

令和4年度（2022年）島根県委託事業

島根県在宅医療介護連携推進事業 活動紹介

～しまねの在宅医療介護の課題と取組への模索～

一般社団法人 島根県医師会

もくじ

はじめに

- ・ 島根県在宅医療介護連携推進事業と島根県医師会の役割
- ・ 島根県在宅医療介護連携推進事業研究会の発足と今後に期待するもの

1. 在宅医療介護連携推進事業研究会の発足の経緯と取組

2. 島根県の在宅医療介護の現状と課題

～島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会における意見交換から～
参考資料図表 1～5

3. 活動紹介と地域課題への模索

○市街地及び隣接した農山村における課題と取組

- ・ 松江市における在宅看取りに向けたアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及と代診医システム構築の現状と課題
- ・ 国保診療所における在宅医療の課題とこれから

○医療機関が充実した地域における課題と取組

- ・ 在宅療養懇話会
- ・ 診療所間のチームによる24時間体制の取り組み

○医師会立病院を核とした多機能連携の課題と取組

- ・ 在宅医療と介護連携の前に
- ・ 医師会立病院を核とした在宅療養支援

4. 参考資料

厚生労働省関連資料

島根県関連資料

島根県医師会関連資料

はじめに

「島根県在宅医療介護連携推進事業と島根県医師会の役割」

島根県医師会会長 森本紀彦

高齢化や疾病構造の変化等により在宅医療のニーズが増加している中、限られた医療・介護資源で効率的にサービスを提供するため、関係機関の連携を一層強化することが求められております。

こうした状況を踏まえ、令和2年度から島根県から在宅医療介護連携推進事業の委託を受け、団塊の世代（昭和22年～24年の第一次ベビーブーム）が75歳以上となる2025年（令和7年）に向けて、島根県医師会が中心となって、医療介護関係団体や行政機関等と連携を進め、在宅医療介護の多様で困難な現場の課題を踏まえてテーマを絞って、各地域の現状や取組状況について情報交換や意見交換を行うこととなりました。

昨年12月18日には、医療介護に係る関係14団体からなる「島根県在宅医療介護連携推進事業研究会」を発足し、協力して多職種連携・人材育成・普及啓発等に取り組み、県内の在宅医療提供体制の推進を図ることにしております。

また、島根大学のご協力を得て、在宅医療のデータに基づく現状と課題分析を行うこととしており、次期保健医療計画や介護保険事業支援計画の策定に向けて、さらに意見交換を進めていく予定としております。

島根県医師会としましては、医療と介護の両方を必要とする状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を関係団体や行政機関の皆様と協働して進めてまいります。

「島根県在宅医療介護連携推進事業研究会の発足と今後に期待するもの」

島根県在宅医療介護連携推進事業研究会座長 湯原紀二
(島根県医師会副会長/島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会委員長)

医療と介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、医療・介護関係者だけでなく多職種の方々が連携して、継続的かつ一体的に在宅医療介護を提供できる仕組みづくりに賛同頂いた14団体と、令和4年12月18日に「在宅医療介護連携推進事業研究会（以下「研究会」）を立ち上げることが出来ました。

そして令和5年2月12日に第1回の研修会を開催し、基調講演として厚労省保険局医療課眞鍋 馨 課長に「社会保障制度と医療介護政策」と題して、また産業医科大学医学部公衆衛生学講座 松田 晋哉 教授に「在宅医療は成り立つか～島根県における在宅医療の現状と課題～」と題して講演をして頂いたところです。

特に松田先生は、国民健康保険、後期高齢者医療保険の訪問診療を中心にしたレセプト

データを基に、地域ごとの課題と問題点について詳細な分析結果を示されアドバイスを頂きました。大変厳しい現状分析でしたが、各自治体と関係者は、是非分析結果を参考に今後の医療介護対策に活かしていただきたいと思います。

島根県医師会では、組織内に在宅医療介護連携推進事業運営委員会を設置して、地域の課題に向き合って積極的な活動を行っておられる先生方の活動報告や、在宅医療介護に関するデータ分析結果を基に、島根大学医学部の名越教授の助言を受けながら、今後の対策を進めるにあたっての建設的な意見交換を活発に行っております。

令和3年度には、各郡市医師会のご協力を得て、「在宅医療介護連携推進事業にかかるアンケート調査」を実施しました。

その中で、島根県においては、訪問診療を実施している医療機関の割合が全国より高いことや、看取りへの対応も年々増えていることなど、日頃の在宅医療に取り組まれている実態が分かりました。

また、在宅での看取りや医療的ケアが必要な高齢者等への対応など、人口減少や人的資源が限られる中で、在宅医療の在り方も再検討が必要となってきたことがわかりました。

こうした状況の中、訪問診療を担う“かかりつけ医”機能の強化が求められており、島根大学医学部附属病院総合診療医センター長の白石先生が取り組んでおられる総合診療医の育成が軌道に乗り、多くの総合診療医が島根の地域医療、在宅医療を担っていただけるよう大いに期待をしているところです。

医療介護にかかる現状や課題について、研究会の関係団体と意見交換しながら、実態に沿った保健医療計画、病床数の確保等の地域医療構想の策定に繋がるよう努めて参ります。

【島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会】

(敬称略)

役 名	氏 名	役 職 名
	森本 紀彦	県医師会長
委 員 長	湯原 紀二	県医師会副会長
副委員長	櫻井 照久	県医師会参与
委 員	須谷 生男	県医師会常任理事
〃	松本 祐二	県医師会常任理事
〃	松嶋 永治	県医師会理事
〃	狩野 稔久	益田地域医療センター医師会病院院長
〃	加藤 節司	加藤病院院長
〃	都 仁哉	浜田市医師会理事
〃	杉浦 弘明	出雲医師会理事
〃	白石 吉彦	島根大学医学部附属病院総合診療医センター長
〃	山田 顕士	来待診療所院長
アドバイザー	名越 究	島根大学医学部環境保健医学講座教授

1. 在宅医療介護連携推進事業研究会の発足の経緯と取組

(1) 目的と発足の経緯

令和4年12月18日に、在宅医療・介護に関する14の関係団体により「島根県在宅医療介護連携推進事業研究会」を発足しました。

この研究会では、「島根県医師会の在宅医療介護連携推進事業運営委員会」と連携して、在宅医療介護現場の現状や課題について意見交換や情報共有を行い、県内の在宅医療介護提供体制の推進を図ることを目的としております。

