

武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会通信

Vol. 6

平成 30 年 2 月 9 日

発行／編集 武蔵野市健康福祉部地域支援課

平成 29 年 12 月までの在宅医療・介護連携推進事業の取組みについて報告します。

在宅医療・介護連携推進協議会

★人事異動等に伴う協議会委員の変更について

氏名	職	任期
菅野 淳子	一般社団法人 武蔵野市薬剤師会	平成 29 年 4 月 1 日～
森安 東光	公益財団法人 武蔵野市福祉公社	平成 29 年 4 月 1 日～

★在宅医療・介護連携推進協議会(第 1 回・第 2 回)の開催について

	日時	場所	内容
第 1 回	平成 29 年 7 月 14 日 (木) 午後 7 時～8 時 30 分	武蔵野市役所 811 会議室	・平成 28 年度 在宅医療・介護連携推進事業報告 ・武蔵野市地域医療構想 (ビジョン) 2017 について ・第 3 期健康福祉総合計画・個別計画の策定について ・平成 29 年度の取り組み(案)について
第 2 回	平成 29 年 11 月 9 日 (木) 午後 7 時～8 時 30 分	武蔵野市役所 811 会議室	・平成 29 年度 在宅医療・介護連携推進事業の進捗と 今後の予定について ・第 3 期健康福祉総合計画・個別計画の中間まとめ(案) について

※ 詳細は武蔵野市ホームページをご覧ください。

≪第 1 回 在宅医療・介護連携推進協議会より≫

平成 29 年度の取り組み(案)として、認知症連携部会の新設と、多職種連携のテーマとして「摂食・嚥下機能障害への支援」を取り上げることについて協議しました。

1 認知症連携の強化（認知症連携部会の新設・平成 29 年 7 月）

認知症連携の強化を目的に、従来の 4 部会（①入退院時支援 ②ICT連携 ③多職種連携推進・研修 ④普及・啓発）に加えて、認知症連携部会を新設しました。

部会新設の背景

- ① ≪認知症施策の充実≫を求める意見が多い。
- ② 「主な介護者が不安を感じる介護」の 1 位 2 位は、≪夜間の排泄≫と≪認知症状への対応≫である。
- ③ 武蔵野市が進めてきた認知症対策や連携は、有効に活用されているのか？ 検証が必要である。

