

平成23年度 在宅医療連携拠点事業 成果報告

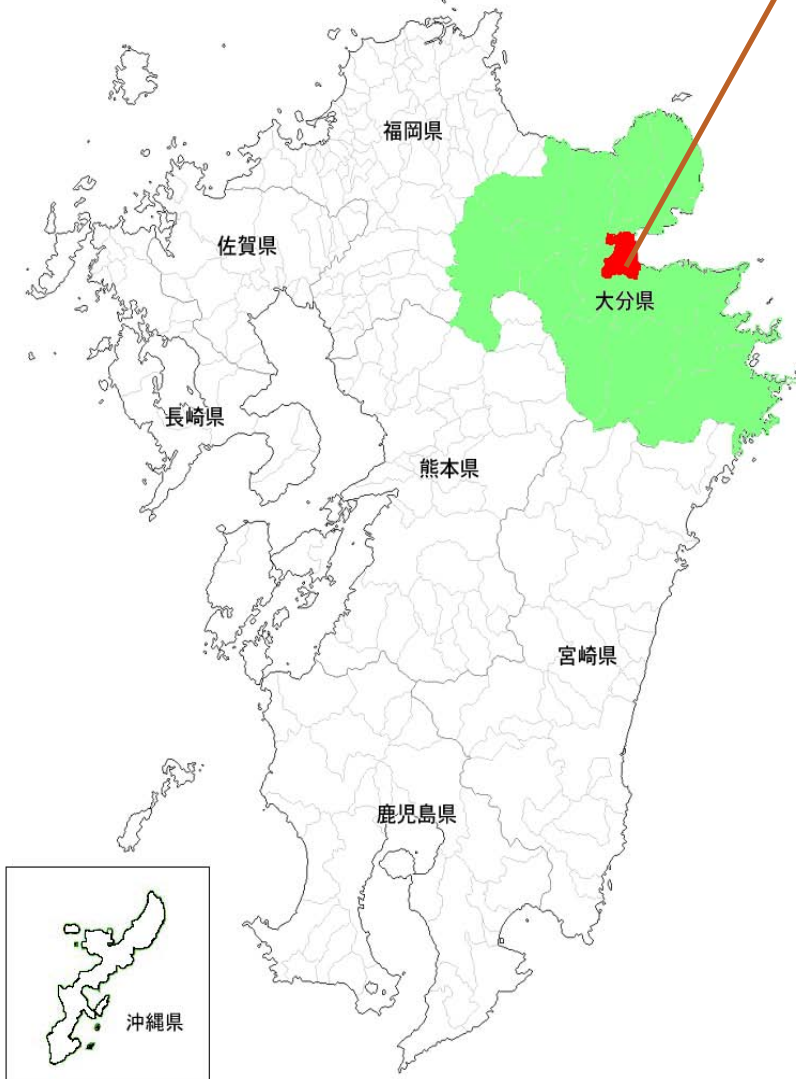
～医師会と訪問看護ステーションが担う取り組み～



2012,3,8(木)

社団法人 大分県別府市医師会
別府市医師会訪問看護ステーション

地域医療・介護資源状況



- ★世帯数 59,251
- ★人口 120,259 (男: 54,952 女: 65,307)
- ★外国人 4,405
- ★65歳以上 34,125 高齢化率: 28.4%

別府市内事業所一覧・介護事業所

医療機関	件数	病床数
病院	25	3851
400以上	1	
300～399	1	
200～299	9	
100～199	9	
99以下	10	
有床診療所	45	741
無床診療所	61	
計	131	4592

事業所	件数
★ 居宅介護支援事業所	47
★ 地域包括支援センター	7
★ 訪問看護ステーション	12
★ 訪問リハビリ	2
★ 訪問介護事業所	53
★ 訪問入浴	2
★ 短期入所生活・療養介護	15
★ ケアハウス	8
★ 福祉用具	3

医療・福祉・社会資源は充足しているが
多事業所・多職種
の連携を支援する機関がない

- ★拠点が多職種連携のために事業を展開
- ★連携拠点事業推進委員会の設置
- ★既存の地域ケア連携システム会議メンバーを
ワーキンググループとして活動



拠点事業推進委員会

在宅医療連携拠点事業委員会設置

大分県医師会	2名
別府市医師会	2名
大分県医療政策課	2名
別府市高齢者福祉課	1名
地域包括支援センター	1名
拠点事務局	4名 計12名



地域ケア連携システム会議メンバー

医師14名・歯科医師5名・薬剤師9名
理学療法士3名・訪問看護師6名
介護福祉士5名・ケアマネ4名
MSW3名・包括支援センター2名
施設2名・その他 10名 計63名

