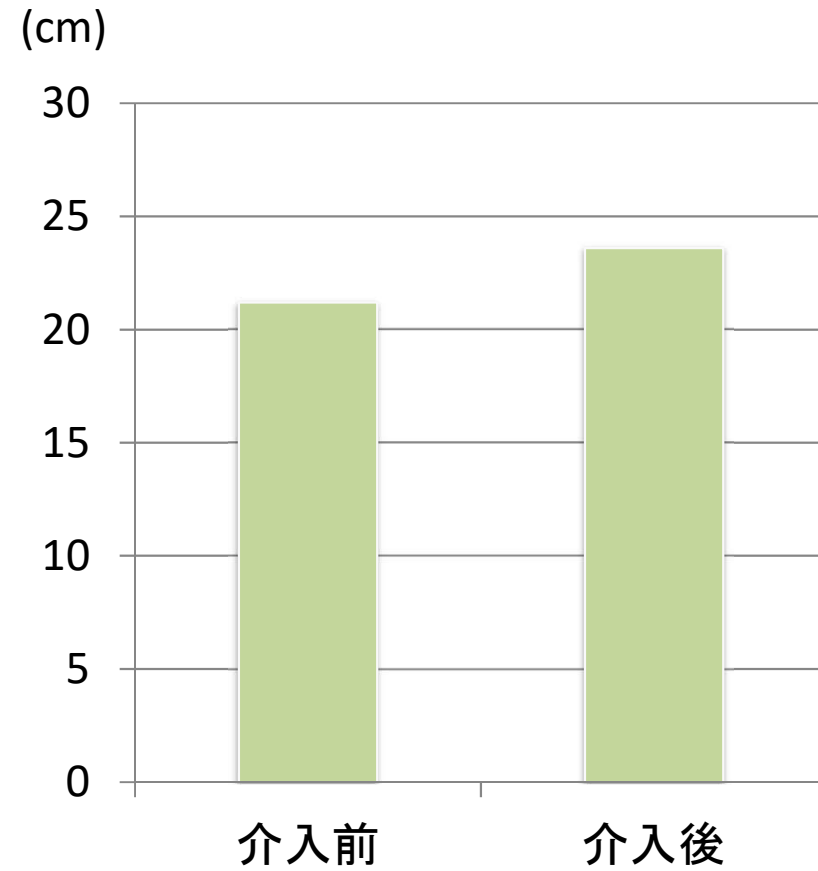


図2: 介入前後間におけるFRTの比較

\* :  $p < 0.05$

# 介入効果

行動変容ステージ	介入前	介入後
無関心期	0名	0名
関心期	6名	1名
準備期	1名	1名
実行期	0名	5名
維持期	3名	3名

短期集中型リハビリの実施は、運動機能向上効果および運動継続の行動変容が生じる可能性が示唆された。

# スポーツ理学療法学 スポーツトレーナーサークル

## 【概要】

- ・学院にATを講師に迎え、スポーツ障害・外傷に対する知識や技術を学ぶ。
- ・学外ではATから指導を受けながら、近隣高校等へのスポーツトレーナー活動や、奥出雲町で行われる競技大会での救護サポート等をサークル活動として学生が主体的に実施。
- ・本活動を通じて、スポーツトレーナーとしての実践力、問題発見・課題解決能力の育成を図っている。

【時期】平成29年4月～現在継続中



# 島根リハビリテーション学院

- ・ ATや教員から学んだスポーツトレーナーとしての知識・技術を高校運動部に所属する選手達へ実践
- ・ 各種競技大会での救護スタッフとしての参加
- ・ AT主催研修への補助スタッフとしての参加

知識技術・フィールドの提供

研修や大会への学生派遣

傷害予防に寄与

授業フィールドの提供

メディカル  
サポート協定

## 島根県AT協議会

- ・ 専門的知識・技術を学生に指導
- ・ 各種競技大会でのトレーナー、救護活動
- ・ AT養成のための研修会の開催
- ・ 奥出雲町が主催するスポーツ研修会への指導者としての参加

