

平成 26・27 年度
かかりつけ医・在宅医療等支援委員会答申

在宅医療推進に向けた方策
～地域特性に応じた多職種連携モデルの検討～

平成 28 年 1 月 14 日
福岡県医師会かかりつけ医・在宅医療等支援委員会

平成 28 年 1 月 14 日

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良 殿

かかりつけ医・在宅医療等支援委員会

委員長 上 田 寛

答 申

かかりつけ医・在宅医療等支援委員会では、貴職からの諮問「在宅医療推進に向けた方策～地域特性に応じた多職種連携モデルの検討～」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を別紙のとおり取りまとめましたので答申いたします。

かかりつけ医・在宅医療等支援委員会

委員長	上	田	寛
委員	矢	津	剛
	加	藤	ひとみ
	阿	部	久美子
	長	尾	哲彦
	別	府	和茂
	手	島	久文
	原		速
	岡	部	浩司
	松	尾	義人
	戸	次	鎮史
	桑	野	恭行

— 目 次 —

1. はじめに	1
2. 総論（在宅医療推進と多職種連携の取り組み）	2
3. 各論「地域別の在宅医療」	
1) 大都市型（人口 20～30 万人）	5
2) 中核都市型（人口 10～20 万人）	8
3) 地方型（人口 10 万人以下）	9
4. おわりに	12

1. はじめに

少子高齢化が言われて久しいが、2025年には、団塊の世代がすべて後期高齢者となる。この2025年を見据え、地域の実情に応じた医療構想を策定し、「かかりつけ医」を中心とした医療・介護・住まい・福祉・生活サービス等を切れ目なく提供する地域包括ケアシステムを構築し、推進しなければならない。「かかりつけ医」の患者に対する主な医療は、外来・入院診療と、その延長線上にある「在宅医療」であるが、ニーズの増加や多様化に伴い、近年、都市を中心に在宅医療に特化した診療所も増加している。

今回、松田福岡県医師会会長より受けた諮問「在宅医療推進に向けた方策―地域特性に応じた多職種連携モデルの検討―」について、2年間にわたって協議した結果を答申させていただきます。

地域の実情はさまざまであり、そのため、方策や連携もさまざまであることを申し添え、今回の答申が福岡県内の在宅医療の推進の一助になれば幸いである。

2. 総論（在宅医療推進と多職種連携の取り組み）

1) 在宅医療の推進のための方策として以下の4項目について提言し、併せて多職種連携の取り組み、問題点など現状を整理する。

(1) 在宅医 24 時間体制の負担軽減について

…郡市医師会における休日土日携帯当番制度

◆背景：

一人開業医が多くを占める状態では、24 時間体制を組むことが困難であり、重症患者の在宅受け入れが難しい。

◆具体的方策：

24 時間体制の在宅医の負担軽減のため、郡市医師会において7～8名ほどのチームを組み、あらかじめ治療方針やACP（アドバンスド・ケア・プランニング）を盛り込んだ情報提供（フォーマット作成）を行った患者のみについて、交代で休日当番する。その月4～6日当番医制度に補助金を行政が支出する。

(2) 患者家族の経済的負担軽減について

…在宅末期がん患者・家族に対する見舞金制度

◆背景：

家族にとって在宅で重症患者を見るためには、身体的負担のみならず、医療保険・介護保険・就業障害などの負担が重なる。在宅よりも入院のほうが経済的負担が少ないため、入院を選択するケースも多い。

◆具体的方策：

末期がん患者の家族に対し、週3～5万の見舞金を行政から補助金として支出する。

(3) 住宅型老人ホーム等における看取りの推進

…住宅型老人ホーム等における看護師に対する補助金制度

◆背景：

看護師常駐の義務のない住宅型老人ホーム等において、重症患者を受け持つ場合、看護師夜間出勤や休日出勤はホームにとって負担が大きい。

◆具体的方策：

看護師常駐の義務のない住宅型老人ホーム等において、重症患者を受け持つ場合、看護師夜間出勤や休日出勤に行政から補助金を支出する。

(4) 福岡県医師会在宅医療支援センターの設置

◆背景：

現在、福岡県下において、郡市医師会を中心に多職種連携チーム（リーダー）が構築され、その下の市町村ごとに代表者チームを結成。様々な研修や勉強会を繰り広げ、地域への浸透を図っている最中である。

現状では各地域での医療資源の量と質もまた様々であり、福岡市・北九州市・久留米市等の大都市ではバランスよくすべての職種が揃っているが、入院医療機関がない地域、訪問看護ステーションがない地域、認知症対応施設がない地域などバランスが取れていない地域も少なくない。

