

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名： 社団法人 板橋区医師会**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**

板橋区は人口約 53 万人、高齢者比は 20.7%である。高島平地域は区内で最も高齢者人口の多い地域であり、40 年前に建設されたマンモス団地の入居者の多くは前期高齢者となっており、現在高齢者比は 43.1%、4～5 年後に後期高齢者となり高齢者比は約 60%に達すると予測されている。

また、板橋区には、二つの大学病院、二つの旧都立病院を含む 30 以上の病院がある。高島平地域にも、板橋区医師会立の病院を含む二つの急性期病院があり、医療資源の潤沢な地域である。一方で、急性期を脱すると在宅療養の準備が不十分なまま退院という現状があり、高齢者の在宅療養は医療と介護の両面での支援が必要にもかかわらず、機関を越えた連携、職種を越えた連携が十分とは言い難い。

板橋区医師会は、これまでに個別の在宅連携チームで成り立っていた療養支援を地域全体でまとめるために、多職種参加型の研修会や医学会を行い、さらに、多職種協働に発展させるため在宅療養ネットワーク懇話会、在宅医会、在宅医療資源リストの作成を行ってきた。こういった取り組みの中で、抽出された主な課題は以下のとおりで、拠点の取り組み方針とした。

1) 課題：

- ・急性期医療、維持期療養、看取り療養(施設含む)における連携システムの構築と教育
- ・介護支援専門員の多くは介護職・福祉職で、医療的支援に関するサポートの必要性
- ・自助、共助の限界地域における医療・介護情報の効率的提供の必要性
- ・災害時の効率的な救援に関する連携とその検討の必要性
- ・区民意識の啓発

2) 方針：

- ・板橋区医師会が行っている先行事業を活用し、さらに発展させる。
- ・地域、医療機関、施設に出向きアウトリーチを行い、介護力不足や認知症を抱える区民の療養を支援する。
- ・療養支援のための地域資源情報を一元化する。
- ・療養支援職種の連携強化、研修の実施、負担軽減に努める。
- ・地域包括支援センターとの連携による医療・介護の共同支援を行う。

2. 拠点事業の立ち上げについて

板橋区医師会は、板橋区とともに地域の医療、保健、福祉に貢献する団体である。医師会の運営組織には地域医療部があり、平成 21 年にはそこから分化し、在宅部が設けられた。さらに平成 23 年 2 月に在宅医会も発足している。また、都内で唯一、医師会病院を有し、在宅部門が集約する板橋区医師会在宅医療センターも有する。板橋区医師会在宅医療センターには、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションがあり、平成 22 年よりセンターを統括する在宅看護部長を配置している。

拠点事業立ち上げに際しては、新たに「在宅医療連携委員会」を設置し、会長、副会長(2)、在宅担当理事(3)、地域医療担当理事、在宅医会会長、在宅看護部長をメンバーとし、オブザーバーとして、板橋区の医療・介護に関係する行政担当者も参加した。会は原則毎月開催し検討した。

拠点事業立ち上げに関する経緯と運営については以下のとおりである。

- 1) 板橋区医師会病院、板橋区医師会在宅医療センターが存在する高島平地域を拠点事業の対象地域とする。
- 2) 事業運営に関する協議は、在宅医療連携委員会にて行い、理事会にて決定する。また、会長、副

会長、在宅担当理事を含む医師 20 人および在宅医療センター内の各事業所管理者が参加する在宅運営委員会の協力にて事業運営する。

- 3) 本事業目的を遂行させるため、多様な医師会先行事業を活用できる板橋区医師会在宅医療センターを活動の拠点とした。
- 4) 板橋区医師会在宅医療センターに、「療養相談室」を新設した。
- 5) 療養相談室の職員は、在宅看護部長が管理し、介護支援専門員の資格を有し訪問看護経験のある看護師と、介護支援専門員の資格をもつ社会福祉士を配置した。
- 6) 板橋区への働きかけは、本事業の申請当初より行い協力を求めた。

