



佐世保市医師会における在宅医療連携拠点事業 ～在宅療養支援診療所の普及に向けた活動報告～

2013年1月20日
北九州ブロック平成24年度在宅医療連携拠点事業所発表大会
@JR博多シティ会議室

佐世保市の概要

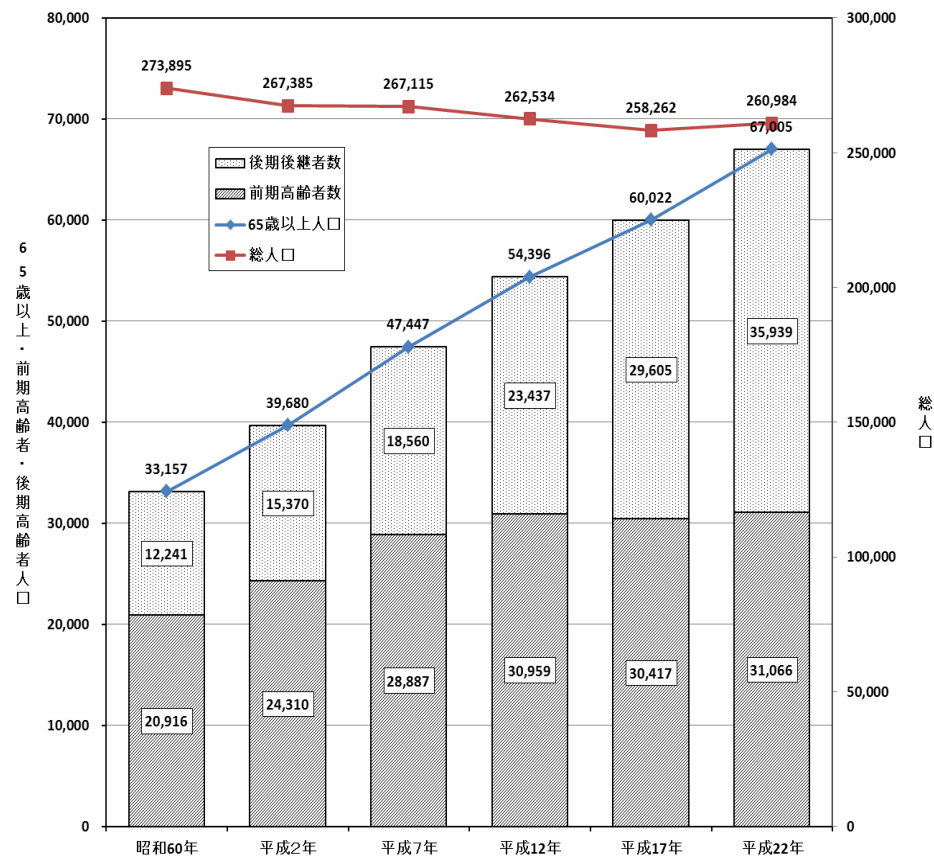
◆佐世保市の人口

人口:258,430人(平成24年12月1日現在)

※長崎県内では長崎市に次いで2番目の人口規模

◆高齢化等の状況

- ・65歳以上の高齢者の人口
66,839人(平成22年)
- ・高齢化率25.1%
- ・高齢者のみの世帯
約24,000世帯
内一人暮らし高齢者11,500人



出典: 佐世保市老人福祉計画・佐世保市介護保険事業計画

- **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**
 - 今後益々高まってくるニーズに対応できなくなる可能性がある
- **在宅医療を担う医師の急激な増加が見込めない**
- **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**

長崎県内の在支診・在支病の施設基準届出状況

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
佐世保市	0	0	7	8	41	32	0	1	0	1	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
長与町	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
波佐見町	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	0
諫早市	0	0	10	10	45	43	0	0	0	0	0	0
島原市	0	0	0	4	4	8	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
壱岐市	0	0	0	5	2	2	0	0	0	4	0	0

