

平成24年度 在宅医療連携拠点事業 成果報告

北関東ブロック

いばらき診療所みと 院長 丸山 善治郎

いばらき診療所みと 成果報告

取り組み

- 在宅医療科・退院支援外来、利用ガイド作成、院内職員対象講演会
- 在宅医療相談窓口、在宅医療ホットライン、アウトリーチ
- 在宅ケアカンファレンス、地域ケア会議、基礎講座、Annual Meeting2012
- 推進協議会(同市内拠点:茨城県看護協会主催)への参加、ガイド作成

課題

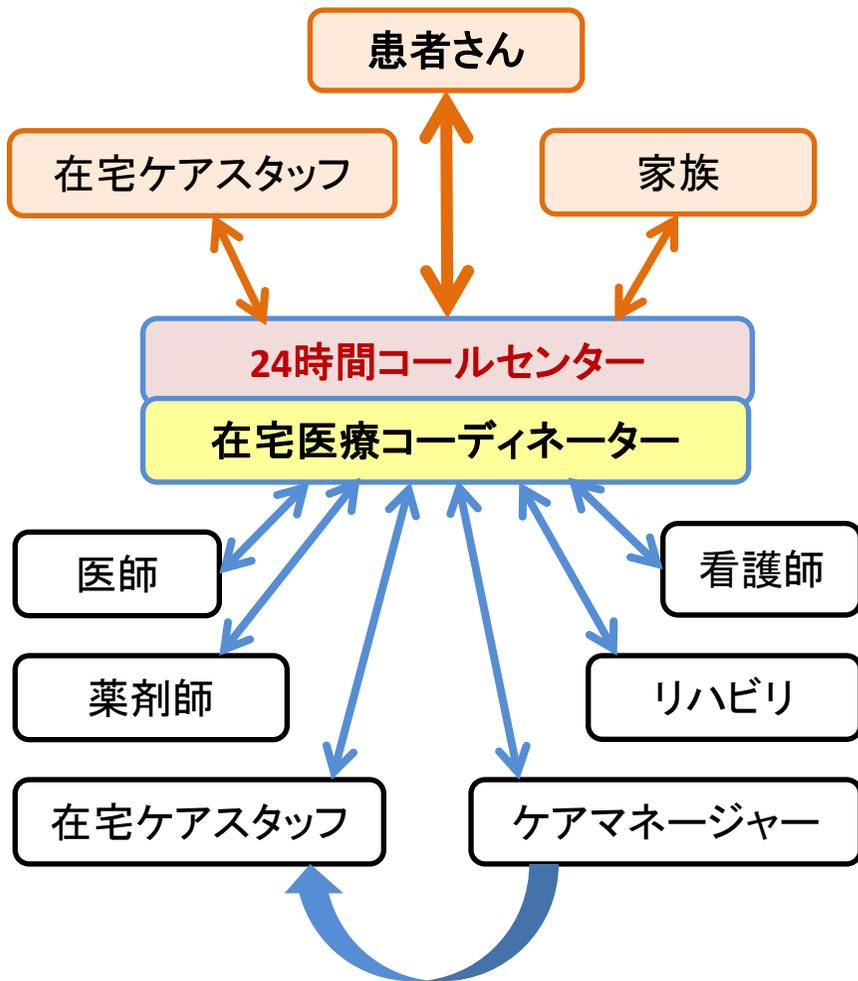
- 地域における在宅医療資源不足(医師、看護師、リハビリ)
- 県、郡市医師会の在宅医療担当との連携不足
- 提供する医療内容の違い(専門、非専門の住み分けや連携)
- 在宅医療の入り口問題(外来、病院、ケア、地域)
- 認知症を中心としたケアからの在宅医療ニーズの増加
- 地域の多職種ケアチーム内でのIT対応の違い(電話、FAX、メール等)

計画

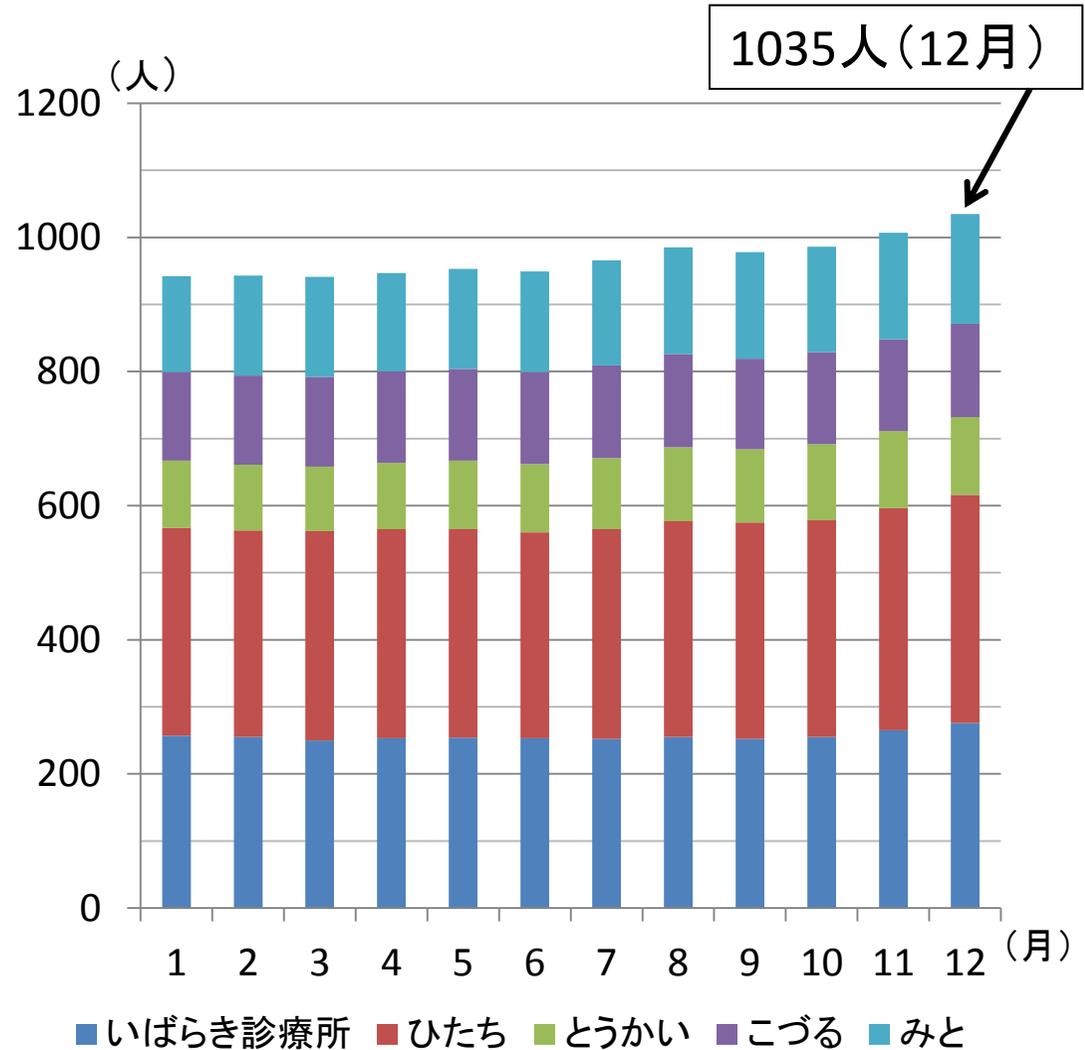
- 人材育成(医師、看護師)、在宅医療コーディネーター育成講座
- 地域での多職種(医師会含む職能団体)の連携、機能分化の調整(案)
- 水戸式認知症地域包括ケアシステム構築(案)
- 在宅医療科のシステム構築・普及
- 他地域の在宅医療連携拠点に対する支援・協力(案)

いばらき診療所 在宅医療システム

在宅医療チーム: Home Care Team



2012年在宅患者月別総数年間推移



とっても心配はじめてのホームケア 私たちは、 ずーっとお家で 暮らしたい を応援します。

医療法人社団いばらき会
全事業所・エリア毎事業所
MAP



ホームケアってなに?

5つの仲間たちが
お答えします。

- 1** 在宅医療
▲医師がお家で診療いたします。
- 2** 訪問看護・訪問リハビリ
▲ご自宅で点滴やリハビリが受けられます。
- 3** ケアプランセンター
▲介護保険の申請等が行えます。
- 4** 訪問介護
▲生活援助、身体介護、ご自宅での入浴を応援します。
- 5** デイサービス・小規模多機能型居宅介護
▲楽しいお風呂とおいしい食事をご用意しております。

- 在宅療養支援診療所
- 訪問看護ステーション
- ケアプランセンター

在宅医療ユニット Home Care Unit

- 理事会
- 事務運営
- 看護部
- リハビリ部
- ケアマネージャー
- 介護部
- 医療調整部

職種別 Meeting

いばらき診療所 ホームケアネットワーク Home Care Network



B 水戸 エリア

いばらき診療所みと
〒310-0063 水戸市五軒町 1 丁目 3-34 第一会計ビル
TEL 029-228-6100 FAX 029-228-3055

C 日立 エリア

いばらき診療所ひたち
〒319-1222 日立市久慈町 2 丁目 6-37
TEL 0294-54-3311 FAX 0294-54-3313

日立南部地区訪問看護ステーション
県指定訪問リハビリステーション
〒319-1222 日立市久慈町 2 丁目 6-37
TEL 0294-25-5211 FAX 0294-54-1201

トマトケアプランセンター
〒319-1222 日立市久慈町 2 丁目 36-4-3F
TEL 0294-54-3600 FAX 0294-54-1200

日立南部地区デイサービスセンター（おおみかの湯）
〒319-1221 日立市大みか町 4-7-9-2F
TEL 0294-52-7677 FAX 0294-52-7676

シニアフィットネスおおみか
〒319-1221 日立市大みか町 4-7-9-1F
TEL 0294-27-1221 FAX 0294-52-7707

ひたちの里 風神の湯
〒319-1225 日立市石名坂町 2-4-1
TEL 0294-27-1231 FAX 0294-27-1232

D 東海 エリア

いばらき診療所とうかい
〒319-1102 那珂郡東海村石神内宿 1724-1
TEL 029-283-4110 FAX 029-283-3322

訪問看護ステーションとうかい
県指定訪問リハビリステーション
〒319-1102 那珂郡東海村石神内宿 1724-1
TEL 029-283-1717 FAX 029-283-3322

ケアプランセンターとうかい
〒319-1102 那珂郡東海村石神内宿 1724-1
TEL 029-283-2323 FAX 029-283-3322

E 茨城町 エリア

いばらき診療所こづる
〒311-3107 東茨城郡茨城町小鶴 127 番地の 1
TEL 029-291-0055 FAX 029-291-1456

訪問看護ステーションこづる
県指定訪問リハビリステーション
〒311-3107 東茨城郡茨城町小鶴 127 番地の 1
TEL 029-291-1220 FAX 029-291-1456

ケアプランセンターこづる
〒311-3107 東茨城郡茨城町小鶴 127 番地の 1
TEL 029-291-1788 FAX 029-291-1456

いばらき診療所
〒312-0062 ひたちなか市高場 167-2
TEL 029-285-6040 FAX 029-285-8515

いばらき診療所訪問看護ステーション
県指定訪問リハビリステーション
〒312-0062 ひたちなか市高場 209-206
TEL 029-270-3511 FAX 029-285-3031

いばらき会訪問介護事業所
〒312-0062 ひたちなか市高場 209-106
TEL 029-270-3900 FAX 029-270-3900

いばらき会ケアプランセンター
〒312-0063 ひたちなか市田彦字雷土 1390-7
TEL 029-275-3199 FAX 029-275-7677

ひたちなか市地域型在宅介護支援センターたびこ
〒312-0063 ひたちなか市田彦字雷土 1390-7
TEL 029-275-3005 FAX 029-275-3005

デイサービスセンターたびこの湯
〒312-0063 ひたちなか市田彦字雷土 1390-7
TEL 029-275-7311 FAX 029-275-7677

多職種協働・顔の見える関係、在宅医療の啓発

水戸在宅ケアカンファレンス(講演 + ワールドカフェ)

「在宅訪問薬局連絡相談窓口について」

かわわだ薬局 薬局長 山本大先生(水戸薬剤師会)

「介護において歯科にできること」

神田歯科医院 院長 神田稔先生(水戸市歯科医師会)

「ITを活用した多職種連携:顔の見える関係作り」(主催)

いばらき診療所Annual Meeting2012

第1部 基調講演:「税と社会保障の一体改革」

内閣官房社会保障改革担当室長 中村秀一 先生

第2部 在宅ケア体験相談会(看護部、リハビリテーション部、栄養、料理、)「みて、さわって、体験しよう」—在宅医療を支えるチームからのヒント—

・「わかりやすい痰吸引の講習」 担当:看護部 青木万由美 吸引シミュレーター「Qちゃん」を使用して、見の痰吸引指導者講習を受けたプロが指導します。

・「目からウロコのトランスファー(移乗)実技」 担当:リハビリ部 高掘康裕 介護者にもされる側にも優しいトランスファー(移乗方法)。する方とされる方のどちらも体験できます。思った以上に軽く簡単に移せるんです。

・「訪問栄養食事相談」 担当:管理栄養士 古賀奈保子 栄養について、在宅で直接、管理栄養士に相談ができます。トロミや介護食、補助食品の使い方のアドバイスはもちろん、美味しい試食をご用意いたしました。

・「食事」担当:調理部 谷田部昇一 介護食のおいしいレシピをこっそり教えます。家庭で作れる介護食メニューや試食コーナーもあります。

・「訪問薬局」をご存じですか? 担当:コスモ調剤薬局茨城町店 鬼沢智生 在宅患者様のご自宅まで薬剤師がお薬を届けてくれます。処方してもらったお薬の服用方法や管理方法、お伝えします。

・「在宅酸素療法」担当:帝人ファーマ(株)、フクダ電子(株)、フィリップス・レスピロニクス合同会社 病気によって必要となる在宅酸素療法。最新機器の展示から、実際の器械操作もできます。器械から出る酸素、吸ってみてください

・「人口呼吸器」担当:帝人ファーマ(株)、フクダ電子(株)、フィリップス・レスピロニクス合同会社 人工呼吸器という名前はしっていても、あまり身近なものではありませんね。今回は実際の呼吸器を操作して、体験してください

・「介護食品」担当:(株)フードケア、(株)クリニコ 介護食品やトロミ剤、種類が多すぎて迷ってしまいますよね。いろいろな商品を集めてみました。この機会に味わってみてください

・「医療機器・介護機器」担当:(株)栗原医療器械店、(株)東関東サービス 毎年、多くの機器が開発・販売されています。普段はカタログでしか見ていない機器たちを実際に触れてみてください。新しい発見が出来るかもしれませんよ。

・「在宅医療よろず相談」

在宅医療の不安や疑問、ちょっと聞いてみたいなというところがありましたら、ご相談ください。在宅医療・在宅ケアの専門スタッフが対応致します。

がん診療連携拠点病院

都道府県：茨城県立中央病院
 (看護局長・がん看護専門看護師)
 (副総看護師長)
 (継続看護支援室看護師)

地域：日立総合病院
 土浦協同病院(皮膚科部長)
 筑波メディカルセンター(連携拠点)
 筑波大学付属病院(病院長)
 東京医科大学霞ヶ浦病院
 友愛記念病院
 茨城西南医療センター

地域医療支援病院

水戸医療センター(地域医療連携室 係長)
 (コンシェルジュ)
 (退院支援看護師)
 (MSW)
 茨城県立中央病院 (病院長)
 (看護局長・がん看護専門看護師)
 (副総看護師長)
 (継続看護支援室看護師)
 水戸済生会病院 (病院長)(看護部長)
 (退院支援調整看護師)
 (緩和ケア認定看護師・緩和ケアチームリーダー)
 (MSW)
 筑波メディカルセンター(連携拠点)
 取手北相馬保険医療センター医師会病院
 茨城東病院
 JAとりで総合医療センター

回復期リハビリテーション病院

城南病院(院長)(事務長)(MSW)
 北水会記念病院
 日製ひたちなか総合病院(MSW)
 志村大宮病院(地域医療連携センター)
 西山堂慶和病院
 日製多賀総合病院
 鹿島病院
 会田記念リハビリテーション病院
 つくばセントラル病院
 県立医療大学付属病院
 東京医科大学茨城医療センター
 神立病院
 筑波記念病院
 いちはら病院
 結城病院

一般・療養 病院

水府病院(MSW)
 大久保病院(副院長)(MSW)
 青柳病院(理事長)
 (事務長)
 志村病院(理事長)(事務長)
 (放射線技師)
 城南病院(院長)(事務長)(MSW)
 東前病院(MSW)
 水戸中央病院(MSW)
 北水会記念病院
 水戸赤十字病院(連携室長)(看護師)
 (がん相談支援室)
 (コンシェルジュ)(MSW)
 ブレインハートセンター(副院長)MSW
 (退院支援看護師)

平成25年度連携強化予定領域

在宅医療科

水戸協同病院 (院長)(総合診療科)
 (整形外科)(看護部長)(看護副部長)
 (コンシェルジュ)(MSW:)

茨城県立健康プラザ

(管理者)(秘書)

認知症疾患医療センター

栗田病院(精神保健福祉士)
 (ケースワーカー)
 日立梅ヶ丘病院

医師会

茨城県医師会、水戸市医師会

水戸在宅ケアネットワーク(会員数173名、ケアマネ52名、Ns20名、歯科医4名、医師3名)

ケアマネージャー、MSW、薬剤師、訪問看護師、PT、OT、ST、茨城大学、葬儀、民間救急車、建築、マッサージ、美容、ヘルパー、医療機器

平成24年度成果

在宅医療ホットライン

029-228-6100
 Ns宇佐美、MSW川又、MSW大森

市役所・包括支援センター

水戸市保健福祉部 高齢福祉課
 (課長)(所長)(係長)(主任介護支援専門員)
 大洗町
 那珂市保健福祉部福祉課
 (高齢者支援係)
 笠間市 茨城町 城里町
 東海村(主任介護支援専門員)
 ひたちなか市 日立市