傷害予防に寄与

## 奥出雲町

- ・ 奥出雲町のスポーツ振興
- ・ 町内中学・高校・スポ少のフィールドを提供
- ・ 町が主催するスポーツ研修会への参加要請

フィールドの提供



奥出雲町スポーツメディカルサポート協定  
調印式

奥出雲・島根リハビリ学院の学生  
中高生に運動法指導



けが防止、競技力向上へ

島根リハビリテーション学院（奥出雲町三成）の学生が中高生を対象に、けが防止や競技のパフォーマンス向上を支援する活動に取り組んでいる。部活動に所属する生徒に、筋力や柔軟性、瞬発力といった運動機能の評価やトレーニングの効果、食や睡眠の大切さなどを講義と実演を交えて指導するほか、練習メニューをアドバイスしている。（奥原祥平）

学んだ知識 地元還元

三刀屋高校男子バスケットボール部にストレッチの効果を知る島根リハビリテーション学院の学生（右）

授業で学んだ予防医学の知識を地元還元し、地域貢献を両立させようとして、依頼を受けたり、学院側が頼んだ学校を対象に企画した。

三刀屋高校（雲南市三刀屋町三刀屋）のバスケットボール部とバレーボール部、ソフトボール部、1多中学校（奥出雲町三成）のホッケー部と剣道部に昨年12月以降、3カ月間1回の頻度で支援している。

このほど、理学療法学科の学生7人と教員2人が、三刀屋高校男子バスケットボ

ール部を訪ねた。7月に部員を対象に行った運動機能調査の結果を踏まえ、部員の多くが体の柔軟性に課題があると分析し、ストレッチを中心とした講義と指導を行った。

部員で2年の藤波康人さん（17）は「チームの欠点や克服の仕方を領さくし丁寧に教えてもらえた」と感謝。同学院3年の井上麗さん（20）は「学んだことをきちんと伝えられたと感謝」と話した。今後、他の学校からも希望があれば指導を検討する。

画像を示したり、効果的な方法を実演したりして、体が硬いことの危険性や、けが防止につながるストレッチの有効性を示した。



# 奥出雲町介護予防に関する調査

## 【概要】

奥出雲町介護予防部会の活動として、介護予防に関する調査を町から委託を受けて実施

- ・住民の自主的な介護予防行動、外出頻度、介護予防事業への参加、かつ交通手段などの環境因子や町からの情報提供の実態などとの関連を調べ、奥出雲町の介護予防事業の発展に寄与する基礎データを得ることを目的とする。
- ・社会活動等への参加の実態やニーズを調べ、上記の因子等との関連を調べ、地域の拠点づくりに資する基礎データを得ることを目的とする。

【時期】令和1年～2年



奥出雲町  
地域包括  
支援センター  
(介護予防部会)

