

在宅医療・介護連携の 今後の方向性と市町における 取組状況について

令和7年2月
三重県医療保健部長寿介護課

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の取組の概況

住民への普及啓発

- 落語で学ぶACP(楽しく学ぶ)
- 映画の上映とポスター展示、エンディングノートの配布(人権研修と協働)
- 元気な時には始める老いじたく(ネーミングの工夫)
- FMラジオで定期的に話題提供、広報誌に掲載
- 出前講座
- エンディングノートの配布・ホームページへの掲載
- ACP普及啓発冊子の配布
- いのちの教育(教育委員会と協働)
- マスコットキャラクターの活用
- 司法書士を講師にした講演会(遺言書や遺産相続とACPの啓発)
- 介護予防教室で「もしばなゲーム」の実施(44地区)
- 成年後見の視点から普及啓発を実施
- すごろくでACP、介護予防、オレオレ詐欺対策、社会資源を知る等を楽しく学ぶ場の提供(生活支援コーディネーターと協力)
- YouTube作成(拠点のホームページに掲載、介護予防教室で待ち時間に放映、ケーブルテレビで放送)

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の取組の概況

支援者向け研修

- 精神科病院での研修
- 多職種連携研修会の実施(消防本部と協働)
- 元気な時には始める老いじたく(ネーミングの工夫)
- FMラジオで定期的に話題提供、広報誌に掲載
- 出前講座(市町職員が講師)
- ホームページへの掲載
- ACP普及啓発冊子の作成
- いのちの教育(教育委員会と協働)
- 介護予防教室で「もしばなゲーム」の実施、町職員が進行
- すごろく(町職員が作成)でACP、介護予防、オレオレ詐欺対策、社会資源を知る等を楽しく学ぶ場の提供(生活支援コーディネーターと協力)
- YouTubeを作成し、サロンや介護予防教室のすき間時間に上映している

まとめ

- 住民向け啓発と支援者向けの研修の両輪で取り組むことにより、ケアプランにACPの記載が増えたり、ACPの記載に沿っての看取りが少しずつできてきている。



大台町でいつまでも暮らし続けようゲーム (令和3年3月版)

スタート

①運動後30分以内に、たんぱく質をとっている +1

②親族から「事故をおこしたのでお金を振り込んで」と連絡。振り込む？ 振り込まない？
振り込まない +1
(本当の親族かどうかの確認はどうやる？)

③帰宅時は手洗い・うがいを必ずする
必ずしている +1

④認知症の方にどのように対応すればよいか事前に勉強(認知症サポーター養成講座)したことがある
受講経験ある +1

⑤一口30回噛むように心がけている
心がけている +1

⑥これまで培ってきた経験を活かすために、シルバー人材センターへ登録
登録している +1

⑦健康づくりポイント事業を活用し、健康づくりに取り組み1,000円券をもらった
今年、取り組んでいる +1
(その1,000円で何を買う？)

⑧大きな台風がやってくる。避難所へ避難
避難所を知っている +1

⑨ウォーキング等の運動を週に1回以上している
運動をしている +1



⑩昨年から、友達の家や足にお金が足りていない。どこへ相談すればいいの？
相談先を知っている +1

⑪毎日、新聞や本を読む
読む +1

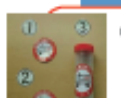


⑫近所の人に困りごと。ちょっとお手伝い
手伝い経験ある +1

⑬朝食後に歯磨きをした
磨いた +1

⑭区の行事に参加している？
参加の利点を話す +1

⑮昨日は笑った？
笑った +1



⑯箸が変わったので、救急医療情報キットの内容を交換
交換して・知っている +1



⑰自主グループ活動時、地域の見守りを行っている
見守りを行っている +1



⑱1日1食は手のひらいっぱい野菜を食べている
食べている +1

⑳1日3食、食べている
食べている +1

㉑免許返納したので、タクシー券を申請
申請のことを知っている +1

㉒フレイルになりつつあるので、教室へ参加
フレイルを知っている +1

㉓突然の地震に備えて、準備万端
避難に備えて準備している +1

㉔以前に比べると、歩く速度が遅くなってきた
速度が変わらない +1

㉕定期的にかかっている医療機関がある
ある +2

㉖季節を問わず、水分をとるよう心がけている
心がけている +1

㉗趣味を楽しんでいる
楽しんでいる +1

㉘地区の民生児童委員を知っている
知っている +1

㉙ペットボトルのキャップを簡単に開けられる
開けられる +1

㉚最近、夜眠りにくい。隣の人から眠れもらう
眠れもらったことがある -2
(その人の症状に合った服薬のため、必ず受診して処方してもらう)

㉛いつまでも住み慣れた大台町で、自分が望むように、これからどんなことをころがけますか？
一言どうぞ！

㉜自分では薄味をころがけている
ころがけている +1

㉝骨折で買い物に行けない。町内の配食サービスの事業所へ連絡
配食事業所を知っている +1

㉞運転免許返納に備えて、公共交通機関を利用し買い物の練習
練習したことがある +1
既に買い物している +2

㉟一人暮らしで不安！緊急通報装置を設置
設置している 知っている +1

㊱健康診断やがん検診を年に1回は受診している
受診している +1

㊲家族と人生会議(もしものことを考えてどのような医療・ケアを望んでいるか、人生の残り時間をどのように過ごしたいかを家族や「看取り」を希望者と話し合う)を実施
話し合っている +2

㊳血圧や体重測定を定期的に行っている
測っている +1
測って記録している +2

㊴妻、夫が認知症かも、早めに対処したい。どこへ相談したらいいの？
相談場所を知っている +2

㊵自分には薄味をころがけている
ころがけている +1

㊶自分には薄味をころがけている
ころがけている +1

㊷地区で自主グループ活動を始めることになり、生活支援コーディネーター(社会福祉協議会)に連絡
コーディネーターを知っている +1

㊸ボランティア活動に参加している
1年以内に参加したことある +1

㊹定期的に歯科医に通っている
通っている +1

㊺腰痛で動けない。「助けて！」ってみんなに言おう。
う、叫ぼう +1

㊻毎日、体温測定をしている
している +1

㊼足が弱ったのでリハビリに通いたい。地域包括支援センターに相談
どこにあるか知っている +1

㊽昨晩の夕飯は、肉・魚・卵・大豆食品から2品入っていた
入っていた +1
(理想は、動物性と植物性両方)

㊾認知症の方が行方不明。「おかえりSOSおかけまつさか」に登録してあり発見が早かった
SOSおかけまつさかを知っている +1

㊿お酒を飲まない。飲むなら休肝日を作っている
作っている・飲まない +1

㊽自分に何があった時のために「連絡先一覧」をわかりやすいところに貼る
貼ってある・知っている +1

㊾1日1回は会話をしている
している +1



身寄りのない人への支援の取組概況

相談窓口

- エンディングサポート相談窓口、「終活」相談窓口の設置
- 遺言や任意後見制度等を相談できる公証相談の実施
- 日頃の総合相談対応時にも、終活に関する本人の意思などを確認し、サービスの紹介を行う
- 地域包括支援センター等の相談窓口で個別に対応

実態把握

- 高齢者実態把握として、できる限り意思疎通が可能なお元気のうちに関わりを持ち、親族等の連絡先を確認
- 単身高齢者、高齢者のみの世帯等を対象に民生委員児童委員に依頼し「高齢者実態調査」を毎年行い、「身寄りのない方」の実態を把握

事業間連携

- 生活困窮者支援事業、日常生活自立支援事業や成年後見センターとの連携
- ACPの事業と連携して意思決定支援に取り組む

身寄りのない人への支援の取組概況

関係者間での共有

- 他部署と連携してケア会議を開催
- 消防も参加する実務者会議で情報提供など行い、関係者の現状の共通理解と地域包括支援センターから権利擁護事業の理解推進を図る

仕組みづくり

- 身寄りのない人の支援の仕組みづくりの会議を開催し、現状と課題の整理、支援の優先度の明確化とその後の支援体制の在り方を明らかにする
- 地域ケア推進会議においてガイドライン案を作成

救急搬送

- 救急搬送され、入院に至らなかった方への帰宅手段の確保を民間事業者と協力して実施(24時間対応)
- 救急情報キットの配布・活用
- 身寄りのない方の救急搬送は、福祉事務所が対応

1. 在宅医療・介護連携に関する市町取組状況調査（概要）について

- ① 目的
紙面調査及び市町ヒアリングにより、市町が在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決を図り、PDCAサイクルに沿った取組を進めることができるようになることを目的とする
- ② 実施方法
紙面調査およびオンラインヒアリング
- ③ 実施時期
令和6年11月～令和6年12月
- ④ 実施内容
 - ・在宅医療・介護連携の具体的な取組（在宅医療の状況、身寄りのない人への支援、入退院支援・ACP・救急との連携等）を調査した。

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(桑名市)

●連携拠点名称	委託先:桑名市在宅医療・介護連携支援センター(桑名医師会)		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする人が住み慣れた場所で生活ができるようにする。	入退院の際に、医療と介護が一体的でスムーズにサービス提供され、医療と介護の両方を必要とする人が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。	医療・介護・消防(救急)が連携し、医療と介護の両方を必要とする状態の人の急変時にも、本人の意思が尊重された適切な対応が行われるようにする。	地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療・看護関係者が、医療と介護の両方を必要とする状態の人(家族)と人生の最終段階における意思を共有し、望む場所での看取りを実現できるように支援する。

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・市内には、在宅訪問診療を実施している病院や診療所がある。 【在宅医療・介護連携】 ・平成27年度に桑名市在宅医療・介護連携支援センターを設置しており、在宅医療・介護連携は、桑名市在宅医療・介護連携支援センターと共同で事業を行っている。 ・オンラインや対面での研修会や市民講演会等の開催を行っている。	・在宅医療と介護の多職種連携研修会 ・地域支援病院研修会 ・専門職向けACP研修会 ・市民講演会 ・消防本部と合同研修会 ・介護職員向け応急手当講習 ・市内図書館での在宅医療や看取り等関連図書の展示	・研修会等の後にはアンケートを取り、ニーズをくみ取り次にいかせるようにしている。 ・多職種連携においては、対面で顔の見える関係性の構築を望む声が多くあったので可能な限り、対面での研修会の開催を行っている。	・研修会等への参加は毎回同じ事業所であったり、同じ方が出席することが多くなり、普及・啓発が広がっていない。 ・緊急時の情報連絡票や救急医療情報キットを知らない、知っているが患者・利用者に勧めてはいない、という専門職もいるため、関係者に向けた普及啓発を行う必要があることが課題 ・地域住民への在宅医療やACPの認知度をいかにして高めていくか。	・医師と行政等で構成される認知症ネットワーク連携部会と合同で、多職種連携研修会として、講義やグループディスカッションを実施。	・身寄りのない方への支援について、支援調整会議などを通じ、他部門や関連機関と連携して支援等取り組んでいる。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
「くわな入退院の手引き」を作成し、情報提供書等の様式をホームページに掲載	ACPプランニングシートをホームページに掲載	市民向け救急医療情報キットリーフレットと緊急時の情報連絡票をホームページに掲載 (桑名市在宅医療・介護連携支援センター)	ゆめはまちゃん医療・介護ネットワークを運営 問い合わせ先 桑名市在宅医療・介護連携支援センター	・9/28市民公開講座「落語で学ぼう！在宅医療と人生会議」～あなたと大切な人のために～ 講師:生島清身さん(天神亭きよ美) ・広報掲載 ・ふれあいトーク

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(木曽岬町)

●連携拠点名称	直営(木曽岬町)		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
多職種協働による患者家族の生活を支える観点からの医療介護の提供	入院医療機関と在宅医療・介護にかかる機関との協働・情報共有による入退院支援 一体的でスムーズな医療、介護サービスの提供	在宅療養患者の病状の急変時における往診体制や入院病床の確認 患者の急変時における救急との情報共有	住み慣れた自宅や老人ホーム等、患者が望む場所での看取りの実施 人生の最終段階における意思決定支援

