

<実践報告>

地域包括ケアとソーシャルワーク

～地域での生活を支える：在宅医療を支えるソーシャルワーク～

杉 戸 順 子

はじめに

医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の役割は、病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場で経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図ることである（注1）。

急速な少子高齢化を背景に、病院は長期療養の場所ではなくなり、地域での在宅医療が推進されている。主に病院等で支援してきた MSW には、在宅医療の場でも、その支援が求められている。報告者も 10 年間、一般病院の MSW として療養者に寄り添ってきた。その経験を経て、現在、「一般社団法人名古屋市医師会 中区在宅医療・介護連携支援センター（以下、中区支援センター）」で在宅医療の推進に携わっている。

今回、「ソーシャルワーカーデー in あいち 2016」に登壇し、在宅医療の場で働く MSW として報告することとなり、その支援の在り方を病院での経験も踏まえながら考察した。

1. 在宅医療が推進される社会的背景

(1) 社会の現状と地域包括ケアシステム

約 800 万人の団塊の世代が、2015 年に 65 歳以上となった。この世代が後期高齢者となる 2025 年は、高齢化のピークといわれている。国は、これ以降の医療と介護の需要増加、認知症高齢者の増加を見込んで、地域包

括ケアシステムの構築を目指してきた。

地域包括ケアシステムは、「人生の最後まで、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続けること」ができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するシステムである。認知症高齢者の地域での生活を支えるため、また、都市部と町村部で高齢化の地域差が生じていることから、市町村や都道府県が地域の特性に基づいて主体的に作り上げていく必要がある（注2）。

(2) 在宅医療・介護連携推進事業

地域包括ケアシステムのなかで、一体的なサービス提供を図るためには、医療と介護の連携推進が必須である。国は、平成23年度から在宅医療提供機関を連携拠点とする「在宅医療連携拠点事業（図1）」に取り組んだ。地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指したモデル事業である。

その成果を踏まえ、平成27年度からは、「在宅医療・介護連携推進事業（図2）」が、介護保険法における地域支援事業の包括的支援事業として行われることとなった。平成30年4月からは、すべての市区町村で取り組み、事業の一部は、郡市区医師会等に委託することができる。在宅医療・介護連携推進事業の事業項目は、以下の8つである（注3）。

「在宅医療・介護連携推進事業」の事業項目

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関・介護事業者等の情報収集、リスト・マップの作成、活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

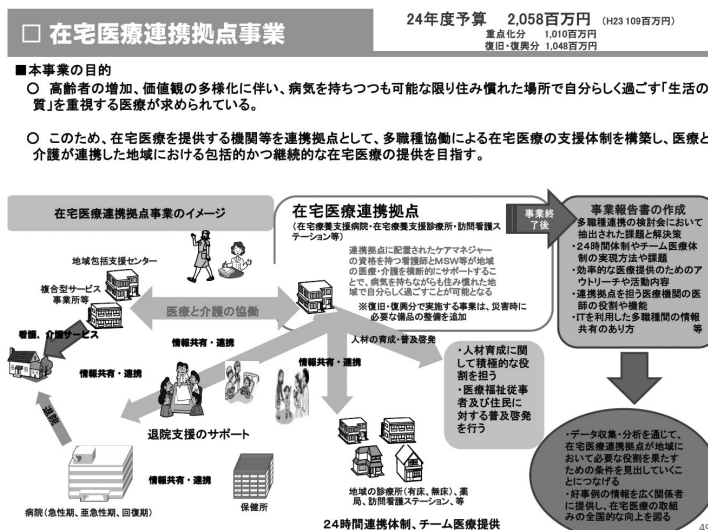
地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状把握と課題抽出、対応策の検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築

- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
情報共有ツールの整備、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の設置・運営
- (カ) 医療・介護関係者の研修
医療・介護関係者の連携を実現するための研修、医療関係者への介護・介護関係者への医療の研修等を行う
- (キ) 地域住民への普及啓発
在宅医療や介護サービスに関する講演会開催、パンフレットの作成・配布等より、地域住民の在宅医療・介護連携への理解を促進する
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携
同一の二次医療圏内や隣接する市区町村等の広域連携が必要な事業の検討

図1 在宅医療連携拠点事業



出典：厚生労働省ホームページ 在宅医療連携拠点事業（平成29年1月19日検索）
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_02.pdf

