名古屋市医師会の在宅医療・介護連携の取組みについて：

「在宅医療・介護連携支援センター」「在宅医療・介護支援システム」「名古屋市在宅医療・介護連携ガイドライン」

真野 寿雄 氏

一般社団法人名古屋市医師会
在宅医療・介護連携担当理事



図1 平成26年6月6日開催 第1回名古屋市在宅医療・介護連携推進会議（名古屋市公館にて）

要旨

「地域包括ケアシステム」の遂行には、「切れ目のない医療・介護」の提供が求められる。名古屋市医師会は「かかりつけ医機能」には本来「在宅医療」は含まれるとの理念に基づき、「切れ目のない在宅医療・介護」を提供するために「在宅医療・介護支援システム」と共通のルールとしての「名古屋市在宅医療・介護連携ガイドライン」を構築した。「在宅医療・介護支援システム」の根幹となる要素は受療者、医療者、介護者等の「安心」「安全」の担保、「透明化」の確保と「均てん化」の推進であり、この要素を担保する「在宅療養支援アセスメントシステム」が構築された。第３者評価としてのアセスメントにより療養者の安心・安全の担保や、在宅医療・介護の支援に携わる者の負担軽減を図ることができる。また、在宅療養への移行を支援する「在宅療養移行システム」とかかりつけ医の互助により、切れ目のない医療・介護体制を提供する「かかりつけ医相互サポートシステム」が構築された。名古屋市医師会では「在宅医療・介護支援システム」と「名古屋市在宅医療・介護連携ガイドライン」を共通の基盤として、かかりつけ医が参加しやすい共通の都市型在宅医療・介護連携モデルを「在宅医療・介護連携支援センター」を中心に名古屋市全区に推進する。

急速な高齢化に伴い、通院困難、在宅医療、訪問看護、生活支援、独居・老老介護等に伴う諸問題に対応する方策として、住まい・在宅医療・介護・リハビリテーション・保健・予防・生活が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」が推進されている。この制度の実施主体は地区自治体であり、システム実施については「安心」「安全」「各地域の特性を踏まえての均てん化」を担保して、多職種協働により頭書の業務を円滑かつ有効に展開する事が求められている。実際には多職種協働の円滑化には多くの障壁があり、医療施設間の療養者の流れに於いても多くの解決すべき課題が存在する。このシステムは医療・介護・生活・予防に亘る大改革であり、各課題の解決に向けて参加者全員が知恵を出し合い、各地域の資源を活用し新しい地域作りに取り組む事が求められている。

在宅医療はたとえ重度の疾病や障害があっても、住み慣れた地域において、医療・介護を受け「安心」「安全」に生活が出来る環境を整備する必要が有り、その普及のためには利用者や家族、医療者、介護者等の「安心」「安全」「透明性」が担保され、「均てん化」が図られねばならない。また、24時間365日に亘って機能しなければならない。

この様な条件を充足するには在宅医療・介護の面展開が不可欠である。そこで、平成24年度厚生労働省委託事業「在宅医療連携拠点事業」が行われ、在宅医療普及のための条件を抽出・検討の結果、名古屋市医師会の場合、医師会員の全面的参加が不可欠であるとの結論に達した。即ち、「かかりつけ医機能には本来、在宅医療は含まれており、原則全員参加での実施が必要である事」と同時に「診療時間中や夜間、休日等の出務に対して強力な支援体制の構築」が不可欠であるとの条件で在宅医療に取り組む事を決定した。平成26年には全市16区の内３ヶ所に地域医療再生事業拠点が置かれ、東区　大幸砂田橋クリニック、昭和区　かわな病院、南区　笠寺病院で、「在宅医療連携拠点推進事業」を行い、また、名古屋市健康福祉局高齢福祉部の全面的協力を得て中村区　古山医院で「在

宅医療・介護連携推進事業」を行った。以上の在宅医療と介護の連携４モデルは、運営の主体として、病院が主体となるものが２施設と診療所が主体となるものが２施設で、各拠点は地域と医療資源の特性、施設の特色や機能を最適に組み合わせて事業を行った。

更に、名古屋市医師会は、名古屋市の高齢者の保健福祉の増進と地域包括ケアシステムの構築に向けた名古屋市在宅医療・介護連携推進事業実施要綱（平成26年4月1日名古屋市健康福祉局長決裁）第3条の規定により学識経験者、医療・介護の関係者、行政等からなる名古屋市在宅医療・介護連携推進会議を、名古屋市から委託を受けて設置し、在宅医療と介護の連携に関する共通のルールやICTによる情報共有システムを構築して、在宅医療と介護の連携を推進している。

