

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：㈱ケアーズ 白十字訪問看護ステーション

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

新宿区では、在宅療養体制の整備にいち早く取り組み、区民が安心して生活できる場の創出に力を入れてきた歴史がある。

2013年3月1日現在、同区には病院が16施設、診療所が361と、豊富な医療資源を擁しているが、急性期病院が多く、慢性期病院が少ないため、長期間の療養が必要な場合、医療機関の行き先がなくなり、必然的に在宅医療の必要性が高まる。

在宅療養体制の充実のために求められるのは「顔の見える連携」であるが、在宅療養に関わる人たちは在宅医やケアマネジャーだけではなく、入院先の病院の医師や看護師、MSW、訪問看護師、ホームヘルパー、保健師、など多岐にわたり、多職種が集まる場を定期的にまた継続的に設けて連携体制づくりをするには、粘り強い努力が必要とされる。

とくに課題として認識されているのは、病院医療者との連携の困難さであり、医師を交えてのグループワークを地域で行おうとしても、医師に参加してもらうのは至難のわざである。

本拠点では、在宅医療連携拠点事業として23年度より、多職種間の「顔の見える連携」を目指して勉強会や講演会、ワークショップを展開してきたが、在宅ケアのネットワークに薬剤師、栄養士、歯科医師などが次々と参画して、在宅そのものに関する関心も高まり、変化への気運は高まっているなかで、最後まで残ってしまうところが、病院とくに急性期病院の医師である。都市部では、そのため病-診連携の問題を、多職種連携における根本課題として引きずってしまうことになる。医師をどう巻き込むかが、過去から現在、今後も課題といえる。

解決策として、①何度も勉強会を重ねて相互に理解を深めること、②在宅からの積極的な発信・情報共有の工夫、③在宅医療を体験できる場づくり(相互研修)、を定期的かつ継続的に行うことにとりくんできた。

いっぽう、住民の側にも根強い「大病院志向」があり、不安があると救急車で急性期病院へ、という受療行動がとくに高齢者に目立って多い。また、診療所の数は決して少なくないにもかかわらず、かかりつけ医の保持率が低く、さまざまな施策が講じられているなかでもなかなか向上しない。

本拠点では、新宿区のなかでも高齢化率48% (2013年2月。開設時は46%)と高齢者の数が飛びぬけて高い大規模集合住宅の都営戸山ハイツの商店街の空き店舗に「暮らしの保健室」を開設し、地域住民の医療、看護、介護に関する不安や悩みに、保健師や看護師がじっくりと相談に乗ることで不安の解消を促し、過度な大病院志向や救急搬送の問題に対して是正する方向で話をし、一人一人にとっての望ましい在宅医療連携の在り方を共に考え支援する活動を行った。

その活動を通して、実際のケースを共有しながら「顔の見える連携」を進めた。

2 拠点事業の立ち上げについて

23年度に引き続き、行政との連携を意識的に進めた。

また、昨年度の未達課題であった、歯科医師、薬剤師との連携に関して、今年度は具体的な取り組みを行った。

歯科医師会には、昨年に続き定例会に参加した際に連携の重要性について講演を行い、歯科医師

会との連携を深め、地区の歯科医師たちが本拠点事業の勉強会等に出やすいような環境作りを行った。結果、勉強会や講演会への歯科医師の参加が増え、「顔の見える連携」とともに情報共有も進んだ。薬剤師会にも同様なアプローチを行った。

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

(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーションと、相談施設拠点であり連携の拠点でもある「暮らしの保健室」が位置する新宿区「牛込地区」(人口約10万人、新宿区全体の約1/3)内および牛込地区内の医療連携に関わりのある周辺の医療資源を示したマップおよびリストを作成した。リストアップした資源は、次のとおりである。

病院、診療所、在宅療養支援診療所、認知症・物忘れ相談医、認知症・物忘れ相談医在籍在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局、在宅訪問薬剤管理可能な調剤薬局、保健所・保健センター、高齢者総合相談センター

福祉資源については、新宿区ではすでに①「ホームページ」という、介護サービス事業者ガイドブックや②「障害のある人を地域で支えるための社会資源マップ」が発行されており、以下の事業所情報が網羅されている。これを活用した。

