

地域連携医療体制推進 在宅医療連携拠点事業を通じて — 横須賀市医師会のあゆみ —

横須賀市医師会副会長

在宅医療連携拠点「かもめ広場」

三輪医院院長 千場 純

横須賀市の 医療介護施設分布概要



横須賀市の医療と介護の施設環境

• 診療圏人口約90万人 (平成24年4月現在)

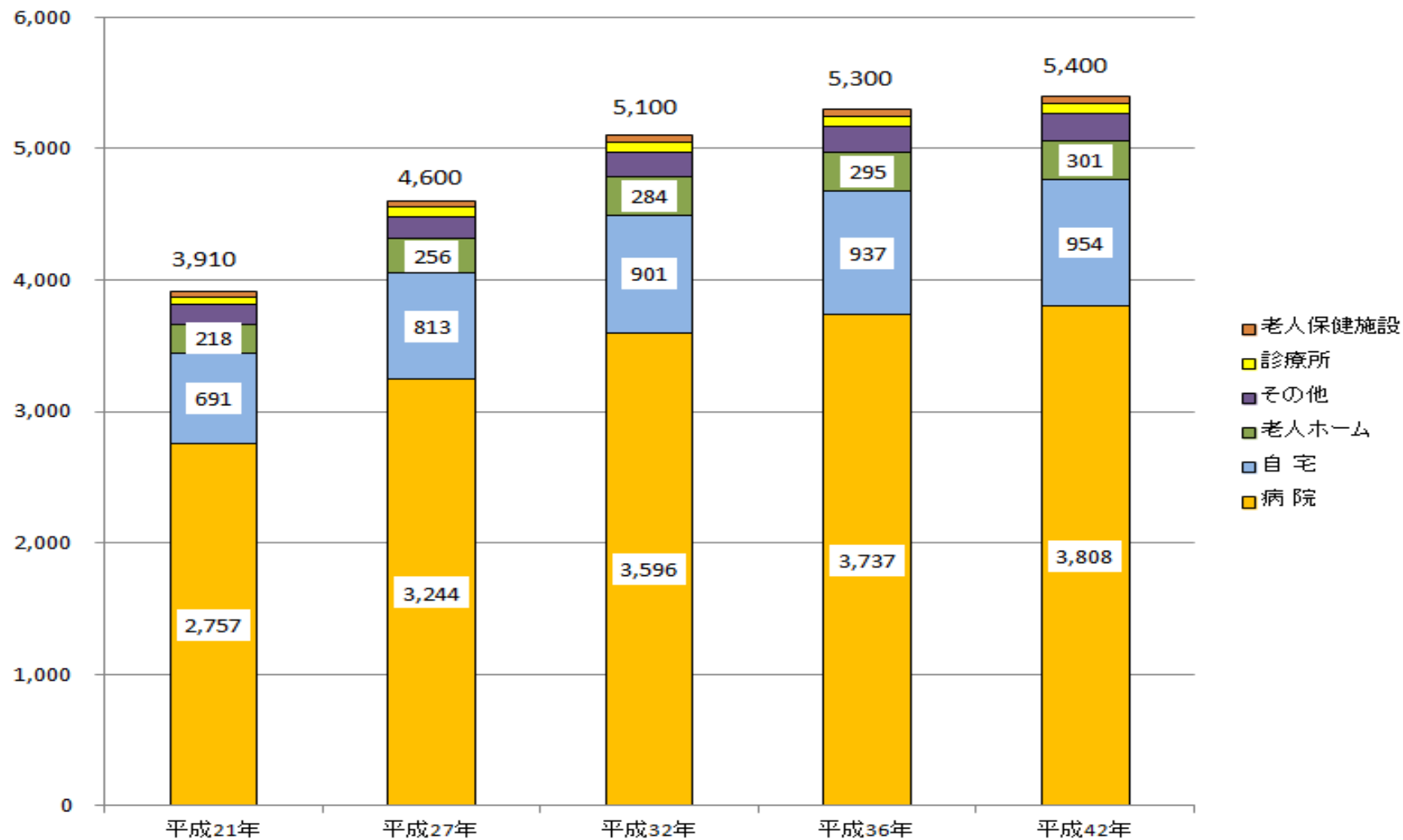
• 病院施設数 11 : 湘南病院、自衛隊横須賀病院、 聖ヨゼフ病院
横須賀共済病院/共済病院分院、うわまち病院
衣笠病院、横須賀市民病院、 浦賀病院
久里浜医療センター、パシフィックホスピタル

