

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：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

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

高度成長期のベッドタウン埼玉県幸手市の現状

埼玉県は首都圏にありながら、人口 10 万人対の看護師数や医師数、医療機関数が全国で最低レベルであり、医療資源が相対的に不足している都道府県であることが知られている。事業対象地域である幸手市、杉戸町のある利根保健医療圏は県内でも医師数が最少。特に幸手市には訪問看護ステーションが1つも無い。介護施設も少なく、待機高齢者の増加など、あらゆる医療介護資源の不足が深刻化している。

さらに現在、埼玉県は全国で最も速いスピードで高齢化が進んでおり、住民の有病率も急速に上昇している。平成 23 年現在の幸手市の高齢化率は 23.5% (総人口 5.4 万人)、杉戸町は 22.4% (総人口 4.7 万人) であった。埼玉県は全国で最も急速に高齢化が進んでおり、幸手市は 2005 年から 2020 年までに、高齢者人口が 36%増加する一方で、生産年齢人口が 23%減少すると推測されている。

これまで本県が、このように少ない医療資源でやってこられたのは、地域の医療介護機関の多大なるご尽力の他、①住民の年齢が比較的若く有病率が低かったこと。②都内へ通勤する住民が多く、病気になったときに都内の医療機関を利用するため、地元の医療機関の利用率が低かったこと等が挙げられる。

市内で最も少子高齢化問題が深刻化するコミュニティの一つに幸手団地がある。そして、団地に隣接し、かつて団地の学校と呼ばれ、平成 21 年に少子化により廃校となった旧栄中学校の跡地に当院は新病院を建設、平成 24 年 5 月に杉戸町から移転開院する事となった。

当地域には、高度成長期に都内へ通勤していた“埼玉都民”が多く、地域コミュニティとの関係が希薄な住

民が少なくない。

このうち、これまで都内の医療機関を利用していた住民も相当数おり、今後、地元の医療機関を利用するようになる。さらに高齢者の急増により、受け皿となる地元の医療機関の需要と供給との間の不均衡は、今後、益々顕著となることが予想される。市外の医療機関も各々の地域で暮らす住民の診療で手一杯となり、市以外から通院する患者の受け入れは徐々に困難となり、地元の医療機関の受診を勧められるようになるかもしれない。

さらに、単身独居や高齢夫婦世帯が多く自助には限界がある。近所付き合いや、自治会等の地域コミュニティも基盤が脆弱化してきている。

限られた地域資源で、急速な高齢化に伴う様々な問題をいかにして乗り越えていくかが、現在当地域が抱える最も重要な課題の一つと考えられる。その為には、入院、外来、在宅医療の効率的な活用、医療介護の継ぎ目のない連携、地域包括ケア体制の構築、そして、コミュニティ単位での地域包括ケア提供体制を整備していく必要があると考えられる。

これまでの医療や介護を含むヘルスケアサービスは、提供する施設に利用する住民が出向く「施設中心型」であった。さらに近年、病院完結型から地域完結型の医療提供体制となり、複数の医療機関へ通院する患者が増えている。

一般に高齢者は移動能力が低下しており、移動手段や介護力に乏しければ、遠方や複数の医療介護施設への通院は困難となる可能性がある。さらに高齢者の医療は、慢性疾患や老化に関連した機能低下を基盤として急性疾患を発症するケースが大部分を占める。

従って、超高齢社会では、重症化予防や自立支援、在宅医療の充実など地域中心で、住民の健康と暮らしを支える視点が肝要と考えられる。

こうした「ささえる医療」が不十分であった場合、本来、避けることができた筈の健康や QOL の低下により、日常生活の中断を招くだけでなく、人口が多く、介護力に乏しく、ヘルスケア資源が乏しい地域、すなわち、これから高齢化問題が深刻化する首都圏近郊地域では、高齢者を中心とした医療介護需要の急増により、特に地域の救急・急性期医療は容易に機能不全状態へ陥る可能性が考えられる。

以上より、当地域における在宅医療の普及へ向けた基本方針は、主に高齢者を対象とした入院バックアップ機能(救急を含む)、在宅医療を中心とした地域包括ケア、そして、コミュニティレベルでのケア(以下、コミュニティケア)の3つの視点において、相互の連携や統合的なマネジメントを行う為の問題解決型地域システムの構築をはかるものとした。

2 拠点事業の立ち上げについて

当地域では、平成 21 年度厚労省地域医療再生基金を活用し、地域医療 ICT ネットワークの構築を行ってきた。既に平成 24 年 7 月より、地域医療 ICT ネットワークシステム「とねっと」が稼働を開始している。当ネットワークを運営しているのが、埼玉利根保健医療圏地域連携推進協議会であり、幸手市と杉戸町を含む 7 市 2 町の首長、および地域を担当する 4 つの郡市医師会会長、および基幹病院院長より組織されている。

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業は、こうした既に構築された、施設や職種を越えた地域ぐるみの顔の見える関係を背景に開始された。

拠点事業の立ち上げにあたり、幸手保健所、幸手市および杉戸町の行政、地域包括支援センターに、それぞれ事業説明を目的とした挨拶回りを行った。特に、地域担当医師会である、北葛北部医師会では、医師会の定例会にて事業の説明を行い、承認と積極的な参加を呼びかけた。また同時に、地域の在宅医療関連事業所 49 施設に訪問して、在宅医療推進へ向けた課題についてもヒアリングとアンケート調査を行った。調査の結果、特に多く認められた在宅医療推進における課題は、①医療機関との連携困難(19 件)、②独居高齢者の問題(9 件)、③服薬管理の問題(9 件)、④経済的な問題(7 件)等が挙げられた。

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
在宅医療に関する資源を把握する為にアンケート調査を行った。

北葛北部医師会(幸手市・杉戸町)に所属する医療機関のうち、当院を除く 44 施設に別添資料のアンケートを送付した。最終的に 17 件を回収した(回収率 38%)。

