

平成24年度 在宅医療連携拠点事業

共助のチカラで支える高齢社会 ~Living in place~



M JAPAN MEDICAL ALLIANCE
社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス

東埼玉総合病院

対象地域：幸手市・杉戸町 在宅医療連携拠点事業所（菜のはな）

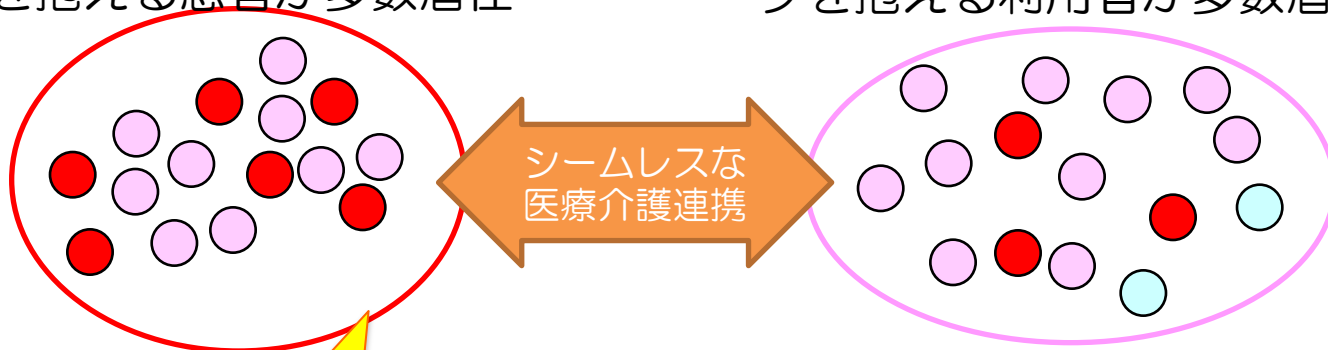
在宅医療の地域インフラに関する現状と課題

- 埼玉県は全国で最も医師数や看護師数（人口10万人対）が少ない都道府県である。事業対象地域である幸手市、杉戸町のある利根保健医療圏は県内でも医師数が最少。特に幸手市には訪問看護ステーションが1つも無い。介護施設も少なく、待機高齢者の増加など、あらゆる医療介護資源の不足が深刻化。
- 平成23年現在の幸手市の高齢化率は23.5%（総人口5.4万人）、杉戸町は22.4%（総人口4.7万人）であった。埼玉県は全国で最も急速に高齢化が進んでおり、幸手市は2005年から2020年までに、高齢者人口が36%増加する一方で、生産年齢人口が23%減少すると推測されている。
- 高度成長期に都内へ通勤していた“埼玉都民”が多く、地域コミュニティのとの関係が希薄な住民が少なくない。さらに、単身独居や高齢夫婦世帯が多く自助には限界がある。近所付き合いや、自治会等の地域コミュニティも基盤が脆弱化してきている。
- 24時間対応の在宅医療専門クリニック（在支診・在支病を含む）は無いが、一方で、在宅医療を提供している医療機関は14施設と決して少なくない。しかし、表向きに在宅医療を標榜せず、自院へ長年通院していた患者を主な対象としており、他院からの受け入れは積極的ではない。
- 在宅医療患者の急変時の対応に困っているかかりつけ医が多く、特にバックベットのとしての病院との連携を求めている。当院入院患者の67.1%が高齢者であり、在院日数の長期化や退院先の不足が深刻化すると、急性期機能が機能不全に至る可能性がある。

潜在的なリスクを有しながらも、医療機関へ受療していない住民が相当数いる可能性がある。介護など必要な自立支援がない為に、生活の自立が損なわれている住民が多数潜在している可能性がある。