座長には、島根県医師会湯原紀二副会長（島根県医師会医療介護連携推進事業運営委員会委員長）が選出され、また、研究会のアドバイザーとして島根大学医学部環境保健医学講座の名越 究 教授にご就任いただいております。

(2) 開催要領と構成団体

○開催要領

1. 目的

高齢化や疾病構造の変化等により、在宅医療のニーズが増加している中、限られた医療・介護資源で効率的にサービスを提供するため、関係機関の連携を一層強化することが求められている。

本研究会は、医療介護に係る関係団体等が協力して、多職種連携、人材育成、普及啓発等に取り組み、県内の在宅医療提供体制の推進を図ることを目的として開催する。

2. 研究会の内容

- (1) 在宅医療推進に向けた現状と課題について
- (2) 在宅医療介護連携にかかる人材育成について
- (3) 在宅医療介護連携にかかる情報発信について

3. 構成団体及び座長の選出

- (1) 研究会の構成団体は、別に定める。
- (2) 研究会は、構成団体からの推薦により構成員を選出して会議を開催することとし、構成員の互選により座長を選出する。
- (3) 座長は、会議を招集する。
- (4) 座長は、必要に応じて、構成員以外の関係者の出席を求めることができる。

4. 運営

- (1) 会議の議事は、特に非公開とする旨の申し合わせを行った場合を除き公開とする。
- (2) 会議の運営に関し、必要な事項は、座長が定めることとする。
- (3) 会議の庶務等は島根県医師会において行い、島根県と協議の上、連携して運営する。
- (4) その他必要な事項については、別に定める。

○構成団体（14団体（順不同））

島根県医師会、島根県歯科医師会、島根県薬剤師会、島根県看護協会、島根県訪問看護ステーション協会、島根県老人保健施設協会、島根県老人福祉施設協議会、島根県慢性期医

療協会、鳥根県介護支援専門員協会、鳥根県理学療法士会、鳥根県作業療法士会、山陰言語聴覚士協会 鳥根県言語聴覚士会、鳥根県歯科衛生士会、鳥根県栄養士会

○アドバイザー

鳥根大学医学部環境保健医学講座 名越 究 教授

2. 鳥根県の在宅医療介護の現状と課題

～鳥根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会における意見交換から～

「しまねの在宅医療」はどうあるべきかについて、令和2年度から議論を重ねてきました。国の施策においては「治す医療」から、「治し、支える医療」の強化が求められ、地域医療構想に基づき地域で整備する基準病床数が示されるなど、さらなる在宅医療介護の拡充が期待されています。

一方、鳥根県では令和5年2月1日の推計人口は654,756人と、前月比1,000人前後の人口減少が見られるなど、高齢者独居世帯の増加や医療介護従事者の人材不足などを背景に、個々の努力では対応できない課題に直面しております。

これまでも行政や医療介護関係団体等においては様々に取り組みがなされてきましたが、劇的な改善につながる特効薬がない中、現状を受け止めざるをえない状況です。また、地域の介護サービス等の社会資源によって在宅医療のあり様も異なることから、「医療を支える介護」「介護を支える医療」の双方の視点にたった仕組みづくりの必要を感じているところです。

今後、10年、20年にわたって、県内どの地域においても在宅医療が成り立つのか、在宅医療への需要はどのようなものであるか、どこまで目指すのかなど、在宅医療介護現場の最前線を担う立場から意見交換を重ねてきました（参考資料 図表1～5）。

その中で、在宅医療介護の理想と現実を踏まえ、在宅療養を希望する方の期待に応えられるような安心して住めるまちづくりを目指して、関係者が危機感をもち、知恵を出し合って模索していく必要があるとあらためて認識したところです。

このたび、鳥根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会の意見として取りまとめをしましたので、ご報告します。

○在宅医療介護の現状

終末期を自然にという方向性が求められている。

人口構成の変化に伴う老々介護や高齢者独居の増加、医療介護人材や施設などの地域資源により、自宅より老人ホーム等での看取りが増えてきている。

鳥根県東部、西部、山間地域や離島では、それぞれ地域の特性があり、生活支援が必要な状況や経済状況などもあいまって多様化している。

○県外の医療介護サービスの利用

入退院を契機に医療必要度が高くなると、自宅へ帰ることが困難となる。

そうした状況から、県境等の地域においては、結果的に、県外の医療施設や介護施設の利用が見受けられる。

○在宅医療としてすすめていく上で

交通インフラの充実、人口や住まいが集中していること、介護を担う同居の家族が複数いることなどが、在宅療養を可能にする要因となっている。

効率的なサービス提供に適した住まいの受け皿が必要な地域では、公営住宅の活用などの手法についても視野に入れてはどうか。

○自宅で最期を迎えたい在宅緩和ケアへの対応

がんによる在宅緩和ケアへの対応と、肺炎などの急性増悪や認知症などの加齢に伴う疾患等によりゆっくりと機能低下していく長期療養への対応では、それぞれ医療の濃厚度や受療期間などが異なるため、今後の課題として、分けて検討をしていく必要がある。

○サービス付き高齢者住宅、有料老人ホームやグループホームにおける看取り

生活支援が必要な状況となり、サービス付き高齢者住宅、有料老人ホームやグループホームの利用者が年々増える中で、看取りについても、関係者で議論をしていく必要がある。

○在宅医療体制への環境整備

在宅療養に必要な薬剤や衛生材料の共同管理や運営、情報通信技術（ICT）やデジタルトランスフォーメーション（DX）などの活用、地域の通信環境の整備など関係者の協力が必要となっている。

○特別養護老人ホーム

特別養護老人ホームに重度の入所者が増え、医療的ケアや看取りへの課題に直面している。

○医療従事者の確保

東部に比べて西部は、医師をはじめとした医療従事者の不足に直面している。

新規開業の医師が少ない地域では、診療所の訪問診療が維持できない状況が予想される。

○介護人材の確保

医療のみならず介護の人材の確保がなければ在宅医療を維持できない。

○行政との連携

全ての自治体に地域包括ケアの構築が義務付けされているが、その状況はさまざまである。

在宅医療介護の基盤整備については、効率を最優先すると、必ずしもうまくいかない。

人口減少や人材不足等を背景に、サービス量の減少が現実のものとなっており、今後必要なサービスをどのように存続させていくかなど、行政をはじめ関係者が危機感をもって、足りないことを補いながら、知恵を出していく。

(参考資料 図表1～5)

【図表1】 島根県の在宅訪問診療を実施している医療機関の状況

(1の① 出典：島根県医療政策課 在宅患者訪問診療料1の算定医療機関数の推移)