このうち、在宅医療を提供している医療機関は 6 施設(35.3%)であった。現在、在宅医療を提供していないと回答した医療機関 11 施設のうち、2 施設が「条件さえ整えば、在宅医療の提供について前向きに考えたい」、3 施設が「関心は持っており、まずは情報を入れたい」、7 施設が在宅医療を始めようとは全く思わない」と回答した。

現在、在宅医療を提供している医療機関 6 施設の在宅医療提供患者数は全ての施設で 10 名/月に以下と比較的小規模であった。

在宅医療を提供している患者の背景についての設問では、「自院へ通院していたが、通院困難となった患者」が 5 施設、「在宅医療を希望して受診した患者」が 3 施設であった(複数回答可)。他院からの在宅医療患者を受け入れている施設は 1 つも無かった。

在宅医療の提供体制についての設問では、「患者の求めがあったときだけの往診」が 3 施設、「定期的な訪問して診察を行う訪問診療」が 3 施設であった。

在宅看取りを行っている施設が 3 件で、看取り数は 1 施設が年間 2 件、他の 2 施設が年間 1 件と回答した。

回答を頂いた全ての施設のうち、訪問看護ステーションと連携していると回答した医療機関は 5 施設であった。一方で、訪問介護、訪問歯科、歯科衛生士、調剤薬局、訪問栄養指導、訪問リハ、他の在宅医療を提供する医師との連携があると回答した医療機関は 1 つも無かった。

ケアマネージャーと連携していると回答した医療機関は 1 施設であった。

今回のアンケート調査では、当地域における在宅医療提供医療機関が極めて少ないという事が明らかになった。しかし、平成 23 年に別事業で実施したアンケ

ート調査では、14 施設の医療機関が在宅医療を提供していると回答している。

本事業が在宅医療を推進する事業であることから回答に協力してくださらなかった医療機関のうちの一部は、警戒や様子を伺っている可能性が考えられた。

一方で、小規模ながら在宅医療を提供している医療機関を特定する事ができた。全ての施設で医師の負担軽減となる他職種との連携が十分になされていない事も明らかになった。今後、多職種協働を進める中で、在宅医療提供医療機関同士の連携も進めていく事が必要と考えられた。また、医療必要度や医療以外の問題を抱える患者は、当院が在宅医療を提供するようにするなど、機能分化についても議論していく必要があると考えられた。

他方で、現在は在宅医療を提供していない医療機関の中にも、関心を示している施設が含まれていた。今後、新たに在宅医療を提供する医療機関として加わって頂けるよう、支援を進める必要が考えられた。

その他、訪問看護ステーションや、訪問介護事業所など、地域の在宅医療関連事業所にもアンケート調査を行った。結果を実績資料 3)★ ⑧-6)・⑧-7)に示す。

(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。)

当事業では、医師会、歯科医師会、行政、地域包括支援センター、保健所、青年会議所、そして当院から構成される幸手市有識者意見交換会を設置した。

本会は、各地域で行われている地域ケア会議をとりまとめ、今後、全市レベルでの課題を検討する為の組織に位置づけていくことを想定している。

今年度は、幸手団地における実態把握から明らかになって様々な知見を報告すると共に、解決へ向けた方策の検討を行った。その中で、在宅医療推進の必要性についても啓発を行った。

さらに、北葛北部医師会、幸手歯科医師会(その他、埼玉県栄養士会、埼玉県薬剤師会)を介して、各団体の全ての会員に対して、医療介護連携学習会を含む関連事業への案内を行った。その結果、のべ38人の医師や歯科医師が学習会を含む関連事業へと参

加した。

(3) 研修の実施

当事業における研修は、以下の二つの目的において実施した。

- 1)高齢社会時代を支える多職種協働教育
- 2)在宅医療を支える人材の育成。

これらの目的を実現する為、拠点事業において、キックオフミーティング1回、院内学習会4回、院外学習会9回合わせて14回の「医療介護連携学習会」を開催した。この間、院外のべ521名、院内のべ201名、合計722名が参加した。参加者の職種は23職種と多様であり、医師、歯科医師、看護師、ケアマネージャー、介護福祉士の他、薬剤師、管理栄養士、言語療法士、社会福祉士、民生委員、医師事務作業補助者、住宅関連企業、学生なども含まれていた(実績資料3)★④-1)・④-2)に示す。

医療介護連携学習会では、主に在宅医療にて必要となる多職種協働の考え方や、医学的知識の習得を目的とした講義を行った。具体的な講義内容として、訪問服薬指導、骨折や関節疾患、食育と口腔ケア、せん妄と認知症、褥瘡、フットケア、COPDと肺炎、栄養、痰の吸引などに関するものであった。

いずれの参加者アンケートにおいても講義内容について「大変良く理解できた」「理解できた」との回答が大部分を占め、さらに患者を中心とした多職種協働を行っていく事に大いに役立つとの回答を得た(別添実績資料3)★④-3)に示す。

その他、多職種協働や患者中心の在宅医療を参加者同士で意見交換する機会も提供した。

第一回(参加者51名)は、NPO法人疾病管理・地域連携支援センターの宮原富士子氏を招き、多職種協働が必要となってきた背景や、概念の理解、実践へ向けた課題等が提示された。講義の後、グループワークを行い、国立長寿医療センター作成のDVD教材を用いて、多職種協働を進める為に、必要な課題について議論を行った。その結果、多職種協働につ

いて、①地域で共通概念を形成する事が必要、②医療介護で共有すべき情報の標準化が必要、③医療介護の具体的なワークフローやマニュアルが必要との今後の事業展開の方向性を決定づける意見が出された。一方的な講義だけでは、介護者における医療的視点は根付いていかない可能性が高く、地域レベルの標準化と具体的なワークフローの確立と普及が次の課題として挙げられた。

