

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」
分担研究報告書(令和6年度)

医療機関と介護施設等の連携を推進するための方策の検討

研究分担者 小林美亜 山梨大学

研究要旨

本研究では、医療機関と介護施設等の水平連携における急変時対応を含めた医療ケア体制の構築と、その安定的な運用を図ることに向けた具体的方策について、提案することを目的とした。対象地域は、北海道函館市と愛知県北名古屋市であり、現地ヒアリングを通じて、情報共有、連携体制、急変時対応などの具体的な取り組みを把握・分析した。函館市では、「医療・介護連携支援センター」の活動を中核とした連携体制の整備と、実用的な情報共有ツール(はこだて医療・介護連携サマリー、急変時対応シート)の整備・運用により、急性期治療から地域での療養、再発防止、急変対応までを見据えたシームレスな支援体制が形成されていた。一方、北名古屋市においては、医師会や行政を含む多職種の協働による在宅医療・介護連携推進議会が有効に機能しており、北名古屋市の地域医療・介護連携の中核としてケアミックス病院による非緊急搬送体制の整備が特徴的であり、都市近郊型地域におけるモデル的な連携のあり方が示された。両地域の取組は、いずれも地域特性や地域資源を活かしながら、実効性のある仕組みを構築しており、水平連携モデルの構築に資する知見を提供するものである。

A. 研究目的

2040年頃までに慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速し、在宅患者数は、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれている。今後、多くの地域で医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、必要な医療提供体制を維持するために、病院と介護の連携、在宅医療における多職種間の役割分担、情報通信機器の活用などを含めた効率的な提供体制を構築することが必要となっている。

これまでの、高度急性期・急性期を担う病院における治療が一段落したのち、回復期を担う病院でリハビリを行い、退院して地域に戻るか、退院が難しければ慢性期を担う病院で療養するという流れが多く、その中でいわゆる「垂直連携」が多く行われてきたが、今

後、医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者を、地域の医療・介護サービスで支えていくためには、日常的に高齢者救急の対応を行う医療機関・かかりつけ医機能を担う医療機関・介護施設等の医療・介護ケアに従事する関係者が連携しあう、いわゆる「水平連携」の推進が求められている。水平連携のなかでは、在宅において重症化しないための予防的な関わりや、日常的なケアの質向上を図るための取組や工夫、医療ニーズの高い入所者への介護ケアを介護職員等に教育することのできる体制整備、在宅や介護施設で患者が急変した際の取り決め(受診あるいは搬送基準やその方法)、相談体制の整備等、様々な取組が必要となる。

本研究では、医療機関と介護施設等の水平連携における急変時対応を含めた医療ケア体制の構築と、その安定的な運用を図ることに向けた具体的方策について、ヒアリング調査を通じて提案することを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究対象

函館市と北名古屋市において、高齢者の救急（在宅療養において普段と異なる医療が必要になった時の対応等）を受け入れている医療機関と、当該医療機関と普段から連携した取組を実施している老健等の介護施設、当該取組を進めている行政を対象にした。

2. ヒアリング内容

医療機関、介護施設等、行政のそれぞれの立場から、①情報共有の方法、②連携体制の方法や連携を強化するための工夫、③介護体制側への支援体制、⑤高齢者救急において一定程度のボリュームを占める誤嚥性肺炎、尿路感染症、脱水、心不全等を予防するための日常的なケアのあり方やこれらの発症予兆への対応、⑥急変時対応の確立に向けた取組等について、ヒアリングを実施した。

3. 倫理面への配慮

ヒアリング機関及び対象者から同意を得た上でヒアリングを実施した。

C. 研究結果

1. 函館市の取組

超高齢社会を迎えた函館市では、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が年々増加しており、地域包括ケアの実現に向けた体制整備が喫緊の課題とされている。こうした背景を踏まえ、函館市では「函館市医療・介護連携支援センター」を設置し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に取り組んでいる。函館市医療・介護連携支援センターは、函館市医師会が函館市からの委託を受け、平成 29 年 4 月に事業を開始した。目的は、以下の機能を通じて医療・介護の架け橋となることにある。

- ・地域の医療・介護資源の把握
- ・医療・介護関係者の情報共有支援
- ・在宅医療・介護に関する相談対応
- ・地域住民への普及啓発活動

・医療・介護関係者に対する研修の企画運営の対応

・切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築

このセンターは、市民および医療・介護関係者からの相談に対応し、研修会の開催、情報提供、連携ツールの整備等、多機能な役割を担っている。函館市医療・介護連携支援センターの中核となるのが、「函館市医療・介護連携推進協議会」であり、医療・介護の函館市(行政)を含む、医療・介護関係団体で構成されている。協議会の下には以下の4つの作業部会（分科会）が設置され、連携体制の構築に必要な仕組みやルール作りが進められている（図1）。

