

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：森町家庭医療クリニック

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

森町は、人口当たりの医師数が全国下位から4位と少ない静岡県の中でも、最も医師数が少ない中東遠2次医療圏の北部に位置する。町の北半分は広大な中山間地であり、高齢化率も27.7%と高い地域である。公立森町病院は森町が単独で運営する急性期93床、回復期リハビリテーション病棟38床の病院であり、24時間365日1次2次救急に対応し、在宅医療や介護施設との連携などを軸とした地域に密着した医療を担ってきた。

森町の人口当たり診療所数は、県内市町別でも下位から2位(2010年)と少なく、通院困難な高齢者の必要に応えるために、平成4年から公立森町病院が訪問診療を行ってきた。平成11年には、院内の訪問看護室であった在宅ケア室は、森町訪問看護ステーションとなり、同時に退院支援のための専任看護師を配置した地域医療支援室を設置。平成15年にMSWの医療福祉相談室、医事課の病診連携係と地域医療支援室を一体化して地域医療連携室とし、退院支援だけでなく外部機関との連携も強化してきた。

平成20年に中東遠医療圏の急性期医療の中核的役割を担ってきた磐田市立総合病院と業務提携を行い、平成22年、地域の医師確保と地域医療の充実のため、磐田市立総合病院、菊川市立総合病院と共同で静岡家庭医養成プログラムを立ち上げた。

そして平成23年12月1日森町病院に隣接した施設として森町家庭医療センターがオープンし、家庭医の育成と診療をセンター内の家庭医療クリニックで行うこととなった。公立森町病院内訪問看護ステーションも家庭医療センター内に移設し、今後は家庭医が在宅医療の主たる担い手となることが期待される。

また、これまで森町訪問看護ステーションが実質的

に24時間コールセンター機能を担い、訪問看護が介入した患者については時間外の在宅での緊急対応ができていたが、訪問看護が介入していない在宅患者への対応は、救急外来受診となることが多く、連携診療所の在宅患者についても時間内は地域医療連携室で対応できていたが時間外の対応は、訪問看護が介在していない場合はやはり救急外来対応となっている。

そのため24時間対応できる在宅医療専任のコーディネーターの設置が必要と思われた。平成23年の森町訪問看護患者・家族へのアンケートでは、訪問看護に関わる前から在宅医療について知っていたものが40%に過ぎなかったこと、患者本人あるいは介護者の身近な相談者が必要と考えているものが多かったことなどが課題として指摘された。

2 拠点事業の立ち上げについて

森町では地域医療全般、災害対策などを協議するため、病院と町の保健福祉課、包括支援センター職員が参加する地域医療連絡会議を立ち上げ、第1回目が平成24年1月開催された。この場でも在宅医療と防災対策が主たる議題となり、在宅については多職種間の情報共有が不足していることが指摘されていた。

今回在宅医療連携拠点事業をきっかけにして、家庭医の在宅医療への参入支援、訪問看護が介入していない患者あるいは連携診療所の在宅患者の24時間在宅支援体制の構築、多職種間の情報共有の強化、さらに地域住民への在宅医療についての啓蒙などの課題に取り組むこととした。

具体的には在宅医療支援室を設置し、家庭医レジデントの在宅医療を支援すること、在宅コーディネーターの配置と育成、多職種合同カンファレンス、在宅

ケア研究会の開催、IT を活用した多職種間の情報共有、住民向けの講演会やパンフレット作成などの広報活動、一般向けあるいは関係者向けのアンケート調査、災害時の在宅患者への対応マニュアルの作成などを計画した。

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

静岡県健康福祉部の「医療ネットしずおか」や福祉施設のホームページなどを参考に、拠点圏内の資源マップを作製し、冊子化して森町訪問看護ステーションに配布した。

また、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が、サービス事業所の機能や詳細内容を把握でき資源の有効活用ができるようにマップを公開した。

また、家庭医療クリニック内では、11月から訪問診療を開始した。家庭医療科では、主に内科・心療内科・小児科・整形外科・産婦人科・皮膚科を診ることができ、ため、「家族ぐるみで診てもらえる」という利点があり、在宅医療の専門家として今後の活躍が期待できる。