急性期病床数 2686 床

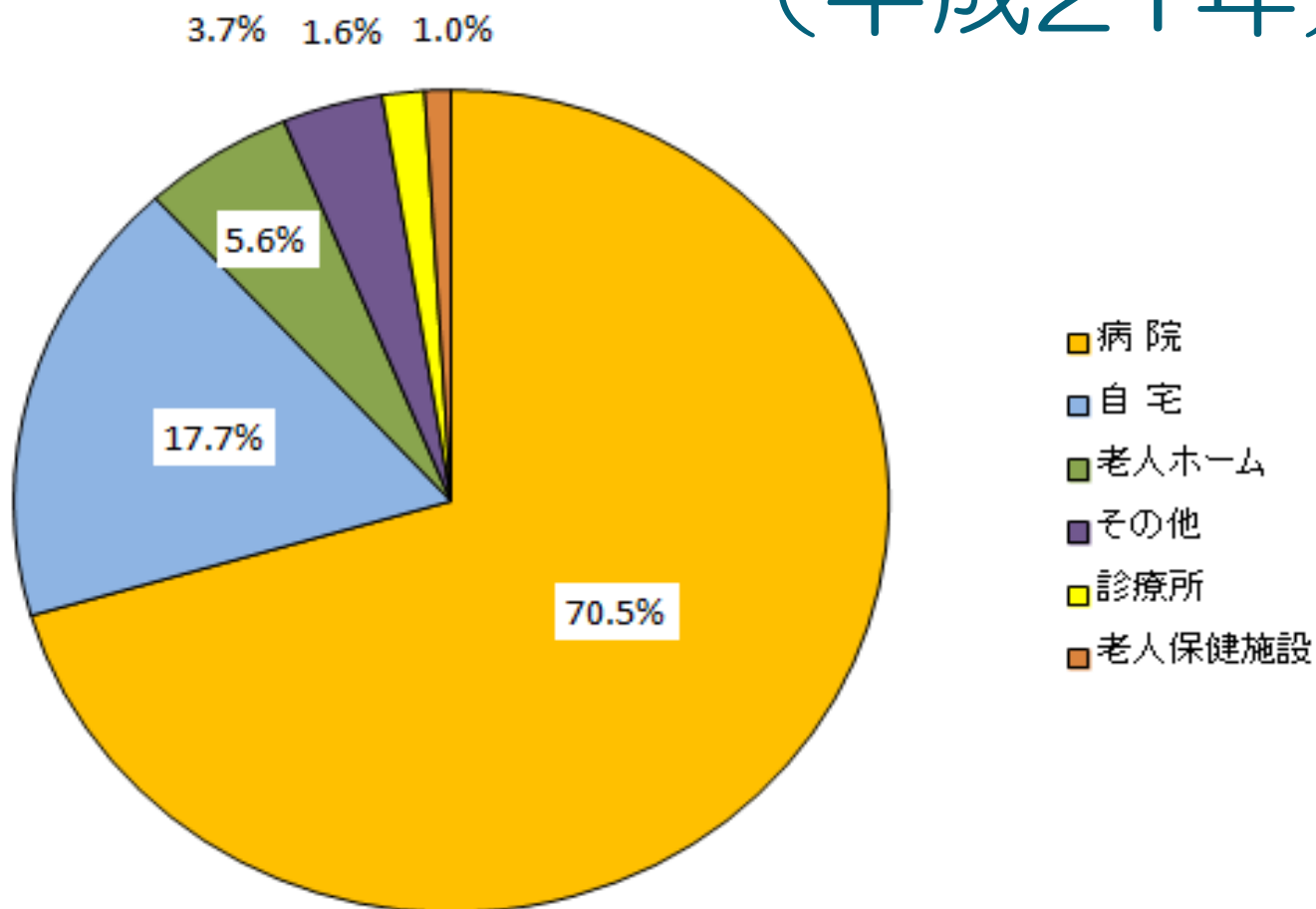
療養型病床数 医療 384床 介護 90床

• 介護老人福祉施設	17施設(2040)	} 3728床
• 介護老人保健施設	8施設(1040)	
• グループホーム	45 (648)	
• 訪問看護ステーション	17	

横須賀市の死亡数の推計



横須賀市の死亡場所の構成比 (平成21年)



横須賀市医師会は・・・

1907年(明治40年)に発足(会員数は447人、12病院、237診療所)学校保健・産業医・災害医療・公衆衛生・病診連携・地域保健・救急医療・医療情報システムなどの委員会を通じ夫々の課題に取り組んでおり、。市より委託を受け、横須賀市救急医療センターの管理運営、市民健診(特定健診、各種がん検診、予防接種、学校医(児童の健康診断)など事業を行っています。また、**病診連携(病院と診療所の連携)**は非常に**大切で、高度医療機器共同利用、患者紹介、逆紹介システムを通じて、質の高い医療を提供すべく努力しています。地域完結型医療体制(他都市へ行かなくても横須賀域内で解決できる医療体制)**を目指して取り組んでいますが、何よりも市民の皆様に安心して医者にかかれる環境を整えることが大切なことと認識しています。

そんな中で、何が出来るか、
いろいろ取り組んできました・・・

横須賀市医師会の地域連携推進事業の足跡

昭和 62年～ 『連携病院セミオープンシステム』

平成 10～12年(国・県地域連携推進モデル事業)

『高度医療機器の共同利用システム』

『24時間在宅医療連携システム』

10～15年 ＊「三浦半島在宅医療連絡会議」 在宅医療検討会/勉強会
(12年4月 公的介護保険導入)

13年～ 『地域連携栄養管理事業』

17年 『病診連携紹介・逆紹介システム&マップ』

18～20年 (国・県地域連携医療推進モデル事業)

『地域連携クリティカルパス』 脳梗塞、心筋梗塞、糖尿病、胃・大腸がん

『地域連携外来管理システム』 ＊横浜市大医学部60周年記念研究

20～22年度 横須賀市地域医療連携助成事業

『在宅医療ネットワークミーティング』

『地域医療連携マップ』

23年度 (勇美財団:地域医療連携推進研究助成)

24年度 (厚生労働省:在宅医療連携拠点事業)

