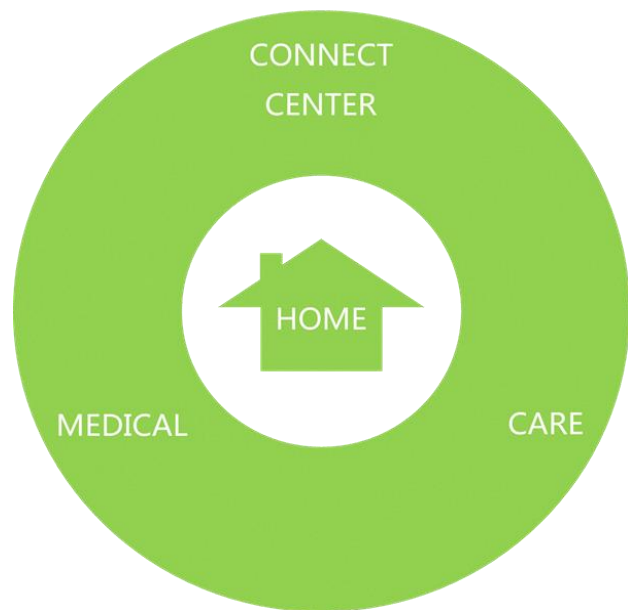


西東京市の在宅医療・介護連携推進事業の 取り組みについて



西東京市健康福祉部高齢者支援課在宅療養推進係長
ザーリッチ陽子

西東京市在宅療養連携支援センターにしのわセンター長
田無病院医療福祉連携部
高岡里佳

西東京市の概要(平成29年6月現在)

◆西東京市の人口

総人口: 200,674人

高齢者人口: 47,439人

高齢化率: 23.6%

◆西東京市の医療体制

一般病院 5か所

認知症疾患医療センター1ヶ所

診療所数 117ヶ所

訪問看護ステーション 12ヶ所

◆地域包括支援センター: 8ヶ所



- 平成13年 旧田無市と旧保谷市
が合併して誕生
- 都心へ20分と通勤しやすくベットタウンとして発展
- 4キロメートル四方程度の面積

平成27年4月 西東京市組織改正（福祉部→健康福祉部）

健康福祉部

（健康福祉部長 ）

■生活福祉課

■障害福祉課

（ささえあい・健康づくり担当部長）

■健康課

■高齢者支援課

- ・相談受付係
- ・介護認定係
- ・保険料係
- ・介護指導給付係
- ・高齢者サービス係
- ・地域支援係
- ・在宅療養推進係

西東京市はどこまで進んでいるの？

地域包括ケアシステム構築に向けて第1段階

(27年度～29年度まで)

基盤づくり・土台づくり

～ あくまでも 「仲間づくり」

何から考え始めたか？

- ・在宅医療・介護連携事業とは何をすすめることなのか？
⇒（これをすすめるとどんな良いことが起こるのか？）

『在宅療養者が安心して死ぬことができる
（生きる）ための環境を整備すること』

と・・・考えた

在宅療養推進協議会と6つの部会

西東京市在宅療養推進協議会組織図

西東京市医師会
西東京市医師会在宅医療推進委
員会 (エ)
北多摩北部地域医療システム化
部会 (ク)

在宅療養推進協議会

- ◎方針・各部会の検討事項についての意見・同意・決定
- ◎各関係機関との調整と周知

(イ)
ア～ク全体
の把握

(キ)

市民との協働啓発部会

- ◎住民への意識啓発
 - ・在宅療養・終末期・看取りの理解の促進
 - ・介護予防・寝たきり予防の重要性和意識改革
 - ・市民が参画する普及啓発のしかた

(エ)
(カ)

連携のしくみづくり部会

- ◎お互いを尊重し合い専門性を発揮しあえる関係づくりの検討
 - ・実習・研修のしくみづくり
 - ・研修会・事例検討会・交流会の開催など
- ◎情報の共有・連絡方法のツールの検討

(ア)
(エ)
(オ)

在宅療養支援窓口部会

- ◎在宅療養連携支援センターに関する検討
 - ・在宅療養連携支援センターへの支援体制の検討
 - ・相談内容の精査
 - ・周知方法の検討

(イ)
(ウ)

受け皿づくり部会

- ◎在宅療養をささえる医療・介護体制整備の検討
 - ・在宅医療・介護サービスの充実
 - ・医療ニーズに対応できる介護事業者への教育支援体制など

(ウ)

後方支援病院推進部会

- ◎在宅療養後方支援病床確保事業に関する検討
 - ・制度の検討
 - ・後方支援病院間、病院・在宅医間の連携の推進
 - ・後方支援病院、登録在宅医の拡大に関する検討

(イ)

認知症支援部会

- ◎認知症初期集中支援チーム設置と運営に関する検討
 - ・チーム設置目的の明確化
 - ・チーム運営上のルール作り
 - ・事業評価
- ◎認知症ケアパス監修

西東京市在宅療養推進協議会組織図

在宅療養推進協議会

- ◎方針・各部会の検討事項についての意見・同意・決定
- ◎各関係機関との調整と周知

市民との協働啓発部会

市民
歯科医
接骨師
社会福祉協議会
地域包括看護師
グループホーム
訪問看護師
行政
にしのわ

連携のしくみづくり部会

在宅医
歯科医
病院医師
病院MSW
訪問介護
薬剤師
ケアマネジャー
訪問看護
大学教授
行政

在宅療養支援窓口部会

地域包括看護師
歯科医
病院MSW
精神病院PSW
在宅医
薬剤師
訪問看護
ケアマネジャー
行政

受け皿づくり部会

地域包括看護師
歯科医
老健医師
ケアマネジャー
訪問介護
訪問看護
在宅医
グループホーム
特養施設長
薬剤師
行政

後方支援病院推進部会

5病院院長
5病院MSW
病院地域連携室
在宅医
医師会
行政

認知症支援部会

ケアマネジャー
精神病院医師
精神病院PSW
認知症実践リーダー
在宅医
訪問看護
歯科医
薬剤師
認知症支援推進員
行政

各部会の取りくみ状況

部会名	検討内容	実施（予定）時期
市民との協働啓発部会	市報1面への掲載	平成29年6月
	講演会の開催	平成29年7月
連携のしくみづくり部会	多職種研修（リーダー研修）の実施	平成29年7月
	多職種研修（初任者研修）の実施	平成29年10月
	多職種研修（病院研修）の実施	（予定）平成30年度
在宅療養支援窓口部会	在宅療養連携支援センターにしのわの開設	平成28年10月
	にしのわのバックアップ体制の検討	（予定）平成29年度中
受け皿づくり部会	在宅看取りのためのショートステイの活用	（予定）平成29年度中
後方支援病院推進部会	5病院への拡大	平成28年10月
認知症支援部会	認知症ケアパスの作成	平成29年3月
	認知症初期集中支援チームの設置	平成29年7月

■市民との協働啓発部会

やさしさふれあい西東京に暮らし まちを楽しむ

広報 西東京

No.408
平成29年(2017)
6/1

市役所代表 042-464-1311 (平日午前8時30分～午後5時)
発行/西東京市
編集/企画部秘書課 〒188-8666 西東京市南5-6-13
配布/シルバー人材センター 042-425-6611

詳細はホームページで 西東京市Web 検索
ホームページ http://www.city.nishitokyo.lg.jp/
携帯用ページ http://www.city.nishitokyo.lg.jp/mobile/

主な内容

- 6月11日各課サービス停止...2
- 市民税・都民税納税通知書を送付...2
- 西東京市生活サポート相談窓口...3
- 予算執行状況をお知らせします...5
- ペットトーク講演会...10

いつまでもここで安心して暮らしたい

～地域包括ケアシステムを進めるために大切なこと～ “本人の選択と本人・家族の心構え”とは？

介護・リハビリテーション
医療・看護 保健・福祉
介護予防・生活支援
すまいとすまい方
本人の選択と本人・家族の心構え

地域包括ケアシステムとは…

団塊の世代が75歳以上となる平成37年を目途に、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制のこと

地域包括ケアシステムを図に表すと、左図の樹木図のようになります。サービス提供体制の構築や住まいのこと、医療と介護の連携なども重要ですが、「本人の選択と本人・家族の心構え」が基盤になります。尚ほ、本市では地域包括ケアシステムを進めるために、在宅療養推進協議会を配置し、テーマごとに6つの部会に分かれて活動を行っています。その中の一つ「市民との協働啓発部会」では、市民と専門職が一緒にこの樹木図の右側の部分、「本人の選択と本人・家族の心構え」とは何かの点などについて、これまで話し合いを進めてきました。

平成28年に西東京市が行ったアンケート調査では、65歳以上の高齢者の約48%の方が「自宅で暮らしたい」と回答しています。しかし、実際には希望通りの暮らしを送ることができず、悩んでいる方が多くいます。部会での話し合いを深めていく中で、私たちは人生の最期に向き合うことの難しさを感じるとともに、自分の望むように暮らし続けるためには知っておかなければならないこと、覚悟しておかなければならないことがあることに気付きました。その結果、年齢や病気の有無にかかわらず、自分はどういう生活でいきたいかを考え、語り始めることの大切さに気づきました。私たちの部会では、今後はリーフレットの作成や講演会の企画などを進めて、市民の皆さんと一緒に考える材料を提供していきたいと考えています。その第1弾として、元夕張市立診療所所長による講演会を開催します。ぜひ、ご参加ください。

この記事をきっかけに私たちと一緒に考えていきませんか？
西東京市在宅療養推進協議会 市民との協働啓発部会 一同

講演会 最期まで幸々に暮らせる3つの条件 ～いま夕張市民に学ぶこと～

北斎夕張市は、日本一高齢化率の高い市です。財政難により病院数が9割削減したにもかかわらず、市民の方々は明るくいきいきと元気に生活しています。自分に、家族に、本当に必要な医療とは…みんな一から考えてみませんか。

7月22日(土)午後1時30分～4時30分
西東京市民会館
〒188-8666 西東京市南5-6-13 南日本ヘルスリサーチ代表 藤田洋之「元夕張市立診療所所長 南日本ヘルスリサーチ代表 藤田「夕張からの奇蹟～いま夕張市民から学ぶこと～」
500人(申込限)
7月14日までに、電話・ファクス・Eメール・郵送で、住所・氏名・電話番号を下記へ第2部では、講師の藤田洋之氏と「市民との協働啓発部会」が本音で語り合います。

◆申込先 西東京市 〒202-8555 市役所秘書課 庶務係 042-428-4102・042-428-2827 E-mail: kousei@city.nishitokyo.lg.jp

この記事のご意見・ご感想を高齢者支援課までお寄せください。

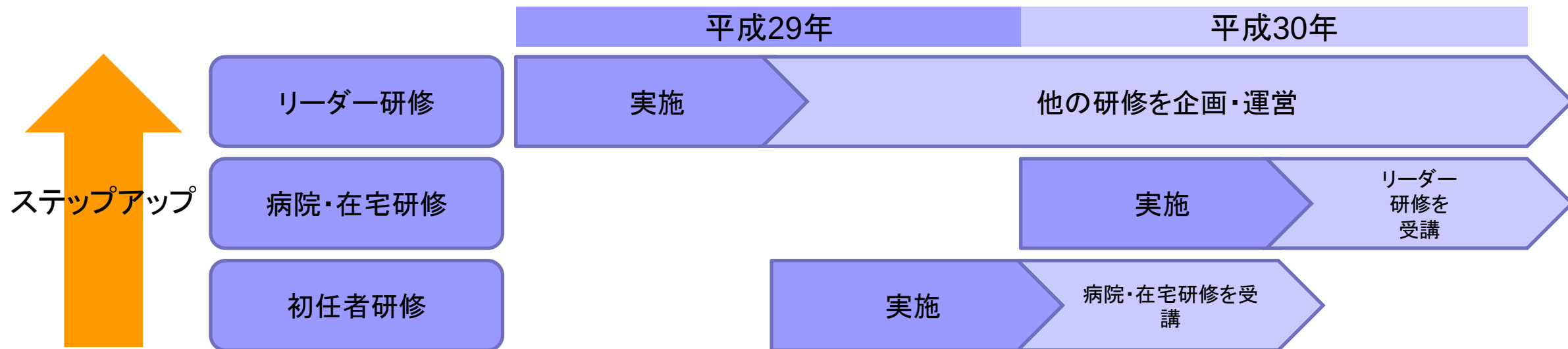
地域包括ケアシステムのもっとも重要な部分である「本人の選択と本人・家族の心構え」について市民へ啓発するため、市報の1面への掲載や、講演会を開催しました。



ちやぶ台トーク中の様子(平成29年7月22日撮影)

■ 連携のしくみづくり部会

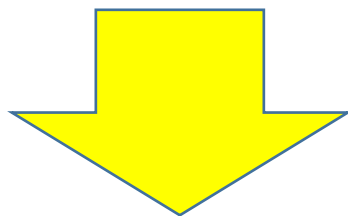
市内の医療・介護連携を進めるために、**3パターン**の多職種研修を実施する予定。



(左) リーダー研修中の様子、(右) 受講者の集合写真(平成29年7月19日撮影)

部会を運営する中で困ったこと

- ◆部会の雰囲気良くない
- ◆自由に意見が飛び交わされない
- ◆全く口を開かないで終わる人がある
- ◆不満が後から出てくる



部会員に直接相談して提案をしてもらった

『テーブルの間の空間こそ ブラックホールだ！』

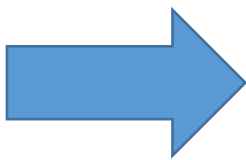


- テーブルの間の溝を埋めてみた
- 委員と委員の席の距離を可能な限り縮めてみた
- お菓子を置いてみた（音楽も流そうか？）
- 各部会の懇親会を開催した
- 委員全員出席の原則のムードをつくった
- “くじ引き” で小グループになって検討してもらった
- 1回の部会で「何を検討し、どこまで結果を求めるか」を明確にした

その結果

- ・ 会議に参加している表情が楽しそうになった
- ・ 司会が振らなくても自由に意見が出るようになった
- ・ 笑いが起きる
- ・ 異なる意見も出しやすい雰囲気になった

⇒ 検討のスピードが早くなった



平成28年度の開催回数は
協議会、部会合わせて40回超える

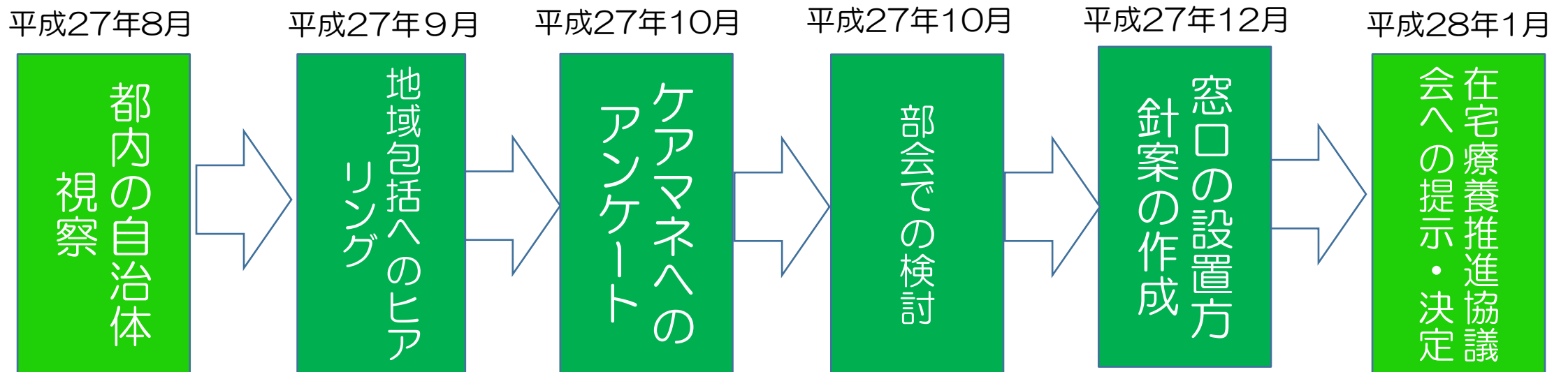
医師会との関係づくり

- ◆医師会長と月1回のペースで打ち合わせ
- ◆事務局同士のコミュニケーション
 - ⇒医師会事務局長との月1回のランチョンミーティングを設定
- ◆事務局長へ全部会の開催通知を送付
 - ⇒事務局長が部会に出席してくれる。
 - ⇒部会の動き、やりとり、進捗状況を把握してもらえる。
- ◆医師会長と市長が市民の前で2人揃って出演する機会をつくった
 - ⇒「オール西東京でやっていきましょうというメッセージ」

部会の検討～実施まで至った 具体的事例

在宅療養連携支援センター「にしのわ」の設置までのプロセス

- 市職員も窓口のイメージができていなかった（4つの自治体の視察）
- 西東京市に必要な窓口とは何かを議論するための材料集め
- 部会員それぞれの考える窓口イメージを一致させる（役割の文言化）
- 5回の部会開催で設置方針を決定
- 地域包括への説明報告、ケアマネジャーへの説明会の開催



部会の議論の中から出た意見

- ◆相談窓口が増えることで市民を混乱させない
⇒市民からの相談はこれまで通り地域包括が担う方が良い
- ◆西東京市の「まちの医療相談員」のイメージ
⇒医療や介護の専門職が気軽に相談できる。
各関係機関がスムーズに連携できるように「つなぎの役割」
- ◆連携の隙間に市民が落ちないように
- ◆「つなぐ」ではなく、「つなぎきる」ことが大事

にしのわ設置方針のポイント

ア 主な業務

在宅療養者のための医療と介護の連携推進と、医療・介護資源情報の収集・分析・発信。

イ 相談対象者（主に専門職）

専門職をメインとし、市民からの相談は基本的に受け付けない。しかし、市の窓口を経由するなどして直接相談があった場合は受け付ける。

ウ 設置場所（市役所内）

主な相談者となるケアマネジャーにとって、アクセスしやすく、各種申請で訪れるついでに相談しやすい市役所内に設置。

エ 地域包括支援センターとの住み分け

基本的に市民の相談は地域包括支援センターが受け付け、医療と介護の連携に関する相談を専門職から受け付ける。

まとめ

協働して議論、活動することの重要性

⇒一緒に議論すること、一緒に活動することを通して「目的の共有」
がされていく。

⇒「自分に何ができるだろうか」という主体的な意識に変わってくれる

地域包括ケアシステムを構築をするために
必要な「自分ごと化」

行政と協働して見えたこと

平成29年8月6日（日）

西東京市在宅療養連携支援センターにしのわ

高岡里佳

窓口設置に向けた検討

○5か月で6回、1人も欠席することなく部会を開催

○部会員の意識

→自分たちが作り上げた在宅療養支援窓口

窓口を育む意識の醸成(=自分ごと化)

部会員として見えていたこと

窓口の相談員、

相当大変だろうな・・・

一体誰がやれるんだろう・・・

気づいたら自分だった

受託事業者の気持ち

コンセプト(設置方針)が明確

- ・「町の医療相談室」のイメージ
- ・地域包括支援センターとの住み分け
- ・連携を支援する＝つなぎきる支援

どこがやるのよ？うちでしょ！

事業が動く秘訣！？（にしのわ私見）

- ①行政の**本気度**次第
- ②綿密な**下準備**（議論の材料）
- ③行政はあくまでも**黒子**
- ④ムードメーカーを外さない
- ⑤医師会とは闘わない
- ⑥逃がさない**仕掛けづくり**（巻き込み続ける）

できることから始めよう

- 「ヒト、モノ、カネ」 打ち出の小槌は無い。
- 自分の地域の「良いところ」を知ることから。
- 他の地域と比べない。でも、「いい訳」にはしない。
- 事業の責任主体は行政。事業者にも丸投げしない。

まずは「わが町」のアセスメントから！

在宅医療・介護連携推進事業(地域支援事業)

- 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～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 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、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討