

みなさん、はじめまして。

私は、仙台往診クリニック 本事業を担当しております、社会福祉士の佐々木みずほと申します。

どうぞ宜しくお願いいたします。

本日は、在宅医療連携拠点事業について、私のほうから御説明をさせていただきます。



始めに、在宅医療連携拠点事業立ち上げの背景と在宅医療の現状について御説明いたします。

今年度は、この事業を全国で105ヶ所、宮城県では4ヶ所が受託しています。

この事業は昨年度からモデル事業として始まっており、今年度は各県に複数個所の拠点を指定して展開するというプロジェクトとなっています。

任期は来年の3月31日までです。

「医療計画の見直しについて」 厚生労働省資料
 ～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の推進を図るため、従来の二次圏域に加え、**精神疾患及び在宅医療が追加**されることが図られるよう、計画が図られる。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。 5

そして、今年度は、第六次医療計画に向けて策定年度となっています。
 新たに精神疾患及び在宅医療が追加されました。今年度は、医療体制を整えるための計画を策定し、医療体制の充実を図っていくことが必要となっています。

在宅医療に係る医療機関の機能の整理 厚生労働省資料

	在宅療養支援診療所/病院 (診療報酬)	在宅医療において積極的役割を担う医療機関 (医療計画) <small>※在宅療養支援病院/診療所の中から位置づけられることを想定</small>	地域医療支援病院 (医療法)
在宅医療提供に係る役割	・単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供	・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 ・夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援 ・災害時に備えた体制構築	・自らの在宅医療提供は必須ではない
多職種連携に係る役割		・現場での多職種連携の支援 ・在宅医療・介護提供者への研修の実施	※医療法では、在宅医療の提供の推進に関する支援として、 ・在宅医療提供事業者の連携の緊密化のための支援 ・患者や地域の医療提供施設への在宅医療提供事業者に関する情報提供

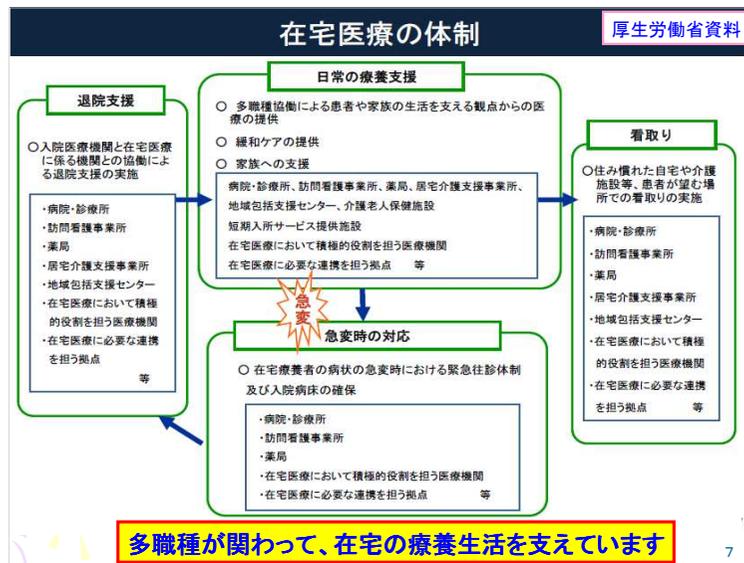
在宅医療において、積極的役割を担う医療機関として、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所の中から想定

(参考)在宅医療連携拠点

- ・地域において多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を担う。
- ・地域の実情に応じて、市町村、地域医師会等、自らが在宅医療を提供しない主体も拠点となりうる。
- ・標準的な規模の市町村の人口(7～10万人程度)につき1カ所程度を目途に設置されることを想定。

6

これは、在宅医療にかかる医療機関の機能の整理をした表です。
 在宅医療を推進するにあたって、医療計画では、在宅医療において積極的役割を担う医療機関の整備として、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所の中から位置づけられることを想定しています。



次に、この図は、在宅医療の体制において、退院支援、日常の療養支援、看取りや急変時の対応などにおいて、どのようなことを実施し、その役割をどこが担っているのかを表しています。

- 在宅医療連携拠点事業で明らかにしたいこと** 厚生労働省資料
- **在宅医療連携拠点の効果的な活動の在り方**
 - **都道府県、市町村の役割と連携の在り方**
 - **地域における在宅医療・介護の関係機関の連携や多職種連携の方策を地域で検討する方策**
 - **災害時における対応方策**
- 8

その結果、国が、この事業を通して明らかにしたいこととして、次の4つを挙げています。

- 一つ目は、在宅医療拠点の効果的な活動の在り方
- 二つ目は、都道府県、市町村の役割を連携の在り方
- 三つ目は、地域における在宅医療・介護の関係機関の連携や多職種連携の方策を地域で検討する方策
- 四つ目は、災害時における対応方策です。

