

事例紹介

岩手県釜石医療圏

在宅医療連携拠点：チームかまいしの取り組み

チームかまいしアドバイザー

釜石医師会 介護在宅診療部会

寺田 尚弘

釜石医療圏（釜石市・大槌町）

- 盛岡市の南東約100km、三陸復興国立公園のほぼ中央に位置する。
- 釜石市と大槌町からなり、圏域の人口は約5万人（平成25年10月末現在）。
- **釜石市**では基幹産業である鉄鋼業の衰退などにより、昭和38年の92,123人をピークに東日本大震災を経て平成29年1月末現在では、人口**35,254**人。**高齢化率36.9%**



本日お伝えしたいこと3点

0) チームかまいし以前

- なぜ医師会単独の拠点機能は終わりを迎えたか？
- 課題の構造と『場』についての考察

1) チームビルディング

- 連携推進事業の要
- その『建てつけ』

2) 具体的な連携手法とその実践例

- 8つの事業項目（タスク）へのアプローチ
- 実現への具体的な手法とその展開事例

チームかまいし以前の連携拠点：釜石医師会

(平成19年6月～24年6月)

- 平成19年6月

釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会がスタート

➤ 急性期病院の統合による県立釜石病院の医療機能の確保、負担軽減を目的に多職種^(赤)の役割分担の明確化と連携体制の構築^(赤)が進められた。

➤ 有機的な地域連携の構築の開始

<目的と機能>

- コンセンサスの形成
- 役割分担の明確化
- 顔の見える関係の構築
- 各職種^(赤)の課題の抽出・解決

- 平成23年3月：東日本大震災

連携拠点：釜石医師会

地域医療に対するベースコンセンサスの形成

- 最大の成果：地域全体における中心的な合意事項ができたこと

「県立釜石（急性期）病院を守る」

- 地域で共有された連携のモチベーション

- ◆ 地域包括ケアシステムの視点からいうと、『**理念的統合**』

