

2023年度厚生労働省医政局委託事業
「在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業」

連携型BCP/地域BCP策定モデル地域

栃木県宇都宮市における取組み

村井邦彦

(宇都宮市地域包括ケア推進会議議長・宇都宮市医師会理事)

地域の状況

・人口 約510,000人

・地域の特徴

栃木県の中央部に位置し、県全体の4分の1超の人口を有している。

人口の男女比は概ね5:5で、うち65歳以上の高齢者は約135,000人、高齢化率は26.4%となっている。

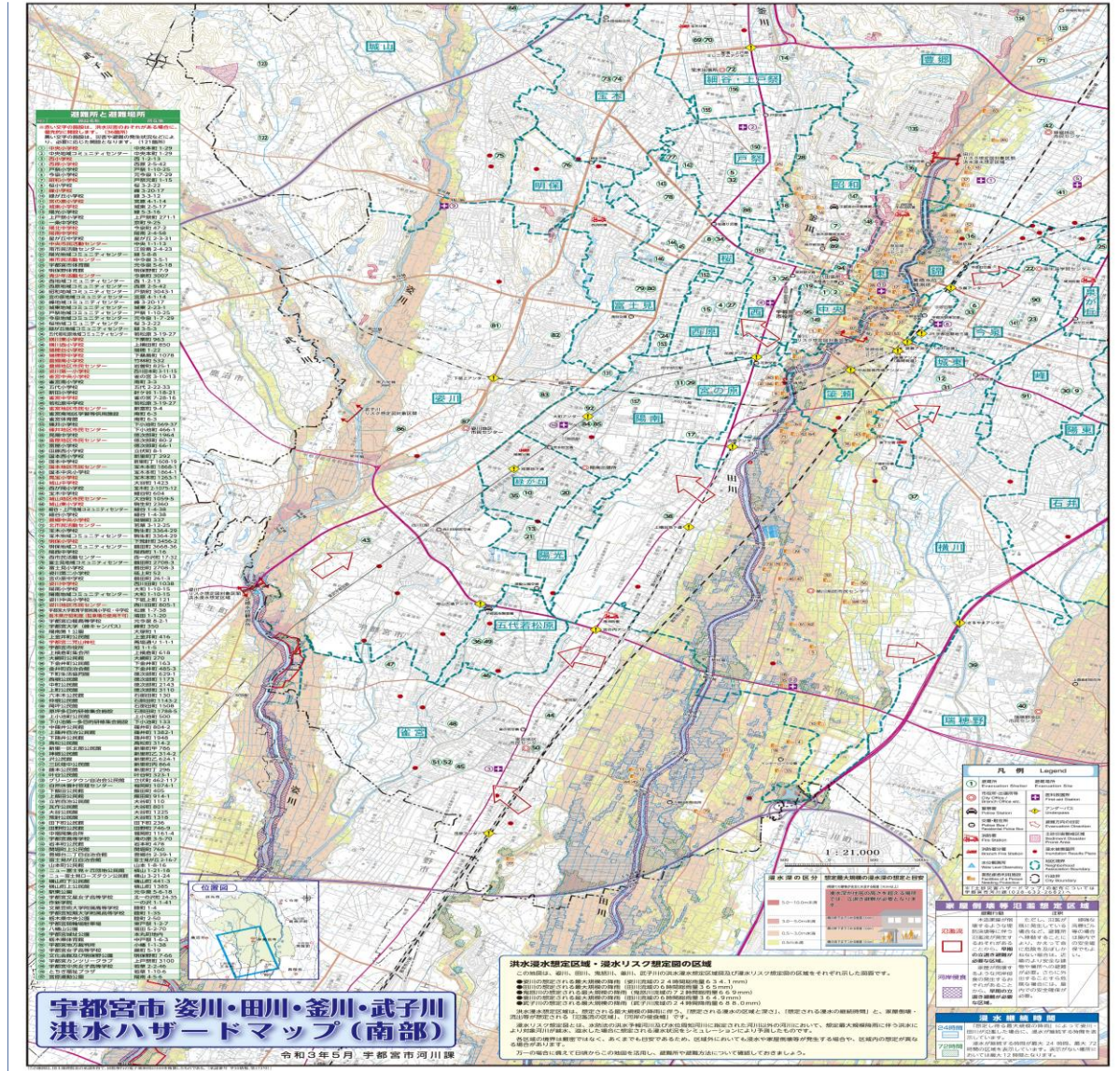
地域は、概ね平坦であるものの南北に広く、中央部を1級河川が流れている。

・災害等の歴史

- ・平成23年東日本大震災（地震被害）
- ・令和元年台風19号（河川の越水による浸水被害）

・在宅医療・ケア資源と病院等との連携 等

2018年から、市内を5つのブロック（東西南北中央）に分け、基幹病院を中心とした医療・介護連携を図っている。



わが地域の課題

・これまでの被災経験・コロナ対応で特筆すべきこと

平成23年の東日本大震災および令和元年の台風19号では、市内の医療機関に被害が出たものの、被災した範囲は限定的であり、かつ長期に亘る休診等は発生していない。コロナ対応では、宇都宮市保健所と感染症対応病院、地域の診療所とで、陽性患者の状況について情報共有を図り、常に入院、宿泊療養、自宅療養を調整しながら対応した。

・連携型BCP・地域BCPとして考えるようになった理由

本市の地域包括ケアを進めるにあたり、あらゆる場面で切れ目のない医療・介護を提供すべく、多職種による連携体制や、主治医・副主治医の様な新たな連携を模索していた。

・わが地域のBCP観点からの課題

市の圏域が広いため、主に車での移動が必須となること。

市全域において、医療機関等の偏在が見られること。

高齢化や認知症等による生活課題（ゴミ屋敷等）が顕在化し、医療だけでなく介護や福祉等も巻き込んだ幅広い連携や、地域住民の協力の必要性が高まっていること。

今年度の取り組み(1)

