

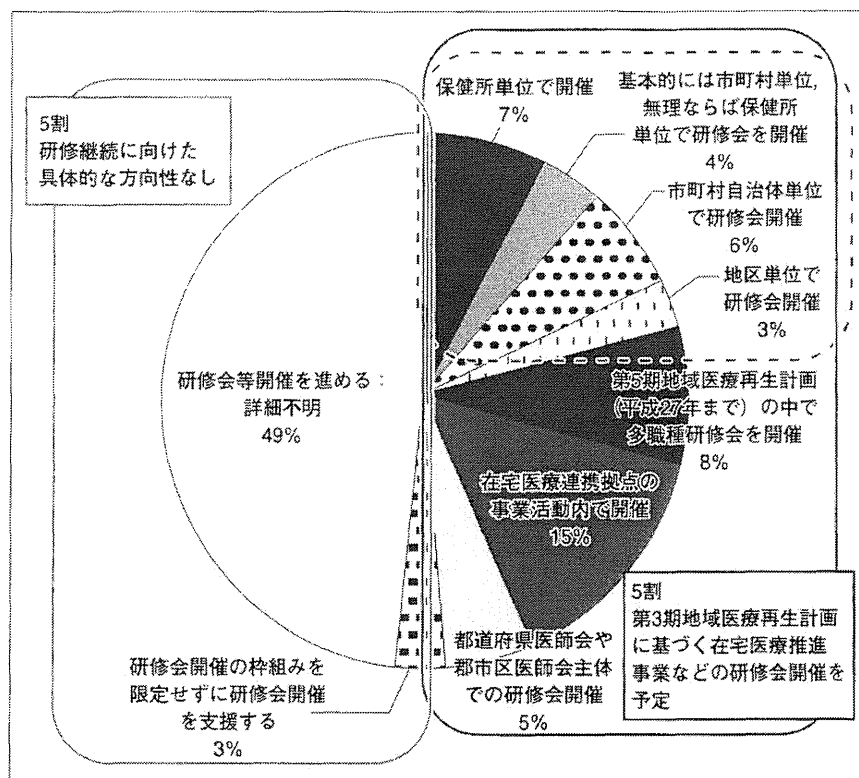


図4
平成26年度人材育成研修会開催の方向性 調査結果

（地域リーダー研修）が開催されていた。

その研修内容は当センターが開催した都道府県リーダー研修のコンテンツを基に構築されており、ボリュームは各都道府県によって異なるが、その内容については一律の内容で展開されていた。

平成25年度においては、全国で428回の在宅医療推進に向けた研修会（地域リーダー研修や多職種研修）が開催され、約30,000人が受講していた（43都道府県のみからの回答に基づく）。平成25年度においては、都道府県規模で行った研修会や、2次医療圏レベルで行った研修、市町村自治体で開催した研修会、病院主催や保健所、医師会や各職能団体による研修会などその地域の実行可能性に応じた取り組みが展開された。

内容については、地域主催で行うことで、その多様性が顕著に現れていた。市民フォーラムのように、講師の講話のみやグループディスカッションのみや、都道府県リーダー研修とはほぼ変わらない内容とボリュームで行われた研修会もみられた。

参加者においては、地域住民を含める場合は少な

く、医療・介護・福祉の関係者と行政の参加を中心とした地域が大半であった。

実施主体では、医師会主催と行政主催（市町村自治体や保健所、地域包括支援センター）の大きく2パターンの研修会開催がみられていた。

医師会主催の研修会では、医師や医療職に対する在宅医療の技術論や症例検討、24時間365日などの安定的な医療提供体制構築に向けた研修内容が散見された。

行政主催の研修会では、多職種連携や医療との連携、事例検討、ディスカッションなど顔の見える関係づくりなど医療と介護の連携体制構築に向けた研修内容が散見された。

研修会実施主体や対象エリアによって、在宅医療推進に向けた研修会は多様性を呈していたと言える。

平成26年度以降の研修会開催についても90%近くの都道府県担当部局から回答を得たが、半数程度は継続的な研修会開催を言及していたが、他方の半数は未定という回答であった（図4）。

このことから、経年的な研修会プログラムの策定についても、全国的にばらついていることが明らかとなり、地域による今後の展開に大きな偏りを呈する可能性を示唆している。

多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業は、英国のGold Standard Framework (GSF: 人生の最終段階における医療・ケアにおける継続教育のプログラムであり、学びのリレー形式で先導者から関係者に対して教育が繋がれて人材が育成される仕組みを構築している)を参考にしてプロジェクトデザインが設計されていた。

日本における在宅医療推進の取り組みにおいて多様な研修が実施されている背景には、GSFを参考に、在宅医療の専門性や技術性、芸術性に関する在宅医療専門職集団に対するアプローチと、介護や福祉を中心とした生活を支える立場や生活者の立場での在宅医療とのかかわり方など在宅医療専門職内外に対するアプローチ、そしてそれらの2集団の間を調整する立場、以上の3つに対する教育的アプローチが必要となってきたことが挙げられる。

当事業において、在宅医療における学びが各地域のさまざまな関係職種に対して伝達される仕組みを構築するということが最重要目標であったとするならば、その目標は達成されたとと言える。

IV 現状の課題と今後

在宅医療推進において、全国的に共通した大きな3つの課題が明らかとなっている。すなわち、教育する人材の不足、教育するための情報の流通不足、教育する場の不足である。

教育提供人材の不足は、在宅医療にかかわる人材がそもそも不足していることから容易に想定される。現状に沿った在宅医療の実際や経験を含めた在宅医療に関する教育を提供することができない人材によって教育を行わざるを得ない現状がある。

そのため、在宅医療による安心安全な医療と治療の可能性について机上の空論であるといった見方がされることが少なくない。

在宅医療における正確な知識の流通不足という点は上記に密接に関連している。都道府県レベルでは必ず在宅医療を長年熱心に取り組んでこられた人材が存在する。しかし、その情報が円滑に欲しい所に届けられていない現状がある。情報発信は重要な活動ではあるが、日々の地域医療にかかわる業務と並行して行うには大変な労力を要する。また、情報を発信する側、受ける側双方において講演会や研修会等に参加するために地域を離れなくてはならず、その負担は非常に大きいものになる。また、教育関係者に届けるためにはデータの収集や論理的に情報を組み立てて発信する必要がある。考察に要する時間や労力の負担が生じる。そのため、各地域で蓄積された経験に基づく情報が流通していないという課題があり、学びたくても学べない現状がある。

そして、在宅医療に関する学びを得るためには、同行研修のように実際にそのフィールドに出て時間と空間を共有することも効果的な教育であることは、さまざまな先行研究や取り組みからも明らかにされている。しかし、在宅医療提供者の人材不足や教育負担が大きい現状において、さらに実習や研修を企画し、運営し、継続させるということは大変な負担を生じさせる。そのため、教育の場の確保が難しく、限られた教育の場への負担がさらに集中している現状がある。

在宅医療推進に向けた人材を育成する教育者の不足、必要な情報の流通不足、教育の場の不足が在宅医療推進の課題であり、在宅医療を重要な医療の一部と位置づけた今日では、これらの課題解決に向けた積極的な支援が強く求められる。

具体的には、教育を受けるための支援と同様に、教育を受け入れる側への手厚い支援を展開することが必要である。

また各地の情報については、都道府県レベルで圏域内の先進地域の把握に努め、その活動実態や効果、空間のあり方について情報を蓄積することが必要である。今後基礎自治体を中心となり在宅医療と介護の連携推進や郡市区医師会との協働体制の構築、病院等の医療提供機関との連携のあり方について主体的に取り組む必要性が明確にされていることから、