全町および  
9地区に分類した  
調査結果を提出

調査  
委託

調査データを基盤にした  
住民サービスの還元  
①新たな取り組みの立案  
②環境整備  
③介護予防啓発活動の推進

【調査項目】

- ・自主的な介護予防行動
- ・外出頻度
- ・介護予防事業への参加
- ・交通手段等の環境因子や町からの情報提供の実態との関連 など

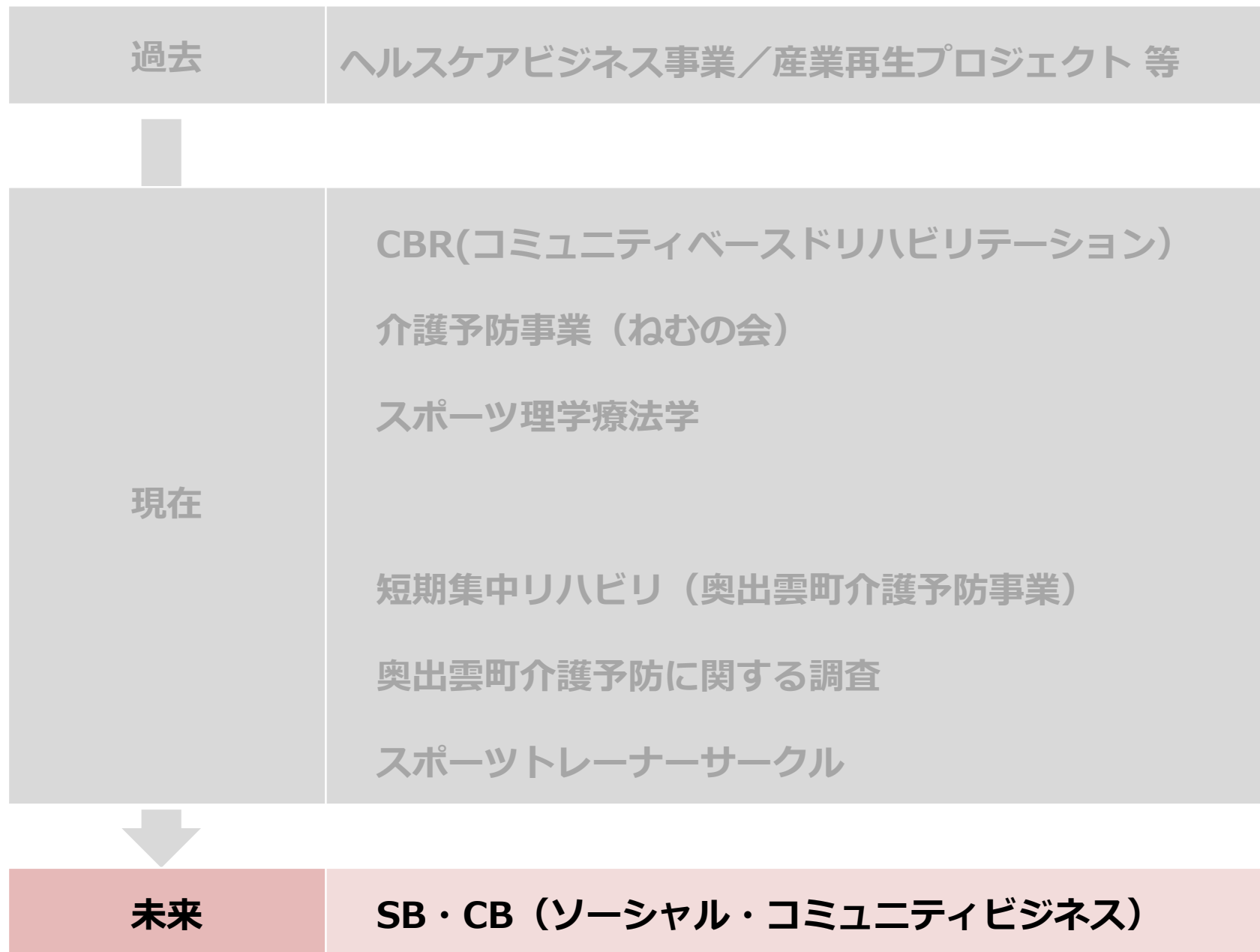
島根リハビリ  
テーション学院

アンケート実施

回 答

地域住民

65歳以上の  
要介護認定を  
受けていない高齢者



過去

ヘルスケアビジネス事業／産業再生プロジェクト 等

現在

CBR(コミュニティベースドリハビリテーション)

介護予防事業 (ねむの会)

