平成25-27年度 宮城県第三期地域医療再生事業補助金 介護と連携した在宅医療体制の整備と普及啓発の推進事業

事業報告書

仙台往診クリニック

平成28 (2016) 年3月

平成24年度 在宅医療連携拠点事業 平成25-平成27年度 宮城県第三期地域医療再生事業補助金

目次1

_ 目次	
はじめに	
I. 平成24年度 在宅医療連携拠点事業の取り組み	
1.在宅医療連携拠点事業について	1
1)在宅医療連携拠点事業 目的	1
2)在宅医療連携拠点が必須で行う事業について 5つのタスク	1
3)連携拠点の事業範囲について	4
4)在宅医療連携拠点事業で明らかにしたいこと	4
5)在宅医療連携拠点事業採択者	4
2.仙台往診クリニックの概要	7
1)体制	7
2)実践	7
3)教育	8
4)研究	8
5) 震災への対応	8
3. 仙台市の在宅医療介護の課題	8
1)事業介入前の仙台市の状況	8
2)仙台市の取り組み	9
4. 在宅医療連携拠点事業 仙台往診クリニックの取り組み	10
1) 事業内容	10
(1)タスク1「多職種連携の課題に対する解決策の抽出」	10
(2)タスク2「在宅医療従事者の負担軽減の支援」	13
(3)タスク3「効率的な医療提供のための多職種連携」	14
(4)タスク4「在宅医療に関する地域住民への普及啓発」	16
(5)タスク5「在宅医療に従事する人材育成」	17
Ⅱ. 平成25~27年度宮城県第三期地域医療再生事業補助金 当院の取り組み	
1.宮城県第三期地域医療再生事業とは	19
1)内容・目的	19
2)計画の期間	20
3)対象地域	20
2. 仙台往診クリニックの取り組み	21
1) 取り組みの全体像	21
2) 事業目標	21
3) 実施内容と考察	22
(1)タスク1「課題分析・連携体制の構築」	22
(2)タスク2「普及啓発・教育研修」	22
(3)タスク3「多職種連携・教育研修・人材育成」	29
(4)タスク4「資源の見える化・多職種連携」	35
(5)事業檢討会議	37

目次2

資料	
平成24年度 在宅医療連携拠点事業	
在宅医療連携拠点事業の案内	39
第1~3回 在宅医療とみんながつながる会 報告書・アンケート結果・講話資料	40
情報共有システム「つながライン」 概要・募集チラシ	57
若林区モデル事業 研修会共同開催概要・講話資料	60
在宅医療パンフレット 配布先・パンフレット	73
在宅医療体験実習 募集チラシ・概要・アンケート結果・報告書	77
事業検討会議	83
在宅医療連携拠点事業のまとめ 在宅医学会発表ポスター	84
平成25~27年度宮城県第三期地域医療再生事業補助金	
事業の全体像	86
仙台医療介護連携の会 開催要領・第1~10回報告書	87
燕沢地域モデル事業 概要	102
在宅医療推進市民フォーラム チラシ・発表資料・配布資料・アンケート結果・報告書	105
在宅医療出前講座・講師派遣一覧	149
在宅医療パンフレット 基本編・看取り編	151
第4~9回 在宅医療とみんながつながる会 案内・講話資料・アンケート結果・報告書	170
在宅人口呼吸器使用者の災害時対策研修 概要・案内・講話資料	233
在宅療養支援マップ「つながライン」 概要・説明資料・アンケート結果・記事・チラシ	257
事業検討会議	271
在宅死亡率 都道府県別・21大都市別・経年変化	273
おわりに	

本報告書は「平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業」および「平成 25~27 年度 宮城県第 三期地域医療再生事業補助金」を実施した当院の 4 年間の記録です。

平成 24 年度は、厚生労働省から在宅医療・介護あんしん 2012 が打ち出され、在宅医療推進に国が本腰を入れた年となりました。国が調査した結果では、高齢者の 60%以上は「在宅で最期まで暮らしたい」という願いを持っています。仙台市の在宅死亡率は 25.0% (全国平均 18.5%、平成 26 年データ)で、日本の 21 大都市(政令指定都市および東京都区部)の中で最も高い数値です。しかし国民の希望である 60%以上には遠く及びません。超高齢社会の到来はすぐ目の前。希望を叶える為の方策を整備することが喫緊の課題です。

当院では、「平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業」を厚生労働省医政局より受託し、その後「平成 25~27 年度 宮城県第三期地域医療再生事業」の補助金にて、在宅医療推進事業を実施してまいりました。望む場所で最期まで自分らしく過ごせる社会に向けて、医療・介護・福祉の多職種が連携し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を実現化する取り組みです。

事業開始時の平成 24 年度に公表されていた仙台市の在宅死亡率は 20.9% (全国平均 16.1%、平成 22 年データ) でした。それが現在は 25.0% (全国平均 18.5%、平成 26 年データ) となり、この4年の間に 4.1%増加しました。当院を拠点とした地域における多職種連携の深まりが、この数字に僅かでもプラスに影響していれば幸いです。

本事業は皆様方の多大なるご支援、ご協力のおかげで進めることができました。この場を お借りして心より厚く御礼申し上げます。これまでの皆様方とのつながりを大切にし、これ からも微力ながら地域のために尽力して参りたいと存じます。今後ともご指導ご鞭撻を賜 りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

平成 28 年 3 月 仙台往診クリニック事務局

I. 平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業の取り組み

1. 在宅医療連携拠点事業について

当院では、平成 24 年度、厚生労働省医政局より「在宅医療連携拠点事業」を受託し、在宅医療を推進するためのモデル事業を実施した。【図 1】



【図1】厚生労働省医政局ホームページより

以下の1~5 厚生労働省「在宅医療連携拠点事業委託費(一般枠)」実施手順書より

1)在宅医療連携拠点事業 目的

国民が住み慣れた地域で生活することを支えるためには、医療・介護にまたがる様々な支援を提供する必要がある。本事業は、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、地域の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャーなどの多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すとともに、今後の在宅医療に関する政策立案や均てん化などに資することを目的とする

2) 在宅医療連携拠点が必須で行う事業について 5つのタスク【図2】

(1)多職種連携の課題に対する解決策の抽出

①背景·目的

地域における連携体制の前提となるのは、医療福祉従事者の「顔の見える関係」の構築である。しかし現在、地域内の医療福祉従事者の交流は、同機関に限定されていることが多く、「顔の見える関係」を構築するためには、現場の医療福祉従事者の交流の機会を確保し、情報が職種や機関を超えて共有されることが求められている。

②内容

連携拠点は地域の医療福祉従事者が一堂に会する場を定期的に設定し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討や学習会を実施する。

- ア. 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する (年4回以上)。そのうち1回は、各地域の行政担当官及び各関連施設の管理者が参加する会合を設定 する。
- イ. 会合の内容は以下を網羅することが望ましい。
 - ・地域における連携上の課題の抽出、解決策の検討
 - ・学習会、症例検討会の実施
 - ・その他問題となっている事項に関する検討

(2)在宅医療従事者の負担軽減の支援

①背景·目的

チーム医療の提供及び24時間対応体制の構築が在宅医療における課題とされている一方、それらに 負担を感じている在宅医療従事者も少なくない。その理由として、各職種が異なる機関に所属している こと、常勤医師が一名の診療所や小規模訪問看護ステーションが多いことなどが挙げられている。

②内容

連携拠点は、地域の医療・福祉資源を把握し、地域の医療従事者から抽出された課題等も踏まえて、 地域の在宅医療をより効率的に提供するため以下の方策を実施する。

なお病院・診療所については、自らも在宅医療を提供し、かつ他の医療機関(特に一人の医師が開業 している診療所)が必ずしも対応しきれない医師不在時や夜間の診療を支援すること。

ア. 24時間対応の在宅医療提供体制の構築

24時間対応が困難な診療所、保険薬局及び小規模ゆえ緊急時や夜間・休日対応の困難な訪問看護ステーション等が在宅医療を提供する際、その負担を軽減するため、各々の機関の連携により、互いに機能を補完する体制を構築する。

イ. 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情報を共有できる体制を下記事項を踏まえて検討・実施する。

- ・刻々と変化する患者の状態や今後の方針等に関する情報をチームを組む医療福祉従事者が適宜共有できる体制の構築や工夫
 - ・多職種が連携する上で、共有すべき情報の整理

(3)効率的な医療提供のための多職種連携

①背景・目的

国民が住み慣れた地域で生活することを支えていくためには、医療・福祉・保健にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供していく体制が必要であり、限られたこれらの資源を効率よく活用する仕組みが求められている。

②内容

連携拠点に配置された介護支援専門員の資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーは、地域の医療・福祉・保健資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、医療・福祉・保健にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう関係機関に働きかけを行う。

連携拠点の介護支援専門員の資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーは、以下の活動を行う。

ア. アウトリーチ (訪問支援)

- ・地域包括支援センターに対して、医療的な助言や支援を行う。
- ・地域包括支援センターと連携して居宅介護支援事業所等に医療的な助言や支援を行う。
- ・地域の医療機関に出向き、退院・調整の支援を行う。
- ・地域の福祉機関等において、医療的な助言や支援を行う。
- ・必要に応じ、在宅歯科医療連携室等と連携して、助言や支援を行う。
- ・拠点薬局と連携しながら、地域の医薬品、医療・衛生材料の物流の改善やクリーンベンチの有効活用に努める。

イ. 地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動

地域全体の医療提供体制を把握し、不足する資源に対しては、代替資源の開拓等を行う。また多職種の連携にあたっては、提供される医療やケアの質が担保されるよう、標準化されたツールの導入等を検討する。

(4)在宅医療に関する地域住民への普及啓発

①背景·目的

在宅での療養やそれを支える訪問診療や訪問看護の役割について、また、人工呼吸器を装着していて も自宅で療養できることや、在宅のまま点滴治療ができること等を知らない一般市民も多い。そのため、 在宅医療ができること、療養の実際を広く知らしめることが重要である。

②内容

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フォーラムや講演会等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。

(5)在宅医療に従事する人材育成

①背景·目的

在宅医療においては、医師・歯科医師・薬剤師・看護職員・ケアマネジャー等の多職種が各々の専門 知識を生かし、積極的な意見交換や情報共有を通じて、チームとして患者・家族の質の高い生活を支え ていく必要がある。

②内容

連携拠点のスタッフは、以下の研修のいずれかに参加し、都道府県リーダーまたは地域リーダーとして、在宅医療に関わる人材の育成に積極的に関与すること。

○都道府県リーダー研修

各都道府県で中心的な役割を担う者(都道府県の行政担当者、地域の在宅医療関係者)に対し、国が 在宅チーム医療についての研修を行った後、それぞれの都道府県内で地域リーダー研修の指導者とし ての役割を担ってもらう。