在宅医療連携拠点事業推進協議会(茨城県看護協会)

- ・茨城県看護協会(会長/チーフマネージャー/統括管理者/保健師)
- ・茨城県理学療法士会(理事・特定事業局長)
- ・茨城県介護福祉士会(顧問)
- ・茨城県訪問看護ステーション連絡協議会(幹事)
- ・水戸市歯科医師会(理事)
- ・水戸市包括支援センター(高齢者支援係長)
- ・みとケアマネジャー研究会(主任介護支援専門員)
- ・茨城県作業療法士会(地域貢献局長)
- ・茨城県水戸保健所(地域保健調整監)
- ・水戸医師会(副会長)
- ・水戸薬剤師会(副会長)
- ・水戸済生会総合病院(退院支援調整看護師)
- ・筑波大学(講師)
- ・第二回会議からオブザーバーとして参加

社協、NPO等

NPO法人認知症ケア研究所
 水戸市社協 (事務局次長)
 (連携室 係長)
 (介護支援専門員)
 東海村社協 (センター長兼係長)
 ひたちなか市社協 (介護支援専門員)
 茨城県難病団体連絡協議会 (会長)

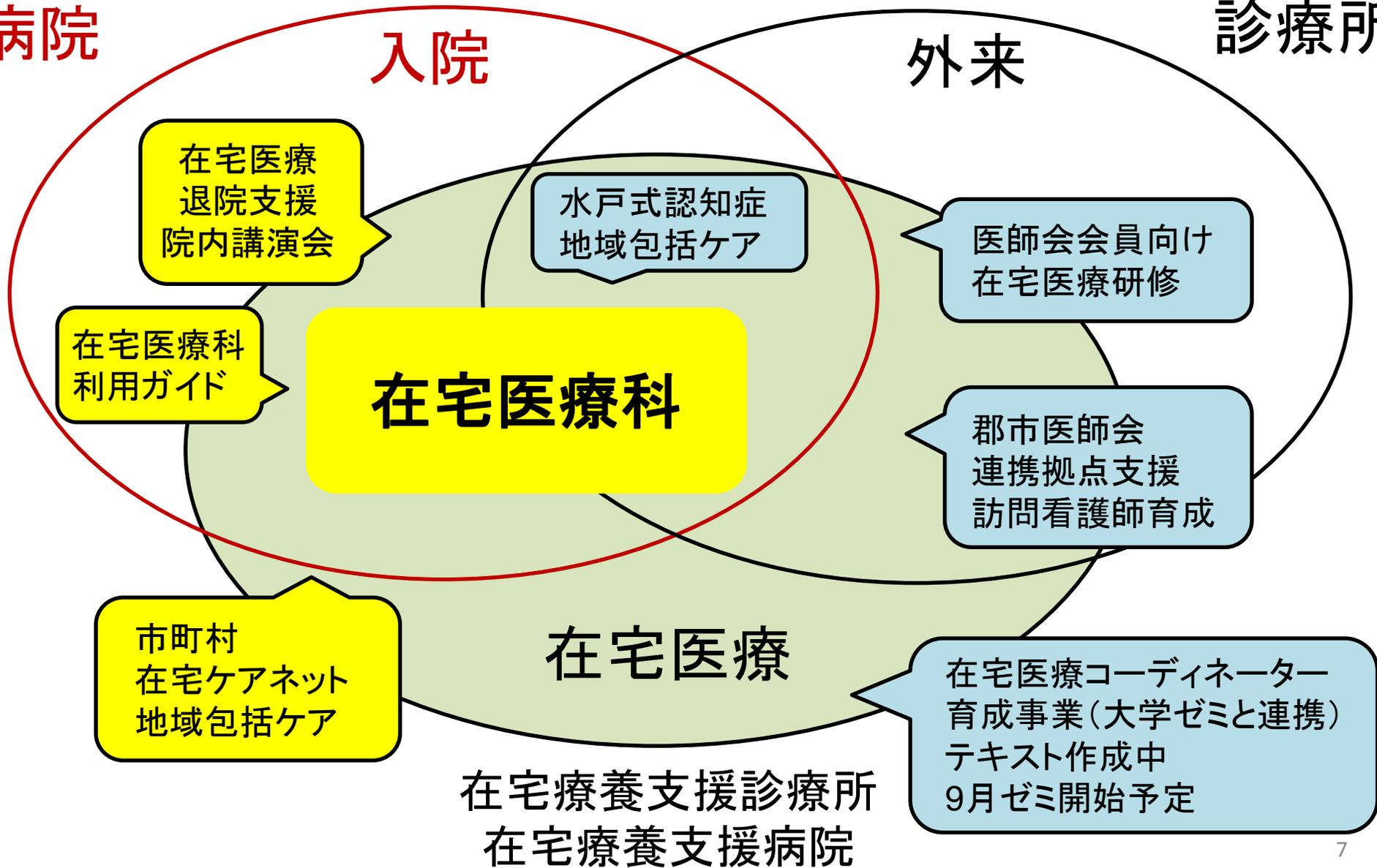
いばらき診療所みと在宅医療連携拠点推進事業計画

病院

入院

外来

診療所



茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院 在宅医療科・退院支援外来

- 在宅ケア移行支援
- 退院カンファレンス
- 主治医意見書作成
- かかりつけ医の紹介
- 介護保険サービス担当者会議
- 在宅医療相談
- 医療介護連携推進

- 健康保険で在宅医療を利用したい患者さんが、在宅や介護施設の居宅などで医療を受けられる準備をします
- 入院、外来を問わず、予約制です
- いばらき診療所みとを中心に地域の在宅医療、ケアマネージャー等が在宅医療科診療チームに参加します
- 診療内容（通常診察、各種カンファレンス、介護保険サービス担当者会議等）により診療報酬形態が異なりますので、事前に御相談ください

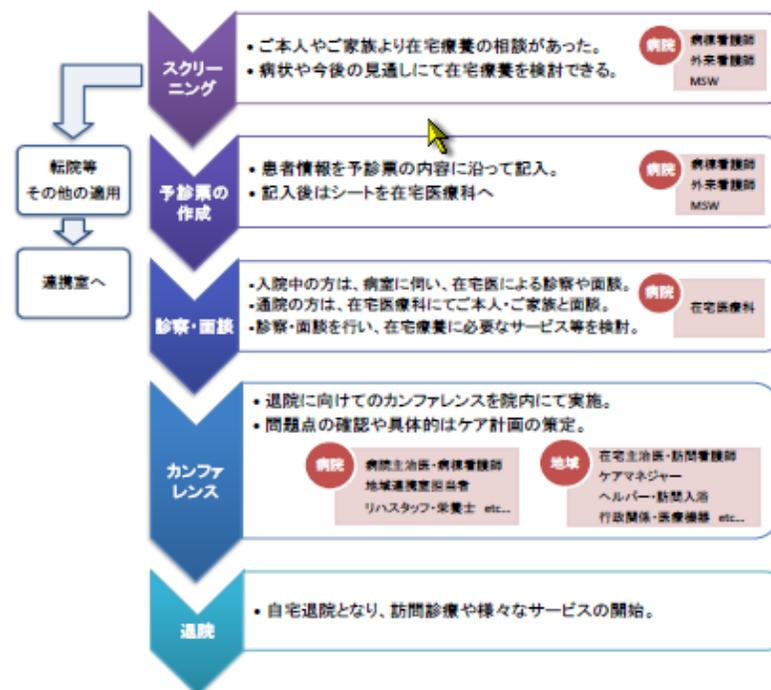
- 退院後の生活や介護に不安を抱えている方
- がんを抱えながら生活している方
- 認知症や周辺症状で悩んでいる方
- ご高齢で、孤独や不安を抱えている方
- 退院後も水戸協同病院との連携を継続したい方
- 病気があっても自宅で過ごしたいとお考えの方
- かかりつけ医や介護保険の主治医がいない方

上記のような悩みを抱えている患者さんやご家族の方は、お気軽に、地域医療連携室に御相談ください

協力：平成24年度在宅医療連携拠点 いばらき診療所みと

在宅医療科 退院支援フローシート

在宅医療科は円滑な自宅退院を行えるよう支援を行っています。この在宅退院支援フローシートと予診票を使用することにより、円滑な退院支援が行えると共に、入院・通院から退院・自宅療養へ移行した場合の医療と福祉サービスの情報共有・繋がりを強化していきます。



※早急な対応が必要な方や、ご不明な点やご質問がありましたらいばらき診療所みと TEL:029-228-6100 まで、お気軽にご連絡ください。

在宅医療科 予診票1-1

年 月 日(入院 日目)担当者:

患者氏名				性別: 男・女	生年月日	MTSH	/	/	才
病名									
住所									
連絡先	自宅:				携帯:				
在宅医療を希望する理由	<input type="checkbox"/> 末期がん <input type="checkbox"/> 予後() <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> カテーテル留置() <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 主治医意見書								
居住形態 (退院後の居住場所)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 専用居室 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 1F <input type="checkbox"/> 2F <input type="checkbox"/> 独居・高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他								
介護者	<input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> なし/同居者に介護意思なし								
同居家族	なし <input type="checkbox"/> あり()								
ADL自立度	0: 自立	自立度			援助内容				
	1: 補助用具	食事:							
	2: 見守り	排泄:							
	3: 一部介助	活動:							
	4: 全面介助	清潔:							
移動手段	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立								
IADL=手段的生活活動	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 自立 (調理・掃除・清潔・排泄)								
認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 問題行動あり <input type="checkbox"/> なし 行動: <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> 不潔行為 心理: <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害								
利用している社会保障制度	<input type="checkbox"/> 介護保険: <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳: 1・2・3・4 級 <input type="checkbox"/> 特定疾患: <input type="checkbox"/> 自立支援(担当CW: /利用サービス) <input type="checkbox"/> 難病対策(担当CW: /利用サービス) <input type="checkbox"/> 生保(担当CW:) <input type="checkbox"/> その他()								
利用していた地域資源	<input type="checkbox"/> 在宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 在宅医 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> その他()								
経済状況	医療保険負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 生保 医療保険上限 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有()円								
退院時予想される医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅自己注射 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 在宅自己腹膜灌流 <input type="checkbox"/> 在宅悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> バルーン留置 <input type="checkbox"/> 在宅血液透析 <input type="checkbox"/> 在宅持続陽圧呼吸療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門造設 <input type="checkbox"/> 在宅中心静脈 <input type="checkbox"/> 在宅自己疼痛管理 <input type="checkbox"/> 人工膀胱造設 <input type="checkbox"/> 在宅成分栄養経管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅気管切開患者 <input type="checkbox"/> 褥瘡等皮膚処置 <input type="checkbox"/> 在宅自己導尿 <input type="checkbox"/> 在宅肺高血圧症患者 <input type="checkbox"/> 服薬管理								

在宅医療科 予診票1-2

モニタリングと処置等			
1 創傷処置	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
2 蘇生術の施行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
3 血圧測定	<input type="checkbox"/> 0~4回	<input type="checkbox"/> 5回以上	
4 時間尿測定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
5 呼吸ケア	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
6 点滴ライン同時3本以上	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
7 心電図モニター	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
8 輸液ポンプの使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
9 動脈圧測定(動脈ライン)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
10 シリンジポンプの使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
11 中心静脈圧測定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
12 人工呼吸器の装着	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
13 輸血や血液製剤の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
14 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
15 特殊な治療法(CHDF,IPBP,PCPS,補助人工心臓, ICP測定)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり

患者の状況等			
1 床上安静の指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
3 寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
4 起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
5 座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
6 移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要	<input type="checkbox"/> できない
7 移動方法	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動 (搬送を含む)		
8 口腔清拭	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
9 食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
10 衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 介助なし	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
11 他者への意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できる時とできない時がある	<input type="checkbox"/> できない
12 診療・療養上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
13 危険行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	

茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院

在宅医療科 院内向け利用ガイド

担当医：丸山 善治郎(いばらき診療所みと院長)

在宅医療とは、

- 患者さん、家族、介護者が、生活の場で必要な医療を受けることを望んだ時に提供する医療です
- 患者さんが主体的に希望する医療です
- 提供する場が違うだけで、特別な事はしません
- 通院が困難な患者さんに適応があります
- 認知症、超高齢者、神経疾患、緩和ケアなど
- 亜急性期から、慢性期まで幅広く対応します
- 院内の退院カンファレンスに参加します
- 介護保険の主治医、かかりつけ医になります

どんな場合に 在宅医療科外来に依頼したらよいか？

- がん患者さんの生活支援（在宅医療、介護保険）
- 服薬管理が必要な場合の訪問薬剤指導管理
- 高齢者（特に85歳以上）主治医、副主治医の引継ぎ
- 認知症合併症例の
- カテーテルの管理引継ぎ
- 処置（気管、胃ろう、褥瘡、インスリン）の引継ぎ
- 退院後の術後フォロー引継ぎ
- 専門外来通院中の患者さんについて、軽症での外来受診を減らしたい（不安解消、一次救急）
- Common diseaseの在宅対応依頼
- 在宅での看取り

MSWの活動の中で特に以下のような時

- 在宅医療（訪問診療）を希望されている時
- 退院カンファレンスが必要な症例
- 退院後も医療必要度が大きい症例
- 主治医、かかりつけ医不在の症例
- 紹介元の医師が対応困難な症例
- 状態が安定しており、専門外来受診を減らしたい症例
- 退院が近い場合は、個別対応致します

在宅医療科外来受診方法

① MSWに相談

在宅医療の必要性を説明して受診希望を伝える
→在宅医療科のコーディネーターが予約、あるいは
事前相談をいたします

② 他科依頼より

内科、丸山 善治郎 → 水曜日午後の予約枠取得

- 退院カンファレンスに関しては、在宅ケアスタッフの参加率を上げるために早めの依頼をお願いします
- 診療科名は、電子カルテの変更に時間がかかるため暫定的に内科を使用させていただいております

依頼文に必要なキーワード

- 在宅医療（調整、説明、家族面談）
- 退院カンファレンス（企画、参加）
- かかりつけ医希望
- 転医先紹介・調整依頼
- 主治医意見書作製希望（本人受診有、無）
- 在宅緩和ケア・在宅看取り
- 在宅ケア相談（おまかせ等）
- 回診希望、外来受診可能

1. 当該事業を展開した地域に関する情報

◇水戸市の概要について◇

- * 位置
- * 面積: 217.43K㎡
- * 人口: 269,681人
- * 平均年齢: 44.09歳
- * 高齢者数: 60,470人
- * 高齢化率: 22.03%
- * 一人暮らし老人数: 6,085人

☆福祉資源

事業所	件数
居宅介護支援事業所	98
地域包括支援センター	9
訪問看護ステーション	7
訪問リハビリ	3
訪問介護事業所	48
訪問入浴	4
通所介護事業所	66
短期入所生活等	33
特別養護老人ホーム	16
介護老人保健施設	10
薬局	122



☆医療資源

医療機関	件数	病床数
病院	29	3,886
400床以上	3	1,411
300~399	0	0
200~299	1	215
100~199	10	1,453
99以下	15	807
一般診療所	246	518
歯科診療所	171	



水戸キャラクター みとちゃん

水戸市は茨城県中央部に位置し、茨城県内最大の都市であり、県庁所在地でもある。

水戸駅南西に位置する千波湖とその隣に隣接する借楽園は皆さんも一度は耳にされたことがあるのではないのでしょうか？

・訪問診療件数及び往診件数 (H24年度)

月	訪問診療数	往診数	看取り件数
1月	337	27	1
2月	326	38	2
3月	363	21	0
4月	332	27	0
5月	358	29	3
6月	337	22	1
7月	363	20	1
8月	353	23	1
9月	361	39	3
10月	371	28	1
11月	359	29	2
12月	371	29	1
合計	4,231	332	16

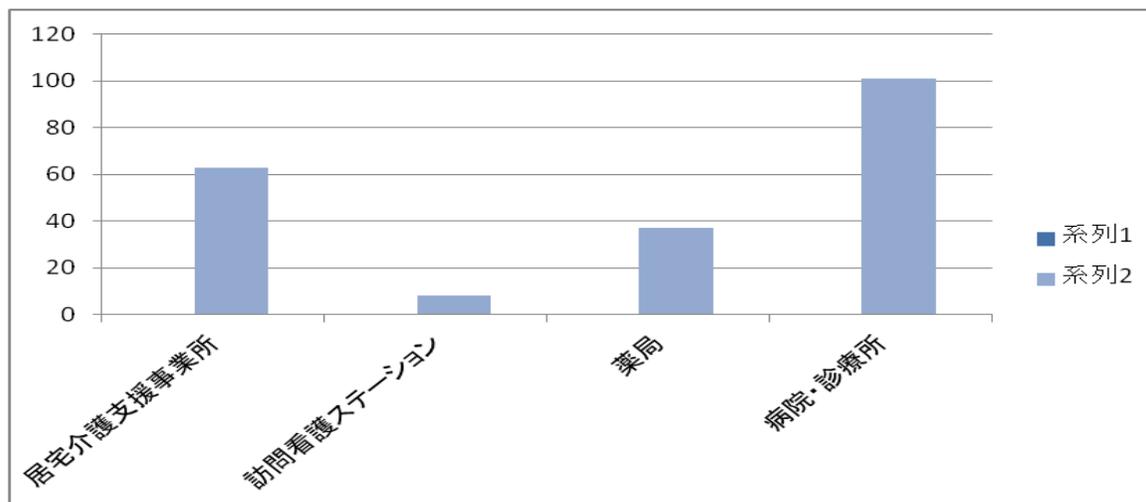
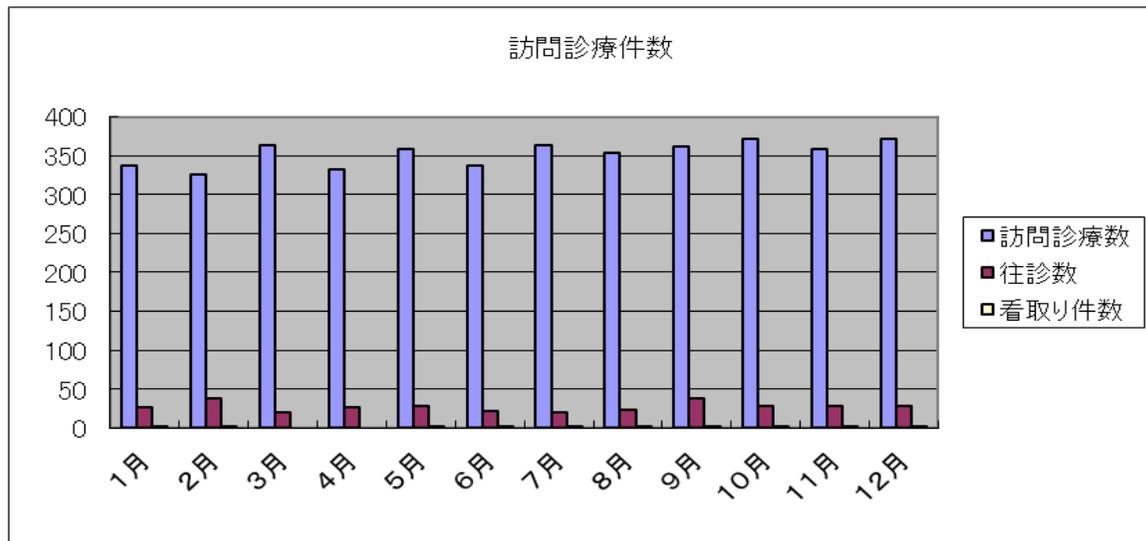
H24年度連携事業所数

