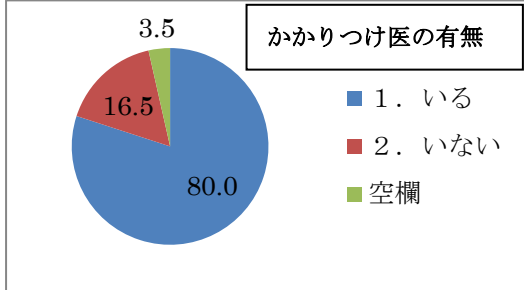


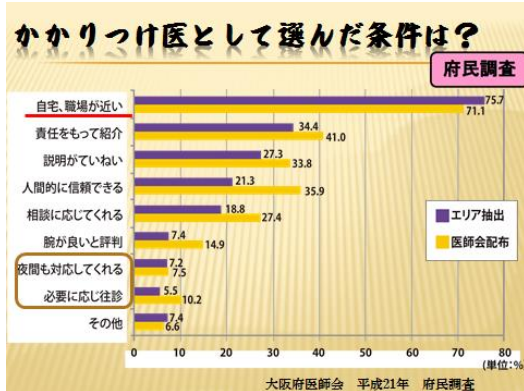
在宅医療連携拠点事業 拠点事業者名：東成区医師会

1. 地域医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

- 区民アンケートで、8割の区民が「かかりつけ医」を持っていると答えている中で、定期的に通院していない区民は6割である。
(平成24年度 医療フォーラム)

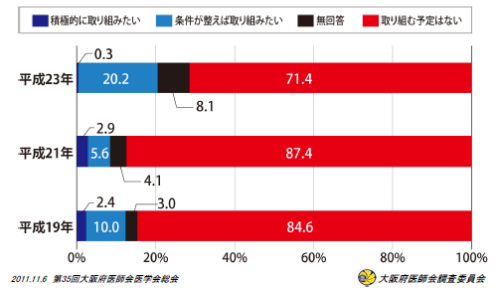


- 一方、府民は、7割以上が自宅か職場に近い医師を「かかりつけ医」として選び、夜間も対応して、訪問診療をする医師を「かかりつけ医」としている府民は2割もない。
(平成7~23年度 大阪府医師会調査委員会 府民調査)



- 在宅医療を行っていない医師会会員の9割は、今後どのような条件が揃ったとしても、「取り組む予定はない」としている。しかし、その中で、2割の医師が信頼関係のある「かかりつけ患者」という条件であれば、取り組み意思がある、としている。
(平成23年度 大阪府医師会調査委員会 医師会会員調査)

今後における在宅医療の取り組み意向



- 即ち、在宅医療という地域医療・介護の推進には、医師・患者関係に「かかりつけ医」「かかりつけ患者」という信頼関係の構築が欠かせないと考えられた。
- 在宅医療に信頼関係を重視する「かかりつけ患者・医」の概念に医療者側と区民の間に大きな溝がある。
- 当医師会は、地域に「かかりつけ医」を持たない区民に対し、医師会内に「地域医療連携室」を設置して、病院の外来通院から地域に帰る区民や、今後在宅医療に移行する区民に地域の開業医を「かかりつけ医」として持たせる機能を有している。
- 区民全員「かかりつけ医」を持ち、日頃の健康管理を行い疾病治療や相談を常に行うことは、独居高齢者や認知症者の健康面での把握になり、孤独死などを防ぐ大きな手立てになると考えられる。

2. 拠点事業の立ち上げについて

- 「かかりつけ医」は日頃の診療や医療相談の中で築き上げる人間関係が円滑に継続できることが重要である。
- 「かかりつけ医」のない区民が、短期間で

「かかりつけ医」を見つけることは困難と
考え、開業医の情報を最もよく知る医師会
内に連携拠点を設置することが最良と考
える。

- 医師会内の「地域医療連携室」において、
事務職では、医療や介護に関わる諸問題を
適格に判断することは困難である。そこに、
医療・介護に精通したケアマネを兼ねる看
護師と、地域包括ケアとして生活をも視野
に活動可能で、認知症などの精神疾患にも
対応可能な PSW を配置して、「かかりつけ
医」を逆紹介するだけでなく、相談や調整
する機能を持たせた。
- 町会や行政とのパイプは商店街に設立し
た高齢者交流拠点（新道パトリ）での、任
意団体「介護・住まい・防災のネットワー
ク」からの連携で、各種団体への本事業の
広報が可能であった。