図 2 在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

○在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果、それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。

○介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等と連携しつつ取り組む。



○実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。

○各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。

○事業項目の一部を都市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。

○都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

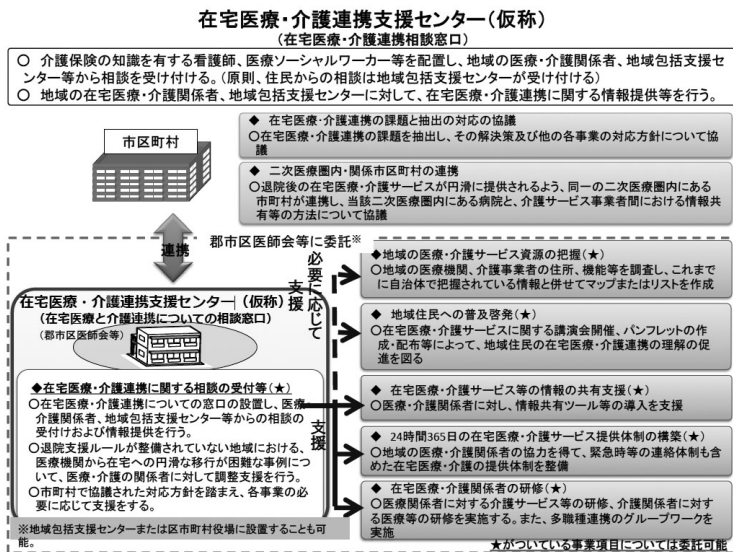
<p>(ア)地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療機関の分布、医療機能把握し、リスト・マップ化 ◆必要に応じて、連携に有効な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応可能な日時等）を調査 ◆結果を関係機関で共有 	<p>(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援 ◆在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用 	<p>(キ)地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催 ◆パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 ◆在宅での看取りについての講義会の開催等 
<p>(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療・介護関係者等が参加する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討 	<p>(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置、連携により、連携の取組を支援 	
<p>(ク)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進 	<p>(カ)医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得 ◆介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	<p>(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

出典：第2回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議（H26.10.09）資料1-1
 在宅医療と介護連携の推進について（図2 P15）
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000061019.pdf>

(3) 在宅医療・介護連携支援センター

国は、在宅医療・介護の連携についての相談窓口として、市区町村に「在宅医療・介護連携支援センター（仮称）」の設置を示し、介護保険の知識を有する看護師、MSW等の配置を求めた。その運営は、郡市区医師会等へ委託することができ、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの相談の受け付け、及び情報提供を行う。退院支援ルールが整備されていない地域においては、医療機関から在宅への円滑な移行が困難な事例について、医療・介護の関係者に対して調整支援も行う。市区町村で協議された対応方針を踏まえ、各事業の必要に応じて支援をする（図3）。

図3 在宅医療・介護連携支援センター（仮称）



出典：第2回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議（H26.10.09）資料1-1
在宅医療と介護連携の推進について（図3 P16）
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000061019.pdf>

2. 名古屋市医師会が目指す、在宅医療・介護支援システム

(1) 在宅医療・介護支援システムの概要

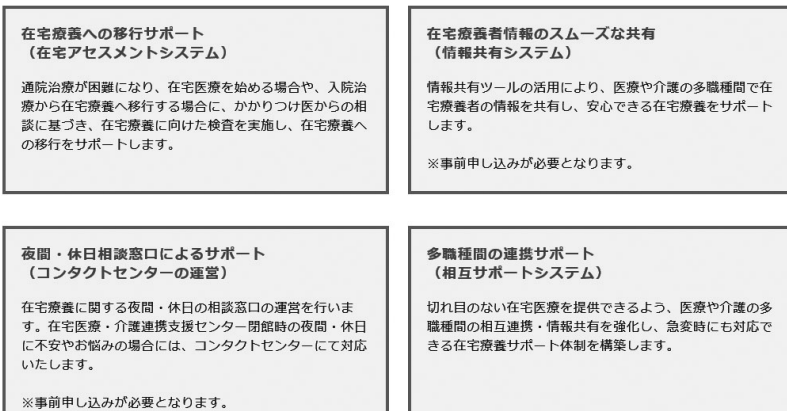
一般社団法人 名古屋市医師会では、平成27年度より、名古屋市から委託を受け「名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システム（以下、支援システム）」の運営に取り組むため、在宅医療・介護連携室を立ち上げた。支援システムは、新規在宅医の参入促進と在宅医・多職種の負担を軽減するため、在宅療養の安心、安全、各地域の特性を踏まえた均てん化を目指している。これを支えるシステムとして、以下の4つのシステムが用意された（図4）。