・連携ルール作業部会（退院支援ルール、急変時対応ルール）

・情報共有ツール作業部会（連携サマリー等）

・多職種連携研修作業部会（研修企画、実施）

この体制により、制度設計から現場実装、普及啓発までを一体的に推進している点が特徴的である。



図1 体制

2. 情報共有ツールと ICT の活用

1) はこだて医療・介護連携サマリー

2018 年から運用されている「はこだて医療・介護連携サマリー」は、医療・介護間の情報共有を目的とした統一様式である。構成は以下のとおりとなっている。患者の基本情報や身体・生活機能などの基本ツール（2 枚）と応用ツール

(19種)で構成されている。応用ツールの種類には、①付帯情報管理(診療情報提供書、看護サマリー、リハビリテーションサマリー、フェイスシート、その他)、②褥瘡管理、③認知症管理、④食事摂取・栄養管理、⑤自己腹膜灌流管理、⑥酸素療養管理、⑦中心静脈栄養法管理、⑧糖尿病治療管理、⑨経管栄養法管理、⑩膀胱留置カテーテル、⑪自己導尿管理、⑫腎瘻・尿管皮膚瘻管理、⑬人工呼吸器療法管理、⑭気管カニューレ管理、⑮人工肛門・人口膀胱管理、⑯感染に関する管理、⑰緩和ケア情報共有シート(MOPN)、⑱本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報、⑲特記事項がある。応用ツール⑱は、地域の医療・介護関係者から寄せられた「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に関する情報を共有するための様式が必要である」との要望に応え、追加されたものである。さらに、ACPに関する実践的な支援資料として、「もしもノートはこだて」を公開し、関係者に対し、あわせての活用を推奨している。

基本ツールは、全患者共通であり、応用ツールは、患者の状態に基づいて、必要に応じて作成することとなっている。このため、利用者の状態に応じた柔軟な記載が可能で、必要最小限の負担で、情報を記載し、運用できる工夫がなされている。

「基本ツール」は厚生労働省が介護保険制度で設定している「基本生活情報」、「科学的介護推進体制加算」の内容に対応している。また、把握された患者の問題ごとに作成される応用ツールも、LIFE(科学的介護情報システム)で要求される情報に対応している。今後は、LIFE(科学的介護情報システム)に必要な情報作成作業と自動連動させ、負荷の軽減や効率化を図る予定である。

現在、表1に示した場面で活用されており、特に病院⇄施設、病院⇄在宅、在宅⇄施設の場面を中心に運用され、急性期病院や回復期、介護施設などでの使用実績が拡大している。令和5

年度時点での活用率は54%と、道内でも高い実績を誇っている。

表1 活用場面

【病院⇄在宅】	
・病院(MSW, 退院支援看護師等) ⇒ 在宅(ケアマネジャー等)	～自宅退院前等に調整が必要な場合等
・在宅(ケアマネジャー等) ⇒ 病院(MSW, 退院支援看護師等)	～病状の変化や、積極的治療を要する為に入院(検査は除く)加療等を要する場合等
【病院⇄施設】	
・病院(MSW, 退院支援看護師等) ⇒ 施設(ケアマネジャー, 相談員等)	～退院後の施設入所が決定し事前に調整が必要な場合等
・施設(ケアマネジャー, 相談員等) ⇒ 病院(MSW, 退院支援看護師等)	～病状の変化や、積極的治療を要する為に入院(検査は除く)加療等を要する場合等
【在宅⇄施設】	
・在宅(ケアマネジャー等) ⇒ 施設(ケアマネジャー, 相談員等)	～施設入所が決定し情報提供する場合等
・施設(ケアマネジャー, 相談員等) ⇒ 在宅(ケアマネジャー等)	～在宅復帰が決定し事前に調整が必要な場合等
【病院⇄病院】	
・病院(MSW, 退院支援看護師等) ⇒ 病院(MSW, 退院支援看護師等)	～病状の変化や、積極的治療を要する為に転院(検査は除く)加療等を要する場合等
	～リハビリや療養を目的に転院を要する場合等
【施設⇄施設】	
・施設(ケアマネジャー, 相談員等) ⇒ 施設(ケアマネジャー, 相談員等)	～入所施設が変わる場合等

現場の声からは、職種を問わず地域連携の深化に対する期待と課題が多く寄せられていた。まず、医師や介護職員からは、「地域に広がることで、さらに有意義な連携が可能になる」との前向きな期待の声が上がっており、地域全体での連携強化に向けた機運の高まりがうかがえた。看護職や保健師においては、退院支援の捉え方そのものに変化がみられたとのことであった。これまで「退院」をひとつのゴールとする考え方が主流であったが、それが必ずしも患者中心ではないことに気づき、「退院後の生活を見据えた支援こそが重要である」という意識の転換が生じている。また、「入院前の生活情報を事前に共有することが、退院支援におけるゴール設定に有用である」との指摘もあり、情報共有の双方向性の重要性が広く認識されつつあるとのことであった。さらに、サマリーの標準化や応用ツールの活用については、教育的観点や職場での活用可能性が挙げられていた。記録様式を通じて他職種が必要とする情報を整理することが、連携の起点となり得るとの声もあり、これによりスタッフ間での共通理解や意識の醸成が促進されることが期待されているとの

