

鳥取県東部（2次医療圏）1市4町と 地区医師会との協働による、在宅医療 ・介護連携推進事業

～取り組み体制構築のポイントと事業推進の今後の課題～

鳥取市福祉部地域包括ケア推進課
（鳥取県東部医師会在宅医療介護連携推進室）

橋 本 渉

平成29年8月17日

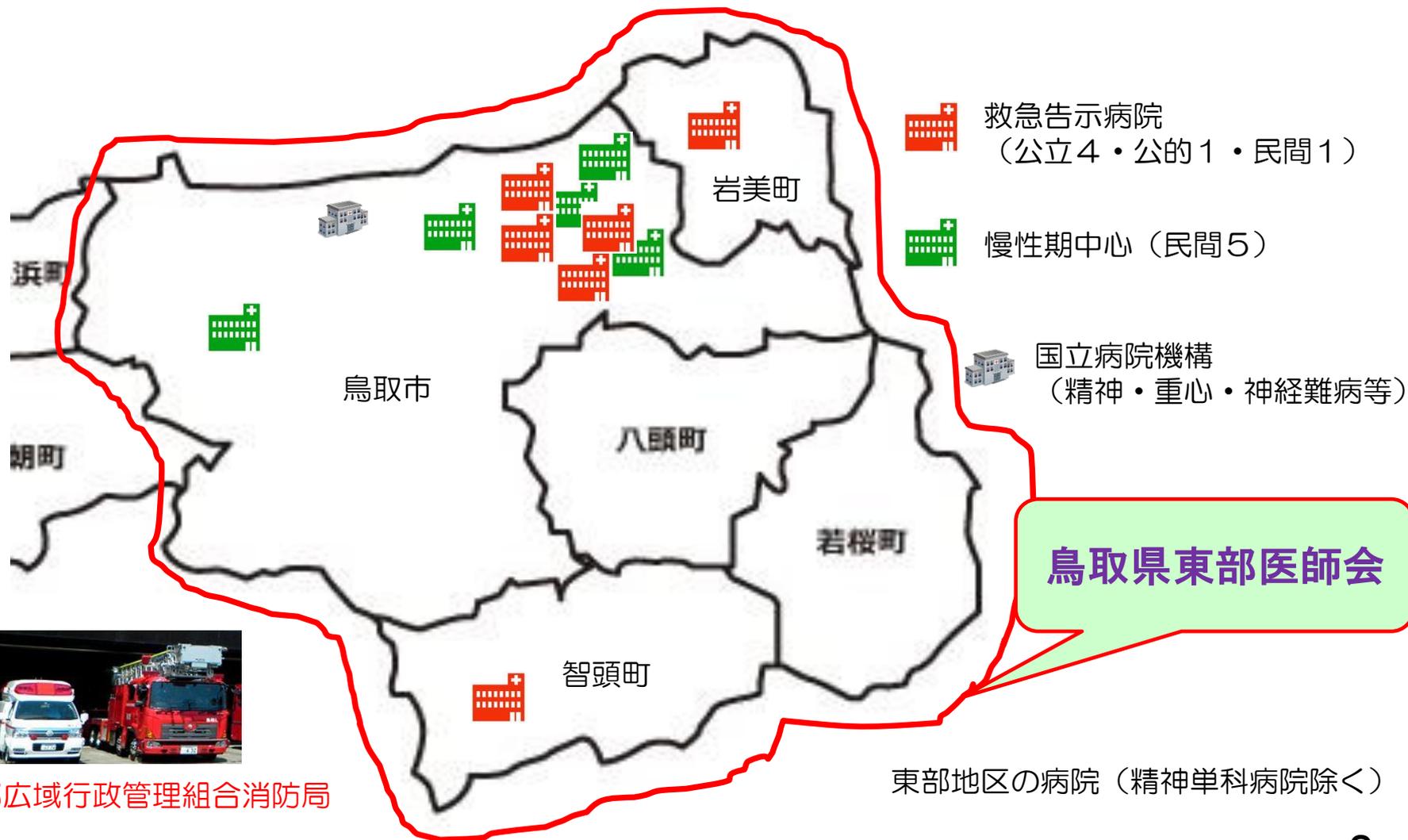
鳥取県・鳥取県東部1市4町の位置

鳥取県推計人口
566千人(47位)