	連携事業所	水戸市全域
居宅介護支援事業所	63	98
訪問看護ステーション	8	7
訪問リハビリ	3	3
薬局	37	122
病院・診療所	101	304
* 上記診療所の内、在宅支援診療所21件		

2. 拠点事務局

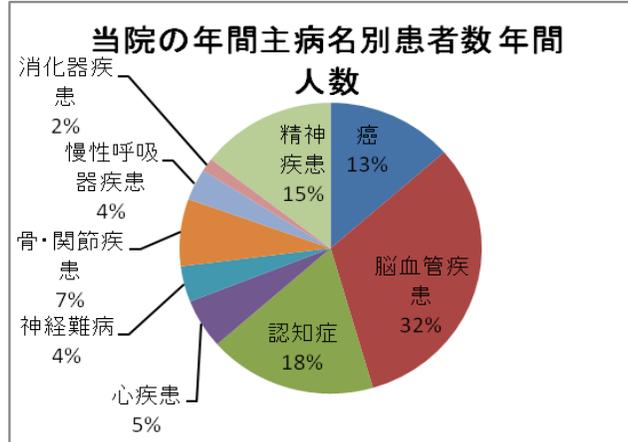
事務局 ・医師1名 看護師1名 MSW2名 事務1名

当院実績 (H24年)



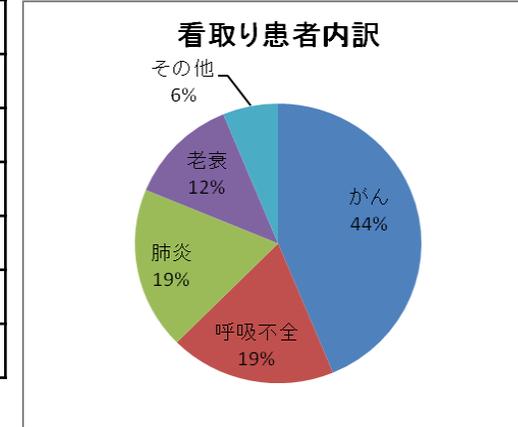
当院の年間主病名別患者数(H24年度)

疾患名	年間合計人数
癌	27
脳血管疾患	64
認知症	36
心疾患	11
神経難病	8
骨・関節疾患	15
慢性呼吸器疾患	7
消化器疾患	3
精神疾患	29
他	28



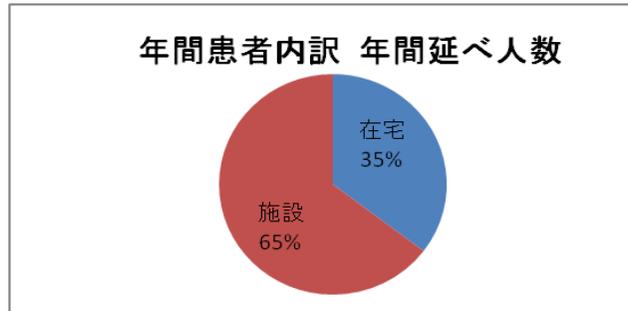
看取り患者内訳

病名	人数
がん	7
呼吸不全	3
肺炎	3
老衰	2
その他	1
合計	16



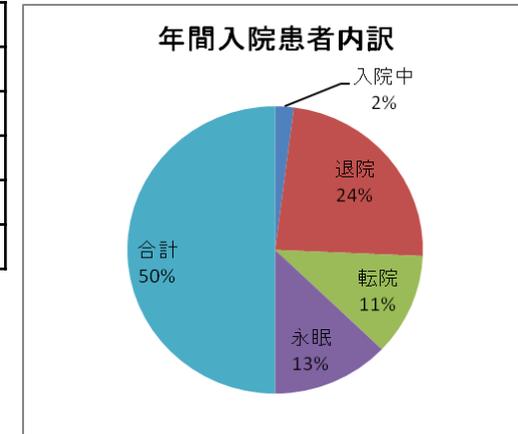
年間患者内訳

	年間延べ人数
在宅	650
施設	1,190
合計	1,840



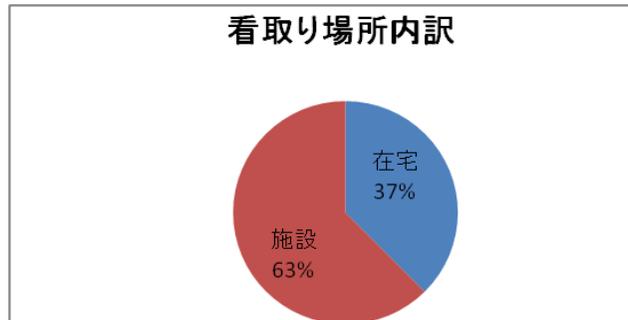
年間入院患者内訳

内訳	人数
入院中	3
退院	35
転院	17
永眠	19
合計	74



看取り場所内訳

場所	人数
在宅	6
施設	10
合計	16



当診療所の医療・介護の現状

- ・在宅と施設入居者との割合は在宅35%、施設65%であり内訳は、有料老人ホーム1件、サ高住4件、住宅型有料老人ホーム2件、小規模多機能2件、グループホーム2件である。
- ・当診療所の訪問看護は少人数の為24時間365日対応が困難、地域の訪問看護ステーションと連携が深い。医療依存度の高い患者では複数の訪問看護ステーションが連携し対応している。訪問看護ステーション数は、水戸市以外の患者さんがいるため、近隣の訪問看護ステーションを利用しており水戸市内の訪問看護ステーション数より多くなっている。
- ・訪問リハビリは水戸市以外の事業所の利用があり、水戸市内の事業所は2カ所となっている。
- ・がん末期患者の在宅療養希望者は23人(13%)であるが、終末期での急変等や、家族負担を考慮して緩和ケア病棟への入院と希望されるケースも多く、苦痛を伴う疾病については、家族背景にもよるが看取りまでの在宅療養継続は厳しい現状がある。(がんで在宅看取りされた人数23人中7人)

○課題

- ・在宅医不足、医療従事者の負担が大きい
- ・在宅医療従事者が集まらない。
- ・高齢化や核家族化に伴い、医療依存度の高い患者の在宅療養は困難な状況となっている。老老介護の中では、医療機器の取り扱いや、インスリン注射の自己注射等、本人や家族が出来ず在宅医療をあきらめざるを得ないケースもある。

○解決策

- ・在宅支援診療所として機能していくためには何よりも在宅医が不足している。当診療所も常勤医師1名の為他いばらき会診療所より診療支援を受けている。在宅療養を希望する患者さんの訪問診療を展開していくためには、在宅医療の普及活動に掛ける時間を行政や医師会、歯科医師会、看護協会、ケアマネジャー協会等の方々に遂行していただくことが最善の方法と考える。在宅医が求められているにもかかわらず増えない理由はその負担の大きさにあると考えられ、行政から医師会への働き掛けを行い、休日や夜間の救急患者の診察は在宅支援診療所も含めた一般診療所にも対応を依頼し、受け入れは当番制にする等在宅支援診療所の負担が軽減される活動を検討してはどうか？
- ・在宅医療従事者の増えない原因は、夜間等の対応や在宅へ訪問するという特殊性と一人ですべて行わなければならない＝大変というイメージが持たれているのではないかとと思われる。しかし、家族との信頼関係や一緒にケアを行っていく上での一体感等、在宅医療の魅力について広めるために同行訪問など積極的に行い関心を持ってもらえるように普及活動を継続していく。

3.活動実績

●多職種合同カンファレンス・研修会

6/27	第1回	ITを活用した多職種連携・顔の見える関係づくり	IT活用についての講演・グループワーク・アンケート	50
8/29	第2回	在宅訪問薬局連絡窓口について	在宅訪問薬局連絡窓口についての講演・在宅ケアネットワーク総会	66
8/29	第3回	水戸在宅ケアネットワーク総会	在宅医療連携拠点事業について	66
10/10	第4回	介護において歯科にできること	歯科における感染予防対策の講演・グループワーク	64

<他職種連携の課題に対する解決策の抽出>

◇水戸在宅ケアカンファレンス(第9回)◇

- ・演題:「ITを活用した多職種連携・顔の見える関係づくり」 ・参加者:50名
- ・講師:いばらき診療所みと 丸山善治郎院長
- ・毎回薬剤師の参加率が高いが、参加者は決まった薬局のスタッフが多い。全て地域の薬局に所属する薬剤師。
- ・リハビリ関係者は、訪問リハビリや施設スタッフ等のほか、在宅マッサージの参加も多い。長期療養による寝たきり患者の増加は、ADL低下予防のほかに拘縮等による筋緊張の軽減や疼痛緩和目的の需要が多い。患者の状態把握の為に多職種連携は必須である。
- ・介護支援専門員は平均して1/4以上の参加が多い。水戸在宅ケアネットワーク創設時から介護支援専門員の参加は多く医療と介護の橋渡し役を担う介護支援専門員にとって在宅医療連携は無くてはならないものであると考える。所属に居宅介護支援事業所や施設等偏りはない。

○内容

1利用者が受けている介護サービスは複数あると思われるが、お互いにどのようなサービスを提供しているのかは分かっていない事も多く、IT活用によりリアルタイムでの情報共有が出来るようにネットワークを構築する。

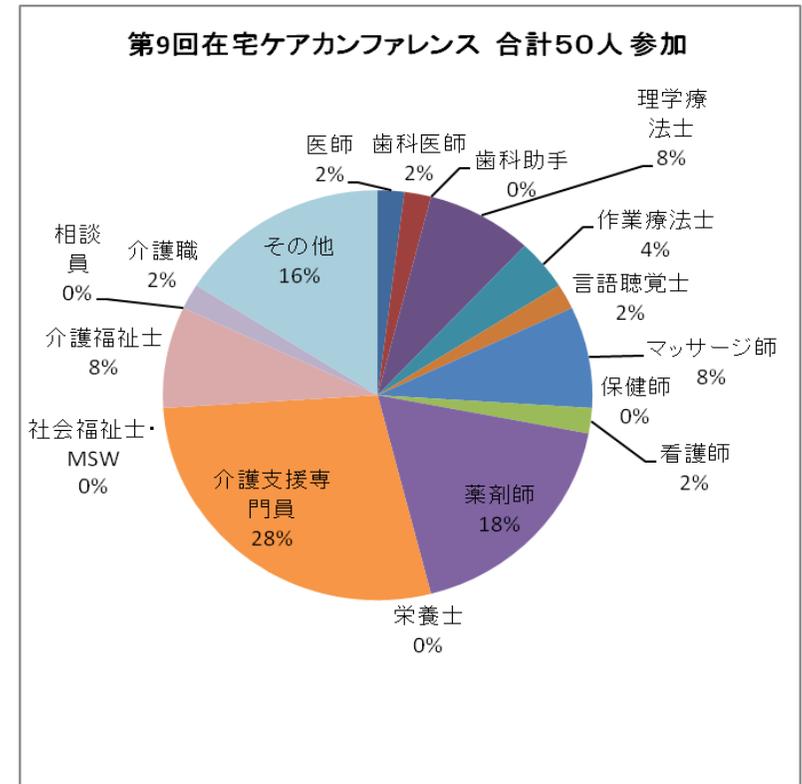
- ・グループワーク 200万円もらったら、何に使用しますか？
講演会の講師を呼ぶ、IT導入、交流会(食事会)etc...

○結果・課題

- ・顔の見える関係構築には食事会等の交流会が一番効果的であるとの声が多かった。
- ・IT化を進め、利用者の情報が閲覧できるようになればサービス提供時に注意すべき点等も把握しやすくよりよいケアが提供できるとの声があった。
- ・ITの勉強会を開いてほしいとの声が多数あり。 →今後IT勉強会検討予定

○解決策

- ・水戸在宅ケアネットワークを継続実施し、さらなる多職種連携強化を深めていく。
- ・現段階では、地域の医療機関・介護事業所等が参加したIT化は難しく、計画はされていない。多職種合同でIT化を進めていくには、行政や医師会等の参加が不可欠である。今後医療と介護の連動したIT化を進めるには、行政・医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・理学療法士会・作業療法士会・ケアマネジャー協会・介護福祉士会・等在宅医療の携わる方々への働き掛けを行い協働し取り組んでいく必要がある。
- ・介護職・薬剤師・看護師の参加少なく、参加率向上には在宅医療への興味を持ってもらう事が大切と考え、今後もカンファレンスを開催しながら、在宅医療推進の為に情報を発信していく。



◇水戸在宅ケアカンファレンス(第10回)・水戸在宅ケアネットワーク総会◇

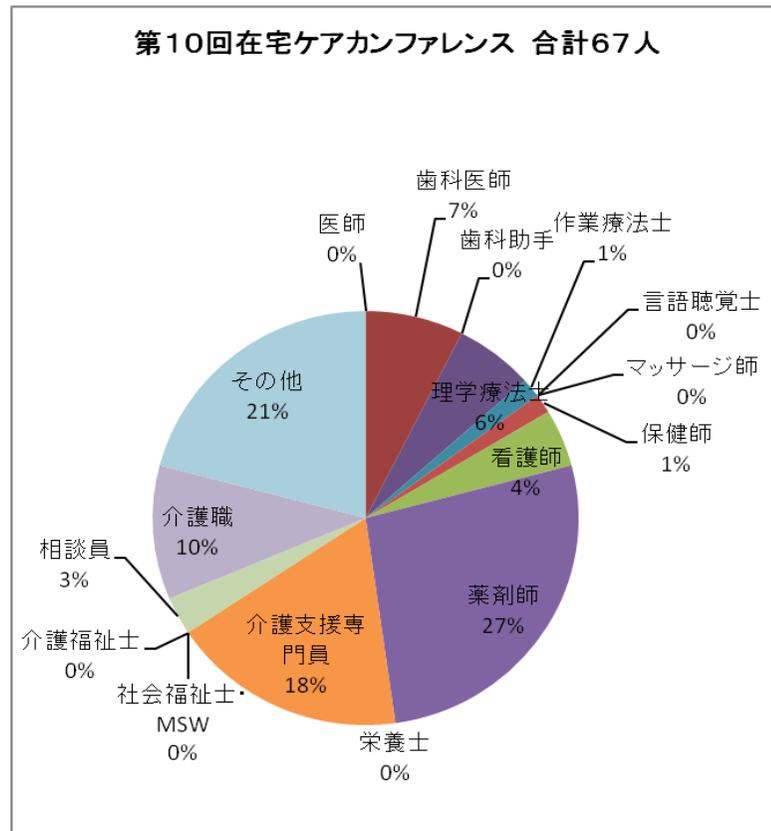
- ・講演:「在宅訪問薬局連絡窓口について」
- ・講師:水戸薬剤師会 副会長 山本 大薬剤師
- ・演題:「地域の在宅医療連携で行うこれからの訪問薬剤管理指導」
- ・講師:フロー薬局河和田店 篠原 久仁子薬剤師 ・参加者:67名

○内容

- ・約70店舗が在宅訪問薬局の登録をしているが、実働している薬局は10件未満にとどまっている。
- ・在宅訪問薬局を利用したい場合は、4カ所ある在宅訪問薬局窓口へ一度問い合わせを行う。窓口相談し、
- ・在宅訪問薬局の役割に合う高齢者を在宅でケアするに現れる認知症状や家族の介護負担の忙しさから、飲み忘れてしまう患者等の病状悪化等を予防するためにも、薬剤管理等需要は拡大している
- ・在宅における薬剤師の役割として、訪問薬剤管理がある。退院時カンファレンスへの参加を通して、理解力の低下した患者さんや、嚥下力の低下した患者さんなどへの対応である。飲み忘れ防止の一包化調剤やお薬カレンダー、嚥下困難者へは、薬の種類(錠剤や散剤、速崩錠など)への変更、麻薬や向精神薬使用患者へは用法・用量・投与期間等の確認、評価を行い連携機関への報告を行って注意を促している。