第三回(参加者37名)では、地域で活動するがん患者会「シャローム」代表植村めぐみ氏と副代表増田しのぶ氏を招き、がん患者の立場から求められる在宅医療について講義を行って頂いた。その後、がん患者中心の在宅医療のあり方について、グループワークを行った。グループワークには講師である患者会も参加した。参加者から、がん患者に係わる際の注意点や配慮についての質問があげられた。がん患者の様々な心理社会的状況について具体的な意見交換が行われた。

参加した医療介護従事者の中には、自ら係わったがん患者とのやりとりの中で抱えていた不安を語ったり、涙を流しながら、がんを患った家族に対する想いや抱える不安を語ったりと枠にとらわれずに、がん患者中心の在宅医療のあり方について多くの学びと示唆を得る事ができた。

第九回(参加者35名)では、東京都墨田区で、歯科医師会と行政が協働して高齢者の口腔ケアを行い肺炎予防へ向けた取り組みを行っている大久保歯科医院の大久保勝久歯科医師と墨田区福祉保険部の秋田昌子氏を招き、具体的な口腔ケア取り組みや注意点、その効果や多職種協働の意義について講演を行って頂いた。

本学習会では、当地域を担当する幸手歯科医師会会長を含む5名の歯科医師が参加され、当地域においても地域ぐるみの口腔ケア活動を歯科医師会として進めていきたいとの発言を頂き、次年度へ向けた具体的な事業展開へと結びつく結果となった。

医療と介護の連携の不足と改善へ向けた研修

当事業では、医療介護連携の不足が招く弊害について繰り返しヒアリングを行った。得られた意見を取り

まとめ、最終的に一つのモデルとして再構築を行い、最終的に「高齢社会を支える医療と介護アセスメントワークシート」として取りまとめた(別添実績資料3)★⑧-8)に示す。

医療介護連携学習会では、事例検討の為にグループワークも行った。その際、このワークシートをアセスメントツールとして活用した。

ワークシートを活用した事例検討後のアンケート結果(第一回院内開催)では、医療介護連携における「自分の役割が明確に担った」「少し明確になった」と回答した参加者が75.6%と多くを占めた(回答数33人)。また、個別の感想の中には、「日常生活の見守り体制、自立支援や重症化予防へ向けての対策等をふまえた上で、患者さんの体調の変化や具体的な対象法など家族とチームで情報を共有しなければならない。他の職種の事を知ったり、相手の立場に立ってみる必要もあるのではないかと感じました。」「他者の意見を聞く事で、自分の考えも、どんどん広がりとてもよかった。」「他職種の意見を聞く事ができて良かった。」などが散見された。

ワークシートを用いた事例検討の際、病院職員は在宅におけるアセスメントが、一方で在宅医療従事者は入院中のアセスメントがそれぞれできずに空欄となることがある。

こうした傾向は入院中と退院後の状況を各々が互いに想定できていない事を暗に示しているのかもしれない。ワークシートを用いた事例検討は、病院職員と在宅医療従事者とが、どこまで先の将来を想定しながら患者に係わっているかについて、自らを振り返ることに役立つかもしれない。

病院内での在宅医療研修会を開催する意義

在宅医療のさらなる推進の為に、地域で在宅医療に従事する事業者と、入院医療機関における退院調整部門、さらには病院職員との連携が必要不可欠と考えられる。

当院は地域における急性期基幹病院(DPC 対象病院・7対1看護基準・平均在院日数11.8日)であり、病床数173床と中小規模でありながらも年間約2,500台以上の救急搬送の受け入れを行っている。具体的

な診療内容として、悪性疾患の治療の他、神経内科医による認知症外来、脳卒中ケアユニット、さらに脊椎脊髄病センターを設置しており、退院後も継続した在宅医療を必要とする患者も相当数潜在しているものと考えられる。

しかし、これまで地域の在宅医療従事者と、当院職員が直接交流する機会はほとんど無い状況であった。地域の高齢化の実態や在宅医療のニーズには一定の理解を示しながらも、当院が急性期基幹病院でありながら、一方で在宅医療も展開していく事について、必ずしも肯定的な意見を持つ職員ばかりではなかった。

実際、医療介護連携学習会における、当院職員の参加率が 28.4% (全参加者 521 人のうち当院職員 148 人)と限られていた。

しかし一方で、院内開催の医療介護連携学習会では、80.1% (全参加者 201 人のうち当院職員 161 人)と多くの職員が参加し、積極的に在宅医療に従事する事業者等との顔の見える関係を広げる事ができた。また、院外からの参加者の中には、院内へ初めて立ち入る者もあり、病院を身近に感じられるようになったとの声も聞かれた。

以上より、入院治療を主たる業務とする病院職員と、地域で在宅医療に従事する事業者との顔の見える関係を構築する為には、病院内での研修会開催も有用であると考えられた。

(4) 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築

当事業では、24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築へ向けた準備を行った。

現在、当地域では 24 時間対応の在宅医療専門クリニックは無いが、一方で、在宅医療を提供している医療機関は 14 施設と決して少なくないこともアンケート調査により判っている。しかし、表向きに在宅医療を標榜せず、自院へ長年通院していた患者を主な対象としており、他院からの受け入れは積極的ではないことが問題の一つとして挙げられる。

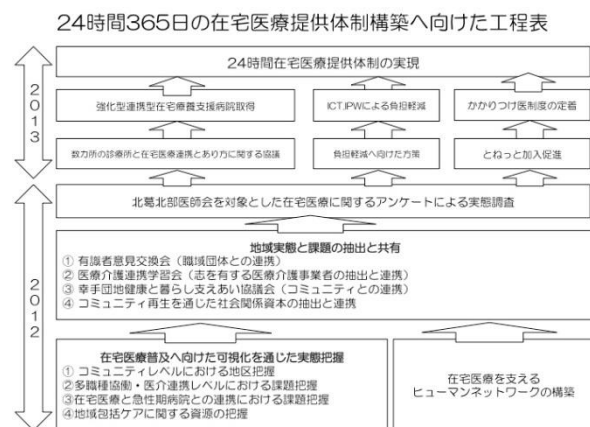
確かに、在宅医療の提供の為には、患者だけでなく、家族との信頼関係や介護力が求められる。従って、高

