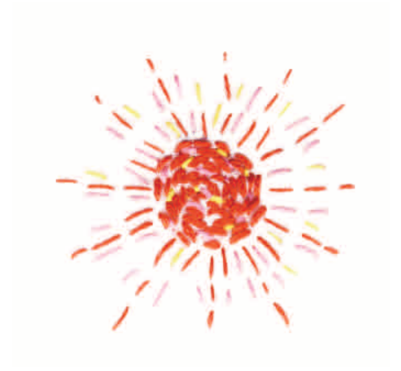




地域の 医療・介護を支える ひととしくみ

「診療所・中小病院で働く医療者の『多職種連携力』
を高める教育プログラム開発」

事業報告書



公益社団法人 日本医師会



公益社団法人日本医師会
地域包括ケア担当常任理事

鈴木 邦彦

地 域 の 特 性 に 応 じ た 地 域 包 括 ケ ア シ ス テ ム の 構 築

日本医師会は、文部科学省「成長分野等における中核的専門人材養成の戦略的推進事業」の一つとして、「診療所・中小病院で働く医療者の『多職種連携力』を高める教育プログラム開発」事業を受託しました。現在、わが国の医療界は、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向け、将来においても必要な医療・介護が過不足なく受けられる社会を目指し、病床機能の分化・連携や、在宅医療・介護の充実による地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいるところです。この地域包括ケアシステムの構築は、地域の特性に応じて進める必要があるため、地域の医療提供者を代表する地域医師会と市町村行政が主体となって、様々な関係者、住民が地域ぐるみで取り組んでいく必要があると考えています。その中で、実際に、病院・有床診療所から在宅

への移行、在宅での訪問診療・介護サービスや在宅患者の急変時の受入れ体制づくりなどを推進していくにあたって欠かせないのが、地域の診療所・中小病院や介護事業者、ケアマネジャー等の緊密な連携です。それらの関係者が、顔の見える関係により信頼関係を構築し、患者さんを中心に連携していくことが重要です。本事業は、診療所・中小病院の看護職員を中心に、多職種・多事業所との連携力を高める研修プログラムの開発を目指しています。まず今年度は、地域医師会や医師会立訪問看護ステーションを対象に、各地の多職種連携に関する現状を調査するとともに、多職種連携に先駆的に取り組んでいる地域・施設などを訪問し、ヒアリングを行いました。本報告書では、その中から、連携を進めていくために必要なエッセンスな

どをまとめて、紹介しています。国民の皆様からは、医療や介護の制度は複雑でわかりにくく、在宅医療や介護が必要になった時に、どこに相談してよいのかわからないなどのご意見をいただきます。そこで、地域の医師会等で、医療・介護に関する相談をワンストップで受け付ける窓口を設けていくことが大変重要となります。また、そのためには住民や行政への周知活動とともに、人材育成が不可欠です。今後もこれらの取り組みを実際に行っている地域を調査し、そうした活動の進め方を全国に広げていきたいと考えています。国民の皆様が、病気になったり、介護が必要になった場合にも、安心して暮らすことができる「まちづくり」のため、日本医師会、地域医師会は今後も取り組んでまいります。

目 次

医療・介護をシームレスに 提供する体制の構築に向けて	4
実地調査結果報告	6
東京都板橋区 山形県鶴岡地区 茨城県取手市・守谷市・利根町 福岡県宗像地区 北海道函館市 福岡県遠賀郡・中間市 島根県隠岐島前 神奈川県横浜市緑区	
地域の連携状況をデータで見る	22
地域医師会・医師会立訪問看護ステーション 多職種連携・地域連携に関する調査	
総括：地域の医療・介護を支えるひととしくみ作り	28

事 業 概 要

団塊世代が全て75歳以上となる2025年に向け、地域医療体制の機能分化・連携、地域包括ケアシステムの構築が進められつつある現在、地域医療の最前線の診療所・中小病院およびそれを支える地域医師会の重要性は高まっている。ここでは自院内での連携だけでなく、急性期をはじめとする様々な医療資源はもち

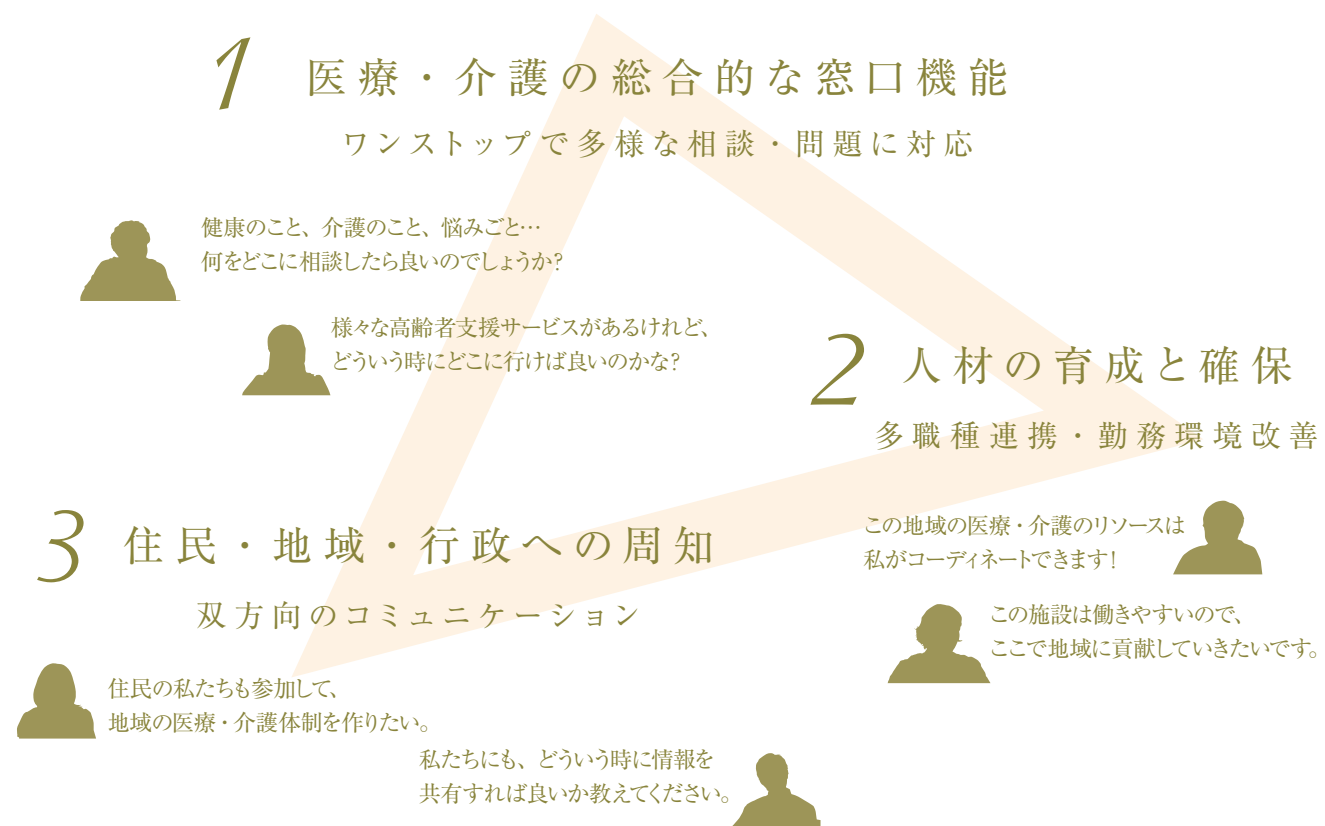
ろん、地域の介護資源との連携も求められている。しかし、診療所・中小病院の医療職や医師会関係者が教育・研修を受ける機会は十分とは言えず、連携のコーディネート力を高める機会にも、ネットワークを構築する時間にも恵まれない。本事業は、地域医療体制の整備・充実の中心的な役割を担う地域医師会を中心

に、全国各地に存在する医師会立看護師等養成所、医師会共同利用施設等が、診療所や中小病院の医療人材の「多職種連携、他施設・事業者との連携」の力を高める教育・研修を行うことが必要と考え、企画された。本事業では、全国の地域医師会を中心に、医師会立看護師等養成所や医師会病院等の協力を得て、診療所・

中小病院に従事する多職種の医療者が、職種間・施設間連携のコーディネート力を高めるための教育・研修プログラムを開発する。同時に、新人看護職員や学生向けの多職種連携・地域連携のための教材を開発し、医師会のネットワークを中心に普及啓発を進め、各方面の連携についての教育基盤を整備する。

医療・介護をシームレスに提供する体制の構築に向けて

実現のための3つの施策の柱



地域包括ケアシステムをうまく活かすために

後期高齢者が急増する 2025 年に向けて、地域包括ケアシステムの構築、その中での医療・介護のシームレスな連携が必要とされている。また、地域の様々な医療・介護資源を把握し、ワンストップで患者・要介護者やその家族に対応できる人材の養成と確保も急務となっている。

地域包括ケアシステムの実態は、地域の医療と介護のネットワークである。その中心となるのは市町村や地域包括支援センターだけでなく、地域医師会や介護老人保健施設、訪問看護ステーション等と、地域の実状によって様々であることが考えられる。

そのため、地域包括ケアシステムの整備は全国一律で行うものではなく、その具体的な方策や、リーダーシップをとる組織は地域の特性に委ねられている。

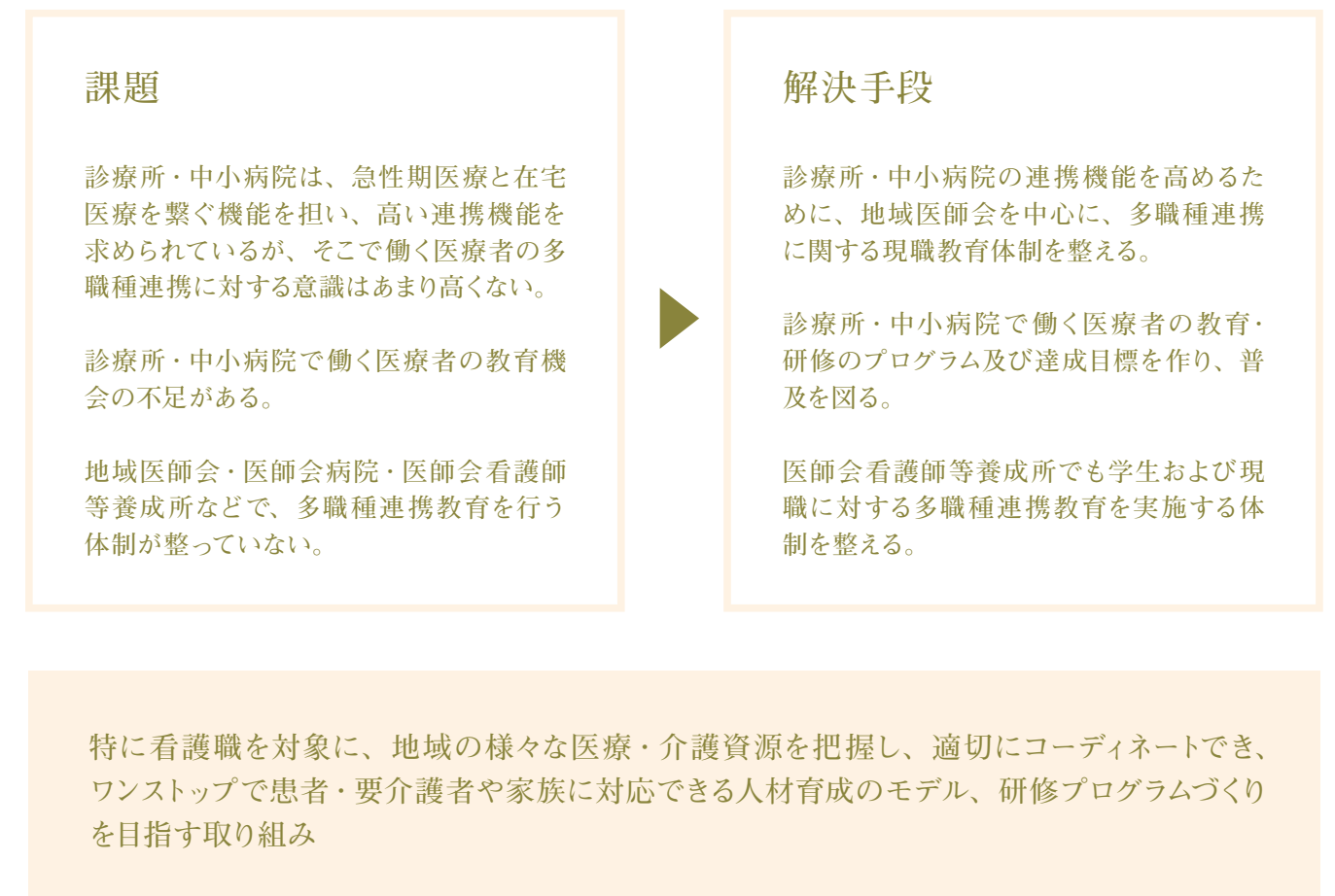
地域包括ケアシステムにおける医療の中心的な担い手として、地域の診療所・中小病院など、かかりつけ機能を持った医療機関の果たす役割は大きい。そこでは、施設内での連携のみならず、施設の垣根を越えた多職種連携が必要とされる。しかし、診療所・中小病院の医療職や医師会関係者が多職種連携の教育・研修を受ける機会とは言えず、多職種連携力およびコーディネ

ート力を高める機会には恵まれない。

本事業においては、地域医療体制の整備・充実の中心的な役割を担う地域医師会を中心に、全国各地に存在する医師会看護師等養成所、医師会共同利用施設等が、診療所や中小病院の医療人材の「多職種連携、他施設・事業者との連携」の力を高める教育・研修を行うことが必要と考えた。

今年度は全国の 8 地域の実地調査、地域医師会・医師会立訪問看護ステーションのアンケート調査によって、医療・介護の連携の現状や教育ニーズを把握し、次年度以降の教育プログラム開発のベースとする。

多職種連携力を持った人材を育成するために



事業のロードマップ



東京都板橋区

「点」の相談を「面」で支えるワンストップ体制

地域の在宅医療拠点

「在宅医療センター」

板橋区医師会の特徴的な点は、医師会内に在宅医療に携わる部門を集約した拠点として「板橋区医師会在宅医療センター」が設けられている点である。この在宅医療センターが、療養相談室・板橋区医師会高島平訪問看護ステーション・高島平おとしより相談センター（板橋区高島平地域包括支援センター）・板橋区医師会在宅ケアセンター（居宅介護支援事業所）と連携することによって、医療・介護のワンストップサービスの提供が可能となっている。

ワンストップ窓口を担う療養相談室

板橋区における在宅医療の取り組みについて、板橋区医師会会長の天木聡氏に聞いた。「板橋区では他地域よりも比較的早い段階から、在宅医療に関する取り組みが様々な形で行われていました。例えば、平成 22 年度から、在宅医療の多職種連携に課題があると感じた医師会が関係団体に呼びかけ、『在宅療養ネットワーク懇話会』を始めたことなどが挙げられます。そうした流れの中で、平成 24 年度に板橋区医師会が厚労省の在宅医療連携拠点事業を受託し、事業の枠組みの中で『療養相談室』を新設したのです。これは、7つの役割（表）を果たすべく設置されたものです。」

表：療養相談室の役割

- 1）医師会病院との協働による早期退院支援
- 2）24 時間対応をサポートするための「主治医・副主治医体制」の支援
- 3）医療依存度の高い利用者の退院支援やケアマネジメンの支援
- 4）訪問可能な在宅医や専門医の情報把握と相談支援

- 5）訪問看護ステーション等の機能や空き情報把握と相談支援
- 6）薬剤師や歯科医師など専門職に対する情報把握と相談支援
- 7）医療依存度の高い方の受け入れが可能な施設情報の把握と相談支援

板橋区医師会在宅医療センター在宅看護部長の井上多鶴子氏は、訪問看護ステーションから見た在宅医療の課題をこう語る。「訪問看護ステーションから見て、在宅医療には3つの課題がありました。

- 1つ目は、サポートのない退院が多いことです。マンパワー不足のため退院支援の部署がない中小病院も多いです。
- 2つ目は、ケアマネの8割以上が介護・福祉職の出身で、医療者との連携に苦手意識を持っていることです。少しでも医療処置があると『在宅では無理です』と言う人も多く、病状が悪化してから訪問看護依頼がある場合も少なくありませんでした。新規の在宅移行に関しては、これまでは地域包括支援センターが窓口になっていましたが、そのような状況では、がんの末期で退院といった相談には、充分な支援ができない状況でした。
- 3つ目は、訪問看護ステーションの人員不足です。各ステーションの訪問エリアが重

