

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：社会福祉法人 日本医療伝道会

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

(1) 取り組み方針について

事業計画書提出の段階から、拠点事業の取り組みの方向性については検討していた。拠点事業採択決定後も、この方針を変更することなく実行した。

① 事業所「群」が行うモデル的連携拠点事業

多くの施設を持つ利点を生かし、事業所「群」で取り組むモデル的な連携拠点事業とする

② 利用者の益となる連携

最終的に利用者の益となるように心がけながら事業を実施する

③ 在宅医療連携のハブ機能としての連携拠点

法人内の連携をハブにしなが、各職能団体や行政と連携を強化することにより、法人外病院や事業所との連携や多職種連携を促進する

④ 持続可能な連携システムの構築

事業が終了したあとも持続可能なシステムを作る

⑤ 成果の実証できる連携

可能な限り基礎調査もおこなって、連携の成果を数値化・言語化し説得力をもつ在宅医療連携とする

⑥ 顔の見える連携

同職種、二職種、多職種で顔を合わせる機会を多く設定し、連携をとりやすくする

⑦ 利用者の望む療養場所が選択できる連携

自宅で療養すること、居住系施設で療養することなどできるだけ生活の場で療養を行うことができるように連携を行う

(2) 課題の抽出について

在宅医療連携拠点事業を受託し、はじめに取り掛かったことは、地域における在宅医療連携上の課題の抽出であった。課題の抽出にあたり、社会調査を専門とする大学教員のアドバイスを受けながら方法を検討した。まずはフォーカスグループディスカッションや、可能な範囲の聞き取り調査を行い、質的なデータを

収集解析し、おおまかな課題の把握を行うこととした。その上で、可能な解決策の検討や、アンケート調査の設計を行うこととした。また、多職種合同研修会や勉強会などの際には参加者からアイデアを集め、豊富なデータを元に課題の把握に務めた。

a) フォーカスグループディスカッション

・市内在宅療養専門職(別添資料 1、2)

6月26日、7月17日にそれぞれ法人内在宅療養関係専門職、市内在宅療養関係専門職を少人数集め、フォーカスグループディスカッションを行った。この調査は、その後に解決策を検討したり、詳しい調査を行ったりする際に、常に参照することができ、初期に行う調査としては、極めて有効な方法であった。この有効性については、第15回在宅医学会にて一般演題として発表した。

・居住系施設(別添資料 3)

在宅医療連携の課題を探る中で、居住系施設での医療処置や看取りについて、課題があることが明らかになってきた。課題の解決は時間的に困難であることが予測されたが、今年度に課題の把握を行うため、2月8日に居住系施設の職員を集め、フォーカスグループディスカッションを行った。平成25年度以降、横須賀市や横須賀市医師会と共同しながら、居住系施設における医療連携の課題の解決を図っていく。

b) 聞き取り調査

地域包括支援センターと病院退院支援部門については悉皆の聞き取り調査を試みた。それぞれの事業の抱える課題を聞き取ることができた。この聞き取り調査の副次的な効果としては、市内の関係者と当在宅医療連携拠点事業で、顔の見える関係が構築されたことである。

・地域包括支援センター(別添資料 4)

地域包括支援センターは、医療と介護の連携を図る上で、極めて重要な位置であると、事業開始時から認識し、初期の段階で聞き取り調査を企画した。

・病院退院支援部門聞き取り調査(別添資料 5)

病院の退院支援部門は、病院と在宅医療との間の連携を構築する上で重要な位置である。各病院の実情を知る上でも、重要な聞き取りであった。

c)多職種合同研修会のデータ解析(別添資料 6、7)

市内の在宅療養関係者が一同に会する多職種合同研修会では、さまざまなアイデアを参加者からデータとして、抽出した。それぞれ報告書にまとめ、資料として利用することができた。

d)医療従事者、介護サービス従事者へのアンケート調査(別添資料 8)

市内の医療機関と介護事業所 641 事業所、743 名に対してアンケート調査を行った。アンケートの結果、「よく当てはまる」「やや当てはまる」に回答した割合が多い項目として、「地域住民が在宅療養について知る機会がない」(80.6%)、「医療依存度が高く介護の負担が大きい患者のショートステイ先がない」(79.1%)、「病院を退院するとき、介護指導を患者や家族が習得できないうちに退院となる」(69%)、「病院スタッフと在宅ケアスタッフの間で顔の見える関係ができていない」(68.6%)、「年末年始やお盆に新規利用者が在宅ケアを始めることができない」(61.8%)、「在宅での服薬管理が困難なときのサポートがない」(60.6%)であった。

