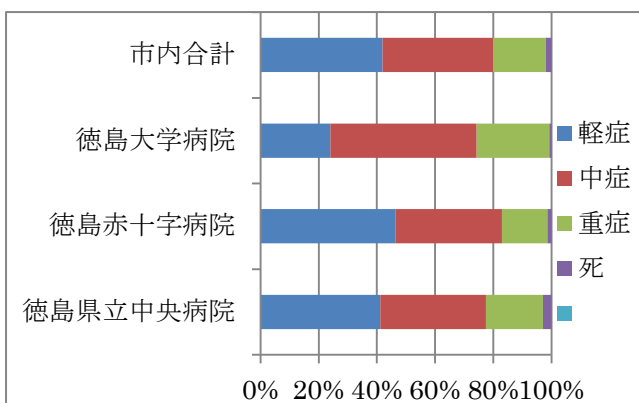


1. 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

平成23年4月1日現在の徳島県人口における高齢化率は26.2%と、全国平均の22.8%を大きく上回っている。一方、徳島市の人口は、257,148人で、年少人口が13.0%と減少する一方、65歳以上の高齢者人口が23.3%と増加している。県全体に比べると低いものの、全国推移と同様に、近年高齢化が急速に進行している状況がある。又、平成23年の県内の救急患者搬送数をみると、28,405件で前年比2.5%増と年々増加傾向にあり、高齢化が進む今後この傾向は続く予測される。特に、県内全体の救急搬送患者のうち、軽度者の占める割合は46.1%で、徳島市を含む東部I圏内では、それを上回る軽症者の利用がある。(図1)

図1



徳島県保健福祉部医療健康総局医療政策課平成

23年救急患者搬送調べから

この背景には、風邪や肺炎等、必ずしも救急病院に行かなくてもいい状態でも「公的病院に行く方が安心である」といった風潮が見られることにあると思われる。一方、核家族化が進む中、状態の判断や対応の遅れから、病院や施設での長期にわたる生活を余儀なくされるケースも多数存在する。

こうした医療環境の中、診療所の医師等と訪問看護師や介護支援専門員等の在宅サービス従事者の連携がうまく機能していない事も事実である。診療所医師も24時間体制で在宅の患者を診ていくことへの負担が大きく、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院という制度も有効に機能していない。高齢者が増

えるに従い、同時に入院の必要な患者が増えることは周知の事実である。救急病院に患者が集中する事を避け、在宅療養支援をスムーズに行うためには、地域の病院が入院された患者に対する適切な治療を行い、早期に退院し、その後在宅サービスを利用しながらご自宅で療養する。という流れを地域の中に確立していくこと、そして、地域の医療・介護・福祉のコーディネート機能を持ち、サポートを行っていくことが重要である。

2. 拠点事業の立ち上げについて

徳島県においては、平成24年7月18日、事業開始に先立ち県呼びかけにより「在宅医療連携拠点事業実施4機関の意見交換会」が開催された。在宅医療連携拠点事業実施機関4機関の関係者、連携先機関である公立病院医師、徳島県より担当局である医療健康総局医療政策課地域医療再生室及び長寿保険課より担当者が出席し、事業の実施内容について話し合いが行われた。特に徳島市内においては委託事業所が3か所となったこともあり、事業開始にあたり委託事業所間での連携についても議論された。その結果、各々の事業所の特色を生かし活動しながらも、事業を進めて行く中で合同開催が望ましいものについては、その都度連携を図りながら進めることとなった。当院においては、担当の看護師・社会福祉士が地域の医療機関・介護施設・介護事業所・介護支援専門員等と所属機関を別として横断的に密接に関わっていくことで、患者の状態や必要な医療機能に応じ、適切な医療機関や治療内容の選択、調整を行えるようにし、在宅医療連携拠点に地域包括支援センター、地域包括医療センターの機能を持たせることで、地域全体の在宅医療や地域連携がスムーズに流れることが出来るように調整していくこととした。

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

徳島市は人口比に対する医師数が全国的にも多い地域である。しかし、専門科の別、訪問診療・往診対応の可否等については不明なことが多い。又、介護サービス事業についても、各事業所の対応可能な対象者等についての詳細な情報は直接各事業所に問い合わせを行わなければならない。そこで、徳島市内