社団法人
大分県別府市医師会

総務部門

看護教育部門

- ★看護学科
- ★准看護学科

地域福祉部門

- ★訪問看護ステーション
平成7年9月
- ★居宅介護支援センター
平成12年4月
- ★ヘルパーステーション
平成14年5月

地域保健センター

- ★健診センター
- ☆検査センター

毎日、笑顔も一緒に
お届けしています



別府市医師会地域福祉部門所属

在宅医療連携拠点事業の 三本柱

多職種連携の課題に 対する解決策の抽出

地域の医療福祉従事者が、一堂に会する場を定期的を設定。

在宅医療における連携上の課題抽出し、その対応策の検討等を行う。

在宅医療従事者の 負担軽減の支援

地域の医療連携をより効果的提供するための仕組みを構築。

- 24時間体制を構築するため地域医療資源のネットワーク化
- チーム医療を提供するための情報共有体制

効果的な医療提供の ための多職種連携

医療・福祉分野の経験豊富なスタッフを配置。

地域医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動等を通じて、地域のハブ機関としての機能を担う。

多職種連携の課題に対する解決策の抽出

I・地域の医療、福祉の社会資源は充足しているが、
多事業所、多職種を統括する拠点機関がない

★拠点が多職種連携のために事業を展開

★連携拠点事業推進委員会開催

6/13 連携拠点事業の説明と協力依頼

10/13 前期の事業報告 後期事業計画

在宅医療連携ガイド作成のアンケートについて協議

3/末 開催予定 次期課題についての検討

大分県がん対策推進協議会がん在宅医療連携部会委員

大分県リハビリテーション協議会委員

別府市保健医療福祉小委員会委員

大分県看護のネットワーク推進会議委員

大分県訪問看護推進協議会委員 その他

※行政のネットワーク会議に定期的に参加し、地域の多職種へ伝達する事により、
さらに連携を深める



平成23年度 連携拠点事業活動 ピックアップ

4月

- ・(社)別府市医師会事業計画・各種手続き
- ・行動計画・事業所訪問・訪看連絡協議会行動計画
- ・行政へ報告、挨拶 県、市 ・実習指導 ・その他

5月

- ・広報、啓蒙活動・外部講師活動(看護学校・看護協会)
- ・月スケジュール活動計画・連絡協議会マニュアル作成
- ・アウトリーチ(医療機関・介護事業所等) ・その他

6月

- ・拠点事業広報活動・包括支援センターアウトリーチ
- ・外部講師活動 ・地域の連携会議参加 ・実習指導
- ・在宅医療連携拠点事業推進委員会 ・その他

7月

- ・外部講師活動・アウトリーチ(包括、医療機関他)
- ・九地区医師会協働利用施設連議会で拠点プレゼン
- ・外部連携会議参加(包括支援センター協議会他)
- ・在宅医療連携交流会・名刺交換会 ・新聞社取材
- ・歯科衛生士看護合同研修会(口腔ケア等) ・その他

8月

- ・居宅介護支援事業所会議 ・外部連携会議参加
- ・地域ケア連携システム会議開催 ・その他

9月

- ・外部連携会議参加 ・訪問看護臨地実習指導
- ・アウトリーチ(介護事業所、医療機関等)

10月

- ・九州在宅医療推進フォーラム参加(佐賀)
- ・外部講師活動 ・新聞社取材・市民講話・健康教室
- ・在宅看護研修会(傾聴技法) ・実習指導
- ・連携拠点推進委員会・退院調整Ns研修会参加
- ・訪問介護管理者研修会(グループワーク)
- ・居宅支援ケアマネ研修会(グループワーク)
- ・訪看連絡協議会マニュアル作成

11月

- ・外部連携会議参加・県がん対策推進協議会
- ・看護介護合同研修会(ストーマ装具交換等)
- ・歯科衛生士実習指導(口腔ケア等)
- ・看取りの看護研修会参加
- ・在宅医療連携ガイドブック

12月

- ・所内ランチョンセミナー ・所内在宅酸素研修会
- ・在宅看護推進交流会 ・難病研修会参加
- ・地域ケア連携システム会議、シンポジウム開催
- ・外部会議参加 ・新聞社取材・公開講座参加
- ・在宅医療連携ガイドブック
- ・中央出版社へ原稿提出



平成23年度 連携拠点事業活動 ピックアップ

1月

- ・がん診療連携拠点病院緩和ケア支援研修会参加
- ・臨地実習指導・訪看連絡協議会マニュアル作成
- ・在宅医療連携ガイドブック作成 ・実習指導 ・その他
- ・在宅医療連携交流会・名刺交換会 グループワーク
- ・Dr連携交流会アンケート

2月

- ・広報、啓蒙活動・外部講師活動(看護学校・看護協会)
- ・連絡協議会マニュアル作成
- ・アウトリーチ(医療機関・介護事業所等) ・その他
- ・Dr連携交流会アンケート・別府市保健医療福祉小委員会
- ・九州プライマリー学会シンポジスト ・実習(退院調整Ns)
- ・県リハビリテーション協議会参加
- ・外部講師 ・在宅医療連携ガイドブック作成