2 拠点事業の立ち上げについて

(1)横須賀市、横須賀市医師会との定例ミーティング

横須賀市では当法人と横須賀市医師会の2つの事業所が拠点事業に採択された。事業の立ちあげで、まず、はじめに行ったことは、横須賀市医師会との連携である。当方も医師会も同じ地域においてバラバラに事業を展開しても、利用者やステークホルダーの益にはならないと判断していた。5月には横須賀市医師会担当者と協議し、6月5日には横須賀市の担当者、医師会担当者、当事業担当者の3者でミーティングを持った。3者で共同して事業を進めること、3者のメンバーリストを作ることを確認した。毎月1回の定例ミーティングを行った。また、YOZARENと名付けたメンバーリストは3月31日まで709通のやり取りを行い、三者の連携を図る上で重要であった。

(2)横須賀市在宅療養連携会議

平成23年度から横須賀市は在宅療養連携会議を

立ちあげて医療と福祉の連携事業を行っていた。会議では3つのワーキンググループに分かれ事業を企画し、全体会議で承認していた。平成24年度当法人と横須賀市医師会が在宅医療連携拠点事業に採択され、横須賀市の在宅療養連携会議を核にして事業を行うこと、三者共同で事業を行っていくことを確認した。

(3)在宅医療連携拠点運営会議

当法人内では、在宅医療連携拠点事業を一体となって進めていく体制づくりが必要であった。5月から月1回の割合で運営会議を開き、協力と理解を得るよう務めた。毎月の進捗状況の報告、今後の予定を確認していった。

(4)中間評価(別添資料 9)

事業を進めていく上で、10月31日に中間評価を行った。5月から10月までの取り組みを確認し、後半の取り組みを確認した。拠点事業の途中でチェックポイントを用意しておいたのは有用であった。

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(別添資料 10)

横須賀市、横須賀市医師会と協力し、横須賀市内の医療・福祉資源の把握と地図上へのプロットを行った。一部、公表を控えたい協議会もあるため、全事業所の記載とはなっていない。

(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。)

a)地域ケア会議

横須賀市内の13箇所の各地域包括支援センターでは地域ケア会議を年2回行うこととなっている。聞き取り調査終了後、地域包括支援センターや、各地域の民生委員などと顔の見える関係を構築するため、地域ケア会議に極力出席した。ほとんどの場合オブザーバー参加という形であった。5回のべ出席者183名の地域ケア会議に出席することができた。医師会で講師派遣事業を行っていたため、講師派遣などに関しては横須賀市医師会が担当して行った。

b)地域包括ケア推進セミナー

今年度はじめて行われた神奈川県主催の地域包括ケア推進セミナーへ講師を派遣し、活動の紹介を

行った。横須賀市以外の行政職員の出席者も多く、各地域で在宅医療連携を進める上でのポイントを提示した。主題講演は東京大学の辻哲夫先生から柏モデルについてのレクチャーがあった。行政 34 名を含む 45 名の出席があった。

c) 退院調整勉強会

病院で病棟看護師を中心に行われている退院調整勉強会へ出席し、事例検討や退院調整の仕組みづくりの検討を行った。8 回でのぶ 99 名の出席者があった。

d) 看取りカンファレンス

在宅療養のため在宅サービスを利用し、亡くなった患者のデスカンファレンス(看取りカンファレンス)を行った。今年度は合計 5 回、在宅療養支援診療所医師、訪問看護師、介護支援専門員、訪問入浴スタッフ、病棟看護師、退院調整者等が一同に会し、事例検討を行った。事例検討を元に次の事例のケアの改善を図った。

(3) 研修の実施

a) 多職種合同研修会

多職種合同研修会は 4 回行った。主な担当を第 1 回は横須賀市、第 2 回をチーム衣笠、第 3 回を横須賀市医師会、第 4 回をチーム衣笠として取り仕切った。

第 1 回は(9 月 13 日)「これからどうなる在宅療養」と題して放送大学教授田代孝雄氏の講演が行われた。その後、グループワーク形式で在宅医療連携の課題抽出を行った。結果は別添資料 6 を参照。

第 2 回は 11 月 21 日「退院時の在宅医療連携」と題し、在宅、病院のステークホルダーによるショートプレゼンテーションを聞き、グループワークで「退院時の在宅医療連携」の課題解決策を検討した。結果は別添資料 7 を参照。

