

## 在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：折口内科医院

## 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

今回、私どもは「施設医療支援・連携型」という類型の提案で応募しました。おもに施設での看取りに焦点を当て、施設での看取りの問題に対応できる連携と支援体制構築を目指したものです。

当院は在宅緩和ケア・在宅看取りをミッションとするクリニックとして2008年に広島市中区に開業しています。正規の標榜科目として緩和ケアを標榜しているクリニックはまだ数が少ない状況です。開業とともに在宅療養支援診療所として24時間365日の対応をおこなってきています。その後、ある御縁にて特別養護老人ホームの配置医師（非常勤、嘱託医）をつとめることとなりました。施設を担当するようになってはじめて、施設の医療にも課題が多いこと、施設にも癌患者はいて、緩和ケア・看取りを希望し必要としている方も一定数存在していることを理解しました。当院は在宅緩和ケア・看取りについて活動実績がありますので、施設での緩和ケアや看取りの対応それ自体は困難なことではありません。ところが、施設医療については制度など非常に複雑で、誰かに相談しようとしても「誰が施設の医師なのか」ということは公表されておらず、相談相手がいない・わからない、という状況にありました。そこで、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 平成22年度在宅医療助成（後期）を得て、平成23年度に施設医療についての勉強会を立ち上げ（広島施設医療勉強会）、4回の勉強会やアンケート調査をすでに実施してきました。

そこで抽出された課題は大きく2点。

第1点は、医師の出張など不在時に看取りになったらどうするのか。医師不在時の看取り代理診療のネットワークがどうしても必要である、ということです。医師不在時の代理医師が確約されないかぎり、施

設での看取りはすすんでいきません。「当施設で最期まで担当させていただきますので御安心ください」とは言えないのです。

第2点は、施設での看取りをおこなおうと思えば、施設職員の研修・教育が非常に重要であることです。若い介護職員は人の死に立ち会ったことがなく、看取りは「怖い」と言います。看取り教育は今後絶対に必要となってきます。また看護職員は配置されていますが小人数であり、他の施設で誰が看護師なのかの情報はなく、相談相手がなく孤立しています。他施設職員などと交流できる勉強会・事例検討会の希望があることがわかりました。

また、施設での看取りについての良いテキスト・資料が存在せず、需要があることがわかりました。以上のような課題が存在することを昨年度のうちにすでに把握できており、当方の活動の重点課題を

- 1: 医師不在時の医師間の看取り代理ネットワークを整備すること
- 2: 施設職員対象の看取り研修をおこなうこと、および看取り小冊子の作成

としました。

なお、こうした内容はそのまま在宅医療にも適用できるものであり、施設医療と在宅医療の両方に対応していくことを明示する「在宅・施設医療ネットワーク広島」と命名し活動をおこなっています。

## 2 拠点事業の立ち上げについて

まず、事務局長の選任から始まりました。当院は平成24年4月から4診療所と連携して機能強化型在宅療養支援診療所となっています。その診療所間の情報交換のなかで、連携医院の事務長が交代し退職したことがわかり、当方の事業に参加していただくことが出来ました。あとは院長と事務局長が相談

して人選をおこないました。

実施手順書に記載されている必須人材のうち看護師・介護支援専門員は、県緩和ケア支援センターを退職したばかりで、施設看取り小冊子の執筆担当者がいましたので当方の事業に参加していただき、施設での看取り研修を主に受け持っていました。この方の参加については県緩和ケア支援室に事前に相談し了承を得ています。

ソーシャルワーカーについては、広島県医療ソーシャルワーカー協会に事業内容を説明し適任者を御紹介いただきました。おもに各職種の連携する勉強会について、持っているネットワークをつないで多職種連携ネットワークを広げる役割を受け持っていました。またシンポジウムのコーディネートをさせていただきました。

各組織、事業所、法人等を回って事業内容説明をおこなう役割は広報担当専任を置き、広報担当がおもに担当しました。またマスコミ対応も広報担当がおこないました。

### 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

ほぼ全ての情報は今はインターネットで入手できます。これを1つにまとめて、地域包括支援センターなどに配布しました。なお、地域資源については地図ソフトとリンクした上で本事業のホームページに公開し、誰でも活用できるようにしております。