○結果・課題

- ・薬剤師の講演という事もあり新規薬局薬剤師の参加が増加した。多職種連携に関心を持つ薬剤師が多かったと思われる。
- ・歯科医師の参加も多かったが、水戸在宅ケアネットワーク総会の同時開催であったことも要因と考える。しかし、この会から、カンファレンス等歯科医師の参加が増加している。
- ・介護支援専門員は、平均して1/4程度の参加があり、医療介護連携において介護支援専門員は関心を持つ方が多いと考えられる。
- ・ネットワーク会員の参加率が低迷しており、新規参加者の参加が増大している。新規参加者増大には水戸在宅ケアネットワークの知名度向上と、在宅医療連携の必要性への理解が向上したものと思われる。しかし、ネットワーク会員の参加を促す為には、魅力ある新たな取り組みが必要と思われる。
- ・水戸在宅ネットワーク総会と同時開催のため、事業所管理者の参加が多かった
- ・服薬管理は在宅療養では重要であり、又在宅患者さんで見守りが必要な方も多く薬局へ取りに行くことが困難なケースの報告もあり、今後ますます需要は増加すると考える。



〈水戸在宅ケアネットワーク総会〉

- ・いばらき診療所が在宅医療連携拠点事業に採択されたのは今までの水戸在宅ケアネットワーク・カンファレンスでの多職種連携協働に向けての活動が拠点事業と方向性が合致した結果と捉え、今後も在宅医療連携推進の為水戸在宅ケアネットワークを共催とすることの承認を得た。

○解決策

- ・既存会員の参加率向上に、カンファレンスで行う講演・グループワーク内容は世話人会で決定していたが、会員へのアンケート調査や開催日時が適切かどうか再検討が必要である。
- ・カンファレンス参加の事業所に、お互いをより理解するために各職種の仕事の内容や役割等を講演してもらう事も、連携を図るために有効かと思われる。

◇水戸在宅ケアカンファレンス(第11回)◇

- ・演題:「介護において歯科にできること」
- ・講師:神田歯科医院 神田 稔 院長
- ・参加者:64名

○内容

- ・歯科関係者の参加が増加し、医療関係者が半数近くを占めた。
- ・介護職の参加が増加した。
- ・歯科は食に関連しているためか栄養士の参加も増加した。
- ・訪問歯科では、歯科医院で行っているほとんどの治療が可能であり、口腔内の病気は感染症であるとの認識から、1症例を挙げられ20才代の介護職員で歯周病を繰り返す患者さんに対し感染経路の解明と対応策の提案をされた。
- ・歯周病を接触感染により繰り返した事例を基に講義された。手袋着用・手洗い励行にて歯周病の発症が消失したという。
- ・訪問歯科を利用したい場合は、水戸歯科医師会の訪問歯科担当者に電話にて依頼。自宅の場所等の情報から条件に合った歯科へ振り分けを行ってくれる。

○グループワーク

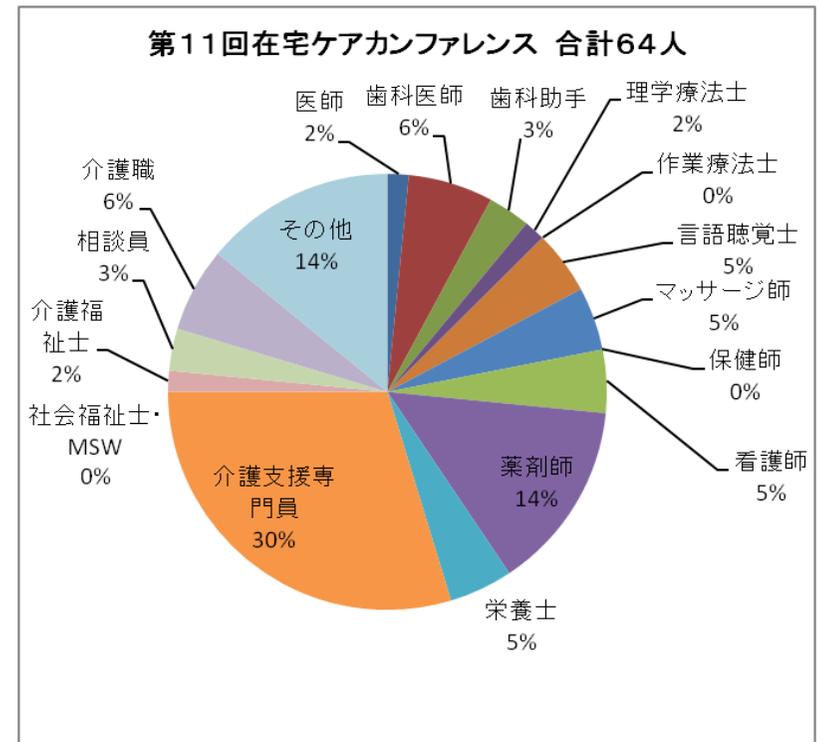
- 1、感染経路について考えてみましょう
- 2、感染症に気をつけていること
 - ・各事業所での感染対策への取り組みを話し合い
 - ・すぐに活かせるアドバイスも多く挙げられた。

○結果と課題

- ・訪問歯科の認知度が低く、ほとんどロコミで広がっている。
- ・介護職の参加が増加しており、「介護において～」というテーマが興味をもった理由と考える。
- ・病気の治療はしていても、歯の治療はせず口から食べることを諦めている方もいる。そういった方が訪問歯科を利用することによりQOLの向上に繋がれると考えられる。
- ・介護支援専門員は施設のスタッフも多く、施設内で真剣に感染症対策に取り組んでいる様子がうかがえた。
- ・歯科医師の診察状況の確認等家人から聞くことも多く、全ての歯科医との連携が構築されているとは言えない。健康状態を維持するためにも適切な口腔ケアが提供されるよう今後訪問歯科との連絡方法や患者ケアの注意点等どの様に連携を図っていくか協働し取り組んでいきたい。

○解決策

- ・歯科医師会との連携を強化し、勉強会や患者の情報提供等のミーティング等開催を検討する。歯科医師会主催の研修への参加の呼びかけを行う。
- ・テーマにより、魅力を感じる職種は分かれ、医療職では研修する機会も多くより高度な内容を求めていると考えられる。講演のテーマで多職種を一同に集結させるのは困難なため、職種に偏りがあっても年間を通し最終的に他職種が参加できる様テーマを検討していく。
- ・今回講演歯科医師より、訪問歯科一覧を歯科医師会より提供していただいた。創設時よりカンファレンスへの協力を頂いており、今後とも在宅医療では切り離せない歯科との連携強化に協力を依頼していく。

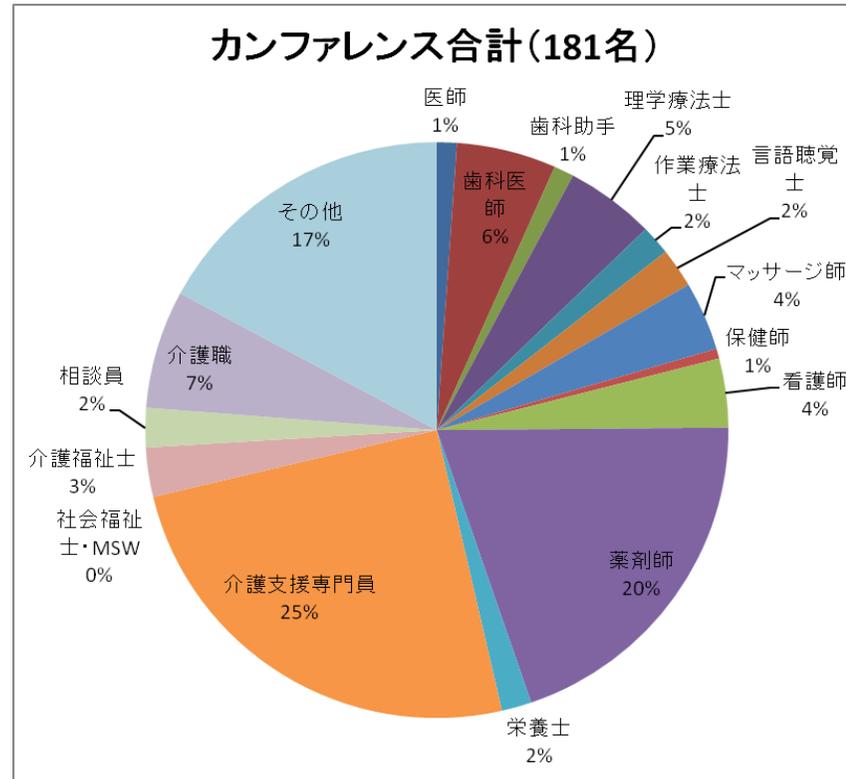


○水戸在宅カンファレンス第9回～11回参加職種合計

- ・第10回カンファレンス・ネットワーク総会後より、在宅医療連携拠点事業の認知度が向上し歯科医師の参加が増加している。
- ・リハビリ関係は、訪問リハビリや言語聴覚士による摂食障害患者へのリハビリ、又在宅マッサージ等需要が多いことから平均して参加されている。(13%)
- ・看護師の参加は少なく、特に一般病院からの参加はほとんどない。病院で活躍されている退院調整Ns など同じ看護師の立場から連携の在り方について講演いただくのも関心を持ってもらう機会となりえる。
- ・薬剤師は常に参加率が良いが、同一薬局からの参加も多く在宅医療推進には在宅訪問薬局の存在は必須であり、今後は、新規参加者を増やすため、引き続き情報発信していくと共に、薬剤師会への働き掛けも行っていく必要がある。
- ・医療ソーシャルワーカー等の参加が少ないが、「県央地区SW(ソーシャルワーカー)の会」が毎月開催され多数勉強会に参加されており、同職種間の連携は強い。多職種連携の顔の見える関係構築の為、今後もカンファレンスへの参加を引き続き呼びかけていきたい。
- ・介護職の参加は少なく、アンケート結果にもあったが、医療関係者との垣根を感じている方も多い。在宅医療を担うスタッフとして一番患者のそばに在るであろう介護職の方々に是非連携強化の為に参加していただきたい。また、在宅ケアの基礎講座にて感染症の講演時介護職の参加者が多数あったことから、カンファレンスの講演内容・日時等アンケート等にて介護職が求めていることの現状を把握し、興味を持てる内容を検討、実施していきたい。

カンファレンス参加職種合計

参加者職種	9回	10回	11回	合計
医師	1	0	1	2
歯科医師	1	5	4	10
歯科助手	0	0	2	2
理学療法士	4	4	1	9
作業療法士	2	1	0	3
言語聴覚士	1	0	3	4
マッサージ師	4	0	3	7
保健師	0	1	0	1
看護師	1	3	3	7
薬剤師	9	18	9	36
栄養士	0	0	3	3
介護支援専門員	14	12	19	45
社会福祉士・MSW	0	0	0	0
介護福祉士	4	0	1	5
相談員	0	2	2	4
介護職	1	7	4	12
その他	8	14	9	31
合計	50	67	64	181



●在宅医療・介護従事者へのアンケート

- ①目的 在宅医療従事者・介護従事者が抱える問題点の抽出
- ②対象 水戸在宅ケアネットワーク会員・水戸在宅ケアカンファレンス参加者
- ③方法 カンファレンス時グループワークでのインタビュー形式
- ④調査結果

- ・病院からの依頼時、退院時カンファレンスへの参加もなく在宅への依頼のみだと急な対応が難しい。
- ・情報の共有化の關係するデータがどこに存在するのか不明。
- ・多職種との關係が成り立っていない。
- ・利用者を通じての各事業所間の繋がりが少なく、その他事業所間での関わりがない。
- ・多職種の窓口利用法を共有化したい。
- ・情報化(ネットワーク化)の推進。

⑤まとめ

上記結果からも、各事業所間での「顔の見える關係」は構築されておらず、更に病院との連携も取れていない。
各事業所が、情報の共有化、窓口の一元化を希望している事が分かった。
水戸在宅ケアカンファレンス開催にて、各事業所の「顔の見える關係」は確立しつつあると考えられるが、在宅医療の受け入れ体制の一元化は今後の検討課題である。
また福祉資源の不足も上げられた。

⑥解決策

- ・水戸在宅ケアカンファレンスを継続する事により「顔の見える關係作り」を構築していく。
- ・当診療所では、ITを利用してリアルタイムでの情報共有可能となるよう進めている。
- ・今後も医療機関等へアウトリーチを進め在宅医療への理解を深め医療・福祉間の連携が強化されるようアプローチしていく。
→今後は行政・医師会との連携を視野に入れ、多職種連携の統括機関の設立を検討していく

◇9回～11回カンファレンスの結論

○課題

- ・病院との連携が成り立っていない。
- ・利用者を通じた關係でしかなく、他事業所間、多職種連携が構築されていない。
- ・多職種の情報共有の窓口を一元化して欲しい。
- ・情報化(IT化)の推進
- ・多職種連携の為、水戸在宅ケアネットワークを設立したが、会員の参加率が低迷している。

○解決策

- ・医療機関の医療従事者への在宅医療の啓発、在宅療養環境整備やサービス提供等に関する知識向上の研修会の開催
- ・現在活動している水戸在宅ケアネットワーク・ケアカンファレンスの開催継続による「顔の見える關係」構築
- ・多職種連携のための課題抽出(テーマや日時等)のため、カンファレンス毎にアンケートを実施し更なる多職種連携・既存会員の参加率向上を図る。
- ・リアルタイムでの情報共有の為、IT化を進めるにあたりPC操作の講習会等の開催を検討する。
- ・情報一元化の為の統括機関としては、行政や医師会等の支援が必要であり、今年度は連携し合会を開く等実施しなかったが、合会への参加や研修会の講師依頼等在宅医療普及活動への支援を要請していく。
- ・アンケートでは、接遇、コミュニケーション技術、ITについて等の講演希望があった。特にターミナル期のコミュニケーション技術が知りたいという具体的なコメントもあり、必要性が感じられた。
- ・アンケート内容については疾病について、介護について、IT等の情報システムについて、接遇・コミュニケーション能力についてなどテーマを分け提示する事でより回収率をあげ、関係者がより求めているものを探求できるのではないかと考える。

◇第1回いばらき診療所在宅ケアの基礎講座

演題: 肺がん終末期の在宅管理 最期はおうちで暮らしたい

講師: いばらき診療所とうかい 院長 西村嘉裕、看護部長 青木真由美

参加者: 157人

- ・地域の医療機関、介護施設、民生員さん等幅広く参加があった
- ・東海地区は6学区65名の民生員がいるが、そのうちの13名が参加され、各学区からも1～3名と満遍なく参加された。

○内容

〈西村院長〉

- ・肺がん患者さんの終末期医療について、大切にすべきこと:QOL(生活の質)を大切にする。
- ・多くの人が大切にしたいこと
 - ①自分のことは自分でしたい→自立している
 - ②人に気兼ねしないで過ごしたい→落ちついた環境で過ごす
 - ③ものや子供扱いしないでほしい→人として大切にされる
 - ④悔いを残したくない→人生を全うしたと感じる
 - ⑤子供と一緒にいたい→家族や友人と良い関係でいる
- ・行ってきた在宅医療の内容
 - ①在宅酸素療法②喀痰吸引③在宅中心静脈栄養
 - ④疼痛コントロール⑤うつ病コントロールなど

〈青木看護部長〉

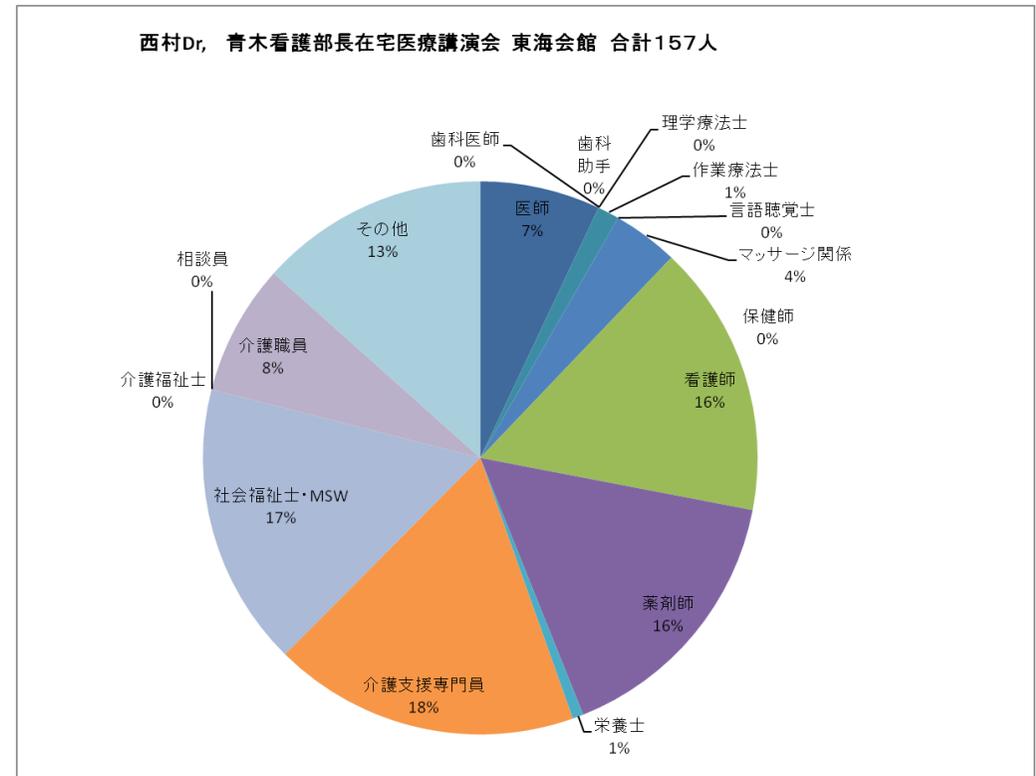
- ・訪問看護の醍醐味: 家族と一体となった看護。
家族、看護師が共に味わう充実感、達成感。
- ・住み慣れた家で最期を過ごしたい患者の思いを受け止めた家族へのサポートは、大変なケース程胸に残る。
- ・在宅療養を望む人たちのお手伝いを一緒に始めませんか？

○評価

- ・在宅医療では、在宅酸素療法・喀痰吸引・在宅中心静脈栄養・疼痛コントロール・うつ病コントロールなど病院と変わらない治療が受けられることを理解していただけた。
- ・地域からの参加者が多かった要因として、地域・近隣で急性期病院、医療機関が少なく、在宅医療が身近なのかもしれない。

