

④ 評価・改善

1) 活動の評価について（目標・計画・活動を見直します。）

定期的に活動や成果を振り返り、評価を行います。

活動を評価するための大切な指標の一つが報告書になります。活動の振り返りの意味もあります。

《視点》

- 活動の成果が得られているか。（目標は達成できたか。）
- 目標は適当であったか。
- スケジュール（計画）は適切であったか。

- ・ 3半期（4月～7月、8月～11月、12月～3月）を目途に活動状況の振り返りを行います。最低でもその時期に合わせて、法人内で振り返り・評価を行ってください。
- ・ 振り返りを行い、目標や計画の修正・改善を行い、さらに活動を継続します。
- ・ 年度末には当年度の活動から得られた課題等をもとに翌年度の活動計画に反映させます。
- ・ 法人内において、定期的に活動状況を報告することも必要です。

ポイント

- チェックリストを用いて活動状況の進捗確認を行う。
- コーディネーターの活動の振り返りを受託法人内において、定期的（月報を提出する際等）に行う。

4. 様式

報告書については、毎日記録を記載し、定期的に健康局に提出します。

その際には、必ず受託法人の責任者にも確認していただき活動内容の経過等を共有してください。

(1) 契約締結後すぐに提出するもの（契約締結後14日以内）

- ・【様式1】業務従事者届（【様式17】履歴書と共に資格要件を確認できる証明も必要）
- ・【様式2】誓約書

(2) 毎月提出するもの（月末業務が終了後速やかに）

- ・【様式3】実績報告書（月報）※
- ・【様式4】実績報告書（日報）※
- ・【様式5】活動記録票（随時）
- ・【様式6】相談シート
- ・【様式7】会議等報告書
- ・【様式8】研修等報告書

提出方法

※（2）様式3：メールと郵送

様式4：メール

以外は郵送または持参

(3) 3か月以内に提出するもの

- ・【様式9】年間計画表

(4) 4か月に1回提出するもの

- ・【様式10】実績報告書（三半期分）
- ・【様式11】収支報告書
- ・【様式12】支出内訳

(5) 各年度終了後に提出するもの（契約期間終了後速やかに）

- ・【様式13】業務完了通知
- ・【様式14】事業実施報告書
- ・【様式15】事業従事者研修実施報告書
- ・【様式11】収支報告書
- ・【様式12】支出内訳

(6) その他（事実が発生した際、随時提出するもの）

- ・【様式16】業務従事者変更届（その都度）
- ・【様式17】履歴書
- ・【様式18】指示・承諾・協議書（事実が発生した際に使用）
- ・【様式19】再委託承諾申請書（事実が発生した際に使用）
- ・【任意様式】成果物（現状把握の資料、リーフレットやビラ、区内の医療・介護関係のリスト、医療・介護の実態調査等）

(7) 検査終了後提出するもの

【提出先】

〒530-8201 大阪市北区中之島1丁目3-20

大阪市健康局 健康推進部 健康施策課

TEL : 06-6208-9940

E-mail : fc0004@city.osaka.lg.jp

注意!

当該業務が完了した日の属する年度の
終了後5年間保存すること

5. その他

1) 在宅医療・介護連携支援コーディネーター連絡会及び研修会について

- ・毎月開催する『コーディネーター連絡会』に出席し、各区の医療・介護に関する現状把握や取り組み内容等の情報交換を行い、スキルアップを図ります。
- ・連絡会における課題等について必要な資料の提出を行い、他区のコーディネーターと情報・意見の交換をします。

2) 学会発表等本事業に関する外部への報告について

- ・医療・介護に関する学会発表等を行う際には、事前に健康局に報告・相談します。

3) 区役所との連携について

- ・区役所が中心となっていく（ア）・（イ）・（カ）・（キ）についても、内容等の企画や運営についても区役所の実務者と積極的に情報共有を行うなど連携を図ります。
- ・コーディネーターは、地域の医療と介護の橋渡し役として、地域の在宅医療・介護連携における課題について在宅医療・介護連携推進事業の区役所実務者と情報共有を行う。

