

キーワード	医療・介護連携、地域ケア会議、バックアップシステム、多職種連携研修、ICT活用、市民啓発、地域医療連携センター
-------	---

地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・多職種連携の推進と地域ケア会議の開催

千葉県 柏市

【この事例の特徴】

いつまでも住み慣れた地域で暮らすことができる社会」を目指し、在宅医療の体制整備を目的として、在宅医療従事者の負担軽減、多職種連携、地域住民への普及啓発、人材育成、拠点の整備を進めている。

また、在宅生活を送るうえでの困難事例解決に向け、地区ごとに地域ケア会議を開催し、専門職や地域住民が一体となって公的サービスとインフォーマルサービスに医療を効果的に結びつける取り組みを行っている。

地域概要

総人口:	402,337 人
65 歳以上人口:	87,960 人(21.9%)
75 歳以上人口:	36,310 人(9.0%)
要介護要支援認定者数:	11,675 人(13.3%)
地域包括支援センター数:	7 ヲ所
第5期介護保険料:	4,200 円



背景・経緯

- 【背景・経緯】**
- 在宅医療の推進にあたり、柏市では多職種の中心として医師会がリードし、市が事務局的な役割を担い、全体の調整と関係機関・団体への呼びかけを行っている。これにより、全市を網羅する多職種団体が参加して関係づくりやルールづくりを行うことが可能となり、「点」ではなく、「面」としての事業展開を実施している。また、市民に対しては、地域関係団体との日頃の連携により、全域での在宅医療に関する啓発を進めている。
 - 地域で在宅生活を送るうえで、サービス担当者のみでは課題解決が困難な個別のケースについて、医療・介護職種やインフォーマルサービスの担い手が一堂に会し検討することにより、それぞれのサービスを有機的に結びつけ、地域における課題解決を図っている。
 - **背景:** 在宅医療連携拠点事業(厚生労働省) 6,348,000 円(平成 24 年度)

取り組み内容と方法

【概要】

1. 在宅医療推進の取り組み

(1) 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築

● かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ(主治医・副主治医制)

- ◇ 共同で地域全体を支える体制の構築:1つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく、多くの診療所が少しずつ支えることで多くの患者を支えるシステムを構築(「点」から「面」に)
- ◇ 主治医・副主治医の仕組みの構築:主治医(患者を主に訪問診療する医師)と副主治医(主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師)とが相互に協力して患者に訪問診療を提供

● 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

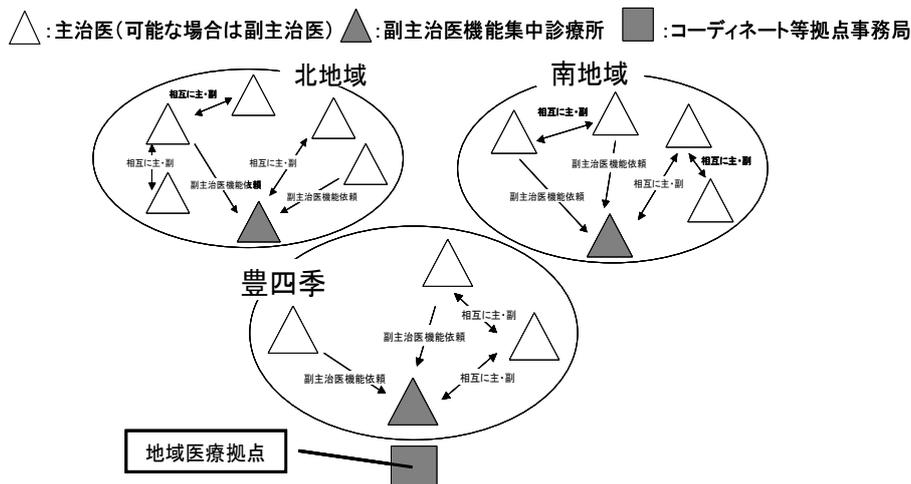
【病院側】

- ◇ 在宅医療への移行時には、在宅側の要望を踏まえた様式を使用する。
- ◇ 在宅患者の急性増悪時等には、原則として退院元の病院が受け入れる。(夜間等で受け入れが困難な場合は、他の病院が一旦受け入れて、後日、可能な場合は退院元に転院する。)

【在宅医療側】

- ◇ 急性増悪時には原則として在宅側スタッフが訪問して対応する。
- ◇ 入院時には在宅主治医等から病院の救急担当に対して必要な診療情報や患者・家族の意向を情報提供する。

