

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：佐賀県

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

佐賀県は、人口約85万人の小さい県であるが、全国よりいち早く高齢化(高齢化率約25%)が進んでおり、一刻も早い「地域包括ケア」体制の整備が急がれている。

しかし、現状は「医療」と「介護」の緊密な連携が取れているとは言えない状況にある。

そのことが、人口10万対の在宅療養支援診療所・病院数が全国平均を上回っているにも関わらず、「在宅死」が全国一低いことにも表れている。

実際に、(介護や障害福祉を含む)在宅医療の有機的な連携は、一部の地域に留まっており、全県的な取り組みは、遅れていた。

そこで、今年度の医療計画で「在宅医療」の項目が追加されたことを機に、二次医療圏毎の在宅医療の推進体制を構築することを目指して、今回の拠点事業に取り組んだ。

主な事業としては

- ①佐賀県在宅医療連携拠点事業連絡会議の開催
- ②地域(二次医療圏単位)でのネットワーク会議の開催
- ③医療・福祉関係者へのアンケート調査による実態把握
- ④資源データマップ作成(地域在宅医療支援情報マップ)

を行った。(PP資料 スライド1)

2 拠点事業の立ち上げについて

拠点事業に取り組むにあたって、在宅医療のネットワークづくりが、一部の法人単位では面として拡げるには限界があるため、当初から県と県医師会が協働して取り組む体制を取った。

(「在宅医療」や「地域包括ケア」を推進していくにあ

たって、行政がある程度主体性を持って、医師会の協力を得ながら進めていくことは不可欠と考える。)

実際に、今回の事業推進において、県医師会担当理事2名、保健福祉事務所代表1名、県担当職員2名の計5名でワーキンググループを結成し、多職種リーダー研修会等を含めて、事業の企画を一緒に行ったことが効果的であった。

また、医師会内部でも、5つの保健福祉事務所単位での活動が円滑になるように、郡市医師会への働きかけ(H24.8.7 郡市医師会地域医療・地域福祉担当理事連絡協議会)が行われていた。

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

○県全体における医療・福祉資源の情報把握については、まず県の各課が所有する資源情報をマッピングしたところ、県の主要となる市や幹線道路沿いに多く配置されており、地域によって偏在化がみられた。(PP資料 スライド2～8)

○各地域での資源情報においては、連携のための相談窓口や対応時間、在宅医療の取組状況等の把握を行うことを目的に各保健福祉事務所が在宅医療実施機関に対し調査を行った。調査依頼の文書には調査結果は冊子となり公表されることを明示した上で協力を依頼した。

更に地域のデータマップ作成時に「データマップ作成検討委員会」を開催した保健福祉事務所もあり、市町単位や中学校区単位で作成する等の独自性もみられ、地域の特性を活かしたデータマップを作り上げることができた。

○データマップ配布においては、介護関係者側からの要望が高く、医療機関のみならず市町・地域包括支援センターや介護施設へも配布し、医療機関との連携や住民等の相談対応時に活用してもらうこと

とした。

(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。)

○この事業を推進するためには、まず関係者の理解が必要であったため、事前に関係者や団体への事業説明等を行った。

会議については、主に県の全体会議と保健福祉事務所の地域ネットワーク会議を行った。

①事業説明と協議検討

- 6月(県主催) 保健福祉事務所担当者会議
- 7月(県医師会主催) 郡市医師会地域医療・地域福祉担当理事連絡協議会
- 9月(県主催) 保健福祉事務所担当者会議
- 1月(県主催) 保健福祉事務所担当者会議

②県全体会議(県主催) 2回開催

- 10月 佐賀県在宅医療連携拠点事業連絡会議
- 12月 佐賀県在宅医療連携拠点事業連絡会議

③地域在宅医療支援ネットワーク会議

(各地区保健福祉事務所主催)

会議等	内 容
ネットワーク会議 全 12回	各地区 2~4回開催 ・事業の説明 ・調査・マップ作成の検討 ・課題に関する意見交換等
その他活動	事例検討会、研修会、 ケア会議参加等

