

平成24年度在宅医療連携拠点事業
成果報告会
～手稲家庭医療クリニックの取り組み～

医療法人溪仁会手稲家庭医療クリニック
院長 小嶋 一

1.手稲家庭医療クリニックの特徴

- 札幌市手稲区(人口14万人)に位置する。
- 幅広い疾患に対応できる家庭医が診療している
- 家庭医を育成する研修施設であり、4名の指導医、8名の後期研修医がグループを組み、在宅医療を実践している
- 外来、在宅、入院の医療機能を合わせ持つ有床診療所(19床)
- がん終末期の患者を対象に緩和ケアを行なっている
- 年間150人近くの患者の看取りを行なっている
- 24時間対応の訪問看護ステーションを併設している
- 地域の急性期医療を担う手稲溪仁会病院と患者情報を共有
- 院長は札幌市医師会在宅療養支援委員であり、地域で在宅医療を推進する中心的役割を担っている。

2.特徴的な取組み、先進的な取組み

1)既存のネットワークを活かした多職種連携

札幌市には多職種が集まる「在宅ケア連絡会」が平成9年から設置されており、年間7～12回の会合を行なっている。

今回の拠点事業では新たな会議体を設けることなく「在宅ケア連絡会」を拠点事業の協議の場とした。

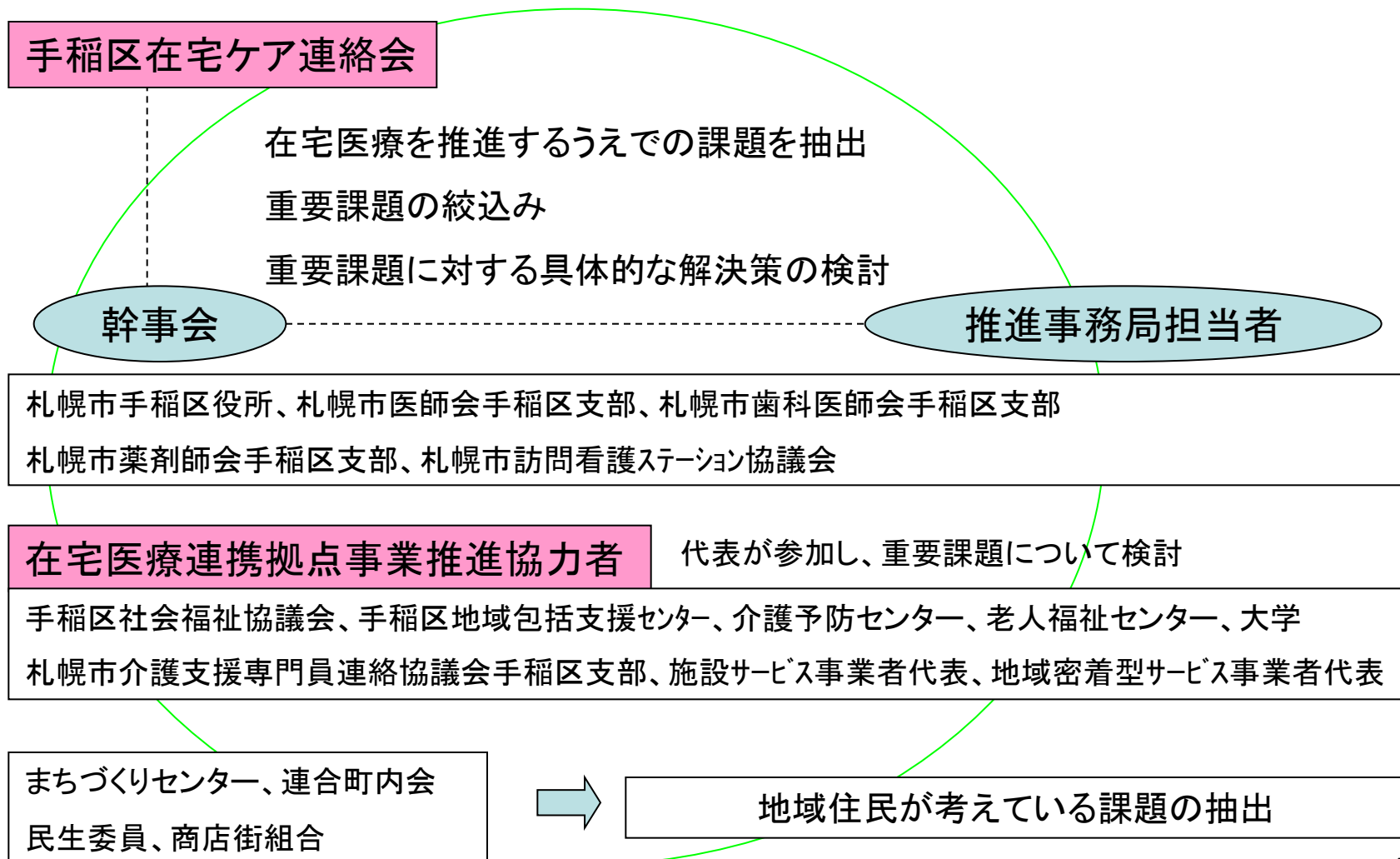
2)行政との密接な連携

「さっぽろ医療計画」の医療連携事業と歩調を合わせ、行政と密接に連携することにより、在宅医療連携にとどまらない包括的な取り組みができている。

3)家庭医・総合内科医による幅広いグループ診療

年齢性別を問わず幅広い医療問題に対応できる外来、末期がん患者を対象とした終末期医療を提供する病棟を組み合わせ家庭医がグループを組んで対応力の高い在宅医療を実践

1)既存のネットワークを活かした多職種連携



2)行政との密接な連携

行政機関と連携した高齢者支援体制の確立