- 『**規範的統合**』の一部を構成する共通目的が形成された。

- 各医療機関、介護、福祉、行政も県立釜石病院を守るために何ができるかという視点から役割を分担されている。

役割分担された医療機関



釜石のぞみ病院



県立釜石病院



県立大槌病院



在宅医療



独立行政法人釜石病院



せいてつ記念病院

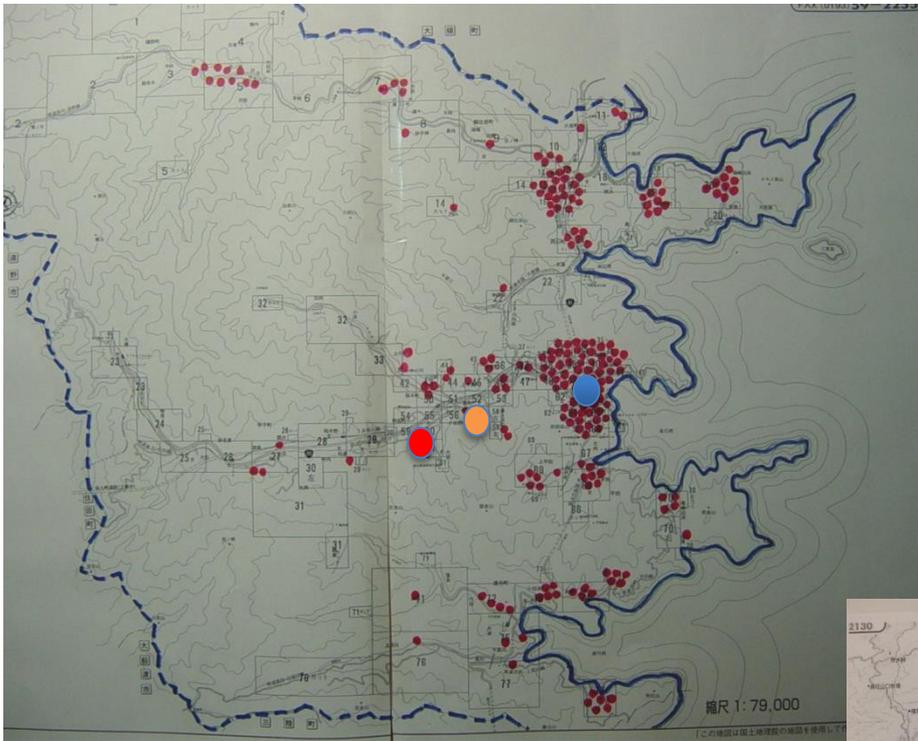


釜石厚生病院

0) チームかまいし以前

成果③

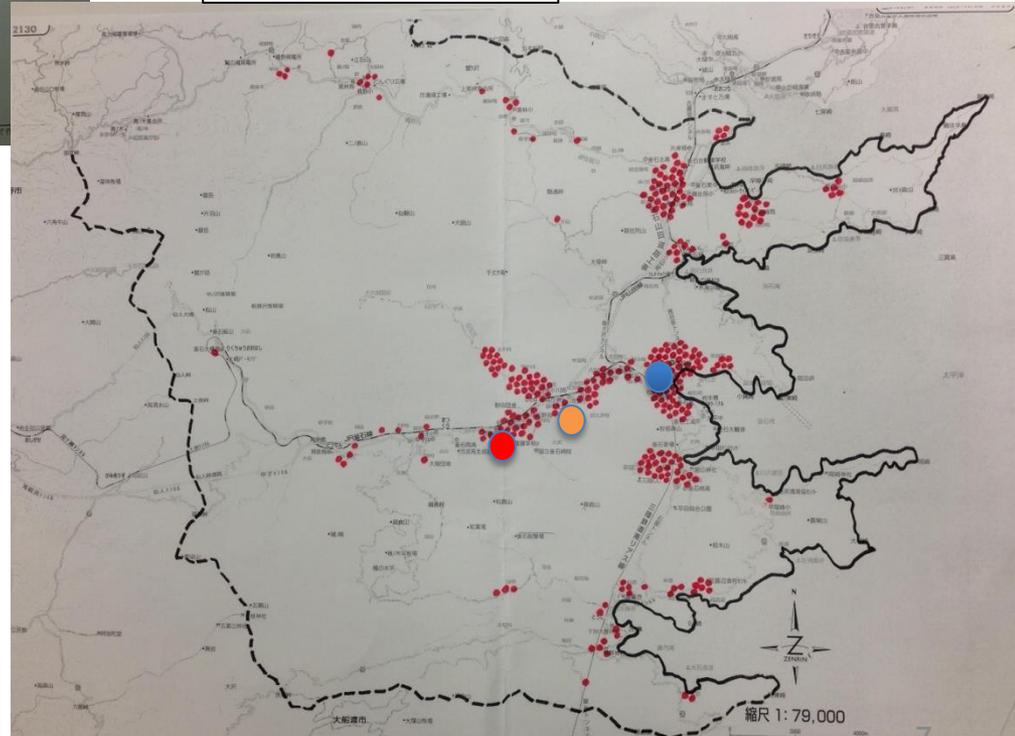
在宅医療が市内全域に



平成17年 患者数：202名

- 釜石市民病院（在宅療養科）
- 釜石のぞみ病院
- せいてつ記念病院
- 県立釜石病院

平成23年2月 患者数：306名



地域で在宅医療に対する理解が進んだ成果

連携拠点：釜石医師会

- 釜石医療圏の『医療崩壊の危機』を契機に、地域全体での役割分担の明確化とそれを繋ぐ連携が要請され、釜石医師会が地域連携全体の構築をコーディネートする拠点となった。
 - 地域の連携モチベーションを支える合意が形成され、医療機関のみならず、介護・福祉・行政などすべての職種が役割分担された。
 - 在宅医療もまた急性期・慢性期病院の退院患者の受け皿として役割を与えられ、地域連携全体の中で認知され市内に均等な患者分布が実現した。
- 医師会の役割として実現可能な連携の骨格を形成することができた。

顔の見える連携の場を設け、役割分担と連携の枠組みは出来上がったが、現場レベルの連携コーディネート、各職種の抱える課題の解決は遅々として進まなかった。

0) チームかまいし以前

なぜ現場レベルの連携は進まなかったのか？ 各職種における課題の層構造と『場』

抱えている
連携課題

病院の課題



薬局の課題



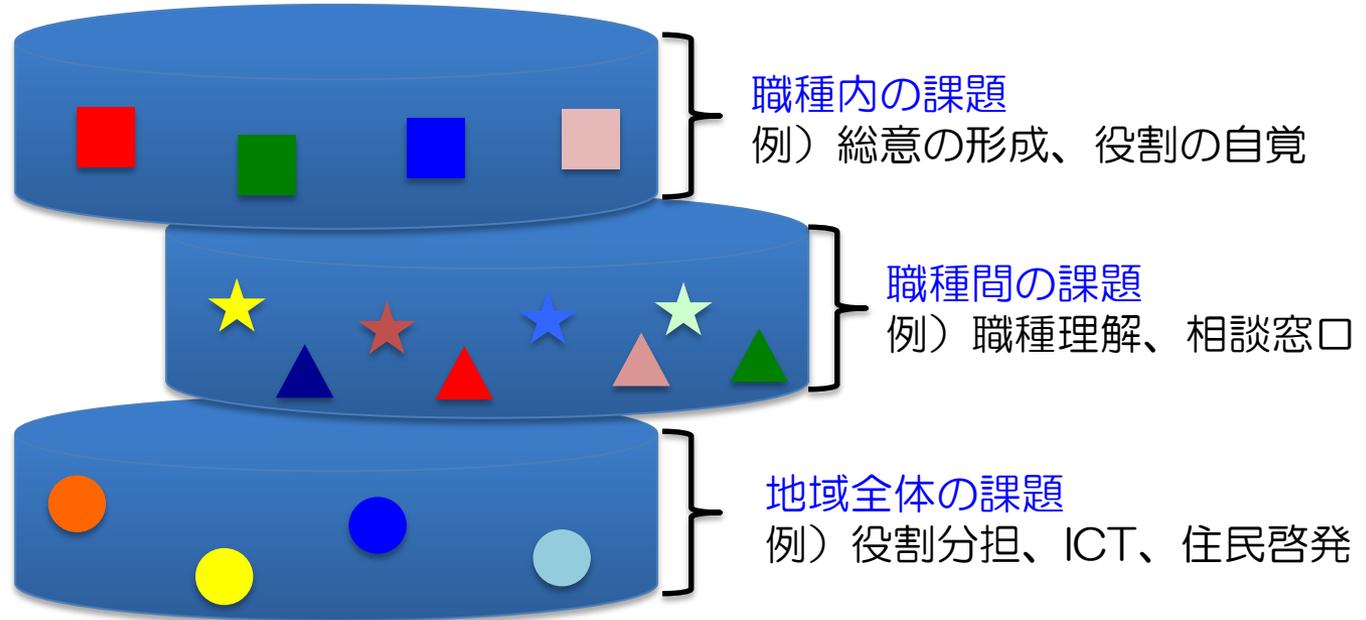
ケアマネの課題



施設の課題



.....



