

## 在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名: すさみ町

## 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

本事業の活動地域である和歌山県西牟婁郡すさみ町は、中山間地域に位置し、過疎化、少子高齢化、医療・介護の資源不足という課題を抱えてきた。

高齢者比率は40%を超えており、独居高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が多い。また町域が広く、特に山間部では隣の家との距離が遠いなど、認知症高齢者等の見守りが難しい環境にある。このような環境ゆえに、効率的に利用者宅を訪問できるよう、地域単位で担当保健師を配置するなどの工夫を行ってきた。しかし移動も含めた稼働を考えると医療・介護の人的資源は依然として不足している。

このような状況を踏まえ、高齢者が住みなれた自宅で安心して過ごせるように医療・保健・福祉が協働して環境を整える必要があるとの認識のもと、以下の2点を方針として定めた。

### (情報共有システムを活用した、在宅サービス提供の効率化の推進)

限られた人数の多職種間で円滑な連携を図り、高齢者の在宅生活を支援するため、情報共有システムを活用して効率的にサービスを提供できるような基盤作りを目指す。

なお、その前提として人的ネットワークが不可欠であるが、本地域ではこれまでの蓄積により、顔の見える関係が一定構築されており、システムによって連携をさらに進める素地があった。

### (介護予防、自助・共助の強化)

今後、さらなる高齢化が見込まれる中、サービス提供の効率化だけでは対応に限界がある。住民自らが介護予防、あるいは自助・共助に取り組むことで、医療・介護サービスの需要増加を出来る限り抑える必要

がある。

そのため、住民に対する意識啓発を重視し、医療・介護サービス事業者に留まらない裾野の広い取り組みを目指した。

## 2 拠点事業の立ち上げについて

すさみ町(すさみ町地域包括支援センター、環境保健課(介護・保健担当)、住民生活課(高齢者福祉担当)、町立の国保すさみ病院、すさみ町訪問看護ステーション)が主体となり、すさみ町社会福祉協議会と連携して、拠点事業の立ち上げを進めた。本事業実施前より、町、病院、社会福祉協議会間は密な連携が出来ており、一体的な推進体制を構築できた。

なお、本事業では将来的な多職種連携のプラットフォームを構築することを念頭に置いた上で、まずはシステム連携上の障壁が小さい町、病院、社会福祉協議会を中心メンバーとした。またアウトリーチは地域包括支援センターの職員(看護職、MSW)が担当した。

町内の診療所2ヶ所の開業医や、串本町の開業医(町内の南部地域の患者を担当)は、本事業ではメンバーには入らなかったが、連携関係は出来ており、今後の拠点の取り組みや情報共有システムへの参加が期待される。

## 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

医療資源は、病院が1施設(国保すさみ病院)、診療所が5施設(町立が3院、民間が2院(無床。Drは各1名))、歯科診療所が3施設である。

訪問看護事業所は、2事業所(うち1事業所は常駐なし)。すさみ町開設のすさみ町訪問看護ステーションは開設して3年目であり、利用者数は逼迫していない。



地域ケア会議は年度内に計3回開催した。開催概要と参加職種は以下の通り。

①平成24年8月21日

〈参加者〉地域包括支援センター3名(社会福祉士、看護師・介護支援専門員、介護支援専門員)、環境保健課3名(看護師1名、保健師2名)、社会福祉協議会2名(介護支援専門員)、国保すさみ病院1名(事務員)、訪問看護ステーション12名(看護師)、特別養護老人ホーム2名(介護支援専門員)、居宅介護支援事業所2名(介護支援専門員)、障害福祉サービス事業所1名(事務員)

〈内容〉多職種連携における気付きを共有するグループワーク

②平成24年12月18日

〈参加者〉地域包括支援センター2名(社会福祉士、看護師・介護支援専門員)、環境保健課1名(保健師)、住民生活課1名(事務員)、国保すさみ病院1名(事務員)、訪問看護ステーション1名(看護師)、社会福祉協議会1名(介護支援専門員)、居宅介護支援事業所1名(介護支援専門員)、特別養護老人ホーム2名(事務員、介護支援専門員)、介護老人保健施設2名(介護支援専門員、介護福祉士)

