

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：医療法人社団 まほし会

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

医療と介護が連携するための会議等は行政と医師会が中心となり定期的で開催されていたが、介護系事業所の参加に比べ、特に医療系の参加者が少なく形式的なものに止まっていた。介護と医療の連携の問題点や課題は、①医師特に開業医との連携（連絡方法や面談の申し入れの時間調整、情報共有等）、②医療機関側の介護保険に対する理解不足によるもの等が問題点、課題であり互いのサービスがつながるといふより、引き継ぐと言った状況で互いが連携できていないことが在宅医療推進の障壁となっていた。在宅医療を提供する医師、在宅医療を理解する医師も少なく、考え方も様々であり、これらが医師同士の連携の妨げとなっていた。よって地域住民は在宅医療サービスについての情報不足のため在宅医療を選択することができなかった。このような状況を踏まえ、拠点事業所として次の方針を立て活動を開始した。

- ①医師会と行政との連携強化を図り事業所は事務局として調整役に徹すること
- ②拠点事業所として自ら在宅支援病院強化型を届出し、在宅医療を実施する開業医のバックアップ体制を強化すること
- ③地域住民から在宅医療を普及させ行政や医師会を地域から動かすこと

2 拠点事業の立ち上げについて

*参加するメンバーの選定

- ①介護系のケアマネが多く医学的な知識や経験不足が医療職種との連携が進まない原因の1つと考えられるためケアマネ資格と看護師資格を有する者でケアマネおよび看護の経験豊富な者を選出
- ②病院、開業医との連携を図ることを目的に地域連携業務および患者の相談業務に従事する社会

福祉士でケアマネ資格を有する者を選出

- ③介護関係職種や介護事業所との連携強化を目的にケアマネ業務に従事し社会福祉士の資格を有する者を選出
- ④医師会との連携を図る目的で地域連携部長であり在宅医療を自ら提供する医師を選出
- ⑤医師会や行政、地域との交渉および調整を図り事業推進を加速させることを目的に事務局担当として事務長を選出

*特に立ち上げ時の市町村や医師会等地域の関係者への働きかけについて

拠点事業所の採択を受け、前述のとおり看護師資格を有するケアマネ、ケアマネ資格を有する社会福祉士等の人員配置を実施した。そして拠点事業所に課せられたタスクの実現に向けての活動を開始するため関係機関に広報したが、反応は冷たく、非協力的であった。それぞれがステークホルダーであり、正に利害関係者である。民間の医療法人が何をしでかすのか、患者、利用者の抱え込みをするのかといった雰囲気は漂っていた。また既存の地域包括支援センター等との役割の住み分けが困難であった。

そこで、拠点事業所として自院の立つ位置を明確にすること。民間の医療法人であるがあくまで公平、中立であること。これらを周囲にも地域にも理解して頂かなければ成功はないと確信し、事業推進のための基盤整備を最優先課題とした。事業推進の基盤とは、行政と医師会そして拠点事業所の三位一体の連携システムを構築することである。行政および医師会との連携締結交渉は、当初の配置職員では実現不可能であり、理事長（院長兼務）、事務長が直接、医師会行政の要職者と交渉を行う必要があった。理事長を要として事務長と専従配置の連携部室長との院内連携により医師会や行政との交渉を粘り強く進めた。結果、3か月間という時間を費やしたが、行政と医師会

代表者が委員として参画する在宅医療連携推進運営委員会を立ち上げる事ができた。

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

在宅医を支援する上での入院機能を有する病院の情報を収集するために医師会病院部の承諾を得た上で各病院へアンケート調査を実施して把握した。具体的活用方法については運営委員会で検討し医師会の病院部および行政と調整する。

(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。)

地域で開催されている既存の会議(行政主催の北区保健・医療福祉連絡会議、地域包括支援センター主催の小地域会等)に積極的に参加し、当事業の説明や実際地域で起こっている問題点の抽出を行った。また、近隣医療機関、介護事業所を対象とした会議を開催し、災害対策等について討議した。

(3) 研修の実施

まずは、当該事業の説明、制度背景を説明するため、既存の従事者研修に参加し従事者への啓発と普及に努めた。医療・介護技術に関する研修については、従事者対象の勉強会(リハビリテーション、嚥下訓練、感染対策、安全対策)の開催(次年度以降も継続)や医療法人アスミス太田秀樹先生と北区保健福祉部長を講師として地域包括ケア研究会を開催し、在宅医療についての研修、地域における防災活動と要援護者支援についての研修を実施した。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

モデル地域を設定し、地域包括支援センターを中心にした地域包括ケア構想実現に向け在宅医療連を推進していくモデル事業が25年度から行政、医師会、拠点事業所との連携により開始されることになった。

また行政、医師会、歯科医師会、薬剤師会、住民が協働してサポート体制をとれる絆サポート支援を基に在宅支援、まずは後方支援として9か所の開業医を支援するモデルをつくった。基幹病院の1で

