

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：公益財団法人筑波メディカルセンター**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**

「つくば在宅医療連携拠点」は地域の在宅医療における課題抽出のために多職種を対象としたアンケート調査と意見交換会、つくば市地域包括支援センターとの定期協議を実施した。**アンケート調査の対象**：つくば市医師会所属の診療所医師49/151名（回収率32%）、つくば市内の訪問看護ステーションの看護師40/52名（80%）、居宅介護支援事業所のケアマネジャー86/141名（61%）**結果**：1.退院支援・調整；退院前カンファレンスへの在宅医の参加が少ない、2.療養支援；多職種の情報共有が困難、3.急変時対応；受け入れ病院がなく困ることがある4.在宅での看取り；事前の説明が多職種で共有されていない、さらに意見交換会では、訪問看護師等の人材不足、という課題が抽出された（詳細は表1参照）

2 拠点事業の立ち上げについて

拠点事業を立ち上げるに当たり、公益財団法人として地域への貢献という公益的な観点から在宅医療の現場を担っている「在宅ケア事業」がその主体を担うこととした。人材としては、介護支援専門員を当て、各々看護師と社会福祉士の資格をもつ介護支援専門員を事務局員とした。それに、医師、看護師、事務が事務局に加わることにした。

さらに、拠点事業開始にあたってつくば市およびつくば市地域包括支援センター、つくば市医師会理事会、在宅ケア介護保険委員会、つくば市ケアマネジャー連絡会、つくば市訪問看護ステーション連絡会、つくば市社会福祉協議会と個別に協議を行った。その後、地域包括支援センターとは月1回の定期協議を行うこととした。

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**

アンケート調査に事業所として応じた診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を対象に在宅医療資源調査を行い、拠点事業ホームページに掲載した。診療所33件、訪問看護ステーション8件、居宅介護支援事業所39件が掲載を希望した。今後、訪問歯科、訪問できる保険薬局、退院調整担当のいる病院等の資源を調査し、掲載してゆく。

(2) 会議の開催

- ①医師会との意見交換会：2回
- ②訪問看護ステーションとの意見交換会：2回
- ③ケアマネジャー連絡会との意見交換会：3回
- ④多職種意見交換会：1回
- ⑤地域包括支援センターとの定期協議：4回
- ⑥地域ケア会議への参加：3回
- ⑦つくば医療福祉事例検討会への参加：11回

(3) 研修の実施

多職種を対象とした在宅ケア実践セミナーを3回開催した。

第1回：超高齢社会と人生の終末期 100名参加

第2回：在宅でのリハビリテーション 63名参加

第3回：在宅での薬剤管理 82名参加

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制構築

①拠点としては、つくば市医師会在宅ケア介護保険委員会と在宅ドクターネットについて協議したが、実現には至らなかった。

②24時間対応の訪問看護ステーションの負担軽減対策について協議したが、具体化には至らなかった。

(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

①地域包括支援センターとは定期協議を行い、医師会との連携、アンケート調査の資料提供などを行った。

②つくば市ケアマネジャー連絡会との協議を通じて、

アンケート調査結果の共有、実践セミナーへの参加を呼び掛けた。

(6) 効率的な情報共有のための取組

今年度は、IT を利用した地域における情報共有システムについて、情報収集と機器の試用を行ったが、現時点では、費用に見合うだけの効果は期待できないという中間総括をした。

(7) 地域住民への普及・啓発

筑波メディカルセンターとNPO法人 FSUN ヘルスプロモーションセンター共催：市民健康講座を9月24日に開催した。テーマは、「訪問看護と訪問リハビリテーション」、参加者97名（つくば市54名、土浦市10名、その他の地域33名）であった。

(8) 災害発生時の対応策

- ① 機材の整備：発電機・小型吸引器・携帯ラジオを5セット整備した。
- ② 災害対応マニュアルの整備：茨城県南部地域の訪問看護ステーションが作成した「災害対策マニュアル」の共有化を進めた。
- ③ 災害対応に関するアンケート調査を行い結果をまとめた（表2参照）

4 特に独創的だと思う取り組み

① 在宅での看取りのためのパンフレットの作成

アンケート調査の結果から在宅での看取りに関わる医師、看護師、ケアマネジャーは各々説明しているが、それが共有されていないこと、説明が統一されていないことが明らかとなった。また、急変して亡くなる時には、十分な説明をしても家族はあわててしまい、救急車を呼んでしまうことが多く、その対応に苦慮していることが明らかとなった。そこで、在宅での看取りについて患者の家族にわかりやすいパンフレットを製作することとした。亡くなる1か月程度前を想定した説明パンフレット「これからの日々」、亡くなる1週間程度前を想定したパンフレット「お別れのとき」を作った。「お別れのとき」は茨城県南地区の約30か所の訪問看護ステーションと協力して作成した。県内の訪問看護ステーションで活用し始められている。

② 市民啓発のためのパンフレットの作成と配布

在宅医療について市民に広く理解されるため、普及啓発のためのパンフレット「わが家がいちばん」を製

作した。事例を中心とした小冊子とし、市民が在宅医療の利用をイメージしやすいものとした。診療所、病院、行政窓口など在宅医療に関する情報を必要としている市民が手に取りやすいところに配布した。

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

① 多職種による顔と顔が見える関係作り

在宅ケア実践セミナーでは、医師、歯科医師、訪問看護師、ヘルパー、ケアマネジャー等多職種が参加し事例検討とグループ討論を実施した。セミナー後のアンケート等で医療従事者と介護従事者が顔を合わせて、少人数で話し合うこと、知り合いになることが大切であるという意見が多く聞かれた。多職種連携と協働のためには、まず、顔合わせをして、お互いに知り合いになり、そのうえで緩い連携が作られることが重要であることが地域で理解された。

② 多職種の団体責任者の集まる場作り

今年度は、つくば市医師会長、包括支援センター長、ケアマネジャー連絡会会長、訪問看護ステーション管理者が集まる場を1回設けた。初めて顔見知りになる責任者も多く、継続してゆく必要性をお互いに感じる事ができた。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

- ① 行政（つくば市、茨城県）との関係作り：在宅医療の必要性を理解して、現場の状況を知ったうえで政策立案に取り組んでほしい。
- ② 地域における情報共有の仕組み作り：ITの活用を検討したが、費用と個人情報保護の面でまだ多くの課題があり、活用を見送った。

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

- ① 行政・医師会・地域包括支援センターとの定期協議をすること
- ② 多職種の緩い連携を作るための研修等の仕組み作りをすること

8 最後に

継続は力なり！ 拠点事業は、地域で黒子として地道に継続する必要がある。そのためには、財政的な裏付けと法的な裏付けが必要である。