〈内容〉救急カプセルの配布、サービス付き高齢者向け住宅の新設、災害時への備え(在宅医療提供事業者、施設系事業者の対応)

③平成25年2月19日

〈参加者〉地域包括支援センター2名(社会福祉士、看護師・介護支援専門員)、環境保健課1名(保健師)、国保すさみ病院1名(事務員)、社会福祉協議会1名(介護支援専門員)、訪問看護ステーション1名(看護師)、居宅介護支援事業所2名(介護支援専門員)、特別養護老人ホーム12名(介護支援専門員)、介護老人保健施設2名(介護支援専門員、介護福祉士)

〈内容〉地域ケア会議の形態、消費生活相談、感染対策、本拠点事業について

なお、本地域の「地域ケア会議」は、国レベルで推進が図られている地域ケア会議と名称が同じものの、位置づけが異なる。それを踏まえ、平成25年度からは「介護保険事業者等連絡会」に改称する。

連絡会とは別に、地域で重複している問題(山間部で透析を受けられない等)を必要に応じて検討する場を新たに「地域ケア会議」として設け、不定期で開催していく予定である。

### 【両会議を通じて得られた成果】

両会議の開催を通じて、以下の成果を得られた。

#### (顔が見える関係づくり)

- ・ 会議で顔を合わせており相談しやすくなった等、顔が見える関係づくりの大切さが共有された。

#### (事業者が抱えている課題の明確化)

- ・ 事業者としては、病院の医師や看護師とスムーズに連絡をとるために、病院に地域連携室を設置してほしいというニーズを持っている。
- ・ それに対して、病院側としては遠慮せずに連絡してほしいというメッセージを対面で伝えることができた。
- ・ サービス担当者会議への医師の参加率が低く、何らかの対応が必要である。

#### (連携のための仕組みの導入)

- ・ ケアマネジャーから病院への情報提供のツールである「情報提供書」について、共通様式を使用する方針を決定した。共通様式を用いることで、抜け落ちがなくなり、入院時のケアマネジャーと病院のやりとりがスムーズになることが期待される。

#### (災害対策を検討するきっかけづくり)

- ・ 普段の業務では話す機会がない災害対策について検討し、事業所内の体制整備や、地域との連携が重要であるという認識を得ることができた。

### (3) 研修の実施

和歌山県の地域リーダー研修会において、国保すさみ病院の高垣院長が講師として参加し、本事業の取り組みについて紹介を行った。また、保健師(環境保健課)、看護師長と事務次長(国保すさみ病院)、訪問看護管理者兼看護師(すさみ町訪問看

護ステーション)が参加した。

研修の意見交換では、医師との連携についての課題が多く指摘された。在宅医療・介護に関して、医師以外の多職種は積極的である一方、医師は個人差が大きい。勤務医の場合、在宅のイメージが分からないという問題がある。また開業医の場合、ごく一部の積極的な医師に負担が集中している。

それらを踏まえ、地域としては、開業医全体や勤務医の巻き込みが必要(特にベッドの確保)という認識を共有した。また、往診のタイミングでサービス担当者会議を設定すると医師が参加しやすいといった具体的な解決案も提示された。

#### (4) 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築

医療・介護サービス提供の観点からは、すさみ町が平成 22 年 9 月にすさみ町訪問看護ステーションを開設(国保すさみ病院に併設)し、24 時間体制で対応している。また地域包括支援センターは、24 時間体制での電話相談対応の仕組みを設けており、必要に応じて医師や保健師と連携する体制を構築している。なお、電話相談に関しては、容体の急変ケースよりも、休日に訪れた家族からの相談が多い。国保すさみ病院では救急医療機関の指定を受けて 2 次救急に対応していて、在宅患者の容体急変時には症状に応じて診療を行っている。

また、24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制においては、入退院時の対応がスムーズに行われることが重要である。現在、国保すさみ病院では地域連携室を設置しておらず、看護師が入退院の調整等を行っている。

それにより看護師の負担が過大になっているのが問題である。ただし、病院の経営上、及び MSW などの人材確保の観点から、現状では地域連携室の設置は難しい。また必ずしも MSW という資格が必要とは限らない。

