

令和7年度第2回「北上市在宅医療介護連携推進協議会」 2025.12.22

# 在宅きたかみの10年

～北上市における在宅医療・介護連携拠点の取組について～



北上済生会病院

北上市在宅医療介護連携支援センター(在宅きたかみ)

柴内 一夫 センター長(統括副院長)

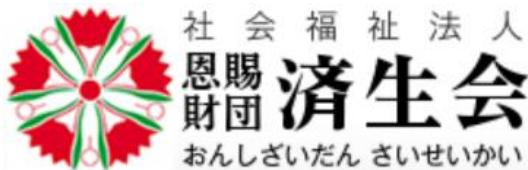
佐藤 晃 看護師長

菊池 涼子 課長(医療ソーシャルワーカー)

石川 晴基 参与(社会福祉士)

1. 北上市在宅医療・介護連携推進事業の成り立ちと経過
2. 北上市在宅医療・介護連携推進事業の進め方
3. 北上市がめざすもの(課題と展望)

# 在宅医療介護連携拠点業務の委託先



昭和11年  
済生会黒沢尻  
病院として発足



昭和50年  
済生会黒沢尻  
総合病院を  
北上済生会病  
院と改称



## 公的医療機関/社会福祉法人

■ 二次救急医療機関 / 連携強化型在宅療養支援病院

■ 病床数 224床

(回復期リハ病棟 44床 地域包括ケア病床 16床)

■ 人工透析ベッド 25台

■ 地域周産期母子医療センターの役割を担う(新生児病床7床)

■ 医科歯科連携の推進 歯科衛生士2名採用

■ 無料低額診療事業を中心とする生活困窮者支援事業

令和2年  
新病院に移転



# 北上市在宅医療介護連携拠点のスタッフ

## 北上市在宅医療介護連携支援センター 「在宅きたかみ」 北上済生会病院 1階



お隣には地域医療福祉連携室があり院内連携がスムーズに行われているのも強みです

### ●現在の体制 スタッフ4名

柴内 一夫 センター長（脳神経外科医師・北上済生会病院統括副院長）

佐藤 晃 看護師長（外来看護師長）

菊池 涼子 医療ソーシャルワーカー（社会福祉士/介護支援専門員）

石川 晴基 参与（社会福祉士・元北上市保健福祉部長）

### ●現在の体制 スタッフ19名

- ・地域医療福祉連携室長/副院長
- ・看護師長兼連携室次長
- ・入退院支援部門看護師 4名
- ・事務次長兼連携室次長
- ・事務職員 4名
- ・医療ソーシャルワーカー（社会福祉士） 6名
- ・歯科衛生士 2名

# 医療・介護、そして行政は、何をすればいいのか？ 何を期待されているのか？

- ・病院完結型から**地域完結型医療**への転換が必要！
- ・**医療と介護の多職種チーム**で、在宅療養を支える体制が必要！
- ・医療と介護はシームレスでなければならない！

## 行政は？

- ・**健康寿命**を伸ばす取組を、一生懸命やる！
- ・**介護予防**をどこでもできる環境づくりを、徹底してやる！
- ・市民の**意思決定**を促す意識改革を、徹底してやる！