- ・病院、診療所ともに、横ばいから微増傾向にある。

島根県/年度 (箇所数)	2018年	2019年	2020年	2021年
	H30	R1	R2	R3
病院	23	22	20	23
診療所	246	247	253	251
合計	269	269	273	274

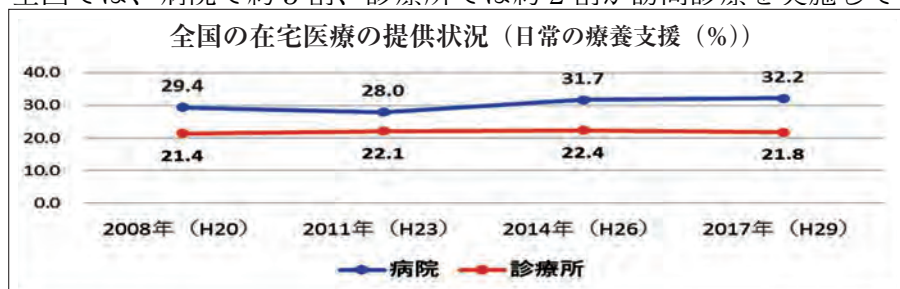
(1の② 出典：島根県医師会「令和3年度 在宅医療介護推進事業にかかるアンケート調査」)

- ・2021年度に実施した病院・診療所へのアンケート結果(回答率 89.8%)から、2018-2020年度に、病院で約6割、診療所では約4割が訪問診療を実施したと回答があった。

島根県 (R3.7月現在)	医療法届出医療 機関数	①保健所、企業 等診療所、特養 の医務室等を除 いた医療機関数	②在宅訪問診療 を実施していると 回答した医療 機関数	構成割合②/① (%)
病院	47	47	29	61.7
診療所	722	571	227	39.8
小計	769	618	256	41.4

(1の③ 参考：令和3年10月13日第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG参考資料)

- ・全国では、病院で約3割、診療所では約2割が訪問診療を実施している。



【図表2】 在宅患者訪問診療の利用者と看取りの状況

(2の① 出典：島根県医療政策課 在宅患者訪問診療料1の算定状況の推移)

- ・在宅患者訪問診療料1の件数は年々増加しており、その94%は75歳以上が占める。

島根県/年度 (年齢別構成割合)	2018年	2019年	2020年	2021年
	H30	R1	R2	R3
～64歳	1.3	1.0	1.0	1.0
65～74歳	4.6	5.0	5.3	5.3
75歳～	94.1	94.0	93.7	93.7
合計	100.0	100.0	100.0	100.0
延べ実人数(人件)	8,879	8,917	9,195	9,416

- ・令和3年10月13日第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG参考資料によれば、訪問診療を受ける患者の約9割は75歳以上の高齢者が占めていた(2019年社会医療診療行為別統計6月審査分第3表)。

- (2の② 出典：島根県医療政策課 65歳以上の在宅ターミナルケア加算・看取り加算
・年々増加し、75歳以上が約9割を占めている。

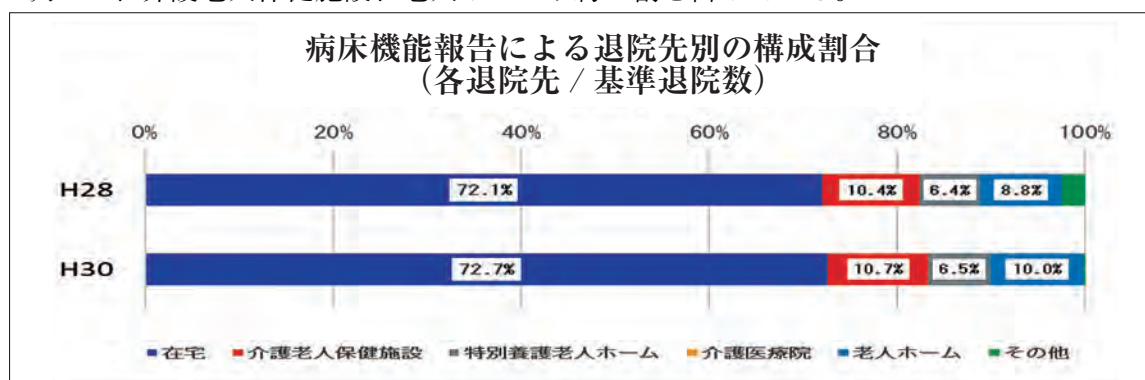
島根県/年度 (人)	2018年	2019年	2020年	2021年
	H30	R1	R2	R3
65～74歳	25	29	46	66
75歳～	678	619	755	797
合計	703	648	801	863

- (2の③ 出典：島根県医師会「令和3年度在宅医療介護推進事業にかかるアンケート調査」)
・2021年度に実施した病院・診療所へのアンケート結果（回答率89.8%）から、診療所が実施した在宅医療の年間利用実人数は8,847人、年間の看取り対応は1,261人であった。加算等の算定数を上回る看取り対応がなされている。

アンケート回答診療所(n=207か所)	回答人数	アンケート回答診療所(n=212か所)	回答人数
在宅医療の年間利用実人数(人)	8,847	看取り対応をした年間実人数(人)	1,261
1診療所あたりの年間患者数(人)	42.7	1診療所あたりの年間看取り人数	5.9

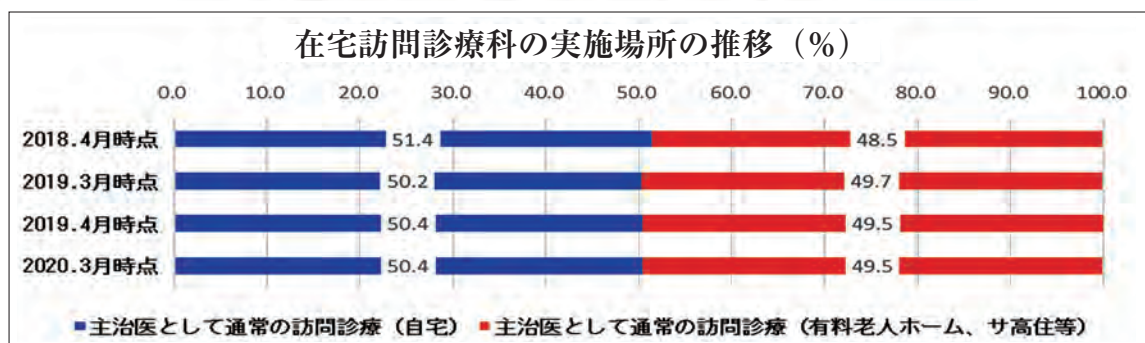
【図表3】病床機能報告から見る退院先

- (出典：平成29・30年度 島根県病床機能報告より)
・病床機能報告によれば、県内の病院からの退院先の約7割は、在宅（自宅）であった。次いで、介護老人保健施設、老人ホームが約1割を占めている。



