第 55 回日本老年医学会学術集会記録

〈パネルディスカッション 2：地域における在宅医療連携拠点活動の実例—全国から選出された 11 拠点事業所からの報告—〉

9. 在宅医療は地域づくり!! 土佐清水市における在宅医療連携拠点事業 ～過疎地域モデルを目指した取り組み

中野 知美

要 約 目的：人口減少と高齢化の著しい土佐清水市において、急性期医療の有効かつ円滑な運営と存続のためには、在宅医療を定着させる必要がある。**方法：**平成 24 年度在宅医療連携拠点事業を通じ、市内全医療、介護関係機関に呼びかけ① 24 時間在宅医療体制の構築②情報共有・連携体制の構築③人材育成④普及啓発活動に取り組んだ。**結果：**①病床（ショートステイを含む）を有する市内医療介護機関の空床情報共有を開始② iPad による医療介護の情報共有システムを開発、包括支援センターとの定例カンファレンスを開始③多職種による合同介護研修会を行い、介護の e ラーニングを作成、Web 上での無料配信を開始④一般住民向け在宅医療啓発プログラムを作成公開、高齢者に必要な情報を一元化した資源 MAP を作成配布、在宅医療推進のための公開講座を開催した。**結論：**一堂に会することで、行政、医療、介護、福祉の「顔の見える関係」の構築ができ、連携が深まった。在宅医療推進活動は、地域一丸となつての「地域づくり」である。

Key words：在宅医療、超高齢社会、地域医療

（日老医誌 2014；51：243-246）

はじめに（事業を受けた背景）

高知県土佐清水市は、四国の西南端に位置し、「東京から最も遠い場所」と言われている。高速道路や鉄道はなく、車で高知市内まで 2 時間半、高知空港までは、3 時間半要し交通の便が悪い。

一次産業の衰退に伴い過疎化が進み、昭和 30 年代には 3 万人いた人口は、現在では 1 万 5 千人と減少、高齢化率は、今年 40% を超えた。

市内に公的医療機関のない土佐清水市では、隣接する市外に患者は流れ、市内の医療機関の機能は低下していた。地域の基幹病院である県立病院まで、車で 1 時間という立地と、隣接する四万十市の自治体立病院が救急指定を取り下げ、県立病院への患者集中がみられており、土佐清水市において出来る限り市内完結の医療体制が必要で、そのための急性期医療体制の整備が望まれていた。

同時に、受け皿としての急性期病床に限界がある土佐清水市では、在宅における介護予防や疾病予防などの保健、日常生活援助としての介護、生活基盤である福祉の整備が必要であり、地域の多職種との連携、そして、急性期以外の療養場所の確保としての在宅医療の推進が望まれた。

方 法

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業が採択され、まず、市担当課、社会福祉協議会、包括支援センターに挨拶に周り、市内の各医療機関（診療所 1、保険外病院 1 を除く）、介護施設、事業所を訪問し、事業趣旨の説明と、地域の課題や各機関が抱えている問題などの聞き取りを行った。その後迎えた第 1 回合同会議では、市内、医療機関、歯科診療所、調剤薬局、介護施設・事業所、保健所、市担当課、社会福祉協議会、包括支援センターなど関係者約 80 名が一堂に会した。継続的な活動を担保するために、当院院長を会長とし「土佐清水在宅医療多職種連携協議会」を設立した。協議会活動を具体的に行うための部会を設立した。

24 時間在宅医療体制の構築部会（以下、医療部会）は、在宅医療を含む医療体制の整備を目的とし、在宅医を部

Home care medicine with interdisciplinary approach at the local community—Challenge to create the model for co-operation between medical and long-term care at under-populated area in Tosashimizu City—

Tomomi Nakano：医療法人聖真会渭南病院在宅医療連携室

会長として、医療機関の医師、事務長などで構成した。

情報共有・連携体制構築部会（以下、連携部会）は、医療介護（在宅）での情報共有と円滑な連携を目的とし、包括支援センター長を部会長として、主に退院支援に関わる医療関係者（医師、看護師、相談員、理学・作業療法士）、居宅介護支援事業所ケアマネジャー、施設担当者（ケアマネジャー、相談員）などで構成した。