# 在宅医療・介護連携推進事業ロードマップ（平成27年 市作成）

在宅きたかみと市が共通認識を持つ。常にロードマップで現在地を確認し合う。



## 在宅医療・介護連携推進事業ネットワーク体制図

## 在宅チームケアの構築 多職種による切れ目のないケアの推進体制

# 在宅医療介護連携

## 地域住民の相談窓口は…

## 地域包括支援センター

が担う

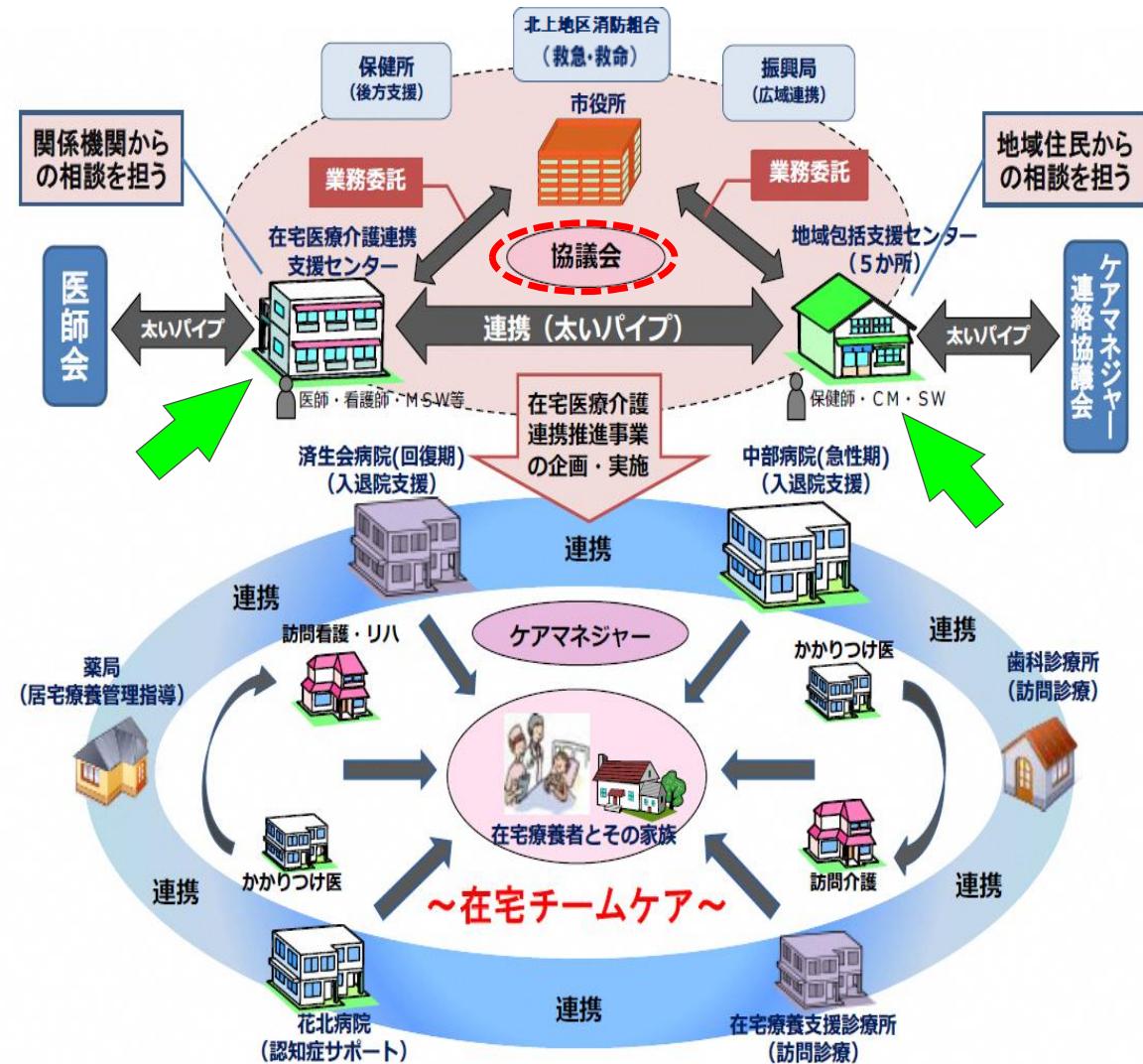
## 専門職の相談/支援窓口は…

## 在宅医療介護連携支援 センター(在宅きたかみ)

が担う

## 協議会を中心に推進する

## 在宅ケアを支えるチームづくり



	北上市在宅医療介護連携支援センター(在宅医療介護連携推進事業)の経過
平成26年度	<b>北上市在宅医療介護連携推進協議会を設置</b> (県補助事業活用)→先進地視察、各種研修等の実施、連携拠点の設置について協議
平成27年度	平成28年2月連携拠点業務について、北上市と北上済生会病院との間で契約締結。 <b>北上市在宅医療介護連携支援センター(在宅きたかみ)設置</b> 。地域医療福祉連携室内に事務所を置く。MSWと看護師の2人体制。実態把握調査実施。
平成28年度	<b>在宅きたかみ運営推進委員会設置</b> (医師会との連携強化)。各職能団体へのヒアリング実施。1次連携支援開始。3病院連絡会開始。
平成29年度	在宅きたかみの <b>センター長に医師が着任</b> 、「 <b>きたかみ在宅介護情報一覧</b> 」作成、多職種事例検討会「 <b>ケアラボ@きたかみ</b> 」開始。事業所向け出前講座開始。市民フォーラムをきっかけに「心づもり勉強会」を開始。
平成30年度	在宅きたかみWebサイト開設。協議会に <b>入退院支援作業部会設置</b> 。専門職向けテーマ型研修会開始。地域型心づもり勉強会開始。 <b>わたしのきぼうノート完成(作成班設置)</b> 。意思決定支援研修会開催(医師会共催)。
令和元年度	<b>入退院支援ハンドブック完成</b> 。ACPセミナー開催(医師会共催)。在宅医療・救急医療連携セミナー(厚労省)に参加。
令和2年度	協議会に <b>北上地区消防組合が新規参加</b> 、救急医療との連携開始。在宅・施設看取りを考えるシンポジウム開催(初のオンライン併用)。看取りの実態調査実施。新型コロナウイルス感染症対策会議を設置。11月、北上済生会病院が新築移転。 <b>院内に在宅きたかみ専用スペースを設置</b> 。
令和3年度	「ケアラボ@きたかみ」で“身寄りがない人”的支援の方向性の提言をまとめるとともに、北上市地域ケア会議のデザインの中で、在宅きたかみをハブ機能として位置づける。在宅きたかみに <b>外来看護師長が着任</b> し病院との連携強化を図る。
令和4年度	在宅きたかみに <b>元市保健福祉部長(在宅きたかみ創設者)が着任</b> し体制を強化。多職種連携「シン・ケアラボ@きたかみ」を新たにスタート。 <b>認定看護師等による出前研修開始</b> (岩手県看護協会北上支部との連携強化)。多職種連携推進の第2ステージに入る。
令和5年度	<b>厚生労働省所管の調査検討委員会委員</b> としてセンター長が委嘱を受ける。 <b>関係機関・団体ヒアリング</b> を8年ぶりに実施し、第9期北上市いきいきプランに反映させる。 <b>入退院支援ハンドブック改訂版</b> 発行。 <b>わたしのきぼうノート第2版</b> 発行。岩手県保健医療計画の <b>在宅医療に必要な連携拠点</b> に「 <b>北上市在宅医療介護連携推進協議会</b> 」が位置づけられる。
令和6年度	協議会に <b>障がい福祉部門の関係機関</b> が新たに加え医療・介護・障がい福祉のネットワークづくりとして連携拡大を図る。 <b>日本在宅医療連合学会大会</b> のシンポジウムで北上市の取り組み事例を発表。 <b>地域リハビリテーション部会設置</b> 。厚生労働省発行「 <b>在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.4</b> 」に北上市の事例が2件掲載される。

# 北上市在宅医療介護連携推進協議会(北上市設置)

## 北上市在宅医療介護 連携推進協議会



令和6年度 第1回会議風景 令和6年7月2日開催

■ 多職種の代表、行政関係者が参加する 在宅医療・介護連携推進事業の協議体

■ 発足: 平成26年度

※令和2年度から**北上地区消防組合**がメンバーとして加わる

※令和6年度から**障害福祉関係者**がメンバーとして加わる

※岩手県保健医療計画(2024-2029)の連携を担う拠点として位置づけられる

■ 事務局: 北上市長寿介護課と在宅きたかみの共同運営

■ 年3回開催

- ・岩手県県南広域振興局保健福祉環境部
- ・岩手県中部保健所
- ・**北上地区消防組合本部**
- ・北上医師会
- ・北上歯科医師会
- ・北上薬剤師会
- ・岩手県立中部病院
- ・北上済生会病院
- ・花北病院
- ・北上療法士会
- ・北上市老人福祉施設連絡会

- ・北上地区ケアマネジャー連絡協議会
- ・**北上市自立支援協議会**
- ・岩手県看護協会北上支部
- ・北上市内訪問看護ステーション代表
- ・地域包括支援センター北上中央/わっこ
- ・北上市在宅医療介護連携支援センター  
運営推進委員
- ・北上市健康こども部健康づくり課
- ・**北上市福祉部障がい福祉課**
- ・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

# 北上市在宅医療介護連携推進協議会の下部組織(実働部隊)

## → 入退院支援作業部会

目的: 4つの場面で医療・介護・行政が共通で必要とする情報の検討と入退院時連携にあたっての主な課題と対応策を検討する組織

設置: 平成30年5月

開催: 年度3回

主なメンバー: 病院(看護師・MSW)、ケアマネジャー、介護施設、包括など

## → わたしのきぼうノート作成班

目的: 市民有志による“こころづくり勉強会”をきっかけに、「看取り支援」の場面において活用できるツールとして作成した「わたしのきぼうノート」の啓発・普及活動を検討、支援する組織(令和6年1月に第2版発行)

設置: 平成30年3月

開催: 随時

主なメンバー: 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、MSW、ケアマネジャーなど(すべて任意)