以上が、厚生労働省が在宅医療連携拠点事業を立ち上げた背景、現状、目的でした。

昨年度受託者の活動紹介

9

次に、昨年の受託者の活動についてご紹介させていただきます。

平成23年度在宅医療連携拠点事業受託者

- 在宅療養支援診療所モデル3
(内訳: 無床診2、有床診1)
- 病院モデル3
(内訳: 一般病院2、在宅療養支援病院1)
- 訪問看護事業所モデル2
- 医師会モデル1
- 行政モデル1

10

昨年は10箇所が拠点事業を受託しておりました。

在宅療養支援診療所が3ヶ所
病院が3ヶ所
訪問看護事業所が2ヶ所
医師会が1ヶ所
行政が1ヶ所 でした。

そのうちの3箇所について、ご紹介します。

岩手県盛岡市 盛岡往診クリニック

在宅医療連携
チームもりおか

＜多職種連携の課題に対する解決策の抽出＞

● **調査**

- 在宅医療介護従事者アンケート
- 医療・介護資源調査

病院医療相談室実態調査
地域包括支援センター実態調査
高齢者対応施設アンケート調査
訪問診療を受けている患者数調査

● **多職種合同カンファランス・研修会**

日程	回数	主な内容	参加人数
7/27	第1回	・訪問歯科診療と多職種連携についての講演とグループワーク	109
9/28	第2回	・情報共有体制・チームもりおか方式の講演とグループワーク ・勉強会「パソコンを操作して情報共有システムを学ぶ」	78
10/26	第3回	・在宅医療～それぞれの役割を考える～講演とディスカッション	116
11/30	第4回	・在宅でできる治療とケア講演とグループワーク	66
12/14	第5回	・地域包括ケアシステムについての講演と懇親会	201
1/18	第6回	・施設での看取りを考える講演とグループワーク	140
2/22	第7回	・行政担当者との意見交換会～チームもりおか～これからの方向性	30
3/3	第8回	・地域包括ケアシステムについての講演会(岩手県立大学と共催)	
参加のべ人数			740

11

岩手県盛岡市にあります盛岡往診クリニックでは、多職種連携の課題に対する解決策の抽出を3つの方法で行いました。

一つは、アンケート調査です。

また、医療・介護資源調査についても行いました。

これは、昨年の2月時点でのスライドですが、課題抽出のために病院医療相談室への訪問調査も行っています。

また、多職種合同カンファランス・研修会を8回行いました。

岩手県盛岡市 盛岡往診クリニック

在宅医療連携
チームもりおか

在宅ケアワーキング委員会・運営委員会の設置

● **委員構成**

事務局 ・医師1名 ・看護師1名 ・MSW1名 ・事務員1名

在宅ケアワーキング委員

- ・医師1名 ・ケアマネージャー3名 ・訪問看護師2名 ・訪問薬剤師1名 ・訪問理学療法士1名
- ・訪問介護従事者1名 ・盛岡市高齢者支援室担当者1名

● **運営委員** ・岩手県県央保健所担当者1名 ・岩手県長寿社会振興財団1名 ・病院医療相談担当者2名

● **委員会の開催状況**

日程	主な議題
6月1日(水)	顔合わせ、在宅医療連携拠点事業の趣旨説明・事業内容説明
7月7日(木)	研修会(多職種情報交換会)の詳細検討・課部門別課題の今後の取り組み
9月7日(水)	医療・介護資源実態調査の検討
11月9日(水)	中間とりまとめと今後の方向性
2月1日(水)	行政担当官との意見交換会の詳細検討
3月14日(水)	総括

● **概要**

隔月1回のペースで、実務者レベルでのワーキング委員会を開催。
在宅医療にかかわる多職種を委員としたことは、多職種合同カンファランス、研修会、調査等の企画に伴う実態の把握において有益であり、より現状に即した企画運営を行うことができる。
また、委員それぞれが所属の団体へ課題を持ち帰り、解決へ向けて動き始めている。

12

盛岡往診クリニックの特徴は、拠点の運営方法にあります。

拠点事業を行うにあたって、多職種連携カンファランス、研修会、調査等を行うために在宅医療に関わる多職種のワーキングチーム(委員会)を立ち上げて、様々な事業を展開しているところです。

このことにより、現場の意見を取り入れた即効性のある研修会等の企画を行うことができるようになりました。

委員会のメンバーは、医療・福祉の多岐にわたる方々ですが、それぞれが所属する職能団体や職場から推薦され、常日頃行っている業務の改善にすぐに取り組むことができるような編成にしていることが、モチベーションの高い即効性のある活動体を作ることができた要因であると考えられています。