在宅医療・介護連携の４モデル事業の実践と名古屋市在宅医療・介護連携推進会議での協議から、切れ目のない共通の「在宅医療・介護の連携」を名古屋市全域に提供するには、強力な「在宅医療・介護支援システム」の整備と共通のルールとしての「名古屋市在宅医療・介護連携ガイドライン」が不可欠であることも認識された。

平成27年度には、新設された地域医療介護総合確保基金と名古屋市独自の予算化により開設される在宅医療・介護連携支援センター（以下支援センター）では、在宅医療・介護連携のモデル事業の４拠点の施設は中核的支援センターとして継承し、新たに４区で支援センターの10月1日開設を予定しており、更に平成28年度には全16区に支援センターの開設を目指している。中核的支援センターには専任のコーディネーターとコンダクターを、支援センターには専任のコンダクターを配属し、更に名古屋市医師会には支援センターを統括する在宅医療・介護連携室を設置する。支援センターの事業には、（ア）地域の医療・介護の資源の把握、（イ）在宅医療・介護の課題の抽出と対応の検討、（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供の構築推進、（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援、（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援、（カ）医療・介護関係者の研修、（キ）地域住民への普及啓発、（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携が求められる。名古屋市医師会は在宅医療・介護連携室を中心にして、各区の支援センターにて「在宅医療・介護支援システム」と「名古屋市在宅医療・介護連携ガイドライン」を用いて、地域の特性にあった「（ウ）切れ目のない在宅医療」を提供して、「在宅医療・介護の連携」を推進する。

この「在宅医療・介護支援システム」は

①在宅療養支援アセスメントシステム
②在宅療養移行システム
③かかりつけ医相互サポートシステム
④在宅医療・介護連携支援コンタクトセンター
⑤在宅療養情報共有ICTシステム

の５つのサブシステムから構成される。

①在宅療養支援アセスメントシステム

在宅医療・介護連携に関する主たる課題は（１）対象疾患領域が広範に及ぶので評価機能を有するアセスメント対応施設等が必要であること、（２）医療・看護・リハビリ等の広範な分野において個々の症例に応じた「脆弱性是正機能」も、効果的な療養を支える上で不可欠であること、（３）公平性、透明性の確保のため、第三者の関与が必要であること、（４）急変時における対応の整備が必要であること、（５）多職種間の連携を有効かつ、より簡便な手法により可能となるよう連携方法の改良を続ける必要があること、（６）在宅医療に習熟した医師を養成する実習機能を有する病院が必要であること、（７）在宅医療・介護などの現状評価と今後の改良に役立てるために、在宅医療・介護連携に関するデータベース構築に着手すべきであり、アセスメント対応施設に入院され、同意の得られた症例のデータ蓄積を開始すべきであること、（８）在宅医療に適した医療機器・介護用具・検査機器・見守り機器・情報共有機器などの評価や改良なども必須の課題であり、地域の在宅医療・介護の現場と研究・開発機能を繋ぐ機能としてもアセスメント対応施設が重要な役割を担う必要があること、などであった。これらの理由から、アセスメント対応施設が名古屋市医師会においては在宅医療を支援する必須機能として位置づけられた。

在宅療養移行時や、在宅療養を継続している最中の病状の変化に対応して、療養者の安心・安全の担保や、在宅医療・介護の支援に携わる者の負担軽減を図るために、かかりつけ医の依頼に基づき、第3者評価としてのアセスメント（検査・入院加療・リハビリなど）が必要とされた場合、アセスメント対応施設と調整を行い、これを実施し、療養者・家族及び医療機関の了解の下にそれらの結果をその後の在宅療養に活用できるようにデータベースとして蓄積する。

各々の在宅療養者に対して、的確な在宅療養に対する評価と準備を行うことによって安定が図られ、在宅療養者に適切な在宅医療・介護が継続でき、在宅医療・介護の支援に携わる者の負担軽減が図られ、在宅療養を提供

