

在宅医療連携拠点事業成果報告

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**(1) 飯塚市の現状**

飯塚市は福岡県の中心部に位置し(面積は 214.13 km^2 / 人口密度は 610 km^2)、総人口は平成 7 年をピークに減少し、平成 22 年には 131,492 人と 15 年でおおよそ 1 万人減少した。一方で 65 歳以上の人口は年々増加し、総人口に占める高齢者人口の割合(高齢化率)は平成 22 年で 24.6%と、国・県を上回る水準で推移しており、平成 26 年度には高齢化率は 27.4%に達し、市民の 4 人に 1 人以上が高齢者となると見込まれている。特に穎田病院周辺の地域では平成 23 年に既に高齢化率は 29.3%に達しており、通院困難者の問題が表面化している。また、平成 12 年度から導入された介護保険制度は高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして着実に普及、定着してきたものの、一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯及び認知症高齢者が増加するなか、高齢者の「自立支援」や「尊厳の保持」を基本とした介護予防の推進や、介護・医療・福祉の各職種が連携し高齢者を地域で支える「地域包括ケアシステム」の整備・充実が求められている。

(2) 穎田病院の特徴

当院は、平成 24 年度 5 月に新病棟を完成させ、一般病棟 32 床、回復期リハビリテーション病棟 28 床、療養病棟 36 床とし、これまで以上にリハビリテーション機能を拡充し在宅復帰の支援を行っている。その結果、毎月全病棟で 40~50 名の患者を受入れることが出来、更に在宅復帰率を向上させた(平成 24 年 2 月度までの回復期病棟の在宅復帰率 89.7%)。また、高齢化や疾病による通院困難者への対応のため在宅医療にも注力してきた。在宅医療は複数の医師のチーム制診療とし、24 時間 365 日対応出来る在宅医療体制を構築した。自院外来からの訪問診療のみならず当院病棟や他の急性期病院からの在宅導入も受け入れ、必要に応じて訪問看護や訪問リハビリテーションも導入しており、平成 25 年 3 月現在、施設を含めると 230 名を超える訪問診療を行っている。

(3) これまでの活動から抽出された問題

当院では、地域の在宅医療・介護従事者への在宅

拠点事業者名: 医療法人 穎田病院

医療支援を目的とし、平成 19 年より近隣の地域医療支援病院と協働で在宅医療支援研究会を定期的に開催した。これにより、地域における在宅医療・介護現場における様々な問題を抽出することができた。

1) 救急・急性期病院側の問題

○職員(特に医師)が在宅医療・介護の現場を知らない
○在宅療養中の患者が状態悪化した際に入院できないケースがある
○在宅医療の対象となる患者の抽出が出来ていない
○在宅医療の移行に必要な準備時間が与えられないまま退院になるケースがある
○地域包括支援センター、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所、施設と交流する機会が少ない

2) 在宅診療所側の問題

○診療所同士及び診療所と訪問看護ステーションとの連携が不十分
○薬局との連携が不十分
○ケアマネジャーとの連携が不十分
○在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションの 24 時間体制の実態が不明瞭
○医師の高齢化と深刻な在宅診療を希望する医師の不足

3) 居宅介護支援事業所、介護保険施設、地域包括支援センターの問題点

○施設側に看取りを行う希望があっても、嘱託医によって影響される
○地域で介護者向けの在宅医療研修が少ない
○医師と情報共有を図りにくい
○医療的処置の多い利用者の受入れが困難
○医療従事者との交流が少ない

4) 訪問看護師の問題

○訪問看護師を希望する看護師の不足
○治療材料や医療機器等が必要な時の不足

5) 共通の問題

○飯塚市における在宅医療・介護の充実した体制の構築に向けてイニシアチブをとり推進する体制確立が不十分である
○在宅医療・介護に従事している機関は点在するものの、誰がどこでどのようなサービスを提供しているかをそれぞれが把握していない