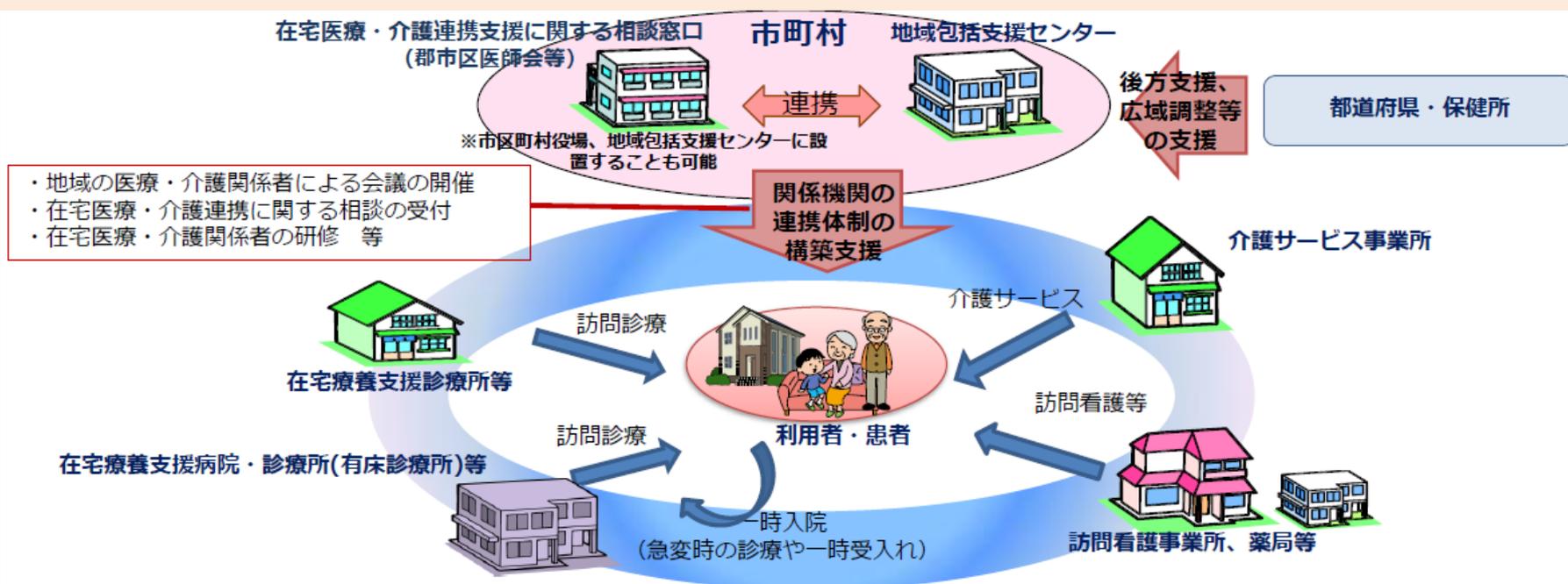
- ・ 2次医療圏・生活圏域もおおむね東・中・西部の3圏域に分かれている
- ・ 鳥取市はH16.11に周辺8町村と合併人口19万人(H30.4中核市へ移行予定)
- ・ 東部は、鳥取市、岩美町、智頭町、八頭町、若桜町の1市4町

鳥取県東部地域の病院分布、地区医師会のエリア



在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 - （※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック (H25.12.25 国立長寿医療研究センター)

(2) 市町村での事業の取組みのフローチャート



1. 市町村は、主体的に取り組む部署を整備する（介護保険担当部局が適切であり、担当者の複数配置、当面の異動を避けることが望ましい）
2. 地区医師会と市町村が協力して行うこと

在宅医療・介護連携の推進のための介護保険制度改正

地域支援事業の見直し

- 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し、全国的に取り組む。
- 具体的には、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、郡市区医師会等と連携しつつ、取り組む。

(参考)

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」による改正後の介護保険法

第115条の45第2項

市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～三 (略)

四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）

五、六 (略)

第115条の45の10

1 市町村は、第115条の45第2項第4号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

2 市町村が行う第115条の45第2項第4号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

3 都道府県は、市町村が行う第115条の45第2項第4号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する必要な協力をすることができる。