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

板橋区医師会は、平成 22 年に「板橋区内連携機関機能リスト」と称した資源情報リストを作成した。初年度は、在宅医と一般病院と訪問看護ステーションであったが、平成 23 年度には、板橋区薬剤師会、板橋区歯科医師会の協力で、薬局情報、歯科医情報が加わった。

平成 23 年度版リストに掲載している施設数(板橋区全域)は、在宅医 73 施設、一般病院 23 施設、訪問看護ステーション 18 施設、薬局 52 施設、歯科 47 施設であった。

今年度は新たな資源情報として、以下の調査を行い、従来の機関に関しても新情報の収集と更新を行った。

(1) 医療依存度の高い利用者を受け入れる入所施設、通所施設、短期入所施設への調査

・調査方法:板橋区全域を対象とし、調査用紙を FAX にて 165 施設に配布。

・調査項目:①サービス種と定員 ②送迎の有無と条件 ③訪問診療、訪問看護など外部サービスの利用の可否 ④医療依存度の高い利用者の受け入れ可否(留置カテーテル、インスリン、酸素療法、吸引、胃瘻・腸瘻、経鼻栄養、固形化栄養対応、褥瘡、ストー

マ、気管切開、中心静脈栄養、CV ポート、点滴管理、膀胱瘻、オピオイド管理、CPAP、人工呼吸器、緩和ケア、看取り、ALS 患者、その他進行性難病等)

・調査結果:介護老人保健施設 6 施設、介護老人福祉施設 11 施設、グループホーム 11 施設、有料老人ホーム 13 施設、通所介護 53 施設、通所リハビリ 10 施設、短期入所療養介護 6 施設、短期入所生活介護 11 施設、小規模多機能居宅介護 1 施設から回答を得た。看取りが「可能」または「要相談」と回答の施設は、41 入所施設のうち 26 施設(63.4%)であった。

調査協力のあった板橋区内施設をマッピングし、検索しやすくした。

(2) 区内訪問看護ステーション情報の更新

・訪問看護エリア確認

・可能な医療処置等および専門性の高い看護の提供体制に関する調査

・追加調査項目:①通常の訪問看護エリア ②専門的な看護の提供について(認定看護師の有無、精神の訪問看護の可否など)

・前年度登録ステーション 18 か所から今年度は 22 か所に増加した。また、通常の訪問エリアを確認し、区内訪問看護ステーション所長会にて共有したことにより、訪問効率を考慮した訪問看護ステーション相互の協力が得られるようになった。

(3) 薬局情報の更新

・板橋区薬剤師会が調査

・77 施設がリスト登録。前年度 25 施設増加

(4) 歯科医情報の更新

・板橋区歯科医師会が調査

・71 施設がリスト登録。前年度より 24 施設増加

(5) 喀痰吸引等が可能な訪問介護事業所に関する調査(高島平地域)

・調査紙を 59 事業所に送付し、25 事業所から返答があり、対応可能な事業所は 5 か所であった。

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。)

(1) 在宅療養ネットワーク懇話会世話人会
・構成員:板橋区医師会、板橋区薬剤師会、板橋区
歯科医師会、訪問看護ステーション会、ケアマネジャ
ーの会、地域包括支援センター、病院連携室・相談
室、施設長会、柔道接骨師会、行政等の各代表者。
・会議頻度:年3~4回。今年度は3回(H24.6月,10
月, H25.2月)開催。
・主な議題:年間計画、当番世話人による企画提案、
集客方法、その他検討すべき議題等
・効果:区民の在宅療養を支えるすべての職種が顔
の見える連携を構築するために始まった「在宅療養ネ
ットワーク懇話会」は、その企画・運営をする世話人会
が大きな役割を果たしている。各世話人が当番で担
当することにより、参加型の会議となり、医療・介護・福
祉の意見が反映されやすい。会を通じ互いの職種内
容を把握できたことで、より緊密な多職種の連携を推
し進める一助となった。

