

在宅医療連携拠点事業成果報告

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

【拠点事業が介入する前の地域の在宅医療・介護の普及状況や抱えていた課題】

- A 在宅医療を担う医師が少ない
- B 医師が在宅医療を理解していない
- C 在宅医療従事者の負担が大きい
- D 在宅医療と介護・福祉との連携が少ない
- E 地域の在宅療養支援診療所間の連携が少ない
- F ステークホルダーとの連携が少ない

【最も重要な課題】

- B 医師が在宅医療を理解していない

【取り組み】

- ① 中核病院の院内職員対象の**在宅医療講演会**
- ② **在宅医療科・退院支援外来**の新設、在宅医療科利用ガイド作成

【その他の課題についての取り組み】

A, C 在宅医療に関する茨城県の検討委員会にて、県立病院や公的な医療機関に携わる医師が、在宅医療を提供する、あるいは在宅医療を担う医療機関に出向いて診療するなど、医師の流動化について要請した。在宅医療分野の最も重要な課題として提案したが、計画に記載されることはなかった。参考意見として記録には残った。当事業所単体でどうすることもできない課題である。在宅医療のあらゆる場面に対応できる事務職員として、在宅医療コーディネーターを育成した。

C 在宅患者数の少ない小規模在宅療養支援診療所と連携した。

D 「顔の見える関係」の構築、「交流の場」を提供のため**水戸在宅ケアネットワーク**および、**水戸在宅ケアカンファレンス**を継続した。多職種の理解を深めるため、水戸在宅ネットワーク会員の中から、業種内容や事業所についての研修会の開催を企画した。介護職員の医療に対する知識向上を目的に医療体験を企画した。

D, E, F 在宅医療推進と連携強化目的にてアウトリーチを行った。地域住民への在宅医療普及啓発目的にて、**いばらき診療所 Annual Meeting2012**を開催した。

2 拠点事業の立ち上げについて

拠点事業採択後、直ちに「**在宅医療相談窓口**」を設置した。地域の在宅医療を希望される方の相談窓口として専従する看護師、医療コーディネーターを配置した。中立性を重視し、地域の医療、介護情報を提供した。

人員の選定については、ケアマネジャーの資格を持つ看護師が必須であるが、法人内ではこの資格を持つものは管理者であったり、現場の訪問看護師であったりと専従者として異動させることは困難で、新規募集をせざるを得なかった。当院の在宅医療コーディネーターは、そのまま拠点事業に専従する事ができた。講演会、カンファレンス、発表会等のイベントの際には法人の他事業所や他法人の協力者（ステークホルダー）にも応援をお願いした。当院は、水戸在宅ケアネットワークを主催しており、ある程度ネットワークが出来上がっている状態で事業を開始することになった。

当事業の取り組みをご理解いただき、茨城県、水戸市、水戸市医師会、水戸市社会福祉協議会に、北関東ブロック発表会を後援していただいた。北関東ブロック発表会にて、橋本昌茨城県知事に御挨拶をしていただき、平成25年1月30日付の茨城新聞に記事が掲載された。茨城県ケアマネジャー協会、水戸済生会総合病院、水戸協同病院、水戸日赤病院等にお伺いし事業説明、ご協力をお願いした。本年度事業内で、県内全域まで見据えたネットワークの構築は困難であったが、多職種リーダー研修を共催したことで県全域へのネットワーク構築のきっかけができた。

3 拠点事業での取り組みについて

- (1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

【取り組み】

1、ワムネットでの検索 ワムネットでの検索に関しては、水戸市内、市外の医療機関、訪問看護ステーション、訪問リハビリ、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、訪問入浴事業所、訪問理容、デイサービス、グループホーム、レンタル事業所、地域支援、障害者施設、行政などに関する検索を行い、利用可能な資源の把握を行った。

2、水戸在宅ケアネットワーク 平成22年8月に「顔の見える関係」の構築、「交流の場」の提供を目的とし、水戸在宅ケアネットワークを発足させた。現在では会員数179名。会員の職種としては看護師、薬剤師、ケアマネジャー、民間救急と多職種に亘り、会員を中心として行うカンファレンス、「水戸在宅ケアカンファレンス」にて顔の見える関係を築く事ができている。