手稲鉄北地区

手稲区
まちづくりセンター
(まちづくりの拠点)

地域包括支援センター
介護予防センター
(介護の拠点)

保健師、町内会
からの情報提供
福祉のまち推進
センターに対する
医療的支援

高齢者総合相談窓口
機能の強化

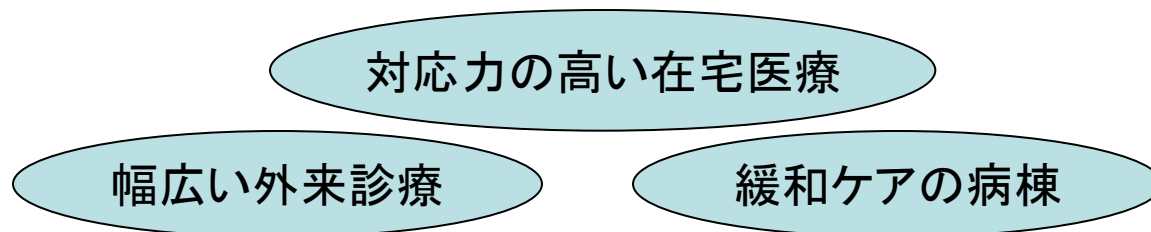
認知症
精神疾患
受診拒否等の
対応困難事例
虐待の疑い等

まる投げしない
最期まで関わる

手稲家庭医療クリニック
(在宅医療連携の拠点)

困っていることを
相談しあえる体制

3)家庭医・総合内科医による幅広いグループ診療



4名の指導医と8名の後期研修医がグループ診療を実施

- 手稲家庭医療クリニックで実施している家庭医の養成は全国から多数の研修医を集める魅力あるプログラムとなっている。
- 家庭医として継続的に在宅医療にかかわる若い医師を今後も養成し続ける。
- 一人でも多くの家庭医を輩出することにより、在宅医療を担う医師の裾野を広げる。

若い力と学ぶ意欲が原動力

3.地域の在宅医療・介護の課題

【重要課題の絞込み】

- ・24時間往診可能な医療機関が少なく、急変時に入院できる医療機関を探すことも困難
- ・認知症に対応できる医療機関が少なく、利用者、家族から受診を拒否される場合も多い
- ・ターミナルケアのニーズに対して、対応できていない
- ・急な退院でサービス調整の時間がとれず、関係職種との連携がとりにくい

【要因】

- ・医師が一人体制であり、訪問診療の時間の確保、夜間の往診対応が困難
- ・日常的に介護サービス従事者から医師に相談しにくい環境となっている
- ・急性期病院の在院日数の短縮と調整時間の不足
- ・ターミナルケアの経験、研修が不足している
- ・認知症の正しい理解がされていない
- ・病院スタッフが在宅医療の現場を知らない