複し、非効率的という課題もありました。こうした状況を改善するためには、病院と在宅の連携、医療と介護の連携、多職種・多機関の連携を担う役割を持った拠点が必要と考えました。さらにその拠点は、医療的支援を行うことができる必要があると考えました。そこで新設されたのが現在の『療養相談室』だったのです。地域における退院支援室という位置づけと考えていただけたらわかりやすいと思います。」

「点」の相談を「面」で支える

「療養相談室」の新設によって、在宅医療センターの役割も明確に整理された。在宅医療センター内には、前述のとおり療養相談室・板橋区医師会高島平訪問看護ステーション・高島平おとしより相談センター・板橋区医師会在宅ケアセンターの4事業所があるが、これらが「相談支援」と「実働支援」、そして「医療的支援」と「生活的支援」という軸で役割が分割された（図）。これにより「点」の相談を「面」で支えるワンストップ機能が実現できるようになった。

医療資源の情報を把握

療養相談室がワンストップ窓口の機能を担うためには、様々な医療資源の情報を把握しておく必要がある。もともと板橋区医師



板橋区医師会

板橋区は、東京 23 区の北西部に位置する、人口約 54 万人の都市。区全体の高齢化率は約 21％（平成 24 年）だが、区内に点在する集合住宅の高齢化が問題になっている。特に、高島平団地内の高齢化率は 41.1％で、また、55 歳から 64 歳の割合が 18.6％を占めており（平成

会では平成 22 年に板橋区連携医療機関リストを作成しており、各診療所がどこまでの対応ができるかを調査していたが、療養相談室はこれを更に強化した形で、在宅医・訪問看護ステーション・調剤薬局・歯科医・医療依存度の高い利用者を受け入れることのできる施設などを調査し、情報を把握している。相談に迅速に対応できるように、日頃から連携することが可能なネットワークを築いている。

自ら課題を考え、受身でない連携を

在宅医療センターでは、多職種が交流し、顔の見える関係を築くための機会として、主に高島平地域で「キュア&ケアミーティング」を2か月に1回開催している。療養相談室が事務局となり、医師・看護師・薬剤師・栄養士・ケアマネジャー・介護福祉士・社会福祉士・ボランティア・民生委員などが毎回 40 ～ 50 名参加し、事例をもとにした意見交換を行っている。ここで築いた関係をもとに、具体的なケースの依頼に繋がることもあるという。

また、前述の「在宅療養ネットワーク懇話会」も、引き続き年に3～4回開催しており、板橋区全域での顔の見える関係づくりを目指している。参加団体は、医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション・地域包括支援センター・ケアマネジャーの会・介護施設・病院医療連携室・区役所・ボランティア団体等である。この会の特徴は、各担当団体・参加職種が企画・運営を担当するという点だ。自分たちの立場から考える課題をテーマとし、多職種と一緒に考えることで、受身でない連携が可能となっている。

板橋区おとしより

保健福祉センター

板橋区では、区の機関として「板橋区おとしより保健福祉センター」という相談窓口を設けている。これは介護保険制度が始まる前に設置されたものである。板橋区健康推進課の藤井賢治氏から話を聞いた。「健康推進課では、在宅患者急変時の後方支援病床確保事業を行っています。この事業の目的は、相談を受けるだけでなく、その後医療に繋がられるような体制を区としてバックアップしていくことです。具体的には、医師会病院や地域の開業医と連携して、平成 21 年から緊急一時病床を医師会病院に1床確保しています。平成 25 年度の実績として、年間 365 日のうち 311 日の利用がありました。」他にもおとしより保健福祉センターでは、住民からの総合相談、福祉用具の展示、高齢者福祉サービスの受付、介護に関する研修・講座の開催、介護保険苦情相談室の運営などを行っている。

板橋区医師会立

看護高等専修学校

板橋区医師会には医師会立の准看護師養成校がある。高野恵美教務主任に話を聞いた。「地域医療や在宅医療の分野は、現状ではカリキュラムに組み込まれていないので、講義・臨地実習ともに行っていません。当校の学生は新卒が多いこともあり、まずは社会人としてのマナーやコミュニケーション・スキルから教えなければなりません。その上で看護の基本的な考え方や技術を学ぶため、それだけで手一杯な感じがあります。ただ、実習を重ねていくうち、患者さんが普段の生活からどうやって病気になるか、入院し、治療を受けて退院した後どうなっていくのか、イメージが湧

くようになる学生もいます。実習の中で、ケアマネが退院調整に入るケースを経験した学生は退院後の患者さんの生活に関心を持つようになるようです。

当校では、2 年次の実習が終わると、比較的授業に余裕ができます。そこで、多職種との関わりや、退院後の患者さんの生活を考えるような教材があれば、是非取り入れてみたいです。映像教材ならば、学生にもイメージが湧きやすいと思います。また、在宅医療・地域医療の現場で働く看護師や保健師、ケアマネジャーに講義をしてもらうといった機会も、学校として受け入れる土壌はあります。」

板橋区

医師会病院

板橋区医師会病院は、都内唯一の医師会立病院である。病床数が 200 床未満であるので、地域医療支援病院として承認されていないが、実質的には地域の中核病院となっている。医師会立病院ではあるが、会員からの紹介だけでなく、直接来院する患者の診察も行っており、医師会会員のためだけでなく、高島平地域を支える病院という側面も持っている。高島平地区は今後さらに高齢化が進むことが明らかであり、医療・介護・行政など他職種との連携が必要であるという、職員の意識改革が必要である。このため、医師会で行っている多職種のための研修会などに多くの職員が参加している。さらにより円滑な連携を行うために、職員のモチベーションを上げるような取り組みとして、事務職の地域との連携能力を示す資格制度を作ることも一つの方法かもしれないと考えられる。

山形県鶴岡地区

地域の資源を繋ぐハブ型ワンストップ窓口

鶴岡地区医師会

地域医療連携室「ほたる」

「ほたる」は、鶴岡地区医師会内に設置されている地域医療連携室である。

鶴岡地区医師会会長の三原一郎氏、地域医療連携室の遠藤貴恵氏、渡邊田鶴子氏、小野寺重衣氏に話を聞いた。

「ほたる」設立の経緯

鶴岡地区は平成 19 年度に、厚生労働科学研究費補助金、第三次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の対象地域に選ばれた。

そして平成 20 年 4 月から、通称「庄内プロジェクト（OPTIM）」として、在宅緩和ケア普及のために、病院・診療所・訪問看護ステーション・調剤薬局・行政職員など多くの医療・福祉関係者が、職種の垣根を越えて、連携のための取り組みを行うようになった。

この流れから、平成 23 年度より、鶴岡地区医師会が厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を受託した。事業は 2 年で終わったが、その後も連携を進めていくため、平成 25 年に鶴岡地区医師会内に地域医療連携室「ほたる」を設置した。

「ほたる」は看護師・ソーシャルワーカー・事務員を配置して活動を開始し、平成 27 年 1 月現在、相談員と事務員 2 名が専従職員として働いており、医療・介護連携についての総合的な相談窓口として機能している。

鶴岡地区医師会館 1 階には、医師会の運営する地域包括支援センター・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・訪問入浴サービスが集約されているので、「ほたる」を総合窓口とする医療・介護のワンストップサービスを提供できるようになっている。

「ほたる」で提供している

サービス

WEB 上に医療資源情報を集約

「ほたる」は、WEB サイト上で医療機関や介護・福祉施設など、地域の在宅医療資源を条件別に検索し、地図上に表示することのできる「在宅医療地域資源マップ」を公開している。この地域医療資源マップは、WEB サイトにアクセスすると誰でも見ることができる。同 WEB サイトでは利用申請をすることで、ID とパスワードが付与され、地域のショートステイの空き状況も閲覧できるようにしている。毎週水曜日に各施設から FAX 等でベッドの空き状況などを知らせてもらい、情報を更新しているという。この情報は、主に地域のケアマネジャーによって活用されている。

データベースの作成による情報提供

また、平成 23 年度に「庄内地域医療連携の会」と協力し、施設における医療依存度の高い利用者の受け入れ情報の調査を行っている。これらの情報は Access でデータベース化され、相談業務に役立てられている。また、情報を必要とする医療機関や施設、ケアマネジャーには利用契約を結んだ上で冊子と CD を配布している。「近年では医療依存度の高い利用者も増えているので、看護師の配置があるかないか、どのような疾患を持った人ならば受け入れができるか、看取りはできるか…といった情報は非常に重要になってきています。」平成 25 年度には、介護事業所にそれぞれの機能や利用者の受け入れ状況について、訪問あるいはアンケート用紙での調査を実施。それにより、計 102 か所の情報を集約した。訪問調査は、地域の医療・介護・福祉関係者の顔の見える関係にも繋がる。



ソーシャルネットワーク「Net4U」

「Net4U」は、地域内の病院・診療所・訪問看護ステーション・調剤薬局・介護サービス事業所等が患者・利用者の情報を共有することができるソーシャルネットワークである。もともとは平成 13 年に病診連携に特化した形の電子カルテとして立ち上げられたシステムであるが、平成 24 年に、施設や職種を問わず、患者・利用者に関わる全ての職種がフラットに情報を共有できるツールとして全面改定された。それまで紙や FAX で行われていた情報共有が、システムを通じて手軽に行える。顔の見える関係を築いた上で、こうしたツールが導入されたため、利用率も高い。「電子カルテとして運用されていたころは、医師と看護師しか情報を入力していませんでしたが、ケアマネジャーを巻き込んだことで、介護側が積極的に書き込むようになってきています。書き方にこだわらず、日記のような形でお互いの気持ちを伝え合うようなツールにしたことで、気軽に書き込めるものになったと思います。Net4U 上で何かを解決しようというのではなく、思いを共有しておいて、何かあったら電話するような形で運用しています。Net4U を活用することで、ケアマネジャーは主治医と連携が取りやすくなりましたし、医師も、それまで介護側しか持っていなかった患者さんの生活の情報を知ることができるようになりました。」



訪問歯科医師・訪問薬剤師との連携

「ほたる」は鶴岡地区医師会内の拠点ではあるが、相談業務の範囲は医科だけにとどまらない。利用者本人や介護サービス事業所から訪問歯科診療や訪問服薬指導の要望があれば、それらを担う地域の歯科診療所・調剤薬局と繋ぐという役割も果たす。特に歯科については、それまでは歯科診療や口腔ケアについて何か困ったことがあっても、どこに相談していいかわからないという声が聞かれていた。そこで、鶴岡地区医師会は、歯科医師会と話し合いを重ねた上で「ほたる」に歯科診療の相談窓口を作った。これによって、「ほたる」が仲介して訪問歯科診療を行う件数が大幅に増加したという。それまで訪問診療に積極的でなかった歯科医も、今では終末期の歯科診療に携わるほどに変わってきたそうだ。また地域の高齢者向けサロンなどで、口腔ケアの講習会などを行いたいという要望があった際には、「ほたる」が仲介して、歯科医師に講師をお願いしたりもしている。薬剤師についても、近年「認知症で薬が飲めない」、「いろいろな診療所から薬が出ていて、多くなっているから整理して欲しい」という要望が多く聞かれていたが、相談窓口が明確ではなかった。そこで、「ほたる」

が窓口として相談に乗り、直接薬局に訪問服薬指導をお願いしたり、あるいは薬局に相談窓口を設置してもらうなどして、連携を支援している。

医療・介護従事者の顔の見える関係

「ほたる」では、地域の学習会や研修会等を総括し、『顔の見える関係』の構築を総合的に支援している。「医療と介護のコミュニケーションが不足しているということは、様々な地域で課題として挙げられていました。そこで私たちも、まずは顔の見える関係を作りましょうということで、様々な研修会を多職種向けに企画しています。最近では認知症や終末期医療などがテーマになることが多いです。また、地域では他の既存の会も様々な会議や研修会を開催しています。ほたるでは、その情報を集約したカレンダーを作っており、これを見ることでいつどんな会議や研修会が行われているのかが一覧できます。同じようなテーマが同時期に重ならないようにするための工夫も行っています。」また、施設から「認知症について学びたいが、どこに講師をお願いしていいかわからない」などという要望があれば、適切な人に講師をお願いするといった仲介業務も行っている。施設の中で小さい勉強会を開

く、ほたるが一手に担っており、医療の提供体制が比較的シンプルであるといえる。鶴岡地区医師会は、超高齢社会を見据え、多職種連携を基盤とした地域の医療・介護の質向上を目指した多くの活動を行っている。

くことで、大きい研修会よりも質問しやすい場が築ける。また、講師の先生と施設との関係作りにもなっている。

地域の組織として

地域の多職種を繋ぐ

「ほたる」は、医療・福祉・介護に関する情報を集約した窓口ではあるが、繋ぐべきところを適切に繋いだら一歩引いて、後はそれぞれの機関の連携に任せるというスタイルを取っている。「ほたるは、医療の組織ではなく地域の組織として、地域の中の多職種を繋ぐという役割を明確に打ち出しています。相談窓口は、誰からの相談でも受けると銘打っていますが、一般の方よりも圧倒的に医療・介護従事者からの相談が多いんです。私たちも、寄せられた相談にはすぐお答えできるように、日々地域の医療・福祉・介護に関する情報をできる限り集めています。そして私たちの助言によって繋がりができたら、その先は基本的には現場にお任せするんです。最終的には、ほたるがなくなってもそれぞれが連携できるようになるのが理想なのではないかと思っています。」

Column 医療と介護の連携研修会

他職種や他施設との「顔の見える関係」作りや相互理解、連携による効率的・効果的な業務の推進を目的とする、平成 20 年度から続く研修会。鶴岡市の長寿介護課が主催して始めた研修会で、「ほたる」は共催として関わり、参加者の受付や、全体の進行役、書記などの運営面を担当する。11 回目の開催となる平成 26 年 11 月 20 日

の研修会では、「認知症高齢者の入退院支援について理解を深める～住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために～」をテーマに、176 名の参加者が 27 のグループに分かれて、グループワークを行った。「何を話しても否定されない」ことが、全員をグループワークに参加させるポイント。研修会を始めるにあたり、中心となる

メンバーがグループワークのやり方や KJ 法、PDCA やアクションプランを作ることを学び、それを周囲に伝えることで、地域を動かせるようになったという。そうやって地域を動かしていくことを「当たり前」だと思っていることが、突出したリーダーなしで地域全体が動いていることのポイントなのではないだろうか。

茨城県取手市・守谷市・利根町 医師会事務局内に在宅医との連携窓口を設置

茨城県在宅医療・ 介護連携拠点事業

取手市医師会の管轄は、取手市・守谷市・利根町という2市1町である。取手市内には医師会病院と、公的病院が1病院、守谷市内には公的病院が3病院あり、病病連携・病診連携も密に行われている。取手市医師会内には、地域医療支援病院である取手北相馬保健医療センター医師会病院、訪問看護ステーションひまわり、ひまわり居宅介護支援事業所がある。取手市医師会は茨城県保健福祉部が「茨城県在宅医療・介護連携拠点事業」を平成25年度・平成26年度と連続して受託している。地域全体で包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供する体制を構築するため、在宅医療の「土台づくり」事業、「仕組みづくり」事業を行うのがこの事業の内容である。

(参考)平成26年度茨城県在宅医療・介護連携拠点事業実施要項

3. 事業内容

(1)「土台づくり」事業
連携拠点は、地域レベルでの協議の「場」を設定し、地域の在宅医療・介護に関わる多職種の者、組織及び行政（市町村、保健所等）と一体的に取り組み、多職種協働によるネットワークの改善・強化を図りつつ、在宅医療・介護を支える「土台づくり」を行うこと。

(2)「仕組みづくり」事業
連携拠点は、「土台づくり」事業で抽出した地域課題について、地域資源を最大限に効率的・効果的に活用することで、「医療・介護従事者」、「患者・家族」の両側からの解決に向けた検証（モデル事業）を実施し、支援を必要とする者に対し安心感を与えられる「仕組みづくり」を行うこと。

在宅医療・介護連携の 拠点としての取り組み

在宅ケアの事例検討会の実施

取手市医師会では医師会理事が先頭に立って、15年以上前から在宅ケアの事例検討会を年に10回行っており、医師・看護師・薬剤師・ケアマネジャー・行政職員など多職種が毎回60名ほど参加している。毎回世話人と担当の発表者を決めて、参加者同士で討論を行う。年間10回のスケジュールのテーマの中には、事例検討だけでなく、専門的な学習なども含まれる。リハビリや精神科、訪問歯科、訪問服薬指導など、テーマも幅広い。参加者同士の顔の見える関係作りに役立っている。