齢化による疾病の増加を背景に、既に多忙な地域の医療機関の全てが、在宅医療に直ちに乗り出す事は必ずしも現実的とは言えない。

最初は小さくとも既に在宅医療を提供している地域の医療機関を支援しながら、中長期的に在宅医療の経験を積んで頂き、24 時間提供の必要性に関するコンセンサスの形成を進めながら、一方で、具体的実現へ向けて、現在幸手市内に一つもない訪問看護ステーションの設立や、当院と共に負担を共有しながら連携強化型による在宅療養支援診療所の取得を検討する必要があると考えられた。

さらに、ICT や多職種協働による在宅医への負担軽減へ向けた方策や、住民が健康なうちから在宅医療を提供する、かかりつけ医(歯科医)へ通院し、時間をかけながら、医師との信頼関係を構築していく事も必要と考えられた。

具体的な取り組みとして、平成 24 年 7 月より稼働を開始した地域医療 ICT ネットワークシステム“とねっと”への住民参加を促し、医療機関同士の情報連携を進めていく為の呼びかけを行った。現在、幸手市と杉戸町では、高齢者を中心に人口の約 2%が加入した。今後も引き続き、実現へ向けた検討を進めていく。



(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

地域包括支援センターおよびケアマネジャーを対象とした支援として、以下の事業を行った。

- ① 地域包括支援センターおよびケアマネジャーを対象にヒアリングを行い、医療介護連携を含む様々な課題抽出の為のヒアリングを行った。
- ② 地域

包括支援センターおよびケアマネージャーからの医療に関連した相談を受ける窓口を設置した。③地域コミュニティに暮らしの保健室を3ヶ所設置し、支援が必要な住民を地域包括支援センター等、必要なサービスへ繋げる事業を行った。

①療介護連携を含む様々な課題抽出の為ヒアリングを行った。この為に行ったアウトリーチは、地域包括支援センター4ヶ所に対して40回、居宅介護支援事業所20カ所に対して、192回であった。さらに、訪問介護事業所15事業所に対して160回、短期入所施設8カ所に対して72回行った。在宅医療を支えるヒューマンネットワーク構築へ向けた第一歩が、顔の見える関係であるとする。可能な限り、アウトリーチを行う事により、顔が見える関係から信頼関係の醸成へと、地域のヒューマンネットワークの更なる発展を目指していきたい。

②地域包括支援センターに限らず、多くの介護職における共通の課題として、医療との連携を挙げた。拠点事業所は、地域の在宅医療における医療側のカウンターパートナーとして、特に介護側からの医療的な相談を受ける窓口を設置した。今年度は、電話相談20件と来訪による相談5件を受けた。

③コミュニティに開かれたサロン「暮らしの保健室」を3ヶ所に設置し、この中で、健康と生活に関する総合的な相談業務「よろず相談」を実施した。平成24年8月23日から平成25年3月31日までに、合計51回(のべ102時間)のよろず相談を行った。その結果、相談者数160人でのべ183件の相談を受けた。

183件の相談のうち、50件が心理社会的問題を抱えており、このうち22人を新規で地域包括支援センターへと連携した。

地域包括支援センターは、高齢者における総合相談窓口としての機能が期待されている。しかし、その存在や役割が、広く住民に認知されているとは言い難いのが現状の課題であり、当事業における以上の結果は、地域には、種々の課題を抱えているにもかかわらず、自ら必要なサービスに繋がる事ができない住民が相当数潜在している可能性が示唆された。

在宅医療連携拠点は、在宅医療における医療側の

カウンターパートナーとして、地域包括支援センターと協力していく必要があると考えられた。また、地域包括支援センターに所属する看護師などが、医師会等を巻き込みながら地域包括ケアシステムを構築したり、地域の在宅医療を牽引したり、地区把握から包括的な介入プログラムをおこなったりという事業に、全ての職員がトレーニングを受けているとは言えない。

従って、拠点事業では、あくまでも地域包括支援センターを「顔をたて」つつ、在宅医療の推進事業を進めていく必要があると考えられた。

(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)

効率的な情報共有の為の取り組みとして、以下の事業を行った。

①医療介護連携・在宅見守りパスの開発、および電子版見守りパスの稼働実証。②地域医療ネットワークシステム「とねっと」の住民加入者数増加を通じた在宅医療情報連携の推進。

①医療介護連携・在宅見守りパスの開発、および電子版見守りパスの稼働実証。

地域の在宅医療従事者における共通の課題として、医師との連携の難しさが挙げられる。法律的にも、制度的にも、学問的にも、そして歴史的に見ても、様々な状況や背景が異なる医療と介護の連携が困難な原因の一つとして、医療介護連携を担保する為の仕組みやツールが不足している事が挙げられる。

当事業では、在宅医療における医療介護連携を担保する為のツールとして、「在宅見守りパス」を開発した。在宅医療の基本は生活を支える事であり、基本的に介護が中心となることが多い。この中で、健康状態に問題が生じて、医療が必要となった場合に、速やかに医療と連携することができなければ、単に患者の予後が悪化したり、入院などにより、結果的にQOLやADLが低下するだけでなく、地域における不要な医療需要を増やすことで、限られた医療資源を浪費してしまう事になる。

従って、生活を支える介護や看護を主体としながらも、必要なときに速やかに医療と連携がとれることが、結果的に患者の健康や ADL、QOL を高く保つ事に繋がる。

在宅見守りパスは、こうした介護側から医療側への連携をサポートする者と言える。在宅見守りパスを(別添実績資料 3)★③-2)に示す。

在宅見守りパスの上部には、患者 ID、氏名、身長、体重、主治医名、医療機関の電話番号、受付時間が記されている。在宅見守りパスは、あくまでも介護を受ける本人からの訴えがある場合は、それを優先することを前提としている。

