

在宅医療・介護連携推進事業、認知症施策の課題および実績報告

資料1

平成29年度に協議会で検討した内容

目指す姿	在宅医療・介護連携、認知症支援における課題	課題解決のための取り組み提案
①在宅療養・認知症支援される基盤（休日・夜間、状態急変時の対応切れ、在宅復帰等）サービスの提供体制が	・在宅医療に取り組む医療機関が少ない。在宅医療機関の増加が望まれるが、まずは既存の医療機関の中でお互いの連携が必要。 ★アンケート結果より、今後も在宅医療に取り組む予定が無いと回答した診療所10か所（整形外科、眼科、皮膚科、小児科等も含む）	・入院受け入れなどを含めた病診連携の構築 ・訪問診療医の増加、往診により自宅で診察できる体制の構築。 ・かかりつけ医（歯科医）を持つ人は高齢者になるに従い、増加傾向にある。かかりつけ医と病院の連携、あるいはかかりつけ医同士のネットワーク構築
	・状態増悪時に後方支援病院の連携が滞りなくとれるか。	・後方支援病院にスムーズな受け入れ体制を構築していただけるよう、直接話し合う時間を設ける。まずは、市内医療機関と。
	★アンケート結果より、在宅医療に取り組まない理由に24時間365日体制の負担の重さ、緊急時に利用できる病床の確保が困難だから、実施するスタッフがいらないから、どのように始めたらよいか分からない、技術的な不安などがある。実際、在宅医療を実施している診療所で緊急時の受け入れ先の確保に苦労している診療所が多い。	★アンケート結果より、在宅医療の負担軽減のためには、急変時の対応（救急搬送含む）について、事前に確認しておくことが有効と診療所医師8割が回答。また、同じく8割の医師が在宅ケアネットワークの体制づくりが有効と回答。
	・新規で在宅医療に取り組もうとする医療機関に対して、24時間体制を求めてしまうと、在宅医療に踏み出すハードルが高くなる。	・医療機関に対して、まずは負担の少ない形（かかりつけ患者のみ、24時間対応無し、小人数など）での在宅医療に「まず」踏み出す検討をしていただけるよう、直接話し合う時間を設ける。
	・訪問看護ステーションが少ない。24時間対応が出来ない。十分な人員がいらない。	・在宅療養を支える中心的な役割が期待される訪問看護ステーションの不足に対する検討を行い、24時間対応がとれる訪問看護ステーションを増やしていく必要がある。
	・在宅移行時に訪問診療をしてくれる医療機関がなかなか見つからない	・近隣の市も含めて白井市へ訪問診療可能な医療機関へアプローチし、診療可能なエリアマップを作る。
	★アンケート結果より、市内3病院において病態処置が必要な患者が在宅へ移行する場合の準備として、「看取り」については取り組んだことはないと回答。胃ろう管理や吸引、褥瘡処置については取り組んでいる。	・病院関係者（医師・看護師等）が在宅医療や在宅看取りへの理解を深める。
	・救急車で病院に行くほどでもないが病院へ行く手段がなく、救急車の要請となるケースが多く存在している。	・送迎サービスの情報提供（介護タクシーの紹介、タクシー利用の助成制度の紹介）
	・本人が高齢で誤嚥性肺炎等で入退院を繰り返している。	・消防署との個別入院先仮指定体制などの検討
	・認知症初期集中支援チームは大きな役割を担うことになり、その充実が必要	・認知症サポート医の育成、チーム員研修
・市内に認知症専門医や物忘れ外来等がなく、認知症疾患医療センターや市外の医療機関の紹介程度に留まっている。	・認知症については、継続した服薬が必要とされており、定期受診の負担からも、市内や近隣市で相談や受診ができる体制が必要。また、認知症初期集中支援チームを中心にかかりつけ医や精神科医との連携を図っていくことが必要。	



これまでの取り組み実績
<p>●在宅医療後方支援体制の構築（H31.4月運用開始） 市内の在宅療養者が入院を要する状態となった場合、市内3病院のいずれかか受け入れる体制が整備された。</p>
<p>在宅医療後方支援体制の運用開始にあたり、市内診療所医師に向けて説明を行い、在宅医療への取り組みを依頼した。</p>

<p>●認知症初期集中支援チーム稼働（H30.4月開始）</p> <p>認知症ケアパスに「認知症の相談や診療を行う医療機関」について掲載し周知している。 認知症初期集中支援チームの活動において、サポート医/かかりつけ医との連携を少しずつ図っている。</p>
--

