

## 在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：医療法人 アスミス

## 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

医療法人アスミスは、H.4年から訪問看護を機軸とした24時間対応型の在宅医療を開始。現在隣接する3つの基礎自治体に在宅療養支援診療所を運営、機能強化型在宅療養支援診療所とし、地域包括ケア実践に挑戦。看取りまで支える良質の在宅医療の普及推進を目指し、地域連携と多種協働のネットワーキング構築に向けたさまざまな市民的活動に取り組んでいる。

また、平成23年度には、栃木県在宅医療推進協議会が設置され当法人理事長も委員を委嘱されている。協議会によって県内の「在宅医療実態調査」が行われ、県内での課題が明らかにされている。

### ・課題

医療介護専門職でも、多職種連携で提供する在宅医療をよく知らない。したがって、施設介護などへの誘導が優先されるケースも多い。又、一般市民には、在宅医療に関する情報が殆ど提供されていないので、自ら在宅医療を享受することが難しい状況に置かれている。

### ・取り組み方針

在宅医療の本質を、広く一般市民をはじめ専門職にもきちんとした情報提供を行なうために、市民フォーラムを実施する。合わせて、専門職の連携の推進、学習機会の拡大。行政も参加する在宅療養支援のための自治体単位での連絡会開催などの働きかけを行う。機能強化型在宅療養支援診療所に参加する医療機関を増やすための支援も行う。市民も、行政も、医療介護専門職も力を合わせ、地域包括ケアの推進ができる地域づくりをすすめていく。

## 2 拠点事業の立ち上げについて

・昨年7月、厚生労働省で行った「在宅医療連携

拠点事業説明会」に各市(小山市・栃木市)から出席があったことは、その後の拠点事業の展開に大きく貢献することとなった

・市町村・医師会への働きかけが最重要課題であった。とりわけ、多職種連携が十分に機能していない自治体では、行政としても、国の補助事業とはいえ一民間法人(事業所)と事業を展開するのは大変なことであったと思う。拠点の側でも困難性を感じた。やはり、行政との間でも顔の見える関係づくりが大切である。復興枠での受託となり、災害時医療支援という医療者側と行政にかかわる課題ということで小山市と共催で災害時の対応を考える会を開催できたことは大変有意義であったとの感想を持った。

現在、小山市は市民病院の移設新築に際し、「小山市 緑の健康づくりの森基本構想」を策定し、その中でも「医介連携」を掲げており、多職種連携の場を構築していくうえで、拠点事業がおおきく貢献できたと考えている。

医師会への拠点事業の説明と協力依頼は、十分にできた地区医師会では、大きな支援協力を得ることができた。しかし、会長の健康問題等諸事情によりしっかり説明のできなかった地区医師会では、その後の事業展開が難しかった。

## 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

「在宅医療地域資源マップ作りの方針」を示した。拠点事業の社会福祉士・介護支援専門員に加え、法人職員の協力を得て取り組んだ。*(その他資料参照)*

当初は職能団体と連絡会を立ち上げてアンケートをとり、情報収集をしてまとめる予定であったが、職能団体との調整の途中で事業が終了となってしまった。職能団体との調整については、データ収集や記載の承諾を丁寧に進める必要があり、慎重

にとりこんでいた。また、行政(広域型保健所)から  
も次のような情報・アドバイスをいただいていた。

→資源マップへの記載情報については、行政  
(広域型保健所)が職能団体に記載内容の確認を  
とって実施しても、「載っている、載っていない、記  
載内容により不利益をこうむった」等の苦情を受け  
ている。一民間事業所で資源マップを作成するの  
は大変な作業になると予想される。

拠点事業としては経過途中の成果報告となるが、  
資源マップ作りは継続される地域の課題であるため、  
今後は一民間事業所として貢献していきたい。

## (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。)

○栃木市地域包括ケア推進ネットワークの設置を  
目標に準備会として懇話会を開催した。下都賀郡  
市(栃木地区)医師会が、これまで開催してきた在  
宅医療推進委員会(オープン参加)を、地区医師  
会会長の本事業への理解のもと拠点事業に位置  
付けたので、その委員会の中で協議が進んだ。

○ケア会議の開催を実施。開催回数は2回。拠点  
事業の社会福祉士・介護支援専門員、地域の訪  
問看護ステーションが取り組んだ。

地域に所在する全訪問看護ステーション、県健  
康福祉センター(広域型保健所)の保健師、市障  
害者相談員、事例に関わる事業者に働きかけ、多職  
種が集まり話し合う場とした。

ケア会議開催についての説明と参加依頼につい  
ては、実際にケア会議参加対象者の方と面談をす  
るという方法をとった。会うための連絡調整、面談  
での説明、面談後に参加申し込み確認の連絡、当日  
の連絡調整などに大きく労力を費やした。25年度  
も参加者の一致した思いで、3か月に1回のペース  
で継続していくことを確認した。(その他資料参照)

