

在宅医療連携拠点事業 成果報告書

拠点事業者名：医療法人 博仁会

志村大宮病院

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

常陸大宮市は、人口44,000人強、高齢化率は平成24年10月現在で30.3%。高齢者人口13,336人、ひとり暮らし老人数が1,186人。県内で最も高齢化・過疎化の進んだ地域のひとつとなっている。

医療資源は、診療所が13ヶ所、有床診療所が2ヶ所、病院が2ヶ所で、一部の地域に集中している。医師数、看護師数の少ない茨城県の中で、さらに当地域は県下において最も少ない地域であるといえる。少ない資源をどのように有効に活用していくかが、地域の課題となってくる。生活環境としては、市の中心部を離れると、病院から自宅まで片道35kmの距離を有するところもある。在宅療養支援診療所は3ヶ所で、在宅医療に積極的に取り組んでいるとは言い難い地区である。

当院は、在宅療養支援病院であり、一般、亜急性期、回復期、療養病床を有し、介護老人保健施設、在宅サポートセンターを含むケアミックスの病院である。当院が在宅医療連携拠点病院に選ばれた理由は、在宅医療を推進するために地域完結型のケアミックスの病院が、地域の医療機関、医療従事者、地域住民、医師会、行政等とどのように関わり、どのように地域医療をサポートし、地域包括ケアを構築することにより、地域がどう変化していくのかを知るために選ばれたと考え活動を行いました。

医療法人博仁会の沿革・概要



法人の沿革(概略)

昭和26年 志村大宮病院設立
平成8年 介護老人保健施設
大宮フロイデハイム開設
平成15年 茨城北西総合リハビリテーションセンター開設
(回復期病棟・総合リハビリテーション施設)
平成20年 志村クリニックげんやま開設
平成21年 DPC対象病院
平成22年 在宅療養支援病院

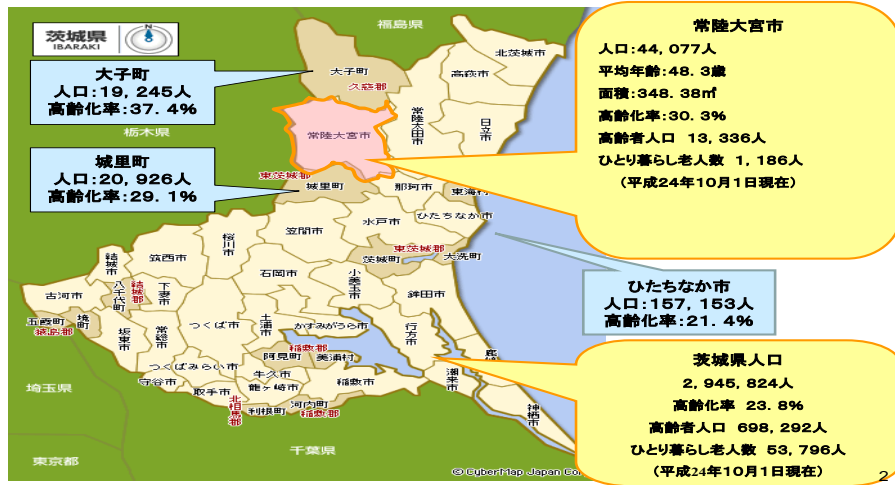
病院の概要

許可病床数 178床
(一般72床 亜急性期8床
回復期50床 介護療養48床)
看護体制 一般:10対1 看護補助加算1
リハビリ 脳血管 I 運動器 I 呼吸器 I
診療科目 15科目
外来処方 院外処方

外部機関認定・認証

病院機能評価vol. 5(複合A) ISO9001・2008 プライバシーマーク

茨城県 常陸大宮市



那珂医師会管轄地区の現状と医療機関マップ (常陸大宮市・那珂市・東海村)