スポーツ理学療法学

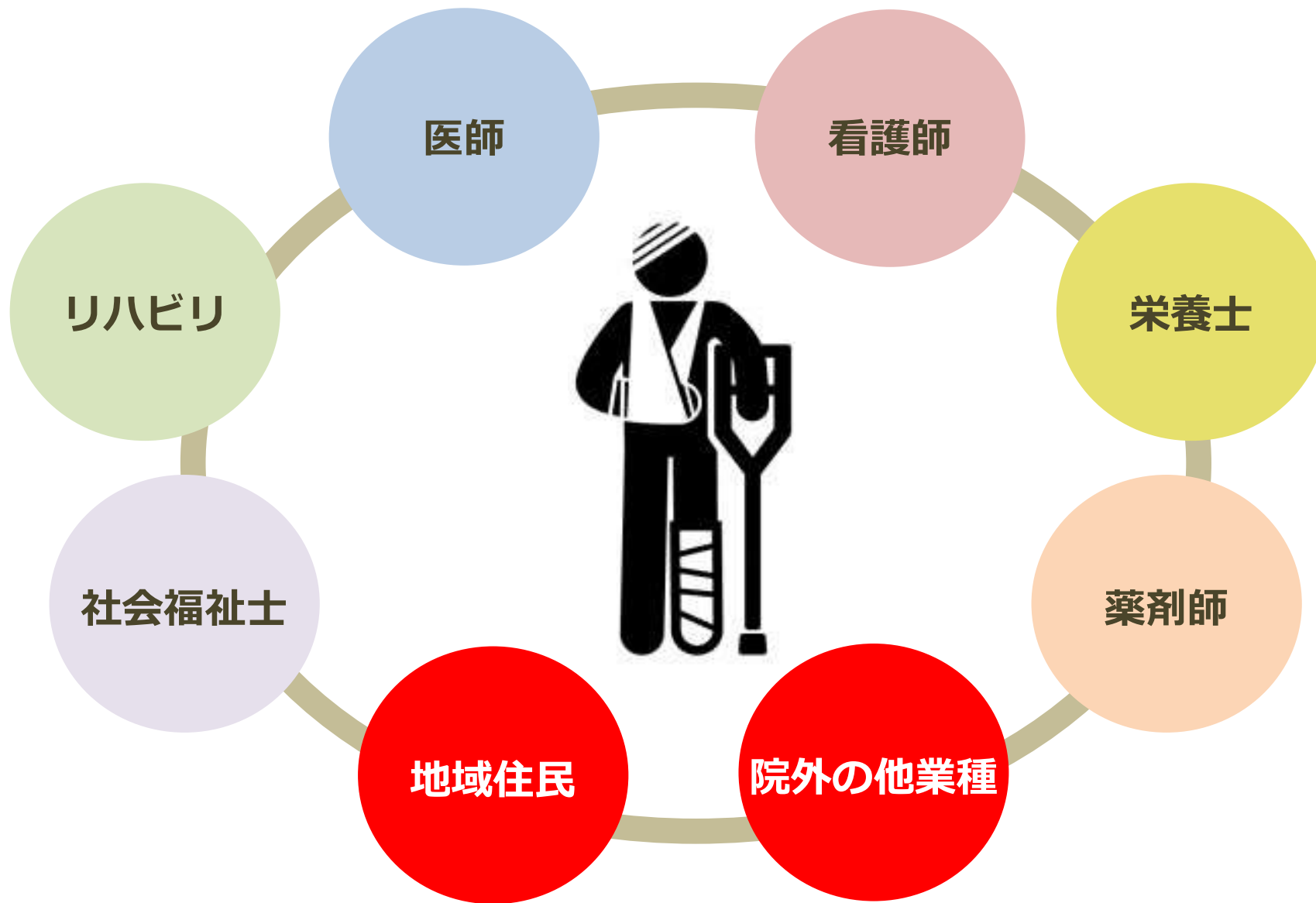
短期集中リハビリ (奥出雲町介護予防事業)

奥出雲町介護予防に関する調査

スポーツトレーナーサークル

未来

SB・CB (ソーシャル・コミュニティビジネス)