3月

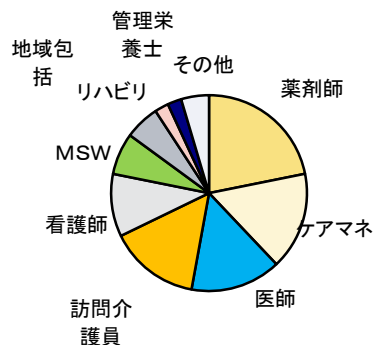
- ・全国訪問看護管理者大会 ・県訪看推進協議会
- ・日本在宅ケア学会シンポジスト
- ・拠点事業活動報告会 ・がん緩和ケア研修会参加
- ・地域の連携会議参加 ・難病対策ネットワーク研修会参加
- ・在宅医療連携拠点事業推進委員会 ・その他
- ・褥瘡研修会 ・在宅看護研修会事例検討会
- ・東部医療圏訪問看護ST連絡協議会
- ・合同研修会(訪看、ヘルパー、ケアマネ)

多職種連携の課題抽出

多職種、多事業所を統括する連携拠点が無い
医療福祉間の垣根が高いと感じている
同職種間でも連携について課題があり、
共通理解、かおの見える関係づくりが必要



★在宅医療連携交流会・名刺交換会



・1回目 98名

・2回目122名

- ・垣根が低くなりスムーズな連携の一步になった。
- ・職種の業務、役割、医療現場の実情が理解できた。
- ・地域のDrとの会う機会ができ感謝している。
- ・連携につなげる。医師会主催だから参加しやすい
- ・活動の様子を聞き、時間を作らなければと思う
- ・情報共有をスムーズにし連携していきたい ・協力する

多職種連携の課題抽出

★地域ケア連携システム会議

・議事内容

各立場からプレゼン後フリートーク

- ・地域包括ケア
- ・訪問歯科診療
- ・訪問服薬指導
- ・地域リハビリ広域支援
- ・多職種連携による難病患者の在宅支援
- ・地域連携拠点事業
- ・シンポジウム～私達出来る地域ケア連携～



参加者 各会議 平均50名

- ・各職種で伝達講習、定期研修会に発展
- ・スキルup研修 共通理解が深まる
- ・連携強化(オーダーメイド)



★シンポジウム

参加者 110名

テーマ 地域包括ケア

～私達ができる在宅医療連携～

- ・かかりつけ医の立場から
- ・地域リハビリテーションの立場から
- ・地域包括支援センターの立場から
- ・ターミナルケア～望む最期を叶える為の連携～ ケアマネ
- ・訪問看護にできること
- ・ホームヘルパーの立場から
- ・薬局が在宅訪問を実施する為に

声

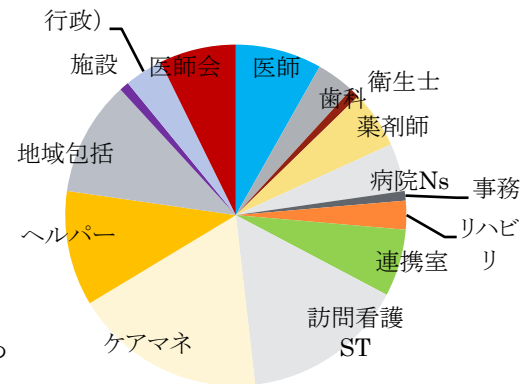
今回の様な場で相互の理解を深めていく事が連携の足掛りになる
作成予定の地域医療連携ガイドが楽しみ

行政の参加は現場の実情を知ってくれるだけでもやりがいにつながる
新鮮な驚きを感じた 地域の方を見守る為に核となり継続を!!