(4) 平成24年度に取り組まれるべき課題

1) 在宅医療従事者と介護従事者との交流の機会提供

2) 多職種連携の実現と事例検討会の開催

3)在宅医療、介護福祉従事者に対する在宅医療 研修の構築

4)行政・関係団体との協働

以上これまでの活動から抽出された地域課題に取り
組むために、平成 24 年度在宅医療連携拠点事業の
申請に至った経緯である。

2. 拠点事業の立ち上げについて

1)運営準備ワーキンググループの設置(全3回)

在宅医療連携拠点事業活動を地域で推進させて
いくためには、行政機関や郡市医師会の協力は必要
不可欠である。このため、飯塚医師会、飯塚市役所、
嘉徳・鞍手保健福祉環境事務所と運営準備ワーキン
ググループを設置し、2ヶ月に1回会合を実施した。会
合では、24 時間の在宅診療医に対するバックアップ
システムの体制構築、相談支援センターの設置に際
しての役割の明確化など、在宅医療連携拠点事業計
画のスケジュールに沿って話し合いを行った。

2)在宅医療連携拠点事業の説明訪問 及び 説明 会の実施

When	What / How	Who
5月29日	福岡県医療介護部医療指導課との 顔合わせ 及び 事業説明	穎田病院
6月8日	嘉徳・鞍手保健福祉環境事務所 健康増進課への事業説明	穎田病院
6月13日	飯塚医師会へ事業説明 及び 事業活動協力のお願(訪問)	穎田病院
7月6日	飯塚医師会担当理事へ事業説明 及び 事業活動協力のお願(訪問)	穎田病院
7月11日	厚生労働省主催事業説明会に参加	飯塚医師会 飯塚市役所 穎田病院
7月19日	飯塚市役所保健福祉部 高齢者支援課への事業説明	穎田病院
7月20日	地域包括支援センターとの 実務担当者レベルによる会合	飯塚市役所 穎田病院
7月25日	嘉徳・鞍手保健福祉環境事務所健康 増進課の平成 24 年度在宅医療 推進事業との事業計画のすり合わせ	嘉徳・鞍手保健 福祉環境事務 所、穎田病院
8月6日	飯塚歯科医師会への事業説明 及び 事業活動協力のお願	穎田病院
8月7日	飯塚薬剤師会への事業説明 及び 事業活動協力のお願	穎田病院
8月8日	飯塚市居宅介護支援事業所連絡協 議会への事業説明 及び 事業活動 協力のお願	穎田病院
8月22日	嘉徳・鞍手地域在宅医療推進事業 協議会への出席 及び 事業説明	嘉徳・鞍手保健 福祉環境事務 所、穎田病院
9月7日	嘉麻市役所高齢介護課へ事業説明 及び 事業活動協力のお願	穎田病院

9月7日	桂川町役場健康福祉課へ事業説明 及び 事業活動協力のお願	穎田病院
10月5日	飯塚医師会理事会にて事業説明	穎田病院
10月17日	嘉飯地区訪問看護ステーション 連絡協議会にて事業説明 及び 事業活動協力のお願	穎田病院

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

今回の医療・介護資源マップ作成の目的は、医療
介護のサービス量や所在等をマップ化し、数値を可
視することで“地域格差”や“サービス格差”の現状把
握に重きを置いた。特に 実際に在宅診療を行っている
診療所数が在宅療養支援診療所の“届出数”と一
致していないこともあり、本年度は社団法人 飯塚医師
会のご協力のもと、医師会員に対して「在宅診療の実
施状況に関するアンケート調査」を行った。

その結果、実際の実施件数を把握することが出来
た事は大きな成果であった。今後の課題は、社会資
源情報が地域の関係者間で共有できていないため、
社会資源情報の「データベースづくり」や社会資源情
報のハンドブック作成等が必要である。また、今後地
域で活動を展開していく上での成果を評価する指標
を可視化しなければならない。そのためには、指標の
洗い出しと、それを地域全体で共有する仕組みの確
立が必要である。

(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。)

二市一町(飯塚市、嘉麻市、桂川町)の自治体及
び各職能団体・関係機関の代表者(14 機関)による
“在宅医療・介護連携協議会”の開催 [全4回]