『かもめ広場』開設

「みとり連携に関するネットワークづくり」

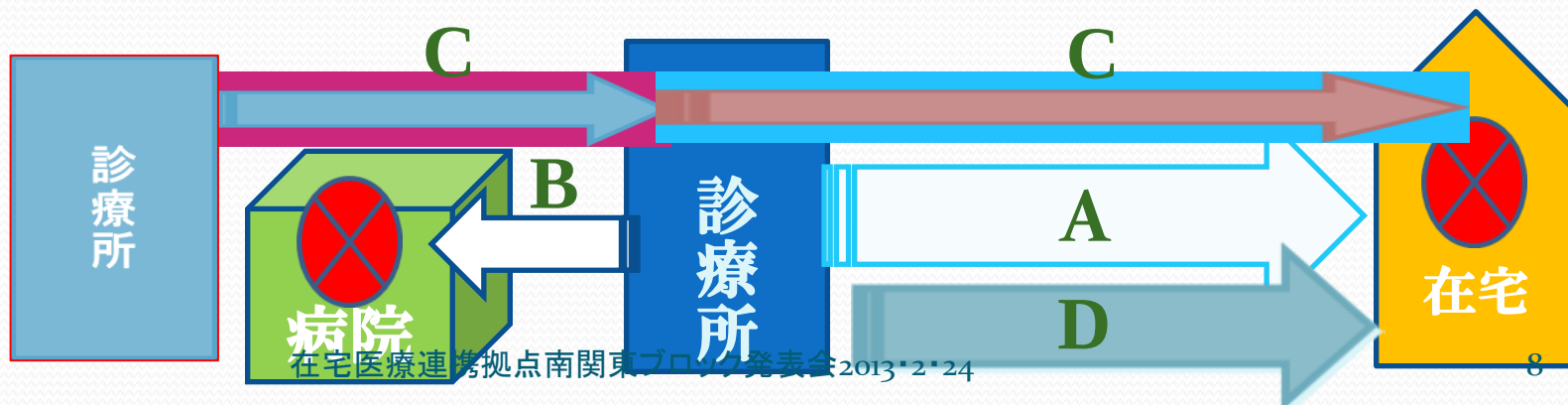
に関するアンケート【診療所】

(アンケート発送数:293件 回答数:36件(回収率:12.3%))

設問1) 看取りに至る診療経緯は？

- A 自院の外来診療から在宅診療に移行して看取った患者 ……39,1 %
- B 自院の在宅診療中、病状悪化、入院先で亡くなった患者 ……17,8 %
- C 他の診療所から転院してきて、在宅で看取った患者 ……9,0 %
- D 病院から退院後(または紹介されて)在宅で看取った患者 ……34,5 %