○地域リーダー研修

市町村単位で研修に参加する医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等の在宅医療従事者に対して、都道府県リーダーが多職種協働による在宅チーム医療についての研修を行う。修了後、地域リーダーは、それぞれの市町村内で、地域の在宅医療従事者に対する研修を展開する。

在宅医療連携拠点事業の5つのタスク

在宅医療連携拠点が行う事業

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する(年4回以上)。 そのうち一回は、各地域の行政担当官及び各関連施設の管理者が参加する会合を設定する。

2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

- ・24時間対応の在宅医療提供体制の構築
- 24時間対応が困難な診療所、保険薬局及び小規模ゆえ緊急時や夜間・休日対応の困難な訪問看護ステーション等が在宅医療を提供する際、その負担を軽減するため、各々の機関の連携により、互いに機能を補完する体制を構築する。
- ・チーム医療を提供するための情報共有システムの整備
- 一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。

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介護支援専門員の資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが、地域の医療・福祉・保健資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう関係機関に働きかけを行う。

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フォーラムや 講演会等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。

5)在宅医療に従事する人材育成

・連携拠点のスタッフは、多職種協働による人材育成事業の研修のいずれかに参加し、都道府県リーダーまたは 地域リーダーとして、在宅医療に関わる人材の育成に積極的に関与すること。

50

【図2】厚生労働省医政局ホームページより

3)連携拠点の事業範囲について

連携拠点の事業範囲については、平均的な市町村(人口7万人程度)を想定している。

4) 在宅医療連携拠点事業で明らかにしたいこと

- ・在宅医療連携拠点の効果的な活動の在り方
- ・都道府県、市町村の役割と連携の在り方
- ・地域における在宅医療・介護の関係機関の連携や多職種連携の方策を地域で検討する方策
- ・災害時における対応方策

5)在宅医療連携拠点事業採択者 全国 105 ヶ所

全国 105 か所のうち、宮城県では、名取市の医療法人社団爽秋会様、石巻市の石巻市立病院開成仮診療所様、気仙沼市の気仙沼市立本吉病院様及び当院の4つの医療機関が採択された。

No	都道府県	市区町村	施設名
1	1 北海道	札幌市手稲区	医療法人渓仁会 手稲家庭医療クリニック
2	1 北海道	札幌市東区	医療法人社団豊生会 東苗穂病院
3	1 北海道	札幌市豊平区	社会医療法人恵和会 西岡病院
4	1 北海道	夕張市	医療法人財団 夕張希望の杜 夕張市立診療所
5	2青森県	十和田市	十和田市立中央病院
6	3 岩手県	盛岡市	医療法人葵会 もりおか往診クリニック
7	3 岩手県	釜石市	釜石市

No	都道府県	市区町村	施設名
8	4 宮城県	仙台市青葉区	仙台往診クリニック
9	4 宮城県	名取市	医療法人社団爽秋会
10	4 宮城県	石巻市	石巻市立病院開成仮診療所
11	4 宮城県	気仙沼市	気仙沼市立本吉病院
12	5 秋田県	横手市	横手市地域包括支援センター
13	5 秋田県	潟上市	小玉医院
14	6 山形県	鶴岡市	社団法人鶴岡地区医師会
15	7福島県	東白川郡塙町	JA 福島厚生連 塙厚生病院
16	7福島県	白河市	NPO 法人しらかわ市民活動支援会しらかわ在宅医療拠点センター
17	8 茨城県	つくば市	公益財団法人 筑波メディカルセンター
18	8 茨城県	水戸市	公益社団法人茨城県看護協会
19	8 茨城県	水戸市	医療法人社団いばらき会 いばらき診療所みと
20	8 茨城県	常陸大宮市	医療法人博仁会 志村大宮病院
21	9 栃木県	宇都宮市	一般社団法人栃木県医師会
22	9 栃木県	小山市	医療法人アスムス
23	10 群馬県	沼田市	社会医療法人輝城会 訪問看護ステーションまつかぜ
24	11 埼玉県	幸手町	社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院
25	11 埼玉県	蓮田市	独立行政法人国立病院機構 東埼玉病院
26	11 埼玉県	川越市	埼玉医科大学総合医療センター
27	12 千葉県	松戸市	医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所上本郷
28	12 千葉県	市川市	市川市
29	12 千葉県	柏市	柏市
30	13 東京都	墨田区	医療法人財団千葉健愛会 子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田
31	13 東京都	板橋区	社団法人板橋区医師会
32	13 東京都	国立市	医療法人社団つくし会 新田クリニック
33	13 東京都	新宿区	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション
34	14 神奈川県	横須賀市	一般社団法人 横須賀市医師会
35	14 神奈川県	横須賀市	社会福祉法人 日本医療伝道会
36	14 神奈川県	平塚市	医療法人救友会 湘南真田クリニック
37	15 新潟県	長岡市	社会福祉法人長岡福祉協会こぶし訪問看護ステーション
38	15 新潟県	魚沼市	魚沼市立守門診療所
39	16 富山県	中新川郡上市町	上市町
40	16 富山県	砺波市	医療法人社団ナラティブホーム
41	17 石川県 17 石川県	会 金沢市	白山石川医療企業団 公立つるぎ病院 日本赤十字社 金沢赤十字病院
43	18 福井県		ロ 中 が 下 子 社
44	18 福井県	大野市	大野市地域医療支援センター
45	18 福井県	坂井市	坂井地区広域連合
46	19 山梨県	中央市	医療法人どちペインクリニック
47	20 長野県	<u> </u>	須坂市
48	20 長野県	佐久市	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院
49	20 長野県	安曇野市	地方独立行政法人長野県立病院機構長野県立こども病院
50	20 長野県	松本市	社会医療法人財団慈泉会地域在宅医療支援センター
51	21 岐阜県	岐阜市	医療法人聖徳会 小笠原内科
52	21 岐阜県	羽島郡岐南町	医療法人かがやき総合在宅医療クリニック
53	22 静岡県	浜松市天竜区	社会福祉法人天竜厚生会
54	22 静岡県	周知郡森町	森町家庭医療クリニック
55	23 愛知県	高浜市	高浜市
56	23 愛知県	名古屋市東区	医療法人有心会 大幸砂田橋クリニック

No	都道府県	市区町村	施設名
57	23 愛知県	一宮市	医療法人井上内科クリニック
58	23 愛知県	津島市立込町	津島市
59	24 三重県	名張市	名張市在宅医療支援センター
60	25 滋賀県	近江八幡市	近江八幡市
61	26 京都府	京都市中京区	社団法人京都府歯科医師会
62	27 大阪府	大阪市東淀川区	宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション淀川キリスト教病院
63	27 大阪府	大阪市東成区	東成区医師会
64	27 大阪府	堺市西区	社会医療法人生長会ベルピアノ病院
65	28 兵庫県	神戸市北区	医療法人社団まほし会
66	28 兵庫県	神戸市西区	医療法人社団倫生会 みどり病院
67	29 奈良県	奈良市	医療法人ひばり ホームホスピスひばりクリニック
68	30 和歌山県	和歌山市	医療法人裕紫会 中谷病院
69	30 和歌山県	西牟婁郡すさみ町	すさみ町
70	31 鳥取県	米子市	独立行政法人国立病院機構 米子医療センター
71	31 鳥取県	米子市	医療法人真誠会
72	32 島根県	と と智郡川本町	社会医療法人仁寿会 加藤病院
73	33 岡山県	新見市	一般社団法人新見医師会在宅医療連携拠点まんさく
74	34 広島県	竹原市	医療法人楽生会 馬場病院
75	34 広島県	広島市	折口内科医院
76	34 広島県	東広島市	社団法人東広島地区医師会
77	34 広島県		社団法人因島医師会 因島医師会病院
78	35 山口県	宇部市	医療生活協同組合健文会 宇部協立病院
79	36 徳島県	徳島市	徳島市医師会在宅医療支援センター
80	36 徳島県	徳島市	医療法人平成博愛会 博愛記念病院
81	36 徳島県	徳島市	医療法人徳島往診クリニック
82	36 徳島県	美馬市	医療法人芳越会 ホウエツ病院
83	37 香川県		綾川町国民健康保険陶病院
84	38 愛媛県	松山市	株式会社在宅ケアセンターひなたぼっこ訪問看護ステーションひなたぼっこ
85	38 愛媛県	松山市	社会福祉法人恩賜財団済生会済生会松山訪問看護ステーション
86	38 愛媛県	松山市	医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニック
87	38 愛媛県	四国中央市	医療法人際愛会 石川病院
88	39 高知県	土佐清水市	医療法人聖真会 渭南病院
89	40 福岡県	北九州市	株式会社フジケア訪問看護ステーション
90	40 福岡県	宗像市	社団法人宗像医師会
91	40 福岡県	飯塚市	医療法人博愛会 頴田病院
92	41 佐賀県	佐賀市	佐賀県
93	42 長崎県	長崎市	社会医療法人長崎記念病院
94	42 長崎県	佐世保市	社団法人佐世保市医師会
95	43 熊本県	能本市	能本市
96	43 熊本県	玉名市	玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター
97	44 大分県	別府市	別府市医師会訪問看護ステーション
98	44 大分県	臼杵市	日杵市医師会立コスモス病院
99	44 大分県	日田市	日田市医師会立訪問看護ステーション
100	45 宮崎県	宮崎市	有限会社メディフェニックスコーポレーション薬局つばめファーマシー
101	46 鹿児島県		医療法人ナカノ会 ナカノ在宅医療クリニック
102	46 鹿児島県	鹿児島市	医療法人明輝会の村川上内科
103	46 鹿児島県		社団法人肝属郡医師会 肝属郡医師会立病院
104	47 沖縄県	浦添市	一般社団法人浦添市医師会
105	47 沖縄県	中頭郡北谷町	社団法人中部地区医師会
100	サ/ /T爬示	中职仰礼台 则	11 전 1

2. 仙台往診クリニックの概要 (平成24年度事業開始当初の状況)

1)体制

当院は仙台市街地のほぼ中央に位置しており、現在は仙台市と周辺7市町村の自宅・グループホーム等で、約460名の療養者へ訪問診療を計画的に行い、常勤医師6名、非常勤医師10名、常勤看護師10名(内介護支援専門員資格6名)で24時間365日の往診体制を実施している。毎月、カレンダー形式の医師の担当表を患者宅に郵送し、夜間は当番医に直接連絡ができ、緊急対応を依頼できる仕組みを取っている。

WiMAX 接続型携帯電子カルテを開発し、医師・看護師・薬剤師・事務が情報共有を行っている。8市町村域内の全ての場所において相互通信を可能にし、ホストコンピュータは当クリニック内にある。 血液検査・写真・レントゲンフィルム等は電子カルテ内に保存される。