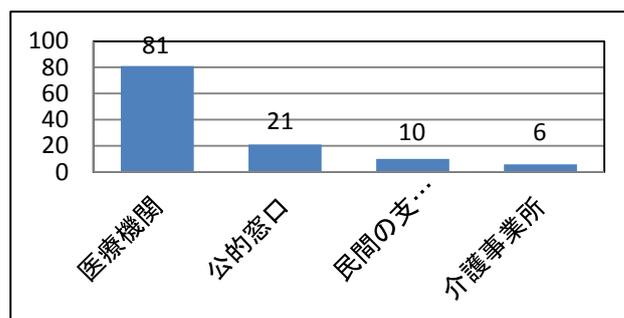
①居宅介護支援、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、預託療養管理指導、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、移送サービス、配食サービス(予防も含む)

②就労移行支援、就労継続支援(B型)、児童デイサービス、障害児等タイムケア、生活介護、地域活動支援センター、施設入所支援、共同生活介護(ケアホーム)、共同生活援助(グループホーム)、福祉ホーム、短期入所、日中ショートステイ

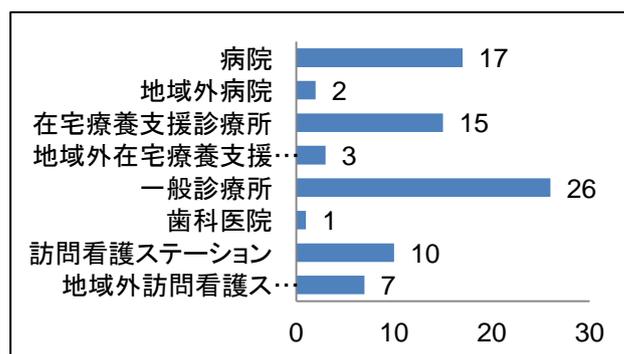
社会資源の把握のうち、各施設等の詳細情報等については、資源マップのみならず、白十字訪問看護ステーションがこれまで新宿区内で行ってきた訪問看護で連携してきた各機関との情報交換、また、ケアーズ代表の秋山が代表や役員を務める区内の医療、介護職のさまざまな団体の集まり等で知り合いとなっている関係者との情報交換で得ることも積極的に行っている。

社会資源の活用については、平成24年度に「暮らしの保健室」へ寄せられた相談事例603件(1月10日現在)のうち、98件(同)において地域資源との連携が行われた。内訳については、以下のグラフに記載する。

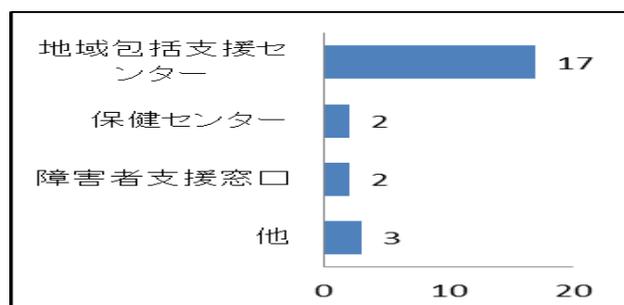
連携先機関 全相談 603 件 98 の連携を分類



医療機関との連携を分類



公的窓口との連携を分類



(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。)

多職種連携のための連携会議を昨年より継続開催している。

①牛込地区在宅患者を考える会
(地区医師会等とタイアップ)

〈2012年〉

9月25日(32名)

平成24年度総会

在宅医療連携拠点事業について、説明と協力要請。(医師の参加が多く得られた)

11月15日(110名)

「認知症の人を地域で支えるには」

認知症の人の訪問診療を実践している、上野秀樹医師を講師に招き、ご講演をいただくとともに、牛込地区での連携についての意見交換を行った。

(薬剤師の参加増)

〈2013年〉

1月19日(160名)

(新宿食支援研究会と合同開催)

「摂食嚥下と低栄養について」

多職種合同による研修ならびに意見交換。(歯科医師の参加増)

②先進事例から学ぶ勉強会

(海外の多職種連携から)