在宅医療は医師のみで実施できるものではなく、訪問看護ステーション、歯科医師、薬剤師、介護関連事業者等多職種の連携により可能となることをそれぞれが認識し、在宅医療を今後推進するためには「顔の見える関係づくり」を心がけることが重要であることが再認識された。

今回の会議終了後もメンバー間で資料や情報の交換等が行われており、ネットワーク会議に参加することそのものが今後の関係づくりに効果的であると思われる。

(3) 研修の実施

○ 県では、以前から県医師会に委託をして実施している「在宅医療の推進のための従事者研修事業」と「平成24年度多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」を今回の「在宅医療連携拠点事業」と連動させて行った。

①H25.1「在宅医療の推進のための従事者研修」 (県単独事業:県医師会へ委託)

講演 「在宅医療への期待」

「在宅医療連携の実際」

医師27名、その他 127名 計 154名

②H25.2「地域リーダー養成研修」

(平成24年度多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業: 国の委託事業 県で実施)

<各団体に地区ごとの受講者推薦を依頼>

- ・郡市医師会(医師) 18名
 - ・郡市歯科医師会(歯科医) 8名
 - ・薬剤師会(薬剤師) 6名
 - ・訪問看護ステーション(看護師) 8名
 - ・市町担当課(市町数 20) 17名
 - ・保健福祉事務所(5地区) 5名
- 計 70名

1月開催の医師を主体とした研修会には、コメディカルの参加も見られ、在宅医療推進への関心度の高まり、盛り上がりを確認することができた。

その翌月に実施した「地域リーダー研修会」では、参加者の動機度合は様々であったが、アンケート結果では全体的に好評であった。

<アンケート結果> 回答者66名

- ①非常に満足 6名 ②満足 44名
- ③ふつう 13名 ④不満足 3名
- ⑤非常に不満足 0名

※不満足の理由

初期のイントロ的説明、方向性がよくわからない、研修の拘束時間が長い

<効果>

①在宅医療推進の必要性の理解と共通認識

当初は、研修受講者の在宅医療に関する認識度に大きな格差があった。

しかし、終了後のアンケートでは、各職種とも満足と回答されており、今後在宅医療を推進していく必要性について理解いただき、その方向性について共通認識を持つことができたと思われる。

②グループワーク(地区毎の班編成)による顔のみえる関係づくり

研修の中ではグループワークが最も好評であった。日頃、同じ地域にいながら医師とゆっくり話す機会のない他職種にとっては、今回の研修は貴重な機会であり、医師にとっても他機関の活動の理解につながったと思われる。研修終了後も相互間で名刺交換や相談等が行われており、まさに「顔のみえる関係づくり」の第一歩を感じることができた研修となった。

③郡市医師会の在宅医療推進への動機づけ

在宅医療に関しては、医師間でも関心度や認識度は異なり、郡市医師会でも在宅医療に対する体制等は様々である。

しかし、今後市町と連携し、地域の医療機関や関係団体への在宅医療推進の働きかけや調整に役割を期待される郡市医師会の代表として参加された受講者にとって、今回の研修は動機づけの大きな機会になったと思われる。

③市町担当窓口の足掛かり

研修に先立ち実施したアンケート調査では、「調査に回答する窓口自体がない」との事で回答率が75%と低かった。

また、リーダー研修会の申し込みにおいても同様で、受講者の推薦に消極的な自治体もあり、再三の催促により受講者の推薦をいただいた。参加にあたっては、今後の担当窓口が不明なため、複数の担当課で参加された自治体がある一方、「参加者なし」と回答した自治体が県内の1/4あった。

しかし、受講者の研修終了後のアンケートでは多くの受講者が「満足した」と回答しており、何よりも医師とのグループワークに対する評価が高かった。

今後、郡市医師会とともに中心的な役割を担うことを期待されている市町においては、専門職も少なく限られた人員の中で、在宅医療を推進するには多くの課題を抱えていると思われるが、今回の研修