在宅連携協議会

取手北相馬地区の医療・保健・福祉に携わる医師・歯科医師・薬剤師・看護職員・訪問看護師・民生委員・行政職員（取手市、守谷市、利根町、竜ヶ崎保健所）などが参加し、包括的かつ継続的な在宅医療支援体制について検討している。

市民公開シンポジウムの開催

一般市民への啓発のため、管内3地区において年に2～3回、在宅医療に関する市民公開シンポジウムを開催している。参加者は100名程度に上る。シンポジウムでは、自主制作ビデオを上映するなど、イメージ喚起のための工夫を行っている。

地域リーダー養成研修会

取手市医師会管内の医療と介護を担う地域リーダー養成のための研修会を、年に1～2回、講師を招いて開催している。平成25年度は、多職種の代表者58名が参加

し、「リーダー研修会の目的とリーダーの役割」、「在宅医療における多職種連携の役割」、「包括ケアの構築に向けて」、「かかりつけ医の在宅医療」、「訪問看護の役割」、「ケアマネジャーの役割」、「緩和ケアの基礎」、「エンドオブライフケア」などをテーマとした。またKJ法を用いたグループワークで、地域の在宅医療・介護の問題点を検証した。研修会の修了者44名には、医師会長名での修了証を発行した。平成26年度は、本会内に、訪問看護ステーションWG、ケアマネジャーWGの2つのワーキンググループを設立し、各々が地域リーダー養成研修会のためのテキスト作りを行っている。

多職種連携フォーラム

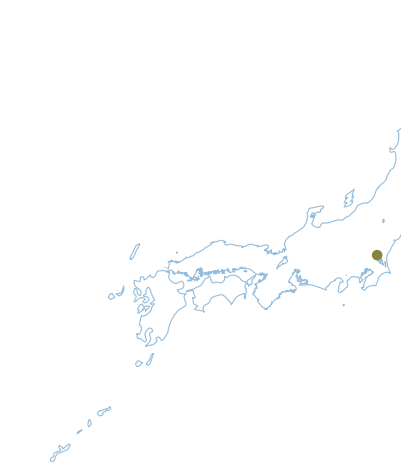
年に1回、地域で働く多職種を集めてフォーラムを行っている。約100名が参加。平成25年度は、地域リーダー養成研修会で指摘された連携上の問題点を中心に、積極的な討論を行った。

アンケート調査の実施

市民公開シンポジウムに参加した一般市民向けのアンケートや医師会所属の医師向けのアンケートで意識調査を行っている。

取手市医師会在宅ネットワーク

事例検討会を土台とし、平成23年に「取手市医師会在宅ネットワーク」（通称「在宅いきいきネット」）として、医師会事務局内に在宅医の連絡窓口を置いた。患者から在宅療養の要望があった際には、病院ソーシャルワーカー・保健センター・地域包括支援センター・各介護支援事業所などが医師会事務局に連絡することで、在宅医に繋ぐことができる。医師会事務局に窓口を一本化することで、主治医を探す負担を軽減することができている。この取り組みが成功した背景には、拠点事



業が始まる前から関係性ができていたことがあるが、フォーラムやアンケートによって現場のニーズがより明確になり、ネットワークが改善・強化されている。平成25年度時点で、管内ほぼ全ての病院が後方支援病院に、全ての訪問看護ステーションが連携ステーションとなっている。

医師会のフットワークの軽さ

取手市医師会事務局の狩谷佳子氏は以下のように語る。

「在宅ネットワークを立ち上げるにあたって、医師会会長と当時の理事(現副会長)が、2市1町のケアマネジャー連絡協議会に直接足を運んで、説明をしました。また歯科医師会や薬剤師会などに協力をお願いする際にも、事務局ではどこに頼めばよいのか窓口がわからないこともあるのですが、会長副会長が自ら、普段からお付き合いのある先方の役員とお話をして、どこに連絡すればいいのかなどを全部調べあげてくださいました。そして私たち事務局が文書を作って、正式な形でお願いするという形をとりました。会長や副会長や理事といった医師会役員のフットワークの軽さ、ネットワークの広さがキープポイントになっているように感じます。」

取手北相馬保健医療センター 医師会病院

取手北相馬保健医療センター医師会病院は地域医療支援病院として承認されている。事務部事務長の神田吉也氏に話を聞いた。「連携室の立ち上げは10年ほど前のことです。当院は医師会病院という特性もあり、CT・MRIなどの高度医療機器の共同利用という観点から連携がスタートしています。私自身、今は事務長を務めておりま

取手市医師会

取手市医師会の管轄は、取手市および守谷市、利根町。取手市は茨城県の南端に位置する、人口約11万人の都市。1970年代から80年代にかけて東京都心のベッドタウンとして開発され、人口が増加。その後、夫婦世帯から働く世代が都心部に流出し、少数世帯化・高齢化が進

すが、もともとは診療放射線技師で、医師会員の先生方に対する営業を行っておりました。その中で、先生方が常時連絡を取れるような窓口の必要性を感じ、連携室の立ち上げに携わりました。ですから、患者の紹介・逆紹介という観点よりも、検査の予約がきちんと取れること、医師会員の先生方に便宜を図ることができるという点を重視してきました。

立ち上げ当初から、連携室は事務員のみで運営しております。現在は事務員が5名おり、うち3名が常勤ですが、検査予約等のやり取りを経て、医療の知識レベルも他の専門職に劣らないところまでレベルアップしてきています。医療行為を行うには資格が必要ですが、やり取りには資格は要りません。医療の中の立場を経験してきた人間で、判断できる事務員がいれば、無理に看護師を連携室に配置しなくても問題ないのではないかと思います。ただソーシャルワーカーについては、事務とは違った専門領域がありますので、別部署ではありますが連携をしながら業務を行っています。」

医療連携室主任の鈴木富枝氏に、実際の連携について話を聞いた。

「医師会員の先生方からは、基本的にはお電話やFAXで連携室に連絡があるので、私たちはそれをお受けして、院内の先生に繋いでいくという形です。他の病院との連携においては、通常は連携室同士でのやり取りになりますが、難しい症例になると先生同士という場合もあります。他の施設の連携室の方には、月に何回かご挨拶に行き、そのときに顔合わせをして近況をお話したりする機会があります。会って話した後のほうが密な連携が取れると感じます。」

近年では、在宅事例検討会に医師会病院をはじめとした病院の連携室職員も参加するようになった。連携室同士の連携、連携室と訪問看護ステーション等の連携も、より深まりつつある。

んでいる。平成5年に9.1%であった高齢化率は、平成25年には27.7%にまで増加している。隣接する守谷市の高齢化率は全国的にも低い約14%、対して利根町の高齢化率は約35%と、管轄内でも差が大きい。

取手市医師会 訪問看護ステーションひまわり

取手市医師会訪問看護ステーションひまわりについて、管理者であり、訪問看護師・ケアマネジャーである江田郁子氏に話を聞いた。

「私たちの業務は依頼があって初めてスタートします。依頼を受けた際は必ず病院の担当者会議やカンファレンスに参加しています。関係作りを経て、相談の回数が増えてきていると感じます。

今、この地区には訪問看護ステーションが9箇所あります。他の病院が持っているところもあれば、個人で立ち上げている事業所もあります。医師会員の先生方も必ず私どものステーションを使うわけではありません。他のステーションと共に関わる機会が多くなり、各々要望に応えられる訪問看護の提供ができていると思います。訪問看護ステーション同士は毎月連携協議会を開いているので、横の連携もスムーズにできているかと思います。拠点事業でワーキンググループが立ち上がったことで、更に連携が強化されたと感じます。

またこの訪問看護師は、ほとんどがケアマネジャーの資格を持っています。在宅におけるコーディネーターとして、多職種を繋ぐという役割を自覚して動いています。特に介護職との連携では、医療知識を持った看護側が歩み寄る必要があると考えています。医療的処置の連携が必要な利用者様については、一緒にやり方を見てもらったり、写真つきのマニュアルを作成してFAXで送ったりしています。連携がうまくできていなくて困るのは利用者様なので、私たちが連携の中心になっているという気持ちをもって、丁寧にやり取りを行っています。」

福岡県宗像地区

安心して在宅医療に取り組める仕組み

宗像医師会 在宅医療連携拠点事業室「むーみんネット」

宗像医師会は、福岡県の宗像市・福津市の2市を管轄する地域医師会である。地域単位が旧保健所の管轄とも一致するため、医療と福祉の連携はしやすい環境である。平成20年に、福岡県の在宅医療推進事業において宗像地区がモデル地区として選ばれた。当時は保健所主導のもと、医師会・薬剤師会・歯科医師会・病院の連携室などが集まり、年に2回程度の会議を行っていた。そうした関係性が築かれていたところで、平成24年度に宗像医師会が厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を受託。在宅医療連携拠点事業室「むーみんネット」を宗像医師会内に設立し、一年間の事業期間終了後も様々な取り組みを行ってきた。

在宅医の負担軽減のための取り組み

在宅医療を行う上では、まず医師の確保が課題であった。在宅医の不足・熱心な医師の負担大・バックベッドの確保が難しい、という課題があった。そこで拠点事業では、医師同士の事例検討会・交流会を通じて、在宅医療に携わる際のルール作りを行った。まず、一人在宅医の負担を軽減するためには医師間で情報共有することが必要だと考え、在宅用診療情報提供書のフォーマットを作成した。これによって、主治医が不在であっても、代診をスムーズに行うことが可能になった。次に、患者に了承を得た上で、受診歴のない患者の情報も事前に医師会病院に登録することで、緊急入院に備えたバックベッド体制の構築を図った。これによって、不測の事態が起きたときには、医師会病院が引き受けてくれるという安心感が生まれた。さらに、連携の方法と代診の診療報酬算定

の取り決めを行い、それを公表することで気兼ねなく代診を依頼することが可能になった。宗像医師会の在宅支援担当理事・吉田道弘氏はこう語る。「私たちよりも上の世代の医師は、『これまでどおり気心の知れた医師同士で連携を取りたい』と言っていましたし、若い世代からは『グループの当番制で訪問診療ができるといい』という声が聞かれました。どちらの気持ちもわかりましたので、取えてシステム化するのではなく、最低限のルールだけ決める形をとりました。これによって、地域の開業医が安心して訪問診療を担えるようになったのです。」

医療・保健・介護専門職のスキルアップ

むーみんネットでは、地域の医療・保健・介護を担う専門職の技術向上のため、職種別の研修を行っている。職種が抱える課題に焦点をあてたテーマを設定し、在宅医療を支える専門職のスキルアップに活かしてきた。「各職種に身につけたいと思っているスキルについてアンケートを取り、そこから研修のテーマを決めていきました。また宗像医師会病院が腎センターを持っていることもあり、腎不全・透析については多く研修会を行っています。平成24年度は職種別の研修会をメインで行っていましたが、平成25年度から多職種での研修会も行うようになりました。研修会に参加することを通じて、顔の見える関係が築けるようになっていきます。」

在宅支援ネットワークマニュアル

「在宅支援ネットワークマニュアル」は、24時間在宅医療を支えるためのマニュアルである。「薬剤・医療・衛生材料供給システムについて」「医療材料・診療報酬請求」「在宅がん医療総合診療科」「主治医不在時、

依頼対応」「バックベッド・レスパイト入院」といった内容が明記されている。

後方支援病床の確保

宗像医師会病院を後方支援病院とし、患者情報を共有することによって、24時間対応できる体制を整備した。これによって、医師と患者・家族双方が安心して在宅医療ができる体制を整えた。

資源ガイド・マップの作成・更新

全ての医療機関・介護事業所に調査用紙を配布し、在宅医療の資源ガイド・資源マップの作成を行った。平成24年度は医療機関45施設（42.9%）、介護事業所76施設（58.7%）の掲載だったが、平成25年度には歯科医師会・薬剤師会の協力も得て、医療機関75施設（71.4%）、介護事業所115施設（81.4%）が掲載され、より充実した内容となった。情報はCDで配布され、多職種の連携や社会資源の選択に活用されている。医療機関や施設によっては、広く一般に公開されたくないという要望もあるので、CDで配布するという形式をとっている。

ICTを用いた患者情報共有システム

ICT（情報通信技術）による患者情報共有システムを独自に開発し、継続して運用している。在宅医・歯科医師・訪問看護師・ケアマネジャー・薬剤師等、多職種がいつでも、どこでもタイムリーに患者情報を共有できる。平成26年からは、スマートフォンを活用したシステムへと改変し、できるだけお金をかけず、より便利で安全なシステム構築を目指している。

住民意識の向上

住民啓発活動として、「在宅医療シンポジウム」「在宅医療・介護見本市」「在宅ホスピスを語る会」などを開催。特に毎年開催



するシンポジウムは多くの参加者を集めている。寸劇で在宅医療の様子を紹介するなど、わかりやすく伝える工夫を行うことで、住民意識も高まった。

相談支援体制の構築

むーみんネットでは、患者や家族からの医療・福祉に関わる相談や、医療機関からの退院調整・退院支援に関する相談、福祉施設からの医療に関する相談などを受け入れる、相談窓口業務を行っている。

宗像医師会

宗像医師会は、福岡県の宗像市・福津市の2市を統括する。宗像市および福津市は、福岡市と北九州市のほぼ中間に位置する都市。玄界灘に面し、大島・地島などの有人島も宗像市の市域に含まれている。宗像市の人口は約9万6千人、高齢化率は

22.9%。隣接する福津市は人口約5万6千人、高齢化率は25.9%。福岡市・北九州市のベッドタウンとして発展してきた都市で、高度経済成長期に建設された団地では居住者の高齢化が進んでおり、高齢化率が30%を超える団地もある。

をFAXすれば、必ず『今日何時に訪問し、服薬指導をして来ました』というお返事をいただけます。現在は薬剤師会会営の薬局2か所が訪問指導を担っていますが、他にも手を挙げている会員薬局があります。また、どうしても個人の薬局で対応できない場合は、薬剤師会会営の薬局が必ずバックアップするという取り決めをしています。」連携のために、薬剤師も積極的に退院時のカンファレンスやサービス担当者会議に参加し、情報を共有している。

Column 宗像医師会訪問看護ステーション

宗像医師会は訪問看護ステーションを設置している。特徴的な取り組みとして、看取りを行う際に、看護師が注意すべき医療的観点や、家族が心掛ける点などをまとめたチェックシートを作成している。宗像医師会訪問看護ステーションの管理者である阿部久美子氏に詳しく話を聞いた。「訪問看護師にアンケートを取ったところ、多くの看護師が、終末期と看取りに不安があると答えました。ただ、みんな病院で働いていた経験があるので、何となく『あのぐらいで亡くなるだろう』という感覚は持っています。そこで、その感覚を言葉にしてまとめて、チェックシートとして活用しようと考えたのです。例えば、亡くなる1週間ほど前になると、だんだん声が弱くなり、食事がほとんど取れなくなります。こういう段階になってきたら、看護師がチェックシートを記入していきます。チェックシートにはいつの段階でどのような対応・説明をするべきかが明記されており、それを参考にして看護師はケアを行います。ご家族に連絡して自宅で看取るかどうかの確認をしたり、救急車を呼ぶかどうかを意思決定してもらったりし

ます。そしてご家族に、臨終へ向かう身体の変化というリーフレットを渡し、これから患者さんがどうなっていくのかを説明します。ご家族に介護疲労や動揺があれば、そのケアもします。看護師が何をいつ誰に説明したか、どのようなケアをしたか、逐次このシートに書き込んでいきます。亡くなる3日前ぐらいになると、意識レベルが低下し、血圧が低くなり、チアノーゼなども出てきます。この段階になったら、医師のスケジュールを聞いておく必要があります。そしてご家族には、『呼吸が止まったときには、慌てずに訪問看護にご連絡くださいね』と伝えておきます。看護師の経験にかかわらず、誰が受け持っても同じように看取りを行うことができるのが、このチェックシートの利点だと思います。」このような取り組みにより、在宅での看取りの件数も年々増加している。がん末期だけでなく、腎不全で透析を拒否した方や、心不全の方なども、自然な形で看取ることができるようになってきている。「この取り組みは、保健所・市町村・医師会が連携して初めてできることだと思います。亡くなる1か月前ぐらいから亡くなっ

た後までの簡単なパスを、他の職種も交えて協議し、チェックシートのような形にまとめることで、在宅での看取りにも取り組みやすくなるのではないかと思います。」

看取りの前に患者さんにお渡しする書面より（抜粋） これからのこと ～癒された日々でありますように～
（略）少しでもご家族の方が落ち着いて、介護にあたる事ができるように書かせていただきました。 ここに記したことが、すべておこるとは限りませんが、私たちの長年の経験、知識によるものです。 （略） *ご家族にできる事 手足が冷たい、唇の色が悪い…暖める、手を握る、足を擦る等 呼吸が不規則になる…顔をなでる、胸を擦る
*ご家族にしかできない事 思い出を語る これまでの感謝の言葉を述べる これからの生き方を伝える
少ない提案ですが、ご参考になれば幸いです。