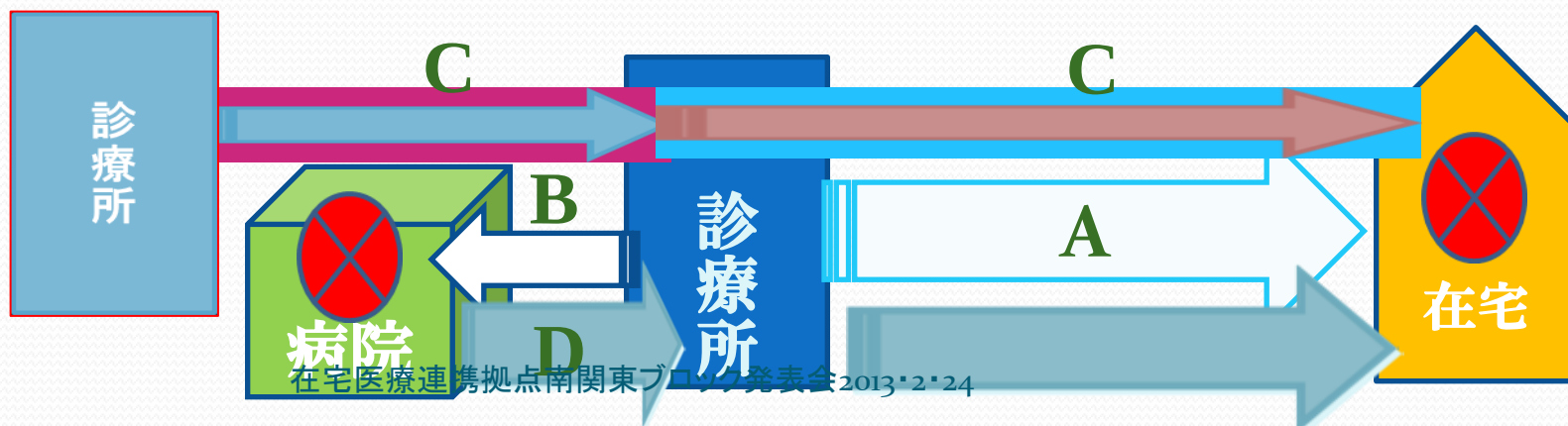
看取り
の場所



設問2) 対応しにくい診療経緯は？

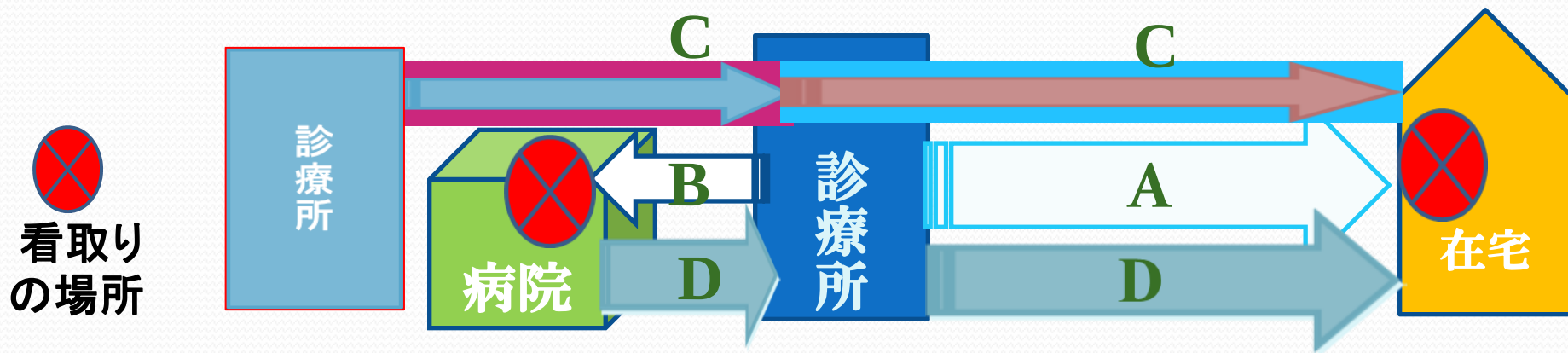
平均順位	分布1	2	3	4
● A 3.4位	1 (5.3%)	3 (15.8%)	2 (10.5%)	13 (68.4%)
● B 3.1位	1 (5.3%)	1 (5.3%)	13 (68.4%)	4 (21.1%)
● C 1.3位	13 (68.4%)	6 (31.6%)	—	—
● D 1.8位	6 (33.3%)	10 (55.6%)	2 (11.1%)	—


 看取り
の場所



設問3) それぞれの分類の中で、最も多かった病名 (または病状)はどのようなものでしょうか？

- A: **老衰 21**、**がん 7**、認知症 3、呼吸器疾患 3、脳血管障害 2、慢性心不全 2、心房細動 1、摂食障害 1
- B: **がん 6**、**呼吸器疾患 5**、認知症 3、老衰 2、腎不全 2、脳血管障害 2、廃用症候群 1、摂食障害 1、大腿骨頸部骨折 1
- C: **老衰 5**、**がん 5**、脳血管障害 2、認知症 1、廃用症候群 2
- D: **がん 17**、COPD 1、脳梗塞後遺症(嚥下困難) 1、認知症 1、摂食障害 1、胃瘻 1



設問5) 分類B(自院から病院)およびD(病院から自院)の場合

ア] 退院時に診療情報提供がなかったことは？

①よくある : 1(3.7%)

②あまりない : 6(22.2%)

③ほとんどない : 20(74.1%)

イ] 診療情報提供書の内容について不十分または不満足であったことは？

①よくある : 8(28.6%)

②あまりない : 14(50.0%)

③ほとんどない : 16(57.1%)

ウ] 退院前の連絡はありましたか？

①しばしば : 2(7.4%)

②時に : 6(22.2%)

③ほとんどない : 2(7.4%)

④回無 : 17(63.0%)

エ] 「退院前共同診療」を行ったことはありますか？

①必ず : 5(17.9%)

②たいていは : 18(64.3%)

③ほとんどない : 5(17.9%)

オ] 退院までに病院で行って欲しい準備内容や連携手順は？

- ⑦診療開始前の本人または家族の来院 19(19.6%)
- ⑧病状悪化時の再入院に関する配慮 18(18.6%)
- ⑨がんなどの場合の疼痛コントロール 14(15.0%)
- ⑩退院後必要な医療器材・物品の支給と内容伝達 13(13.4%)
- ①もっと詳細な診療情報提供 11(11.3%)
- ④訪問看護指示書発行に関する 9(9.3%)
- ②もっと早い時期の退院連絡 8(8.2%)
- ⑤ケアマネの選定やケアカンファランス内容の伝達 8(8.2%)
- ⑥「意見書」発行 4(4.1%)
- ③退院前共同診療実施の呼びかけ 4(4.1%)

*その他[自由記載]

- ・死生観に踏み込めるよう患者と家族へのエスコートをすべきである。
- ・死亡診断書用データ、発病日、手術年月日など(→なくてもなんとかなる)

総括1

- 診療所でのみとりに至る経緯は概ね「自院患者6割」「病院から3割」そして「他の診療所から1割」であった。
- 対応しにくいのは「他の診療所から」と次いで「病院から」であった。
- 病名(病状)では「がん」と「老衰」が多いが、経過中にいったん入院を要した場合は「呼吸器疾患」が目立ち、「病院から」は「悪性疾患」が多かった。
- 診療情報提供書は「他の診療所からは」約2割で「なし」(その場合、患者・家族から4割、ケアマネから5割の介入あり)、「病院から」はほとんどあるが、『ないことがよくある』の回答が 3.7%で、内容についても約3割で『不満』あり
- 退院前の連絡は約2割でほとんどなく、**「退院前共同診療」は約7割未実施。**

退院前に行ってほしい項目は

- ①診療開始前の患者・家族来院 ②病状悪化時の再入院対応
- ③がんなどの疼痛コントロール ④もっと詳細な診療情報提供
- ⑤訪問看護指示内容やケアマネの選定
- ⑥ケアカンファランスの内容の伝達