## (3) 研修の実施

研修については、多職種交流時に、共通の土台  
を作る上でも、研修を実施した。

### ①歯科医師とケアマネジャー交流研修会

3月3日(日)に、下都賀郡市歯科会・小山地区  
歯科医師会の歯科医師とケアマネジャーの交流  
会を開催した。初めに、在宅医療と歯科訪問診療

に取り組んでいる医師、歯科医師からそれぞれの  
講演を頂き、在宅医療についての認識を一致させ  
た。(その他資料参照)

### ②地域リーダー研修

栃木県ともう一つの拠点である県医師会と共同し  
て、テキストを作成した。合わせて、県内6ブロック  
においてのべ6回のリーダー研修を実施し、195人  
のリーダー養成に協力した。

### ③在宅医療連携先進地域の視察研修

栃木市地域包括ケア推進ネットワーク懇話会の  
活動として、先進地域の視察研修を行った。市職  
員(高齢福祉課2人、介護保険課1人、地域包括  
支援センター2人)、訪問看護、訪問介護、ケアマ  
ネジャー、特養管理者と拠点から3人が参加し、国  
立市役所と新田クリニックの地域作り活動を視察。

(その他資料参照)

## (4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構 築

自法人で24時間対応の体制は既に構築されて  
いる。3ヶ所の在宅療養支援診療所と5名の常勤  
医に加え大学病院からの非常勤医が協力連携し  
合って24時間体制を確保している。また、自法人  
及び関連法人の3ヶ所の訪問看護ステーションも2  
4時間体制をとっているため、診療所と訪問看護ス  
テーションの間でも連携が十分取れている。

拠点エリアのうち、栃木市内は当法人を除くと、  
まだ不十分な状態である。在宅療養支援診療所  
への援助を医師会に申し入れ、勉強会を開催して  
いる。(その他資料参照)

## (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

・2市における地域包括支援センターは14か所。  
栃木市は直営型で9か所。小山市は、委託型で5  
か所が設置されている。

### ・栃木市地域包括支援センター

市町合併を経て、支援センターが9ヶ所となる。  
人口が約14万5千人なので、平均1センターあたり  
1万6千人の人口となる。市町合併後間もないの  
で運営が難しい状況にある(市担当者談)。

昨年9月11日、全センターの月度会議に招聘頂

き、在宅医療連携拠点事業についてレクチャーする機会を得た。大きな反応はなかったが、基本的な理解を得ることが出来た。

この後、特に拠点からの働きかけはしなかったが1月末には、「地域包括ケア推進懇話会」の先進地域視察に2包括から参加をいただいた。

#### ・小山市地域包括支援センター

人口16万5千人、支援センターは委託で5ヶ所。3万3千人が1センター平均人口。市街と郊外の差が著しく、センター感の人口の差は大きい。

5センターすべて訪問、挨拶などを行ったが、特に交流することはなかった。3月に入り、小山市と共催して開催した「災害時対応」出前講座には、5センター全てから出席した。

#### (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)

##### ① 県、県医師会の作成した、

脳卒中、心筋梗塞、糖尿病、がんに関する連携パスがある。

② 栃木市ではケアマネジャーと医師の連絡票があるが、今はほとんど使われていない。

#### (7) 地域住民への普及・啓発

在宅医療に関する情報が市民にはまだまだ提供されていない。市民に対する在宅医療普及啓発には、特に力を入れて取り組んだ。また、ケアマネジャーなど介護職についても、医療と介護の連携では重要な役割を担うので、合わせて普及啓発の対象として取り組んだ。独自では2回のフォーラムを開催し、1回は県内の多職種が参加する在宅医療ネットワークと共催して、そして県内のもう1つの在宅医療連携拠点の県医師会と協力して開催した。

##### ① 小山市で市民フォーラム、(その他資料参照)

この取り組みでは、住民組織にむけて広報活動を行った。日常的に連携しているコープの介護事業所が協力し、市内中心部の自治会(長)を訪問、フォーラムの案内と在宅医療の話題を提供した。また生活協同組合(とちぎコープ生活協同組合、よつば生活協同組合)が、後援団体となり、組合員に対し広報活動をおこなった。その結果、250人の参加

者のうち半数近くが一般市民であった。

##### ② 栃木市で市民フォーラム(その他資料参照)

住民組織への広報は十分でできなかったが、医療及び介護事業所を精力的に訪問し参加を呼びかけた。130人の参加があった。

##### ③ 在宅ケアネットワーク栃木と共催でシンポジウム

17回目を迎えた、年に1回の多職種連携のセミナー。今回は、行政、メディアも含め専門職によるシンポジウム。570人の参加。(その他資料参照)

##### ④ 県医師会(拠点)共催でフォーラム

全県を対象に行った。県都宇都宮市で開催。

参加は110人であった。(その他資料参照)