人材育成・普及啓発部会（以下、人材育成部会）は、在宅の受け皿の整備として、介護力の底上げを目的とし、社会福祉協議会事務局長を部会長として、医療機関に所属する専門職と在宅医療に携わる多職種（ケアマネジャー、ホームヘルパー、訪問リハビリ、通所系事業所スタッフ、在宅訪問を検討している歯科、薬剤師など）で構成した。それぞれ年間4回の部会を開催した。

結 果

医療部会では、在宅患者の緊急時の病床確保と市内の病床連携を促進する目的で、空床情報交換を開始した。その結果、今まで当院に集中していた市内の診療所医師からの紹介入院は分散がみられた。また、後方連携は進んでいなかったが、当院で長期療養を必要とする医療病棟入院患者数人を市内の療養病院へ紹介入院することが出来た。

情報共有部会として、これまでに土佐清水市では、医師を含んだカンファレンスがほとんど行われていなかったことから、包括支援センターからの要請で、拠点が調整し、主治医を含む包括支援センターとの定例カンファ

レンスを実施した。拠点が、医師のスケジュールを確認し、開催日を決定したところ、市内で、在宅医療に関わる医師6名のうち、4名の医師の協力が得られた。医師の参加に止まらず、市担当課、地区担当保健師が毎回同席し、事例に応じて、福祉事務所の参加も得られた。担当医を先に調整し、それに合わせた事例の募集を行ったのだが、対象事例がケアマネジャーや包括支援センターから挙がってくることはなかった。その後、主治医を問わず募集したが、やはり事例は挙がって来なかった。一方で、繰り返し入院やサポート体制が整わず市外への社会的入院を余儀なくされている事例に対し、担当ケアマネジャーへ定例カンファレンスでの協議を提案した。カンファレンスを施行し、危機を乗り切れた事例もある一方で、カンファレンスの参加に消極的なケアマネジャーもみられた。日頃の医師との関係性と、在宅側に医療との連携の必要性の認識が少ないと言える。敷居が高いと思われたカンファレンスへの医師や行政の参加については、積極的な協力が得られることがわかり、むしろ在宅側が、利用者のよりよい生活のために、医療との連携の必要性を認識し、カンファレンスを活用し問題解決を図るという意識をいかに持てるかが課題であると言える（表1）。

人材育成部会としては、各専門職とヘルパーが合同でグループワークを重ね、合同介護研修会を企画・実施した（表2）。グループワークでは、介護士への教育効果と医療機関専門職の在宅への関心が喚起され、多職種間での「顔の見える関係」が構築された。合同研修会では、市内全介護事業所から参加が得られ、事業所を超えた「顔の見える関係」構築の場となった。教育体制が不十分で、閉鎖的な在宅介護の現場で働くヘルパーにとって、専門的な知識が得られ、土佐清水市全体の介護力の底上げに役立ち（表3）、かつ交流の場となり、モチベーションのアップにつながったという調査結果が得られた。研修会内容は、eラーニング教材用に編集し、「手づくり介護教室」としてWeb上で無料配信し、市内事業所へ活用を呼びかけている。今後も、内容を追加し、市内共通の介護教材を目指している。

表1 包括定例カンファレンス

開催日 平成24年度	事例数	参加者数	参加医師数
8月30日	2	12名	1名
10月22日	3	20名	1名
11月21日	2	15名	1名
12月7日	1	9名	1名
2月8日（勉強会）	1	29名	1名
計5回	9	85名	5名

表2 合同介護研修会

テーマ	メンバー
①脳卒中後の在宅療養	医師（脳神経外科）、薬剤師 訪問リハビリ、介護事業所ヘルパー
②愛のある介護	医師、社会福祉士、グループホームケアマネ、施設介護士、介護事業所管理者
③口腔ケア	歯科医師、歯科衛生士、デイクアスタッフ、デイサービススタッフ、介護事業所ヘルパー
④廃用症候群の予防	理学療法士、病棟看護師、デイクアスタッフ、介護事業所スタッフ