鳥取市をはじめとする東部地域での体制構築にあたって

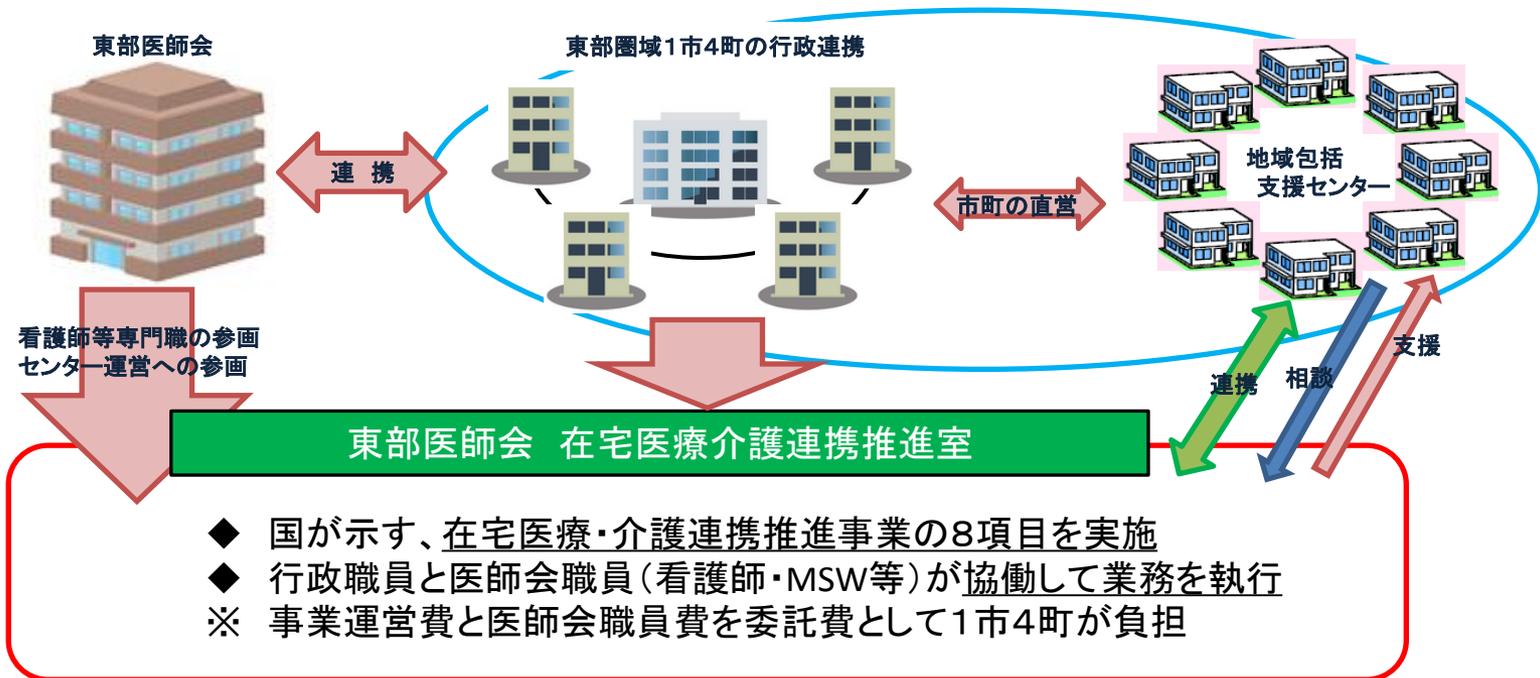
● 東部1市4町での体制構築の必要性

1. 医療圏と医師会の範囲が東部(1市4町)で一致する。
2. 急性期医療(鳥取市内の病院が中心)の入退院時から連携する必要がある。
3. 在宅医のバックアップや在宅患者急変時の後方支援、24時間体制の構築等は、単独市町では困難である。
4. 医療資源の地域間格差があるため、圏域全体で考えていく必要がある。
5. 医療圏全体で統一した事業の推進は、行政側、医療側ともに、効果的・効率的である。

● 東部医師会との連携について

1. 医師会への委託事業と行政実施事業の連携(縦割り)ではなく、推進事業の8項目は相互にかかわりが深く、一体的な取り組みの方が効果的・効率的である。
2. 8項目すべてを担当する「(仮称)東部地域在宅医療・介護連携支援センター」の設置が望ましい。
3. センターは、行政職員が主体となり医師会の専任職員(看護師・MSW等)と協同で運営する。(同じ事務所で業務を行う。)
4. 財源は、各市町の介護保険地域支援事業費とする。(医師会の費用負担なし)

【 東部地域の連携イメージ 】 ○ 地方都市モデル



【 東部地域の事業方針 】

- ・行政は、東部医療圏の1市4町が連携し共同実施（医師会エリアも東部）
- ・国のモデル事業を参考にし、鳥取県東部地域の実情にあった、全国に例のない新しい連携推進体制を構築
- ・東部医師会 在宅医療介護連携推進室を設置し、行政職員と東部医師会の専門職員が協働で事業を実施