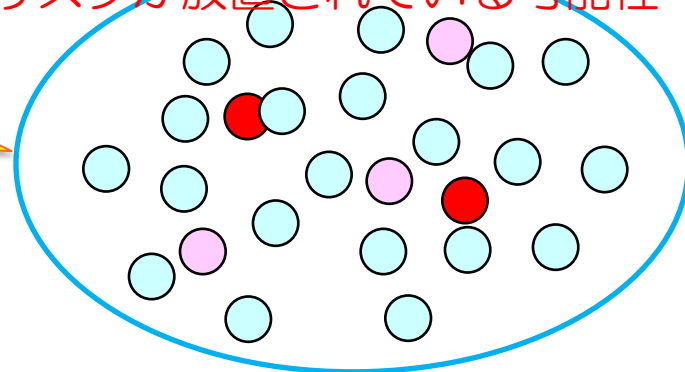
医療機関にも介護が必要な生活上のリスクを抱える患者が多数潜在

介護にも医療が必要な健康リスクを抱える利用者が多数潜在



健康と生活に関する包括的なアセスメントを行い、適切な地域包括ケアサービスへと繋げ、自立支援と重症化予防を行うことが必要。

地域コミュニティでは本人訴えがないために、潜在的な健康や生活リスクが放置されている可能性



地域コミュニティにおける潜在的な医療介護ニーズを把握し必要な支援に繋げる

幸手団地健康と暮らし支えあい協議会

Health and life support council for Satte housing complex (SCS)



実際の協議会の様子



協議会ロゴ

協議会の目的

①重症化予防により健康推進へと繋ぐ、②自立した生活への支援へと繋ぐ、③コミュニティ再生と見守りによる孤立防止

協議会組織

会長:加藤弘二(幸手団地自治会)

<協議会委員>

- ・幸手団地自治会
- ・幸手団地担当民生委員
- ・社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院

<オブサーバー>

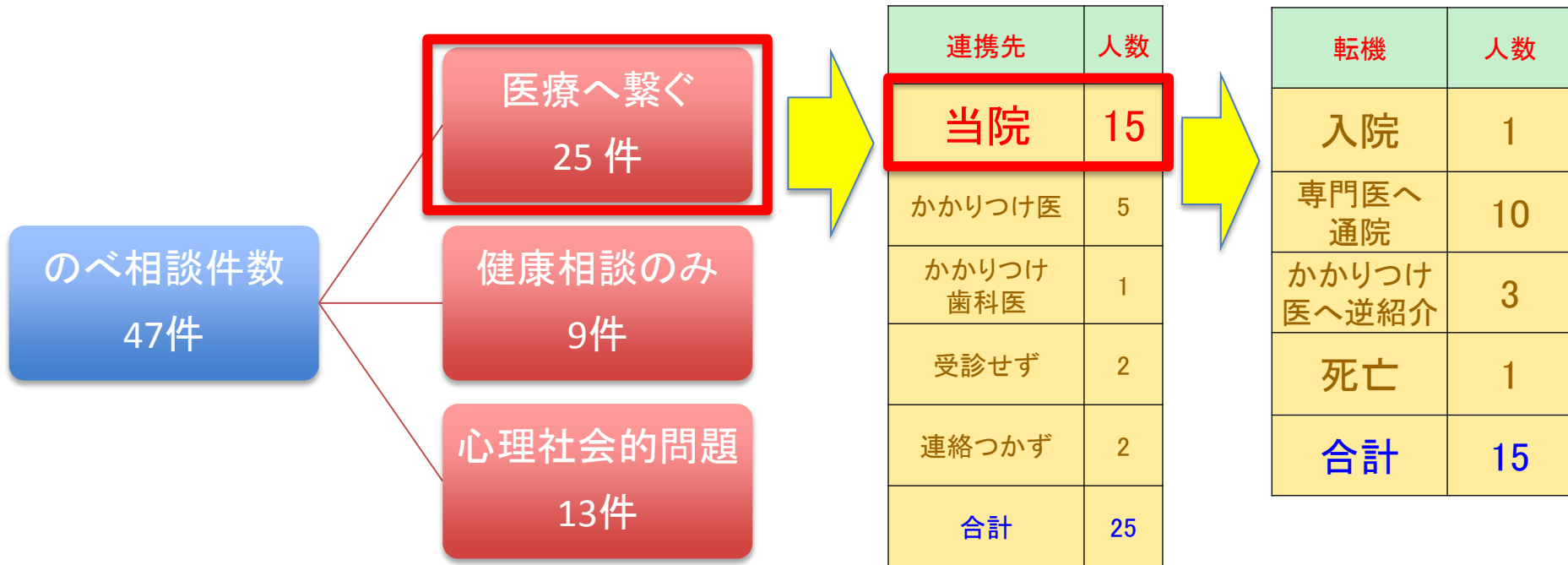
- ・UR都市機構 東埼玉住宅管理センター(団地管理事務所)
- ・幸手市高齢福祉課
- ・幸手市消防本部

事務局(在宅医療連携拠点事業所 菜のはな)