【図表4】訪問診療の実施場所の推移

- (出典：島根県医師会 2018年4月から2020年3月までの在宅訪問診療1の算定状況)
・65歳以上の在宅訪問診療料1の算定コード区分別の構成割合をみると、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅への訪問診療が、微増傾向にある。

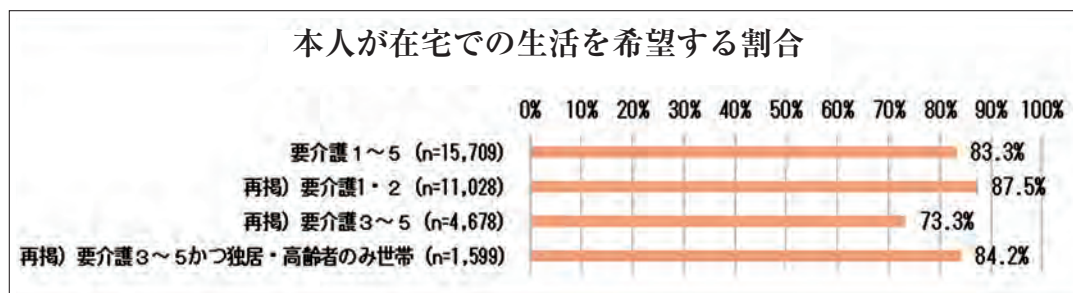


【図表5】 本人及び家族の在宅療養生活の意向

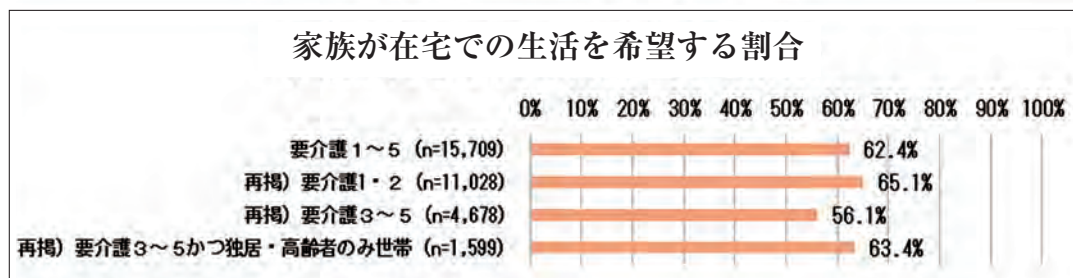
(出典：島根県高齢者福祉課「しまねの介護保険」)

・平成29年6月末時点の介護保険サービス利用者（要支援、総合事業対象者を除く n=15,709 人）について、居宅介護支援事業所の介護支援専門員へ調査を実施し、要介護度別に在宅での療養生活の希望状況についてその構成割合をみた（回答率 85.2%）。

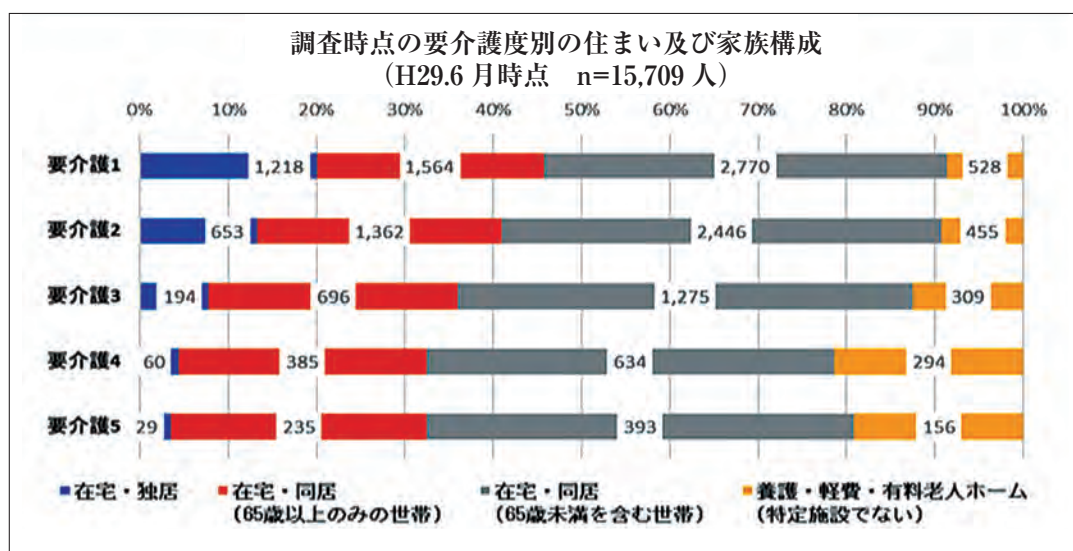
○利用者本人の約8割が在宅での生活を希望



○利用者家族の約6割が在宅での生活を希望



参考：調査時点での利用者の要介護度別の住まい及び家族構成



3. 活動紹介と地域課題への模索

○市街地及び隣接した農山村における課題と取組

「松江市における在宅看取りに向けたアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及と代診医システム構築の現状と課題」

島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会委員 松嶋永治
(松江市：まつしま脳神経内科クリニック院長)

共著：松江市医師会在宅看取り検討班／ACP検討班班長 伊藤健一
(松江市：伊藤医院院長)

新型コロナウイルス感染症により、入院困難事例や入院中の面会制限があることなどから、自宅あるいは施設で自然な最期を選択される患者さんが多くなりました。自宅で安心して終末期を過ごすためには、医療・介護の整備が不可欠です。個人、家族の意思を尊重しながら終末期をコーディネートしていくためにはアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を充実させていく必要があります。また看取りをスムーズに行うためには訪問看護師と患者との密な連絡、死亡診断を行う医師が常に待機している必要がありますが、主治医不在の時には代診医が即座に対応できる体制の構築が不可欠です。