第 3 回は 1 月 24 日に「横須賀市における在宅療養の将来」というテーマで、各職種、職域ごとにグループディスカッションし、各職域ができることを検討した。

第 4 回は趣向を全く変え、3 月 23 日に「市民のための在宅医療・介護の見本市」という企画を行った。各ステークホルダーが、市民を交えて在宅療養でど

んなことができるかをブース展示

- ・在宅療養に関するミニレクチャーを 10 講義
- ・在宅療養相談

などを行った。500 名以上の市民の参加も得た。

b) 病棟看護師の同行訪問研修事業(別添資料 11)

退院時の在宅医療連携の課題として、病棟看護師が在宅医療について理解をしていないことが挙げられた。そこで、1)病棟看護師が在宅療養患者の生活環境・介護状況・社会資源等を知ること、2)病棟看護師と訪問看護師・往診医の顔の見える関係を構築することを目的として、病院看護部と訪問看護ステーション、診療所が共同で病棟看護師の在宅ケア同行訪問研修を実施した。看護師長、主任を中心に 14 名の同行研修を行った。

c) 医師のための在宅医療セミナー

2 月 27 日「医師のための在宅医療セミナー」を行った。医師 34 名を含めて 65 名の参加者があった。はじめに横須賀市地域医療推進課長から「横須賀市の人口構成と今後の見込み」についてのプレゼンテーション、その後横須賀市医師会副会長の千場先生から「在宅療養支援診療所の現状」についてプレゼンテーションがあった。本題は「かかりつけ医と在宅医療の推進」という講演を行った。座長は横須賀共済病院院長の岸先生、東京大学高齢社会総合機構特任教授の辻哲夫先生に講師をして頂いた。

d) 横須賀市訪問介護事業所連絡協議会定期研修会

11 月 16 日訪問介護員の研修会で講師を行った。「医療的課題からみたヘルパーと他職種との連携ーヘルパーに求めること、求められることー」という題名でレクチャーを行った。

(4) 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築

a) レスパイト入院

人工呼吸器、中心静脈ポート管理、腸瘻管理などのために介護保険のショートステイを受けることができない 5 名の患者を対象とし、衣笠病院内科に依頼し 1 週間程度のレスパイト入院を行った。入院中はほぼ安定して過ごしていた。入院中に起こった変化にも対応していた。自宅ではできない検査を入院中に行うことで疾患の診断につながったケースがあった。1 年間で 30 件のレスパイト入院を受け入れた。

b)訪問看護ステーションの24時間対応に関するアンケート(別添資料12)

訪問看護ステーションが無理なく24時間体制を維持できるようにするため、横須賀市における訪問看護ステーションの24時間体制についての現状を明らかにすることを目的に調査を行った。訪問看護師の24時間対応の負担感を減らすためには、訪問看護ステーションの取り組みとして、訪問看護師の人員確保、夜間対応翌日の勤務調整の実施などが有効であると考えられた。訪問介護員の24時間体制の普及、それに伴い訪問介護員の人員確保は訪問看護師の24時間対応の負担を軽減する可能性がある。在宅主治医や病院医師との連携、緊急受診時のルール作りは訪問看護師の負担を軽減すると考えられる。

(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

a) ケアマネジャーのための在宅療養セミナー

横須賀市、横須賀市医師会とチーム衣笠で共同し、合計6回ケアマネジャーの医療知識の向上のためにセミナーを開催した。皆出席が34名いた。

・第1回9月14日出席101名「在宅におけるこれからの医療と福祉の連携について」「ケアマネジャーと医療～ケアマネジャーが医療で困ったら～」

・第2回10月17日出席93名「高齢者と薬剤管理」

・第3回11月14日出席96名「退院前カンファレンスのための基礎知識」

・第4回12月13日出席70名「虫歯や歯槽膿漏の予防とはちょっと違う口腔ケア」

・第5回1月16日出席90名『「がんの基本」とちょっと「緩和ケア」』

・第6回2月14日「高齢者に多い疾患と日常生活・ケアの留意点」

b)地域包括支援センターへの聞き取り調査
前述

c)相談窓口業務

相談窓口を設け、ケアマネジャーや地域包括支援センターで対応困難なケースの対応を行った。家族から6件、病院や診療所から5件、ケアマネジャーから7件、包括支援センターから4件、訪問看護ステーションから1件で、合計23件の相談業務があった。

(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)

a)訪問歯科診療体制の整備(別添資料13)