平成24年度 ①民生委員との連携 ②暮らしの保健室 ③健康生活アセスメント調査

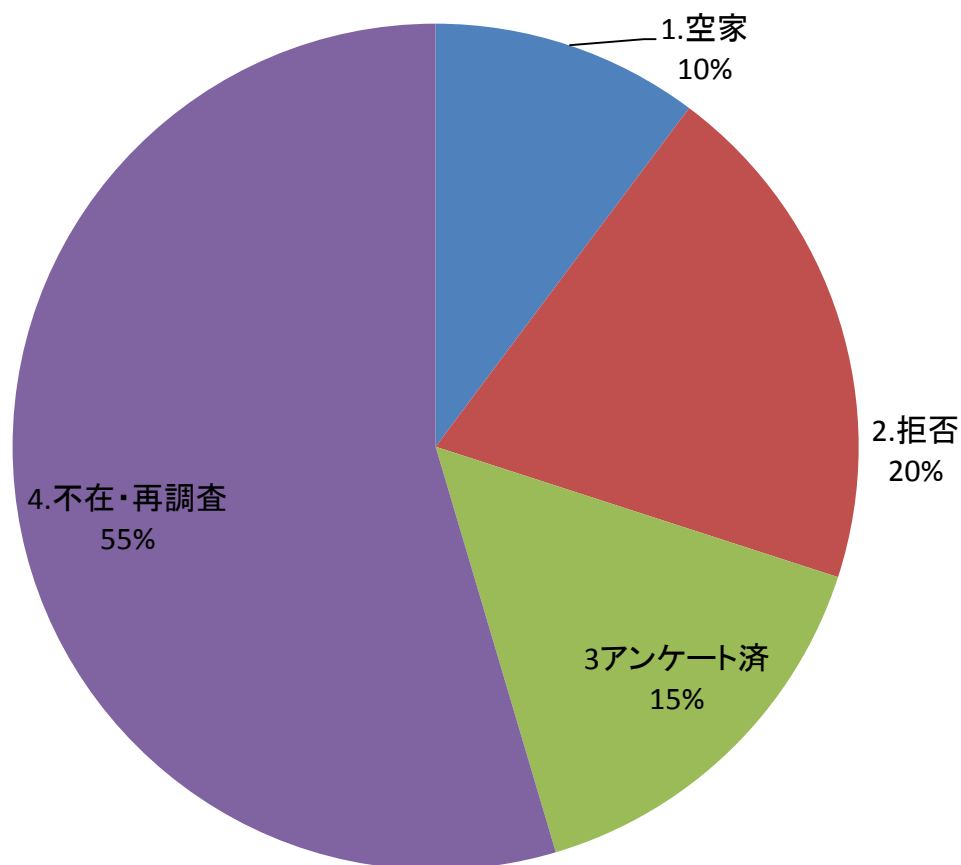
暮らしの保健室

リスクを抱えながらも医療や介護へ繋がれない住民が相当数潜在



幸手団地健康生活アセスメント調査実施概要

■ 1.空家 ■ 2.拒否 ■ 3アンケート済 ■ 4.不在・再調査



＜アセスメント調査概要＞

調査期間: 2012年11月5日
～2013年2月15日
(実働79日)

総戸数: 3,021戸

調査済: 466 世帯 (15%)

空き家: 309 世帯 (10%)

拒否 : 597 世帯 (20%)

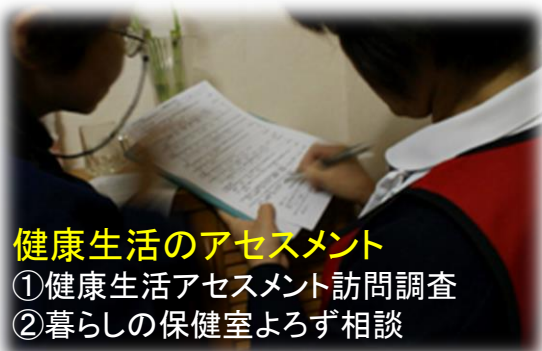
不在 : 1649 世帯 (55%)

調査班: 17名

入力班: 5名

効率的な医療提供のための多職種連携

健康生活アセスメントから地域包括ケアとの連携システムの構築



東埼玉コミュニティーケアユニット
“菜のはな”が地域協働を
コーディネート

ICTの活用



要フォロー会議
(必要な支援を抽出)