・・・などの順であった。

病診連携在宅医療推進ガイドライン

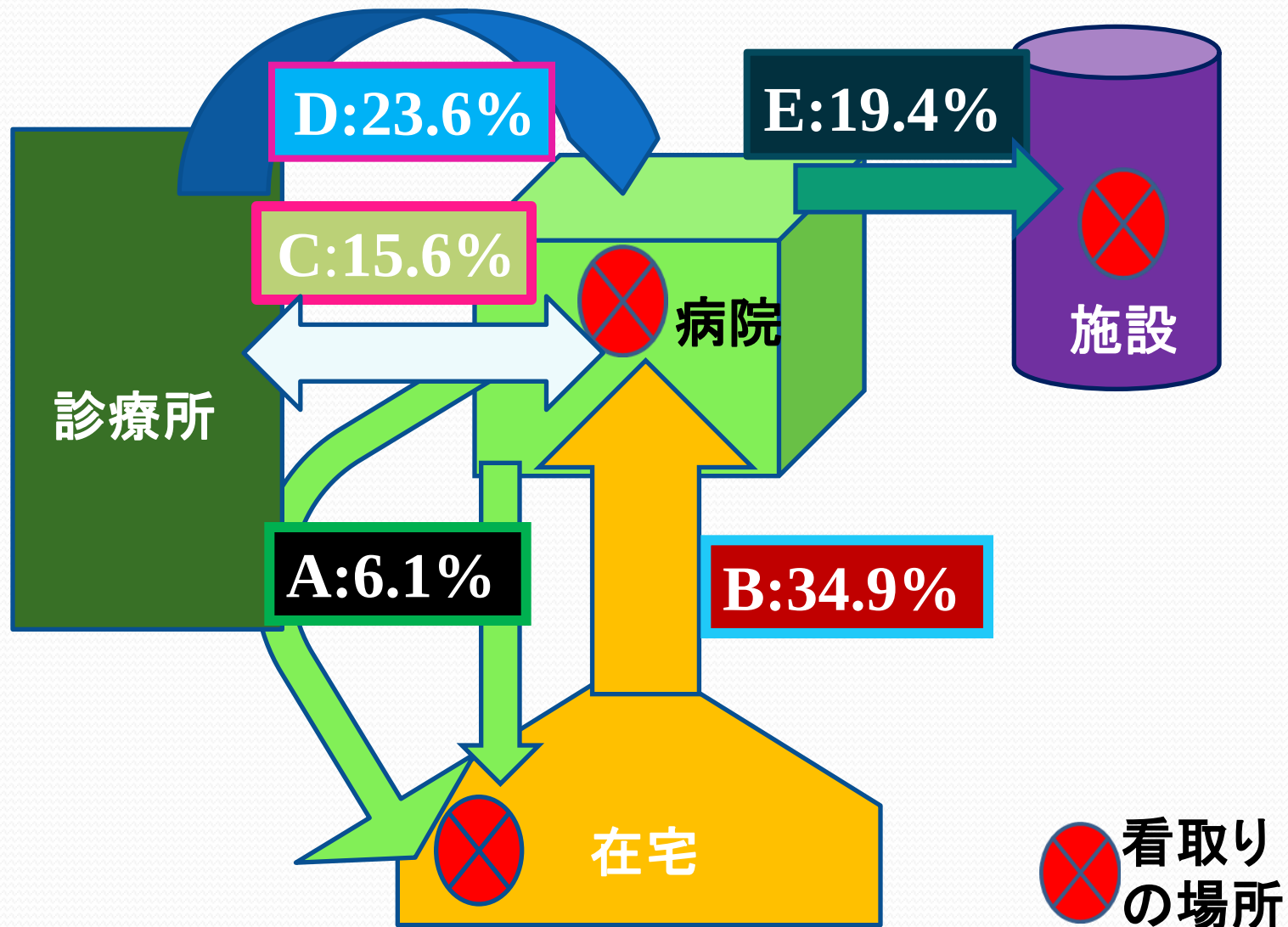
作成のためのアンケート【病院】

アンケート発送数:394件 回答数:89件 回収率:22.6%

設問1) 診療経緯は？

- A 外来診療から、入院せず(自院または他の医療機関による)
在宅医療に移行した患者6.1%
- B 外来診療から、自院に入院したのちにみとった
患者34.9%
- C 診療所または自院外来から入退院後、最後は
診療所での在宅医療に移行した患者15.6%
- D 診療所から入退院後、最後は病院でみとった患者
.....23.6%
- E 診療所から入退院後、他の施設に転出した患者
.....19.4%

診療経緯概略図



設問2) 望ましい対応がしにくいと思われる診療経緯の順

	平均順位	分布1位	2位	3位	4位	5位
A	2. 8位	20(34.5%)	7(12.1%)	7(12.1%)	11(19.0%)	13(22.4%)
B	3. 8位	8(13.8%)	5(8.6%)	3(5.2%)	17(29.3%)	25(43.1%)
C	2. 7位	7(12.1%)	20(34.5%)	20(34.5%)	8(13.8%)	3(5.2%)
D	2. 7位	16(27.6%)	10(17.2%)	13(22.4%)	15(25.9%)	4(6.9%)
E	2. 3位	21(36.2%)	15(25.9%)	11(19.0%)	4(6.9%)	7(12.1%)