- 層の異なる課題を同一の場で解決することは困難
- 各層に内在する多様な連携ニーズを拾い上げる『場』の設定
- 『場』から拾い上げられた課題の精査、連携ニーズの抽出
- ニーズをマッチングさせる丁寧なコーディネートとフォロー

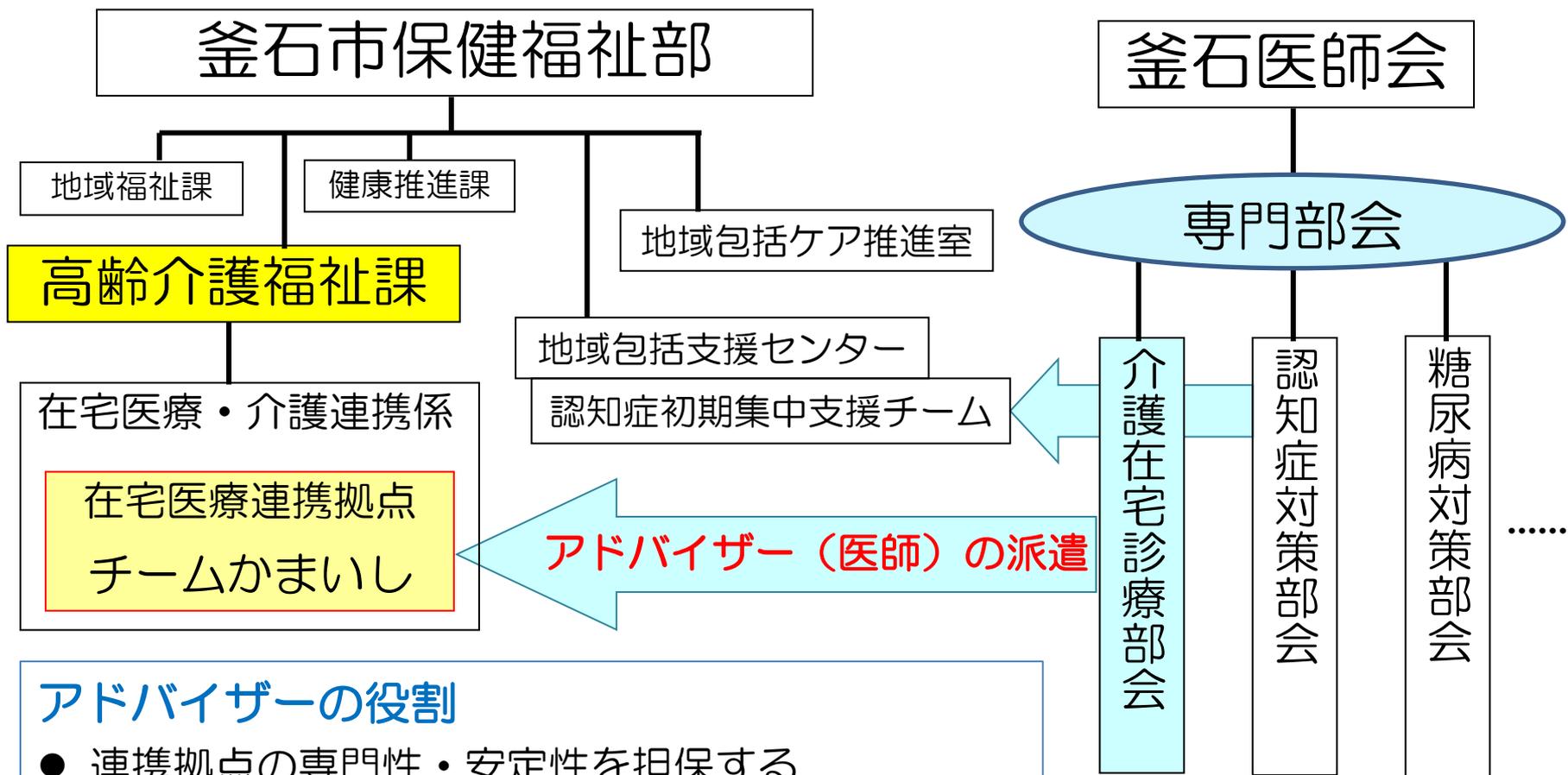
在宅医療連携拠点：チームかまいし

平成24年7月1日：厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機として釜石医師会との連携により釜石市が設置。以降財源を変えながら5年目となる。

