

課題

対応策

対応実績

① 在宅医療全体について

【抽出課題】

- 1.在宅医療を進めるには、複数の関係職種の協力体制が必要である。
- 2.医師においては、情報共有のためのカンファレンス等の時間の確保が難しい。
- 3.医師会のバックアップの体制が必要である。
- 4.在宅医療を進めるうえでは、家族の負担感を軽くする取り組みが必要である。
- 5.ケアマネジャーにおいては、福祉系資格者が多いので、医療の知識を学ぶ機会の確保が必要である。

- 4.在宅医療や介護サービス利用方法の周知拡大
- 5.ケアマネジャー全員向けの(医療についてなどの)研修会の実施の検討
- 5.圏域別ケア会議の充実
- 5.ファミリテーターの養成研修の開催

- ・ホームページ、在宅医療と介護のサービスマップ、ハートページによる周知
- ・ケアマネジャーのための勉強会の実施
29年度 呼吸器疾患について
30年度 神経難病について
- ・圏域別ケア会議の夜間の実施
29、30年度 各圏域事に1回開催
- ・地域リーダー研修会の実施
29年度 体験しようファミリテーション
30年度 利用者の意思を確認すると

② 連携について

【抽出課題】

- 1.医師(特に地域医療連携推進室がない病院)と連携が取りにくい。
- 2.地域の相談役である、民生委員との連携が取りにくい。
- 3.訪問看護ステーションにおいては、所属事業所以外での相談先がない。

【委員意見】

- 4.民生委員は、高齢者宅に訪問していても、介護関係の職員から報告や連絡をもらうことはあまりない。(家族も入院を周りに知られたくないという思いもあるなかで今後どのような連携が必要か民生委員児童委員連絡協議会でも図っていく)
- 5.民生委員とケアマネの連携場所が必要である。(ケアマネ会と民生委員とで紳士協定などを結び、情報連携をとることも一つ)

- 2・5.民生委員、ケアマネジャー、その他の連携体制や情報提供の検討(圏域別ケア会議に事例に民生委員も出席するようにする)
- 3.相談窓口としての、地域包括支援センターや在宅会議支援センターの啓発

- ・圏域別ケア会議の開催通知を民生委員にも通知し、出席を促す。
- ・市内病院長に対して圏域別ケア会議出席の依頼通知(30年7月)
- ・市内病院長に対して介護報酬改定に伴う情報を提示。病院と居宅介護支援事業所との連携推進の依頼通知(30年7月)
- ・ホームページや市報、イベントなどでの地域包括支援センターや在宅介護支援センターの啓発の実施

③ 退院時支援・調整について

【抽出課題】

- 1.入院の早期の段階から患者の在宅療養に備えた主治医との情報交換が必要である。
- 2.退院前カンファレンスを早期から在宅療養の意思について確認し、適切な時期に開催する必要がある。

【委員意見】

- 3.病院の退院支援に対して、今後加算がされることになるので、病院も退院支援に関して変わってくると思われる。
- 4.病院と地域が連携しやすいように、相互理解をする為の意見交換会があると良い。
- 5.訪問医師と病院の連携ネットワークがあると良い。
- 6.急性期の病院は退院前に連絡が入りやすいが、回復期リハ病院は情報提供が少ない。
- 7.退院前カンファレンス行われたケースは再入院が少ない。

【退院支援調整看護師と在宅ケアチームの連携会議】

- 8.患者の家族等がケアマネを知らないため、連絡が遅れてしまう。
- 9.介護保険課でケアマネを教えてほしい・お薬手帳などにケアマネの名刺など挟んでほしい。
- 10.退院日が決まらないと要介護申請ができず、急な退院に対応できない。

【多職種連携のための意見交換会】

- 11.退院前カンファレンスでの情報の集約・共有が退院支援には一番重要であるが、退院が急に決まり、急な会議の招集となるため、十分な情報共有ができないことがある。
- 12.退院後のイメージが病院と患者・家族間でズレがあり、退院後の生活がイメージされていない。
- 13.病院と在宅・施設との連携を円滑にするためには、早期からケアマネとの連携をとることが必要であるが、あまり連携がとれていない。
- 14.退院後の情報が病院にフィードバックされていない。

- 4.病院(医師・退院調整看護師・MSW)と在宅ケア(在宅医師・訪問看護師・ケアマネ)の意見交換会等の開催
- 8.つくば市共通の連携ノートや見守りカレンダー作成の検討
- 9.誰でも担当ケアマネが分かるようなルール作りの検討
- 10.早期の要介護認定申請の受理についての検討
- 11・14.ITの活用