必要な支援へと繋げる



第一回成果報告会・意見交換会

2012-11-29 アスカル幸手会議室にて

限られた資源で、深刻化する超高齢社会をいかに乗り切るか？
チームオール幸手市による、地域ぐるみで検討を繰り返していく。



<参加者>

- 幸手医師会
- 幸手歯科医師会
- 幸手市
- 地域包括支援センター
- 幸手保健所
- 幸手青年会議所
- 東埼玉総合病院

幸手団地をモデルに地域コミュニティの高齢化の実態把握を行った。

次に、医師会や地域包括支援センターを含む地域のステークホルダーが協議を行う為の有識者会議を設置。

課題検討を繰り返しながら在宅医療の必要性を啓蒙した。

在宅医療を支える人材育成

～多職種協働教育とヒューマンネットワークの構築～

院内院外で合計12回の学習会を開催

開催概要 24職種 のべ700名が参加

院外：地域レベルの顔の見える関係を構築

在宅医療に必要な基礎的な医療・介護知識を共有

多職種協働による事例検討

患者会と共に在宅緩和ケアのあり方について意見交換

院内：在宅医療に関心の薄い急性期病院の職員も参加

円滑な生活への退院支援やIPWの必要性について啓蒙

多職種連携の課題に対する解決策の抽出

- ①多職種協働の地域共通概念を形成し共有（資料①）
- ②共有すべき情報の標準化（次年度WGを設置して協議）
- ③標準ワークフロー作成によるサービス水準の向上（資料②③）
- ④東埼玉総合病院内 退院支援システムワークフローの作成と稼働



がん患者会との協働



各事業所の自己紹介



参加者全員でワールドカフェ

地域協働によるコミュニティ再生と在宅医療の推進



地域コミュニティとの接点として
杉戸町フレッシュタウン自治会との協働



地域コミュニティとの接点として
コミュニティカフェとの協働



アセスメント調査における協働 地域活性化に
取り組む地元NPO法人すぎとSOHOクラブ



祐ホームクリニック石巻
武藤真祐 先生



市民公開講座の様子
平成25年3月2日、9日



地域医療を育てる会
藤本晴枝 理事長

当地域における在宅医療普及へ向けた考察

- 高齢化による疾病の増加を背景に、既に多忙な地域の医療機関の全てが、在宅医療に直ちに乗り出す事は必ずしも現実的とは言えない。最初は24時間の在宅医療提供にこだわりすぎず、小さくとも既に在宅医療を提供している地域の医療機関を支援しながら、中長期的に在宅医療の経験を積んで頂き、24時間提供の必要性を感じたり、多職種協働の文化を養っていくことも一つの方策ではないか。
- 在宅医療のステークホルダーと考えられる職域団体へは、多面的なアプローチが有効と考えられた。当地域では初期から意見交換の場を設置しており、拠点事業所はコーディネーター役に徹している。幸手団地モデルでは、住民自らが当事者として実態を把握し、各関係団体へ支援を呼びかけて頂いた。この住民主体の方策は、特に行政や地域包括支援センターに対して有効であった。また、歯科医師会の在宅医療への意識が非常に高く、医師会への影響力も大きいことから、在宅医療普及へ向けた地域のキーパーソンと考えている。
- 住民は健康なうちから在宅医療を行っているかかりつけ医（歯科医）へ通院し、時間をかけながら、医師との信頼関係を構築していく事も必要と考えられる。
- 在宅医療を提供している医師の負担軽減の為に、多職種協働、在宅医療を支える人材の育成、住民啓蒙、急変時の医療連携、行政による支援を充実するなど環境整備が必要。
- 地区把握と包括的なアセスメントにより、適切な地域包括ケアサービスへと繋げる為のモデルを構築した。事業を通じて、地域包括支援センターや行政への技術提供や政策化へ向けた支援を行うことは拠点事業所の重要な役割と考えられた。
- 地域コミュニティとの関係が希薄な独居高齢者の急増により、見守りの強化へ向けたソーシャルキャピタルとの協働や、脆弱化した地域コミュニティの再生は、在宅医療普及へ向けた極めて重要な課題と考えられた。

結語

- 超高齢社会の到来による医療介護の大量需要を、限られた地域資源で、いかにして乗り切るのかという極めて大きな課題に対して、在宅医療の推進を課題解決へ向けた方策の中心としながらも、入院や外来、地域包括ケアなど、全ての地域医療介護資源を最大限に活用する為の新たな仕組みづくりが必要と考えられた。
- その際、地域のコーディネーター役を担う在宅医療連携拠点は高齢社会において極めて重要かつ多様な役割を担うと考えられた。



多職種協働 (IPW)