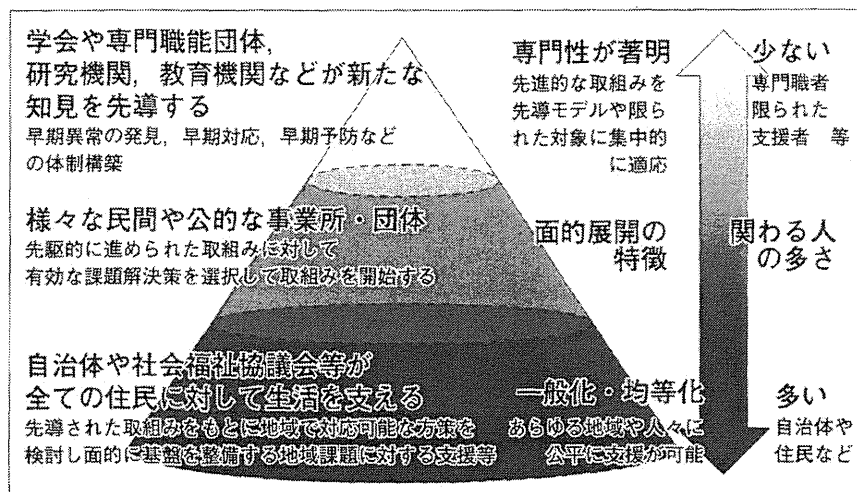


図5 医療介護福祉連携を基盤とする地域包括ケアシステム設計の概念図

都道府県はその有効な後方支援を積極的に展開する必要がある。講師の紹介や市町村自治体への考え方の教育・指導、研修内容への助言、資料や情報提供など都道府県が担うべき役割は大きいと言える。

研修場所の確保についても、地域の医療行政を担ってきた都道府県においては、公平で有効な学ぶ場の確保と調整に動かれることを期待したい。

医師や看護師の同行研修をはじめ、介護職の医療技術の研修の場、保健師や薬剤師、歯科医師、歯科衛生士等の訪問診療への同行については学生や経験者、病院関係者等に対して学びを深められる有効な手段であることから、医師会や看護協会、病院協会、教育機関などとの連携調整のうえ、公平で有効な学び野の確保を行っていくべきである。

別の視点では、これらの課題から生じている現状として、地域包括ケアシステムという、地域を俯瞰的にとらえたうえでの人材の育成という視点が欠けているという現象が見え始めている。

つまり、住民が生きることを支援するという全体像のなかで、一部の限られたフィールドのみで人材が育成され、同時に限られた医療というフィールドのなかでの在宅医療推進の人材が育成されている。地域や教育の状況によって人材の質が大きく変化してきている可能性があるということが懸念されている。

地域包括ケアシステムという総合的な仕組みのなかでは、前述のように限られたフィールドのなかでの人

材が育成される現状であるならば、専門特化したリーダーとしての人材と、その調整役や下支えを行う人材がペアで同時に育成されなければ、大きなシステムのなかでそれらのリーダー人材が有効に活動できないということも念頭に置いておかなければならない。

現在は単発的、かつ限られた分野での人材が、とりあえずできるところから育成されているが、今後の社会変化に対応したシステムを構築し、充実させるためには、地域全体の構成を踏まえて適材適所に必要な人材に育成し、配置することを戦略的に進める必要があると言える(図5)。

これからさらに高齢化が加速するなかで、在宅医療や医療と介護を調整する機能は必然的に増加する。

すべてをこなせるマルチ能力を備えた人材を育成するという方法も存在するが、各機能を分散してさまざまな人材に位置づけることも検討する必要がある。地域に医療提供体制を先導する人材と、地域包括ケアの視点から生活支援や地域のネットワークづくりをマネジメントする人材、地域の仕組みと在宅医療体制を接着する調整機能を重視する人材が必要を増すと推測する。

そして、同時に育成した人材が孤軍奮闘で活動するのではなく、高めた能力を活かせる環境整備が求められる。育成することの喜びや能力が向上したことでの職務の質の向上と対象者への利益は、さらなる人材の獲得と能力の向上につながりやすく、環境に

よる相乗効果は何倍にも増幅することが見込まれる。

V おわりに

推進役のリーダーの育成，調整役の育成，関係職

種における連携のための能力の育成，在宅医療提供者としての人的資源の育成を複合的に組み合わせた人材育成の取り組みが求められる。

在宅医療推進のための人材，リーダーの育成については，長期的戦略をもって，今後各地域の包括的な体制づくりを踏まえて進められることが重要である。

ENTONI

No. 187

2015年12月

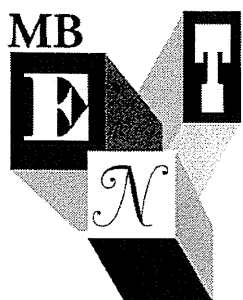
耳鼻咽喉科在宅医療ABC

編集企画

認定特定非営利活動法人難聴者支援センター理事長 古屋信彦



全日本病院出版会



◆特集・耳鼻咽喉科在宅医療 ABC

I. 総論

1. 医療—総論と背景—

三浦久幸*

Abstract 少子高齢化が進む中、これまでの病気を治す医療を主眼とせず、支える医療が必要であると言われるようになってきた。この支える医療を具現化する中心的な役割を担うのが在宅医療である。特に生活を支える介護との連携が重要となってくるが、この中心的な役割をなすのが、今後、介護保険下で行われる在宅医療・介護連携推進事業と予想される。併せて、在宅医療の推進のためには在宅医療、病院医療のどちらも理解できる医師、看護師の育成、シームレスな病診、診診連携、診療所・施設連携、多職種連携のための ICT の確立、地域包括ケアの実働と超高齢社会に向けてのコミュニティ作りを連動させるような地域の実情に合わせた介入が必要であると考えられる。この一方で、独居高齢者、高齢者世帯(老老介護)が増え、社会的問題ともなっている。このように「住まい」の問題は切り離せなくなっており、各地域での地域包括ケアシステムの充実が求められている。

Key words 在宅医療(home care)、診療報酬(payment for medical service)、医療計画(health care planning)、地域包括ケア(integrated community care)、在宅医療連携拠点事業(home care collaboration base programs)

はじめに

少子高齢化が進む中、これまでの病気を治す医療を主眼とせず、支える医療が必要であると言われるようになってきた。この支える医療を具現化する中心的な役割を担うのが、在宅医療である。この一方で、独居高齢者、高齢者世帯(老老介護)が増え、最近では認知症の夫婦による「認認介護」が増え、社会的問題ともなっている。このように在宅医療を語るのに「住まい」の問題は切り離せなくなっているが、このような中で地域包括ケアシステムの充実が叫ばれている。ここでは国内で在宅医療が必要となった背景、これからの展望について概説する。

超高齢社会とこれからの医療像

図1のように日本の人口構造の変化をみると、

現在は、1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になる。団塊の世代の人すべてが、75歳以上になる2025年には高齢化率が30%に達するが、この2025年までに、どのように医療・介護体制を整えていくかが今、求められている。

このように社会構造が変化し、75歳以上の高齢者が増えるが、ここで高齢者の医療ニーズとはなにかをみえる。図2に示すように、老年症候群を有する高齢者が今後増加すると考えられる。老年症候群とは「高齢者に多くみられ、原因は様々であるが、治療と同時に介護・ケアが重要である一連の症状、所見」を指す。

老年症候群は大きく三点に分類される。第一に、主に急性疾患に付随する症候で、若い人と同じくらの頻度で起きるが、対処方法は高齢者では若

* Miura Hisayuki, 〒474-8511 愛知県大府市森岡町7-430 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長