3、当院の連携先リストの整理 在宅医療専門の相談員として在宅医療コーディネーターを配置している。訪問業務、相談業務、連携業務等、電話対応等の業務を行い当院のサービス提供の中心となっている。その在宅医療コーディネーターそれぞれが所有している連絡網や携帯連絡先を調査した。地域の医療・福祉資源の把握としては以上の3点が上げられ、その情報を基にアウトリーチを実施した。近隣の医療機関や、地域包括支援センター・地域窓口、介護施設等へ在宅医療や相談窓口設置の説明を行い、今年度49施設を訪問した。また、それらで把握した内容をリスト化し、水戸在宅ケアカンファレンス・アニュアルミーティング等への案内状や、医療・介護連携ガイドブック作成のため各事業所へのアンケート依頼時の送付先として使用した。

【労力】把握期間として1ヵ月半を要した。拠点事業のスタッフ3名、医師1名、事務職員2名が担当。

【工夫】検索にてあげられた資源のなかには実働していないものもあり、電話での実働確認おこなった。

【効果】地域の医療・福祉資源の把握に関しては一

覧表が完成しており、講演会の案内を送付し、新たな「顔の見える関係」の構築をすることができた。しかし資源の活用としては内容が薄く、詳細確認に関してはインターネットや電話での確認をしている。その対策として医療・介護連携ガイドマップを、茨城県看護協会との協同作成となり、把握した資源を基とし看護協会が案内送付、アンケート集計を行った。現在印刷中である。

(2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

【取り組み】今年度内に水戸在宅ケアネットワーク総会1回(年1回)、水戸在宅ケアカンファレンスを3回(3ヵ月に1回)開催した。合計194名(延べ人数)の参加があった。

【労力・工夫・誰が】できるだけ多くの医療・介護関係者に参加いただき、「顔の見える関係」を構築するため、毎回497の事業所へ案内を送付し開催準備を行った。参加メンバーは、医師・歯科医師・リハビリ関係者・看護師・薬剤師・介護支援専門員・社会福祉士・介護職員・その他多職種に亘る。全職種が関心を持ってもらうにはどのような議題が良いのかを、役員で協議し、拠点事業のスタッフ3名、事務職員1名によって1ヵ月以上前から会場の予約、案内状の作成、資料の準備のほか、グループワークでは多職種が混ざり合うようにメンバーを決めるなど、開催に向け取り組みを進めた。

【効果】カンファレンス3回の水戸在宅ケアネットワーク会員の参加者合計は94人(延べ人数)だが、非会員は3回合計で119人(延べ人数)となり、新規参加者が増加している。水戸在宅ケアネットワークの知名度の向上と、医療介護連携に関心がある関係者が増加している結果である。

(3) 研修の実施

【取り組み】地域医療・介護関係機関の知識向上目的に「いばらき診療所在宅ケアの基礎講座」と題し、外部講師による多職種向け研修会を2回、在宅医療推進目的にていばらき診療所とうかい院長、いばらき診療所看護部長による医療機関向け研修会

を6回、いばらき診療所みと院長の地域医療機関への研修会を1回、いばらき診療所みと院長と医療コーディネーターによる研修会を1回、いばらき診療所訪問看護ステーション研修会を2回、の合計12回研修会を開催した。また、在宅医療関係者の知識向上目的にて体験型研修会を3回開催した。外部講師による多職種向け講演会は、「高齢者の骨折と運動療法」に102人、「在宅における感染予防の基礎知識とワクチンについて」には69人の参加があった。在宅医療推進の為の医療機関向け講演会は地域施設での講演会1回、医療機関での講演会5回の合計6回開催した。

【効果・工夫】参加者は合計422人の参加があった。しかし、医療機関での講演後に新規在宅移行患者が増加する事はなく、即効性のある効果は出なかった。地域医療機関への研修会では、在宅医療の現状と問題点を挙げ、安心して在宅医療を始めるためには在宅移行患者の情報を早期に提供して欲しいと説明し、その医療機関では早期の退院時カンファレンス開催や患者情報等を早期に提供するなど患者への配慮がされた。在宅医療関係者への体験型研修会では合計16名が参加され、アンケート結果では、特に胃ろうの仕組みなどに関心を示し、全員からとても為になったとの回答があった。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

【取り組み】いばらき診療所は、訪問診療に特化した医療機関である。水戸市、日立市、ひたちなか市、東海村、茨城町に5つの診療所、訪問看護ステーションが4事業所あり、24時間365日体制が確立されている。地域の介護提供体制としては水戸市内で24時間訪問介護を提供しているのは1事業所あり、介護施設は介護保健施設が10件、介護福祉施設が18件、ショートステイ受け入れ施設が38件ある。また、小規模多機能型施設は7件あり、介護の提供を行っている。