<特徴>

- 釜石市保健福祉部内の専門部署
- 医師会と行政との協働事業
 - アドバイザーとして医師が派遣されている
 - 双方が得意分野を補完し合いながら運営されている
- 連携をコーディネートする専門職種の配置

釜石市と釜石医師会



アドバイザーの役割

- 連携拠点の専門性・安定性を担保する
- 連携コーディネーターの育成とサポート
- 関連職能団体とのパイプ役
- 専門的・実践的・研修的連携手法の導入、…など

医師会

事業拠点の構築・運営に関わる全面的なバックアップ¹

1) チームビルディング

チームかまいしと在宅医療連携拠点協議会

釜石市保健福祉部
高齢介護福祉課 在宅医療・介護連携係
在宅医療連携拠点
チームかまいし



平成29年6月現在



チームかまいしの事業計画・成果の承認・評価機関であり、その活動内容や成果物に地域全体のコンセンサスが形成される場。**事業拠点が孤立しない**建てつけ

【構成団体】

岩手県、釜石保健所、釜石市、大槌町、釜石医師会、釜石歯科医師会、釜石薬剤師会、圏域内の全病院、介護関連職能団体、他

8つの事業項目（タスク）へのアプローチ

- 1) どのタスクからやるか？
 - タスクの優先順位
- 2) 個々のタスクのメニュー
 - 何をやるか？
 - どこまでやるか？

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 課題抽出と解決策の検討の中で出てきたニーズが、その他のタスクのメニューを満たしてゆく。
- タスク間をまたがるニーズも多い