Inter-professional team- working

第一回 多職種協働についての地域共通概念を形成する。

多職種協働とは、医師を頂点としたピラミッド型の組織ではなく、多様な専門職が集まるフラットなチームにより提供される必要がある。

しかし、それぞれが単に別の別の視点で思いついた意見を言い合うのではなく、キュアとケアのバランスを取りながら、チーム全体としての詳細なアセスメントに基づいた一定の方針を共有しながら、それぞれの専門性を発揮できることが求められる。

さらに、その方向性は、可能な限りすみ慣れた地域で、その人らしい生活を続けて行くことを支援するという視点が重要である(患者の暮らしや想いに中心をおいた寄り添う視点)。具体的な方法として、患者が自立へむけた方法を informed choice できるように支援することである(自立支援)。

また、家族や介護者の思いを受け止めながら、ケアを提供して行くことも重要である。

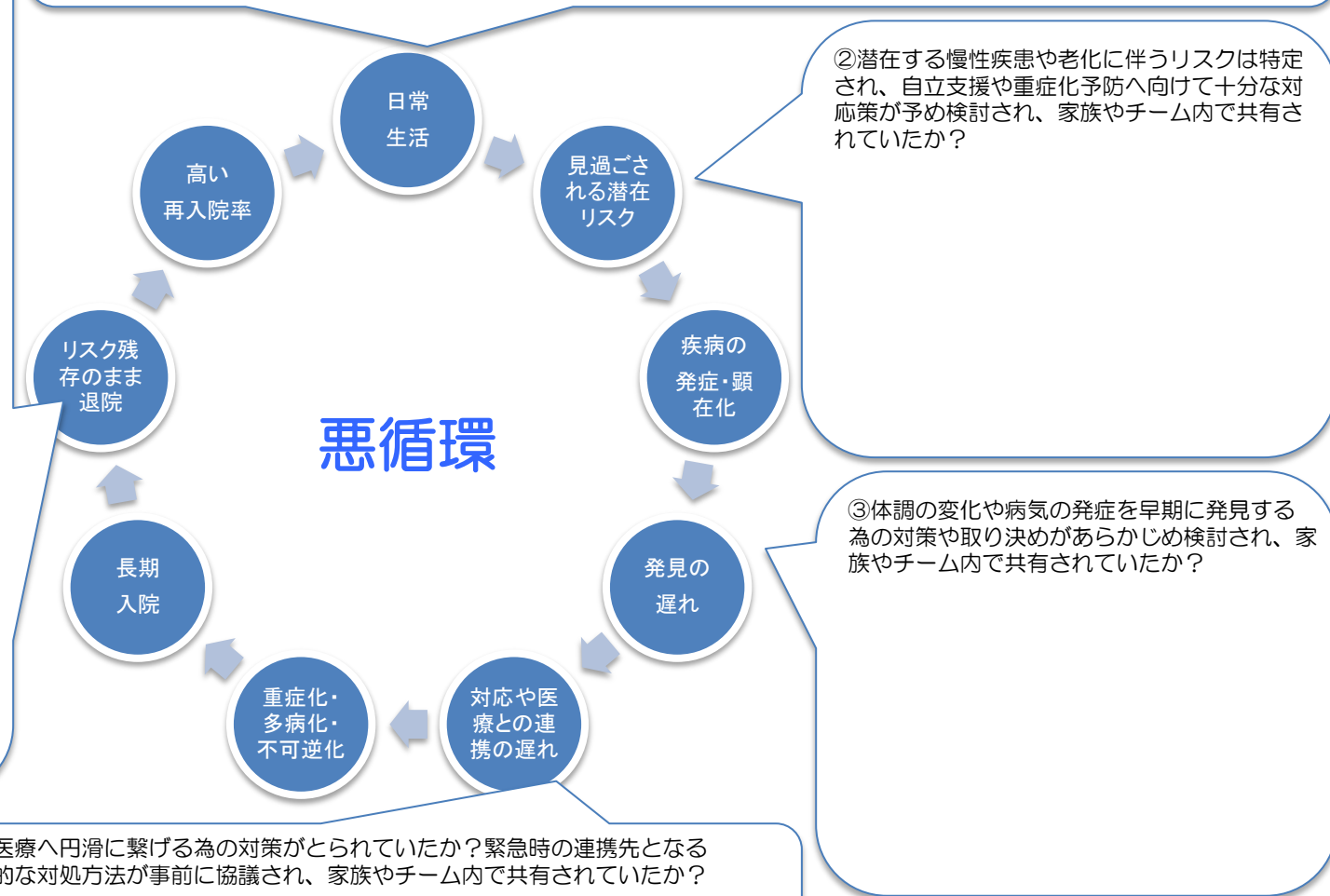
注意点として、やはり医師が発する一言の影響は大きく、特に在宅医療に関わる医師には、以上のような視点を持っていただくことが重要と考えられる。

