

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・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・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

(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、多職種連携の実践を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

③ (ア) (イ) に基づいた取組の実施

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅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

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、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

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 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

- 地域住民を対象と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

(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

事業全体の目的を明確化しつつ、PDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

●切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅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

②対応策の実施

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

●**地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施**

③対応策の評価・改善

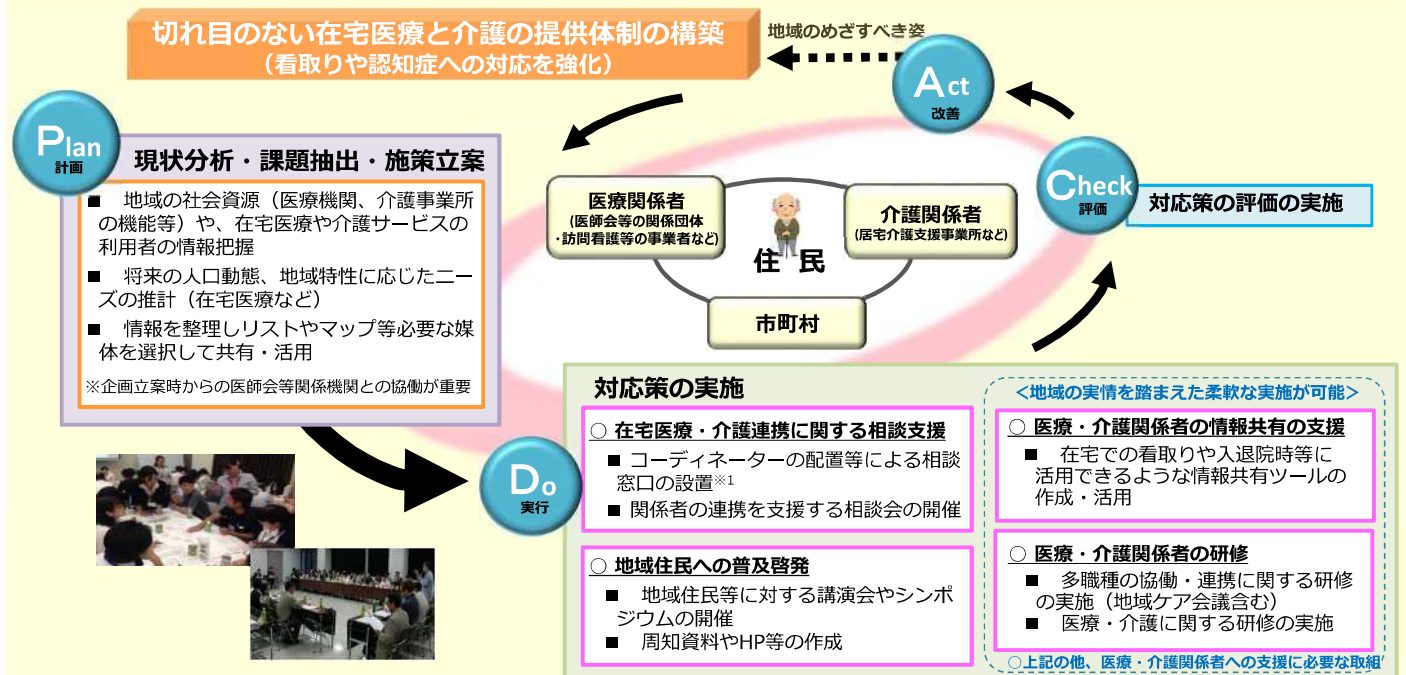
都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じて支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

※あくまでも8つの事業項目の再編イメージであることに留意。実際の運用や語りイメージは、次のスライドを参照。なお、「(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」には、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制」と「企画立案」の要素があったため、「地域のめざす理想像」と「現状分析・課題抽出・施策立案」の両方に表記

地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方



<市町村における庁内連携> 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
 - 分析に必要なデータの分析・活用の支援
 - 他市町村の取組事例の横展開
 - 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村等の連携
 - 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
 - 都道府県の医療及び福祉の両部局の連携
 - 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援 53
- 地域医療構想・医療計画との整合

