

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名: 医療法人聖真会渭南病院

★国民の生命、健康に重要な影響を及ぼす情報として以下を報告する。

国民の生命維持、廃用予防に必須なものとして「食の問題」がある(詳細なデータは、次回の課題とする)

○在宅、介護施設における食の問題

不十分な水分摂取や食事摂取、嚥下障害のある人への不適切な食事の提供(食形態、姿勢や介助方法)による脱水、低栄養あるいは、窒息、誤嚥性肺炎による緊急入院が繰り返されている。

加齢による摂食機能の低下に伴う低栄養や誤嚥性肺炎は、廃用症候の一部である。口腔機能維持のための口腔ケア、食事指導等日常生活指導などを含む多職種による「食のサポート」が重要である。専門職による施設を含む介護職への指導は切迫する課題である。当院では、在宅栄養管理指導の開始とともに、管理栄養士による介護職、地域住民への啓発活動を予定している。

また、地域の栄養士会と医師会協働での在宅栄養管理システムの構築に向けて取り組みを行っている。

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

○抱えていた課題

- ・医療機関、介護施設(別表の通り)各々の機能に応じた役割分担や連携等、効率的な運用が図れていないこと
- ・在宅で暮らし続けたいニーズは地域高齢者に多いが市域が広い上に交通機関が十分でなく、安全面や24時間対応が出来ないこと等から実現が難しいこと
- ・地域内の医療福祉従事者の交流は法人内、機関内に限定されており「顔の見える関係」になっていない。また地域の在宅医療を必要とする人の情報も各法人内、機関内に限定されており効率的でないこと
- ・在宅医療の推進には24時間体制の構築が必要で

あるが、地域常勤医師の高齢化、不足が深刻であること、看護師不足から地域の訪問看護が閉鎖されたこと等から十分な在宅医療体制が確保されていないこと

- ・実施地域(土佐清水市)では施設整備計画が当面無く、在宅サービスへのニーズは急激に高まることが見込まれるが、在宅医療や介護に携わるスタッフの高齢化や不足が起きており、介護従事者(特に訪問系介護)の確保及びご家族、地域住民に対する啓もう活動が課題となっていること
- ・今後、医療必要度の高い患者の在宅支援が必要になると予想されるが、保健福祉機関、各介護事業所では医療スタッフや医療知識の不足から医療的ケアの立案、実施等が難しい状態であり対応が必要と考えられていること

【土佐清水市の医療機関数】

機関名	施設数	病床(種別)
病院	3	30(一般)112(医療療養)77(介護)計219
診療所	3	無床1、有床1、事業開始後廃止1

【土佐清水市の介護施設】

種別	種類	施設数	定員、規模等
訪問系	訪問入浴ステーション	1	
	訪問介護	7	
	訪問リハビリ	3	
	訪問看護	1	
	居宅療養管理指導	2	
施設系	特別養護老人ホーム(広域)	1	170床

	介護療養型医療施設	3(再掲)	77床
	短期入所療養介護	4	空床利用型
	介護老人保健施設	1	70床
	認知症対応型共同生活介護	6	54床
	地域密着型ケアハウス	2	58床
通所+施設系	小規模多機能型居宅介護	1	25人
通所系	通所リハビリテーション	3	
	通所介護	1	15人
	認知症対応型通所介護	1	
その他	包括支援センター	1	
	居宅支援	4	

○最も在宅医療推進に当たって課題と考えられたもの

- ・土佐清水市には公的病院がないことから、これまでも地域における「公的病院的」役割を当院が担って来たが、一民間病院であることから当事業運営にあたり他法人からの反発が考えられたこと
- ・各法人の理念や方針等に温度差があること
- ・地域常勤医師の高齢化、医師不足、看護師を中心としたスタッフの不足
- ・南北 24.6km 東西 24km と市域が広く、過疎地域で居宅が点在していること

○拠点事業所としてどのように取り組む方針を立てたか

- ・上記の理由等から当地域で法人の枠をこえた多職種連携を含む在宅医療連携拠点事業を運営するためには、行政の協力や後押しが不可欠と考え、第1回合同会議(H24年度在宅医療連携拠点事業<復興枠>にかかる第1回多職種協働会議)へ

