

北上市在宅医療介護連携推進事業  
令和 7 年度事業計画書（案）

令和 7 年 7 月

北上市福祉部長寿介護課・北上市在宅医療介護連携支援センター

## 令和7年度北上市在宅医療介護連携推進事業計画

### 1. 第V期：令和6～8年度の位置付け

北上市の在宅医療介護連携推進事業は、協議会設置を経て9年が経過しました。その間、関係者が課題の解決に個別に取り組むのではなく、きたかみいきいきプランの理念「**介護や医療が必要となっても、世代を超えた地域のつながりの中で安心して暮らすことができ、いつになっても自らの意志で自分らしく生きることができる、長寿を喜びあえるまち**」を共有し、組織の壁を越えて互いの強みを出し合いながら、地域資源の把握及び課題の抽出と、多職種顔の見える関係づくりとネットワーク形成を進め、多職種連携の構築と市民意識の醸成を図ってきました。

令和6～8年度の新たな「きたかみいきいきプラン」の策定に伴い実施した「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」では、高齢者の**約56%**が「要介護状態になっても自宅で過ごしたい」という希望を持っており、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが引き続き求められています。

また、高齢者を取り巻く環境は大きく変化していることから、複合的な要因による困難ケースに対応するためにスタートした重層的支援体制や、地域での生活を支える地域包括ケアシステムの更なる深化が必要です。

現行の「きたかみいきいきプラン」は、令和8年度までの期間となっており、今年度から計画策定に向けての準備が始まります。当協議会の事業においても、次期計画策定とあわせて、2040年を見据えた具体的な目標や取り組み内容の検討を進めていきます。

### 【北上市在宅医療介護連携推進事業ロードマップ】



## 2 北上市在宅医療介護連携推進事業の推進体制

### (1) 事務局体制

北上済生会病院内に設置（2015年）した、北上市在宅医療介護連携支援センター「在宅きたかみ」を拠点として、北上市福祉部長寿介護課包括支援係及び北上市健康こども部健康づくり課医療連携係と連携し、医療と介護の連携強化を進めていきます。