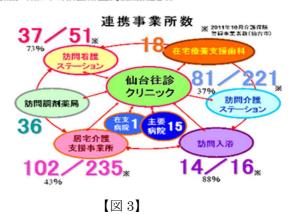
2) 実践

療養者の受け入れは、東北大学病院・仙台厚生病院・仙台医療センターなど 10 ヶ所の臨床研修指定病院を含め、仙台市内外の病院・医院からの紹介が 9 割以上である。

住み慣れた生活の場での生き方を最期まで支えるために、仙台市内においては在宅療養支援歯科診療所18ヶ所、訪問看護ステーションの73%(37ヶ所)、36ヶ所の調剤薬局、訪問介護事業所の37%(81

連携事業所(2012年2月29日現在)

数字は、連携事業所数/平成23年10月介護保険登録事業所数(仙台市)



ヶ所)、居宅介護支援事業所の 40% (102 ヶ所)、訪問入浴サービス事業所の 88% (14 ヶ所) との間で連携をとっている【図 3】。

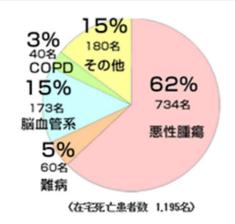
当院がこれまで在宅医療をサポートしてきた患者の約半数は癌末期で、その他の疾病としては、難病、 脊椎損傷、脳血管疾患、COPD、糖尿病、認知症等が挙げられる【図 4】。

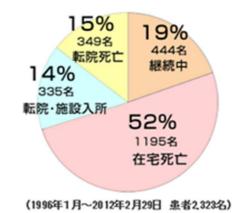
過去に亡くなった 1,544 名 (1996 年 1 月~2012 年 2 月 29 日現在) の患者のうち 77%の方が在宅で 最期を迎えられている【図 5】。末期癌の方の在宅死率は約 80%となっている。

在宅死亡患者の基礎疾患内訳



当院管理患者标帰 【図 5】





3)教育

日本在宅医学会・日本緩和医療学会の認定専門医研修施設に認定されている。当クリニックで研修を受け在宅療養支援診療所を開業した診療所が全国に20ヶ所ある。東北大学病院・仙台厚生病院・仙台 市立病院・東北労災病院・仙台オープン病院・仙台医療センターより初期研修医を受け入れ、2週間~4週間の在宅医療研修を行っている。東北大学医学部1・2・4年生に対して在宅医療の講義を行っている。

仙台市内介護施設・訪問介護事業所等に、タンの吸引指導・看取りの勉強会を行っている。

4)研究

平成 15 年度より継続し厚生労働科学研究事業(老人保健事業・地域生活支援事業・特別研究等)の報告を行っており(http://www.oushin-sendai.jp/c03_research.html)、さらに現在「大規模複合災害の危機管理における高齢者等への包括的医療・介護提供戦略に関する調査研究事業(平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金)」を行っている。

5) 震災への対応

当院の在宅人工呼吸器使用者 44 名中インバーター・発電機・バッテリーを利用し入院せずに在宅生活を維持したものは 58%(入院は 42%)であった。反対に宮城県内約 200 名の在宅人工呼吸器装着者の約 80%は入院を余儀なくされている。インバーター・発電機・バッテリー等の事前整備が重要であった。

人工呼吸器・酸素濃縮器・吸引器の稼動、生活物資の調達のためにはガソリン供給が必須である。在 宅療養者及び在宅医療・介護(訪問介護・施設介護等)の各職員に対する緊急車両の認定を早期に申 請し対応した。

3. 仙台市の在宅医療介護の課題

1) 事業介入前の仙台市の状況

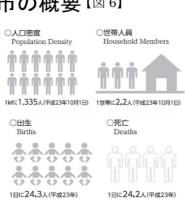
仙台市は、東北地方最大の都市で、現在、人口 106 万人、高齢者は約 19 万人、高齢化率は 18.8%である。【図 6】

医療・介護資源共に都市部に集中している。山間部などへの医療介護を提供する機関数は少ない。 在宅医療の担い手である在宅療養支援診療所は仙台市内56ヶ所で区ごとに差がある。



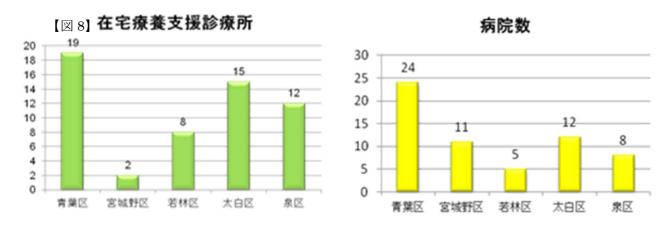
■ 高齢化率 18.8% 65歳以上52% 75歳以上48%

■ 在宅死亡率 20.9% (宮城県平均17.9%)





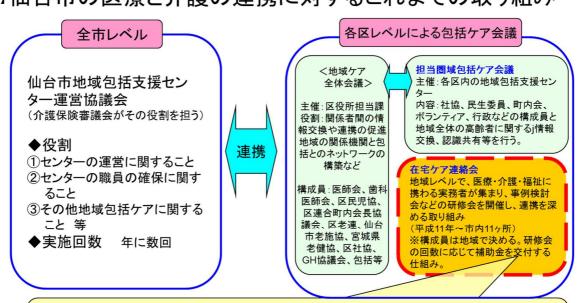
在支診の多い区では在宅看取り率が高い傾向が見られ【図7】【図8】、また、市内には訪問診療を専門的に行っている在支診が11ヶ所程あり、積極的に地域で訪問診療が必要な患者を受け入れ、看取りまで行っている。仙台市の在宅死亡率は20.9%(平成22年)で全国平均の16.1%を上回り、20大都市別死亡率では浜松市の21.3%に続き第2位となっている。病院は、仙台市内全域の患者を対象としているが、病院と在宅医療を提供する診療所の間で情報共有できるシステムはない。



2)仙台市の取り組み

仙台市の取り組みとして、市内に 49 ヶ所の地域包括支援センターが設置されており、医療・介護の連携についても、包括支援センターごと、区ごとに取り組みが推進されていた。具体的な取り組みとして、区毎の全体会議(医療・介護従事者および地域住民等)、地域包括支援センター毎の会議等を実施することにより、市としての地域包括ケア体制の構築に取り組んできた経緯がある。その他、市独自の対応として、市内 11 ヶ所に「在宅ケア連絡会」(医療・保健・福祉の従事者により構成され、地域の中で多職種が連携できるよう、研修会を開催する組織)が組織されており、地域に在宅ケアが提供される体制作りのために、その地域の研修会の回数に合わせて仙台市が補助金の助成を行っている(平成7年市内5ヶ所より開始)【図9】。

図別仙台市の医療と介護の連携に対するこれまでの取り組み



仙台市では、平成11年より在宅ケアに携わっている実務者レベルで定期的に集まり、在宅療養者に対する医療等の促進のための具体的な方策を検討する場を持っているが、区によってその取り組みは差があるのが現状。

4. 在宅医療連携拠点事業 仙台往診クリニックの取り組み

在宅医療連携拠点事業を採択したのは県内 $4 ext{ <math>\phi$ } 所、仙台市内では $1 ext{ <math>\phi$ } がのみであった。国が望ましいとしていた連携拠点の活動範囲は $7 ext{ <math>\phi$ } 7 のことだったが、当院の訪問エリアは仙台市全域を対象としており、他に市内に拠点はないことから、事業のタスクを確実に行うためにも仙台市全域を事業の活動範囲とした。

1) 事業内容

以下の図は、本事業をスタートする時に作成した事業構想図である【図 10】。 以下、事業の内容をタスクに沿って報告する。

仙台市 在宅医療とみんながつながる会 行政(仙台市)、医師会、病院、支援診 歯科医師会、薬剤師会 訪問看護、理学・作業療法士会 ケアマネ協会、医療社会事業協会等

- ・顔の見える関係を構築
- 多職種連携の課題抽出と解決策検討
- ・その他問題となっている事項に関する検討
- ・災害発生時に備えた対応策の検討

若林区 行政(若林区役所) 在宅ケア連絡会 地域包括支援センター連絡会 ※復興枠のモデル地区として選定 ・研修会の共同開催

外部有識者 (助言)

在宅医療連携 拠点事業 事務局 仙台往診クリニック内

- ·事業の企画運営、研修会の開催等
- ・包括支援センター訪問
- ・アンケート調査
- ·社会資源マップ作成⇒つながライン
- ・在宅医療普及のためのパンフレット作成っ

【図 10】平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 構想図

(1)タスク1「多職種連携の課題に対する解決策の抽出」

(1)「在宅医療とみんながつながる会」の開催

タスク1の「多職種連携の課題に対する解決策の抽出」を行うために、多職種合同の研修会「在宅医療とみんながつながる会」を開催した。「つながる会」は、多職種連携における課題抽出と解決策の検討を行うこと、顔の見える関係を構築すること、を目的に実施した。

今後 100 万都市を対象として在宅医療を全体で進めていくためには、各団体等の協力が不可欠である と考え、仙台市内の各団体に呼びかけを行った。参加メンバーは、市医師会、市歯科医師会、県看護協 会、県理学・作業療法士会、県医療社会事業協会、市内の主要病院、在宅療養支援診療所、市老人福祉 施設協議会、市地域包括支援センター連絡協議会、県ケアマネジャー協会等の、普段、仙台市内で在宅 医療・介護に携わっている方の推薦を得て会議に出席いただいた。

内容は、本事業で実施した内容全ての結果をフィードバックする形で、会議を実施した。また、後述 する情報共有システムの提案についても、会議内の意見を伺いながら開発を進めた。

在宅医療とみんながつながる会

参加構成:各団体代表者(医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション協議会 看護協会、PT会、OT会、包括連絡協議会、ケアマネ協会、老人福祉施設協議会) その他医療・介護関係者、行政など

第1回	9月26日	64名	①国の動向と在宅医療連携拠点事業について情報提供 ②テーブルごとに意見交換「連携で困っていること。悩んでいること」
第2回	11月28日	78名	①アンケート調査結果及び課題報告 ②ワークショップ 多職種連携における情報共有についての検討
第3回	2月28日	74名	①多職種情報共有システム「つながライン」を使ってみよう! ②在宅医療普及啓発パンフレット「知っておきたい在宅医療のこと」 ③災害時における通信手段の確保への取り組み







【図 11】在宅医療とみんながつながる会の内容

つながる会は、2ヶ月に1回の頻度で、平成24年9月26日、11月28日、2月28日の3回実施した 【図11】。

第 1 回目は、テーマを在宅医療連携拠点事業についてと意見交換会とし、グループワークを行った。 参加者は、64 名 (医師 13 名 (病院 2、歯科医師 1、在宅療養支援診療所 10)、看護師 13 名、相談員 12 名、団体等 22 名) だった。

第2回目は、参加者の枠を拡大し(病院関係者を1名追加、ケアマネ事業所を地域包括支援センターから推薦をもらった形で追加した)、78名にご参加いただいた。内容は、仙台市内多職種へのアンケート調査(事務局が10月に実施)結果をフィードバックし、情報共有システム「つながライン」の提案をした後、グループワークにて現実的に活用する為の意見交換を行った。