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：医療法人 平成博愛会 博愛記念病院

にある医療機関(診療所・歯科診療所・病院)、訪問管理指導が可能な薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問リハビリテーション事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、福祉用具関連事業所、短期入所介護施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム、小規模多機能施設等にアンケート調査を郵送し地域の医療・介護資源マップの作成を行った。1回目は、平成24年9月に実施した。『「平成24年度在宅医療連携拠点事業」に係る在宅医療資源マップについて』と題し、徳島県担当部局担当者名で依頼文を頂き、アンケート調査に同封した。結果、回収数127通、であった。2回目は平成25年2月に実施した。前回返送いただいている事業所については前回分を再度お送りし変更事項があるものについて返送を依頼した。2回目の回収数は159通で、前回と合わせて、286通となった。1回目、2回目共に返信があった事業所を除くと、全252事業所のデータが回収できた。マップ作りにあたっては「ファイルメーカー」を使用し、事業実施内容と合わせて事業所の場所が地図上に確認できるようにまとめた。今後、内容を当院の在宅医療連携拠点事業ホームページ「在さぼネット」から閲覧できるよう取り組んでいる。

なお、一連のこの取り組みは、趣旨・目的・対象者が一致することから徳島往診クリニックと連携して取り組みを行った。

(2)会議の開催

地域の多職種による連携会議の開催については、医療と介護が顔の見える関係づくりを行い、良好な連携が図れることを目的とし「地域医療・福祉関係者交流会議」として次のものを行った。

第1回目：平成24年10月20日、地域の医療・介護・福祉関係者に在宅医療連携拠点事業についての周知を図り、在宅医療連携拠点病院としての活動をご理解頂いた。市内の医療機関と介護サービス事業所に案内し、63名に参加頂いた。

第2回目：平成25年1月22日、病診連携及び地域の介護サービス事業所と病院の連携を行う上での課題の抽出と解決策の検討を行った。第1回目同様、医療

機関と介護サービス事業所に案内し、144名の参加があった。会議はグループワーク形式とし、各々名刺交換を行ったあと在宅と病院の連携について課題と解決策について議論を行った。2回の会議開催を通じて、医療と介護が連携を図る上で重要であると思われる「顔の見える関係づくり」には最も効果的であった。終了後のアンケート内容を見ても、「多職種の方々の話を聞く中で自身の仕事内容を見直すことが出来る(ケアマネ)」「多職種の職業連携を痛感した。歯科ももっと積極的に参加すべきかと思う(歯科医師)」「今後在宅復帰を進めて行くにあたって非常に勉強になります(PT)」「職種の点ではなく、多職種の方が地域で手をつなぎ丸くなっていきたいと思いました(病院看護師)」「病院・施設の方と面識ができて今後連携が取りやすい・情報交換の場になる(病院看護師)」等同様のご意見が多数寄せられた。

又、徳島市内で当院同様、在宅医療連携拠点事業の委託を受けている徳島往診クリニックと合同で「とくしま在宅医療・介護連携会議」と題し多職種連携会議を開催した。各々の会議開催に際しては、徳島県、徳島市の本事業の担当者及び、徳島市医師会に案内し、御参加頂いた。平成24年10月11日、131名の参加者により「医療と介護のバリエーションへの戦略」と題して講演及びフロアーとの意見交換を行った。この場で、当院が在宅医療連携拠点事業の委託を受け活動を行っている事及び構築した「BBEN(後述)」を紹介し、周知を図った。又、資源マップ作成の為にアンケートの実施についてもお知らせし協力を依頼した。平成24年11月21日参加者68名「認知症患者への多職種協働のための研修会」を実施した。この会議ではグループワーク形式とし、それぞれのグループでBS法、KJ法を用いてディスカッションを実施し、認知症患者への対応について学習した。オブザーバーとして、徳島県立中央病院で認知症疾患医療センター長をされている大森隆史氏に御参加頂き、参加者からの質問や疑問にお答えいただいた。多職種でさまざまな意見を交わしたことで、顔の見える関係づくりはもとより、他職種の意見を聞くことで新たな認識につながったとの意見も聞かれた。平成25年2月28日(木)参加者109名「見直しされつつある今！知っておきた