### 在宅医療介護連携拠点

#### 北上市在宅医療介護連携支援センター

（北上済生会病院が受託/4名体制）

医師1（兼） 医療ソーシャルワーカー1（専） 看護師1（兼） 事務職1（専）

介護保険法第115条の45第2項第4号に基づく地域支援事業（在宅医療介護連携推進事業の手引き Ver.4）

業務委託

協働 連携

連携

#### 北上市（北上市在宅医療介護連携推進協議会）

##### 地域包括ケア担当

##### 地域医療担当

##### 北上市福祉部長寿介護課 包括支援係(8)

係長1（事務職）  
保健師2  
事務職1  
看護師(会計年度)4

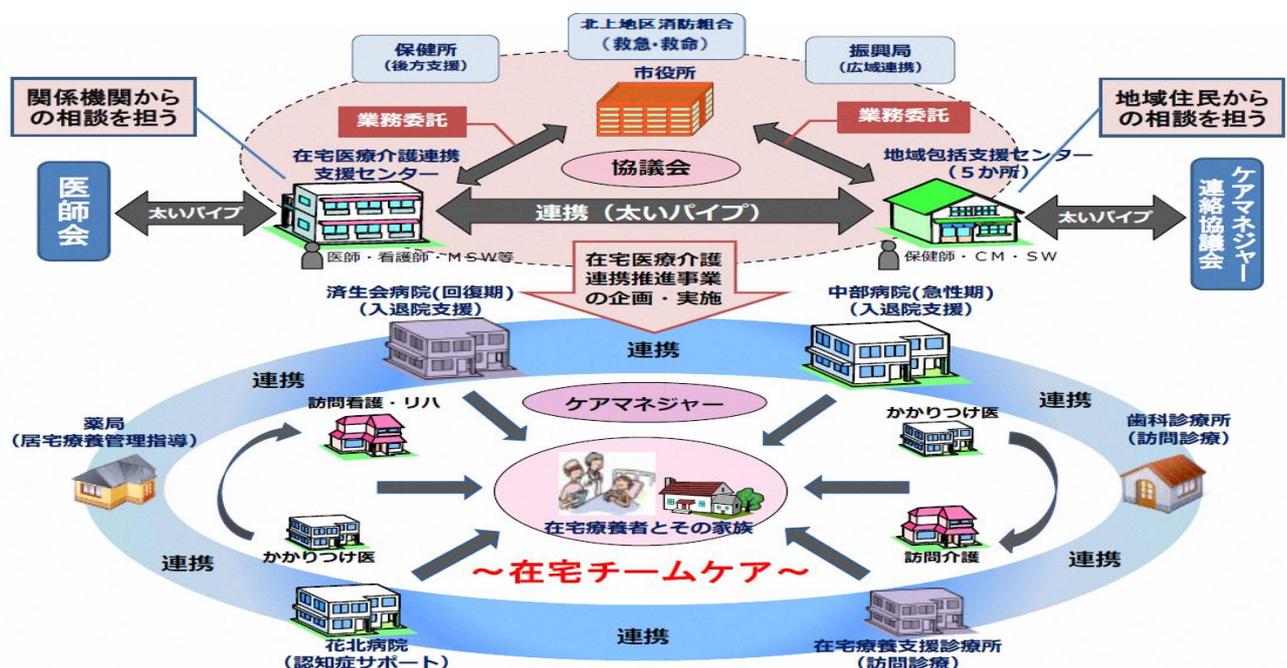
連携

##### 北上市健康こども部健康づくり課 医療連携係(2)

係長1（事務職）  
事務職1

### (2) 在宅チームケアを構築し日常の療養を支援する連携体制

地域住民の相談窓口である地域包括支援センターと、主に専門職の相談窓口である在宅医療介護連携支援センターが連携して現場のケアにあたるとともに、医療と介護の間に発生する課題の共有と対策の検討を協議会で行い、在宅ケアを支えるチームを作ります。



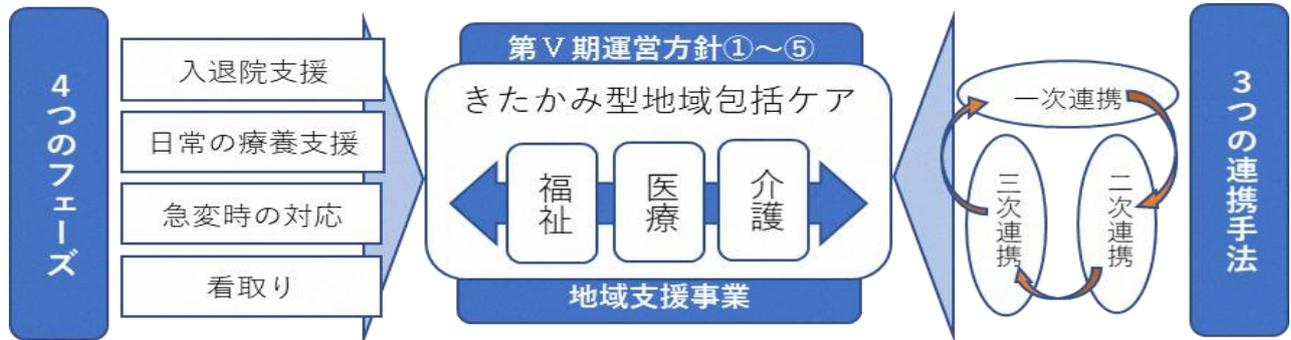
(3) 令和7年度北上市在宅医療介護連携支援センター（在宅きたかみ）の事業スキーム

当センターは、北上市から“在宅医療介護連携拠点業務”を受託し、北上済生会病院内に設置・運営して10年目を迎えた。その間、団塊世代が75歳を迎える2025年を目標として市が示したロードマップに基づき、北上型地域包括ケアシステム構築の一端を担う在宅医療・介護連携拠点として、行政、地域包括支援センター及び医療・介護の関係機関・団体とともに、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制（チームケア）づくりに努めてきました。