## → 地域リハビリテーション部会

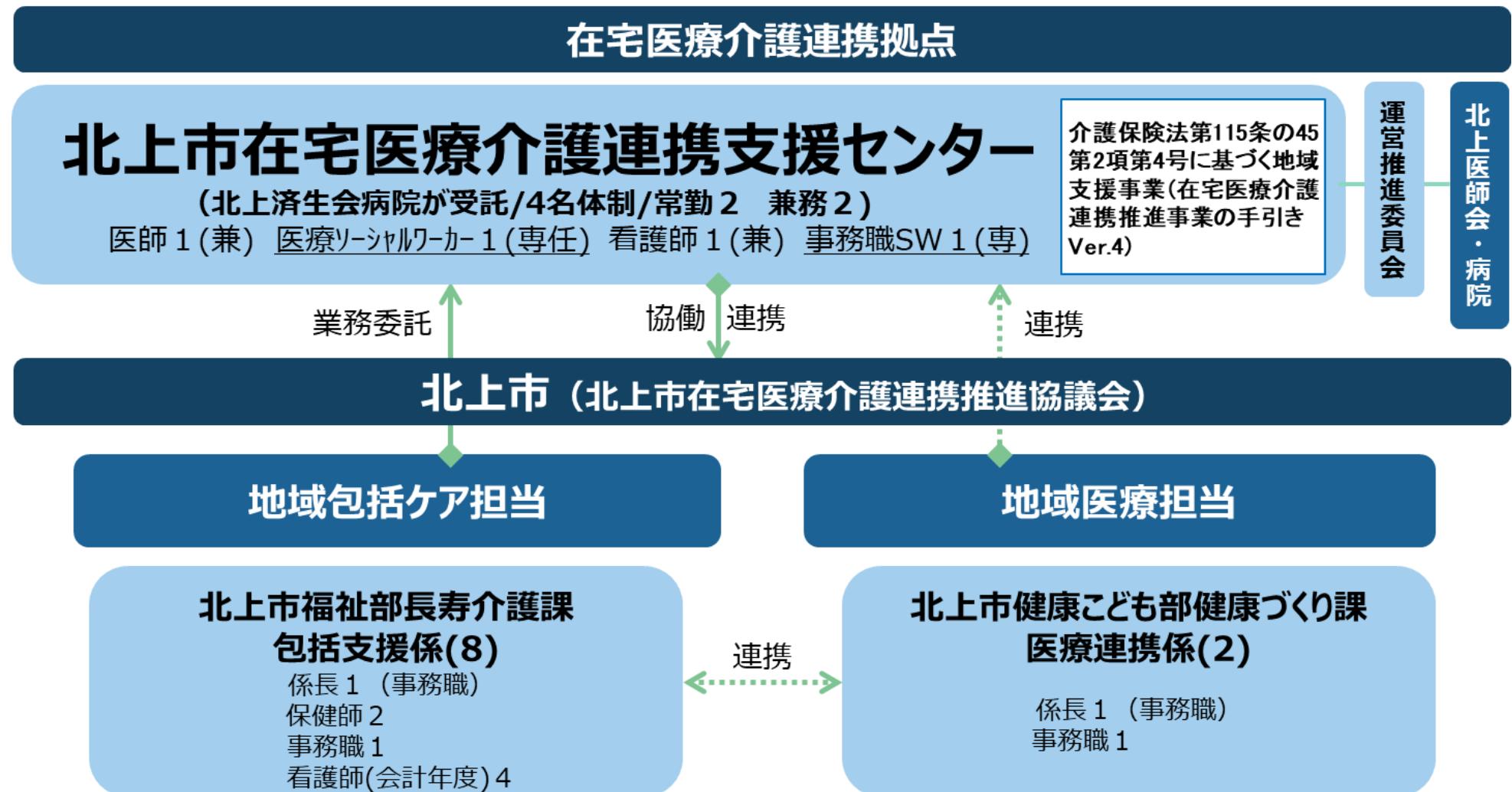
目的: 急性期・回復期のリハビリテーションから生活期リハビリテーションへの切れ目ないサービス提供を推進し、多職種協働による地域リハビリテーション提供体制(口腔・栄養含む)の構築を検討する組織

設置: 令和7年1月

開催: 年度3回

主なメンバー: セラピスト(PT/OT/ST)、管理栄養士、歯科衛生士、ケアマネジャー、保健師など

## 北上市在宅医療介護連携推進事業の事務局体制(令和7年度)



1. 北上市在宅医療・介護連携推進事業の成り立ちと経過
2. 北上市在宅医療・介護連携推進事業の進め方
3. 北上市がめざすもの(課題と展望)



図 2 在宅医療・介護連携推進事業のイメージ

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

(1) 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

(2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 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）

(3)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

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

②対応策の実施

(4) 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

(5) 地域住民への普及啓発

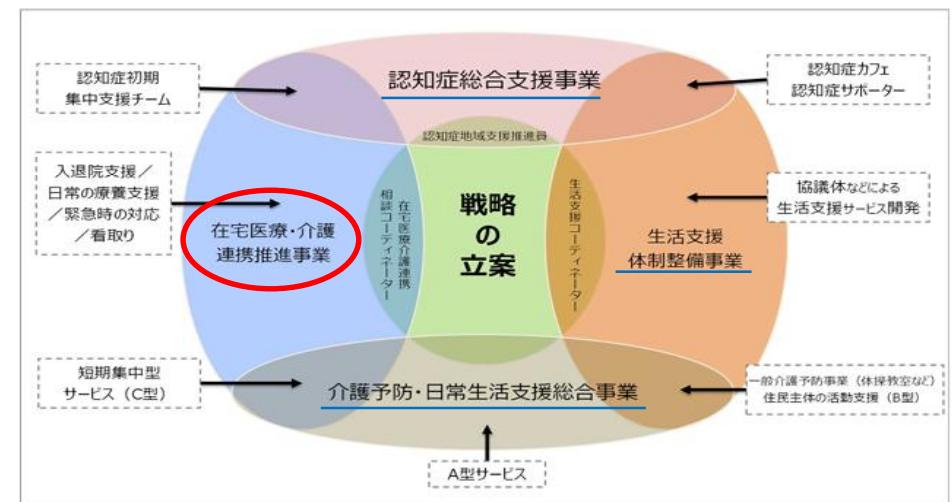
- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

(6) 医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得等のための研修などの地域の実情に応じた医療・介護関係者の支援

- 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
- 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

③対応策の評価・改善

図 4 地域支援事業の4つの事業の連動性



出典：地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業（平成30年度老人保健健康増進等事業）三菱UFJリサーチ＆コンサルティング

# 4つの場面からみた医療と介護の連携イメージ

今後、医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ慢性疾患又は認知症等の高齢者の増加が見込まれることから、当該高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面において、地域における在宅医療・介護の提供に携わる者その他の関係者の連携を推進するための体制の整備を図る必要がある。



## 日常の療養支援

- ・多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの在宅医療・介護の提供
- ・緩和ケアの提供
- ・家族への支援
- ・認知症ケアパスを活用した支援

## 急変時の対応

- ・在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確認
- ・患者の急変時における救急との情報共有



## 入退院支援

- ・入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働・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

## 看取り

- ・住み慣れた自宅や介護施設等、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

## 行政

- ・認知症の対応
- ・感染症発生時
- ・災害時対応

新たに取り組むべき  
事項が加わる

# 「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

- 医療計画に定められた「在宅医療に必要な連携を担う拠点」では、在宅医療を受ける者に対し、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るために、在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施する。対象は高齢者に限らない。
- 地域支援事業（介護保険法）に定められた「在宅医療・介護連携推進事業」では、地域の実情に応じ、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のための取組を実施する。対象は主に高齢者である。
- いずれにおいても日常の療養支援、入院・退院支援、急変時の対応、看取りの機能が求められる。
- 地域医療介護総合確保基金及び地域支援事業交付金については、併用も含めた活用が可能。

## 日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療(在宅医療を含む)・介護の提供の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援
- 認知症ケアパスを活用した支援

## 急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保
- 患者の急変時における救急との情報共有

## 入院・退院支援

- 入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働による退院支援の実施
- 一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

## 看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、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

## 地域医療介護総合確保基金

在宅医療の対象は  
高齢者に限らない

主に高齢者が対象

## 地域支援事業交付金

### 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 上記4つの機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
  - ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議の開催
  - ・ 在宅医療における提供状況の把握、連携上の課題の抽出、対応策の検討
  - ・ 地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等との連携も含め、包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整、連携体制構築 等

