

# Multimorbidity(多疾患併存)患者における地域連携を前提 とした多職種協働型ケアの課題とその解決方法の検討

坂倉 充彬

キーワード：Multimorbidity 地域連携 多職種協働型ケア 看護必要度

## 1. はじめに

総務省統計局が報告している2023年(令和5年)6月報の人口推計では、日本における65歳以上の高齢者人口は2023年1月現在で3617万3千人となり、高齢化率は29.0%を確定値として示している。さらに国立社会保障・人口問題研究所は、日本の将来推計人口(令和5年推計)として、2040年における高齢化率が34.8%となる推計を示しており<sup>1</sup>、今後さらに日本の高齢化率は上昇していくことが考えられる。

社会保障制度改革国民会議報告書(2013)によると、日本は青壮年期の患者を対象として救命・延命・社会復帰を前提とする「病院完結型」から、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者を対象として、患者の住み慣れた地域で病気と共存しながらQOL(Quality of Life)の維持・向上を目指すために地域全体で治し支える「地域完結型」の医療へ変わらざるを得ないとされている<sup>2</sup>。

また、厚生労働省は、2025年(令和7年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、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、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進していくことを明記している(厚生労働省ホームページ 地域包括ケアシステム 1. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて<sup>3</sup>)。

さらに、厚生労働省保険局医療介護連携政策課が2023年3月17日に一部改正し告

<sup>1</sup> 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口(令和5年推計)結果の概要、19頁

<sup>2</sup> 社会保障制度改革国民会議報告書(2013)、21頁

<sup>3</sup> 厚生労働省ホームページ 地域包括ケアシステム 1. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

示した「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」においては、入院医療の中で急性期から回復期、慢性期に至る診療体制を構築するだけでは、「治し、支える」医療や、これと連携した介護を地域で完結して受けられる体制を構築できず、外来医療や在宅医療、介護保険施設における医療を含め、限りある医療資源が連携して最適化・効率化され、これが住民に分かりやすく共有されることで、患者もこれに応じて適切に医療にかかることができるとされている<sup>4</sup>。

社会保障制度改革国民会議報告書（2013）には「複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者」に関して記述されているが、Barnett（2012）は、2つ以上の慢性的疾患を有する状態を「Multimorbidity（多疾患併存）」と定義し、スコットランドにおける Multimorbidity の有病率が年齢とともに大幅に増加したことを報告している。

一方、高橋（2019）は、日本においても高齢化が進展することによって、複数の慢性疾患をもつ Multimorbidity 患者が増加すると考えられるという見解を示しているが、2020年患者調査の概況には全入院患者の74.7%、また全外来患者の50.7%が65歳以上の高齢者であると算出される（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室 令和2年（2020）患者調査資料）。以上のことは、今後、医療機関で対応する患者の多くが Multimorbidity 患者となることを予想させる。

加えて、Wolff（2002）は、Multimorbidity 患者は慢性疾患の数が増えるとともに予定外入院と予防可能な合併症のリスクを増加するという結果を報告している。つまり、良いプライマリ・ケア、特にケアの調整は Multimorbidity 患者にとって回避可能な入院率を低減させる可能性があることを示唆している。

また、イギリスでは Multimorbidity に対する実践的かつ具体的なガイドラインとして NICE（National Institute for Health and Care Excellence）ガイドライン（2016）を策定しており、治療における意思決定支援プロセスとして個別の患者ケアを見直していくとしており、その際に医師、看護師、薬剤師、介護スタッフ等の多職種での連携・支援を実施することの重要性が強調されている。

筒井（2023）は、このような Multimorbidity 患者の増加に対して、看護必要度<sup>5</sup>を多職種連携のプラットフォームと捉えた情報連携を提案しているが、実際に Multimorbidity 患者に対する多職種協働型ケアを構築し、実践し、その効果が示されている報告はほとんどない。

---

<sup>4</sup> 厚生労働省 保険局医療介護連携政策課 「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」（2023年3月17日一部改正告示）、10頁

<sup>5</sup> 看護の質と量を図る共通ツールとして開発されたもので、看護の必要度を点数化し科学的根拠に基づいた評価を行うために測定基準化を図った、日本で初めての看護可視化測定ツール

## 2. 目的

本研究の目的は、急速な高齢化が進展し、Multimorbidity 患者が増加することが考えられる日本において、Multimorbidity 患者に対応するために地域連携を前提とした多職種協働型ケアにおける課題を抽出し、それぞれの課題に対する解決方法として、病院起点または在宅起点で提示することである。

## 3. 方法

本研究は、特定の Multimorbidity 事例を挙げて、入退院支援または在宅支援を行う上で関わる多職種へ協力を依頼し、本事例に対して、地域連携による支援を実施する際の専門性と勤務場所による強みと弱みについて、SWOT 分析を行った。

なお、職能別 SWOT 分析への協力にあたっては、調査研究に対する研究目的や方法、結果の処理に対して説明を行い、同意を得た上で実施した。なお、兵庫県立大学大学院社会科学研究科の倫理審査を受審し、承認を得た（承認番号 2023-0013）。

## 4. 結果

### 4-1. SWOT 分析の対象とした事例

以下の任意の Multimorbidity 事例に対して、多職種が入退院支援または在宅支援として関わる中で、それぞれの専門性と活動の場による「強み」と「弱み」を SWOT 分析で明らかにした。

#### 【事例】

- 夫と 2 人暮らしの 72 歳女性
- 既往歴：高血圧、2 型糖尿病、脳卒中、慢性心不全、変形性膝関節症
- 今回、慢性心不全の急性増悪により入院
- 退院後は介護保険サービスを利用して自宅での生活を望んでいる
- 入院前より運動制限や認知症の初期症状があり、日常生活でのサポートが必要
- 以前から、高血圧と 2 型糖尿病、変形性膝関節症に対する定期的な検診と薬物治療を実施
- 脳卒中の既往歴があり、言語障害と摂食障害、軽度の運動障害が残存
- 最近では、疲れやすさや運動能力の低下が顕著であった

## 4-2. 医療機関及び地域の介護事業の職務執行に関する専門職種別の分析

表1は、本事例を通して、主に医療機関を基本に職務執行する専門職種、表2では、地域の介護事業所を基本に職務執行する専門職種の「強み」と「弱み」に関して、SWOT分析を用いて、明らかにした。