○解決策

- ・比較的地域との連携が取れている印象はあるが、今後更に加速する高齢化社会に対応すべく、在宅医療への普及啓発は継続していく。



◇第2回いばらき診療所在宅ケアの基礎講座(水戸済生会病院)

演題: 地域医療連携の現状と問題点

講師: いばらき診療所みと 院長 丸山善治郎

参加者: 104人

- ・看護師の参加が81%を占めた。病院内でのスタッフの割合として看護師が多いことがあげられるが、厚生労働省の統計によると国民の60%が自宅での療養を望んでおりベツトサイドに一番近い看護師が、患者の生の声を聞き在宅医療の必要性をより身近に感じているのではないかと考えられる。
- ・済生会総職員数が925(Ns482)人であり、今回職員の11%が参加した事になる。

○内容

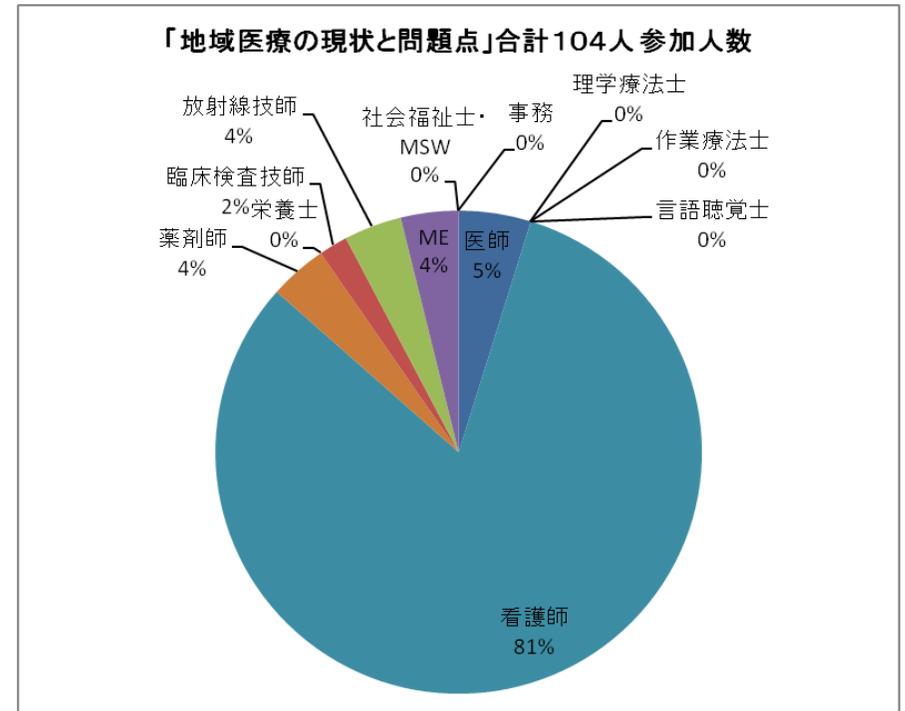
- ・在宅医療の普及によりスムーズに退院調整できれば、病院の平均在院日数も少なくなり、急性期病院ではより多くの患者対応が可能になる。
- ・在宅支援診療所の登録をしている診療所でも、外来の合間に往診しているケースが多く、在宅看取りまで行っている診療所は少ないのが現状。
- ・地域包括ケアシステムとは、医療・介護・生活支援・住まい・予防が一体となって支援していく。
- ・いばらき診療所では在宅医療コーディネーターが、医師の診察補助から連絡調整等の連携の中心を担っている。
- ・患者さんを正しく状況判断するためには患者背景を把握しておくことが重要。
- ・在宅ケアネットワークにて他職種連携を構築してきた。今年度厚生労働省から在宅医療連携拠点事業に採択され在宅医療推進の為、病院との連携も強化していきたい。

○評価

- ・病院内に、在宅医療を希望する方への案内を行う在宅医療相談窓口の設置を検討していたが、外部からの参入には病院の体制が整っていないという事で設置には至らなかった。
- ・水戸済生会病院は、いばらき診療所みとと水戸市内で一番連携が多い病院であるが、講演以降がん末期患者の在宅移行の相談は2件であった。H24年度の水戸済生会病院への入退院患者9人のうち、7月以降の入院患者は2名のみで特に増加は見られなかった。

○対策

- ・相談窓口の設置は実現しなかったが、在宅医療を希望している患者さんがいる場合は、当診療所へ依頼があり、連携はとれている。



◇第3回いばらき診療所在宅ケアの基礎講座(水戸赤十字病院)

演題:在宅終末期ケア(在宅での看取り)

明日もおうちで

講師:いばらき診療所とうかい 院長 西村嘉裕、看護部長 青木真由美

参加者:122人

- ・看護師の参加が51%を占めたが、リハビリや薬剤師、栄養士等多職種の参加があった。
- ・急性期病院ならではの、退院支援等に関わるMSW等の参加が目立った。
- ・総職員数771人であり、今回職員の16%が参加している。

○内容

〈西村院長〉

- ・がん患者の看取りの場所比較:日本・アメリカ・オランダ→各国が病院、高齢者施設、自宅での割合がほぼ横ばいに対し日本は病院での死亡割合が93%に上る。
- ・肺がん患者さんの終末期医療について、大切にすべきこと:QOL(生活の質)を大切に。
- ・多くの人が大切にしたいこと

①自分のことは自分でしたい→自立している

②人に気兼ねしないで過ごしたい→落ちついた環境で過ごす

③ものや子供扱いしないでほしい→人として大切にされる

④悔いを残したくない→人生を全うしたと感ずる

⑤子供と一緒にいたい→家族や友人と良い関係でいる

・行ってきた在宅医療の内容

①在宅酸素療法②喀痰吸引③在宅中心静脈栄養④疼痛コントロール⑤うつ病コントロールなど

・塩酸モルヒネによる疼痛管理について:インフューザーPCAタイプ(自己調節疼痛管理)の説明

〈青木看護部長〉

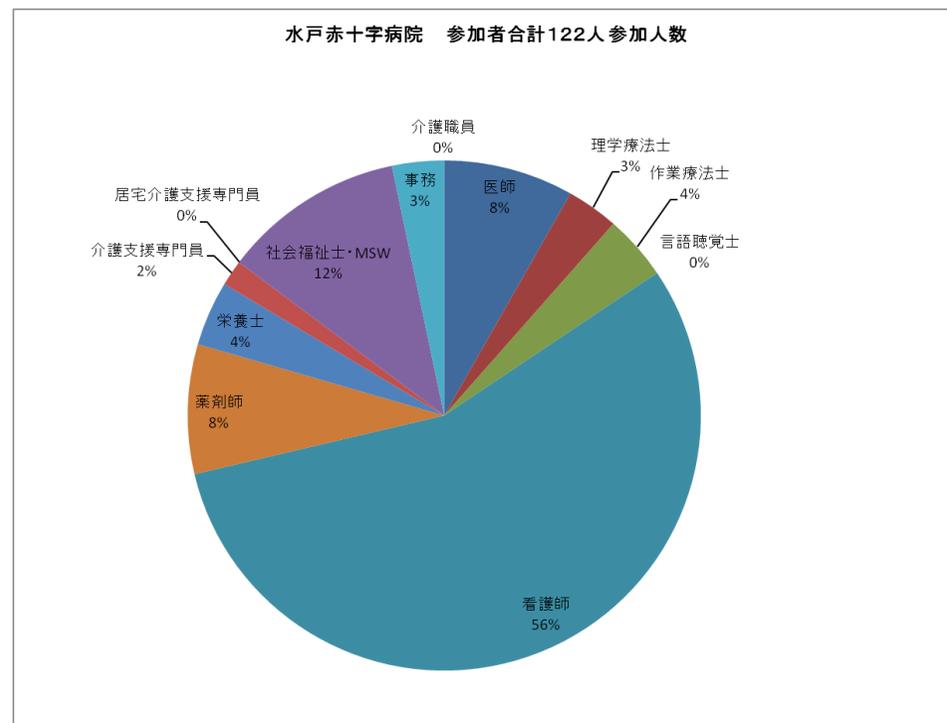
- ・訪問看護の醍醐味:家族と一体となった看護。家族、看護師が共に味わう充実感、達成感。
- ・住み慣れた家で最期を過ごしたい患者の思いを受け止めた家族へのサポートは、大変なケース程胸に残る。
- ・在宅療養を望む人たちのお手伝いを一緒に始めませんか？

○評価

- ・在宅医療の普及によりスムーズに退院調整できれば、病院の平均在院日数も少なくなり、急性期病院ではより多くの患者対応が可能になる。

○解決策

- ・今後も在宅医療普及活動は継続する事が望ましいが、医師や看護師のみではなく、在宅医療に関わっている理学療法士や栄養士、薬剤師等の講演も他諸種の関心が更に高まるのではないかと？



◇第4回いばらき診療所在宅ケアの基礎講座

演題:高齢者の骨折と運動療法
 講師:東大文化大学 助教授 福島 斉先生
 参加者:102人

- ・リハビリ関係者が多く20%を占めた。
- ・運動療法とあって、医療機関関係者が多数参加された。
- ・介護支援専門員の参加は変わらず安定していた。

○内容

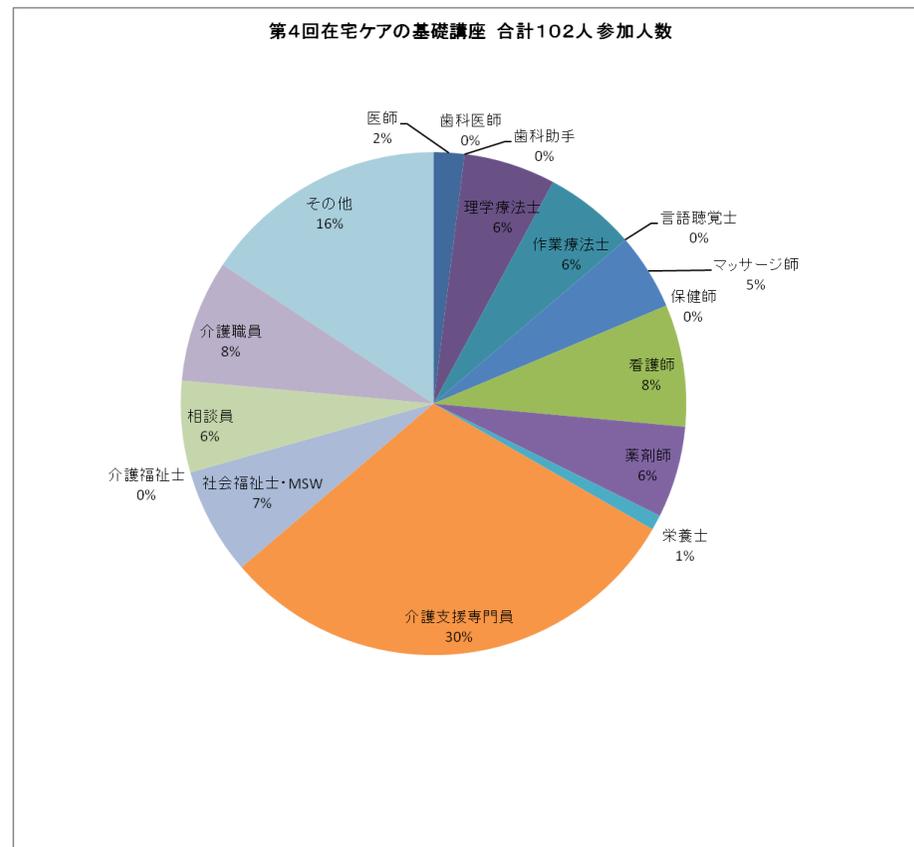
- ・「バリアフリーでこそ人は転ぶ」...バリアフリーの徹底化は運動機能の低下に結びつき、転倒骨折が増加している。脚力を鍛えることで転倒を予防し寝たきり予防に繋げようと運動療法を通して地域の高齢者へ働きかけています。
- ・下肢進展居城訓練・スクワット・椅子の立ち座り等の筋肉とバランスを鍛える訓練や正しい歩行の仕方などをご講義頂きました。

○評価

- ・運動療法を動画を使用し、どのような方法で行うのかわかりやすく説明して下さった。
- ・骨折(大腿部頸部骨折等)は、寝たきり・ADLの著しい低下につながるきっかけになるため、高齢者医療・介護従事者にとって関心の高いテーマであるといえる。
- ・参加人数や、参加者から「良いお話を聞きました」などの声を頂き、関心の高さがうかがえるため、骨折に関する講演は次年度も候補に入れて良いテーマと考える。

○解決策

- ・来年度の講演内容については、リクエストされているものがいくつかあり、カンファレンス等にてアンケートを実施し今後職種の方々が一番求められているものは何かを改めて把握し、各個人のレベルアップに繋げてほしい。



◇第5回いばらき診療所在宅ケアの基礎講座(水府病院)

演題:在宅終末期ケア(在宅での看取り)

明日もおうちで

講師:いばらき診療所とうかい 院長 西村嘉裕、看護部長 青木真由美

参加者:34人

- ・看護師の参加が81%を占めた。病院内でのスタッフの割合として看護師が多いことがあげられるが、厚生労働省の統計によると国民の60%が自宅での療養を望んでおりペットサイドに一番近い看護師が、患者の生の声を聞き在宅医療の必要性をより身近に感じているのではないかと考えられる。
- ・水府病院総職員数175人であるため、今回職員の19%が参加した事になり、今回の医療関係への講演会の中では一番の参加率であった。
- ・提携施設に診察に伺っているせいかな？医師参加率も多い。しかし、医師・看護師・事務の3職種のみでの参加であった。

〈西村院長〉

- ・肺がん患者さんの終末期医療について、大切にすべきこと:QOL(生活の質)を大切にす。
- ・多くの人が大切にしたいこと

- ①自分のことは自分でしたい→自立している
- ②人に気兼ねしないで過ごしたい→落ちついた環境で過ごす
- ③ものや子供扱いしないでほしい→人として大切にされる
- ④悔いを残したくない→人生を全うしたとを感じる
- ⑤子供と一緒にいたい→家族や友人と良い関係でいる

・行ってきた在宅医療の内容

- ①在宅酸素療法②喀痰吸引③在宅中心静脈栄養④疼痛コントロール⑤うつ病コントロールなど
- ・塩酸モルヒネによる疼痛管理について:インフューザーPCAタイプ(自己調節疼痛管理)の説明
 - ・在宅医療における地域包括システムについて

〈青木看護部長〉

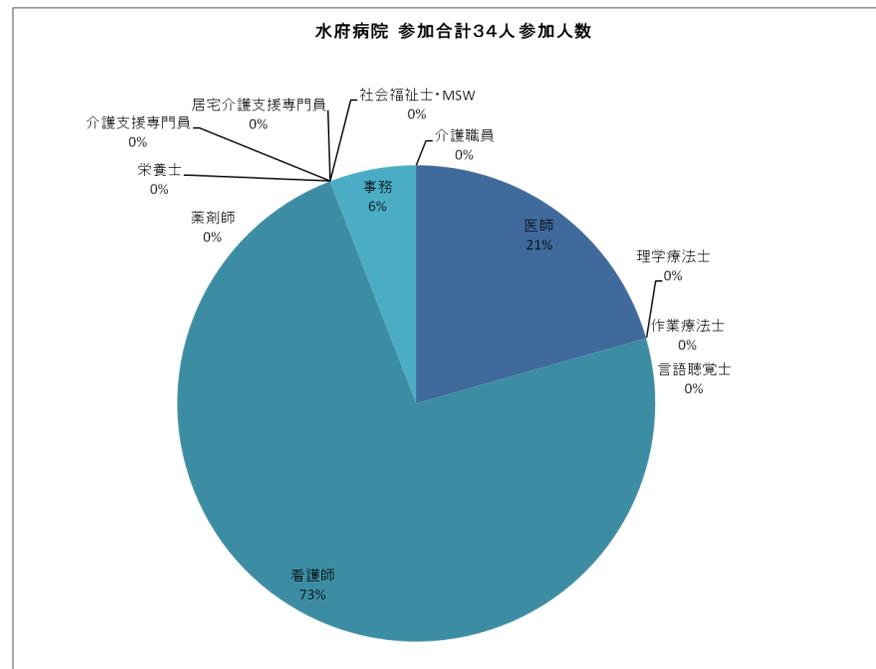
- ・訪問看護の醍醐味:家族と一体となった看護。家族、看護師が共に味わう充実感、達成感。
- ・住み慣れた家で最期を過ごしたい患者の思いを受け止めた家族へのサポートは、大変なケース程胸に残る。
- ・在宅療養を望む人たちのお手伝いを一緒に始めませんか？

○評価

- ・病院全体としては職員数に比べ参加率が良かったが、3職種のみでの参加であったため、他の職種への在宅医療推進に対するアプローチが必要である。

○解決策

- ・医師・看護師・事務以外の他職種の参加を促すために、在宅医療がチーム医療であり、場所が病院から患者さんの自宅へ移動になっただけのことであること。リハビリや、薬剤師、栄養士等他職種が関わってケアが行われていることが明確でわかりやすい演題の設定を行う事。また、医師と訪問看護師のみではなく、在宅医療に携わっている理学療法士や栄養士、薬剤師等の講演も計画を検討してはどうか？



◇第6回いばらき診療所在宅ケアの基礎講座(西山堂慶和病院)

演題:在宅終末期ケア(在宅での看取り)

明日もおうちで

講師:いばらき診療所とうかい 院長 西村嘉裕、看護部長 青木真由美

参加者:9人

- ・総職員数185名(Ns95)人であり、今回職員5%ほどの参加率であった。
- ・那珂市の急性期病院であり、退院後すぐに在宅療養ではなく、療養病棟や施設を経由し在宅療養に至るケースが多いのかもしれない。
- ・関連施設に通所リハビリ(デイケアサービス)、介護支援、特別養護老人ホーム等の関連施設を持っているため、退院後在宅以外にも選択できる環境が整っていることも、参加率低迷の要因ではないかと考える。