本事業における活動内容

本年度事業においては、以下の5項目について取り組みを行っている。

	実施事項	実施事項	作業項目
1	多職種連携の課題に対する解決策の抽出	・地域の在宅医療に関わる多職種(病院関係者、介護従事者等も含む)が一堂に会する場を設定し、年4回の会議を開催。	・協議会を設置 ・年4回開催 ・在宅医療に関するアンケートの実施(医師会員向け)
2	在宅医療従事者の負担軽減の支援	・地域の医療、福祉、保健資源の機能等を把握 ・24時間対応の在宅医療提供体制の構築 ・チーム医療を提供するための情報共有システムの整備 -異なる機関に所属する多職種が適宜、患者に関する情報を共有できる体制を構築する。	・地域の医療福祉資源マップの作成 ・強化型在支診(連携型)のモデルケースを支援 ・情報共有システムの構築・試行運用
3	効率的な医療提供のための多職種連携	・連携拠点に配置された看護師等とMSWが関係機関と連携しながら、様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように働きかけを行う。	・アウトリーチ (他機関との連携/支援)
4	在宅医療に関する地域住民への普及啓発	・在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し、地域に浸透させるための市民公開講座の開催やパンフレットの発行を通して、在宅医療の普及を図る。	・市民公開講座の開催 (平成25年2月14日)
5	在宅医療に従事する人材育成	・都道府県リーダー研修への参加 ・地域リーダー研修を開催(県主催) →在宅医療に関わる人材の育成に積極的に関与。	・都道府県リーダー研修への参加 ・地域リーダー研修の開催

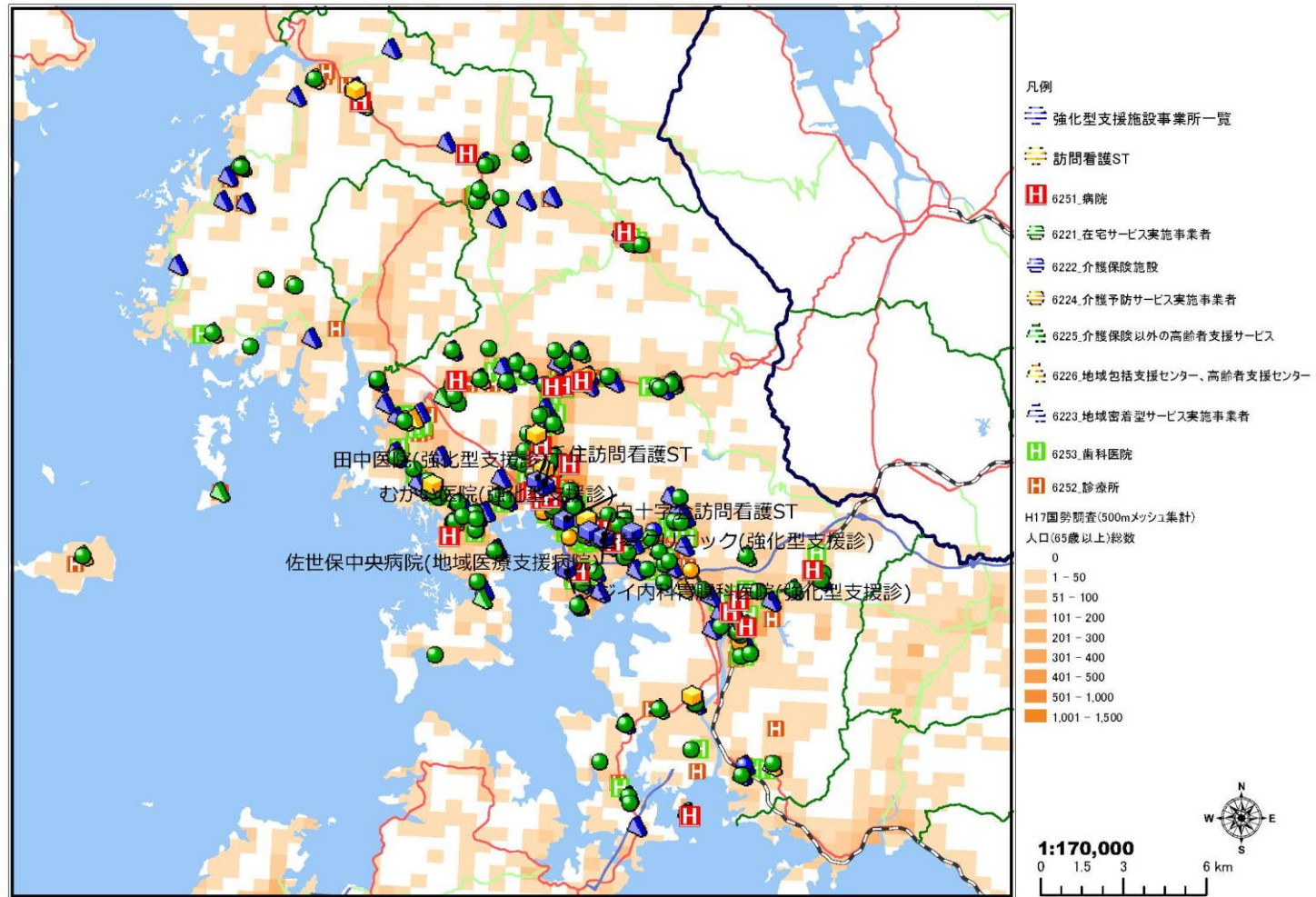
在宅における課題(例)