次の目標である2040年への対応に向けて、令和6年度診療報酬・介護報酬ダブル改定や介護保険法に定められている地域支援事業実施要綱の改定のほか、厚生労働省が新たに作成した「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」Ver.4で示された事業体系への対応が求められています。よって、令和6年度事業計画書で体系化し直した“在宅医療体制4つの場面”と連動して、認知症対応、感染症発生時や災害時対応の様々な局面での医療・介護連携についても、次の段階として行政や関係機関等と協議を進めていく必要があると考えております。

<第Ⅴ期運営方針/地域包括ケア推進期2024～2026>

- ①市民に向けて北上市のポスト2025年の医療・介護提供体制の姿をわかりやすく発信する
- ②医療・介護・福祉・司法・行政が連携した市民の権利擁護と意思決定支援体制構築を更に推進する
- ③多職種が重なり合う支援、つながる支援体制を市や関係機関と共同で構築する
- ④在宅チームケア体制を一層進めるため、医療・介護連携を軸とした効果的かつタイムリーな研修体系を整える
- ⑤岩手県保健医療計画に定めた「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の取組目標を着実に実行する



3 令和7年度北上市在宅医療介護連携推進事業

(1) 協議会・委員会・部会等

◎主たる場面・目的 ○関連する場面

事務事業名	開催回数等	4つのフェーズ				連携手法	内容
		日常療養	入退院	急変時	看取り		
北上市在宅医療介護連携推進協議会	年3回程度	○	○	○	○	三次	きたかみ型地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅高齢者や障がい者に対する医療や介護・福祉サービスが効果的に提供できる体制を整備するため、医療・介護・福祉・行政関係者で話し合う場。
北上市在宅医療介護連携支援センター運	年3回程度	○	○	○	○	三次	北上市在宅医療介護連携支援センターが円滑に運営できるよう、北上市在宅医療介護連携推進協議会の協議事項に

営推進委員会							ついて助言をいただくほか、医療機関、医師会及び行政が情報交換を行い、課題の共有と解決に向けた協議を行う。
北上市入退院支援作業部会	年3回程度	○	◎	○	○	三次	入退院時の医療と介護の連携強化を図り、多職種協働のスキルアップと在宅チームケア体制の構築を目的として、北上市在宅医療介護連携推進協議会に作業部会を設置しているもの。昨年度に引き続き「入退院支援ハンドブック」改訂版を活用した連携会を開催し、医療・介護関係者の情報連携とスキルアップを図る。
わたしのきぼうノート作成班	随時	◎	○	○	○	三次	協議会の部会として位置づけ、ノートの普及・啓発状況や市民の意見・感想等を確認する場とするほか、状況に応じて改定に向けた話し合いを行う場。昨年度に引き続き図書館で「人生の心づもり」展を実施予定。ノートPRに加え認知症理解も合わせた形で啓発する。
地域リハビリテーション部会	年3回程度	◎	○			三次	令和6年度新たに組織した部会について、今年度も引き続き開催し、リハビリテーション、栄養・口腔管理に係る連携体制の構築についての現状把握と課題抽出について調査・研究する。
(仮称)医療機関・介護施設連携部会【新規】	R8年度までに協議体設置予定	○	○	○	○	三次	令和6年度診療・介護報酬改定を踏まえた医療機関と介護保険施設等との連携促進が義務化されるなど、切れ目ない在宅医療と介護の提供体制強化が制度化されたことから、推進のための協議体設置などについて検討・準備期間とする。
ケアマネジメント支援会議	年1回程度	○	○	○	○	三次	市等からの制度改正や留意事項について広く周知を図るため、居宅等のケアマネジャーや医療機関の顔合わせの機会を設けるとともに、参考資料等を配布する。