○日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

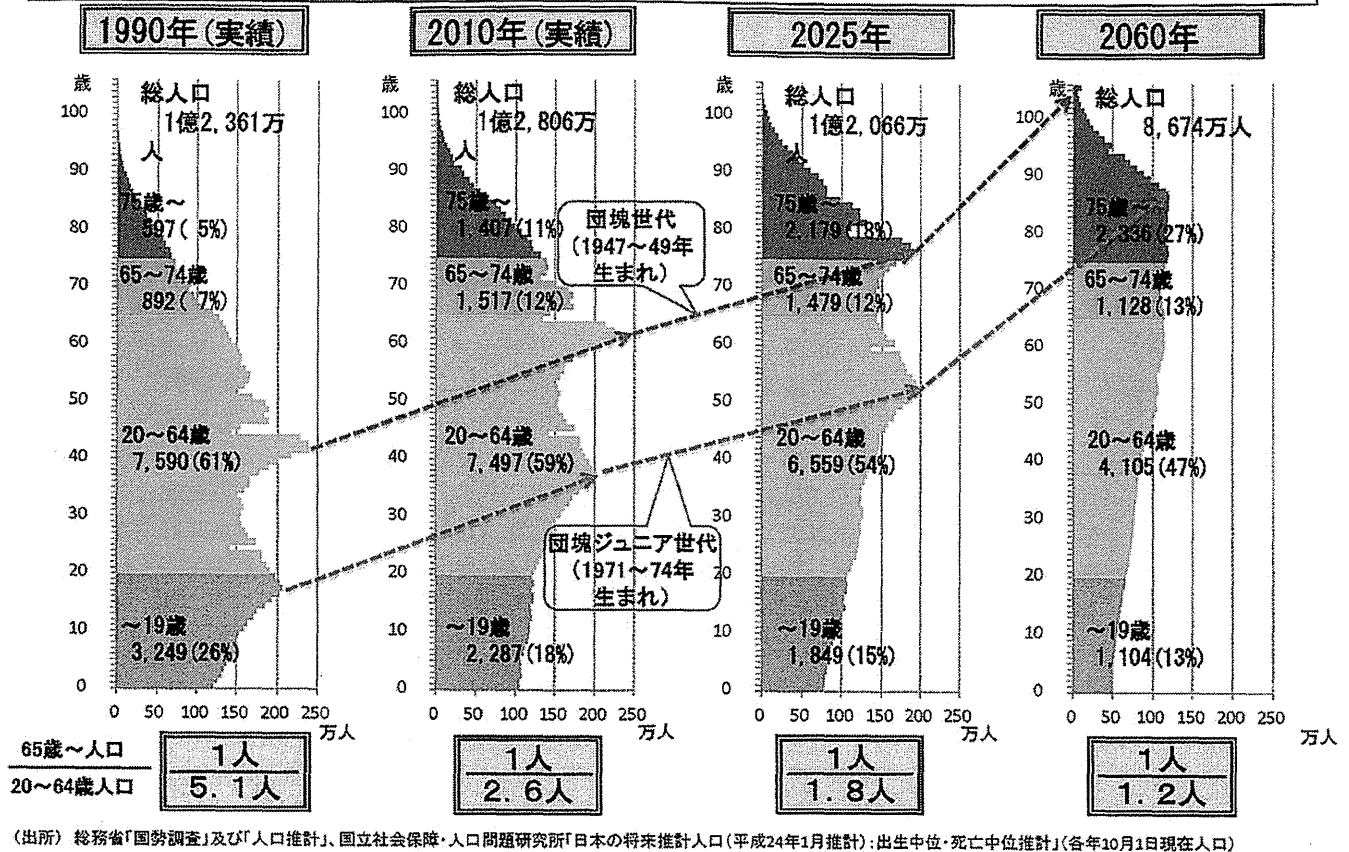


図 1. 人口ピラミッドの変化(1990～2060年)
(厚生労働省平成24年7月11日在宅医療連携拠点事業説明会資料より引用)

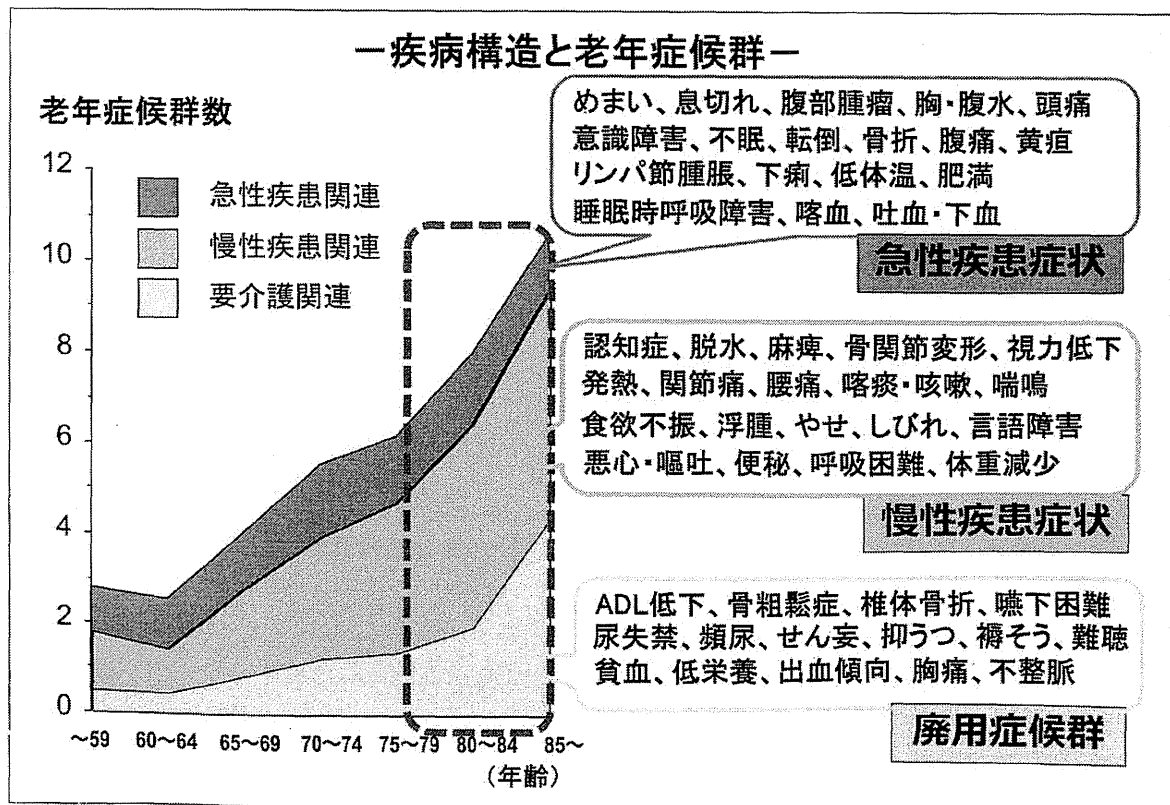
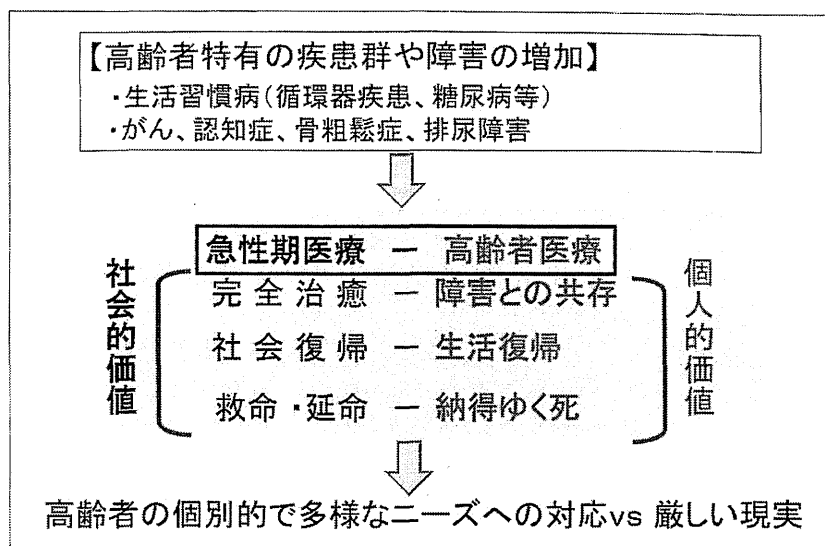


図 2. 高齢者のニーズとは何か

図 3.
超高齢社会に求められる医療像



い人と違って、対処方法に工夫が必要な症候群である。第二に、主に慢性疾患に付随する症候で、65歳の前期高齢者から徐々に増加する症候群である。第三に、75歳以上の後期高齢者に急増する症候で、日常生活動作(ADL)の低下と密接な関連を持ち、介護が重要となる、一連の廃用に関連した症候群である。この三点の老年症候群の分類と加齢変化は、高齢者の複合的疾患構造を説明し、医療と介護が不可分であることの実証である。特に慢性疾患症状と廃用症候群については、高齢者に多く、日常の生活の中で、進行予防や医療・介護を継続的に受ける必要があり、より「支える」医療が重要であることを示している。かかりつけ医はこれらの疾患をトータルに把握し、対応する技量が求められる。療養生活を支えるための医療や介護の提供における新しい仕組みと担い手を考える上で、先ほど述べた、超高齢化と疾病構造の変化をさらに詳しくみる必要がある(図3)。図2に示したような高齢者特有の疾患や障害が増加し、疾患や障害に対する価値観の変化も相まって、医療は、障害と共に生きる、社会参加など希望するライフスタイルの遂行、希望する人生の終わ方をサポートするものとなった。そのため、高齢者の個別的で多様なニーズに対応する必要性が台頭したと同時に、独居老人、老老夫婦世帯の増加による弊害、厳しい現実も台頭している。このため、島崎¹⁾が述べているように「患者の生き方に関する意思や選択を尊重し、住み慣れた居宅において、他者との関係性を持って生活を送ることを支える

