

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：医療法人社団つくし会 新田クリニック

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

国立市は東京の多摩に位置し、面積が 8.15 km²とコンパクトな中に商業や農業、閑静な住宅街が点在している。平成 24 年 10 月の人口が 74,627 人、65 歳以上の高齢者数が 14,998 人で高齢化率は約 20.08%となっている。

地域の課題としては、大きな基幹病院が少なく、認知症の独居高齢者が 245 名と増加傾向であることから、「多職種連携」と「認知症対策」を掲げ、災害対策を含めた 12 の事業を展開するに至った。

2 拠点事業の立ち上げについて

当拠点は、事業の受託以前の平成 20 年より、東京都のモデル事業として国立市在宅療養推進連絡協議会を立ち上げており継続していた。構成メンバーは、医師(地区医師会・急性期病院)・歯科医師(歯科医師会)・薬剤師(薬剤師会)・看護師(近隣急性期病院地域医療連携担当・訪問看護ステーション・在宅療養支援診療所)・歯科衛生士・介護・市民・社会福祉協議会・行政(市役所・地域包括支援センター・保健所)とし、在宅療養を推進する上で欠かすことのできないメンバーを選定、事務局においても市役所と共同体制を組んできた。

今回の拠点事業も当法人への受託という解釈ではなく、国立市在宅療養推進連絡協議会への受託と認識し、構成メンバーとも共有してきた。よって、拠点事業立ち上げに際しては、スムーズにスタートすることができた。

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

・地域資源マップの作成

病気や介護が必要となっても、住み慣れた街で安心

して生活を継続するための社会資源が市内にあることを市民、専門職に分かりやすく理解して頂くために、地域資源マップを作成した。市内の診療所や介護事業所にアンケートをとり、それに基づいて拠点事業にて作成を行った。以下のMAPを作成した。

- ① 往診可能な診療所(医師会員、歯科医師会員対象)
- ② 訪問看護ステーション、訪問介護
- ③ デイケア、デイサービス
- ④ 居宅介護支援事業所
- ⑤ 介護施設(入所系)における医療対応状況

(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。)

◇ 国立市在宅療養推進連絡協議会

市民が安心して療養できる環境を整備することについて、医療、保健および福祉の関係機関が連携して推進することを目的とし、当拠点事業の活動母体としての役割を果たしている。今年度は、拠点事業のタスクに応じ12の事業を立ち上げ、協議・検討を行った。事業内容は以下である。委員構成は、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・社会福祉協議会・歯科衛生士・介護職・市民・行政など 20 名である。

活動実績:平成 24 年度 6回実施

- 1.国立市在宅療養推進連絡協議会
- 2.国立市災害対策委員会
- 3.情報共有ツールIT化
- 4.在宅療養市民勉強会
- 5.多職種連携/摂食嚥下研修
- 6.多職種連携研修会/シンポジウム
- 7.多職種連携事例検討会/地域ケア会議
- 8.多職種連携/ケアマネ会議
- 9.多職種連携認知症研修/アクションミーティング
- 10.国立市認知症の日

11. 認知症介護家族間話し合いの場/家族会

12. 認知症カフェ

◇ 国立市災害対策委員会

活動実績:1回/2月開催

市の防災計画では、在宅療養患者の為の対策が不十分な状況があり、行政、三師会・国立市在宅療養推進連絡協議会代表をメンバーとした災害対策委員会を立ち上げ、在宅医療を必要とする人が安心してできるシステムの構築の検討を行った。

(3) 研修の実施

<摂食嚥下研修>

国立市民の方、高齢者の方が在宅で美味しく、安全に食事を摂れるように、また口から栄養を摂る大切さを知ってもらうことを目的に開催。

【専門職向け】

① 「地域で行う食支援」菊地 武教授

日時:平成24年6月4日、参加者60名

② 「摂食・嚥下を考える」山本 弘子 ST

日時:平成24年6月21日、参加者62名

【市民向け】

③ 「知って得するお口の話」新田國夫先生、大川延也先生、山本弘子 ST

日時:平成24年9月27日、参加者57名

<多職種連携研修会シンポジウム>

① スウェーデン

日時:8月3日

「世界一幸福な国にするために」

千葉忠夫先生 参加者数80名

② Buurzorg

日時:9月7日

「なぜ Buurzorg は広まったのか」

堀田聡子先生 参加者数96名

③ こぶし園

日時:3月13日

「地域ケアをどう作る」長岡市『こぶし園』の報告～

小山剛先生 参加者66名

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

在宅療養支援診療所を掲げる市内の医師4名がチームを組み、機能強化型在宅支援診療所として連携を取り、事例検討や情報交換の為に定期的なカンファレンスを行っている。(1回/月開催)