(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。)

役場保健福祉課、地域包括支援センター職員、公立森町病院職員、森町家庭医療クリニック職員、森町訪問看護ステーション職員とオブザーバーとして副町長に参加していただき、地域医療連絡会議を立ち上げ、3ヶ月に一度会議を開催し、医療、介護機関の連携、調整を目的に、在宅医療と災害時の在宅者の安否確認方法などの意見交換を行った。

課題として行政の縦割りの業務による総合的なサービスの調整が難しいことや情報の共有化、医療職と介護者の連携がとりにくい、在宅医療に対する家族の不安等があげられた。訪問看護ステーションでは、情報共有化のツールとして iPhone、や iPad を利用した、情報共有化を図った。

なお、町民が在宅医療に関する理解を深めるため、パンフレットや講演会等で理解を深めることができた。多職種合同カンファレンスも医療者と介護者の顔

の見える関係を作るには非常に有効であった。

また、地域ケア会議についても地域包括支援センターを中心に会議のあり方を検討した。

(3) 研修の実施

在宅ケアの推進を目指し、在宅ケアを受ける人々の生活の質の向上と医療及び福祉機関の連携システムを研究することにより、円滑な在宅ケアを達成させ、地域福祉に貢献することを目的に、森町地域在宅ケア研究会を病院地域医療連携室職員が立ち上げた。

参加者は、医療、介護従事者、調剤薬局、行政職員など会の趣旨に賛同してくれた職員を対象に研修を行った。在宅療養支援診療所の医師が在宅看取り症例を振り返ってと題して講演を行った。

課題としては、患者により近い立場での相談相手が必要、関係する多職種間の情報共有と連携が不十分、地域住民への広報が不十分、訪問看護が介入していない在宅患者への24時間在宅での対応等があげられた。

また、在宅医療専門の5診療所で活躍し、「安心な地域づくり」を掲げて、外来診療のほか、「在宅ケア」(緩和ケア、認知症ケアなど)にも力を注がれている医師を講師に迎え、在宅医療を医療者、介護者側と患者側からの両方に理解をしてもらうための研修会を実施した。

講演では診療所の活動状況のほか、がん患者、特に在宅患者を対象とした痛みの治療、在宅ケアの優れた点と現状などについて、豊富な具体例をもとに幅広く講義を行っていただいた。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

当院では、森町医会・家庭医との連携で24時間1次・2次救急の受け皿となってきた。在宅患者については、訪問看護ステーションが24時間対応し、実質的にコールセンター機能を果たしてきた。

訪問看護が介入していない在宅患者の場合、時間内は地域医療連携室が窓口となっているが、時間外は救急外来を受診していた。不必要な救急受

診を避け、できるだけ在宅で対応するためには、在宅患者の情報を把握し、患者に近い立場から情報を各専門家に伝える、在宅医療コーディネーターの存在が必要と考えた。

いばらき診療所システムを参考に在宅医療コーディネーター育成のための研修を行ったが、独り立ちするまでには期間を要するため、年度内には実現出来なかった。育成プログラムを計画し、次年度実施していく。

(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

森町地域包括支援センターとケアマネジャーで構成する「森町地域包括実務者会」(毎月第2木曜日13:30~15:30開催)に参加し、在宅医療・介護に関する勉強会や事例の検討会で意見交換を行った。

その会の中で、近隣病院の退院支援窓口とシステムが個々に異なるため、連携が取りづらいというケアマネジャーからの意見があったため、拠点事業の一環として、退院調整に関するアンケートを作成し、近隣病院に協力を求め「退院調整窓口一覧票」を作成した。(資料1. 参照) 窓口が明確になり、在宅患者の入退院に関する情報交換が速やかになるようになった。

また、包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーから、訪問診療に関する問い合わせや、精神疾患を持つ利用者の受診相談、訪問看護の利用についてなどの相談があり、主に電話での対応を行った。

(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)