【目的】

- ・在宅医療連携拠点事業の活動推進
- ・多職種連携の推進
- ・地域の在宅医療・介護の課題解決・緩和



※写真1 在宅医療・介護連携協議会の様子

(3) 研修会の実施

1) 在宅医療・介護連携研修会の開催(全3回)

日付	テーマ	共催
10月19日	「在宅医療連携拠点事業について」 頼田病院 院長 本田 宜久 「多職種連携のあり方について 〔意見交換〕」 座長 永芳医院 院長 内野 利昭	飯塚市、嘉穂 ・鞍手保健福 祉環境事務所
11月15日	「末期がん患者の退院支援事例」 話題提供者 頼田病院 医師 大杉 泰弘 頼田病院 医師 吉田 伸 アップルハート飯塚訪問看護 訪問看護師 是松さくゑ アップルハート飯塚 介護支援専門員 松本 綾 座長 永芳医院 院長 内野 利昭	飯塚市、嘉穂 ・鞍手保健福 祉環境事務所
2月16日	「在宅医療連携拠点事業活動の 進捗報告」 話題提供者 頼田病院 院長 本田 宜久 「多職種による質問タイム～他 の職種が普段どんな仕事をして いるのか、在宅医療・介護の現場 での役割などを遠慮なく質問し ましょう～」 進行 永芳医院 院長 内野 利昭 「ワークショップー症例検討ー」 進行 頼田病院 医師 大杉 泰弘 ※敬称略	飯塚市、嘉麻 市、桂川町、 嘉穂・鞍手保 健福祉環境事 務所、社団法 人 飯塚医師 会、社団法人 飯塚歯科医師 会、社団法人 飯塚薬剤師 会、社団法人 福岡県作業療 法協会、嘉飯 地区訪問看護 ステーション 連絡協議会、 福岡県ソーシ ャルワーカー 協会

＜参加者数＞

職種	第1回	第2回	第3回
医師	3	6	17
歯科医師	1	3	2
薬剤師	11	14	21
看護師	16	24	24
介護支援専門員	42	55	35
M S W	6	11	8
O T、P T、S T	5	7	8
保健師	5	5	4
事務	5	13	19
歯科助手・介護士	1	1	3
合計	95	139	141



※写真2 第3回在宅医療・介護連携研修会の様子

2) その他共同による研修会の開催(全2回)

① 筑豊地域ケアネットワーク研究協議会

日時:平成25年1月12日 10:00～16:45

テーマ:「地域で支えあう為に私たちが出来ること～
 専門職同士の連携とネットワーク化につい
 て考えよう～」 I 「地域包括ケアのあり方
 ～多職種連携を中心に～」

主催:福岡県介護支援専門員協会 筑豊ブロック、
 筑豊地域ケアネットワーク協議会、頼田病
 院(在宅医療連携拠点事業所)

参加者:介護支援専門員 34名、ソーシャルワーカー
 11名、看護師6名、薬剤師2名、介護職
 3名、その他3名

② 筑豊地区MSW研究会(第40回)

日時:平成25年1月22日 19:00～21:00

テーマ:「在宅退院支援におけるMSWの役割に
 ついて」

主催:筑豊地区MSW研究会

協力:頼田病院(在宅医療連携拠点事業所)

参加者:30名

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

1) 自院の体制整備

自院の体制整備については、200名を超える訪問
 診療を“チーム”で行うために、宅直医師による「24時
 間バックアップ体制」を構築した。具体的には病院で
 の当直医とは別に緊急の往診のために医師一人が
 宅直医師としてオンコール体制をとり、いつでも連絡
 を取れる体制をしいた。しかしながら、全患者を把握
 する事は困難であることから主治医担当制とした。

緊急コールは、定期的に訪問診療を行っている主
 治医へ連絡する事とした。ただし、主治医による電話
 対応だけでは解決がつかず、往診の必要があるが主
 治医による往診対応が出来ない場合には、宅直医師
 に連絡して病状を説明後、宅直医師が往診に向かう
 体制とした。しかし、実際には宅直医師に往診を依頼
 するケースは稀であり、主治医による往診が多かった。
 実際に往診を必要とするケースは少なく、平成24年1
 月～平成24年12月末までの時間外往診件数は36
 件(総数314件)であった。在宅看取り件数は35件だ
 った。また、近隣の在宅療養支援診療所と強化型の