がん末期の方は比較的若年であり、ご自分の意思を表現できますので、終末期の選択が可能と言われています。疼痛管理で麻薬まで導入されて開業医にバトンタッチされてくる症例も散見しますが、病院の外来、入院では時間の制約などの問題から十分にACPの構築ができないと思われます。いよいよ病院に受診できなくなったという最終状態で開業医に紹介されますと、その時点からACPの構築はできず、その場しのぎで訪問診療を重ね、最期の時を迎えることになります。ADLが保たれている時期にACPを始め、充実させ、次のステージのスタッフに確実にバトンタッチしていく必要性を感じます。

高齢者の場合は、認知力が低下し、体力も低下、食事摂取が不能になり、家族と相談の上、胃瘻を選択せず自然経過を最期までみていくことが増えています。この場合は、本人とのACPはまず成立しませんので、代理の家族とACPを行っていきます。施設に入られる場合、今までのかかりつけ医と同じ医師が主治医となる場合はよいのですが、多くの場合は他の地域から来られる方が多く、患者さんやご家族とのACPに関する話し合いを、ほぼゼロからスタートさせねばなりません。しかも患者さん本人の理解力が十分ではない場合が多いため、ACPの進め方に苦慮することがあります。松江市では「まつえアドバンス・ケア・プランニング普及・啓発推進協議会」を立ち上げ、多職種が会員となり、研修会、市民公開講座を行っています。また以前から公民館単位で寸劇や講演会を開催し、現在まででのべ17回、約1,400名の住民の方の参加を得ています。こうした活動を地道に行い、住民へACPが普及し、元気なうちにエンディングノートを作っておく習慣づけができるようになるとういいます。

医師の看取りについては、常に切れ目なく行われる必要があります。ただ主治医が休日に

遠方に出かける必要がある場合がありますが、その際には看取りの代診医を依頼する必要があります。近隣や知り合いの医師にお願いする場合がありますが、それもままならない場合には、後方支援病院にお願いする場合があります。その際に担当代行医が不在の場合には在宅看取り代診ができないため、その病院に搬送して死亡確認をお願いする場合があります。

松江市内で看取り代診医システムを構築しようと数年前から委員会も立ち上げ検討を重ねてきました。問題となるのは、松江市は東西南北に広く、特に東西の端から端まで50km離れているため、訪問診療の範囲16kmを優に超えてしまいます。近隣地域で代診医を回す方法も検討していますが、地域によって医師の数が少なく、代診医が見つかりにくいという問題点があります。遠方の医師が代診医をした時、そのあとの支払いの問題など家族に負担がかかります。このようなことを踏まえ、研修会や委員会を繰り返し開催し、住民のためになる看取り代診医システムの構築に向け活動しています。ただ、医師の偏在の問題は松江市内でも次第に厳しくなっており、常勤の開業医が不在となる地域が出始めています。住民に対して近隣地区の医師が訪問診療の需要を満たさないといけません。また、看取り代診医の需要も当然あるかと思われ、遠距離ではありますが、その需要に答える必要も出てきます。様々な需要に合わせて、持続可能な代診医システムを構築する必要があり検討を重ねています。

以上、看取り、終末期のACPの問題は課題が多岐にわたり、特に看取り代診医に関しては公的な援助を含めて早急な整備をしないといけない状況となっており、松江市医師会としても取り組みを強化している現状をご報告しました。

「国保診療所における在宅医療の課題とこれから」

島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会委員 山田顕士
(松江市：松江市国民健康保険来待診療所院長)

松江市宍道町来待地区は旧宍道町東部に所在し、人口約3,000人（約1,000世帯）、旧松江市内まで車で約20～30分の地区である。当診療所は無床の第2種へき地診療所（第1種へき地診療所に該当しない施設であって当該診療所を中心としておおむね半径4キロメートル以内に他の医療機関がない地域の診療所のこと）に該当する国民健康保険診療施設（以下、略称「国保直診」）であり、来待地区には歯科も含めて他に医療機関や院外薬局はない（ちなみに第1種へき地診療所は過疎地域自立促進特別措置法等の指定区域内（特定地域）に所在する施設で当該施設から通常交通機関を利用して30分以内に他の医療機関がないもの、又は特定地域以外の地域内に所在する施設であって、30分以内に他の医療機関がなく、かつ、当該施設を中心としたおおむね半径4キロメートル以内のほかの医療機関がないもの）。国保直診は、市町村が国民健康保険を行う事業の一つとして設置したもので、地方自治法に基づき設置された「公の施設」とすると同時に国民健康保険法に基づき設置された「病院、診療所」である。公立の病院、診療所は、医療水準の向上や民間医療機関の進出が

期待できない地域の医療確保等の必要性から設置されているが、国保直診はこれらの事情に加えて、国民健康保険制度を広く普及するため無医地区等の医師不足の地域をなくす目的で設置されている。現在県内に病院4施設、医科診療所28施設存在する。当診療所も1950年来待村国民健康保険組合直営診療所として設立されたのが始まりである。

国保直診は、医療サービスを提供することに加えて保健(健康づくり)、介護、福祉サービスまでを総合的、一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の拠点として活動することを目標とし、「国保直診ヒューマンプラン」を活動の指針に掲げ、地域住民のために活動することとしている。今や誰もが耳にしたことのある地域包括医療・ケアという概念は、もともと全国の国保診療施設運営の「基本理念」として全国国民健康保険診療施設協議会において定められたものであり、地域とは単なるAreaではなくCommunityを指すとしている。

国保直診ヒューマンプランとは1. 国保直診は、当該地域の地理的、社会的条件並びに診療圏域内の他の医療機関の配置状況に応じ、地域住民のニーズにあった全人的医療の提供を行う。2. 国保直診は、超高齢社会における保健・医療・介護・福祉の連携、統合を図る地域包括ケアシステムの拠点としての役割機能を持つ。3. 国保直診は、既存の保健福祉施設との機能連携を図るとともに、国保総合保健施設を設置し、あるいは、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、介護老人保健施設などの保健福祉施設を積極的に併設していくとしている。