10月23日

「在宅ケアのルネッサンス」

オランダの在宅看護・介護事業者を招き、地域包括支援についての事例を学び、参加者とのディスカッションを行った。

③暮らしの保健室ケース勉強会

暮らしの保健室に寄せられた相談事例や、白十字訪問看護ステーションで関わった在宅医療連携の事例を取り上げ、より連携のためのディスカッションを原則月1回行っている。

対象者:地域のクリニック医師、訪問看護師、病院医師、病院看護師、MSW、歯科医師、薬剤師、地域

包括支援センター相談員・ケアマネ・看護師、ヘルパー、介護福祉士、新宿区社会福祉協議会、新宿区高齢者福祉課、暮らしの保健室看護師・保健師・カウンセラー 等

毎回30~40名が参加。

○5月(近くの小規模特養の場所を借りた)

「戸山ハイツの住民に暮らしの保健室は

どう受け止められたか? アンケート結果報告」

○6月

「遠回りしてきた相談事例から学ぶ

～がん相談の中からみえてくること～」

○7月

「医療ニーズの高いケアニーズを

どう拾い上げつなげるか?」

○8月

「地域の中でエンドオブライフを支える

～牛込地区24時間医療連携システム～」

○9月

「地域ケアにおけるスピリチュアルケア」

○12月

「重装備にならない見送り方 ～認知症・一人暮らしで最期を迎えた方の事例から～」

○2月

「がん患者を支える暮らしの保健室の役割」

④地域ケア会議

地域の医療と介護にまたがるケアの問題について必要に応じ、関係者によるケア会議を「暮らしの保健室」で開催。

参加者:新宿区障害福祉課、新宿区社会福祉協議会職員、牛込保健センター保健師、地域包括支援センターケアマネ、暮らしの保健室看護師、カウンセラー 等

(3) 研修の実施

大病院から地域へと研修会へ出ることが難しく、連携が進まないことも考えられるため、訪問看護側から地域の病院へ出向き研修会等を共同開催してい

る。

○東京女子医科大学での研修では、移行期支援についてのグループワークに参加して退院移行期の支援について話し合った。従来は白十字訪問看護ステーションのみであったが、今年度から牛込地区内の4つのステーションの訪問看護師も一緒に参加し、規模が拡大した。

参加した訪問看護師からは、顔を合わせたことでその後の連携がしやすくなったという感想が出された。病院看護師からも、その後具体的連携が進んだという声が聞かれている。

小規模な訪問看護ステーションは、業務の関係でそのような会への出席できないことが多く、機会を逸して連携が進まないことが多かった。しかし今回研修を体験したことで、研修の効果を実際に経験でき一歩進むことができた。

○国立国際医療研究センター病院での研修

病院看護部が開催する院内教育の中で、在宅との連携のケースが取り上げられ、訪問看護師側も参加し意見を述べた。これにより、具体的な連携が進んだ。

○東京厚生年金病院からの連携の勉強会に在宅側から白十字訪問看護ステーションの看護師が参加。特に医療連携担当との具体的連携に加速があった。

※これらの病院からは、暮らしの保健室勉強会に毎回参加者があり、情報交換を行っている。

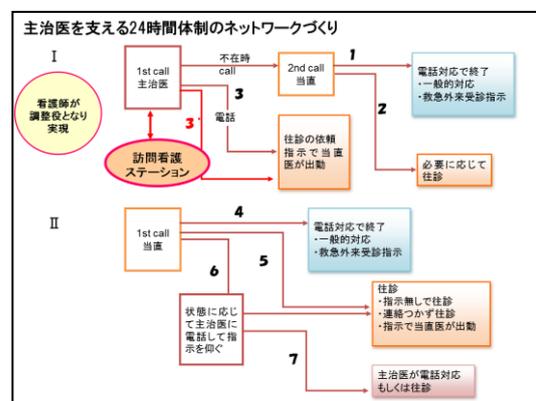
○上記以外にも、病院のがん相談支援センター窓口担当者への東京都全体の勉強会や、大学病院での院内研修の一環で、白十字訪問看護ステーション統括所長、暮らしの保健室室長が招かれ、在宅医療連携についての講演を行っている。そこでつながりもできており、在宅医療連携の気運を高めることに貢献している。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

