



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3月23日
平成24年度在宅医療連携拠点事業成果報告会
@厚生労働省

佐世保市における在宅医療の現状(地域課題)

- **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**

本事業における活動内容

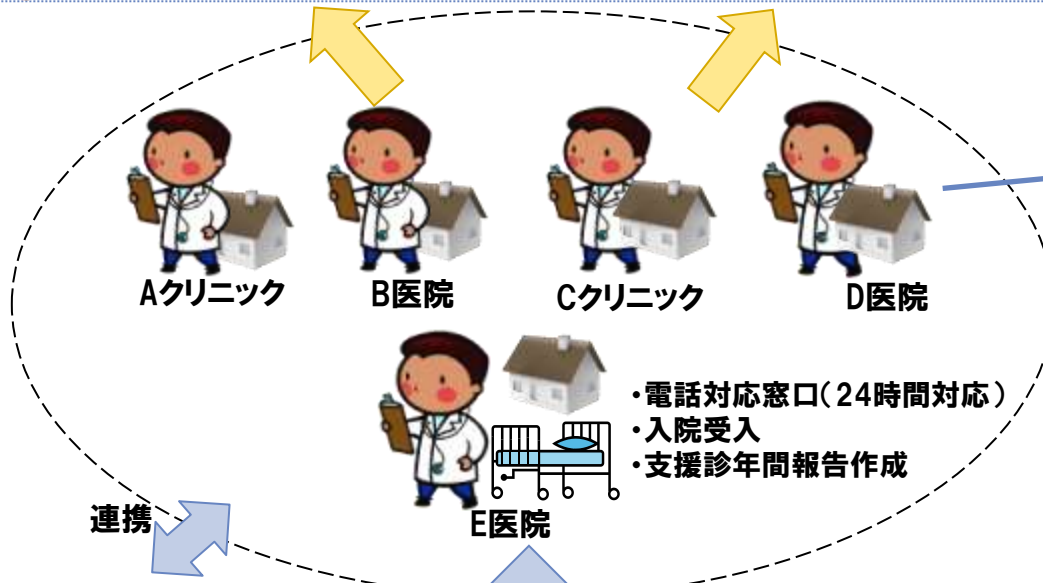
本年度事業においては、以下の5項目について取り組みを行った。

	実施事項	実施内容	実施済
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。	・協議会を設置し、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 ・地域リーダー研修への協力

機能強化型在支診体制の支援

- 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、在宅医療基盤整備に取り組んだ。

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

- 電話対応窓口(24時間対応)
- 入院受入
- 支援診年間報告作成

機能強化型在支診
(連携型)



居宅介護支援事業所等

連携

連携



F訪問看護ST

G看護ST



H病院

- 急患の受入、対応
- 退院調整
- (在宅医療、介護、行政との連携)

他機関の支援
(アウトリーチ)

拠点事業により抽出された、地域の在宅医療・介護の課題①

分類	課題	対応の方向性
協議の場の設定	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域の中の連携がうまくいっていない ➤ 多忙な医師との連絡がとりづらくて連携が難しい。 ➤ 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。 ➤ 在宅に関わる関係職種が定期的に出会う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。 	<p>次年度以降も継続的に協議会を実施。</p> <p>その際は、薬剤師会や歯科医師会等にも声かけを行う。</p>
情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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るような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。 ➤ 少しずつ弱っ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。 	<p>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。</p> <p>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。本格運用を行う場合は、維持費用や運営主体等について検討を行う必要有。</p>

拠点事業により抽出された、地域の在宅医療・介護の課題②

分類	課題	対応の方向性
地域資源の把握	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 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。 	<p>医療介護資源マップの作成と定期的なメンテナンス</p>
多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 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。 ➢ 管理栄養士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。 	<p>地域包括支援センターとの連携</p> <p>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</p> <p>多職種による退院前カンファレンスを可能な限り実施</p>

