

在宅療養生活の継続を図るうえでの医療と介護の連携強化について

I 日常における在宅療養生活支援

1 往診、訪問診療体制の充実

今後の高齢者人口の増加とこれに伴って予想される複数の慢性疾患をもつ患者の増加に対応するため、往診や訪問診療体制の充実を目指していく。

(理由)

「地域医療に関するアンケート調査」によると、往診や訪問診療を実施している診療所は一定数存在するものの、昼休み時間帯の対応などが多い。訪問診療の実人数は一診療所あたり月平均 18.5 人である。

今後の診療報酬改定等の政策誘導に依るところが大きい問題だが、今後の高齢者人口の増加に対応していくためには、在宅で診療を受けられる体制の充実が必要である。

2 24 時間 365 日対応できるサービス提供体制の強化

チーム医療の促進を目的に ICT を活用した情報共有を進める。

在宅療養支援の要となる訪問看護サービスを充実していく。

(理由)

「武蔵野市高齢者実態調査／武蔵野市要支援・要介護高齢者実態調査(平成 26 年 3 月)」によれば、入院から在宅生活に戻る際に感じる不安について「容態が急変した際の対応」と答えた方が 66.8% (一般高齢者)、58.7% (認定高齢者) となっている。

今後市民が安心して在宅療養生活を選択できるためには、24 時間 365 日対応可能な体制構築に向けたチーム医療・チームケアの促進が必要である。そのために ICT の活用及び訪問看護サービスの充実を図っていくことが重要となる。

3 医療・介護の連携を推進するための研修の充実

医療と介護の連携を円滑にするための相互理解、知識会得を目的とした研修はこれまでも実施してきたが、これを充実する。

(理由)

本市ケアマネジャーの基礎資格は 8 割以上が介護系であり、医療系出身者が少ない。

ケアマネジャーアンケート結果においても、医療知識に関する研修へのニーズが高い。

医療と介護という異なる分野の連携充実に向けて相互理解を促進していく。

4 既存の枠組みやツールを活用した課題の解決

地域ケア会議、在宅支援連絡会、サービス担当者会議等による既存の枠組みや、脳卒中地域連携パス、もの忘れ相談シート等のツール、ケアマネジャーガイドライン等による情報提供を活用し、連携強化による課題解決を進める。

(理由)

本市では、脳卒中地域連携パスやもの忘れ相談シート等のツールを作成する過程で連携の仕組みを築き上げてきており、このことが今の在宅支援連絡会等の多職種多機関連携へとつながっている。作成したツールの活用を進めるとともに、関係機関の連携を強化して課題解決を進めていくことが大切である。

在宅介護支援センターが中心となって地区別ケース検討会を通年実施しているが、その中でドクターによる研修や関係機関による話し合いが行われている。地区別ケース検討会を地域ケア会議へとリニューアルし、まちぐるみの支え合いの仕組みづくりを進めていく中で、医療と介護の連携や相互理解についても充実を図っていくことが重要である。

在宅支援連絡会を通じて緊急医療キットの作成や一時入院支援者ガイドラインの作成など、関係機関の連携が進んでいる。これを継続・発展させていく。

5 地域の社会資源の把握、共有化

日常での連携や入・退院時連携に役立てるため、また市民への情報提供のために地域医療・介護サービス資源を把握し、常に全体像の把握に努めておく（調査の実施）。

(理由)

目黒区では在宅療養資源マップを整理し、ホームページ等で市民や関係機関に向け公開している。本市では地域生活環境指標にて医療機関情報の一覧化をおこなっているが、市民や関係機関との情報共有には至っておらず、また医療と介護の連携という視点からは情報量が不足している。

6 市民への啓発・普及

市民の漠然とした不安感を払しょくするとともに、在宅療養生活の理解を促進する。

(理由)

高齢者実態調査では、「入院から在宅に戻る際の不安ごと」という設問に対し、「容態が急変した際の対応」が 66.8%と多くの回答が集中した。しかし、入院から在宅に戻った経験のない高齢者の 71.0%が選んだのに対し、経験のある高齢者は 55.7%と、両者の間に 15%ほどの開きがある。

在宅療養生活を市民が選択していけるよう、市民の不安の軽減や自助への働きかけなど市民への啓発を進めていく必要がある。

Ⅱ 急変時の対応

1 既存ツールの活用

脳卒中連携パス、ものわすれ相談シート、一時入院支援者ガイドライン、緊急医療情報キット、ヘルプカード等これまで多職種連携により開発したツールの活用を進め、急変時においても活用を図っていく。

(理由)

ツールの開発はその過程においても多職種多機関の連携に有益であるが、開発に携わった人材が時の経過とともに離れていくことで、ツールそのものの活用が停滞する恐れがある。

開発時の意図を再確認し、有効なツールの活用を推進していく必要がある。

2 診療所と病院との連携の推進～後方支援の仕組みづくり

在宅の患者の容態が急変した際や、一時的な入院が必要となった場合に対応できるよう、診療所と病院との連携を強化する。

(理由)

「武蔵野市高齢者実態調査／武蔵野市要支援・要介護高齢者実態調査(平成 26 年 3 月)」では、入院から在宅生活に戻る際の不安として「再度入院になったときの対応」と回答した方が 41.6% (一般高齢者)、33.3% (認定高齢者) となっており、ともに「容態が急変したと際の対応」に次いで高くなっている。現在も市内の診療所と病院、病院と病院の連携により対応されているところであるが、引き続きこれを充実していく。

Ⅲ 入・退院時の支援

1 医療と介護の連携推進を中心となって担う機能の設置

入・退院にともなう医療と介護の連携支援を主な目的とした、連携支援機能を設置する。

(理由)

ケアマネジャーアンケート結果等によると、退院時の関係者カンファレンスは全体の約 6 割程度で開催されている。

患者が入院・転院から退院して在宅生活へと戻っていくことを想定した場合、医療から介護への情報提供・共有はスムーズな在宅生活を始める上で非常に重要であり、本市においてもさらに退院時カンファレンスの開催を進めるなど病院から在宅への移行を円滑にしていくことが有益である。

市民が安心して在宅療養生活を選択できるよう、入・退院時の機関連携が強化され、市民の在宅療養生活を守り支えていく取り組みが重要である。