



中村さん



三原会長

在宅医療の推進に向けて 地域の医療・介護関係者を総動員

社団法人鶴岡地区医師会
在宅医療連携拠点事業室「ほたる」（山形県鶴岡市）

社団法人鶴岡地区医師会

は平成23年度から「在宅医療連携拠点事業」に取り組み、拠点となる「ほたる」を設置。在宅での医療の必要性が高い利用者の支援を目的し、ケアマネジャーと主治医の連携を進めるための「在宅療養者支援のための連携シート」の作成や、連携型の電子カルテシステム「NetU」のケアマネジャーへの利用促進など、多面的な取り組みを展開している。

在宅がん患者への

緩和ケアの延長で受託

社団法人鶴岡地区医師会（三原一朗会長）は、厚生労働省が平成23年度から実施している「在宅医療連携拠点事業」を受託し、「在宅医療連携拠点事業室・ほたる」を開設。24年度も継続している。

ほたるの役割は、在宅療養に関わる多職種連携の支援。主な業務は▽連携の橋渡しを行う総合的な相談窓口、▽地域資源の情報提供、

▽研修会や学習会の開催・支援——の3点だ。

拠点事業を受託した経緯について三原会長は「鶴岡地区は在宅医療が進んでいく地域ではなく、病院で亡くなる人が90%を超えていました」と振り返る。

平成19年度に厚労省の補助金による、がん対策のための「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」に応募し、「庄内プロジェクト」として市立庄内病院などと協力して3年間にわたり在宅緩和医療を推進してきた。その中で医療・介護の多職種連携や、緩和ケアの専門医の養成・スキルアップなどを実施。今回の「在宅医療連携拠点事業」の受託はその延長線上にある。また在宅支援を進めるため医師会として介護事業に積極的に取り組んできたことも背景にある。平成9年の訪問看護ステーション設置を皮切りに、居宅介護支

援事業所、地域包括支援センター、老健施設などを展開。「医師会の中で在宅医療を推進する流れができていました」（三原会長）

「アクションプラン」で
各種事業を展開

事業開始にあたり、看護師の島貫設子さんと相談員（介護支援専門員）の渡邊田鶴子さん、事務員の小野寺亜衣さんの3名を配置。さらに24年度には医師会理事の中村秀幸さんが室長に就任するとともに、医師会地域連携係長の遠藤貴恵さんも担当となり、体制を強化した。

活動は、地域の課題に対応する具体的な実施内容をまとめた「アクションプラン」を作成し進めてきた。「国が定めたタスクに対して地域でどのように取り組むかを具体化したもの」と遠藤さんは説明する。

表1 平成23年度に実施した
アクションプラン（順不同）

- 主任介護支援専門員へのアンケート調査
- 「在宅療養者支援のための連携シート」の作成（医師へのアンケート調査）
- 医療依存度の高い利用者の受け入れ調査の実施（データベース作成）
- 「短期入所空き情報」の提供
- Net4Uの利用促進・導入促進
- 相談窓口業務
- 研修会・意見交換会の開催
- 行政担当者との定期的なミーティング
- 退院時カンファレンスへの参加
- 地域ケアネットワークへの定期的な参加
- 既存の医療・介護関連の会への参加・運営支援
- 歯科医との定期的なミーティング
- 「はたる」パンフレットの作成・配布
- 「はたる」ホームページの作成・公開

プランの目標には「多職種連携の繋ぎ役として、利用者・家族が安心して過ごせる在宅医療の支援体制を築く」と明記した。

課題としては「多職種間の橋渡しを行うワンストップ窓口が無い」など9つが浮き彫りになった。それも踏まえた具体的な取り組みは14項目に及ぶ（表1）。

在宅サービスの事業所に実習に出向き課題の把握・整理に努めた。その上で課題と取り組むべき事業内容を話した。厚労省が示した在宅医療連携拠点事業の「業務分類」ごとに整理。さらに各事業について月ごとに具体的な内容をまとめ、プランを完成させた。

たとえば研修会は日時をまずおさえ、詳細な中身は後で考えるなど「走りながら考える」形で取り組んできた。「アクションプランも何度も見直しをしようやく完成させた感じでした」と渡邊さんは振り返る。

表2 平成24年度アクションプラン
新規事業（順不同）

- 在宅歯科診療の相談窓口の設置
- 訪問看護師の本来業務・役割の見直し
- 鶴岡地区薬剤師会との定期的な話し合い
- 在宅医療地域資源マップの作成
- 各種データベースをホームページに掲載
- 各種データベースの効果検証
- 住民向けリーフレット・ニュースレターの作成
- 在宅ITバスの導入