の参加案内に先立って、土佐清水市健康推進課長名で参加協力の要請を行った。

- ・事業において当院が協議事項等について決定し、指示をするものではない旨を明確にするとともに各法人からの協力を得るため、第1回合同会議において「土佐清水在宅医療多職種連携協議会」設置を議案とし(要綱については別紙参照)、当院院長を会長、他法人院長2名を副会長に推戴、行政を含む事業所から各部会長及び委員(医療連携部会、システム部会、人事育成部会)を選任した。

2 拠点事業の立ち上げについて

- ・ケアマネの資格を持った看護師は、院内に限られており、ケアマネジャー業務に就いている者を除き、地域医療に関心がある看護経験年数の長い者を任用した。MSWは、該当する者がおらず、地域を知る歯科衛生士の資格を持ったケアマネジャーを任用した。
- ・苦労した点は、在宅医療が医療・介護関係者に周知されておらず、事業の目的が理解されないこと。また、地域包括支援センターからは、自分たちの業務との棲み分けや関係性が明確でないこと、事業趣旨はわかるが具体性に乏しい点が指摘された。
- ・事業の告知を最優先とし、第一回合同会議を6月に開催したが、地域資源や実状の把握のための調査と合同会議で抽出された課題に対する活動が並行し、課題を数値などで、共有してからの活動開始とならなかった。
- ・工夫した点は、関係部署への訪問を網羅的に行ったこと。事業決定の際には、市役所、保健所、社会福祉協議会、地域包括支援センターを挨拶のため訪問した。第一回合同会議開催にあたり、市からの案内とし、事業担当者2名、事務長あるいは看護部長と共に関係部署全て挨拶に廻り、事業の趣旨説明と協力要請を行った。医療機関に関しては、院長と共に訪問した。

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

- ・拠点看護師が、地域のすべての医療・介護施設にFAXで調査票を送付。返信確認と不足情報収集は、拠点SWが電話と訪問で確認した。計8回施行、回収率はほぼ100%。調査協力に関しては、歯科診療所医師の協力を得るのに苦労した。(代行をする事務職が少ないことが多い)

(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。)

- ・拠点看護師が、4回/年の合同会議、11回/年の部会の企画・運営を行った。拠点SWが、主に調整、事務を行った。平日の夜、業務終了後の召集となり、時間外勤務であることから、謝礼の問い合わせもあった。超過勤務として処理を行う法人もあり、負担はあったと思われる。地域ケア会議は研修会のかたちで2回行われ、医師の参加促進のための調整を拠点で行った。医師の参加誘導ができた。

(3) 研修の実施

- ・拠点看護師、SWにより1回/年の研修会を行った。研修会は、地域の介護従事者と各専門職とでグループを作り、全3回のGWにより、自分たちでテーマの抽出を行い、企画、実施するかたちとした。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

- ・拠点医師により、協議会の中で、夜間、週末の地域の緊急患者の受け入れを拠点医療機関で行う取り決めを行なった。人員が不足しており、夜間対応については、往診は不可のため来院での受け入れというかたちで行った。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象とした支援の実施

- ・拠点看護師が、地域医師の調整を行い、包括支援センターと困難事例を中心とした合同カンファレンスを毎月開催した。包括支援センターは、市役所担当者、事例担当者に連絡調整を行い、参加を

促す役割を担った。

- ・拠点SWにより、地域ショートステイの空床状況を一元管理し、各居宅支援事業所、市役所介護保険係、地域包括支援センターへのFAXによる情報提供を行っている。今後拠点ホームページを活用した情報提供を予定している。

- ・拠点看護師あるいは、SWがケアマネジャーの定例会に参加し、在宅訪問栄養管理指導や在宅薬剤管理指導について、情報提供を行った。また、協議会での活動報告(包括カンファレンス、ショートステイの空床情報提供など)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)

- ・拠点看護師が中心となり、協議会メンバーから選出された「システム委員会」メンバー及びシステム会社との協議を重ね、「在宅医療支援システム」を開発。委員会の開催は、計5回。業務終了後の開催で、関係者には負担になったと思われる。土佐清水市内に、訪問看護事業所がなく、市外(四万十市)から来ている訪問看護事業所に開発運用に際し協力要請をした。多忙な業務の中、試験運用中は、2週間と期限を設けることで入力操作への協力を得ることができた。