目指す姿	在宅医療・介護連携、認知症支援における課題	課題解決のための取り組み提案
関係構築ができ、 ②医療・介護職の顔の見える 資質向上が図れる	・認知症の方との接し方が難しい。(薬局で心配な高齢者に出会った場合、対応や相談機関へのつなぎ方)	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の方への対応を学べる専門職向け研修会の開催 ★協議会での意見より、各専門職が出来ることをそれぞれ発表する機会を設けてはどうか。他職種の業務を知ることが出来るし、市民も参加できるようにすれば、医療・介護職と市民がつながる機会にもなる。 ★以前の協議会にて、もっと気軽に医療職と話ができる機会があったらよとの意見あり。
	★アンケート結果より、ケアマネジャーの9割が所持資格が福祉系であり(介護福祉士、社会福祉士、相談員等)、医療知識の不足が業務に支障をきたしているとの回答。8割が医療知識を学ぶ機会は多くないと回答。	
	★アンケート結果より、診療所医師が多職種と円滑な連携が取れていない理由として、交流がなく、お互いの顔が見えない、カンファレンス等のスケジュール調整が困難、連携のために集まる機会がないとの回答が多い	
	★アンケート結果より、ケアマネジャーが多職種と円滑な連携が取れない理由に交流の場所がない、医療・介護相互の理解不足がある、医療職(医師・歯科医師・看護師・リハ職など)誰といつ・どのように連携すればいいのかわからないと回答。	



これまでの取り組み実績
<ul style="list-style-type: none"> ●多職種連携研修企画ワーキングを設置(H29年度) 顔の見える関係構築、専門職の資質向上を目的とした研修会の企画 ●在宅医療・介護連携研修会の開催(年4回) H30.第1回「認知症介護家族の思い」 32名 第2回「非言語的コミュニケーション」 38名 第3回「アドバンスケアプランニング」 46名 第4回「多職種連携で支える在宅歯科医療」 26名 ●各職種の資質向上のための研修 介護職員対象の医薬品に関する研修会 14名 (千葉県薬局ビジョン推進事業を活用)

③医療・介護・行政等関係者の連携ルールが作られ、 情報共有ツールが普及し、関係者間で共有される。	・入退院時の連絡、連携がスムーズでない。特に退院時、情報の連絡がスムーズに行われず、受け入れ態勢が整わないまま退院することがある。医療と介護の連携が出来ていない。	・退院時の情報連携ルールを整える。「地域生活連携シート」の活用を推進する。病院と在宅の円滑な支援体制を整える。
	★アンケート結果より、ケアマネジャーの7割が、病院スタッフの介護保険制度認識が乏しいと退院支援時のトラブルが多くなると回答	・病院スタッフとケアマネの顔の見える関係性づくり ・病院スタッフに介護保険制度や在宅療養について理解してもらい、連携ルールを共有する取り組みが必要。
	・紙面や連絡ノート、電話連絡などの情報共有がほとんどで、リアルタイムでの伝達が困難(相談含め)	・ICT利用による円滑な情報共有、情報伝達の検討
	・認知症と思われる症状で救急出動した場合、付添いがあれば病院も受け入れが可能だが、付添いがいない場合、病院側が受け入れしてくれないこともあり、現場滞在時間が延長し対応に困難している。	・救急隊でも、親族や関係者を探し連絡を取るよう努力しているが、どうしても付添いがいない場合、市の関係課との連携が必要。日中を含む、休日及び夜間帯の事前の連絡先を決めておく必要がある。
	・高齢者救急搬送の増加に伴い、既往歴や緊急時連絡先の聞き取りに時間を要し、受け入れ先選定にも支障をきたしている。	・緊急時連絡先や既往歴等を記した情報連携シートがあるとよい。
	・県が作成した「千葉県オレンジ連携シート」があり、認知症疾患医療センター等につなぐ際などに使用しているが、使用頻度は低い状況。	医療機関とのスムーズな情報共有のために、オレンジ連携シート活用の普及対策について検討が必要。



<ul style="list-style-type: none"> ●入退院時連携ワーキングを設置(H30年度) スムーズな入退院時連携体制の構築を目指して、課題の整理と対策の検討を実施。 ●入退院時連携ルールBOOK(案)の作成。



<ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療・救急医療連携ワーキングを設置(H29年度) ●「白井市救急医療情報キット」の作成・配布(H29.12月開始) ●「介護施設における救急時情報連携シート」の作成・配布(H30.1月開始)
--

<ul style="list-style-type: none"> ●徘徊高齢者に関する警察との連携体制の構築 警察に保護された徘徊高齢者に関する情報について、家族の同意が得られた場合に限り、市に情報提供がされ、支援につなげている。
--