表1：医療機関を基本に職務執行する専門職種における職能別 SWOT 分析

職種	強み -Strength-	弱み -Weakness-	機会 -Opportunity-	脅威 -Threat-
病院の医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門分野を活かした診療が可能</li> <li>過去の情報を基に予後予測が可能</li> <li>複雑な医療処置と患者指導が可能</li> <li>慢性疾患の総合的な管理と治療プランの提案が可能</li> <li>訪問診療の提案が可能</li> <li>循環器内科医として心不全再発のリスクを減らし、運動処方貢獻</li> <li>リハビリや服薬の処方が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門分野以外の診療に関する知識が限定的</li> <li>家庭環境や介護資源に関する支援情報が限定的</li> <li>地域の介護保険や支援サービスに関する情報不足</li> <li>地域のインフォーマルサービスに関する情報不足</li> <li>IADL改善に向けた取り組みに積極的に関与できない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援病院としての機能</li> <li>遠隔診療の開発</li> <li>オンライン診療の実装</li> <li>認知症初期集中支援チームとしての関わり</li> <li>オンライン資格確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の偏在</li> <li>病院業務優先の風土</li> <li>遠隔診療の法的制約</li> <li>多職種との情報共有ツールの未整備</li> <li>在宅療養支援診療所数は近年概ね横ばい</li> </ul>
歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔内の病気や機能の診察と治療が可能</li> <li>訪問診療が可能</li> <li>摂食嚥下機能や食形態、栄養の評価や訓練、指導が可能</li> <li>生活習慣病、認知機能低下など全身状態の発見や予防につながる口腔管理が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全身疾患や介護に関する知識や経験に個人差がある</li> <li>診療所の治療が主であり、訪問では設備や機械に制限があるため治療が困難な場合がある</li> <li>多職種連携が不足すると患者全体のケアの中で適切な役割を果たすことができない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科保険診療</li> <li>介護保険や在宅療養管理指導（歯科）の制度</li> <li>訪問歯科診療報酬が高くなり歯科専門職へのインセンティブが発生</li> <li>訪問診療を行っている歯科診療所の増加</li> <li>訪問歯科診療の研究や技術、機器が増加傾向</li> <li>地域連携や多職種連携が進み、歯科も加わりやすい風土</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己負担が発生し患者の経済状況によっては金銭的負担があり選択肢に制限</li> <li>歯科専門職の卒前・卒後教育における全身疾患や介護分野の学習不足</li> </ul>
歯科衛生士	<ul style="list-style-type: none"> <li>口腔内の病気や機能の診察と治療が可能</li> <li>歯科医師と連携して訪問診療が可能</li> <li>摂食嚥下機能や食形態、栄養の評価や訓練</li> <li>生活習慣病、認知機能低下など全身状態の発見や予防につながる口腔管理が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科以外の診療に関する知識・技術が不十分</li> <li>歯科医以外の多職種との連携が少ない</li> <li>多くの慢性疾患を抱えている患者の医療的な複雑さに対応するためのケア調整が困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科保険診療</li> <li>介護保険や在宅療養管理指導（歯科）の制度</li> <li>訪問歯科診療報酬が高くなり歯科専門職へのインセンティブが発生</li> <li>歯科衛生士数の増加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科専門職の人材（特に歯科衛生士）や設備確保が歯科医院の負担になる</li> <li>歯科医からの指示が必要</li> <li>情報共有ツールの不整備</li> </ul>
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な栄養アセスメントと個別食事指導、栄養改善提案が可能</li> <li>食生活や食習慣に影響を与える要因を分析</li> <li>患者の健康増進や病気予防に貢献可能</li> <li>摂食障害や誤嚥のリスクを低減可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事摂取量や行動変容に対して影響力が限定的</li> <li>患者のケアに関わる他の専門職やサービスとしての連携先が限定的</li> <li>病院や施設などで働くことが多く、地域での医療や介護に関する知識や経験が不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅患者訪問栄養食事指導料の算定可能</li> <li>栄養ケアステーションの設立</li> <li>在宅療養管理指導の評価</li> <li>施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実</li> <li>通所系サービス等における栄養ケア・マネジメントの充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>栄養ケアステーションの数が少ない</li> <li>食事や栄養関連の需要の高まりに対して、管理栄養士が足りない現場もある</li> </ul>
病院の薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> <li>複雑な薬剤治療管理が可能</li> <li>最新の薬剤へのアクセスが可能</li> <li>例：治療薬、特例承認薬など・検査データを確認可能</li> <li>入院中にポリファーマシー対応しやすい</li> <li>退院時の状態に合わせて剤形変更（包化など）の調整提案ができる</li> <li>常に多職種協働で業務しているのので、地域連携などの他部署とのネットワークが可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院に関わっているときしか対象者を支援できない</li> <li>処方の変更権限が狭いこと</li> <li>一独立した支援が難しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医連携調整加算</li> <li>在宅業務を実施している薬局が増加傾向</li> <li>在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数は増加傾向</li> <li>在宅療養管理指導費算定薬局数は増加傾向</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤に関連するイベントの発生リスク</li> <li>例：睡眠剤等服用中の転倒、抗血小板薬服用中の出血性疾患、糖尿病薬使用中の低血糖等</li> </ul>
病院の看護士	<ul style="list-style-type: none"> <li>高血圧、糖尿病、心不全などの療養指導が可能</li> <li>認知症ケアに対する見識</li> <li>看護必要度の日常利用</li> <li>日頃から看護必要度を使用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会資源に関する知識不足</li> <li>患者の具体的なADL（IADL）の評価不足</li> <li>在宅療養視点の不足（病院目線で考えがち）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定行為看護士</li> <li>退院後訪問指導料の算定</li> <li>在宅ケア認定看護士</li> <li>各種認定看護士（在宅ケア、摂食嚥下障害、心不全、認知症、糖尿病）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制度上、訪問看護するにも回数制限があるのでこまめにはみられない</li> <li>他サービスとの情報連携も未熟</li> <li>サービスとサービスの合間をうめるインフォーマルな資源が高齢のみ世帯・老々介護となりうる</li> </ul>
病院の介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の生活状態把握が定期的に可能</li> <li>日頃の生活の介助量を把握可能</li> <li>対象者のIADLに対しても対応可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療的知識の制限</li> <li>専門の評価が困難</li> <li>介助量が多いと身体的負担が増大</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会福祉士及び介護福祉士法における連携として、福祉サービス関係者等との連携を保つ義務</li> <li>介護プロフェッショナルキャリア段位制度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療行為の制限</li> <li>介護業務の制限</li> <li>PCリテラシーの低い介護士が多い</li> </ul>
病院の理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体機能評価とリハビリ提案が可能</li> <li>糖尿病に対する運動指導が可能</li> <li>変形性膝関節症に対する装具（サポーターやインソール）の提案が可能</li> <li>運動指導（悪化予防）ができる</li> <li>生活環境の整備指導が可能</li> <li>歩行補助具等の提案が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬に関する情報不足</li> <li>言語・摂食障害の知識が乏しい</li> <li>認知機能へのアプローチに関してやや知識不足</li> <li>栄養に関する情報不足</li> <li>実際に対応する時間が限定的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時リハビリテーション指導料の算定</li> <li>介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）としての取組み</li> <li>各種認定/専門理学療法士（運動器、内部障害、生活環境支援）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の処方がない活動不可</li> <li>情報共有ツールの未整備</li> </ul>
病院の作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な住環境整備の指導可能</li> <li>福祉用具の使用法の指導可能</li> <li>認知機能低下予防としてのアプローチ</li> <li>認知症患者の行動など家族へ関わり方を指導することが可能</li> <li>対象者の生活を個人因子や環境因子を含めた包括的な視点での自立支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>膝の痛みなどの機能障害に対するアプローチに関しては、やや知識不足</li> <li>服薬に関する知識不足</li> <li>実際に対応する時間が限定的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時リハビリテーション指導料の算定</li> <li>介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）としての取組み</li> <li>各種専門作業療法士（福祉用具、認知症、脳血管障害）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の処方がない活動不可</li> <li>情報共有ツールの未整備</li> </ul>
病院の言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> <li>言語障害に対する専門的な評価</li> <li>コミュニケーションツールの選定や訓練、補助具の使用法の指導が可能</li> <li>摂食・嚥下に関する専門的な評価</li> <li>コミュニケーションや記憶のサポート方法を提供可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬に関する情報不足</li> <li>実際に対応する時間が限定的</li> <li>在宅では、言語聴覚士が必要とする特定の設備（嚥下造影検査）が不可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時リハビリテーション指導料の算定</li> <li>介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）としての取組み</li> <li>各種認定言語聴覚士（摂食嚥下障害、失語・高次脳機能障害）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>他のリハビリ専門職と比較して、言語聴覚士の数が少ない</li> <li>医師の処方がない活動不可</li> <li>情報共有ツールの未整備</li> </ul>