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・町内に往診対応の医療機関があり、他に隣市の在宅医療実施医療機関を利用されている。 【在宅医療・介護連携】 ・平成30年度に在宅医療・介護連携支援センターを地域包括支援センター(直営)に設置。 ・在宅医療・介護連携支援事業については、桑名市と共同実施。 ・年1回町内の在宅医療・介護・福祉ネットワーク協議会を実施。関係機関との連携、情報共有を行う。	・多職種研修会(対面研修) ACP研修会専門職向け 入退院支援 消防本部合同 ・ACP市民講演会・町内講演会。 出前講座 ・広報・健康カレンダー・包括だよりなどにて啓発	・小規模であり、町内の資源が少ないため、医師会管轄内である桑名市と共同実施している。	・県境であり、県外の資源の活用がある。利用する事業所等も限られており、病院との連携もその都度ケースごとに対応している。利用する先に合わせている。	・毎月1回、介護保険担当部局と、地域包括支援センター職員全員による定例会議を開催し、情報交換や進捗状況の確認を行う。	・個別対応 ・高齢者実態把握等において、できる限り意思疎通が可能なお元気のうちに関わりを持ち、親族等の連絡先を確認しておく。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・「くわな入退院の手引き」 桑名医師会ホームページ掲載	・アドバンス・ケア・プランニング(ACP)シート 桑名医師会ホームページ掲載	・緊急時の情報連絡票 桑名医師会ホームページ掲載 木曽岬町版を広報折込。内容は同様。	・「トマッピーネットワーク」(電子@連絡帳) 担当： 木曽岬町地域包括支援センター	桑名市民公開講座「落語で学ぼう！在宅医療と人生会議～あなたと大切な人のために～」の開催 桑名市在宅医療・介護連携支援センター実施の多職種研修会を、町内支援者にトマッピーネットワークにて周知 地区自治体にてACP講座(出前講座)の開催

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(いなべ市)

●連携拠点名称		委託先:三重北医療センターいなべ総合病院		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)	
住み慣れた地域で、定期的に病院受診をしながら自分らしく役割を持ち生き生きと生活する。	入院前の本人の状況を入院する医療機関に速やかに伝わり、退院後以前と同じ生活に戻れる。	本人の希望どおりの処置が行われる。	本人が希望する場で最期を迎える。	

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・H29年度に市内に在宅医療を専門とする医療機関が新設された。在籍する医師数も増え、訪問診療数も増加している。 【在宅医療・介護連携】 ・いなべ地域の中核機関病院の三重北医療センターいなべ総合病院に連携拠点を設置し、医療・介護関係者からの相談対応を実施。 ・在宅医療介護連携推進事業は、東員町と共同実施している。	▷いなべ在宅医療・介護連携研究会の開催 第1回テーマ:医療・介護支援者のメンタルヘルスに関する研修 第2回テーマ困った利用者の暴言・悪質クレームに冷静に対応できるスキルを学ぶ研修 ▷医師会との合同研修会 ▷住民向け啓発事業 ・福祉委員会第1層協議体にオブザーバー参加「みんなで支え合う地域づくりフォーラム」にて在宅医療介護連携研究会運営委員会の活動紹介 ・地区単位など小集団を対象としたACPの啓発講話の実施。 ・「健康フェスinイオンモール東員」医療・福祉の専門職による各測定体験コーナー、「こころ穏やかに生きるコツ」健康講演会	・事業の周知に多様な配信ツールを活用。 (ホームページ、FMラジオ、SNSなど) ・住民啓発に関しては、住民の集まる場所に出向いて啓発する方向で実施することや、他部門との共催での開催を試みている。 ・対象者が研修等に参加してみようと思えるように、出来る限り現場の意見を反映したテーマの選択を考えている。	・コロナ禍で開催をWEBで行ってきたためか、会場開催での研修参加率が以前に比べ低いと感じる。お互いに顔の見える関係作りをしてきたが、一時の途絶えから再度医療と介護の連携のための顔の見える関係作りの困難さを感じる。 ・参加される事業所はいつも参加するし、参加しない事業所はいつまでたっても参加しない。	身寄りのない方の医療同意について、地域包括支援センター以外に成年後見制度に関わっている成年後見支援センター、生活困窮者に関わっている生活支援課・暮らしサポートセンター縁とも連携を取っている。	・身寄りのない方の医療同意について、包括支援センターの方と同行で現状をまず知るために、近隣の病院との会議を実施している。各病院でも課題として取り上げていることもあるため、今後も検討を重ねていく予定。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・「いなべ地域入退院の手引き」⇒いなべ市HPに掲載	・啓発ツールとして市販のエンディングノートを活用し市役所窓口や、図書館で配布している。 ・市民への啓発として集まりの場所へ出向き、終活セミナーを実施している。 ・いなべエフエムでの番組を通じてACPIに関連する話題を取り上げている。 ・ACPIに関する住民啓発講演会を開催。	・令和4年度から、在宅医療の取組を具体的に検討する運営委員会に消防職員も参加依頼し、話し合いに参加してもらっている。 ・救急分科会の委員の依頼 ・在宅医療の研究会への消防職員の参加促進 ・今年度は消防職員と包括支援センターとお互いの業務・役割について知ることをテーマに研修会を予定している。	・「いなべ地域ケアネット」(MCSの活用)⇒いなべ市HPに掲載 ・地域の登録者数は200名程までになったが、新規事業所へ出向いてMCSの活用例の紹介など行うなど普及に関する継続的な取り組みが必要。	・エンディングノートは既製のものを使用したが、市民からは、他のものに比べ記載ページが少ないので書きやすそうであるという言葉も聞かれている。エンディングノートに記載の方法についてまとめたものをA4両面で付けて配布している。

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度取組(東員町)

●連携拠点名称	いなべ在宅医療介護連携支援センター(いなべ総合病院委託)		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
最善の医療・介護サービスが提供できる環境整備	ACPと入退院連携の推進	医療介護関係者が緊急時の連携が円滑に進むことができる地域	自分の望む場所で最期を迎えられる地域

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 町内には在宅医療機関はないが、近隣市の在宅医療機関が町全域を支援いただいている。かかりつけ医で往診対応可能な医療機関もある。 【在宅医療・介護連携】 いなべ総合病院に連携拠点を委託し、いなべ地域在宅医療介護連携支援センターとして医療・介護の相談対応等を実施。 在宅医療介護連携推進事業は、いなべ在宅医療介護連携支援センターを中心にいなべ市と共同実施している。	▶いなべ在宅医療介護連携研修会の開催 ▶いなべ医師会との合同研修会 ▶住民向け啓発事業「健康フェスinイオンモール東員」「講演会」など ▶入退院連携会議 ▶一次連携会議(薬役連携、看看連携など) ▶二次連携会議(地域包括と消防署、CMとMCW及びPSWなど)	・出前講座としてACPの講座を開設し、住民啓発を実施している。 ・11月の人生会議の日では、広報等を活用し、町民啓発を実施している。 ・研修会などは、ハイブリットではなく集合研修を基本に実施している。	・研修会では介護関係者の参加が少なくなっているため、研修内容等の検討が必要。	・救急医療や健康部局と介護保険部局が一つの課であるため連携は取りやすい。今後は「身寄りのない人の入院及び医療に係る支援」については、障害福祉や生活保護等を担当する地域福祉課とも連携している。	・「身寄りのない人の入院及び医療に係る支援」については、昨年度いなべ地域の関係機関で現状での課題を抽出し、令和6年度は勉強会などを開催予定。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・「いなべ入退院の手引き」⇒東員町HPに掲載	▶終活・ACPの啓発 ・講演会の開催による啓発 ・専門職による啓発イベントの開催 ・広報への掲載 ・エンディングノートの配布 ・地域包括支援センター企画の住民への啓発	・緊急時の情報連携のためのルールづくりのため、消防、病院、医師会、介護などで構成する分科会を開催し、「～医療介護関係者向け～緊急時の情報連絡票利用の手引き」を作成、活用について勉強会などを開催した。今後も活用については継続的に周知啓発を実施する。 ・引き続き、在宅医療介護連携研修会に消防職員の参加。	「いなべにぎわいネット」いなべ地域におけるICTの名称で、MCS(メディカルケアステーション)を活用した情報連携を推進。	・住民啓発として、健康フェスinイオンモール東員を開催。医療・介護専門職による各ブースの設置とACPIに関する講演会の開始。 ・年2回の研究会と医師会との合同研修会を開催。 ・医療・介護等従事者を対象に感染症対策勉強会を開催。

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組（四日市市）

●連携拠点名称	四日市市在宅医療・介護連携支援センター「つなぐ」（委託先：四日市医師会）		
●目指すべき姿（日常の療養支援）	●目指すべき姿（入退院支援）	●目指すべき姿（急変時の対応）	●目指すべき姿（看取り）
医療・介護関係者の協働によって、医療や介護を必要とする高齢者や家族が住み慣れた場所で安心して生活できる。	病院から在宅療養生活へ切れ目なく引き継ぎ、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供される。	病状の変化に応じ、速やかに入院できる体制が構築されている。また、本人の意思が尊重された適切な対応が取られる。	誰もが自身の意思決定に基づき、望む場所で人生の最期を迎えることができる。

（1）在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・市内に在宅医療機関が34箇所ある（R5.11月時点） 【在宅医療・介護連携】 ・平成29年度に連携拠点として在宅医療・介護連携支援センター（通称：つなぐ）を設置。 ・在宅医療・介護連携支援センターでは、多職種連携に係る相談支援や課題の抽出、市は課題への対応の検討や政策形成を担当しており、適宜打合せを行うなど連携強化を図っている。	【研修会の開催】 ・ケアマネジャー等向け研修会 ・訪問看護ステーション向け研修会 ・病院看護師在宅医療派遣研修 ・医療・介護ネットワーク研修会 【事例検討会、意見交換会の開催】 ・地域連携室職員（MSW・退院調整看護師）とケアマネジャーの事例検討、意見交換会 ・在宅主治医とケアマネジャーの意見交換会 ・退院調整看護師の意見交換会 【市民啓発】 ・在宅医療市民啓発活動事業 - 市民企画による啓発活動（講演会等）にかかる経費の一部を補助 ※R5年度（実績） 7団体10事業	【研修会】 ・プログラムについて受講ニーズを確認しながら計画するとともに、市医師会の動きとも連動を図りながら実施している。 【事例検討会、意見交換会】 ・医療・介護関係者が直接顔を合わせることで、顔の見える関係づくりを推進している。 ・課題だけでなく、好事例の共有も行いながら、効果的な連携方法を検討している。また、地域や病院単位で開催することで、実際に起きているより身近な事例について検討できるようにしている。	・医療・介護関係者向けの研修会等について、参加者が毎回同じような顔触れとなることが多い。また市民向けの啓発（講演会等）においても同様の課題がみられる。 ・医療・介護関係者の連携全体に係ることとして、情報共有が的確にされていないことや、コミュニケーション不足から発生する課題がみられる。	・医療・介護関係者が一堂に会する医療・介護ネットワーク会議等において、互いに必要とする情報や、その伝達方法、タイミング等を確認するとともに、課題の共有や対応策を検討している。 ・医療・介護連携の要となるケアマネジャーへの支援として、知識習得だけでなく、医療職との円滑なコミュニケーションの向上にも目を向けた参加型の研修を実施している。 ・最期まで本人の望む生活が送れるよう、またより質の高い医療・介護サービスの提供のため、ACPの普及啓発を推進している。これまでの医療・介護関係者や終末期の高齢者に向けた取組だけでなく、元気高齢者や若い世代を対象とした方策を医療・介護関係者、高齢福祉担当課・教育委員会とともに検討している。	・地域の身近な相談窓口である在宅介護支援センターや地域包括支援センターが主となり、高齢福祉課や社会福祉協議会と連携をしながら支援を行っている。身寄りのない方が入院をした際に病院・施設・行政などの関係機関と協働できるよう、「退院時カンファレンスマニュアル」策定の際には社会福祉協議会にも参加をして頂き、退院支援の流れやケアマネジャーとの連携方法について把握をもらっている。