「牛込地区在宅患者を考える会」を継続的に開催するなかで、平成23年に牛込地区医師会と地域の

訪問看護ステーションとの連携による「牛込地区主治医を支える24時間体制」(通称:牛込方式)を構築した。

本拠点である白十字訪問看護ステーションでは、牛込方式の活用による24時間体制の普及に積極的に取り組み(講演会や勉強会にて牛込地区のクリニックの医師たちに向けシステムの概要と活用方法、稼働ケースの紹介を行った)、また実際に今年度7例の24時間365日の体制が動いている。



(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

介護サービス事業者協議会を介して、最も参加の多いケアマネジャーへの支援を行った。

ケアマネジャーが日々の業務の中での医療者との連携において感じている困難さに対して、本拠点主催の勉強会において医療者とのグループワーク等を行い、「顔の見える関係」づくりに取り組んだ。

ケアマネット新宿への定期的な情報提供と、そこでのケアマネジャーへの個別的な支援も積極的に行った。

そうした取り組みの結果、ケアマネジャー自身が、困りごとについて自覚的となり、解決に向けてのアクションを具体的に起こせるようになった。また、薬剤師との顔の見える連携が進む中で、投薬の管理などがスムーズに行えるようになった。

(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)

暮らしの保健室の相談記録のフォームの開発。

連携の図解化、プロセス図化の手法の開発など、
連携の可視化を行ない、ケース勉強会や、研修、
講演において活用することで、立場を異にする多
職種が、文字情報ではなく一目瞭然に連携状況を
理解することの促進につながった。

(7) 地域住民への普及・啓発

○在宅療養シンポジウム

(新宿区や地域病院との連携)

10月24日(39名)

新宿文化センター小ホール

○在宅療養学習会

(新宿区との連携・区民公開講座)

10月4日 がんミニ講座(15名)

1月30日 がんミニ講座(17名)

病院医師と区民が身近に語り合う会

○暮らしの保健室 専門医によるミニ講座

4月24日 循環器ミニ講座(12名)

5月15日 循環器ミニ講座(11名)

6月12日 循環器相談会(7名)

7月12日 循環器ミニ講座(15名)

9月6日 がんミニ講座(10名)

11月1日 がんミニ講座(13名)

12月6日 がんミニ講座(14名)

○熱中症・脱水予防講座の開催

「暮らしの保健室」にて7月～9月に開催。期間
合計135名が参加した。

暮らしの保健室保健師による熱中症・脱水予防ミ
ニ講座(熱中症・脱水対策の講演と経口補水液
の作り方の実習)、パンフレットの配布。

戸山ハイツ近隣の医療・介護従事者および民生
委員、自治会などに講座を周知し多職種、地域
が一体となって主に高齢者への情報提供を行っ

た。

要望により出前講座も開催(戸山ハイツ隣接の小
学校校庭でのラジオ体操後に講演)。

○新宿区社会福祉協議会見守りボランティア研修
笹塚区民センターにて、暮らしの保健室保健師
が地域医療連携について講演。

2月22日(60名)

○認知症の人の家族を対象とした講演

暮らしの保健室保健師が、認知症ターミナルを
含めた医療連携の講演を行った。

9月29日 四谷区民センターにて(400名)

○ペイシェントサロン

患者会主催者や現在患者の立場である人等へ、
「暮らしの保健室」保健師が地域医療連携につ
いての講演をし、ディスカッションを行った。

12月13日 暮らしの保健室にて(20名)

○地域の企業の社員向け栄養講座

20代前半～30代の若い社員さんへ、暮らしの保
健室保健師が食事のとり方や、栄養素について
講座を行った。

2月21日 暮らしの保健室にて(25名)

高齢者のみならず、健康維持への関心の糸口と
なり、かかりつけ医をもつことへのつなぎもできた。

4 特に独創的だと思う取り組み

「暮らしの保健室」を継続して運営するなかで、地
域や住民に、予防・医療・福祉に関する情報提供や、
医療や介護の賢い使い方についての意識づけ、適正
な受診行動への動機づけを行った。