表 2：地域の介護事業所を基本に職務執行する専門職種における職能別 SWOT 分析

職種	強み -Strength-	弱み -Weakness-	機会 -Opportunity-	脅威 -Threat-
訪問診療医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅での診療とモニタリングが可能</li> <li>家庭環境や症状の変化を直接観察し、適切な診療と提案が可能</li> <li>在宅診療による患者に負担をかけない診療が可能</li> <li>在宅診療時に患者の生活環境や社会的な状況に配慮した医療を提供可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問時の医療機器や検査の制約あり</li> <li>状態変化や疾患進行の予測が難しい</li> <li>救急車や救急医療センターとの連携が遅延することあり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医制度</li> <li>オンライン診療</li> <li>訪問診療や在宅医療に関する診療報酬上の成果評価</li> <li>看取りへの対応ガイドラインの取組推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療を行う医師の偏在</li> <li>訪問診療に携わる医師数が少ない</li> <li>過疎地の増加</li> <li>情報共有ツールやプラットフォームの未整備</li> </ul>
訪問/通所看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険サービス従事者の中でも医療的な看護知識がある</li> <li>定期的な利用者の生活状況のモニタリング</li> <li>利用者家族と連携したケアプランを調整可能</li> <li>在宅環境に適した看護ケアの実践</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院よりも医療的設備が限定的</li> <li>直接対象者に対応している時間はやや限定的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加傾向</li> <li>定期的な健康管理を業務とする</li> <li>機能訓練指導員としての役割</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険下の看護において、看護必要度の評価義務はない</li> <li>医療機関と情報共有するツールがない</li> <li>看護師が少数という事業所が多い</li> </ul>
訪問/通所介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅介護と活動支援が可能</li> <li>対象者の生活状態把握が定期的可能</li> <li>日頃の生活の介助量を把握可能</li> <li>対象者のIADLに対しても対応可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療的知識の制限</li> <li>専門的評価が困難</li> <li>医療機関との情報共有の限界</li> <li>介助量が多いと身体的負担増大</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進</li> <li>サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実</li> <li>訪問入浴の充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療行為の制限</li> <li>介護業務の制限</li> <li>PCリテラシーの低い介護士が多い</li> </ul>
薬局薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域でのアクセスが容易</li> <li>薬物治療の参画</li> <li>残業調整や重複投与の防止</li> <li>服薬一元管理を実践可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>複数疾患の疾患情報の不足</li> <li>医療機関や介護施設との連携が限定的</li> <li>リハビリテーションの知識不足</li> <li>医療行為が不可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>オンライン資格確認の導入</li> <li>オンライン服薬指導</li> <li>国策「患者のための薬局ビジョン」の明確化により、門前から地域医療にシフトするため在宅医療に専念</li> <li>中学校区で地域医療に参画</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤師偏在→特に地方により在宅医療に人員を割くことが難しい調剤 薬局が存在する</li> <li>知識不足の薬剤師が一定数存在するため地域医療の戦力にならない可能性</li> <li>居宅訪問を嫌がる薬剤師が一定数存在</li> </ul>
訪問/通所理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体機能評価とリハビリ提案が可能</li> <li>自宅環境に合わせた環境整備が可能</li> <li>歩行補助具等の提案が可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>言語・摂食障害や認知機能に関する知識が乏しい</li> <li>栄養に関する情報不足</li> <li>実際に対応する時間が限定的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険下での通所リハビリや訪問リハビリによる各種加算の算定</li> <li>介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）</li> <li>日本理学療法士協会認定の地域ケア会議推進リーダー、介護予防推進リーダー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の処方がないと活動不可</li> <li>要介護度によっては介入頻度が少なくなる</li> <li>情報共有ツールの未整備</li> </ul>
訪問/通所作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉用具の使用方を自宅内で指導可能</li> <li>認知機能低下予防としてのアプローチ</li> <li>自宅での認知症症状に合わせた指導が可能</li> <li>患者の行動など家族へ関わり方を指導することが可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実際に対応する時間が限定的</li> <li>機能障害に対するアプローチ知識が不十分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険下での通所リハビリや訪問リハビリによる各種加算の算定</li> <li>生活行為向上リハビリテーション実施加算</li> <li>介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の処方がないと活動不可</li> <li>要介護度によっては介入頻度が少なくなる</li> <li>情報共有ツールの未整備</li> </ul>
訪問/通所言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> <li>言語障害に対する専門的な評価</li> <li>コミュニケーションツールの選定や訓練、補助具の使用法の指導が可能</li> <li>摂食嚥下に関する専門的な評価</li> <li>コミュニケーションや記憶のサポート方法を提供可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実際に対応する時間が限定的</li> <li>在宅では、言語聴覚士が必要とする特定の設備（嚥下造影検査）が不可</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険下での通所リハビリや訪問リハビリによる各種加算の算定</li> <li>介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問/通所サービス分野における言語聴覚士の数が少ない</li> <li>医師の処方がないと活動不可</li> <li>情報共有ツールの未整備</li> </ul>
地域包括支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域支援サービス提供と情報提供</li> <li>インフォーマルサービスの情報提供が可能</li> <li>地域ネットワークの構築可能</li> <li>介護する家族のリフレッシュの機会提供可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療的知識の制限</li> <li>疾患そのものへのアプローチが困難</li> <li>情報共有する関係先が多く、業務量が多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療介護ニーズの高まり</li> <li>支援区域内の地域連携との連携豊富</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制度の狭間に対応する機関がない</li> <li>介護保険の需要増加に対して職員数が少ない地域包括支援センターもある</li> </ul>
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>総合的なケアプランの立案と調整が可能</li> <li>多職種連携をプランとして作成可能</li> <li>介護保険サービスに関する知識が豊富</li> <li>福祉サービスに関する知識が豊富</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>インフォーマルサービスに関する情報不足</li> <li>医療機関によって情報共有する方法が異なるため連携困難となることある</li> <li>医療的な知識不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的なフォローアップによるケアプランの再作成が必須</li> <li>地域包括支援センターとの連携</li> <li>介護支援専門員同士の情報交換</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険の需要増加に対してケアマネジャーの数が少ない事業所もある</li> <li>介護支援専門員への心理的負担</li> <li>対象者の介護保険の理解不足</li> </ul>

### 4-3. 医療機関、介護事業のそれぞれの「弱み」、共通する「弱み」

職能別 SWOT 分析の結果から、医療機関と介護事業所の「弱み」を分析した。この結果、医療機関と介護事業所に共通する「弱み」としては、第1に、活動の場による制約がある。第2に、専門職間の壁が示された。

まず、医療機関の「弱み」としては、医療機関という完結型の医療サービス提供に慣れていることから、地域全体でのサービス提供の全体像がイメージできず、参加に支障があることが示されていた。

例えば、職能別 SWOT 分析において、病院の医師は、病院業務優先となるため、地域でのケアメンバーの1人としての立場には、一定の制約がある。このため、実際の活動参加は限定的といったことが課題とされていた。

また、医療専門職は専門性に裏付けられた知識を有しているが、地域での介護サービスやインフォーマルサービスに関する知識は不足している。

例えば、職能別 SWOT 分析においては、病院の看護師は、在宅生活を送る患者に必要なかつ具体的なサービスがどこで提供されるかの知識はないことが、「弱み」である。

一方で、介護事業所の「弱み」として、訪問診療医師や訪問/通所看護師は、訪問時の在宅で、必要な医療機器がない。検査データがないことに、サービス提供に際しての制約があることを感じていた。これらの不足から、正確な医療的な処置やモニタリングが実施できないと感じ、患者の健康状態や病態の変化に対する適切な対応ができないという不安を持っている。

また、地域包括支援センター職員やケアマネジャー、介護福祉士、ホームヘルパー等は、治療方法や検査結果などに関する医療的な知識の不足のため、医療的なケアを考慮したプラン調整に際して、専門的な助言が必要と感じている。

このように、今回の職能別 SWOT 分析の結果からは、医療機関と介護事業所では、活動の場による知識や経験、各専門職間の知識の違いから、それぞれの「弱み」が、課題として抽出されていた。

提示した Multimorbidity 事例は、慢性心不全の急性増悪により入院していた。退院後は介護保険サービスを利用して、自宅での生活を希望していた。このように患者・家族が退院後に在宅生活を希望している場合、在宅での生活を可能とするためには、ニーズの内容を把握し、これを充足させるためのサービス情報が重要である。