(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

◇ ケアマネ会議

ケアマネ事業所及び医療機関による連携強化のための会議。地域における医療と介護の連携の現状と課題を明確化すること。在宅療養における医療・介護連携基盤構築が目的。

活動:12月26日 第一回ケアマネ会議

グループディスカッションテーマ:「医療と介護の連携課題抽出及び解決策について」

◇ 地域ケア会議

在宅療養に関わる多職種が一同に介し、現在ケアマネが実際に行っている事例を挙げ、在宅療養における医療ケアと介護の課題を焦点化し、在宅療養支援のモデルを作る。

構成メンバー:医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、保健師、ケアマネ、市民、行政等(約25名)

事例:認知症独居、老老世帯、難病、ガンなど

(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)

◇ 生き生きノート for Web の作成

現状として、医療・看護・介護が各事業所の書類やノートを使用しており、情報共有がしにくいという問題点がある。当拠点事業では、2010年4月北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会・地域ケア部会」にて作成された紙媒体の「生き生きノート」そのものをIT化し、Web上で情報共有できるようにシステム構築を行った。た。生き生きノートは、病院の情報と介護の情報を一つにまとめているのが特徴で、連携パスのノート版と言える。所有するのは本人

や家族であるため、個人のエンパワーメントへのアプローチにも繋がり効果的である。

(7) 地域住民への普及・啓発

☆ 在宅療養市民勉強会

市民の意識改革および、在宅医療に関する教育を目的に、自治会単位の少人数(毎回 20~30 名参加)を対象に勉強会を行っている。(1 回/月開催)

11 月 西地区 17 名参加

12 月 谷保地区 30 名参加

1 月 泉地区 23 名参加

2 月 東地区 27 名参加

3 月 北地区 24 名参加

(8) 災害発生時の対応策

☆ 「国立市在宅療養推進連絡協議会分科会 災害対策委員会」を母体とし、以下の内容を協議した。
<検討内容>

1. 関係機関による災害時の協力体制の依頼
市医師会の災害対策チームや介護事業所連絡会などに訪問し、災害時の要援護者救護活動について互いに連携して活動する協力依頼を行った。

2. 福祉避難所の確保

市内のある施設に、災害時における福祉避難所としての場所の提供の要請をかけている。回答待ち。

3. 要援護者の把握

人工呼吸器や痰吸引が必要な患者、及び認知症高齢者など、市の各担当者が一同に介し、情報共有を行い、具体策を検討している。

4. 災害時に必要な備品の購入

- ① 発電機×4 台(福祉避難所に設置し医療機器等の電源確保)
- ② 携帯用吸引器×12 台(福祉避難所に設置し使用。必要に応じ貸出する。)
- ③ 携帯用吸引器(足踏み式)×12 台(福祉避難所に設置し使用。必要に応じ貸出する。)
- ④ 担架×10 台(福祉避難所等で使用)
- ⑤ 衛星電話×2 台(福祉避難所から急性期医療機関や多職種等との連携・連絡に使用)

- ⑥ 無線機×3 台(災害対策本部である国立市役所や福祉避難所間での使用)

4 特に独創的だと思う取り組み

認知症に手厚い取り組みは本事業の大きな特徴であり、先駆的な取り組みであると自負している。

<認知症アクションミーティング>

認知症になっても、住み慣れた町で生活する為に地域の持つ可能性と、インフォーマルな市民の参加が不可欠であり、市民や認知症当事者で一緒に場として企画されたのが、「わが町くにたち認知症アクションミーティング」である。ナビゲータとして、認知症介護研究研修センターの永田久美子氏を招き、認知症の人が地域で生活を継続するための課題や「こうなってほしい街のイメージ」をグループワークで具体的に書き出すことからはじめ、最終的には6つのアクションテーマに絞られた。市民や地域が自主的に認知症の人を支援していく為にも、この取り組みが継続され、実践できるよう今後もサポートしていく。抽出された6つのアクションテーマは以下である。