が今後の連携への足掛かりになると思われる。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

県内の在宅医療・介護提供体制について、まず現状と課題の把握のために医療機関に対するアンケート調査を実施した。(別添資料)

◆調査実施状況

- H24.10.4 第1回県の連絡会議にて調査内容の検討及び協力依頼
 - H24.10.12 アンケート発送
 - H24.11 集計・分析
 - H24.12.26 第2回県の連絡会議で結果概要報告
- ＜調査対象と回収率＞

施設区分	発送数	回答数	回収率
①病院	108	83	76.9%
診療所	597	427	61.7%
②歯科診療所	423	310	72.8%
③訪問看護ST	43	39	90.7%
④市町村	20	15	75.0%
合計	1,286	872	67.8%

このアンケート結果をもとに会議において24時間365日在宅医療・介護提供体制に関しての検討協議を行った。

- 医療機関の訪問診療において、「24時間体制で対応している」と回答した機関は、県内で在宅医療を実施している256施設中95施設で1/3程度であった。
- 在宅医療を実施している医療機関において在宅療養支援診療所の届出がなされていない理由として「24時間体制が確保できない」「人材や人員不足」「緊急入院を受け入れてくれる後方支援病院がない」等が挙げられている、
- 単独医療機関だけでは24時間対応は負担が大きすぎる。今後24時間体制を確保して在宅医療を推進するには、後方支援病院の確保も含めて診療所と診療所の連携、病院と診療所の連携は必須である。
- 訪問看護ステーションでは24時間連絡体制加算

届出を行っているステーションは31施設あり、届出を行っていない理由としては「スタッフ不足」や「患者のニーズ不足」が挙げられていた。

また、定期夜間や緊急時の訪問体制はオンコール体制がほとんどで、当直性は1施設のみであった。

・訪問看護ステーションについては、単独業務による責任の重圧感や高度化された専門技術の対応等の負担感から、長続きせず離職する者も多いという。訪問看護職員が不足している問題においては、雇用における人材確保や研修のみでなく、現在就労中の看護職員の質の確保と離職防止の観点からも研修事業の強化支援が必要である。

(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

今回は直接的な在宅医療の実施機関ではない保健福祉事務所を実施拠点としたため、訪問支援や関係機関への助言等は困難であったが、ケアマネジャーの視点を活かした地域包括支援センターの訪問調査により在宅療養者の現状と課題を把握することができた。

地域包括支援センターは「地域包括ケアシステム」の構築に向けて中心的役割を果たすことが期待されているが、指定介護予防事業(予防給付マネジメント)が主であり、医療分野の関わりも薄い。

連携については、主治医など医療機関との連携不足感、介護保険に対する理解への不足感を持っている。医療・介護・福祉の各分野の個別連携が取れているが、多職種を連携するコーディネーター不在で統合性がない。

介護分野は医療機関、特に医師と連携を取るには敷居の高さを感じており、ソーシャルワーカーや看護師が医師との橋渡しとして機能しているところもある。今後ケアマネジャーと医師との連携のとり方が連携の第1歩になるのかもしれない。拠点においては、医療と介護を包括した相互支援機能をもつ場が必要だと思われる。

(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)

情報共有の必要性については広く認識されているが、脳卒中連携パスや介護保険事業で用いる連絡票等の情報交換にとどまった。また、個人情報保護の問題やICT導入による際の情報セキュリティの問題も懸念され、今回は具体的な活動には至らなかった。

(7) 地域住民への普及・啓発

県民の意識調査と普及啓発の目的から、いくつかの研修等の機会を捉え「在宅医療」についてのアンケート調査を行った。計 235名

・H24.11 排泄ケアネットセミナー	89名
主に介護職を対象	
・H24.11 性の健康フェスタ	82名
主に中・高生と教育者他	
・H24.12 看護学校講義	20名
保健学科学生	
・H25.1 地域保健従事者研修会	44名
市町・保健所の職員	