東部医師会・行政との協同

東部地区在宅医療介護連携推進協議会 の立ち上げ



医師会担当理事
(加藤理事)



東部医師会長
協議会会長(松浦会長)



行政医師(足立参与)
協議会副会長

東部の1市4町の協働

行政職員

医師会専任職員



看護師(廣山)



事務担当(小林)

東部医師会 在宅医療介護連携推進室



行政事務(橋本参事)



行政事務(秋田主幹)
※主任ケアマネ

地区医師会・広域行政との連携ポイント (まとめ)

- ・ 行政の担当組織、担当者を明確にする（担当者は専任で）
- ・ 委託でも行政の責任で（まる投げしない）（行政のリードで）
- ・ 担当者と医師会が顔の見える関係に（多職種連携の第1歩）
- ・ 地区医師会の実情を知る（事務局長の理解が不可欠）
- ・ とにかく通って、丁寧な説明を
（医師会も何かしなければいけないと思っている）
- ・ 人材（採用しやすいのは？）、予算（弾力的な運用）
- ・ 行政区域、地区医師会エリアは、地域性そのもの
（2次医療圏を意識して、行政連携で対応を）
（県、保健所との連携を）

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、郡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。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的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

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 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

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 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演会の開催等



（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・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 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・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 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

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（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

「東部地区 在宅医療介護連携推進協議会」の立ち上げ

厚生労働省が示した、在宅医療介護連携推進事業8項目を検討する「東部地区在宅医療介護連携推進協議会」を設置。（H27. 2. 23）

※ 医療・介護の関係職種・団体、市町社協、東部行政より委員33名

【参加機関】

医師会（会長、担当理事、在支診医師、在宅拠点事業所医師）、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、社会福祉士会、介護福祉士会、ケアマネ協、在宅リハビリ研究会（PT・OT・STの代表）、病院協会（急性期病院長）、地域医療任意研究会（国保病院長）、病院地域連携室の協議会、老健協会、老施協（入所、通所、訪問）、小規模多機能連絡会、各市町の社協、各市町地域包括支援センター、消防局、保健所長、市行政参与（医師） 計33名
※オブザーバー（各市町行政担当課長）



取り組みを実施するに当たって（他機関・既存の取り組みを活かす）

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域歯科医療連携室（歯科医師会）との連携
- ◆ 東部地域医療連携協議会
（東部10病院地域連携室）への参加・連携

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 既存の研修会の活用・連携（広報や参加）
- ・地域支援口腔ケア・食支援研究会
- ・在宅リハビリ・ケア研究会
- ・CBM研究会
- ・薬剤師会・ケアマネ協共催の勉強会

地域歯科医療連携室に相談しましょう!

要介護者の口のお悩みは

- 入れ歯の調子がわるい...
- 口臭
- 食べこぼしむせがひどい
- 歯や歯ぐきが痛い!
- 誤嚥による発熱

口腔ケアどうしたらいいの?

このような症状があれば**歯科**までお気軽にご相談ください。

相談無料 → 相談 → 地域歯科医療連携室 → 調整 → OK → 歯科医が往診（訪問歯科診療）します

専門の歯科衛生士が相談をうけ、訪問します
歯科医が往診（訪問歯科診療）します

医師保険診療です

早めに知って備えたいあなたと家族の認知症

認知症に早く気づくことのメリット

認知症を早期に発見するメリットとして大きく3点が挙げられます。認知症であることを知ることは、本人・家族ともにメリットです。この3点を本人も家族も知っておきましょう。