多職種がそれぞれの専門性を活かして連携する能力  
(**多職種連携能力**) の向上が求められる

# 多職種連携能力を教養するための新カリキュラム

## コミュニケーション論

- ・ 人間関係の理解
- ・ 他者～他職種理解
- ・ 非言語コミュニケーションの理解

## チーム医療論

- ・ 病院組織経営の実際や多様な支援機関との連携手法を学ぶ

## マネジメント概論

- ・ 組織運営入門
- ・ 経営分析入門
- ・ マーケティング入門
- ・ 大組織と小規模組織の違い など

## SB・CB (ソーシャル・コミュニ ティビジネス)

- ・ ビジネスを通じて地域医療や健康増進に取り組む事例を学ぶ
- ・ 地域住民との対話を通じて地域医療問題を自分事として捉え、キャリアプランを作成する

# ソーシャルビジネス（SB） コミュニティビジネス（CB）

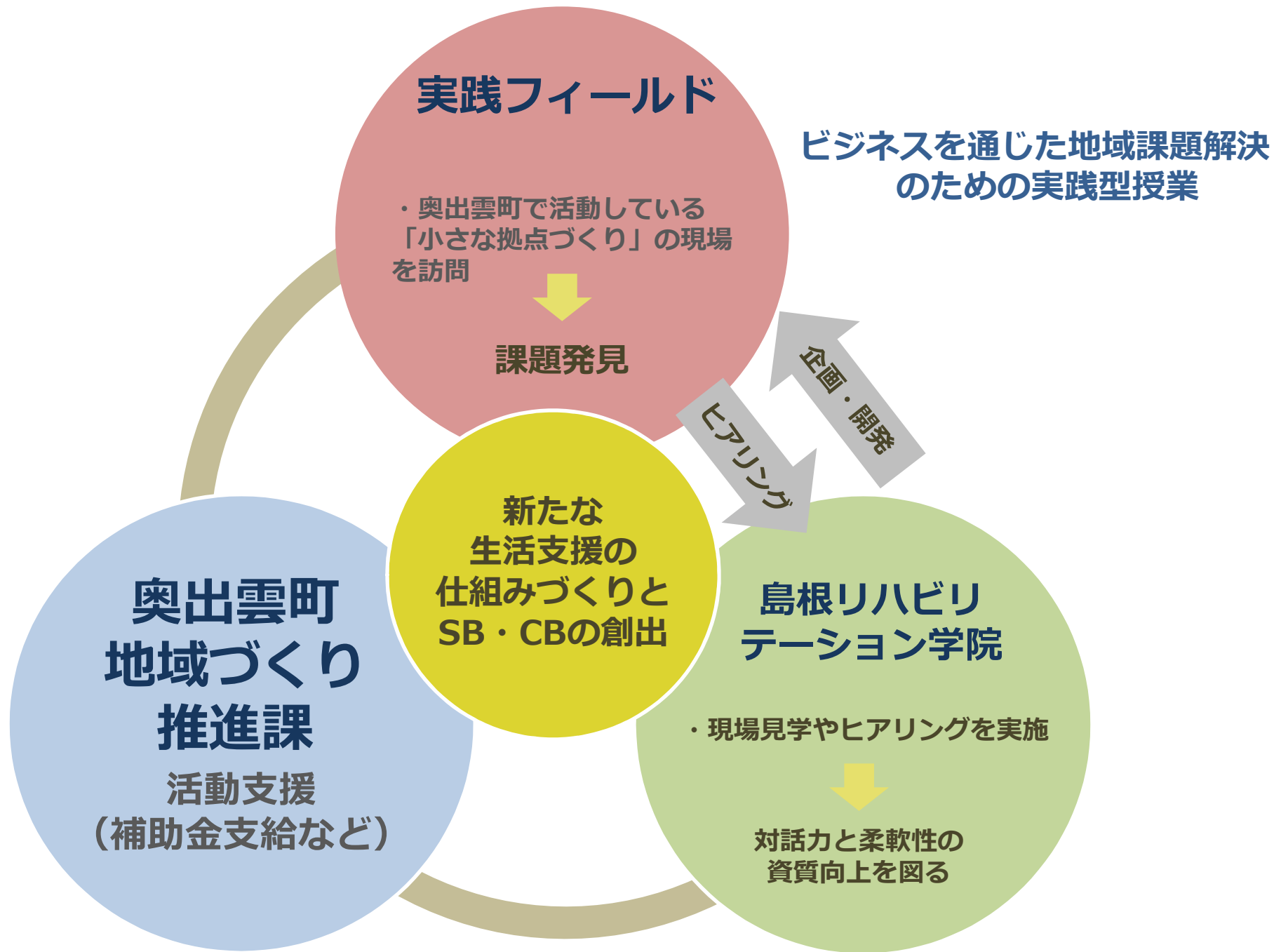
## 【概要】

- ・ビジネスを通じて地域課題解決に取り組む意義を理解することを目的とする。
- ・様々な事例を分析しながら、専門職の枠を飛び越えてダイナミックに困難な地域医療課題に取り組むための視点を養成する。
- ・奥出雲町における様々なコミュニティビジネス創出に向けた動きにも注目し、現場見学やヒアリングを行いながら、対話力と柔軟性の資質向上を図る。

【時期】令和3年4月～







# 過去の主な取り組み

## 【平成27年度】

期間	取り組み内容	連携先
7～11月	高齢者の介護予防に効果的な関わり方の実践授業	飯南町 高齢者サロン「はない茶屋」
6月～11月	島根県ヘルスケアビジネス先進モデル構築支援事業 奥出雲ヘルスツーリズム(旅行プラン開発)プロジェクト 参画	観光施設、農業生産法人、 そろばん製造企業等 町内6 事業所

## 【平成28年度】

期間	取り組み内容	連携先
5月～10月	雲州算盤産業再生プロジェクト(東京デザインウィーク作品出展)	奥出雲町 雲州そろばん協業組合 島根大学
7月	奥出雲町スポーツメディカル協定 締結 (町内でスポーツ合宿を行う団体へのメディカルサポートの提供)	奥出雲町 島根県アスレティックトレーナー協議会