〈西村院長〉

・肺がん患者さんの終末期医療について、大切にすべきこと:QOL(生活の質)を大切にする。

・多くの人が大切にしたいこと

- ①自分のことは自分でしたい→自立している
- ②人に気兼ねしないで過ごしたい→落ちついた環境で過ごす
- ③ものや子供扱いしないでほしい→人として大切にされる
- ④悔いを残したくない→人生を全うしたとを感じる
- ⑤子供と一緒にいたい→家族や友人と良い関係でいる

・行ってきた在宅医療の内容

- ①在宅酸素療法②喀痰吸引③在宅中心静脈栄養④疼痛コントロール⑤うつ病コントロールなど
- ・塩酸モルヒネによる疼痛管理について:インフューザーPCAタイプ(自己調節疼痛管理)の説明
 - ・在宅ケアへの移行について

〈青木看護部長〉

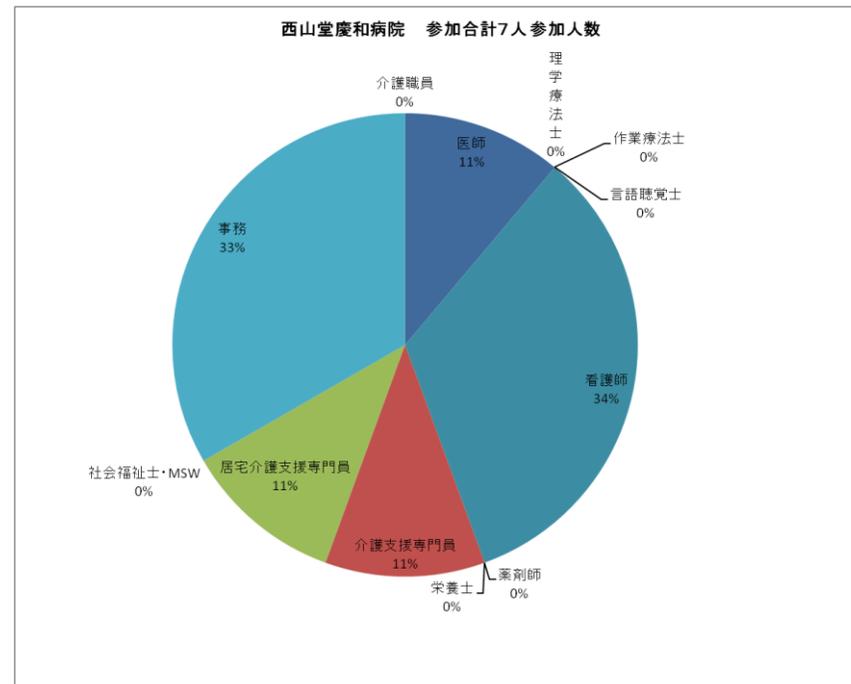
- ・訪問看護の醍醐味:家族と一体となった看護。家族、看護師が共に味わう充実感、達成感。
- ・住み慣れた家で最期を過ごしたい患者の思いを受け止めた家族へのサポートは、大変なケース程胸に残る。
- ・在宅療養を望む人たちのお手伝いを一緒に始めませんか？

○評価

- ・在宅医療についての講演会では参加率が振るわなかったが、高齢化に伴い在宅医療の必要性が増していく中、今後も理解を深めてもらえるようアプローチし続けていくことが重要と考える。
- ・医師・看護師以外の医療従事者の参加が無い場合、講演案内のアプローチ方法についても検討課題である。

○解決策

- ・今後更なる高齢化社会を迎え、厚生労働省の統計による国民の60%が自宅療養を望んでいることや、2040年にかけて死亡者が40万人増加する事等も踏まえ、看取りの場の確保が課題であることなどの情報発信を行う事も重要なのではないかな？
- ・医師・看護師・事務以外の他職種の参加を促すために、在宅医療がチーム医療であり、場所が病院から患者さんの自宅へ移動になっただけのことであること。リハビリや、薬剤師、栄養士等他職種が関わってケアが行われていることが明確でわかりやすい演題の設定を行う事。また、医師と訪問看護師のみではなく、在宅医療に携わっている理学療法士や栄養士、薬剤師等の講演も計画を検討してはどうか？



◇第7回いばらき診療所在宅ケアの基礎講座(水戸協同病院病院)

演題:在宅終末期ケア(在宅での看取り)

明日もおうちで

講師:いばらき診療所とうかい 院長 西村嘉裕、看護部長 青木真由美

参加者:47人

・総職員数359人で13%が参加した。

今回も看護師の参加が大半が(73%)を占めた。病院内でのスタッフの割合として看護師が多いことがあげられるが、厚生労働省の統計によると国民の60%が自宅での療養を望んでおりベットサイドに一番近い看護師が、患者の生の声を聞き在宅医療の必要性をより身近に感じているのではないかと考えられる。

○内容

〈西村院長〉

・がん患者の看取りの場所比較:日本・アメリカ・オランダ→各国が病院、高齢者施設、自宅での割合がほぼ横ばいに対し日本は病院での死亡割合が93%に上る。

・肺がん患者さんの終末期医療について、大切にすべきこと:QOL(生活の質)を大切にする。

・多くの人が大切にしたいこと

①自分のことは自分でしたい→自立している

②人に気兼ねしないで過ごしたい→落ちついた環境で過ごす

③ものや子供扱いしないでほしい→人として大切にされる

④悔いを残したくない→人生を全うしたと感じる

⑤子供と一緒にいたい→家族や友人と良い関係にいる

・行ってきた在宅医療の内容

①在宅酸素療法②喀痰吸引③在宅中心静脈栄養④疼痛コントロール⑤うつ病コントロールなど

・塩酸モルヒネによる疼痛管理について:インフューザーPCAタイプ(自己調節疼痛管理)の説明

・在宅ケアへの移行について

〈青木看護部長〉

・訪問看護の醍醐味:家族と一体となった看護。家族、看護師が共に味わう充実感、達成感。

・住み慣れた家で最期を過ごしたい患者の思いを受け止めた家族へのサポートは、大変なケース程胸に残る。

・在宅療養を望む人たちのお手伝いを一緒に始めませんか？

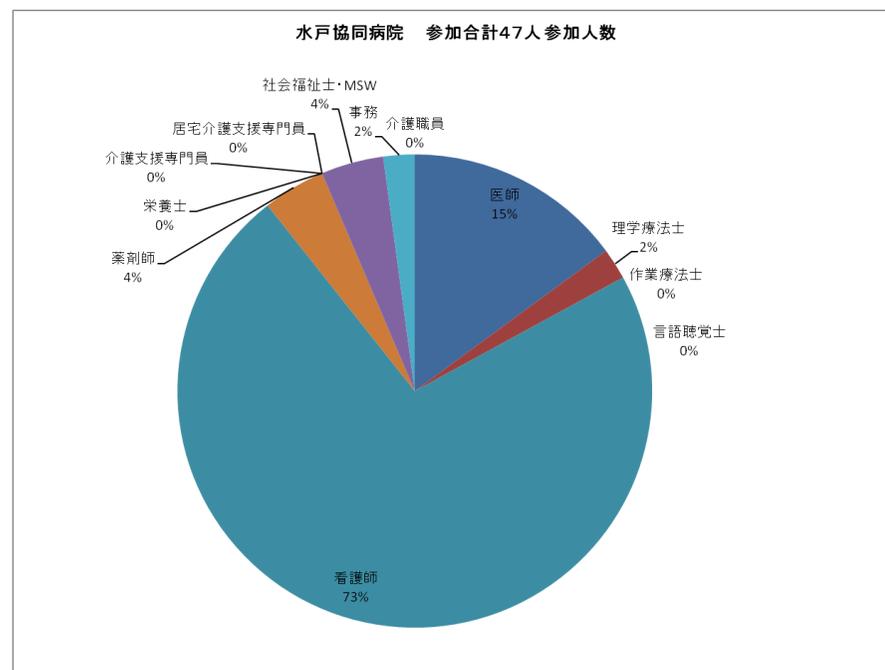
○評価

・病院全体の職員数では参加率はそれほど高くないが、6職種からの参加があり他職種の方が在宅医療について興味を示している

○解決策

・今後更なる高齢化社会を迎え、厚生労働省の統計による国民の60%が自宅療養を望んでいることや、2040年にかけて死亡者が40万人増加する事等も踏まえ、看取りの場の確保が課題であることなどの情報発信を行う事も重要と考える。

・他職種の参加率をアップさせるために、在宅医療がチーム医療であり、場所が病院から患者さんの自宅へ移動になっただけのことであること。リハビリや、薬剤師、栄養士等他職種が関わってケアが行われていることが明確でわかりやすい演題の設定を行う事。また、医師と訪問看護師のみではなく、在宅医療に携わっている理学療法士や栄養士、薬剤師等の講演も計画を検討してはどうか？



◇第8回いばらき診療所在宅ケアの基礎講座

演題：在宅における感染症予防の基礎知識とワクチンについて

講師：聖路加看護大学 助教 堀成美先生

参加者：69人

- ・介護職の参加が非常に多く目立った。
- ・介護の現場での感染管理に関心が高まっていることがうかがえた。
- ・医療従事者は、通常勤務で感染症に対する知識の習得がされており参加に繋がらなかったのではないかと考える。
- ・当日別会場にて医師会主催の勉強会があったため、他の会に比べて介護支援専門員の参加が少なかった。
- ・医師会・行政からの参加はなく、医師は当院の院長のみであった。

○内容

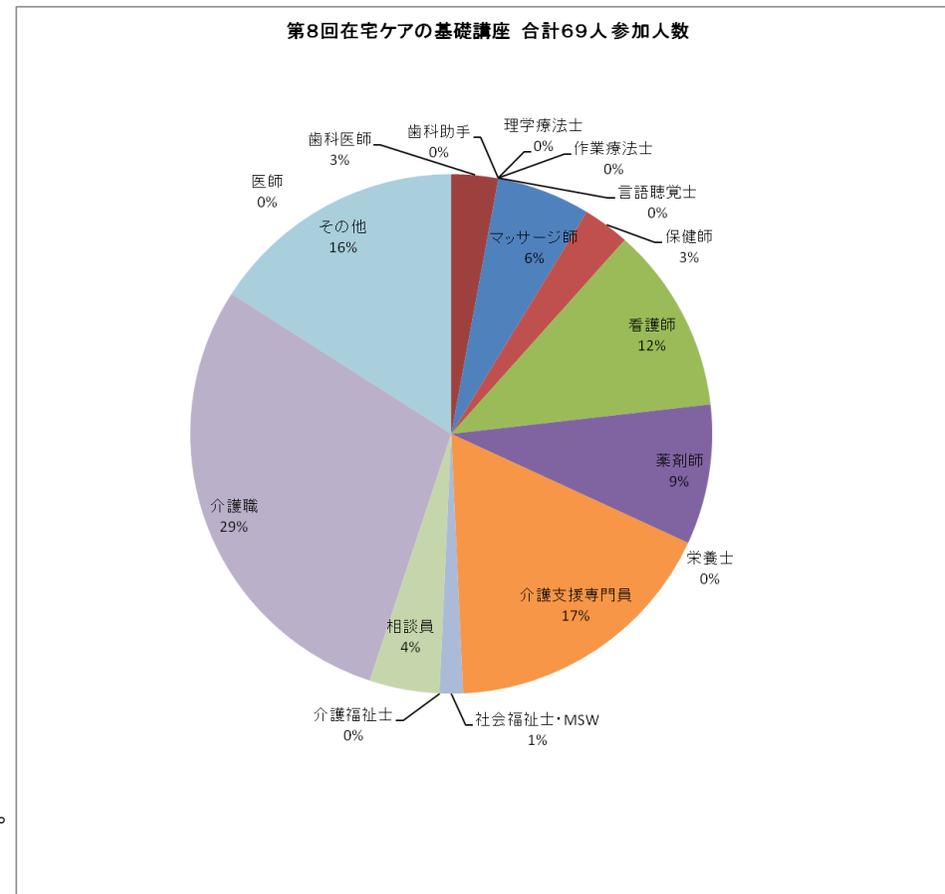
- ・感染症は、①人に感染するか、②人一人に感染するか、③健康被害のリスクがあるか？④子供・妊婦の健康に被害があるか？⑤予防法・治療法があるか？、薬で治るか？、予防ワクチンがあるか？に整理すると良い。
- ・感染症対策を学ぶ目的として、①自分自身を守る、②自分や器具を介して他人に感染を拡大させない、個人の健康と生活を守る為である。
- ・ワクチンで予防できる病気・ジフテリア・麻疹・ムンプス・百日咳・ポリオ・先天性風疹症候群・破傷風・侵襲性肺炎球菌感染症などあるが、予防できるワクチンは極僅かである。
- ・感染経路：①接触感染②飛沫感染③空気感染
- ・スタンダードプリコーション：標準予防対策
- ①すべての血液・体液・傷は感染性のものとして扱う
- ②感染予防のために个人防护具(PPE)を使用
- ③前後の手洗い・手指衛生
- ・感染症対策は、ひたすら地味な事を、正確にやることが命

○評価

- ・看護師の参加が増えた理由として、施設等で感染症に対する危機管理が高まっている事が考えられる。
- ・看護師・介護士の参加を高めるためには、今回のように現場で役に立つテーマの採択が重要である。
- ・興味のあるテーマには普段出席率が悪い職種も参加する事がわかった。

○解決策

- ・在宅や施設でスタッフが疑問に思っていることなどを抽出し講演内容に反映してはどうか？
- ・水戸在宅ケアカンファレンスや在宅ケアの基礎講座等毎回アンケート形式で困っていることや、勉強してみたいこと等把握することが重要である。



◇第9回いばらき診療所在宅ケアの基礎講座(志村大宮病院)

演題:在宅終末期ケア(在宅での看取り)

明日もおうちで

講師:いばらき診療所とうかい 院長 西村嘉裕、看護部長 青木真由美

参加者:55人

- ・回復期リハビリテーション病院として、在宅移行のケースが多いと想定される。
- ・グループとして居宅、介護施設等も多く介護支援専門員の参加が多かった。又、医療ソーシャルワーカーの参加が多く、退院調整の役割を担っていると考えられる

○内容

〈西村院長〉

- ・がん患者の看取りの場所比較:日本・アメリカ・オランダ→各国が病院、高齢者施設、自宅での割合がほぼ横ばいに 対し日本は病院での死亡割合が93%に上る。
- ・肺がん患者さんの終末期医療について、大切にすべきこと:QOL(生活の質)を大切にす。
- ・多くの人が大切にしたいこと

①自分のことは自分でしたい→自立している

②人に気兼ねしないで過ごしたい→落ちついた環境で過ごす

③ものや子供扱いしないでほしい→人として大切にされる

④悔いを残したくない→人生を全うしたとを感じる

⑤子供と一緒にいたい→家族や友人と良い関係でいる

・行ってきた在宅医療の内容

①在宅酸素療法②喀痰吸引③在宅中心静脈栄養④疼痛コントロール⑤うつ病コントロールなど

・塩酸モルヒネによる疼痛管理について:インフューザーPCAタイプ(自己調節疼痛管理)の説明

・在宅ケアへの移行について

〈青木看護部長〉

- ・訪問看護の醍醐味:家族と一体となった看護。家族、看護師が共に味わう充実感、達成感。
- ・住み慣れた家で最期を過ごしたい患者の思いを受け止めた家族へのサポートは、大変なケース程胸に残る。
- ・在宅療養を望む人たちのお手伝いを一緒に始めませんか?

○評価

・グループ内に訪問看護ステーション等の在宅サービスを提供する施設をもっているため在宅への理解も他の医療機関に比べて深いと考えられる。

・志村大宮病院も本年在宅医療拠点に採択されており、在宅医療への関心が高いと考えられ、多職種が参加している。

・今後はより一層の連携により、在宅医療の普及に繋がるのではないかと。

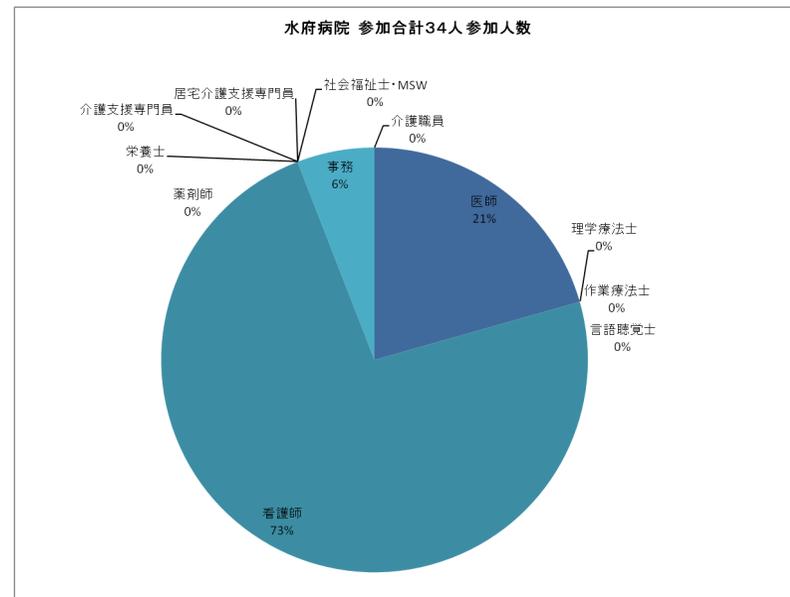
○結果

・看護師以外の職種に対するアプローチ方法の検討が必要。在宅医療の必要性を感じてもらうためには何が必要か検討する。

・他職種の参加率をアップさせるために、在宅医療がチーム医療であり、場所が病院から患者さんの自宅へ移動になっただけのことであること。リハビリや、薬剤師、栄養士等他職種が関わってケアが行われていることが明確でわかりやすい演題の設定を行う事。また、医師と訪問看護師のみではなく、在宅医療に携わっている理学療法士や栄養士、薬剤師等の講演も計画を検討してはどうか?