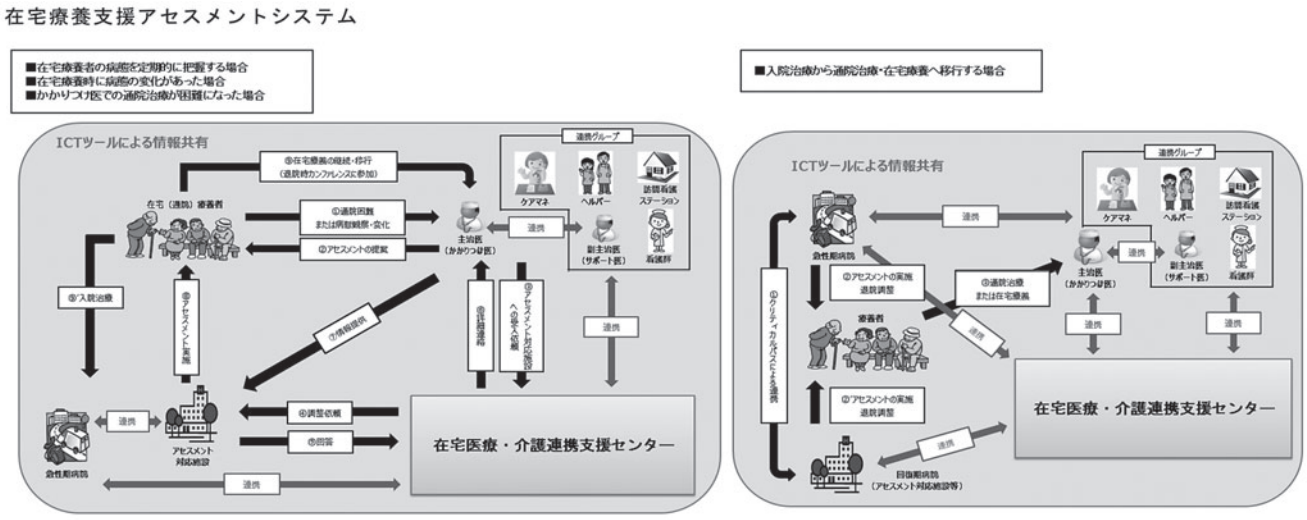


図2 在宅療養支援アセスメントシステム

する側と提供される側両者の安心と安全が担保される。

アセスメント対応施設は、概ね200床未満の病院で、急性期病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟、回復期リハビリ病棟、認知症ケア並びに精神疾患対応病棟などの、単独または複数の病棟を有する中小病院や有床診療所と要件をみたす介護老人保健施設等で、アセスメントの受け入れ（入院や検査）、急性期病院退院患者や外来通院困難者の受け入れ及び在宅療養移行支援、レスパイト入院の受け入れや在宅療養者急変時受け入れを担う。

アセスメントには、総合リハビリテーションアセスメントーADL、運動機能、言語機能、栄養状態アセスメント、摂食・嚥下・口腔ケアのアセスメント、運動機能評価とリハビリ指導、褥瘡アセスメント、夜間無呼吸検査アセスメント、認知症検査のアセスメントと指導、内分泌アセスメント、呼吸器アセスメント等があり、在宅療養者に必要なアセスメントとそれを行うアセスメント対応施設を選択できる。このアセスメントシステムは東区　大幸砂田橋クリニックを中心に４ヶ所のアセスメント対応施設で既に運用されている。今後は個々で行われているアセスメントの手続きは、支援センターに移行する。

在宅医療では、療養者の疾病の状態によって、治療成績は左右されるが、基本的な要素として、基礎体力の確保と維持が重要な因子となるため、（１）食事摂取状態、（２）誤嚥の有無、（３）口腔ケアの指導、（４）良好な睡眠の確保、（５）筋肉量に関係する指標、（６）「うつ」などの精神状態、（７）認知機能評価と治療、（８）内分泌機能異常などに対する評価と治療、（９）介護方針についての適切な指導が在宅での療養に大きな影響を与えるので、アセスメント対応施設や良好に機能する地域包括支援病棟の果たす役割は大きいと考えられる。



図3 多職種参加による退院カンファレンスの様子

②在宅療養移行システム

療養者が、急性期病院退院後、あるいは外来通院困難となって在宅療養を開始するにあたり、アセスメントによる潜在リスクの抽出及び食事や生活介助をはじめとした療養指導等の事前準備をアセスメント対応施設にて円滑に進められるよう、各区に設置する支援センターが関連医療機関、担当居宅介護支援事業者、並びに家族等と速やかに調整を行い、安心・安全な在宅療養を実現する。また、急性期病院退院時にかかりつけ医を持たない在宅療養者には最適なかかりつけ医を紹介する。

在宅療養移行時には、かかりつけ医とケアマネジャーや多職種との連絡や調整が、また急性期病院退院時には、かかりつけ医と病院、ケアマネジャー、関係多職種や関連施設との連携や調整は必須であり、支援センターに配属されるコーディネーターやコンダクターはこうした連携や調節を支援する。今までかかりつけ医が独自で持つことが困難であったＭＳＷやケアマネジャーをかかりつけ医は支援センターを通して利用することができる。