これまでケアマネジャーから、歯科診療の申し込みがあることが多かったが、ケアマネジャーにとって、どこかの歯科診療所が訪問歯科をしているか分かりにくかった。横須賀市歯科医師会では、独自に「在宅診療申込書」を作成した。拠点事業を通じて申込書を周知し、活用して頂いている。

b)介護パッド(別添資料14)

横須賀市内の在宅医療に関わるフォーカスグループディスカッションを行ったところ、退院指導に関する連携の課題が挙げられた。病院では家族などへ介護指導を行うが、在宅では実行困難で、退院後に在宅スタッフが再指導したり、病院での指導が十分でなかったりすることがわかった。そこで、病院と在宅で統一した介護指導を行うことを目的に、患者や家族向けの介護指導パンフレット作りを病院看護部と訪問看護ステーションの共同で行った。共同でパンフレットを作成することで、患者や家族に分かりやすく、介護負担を減らす介護指導を行うことができた。横須賀市内の病院で活用することとして、配布を行った。今後地域で在宅ケアが統一され、医療連携がスムーズでかつ継続しやすくなると考えられる。

c)介護指導用人形(別添資料15)

これまで病棟での介護指導では、介護者が技術を習得するために直接患者の処置から始めることが多かった。実際の処置方法を学ぶことができる反面、介護者に恐怖感があったり、練習の回数が制限されたりするという欠点があった。介護指導用人形を作成し、法人内の衣笠病院での介護指導に使用するようしてもらった。概ね病棟看護師からは使いやすく、介護のイメージがしやすいと評価を得たため、市内の他病院へも介護パッドとセットとして配布を行った。

d)横須賀市在宅への退院調整の流れ(別添資料16)

横須賀市在宅療養連携会議では、在宅医療への退院時の地域連携パスについて議論が行われていた。必要性はあるもの、病院への退院支援部門への聞き取り調査の結果から、各病院で対応がかなり違ってお

り、統一することが難しかった。7月にチーム衣笠で、退院前カンファレンスシートの試用版を作成し、市内でケアマネジャーなどに使用してもらっていた。これをもとに、おおまかな「在宅への退院調整の流れ」、「退院前カンファレンスシート」、退院前カンファレンスができない時の「退院調整チェックリスト」を作成した。在宅療養連携会議で検討し、承認を得たため、平成25年度以降運用となる予定である。

e)在宅栄養食事指導のシステムづくり(別添資料17)

介護保険制度創設より栄養管理を必要とする要介護・要支援者に対して、管理栄養士が居宅療養管理指導を行うことが出来るようになった。しかし全国的にその件数は伸び悩んでいる。横須賀市ではほとんど管理栄養士による居宅療養管理指導が行われていなかった。在宅医療連携において不足する医療資源を補完する目的で、衣笠病院で管理栄養士による居宅療養管理指導事業のシステムを構築した。法人内の症例から開始し、徐々に地域に広げていく予定となっている。

f)在宅療養連携メーリングリスト(別添18)

横須賀市の在宅医療、介護、福祉、行政、教育に関わる専門職間での情報交換、連携ツールの共有及び勉強会・研修会等の情報提供を目的としたメーリングリストを開設した。在宅ケア関連の勉強会などの案内を簡単に発信したり受け取ったりする事ができるようになった。参加者は現在91名となっており、これまで117通の案内があった。在宅医療連携拠点事業終了後もメーリングリストは継続予定となっている。

(7) 地域住民への普及・啓発

a)在宅療養シンポジウムの開催

1月13日に市民への在宅療養の啓発を目的に、横須賀市、横須賀市医師会、当法人の共催で在宅療養シンポジウムを開催した。市民600名が出席した。第1部では中村仁一先生に「自然死のすすめ」と題して講演をして頂いた。第2部では市内の在宅療養に関わる専門職が「横須賀市の在宅療養の現状」と題しパネルディスカッションを行った。

b)広報誌の発行(別添資料19)

チーム衣笠の広報誌「手をつなごう」を合計3回発行し、当方の活動を周知した。医療・介護関係の事業

所に配布し、市民の目にも触れるようにした。

c)市民のための在宅医療・介護の見本市(別添資料20)

前述のとおり、第4回多職種合同研修会として、3月23日に「市民のための在宅医療・介護の見本市」という企画を行い500名以上の市民の参加を得た。

d)ホームページの運営

<http://www.kinugasa.or.jp/zaitakurenkei.html>

在宅医療連携拠点事業のホームページを立ちあげ、行った活動や、作成した資料を掲載した。合計45件の案内、報告、資料をホームページ上に掲載した。これまで約6,000件のアクセスがあった。内容としては充実した報告になっている。