北海道函館市

現場の要望を聞き取り、連携室を設置

地域医療連携センター

「クローバー」

函館市医師会病院の概要

函館市医師会は、会員 600 余名の、道内では 3 番目に大きい郡市区医師会である。函館市医師会病院は地域医療支援病院に承認されており、かかりつけ医からの紹介型病院として、救急以外は原則的に紹介状を必要とする。紹介率は 90% を超え、地域と密接に連携している。医師会病院では、多職種連携のための研修として医師以外の医療職や事務職員向けの研修を行っている。月 2 回ほどのペースで実施し、内容は WEB で報告している。また月に 1 回、全職種が参加する教育研修委員会を開催しており、研修のテーマになりそうな題材について話し合っている。

現場の要望を聞き取り連携室を設置

地域医療連携センター「クローバー」は、平成 21 年 6 月に設置された連携室である。それまでは、かかりつけ医からの紹介や検査依頼を集約する窓口がなく、ドクター to ドクターで直接電話でのやり取りが行われていたり、放射線室や内視鏡室が直接依頼を受けたりと、それぞれが現場で独自にコミュニケーションを取っていた。しかし、どうしても診療や検査業務の中断が相次いでしまうため、依頼を受け付けるための専門の部署を立ち上げることにした。つまり設立当初のコンセプトは、外向けの窓口を一本化することであった。立ち上げにあたってはセンター長の副院長を中心に、看護部長、外来看護師長、連携室看護師長、医事課長、MSW、連携室担当事務員らがコアメンバーとなり、現状の問題点を洗い出すことから始めた。医師はもちろん、各部門で困っていることの全て

を箇条書きにし、それらに優先順位をつけていった。現場の愚痴を聞くような形でそれぞれの要望を聞き取り、ディスカッションを重ねた。聞き取ることで、「これからは、連携室が窓口になる」というアピールになり、今までどこに相談していいかわからなかったことも必然的に連携室に集まるようになった。当時のコアメンバーとして設立に携わった医師会事務局の永澤潤一郎氏は以下のように語る。「当時、私はたまたま施設管理や用度を担当していて、周囲の要望を聞きやすい環境にありました。いろいろと御用聞きのようなことを昔からやっていたので、みんな、要望やちょっとした愚痴を言いやすかったんでしょう。また、経理課長に話を通しやすかったのもひとつのメリットでした。新しいことをやろうとすると、場所やお金の確保、物品の調達などが必ず発生します。それを私がパッと提案できる立場にいたことは、とてもやりやすかったです。」

それぞれの医師に合わせたルール作り

連携室でまず行ったことは、医師一人ひとりへのヒアリングだった。それぞれの要望に合わせたオーダーメイドのルール作りだ。「例えば、初診の患者さんや時間のかかる患者さんの診療は何曜日のどの時間帯にするかといった時間帯・枠のルールを、医師一人ひとりにヒアリングして個別に定めたいんです。これがうまくいった秘訣かもしれません。同じように検査の予約についてもルールを明確にしました。CT・MRI に関しては、使用頻度の高い診療所をターゲットに限定して、診療所のパソコンから予約・読影ができる独自のシステムを使用した遠隔画像診断サービスを提供しています。このシステムを使えば、地域の先生方が当院の CT・MRI をご自身の診察室から、患者さんと一緒に画面を見て、予約日や検査時間を決められます。撮影後の画像やレ

ポートもリアルタイムで見られます。24 時間サービスを提供していますので、診療時間終了後でも予約や閲覧が可能です。読影については、医師会病院の医師が読影して返すパターンと、診療所側で読影するパターンのうちから選ぶことができます。これも、地域の先生方それぞれのリクエストに応じて、ルールを定めました。」予約も取れる特別な画像システムは、放射線科の医師が自分で使いたいと思うものを自ら設計し、ユーザー会員に試用していただき、出てきたリクエストのほぼ全てをクリアした上で開発したものだという。

連携室に看護師を配置

「クローバー」には、常勤の看護師・保健師が 4 名配置されている。看護部長の中村幸子氏に話を聞いた。「クローバーの立ち上げ当初、私たち看護部は退院調整を課題にあげていました。というのも、患者さんから『まだ病院にいたいのに退院になってしまう』という声が多かったからです。何とか気持ちよく帰っていただく、気持ちよく入っていただく方法はないものかと考えていました。そこで、人員を投入すべきところにはしっかり投入すべきだと考え、連携室に 4 名という、他に比べれば多い人数を配置したんです。」連携室の業務としては、紹介患者の受け入れ窓口（前方連携）と、退院調整（後方連携）が挙げられるが、それぞれは明確に区分されているわけではない。なぜならば、退院して在宅や施設に帰った患者が再び病院に紹介されてくる場合も多いからだ。業務は、かかりつけ医からの紹介で入院の依頼を受けたり、入院時に患者のアナムネーゼを聴取することがメインとなる。紹介は FAX で受けるのが基本だが、従来のドクター to ドクター形式の紹介も引き続き残している。ただし医師たちも、紹介の依頼があった際には、その情報を連携室側



函館市医師会

函館市は、北海道の南部に位置する、面積約 678km²、人口約 27 万人の都市。北海道の中核都市の中でも人口減少率が高く、人口流出による少子高齢化が問題になっている。高齢化率は平成 19 年に 25% を突破。その後 1 年間に 1 ポイント前後上昇し続け、平成 26 年には 30% を

に報告してくれるそうだ。依頼は、基本的には事務職員が各部署に振り分けているが、どの診療科にお願いしていいか判断に迷う場合は、連携室所属の看護師にすぐに相談し、看護師がその場で判断する。患者の基本情報を連携室で一括して得て、その情報を病棟側に渡すことで、病棟の業務の負担が減り、余裕ができていくという。患者にとっても、何度も同じ情報を聞かれることがなくなるというメリットがある。また、院外からの相談も連携室が一括して受けている。一般の方からの相談もあれば、診療所や施設、他病院からの医療的な相談が来ることもある。例えば、医師会病院で治療を受けた患者が他病院に救急搬送された場合、搬送先の病院から「この患者さんに使用している医療材料のメーカーを教えてください」などという相談が来たりする。そうした場合は事務だけでは対応ができないので、看護師が対応している。看護師が連携室にいることによって、従来ならば院内でのやり取りが何度も発生していたような相談でも、判断が一度で済むようになったという。

多職種の相互理解を深める

「クローバー」は、立ち上げの段階から多

職種が関わり、互いに意見を出し合ったことで、現在の形になった。「クローバーを立ち上げる前は、今考えると非常に複雑な状態で、一人ひとりのサービス精神では仕事を抱えきれないような現実がありました。それが、多職種で問題解決ができる形になったことは、とても良かったと思います。それまでは医師と看護師が中心の病院というイメージがあったけれど、クローバーを立ち上げたことで、多職種がそれぞれの立場の考え方を相互に理解できました。検討したことは必ずみんなで共有し、報告し、それが承認されるということを繰り返してきました。それによって互いの職種の役割が明確になった感じがあります。それが良いサービスに繋がっているというところでは、非常に良い連携が取れていると感じます。」(中村看護部長)「当院のいいところは非常にオープンなところです。院長室や看護部長室にもどやどやとみんなが入っていきける雰囲気があります。だから、現場のリアルタイムの話が上層部に伝わりやすく、その流れで話が上層部での定期的な会議の議題にのびやすい。240 床、職員 300 人程度という規模もちょうどいいのかもしれません。」(伊藤事務部長)

Column 地域医療連携実務者協議会

函館市では、市立函館病院・函館五稜郭病院・函館中央病院が幹事となり、地域医療に携わる多職種が参加する 100 人規模の協議会を年に 4 回定期開催している。各病院が持ち回りでテーマを決め、講演会やグループワークを行っている。協議会の後には必ず交流会を開催しており、60 ～ 70 人が参加する。「協議会は、3 病院が自主的にやり始めた

ものだと思っています。『函館のイカリングの会』なんて呼ばれています(笑)。各病院の連携室のメンバーも、この協議会を通じて仲良くなっていますので、普段電話などでやり取りする際にも、電話の向こうに相手の顔が見えるぐらいまでには親交を深めています。互いの連携室でのやり方に学ぶ点も多くて、非常に良い仕組みだと思っています。」(伊藤事務部長)

突破するなど、全国的にも比較的速いペースで高齢化が進行している。その中で函館市医師会は、医師会病院・健診検査センター、看護専門学校・夜間急病センターの 4 大事業を中心に「地域医療の充実と推進」を理念に掲げ、公益社団法人として様々な事業を展開している。

函館市医師会

看護専門学校

「クローバー」を実習先に

函館市医師会看護専門学校では、地域看護の実習のなかで、保健所や地域包括支援センターに加え、地域医療連携センター「クローバー」での実習を行っている。「地域看護の実習では、保健所と包括支援センターには全員必ず行くようにしているのですが、それぞれの地域で活動内容の差があり、学ぶ内容に差が出るという課題もありました。そこで、クローバーにも協力をお願いして、実習を受け入れてもらっています。全員が行くことは叶わなかったのですが、行った学生が学んだことを発表して、共有する機会を設けました。学生はこの実習を通して、地域で生活している人も看護の対象であるということを学び、視野が広がったようです。成人看護や老年看護の実習のときに受け持った患者さんが地域に帰った後のことをイメージできるようになったという声もあり、連携室での実践を見せてもらったことは非常に有意義だったと感じています。」(田中和子副学校長)

福岡県遠賀郡・中間市

地域と医師会間の「顔の見える関係」づくり

遠賀中間医師会の

取り組み

管轄地域が1市4町にまたがる

遠賀中間医師会が管轄する地域は、福岡県中間市と、水巻町・芦屋町・岡垣町・遠賀町の1市4町からなる。医師会病院として、おんが病院（急性期）とおかがき病院（回復期）の2つを設置している。またそれに加え、医師会内に看護助産学校・訪問看護ステーション・ケアプランセンターが設置されているのが特徴である。

北九州圏は病院が多く、人口に対して病床数が多いという特徴がある。遠賀中間地域のどこからでも、30分あれば大学病院に行くことができるという医療資源に比較的恵まれた環境であり、在宅医療へのニーズが高まりにくい現状がある。

遠賀中間医師会会長の津田文史朗氏と理事の豊澤賢明氏に話を聞いた。

「私どもは、地域包括ケアのプランを立てるのは基本的には自治体であると考えています。ただ、この遠賀中間医師会は1市4町にまたがる地域を管轄しているので、それぞれの自治体のプランに対応するのは難しいというのが現状。医師会によっては自治体から委託を受けてケアプランを立てているところもありますが、我々はそのようにはできないので、ジレンマがあります。ただ、これからの医療・介護連携を担う人材の養成は私たちでも担えるところです。行政側にも、方針がしっかり決まっていればいくらか協力できると、私たちから伝えています。ニーズに合わせて、できることがあればどんどん提供したいと考えています。

しかしながら本当の課題は、在宅医療を担うことのできる医師が限られていることなのではないかと私たちは考えています。ケ

アマネジャーや訪問看護師は、介護保険の枠組みの中で協働することに慣れてきましたが、実は医師は取り残されているのではないかと思います。医療資源の調査をしても、在宅医療に対応できる医療機関は限られています。医師の意識を高めるための活動を医師会がきちんとやっていかなければ、地域包括ケアの中で医師が取り残されていくのではないかと感じます。そのため教育を行うポテンシャルを医師会は持っていると思います。」

診療報酬を理解するための研修

そうした状況のなかでも、遠賀中間医師会は医療・介護連携を支える人材を育成する取り組みとして、訪問診療・訪問看護の診療報酬体系を理解するための医療事務の研修を行っている。複雑な診療報酬体系についての理解を促すことで、医院の経営のための環境づくりに役立ててほしいと考えている。さらに、隣の宗像地区の事例を学ぶ講習会を行うことで、医師の啓発に努めている。

「医師の側にも事情があり、訪問診療をやりたくても時間と余力がないという場合もあります。外来を1日100人近く診ている人もいますからね。そういう医師に、いきなり在宅医療に熱心に取り組んでもらうのは難しいでしょう。イメージしているのは、はじめから在宅医療をガンガンやれと言うのではなく、ゆるやかに少しずつ取り組めるような環境を作っていくことです。50人の医師の集団が、それぞれ医師1人につき2人の在宅の患者を持てば、100人を診ることができます。そういう風に、管轄地域全体としての体制を整えるための取り組みが、医師会としてやっていくべきことなのではないかと考えています。」

全員で働き医師にお任せにさせない

豊澤氏に、地域包括ケアにおける多職種連

携の課題を聞いた。

「やってみてわかるのは、医師が前に出ると『医師にお任せ』となってしまう、他が話さなくなるということです。医師や医師会の意見が何となく尊重されてしまう。けれど、医師会はそんなに偉いものではないと私は考えています。医師会はあくまでも協力する形であり、偉ぶったりいけないと思うのです。医師が中心になるというよりは、医師も多職種の一員であるという態度でいることが大事です。トップで教えるのではなく、自分もチームの一員として働くという意識でいなければ、うまくいかないと思います。

そして一番大事なのは、住民はどう思っているのかということ。やろうとしている枠組みが、本当に住民が望んでいる枠組みなのかということを考えていかなければと思います。住民が望む形を実現できるようにみんなが考えれば、議論もまとまってくるのかなと考えています。」

遠賀中央看護助産学校の

取り組み

遠賀中央看護助産学校は、遠賀中間医師会立の看護学校である。医師会事務局と同じ場所に、地域の看護師を育てるという目的のもと設置された。医師会立看護学校は准看護師の養成校が多い中で、看護師・助産師の養成を担う医師会立養成校である。看護学科は1学年40人が定員、助産学科は15名定員で、入学の倍率は4倍ほどである。

地域包括ケアシステムの概要については、専門基礎分野の保健医療論で取り扱っている。2年次に在宅看護学の講義・演習を学内の実習室で実施し、3年次には統合分野の在宅看護論実習を行っている。

学生が実際に他職種について知ることにな



遠賀中間医師会

遠賀中間医師会が管轄する地域は、中間市（なかまし）と遠賀郡の4町（水巻町・芦屋町・岡垣町・遠賀町）の1市4町。

中間市もかつては遠賀郡であり、昭和33年に市町村合併特例法に基づいて市制施行し中間市となった。中間市は、福岡県の北部にある市。

るのは、実習の場である。実習先には恵まれており、宗像医師会や看護協会の訪問看護ステーションなど、レベルの高いところが実習を受け入れているため、学生の学びは深い。

遠賀中間医師会おんが病院の

取り組み

遠賀中間医師会おんが病院は、遠賀中間医師会の2つの医師会病院のうちの1つであり、急性期医療を担っている。

開業医との合同勉強会

おんが病院では、病院が中心となって、医師会員の開業医と医師会病院勤務医の合同勉強会を定期的に開催している。例えば消化器分野では、定期勉強会を1年に約10回30年以上、計300回近く続けている。同じ専門を持つ医師同士の交流の場として、小規模で和気あいあいとした雰囲気があるそうだ。

また、福岡市や北九州市から著名な先生を呼んで講演をしてもらうこともある。このような勉強会を通じてお互いが顔見知りになることによって、診療所から医師会病院に患者を送る際にも依頼がしやすくなっている。また患者さんに対して、「あの先生はこんな人だよ」と伝えることができるのだという。敢えて医師会病院で勉強会を開催することで、開業医に対する医師会病院の認知度向上にも繋がっている。

栄養サポートチームによる施設訪問

おんが病院内では、医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・言語聴覚士・作業療法士・臨床検査技師などによる栄養サポートチーム（NST）が活動している。このNSTは、院内での活動だけでなく、地域内に9箇所ある介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・居宅介護支援事業所など、介護・福祉系の施設を訪問し、施設での食事の内容や、気をつけていることなどを聞いて回るというアウトリーチ活動を行っている。この活動について、おんが病院看護部長の新田壽

筑豊炭田の一角をなし、エネルギー革命による炭鉱の閉山等で一時人口が大きく落ち込んだが、その後北九州都市圏のベッドタウンとして再生した。遠賀中間地域の人口は約14万1千人、高齢化率は29%。



子氏に話を聞いた。

「私も一度、NSTについて行って施設に訪問したことがあるのですが、お互いにすごく勉強になったんです。施設は施設なりの自負があって、その一生懸命さを私たちも教えてもらいました。病院ではなかなかバラエティに富んだ食事を工夫して出すことは難しいので、非常に勉強になりましたね。また病院側が退院時に考えていることを施設側にお伝えしたり、逆に受け入れる側の疑問・質問にお答えしたりしたことで、お互いの理解が深まったのではないかと思います。」

NSTの活動を通して、地域内の施設と顔の見える関係を築くことができている。

Column 遠賀中間医師会看護師会

遠賀中間医師会では、医師会の下部組織として看護師会を設置。地域の診療所の看護師も、病院勤務の看護師と同じように研修を受けられる場を設け、医師会が看護師の生涯学習や継続教育を担っている。医師会内に看護師会があるというのは大変珍しい例である。看護師会に所属するのは、主に医師会病院や、医師会員の診療所で働く看護師。年4回、定例の研修会を行っており、主に在宅医療・地域医療に関連したテーマで講演や事例報告を行い、毎回180人近くの参加者が集まる。看護師会のメンバーの結束は固く、医師会からの信頼も厚い。

【平成26年度 一般社団法人 遠賀中間医師会看護師会研修プログラム】

- 6/19（木）講演：「認知症高齢者の行動・心理症状の理解と対応」～在宅医療に向けて～
- 9/18（木）講演：「地域包括ケアシステムとは」
【施設報告会】：在宅医療推進に向けての各施設の取組紹介
①訪問看護ステーションにおける看護の実践
②訪問診療から看取りまで
③リハ専門病院内での多職種連携の取組
- 11/20（木）【施設報告会】：在宅医療推進に向けての各施設の取組紹介
①在宅ケアについて 医療と連携、看取りまで
②在宅介護サービスの取組
③訪問診療から看取りまで
④在宅医療推進への取組 みなし訪問看護を始めて1年
⑤医療と介護の連携 訪問看護ステーション、ケアプランセンターの連携
- 2/19（木）講演：「高齢糖尿病患者への看護」～病院と在宅をつなぐ～

島根県隠岐島前（おきどうぜん）

「医師が一番」にならず、現場からの声を聞く

隠岐島前病院は、隠岐諸島の西ノ島町にある 44 床の病院だ。島前には他に病床を持つ医療機関がなく、救急患者はみな隠岐島前病院を受診する。対象人口は約 6,200 人であり、高齢化率は約 42% と非常に高い。隠岐島前病院では、総合医 6 名が複数主治医制をとっている。内科・小児科・外科の外来を行っており、また産婦人科・耳鼻科・眼科・精神科・整形外科のパート診療を行っている。標榜診療科目は合計 8 科目である。今回は、院長の白石吉彦氏に話を聞いた。

地域の介護・福祉施設との連携体制の構築

島前地域唯一の有床医療施設

隠岐島前病院は、島前地域で暮らす人々にとって唯一の砦である。退院後に適切に在宅や施設での療養に繋がなければ、患者はまた急性期に戻ってきてしまう。「ここでは退院してからが始まりです。いかに患者さんを元の生活にソフトランディングさせるかに心を砕かないと、結局この病院に戻ってきてしまいます。ここで働き始めたばかりの頃は、一生懸命治療しても、患者さんが家に帰ったら寝たきりになっていたなんてこともありました。小さな島だから、医療だけでは幸せにならないことが目に見えるんですよね。地域唯一の中小病院であれば、地域包括ケアを意識しなければいけないのは当たり前だと僕は思います。」



介護施設や役所を訪問し実情を聞く

そこで白石氏は、この島に赴任してきてすぐ、地域の介護施設や、社会福祉協議会などを自ら訪問し、実情をヒアリングした。「僕が来る前は、この病院の医師は 1 年交代で、介護施設や役所の思いなど何も知らなかった。特に福祉との連携については、広域連合立の病院ということもあり、市町村と病院が一对一ではない難しさがありました。でも担当者を訪問してみると、『連携の場を作ってくれるならもちろんやりたい』と言ってくれた。そこで、病院に多職種を呼んでサービス調整会議を行うことにしたんです。できるだけ多くの人が参加できるように試行錯誤をした結果、第 2・第 4 木曜日の 16 時から定期的に開催しています。」

医師が「命令」してはいけない

病院で会議を開催することのメリットの 1 つは、医師が参加しやすいということだ。介護が必要な人は必ずと言っていいほど医療も必要としている。医療と介護に序列はないが、最終的に生きる・死ぬということに関しては医師が責任を取らなければならないのが現在の医療の仕組みだ。「だから、会議には必ず医師が参加している必要があります。けれど、医師が命令しては絶対にいけないんです。よく、他の地域の会議などで、途中から医師が参加して話をひっくり返したりすることがあるけれど、あれではみんなが発言しにくくなってしまふ。現場から意見が出てくるようにするためには、医師が滅張らないことです。医師は、薬・リハビリ・栄養の処方することになっていて、それがないと薬剤師もリハビリ職も栄養士も仕事ができないのですが、だからといって医師が何でも知っているわけではない。現場のノウハウは、現場の方がよく知っています。介護や福祉も

同じです。いくら医師が薬を処方しても、それが実際に飲まれていなかったら意味がない。そして、飲まない理由は、家に通っているヘルパーさんの方が知っています。だから、現場の情報をちゃんと持っている人に対して、リスペクトを持つことが大事。医師は万能じゃないと認めて、『教えてよ』と言うことが必要だし、そうやってみんなの意見を出してもらうことが、医師のリーダーシップだと思っています。」また、様々な人が病院に集まって定期的に会議を行うことで、病院の敷居も低くなる。何かあったというときに頼りやすい病院であることも非常に重要だ。

スタッフのモチベーションを上げる

白石氏に、多職種連携において課題だと感じていることを聞いてみた。「今課題だと思っているのは、事務職や行政職のモチベーションです。こういう小さな島だと、バリバリ頑張りたい人は高校の時から本土に行ってしまう。つまりこの地域で働いている人は、仕事をバリバリ頑張るというよりは、どちらかというと家族との時間や趣味の時間を大事にしたい人たちなんですね。医療職や介護職もそれは変わらないんですが、職業を選ぶ時点で『相手の喜ぶ顔が見たい』と思っていることが多いですし、実際に患者さんに接する中で『ありがとう』と言われて嬉しいから、比較的モチベーション・スイッチは入りやすい。ただ、事務職はそういうことがなかなかないので、彼らのモチベーションを上げていくのはなかなか難しいと思います。実際、地域の自治体病院では、事務と医師の対立は起こりやすいんですよね。事務が頑張って町おこしをしようとしているのに、医師が全くやる気がないとか、逆に地域医療に燃えている医師がいるのに、事務のモチベーションが低いとか。うちの病院は奇跡的にうまくいっているだけ。自治体



隠岐島前（おきどうぜん）病院

隠岐諸島は、島根半島から北へ 60km ほどの場所に位置する、島根県松江市の七瀬港からフェリーで約 3 時間かかる離島。180 あまりの島々が集まる隠岐諸島のなかで、有人島は島前（西ノ島町・海士町・知夫村）と島後（隠岐の島町）の 4 つ。

病院が医療を支えなければならないという地域も多いと思いますから、この課題は解消していかなければと思っています。僕が取り組んでいるのは、院長側の意識を変えることです。中小病院の院長が自ら地域包括ケアを考えた医療を提供しようという意識をもち、スタッフをリードしていくことが必要です。そこで、一昨年に全国自治体病院学会でシンポジストを務めたことをきっかけに、中小病院の院長のための院長塾を始めてもらいました。地域の特性や住民との関係もあるので、同じノウハウで何でもうまくいくわけではありませんが、病院の置かれている立場や理念を理解して、それをどのように具現化するかを伝えていきたいと思っています。」

地域の診療所との

連携

連携室を置かず全員の意識を高める

隠岐島前病院では、入退院の手続きは基本的に看護師が行っている。近年では、病院内に連携室がある病院も増えているが、隠岐島前病院では敢えて連携室を置いていないという。「このぐらいの規模の島だと、問題のあるケースは、サービス調整会議で議題に上げてスタッフ全員で検討します。だから連携室は敢えて置かない。置いてしまうと、かえってスタッフが患者さんの情報を把握しようとしなくなるからです。退院後に元の生活にソフトランディングさせることを考えたときには、現場の医師や看護師が、患者さんが入院した瞬間から、家での生活を想像して動くことが必要です。情報を集める場所を作らないほうが、かえってみんなの意識が高まると僕は感じています。」また入退院時のやり取りは、基本的には看

護部が行っている。近隣の診療所から受け入れ依頼があったら、必ず受けるようにとスタッフに徹底して伝えている。「この病院は広域連合立の病院。町村のための病院という理念を掲げている以上、地域の診療所は絶対にカバーしなければならないと思っています。そして、ここで診られないときは、島根県の地域医療を担っている本土の病院に送る。僕が普段から本土に出向いて県立病院や赤十字病院の院長と交流しているのも、いざというときに受け入れてもらうための関係作りなんです。」

地域医療を担うスタッフを

増やすために

病院と診療所 2 つを 6 名の医師で

隠岐島前病院の医師は、近隣の浦郷診療所と、隣島にある知夫診療所にも出向いており、6 名の医師で病院と 2 つの診療所を回す形をとっている。これにより、医師を離島勤務の孤独感やストレスから守るとともに、地域全体を複数の医師でカバーできるよう務めている。また WEB 型の電子カルテの運用により、病院・診療所間でも患者情報を共有し、緊急時や医師不在にも医療が途切れないように工夫を行っている。「知夫診療所がある知夫里島は人口 500 人で高齢化率が 50% を超えます。医師が一人常駐するほどの仕事はないので、診療所の外来は週 4 日にし、その代わり夜間対応ができるように医師が島に泊まっています。」

Facebook や口コミで職員を確保

地域医療を担う病院として、スタッフの確保は重要な課題である。隠岐島前病院では、医学生や看護学生の実習を年間約 100 名

島前では、唯一の有床の医療機関である西ノ島町の隠岐島前病院と、各島に 1 つずつの診療所で、島前の 3 町に暮らす約 6,200 人の健康を支えている。隠岐島全体の高齢化率は約 39.8% と高く、出生率も低い傾向にある。

受け入れているという。「僕がこの病院の院長に就任して最初に困ったのは、看護師の確保でした。はじめは、とにかく人数が必要だと思いました。当時の首長と相談し、島根県立病院と地域医療振興協会にお願いして組織契約をすることで、定期的に看護師を派遣してもらうようにしました。けれど 7 対 1 看護が始まって、大きな病院も人が必要ということで、県立病院からは人を出してくれなくなった。そこで、次は I ターンの募集を積極的に行いました。しかし、応募してくる人にもいろいろな技量・性格の人がいて、なかなかうまくいきませんでした。今は、学生さんたちをしっかりと受け入れる体制を築いています。学生さんたちは、いいと思ったことはブログや Facebook で発信してくれます。やっぱり口コミは大きいので、その流れにちゃんと乗れるように、ホームページや Facebook を作り替えたりしました。おかげで、うちに実習に来た 100 人のうち 1 人くらいは、ここで働きたいかなと思ってくれるようです。今年度は東京から I ターンで 3 人の看護師が来てくれました。また、半年～1 年間の『離島看護研修プログラム』も作っています。『離島看護 研修』で検索した他県の看護師からの応募もあるんですよ。」

いずれは看護師養成課程のカリキュラムに、山間地の中小病院や診療所での実習を組み込むべきだと白石氏は考えている。「見学ではなく、1～2 週間単位の実習として、中小病院の看護を学ぶ機会が必要だと思います。やってみたら、こういうところの方が合うなと思う人が一定数いるはず。大きな病院でモニターばかり見ながら毎日を過ごして、ふと『あれ、これって私のしたかった看護なのかな』と思った人は、うちみたいな地域に来てくれるようになるはず。そうすれば、地域医療の担い手は増えていくんじゃないかなと思っています。」

神奈川県横浜市緑区

医療と介護の橋渡しを担う訪問看護ステーション

訪問看護ステーション

看護師育成に注力し、信頼を得る

横浜市緑区医師会は、訪問看護ステーションを設置している。医師会員からの依頼はもちろんのこと、市内の他区の病院や、東京都など県外の病院からの依頼も多い。医師会立であるがゆえ、地域から見れば半ば公立的な意味合いも持っており、行政から困難事例について依頼を受けることもあるという。統括責任者である大迫可奈子氏に話を聞いた。

「私どもの訪問看護ステーションは、医師会立ということもあり、私が入った平成16年頃はずっと赤字で運営していました。利益ではないところで動いていて、訪問件数も多くなく、看護師もどんどん辞めていく…という状況でした。私は、管理者になってから『このままではいけない』と思い利益を追求しようとしたのですが、医師会の先生方から『焦らなくていいよ』と言われたこともあり、看護師を育てるところからじっくりやらせていただきました。今は、常勤の看護師たちは皆ほとんど10年近く働いているスタッフになり、看護の質が上がったことで自然に依頼が増えてきています。『難しいケースだったら、医師会に頼めば安心』という雰囲気が市内ではできあがっているように思います。」

訪問看護師の育成における課題

訪問看護師として働こうとする看護師は、結婚・出産で休職した後、子どもが大きくなって、「午前中だけ働けるから」といった理由で復帰した人も多いという。それまで働いていた病院や病棟が違う看護師たちを、どのようにフォローし、教育していくかが大きな課題である。病院で働いていた頃のプライドもあるのか、研修会や勉強会

が自分に必要だと思っていない場合も少なくない。多職種向けの勉強会の参加者95名のうち、看護師は5名だけだったという事例もあったという。

「一対一で患者さんと接する訪問看護は、やはり病院での看護とは性質が違います。訪問では、病院だったらうまく行かなくても誰かと代わることができる業務も、一人でやらなければなりません。挙句に失敗し続けると、その患者さんとの信頼関係が崩れてしまうので、看護師も非常にナーバスになりやすいのです。一人でやることの不安やストレスがやはりあると思うので、病院にいた頃と同じ感覚で訪問看護を始めると、なかなかうまく行かないことが多いですね。管理者としては、『この患者さんだったら勉強させてもらえるかな』と思うような方のところに、ベテラン訪問看護師と新人訪問看護師が一緒に訪問するような機会をできるだけ設けています。ただ、そういう取り組みをしても、やはり適応できずに辞めていく人が少なくないのが現状です。

看護師は、病院でチームで動くことを前提に教育されてきます。しかし、訪問看護は一人で行くことがほとんどです。全て自分で責任を負わなければならないし、コミュニケーションも全て自分で行わなければならない。最近は大学や専門学校のカリキュラムに在宅看護論という授業がありますが、そこでも患者さんと一対一になったときのコミュニケーションの取り方なんて教えてもらえません。そういう場で患者さんと信頼関係を築けるようになることが、いかに難しいかということを思い知らされます。訪問看護は、私たち自身が患者さんに学ばせていただくという謙虚な気持ちがないとやっていけない気がしています。」

新人ケアマネ向けの研修会を主催

訪問看護ステーションは他機関・他施設と

の連携のキーとなる。特にケアマネジャーとの連携については課題も多い。

「地域包括ケアシステムのなかで、医療と介護の連携ということを考えた時には、やはりケアマネジャーが要になっていくと思います。医療依存度の高い人が増えていくことが予測されていますので、ケアマネジャーの方々にも、医療の知識をある程度は持っていてほしいと考えています。ただ、緑区のケアマネたちは、ほとんどが福祉職の出身です。看護師資格を持ってケアマネになったのは、私を含めて3人だけです。医療職からケアマネになった人がほとんどいないことを考えると、まだまだ医師や看護師が訪問診療のイニシアチブを握っていかねばならないように感じています。ケアマネのなかには、看護師の業務はどのようなものなのか把握していない人もいます。例えば、糖尿病の患者さんにインシュリン注射が必要になってはじめて、『医療のことはわからないから訪問看護師さんお願いします』というケースがありました。看護師が早期から関われば、注射しなければならなくなる前に、食事指導や薬の調整ができたはずですが、けれど、予防の観点がなかったがために、医療的処置が必要になってから初めて依頼が来るという場合も少なくありません。患者さんの現在の生活を重視してしまうあまり、予防を含めた適切なアセスメントができていないんですね。

こうした状況を改善するために、緑区医師会では訪問看護を利用したことのないケアマネと、経験3年未満のケアマネを対象に、『新人ケアマネ研修会』を行っています。在宅医療の導入の仕方、訪問看護・訪問リハビリの使い方などを学び、実際に訪問診療に同行してもらっています。」

医師・ケアマネ双方の橋渡し

また緑区は医師会に在宅専門の医師が少な



横浜市緑区医師会

横浜市は総人口368.9万人を擁する政令指定都市。この総人口は日本の市町村では最も多く、人口集中地区人口も東京23区に次ぐ。緑区は、横浜市18区のうちのひとつで、横浜市北部に位置する行政区。東京都町田市に隣接している。緑区の総人口は約17万7千人、高齢化率は

く、区内在住でない医師も多いため、ケアマネジャーが「夜間などに連携が取りづらい」と判断し、主治医を変えてしまうという問題が起こっているという。医師・ケアマネジャー双方からの苦情・相談を引き受け、連携しやすいように便宜を図る役割も、訪問看護ステーションが担っているのだそう。

「医師会立で、医師会員の先生方との交流は深いので、先生方も何かあると全部ここに相談してきます。逆にケアマネさんのなかにも、『この先生とアポを取りたいんだけど、いつ電話したらいいかな?』と聞いてくる人もいます。そういった情報を全て訪問看護ステーションで把握しておいて、連携の橋渡しをしているような側面はありますね。そういう意味では、医師会立のステーションに在宅医療連携拠点を置くのは、良いのではないかと考えています。」

緑区医師会での多職種連携の取り組み

緑区医師会では、平成14年から医師会長が音頭を取って、ケアマネジャーの勉強会を開始したことから連携の取り組みが始まった。当時はまだケアマネジャーの数も少なかったこともあり、15～20名のケア

マネジャーを招いて講義形式で行っていたが、平成17年に大迫氏の提案でグループワーク形式に変更し、他の職種にも声をかけるようにした。そのうちに人が集まるようになり、現在では医師・看護師・ケアマネジャー・介護職・福祉用具販売者など、150名ほどが参加する会になっている。「今では毎年、担当制でテーマを決めて行っています。そういった会に出てくる方は、全てお顔もお名前もわかりますね。先生方もフランクな方が多いので、終わった後には飲みに行って親睦を深めます。普段の会議や講演では話せないことも、飲み会では話せることもあります。そうすると、次に会った時から付き合いが変わりますよね。そうやってフランクに話せる場所に参加することが、わからないことを聞ききっかけになるのではないかと考えています。」

在宅医療相談室の開設と、今後の展望

在宅医療相談室の開設

緑区医師会では、平成25年から在宅医療相談室を設け、医療依存度の高い方についての相談を受ける窓口としている。区民からの相談はまだ少ないが、行政に周知をし

20.3%（平成25年）と、横浜市南部に比べると比較的低い。また、14歳以下の年少人口の人口構成比率は14.5%と、横浜市内でも比較的高い地域。鶴見川を区境とし、水が豊富であったため古くから農業が盛んに行われていた。

てもらい、徐々に認知度が高まってきている。

「医療依存度の高い患者さんの相談を受け、医師会の先生方に繋いでいくような役割を目指しています。平成25年度は1年間で、15件ほどの相談を受けました。具体的には、末期がんのターミナルケアが必要になったがどうしたらいいかという相談や、訪問診療ができる医師を探しているという相談でした。」

近隣区との協力は必須

緑区には超急性期を担う病院がないため、地域で完結した医療体制を築くのは難しい。また区内には療養病床が多いが、入院しているのはほとんど区民ではないという実情もある。

「後方支援病院が区内にないことを危惧している先生方も多く、『区単位で考えてくれるな』という感じがあります。状況を踏まえると、近隣区は協力していかなければならないと強く感じます。地域包括ケアのイニシアチブは、やはり行政が持つべきだと思っていますが、医師会が方向性を持たないと誰もまとめてくれません。特に地域で長く働いてくださっている開業医の先生に、地域包括ケアの担い手になるという意識をもっていただけたら、連携もうまく行くのではないかと思います。」

Column 在宅ケアみどりネットワーク 研修交流会

平成26年に緑区医師会の協力のもと、区内の訪問看護・ケアマネジャー・訪問介護・通所介護の各連絡会代表と、地域包括支援センターおよび区役所で設立したネットワークで、医師会・歯科医師会・薬剤師会がアドバイザーとして関わっている。平成26年11月29日に行われた研修交流会

では、近隣での成功事例として横須賀市健康部地域医療推進課の職員を講師として招き、講演会及びグループワークを行った。グループワークでは、多職種連携において、抱えている課題とその解決策を議論した。参加者は121名に及び、活発な議論が行われていた。



地域医師会・医師会立訪問看護ステーション 多職種連携・地域連携に関する調査

調査概要

地域医師会（郡市区・大学医師会）調査		医師会立訪問看護ステーション調査	
回収数 / 配布数	529 / 891	回収数 / 配布数	232 / 443
回収率	59.4%	回収率	52.4%

※それぞれ全数調査である。

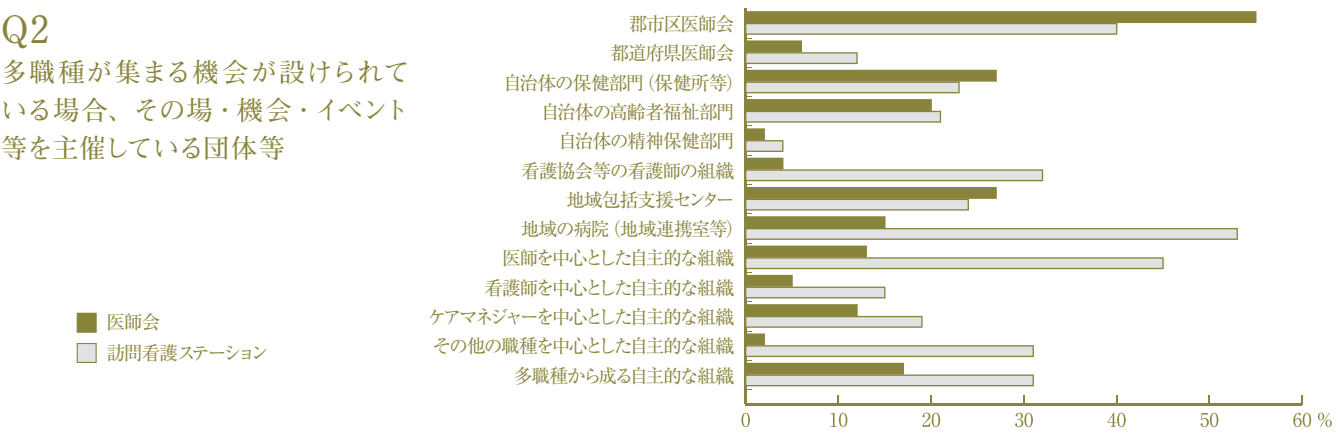
Q1

様々な機関の専門職が定期的に集まる機会の有無

	地域医師会		訪問看護ステーション	
把握していない	34	6.4%	15	6.0%
定期的なものは設けられていない	92	17.4%	6	2.4%
年に1～2回程度	111	21.0%	27	10.8%
年に3～6回程度	176	33.3%	105	42.2%
ほぼ月に1回程度	82	15.5%	58	23.3%
月に2回以上	15	2.8%	17	6.8%

Q2

多職種が集まる機会が設けられている場合、その場・機会・イベント等を主催している団体等



調査の概要

本調査は、地域医療の体制整備や地域包括ケアシステムの構築に大きな役割を担う地域医師会において、多職種連携や地域連携を推進する取り組みがどの程度行われているか、またそれに関わる教育・研修等がどのように行われているかの現状を明らかにすることを目的としている。また本調査の結果により、地域医師会ないし共同利用施設は、看護師等養成所等への支援ニーズを把握し、適切な支援策を講じていくことも

企図している。全国の郡市区・大学医師会891か所、医師会立訪問看護ステーション443か所に質問紙を配布し、それぞれの回収率は59.4%、52.4%である。

医師会と訪看STの認識の差

Q1、Q2では、様々な機関の専門職が定期的に集まる機会の有無と、その主催団体を尋ねた。その結果、地域医師会と訪問看護ステーションでは、定期的に集まる機会の認識率と、地域の病院や、自主的な組織が主催するイベントの認識率に大きく差が

あることが分かった。これらの回答から、多職種が集まる機会に地域医師会が積極的に関わっていない傾向と、地域の病院や自主的な組織がイベントを開催する際に、医師会に声をかけていない可能性が示唆される。今後それぞれの地域で地域医師会が多職種連携や在宅の仕組み作りに関与していくためには、地域医師会からの歩み寄りが必要なのではないだろうか。

多職種連携の担い手の認識

Q3では、多職種連携をコーディネートす

多職種連携の促進策

*IPE：多職種連携教育（Interprofessional Education） **IPW：多職種協働（Interprofessional Work）

Q3

「多職種連携をコーディネートするときに中核的な役割を果たす職種」を重要な順に3つ挙げた結果

医師会調査（n=502）

※得点は、1位=3点、2位=2点、3位=1点として計算したものです。

	1位	2位	3位	得点	度数
かかりつけ医	252	83	76	998	82%
包括ケアマネジャー	101	136	85	660	64%
訪問看護師	33	89	89	366	42%
自治体職員	48	42	48	276	27%
介護事業所ケアマネジャー	28	56	77	273	32%
医療ソーシャルワーカー	17	29	42	151	18%
連携室職員	9	34	28	123	14%

※その他にも医師会事務局職員・勤務医・保健師・介護福祉士・薬剤師・病院看護師・診療所看護師・ヘルパー・自治会／住民組織・歯科医師・言語聴覚士・歯科衛生士といった職種も挙げられました。

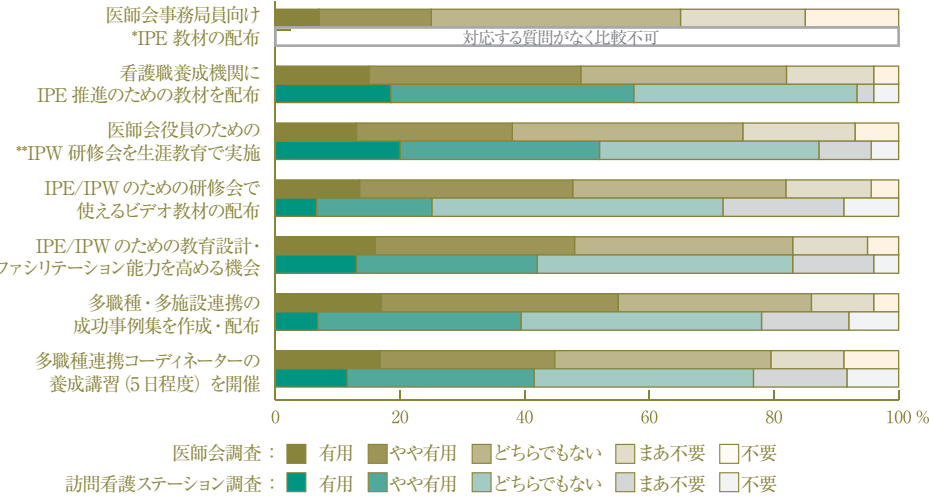
訪問看護ステーション調査（n=213）

※得点は、1位=3点、2位=2点、3位=1点として計算したものです。

	1位	2位	3位	得点	度数
訪問看護師	52	59	51	325	76%
介護事業所ケアマネジャー	35	35	41	216	52%
包括ケアマネジャー	39	36	26	215	47%
かかりつけ医	40	30	27	207	46%
連携室職員	16	20	24	112	28%
医療ソーシャルワーカー	13	18	25	100	26%
自治体職員	5	6	6	33	8%

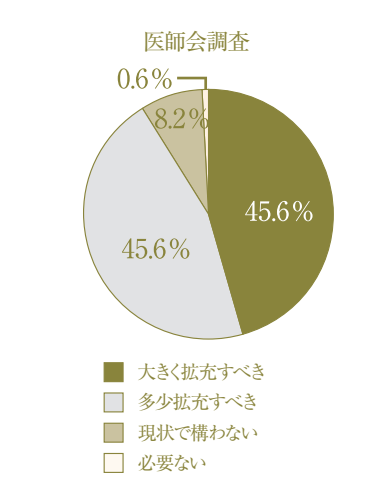
Q4

医療・介護関連多職種の連携促進のための施策の有用性に対する意識



Q5

多職種連携教育を拡充すべきか



一方、訪問看護ステーションの回答を見ると、訪問看護師が中核を担うべきと強く認識されていることがわかる。介護事業所・包括ケアマネジャーがその次、4番目がかかりつけ医という結果である。また、自治体職員の重要性の認識が低いことも特徴的だ。医師会がかかりつけ医が中心だと考え、訪問看護ステーションは訪問看護師・ケアマネジャーが中心になるべきだという認識のずれがある。多職種連携の仕組みを作る側と現場との間で共通認識を作ること

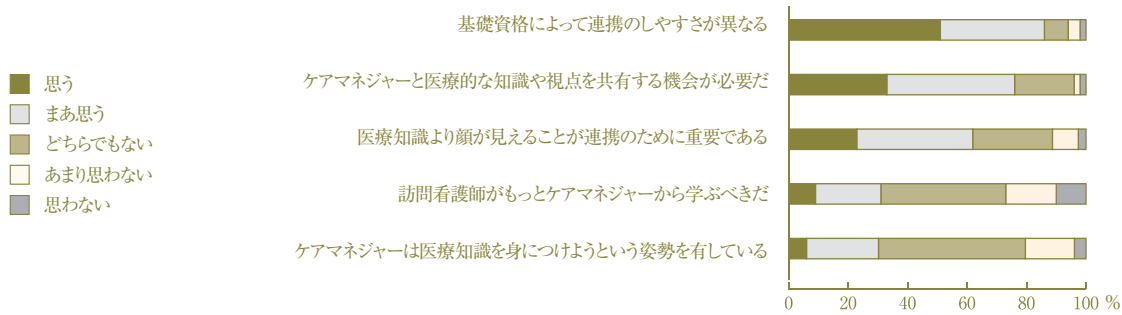
種連携を促進するために有用な施策を尋ねた。地域医師会は事例集・ビデオ教材などの啓発素材のニーズが比較的高く、訪問看護ステーションの方は、より実務に近い、看護職養成機関への教材配布など、人材育成に関するニーズが高いことが読み取れる。Q5の回答からは、90%以上の医師会が、多職種連携教育は現在よりも拡充すべきだと考えていることが分かる。それぞれの組織が期待しているものについても、コンセンサスを作ること

地域の医療・介護人材の教育支援ニーズ

※訪問看護ステーション調査のみ

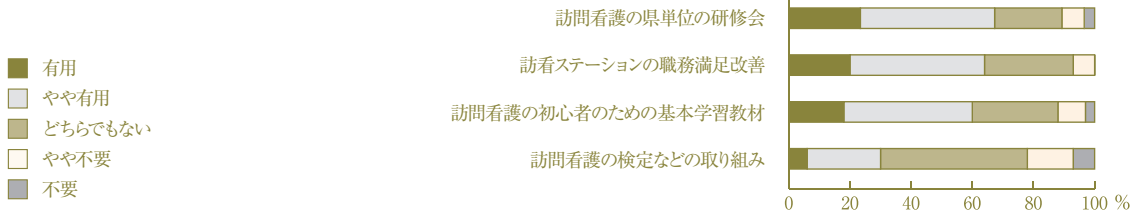
Q6

ケアマネジャーとの連携に関する意識



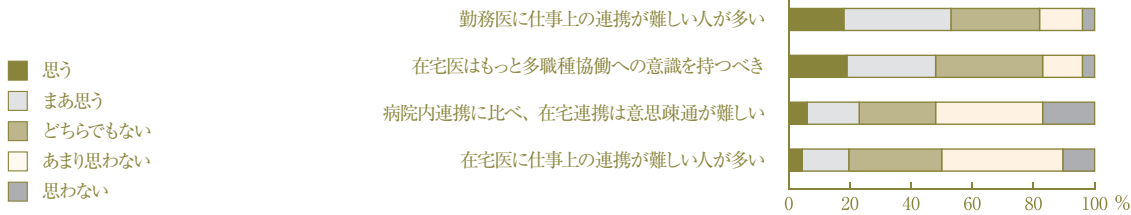
Q7

訪問看護師の教育施策の有用性



Q8

医師との連携に関する意識



地域の医療・介護人材への教育ニーズ

Q6からQ8は、訪問看護ステーション向けの設問である。まずはケアマネジャーとの連携に関する意識であるが、「基礎資格による連携のしやすさの違い」、「ケアマネジャーと医療知識・視点を共有すべき」という項目に思う・まあ思うという回答が集まった。しかし同時に、60%以上が「医療知識より顔が見えることが連携に重要」と考えている。介護・福祉系出身のケアマネジャーと訪問看護師が医療知識を共有で

きるような取り組みと同時に、両者が顔を合わせる機会を持つことも必要であろう。Q7は、訪問看護の教育施策の有用性についての設問である。訪問看護の研修自体があまり多くないという背景もあり、具体的な研修プログラムのニーズは総じて高いが、特に、訪問看護ステーションの管理職の研修が有用との回答が多かった。常勤の職員が少なく管理者に負担がかかることも多い訪問看護ステーションでは、管理者のスキルやレベルがそのままサービスの質に直結する部分もあるため、管理職に対する

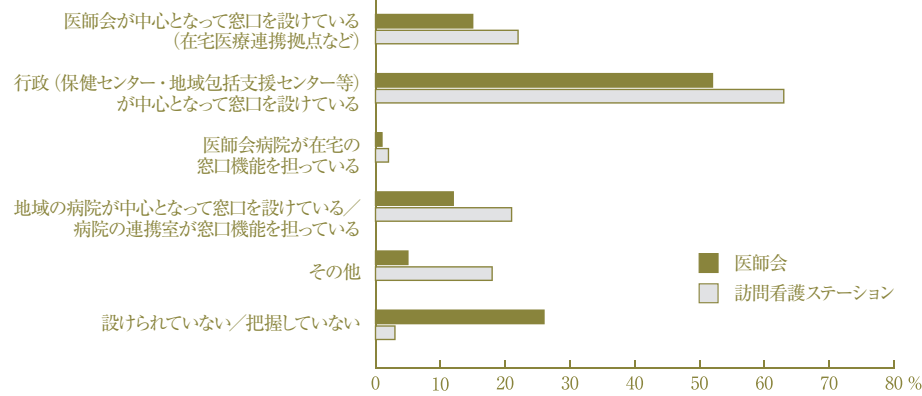
教育を進めていくことは重要である。Q8は、訪問看護師と医師との連携についての設問。この結果から読み取れるのは、勤務医との連携の難しさである。また、病院内連携に比べて在宅における連携が難しいという項目に対しては、否定的な回答の方が肯定的な回答よりも多く見られた。訪問看護師は、在宅医との関係よりも、勤務医・ケアマネジャー等在宅医以外との連携に難しさを感じているのではないか。今後は、在宅医のみならず、勤務医への働きかけも重要になっていくと考えられる。

連携のためのしくみづくりの現状

※主に医師会への調査にもとづくもの。

Q9-1

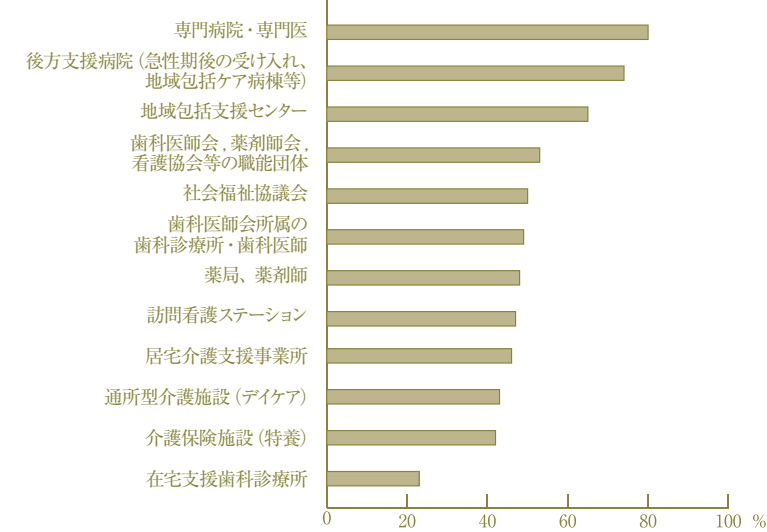
在宅医療・在宅療養についての包括的な相談窓口はありますか？



Q9-2

（Q9-1で窓口有の回答に対する設問）

その相談窓口で連携をつなぐことができる機関・施設



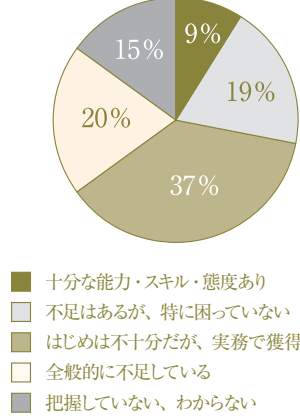
医師会が取り組んでいくべきこと

今後多職種連携を推進し、地域包括ケアシステムを構築していく過程で、医療人材の育成が重要なのはもちろんだが、多職種が連携して動く地域の仕組み作りも重要である。その仕組みについて、現在は様々な施設や機関がサポートしていて、どこが窓口かがわかりづらいという課題がある。包括的な窓口の有無をQ9-1で尋ねたところ、行政もしくは医師会が包括的な窓口を作っているという回答が多く見られた。しかし、

訪問看護ステーションの認識率が総じて高く、医師会は今後、在宅療養の相談窓口を把握し、行政と協力して市民に広報していく必要があるだろう。Q9-2では、包括的な相談窓口を設置している場合、そこで連携が可能な施設を選択肢から選んでもらった。在宅療養支援診療所・病院、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所は大多数が連携可能と答えている。そのほかの施設については回答にばらつきがあり、それぞれの地域の特性による差があるものと考えられる。

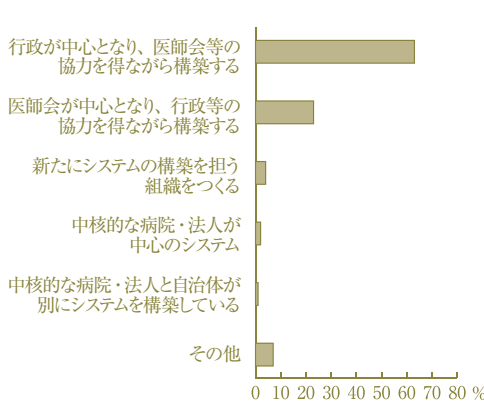
Q10

連携について、十分な能力・スキル・態度を有しているか



Q11

地域包括ケアシステムの構築の進められ方



連携についてのスキル・態度の全体的な印象としては、不十分だと感じている医師会も多いようだ。把握していない・わからないという回答も多く、今後施策を考えていく上で地域の医療人材の現状について医師会が把握する必要があるだろう。地域包括ケアシステムの構築に関しては、行政もしくは医師会が中心となり、関係機関の協力を得ながら構築するとの回答が大部分を占めている。今後、地域包括ケアシステムの構築を進める上で、地域医師会と行政が担う役割は大きい。

地域医師会・医師会立訪問看護ステーション 多職種連携・地域連携に関する調査

自由記述

地域医師会―

多職種の交流・連携・教育

多くの地域医師会から、多職種による在宅患者の事例検討会などを行っているとの回答を得た。ここでは、特筆すべき回答を取り上げる。

・介護連携の会を草の根で立ちあげ、ケアマネ会と隣接する2医師会とともに交流連携教育を行ってきた。薬剤師会・歯科医師会・訪問看護の会・病院連携員の会・施設相談員の会・理学療法士の会・ヘルパーの会・行政・地域包括支援センターなどを少しずつ巻き込み、ゆるいつながりで大きく連携を築いている。個々のケースでの連携もそれに伴い、良好になっていると思われる。

・在宅緩和ケア推進モデル事業として、コーディネーター・かかりつけ医・訪問看護ステーション・調剤薬局・医師会病院・市立病院・在宅緩和ケア推進協議会・医師会事務局・保健センター等といったメンバーで、在宅のがん患者を対象とした月1回程度の症例検討会を実施してきた。また市民公開講座を開催し、市民への啓発活動も行っている。現在では、在宅医療推進事業と称し、対象疾患を広げて事業を継続している。これらの事業によって医療・介護関連の多職種間に顔の見える関係が構築できたことは大きな収穫と言える。

地域医師会―

課題や難点

在宅医の不足や、多職種の集まりに医師が参加することが少ないなどの回答が多く見られた。また、地域医師会の管轄と行政区が異なる地域の多くが行政との連携を課題に挙げている。

人材育成の課題

・忙しい日常診療の合間を縫って往診することが多く、一人で在宅医療をこなすのは難しい。他地域の地域包括ケアの在宅医療分野には、往診医の主治医・副主治医構想があり、実際に運用している所もある。地域包括ケアシステムの構築には、このような往診医の連携の仕組み作りを最重要課題として取り入れてほしいと思っている。

・かかりつけ医をはじめとする医師の参画が少なく、多職種の中で最もコミュニケーションがとりにくい職種となっている。医師会主導で医師のモチベーションを高める方法を提案しなければならない。

・病院内勤務の医療関係者は、在宅での生活をイメージして、最適な治療や看護を考えることが苦手な人が多いです。関心も低く、地域の社会資源に関する知識も少ないためでしょう。病院医療関係者と地域のケアワーカーの間に、温度差あるいは溝が広がっていると感じます。これを埋めることが一つの課題です。

情報共有の課題

・すでに様々な形態の連携・交流の会や、会議が存在している。それらを把握し取りまとめることで、今後のシステム構築も容易になり、担当者の負担を軽減することにもなると考える。

・全国あるいは全県レベルでのICTを活用したネットワークをできるだけ早期に構築して欲しい。個々の医療機関が個別に作成すると、各医療機関間のネットワーク構築ができなくなってしまう恐れがある。

・生活の場で療養する患者をイメージできないと、チームでの目標の共有が難しくなります。バラバラのまま介入しても、支援を受けた人が、かえって困ってしまう。どのように多職種で情報を共有するかが課題です。コーディネートに携わる者の技能を

向上させ、育成していくことが、地域包括ケアシステムの構築において、とても重要であると考えます。

介護職と医療職の歩み寄り

・ケアマネジャーは介護サービスを優先し、主治医は訪問サービスにつなげようと考えている。訪問看護サービスが、介護保険の範囲にあるので、ケアマネジャーと折り合いがつかず、かかりつけ医の指示がうまくサービスにつながらないことがある。

主導権を握る機関

・在宅医療・介護連携支援センターを運営する主体は郡市医師会なのか、また、必要な人材を確保することが可能なのかなど、まだ見通しが立っておらず、今後市との調整が必要と考えている。

管轄する地域の広さ

・管轄地域が4つの市町村にまたがっている。市町村ごとに方針が異なるため、医師会の対応も各々変わって煩雑。

・管轄範囲が広いと顔の見える連携にならない、範囲が広いと医師も無関心になる、お互いの無知は理解しているのに話し合う場がなかった、という3つの問題を抱えていた。現在では各包括支援圏域に分け、包括ケアサポート医を2～3名配置して、症例検討・会議・勉強会の補助を行い地域でのリーダー育成を図っている。

その他

・衛生材料・医療材料の単包化がされておらず、箱単位の購入では患者負担が大きい。地域に対応した店舗等ができると医介連携にも資すると考える。

・営利企業が運営する事業所は質の担保がなく、地域包括ケアにも非協力的な傾向がみられます。

・「地域包括ケア」という言葉が先行して

出てしまい、具体的にどういうことに取り組むべきなのかが分かりにくい。

・多職種の交流・連携・教育については、財源をどのように調達するかが大きな問題である。

医師会立訪問看護ステーション―

多職種の交流・連携・教育

多くの医師会立訪問看護ステーションから多職種による事例検討会や交流会を実施しているとの回答を得た。

・近隣の居宅支援介護事業所のケアマネジャー・ヘルパーさんに声を掛け、1年に2回のペースで交流会を持っています。訪問看護の内容を理解して貰うため「訪問看護師の1日」と題して、訪問の様子や仕事内容・利用者さんの声などをパワーポイントで説明し、その後、感想や日頃思っていることを話してもらい、顔の見える関係を作れるよう努力しています。

・月に1回「みんなの輪」という多職種連携の勉強会があります。最初は訪問看護ステーションがお互いに顔を合わせ、訪問看護師としての能力を高めていくために発足しましたが、色々な人に声をかけて、今では医療・介護分野の専門職などが30～40名程集まる多職種の会になっています。

・自治体（市）を3つの地域に分化させ、他職種の研修、認知症への取り組みのためのカフェなどを開催している。また当ステーションでは、近隣医療機関の退院支援ナースや看護協会主催の「医療機関と訪問看護ステーション職員相互研修」の実習生受け入れを積極的に行い、在宅の現場を実際に体験、学習してもらっている。

・「堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議」、通称“いいともネット”には、堺市医師・薬剤師・訪問看護師・ケアマネジャー・歯科医師等の多職種が参加

しています。

研修会や多職種連携のための共通シートを作成し、医師会のWEBページからシートを取り出せるようにしています。

医師会立訪問看護ステーション―

課題や難点

研修会や多職種の勉強会などを定期的に開催している場合も、内容のマンネリ化や参加職種・メンバーの偏りなどが問題になっているとの回答が多く見られた。

看取りまで行う体制の整備が課題

・地域に在住している医師が2人しかおらず、ターミナル在宅で看取りを希望される場合、地域に住んでいる1人の医師と連携をとっています。そのためその医師の負担が大きいつ感じています。また、他の医師が主治医で看取りを希望される場合、夜間・休日は病院まで搬送することになり、課題を感じています。幸いなことに過去に救急車で搬送したことはありませんが、高齢化が進む中、自宅での最期を考える人やそうせざるを得ない状況も今後起こり得ます。地域の人が夜間・休日でも最期を看取ってくれる体制ができればと思います。

介護職との歩み寄り

・ご利用者宅に行き、一番細かい情報を持っているのは、ヘルパーさんであることが多く、密に連携していくことでよりよいサービスを提供できると思うのですが、現実的にヘルパーさんの知識や経験、介護に対する責任感にはバラつきがあります。また、人材確保が困難なため管理者もあまりプレッシャーをかけないという方針の方もいらっしゃるようです。ヘルパーさん自身もおそろおそろ業務をこなしているらしく、今後はヘルパー教育を充実させていくこと

で、安心して業務を遂行しつつ、ナースや医師、ケアマネジャーとの情報交換もうまいくいくようになるのではないのでしょうか。

研修会のニーズ

・訪問看護は、介護保険と医療保険の2つの保険制度でサービスを提供している。介護保険については毎年説明会が行われているが、医療保険は改訂される度に各自で勉強しなくてはならず、不安な点も多い。医療保険について、説明会があれば嬉しい。

・個々の経験値が違っている状態で、多職種を集めて交流や教育をすることに難しさを感じる。

・主催者は開催することだけで安心して、中味の薄い会になっている。集まる人の顔ぶれがほとんど同じ。まだ集まるだけでも進歩ではあるが、他の職種がどんな内容の仕事をしているのか理解されていない。訪問看護の活動の中では当然の多職種連携が、施設内（病院も含む）の人には通用しない。どの場合も中心は患者であるはずが、それぞれの職種で自分のための動き（仕事）になっていると感じることがあり、患者、家族も自分たちの想いを我慢しているのではないかと思う。患者・家族も分からないからと、任せきりになっている。

・緩和ケアを在宅でできるような教育が重要。かかりつけ医が往診しても痛みのコントロールが難しく、入院してしまうことが多い。

その他

・訪問看護の指示書を発行して下さらない先生がおられ、サービスの利用を断念せざるを得なかったケースがある。

・患者さんの情報を多職種で共有するのに個人情報保護法が壁になっているという意見があります。民生委員さんや行政から情報をいただきたいのに、うまくいかないことがあります。

地域の医療・介護を支えるひととしくみ作り

地域包括ケアシステムの構築に向けて

医療・介護連携における 中核を担う職種とは

——本事業は「中核的専門人材養成の戦略的推進」を目標としています。まず、医療・介護連携における中核的専門人材とは、どのような職種が考えられるでしょうか。今年度の質問紙調査では、「医療介護関連多職種が連携する上で、そのコーディネートにおいて中核的な役割を果たすと思われる職種を、重要だと思う順に3つ選んでください」という質問を設け、全国の地域医師会・医師会立訪問看護ステーションに回答をいただきましたが、その結果は医師会と訪問看護ステーションとで大きく分かれました。医師会員は「かかりつけ医」が中核的な役割を果たすと答えた割合が最も多かったのに対し、訪問看護ステーション職員は「訪問看護師」と答えた割合が最も多いという結果でした。この点に関して、どのようにお考えでしょうか。

鈴木：これほどまでに結果が分かれているとは驚きました。

井上：おそらく現場の職員は、「かかりつけ医の先生方は多忙で、コーディネートまで担うのは難しいのではないか」と考えているのではないのでしょうか。もちろん、意思決定をしたり、リーダーシップを発揮するのは先生方をお願いしたいけれども、多職種・多機関を繋いだり、連携促進のための実務を担うのは、訪問看護師やケアマネジャーの役割ではないかと思います。

