

医療・福祉経営の新時代と人財を創る

VisionとStrategy

戦略

特集

採択から半年を迎えた、 在宅医療連携拠点事業

Part 1 「在宅医療・介護推進プロジェクト」の主要課題となる
「在宅医療連携拠点事業」の現状と、今後の展開

Part 2 多職種合同カンファレンスで「顔の見える関係」を深め
各専門職の多様な視点を体感、理解する

Part 3 在宅医療連携拠点事業室「ほたる」を核として
企画運営、総合窓口、連携促進、アウトリーチを推進

私のVisionと経営戦略

和光市長寿あんしん課
課長

東内 京一 氏

医療福祉経営最前線

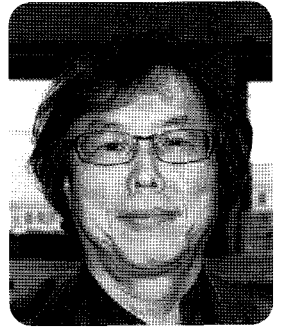
社会福祉法人若竹大寿会
(神奈川県横浜市)



セミナー案内掲載

2012

保健・医療・福祉サービス研究会



鶴岡地区医師会
副会長

三原 一郎氏

在宅医療連携拠点事業室「ほたる」を核として 企画運営、総合窓口、連携促進、アウトリーチを推進

鶴岡地区医師会は、回復期リハビリテーション病院、老健の他、庄内エリアの健診を受け持つ健康管理センター、訪問系の各種サービスを運営している。そして今回の連携拠点事業を実施するに当たって、在宅医療連携拠点事業室「ほたる」に3名を専従させ、ホームページ（<http://www.tsurunoka-hotaru.net>）も立ち上げている。豊富な経験を有する看護師とソーシャルワーカー、事務職の力によって推進されているアクションプランは、量においても、その内容においても密度の濃いものとなっている。ほたるの業務は①総合相談窓口として患者家族、医療機関、福祉施設からの相談に対応し、また医師会館内で医師会が運営する地域包括支援センター、3カ所の訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問入浴と体となって医療・介護のワンストップサービスを提供する。そして②地域資源のリサーチ③企画運営支援④医療・福祉機関へのアウトリーチ（訪問支援）により助言や退院調整などを行っている。加えて⑤連携促進のために「Net4U」の利用促進やグループ診療体制の構築支援、在宅プロット調査等に基づいた医療福祉資源の最適化なども支援している。



■どのような経緯でこの事業に関わろうとお考えになったのですか。

三原 医師会が母体で既に持っている色々なインフラを活用できますし、講師には手弁当で集まっていたり、緩和ケア推進協議会のプロジェクトにも関係して複合的にやっています。課題は元々山積していたとは思いません。医師会の訪問看護ステーションは、看護師が約25名、セラピストと訪問入

浴のスタッフを加えると、30名を超える規模でやって来ましたが、しかし在宅に重きを置くという視点を、それ程強くは持っていなかったというのが実情です。在宅専門のクリニックがこの地域にはありませんし、医師会の中に在宅志向があつた訳でもありませんが、切っ掛けとなったのは国の緩和ケアのプロジェクトです。今年3月までの3年間、この在宅緩和ケア普及の為に介入研究プロジェクト

ト「OPTIM」に参画してきました。この中で在宅を強く意識し、患者さんを診ていくためには医師と看護師だけでは、多職種の連携が必要という意識が高まりました。この国の事業は終わりましたが、私たちは今もそれを引き継ぐ形で推進し、行政にも予算化していただき研修会などの事業を展開しています。

■これまで手応えを感じた点は、どのような事でしたか。

島貫 これまで病院で看護師をしてきましたので、実際に訪問看護を担当したことがなかったことから、まずは訪問看護、訪問リハ、訪問入浴の実習をさせていただきました。そこでこれらのサービスにより在宅生活が維持できている現状を目の当たりにし、連携事業の意義を再確認しました。また在宅で仕事をしている多職種の人たちが、この事業を

通じて連携がより進む、その大切さを100数十名が集まった感染対策の多職種研修会の時に痛切に感じました。在宅医療ではケアプランの中で介護職が大きく関わっています。地域の中で質的な向上を図るとするならば、全ての職種が同に会する場が必要です。医療安全も考えながら連携を進めていくべきです。これからは急性期の関係者も在宅の視点を



看護師島貴子氏(下)、相談員渡田鶴子氏(左)、事務小野寺亜衣氏(右)

修会で医療依存度の高い方の事例検討もしたのですが、喀痰吸引が在宅で必要になるだろうという事から、再入院などの問題を洗い出しました。が、レスパイト入院は福祉施設では中々できません。これを医療機関で受けられるような事が将来的にできないと、今後の在宅の阻害要因になってくる可能性があるということ。を、この事例では感じました。

渡邊 各職種の方々と研修会、相談業務でお会いするところが多いのですが、この地域は各職種の意識が高いと実感しています。ただそれが上手く繋がる時と、そうでない時があり、今後はその繋ぎ手を誰が担うのか、しかもつだけの繋ぎ手ではなく、事例によって繋ぎ手も代わってくるのだと思うのですが、それが上手