当診療所は「健康の里」の中心施設である宍道健康センターの中にある。宍道健康センター内には宍道介護センター所属のケアマネージャー、ヘルパー、湖南地域包括支援センターサテライト（松江市社会福祉協議会）の事務所があり、お互いに連絡をとりやすい体制にある。宍道健康センター内の職員とは随時連携をとれ、宍道介護センターを含めた2か所の居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）と月1回ずつカンファランスの時間をとっている。県内の国保直診も来院患者を診るだけでなく、地域内の住民全体に目を配り、他部署と連携を取りながら地域包括医療・ケアに取り組んでいる。国保直診が設置されている地域では人口も少なく施設も少ない。そういう地域にあっては、one teamとして医療・介護連携は比較的しやすく、課題としては、都市部でよく言われる顔の見える関係づくりや連携方法の問題より、医療・介護職員の人員確保、質確保（スキルアップ）が優先事項であろう。人口が少ない割に広大な面積を活動範囲にしている地域ではオンライン診療・会議等のICTの活用で業務の効率化が期待されるが、携帯電話も繋がらない場所も多くある等、インフラ整備が十分でなく今後の課題である。

また医療介護連携において市町村合併の影響がある。特に市町村職員の保健師、社会福祉協議会の職員等は転勤があり得る。市町村の規模が大きくなり、これまでその地区に縁のなかった職員が配属されることがある。そうなる地域を知ることから始まり、職員同士、住民との関係づくりに時間がかかり慣れてきた頃に転勤ということになる。当地域では診療所職員の在籍期間が比較的長くなってきたため、診療所が健康センター内の連携づくりの一助を担う気概が必要であると思っている。市職員だけでなく、他の介護施設でも町外在住のスタッフも多く、最近目立つ自然災害時には早期に集合することもままならない。日頃の避難

訓練だけでなく、災害時に住民にどう対応するのも考えておかなければならない。それから新型コロナウイルスに代表される感染症流行時にも、まず対応を求められるのが地域の診療所であるが、真っ先に被害を受ける可能性もある中、少ないマンパワーで奮闘している。介護施設はもちろん県・市町村等行政や保健所、消防署との連携も益々重要になっている。

○医療機関が充実した地域における課題と取組

「在宅療養懇話会」

島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会委員 須谷生男
(出雲市：須谷医院院長)

国・県は地域包括ケアシステムの構築を推進し、医療の分野でも在宅志向を強めております。とりわけ、医療と介護との連携、在宅での多職種連携が推進されています。

現在出雲では、医師会と介護支援専門員協会との共催で、在宅療養懇話会を開催しております。平成12年4月に介護保険法が施行され、在宅の患者にとっては、かかりつけ医とケアマネージャー（以下ケアマネ）との連携が欠かせないとの考えから、医師会と介護支援専門員協会との間の連絡会を開催したことに始まります。平成17年7月に第1回の連絡会を開催し、以後毎月定例会を開催して参りました。当初のテーマは医師とケアマネとの垣根・敷居をいかに低くするか、互いのコミュニケーションの取り方、情報の共有などでした。医師意見書の利用法、担当者会議の持ち方などもテーマに取り上げました。小規模多機能の導入などの介護保険改定時には、行政から介護保険計画・施設・費用などについての説明を受けました。訪問看護、訪問リハビリの需要が増えだしたことから、訪問看護師、リハビリ療法士も参加。病院の先生との連絡はまだとりにくいことから、各病院のMSWにも参加を頂きました。入所・デイサービスなどの介護施設の方など、在宅にかかわる多職種の方達に参加を頂くようになり、平成19年2月の第19回より「在宅療養懇話会」と名称を変更し、以後は隔月開催と致しました。

口腔リハビリの先生の紹介で県歯科医師会会長にもご講演をいただき、以後訪問歯科・口腔ケアについてのテーマも何回か取り上げました。在宅に力を入れ始めた薬剤師会から訪問薬剤指導について、また福祉用具業者からベッド・エアマット・車椅子などの適正な選択についてのお話も頂きました。障害者福祉制度、地域包括ケアシステム構築における包括支援センターの役割などもテーマに取り上げ、市・保健所などの行政にも参加を頂き、文字通り、多職種参加の懇話会へと発展して参りました。島大からは緩和病棟について、県中からは緩和ケア・医療用麻薬、認定看護師による褥瘡や腹膜透析、慢性心不全患者のかかりつけ医との病診連携などについて、島根県立大学からは在宅栄養指導について、また認知症サポート医からは認知症の医療と福祉の連携についてなど、多岐にわたるテーマを取り上

げ、豪雨災害後被災家庭を訪問したケアマネの報告もいただきました。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い令和2年4月からはしばらく休会とし、11月にZoom配信にて再開しました。再開後は、いち早くドームハウスを建て発熱外来を開設された先生のお話、訪問看護師、ケアマネの対応などコロナ関係のテーマも取り上げました。

特筆すべきは、訪問医、ケアマネ、訪看チームによる症例提示、「忘れ得ぬ出会い」として3回シリーズの最後に、在宅で看取りをされた家族の方お二人に家族の立場からのお話をいただいたことです。仕事と介護との両立、日々の介護での不安、看取りと決めた後にもある葛藤など生の声を聞くことができ大変参考になりました。

これとは別に「顔の見える関係」から「顔が分かる関係」へ、そして「その人が分かる関係へ」と、24年には忘年会を、26年からは新年会を開き、より親交を深めています。50名前後の出席でした。（現在休止中です）

これらで培われた信頼関係から、保健所、市役所、大学病院、県中などそれぞれの機関でも研修会、講演会などを開催されますが、案内、日程、講師派遣など緊密に連絡が取れています。懇話会の案内は、医師会員には医師会から、他職種にはケアマネ協会から介護保険サービス事業者連絡会を通して行っています。まめネットの掲示板にも載せ、また、出雲市医療介護連携課のライン：チームルピナスにも載せ周知を図っております。出雲圏域外の方にもZoom参加をお待ちしています。

「診療所間のチームによる24時間体制の取り組み」

島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会委員 杉浦弘明
(出雲市：すぎうら医院院長)

はじめに

団塊の世代がその健康寿命の75歳を超える2025年以降、訪問診療の需要は増大します。内科系の診療所であれば長年通院された患者さんの訪問診療要請に応えたいが、重症者に対する24時間365日の対応が困難で対応に苦慮することが多いと思います。

この問題を解決すべく私たち出雲の6医療機関は、「連携型機能強化型在宅支援診療所」の制度(平成24年新設)を活用し、平成28年8月から夜間と休日の往診を輪番で行っています。

方 法

非常勤医登録と輪番

お互いを非常勤医として登録し、担当日に6医療機関全ての登録患者さんの対応をします。自院の常勤医でもありますが、自院以外の5か所の医療機関の非常勤医を同時に兼ねるのです。A医院のA医師が当番医であったとします。B内科の患者さんの往診の要請があった場合 B内科の非常勤医として訪問します。診療報酬はB内科にて算定されます。同じ日にCクリニックの患者さんを訪問する場合は同様にCクリニックの非常勤医として対応します。A医院の患者さんの診察をすることもあります。各医療機関は診療件数毎に出務者に支

払います。この方法で均等に輪番制としています。

私たちはこの医療チームについて「いのち」「患者さん」「チーム医療の仲間」を「尊ぶ」ことをポリシーとして『チーム尊』と命名しています。

コールセンターの利用

『チーム尊』では患者さんからの休日・夜間の電話は看護師対応のコールセンターにつながるようにしています。同センターの看護師は、相談内容をすべて聞き取り、すぐ担当医に連絡します。不要な問い合わせは翌朝報告します。

電子カルテの利用

それぞれの医療機関は各非常勤医に遠隔での電子カルテ内容の閲覧権限を付与しているので、当日の担当医はカルテに記載してある最新の病状が把握可能です。

結 果

24時間365日の訪問診療を可能とする医療体制を整え6年以上経過しました。この間、途中で連携をおやめになった医療機関はありません。

2022年12月31日現在6医療機関で425名の患者さんの訪問診療登録をしています。例外なく24時間365日体制を実施しました。各医師は当番日以外をオフタイムとして休養をとることができました。

2022年12月のコールセンター受電は16例、うち13件の医師による夜間休日対応(看取り2例を含む)が必要でした。深夜0時から早朝6時まで対応は4件でした。3件は緊急性のない事務手続きでした。

コールセンターの看護師が集約した症状等の情報と、最新情報の電子カルテを見て訪問しますので、初対面であってもスムーズな診察が可能です。

時間帯のヒヤリハット事例や、日中の主治医が担当でないことの苦情はありませんでした。

考 察

今後訪問診療件数の増大が見込まれ、かつ診療所の数も多い都市部での24時間連携方法の実施方法と実績についてお示しました。

「チーム尊」では信頼できる仲間医師とお互いに非常勤医契約を結び、電子カルテを相互閲覧しコールセンターを利用した確実な情報伝達による24時間365日体制を大きなトラブルや無理なく6年以上続けています。外来診療から訪問診療までの完結した医療体制を個人の診療所で構築しました。

当番でない日はそれぞれのプライベートな時間を確保しています。

電子カルテの「リモートデスクトップシステム」や「まめネット」の連携カルテ機能を用いれば、新たなシステムを購入しなくても電子カルテの相互閲覧は可能です。私たちの方法であれば、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートル以内としなければならない問題も解決できます。

最後に

信頼できる仲間とチームを作り、コールセンターと電子カルテを用いれば、24時間365日の確実な訪問診療が実施可能です。

○医師会立病院を核とした多機能連携の課題と取組

「在宅医療と介護連携の前に」

島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会委員 松本祐二
(益田市：松本医院院長)

「『俺の言うことを聞け！病人の話だから、横からグチャグチャいうな』という顔で話してくる医師がいるので、話し合いにならんのですよね。医療介護の連携で話し合いを潰すのは頭の固いアホな医者のせいですね」と発言したら会場からパラパラと拍手が起こった。在宅医療の多職種連携の話し合いの会場での私の発言を受けての反応だった。その後「松本先生、あそこまでひどい表現をしなくても・・・」と他の医師から批判を受けたが、会議終了後に参加した医師以外の職種の方々から「先生、ありがとうございます、言いたくても自分たちからは発言できない内容です」と感想を漏らされたことは予想通りだった。

在宅医療とか訪問診療、ケアマネ、という言葉もなかった時代から、患家を往診しながら医師としてヘルパーさんに随分お世話になっていた時代は、阿吽の呼吸で話もスムーズに進んでいたような記憶がある。介護保険の話が具体化し始めたころから家庭での生活に関わる人間の数と職種が増え、新しい職種の方の職務内容が理解できなくなり「顔の見える関係づくり」という言葉が出てくるようになった。病気になったら入院して元気になったら退院するという単純な構造が、多くの不治の長患いのケアを家庭で実施するという時代に移行し始めたのだった。特別養護老人ホームホームしかなかった時代から様々な介護関連の施設ができ、一つ一つが自分には未消化なまま現在に至っている。高齢者を抱える家庭や高齢者を独居や高齢者だけの世帯に残している家族は、介護保険の制度やサービスを自分の都合の良いように解釈して現場を混乱させていた。

介護保険が導入されて既に20年以上が経過するが、制度の利用法も様々な資格者の仕事内容についても利用者や家族はもとより医療・介護の関係者でも十分に理解しているとは思えない。

いわゆる団塊の世代が後期高齢者に入る2025年までに制度の目鼻がつくようにと試行錯誤しながら走ってきたが、ここにきて目立つのは医療職や介護職の不足、数の不足と質の向上がままならない、笛吹けど踊らずではなくて踊り手がないのだ。予想はしていたがこの先の状況は読めない。医療も介護も機械化やデジタル化が進んではいるもののまだまだ人手を介するところが多いし、患者や利用者そして家族も直接人間が関わってほしいと希望してい

るように感じてしまう。スマートホンやタブレット端末でスタッフが情報交換するのは許せても、最後には肝心要の先生が来てくれないと納得しない。患者や家族、介護職や医療職からも「お忙しいそうですからご無理をされなくて良いですよ」と口にはするが、「いざという時には来てくれないのだよね」という表情が読めてしまう。

綱渡りのような貧弱な医療介護の連携体制を地域の状況に合わせて自助・共助・公助でと掛け声だけはかかるけど、患者や利用者、家族の意識改革と正しい理解がないと怒りや絶望になるのではないかと考える。

町の保健室活動や出前講座だけでなく、人生の後半をどのように過ごすのかの勉強から始めていかないと介護や医療が必要になってからではとても間に合わない。

「医師会立病院を核とした在宅療養支援」

島根県医師会在宅医療介護連携推進事業運営委員会委員 狩野稔久
(益田市：益田地域医療センター医師会病院院長)

「国民のニーズ（H24年社会保障審議会医療部会資料で国民の約60%以上が在宅療養を希望）」を根拠の一つとして国は在宅医療推進へ舵を切った。しかし益田圏域で現在、訪問診療を担っている開業医の高齢化、後継者不足を考えると、そもそも現状の「訪問診療」の維持すら難しい。ましてや住居が山間部に散在し訪問そのものが極めて移動に手間をとられる非効率な地域が多く、さらに将来にわたり人口減少が加速化するこの圏域で訪問診療のニーズが拡大するわけではなく、松江、出雲圏域で見られる「訪問診療専門クリニック」等の進出も起こるはずがない。

そのような状況下で在宅医療推進に向け地域医師会、医師会立病院はどのようなアプローチができるのであろうか。

在宅医療を望む高齢者は介護ニーズも医療同様に有していることが多いので、「在宅医療」に加え「在宅介護サービス」も同時に考えないと人々の暮らしは成り立たない。益田市医師会は医師会病院開設以来、そこを核として地域や行政と協力しながら高齢者ケアに関する事業展開を積極的に行ってきた。現在、病院事業部では一般病棟と共に在宅療養中の方の緊急入院を受け入れ在宅復帰支援を行なう地域包括ケア病棟を備え、在宅療養後方支援病院の届け出を行って会員医師との間で24時間、在宅療養中の患者の状態変化においてスムーズに受診、入院ができる体制を整えている（令和3年度は68名の患者登録と20名の利用実績）。また介護老人保健施設事業部では訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプ事業などの居宅介護サービスを実施し在宅療養を支えている。

これらの機能を最大限有効に活用し、在宅療養を続けている患者、利用者自身はもとより会員医師にとってより大きなメリットを生むためには、医師会が単にハード整備をし、漫然と運営を行っているだけでは不十分で、「病診連携」「医療と介護サービスの連携」を推進

し、さまざまな社会資源を有機的に結びつけ、速やかに適切なサービス提供ができるソフト面を整備することが肝要である。その連携の柱となるものは病院スタッフと会員医師の人と人との信頼関係であり、病院退院時や在宅療養中の状態変化によるニーズにマッチしたサービスが即応的に利用できる人間関係である。

そのために院内の地域医療介護連携統括部が中心となり、在宅医療に取り組む会員医師と病院医師、コメディカルとの忌憚のない意見交換、情報共有の機会を定期的に設け関係づくりに努めてきた。この過程で居宅系施設における看取りの実態調査や在宅医療に関わる地域資源の把握、在宅での看取り代診医制度の検討、ICT（Medical Care Station：多職種連携のためのコミュニケーションツール）活用推進、訪問看護師はじめ在宅医療、介護を支える人材のスキルアップ研修などの取り組みを実践している。

もちろん一地域医師会の力だけですべてのサービスが完結できるわけではない。そこで重要になるのは、既存の社会福祉法人や民間事業者、インフォーマルサービス、そして行政などとの協調関係を保ちながら、希望する人々が「住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続ける」ことができるような、在宅を中心とした地域包括ケアシステムを推進していく視点であると考える。

4. 参考資料

【厚生労働省関連情報】

- 第 150 回社会保障審議会医療保険部会（令和 4 年 1 月 27 日）資料より
～新経済・財政再生計画改革工程表（社会保障部分）から抜粋～
 - ・地域医療構想の実現ほか
 - ＊厚生労働省ホームページ 資料掲載アドレス
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_23573.html （部会全体資料）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000887984.pdf> （工程表資料）
- 第 2 回在宅医療及び医療・介護連携するワーキンググループ 厚生労働省
（令和 4 年（2022 年）年 3 月 9 日）資料より一部抜粋
～第 8 次医療計画策定に向けた在宅医療について（主な意見、論点）から抜粋～
 - ・在宅医療の現場では介護系サービスも行われており、高齢者向け住宅も含まれるため、これらを踏まえた議論が必要。
 - ・5 疾病 5 事業は県が中心、在宅医療は市区町村中心のため、都道府県及び都道府県医師会等が連携して市区町村を支援することが非常に重要。
 - ＊厚生労働省ホームページ 資料掲載アドレス
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24354.html
- 日本医師会「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」（2022 年 4 月 20 日）より
～かかりつけ医の務めより一部抜粋～
 - ・いつでも安心していただけるよう、かかりつけ医を中心に地域の医師がチーム一丸となって患者さんを支えます。外来へのアクセスが困難な患者さんのために、在宅医療やオンライン診療など、患者さんのそばに寄り添える方法を選択します。
 - ～地域社会におけるかかりつけ医機能より一部抜粋～
 - ・24 時間 365 日、安心して相談、受診していただけるよう地域の医師同士で連携する体制をとるとともに、在宅当番医や休日夜間急患センターの業務を分担します。
 - ＊日本医師会 資料掲載アドレス
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20220427_kakarip.pdf

【島根県関連情報】

- 令和 4 年度(2022)健康福祉行政の概要
https://www.pref.shimane.lg.jp/life/kenko/kenko/kenko_hukushi/
- 島根県保健医療計画（島根県医療政策課）
https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryo/shimaneno_iryu/hokenniryoukeikaku/
- 島根県介護保険事業支援計画（島根県高齢者福祉課）
https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/kourei/kourei_sien/kaigo_hoken/kaigokeikaku.html

【島根県医師会関連情報】

- 島根県在宅医療介護連携推進事業研究会資料
2022 年度 GOOD DESIGN GOLD AWARD（グッドデザイン金賞受賞）

「総合診療医育成プロジェクト[しまね総合診療センターNEURAL GP network]」

～連携を繰り返しながら常に成長していく Teal 型組織～

島根大学医学部附属病院総合診療医センター 白石吉彦センター長

<https://www.g-mark.org/award/describe/54564>



○島根県在宅医療介護連携推進事業にかかる研修会資料

- ・基調講演動画 (YouTube しまねっこ CH)

〔基調講演 1〕 <https://youtu.be/qxaQ6kTPvRI>

「社会保障制度と医療介護政策」(約 50 分) 厚生労働省保険局医療課長 眞鍋 馨 先生

〔基調講演 2〕 <https://youtu.be/hP9L9rcdx5g>

「在宅医療は成り立つか」(約 50 分) 産業医科大学医学部公衆衛生学教授 松田 晋哉 先生

- ・講演資料 (島根県医師会 HP)

<https://www.shimane.med.or.jp/limited/zaitaku>

○令和 3 年度 島根県医師会 在宅医療介護連携推進事業にかかるアンケート調査」資料
(島根県医師会 HP)

https://www.shimane.med.or.jp/to_people/news_public/zaitakukaigorenkei

(お問い合わせ先)

一般社団法人 島根県医師会

〒 690-8535

島根県松江市袖師町 1 番 31 号

TEL (0852) 21-3454

FAX (0852) 26-5509

事業担当：在宅医療介護連携推進専門員 渡邊利恵

TEL：080-8231-5663

E-mail：zaitaku@ns.shimane.med.or.jp