貴ST推進の多職種連携・スキルup研修・ゆけむり医療ネットの活用など

ネットワークづくり継続をお願いしたい 医師会主催で

シンポジストの発表からそれぞれが連携して在宅療養を支えている事がわかった



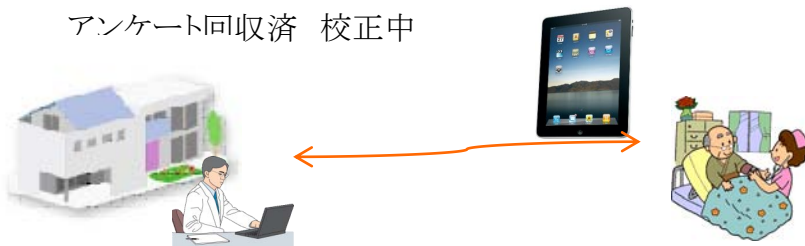
在宅医療従事者の負担軽減の支援

- ・24時間体制構築のネットワーク化
- ・チーム医療提供のための情報共有体制

- ★診療所の医師の24時間体制の負担大
- ★多忙な中、相談・交流など連携の機会が持てない
- ★緊急時のスムーズな連携、情報提供整備が必要

ゆけむり医療ネットの活用

- ・レセプトを別府市医師会でまとめて伝送
- ・「ゆけむり医療ネット」の活用で病診連携、診察連携を図る
- ・行政との整備により情報共有、介護予防となっている
- ・訪問NSがアイパッドで撮影、入力データリアルタイムに診療所とステーションに届く 状態確認と指示が可能
- ・在宅医の連携チームづくり（アンケート中） 拠点が代行医師2～3名、訪看Ns、ケアマネでチーム編成
- ・在宅医療連携ガイドづくり
アンケート回収済 校正中



- ★サービス提供時間の集中
- ★マンパワー不足
- ★介護職員の高齢化

訪問介護管理者会議・グループワーク

参加 24事業所 32名

参加 17事業所 26名



管理者の集まりのため

- ・運営、経営に対する課題が多い
- ・マンパワー不足から研修参加が難しい
- ・サービス提供は、希望時間が集中する
- ・若い人材が集まらない、雇用してもすぐ退職する

効果

- ・相互のコンサルテーションが行われた
- ・時間集中に対して補完するチーム編成が出来た
- ・同職種事業所の管理者同士の集まる機会がなく、共通の悩みや課題についてディスカッションが出来、ストレス発散にもなった
- ・連携ツールも基本的に顔のみえる関係構築の上に成り立つ

※共通マニュアルや共通情報提供ツールを検討

効果的な医療提供の為の多職種連携

- ・アウトリーチ(包括支援センター・医療機関・施設)
- ・医療、福祉資源の量・質に関する適正化

- ★要支援者に医療サービス導入し介護予防する事の認識不足
- ★管理栄養士、歯科衛生士等在宅支援のスキルup実習場がない
- ★医師、医療機関Nsの在宅医療、訪問看護への認識不足
- ★包括支援センターの業務であるケアマネ支援が出来てない

広報活動・事例発表・看看連携・ケアマネ研修会

- ・包括支援センター会議へ参加 ・シンポジストとしての参加依頼
- ・アウトリーチの継続と協働の構築 ・ケアマネ支援研修会の開催
- ・口腔ケア研修開催と臨地実習受け入れ
- ・社会資源の情報提供し在宅へつなげる支援活動

声 ・ 効果

- ・医療機関の職員も地域で活躍の在宅医療関係者と関わりをもつべきと感じた
- ・訪問看護実習で退院しても継続看護が出来ることがわかった
- ・家で看れない言う時、必要な社会資源を情報提供し、拠点に連絡しようと思う “帰りたい”と言う患者の代弁者になりたい
- ・“先日はお疲れ様”の挨拶から会話が広がり、相談しやすい環境
- ・不安ばかりだったが、在宅での必要物品等がわかり不安が軽くなった

※アウトリーチの継続、多職種連携の会議の企画、情報提供ツール
在宅医療連携ガイド、ゆけむり医療ネットの活用、相談窓口

- ★介護職員が診療の補助行為に不安、負担に感じている
- ★協働の多い看護・介護の連携強化が必要

訪問介護事業所管理者会議・スキルup研修会

参加者

スキルup研修	痰の吸引	介護職員	40名
	ストーマ装具交換	管理者	27名

声

- ・嚥下のメカニズムの講義で食事介助のポジショニング等がわかり、利用者のペースで介助ができそう ・円脊者の姿勢
- ・訪問Nsが丁寧に教えて頂きよくわかり、勉強になった
- ・利用者にも、今はNsがしているが報告の視点がわかった
- ・実技の経験は極少ないので定期的に研修会を企画して欲しい

効果

- ・地域包括ケアへつなげる
- ・看護職員と介護職員の連携強化
- ・看護職員と介護職員の相互のスキルupとなった
- ・質の向上と担保 ・即、ケアチームを作れる環境づくりとなった



効果的な医療提供の為の多職種連携

- ・アウトリーチ(包括支援センター・医療機関・施設)
- ・医療、福祉資源の量・質に関する適正化

訪問看護ステーション連絡協議会

連絡協議会管理者会議

在宅看護研修会・事例検討会

管理者会議 第三木曜日

- ・連絡協議会マニュアル作成
- ・相互のコンサルテーション
- ・チームで補完体制
- ・管理者勉強会

参加 11事業所



在宅看護研修会

- ・講習会 ・事例発表会 参加 11事業所 平均50名



11事業所で在宅看護研修会委員を決め、研修会を企画運営
定期的に企画会議を開き、訪問看護師のスキルupを図る
平成7年からの実績で管理者の団結は固く、連携調整良好