【工夫】開院時より 24時間コールセンターを設置しており、在宅医療コーディネーターが電話を受けて

いる。電話を受けた場合には、患者の状態を詳しく聞き、その後、状況に応じて看護師や医師にコンサルテーションをする。医師の判断で往診となった場合、必ず在宅医療コーディネーターが同行する。

【効果】在宅医療コーディネーターが電話対応し、対応の振り分けを行うため、看護師、医師の負担軽減となっている。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

【取り組み】水戸在宅ケアネットワークにて、カンファレンスを開催し、多職種交流の場を提供した。頻度としては3カ月に1回を目安として開催。

【工夫】カンファレンスでは、より顔なじみになれるよう、講演会のほかグループワークを実施し、カンファレンス終了後には名刺交換会を行った。

【効果】水戸在宅ケアカンファレンスへのケアマネジャー参加者数は第9回14人、第10回は12人、第11回は19人の参加があった。水戸在宅ケアネットワーク設立当初としてはケアマネジャーとの連携強化が目的としてあげられており、ケアマネジャーの参加は参加者合計で毎回25%前後を占め参加率が高い。

(6) 効果的な情報共有のための取組(地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など)

【取り組み】茨城県央・県北脳卒中地域連携パス研究会、茨城県大腿骨頸部骨折県央ネットワークへの医師、在宅医療コーディネーターの参加による意見交換を行った。連携パスは既に使用している形式がある。リハビリが主導する会になっており、居宅系ケアや在宅医療はコンセプトにあまり入っていない。運用もきわめて少ない。ITは活用されていない。非常に課題が多い。回復期リハビリが中心となり、ようやく老健施設が参入したレベルである。

(7) 地域住民への普及・啓発

【取り組み】地域住民向けの、いばらき診療所 Annual Meeting 2012を開催した。1日目は内閣官房社会保障改革担当室長中村秀一先生による講演会を開催した。2日目はいばらき診療所スタッフによる体験

相談会、各診療所院長による講演、いばらき診療所在宅医療推進協議会を開催した。医師5名、拠点事業スタッフ3名、事務員9名、看護師・リハビリスタッフ13名により各体験相談会や講演会が行われた。

【効果・工夫】一般参加者は1日目10名、2日目3名と少なく、訪問診療新規患者数も11月8名、12月8名と変化なく、普及啓発の効果は出なかった。拠点事業としての、在宅医療普及啓発目的のパンフレットは、いばらき診療所みと独自のものではなく、標準的な在宅医療について記載されたものを作成される方が良いと判断し、新しいパンフレットの作製は行わなかった。ホームページは、拠点事業の公共性を考慮していくことと、当法人の方針とのギャップが埋まらず断念した。差別化と公平性は、相反するので表記が非常に困難であった。茨城県の事業として行った多職種協働リーダー研修でも同様の問題点があった。研修会スライドの内容で、いばらき診療所を連想するような記載の削除を求められた。

(8)災害発生時の対応策

【取り組み】災害時に患者自身が医療機器への対応ができるように災害時マニュアルを作成した。災害時購入物品としては、吸引やネブライザーを使用している患者さんが、災害による停電時等に使用できるよう充電式吸引器を3台、充電式ネブライザーを5台、アンビューバック1台、ACDCコンバーター5台、発電機2台、20Lガソリン携行缶2缶を購入した。

【工夫】ガソリン携行缶においては、常時満タンにしておき3カ月に一度訪問診療車へ移し新しく満タンにする形で運用管理している。

4.特に独創的又は先進的だと思う取り組み

【取り組み】地域医療機関内にて、「在宅医療科・退院支援外来」として在宅移行希望患者の相談受付及び、診察を実施した。在宅医療相談窓口として入院病院からの退院に伴う在宅医療に関する相談を受けている。退院支援を行う上で、電話での相談や紹介状等の書類での情報共有では不足することも多く、またその確認に時間がかかってし

まうことも少なくない。患者様の病状によってはなるべく早急な退院支援が必要となる場合もある。そのような問題に対し、退院支援については入院医療機関と在宅医療に関わる機関に円滑な連携による医療体制を確保することが必要であろうと考えた。また、自宅療養が可能かどうかの判断をすることに関しても入院病院側としては困難であり、在宅医療科を設置することによって、院内、院外に対しての在宅医療の窓口が周知され、定期的な外来枠を設定することで、紹介、コンサルテーションの枠組みが出来た。さらに、適切な退院を支援ができ、それに伴った入院病院の負担軽減やMSWの負担軽減を図るため取り組んだ。