そのため本地域では、地域連携室が担うような調整機能を、病院だけでなく地域全体で分担して担う方向性が望ましいと考えている。すでに地域包括支援センターの職員や地域の居宅支援事業者のケア

マネジャーがその機能のある程度担っており、引き続きそういった担い手の育成を図る必要がある。

#### (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

本事業では、前述の「包括支援会議」及び「地域ケア会議」を通じて、地域包括支援センターやケアマネジャー、居宅介護支援事業者への支援を行った。

具体的には、「包括支援会議」で共有した入退院ケースについて、必要に応じて担当のケアマネジャーへの連絡を行った。また「地域ケア会議」では、ケアマネジャーを含めた多職種連携の課題の抽出とその対応策の検討、情報提供書の共通様式の導入などを行った。

#### (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)

#### 【地域見守り支援システムの活用の現状と課題】

すさみ町では、これまでに医師や訪問看護(国保すさみ病院)、訪問介護、行政、社会福祉協議会の間で、在宅療養者の情報を共有する「すさみ町地域見守り支援システム」を構築し、運用してきた。本システムによって、国保すさみ病院の病院情報システム(HIS)より取得する、処方、注射、検体検査、画像のオーダ情報及び結果情報、すさみ町社会福祉協議会より取得する介護日報、すさみ町役場より取得する検診情報等の共有が行われてきた。

しかし、多職種連携をさらに進めるにあたっては、以下の課題を解決する必要があった。

- 患者の直近の状態をすぐに把握でき、時間の制約がある外来の診察時に活用できるよう、操作性を改善すること。
- 訪問看護、訪問介護において、入力の手間を軽減するとともに、共有すべき情報項目を追加すること。
- 見守りセンサーによる検知結果を活用できるよう、閲覧を工夫すること。

## 【本年度の取り組み】

上述の課題に対応し、多職種連携の基盤を強化するため、本年度は以下の取り組みを実施した。

### ①ラッパーアプリケーションの開発

患者毎の最新データを表示し、一覧性に優れた画面(ラッパーアプリケーション)を開発した。

図表 ラッパー画面デザイン



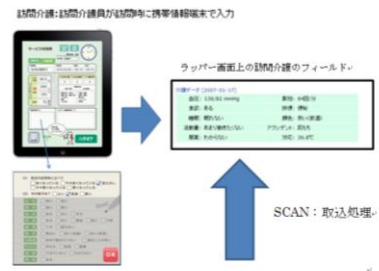
図表 ラッパー画面配置図



### ②訪問介護のデータ入力方式の改修

携帯情報端末及び、運用帳票(サービス提供票)のスクリーンによるデータ取り込みの2つの運用方式に関して、改修を行った。

図表 訪問介護のデータ入力・出力の流れ

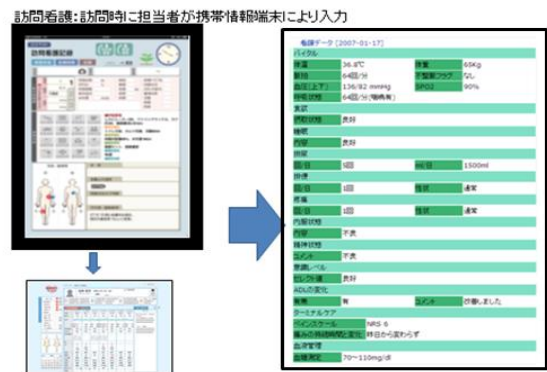


項目	単位	測定値	異常	測定時間	測定場所
体温	℃	36.5	正常	10:00	居室
血圧	mmHg	110/70	正常	10:00	居室
脈拍	回/分	70	正常	10:00	居室
呼吸数	回/分	18	正常	10:00	居室
酸素飽和度	%	98	正常	10:00	居室
体重	kg	65	正常	10:00	居室
身長	cm	165	正常	10:00	居室
歩数	歩	1000	正常	10:00	居室
活動量	歩/分	100	正常	10:00	居室
心電図	測定	正常	正常	10:00	居室
脳波	測定	正常	正常	10:00	居室
経皮酸素飽和度	%	98	正常	10:00	居室
経皮二酸化炭素分圧	mmHg	40	正常	10:00	居室
経皮酸素飽和度	%	98	正常	10:00	居室
経皮二酸化炭素分圧	mmHg	40	正常	10:00	居室