(7) 地域住民への普及・啓発

- ・拠点看護師と拠点医師、事務長などで、普及啓発のための講演会を企画した。拠点の看護師とSWが中心となり、県内や保健所管内、医療介護関係者、市内の民生委員や自治会、市広報や広報車、新聞折り込みなどで周知を図り、講演会を開催した。

- ・地域的に、海岸線に沿って集落があり、津波など災害に関する不安と関心が大きく、地域一丸となって取り組む必要性を考え、まず災害に関する学習会を行った。東日本大震災に際し、石巻市の災害トップリーダーとして医療チームを束ねた石巻赤十字病院石井正氏(現東北大学教授)による「東日本大震災に学ぶ災害学習会」を開催し、統制のとれた

チームの必要性を強調した。地域住民を含む約500名の参加者を得た。

- ・高齢化率40%の地域における認知症の問題は深刻で、今後も対策が必要とされている。地域での見守り、早期発見と適切な治療や対応による症状の改善、予防法などについて、高知市の内田脳神経外科理事長内田泰史氏を講師に招き、「高知県から認知症をなくそうキャンペーン」と題した市民公開講座を行った。
- ・高齢化の進む地域における労働人口の減少は深刻で、超高齢社会を支える介護人員の確保は必須である。介護職の育成だけでなく、地域の住民すべてが高齢者を見守るの必要があり、誰もが介護者として機能できるよう、介護に対する意識の改革が必要である。「介護とは、介護者の意思によって提供されるものではなく、介護を必要とする方の意思に基づき、満足されるものを提供すること」という理念にもとづいた介護を行ってきた笑う介護士袖山卓也氏を講師に迎え、同じく、「わがままでも言うことを柔軟に受け止めてほしい」として、介護される側の心地よさの追求をと話される介護漫画ヘルプマンの作者、くさかり樹先生とのセッションを企画した。市内中学、高校、保健所管内の高校、教育委員会に拠点SWと事務長が出向き、介護人材の不足、これからの社会に求められること、若者への啓発の重要性などをアピールした。また、地域の介護力の底上げを目標としており、市や社会福祉協議会を通じて、拠点SWが、民生委員児童委員協議会会長、合同区長会会長と面談し、医療介護を含む地域の実情を共有し、様々な課題を医療、介護、地域で協力し合っ解決して行くきっかけとするために講演会への参加を呼びかけた。「笑う介護士の革命～高めよう地域の力」と題し行った講演会には、市内外から約300名の参加者が集まった。会の最後の質疑応答では、民生委員児童委員協議会会長、合同区長会会長から積極的な発言があり、医療・介護と地域が連携して地域づくりを進めて行くことの必要性と、医療側からアウトリーチがあったことに関する謝辞が述べられた。また、市内高校からは、授業の一環としての講演会への参加が得られた。

(8) 災害発生時の医療救護対策

・復興枠担当として以下の活動を行った。

- 高知県・土佐清水市・幡多医師会・清医会(土佐清水医師会)と共に、東日本大震災の際に医療機関の指揮をとった被災地の病院、石巻赤十字病院、災害医療コーディネーター石井 正医師(現東北大学教授)を講師として招き、東日本大震災での対応の実際について学習会を開催した。また地域の医療介護関係機関や行政、警察、消防を対象に計2回の講演会と在宅酸素患者への災害時の応急対応法等の実技指導研修会を開催した。
- 幡多福祉保健所、市健康推進課と協働で、「災害医療救護訓練」を行った。地域の医療介護関係機関、行政、消防、警察、地域住民など250名が集まり土佐清水市民体育館を会場として、避難所、福祉避難所、救護所、救護病院、福祉避難所の炊き出し等、5つのブースにわけ、それぞれのフェーズでの災害時対応を実際に体験した。