地域との連携として、市民公開講座では、「高めよう地域の力!」と題し、地域全体で高齢者を支える地域づくりを訴えた。講演前には、民生委員児童委員協議会会長と合同区長会会長に面会し、事業の趣旨を伝え、案内状を市内すべての民生委員、区長（120名ほど）宛てに送付した。講演会では、民生委員、区長の各代表が、医療・介護と地域との連携の必要性を述べ、「こうち支え合いプロジェクト」など、地域活動を協働して行う提案がなされた。以後、民生委員や区長の会合に参加し、資源MAPの配布や、講演会の案内など事業のことを知ってもらうための活動を続けている。

合同会議、各部会、包括カンファレンス、合同介護研修会など定期的に関係者が集まる仕組みは、医療機関同士の話し合い、介護施設や介護事業所と医師との意見交換、あるいは行政と医療機関や介護関係機関との情報のやり取りを可能にした（表4）。

考 察

衰退する医療体制の中で、医療機関は地域のニーズに応えるより現状維持に留まりがちである。患者を確保し

ようと抱え込みが生じ、病床は地域に開かれたものとなっていない。膝を交えて話す機会を得、地域の課題、医療に求められていることを改めて共有することで、変化が現れた。有床診療所が、訪問診療や入院の受け入れを積極的に行うようになり、地域全体の訪問診療件数の増加が見られた（表5）。外来患者の減少がみられていた病院は、相談員が在宅への訪問を始めた。今後は、医療資源調査の結果を客観的データとして、市内に不足している機能を再確認し、連携による補完体制の構築を目指している。限られた医療資源の中では、協働することで初めて住民に満足したサービスを提供することが可能になることを共有した時、地域再建のための医療連携という協力体制へと変わり得ると考える。

一方、介護施設は、医療を必要とする高齢者を抱えており、医療との連携を求めているが、遠慮があり積極的な関わりには至らない現状がある。医療側からの連携アプローチには好意的で、グループホームでの看取りに対する相談など、積極的な連携につながっている。また、介護事業所が集まることは、閉鎖的な在宅の現場で生じる解決困難な問題を、他の事業者や多職種と共有できる

表3 合同介護研修会アンケート

合同介護研修会は、介護力の底上げに役立つか？

表5 訪問診療件数の変化

表4 各部会活動内容と得られた成果

部会	活動内容	得られた効果
24時間在宅医療体制の構築部会	ショートステイ・病床の空床情報交換	・医療機関同士の連携の糸口 ・病床連携 後方連携 満床の際の他院の紹介
情報共有・連携体制構築部会	医師を含む包括カンファレンス (1回/月、5回)	・医療、介護、行政のネットワーク構築
人材育成部会	・多職種による合同介護研修会 ・eラーニング教材	・多職種ネットワークの構築 ・介護職への教育効果
普及啓発	・資源MAP、在宅医療普及プログラム ・市民公開講座	・民生委員、自治会、教育委員会とのつながり ・介護に対する意識の変化、在宅医療への関心

だけでなく、表面化することで地域の課題として提示でき、問題解決につなげることが可能となる。

行政の立場からは、公立病院を持たない土佐清水市において、医療機関との協力体制は大きな課題でもあった。

多職種が集まり、課題を共有することは「医療・介護・福祉・地域のネットワークの強化」と「関係者の意識の変化」をもたらしたと言える。

文 献

- 1) 土佐清水市：土佐清水市高齢者福祉計画，介護保険事業計画（平成 24～26 年度）。
 - 2) 高知県：日本一の健康長寿県構想 第 2 期（平成 24～27 年度）。
 - 3) 高久史磨：日本再生のための医療連携。
 - 4) 公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団：在宅医療テキスト。
-