*1:市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討

2 医療・介護連携の推進

高齢者よろず相談センターの各圏域における地域資源やニーズの把握を行い、切れ目のない在宅医療及び介護の連携体制を構築します。また、各圏域の特性を踏まえ、関係機関、関係団体にアプローチし、地域全体で高齢者の生活を支える総合的で多様なサービスを提供する仕組みづくりに取り組みます。

(1) 医療・介護連携推進のための支援

医師会と連携して在宅医療の充実に取り組むため、医療と介護の連携に貢献する在宅医療介護連携推進協議会を開催し、情報交換・情報共有を進めます。また、在宅生活を続けるために、入退院時の情報交換・情報共有や在宅での終末期についての普及啓発を図ります。

ア 在宅医療・介護の連携支援（地域包括ケア推進課）

事業概要	在宅医療介護連携推進協議会を開催し、医療・介護関係機関同士の情報共有を図るとともに、医療と介護の連携に係る課題の抽出及び課題解決に向けた取組を検討します。協議会での検討結果を生かし、在宅医療・介護連携推進事業を実施していきます。		
	医療・介護・福祉関係機関への調査等により把握された課題について、解決に向けて必要な取組を検討し、市や在宅医療・介護連携支援センターの事業内容に反映していきます。		
本計画 実施内容	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	開催回数 3回	開催回数 3回	開催回数 3回

イ 地域における医療と介護の連携（介護保険課）

事業概要	医療と介護の連携を深めることにより在宅ケアを推進します。また、要介護（要支援）者の主治医とケアマネジャーの一層の連携を図る仕組みづくりを進めます。
本計画 実施内容	「ひらつか地域介護システム会議」の居宅介護支援連絡会を中心に医療と介護の連携を図る仕組みづくりを進めるとともに、居宅介護支援事業所への集団指導講習会において、入院時情報提供書・退院時情報収集書の周知により、一層の普及に努めることで在宅ケアを推進します。

ウ 医療機関とのネットワークづくりの推進（地域包括ケア推進課）

事業概要	医療、介護、生活支援サービスを切れ目なく提供し、入院から退院、在宅への生活の移行が円滑にできるようにするため、市や高齢者よろず相談センター、ケアマネジャー等と、医療機関とのネットワークづくりの支援や、情報共有を目的としたツールの活用及び見直しを行います。
本計画 実施内容	ひらつか安心ファイルやひらつかあんしんカード、入院時退院時情報提供書を活用して、高齢者の入退院時に病院、在宅医、ケアマネジャー等の関係機関や親族等が情報を交換・共有できる体制を築きます。また、ICTツールの導入について研究し、効果的な情報共有の在り方を関係機関と検討します。

エ 在宅医療・介護連携支援センターの充実（地域包括ケア推進課）

事業概要	医療・介護関係者からの相談に適切な対応ができるよう、人材確保を行うとともに、医師会、歯科医師会、薬剤師会など関係機関の協力を得て、運営を行います。		
本計画 実施内容	職員のスキルを高めるために、関係団体の会議や研修に参加し、知識の習得及び相談体制の充実を図ります。		
活動指標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	研修開催回数 2回	研修開催回数 2回	研修開催回数 2回

オ 地域の医療・介護資源の把握及び情報提供（地域包括ケア推進課）

事業概要	医療や介護に係る地域資源の把握及び情報整理を行い、市民や医療・介護等の関係者が必要に応じて活用できるよう情報提供を行います。
本計画 実施内容	日常生活圏域ごとに地域資源の情報を整理します。ホームページでは地図情報等と合わせて情報提供します。

カ 医療・介護従事者向け研修の開催及び開催支援（地域包括ケア推進課）

事業概要	医療・介護従事者向けに相互理解やスキルアップを図るための研修会等を関係機関と開催します。					
本計画 実施内容	医療・介護に携わる専門職が相互の専門性や関連制度を理解し、顔の見える関係づくりができるよう情報交換会や多職種連携研修を開催します。また、地域の医療提供体制や在宅医療の現状について理解を深め、在宅での看取りに必要な知識が得られる機会を増やします。					
活動指標	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	研修開催回数	10回	研修開催回数	10回	研修開催回数	10回