（2）在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・退院時カンファレンスマニュアル冊子のみ、令和6年度末に改定する予定 - 必要な市町があれば、保健企画課企画係まで連絡ください。 ・医療と介護の連携シート - 四日市市HP掲載	・これからノート ・わたしの気持ち - ACP普及啓発冊子 - 冊子のみ - 必要な市町があれば、保健企画課企画係まで連絡ください。	ACP普及啓発冊子の「わたしの気持ち」には、もしもの時の対応や延命希望の有無、主治医承諾欄もあり救急搬送の判断に用いられることもある。	・くすのきネット（ID-LINK） - 医療機関間の医療情報共有システム。また、四日市市ではシステムの一部を活用し、診療所や介護関係者等との情報共有システムとしても活用している。	・ケアマネジャー等向け研修会 - 在宅で問題になりやすい疾患の基礎知識を学ぶ研修会を開催。講義動画を市YouTubeに掲載するほか、ロールプレイング研修、在宅主治医との意見交換会は対面で実施 ・訪問看護師向け研修会 - 四日市看護医療大学への委託により、経験年数に応じたカリキュラムによる研修を開催。講師は市内医療・介護関係者や県外大学講師等 ・在宅医療市民啓発活動事業 - 平成23年度～市民企画による啓発活動（講演会・勉強会など）にかかる経費の一部を補助

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組（菰野町）

●連携拠点名称	菰野町在宅医療・介護連携支援センター（菰野厚生病院）		
●目指すべき姿（日常の療養支援）	●目指すべき姿（入退院支援）	●目指すべき姿（急変時の対応）	●目指すべき姿（看取り）
医療・介護関係者の多職種協働によって、日常の療養生活を支援し、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活することができる。	入退院の際に、医療機関と介護関係者との情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供される。	在宅療養中の高齢者の急変時の対応について、本人の意思決定が尊重された適切な対応が行われる。	地域住民が在宅での看取りやACPについて十分な理解の上で、人生の最終段階における意思を表すことができ、医療・介護関係者がそれを実現できるように支援することができる。

（1）在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 訪問診療は近隣市（いなべ市、四日市市）のクリニックを利用。病院は1か所、地域包括ケア病棟を備えている。 【在宅医療・介護連携】 菰野厚生病院内に連携拠点（地域包括支援センターランチの委託の一環）	・菰野地域在宅医療介護ネットワーク会議 年間4回 ・菰野地域在宅医療介護ネットワーク研修会 関係者向け（医療関係者、介護事業所、ケアマネジャー等）年間テーマ：認知症支援 ①社会資源と認知症カフェ ②日常生活自立支援事業・成年後見 ③認知症の人との関わり方 ・一般住民向け在宅医療講演会（予定）	菰野地域医療介護ネットワーク研修会については、介護関係者並びに医師、歯科医師、薬剤師にも参加していただき、グループワークや意見交換を行っている。	4つの場面に応じた施策の推進にあたり、特に急変時の対応や看取りについての現状の把握が難しい。ケアマネジャーへのヒアリングかと思うが、もし先行して実施している市町があれば、アンケート内容などを教えていただきたい。 これら二つの場面において、本人の意思決定支援が重要なのは、支援者側、関係者間で共有できているが、誰が、いつ、どのように始めるか、となったときに、多忙なケアマネジャーの負担を増やすのではないか、と思う。		個々のケースごとに対応しながら、必要な部署間で連絡調整を図り対応している。

（2）在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・退院時カンファレンスマニュアル（三泗管内共用）	・これからノート（四日市市さんで作成されたものを活用させていただいている）			住民向け：終活ノート（東京法規出版）

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組（朝日町）

●連携拠点名称	朝日町地域包括支援センター		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
「介護と医療連携マップ」、「認知症ガイドブック(認知症ケアパス)」の活用	四日市医師会で作成された「退院時カンファレンスマニュアル」、桑名市医師会で作成された「くわな入退院の手引き」の活用	医療情報や緊急連絡先等の記された「救急医療情報キット」の活用	ACPの普及啓発

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療・介護連携】 ・平成30年4月より地域包括支援センター内に「在宅医療・介護連携支援センター」を設置。 以前から桑名市、四日市市の医療機関にお世話になるケースが多く、新規利用者の退院時やケアマネへの繋ぎなどが必要な際は、包括へ連絡をいただき対応している。 ・月1回、三師会・行政・包括で地域ケア会議を開催し、連携強化に努めている。	・住民向けの講座を実施。 今年度は歯科医師会による講演会を12月、医師会には1月、薬剤師会には2月に講演会の開催を予定している。	・住民向け講座の周知は町内回覧、社協ホームページ、フェイスブックと、介護予防事業やサロンへ参加された方へのチラシ配布となっており、自分から情報を得ようとする方にだけ届くという課題がある。 包括からの周知も限界がある為、参加者同士での誘い合いを促した。その結果、僅かながら参加者増もあり、見守りにも繋がっている。 何事においても知らない環境へ参加する場合、知人からの誘い出しは効果的であると感じている。	・ACPIに関することや四日市医師会製作の「これからノート」の町民への理解や普及・啓発。	・三師会と毎月地域ケア会議を開催していることから、各会の進捗状況を情報共有、状況に応じた課題を把握し、その課題については地域や施策へ反映させていく。	・身寄りがいないことを本人が問題視し、支援を希望された場合は、日常生活・身元保証・死後事務等を行ってくれる事業所を紹介することになるが、令和に入り、仲介したケースはない。 ・孤独死対策として、日頃から見守りに繋がるような民生委員との情報共有や、宅配サービス、介護保険サービス等で関わっていければ良いが、それでも望まれなかったり、拒否をされる方もあるが、常に危険性の高い方として把握はしておく必要がある。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
四日市市へ入院した場合 ・朝日町独自(他市町を参考にしたもの)の入院時情報連携シートを活用。退院時は退院時カンファレンスマニュアル(令和4年3月改訂・四日市医師会作成 つむぐ)を活用。 桑名市へ入院した場合 ・くわな入退院の手引きを活用 海南病院へ入院した場合 ・入院時情報連携シートを活用	・四日市医師会製作「これからノート」があるが、上手く活用できていない。	・包括が把握してる方で救急を要請した場合、簡素的なシート(緊急連絡先、医療機関、既往歴程度)で情報提供している。 ・救急医療情報キットの活用。	・朝日町は四日市医師会管轄内であるが、桑名市内の病院へ通院する住民が多い為、四日市市のID-Linkへは参加していない。	・住民向けの「人生会議」講演会は、令和5年度は未実施であるが、令和6年度は開催を予定している。

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(川越町)

●連携拠点名称	川越町地域包括支援センターで相談対応等を実施		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
病院等と連携を取り、切れ目のない支援に繋げる。	退院前(入院時)から病院等と連携を取り、切れ目のない支援に繋げる。	本人・家族、在宅医療・介護連携チームで事前に急変時の対応について相談、情報共有を行い備える。	その人らしい最期を迎えられるよう支援する。

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 在宅医療の相談や対応が増加してきている。 在宅医療機関が町内にないため、地域連携室連絡会を通じた連携・情報収集を行っている。 【在宅医療・介護連携】 地域包括支援センターの総合相談において、24時間365日体制を整え、救急の対応も実施している。 退院前(入院時)から病院等と連携を取り、切れ目のない支援に繋げている。	町民・多職種向けに地域包括ケア研修会を開催(対面式)。 連携の中で完成した「退院時カンファレンスマニュアル」活用のワーキング会議に参加、「これからノート」(ACP)の活用を啓発し、権利擁護やACPをテーマにした研修会を実施。	連携先となる医師会が四日市医師会となり、在宅医も町外在住となるため、四日市医師会主催の地域連携室連絡会に参加し情報共有を行い、具体的な課題や対応策の検討を行っている。 「退院時カンファレンスマニュアル2022」の改訂時、地域の医療資源、介護資源の情報をまとめた冊子「医療と介護の便利帳」むすぶ」を新たに作成し、多職種連携に役立てている。	医療と介護の連携シートの一層の普及と理解の促進。 ACPIに関することや「これからノート」の町民への理解や普及・啓発。	ケアマネ連絡会や地域ケア推進会議等で相談内容についてケアマネージャー、医療機関(町診療所)、包括支援センター、福祉課(介護)、健康推進課と共有を図っている。	地域包括支援センターと情報共有し、他の部署、社会福祉協議会、福祉事務所等と連携して対応。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
退院時カンファレンスマニュアル、医療と介護の連携シート、地域包括支援センターの案内チラシ 定期的に四日市医師会の「つなぐ」との連携支援を受けている。	これからノート	地域包括支援センターで対応。「延命の希望」などACPの内容を共有している。	なし	「終活について」をテーマに自分らしい最期を迎えるための準備のきっかけ作りの研修を町民向けに行った

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組（鈴鹿市）

●連携拠点名称	鈴鹿市在宅医療・介護連携支援センターすずらん（直営（鈴鹿市））		
●目指すべき姿（日常の療養支援）	●目指すべき姿（入退院支援）	●目指すべき姿（急変時の対応）	●目指すべき姿（看取り）
在宅医療や介護について住民の理解を深め、本人や家族が必要とする医療や介護サービスを活用できる。在宅医療・介護を提供する多職種間が協働することにより、安心して在宅で暮らすことができる。	日々の体調が専門職により確認され、異常の早期発見に努めることで再入院のリスクを防ぎ、在宅での生活が安全に継続できる。 退院時は、在宅での生活を想定した準備や指導が行われ、多職種間で情報共有が行われ、必要な医療や介護サービスを活用し、本人や家族が安心して在宅での生活にスムーズに移行できる。	本人の意思が尊重されるよう、医療と介護、救急隊が本人の意思を共有できるような仕組みがつけられる。急変時に適切な対応がされる。	看取りについての住民の理解が深まり、本人や家族が理想の最期のあり方について考えることができる。関係者間で本人や家族の思いを共有することで、理想の最期を迎えることができる。理想の看取りができるための体制の確保がされる。

（1）在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 市内に機能強化型在宅支援診療所（連携型）が19か所、在宅支援診療所が16か所あり、連携を図っている。在宅医療を専門とする医療機関が令和5年に1か所、令和6年に1か所新設された。 【在宅医療・介護連携】 令和5年に在宅医療・介護連携支援センターが行政へ移管。医療・介護関係者からの相談対応を実施。	・在宅医療・介護の連携に係る相談支援 ・在宅医療ケアシステム運営委員会（多職種連携会議）を年4回開催。 ・「災害時の多職種連携」をテーマとした多職種向けの勉強会を開催。 ・「ACP」の多職種向けの勉強会を講演形式で開催。 ・多職種向けに人生の最終段階の経過や、意思決定支援を学ぶ講座としてエンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座を開催。 ・「みんなでつくろう、みんなのACP」をテーマに多職種によるワークショップ形式の研究会を開催。 ・専門部会の研修開催を支援 ・訪問介護や訪問看護、病院の専門部会の運営支援 ・新型コロナウイルス対策三者会議 1回/1～2週、Zoomにて開催。医師会、保健所、行政（地域医療推進課、長寿社会課、消防、学校教育等）と情報及び課題を共有。	・コーディネーターを保健師だけでなく、医師にも担ってもらい、助言を受けながら相談支援を行っている。 ・勉強会や研修により多くの方に御参加いただけるよう周知案内を複数回行い、終了後アンケートを実施し次回以降の開催に活用している。 ・新型コロナウイルス（インフルエンザを含む）について、高齢者施設において利用者及び職員が感染した場合、報告をいただき、三者会議で情報共有を行っている。	・相談内容が多岐に渡るためどのように施策に反映していくか、担当部署との調整が難しい。	・専門部会から出た意見や要望を元に、各部会間で意見交換ができる場のセッティング。 ・各部会から出た意見・要望を、各担当部局と情報共有し解決に向けて検討する。	・地域ケア推進会議においてガイドラインを作成しており、病院等の協力を仰ぎながら支援体制を整えていく。（担当：長寿社会課）