認知症連携部会の事務局は、**高齢者支援課相談支援係**です。

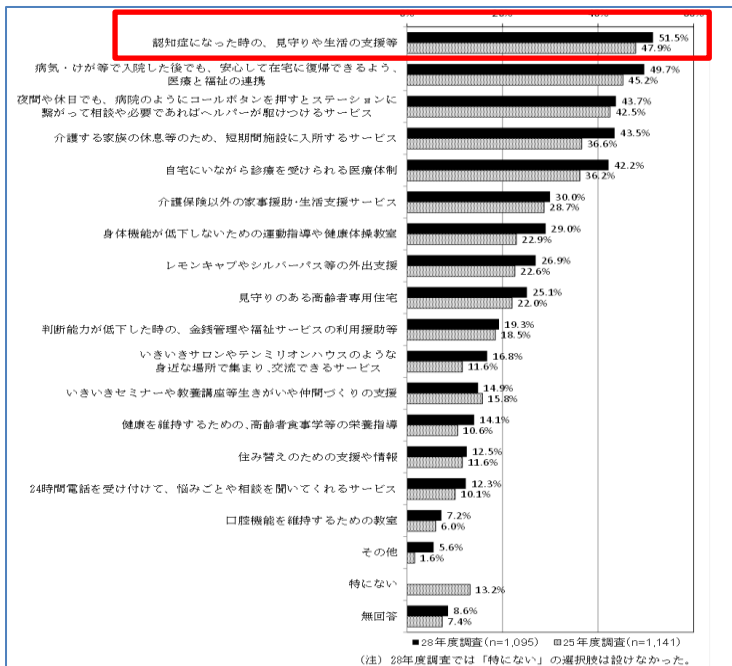


◎ 高齢者の介護予防・日常生活アンケート調査、ケアマネジャー調査から見える 充実してほしい高齢者に対する施策や支援について

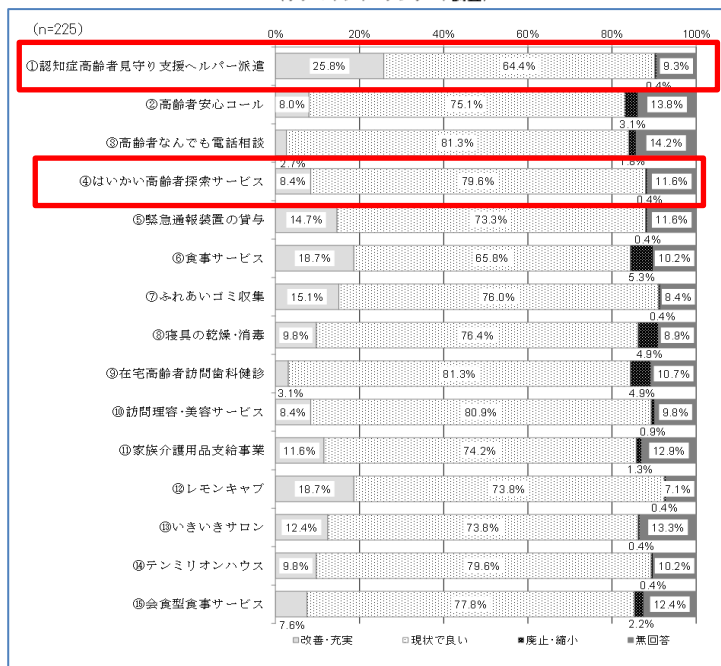
認知症施策の充実を求める意見が多い

(高齢者の介護予防・日常生活アンケート調査、ケアマネジャー調査)

<図表 充実してほしい高齢者に対する施策や支援>
(高齢者の介護予防・日常生活アンケート調査)



<図表 武蔵野市単独事業に対する意見>
(ケアマネジャーアンケート調査)



【認知症施策の充実を求める意見が多い（期待の高さ）】

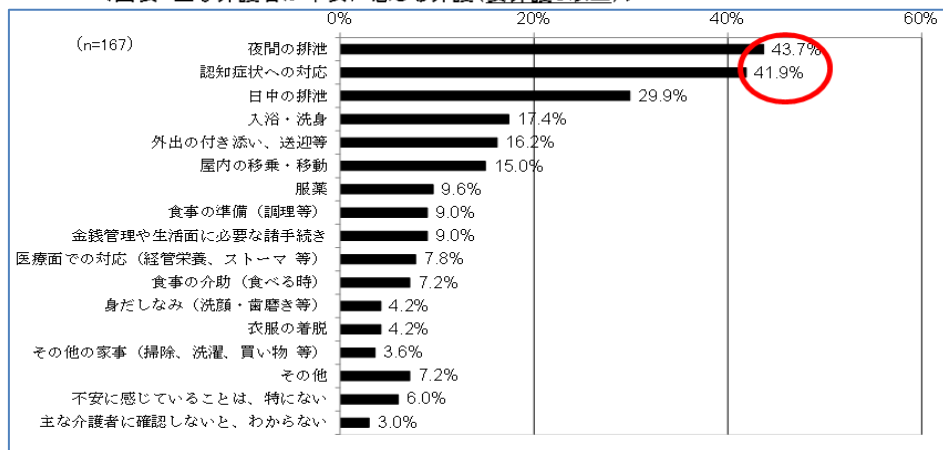
■ 高齢者、ケアマネジャーともに、認知症施策の充実を求める声が多い。現状の評価は高いが、より一層の充実を求められている。

◎ 要介護高齢者・家族等介護者実態調査から見える主な介護者が不安を感じる介護について

主な介護者が不安を感じる介護は「夜間の排泄」「認知症状への対応」

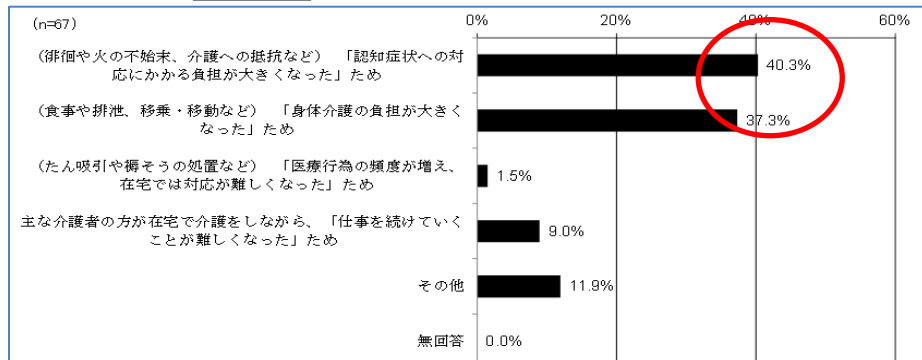
(要介護高齢者・家族等介護者実態調査)