※在宅ITバスの導入 「患者・家族、介護者が中心になった情報共有ツール」である「Note4U」の導入を図る。主なデータ入力者は、在宅またはデイサービス等での介護者である、家族やヘルパーを想定。日々の健康情報や介護日記、伝言等を患者・家族、介護者等が共有することができる「WEB版の連絡ノート」のイメージだ。「Net4U」と一定の双方向性を持たせる。

はたるの職員の招集は23年5月の連休明けで、急ピッチで準備を進めた。在宅医療提供体制の構築③チーム医療を提供するための情報共有体制の整備④効率的な医療提供のための多職種連携④在宅医療に関する地域住民への普及啓発⑤在宅医療に関する教育研修⑥ステイクホルダーとの連携⑦アウトリーチ⑧その他に大別。課題も対応も膨らんだ。主な新規事業は表2のとおり。

ちなみに「はたる」という愛称は「明るい光をもつて在宅医療に取り組んでいく」という思いを込めまし「た」と名付け親の島貫さん。「希望の光です」と三原会長が続ける。

ケアマネと主治医の「連携シート」を作成

はたるでは、▽ケアマネジャーと主治医の連携を促進するための「在宅療養者支援のための連携シート」の作成、▽医療依存度

このうち「在宅療養者支援のための連携シート」は基幹型地域包括支援センターの協力も得て作成。鶴岡地域の全医療機関の17

8名の医師に記載を求めた。その結果を1冊にまとめ市内の居宅介護支援事業所や行政などに配布。データベース化も行い、後述する「医療依存度の高い利用者の受け入れ調査」や「短期入所空き情報」とともにホームページにも掲載。

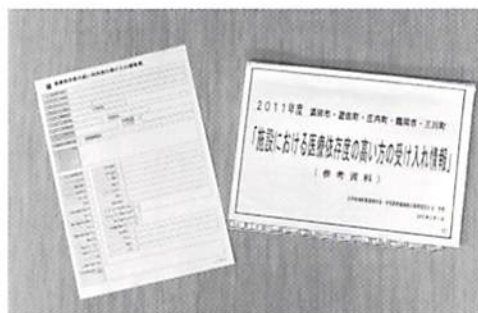
シートの記載事項は、ケアマネジャーが相談しやすい曜日・時間や相談方法、サービス担当者会議の出席の是非、会議に出席しやすい曜日・時間帯、ケアマネジャーに提供して欲しい書類など10項目で、FAX等で返信してもらった。

返信がないところは、医療機関名や連絡先などのみで、他は空白のまま。「ケアマネジャーが連絡を取った後にそれぞれで記載していただければと思います」と渡邊さん。どの医師も多忙でタイミングを逃すと対応できないことから、相談する日時等の参考にもなる。

医療依存度の高い利用者の施設等への受け入れを調査

医療依存度の高い利用者を受け入れる施設等の把握は、ケアマネジャーにとって重要である。

ほたるでは、「庄内地域医療連携の会」(信夫松子・代表世話人)と協力して、庄内地区の2市3町(鶴岡市・酒田市・遊佐町・庄内町・三川町)にある介護保険施設や居住系サービス、短期入所などに「医療依存度の高い利用者の受け入れ調査」を実施。全191カ



所のうち175カ所から回答を得た。

調査項目は、人口呼吸器装着や看取り、吸引対応、難病の受け入れなど約30。その結果も冊子にして居宅介護支援事業所や行政、病院などに配布。データベース化もしている。この調査も回答が得られなかったところは空欄にしてある。

「ALSの人のデイサービスを断られた、人工透析の人は受け入れられないなど、医療依存度の高い人の受け

皿が少ない。病状や合併症の有無、経済状態などでも変わるのでケアマネジャーには受け入れ施設等に「よく相談してください」と伝えます」(渡邊さん)

なお「庄内地域医療連携の会」は、平成18年に地域の病院間の連携を強化するために、意見交換と情報共有の場として設立された。「医療依存度の高い利用者の受け入れ」調査は20年から継続しており、関係者が参考資料として活用してきた。今回は、ほたると協力して調査項目を見直し、情報を更新した形だ。

「短期入所空き情報」を1カ月単位で提供

市内25施設の「短期入所空き情報」は、ほたるのホームページ上で24年2月から提供しており、1週間ごとに更新している。事務員の小野寺さんは、

「更新で多くの方に協力いただいています。毎週水曜日の朝、更新しますが、閲覧申請をされた方のみが見る事ができます」と説明する。渡邊さんも「冠婚葬祭のときに空き情報を活用し対応できたとケアマネジャーから伺ったことがあります。空き情報があると、ピンポイントで電話をかけられます」と続ける。

