

在宅医療連携拠点事業成果報告

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

佐世保市における在宅医療の課題は、大きく以下の4点である。

- ・在宅医療を担う医療機関が少ない
- ・在宅医療を担う医師が疲弊
- ・在宅医療を担う医師の増加が見込めない
- ・在宅医療を支えるための情報連携の仕組みがほとんど整備されていない

特に在宅医療を中心的に担う在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院が少ない状況は、下表からも明らかである。

本市は、長崎市や県央地域と比較した場合、支援診、支援病の届出機関数が少ない。

	強化型(単独) 支援診①		強化型(連携) 支援診②		従来型 支援診③		強化型(単独) 支援病①		強化型(連携) 支援病②		従来型 支援病③	
	6月	12月	6月	12月	6月	12月	6月	12月	6月	12月	6月	12月
佐賀保市	0	0	7	8	41	32	0	0	1	2	2	2
佐々町	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0
平戸市	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
松浦市	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
長崎市	1	1	27	28	141	128	1	1	2	2	6	3
時津町	0	0	1	1	8	7	0	0	0	0	1	1
西海市	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	1	1
西海市	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
渡辺長町	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
川棚町	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
東彼杵町	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
大村市	0	0	17	17	27	16	0	0	1	1	1	1
諫早市	0	0	10	10	45	43	0	0	0	0	0	0
島原市	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
雲仙市	0	0	0	0	9	9	0	0	0	0	0	0
南島原市	0	0	0	0	8	8	0	0	0	0	2	2
五島市	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0
香椎市	0	0	0	5	2	2	0	0	0	4	0	0

＜図-1:長崎県内の在支診・在支病届出状況＞

上記課題があるため、今後ますます高まってくるニーズに対応できなくなる可能性がある。



＜図-2：佐世保市の概要＞

拠点事業者名: 社団法人佐世保市医師会

そこで、当会では、在宅医療を担っている医師を効率的な在宅医療体制を構築することにより支援を行い、疲弊感を解消する事および在宅医療を担う医師を1人でも多く増やしていく事という二つの方針を立てた。具体的には、強化型在宅療養支援診療所(連携型)を普及させていくためにモデルケースを支援し、それを市内各地域に広げていく事とした。

2 拠点事業の立ち上げについて

在宅に関わる多職種という観点で医師（診療所、二次救急輪番病院、地域医療支援病院）、看護師（訪問看護ステーション、診療所）、介護支援専門員連絡協議会、訪問介護事業所連絡協議会、訪問看護ステーション連絡協議会、行政に対し、働きかけを行い、連携の枠組み構築を目指した。

特に行政に関しては、県、市ともに医療を所掌する部門（医療政策課、保健所）と介護を所掌する部門（長寿社会課（地域包括支援センターを含む））に対して、協議会への参画を要請した。佐世保市については、本事業に関わらず、日頃より当会と連携しながら、施策を進めており、定期的なミーティングを開催しているため、参画に対する特段の障壁は無かったものの、本市の在宅医療提供体制についての将来像について検討中であったため、試行錯誤を重ねながら事業の推進を行った。

	所属	職名		所属	職名
1	田中医院	院長	13	白十字会訪問看護ステーション	所長
2	〃	事務長	14	介護支援専門員連絡協議会	会長
3	音響クリニック	院長	15	訪問介護事業所連絡協議会	代表
4	むかい医院	院長	16	長崎県訪問看護ステーション連絡協議会県北ブロック	ブロック長
5	フジ内科胃腸科医院	院長	17	長崎県医療政策課	主任技師
6	加瀬クリニック	院長	18	長崎県青壮社会課	係長
7	金子内科医院	院長	19	佐世保市保健所	所長
8	千住博内科	院長	20	佐世保市長寿社会課	課長
9	佐世保中央病院	副院長	21	佐世保市医療政策課	課長
10	〃	在宅責任医師	22	佐世保市医師会	会長
11	二次救急輪番病院	代表幹事	23	佐世保市医師会	副会長
12	千住訪問看護ステーション	所長			

＜図-3:協議会メンバー＞

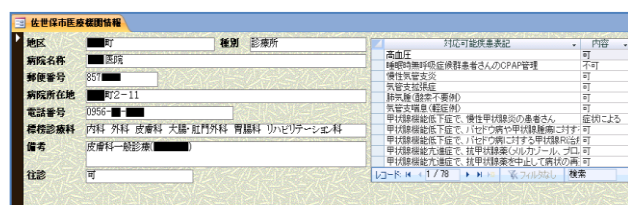
3 拠点事業での取り組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

佐世保市内の医療・介護福祉資源の把握は以下の手順で実施した。

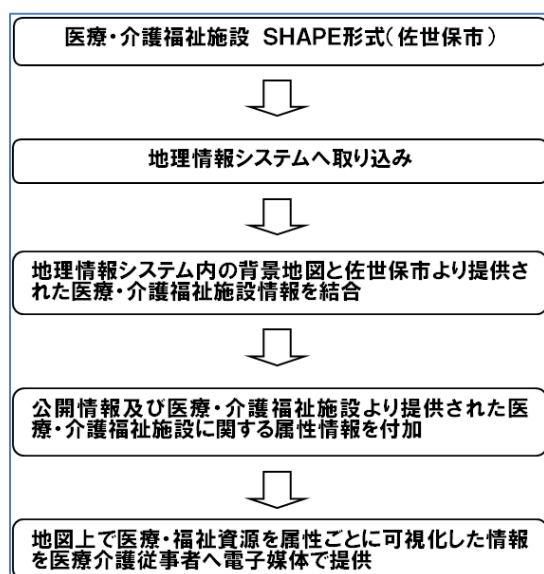
まず、佐世保市に対して、医療介護福祉施設の基礎情報および SHAPE ファイル(図形情報と属性情報をもった地図データファイル)の提供申請を行った。申請にあたっては、医療政策課、長寿社会課、情報政策課と、必要とする情報、利用目的、利用範囲、利用の仕方等について数回にわたり、事前協議を行った上で申請し、データを受領した。

佐世保市より提供されたデータに各機関より提供された詳細情報を付加した上で、DB の構築を行い、簡易検索が行える仕組みを構築した。



＜図-4:医療介護福祉施設情報検索画面イメージ＞

また、医療介護福祉施設情報を専用のソフトウェア(地理情報システム)を用いて地図上に異なる複数のデータを位置情報をキーにして重ね合わせ可視化した。以下は、データ生成と提供の手順である。

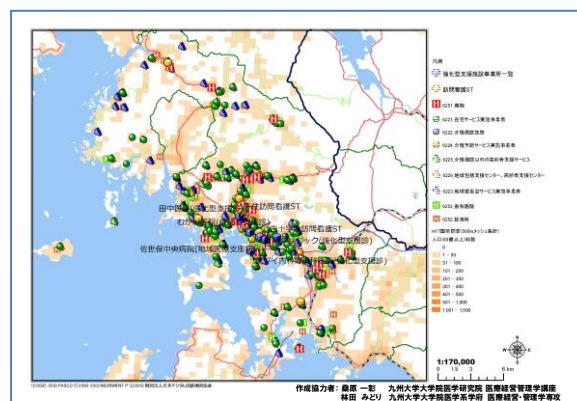


＜図-5:GIS を用いた資源マップ作成手順＞

医療介護福祉施設情報を可視化するにあたり、佐世保市内における人口分布と医療介護福祉施設の

情報を重ね合わせて表示させる事で本市においては、医療介護福祉施設が偏在している事を視覚的に表現することができた。

以下が、今回作成した地域資源マップである。なお、今回、地理情報システムの作成にあたっては、専門的な知識を要する事から有識者に協力をいただいた。



＜図-6:佐世保市医療介護資源マップ＞

作成した佐世保市医療介護福祉施設情報 DB および医療介護資源マップは、協議会において紹介し、実際に在宅医療を行っている医師等に利用してもらったところ、このような情報は非常に有用であるという評価であった。一方で、今後、これらの情報を定期的にメンテナンスしていくことが重要であるという意見があった。また、医療機関側と介護機関側では、必要とする情報が異なる場合もあるので、それらを加味した上で今後のメンテナンスを行っていきたいと考える。

(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。)

これまで佐世保市においては、単一職種が在宅について任意で協議を行う場はあったものの、多職種が一堂に会して協議を行う場が無かった。

本事業において、当会が関係各所に働きかけを行い、「佐世保市在宅医療連携協議会」を設立した。協議会のメンバーは、「図-3:協議会メンバー」を参照いただきたい。

本協議会は、在宅医療における現状の課題を多職種より挙げてもらい、その解決の方向性について協議を行うことおよび長崎県内の他市と比較して在宅医療を行う医療機関が少ない現状をどのようにして増やし

ていくかについて協議を行った。

以下は、本協議会において挙げられた課題とその対応の方向性をまとめたものである。対応の方向性については、今年度実施した事と次年度に向けた方向性を記載している。

分類	課題	対応の方向性
協議の場の設定	➢ 地域の中の連携がうまくいっていない ➢ 多様な医師との連絡がとりづらくて連携が難しい。 ➢ 顔なじみをして、顔が見えるような医療を構築しないと、恐らく在宅をやろうという医師は増えない。 ➢ 在宅に関わる関係職種が定期的に会する機会を継続することが必要。 ➢ 5年先、10年先を見据えて、一つずつ課題を解決し、進めていくことが必要。 ➢ モデルケースをより深めて、地域全体に仕組みを広げていく必要があると思うが、25年度以降の展開も検討する必要がある。	次年度以降も継続的に協議会を実施。 次年度は、薬剤師会や歯科医師会等にも声かけを行う。
情報共有	➢ 医師や看護師等が扱う医療情報と介護者が扱う生活支援情報は性質が異なるので、その間を取り持つ通訳機能が必要。 ➢ 患者や家族が複数の医療者、介護者に見守られているという実感を抱くことができれば情報共有のあり方が必要 ➢ 情報が非常に分散してしまっていて、共通のアプローチができない。 ➢ 少しずつ試していく在宅患者について、その変化を早期に見つけることも重要である。現状は、完全に病気が悪くなった状態で、病院に連れていかざるを得ない状況が多々あるので、その前に手を打つ仕組みが必要である。 ➢ 最終形を見据えた共有の仕組みの検討が必要。	職種に応じて必要となる情報が異なる事を加味したシステム構築。 本年度の試行を踏まえた情報共有システムの必要性を検討。 本稿運用を行う場合は、維持費用や運営主体等について検討を行う必要有。

＜図-7:課題と対応の方向性①＞

分類	課題	対応の方向性
地域資源の把握	➢ 医療機関や事業所の特徴や空き状況、いわゆる地域資源全般についての把握が難しい。 ➢ 皮膚科、耳鼻科、眼科等の医師で往診してくれる方が誰なのかが全くわからない。そのような意味でも医療介護資源マップは重要。 ➢ 連携して診療を行っている事も資源マップに示す事が必要。 ➢ それぞれの職種の専門性や限界を理解していない。	医療介護資源マップの作成と定期的なメンテナンス
多職種連携	➢ 医療側の生活への理解不足、介護側の医療に対する知識の不足。 ➢ 在宅医療事業であるが、実際には、介護も関係するので、地域包括支援センター等との連携も必要。 ➢ 退院前カンファレンスを行い、方針について関係職種が共有する事が重要であるが、その為の時間がとれない。 ➢ 退院前カンファレンスを充実させるためには、時間調整の他に担当のケアマネやMSWが関係すると思われる職種に声かけを行う事が重要。 ➢ 退院前カンファレンスを全て時間外にボランティアでやるという事は長続きしない。限られた時間内で効率よく実施する為には、あらかじめ関係者で情報を取得した上で、例えば、昼休み等を利用してできる限り時間内に行う事が望ましい。 ➢ 看護系資力や薬剤師もチームの一員として訪問する仕組みが必要。 ➢ 多職種間での役割分担が不明確である。 ➢ 関係する職種の連携が不足しているため、病院から在宅へスムーズに移行できない。 ➢ 入院の早期から退院調整や、退院前カンファレンスの開催が不十分である。 ➢ 方針決定プロセスが不透明である ➢ 臨床倫理、終末期における抗がん剤や胃ろう造設の適用等についての考え方が統一されていない。	地域包括支援センターとの連携 協議会とは別に多職種による意見交換会や勉強会を開催 多職種による退院前カンファレンスを可能な限り実施

＜図-8:課題と対応の方向性②＞

分類	課題	対応の方向性
在宅支援体制	➢ 医療依存度の高い患者の受け入れ体制ができない。 ➢ 緊急入院先(バックアップ)の確保が容易でない。 ➢ 地域での区分けだけでなく、オールタイプで患者を診るような区分分け(整形外科、外科、内科、耳鼻科、眼科とほぼ全ての診療科が揃うような区分け)が必要。 ➢ 24時間365日対応という言葉が、精神的に医師や看護師の負担感を増幅させている。 ➢ 病院から在宅に移行した患者については、その後のフォローとして何かあった場合の受け入れを行って欲しい。その流れが出来ないと在宅医療は持続できない。普及も進めない。 ➢ 訪問看護Sの数の長崎市と比較すると少ないが、1事業所あたりの人数も少なく、一方で在宅患者は増加しているため、マンパワーが不足している。	二次救急病院を中心に協力病院を増やすなど、在宅医療の支援体制を構築していく。 強化型支援診療(連携型)についてアンケートで興味がある、実施意向ありと回答した医療機関に対して、二次救急病院がバックアップを行う事を前提にアプローチし、働きかけを行う。
患者・家族	➢ 看取りというのは、自宅で死亡確認をするという事でだけではない。在宅看取りは、家庭の事情があるため、すごく難しい。 ➢ 介護の潜在能力がどれくらいあるかで、最期まで看取れるか途中までしかやれないかが変わってくる。 ➢ 本人や家族の意向で死に確認は病院でという事もよくあるのでも、その際に元の病院はそれを絶対に拒むべきではない。 ➢ 独居高齢者や認知症が増加しており、疾病や介護だけでなく、その対応に苦慮(介護力の不足) ➢ 家族も慮れる事があって、在宅で看る事を長く続ける為には、ショートステイや短期入院等の受け入れ先を確保しておくことが必要。	
市民	➢ 本人、家族側の介護サービスについての理解不足 ➢ 市民への啓発不足。	市民公開講座の開催 周知用リーフレット等の作成

＜図-9:課題と対応の方向性③＞

また、協議会において、在宅医療を行うための必須条件として、バックベッドの確保が必須であるという意見が大勢を占め、また、在宅医療に対して「興味がある」、あるいは、「実施意向がある」医療機関がどの程度なのかについて実態調査を行う必要があるという意

見が出たため、医師会員および二次救急輪番病院を対象に「在宅医療に関するアンケート調査」を行った。以下がその結果である。

在宅医療に関するアンケート調査結果①

在宅医療に関するアンケート調査を佐世保市内の医療機関に対して実施した。
207医療機関に対してアンケート用紙を配布し、170医療機関より回答があり、回答率は82.1%であった。

そのうち、約1/3の医療機関が訪問診療、往診を行っている。

在宅医療の実施状況
※①と②の重複有

①訪問診療を行っている	56
②往診を行っている	54
③いずれも行っていない	90

在宅医療に関するアンケート調査結果②

訪問診療対応を行っている診療科は、内科、外科が多くなっており、その他の診療科は一桁と非常に少ない。

本市における訪問診療は、8割弱が居住系施設の患者である。

訪問診療について				
訪問診療対応の診療科目(数字は施設数)				
内科	54	2	産婦人科	1
外科	11	1	神経科	1
整形外科	3	2	リハビリテーション科	5
眼科	1	0	その他	4
訪問診療対象患者数	1,628人			
訪問診療対象患者人数の内訳				
	人数	施設数×重複有		
①自宅	314	48		
②居住系施設以外	31	3		
③居住系施設	1,283	38		

在宅医療に関するアンケート調査結果③

本市は、強化型在宅療養支援診療所(病院)の届出を行っている医療機関は、本県の他地域と比較して少ないが、「興味がある」、「実施意向がある」と回答した医療機関が約40機関あった。

在宅療養支援診療所(病院)の届出を行っていますか
はい 32 いいえ 25

強化型在宅療養支援診療所(病院)の届出を行っていますか
はい(単独型) 3 はい(連携型) 8 いいえ 46

この制度(強化型)を知っていましたか
知っていた 61 知らなかった 87

この制度(強化型)に興味がありますか
興味がある 37 興味がない 109 <その他>

この制度(強化型)を将来実施する意向がありますか
実施意向がある 12 実施意向がない 131
・意向がないというより困難。
・バックアップ機能としての協力。
・検討したい。

医師会等によるサポートがあれば、近隣医療機関や関係機関と連携して、強化型在宅療養支援診療所(病院)の取組みを行う意向がありますか
意向がある 18 意向がない 31

何らかのサポート(医師会や行政など)があれば、強化型在宅療養支援診療所(病院)等をはじめとする在宅医療のすそ野が広がると感じますか
思う 43 思わない 7

在宅医療に関するアンケート調査結果④

在宅医療を行う常勤医師3名以上で連携体制や24時間対応可能な体制、訪問看護ステーション等との連携体制を自ら構築することが可能ですか

可能	9	不可能	36
----	---	-----	----

上記体制を構築する上で阻害要因と考えられること(自由記載)

- ・医師の確保が困難
- ・昼間は時間がとれない
- ・現行の施設基準では中心になる医療機関がないと強化型にはならない。
- ・県北地域での医療機関の数や医療形態、在宅医療への取組体制などでは長崎在宅Drネット(例えば)の様に密な強化型連携は困難。
- ・体制を整える事ができない。
- ・体力に不安がある。
- ・連携体制をとっていても、実質的には個人での医療(在宅医療)であり、責任は主治医にある。
- ・患者との間に信頼関係がしっかりしている事が前提で、後方支援病院の受入れが整えば可能。
- ・連携体制が無理なく公平に不満なく継続できるのか?
- ・毎月、皆で集まり話し合う時間の確保が難しい。
- ・医師会にコーディネートして頂けたらありがたい。
- ・24時間対応の難しさと、困った時のみ(こちらの都合)依頼する心苦しさ。
- ・医師同志などの人間関係でとても難しいと思う。
- ・常勤医師の不在、夜間対応への対策と整備。

在宅医療に関するアンケート調査結果⑤

在宅医療未実施の理由についてお答えください(複数回答可)

時間的余裕がない	57	医師同士の連携が困難	8
マンパワーの確保ができない	57	多職種間の連携が困難	5
夜間対応などができない	51	その他	24
コスト的に合わない	11		

《その他》

- ・高齢、身体不調の為。
- ・診療科の特長上そぐわない(小児科)。
- ・検討は考えたことがない。
- ・週1〜2回の耳鼻科夜間当番、毎月1回の休日当番の為、すでに疲れ切っており行うつもりはない。
- ・かかりつけの患者さんは時間外でもかなり診療しており在宅医療は不可能。
- ・医師一人では入院ならまだしも在宅等は無理である、外来だけでも多忙である。
- ・現在、訪問診療や往診を必要とする患者がいらない、必要時は往診を行っても構わない。
- ・ほとんど必要ない、器械がないと診療できない。
- ・手術と内視鏡検査など急性期診療中心であり、院内体制を在宅向けに構築することが困難。
- ・患者の身勝手でない振る舞いに、がん・緩和ケアなどを頑張ろうと思っていた気持ちが失せた。
- ・18時まで外来診療、その後心臓カテーテル、ペースメーカー手術を施行しているため、時間的に不可能。

在宅医療に関するアンケート調査結果⑥ 在宅医療における多職種連携について

在宅医療を実施している医療機関で、多職種との連携を行っていますか

連携している	35	連携したことがある	14	連携したことがない	25
--------	----	-----------	----	-----------	----

連携した職種(複数回答可)

保健師	10	薬剤師	12
訪問看護師	39	介護福祉士	9
介護支援専門員(ケアマネ)	31	訪問介護員(ヘルパー)	29
理学療法士	19	社会福祉士	11
作業療法士	5	その他	0
言語聴覚士	4		

「連携している」「連携したことがある」と答えられた医療機関で、ケアマネージャーが調整されたサービス担当者会議へ参加していますか

積極的に参加している	7	参加したいが参加できない	6
都合がつけば参加している	13	参加していない	24

《その他》 ・声がかからない

在宅医療に関するアンケート調査結果⑦ 二次救急病院向けアンケート

★在宅療養患者の容態が急変した場合等における受入れ体制

24時間受入れ可	9	《その他》
平日の診療時間内のみ受入れ可	1	・診療科によって受入れ可
二次救急当番日のみ受入れ可(夜間も含む)	1	・夜間は当院医師当直の場合のみ又夜間については入院数制限あり。
受入れ意向無し	0	

★介護施設等入所者の容態が悪化した場合等における受入れ体制

24時間受入れ可	9
平日の診療時間内のみ受入れ可	1
二次救急当番日のみ受入れ可(夜間も含む)	1
受入れ意向無し	0

《その他》

- ・夜間は当院医師当直の場合のみ受入れ可。ただし、夜間については入院数制限あり。
- ・市内全体での調整が必要。
- ・診療科によって受入れ可。

★夜間の入院患者受入れについて、貴院の現状に近いものをお答えください

積極的に受入れている	7	《補足》・診療科によっては制限有り。
患者数を制限している	3	

《補足》

- ・看護婦不足、当直医の確保が困難。
- ・二次救急当番日のみ受入れているが医師の年齢が58歳〜61歳と高齢であるため。

アンケート結果より、以下の事が分かった。

- ✓ 強化型の在支診(連携型)に「興味がある」、「実施意向がある」という回答が約 40 機関あった。
- ✓ 二次救急輪番病院向けのアンケート結果より、在宅患者が急変した際の受け入れ意向は、条件付きもあるが、11 病院全てが受け入れに前向きであった。
- ✓ 本市における訪問診療は、8 割弱が居住系施設の患者である。

これらの事より、各医療機関が在支診(連携型)の体制を構築する事は容易ではない事が推測されるが、医師会と二次救急輪番病院が連携して支援を行う事で在宅医療のすそ野が広がると考えられる。

(3) 研修の実施

本年度は、都道府県リーダ研修に参加した医師が、在宅医療に従事している医師(興味がある医師を含む)、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、訪問介護事業所、事務員に対し、「多職種連携による在宅医療」という事をテーマに平成 24 年 10 月 29 日に研修を行った。

また、その際に、機能強化型在宅療養支援診療所(病院)に関する仕組み、施設基準、診療報酬による評価等についても合わせて講義を行い、在宅医療に対する理解を深めた。

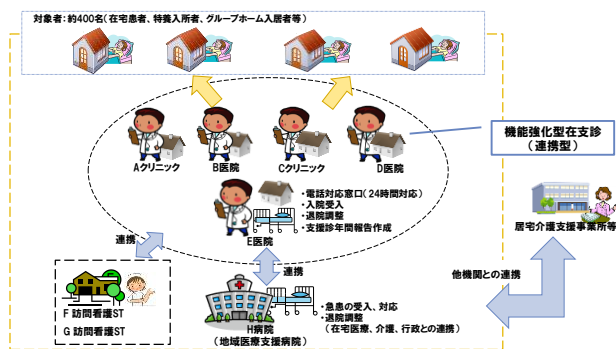
参加した医師等からは、「機能強化型在宅療養支援診療所(病院)の仕組みを理解することが出来たので、自院および地域の診療所や病院と連携し、取り組みを行ってみたい」等の前向きな発言があった。

当会の取り組みは、在宅医療を実施していない医療機関に対し、在宅医療の必要性と支援体制を示し、1 人でも多くの医師が在宅医療に関わり、在宅医療のすそ野を広げていくことにある。今年度は、そのきっかけ作りとなるような勉強会に留まったので、次年度以降は、現場レベルでの情報交換会やスキルアップに資するような研修会等を企画していく必要があると考える。

(4) 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築

本市においては、今後、単独で在宅医療を実施する医師数の増加は、見込めないことから、本年度の診療報酬において新設された機能強化型在宅支援診療所、病院(連携型)の成功モデルを作り、それを市内の各地域に普及させていく方針にて事業を進めた。

本事業における24時間365日の在宅医療・介護提供体制は、以下の機能強化型在宅支援診療所(連携型)をモデルケースとし、当会が支援を行い、情報共有システムの試行、拠点のあり方、在宅領域における多職種連携のあり方について協議会の場で検討を行った。



＜図-10： 24時間365日在宅医療・介護提供体制＞

本体制構築に参加した機関は、5診療所(内1診療所有床、4診療所は無床)、2訪問看護ステーション、1地域医療支援病院(312床)である。本ケースで対象となった在宅療養者は、約400名である。通常は、診療所と訪問看護ステーションで在宅療養者の診療・ケアを行い、患者の状態が悪化した場合には、必ず、当該地域医療支援病院が受け入れを行うという仕組みの構築を行った。

(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

前述した24時間365日体制にて、拠点の看護師、MSWが中心となり、地域包括支援センターや対象患者に関わるケアマネジャーに対する連携・支援を行った。

具体的には、本市の中央地域包括支援センター、東部地域包括支援センターと連携を行い、退院調整

や自宅への同行訪問等を実施した。特にMSWは、身寄りがいない場合、虐待の疑いがある場合、生活保護者の場合、介護保険の申請が必要となる場合等ケースに応じて、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護事業所等と連携・支援を行った。

また、患者が退院する際には、多職種によるカンファレンスに参加し、在宅において療養する際に必要となる情報共有や診療、ケアの方針について診療所の医師や訪問看護師と確認を行った。診療所の医師からは、このように退院前カンファレンスが実施できた患者は、そうでない患者に比べると情報共有が行われているので、在宅への移行もスムーズであるという意見があった。

本市においては、平成25年度より地域包括支援センターが現在の4ヶ所が廃止され、新たに9ヶ所設置され、業務が民間に委託される事となっている。このような事情(次年度より体制が変わるという事情)があったため、市と協議を行い、本事業を推進していく上で、必要となる連携・支援のみを行った。次年度からは、新たに民間委託された地域包括支援センターと市内の各地域で取り組みが行われるであろう機能強化型在宅療養支援診療所、病院(連携型)がそれぞれの地域で連携が促進されるよう当会が仲介を行う予定である。

(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)

本事業においては、在宅における患者情報を多職種にて共有するために「佐世保在宅療養支援システム」の構築を行った。この仕組みと既存の地域医療連携ネットワークの仕組みを活用し、病院-診療所、診療所-訪問看護ステーション-居宅介護支援事業所等で以下の目的で情報共有システムの構築を行った。

まず、情報共有の必要性について協議会において議論を行った。以下がその概要である。

- ✓ 一人の療養者を複数の連携機関でみる必要がある
- ✓ しかしながら、医療者と看護師と介護者では必要としている情報が異なるため、電子カル

- ✓ また、関係者が頻繁に時間を合わせて都度情報共有を行うことは非効率

- ✓ 多職種(特に医療と介護が情報共有を行う場合)で情報共有を行う場合は、医療情報と生活支援情報を翻訳する機能が必要

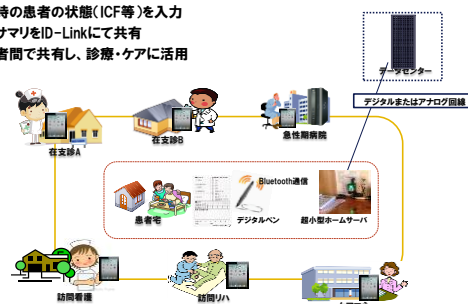
[illegible]

具体的には、在宅療養者に関係する、診療所、訪問看護ステーション、ケアプランセンター(ケアマネジャー)、病院など様々な施設の多職種が iPad や PC にて入力・閲覧を行うことで患者(利用者)の病態変化や生活不活発病を早期に発見し、早期に入院加療、ケア、リハビリ導入等へ結びつけ、患者が安心して在宅療養を送ることができる仕組みの構築を行った。

共有する情報および共有方法

構築した佐世保在宅療養支援システムの概要は、
下図の通りである。

- ✓患者あるいは家族が自身の状態を入力
- ✓訪問時の患者の状態(ICF等)を入力
- ✓事前サマリをID-Linkにて共有
- ✓関係者間で共有し、診療・ケアに活用



平成24年12月から9名の在宅療養者の情報をシステムを用いて共有した。システムを利用したユーザは、13施設(1病院、7診療所、4訪問看護ステーション、1ケアプランセンター)である。

デジタルペンを利用した情報共有は末期のがん患者2名に対して実施し、その他の7名については、訪問時の患者状態(ICF、褥瘡の状態等)について共有を行った。

システム利用後の評価は以下の通りである。

情報共有システム利用後の評価

システムの機能別評価

がんの痛み日記(末期がん患者2名で運用)

→ 患者、医療者共に概ね良好な評価。

→ 記載項目の見直しが必要。

→ 代行入力をする際は、2画面必要。

R4(2ヶ月しか使用していないため、評価不能)

→ 医療必要度が高い患者には不適。

評価は月に1回程度とし、長期間経時的に観察しないと違いが分からない。

術後の評価

→ 患部の写真を医師と共有できるため、有用。画像が鮮明で画面が大きく良い。

操作性

→ 二重入力になる場合もあり、入力負荷が大きい。

i-Phoneやスマホに慣れている人には問題なし。

診療所のパソコンでの入力・参照は便利。

入力項目

→ 認知症患者の場合、今回の情報項目では入力する意味がない。

バイタルの入力ができなかった。

テキスト入力する欄を広くして欲しい

<図-14: 情報共有システム利用後の評価>

システムを用いて情報を共有する事については、概ね好評価であった。特に、「がんの痛み日記」という今回のシステムの一部の機能については、患者・家族が記載した情報を地域医療支援病院の Dr. 秘書がデジタルデータとして入力し直し、時系列にグラフ化された情報を関係職種が参照するという運用を行ったところ、高評価であった。

しかしながら、それ以外の機能については、医師や看護師の二重入力による負荷をいかに軽減させるかが課題として残った。二重入力に関する課題を解決する為には、電子カルテ等に記載された情報が本システムに連動される事が望ましいが、頻度や情報量、連動に係るコストを考慮すると代行入力を行う方が現実的であるという意見が多かった。

(7) 地域住民への普及・啓発

地域住民への普及・啓発として平成 25 年 2 月 14 日にアルカス SASEBO 大ホールにて、実施したところ 621 名の参加があった。今年度は、不特定多数の市民に対して実施するよりも、まずは、地域の実情を良く理解しており、住民と普段より関わりがある方々を対象とした方が、より効果が高いと考え、今年度は、民生委員・児童委員を対象に「在宅医療の現状と課題」というテーマで高齢者を取り巻く現状や課題、当会が取り組みを始めた在宅医療連携拠点事業について当会の副会長が講演を行った。参加者からは、今後は、自身が担当する地域においても実施して欲しいなどの声が挙がり、盛会裏に終了することができた。次年度

以降も継続的に実施していきたいと考える。

4 特に独創的だと思う取り組み

本事業において独創的であると思う取り組みは、デジタルペンを活用した患者・家族と医療介護従事者による情報共有(末期がんの患者)である。

具体的には、末期がん患者・家族が日々の痛みやレスキューの使用状況等を専用の用紙にデジタルペンで記入し、データを送信するというものである。送信されたデータは、代行入力センターでデジタルデータとして再入力し、日々の痛みをグラフ化し、医師、看護師等で共有するものである。

佐世保在宅医療支援システム(情報共有システム)の概要
画面イメージ(がんの痛み日記)



<図-15: がんの痛み日記イメージ>

システムを利用した患者・家族および医療者からは以下のような感想であった。

<家族>

✓ 毎日、送信したが、本人の役に立っていると実感できて満足であった。

<患者本人>

✓ 医療者から見守られているという安心感が強く、自宅で安心して過ごすことができた。

<医療者>

✓ 日々状態をチェックできることから、疼痛増強に対して、受診を勧めたり、往診のきっかけになった。

✓ 患者、医療者双方が同じ情報を見ながら、状況について話すことができるので、洞察できる部分が多く、不安軽減効果は大きいのではないかと。

✓ 緩和ケアの専門医にコンサルテーションを行う際に有用なツールである。

在宅療養中の末期がん患者に対してデジタルペンを使った情報共有を行った一番の効果は、患者、あるいは家族が情報を発信するということで、お互いに繋がっている事が実感でき、不安感が解消され、さらには、信頼関係がより強固なものになった事である。末期がん患者という精神的にも肉体的にも不安を抱えている患者に対しては、非常に有用であったため、今後も継続的に運用していきたいと考える。

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

これまでは、在宅医療・介護に関し、多職種が集まり協議を行う場が無かった。

本事業を契機に協議会を設立し、顔の見える関係が構築できた事が一番の効果である。さらには、現場の課題を顕在化し、その対応の方向性について関係者間で認識を共有することができた。

また、次年度以降も、行政と医師会がより連携して課題の解決を図っていくことが確認され、地域全体で地域包括ケア体制構築に向けた取り組みを行う機運が高まった事も大きな効果であるとする。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

本事業においては、強化型在宅療養支援診療所（連携型）を一つのモデルケースとして支援を行った。本ケースは、バックアップ病院においても、事前サマリが共有され、状態が悪くなった際の受け入れ体制も構築ができた。また、居宅介護支援事業所等介護関係機関、地域包括支援センターとは、事例ベースでの連携は概ね実施できた。しかしながら、地域包括支援センターについては、平成25年4月から現在の4ヶ所を廃止し、新たに9ヶ所のセンターを設置し、包括的支援事業等を委託するという地域の事情もあったため、積極的な連携は平成25年から実施することとしている。

また、本年度は実施することができなかった協議会とは別に実務者レベルの定期的な勉強会や意見交換会を協議会とは別に開催することが必要であるとする。

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

本市における取り組みは、他の在宅医療連携拠点事業と比較すると進捗的には、やや遅いと思われるが、本年度計画した事は、滞りなく実施でき、また、次年度以降に繋がる礎は築けたと考える。

その要因は、長崎県の支援および佐世保市との良好な関係が既にできており、さらに、今回参加いただいた多職種の関係団体や二次救急輪番病院や地域医療支援病院より協力を得ることができた事であると考える。

今後、在宅医療・介護連携に取り組まれる拠点においては、キーマンとなる団体（行政、医師会、薬剤師会、歯科医師会等）との良好な関係構築を行い、現場レベルでもお互いの顔の見える関係をまずは構築する事が重要であるとする。

8 最後に

本市においては、個々の医療機関が単独で在宅医療を担う体制を構築する事は本市の実情からすると容易ではない事がアンケートからも推測される。

そのため、佐世保市と当会が連携して、二次救急輪番病院に対して、在宅医療のバックアップについて働きかけを行い、対象地域を広げていく必要がある。

さらには、皮膚科、耳鼻科、眼科等の医師が必要時に往診してくれる仕組みや夜間電話対応の共同化、退院前カンファレンスの仕組み等を今後合わせて検討を行い、強化型在宅療養支援診療所、病院（連携型）の体制構築を支援し、在宅医療のすそ野を広げていきたい。