連携を行ったため、当院の宅直表を共有し、バックアップ体制の構築が出来た。

2) 地域かかりつけ医の在宅医療支援を行うためのバックアップ体制構築

地域かかりつけ医の在宅診療の負担軽減や新たな在宅診療医の増加を目的とした診療の24時間バックアップ体制を構築することを事業計画に盛り込んでいた。具体的には当院の医師が副主治医となり、主治医の休暇や学会出張等での不在時の訪問看護ステーション等からの連絡を受け、必要に応じて訪問看護への指示や往診を行う体制づくりを目指していた。今年度は上述の(1)のとおり自院の体制整備中心に行った。そして、在宅医療・介護連携研修会に参加した医師に対して、希望した医師に対してバックアップ体制を提供することについて広報を行った。また、近隣の在宅療養支援診療所1ヶ所から強化型連携の希望があり、連携を図っている。

バックアップ体制については、特にかかりつけ医との信頼関係がとても重要である。お互いの顔がみえないようだ、頼み手も頼みにくいのではないかと考える。今後は、郡市医師会の助言指導のもとにバックアップ体制の提供に努めていくこと、また日頃からの連携訪問等により、かかりつけ医との緊密な関係づくりを行い、バックアップ体制の普及啓発を行いたい。

(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

今年度は、主に地域包括支援センターとの顔の見える関係づくりのために、二市一町の地域包括支援センター及び居宅介護事業者連絡協議会へ積極的な参加や、事例検討会や意見交換会を行った。また、意見交換の中では実際に困っている事象への相談や、今後拠点事業所へ期待する役割を確認することができた。さらに、次年度から市町村が行う地域ケア会議との関係性についても協議し、在宅医療連携拠点事業所として地域ケア会議には積極的に協力していくことを確認した。

課題としては、今年度は期間も短いことから、地域包括支援センターが抱える困難事例への医療的助言や介入及び地域包括支援センター職員との同行訪問等のアウトリーチサービスの実施にまでは至らな

かった。アウトリーチサービスについては、特にかかりつけ医との連携が必須である。今後は、介護支援専門員の資格をもつ看護師と医療ソーシャルワーカーを中心とした在宅医療・介護連携支援室を設置したことから、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護事業所等との緊密な連携づくりの潤滑油的役割が求められると考える。

(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)

1) これまでの経緯

2010年よりNTTドコモ社と報告システムの開発を協議してきた。業務用システムを元に作業報告システムを検討したが、作業報告では双方向でのコミュニケーションを取るのに、電話やメールを利用する事になるため、現状に比べて効率が良くなることは無かった。その後、サイボウズ社の「サイボウズ Live」を患者個人を特的できない形で利用した。2011年にはドコモAndroidタブレットとGoogle App Engineを利用した、クラウド型地域情報連携を開発した。患者登録にGoogleIDが必要な事と一部機種しか対応できず、汎用的な対応が求められた。介護ノートのようなSNSを目標にスタートとしたが、カレンダー機能などのグループウェアとしての機能が必要となった。

以上の経緯から、継続してサイボウズ社の「サイボウズ Live」を利用した。しかし、個人情報保護の問題から患者個人名での情報共有を控えたため、患者数の増加に伴い情報の個人特定が難しくなるだろう事が予想された。そこで、2012年カナミック社のパッケージサービス「TRITRUS」のコミュニケーション部分を利用した地域情報連携を開始した。

2) 平成24年度の活動

今回カナミック社と契約し、平成24年11月より一部の薬局、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所と試行的に運用を開始した。利点として、懸念される個人情報の守秘について、同システム自体が厚労省の個人情報のガイドラインにのっとり作成されているため、信頼性が高かった。そのため患者情報を匿名化せずに一元化を図ることができたことが大きい。即ち、いつでもどこでも時と場所を選ばずに情報共有ができるよ

