

大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業
在宅医療推進モデル事業

北区在宅医療円滑化ネットワーク事業
(在宅医療コーディネーターの育成を目指して)

病診連携委員会担当理事 米 田 円

少子高齢化社会を背景として、団塊の世代が75歳になる2025年問題、多死社会、認知症高齢者の増加、独居老人の増加、老老介護、認知介護、そして介護保険制度の変更など、これから在宅医療を推進するうえで、社会的ハードルの高い問題点が種々持ち上がっている一方で、厚生労働省は「在宅医療・介護あんしん2012」において、施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指すとしています。今や国民の過半数が自宅での療養を望んでいるという事実を考慮した場合、その姿、方向性としては決して絵空事ではないと考えます。但し、施設から在宅への移行は、全てのケースがそんなに単純かつ円滑には参りません。

平成24年10月17日の大阪府医師会（府医）発行、大阪府医ニユ

ース（第2655号）でもご存知と思われませんが、府医が、大阪府より受諾した地域医療再生基金を活用した「平成24年度大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業」における在宅医療推進モデル事業を募集しました。これは在宅医療の円滑な推進を図るため、転退院や在宅医療に関する事業の企画、立案、実施、評価を行う連携拠点を中心としたモデル事業で、平成25年3月末日までの約半年間の事業経費が助成（総額2750万円）されるものであります。当医師会を含む郡市区医師会と医療法人から23事業の応募があり、当医師会も標記事業として応募し採択されました。これまで北区内では、病院からの退院に際し、紹介元診療所への逆紹介は比較的円滑に行われてきましたが、なかには、退院後に、訪問診療、処置、介護、リハビリテーション等の複合的ケアを必要とする患者さんや元来かかりつけ医をもっていない患者さんもおられ、退院から在宅医療へという過程に支障をきたすケースもあります。当医師会では、このようなケースに対して、かかりつけ医相談窓口や医師会立北区訪問看護・介護ステーション等により、個々に対応して参りましたが、退院時の諸問題を包括的に管理するためのシステム作りとして、北区内で医療、介護を提供する全ての機関が有機的に結合したネットワークの構築とこれを取りまとめる専従の在宅医療コ

ーデイネーターが必要と考えました。具体的な流れとしましては、病院内に先述したような複合的支援を要する患者さんが発生した場合、病院側が記載した退院時患者情報提供書（正式名「北区医師会在宅医療円滑化ネットワーク依頼書」）を当医師会事務局あてにFAXで送信されたものを在宅医療コーディネーターが受領して内容を確認・把握し、在宅医療が可能という判断を下した場合に、診療所や訪問看護・介護ステーション、他の介護支援事業者等と連絡調整を図り、支援プランを作成、病院側と調整した後に退院となります。退院後は直ちに在宅での複合的ケアが開始されます。

現在、その事務局を当医師会内に設置し、在宅医療コーディネーターには、医師会立北区訪問看護ステーション所長、山本恵美看護師に就任頂き、北区内5病院（北野病院、済生会中津病院、住友病院、行岡病院、加納総合病院）、そして当医師会会員のなかで、在宅療養支援診療所の届出をされている、または往診可能な会員諸先生方、さらには介護事業者（訪問介護、訪問リハビリ、居宅支援事業所など）側にも、このネットワーク事業内容の趣旨にご理解とご賛同を頂き、ネットワークとしての骨格が形成されました。また六師会にも協力頂いております。

平成24年度事業につきましましては、お陰さまをもちまして無事に終了することが出来ました。この事業期間中に協力病院から12例の事例紹介がありました（表1）。この事業内容につきましましては平成25年3月末に府医師会において報告し、各方面から高い評価を頂きま

した。平成25年度モデル事業も同年4月から稼働中であり、これまでに7例の事例紹介（平成25年11月30月現在）がありました。その内3例は他地区からの紹介であり、ネットワークが北区以外にも及びつつあることの表れかと推察致します（表2）。しかしながら、その一方で、本事業を通じて、患者さんの重症度や認知症の程度により在宅への移行が困難、患者家族側の在宅への受け入れ拒否に至るなど、患者側・サービス提供者側双方において、問題点があることも発覚しました。

在宅医療コーディネーターは、本事業の中心的な役割を担っており、必要不可欠な存在です。本事業期間中に紹介を受けた事例は、いずれも在宅医療コーディネーターによる退院調整がなされましたが、窓口を当医師会事務局という一本にし、在宅医療コーディネーターが自在に動いて、病院、診療所を含めた多職種との連携に配慮しながら、在宅移行への調整を図ったことが功を奏したと考えられました。他方、在宅への移行作業中、ケアマネジャーと在宅医療コーディネーターとの担当作業内容が重複する場面があり、コーディネーターとしての分担が曖昧であるという問題も浮き彫りになりました。在宅医療コーディネーターは、患者の在宅療養に向けた調整を担うという意味で、極めて重要な存在であると同時に、各医療機関や訪問看護ステーションを含む居宅介護支援事業所からの協力・支援を得る必要性から、北区内医療・介護施設の事情に精通し

ていることが望ましく、なおかつ医療・介護的知識も求められます。平成24年度から平成25年度の本事業を通じて、新たな在宅医療コーディネーターを育成するまでには至りませんでした。今後はその役割を明確なものにし、人材発掘と育成について検討していく必要があると思われまます。