(ア) 在宅医療・介護の資源の把握

(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

(エ) 医療介護関係者の情報共有の支援

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

(カ) 医療・介護関係者の研修

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

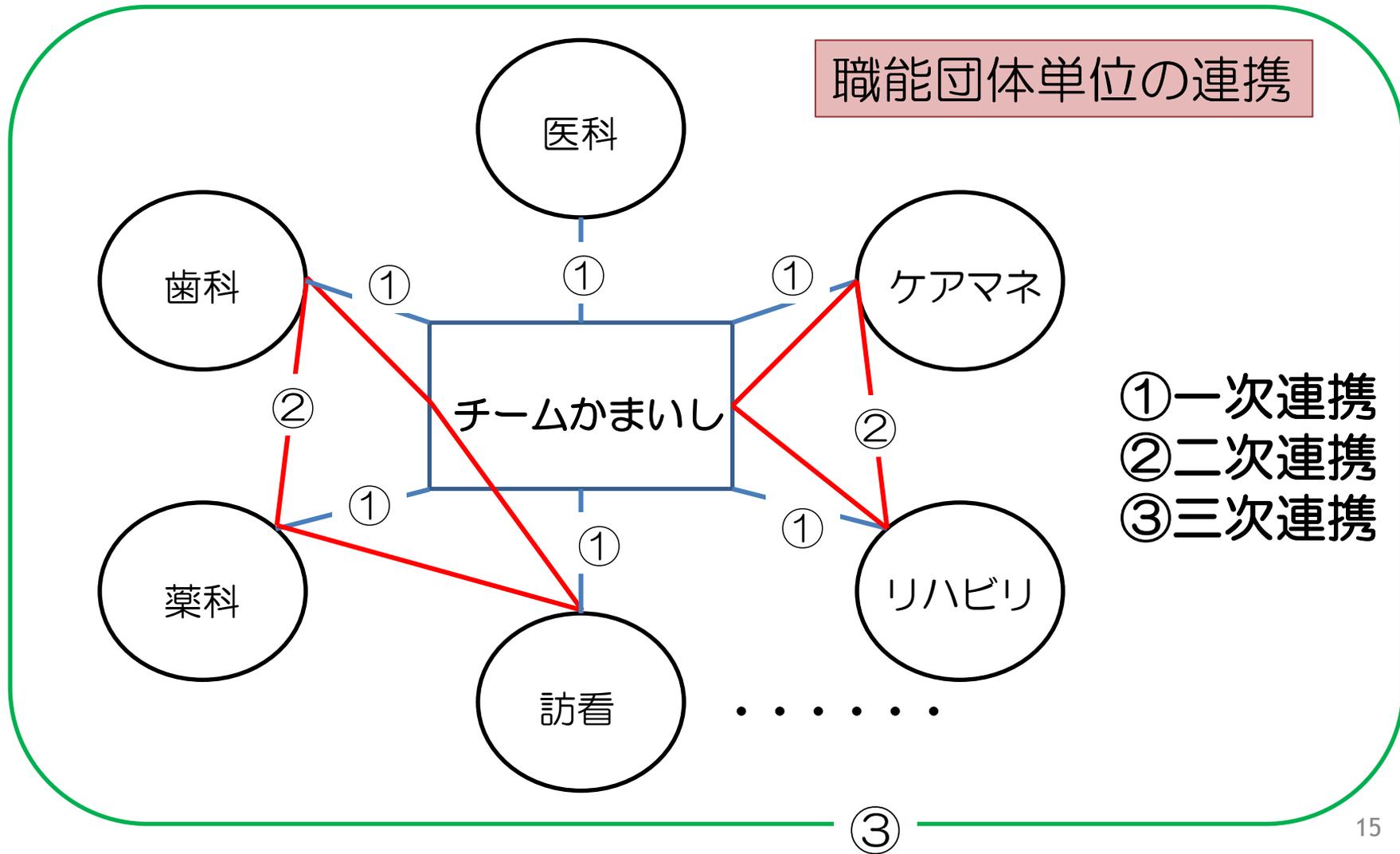
2) 具体的な連携手法とその実践例

平成27年度プロジェクトリスト

事業名	カテゴリー	プロジェクト番号	プロジェクト名	
I) 連携基盤形成事業	1) 連携資源	I) -1) -①	①地域の医療・介護資源の把握・更新・開発	
	2) 住民啓発	I) -2) -①	①市民公開講座 (キ)	
		I) -2) -②	②出前講座 (キ)	
	3) 研修・人材育成 (カ)	I) -3) -①	①従事者研修 (ク)	
		I) -3) -②	②連携コーディネーター研修 (ク)	
	4) 広報	I) -4) -①	①機関誌発行	
		I) -4) -②	②ホームページ・ブログ更新 (ア)(キ)	
	5) 情報連携ツールの活用 (エ)	I) -5) -①	①拠点-職種間連絡ツールの活用	
		I) -5) -②	②多職種間情報共有システムの活用推進	
	6) 広域連携	I) -6) -①	①県内連携 (カ)(ク)(ウ)	
		I) -6) -②	②県外連携 (カ)(ク)(ウ)	
	II) 連携コーディネート事業 (イ)	1) 連携に関わる専門窓口 (オ)	I) -1) -①	①継続
2) 職種間連携コーディネート (イ)		II) -2)		
		一次連携	II) -2) -①	①栄養士連携 ②病院連携室連携 (エ)
		二次連携	II) -2) -②	①栄養士歯科連携 ②連携室ケアマネ連携 (エ)
三次連携		II) -2) -③	①在宅医療連携体制検討会 ②協議会	
3) 連携手法	II) -3)	開発・更新		
III) 地域包括ケア関連事業	1) 地域包括ケア推進本部連携	III) -1) -①		
	2) 地域ケア会議連携	III) -2) -①		
IV) 成果管理事業	1) 成果の分析・考察・まとめ (カ)	IV) -1) -①	①プロジェクト報告書 ②事業報告書	
	2) 成果の公開・発表	IV) -2) -①	①成果の公開・発表	
	3) データの管理	IV) -3) -①	①データベース化推進と活用 (オ)	

チームかまいし

連携コーディネートの中心手法：連携の段階と役割



一次連携

チームかまいしと一職種による**詳細な課題の抽出**



歯科連携（一次）（10）



薬科連携（一次）（10）



ケアマネ連携（一次）



「釜石リハ士会」の設立を支援

リハ連携（一次）



一次連携

チームかまいしと一職種による**詳細な課題の抽出**



栄養士連携（一次）



地域包括支援センター連携（一次）



訪問看護連携（一次）



急性期病院

医師



慢性期病院

医師

病院連携室連携（一次）

アドバイザーには連携拠点の医療的専門性を担保する役割がある

一次連携で抽出された課題リスト (実例)

ケアマネジャー

病院

第1回ケアマネ連携に関する打ち合わせ会議 (1次連携)

第1回連携室連携(県産)に関する打ち合わせ会議 (1次連携)

2014/8/8

No	職種	発言者	発言内容	備考
1	ケアマネ	齋藤	新人ケアマネ言ったらいい	院内
2	医師	寺田	知識不足は	ケアマネ
3	医師	寺田	医師との壁	ケアマネ
4	ケアマネ	岩崎	県立病院から	院内
5	ケアマネ	岩崎	相談室を通ら	ケアマネ
6	ケアマネ	岩崎	県病から退院後の施設を探	ケアマネ

一次連携のいいところは他の職種の目を気にせずに思い切り言いたいことが言えること。

役割について病院はわ

職能団体単位で公平な立場で課題を拾い上げること、収集された課題や情報が適正に管理されることなどの役割が拠点には求められる。

13	医師	寺田	相手に対して「こうするのがいい」と思い込んでいる。	13 MSW	入院時など、この症状ならこうなりますよ、等経過説明をしているが、あまり効果がない。	ケアマネ
14	ケアマネ	澤田	病院側にも患者の生活というものを意識して欲しい		病院側にも患者の生活という	ケアマネ

課題の抽出は比較的容易である。

問題は課題解決の『場』とその手法である

22	医師	寺田	組織の強化		思っていると思う。	
22	MSW		病棟看護師の教育をどうするか			院内

二次連携

チームかまいしが仲介する 複数職種による課題の抽出と解決の手法

(イ)

課題抽出・解決

テーマ：急性期病院ケアマネ間退院連携
手法：顔合わせ



急性期病院医療福祉連携室と釜石地域介護支援専門員連絡協議会との二次連携

- それぞれの職種との一次連携で抽出された課題をチームかまいしが論点整理し、テーマと手法を決めて実施
- 主な目的
 - 相互理解の促進
 - 具体的連携阻害要因の解決
 - 職種間のルールやコンセンサスの形成 (ウ) (エ)
- 成果 (切れ目のない) 情報共有
 - 切れ目のない円滑な退院連携