目指す姿	在宅医療・介護連携、認知症支援における課題	課題解決のための取り組み提案
④ 認知症、在宅医療、在宅看取り等についての普及啓発を行い、市民の理解が進む。	・家族を家で看取るということが、現在一般的でなくなっているように思える。亡くなる時は病院でが主流で高齢者が具合が悪くなると入院させてしまう。	・具体的に高齢者のご家族などに、家での療養(在宅医療)、看取りができる情報(サービスなど)を伝える。 ・相談の出来る窓口を作る(家庭での看護や介護) ・かかりつけ医のいない高齢者に対して、身近な地域でかかりつけ医を持つ意義を啓発していく必要があります。
	・本人に癌の告知はされているが、余命の告知はされていないケース(最期の迎え方について、家族間での意見一致せずトラブルにつながる)。	・在宅看取りについての普及・啓発。 ・人生の最終段階の過ごし方について本人の思いをまとめたり、家族と話し合っておく必要がある。
	・認知症に対する知識の普及啓発が不十分	・認知症に関する小冊子などを病院待合室などに置く。市民公開講座などを開く
	・認知症についての知識・見識が十分普及しておらず、ご家族の理解が得られないことがある。	・認知症についての市民向けの講座や窓口相談など、継続的な啓発活動
	・認知症の方の家族がまだまだ認知症に対する理解が乏しい	・認知症の一般向けの研修。子どもへの認知症サポーター普及
	・認知症の危険因子でもある糖尿病患者が年々増えている	・重症化予防において、特定健診の結果、基準数値に該当する方に優先的に電話での受診勧奨および保健指導を行い、受診につなげる。



これまでの取り組み実績
<ul style="list-style-type: none"> ●市民啓発ワーキングを設置(H30年度) 市民啓発のための具体策について検討 ●しろい在宅医療フォーラムの開催(H30.12月)
<ul style="list-style-type: none"> ●認知症対策ワーキングを設置 市民の理解を促すチラシ作成、ふるさとまつりステージ等での周知活動 認知症家族支援の場「らくらく介護教室」開催 ●ケアパス作成/活用 相談窓口・市内各センター・医療機関・介護事業所等に設置 ●認知症周知啓発月間(9月) 認知症周知啓発月間懸垂幕掲載、図書館内認知症コーナー設置等 ●認知症サポーター養成講座(一般/小学生・高校生対象)実施 ●徘徊高齢者対策のチラシ作成 徘徊によるトラブルを減らすための対策(「靴の内側に名前、連絡先を記入」「いなくなったと分かったらすぐ警察へ連絡を)を検討し家族説明用チラシを作成。ケアマネジャーを通して家族へ配布。窓口相談等で活用
<ul style="list-style-type: none"> ●基準数値に該当する方に保健指導実施 特定健診結果HbA1c6.5以上で受診歴のない方に対し受診勧奨実施。H30対象者228人。うち新規受診/かかりつけ医相談行動につながった割合68.4%。

⑤ 在宅医療や医療・介護連携関係者への相談窓口体制が整備され、	・在宅医療や訪問看護について、どこに相談したらいいかわからない(市民)	・市民からの在宅医療についての相談窓口を設置する。
	★アンケート結果より、診療所医師の約8割が連携先を紹介してくれる連携拠点機関の設置が在宅医療の推進のために有効と回答。	・医療関係者(病院・診療所・歯科診療所・看護・薬局等)、介護関係者からの在宅医療についての相談体制を整える。
	・在宅療養を支える家族の負担をいかに減らしていくか	★協議会にて、地域包括支援センターの市民の認知度を上げるために、周知にもっと取り組んだほうがよいとの意見あり。
	・特に独居や高齢者夫婦のみで生活されている世帯では介護保険の申請すらされていないことも多い。介護認定を受けても実際にサービスを受けていないことも多い	・介護保険の申請が出来ていない世帯を把握し、適切な援助をするシステムを構築する。(サービスを受ける手続きのサポート)ケアマネを決めることも難しいことがある。
	・認知症の方のご家族の対応が難しい。認めない、隠すため周りのアドバイスなどの受け入れがスムーズに出来ない。	・認知症の心配・気がかりのある方の家族へのアプローチ(民生委員など地域の人では警戒心を持たれる。まず地域包括支援センターなどが担当)その後、地域で見守りができるようなネットワークづくりをする。



<ul style="list-style-type: none"> ●昨年度の協議会にて、市民および医療・介護関係者からの在宅医療に関わる相談を、市内3地域包括支援センターで対応することを決定
<ul style="list-style-type: none"> ●市内全医療機関を訪問し、「地域包括支援センター」の周知を行うポスター・リーフレットを配布し、掲示等を依頼
<ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療や介護についての相談窓口である「地域包括支援センター」の周知啓発リーフレットを全戸配布
<ul style="list-style-type: none"> ●市内3地域包括支援センターで実態調査を実施 75歳以上独居世帯及び高齢者のみ世帯で、これまで相談履歴がない者、転入者等を訪問(H30年度実績 516件)
<ul style="list-style-type: none"> ●認知症に関する相談先＝「地域包括支援センター」の紹介 市民向け講座等で、認知症に関する相談先として「地域包括支援センター」を紹介。個別支援の中で民生委員との連携あり。