<図表 主な介護者が不安を感じる介護(要介護3以上)>

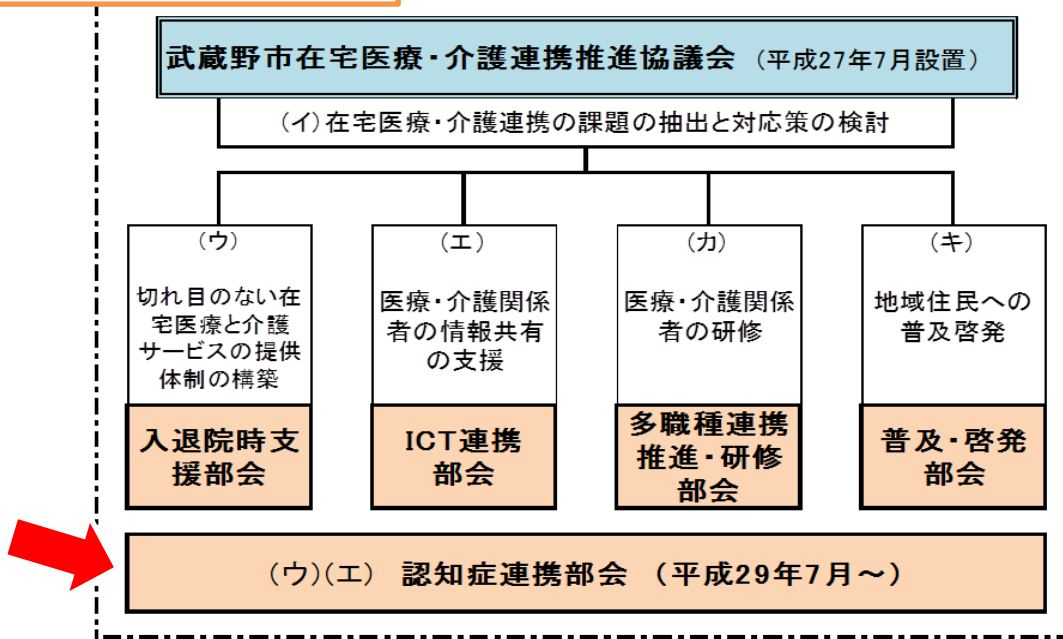


- 「現在の生活を継続していくにあたり、主な介護者が不安を感じる介護」(要介護3以上)は、「夜間の排泄」と「認知症状への対応」が4割超と多い。
- 主な介護者が「在宅生活の継続は難しいと判断した理由」は、「認知症状への対応にかかる負担が大きくなった」が40.3%、「身体介護の負担が大きくなった」が37.3%であった。
- 本人の在宅生活の継続に向けては、主な介護者の「排泄」と「認知症状への対応」に係る介護の不安を軽減することが重要であると考えられる。

