

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名: JA 福島厚生連 塙厚生病院

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について:

福島県内でも典型的な過疎地域の一つ(交通インフラが弱い)である、東白川郡は、人口の減少(5.8%の減少率、平 24 推定人口 34300 人;人口密度 55.3 人/km²)、特に若年層の流出(県内ワースト 1)による高齢化率上昇(1 町村を除いて 30%越え)が目立つ地域である。つまりは、住民だけではなく、医療介護従事者も高齢になっていることを意味している。



東白川郡位置図(3 が塙町)

必然的に、既存の医療資源も先細りで、特に開業医(12カ所)の高齢化(平均年齢 66 歳)や死去などによる廃院が近年多くなっていた(ここ 10 年で 4 医療機関が減少)。

唯一の地域内総合病院に近い当院(所在地:東白川郡塙町、一般病床 179、精神科病床124))が、その中核病的役割(休日や夜間の救急を一手に引き受けていた:勤務医師数 15~18 名)で、郡全体の医療力の急激な低下をかうろうじて防いでいたのが近年の典型的な姿であった。

しかし、当院自体が設立時(昭和 23 年)より勤務医確保に汲汲としており、常に医師不足(12~15 名の殆どが福島医大からの不定期派遣組であって、地域に根を下ろした医師はわずか 3 名だけ)で、東白川郡の抱える在宅医療介護の問題全てを病院で賄えるような余力はないのが実情だった。

そこで、東白川郡医師会としては、せっきやく僻地に来てくれている若手勤務医の負担を減らすべく、平成 21 年より、行政 4 町村の協力の下に地域住民を対象として「東白川郡地域医療問題」シンポジウムの形

での、医療機関の正しい受診などを啓蒙する活動に取り組んできた経過がある。

この啓蒙講演会を通じて、住民の医療介護での問題点を検討していたが、種々ある中で一番の問題点は「目の前の在宅介護の面倒なことを解決する一番の方式は入院させること」という意識が、住民の中では圧倒的であることだった。

そして、平成 24 年 10 月の多職連携研修会出席者(117 名)へのアンケートでも、在宅医療連携推進の課題はこの住民意識が地域特性でもあり、かつ最大の障壁になるであろうことを予想する意見が第一位(40%)を占めたことが、この調査の正しかったことを証明した。

すなわち、病院依存体質がこの地域では住民の深層心理に根付いており、これでは、その病院が少しでも機能低下(医師看護師の退職での減少など)したら、地域医療そのものがすぐ崩壊する危険性を持っていたのである。

このような背景から、地域医療への取り組みへのバックボーンは「人手不足の時代でも機能する医療とは何か」を求めるのは必然であり、病院依存を下げ対策としての「在宅医療連携」方式の推進が、医療機関の疲弊防止および地域医療崩壊を防ぐことにつながると考えたわけである。

2 拠点事業の立ち上げについて:

塙厚生病院自体は、平成 12 年より訪問看護、訪問診療など、すなわち在宅医療を展開していたが(現在の対象者約 80 名、うち訪問診療は 20 名弱)、医療提供目線でのサービスが主で、介護を含めたいわゆる地域包括ケア的視線は足り無かった(現在でこそ訪問リハは 14 名/月と増えつつあるが、当初はゼロであった)。

これは、各開業医の行っている往診でも同じで(現在、12カ所中 7 医療機関の往診者数合計は約 140 名/

月)、こちらはまだ医療サービス提供のみに止まっている。また、開業医は在宅患者の夜間の急変に対応することが無く(医師に高齢者が多いこともあって)、地域住民の在宅医療への不満の矛先の中心点でもあった(開業医の夜間往診はこの地区では無理であることは、医師会として住民に説明していたにもかかわらず)。

郡医師会としては、そのような連携不足での、住民の不満を解消するべく、数年前より、病院だけでなく、行政、医師会との連動での、郡地域全体での在宅医療介護の新しいスタイル(手の空いている Dr. が相互に患者を往診し合う=主治医の垣根を下げる)を構築することを進めていたこともあって、その話し合いそのものは平成 23 年の段階では大分煮詰まっていた、IT での医療情報共有方式を、その解決法として選択するところまで行っていた。

すなわち、平成 23 年末には、IT ネットワーク連携による地域医療支援構想補助金交付での県への陳情を地元 4 町村会と医師会が合同で行ったのである。

但し、県当局からは芳しい反応はなかった。

そこで、今回の事業への応募を新たに決めたのは、その構想実現の起爆剤としての位置づけになると考えた結果で、お金がかかる部分(IT 化)の初期費用を負担してくれるところを求めてのことが主な動機であった。とくに各自治体の返答が、「財政が厳しくて、在宅医療のことだけにお金を使うのは…」ばかりだったので、尚更だったのである。