（2）在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
	・エンディングノート（わたしの人生ノート）鈴鹿市社会福祉協議会ウェブサイト掲載 ・ACPマニュアル（多職種用）すずらんウェブサイト（関係者向けサイト）掲載		・情報連携ができるウェブサイトの運用、評価、修正。 ・バイタルリンクの運用。	・鈴鹿市在宅医療リーフレット（厚労省「在宅医療に関する普及・啓発リーフレット」）鈴鹿市社会資源検索システムベルディリンクへ掲載。

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組（亀山市）

●連携拠点名称		直営：亀山市		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)	
医療・介護関係者の多職種連携によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、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場所で生活できるようにする。	入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、希望する場所で望む日常生活が過ごせる。	医療・介護・消防(救急)が円滑に連携することによって、急変時に、本人の意思を尊重された対応を踏まえた適切な対応ができる。	地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解した上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。	

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・かめやまホームケアネットを運用し、在宅療養者の相談支援や多職種の連携・調整を行っている。また、市医療センターは後方支援病院として、地域の医師会や医療機関との連携を図りながら、地域包括ケア病床による在宅復帰、介護者のレスパイトなど在宅療養の支援を行っている。 【在宅医療・介護連携】 ・在宅医療連携推進協議会を開催し在宅医療の周知啓発や方向性について協議を行った。 ・多職種連携研修会開催し、顔の見える関係性の構築に努めている。(3回/年)	・多職種連携研修会の開催(3回/年) ・市民公開講座(R7.2.23) ・かめやまホームケアネット利用者や多職種への支援やマネジメントを行う。	・医師会、歯科医師会、薬剤師会との連携調整を図るとともに、在宅医療連携推進協議会の中で、多職種の情報共有、取組検討、評価を行っている。 ・在宅医療を支える医療・介護の専門職が、多様なニーズに応じた適切な支援ができるよう、多職種連携研修会を通じて、医療・介護職の質の向上に取り組んでいる。	・在宅での終末期医療やケアに際して、高齢者本人が希望する医療やケアが実施されやすくなるよう、終末期における本人の意思確認の方法を整えていく必要がある。	・高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業の部署をはじめとし、庁内関係部署と連携しメニューを考えた上で、講師に医師会の協力を得ながら、図書館を活用したセミナーを庁内関係部署や地域包括支援センターと協働で開催した。	・令和4年10月から市社会福祉協議会に専任の職員がいる中核機関を設置し、成年後見制度の利用促進を図っている。また、市長申立てによる成年後見制度の適切な実施のため、マニュアルや日常生活自立支援事業からの移行ガイドラインを検討している。 (現在地域医療課では取組を行っておらず、市の担当課で上記の取組を行っている。今後、担当課と地域医療課で情報共有や連携を図る必要がある。)

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について(入退院支援マニュアル、エンディングノート、救急との連携シート等々。他市町が入手できるように記載願います)

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・マニュアルの作成はしていないが、かめやまホームケアネットの仕組みを利用。(亀山市ホームページ掲載) ・介護支援専門員と主治医との連携が適切に図れるよう、手引きの活用。(必要な市町があれば、地域医療課まで連絡ください。)	・エンディングノート作成中 ・リビングウィル冊子のみ。(必要な市町があれば、地域医療課まで連絡ください。)	・今後、高齢者の救急搬送の問題について、消防機関との情報共有していく必要あり。	・情報共有システム「バイタルリンク」 【内容】インターネットを活用して患者情報を在宅医療・介護に従事する関係者間で共有し、より良い在宅ケアを提供する。	【住民普及啓発】 ・市民公開講座開催(年1回) ・地域入出向きミニ講演会開催(2回/年予定) ・広報特集号掲載(年1回) 【支援者向け研修】 ・多職種連携研修会(3回/年)16

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(津市)

●連携拠点名称	津市在宅療養支援センター(津地区医師会・久居一志地区医師会)		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看)
医療と介護の両方を必要とする市民が、医療・介護関係者の多職種連携により、住み慣れた地域で安心して日常の療養生活を送ることができる。	市民が安心して入退院できるよう、病院、在宅医療・介護関係者の多職種連携を進める。入院時には在宅等での生活情報や価値観の共有を行うことで安心して入院でき、退院時には希望する場所でスムーズに医療や介護サービスが提供でき、市民が望む日常生活が送ることができる。	救急医療情報用紙を活用して、病院(救急)、在宅医療・介護関係者、消防の多職種連携ができ、医療と介護の両方を必要とする市民の急変時に本人の意志が尊重された対応が行われる。	さまざまな健康段階や置かれた状況により、市民がACPについて自分のこととして考えることができる。また、在宅医療・介護関係者が変化する医療と介護の両方を必要とする市民の心の揺らぎに対応し、人生の最終段階における意思を共有し、本人の望む場所での看取りができる。

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・市内在宅医療機関は70箇所(R5.12時点)ある。 【在宅医療・介護連携】 ・平成29年7月に医療・介護連携拠点である「津市在宅療養支援センター」を両医師会に委託し設置。 ・同センターは、運営協議会が上位組織となっており、次に医療・介護の機関の代表者で占める在宅医療・介護ネットワーク会議があり、実働部隊として3つの部会(マップ作成、研修・啓発、連携体制)を置き、事業を推進している。参集にて各部会を行っている。	・多職種連携研修会 令和6年度は全4回参集で開催。 ・介護職向け医療知識研修会(2回)予定。 ・市民講演会 在宅医療やACPに関して住民啓発。令和6年度は全1回参集で在宅療養支援センター主催で開催予定。 ・市民研修会 法律相談、遺言状の保管、成年後見制度、ACPに関して住民への研修。令和6年度市主催で開催。 ・各種調査実施(予定も含む) 医療機関調査、病院地域連携部署調査、居宅介護支援事業所調査、介護支援専門員調査、在宅施設アンケート調査(県と共催)、歯科医療機関調査、薬局調査、訪問看護調査、訪問リハビリ調査、バイタルリンク利用調査	・多職種連携研修会等 多職種の顔の見える関係づくりのため参集で実施している。講義だけでなく、参加者同士のディスカッションも盛り込み、多職種が興味を持てる内容としている。 ・市民講演会 津市在宅療養支援センターホームページ(tuzaitaku@zc.ztv.ne.jp)で実施された講演会を公開予定 ・各種調査 多職種からの意見(課題)を基に、アンケート内容項目を多職種と検討し、活用できるような情報収集している。 ・津のわの会議(地域相談窓口関係者連絡会議)と津ながる会議(病院地域連携部署連絡会議)の合同会議を実施し、情報共有する予定。	・参集で研修会や講演会を開催するにあたり、参加者が増加している為、適した会場の確保に苦慮している。	・令和6年度ネットワーク会議、部会に津市消防が新たに加わり、救急医療情報用紙の利用について連携し啓発に取り組んでいる。	・身寄りのない方を含めた自己決定できない人の支援について、取り組んでいる。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・市内の在宅医療・介護資源を把握し、津市在宅療養支援センターホームページでの情報提供を行っている。 ・津のわの会議(地域相談窓口関係者連絡会議)、津ながる会議(病院地域連携部署連絡会議)の担当者合同会議も開催(予定)	・ACP啓発媒体「いつまでも地域で自分らしく過ごす～自分らしく幸せのために～」、「心づもりシート」を認知症サポーター養成講座で啓発。 ・自己決定できない人の支援担当者として看取りの冊子等(初回相談時、家族向け、関係者向け)を活用し啓発を実施。 ・法テラス、法務局、成年後見サポートセンター、地域包括ケア推進室から制度やACPについて市民向けの研修会を市主催で開催。	・救急医療情報用紙 患者の救急搬送時に、かかりつけ医、既往や服薬、連絡先等の情報共有ができるよう、「救急医療情報用紙」を津市在宅医療・介護ネットワーク会議で検討し、作成。ホームページからダウンロード可能。 在宅施設関係者等への周知の為訪問実施	・バイタルリンク(帝人ファーマ)を活用。	支援者向け研修 ・大規模災害時の医療・介護連携について包括支援センター単位で検討 ・多職種連携で取り組む口腔ケア・栄養ケアの重要性について理解を深める ・段階に応じた継続的なACPIについて考え多職種間の情報を共有する(予定) 市民向け講演会(予定) ・市内病院の役割と特徴について(予定) ・介護職向け医療知識研修会(予定) 朗読劇『在宅医療をご存じですかPART4 ～美味しく安全に食べて自分らしい生活を～ ・『津市在宅医療・介護あんしんブック(市民向け)』令和6年12月発行。

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組（名張市）

●連携拠点名称		名張市在宅医療支援センター（名賀医師会）	
●目指すべき姿（日常の療養支援）	●目指すべき姿（入退院支援）	●目指すべき姿（急変時の対応）	●目指すべき姿（看取り）
医療介護福祉の多職種・多機関の連携をすることにより、生まれ育ったまち、住み慣れたまちで暮らし続けることの実現をめざします。	介護支援専門員等と市立病院をはじめとする関係機関の間で、患者、家族の同意のもと、在宅医療連絡票を活用した患者情報が共有できる体制を推進します。	在宅医療に係る支援体制の充実を図ることを目的として整備した急変時の救急医療体制（在宅医療救急システム）により、切れ目ない包括的なケア体制を築いていきます。	既存のサービスを組み合わせることで、ニーズに合わせた柔軟な対応を可能にするため、地域ケア会議の活用や多職種連携による取組を推進します。

（1）在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 R6年9月時点で、名張市内に在宅療養支援診療所が4カ所あり、その内1カ所は、単独型の機能強化型在宅療養支援診療所。 【在宅医療・介護連携】 ・名張市在宅医療支援センター運営会議1回/年 ・名張市在宅支援実務者会議 数回/年 構成員（選出組織）：名賀医師会、伊賀歯科医師会、伊賀薬剤師会、訪問看護ステーション協議会、介護支援専門員協会、理学療法士会、相談支援専門員、保健所、病院、消防本部、市福祉子ども部（医療福祉総務室、地域包括支援センター） オブザーバー：伊賀圏域内の病院 ☆運営会議と実務者会議の2層構造	・多職種連携研修（コミュニケーションアップ研修） 令和6年9月26日開催 ・多職種連携のための同職種研修やテーマ研修の開催を検討中	・実務者会議においては個々の職種からの選出ではなく、職能団体からの選出と団体内での情報共有の機会を作るように働きかけている。R4年度から消防署救急担当職員を構成員に追加した。 ・R5年度から実務者会議に名張市地域包括支援センターの全世代包括支援担当者を構成員に追加した。重層的支援体制整備事業における多機関協働事業や支援会議等、他事業との連動を図り、本事業の課題の共有とケース検討の場、在宅医療・介護と生活・社会的な視点における福祉分野との連動を図っている。	・当市の人口構成の特徴より、後期高齢者、単身高齢者の増加が急激であり、要介護状態の方の増加も著しい。既存の事業やサービスの利用に至ることが難しい支援を要する家族も増えている。医療機関や介護事業所等関係機関との連携においても、説明を理解し同意を得ることが困難であったり、通院や契約行為が難しい事例も多い。権利擁護事業の連携にとどまらず、利用に至るまでの具体的な伴走を要する。緊急性によっては本人の同意がなくても情報連携ができる仕組みも必要としている。事業と事業の間、または事業に乗らない場合、医療やサービスを利用したくても既存公的サービスで利用までの細々した支援がない場合に、本人や家族に長期間並走することにながりの稼働を要する。また、多機関や多制度をコーディネートする技術も要する。	・R5年度に「令和6年版 医療・介護福祉ガイドブック、マップ」を作成、各戸配付した。 ・実務者会議において、伊賀地域の病院関係者と課題を共有するなど連携を図っている。	・名張市は、民生委員・児童委員に依頼し、単身高齢者、高齢者のみ世帯等を対象に「高齢者実態調査」を毎年行うことで、「身寄りのない方」の実態を把握している。調査できない方等については、地区担当保健師等が訪問等により把握に努めている。 ・身寄りのない方の救急搬送については、名張市福祉事務所として対応している。 ・上記のことについて、消防も入れて実務者会議で情報提供など行い、関係者の現状の共通理解と地域包括支援センターから権利擁護事業の理解推進をはかるように努めている段階です。