左側には 10 種類の観察項目が記入されており、それぞれ、意識障害・活気の低下、体温、血圧、心拍数、呼吸回数、体重、上腕・ふくらはぎ周囲系(栄養障害の目安)、食事摂取量、BPSD・精神神経症状・行動異常、褥瘡・皮膚の異常・足病変の有無などが挙げられる。

各観察項目には、それぞれ、測定方法や病院連絡基準(バリエーション値)、観察の担当者の項目が設定できるようになっており、サービス担当者会議や退院支援カンファレンス等で、医師を含めた在宅医療チームが協働で、役割分担や連絡基準を取り決めたものを、各々が共有して用いる運用としている。その後、測定の担当者が各観察項目をパスに記入し、家族又は施設職員により FAX 経由で当院拠点担当看護師へ送信される。担当看護師は、バリエーション値を確認して、院内の在宅担当医へコンサルトを行うことで対応する。時には、緊急で往診となることもある。

現在、当院が在宅医療を提供している 8 人の患者に在宅見守りパスを活用している。患者背景として、平均年齢 76.1 歳、男性 3 人女性 5 人、7 人が自宅・1 人がグループホームに居住している。

対象患者のうち、前年度、年間2回以上入退院を繰り返した患者が2人含まれていた。それぞれ、1人は男性でアルコール性肝硬変による浮腫で入退院を繰り返していた。もう1人は、耐性菌による尿路感染症と脳梗塞の既往に伴う誤嚥性肺炎を繰り返していた。平成 24 年から在宅見守りパスを適応させた後は、前者は1年間入院をする事は無かった。後者は一度、

別の疾患により入院となったが、その後、再び在宅医療を再会している。

患者に係わっている在宅医療従事者からも、「以前は病院に連絡をするのに、神経質になっていたが気軽に相談できるようになった。」「病状の変化を見落とすことが少なくなり、安心して介護に専念する事ができる。」との意見を頂いた。また、家族からも「常に病院と繋がっているような安心感があります。」との感想を頂いた。

平成 25 年 3 月には、当院の在宅見守りパスをモデルに、株式会社ミテネインターネットにより開発された電子版見守りパスの稼働実証を行った。当サービスはクラウドによりインターネット経由で提供されており、端末にはデータが残らないため、物理的なセキュリティも保たれる。外部保存することとなる観察項目のデータは、「健康データ」であり、血液検査などの「診療データ」や、医師の判断が含まれる「診療情報」とは異なり、個人情報のセキュリティレベルは高くないため問題が生じにくい。

患者、又は家族の同意を得て8人の対象患者の観察項目のデータを平成 25 年 3 月の一ヶ月間、電子版見守りパスに入力した。入力作業は拠点事業担当者により行われた。稼働実証の結果を以下に示す。

観察項目のうち体温では、バリエーション値($BT \geq 37.5^{\circ}C$)に一ヶ月で1回以上該当した患者は 3 人であった。

観察項目のうち血圧では、バリエーション値(収縮期血圧 $\geq 180\text{mmHg}$ 以上、又は拡張期血圧 100mmHg 以上)に一ヶ月で1回以上該当した患者は 3 人であった。

観察項目のうち酸素飽和度では、バリエーション値($SpO_2 \leq 90\%$)に一ヶ月で1回以上該当した患者は 3 人であった。

観察項目のうち心拍数では、バリエーション値($HR \geq 100\text{bpm}$)に一ヶ月で1回以上該当した患者は 1 人であった。

観察項目のうち呼吸回数では、バリエーション値($RR \geq 20$ 回/分)に一ヶ月で1回以上該当した患者は 6 人であった。

一般に、高齢者は症状が現れにくく、介護者の判断

だけに委ねると体調の変化を見落とす可能性がある。一方で、バイタルサインは、体調の変化と鋭敏に連動するだけでなく、客観性も保たれており、介入へと結びつける事が容易である。バリエーション値は、医療従事者がコンサルトを受けても納得ができるレベルに設定されており、さらに事前にチーム内で取り決めが協働で行われているため、医療介護の連携に効果的であると考えられる。

現在のように10名以下の対象者であれば、FAXによる紙運用と人的作業でも対応できるが、今後、対象者が急速に増加することが想定されており、ITが持つ同時性や即時性は有効であると考えられた。特に、介入を必要とする患者の特定は、データベース機能を用いなければ、マスタデータの処理は不可能と考えられる。

在宅医療を支える限られた医療介護資源を、効率的に活用していく為には、ITの活用は必要不可欠であると考えられた。

(7) 地域住民への普及・啓発

住み慣れた地域で安心して最期まで暮らしていくためには、それまでに様々な準備が必要となる。また、我々の知る限り、市内で在宅医療をテーマとしたシンポジウムが開催された事は未だない。

そこで当事業では、「明日をつくる市民公開講座」と題して2013年3月2日と3月9日の2日間にわたり、幸手市内ウェルズ幸手にて在宅医療の普及を目的とした市民公開講座を開催した。

3月2日の公開講座では、NPO 法人地域医療を育てる会理事長の藤本晴枝先生をお招きして、「橋を架けよう～NPO 法人地域医療を育てる会の取り組み～」についての講演を頂いた。「脱依存型市民」をテーマに、現在の地域医療が抱える様々な問題を解説、住民も行政や医療に依存するのではなく、地域の主として、地域と協働していく事の大切さについて、様々な活動を通じた経験よりお話いただきました。

その後、「今からできる “ 漂流しない老後 ” の備え」と題し、住み慣れた家での生活を支える医療として在宅医療の紹介と、老後に向けて備えたり、考えたりしておきたい事項についての三名の演者によるシン