鈴木：リーダーとコーディネーターを分けて考える必要があるということですね。かかりつけ医はリーダーシップを発揮し、コーディネートの実務は訪問看護師が担うのが実情に則していると。

天木：本来ならば、コーディネートはケアマネジャーの役割なのではないでしょうか。

大迫：介護保険の枠組みでは、確かにケアマネジャーは連携の要となるべきだと思います。しかしこれからは、医療依存度の高い患者がますます増えていくでしょう。そのなかでは、かかりつけ医とは別に、例えば皮膚科や眼科の医師を探し、診療をお願いする必要も出てきます。こうした役割を担うのは、ケアマネジャーには難しいのではないのでしょうか。その点訪問看護師は、主治医とのアポイントを取りながら、他の医師に繋いでいくことが可能だと思います。

羽鳥：ケアプランの中でも、医療に関する部分は訪問看護師が担わなければ難しいという現状があるのですね。

井上：そうですね。しかし難しいのは、ケアマネジャーが介護保険の支給限度額を管理しているということです。本来ならば訪問看護が入る必要があるのにもかかわらず、ケアマネジャーが限度額いっぱいまで介護サービスを入れてしまったり、訪問看護はお金がかかるからと拒否したりして、患者が必要な医療を受けられないケースも多いのです。

天木：ケアマネジャーの判断が影響すると

ころも少なくないのですね。

鈴木：まずは、医療が必要なところには必ず訪問看護を入れることが重要です。訪問看護を少しでも入れるところから連携が始まると言ってもいいかもしれません。

井上：はい。介護保険ができるまでは、訪問看護師が多職種・多機関のコーディネートを担うのが当たり前でしたから、訪問看護師がコーディネーターを担うのは自然な流れだと思います。ただ、施設に一本一本電話をかけるといった実務は、訪問看護師だけでは手が回りませんので、そこはケアマネジャーにも依頼し、協働するのがいいと思います。

医師会員が多職種連携の 意識をもつための教育・啓発

——では、本事業で行うべき具体的な取り組みについて話を進めます。まずは医師会員・かかりつけ医に対する働きかけについてです。地域医師会向けの質問紙調査では、地域包括ケアの構築は行政が中心となっており、この中で地域医師会は、どのような役割を担っていくべきとお考えでしょうか。

鈴木：私はずっと、地域包括ケアシステムにおける多職種連携や人材の育成には、地域医師会が主体的に関わっていくべきだと主張してきましたが、地域医師会ではまだまだ行政が中心となっていて進んでいくものだという意識が強いのでしょうか。地域医師

会には、ぜひ地域包括ケアを担う人材の育成を行政とともにやっていくという意識を持っていただきたいと思います。

釜范：介護・福祉の資源については、医療側は十分な情報を持っているとは言えないので、行政側から医療側に対して情報提供をお願いしたいところですね。その上で、医師会はどうような役割を担うことができるのかを考え、地域の医療・介護・福祉従事者、ならびに一般市民に、医師会がどのような取り組みを行っていくのか、方向性を示していく必要があると思います。

羽鳥：実は最近、ある地区の医師会員から、地域包括ケアや多職種連携について議論したいと申し出たのにもかかわらず、医師会の理事が全く聞き入れてくれないという話を聞きました。現場の先生がやりたいと思ってでも実現できないのは非常に問題だと感じましたね。

鈴木：地域医師会の意識を高めるために、さらに啓発を進めていく必要があります。

真壁：かかりつけ医が自ら地域包括ケアや多職種連携について学びたいと感じるのは、ずっと外来で診ていた患者を在宅で看取えなかったといったような、自分では引き受けられない事例に直面したときだと思います。そうした時、医師会内に事例検討の場があればいいのではないのでしょうか。

鈴木：確かに、それは医師会の役割だと思います。そういう場を作っていくことも、医師会として推進していかなければなりません。

吉本：日本医師会の生涯教育プログラムの

中に、在宅医療や多職種連携に関するプログラムもありますよね。

釜范：ありますが、より会員に活用してもらえるよう、プログラムの内容をもっと具体的な事例に即したものにすると、見直しが必要かもしれませんね。

在宅医療を担う 医師を増やすために

——実地調査では、在宅医療を担う医師の不足も課題として挙がっていました。これから在宅医療を担う医師を増やしていくためには、どのような施策が考えられるのでしょうか。

井上：板橋区医師会在宅医療センターでは、療養相談室で、初めて在宅医療を行うという医師からの相談を受け付けています。初めて主治医を担当する先生には、経験のある先生に副主治医としてサポートをお願いする場合もあります。

天木：板橋区医師会の中には在宅医会があり、メーリングリストを利用して、初歩的なことでも飾らずに質問し合うような関係性ができています。また、強化型カンファレンスで月に1度は集まって顔を合わせているので、副主治医の依頼もスムーズです。

鈴木：それはとても恵まれていますね。医療資源が多い都市部ならではの取り組みといえるかもしれません。

井上：副主治医をお願いできるほど医師数が多いところは少ないと思うので、地域性

に応じたアプローチが必要ですね。

鈴木：日本医師会では「かかりつけ医の在宅医療」というDVDを制作・配布しています。こうした映像教材も、在宅医療に取り組むためのきっかけとして活用できるのではないのでしょうか。

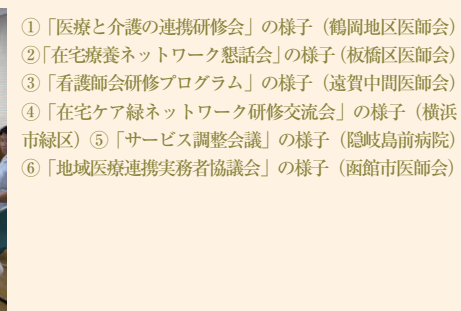
天木：映像教材は具体的なイメージが湧きやすく、効果がありそうですね。

——実地調査では、病院の連携室や訪問看護ステーションが在宅医を探すのに苦労しているといった話も聞かれましたので、連携室職員や訪問看護師が医師に働きかけるためのツールの作成も効果的なのではないかと思います。例えば連携がうまくいっている地域では、ワンストップ型の相談窓口が文書のテンプレートを作成して、そこに在宅医療に携わる多職種が書き込めるようにするといった工夫も行われているようです。

羽鳥：確かに、認知症ケアの多職種連携などでも、先進的な地域ではかかりつけ医や介護サービス事業所がテンプレートを利用している事例がありますね。具体的な症例を実際に書き込めるようなテンプレートをこの事業で作るのも良いと思います。

大迫：訪問看護師やケアマネジャーにとってもテンプレートがあったらありがたいですね。何か困ったことがあった時に、周囲に相談しやすくなると感じます。

鈴木：DVDなどで感性に働きかけ、実践で利用できるテンプレートで実務をサポートするという、両輪のアプローチが有効かもしれませんね。



①「医療と介護の連携研修会」の様子（鶴岡地区医師会）
②「在宅療養ネットワーク懇話会」の様子（板橋区医師会）
③「看護師会研修プログラム」の様子（遠賀中間医師会）
④「在宅ケア緑ネットワーク研修交流会」の様子（横浜市緑区）
⑤「サービス調整会議」の様子（隠岐島前病院）
⑥「地域医療連携実務者協議会」の様子（函館市医師会）

地域の医療・介護を支えるひととしくみ作り

地域包括ケアシステムの構築に向けて

ケアマネジャーの教育に チェックリストの活用を

——次に、訪問看護師・ケアマネジャーに対する働きかけに話を移します。ケアマネジャーには、コーディネートを担うための医療的知識が不足しているのではないかという話は、先ほども議題に出ました。実際、訪問看護ステーション向けの質問紙調査でも、「ケアマネジャーと医療的な知識・視点を共有する機会をもっと設けるべきだ」という項目について、「思う」「そう思う」という回答が非常に多かったです。

羽鳥：医学知識をケアマネジャーに教育しようという動きは確かにありますね。しかし、実際には福祉系のケアマネジャーと看護師では知識のベースがかなり違いますし、難しさがあると聞きます。

大迫：そう思います。私たちが先日ケアマネジャー向けの研修会をした際に、福祉職出身のケアマネジャーが「福祉職は予測をしない」と言っていて、非常に驚きました。医療では、この後に患者に何が起こるかを予測し、これ以上悪くならないためにはどうすればいいかを考えてプランを立てますが、福祉では、今の状態をいかに良くするかを考えて、患者にとってプラスになるようにプランを立てるんだそうです。だからすれ違いが生まれますし、はじめてから予防を意識して訪問看護を導入しようという発想にならないのでしょうか。

釜范：そのケアマネジャーは研修会に参加することによって、予測することの重要性を認識したのでしょうか。

大迫：ええ、研修を通じて理解して下さったようです。ただ、実際に今後の状態を予測するためには、たくさんの医療的知識が必要です。ですから、もしわからないことがあれば「わからない」と言って教を乞ってくれるケアマネジャーの方が、私たち

訪問看護としては助かりますね。課題がわかればお口添えできることもあります。もちろん一番良いのは、訪問看護を入れていただくことだと思いますけどね。

鈴木：例えば実地調査先の宗像医師会では、チェックリストをケアマネジャーに渡しておき、チェックが入ったら訪問看護師に相談するような取り組みが行われていましたね。この事業においてもそのようなチェックリストを開発して、各地の中核となるような医師会立訪問看護ステーションに提供し、ケアマネジャーの教育に活かしてもらうことは可能なのではないのでしょうか。

医師会立看護学校で医療・介護の連携を教える機会を作る

——訪問看護ステーション向けの質問紙調査では、逆に「訪問看護師が、ケアマネジャーから介護に関する知識・視点を学ぶ機会を設けるべきだ」という項目も設けましたが、こちらは「思う」「まあ思う」という回答が他に比べて少ないという結果が出ていました。訪問看護側には、介護の知識を得たいというニーズはないのでしょうか。

大迫：ケアマネジャーの資格ができた当初は、訪問看護師もケアマネジャーの資格を取るために学んでいましたが、今はあまりケアマネジャーの資格を取りたいという看護師は多くないのが現状ですね。

井上：やはり介護の知識を持っている看護師と持っていない看護師では、ケアマネジャーからの信頼に差が生まれると思います。そう考えると、訪問看護・ケアマネジャーの双方に必要とされる部分の教育は強化していかなければならないと感じますね。

天木：実は前々から、医師会立の准看護学校を卒業した准看護師たちがもっと在宅医

療で活躍できるようにできないものかと感じていました。そのために、例えば准看護師の養成課程で、介護の基本的な知識を学ぶようにすることはできないでしょうか。

井上：看護師の養成課程では、在宅看護論という形で概論を学ぶ機会があるのですが、准看護師の養成課程ではカリキュラムに在宅が盛り込まれていないので、学ぶ機会がないというのが現状ですね。

天木：実地調査先の板橋区医師会立看護高等専修学校では、二年次の実習後には比較的余裕ができるとのことですし、そのタイミングで介護の考え方や介護保険の知識などを学ぶことができれば良いのではないかと思います。

鈴木：それはぜひやるべきですね。まずは医師会立の看護学校でモデル事業として行うのが良さそうですね。

地域医療を担う人材を 養成する研修を行う

——訪問看護師やケアマネジャーがコーディネーターとしての知識を得て、周囲からも中核的人材だと認知されるためには、認定資格などを付与する研修会の開催も有効でしょう。しかしながら、職員を研修に出すとなると現場にも負担がかかります。どのぐらいの研修であれば、現場としても負担なく送り出すことができ、かつ必要な知識を得ることができるとお考えでしょうか。

大迫：看護師の認定資格で言えば、訪問看護認定看護師や認定看護管理者の資格が代表的だと思いますが、取得のためには半年ほど職員を研修に出さなければならないので、やはり現場としては負担感が大きいですね。

井上：東京都の「在宅療養支援員養成事業」では、在宅医療におけるコーディネート機

能を担う人材を育てるために、7日間の研修を設けています。研修内容は、都が推進する在宅療養支援体制、地域包括支援センターの役割の理解、在宅医療・訪問看護の実際、病院の機能と退院調整の実際、病院から在宅へ向けての連携に関する取り組みの理解、実習、グループワークです。参加者は、地域包括支援センターの保健師やケアマネジャー、社会福祉士など、それまでもずっと地域の保健・福祉に携わっていた方が多く、「今更学ぶ必要もないだろう」と感じる方もいらっしゃるようですが、いざ参加してみると、医療は変化してきているのだと実感されるようです。なので、7日間ぐらい研修期間があれば、それなりの効果があるのではないかと感じます。

吉本：7日間となると医師には厳しいですね。やはり職種によって感覚が違うように思います。

釜范：足を運ぶのが難しい職種のために、e-ラーニングなどのツールも活用すると良いのではないのでしょうか。

鈴木：研修期間もちろんですが、研修内容についても、どのような知識を習得すれ

ばコーディネート機能を果たせるようになるか、検討を重ねていく必要があるでしょうね。

吉本：本事業の統括・調整を行っている産学官コンソーシアム（代表機関：三重大学）では、医師・看護師・薬剤師・歯科医師・理学療法士・作業療法士・栄養士・社会福祉士の8領域の学会が協働して、多職種連携を支える職種横断的な共通コンピテンシーを可視化する取り組みを行っています。パブリックコメントも募った上で、次年度の9月には日本における多職種連携コンピテンシーの大きな枠組みを打ち出す予定ですので、その内容も参考になるのではないかと考えます。

羽鳥：訪問看護師やケアマネジャーだけでなく、どの職種でもコーディネーターを担えるような到達目標を打ち出していく必要があるということですね。がんや認知症、脳卒中など、いくつか疾患モデルを作って、必要な知識や技術を洗い出すのがいいのでしょうか。

大迫：疾患に対するケアの知識や技術はもちろん重要ですが、訪問看護師の業務にお

いては、ターミナルになると、疾患に向き合うことはもちろん、看取りに向けて、患者さんやご家族の生活、人生に向き合うことの重要性も増していくように思います。

鈴木：なるほど。どの職種でも重なり合う部分はどこにあるのかを洗い出す必要がありますね。医師や訪問看護師だけでなく、次年度からはケアマネジャーをはじめ、他の職種の方にも議論に参加してもらったほうが良いように感じます。

吉本：多職種でケースディスカッションを行う機会などを本事業の中で設けると良いように思いますね。

真壁：また次年度の実地調査では、うまくいかなかった事例も取り上げると良いかもしれません。マイナスの体験から学ぶことも多いと思いますので。

羽鳥：次年度は、本年度の調査結果や議論の内容を踏まえて、具体的な教育プログラムを提示していきたいですね。

鈴木：さらに開発した教育プログラムを、モデル事業として行い、次年度以降はその実績をもとに、ブラッシュアップできたらと考えています。

実行委員一覧（五十音順） 天木 聡（板橋区医師会 会長／板橋区医師会立看護高等専修学校 校長） 井上 多鶴子（板橋区医師会在宅医療センター 在宅看護部長） 今村 聡（日本医師会 副会長） 大迫 可奈子（横浜市緑区医師会訪問看護ステーション 統括責任者） 釜范 敏（日本医師会 常任理事） 鈴木 邦彦（日本医師会 常任理事） 羽鳥 裕（日本医師会 常任理事） 真壁 文敏（取手市医師会 会長） 吉本 尚（筑波大学医学医療系 地域医療教育学 講師）
--



平成 26 年度文部科学省委託事業 「成長分野における中核的専門人材養成等の戦略的推進」事業
「診療所・中小病院で働く医療者の『多職種連携力』を高める教育プログラム開発」調査報告書

「地域の医療・介護を支えるひととしくみ」

2015年2月発行

事業責任者

公益社団法人日本医師会 地域包括ケア担当常任理事
鈴木 邦彦

協力

板橋区医師会
板橋区医師会在宅医療センター
板橋区医師会立看護高等専修学校
板橋区医師会病院
板橋区健康推進課

鶴岡地区医師会
在宅医療連携拠点事業室「ほたる」

取手市医師会
取手北相馬保健医療センター医師会病院

宗像医師会
在宅医療連携拠点事業室「むーみんネット」
宗像医師会訪問看護ステーション

函館市医師会
函館市医師会病院
函館市医師会病院 地域医療連携センター「クローバー」
函館市医師会看護専門学校

遠賀中間医師会
遠賀中央看護助産学校
遠賀中間医師会訪問看護ステーション
遠賀中間医師会立おんが病院

隠岐島前病院

横浜市緑区医師会
緑区医師会訪問看護ステーション

質問紙調査にご協力いただいた郡市区医師会および大学医師会、
医師会立訪問看護ステーションの皆様

お問い合わせ

公益社団法人 日本医師会 地域医療第1課
TEL：03-3942-6137
MAIL：chiiki_1@po.med.or.jp