【モデル区の情報共有シート】

1

発行日：平成 年 月 日

医療・介護連携シート

ケアマネジャー→医師

医院・クリニック
診療所・病院 先生へ

下記のご利用者の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。サービス提供はもとより、ご利用者の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。

ご利用者 様 返信ください 報告まで

- 1.担当になった事のお知らせです。
- 2.ご相談したいことがあります。
- ・ケアプラン作成時の意見について
- ・利用者の医療・介護・病状の意見、指示について
- ・サービス担当者会議における意見または開催について
- ・福祉用具貸与(購入)における意見について
- ・医療系サービス導入における意見・相談について
- ・別紙参照
- ・その他

医師←ケアマネジャー

連絡事項

1) 回収

【居宅介護支援事業所】	【担当】
【TEL】	【FAX】
【担当者携帯番号】	【Email】

H27 改訂版 東成区医師会承認済み

2

転帰シート

担当医 連携室の皆様へお願い

この度は、紹介患者 様につきまして以下の点お願いしたく存じます。

- 転科・転院・退院の情報をお願いします。
- 施設入所を決定する前に、必ずご一報をお願いします。

東成区医師会では、地域完結型医療を目指しております。将来在宅医療へ移行することを踏まえて、転院の際はできれば可能な限り東成区内の病院と連携をお願いいたします。転院が必要となった際は医師会連携室にご連絡いただくことで、区内病院と連携し転院受入可能病院を速やかにご案内いたします。施設入所の場合も、同様に相談対応させていただきます。医師会在宅医療・介護相談支援室より、情報照会が参りましたらご返答をお願いいたします。

*皆様のご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

東成区医師会
会長 中村 正廣

在宅医療・介護連携相談支援室

【行政の役割】

事業をすすめるにあたり、行政との連携は欠かせません。コーディネーターの各業務をすすめるために区役所と一体的に課題の共有など医療・介護連携体制の構築をすすめていきましょう。

「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業報告書」より一部改変

「相談支援事業」の全市展開に向けた、現時点における区役所・健康局の役割を以下に整理しています。

I：区役所の役割

「相談支援室」の設置・運営については、平成27年度の東成区でのモデル実施の結果を踏まえ、平成28年8月から11区において、平成29年度からは全区において実施する予定としている。区役所としては、これまで培ってきた医療・介護関係機関との連携に係る取組についてのノウハウを生かし、「相談支援室」の業務内容を十分に理解したうえで「相談支援室」の業務をバックアップすると共に連携を強化し、各区の地域特性に応じた取り組みを推進する。

〈区役所の相談支援室との連携の例〉

- (ア)：区役所が既に把握している在宅医療・介護の連携に関する地域の社会資源等の情報を整理し、「相談支援室」と共有する。
- (イ)：区役所が開催する「在宅医療・介護連携推進事業」の協議の場に「相談支援室」のコーディネーターに参加を促し、課題や解決方法等についての情報を共有する。
- (ウ)：「相談支援室」に対して、在宅医療・介護連携推進に必要な情報を提供し、各関係機関との関係づくりを図るための支援をする。
- (エ)：医療・介護関係者の情報共有を図るための「情報共有シート」等の内容や活用方法等について、会議等で双方の評価・改善を図っていく。
- (オ)：「相談支援室」の相談事業に協力するための区役所における窓口を整理するとともに、「相談支援室」のコーディネーターだけでは対応しきれない支援が難しい事例への対応について区役所も協力する。
- (カ) (キ)：互いの職種の役割を明確にし、「顔の見える関係」を築くために、各区が実施する多職種の研修や地域住民への普及啓発に関する検討会に「相談支援室」も参加、協力できるようにする。

II：健康局の役割

健康局は、「大阪府保健医療計画（地域医療構想）」や「大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」に基づき、各区における在宅医療・介護連携の取り組み状況を把握し、施策の進捗状況を確認し、目標達成に向け、積極的に区役所を支援する。