うになった。具体的には電話は相手の状況が分からず、電話をしてもよいか迷い重要な情報が共有されないリスクがある。FAX では各事業所に情報を送る事は出来るが事業所の各個人までには届かず、多施設でのコミュニケーションは難しい。情報の重要性に関わらず共有を一時に即時にできることで、訪問リハビリテーションスタッフや薬剤師等からの情報共有が増え、医師を含めた多職種にとって有用な情報が共有されやすくなった。

3) 今後の課題

操作性の向上である。現在はパソコン主体の動作環境が前提になっており、スマートフォンやタブレットといったモバイル環境での操作性は洗練されていない。特にスマートフォンでのカナミック社システムの利用は、どうしても文字が小さくなり、老眼等視力に問題が出てきた年代の医療スタッフにとって使いづらいものになっている。同様に、操作が苦手な人や操作説明書を読まなくても、システム画面を開けば誘導されるような簡易的な操作となるようにカスタマイズされる必要がある。また、システム利用者の水平展開を行うために、現在もNTTドコモも提携しアプリケーションを目指しているが、それらの開発やカスタマイズ、運用にかかる費用の捻出。さらには他の携帯電話業者との汎用性の実現が次年度の課題である。

(7) 地域住民への普及・啓発

1) 在宅医療・介護連携支援室の設置

平成25年2月1日より在宅医療・介護連携支援室を設置し、地域住民や在宅医療・介護従事者を対象とした相談支援業務を行っている。医師、看護師、ケアマネジャー等の在宅医療・介護従事者からの相談には設置以前より応じていたが、地域住民からの相談に関しては、広報した期間が短かったことや他にも相談窓口が点在することなどから、多くの相談は当院の受診希望に関するものである。今後はさらにかかりつけ医をはじめ地域包括支援センターや福祉機関等との緊密な連携づくりや、住民向けのセミナー等の草の根活動の展開が必要である。

2) 在宅医療・介護の普及啓発用リーフレットの作成及び配布

「① 在宅医療とは何か」「② 在宅医療連携拠点事

業の取り組み」「③ 在宅医療・介護に関する相談窓口の紹介」を記載したリーフレットを作成し、市町村窓口や社会福祉協議会、福祉センター、居宅介護支援事業所等へ配布。また、二市一町(飯塚市・嘉麻市・桂川町)の在宅医療・介護に関する相談窓口の連絡先一覧を作成し、研修会や飯塚市の地域包括ケアシステムについての住民向け講演会(約300名)等で、配布の協力をお願いした。

3) 地域住民向けの医療に関する講演会講師派遣

日付	テーマ	主催
10月21日	「スムーズに地域医療をうける」 派遣者：大杉泰弘(医師)	自治会
2月2日	「在宅医療とは ～自宅で楽しく過ごすために～」 派遣者：大杉泰弘(医師)	社会福祉協議会
2月27日	「在宅医療 ～治す医療と支える医療～」 派遣者：吉田 伸(医師)	地域ネットワーク

4) ホームページ製作

ホームページについては、「利用者がこのホームページを見たら、相談しやすいようになるコンテンツ」を目指し製作した。平成25年2月より公開中である。3月31日までの閲覧履歴のカウント数は1,421件であった。

ホームページの役割は、“在宅医療の普及啓発”だけでなく“在宅医療連携拠点事業活動の可視化”や“拠点事業所間のツールの共有”等も含まれている。また、新規に在宅医療・介護連携を目指す事業所への情報提供の場にならなければならないため、今後は随時コンテンツの内容を追加していきたい。

HPアドレス: zaitaku@kaita-hospital.jp

(8) 災害発生時の対応策

1) 災害時における在宅酸素患者が必要な患者の支援体制構築

運営準備ワーキンググループメンバーに加え、飯塚市の防災担当部署と市内をカバーしている在宅酸素・呼吸器を取り扱う業者8ヶ所(全9ヶ所)と協議を行った。現状市内の在宅酸素利用者は140人程度、人工呼吸器装着者は90名程度が見込まれることを共有した。具体的な取り組みとして、①市のワンストップ防災伝達システムによるメール配信への登録を参加事業者全てに登録してもらうこと、②地区の民生委員の連絡先を業者へリストを配布、③避難先公民館の電圧の