2) 具体的な連携手法とその実践例

三次連携課題を一次連携と二次連携で支える 医療機関の退院調整を事業拠点が連携室連携でサポート



2) 具体的な連携手法とその実践例

二次連携

チームかまいしが仲介する
専門的・実践的な連携手法・研修の導入



課題抽出・解決

同行訪問（歯科）



多彩な二次連携の手法



セミナー

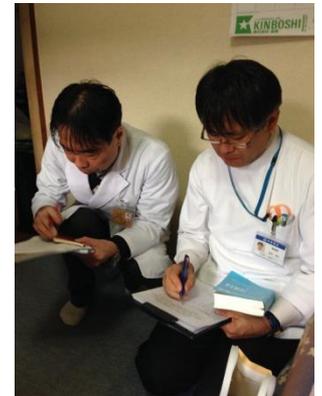


共同研究と学会発表

同行訪問（薬科）



連携成果の発表



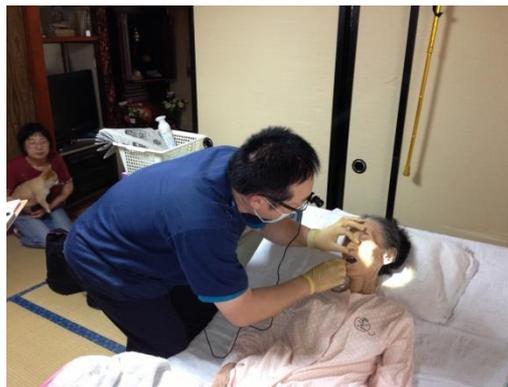
2) 具体的な連携手法とその実践例

平成25年度医科~~歯科~~同行訪問 テーマ：疾患別

第1回平成25年5月21日
三浦 孝先生
中枢神経系



第2回平成25年8月29日
工藤 英明先生
末期癌



第3回平成25年9月26日
久喜 薫子先生
認知症



平成26年度医科~~歯科~~同行訪問 テーマ：生活様式

第4回平成26年9月25日
福成 和幸先生
仮設住宅・独居

第5回平成26年11月11日
鈴木 勝先生
施設・老老介護



2) 具体的な連携手法とその実践例

平成27年度医科**歯科**同行訪問 テーマ：診療に医科**歯科**バリアをなくす

第6回平成27年12月3日
井上 宏紀先生



第7回平成27年12月10日
平松 浩先生



第8回平成27年12月17日
三浦 孝先生 (2)



第9回平成27年12月25日
早崎 溪先生



平成25年度医科薬科同行訪問 テーマ：残薬

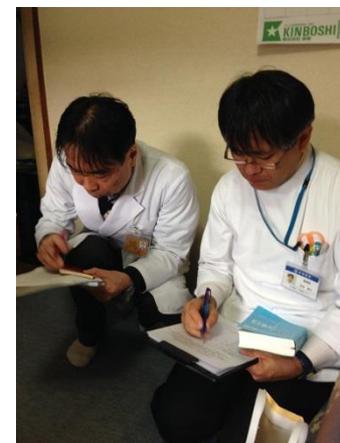
第1回平成25年10月17日
金澤 英樹先生



第2回平成25年11月28日
小笠原 修二先生 松田 智行先生



在宅薬薬連携も実現



第3回平成25年12月12日
宮澤 倫子先生



課題認識のプロセスの入り口として残薬の確認は重要である。「飲めない」にしても「飲まない」にしても、薬が残ってしまう背景には様々な課題が隠れているからである。

2) 具体的な連携手法とその実践例

平成26年度医科薬科同行訪問 テーマ：服薬指導

第4回平成26年10月2日
石田 昌玄先生



第5回平成26年10月9日
町田 和敏先生



施設の薬剤管理室見学



第6回平成26年10月16日
佐々木 千穂先生



第7回平成26年10月23日
佐藤 拓洋先生



退院日同行訪問

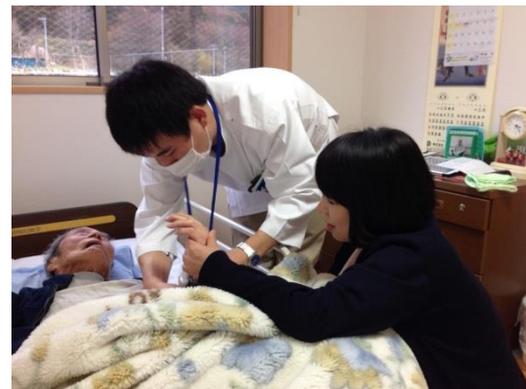
退院日は入院前の残薬と退院時処方混在し、服薬に関してはリスクの高いイベント日である。

平成27年度医科薬科同行訪問 テーマ：フィジカルアセスメント

第8回平成27年11月5日
町田 理美先生



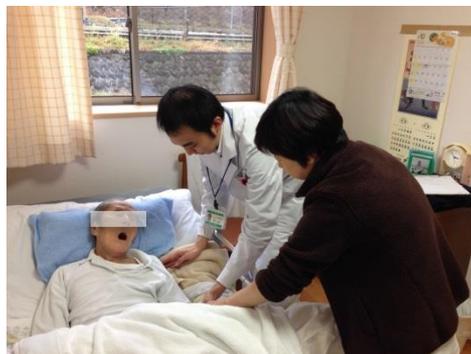
第9回平成27年11月12日
八木 章雄先生



第10回平成27年11月19日
小林 正樹先生



第11回平成27年11月26日
袴田 達也先生



2) 具体的な連携手法とその実践例

「顔の見える関係（相互理解・研修）の構築」から 「個別的包括的ケアへの応用」の段階へ



診療報酬に応じた連携で動いてみる
(例『退院前訪問指導料(580点)』)