③かかりつけ医相互サポートシステム

支援センターは、24時間365日（切れ目のない）対応可

能な在宅医療を提供するため、在宅医療に携わるかかりつけ医師同士の連携や訪問看護師、アセスメント対応施設の協力により相互に補完出来る体制を支援する。

かかりつけ医と受け持っている在宅療養者の情報を支援センターに登録し、ICTによって情報共有を図り、在宅医のグループ化を促進し、相互サポート体制を構築する。また新しく在宅医療に参加するかかりつけ医には在宅医のグループを紹介してマッチングを行い、主治医・副主治医制を確立する。更に、アセスメント対応施設は副主治医としてかかりつけ医の在宅医グループを支援する。かかりつけ医のグループ化による相互サポートと訪問看護ステーションなど多職種と連携し、平時は、グループ内の自己完結を目指すが、グループ内で調整が困難な時、あるいは緊急や急変時の対応が必要な時は、支援センターに連絡する。連絡を受けた支援センターは、他の在宅医グループやアセスメント対応施設へ対応を依頼する。必要なら、急性期病院への搬送を支援する。支援センターの閉館時は在宅医療・介護連携支援コンタクトセンター（後述）にて対応する。

アセスメント対応施設が副主治医として、かかりつけ医の在宅医グループを支援するモデルは昭和区　かわな病院と南区　笠寺病院にて既に実践されている。

④在宅医療・介護連携支援コンタクトセンター

支援センター閉館時の夜間、休日の在宅療養者からの緊急な連絡に対応するコンタクトセンターを開設する。在宅療養者のうち、かかりつけ医以外に24時間365日体制をとっている訪問看護ステーション等の事業所が介入していない場合、または介入していても緊急連絡網に脆弱性が認められる場合に、緊急連絡網を冗長化し、医療・介護従事者の負担軽減を図る。

ICTによる在宅療養者の情報共有と急変時に対する個々のスタンディングオーダーを用意しておくことでその対応は可能となる。

⑤在宅療養情報共有システム

「在宅医療・介護支援システム」を運営し、在宅療養者を中心に医療と介護の地域の各事業所・多職種が最適なサービスを提供するために、またサービス提供者の負担を軽減するには、ICTによる情報共有が不可欠であり、運用管理は本会の在宅医療・介護連携室を中心に行う。

情報共有システムは、特に介護関連の多職種との情報共有が重要であり、介護関連の多職種が使いやすいカナミックネットワークのTRITRUSを使用している。平成27年2月末の時点で、4モデル拠点の登録療養者数314件、登録医療機関53件 、参加多職種410件であり、特に、中村区　古山医院では、ケアマネジャーが中心になって多職種との情報共有を進めている。いかに多くの多職種が参加できるかは、多職種とかかりつけ医をつなぐケアマネジャーの役割が重要と考える。

「名古屋市在宅医療・介護連携ガイドライン」

また、名古屋市医師会では名古屋市健康福祉局高齢福祉部と協力して名古屋市在宅医療・介護連携ガイドラインを作成した。

地域包括ケアシステムを構築し推進するには、医療と介護の関係者はそれぞれの枠を超えた連携が不可欠である。これまでも利用者（患者）が入院した時や病院から退院する際の連携は、かかりつけ医や訪問看護師、ケアマネジャーなど在宅介護の関係者とそれぞれの病院で行われている。しかしながら、各病院の窓口や担当者、業務内容の明確な定義や、情報提供および共有する書式ならびに連携方式の策定など多くの課題がある。

また、在宅療養時には訪問診療や訪問看護など医療サービスとケアマネジャーや介護サービス事業所などの介護サービスとの連携が求められる。さらに在宅での看取りにおいては、より緊密な連携が必要とされる。

これらのことを改善するために、医療と介護、両者の立場から協議してその連携のポイントをまとめガイドラインとした。これまで経験的に行われていたり、特定の人しか分からなかったことを整理し、医療と介護の関係者が相互に理解ができるように必要なことを“可視化”した。また、普段使用している関連機関や職種、病院の関連部署、関連する書類等についても主だったものを掲載し、内容も、より良い連携が実現できるように具体的で分かりやすい項目で構成した。このガイドラインを確認することで、特に新任のケアマネジャーや病院の担当者が日常の業務に生かしていただけると考える。

以上、名古屋市医師会では在宅医療・介護支援システムと名古屋市在宅医療・介護連携ガイドラインを共通の基盤として、かかりつけ医が参加しやすい共通の都市型の在宅医療・介護連携モデルを「在宅医療・介護連携支援センター」を中心にして名古屋市全区に推進する。