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：医療法人 平成博愛会 博愛記念病院

い経管栄養管理のポイント」を開催した。連携会議の開催も回を重ねるごとに定着しつつあり、有意義な会の開催となった。

(3) 研修の実施

平成25年3月13日、介護支援専門員を対象として「介護支援専門員研修～在宅移行困難症例検討会～」を徳島県介護支援専門員協会と徳島往診クリニック、当院の共催で実施した。参加者が5グループに分かれ、癌の方の事例をもとにアセスメントを実施しグループディスカッションを実施した。実際の症例を話し合うことでより実践に役立つ研修会となった。参加者からは「(ターミナルの方の)アセスメントの仕方がよく分かった」「今後も実際の症例に基づいた検討会等を開催して欲しい」との意見が聞かれた。又、同年3月17日には、平成24年度徳島県介護支援専門員協会記念講演会に共催し、「認知症施策の方向性と介護支援専門員に期待すること～オレンジプラン(認知症施策5か年計画)を理解する～」と題して厚生労働省 認知症・虐待防止対策室 室長 勝又浜子氏をお招きし、認知症施策について様々な方面からの取り組みについてお話いただいた。参加は介護支援専門員のみならず、医療・介護関係者にも案内し159名の参加を得た。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

徳島市内には65の在宅療養支援診療所がある。しかし、1人医師で診療を行っている診療所では、学会や自らの体調不良時等があり、24時間365日往診や訪問診療を行うには無理がある。又、救急病院に入院するほどではないが、肺炎や感染症等で入院治療を望まれるケースも多数ある。あるいは、在宅療養されている介護者が何らかの都合で介護できなくなった場合のレスパイトの受け入れ先の選定に苦慮している介護支援専門員も多数いる。そういった場合に自ら1件ずつ電話をして受け入れ先を探すのは容易ではない。そこで、今回当院に「後方支援病院緊急ネット(Back Bed Emergency Net:BBEN)」(以下BBEN)を構築し、入院が必要なケースの依頼を受け、受け入れ病院に繋ぐコーディネーターを24時間365日配置し、支援を行った。まず、受け入れ先となる後方支援病院ネットワークの構築を行う為のアンケート調査を行った。内

容は緊急受入れの可否、送迎、空きベッド確保の有無、病床オープン可否、依頼往診への対応、その他各種検査に対する対応等全17項目である。受け入れ可は○、平日日勤帯のみ可能は△、対応不可は×とし、表にまとめた。(表1)その後、アンケートの返事を頂いた後方支援病院と在宅療養支援診療所間で会議を持ち、この事業に対する共通理解を図った。事業の周知に関しては、多くの関係者に活動を知ってもらう為、多職種連携会議開催の機会にスライドを用いて説明を行い、又各診療所を訪問し直接在宅医に説明した。(図2)又一般市民の方への周知の為、市民公開講座で在宅医療連携拠点事業の説明と合わせて周知を図った。BBEN の具体的な手順は、診療所等から依頼の電話を受けると基本となる情報を確認し、可能であれば診療情報提供書をFAXなどで送っていただく。その後、患者の自宅に近い場所にあるネットワーク内の後方支援病院に受け入れ可否について問い合わせを行う。受け入れ不可の場合は、他の病院に問い合わせを行う。受け入れ可能であれば折り返し紹介診療所にお返し入院に繋げるというものである。ネットワークを開始してから当拠点事業で行ったBBENの紹介件数は平成25年3月末で23件となる。(表2)

<表1>

病棟の体制	① A 病院	② B 病院	③ C 病院	④ D 病院	⑤ E 病院	⑥ F 病院	⑦ G 病院	⑧ H 病院	⑨ I 病院	⑩ J 病院	⑪ K 病院	⑫ L 病院
1 緊急入院受け入れ	○	△	○	○ <small>※平日日勤帯に限り</small>	○	○	△	○	△	△	△	○
2 緊急時の送還	○	△	△	×	×	×	×	△	×	×	×	×
3 後方支援のための空きベッド確保の有無(ベッド数)	有(2)	有(2)	有(3)	有(2~)	有(1~)	有(3)	(2)	×	(1)	×	×	×
4 診療所医師への疾患オープンについて	○	△	△	×	×	×	×	△	△	△	△	△
5 緊急時の依頼往診への対応について	○	△	△	×	×	△	△	△	△	△	△	×
6 単純X線検査	○	○	○	○	○	○	△	△	△	△	△	△
7 CT	○	○	△	○	○	○	△	△	○	×	×	△
8 MRI	△	○	△	○	○	×	×	×	×	×	×	×
9 血算	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	○	×
10 生化学	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	×
11 血液ガス分析	○	○	△	△	○	△	○	○	×	△	×	×
12 心電図検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
13 注射・点滴	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
14 創傷処置	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
15 中心静脈カテーテル挿入	○	○	△	○	○	△	△	△	△	×	△	△
16 心臓蘇生、気管挿入や人工呼吸器	○	○	○	○	△	△	○	△	○	△	△	×
17 内科的処置(止血・胃腸薬投与)	○	○	△	△	△	×	△	△	×	×	×	×