ことであった。一方で、ケアマネジャーからは、「現在の現場ではツールが十分に浸透しておらず、独自様式が依然として多く使われている」ことが課題として指摘されている。今後の入退院支援の質を高めるためには、サマリー等の統一ツールの積極的な導入と運用が望まれている。また、社会福祉士や介護職からは、ツールの活用に加えて、進行する高齢化と人材不足の中において、より一層の連携と情報共有の重要性が強調されていた。特に、「患者の療養生活を支える連携の必要性」については、現場での実感に基づく切実な声として挙げられており、地域包括ケアにおける現実的かつ実効性のある対応策としての期待が高まっている。

2) ID-Link (道南 MedIka) との連携

ICT 基盤としては「ID-Link」が導入されている。地域で共通のサマリーを活用することにより、ID-Link を通じたデータ連携が可能となり、一元化された情報を他にも活用できることで、地域全体の業務負担軽減につながっている。また、ID-Link はサマリーの保管庫としても機能し、関係機関間で過去の経過も含めた情報共有が可能である。

ID-Link のノート機能では、多職種の支援者による情報が一括で確認できるため、個別に連絡を取る手間が省けるだけでなく、患者・家族からの聞き取りだけでは得られない情報も把握でき、家族の負担軽減や安心感の醸成にも寄与している。

また、緊急性の低い連絡であればノート機能を通じてタイミングを選ばず情報共有が可能であり、これまで共有しにくかった内容も伝えやすくなっている。その結果、主治医や訪問看護師などによる判断が得られやすくなり、小さな変化への気づきや早期対応につながっている。さらに、入院中の経過や検査・治療内容、説明内容なども在宅支援チームが把握できるため、退院支援における準備や退院時期の見通しが立てやすくなっている。

「主治医や入院先医療機関と介護機関」間で、訪問看護記録や画像診断情報、診療内容などのリアルタイムの共有が可能となっている。これにより、医療機関の診療の効率化、介護施設における判断の迅速化、救急受診の適正化といった成果が得られている。現在、救急搬送の減少を目指し、予防救急や不要な搬送を防ぐための研修会を通じて、早期受診の重要性を発信している。これにより、将来的には二次救急医療機関の負担軽減が期待されている。また、かかりつけ医においても、報告や画像により、患者の状態を把握し、直接、診察せずとも的確な指示が可能となり、かかりつけ医の負担軽減に繋がっている。医師によっては、こうした情報をもとに、訪問予定を前倒ししたり、必要に応じて往診対応を行うケースもあるとのことであった。

3) 急変時対応

「急変時対応シート」(図2)は、搬送時に必要最低限の情報を確実に救急隊や搬送先に伝えるために開発されたツールであり、サマリーとは別に整備された。救急隊と連携して「急変時対応シート」が開発されており、搬送時に最低限必要な情報と症状を整理して記載できる様式となっている。導入後、在宅や施設での使用が進んでおり、搬送先での円滑な初期対応に貢献している。

函館市では、急変時対応は「①予防」→「②重症化予防」→「③搬送」→「④再発防止」の流れを意識し、地域全体で取り組みを推進している。具体的には、以下の通りである。

① 予防救急

急変時対応の判断基準として「急変時対応シート」の活用が推奨されており、このシートは消防庁のホームページに掲載されている「重大な病気やけがの可能性を示す症状」の図(図2)を使用している。これを異常の判断基準としても活用するよう推奨している。また、観察項目の標準化まで至っていないが、年1回の

「急変時対応研修会」において、「急変の手前でできること」をテーマに、状態変化の観察ポイントや早期受診の重要性について、介護職員などを対象に情報発信を行っている。

さらに、施設内での多職種による情報共有と連携を行い、急変に備えた体制の整備を推進している。「道南 MedIka (ID-Link)」を活用している介護施設では、介護職員が病院での受診歴や検査結果を閲覧することで、健康状態を把握しやすくなっている。また、訪問看護ステーションなどの看護師が、研修会等で連携サマリーを踏まえた観察ポイントや異変を認めた場合の対応方法を指導し、介護職員の知識向上にも取り組んでいる。たとえば、令和3年7月11日に開催された「急変時対応研修会」(函館市医療・介護連携支援センター主催)では、具体的な事例をもとに急変対応力の強化を図っている。

② 重症化の予防

日中帯において、かかりつけ医や協力医療機関と適切に連携し、報告・相談体制を整えている。一部の介護施設では、ID-Linkを通じてかかりつけ医とのリアルタイムな情報共有や助言の受け取りも実現しており、職員がその内容をもとに対応できる体制が整備されている。また、特別養護老人ホームと嘱託医・協力医療機関との関係において、医師からの提案で月1回の研修会が実施されているケースもある。内容は施設側の希望に応じて調整され、講師料は契約金に含まれており、新たな支出は発生していない。また、医療連携体制加算を算定しているグループホームでは、契約している訪問看護ステーションが、グループホーム向けに研修会を実施する事例もある。