それぞれの地域特性に応じて、最大限現存する医療資源を活用し、どうしても必要なものをいかに構築（用意）するかを検討することが急務であるが、それには時間を要し、その過程で経験した事例を、同様の条件の他地域で参考事例として活用することも必要

不可欠である。

◆具体的方策：

県下の地域を特性ごとに分類し、現在の進行状況報告をまとめて整理し、その成果を検討し、どの地域で活用・さらに発展させることができるか等の戦略を練ることができる「福岡県医師会 在宅医療支援センター」の設置が必要であると考える。

◎福岡県医師会 在宅医療支援センターの業務

- ①在宅医療推進のための戦略構築、県かかりつけ医、とびうめネットの普及推進
- ②郡市医師会への支援・相談窓口
- ③地域包括ケアシステム、地域医療構想構築への協力

◎郡市医師会在宅医療支援センターの業務

郡市医師会内に設置し、各市町村への相談窓口も兼ねる。

- ①各地域ごとの在宅医療の進行状態の調査、県医師会へ報告
- ②市町村への支援・相談窓口

◎各市町村在宅医療支援センターの設置

各市町村の役場内の地域包括支援センターに併設し、協同で在宅医療の推進を図る。

- ①地域の多職種連携チーム構築の促進
- ②在宅医療の現状を郡市医師会へ報告

2) 多職種連携の現状について、北九州市での取り組みを例にあげ述べる。

(1) 北九州市での多職種連携の取り組み

- ①地域リーダー研修：委員会、研修会、事例検討会、名刺交換会
- ②ICTを活用した連携の取り組み：利用者ごとに連携
- ③在宅同行訪問：医師、看護師、MSW、薬剤師、歯科医師、歯科衛生士

(2) 小倉医師会での連携の取り組み

- ①街のお医者さん検索：診療所、在宅かかりつけ医、オレンジドクター、物忘れ外来情報
- ②かかりつけ医相談窓口：かかりつけ医を探す支援
- ③在宅医療福祉ネットワーク研修会：多職種参加の研修会
- ④かかりつけ医認知症の会：ホームページの作成、認知症セミナー、医師向け・市民向け情報
- ⑤小児事例検討会
- ⑥介護職スキルアップ研修会
- ⑦介護サービス事業者連絡会事務局
- ⑧医師と多職種の連携をはかるためのケアマネタイム一覧（医師が対応可能な時間を記したもの）のホームページ掲載

(3) これまでの取り組みでの課題

- ①ICTを活用しての連携の取り組みは、1利用者に関わる担当者のグループを作り行った。一部の職種間では連携にとっても有効であった。多くの職種との連携をはかるまでにはならなかった。

- ②同行訪問では、同行に参加した方々からは「在宅のイメージがついた」、「どんなことを行っているかを知る機会になった」等の意見があった。しかし、同行訪問の希望者が少なく、在宅療養や訪問診療、訪問看護を知ってもらうきっかけにはなりにくかった。参加してほしかった病院関係者を動かすまでには至らなかった。
- ③サービス担当者のアセスメント力や技術力にバラツキがある。加えて研修会への参加意欲や連携に対する意識にも大きな差がある。
- ④地域リーダー研修を通じて薬剤師や歯科医、歯科衛生士との連携も広がり始めた。しかし連携の中に管理栄養士が含まれていなかったため今後連携が必要。
- ⑤研修会への参加は顔ぶれが決まってくる。
- ⑥介護サービス事業者情報の新しい情報など、行政のもつ多くの情報が地域におりてきにくい。行政との連携が必要。
- ⑦連携をはかるためのケアマネタイム一覧の周知・活用がされていない。
- ⑧北九州市は医療機関も多く、介護サービス事業者も多い。しかし、病院の医師や看護師に在宅療養や介護サービスについての情報が届いていない。同じように市民にも療養の場の選択肢が多くあることや、医療依存度の高い人でも在宅療養ができることが伝わっていない。

3) 高齢者人口も多く、医療機関数、介護サービス事業者数も多い地域についての検討であるが、一般的に取り組むべき重要と考えられる事項は以下に示す5項目をあげる。

- (1) 地域全体が在宅医療・在宅療養の理解（共有）がすすむように、細やかな啓発活動を行う。（行政の協力、訪問看護等からも伝えていくことをしていく）
- (2) ICTを活用しての連携が広がるように、問題点を見直し活用を細やかに支援する。
- (3) 在宅医療推進・他職種連携のためにも、各職種のスキルアップをすすめる。（研修会への参加がすすむように、参加者の事業所への特典がつくなどを工夫）
- (4) 行政のもつ情報が地域サービスに生かせるような連携体制をつくる。
- (5) 行政と一緒にあって地域をひとつにしていく細やかな取り組み。