依頼元は診療所医師からがほとんどであったが、介護支援専門員からのレスパイト入院の依頼が1件あった。その殆どが即日入院でき、早期治療により在宅復

帰されている。

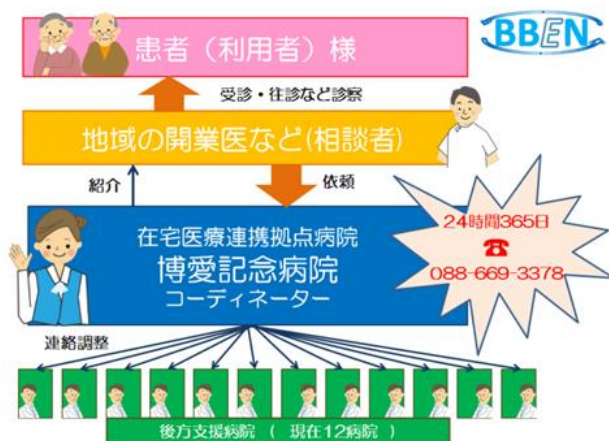
<表2>

月	依頼件数
平成24年10月11日～	2件
11月	3件
12月	5件
平成25年 1月	4件
2月	5件
3月	4件
合計	23件

(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

ケアマネジャーは業務の境界線が曖昧で「どこまで支援すればいいかわからない」「いつ、どんな相談が来るかわからない」との意見が多い。それは、夜間においても同様に利用者本人の状態に関する事、他、介護者の健康状態に始まり、身内に不幸があり行かなければならない等相談もさまざまである。今回、先にお示したBBENでは診療所の医師からの依頼のみならず、ケアマネジャーからの依頼にも応じている。ケアマネジャーから依頼が来ることの多くは、レスパイト

<図2>



に関する事が多いと予測される。本人の身体状態に関する事なら主治医に相談して解決できるが、介護者に関する事はケアマネジャーが対応することとなる。今回のBBENの実績23件の内、1件は、介護者の体調不良により介護できなくなった為のレスパイト入院

の依頼であった。1か月の予定で入院され予定通り在宅復帰された。こうした実務面での支援に加え、今回は介護支援専門員研修として研修会を2回実施した。1回は、(3)の研修の項目でも報告したとおり、介護支援専門員を対象とした「在宅移行今何症例検討会」である。『全人的痛みの評価とマネジメント』と題し、癌で多発転移のある方の事例を用い、BS法及びKJ法を用いて予後3か月と診断された男性に対して全人的痛みの観点からマネジメントを実施し、抽出された課題に対する対応についてディスカッションを行った。参加者からは、「制度についての知識が深まり、ケアマネとして豊富な情報量の確保が必要だと思った。他のケアマネの意見が聞けて良かった」今後望む研修については、困難事例検討・認知症高齢者への対応、実際の症例に基づいた検討会等の意見が多数寄せられた。又、介護支援専門員協会に共催し記念講演会を実施し、知識の向上を図った。介護支援専門員を中心に多職種159名が参加した。今後の認知症施策の取り組み、方向性等分かりやすくご伝授頂き、今後のマネジメントする上で役立つものとなった。

(6)効率的な情報共有の為の取組

当院では在宅サービス利用者へも病院と同じ電子カルテシステムを利用してカルテ管理を行っている。こうしたことは、チーム医療を行っていく上で大変有用である。入退院時の経過や検査値等の記録をリアルタイムで情報共有でき一貫したサービスの提供・治療に役立つものとなっている。たとえば、デイサービスを利用されている方が体調不良で入院となった場合でもケアマネジャーが記録した在宅での生活の様子やデイサービス利用時の状態、外来での検査データ等がすぐに確認することが出来る。というものである。一方、当事業のホームページ「在さぼネット」を開設し、医療・介護関係者に向けて「BBEN」の紹介をはじめ広く一般の方にも在宅医療に関する情報提供や医療・介護に関する相談にも応じている。