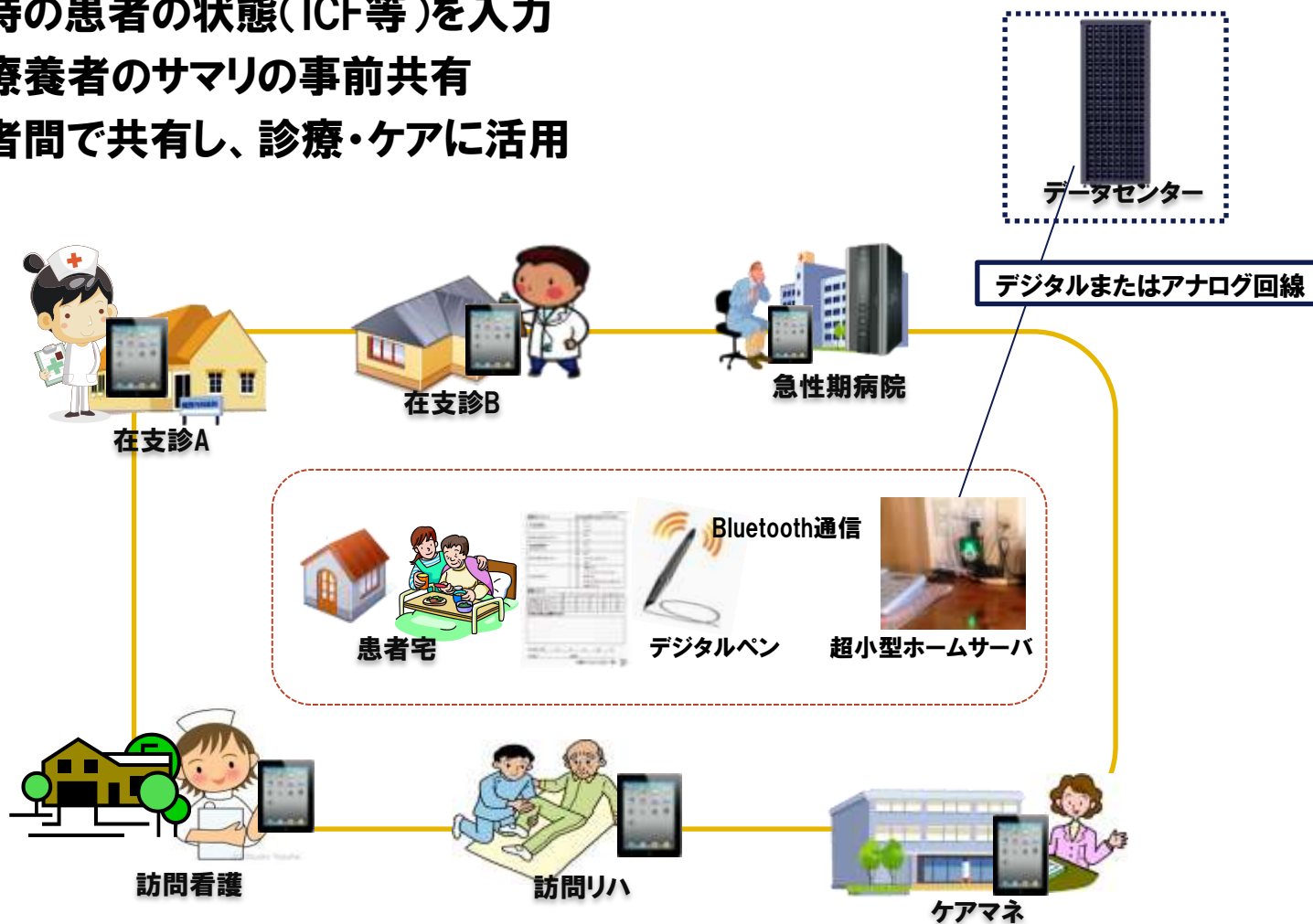
拠点事業により抽出された、地域の在宅医療・介護の課題③

分類	課題	対応の方向性
在宅支援体制	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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。 ➤ 地域での斑分けでなく、オールボディで患者を診るような区域分け(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域分け)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長続きしないし、普及も見込めない。 ➤ 訪問看護STの数も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。 	<p>二次輪番病院を中心に協力病院を増やし、市内を大きく4地域位に分けて在宅医療の拠点化を図り、それを医師会、行政が支援する。</p> <p>強化型支援診(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、二次輪番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。</p>
患者・家族 市民	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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亡確認は病院でという事もよくあるので、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) ➤ 家族も疲れる事があるので、在宅で看る事を長く続かせる為には、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。 ➤ 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。 	<p>市民公開講座の開催 周知用リーフレット等の作成 行政の関係部署等との連携</p>

特徴的な取組み、先進的な取組み -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デジタルペンで記入・送信
- ✓訪問時の患者の状態(ICF等)を入力
- ✓在宅療養者のサマリの事前共有
- ✓関係者間で共有し、診療・ケアに活用



特徴的な取組み、先進的な取組み

-佐世保在宅療養支援システム:がんの痛み日記(痛みスケール)-



特徴的な取組み、先進的な取組み

-情報共有事例(デジタルペンを活用した事例)-

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

➤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。

✓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し、その情報を関係者間で共有するという事は、非常に重要で、意味深く、信頼関係構築にも役立つ。

特徴的な取組み、先進的な取組み -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。

褥瘡の評価

- 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。
iPhone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(改善要望事項)

- 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の幅を広くして欲しい

まとめ①

- **拠点に配置された職員等が実際に行った取組みの内容と得られた効果**
 - ・資源マップを作成するために、市内の医療機関等へ機能等に関する調査を実施することで、地域内の医療介護資源の可視化ができた。
 - ・また、市内の医療機関等へ在宅医療に関する取組み状況および今後の意向調査を実施することで、在宅医療に対する興味や意向が分かり、裾野を広げていくための足がかりとすることができた。
 - ・退院支援時に、在支診や訪問看護ステーション等と連携し、事前に情報共有を意識して行うことで在宅への移行がスムーズになった。

- **うまくいかなかった点、効果的な活動にするためのポイント**
 - ・居宅介護支援事業所等介護関係機関との連携は概ねうまくいったが、地域包括支援センターとの連携については、協議会への参加のみで実務的な連携が弱かった。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カ所を廃止し、新たに9カ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。
 - 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開催することが必要

まとめ②

➤ 地域の在宅医療・介護の推進に与えた効果

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、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。

➤ 次年度以降の取り組みについて

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く。

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。

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していく必要がある。