在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築



(2) 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進

- 在宅医療多職種連携研修の実施により、在宅医療を行う医師を増やし、多職種連携を推進
- 訪問看護の充実強化:看護師復職フェアの開催、訪問看護フォーラムの開催
- 医療職と介護職との連携強化:連携課題を議論し、顔の見える関係をつくる 5つの会議の開催(医療WG、連携WG、試行WG、10病院WG、顔の見える関係会議)

在宅医療を行う医師等の増加と多職種連携

在宅医療研修

受講者（約50名）
 医師・歯科医師・薬剤師・
 病院関係者・訪問看護師・
 介護支援専門員・理学療法士・
 作業療法士・地域包括支援
 センター職員、管理栄養士等

参加資格 多職種団体からの推薦

実施者
 主催：柏市医師会・柏市
 共催：柏市歯科医師会・柏市薬剤師会・
 柏市訪問看護連絡会・
 柏市介護支援専門員協議会・
 柏市リハビリテーション連絡会

協力：東京大学高齢社会総合研究機構
 後援：国立長寿医療研究センター
 傍聴者（多数）

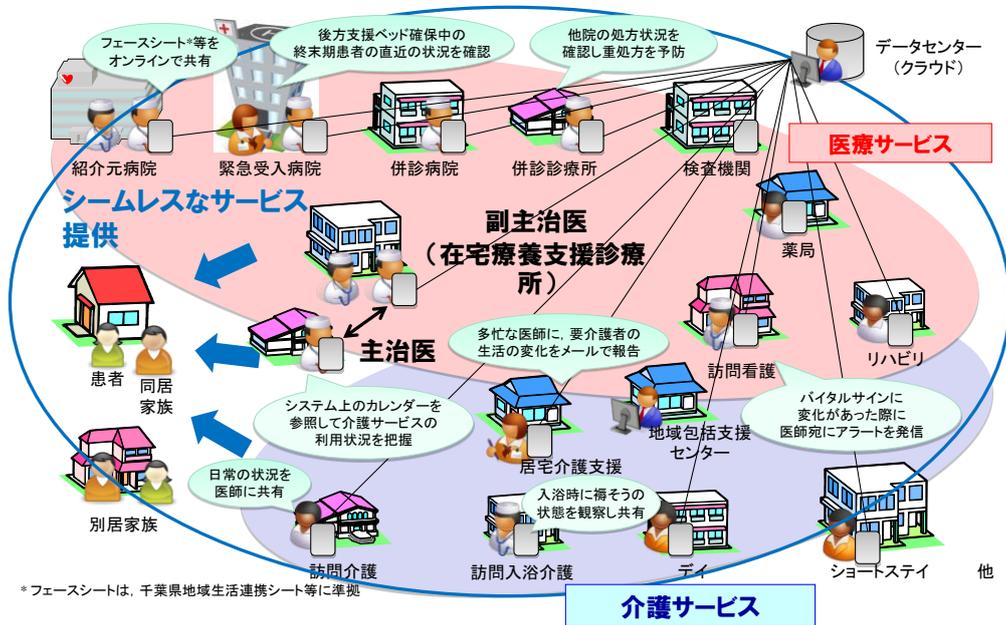
平成23年5月から4回実施
 これまでに約200名受講

2013年1月26日(土) 14:00~19:00 医師・多職種*	1月27日(日) 9:00~17:30 医師・多職種*
主な内容	
在宅医療の果たす べき役割（総論）	在宅医療の導入 認知症患者のBPSD への対応と意思決定 支援
在宅医療を支える 医療・介護資源	報酬・制度 在宅医療を推進する上での 課題とその解決策
医療介護資源 マップ作成	目標設定
多職種WS① 緩和ケア	修了式
多職種WS② 認知症	

(3) 情報共有システムの構築

- タブレット端末、パソコン等により、関係職種同士がリアルタイムに情報共有

情報共有システムの構築



(4) 市民への啓発、相談・支援

- 市民説明会・意見交換会: 民生委員、健康づくり推進員、ふるさと協議会等の役員を対象として、開催(平成23年度:計4回、約200名参加、平成24年度:計63回開催、約1,600名参加)
- 在宅ケア市民集会: 平成23年2月から計3回実施、約450名参加