### ③訪問看護の業務ソフトウェアの導入

従来運用を行っていた請求業務ソフトウェアは、携帯情報端末のアプリケーションからの入力に対応していない、共有情報とすべき項目への対応が難しかった。そのため、新規に業務ソフトウェアと携帯情報端末での入力を具備したシステムを導入した。

図表 訪問看護のデータ入力・出力の流れ



ラッパー画面面上の訪問看護のフィールド

### ④見守りセンサーの検知結果表示の改善

見守りセンサーによる検知結果のグラフを、日次・週次・月次で選択表示が可能な形式とした。

また、80世帯に設置している見守りセンサーについて、検知回数、検知の時間的な分布などを分析し、認知症の兆候など独居高齢者の行動変容を検知するアプリケーションを開発した。

図表 見守りセンサーの検知結果表示

高齢者宅での人感センサによる検知回数をグラフ化して表示



ラッパー画面上の見守り検知情報のフィールド。

【本年度の成果と今後の課題】

ラッパーアプリケーションによって一覧性が高まることで、外来診察の補助としての活用が現実的になった。また閲覧や入力作業の負担軽減は、多職種にシステムを利用してもらい、情報共有を円滑に進める上で非常に重要である。本年度の取り組みにより、利用者が使いやすくメリットを感じるような仕組みになったと考えられる。

今後、関係機関においてシステムを本格的に導入することで、診療及び多職種連携の効率化が推進されると期待される。その反面、情報の入力を行う訪問介護、訪問看護の担当者の操作習熟の支援、訪問先での過去訪問時データの参照方法、「活動量低下・夜間検知回数増加検知アプリケーション」の実運用への適用などが検討課題として残された。

またラッパー機能に併設されている掲示板機能は、現在の電話でのやり取りを代替し、効率的なコミュニケーションが可能になると期待される。将来的には、サービス担当者会議の資料を共有し、医師が参加できない場合もコメントを発信するような活用が可能と考

えている。

なお、近隣の自治体の関係機関(病院、診療所、看護・介護事業者、施設等)をつないでいくことが、本来的に必要となる。和歌山県では、県立医科大学と県南部の公立・公的病院間の医療情報連携・保全のネットワークが本年度に稼働したが、在宅分野は未対応である。本地域のように介護の情報も合わせて共有する仕組みが広まることが期待される。

(7) 地域住民への普及・啓発

【実施概要】

本事業の方針の2つ目として掲げた「介護予防、自助・共助の強化」の具体策として、町内の各地区を対象とした出前講座と、行政の広報誌「広報すさみ」を通じた普及・啓発を行った。

出前講座は、町内の各地区による自発的な取り組みを重視し、区長から開催希望の申し出があった3地区に対して実施した。

開催実績は以下の通り。

- ・第1回 平成24年6月27日 防地地区
- ・第2回 平成24年7月11日 小河内地区
- ・第3回 平成24年11月29日 江住地区

テーマは中高年層に共通する問題である「肩こり、頭痛、めまい」とした。各講座は約1時間で、国保すさみ病院の高垣院長による講義(30~40分)、及び質疑応答(20分)の構成であった。