(2) 研修会・イベント・共催事業等

事務事業名	開催回数等	4つのフェーズ				連携手法	内容
		日常療養	入院	急変時	看取り		

シン・ケアラボ@ きたかみ	回数 未定	○	○	○	○	三次	医療・介護等多職種や民間、団体等の関係者が垣根を越えた顔の見える関係づくりを主な目的で開催しているが、在宅高齢者への包括的支援と障がい福祉分野との連携を視野に開催を目指す。また、行政による「重層的支援体制整備事業」が開始され、多職種連携の観点から、それらとの連動性も意識した取組とする。
意思決定支援 研修会（ACP セミナー）	年1回 程度	○	○	○	◎	三次	当事者とその家族等が安心して暮らせることを願い、将来の治療やケアについて、医療・ケアチームとともに話し合いを重ねていくACPのプロセスを理解し、当事者を主体とした関係性を築き上げていくため、医療・介護の多職種を対象に研修を実施する。
医療従事者向け 権利擁護研修会	年1回 程度	○	○	◎	○	三次	医療機関において、認知症高齢者や身寄りがない人の患者等が増加し、医療同意や契約行為などにおける意思決定支援のスキル向上を目指し、北上市権利擁護支援センターとの共催により、成年後見制度など権利擁護支援全般についての研修会を開催する。
認定看護師等 による出前研修	随時			○	○	二次	特別養護老人ホーム等の高齢者が入所する施設に従事する看護及び介護職員の資質向上を図るとともに、介護現場における医療的ケアの課題等を把握するほか、介護施設での看取り体制の拡大など、岩手県看護協会北上支部の協力のもと認定看護師等を派遣する。
心づもり勉強会	随時	○	○	○	○	三次	自分や家族の日常生活等について、元気なうちから心づもりができるよう、令和5年度に改定した「わたしのきぼうノート」を使って、出前講座等を通じてきっかけの場を提供する。
職能団体等一 次・二次・三次 連携マッチング	年間	○	○	○	○	一次 二次 三次	令和5年度に実施した一次連携ヒアリングの分析結果を活用し、医療・介護分野の職能団体からの相談などに対応した一次、二次、三次連携の機会を創出する。

在宅医療体制支援事業に係る「待機支援事業」		○		○	◎	二次	地域住民の医療確保を図るため、医療機関の医師不在時に在宅医を支援する病院、診療所の医師が待機、往診、入院受け入れ、看取りを行うもので、在宅きたかみが申請・報告窓口として岩手県医師会に協力する。
市・関係機関・団体との共催・後援事業		○	○	○	○	三次	北上医師会や関係機関・団体が主催する事業に対して、趣旨・目的に応じて共催・後援等でバックアップする。

(3) きたかみ型地域包括ケアシステム構築に係る関連事業（地域支援事業 ほか）

事務事業名	主催者 連携先	地域支援事業等				内容
		総合 事業	生活 支援	認知 症	その 他	
認知症初期集中支援チーム	市 医師会 包括			◎		医療サービスや介護保険サービスにつながない認知症の疑いのある方を早期発見、早期受診につなげるため、認知症サポート医、地域包括支援センター、行政が連携をとり、定期的に事例検討会を行い、多職種で支援方法について検討する。
認知症サポート者養成講座	市 包括			◎		認知症に対する正しい知識と理解を持つ市民を養成し、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲で手助けする人を増やすため、地域、団体、企業、学校等に出向き実施する。 ソフトバンク株式会社の協力で小学校では人型ロボットPepperを講師に講座を行っている。
h o K k o まちの保健室	市 包括	◎				街なかで気軽に立ち寄り、健康で安心して暮らせるミニ知識を学べるコミュニティを創出するために、保健師、看護師や地域包括支援センターの職員などが常駐し、こころや体の相談にも対応する居場所を開設する(月4回程度開設)。
認知症カフェ「ふらっと」	市 包括			◎		認知症についての学びの場や当事者、地域住民及び専門職との交流の機会を設けるために、地域の人、医療及び福祉、介護の専門職が気軽に立ち寄り出会う交流の場を開設する（4月～12月の月1回開催）

(4) 相談支援・情報収集・情報発信 (在宅：北上市在宅医療介護連携支援センター)