キ 市民への普及啓発の実施（地域包括ケア推進課）

事業概要	高齢者とその家族に対し、在宅医療や介護・生活支援サービスの普及啓発を行い、「老い」やその先にある「終末期」をどのように迎えるか考える機会を設けます。また、医療や介護サービスの導入が必要になった場合の選択や対応方法の認知度を高めます。					
本計画 実施内容	市民向け講演会や交流会を開催するとともに、高齢者よろず相談センター、地域の関係団体等と連携し、リーフレット等を活用して通いの場（サロン）等での普及啓発の機会を増やします。					
活動指標	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	講演会等の開催回数	2回	講演会等の開催回数	3回	講演会等の開催回数	4回

ク 在宅介護生活サポート事業（地域包括ケア推進課）

重点事業

事業概要	在宅生活の延伸や在宅における看取りを支えるため、市民への情報提供を行うとともに、地域の在宅医療及び介護関係者の連携を推進するためのサポート事業を検討し、展開します。					
本計画 実施内容	住み慣れた地域、住まいで人生の最期を迎えるためには、医療職・介護職が連携してサポートすることが重要です。看取り期に焦点をあてた在宅生活における留意点や必要な支援、対応の仕方などを分かりやすく紹介するサポートガイド等のツールについて研究・作成します。					

3 認知症支援策の推進

市民への認知症に対する正しい理解を促進し、認知症があってもなくても同じ社会の一員として共に地域で支え合って暮らしていく事の大切さについて普及啓発に努めます。また、認知症の早期診断・早期治療に向けて、「認知症初期集中支援チーム」を活用して、支援体制の充実を図ります。

地域においては、認知症サポーターや市民後見人養成講座修了者を地域での支え合いや見守り活動に参画してもらえるよう仕組みづくりを行います。

(1) 認知症理解のための普及・啓発

今後、さらに増加すると予想される認知症高齢者及び若年性認知症の方に対する市民の理解を深め、自らも認知症の予防策を学ぶとともに、地域において認知症の人がいきいきと活動し、尊厳が守られ、希望を持って自分らしく暮らし続けられるよう、市民向け講演会や交流会を開催します。

認知症サポーター養成講座を通して地域における認知症の方やその家族への支援などの理解を促進します。

ア 市民への普及啓発・本人発信の支援（地域包括ケア推進課）

事業概要	市民に対して認知症状やその予防策、発症した際の対応方法、認知症の方やその家族への対応方法などの理解を推進します。また、地域をはじめとしたさまざまな機会において、認知症に関する普及啓発と本人からの情報発信を推進します。					
本計画 実施内容	市民向け講演会や認知症カフェ交流会を開催し、本人からの情報発信を推進するとともに、高齢者よろず相談センターや地域の関係団体等と連携し、リーフレットやケアパス等を活用して地域における通いの場（サロン）等での普及啓発と本人の活躍及び情報発信の機会を増やします。					
活動指標	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	講演会開催回数	1回	講演会開催回数	1回	講演会開催回数	1回
	交流会開催回数	1回	交流会開催回数	1回	交流会開催回数	1回

イ 認知症サポーター及びチームオレンジメンバーの養成（地域包括ケア推進課）

事業概要	認知症サポーター養成講座及び上級研修であるチームオレンジ研修を開催し、認知症の方とその家族の応援者である認知症サポーター及び認知症支援のボランティアとして活動していただくチームオレンジメンバー（上級研修修了者）の養成を行うことで、認知症への理解の普及を図るとともに、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりを目指します。		
本計画実施内容	認知症サポーター養成講座を地域住民や教師、児童や生徒などを対象に公民館や学校等で開催します。また、企業や電気、ガス、水道事業者や高齢者が利用する商店などに向けて認知症サポーター養成講座の開催を推進します。併せて認知症サポーターを対象にチームオレンジ研修を開催します。		
活動指標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	サポーター養成講座開催数 42回	サポーター養成講座開催数 42回	サポーター養成講座開催数 42回
	サポーター養成者数 1,260人	サポーター養成者数 1,260人	サポーター養成者数 1,260人
	チームオレンジ研修開催数 13回	チームオレンジ研修開催数 13回	チームオレンジ研修開催数 13回
	チームオレンジメンバー養成者数 130人	チームオレンジメンバー養成者数 130人	チームオレンジメンバー養成者数 130人