## 過去の主な取り組み

### 【平成29年度】

期間	取り組み内容	連携先
4月～現在	トレーナーサークル 発足	島根県アスレティックトレーナー協議会
11月～現在	奥出雲町一般介護予防事業 (短期集中リハビリ・通いの場づくり) 開始	奥出雲町地域包括支援センター 社会福祉法人よこた福社会

### 【平成30年度】

期間	取り組み内容	連携先
5月	タイ王国ロイエット・ラチャパット大学との学術交流協定 締結	ロイエット・ラチャパット大学
7月	奥出雲町スポーツメディカル協定 締結 (町内でスポーツ合宿を行う団体へのメディカルサポートの提供)	奥出雲町 島根県アスレティックトレーナー協議会

# 雲州算盤産業再生プロジェクト

## 【概要】

- ・奥出雲町の伝統産業である「雲州算盤」の産業振興を目的に発足した産学官連携プロジェクト。
- ・本学の教員と学生有志が、雲州そろばん協業組合、島根大学、奥出雲町と連携し、リハビリの視点を取り入れた新商品を企画し、制作を行った。
- ・同作品は「東京デザインウィーク2016」に出展され、学生賞部門でグランプリを受賞した。

【時期】平成28年5月～10月



(1) 第 8489 号

### T D W 世界学校作品展で最高賞

島根リハビリテーション学院の学生 3 人

10月29日(土)午後7時から10月30日(日)まで、東京都千代田区有明の「T D W 2」にて出展した。島根リハビリテーション学院からは、3名の学生が参加し、最高賞「Grand Prix」を受賞した。

グランプリを受賞した「FURERU (ふれる)」(中央)と、右から岡藤さん、高木さん、松野さん、担当教員の元広さん(9日、島根リハビリテーション学院)

10月29日(土)午後7時から10月30日(日)まで、東京都千代田区有明の「T D W 2」にて出展した。島根リハビリテーション学院からは、3名の学生が参加し、最高賞「Grand Prix」を受賞した。

「FURERU (ふれる)」は、島根リハビリテーション学院の学生3人が、島根大学の教員と連携して制作した。この作品は、島根県の伝統産業である「雲州算盤」の産業振興を目的に発足した産学官連携プロジェクトの一環として制作された。作品は、島根県産の算盤玉を使用した。作品は、島根県産の算盤玉を使用した。作品は、島根県産の算盤玉を使用した。

「FURERU (ふれる)」は、島根リハビリテーション学院の学生3人が、島根大学の教員と連携して制作した。この作品は、島根県の伝統産業である「雲州算盤」の産業振興を目的に発足した産学官連携プロジェクトの一環として制作された。作品は、島根県産の算盤玉を使用した。作品は、島根県産の算盤玉を使用した。作品は、島根県産の算盤玉を使用した。

# ヘルスケアビジネス事業

## 【概要】

- ・奥出雲町の地域資源を活かしたヘルスツーリズムプログラムを町内企業と連携して、学生と教員が一部運動プログラムの企画・実施を行った。
- ・これを通じ、地域理学療法、多職種連携、課題発見・課題解決の育成、地域の中で新たな価値を創造するためのマネジメント能力の育成を図った。

## 【時期】平成27年



**奥出雲ヘルシーランチ! 美人の湯の温泉入浴!**
日帰り

### 奥出雲モニターツアー



佐白温泉で美人の湯をご満喫

### いいことづくめ! エゴマのパワー



「αリノレン酸」など身体にいい成分を含むその科植物「えごま」は、縄文時代から作られてきたという伝統の作物。ツアーではエゴマのヘルシーライン地やエゴマ畑見学をお楽しみいただけます

※本ツアーは奥出雲地区の観光素材開発のためのモニターツアーとなります。ツアー終了後、A4用紙1枚程度のアンケートにてご感想をご提出いただけます。その謝礼として粗品を差し上げます

旅行代金  
(おひとり) **4,990円**

コース番号  
**A5884-707**

同行 1名  
25名 まで

広島駅(8:00発)  
広島県庁(8:20発)  
中筋(8:45発)

**11月**  
14・15日

**日帰り**

各地=三井野原(エゴマ畑見学)=古民家暖屋(奥出雲そばとエゴマを使用したヘルシーランチ)=雲州そばん伝統産業会館=鬼の舌震(渓谷を散策)=佐白温泉(美人の湯で温泉入浴)=各地(19:15~20:00)