【設置主体】市町村、保健所、地域医師会等関係団体、  
病院、診療所、訪問看護事業所 等

### 在宅医療・介護連携推進事業

- 上記4つの機能に加えて、認知症の対応、感染症発生時や災害時対応等の様々な局面に在宅医療・介護連携を推進するための体制の整備を図る。

【実施主体】市町村

業務委託

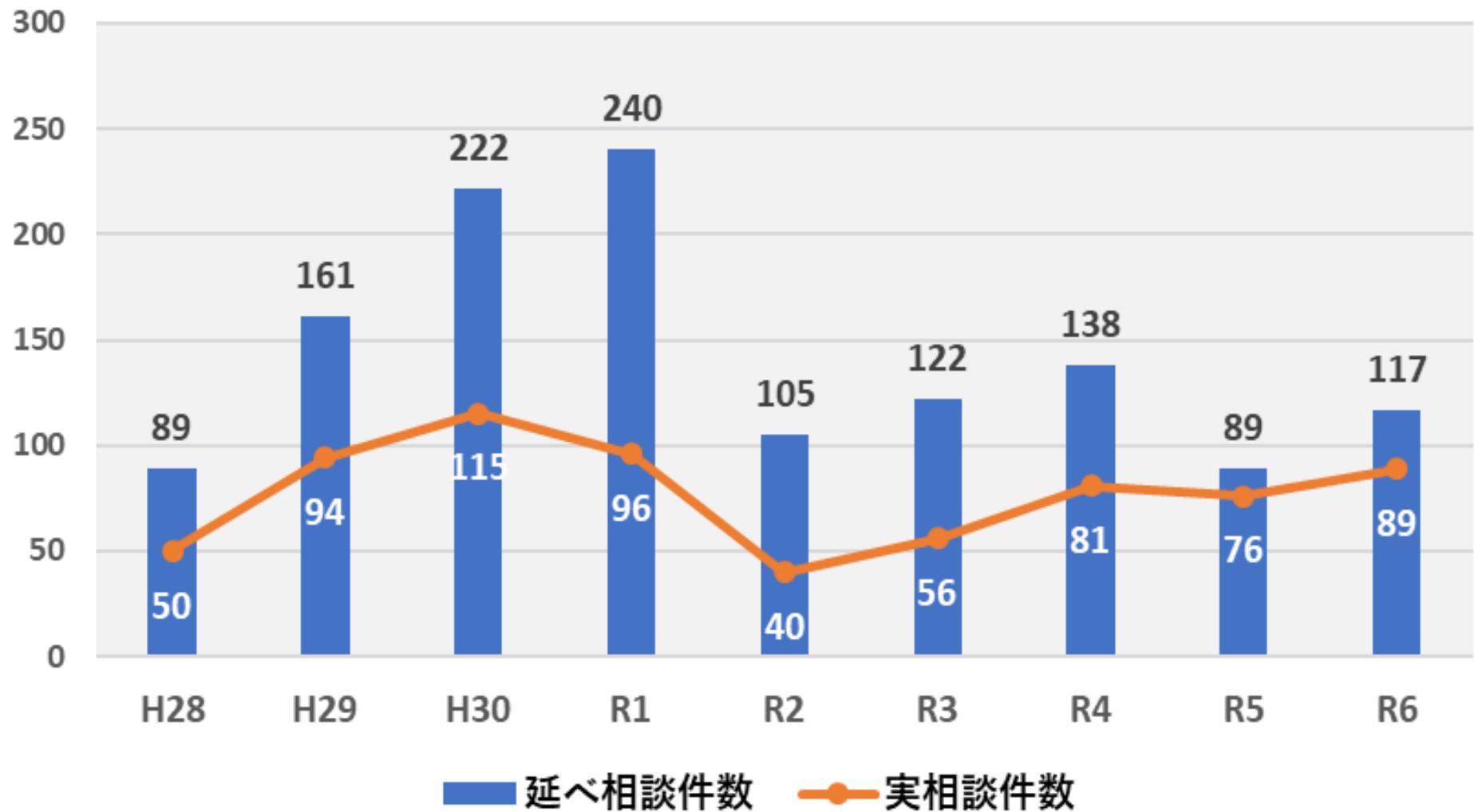
在宅きたかみ

※ 「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」とが同一となることも可能

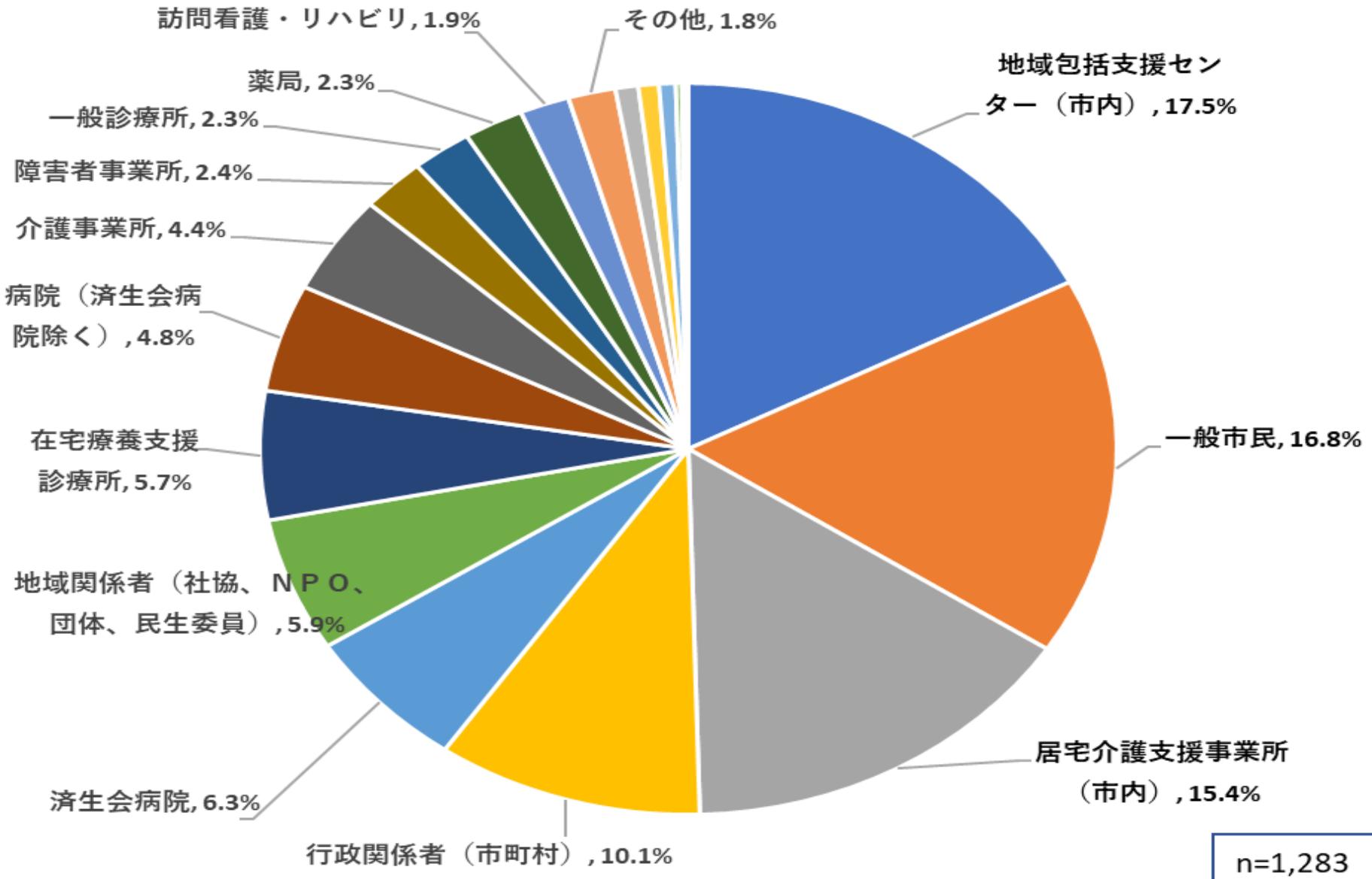
既に在宅医療連携拠点として業務を行っている状態

1. 北上市在宅医療・介護連携推進事業の成り立ちと経過
2. 北上市在宅医療・介護連携推進事業の進め方
3. 北上市がめざすもの(課題と展望)