(5) 上記を実現する中核拠点(柏地域医療連携センター)の設置

- 患者が病院から在宅に戻る際の調整支援機能(主治医・副主治医、多職種の推薦)
- 医師・多職種による在宅医療・看護・介護のコーディネート機能
- 在宅医療に係る主治医及び副主治医の研修機能
- 市民相談・啓発機能

2. 地域ケア会議の開催

(1) 北部 2 エリア

① 開催の経緯

- ケアマネジャーから地域包括支援センターにケースについて相談があり、今後の地域の傾向を懸念し地域ケア会議を開催し、担当者のみで悩むのではなく、多職種からアドバイスをもらうことができれば支援の間口が広がるのでは、という所から会議の開催を決めた。
- ケアマネジャーからの相談内容とは、精神疾患のある高齢者を担当しており、同居の息子も同様に精神疾患、母親の薬の管理や栄養への適切な対応ができていない。また、この息子はサービスに結びついていない。当エリアでは、このケースのように親子で援助が必要なケースへの対応が増加傾向であった。

② 地域ケア会議のねらい

- 本人の服薬について、医療専門職(医者、訪問看護、薬剤師)から服薬に関する情報共有やアドバイスを受けることができ、オブザーバーとして参加する他のケアマネジャーへ医療専門職との連携について情報提供ができる。
- 栄養摂取に偏りがあるため専門職(管理栄養士)から助言を受け、ケアプランに活かすことができるようにする。
- 知的障害を持つ息子について、行政機関(障害福祉課等)への自立支援策の働きかけと情報共有。

③ 地域ケア会議の出席者

- 行政: 柏市福祉政策室・柏市福祉活動推進課・柏市障害福祉課・柏市生活支援課
- 助言者: 柏市医師会・柏市薬剤師会・東葛北部在宅栄養士会
- 援助者: 担当ケアマネジャー・担当訪問看護ステーション
- 見学者: 地域のケアマネジャー 6名

④ 会議での助言者としての役割

- 薬剤師: 服薬している薬の効能や、服薬管理(一包化)について説明する。
- 管理栄養士: バランスの取れた食生活に向け、介護者である息子(障害者)が簡単に取り組める調理の工夫について助言し、具体的な支援につなげる。
- 医師: 個別事例に対するアドバイスや予後について助言する。

(2) 沼南エリア

① 開催の経緯

- 90歳(要介護1)と91歳(要介護1)の兄弟二人暮らし世帯が3年前に家を新築し転入してきた。生活は自立しているが、近頃、弟の認知症が進行し、隣人宅への被害妄想や呼び鈴を押してしまう、また、自治会のゴミ出し当番が困難(ノートを無くしてしまう等本人も気にしている)、車の運転をし事故の危

険性が大きい等、世帯だけでは解決できない問題が生じてきた。このように高齢者世帯が、支援が必要になっても地域で生活するためにどうしたらよいか、ということ地域ケア会議で検討することとした。