設問3) 最も多かったと思われる病名(または病状)

- A **がん：23(54.8%)** 神経疾患/認知症：7(16.7%)
脳血管障害：6(14.3%) 心疾患：4(9.5%)
慢性閉塞性肺疾患：1(2.4%) 関節・筋骨格疾患：1(2.4%)
- B **がん：46(75.4%)** 脳血管障害：6(9.8%) 心疾患：3(4.9%)
関節・筋骨格疾患：3(4.9%) 慢性閉塞性肺疾患：1(1.6%)
神経疾患[認知症を含む]：2(3.3%)
- C **がん：27(51.9%)** 脳血管障害：12(23.1%) 神経疾患/認知症：7(13.5%)
心疾患：4(7.7%) 慢性閉塞性肺疾患：2(3.8%)
関節・筋骨格疾患：0
- D **がん：32(56.1%)** 脳血管障害：11(19.3%) 心疾患：6(10.5%)
神経疾患/認知症：5(8.8%) 慢性閉塞性肺疾患：1(1.8%)
関節・筋骨格疾患：2(3.5%)
- E **がん：27(46.6%)** 脳血管障害：17(29.3%) 神経疾患/認知症：7(12.1%)
心疾患：2(3.4%) 慢性閉塞性肺疾患：3(5.2%)
関節・筋骨格疾患：2(3.4%)

設問4) 分類C(他院からの転医)の場合

ア] 診療情報提供書を介して、連携転医した場合の比率

		0~20	21~40	41~60	61~80	81~100%
情報提供あり	76.6%	1(4.5%)	1(4.5%)	3(13.6%)	0	17(77.3%)
情報提供なし	23.4%	17(77.3%)	0	3(13.6%)	1(4.5%)	1(4.5%)



イ] 患者が直接依頼した場合とケアマネが介入した場合の比率

		0~20	21~40	41~60	61~80	81~100%
患者から直接	15.7%	7(46.7%)	2(13.3%)	3(20.0%)	1(6.7%)	2(13.3%)
ケアマネが介入	48.7%	5(33.3%)	1(6.7%)	4(26.7%)	2(13.3%)	3(20.0%)
その他	15.5%	11(73.3%)	2(13.3%)	1(6.7%)	0(0.0%)	1(6.7%)

病診連携在宅医療推進ガイドライン

作成のためのアンケート【病院】

アンケート発送数：394件 回答数：89件 回収率：22.6%

設問1) 診療経緯は？

- A 外来診療から、入院せず(自院または他の医療機関による)
在宅医療に移行した患者6.1%
- B 外来診療から、自院に入院したのちにみとった
患者34.9%
- C 診療所または自院外来から入退院後、最後は
診療所での在宅医療に移行した患者15.6%
- D 診療所から入退院後、最後は病院でみとった患者
.....23.6%
- E 診療所から入退院後、他の施設に転出した患者
.....19.4%

設問4)

ア] 診療情報提供書を介して連携のもとに
入院した場合とそうでない場合の比率

【情報提供あり】 平均74.8% (65件中)

【情報提供なし】 平均27.6%

イ] 退院に際して診療情報提供書を発行しないこと

- | | | |
|-----------|---|------------|
| ①よくある | ： | 3 (4.3%) |
| ②あまりない | ： | 4 (5.7%) |
| ③ほとんどない | ： | 16 (22.9%) |
| ④必ず提供している | ： | 47 (67.1%) |

ウ]「退院前共同診療」を実施したことがありますか？

①ある : 25 (35.7%)

②ない : 45 (64.3%)

エ] 紹介先からの診療情報提供後の返事や経過報告はありますか？

①よくある : 44 (60.3%)

②あまりない : 21 (28.8%)

③ほとんどない : 8 (11.0%)

オ] 退院準備や多職種との連携手順について負担が大きい、または実行が困難であると思われるもの

①退院後の在宅療養担当医の選定	35(18.0%)
④退院前ケアカンファランスや共同診療実施	35(18.0%)
⑥ケアマネの選定	24(12.4%)
⑩退院後必要な物品機器の指示手配	22(11.3%)
⑨病状悪化時の再入院に関する配慮	21(10.8%)
③退院時期の決定と連絡	15(7.7%)
⑧本人・家族への予後に関する具体的な病状説明	14(7.2%)
②詳細な診療情報提供	10(5.2%)
⑤訪問看護指示書発行	10(5.2%)
⑦「意見書」作成発行	8(4.1%)

カ] 在宅への退院に向けての準備調整 (介護や在宅医療に関する施設や担当者選択)

- 1) すべて自らが中心になって行う4(5.9%)
- 2) 看護師長または担当看護師に任せる ..6(8.8%)
- 3) 退院調節担当事務に任せる55(80.9%)
- 4) あまり行っていない 3(4.4%)
- 5) その他の方法