(2) 主任ケアマネジャーの会

・構成員10名:高島平及び舟渡地域の事業所に所属
する主任ケアマネジャー、地域包括支援センター、拠
点担当医師、看護師
・会議頻度:平成24年7月から毎月1回開催。
・効果:主任ケアマネジャーの会の発足提案をした際、
集まったメンバーから「本来主任ケアマネジャーに期
待されている役割が果たせていない」という声の一方
で、「主任ケアマネジャーといっても事業所の加算をと
るために養成研修を受けただけ」という声も聞かれた。
会を重ね、高島平地域での懇話会開催などを経て、
地域の主任ケアマネジャー同士の連帯感も育まれて
きている。平成25年度も会は継続する。

(3) Cure&Care 企画会議

・構成員6人:拠点担当医師、看護師(2)、MSW、訪
問介護兼居宅介護支援事業所管理者、副施設長兼
社会福祉士
・会議頻度:原則月1回。
・効果:身近な地域で、小規模で行う会のため、日常
的にチームを組んで仕事をする人たちが、新たな顔

の見える関係ができる事により、日常業務の幅が広が
ってくる。身近な課題に関する会の企画が参加者の
拡大につながっている。

3) 研修の実施

ア. 医師・看護師が専門性を高めるための研修

- H24.6月 「これからの東京の在宅医療」・「活用
の幅が広がった訪問看護サービス」
- H24.7月 「がん疾患学術研修 ~在宅療養と診
療連携の視点から~」
- H24.11月 「がん疾患学術研修 ~在宅療養が
ん症例から問題点を鑑みる~」
- H25.3月 「がん疾患学術研修 ~在宅療養が
ん症例検討(訪問看護および訪問診
療事例)~」

イ. 医療連携に関する研修

- H24.11月 「在宅での実践リハビリテーション」
- H25.1月 「在宅医療の現状」(区内急性期病
院にて開催)

ウ. 在宅医向け研修

- H24.9月 「異状死の判断基準と死亡診断書の
書き方」

エ. 施設職員向け研修

- H24.月 「特養における看取り パートⅠ」
- H24.11月 「特養における看取り パートⅡ」
- H24.12月 シンポジウム(Cure&Care)

オ. 災害対応研修

- H25.3月 「災害時トリアージについて」

4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

板橋区医師会は、平成22年2月から主治医・副主
治医体制の試みをしている。平成23年度末までの実
績では、協力医が最多10人、最少7人であった。平
成24年度は、診療報酬改定に伴い在宅療養支援診
療所強化型の取組みとし、拠点事業として協力する2
つの強化型グループが誕生した。参加は、強化型拠
点となる病院2か所、在宅医15名、訪問看護ステー
ション代表兼拠点事業所担当1名で構成されている。
毎月カンファレンスを開催し、情報の共有と必要な検
討を行っている。療養相談室(拠点事業所)は、主治

医・副主治医のスケジュール調整、マッチング協力、情報管理を担当した。

24時間365日の介護提供体制に関しては、今回取り組むことができなかった。

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

(1) H24.10月 アンケート調査により、実態把握

区内居宅介護支援事業所210か所に配布し、85部回収(回収率40.5%)。介護支援専門員の基礎資格は介護職が65%、福祉職が18%で合わせて83%を占める。また、2人以下の事業所が56.7%を占めていた。「医療依存度の高い利用者の場合誰かに相談するか」という問いに94%の人が「はい」と回答しており、医療的サポートの必要性が明らかとなった。

(2) 「療養相談室」による支援

チラシを9月に作成し、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター他、関係機関に配布した。

チラシの中には、相談にのる職員の職種と、他機関との関係、電話番号等を分かりやすく表現し、「こんな時にご相談ください」として、①医療依存度の高い利用者のマネジメントについて相談したい。②療養困難が予測される患者の退院支援に困っている。③訪問医を探している。往診可能な専門医を探している。④訪問看護や訪問リハビリテーションの空き情報が知りたい。⑤専門職(薬剤師や歯科医等)からのアドバイスを求めたい。⑥医療依存度の高い方の受け入れ施設を探したい。と記し、裏面にはFAXで相談できるように工夫した。