(7)地域住民への普及・啓発

当院では毎月1回、地域住民や医療・介護関係者に向けた、「地域学術研修セミナー」を当院講堂で実施している。平成25年3月で第77回を数えるセミナーであるが、本年は「在宅医療連携セミナー」として、全国

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：医療法人 平成博愛会 博愛記念病院

的に著明な講師や地域の大学病院医師、コメディカルスタッフ等に講師依頼し、在宅医療や介護に関する講演を行ってきた。(表3)

<表3>

開催日	講師	演題	参加人数 (人)
平成24年7月21日	厚生労働省 医政局 総務課 課長補佐 坂上 祐樹氏	超高齢化社会の医療介護体制	209
8月11日	厚生労働省 健康局 疾病対策課 主査 大瀬 寛生氏	これからの介護保険 ～平成24年度介護報酬改定から～	204
9月11日	NPO法人高齢社会をよくする女性の会 理事長 樋口 康子氏	人生100年社会・すこやか人間への道	257
10月30日	徳島市医師会 常任理事 豊田 健二氏	自分の家で過ごす ～在宅医療への取り組み～	243
12月4日	在宅医療連携拠点事業所 徳島佳診クリニック 院長 吉田 大介氏	在宅医療と病院連携 ～お家にも大丈夫～	233
平成25年1月29日	株式会社 クローバシスト専務 徳島県薬剤師会 理事 伊勢 佐喜氏	在宅医療における薬剤師の取り組み	225
2月26日	公益社団法人 東京都看護協会 会長 橋森 好子氏	超高齢化社会に向けた看護職の役割	206

回を重ねるごとにリピーターも増え、毎回200～250名の参加をいただき好評を得ている。一般住民に向けての普及活動としては、その他『県民公開講座』として「国民皆保険制度の課題」と題して、講師は健康保険組合連合会専務理事の白川修二氏より「国民医療費の推移」、「医療費増加の要因」、「医療保険制度」、「皆保険制度の課題(保険者財政)」、「皆保険制度の課題(医療提供体制)」、「課題克服に向けて(医療費の適正化・効率化、等御講演頂き、一般住民のみならず、医療・介護関係者合わせて約338名の参加を得て開催致した。又、『市民公開講座』「徳島市における在宅医療はこうする、こうなる」と題してシンポジウムを開催した。シンポジストとして、在宅療養支援診療所から豊田健二氏、上原康三氏、地域包括支援センターより野口詠二氏、後方支援病院から当院副院長、元木由美氏、当院看護師、藤原美恵が参加し、徳島市における在宅医療のこれからについて、ディスカッションを行った。一般市民、医療介護関係者合わせて225名が参加した。

シンポジウム形式にしたことでフロアからの意見や質問にも対応でき活発な意見交換が行えた。

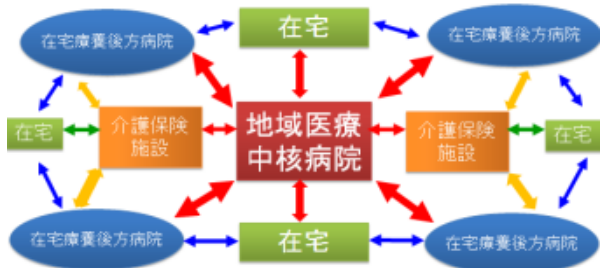
4. 特に独創的又は先進的だと思う取り組み

今回、在宅医療の推進を目的に「BBEN」の構築を行った。今後安心して在宅医療を行っていくためには、「何かあった時の為のセーフティーネット」が必要であると考えた。平成24年10月21日に実施した老人クラブへのアンケートの結果をみると、「長期療養になった時に在宅医療を希望するか?」との質問に対して、「希望するが、実現は困難と思う」が、38%と最も多かった。又、当院で実施した「在宅医療連携セミナー」に