第3回目は参加者が72名だった。会場にパソコンを設置し、「つながライン」を実際に操作し、グループワークにて本格稼動に向けた意見を伺った。また、災害時における通信手段の確保への取り組みについての研修を行った。



災害時における通信手段の確保への取り組み

②多職種アンケート調査の実施

[図 12] 医療と介護における多職種連携上の 課題抽出のための実態調査の実施

<目的> 他施設間·多職種間連携に関する課題の抽出

<アンケート内容>

- ① 仙台市内の各事業所の運営体制
- ② 他施設との多職種連携上に必要な情報と施設情報の開示について
- ③ 多職種連携の為の施設情報・患者情報の共有項目
- ④ 多職種間における連携課題
- ⑤ 在宅医療に関する研修

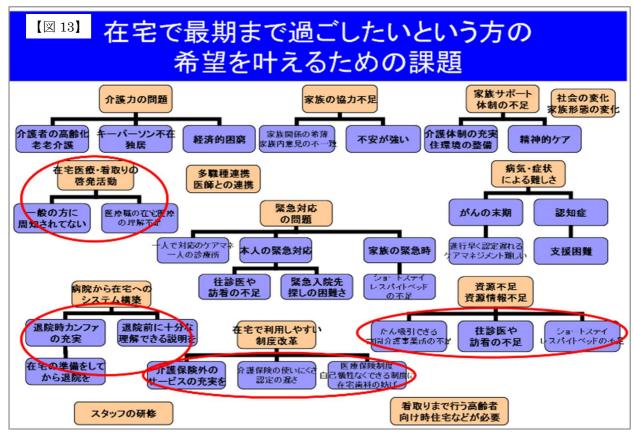
<調査票配布対象先 回収数/配布数>

① 病院 36/60ヵ所

- (宮城県病院名簿 平成24年4月1日現在)
- ② 在宅療養支援診療所 16/55ヵ所 (東北厚生局届出受理医療機関名簿 平成24年8月6日現在)
- ③ 在宅療養支援歯科診療所 15/24ヵ所
 - (独立行政法人福祉医療機構(WAMNET)検索 平成24年9月1日現在)
- ④ 訪問看護ステーション 21/54ヵ所 (仙台市介護保険サービス事業者一覧 平成24年9月1日現在)
- ⑤ 調剤薬局 101/248ヵ所 ※うち在宅訪問実施は39カ所 (みやぎ薬局検索「在宅医療」参加とある薬局 平成24年9月1日現在)
- ⑥ 居宅介護支援事業所 92/245カ所 (仙台市介護保険サービス事業者一覧 平成24年9月1日現在)

合計 281/686ヵ所 回収率 40.1%

タスク1の課題と解決策の抽出を、より多くの職種のから得るため、仙台市内の6職種を対象としたアンケート調査を実施した。回収数は281事業所、回収率40.1%であった【図12】。



アンケート結果は事務局にて KJ 法を実施し、内容を分類した【図 13】。

- 多くの課題が抽出された。主に出た課題は以下の通りである。
- ○在宅医療・看取りについての理解不足があり、普及啓発が必要なこと。

- ○病院から在宅への移行がうまくいくようなシステムが必要なこと。
- ○在宅で利用しやすい制度にしていくこと。
- ○資源や資源の情報が不足していること。

中でも連携の課題の抽出や情報共有の課題として、<u>「施設の生きた情報が不足している。」「患者情報の共有が困難である。」</u>などが明らかとなった。アンケートでは、施設情報を<u>「他施設に公開できるもの、他施設から得たいもの」</u>に分けた調査も行った。アンケート結果は情報共有システム「つながライン」の開発に生かした。

(2)タスク2「在宅医療従事者の負担軽減の支援」

情報共有システム「つながライン」の考案

多職種アンケート調査の結果を踏まえ、検討した結果、タスク2「在宅医療従事者の負担軽減の支援」の中の「チーム医療を提供するための情報共有システムの整備」に関して、皆が必要としている情報共有システムを作るのはどうかと考え、生きた施設情報のやり取りができる情報共有システム「つながライン」を考案することとなった【図14】。



【図 14】 つながラインホーム画面

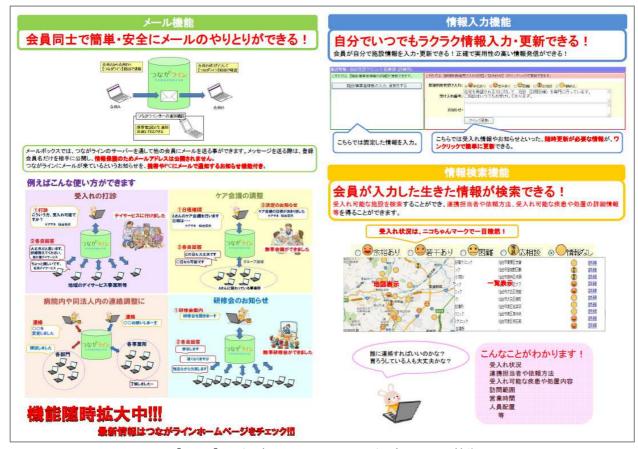
当初紙ベースの社会資源マップの作成を予定していたが、インターネットを使ったシステムを考案することとなり、平成25年3月28日より運営が開始した。

登録料・利用料は無料とし、医療介護福祉関係の事業所が登録できるものとした。 特徴は、

- ○登録した事業所が自ら情報を入力・更新し発信できる。
- ○施設情報の検索では、地図表示や一覧表示により、受入れ可能な施設や医療機関の情報を見ることができる。
 - ○メール機能で連携ができる。例えば、ケア会議の日程調整連絡や、利用者受入れの打診など、実際

に施設と連絡を取り合うことができる。

というシステムになっている。メールアドレスは情報保護のために公開せず、施設名でメールの送受信が可能である。



【図 15】つながラインチラシ つながラインの特徴

つながライン開設にあたり、会員登録の呼びかけのチラシを作成し、仙台市内を中心に医療介護福祉 関係者に送付した【図 15】。

(3)タスク3「効率的な医療提供のための多職種連携」

①若林区合同研修会開催

タスク3の「効率的な医療提供のための多職種連携」の、「具体的な研修」と「アウトリーチ」に関しては、若林区をモデル地区として実施した。

今回の拠点事業は震災復興枠であったこともあり、震災被害の大きい地域であること、また人口規模も適当であることから若林区を選定した。

この研修会の実施に当たり、既存の「若林在宅ケア連絡会」に協力いただいた。代表者への挨拶や事業説明は、行政の方の同席も得て行い、研修会の共催について快諾いただいた。その後は、在宅ケア連絡会ワーキングメンバーの会や事例検討研修会に参加し、地域の実情などの情報を得ることができた。

研修会は、地域包括支援センターより要望のあった「看取り」と「在宅医療」をテーマに1回ずつ行い、また「若林区在宅ケア連絡会」との共催で1回実施した。内容は連携に関する先行事例について、拠点事業を平成23年より実施していた「チームもりおか」の板垣氏に講演いただき、当クリニックにおける拠点事業の取り組みとつながラインの紹介を行った【図16】。

若林区合同研修会開催

	月日 場所	参加数	内容
1	平成24年11月13日 若林区文化セン ター2階セミナー室	39名	遠見塚地域包括支援センター圏域内サービス事業所合同研修会 講演 「最期までご本人らしく~専門職として在宅での看取りを支える~」 仙台往診クリニック 院長 川島孝一郎
2	平成25年3月11日 仙台市福祉プラザ3 階	14名	若林区、新任ケアマネジャー実践研修 講演「往診医との上手な付き合い方 在宅医療の話」 仙台往診クリニック 遠藤美紀
3	平成25年3月12日 若林中央市民セン ター2階	100名 程	若林在宅ケア連絡会 平成24年度講演会 講演「チームもりおか」による多職種連携の実践 在宅医療連携拠点事業所チームもりおか 所長 板垣 園子氏 情報提供「在宅医療連携拠点事業の取り組み:「つながラインの提案」 仙台往診クリニック 在宅医療連携拠点事業担当 佐々木みずほ







【図 16】若林区合同研修会

②若林区地域包括支援センター訪問

タスク3のアウトリーチに関しては、若林区の地域包括支援センターを訪問し、在宅医療・介護の地域の実情について聞き取りを形で行った。また、区内の地域包括支援センターの職員が集まる会合において、意見交換を行った【図17】。

若林区地域包括訪問・在宅ケア連絡会参加

	月日	内容
1	平成24年8月27日	河原町地域包括支援センター訪問
2	平成24年8月27日	大和蒲町地域包括支援センター訪問
3	平成24年8月28日	沖野地域包括支援センター訪問
4	平成24年8月30日	遠見塚地域包括支援センター訪問
5	平成24年9月3日	七郷地域包括支援センター訪問
6	平成24年8月29日	若林区地域包括支援センター連絡会
7	平成24年9月6日	若林在宅ケア連絡会参加
8	平成24年11月8日	若林在宅ケア連絡会参加
9	平成24年11月13日	若林区第1回事例検討研修会参加 テーマ「成年後見人制度」(参加者60名程)
10	平成25年2月5日	若林区第2回事例検討研修会参加 講演「高齢者の爪疾患」(参加者100名程)
11	平成25年2月7日	若林在宅ケア連絡会参加

若林区在宅ケア連絡会構成員: 医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、病院相談員、訪問介護員、通所介護職員、若林区役所職員等

【図 17】若林区地域包括支援センター訪問・在宅ケア連絡会参加日程

聞き取りでは、

- ○震災後に要介護者が倍増していること
- ○認知症の症状の出ている方が増えていること
- ○うつ等の心の問題を抱えている方が増えていること

などが問題となっていた。

また在宅医療に関しては、

- ○本人家族がイメージできないといったこともあるが、包括職員が往診を病院医師に伝えても、「まだ外来を受診して、何かあったら救急車で来なさい」といったことを言われる
 - ○退院準備もないまま退院してきてしまい、調整が困難となる事例がよくある。

といった報告があり、住民への普及啓発と共に、医療介護従事者に対する研修も必要なことがわかった。

他に、

- ○ケアマネジャーに在宅や施設で最期まで過ごす支援の経験のない者が多く、具体的なイメージが持てるような勉強会が必要。
- ○往診に対応してくれる診療所はどこかなど、情報がない。得られる相談窓口があれば助かる。 といった意見も出ていた。

「看取り」と「在宅医療」の課題に関しては研修会の要望があり、実施した。

11月13日に地域包括支援センター管内の事業所を対象に「看取り」についての勉強会を実施し、36名が参加した。当院院長の川島が講演し、グループホーム等の施設の方も参加することもあり、施設での看取りの具体的な話も入れた内容だった。

3月11日には新人ケアマネジャーを対象として、「在宅医療と医療機関との連携」についての研修と情報交換(11名参加)を実施した。当院の遠藤と佐々木が訪問し、基本的な説明を行った後は、少人数であったため、質問に答える形で研修を進めた。