(3) 支援実績

平成24年9月から平成25年3月までに、トータル89件の相談を受けた。地域包括支援センターからの相談は6事業所より12件の相談があり、居宅介護支援事業所から10事業所12件の相談があった。内容は、退院時の医療的支援のサポート、在宅医の紹介希望、褥瘡発生に伴う専門医相談や整形外科の専門医相談などであった。

相談者は、地域包括支援センターの場合併設医療

機関をもたない所が多く、居宅介護支援事業所の場合は基礎職が介護職の介護支援専門員からの相談が比較的多かった。

医療と介護の連携による区民の在宅療養支援という点では療養相談室の開設は効果があったと考える。

6) 効率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)

(1) 中小急性期病院との連携のためのシート作成

中小規模急性期病院との連携および在宅療養支援の必要な潜在的ニーズを把握することを目的として、以下のシートの作成と連携の実践を試みた。

①板橋区医師会病院に入院1日目～2日目に「スクリーニングシートⅠ」をチェック。一項目でもチェックが入った者には、1～2週間目に「スクリーニングシートⅡ」をチェック。一項目でもチェックが入ったものは、退院時支援の必要性があると判断する。

②療養相談室と共同支援をすることの同意を本人・家族から得て、療養相談室に情報提供する。

③必要時、退院前カンファレンスの開催を支援する。結果評価:H24.9月～H25.3月までの入院患者数のべ1,901名中、シートⅠチェック者1,513名(79.6%)、シートⅡチェック者412名(21.7%)、療養相談室への依頼数23名(1.2%)であった。依頼数が少ない理由としては、「情報提供同意が得られる前に退院した」「すでに介護支援を受けており支援の必要がないと考えた」ということであった。しかし、依頼のなかったシートⅡチェック者を個別に確認すると入退院を繰り返していたり、医療的ニーズがあるにもかかわらず訪問看護サービスが入っていないケースなどもあり、今後何らかの働きかけの必要性を感じた。

(2) 主治医、副主治医連携のためのシート作成

療養相談室が情報集約し、主治医・副主治医の情報共有を支援

7) 地域住民への普及・啓発

板橋区医師会は、毎年秋に行われる「区民まつり」にて、アンケート調査を実施し、区民意識の確認と啓

発を行っている。また、板橋区と共催で、区民公開講座も年に数回行われている。

今回は、拠点事業として、以下の普及・啓発活動を行った。

- ・H24.9月 区民公開講座「災害時の医療ネットワーク」
- ・H25.2月 区民公開講座「住み慣れた地域で最期まで安心して療養生活を続けるために」
 - ① 在宅医療連携拠点センターについて
 - ② 「摂食支援について」
 - ③ 寸劇「退院前カンファレンス」

今回は「私の気持ち」と題しエピソードでの本人・家族の事前意思表示に関する内容も盛り込んだ。アンケート調査の結果では、「あなた自身の事前意思表示をしておきたい」と88%、「家族・友人に事前意思表示をしておいてほしい」と77%が回答していた。

また、在宅療養を支えるいろいろな職種について「よく理解できた」73%、「少し理解できた」22%で、退院前カンファレンスを望むかに対し、「希望する」が95%、療養相談室の支援を希望するかに対し「希望する」が82%という結果であった。