## 北上市在宅医療介護連携支援センター相談件数年度別推移

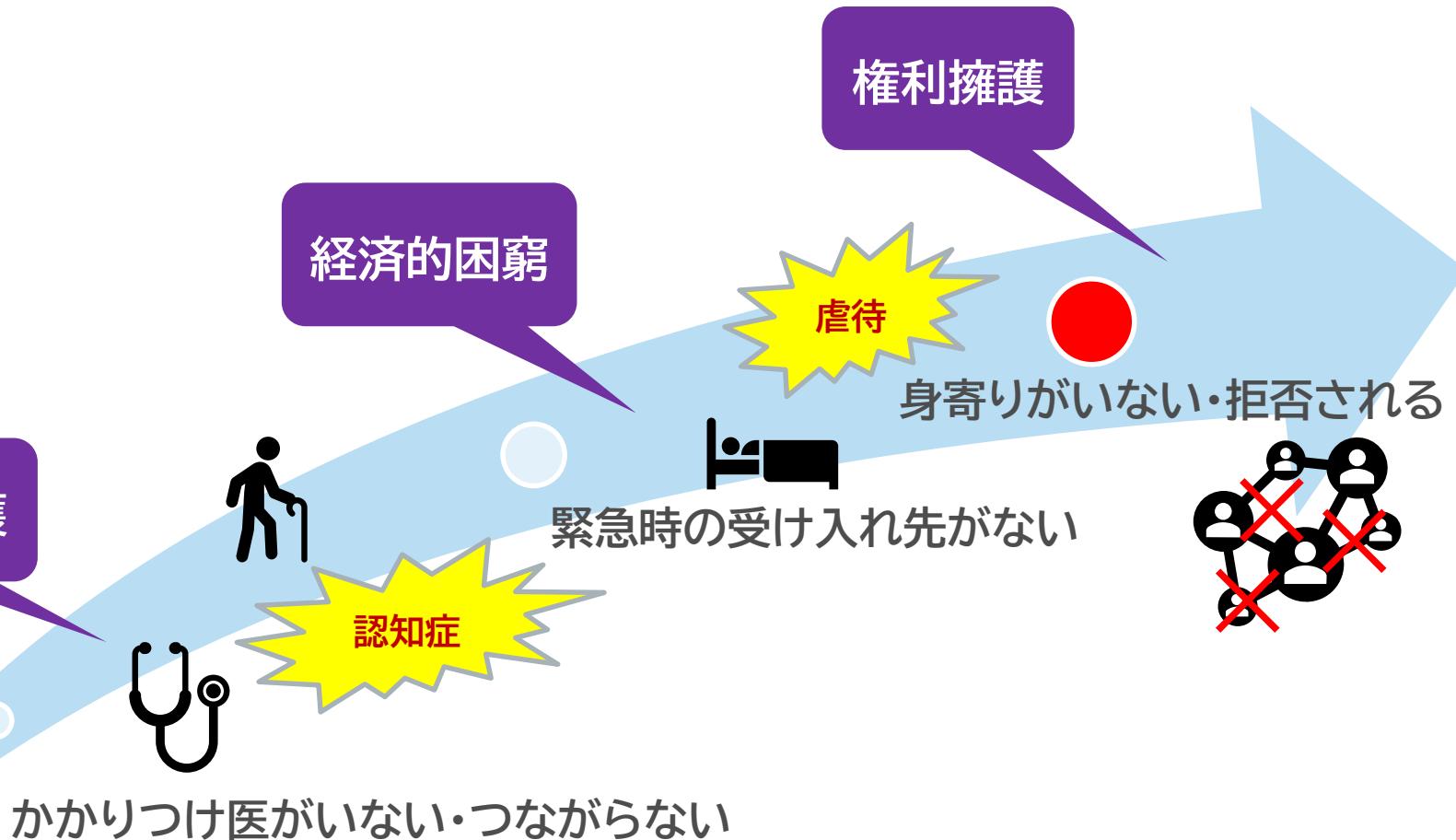


## これまでの相談先の割合 (H28～R6)

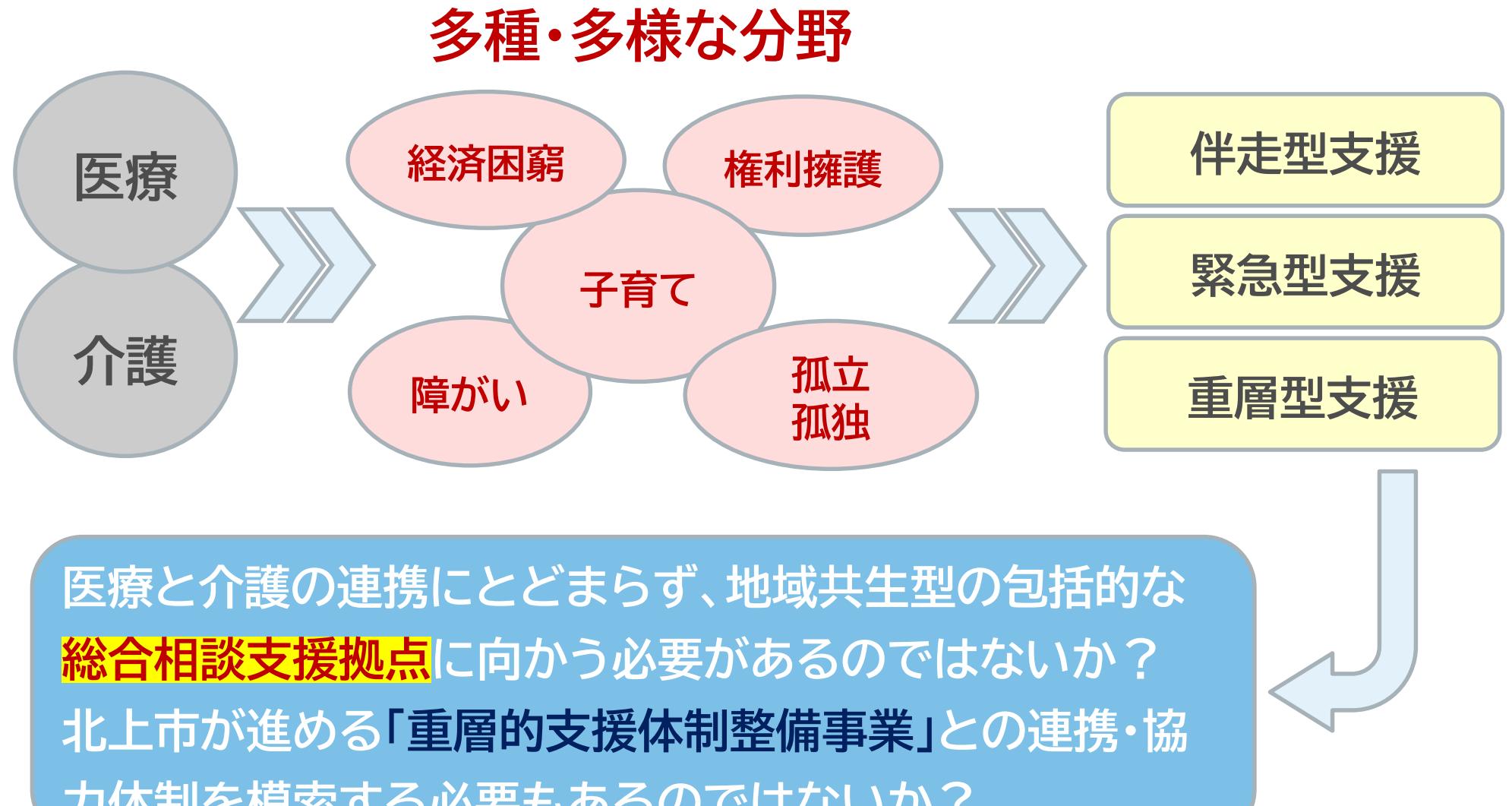


# 相談業務から見えてきた傾向と課題

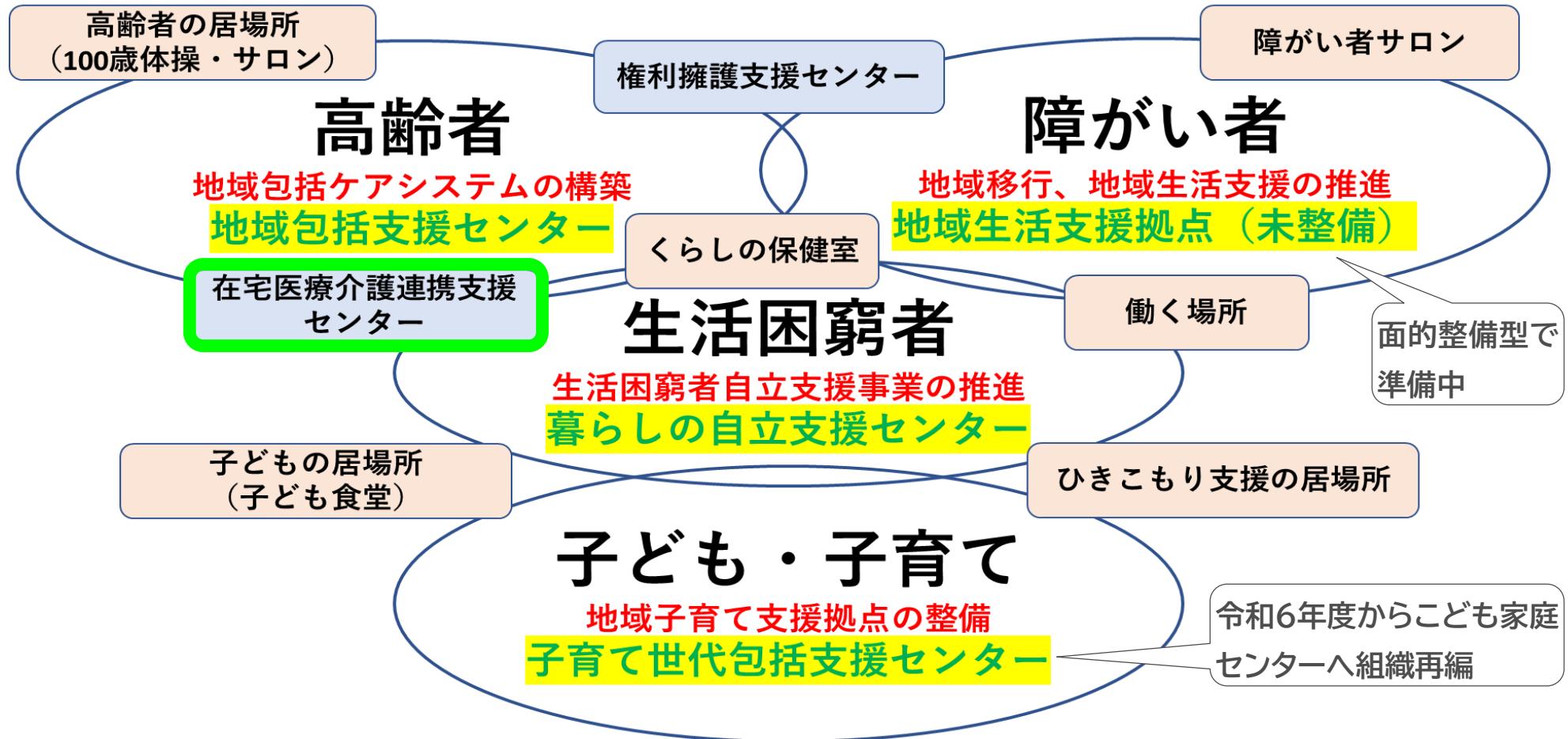
複雜・多重問題



# 相談業務から見えてきたこれからの支援体制



# 福祉4分野別の公的な相談支援体制から地域づくりへ



・**地域の居場所**が福祉4分野の公的な相談拠点を結ぶ役割を果たしているのではないか？

・行政の縦割りを壊すのではなく、**地域の居場所**を増やすことが重要ではないか？⇒**地域づくり**？

# Nothing About Us Without Us

私たち(当事者)抜きに  
私たちのことを  
決めないで



# 私たちが目指すのは「コレクティブ・インパクト」

立場の違う組織が、社会課題の解決に個別に取り組むのではなく、同じ目標を共有し、組織の壁を越えて互いの強みを出し合い、北上市の地域課題に取り組むことを目指します。

そのために、北上市と北上済生会病院(在宅きたかみ)は、北上の多様な専門職・住民が参画し、取組の効果を測りながら活動の現在地を確認し、多職種が他職種と相互に補完し合い、日常的に対話ができる、風通しの良い生態系をまちの中につくっていきます。



# センター長からの提言



# 医療・介護、そして行政は、何をすればいいのか？ 何を期待されているのか？

- ・病院完結型から**地域完結型医療**への転換が必要！
- ・**医療と介護の多職種チーム**で、在宅療養を支える体制が必要！
- ・医療と介護はシームレスでなければならない！

行政は？

- ・**健康寿命**を伸ばす取組を、一生懸命やる！
- ・**介護予防**をどこでもできる環境づくりを、徹底してやる！
- ・市民の**意思決定**を促す意識改革を、徹底してやる！