居宅介護支援センター

居宅介護支援事業所管理者会議

管理者グループワーク

参加者 26事業所 29名

参加者 20事業所 24名

管理者会議

- ・居宅単独で運営が大変 ・包括から依頼がない
- ・入退院を繰り返しケアプランにつながらず収入にならない
- ・配食、福祉用具購入、住宅改修その他収入にならない
- ・活動が多い、事務量、記録、自宅での担当者会議、多職種連携

少人数でのグループワーク

- ・少人数で話し易かった ・共通の悩みを共有できた
- ・評価表の内容に悩む ・支援計画の記入の仕方
- ・監査に必要な書類 ・加算に必要な提出書類、条件

効果

相互のコンサルティ・コンサルテーション関係ができた
同職種が初めて顔合わせ、で相談相手が出来、今後を期待
次回研修会の企画(担当者会議の進め方、記録、加算申請)



その他 緊急一時ベットの確保・レスパイトサービスの実施

●緊急一時ベットの確保・レスパイトサービスの実施

- ・登録医療機関はあるが、ベットの空状況等の公開がない
- ・医師不足公開がなく、認知されずに活用できてない

※医療連携ガイド記載の良否を確認作業中

相談窓口を拠点とし調整⇒ワンストップサービス 拠点で把握

※在宅医連携チームをつくり支援体制の整備

●訪問看護コールセンター機能

- ・ホームDrがないケースでケアマネが困るケースがある
- ・運営、経営、制度の解釈、レセプト請求その他、管理者は多くの課題を抱えている

※連絡協議会管理者会議で質問や課題の検討

※制度についてはQ&Aで確認し回答 ※ワンストップサービス

※運営については相互でコンサルテーション

●看取りのケース

- ・介護者、医師、医療機関Nsが在宅で看取る事の理解が薄い
- ・死を看る事への不安がある 恐怖、耐えられない気持ち
- ・揺れ動く気持ち

※看取りのケースの積み重ねと事例発表、広報で認知度をあげる

※地域住民への啓発、周知する地道な取り組み

※多職種連携のケース紹介(医療機関Ns、在宅関係者、家族へ)

●災害時の対応

- ・地域の災害ガイドマップが各家庭に配布されているが、周知にむらがある。事業所災害マニュアルは整備されているが連携体制が未整備

※高齢者一人暮らしの家庭冷蔵庫に情報を記入したデータを入れている。

※共通マニュアルの作成、避難場所の担当など訪問看護マニュアルに記載予定。地域ケア連携システム会議で検討する。消防署と医師会の合同訓練に参加

●地域包括との連動、役割分担

- ・医療系主任ケアマネが少ない

※市担当者、包括との会議に参加、協議する

※中学校区で医師会、市、包括支援センター、拠点で会議を開催予定(次年度)

●相談

- ワンストップサービスが出来ていない
- 相談窓口の広報が行き届いていない

※拠点相談窓口の広報 チラシの配布

●周知

- ・周知不足、さらなる広報活動の実施が必要

※市民健康教室の講話、外部講師、実習受け入れ

※地元新聞社の取材を受ける

※チラシの配布 アウトリーチ



在宅医療連携拠点事業の有用性

- I 拠点が行う、**多職種が一堂に会する場**の設定、**合同カンファレンス**や**シンポジウム**の企画は、それぞれの立場の共通理解や顔の見える関係となり、在宅医療連携の構築に有用である。
- I 拠点が行う、**同職種の会議**や**グループワーク**は共通の課題をもつ事も多く、**相互のコンサルテーション**を行う事ができ、**マンパワー不足の補完体制**ができる
- I 拠点が行う、**痰の吸引等の研修会**は**講師側NS**、**生徒側介護職員**、**相互のスキルup**となる。協働頻度の多い二職種の顔の見える関係は相談、報告、情報共有等、**連携が容易**になる
- I 拠点が行う、事業所アンケート調査で作成する『**在宅医療連携ガイド**』は**多職種連携**をとる際の**地域社会資源**の選択、連携に活用できる
- I 『**ゆけむり医療ネット**』は**基幹病院**からの**画像情報**、**診療情報**等が**診療所**で**迅速**、**正確**、**詳細**に把握する事ができ、**情報共有**が**スムーズ**に行える。
- I 拠点が行う**Dr間ヒューマンネットワーク**づくりは、**かかりつけ医**の**負担軽減**に**つながる**
2～3名の**医師**、**訪問看護師**、**ケアマネ**で**チーム編成**する事で、在宅医療推進の**支援体制構築**に有用である