図2 急変時対応シート

③ 救急搬送時の対応

急変時には、速やかな通報と救急隊の到着までの観察を行い、状態悪化の兆候を見逃さないようにしている。救急隊への伝達シートなどを活用し、受診時に必要な情報を正確に提供できるようにしている。搬送ルート確保、同乗職員の配置、記録の持参など、円滑な搬送対応が可能となるよう体制を整えている。

④ 再発防止のための対策

急変後も、かかりつけ医や医療機関と介護施設が連携しながら状態変化に注意を払い、再発防止に努めている。一部施設では、ID-Linkを通じて、医師や看護師と利用者の状態について継続的に情報共有し、助言を受けながら再発予防に活用している例もある。

4) 成功要因と今後の課題

函館市における医療・介護連携の推進においては、以下のような成果が確認されている。

まず、「はこだて医療・介護連携サマリー」および「道南 MedIka (ID-Link)」の定着により、医療・介護間の情報共有が体系化され、共有される内容の質的向上が図られた。これにより、患者に関する重要な情報がタイムリーかつ適切に伝達され、ケアの連続性が確保されている。次に、急性期病院から在宅・施設への移行支援体制の標準化が進められている点も注目される。退院支援における望ましい連携の形を可視化し、必要な仕組みやルールを全市的な視点で構築し、「はこだて入院支援連携ガイド」としてまとめている。このガイドでは、医療側・介護側ともに、入院前から退院後までの各段階における対応が整理されており、相手の動きを把握することで、自職種として行うべき対応や、相手が求める対応を見通すことが可能となっている。これにより、一歩先を見据えた、思いやりのある双方向的な連携が実現している。

さらに、退院時支援や急変時対応といった場面においても、実務の標準化が図られており、当該ガイドには急変時の対応体制についても明記されている(表2)。加えて、「施設等における急変時対応のポイント」では、予防救急や重症化予防に関する要点が整理されている(表3)。また、夜間・休日に救急搬送された「入院の必要性は低い、在宅復帰には一定の支援や観察が求められる中等症程度の患者」、いわゆる“1.5次救急”に該当する高齢患者が、入院に至らず自宅等へ帰宅する際に、一時的なADLの低下や状態の再増悪により、現居住環境での生活や介護の継続が困難になる場合がある、という実情を背景とした、対応の体制についても整備している(表3)。特に高齢者については、可能な限り深夜の帰宅を避け、少なくとも一晩は医療機関で経過観察を行ってもらい、在宅側・介護施設側の対応困難に考慮してもらえ

よう、医療機関に協力を依頼していることも函館独自の取り組みである。

そして、函館医療・介護連携支援センターが主導する研修や啓発活動を通じて、地域全体における「連携文化」の醸成が着実に進んでいる。多職種が顔の見える関係を構築し、専門職間の相互理解が深まったことは、今後の地域包括ケアシステムの基盤強化に資する重要な成果であるといえる。

表2 急変時の体制



① 急変時の対応

退院後、症状が悪化して再入院となる場合などの際に迅速な対応をするために、医療機関担当者と在宅・施設担当者との継続的な連携は大変重要です。カンファレンスの際に、緊急時の体制について確認した内容を、医療機関担当者間で常に確認しておきましょう。

② 外来時の対応

支援対象者の外来来院時には、在宅での療養において困っていることがないか、家族の介護状況に問題がないかなどを確認し、在宅・施設担当者と連携しながら療養の調整などを行いましょう。



① 退院後の情報提供

在宅・施設担当者は、退院後の療養生活について、医療機関担当者に情報提供を行うことを心がけましょう。医療機関担当者へ積極的に情報提供を行うことで、医療機関職員の医療ケアの向上等にも繋がります。支援対象者や家族が安心して療養生活を送れるように支援しましょう。

② 急変時のかかりつけ医または施設協力医の役割

かかりつけ医または施設協力医は、支援対象者が急変した際の対応について、緊急を要する症状や状態がどのようなものか、どこに連絡し、どのように対応すれば良いかなど、具体的に整理し、在宅で介護する家族や介護事業所へ伝えましょう。

表3 急変時の対応

施設等における急変時対応のポイント

- ①予防救急
 - ・普段からの体調の把握ができており、異常の早期発見と重症化の予防ができる。
 - ・施設内での多職種の情報共有、連携ができる。
 - ・急変時対応マニュアルが職員へ周知徹底されており、活用できる。(施設内研修等)
- ②重症化の予防
 - ・日中帯にかりつけ医、嘱託医、協力医療機関への適切な報告・相談ができる。
 - ・医師に報告・相談後に適切な対応が取れ、職員間の情報共有ができる。
 - ・必要に応じて応急手当ができる。
- ③救急搬送時の対応
 - ・適切に通報し救急隊員到着までの間、患者の変化に注意して観察ができる。
 - ・救急隊員への情報伝達(伝達シート等)が準備され、適切に情報提供ができる。
 - ・適切に救急搬送時の対応ができる。(搬送ルートの確保、救急車への同乗、持参記録等の準備等)
 - ・救急医療機関へ適切な引き継ぎができる。(救急車への同乗、医療機関への情報提供)
- ④再発防止のための対策
 - ・かかりつけ医、嘱託医、協力医療機関との連携を取りながら、患者の変化に注意して、異常の早期発見に努めることができる。

①～④の流れを意識して、急変時対応に取り組みましょう!!