平成29年3月24日 北上済生会病院 院内研修会

「北上市在宅医療介護連携推進事業について」 北上市保健福祉部 長寿介護課 石川 晴基 課長

# ナイチンゲール

## ナイチンゲールの思想

病院依存の縮小

予防・公衆衛生

自律した市民の教育

## 現代医療の概念

地域包括ケア、在宅医療

健康寿命延伸、予防医療

アドバンスケアプランニング、患者参画

「医療機関中心」ではなく、  
「人を取り巻く生活環境・社会」を  
起点にしたケアの重要性

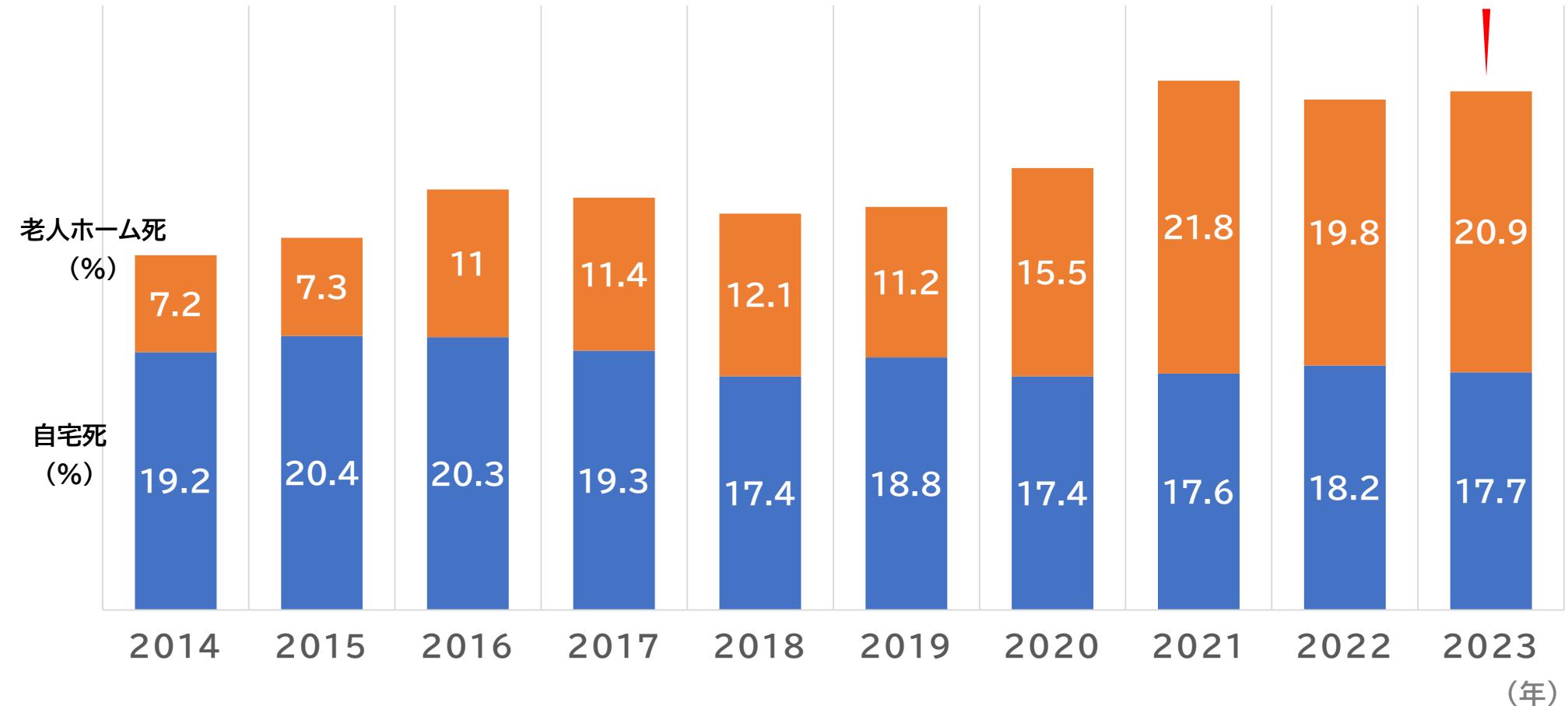


- ・近代**病院**を制度として確立し、科学的管理と看護体制の基盤をつくった
- ・病院：**収容施設** → 治療・回復のために組織的に運営される**機能体**へ変化



# 北上市における在宅等死亡(自宅+施設)の年次推移

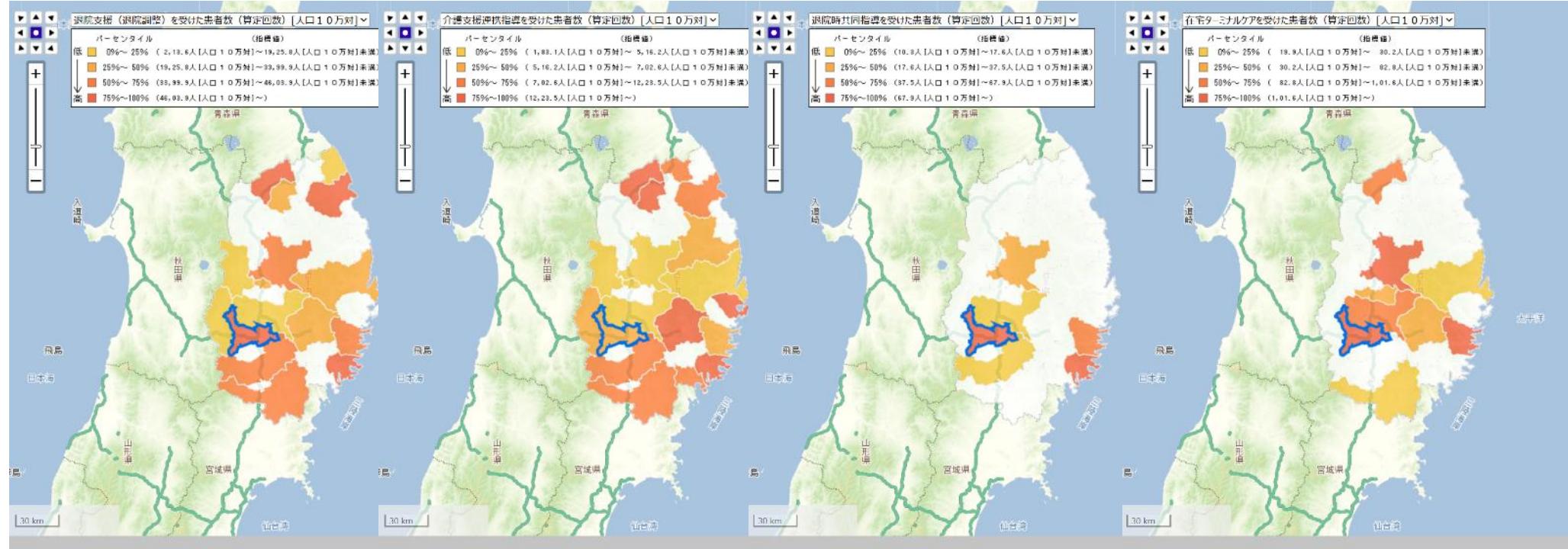
全国に789ある市のうち、上位3.3% (2023年 38.6%)



在宅医療にかかる地域別データ集より

<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Fcontent%2F10800000%2F001467190.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>

# 在宅医療介護連携に関する項目（受けた患者数が多い自治体）



退院支援

介護支援連携指導

退院時共同指導

在宅ターミナルケア

いずれも算定回数で、人口10万人当たりの患者数の割合の高さを比較したもの

見える化システムより

医学・歯学・薬学教育の3領域で統一したキャッチフレーズ

未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ  
活躍できる医療人の養成

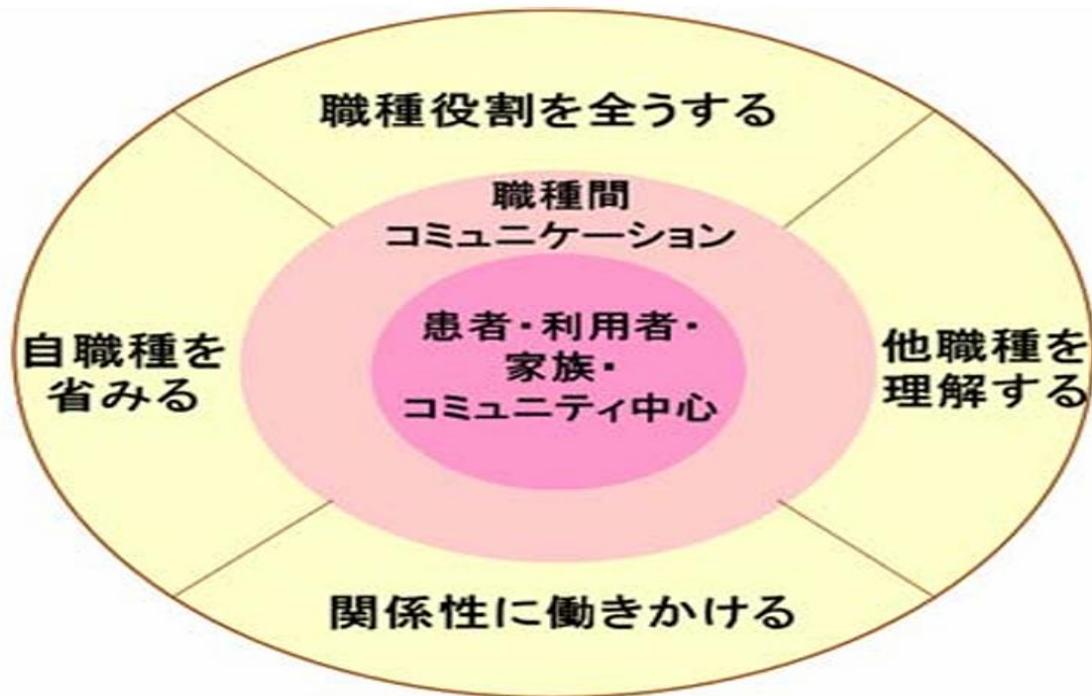
医学教育モデル・コア・カリキュラム 令和4年度改訂版(最新版)より

[https://www.mext.go.jp/content/20240220\\_mxt\\_igaku-000028108\\_01.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20240220_mxt_igaku-000028108_01.pdf)