【課題に対する活動計画】

- ・在宅医療に関わる医療機関との24時間連携体制の構築
- ・介護サービス従事者が医師に気軽に相談できる環境整備
- ・地域住民が気軽に相談できるワンストップサービス窓口の充実
- ・急性期病院退院患者の在宅復帰支援(アウトリーチ)
- ・医療・介護従事者を対象としたターミナルケア、認知症に関する研修会の実施
- ・在宅医療の現場を知るための同行訪問(病院主治医、病棟看護師、開業予定医師等)

地域の課題抽出のための調査方法

～効果的な活動にするためのポイント～

単にアンケート用紙を郵送するだけでなく、現場に足を運びニーズを聞き取る

- ・在宅療養支援診療所届出医療機関を訪問し、臨時往診、夜間対応の状況を聞き取り
- ・居宅介護支援事業所を訪問し、医療機関との連携に関して聞き取り
(地域包括支援センター職員が全事業所を訪問)
- ・ナイトケアを実施している訪問介護事業所を訪問し、実施状況を聞き取り
- ・特別養護老人ホームの配置医師と土曜日、日曜日、夜間の診療応援と看取りの対応について協議
- ・急性期病院の退院支援部門との定期打ち合わせ
- ・町内会の会合に出席し、地域住民から直接意見を聞き取り
- ・医師の面談時間を設け、在宅医療、介護関係者が直接相談できる体制を構築(地域リーダーとしての役割)

【課題解決のための活動の成果】

- ・地域住民が気軽に相談できるワンストップサービス窓口の充実
区役所、まちづくりセンター、地域包括支援センターと連携し、地域住民に医療、介護、福祉をまたいだワンストップサービスを提供する体制が整った。
在宅医療、介護、高齢者、障がい者支援のための総合相談窓口を開設
- ・急性期病院退院患者の在宅復帰支援(アウトリーチ)
急性期病院の退院調整部門は転院調整で手一杯なため、病棟に出向いて患者家族の在宅復帰支援を行うことはかなり効果的である。
- ・医療・介護従事者を対象としたターミナルケア、認知症に関する研修会の実施
地域包括支援センター、介護支援専門員連絡協議会と研修会を合同企画
医師が中心となりグループワーク形式で開催、今後も継続発展させていく。

【課題解決のための活動で不十分におわった点】

- ・在宅医療に関わる医療機関との24時間連携体制の構築
多職種連携会議への出席呼びかけ、訪問活動によるニーズ聞き取りを実施したが具体的な協力体制には至らなかった。
- ・介護サービス従事者が医師に気軽に相談できる環境整備
週1回、医師の面談時間を設けたが、相談件数は10件程度に留まった。
ITの活用が不可欠(コミュニケーションツールの試験的運用開始)
- ・在宅医療の現場を知るための同行訪問
急性期病院の医師、看護師の時間の確保が困難、トップダウンが必要

4.拠点に配置した看護師、MSWの取組み内容と効果

行政機関、地域包括支援センター、医療機関、介護施設
介護サービス事業者に対する医療支援

【相談実績】

行政機関 4件

地域包括支援センター 7件

医療機関 114件

介護施設、介護サービス事業者 38件

急性期病院の退院・通院患者の在宅移行支援 44件
(急性期病院のMSW、退院調整NSと患者支援を実施)

患者・家族からの直接相談 25件



在宅患者の依頼件数が増加する一方、受入られる在宅患者数には限界がある。(地域での協力体制は不可欠)

5.来年度に向けて

- ・既存のネットワーク、職能団体との一体感をもった活動
- ・行政機関の医療計画との整合性
- ・医師会における在宅療養支援委員としての立場
- ・在宅患者をグループで診療できる強みと連携体制の構築
- ・介護予防教室、町内会の会合を活用した普及啓発活動
- ・高齢者総合相談窓口の確立、在宅医療・介護従事者の支援

継続



在宅医療連携拠点事業所という立場によって関係者が納得



- ・自院の在宅医療提供体制の強化と協力体制の構築
- ・急性期病院退院患者のアウトリーチ強化
- ・認知症、看取りを重点項目とした取り組み

発展