年代別にみるといずれの年代でも在宅医療への関心や認知度はあるが、「在宅療養支援診療所」に関する認知度は「訪問看護サービス」より低い。長期療養が必要になった際の在宅療養の希望については、「在宅療養を希望するが実現は難しい」と考えている者が6割で、その理由として「家族に負担をかけるから」というものが圧倒的に多い。在宅医療に関する情報源としては、①テレビ②インターネット③専門雑誌が多く、今後の効果的な普及方法としては、①テレビ②新聞③講演会の順であった。

また、実態調査の意見の中に行政において在宅医療の普及啓発のためのリーフレットを作成してほしいとの要望があった。他県の状況等、インターネットでの検索を行ったが、特定の医療機関等のPRも含めた独自作成のリーフレットは多々みかけられたが、行政で作成したものは、まだ少ない状況にあった。当県でも行政でのリーフレット等の作成の必要性を感じながらも全県下での在宅医療の連携体

制や相談体制が不十分であったため、今後の課題とした。

一方、県内の地域ネットワークグループにおいても独自で住民に対する講演会やガイドブック作成等の普及啓発活動が熱心に行われている実情がある。行政としては地域のグループ活動の支援も併せて行う必要性を感じた。

4 特に独創的だと思う取り組み

今回の事業における本県の特徴は、

- ① 県が直接実施し、広域的に実施
- ② 保健福祉事務所を活動拠点
- ③ 県医師会との協働で事業を展開

の3点であり、それぞれの機関において国が期待する役割を果たすことができた。

①他県とは異なり県自体が事業主体となったが、事業展開において在宅医療に直接携わっていない行政での取り組みは課題も多かった。

まず、関係機関の協力支援を求めることから始まり、在宅医療の現状と課題の把握を行った。そして市町や関係団体等の意見を踏まえて、医療計画に直接的に反映させることができ施策につなげることが可能となった。国が示す在宅医療・介護連携における県の役割を推進することができた。

②保健福祉事務所は、もとより医療職等の専門職種が多く配置され、地域診断等の役割をもち管内の市町や連携機関の協力体制が得やすい状況にある。

当初は、人員不足等の課題を抱え、医療と介護における直接的な事業の実施がないためとまどいがみられたが、データマップ作成等により、地域の医療資源の可視化や地域資源点在化の確認、窓口担当の確認等、保健福祉事務所に期待される役割を果たすことができた。

③「在宅医療」の推進にあたって、行政のリードと医師会をはじめ関係団体の協力は不可欠と考える。

特に、県医師会とは事業開始当初から緊密に連携を取り合い、県の担当と担当理事レベルでワーキンググループを結成して、事業の企画や郡市医師会への働きかけ、多職種リーダー研修会の開催を一緒に行った。

県医師会においても国が期待する都道府県医師会としての役割を果たすことができた。

今回の事業で利害関係がない行政(県)が、県医師会と協働して、中立公正な立場で連携拠点となることで、関係機関の参加協力が得やすく、県全体に一気に面として広げることができた。

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

連携において最も効果があったと思われる取り組みは、①地域におけるネットワーク会議 ②地域リーダー研修 ③データマップ作成であった。

医療分野の特に医師に対して敷居が高いと感じている連携では、お互いに顔の見える関係づくりがベースとなる。また、在宅医療の中心となる医師に多機関多職種の活動を理解してもらうためには、関係職種が一同に介し同じ土俵で議論できる①地域ネットワーク会議や②地域リーダー研修会が有効的で、お互いに身近に感じることができるようである。

また、③データマップ作成については、関係機関が地域における各機関の情報を共有することが可能となり、更に各担当窓口の記載は医療と介護連携のためにひとつのツールとなったと思われる。

今後の活動においても、①②の継続と③については定期的な情報更新が必要とされる。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

連携拠点事業を展開していく上で、様々な課題があった。

①拠点のイメージがつきにくく、着地点が共有できなかった。

全国のリーダー研修で紹介があった柏市は人口30万人程度の中核市レベルであり、当県のような人口密度の低い田舎型モデルとして明確なイメージが共有できなかった。拠点としての条件や継続運営のための財源等、不透明な部分が多すぎてイメージの共有と着地点が見えず手探りのまま取組んだ。