総括2

- 病院でのみとりに関する診療経緯は、「**自院外来からの入院**」が**最多で約4割**、「診療所からの入院」と「他施設転院」が各々約2割、次いで「入退院後診療所紹介」、「自院外来通院のまま紹介」の順であった。また、対応の困難度は「他施設転院」が首位であったが、全体に大差はなかった。
- いずれの場合も**悪性疾患と脳血管障害**が**7～8割**を占めた。
- 入院に際しては約3割、退院時は約1割に**診療情報提供が不十分である**と考えられる。
- 退院前共同診療は回答医の6割以上が実施体験あり**。
- 紹介先からの返事や経過報告は約1割でなされていない。
- 退院時の準備や連携に関する負担度は「在宅診療担当医選定」や「退院前のケアカンファランスや共同診療実施」**に関して最も大きく、その他、「ケアマネの選定」、「退院後の必要物品や機器の手配」、病状悪化時の再入院対応「退院時期の決定」や「具体的な予後に関する病状説明など」の順であった。

まとめ

今回の診療所・病院への双方向のアンケート結果から、みとりに関する円滑な在宅医療への移行に関しての課題として、以下の 2点を挙げたい。

① 複雑な診療経緯に対応する診療所・病院医師のそれぞれの送り出しと受け入れに際しての負担が大きく、その軽減のための診療情報提供や相互理解を深める取組として必要な「退院前共同診療」や「ケアカンファレンス」の実施が容易でない現実がある。

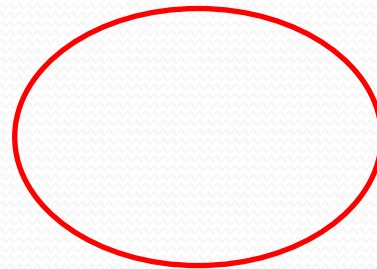
② とりわけ、入院から在宅への移行に際して必要な準備作業は、担当者にとって多職種調整や地域情報収集ほか過大な時間的労力を強いるものであり、地域医療連携室や退院調整室機能の拡充を前提として、一定の[ガイドライン]に則った医療・介護多職種連携手順をあらかじめ定めて効率よく活用する必要がある。