（2）在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・三重県看護協会の各支部事業として伊賀支部で実施している「看護職連携構築事業」（三重県から看護協会への委託事業）の開始当時から準備会に参画している。R4年度は、退院支援をテーマに「退院支援マップ」を作成した。 R5年度は、この「退院支援マップ」の活用を含めて、退院支援をテーマに集合研修を開催した。 ・直営の地域包括支援センターとして、各病院地域連携部署等に積極的に情報共有及びカンファレンスの実施を依頼している。	・検討が必要な方や、情報提供を望まれる方には出版社作成の既存リーフレットを参考に相談に依じる。	・名張市立病院との在宅主治医との連携 【様式；名張市立病院ホームページに掲載】 （1）在宅主治医は『在宅医療救急システム登録票』を記載し、在宅医療支援センターを通じ名張市立病院へ届ける。 （2）名張市立病院は『在宅医療救急システム登録票』が届けられたら、速やかに『在宅医療救急システム登録済証』を、在宅医療支援センターを通じて在宅主治医に届ける。 ・R4年度から消防署救急担当職員を在宅支援実務者会議の構成員に追加した。	・地域包括支援センター内、ランチまちの保健室職員間でタブレットを所持し、同一システム内において、連絡事項等情報共有やオンライン会議、自他のスケジュール管理、文書管理、訪問先において資料の可視共有、撮影画像の共有等している。	・地域包括支援センター内、ランチまちの保健室職員間でタブレットを所持し、同一システム内において、連絡事項等情報共有やオンライン会議、自他のスケジュール管理、文書管理、訪問先において資料の可視共有、撮影画像の共有等している。 ・R5年度に「令和6年版 医療・介護福祉ガイドブック、マップ」を作成、各戸配付した【名張市在宅医療支援センターホームページに掲載】

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(伊賀市)

●連携拠点名称	直営:伊賀市地域包括支援センター			
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)	
「伊賀市地域医療戦略2025」において設定した「救急医療強化ゾーン」及び「在宅医療推進エリア」を中心とする地域医療デザインの実現				

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療・介護連携】 ・医療・介護関係者等からなる「保健・医療・福祉分野の連携検討会(以下「連携検討会」)」において課題の抽出や議論を実施。	・連携検討会において現在実施しているお薬手帳を活用した在宅患者サポート事業を継続的に実施している。 ・伊賀医師会主催(伊賀市共催)の在宅医療講演会を開催した。(対象:市民や医療介護関係者) ・多職種の方々へ服薬管理についてのアンケートを実施し、結果については連携検討会において情報共有を行った。 ・連携検討会においてACPの取組を進めることが決まり、関係する専門職や市民への周知の仕方等協議を進めている。	・連携検討会において現在行っている事業の進捗状況の確認、課題整理、改善を行っている。 ・地域包括ケアシステムを含めた医療・介護連携に繋がる新たな取組を検討している。	特になし	・連携検討会には、関係する所属長の参画のほか、今年度から事務局に現場を知る地域包括支援センター担当者を加えることで取組事務が円滑に進められている。	・入院に至らなかった場合の救急搬送時の帰宅手段についての確保等を検討している。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・入退院については、病院の地域連携室と地域包括支援センターで連絡を取り合い、カンファレンスを行う。	・(株)鎌倉新書との官民共同事業による伊賀市版エンディングノートを作成。窓口にて冊子を配布。 (伊賀市のホームページからダウンロードも可)	・お薬手帳を活用した在宅患者サポート事業について消防本部と情報共有し消防本部にも連携検討会に参画してもらっている。 ・独居高齢者等の救急搬送時に円滑に医療機関へ搬送ができるよう、患者の緊急連絡先・既往歴などの情報を共有できる情報カード等の連絡ツールを作成した。	・将来的にはICTの活用も検討する必要があるが、顔の見える関係づくりをより高めていくためにお薬手帳を連絡ツールとした取り組みを進めている。	・医師会との共催による地域住民を対象とした講演会の実施。 ・市広報紙による情報発信の実施(毎年度、特集掲載)

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組（松阪市）

●連携拠点名称	松阪地域在宅医療・介護連携拠点（松阪地区医師会館内）		
●目指すべき姿（日常の療養支援）	●目指すべき姿（入退院支援）	●目指すべき姿（急変時の対応）	●目指すべき姿（看取り）
・本人の人生観や価値観について日頃から把握し、本人や家族、在宅チームで共有する。 ・こまめな情報共有を通じて、日頃のケアや治療に活かし、同時に顔の見える関係構築を図る。	・病院と在宅チームが入院時より速やかに情報共有を行い、本人が望む退院後の生活について具体的なイメージが共有できる ・病院と在宅チームが協働し、退院後の生活にスムーズに移行できるように支援する	・日頃から急変時の対応方法や連絡先など在宅チームで共有しておく ・なんとなく変、いつもと様子が違うといった小さな変化に気づき、チームで共有し、早めに対応する	・日々の関りで得られた情報を在宅チームで共有し、同じ認識を持ちながら支援することができる ・本人や家族の病状の変化に伴う苦痛や困りごとに対して、各職種がそれぞれの専門性を活かしながらチームで取り組む ・本人や家族の思いに寄り添うとともに関わる専門職の不安にも配慮しながらチームで支える

（1）在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・在宅療養支援病院が1病院増え、在宅療養支援病院・診療所は併せて25医療機関となった。 【在宅医療・介護連携】 ・平成30年4月に松阪地区医師会館内に設置 ・松阪管内4市町と連携拠点で月1回の定例会を実施。管内3町についてWEB参加で、情報共有により連携強化に努めている。	・在宅医療における医療機関の機能調査を実施。地域の専門職が調査結果を活用できるよう、在宅医療についての情報をまとめる。 ・情報共有システム すずの輪（ICT）を活用し、多職種が連携し合い在宅医療に取り組んでいる。 ・多職種勉強会（WEB） 毎年2回開催しており、第1回は在宅の服薬管理、第2回は看取りについてをテーマに勉強会を開催。多職種での意見交換を実施。 ・在宅医療市民講演会（会場） 「落語で楽しく学ぶ人生会議～人生笑顔で笑（エンディング）」をテーマに、落語と対談を開催する中で、「話し合う」「思いを伝える」ことの大切さを啓発する。 ・松阪医療～顔の見える連携会議、実務者会議を開催し、医療と介護の連携ハンドブックを更新するにあたり、意見交換や情報共有、協議を行った。	・多職種勉強会のWEB開催は、感染症対策、参加者の移動時間などを考慮して令和6年度も引き続きWEB開催とした。グループワークを取り入れ、Web開催であるが顔の見える関係づくりを目指す。 会場開催も検討し、会場候補地を検討中。 ・情報共有システム すずの輪（ICT）に登録いただいている事業所へ使用状況の聞き取りなどを実施しニーズの把握に努める。	・地域の実態やニーズの把握をするための対話や関係づくり。 ・多職種勉強会は実施できているものの、WEB開催のため対面での顔の見える関係づくりを望む声に対応ができていない事。100名を超える参加者が集まりグループワークなどをすることができ場所の確保が課題。 ・情報共有システム すずの輪（ICT）へ登録後、専門職に有効に活用してもらうこと。	年3回開催する地域包括ケア推進会議にて、医療介護関係者や市民代表など他分野の委員とともに事業に関することについて情報提供を行うとともに、課題共有や施策について協議や意見交換を行う。 また、ほぼ毎月開催する地域包括ケア推進会議運営幹事会にて在宅医療・介護連携推進事業等の取組の進捗管理を行っている	・支援体制について、今後の更なる仕組みづくりに向けて、協議を重ねる。 ・地域包括支援センターが総合相談に対応している。 ・救急情報キットの配布 ・エンディングサポート相談窓口の設置

（2）在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・「医療と介護の連携ハンドブック」データの公表予定はなく、松阪地域で運用している情報共有システム すずの輪からのみダウンロード可能。報酬改定に伴い更新作業中 ・「松阪地域の「高齢者の住まい」に関する情報一覧」データの公表予定はなく、松阪地域で運用している情報共有システム すずの輪からのみダウンロード可能。 ・「在宅医療における医療機関の機能調査」結果在宅医療を実施している医療機関情報をまとめたもの。データの公表予定はなく、松阪地域で運用している情報共有システム すずの輪からのみダウンロード可能。	・松阪市版エンディングノート「もめんノート」 希望する市民に対し配布 必要な市町あれば、松阪市ホームページより全文ダウンロード可能。	・「松阪地域 高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン」（救急医療情報提供シート）データの公表予定はなく、松阪地域で運用している情報共有システム すずの輪からのみダウンロード可能。	・情報共有システム すずの輪 内容：株式会社カナミックネットワークTRITRUS 医療介護に関わる様々な専門職が同じシステムを活用し、在宅での療養を希望する方の状況や体調の変化、服薬状況、療養上の注意点などを共有し、在宅ケアが継続できる環境を整備する。	・令和6年度 在宅医療市民講演会（市民向け） 内容：2部構成にて実施。 ＜第1部＞ 落語で楽しく学ぶ人生会議と題し、行政書士で社会人落語家の方から生会議の重要性を学ぶ ＜第2部＞ 「あなたと大切な人のために話し合おう」と題し、対談形式で「話し合う」「思いを伝える」ことの大切さを伝える

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(多気町)

●連携拠点名称	松阪地域在宅医療・介護連携拠点		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
高齢者が住み慣れた地域で自分らしく過ごすため、本人や家族に対し介護の方法や医療情報について分かりやすく情報提供するとともに、気軽に相談できる。	・病院と在宅チームが協働し、退院後の生活にスムーズに移行できるように支援する	・日頃から急変時の対応方法や連絡先など在宅チームで共有しておく	・本人や家族の病状の変化に伴う苦痛や困りごとに対して、各職種がそれぞれの専門性を活かしながらチームで取り組む ・本人や家族の思いに寄り添うとともに関わる専門職の不安にも配慮しながらチームで支える

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
近隣1市3町で在宅医療・介護連携拠点を設置。	・住民啓発イベント「レインボーフェスタ」(R5より開始) ・多職種勉強会 ・災害時事業継続(BCP)研修(机上訓練)	・レインボーフェスタは、町内事業所等とのコラボにより実施		・災害時事業継続(BCP)研修(机上訓練) 参加者:訪問看護ステーション、薬局、ケアマネ、介護事業所、役場、地域包括支援センター	・成年後見センターの設置(社協へ委託)

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
	(R5)社協に委託して実施している介護予防教室に出向き、「もしバナゲーム」を実施し人生の最期を考えてもらうきっかけ作りを行った。 (44地区、363名参加)			

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(明和町)

●連携拠点名称	松阪地区 在宅医療・介護連携拠点		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
本人の人生観や価値観について、日頃から把握し、本人や家族、在宅チームで共有しておく。	病院と在宅チームが協働し、退院後の生活にスムーズに移行できるように支援する。	日頃から急変時における対応方法や連絡先を共有しておく。また小さな変化に気づき早めに対応する。	日々の関わりの中で得られた情報を在宅チームで共有し、同じ認識を持ちながら支援することができる。