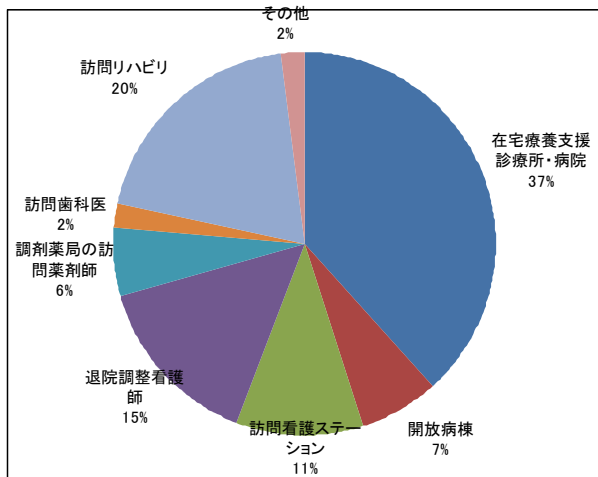
	常陸大宮市	那珂市	東海村
人口	44,077	55,920	37,829
病院数	2	4	2
有床診療所数	2	4	1
診療所数	13	24	10
病床数	356	616	527
人口/病床数	124.0	90.9	71.7
在支病数	1	0	0
在支診数	3	1	1



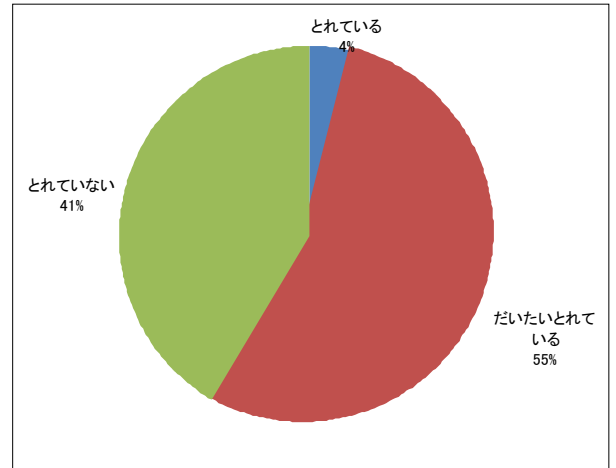
医療従事者を対象とした「在宅医療について」のアンケート調査を行った結果、「在宅医療」について考えることは、①家族の負担が大きい。②地域でまだまだ普及していない。③急変時の対応に不安がある。④金銭的にもつらそう。⑤事業所が少ない。⑥家族の協力が必要。⑦今後の医療の要。⑧夜間対応可能な資源が少なく、在宅が困難。との意見がありました。アンケートは医療従事者88名に行いました。職種は医師2名、看護師26名、セラピスト24名、相談員24名、介護支援専門員8名、その他4名でした。アンケートの結果は図の通りです。