# 協働的能力としての 多職種連携 コンピテンシーモデル

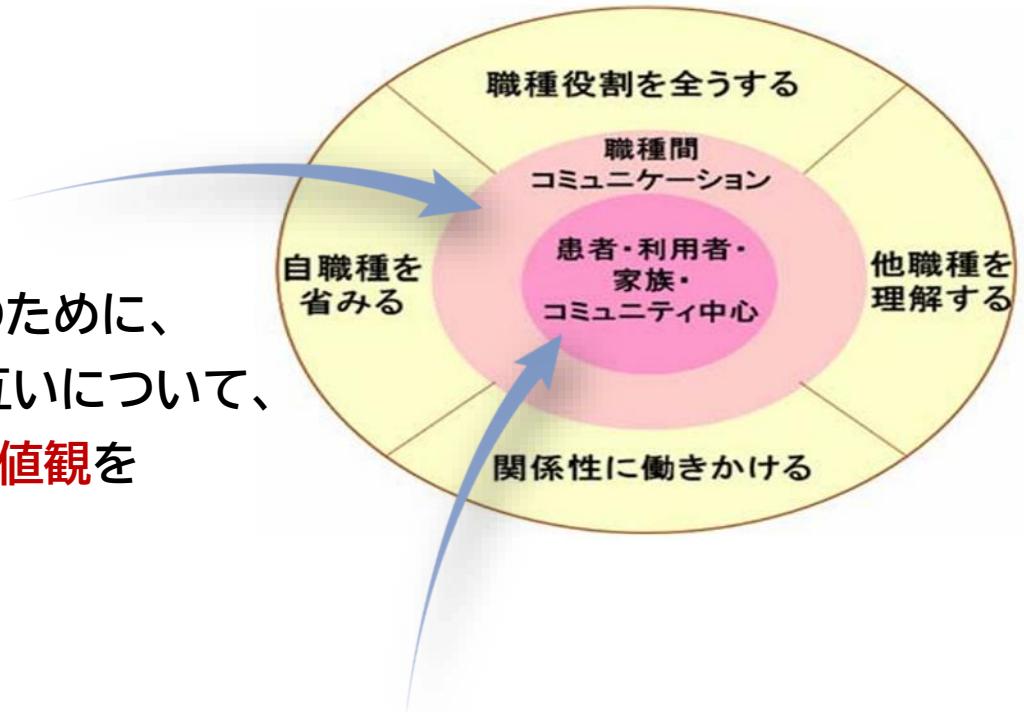
専門職業人が  
ある状況で  
専門職業人として  
業務を行う能力



多職種連携コンピテンシーの対象者： 医療保健福祉に携わる職種

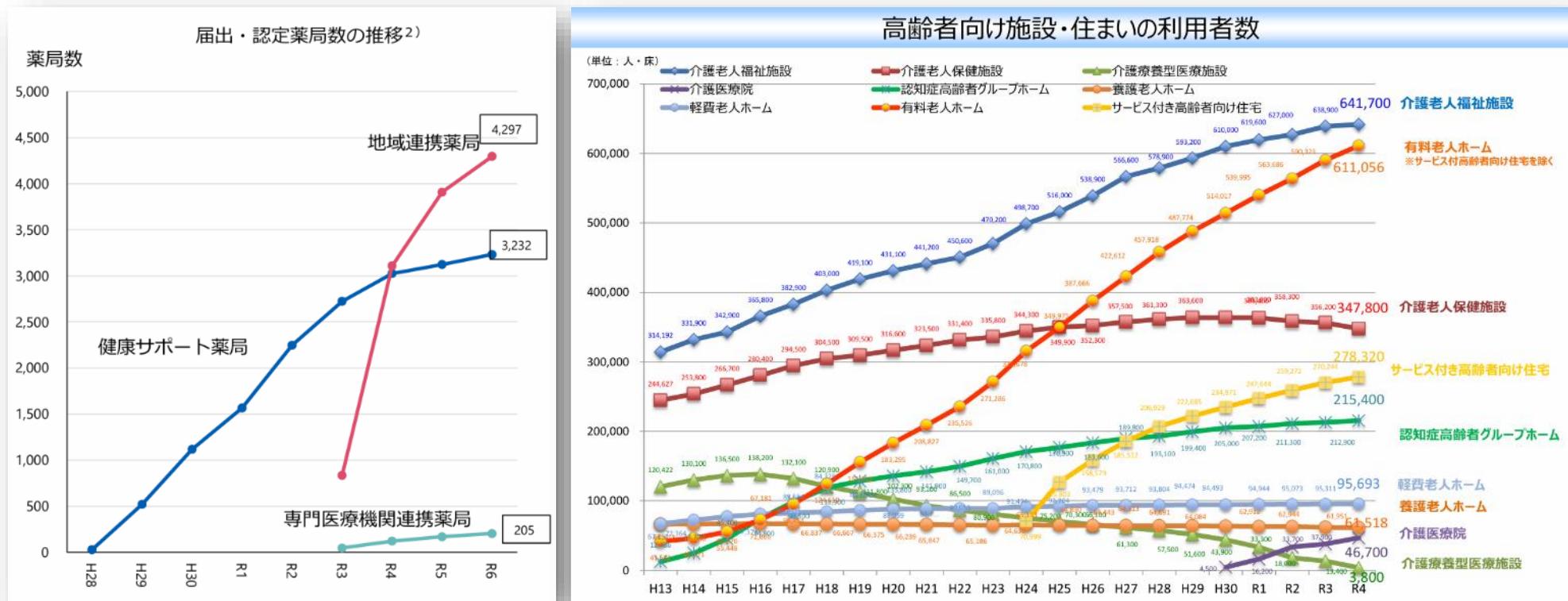
## 職種間コミュニケーション

患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために、  
**職種背景**が異なることに配慮し、互いに、互いについて、  
互いから職種としての**役割、知識、意見、価値観を**  
伝え合うことができる。



「**患者・利用者・家族・コミュニティ中心**に重要な関心事/課題に焦点を当て、  
共通の目標を設定することができる」ことが**多職種連携の目的**

# 最近の資料として活用していただきたいPDF（多職種対象）



中央社会保険医療協議会 総会(第610回)資料 [PDF形式:10.5MB]

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001508723.pdf>



在宅きたかみのホームページを来年4月にリニューアルします。

こんな情報あつたらいいなと思うご意見募集中！

在宅きたかみ

サイト内検索  在宅きたかみについて  お問い合わせ

住民・患者・家族向け 医療介護関係者向け 研修・イベント案内 活動報告 事業所一覧

支える人を、支えていく

あなたの“想い”を支える「学び」と「つながり」がここにあります。  
介護の現場と家庭をつなぐコミュニティサイト。

在宅きたかみとは 研修・イベント情報 事業所検索 お問合せ

32