

## 在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名:(社)東広島地区医師会 地域連携室あざれあ

## 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、福祉、保健などの多職種間の連携や情報共有が不足しており、医師会内に地域連携室を設置し、各職種間の連携の仲介役となり連携の効率化を図る。

そのための方策として、多職種間の交流会、講演会や症例検討会を開催するとともに、IT を活用した多職種間の連絡網を構築する。

また、市民に対して在宅で療養することの意義を理解してもらうための市民公開講座、地域での出前講座を開催する。広報誌の発行を行うとともに、地域連携室において多職種の関係者及び市民からの相談にも応ずる事とする。

## 2 拠点事業の立ち上げについて

当地区医師会では、平成12年より「地域ケア総合委員会」を設置している。平成23年11月には、「医療連携懇話会」を設け、「地域医療連携の資質の向上とネットワークの形成を目的とし、市内の各種団体からの世話人を募り活動を開始した。そのような取り組みの中、平成24年5月末拠点事業採択を受け、地域連携室設置が本格化した。7月準備室設置し、職員の採用(社会福祉士資格をもつMSW と非常勤の事務職員)を行った。室長のみは当医師会内の訪問看護ステーション所長を配置した。

8月より地域連携室を立ち上げ、拠点事業活動を開始した。8月立ち上げと同時に、市の担当部署(福祉部)に医師会副会長、事務長、室長で出向き行政の担当者を決めた。(高齢者支援課・介護保険課・健康増進課・障害福祉課)担当者を決めたが、なかなか協力体制を構築するのに時間を要した。社会福祉協議会へも同様に担当者の依頼を行った。結局協力体制の構築には至らなかった。

## 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

8月～9月にかけて、市内の介護保険サービス事業所すべてにFAX によるアンケートを行った。(回収率は以下のとおり。

薬局:18% ヘルパー事業所:66% 訪問看護100% 訪問リハビリ:100% デイケア:83% デイサービス:62% 福祉用具:100% ショートステイ:69% 特別養護老人ホーム:67% 老人保健施設:75% 療養型病棟:100% 小規模多機能ホーム:83% グループホーム:57% 訪問入浴:67%)

返答があった場合でも掲載の承認が得られない事業所が4か所あった。

医療資源マップを医師・歯科医師・薬剤師版として作成した。医師に関しては前年度に医師会で行ったアンケートを活用し、在宅医療を行うために当事業に登録をしてもよい医師のみにアンケートを送った。利用者などについての相談などの方法や連絡方法、都合の良い時間などを記載したマップを作製した。

今回の配布は医師会会員・ケアマネ・市役所・地域包括・訪問看護のみとした。理由は、医療資源マップには医師の連絡先に、メールアドレスなどの記載があり躊躇する医師もあり医師会理事会での承認が得られなかったため。いずれ、電子版としてホームページに掲載予定としているが3月末の終了までの実現には至っていない。今後も1年に1回は更新していく予定。

### (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。)

地域ケア会議は、当市では包括ごとに2か月に1回開催している。

立ち上げの8月に、センター長会議に参加し事業の説明を行った。事業立ち上げ当初より対象地区4か所への参加を積極的に行った。述べ16回の開催のうち11回参加をした。

当連携室からの後押しもあり、10月から2か所の地域包括が呼びかけを行い、うち4回に医師の参加が得られた。このうち2回については歯科医師の参加も得られた。拠点事業が関わることで、医師への参加呼びかけができ長年実現できなかった医師の参加による、地域包括ケア会議が実現した事は大きな成果として包括から評価を得た。

また、医師の参加があることで多職種が多く参加することにもつながった事も今までにない地域包括ケア会議となり、大きな変化となった。

### (3) 研修の実施

#### ① 9月7日・18日：EIR 説明会

(参加者 110 名)

地域連携システム(クラウド型アプリケーション)説明会を開催した。

#### ② 10月5日：在宅医療を知る会

(デイケアにてミニ講座 参加者 40 名)

デイケア参加者家族を市民ととらえ在宅医療啓発活動とした。

#### ③ 10月17日：在宅医療の実際を知るための研修会(参加者 103 名)

実際の訪問診療・往診について各科の医師が発表を行った。医師・ケアマネジャー・MSW・訪問看護師に参加を呼び掛けた。

#### ④ 10月30日：在宅医療を支える人々の交流会

(参加者 144 名)

地域課題と多職種連携上の課題をグループワークを初めて開催した。

#### ⑤ 11月5日：在宅人工呼吸器研修会

(参加者 20 名)

訪問看護師・通所系看護師参加呼びかけをした。研修会後に人工呼吸器使用利用者が通所サービスを開始できた。

#### ⑥ 11月20日：在宅医療を知る会

(デイケアにてミニ講座 参加者 18 名)

#### ⑦ 12月18日：在宅医療に実際を知る研修会在宅診療報酬勉強会

(参加者56名)

在宅診療報酬に関する勉強会、医師、医療事務に参加を呼び掛けた。

#### ⑧ 1月11日：ヘルパーの職業倫理研修会

(参加者 69 名)