健康局においては、各区で出てきた広域的な課題等を集約したうえで、「大阪市在宅医療・介護連携推進会議」を開催し、区間や他市との連携についての問題提起や制度設計などの検討を行う。

また、各区間の情報の共有や職員・受託法人（コーディネーター）のスキルアップを図るための取り組みを行う。

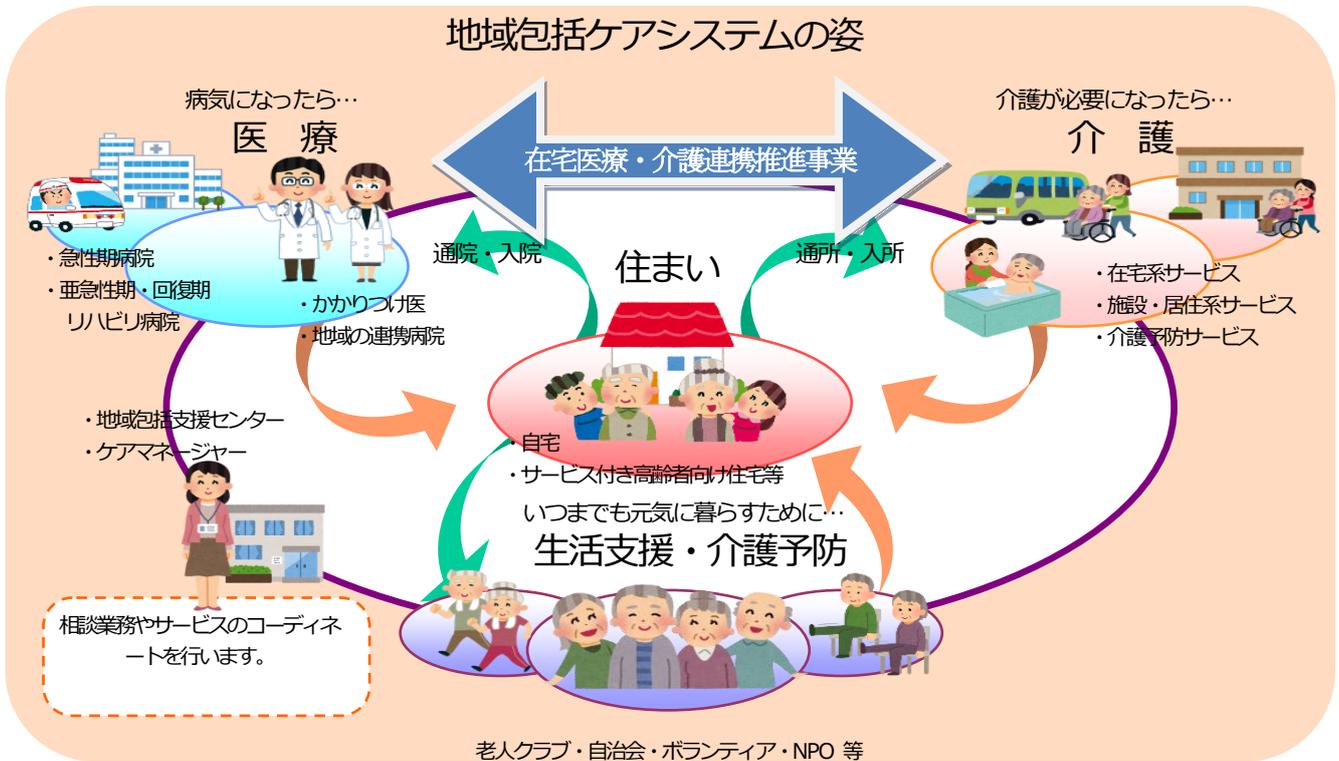
【取組内容】

- ・各区担当者を対象とした実務者研修会（年2回）
- ・大阪府及び府医師会実施の研修会への参加・協力
- ・在宅医療・介護連携に関するホームページの作成
- ・大阪市在宅医療・介護連携推進会議の開催
- ・在宅医療・介護連携相談支援室の設置・在宅医療
- ・介護連携相談支援コーディネーター研修会の開催
- ・在宅医療・介護連携相談支援コーディネーター連絡会の開催（毎月）
- ・在宅医療・介護連携支援コーディネーター手引き書の作成
- ・関係部局との連絡調整
- ・関係部局との連絡調整
- ・国及び府や関係各所からの情報について、各区へ情報提供 等