事務事業名	主催者 連携先	回数 数量等	内容
居宅介護支援事業所等ケアマネジャー一覧表の発行	在宅市	630部	日常の医療・介護連携業務の推進に活用していただくほか、顔の見える関係づくりに資することを目的として、市内の居宅介護支援事業所等のケアマネジャー一覧を医療機関及び介護事業所に対し、年度初めに作成・配布する。
訪問歯科診療パンフレットの配布	歯科医師会市 在宅	320部	訪問歯科診療の啓発・普及と在宅療養者の食生活改善を図るため、北上歯科医師会の協力により、訪問歯科診療パンフレットを市で作成し、医療・介護関係機関等に配布する。また、訪問歯科診療用ユニットの貸与は引き続き行う（北上歯科医師会への貸与）。
居宅療養管理指導（薬剤）一覧表の配布	薬剤師会市 在宅	320部	在宅療養者の服薬管理等の向上を図るため、北上薬剤師会の協力により、居宅療養管理指導（訪問薬剤管理指導）を実施している一調剤薬局一覧を作成し、医療・介護関係機関等に配布する。
居宅療養指導（栄養）パンフレットの配布	栄養士会市 在宅	320部	在宅療養者の栄養改善・向上を図るため、地区栄養士会や在宅訪問管理栄養士の協力により、居宅療養管理指導（在宅患者訪問栄養食事指導）の制度がわかるパンフレットを作成し、医療・介護関係機関等に配布する。
「在宅きたかみ」連携支援たよりの発行	在宅	年4回 320部	在宅医療と介護の連携推進を関係者に広く周知するため、在宅きたかみの活動のほか、市や医療・介護・福祉の関係機関・団体の各種情報を広報誌として発行する。また、各種研修会・イベント等の告知も掲載する。
「在宅きたかみ」ホームページの運用	在宅市 包括	随時更新	在宅医療と介護の連携推進を関係者や市民、広く全国に周知するため、医療・介護従事者向けの研修会等の案内、実施内容の報告、地域包括支援センターの活動などをいち早く発信するほか、各種参考資料や様式のダウンロードもできるウェブサイトを活用する。なお、来年度リニューアルに向けて関係者と検討を開始する。
社会資源検索システム「めっけ！きたかみ」の運用	市 在宅	随時更新	住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるような社会資源を見つけるため、医療・介護関係者はもとより、一般市民も利用可能なウェブサイトを活用し、医療・介護の最新情報の一元化を図る。市ホームページのほか、「在宅きたかみホームページ」からの検索も可能とするよう運用の利便を図る。
自分でできる認知症の気づきチェックリストの配布	市	350部	自分の認知機能状況をチェックリストを用いて自ら確認し、低下している場合は受診を促すもの。認知症の早期発見・早期受診を目的として、医療・介護関係機関等に配布する。