3. 各論「地域別の在宅医療」

1) 大都市型（人口 20～30 万人）

モデルとして福岡市中央区及び北九州市を選定し検討した。

【福岡市中央区】

(1) 中央区の特性

中央区の特徴として商業地域を多く含んでおり人口は7区中城南区に次いで少ない(189,746人)。1世帯当たり1.72人であり独居率が高い。

人口分布では生産人口(15-65才世代)が70.9%と多い(福岡県60.6% 福岡市65.9%)。高齢化率15.7%(福岡県25.3% 福岡市20.1%)。

福岡の特徴である単身赴任者や比較的若い世代の独居者が特に中央区では多いことが類推されるが、高齢者の独居や高齢の夫婦のみの世帯も多いことも懸念される。

一方、医療資源は豊富である。医師会の会員数でもA会員255人、B会員72人と7区中最も多い。

また、官公立病院だけで4病院1,742ベッドを有している。

福岡県や福岡市にも言えることであるが、区内の基幹病院の患者は必ずしも区内在住ではないことが多く、ベッド数として見た時に流入してきた患者数はきわめて多い。

一方で、県に届け出ている施設数では特養4施設、老健2施設、有料老人ホーム9施設、軽費老人ホーム4施設と介護施設や老人ホームなどが人口に対し少ない。

また、中央区内にも商業地住宅地があり、商業地の中心の天神地区では世帯数1,313戸・人口1,638人と少なく、ドーナツ化現象が著しい。しかし、同地区に医療機関は63と多い。

このような地域では医師自体も職住が分離しており在宅医療に従事する者は少ないと思われる。また医療機関が多いことで専門性に特化している。医療費を適正化するためには適切な受療行動、重複受診の是正、薬の重複投与の防止等がかかりつけ医にもとめられている。中央区特に都心部ではこのような意味でのかかりつけ医がいない状況も見受けられる。

一方、住宅地を中心に在宅医療に積極的に取り組んでいる医療機関もある。一部では外来なしで在宅のみ、午後は全て在宅といった診療形態の多様性がある事も医療資源の豊富さに因るものと考えられる。

(2) 中央区医師会の取り組み

高齢者の健康増進のためには、地域における生活支援を含めた医療が重要であり、地域の身近な通院先、急性期から回復期、慢性期、在宅医療まで「切れ目のない医療・介護」の提供と機能分化をし、地域包括ケアを推進することが求められている。このためには医師会と行政が一体となって進めていく必要がある。最近の中央区医師会での活動をまとめてみた。

①モデル事業

H25年福岡型地域包括ケアシステム構築のために行政主導で、東区とともに中央区でモデル事業が計画されたが、退院調整事業が主であった。中央区の基幹病院から中央区内に居住し中央区内の在宅医が主治医となるとの設定であったため、先に述べたような理由で症例数はあまりなかった。

②多職種連携

医療介護連携推進講演会や地域在宅医療多職種連携講習会など年3～4回開催している。

③圏域会議

中央区内を中学校区を基本に5つの圏域に分け多職種が集まり顔合わせを兼ねて問題点などの検討を行った。今後それぞれの圏域ごとに集まって検討提言をまとめていく予定である。

④社会資源調査・マップ作成

医師会員にアンケート調査を行い、往診や在宅医療の実施状況、診療可能な内容について調査した。歯科医師会や薬剤師会にも同様の調査をお願いし、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所なども掲載した社会資源情報ブックを作成し医師会員に配布した。同時に医療機関の地図も作成し社会資源情報ブックとともに基幹病院にも配布した。

また、この情報と保健福祉センターの調査した各種サービス施設の情報を付記し訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、ヘルパー事業所などにも配布した。

⑤病診連携座談会

H26年で32回目を迎えたが、毎年官公立病院の院長、連携室長を迎えて医師会役員との座談会を開催している。この中でH26年は地域包括ケアを見据えてどのような連携を取っていくべきか問題提起を行った。