ポジウムを行った。1)在宅医療と介護の使い方(医師)、2)老後にかかる費用(ファイナンシャルプランナー)、3)支えあいのコミュニティづくり(コミュニティカフェ経営)。とくに支えあいのコミュニティづくりでは、地域コミュニティとの関係が希薄な東京へ通勤していた地域住民が、どのようにして地域コミュニティへ参加していくかについて、具体的な指南を頂いた。

9日の公開講座では、医療法人社団鉄祐会理事長の武藤真祐先生が「石巻から始まる高齢先進国モデル」についてご講演を頂き、被災地での活動を通じて得た経験と、それをこれから高齢社会を迎える日本全国へいかに活かしていくのかについて、多くの示唆に富むご講演を頂いた。その後、当院の中野智紀医師が「高齢者の暮らしを地域で支える新しい医療のカタチ」と題し、在宅医療連携拠点事業の成果を報告しました。

両日共に土曜日の午後であったが、多数の幸手市住民が来場され盛会となった。「一人ひとりが地域の架け橋となるのが大切だと思いました」「医療や介護、そして地域が連携して暮らしを支え合う在宅医療の大切さがわかりました。今でも在宅で医療・介護を受けられない高齢者が多くいると思うので、各自治体が立ち上がらなければなりません」など、多数の意見をいただきました。医療・介護・地域が連携・協働していくことが、安心して暮らすことかができる地域づくりへの第一歩になると感じた。市民公開講座のアンケート調査結果を(別添実績資料3)★⑥-3)に示す。

(8) 災害発生時の対応策

当事業は復興枠により事業を実施した。当院は災害拠点病院ではないが、地域の基幹病院である以上、災害時に拠点としての役割を担う必要が求められる。

今回、モデル地区として選定した幸手団地自治会に

おいて設立した協議会でも、災害時の対策について議題に上がった。高齢化が進む中、社会的孤立者や独居高齢者の把握が全国的に求められている。

後述する健康生活アセスメント調査では、健康や生活に関する実態を把握した上で、フォローへと結びつける事を主たる目的とした事業であるが、同時に実施

した世帯調査において、団地内の社会的孤立や高齢化の実態が明確に可視化された。

これらの結果は、協議会を通じて幸手団地自治会内の防犯・防災担当者とも既に共有しており、次年度の事業計画の中で、地域と基幹病院とが協働した災害時訓練を実現していく。

また、災害用備蓄医薬品リストを作成したため、別添資料に添付した。さらに、災害時に活用する為の備品(担架2台、蘇生用セット2台、手回し充電ラジオ5台、発電機1台、足踏み式吸引機2台)を購入した。

4 特に独創的だと思う取り組み

当事業の中で、特に独創的又は先進的だと思う取り組みは、在宅医療を中心とした地域包括ケアシステムへと繋がる、住民主体の新たな共助の為の仕組みづくりの取り組みが挙げられる。

具体的には、コミュニティレベルの組織である「幸手団地健康と暮らし支えあい協議会」と市町村レベルの中央組織である「有識者意見交換会」の設置と相互に連動させる事業である。

厚労省が示す「地域包括ケアの理念と目指すべき姿」によると、医療、介護、生活支援、住まい、予防の5つのサービスが30分でかけつけられる圏域、すなわち日常生活圏域において統合的に提供される必要性が提唱されている。

しかし現在、こうしたサービスは市の内外に偏在している。例えば、遠くにある公共施設を住民が利用しないように、サービスと距離の問題は強く関連している。従って、今回我々はコミュニティ単位に1つサービスを統合する組織づくりが求められると考えた。

当院に隣接する幸手団地(UR 都市機構:3021 戸)をモデルとし、団地自治会とともに、幸手団地健康と暮らし支えあい協議会を設立した。協議会会長を団地自治会会長に兼務いただき、住民主体の取り組みとした。当事業では、協議会設立へ向けた技術提供を行った。

この協議会会長の呼びかけにより、担当民生委員、地域包括支援センター、幸手市高齢福祉課、幸手市消防本部、東埼玉総合病院がそれぞれ招聘された。

当事業では本協議会が実施主体となり、団地全戸

を対象とした健康生活アセスメント調査と、前述した暮らしの保健室を実施した。

健康アセスメント調査は、平成 24 年 11 月 5 日から平成 25 年 2 月 15 日までの実働 79 日で、全ての入居世帯 2,712 世帯を対象に訪問調査を行った。調査に同意が得られたのは、466 世帯(全体 15.4%)であった。この中で、明らかになった主な結果を下記に示す。

- ・ 世帯調査を行った世帯のうち、65 才以上の高齢者がいる世帯は全体の 75%と大多数であった。
- ・ 高齢者世帯のうち独居は 42.8%で、このうち前期高齢者が 54.1%、後期高齢者が 45.9%であった。
- ・ 高齢者世帯のうち2人以上の同居は 57.2%で、このうち、昼間高齢者が独居状態(昼間独居)にあるのは 75.7%であった。
- ・ 個別調査を行った 65 歳以上の高齢者 397 人のうち、現在、何らかの通院治療を受けている者が 79.1%であった。
- ・ 通院がなしと回答した高齢者は 17.6%であったが、このうちの 42.3%に継続した治療が必要と思われる慢性疾患を有する住民が含まれていた。
- ・ 通院を中断したと回答した高齢者は 1.3%であったが、このうち 83.3%に継続した治療が必要と思われる慢性疾患を有する住民が含まれていた。
- ・ 65 歳以上の高齢者のうち、高齢者の肺炎予防に有効とされている肺炎球菌ワクチンと定期的歯科受診を共に行っている者は、全体の 1%のみであった。平成 25 年 3 月現在、幸手市と杉戸町は、肺炎球菌ワクチンに対する公費助成は行っていない。
- ・ 近隣社会との関係に関して、悩みを相談できる人、近所で親しい友人、緊急時に連絡がとれる人の有無を尋ねた。その結果、それぞれ、18.7%、38.8%、8.7%が「いない」と回答した。
- ・ 悩みを相談できる人、近所で親しい友人、緊急時に連絡がとれる人の三者ともいると回答したのは、全体の 55.1%であったのに対して、少なくとも 1 者はいると回答したのが 38.0%、3 者ともいないと回答したのが 6.9%と、社会的孤立の実態が可視化された。