「Net4U」の導入と活用を促進

平成12年度に医師会が導入した医療連携型の電子カルテシステム「Net4U」(ネットフォーユー)の一層の活用も進めている。

Net4Uは「The New e-teamwork by 4 Units」の略称。4 Unitsとは「病院・診療所・介護福祉施設・検査センター」のこと。そうした4種類の機関がコンピュータネットワークを



渡邊さん



遠藤さん

各種文書を統一、テンプレート化して、文書作成を簡便化。介護向けでは、入院前報告書や退院退所情報提供書など8種類の書式が用意されている。

患者情報については、情報アクセス権を持つ全ての施設等が書きこめる「共有カルテ」を中心に情報が集約され、「一元管理された」患者ポータル画面」で共有化がされている。

三原会長は、ケアマネジャーがZICに参加した効果を強調する。

「これからは在宅支援の主役のケアマネジャーに活用してもらいたい。ケアマネジャーからの書き込みでは、家族が経済的に困っている、家族が疲れているなどの情報が寄せられます。そうすると往診回数を調整したりレスパイトでの入院等を勧めたりします。逆にケアマネジャーは訪問看護師が行った処置や患者との

会話内容なども把握できます。情報の共有により患者を支援しているチームのサービスの質が上がり、医療と介護の垣根を下げる成果がある。また患者や家族にも利用してもらいたいと考えており、新たなシステムを開発中です。患者が自分の情報を、責任をもって管理できるようにしたい。

ZICのような仕組みは在宅医療で非常に有用です」患者・家族が参加できる新システムは24年度中を目指している（在宅ITパスの導入）。

相談窓口事業を一般市民へ拡充

ほたるでは、医療・介護の専門職からの相談に加えて、24年度からは患者・家族からも受けるようになった。「退院して往診してくる医師はいますか」などはっきりとした質問以外に

も、「今こんな状況で悩んでいる」という相談も少なくな、傾聴している。

相談件数は23年度で29件。24年度は11月時点で47件であり、このうち患者・家族からの相談は3件。「精神疾患の相談も多く、障害者相談支援センターにない、往診してくれる医師などの情報を提供したりします」（渡邊さん）

「医療・介護の連携」の研修会等を開催

研修会については「在宅ケアに関わる人達のスキルアップが中心です。ケアマネジャーやヘルパーに医療の知識をどのように伝えていくかを考えました」と企画・運営の中心を担う島貫さんは説明する。研修を通じて「顔が見える」関係づくりも狙いの一つだ。

23年度は研修会4回と意見交換会1回を開催。研修

会は「医療・介護の連携」を2回、「感染症対策」と「褥瘡予防とスキンケア」をテーマにした多職種研修会を各1回行った。多職種研修会では、施設の職員等が講師の認定看護師に直接、相談するケースも見られた。

24年度は主に「医療・介護の連携」を2回、脳卒中や糖尿病、リハビリなどをテーマにした多職種研修会を3回、さらに在宅歯科医療と口腔ケアについての多職種研修会を歯科医師会と共催する考えだ。

訪問歯科診療へ橋渡し地域資源マップを公開

24年度は、23年度までの取り組みを継続・発展させるとともに、新たな事業も実施している。

一つは「訪問歯科診療」への橋渡しだ。これまでも鶴岡地区歯科医師会とは定期的なミーティングを通



原田さん



島貫さん



小野寺さん

じて連携を深めていたが、24年度からはたるが窓口となり訪問歯科診療の受け付けを開始した。これまで主治医やケアマネジャーから6件の申込みがあった。「高齢者の方が自分の口

で食べ続けられることは重要であり、広い意味での口腔ケアを進めていくべきです。脳卒中の患者が回復期リハビリテーション病棟にいる時から口腔ケアを受けられる取り組みも地域連携パスの中で始まりました」(三原会長)

また「在宅医療地域資源マップ」を作成し、24年9月からホームページで公開。鶴岡・三川地域内における在宅医療・介護に関わる施設を幅広く検索できる。地図上に施設等の位置と住所、連絡先などが表示される仕組みで、施設等の情報は、はたが関係者の協力を得て最新の状態にしている。

訪問看護ステーションの支援に着手

訪問看護ステーションの支援も新たに組み込む。鶴岡地区には医師会立を含め

計2カ所あるが、まず、その現状と課題について24年度中に調査。スタッフ全員にアンケートし分析する予定だ。

「在宅での看取りを行う上で訪問看護は重要ですし、訪問看護師が不足しているのは問題です。業務を見直して看護師が行わなければならない業務に特化できないかと考えています。訪問看護記録については、これは別に入力している場合もあり、それを見直せば負担は軽減します」「もう1カ所くらいステーションがあってもいい」と三原会長は話す。