表4 急変時の体制

急変時の対応に関する体制について(※1) (H29.7.1から運用開始)

搬送される高齢者の方で、診察により軽症または中等症の状態であるが、何らかの理由により帰宅が困難で経過観察が必要だと判断された方をオーバーナイトすることとしています。

- 1 対象者(軽症・中等症で二次救急医療機関に救急受診される以下の方)
 - ・ 65歳以上の方
 - ・ 介護保険の第2号被保険者で介護保険サービスを利用している方
- 2 急変時対応の仕組み
 - (1) 通常の体制(重症の方)
 - ・ 救急医療体制により、初期(夜間急病センターなど)・二次・三次救急医療機関で受診(※2)
 - ・ 入院した場合、経過を見て各医療機関の連携室機能により、在宅復帰・介護施設への受け渡しや、継続して治療が必要な場合の転院・転棟・転床を行う
 - (2) 医療・介護連携を視点に、拡充となった受入体制(軽症・中等症で経過観察が必要な方)
 - ・ かかりつけ医(主治医)へ連絡し、指示を仰ぐ
 - ・ かかりつけ医(主治医)の判断・指示のもとに、現行の救急医療体制を適用し初期(夜間急病センターなど)・二次・三次救急医療機関で受診(何らかの理由により帰宅が困難で経過観察が必要だと判断された。上記1の対象者をオーバーナイト)
 - ・ 基本的には各医療機関の連携室機能により、在宅復帰・介護施設への受け渡しや転院・転棟・転床を行う
 - ・ 各医療機関において転院等の調整を行う際に函館市医療・介護連携支援センターホームページ上の「急変時対応協力機関空床情報システム」を活用
 - ・ 函館市医療・介護連携支援センターは転院・転出先となる協力機関の「急変時対応協力機関空床情報システム」を管理し、各医療機関の連携室機能をサポートする
 - ・ 対応困難な場合は、翌営業日以降、函館市医療・介護連携支援センターに連絡・相談を行う

※1 医療・介護連携推進協議会の連携ルール作業部会の急変時対応分科会において、医療・介護連携における「急変時対応の仕組み」を協議し、上記の体制により対応することで合意をえています。

※2 初期救急医療機関とは在宅当番室や夜間急病センターなど、休日および夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れる医療機関

二次救急医療機関とは詳しい検査や入院治療を必要とするなど、重症の救急患者を受け入れる医療機関(市内の病院が当番制で対応)

三次救急医療機関とは高度な医療が必要となるなど、生命に危険が及ぶ患者を受け入れる医療機関

これらの成果を支えた背景には、いくつかの成功要因が存在する。第一に、函館市医師会と函館市との強固な協働体制が挙げられる。行政と専門職団体が役割を補完し合いながら、中立

的かつ現場密着型の連携支援を展開している点が本取り組みの強みである。第二に、現場職員の実態や意見を直接取り入れる「作業部会制度」による制度設計が実践されている。この仕組みにより、制度と運用の乖離を最小限に抑え、持続的かつ柔軟な体制整備が可能となった。第三に、はこだて医療・介護連携サマリーの設計が柔軟かつ実用的(LIFE(科学的介護情報システム)で要求される情報に対応等)であったことも成功を支える要因である。連携サマリーや急変時対応シートは、多様な利用場面に対応可能であり、現場の実情に応じた活用が促進された。

一方で、今後解決すべき課題として、以下の点が挙げられる。まず、ICTの利活用に関するリテラシー格差の是正が求められる。特に介護現場における操作・導入支援や研修体制の整備が重要であり、全職種がICTを活用できる基盤づくりが急務である。次に、連携サマリーについては、国の制度動向を踏まえた様式の見直しが必要とされている。特に、LIFE(科学的介護情報システム)やバーセルインデックス(BI)との整合性を確保する様式改良が検討されている。また、収集されたデータを活用した「見える化」の推進も必要である。連携の質を可視化し、客観的な評価指標(KPI)を策定することにより、PDCAサイクルに基づく継続的改善を可能とする仕組みづくりが期待されている。

最後に、連携サマリーのさらなる使用率向上と、現場職員への継続的支援体制の強化が重要な展望である。より実用的な運用方法の普及や、導入支援の強化を通じて、地域全体における情報連携の定着を図る必要がある。

2. 北名古屋市の取組

1) 地域の背景と連携体制の立ち上げ経緯

名古屋・尾張中部医療圏は、名古屋市、清須市、北名古屋市、豊山町が構成される。尾張中部地域は、北名古屋市、清須市、豊山町は、人

口約 17 万人の比較的コンパクトであり、隣接する名古屋市との患者流入が多くなっている。

尾張中部地域における医療・介護連携の取組は、県医師会の主導により在宅医療サポートセンターが設置されたことを契機に始まった。以降、市町村を超えた医師会、行政、保健所、三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）を中心とした連携体制が構築され（尾張中部医療圏在宅医療・介護連携推進協議会）、多職種によるフラットな協議の場が形成された。尾張中部医療圏在宅医療・介護連携推進協議会では、これまで在宅利用サポートセンターが担ってきた