医療」が在宅医療とするならば、高齢者の住まいの問題も含め、医療、介護、福祉をどう一体化して提供すればよいのかの具体的対応が必要となってくる。

図4は、将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージを示す。今後さらに医療機能分化の推進を進め、高度急性期、一般急性期、亜急性期など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図るとともに、施設から地域へ、また、医療から介護の流れを促進するために、在宅医療の計画的整備や、居住系、在宅サービスのさらなる拡充を目指すものとなっている。このように医療・介護機能再編の中でも、「生活を支える」機能の充実が喫緊の課題となっている。

在宅医療の変遷

診療報酬上の在宅医療が制度化されたのは、1981年インスリンの在宅自己注射指導管理料の導入である(表1)。その後、第1次医療法改正により医療計画がスタートした翌年(1986年)に老人保健法が改正され、この改正で、診療報酬に「寝たきり老人訪問診療料」が新設された。1992年の第2次医療法改正では、「居宅」が「医療提供の場」として位置づけられた。さらに1994年健康保険法の改正において在宅医療が「療養の給付」と位置づけられた。かつて「往診」と呼ばれていた在宅医療は、重度の疾病によって寝たきりになっている患者や、急に容態が悪化した患者に対して救急的に行うことが多かったが、近年の「在宅医療」

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】

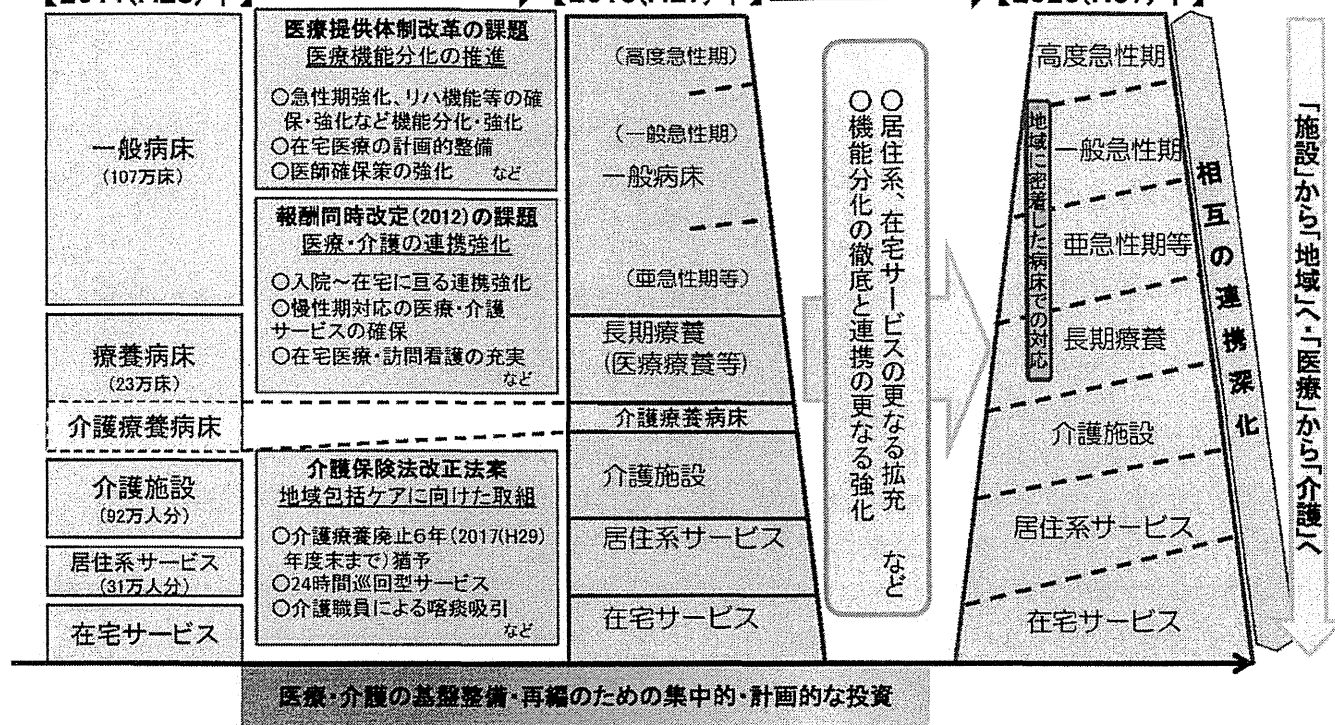


図 4. 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

(「医療介護に係る長期推計(主にサービス提供体制改革に係る改革について)」第10回社会保障改革に関する集中検討会議(2011年6月2日)より)

表 1. 在宅医療の推進に関わる制度・事業等の変遷

	診療報酬	医療法・介護保険法等	関連事業等
1981年	在宅医療における指導管理料の新設(インスリン在宅自己注射指導管理料の創設)		
1985年		第1次医療法改正：地域医療計画の創設	
1986年	訪問診療の概念導入		
1991年			老人保健法改正(老人訪問看護ステーションの創設)
1992年	寝たきり老人在宅総合診療料の新設	第2次医療法改正：「居宅」を医療提供の場として位置づけ	老人保健法改正(老人保健施設の創設等)
1994年	在宅終末期医療の評価の充実(在宅時医学総合管理料、在宅末期総合診療料、ターミナルケア加算)	健康保険法改正：在宅医療を「療養の給付」として位置づけ 指定訪問看護制度の創設	
1998年	寝たきり老人在宅総合診療料に24時間連携体制加算を新設		
2000年		介護保険法施行	
2004年	重症者・終末期患者に対する在宅医療の充実		訪問看護推進事業
2006年	在宅療養支援診療所の創設	第5次医療法改正：在宅医療の確保に関する事項を医療計画に位置づけ 介護保険法の改正	
2008年	在宅療養支援病院の創設		
2011年			在宅医療連携拠点事業
2012年	機能強化型在宅療養支援診療所・病院の新設	在宅医療体制構築に係る指針を发出	在宅医療連携拠点事業
2013年			在宅医療推進事業
2014年	地域包括ケア病棟加算の新設 強化型訪問看護ステーションの新設	地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律制定	
2015年	地域医療ビジョン策定	介護保険改正、改正法施行 在宅医療・介護連携推進事業	

は、急性期の治療が終わり、回復期の療養を行う患者や、慢性疾病のため、定期的な治療を必要とする患者が対象となってきた。その後も1998年の診療報酬改定において、寝たきり老人在宅総合診療料に「24時間連携体制加算」が新設され、2006年および2008年には、「在宅療養支援診療所」と「在宅療養支援病院」がそれぞれ診療報酬上の制度として整備されている。このように在宅医療は、国が政策課題として取り上げて以来、20年以上の歴史がある。しかしながらはじめに述べたように、在宅医療そのものは依然、十分な体制で希望する人に供給されているとはいえない状況に対し、厚生労働省は2012年を「在宅医療・介護あんしん2012」²⁾と銘打ち、多くの全国的な事業を開始した。具体的には、在宅医療の実施拠点となる基盤(在宅医療連携拠点事業等)整備に23億円、在宅医療の人材育成に1億900万円が投じられた。また、2012年度の診療報酬改定では医療と介護の連携強化や在宅医療の充実に1500億円が充てられ、介護報酬改定でも、24時間定期巡回・随時対応訪問介護など新メニューの創設をはじめ地域包括ケアに重点的な配分が行われた。2012年度の医療計画の改定に当たっては、「在宅医療の体制構築の指針」が設けられるなど在宅医療は5疾病・5事業と並ぶ大きな柱と位置づけられた。

在宅医療連携拠点事業の展開

前述の在宅医療連携拠点事業が行われたのは2011年度全国10ヶ所であったが、2012年度は全国105ヶ所で事業が行われた。この連携拠点事業では、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すものとして活動が行われた。拠点は、各市区町村レベルにおいて、それぞれの阻害要因を克服していくような働きかけを実施し、最終的には行政、医師会、診療所・病院、訪問看護ステーション、介護機関等の連携を推進し、いわば点から面への展開を行う必