(4)タスク4「在宅医療に関する地域住民への普及啓発」

「在宅医療パンフレット」の作成・配布

タスク4の「在宅医療に関する地域住民への普及啓発」に関しては、広く普及啓発ができる媒体として「在宅医療パンフレット」を作成した。



【図 18】在宅医療パンフレット「知っておきたい在宅医療のこと」

仙台市内多職種アンケート調査及びつながる会でのグループワークにて、一般市民に対する在宅医療 についての普及啓発が図られていないという結果が出ていた。

普及啓発の媒体が必要と考え、どなたでも、どの地域でも通じる内容を心がけ、在宅医療の基本的な知識をわかりやすい言葉とイラストで表現したパンフレットを作成した。

折りたたみの形式で、表面は在宅医療についての現状や制度、費用、相談窓口、最期を迎えるに当たっての心構えを載せた。また裏面は、脳卒中・認知症・がんを患ったパターン別に、在宅医療と介護制度を利用しながら、在宅生活を送ることができることが学べる「すごろく」を作成した。

本パンフレットは、仙台市内の病院、在宅療養支援診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局(在宅医療を提供している事業所)、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市民センター等市民が集まる場所、各団体などに4万部を配布した。また在宅医療出前講座などの資料としても使用し、一般市民や医療介護従事者から、わかりやすく、とても良いパンフレットだという反響をいただいた。

(5)タスク5「在宅医療に従事する人材育成」

「在宅医療体験実習」の実施

タスク5の「在宅医療に従事する人材育成」では、当院では元々研修医や、在宅医療を知りたいという医師の研修を常に受け入れていたが、今回は病院の退院支援担当看護師や、医療連携室の相談員等を対象に、実習の受け入れを行った。

周知方法は、募集チラシを作成し、「在宅医療とみんながつながる会」で説明と配布を行い、さらに 仙台市内の病院宛てに郵送した【図 19】。



【図 19】在宅医療体験実習参加者募集チラシ

実習に参加したのは、看護師7名、医療相談員1名の計8名だった。受講者が働きながら受けられ るよう、日程は1~3日間とし、柔軟に対応した【図20】。

在宅医療体験実習 実施概要

在宅医療について実際を見学することにより、在宅医療への理解を深め、研修後の業務に活かすことができる情報を提供する。

2. 実施日程 ※日程と実習担当者については、別添資料1参照のこと

平成24年12月3日(月)~12月14日(金) 9:00~18:00(予定)

1日コース:4名、2日コース:2名、3日コース:1名 計 7名

3. カリキュラム内容

時間	1日目	担当·場所	2日目	担当·場所	3日目	担当·場所
9:00	スタッフ紹介	Ĵ				
9:10	オリエンテーション ・事前アンケート記入 ・日程の確認 ・往診クリニックのシステムの概要		同行訪問先の患者情報の共有	遠藤	同行訪問先の患者情報の非	遠藤
9:30	講義① ・なるほど健康雑学	遠藤·佐々木 2F	講義② ・在宅緩和ケア	1F会議室 西崎	ミーティング参加	3F
10:00	同行訪問先の患者情報の共有		ミーディング参加		ミーティング参加	3F
10:30	ミーティング参加	3F	ミーティング参加	3F		
11:30	同行訪問	Dr. or Ns.	同行訪問	Dr. or Ns.	同行訪問	Dr. or Ns.
18:00	帰社(予定) ・事後アンケート記入(1日のみの人)	遠藤·佐々木 2F	帰社(予定) ・事後アンケート記入	遠藤·佐々木 2F	帰社(予定) ・事後アンケート記入	遠藤・佐々オ 2F

- 4. 使用する資料・河北新報「なるほど健康雑学」(上・中・下)、統計・アンケート調査結果資料・在宅緩和ケアについて(西崎Dr.)資料 ※要確認→山下さんへ依頼

5. 準備物

- ・アンケート(事前、事後) ・オリエンテーション資料
- ·PC(電子カルテによる患者情報の共有用)

【図 20】在宅医療体験実習実施概要

実習を通して学んだこととしては、

- ○在宅で過ごすことは、患者の精神的な力につながっている。家族の不安に対し、365 日 24 時間で対 応するクリニックがあることが軽減につながっていると感じた。これから在宅医療が増えざるを得ない 現状を知らずに、在宅は厳しいと簡単に思っていることは無知だし、医療者自身が在宅療養の道を狭め ているのだと思った。
 - ○退院してから自宅に戻るまでの流れをイメージできるようになった。
- ○多くの疾患の知識とアセスメント能力を必要とされるが、個別性の看護ができるのはすばらしいと 感じた。
- ○在宅医療とはという事から始まり、サービスを受けるまでのシステムや実際に往診の見学を研修し、 地域の連携が大切だと知った。連携するに当たって、色々大変なことや問題もあるが、病院勤務の仕事 とは違った視点で患者さんの背景や生き方を考えて看護することを学んだ。

等の意見があり、この研修を他の人にも進めたいかの問いに、全員が「はい」との回答であった。有 効な研修であったと思われる。

以上の拠点事業の取り組みは、外部有識者と仙台往診クリニック事務局で事業検討会議を開催し、内 容を検討してきた。

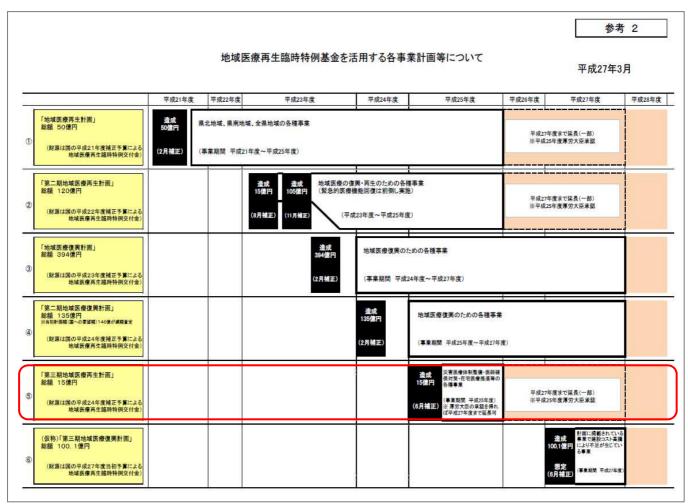
厚生労働省医政局からの委託事業は単年度で終了したが、その後、宮城県第三期地域医療再生事業補 助金の交付を3年間受けることとなり、県の補助金事業にて在宅医療推進事業を継続した。

Ⅱ. 平成 25~27 年度宮城県第三期地域医療再生事業補助金 当院の取り組み

1. 宮城県第三期地域医療再生事業とは (宮城県平成24年2月計画資料より引用・抜粋)

仙台往診クリニックでは、宮城県より平成 25~27 年度の 3 か年、第三期地域医療再生事業補助金を受け「介護と連携した在宅医療体制の整備と普及啓発の推進事業」を実施してきた。

本事業は、宮城県においてこれまで地域医療再生計画、第二期宮城県地域医療再生計画、宮城県地域 医療復興計画及び第二期宮城県地域医療復興計画において措置された事業以外の事業として、自家発電 装置の上層階設置、地域医療学等の寄附講座の設置による医師確保対策、介護と連携した在宅医療体制 を整備する在宅医療推進事業、在宅医療連携体制の先進事例を県全域に普及するための研修会の開催、 震災等これまでの計画策定時からの状況変化に伴う新たな取組など、療提供体制の再構築に必要な事業 を更に展開するものである【図 21】。



【図 21】地域医療再生臨時特例基金を財源とする計画一覧表 宮城県医療整備課ホームページより

1)内容・目的

在宅医療の推進と連携体制の構築・強化

○ 介護事業と在宅医療との連携を強化するため、多職種連携推進のためのシステムの構築、在宅緩和ケア推進のためのネットワーク形成等、被災地において良質な在宅医療を安定・継続的に提供するための体制を整備する。

○ 在宅医療に係る医療従事者及び地域住民に対する普及啓発、在宅医療を推進していくための研修会や講演会の実施、介護・医療等が連携した地域包括ケアシステムの構築に向けた各地域における対策の検討によって効率的・効果的な連携体制の構築・強化を図る。

2)計画の期間

- 第二期宮城県地域医療再生計画平成 23 年度 平成 25 年度
- 宮城県地域医療復興計画平成 24 年度 平成 27 年度
- 第二期宮城県地域医療復興計画平成 25 年度 平成 27 年度
- 第三期宮城県地域医療再生計画平成 25 年度

3)対象地域

○ 第二期宮城県地域医療再生計画

県全域 (三次医療圏)

○ 宮城県地域医療復興計画

石巻, 気仙沼, 仙台の各二次医療圏

○ 第二期宮城県地域医療復興計画

IJ

○ 第三期宮城県地域医療再生計画 県全域(三次医療圏)

地域医療再生・復興計画事業の財源

- ■地域医療再生臨時特例基金
 - 〇地域医療再生臨時特例交付金(累計約714億円)
 - •地域医療再生計画(50億円):県南,県北,全県
 - •第2期地域医療再生計画(120億円):全県 平成22年度国補正 全国枠2100億円 被災3県に上限額配分
 - •第3期地域医療再生計画(15億円):全県 平成24年度国補正 全国枠500億円 各県15億円上限
 - 地域医療復興計画(394億円):沿岸被災地域 平成23年度国第3次補正 全国枠720億円 被災3県に配分
 - •第2期地域医療復興計画(135億円):沿岸被災地域 平成24年度国補正(復興予備費活用)全国枠380億円 被災4県に配分
 - 〇革新的医療機器創出等臨時特例交付金(15億円)

8

❤ 宮城県 Miyani Prefectural Government #

% 宮城県

【図 22】地域医療再生・復興計画事業の財源 宮城県医療整備課ホームページより

2. 仙台往診クリニックの取り組み

1)取り組みの全体像

平成 25~27 年度の宮城県第三期地域医療再生事業補助金による当院の取り組みは、平成 24 年度に、厚生労働省から委託を受けて実施した在宅医療連携拠点事業の内容を基本に、見直しを行い取り組んできた。

宮城県第三期地域医療再生事業補助金 介護と連携した在宅医療体制の整備と普及啓発の推進事業

仙台往診クリニックの取り組み



【図 23】取り組みの柱 4つのタスク

本事業では、宮城県からタスクが課せられてはいなかったため、課題分析、普及啓発、多職種連携、 資源の見える化の4本をタスクとして進めてきた。

内容は当院事務局と外部有識者による「事業検討会議」において検討を重ね、実施してきた【図 23】。

2) 事業目標

本事業を実施することにより、介護と連携した在宅医療体制を整え、普及啓発を推進する。 仙台市民の在宅で最期まで暮らしたいという希望をかなえるために、地域包括ケアと連動した在宅 医療を推進していく。

数値目標

在宅看取り率を平成 29 年度末までに仙台医療圏において 30%までに引き上げる。(第6次宮城県地域医療計画の数値目標に同じ。)