ヘルパー倫理に関する講義と、事例を通し自立支援やケアに対する心構えについての講義を聞いた。

#### ⑨ 1月17日：たん吸引に関する研修会

(ケアマネ対象 参加者 78 名)

介護職のたん吸引に関する制度の流れや内容について、ケアマネジャー、ヘルパー管理者、訪問看護師に参加を呼び掛けた。

#### ⑩ 2月19日：障害福祉に関する研修会

(参加者 63 名)

市役所から研修会開催企画の依頼を受け開催をした。MSW、ケアマネジャーに参加を呼び掛けた。

#### ⑪ 3月11日：在宅医療を支える人々の交流会

(参加者 178 名 県モデル事業「チームケア推進モデル事業」と共催)

2回目の交流会開催希望が多くあり、開催した。医師も多職種もグループワークで非常に盛り上がっていた。課題抽出は比較的容易にグループワークで行えるが、課題の解決策を抽出するには大人数の交流会では不向きだとわかった。要因として、ファシリテーターの力量が大きく左右することがわかった。

多職種の交流会は多職種連携の課題や地域課題を出すには有効な方法であった。

また、「顔の見える関係」構築にも有効な方法であった。多くの多職種は交流会やグループワークでの意見交換を望んでいることが解った。

グループワークの経験がない医師にも好評であった。交流会で名刺交換の時間を設け、事前に知らせたことで有効な時間となった。

2回の交流会を通し、「顔の見える関係」から相談しあえる関係へと発展してきている。

#### ⑫ 3月14日：在宅医療を知る会

(デイケアにてミニ講座 参加者 19名)

研修会開催：13回 延参加者数：879名の参加が得られた。

#### (4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

体制の構築には至っていない。

多職種連携することで、負担感の軽減が図れることを医師にも伝えていった。

また、診療報酬の研修会などにより算定方法について不明な点を明確にするなどを行った。

その後、診療報酬研修会や日頃の質問事項をQ&A集にして発行した。

#### (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

8月からの相談の中で、包括支援センターとケアマネジャーからの相談総数が40件以上あり、相談者として思考の交流レベルの関係になっている。

アウトリーチによる支援も11件ある。

特に、福祉職がベースのケアマネジャーの退院時カンファレンス同行は、在宅移行時の医療面のアセスメントや処置をシンプル化するための方法助言に対し高い評価を得た。

包括支援センターとの関係は、事業開始時にはうまくいかなかったが共に、「地域包括ケアを担う者」として「協働者である姿勢」や国の動きや制度の説明や、今後の方向性の情報を提供していくことで感情の交流から始まり、思考レベルの交流となり協働・協力が出来る関係になってきた。包括職員からの相談内容は、医療的な

判断を求めるものや家族支援の方法、受診行動への支援、アウトリーチ依頼など幅広い内容であった。

#### (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)

情報共有のためにICT導入(EIR)を行った。

9月説明会には多くの参加者があり興味の多さを実感した、個人情報や組織の理解が得られないことも多くあり、浸透していくスピードがゆっくりである。個別に訪問して説明をするなどして普及に努めている。

#### (7) 地域住民への普及・啓発

多死時代を前に「自分の最後は自分で決める」ことやこれからの、高齢社会をどう迎えるか？を考えるきっかけづくりの場として市民講座を開催した。

##### 1回目の市民公開講座

11月25日：「自分らしく生きる」

講師：石井苗子氏

(参加者 263名)

アンケート結果からは、「多死時代」「高齢社会」と言う、誰も経験したことがない時代に対し、「経験とアイデア」で対応できることを知り不安が軽減した等の、前向きなにとらえた方が多く見られた。

##### 2回目の市民公開講座

1回目のアンケート結果より、「自然死」についての要望があり企画をした。「在宅医療」「終末期の在り方」を含む内容の普及・啓発の市民講座とした。

平成25年2月3日：「平穏死—10の条件」

講師：長尾和宏氏

(参加者 690名)

アンケート結果からは、「やっと自分が望む時代地域になってきている」「お医者さまから患者中心を期待する」「自然な死を迎えたい」「自分の最後

は自分で決めたい」など多くの反響があった。

この結果から、医療従事者よりも市民の方が「自然死」「平穏死」「自分の最後は自分で決めたい」と考えているのではないかと思われた。

市民への「在宅医療」「自然死」の興味は強く、医療者、特に病院(急性期)の医師・看護師の意識の方が低いと思われる。

#### (8) 災害発生時の対応策

特に実施せず。

#### 4 特に独創的だと思う取り組み

**在宅医師向けの研修会**を行ったこと。市内で実際に訪問診療・往診をしている各科の医師による自身の訪問診療・往診について発表をした。内科医師・歯科医師・眼科医・皮膚科医・整形外科医・耳鼻科医・泌尿器科医・婦人科医・精神科医からの報告をしたことは、独創的取り組みであったと思う。