# 奥出雲ヘルスツーリズム コンソーシアム

(株)奥出雲中村ファーム  
(株)佐藤工務所

(株)奥出雲振興  
奥出雲布勢の郷  
奥出多根自然博物館



雲州そろばん協業組合

島根リハビリ  
テーション学院



# ショッピングリハビリ (奥出雲町一般介護予防事業)

## 【概要】

- ・高齢者の認知症予防、外出頻度の低下や閉じこもりなどの改善として産官学連携したショッピングリハビリを実施
- ・奥出雲町介護予防事業として、ショッピングリハビリを導入、現在は本校の作業療法学科カリキュラムとして取り入れている。
- ・地域リハビリテーション、多職種連携、課題発見・課題解決の育成を図る。

【時期】平成28年4月～現在



# 飯南町の取り組み

～遠距離介護支援セミナー・バスの乗り方セミナー～

飯南町保健福祉課/飯南町地域包ケア推進局

## 地域ケア会議における地域課題・総合相談からの 飯南町における地域課題（一部抜粋）

- ◆ 認知症をもつ方及び家族への支援が十分とは言えない。
- ◆ 高齢化・認知機能低下により医療機関への受診が困難になるケースが多い。
- ◆ 公共交通の課題。デマンドバスが利用しにくい。耳の聞こえにくい方は利用しにくい。
- ◆ 遠距離介護の課題。遠方家族からの支援が受けにくい可能性もある。
- ◆ 趣味活動や興味につながる場所作りが必要。自営業をしていた方の支援の難しさ。地域とのつながりが意外と薄い。退職がないことも影響しているか。

## 飯南町における遠距離介護の課題と背景

- ◆ 親世代の介護が要因となる介護離職は社会課題の一つであると言える。飯南町でも、単身高齢者・高齢者のみ世帯が徐々に増えつつあり、その支援者は遠方にいるケースも多い。
- ◆ 支援者が遠方にいる場合、特に飯南町の介護保険サービスを含め社会資源について知る機会が少ない。また、相談窓口がわからないといった声もある。
- ◆ 支援者が高齢者と別世帯の場合、介護保険サービス利用などの支援のタイミングが遅れることが多い。

# 飯南町遠距離介護支援セミナーの概要

- ◆ 平成30年度に国民健康保険診療施設協議会のモデル事業として開催。今年度は飯南町の事業として位置付け継続した。前年度参加者のフォローアップ含め県内外から12名の参加。
- ◆ 町内の社会資源の紹介や介護保険制度の説明・グループワークなどを通して地域を知り、関係機関とつながり、遠距離介護の備えとする内容で構成。
- ◆ 飯南病院・社会福祉協議会・公民館・介護保険事業所・民生児童委員協議会・生活支援コーディネーター・介護支援専門員などと連携して行った。



# プログラム内容・当日の様子

A M 昨年度参加者向けフォローアップ

P M 飯南町遠距離介護支援セミナー

- ◆ 概要説明
- ◆ レクチャー 1：離れて暮らす親の状態、実際は？～高齢者の身体・心・社会性の変化～
- ◆ レクチャー 2：親の住む地域はどんなサービスがある？～地域資源・サービスについて～
- ◆ レクチャー 3：上手にやっていくコツ
- ◆ まとめ・個別相談



昨年参加した方の同窓会



グループワーク



# 感想及び今後に向けて

- ◆ 感想の一部
- ◆ 初めてお会いする方と同じような悩み、不安、思いを共有することができ良かったです。
- ◆ 飯南町にたくさんのサービスがあることに驚き安心しました。このセミナーに参加されなかった方も知っていただきたい。ありがとうございました。
- ◆ 飯南町にいろいろなサービス、機関を含め、今日のようなシステムがあることを知り、ある意味安心しました。
- ◆ 近居・遠居にかかわらず別世帯で親世代を支援する子世代・孫世代は今後も増えることが予想される。飯南町高齢者の「暮らし」の支援を今後も継続したい。

# 飯南町における公共交通の課題と背景

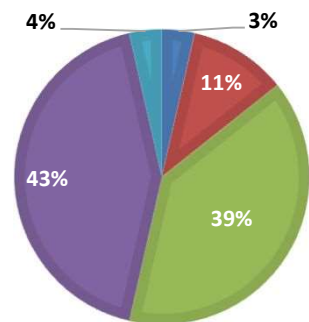
- ◆ 昨今、高齢者の運転がトラブルになるケースが多く報道され、社会課題の一つとなっている。
- ◆ 飯南町では生活路線バスとデマンドバスを運行しているが、利用状況は多いとは言えない。
- ◆ 背景には、これまで町内公共バスを利用したことがなく、乗り方がわからないといった要因もある。
- ◆ 高齢者の外出は認知機能低下予防や身体機能低下予防に有用とされている。