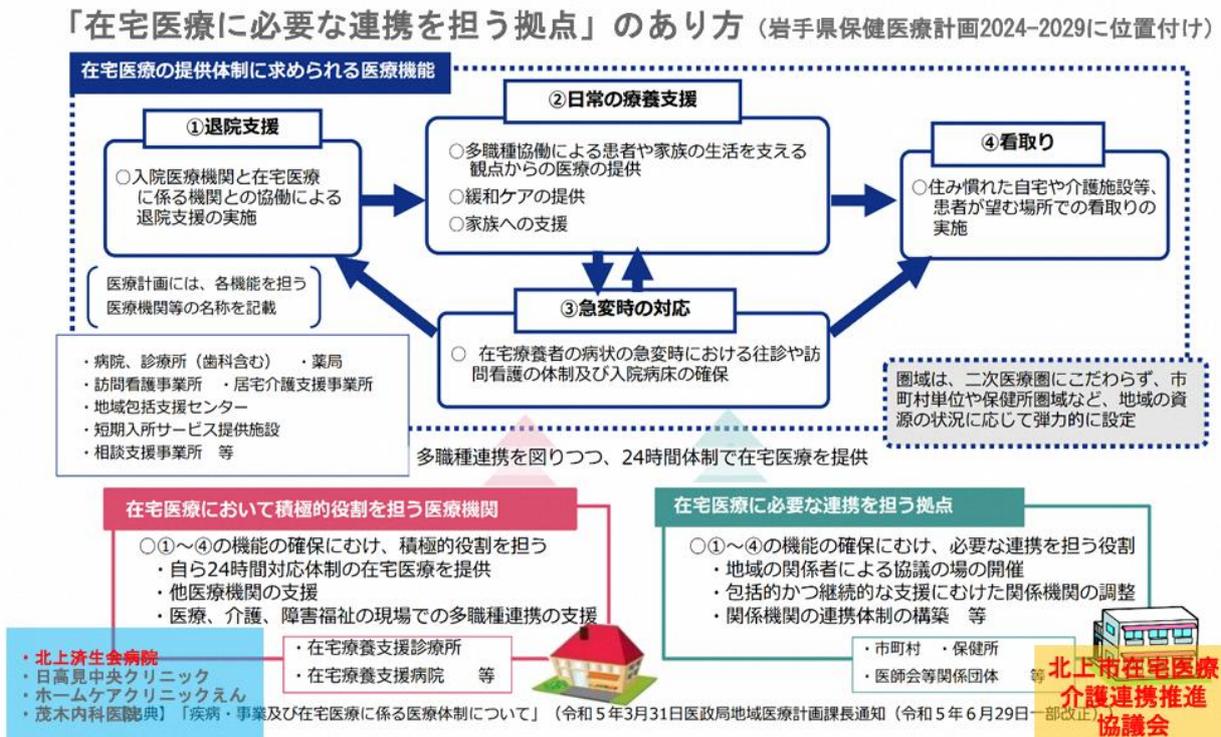
受診サポートメモ（耳鼻科用）の活用	市	随時	聴力低下の早期発見・早期受診を目的に、市が実施する高齢者訪問事業等において、難聴が疑われる高齢者に市職員が所見を記入したサポートメモを配付。それを本人が受診医療機関に渡すことで、医療機関が診療の参考にするもの。
医療・介護・福祉の連携に関わる専門の相談窓口	在宅	随時	在宅きたかみ内に、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、社会福祉士を配置して、多職種専門職や関係機関・団体からの相談に随時対応する。また、依頼等に応じて様々な協議体や個別事例の検討に加わり、医療専門職として助言するなど、コーディネーターの役割を認識しスキルアップを図っていく。

#### 4 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の連携等

##### (1) 「岩手県保健医療計画（2024-2029）」での位置づけ

令和6年3月に策定された「岩手県保健医療計画（2024-2029）」において、国が示す「在宅医療の体制構築に係る指針」に基づき、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置づけた。北上市においては、北上済生会病院ほか3診療所が積極的役割を担う医療機関として位置づけられ、連携を担う拠点としては「北上市在宅医療介護連携推進協議会」が担うこととされた。

また、下図のとおり医療機関及び連携拠点それぞれ「在宅医療提供体制4つのフェーズ」ごとの目標と、その目標達成に向けた取組事項が示されたことから、北上市在宅医療介護連携支援センターが連携拠点の中心的役割を果たし、市、医療機関、北上医師会、地域包括支援センターなどとの連携を進め、在宅医療提供体制の強化に努める。