【地域包括ケアシステムについて】

わが国では、世界に例のないスピードで高齢化が進行しています。

団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年（平成37年）以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれており、2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期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『地域包括ケアシステム』の構築を推進しています。

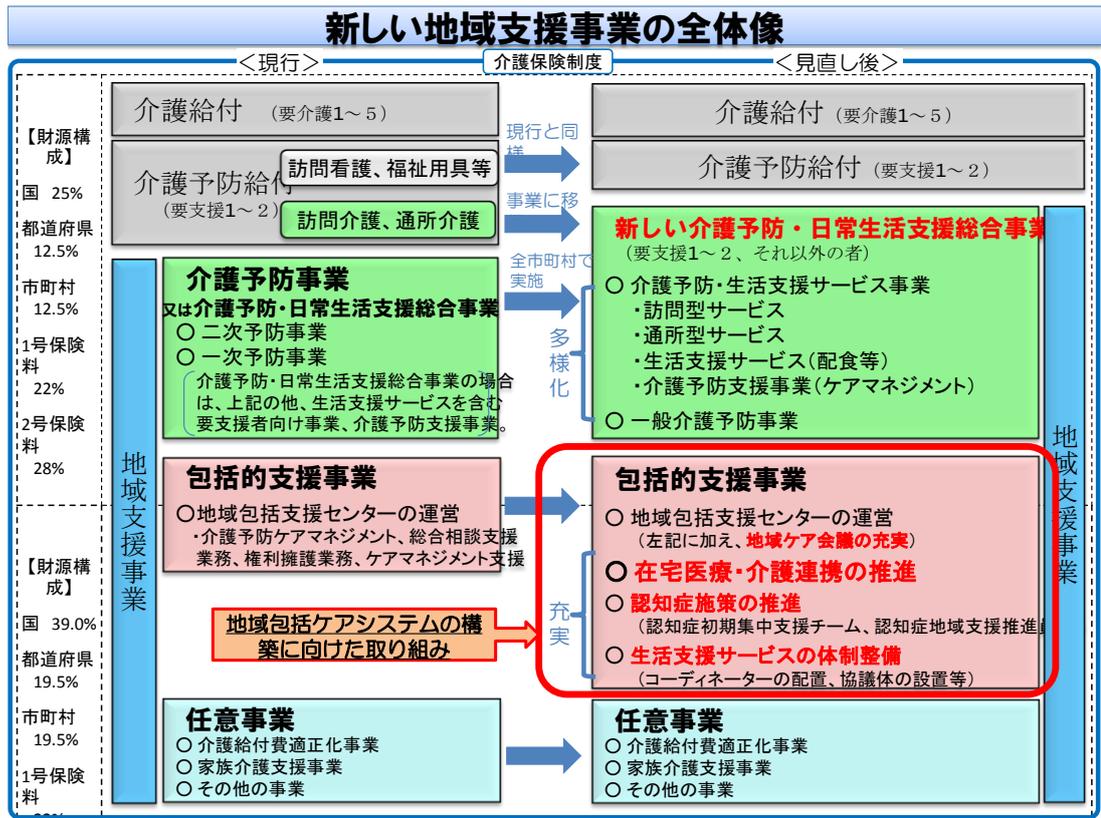


地域包括ケアシステムの大きな柱でもあります医療と介護の一層の連携を推進するために、在宅医療・介護連携推進事業は、平成27年度から介護保険法の地域支援事業に位置づけられ、市区町村が中心となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組むこととされました。各市区町村は、平成30年4月までには次の(ア)～(ク)の事業項目のすべてを実施することとされています。