(3) 中央区の今後の課題

地域包括ケアを推進していくうえで地域特性に応じた柔軟な取り組みが大切である。顔の見える多職種の連携、病診連携が重要であることはもちろんであるが、中央区に関しては区内の基幹病院からの退院調整時には区や市を超えた対応が必要となる場合も多い。また都心部での通院者が在宅に移行した場合も県単位での連携が必要となることもある。県レベルでの情報共有や連携をスムーズに行えるシステム・組織作りも今後の課題である。最近インターネット等での連携パスを活用している地域もある。県単位で踏み込んだデータベースの構築も検討課題と思われる。

【北九州市】

(1) 北九州市の特性

北九州市は人口98万人、2次医療圏を含めると約120万人と大きな地域となる。医療資源は多く、地域支援病院11か所、病床数は約16,000床(国の基準病床12,000床)あり、超急性期病床を目指す病院が多いがこれからの急速な高齢化を考えると需要と供給のバランスが崩れていると言わざるをえない。今後は、病床バランスの変更とスリム化、施設での看取り、在宅医療への移行及び在宅療養の維持が必要になり医療、介護、行政、地域の連携が必須になるが正直上手く出来ているとはいえない。

(2) 北九州市の問題点

①病院の問題

基本的に勤務医師は患者の自宅での生活をイメージできていない。特に若手医師に同行訪問や退院前カンファレンスなどを通して在宅医療を学んでもらう必要がある。また入退院や連携の窓口をある程度明確にしてもらう事が望ましい。特に連携室が機能していない場合は医師の気分や都合に左右されやすく多職種連携は難しくなる。病院によって考え方が違う事が多く、連携室が踏み込んで調整する場合もあればほぼ医師の指示で決まる病院もある。どちらが良いとは言えないが中途半端な場合、現場が混乱しやすい。

②診療所の問題

医療資源がある程度以上整った地域ではかかりつけ医が自分で診ていた患者を最後まで責任を持とうとすれば往診医の不足という問題の半分近くは解決する。ただし医師の年齢や難病・悪性疾患などで専門性の問題がある場合には出来る医師が担当すればよい。医師同士が助け合うシステムの構築が必要であるがそれが医療・介護連携支援センターの様に医師会主導で行われる事業なのかそれともいろいろな地域で展開している在宅ネットワークシステムになるかは地域の特性による。多職種連携については良い医療を追求すれば必ず連携をせざるをえなくなる。

ポイントは裾野が広がる様にハードルを上げ過ぎないこと、そして困難事例に対応出来る医師の集団を手挙げに近い形で募集する形が望ましい。何故ならば困難事例については不在時に誰にでも頼めるわけではないからである。ただし医療資源がある程度充足している地域でしか成り立ちにくい形ではある。

③介護職の問題

介護保険制度が始まり 15 年が経過、ある程度事業所数は充足されてきたがそのレベルは様々である。発足当時は看護師出身のケアマネージャーが多くいたが現在は施設出身のいわゆる「福祉系」の割合が増えており、確かに医療面の知識が不足している事が多い。しかし優秀な人材であれば現場での経験や医療職との交流の中でレベルアップしていくことも多く、今まで以上に医師会主導での交流が重要になるだろう。

④行政の問題

医師会と行政の関係は地域によってかなり異なる。委託事業を通して補完し合う関係を作れている地域、あまり交わりがなく協力体制ができていない地域など様々だが、多職種連携がうまくいっている地域は行政との関係も良好な事が多い。行政は医療に対する経験値はあまりなく医師会と協力し合える土壌は存在する。また行政は介護事業に対しては影響力が強い。医療も介護職との連携を必要としている。従って多職種連携には行政の協力が不可欠であり、「トムとジェリー」の様に緊張感を持って「仲良く喧嘩する関係」を築くことが大切である。

⑤地域との関係

医療において多職種連携を図るにせよ最後のゲートキーパーは地域住民である。従ってかかりつけ医はもっと地域に出ていかなければならない。例えば地域の盆踊りへの参加、公民館でのミニ講演など自治会、老人会、学校など地域に根付いた存在である事が望ましい。元々営利事業である介護事業と非営利の地域事業は相容れない部分がある。しかし、これからの在宅医療の多職種連携を始め地域包括ケアシステムの構築には地域との協力体制も必要であり、その橋渡しはかかりつけ医が適任と思われ医師会組織はもっと地域との関係を重視するべきである。

(3) 北九州市の課題

在宅医療推進に向けた方策—多職種連携モデルについて今後必要性が高いこと。

- ①病院医師への在宅医療の広報、啓蒙、在宅同行訪問や勤務医師と介護事業所の交流
- ②病院連携室の充実の要請
- ③かかりつけ医の在宅参加への地ならし、困難事例に対応できる医師の確保や相互補助のネットワークの構築