く流れると、今既にあるものでも十分応えられるのではないかと思います。結び手は対象者やケースによって変わってくると思います。しかし各職種が研修会などに強い関心を示していますし、この意識の高い方達を繋ぐことができる、皆が同じ意識を持つていれば誰が繋ぎ手になっても、それほど違わないものができるという手応えがありました。また一般の地域の方々は、医療や介護の用語自体が理解できず、先の経過もよく分からないという状況があります。専門職種だけに目を向けるのではなく、地域への知識提供、啓発が最後に行き着く目標点なのではないかと感じました。そして専門職同志でも、聞きたくても今更聞けない事があります。底辺がぐらつくと、新しく身に付けた知識も確立できません。それが親しく話せる関係になる事で解決に繋がります。それをこの拠点が担うこともできそうです。拠点の敷居は高くありませんので、気がねなく話ができるメリッ

トが色々と活かせそうです。三原 おそらくは、こういう事業をやりながら、皆が段々分かってきて意識も高まってきたという事ではないでしょうか。そういう意味でも、この事業が終了した後で、これをどう組織化できるかが大事なポイントになってくるだろうと思います。医師会の支援にも限りがありますし、しかも医師会だけの仕事ではなく行政や介護施設を運営している方々も含めた、大きな範囲での組織化が必要になってくるでしょう。ここが最も頭の痛い点です。やらなければならぬ事は、大体分かっています。「こういう事をきちんと継続してやっていけば在宅医療の質は担保されるだろう」、しかしそれを運営する組織の費用を誰が支出し、皆が納得できるのかという部分が、今後の問題となっていくのだと思います。

小野寺 病院で事務をしてきた経験から、これまでは転院という発想しかありませんでした。しかしこのプロジェクトで在宅サービスセンターの方々に実習でお話しを聞き、拠点としてサービスの周知に力を貸して欲しいと言われたり、ケアマネさんからの医療機関との連携を図ろうという心意気にも圧倒されました。研修会や連携の会で、医療の側からも「役立っているし、特に介護系の方々が頑張っているのがよく分かった」と聞けたことが印象に残っています。

■二ツは介護の側にも確実にあったということでしょうか。

鳥貴 一般的には介護福祉系のスタッフの方が、在宅でご利用者と一緒に居る時間が多い訳ですから、介護福祉との連携が進んでいかないと、在宅医療も進展しませんし、ここでのケアマネさんの役割は非常に大切で、その方の資質によって大きく差が出てくるということも確かだろうと思います。

三原 介護出身のケアマネさんに医療を知りなさいと言って、その間でコーディネートする機能が必要なのです。逆に医療関係者が在宅における患者さんの生活を知っているか

と云えば、そうではない訳です。職種で色分けをしようと連携は進みません。互いの仕事を尊重する姿勢で信頼関係を築くことが、何よりも優先します。言い尽くされていますが、やはり顔の見える関係作りをしていくことを目指していく方が建設的です。私はむしろ医療と介護の連携の中で一番苦労するのは、医療側の意識の低さではないだろうかと感じています。ここが究極の課題であり、これを变えることのできるのは医師会ではないでしょうか。例えば訪問看護ステーションに拠点を置いて、その地域の医師が素直に言うことを聞くとは思えませんので、私たちの責任は重大です。

■地域電子カルテシステム Net4Uについて教えてください。

三原 Net4Uは、既存のシステムをベースに2億円をかけてバージョンアップした当医師会のオリジナル版ですが、2000年に経産省の地域ネットワークを作る事業に応募し受託したものです。これを10

特集 沸騰する同時改定、議論のポイントは何処に

■拠点事業に関連して数多くの企画イベントを実施されて

年前から使っていますが、これを使っている内に一番機能するのは在宅の患者さんを支える連携であると分かりました。これに緩和ケアが入ってきて、薬剤師が入り、病院の医師とかがかりつけ医師、訪問看護師、薬剤師、訪問リハなどのがん末期患者さんに対する連携が強くなりました。これを利用して促進して介護系のサービス事業にも拡げていく構想があり、現在打診をしている最中ですが、セキユリティなどの懸念が挙げられて少し難航しています。勿論クラウドで利用することを想定しています。各居宅のケアマネに「Net4Uをどう思うか」「使ってみたいと思うか」「使いたくないなら障害は何ですか」というアンケートを地域包括から取りましたが、まだまだという段階です。システムとしてのインフラは、他の地域よりは進んでいますので、何とか医療・介護連携の中で活用していきたいと思っています。