同行訪問という二次連携の手法について

- 『在宅臨床協働』がもたらすもの
 - 多職種間の相互理解は臨床の現場でより促進され、多領域の各論研修機能を包含している。
 - 在宅臨床協働では各職種の引き出された専門性が体感でき（一目瞭然であり）、役割分担のイメージが鮮明になる。
 - 同行訪問は医療連携における課題抽出・解決の一手法であるが、この連携には何が必要かについて、その場で意見交換や具体的提案が生まれる。
 - 構築された多職種連携を患者個人レベルのケアに落とし込んでゆく入り口として有用な手法である。
 - 真の『顔の見える連携』はこの段階あたりにあるのではないか。

同行訪問は課題抽出・解決の場（イ）であり、研修の場（カ）であり、情報共有の場（キ）であり、切れ目のない連携構築の場（ク）を創出する。

2) 具体的な連携手法とその実践例

平成28年度薬科・リハビリ合同研修サポート テーマ：呼吸リハビリテーションと吸入薬



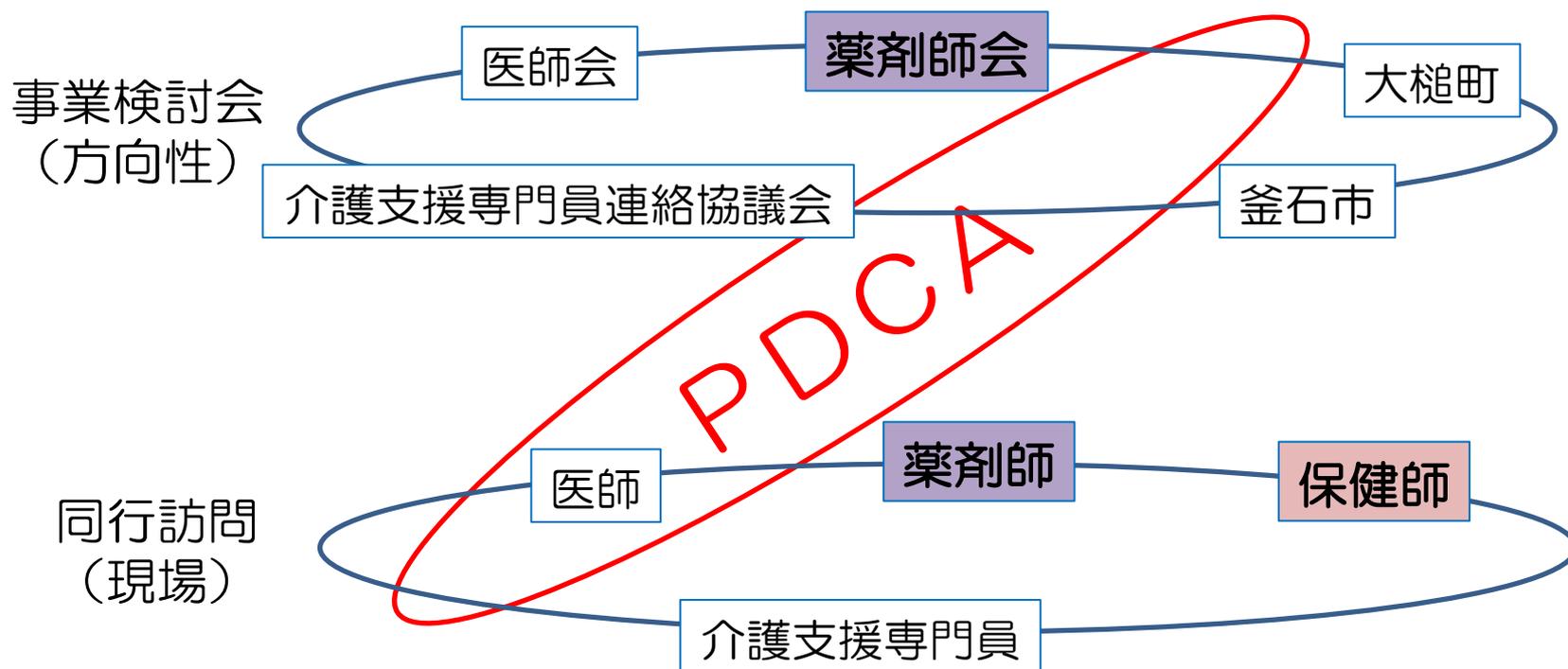
- 吸入デバイスをうまく使えず治療が進まない患者に対して、薬剤師に何ができるか、リハビリの視点から何ができるかというニーズ
- 座長は医師会から、参加者の歯科医師からも貴重な意見が出た。



2) 具体的な連携手法とその実践例

二次連携の新たな形 多職種による事業協力

平成28年度多職種連携による在宅における薬学的管理推進モデル事業



- これまで二次連携は互いの職務や役割分担の理解促進を主な目的としてきた
- 事業を進めるにあたって多職種で検討会を作り事業の地域総合性を構築し、現場連携とPDCAサイクル（当事業では4サイクル実施）でつなぐという新たな二次連携手法