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 生活困窮者等を対象に、地域包括支援センターと済生会明和病院ケースワーカー・看護師と自宅訪問し健康福祉相談を実施。 【在宅医療・介護連携】 平成30年4月に松阪市・多気町・大台町・明和町で松阪地区在宅医療・介護連携拠点を設置している。松阪地域医療と介護の連携ハンドブックの活用。	在宅医療と介護の多職種連携会議第1回 情報交換会(オンライン)5月に実施。 第2回 集合形式にて「明和町介護予防大作戦」を開催。多職種によるグループワークを実施。 在宅医療・介護連携拠点との定例会を毎月開催。会議録を共有	集合形式の多職種連携会議を年1回開催しており、その中で地域課題についてのグループワークを行いさまざまな意見をいただいている。	集合形式の会議にすると参加者が少なくなる。また、医療機関からの参加が少ない。	明和町は包括が直営のため、連携が取りやすい環境にある。また、週1回定例会議を開催し、こまめな連携を行っている。	救急搬送時や災害時の緊急連絡先として、緊急通報装置設置や災害時避難行動要支援者登録、また救急医療情報キットの配布を実施。必要に応じて、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用についての相談支援。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・医療と介護の連携ハンドブックの活用。 ・三重県介護支援専門員松阪支部が作成した入退院時の情報連携シートの活用。	・成年後見サポートセンターを設置し、研修や普及啓発等を行っている。 ・窓口で終活ノートを配布。	・救急医療情報キットの配布事業を実施しており、年1回消防署と情報交換を行っている。 ・松阪地域高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン(救急医療情報提供シート)の活用。	・在宅医療・介護連携情報共有システム「すずの輪」を導入し、実施状況等の検証を行っている。	・介護予防講演会(町民向け) 「輝くシルバー世代向け 健康と活力アップの秘けつ」 講師:佐藤孝臣氏(アイトラック)

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(大台町)

●連携拠点名称	奥伊勢在宅医療・介護連携相談窓口		松阪地域在宅医療・介護連携拠点
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
本人・家族、医療・介護関係者が日頃から情報共有を行い変化に対応できるチームケアの意識をもつ。	医療と介護関係者が情報連携を行うことにより、本人の意思が尊重された場所や支援で生活が送れるようにする。	本人の意思を尊重したうえで、急変時に適切な対応ができる体制づくり。緊急連絡先などを確認できる。	本人が望む場所での看取りを一緒に考える体制があること。在宅での看取りを支えるための多職種連携と家族への心理的サポートを行う体制。

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
大台厚生病院に大紀町とともに設置している奥伊勢相談窓口を連携拠点とし、目的に応じた研修の企画・運営を行っている。また、大台厚生病院で企画している研修会を地域の医療・介護職に公開していただいている。 松阪市多気町明和町と合同で松阪地域の医療介護に関する情報や、専門職からの相談対応、情報共有システムの運用、多職種勉強会の開催を行っている。	(住民対象)対面 ・もしバナゲーム ・すごろく(いつまでも住み慣れた地域で暮らし続けるための情報を収集) (他職種向け研修会) ・認知症、身体拘束予防について 講師:松阪中央病院看護師 WEB ・ACPロールプレイ 講師:老人保健施設相生医師 西川氏、介護相談所和び咲び副所長 大城氏 対面(11/30) ・服薬管理についての勉強会 講師:西井医院院長西井氏 センター薬局済生会病院前薬剤師 山本氏	(奥伊勢) ・開催時間を夜間や土日にすることで参加しやすくなった。 ・ACP研修を対面で実施することにより実際と同様の感覚で行うことができる。 (松阪地域) グループワークを行うことにより、多職種が抱える悩みを共有し相談し合えることが出来た。	(特にありません)	・大台町では75歳以上独居の方、障がいをおもちの方が、急病等で救助が必要となった時、救急隊が迅速な救急活動が行なえるよう、必要な情報を記入するシートと保管する容器、これらを持っていることを示すマグネットとステッカーを申請により配布している。容器は冷蔵庫に入れてもらう。(救急隊員は冷蔵庫に入っていることを認知している) ・自主グループ活動等に出向いて行う「すごろく」は、社会福祉協議会の生活支援コーディネーターと連携して取組んでいる。	・契約ごとなどのサポートを行う機関へのつなぎの支援。 ・成年後見制度に関する窓口相談。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
		75歳以上の一人暮らしの方、障がいをおもちの方が、急病等で救助が必要となった時、救急隊が迅速な救急活動を行なえるよう、必要な情報を記入するシートと保管する容器、これらを持っていることを示すマグネットとステッカーを申請により配布している。 容器は冷蔵庫に入れてもらう。(救急隊員は冷蔵庫に入っていることを認知している)		自主グループ活動等に出向いて行う「すごろく」は、当町独自のすごろく板を作成し、社会福祉協議会の生活支援コーディネーターと連携して取組んでいる。 住み慣れた地域で暮らし続けるために知っておいた方がいい情報を考え・収集できる内容となっている。

在宅医療・介護連携に関する課題と令和5年度の取組（伊勢市）

●連携拠点名称	伊勢地区在宅医療・介護連携支援センターつながり、(委託先)一般社団法人 伊勢地区医師会		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
【多職種協働による患者や家族の生活を支える観点から在宅医療、介護の提供】 介護(Care)」と「治療(Cure)」の両域において、進展する超高齢社会をよりよく生きるための地域を目指し、医療介護及び行政が連携して切れ目のない医療・介護連携の体制を整える。	【在宅医療・介護にかかる機関との協働】 MSW.や入退院支援NS.と介護支援専門員がスムーズな入退院支援が行える関係性の構築と、ICTを活用した情報共有体制を整備し、地域住民が安心して希望する場所で望む日常生活が過ごせる体制を整える。	【患者の急変時における救急との情報共有】 急変時に自身の意向に沿える地域を目指し、ACP/ALPの情報共有シートの普及に努めるとともに、在宅・救急・医療機関の一連の流れにおいて、患者情報を迅速に情報提供ができるICTを活用した地域の情報伝達の体制を整える。	【人生の最終段階における意思決定支援】 社会生活において健康な時から、人生の最終段階において、自身の人生のしまい方を考え、自分自身及び家族が満足感を得られる終末期を迎えられる様、医療と介護・救急の連携体制を整える。

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療・介護連携】 ・平成30年4月に、伊勢地区医師会内に「伊勢地区在宅医療・介護連携支援センターつながり」を設置し、業務を委託(伊勢市、玉城町、南伊勢町、度会町)している。 ・各市町担当者と「つながり」担当者で、対面で市町調整会議を定期的に開催し、事業運営を行っている。	・各専門職の部会(10部会)を設置し課題解決に向け活動連携シートの作成、運用評価実施、課題検討及び共有 ・地域研修会開催(防災、感染症、看取り/年3回) ・多職種(医師含め)研修会開催(認知症・虐待/年3回) ・住民向け講演会開催(ACP/1回)(You Tube録画配信ケーブルTVで期間放送) ・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」の構築、運用開始 ・ACP動画作成(つながりホームページ、DVD)) ・ライフデザインノートの作成(ACP関連) ・つながり便りの発行 ・専門職からの相談対応	・多職種の意見から出た課題や疑問に対応した内容で地域研修会のテーマを検討し、社会情勢などを考慮して、研修テーマを考えている。 ・研修会について、アンケート集計と公表ができるようシステム構築を図っている。 ・住民啓発講演会を録画配信にて実施し、行政チャンネルで放送したり、HPからアクセスできる形にし住民が視聴しやすいよう工夫を行っている。 ・効率的な事業運営のため、ICT化を積極的に導入している。	・ACPに関する理解や取組について職種間で違いがあるため、理解の促進を進めていくことが課題である。 ・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」の活用を広げ、効果的な運用を進めていくことが課題である。	・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」を活用した連携 ・関係部署との情報共有により連携を強化	・地域包括支援センターや行政が高齢者の相談先として対応している。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・入退院連携部会と入退院関係者部会にて情報共有ツールの活用、評価等を実施。 ・伊勢地区入退院連携マニュアル 伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター つながりHPに掲載 (様式・マニュアルページよりダウンロード可能)	・ACP動画作成(YouTube) 「つながり」ホームページに動画を掲載 ・地域包括ケアシステム啓発講演会開催(住民向け) R7年1～2月You Tube録画配信 R7年2月行政ケーブルテレビ放映予定 ・「つながりネットワーク」を活用しACPを共有 ・ACPを共有する「ライフデザインノート」の作成 「つながり」ホームページ会員サイトに掲載予定	・今後、高齢者の救急搬送の課題について把握し、関係者と共有し課題解決に向け検討していく必要がある。	・多職種研修会、地域研修会 ライブ配信、You Tube録画配信の実施 ・専門職部会の会議をオンライン(WEB)で実施 ・「つながりネットワーク」による多職種連携を実施	【住民普及啓発】 ・ホームページへのACP動画の掲載 ・地域包括ケアシステム啓発講演会にてACPIに関する講演を開催 【支援者向け】 ・ホームページ 「多職種・会員専用サイト」への掲載 研修会、会議、専門部会会議案内、結果を様式・マニュアルのダウンロード 専門職種別の情報共有シート等様式集 ・「つながり便り」発行

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組（玉城町）

●連携拠点名称	伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター「つながり」、(委託先)一般社団法人 伊勢地区医師会		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
多職種協働による患者や家族の生活を支える観点から在宅医療、介護を提供する。 介護(Care)」と「治療(Cure)」の両域において、進展する超高齢社会をよりよく生きるための地域を目指し医療介護及び行政が連携していく。	介護にかかる機関と協働する。 MSW.入退院支援NSと介護支援専門員との顔の見える関係性の構築と、ICTを活用した情報共有体制を整備し、地域住民が安心して在宅領域へ移行できる体制の整備をしていく。	患者の急変時における救急との情報共有。 ACP/ALPIに関する情報共有シートの普及に努め、在宅→救急→医療機関の一連の流れを整備するとともに、患者情報等のスピーディーな情報提供ができるICTを活用した情報伝達体制を地域で構築し、患者自身の意向に沿った対応ができる地域を目指していく。	人生の最終段階における意思決定支援。 社会生活が正常に過ごせる健康状態の時から地域住民個々が、自身の終末期を抵抗なく想像し、自身の人生のしまい方を考え、自分自身及び家族が満足感を得られる終末期を迎えられるよう、医療介護連携体制を整備していく。

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・町内に、医療機関は8カ所(うち町立病院1カ所、透析専門病院1カ所、耳鼻科1カ所、主に在宅医療専門クリニック1カ所)あり、医師、看護師、受付事務員含めて連携している。がん検診、コロナワクチン接種業務への協力もあり、顔の見える関係である。 【在宅医療・介護連携】 ・平成30年4月に、伊勢地区医師会内に在宅医療・介護連携支援センター「つながり」を設置し、業務を委託(伊勢市、玉城町、南伊勢町、度会町)している。 ・各市町担当者と「つながり」担当者で、対面で市町調整会議を定期的に開催し、事業運営を行っている。	・各専門職による部会を10部会設置し課題解決に向け活動連携シートの作成、運用評価実施、課題検討及び共有 ・地域研修会開催(防災、感染症、看取り／年3回) ・多職種(医師含め)研修会開催(認知症・虐待／年3回) ・住民向け講演会開催(ACP／1回)(You Tube録画配信、ケーブルTVで期間放送) ・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」の構築、運用開始 ・ACPの動画作成(つながりホームページ、DVD) ・ライフデザインノートの作成(ACP関連) ・つながり便りの発行 ・専門職からの相談対応	・多職種の意見から出た課題や疑問に対応した内容で地域研修会のテーマを検討し、社会情勢などを考慮して、研修テーマを考えている。 ・研修会について、アンケート集計と公表ができるようシステム構築を図っている。 ・住民啓発講演会を録画配信にて実施し、行政チャンネルで放送したり、HPからアクセスできる形にし住民が視聴しやすい工夫を行っている。 ・効率的な事業運営のため、ICT化を積極的に導入している。	・ACPに関する理解や取組について職種間で違いがあるため、理解の促進を進めていくことが課題である。 ・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」の活用を広げ、効果的な運用を進めていくことが課題である。	・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」を活用した連携を図っている。 ・関係部署との情報共有により連携を強化している。	・地域包括支援センター(直営)や行政が高齢者の相談先として対応している。 ・相談支援にあたる中で把握したケースにおいて、必要に応じて『みまもり家族』等の事業所につなげたり県社協など関係機関と連携したりして対応している。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・入退院連携部会と入退院関係者部会にて情報共有ツールの作成、評価等を実施。 ・伊勢地区入退院連携マニュアル 伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター つながりHPに掲載 (様式・マニュアルページよりダウンロード可能)	・ACP動画作成(YouTube) 「つながり」ホームページに動画を掲載 ・地域包括ケアシステム啓発講演会開催(住民向け) R7年1～2月You Tube録画配信 R7年2月行政ケーブルテレビ放映予定 ・「つながりネットワーク」を活用しACPを共有 ・ACPを共有する「デザインノート」の作成 ・「つながり」ホームページ会員サイトに掲載予定	・今後、高齢者の救急搬送の課題について把握し、関係者と共有し課題解決に向け検討していく必要がある。	・多職種研修会、地域研修会 ライブ配信、You Tube録画配信の実施 ・専門職部会の会議をオンライン(WEB)で実施 ・「つながりネットワーク」による多職種連携を実施	【住民普及啓発】 ・ホームページへのACP動画の掲載 ・地域包括ケアシステム啓発講演会にてACPIに関する講演を開催 【支援者向け】 ・ホームページ 「多職種・会員専用サイト」への掲載 研修会、会議、専門部会会議案内、結果を掲載 様式・マニュアルのダウンロード先を掲載 専門職種別の情報共有シート等様式集を掲載 ・「つながり便り」発行