<図表 主な介護者が「在宅生活の継続は難しい」と判断した理由>



認知症連携部会の位置づけ



2 「摂食・嚥下機能障害への支援」をテーマとした連携の推進

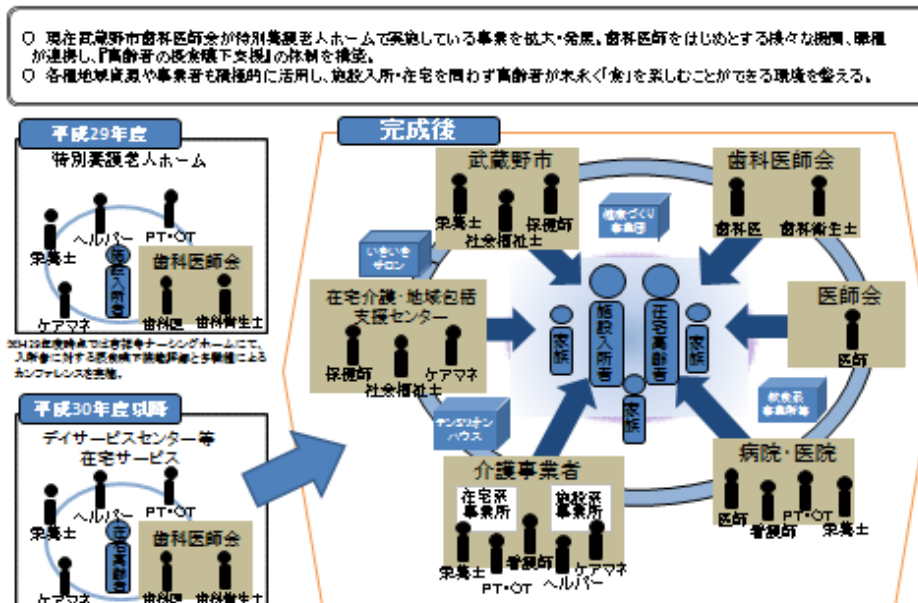
（多職種連携推進・研修部会）

平成 29 年度は「摂食・嚥下機能障害への支援」を連携のテーマとして取り上げ、多職種連携推進・研修部会で、研修会や合同グループワークを企画、運営しました。

※多職種連携推進・研修部会の詳細は、協議会通信 vol. 7 に掲載します。

摂食・嚥下機能障害を取り上げることによって、今まで協議会へ参加する機会が少なかった歯科医師、歯科衛生士、OT、PT、ST、管理栄養士、介護施設等との連携を推進し、多職種連携の裾野を広げるとともに、29 年度の新規事業である「武蔵野市摂食嚥下支援事業」（担当：高齢者支援課 相談支援係）の実施に向けた基盤整備として、多職種が共通理解を持つことを目指しました。

武蔵野市摂食嚥下支援事業の目指すべき姿



5部会の活動報告

(1) 入退院時支援部会

入退院時支援部会では、連携にあたり、所属や職種の異なるそれぞれの立場から、入退院時の課題を考えようと、事例を用いて課題抽出を行いました。

①急性期病院から ②療養病床から ③ケアマネジャーから ④介護サービス事業者から、事例を通して、入退院時支援における連携について話し合いました。

事例の概要と部会委員の意見は以下のとおりです。

① 急性期病院からの事例

80代 男性 がん末期 未告知 同居家族あり。
最期は自宅で、という家族の希望があり在宅調整となる。
救急搬送で入院決定時には介護保険未申請。

入院と同時に在宅介護支援センターで申請。

1週間後、退院前カンファレンス ケアマネも参加。

カンファレンス後、病状の悪化、麻薬導入等あったが、
情報提供書、看護サマリーでの情報提供となる。

(カンファレンス後18日経過し退院)

《事例を選んだ理由・検討したいこと》

①かかりつけ医がいる時の訪問診療医の決め方

②退院前カンファレンスから退院まで期間があり、病状変化等もあったため、再度カンファレンスが必要だったのか？

事例を選んだ理由
(共有したい課題
や疑問点等)が
ポイントです。



《部会での意見》

- ・介護保険未申請の場合、在支・包括との連携が重要となる
- ・在宅医療介護連携支援室の活用
- ・病状が変化した時等カンファレンス開催のタイミングと回数を検討する。
- ・病棟看護師と在宅支援者の連携
- ・病院と在宅側の互いのフィードバックが必要である。

② 療養病床からの事例

80代 女性 慢性心不全・腎不全 要介護4

心不全の悪化で入院、全身状態は悪かったが、本人の帰宅願望が強く、家族も本人の要望に応えたい意向あり退院調整となる。予後1か月との判断により、早急な対応依頼となるが、家族関係、病状、介護力等の課題あり、2度のカンファレンスを経て退院は1か月後となった。

《事例を選んだ理由・検討したいこと》

①早期退院が望まれたが、調整に難渋し退院まで時間を要した。

②病院側、在宅側、双方に何が必要であったのか。

《部会での意見》

- ・家族調整の難しさ、誰に相談すれば良かったのか？
- ・病院側、在宅側双方の支援者の(支援)目標は共有されていたのだろうか？
- ・カンファレンス、サービス担当者会議のあり方は？
- ・患者、家族の状態像等を知らないスタッフが集まることもあるが、調整するしかない。
- ・病院も在宅支援者側双方がチームとして動いていくための会議
- ・どれ位のチームで(退院前)カンファレンスに参加するか(介護サービス側の参加)