・目的(何を目指すのか)

より多くの医療機関が参加・連携し、複数主治医制による診療体制。

多職種連携・協働による、特定の専門職に頼らない連携体制。

在宅酸素等を取り扱う医療機器会社や地域の自治会、第2層協議体等と連携し、在宅療養患者の緊急度や状態に応じた支援体制。

関係者が住民情報を共有し、住民の取り残しや孤立を防止すると共に、電源等の喪失時における速やかなバックアップ体制。

・実際にどのようなことにチャレンジするのか

※特に在宅療養者の医療・ケアをどのように継続していくかという観点から記載をしてください。

主治医・副主治医の様な複数の医師(医療機関)による在宅医療の提供について、グループで在宅医療を行っているケースを参考に、地域の医師や多職種が幅広く参加できる仕組みの検討と課題の抽出を行う。

宇都宮市では、「地域包括ケアシステム」の推進を目的に、市内の圏域を東・西・南・北・中央の5つの「ブロック」に分け、各ブロック内の基幹病院に「医療・介護連携支援ステーション」事業を委託して、地域の医療、介護、福祉等関係者の連携体制構築・推進を、平成30年度より実施しています。

この取り組み実績を活かし、災害時における速やかな在宅医療の復旧・継続に、地域の多職種がそれぞれ専門職として係わることで、迅速かつ効果的に継続して医療や介護ケアを受けられる様にすると共に、それを幅広く市内全域に横展開していきます。

今年度の取り組み(2)

- 必要な支援

法律等による制度上の課題の解決。

既存の報酬制度で賄えない、財源の措置について。

例) 複数主治医制における、医師の事前登録制度や診療報酬における制限の緩和。

- 具体的スケジュール

宇都宮市と宇都宮市医師会、関係機関とで、今後の検討内容について協議。

5ブロックの中からモデルブロックを選定し、具体的な進め方について協議。

連携の仕組みを検討する中で、課題を抽出する。

今年度の取り組み(3)

・7月1日以降の進捗

○第1回打合せ会 8月29日(火)

- ・参加者 宇都宮市、宇都宮市医師会
- ・内容 目指す連携の全体像について
対象となる在宅療養者の優先順位について

○第2回打合せ会 9月20日(水)

