

## 在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：こぶし訪問看護ステーション

## 1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

当拠点地域では、在宅生活を支えるフルタイム・フルサービスの介護支援体制は整備されているが、その介護サービス間の連携や在宅医療との連携体制が十分ではなかった。そのため医療機関も含めた定期的な検討委員会を開催する中で「住み慣れた地域において安心した在宅療養生活を支える為の意識の共有化と連携の強化に努めることとする。

## 2 拠点事業の立ち上げについて

地域包括ケアシステムを踏まえた、対象エリアの関わる介護・医療機関・各種専門職団体・及び行政機関・医師会等へ在宅医療連携拠点事業の趣旨説明と挨拶、検討委員会の依頼にまわる。国の拠点事業説明会が先に実施されていたら、より詳細に説明ができ理解も早く得られたものと考ええる。

## 3 拠点事業での取り組みについて

## (1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

対象エリアの医療機関・各種サービス事業所、及び災害時における避難所等を把握し、地域における社会資源マップを作成した。作成したマップを検討委員会メンバーを通じ各専門職団体に配布し、日々の活用から災害時の活用に役立てるものとする。

## (2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

毎月、在宅医が参加しやすい19:00から検討委員会を開催する。各委員のメンバーは在宅医、ケアマネージャ、各種サービス事業者、薬剤師会、歯科医師会等各種専門職団体から構成し意識の共有を図るものとした。これにより多職種間に対する

理解と相互理解を深めることができた。

## (3) 研修の実施

拠点セミナーを3回と説明会(学習会)を4回実施。テーマとして「在宅医療連携拠点事業について」(講師:新潟県福祉保健部)・「拠点事業実践報告」平成23年度採択事業者の志村大宮病院からの報告、その他については別紙資料添付する。「在宅で暮らすこと」・「病院死から在宅死」と言ったテーマで実施。関係機関等の在宅支援に対する認識の向上につながったと考える。

## (4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

24時間365日のフルタイム・フルサービスは既に構築されている環境下に加え、在宅医療との連携体制として情報の共有システムを導入した。ITの活用によりいつでも、どこでも24時間の環境で往診時や診察時間に関係なく医師への報告、連絡が行えるようになった。今後は一部の在宅医や地域だけでなく、どこの在宅医でも、また地域においても構築の拡大が必要と考える。

## (5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

初年度の事業でもあるため、「在宅医療連携拠点事業」の理解を図ることを目的とした「拠点事業についてと在宅での看取り」につて説明会を市内の介護支援専門員協議会の主催で実施した。また地域包括支援センターにおいても同様に実施した。いずれも在宅医療連携の必要性と理解に結びついたと考える。

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など)

在宅医療と生活支援(看護・介護等)をシームレスに連動させる目的で地域の多職種間の情報共有ツールとして、同時情報配信による情報共有システムを開発した。ソフトの内容は先行実施していた訪問介護・訪問看護と連動させたもので独自で開発したものである。結果、医師との連絡、相談、報告がしやすくなり医師との意識的距離感が縮まったり、意識共有が深まった。

(7) 地域住民への普及・啓発

説明会を4回実施。テーマは「病院死から在宅死」「定期訪問・随時対応型訪問介護看護」について、3名の在宅医からの説明と介護事業者からの両サイドの説明を実施した。住み慣れた地域で、医療と介護を受けながら暮らし続けることが可能であることを伝えた。地域住民の参加者は各回とも40～50名の参加であった。自発的な質問もあり地域住民への意識の変化に結びついたものと考えられる。

(8) 災害発生時の対応

災害時の対応として衛生電話、AED、担架、吸引機などを準備したこと、災害時セミナー時にそれらを展示し今後の災害に備えた。災害時セミナーでは、先駆的に取り組んでいる調剤薬局から講師を招き、具体的な実践例などを得ることができた。また「災害時における生活支援について」NPO 災害福祉広域ネットワーク・サンダーバードの講演を受け、今後の対応の参考と備えに努める。

4 特に独創的だと思う取り組み

地域における連携の為に、関わる職種間の意識の共有と情報の共有が必要かつ重要である。本事業対象エリア内の福祉・医療関係者を対象にアンケート調査を実施した目的は連携の現状把握と課題の抽出である。結果は資料添付の中でも、医師との

連携の困難さが抽出された。そこで定期的なミーティングの実施による意識共有とともに情報の共有に対しては情報同時配信ツールを開発した。実証期間が短いために効果測定までは至らなかったが、実際ケアマネージャからは「医師との連携に効果的であり、電話よりしやすくなった」、訪問介護からは「映像などで医療従事者へ伝えることができるので報告もしやすくなった」など意見があった。このことより介護側から見た医療側への意識のバリアが薄くなった効果はあると考える。本システムの活用により今後はサービス担当者会議や地域ケア会議においてより効果的・効率的に会議が開催されるものと期待できる。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

上記同様、関わる多職種間の意識共有が出来た点(共有ツールの開発も含め)であり、これからの在宅医療連携の出発点である基礎の構築が出来たことである。

6 苦勞した点、うまくいかなかった点

在宅の生活のフルタイム・フルサービスでの支援体制と同時に、医療支援が存在して初めて在宅医療連携になるものとする。今回の取り組みが一部の地域だけでなく他の地域に拡大することが必要であり、今後の大きな課題である。うまくいった点として本事業の検討委員会に前医師会長や行政がメンバーに入っていたことから、医師会と行政との連携がより図れた。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

既に記述したように在宅医療の連携にはメンバーの意識共有と在宅生活を支える各種介護サービスの双方が原点にあることと、医療・介護双方が本当に利用できるレベルのサービスを構築しないと絵に描いた餅になりかねない。