協議会委員等より挙げられた課題を分類し、今後の対応の方向性について整理を行う

分類	課題	対応の方向性
協議の場の設定	➤ 顔つなぎをして、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。 ➤ 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。	次年度以降も継続的に協議会を実施。
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。 ➤ 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。	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。
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、眼科等の医師の内、誰が往診しているかが不明。	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。 ➤ 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。 ➤ 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。	
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(バックベッド)の確保が容易でない。 ➤ 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長続きしないし、普及も見込めない。	二次救急輪番病院を中心に協力病院を増やし、在宅医療の拠点化を図り、それを医師会、行政が支援する。
家庭環境	➤ 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。 ➤ 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。	
市民	➤ 本人、家族側の在宅医療や介護サービスについての理解不足	市民公開講座の開催

資源マップの作成

GISソフトを活用した資源マップの作成を行った。また、DBを構築し、簡易検索が行える仕組みを暫定的に構築した。



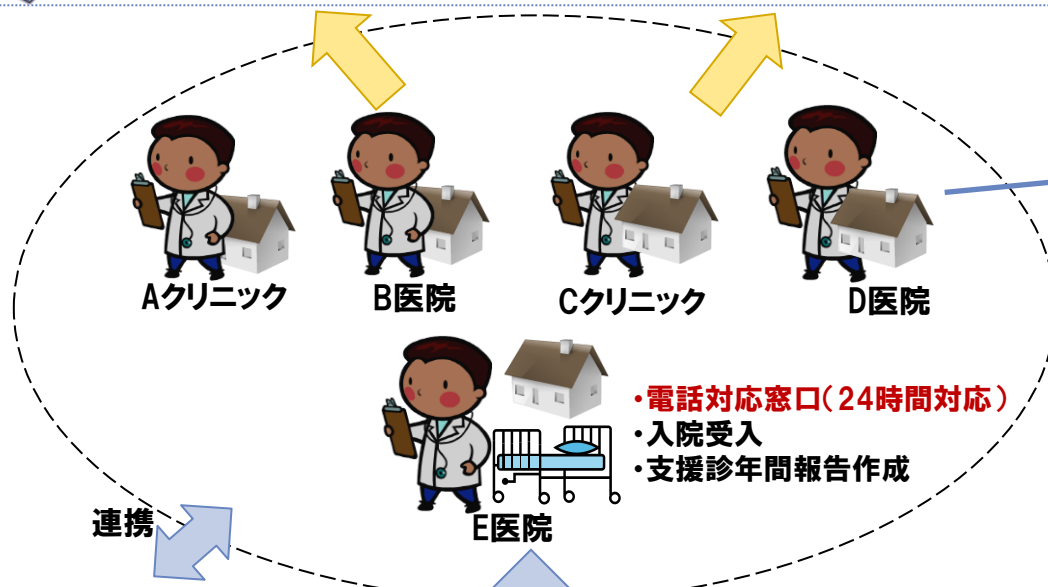
(C)2002-2010 PASCO (C)1990-2010 INCREMENT P (C)2010 財団法人日本デジタル道路地図協会

作成協力者: 桑原 一彰 九州大学大学院医学研究院 医療経営管理学講座
林田 みどり 九州大学大学院医学系学府 医療経営・管理学専攻

機能強化型在支診体制：本モデル事業の場合

- 本事業では、以下の強化型在支診(連携型)をモデルケースとし支援を行い、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検討を行い、在宅医療基盤整備を図っている。

