

在宅医療・介護連携推進事業

# 多様な主体の参加による ワーキンググループでの検討

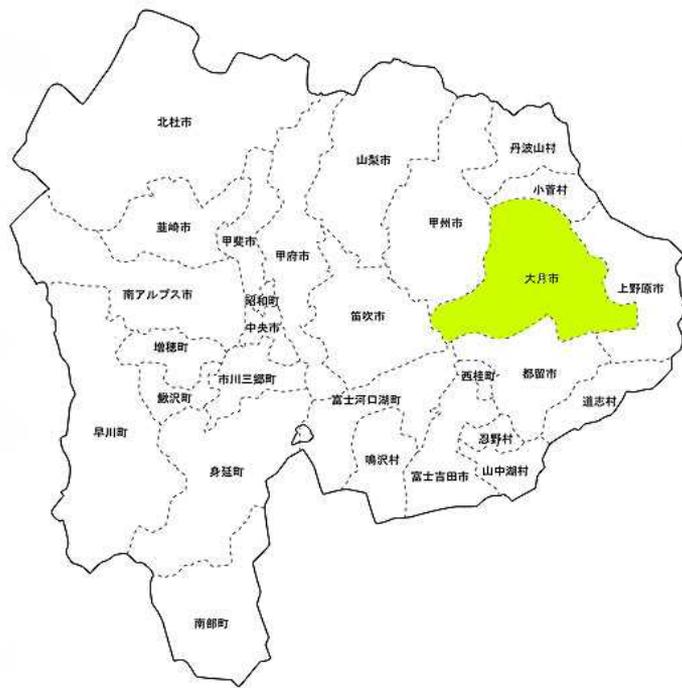
大月市地域包括支援センター  
小澤 洋子



# 大月市の概況

大月市は、山梨県東部に位置し、東京は東に約75km甲府市は35kmの距離にあり、いずれもJR中央本線や中央自動車道、国道20号など、幹線交通網でつながっています。

また、これらの交通網と交差する国道139号や富士河口湖に向かう富士急行線などの分岐点に位置しています。



◇総人口 25,775人

H28.4.1現在

◇65歳以上人口 9,080人

◇高齢化率 35.2%

◇在宅一人暮らし高齢者 1,111人

◇介護保険認定者数 1,361人

(要支援241人 要介護1,113人)

◇要介護認定率 14.8%

◇第6期介護保険料 4992円

◇地域包括支援センター(直営) 1ヶ所



# 3つのワーキンググループ

## 地域包括ケア推進会議

委員  
医師会 歯科医師会 薬剤師会 市立中央病院  
居宅介護支援事業所 介護保険事業所 民生委員協議会  
社会福祉協議会 市議会議員

### 医療介護連携推進

#### 内容

- 大月市の現状確認と課題の整理
- 課題解決に向けた取組
- 連携の目標設定
- 地域ケア会議の実施

参加者  
医師会 歯科医師会 薬剤師会 市立中央病院 ケアマネジャー 介護保険事業所 ワーキング時に関連する団体 等

### 認知症施策推進

#### 内容

- 認知症施策の確認
- 認知症ケアパスの理解・作成
- 権利擁護の推進

参加者  
医師会 歯科医師会 薬剤師会 市立中央病院 民生委員 公民館長 ケアマネジャー 介護保険事業所 社会福祉協議会 認知症家族の会 弁護士・司法書士・行政書士・社会福祉士・警察 等

### 地域づくり推進

#### 内容

- 課題の整理
- 居場所づくり
- 協議体の設置
- 生活支援コーディネーターの選任等

参加者  
医師会 歯科医師会 民生委員 公民館長 体育協会 文化協会 老人クラブ ケアマネジャー サロン 介護保険事業所 社会福祉協議会 ボランティア協議会 ワーキング時に関連する団体 等