来年度にむけて拠点の取り組み

- ・Drヒューマンネットワークづくり

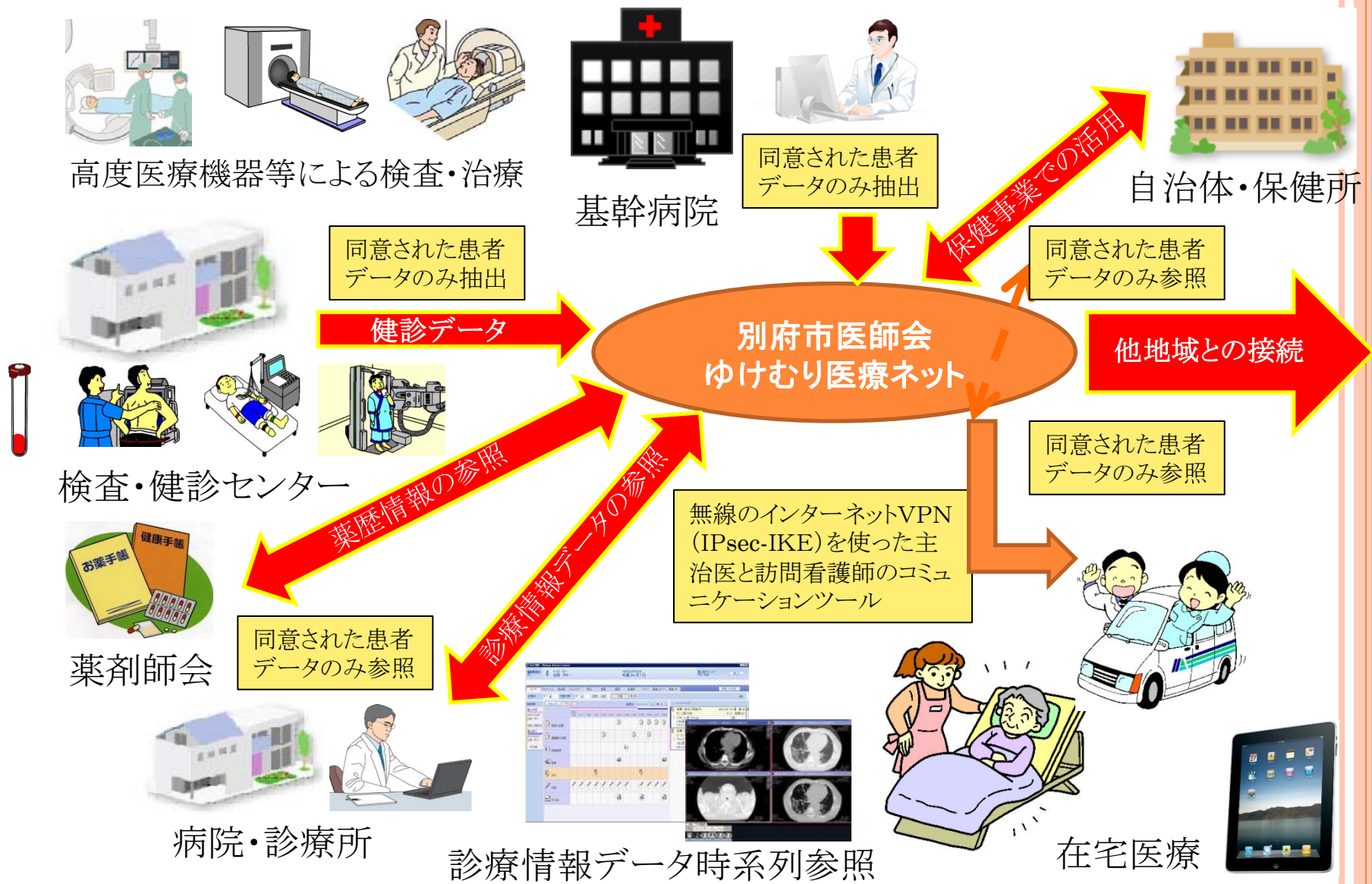
2～3名のかかりつけ医と看護師、ケアマネのチームづくり

- ・相談窓口の充実 Q&Aの作成 ワンストップサービス
- ・病棟看護師と訪問看護師のスムーズな在宅移行連携構築
- ・レスパイトサービスの空床ベットの把握と相談、対応
- ・地域包括支援センターと地域のかかりつけ医との会議の開催
- ・訪問介護職員等のスキルup研修の継続（その他職種も同様）
- ・在宅での看取りの看護の促進
- ・『ゆけむり医療ネット』のさらなる活用

※多くの事業所、そこで業務する 多くの職種の医療連携の為に、
合同会議、シンポジウム、交流会、各種研修会を企画していく



地域医療連携拠点事業の連携(ゆけむり医療ネット)



医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第4.1版

※平成22年2月 厚労省より発行(153ページ)

6.11 外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理(59～63ページ)