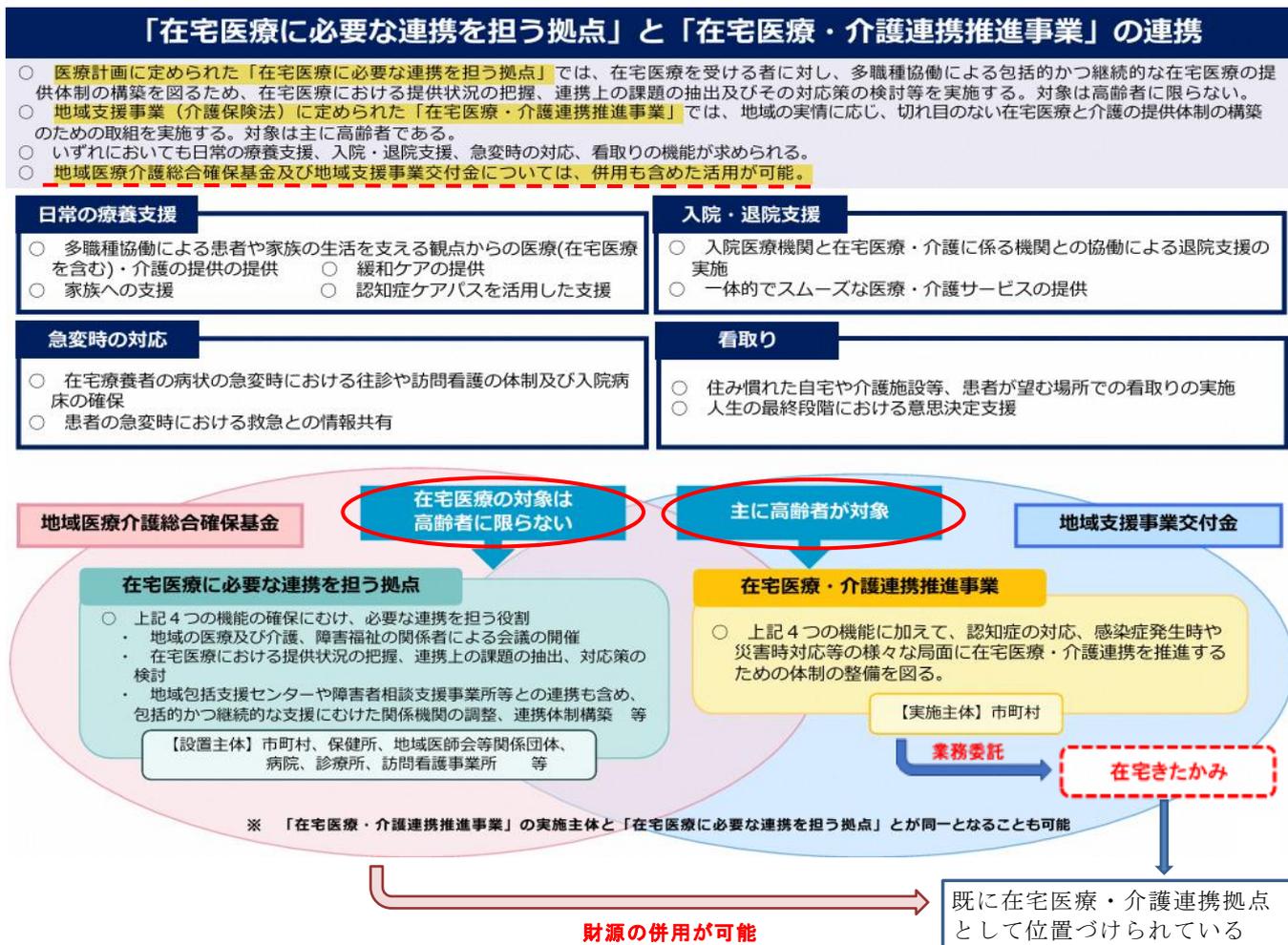


##### (2) 在宅医療・介護連携に係る国の動向

地域医療介護総合確保基金事業の「在宅医療に必要な連携を担う拠点事業」と介護保険法・地

域支援事業の「在宅医療・介護連携推進事業」の関係性などの調査・研究事業の結果が、下記の図のとおり厚生労働省から公表された。両事業とも切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を目的としていることに変わりはないことから、事業内容のすみ分けをしたうえで基金事業と交付金事業の併用による推進が可能であることを改めて示したことから、市及び在宅きたかみの事業体系も見直していく。

在宅医療・介護連携推進事業においては、事業項目を改めて整理したうえで、国・都道府県・市町村の役割分担を明確化し、特にコーディネーターの育成、配置による相談窓口の強化（センター機能化）が出されたことから、より一層の相談業務体制の充実を図っていく。



## 5 その他

### (1) 広域連携等

- 県内外の市町村や連携拠点等からの研修会講師依頼又は視察受入れ等に対応する。
- 国や岩手県からの調査報告や関連会議・委員会等への出席要請に対応する。
- 二次医療圏や近隣市町村の連携拠点や医療機関との交流を図り、協力体制等について意見交換する。

### (2) 連携コーディネート

- 「岩手県医師会待機支援事業」のコーディネート窓口として対応する。
- 市内地域包括支援センター圏域ごとのケース検討会や地域ケア会議等に助言者として参加する。
- 市内地域包括支援センターの三職種ごとの部会に出席し、専門職としてのスキルアップを図る。
- 市主催事業（研修会・各種会議等）に出席し、医療の専門的立場として助言する。