確認を実施することとし、今後も継続して会合を設ける予定である。

2)災害時に必要備品の貸し出し

災害時に必要なAEDや衛星電話等の備品購入と貸し出しの周知を在宅医療連携協議会にて行った。メンテナンスの関係から、医療機関である当院が保管することが決まった。

今後の課題として、人工呼吸器装着者の支援については、必要なバックアップ電源を約90名分カバーできるバッテリーを確保することは重要であるが、まずは人工呼吸器装着者の受入れ可能な医療機関と連携し、緊急時は受入れ体制を確保する仕組みも検討していく必要がある。

4. 特に独創的だと思う取り組み

(1)家庭修医療研修プログラムの提供

事業実施以前から家庭医療研修プログラムを提供しており、内容は在宅同行訪問(在宅診療同行含む)、在宅医療の立ち上げのノウハウ、医師チーム制や教育の在り方、多職種との連携および協力の必要性やディスカッション等研修希望者のニーズを確認しながら個々にプログラムを作成している。また、医師に限らずコメディカルも希望があれば研修の受入れは行っている。毎年、近隣の地域医療支援病院からの医学部卒後2~4年目の研修医師を受け入れており、今年度は17名が訪問診療に同行。実際に在宅医療の現場を知ることで“急性期病院”と“在宅医療”の違いを学ぶ機会を提供している。彼らの多くは救命センターでも勤務しており、在宅医療の実態を知る事が“地域医療”と“急性期医療”の相互理解に繋がったと思われる。他県からは、亀田総合病院(千葉県)、静岡家庭医療センター(静岡県)、日南中部病院(宮崎県)の医師の受入れを行った。また、コメディカルでは姫野病院(福岡県)のソーシャルワーカーを受入れた。

(2)薬局との連携—居宅療養管理指導の標準化—

本年度は、上述の会合の実施や実際に颯田病院の在宅療養患者の事例を通して、薬局の居宅療養管理指導の標準化に向けた取組みへ協力を行った。その結果、

1)居宅療養管理指導の共通フォーマットの導入

2)在宅訪問を実施する薬局が増えた

3)薬剤師会による最寄りの在宅可能薬局を紹介してもらうシステムの構築

4)麻薬をはじめとした共通薬剤の採用

5)情報共有システムを通じた情報共有の強化

これらに付随して地元薬剤師との顔の見える関係になることができた。また、社団法人飯塚薬剤師会会員の薬局においては、当院との連携開始後、

1)訪問件数 延べ 40件

2)残薬の発見件数 39件

3)残薬回収件数 37件

4)残薬の再利用件数 35件

5)服薬コンプライアンスを向上できた件数(残薬の減少件数)37件

6)1件あたりおよそ何%程度残薬を減らすことができたか 68.3%

以上のような成果があり在宅医療の質の向上に寄与することができた。今後の課題としては、麻薬注射剤の在庫、それにかかる特定医療材料の提供が挙げられる。

(3)レスパイト(ケア)サービスのニーズに関する検査の実施

レスパイト(ケア)サービスの提供施設と患者・家族との間の結び目役である訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所職員(事業所数93ヶ所)に対するレスパイト(ケア)サービスのニーズを把握することを目的としたアンケート調査を実施した。

【調査結果】

■ 調査期間:平成25年2月25日~3月8日

■ 調査対象:飯塚市、嘉麻市、桂川町の居宅介護支援事業所と訪問看護ステーション(93ヶ所)の職員

■ 調査概要

本調査では、訪問看護ステーション職員や居宅介護支援事業所の職員が、地域に医療機関でのレスパイト(ケア)サービスが必要であると感じている人が多いということが明らかになった。理由としては、医療的ケアを必要とする状態の方の介護では、家族の介護負担が増加するにもかかわらず、介護福祉施設での受け入れが困難であるといった意見が多かった。