②拠点におけるケアマネージャーとソーシャルワーカーの人材確保が困難

県にケアマネージャーの資格を持つ保健師はいたが現場の経験はなかった。また、各保健福祉事務所においてケアマネージャーの雇用を予定したが、該当者の確保がなかなかできず事業展開が遅れた。

県内全域においてもケアマネージャーの人材不足の状況があり、資格者としての登録がなされていても実際に活動されている人は少ないという状況にあるようである。

③医療関係者における在宅医療に関する知識や理解度の開きがある。

在宅医療に関心が高く、熱心な活動を展開されている医療機関等がある一方、日常の外来診療に追われ在宅医療まで取組むことは困難とする医療機関もあり、温度差が大きい。

また、在宅医療に関心を持っていても医療制度と介護制度が複雑なため、取組み方法や相談先がわからないという声もあり制度の複雑さが弊害となっていた。

④縦割り行政の「かべ」

制度そのものが縦割りであり、行政分野でも関係部署が多く横の連携が取りづらい状況にある。このため、在宅医療全般に係る情報の共有や組織としての取組姿勢に大きな差が生じ、関係団体からの問い合わせ等にも、複数の担当課でそれぞれ対応するしかない状況が続いている。

医療・介護全般を網羅できる組織的な横軸が必要である。

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

○今回の事業にあたっては、今後、県全体として推進することを見据えて県や保健福祉事務所の行政が拠点となったが、関係機関との連携の推進・調整役としては効果的だったものの、医療と介護の連携における課題への具体的な取組みまでには至らなかった。

行政機関を在宅医療連携の拠点と位置付けるこ

とには限界があるため、今後の拠点候補としては、実際に在宅医療や介護分野でサービス提供している機関やそれに関与している機関が最適であると思われる。

行政機関は公立・公平性の観点では望ましいが、あくまでも調整役や支援の役割を果たす機関であると実感した。

○在宅医療の推進において「点のネットワークを面に広げる」ためには、公立・公正性が必要であり、市町村等の行政や医師会の協力支援が前提となる。

関係機関の協力体制の動機付けを行う際は、機関の代表者を対象とした地域リーダー養成研修のような事業説明とグループワークをセットにしたほうがより効果的である。

○在宅医療の中心となるのは医師であるが連携の中心となるのは、医療と介護保険制度を熟知したケアマネージャーやソーシャルワーカー等だと思われる。

今後、連携の中核となる人材が大きな鍵となるため研修等により資質の向上につとめる必要がある。併せて他の職種との協力体制をとりながら支援していくことが必要である。

○住民の在宅医療に対する考え方には、これまでの少子高齢化や核家族などの社会環境の変化や介護保険制度の流れから、家族負担が敬遠される傾向にあった。当県においても自宅での死亡率が全国最下位で、身近に死を感じる機会が少なくなっている中、「在宅で看取る」ということは本人・家族ともに大きな意識の転換が必要とされ、長期的な取組みが必要と思われる。

8 最後に

当初、在宅医療という担当窓口もない状況で今回の事業に取り組んだところであるが、今回の展開で大きな課題のひとつであった行政における横軸の連携については、今後県において関係部署の協議の場を設けることとなり、県においても一歩ずつ進んできている。

また、次年度以降は今回のモデル事業を踏まえて、

市町と郡市医師会単位での「連携拠点事業」に取り組んでいただきたいと思います。

しかし、実際には市町によっては「在宅医療」の担当窓口も決まっておらず(介護保険の担当窓口はあるが)、先の道のりは長いと考えられる。

まずは、県民も含めて、県全体で「在宅医療」を推進していく推進体制を構築し、住民向けの研修会を通して意識づけを図っていきたい。

特に、県民自身が自分の人生の終え方について真剣に考えてもらう「終活」運動を進めていくことも必要かと考える。

最後に、多忙な中、本事業に積極的に関わって頂いた県医師会に対し、心から謝意を申し上げたい。