【労力・誰が】「在宅医療科」の開設までには、在宅医療についての院内講演会を2回、事務担当者による打ち合わせを1回、その他打ち合わせは十数回にわたり行った。約2ヶ月間の準備期間の後、平成25年1月10日に、外来開始となった。いばらき診療所みと医師1名、在宅医療コーディネーター1名、病院医師、病棟看護師、病院ソーシャルワーカーが担当し、毎週水曜日午後実施している。

【効果】現在まで相談件数9件、在宅移行患者3名。相談者内訳として病棟医師からが6件、病院ソーシャルワーカーからが3件となっている。(3/27現在)在宅移行に関して本来であれば各職種との数度のやり取りが必要となるところであるが、その場で様々な展開を想定した上での方針や対応策を決定できたことは大きな時間短縮、負担軽減につながったといえる。しかし1日に2件の相談が最多であり、現時点で相談件数の増加もみられていない。在宅医療科設置前に院内向け説明会を行ったことや、パソコン上の院内ニュースに在宅診療科の案内を掲示するなど周知活動を実施した。利用率の向上が今後の課題である。

在宅医療コーディネーター育成事業を企画実施している。現在医療コーディネーター育成用のテキストを作成中であり、大学のゼミと連携し来年度9月にゼミ開始予定である。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

【水戸在宅ケアカンファレンス】

今年度は、在宅医療連携拠点事業と共催として、合計3回のケアカンファレンスが行われ、これまで以上に多職種多事業所の参加があり、地域の多職種連携構築に効果があった。地域包括支援センターからの参加や、新規事業所の参加の増加があり、水戸在宅ケアネットワーク会員は179名だが、設立時より水戸在宅ケアカンファレンスへ一回以上参加した関係者は、実人数376名延べ718名となり、一回以上参加した事業所数は169事業所、延べ419事業所の参加があった。

【在宅医療ホットラインの確立】

他の医療機関、事業所などと患者様・利用者様のやり取りなどを行っていく中で、在宅医療ホットラインの構築がなされた。24時間365日対応可能であり、地域医療支援病院や回復期リハビリテーション病院をはじめ、市町村、地域包括支援センターと連絡を取り合う機会が頻回にある。**在宅医療ホットライン**という形で、それぞれの医療機関からの問い合わせや、情報共有が迅速に行われている。

【多職種協働地域リーダー研修】

平成25年3月20日、県内全域の医療・介護・福祉・行政・保健所が一堂に集まり研修会を行った。地域別にグループを作り、講演からグループワークまで実施し、多職種協働を体験できた。アンケートを集計中であるが、概ね好評であったと報告を受けた。課題に関しては、今後検討委員会で継続審議されることになっている。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

地域住民への在宅医療普及啓発目的に、AnnualMeetigを開催したが一般の参加者が少なかった。案内状は医療介護関係機関のみではなく、患者家族の会などにも幅広く1000件を越え送付したが参加には至らなかった。市報等へ案内を載せてもらうなど幅広く地域住民への案内方法を検討すべきであっ

た。また、公民館等、地域住民が集まる場所へのチラシ配布なども検討すべきであった。在宅医療の相談会等を公民館など小集団から行う事で、地域に根付くきっかけになるのではないかと今後の検討課題である。

地域の拠点として活動するにあたり、行政、郡市医師会との連携は必須であると感じた。医療従事者の負担軽減や人材育成等は一事業所が行う事で地域の在宅医療従事者の負担軽減や人材育成が効果的に行われるわけではない。今年度は、今まで培ってきた水戸在宅ケアネットワークを活かし活動してきたが、会員からの多職種の情報共有の窓口を一元化して欲しいとの生の声に添えていくためには、行政・医師会・歯科医師会・看護協会・薬剤師会・理学療法士会・作業療法士会・栄養士会・ケアマネジャー協会・介護福祉士会・など関係する全ての機関の情報が共有できるシステムが必要であり、地域で関わる必要がある。同じ地域の拠点である、茨城県看護協会の事業である**在宅医療連携拠点推進協議会**は、その可能性を秘めている。