I. クローズドなネットワークで接続する場合

ここで述べるクローズドなネットワークとは、業務に特化された専用のネットワーク網のことを指す。この接続の場合、いわゆるインターネットには接続されていないネットワーク網として利用されているものと定義する。このようなネットワークを提供する接続形式としては、「①専用線」、「②公衆網」、「③閉域IP 通信網」がある。

これらのネットワークは基本的にインターネットに接続されないため、通信上における「盗聴」、「侵入」、「改ざん」、「妨害」の危険性は比較的低い。ただし、「B-1. 医療機関等における留意事項」で述べた物理的手法による情報の盗聴の危険性は必ずしも否定できないため、伝送しようとする情報自体の暗号化については考慮が必要である。また、ウイルス対策ソフトのパターン定義ファイルやOSのセキュリティ・パッチ等を適切に適用し、コンピュータシステムの安全性確保にも配慮が必要である。

II. オープンなネットワークで接続されている場合

いわゆるインターネットによる接続形態である。現在のブロードバンドの普及状況から、オープンなネットワークを用いることで導入コストを削減したり、広範な地域医療連携の仕組みを構築したりする等、その利用範囲が拡大して行くことが考えられる。この場合、通信経路上では、「盗聴」、「侵入」、「改ざん」、「妨害」等の様々な脅威が存在するため、十分なセキュリティ対策を実施することが必須である。また、医療情報そのものの暗号化の対策を取らなければならない。すなわち、オブジェクト・セキュリティの考え方に沿った対策を施す必要がある。

医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン

※厚労省より発行(63ページ)

平成16年12月24日 平成18年4月21日改正 平成22年9月17日改正

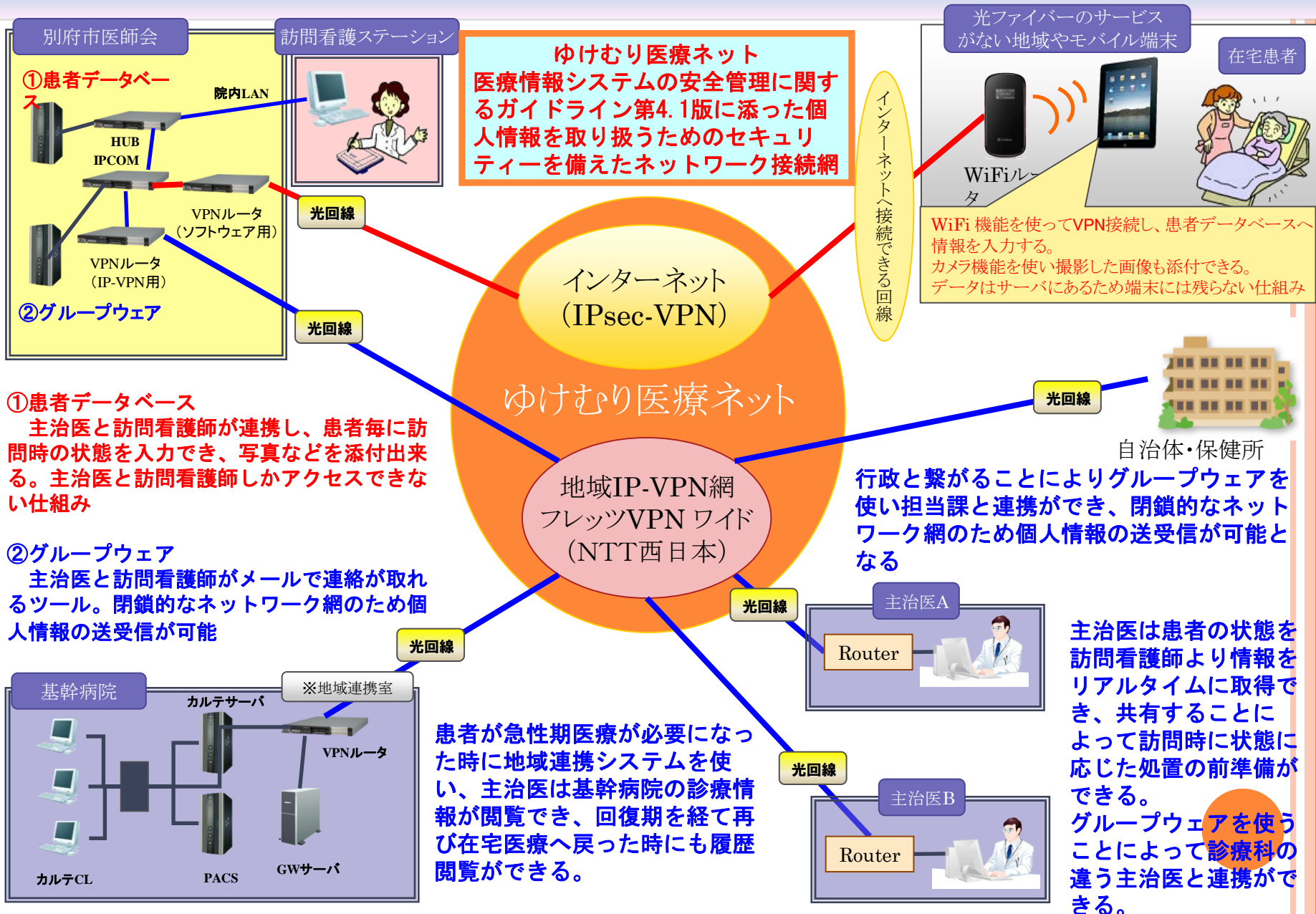
Ⅱ 用語の定義等 4. 本人の同意(7~8ページから抜粋)