3) 実施内容と考察

(1)タスク1「課題分析・連携体制の構築」

「仙台医療介護連携の会」の発足、会議の実施

タスク1の「課題分析・連携体制の構築」を進めるため、「仙台医療介護連携の会」を発足した。

まずはじめに、あらためて仙台市の医療介護連携の課題整理と解決策を提案するために、医師会をはじめとする様々な団体を訪問し、事業の説明を行い協力を仰いだ。結果、12の団体の協力を得られ、「仙台医療介護連携の会」を発足した【図 24】。



【図 24】仙台医療介護連携の会メンバー

また、行政の協力も必須であると考え、宮城県医療整備課、宮城県長寿社会政策課、仙台市介護予防 推進室、仙台市障害支援課の方々にも、会議時はオブザーバーとして参加いただいた。

会議は全 10 回、毎回情報提供とグループ討議、発表という形式で進めた。話し合った内容は書き起こしとまとめをその都度行い、以降の会議や事業に反映させた。仙台医療介護連携の詳細については、別冊「【課題分析・連携体制の構築】仙台市における医療・介護連携体制構築のための提案書」を参照いただきたい。

(2)タスク2「普及啓発・教育研修」

①「在宅医療市民フォーラム」の開催



【図 25】左側平成 25 年度 右側平成 27 年度 在宅医療推進市民フォーラム

「普及啓発・教育研修」を進めるため、平成25年と27年度に市民フォーラムを開催した【図25】。

平成 25 年度の時は、初めての事業であったため、参加数の見込みがつかず、250 名定員の会場を借りたが、予想を大きく上回り 670 名ほどの申し込みを頂戴した。会場の配置を工夫しても入場は 430 名が限界ということで、200 名以上の方にお断りをする結果となった。

また、内容も、第2部パネルディスカッションでの在宅医療の説明について、具体的なイメージがつかみにくかった、結局知りたいことがわからなかった等の意見があり、次回への反省とした。

平成 27 年度の市民フォーラムでは、前回の反省を踏まえ、まず会場は断らずに済む規模で考え、大規模なイベントが多数開催されている仙台サンプラザホールを借りた。そのため、今回も 600 名を超す申し込みがあったが、断らずに済んだ。結果的に参加者数は 646 名と、大勢の方にご参加いただいた。

また、講演ホールの外にも広い場所があり、そこに体験型の展示コーナーを設け、より在宅医療介護の理解を深めてもらいたいと考えた。



【図 26】各展示コーナーの様子

当日は、仙台歯科医師会様、日本福祉用具供給協会宮城県ブロック様、宮城県理学療法士会様、宮城県栄養師会様の協力を得て、展示・体験・相談ができるコーナーを設置運営していただいた。講演前後の時間を展示にあて、多くの方にお立ち寄りいただいた。いざという時の備えとなった等の感想をいただいた【図 26】。

ホール内では、講演前の時間を利用し、在宅療養支援歯科診療所紹介ビデオ「歯医者も家にやってくる」および、鶴ヶ谷地域包括支援センターにて作成した「鶴ヶ認知症谷サポーター養成講座教材ビデオ」を上映し、在宅歯科診療や認知症のことを学んでいただいた。

フォーラムの第1部では、当院院長の川島が「最期までお家で生活するために」を講演した。資料に

は在宅医療パンフレットの「おだやかに最期の日まで暮らすために」を使用した【図 27】。

参加者が最も興味のある部分で、熱心に聞いていた。アンケート結果では、「自分のこれからの生き方を考える機会になった。」「在宅医療がとても身近に考えられ、とても参考になった。」といった感想や意見が多く寄せられた。在宅医療を学ぶこと、人がどのように衰えどのように最期を迎えるのかを知ることは、「より良く生きる。」ことを考えることにつながるようである。



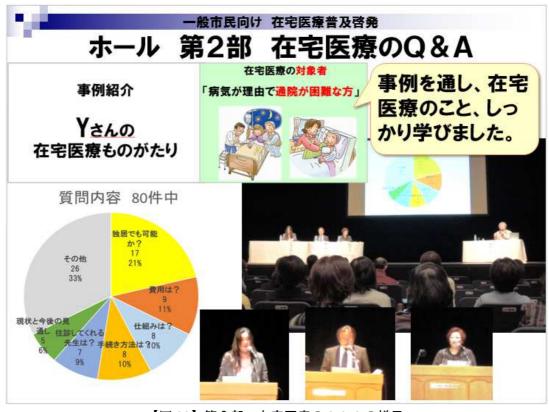
【図27】第1部 講演の様子

フォーラムの1部と2部の間には、認知症の人と家族の会宮城県支部「翼合唱団」によるステージ発表を盛り込んだ【図28】。参加者との全体合唱もあり、アンケート結果には、「認知症の方々の表情が生き生きとして勇気づけられました。とても素晴らしかったです。」等の意見が寄せられた。



【図 28】翼合唱団 ステージ発表の様子

フォーラム第2部は、在宅医療のQ&Aとして、事前申し込みの段階で参加者から知りたい内容をアンケート調査し、それらが解決できるような内容構成とした。



【図29】第2部 在宅医療のQ&Aの様子

まず、多くの疑問が寄せられた在宅医療の対象や受け方、費用等は「事例紹介 Yさんの在宅医療ものがたり」の中に盛り込み、画面の字も大きくし、ものがたり形式で在宅医療の解説を入れて伝えた。その後、地域包括支援センター連絡協議会会長の折腹様、仙台市薬剤師会副会長の森川様、訪問看護ステーション連絡協議会会長の松浦様をパネラーとしてお願いし、当院院長が座長となり、事前アンケートの事例紹介に盛り込めなかった疑問についても答えていった【図 29】。



【図 30】「最期までお家で生活することができると思いますか」アンケート結果

フォーラム参加前後のアンケート結果では、「最期までお家で生活することができると思いますか」 の問いに対し、帯の左側の青色の「できる」と赤色の「どちらかといえばできる」が、全ての年代で、 参加前より参加後で大きく増加していた。中でも 39 歳までの若い年代で大きく増加していた【図 30】。

今回のフォーラムは在宅医療の普及啓発に有効な内容であったと思われる。これは、平成 25 年度の 実施の反省を踏まえて構成を考えることができたからである。複数年度にまたがる事業の最大のメリットであると感じた。

フォーラムの第2部で使用した「事例紹介Yさんの在宅医療ものがたり」のスライドは、その後に地域住民への出前講座等でも使用しているが、ものがたり形式で知識を得ることができるため、大変わかりやすいと好評をいただいている。

企画や準備で工夫したこと

何の事業も企画・準備の段階が成功の鍵を握っているが、市民フォーラムに関しては、企画と準備で決まると言っても過言ではない。今回は複数年度にまたがる事業であったため、二度の開催の機会を得て、一度目の反省を次に活かせたことが何よりの学びとなった。今後、拠点が複数でき、市民フォーラムのような形で普及啓発を行うのであれば、この学びを伝えたい。

例えば、会場が研修会を専用に行う所でなければ、機材や備品も全て外部からの調達となる。会場が 大きくなれば備品も大きく高額となる。また、高齢者が多く参加するとなると、スタッフも案内や救護 等、数多く必要となる。さらに盗難なども起きないように不審者に注意しなくてはならない。

他にも他の団体の協力を得て展示やステージ発表を行うとなれば、それぞれの団体との打合せの回数 も多くなり、会場の下見も何度も必要になる。

大きな会場を用意したのであれば、費用対効果を考え、来場者を多く募る必要が出てくる。フォーラムの宣伝広告は、新聞広告とポスターとチラシを医療介護事業所や市民センターやスーパー等にお願いし掲示・設置してもらい行った。また新聞は広告だけでなく、記事としても取り上げてもらったり、ラジオで放送してもらったりした。

これらの宣伝広告は、来場者の何倍もの方の目にも留まっており、「今世の中は在宅医療にという動きが出ているのだな」と、僅かでも意識することに繋がったのではないかと思われる。

ポスターやチラシのイラストは、見た方にイメージがきちんと伝わるものにと考え、仙台在住のイラストレーターに依頼した。人が最期を迎えるという重いテーマを、決して暗くならず、素晴らしい人生の集大成というイメージが伝わるようにと依頼し、結果、イメージに即した媒体となった。

他の工夫として、一般の方の申込みはファックスの誤送信を避けるべく、ハガキで受付を行った。また、ハガキを出したことも忘れたり、日時を控えていない方や、場所がわからない方がいるため、地図付きの参加証を発行した。市民向けのイベントを開催する場合、医療介護従事者向け研修会ではないような配慮が必要となる。

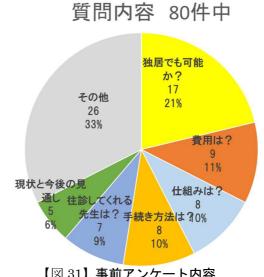
2回のフォーラムとも、メインの講演は当院院長の川島が行った。人がどのように衰え、どのように 最期を迎えるのかという話しは、学校でも社会でもじっくりと学ぶ機会がない。人の死亡率は 100%、 最期の時は誰にも必ずやって来る。「人は自分が死んだことを「今自分は死んだ」と経験することはでき ない。経験できるのは、生きている今、今をよりよく生きることが大切」というフレーズで始まる講演 は、参加者の死生観を変え、生き方を考えさせる内容である。この内容は普遍であり、多くの方に伝え ていく必要がある。また、多くの方が伝えられるようになる必要もある。

そして大切なのは、実際にいざという時が来たらどうするのかということを伝えることである。そこ

をフォーラムでは2部形式とし後半に伝えた。2 部を企画するのに、申込時に取った事前アンケートが 効果を発揮した。

質問内容で最も多かったのは「独居でも可能か」 次に「費用」、三つめは「仕組み」や「手続き」の ことであった。多く出た質問は一人の事例の中に 盛り込み伝えた【図31】。

これは、一度目のフォーラムの際、事例が多数 紹介されたが、参加者が知りたかったことにマッ チしていなかったことが終了後のアンケート結果 からわかったことによる。まずニーズを拾うこと から始めることが大切なのと、事例は「多く浅く」 紹介するのではなく、「少なく深く」が望まれてい ることがわかった。事例を多く出す場合は、例え ば費用に着目するなど、何かに特化し、このよう な事例では費用はいくらかかるというような出し 方が良いのではないかと思われる。



【図31】事前アンケート内容

今回、独居でも可能かの回答では、パネルの際に、「当院にはALSという難病で、人工呼吸器と胃ろ うを付け会話もできない状態で、介護保険、障害者支援、その他の支援を受けて独居で生活している方 がいる」という例も出しながら、「自宅で独居で徐々に介護が必要になり、最期を迎えるという状態であ れば、難病の方のように24時間の支援は難しいので、支援の入っていない時間に一人で亡くなるとい う覚悟も必要」という事も参加者に伝えた。良いことだけを並べるのではなく、現実としてどうなのか を伝えることは必要である。