① 今後の生活のための準備ができます

② 介護の負担を減らせます。介護保険や生活支援サービスなどの申請が立てられます（12ヶ月単位）。

③ 認知症を早く発見すれば、認知症の進行、介護負担軽減（15ヶ月単位）などの準備ができます。

④ 認知症の進行を遅くし、認知症の進行を遅くすることができます。

⑤ 認知症がわかることで、治療や対応ができます

⑥ 認知症の進行を遅くし、認知症の進行を遅くすることができます。

⑦ 認知症の進行を遅くし、認知症の進行を遅くすることができます。

⑧ 認知症の進行を遅くし、認知症の進行を遅くすることができます。

⑨ 認知症の進行を遅くし、認知症の進行を遅くすることができます。

⑩ 認知症の進行を遅くし、認知症の進行を遅くすることができます。

一般社団法人鳥取県医師会
東部地区在宅医療介護連携推進協議会

いつまでも安心して住み慣れたまちで暮らしていくために

～わたしたちのまちの地域包括ケア～

高齢者が安心して暮らすためには、地域で必要なサービスを提供することが大切です。地域包括ケアは、高齢者が安心して暮らすための重要な取り組みです。

一般社団法人鳥取県医師会
東部地区在宅医療介護連携推進協議会

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 保健センターや社協の地域活動との連携（ついでに・・・）
- ・簡易な地域包括ケアのパンフレットを作成
- ・また、住民に興味がある、認知症予防パンフレットを附属

取り組みを実施するに当たって（現状把握が基本）

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

◆ 基礎情報（厚労省・県）

各都道府県医療情報ネット、介護サービス情報公表システム
中国四国厚生局ホームページ

（保険医療機関・保険薬局の指定状況、施設基準の届出受理状況）

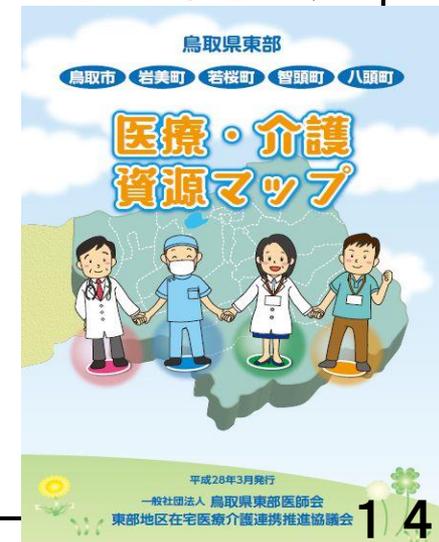
◆ JMAP地域医療情報システム（日本医師会）

都道府県、2次医療圏、市町村単位で施設別検索。地域別統計も。

◎課題

- ・情報が最新かどうか（特に介護は指定・休止・廃止がめまぐるしい）
県より情報提供（タイムリー）
- ・医師会等に未加入の医療機関がある
- ・保険外サービスの把握（有料老人ホーム・サ高住）
※県への届出、サ高住登録システムから把握
- 求人情報が一番早い情報の場合が多くある

- 在宅の対応・内容を含めた独自調査を実施（全機関へ）
医療・介護資源マップ（冊子・WEB）を作成した



取り組みを実施するに当たって（切れ目のない・情報共有）

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築支援

- ◆ 訪問診療・往診を行う医療機関（連携を含む）
 - ※ 医師会内での検討事項（資源調査の結果）
- ◆ 急変時の後方支援病院
 - ※ 地域医療構想の調整会議との兼ね合い
- ◆ 訪問看護（中山間地域・日曜祝日・夜間の対応）、人材確保・教育
- ◆ 医療～介護～在宅のスムーズな移行
 - ※ 各機関間の連携強化、**情報の共有**
 - ◎ 病院地域連携室の協議会とケアマネ協、保健所と連携し、
入退院時のスムーズな患者移行について検討を開始
（退院調整ルールモデル事業を参考）
 - 介護・医療連携シート（共通様式）を策定・運用

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有ツールの作成
 - 介護・医療連携シート（共通様式）を策定・運用
 - 介護事業所からのスムーズな救急搬送（消防業務の軽減）
 - ※ 救急連絡シート（事業所～消防～搬送先）の運用検討
- ◆ ICTの活用（検討の最後か？）



取り組みを実施するに当たって（相談支援）

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

◆ 人材が確保できるかどうか

（手引き抜粋）

看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、介護支援専門員資格を持つ者など介護に関する知識も有し、実務経験を有する人材を配置することが望ましい。

◎ 病院の地域連携室の看護師、MSW、 または、訪問看護の経験者か？

- 医療・介護関係者からの相談
- 住民からの相談は
地域包括支援センター

（相談員：兼務）

- ・ 看護師（前職：病院地域連携室、
社会福祉士、ケアマネ資格有り）
- ・ 主任ケアマネ（行政）

東部医師会在宅医療介護連携推進室

在宅医療・介護連携「相談支援」開始のお知らせ

平成28年11月21日より、医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談への対応業務を試験的に始めます。

病気を抱えても住み慣れた地域で生活が続けられるよう、東部地域の医療・介護に関わっている方からの在宅医療・介護連携に関する相談を受け付けます。相談は、看護師・主任ケアマネジャー・行政の推進室職員が担当します。