- ④医療と介護職連携のための研修会や交流会の実施、特に国の方針で作る「医療・介護連携支援センター」の活用
- ⑤行政との協力体制の構築、気長にあきらめずに続けていく姿勢の必要性
- ⑥かかりつけ医がもっと地域に出ていく姿勢、機会作り

多職種連携を妨げてきた理由に、一部とはいえ医師の介護職への高圧的な立ち振る舞いが介護職に敷居の高さを感じさせてきたのは否定出来ない。今後、人口減少時代を迎え、在宅医療を意識しなければ医療機関は経営的に成り立ちにくくなること、在宅医療は看護職、介護職との連携なしでは維持出来ないことを会員に理解してもらうことが必要である。

2) 中核都市型（人口 10～20 万人）

モデルとして宗像医療圏を選定し検討した。

地域包括ケアシステムでは、都市型も過疎地もそこに住み続ける対策が重要になってきている。高齢者人口が増えるに従い病院に高齢者があふれ高齢者を集約した施設や住宅へ医療介護の提供が必要となる。過疎地も一人で住むことが困難になり高齢者住宅へ入所し医療や介護の提供を受ける。どちらも重い要介護者でも 24 時間の介護が可能で在宅医療の提供が必要となる。

(1) 在宅医療連携拠点と地域医師会のかかわり

- ①郡市区医師会に在宅医療拠点を設置（行政の包括支援センターが入り医師会と協働で医療・介護・予防・福祉・生活支援が一体的に提供できるのが理想である）
- ②医師会に拠点の設置が困難な場合は、地域の基幹病院に設置し医師会がサポートに入る。
- ③地域の実情に合わせた多職種協働の医療介護の体制の構築が必要である。

(2) 集住化して医療・介護サービスを提供

住民離れや住民の高齢化が進む公団や住宅供給公社、市営住宅や県営住宅を一部高齢者住宅にして一人暮らしができなくなった高齢者の受け皿とする。運営する公団や行政と医師会が連携し相談窓口を置き医療と介護サービスを一体的に提供する。

(3) 人口過疎地や離島は、在宅医療する医師が不足しているうえに、一軒一軒が離れているため、効率化が悪い。訪問看護師が、自宅に訪問した時に iPad 等のフェイスタイムを用いて診療所にいる医師へ患者の顔色や呼吸状態や浮腫、腹水、痛みの程度などを映すことができれば緊急性があるのかないか、看護師へ主治医が指示することも可能でその後必要であれば、訪問診療を実施する。

(4) 一人の医師だけでは負担が強いため、副主治医等グループ化を行う。出来れば病院の医師も巻き込んだグループで訪問診療のバックアップを行う。そのためには ICT を使用した診療情報の共有が必要で、常日頃から訪問看護は情報提供や緊急時対応行う。

(5) 医師を中心とした訪問看護師、多職種で在宅ケアチームの中にバックベッドやレスパイト入院可能な病院も参加する。

病院や介護老人保健施設からの退院時、在宅ケアチームに連絡することにより、そのチームが病院の退院時共同指導に出席する。

(6) 小児の在宅医療

①医師の連携

小児の在宅医療の要望は大きい。内科医師や救急医師の訪問診療が行われているが、小児科医師は外来が多忙で訪問診療は行われていないのが現状である。小児拠点事業を実施している病院での研修や小児科医の派遣（問題を抱えている小児が退院する時に訪問診療に同行）等を希望する。また、地域での取り組みとしては、基幹病院、診療所、地区医師会の小児科医が連携し小児科以外の訪問診療医師に2人目のバックアップする小児科医師がICTや同行訪問等ですぐに相談ができる体制が取れると安心な在宅小児医療が提供できるのではと思う。バックベッド、レスパイト入院も基幹病院が担う。

②看護師の連携

訪問看護も小児の訪問看護を受け入れるところが増えていない。病院で研修するにも看護師を研修に出す人員がないのと予防接種や研修のための健康診断にお金がかかりすぎるのが現状である。基幹病院が指導看護師の育成を行い、退院時の同行訪問や対応困難時にいつでも相談ができまた同行訪問ができる体制を望む。

3) 地方型(人口10万人以下)

モデルとして田川医療圏及び有明医療圏を選定し検討した。

【田川医療圏】

地域包括ケアシステムにおける重要な医師の役割の一つとして、在宅医療における訪問診療の実施があげられる。この訪問診療（特に24時間対応）の実施を可能にしてくれる要因として、訪問診療医（かかりつけ医）間の連携と多職種連携があげられる。