もう一つの特徴として、今後の拠点の役割を評価するために、公的機関や公的活動を行う民間団体、3次救急を担う大学病院のメンバーによる運営委員会を設置していることです。

このことにより、在宅医療を進めていくための公平・中立的な活動について助言・評価を行い、活動の継続性について根拠をもって事業を実施することができるようになりました。

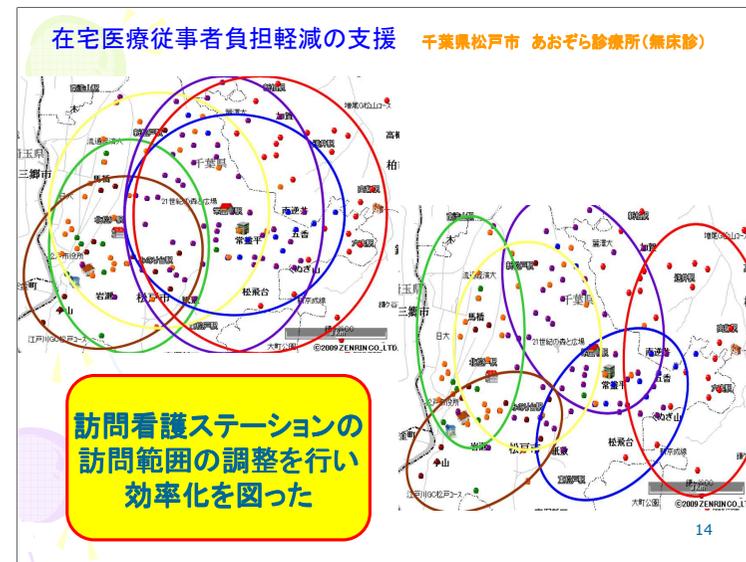
このような運営方法は、他の拠点では行っていませんでしたが、在宅医療連携拠点の汎用性を高めることにつながっていくものと思われ、大きな成果の一つであると思います。

千葉県松戸市 あおぞら診療所(無床診)

往診可能な病院・医院						往診可能な施設・機関						往診可能な施設・機関		往診可能な施設・機関			
月	火	水	木	金	土	高次	福祉	FAS	介護	児童	その他	回数	人数	施設名	施設名		
13:30~14:00	外来	外来	外来	外来	外来	4	3	1	2	15分以内	10人	事務	事務	松戸市立総合医療センター	松戸市立総合医療センター		
13:00~14:00	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	2	4	3	1	30分以内	10人	MSW	MSW	松戸市立総合医療センター	松戸市立総合医療センター		
13:30~9:00	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	4	2	1	3	30分以内	10人	看護師	看護師	松戸市立総合医療センター	松戸市立総合医療センター		
12:00~19:00	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	5	4	3	2	1	6	看護師	看護師	松戸市立総合医療センター	松戸市立総合医療センター		
13:00~19:00	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	4	3	1	2	5	15分以内	10人	看護師	看護師	松戸市立総合医療センター	松戸市立総合医療センター	
13:30~9:00	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	訪問診療	6	4	2	3	5	1	15分以内	10人	看護師	看護師	松戸市立総合医療センター	松戸市立総合医療センター

往診可能な病院・医院へのアクセスのための「ケアマネタイム」表を調査・作成し、松戸市内全ケアマネ事業所に配布

13



もう一つの拠点として、千葉県松戸市のあおぞら診療所の活動を紹介します。

こちらの拠点は、地域の職能団体の発足の支援から活動を始めていました。

このことにより、多職種連携のための課題抽出や解決策を検討することが可能となったとのことです。

このほか、このスライドにありますように

多職種連携の成功例 (課題抽出のための会議)

• 多職種によって構成された活動 体の形成

多職種は、各団体や事業所より推薦され、普段より実践しているメンバーにより構成。

このことにより、課題の抽出をスムーズに行うことができ、地域の底上げにつながる。

17

事務局は、コアとなるメンバーに呼びかけ課題を一緒に抽出する。

メンバーは一人一人が主体となって研修内容を考え(分担して)、地域に広め、質の底上げを図るために、多職種合同研修会(カンファレンスなど)を一緒に開催する。

研修内容は、とにかく多岐にわたって何回も開催する。(グループワークで困難事例の検討会も有効)

多職種連携の成功例 (多職種連携カンファレンスなど)

- 研修会のほかに、懇親会を開催する

★顔が見える関係を作るには懇親 会がいい★

事務局は、研修(40~60分)と懇親会(90分)

の構成で、とにかく参加者(多職種)

と話をする場を提供するなど多職種をつなぐ潤滑油としての活動を行う。

18

多職種連携の成功例(その他)

- ・拠点の中立・公平を保つための運営委員会の設置
(公的機関との協力)
- ・ICTを利用したネットワークの構築により、多職種連携の要となる患者情報の共有が可能となる

