平成24年度
宗像医師会
在宅医療連携拠点事業
成果報告

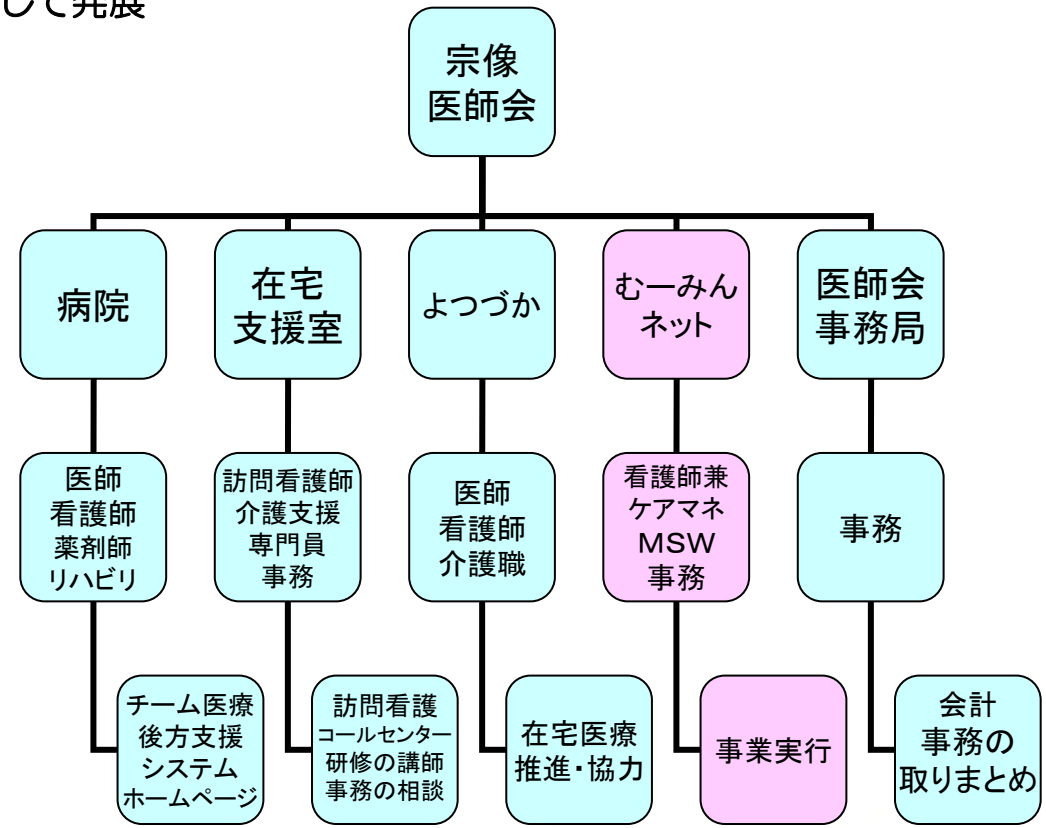
宗像医師会
在宅医療連携拠点事業室
むーみんネット

２０１３．３月

宗像医師会在宅医療連携拠点事業室

福岡市と北九州市の中間に位置しベッドタウンとして発展
大島や地島も地域に含む

組織図



むなかた地区（宗像市・福津市）

人口	約 15万人
面積	約 172㎢
高齢化率	約 25%

スタッフ

介護支援専門員・
看護師（常勤）

MSW（常勤）

事務員（パート）

宗像医師会としての強み

- 共同利用施設内での協力体制
  【医師会病院・介護老人保健施設・在宅支援室（訪問看護ステーション・ケアプランサービス）】
- 地域に根ざした医療と看護の活動
  【在宅診療をしている複数の医師の存在・地域に密着した先駆的な取り組みをしている訪問看護ステーション 】
- 行政・職能団体との構築された関係性
  【保健福祉環境事務所・宗像市・福津市・薬剤師会・歯科医師会等】
- 住民への普及・啓発活動
  【在宅医療のテーマに取り組みやすい】