4 特に独創的だと思う取り組み

(1)共同して取り組んだこと

横須賀市の在宅医療連携拠点事業の特徴としては、横須賀市と横須賀市医師会(かもめ広場)と日本医療伝道会(チーム衣笠)が、共同で事業を行い、成果をあげたことである。まずは、横須賀市が先行して事業を進めていたため、在宅医療連携拠点事業を展開しやすい環境であった。医師会との協働は医師へのコンタクトをとったり、ステークホルダーの参集を促したりする上で、大変効果的であった。民間の社会福祉法人の当方が在宅医療連携拠点事業を行ったことで、スピーディーに、たくさんのアイデアをもって事業を展開することができた。どこかひとつが欠けても今年度行った多くの成果をあげる事はできなかったと考えられる。

(2)事業所「群」としての特徴を生かしたこと

事業所「群」が行うモデル的連携拠点事業として、多くの施設を持つ利点を生かし、事業所「群」で取り組むモデル的な連携拠点事業とすることを目指した。急性期病院や在宅療養支援診療所、さまざまな介護施設を持っており、在宅医療連携拠点事業を進める上で大変有利な環境にあった。人材も豊富であり、横須賀市内の各ステークホルダーとの連携うまく図ることができた。

(3)調査と報告を丁寧に行ったこと

成果の実証できる連携を行うため、可能な限り基礎

調査もおこなって、連携の成果を数値化・言語化し説得力をもつ在宅医療連携とすることとしていた。そのため別添資料のごとく、調査と報告が多くなった。今後の横須賀市の在宅医療連携のみならず、他地域へも応用出来るものが多いと考える。

(4)他の地域では見られなかった事業

他の地域では見られなかった事業としては「市民のための在宅医療・介護の見本市」「介護パッド、介護指導用人形の配布」「在宅栄養食事指導のシステムづくり」「退院調整チェックリスト」があった。各事業については前述してあり、参照して頂きたい。

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

横須賀市では在宅療養連携会議を市が中心となり開催した。在宅療養連携会議の機能により、どこの地域でも在宅医療連携の推進に応用できる。行政が音頭をとること、各ステークホルダーが参加すること、各ステークホルダーの調整機能があることなどが重要である。

多職種合同研修会も、どこの地域で行なっても効果を上げることができる。合同研修会に出席しない専門職も連携に取り込んでいくことも重要である。

これらの取り組みにより、横須賀市内の在宅医療連携に関わる専門職の間で、顔の見える関係が構築された。あたりまえであるが、地道に顔の見える関係づくりを行うことが、地域の在宅医療・介護連携に最も効果があると考えられる。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

苦労した点ではないが、在宅医療連携事業採択当初に、横須賀市と横須賀市医師会との関係を構築することが、重要なターニングポイントとなった。これがうまく行かなければ、十分な成果が得られなかったかも知れないが、横須賀市では十分な協力体制を作ることができた。

今後の課題として残ったものに、多職種連携に向けた情報共有システムを十分に構築することはできなかった。今後クラウド型情報共有システムなどを検討していく。退院連携パスにつながるチェックリストを検討したため、来年度以降に実行することは可能と考えられる。また、居住系施設の在宅医療連携の課題を

抽出したが、解決策を検討するまでにはいたらなかった。

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

我々は民間の社会福祉法人の立場で、この在宅医療連携拠点事業に携わった。行政や医師会の役割が強調されているが、在宅医療や介護にノウハウが十分にある、民間事業所の立場から、在宅医療・介護連携に取り組むことは十分可能であるとの実感を得た。民間の事業所の利点はスピーディーに事業を行うことができること、アイデアを豊富に試すことができることであると思われる。

8 最後に

今年度、横須賀市外の方との出会いも多くあり、そのような中で横須賀市の在宅医療(療養)連携が全国的にも高い評価を受けていることが分かった。行政と医師会と民間法人が共同して、在宅医療連携を進めることができた先駆的な例となっている。行政と医師会のみならず、横須賀市の在宅療養に関わる各職種・職域の専門職が、信頼関係を築くことができたと感じる。在宅医療に関わる事業をできたことも、システムづくりをすることができたことも良かったことであるが、在宅療養に関わる方々の間に信頼関係を作り上げる機会を多く持つことができたのは、何よりも素晴らしいと感じている。横須賀市の在宅療養に関わる専門職の、普段からの努力をつなぎあわせ、大きな力とする「触媒」になることができたと自負している。