- ・病院(医師・退院調整看護師・MSW)と在宅ケア(在宅医師・訪問看護師・ケアマネ)の意見交換会等の開催
30年3月23日講演・グループワーク「連携ノート、エンディングノートを病院と在宅と連携でどう活用すれば良いか」
- ・連携ノートの施行実施(要介護3以上で在宅サービスの方を対象)
- ・連携ノートのケアマネの記。30年6-7月に試行状況調査を実施、改善点を確認。
- ・ケアマネに向けて、IT(メディカルケアステーション)の説明

	課題	対応策	対応実績
④ 日常の療養支援について	<p>【抽出課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. サービス担当者会議の参加の確保が必要である。 2. 訪問診療や在宅医療の知識、技術の向上のための勉強会や研修会が少ない。 3. 在宅医療の継続が難しくなってしまう理由として、家庭での介護力の問題が多い。 <p>【委員意見】</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. サービス担当者会議の参加の確保について、ケアマネからも時間の工夫をしてほしい。(連携タイムなどの活用し、顔を合わせることで、顔がわかる関係づくりも重要である) 5. 訪問診療や在宅医療に関する研修会が少ないことについて、医師会でも考えていく必要がある。 6. サービスを少し増やすことにより、もう少し在宅生活ができる高齢者は多いと思われる。 7. 安定した介護力の為にはお金がかかるため、お金をかけずに介護ができる方法を考える必要がある。 <p>【多職種連携のための意見交換会】</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. 複数の科に受診をしていた場合、服薬管理が難しくなり、服薬の支援が必要となることがある。 9. 市民の歯科に関して受診意欲が低い。 10. 相談できる行政の窓口がわからない。(サービス・介護保険も含めて) 	<p>【抽出課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. つくば市のケアマネージャー全員の(医療についての)研修会の実施(①と同じ) <p>1・4. 医師がサービス担当者会議に参加できなくても、情報や意見を伝えられる仕組みづくり。</p> <p>1・4. 連携タイムの周知充実</p> <p>10. 相談窓口としての、地域包括支援センターや在宅会議支援センターの啓発(②と同じ)</p>	<p>・ケアマネージャーのための勉強会の実施 29年度 呼吸器疾患について 30年度 神経難病について</p> <p>・病院(医師・退院調整看護師・MSW)と在宅ケア(在宅医師・訪問看護師・ケアマネ)の意見交換会等の開催 30年3月23日講演・グループワーク「連携ノート、エンディングノートを病院と在宅と連携でどう活用すれば良いか」</p> <p>・連携タイムをホームページに掲載</p> <p>・ホームページや市報、イベントなどでの地域包括支援センターや在宅介護支援センターの啓発の実施</p>
⑤ 急変時の対応について	<p>【抽出課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急変時の受け入れ病院の確保に苦慮している。 2. 24時間対応可能な医療資源の確保が必要である。 <p>【委員意見】</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 緊急ショートステイや小規模多機能のお泊りの空き情報の発信が必要である。 4. ショートステイも医療系(老健)が必要である。特養など福祉系ショートステイは医療依存度が高い人の対応ができない(医療職が夜間いる、老健が望ましい)。 5. つくば市は訪問Drの余力があると思う。訪問Drとどのようにネットワークを組んで推進していくか考える必要がある。 6. 訪問診療の患者であれば問題ないが、外来通院している患者のサービス担当者会議には参加できていない。 <p>【多職種連携のための意見交換会】</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. 夜間帯に医師と連絡が繋がらず対応に困ることがある。 8. 急変時にかかりつけ医が不在であった場合、どこに連絡を取ればよいのか明確になっていない。 9. 病識について、家族の意識が低く、状況を理解していないことがある。 	<p>3・4. 緊急ショートステイや小規模多機能のお泊りの空き情報の発信(茨城県介護老人保健施設空床情報提供システムの活用)(小規模多機能のお泊りの空き情報発信の検討)</p> <p>8・10. 急変時の対応マニュアルの作成(本人・家族の意思も含めた内容)</p>	<p>・高齢福祉課と緊急ショートステイの空き情報をツイッターでの発信 ケアマネ向け緊急ショートステイ空床情報共有システム開始</p> <p>・急変時の対応マニュアルを作成中。 30①意見交換会にて急変時に備えて、本人の必要な情報を一枚のシートで確認できる情報共有シート(案)を作成し、急変時の課題と改善点を確認。情報共有シートの取り扱い書も準備予定。</p>
⑥ 看取りについて	<p>【抽出課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 看取りに関して、医師・看護師共に不安や負担感がある。 2. 訪問診療や在宅医療の知識、技術向上のための勉強会や研修会が必要である。 <p>【多職種連携のための意見交換会】</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 退院の仕方、本人・家族の不安の感が違うと思われる。患者・家族の不安軽減を図るためには、しっかりと病状の説明をする必要がある。 4. 終末期の変化に対する、家族の知識不足がある。本人・家族だけでなく親族もしっかりとした説明を行っていくことが重要であると思う。 5. 自宅で看取った家族の心のケアや急変に対応した職員の心のケアも重要である。 	<p>2. 看取り、訪問診療や在宅医療の知識、技術向上のための研修会の検討</p> <p>4. 看取りについて、パンフレット等での普及啓発を図る。</p>	<p>・看取り研修 アドバンスケアプランニング(将来の治療・療養について話し合プロセス)の研修を29②意見交換会で実施。 30地域リーダー研修会においても実施予定。 →看取りに備えて急変について30意見交換会にて多職種で課題の共有と改善点を確認。</p> <p>・民生委員連絡協議会などでの啓発(今後は、出前講座で実施)</p>