拠点事業運営委員会（年4回）

プロジェクト委員会（毎月開催）

地域の課題と対策

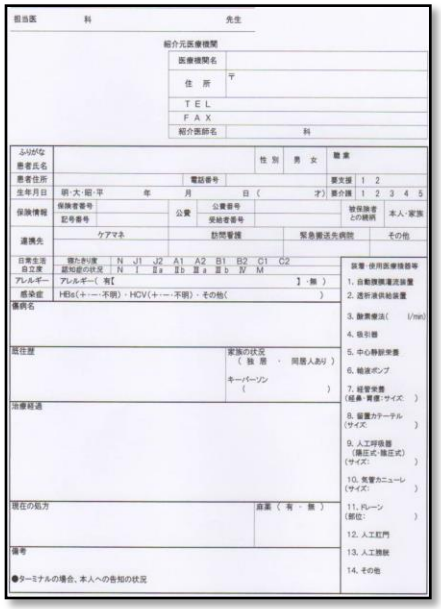
目標	課　　題	対　　策
①在宅医の確保	●在宅医の不足 ●熱心な医師の負担大 ●バックベッドの確保ができない	●1人の患者を複数の在宅医が担当し、医師の負担を軽減 ●医師間の情報共有
②専門職の技術の向上	●医療ニーズの高い療養者の支援に対して専門職が自信を持てない	●看護・介護・薬剤師等へのスキルアップ研修の実施
③関係機関の連携促進	●医療と介護の連携ができない ●情報共有ができない	●後方支援病院との連携促進 ●顔の見える関係づくり（医療と介護を結ぶ） ●IT・資源マップを利用した情報共有 ●各職種の連携に向けた取り組み
④住民意識の向上	●住民は、在宅療養や在宅看取りという選択肢を知らない	●住民啓発 ●社会資源の情報提供
⑤災害対策支援	●地域の災害への取り組みが見えない	●取り組みについての情報共有
⑥相談支援体制の構築	●住民および専門職が、在宅医療について相談できる窓口がない	●相談窓口の設置

①在宅医の確保

●医師の事例検討会・交流会　１１月１４日　参加者２７名

- ●一人の在宅医の負担を軽減するために医師間で情報共有する在宅用診療情報提供書の作成→不在時の代診が可能
- ●受診歴のない方の情報を事前に登録し緊急入院に備えたバックベッドの体制の構築→在宅療養への安心を担保
- ●連携の方法と代診の診療報酬算定の取り決め（看取りとターミナル加算の区分等）→取り決めを公表することにより気兼ねなく依頼が可能

在宅用診療情報提供書



担当医　　科　　先生

紹介元医療機関

医療機関名	
住所	〒
TEL	
FAX	
紹介医師名	科

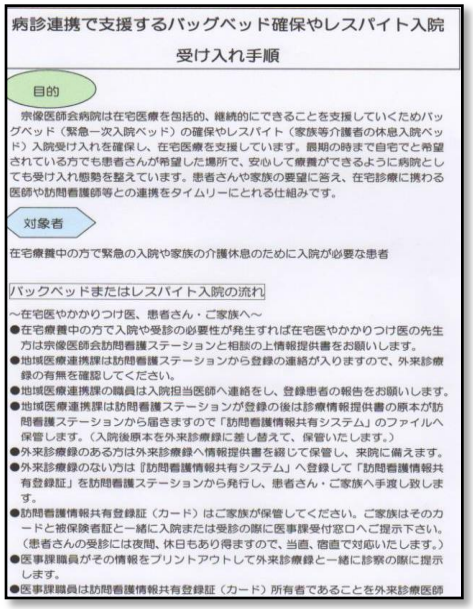
ふりがな 患者氏名		性別	男 女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日（　才）	要支援	1 2
保険情報	保険者番号 / 記号番号	公費	公費番号 / 受給者番号
要介護	1 2 3 4 5	被保険者との続柄	本人・家族
連携先	ケアマネ / 訪問看護 / 緊急搬送先病院 / その他		