（2）認知症予防施策の充実

住み慣れた地域でいつまでも元気でいきいきと生活していけるように認知症予防に関する施策を充実させます。

ア 脳とからだの体操リーダーの養成（地域包括ケア推進課）

事業概要	認知症予防策を普及啓発するための講師を養成する教室を開催します。		
本計画実施内容	認知症を予防するための脳と身体を使った講座を地域において普及するためのリーダーを養成する教室を、健康チャレンジリーダー養成講座や認知症サポーター養成講座修了者を対象に開催します（3日間で1講座）。また、リーダー同士で活動等の情報共有ができるよう交流会を開催します。		
活動指標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	開催講座数 2講座 修了者数 30人	開催講座数 2講座 修了者数 30人	開催講座数 2講座 修了者数 30人

イ 脳いきいき講座事業（地域包括ケア推進課）

事業概要	認知機能検査の結果、認知機能の低下のおそれがある高齢者に対し、認知症予防を目的に身体を動かしながら脳を刺激するプログラムを実施します。					
本計画実施内容	認知課題（頭を使った課題）と運動課題（身体を使った課題）を両方同時に行うプログラムに取り組むことによって加齢とともに低下しやすい記憶、認知機能等を向上させる効果が望める事業を開催していきます。					
活動指標	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	延べ開催数	2回	延べ開催数	2回	延べ開催数	2回
	延べ参加者数	40人	延べ参加者数	40人	延べ参加者数	40人

（3）認知症に対する早期対応体制の整備

認知症の早期発見及び早期予防並びに認知症の方の早期からの権利擁護に努めるために、認知症についての相談体制及び成年後見制度の利用支援等の充実を図ります。また、認知症初期集中支援チームによる認知症の方へのアセスメントや家族支援などを行うことにより、予防・早期発見・早期対応のための仕組みづくりを推進します。

ア 若年性認知症を含めた相談支援（地域包括ケア推進課）

事業概要	認知症を予防するために、また、認知症になっても安心して暮らせるように、認知症地域支援推進員が常駐する高齢者よろず相談センターが若年性認知症を含めた認知症相談窓口として対応します。					
本計画実施内容	高齢者よろず相談センターが認知症の相談窓口として対応するとともに、認知症地域支援推進員が地域の実情に応じて認知症支援向上を推進します。					
活動指標	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	認知症に関する相談件数	3,100件	認知症に関する相談件数	3,200件	認知症に関する相談件数	3,300件

イ 認知症初期集中支援事業（地域包括ケア推進課）

事業概要	医師や看護師等を含めた認知症初期集中支援チームを設置し、認知症地域支援推進員と連携して認知症の方や家族に関わりを持ち、アセスメントや家族支援等により認知症状に対して早期発見、早期対応を図ります。
本計画実施内容	認知症専門医の指揮の下、複数の医療と介護の専門職で構成するチーム員と認知症地域支援推進員とが連携して認知症の方、又は認知症が疑われる方やその家族を訪問し、観察評価を行った上で、早期に認知症の鑑別診断や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行います。また、地域の医療機関等とも連携し、認知症の適切な治療につなげ自立生活をサポートする体制を確立します。

ウ 認知機能検査の実施（地域包括ケア推進課）

重点事業

事業概要	認知機能検査プログラムを実施し、早期に認知機能低下に気付き、予防に繋がります。		
本計画実施内容	高齢者よろず相談センターにて、相談者（プログラム実施希望者）に認知機能検査を実施し、相談者本人が早期に認知機能の低下に気付き、予防活動や適切な医療機関への受診に繋がります。		
活動指標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	延べ参加人数 650人	延べ参加人数 780人	延べ参加人数 910人

エ 成年後見制度の利用相談等（高齢福祉課）

【再掲】本計画実施内容等は P. 103)

事業概要	成年後見制度に関する情報を提供し、家族や本人が成年後見制度を利用することができるよう相談業務を受けることを通し、成年後見利用支援センター等関係機関と連携して権利擁護の充実を進めます。また、親族がいない場合等には、本人に代わり市長が成年後見人選任の申立手続を行います。さらに、後見人が選任されるまでの間、応急的な事務管理を行う等の支援を行います。
------	--

オ 成年後見制度の利用支援等の充実（福祉総務課）

【再掲】本計画実施内容等は P. 104)

事業概要	判断能力が低下している人やその親族等に対する成年後見制度の利用支援や制度の普及啓発を行います。また、市民後見人の養成や地域の中でのネットワーク体制の整備を行います。
------	--

(4) 認知症高齢者の見守り支援

認知症高齢者ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、高齢者の権利擁護の確立に向けて取り組むほか、行政や高齢者よろず相談センターによる見守りだけではなく、地域の住民や企業等も含めた、社会全体で見守る体制を築くための事業を実施します。

ア 権利擁護のための相談支援及び普及啓発（高齢福祉課）

【再掲】本計画実施内容等はP.103)

重点事業

事業概要	認知症などにより判断力が低下したため、権利侵害を受けている又はその可能性のある高齢者に対し、住み慣れた地域で本人らしい生活ができるよう、制度の周知を図り、高齢者よろず相談センターや成年後見利用支援センターが支援を行います。
------	---

イ チームオレンジの体制整備（地域包括ケア推進課）

重点事業

事業概要	認知症高齢者等を地域で支えるための仕組みとして、チームオレンジの体制づくりを推進します。 メンバーの誰もが楽しみながら役割を果たし、引きこもりがちな生活になることを未然に防ぐ取り組みとなるように工夫します。		
本計画実施内容	認知症サポーター上級研修修了者（チームオレンジメンバー）の各圏域チームによる、認知症の人や家族に対する（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等の）生活面の支援を行います。認知症の人もメンバーとしてチームに参加してもらえよう体制づくりをすすめていきます。		
活動指標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	支援の活動圏域数 13 か所	支援の活動圏域数 13 か所	支援の活動圏域数 13 か所

ウ 企業との協定に基づく地域見守り活動の促進（高齢福祉課）

事業概要	見守り活動の一つとして、高齢者や障がいのある方、子どもたち等を地域でさりげなく見守り、何らかの異変の「気づき」を市へ通報し、地域を見守る協定を市内事業者と締結し、市民が住み慣れた地域で安全に、安心していきいきと暮らし続けることのできる街づくりを推進します。		
本計画実施内容	地域での「気づき」による見守り活動を継続するとともに、より多くの事業者が地域見守り活動に参加しやすくなるような仕組みづくりを検討します。		
活動指標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	協定締結数 13 か所	協定締結数 14 か所	協定締結数 15 か所

エ 認知症等行方不明SOSネットワークシステム（高齢福祉課）

事業概要	認知症等により一人歩きのおそれがある高齢者について事前に必要事項を登録し、行方がわからなくなってしまった場合に、市が警察署や高齢者よろず相談センター、タクシー会社、郵便局等の協力機関に情報提供を呼びかけ、いち早く保護することに努めます。		
本計画 実施内容	登録者の増加に努めるとともに、登録情報や検索情報の提供先及び利用の仕方を検討し、見守りの充実に繋がります。		
活動指標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	登録者数 250人	登録者数 275人	登録者数 300人

オ 認知症等行方不明SOS見守りGPS貸与事業（高齢福祉課）

事業概要	認知症等行方不明SOSネットワークシステムに登録している高齢者のうち、希望者にGPS機能付き機器を貸与し、事業者に行方不明時の位置探索を依頼することで早期発見を促します。		
本計画 実施内容	より使いやすいICT機器の導入を検討するとともに、事業のPRに努め、利用者の増加を目指します。		
活動指標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	利用者数 30人	利用者数 40人	利用者数 50人

カ 認知症個人賠償責任補償制度（高齢福祉課）

事業概要	認知症等行方不明SOS見守りGPSを利用している高齢者を被保険者として、本人が外出時などに他人の財物を壊したり、他人にケガをさせたりしたことで法律上の賠償責任を負った場合に保険金が支払われる制度を導入します。		
本計画 実施内容	認知症等行方不明SOS見守りGPSを利用している方に認知症個人賠償責任補償制度が付帯される仕組みの導入を目指します。		
活動指標	令和3年度	令和4年度	令和5年度
	契約者数 20人	契約者数 30人	契約者数 40人