しかし、職能別 SWOT 分析の結果から、共通する「弱み」を分析した結果、医療機関、介護事業所、共に「情報不足」が「弱み」とされていた。

また、「情報共有ツールの未整備」を挙げており、ツールはあるものの、そのツール



を用いた支援プロセスのルール化がされておらず、ほとんど実装化されていないことがわかった。さらに、「専門領域以外の知識不足」も課題として示された。

## 5. 考察

### 5-1. 職能別 SWOT 分析から得られた課題及び「弱み」を「強み」に変える連携機能の強化

Multimorbidity 事例に対して多職種協働型ケアを行う職能別 SWOT 分析の結果から抽出された各課題を解決する為の実践方法を検討した。

SWOT 分析の結果、病院の医師は、家庭環境や介護保険サービス、インフォーマルサービスなどに関する知識の不足が「弱み」となっていた。だが、地域包括支援センター職員やケアマネジャーは支援区域内の地域連携室との連携が豊富であることから、病院の医師は、彼らから、地域支援サービスやインフォーマルサービスの情報提供を受けることができれば、「強み」となる。

一方で、地域包括支援センター職員やケアマネジャーにおける医療的な知識不足という「弱み」は、病院の医師によって提供される診療や複雑な医療処置と患者指導が「強み」へと変換される。

本事例への対応としては、循環器内科医の受診によって、心不全再増悪のリスクを減らすことができる。あるいは、認知症初期集中支援チームが関わることも選択肢となる。

また、SWOT 分析の結果から、円滑な連携のための情報共有ツールまたは、プラットフォームの未整備は課題であり、医療機関と介護機関における共通する「弱み」となっていた。

さらに、今日の要介護高齢者のほとんどが多疾患併存を抱えていることから、専門職だけで作成されたケアプランでは不十分であり、患者・利用者の総合的な健康状態やニーズを考慮した多職種協働型のケアプランが望ましいが、医療機関と介護事業所における共通する「弱み」としては、専門領域以外の知識不足と蓄積の難しさがあげられており、多職種が職種を超えて継続的に学習できる場の確保は重要である(表4)。

このように、医療機関と介護事業所では、それぞれの特有の「弱み」が課題として生じている一方で、これらの「弱み」を多職種協働によって相互に補完できる。つまり、相互の強みを活かした連携が図られることにより、「弱み」を「強み」に変えることができるものと考えられる(表3, 4参照)。

表 3：医療機関と介護事業所における特有の「弱み」

医療機関における特有の「弱み」		介護事業所における特有の「弱み」	
「医療機関」という活動の場による制約	「医療従事者」という専門職としての壁	「在宅」という活動の場による制約	「介護従事者」という専門職としての壁
医療従事者は、基本的に病院内での業務を主としているため、地域全体での総合的なケアを提供する際には制約がかかる	医療従事者にとって、地域の介護サービスやインフォーマルサービスに関する知識が不足している	介護従事者や在宅サービスの提供者は、基本的に在宅での業務を主としているため、在宅における医療的処置や検査を実施する際には制約がかかる	介護従事者や在宅サービスの提供者にとって、治療方法や検査結果などに関する医療的な知識が不足している

※ 筆者作成

表 4：医療機関と介護事業所における共通する「弱み」

入退院支援における地域連携課題	多職種協働の不足	専門領域以外の知識不足
医療機関と介護事業所、また専門職間におけるオンタイムでの情報共有が不十分なため、患者の状態やニーズの変化に対応するための正確な情報が不足し、継続的なケアプランの調整や連携が難しくなる	医療や介護の専門職が効果的な多職種連携を行う機会や方法が不明確であり、専門的な知識やスキルを持つ専門職同士の協働が不十分なため、総合的なケアの提供が難しい	医療機関と介護事業所における各専門職は自身の専門領域以外の知識やスキルが不足しているため、患者・利用者の総合的な健康状態やニーズを考慮した多職種協働型のケアプランを提供されなければならない

※ 筆者作成

## 5-2. 共通する「弱み」を解決するための方策

### 5-2-1. 入退院支援連携フローの利用

日本の医療介護連携の課題として、日本能率協会総合研究所の報告によると、医療介護連携においてスムーズな医療機関（医療職）とケアマネジャーの連携が重要であり、近年、充実してきた地域連携パスや退院調整にむけた情報共有に対して、ケアマネジャーがいかに関わるか否かが重要であるが、その一方で、医療機関主導で実施される地域連携パスが、医療機関を超えて介護施設や在宅療養を支援する医療機関まで到達することの難しさ、さらに退院調整にむけた情報共有にケアマネジャーが実面的に参画できていない状況に問題があるとしている。

このように、入退院支援における地域連携課題は、情報共有の不足を背景に生じており、医療機関と介護機関における共通する「弱み」の1つとなる。

Mitsutake (2019) は、Multimorbidity 患者における有病率と医療資源利用（受診回



数、入院回数)との関連性を報告している。このことから、Multimorbidity 患者にとって再入院頻度は多いため、医療機関と介護事業所における専門職同士が連携し、オンタイムで正確な情報を共有することが、患者のニーズへの適切な対応を実現するためには欠かせない。

職能別 SWOT 分析からは、医療機関からも、介護事業所からも、「入退院支援における情報共有不足」という共通する「弱み」が示された。

前述した職能別 SWOT 分析においても、医師・歯科医師・管理栄養士・病院の看護師・理学療法士などのリハビリ専門職といった医療サービスを基本とした多職種は、地域の在宅サービスに関する情報が不足していることが分かった。

患者の入退院時における連携が不十分であると、適切なケアプランの提供が困難となり、患者や家族の負担が増加する可能性がある。これは、医療機関内部と地域との連携が不十分なため、病院での治療やケアが地域での生活に適切に結びつかない。

このような医療機関の「弱み」を解決し、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員の「強み」である「介護サービスやインフォーマルサービスに関する情報の豊かさ」を利用して補完的にアプローチする方法として、「入退院支援連携フローによる地域連携」(図 1)を用いたアプローチ方法を提案する。

第一段階は、Multimorbidity 患者が入院すると、担当ケアマネジャーによる入院前情報提供書もしくは患者家族より入院前の情報の聞き取りを通じて、看護師は「入院前の状態像」を看護必要度の評価を行う。これにより、入院前の介護サービスやインフォーマルサービスの利用状況を把握することが可能となる。

その後、看護師は入院早期(48 時間以内)における看護必要度を評価し、前述した「入院前の状態像」と比較すると同時に、実際に行う院内での多職種協働型ケアの必要姓に関して判断する。この際に、看護師は担当ケアマネジャーもしくは患者家族に、看護必要度を用いた現状または予後予測、多職種協働型ケアの実施に関する情報共有を行い、入院早期から退院後の生活状況を予測した調整準備を開始する。

福島(2003)は、退院支援を「退院計画」のプロセスとして、アセスメント・ケアプランの策定・ケアの実施・評価・再アセスメントというマネジメントサイクルであると定義している。

つまり、退院後の生活を想定してケアプランを立て、それを実施・評価して、病院が継続的に責任を持ち、主導するケアマネジメントである述べている。このことから、入院早期から医療従事者は退院後の多職種協働型ケアを想定した予後予測に関して、ケアマネジャーと情報共有する必要がある。