#### (8) 災害発生時の対応策

① 緊急用医療機材のセットを購入し、災害時の柔軟かつ機敏な対応に備えることとした。

② 通信手段が途絶えることを想定して、緊急時対応ように衛星電話を購入した。DOCOMO 通信網では携帯への発信が可能なので、ワイドスターを選んだ。通信手段の確保については、小山市災害対策課に指導を仰いで決定した。市としては市の関係部署との通信網確保も十分でないことから、まだ民間との通信手段共有等については今後の課題とのことであった。

③ 災害時の社会的弱者の避難対応などについて研修交流会を開催した。小山市との共催で「災害時対応出前講座」に取り組んだ。3.11東日本大震災時の各事業所の対応を振り返り、交流した。複数事業所間で関わっている患者、利用者の情報を共有することの重要性が確認された。(その他資料参照)

④ 災害時に対応する行動マニュアルの作成も急がれる。自事業所のみでなく、地域に対応するマニュアル作りが急がれる。行政レベルでも、要援護・援護の体制づくりなど進んでいるが、災害弱者を対象としている在宅医療・在宅介護の事業所のレベルでも地域の中でどのようにすすめるか課題である。小山市と共催で開催した「災害時対応出前講座」のグループ交流でも、各事業所間の協力はもとより、地域の中で事業者のはたす役割などについての検討も必要であることを確認した。

⑤ 3.11 被災地である陸前高田市におもむいて、

被災地の状況、在宅医療が担った役割などについて把握した。(その他資料参照)

#### 4 特に独創的だと思う取り組み

市民及び医療介護専門職に対する在宅医療の啓発活動を重視したこと。また多職種連携の場として地域包括ケア推進のためのネットワークづくり(栃木市)に努力した。

在宅医療に関しては、情報が少なく市民が選択権を自ら行使する状況にないこと。介護職も十分な情報がないために施設介護に誘導するケースも多く、啓発のためのフォーラム開催に力を入れた。

また、地域あまねく、在宅医療が提供されるためにはそのための環境づくりが欠かせない。栃木市医師会では数年前から、在宅医療に対し真摯に取り組んでおり、行政、介護と他職種のネットワーク構築が可能であった。(その他資料参照)

#### 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

小山市、栃木市で開催した市民フォーラムでは在宅医療に関して大きな感銘を得た。石飛先生の講演「口から食べられなくなったらどうしますか」には、特に大きな反響があった。「目からうるこです。今後、しっかりした判断をしていきたい。とても良い機会になりました」など、参加した市民から感想がよせられた。また、医療職からも「改めて、真剣に考える機会になった」など、専門職にも共感が広がった。

#### 6 苦労した点、うまくいかなかった点

##### ①行政との連携

自治体によっては抱えている課題もまちまちであり一律の対応ではすまないことがわかった。また、行政組織にも微妙な違いがあり、対応方法を変えて取り組む必要があった。

##### ②医師会

2地区医師会に対応。地区医師会により在宅医療に対する温度差が有り、1医師会は対応に戸惑いが生じた。事務局同士では対話も弾み共感が得られたが、医師会全体の課題になるので十分なアウトリーチを行い得なかった。

##### ③地域資源マップ

資源マップ作成については、職能団体の理解を

得るためには、他職種交流の中で課題として挑戦する計画を立てた。リストなどについては、多方収集することが出来た。しかし、時間切れで終わった。時間がもう少し欲しかった。

また、誰のための資源マップかによって内容も変わってくるので、尚更、他職種間での協議が必要であると考えた。

#### 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

ポイントの一つは、医師会の姿勢にあると考える。多くの会員医師に在宅医療をよく理解してもらうこと。また、介護関係の事業者の理解を得るには自治体の構えが大きく左右する。

もう一つは、市民啓発である。在宅医療に関する情報はまだまだ市民に提供されていない。情報の非対称性をできるだけ克服する努力が大切である。

#### 8 最後に

在宅医療の推進は、最終的には「在宅での見取りの文化」の再構築であると考えた。

私達は、自治体、医師会、職能団体と顔の見える関係づくりをより強化し、なによりも市民・利用者を含めたチーム医療を展開するためのモデル作りが重要だと考えた。

私たちが考える地域包括ケアシステムは、オーケストラによる演奏会にたとえることができる。専門職が演奏家たちであり、指揮者はケアマネとしてケアチームをまとめることとなる。しかし、作曲家なしに音楽は存在しない。制度を運営する行政を作曲家とみなし、演奏家と作曲家が聴衆と一体となって、感動を共有することとなる。これが地域包括ケアシステムであると思う。

在宅医療がどれだけ推進されたかは、最期の選択肢として、生活の場を選ぶ人の数が増えてくることだと考えている。かつては、多くの人が自宅で最期を迎えていた。条件環境が変わっても、希望すれば生活の場で最期まで過ごすことができるという文化を再構築できるよう、利用者と専門職の枠を超えて、知識と経験・感動を共有し、在宅療養に対する市民の意識改革をしていく、住み慣れた我が家で最期まで暮らせるコミュニティケアを実践させていきたい。