8) 災害発生時の対応策

災害対応に関しては、まず東日本大震災での経験をもとに具体策の検討をすることとし、以下の取り組みを行った。

(1) 東日本大震災の経験報告会

① Cure&Care ミーティングにて、救援活動報告報告を受け、高島平地域における生活支援・介護支援について意見交換をした。

② 在宅酸素療法(HOT)業者等との意見交換

H24.7月に3社と、H24.10月に人工呼吸器業者を含む6社と災害時の体制や相互協力、患者情報の共有などについて意見交換をした。

(2) 震災時のハイリスク対象者の基準検討とリストアップについて

医療的ハイリスク者、生活的ハイリスク者として検討したが、具体的な基準作成には至らず、また、個人情報管理の問題でリストアップには至らなかった。

(3) 具体的対応策の検討

① 区との意見交換 2回

災害時要援護者名簿は区が作成しているが、発災時の具体的対応と連携に関する検討には至らなかった。

② 医療的ハイリスク者のマッピング

・訪問看護ステーションへの調査にて、人工呼吸器使用者とHOT使用者をマッピングした。この情報をもとに次年度は訪問看護ステーション会として相互協力による救援の対応策を検討する予定となっている。
・高島平地域強化型主治医情報に基づく、HOT使用者をマッピングした。

(4) 必要物品の整備について

意見交換等をもとに整備すべき物品の検討を行い、必要物品を整備した。

・備品: 充電式吸引器、発電機、車から充電用のインバーター、衛星電話等

・配置場所: 板橋区医師会在宅医療センター、高島平地域の診療所1ヶ所、訪問看護ステーション2ヶ所、医師会事務局地域の診療所1ヶ所

(5) 災害対応研修会(前述)

災害時の効率的な救済には多職種連携が重要である。多職種連携の要である「在宅療養ネットワーク懇話会」の場を活用し、災害時研修を行った。特に、「災害時トリアージ」について多くの関係者が理解しておく必要があり、今回はこのテーマにて講義および演習の研修会を開催した。

4. 特に独創的だと思う取り組み

1) 板橋区医師会在宅医療センターのワンストップ機能

地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所に加え、療養相談室を設けたことにより、医療と介護を結び、相互が協力し多面的に支援するワンストップ機能が果たせる。

特に、療養相談室職員がケアマネジメント経験と訪問看護経験を有する看護師であること、介護支援専門の資格をもつ社会福祉士であることは、ケアマネジ

メントの視点、訪問看護の視点、介護・福祉の視点で在宅療養を支援することを可能にしている。

実際、この活動実績においても、訪問看護への相談を療養相談室が預かり調整支援をするケースや、地域包括支援センターに相談があったがん末期の方の退院調整を療養相談室が支援し、病院との連携がスムーズにできたケース、居宅介護支援事業所に依頼があった急な退院ケースを療養相談室が支援し、地域の在宅医・訪問看護ステーションに繋げたケースなど、まさに、各事業所に来る“点”の相談を“面”で支援する体制がとれることである。

2) 多職種連携に関する取り組みである「在宅療養ネットワーク懇話会」は 10 職種以上が参加し、その代表世話人が企画し、各団体が当番で開催していること。これは、病院、在宅、施設などそれぞれが抱える課題や連携に対して、より多面的に取り組むことを可能にした。

3) 「Cure&Care ミーティング」は、医療・介護サービスなどフォーマルサービスのみでなく、民生委員やボランティアなどインフォーマルな人々も参加し、“共通言語”で語れるように共学・協働を目的とした学習会の開催をした。

4) 区民啓発を目的に行う寸劇は、医師会副会長がシナリオを描き、医師や介護職等の現役スタッフが役者となり、区民にわかりやすい表現を工夫して演じる。今年度が 2 回目であるが、区民に考えて欲しいテーマ、伝えたい内容をシナリオに盛り込み演じた。今回は、DVDを作成し、関係者・関係機関に配布する。

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

1) 療養相談室の活動実績 (H24.9～H25.3)

・相談件数: 計 104 件

H24.9 月 2 件、10 月 13 件、11 月 15 件、12 月 7 件、H25 年 1 月 15 件、2 月 25 件、3 月 27 件と増加している。