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組（南伊勢町）

●連携拠点名称		(伊勢地区在宅医療・介護連携推進事業 つながり (委託先:伊勢地区医師会))		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)	
多職種協働による患者や家族の生活を支える観点から在宅医療、介護の提供 介護(Care)」と「治療(Cure)」の両域において、進展する超高齢社会をよりよく生きるための地域を目指し、医療介護及び行政が連携していく。	介護にかかる機関との協働 MSW、入退院支援NSと介護支援専門員との顔の見える関係性の構築と、ICTを活用した情報共有体制を整備し、地域住民が安心して在宅領域へ移行できる体制の整備をしていく。	患者の急変時における救急との情報共有 ACP/ALPIに関する情報共有シートの普及に努め在宅→救急→医療機関の一連の流れを整備するとともに、患者情報等のスピーディーな情報提供ができるICTを活用した情報伝達体制を地域で構築し、患者自身の意向に沿った対応ができる地域を目指していく。	人生の最終段階における意思決定支援 社会生活が正常に過ごせる健康状態の時から地域住民個々が、自身の終末期を抵抗なく想像し、自身の人生のしまい方を考え、自分自身及び家族が満足感を得られる終末期を迎えられる用、医療介護連携体制を整備していく。	

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療・介護連携】 ・平成30年4月に、伊勢地区医師会内に「伊勢地区在宅医療・介護連携支援センターつながり」を設置し、業務を委託(伊勢市、玉城町、南伊勢町、度会町)している。 ・各市町担当者と「つながり」担当者で、対面で市町調整会議を定期的に開催し、事業運営を行っている。 【南伊勢町独自(地域包括ケア関係者会議)】 町内の医療・介護・福祉関係者の質の高い関係づくり、顔の見える関係づくりをすることを目的として、地域包括ケア関係者会議を開催している。	・各専門職による部会を10部会設置し課題解決に向け活動連携シートの作成、運用評価実施、課題検討及び共有 ・地域研修会開催(年3回) ・多職種(医師含め)研修会開催(年3回) ・研修会のYou Tube録画配信実施 ・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」の構築、運用開始 ・つながり便りの発行 ・住民向け講演会開催(You Tube録画配信、ケーブルTVで期間放送) 専門職からの相談対応 【南伊勢町独自(地域包括ケア関係者会議)】 研修会+意見交換会等を行っている。	・多職種の意見から出た課題や疑問に対応した内容で地域研修会のテーマを検討し、社会情勢などを考慮して、研修テーマを考えている。 ・研修会について、アンケート集計と公表ができるようシステム構築を図っている。 ・住民啓発講演会を録画配信にて実施し、行政チャンネルで放送したり、HPからアクセスできる形にし住民が視聴しやすいよう工夫を行っている。 ・効率的な事業運営のため、ICT化を積極的に導入している。 【南伊勢町独自(地域包括ケア関係者会議)】 参加者の興味を引くような研修会の開催を目指しているが、意見交換も十分に行える場の設定をしている。	・ACPに関する理解や取組について職種間で違いがあるため、理解の促進を進めていくことが課題である。 ・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」の活用を広げ、効果的な運用を進めていくことが課題である。	・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」を活用した連携 ・関係部署との情報共有により連携を強化	・地域包括支援センターや行政が高齢者の相談先として対応している。 【南伊勢町独自】 ・救急医療情報活用事業(救急医療情報キット)の実施 ・該当者に対応が必要になったときは、役場の福祉部門や多気度会福祉事務所、社協等関係機関と随時協議しながら連携をとって対応 ・日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用の検討

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・入退院連携部会と入退院関係者部会にて情報共有ツールの活用、評価等を実施。 ・伊勢地区入退院連携マニュアル 伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター つながりHPに掲載 (様式・マニュアルページよりダウンロード可能)	・ACP動画作成(YouTube) 「つながり」ホームページに動画を掲載 ・地域包括ケアシステム啓発講演会開催(住民向け) R7年1～2月You Tube録画配信 R7年2月行政ケーブルテレビ放映予定 ・「つながりネットワーク」を活用しACPを共有 ・ACPを共有する「ライブデザインノート」の作成 「つながり」ホームページ会員サイトに掲載予定	・今後、高齢者の救急搬送の課題について把握し、関係者と共有し課題解決に向け検討していく必要がある。	・多職種研修会、地域研修会 ライブ配信、You Tube録画配信の実施 ・専門職部会の会議をオンライン(WEB)で実施 ・「つながりネットワーク」による多職種連携を実施	【住民普及啓発】 ・ホームページへのACP動画の掲載 ・地域包括ケアシステム啓発講演会にてACPに関する講演を開催 【支援者向け】 ・ホームページ 「多職種・会員専用サイト」への掲載 研修会、会議、専門部会会議案内、結果を様式・マニュアルのダウンロード 専門職種別の情報共有シート等様式集6 ・「つながり便り」発行

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組（度会町）

●連携拠点名称		伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター「つながり」、(委託先)一般社団法人 伊勢地区医師会		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)	
【多職種協働による患者や家族の生活を支える観点から在宅医療、介護の提供】	【在宅医療・介護にかかる機関との協働】	【患者の急変時における救急との情報共有】	【人生の最終段階における意思決定支援】	
介護(Care)」と「治療(Cure)」の両域において、進展する超高齢社会をよりよく生きるための地域を目指し医療介護及び行政が連携して切れ目のない医療・介護連携の体制を整える。	MSW、や入退院支援NS、と介護支援専門員がスムーズな入退院支援が行える関係性の構築と、ICTを活用した情報共有体制を整備し、地域住民が安心して希望する場所で望む日常生活が過ごせる体制を整える。	急変時に自身の意向に沿える地域を目指し、ACP/ALPの情報共有シートの普及に努めるとともに、在宅・救急・医療機関の一連の流れにおいて、患者情報を迅速に情報提供ができるICTを活用した地域の情報伝達の体制を整える。	社会生活において健康な時から、人生の最終段階において、自身の人生のしまい方を考え、自分自身及び家族が満足感を得られる終末期を迎えられる様、医療と介護・救急の連携体制を整える。	

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・町内に医療機関は2カ所あり、医師、看護師、受付事務員含めて連携している。往診を掲げている病院はないため、近隣市町の医療機関にも助けてもらっている。 【在宅医療・介護連携】 ・平成30年4月に、伊勢地区医師会内に在宅医療・介護連携支援センター「つながり」に設置し、業務を委託(伊勢市、玉城町、南伊勢町、度会町)している。 ・各市町担当者と「つながり」担当者は、年6～7回Zoom又は対面で会議を開催し、事業運営を行っている。	・各専門職による部会を10部会設置し課題解決に向け活動連携シートの作成、運用評価実施、課題検討及び共有 ・地域研修会開催(年3回) ・多職種(医師含め)研修会開催(年3回) ・研修会のYou Tube録画配信実施 ・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」の構築、運用開始 ・つながり便りの発行 ・住民向け講演会開催(You Tube録画配信、ケーブルTVで期間放送) ・専門職からの相談対応 ・終活セミナー⑤部局間連携の取組参照	・多職種の意見から出た課題や疑問に対応した内容で地域研修会のテーマを検討し、社会情勢などを考慮して研修テーマを考えている。 ・研修会について、アンケート集計と公表ができるようシステム構築を図っている。 ・住民啓発講演会を録画配信にて実施し、行政チャンネルで放送したり、HPからアクセスできる形にし住民が視聴しやすいよう工夫を行っている。 ・効率的な事業運営のため、ICT化を積極的に導入している。	・ACPIに関する理解や取組について職種間で違いがあるため、理解の促進を進めていくことが課題である。 ・ICTによる情報共有システム「つながりネットワーク」の活用を広げ、効果的な運用を進めていくことが課題である。	・ICT化した情報共有システム「つながりネットワーク」の利便性の促進。 ・終活セミナー ・成年後見と在宅医療・介護連携が協力して住民向けに講座を開催。 講師:伊勢日赤HP看護師 「人生会議って？」 社協職員 「事例をもとに成年後見を考える」	・主に地域包括支援センターが窓口となり、支援を行っている。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・入退院連携部会と、入退院関係者部会にて、情報共有ツールの作成、評価等を実施。 ・伊勢地区入退院連携マニュアル 伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター つながりHPに掲載 (様式・マニュアルページよりダウンロード可能)	・地域包括ケアシステム啓発講演会開催(住民向け) R7年1～2月You Tube録画配信 R7年2月行政ケーブルテレビ放映予定 ・終活セミナー 成年後見と在宅医療・介護連携が協力して住民向けに講座を開催。 講師:伊勢日赤HP看護師「人生会議って？」 社協職員「事例をもとに成年後見を考える」		・多職種研修会、地域研修会 ライブ配信、You Tube録画配信の実施 ・専門職部会の会議をオンライン(WEB)で実施 ・「つながりネットワーク」の構築	・ホームページ 【多職種・会員専用サイト】 研修会、会議、専門部会会議案内、結果を掲載 様式・マニュアルダウンロード 専門職種別の情報共有シート等様式集掲載。 ・「つながり便り」発行

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(大紀町)

●連携拠点名称	直営:大紀町		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制が整備されている	医療・介護関係者の情報共有の円滑化	消防との日常的な連携をとる	地域で自分らしい人生の最後を迎える事ができる

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 【在宅医療・介護連携】 ・連携拠点として「奥伊勢在宅医療介護連携相談窓口」を設置している。 ・連携拠点では、関係機関からの相談、研修会実施等を担当している。年間2回の研修と、8回連携協議の場を設け、連携強化に努めている。 ・大紀町内医療機関・介護事業所の一覧情報を最新に更新し、連携に役立てている。	・大台厚生病院・大台町・大紀町協働で、多職種連携研修を年間2回実施する予定。である。令和6年度のテーマは「誤嚥・嚥下力」「認知症・身体拘束について」である。 ・大紀町内の居宅介護支援事業所と年2回の勉強会を行う予定。「成年後見制度について(消費者被害)」「高齢者虐待の対応について」など。 ・大紀町内医療機関と介護事業に最新のサービス等の情報を提出していただき、共有出来る一覧を最新に更新した。	・コロナ禍でも実施できるようにウェブ研修を昨年度に引き続き取り入れた。今年度はコロナもあけたため対面形式を予定している	・WEB研修の参加方法がわからない事業所もあり。参加率が少なくなってしまう。アンケート回答などネットを使えない人が多いため旧式になる	日頃から定期的に連携会議をもうけており他の事業所さんとも勉強会、会議を儲け交流できる機械をつくっている	・奥伊勢相談窓口と連携をとりながら、支援を行っている。 ・急性期の3病院との支援の取組については連携できていない