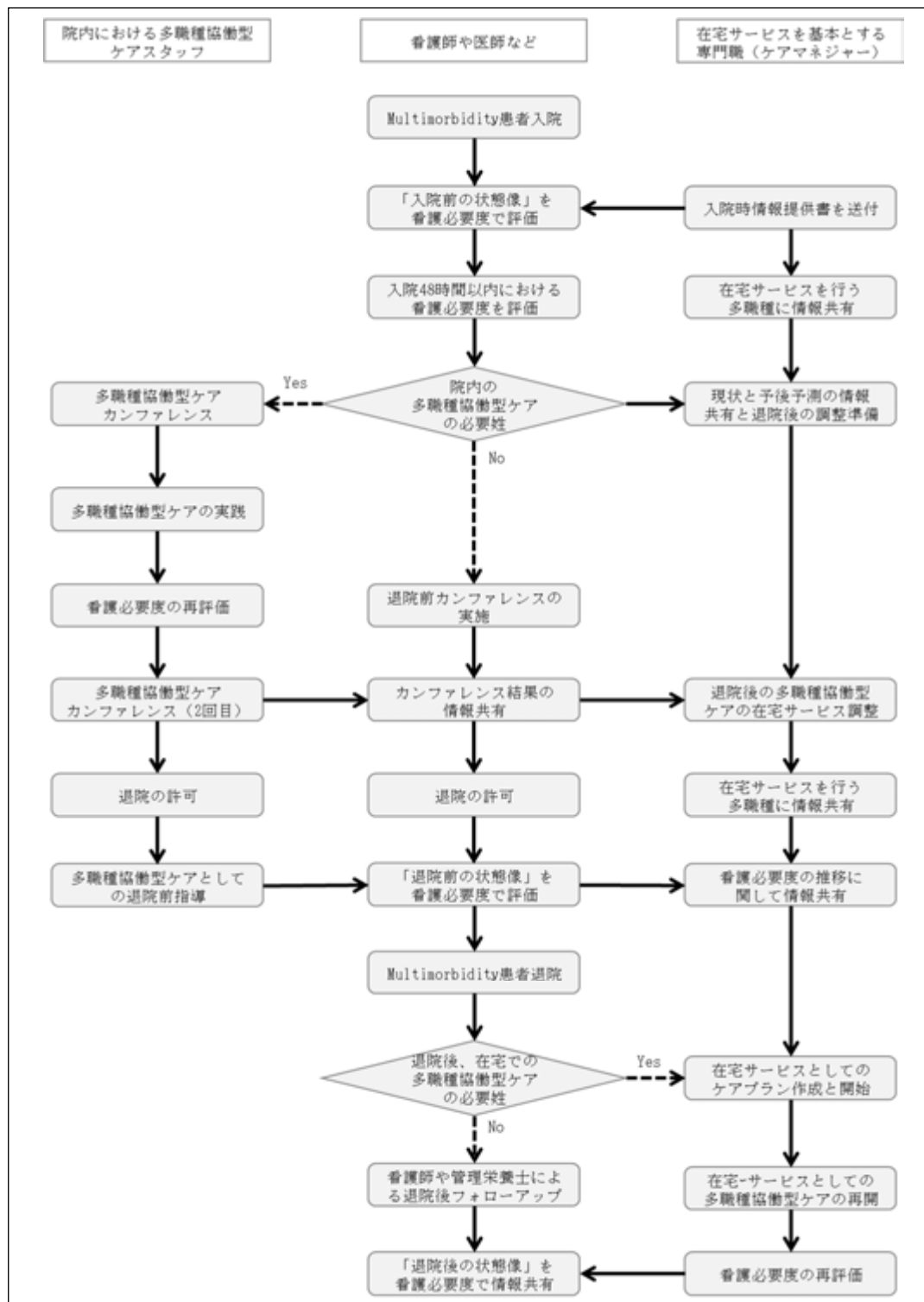


図1：入退院支援連携フローによる地域連携

※ 筆者作成

第二段階は、医療機関における多職種協働型ケアの必要と判断されると、看護必要度の配点項目に応じた医療従事者が多職種協働型ケアカンファレンスを実施する。そこで、入院中における課題の共有、ケアの方向性や目標設定に基づき、実際の多職種協働型ケアを実施する。

なお、看護必要度の再評価を行って行く中で、入院5日～7日経過後に、2回目の多職種協働型ケアカンファレンスを実施し、各専門職による介入状況と退院後の生活を考慮した情報共有を行う。その際に、看護師は担当ケアマネジャーもしくは患者家族に、多職種協働型ケアの実施状況や退院後の生活状況に関して情報共有を行い、ケアマネジャーには退院後における多職種協働型ケアを在宅サービスとしてどのように実施するかサービス調整を開始する。

第三段階としては、退院日が決定すれば、多職種協働型ケアとしての退院時指導を行うが、その際に「退院前の状態像」に関して看護必要度を用いて評価し、その評価結果をケアマネジャーと情報共有する。

看護必要度を用いて、在宅サービスとして行う多職種協働型ケアのサービス内容をケアプランとして、退院後の在宅サービスを実践する。在宅サービスを提供する際に、一定期間ごとに看護必要度による評価を行い、その情報を医療機関に情報共有することによって、医療機関も「退院後の状態像」を把握できる。

また、「退院前の状態像」として看護必要度を評価した際に、B項目において生活の自立度が高い状態であれば、在宅サービスの利用の必要性は低いと判断し、在宅サービスは利用しない代わりに病院看護師や管理栄養士による在宅訪問指導として退院後のフォローアップを行い、看護必要度を用いて「退院後の状態像」に関して評価することで介入内容に対する結果のフィードバックが実施できる。

このように、看護必要度を用いた入退院支援連携フローによる地域連携を行うことは、多職種協働型ケアを実践するチームの現場力向上にも寄与すると考える。

そして、この「入退院支援連携フロー」におけるポイントは、第1に、地域連携のために情報共有を実施するタイミングと、第2に、情報共有ツールとして看護必要度を利用することである。そして、この連携フローを臨床でも用いることによって、筒井（2022）が挙げるシステム化された多職種協働の4つの要件のうち、カンファレンスによる目標設定、看護必要度によるツールの明文化、入他院支援連携による支援プロセスのルール化、看護必要度による責任所在の明確化、の4つ全てを満たすことができると考えられる。

## 5-2-2. 「連携ツールとしての看護必要度」の利用方法

Multimorbidity 患者に対して、連携を強化した多職種協働型ケアを実践する際に生じる、「情報共有の不足」という「弱み」に対して、多職種が利用できる共有ツールとして看護必要度を用いることで、この「弱み」を「強み」に変換する方法について検討した。

Boyd (2005) は、79 歳女性で骨粗鬆症・変形性関節症・2 型糖尿病・高血圧・慢性閉塞性肺疾患をもつ患者にそれぞれガイドラインに沿った診療を行った場合、12 種類 19 錠の投薬を 1 日 5 回に分けて内服、14 の非薬物的介入が必要となり、その他にも患者・医師とも膨大なタスクが必要となるという例を挙げて、Multimorbidity においてガイドライン通りの診療を機械的に行うことの問題点を指摘している。このように複数の問題に続発する過剰な治療介入を生じさせてしまうことは Multimorbidity 患者の診療を行う上で大きな課題のひとつとなっている。

そのため、前述した入退院支援連携フローにおいて、多職種協働型ケアの実施に関する意思決定プロセスを疾患中心に考えるのではなく、患者のモニタリング内容や処置の内容、もしくは患者の状況（動作・生活状況）から意思決定できる仕組みを考慮しなければならない。

このような状態を克服するためにも、看護必要度による患者の評価情報は患者が罹患している多くの疾患名からの情報ではなく、医師以外の臨床家が直感的に患者像を想定できる情報を得られ情報は有用となる。

すでに看護師は、看護必要度の各項目における得点によって、患者の状況が概ねわかるため、この看護必要度情報を看護師集団内だけに留めず、他職種と協働できるように情報を公開し、連携を進める工夫をしていくことが重要となる。

欧州臨床栄養代謝学会 (2018) は、内科における Multimorbidity 患者の栄養サポートに関するガイドラインを提言しており、その中には Multimorbidity 患者に対して、適応となる疾病、摂食経路、エネルギーとタンパク質に関する要件、疾患固有の栄養素、介入のタイミング、モニタリング、介入の手順などが明記されているが、栄養サポートを多職種連携・協働として行う際に利用するツールや明確な連携方法などは報告されていない。

しかし、河田 (2023) は、急性期病棟から自宅退院できず施設入所や転倒・転院する患者の平均年齢と低栄養状態の割合が高く、看護必要度を活用して多職種で食支援に取り組み、その協働を多職種協働チェックシートにて可視化したことで、他の職種との連携が円滑になったことをすでに報告している。