#### (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。)

多職種連携勉強会を4回主催開催しました。

#### 第1回 2012年12月13日

・「ICTを活用した多職種情報共有について」

折口内科医院 高橋浩一

・「訪問歯科診療の実際」

ホワイト歯科往診クリニック 竹田 茂 先生

・「訪問調剤薬局薬剤師の実態」

すずらん薬局 松谷 優司 氏

会場：広島市中区地域福祉センター会議室

参加者 65名

アンケート回収数:51人 / 78.4%

#### 第2回 2013年1月25日開催

・「ICTを活用した多職種情報共有が有用であった1例」折口内科医院 高橋浩一

・「在宅患者の耳鼻科往診・訪問診療」

石田耳鼻咽喉科 浜井 行夫 先生

会場：広島市中区地域福祉センター会議室

参加者 46名

アンケート回収数:36枚 / 78.3%

#### 第3回 2013年2月19日開催

・「退院前カンファレンスシートについて」

折口内科医院 高橋浩一

・「在宅医療で眼科の出来ること・やってること」

山代眼科医院 山代 浩人 先生

・「災害時在宅酸素患者の安否確認と酸素供給について」

帝人在宅酸素(株) 小崎 剛史 氏

会場：広島市中区地域福祉センター会議室

参加者 50名

アンケート回収数:34枚 / 68.0%

#### 第4回 2013年3月22日開催

「地域包括ケア時代に在宅医療が果たす役割」

・基調講演

講師：広島県健康福祉局地域ケア部長

棚多 里美 氏

・シンポジウム

◎シンポジスト

・広島県緩和ケア支援センター緩和ケア推進アドバイザー 名越静香

・広島県地域包括ケア推進センター主幹

石口房子

・有限会社 GRACE AGE 井口台介護ステーション

代表 岸川映子(広島県ケアマネマイスター)

・株式会社中国新聞社 文化部記者

平井敦子

・在宅施設医療ネットワーク広島

折口内科医院院長 高橋浩一

◎ファシリテーター

・一般社団法人 リエゾン地域福祉研究所代表  
丸山法子

会場：広島市中区 広島市まちづくり市民交流プラザ 5階研修室C

参加者 52 名

アンケート回収数:38 枚 / 73.1%

施設医療についての事例検討会については、広島市老人福祉施設連盟がすでに主催しおこなっている、という回答であったため、本年度は当方は主催せず様子を見ることとしました。今後は連携しながら開催をおこなうことを考えています。

(3) 研修の実施

施設での看取りについての看取り研修会を4回開催しました。来年度以降も希望が多く、引き続き実施していきます。また、看取りマニュアルをまだ作成していない施設について看取りマニュアル作成の指導アドバイスも実施していく予定となっています。

在宅医療については、都道府県リーダーとして広島県主催の地域リーダー研修会にて2回講師をつとめています。

2013年2月17日(日)在宅医療推進医等リーダー研修会 主催:広島県 会場:福山市医師会館

2013年2月24日(日)在宅医療推進医等リーダー研修会 主催:広島県 会場:広島県庁

そのほか介護支援専門員団体、市老人福祉施設連盟、県社協が主催する研修会などで講師・シンポジストをつとめています。

2012年7月19日(木)看取り介護について

主催:広島市老人福祉施設連盟 中堅職員研修会  
会場:広島県福祉センター

2013年2月21日(木)地域包括ケア連携体制づくりシンポジウム

主催:広島県社会福祉協議会  
会場:広島県健康福祉センター

2013年2月28日(木)西区ケアマネジメント研修会  
会場:西区地域福祉センター

また、広島県介護支援専門員協会の協会報に記事を寄稿、掲載しています。2012年12月号

また、NPO法人 日本医療ソーシャルワーク研究会編集の「2013年度版 医療福祉総合ガイドブック」(発行 医学書院)の共同執筆をおこなっています。

今後は

日本尊厳死協会の会報に寄稿・掲載(7月号予定)、および広島県医師会発行の「広島医学」に医学論文として投稿の予定となっています。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

在宅医療については、平成24年4月から機能強化型在宅療養支援診療所というシステムが厚生労働省により用意されました。この制度で24時間365日の担保は可能と思います。当方は4診療所で連携して機能強化型になっています。

施設医療については、医師不在時の看取りについて代理診療ネットワークを形成し、特養4施設4医師にて稼働しています。

施設での看取りは、現状では施設ごとに温度差が非常に大きいものがあります。すでに年間何件もの看取りをおこなっている施設もある一方で、今後も全く看取りをおこなう予定がない、という所もあります。

大きな法人、あるいは大きな施設であれば、所属する医師は複数名いるため他と連携する意義も必要性もない、という所もあります。また、看取りに取り組んでおらず、入所者の状態悪化時にはすぐ救急車を呼ぶ対応をしている施設においても、他と連携する必要性は感じていません。今後我々は、施設で看取りに取り組む意義、そのためには医師間連携が必要不可欠であることをよく御理解いただくようつとめてまいります。ある程度は行政主導(診療報酬や介護報酬での誘導、あるいは施設許認可での条件づけ等)でおこなっていく必要もあるのではないかと感じております。

(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

多職種連携勉強会を開催し、どの職種が具体的にどんな活動が可能で、どんな活動をおこなっているか、基本となる情報を共有しました。引き続き開催の要望が多く、来年度以降も継続実施していきます。また退院前カンファレンスで確認すべき必須項目についてのチェックシートを当方が作成し配布しました。医療分野が得意でないケアマネジャー等に活用していただき支援が出来る物と考えます。

(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)

ICTを活用した多職種情報共有につき、(株)エイルのシステムを採用し試行しています。現在9名で試行中。このシステムを利用することで、よい在宅看取りを実現出来たケースも経験しています。

(7) 地域住民への普及・啓発

在宅医療、および施設医療について考えていただくために、市民公開講演会を4回主催しています。

9月17日 中村仁一医師 「自然死という大往生」

700名、広島国際会議場

11月23日 久坂部羊医師 「思い通りの死に方」

150名、RCC文化センター

1月13日 藤井聡之住職 「生死出離」

75名、広島市民交流プラザ

3月17日 平岡 晃医師 「癌になっても生きる・働く」

40名、広島市中区吉島公民館。

このほか公民館や福祉センターにて住民向け講座で2回、講師をつとめています。

2012年9月22日(日)がん教室

会場:広島市中区吉島福祉センター

2012年9月29日(日)在宅緩和ケアについて

会場:広島市西区己斐公民館

市民公開講演会の活動のなかから、医療介護福祉関係者、宗教者、一般市民が参加して死生観を

考える勉強会を継続開催していくこととなりました。在宅医療が普及していくためには、市民の死生観を変えていくことが必要であろうと考えています。

なお、平成25年度について、現在決まっている市民公開講演会は以下のとおりです。

6月16日(日)認知症予防の最新情報 鳥取大学教授 浦上克哉先生。アステールプラザ中ホール。

9月14日(土)在宅ひとり死は可能か? 東京大学名誉教授 上野千鶴子先生。広島YMCAホール。

いずれも参加費無料で開催します。

また、市民啓発活動として、大規模な市民公開講演会の意義が大きいことはもちろんですが、地域に密着した小規模の顔の見える講演会を頻回に開催したいと考え、現在地域で構想中です。当方は広島市科学技術市民カウンセラーとしての活動をおこなった経歴もあり、サイエンスカフェなど小人数・双方向のコミュニケーションの有用性を理解しています。メディカルサイエンスカフェ(仮題)という形での双方向コミュニケーションの場を用意し、啓発活動をおこなってまいります。

(8) 災害発生時の対応策

当方は災害対応での拠点ではありませんが、来年度は広島市・広島県が作成した災害マップで想定される事態につき、対応しておく予定です。具体的には当院は東南海地震で2-3m浸水すると予測されている地区です。自家発電装置、水食糧の備蓄、衛星電話・アマチュア無線装置の設置などおこないたいと考えます。

また、本年度の事業、多職種勉強会の中で、大規模災害時の在宅酸素供給会社の動きをみなさんで理解を共有しました。今後は、地域の在宅酸素患者・在宅人工呼吸患者の一人ひとりについて、災害時の具体的な安否確認手段や医療継続手段(移送受け入れ病院との連携協定なども含め)について、マニュアルを作成し関係する多職種にて情報共有をおこないたいと考えております。

#### 4 特に独創的だと思う取り組み

在宅医療と施設医療を同列に位置づけ、両方に対応できるネットワーク形成を目指したのが当方の独創的な取り組みと考えています。

「厚生労働省 在宅医療連携拠点事業」、というタイトルでのモデル事業ですので、「狭義の在宅医療」のみ取り組まれた所が多いと思います。当方は、施設にも緩和ケアや看取りを必要としている入所者がいること、それは在宅緩和ケア・在宅看取りと同じ考え方で実施できること、施設医療にも在宅医療と全く同じ問題点があることを本事業で指摘しています。これは、本年度 105 か所、あるいは昨年度の事業所 10 か所を含めても、当方だけのオリジナルな視点があります。

多くの施設で施設医療を支えているのは、一人開業の開業医です。出張など不在時に看取りになったらどうするのか？ 施設での看取りを考えていく場合には、医師不在時の代理診療システムの整備が必要不可欠なのです。

また、医師のみ頑張っても施設での看取りは出来ません。職員の育成＝教育・研修＝が必要です。施設職員対象の研修実施、および施設での看取りマニュアル作成指導まで本事業で取り組んでおります。