また、暮らしの保健室の活動を通して、ボランティア
や、ボランティアリーダーの育成を行った。

地域の医療者、介護者、医療福祉関係者に向けて、
在宅医療連携の実態の理解・把握を促すための効果
的なツールとして、連携を可視化して見せる手法を開

発した。

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

広く門戸を開けて住民の医療や介護や生活そのものにまつわる相談を受けるなかで、そのなかから本当にその人が必要としている支援は何かを捉え、具体的な地域連携のかたちを作っていくことで、住民には安心やより快適な生活をもたらすことができた。

いっぽうで、その実践事例を通して、各関係者間の「顔の見える関係」がより深まり、多様で柔軟性にとんだ連携がスピード感をもって実現できるようになった。

暮らしの保健室の活動が、地域住民への周知のみならず、全国の医療関係者にも周知が進み、行政機関にも牛込地区を超えて、その機能や場の持つ力が認知されるようになった。

◎参考文献:「コミュニティケア」20132月号 特集
広がる“暮らしの保健室”

6 苦労した点、うまくいかなかった点

ITを活用した連携の推進。

本拠点をとりまく地域では、それぞれの医療機関が大きく、顔の見える関係づくりによる連携の推進をはかりながらIT化をすすめることは、各機関の記録様式の違いもあり、統一化できず一気には難しい。今後への課題である。

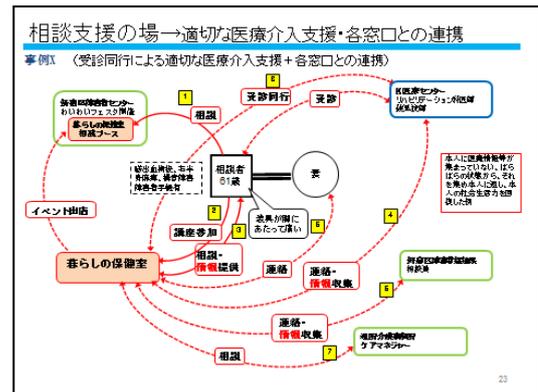
7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

以下に3点述べる。

①これからの在宅医療・介護連携において重要な課題は、要介護者のみではなく、障害の方の高齢化である。

暮らしの保健室にて相談を受けた障害者(61歳、

男性、脳出血術後、右半身麻痺、構音障害、障害者手帳有)の方の事例で、脚の装具の不具合を改善するために看護師が受診に同行することで適切な医療介入支援を行い、各窓口(新宿区障害者センター、新宿区障害者福祉課、病院リハビリテーション科、通所介護事業所ケアマネジャー)との連携を行った例があった。



このケースでは、障害センターに看護師が在勤しているのだが、障害が固定してしまっていたためケアが届かず、整形外科とリハビリテーション科の情報共有が途絶えていた。また、精神疾患、構音障害もあり装具の不具合についての訴えがうまく医療者に伝わっていなかった。そのため外出もままならなくなり、QOLが極端に低下し精神的にも不安定な状況が続いていた。

装具の改善を行うためには、医療情報のリニューアル化と、連携のためのプラットフォームづくりが必要となり、暮らしの保健室より関係各所に向けこのような情報発信をしたところ、適切な連携が実現し、ご本人のQOL増進という結果につながった。

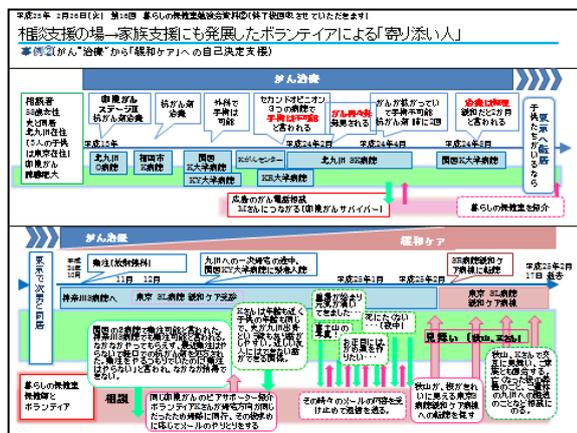
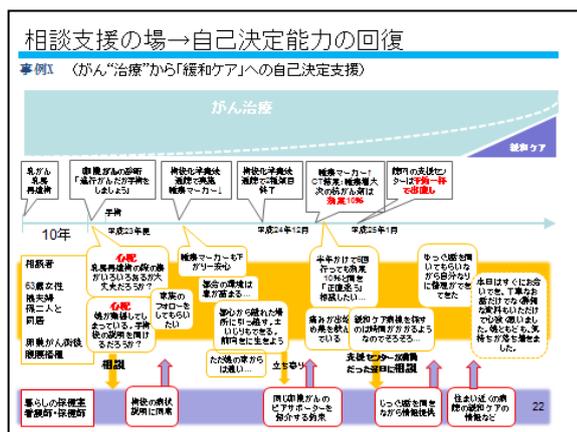
こうして障害者の方の問題が地域包括ケアの中にきちんと位置付けられることによって、そこから、在宅医療・介護連携における次の課題が見えてくる。