資料② 医療介護連携における高齢者悪循環アセスメントワークシート

老化や慢性疾患に伴うリスクを有しながらも、疾病が発症し、発見や医療との連携が送れ、重症化、多病化、不可逆化してから治療に難渋し、長期入院となり、ADL低下、退院後も複数のリスク残存、再入院を繰り返すケースがある。こうしたケースを放置すると、患者の健康やQOL、介護度などが悪化するだけでなく、地域の救急や急性期機能が麻痺状態と成り、医療が回らなくなってしまうため、一例一例、防いでいかなければならない。

①日常生活の見守り体制はできているか？（例：家族、その他の介護者など）

⑤入院の原因となった疾患だけでなく、背景となった慢性疾患や老化に伴うリスクの重症化予防や自立支援について対策が立てられていたか？



資料③

医療・介護の連携による見守りパス

患者ID _____ 患者名 _____ 身長 _____ cm _____ kg

主治医 中野智紀

☎0480-40-1311(代)(窓口: 平日9:00~17:00, 土日祝日9:00~12:00)

実施	No	観察項目	測定方法	病院連絡基準 パリアンス	担当者	退院時	/	/	/	/	/	/	/
	前提	被介護者から訴えがある場合	観察	家族へ連絡(連絡がつかない場合は、かかりつけ医へ連絡。家族がいない場合)	家族・医師 看護・介護								
	①	意識障害 活気の低下	観察	あり あり	家族・医師 看護・介護								
	②	体温	体温計	BT>38.0℃以上 が2日以上続いた場合	家族・医師 看護・介護								
	③	血圧	血圧計	BP>180/110 mmHg ※二日以上 BP<80/40	家族・医師 看護・介護								
	④	心拍数	血圧計 SpO2	HR>110 bpm HR<40 bpm	家族・医師 看護・介護								
	⑤	呼吸状態	SpO2 呼吸回数	SpO2 < 90 % 呼吸回数>25回 ／分	家族・医師 看護・介護								
	⑥	BMI/体重	体重計	BMI<19 三ヶ月で3 kg以上の 体重減少、又は増加	家族・医師 看護・介護								
	⑦	上腕周囲長 ふくらはぎ周囲長	メジャー	ふくらはぎ周囲長 <31 cm	家族・医師 看護・介護								
	⑧	食事摂取量	観察	通常の1/3 以下	家族・医師 看護・介護								
	⑨	BPSD・精神 神経症状 行動以上	観察	有り ※特に介護者に危害を加える場合は 連絡必須	家族・医師 看護・介護								
	⑩	褥創・皮膚 の異常・足 病変の有無	観察	有り ※後発部位を観察	家族・医師 看護・介護								



資料④ 在宅医療連携拠点事業所 菜のはな事業実施概要

	課題	解決へ向けた事業
入院治療	- 高齢化に伴う長期入院患者の増加による急性期機能の危機 - 在宅患者の緊急時入院バックベットの不足 - がん終末期患者の受け入れ先や緩和ケアの不足 - 入院中介護中断によるADL低下	- 自院の在宅医療提供機能の強化 - 円滑な在宅医療への移行の為の退院支援 - 在宅医療バックベット機能の強化 - 在宅緩和ケアと看取りの推進 - 在院日数短縮へ向けた円滑な医療介護連携
在宅医療	- 顔の見える関係の不足 - 多職種協働(医療介護連携)の不足 - 医療介護資源の不足 - 学習の機会の不足 - 地域包括ケアシステムの不足	- 在宅医療推進へ向けた実態調査アンケート - 医療介護連携学習会の開催(講義、グループワーク、事例検討会、事業所紹介) - 地域協働による地域包括ケアシステム幸手モデルの構築
地域コミュニティ	- 急速な少子高齢化 - 人間関係が希薄な住民の増加 - 医療介護需要の急速な増大 - 心理社会的な問題から健康を害する住民の増加 - 自助の限界と公助の不足	- 幸手団地をモデルとした高齢社会対応モデルの構築(幸手団地をモデルとしたコミュニティ中心の地域協働体制の仕組み、暮らしの保健室、健康生活アセスメント、要フォロー会議) - 市民公開講座 - 在宅医療啓蒙パンフレット - ICTを活用した地域医療ネットワークシステム“とねっと”の普及