19

多職種連携の成功の裏に

- 互いの施設情報を**自由に**意見交換する
(会える楽しみ、垣根がないゆるさ)
⇒まずは、同職種の価値観の共有から
⇒次に多職種を知る
病⇔診、病薬⇔調薬、相談員⇔相談員、病看⇔訪看

20

昨年度の拠点事業で 残された課題

- 在宅医療従事者の負担軽減の支援
- チーム医療を提供するための情報共有システムの整備
- 市民への普及啓発活動

21

医療者の負担軽減の支援

何が負担となっているのかを明確にした対策は持ち越されたところが多い

チーム医療を提供するための情報共有システムの整備

ICTシステムを利用した共有が流行っているが、そもそも、アウトカムはどこにある？ 目的共有不明のまま、情報共有のシステム開発が進んでいる。

市民への普及啓発活動

家で最期まで過ごせることが知られていない?! 何かあったらすぐに救急! それ、本人や家族の本音?

- 何が負担となっているのかを明確にした対策は持ち越されたところが多い

•ICTシステムを活用した情報共有の有効性は発表されているが、そのシステムをどのように汎用するのか、システム活用の目的とアウトカムはどこにあるのかなど、個人の活動を越えた課題の共有が必要と思われるが、そこまでの検証はされていない。

•家で最期まで過ごせることが選択できることを普及しなければならないということが10箇所共通の課題として挙げられていました。

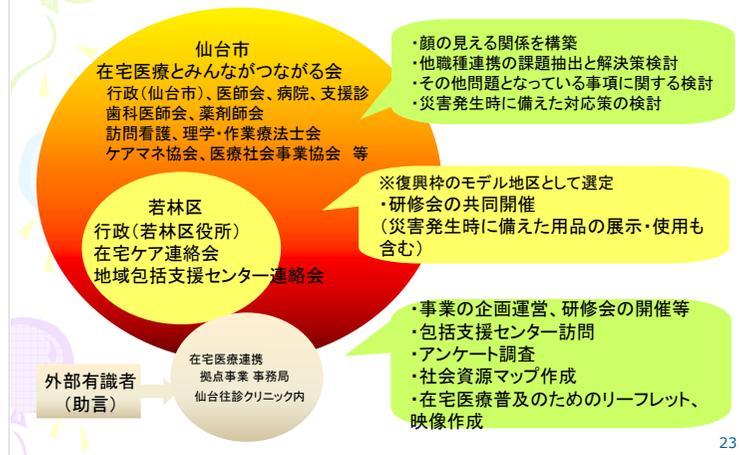
在宅医療とみんながつながる会について

22

最後に、この在宅医療とみんながつながる会について

昨年度の活動内容を踏まえて、

在宅医療連携拠点事業構想図



23

つながる会の今後の予定

- 第2回在宅医療とみんながつながる会(11月)
多職種連携における課題抽出と解決策の検討
 - 第3回在宅医療とみんながつながる会(2月)
多職種連携における解決策の実施について
- + αの会も必要に応じて開催することを検討しています

24

これは、今年度、私たちが実施する在宅医療連携拠点事業の構想図です。

5つのタスクを実施するにあたり、本当は、国では、この拠点というものを7~10万人の規模に1ヶ所と考えられているかもしれないけれども、仙台市全体として、まずは課題の共有と顔の見える関係を構築することが必要ではないかということから、本日の在宅医療とみんながつながる会をまずは開催しようと企画しました。

本日、病院・診療所関係者の方々が多いのは、先の事業推進の課題でも上げられましたとおり、100万として課題を挙げることは難しいかもしれない、また多職種も必要だけれども、同職種の連携について、まずは考えてみてはどうかというヒントを地域包括支援センターの皆様から御意見を頂戴したことも影響しています。

今回のメンバーの構成について、偏ったものとなっているのではないかと御意見もあるかもしれませんが、皆さんから自由活発に情報交換する中で、一つでも多職種連携に関する課題と対応策のヒントなどが得られればと思います。

また、研修についても、本来であれば、拠点事業者で考えることもあるかと思いましたが、若林区の皆様に御協力を賜りながら、今回は研修を実施させていただくこととなりました。また、その他のタスクについては、このつながる会の中で提案をさせていただくとともに、細くとして、アンケート調査の実施や、リーフレットの作成などをさせていただく予定です。

さいごに

みなさんにお願ひです。引き続き、つながる会にご参加いただき、顔の見える関係を作って、課題抽出と解決策の検討にお力をお貸しください。

お手元のアンケートの御協力をお願いします。

よろしくお願ひします
(たくさん書いてね)



25

本事業での目指すべき方向性

私たちの思い **望む人が、望む間、望むところで生活できる**
よう、生活者の生きることの全体を多職種連携で支えていきたい