・医師会、歯科医師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、薬剤師会、栄養士会等との会合の場を設け、今後在宅医療の重要性が高まっていくことへの理解を求め、「連携」の重要性を理解してもらう。更に、各ステークホルダーから在宅医療の重要性を示してもらい、チーム医療の重要性を各職種へ理解を深めてもらう。

・各医師会、歯科医師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、薬剤師会、栄養士会等からの支援が困難な場合は、協力体制にある専門職スタッフへ講演を行ってもらうなど協力してもらう。



＜在宅医療従事者の負担軽減の支援＞

①24時間体制を構築するためのネットワーク化

・支援体制

いばらき会では24時間365日、在宅医療コーディネーターが電話対応し、医療相談や緊急時の対応を医師へ確認し振り分けを行っている。
また、いばらき会では24時間対応医師が不在にならないよう、いばらき会内で医師の調整・対応を行っているため、24時間体制は構築されている。
また、在宅医療コーディネーターが医師と患者様・関係者様間に立ち、意思伝達役を担う事により、医師の負担軽減に繋がっていると考えられる。

・他の医療機関へのfollowとその成果

併設するクリニックへ通院していた施設入居者の、クリニックの医師不在時や夜間の診療支援、在宅医療の提供を行い看取りまで行っている。
現在まで4人看取り、7人訪問診療実施中。

・水戸市近隣地域では、訪問診療に特化した診療所はいばらき会のみである。他はクリニックなどの小規模診療所が行っているだけである。他の在宅支援診療所は各個人事業所単位で行っているため、医療従事者の負担は非常に大きいと考える。水戸市内では、一部の開業医が連携し訪問診療の夜間・休日対応策を模索しており、実現できれば在宅療養を希望する患者の増加も見込まれる。

・水戸市で拠点事業を展開中の看護協会が行っている拠点事業の検討部会に参加させて頂いているが、行政初め医師会や歯科医師会等ステークホルダーとの繋がりが強い看護協会のネットワークを活かし、今後行政や医師会、歯科医師会、薬剤師会等、在宅医療で不足している人材育成の支援協力を依頼していく。(医療従事者への啓発や、講演等)

②在宅医療連携ガイド作成

- ・水戸市内の在宅医療を行っている医療機関・通所施設・入所施設に対し運営状況をアンケート形式にて聴取まとめ(茨城県看護協会と合同にて作成)
- ・利用者への適切なケア提供へつなげる。簡易版(100ページ)、詳細版(290ページ)を各2000部づつ作成し、アンケート調査依頼した事業所へ各1部づつ配布予定。
- ・利用者が必要としているサービスを色々な角度から情報提供し在宅療養を可能にする。

③介護職員等によるたんの吸引等(特定の者対象)研修の指導者研修

- ・介護職員の吸引実施により在宅医療従事者の負担軽減を図る
- ・介護職員による吸引指導者はあくまで個人の資格であり、介護職員による吸引という事で継続的な指導を要するとの法人の考えの基、訪問看護ステーション利用患者の指導に限り実施とし、該当者なく実施なし。事故が発生した場合個人が指導・許可を下したことで事故原因として取り扱われることを防ぐため、外部から2件依頼があったが、当訪問看護施設連携がなかったため、お断りさせて頂いた。
- ・水戸市内の訪問看護ステーションへ、介護職員による吸引指導についての対応を確認したが、1件は指導者研修を受講していなかったが、残りの訪問看護ステーションは指導者研修を受講されていた。その内1件は依頼が多く訪問している患者さんのみ対応していると回答。残り訪問看護ステーションは介護職員による吸引という事で、当法人と同様の考えの基外部からの受け入れは行わない予定であると回答している。
- ・当法人は上記の考えにより進めているが、同様の考えの訪問看護ステーションが多く、介護職員の吸引実施に向け制度化していくならば、通常吸引が必要な患者さんは、訪問看護が介入していることが望ましいと考えられ訪問看護の介入を必須とし、全ての訪問看護ステーションが指導者講習を受けることで解決すると思う。

④訪問看護ステーション症例発表会・勉強会

月日	演題	内容	参加人数	内訳	
9/6	症例発表会	4訪問看護ステーションの症例発表会	45	看護師37	理学療法士8
1/25	勉強会	講師を招き接遇について講演会	40	看護師32	理学療法士8

- ・症例発表では、時間外の訪問依頼も不安から家族が連絡する事も多く、医師の訪問が必要な事例は少なかった。
- ・訪問看護師のレベルアップを図り、少ない在宅医の負担軽減へつなげる。
- ・訪問看護師の接遇向上により在宅療養が安心して過ごせることが、医療従事者負担軽減に繋がると考えられる

⑤チーム医療を提供するための情報共有システムの整備

○現在

- ・在宅療養カルテを患者様宅へ置き、異なる機関に所属する多職種の医療・介護連携の構築をしてる。
- ・また、急ぎの報告や、指示内容の変更の際はTEL・FAXを利用し情報共有を図っている。

○課題

- ・情報共有に時間がかかる事、記録の二度手間や、情報の一方通行などがある。
- ・多職種共通記述様式が存在しない。
- ・iPad miniを購入したが活用に至っていない。

○解決策

- ・在宅療養カルテを利用し情報共有を図ってきたが、情報のIT化に伴い、より迅速に情報共有できるよう、ipadを利用し情報共有に役立つ富士通の「SAAS」導入を決定した。当初は別クラウド導入を検討していたが、セキュリティ面での不安要素があったため導入を見送る形となる。より急変時等リアルタイムでの情報共有が可能となり、より適切なケアを提供できる本システムへの変更を決定したため、当初目標としていた導入運用まではたどり着かず、本年はクラウド検討、決定までとなる。今後は患者様の情報をリアルタイムで共有できるよう、患者様に関わる他事業所との連携を検討中。現在、IT化導入での情報共有を検討中の為、標準記述ツールの導入は今後の検討課題とする。

・iPad miniの活用方法として、他の事業所との活用は個人情報の流出の恐れがあり、当面は当診療所内での使用とし、各スタッフ間で情報共有を行う。

- ①Face time: 非常勤医師が往診時判断に迷うときなどは、担当医との意見交換に使用する。
- ②Today水戸をiPadで作成1~7台へメール出送信。
- ③カレンダーにて期限がある書類の設定を行い、共有する。
- ④往診した人のカレンダー、入院した人のカレンダーの共有
- ⑤定期訪問患者の申し送りをVoiceレコーダーで文字化、申し送りに参加できなかった人が確認する。

<効果的な医療提供のため多職種連携>

①アウトリーチ(訪問支援)

○訪問機関

医療機関:6件 ・訪問看護ステーション:6件 ・地域包括支援センター:14件 ・居宅介護支援センター:4件 ・介護老人福祉施設等:13件

・認知症ケアセンター・関連施設2件を訪問。

・在宅医療連携推進、水戸在宅ケアネットワークでの顔の見える関係構築の為の案内

・水戸協同病院にて、在宅医療課を開始。在宅へ向けての助言や在宅医療提供のコーディネートを行っている。

○活動内容

・地域住民・医療従事者対象の在宅医療・訪問看護講演会開催

・在宅医療の普及啓発を活動(在宅医療の説明、当診療所の説明等)

・訪問機関の現状把握、サービス提供内容把握等

○成果や評価

他の医療機関にて在宅医療の説明を行う事により、医療従事者へ在宅医療の知識を身に付けてもらう事により、普及・啓発への第一歩に繋がった。

1/10水戸協同病院内に「在宅医療科」開設・診療開始(水曜日 13:30~17:00)

・病院にて在宅移行できる患者・在宅医療を希望する患者を早期に見つけスムーズな退院支援を行う。

・当診療所医師・当診療所MSW・病院医師・病院NS・病院MSWが担当

患者数:7人 在宅移行患者数:3人

○課題

・急性期病院から在宅へ戻る際、介護者の介護力の低さや、メンタル面での不安がある場合は療養型病床や老健施設等を利用する機会が多いが、今回、施設の数・質ともに不足している印象を受けた。

・特に、高度医療を必要としている患者のレスパイト入院できる施設が少なく、家族が急病の時等緊急時の対応は非常に厳しい現状である。

・在宅医療を継続するために、在宅医充足はもちろんではあるが 介護者負担の軽減を図るための夜間サービスの充実等課題が残る。

・地域包括支援センターとの意見交換等は行ったが、連携し関係機関への働き掛けを行うなどの事業は行わなかった。

・行政や医師会、歯科医師会、ケアマネジャー協会等との連携がなく、各施設の担当者が独自にケア提供を行っているため、困難事例等、医療・介護・福祉が連携し対応するなどの対策が不足している。

○解決策

・不足している中間施設の役割を、他のサービス等の組み合わせで補っていくためにも、地域別リーダーによるネットワークづくりが不可欠である。

・また、今後は行政や医師会、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、ケアマネジャー協会、介護福祉士会、栄養士会と連携し、多職種連携の統括機関の設立する必要性も感じた。

・ステークホルダーがリーダーとして在宅療養支援診療の協力体制を構築してくれるよう、今後も働きかけていく必要がある。

②地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動

・医師不足

・医師に医療負担がかからないよう医療コーディネーターが事務的な面をfollowする。

・また非常勤で新たに医療コーディネーターを育成し、半年後常勤とした。

・医師会レベルでの、在宅療養支援体制の構築が不可欠である。

・提供される医療やケアの質の担保

・いばらき会訪問看護ステーション症例発表会では、災害時マニュアルの作成や災害時のアンケート調査等災害についての関心は現在も高く、2事業所から発表が行われた。服薬管理や緩和ケアの発表もあった。患者さん向けの災害時マニュアルの作成も行われており、通常からの災害に対する啓蒙活動は大切だと改めて感じた。

・第2回は接遇について高校の看護科教諭による講演であり、時代とともに患者さんへの接し方も変化しているため、常に向上心を持ち知識を深めていくことが重要である。

＜在宅医療に関する地域住民への普及プログラム＞

●いばらき会第1回アニュアルミーティング

月日	演題	内容	参加人数
11/16	中村秀一先生「社会保障と税の一体改革とこれからの医療」	今後の医療・福祉体制と税について講演	96
	第1部:リハビリ、看護、栄養、介護食についてデモンストレーション、展示等		
11/17	第2部:各診療所の説明及び、診療所での取り組み	市民向け医療フォーラム(在宅医療推進に向けて)	147
	第3部:調整部の他事業所間との連携、協力体制の度合い		

◇いばらき会第1回アニュアルミーティング1日目

演題: 社会保障と税の一体化改革

講師: 中村秀一先生

参加者: 95人

重度心身障害児を守る会: 3名
不動産業: 1名
ソフト開発事業所: 2名
学校関係者: 1名
筋ジストロフィー患者の会: 3名
合計10名

○内容

- ・地域住民向けのフォーラムであり、広く広告を配布した効果があり一般参加は10名に上った。
- ・「社会保障と税の一体改革」では、少子高齢化を迎え、減少する税収と増加する年金・医療費のバランスをどのように取っていくかが焦点である。今後導入される消費税率アップでも赤字を抑えるだけで借金を減らす効果は無く、社会保障の充実には国債に頼らない財源確保が必須である。現在の医療体制では、医療費は増加の一途をたどり、それを食い止めるためにも在宅医療推進は医療費削減に一役買うのであるが、必要な在宅医不足が大きな問題である。

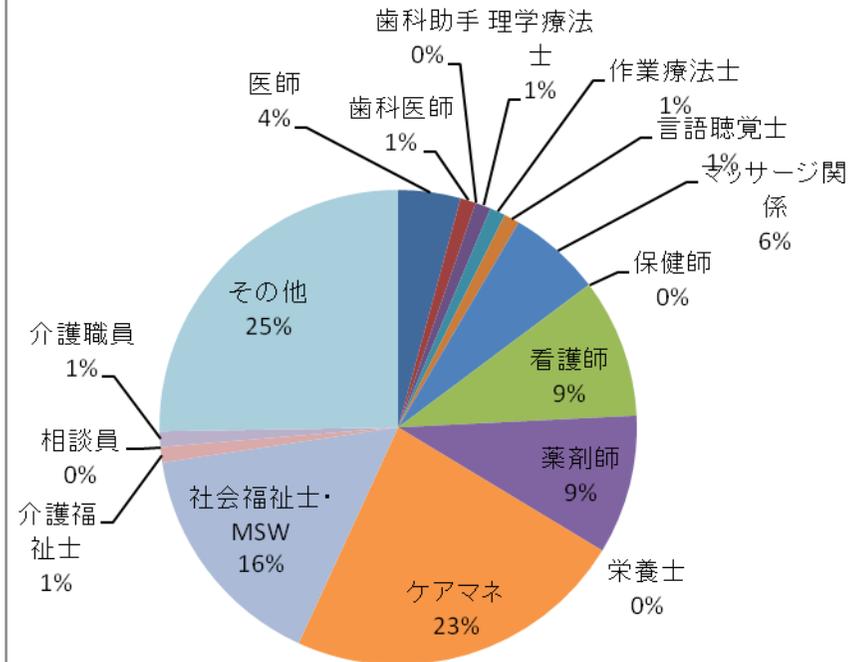
○課題

- ・高名な講師による講演であり、今後の医療体制を理解する上で重要な講演であったと考える。
- ・しかし、制度改革という政治的要素の内容であり、興味を引かなかったのか想像より参加者は少なかった。

○解決策

- ・人材育成は希望する人がいなければ成り立たず、医療関係者への啓発活動は重要である。国民が自宅療養を希望している現状や在宅医療の実際、在宅療養に携わることでその人らしく生きることのお手伝いが出来るなど、在宅療養ならではの魅力を発信する。
- ・利用者の生活に密着している介護職の果たす役割は大きいですが、介護従事者は業務内容に対し労働条件等が厳しいと聞いている。介護は365日必要なものであり、個人のモチベーションを維持する条件など制度改革が必要ではないか？

アニュアルミーティング「社会保障と税の一体改革」合計95人



◇いばらき会第1回アニュアルミーティング2日目

第1部:リハビリ、看護、栄養、介護食についてデモンストレーション、展示等

第2部:各診療所の説明及び、診療所での取り組み

第3部:調整部の他事業所間との連携、協力体制の度合い

参加者:実人数147人

○結果

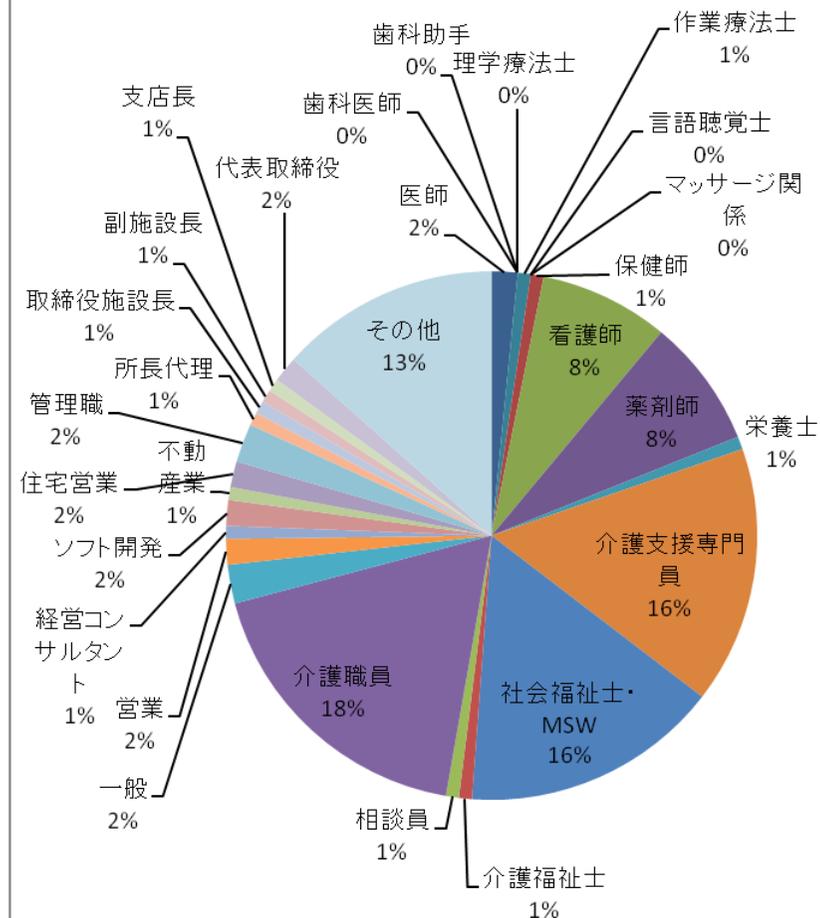
- ・高齢化社会を迎え、在宅医療の必要性が問われているなか、地域住民の意識改革が必要である。
- ・体験型看護・介護フェアを実施したが、細心電動ベットや車いす等施設スタッフのからは最新の機器への興味が強く好評であった。
- ・各いばらき診療所の取り組みについての講演では、連携施設スタッフの参加が多く、医療・介護連携について関心が大きいと感じる。
- ・病院関係者の参加は医師1名作業療法士1名の2名のみ。
- ・いばらき会での医療コーディネーター・介護支援施設専門員の地域での連携状況を確認したが、東海やこづる等の狭地域での住民同士のつながりが強い地域や、比較的都市化が進み住民同士の繋がりが弱くなってきている地域など、連携の強さ地域住民の参加体系など違いがあり、都市化した地域での地域住民との連携強化を図る必要がある。