法は、個人情報の目的外利用や個人データの第三者提供の場合には、原則として本人の同意を得ることを求めている。これは、法の基本となる**OECD8原則**のうち、利用制限の原則の考え方の現れであるが、医療機関等については、患者に適切な医療サービスを提供する目的のために、**当該医療機関等において、通常必要と考えられる個人情報の利用範囲を施設内への掲示(院内掲示)により明らかにしておき、患者側から特段明確な反対・留保の意思表示がない場合には、これらの範囲内での個人情報の利用について同意が得られているものと考えられる。**(Ⅲ5. (3)(4)参照)

また、患者・利用者が、意識不明ではないものの、本人の意思を明確に確認できない状態の場合については、意識の回復にあわせて、速やかに本人への説明を行い本人の同意を得るものとする。

なお、これらの場合において患者・利用者の理解力、判断力などに応じて、可能な限り患者・利用者本人に通知し、同意を得るよう努めることが重要である。

ゆけむり医療ネットを使った在宅医療連携ネットワーク図



ゆけむり医療ネット
医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.1版に添った個人情報を取り扱うためのセキュリティを備えたネットワーク接続網

光ファイバーのサービスがない地域やモバイル端末
在宅患者

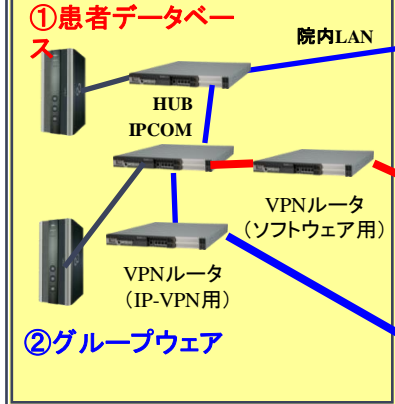
WiFiルータ

WiFi機能を使ってVPN接続し、患者データベースへ情報を入力する。
カメラ機能を使い撮影した画像も添付できる。
データはサーバにあるため端末には残らない仕組み

インターネットへ接続できる回線

ゆけむり医療ネット

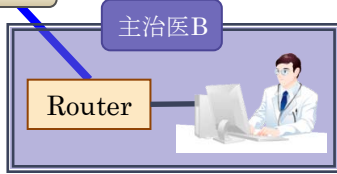
地域IP-VPN網
フレッツVPN ワイド
(NTT西日本)



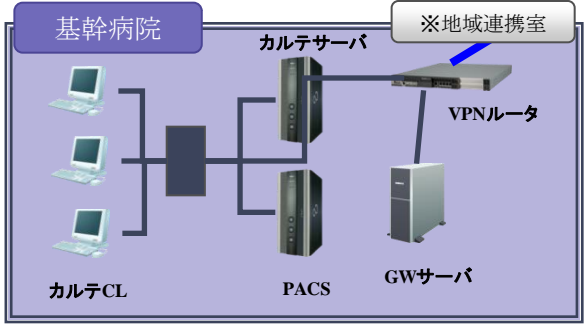
- ①患者データベース
主治医と訪問看護師が連携し、患者毎に訪問時の状態を入力でき、写真などを添付出来る。主治医と訪問看護師しかアクセスできない仕組み
- ②グループウェア
主治医と訪問看護師がメールで連絡が取れるツール。閉鎖的なネットワーク網のため個人情報の送受信が可能

自治体・保健所

行政と繋がることによりグループウェアを使い担当課と連携ができ、閉鎖的なネットワーク網のため個人情報の送受信が可能となる



主治医は患者の状態を訪問看護師より情報をリアルタイムに取得でき、共有することによって訪問時に状態に応じた処置の前準備ができる。
グループウェアを使うことによって診療科の違う主治医と連携ができる。



患者が急性期医療が必要になった時に地域連携システムを使い、主治医は基幹病院の診療情報が閲覧でき、回復期を経て再び在宅医療へ戻った時にも履歴閲覧ができる。

看看連携体制づくり

実習指導、日々のカンファレンスの様子





ありがとうございました