「在宅診療医師の普及・啓発等」に加え、「電子@連絡帳」の運用（レインボーネット）、医療・介護資源マップの運用、多職種連携系集会の開催を担っている。

2) 主な取組とその成果

(1) ICT を活用した情報連携

市町共通のプラットフォームとして、IIJ 提供の「電子@連絡帳」を活用した「レインボーネット」が導入されており、医療・介護・行政間での情報共有が円滑に行われている。特に、行政や介護施設間での情報共有や地域資源マップの提供に役立っている。ただし、患者の医療情報に係る連携は、レインボーネットより以前に、様々な ICT を活用した地域医療連携ネットワークが構築されていることもあり、こちらへの移行は進まない現状がある。

(2) フレイル予防と介護予防事業および多職種連携による予防的介入

75 歳以上の高齢者に対するスクリーニングや、介護予防・日常生活支援総合事業における訪問リハビリテーションの充実が図られている。医療と福祉の両領域からのアプローチによって、要介護化の予防に注力している。

特に、オーラルフレイルチェックリストの導入といった口腔ケアに関する取り組みが進められている。具体的には、平成 28 年から 30 年

にかけて「愛知県清須保健所地域歯科保健課題対応事業」の中で、口腔観察シートを作成し、現在は当地区の歯科医師会が積極的に多職種に働きかけ、嚥下障害への対応や誤嚥性肺炎の予防を目的とし、医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師等が連携して支援にあたっている。また、患者の状態に応じて、済衆館病院歯科口腔外科や摂食嚥下支援チームが介入するフローが確立している。

(3) 地域ケア会議の有効活用

北名古屋市では、高齢者個人への支援充実と、それを支える社会基盤整備を進める地域包括ケアシステムの実現に向け、「地域ケア会議」、「在宅医療連携協議会」、「地域包括ケアシステム推進協議会」の 3 層構造で課題解決を図っている（図 3）。「地域ケア会議」には、①個別課題解決機能、②ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能の 5 つがあり、北名古屋市では「自立支援型地域ケア会議」を通じて、個別事例から抽出した共通課題を分析し、地域のネットワーク形成と地域課題発見を目的としている。この自立支援型地域ケア会議で検討された課題は、解決可能なものは会議内で対応され、解決が困難な課題は上位の「在宅医療連携協議会」、さらにその上の「地域包括ケアシステム推進協議会」へと持ち上がり、解決策の検討・施策化が図られている。なお、これらの会議は、在宅医療連携拠点や生活支援体制、認知症施策との連携も行っている。このように、「地域ケア会議」で個別事例から抽出した共通課題を、「在宅医療連携協議会」で具体的な対策を検討し、実際に施策化されている点の特徴である。

また、「在宅医療連携協議会」にはケアミックス型の済衆館病院理事長が参加し、医療と介護の連携を推進している。実際に、市のコミュニティバスが医療機関にアクセスしづらかった問題を提起して運行時刻表を見直したり、フレ

イルや認知症対策の「通いの場」をマップ化するなど、課題解決に成果を上げている。

チラシを作成中。今後、活用方法の検討を進める。

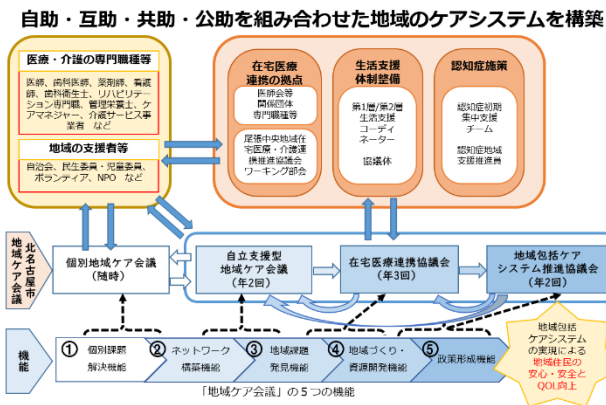


図3 地域課題解決の体制

その他にも、自立支援型地域ケア会議で検討された、以下の課題に関して、「在宅医療連携協議会」で対策が講じられ、推進されている。

① フレイル対策と健診受診の促進

課題：高齢者が外出を控える傾向にあり、フレイルの進行が懸念されていた。

対応：各種フレイル評価法（フレイルチェック、後期高齢者質問票、基本チェックリスト）の情報を共有。医師会に対し、質問票でフレイルと判断された場合に、地域の通いの場や地域包括支援センターの紹介を依頼。歯科受診の未実施などの情報も踏まえ、オーラルフレイル予防についても議論。後期高齢者の健診受診率の向上を目的に、国保医療課・健康課を巻き込んだ検討を実施。在宅医療連携協議会の医師・歯科医師の意見を反映し、健診受診促進の啓発チラシを作成。