アンケート調査結果

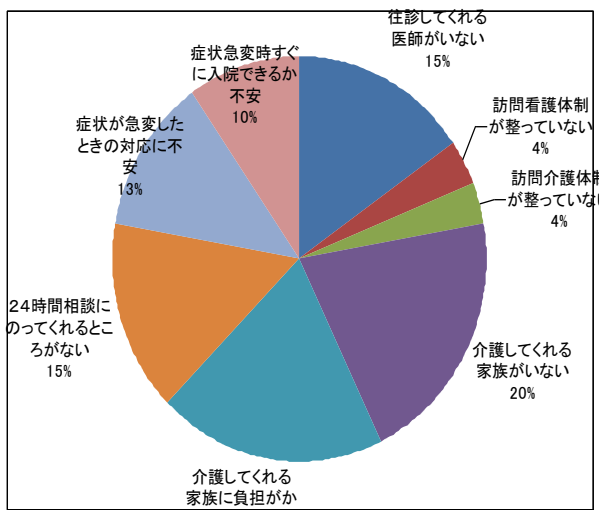
①在宅医療で足りない資源



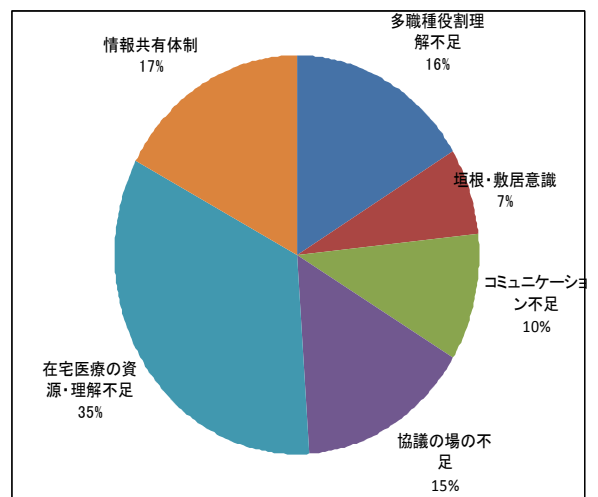
②在宅への連携はとれているか



③在宅医療推進の課題



④多職種連携の問題点



アンケート調査の結果、在宅医療を行う病院・診療所が足りないとの意見が37%ありました。訪問看護ステーションも2ヶ所しかなく、11%の方が不足と考えています。在宅との連携については、連携がとれてはきているが、まだまだ不十分と考えられています。

地域の課題としては、在宅医療に関する資源の不足が考えられますが、資源を充足させるのは、早期には困難であり、少ない資源をどのように有効に活用していくかが、地域の全体の課題と考えました。平成23年度から在宅医療連携拠点事業に取り組み、地域の連携がとれてきたかと考えておりましたが、課題に大きな変化はなく、在宅医療の普及や多職種連携には時間がかかるのだと、感じました。

課題の抽出

課題① 病院、診療所が市内中心部に集中しているにも関わらず、「顔の見える多職種連携」がとれていない。

課題② 医療・介護について相談の場がない、相談の場を知らない。

課題③ 状態が悪化した場合、入院できるか心配。

課題④ 在宅医療の知識不足（地域住民・医療従事者・行政）

以上、4つの課題を中心に在宅医療連携拠点事業に取り組みました。

2、拠点事業の立ち上げについて

中心メンバーは平成23年度より引き続きとなりました。

拠点事業所は地域医療連携センターに設置しました。

医師1名、ケアマネジャーの資格を持つ看護師1名、社会福祉士1名、事務1名です。プロジェクトチーム（15名）を組み、管理部長、看護部長、各病棟師長、在宅部門長をメンバーとし、毎月1回「在宅医療連携拠点ミーティング」を開催し、事業報告や今後の活動について話し合いを行いました。しかし、各自、管理する部署をもっているため、活動への参加はなかなか難しく、意見交換やアドバイスが中心となり、活動は中心メンバーでおこないました。

在宅医療拠点事業を行うにあたり、医師会、行政へは院長が各関係者へ働きかけをおこないました。

3、拠点事業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動

常陸大宮市の介護保険施設

1、居宅介護支縁事業所	11事業所
2、地域包括支援センター	2ヶ所
3、介護老人福祉施設	6施設
4、介護老人保健施設	2施設
5、介護療養型医療施設	2病院
6、認知症対応型共同生活介護施設（グループホーム）	10施設
7、小規模多機能型居宅介護施設	1施設
8、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護施設	4施設

常陸大宮市周辺の医療資源マップの作成

HPへの掲載

(2) 会議の開催（地域ケア会議）

年間10回程度で地域ケア会議が開催されています。地域での在宅生活困難事例を抽出し、地域ケアコーディネーターが中心となり、多職種・行政と話し合いをし、解決のためのミーティングをおこなっています。拠点事業としては、医療に関する情報提供を行い、病院受診や入院の際の連携を支援しました。医療関係につないだ事例は2件でした。