ぜひ今後は全国にて、施設での看取りを支えることも重要であり在宅医療と同列にすすめるべき課題であることを認識いただき、取り組んでいただければと思っています。

スタッフについては、広報専任者を置いたことも当方の事業の独創であり、非常に有効でありました。当方の広報担当者は、もと中国新聞社の記者でありマスコミ対応を熟知していること。またグループホーム等の外部評価委員をつとめた経歴があり施設の内情も熟知しており、施設へのネットワークも有していること。こういった経歴・素養のある広報担当をおいたことにより、本事業の周知などがスムーズにおこなえました。せつかく活動するのであればマスコミと上手につきあっていくほうが地域に周知されますので、他の事業者

においてもぜひ広報専任者を配置していただければと考えます。

#### 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

多職種連携勉強会が最も有効であったと思います。つまり、顔の見える関係をいかに作るか、ということが最も重要と考えます。医師に相談するのは敷居が高い、と言う意見が二度と聞かれなくようにすることが必要不可欠です。また、既存の団体が事例検討会などすでに実施していることと思いますが、新たに参入した従事者や事業所などにとっては既存団体の勉強会への参加は敷居が高かったりします。参加者のレベルに応じた勉強会、視点を変えた勉強会を何層にも重層的に用意することが効果的だと考えます。

#### 6 苦労した点、うまくいかなかった点

今回の事業の申請書などは、県を通じて厚生労働省に上がったものです。最初の段階では市町は関与していません。このため、県・県医師会とは意思疎通を図る機会は十分にあったと考えますが、市・市医師会とは、なかなかスムーズで十分な意思疎通が出来たとは言えないのかもしれませんが、今後も在宅医療連携拠点として活動を継続・発展させていきますが、市・市医師会とは今後もさらに十分な意思疎通を図りたいと思います。

#### 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

あくまでも患者中心という視点を忘れず取り組んでください。解決すべき課題と解決策は、そこにあります。私どもは、在宅医療連携拠点としての活動ともに、今後は地域コミュニティの再生・再構築という課題にも取り組んでまいります。地域コミュニティをどうするのか。拠点事業というのは、最終的にはそこに行き着くと思います。

## 8 最後に

どうかみなさま、施設のことでも忘れないで取組みをお願いいたします。施設にも緩和ケアや看取りを必要とし、希望されている方々がいます。緩和ケアなどの勉強会は、施設へも広報されていますでしょうか？ その施設医療を支えているのは、多くは一人開業の開業医です。医師不在時の対応、24時間365日の対応などの課題は、在宅医療と全く同じなのです。

施設のことは各施設が考えればいいのだ、と突き放すことはどうかやめてください。在宅医療と施設医療が、どちらも発展していかないことには、急性期病院がパンクし、受診難民・看取り難民が出現する時代になってしまいます。

最後に厚生労働省に提案です。

在宅医療については、機能強化型在宅療養支援診療所という制度が用意されました。施設医療についても同様に、機能強化型施設といった形で、看取りにきちんと取り組んでいる施設・医師を手厚く評価していくことが必要であろうと考えます。きちんと診療報酬・介護報酬で報いていかねば、現状でもボランティア精神で引き受けている施設医師が見つからなくなることも危惧される状況にあります。先月、国保連合会から、「施設での処方箋発行は月4回は多すぎる、月1回ないし2回にすべし」、という指導文書が出されました。入所者を毎週診察し、その結果にて毎週処方箋を出す、というのが多すぎる、というのです。これでは、施設医療にまじめに取り組め、看取りにも熱意をもって取り組め、ということは出来ないと思います。この通達を受け、現場の施設医師のモチベーションはかなり低下しているのが現状です。

また上記とは逆の方向性ですが、看取りに対応しない施設は報酬を減額したり、施設の許認可そのものを取り消すくらいの強い対応でかまわないと思います。熱意のない施設・法人には退場していただき、熱意のある所が参入してくればよいのだと思います。

施設医療の制度が複雑すぎるのも問題です。在宅医療も制度が複雑ですが、それに輪をかけて施設医療は複雑な制度になっています。極端な話、特養とか老健とかに適用されている複雑で例外的な規定はすべて撤廃し、在宅医療制度と施設医療制度を一本化するくらいの抜本改革をしていただきたいと思います。複雑すぎる制度が医師の意欲を阻害する要因となっており、制度を単純化すれば施設医療に参入する熱意ある医師も増え、看取りも増えてくると考えます。

施設の近隣の開業医がボランティア精神で施設医師を引き受けているという現状から、在宅緩和ケア・在宅看取りに熱意があり実績のある医師(たとえば機能強化型在宅療養支援診療所の医師)が施設医療の主力になってくる時代へ、制度変更によって流れを用意することが必要であり、これが施設医療の問題点に対する簡明な解決策になるであろうと確信します。