表 5：看護必要度 A 項目の評価項目別の連携職種と連携支援内容

A項目	モニタリング及び処置等	連携職種	連携支援内容
1	創傷処置 ①創傷の処置（褥瘡の処置を除く） ②褥瘡の処置	Dr, Nrs, Ph, PT, RD	創傷処置に直接関わるDrやNrsだけでなく、創傷治癒に関与するPhやRD、PTと連携して、疼痛管理や疼痛で生じる喫食率の低下にも注意を払う
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	Dr, Nrs, PT, OT, ST, Ph	呼吸ケアとしてのリハビリ介入や体位ドレナージ、ポジショニングなどを考慮するだけでなく、食事中における呼吸リズムに合わせた摂食リズムの検討を行う必要がある
3	注射薬剤3種類以上の管理	Dr, Nrs, Ph, PT, OT	注射薬剤の管理に携わるDrやNrs、Phだけでなく、注射薬剤を利用していても活動性が維持できるように移動方法の検討やベッド周辺環境の調整としてPTやOTと連携する必要がある
4	シリンジポンプの管理	Dr, Nrs, PT, OT	注射薬剤の管理と同様、携わるDrやNrsだけでなく、シリンジポンプを利用していても活動性が維持できるように移動方法の検討やベッド周辺環境の調整としてPTやOTと連携する必要がある
5	輸血や血液製剤の管理	Dr, Nrs, Ph	輸血に関する管理としDrとNrsが連携するだけでなく、血液製剤の管理方法に関するPhの指導等で連携する必要がある
6	専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ） ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③麻薬の使用（注射剤のみ） ④麻薬の内服、貼付、坐薬の管理 ⑤放射線治療 ⑥免疫抑制剤の管理（注射剤のみ） ⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ） ⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ） ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ドレナージの管理 ⑪無菌治療室での治療	Dr, Nrs, Ph, RD, DDS	各種治療や処置で生じる副作用によって食欲が低下したり、喫食率の低下、口腔環境の悪化に対して、Phによる治療薬の変更、RDによる咀嚼しやすい食事内容の検討、DDSによる歯科診療などにおいて連携する必要がある
7	救急搬送後の入院（5日間）	Dr, Nrs, RD, Ph, PT, OT	救急搬送後においてもDrやNrsだけでなく、救急搬送後においても摂食障害等で栄養障害がある患者管理や早期経腸栄養などの点でRDが関与する必要があると同時に、Phによる経腸栄養に伴う薬剤を利用した排便管理、急性期からの早期リハビリとしてリハ栄養を考慮したPTやOTが連携する必要がある

※ 略語 Dr：医師 Nrs：看護師 Ph：薬剤師 DDS：歯科医 Dh：歯科衛生士 RD：管理栄養士  
PT：理学療法士 OT：作業療法士 ST：言語聴覚士 CW：介護士

※ 筒井・河田の報告を参考に筆者作成

以上のことから、高齢化が上昇する日本において増加し続ける可能性があるMultimorbidity患者がかかえる低栄養状態に対して、多職種が共有できるツールとして看護必要度を用い、協働できることの利点は大きく、これらのデータの蓄積による介入方法と予後予測の精度向上は今後、さらに重要となると考えられる。

今回、筒井（2020）と河田（2023）の報告を参考にして、看護必要度 A 項目の評価項目別の連携職種と連携支援内容を作成した（表 5）。

看護必要度 A 項目に関しては、患者のモニタリング及び処置等に関して配点する。例えば、呼吸ケアにおける配点が高い場合は、医師や看護師だけでなく、呼吸ケアとしてのリハビリ介入や、言語聴覚士による呼吸リズムに合わせた摂食リズムの検討、薬剤師による服薬の検討など、多職種協働型ケアの実践を行うか意思決定できる仕組みとなっている。

表 6 : 看護必要度 B 項目の評価項目別の連携職種と連携支援内容

B項目	患者の状況等	連携職種	連携職種
8	寝返り	PT、OT、Nrs、CW、RD	寝返り動作の改善に携わるPTやOTだけでなく、実際に寝返りの介助を行うCWとの連携も必要となる。また、PTやNrsが骨突出やベッド上での動作確認を行い褥瘡リスクを評価して、RDとの栄養サポートとしての連携を行う必要がある
9	移乗	PT、OT、Nrs、CW	PTやOTが車椅子/ベッド/椅子での摂食という異なる摂食時座位姿勢の耐久性評価と対象者の生活環境を規定する移乗能力を評価することによって、NrsとCWと連携を行う必要がある
10	口腔清潔	DDS、Dh、Nrs、CW、ST	DDSやDh、STが実施する口腔アセスメントによる歯の治療や義歯作成、口腔ケア、病棟でNrsやCWが口腔ケア指導などでも連携を行う必要がある
11	食事摂取	RD、ST、DDS、Dh、OT、CW、Nrs、PT、OT	RDによる喫食率や対象者食習慣、嗜好の確認を起点に、STによる摂食機能低下評価による嚥下調整食の提案、DDSとDhによる口腔機能の評価、OTによる摂食時姿勢の評価、CWやNrsによる適切な食事介助、PTやOTによる低栄養状態を考慮したリハビリ訓練量の調整などにおいて連携を行う必要がある
12	衣服の着脱	PT、OT、CW、Nrs、Ph	PTやOTによる衣服着脱時に必要な体幹・下肢の安定性と上肢の巧緻性に関する評価、CWやNrsによる本人の身体能力を考慮した最適な着脱介助方法、OTの上肢の巧緻性評価結果からPhによる配薬レベルの検討などで連携を行う必要がある
13	診療・療養上の指示が通じる	Nrs、OT、ST、CW、Ph、Dr	OTやSTによる対象者のコミュニケーション能力評価結果からコミュニケーション支援物品の利用検討、NrsやCWによる指示が通りやすい食事環境調整、対象者の認知機能を考慮した配薬レベルの検討などによって連携を行う必要がある
14	危険行動	Nrs、PT、OT、CW、Ph、RD	OTによる認知機能によって生じる中核症状と周辺症状に関する評価、PTによる対象者の疾患理解度に応じた移動能力や転倒・転落に関するリスク評価と環境調整、NrsやCWによる食事介助時における摂食リズムの指導、Phによる中核症状や周辺症状に対する服薬管理、危険行動があったとしてもリスクの低い食事内容の提案などにおいて連携を行う必要がある

※ 略語 Dr : 医師 Nrs : 看護師 Ph : 薬剤師 DDS : 歯科医 Dh : 歯科衛生士 RD : 管理栄養士  
PT : 理学療法士 OT : 作業療法士 ST : 言語聴覚士 CW : 介護士

※ 筒井・河田の報告を参考に筆者作成

同様に、看護必要度 B 項目の評価項目別の連携職種と連携支援内容も作成した (表 6)。看護必要度 B 項目に関しては、患者の動作状況や生活状況を配点するため、実際の動作改善の目的として理学療法士や作業療法士による介入が必要となる。例えば、評価項目の中には、寝返りや移乗といった生活動作に関する項目が含まれ、これらの配点が高いと、連携職種として理学療法士や作業療法士、管理栄養士、介護士などによる多職種協働型ケアを実践するか意思決定できる仕組みとなっている。

このように看護必要度 A 項目と B 項目を用いることにより、配点が高い項目があれば、その項目を改善するための多職種協働型ケアが実践するという意思決定を支援する仕組みとなる。この仕組みを用いることによって、Multimorbidity 患者に対する多職種協働型ケアに関する課題の 1 つである「多職種協働の不足」を解決できる。



### 5-3. 看護必要度を入退院支援連携フローの情報共有ツールとして利用する意義 -SECI モデルを用いて-

医療における現場力として、白髪（2016）は、経営資源としての知識に着目して企業内の「知識」や「情報」を蓄積し、経営に役立てる理論であるナレッジマネジメントが重要であり、個人に蓄積されたノウハウである「暗黙知」とマニュアルなどの形式が整えられた情報である「形式知」を統合して企業の資産とする活動は、多職種が連携する医療チームにおいて関係者の知恵をいかに出し合うかが重要と述べている。