相談対象 東部地域の在宅医療・介護サービスを提供している関係者

（注）住民からの相談は、受付けていません。

お近くの地域包括支援センターが、高齢者の総合相談窓口です。

受付日時 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時まで

取り組みを実施するに当たって（ファシリテーター養成）

【目的】

多職種連携と住民参加型の研修・啓発活動の推進に当たり、従来の講演会形式では知識の一方通行になりがちで、記憶に残りにくい。そこで、グループワークのような対話型の体験学習研修を実施し、参加者自らが考え発言していくことが効果的と考えた。

このグループワークの導き役、調整役と言える**ファシリテーター**を東部地域で養成していくこととした。いろいろな機会（ケア会議、出前講座、研修会、シンポジウム等）で、参加者同士の話し合いの場を設定し、参加者一人一人が自らの問題として考え、対話し、協働して「高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で身体状況に応じて、自立した日常生活を送ることができる地域づくり」の取り組みが進んでいくことを目的とする。

（県予算での事業）

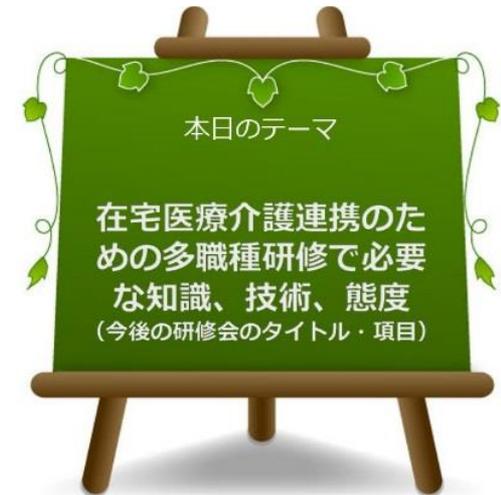


取り組みを実施するに当たって（多職種研修で何が知りたい？）

H28/7/3「多職種連携ワールドカフェ」を開催

今後の多職種研修のタイトルや項目になると
思われることを話し合った。

※各グループの進行助言等はH27ファシリテーション研修の修了者が行った。

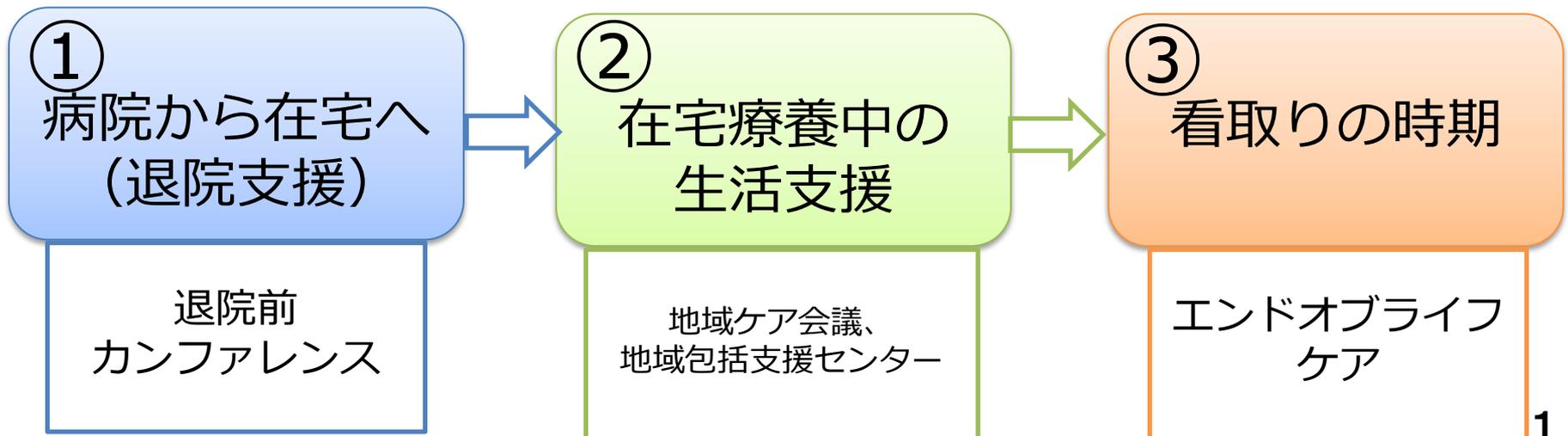


(結果)