(3) 研修の実施

・ 在宅医療勉強会の開催

訪問診療について（55名参加） 在宅医療機器について（55名参加）

訪問歯科について（53名参加） 訪問薬剤指導について（53名参加）

・ 認知症サポーター養成講座 2回開催 42名 参加

4、24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

在宅での急変に対応するため、在宅療養支援病院である当院が、24時間365日、地域の診療所、病院からのバックベッドとしての機能をはたしている。平成24年度の緊急入院数402名（月平均33.5名）内紹介数152名（月平均12.6名）在宅に退院される方は、紹介病院、診療所に戻られ、在宅退院が困難な方は、自宅近くの施設を紹介し対応しています。施設への退院は月平均4名でした。

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

在宅医療勉強会の開催（訪問診療、在宅医療機器、訪問歯科、訪問薬剤指導）

今後は認知症サポーターへの相談ができるよう体制を整えていきます。

6、効率的な情報共有のための取り組み

「茨城県央県北脳卒中地域連携パス」の作成

改定を行い、急性期⇒回復期⇒生活期まで、パスを活用し情報の共有ができるようにしました。

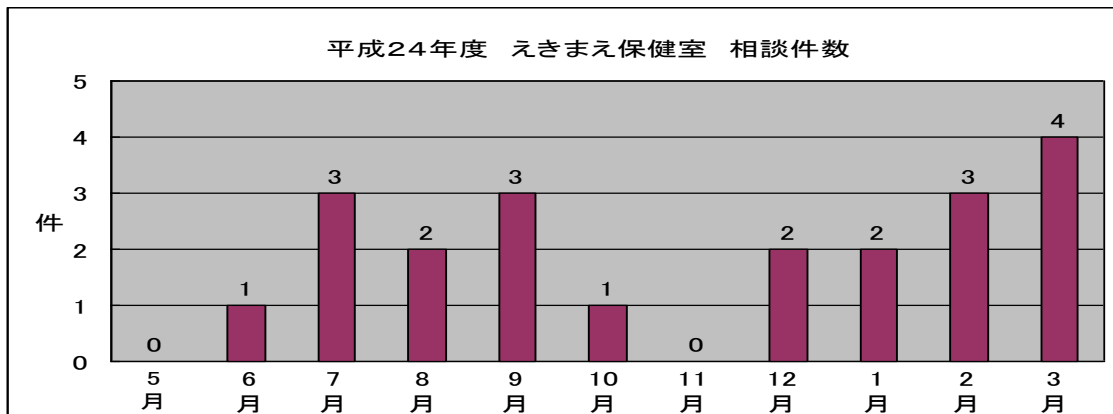
7、地域住民への普及・啓発

広報誌・HPへの記載。イベント時での広報。

8、特に独創的だと思う取り組み

①コミュニティーカフェ「バンホフ」での「えきまえ保健室」の開催。

医療・介護の相談窓口として、駅前にあるカフェの一角に「えきまえ保健室」を開設し、気軽に医療・介護の相談ができる場所を作りました。コミュニティーの場に集まり、会話をしているなかで、住民同士が自発的に支えあって問題解決していく事もできるのではないかと考えます。目的をもって相談に行くのではなく、出かけた先に相談できる場所があり、相談内容がその場で解決しなくても、次につないでくれることで、安心感をもつことができると考えます。



② 搬送体制の確立

病院に受診したいが、救急車を呼ぶほどではない。しかし、公共交通手段がない、家族もいない状況の患者を、依頼があればドア to ドアでお迎えに行くシステム。看護師1名と事務員2名がシフトを組み、搬送体制を確立しました。在宅医療・介護を受けている患者が、往診を待つのではなく、日中に病院を受診することで、夜間の病状悪化を心配する必要がなくなり、早期判断、早期治療が受けられるようになります。

9、地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

○ピアサポート

在宅医療・看護・介護を受けられ、在宅で家族を見取られた方々にサポーターになっていただき、現在、在宅医療を受けられている家族、在宅医療を選択するか迷っている家族との交流に場をもうけ、在宅医療についての不安や悩みを話し合ってもらいました。コミュニティカフェで3回開催し、延べ35名の参加をいただきました。