# 医療と介護の連携推進 ワーキングメンバー

## 医療

医師会  
歯科医師会  
薬剤師会  
訪問看護ステーション  
市立病院

9名

## 介護

居宅介護支援事業所  
通所介護事業所  
訪問介護事業所  
介護老人保健施設  
地域密着型  
特別養護老人ホーム

5名

## 住民代表

民生・児童委員  
協議会  
市議会

2名

## 行政(事務局)

保健介護課  
地域包括支援センター

# 事前準備～各委員を訪問して～

## ワーキングでの発言を促進する為に

### \* 事業説明

在宅医療・介護連携推進事業の手引きの要約

### \* 住民ニーズと地域資源の現状

○ニーズ調査の要点

○施設・居住系サービス、在宅サービス(医療・福祉)の現状

### \* 医療・介護連携の現状と課題

○医療・介護関係者の情報共有      ○地域住民への普及啓発

○医療・介護関係者の多職種での研修      ○病院と診療所の連携

# 何の為に連携するか？

## \* 住民ニーズ

たとえ介護状態になったとしても在宅で暮らし続けていきたい。

第6期介護保険事業計画策定の為のニーズ調査結果から

○今後、希望する介護の方法

家族などの介護や介護保険サービスを活用しながら自宅(在宅)で生活したいと希望する割合

一般高齢者 77.4%

要支援・要介護認定者 75.7%

# 認定者の数と 地域資源の現状

	平成26年度(実績)	平成29年度(推計)
要介護(要支援)認定者数	1347	1498
施設・居住系サービス利用者数	382 (28.4%)	412 (27.5%)
在宅サービス利用者数	798	906
介護サービス未利用者数	167	180

(施設・居住系サービス)

特別養護老人ホーム	富士見苑	54
	シニア	50
(地域密着型)	山美家(やまびこ)	29
	サンコート	29
介護老人保健施設	ももくら	100
認知症対応型グループホーム	ラ・シーク桂台	18
軽費老人ホーム(ケアハウス)		0
介護付有料老人ホーム		
(特定施設)		0
(住宅型)		0
計		280

単純に計算しても  
100名以上の人が  
市外、県外の施設  
に入所している。

# 地域資源の現状と課題

(第1回ワーキング前に資料として作成)

- \* 現状、施設が足りない状況になっているので、ある程度増やすことは必要だが施設を増やせば介護保険料及び自己負担割合が上がってしまう。また高齢者人口はピークを過ぎると減少していくので作った施設が不要になっていく。
- \* 本人は在宅志向だが家族は施設志向、在宅で介護していくという理解、覚悟がない。近隣住民が心配しすぎて在宅で続かないということもある。
- \* 現状、医療依存度が高くなると、すぐに施設入所という選択になってしまう傾向がある。在宅医療の充実や訪問介護、通所介護、ショートステイ等で医療依存度の高い人にも対応していくことが必要

# 大月市の現状

**本人は在宅を希望している人が多いにもかかわらず、介護者の事情等により施設入所者が増えて、市内の入所施設では足りず、市外・県外の施設を求めざるを得ない。**

# 医療・介護連携の課題

## (第1回ワーキングで出た意見)

- \* ①「この状態では在宅での生活は無理です」という言葉、私達の言葉が在宅を困難にしていないか？
- \* ②在宅診療を個人の開業医が行う困難
- \* ③医師が会議への出席(情報共有、意見反映)の時間がとれない(遠慮してケアマネジャーも声をかけていないので可能かどうか不明)
- \* ④住民への説明(住民の理解)ができていない

# 連携の数値目標 (第2回ワーキングで提案)

**在宅復帰率を上げる** = 施設・居住系サービス利用者の割合を下げる

**施設、居住系サービス利用者数の認定者に占める割合**

現在 28.4%



平成29年度末 **27.5%**

# 住民への説明（住民の理解）

## ■ 行政が集団で行うデメリット

- サービスの制限ととられる
- 一般論で話すので具体性がなく理解しづらい

## ■ 個別説明（口コミ）

**メリット：** 一對一の説明は理解しやすい

**デメリット：** まちがった内容で伝わる可能性もある。



## 共通のパンフレット・マップ作り

（地域作りワーキング、認知症施策推進ワーキングと合同）

# 「この状態では在宅での生活は無理です」という言葉、 私達の言葉が在宅を困難にしていらないか？

○在宅の理想と現実のギャップ(在宅は施設や病院とは環境が違う)

- ①本人が望む生活(本人の心配)
- ②家族が望む生活(家族の心配)
- ③地域が望む生活(地域の心配)
- ④医療関係者が望む生活(医療関係者の心配)
- ⑤介護関係者が望む生活(介護関係者の心配)

それぞれ、何が心配なのか？

その心配はどうすれば解決できるのか？



## モデル事例検討

# モデル事例検討

## (第3回から毎回)

### <検討の方法>

- 在宅での成功事例、失敗事例、困難事例をとおして、連携の形だけではなく連携の中身について、より具体的に検証する。
- 事例についての関係者には必要な範囲で出席をお願いする。
- 検討して得た成果や課題について各専門団体に**フィードバック**する。

### <フィードバックの方法>

- ワーキングのメンバーから、各所属の専門団体の例会等を通じて報告し検討課題についての意見を吸い上げて、ワーキングに返すというシステムを確立する。
- 専門団体がないところは、連絡会、協議会等の結成を検討。**



**介護サービス事業者連絡会結成**

# 事例検討を行っての意見

(子供がいない老々介護で病院から在宅復帰し安定している事例)