日常生活自立度	寝たきり度　N J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況　N I IIa IIb IIIa IIIb IV M
アレルギー	アレルギー（有【　　】・無）
感染症	HBs(+・−・不明)・HCV(+・−・不明)・その他(　　)
傷病名	
既往歴	家族の状況（独居・同居人あり） キーパーソン（　　）
治療経過	
現在の処方	薬薬（有・無）
備考	

●ターミナルの場合、本人への告知の状況

装置・使用医療情報等
1. 自動腹膜灌流装置
2. 透析液供給装置
3. 酸素療法（　l/min）
4. 吸引器
5. 中心静脈栄養
6. 輸液ポンプ
7. 経管栄養（経鼻・胃瘻・サイズ:　）
8. 留置カテーテル（サイズ:　）
9. 人工呼吸器（機器式・侵襲式）（サイズ:　）
10. 気管カニューレ（サイズ:　）
11. Fレーン（部位:　）
12. 人工肛門
13. 人工膀胱
14. その他

バックベッド受け入れ手順書



病診連携で支援するバッグベッド確保やレスパイト入院

受け入れ手順

目的

宗像医師会病院は在宅医療を包括的、継続的にできることを支援していくためバッグベッド（緊急一次入院ベッド）の確保やレスパイト（家族等介護者の休息入院ベッド）入院受け入れを確保し、在宅医療を支援しています。最期の時まで自宅でと希望されている方でも患者さんが希望した場所で、安心して療養ができるように病院としても受け入れ態勢を整えています。患者さんや家族の要望に答え、在宅診療に携わる医師や訪問看護師等との連携をタイムリーにとれる仕組みです。

対象者

在宅療養中の方で緊急の入院や家族の介護休息のために入院が必要な患者

バックベッドまたはレスパイト入院の流れ

～在宅医やかかりつけ医、患者さん・ご家族へ～

●在宅療養中の方で入院や受診の必要性が発生すれば在宅医やかかりつけ医の先生方は宗像医師会訪問看護ステーションと相談の上情報提供書をお願いします。

●地域医療連携課は訪問看護ステーションから登録の連絡が入りますので、外来診療録の有無を確認してください。

●地域医療連携課の職員は入院担当医師へ連絡をし、登録患者の報告をお願いします。

●地域医療連携課は訪問看護ステーションが登録の後は診療情報提供書の原本が訪問看護ステーションから届きますので「訪問看護情報共有システム」のファイルへ保管します。（入院後原本を外来診療録に差し替えて、保管いたします。）

●外来診療録のある方は外来診療録へ情報提供書を綴じて保管し、来院に備えます。

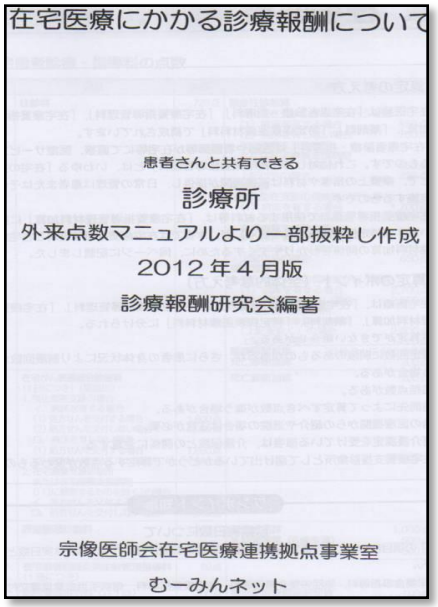
●外来診療録のない方は『訪問看護情報共有システム」へ登録して「訪問看護情報共有登録証」を訪問看護ステーションから発行し、患者さん・ご家族へ手渡し致します。

●訪問看護情報共有登録証（カード）はご家族が保管してください。ご家族はそのカードと被保険者証と一緒に入院または受診の際に医事課受付窓口へご提示下さい。（患者さんの受診には夜間、休日もあり得ますので、当直、宿直で対応いたします。）