○解決策

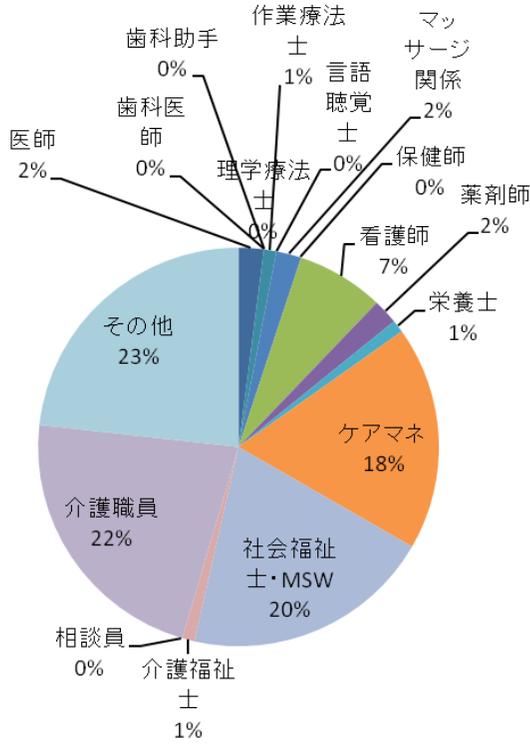
- ・宣伝方法として、地域の自治会や公民館等への配布等を行う事で地域住民の関心を集める。
- ・公民館主催の高齢者向けセミナーなどへの在宅医療出張相談会等も、知名度アップや興味に繋がるのではないかと？
- ・医療機関での在宅医療講演会を開催してきたが、病院関係者の参加は少なく在宅医療への理解は深まっていないと考えられる。今後医療機関へのアプローチは、形を変えた方法を検討する必要がある。
- ・他職種の参加率をアップさせるために、在宅医療がチーム医療であり、場所が病院から患者さんの自宅へ移動になっただけのことであること。リハビリや、薬剤師、栄養士等他職種が関わってケアが行われていることが明確でわかりやすい演題の設定を行う事。また、医師と訪問看護師のみではなく、在宅医療に携わっているPTや栄養士、薬剤師等の講演も計画を検討してはどうか？

- 医師会、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、薬剤師会、栄養士会等のステークホルダーとの会合の場を設け、今後在宅医療の重要性が高まっていくことへの理解を求め、「連携」の重要性を理解してもらおう。更に、各ステークホルダーから在宅医療の重要性を示してもらい、チーム医療の重要性を各職種へ理解を深めてもらう。
- ・医療・介護・福祉の多職種連携については、地域性を乗り越え連携強化の為地域資源で、活用できるものがないか行政や社会福祉協議会等改めて調査し活用を検討していく。
(水戸市においては、「安心・安全見守り隊」等との連携を検討)

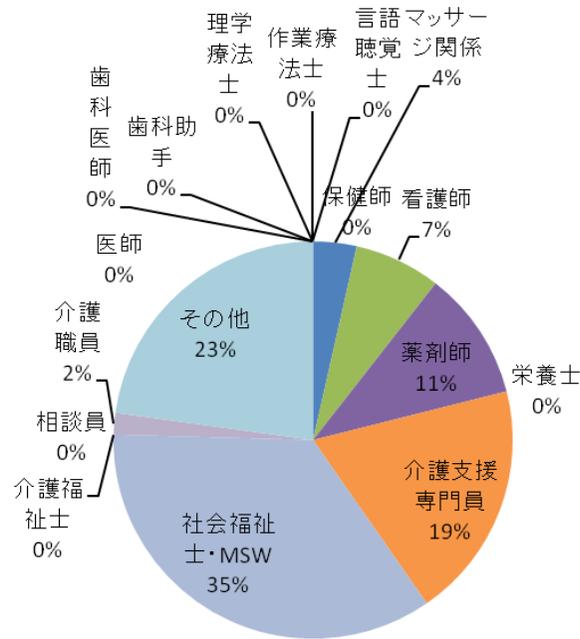
アニュアル2日目参加状況グラフ 合計127人参加状況



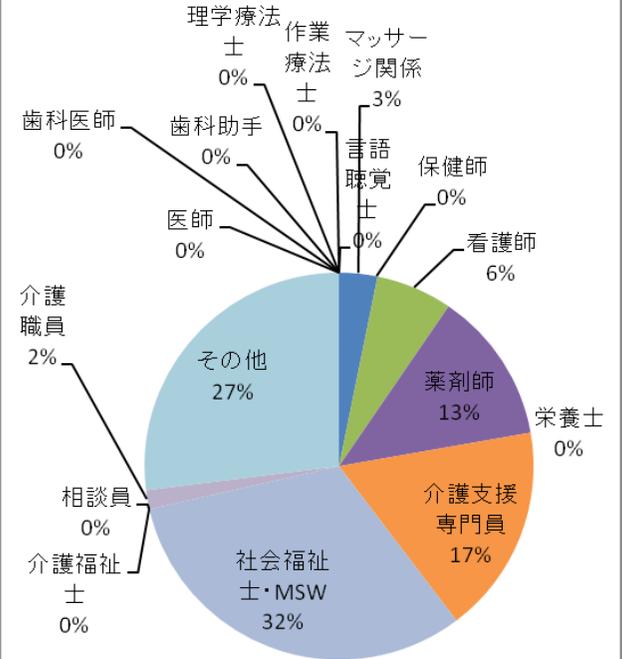
アニュアル 第一部体験コーナー 99人参加



アニュアル 第2部「在宅医療の実際」57人参加



アニュアル 第3部「いばらき診療所在宅医療推進協議会」63人参加



●HP/パンフレット作成

○課題

- ・地域住民の在宅医療に対する関心が低い。
- ・地域住民とのネットワークがない

○結果

- ・すでにあるものを増刷して使用した。
- ・いばらき診療所としてのパンフレットではなく、在宅医療の一般化した標準化されたパンフレットの作成を検討したが、いばらき診療所の在宅医療と他の在宅医療の違いについて医師会や地域の在宅ケアとの整合性が合わず、記載する内容が確立できなかった。そのため、今までのものを説明を加えながら使用した。

○解決策

- ・既存のホームページをリニューアルする。(URL:ibc-mito.medicalcloud.jp/)
"当院の説明、在宅医療を受ける手順や、在宅医療で可能な診療を掲載。"
- ・FaceBookを活用し、在宅医療の情報提供を行っている。HPがリニューアルされるまでの間はネット上で情報発信していく。
- ・上記理由により、当初検討していた新規のいばらき会のパンフレットの作成は中止となる。
"→いばらき会としてパンフレットを作成した場合、行政関係・他の医療機関で配布するのが難しい事が中止理由として上げられる。"
また作成会社と話がまとまらず保留。今後当診療所ではなく「在宅医療」についてのパンフレット作成について検討行う
- ・小規模地域内(公民館等)での住民対象とした相談会や意識調査、ショッピングモール催事場での在宅医療相談会等を検討。
- ・水戸市安心・安全見守り隊等と連携し、要援護者の支援や在宅医療普及活動啓発を行う。

<在宅医療に従事する人材育成>

○課題

- ・水戸市及び周辺地域の特性として、人との関わりや古くからの習わしを大切にする風習があり、それは新しいことがなかなか浸透しないという欠点でもある。地域のニーズとしては、核家族化がすすみ慢性期対応の医療・介護サービスが不足している。地域住民の在宅医療の認知度は低く、病氣＝入院、ADL低下＝施設入所という概念が定着している。
- ・医療従事者間でも、在宅医療への認知度は低いと考える。訪問診療で、人工呼吸器、中心静脈栄養や電動PCAポンプ(自己調節鎮痛法)を使用した緩和ケアの提供や腹膜透析等高度医療の提供もされているのだが現状を知らない医療従事者も多い。
- ・現在訪問看護ステーションへの依頼では人員的な不足に関する問題は見えないが、実施内容について取り扱っていない項目もあり(MT挿入等)医療サービスの不足と捉えている。
- ・訪問介護等では、要介護度でのサービス提供では不足していると感じている利用者、CMも多く、高齢者にADL向上を望むことは厳しく、現在のサービス提供だけでは生活に支障をきたしている利用者も多い。

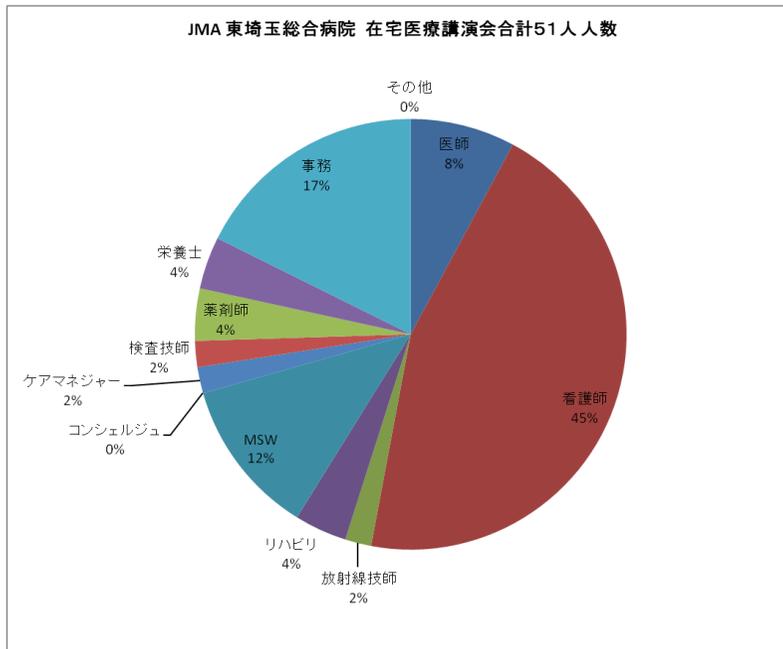
○解決策

- ・リーダー研修会への参加
- ・地域リーダーとして、在宅医の育成が最重要課題ではあるが、不足している在宅医を補うために、訪問看護師や医療コーディネーターの育成も大切と考える。訪問看護師が的確な患者情報を在宅医の報告・処置を行う事で医師の負担軽減に繋がり、医療コーディネーターの急変時の対応や関係機関へのアプローチ等必要なサービスを必要時に介護支援専門員等へ情報提供できる。
- ・いばらき診療所では、医療コーディネーターを採用しており、相談業務のほか、医師の診療補助、連携医療機関や介護事業所間の調整等全てのコーディネートを行う。
- ・また、24時間コールセンター機能を担っており、患者家族により近い立場での相談役となっている
- ・今年度は、1名の医療コーディネーターを育成し、来年度は3名の医療コーディネーター育成を予定している。
- ・医療コーディネーター育成の為にテキスト作成にも着手し現在作成中である。
- ・在宅医育成の為に、非常勤ながら大学院より2名、病院より4名の医師に診察を依頼している。内容は、在宅患者の定期訪問・有症者往診である。
- ・非常勤医師による訪問診療も行っている。H24年度は定期訪問で696名、月平均58名を3名の医師で診察しており医師1人あたり月平均約19人である。有症者往診は、H24年度137件月平均11.4名を7名の医師で診療しているため、医師1人あたり月平均は1.6人の患者さんを診察していることになる。
- ・在宅医療研修として、外部より(公立森町病院)研修医1名2週間の受け入れを行った。
- ・要介護度によっては、訪問介護の利用枠もあり、必要なサービスを受けられないケースも考えられる。地域包括センター等の連携や、通常より地域のボランティア等の社会資源等の情報収集に努めきめ細やかなサービス提供が出来る様意識向上とさらなる連携強化の意識付けを行う必要があり、地域リーダーの役割と考える。

○JMA東埼玉総合病院「在宅医療」講演会

- ・参加者:51人
- ・内容:在宅医療の実際と医療コーディネーターの役割
- ・拠点事業に採択されているが、在宅医療は行っていないという事で、いばらき診療所の訪問診療の実際と取組みについて講演を行った。
- ・拠点事業を展開しているためか、多職種からの参加があり今後の在宅医療の在り方について関心が高いことがうかがえる
- ・グループ施設等多数あり、在宅移行患者の連携はスムーズに行えていたと思われるが、今後は施設入所のみでなく在宅療養を視野に入れ対応していくことも必要となる。
そのためには、外部との連携も必要となり在宅医療従事者の負担軽減の為に、いばらき診療所で採用している医療コーディネーターの役割は大きいと考える。

職種	人数
医師	4
看護師	23
放射線技師	1
リハビリ	2
MSW	6
コンシェルジュ	0
ケアマネジャー	1
検査技師	1
薬剤師	2
栄養士	2
事務	9
その他	0
合計	51



●スキルアップ研修(知識向上研修)

月日	演題	内容	参加人数
9/24	第1回スキルアップ研修	医療模擬体験	5
10/30	第2回スキルアップ研修	医療模擬体験	9
11/27	第3回スキルアップ研修	医療模擬体験	2
2/26	第4回スキルアップ研修	希望者なく中止	0

- ・スキルアップ研修では胃ろうの仕組みについての質問が多く、在宅での経管栄養患者の増加がうかがえた。
- ・医療機器の仕組みや方法を知ることによって注意点を知り、より良い患者ケアに活かしていただく。
- ・延べ16名の参加があり、担当患者がどのような処置を行っているかがわかり、参考になったとの意見が多数あった。
- ・参加者のほとんどが、薬剤師やリハビリ関係、介護従事者であり、内容からしてスキルアップという表現は不適切であった。「体験」くらいにすべきであった。

●連携拠点の介護支援専門員の資格を持つ看護師等及び医療ソーシャルワーカーの役割に関する記述

○介護支援専門員の資格を持つ看護師の役割

- ・退院時カンファレンス等への参加により、病院で受けている医療が在宅医療では形を変えて行う事が出来ることのアドバイスや24時間体制でバックアップしている事で安心して在宅医療を受けていただけることの説明を行っている。
- ・今年度の退院時カンファレンス:7件、サービス担当者会議35件
- ・在宅相談窓口での相談業務

○医療ソーシャルワーカー

- ・いばらき診療所では、医療コーディネーターとして相談業務、医師の診療補助、関連機関との連絡調整を行っている。
- ・今年度新規相談250件

- 患者さんへの状態の変化に応じた適切なケア提供を行う為に、現在、患者さん宅へ「在宅療養カルテ」を配布し、サービスを提供している業種の方に記述していただき情報を共有している。しかし、変化がある場合は電話連絡やFAXでのやり取りが主流となっており、特に状態悪化時等は電話連絡となり指示変更等書面での確認が後回しになってしまうケースも少なくない。そのため、現在リアルタイムでの情報共有を可能とするためネットワーク化を進めている。

＜災害発生に備えた対応策の検討＞

- ・医療機器使用者は災害時は東京電力へ登録しておくとき必要時発電機を無料で借りれるサービスがある。人工呼吸器や、在宅酸素、吸引等利用患者へ登録する事を勧めている。
*東京電力水戸カスタマーセンター:0120-99-5332
- ・充電式吸入機台、充電式吸引器3台、発電機2台、AED1台、救急蘇生セット1台、ACDCコンバーター5台、ガソリン携行缶(20L)2缶。
ガソリン携行缶は常時満タンにしており、3か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する。
- ・吸引器は充電式タイプを3台購入したため、自家発電の無く、常に吸引が必要な患者2名に貸予定。電気回復までは東京電力から発電機の無償貸し出しで対応。
- ・災害時マニュアル作成
- ・水戸医師会、看護協会、医療機関等災害時用連絡網作成検討

<症例検討>

◇事例◇

- ・84歳 女性 多発性脳梗塞、変形性膝関節症、高血圧症
- ・同居の長女の夫が入院中経済的に困窮し、介護サービス事業所への支払いも滞納している状態
- ・介護放棄に近い状態で自室は足の踏み場もなく食事はカルピスソーダとサンドウィッチが多い
- ・介護サービス利用を拒否することが多く、清潔が保てず皮膚病が改善しない。また栄養状態不良である。

◇検討内容◇

- ・本人・家族の意向を確認し、今後どうして行きたいのか？
- ・皮膚トラブル改善の為、入浴による清潔保持を図る。(介護サービスの利用)
- ・家族に協力を仰ぎ本人の自室の掃除・食事の提供を依頼する

◇結果◇

- ・本人・家族が現状で満足しており、環境を変えることは困難
- ・引き続き介護サービスの利用を勧め清潔の維持と栄養状態の改善を図る
- ・全身状態の悪化にて入院した際にはそのまま施設入所を検討する。

◇連携拠点が行う在宅医療の連携等の課題や改善点に関する記述◇

○課題

- ・社会資源も在宅医不足のほか、夜間サービスの充実等課題は大きい。
- ・医療・介護・福祉の連携不足であり、多職種・同職種間の顔の見える関係構築強化が必要
- ・ステークホルダーとの連携不足
- ・地域住民のネットワークとの繋がり不足
- ・在宅医とケアスタッフとの連携不足
- ・医療へ依存度・期待度が大きい
- ・地域リーダーの有無
- ・高度医療を必要とする患者家族のレスパイト入院できる医療機関、施設が少ない

○解決策

- ・都道府県リーダー研修会、定期的な研修、人材育成が必要であると考えられるが、医師会や歯科医師会、看護協会、薬剤師会などへ支援協力を仰ぎながら連携強化の為定期研修や人材育成を進める。
- ・地域別リーダーによるネットワークづくりと支援
- ・在宅療養支援診療所のリーダーシップ(郡、市医師会への働き掛け)
- ・将来的に、行政や医師会等が主体となった情報共有の「IT基盤」の確立(石巻、とねっと等を参考に)
- ・在宅医療・在宅ケアネットワーク構築
- ・医療・介護ガイドマップ作製により、利用者が必要としているサービスを色々な角度から情報提供し、在宅療養を可能にする
- ・水戸市安心・安全見守り隊との連携(水戸在宅ケアネットワークとの連携はどうか?)
- ・在宅療養を始める患者家族にとって、医療の知識、介護負担等不安が多いためらうケースも多いと考える
- ・医療コーディネーターや、訪問看護師が相談に乗ることで不安を解消し安心して療養生活を送れるよう支援していくことが重要である。
- ・在宅療養が困難であったケースを分析し不足している社会資源は何かを見極める。また、代替サービスがないか検討する
- ・多職種合同カンファレンスによる顔の見える関係構築により、情報の共有化がスムーズに行われるようになっている。今後も継続しカンファレンスを行っていきたい
- ・介護職をはじめ、多職種が興味をもつテーマ、知識が深まり仕事内容に生かせるテーマを採択する必要がある。