- ① **ケアマネジャー**は病院からの連絡を待つだけでなく、自分の方から病院へ働きかけ、入院中の様子や在宅で何が必要になるかということをお院スタッフにも一緒に考えてもらうという体制作りをしていきたい。
- ② 病院連携室、スタッフ、診療所の先生、介護関係者はもちろん、住民も加わって**共通のルール**を作ることをおすすめていかなければならない。

# 事例検討を行っての意見

(子供がいない老々介護で病院から在宅復帰し安定している事例)

- ③病床を持っていない診療所では**緊急時の対応**ができるかどうかということが心配で、在宅診療ができないのではないかと？ **病診連携を確立していくことが必要。**
- ④**病院と休日、夜間の緊急時の連絡体制**ができていない。
- ⑤**一住民として**、近所の助け合いが特別なことではなく普通のこととしてできる地域社会を作ること、それができるようなコミュニケーションをとっていかなければならない。

# 事例検討を行っての意見

(在宅介護が困難になり市外の高齢者住宅に入居した事例)

- ① 高齢者はいろいろな病気を抱えているので、かかりつけ医が中心になって他の専門医から情報を集めて診療していくことが必要。それが地元の中で完結するような形をとっていくことが地域包括ケアシステムである。
- ② 遠くの病院に通院している人を手遅れにならないうちに地元に戻して医療、介護につないでいく。その調整を大月市立中央病院が担っていくべきである。
- ③ ①②のようなシステムができていれば、ケアマネジャーは自信を持って医療・介護連携、病診連携の調整ができる。

# 連携の目標(在宅復帰率を上げる)にむけた 各団体の指標

**連携の課題や事例検討で出た意見等を踏まえて各所属団体に協議して指標を決定。**



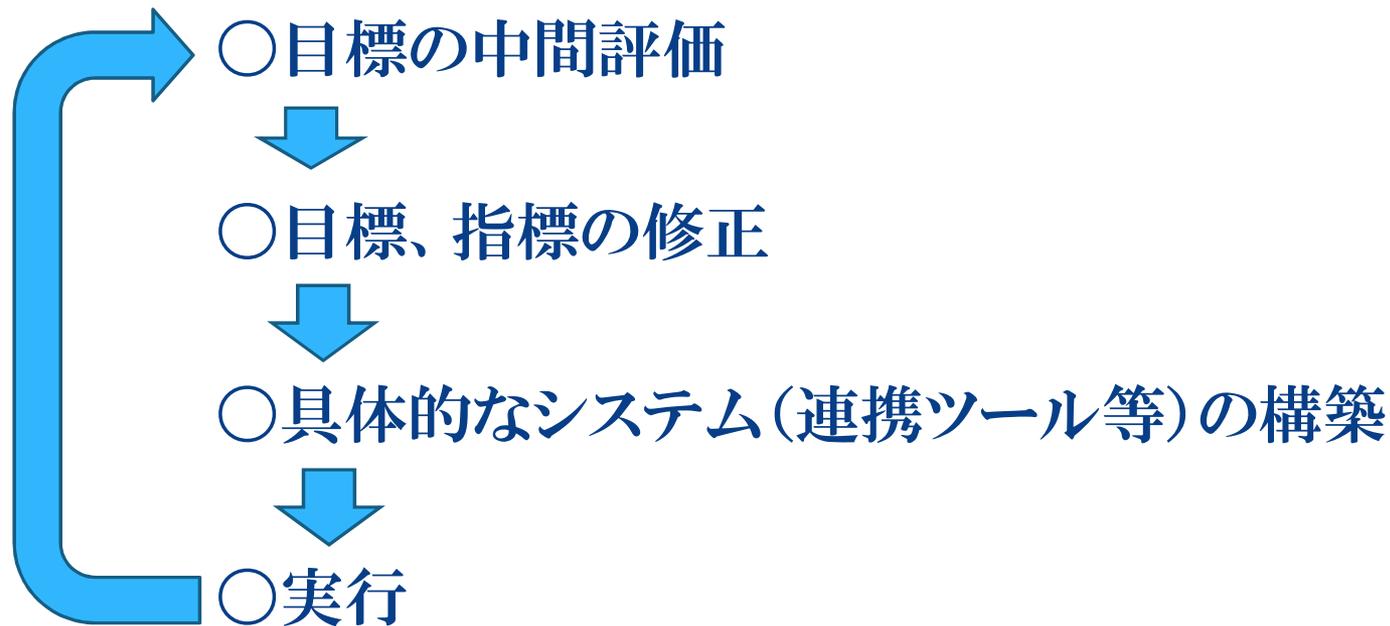
**別紙参照**

# 事業を遂行するうえでのポイント

- ①現場の課題や意見を各団体のトップに認識してもらいトップダウンで組織全体で考えてもらえるようにすること。
- ②連携によって在宅復帰率を上げるという具体的な数値目標を共有し、各団体が同じ方向に向けて取組を行うようにすること。
- ③事例検討については単なるプラン検討ではなく支援のプロセス、連携のプロセスに焦点をあてる為、支援経過、カンファレンス記録等の検討ポイントを、わかりやすくまとめ直して資料を作成し事前に配布して読み込みをお願いすることで、短時間で内容の濃い会議になるようにしている。
- ④ワーキング会議録をテープおこししてまとめることで、ポイントになる発言を次のワーキングにつないでいく