市民フォーラムでは大規模な普及啓発を実施し、出前講座では小規模の普及啓発も実施した。

どちらも普及啓発に有効であるが、誰もが継続して行えるという視点で考えてみると、フォーラムに は多くの時間と費用と人手とノウハウが必要となり、今回のように補助金というバックアップがなけれ ば、なかなか困難である。その点、出前講座は、パソコンと小さなプロジェクターとパンフレットを持 参するのみで、講師一人でも実施でき、継続して行うためには有効な手段である。少人数のため質問も しやすく、参加者同士の体験談なども聞くことができる。遠方には出かけられないが、近くの集会所に は行けるといった方が参加できるなどメリットも多い。

在宅医療のことや最期をどう迎えるのかを伝えられるように、人材育成研修を行うことや、DVD 等の 媒体を作成し配布するなど、他にも普及啓発のために行えることはある。

当面、当院では、事業終了後は出前講座の形で地域からの依頼の際には応えていきたいと考える。

②「在宅医療パンフレット」の作成

普及啓発の目的では、「在宅医療パンフレット」の作成も行った。

在宅医療の基礎知識についてのパンフレットは、平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業にて作成した ものを、折りたたむ形から使いやすい冊子形式にし、字を大きくし、高齢の方でも見やすく使いやすい ものに改訂した。

内容は、在宅医療について理解が深められるよう、コンパクトに文書でまとめられており、家族で楽

しみながら内容に触れることができるよう「すごろく」を取り入れたものである。

直接、市民から「良かった。わかりやすく勉強になった」との意見をいただいたり、パンフレットを 見た市民から、在宅医療についての相談や出前講座の依頼なども入ってきた。また医療介護従事者から は、研修用のテキストとして使いたいと数多くの問合わせがあった。

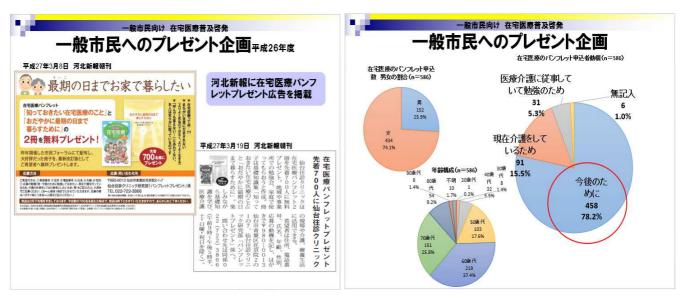


【図 32】在宅医療パンフレットの改訂・作成

そして在宅医療の基本編のパンフレットに加えて、看取りまでをテーマとした「おだやかに最期の日まで暮らすために生きることの集大成を叶える在宅医療パンフレット」を作成した【図 32】。

人はどのように衰えどのように最期を迎えるのか、障害に対する考え方などが盛り込まれたパンフレットである。

現在当院のホームページからダウンロードができるようになっており、県内のみでなく、全国から医療介護従事者の勉強会や、一般市民への普及啓発等に利用したいとの連絡が数多く入り、利用いただいている。



【図33】パンフレットプレゼント企画

パンフレットは基本編とお看取り編を合わせて、県内の医療介護事業所に発送した。

また、新聞広告を利用し、市民へのプレゼント企画も行い、600名ほどの申し込みがあった。申し込みの動機としては、「今後のために勉強しておきたい」が約8割で、60代の方が多かった【図33】。

在宅医療パンフレットの効果

在宅で最期まで過ごすことができる要因として、「医療や介護が必要なだけ充分に利用できる」という要素だけでなく、「看取りまでの段階を受け入れられるような、本人家族の意識や心構え」の問題が大きく関係する。

4年間の事業では、これらの二つの要素のそれぞれについて、パンフレットを作成した。看取りまでに関するパンフレットは、当院院長の川島が、在宅医療を導入する際に必ず説明している内容を活字にしたものである。当院の利用者の在宅看取り率が80%程と高くなっているのは、この説明により心構えができることや、別の医師や看護師が訪問した場合においても、同様に説明されることが、療養する上での安心につながっているためではないか。

全国の診療所にアンケート調査を行うと、「在宅療養をしていたが、最期を迎える段階で、意識がなくなった時に、家族が慌てて救急車で病院に搬送し、そのまま病院で亡くなった。」といった例は多い。人はどのように衰え、どのように最期を迎えるのかを知っていれば、このような時に慌てずに済む。医師がきちんと事前に説明しておくことが、在宅の継続を左右するという調査結果(千葉宏毅「在宅末期がん患者と主介護者に対する在宅医師の説明内容に関する研究」)もある。

医療介護に従事する方が、この説明ができるようになれば、各地で在宅看取りがうまく行われるのではないか。当院で訪問診療しているグループホームの管理者は、この説明を最初に聞いただけでは忘れてしまうので、必要な時期が来たら、面会に来た家族にパンフレットを使用して説明しているとのことである。その施設では施設看取りを数多く経験している。他の施設でも最期までお世話をしてくれる所が増えた。どの施設も、施設で点滴をすることや、意識が無くなった時にどうすればいいのかなど不安が多く、看取りには積極的ではなかったが、施設で、職員と家族に対する研修を随時実施しており、その成果が現れ、施設看取りも多くなったという経緯がある。

パンフレットがあれば、それを読みながら説明が可能となる。医師の説明は、しっかりとなされていないことも多く、なされたとしても、聞いた側も忘れてしまう。医療職も介護職も無関係に、臆せず、関わる利用者や家族に、積極的にパンフレットを利用して説明をしてもらいたい。

(3)タスク3「多職種連携・教育研修・人材育成」

①「在宅医療とみんながつながる会」の実施

「つながる会」は平成24年にスタートして、平成27年度末までの間に9回実施した。

平成 24 年度には、多職種連携と課題の抽出を目的とし、各職能団体から推薦を得た代表者に参加いただいた。3回実施し毎回 70 名前後の参加であった。

平成 25 年度からは、医療介護福祉に携わる方を対象に自由参加の形にし、目的も「顔の見える関係作り」として実施し、毎回 100 名以上の方にご参加いただいた。平日の夜 2 時間の研修で、仕事帰りに参加できるようにし、内容は、講義のみでなくグループワークを組み合わせ、顔の見える関係作りに役立つようにした。テーマは参加者からのアンケート結果や、仙台医療介護連携の会での話し合いなどを参考に、事業検討会議にて決定していった【表 1】。

医療介護職向け 研修・連携促進

P9~10 在宅医療とみんながつながる会 平成24年度

目的:顔の見える関係を構築

多職種連携における課題抽出と解決策の検討

参加者:医療介護の職能団体の代表者



平成25~27年度

目的:顔の見える関係づくり

参加者:医療介護福祉関係者



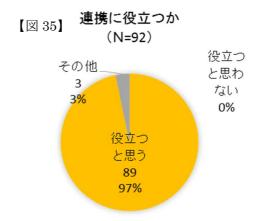
【図34】在宅医療とみんながつながる会の目的・様子

年度	回	日時	会場	 − マ	参加数
25	4	2013.6.26(水) 18:30~20.30	ホテルメトロ ポリタン	「つながラインについて」事務局 「仙台市の救急搬送の現状と課題」仙台市消防局警防部 救急救命士 高橋宣明様 GW「緊急時の連携と対応」	139名
度	5	20139.19(木) 19:00~21:00	ホテルメトロ ポリタン	「つながラインについて」事務局 「在宅医療への円滑な移行」国立社会保障・人口問題研究所 川越雅 弘様 GW「円滑な在宅移行に必要な情報」	137名
26	6	2014.6.19(木) 19:00~21:00	仙台サ ンプラザ ホテル	「つながラインについて」事務局 「目からウロコの地域支え合い」 全国コミュニティライフサポートセンター理事長 池田昌弘様 GW「目からウロコの地域支え合いを聞いて」	152名
度	7	2014.10.22(水) 18:30~20:30	仙台サ ンプラザ ホテル	「つながラインについて」事務局 「生きることの集大成を叶える在宅医療」 仙台往診クリニック 院長 川島 孝一郎 GW「生きることの集大成を叶える在宅医療を聞いて」	173名
27 Æ	8	2015.6.17(水) 18:30~20:30	フォレス ト仙台	「在宅ケアの診療報酬と介護報酬」 仙台往診クリニック 院長 川島 孝一郎 「つながラインについて」事務局ティータイム GW「在宅医療と介護の報酬を軸に在宅ケアのことを考えてみよう」	124名
度	9	2016.2.3(水) 18:30~20:30	フォレス ト仙台	「宮城県における在宅医療と地域包括ケアシステムの取組状況について」 宮城県医療整備課 地域医療班 佐藤 顕一 様 「宮城県第三期地域医療再生事業補助金による取り組み」事務局 GW「効果的な連携の会って?」	109名

【表 1】平成 25~27 年度に実施した研修内容 GW=グループワークを指す

平成 24 年度から継続した多職種研修会の「在宅医療とみんながつながる会」は多職種合同で研修することにより、医療介護の連携を図ることを目的としていた。最後の9回目のアンケートでは、97%が「連携に役立つ」と回答があった【図 35】。

この会では、講義のみの研修ではなく、毎回テーマを決めたグループワークをプログラムに組み込んだことが重要なポイントであったと思われる。





参加者の構成としては、平成24年度の拠点事業の時は6割が医療系職員(医師、歯科医師、看護師、薬剤師、相談員)であったが、団体からの推薦の形を辞め、自由参加とした平成25年度以降は、医療職の割合が減り、特に医師、歯科医師の参加は僅かとなってしまった。9回目のアンケートには、「在宅医療とみんながつながる会なのに、医療者の参加が少なくなっていて残念である。」といった意見があった。しかしながら病院医療連携室の看護師・相談員の参加は多く、地域からも診療所の看護師、訪問看護・リハ職、訪問を行っている薬剤師等の医療職の参加を合わせると毎回4割程はあり、一概に医療職が少ないとは言えない。居宅介護支援専門員の参加も多く、病院や地域の医療介護職が交流できる場として役立ったと考えられる。また、参加者には、各施設の管理者の方も多く、様々な職種の交流が図られたことにより、相互を理解し、連携の基礎を作ることができたと思われる【図36】。

6回目のアンケートで「この会を通して知り合った方と実際に仕事で連携をしたことがありますか」 の問いに、35%ほどが「ある」と回答していた。この広域を対象に研修しているにも関わらず、35%と いうのは大きい数字ではないかと考える。

多職種連携のための研修会は、本来は小単位で行い、地域の連携を強化していくとよいと考えるが、 今回は拠点として仙台市全域を対象としていたため、地域を限定せずに実施した。最初の頃はグループ 構成も事務局で行い、地域は近くし職種は分散するようになど工夫をしていたが、当日欠席が毎回2割