要がある。この事業は2013年度以降は、地域医療再生臨時特例交付金により、県の在宅医療推進事業として継続され、この数は全国約1,700ヶ所の自治体の1/3以上にのぼった。2014年に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が制定されたことにより、この事業はさらに2015年以降、介護保険による地域支援事業(在宅医療・介護連携推進事業)として恒久化され、2018年度以降はすべての市町村がこの「連携事業」を行うことが義務づけられた。このように法整備も含め、在宅医療・介護連携の充実が急ピッチで図られているが、これらの事業とも、各地域での地域包括ケアシステムの構築を見越したものである。

地域包括ケアシステムとは

医療、介護、福祉を統合し、提供するシステムが、地域包括ケアシステムである。地域包括ケアシステムの定義は地域包括ケア研究会(2008年老人保健健康増進等事業)³⁾によれば、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする」としている。

最終的に目指す姿は、図5のような地域包括ケアシステムの構築である。高齢者の住まい、生活支援を基礎に、介護予防、医療、介護を整えることで、人口1万人程度の中学校区を単位とした、できるだけ長く暮らすことができる地域作りを目標としている。住民の安全・安心・健康を脅かす不安や危険としては、急病や病態の急変、虐待、引きこもり、地域での孤立等様々な状況が想定される。こうした問題に対応するサービスが、地域内の様々な社会資源の組み合わせやこれらを複合

地域包括ケアシステムの姿

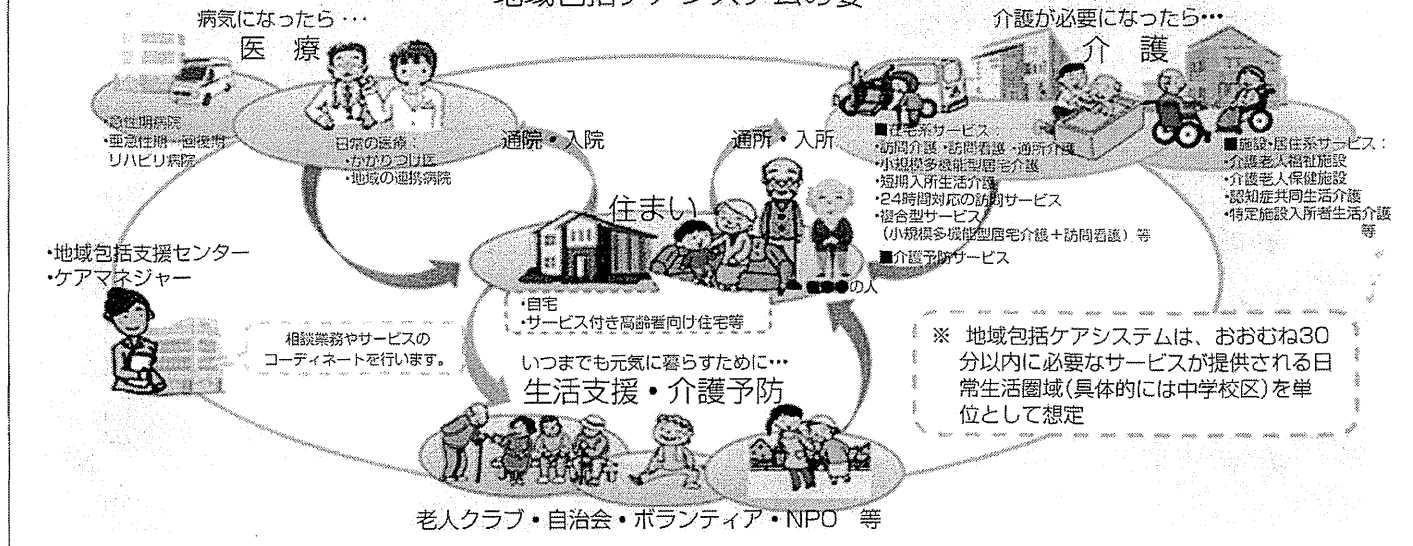


図 5. 地域包括ケアシステム

的に組み合わせたシステムの利用によって 24 時間 365 日を通じて提供されることが期待される。地域包括ケア報告書ではこの中で特に、在宅医療は重要であり、この充実がなければ、このシステムは機能しないものと考えている。

現在、多くの地域でこの地域包括ケアシステムの構築を目指した活動が行われている。しかしながら、このシステム構築に関わる各地域の実施主体、理念、方法は様々であり、システムの中での在宅医療の位置づけもそれぞれ違うようにみえる。いずれにしても在宅医療の充実がなければ、地域包括ケアシステムの構築はできないため、中心となる事業体がどこになるかも含め、地域の実情に合わせて、柔軟に適切な在宅医療の形を形成する必要がある。この活動の中で「かかりつけ医」の役割はさらに重要となると考えられる。

おわりに

住まい、生活支援サービスをベースとして、「地域包括ケアシステム」が今後推進されるが、この理念は「ageing in place」と呼ばれ、海外で進められてきた「住み慣れた地域で老いる」活動とほぼ同じ概念と考えられている。今後、日本では他の国が未だ経験していない超高齢社会が到来するが、高齢者に優しく、世代間交流が保てるまちづくりを国全体でいかに推し進めていくかが問われ

ている。このような中で在宅医療・介護連携推進事業は、地域包括支援センターとともに、地域の在宅医療・介護の連携を推進する機能単位として、今後、重要な位置づけになってくると考えられる。併せて、在宅医療の推進のためには在宅医療、病院医療のどちらも理解できる医師、看護師の育成、シームレスな病診、診診連携、診療所・施設連携、多職種連携のための ICT の確立、地域包括ケアの実働と超高齢社会に向けてのコミュニティ作りを連動させるような地域の実情に合わせた介入が必要であると考えられる。

文 献

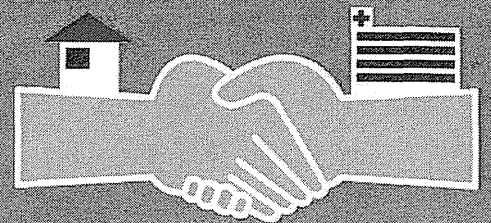
- 1) 島崎謙治：地域包括ケアシステム 第 7 章在宅医療の現状・理念・課題 国立社会保障・人口問題研究所研究機構(編). 慶應義塾大学出版会, 2013.
- 2) 厚生労働省ホームページ「在宅医療の推進について」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html
- 3) 厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html>

保健師 ジャーナル

2015 7
Vol.71 No.7

特集

先進事例に学ぶ



在宅医療・介護 連携推進事業

PHOTO 元気アップ体操で推進する元気なまちづくり
ひたちなか市の健康づくり推進事業

TOPICS フィンランドの母子保健システムとネウボラ

医学書院

THE JAPANESE JOURNAL FOR PUBLIC HEALTH NURSE

市町村が在宅医療・介護連携を進める際のポイント

国立長寿医療研究センター在宅連携医療部

後藤友子／三浦久幸

市町村が在宅医療・介護連携を進めるうえで押さえておくべきことは何だろうか。取り組む際の下準備、および8つの事業のポイントについて解説していただく。

在宅医療・介護連携の進め方

在宅医療・介護連携推進事業(以下、本事業)は在宅医療と介護が連携を推進する事業であり、その必要性は多くの方が理解されている社会に変化してきているように感じます。その背景としては、医療の主目的である「診断と治療」、介護の主目的である「生活の支援」の両方を必要とする住民が非常に多くなってきていることがあげられます。

元気な方がある日病気になって入院し、完全に回復してから退院により元の生活に戻る、という時代は終わりました。病気をもちながら通院していた方が、病気が悪くなり入院し、悪い状態ではなくなったがまだ治療や生活の支援が必要な状態で退院し、暮らしの中で医療を求めている時代に変化しているからです。