- ・ いろんな職種の人と顔見知りになれてよかった。
 - ・ 他職種がどんな仕事をしているのか初めてわかった。
- (何にもわかってない！)

多職種研修プログラム（多職種研修WG）

- 目的：在宅療養を支援するための多職種による知識向上と意見交換
住民の利益を考えた効果的な多職種連携
- 内容：多職種連携強化のための研修に特化したプログラム
病いの軌跡を通じ、その人の人生に対するそれぞれの専門職の役割を理解する
- 対象：医療介護福祉関係者（初学者向け）
医師、看護師、薬剤師、ケアマネ、歯科医師、歯科衛生士、
リハビリ、栄養士、介護士、ヘルパー、福祉関係者、行政職等

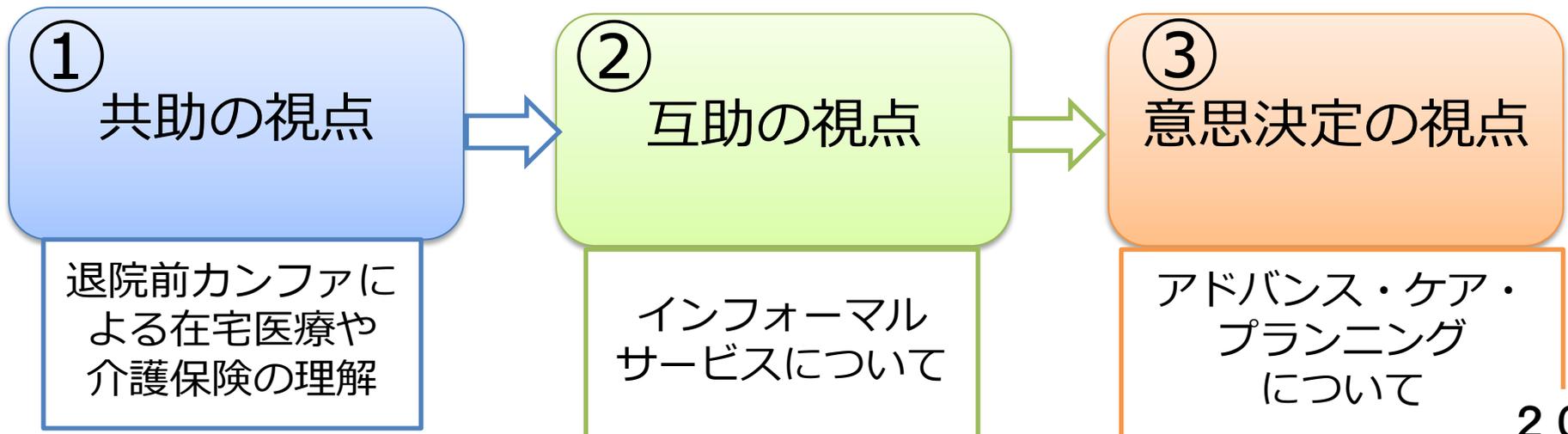


住民啓発プログラム（住民啓発WG）

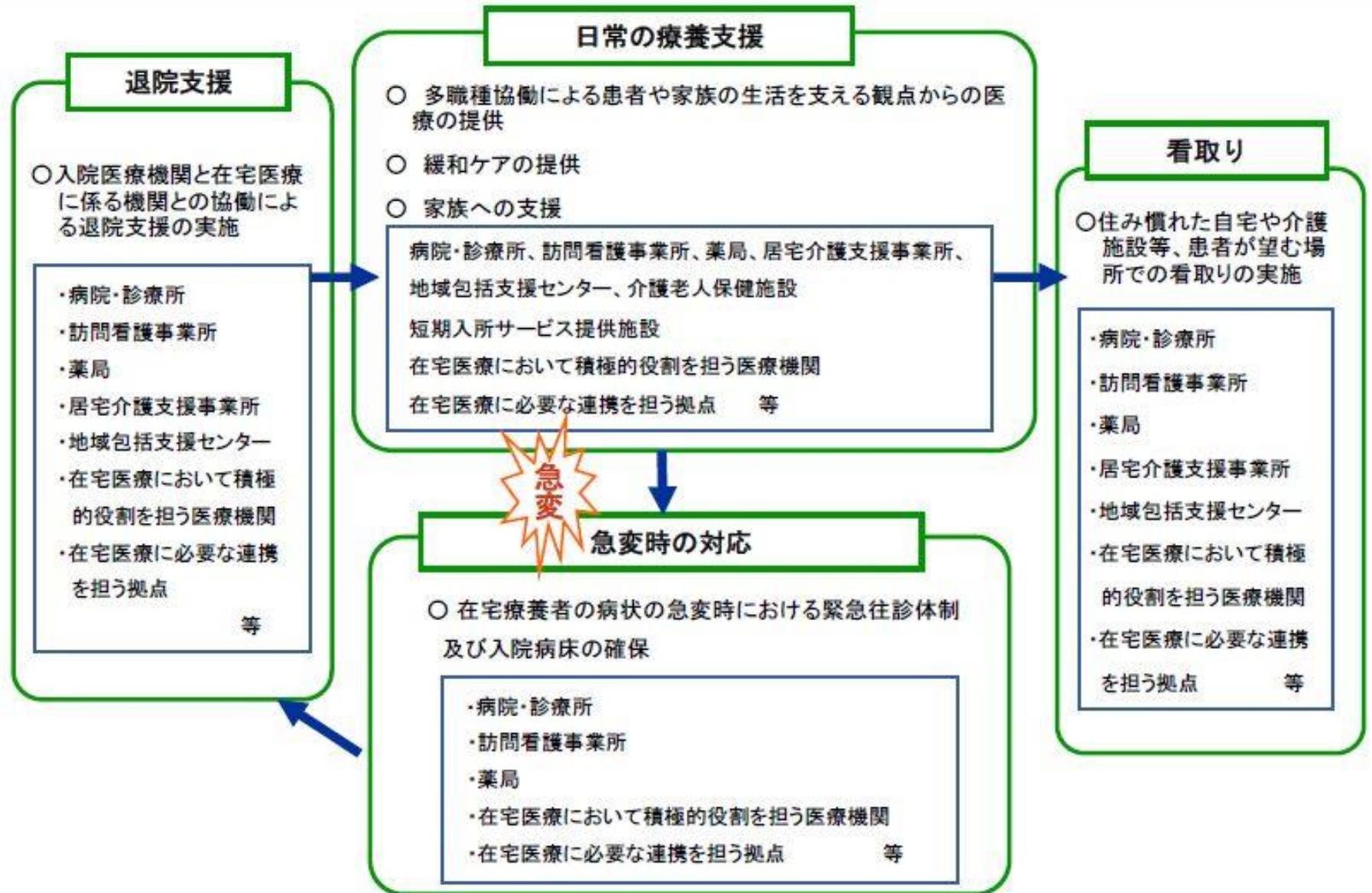
目的： 在宅医療や介護について理解し、必要なサービスを適切に選択
終末期ケアの在り方や在宅での看取りについて理解

内容： 寸劇を通じて、3つの視点を意識した研修プログラム
退院から在宅移行、在宅療養についての寸劇
育成したファシリテーターの参加によるグループワークと双方向性講義

対象： 地区住民（公民館単位）



在宅医療の体制



H29 地域包括ケア専門職“絆”研修