在宅医療・介護支援システムを支える4つのシステム

- ① 在宅アセスメントシステム（在宅療養への移行サポート）
- ② 情報共有システム（在宅療養者情報のスムーズな共有）
- ③ コンタクトセンター（夜間、休日相談窓口によるサポート）
- ④ 相互サポートシステム（多職種間の連携サポート）

ここで、「はち丸ネットワーク」という名称で運用されている②の情報共有システムについて、少し説明を加えたい。はち丸ネットワークは、名古屋市において在宅医療・介護を必要とする療養者の関係多職種が、安全に情報を共有するシステムである。データは、認証や暗号化で管理されるネットワーク（Virtual Private Network）を通して、高いセキュリティの元でやり取りされる。関係多職種は、はち丸ネットワークを利用して、パソコンやタブレット、スマートフォン等の端末機器から、リアルタイムに必要な情報にアクセスできる。

図4 在宅医療・介護支援システムを支える4つのシステム



(2) 名古屋市医師会 在宅医療・介護連携支援センター

一般社団法人名古屋市医師会では、平成 27 年 10 月に市内 8 区、平成 28 年 4 月には市内全 16 区に支援センターを開所した（図 5）。

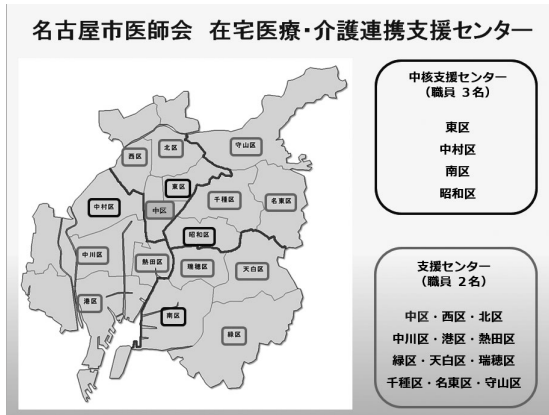
支援センターでは、在宅療養に関する不安や悩みへの相談窓口の運営をはじめ、医療資源情報の提供、在宅医療・介護に関する各種講演会の開催等、在宅療養環境のサポートを行う。また、16 区の支援センターのうち 4 区は、二次医療圏ごとの中核的な支援センターとして、区を超えての連携構築等の事業を行う。

図 5 名古屋市医師会 在宅医療・介護連携支援センター イメージ図



出典：（一社）名古屋市医師会 在宅医療・介護連携支援センターホームページ センター概要
<http://zaitakukaigo.nagoya/about>

図6 名古屋市医師会 在宅医療・介護連携支援センター 配置図



出典：報告者作成

3. 在宅医療・介護連携支援センターにおける医療ソーシャルワーク

(1) 名古屋市医師会 中區在宅医療・介護連携支援センター

報告者が勤務する中區支援センターは、平成28年4月1日に名古屋市
の中心部に位置する中區に開所した。9.38km²の小さな区内に、官公庁街、
オフィス街、繁華街、住宅街があり、84,947人(平成28年12月1日現在)
が暮らしている。都市部のため、名古屋市の中でも高齢化率は低い(表
1)、中高層のビルやマンションが多く、独居者・中高層住宅居住者の孤立化が
課題となっている。そのような地域の特性も踏まえた連携推進を考えたい。

中區支援センターの平成28年度の事業(予定含む)は、以下の7事業
である。本稿では、ソーシャルワーカーで紹介した①の第1回多職種
連携研修会に加え、②の第1回在宅医療参画研修会を紹介したい。

平成28年度名古屋市医師会 中區在宅医療・介護連携支援センター事業

- ① 平成28年度 第1回多職種連携研修会(平成28年5月12日、13日
実施)
- ② 平成28年度 第1回在宅医療参画研修会(平成28年9月10日実施)