きました。現在は、まとめの段階に入っているかと思えます。三原 連携は、継続していかなければ意味のないものです。ある程度、軌道には乗っていますので、先は多少は見えていくという気はしています。今日のミーティングで議題となった「在宅療養者支援のための連携シート」も、在宅診療をする医師とケアマネが連携不足であるという反省から、ケアマネ側から医療機関に働きかけて、相談したい時に「この日であれば相談できる」という日をデータベース化したものです。医師1人の基本情報に1ページを割り当てますので、200ページを超えるボリュームになりますが、これを来年年明けに発行します。多職種研修会などに顔を出すことによつて、地域の特性、問題が大体見えてきます。ですから基盤はかなりできてきたのかと感じていますし、ここを繋げていけばさらに大きな進展も臨めるのではないかと期待しています。

(文/佐藤昌俊)

■在宅医療連携拠点事業室「ほたる」アクションプラン

目標:多職種連携の繋げ役として、利用者・家族が安心して過ごせる在宅医療の支援体制を築く。

業務分類	事業内容	課題	目的	具体内容	備考
企画・運営 支援業務	・学習会開催	・病院看護師に退院後の在宅のイメージが見えていない。	・病院看護師等へ、在宅医療・介護についての繋げ方や情報提供をする。 ・多職種のスキルアップ。	・荘内病院、協立病院に出向き医師や看護師を対象に1回ずつ研修会を主催する。 ・主任ケアマネに講師依頼し、在宅介護の現状を講演してもらう。 ・多職種を対象とした研修会を主催する。	・研修行って理解が深まったか等を把握するよう、アンケートを実施する。
	・現況調査と報告会の開催	・医療依存度の高い利用者への理解と受け入れ先の必要性。	・受入れ先が抱える問題を把握しまとめ、どのようにすれば受入れできるのか模索する。 ・理解を深めるため、専門医師や看護師等に依頼し、報告会で講演してもらう。	・アンケートを作成し、受入れの現状や、抱える問題などを把握し、報告会で発表する。	・アンケートを作成し、サービス事業所へ依頼する。 ・結果をまとめ、報告会で発表する。 ・連携の会でやっている介護施設調査(対応可能な医療依存度等)について鶴岡地区における調査協力(集計)を行う。3年行っているのので前後比較も可能。
	・在宅医療の現状把握と、各種連携の会へ参加し情報収集、提供	・各種連携の会の把握、集約窓口がない。	・在宅医療連携拠点事業のPR ・地域連携の課題の抽出 ・各研修会の活動内容の把握、情報提供	・多職種とコミュニケーションをとるためにも、準備段階より参加させてもらう。 ・各研修会ではほたるのチラシを配布し、業務内容や活動内容を報告する。 ・研修会の内容を把握し、その中で地域連携の課題を抽出しまとめる。 ・ほたるのホームページ上で、参加した各種連携の会についての情報提供をしていく。	・ほたるのホームページを立ち上げる。
総合窓口 業務	・調査と情報提供	・多職種間の橋渡しを行うワンストップ窓口が無い。	・ほたるが窓口として機能できるよう、情報を集約し、提供する。	・行政との定期的な話し合いの場を設ける。 ・地域のリソース調査の情報を使用し、窓口業務とする。 ・ほたるのホームページで、ショートステイの空き情報を提供する。	・多職種にどのような情報が必要なかリサーチし、調査票に取り込んでいく。 ・ほたるのチラシを持参しながら、訪問調査を行う。
	・在宅口腔ケアの推進	・在宅歯科医・歯科衛生士の関わりが少なく、窓口がはっきりしない。 ・適切な口腔ケアが提供されていない。	・在宅口腔ケアのシステム作り。	・歯科医への働きかけをする。	・ほたると歯科医の話し合いを行い、システム作りを進めていく。
連携促進 業務	・情報共有の促進と利用状況調査	・情報共有ツールNet4Uが既にあるが、利用施設数が少ない。	・利用施設数の増加と活用促進。	・研修会でのNet4UのPRをする。 ・調剤薬局・ケアマネへの導入促進。 ・Net4U利用状況調査をする。	・Net4U紹介のホームページ作成。
	・在宅医とケアマネの連携促進 ・医師への調査と連携支援シートの作成	・在宅医とケアマネの連携不足。	・ケアマネと在宅医のコミュニケーションと情報共有の改善。 ・サービス担当者会議への医師の参加数の増加。	・医師へのアンケート調査による現状把握と、担当者会議への参加を呼びかける。 ・主治医とケアマネの連携支援シートの作成をする。	・市の包括と協力し、アンケート調査の実施と集約をする。
アウトリーチ 業務	・退院調整での情報提供、助言	・病院での在宅医療への情報不足。	・在宅受け手側の立場で適切な支援をする。 ・地域資源調査の情報提供をする。	・退院調整業務を理解する。 ・退院前カンファレンスに参加する。 ・地域資源調査の結果を提供し、退院支援に関する調整・支援を行う。	・カンファレンスへ参加し、地域資源情報の提供をする。
	・地域包括支援センターとの連携	・在宅医療・介護の要であるケアマネのスキルアップが必要。 ・地域包括支援センターとの連携の必要性。	・在宅医療・介護の要であるケアマネのスキルアップ。 ・地域包括支援センターとの協力体制の構築。	・ケアネットへの参加 ・地域包括支援センターの主催する会議等への参加、助言。	