町の連携・高齢者交流拠点
「新道パトリ」を開設して3年

事業検討委員会の参加メンバーは、医師、
歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネ
ジャー、地域包括、社会福祉協議会、各種
町会諸団体等の代表。

- 事務職として、補助事業の経験を有した行
政経験者を正規採用し、経理やアンケート
集計などに精通した事務職をパート採用
した。
- 医師会業務を行っている職員の業務や通
信や印刷機の使用など、医師会事業と連携
事業の業務を分離して行うことにも注意
した。
- 医師会内に拠点事業関係者が医師会会館
に出入りするため、セキュリティーに万全
を尽くした。

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
当区では、平成 17 年度より医師会が中心に
なって「ケアマネとの連携会議」を開催し
て、医師とケアマネとの顔が見える関係づ
くりを行ってきた。そして、平成 23 年度よ
り、「多職種連携会議」に変え、訪問看護師
やケアマネ、介護士、社会福祉協議会、地
域包括、各種施設関係者や行政が参加し、
区民の医療・看護・介護などの諸問題につ
いて検討してきた。

本事業を始めるに当たり、医師会から歯科、
薬剤師、訪問看護師、介護関係諸団体等と
の連絡協議会を通して本事業の委員会や研
修会に参加を依頼し、本事業の重要性を認
識してもらい、アンケートやガイドブック
の作成や防災訓練への協力へ繋がった。



第一回事業検討委員会



(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。）

事業検討委員会（3回）

事業ガイドブック研究会（2回）

IT システム研究会（3回）

地域ケア会議（5回）

（3）研修の実施

- 大阪府がん診療連携拠点病院の医師による「緩和ケアと連携パス」 11/22



- 歯科医師会、歯科衛生士による「口腔ケアの必要性と在宅における肺炎予防」 12/18



- 基幹病院の緩和ケア認定看護師による「緩和ケアにおける大阪府がん診療拠点病院の役割と地域との連携について」 1/23



- 東京家政大学 講師による「デンマークに学ぶ在宅医療」 2/16



（4）24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

医師会が区内の医療機関に募集をかけ、区内を2つに分けて、各々、機能強化型在宅療養支援診療所8か所と在宅療養支援病院1か所を連携することで、救急搬送時の患者情報を円滑に行っている。

また区内には、24時間対応の訪問看護ステーションが5ヶ所あり、24時間対応の医療・看護体制が以前より整っている。

しかし、24時間の巡回型在宅介護体制は未だ整っていない。

（5）地域包括支援センター・ケアマネージャーを対象にした支援の実施

- 地域包括支援センターが抱える高齢者や地域住民の医療相談を受け、地域ケア会議に参加した。
- ケアマネ連絡会に連携室の看護師とPSWが積極的に参加し、医療に繋がらない区民の掘り起こしを行なった。

（6）効率的な情報共有のための取り組み（地域連携パスの作成の取り組み、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など）

- おまもりネット手帳



- 医療・介護連携シート
- 認知症連携シート

認知症連携シートの地域での活用！

- 専門医への受診時だけでなく、地域の医師への受診時にも活用
⇒初回受診時にも認知症の方の状況が分かりやすい。

記入日	平成 年 月 日	記入者名	所属機関
受診者	氏名	生年月日 (西・大・中)	年 月 日
性別	男・女	住所	〒 市 区 町 丁目 番 号
同行者	氏名	本人との関係 ()	
1 実施目的 (すべてはまる項目に印チェックする。)			
<input type="checkbox"/> 認知診断	<input type="checkbox"/> 専門医の診断	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	
<input type="checkbox"/> 入居希望	<input type="checkbox"/> 要介護認定の意見書	<input type="checkbox"/> 診PSDの(周辺施設)コントロール	
<input type="checkbox"/> 認知症の合併 ()	<input type="checkbox"/> 音楽療法	<input type="checkbox"/> 手帳の活用	<input type="checkbox"/> 生活上の配慮
<input type="checkbox"/> 成年後見制度の活用 (鑑定診断など)	<input type="checkbox"/> その他		
2 認知症の経過について、受診の依頼の仕方 (家族や周囲の人が認知症に気づいてからの経過、対応等)			
※ 今回の経過はいつ頃から? (今から約 ()年()ヵ月()週間) 前			