4 特に独創的だと思う取り組み

- ・介護力の底上げとして、市内各介護事業所のヘルパーと各医療機関で従事する専門職でグループを作り、GWとして、地域での「多職種協働による合同介護研修会」を企画、実施した。
- ・地域の介護力底上げのためには、介護事業所ごとに行われている勉強会や研修会の内容を把握すると同時に、合同での研修会を企画し、知識、技術の共有と事業所間の交流が有効だと考えた。
- ・実際に在宅支援の現場で働く介護職で、現状での問題や今後考えられる課題などを出し合い、その中から各職種の専門性を活かしたテーマを設定し、グループ分けを行った。
- ・自分たちで研修会を作って行く過程で、多職種による交流が図れる。介護士が、直接、医師、歯科医師、理学療法士や社会福祉士などと話し、知識を得ることができる。普段、在宅に関わりのない医療機関に従事する多職種が在宅での実情や問題を共有することができるなどの利点を得られた。
- ・研修会終了後は、内容を、拠点看護師、SWにより

編集し、PPTの教材に仕上げた。

- ・市内共通の教材として、当院で活用していたeラーニングシステムを採用した。作成した教材は、拠点ホームページから配信している。研修会そのものは動画として、閲覧可能である。アクセスするためのID、パスワードを各介護事業所職員に配布し、拠点、また事業所管理者は、職員の閲覧状況が把握できる。今後も、教材を増やし、地域共通の教材として利用されることを目指している。

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

- ・拠点が調整して行った包括支援センターとの医師参加の合同カンファレンスにより、行政、医療、介護が、定期的集まる仕組みが出来、連携につながった。
- ・参加したケアマネジャーは、医師との連携に積極的になり、医師もケアマネジャーに助言を行うなどの自発的な連携が見られるようになった。
- ・医師の助言が必要な困難事例が多くあるとの包括支援センターの要望に応じての開始となった。運営にあたっては、包括支援センターが地域ケアマネジャーに声掛けをし、事例抽出を行うこととしていたが、自発的に挙がってくる事例がなかった。事例提供のためには、提供者となるケアマネジャーは、事例の問題点の整理や資料作成、課題と解決案、ケアプラン等についてプレゼンテーションをする必要がある。その過程が、ケアマネジャーと医療との連携をスムーズにするために有効であるが、日常業務に加えての作業となるため負担が大きく、自発的な事例提供につながらなかったと考える。
- ・拠点での事例抽出、担当ケアマネへの声掛け、医師との事前の意見調整、資料作成の援助など誘導が必要であった。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

○包括支援センターとの連携

- ・地域包括ケアシステムの構築に当たり、行政、地域包括支援センター、在宅医療連携拠点の関係とその役割が不明確である。すでに、包括支援センタ

ーの地域における役割や行う業務の内容は固定化している一方、拠点は流動的に対応でき、補完が可能である。特に、拠点が地域唯一の急性期病院であることから、医療機関を束ね、介護との連携窓口となることが求められる。そのため包括支援センターは、介護のリーダーとしての役割が求められ、両者が手をつなぐことで、地域包括ケアシステム構築が円滑に進むと考えられる。それぞれが有効に機能するためには、行政、地域包括支援センター、拠点の3者でその役割を明確にする必要があると思われる。

○訪問看護ステーションとの連携

- ・訪問看護を受けている患者様の情報共有と訪問看護へのサポートに関しては、1か所の訪問看護ステーション(市外事業所)が対応しているが、すでに担当医師とは、携帯電話で密な連携がとれており、特に現状で、医療との連携に関する問題は少なく、拠点としての介入が出来なかった。
- ・当該看護ステーションの管理者は、患者情報の共有のため、医師の訪問診療の際には、同行しており、また多職種での情報共有が必要な状況下では、ケアマネジャーも含めて利用者宅に集まるという対策が取られており、現状の連携に不満はなく、ICTによる情報共有のシステムの開発、運用の際も、その必要性、有益性を感じるには至らなかった。
- ・ICTによる情報共有システムの試験運用開始後は、入力操作にかかる時間と得られる情報を比べ有益性を見いだせないとのことであった。その他の職種において、訪問看護の記録が役立つという意見をフィードバックすると、その運用方法を検討することで、有益なものとなり得るとの返答が得られた。