このナレッジマネジメントに関して、野中（1995）による SECI モデルで示される「知識創造」が広く知られている。この SECI モデルは、共通体験を通じて技能や思いなどの暗黙知を獲得する共同化（Socialization）、その暗黙知から対話を通じて明示的な言葉や図で表現された形式知を創造する表出化（Externalization）、断片的な形式知を組み合わせ体系的な形式知を創造する連結化（Combination）、そして実体験を通じてその体系的な形式知を身に付け暗黙知として体化する内面化（Internalization）という、組織での知識創造の流れを示した一連のプロセスを表している。

この知識創造プロセスで重要な点として、知識を職員内で「共有」できるシステムと、人と人とが集まってお互いに交流する中で新しい知識を創造する「場」のシステムを作ることである。

看護必要度を入退院支援連携フローの情報共有ツールとして利用することについて、SECI モデルを用いると、看護必要度を共通ツールとして利用して多職種協働ケアを行うことは、Multimorbidity 患者における課題が各専門職に共通した課題として暗黙知として獲得して共同化されることを意味するものと考えられる。さらに、看護必要度の臨床データとして表出化され、生じた課題と専門職による専門的知識が連結化し、各専門職が課題に対して内面化することが可能となる。

他方、看護必要度を共通ツールとして利用することは、各専門職で「共有」できるシステムを構築する一助となる。さらに、入他院支援連携フローにおける多職種協働型ケアカンファレンスの実施は、SECI モデルにおける新しい知識を創造する「場」のシステムを構築することにも繋がり、多職種による知識創造を促進すると同時に、共通する「弱み」の1つである「専門領域以外の知識不足」にも間接的に影響を与えることができる。

その上で Multimorbidity 患者に対する多職種協働型ケアに関する課題である「入退院支援の地域連携課題」を解決できるだけでなく、「多職種協働の不足」や「専門領域以外の知識不足」に関しても解決できると考えられる。

#### 5-4. 「System of Systems」を応用した在宅起点型システムの今後

在宅サービスの拡充に伴い、サービス提供する際に、医療機関、通所/訪問介護事業所、老人保健施設、薬局、栄養ケア・ステーション、自治体など異なる性質をもつ事業体が連携する必要性が高まってきているが、筒井（2023）は、日本では、多疾患併存患者について、その総数の把握も十分でなく、しかも、利用者への医療サービスは、多疾患であるが故に、単一医療機関が一回で提供するサービスで完結しないという状況となっていることを報告している。

そこで、在宅起点の課題となる「地域連携課題」という共通する「弱み」に対して、Maier（1998）の提唱する経営システム「System of Systems」（以下、SoS）を在宅起点で応用することによって「強み」に変換するアプローチ方法に関して論じる。

Maier（1998）が提唱する「SoS」は、異なる独立したコンポーネント（システム）が協力して、より大きなシステムを形成するという概念であり。個々のコンポーネントは、それ自体がシステムとして機能し、独自の目的を達成できるだけでなく、他のコンポーネントと連携してより高度な目的を達成できるとしている。

つまり、「SoS」の考え方は、従来の単一のシステムとは異なり、多くの独立したコンポーネントが相互に協力することで高度な機能を実現するという新しいアプローチを提供する。

このため、この概念は、特に複雑で分散したシステムに適しており、システム全体の柔軟性と堅牢性を向上させることが期待されており、この「SoS」の設計と運用において、コミュニケーションやインターフェースの重要性、そして各コンポーネントの協力を促進することが重要とされている。

地域医療介護連携も、機能が異なるコンポーネントが多く存在しており、また一医療機関における職種よりさらに多くの多職種が連携する必要があると想定すると、この「SoS」の概念を地域連携の多職種協働型ケアへ応用する意義はあると考える。その際、システムを結ぶツールとして、看護必要度が利用できる。

坂田（2023）は、看護必要度を用いた地域のサービス担当者との連携プロセスとして、入院時における担当ケアマネジャーから入院前の看護必要度も情報を得るため、入院前の面談を実施していることを紹介している。

また、入院中の看護必要度の中でも特にB項目の得点が入院前に比べて高い点数となる場合は、地域で提供されるサービスを在宅支援チームと連携し、支援内容を検討するという。そして退院が近づくと、入院中の看護必要度の点数の変化を予想し、これを担当ケアマネジャーに伝え、退院に向けての課題と連携すべき内容を検討し退院

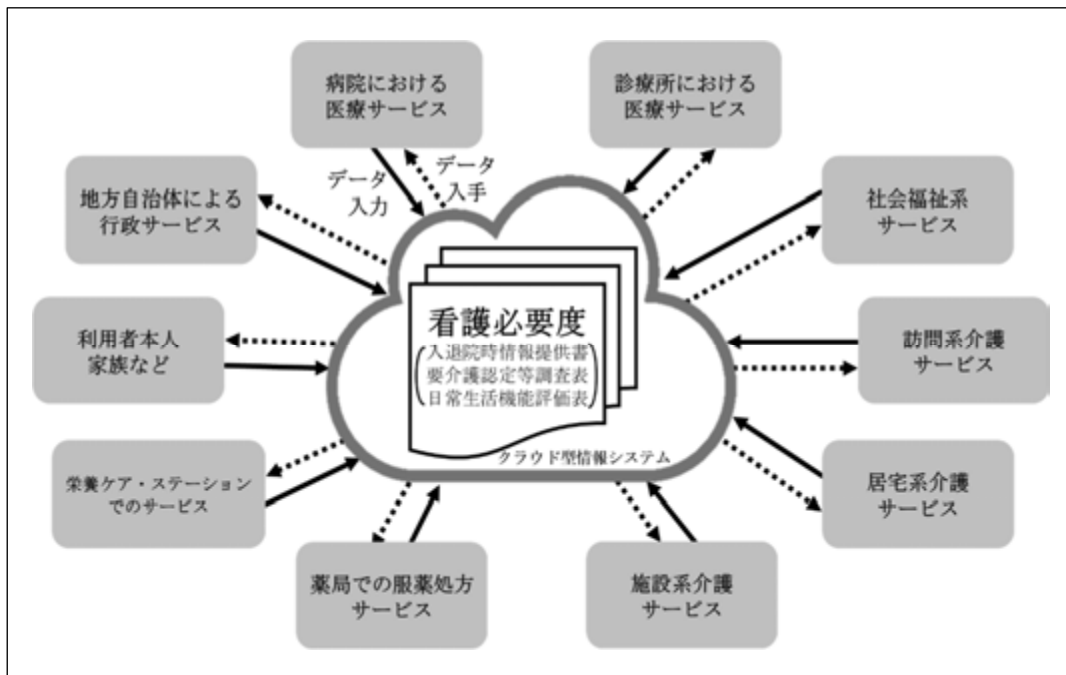


図2：「System of Systems」を応用した看護必要度による地域連携

※ 筆者作成

日を決定する。といったプロセスを辿ることで、病院から地域へのシームレスで質の高いケアの提供が可能となると報告している。

昨今、このように入院時と退院時においては、地域連携が求められ、その際のシステム上の接点として看護必要度を用いることの有用性は高い。

また、松原（2023）は、病院と在宅で看護必要度のデータをやり取りすることで、より適切なケアを行うことができるだけでなく、在宅サービスにおいても看護必要度を用いることで、利用者の状態変化を可視化でき、その分析結果から訪問看護師の配置管理や多職種でのサービス担当者会議のタイミング等に関するデータが得られるとしている。これらの点数を用いて、在宅であっても訪問看護サービスの利用者同士の比較ができ、さらには、利用者の予後予測を基に医療機関との連携を行い、スムーズな入院連携支援に繋ぐことが可能となったとしている。