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・新たな「入退院時情報連携シート(病院⇄介護支援専門員・地域包括職員)」、病院連携一覧表作成中継続	・ACPの基礎(日経メディカル)著者 ①老健相生 施設長 医師 西川満則氏 ②快護相談所 和び咲び 管理者 主任介護支援専門員 大城京子氏 講師迎えACPの応用をロールプレイを用いて勉強会を行う			

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6度の取組(鳥羽市)

●連携拠点名称	鳥羽市		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
住んでいる場所に関わらず、多職種が連携し、本人や家族が望む生活ができる	医療機関と連携し、スムーズに医療・介護サービスが利用できる	急変時に医療と救急の連携がスムーズにできる	本人の意思決定により住み慣れた地域で看取りが実施できる

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・本土側の医療機関においては、在宅医療可能な医療機関数は変更なく維持している。 ・鏡浦地区の市立診療所で医療Maasを活用したオンライン診療・訪問診療を行っている。 ・離島側の市立診療所については、オンライン診療・服薬指導が可能な機器を導入し、直接医療機関に出向かなくても診察をうけられる施設もある。 【在宅医療・介護連携】 ・医療と介護の連携シートを活用し連携を図っている。 ・サービス担当者会議についても連携シートを活用し照会を行っている。	・多職種連携の勉強会をweb又は対面で行っている。 ・住民向け講演会を圏域ごとに実施している。 ・医療と介護の連携シートや在宅医療連携ノートを活用し関係者が情報共有を図っている。また、一部でMCSを活用した情報共有も行っている。 ・看取りの冊子を活用している。	・ケアマネタイムを毎年更新し、連携が取りやすい時間等を共有している。	・住んでいる地域によっては、医療や介護のサービスを整えやすさに差がある。	・健康係や長寿介護係とは在宅医療・介護連携部会等で連携し事業に取り組んでいる	・ケースによって対応を検討し、必要に応じ権利擁護事業、生活困窮者支援事業、成年後見サポートセンターなどの事業につないでいる。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
市内の病院がないためマニュアル作成はしていません。	・多職種連携の勉強会で、ACPに関連するテーマを取り上げている。 ・市民が自分事として考えるきっかけとして広報にACPの記事を掲載し、希望者にはエンディングノートを配布している。	・離島の市立診療所と消防の間では、MCSを活用し情報共有を図っている。		・広報に在宅医療等に関することやACPについて掲載する。

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年年度の取組(志摩市)

●連携拠点名称	直営(志摩市)		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
支援者間の連携により、医療・介護サービスの調整を行い、本人の希望する在宅生活が長く送ることができる。	日頃からかかりつけ医や介護保健サービスについて周知し、受診や退院後の生活についてイメージを持つことができる。	体調の急変時に対応できるよう、本人・家族、医療・介護支援者が日頃から体制について共有している。	終活について相談できる窓口が増え、考える人が増える。

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・医療機関によっては、受診送迎、訪問診療、電話診療等を実施している。 【在宅医療・介護連携】 ・多職種連携の研修会、自立支援型地域ケア会議などを開催し、顔の見える関係づくりを行い、日頃の業務連携に活かしている。また、志摩市地域包括ケア推進協議会において、地域における課題や取組について意見交換している。	・多職種連携研修会(2回) テーマ 第1回 独居高齢者や高齢者世帯における健康管理について 第2回 「感染症対策、基本のき」～個人、家庭、事業所、それぞれに必要な対策～ ・自立支援型地域ケア会議(12回) ・地域包括ケア推進協議会(1回)	・多職種連携研修会は、志摩医師会と三重県介護支援専門員協会南勢志摩支部と共催で実施し、事例検討を通じてケアマネジャーのスキルアップを図る。 ・多職種連携研修会にグループワークを取り入れ、交流を図る。 ・見える化システムなどから地域における各種医療、介護に関する資源の把握を行い、日頃の相談支援に活用している。	・4つの場面を意識した意見交換や課題の抽出を行い、具体的な課題解決に向けた施策の検討などを行うため、アドバイザーがいるといいと感じている。	・多職種研修会では、市消防本部にも参加依頼し、話題提供などを行っている。	・遺言や任意後見制度等を相談できる公証相談を年4回実施している。 ・市民向けに成年後見制度利用促進の講演会を年1回開催し、終活についての内容を含めている。 ・地域に出向いて行う「あんぜんあんしんくらし講座」で、成年後見制度等について周知している。 ・日頃の総合相談対応時にも、終活に関する本人の意思などを確認し、サービスの紹介を行っている。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・入退院については、病院の地域連携室と地域包括支援センターで随時連絡を取り合っている。	成年後見制度利用促進の講演会を年1回開催し、ACPなどの内容も含むようにしている。	救急時の情報として救急医療情報キットを活用。(70歳以上の高齢者のみの世帯・独居等に設置)		・救急医療情報キットは年1回、情報の更新をするよう周知している。

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度取組(尾鷲市、紀北町)

●連携拠点名称	尾鷲市 紀北町		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
・限りある資源の中で、再入院を防ぎ在宅生活を続けていくための最善の支援体制を構築することが出来る。	・本人を取り巻く家族や専門職が情報をスムーズに共有できるよう、医療・介護の相互理解を深め顔の見える関係づくりを構築する。	・急変時において本人の意思が尊重され、周囲の人の精神的な負担を軽減するため、ACPの普及啓発を行い、各関係機関が円滑に対応できるよう支援体制を構築する。	・ACPの普及啓発を行い、住民と専門職が共通の理解のもと、人生の最期の過ごし方を選択し、その希望を叶えられる体制づくりを進める。

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・管内における診療所では、訪問診療を実施しているところは多くあるが、希望する訪問診療すべてに対応は出来ていない状況。 【在宅医療・介護連携】 ・介護保険者である紀北広域連合内に、在宅医療介護連携支援センターを設置し、相談業務を行っている。 ・定期的に市町担当者、包括支援センター職員が集まり、課題の共有や対応策の検討を行っている。	・介護支援専門員をはじめとした、多職種合同の意見交換会を2ヵ月に1回程度開催。 ・住民向けACP啓発講座の開催。(不定期)	・多職種合同の意見交換会については、どの職種と話をしたいかなど、参加者の意見を聞きながら検討している。 ・開催時間を2部に分けるなど、参加しやすいよう配慮している。	・意見交換が活発に行えるようにテーマ等を考えてはいるが、うまくいかないことがある。ファシリテーターの質も課題。	・事業間連携が円滑に行えるよう、市町担当者や地域包括支援センター職員が集まり、目指す姿や現状課題を共有する場を設けている。	・「身寄りのない人の入院・入所に関するガイドライン」を作成し、周知啓発を行っている。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・身寄りのない人の入院・入所に関するガイドラインを作成。(必要であれば、紀北広域連合までご連絡ください。)	・住民向けのACP啓発パンフレットを作成。(紀北広域連合ホームページ掲載) ・専門職向けのACP啓発パンフレットを作成中。			

在宅医療・介護連携に関する課題と令和6年度の取組(熊野市、御浜町、紀宝町)

●連携拠点名称	熊野市地域包括支援センター・御浜町地域包括支援センター・紀宝町地域包括支援センター 紀南地域在宅医療介護連携支援センターあいくる(委託先:紀南病院)		
●目指すべき姿(日常の療養支援)	●目指すべき姿(入退院支援)	●目指すべき姿(急変時の対応)	●目指すべき姿(看取り)
医療や介護が必要となっても、多職種が協働することで、自分らしい生活ができる地域	多職種が協働することで、スムーズに入退院ができる地域	急変時でも、多職種が協働することで、自分の意志が尊重される地域	自分が最期を過ごす場所を住民自身が選択できる地域

(1)在宅医療等の状況や取組等について

①在宅医療および在宅医療・介護連携の状況	②取組	③取組について工夫していること	④困難に感じていること	⑤部局間連携の取組、事業間連携の取組	⑥身寄りのない方への支援についての取組状況
【在宅医療】 ・令和2年に紀南地域に在宅医療を専門とする医療機関が開院し、在宅看取りの選択肢は広がっている。 ・地域の医療機関でもかかりつけの患者は看取りまで行ってくれる医療機関もあるが、地域的には医師不足の状況である。 【在宅医療・介護連携】 ・紀南地域在宅医療介護連携支援センターのコーディネーターと医師会、基幹病院、市町の地域包括支援センターが連携し、医療・介護連携の課題解決に取り組んでいる。 ・有志の多職種で活動している任意団体とも連携して、様々な研修会やイベントを実施している。	・多職種連携研修会として、年4～5回のシリーズで研修会を開催している。令和3～5年度は看取りをテーマとした研修会を全10回でひと区切りとし、令和6年度は新たなテーマで研修会を開催している。 ・多職種連携の研修と交流を目的に、生活支援体制整備事業とも連携してイベントを実施する。 ・介護人材確保に向け、NPO法人と協力し、研修会を開催。保険者と市町の地域包括支援センターで月1回検討会を開催。 ・住民啓発の講演会は、認知症をテーマに開催予定。	・紀南地域での在宅医療・介護連携の取り組みを全国国保地域医療学会等で発表をし、地域での取り組みを関係者に伝えようと共に他地域の好事例を学ぶ機会としている。 ・任意団体やNPO法人と協力することで、行政では取り組みが難しい内容を実施できたり、多職種に広く周知、協力を得ることができている。	・特に介護人材の不足が深刻であるが、高齢化・少子化で人口減少も著しいため、新規の介護人材を確保することが難しい。 ・人材不足のため、市街地から離れた地域では介護サービスの提供を受けることが難しく、在宅看取りの希望があっても、対応できないケースがある。	・研修会やイベントは、各市町の生活支援体制整備事業や認知症総合支援事業とも連携して開催している。また、任意団体やNPO法人とも協力して取り組んでいる。 ・令和6年度から人材確保の取り組みを進めていくため、保険者である広域連合と市町の地域包括支援センター、広域コーディネーターと月1回の検討会を開催している。。	紀南権利擁護支援体制連絡会において、病院、介護、障がい事業所向けに入院・入所時の保証人等に関する調査を実施。調査結果をもとに対策等を検討予定。在宅医療介護連携推進事業関係者も必要に応じ、協働で取り組んで行く。

(2)在宅医療・介護連携事業において、他市町と共有できる情報や資料について

①入退院支援関係	②ACP関係	③救急との連携関係	④ICT関係	⑤住民普及啓発や支援者向け研修資料関係
・入院時情報提供書…紀南病院HP→あいくる→様式ダウンロード	・御浜町では、今年度から年一回、医師によるACP講演会を開催。来年度以降も地区を変えて開催予定であり、ACPの文化化を目指す。また、その際に「エンディングノート簡易版」にも触れてもらい、意思決定支援を意識した取組も行う。 ・熊野市では熊野市版のエンディングノート(簡易版)を作成し、高齢者サロンなどにおいて、医療・ケアの意思決定などについての啓発している。 ・紀宝町の取り組みでは、エンディングノート等を希望者に配布。地域からの依頼に応じ、老い支度講座を実施。救急キットの案内送付時、人生会議の啓発チラシを同封している。 12月には住民啓発事業を開催予定。	救急時の情報として市町において救急医療情報キットを活用している。 ・熊野市:主に75歳以上独居の方に救急キットを配付。 ・御浜町:救急キットについては、基本的には65以上独居世帯であるが、高齢者世帯で、持病などがあり、自宅療養に不安があり希望する世帯や64歳以下の障がい者に関しても対応している。 ・紀宝町:1人暮らしの65歳、夫婦共に75歳以上となる世帯に対して、救急キット作成の案内を送付している。	・在宅医療介護に携わる多職種が情報連携するICTツールとして、MCS(メディカルケアステーション)を導入することとし、在宅医療介護連携支援センターあいくるが主催で地域の医療機関や事業所を対象にMCSの導入説明会を開催した。 ・現在、MCSを導入する医療機関や事業所が増えつつある。	・出前講座一覧…紀南病院HP→あいくる→様式ダウンロード→出前講座一覧 ・紀南地域医療・介護資源情報…熊野市・御浜町・紀宝町HP参照