② 地域ケア会議のねらい等

- 個別事例の課題を元に地域ケア会議の出席者に助言や情報共有を行うこととした。

◇ 課題 1: 弟が自動車の運転を時々して危険である

⇒ 医師から高齢者の運転の危険性を説明してもらう。

◇ 課題 2: 弟が夜中に近隣宅に訪問し警察の注意を受けたことがあるが、認知症であるが故のことを近隣に理解されているか不安

⇒ 近隣に認知症の理解を得る。

◇ 課題 3: 自治会のゴミ出し当番の仕事がうまくできていない

⇒ 近隣の高齢者世帯の理解、認知症の理解を得る。

◇ 課題 4: 災害時に高齢者世帯を支援する体制をどのようにしたらよいか

⇒ 地域の防災組織との連携を図る。

- 地域ケア会議に関わった団体や組織の名称・法人格、役割分担

個別事例本人、自治会関係者、民生委員、地区社会福祉協議会役員、担当ケアマネジャー、担当訪問介護事業所、柏市医師会、柏市役所、沼南地域包括支援センター

③ 会議で検討した役割分担

誰が	目標	何をどのように	期日
ケアマネジャー	震災時の避難などの動きを周囲の人にも知っておいてもらう	K ネット協力員、班長等が変わった場合、担当者会議で共有	随時
手賀の杜自治会防災部	住民による防災の取り組みを進める	自主防災組織立ち上げ	準備中
沼南地域包括支援センター		自主防災研修への協力	準備中
自治会・地域包括支援センター・行政	近所の人たちに認知症についての一般的な知識を持っていただく	近隣住民向けの認知症サポーター養成講座	今年度内
自治会・地域包括支援センター		ご近所が集まるときに認知症紙芝居の実施	随時
ケアマネジャー・地域包括支援センター	周囲のサポートを受けて、ゴミ当番を全うする	本人の希望を確認したうえで自治会との調整を進める	次回のゴミ当番 2 月まで
自治会		当番をサポートする仕組みをつくる	
地区社協	周辺地域の高齢者が集まれる場と高齢者をつなげる	講座、ふれあいサロン、ふれあい喫茶の情報を高齢者へ伝える	随時
地域包括支援センター		社会資源リストを作成し介護予防の必要な高齢者へ情報を伝える	随時

(3) 南部2エリア

① 開催の経緯

- 夫(要介護 1)と妻(要介護 2)で生活している高齢者世帯について担当ケアマネジャーから地域包括支援センターへ相談が入った。相談内容は、妻が病院受診をするため訪問介護の調整を行ったところ、行き違いが生じたことがきっかけで担当ケアマネジャーに怒りをぶつけることが多くなったり、妻は以前から大きな声で卑猥な言葉を発して顔つきが変わる等、感情のコントロールが難しく、今後ケアマネジャーとしての関わり方について悩んでいるという内容であった。また、ケアマネジャーが何人も変

更していることも地域包括支援センターとしては懸念していた。

- このように高齢者世帯が要介護状態となり、家族の支援も困難である場合、本人達の介護保険の理解不足や病識がないことで治療につながらないケース(特に精神疾患について)がよく見られ、このような世帯をどのように支援していくか考える場として地域ケア会議を開催することとした。

② 地域ケア会議のねらい

- 精神疾患が疑われる方の対応や受診へのつなぎ方について、地域ケア会議を通して問題解決に取り組むことで、地域の精神疾患の方が受診できる医療機関や医師の対応状況の確認、また、医師会をはじめ地域の医師との連携を図るための施策を考える場とする。
- この個別事例は、サービスを拒否し関わっている事業所が少ないので、今後介護保険サービスを利用できるようにいろいろな分野からアドバイスが頂けるように薬剤師や訪問看護の事業所に参加して頂いた。

③ 地域ケア会議の出席者

- 助言者(事例について今後対応できることや予後について助言する): 医師(柏市医師会から地域の医師を派遣)、訪問看護師、薬剤師
- 援助者(本人達の状況や困っていること等を発言し情報共有する): 担当ケアマネジャー、訪問介護事業所、訪問マッサージ

取り組みの成果と課題

【成果と課題】

1. 在宅医療推進の取り組み

(1) 成果

- 市町村(介護保険者)と医師会が連携し呼びかけを行うことにより、全ての多職種団体を網羅し、連携の枠組みが構築された。
- こうした枠組みの中で多職種の関係づくりや連携のためのルールづくりを行うことにより、在宅医療の面的な(全市への)広がりが期待される。
- 草の根的な市民啓発活動により、市民の期待や不安の声が明らかになった。更に、説明を聞いた市民が、より多くの周囲へ知らせようという動きが生まれた。

(2) 今後の展開

- 全市における「主治医-副主治医制」の展開と多職種連携ルールの確立
- 市民に対する在宅医療の更なる啓発
- 平成 26 年 4 月から、柏地域医療連携センターで事業を本格的にスタート

2. 地域ケア会議の開催

(1) 北部 2 エリア

① 地域ケア会議の成果

- 良かった点
 - ◇ 地域ケア会議は、長期的課題の改善策を検討する場として効果があるということがわかった。
 - ◇ 出席したケアマネジャーや訪問看護師にサービス担当者会議との違いを理解してもらうことができた。

また、地域ケア会議によって個別課題の整理や医療専門職からの助言が得られ、今後のケアプランに活かすことができた。

- ◇ 医療専門職からの助言を受けたことで、服薬管理に対する息子の不安を軽減することができ、会議前はケアマネジャーや訪問看護師に問い合わせが頻繁にあったが、現在は減った。
- ◇ 管理栄養士から参考資料として、息子に手作りのレシピの提供が有り、ケアマネジャーから具体的に提案することができた。
- ◇ オブザーバーとして参加したケアマネジャーもサービス担当者会議と地域ケア会議の違いを理解する場となったことに加え、今後地域包括支援センターとの連携がしやすくなるのでは、という感想を得ることができた。