当院が行っていた訪問看護、訪問診療を住民の目に、見える形での改革(IT 化)として印象づけるという方式(iPad 運用)を、在宅医療連携拠点事業の中心に据えたのは以上の理由であった。

3 拠点事業での取り組みについて:

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

当院地域連携室が平成 24 年 7 月より集計した近隣地域医療資源マップ(添付資料1, 2)から関係職種の方々を割り出して、当地域連携室主催の、多職種連携研修会への参加を、個別に呼びかけた。

(2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む)

平成 24 年 5 月 24 日 在宅医療連携拠点事業計画の
第1回院内説明会

定例地域ケア会議(毎月)に地域連携室長出席

6 月 22 日 在宅医療連携拠点事業実務者勉強会

7 月 11 日 在宅医療連携拠点事業説明会に出席

10 月 11 日 在宅医療連携拠点事業遂行での情報
端末(iPad)操作 勉強説明会

12 月 5 日 福島県医師会介護福祉委員会で在宅
医療連携拠点事業の報告勉強会(講
師、星、穂積)

平成 25 年 2 月 14 日 在宅医療連携事業実務者勉
強会 情報共有端末(iPad、固定 PC)
操作 勉強説明会

(3) 研修の実施

平成 24 年 8 月 29 日 塙町議会経済厚生委員対象の
地域医療問題の研修会
12 名出席

11 月 20 日 第 1 回東白川郡多職種連携研修会
117 名出席

平成 25 年 1 月 22 日 第 2 回東白川郡医療・介護多
職種連携研修会
105 名出席

2 月 14 日 東白川地方 4 町村全議員対象の在宅
医療連携を理解するための研修会
76 名出席

2 月 26 日 第 3 回東白川郡多職種連携研修会
97 名出席

3 月 14 日 多職種協働による在宅チーム医療を担う
人材育成研修会(県主催)
100 名の出席

(4) 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の 構築:

当院訪問看護師が 24 時間待機以外は、開業医、勤務医を含めて 24 時間体制は取れなかった。非公式アンケートでは開業医は夜間往診ができるのは 65 歳が限度と言う声が多かった。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象 にした支援の実施:

開業医への声のかけ方、依頼などの実際の交流法を教授したに止まった。とにかく、面と向かって

の話しあいをしてない希薄な人間関係が問題なので、まずは交流しての顔覚えを心がけるように指導した。

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携パ スの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者 の連絡様式・方法の統一など):

我々は、これを電子情報端末(iPad)を持つことで在宅医療対象者の情報共有が、全職種で容易になると考えた。

個人情報保護法との兼ね合いとしては、在宅被医療者に「あなたの情報利用許諾書」を提示し、了承者のみを対象者とする方式として、平成24年10月から当院の訪問看護、訪問診療で実際の運用を開始した。

平成25年2月には、行政や当院以外の訪問看護関係者を集めてのiPad方式の情報共有法の説明会を行ったが、こちらは実用運用までは至らなかった(関心を持ってもらったの水準まで)。

(7) 地域住民への普及・啓発

平成24年9月29日「東白川郡地域医療問題講演会」
～いつまでも自宅で生活するために

第一部

「第四回東白川郡地域医療問題シンポジウム」:
「チームもりおか」の木村幸博先生
「在宅医療介護の問題点」

第二部

「第六回東白川郡認知症セミナー」:
深沢クリニックの鴨下孝志先生
「住み慣れた家で出来るだけ長く過ごす
ための認知症の基礎知識」
聴講者170名

(8) 災害発生時の対応策

東日本大震災の経験からは「情報の途絶」が既存の電話でもインターネット回線でも起こり、医療介護の関係者の最大の不安要因となった。

この反省から、災害時の通信手段として、途絶する可能性の低い衛星通信が最適と考え、インマルサット衛星携帯電話を常備することにした。

但し、実働部隊を伴う警察、自衛隊、救急隊以外への至急連絡は可能となっても実益がない(言葉で激励

だけでは役に立たない)ことは、前回の大地震時に実証済みなので、地域住民の助けあいの中で、救助実働部隊の到着を待つしかないことが確かであるので、結局、人間のその助けあい精神が失せないような社会(常日頃の付き合いや教育が大事)を日頃から作っておくことが最大の対応策と考えられる。つまり、最新技術の衛星携帯電話があっても、この助けあい社会が消失しては何の役にも立たないと考えている。