- ・ 近隣社会との関係と、生活習慣との関連について統計学的検討を行った。その結果、社会関係が乏しい住民ほど、男性が多く、食欲が無く、運動習慣がないと回答する傾向になった(χ^2 二乗検定 $p < 0.001$)
- ・ 幸手団地における高齢独居者の割合は、幸手市全体の約3倍であった(幸手市全域 10.9% v.s 幸手団地 31.3%)。
- ・ 調査世帯のうち82%が専門家による支援の受け入れに承諾した。

本調査結果は、幸手団地には、独居高齢者や、社会的孤立状態の住民が多数潜在していることを明らかにした。さらに、既に必要な治療を中断していたり、生活習慣の問題から今後、様々な健康問題をおこす可能性のある住民も相当数潜在している事が明らかになった。

さらに、そうした生活習慣は、社会的孤立との関連が強く疑われ、健康と生活の両面からの支援が必要と考えられた。

全国6カ所で65歳以上の地域住民約5,000人を対象とした「認知症実態把握に向けた総合研究」班(班長:朝田隆)の調査では、認知症有病率は平均で15.75%と報告されている。

高齢独居者で認知症が進行すると、自立した生活の継続が困難となるだけでなく、受け皿となる介護施設が少ない当地域では住民の生活の場がなくなり、深刻な問題となる。地域ぐるみで高齢者に対する自立支援や認知症を含む重症化予防を行っていく必要がある。

現在、こうした現状を協議会内で共有しながら、地域の関係団体と連携し、包括的な介入プログラムを実施する計画を行っている。

一方で、幸手団地健康と暮らし支えあい協議会では、コミュニティに開かれたサロン「暮らしの保健室」を設置し、この中で、健康と生活に関する総合的な相談業務「よろず相談」を実施した。

平成24年8月23日から平成25年3月31日まで、合計51回(のべ102時間)のよろず相談を行った。

その結果、相談者数160人でのべ183件の相談を受けた。

相談件数183件のうち、医療へ繋ぐ必要があると看護師により判断されたケースは72件であった(別添実績資料3)★①-1)に示す。このうち、35人が、当院へ受診した。その結果、入院となったケースが4件、重症と判断され専門外来へ通院しているケースが14件、死亡が1件であった。

これらは地域コミュニティには、重症な状態でも、医療に適切に受診する事ができずにいる住民が相当数潜在している可能性を示唆するものと考えられた。

今後、さらに高齢化が進むと、こうしたリスクを抱えながらも潜在するケースが増加し、急性疾患や救急搬送者数の増加が懸念された。

暮らしの保健室では、よろず相談の他、その後の連携や転記までフォローする点が、単なる健康・生活相談とは異なると言える。

特に人口が多く、医療介護資源に乏しい当地域では、地域包括ケアシステムの構築を通じた、地域ぐるみの自立支援と重症化予防を行っていく為のマネージメントが極めて肝要であると考えられた。

他方で、医師会、歯科医師会、行政、地域包括支援センター、保健所、青年会議所、そして当院から構成される幸手市有識者意見交換会を設置した。

幸手団地における実態把握から明らかになって様々な知見を報告すると共に、解決へ向けた方策の検討を行った。その中で、在宅医療推進の必要性についても啓発を行った。

行政へ対しては、政策立案へ向けた支援を行った。本来、地区把握は地域包括支援センターの業務であるため、これらの活動を通じて得た経験を共有する事で、支援を続けながらも、徐々に業務を移譲していくこととした。

以上の取り組みは、在宅医療の普及とは直接関連のない取り組みのように思われることもある。しかし、現実として、現在、在宅医療に直接に係わっていない医師会員も少なくなく、行政も高齢化の実態が十分に見えていない中で、単に在宅医療が必要だと訴え続けても、真の意味での理解は得られないかもしれない。

今回のように、多くの職域団体や行政を巻き込んで、在宅医療普及へ向けた協議会組織を短期間で設立できたのも、当地域のデータに基づいたからであったと考えられる。

今回、我々は事業展開を、単に在宅医療の普及とせず、「限られた資源で超高齢社会を乗り切るにはどのような方策が必要か？」という視点で行った。

さらに、超高齢社会を迎えるにあたり、地域の実態を把握し、それを共有しながら、解決へ向けた検討の中で、在宅医療が必要であることに気づいて頂くという今回の戦略は、今後の中長期的な在宅医療の推進にとって有効であったと考えられた。

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

当事業では、地域の在宅医療・介護連携の推進へ向けて多面的なアプローチ戦略を用い、多くの成果をもたらした。

当地域のように、在宅医療の発展途上にある地域では、現在、在宅医療に係わっている方々だけでなく、それ以外の方々との連携が必要不可欠である。

それは、人的資源の確保の為でもあるが、当地域の現状では、在宅医療だけで、高齢者を支えきる事は不可能であるからである。

在宅医療が地域におけるニーズの全てに、24 時間 365 日の対応ができるまでは、少なくとも入院施設や救急医療、さらにはかかりつけ医との連携が必要である。さらに行政や地域包括支援センターなどとの連携も必要となる。

しかし、そうした方々は、在宅医療の推進自体に必ずしも興味を持っているわけではない。そこで、当事業では多面的なアプローチ戦略を用いる事とした。

例えば、入院医療機関との連携では、「在院日数を短縮する為の退院支援の取り組み」という切り口で、病院内に在宅医療従事者を招き、学習会や顔の見える関係の構築を行った。その効果は、前述の通りである。