病いの軌跡を通じ、その人の人生に対するそれぞれの専門職の役割を理解し、多職種連携の重要性を学び、実践に繋げる



H29/2/26 住民啓発学習会「我が家(うちげえ)に帰りたい」

地域包括ケアシステム、在宅医療・介護保険についての理解を深め、地域住民のみなさまに、医療や介護に関する問題を、自分や家族、地域の問題として考えていただくきっかけづくり



8項目に取り組んでわかった今後の課題 (まとめ)

- ・ 急性期病院の参加（地域連携室だけではダメ）
- ・ ケアマネジャーの資質向上（やっぱりキーパーソン）
- ・ 困ったら手引き（読み返す）
- ・ 協議・検討して合意形成を（手引きに書いてあるが・・・）
- ・ 多職種の関係者が集まる、顔を合わせる機会をたくさん
（会議・研修の終了後の2次会）
- ・ 住民啓発が一番難しい（多職種関係者もわかってない）
終末期・看取りの話しをぜひ（例：広島県ACP）
- ・ 医療・介護人材確保（少子高齢化）、中山間地域の診療所
- ・ **取り組みの継続（2025年に向けて）** ⇒ 人・金
（行政の覚悟が必要）

取り組み内容の詳細は、ホームページをご覧ください。

<http://www.toubu.tottori.med.or.jp/zaitaku>

鳥取県東部医師会 在宅医療介護連携推進室

ホーム

推進室・協会のご紹介

協会・WGの情報

研修・講演のお知らせ

医療・介護の情報

ホーム