# 飯南町バスの乗り方セミナーの概要

◆ 飯南町保健福祉課介護予防事業の一環として開催。座学編と実践編の2回シリーズとして実施した。

◆ 延べ28名の参加。幅広い年齢の参加者があった。

■ 50代 ■ 60代 ■ 70代 ■ 80代 ■ 90代



50代	1人
60代	3人
70代	11人
80代	12人
90代	1人
合計	28人

◆ 飯南病院・住民課・地域振興課・社会福祉協議会・公民館・介護保険事業所・民生児童委員協議会・生活支援コーディネーター・介護支援専門員などと連携して行った。

# プログラム内容・当日の様子

## ◆ 座学編

住民課担当職員よりデマンドバスについての紹介・説明

デマンドバス・生活路線バスのワーク（時刻表の見方）

## ◆ 実践編

実際にデマンドバスを使って保健福祉センターまで来てみよう。

※不安がある方には、自宅まで出向いてサポート実施。



2019 座学編



2019 実践編

# 感想及び今後に向けて

- ◆ はじめて時刻表をみた。乗り方が分かった気がする。町外へ行ってみたいと思うなどの感想が聞かれた。
- ◆ 今回のバスセミナーを機に、外来受診の片道をバス利用し始めたケースがあった。
- ◆ 飯南町地域包括支援センター運営協議会では、安全に運転を継続するための普及啓発を警察とも連携して行ってはどうかという意見があった。
- ◆ 飯南町の地域実情に応じた外出支援について今後も内容を検討しつつ継続したい。

## 第8期介護保険事業計画策定に向けて

### 1. 第8期計画策定スケジュール

令和元年度 第8期計画策定基礎調査

令和2年度 第8期計画策定作業

令和3年度 第8期介護保険事業計画スタート（～令和5年度まで）

### 2. 策定体制（第7期計画より）

#### （1）広域連合と各構成市町との調整

構成市町総合計画、老人福祉計画、総合保健福祉計画等との整合

#### （2）医療計画との調整

雲南地域保健医療対策会議 医療・介護連携部会

#### （3）介護保険事業計画審議会の開催

介護保険事業計画審議会への諮問、答申

### 3. 基礎調査の実施（現状把握）

#### （1）在宅介護実態調査

対象：要介護（要支援）認定の在宅高齢者

方法：認定調査員の聞き取り調査 300人、郵送調査 500人

目的：要介護者の在宅生活の継続、介護者の就労継続

#### （2）介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

対象：要介護1～5以外の65歳以上高齢者

方法：個別郵送調査 3,600人

目的：日常生活圏域ごとに要介護非該当高齢者の状況把握

#### （3）介護サービス事業所等実態調査

##### ○介護サービス事業所アンケート調査

対象：雲南圏域内の全介護サービス事業所

方法：個別郵送調査 150事業所

##### ○ケアマネジャーアンケート調査

対象：雲南圏域内の居宅介護支援事業所所属のケアマネジャー

方法：個別郵送調査 50人



## ○介護サービス事業所等意見交換会

対象：社会福祉法人、介護サービス事業所、居宅介護支援事業所  
地域包括支援センター

方法：ヒアリング実施 1月21・22・28・29日

～意見交換会で多かった課題等（メモ）～

利用者（被保険者）

- ・家族介護力の低下、独居高齢者等複雑な課題を抱えたケースの増
- ・圏域外での介護サービス利用者の増（住所地特例被保険者）

介護サービス事業所

- ・介護人材の不足、担い手の高齢化  
事業所の閉鎖などサービスの縮小  
居宅介護支援事業所の減  
新規採用は難しいが、離職者は少ないか？  
職場にキャリアアップの仕組み導入等で定着率アップ

## 4. 第7期計画期間の状況 ～介護給付費の実績値が計画値を下回っている～

- (1) 高齢者人口の減
- (2) 在宅軽度者の増（介護予防事業効果）
- (3) 要介護等認定者数の減（認定率の減）
- (4) 介護人材不足による事業所の閉鎖などサービスの縮小