(1) 田川医療圏の在宅医療における問題点

①訪問診療医

在宅医療提供側の体制は地域特性によって多様であり、田川地域圏など小都市型に該当する地域では開業医が1人で在宅医療を実施するケースが大部分を占めていると思われる。この様な場合、24時間対応には多大なストレスがあり主治医・副主治医制の導入などの対策をより容易にするため、郡市医師会主導による訪問診療医間の連携協議会等の設置が望まれる。

②多職種連携

訪問診療において歯科医師、看護職員、薬剤師、ケアマネジャー、メディカルソーシャルワーカー、PT、OT、ST、ヘルパー等との多職種連携が必要であることは言うまでもないが、特に24時間対応の訪問看護ステーションとの連携は欠かせない要素の一つである。この田川地域圏の現状は地域資源としての訪問看護ステーション数は充足しているが、単独での24時間対応可能なステーションは少なく、連携による24時間対応可能な体制も限られている。同様な他の小都市型の地域においても現状は同じであると思われ早急な整備が望まれる。訪問看護ステーション連絡協議会等への働きかけにより、単独もしくは連携での24時間対応可能な訪問看護システムの充実を図る必要がある。また、僻地や遠隔地における24時間対応訪問診療・看護等のサービスには移動距離・所要時間などの大きなハードルがあり、これに対する補助金などの何らかの対策が必要と思われる。

③退院時における担当者会議

在宅診療を開始する時点においては医師などの在宅医療提供側と患者および家族との信頼関係を構築することが必須である。そのためには担当者会議などにおいて患者および家族と面談し、患者や家族の意向を把握することが重要であるが、現状は必ずしも実施できていないようである。退院時における病院主治医、在宅主治医、訪問看護ステーション、メディカルソーシャルワーカー、介護支援専門員などと患者や家族を交えた退院時カンファランスは極めて有用であるが、実施時間や場所など制約が多くこれもまた必ずしも実施できていない状況であり、実施できても訪問診療医が容易に参加できていないのが現状と思われる。また在宅診療開始時のみならず経過中に他の専門医や歯科医、PT、OTなどの他科・他職種による訪問診療や在宅診療支援協力が必要となるケースも少なくなく、適宜担当者会議や面談を実施することによりスムーズに対応できることが可能となる。そのため多職種連携による担当者会議等の実施と、訪問診療医が容易に参加可能となる環境を整備する必要がある。

以上の点をふまえると、担当者会議を適宜実施しそこに訪問診療医が参加できることが望ましいが、少なくとも介護支援専門員等との連絡を密にする事で補えられる部分も多いと思われる。多職種連携の観点からも診療時間内に介護支援専門員等との面談可能な時間帯をあらかじめ定めて置き、いわゆる「ケアマネジャータイム」などを告知することも一つの方策である。

(2) 田川医療圏の課題

以上より小都市型の地域における在宅医療推進に向けた方策としては下記に要約されると思われる。

- ① 郡市医師会主導による訪問診療医の連携協議会等の設置が望まれる。
- ② 24 時間対応訪問看護ステーションの充実及び連携による 24 時間対応可能なシステムの整備等を訪問看護ステーション連絡協議会等に働きかける。
- ③ 僻地や遠隔地における 24 時間対応訪問診療・看護等に対して補助金等の対策を講じる。
- ④ 退院時カンファランス等の在宅診療を開始する時点および見直しも含めた経過中の担当者会議や面談の実施を促し、訪問診療医が参加可能となる方策を具体的に提示する。

大規模都市型、中都市型、小都市型、過疎地型などの分類において共通した問題点以外にも地域特性による個別の問題点が存在していると思われる。特に小都市型、過疎地型においてはその地域特性が多彩であると思われ、その個別の問題点を郡市医師会が抽出し、地域特性に対応した対策を検討する必要があると思われる。

【有明医療圏】

国は財源の問題により、高齢者の医療と介護に関して入院医療・入所介護から在宅医療・在宅介護へと大きく舵を切っている。地方では、入院や入所に比べてより手間と時間のかかる在宅医療・在宅介護に対して、広いエリアをいかに少ないマンパワーで乗り切るかについて、真剣に検討しなければならない時期に来ている。

有明医療圏では住民の少子高齢化が進行し、さらに高齢者の独居率も上昇している。医師会員も例外ではなく、高齢化と会員数の減少が進んでいるため、在宅医療に携わる医師の数が限られてきている。しかも、医師の高齢化に伴い、医師一人が対応できる在宅患者数も減少しており、今後は医師以外の職種によるサポートが必須と思われる。そこで、とくに重要となるのが以下の3点である。