4 特に独創的だと思う取り組み

在宅医療への多職種連携での情報共有を図る手段として、iPadを家庭訪問者(医師、看護、ケアマネなど)に持たせることにしたが(前述)、当初の東京のIT業者(久保田情報技研)のソフト(和歌山県で病診連携で実績あり)では、実際の訪問診療、看護では使い勝手が悪いことに気がついた。

すなわち、在宅医療介護で最も大事な通信は、受益者側(本人、家族)からの情報発信であって、医療介護提供者側だけが高度な医療情報を詰め込んでも、患者側の医療介護の質を高めることに有益なのは殆どなかったのである。

そこで、そのソフトをより簡単に(現代常識からは逆)してもらうことにして、殆んど「掲示板的情報」のみに改造中である(→当院は今後もこの方式を継続する予定である)。要は、隣近所の口コミの情報だけで寝たきり老人を介護できていた昔の社会の方が融通が利いていたことを実行したいのである。

勿論技術的な問題もあり、iPadの現行の3G方式の通信では、当地のような山間地を走行中ではすぐに通信が途切れてしまい、その再接続に、いちいちのパスワード入力をしては、実用にはほど遠いと感じられた(→通信の簡易さが必要である)。

また、体制そのものの内蔵する問題であろうが、専門職の連携関与(多職種であればあるほど)が、頻回になるに伴って、逆にグレーゾーン(それはこちらの担当じゃない意識から手を出さない部分=穴)を生み出すことが多くなるとの指摘が以前よりあったが、確かに、在宅患者が受けられるべきサービス(医療側からみて介護上の、介護側から診て医療上の)が抜けてしまうことが多かった事実もあった。

そこで、この弊害を防ぐには「より情報を綿密に」ではなく「情報をアバウトに」したほうが、誰でもその職種を越えてカバーし合う範囲を広げるしかない逆説状態が生まれるので、この方がこれからの人手不足時代にふさわしい方向と考えたわけである。

電子情報端末を使っても、必要な情報は最低限にするという発想が、この技術の時代には逆に新鮮であるし、慣れていない人にとっては容易な操作法につながるので、実際に大事なことと思われる。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み:

やはり、地域の在宅医療介護の関係者を一堂に会させた「多職種連携研修会」の開催が最も効果があったようである(当院地域連携室が主催した)。

出席者が医療系、介護系が役半数ずつのうえに、行政が全体の7.5%ほど出席してくれたのである。

もともと、第1回の会合では、介護職から医療機関への、「在宅医療患者を入院させてくれない」の不満続出大会となり、冷や汗ものであった。

ただし、これも「顔の見える関係」となった2回目、3回目では影を潜め、介護系からも「入院させることで問題の先送りをしていた」との反省が生まれるほどの相互理解が進んだ。

特に、研修会で強調した在宅での看取りへの理解が、この社会の第一線で住民に接する人たちに進むことで、間接的に地域住民の在宅看取りを遂行する理解につながってきたようである。

すなわち、添付資料3は平成23年度統計の看取り場所を示し、当郡は在宅看取り率7%(福島県、全国とも平均は13%)と県内最低だったが、今年になって自宅での看取り件数が増えているとの報告が、地域包括ケア関係者から出てきた(統計としてはまだでない数字ではあるが)。

6 苦労した点、うまくいかなかった点:

反省

前述のように、在宅医療者本人の利益に結び付くように医療情報を詰め込めば詰め込むほど良いと漠然と考えていたのであるが、実際にiPadを使って訪問診療をしてみると、そのように医療提供者側が詳細

情報を持っていても、どれも在宅医療介護の質を高めることには関与しなかったことを痛感した。

つまり、在宅被医療者側の問題とは、本人、家族の、社会や医療機関からの**孤立感**という**不安**が本質であることに我々は気がついたのである。

となれば、在宅被医療者側からの発信が、医療介護側に速やかに伝わればよいのであって、その手段は何も最新の電子情報端末であることは必要なくて、既存の電話回線をもっと有効に活用(どこかに集中しての管理司令室を置き、そこから関係職種へつなぐだけでも良い)するだけで、当面の解決にはなると思われる。

特に通信インフラの弱い山間地などでは、まずは既存の通信方法を高度に安定させ、やさしい連絡操作法ですむ通信器機を各家庭に装備することが、確実な在宅医療介護の質向上に結び付けることができると考えられる。