③ケアマネジャーからの事例

90代 女性 がん末期・認知症 要介護5
がん末期の症状への対応のため、入院治療となるが、針の抜去等不穏行動著明のため、入院が困難、在宅療養となる。

退院に向けて、カンファレンスや訪問診療、訪問看護の調整を計画するも、医療機関の協力が得られず十分な調整ができないまま、退院となった。

《事例を選んだ理由・検討したいこと》

①ケアマネジャーが家族の状況や在宅療養に向けた準備が必要であることを伝えたいとき、どのようにして伝えていけば良かったのか。病院側にも理解してもらうにはどのようにすべきだったのか。

②病院の考え、患者・家族の理由等で急遽退院が決まることもあるが、在宅に戻るための準備期間が必要なことをどの段階で、誰に伝えれば病院との連携が図れるのか。

《部会での意見》

- ・在宅側から病院に働きかける時、どこの誰に相談すれば良いのだろうか？(窓口が分かりにくい)
- ・誰がどのようにつなぐのか？
- ・在宅側は病院の入退院のルールを理解しているのだろうか？
- ・在宅療養を可能とするための準備を病院側は理解しているのだろうか？
- ・患者本人、家族が医療の仕組みや退院後の流れを知っている事も大切である。
- ・病院の機能や特徴等を理解していることが重要である。



④介護サービス事業所からの事例

80代歳・男性 ネフローゼ症候群、認知症 要介護4

急性期病院から、回復期リハ病院に転院後、在宅へ戻る事例。退院後すぐにデイケア利用の申し込みあり。入院先からは医療情報、ADL表が送付され、退院前カンファレンスなし。

送付された情報により、デイケア利用となるが、実際は退院前の病状悪化により状況が異なり、退院後(デイケア開始前日に)リハビリ評価等実施した。

家族にとっても想像以上の介護負担となり、結果、退院後1か月余りで有料ホームへの入所となる。

《事例を選んだ理由・検討したいこと》

- ①早急にデイケアを開始したが継続できなかった。直接、病院から施設につなげる必要があったのではないか。
- ②本人の状態と家族の介護量等の把握ができていない。
- ③退院後の生活について、十分な検討が家族と支援者間でできていない。
- ④病院から情報収集できていないケースについては、結果として、退院→在宅復帰→復帰後のマネジメント、関係事業所との連携が不十分となってしまう。

《部会での意見》

- ・本人、家族の目指すもの、意向と実際の病状や能力、介護力等、十分な調整ができていたのだろうか。
- ・本人、家族の目標を明確にしておくこと、病院側、在宅側が目標を共有しておくことを可能とするには、何が必要か。
- ・生活能力の評価の必要性
- ・チームとして動いていくための会議のあり方は？(どれ位のチームで参加するのか？)
- ・退院後の生活や今後予想される状態について、見通しを持てることが重要である。

課題解決のために必要なこと

- ★医療と介護、それぞれの制度について理解。
- ★病院の機能や入退院の仕組みについての理解
- ★退院後の生活や今後、予想される状態について、見通しを持ち、多職種による支援ができる。
- ★多職種がチームとして機能するための、情報連携や支援目標の共有ツールの検証。
- ★職種や所属の役割分担と視点の違いの理解。

(2) 認知症連携部会



平成 29 年度から、認知症連携部会を新たに設置しました。
認知症連携部会の参加団体等は以下のとおりです。

- 武蔵野市医師会 ○武蔵野赤十字病院（認知症疾患医療センター・医療連携センター）
- 長谷川病院（地域医療連携室） ○訪問看護事業者連絡会議
- 居宅介護支援事業者連絡協議会 ○訪問介護事業者連絡会議
- 通所介護・通所リハビリテーション事業者連絡会 ○認知症対応型共同生活介護事業所
- 介護老人福祉施設 ○福祉公社（ホームヘルプセンター武蔵野・権利擁護センター）
- 在宅介護・地域包括支援センター（認知症コーディネーター）
- 地域包括支援センター（認知症コーディネーターリーダー・認知症コーディネーター）
- 地域支援課（在宅医療・介護連携担当） ○高齢者支援課相談支援担当課長
（事務局） 高齢者支援課相談支援担当