(1) 24 時間対応可能な訪問看護師の存在

訪問看護師が在宅患者に対し 24 時間対応し、患者や家族の不安を軽減していけば、在宅医療に関わる医師の負担も軽減すると思われる。しかし、当地区における訪問看護事業所の現状は、在籍看護師が少人数の零細事業者がほとんどで、事業所単体での 24 時間対応は不可能な状態である。ただ、以前から訪問看護ステーション協議会という職種団体が立ち上げられており、この組織を使って事業所間の連携による 24 時間対応を今後進めていくべきと考える。そのためには、医療と介護の両方にまたがっている訪問看護報酬を診療報酬に一本化し、複数の事業者が同時に関わるうえで容易となるようにすべきである。

(2) 介護職員の急性期対応

現在の介護職員は、介護の途中で在宅患者の容態に変化があっても家族に伝えるのみで、直接主治医に報告することは少なく、医療と介護の連携が取れているとは言い難い。さらに、デイサービス等の通所サービスでは、利用者の健康状態に変化があっても、当日の介護プランを消化するまで施設に留め置かれる状況もあり、結果時に医療機関への受診や往診依頼が診療時間終了間際や夜間になる場合がある。そのため、時に病状の悪化を来していることがあり、入院が必要な場合もある。介護施設の都合により時間外に働かされる診療所の医師の中には、そのような状況に疲弊と不満を募らせ、彼らが在宅医療から手を引く一因となる可能性が危惧される。

また、病状急変時に介護職員が主治医に連絡することなく救急搬送し、結果として主治医も救急医も困ることがある。これなども、医療と介護の連携がしっかり出来ていれば、医師も介護職員も患者も家族も不利益を被ることなく最良の対応が可能になると思われる。

(3) 在宅患者の集合住居化

近い将来、地域における医師も看護師も介護職員も減少し、また、独居世帯や老々介護世帯が増加した場合には、自宅在宅での医療介護が困難になる状況も出てくるとと思われる。その時には、地域内の介護施設を統廃合し、施設在宅による医療・看護・介護の労働集約化が必要となる。その場合に行政が本腰を入れて検討し、周囲の多職種がいかに協力し合うかが、鍵になると思われる。

国が今後策定する診療報酬や介護報酬を、関係する医師や職員の意欲と生活を維持できる体系に構築できるかが、地方（過疎地）における高齢者医療介護の行く末を決定づけると思われる。

4. おわりに（研修会およびシンポジウムの報告含む）

平成26年8月21日に当委員会としては初めて「在宅医療推進に向けた方策～地域特性に応じた多職種連携モデルの検討」の会長諮問を受け、計6回の委員会で討議を重ねてきた。