ある済生会兵庫県病院と訪問看護、訪問リハビリ、介護事業者を含むクラウドシステムを構築した。

(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

地域の地域包括支援センターとの会議や各包括支援センターが開催する小地域会へ積極的に参加し在宅医療を推進する上での問題点や課題、地域包括支援センターと医療機関が連携していくための課題抽出等を行った。

(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)

クラウドシステムによるITネットワークを導入し情報の共有化を図るために試験的運用を開始した。

(7) 地域住民への普及・啓発

地域の老人会、自治会等へ積極的に参加し日本の社会保障制度の将来像、在宅医療でどのようなサービスが受けられるか、看取りを含めての勉強会を開催し地域住民への普及、啓発に努めた。

(8) 災害発生時の対応策

モデル地域内の地域防災コミュニティー組織との交流および防災会議、災害訓練へ参加した。今後、拠点事業所を災害時拠点としての地域防災訓練を実施する計画である。防災時の資源マップも医師会、行政との連携により作成するに至った。また災害時に医療の提供ができるように物品をそろえた。

4 特に独創的だと思う取り組み

3ヶ月を要したが、医師会から副会長、在宅ケア一部理事、病院部理事、病院部顧問そして行政からは保健福祉部長と当院事業担当者を委員とする在宅医療連携推進運営委員会を設立した。拠点事業所を事務局として毎月1回会議を開催し、公正中立を前面に打ち出し事業推進に取り組んだ点。また神戸市北区の人口20万人を対象にするのではなく事業所を中心とする地域人口10万人を対象にモデル地域を設定して防災を含めた地域や地域包括支援センターとの交流を積極的に実施し事業推進体制

を構築した点。

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

居宅介護支援事業所のケアマネを中心にした会議を開催し医療との連携を図るための課題を抽出し医師会病院部の下部組織である地域連携会議にて問題提起を図り解決に向けた取り組みが行えたこと。また防災という視点を中心に据えたことで阪神淡路大震災を経験し、また一昨年のも東日本大震災も加え要援護者の救護や防災対策を含めてサービス提供側、地域住民、行政や医師会との連携がより強化されたこと。年度末の最終事業として医療法人アスム理事長 太田秀樹先生の講演と北区保健福祉部長の防災時の医療介護の連携に関する講演には医師を含めた多職種参加があり好評を得た。多職種が一堂に会しての盛大な研究会であり講演内容も素晴らしく連携をより強化するのに大きな役割を果たした点。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

民間の医療法人が拠点事業所の採択を受けたことで事業開始に当って患者や利用者の抱え込みにつながるのではといった疑念が医師会や病院関係等から持たれ大きな反発があり事業着手すらできなかった。拠点事業所として公正中立の立場であることを地域も含めて理解してもらうための医師会要職者との折衝に多くの時間を要した事が最も苦労した点である。地域の医療資源マップを作成するための調査が医師会の全面協力が得られず実現しなかった。在宅医療のバックアップの役割を担う病院に対しては医師会病院部の理解と協力を得る事ができアンケート調査が実現した。

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

開業医を除く事業所や職種との連携は比較的進捗しやすい印象ではあった。やはり医師にどのように働きかけるべきか特に開業医への啓発が重要だと感じた。それにはまず、医師会を巻き込む必要がある。で

は医師会が拠点になれば全て上手く行くかと言えばそれも難しいと思われた。この事業推進には事務局(調整役)が重要でこの機能を拠点事業所が如何に果たせるかで推進の速度が決まってくる。また事務局の機能を行政が果たせばよいかと言えばこれも難しいと思われた。民間の医療法人の機動力、汎用力が推進の大きな動力になることを実感した。

8 最後に

拠点事業所として与えられたタスクの実現に向け活動を続けてきたが診療報酬のように在宅医療に対する考え方は全国一様ではなく地域の実情によって大きな隔りがあることを実感した。また介護系に比べ医療系従事者の在宅医療や介護に対する知識や認識の低さは否めないと思った。医療系従事者の在宅医療や介護に対する啓発を行い、意識改革を行う必要がある。医療従事者の意識の低さが在宅医療の普及の障害となっている。よって地域住民に在宅療養や在宅での看取りといった正確な情報提供が行われず、住民(患者や家族)には限られた選択肢しか与えられていなかった。在宅医療や介護について住民への普及啓発活動を積極的に行い住民の意識改革を行う事でサービス提供側の意識も変化してきた。一堂に会する事が重要である。従事者も住民も全てに共通するマターは防災対策である。このマターには利害関係は存在しないため互いが共通目標に向かって行動する事ができた。防災の視点から要援護者の救護や医療介護の連携を住民、医師会、行政と一体となって推進することで顔の見える関係が構築されかつ互いの信頼関係につながって行くことが活動を通じての実感である。地域がつながる事で拠点事業所として行政と一緒に推進してきた「地域見守り事業:絆サポーター」活動が老若男女を問わず地域住民へ浸透することで地域包括ケア構想が実現し、結果構想を支えるための在宅医療の普及につながっていくと確信している。今後も在宅医療連携拠点事業所としてこれまでの活動を更に推進して具現化していく計画である。