# 来年度以降の展望

## P D C A サイクル



# 医療と介護の連携推進ワーキング 最終目標（在宅復帰率を上げる）にむけた各団体の指標

<p>医師会</p>	<p>①今後、増加する在宅医療のニーズに応じられるよう医師会員がチームを組んで対応します。平成27年にはチームを立ちあげました。今後、徐々にチームへの参加人数を増やしていきたいと思えます。</p> <p>②病診連携及び包括ケアに関する講演会や研修会を年に数回開催します。</p> <p>③各ケースのカンファレンスやサービス担当者会議には要請があれば、できる限り参加します。</p> <p>在宅歯科診療を担当制ですすめていけるように働きかけていきます。</p>
<p>歯科医師会</p>	<p>①各薬局にアンケートをとって在宅に対応する体制をとっているかどうかを把握することで、在宅に対する意識を高めていきます。</p> <p>②各薬局でケアマネジャーの個別相談に応じます。</p>
<p>民生委員協議会</p>	<p>民生委員全員が地域包括ケアシステムを推進する為には、医療・介護・地域住民の連携が必要だということを理解できるように研修の企画をしていきます。</p>
<p>介護老人保健施設 ももくら</p>	<p>①病院で行っていたリハビリを継続して提供し、在宅復帰できるように支援していきます。</p> <p>②在宅復帰に向けては、在宅のケアマネジャーと連携してプラン作成してもらったり、外泊や外出等で一時帰宅を企画することで、具体的な在宅のイメージを持ってもらえるように支援します。</p> <p>③在宅に戻って、継続が困難になるようなら再入所可能なことを伝え安心して在宅復帰できるように支援します。</p>
<p>介護サービス事業者連絡会 〔通所介護〕 〔訪問介護〕</p>	<p>【共通】</p> <p>①各事業所の規模、設備、職員配置等の情報のカードを作成して資源の情報共有をします。</p> <p>②在宅で対応することができる利用者の幅を広げる為、事業者全体で知識や技術の向上を図る研修会の開催を少なくとも年一回は行います。</p> <p>【通所介護】 お互いの事業所の特徴を知り、受け入れ困難な利用者を紹介し合える関係を構築していきます。</p> <p>【訪問介護】 一人の利用者に対しても、夜間、早朝のサービス、困難ケース等、負担を分散できるよう、複数の事業所で連携してサービス提供できるような関係を構築していきます。</p>

# 医療と介護の連携推進ワーキング 最終目標（在宅復帰率を上げる）にむけた各団体の指標

<p>訪問看護 ステーション</p>	<p>【もくら】 介護者が安心、自信を持って在宅介護できるように、介護方法、看取り等の助言、指導を行っていきます。</p> <p>【つる訪問看護ステーション】 訪問看護ステーション連絡協議会の機能を活用して各訪問看護ステーション間の連携を深め、協働して緊急時や頻繁な訪問が必要な利用者にも対応できるようにしていきます。</p>
<p>大月市立 中央病院</p>	<p>毎月下記のデータを公開します。</p> <p>①入院患者数・退院患者数・初診患者数 ②紹介率・逆紹介率 及び その医療機関の市内、市外の数 ③救急車受け入れ数(年間集計) ④各病棟在院日数 ⑤各病棟、毎月の退院患者数と内訳</p> <p>⑥退院カンファレンスの件数</p> <p style="text-align: right;">{ ・在宅 ・施設(老健・特養) ・他の医療機関 ・死亡</p>
<p>介護支援 専門員 (ケアマネジャー)</p>	<p>①入院中に在宅復帰の方針が固まっていなくても、在宅のプランを提案して在宅のイメージを具体的にもって頂き、在宅復帰を検討してもらえるように支援します。</p> <p>②日頃から主治医との連携がとれるように情報提供を行い、必要な場合はサービス担当者会議への出席依頼や意見聴取を積極的に行います。</p>
<p>地域包括 支援センター</p>	<p>①相談をうけた段階から在宅復帰にむけて、家族の理解や安心感が得られるように支援していきます。</p> <p>②相談を受けた利用者の退院時カンファレンスやサービス担当者会議等に、できるだけ出席するようにして、市内全体の要介護者を把握するように努めていきます。</p>