程度あり偏ったグループになったり、地域で分けると病院が青葉区に集中するため、他の地域の方は病院の方と関係作りができないので分けないでほしいといった意見等もあり、結果的に最終年度は当日のくじ引きで座席を決めることとした。くじ引きに変えた結果、様々な地域や職種の方と関係作りができて良いとの意見の方が多く、特に問題はなかった。事務局としては事前のグループ分けや、当日受付に貼り付いて名簿からグループを探し案内するといった業務が削減された。グループ以外の方とは、会が終了した後に名刺交換などして交流していた姿があった。毎回終了後の交流時間も考慮して、長めに会場を借りていた。

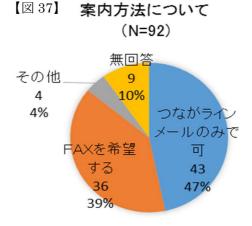
拠点の役割として、参加した方が自分の地域で実施する時の参考となるような研修会を行うことが大切と考える。

以下、研修を行う上でのポイントを述べる。

○案内について

案内の方法についても、最初は郵便で行っていたものを、コストと手間の削減のためにファックスに変更したり、さらに「つながライン」のメールを利用するなど、変化させていき、どの方法が少ない手間とコストで有効な方法であるのかを検証してきた。

9回目のアンケートでは、案内は「つながラインメールのみで可」が 47%と半数近くあったが、「FAXを希望する」も 39%あり、メールのみではなく、ファックスも利用するのが現実的な方法と思われる【図 37】。

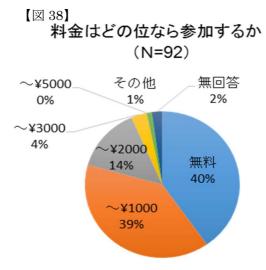


案内の作業は手間と費用が大きいため、案内業務をコンパクトにすることは重要なポイントである。ファックスに番号を登録する機能があれば、登録しておき自動送信とすることや、メールで名簿を作成しておき一斉送信するなどで効率化を図ると良い。郵便とファックスについては、両者間の申し込みの差は見られなかった。逆に病院などの大きな組織では、郵便物が担当者に届かないということが実際に何度かあり、担当部署にファックスしてほしいとの要望があった。

○費用について

費用の面については、今回は補助金による事業であったため、会場費、講師謝礼、資料の印刷費などを参加者から徴収することはなかったが、補助金等に頼らずに行うためには、必要経費を徴収しなくてはならない。

9回目に「費用はどの位なら参加するか」のアンケート結果では、「無料」が 40%、「1000円まで」が 39%であった【図 38】。連携のための会を行い、参加してもらう為には、費用も重要なポイントである ことがわかった。

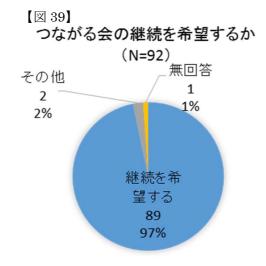


会場費は、病院や老人ホームの研修室を借りたり、市民センターなどを利用すると無料で済む。会場 選定の際には交通の便や駐車場についても確認しておく必要がある。講師も必ずしも外部に依頼せずと も、多職種が参加する会であれば、参加者が各々の専門分野・得意分野では講師となり、一緒に勉強す るような形で進めていくのも良いと考える。

○運営支援について

実際にある地域で連携の会を立ち上げる時に、事務局を担当する方から研修会の進め方を教えてほしいとの依頼が入り、今までの経験をお伝えしたことがある。事務局の方はその内容を参考にし、後は地域の実情に合わせ、話し合いを重ねて立ち上げをし、継続実施されている。

実際に会にも参加させていただいたが、地域に根付いた素晴らしい会を開催されていた。普段から連携を図っている方々が参加しているため、具体的な話し合いの場となっており、こちらの方が多くを学ばせていただいた。このような回が多くの地域で立ち上がり、継続することを望む。



【図 39】は、当院で実施していた「つながる会」の継続希望を尋ねた結果である。実に 97%の方が「継続を希望する」との回答であった。今後は他の団体の協力を得て、何らかの形で継続していきたいと考える。

②「在宅人工呼吸器使用者の災害時対策研修」の実施

教育研修・人材育成の目的で「在宅人工呼吸器使用者の災害時対策研修」を平成 26 年度、27 年度 に 1 回ずつ、訪問看護、訪問介護従事者を対象に実施した【図 40】。



【図 40】災害時対策研修案内

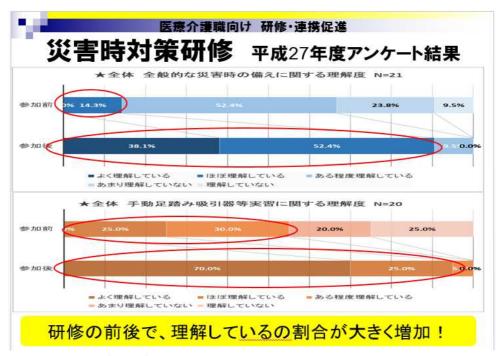


【図 41】講義と実習の様子 左側平成 26 年度 右側平成 27 年度

場所は東北大学クリニカル・スキルスラボの会場とシミュレーター(人形)等を借りて行った。東北大学の医師や学生、看護師等が実践に即したシミュレーター演習を実施するのに使われている施設であるが、広く一般にも貸し出しをしており、当院では以前から介護職員の喀痰吸引等研修で利用している。カリキュラムは、講義と実習を組み合わせ、即実践につなげられる内容とした。まず災害時の備えについての講義を、26年度は北里大学医学部の千葉宏毅様に、27年度は宮城県神経難病医療連携センターの遠藤久美子様に依頼した。テキストは宮城県神経難病医療連携センターが作成した災害時対応ハン

ドブックを利用した。もうひとつ、人工呼吸器の知識の講義も呼吸器メーカーの協力を得て行った。実習では、手動式、足踏み式の吸引器を用いてシミュレーター演習を行い、自家発電機やインバーターの選び方や使い方の実習を行った【図 41】。

平成 26 年度は駐車場で実際に車のインバーターに人工呼吸器を繋ぐ実習を行ったが、27 年度は駐車場を使用できず、実際に車にインバーターをつなぐ研修ができず、感想には実際につないでみたかったとあり、次回への反省点とした。



【図 42】アンケート結果 研修前後の理解度の変化

アンケートの結果をみると、講義も実習も前後で理解度を比較すると、「理解している」「ほぼ理解している」の割合が大幅に高くなっていた【図 42】。講義と実習を組み合わせて実践につなげられる内容は有効であると考える。

また看護師と介護員が一緒に実習を行い、情報交換が行え、疑問点などを確認できたという意見もあった。

(4)タスク4「資源の見える化・多職種連携」

「在宅療養支援マップ つながライン」の改修、運営

「つながライン」はインターネットを利用した在宅療養支援マップである。平成 24 年に実施した多職種に対するアンケート結果から、「他施設の情報を知りたい」「受け入れできるのはどんな状態か」「訪問エリアはどこか」「たん吸引に対応してくれる介護事業所はどこか」などを知りたいといった声が多くあり、情報共有、連携に役立つようにと考案し、平成 24 年度に作成した。

平成25年3月に開設し、現在宮城県内635件の会員に登録いただいている。

平成 27 年 9 月の市民フォーラムに向けて大改修を行い、開設当初から要望のあった「会員だけでなく、誰でも検索ができるようにしてほしい」という声にお応えし、会員登録せずとも、誰もが検索ができるように改修した。

会員登録は医療介護福祉関係者とし、登録をすると自施設情報をいつでも自分で発信ができるようになる。内容は会員向けと一般向けと区別しての入力が可能である。

サービス内容も、従来は介護保険の事業所が主であったが、一般的な検索サイトで障害者のサービス

が探しにくいといった声に応え、障害者支援を充実させた。

さらに在宅医療の知識や制度の情報も充実させた。今後は難病や障害者支援の情報の充実を図る予定である【図 43】。



【図 43】つながライン一般公開

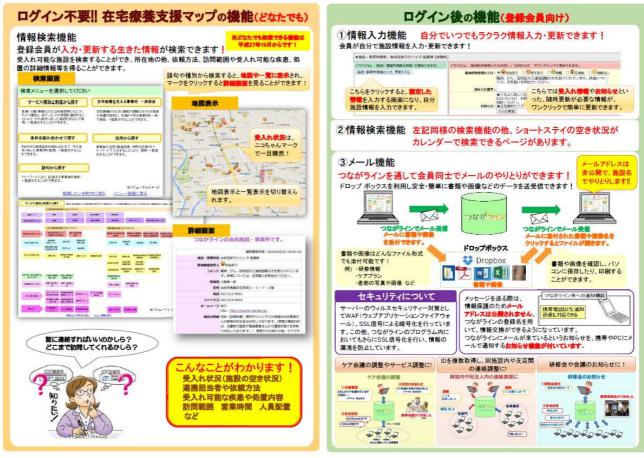
多職種連携に関しては、イベント情報を出す機能やメール機能が活躍する。

当院では例えば多職種研修会の「つながる会」の案内は、つながラインに登録いただいている事業所に対してはメールにご案内を添付し送っている。添付機能には「ドロップボックス」という無料で使える外部サービスを利用している。安全面や利便性を専門家に調査してもらい選定したサービスである。添付ファイルは文書も画像も映像も音も送ることができ、利用の幅が大きい【図 44】。



【図 44】つながラインメールで連携の例

「つながライン」は今後も登録料・利用料とも無料で運営を続けて行く予定である。様々な機能を利用 し、多職種連携を図っていただきたい。



【図 45】つながラインの機能

つながラインが今後どのような役割を果たすのか考察する。

つながラインは、単なる施設情報の検索に留まらない使い方が可能である。

事業所が地域包括ケア体制の構築に、具体的に関わることができるツールである。

つながラインの強みは、つながラインに登録した事業所自身が「情報を発信できる」ところにある。 現在の連携の形は、医療・介護事業所の連携に限定されたものが中心であるが、市民が自ら地域で生 きていくために情報を検索する時代がすぐそこまで来ている。医療・介護事業所の連携のためだけの検 索ツールとしてつながラインを使うのではなく、市民への適切な情報提供のために、事業所自らが情報 を発信して行くことが求められている。これは、地域包括ケア体制の構築に対して、事業所が地域包括 ケア体制の構築に具体的に関われることを意味している。誰かがこの体制を構築するだろうという考え ではなく、事業所自身も情報を発信し、地域包括ケア体制構築に参画していただきたい。

(5)事業検討会議

これまで当院では拠点としての役務を遂行するため、「事業検討会議」を毎月 1~2 回実施し、事業内容について検討してきた。検討会議のメンバーは、院長、事務部長、研究部員、事務局員らと外部有識者から成る。必要に応じ、医療部長や看護課長も参加した。

事業の計画、終了した事業のまとめ等を議事に挙げ、必要な外部情報などを準備し、外部有識者より 最新の情報提供もいただき、会議を進め、事業の方向性や具体的方法などを決定した。事業を行う上で、 事務局内での定期的な会議は必須である。