	日時	場所	参加人数	内容
第 1 回	7月 27 日（木） 午後 7 時～9 時	武蔵野赤十字病院 山崎記念講堂	22 名	・部会長、副部会長の選出 ・武蔵野市における認知症連携の現状 ・武蔵野赤十字病院 認知症疾患医療センターの取組み ・医療・介護連携の現状や認知症の方への対応に関する課題、意見等
第 2 回	10月 12 日（木） 午後 7 時～9 時	武蔵野市役所 412 会議室	19 名	・認知症の方への支援に関する課題等 ・医療と介護の連携について ・認知症連携部会の進め方について

(3) ICT連携部会

武蔵野市における ICT 連携は、武蔵野市医師会が導入した MCS の活用により、医療・介護関係者に周知され、登録数も増えています。しかし、実際は登録しても使用していない場合も多く、ケアマネジャーアンケートでは、医療・介護連携について、関係者との日程調整が困難であることを一番の課題にしている等、ICT を十分に活用できていない現状があります。

ICT 連携の今後のあり方について検証するため、現状把握の調査を行い、部会で検討することとしました。平成 29 年 10 月 18 日（水）の部会では、全数ではありませんが、調査票の回答から見えてきた現状について話し合いました。

以下は、10月18日のICT連携部会に報告した調査結果です。

「調査項目」

- 患者(利用者)情報…年齢・介護度・障害高齢者日常生活自立度・認知症高齢者日常生活自立度
世帯状況(単身世帯・高齢者世帯・その他)・特記事項
- ICT活用理由…医療依存度が高い(在宅酸素・IVH・胃瘻・吸引・人工呼吸器)・終末期ターミナル
全身管理・認知症・その他
- 連携先…訪問診療医・かかりつけ医・歯科医・薬局・ケアマネジャー・訪問看護・訪問介護・通所リハ・通所介護
福祉用具・在宅介護・地域包括支援センター・その他・家族

患者(利用者)グループの現状

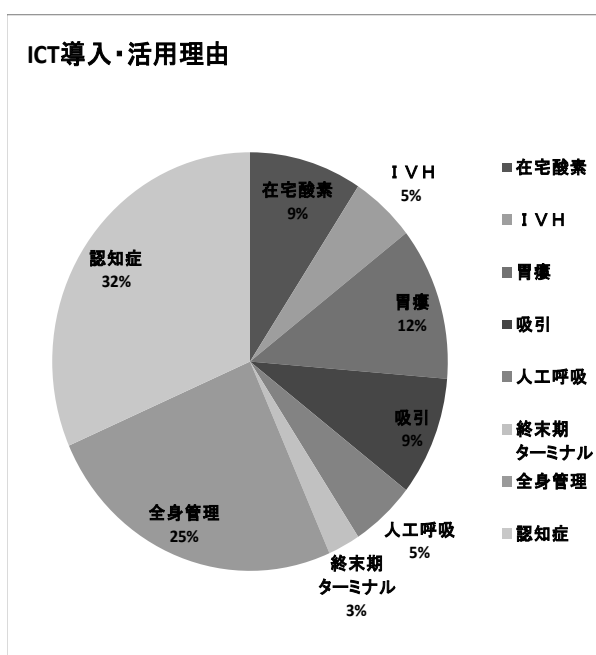
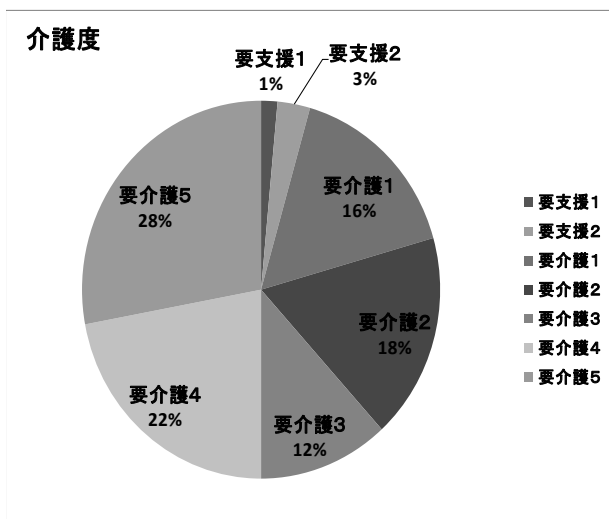
平成29年10月18日現在 調査協力76件の結果

○患者情報(要介護度)