- 苦労した点

- ◇ 個別事例の選択から会議開催までの準備期間に2ヵ月を要した。
(医療専門職からの助言をより多く引き出すための会議内容の検討や出席者の日程調整、会議に際して各出席者へ説明を行ったため)

(2) 沼南エリア

① 地域ケア会議の成果

- 良かった点

- ◇ 本人が会議を通じて自治会の役員と顔がつながり、「何かあったらこの人に相談できる」と本人の安心につながった。
- ◇ 医師会を通じて地域ケア会議に医師を派遣してもらい、地域の認知症患者の状況や地域課題について共有することができた。
- ◇ 医師が認知症の説明をすることで、周囲の関係者に対して理解しやすくなった。また、今後の普及啓発活動の必要性を伝えることができた(特に自治会防災部長の方のやる気が強く感じられた)。
- ◇ 地域ケア会議後、医師から本人に運転の危険性を説明していただいたことで、本人へ運転をやめるよう説得しやすくなった。
- ◇ 会議を通じて、自治会で自主防災組織を立ち上げるという情報を共有でき、今後の連携につなげることができた。

- 改善点

- ◇ 本人が出席している中で認知症の中核症状等の話題は、本人が落ち込んでしまったのではないかと心配した。本人が出席する場合は病状等掘り下げて話をするのは難しいことがわかった。
- ◇ 本人の状況をわかっている主治医に出席を依頼したが、地域ケア会議について理解を得ることができなかった。今後、地域の医療機関等に地域ケア会議について啓発する必要があると感じた。
- ◇ 限られた時間で会議を運営しなければならず、司会者(地域包括支援センター)から参加者に意見を聞くことで時間となってしまう、参加者同士で意見交換ができなかったのが残念だった。

② 地域ケア会議を通じた新たな地域課題の発見

- 地域の身近な見守りと介護スタッフをつなげる仕組みづくり
- 災害時要援護者の災害時支援の仕組みを日頃の身近な見守りにつなげる仕組みづくり
- 認知症普及啓発活動の必要性

③ ネットワーク強化等の中間的な成果

- 震災時の避難等の動きの確認

- ◇ 自治会班の会議にケアマネジャーが本人とともに参加することができた。事前に自治会役員が話をしてくれたことで、近所の方が協力的な姿勢を示してくれた。災害時の対応についてはサービス担当者会議に民生委員や町会班長も参加し確認することができた。

- 住民による防災と認知症の普及啓発

- ◇ 町会内に災害部会が立ち上がり、要援護者への支援の必要性を災害時の見守りを担う役員に知ってもらふ必要があることを訴え、部会内での認知症を含む障害についての研修を提案した。

- 認知症普及啓発

- ◇ 地域ケア会議後、自治会のお祭りで、介護予防のブースをつくり、包括支援センターや介護予防についてまず身近に感じてもらえるよう周知し、ニーズがあっても発見されていない高齢者の発掘を進めることとした。

- ゴミ当番のフォロー体制を確認

- ◇ 個別事例の本人達が自分で自治会の中での役割(ゴミ当番)を全うしたいという意向を優先し、うまくいかず本人が困っていた時には、ヘルパーがケアマネジャーへ報告し、ケアマネジャーは近所の方と相談ができるようになった。

- 生きがい探し

- ◇ 本人の生きがいづくりとして、兄が通っているデイサービスの畑が自宅付近にあり、ボランティアとして作業をするようになった。畑の収穫時期は町会の子どもたちにも声をかけ、本人はじめ地域住民が自然と顔を合わせる機会ができた。この畑を借りるきっかけとなったのは、地域にある地区社協の計らいであった。

(3) 南部 2 エリア

① 地域ケア会議の成果

- 会議の出席者で情報共有することで、医師や訪問看護師から精神科受診の必要性、信頼している主治医から精神科へつなげるための方法等を助言され、ケアマネジャーは家族や病院と連携を図りながら受診を勧めていくこととなった。

- 地域に精神科専門の往診医がないことを確認することができた。今回出席した地域の医師から医師会に地域ケア会議の結果を報告し、医師会としての今後の取り組みにさせていただくこととなった。

- 担当ケアマネジャーは今まで連携がなかった訪問看護と連携することができ、今後のケアプランの参考にすることができた。

参考 URL、連絡先

- 柏市 保健福祉部 福祉政策室

<http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/060200/index.html>

04-7167-1171