- ・参加者 宇都宮市、宇都宮市医師会、医療機器会社(4社)
- ・内容 電源喪失時の対応について
地域を巻き込んだ連携について

1. 想定される災害

地震による建物・道路の損壊(東日本大震災)や、豪雨による河川の越水に伴う浸水被害(令和元年台風19号)によって、市内の一部が被災した状態。

2. 災害対応の順位

- ① 安否確認・避難支援
- ② 負傷者の対応
- ③ 医療機器使用者の確認・対応
- ④ 医療・介護ケアが必要な方の確認・対応

3. 災害時の対応

災害初期である発生から半日～数日を目安とし、「安全」と「生命確保」を最優先に、災害発生後も在宅療養者が継続的に医療・介護ケアを受けられる体制を検討する。

①安否確認・避難支援

地域の「災害時要援助者」をリストアップし、自治会や民生委員、地区社協等による「地区支援班」が、安否の確認と避難の支援を行う。「災害時要援助者」の対象は、「要介護3以上」、「ひとり暮らし高齢者」、「身障者等級1・2級」、「難病」等で、予め本人からの申し出と同意が必要となる。

②負傷者の対応

災害発生時には、市内157カ所に「避難所」が開設される他、15カ所の「医科救護所」が開設される。

「医科救護所」では、医療チームによる負傷者のトリアージと応急手当（重症者は、救急告示医療機関へ搬送される）が行われる。

「避難所」は、公設の「避難所」の他、民間施設での「福祉施設避難所」が設置される。

③医療機器使用者への対応

各医療機器メーカーでは、災害時に備えて、機器使用者の情報や連絡手段、必要資材(予備の酸素ボンベや予備電源など)を共有・備蓄している。

また、被災地域周辺の関係営業所や協力機関とによる連携や、GPSを使った位置情報確認、電話等による安否確認等を、各社それぞれ独自に行っている。

④医療・介護ケアが必要な方の確認・支援

現在の、5ブロックによる「医療・介護連携」の仕組みを活用する。
具体的な内容は、今後、第3回以降の打ち合わせにて検討する。

4. 連携のイメージと課題(暫定版)

- ・災害時に「支援」が必要な方については、「災害時要援助者」の制度により把握し、地域住民等の協力によって「避難支援」が行われるが、支援を希望する本人からの申し出が必要となるため、諸事情により支援を申し出ない人を見逃す恐れがある。
- ・負傷者については、原則として「医科救護所」において対応するが、それ以外に、「避難所」での避難者への医療的ケアも必要となる。

- ・医療機器使用者への対応については、特に生命に係る在宅酸素や人工呼吸器の使用について確認・検討したが、各医療機器メーカーにて独自の支援体制を構築しており、改めてそれらを集約・一元化するのは却って非効率となるため、基本的にはそれぞれのメーカーに対応を任せることとした。

但し、電源喪失時の対応については、各メーカーとも不十分（最長半日程度しか持たない）と思われることから、「避難所」や「福祉避難所」等での電力供給が可能かについて検討していく。

- これまでの「災害時要援助者」に加えて、本人の状態や医療機器の使用状況等を加味した、新たに「医療的な観点から援助を必要とする方」のリストを作成する。その上で、電源喪失等による生命の危機を優先に、支援対象者の順位づけをし、バックアップ(避難所等による電源供給)の効率的利用を図る。
- 在宅療養者の医療・介護ケアについては、主治医が被災して診療が出来なくなった場合に備え、複数の主治医によるバックアップ体制(複数主治医制)をとる(第3回打合せにて検討)。

- ・また、担当の訪問看護ステーションやケアマネジャー、地域包括支援センターとも連携し、在宅療養者の速やかな安否・容体確認と、医師の指示による処置が行える体制を構築する(第3回打合せにて検討)。
- ・医療・介護関係者間は「MCS(メディカルケアステーション)」等により情報共有を図れるが、行政や民間会社は、個人情報取扱いに関する制約があるため、情報の共有が難しいケースがある。それぞれの事情や共有する情報内容について、整理、分類する必要がある(第3回打合せにて検討)。