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

大阪市では、これら(ア)～(ク)の事業項目のうち、(ア)(イ)(カ)(キ)の4項目については各区役所を中心に進め、(ウ)(エ)(オ)の業務については、委託して事業を行うこととしています。今般、11区において、「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業」（以下、「相談支援事業」という）として、行政区を単位に区医師会等の受託事業者による業務委託を行い、専任のコーディネーターを配置した相談窓口「在宅医療・介護連携相談支援室」（以下、「相談支援室」という）を設置することとしました。相談支援室では、医療・介

護事業関係者からの相談を受け付け、連携調整や情報提供等の業務にあたり、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築や医療・介護関係者の情報共有の支援に向けた取り組みを進めていくこととしています。



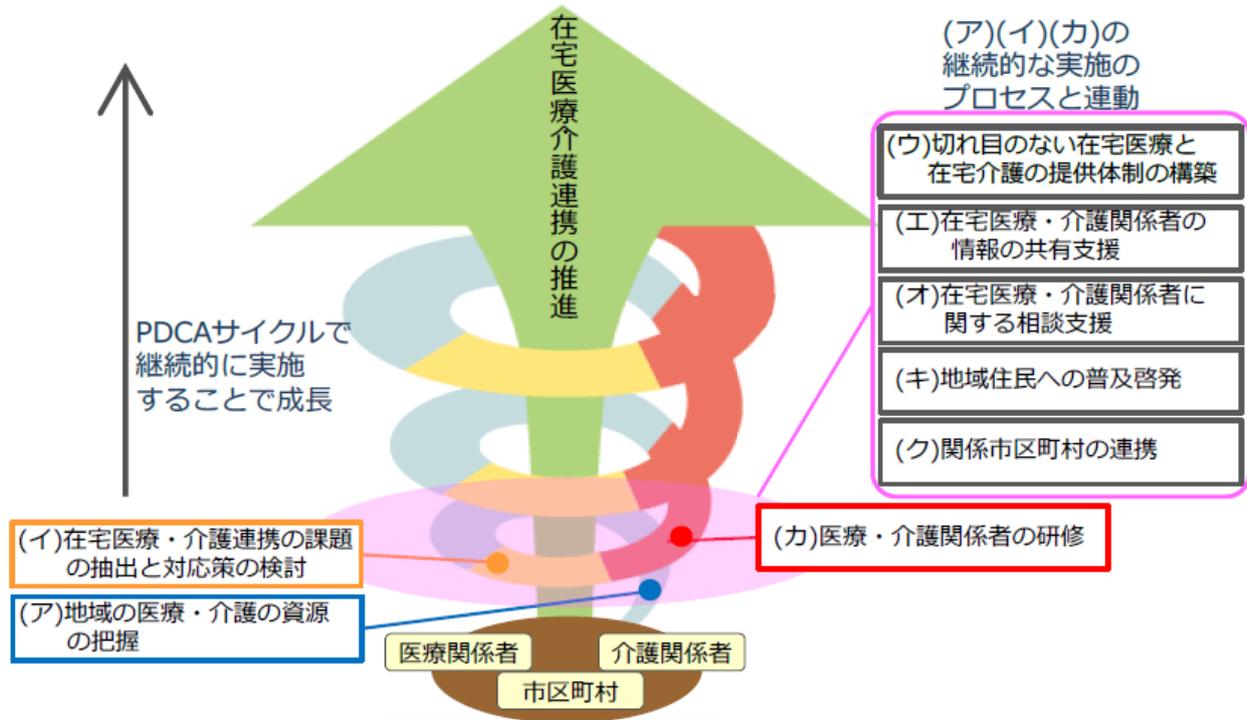
在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 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

<p>(ア) 地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<p>(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<p>(キ) 地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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
<p>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者等が参加する会議を開催し、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 	<p>(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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。 	
<p>(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<p>(カ) 医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<p>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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

在宅医療・介護推進事業の進め方イメージ



富士通総研「地域の実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」報告書を一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）