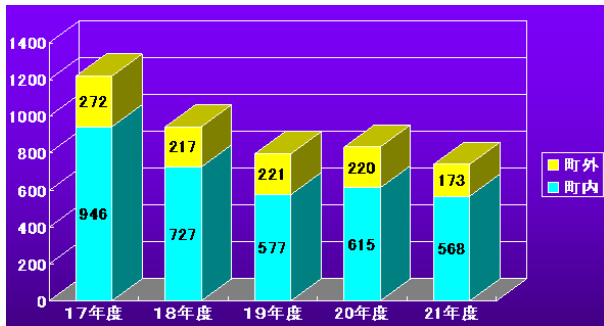


【普及・啓発の効果】

出前講座の取り組みは2008年の開始以降、本地域において継続的に開催してきた。出前講座を通じて、住民自身による体調管理の意識向上を図ってき

た。その結果、「どんな時に病院に行くべきか」を判断できる住民が増え、休日・時間外の不要・不急の受診、救急搬送が減少した。

図表 休日・時間外受診者数



また、病院に来るべき症状の人が、早く来院するようになり、早めの処置ができるケースが増えた。

病院側は、休日・時間外や救急対応の負荷が軽減した分、新たな住民サービス(訪問診療、ドクターカー導入など)を提供することが可能となった。

#### 【今後の課題】

出前講座をはじめ、健康教室、避難訓練など介護予防、自助・共助に資する取り組みへの参加者は、問題意識の高い人が多く、取り組みの必要性が高い人の参加が促せていないという課題がある。

一方、介護予防が必要な人の大半は通院しており、病院との接点は持っている。この点に着目して、病院を含めた効率的なリーチの仕方を考える必要がある。

町内の高齢者の状態像を踏まえると、口腔ケアや認知症に関する知識の普及・啓発が必要だと考えられる。特に認知症高齢者の見守りについては、保健師による訪問を行っているものの、今後対象が増えることが想定されるため、地域の住民による共助がこれまで以上に重要となる。

本地域は地縁が強く、現在すでに区長や民生委員が声掛けや緊急通報の役割を担っている。それを土台にしつつ、認知症高齢者への対応や災害対応といった観点から、福祉委員などを巻き込んだ連携の強化が求められる。

また、普及・啓発の新たな切り口として、介護事業を提供しており住民にとって身近な存在である社会福

祉協議会の強みを生かし、地域のサロン活動との連携を図ることも有用であろう。サロン活動は楽しみのために参加する人が多く、出前講座や健康教室には参加しない層へのアプローチがしやすいと考えられる。

#### (8) 災害発生時の対応策

##### 【災害対応に関する現状】

すさみ町は、台風、洪水、津波など様々な災害リスクの大きい地域である。特に、南海大地震の発生率が高まっていると言われ、内閣府の発表では本町に最大で20mの津波が押し寄せると予想されている。台風の襲来も多く、災害に備えが必要である。

備えとしては、町として津波や洪水のハザードマップの作成、情報共有システムのデータのバックアップ作成、国保すさみ病院でのEMIS 端末、発電機の設備整備等を行っている。国保すさみ病院では25年度に衛星電話を整備する計画である。

一方、町内全域で高齢化が進んでおり、どの地区でも要援護者を抱えているため、集落単位で要介護者をどう守るかが課題である。

そこで、本事業を通じて、以下の3点について検討を行った。

##### 【検討課題① 安否確認の役割分担】

災害発生時は、まず自分の身を守ることが最優先となる。その後に安否確認の段階となるが、まずは集落単位で自治会や民生委員が主導となって確認を行うことが必要となる。

その次に、医療・介護サービス事業者による安否確認の段階に入るが、各事業者がばらばらに確認するのは効率が悪いとの指摘が挙げられた。それを踏まえ、自治会・民生委員や災害対策本部との連携、情報共有が必要になるという問題認識を共有した。

##### 【検討課題② 災害時用フェイスシートの導入】

災害時に要援護者の支援ニーズを把握しやすくするため、災害時用フェイスシートの導入が必要という認識を共有した。それを受けて、支援ニーズが高い高齢者へのサービス提供を行っているすさみ町訪問看護ステーションがフェイスシートを試作した。

通常のフェイスシートにない項目としては、避難予定先とその地図情報、第3,4の連絡先、ハザードマップにおける危険性の有無、要援護者登録の有無などである。

フェイスシートを作成する過程で、利用者と家族への聞き取りを通じて防災意識を啓発することも期待される。また、フェイスシートの情報は、災害発生時に災害対策本部に共有することで、有効に活用されると考えられる。

なお、服薬状況等は頻繁に変わることから、1ヶ月毎の更新が必要と考えられるが、その手間やタイミングが課題である。

### 【検討課題③ 施設における避難支援】

病院や特別養護老人ホームなどの施設は、多くの要援護者がいることから、施設職員だけで避難誘導するのは非常に時間がかかる。近隣住民や近隣事業所・施設と事前に連携体制を築いておき、避難経路の共有等を進めることが重要である。