同じく**医師向けに在宅診療報酬勉強会**を行った事も、独創的取り組みと考える。医師向け研修会時のアンケートで出た質問や、時折寄せられる医師からの質問を、医療事務会社に依頼し勉強会を開催した。医療事務会社との打ち合わせや、会社側の準備に時間がかかった。これは、在宅の診療報酬に関してのスペシャリストが不在であることだと認識をした。

2回目の在宅医療を支える人々の交流会では、**県モデル事業「チームケア推進モデル事業」と共催**とした事も独創的取り組みではないかと思う。その理由として、在宅医療連携拠点事業は、県での担当としては医政局であり「チームケア推進モデル事業」は県老健局の取り組みである。同じ「在宅の医療と介護の連携 地域包括ケア」の推進を目標としているにもかかわらず、縦割り行政の弊害が多くあり、同じ場所に立てないなどジレンマを常に感じていた。それを払しょくするために共催の形で企画を進めていった。この企画が、当地区の拠点事業で実現したことは、他の拠点や他の事業で

も縦割りに横の連絡を加えることが、今回の拠点事業では可能であるとの実績につながったといえる。

開設当初より、組織横断的活動をして地域のネットワークを目指し活動をした。

配置されたスタッフが**組織横断し退院時カンファレンス**などに参加したことも独創的取り組みと考える。実際の依頼が11件あったことから、地域では組織横断できる、在宅移行時の医療コーディネーターが求められているともいえる。

**地域包括ケア会議にて、地域課題を継続して検討・課題解決・取組報告**が行えたことも独創的取り組みと言える。4つの地域包括支援センターのうち、2つで課題検討が行えた。1つの包括ケア会議においては解決、取組み報告までできた。この包括支援センターとは、事前に念入りな打ち合わせを行った事、コミュニケーションが良好になった事が成果を生んだと考える。

#### 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

##### **多職種交流会**

拠点事業主催で2回行った。在宅医療従事者と介護・福祉職の連携の場を多くの者が望んでいたが、今まで実現することはなかった。特に、名刺交換やグループワークをしたことはなかったため、参加者には好評であった。

##### **地域包括ケア会議**

地域包括は、今までも医療と介護の連携に対しアプローチをする立場にあったが、実践する方法を持たないでいた。そこに拠点事業が医療側面からアプローチしたことで、連携の場となってきている。

##### **自立支援協議会**

障害福祉の会議の場に医療従事者が常に入り、継続した交流が今まではなかった。そこに、拠点事業所が継続的に会議に参加することでお互いのコミュニケーションが良好となり、相談しあえる関

係となった。その結果、市の障害福祉課からの研修企画依頼を受けるまでになった。

## 6 苦勞した点、うまくいかなかった点

### 「在宅医療連携拠点事業」についての説明

行政をはじめ、拠点事業の説明をしても、伝えにくく苦勞をした。拠点事業所であっても内容を十分把握できていなかったことが大きな要因と考える。制度化していない事に対する抵抗感もあるかもしれない。

### 行政との関係構築

立ち上げ当初市役所内の、在宅医療担当部(福祉部)との話し合いで、関係課4つの担当者を決めたが、拠点事業所側がどの課の誰に相談をしていいのかわからないでいたため、市との関係構築に苦勞した。

### 社会福祉協議会との関係構築

市の社会福祉協議会との関係構築ができなかった。局長に担当者の依頼に行ったが年度末になっても決まらないでいる。事業所間の立地距離は非常に近い位置にあるが、関係性としては遠い関係にある。

### 資源マップ作製

マップ作製のためのアンケート整理や地図の作成などに時間がかかり、配布できたのは11月末に至った。(作成を外部依頼せずに自分たちでおこなったため。)

## 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

- ① 関連する機関(特に行政)とは、具体的な担当者決める事(市役所・社会福祉協議会・医師会・地域包括・保健所・県・県医師会など)。
- ② 多職種の顔の見える関係より前に、自分たちが顔の見える関係を構築すること。  
地域包括支援センターとの関係構築は、早い

時期が効果的な結果を導く。

- ③ 多職種の交流会でのグループワークで、「解決策・具体策の立案」は、ファシリテーターの高い力量が必要である。
- ④ 「解決策・具体策の立案」は、地域包括ケアなどの日常生活圏レベルの地域が好ましい。
- ⑤ メディアを有効に活用する  
広報の手段としては勿論のこと、「地域づくり」の担い手として、パートナーとしても活用できるかもしれない？

## 8 最後に

平成24年8月から平成25年3月までの活動であり、非常に短期間の活動であったため結果を導くことは出来なかった。地域に「在宅医療拠点事業」の種まき程度が出来たと思っている。

「地域包括ケア」は、地域、地域により形が変わることも現実であると理解できた。相談支援活動からも個々の課題解決のみではなくソーシャルワークの視点で見えていくことが今後は課題となった。

これからの、「在宅医療」を考えいくと、「地域づくり」から考えなければならないのではないかと考えている。また、「地域づくり」に関わるには、地域の民生委員・自治会などとの関係構築も進めていく必要がある。

初年度は、大きな地域に対しアクションを起こしたが、2年目以降は日常生活圏域の小さな地域単位のアクションが必要であろう。