●医事課職員がその情報をプリントアウトして外来診療録と一緒に診察の際に提示します。

●医事課職員は訪問看護情報共有登録証（カード）所有者であることを外来診療医師

在宅医療診療報酬



在宅医療にかかる診療報酬について

患者さんと共有できる

診療所

外来点数マニュアルより一部抜粋し作成

2012年４月版

診療報酬研究会編著

宗像医師会在宅医療連携拠点事業室

むーみんネット

②専門職の技術の向上

●職種別研修

実施日	対象者	テーマ	参加者
7/13	訪問看護師・薬剤師	「スキンケア・褥瘡ケア」	45
8/9	介護職	「看護の視点を生かした高齢者ケア」	81
9/27	介護・看護職員	「慢性腎不全・透析に関する学習会1」	77
10/11	介護支援専門員	「地域包括支援センターの困難事例」	71
11/14	医師	「事例検討会」医師間の連携	27
2/14	訪問看護師	「事例検討会」	35
3/7	介護・看護職員	「慢性腎不全・透析に関する学習会2」	85

●職種が抱える課題に焦点をあてたテーマを設定
●在宅医療を支えるスタッフのスキルアップ
●多数の参加者と継続研修を熱望
●「同じ研修を職場研修でしてほしい」「企画や構成を参考にしたい」
　などの高い評価

③関係機関の連携促進

●多職種合同研修（2 回）

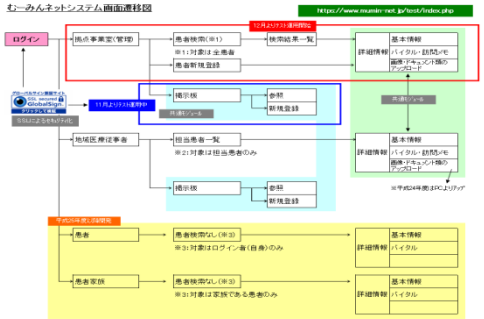
実施日	対象者	テーマ	参加者
12/6	多職種	「介護職との連携」	80
3/12	多職種	「噛む」	105

●グループワークを介して多職種間の顔の見える関係づくり
●多職種間の事例検討は、職種による視点の違いが新たな気づきにつながった

●資源ガイド・在宅支援ネットワークマニュアル作成

●ホームページ開設

●iPadを使ったシステム開発中！



●医療機関・介護事業所の資源ガイドを作成
→CDを関係機関に配布
→マップはホームページにも掲載
→診療機能情報の作成（拠点で管理）
●在宅支援ネットワークマニュアル（薬剤・医療材料供給システム、在宅医連携マニュアル、災害支援情報）を作成

●9月に開設、アクセスの増加
●2月はシンポジウムの効果で「開催行事」「介護事業所マップ」へのアクセス増加
●新規登録の依頼

月	9	10	11	12	1	2	3	計
アクセス数	867	1.083	1.457	1.394	1.416	2.040	1.508	9.765

●在宅医・訪問看護師・ケアマネジャー・薬剤師・病院職員で2月よりシステムを開発し7人を登録、試験運用中

④住民意識の向上

●在宅医療シンポジウム（2回）計550人

●パンフレット

●第１回のテーマ「あなたの家にかえろう」 参加者130人
●第２回のテーマ「“終の棲家” について一緒に考えてみませんか」 参加者420人
　→参加した住民からは「在宅での療養でも、様々な支援がそろっていることがわかった」
　「残された最期を住み慣れた家で過ごすことを考えてみたい」と好評であった
●多くの住民に参加していただくため無料健康測定コーナーを設置
●相談コーナーを設置し、在宅医師・訪問看護師・ケアマネジャー・ソーシャルワーカーが住民相談を実施

●在宅ホスピスを語る会（参加者59人）

●在宅看取りをされた方の体験談
●在宅療養を選択したきっかけ
　苦労したこと看取り後の思い
　などの話
●質疑応答が盛んに行なわれ、
　住民の意識の高さを認識
●ピアノ演奏・プチケーキ・
　花で和やかな雰囲気を演出