おけるアンケートでも、「在宅医療の具体的な内容について理解を深めることが出来ました。高齢者時代に必ず必要なシステムであり、病院との連携による安心感を持つことが出来ました(70代男性)」とのご意見を頂いた。在宅医療を進める上での大きな課題として介護者の問題がある。介護者がいない、介護力が弱い等のケースの他、介護者はいるが、「何かあった時に不安である」というのも在宅医療を阻害する要因となっている。前述した通り平成23年度徳島市を含む東部I圏内における救急搬送患者の重症度割合を見ると、軽症又は中症の患者は全搬送患者のうち8割を占めており、重症者の割合は1割に留まっている。「とりあえず大きな病院に行けば安心である」という気持ちからの行動である。今後ますます高齢化が進むことが予測されており、この状態がこのまま継続するとすれば、本来入院が必要な重度の方が入院するベッドがないという、いわゆる「救急難民」が増えることとなる為、早期に受入れ先が必要となる。直接在宅に退院する方を除いて、多くは当院のような慢性期病院に転医し、在宅復帰に向けた訓練等を行い、自宅や介護保険施設に退院されている。当院では平成18年より「徳島方式」という新たな連携モデルづくりに取り組んでいる。これは、地域のクリニックと連携を図りながら在宅療養中の方や介護保険施設入居中の方、高齢者住宅等にお住まいの方を支援していく病診連携の取り組みである。当院と地域の診療所間に連携ネットワークを構築し、2床の開放型病床を設けクリニックの医師から要請があれば24時間いつでも入院が受けられる体制を整えている。この方式の特徴は「開放型病床」である。一般には入院すれば病院の医師が主治医となり治療を行うが、ここでは、クリニックの医師が病院を訪れ、病院の主治医と連携を取りながら治療をすすめることが出来る。つまり在宅主治医が入院された後にも継続して主治医でいられるということである。治療が終われば再度自宅へ帰って元の生活に戻ることが出来るよう、リハビリスタッフとも連携を図り退院に向けての訓練を実施している。「最期まで住み慣れた自宅で過ごしたい。」という思いを実現するため、在宅療養支援診療所の支援病院として取り組みを行っている。(図3)

<図3>

これからの医療連携



今回取り組みを行ったBBENは「徳島方式」をさらに発展させ、地域のクリニックと徳島市内にある後方支援病院をつなぐ為のコーディネートを行うというものである。つまり、徳島方式では地域のクリニックと当院の間でのネットワークであったのに対して、BBENでは地域のクリニックと地域の在宅療養後方病院間のネットワークとなり、患者がより自宅に近い病院で療養出来ることとなる。もちろん、そこでも早期退院に向けた取り組みが行われ、元の生活に戻る事となる。この取り組みはクリニックからの相談だけでなく、ケアマネからのレスパイト入院の依頼等にも24時間365日対応しており安心材料となっている。

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

当院が後方支援病院として地域に病診連携の仕組みであるBBENの構築を行い、24時間365日体制でコーディネートを行ったことは、意義があった。緊急入院に対応し、早期退院に組み在宅復帰を果たした実績は今後、在宅医療を進めて行く上での道しるべになると思われる。(実数は表2参照)月々の依頼件数も増加しており、窓口への医療・介護相談も増えつつある。

6. 苦労した点、うまくいかなかった点

今回、本事業の委託を受けた事業所は徳島市内に3か所と、他の地域にはないモデルであった。県主催による県内4委託事業所の連絡会はあったものの、市内3事業所の横の連携がもつとうまく取れなかったのか反省する点である。徳島市医師会・在宅療養支援診

療所である徳島往診クリニック、慢性期病院である博愛記念病院、それぞれにその専門性を生かして取り組みを行い、成功したのではないかと思う反面、あるケアマネからは、多職種連携会議の回数が多くて「どれに出ていいかわからない」「3事業所が合同でできないのか？」等の意見を聞いた。在宅医療の拠点は、県や市等行政と連携を図りながら、一般市民や医療・介護関係者に公正中立な立場で医療・介護・福祉と幅広く対応できることが重要である。

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

事業の委託を受けて活動した実質8か月余りの時間は瞬間に過ぎて行った。今回、当事業を行って改めてデータ管理の大切さを感じた。課題抽出から解決策の検討、実施に至るまで客観的データ管理を行っておくことが実施した事の客観的な評価に繋がるからである。又、実施する活動に対して、[目的][活動内容][評価]について明確にしておくことが活きた活動となると思われる。