また、北区がもつ地域特異的な事情も併せて考慮すべき重要な点であります。本事業を含む在宅医療に対する意識調査目的で、平成25年7～8月にかけて診療所会員先生向けに行った第3回理事・班長会用アンケートによって、会員先生方の中で協働意欲に温度差があることが判明しましたが、これは会員先生の約7割がビル内で開業されており、元々の医療提供環境が在宅医療に向いていないなど、スタンスに違いがあることの表れであり、そのような環境のなかで開業されていると、自ずと会員先生方もつ意識・意欲にも差異が生じるのは当然のことであると考えます（このアンケート調査の詳細につきましては、本誌内、第3回理事・班長会報告の項にも記載しておりますので御参照下さい）。そして、北区には、特別養護老人ホームや介護老人保健施設のような中間施設が少ないことも特徴の一つでしょう。

平成25年度モデル事業の主なポイントは、市区町村との協力および在宅医療に携わる多職種のモデル研修となっておりました。当医師会では、本事業を円滑に進行・運営する目的で、北区内5病院の地域連携担当の方と当医師会理事で構成される北区在宅医療円滑化

ネットワーク委員会を毎月ないし隔月に開催しており、これまでに計12回の委員会が開催されましたが、現在では北区地域包括支援センターや北区役所保健担当の方にもご参画頂いており、より有機的な委員会となっております。また、本事業にご協力頂いている機関は、先述しましたように、北区六師会のほか、病院5施設、診療所39施設、薬局1施設、居宅支援事業所24施設、訪問看護ステーション7施設、訪問リハビリ事業所3施設、訪問介護ステーション25施設、医療福祉用具業者2施設となっております。北区内のネットワーキングも着実に拡大しつつあります。平成25年12月7日には多職種参加型の情報交換会も開催致しました。平成26年1月16日に開催されたにこりんく事例検討会も多職種参加型研修のひとつであると位置づけております。さらに一般区民向けとして、平成25年12月7日に開催された第11回北区医師会在宅医療研修会では、メインテーマを「医療と介護の連携と退院をスムーズにするために」として、在宅医療のあり方につき、啓発を目的とした研修会も開催しました。そこでは東淀川区医師会理事で、大阪府医師会介護・高齢者福祉委員会委員の辻正純先生（辻クリニック）に「あなたの家に帰ろうと在宅生活を地域で支える」と題した基調講演をして頂きました。

政府の方針や国民の意向もあり、今後在宅医療推進に向けた動きはより一層活発になるものと予想されます。先述しましたように、在宅医療に絡む問題は、認知症やがん末期の緩和ケアをはじめとして、多種多様な問題点を孕んでおり、そう簡単に解決できるもの

ではありませんが、在宅医療推進のためには、避けては通れないところでは、当医師会としては、在宅医療ネットワーク事業の周知徹底と問題点の解決に努めつつ、より理想的で実現可能な道を探っていくことが肝要と思われました。

本事業は平成26年3月末日終了の予定ですが、終了後も転退院・在宅医療円滑化推進を主眼としたより包括的なネットワークの構築や在宅医療コーディネーターによる調整作業自体は継続する方針です。会員皆様におかれましては、本事業の趣旨内容にご理解を賜り、今後ともご協力のほど何卒宜しくお願い申し上げます。今後もこの事業に対し、皆様の忌憚なきご意見を賜れば誠に幸甚です。最後になりましたが、本事業期間中に、事例紹介のあった患者さんの在宅医療にあたり、誠に真摯なご対応およびご協力頂きました会員諸先生方に感謝いたします。

表1 北区医師会在宅医療円滑化ネットワーク事業経過報告 (H24年度)

	年齢	性	傷病名	事由	Dr	CM	訪看	ヘルパー	デイ	訪薬	転帰
1	79	男	肺癌末期	在宅緩和ケア	◎	◎	◎	◎			病院死
2	78	女	吸収不良症候群	在宅緩和ケア	◎	○	○	◎		◎	在宅
3	84	男	総胆管癌末期	在宅緩和ケア	○	◎		◎			病院死
4	53	女	多量腸管切除後	在宅輸液療法	○						通院
5	86	男	脊柱管狭窄症	訪問リハビリ		◎		◎	◎		通院
6	84	女	認知症	在宅療養		○					入院中
7	77	女	認知症	在宅療養		○					
8	78	女	栄養障害	在宅療養	◎	○	◎	○			入院中
9	87	男	胃癌末期	在宅緩和ケア	◎	○	◎	◎			在宅死
10	86	男	大腸癌末期	在宅緩和ケア	◎	○	◎	○			在宅死
11	71	男	肺癌末期	在宅緩和ケア	◎	○	◎	○			在宅
12	90	男	肺炎、糖尿病	在宅療養		◎					通院

Dr：かかりつけ医、CM：ケアマネージャー、訪看：訪問看護師、デイ：デイサービス、訪薬：訪問薬剤師、

◎：在宅医療コーディネーターの調整により新規に手配された ○：既到手配されていた

表2 北区医師会在宅医療円滑化ネットワーク事業経過報告（H25年度（11月30日現在））

	年齢	性	傷病名	事由	Dr	CM	訪看	ヘルパー	デイ	訪薬	福祉用具	転帰
1	92	男	うっ血性心不全	在宅療養	○	◎	◎	◎			◎	通院
2	62	女	肺癌	在宅緩和ケア	◎	○	○					病院死
3	58	男	肺癌術後	在宅緩和ケア	◎		◎			◎		病院死
4	86	男	認知症	在宅療養	◎	◎	◎					通院
5	35	女	多発性硬化症	在宅療養	◎		◎					通院
6	58	男	食道癌末期	在宅緩和ケア		◎	◎					通院
7	81	女	肺癌末期	在宅緩和ケア	◎	◎	◎				◎	

Dr：かかりつけ医、CM：ケアマネージャー、訪看：訪問看護師、デイ：デイサービス、訪薬：訪問薬剤師、

◎：在宅医療コーディネーターの調整により新規に手配された ○：既到手配されていた

事例3、5、7は他地区からの紹介ケース