●老人クラブの会合に参加（6回）計300人

●地域包括支援センターの
　依頼で事業開始
●「在宅医療」という選択肢
　を説明
●住民の意識が高いことを
　実感

⑤災害対策支援

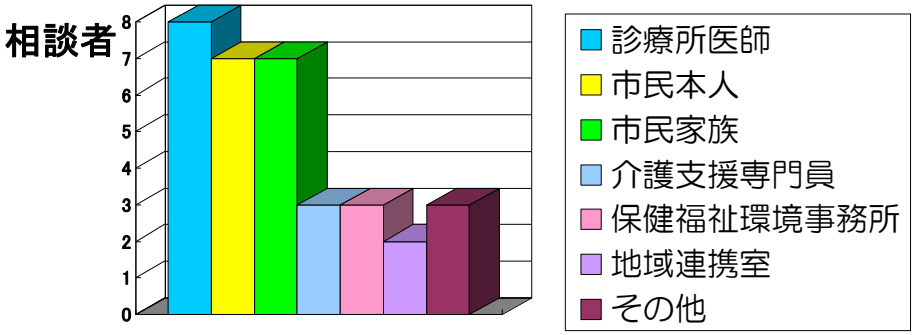
11月29日（第1回　参加者　52人）医療依存度の高い方への支援
12月13日（第2回　参加者　48人）行政・消防署の取り組み
1月25日（第3回　参加者　32人）難病の方への支援（保健福祉環境事務所共催）

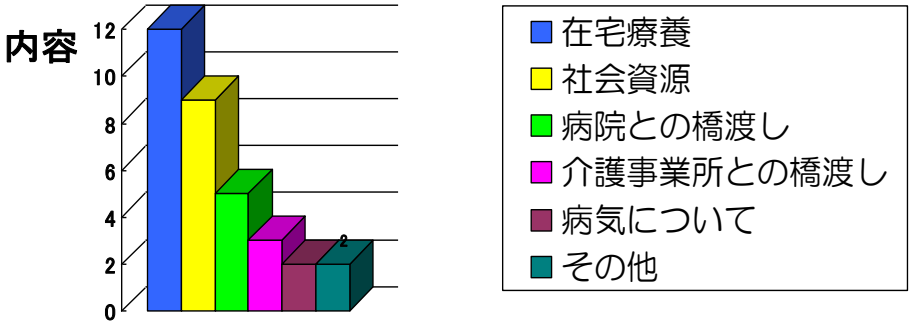
●報告会の前に、介護支援専門員・地域包括支援センター に災害時要援護者把握のためのアンケート実施
→それぞれの取り組みについて情報共有の要望が多く、報告会を開催
●報告会後に災害時必要備品を検討し配置

⑥相談支援体制の構築

6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
1	3	6	1	5	3	5	5	5	5	３９

相談風景





【拠点活動の成果】

①一事業所では実施困難な多職種連携について拠点がリーダーシップをとり、コーディネートできた
②在宅医療支援ネットワークマニュアルの活用により多職種24時間連携体制が始動
③地域の小さな活動から大規模なシンポジウムまでを企画・実施し、「在宅医療」という選択肢について住民へ普及啓発できた
④資源ガイドの配布、ホームページの開設、ＩＴを利用した情報共有は、在宅医療・多職種連携の推進に効果を発揮
⑤災害対策については、初めての試みであったが行政・企業・医療・介護の職種を越えとても学びの多い研修となった

●１年間の活動で、多くの方に「むーみんネット」の名前を知ってもらうことができた
●地域住民・支援スタッフがもともと持っている大きな「むなかた力」という基盤が「むーみんネット」事業のエネルギー源となった
●病気をもちつつも住み慣れたこの「むなかた」の地で過ごせる在宅のシステムを、地域住民・支援スタッフとともにさらに発展させていきたい

【今後の展望】

①事業の継続と拡充
（点を線に→線を面に）
さらなる多職種連携のコーディネート
②24時間在宅医療を支えるシステムの構築
・在宅医療を担う医師の増加
・マニュアル周知とさらなる活用
・ITを利用した情報共有システム本格稼働へ
③相談支援体制の充実と在宅医療現場へのアウトリーチ
④民生委員・ボランティア団体等、地域活動との連携を構築
⑤行政機関との連携および役割分担
⑥住民啓発の継続
⑦災害対策支援の継続
⑧地域リーダー研修への協力