現在のところレスパイト(ケア)サービスの多くの事例は、福祉施設でのショートステイ等の利用で対応されている。しかしながら、実際は介護福祉施設ごとに医療的ケアの対応にバラつきがあることや、また特に小児や神経難病、医療依存度の高い方などについては、医療スタッフが常駐されない介護福祉施設での受入れが困難であるため、紹介先の確保に困っていることがうかがえた。一方医療機関についても、ご家族の介護疲れや私的理理由等によるレスパイト(ケア)サービスの提供については、実施する上では様々な問題が挙げられる。当院でも、常に病床が満床の状況下でのレスパイト入院用の空床を確保することは容易ではない。また、本来は入院加療の必要がない者の受入れについての職員の共通理解、医療機関としての機能との矛盾を抱える等様々な問題があげられる。

今後は、利用者の多様な障害特性と及び医療的ニーズに十分な対応を行っていくためには、担い手の実態を明らかにし、その情報を地域全体で共有すること。また、その社会資源を利用者に適切に紹介される仕組みづくりが重要であり医療機関と介護福祉施設とのさらなる緊密な連携が不可欠であることがいえる。また、すでに小児分野や障がい当事者団体等も強く要望を行っているが、まさに診療・介護報酬の新設や人員配置等担い手の負担軽減策についても同時に策が講じられる必要があると考える。

最後に本調査は、介護者とレスパイト(ケア)サービスの担い手の結び役である訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所の職員を対象とした。今後は担い手となる関係機関への意識やサービス情報を含む現状把握調査を行い、頼み手と担い手の双方が共有できる仕組みづくりが課題である。

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

(1) 従事者の研修会への参加数の増加

研修会は回数を増すごとに参加者数が増加している〔95名→141名〕。特に医師の参加者数が3名から17名に増加し、研修会の活性化に繋がった。また、参加者同士グループワークで意見交換ができ、顔見知りになれたのが良かったという声が多かった。

(2) 地域の在宅医療・介護従事者の拠点事業活動の

周知及び期待度(アンケート調査)

第3回在宅医療連携研修会参加141名に研修会実施後にアンケート調査を行った。その結果、「在宅医療連携拠点事業についてご存知ですか」(n=105)の設問では、「はい」が90名(86%)と高く、「いいえ」は14名(13%)、無回答1名(1%)であった。「颯田病院が在宅医療連携拠点事業を採択したことをご存知ですか」(n=105)の設問では、90名が「はい」(86%)、「いいえ」は14名(13%)、無回答1名(1%)だった。「在宅医療連携拠点事業にどのような事を期待されますか」の設問(自由記述)では、例えば、「今後も研修会を開催してほしい」、「サポートネットワークを構築してほしい」など「教育」や「連携」に関する回答が多かった。

(3) 新聞やTVニュースの取材対応

①新聞：毎日新聞、西日本新聞、朝日新聞

②TVニュース：FBS放送 ふうおかNEWS
5チャンネル

(4) その他

①近隣市町村からも研修会受入れや実施の要望が届いている

②事業活動を通して「顔のみえる関係づくり」を達成した。また、自治体や関係機関団体との協働した取組みにより、医療と介護の連携が深まった。

6. 苦労した点、うまくいかなかった点

(1) 民間事業者による本事業活動の推進体制構

当事業所が推進体制を構築するまでには、「広く地域の関係機関の理解と協力を得ること」を目的とし、事業協力のお願いや説明訪問等の活動に半年近くの時間を費やした。民間事業所が事業を展開していく上で最も重要なことは“公平性・中立性の可視化”である。公平性・中立性を担保するためには、自治体や関係機関・団体へのきめ細かな“報告・連絡・相談”がとて重要になる。また、自治体や関係機関・団体からの監督機能を設ける事も非常に大切であり、こうした報・連・相体制や監督機能を具体化するためにも、本年度は運営準備ワーキンググループや在宅医療・介護連携協議会を設置し、拠点事業所が事務局としての位置づけで活動に努めた。自治体や関係機関・団体の協力により、体制が整ってからの事