- ICT (カナミック) を用いて、患者情報の共有を計った。

(7) 地域住民への普及・啓発

- 地域での相談・啓発

医師用

東成区医師会在宅医療推進室

すげがさ

在宅医療や介護について
何でも相談にのります

☎ 4306-3827 FAX4306-3829

受付 月曜～土曜
時間 9時～17時

市民用

東成区医師会在宅医療推進室

すげがさ

病状を心配した貴の
かかりつけ医?

自宅で受けられる
サービスって?

在宅医療の
対象者は?

石巻隊、ケースワーカーが相談を
お受けいたします。

- 健康展 東成区民ホールにて 10月11日
- 区民医療フォーラム 11月17日
「住み慣れた家で最後まで
～これからの在宅医療～」
参議院議員 梅村さとし



(8) 災害時の対応策

- 今里小学校区での図上訓練 (12月12日)、防災訓練 (2月10日) 施行
- 災害時の各種医療器具 AED、蘇生セット、担架など
- 災害時の各種用具 発電機 携帯用ラジオ、トランシーバーなどを用いて訓練施行



4. 特に独創的だと思う取り組み

- 地域医療連携室を医師会内に設置して、区民の「かかりつけ医」の紹介を行って、在宅医療推進に貢献している。
- 「おまもりネット手帳」を利用することで、独居や認知高齢者の「かかりつけ医」を決め、その情報が医療につながるようになっている。
- 防災訓練を医療・介護の多職種が参加することで、職能者のみならず一般区民と顔を合わせる機会が持てたことは、今後もこの機会を利用して区民と一体となった安心安全のネットワークづくりに貢献できるものと考えられた。
- これらの活動から、地域住民を含めた多職種連携が必要と思われた。

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

- 各基幹病院や急性期病院に地域連携室事業への参加要請を行って、この事業の広報を行ない病院の在宅医療への関心が深まった。
- 区内に在宅医療の相談窓口がなかったため、医療連携室が在宅医療の推進に役立った。

6. 苦労した点、うまくいかなかった点

- 本事業が短期間で、多くの事業開催に迫られたため、医師への事業説明や理解が不十分で、多職種や研修会合などへの医師の参加が少なかった。

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

- 連携拠点室には、事務処理では解決できない医療・介護や地域での諸問題に分け入って解決努力をさせる能力を持つ看護経験者やMSWなどの専門職を配置する必要がある。
- しかしながら、医師会内では、その人件費などの財源を確保できない
- 医師会立の訪問看護ステーション内にこれらの専門職を置き、賃金などの財源を確保すべきである。
- 医師会以外の病院などに拠点を置く場合、在宅医療をする開業医の協力が必要不可欠になるため、医師会の協力の努力をすべきである。
- 行政や医師会が主導して、この事業を推進すると良い。

8. 最後に

- 在宅医療は、国民が住み慣れた地域で住み続ける地域居住（エイジング・イン・プレイス）を国民皆保険制度の中で「いつでも・どこでも・誰にでも」享受できることにある、と考える。
- 24時間365日可能な在宅医療には、単なる連携作業以外に、それに従事する専門職が

業務を遂行する環境整備が必要であり、また、在宅医療を受ける国民側にも「地域居住」への覚悟が必要である。

- 「かかりつけ医」には、在宅医療の治療技術や緩和医療技術の習得で均点化が図られる必要がある。その上で、在宅医療は生活支援の中では医療的側面で支える視点が必要である。
- 「在宅医療」は「在宅療養」であり、在宅者の死生観が十分に反映されるような「生き方・死に方」に対し、「在宅医療の多職種連携」が重要な要にあることを、本事業を通して認識した。
- 今回の事業を通して、多職種が各々問題事例をかかえて、その対応で苦慮していることが分かった。医療・介護の関係者が一緒に考えると早く解決策が見つかると考えられた。