- ① 市民の理解を高める研修(劇づくり)
- ② いつでも集まれる場づくり
- ③ デイサービスがやれない事をやれる場づくり
- ④ 見守り隊
- ⑤ 「私は認知症」と言えるキャンペーン
- ⑥ 本人家族が情報を得られるようなサービス

<国立市認知症の日>

国立市在宅療養推進連絡協議会と国立市では「世界アルツハイマーデー」にちなみ、『国立市認知症の日』を制定した。内容は以下に示す通りであり、認知症になっても、「国立に住んでいるから大丈夫」と、思えるようになると心強い。認知症への対応の仕方を聞きたいなどの感想が聞かれている。市民に認知症への理解を深めて頂き、地域全体で支えていく啓蒙活動として、今後も継続して行っていく予定である。

開催日時:平成 25 年 3 月 25 日

場所:くにたち芸小ホール 参加人数:278 人

時間:13:00~17:00

プログラム内容:

- ① アクションミーティング報告会
- ② 認知症当事者による歌
- ③ 認知症の理解を求める寸劇
- ④ 座談会

「認知症になったらどうする？なっても大丈夫？」

演者：長谷川和夫(社会福祉法人浴風会認知症介護・研修東京センター名誉センター長)、永田久美子(社会福祉法人浴風会認知症介護・研修東京センター研究 部副部長、ケアマネジメント推進室長)、新田國夫(医療法人社団つくし会理事長、国立市在宅療養推進連絡協議会代表)

<認知症介護家族間話し合いの場>

認知症の人が在宅において生活を継続するために、実際に介護をしている家族の支援を目的とする。
活動：家族会開催(1回/3月開催)

<認知症カフェ>

オランダのアルツハイマーカフェに由来しており、認知症の方、家族や近隣の方、医療関係者など、誰でも集まれる場として位置付けている。月に1回開催し、同じ悩みを抱える当事者が交流を通して楽になれる自助活動として意義深い集いとなっている。

参加者：認知症本人と家族、友達、地域住民、専門職等が誰でも参加可能。

活動：月一回(全12回実施)

内容：認知症にまつわるニーズの高いテーマを話題提供している。(成年後見制度、介護保険、お口の健康講座など)

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

<ケアマネ会議>

国立市では、医療と介護の連絡・相談が円滑にできるよう、「ケアマネタイム」を設けている。これは、平成16年度の「ケアマネジメントにおける医療と福祉の連携モデル事業(東京都)」において、市医師会のリーダーシップにより国立市医療福祉連携委員会を立ち上げて実施した事業である。

本拠点事業において行った「ケアマネ会議」では、

医師とケアマネでグループワークを行い、<医師との連携>についての課題が抽出され、今後も医療と介護が連携していくための、話し合いを継続して行う必要性が共通認識としてあがった。

また、医療と介護の連携の一つの手段として導入されている「ケアマネタイム」がうまく活用されていない現状を受けて、当拠点事業が推し進めた情報ツールである「生き生きノート」を導入することが連携促進に繋がるのではないかと考え、周知を行っている。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

拠点事業の取り組みにより、多職種間の連携の強化は進んだが、24時間365日の在宅ケアシステムの構築には至らなかった。アンケートを概観した結果、在宅医療について本当に市民が知りたい事、困りごと等、具体的なニーズが抽出できていないと思われた。また、在宅療養に対する理解度が評価できていないため、今後の課題としていきたい。

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

本拠点事業の様々な事業には市民が委員として参加しており、重要な示唆を得ているさらに、参加した市民より情報が発信されることで、研修会や企画への参加者が増え、活動が活性化した市民を巻き込んで事業を運営することが効果的な活動へ向けてのポイントであると考えます。

8 最後に

平成24年度在宅医療連携拠点事業において行った取り組みは、災害対策、認知症対策、多職種連携、情報共有ツールのIT化、市民啓発活動である。その結果、多職種の連携が促進され、在宅医療の推進に繋がったと評価している。

今後も事業を継続し、行政、医師会等の職能団体と連携し市民と協働したサポート体制を整えていく必要性が望まれている。

在宅医療連携拠点事業と関係者の方々のご理解とご協力を頂いた事に心より感謝申し上げる次第である。