	課題	対応策	対応実績
⑦ 具体的な取り組みについて	<p>【抽出課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急変時の対応について事前に病院と連携する仕組みづくりが必要である。 2. 在宅医療に取り組む医師が不在になる場合に、一定期間代行する医師を病院から派遣できる仕組みづくりや経験が豊富な医師に相談や支援してもらえる仕組みが必要である。 3. 市民の不安解消のため、在宅医療・介護についての啓発活動の強化していく必要がある。 <p>【委員意見】</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. 主治医と副主治医の両方でカルテを作り複数で対応するなど、複数の連携が必要である。 5. 医師会の中で在宅診療をしている医師のネットワークも必要である。 6. 市民への在宅医療・介護についての啓発活動の強化していく必要がある。 (1か所多くは限界があるので、小さい単位(15人くらい)で何でも気軽に相談会を開催すると良い。またパンフレットなどで在宅医療について広報した方が良い。 7. 専門家の視点でなく、生活者の視点で見ていったほうが良いと思う。 8. 歯科の分野では、入れ歯や義歯の手入れなどでの要望 	<ol style="list-style-type: none"> 4. 「長崎在宅Dr. ネット」のような、在宅訪問診療や往診を複数の医師が連携する仕組み作りの検討 3・6. 市民に対して小さい単位での在宅医療・介護の出前講座や相談会を開催の検討 8. 訪問診療、訪問歯科、訪問できる薬局の入ったパンフレットの作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員連絡協議会などでの啓発 ・つくば市の出前講座(市の事業や施策について職員が地域に向いて説明)として市民啓発を実施 ・各圏域における各圏域の医療介護従事者による在宅医療介護啓発講座の開催を予定(30年度は一部圏域で試行的に実施予定) ・在宅医療と介護のサービスマップの作成
⑧ かかりつけ医	<p>【抽出課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 年齢が高い程「病院」がかかりつけ医であるため、診療所のかかりつけ医を持つ必要がある。 2. 荃崎圏域は、特にかかりつけ医が病院である傾向が高い。 <p>【委員意見】</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 病院と診療所の連携や検討の場が必要である。(病院連絡会のような) 4. 緊急時などの時に大きい病院に入院し、そのままかかりつけ医になってしまう傾向がある。 (荃崎圏域は、地域のコミュニティがあるので、お互い乗り合いで大きい病院に行く傾向がある。また、都内から引っ越してきた世帯が多いので、地元の診療所より、大きい病院に通院する傾向がある。) 	<ol style="list-style-type: none"> 1・2. 複数のかかりつけ医を持つ意義についての啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・出前講座、圏域別在宅医療介護啓発講座において、かかりつけ医を持つ意義について啓発を実施予定 ・市民健康講座等において啓発を継続
⑨ 在宅医療の認知度	<p>【抽出課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在宅医療についての認知度を上げる必要がある。 <p>【委員意見】</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 身近に在宅医療や介護を受ける人がいないと、関心がないので、健康教室やイベント時にPRした方が良い。 3. 全市民向けのPR活動が必要である。 	<ol style="list-style-type: none"> 1・3. 市民に対して小さい単位での在宅医療・介護の出前講座や相談会を開催の検討(⑦と同じ) 1・3. 訪問診療、訪問歯科、訪問できる薬局の入ったパンフレットの作成(⑦と同じ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員連絡協議会などでの啓発(今後は、出前講座で実施) ・在宅医療と介護のサービスマップの作成
⑩ 高齢期に自分が過ごしたい場所	<p>【抽出課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 高齢者本人は、自宅で過ごしたい人が多いが、家族に負担がかかるという理由で実現が難しいと考える人が多い。 2. 家族が協力的でない世帯や家族がない、または家族が遠くに住んでいる世帯などへ対応が課題である。 3. 看取りを迎える場所では自宅が最も多いが、迷惑がかかるからと考える人が多い。 <p>【委員意見】</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. 在宅での医療や介護のイメージがつきにくいので、実際に在宅医療を行っている医師の話や聞き取りと理解しやすいのではないかと。 5. 現行の介護サービス制度では利用できないサービスの創出があるとよい。 6. 独居高齢者の身元引受人がいなくてサービス提供や施設入所時に困ることがある。 7. グループホームなどでの看取りは、介護職のみの場合は躊躇してしまう。 8. サービス利用の切り替えがうまくいかないと、入院が2~3日長くなり、退院しても在宅生活が難しくなる。 9. 子育て年齢が遅くなってきているため、親の介護と子育てが同時期になってしまい大変になることがある。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在宅医療や介護サービスについての、情報発信をして、サービスを利用することにより、家族に対して負担が軽減できる認識を周知する。 1・3. 在宅医療や介護サービス利用方法の周知拡大 (つくば市在宅医療・介護ガイドマップの作成し、市内になる在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションなどの周知する) 1・3. ハートページの発行 (介護保険総合案内・介護サービス事業所リスト) 3・7. 看取りについて、パンフレット等での普及啓発を図る(⑥と同じ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員連絡協議会などでの啓発(今後は、出前講座で実施) ・在宅医療と介護のサービスマップの作成 ・ハートページによる啓発 ・民生委員連絡協議会などでの啓発(今後は、出前講座で実施)
⑪ 高齢期に家族に過ごしてもらいたい			
⑫ 自宅での療養生活の希望と			
⑬ 看取り			