それなのに、当郡では各家庭に光ファイバー電話網が引かれているが、その用途が全くの見当違い(TV電話や防災広報)なことが情けない(縦割りでの整備であったらしく、保健福祉系の意見を求められたことはなかった)結果となっている。

次へ

又、技術上の手段を追い求めるだけでなく、運用面にもっと気を配るべきで、医療介護側も、全体像(その人への多職種別の支援内容一覧みたいなもの)を把握する統括官(やはり医者が適任かも)を置くべきと思われる。そして、その名称を「**在宅医療コーディネーター**」として行政などからの指名の形にする(専任者)ことで、さらに地域住民に安心感を与えることができると思われる。

最新技術の手段(iPad)をつぎ込んでみて、この結論は残念ではあるが、実際にやってみないとわからなかった点であることを強調したいし、これから電子化を漠然と医療の切り札的に考えているところへのアドバイスは、「その地域の課題は電子化で改善するのですか」という自問が必要であることを合わせて強調したい。

安易な最新電子技術の導入は現場に混乱をもたらすだけなので(実際に、当院の訪問看護師でiPadを真

に使いこなせた人はこの半年間では出ず、お荷物化した)、本当の目的を忘れて、手段完遂にのみに目を奪われる危険性があることに注意を促したい。また、住民への広報という点では、東白川郡医師会のホームページを大改造し、在宅医療への取り組みやその背景の考え方を詳細に伝える方式をとったが、個人的技法では心許なく、専門 IT 業者(久保田情報技研)にその編集を依頼した。結果的には、在宅医療連携とは何で、これからの方角性について、誰にでもわかりやすい見やすいホームページになったと自負している。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス:

在宅医療に関係する職種の人達の熱意を疑う部分は少しもないが、専門職種間の連携は前述の如く、むしろグレーゾーン(穴)を生みやすく、その在宅支援で足り無い面が出てしまうことで、在宅医療受益者側が不安を感じてしまい、その信頼を欠きやすいことになると考えられる。

故に、在宅医療連携の質向上とは以下にしてその穴を少なくする対策をするか(=在宅医療への不安感を減らす)に尽きる。

その一つの答えが、前述の「在宅医療コーディネーター」制度であると思う。

どんなに技術が発展しようとも、人間関係を構築できるのは顔を合わせて話し合わないは無理なのである。一人のコーディネーターが各職種の人たちと顔を合わせて話しあい、家族を含めて問題を共有化しての解決方式の方が、理にも適っているし、その後の波風無い人間関係を維持していくことにも適していると考えられる。

この制度の実現に向けてご協力をお願いしたい。

8 最後に

実際に地域社会の第一線で、何年も活動している方々(訪問看護師、ケアマネージャー、その他)の間では、現場で解決できない問題が、溜まりに溜まっていたことが、多職種連携研修会を開催してよくわかりました。

その証拠は、一度声をかけただけで、毎回100名を超

える人たちがその思いの丈を述べる、または新しい流れを理解したいという熱意で集まってきたことです。まさに事件は現場で起こっているのです(ちょっと古い(_))。

我々も今回のモデル事業でよくわかったことは、国も各自治体も、このような熱意ある方達をないがしろにしてきたわけではないのに、結果としては在宅医療介護に行政の支援の手が何も届いていなかったことです。既存の仕組みがうまく回らなかった原因は、車のタイヤやハンドル等の部品はちゃんとそろえたが、肝心のエンジンの力が伝わってこない構造にあったということに例えられるでしょう。

すなわち、エンジン及びその駆動系が厚労省を含む各自治体とすれば、「その在宅医療介護が国民に幸せをどうもたらすかを強く語る心」がガソリンに相当するかと思いますが、このガソリンの質が悪い(及び腰の心)ためのエンジン回転不足(こうすべきという熱意が低くなる)を来した結果と見えてしまうのです。

現場の人たちが、この回転不足の車のために立ち往生していたのが現状の全てと思います。

今度こそ、強い意思を持って真の在宅医療と介護の連携を行って、国民福祉の効率的向上を目指したいものです。

誰もが、現状の医療報酬と介護報酬が違う体系であること(医療と介護が別のサービス)をおかしいと思っているのは確かなのですから、既に同じ体系になった未来から今(平成25年)を振り返る時があったら、その異常さを国民は皆、そこで笑うことでしょう。

その変革元年が、この在宅医療連携拠点事業をモデル事業として全国に委託した年であったと後世に記される日が来たら嬉しく思います。

(文責 星 竹敏)