対象者：約400名(在宅患者、特養入所者、グループホーム入居者等)



Aクリニック

B医院

Cクリニック

D医院

E医院

F訪問看護ST

G看護ST

H病院

- ・電話対応窓口(24時間対応)
- ・入院受入
- ・支援診年間報告作成

- ・急患の受入、対応
- ・退院調整
- (在宅医療、介護、行政との連携)

機能強化型在支診
(連携型)



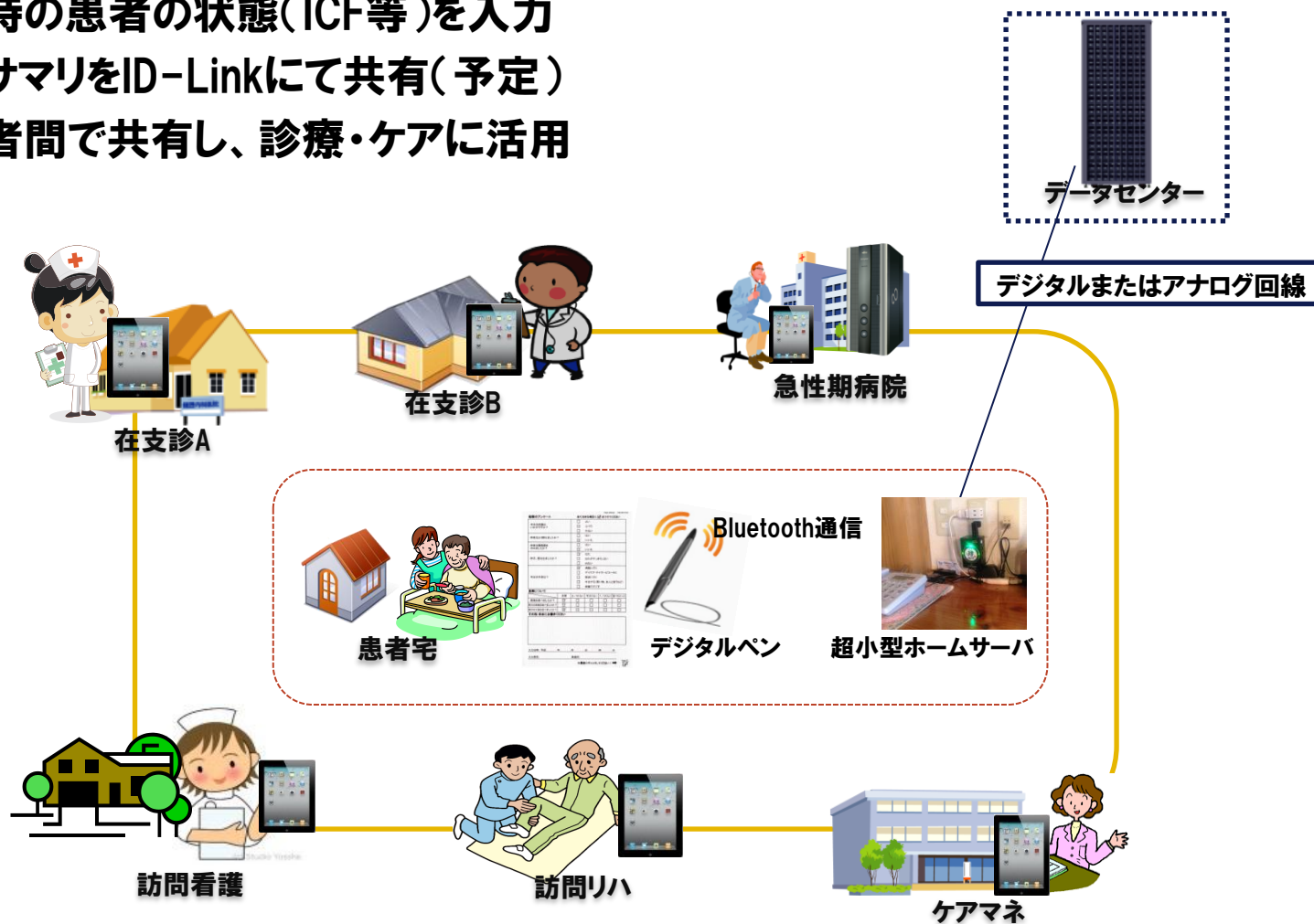
地域包括支援センター

他機関の支援
(アウトリーチ)