情報のIT化を推進し、多職種間のリアルタイムでの情報共有を検討してきたが、検討していたシステムにセキュリティー面での問題があり、運用見送りとなった。いばらき診療所みと内での情報共有の為にiPadminiを7台リース契約したが、専門外の医療コーディネーターが担当したため設定、運用までに時間がかかる結果となってしまった。PCの操作・設定など専門外の職員では難しい部分も多く、PC操作等専門職が配置されていることが望ましいと考えられる。PC・IT専門職の必要性を実感した。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

連携とは、責任のなすりつけ合いではない。まず、自分たちがやるという仲間を集めることである。やらされ仕事ではできない。やることはスタンダード化されており、難しいことなどない。押し付け合いをしないことが肝要である。多職種の連携をする中で、各職種の能力を結集し、地域の為に活動するという方向性を共

有することが大切であると考える。

退院支援が在宅医療の一つの窓口であると考えている。在宅医療が必要になった時、その患者さんに何が必要かを考える。そういった経験を積んでいくことが、連携になる。患者さん抜きに、会議しても何も生まれない。知識を得るだけであれば、インターネットを利用すれば十分である。在宅医療の実践を通じて、地域で必要とされている課題を一つ一つ抽出し、話し合っ解決していくという地道なやり方が最も大切である。1人の患者さんの在宅医療をできない組織やケアチームが、地域全体の在宅患者を診ることは不可能である。地域が広域であろうとなかろうと、一つ一つの症例を経験していくことで連携も成熟しく。

新規参入するのであれば、これまでの経験やネットワークを十分活用できる地域が望ましい。自分の勤務先病院の周辺、研修先病院、医局の関連病院、あらゆるネットワークを活用していくことが必要であり、研修先病院の目の前で開業するなど有効である。さらに言えば、病院が外来の一部の機能を門前の診療所に移し、病院と診療所が連携して在宅医療を展開するなど理想的である。そういった意味でも、在宅医療科の設置は、複数の医師が所属する医療機関や病院が在宅医療に参入するとよいモデルと言える。その場合、病院が拠点となり介護が連携していくというやり方が効率的である。病院が在宅医療に参入することに対する批判的な意見があるが、あらゆる医療機関や介護関連施設が協力して地域包括ケアを実践すべきである。

サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームをはじめとする入居系介護サービスを利用している方への在宅医療ニーズが急増している。介護保険の保険者である市町村との連携は必須であることは言うまでもない

8 最後に

在宅医療連携拠点事業で、最も効果があった点は「**全国の拠点と顔の見える関係を築いた**」ことである。一堂に集まるという意味は、良い取り組みだったと評

価している。在宅医療を普及させることと、医師不足を改善することは別問題であり、茨城県のような医師・看護師不足の地域で、同じタスクで事業をすることの意味があるのかないのかは、今後検討される課題である。当地域で最も問題なのは、医師・看護師不足である。

在宅医療を専門としている在宅療養支援診療所にとって、連携は既に確立されていて大きな課題ではなかった。研修会等々でも、医師会と行政の関係性が大きく取り上げられ、はっきり言って蚊帳の外であった。そこが問題とはじめからわかっていたのだから、拠点は市町村の地域包括支援センターと郡市医師会の在宅医療担当の共催とすべきと考える。平成 25 年 3 月 17 日に行われた、日本医師会在宅医療支援フォーラム

<http://www.med.or.jp/jma/nichii/zaitaku/001450.html> が行われた後は、多少風向きが変わった印象がある。公共性、公平性を重視するのか、在宅医療の質を重視するのか全く質の違ったタスクが混同しており戸惑いが多く、単一診療所が担うには重いタスクが多かった。特に、多職種の職能集団すべてを単一診療所がまとめることは非常に困難であった。連携というキーワードで進める事業は、団体が主催すべきだと考える。連携とは聞こえはよいが、在宅医療を受ける側からみると、見方によっては見放されると印象付ける可能性がある。本来在宅医療は、利用者である患者さんとの結びつきが強いはずである。多職種の連携が在宅医療の課題ではなく、患者さんとの関係が希薄な医師が多い事が課題なのだという印象を持った。連携したら、在宅医療が進むというのは在宅医療をやっていない人の発想なのかもしれない。最初から、どこかに依存しているようなやり方で広めることは、リスクを伴う可能性を秘めている。在宅医療で最も大切なのは、「**医師患者関係の確立**」である。この議論がなかったのは、今後の課題ではないだろうか。ただ、現場で働いている在宅医の方々は、すでに確立している印象も得た。