これらの報告を基に、「SoS」を応用した看護必要度による地域連携のイメージを図2に示す。

図2のように、看護必要度もしくは入退院時情報提供書や要介護認定等調査票を看護必要度に変換できれば、異なるシステムでサービスを提供する事業所や地方自治体といったコンポーネントを看護必要度で繋ぐことができる。

その他にも、Multimorbidity 患者においてポリファーマシー<sup>6</sup>や低栄養が課題として挙げられていることを考慮すると地域において普段から利用することが多い薬局や栄養ケア・ステーションでの看護必要度や日常生活機能評価表を利活用できることは非常に重要となることが考えられる。

また、看護必要度の変化を時系列で評価していくためには、病院における入退院、施設における入退所、訪問・居宅サービスにおけるサービス開始や終了といったサービスの変換を行われるタイミングでデータ入力、もしくは退院後に在宅で生活している利用者本人や家族が一定の期間で自ら日常生活機能評価表の結果を自己評価できる。

Fisher (2021) は、Multimorbidity 高齢者の急性期ケアサービスの使用を最適化するために、Multimorbidity の特性と社会的要因の両方に注意を払う必要があり、そのためには、健康と社会サービスのサービス部門全体にわたって、多要因を考慮した統合的なプログラムが必要であり、多職種が総合的で包括的なアプローチを取ることで、Multimorbidity 高齢者の多様なニーズに対して適切に対応することが可能となるとしている。

そのため、Multimorbidity 患者や利用者に対して、総合的で包括的なアプローチを取るためには、医療機関や介護事業だけでなく、自治体や薬局、栄養ケア・ステーションなど多種多様なコンポーネントとしての事業者によるサービスが必要であり、これらのサービスをクラウド型情報システム上で看護必要度という共通ツールが結ぶことによって、複雑で分散したサービスシステムであってもシステム全体の柔軟性と堅牢性を向上させることができる。

「SoS」を応用した地域連携を実践するためには、病院や診療所が上位にある縦割りの階層構造ではなく、「地域全体で Multimorbidity 患者を支える」とった方向性やゴールを共有する規範的統合を行い、各サービスシステムにおいて横並びでフラットな関係をガバナンスとして構築する必要があると考える。

このように、「SoS」を応用した看護必要度による地域連携は、異なる事業者間の多職種協働型ケアを実現するために必要であり、医療機関における入退院支援や在宅サービスにおける情報連携をスムーズに実践するために有用なシステムである。

---

<sup>6</sup> 多剤服用の患者において有害な事象が起こっている、あるいは起きやすい状態

## 6. 結論

本稿において、Multimorbidity 患者における地域連携を前提とした多職種協働型ケアを実践する際に、医療機関と介護事業所それぞれの活動の場による知識や経験、各専門職間の知識の違いから、それぞれ特有の「弱み」が生じているだけでなく、医療と介護に共通する「弱み」が示された。

そして、いくつもの課題に対する解決方法として「入退院連携支援フローの利用」や「連携ツールとしての看護必要度の利用方法」を提案しており、これらは地域連携として職務に当たる多職種の結節点を作り出し、病院から在宅へ退院する際におけるケアの連続性を拡大するものであり、地域連携の多職種協働型ケアを実践する上での重要性は高い。

しかし、今日において、病院を起点とするケアの連続性だけではなく、患者が生活する在宅を起点としたケアの連続性拡大と患者中心型のアプローチが必要であり、その点において、「System of Systems を応用した在宅起点型システム」が提案されたことは重要である。

これらを実現するためには、各専門職がそれぞれの「強み」と「弱み」を理解し、地域連携の多職種協働型ケアを実施するために、地域全体が組織として、一丸となり取り組んでいく姿勢が今後求められると考える。

### 謝辞

本稿を作成するにあたり、熱心かつ丁寧にご指導賜りました兵庫県立大学大学院社会科学部研究科 小山秀夫特任教授、筒井孝子教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授、井出健二郎教授に深く感謝申し上げます。

また、兵庫県立大学大学院社会学研究科の医療マネジメントコース、介護マネジメントコースでご教授頂きました教員、講師の先生、そして同期の皆様方には多くのご支援をいただきましたことを重ねて御礼申し上げます。

最後となりますが、多大なご支援を頂きました職場の皆様にはこの場を借りて心より感謝申し上げます。

### 参考文献・引用文献

- [1] Barnett K(2012)Epidemiology of Multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study、

- The Lancet 2012、380(9836) : 37-43
- [2] 高橋亮太(2019)「プライマリケアにおける Multimorbidity の現状と課題」、『日本プライマリ・ケア連合学会誌』、42、213-219
- [3] Wolff JL(2002)Prevalence, expenditures, and complications of Multiple chronic conditions in the elderly、Archives of Internal Medicine 2002、162(20) : 2269-2276
- [4] National Institute for Clinical Excellence, Multimorbidity : clinical assessment and management. United Kingdom : NICE, 2016
- [5] 筒井孝子(2023)「ケアを継続するための「看護必要度」の活用—他職種連携のためのマネジメントツール—」『ジェネラリスト教育コンソーシアム』、18(1)、6-22
- [6] 日本能率協会総合研究所(2015)「ケアマネジメントの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査 平成 26 年度研究事業報告書」、『厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業』、35-41
- [7] Mitsutake S(2019)Patterns of cooccurrence of chronic disease among older adults in Tokyo, Japan、Preventing Chronic Disease Public Health Research Practice and Policy 2019、16 : E11
- [8] 福島道子(2003)「退院計画とは何か—地方都市の病院における実践に基づいて—」、『Quality Nursing』、9(10) : 5-11
- [9] 筒井孝子(2022)『ナーシング・トランスフォーメーション』、日本ヘルスケアテクノ株式会社
- [10] Boyd CM(2005)Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA2005、294(4) : 716-724
- [11] Filomena Gomes(2018)ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients、Clinical Nutrition、37(1) : 336-353
- [12] 河田津也(2023)「看護必要度を活用して多職種で取り組む食支援」『ジェネラリスト教育コンソーシアム』、18(1)、90-95
- [13] 筒井孝子(2020)『必携 入門看護必要度』、カイ書林
- [14] 白髪昌世(2016)『医療経営士 中級【専門講座】テキスト 8 チーム医療と現場力 —強い組織と人材をつくる病院風土改革』、日本医療企画



- [15] Ikujiro Nonaka(1995)The Knowledge-Creating Company How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation、Oxford University Press
- [16] 坂田薫(2023)「看護必要度をツールとした多職種協働－看護師の立場から－」『ジェネラリスト教育コンソーシアム』、18(1)、47-64
- [17] 松原健治(2023)「病院と地域をつなぐ－看護必要度を用いた医療と介護の新たな連携－」『ジェネラリスト教育コンソーシアム』、18(1)、84-89
- [18] Mark W. Maier(1998)Architecting principles for systems-of-systems、Systems Engineering、1(4) : 267-284
- [19] Kathryn A. Fisher(2021)Effect of socio-demographic and health factors on the association between multimorbidity and acute care service use: population-based survey linked to health administrative data、BMC Health Services Research、1(62) : 1-17

### 参照・引用ホームページ

- [1] 総務省統計局 人口推計 -2023年(令和5年)6月報-  
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202306.pdf>(2023年8月6日アクセス)
- [2] 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口(令和5年推計)結果の概要  
[https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023\\_gaiyou.pdf](https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023_gaiyou.pdf)(2023年8月11日アクセス)
- [3] 社会保障制度改革国民会議 報告書(2013)  
[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000014937.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000014937.pdf)(2023年1月14日アクセス)
- [4] 厚生労働省ホームページ 地域包括ケアシステム 1. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)(2023年8月6日アクセス)
- [5] 厚生労働省 保険局医療介護連携政策課 「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)」(2023年3月17日一部改正告示)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001074141.pdf> (2023年8月6日アクセス)

- [6] 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室. 令和2年(2020)患者調査(概数)  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20a/d1/01.pdf> (2023年8月6日アクセス)