- ③ 在宅医療連携部会 第1回準備会議（平成28年10月21日実施）
- ④ 平成28年度 第2回多職種連携研修会（平成28年11月12日実施）
- ⑤ 在宅医療連携部会 第2回準備会議（平成28年12月12日実施）
- ⑥ 平成28年度在宅医療と介護 中区民のつどい *予定
- ⑦ 中区地域包括ケア推進会議 第1回在宅医療連携部会 *予定

① 平成28年度 第1回中区多職種連携研修会

開所間もない5月に介護事業者を対象とした研修会は、中区支援センターを知ってもらうことを目的に開催した。研修会では、中区支援センターの見学とはち丸ネットワークの研修を行った。介護保険事業者から「中区支援センターを一度見てみたい、はち丸ネットワークについて知りたい」との声を聴いての企画であった。平成27年度に8区で開所していた支援センターでの研修等に参加した多職種からは、新しい事業であるはち丸ネットワークへの問い合わせも多かったため、実際に操作してもらえる研修会にした。研修会では、テスト療養者の情報共有ページを使い、具体的な事例を想定しながら説明。参加者には、実際に入力等も行ってもらった。説明は、操作方法や機能のみでなく、看護師からは、画像情報の有用性等、MSWからは、療養者の生活情報を通して、その想いや考え方も共有できること、療養者の尊厳や介護従事者における代弁機能についても伝えた。研修会でのやり取りはもとより、研修会を行うまでの企画段階で多職種の意見や需要を聴くことも多職種との連携構築を深めた。研修会の企画や運営で得る気づきは、その後の事業、相談へ役立つと同時に、拠点機能とMSW自身の職能も向上できるものである。

② 平成28年度 第1回在宅医療参画研修会

9月には、平成28年度 第1回在宅医療参画研修会を行った。これは、医療機関に在宅医療の導入を促進するための研修で医師を対象とする事業である。中区支援センターでは、名古屋市中区医師会が、前年度に取り組んでいた、介護保険事業者や行政も招いての在宅医療参画セミナーを引き

継ぎ、医療・介護・行政の多職種で行った。研修会では、在宅医療をしている診療所の医師から、はち丸ネットワークを利用している症例についての報告、中区支援センターからは、システムの普及の現況やセンターで対応した相談事例についての報告を行った。医療機関へ在宅医療の導入を進めると同時に、中区の在宅医療の現状を歯科医師、薬剤師、看護師といったコメディカルや介護関係者、行政職員にも知ってもらう研修となった。

都市部である中区には、外来診療のみを行うビル内の診療所も多く、他の市区町村から通勤している医師も少なくない。孤立化が課題である中区での在宅医療には、療養者と医療を繋ぐ多職種の連携は、特に重要である。こうした地域の実状、特性、潜在的な需要を共有できる研修会の企画は、地域福祉を基盤としたソーシャルワーク実践の一つである。

今後、市民への在宅医療・介護についての啓発を目的とした⑥の講演会も予定している。

医師と音楽療法士による音楽療法の講演と実演を行い、在宅療養の一端に触れていただく。MSW は、医療機関での受診受療援助、入退院に関わった経験を活かし、市民と医療を繋ぐ架け橋とならなければならない。

表1 年齢(3区分)、区別人口及び年齢別割合(平成27年国勢調査より)

	平成27年					
	15歳未満		15~64歳		65歳以上	
	人口	割合	人口	割合	人口	割合
名古屋市	282,497	12.5	1,429,795	63.3	545,210	24.2
1 名東区	23,865	14.8	104,300	64.5	33,483	20.7
2 中区	5,726	7.2	56,900	71.6	16,877	21.2
3 天白区	20,921	13.1	104,381	65.4	34,345	21.5
	(中略)					
14 中村区	12,897	9.8	82,689	62.8	36,114	27.4
15 北区	18,473	11.4	99,012	61.0	44,928	27.7
16 南区	14,991	11.0	82,244	60.4	39,018	28.6
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)

(注)割合は年齢不詳を除いて算出。

出典：名古屋市ホームページ 平成27年国勢調査 名古屋市の人口と世帯数(確定値)
<http://www.city.nagoya.jp/somu/page/0000086751.html>

（2）名古屋市医師会 中区在宅医療・介護連携支援センターにおける相談事例

本稿では、開所2か月を過ぎたばかりのソーシャルワーカーでは報告できなかった、中区支援センターでの相談事例についても触れておきたい。

中区支援センターには、区内や隣接区の医療機関や介護事業者、高齢者やその家族からの相談が寄せられる。本稿では、医療機関からの①退院時の在宅医療導入相談、②通院からの在宅医療移行相談を個人情報保護のため一部改変して紹介する。