また、在宅医療推進シンポジウム・研修会については以下のとおり開催した。

1) 在宅医療推進シンポジウム

(1) 日 時：平成26年12月13日 於：福岡県医師会館

特別講演：「住み慣れた家で安心して療養するために～「医療と介護の連携」長崎市の取り組み～」

講師：医療法人 白髭内科医院院長

長崎在宅 Dr. ネット事務局長・副理事長 白髭 豊 先生

シンポジウム：『多職種協働による在宅医療・医介連携推進に向けて』

①実践医師の立場から

医療法人 矢津内科消化器科クリニック院長 矢津 剛 先生

②訪問看護師の立場から

北九州市小倉医師会訪問看護ステーション管理者 加藤ひとみ 氏

③市町村・地域包括支援センターの立場から

大牟田市保健福祉部長寿社会推進課 梅本 政隆 氏

④行政の立場から

福岡県保健医療介護部医監 香月 進 先生

(2) 日 時：平成27年12月19日 於：福岡県医師会館

基調講演：『今後の在宅医療・介護連携推進に向けて』

講師：北九州市保健福祉局保健医療課課長 佐野 耕作 氏

シンポジウム：『これからの在宅医療』

①医師の立場から

コールメディカルクリニック福岡院長 岩野 歩 先生

②訪問看護師の立場から

福岡県看護協会訪問看護ステーションくるめ所長 小玉 孝子 氏

③介護支援専門員の立場から

福岡県介護支援専門員協会常任理事 濱 真理子 氏

④行政の立場から

行橋市役所福祉部介護保険課高齢者支援係係長 中畑万里子 氏

2) 在宅医療研修会

(1) 日 時：平成26年7月31日 於：福岡県医師会館

講 演：『明日から始める在宅医療』

講師：井手消化器呼吸器外科医院院長 井手誠一郎 先生

(2) 日 時：平成27年7月29日 於：福岡県医師会館

講 演：『古くて新しい在宅医療のカタチ』

講師：安成医院（熊本県玉名市）院長 安成 英文 先生

地域包括ケアシステムの構築を進める上でかかりつけ医を中心とした在宅医療の推進を進めることが医療の質を維持し提供する立場として極めて重要である。しかし医療資源、介護資源、住環境など地域による差もあり一律に議論できるわけではない。今回我々は人口区分により大都市型、中都市型、地方型と三つに分けて現状を分析し今後の方策を検討した。今後も在宅医療に対する需要は高まることが予想されているが現状では困難な状況である。しかし各地で行われている在宅医療のモデルを紹介し、今回の委員会の答申で各地区での取り組み、考え方を示したことが今後の在宅医療推進のためのひとつの指針となることを期待したい。

※参考資料：

宗像医師会在宅医療連携拠点事業と在宅医療ネットワークの紹介（宗像市・福津市人口15万人）

1) 地域中核病院の役割（宗像医師会病院）

(1) 病院から在宅への退院調整

①退院支援の開始（病棟・地域医療連携室）

スクリーニング⇒病棟でアセスメント⇒退院調整開始（退院支援院内調整・本人家族の意向を確認・退院計画を作成）⇒退院困難な患者連絡シート（退院支援カンファレンス：各病棟・ケアマネジャー・訪問看護師）⇒退院前訪問（地域連携室、リハビリ、ケアマネジャー、訪問看護師、福祉用具貸与業者）⇒退院時カンファレンス⇒退院後訪問・情報共有

②バックベッド・レスパイト入院の受け入れ

受診歴がなくても事前に訪問看護・ケアマネジャーからの患者情報、在宅医からの紹介状、がん拠点病院治療経過情報提供書を医師会病院のシステムに登録する。登録カードを患者家族に手渡し緊急受診時に医事課に提示する。事務は、前もって登録された情報を当直医に提示すれば、診察や入院がスムーズに行われる。

③緩和ケア病棟の面談及び登録

在宅療養を開始する時に希望があれば実施しておく。

④訪問栄養食事指導

医師会病院の管理栄養士による在宅訪問

⑤腹膜透析患者受け入れ施設（デイサービス・ショートステイ）への教育

⑥在宅がん化学療法への取り組み（在宅医・薬剤師・訪問看護師にて勉強会や実施マニュアルの整備を行う）

2) 在宅医療提供体制

(1) 24時間緊急時対応の訪問看護ステーションと連携

①ファーストコールを訪問看護師が受けて医師の負担を軽減

②独居でも看取れる地域を目指す

(2) 24時間対応の訪問薬剤師の存在

①在宅がん化学療法

②医療材料の分譲

(3) バックベッド登録：受診歴がなくても緊急入院やレスパイト入院が可能

(4) 訪問歯科医師、皮膚科医師、小児科医師、眼科医師、産婦人科医師の訪問診療への参加がある。

3) 宗像医師会在宅医療連携拠点事業

(1) 看護師、MSW、事務員を配置：在宅医療・介護に関する全ての事業推進

(2) 医師会内のプロジェクト会議 (1/月)、事業運営委員会 (1/3 月)

①住民啓発のための研修 (在宅医療・認知症等)

②専門職の研修、スキルアップ

③持続ポンプ 4 台、ポータブルエコー 2 台貸与システム構築と管理

④相談業務

⑤医療介護マップ作成、更新

⑥行政との関わり (運営委員会)

⑦むなっこの会 (地域包括ケアについてのおしゃべり会：女性のみ)

行政保健師、医師、薬剤師、歯科医師、訪問リハビリ、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問介護、地域連携室看護師、MSW、拠点室スタッフ

⑧在宅ホスピスボランティア育成事業

⑨事例検討会

⑩在宅ホスピスを語る会

在宅看取りをされた遺族に来ていただき在宅看取りについてお話しして頂く会：参加者
地域住民や医療介護参加者

4) ICTを使った情報共有

(1) 医師会病院診療情報室、地域の IT 会社、在宅医、訪問看護師、薬剤師で開発

(2) スマートフォンを使用した情報共有

使用者：病院医師、在宅医、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー、栄養士

拠点事業室：患者登録・抹消や管理 (ひも付けする医療職の登録)

情報共有の内容：各職種の訪問時のバイタルサイン、訪問メモ、医療処置、処方薬、
むーみんトーク (既読機能付き) 入力するとメールにて着信あり