時代の必然のニーズによって本事業が推進されているということを、市町村は自らの地域の実情から認識することが本事業の始まりです。

厚生労働省が提示している本事業の中の8つの事業は地域の力を高めるための方策であり、それぞれが独立して立案されているものではあ

りません。8つがそろってはじめて地域力を高めるための1つの目標に近づけると理解することが大切です。図1のように、8つの事業に関連性をもたせることが求められます。

また、事業に着手する前に、しっかりとした下準備を行うことも大切です。以下に、そのポイントを述べます。

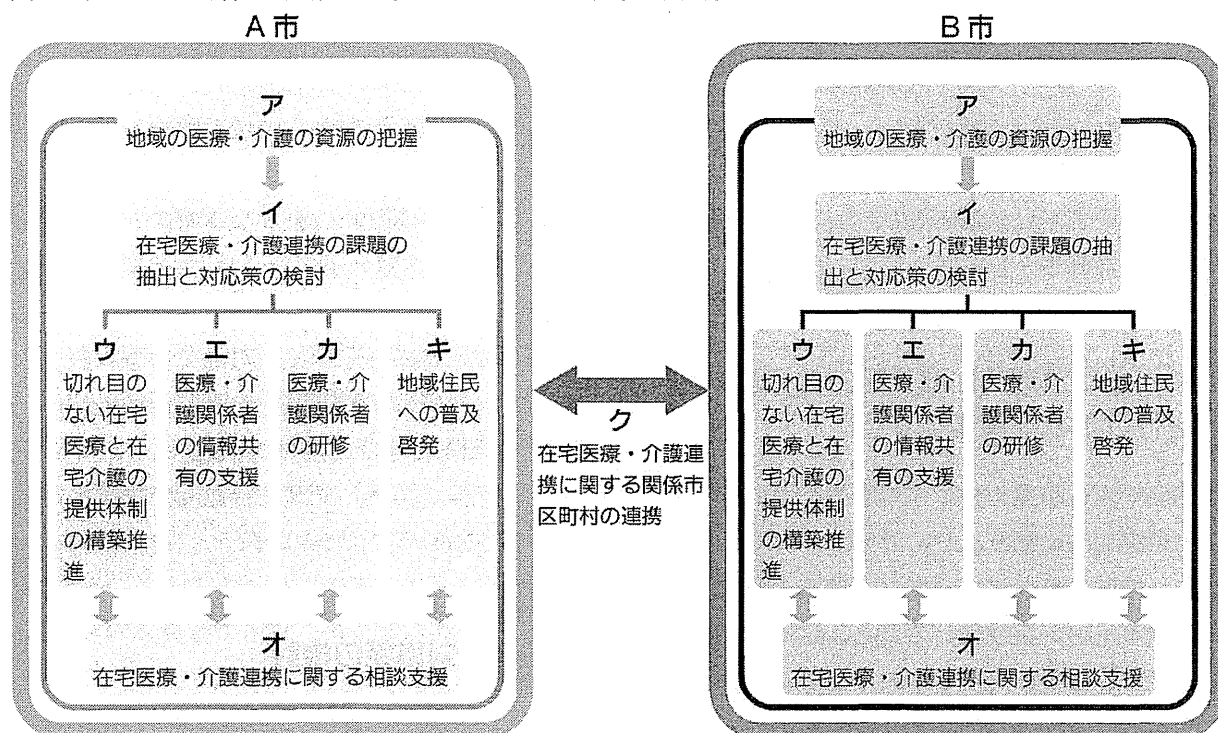
■準備1：市町村に在宅医療・介護連携推進事業の担当課をつくる

市町村の責任のもとで本事業が進められる以上、担当課の確保は必要不可欠です。たとえ8つの事業をすべて委託する自治体においても、必ず自治体内の担当部署を位置づけてください。本事業は地域のしくみをつくり、稼働させる事業です。地域のしくみをつくるには自治体の関わりは絶対条件です。

■準備2：地域の関係者の心をつなげる力をもつ人材を配置し、育成する

本事業で重要なことは「人と人をつなげる」活動です。人と人をつなげられるのは「適切な人材」の力です。複数人のサポート体制を確保しつつ、地域の関係者全体で適切な人

図1 在宅医療・介護連携推進事業における8つの事業の関連性



材を育成しながら活動展開をしていくことが必要です。

■準備3：担当課が決まったら、とにかく関係者のところに出向く

人と人をつなぐ本事業において、顔の見える関係づくりはとても重要です。まず、自分から相手のところに出向いてください。その際には必ず事前にアポイントの連絡をし、会いたい目的を伝えてから訪問してください。

説明する際には、事前にわかりやすい資料を用意しておくとういでしょう。わかりやすい図などでまとめられた資料は、忙しい在宅医療や介護関係者にもすぐに理解しやすいとされています。

■準備4：まず担当者が事業の全体像を理解する。そして事業全体の流れを設計する

本事業は多くの方の協力を得ながら進める事

業です。担当者は行動する前に、自分の言葉で事業について説明できるようにしてください。そのためにも、自分の地域の人口統計や資源の把握、自分の地域で展開されている在宅医療の概要、患者の療養に関する希望など、自治体が把握している情報をもとに、地域の実態と政策の進められる背景、自分の地域で実行可能な取り組みの整理などを行ってください。そして1年後や2年後などの短期と、10年後などの長期の地域の変化と目標を設定し、事業の流れを設計しましょう。

■準備5：相談でき、支え合える協力者を見つける

「地域包括ケア」や「地域力を高める」という目に見えない仕組みや力を構築する事業は、成果や変化が見えづらく、孤軍奮闘の状況では取り組み続けることが難しい事業です。地域の10年後、30年後を見越し、自分の地域での暮らしを少しでも質のよいものになるように取り

組むためには、理解し合える協力者の存在はとも大きいものです。

また、キーパーソン1人がいなければ事業が進められないという状況では、本事業の目的を達成することは難しくなります。地域の力をつけるということは地域のさまざまな人がキーパーソンになれるということです。そのような体制をつくりながら活動を進めましょう。

■準備6：定期的に取り組みの振り返りを行うことを習慣にする

成果や変化が見えにくい本事業においては、変化を定期的に振り返り、評価することが必要です。地域のめざす方向に近づけるように事前に評価ポイントを設定しておき、定期的に関係者などで評価してください。そして、活動の修正や追加、体制の見直しを行いましょう。

振り返りの際には第三者の協力を得ることをお勧めします。担当者は実務に関わることで全体を公平に客観的に観察することが難しくなるからです。協力を依頼する際の注意点としては、疎遠な学識者などに依頼すると、現場の取り組みや思いとかけ離れた指摘ばかりを受けてしまい、関係者の気持ちがつぶれてしまうことがあります。そのため、依頼する相手は同じ地域に愛着を感じている関係者であり、地域のプレイヤーではない立場の方をお勧めします。

ここまで述べてきた6つのポイントは下準備です。本事業は長い時間をかけて取り組む必要がありますので、取り組む前の下準備から丁寧に着手してください。

8つの事業に取り組む際のポイント

次に、厚生労働省より示された本事業の8つの事業について、取り組む際のそれぞれのポイ

ントを述べます。

■(ア)地域の医療・介護の資源の把握

地域の資源の把握から地域の実態を理解することです。地域の課題抽出の方法であると同時に、地域を学ぶための重要な事業です。この事業を行うことで、一部の人にしか把握されていなかった各事業所の活動実態を丁寧に把握することができます。そして、対面で情報収集することで、地域の在宅医療や介護関係者と顔の見える関係構築のきっかけを得ることが出来ます。まずは、訪問して顔を合わせて挨拶するところから始めてください。

■(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

在宅医療と介護などの地域の関係者が一堂に会し、地域の実情やこれからについて話し合う場を設定する事業です。(ア)などで収集した情報をもとに地域の実情を理解できるようにまとめておきましょう。

最も重要なポイントは、開催場所、日時、メンバーの選定です。事前に把握した情報から最も重要で大きな課題が把握できているはずです。その課題について話し合える関係者は誰かを定め、協力を得るために事前に訪問して趣旨説明と協力依頼をしておきましょう。

話し合いの場の運営や資料の準備なども忘れずに行いましょう。話し合う場と意思決定して自治体として政策化する場、実働部隊が取り組みを進めるための協議する場など、事業が進みやすくなるように検討の方法についても設計することが必要です。

■(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の資源や住民、患者ニーズは地域によってさまざまです。もちろん限界もあります。こ

れから限られた資源と人材で地域住民みんなの暮らしを支えるために連携によってできることは何か、ということ(イ)で検討したうえで、この(ウ)の専門ワーキングで検討して活動を進めてください。

連携の体制づくりは最も重要な取り組みの1つであり、時間をかけて粘り強く検討を行い、実現可能な体制を考え実施することが求められています。たとえば医療機関が中心となる主治医・副主治医制や、病院と診療所と訪問看護ステーションが連携する在宅チーム医療による体制、見守り活動とICTシステムが連動する体制、医療機関と介護施設が連携する地域連携体制など、さまざまな方法があります。自らの地域における資金や人材、事業所、関係性などを把握したうえで、実現可能な体制を構築することが重要です。