○歯科医師との連携

- ・在宅の訪問歯科診療を増やしていくことを考えていたが、歯科の対象患者は、一般診療と比較すると高齢者の割合が少なく、在宅診療の必要性の認識は少ない。
- ・多忙な業務の中、在宅診療を行うためには、在宅での歯科診療のニーズ調査のデータなど動機付

けが必要である。

- 各施設や医療機関からの対象者の抽出、あるいは連携拠点が在宅の相談窓口となり、対象となる患者様を抽出し、積極的に歯科につなげていくことで、歯科医療と在宅を結びつけることが可能であると考える。

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

○顔の見える関係の構築

- 会議や研修会などの案内の際にも、文書の送付だけではなく、可能な限り訪問して趣旨説明を行うこと、その際には、実務担当者のみならず、対象に応じた管理者(病院長、事務部長、看護部長など)の同行が効果的であった。新しく行おうとしている事業の重要性を示し、関心を深めていただくことが、後の自発的な参加につながるため、最初のアプローチが大切である。

○行政との連携

- 事業が、一民間組織による利益誘導が目的ではないということを伝えるには、中立の立場である市町村行政との協働が必要である。
- 会議には、必ず行政担当者が入ることで地域の問題を取り扱っているという意識が強まる。

○各職能団体との連携

- 地区医師会、地区歯科医師会、地区薬剤師会、看護協会、ケアマネ連絡協議会、ヘルパー会、ソーシャルワーカー連絡協議会など。
- 各職能団体へ事業開始の挨拶と趣旨説明、協力要請などは必要。各定例会へ参加し、情報共有をする、事業の進捗報告をすることも連携を図れる。新たな会を設けるより、既存のものに参加していくことが双方にとり負担の少ない連携のかたちである。

○ 協議会の立ち上げ

- 多職種連携のしくみを継続していくために、在宅医療多職種連携協議会を立ち上げた。現在は、自発的な組織活動ではなく、拠点事務局誘導での活動であるが、医療、介護、地域のリーダーで役員を構成しており、自発的な活動組織として作り

上げて行きたい。過疎化の進んだ地域(医師不足地域)では医師会は十分な活動組織となっておらず、これまで医師会が担って来た機能を補完する組織として医療介護多職種連携協議会の役割が重要になると考える。

8 最後に

- 過疎地域における高齢者の増加と医療の衰退を始めたとする地域力の減弱は大きな課題である。サポートの必要な人が増える一方で、サポート体制がなければ、住み慣れた地域で住み続けることはできない。
- 10年前から、地域の崩壊を回避すべく、医療体制の立て直しを図ってきた当院にとって、高齢者医療のためには介護との連携が必要であり、地域の医療体制を確保するためには急性期医療の継続が必要であることから、限られた医療資源の中で、在宅医療の推進は必須であった。
- 公的医療機関のない当市において、唯一急性期医療の継続発展に尽力してきた当院は、地域において公的役割を果たしてきた実績はあるが、一民間医療機関であり、地域のリーダーとしての役割を担うにあたっては、周囲の賛同が得にくいことが予測された。そこで、今回の「平成24年度 在宅医療連携拠点事業」という厚生労働省の後ろ盾の下、幡多福祉保健所、市役所健康推進課、社会福祉協議会、地域包括支援センターなどに協力を得ながら事業を進めることができ、地域の医療介護施設や事業所の方々の理解を得ることが出来た。これは公的な事業であったことが大きい。
- 全国で点として活動してきた各拠点が、この事業を通して、各地域実情に応じた活動内容等の情報を交換することは、超高齢社会に適応できる地域包括ケアシステムの構築のために有益である。
- 地域包括ケアシステム構築は、地域リーダー研修において、拠点リーダーが、身近な地域の行政機関、医師会の代表医師等と共に、在宅医療推進活動を行い、活動を面展開することで、理解者を増やし、ともに地域作りの戦略を練ること等により可能になると考える。

- ・幡多地域の地域リーダー研修においては、各医療、介護施設の調整を担う機関が必要である、すなわち「連携拠点の必要性」ということが抽出された。こういった単位あるいは範囲で、こういった機関がその役割を担うべきなのか、その具体的な業務内容などについて、検討が必要である。今後、地域リーダー研修に召集された多職種ネットワークを軸に、展開していく予定である。

以上