業活動はスムーズに行われるようになった。

今後の課題は、拠点事業所が民間事業者の場合に、活動推進体制の事務局を担うことは限界がある。自治体の委託を受ける形態をとる、もしくは「在宅医療・介護連携協議会」を活動地域の市町村の制度政策に反映する会議へ位置づけするなどし、公的機能をもった会議として運用することが今後の地域全体の活動への発展に繋がると考える。

(2) 本事業の対象エリアの問題

本事業は7～10万人市町村を対象だったことから、今年度は飯塚市を中心に取組む計画であった。しかし、職能団体や地域の保健所が対象とするエリアが広域であることから、飯塚市以外の周辺地域(嘉麻市、桂川町)まで対象エリアを拡大し、各事業別に対象地域を判断する事で柔軟に対応した。今後は活動で培ったノウハウを活かし、飯塚市から嘉麻市、桂川町へ水平展開されていく仕掛けを行っていく必要がある。

(3) 成果を評価するための指標づくり

“医療・介護資源マップ”を作成する事で「市内の医療・介護資源の状況」や「人口動態」「要介護者」等の数値を可視化し現状把握を行った。しかしながら、推進体制の整備に時間を要したため、実際に地域で在宅医療を受けている患者数や在宅医療を受けている患者の緊急入院や救急搬送数等の「活動の評価」となる客観的指標の整理にまで至らなかった。

今後は、近隣医療機関の協力を得ながら、地域全体に必要なデータの蓄積が行える仕組みを検討し「活動の成果を評価できる仕組み」を構築したい。

(4) 継続が必須な事業に対する運用の責任及び資金の確保

IT情報共有システムの運用や災害発生時に使用する備品の管理、メンテナンス等にはランニングコストが掛かかっており、今後事業を継続していくためには、実施責任の所在が不明瞭であることと、運用資金の問題があげられる。これらの事業に関しては、今後地域への水平展開が期待されているだけに、自治体とは協議を行っていく。

(5) 専従の在宅医療・介護連携推進員(仮称)の配置

地域には在宅医療・介護に関係する機関が各地に点在している。また、医療と介護の連携とはいうものの、

事業活動を通して感じたことは、根本的に法律・制度が違う等の理由により、具体的な連携の取りづらさがあることは再認識できた。これらのことから、面展開を行っていくためには、「医療」と「介護」の共通理解を持ち、IPWのスキルを備えた専従の人材が必要である。こうした人材を地域に配置することにより、地域固有の様々な事情を踏まえながら、自治体や関係機関・団体間での調整や、地域の関係機関同士の結び目役割の機能の担い手として活躍する在宅医療・介護連携推進員(仮)の存在が必要と考える。

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

今回の「在宅医療連携拠点事業」の申請の公募期間が短かったことから、事前に地域の自治体や関係機関・団体への協力依頼が困難だった為、結果的に周囲の関係者に迷惑をかけしまった。固有の地域事情を抱える中において、本事業の活動が地域に浸透し、地域が動いていくためには、特に自治体と都市医師会等との連携は不可欠である。

もし、民間事業所が申請を検討される場合には、ぜひとも事前協議・説明には多くの時間を費やし、各ステークホルダーからご理解とご協力を得るとともに、活動推進のためのコアメンバーによる運営準備会合を設置できるように調整することが重要である。

8. 最後に

この1年間本事業活動に取り組んだ過程において、自治体や様々な多職種の方々と交流する機会が増えたことにより、地域の「顔のみえる関係づくり」は達成でき、地域では“在宅医療・介護の風”が追い風として流れ、地域の関係者のネットワークも活性化されたと感じている。また、在宅医療・介護連携協議会の開催を通して、様々な地域の問題や課題を発見することができ、何より各関係機関のベクトルが一致した事は大きな成果だと考える。

本事業は単年度事業であるが、終了したからと言って終わりという訳ではない。あくまで、本事業は従来から地域で取り組まれてきたことの延長線にあるものである。これらを達成するためにも、次年度は予算の有無にかかわらず事業は継続し、これまで以上に邁進していく覚悟である。