■(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

この事業で最も重要なポイントは、「誰と誰が」「どんな目的」で「誰の」「どんな情報」を「いつ」共有するかを関係者間で共通理解することです。そのためには時間が必要です。それぞれが専門職であり、重要視する視点が異なります。それぞれの主張や課題だと考えていることを公平に収集し、地域の情報の流れをまとめることが大切です。

地域の中で情報共有を行うべきポイントをまとめ、そのうえで情報共有を行うための地域連携パスや専用様式、システムなどの作成、導入を検討します。システムや様式の作成が目的になってはいけません。本格運用の前に必ず試行運用を行い、課題の把握や改善を行ってください。

■(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援

この事業は相談支援のみで成り立つものではないということが重要なポイントです。在宅医療や介護に関わる関係者に必要な介入支援を行いつつ、相談支援を行うことが大切です。阿吽の呼吸で連携していく在宅医療や介護関係者の間に調整や相談役として突然入っても、本当の困りごとの相談をしてもらえないわけではありません。

(ア)(イ)(ウ)などの事業との関わりを通して相談支援を行うべきことをまとめ、提供できる情報をもって相談支援を行ってください。そして、ここでも訪問活動がとても重要です。関係者のところに向いて、困っていることや自治体に希望する対応などを収集して、関係者と地域住民の利益につながる動きを見つけ実践してください。

■(カ)医療・介護関係者の研修

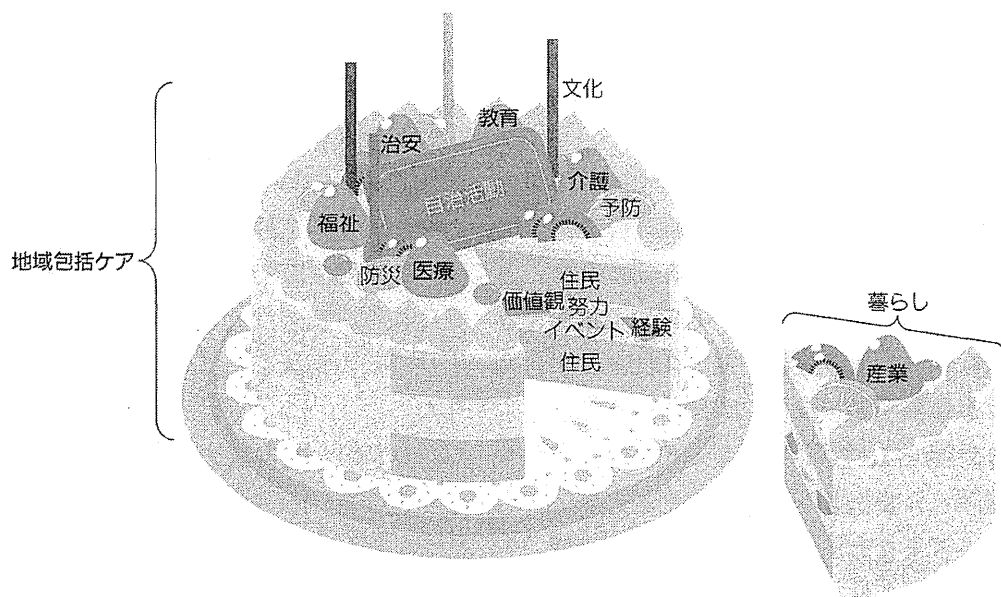
在宅医療や介護関係者が連携するためには、顔の見える場をまず提供することが必要です。そして、「連携」についてみんなで学ぶ研修会を開催します。

ポイントは多職種が交流できるような仕掛けをすることです。グループワークが有効であると言われていますが、研修に不慣れな方には参加意欲を下げてしまうこともあります。交流するためには、空間の準備や参加者の選定(職種や人数、年齢層等)、事前の調整などが重要です。

既存のプログラムなどを活用することも、円滑に企画準備開催するためには役に立ちます。交流会の開催やゲームなど息抜きのプログラムを入れる、記念撮影をするなどは、人と人の物理的距離が縮まる仕掛けの1つです。

図2 地域の成り立ち(イメージ図)

地域包括ケア＝住民1人ひとりとその暮らしが形づくる



■(キ)地域住民への普及啓発

住民への情報発信はできる限り回数多く、多様な方法で実施することがポイントです。興味・関心のある住民にしか情報が届かないことが多いのですが、これから社会に出て行く子どもやその親世代、就労世代などにも関心をもってもらえるような工夫が必要です。お祭りなどの地域のイベントに参加して、在宅医療や地域包括ケアについて話をする時間をもらう、お祭りの出店として健康相談などのブースを出展する、寸劇などの住民が楽しんで参加できる企画を行い情報発信するなどの方法が有効な手段だと言われています。

また、自治体であれば広報誌やケーブルテレビ、ラジオ放送、メールマガジンなどの手段をもっている自治体も多いので、それらも活用してみてもいいかもしれません。

■(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

市町村自治体同士が直接主体的に他の自治体

と関わるのが難しいことは先行事業から把握されていますので、ここでは保健所や都道府県、自治体域を超えて組織されている専門職能団体などの支援を受けることがポイントだと考えます。もちろん、自主的に自治体同士で連携できる場合は、積極的に進めてください。隣町が他県であったり、離島などの自治体も数多く存在することから、この事業はトップダウンの力を借りて進めることをお勧めします。まずは、他自治体と話し合いたい事案について、実情から把握された課題や情報をもとに検討してから、保健所等に協力の相談をすることから始めてください。各自治体で課題ととらえることが異なりますので、まずは顔を合わせる場の設定から進めるのがよいでしょう。

今後に向けて

住民の暮らしはそれぞれの価値観や努力、経験、文化などによって成り立っており、住民の暮らしが地域をつくっています。図2ではデコレーションケーキのたとえを用いました。地域

包括ケアは、住民を中心として成り立ちます。1人ひとりの住民がもつ価値観やライフイベント、経験が、中心の住民に色どりを与え、その住民が暮らすために必要なしくみ(医療や福祉、教育など)が添えられていくというイメージです。ケーキはさまざまなデコレーションや種類があつてよいと考えます。地域包括ケアは完成した形があるものではなく、地域が主体的に動くプロセス、活動です。住民と住民の暮らしを構成しているものをよく見て、地域のしくみを考える視点が必要です。

保健師の視点は住民の暮らしを見つけ地域を把握し、地域診断ができることから、その活躍は非常に期待されています。本稿で述べたポイ

ントなどを参考に、保健師が本事業に取り組み、各市町村で在宅医療・介護連携が進むことを願います。

●文献

- 1) 厚生労働省：在宅医療・介護連携推進事業の手引き(案) Ver.1. 2015.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/tebiki.pdf> (2015/4/3 確認)
- 2) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック. 2013.
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/handbook/handbook2013.pdf> (2015/4/3 確認)

後藤友子 ●ごとう・ゆうこ

国立長寿医療研究センター在宅連携医療部
〒474-8511 愛知県大府市森岡町 7-430

平成28年度

東京女子医科大学大学院看護学研究科看護学専攻 博士前期・後期課程学生募集

専門看護師(CNS)、助産師国家試験受験資格を取得できます。お問い合わせください。

前期

(募集分野 9分野)

看護基礎科学(食看護学・基礎看護学) 看護管理学 看護職生涯発達学
実践看護学I(クリティカルケア看護学・がん看護学)
実践看護学II(ウーマンズヘルス) 実践看護学III(老年看護学)
実践看護学IV(精神看護学) 実践看護学V(地域看護学)
実践看護学VI(小児看護学)

- 募集人員:16名(男女共学) ※社会人特別選抜による募集人員を若干名含む
※実践看護学II分野(ウーマンズヘルス)の学生定員は7名とする
- 選抜方法:【一般入試・社会人特別選抜】学力試験(英語、専門科目、小論文)、面接、出願書類

後期

(募集領域 9領域)

看護基礎科学(食看護学)(看護管理学)(看護職生涯発達学)
実践看護学(クリティカルケア看護学・がん看護学)(ウーマンズヘルス)
(老年看護学)(解釈的精神看護学)(地域看護学)(小児看護学)

- 募集人員:10名(男女共学) ●選抜方法:学力試験(英語、専門科目、論文)、面接、出願書類

大学院科目等履修制度(前期)

本制度は、社会人等に対する学習機会の拡大、看護職の生涯学習やキャリアアップの支援、大学院博士前期課程(修士課程)の修了生に対して、日本看護協会の認定する専門看護師の資格上、さらに履修する科目が必要な場合にもフレキシブルに対応できるよう設けられた制度です。