今回、森町家庭医療クリニック、森町病院、訪問看護ステーションとのスムーズな情報共有を可能にする地域連携システムの導入を目指した。

導入する条件として、

- ①多職種連携が可能な情報共有システムであること。
- ②パソコンやタブレット端末を使用し情報共有できるこ

と。

- ③個人情報を取扱う上で、セキュリティーを考慮した情報共有が可能であること。

- ④誰にでも簡単に操作できること。

- ⑤導入費用と維持費用が安く、費用対効果がすぐれていること。

などを考慮し、タブレット端末を利用した地域連携システム「エイル」を導入した。

従来、訪問看護師や往診看護師は、患者の自宅にある大学ノートに患者様の診療内容やケアマネとの伝達事項などを記入し、医師は往診時カルテや検査結果を持参し在宅診療を行ってきた。大学ノートは有効な情報共有のツールだが、見たい時に見ることができなかったり、記載内容のカルテ等への転記作業が問題であった。

今回、エイルを導入することで患者の日々の状態、緊急や急変時の状態、褥瘡等の患部を撮影した写真などの情報が看護師間や看護師医師間でリアルタイムに共有できるようになった。また、訪問看護ステーションでは、朝の申し送りで患者の状態を報告してから訪問に出ていたが、エイルによる情報共有をすることで申し送りの時間が短縮され、一日の患者訪問件数を増やすことができた。

今回は検討した期間が短く、他のサービス事業所や家族など幅広く情報共有をするには至らなかったが、今後もこのシステムを使いながら多職種間の効率的な情報共有に向けて検討していきたいと考えている。

(7) 地域住民への普及・啓発

一般を対象にした在宅医療に関する意識調査(資料2. 参照)において、在宅医療を希望するが、家族に負担を掛けたくないなど家族側の問題や在宅医療に取り組んでいる医療機関をしらないという回答などがあったことから、町民の在宅医療についての知識を深めるため、「わかりやすい在宅医療」(資料3. 参照)や「在宅医療のこと、どれだけ知っていますか?在宅医療Q&A」(資料4. 参照)のパンフレットを作成し、町内全戸に配布をしました。

また、年4回発行の院内広報誌(資料5. 参照)に

在宅医療についての記事を掲載し、役場広報誌(資料6. 参照)へ11月、1月、3月の3回連携拠点事業での多職種合同カンファレンスの記事を掲載しました。

9月に在宅医療を町民と共に考える町民向け講演会を実施し、森町病院友の会の各地区での地域懇談会での在宅医療の講演を行った。

(8) 災害発生時の対応策 (資料7. 参照)

①基本的な考え方

平成24年8月27日に全面的に改訂した「公立森町病院災害医療マニュアル」において、森町地域の在宅患者の災害時対策を次のとおり定めた。このときの支援対象者は森町内のすべての在宅療養患者もしくは公立森町病院の医師をかかりつけ医としている森町外の患者としている。

公立森町病院災害医療マニュアル 基本方針

- ア 公立森町病院は在宅医療支援病院であり、医療圏(病院から半径10～15km)にある森町訪問看護ステーションをはじめとした訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、関連医師会と協働し、在宅患者の災害時の支援を行う。
- イ 公立森町病院災害対策本部として、森町訪問看護ステーションを統括し、同ステーションが行う災害時の対応へ人的、物的支援を行う。
- ウ 森町訪問看護ステーションが自立的に行う災害対策を尊重する。

②「災害時在宅患者支援マニュアル・・・森町訪問看護ステーション、公立森町病院」(平成24年8月27日)を定め、災害時の具体的事項を規定した。この内容は災害に備えた事前対策、災害発生時の初動体制、スタッフを含めた訪問看護ステーションの機能確保、利用者の安否確認と緊急訪問、災害発生後3日以降の対応、他機関との連携などである。

4 特に独創的だと思う取り組み

病院を支援するボランティア団体の森町病院友の会の各地区懇談会において、病院と保健福祉課職員が出席し、在宅医療に関する講演を行った。講演

終了後、双方向の意見交換を行い、在宅医療への理解を深めることができた。意見交換後には個別での相談を受け付け在宅医療への患者家族の不安の解消を図ることができた。

また、町内各戸に配布してある同報無線では、毎月15日の朝の定時放送で、6月、7月、9月、10月、1月、3月の6回、院長から在宅医療の取り組みなどを放送した。(資料8. 参照)