① 退院時の在宅医療導入相談の事例

自立して生活していた高齢者が、転倒による骨折を機にベッド上での生活となり、回復期リハビリテーション病院の退院時に訪問診療が必要となった事例である。病院からは、「在宅療養は、困難。」と施設入所を勧められたが、療養者と家族の強い希望での在宅療養の選択であった。

中区支援センターから、療養者の居宅近くの在宅医へ相談。診療情報提供書、看護サマリーの情報で、褥瘡や嚥下困難等、退院カンファレンスでは、同居する家族の介護力、判断能力の不安もわかった。在宅医からは、緊急時やレスパイトも含めてのグループ構築の依頼があった。すぐに支援システムに登録している後方支援病院と連携し、はち丸ネットワークも利用してのグループ構築を支援した。在宅医療導入当初は、不安から家族が中区支援センターに電話をかけてくることもあった。そんな家族も、現在は、ゆったりとした気持で介護に取り組んでいると、在宅医から報告をいただいた。

② 通院からの在宅医療移行相談

月1回の専門科受診のみしていた重度の要介護高齢者に褥瘡が発生。在宅での処置が必要となり、訪問診療をしていない医師から、在宅医を紹介してほしいとの依頼があった。

地域包括支援センターへの連携、役所の介護保険課の協力で、介護認定

は出ているものの本人の拒否が強く介護サービスを受けていないとわかった。家族は、本人が受け入れるはずがないと入院を希望していたが、入院治療の必要性はない。介護支援専門員の訪問を経て、初めて訪問看護の導入となった。後日、介護支援専門員から本人が医療の処置ならとサービスを受け入れてくれたことの安堵と、今後の介護サービスに繋がればとの期待について連絡があった。在宅医には繋げなかったが、訪問看護を受けることで在宅での療養が続けていけることとなった事例である。この事例では、中区支援センターが直接動くことはなかったが、医師からの相談窓口があったことが、療養者と医療・介護が繋がるきっかけとなった。

在宅医療の導入や移行の相談を紹介したが、窓口には介護の相談や制度への質問、入退院の相談も多い。中区支援センターが直接支援しない相談も、在宅医療・介護の連携構築という枠組みの中では、地域の特性、需要を把握でき、活かしていける。住民の声に耳を傾け、寄り添うことは、MSWとして、療養者とその家族、地域住民の視点に立ち続ける原点でもある。

4. 在宅医療を支える医療ソーシャルワーカー

報告者は、病院のMSWから在宅医療のMSWとなったが、病院の外來受診や入院加療の際に支援してきたのと同様に、在宅であってもその権利を擁護する。

病院の相談室で案内してきたように、在宅療養者、地域住民へ社会福祉制度を案内する。診療所へ通院する方の社会資源への橋渡しをする。1ケースであっても、ツールの普及やネットワークの構築であっても、多職種との連携の際に療養者と家族の想いが共有できるよう支援する。地域の社会資源を把握し、その提供の際は、利用できるのか、環境、療養者、家族の力をアセスメントする。行政への働きかけも、立場が変わっても、あらゆる機会で行っていくことに変わりはない。在宅医療・介護連携支援センター事業においては、在宅医療の主体が療養者本人であることを共有できるものとし、地域での在宅医療・介護連携の普及・啓発の際には、療養者と

その家族、地域住民へそれを明確にしていく役割を担っている。

MSW は、病院等の保健医療機関にあっても、在宅医療の場にあっても、療養者とその家族の望む生活を支えなければならない。療養者がどこでどのように療養するかを選択を支援し、個人の意思が尊重され、権利が守られるよう支援をしなければならない。

(注)

注1 医療ソーシャルワーカー業務指針（厚生労働省保健局長通知 平成14年11月29日）

注2 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革 医療と介護の連携に関する報告書等

【在宅医療・介護連携推進事業 プラン作成強化セミナー】行政説明資料（平成29年1月19日検索）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000142946.pdf>

注3 厚生労働省ホームページ 医療と介護の一体的な改革 医療と介護の連携に関する報告書等

【在宅医療・介護連携推進事業 プラン作成強化セミナー】行政説明資料（平成29年1月19日検索）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000142946.pdf>