キ 認知症カフェの設置と支援（地域包括ケア推進課）

事業概要	認知症の方やその家族が地域の方や専門家と相互に情報交換し、お互いを理解しあう場として、安心して集える居場所を提供します。					
本計画 実施内容	圏域に地域の実情に合わせて認知症カフェの設置を目指します。また、広報活動を行うことや認知症カフェ運営団体同士で活動等の情報共有ができるよう交流会を開催します。					
活動指標	令和3年度		令和4年度		令和5年度	
	新設カフェ数 交流会開催数	1 か所 1 回	新設カフェ数 交流会開催数	1 か所 1 回	新設カフェ数 交流会開催数	1 か所 1 回

平塚市在宅医療・介護連携推進事業の取組について

令和2年度の取組（実績）

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

（平塚市在宅医療・介護連携支援センター）

○医療機関、介護事業者等の所在地等の情報収集

医師会・歯科医師会・薬剤師会の会員を対象とした医療機関等を把握した。神奈川県への登録情報から介護事業所を把握した。

○医療・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用（ホームページでの情報提供）

市内介護事業所における「ひらつか介護サービス（医療対応）一覧」の内容を更新した。
また、「介護タクシー・福祉有償運送情報一覧」を更新した。

（イ）在宅医療介護連携の課題の抽出と対応策の検討

○平塚市在宅医療・介護連携推進協議会の開催

第1回：令和2年8月27日開催

平塚市の取組について

第2回：令和2年11月26日開催

医療・介護関係者の情報共有について～情報通信機器を用いたカンファレンス等～

第3回：令和3年3月25日開催

認知症総合施策について

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

○終末期に向けた活動支援事業検討会を開催（年4回）など

エンディングノートの作成や施行、終末期に向けた活動支援事業の検討を行った。

また、高齢者施設における救急要請時に、患者さん情報を的確に救急隊に伝えることを目的に、「救急連絡シート」を作成した。

○情報通信機器を用いたカンファレンス（退院時共同指導）

医療・介護関係者の情報共有体制の構築推進のため、市内病院における退院時のオンラインカンファレンスの導入について検討した。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

○医療機関と介護事業所の情報共有

情報共有ツールとして「ひらつか安心ファイル」、「ひらつかあんしんカード」、「入院時退院時情報提供書」を活用した。

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

（平塚市在宅医療・介護連携支援センター）

○在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営

地域の在宅医療・介護連携を支援するために地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等に対し在宅医療・介護連携に関する相談支援を行った。

○医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談への対応等

相談を受けた困難ケースについては三師会と協力して対応した。医療・介護に関する情報を連携支援センターホームページなどで情報提供を行った。

(カ) 医療・介護関係者の研修

(平塚市在宅医療・介護連携支援センター)

○多職種が連携するためのグループワーク等の研修

- ・かとう腎・泌尿器科クリニックの医師 加藤忍氏、平塚市医師会訪問看護ステーションの看護師 真間あけみ氏を講師に招き、ケアマネジャー、薬剤師、看護師等を対象に「医療知識とケアの学びシリーズ」として～排尿障害を生じる疾患と高齢者の排尿ケア～をテーマにZ o o mによるオンライン研修を開催。

○医療・介護関係者に対する研修

- ・コロナ禍によるオンライン活用が増えることを考え、医療・介護職を対象に、「始めよう！在宅医療・介護オンライン連携」を全4回シリーズでYouTubeにより配信。講師は、ありがとうファミリークリニック平塚の医師 小宮山学氏。【①はじめよう！オンライン連携 ②メールを使った連携 ③LINEを使った連携 ④Zoom、YouTubeを使った連携】
- ・救急隊と施設を繋ぐ「救急連絡シート」を作成した。平塚市消防本部消防救急課の職員を講師に招き、高齢福祉施設長会議において、「救急連絡シートの活用・救急事案発生時の対応等」の講義を行った。

(キ) 地域住民への普及啓発

(平塚市在宅医療・介護連携支援センター)