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1	2	11	12	8	15	19

○ICT導入・活用理由

在宅酸素	IVH	胃瘻	吸引	人工呼吸	終末期ターミナル	全身管理	認知症	その他
7	4	9	7	4	2	19	24	0



若年、障害のある方等、介護保険を利用していない方にもICTを使っている。

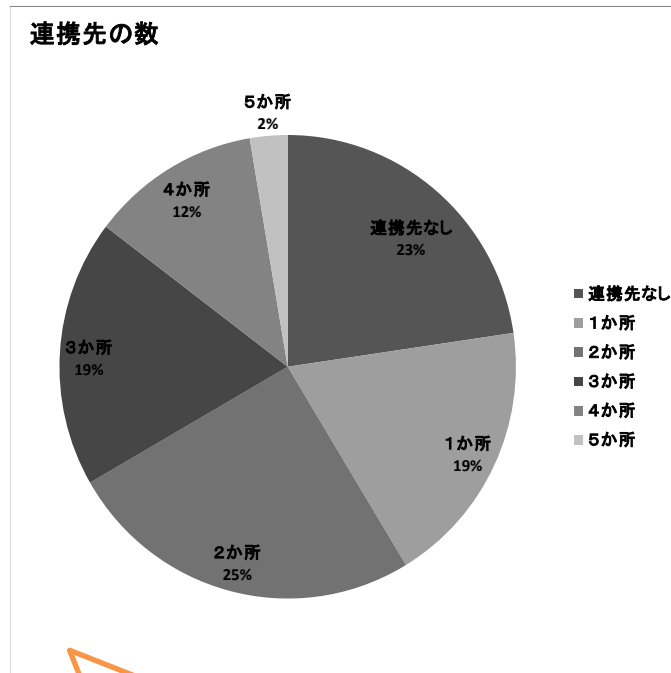
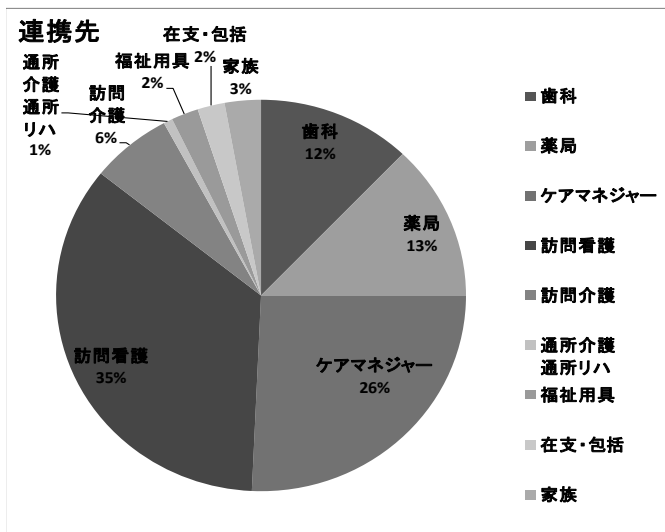
認知症、全身管理が必要、等が多いが、特に該当しないケースもあり、情報共有を目的とした活用もある。

○連携先

歯科	薬局	ケアマネジャー	訪問看護	訪問介護	通所介護 通所リハ	福祉用具	在支・包括	家族
17	18	36	49	9	1	3	3	4

○連携先の数

連携先なし	1か所	2か所	3か所	4か所	5か所
17	14	19	14	9	2



連携先として、訪問介護、通所介護・通所リハ
在宅介護・地域包括支援センターが少ない。

連携先の少ない利用が多い。
(連携先なし、とは院内の関係者間の連携)

10月18日の部会では、調査結果の協議の他、ICTを活用した事例報告もあり、患者（利用者）を中心に多職種がチームとなって支援を行うにあたっては、ICTを利用した速やかな情報共有が有効であることを確認しました。

認知症連携部会でも、認知症のある方への支援を考えるにあたって、通所施設の情報に関係者と共有することの重要性が話題となり、ICTを有効に活用したいという意見が出ました。

ICT連携部会の今後の進め方として、引き続き調査を行い、連携グループの実態把握を行うとともに、その結果を関係者で共有し、ICTの活用について検証していきます。

多職種連携推進・研修部会、普及・啓発部会については、

次号で、詳しく報告します。

【事務局】 武蔵野市健康福祉部地域支援課（在宅医療・介護連携担当） 勝又・齋藤・大野
〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28 電話番号 0422-60-1941（直通）FAX 0422-51-9218
メールアドレス SEC-CHIIKI@city.musashino.lg.jp