本事業を通じて上記の検討課題を関係者間で共有でき、災害対応に向けた体制構築の第一歩となった。ただし、このような取り組みは、1つの事業所で必要と思っても地域全体になかなか広がりにくい。また災害時の対応と言うと大規模災害を想定しがちであり、医療・介護従事者だけでは発想に詰まる。そのため、今後の検討においては災害対策本部となる行政部門との連携を図る必要がある。

## 4 特に独創的だと思う取り組み

人的資源の不足や、地理的な障壁について、システムの活用でカバーしていくという明確な方針を持ち、連携を通じてシステムの実用性を高めている点が独創的と思われる。

また、単に「顔の見える関係」を超えて、「何でも言い合える関係」を多職種間で築けているのは、サービス提供やシステム活用の大前提であり、本地域の強みと言える。

またMSWが担う機能を地域の多職種間で補っていること、住民自身の努力によって在宅医療の推進と介

護予防が連動しているなど、総力戦で取り組んでいる点も特徴的である。

## 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

多職種がシステム開発・改修に携わることで、機能の実用性が高まるとともに、多職種におけるシステムに対する理解が深まった。また、出前講座の継続的な開催により、休日・時間外外来の抑制を維持できた。

さらに、町内に留まらず、二次医療圏に近い単位での事業者連絡会を設けることで、単に町域で区切るのではなく、利用者の視点から見た事業者間の連携を促進することができた。特に在宅の現場では、高齢者や家族が医師には話しにくい内容でも、看護師には相談できるといった状況も見られる。それぞれの職種が把握している情報を共有することで、横のつながりが深くなり、連携が取りやすくなることを実感できた。

## 6 苦労した点、うまくいかなかった点

本事業を通じて苦労した点としては、以下の2点が挙げられる。

### 【医療・介護間の目線合わせ】

医療従事者と介護従事者の間で目線を合わせる事が容易ではないことが改めて明らかになった。

例えば、医療の目線から見ると、本地域では訪問看護の活用の余地があると認識している。一方、介護の目線からは、医療的なニーズを拾いきれなかったり、他のサービスを優先したいという利用者の意向との折り合いが必要であったりという場合もある。

このような目線の違いは、事例検討を通じたすり合わせが有効と思われる。例えば訪問看護をスポット的に利用する効果などを共有し、より利用者に望ましいサービス提供へとつながる可能性がある。

医療従事者と介護従事者が、互いの目線や用いる言語が異なる前提に立ちつつ歩み寄るには、会議等を通じて「言いたいことを言い合える関係」を地道に作っていく必要がある。

### 【ニーズがある人へのアウトリーチ】

出前講座等を通じて普及・啓発を一定進めてきたも



の、介護保険制度やサービス内容が十分に理解されているとは言い難いのが現状である。制度やサービスの周知にあたっては、事業者単位ではなく、行政が中立的な立場で行う必要がある。

また介護予防という観点がなかなか根付かない点も課題である。介護予防という言葉を前面に出さず、地区での集まりに介護予防の取り組みを入れ込んでいくことも効果的だと考えられる。

## 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

すさみ町では、情報共有システムを活用した見守りのあり方を確立することにより、同様に資源が限定されている地域においての課題解決、さらに、より汎用的な資源の最適化を考える上での有効なモデルを提示すべく、試行錯誤を行ってきた。

取り組みを通じて、資源が足りないところではシステム等のツールも重要であり、既存の資源をより一層活用できる手応えを得ている。

ただし、システムは人のネットワークを助けることはできても人に代わることはできない。人のネットワークづくりを先行、あるいは並行して導入を進めなければうまく機能しないと思われる。専門職が「住民に安心と安全を提供する」という目的を共有し、各自がプロとして動くことが前提であり、その意味でも人を育てることが最も重要である。

人を育てつつ、情報共有システムを活用して連携を深めるには、医師会や一事業者だけが先走って行政から乖離してしまうと、地域全体に広がりにくいと思われる。町主導による本拠点のように、権限と調整能力を有する行政（特に地域包括支援センター所管部局）を中心とした取り組みが増えることが期待される。

以上