○在宅医療勉強会

参加者は多職種ですが、ケアマネジャーを対象に開催しました。在宅を支援するうえで、必要な知識だと考えます。

10、苦勞した点、うまくいかなかった点

① 行政との連絡調整

市の担当が保健福祉部の介護高齢課なのか、医療保険課なのか決まらず、話し合いをもつことができなかった。

② 医師会との連携

那珂医師会管轄地区が、常陸大宮市、那珂市、東海村の3市村であり、地域の医師との連絡調整があまり上手く取れなかった。

③ 在宅医療地域フォーラムの開催を予定していたが、行政・医師会との連絡調

整が進まず、開催できなかった。

④在宅療養患者の多職種との情報共有のための、統一したツールができなかった

1 1、 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

24時間365日在宅医療を支えていくことは容易なことではありません。医療従事者を支える体制も必要です。在宅医療をコーディネートする機能と、情報を共有できる機能が備われば、活動しやすくなると考えます。また、地域住民へどのように医療介護について解り易く伝えていくかが、在宅医療・介護連携に取り組むうえでも重要であることを、関係者へ理解していただくことが大切であると考えます。

1 2、 最後に

課題は解決できたか

課題① 病院、診療所が市内中心部に集中しているにも関わらず、「顔の見える多職種連携」がとれていない。

多職種による意見交換会、包括ケア研究会、各勉強会を通して、顔の見える連携はとれてきたと実感します。患者紹介においても、受け入れられない場合の解決策を一緒に考え、適切な医療機関、施設への移動がスムーズに行われるようになりました。診療所を訪問することで、医師との連携がとりやすくなっています。

課題② 医療・介護について相談の場がない、相談の場を知らない。

「えきまえ保健室」が相談の窓口になり、相談内容にあった対応ができています。介護相談のため「介護救急当番」の体制をつくり、24時間、社会福祉士6名が交代で電話対応しています。当法人内だけではありますが、「在宅ほっとライン」を作り、必要な部署に電話連絡ができるようにしました。患者・家族に配布し、利用していただいています。

課題③ 状態が悪化した場合、入院できるか心配。

在宅療養支援病院として、病院、診療所のバックベッドを用意しています。

課題④ 在宅医療の知識不足（地域住民・医療従事者・行政）

在宅医療についての勉強会を開催し、地域の医療従事者には啓蒙できてきたと考えます。しかし、地域住民の方々には個別に対応はできていますが、地域全体への啓蒙はまだだと考えます。

2年間、在宅医療連携拠点事業を行いました。2年で解決できた事は少なく、高齢化社会で、医療・介護が必要な方々を住み慣れた地域で支えるためには、すべて継続する事が必要だと感じました。多職種連携、在宅医療従事者の負担の軽減、地域住民への普及啓蒙活動、在宅医療に従事する人材育成、医師会、行政との協力、すべてが今後も続けていかなければならない事業だとも思います。

医療資源が乏しい地域においては、在宅と共に、病院への入院や介護保険施設への入所も利用して高齢者の医療、生活を支える必要があります。当院はケアミックスの病院であり、転院・退院先については法人内の施設を利用することが多くありました。しかし、拠点事業において地域の現状を知り、今後は地域を一つのチームと考え、高齢者を支えていかなければ、支えきれないと考えるようになりました。そのためには、住まい、医療、介護、予防、生活支援が日常生活の場で提供できる地域包括ケアシステムの構築が必要と考えます。

人材育成に関しては、院内で在宅医療にかかせない、訪問看護師の養成をおこなっていく考えです。また、地域リーダーとしての研修を多職種が受けていますので、その役割を遂行していきます。

在宅医療連携拠点事業を通して、多くの方々と連携をとることができ、また、多くの知識を得ることができました。今後は行政と医師会との協力を強化し、在宅医療を推進していきたいと思えます。