○朝日新聞社の編集委員（石飛 徳樹氏）を講師に招き、「この世を生き切る醍醐味～樹木希林さんのインタビューを通じて～」をテーマに、2話（病気になってからの人生観等）を住民向けにYouTube 限定配信を行った。

配信期間：3月1日～3月31日

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

○関係市町との連携

湘南西部病院協会が進める県補助金事業「medical BIG net」の運営会議に参加した。

・その他（認知症総合施策）

- ・市民への普及啓発として、VR認知症体験会（12月5日）や、アルツハイマー月間イベント（9月）を開催した。

なお、例年開催していた認知症シンポジウム「広げよう！認知症への備えと認知症支援の輪を」は、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため中止となった。

- ・「物忘れ相談プログラム」を実装したタブレット端末を13全てのよろず相談センターに各1台導入し、検査を実施した。

- ・感染症拡大防止対策として、よろず相談センター、平塚市認知症カフェ登録団体へ非接触式体温計を配布した。

- ・市内スーパーや薬局、調剤薬局の協力を得て、フレイル予防・認知症予防に関するチラシの配架を行った。また、認知症予防に向けて、誰でも気軽に行える「自宅で出来る！ちょい脳トレ体操」の動画をYouTubeにより公開を行った。

令和3年度の取組（予定）

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

（平塚市在宅医療・介護連携支援センター）

○医療機関、介護事業者等の所在地等の情報収集

・三師会の会員を対象とした医療機関等情報を把握、神奈川県への登録情報から介護事業所の最新情報を得る。

○医療・介護の資源のリスト又はマップの作成と活用（ホームページでの情報提供）

市内介護事業所における「ひらつか介護サービス（医療対応）一覧」の内容を更新。

また、「介護タクシー・福祉有償運送情報一覧」を更新。

○ひらつかわくわくマップの更新

平塚市ホームページ（ひらつかわくわくマップ医療介護ページ）で市内の医療機関、介護事業所の位置情報を更新（市）

（イ）在宅医療介護連携の課題の抽出と対応策の検討

○平塚市在宅医療・介護連携推進協議会の開催

第1回：令和3年8月

第2回：令和3年11月予定

第3回：令和4年3月予定

認知症総合施策についてなど

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

○終末期に向けた活動支援事業など

終末期における意思表示について支援をするために、エンディングノートなどの活用を含めた事業を行う（令和3年6月から配布開始した）。

○情報通信機器を用いたカンファレンス（退院時共同指導）

医療・介護関係者の情報共有体制の構築推進のため、市内病院における退院時のオンラインカンファレンスの導入について支援を進める。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

○医療機関と介護事業所の情報共有

情報共有ツールとして「ひらつか安心ファイル」、「ひらつかあんしんカード」、「入院時退院時情報提供書」を活用する。

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

（平塚市在宅医療・介護連携支援センター）

○在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営

地域の在宅医療・介護連携を支援するために地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等に対し在宅医療・介護連携に関する相談支援を行う。

○医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談への対応等

相談を受けた困難ケースについては三師会と協力して対応した。医療・介護に関する情報を連携支援センターホームページなどで情報提供を行う。

(カ) 医療・介護関係者の研修

(平塚市在宅医療・介護連携支援センター)

○多職種が連携するためのグループワーク等の研修

- ・急性期病院退院支援担当と包括・居宅のそれぞれで情報交換会を開催する。
- ・薬剤師とケアマネジャーで情報交換会を開催する。
- ・「看取り」をテーマに医療・介護関係者、施設職員を対象とした人材育成セミナー開催する。

○医療・介護関係者に対する研修

- ・在宅・施設で働く医療者・介護者を対象に「医療知識とケアの学びシリーズ」として全4回それぞれ医師、訪問看護師等を講師に開催する。
- ・救急隊と施設を繋ぐ「救急連絡シート」の活用についてアンケートを実施する。

(キ) 地域住民への普及啓発

(平塚市在宅医療・介護連携支援センター)

○地域住民向け講演会などの開催

- ・介護予防教室等地域からの依頼で職員が講義を行う。

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

○関係市町との連携

湘南西部病院協会が進める県補助金事業「medical BIG net」の運営会議に参加する。