・相談者でもっとも多いのは、医師会病院で 36 件、次いで、在宅医から 13 件、地域包括支援センターから 12 件、ケアマネジャーから 12 件、区内・区外の病院から 9 件等で、区民からも 7 件の相談があった。

・104 件の相談のうち退院調整支援や在宅療養支援等利用者に関する相談が 89 件 (86%) で、相談者の多くが福祉職・介護職であったことから、医療的マネジメント支援に関するニーズが高いことが明らかで、在宅医療と介護連携に関する取り組みで最も効果的であったと言える。

また、今回は、拠点事業の実施地域が高島平地域のため療養相談室の周知を限定していたが、高島平地域以外からの相談が 104 件中 45 件 (43%) あり、その相談内容も多岐にわたっており、地域に何でも相談できる場所が求められていると言える。

2) Cure&Care ミーティングの開催

・参加人数: 第 1 回～6 回までの述べ参加者 289 名、平均 48.2 名。最多 62 名、最少 34 名。

・参加職種: 医師、看護師、保健師、薬剤師、理学療法士、施設管理者、介護支援専門員、訪問介護士、通所相談員、社会福祉士、MSW、福祉用具専門相談員、民生委員、ボランティア、学識経験者、行政担当者等と参加者は 15 職種以上。

・アンケート調査において、「良い連携の機会になっているか」との質問に「そう思う」「まあまあそう思う」を合わせて 75% が回答。第 5 回目に行ったアンケート調査で、これまでの参加回数の問いに、「5 回」が 26%、「4 回」が 20% で約半数の方はほぼ毎回参加しており、リピーター参加者が多く、地域の連携につながる取り組みといえる。

6. 苦労した点、うまくいかなかった点

1) 療養相談室の医療マネジメント機能に対する関係職種の理解がなく、周知と協力を苦労した。明確な位置づけを公的に行うべきと考える。

2) 中小規模の急性期病院は、人員不足と在院日数の短縮に直面しており、在宅療養支援に関する理解の温度差がある。急性期病院への教育と移行支援の仕組み作りが必要と考える。

3) 個人情報管理の壁があり、情報の共有とスムーズな連携に障害が大きかった。地区医師会という一組織がハイリスク者等の個人情報を集約することは困難であり、その担い手となるのは行政である

と思われる。今後、災害弱者に関する対応、情報公開など各関係団体と行政機関をまじえた検討が必要で、特に災害時対応は動ける連携、動ける情報管理の検討が急務と考える。

- 4) 短期間に盛りだくさんの取り組みであったため、日常業務との併用にかなり苦勞をした。先行事業があったからこそ、なし得た拠点事業業務であったと考える。

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

- ・板橋区内連携機関機能リストのように、地域資源を一元管理することで、効率的な相談対応ができる。
- ・医療・保健・福祉の各々が専門性を活かした連携の工夫と、区レベル・地域レベル・職種レベルなど多様な連携の会の開催と、その継続が活かした多職種連携になる。
- ・自助、共助意識への啓発には、多職種連携に地域住民も参加することが有効であると考ええる。

8. 最後に

ある日、療養相談室のチラシをもった70歳代の女性が相談に飛び込んできた。「北陸から引っ越してきました。夫(80歳)はがんです。いろいろと相談にのってください」と、高島平団地の空き情報を見て、訪問された板橋区への転居者だった。今後は、このような区内に転入する高齢者も増加することが予想される。我々は高齢者のみでなく、区民が安心して住める地域、区外からも転居希望を求められるような地域を目指している。そのためには、安心できるチーム医療・チーム支援が今以上に求められるであろう。板橋区は多職種連携が進んでいると自負している。療養相談室が多方面に情報を提供する際にもこの構築された連携が大きな力となっている。今後は地域住民間のつながり(共助)の強化にも、この多職種連携が利用される地域が理想である。

地域連携の主役はまぎれもなく住民である。そして、この連携を推し進めるためには多職種と行政の協働が不可欠と考える。連携拠点事業がその大きなきっかけとなることを期待している。