②2年間の在宅医療連携拠点事業を通して、がんの相談はやや増えていることがわかる。

平成23年度は全医療相談のうち約25%、平成24年度は全医療相談603件中174件(約30%/平成

25年1月10日現在)となっている。これは、本拠点が、行政より「がん相談窓口」事業を受託(毎月第4土曜日10時~14時)していることを区報などで知った地域住民が相談にくるようになったこととともに、病院に支援センターが設置されていても、退院支援あるいは外来通院中の支援などががん患者の支援が不十分であることが考えられる。

今後の在宅医療・介護連携の課題としては、がんの相談支援は喫緊かつ必須の課題である。



また、一般市民、特に大病院が林立する地域に暮らす住民の、在宅医療へのイメージは必ずしもよいものとは言えない現状がある。2年間の活動において、市民への啓発活動を行ってきたが、住民も医療者も常に入れ替わっていく。そのため、同じ内容であっても繰り返し、引き続き在宅医療へのイメージを変えていく取り組みを行っていくことが必要である。

③こうした活動を持続可能にするための仕組みづくり

と工夫は、行政の各窓口への働きかけと、企画への情報発信と共働が必要である。

8 最後に

「在宅医療連携拠点」を訪問看護ステーションが核となり地域での実践を具体的に企画運営するということは、急性期医療の現状もわかり、在宅医療の現状も理解し、かつ介護・福祉の地域での資源(リソース)の活用もわかりやすいという、日頃の実践活動の特徴を活かせることであった。

ただし、日常の本来の訪問看護活動の他に、この拠点としての活動を行わなければならない。そこで、日頃から、住民サイドにより近いところでのニーズ把握や相談支援の場の必要性を感じていたこともあり、制度としては位置付けられていない地域の中の医療に強い相談の場として「暮らしの保健室」をオープンし、そこを足がかりに多職種連携の具体的な活動の展開を試みた。

地域包括ケアの中で、できるだけ医療的な重度化を避ける意味での保健・予防活動の一端としてもこの「暮らしの保健室」は機能し、かつますます増えてくるがん患者と家族への支援の窓口ともなり始めた。

単にこれまで多職種連携がうまくいかなかったところをつなぎ合わせるということではなく、住民の意識を変えつつ、病院入院・施設入所志向の20世紀の医療・介護のスタイルから、安心して暮らし続けられる街、医療にアクセスでき継続性のある支援を受け続けられる街、その延長線上に人生の終末をむかえるというライフサイクルが地域内で完結できる街へと、そうしたスタイルが不可能ではない街づくりへの発展を夢に終わらせない糸口を見つけだしはじめた。

住民を巻き込んだ多(他)職種連携のもとでの地域包括ケアは、医療人への変革を迫る一大転機となりうる。

同一地域での長年の訪問看護の実践の上に立った今回の在宅医療連携拠点事業を、今後も行政や医師への働きかけを続けつつ継続できる活動として、地域が育っていくように努力を惜しまない所存である。

謝辞:

常に励まし教えてくださった、大城淳子様はじめ厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室の皆様、国立長寿医療研究センター在宅連携医療部の皆様に、心から感謝申し上げます。

地域の中で新たなネットワークが生まれ、多くの方の支援をいただきました。ことに、暮らしの保健室活動において、ボランティアの方々の存在は大きく、これからも支援し続けていただけることを感謝しています。