追加！

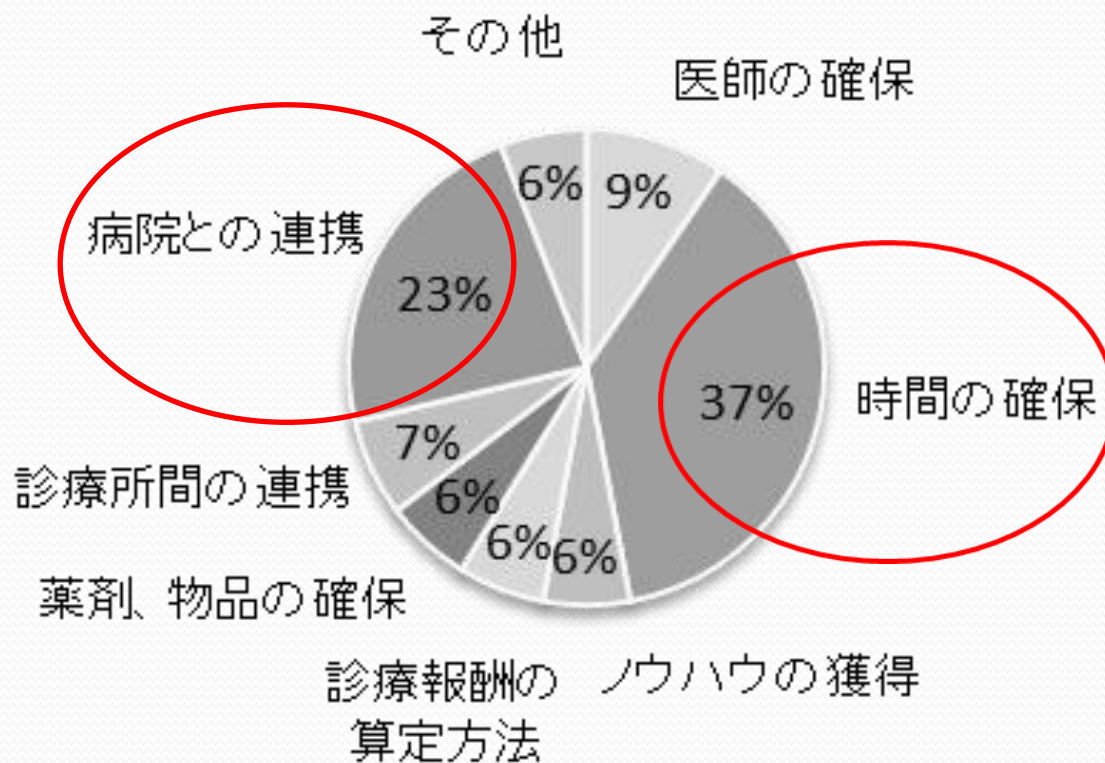
在宅医療に関するアンケート調査結果

回答率 158／240(66%) ; 2013 2／16 集計

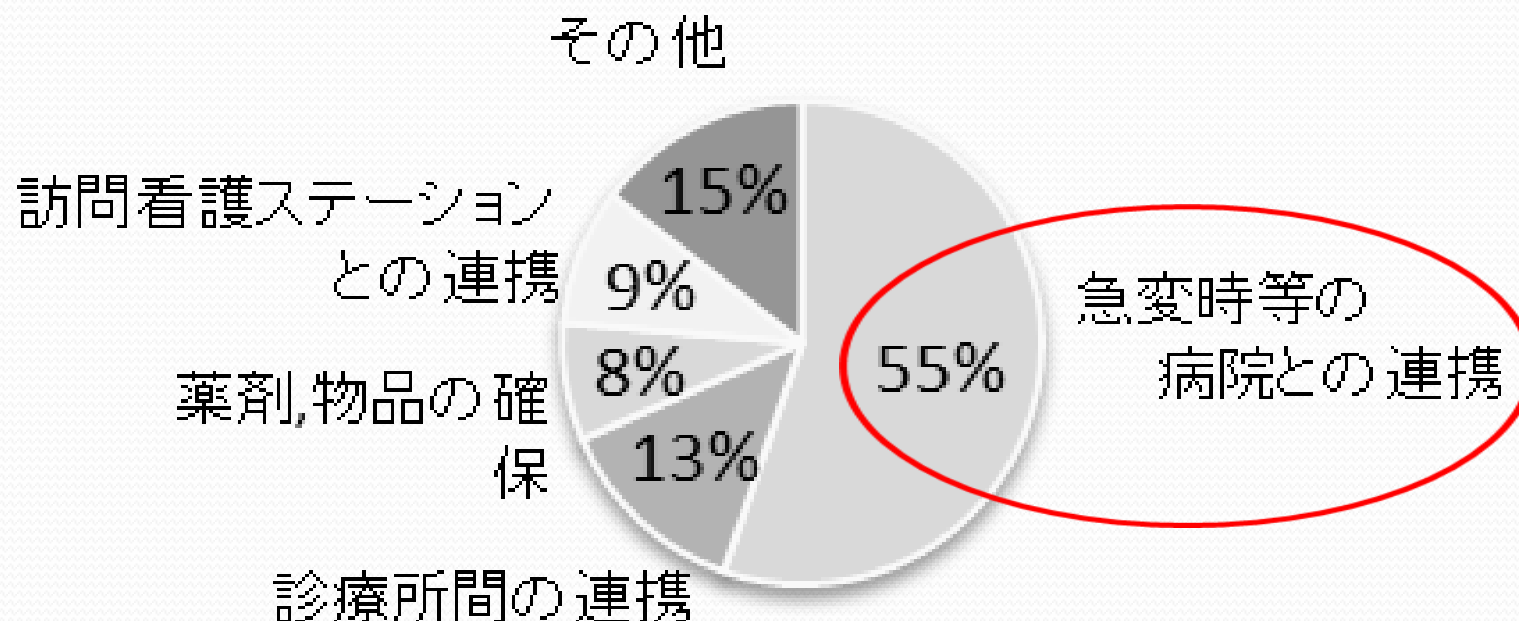
☆ 訪問診療または往診を行っていますか？



☆「訪問診療を行うにあたって問題とを感じる点は何ですか？」



(6) 24時間対応をするうえで課題となっていることはなんですか？



地域医療連携管理のための “リンクパスポート”の提案

病院と診療所の受診の際、
シームレスに受診できるシステム

「リンクパスポート」は
地域医療を結ぶ“通行手形”

とにかく病診連携推進！

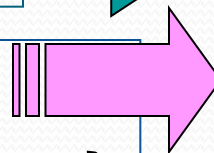
- 地域連携外来管理システム

複数の医療施設の外来受診時の円滑な連携診療推進のために、患者プロフィールを共有し、容易に受療状況が把握できるシステムを構築する



- 地域連携クリティカルパス

地域医療施設間で、特定の疾患病状に応じた治療に関する具体的なプロセスと診療内容をあらかじめ理解し共有するためのシステムを構築する



「リンクパスポート」

必要な情報資料を一括収納する
患者携帯型ファイル

在宅医療連携拠点事業の役割 “医師会に出来ること”

- 多職種連携のコーディネート(多職種合同研修会)
- 病診連携推進(退院前共同指導・連携パス)
- 患者・地域住民の啓発活動 (出前在宅医療講座)
- 行政との橋渡し(在宅療養連携会議)
- 公益的な活動(助成/モデル事業受託実施)
- 医師(会員)同士の相補的連携と調整
- 速やかな情報伝達と共有(日常的な懇親研修活動)
- 先進的・今日的な医学的管理と看取り医療指導
- 全国的な連携組織活動(政策への提言?)



横須賀市医師会

地域医療連携のためのマップ

ページ順一覧表

あいうえお順一覧表

地域別あいうえお順一覧表



芦名

874-6695

213

856-1280

212

857-5775

211

池上

852-1747

91

853-8778

88

853-8741

89

851-0424

90

池田町

837-3233

118

岩戸

848-2442

160

浦賀

844-1133

SoftBank 3G13:45充電していません

連携マップ

表紙

一覧表へ戻る

213

秋谷潮かぜ診療所

横須賀市秋谷4430-2F

TEL874-6695

MAIinfo@akiya-shiokaze.jp

FAX020-4669-2790

HPhttp://www.akiya-shiokaze.jp/

院長下川京子

標榜科目内科

処方箋院内・院外

特色

外来

在宅

地図

在宅診療

可

往診

無

24時間対応

不可

範囲

車で往復1時間以内

条件

要事前照会

積極的に受入を希望する科目

検査処置

訪問看護、点滴（一時的）、がん末期治療（一般対症療法、痛緩和療法、みとり”対応）、在宅栄養管理（在宅中心静脈栄養管理、経鼻経管栄養管理、胃瘻管理）、在宅酸素療法等呼吸管理、気管切開・カニューレ管理、持続留置バ

ご清聴ありがとうございました！