薬剤師との連携についても検討中だ。薬剤師が在宅で服薬指導等を行えば、訪問看護師の負担の軽減にもつながる。鶴岡地区薬剤師会との協議を25年1月に始める予定だ。

なお在宅医療・介護を進める上では、サービス付き

高齢者向け住宅などの整備も必要と三原会長は指摘する。一人暮らしの高齢者が増える一方、訪問診療などを行う上でエリアが広いため、効率性を考えると「高齢者を1カ所に集める」ことも考えなければならないという。鶴岡市が行ったニーズ調査によると、介護が必要となった場合、自宅での介護を希望する方が65%であった。同市健康福祉部長寿介護課主幹(地域包括支援センター所長)の原田真弓さんも「こうしたニーズとサービス供給体制の関係は今後の大きな課題であり、実態調査が必要だと思っています」と語る。

地区医師会が事業に取り組み意義

以上のような拠点事業について医師会の会員はどう評価しているのだろうか。三原会長は「残念ながら

会員の認知度は低いのが現状です。在宅医療への関心も全体的にはまだまだ低い。それだからこそ地区医師会がこの事業に取り組み意義もあります」と分析する。医師会の参加医師数は98名。病院の医師を除く約90名が開業医で、うち訪問診療・往診等を担うのは内科医50名程度だ。

三原会長は「在宅緩和ケアなどに取り組みもうという方は限られています。在宅で最期までみる医師はこの地域に10名くらいいれば十分だと思っています。その意味ではかなり育ってきています。むしろキーになるのはケアマネジャーなどの介護職。生活を支えることが中心になりますから。今後はやはり多職種連携、チーム医療が重要です。生活者の視点について私たち医師は知らないことが多い。そこは介護職の方達との役割分担です。医師が介護職と



フラットな関係を作り、一緒に取り組んでいく体制を作っていくことが大事です」と強調する。

渡邊さんも「自分達だけで頑張ればいいという事業所もあり、地域医療に関する熱の違いに翻弄されることもあります。地域全体でモチベーションをあげていくのが課題です」という。今後の事業展開を考える

と事業評価も重要だ。はたは室長の中村秀幸さんは、「事業開始から2年目なので、医師やケアマネジャーなど関係者にアンケート調査を行い、客観的に評価を行っていきま

と語る。具体的には「連携シート」と「医療依存度の高い方の施設受け入れ情報」「短期入所空き情報」などデータベース化しネット上で活用されているツールの利用状況等を調査する予定だ。

ただ事業開始から間もな

いことから、拠点事業自体の評価は実施せず、専門職や患者・家族への普及啓発に力を入れる考えだ。

地域包括支援センターとの役割分担の明確化を

厚労省は、地域包括ケアシステムの構築のイメージ図において、地域包括支援センターと在宅医療連携拠点が連携する姿を描いているが、現場での両者の役割分担はどうなっているのだろうか。

その点について三原会長は「地域包括支援センターは原則として中学校区に1カ所とされ、鶴岡市でも計7カ所あります。一方、在宅医療連携拠点は1カ所のみ。医療連携に関する包括支援センターの相談窓口という位置付けなのかもしれないが、明確ではなく漠然としています。そこはきちんと国が示してほしいと

思います」と指摘する。

また、鶴岡地区医師会の取り組みは、地区医師会が拠点事業に取り組む上でのモデルケースと位置付けられている。各地の医師会が取り組む上での留意点はどんなことだろうか。

「誰が組織のマネジメントをするのか、また配置する職員の役割分担の明確化が一つのポイントです。課題については、解決できる方策を考えアクションプランに落とし込んで着実に取り組む。いわゆるPDC Aサイクルを回す。また多職種連携では、いわゆるフラットな関係を作る必要があります。地域で色々と違うと思うのでそれぞれの地域で在宅医療のビジョンを共有することが大事です。難しいとは思いますが、そうした理念を住民も含めて共有できればと思います」と三原会長は考えている。また拠点の守備範囲に関

◆在宅医療連携拠点事業室「はたは」

山形県鶴岡市馬場町1-34

(鶴岡地区医師会館内)

TEL: 0235-29-3021

FAX: 0235-29-3022

<http://www.tsuruoka-hotaru.net/>

しては「国は二次医療圏の一つと考えているのかもしれないが、3人程度の担当職員でやれるのか。市町村に一つくらいの設置がいいのではない。二次医療圏の範囲では、関係者のお互いの顔が見えない」と指摘。医療・介護・行政など地域の関係者がお互いの顔を認識できる範囲で在宅医療拠点事業も展開する必要があると強調する。

(撮影/竹林尚哉)