	課題	対応策	対応実績
⑭ 自宅での療養生活で受けたいサービス	<p>【抽出課題】</p> <p>1.介護保険では補えないインフォーマルなサービスの充実を図る必要がある。</p>	<p>1.現行の介護サービス制度では、対応できないサービスの創出を図る(自助・共助)</p>	<p>・生活支援体制整備事業にて、互助の醸成を図る(他事業)</p>
⑮ 在宅療養支援病院等の認知度	<p>【抽出課題】</p> <p>1.在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所などの医療機関や訪問看護ステーションなどの介護サービス事業所の認知度が低いため、医療や介護全体について、さらなる周知が必要である。</p> <p>【委員意見】</p> <p>2.在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所などの内容について、詳しく周知したほうがよい。</p>	<p>1・2.在宅医療や介護サービス利用方法の周知拡大(つくば市在宅医療・介護ガイドマップの作成し、市内になる在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションなどを周知する)(⑩⑪⑫⑬と同じ)</p> <p>1・2.ハートページの発行(介護保険総合案内・介護サービス)</p>	<p>・民生委員連絡協議会などでの啓発(今後は、出前講座で実施)</p> <p>・ハートページによる啓発</p>
⑯ リハビリ	<p>【抽出課題】</p> <p>1.歩くのが大変になる前の予防運動等の啓発活動が必要である。</p> <p>【委員意見】</p> <p>2.病院から退院するときには、日常生活でのリハビリや生活環境を整えていく必要がある。</p> <p>3.要介護認定が高くても、医療や介護を使いながら在宅生活できる事例を市民に啓発する必要がある。</p> <p>4.何かあった時に、すぐに導入できるリハが必要である。</p>	<p>1・2.介護予防的な観点に立ったりハビリの指導・助言の場の検討(モデル事業)</p>	<p>・総合事業サービスCの実施(短期集中型サービス)</p>
⑰ 健康・医療で悩んだ際の相談相手につ	<p>【抽出課題】</p> <p>1.地域包括支援センターや在宅介護支援センターの周知をさらに広め、高齢者へ相談窓口の利用向上が必要である。</p>	<p>1.在宅医療や介護サービス利用方法の周知拡大(つくば市在宅医療・介護ガイドマップの作成し、市内になる在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションなどを周知する)(⑩⑪⑫⑬と同じ)</p>	<p>・ホームページや市報、イベントなどでの地域包括支援センターや在宅介護支援センターの啓発の実施</p>
⑱ つくば市救急医療情報便ツクツク見守	<p>【抽出課題】</p> <p>1.「つくば市救急医療情報便ツクツク見守りたい」の認知度が、ほとんどないため周知が必要である。</p> <p>【委員意見】</p> <p>2.地域ごとなどでの説明会が必要である。</p>	<p>1.市報等での広報の実施(担当課に報告)</p>	<p>・ホームページや市報、イベントなどでの啓発の実施</p>
⑲ つくば市の医療体制について	<p>【抽出課題】</p> <p>1.在宅療養が必要になる前から在宅医療・介護サービスについて情報発信を行う必要がある。</p>	<p>1.在宅医療や介護サービス利用方法の周知拡大(つくば市在宅医療・介護ガイドマップの作成し、市内になる在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションなどを周知する)(⑩⑪⑫⑬と同じ)</p>	<p>・ホームページや市報、イベントなどでの地域包括支援センターや在宅介護支援センターの啓発の実施</p>