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

☆多職種合同カンファレンスの実施(4回/年)

【第1回:平成24年6月】

* 在宅医療連携拠点事業について講演会を実施

【第2回:平成24年10月22日】

* KJ法を用いたグループディスカッションを行い在宅医療を推進する上での課題を抽出

【第3回:平成24年12月17日】

* グループディスカッションを行い、第2回の課題から、解決策を検討

【第4回:平成25年3月15日】

* 第3回の結果から、課題を2つに絞り、KJ法を用いたグループディスカッションで、自分たちでできる解決策を検討

第2回～4回の多職種合同カンファレンス終了後のアンケート(資料9. 参照)では、「大変有意義だった」「有意義だった」の回答が毎回90%以上あった

顔の見える関係作りが連携の第1歩であると参加者自身が感じていることが、コメント欄の記載から読み取れた。グループディスカッションを行うことで、他職種への理解が深まり、職種間の垣根が低くなった。

カンファレンスの回を重ねるごとに、案内を出していない事業所からの参加希望が増え、ネットワークの広がりに関心の高さを実感した。

また、課題の解決には、「見守りネットワーク」など、地域包括ケアが期待されている。地域包括と協働し、多職種合同カンファレンスのネットワークを活用しながら、高齢者が安心して暮らせる町作りを考

える必要がある。

次年度以降も、多職種合同カンファレンスの継続と、参加者自身が主体となった活動を展開していけるようなコーディネートをしていきたいと考えている。

6 苦勞した点、うまくいかなかった点

拠点事業の取り組みについて、県の医師会や地域の医師会の理解は得られたが、多職種合同カンファレンスへの積極的な参加の呼びかけ等、具体的な協力があるとよかった。今後も、地域の診療所への個別訪問や研修会の案内状の送付等を継続し、良好な関係作りに取り組んでいきたい。

地域連携システムに関して、システムを使用して入力するということ以前に、タブレット端末を操作したことのない医師、看護師がその端末の操作に慣れてもらうことに相当な時間が必要であった。また、ソフトの操作性の難しさや通信環境の悪さから、在宅の現場での入力が困難であったことも苦勞した点である。

システムを使うすべてのスタッフが、事務作業の効率化をかねた運用方法をそれぞれの立場からもっと積極的に提案し検討する時間が必要だと思う。

今後は、IT への慣れと通信環境の整備が進むことにより、効率的な情報共有は可能になると考えている。

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

今回、拠点事業に取り組んだ結果から振り返ると、在宅医療を展開したいと望んでいる医師ばかりではないため、医師会全員の協力を得ることは、困難である。拠点事業の活動実質期間が短いため、初めから在宅医療に熱意のある医師に焦点をあて、事業展開する方が効率がよい。細く小さな点をたくさん作るよりも、少なくとも太く大きな点を作る方が、面への展開は早いのではないだろうか？

また、課題の抽出から解決策への展開において、多職種での検討は、互いの気づかない課題をだし合うことができ幅が広がるが、具体策に結びつくまでには時間がかかる。

他職種を理解することから始めるため必要な時間だと言えるが、同職種間の方が「何をすべきか」の共通理解は得やすい。多職種間と同職種間を上手に組み合わせたシステムを考えることができれば、迅速で満足度の高い課題解決につながると思う。

8 最後に

医師の負担軽減と、家族の視点で支援ができる医療コーディネーターの育成を目指してきた。

しかし、医療コーディネーターの役割を考えたとき、必要最低限の医療知識と判断力、コミュニケーションスキルの習得等が必要であり、育成にはある程度の期間を要することから、実施はできなかった。

次年度、4月採用の職員を対象に、教育プロジェクトを立ち上げ、教育プログラムを実践し、次年度内に医療コーディネーター誕生を予定している。

実現に向け、家庭医療クリニックでの訪問診療体制及び在宅療養支援体制を整備する必要がある。

終わりに、今回拠点事業を受託したことで、「地域の期待に応える医療」について、再考する機会を得られたこと、また行政や医師会、介護、福祉関係者との連携の機会を得られたことは大きな収穫であった。次年度は、このネットワークを継続し、拡大できるような活動をしていきたいと考えている。