現状の課題を整理して、在宅見守りパスや、医療介護の連携アセスメントワークシートの開発に落とし込み、

さらに地域レベルで共有をはかった。そのことで、地域における課題と解決へ向けた具体的な方向性を多職種協働で検討していく事が比較的容易となった。

救急医療や救急隊との連携は、「地域医療 IT ネットワークシステム“とねっと”の普及と利用促進」という切り口で行った。独居高齢者や社会的孤立状態にある住民は、救急医療のハイリスク状態にあることが少なく、問題を共有する事ができた。

行政や地域包括支援センターに対しては、「住民の高齢化に関連した問題を、住民が主体となり、地域協働で解決へ向けた検討を行う」という切り口で行った。

実際、幸手団地健康と暮らし支えあい協議会への招聘は、幸手団地自治会から依頼状を発行して頂いた。さらに、行政や地域包括支援センターが動く為に必要な根拠とするための実態把握も行った。

医師会や歯科医師会に対しては、医師会員である当院が主体の事業である事に加え、「自院へ通院している患者が通院できなくなった時どうするか？」という切り口で行った。さらに、保健所や行政からの呼びかけもお願いした。

その他の団体には、厚生労働省による公的な事業である事に加え、行政を含むこれだけの地域の団体が参加している活動である事を強調した。

こうした多面的取り組みにより、在宅医療推進へ向けた、地域ぐるみ医療介護連携や、組織づくりを円滑に進める事ができた。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

当事業では、24 時間 365 日の在宅医療の提供を目指して取り組んできたが、年度内の実現は叶わなかった。既に多忙な地域の医療機関に、さらに負荷をかけることになるため、慎重に進めなければならないと考えている。

一方で昨今、在宅医療支援診療所を取得しても、電話対応のみで、救急車を呼ぶ施設もあることが全国的に問題となっている。

こうした形骸化した状態を招いているのも、短期間で在宅医療を普及させようと、十分な連携や検討を行わずに認可されてきた弊害と考えられる。

前述の通り、最初は小規模ながら、既に在宅医療を

提供している地域の医療機関を支援しながら、中長期的に在宅医療の経験を積んで頂き、24時間提供の必要性に関するコンセンサスの形成を進めながら、一方で、具体的実現へ向けて、現在幸手市内に一つもない訪問看護ステーションの設立や、当院と共に負担を共有しながら連携強化型による在宅療養支援診療所の取得を検討する必要があると考えられた。

さらに、ICTや多職種協働による在宅医への負担軽減へ向けた方策や、住民が健康なうちから在宅医療を提供する、かかりつけ医(歯科医)へ通院し、時間をかけながら、医師との信頼関係を構築していく事も必要と考えられた。

具体的な取り組みとして、平成24年7月より稼働を開始した地域医療ICTネットワークシステム“とねっと”への住民参加を促し、医療機関同士の情報連携を進めていく為の呼びかけを行った。現在、幸手市と杉戸町では、高齢者を中心に人口の約2%が加入した。今後も引き続き、実現へ向けた検討を進めていく。

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

地域には様々な医療介護機関や職域団体、さらに公的機関がある。そこでは様々な想いだけでなく、異なる背景や事情がある。

短期の事業で成果を出す為、こうした地域の事情を十分に理解する事無く、国の政策だと言って、闇雲に自分たちの計画を押し付ける事の無いように注意されたい。

地域の事情を組み入れ、決して自分たちの利益誘導にならないよう真摯に時間をかけて取り組む事が何より肝要と考えている。

その中で、事業成功の為の戦略を立案し、共に地域の為に協働してくれる仲間を増やし、ネットワークを拡大していく事が重要である。

時に、事業の進行が思わしくなく、不合理な現実直面する事があるかもしれないが、決して自暴自棄になったりする事無く、解決、又は回避する方法を常に考えて事業を進める必要がある。仮に当初の計画と異なった戦略となったとしても、時に、予想外の成果が得られることもある。

何より、同じ地域で働く仲間という意識を、地域全体で共有できるように、様々な戦略を立てることが求められる。

特に、今回我々の事業では、「在宅医療の推進」を目的としながらも、その過程では多面的なアプローチ戦略を用いた。

関係する団体の理念や利害がどこにあるのか？それが地域全体では、どのような関連となっているのかを十分に検討しながら、それぞれに共有できるプラットフォームを持つことが有効であると考えられた。

8 最後に

当地域は、在宅医療における発展途上地域である。事業開始時に掲げた基本方針は、主に高齢者を対象とした入院バックアップ機能(救急を含む)、在宅医療を中心とした地域包括ケア、そして、コミュニティレベルでのケア(以下、コミュニティケア)の3つの視点において、相互の連携や統合的なマネジメントを行う為の問題解決型地域システムの構築を行うことであった。

すなわち今年度事業は、今後の在宅医療推進へ向けた基盤整備が主たる事業内容となった。

医療介護連携学習会では、医療介護連携の基盤と医療介護連携学習会では、医療介護連携の基盤となるヒューマンネットワークの構築や、連携を阻害する種々の障壁の可視化、解決へ向けたモデル構築(在宅見守りパス、医療介護連携アセスメントワークシート)という成果を得た。

一方で、市町村レベルの有識者会議の招聘、幸手団地をモデルとした住民主体の協議会の設立、暮らしの保健室や健康生活アセスメント調査などによるコミュニティに潜在する健康や生活に関する課題抽出も行った。現在、調査により抽出された課題を、関連する職域団体と協働して解決していく為の包括的プログラムを検討している。

以上は、単年度事業という側面を考慮すれば、多くの成果をもたらすものであったと評価できる。しかしながら、明確になった地域の課題を、今後解決していく為、次の事業計画の検討をより深い者としていきたいと考えている。