② 多剤服用への対応

課題：高齢者における多剤服用のリスクと課題が共有された。

対応：多剤服用に関する連携方法について委員で議論。薬剤師会の薬剤師が中心となり、啓発

③ 転倒予防と住環境整備

課題：転倒リスクの高い高齢者への予防対策の必要性（住環境・屋外環境の確認）が指摘された。

対応：市が主体となり、骨折転倒予防に関する取組や目標を、日常生活・介護保険・医療保険・栄養・環境整備の視点から整理。専門職向けの資料案を作成し、今後の活用について検討中。

(4) 救急体制

済衆館病院では、急性期・回復期・慢性期・療養期まで、治療・療養できる環境を整えており、地域におけるすべての患者のニーズに対応できるようになっている（図4、図5）。2021年に発足した『EMT科（救急救命士科）』において、病院救急車を運用している。病院救急車は、医院・クリニック等の医療機関、介護・福祉施設等の事業者を対象とし、外部からは、済衆館病院の担当医師が、救急車の利用申請があった時点で、入院・受診などを必要とした判断した場合、あるいは当該病院に1年内に入院・診察を受けたことがあり、医療情報を取得している患者で必要性が認められた場合に、原則、365日（9時～16時半）、病院救急車で患者を迎えに行き、搬送する体制を構築している。

病院救急車には、基本、医師は同乗しないが（病状によっては医師が同乗する場合もあり）、済衆館病院に勤務する救命救急士が同乗し、済衆館病院の医師と緊密に連絡をとりながら、症状の悪化を防止し、搬送を行っている。サイレンを鳴らさず、通常走行をし、利用者が近所に知られたくない、迷惑をかけたくない等といった理由で、救急車を呼ぶのを躊躇し、手遅れになることへの防止に役だっている。なお、専門的な見地から患者の状態を正しく評価し、適切な治療を行うとともに、

当該当院での対応が難しい患者については、必要な急性期医療を担える病院に紹介している。

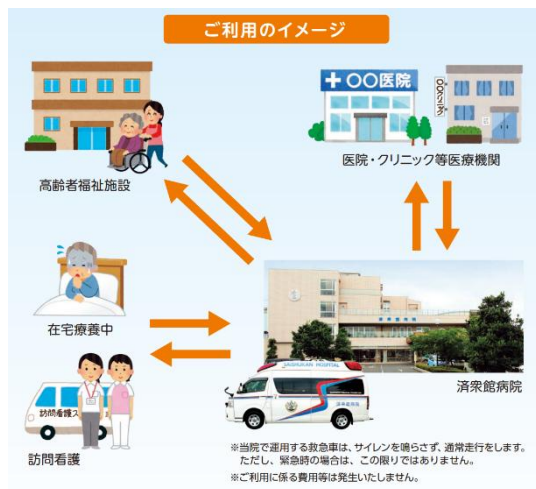


図4 施設入居者への対応

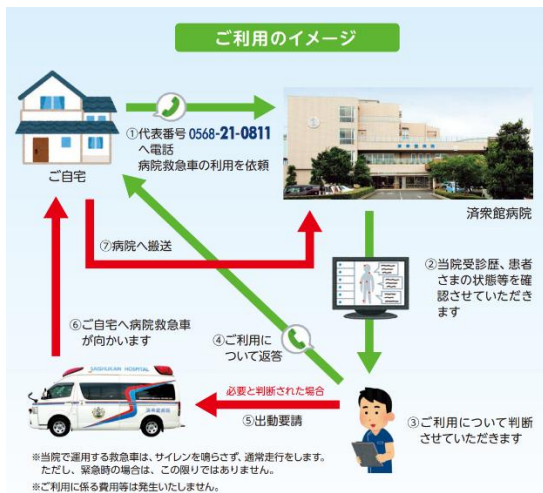


図5 在宅療養患者への対応

尾張中部地域在宅医療・介護連携推進協議会（清須市・北名古屋市・豊山町）による救急医療情報キットを作成し、配布を呼内、運用を行っている。救急医療情報キットは、地域住者が自身の緊急連絡先、治療中の病気のこと、薬剤情報提供書などを記載した医療情報記録用紙を所定の容器に入れ、冷蔵庫で保管し、マークを冷蔵庫の外側に貼る。この情報をもとに、救急隊が迅速・適切な救急医療を行える体制となっている。

(5) 今後の課題

高齢者の重症化予防や早期回復に必要な医療チームに係る加算は、認定看護師や特定行為研修修了等の要件があり、その専門人材の確保が困難となっている。医療・介護連携に関しては、名古屋市との ICT システムの互換性の問題や、ベンダー間の非連携といった技術的課題が残り、患者の診療情報の共有を一元的に行いにくくなっている。

D. 考察

本研究は「水平連携」の重要性に着目し、函館市および北名古屋市を対象に、急変時対応を含めた医療的ケア体制の現状と工夫、課題を明らかにすることを目的とした。

1. 水平連携の必要性と有効性

これまでの医療提供体制は、高度急性期から慢性期へと患者を移行させる「垂直連携」によって支えられてきた。しかし、慢性疾患を抱えた高齢者が地域で生活を続けながら必要な医療や介護を受けるといった構造への移行に伴い、「地域の中で支え合う」体制、すなわち医療・介護の「水平連携」が不可欠となっている。