佐世保在宅療養支援システム(情報共有システム)の概要

在宅における患者(利用者)情報を多職種にて共有

- ✓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(予定)
- ✓関係者間で共有し、診療・ケアに活用



佐世保在宅療養支援システム(情報共有システム)の概要 画面イメージ(褥瘡の評価)

SophiaXsasebo
🏠

基本情報の修正

.(80歳)

プラン

Q&A

SOAP

指示棒

入力履歴

アレルギー

禁忌

緊急連絡先

staffmemo

病名(現病歴のみ)

備考

新規追加
 カメラ

2013/01/18(金)	
グラフ	
部位	右下腿
深さ	3
滲出液	1
大きさ	6
炎症感染	0
肉芽組織	3
壊死組織	3
ポケット	0
合計	16
	D3e1s6i0g3N3p0
備考	2.5×1.7
メール 添付あり	12:36 生活不活発病チェックリスト 2013/01/18 12:36:28 1.屋外へ歩くこと 7171.xml
	12:43 @kohkyl
	16:34 @kohkyl

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



佐世保在宅療養支援システム(情報共有システム)の概要 画面イメージ(ADL:R4)

SophiaX ver.2.84.
staff佐世保 管理者

利用者一覧
カレンダー アンケート
ADL(R4) メール
生活不活発 痛みスケ
バイタル 血糖管理
褥瘡 カメラ

基本情報の修正

19 6/09/ 8(歳)

プラン Q&A
SOAP 指示棒

新規入力 全件表示 ☐ 詳細説明非表示 印刷

日付 種別	2013/01/05(土)	2013/01/21(月)			2013/01/05(土) 最新/初回「している」
グラフ					
2.基本動作	1 寝返り以下	1 *寝返り以下			1 寝返り以下
3a.歩行	1 移動以下	1 *移動以下			1 移動以下
4a.認知ori	1 自分の名前以下	1 *自分の名前以下			1 自分の名前以下
4b.認知com	1 話言葉以下	1 *話言葉以下			1 話言葉以下
4c.認知精神	1 意識以下	1 *意識以下			1 意識以下
4d.A群	0	0			0
4d.B群	0	0			0
5a.嚥下	1 *嚥下柔以下	1 *嚥下柔以下			1 *嚥下柔以下
5b.食事動作	none	1 *食事介助以下			none

拡大

患者属性:年齢69歳、女性、膵がん(Stage iv)、がん性疼痛、二次性糖尿病

平成24年11月:ERBD目的入院

平成24年12月16日退院

➤退院前に、患者・家族に対し、事業の趣旨、共有する情報等を説明。

(主治医、担当看護師、緩和ケア担当、病棟課長、システム担当医、システム運用サポート担当にて実施。)

➤実施内容

- ・がんの痛み日記(疼痛スケール、レスキューの使用等をデジタルペンにて専用の用紙に記入し、日々、送信)
- ・画像情報として送信されたデータを医療機関にてシステムへ代行入力
- ・日々蓄積された情報を主治医、緩和ケア担当看護師が参照し、必要に応じて患者または家族に電話し、状態把握を実施。

➤実施期間

- ・平成24年12月19日～12月25日

※状態悪化により、入院となり、中止。その後、死亡。

◆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。

◆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

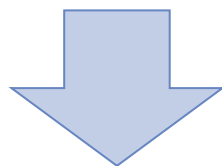
日々状態をチェックできることから、疼痛増強に対して、受診を薦めたり、往診のきっかけになった。

患者、医療者双方が同じ情報を見ながら、状況について話することができるので、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な。

デジタルペンを使ってみて実感したのは、患者、あるいは家族が情報を発信するということは、非常に重要で、意味深い。

まとめ

- 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。
- 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る。



- 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ため、医師会と行政が連携して、強化型の在支診(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。
- その際には、二次輪番病院に対して、在宅医療のバックアップについて医師会等が働きかけを行い、対象地域を広げていく予定である。
- さらに、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していく必要がある。