- 募集人員:若干名(男女共学)
- 選抜方法:出願書類
(ただし必要に応じて面接あり)
- 出願期間:平成28年1月5日(火)～1月22日(金)必着

出願・試験等(博士前期・後期共通)

	出願期間 注)	試験日	合格発表
1期	平成27年 7月 13日(月)より 平成27年 7月 24日(金)まで(必着)	平成27年 8月4日(火)	平成27年 8月11日(火)
2期	平成27年12月 14日(月)より 平成28年 1月 5日(火)まで(必着)	平成28年 1月13日(水)	平成28年 1月20日(水)

※出願を希望する者は予め当該分野の指導教授と面接し、今後の研究・教育について必ず相談してください。
領域によっては募集しない場合があります。

問い合わせ先

東京女子医科大学
看護学部学務課 入試係
TEL 03-3357-4801
入試係直通
E-mail
graduate.bk@twmu.ac.jp

在宅医療における 医療連携、多職種連携

すずき ゆうすけ
鈴木裕介

名古屋大学医学部附属病院地域連携・患者相談センター病院准教授



【略歴】 1990年：浜松医科大学医学部医学科卒業、1997年：ロンドン大学 King's College 研究員、2010年：名古屋大学医学部大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学講師、2015年より現職

【専門分野】 老年医学、認知症、地域連携。医学博士

病診連携の位置付け

平成26年度の診療報酬改定において、在宅医療と病院診療の位置付け、役割分担がより明確に打ち出されており、入院医療は在宅復帰の促進を前提にその仕組みの組換えが意図されている。

高度急性期・急性期病床は、文字通り急性期ケアに特化した機能が課せられ、現行の看護基準（患者7対看護師1）を維持するためには自宅等への退院患者の割合を75%以上と規定されている¹⁾。同時にそれぞれの医療機関が担っている機能を都道府県に報告する義務が発生し、この基準を満たすことのできない病床は、一般急性期あるいは亜急性期のより地域に密着した病床への転換が誘導されている²⁾。

この機能分化は外来機能においても明確に規定されており、診療所においてはかかりつけ医機能の促進、地域の基幹病院においては専門外来機能をより効率的に運用するために、一般外来の縮小という方向性が打ち出されている。

前回の改定においては、在宅医療を担う医療機関の量の確保と質の向上および在宅療養を支援する病床の機能に対する加算も規定されている。在宅療養支援診療所が緊急で行う往診への加算（650点）に加え、実績加算（75点）が新設され、在宅からの緊急入院を受け入れる支援病院には入院初日に2,500点の在宅患者緊急入院診療加算が設けられている。

つまり医療が「入院」、「外来診療」に分けられていた従来の診療報酬体系から、在宅療養を支援するための病診連携の促進を意図したものに改定されている。

在宅医療における病診連携の課題

いうまでもなく在宅医療は、医療と介護の連携をもっとも必要とする医療形態であり、それに関わる職種も極めて多彩な広がりを持つ。平成26年度に制定された医療介護総合確保推進法³⁾は、日本の医療政策が高度成長期型から超高齢社会対応型に大きく舵を切ったことを意味する。

従来の病院と診療所の連携は、利用可能な医療資源による差異はあるが、「病院は疾病の診断、治療の場」、「診療所は外来で可能な維持療法と日常の健康管理」という比較的確かな機能と位置付けられてきた。そこには診療情報の受け渡しという作業は含まれていても、生活機能維持のための連携という視点が欠如していた。

超高齢社会の今日においては、従来の医療機関同士の補完的な「医療連携」から、患者の生活支援の視点に立った「生活連携」に連携の軸足が移行しつつあり、生活連携の枠組みにおいて「病診連携」は医療と介護を一体的に統合運用するための1つのシステムであると捉えることができる。このように高齢化に伴う医療ニーズの変遷に、従来型の医療連携のみでは立ちいかななくなっていることは明白なのであるが、多くの医療者（特に医師）においてはそのような連携に求められるニーズの変化に対する意識は低いといわざるを得ない。

医師の立場からしてみれば、専門職としての教育過程やキャリアパスを考慮すると多分にやむを得ない部分もある。卒前、卒後の医学教育を通して、わが国の医師養成は医療の発達に伴う細分化と並行して専門医を育てることにその主な資源を傾注してきた過程があり、現在も概ね医師の

キャリア形成は、主に臓器や病態に特化した知識の修得や技術の修練に力点が置かれている。

近年になって「総合医」「総合診療医」など欧米でいうところの「General Physician」「家庭医」「General Practitioner」に相当する医師の養成に対する機運が高まり、総合診療が独立した専門領域として、病院あるいは地域の診療所においてプレゼンスを確立する動きがみられる。

一方、外来、入院診療とも平均的な患者像がすでに高齢期を迎えている現在、多くの高齢患者に必要とされるQOLの維持・向上のための機能評価や看護・介護を含めた「マネジメント」の視点は十分であろうか。

地域包括ケアシステムの中で中核的な機能を担うのは医療であり、その中心にいるのが医師であるという主張は一見もっともではあるが、その医師が多職種チームの中心として患者のマネジメントを担う能力、資質を養成する教育を受けてきたかという、そのような教育過程はいまだ萌芽的な試みの域を超えてはいない。

在宅医療を担う多くの医師は、教育過程を通してこれらの資質を涵養したのではなく、自らの地域における実地体験の中から学び、獲得しているのが現状であり、そこには医師個人の「感性」や「共感」による差異が厳然と存在する。

今回の医療介護総合確保推進法では、医療がもはや病院と診療所の「病診連携」のみでは地域のニーズを到底満たし得ないという認識のもと、在宅医療においては24時間体制を可能にする診療所同士の連携、医療、介護に携わる事業所間の連携など、地域において平面的な広がりを持ったものへと拡大する必要性が明確に打ち出されている。

今後さらに加速する病床再編の流れの中で、急性期病床や地域に密着した病床および診療所との連携を縦方向の「垂直連携」と定義するのであれば、地域において在宅医療・看護・介護に関わるさまざまな事業所のつながりを横方向の「水平連携」と定義する向きもある(図1)。この異なるベクトルを持つようにみえる連携をさらにつなげることは地域包括ケアにおいて重要になる。もはや医療と介護は不可分であり、ともに生活支援のための資源の1つであるという基本的な概念のもとで一体的に運用されるべきものであろう。

在宅医療と救急診療

入院医療から在宅医療への流れの中で、今後増加が予測されるのが、在宅療養高齢者の救急外来受診の増加である。ここでいう「在宅」とは、自宅のみでなく、今後着実に増加するサービス付き高齢者向け住宅や、さまざまな居宅系

施設に入居する高齢者もその対象である。これらの患者は普段は在宅医による訪問診療の対象であるが、容態の変化に伴い入院診療の必要性が生じた場合の連携体制は、現状においてもさまざまな問題が指摘されている。

筆者が通常診療に携わる名古屋大学医学部附属病院老年内科では、在宅高齢者の予定外の緊急入院を受け入れている。これは入院患者の8割以上に当たる。その多くは通院していない自宅療養中の患者であり、通常はかかりつけ医や在宅診療医による訪問診療を受けているが、これらの地域における診療所と受け入れ側の病院の連携が十分に機能しているとはいえない。入院に際して在宅医が初期診療に携わるケースはむしろ少なく、診療情報に関しては後追いで診療所に要請する場合が圧倒的に多い。

今後も増え続ける高齢者救急には多くの課題が存在する。病診連携の観点からは、在宅診療における情報共有、受け入れに関する取り決め、さらには終末期と考えられる高齢者の受け入れ、高齢療養患者に多く発生する窒息や急な病態悪化に伴う心肺停止状態で搬送される患者の治療適応に関する問題など多岐にわたる。

在宅療養支援診療所は24時間対応が期待されているとはいえ、一般的な診療所(外来診療を1人の医師で運営している)の場合、緊急の往診による対応には限界がある。近年、都市部を中心に増加しつつある在宅専門の診療所による対応、あるいは複数の診療所が機能強化型として連携して時間外の対応を可能にすることが期待される。しかし、容態の悪化が予想される場合、急変時の対応に関しあらかじめ確認した患者あるいは患者家族の意向が、救急外来において反映されることはむしろまれであり、結果的に望まない形で延命措置がなされることも少なくない。

図1 地域包括ケアにおける垂直連携と水平連携