函館市では、医師会と行政が協働する形で設置された「医療・介護連携支援センター」が中核となり、連携ルールの整備や多職種研修、情報共有ツールとして「はこだて医療・介護連携サマリー」の開発などを通じて、医療・介護間の距離を縮め、現場での実装と定着を着実に進めていた。特に、急変時の対応力を高めるためには、平時からの質の高い観察と情報共有が不可欠であるが、函館市では、主治医・入院先・介護機関がリアルタイムに情報共有できる体制を構築し、医療の効率化や介護現場での判断支援、救急搬送の適正化を実現している。また、「急変時対応シート」や研修、日常的な観察ポイントの共有、多職種連携の強化を通じて、予兆の早期発見と重症化の予防、的確な初期対応

が図られており、地域全体での継続的な体制強化が進められている。このような「急変対応に備えるための日常的ケアの質向上」や「看取りを含む在宅支援の一体的体制構築」といった観点は、今後のモデルとなり得る。北名古屋市でも、地域の特性に即した取組として、地域医療を担う医師が主体的に自立支援型地域ケア会議に参加し多職種協働を推進したり、地域のケアミックス病院が病院救急車による非緊急搬送体制を整備したりするなど、柔軟で実践的な工夫が随所に見られた。こうした取組は、「急変を未然に防ぐ予兆の察知と共有」「早期対応」「急変時の迅速対応」に貢献しており、高く評価できる。

2. 急変時対応と情報連携の体制整備

両地域に共通して見られたのは、急性期治療後、地域での療養生活を支えるために、急変時対応を整備している点である。特に、函館市の「急変時対応シート」や北名古屋市の「救急医療情報キット」は、いずれも事前準備によって情報の欠落を防ぎ、緊急対応時の混乱を最小化するものであり、救急隊の迅速な対応と医療機関の情報収集の負担軽減の両立に貢献している。

また、ICTの活用という点では、函館市における「ID-Link（道南 MedIka）」の定着は特筆すべきであり、医療・介護職間のリアルタイムな情報共有が、夜間・休日を含む迅速な対応を可能としている。また、LIFE や介護報酬などに必要とされる情報と連動しており、情報作成業務とサマリー作成業務の重複を防止し、業務の効率化が図られているという点が、医療・介護連携の推進・定着を図るうえ重要である。北名古屋市では「レインボーネット」が導入されているが、医療機関で既に導入されている ICT の医療連携ツールがあるため、そのシステムとの連携などは課題として、認識された。

3. 水平連携を支える組織と文化

水平連携を効果的に運用する上で、両地域に共通して重要な役割を果たしていたのが、協議会・作業部会による制度運営である。函館市のように、制度設計から現場実装・評価・改善までを一体的に担う分科会体制は、関係職種の当事者意識と柔軟な対応力を高める要因となっていた。また、北名古屋市においても、済衆館病院が行政や地域包括ケア会議に参画し、地域課題に医療の立場から継続的に関与する体制は、地域の施策を効率的・効果的に進めるための好例といえる。

さらに、両地域ともに多職種間の「相互理解と顔の見える関係性」を構築するために、研修会・事例共有・合同会議などが活発に行われていた。これにより、「連携は特別なものではなく、日常的な協働である」という文化が根付きつつあることは、継続的連携体制の安定にとって非常に重要であると考えられる。

4. 今後の展望と課題

函館市、北名古屋市ともに独自の工夫と現場実装を重ね、地域ニーズに即した医療・介護の連携体制の整備を推進してきた。函館市は、制度・情報共有のための共通ルールを含めた仕組化・現場実装・普及啓発が一体となった好事例であり、今後はその成果を踏まえた他地域への波及的効果が期待される。特に、急変時対応を意識した日常ケアの構築や、多職種連携による教育モデルは今後の全国展開の際の一つのロールモデルとなる。

北名古屋市では、行政・病院・保健所の三者連携とケアミックス病院の機能発揮が特徴的であり、自立支援型の地域ケア会議や非緊急搬送の体制整備は都市近郊型モデルの参考事例となる。

E. 結論

本研究は、函館市および北名古屋市を対象に、水平連携を促進するための施策、地域における高齢者の急変時対応を含む医療・介護連携

体制の実態を明らかにし、その工夫と課題を把握した。函館市では、「医療・介護連携支援センター」の活動を中核とした連携体制の整備と、実用的な情報共有ツール（連携サマリー、急変時対応シート）の整備・運用により、急性期治療から地域での療養、再発防止、急変対応までを見据えたシームレスな支援体制が形成されていた。一方、北名古屋市においては、医師会や行政を含む多職種の協働による在宅医療・介護連携推進用議会が有効に機能しており、ケアミックス病院による非緊急搬送体制の整備が特徴的であり、都市近郊型地域におけるモデル的な連携のあり方が示された。両地域の取組は、いずれも地域特性や制度資源を活かしながら、実効性のある仕組みを構築していた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし