

勇美記念財団助成

「地域のかかりつけ医師による訪問診療を補完する在宅療養支援診療所とのネットワーク  
作りの研究的実践」最終報告書(平成 25 年 8 月 31 日現在)

報告者：大森医師会理事：鈴木央

助成により行ったこと

① 大森医師会在宅医療推進委員化の設置

平成 24 年 9 月理事会で承認され、在宅医療推進策を進める委員会を設置した。委員長は鈴木央となり、事務は大森医師会在宅医療連携調整窓口担当：中山みさが担当することになった(資料 1)。

本委員会を中心に、在宅医療ネットワーク構築事業、在宅医療研修を進めることとした。

② 大森医師会在宅医療ネットワーク

カナミックネットワーク社による在宅医療情報共有システムを導入した。これは厳密にセキュリティ管理されたインターネットクラウド上に、在宅ケア情報を多職種が共有するシステムである。本システムを導入することにより、医師間、あるいは様々な職種の間情報共有をすることが可能になる。また一人ひとりの患者にかかわる様々な職種が患者の情報を素早く共有することが可能になる。

まず、医師会内の理解を得るために、医師及び他職種に十分な説明を行った。平成 24 年 9 月の大森医師会理事会で、その方向性が承認されたため、医師向けの説明会を平成 24 年 9 月 12 日および 10 月 10 日の 2 回施行した。それぞれの参加者は以下の通りであった。

第 1 回(9/12) 診療所医師 10 名 病院医師 2 名 MSW1 名 計 13 名

第 2 回(10/10) 診療所医師参加は 14 名 病院医師 6 名 他職種 12 名 議員 1 名 計 33 名

説明会では在宅医療の必要性を説明し、その後カナミックネットワーク担当者がシステム内容について説明した。在宅医療の必要性については、今後の都市部の超高齢社会の中で入院医療体制が崩壊し、外来患者数が減少すること、救急医療体制が崩壊する可能性があること、外来診療のみを行う医療機関の経営が厳しくなること、などに力点を置いて説明した(資料 2)。

その後、他職種向けの説明会を改めて 2 回(11 月 5 日、11 月 28 日)施行した。どちらも 50 名程度の参加者があった。

<結果>

A) 現状におけるネットワーク参加者

現状(平成 25 年 8 月 31 日現在)では、17 名の医師を含めた 137 名の専門職が参加している。ネットワーク間でやり取りが増えるにしたがって、ネットワーク参加人数は月を追うごとに少しずつ増えてきている。さらに、症例を通じて、未参加の事業所や医師にも呼びかけることにより、その有用性も認識されるようになってきている。

現在は本事業寄付金でまかなわれているが、助成期間終了後は、医師一人 5000 円/

月の自己負担で運営される。この無料期間は平成 27 年 3 月まで確保されており、この間にさらに参加者を増やし、その間に本ネットワークを浸透させること重要と考える。

## B) 今後の方向性

本システムは、大田区他医師会が東京都より「在宅医等相互支援体制連携構築事業」助成を受けたことにより、大田区全域に本ネットワークを広げている。大田区全体の説明会を開催し理解を求めたところ、各医師会でも参加者が出ている。現在把握している範囲では、大田区全体で 54 名の医師が参加し、243 名の他職種がネットワークに参加している。

特に蒲田医師会においては、連携型機能強化在宅療養支援診療所の診療所、病院間の情報共有のツールとして使用されており、今後かなり重要なツールとなることが予測される。

## C) 本事業から見えてきた課題

一つは本ネットワークの利用度である。鈴木内科医院を中心としたネットワークでは有用性が他職種にも十分に認識され、活発な利用がなされているが、他在宅主治医の利用は活発とは言えない。イベントの告知などにも利用しつつ、お互いのコミュニケーションを図りたい。

第二に、ネットワークの即応性がやや欠ける点である。本ネットワークはセキュリティを重視しているため、カナミックネットワーク社による ID、パスワードの発行という作業が不可欠である。このため、ネットワークに参加してもらいたい新たなメンバーが生じた場合に、10 日程度のタイムラグが生じてしまう。この間に急な変化が生じたときは対応することができず、今後の課題と考える。

第三の問題は、個人情報保護の考え方である。ある病院は、診療情報提供書以外の形で病院内の情報を持ち出すのは違法であると明言し、ネットワーク参加を拒否した。介護業者のうち、いくつかはやはり個人情報保護法に抵触することを恐れ、参加を保留している。法を精神を考えると、患者と家族のきちんとした同意さえあれば、このような医療介護情報を共有することは問題ないと考えられるが、今後この個人情報保護の過大な解釈については、国に対応を求めたい部分である。

しかし、解決策の一つとして、本ネットワーク上に患者本人や家族に参加してもらうことが挙げられている。本人や家族が参加すれば、その情報は医療者のためのものではなく、本人や家族のものとなる。カナミックネットワーク社と協議の上、本人や家族が素早く招待できるシステムを取り入れた。数組のご家族が、ネットワークに参加しており、今後の展開が期待される。

## ③ 大森医師会在宅医療「入門」研修

医師間のネットワークを構築したとしても、それだけでは十分といえない。在宅医療という、従来の診療科の枠にはまらない広い範囲をカバーする必要がある。さらに、

医師間で連携体制を構築したとしても、それぞれの医師が行う医療方針がバラバラであれば患者の利益にならない。このため、かかりつけ医に対する研修が必要であると考へた。さらにこの研修は、在宅医療が多職種協働で初めて成立することを十分理解し、それぞれの職種の役割への理解を深め、その専門性にリスペクトできるような環境醸成も大きな目的として内包させる必要がある。このため、症例検討を主体としたグループワークを毎回盛り込み、かかりつけ医にそれぞれの職種の役割を強烈に意識付けし、最終回では、それぞれの職種からの医師が在宅において十分に役割を果たすことへの期待を語ってもらうこととした。

具体的には、東京大学高齢社会研究機構の全面協力のもと、東大柏プロジェクトで行われた研修内容(在宅医療導入研修)を千葉県柏市版から東京都大田区版に一部改編し、施行した。

平成 24 年 12 月 15 日(土)、および平成 24 年 12 月 22 日(土)、平成 25 年 2 月 23 日(土)に開催され、医師 10 名、他職種 47 名の参加があった。

<結果>

#### A) 参加者の反応

かかりつけ医の反応は、きわめて良好なものであった。特にグループワークに対する評価が高く、「これだけ他職種と話したことがなかった」「ケアマネの業務が初めて分かった」などの評価が聞かれた。

医師以外の職種についても、「初めて医師とこれだけ話して、少し敷居が低くなったような気がする」、「今まで薬の名前を言われてもちんぷんかんぷんだったが、どのような流れの中で薬を使用するのかが少し見えるようになった」などの意見が聞かれている。

#### B) 課題

最も大きな課題は、医師参加者が多忙ゆえに、土曜日午後に必ずしも最初から参加できないことがあることである。また本研修には在宅医療実地研修も義務づけられているが、多くの医師が時間を取ることができないと、研修が終了していないことも問題である。今後時間をかけて説得する予定である。

第二の問題は、他職種が 3 日間を通じて同じ人間が参加することが困難であるケースも少なくない。例えば、訪問看護師は土曜日午後も訪問するケースがあるため、同一人物がすべて出席することは難しいという意見もあった。

#### C) 波及効果

平成 25 年度は、大田区全域の研修として行うことが決定した。

日程は、平成 25 年 12 月 14 日(土)、平成 26 年 1 月 11 日(土)、平成 26 年 2 月 8 日(土)を予定している。

#### ④ 大森医師会在宅医会の発会と定期開催

本事業の最終的な目標は、地域でかかりつけ医を中心とした診診連携体制を構築し、

在宅医療連携調整窓口がその調整を行うことにあるが、この診診連携体制構築の前に大きな問題が存在していた。それは、大森医師会のかかりつけ医たち自身のコミュニティが意外に希薄であった点である。もちろん個人的に親しく付き合っている医師は存在しているが、個人的なものに留まり、コミュニティとしての機能は持っていないことが判明した。多くの会員は普段ほとんど顔を会わせないことが多い。もちろん医師会内各地区(6 地区に分けられている)での集まり(地区常会と呼ばれている)には参加する会員は多いが、地区を超えた付き合いはまだ希薄な状況である。

そこで、新たなコミュニティづくりから構築すべく、当初の計画書には記載のなかった「大森医師会在宅医会」を発会し、研修を受けた医師、在宅医療をすでに実践しており経験のある医師、在宅医療を始めようと興味を持っている医師、などに参加を呼び掛けた。この会の中で、飲食を共にしながら、医療のことやプライベートなことを語りあうことで、顔の見える関係を超えて、腹の見える関係性が形成されないと、ともに診診連携を行うネットワーク形成は困難と考えた。

第1回の在宅医会は13名の医師、および近隣中小病院の担当者を交えて、今後の医療問題について話し合った。基本的にそれぞれの医師と病院の認識は一致し、今後協力して地域医療を支えることについて一致した。本会の目標は、この在宅医会を通じて、医師会かかりつけ医と在宅療養支援診療所が協働体制をとることにある。必要であれば診診連携による機能強化型在宅療養を本会を母体に医師会主導で形成することも一つの方法であるが、今後の議論の対象である。また、病床数200床以下の急性期病院、さらには慢性期病院との横の連携を深める目的もあり、今後も定期的を開催していくことが重要と考えている。今後、在宅医会を通じて、診診連携体制を構築すること、可能であれば機能強化型在宅療養支援診療所(入院医療機関と診療所ができるだけ多く参加する体制)の構築、あるいは長崎のような主治医・副主治医関係をフレキシブルに構成することにある。この部分が本事業のうち最も慎重に、かつ時間をかけて進めるべき部分であると思われる。

本会では当初、連携型機能強化在宅療養支援診療所を目指したが時期尚早との声が多く、現在は不在時のみに連携対応を行うシステムと地域病院都のより濃密な連携を構築するシステム(浪速区医師会ブルーカードシステム)を導入しようと調整を行っている。

第1回は平成25年1月22日(火)に開催した。

第2回を平成25年3月12日(水)に開催した。

第3回を平成25年7月29日(月)に開催した。

<本事業の波及効果について>

大森医師会の活動は東京都の中でも注目されることが多く、豊島区医師会、足立区医師会などで講演を行った。足立区医師会、調布市医師会、町田市医師会もカナミックのシステムを取り上げている。

<課題>

最大の課題は、医師間の診診連携体制の構築にある。開業医はグループ診療の経験もなく、前述したようにコミュニティが希薄である。診診連携体制の構築は簡単なことではないと思われる。しかし、入院医療機関のバックアップ、7つ以上の診療所の連携体制という条件であれば、大型の機能強化型在宅療養支援診療所が構築できると考えられ、それぞれの開業医の負担も減るはずである。当面はこれを大森医師会内で構築する体制を目指していきたい。

さらに、大森医師会を超えて大田区全域、城南地区全域で同様の試み、すなわち ICT ネットワークによる多職種の情報共有体制、在宅医療に対する研修、顔の見える(腹の見える)医師間の関係性構築、が必要である。さらに行政の関与、可能であれば行政を巻き込んで構築することが必要であり、行政に対してのアプローチが必須である。

現在、大田区では、在宅医療連携推進協議会という協議会を設置し、平成 25 年 1 月 19 日には、全体会と称し、大田区内の医療介護福祉の連携イベントを行った。500 名収容の大ホールにおいて、区民公開講座「認知症のケア」、200 名収容の教室を 2 か所使用し、各職種の現状と課題を報告しあった。また、その中で訪問看護師は「訪問看護フェア」という看護師募集イベントも行っている。

さらに、大田区入院医療協議会(大田区入院施設の協議会)と共同で、意思決定カードの配布を計画中である。これは、延命治療を望まない方が、意識のない状態で病院に搬送されたときに備えて、あらかじめ自らの意思を表明しておくものである。このことをテーマに区民公開講座を行ったところ、200 名定員の会場に 217 名の区民が参加した。そのほとんどがこのような意思表示カードを支持し、利用したいと希望した。さらにこれらの区民にアンケートを行ったところ、自宅で最期を迎えたいと希望する区民が約 5 割、病院で最期を迎えたいと希望する区民が約 4 割、施設で最期を迎えたいと希望する区民が 1 割であった。

これらの活動が、この「地域のかかりつけ医師による訪問診療を補完する在宅療養支援診療所とのネットワークづくり」事業とリンクしながら、医療介護福祉による「地域」の形成、区民の啓蒙を行っていく必要がある。

まだ全員ではないが、一部のかかりつけ医師は本事業の意義について理解を示しつつあり、研修の反応も良好である。今後も同様の方針で、当地域の在宅医療の拡充、地域包括ケアの完成に向けて進んでいきたい。

大田区として面で在宅医療推進を考えると、大田区三医師会は同じ方向で動く必要があるが、田園調布医師会、蒲田医師会、大森医師会の大田区三医師会は必ずしも同じ方向

を向いているわけではない。前述のように、大田区三医師会で、IT ネットワークおよび在宅医療研修の導入を行うという、ある程度一定の方向性は担保しているものの、蒲田医師会は緊急時に病院に入院させるためのシステムづくりを進めているし、田園調布医師会については「時期尚早」「そんな先進的なことを本地域で行う必要はない」「行ったとしても参加者はゼロであろう」等のネガティブな声が聞こえる。これらをどう説得し、まとめていくのか、今後の大きな課題の一つである。

しかし、多職種との連携を深めるにつれ、必ず自覚することは、自分がいかにその職種に対しての理解が浅かった、現状認識が甘かったということである。コミュニケーションが足りていなかったのである。その結果、相互理解がなされていなかったのである。他団体と意見がぶつかろうが、まず相手の意見を聞き、こちら話を聞いていただき、実績を積み、相互理解を重ねることが、時間はかかるもののおそらくその最短の道なりであると考えられる。

<謝辞>

本研究は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団による助成の元に行われた。また、大森医師会をはじめとする大田区の在宅医療介護関連各種職能団体及びその会員の全面的な協力の元に行われた。心から感謝の意を表すものである。

以上