三次連携

地域全体に関わる課題の解決・コンセンサス形成の場



釜石・大槌地域
在宅医療連携体制検討会

病病・病診連携や役割分担、ICT、住民啓発活動など職種間で解決困難な課題を抽出し、解決する場に位置付け直した。

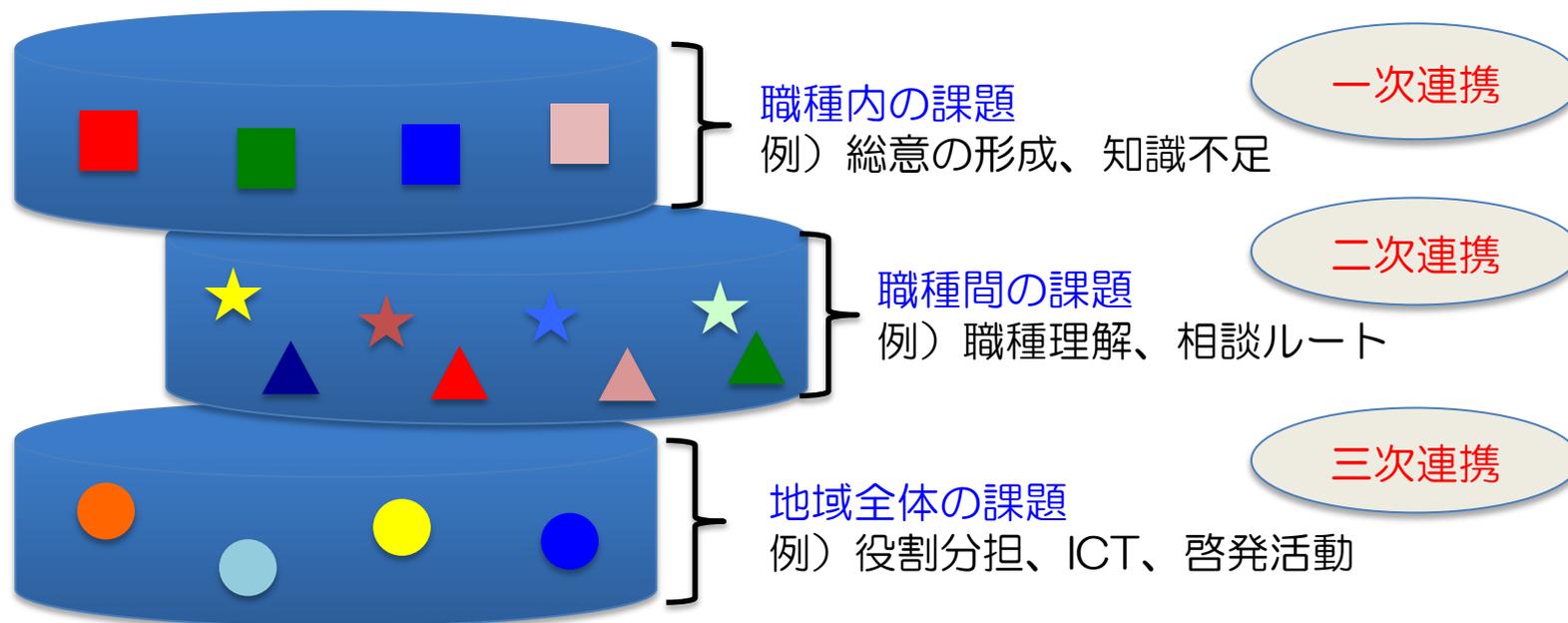
チームかまいしの活動自体を評価するし、チームかまいしの活動成果を地域全体にフィードバックする場

在宅医療連携拠点事業協議会



2) 具体的な連携手法とその実践例

チームかまいしのコーディネート機能のまとめ 課題の抽出・解決の『場』と『手法』を提供



- 事業拠点の業務を各職種の専門性が発揮できる環境や関係性を整えることと捉え、その足がかりを各職種のニーズに置いている。
- 実践的・協働的な現場（臨床）レベルの連携が実現する場と手法を提供し、職種間の自律（立）的・発展的連携をサポートしている。
- タスク（イ）を展開し、その成果としてその他のタスクを実現している。

連携拠点の長期的展望 地域包括ケアの概念図

復興

5つの要素

連携

医療

介護

予防

生活支援

住まい

機能分担、在宅医療、
居宅・施設介護の充実、
地域密着型、医療・介
護連携、人材の確保と
育成・・・

健康づくり、
啓発、早期発
見・早期対応、
悪化防止、社
会参加・・・

見守り、相談、配
食、買い物、交
通、生きがい・や
りがい活動、就
労、権利擁護・・・

確保、生活
に配慮され
た住まい、
住宅政策と
の連携・・・

4つの視点

自助

互助

共助

公助

医療介護連携の更なる深化および培った連携手法の横展開による地域包括ケアシステムの構築

まとめ

- 釜石医療圏では試行錯誤を繰り返しながら行政、医療、介護、福祉関連職種が時間をかけてお互いに無理のない役割分担と連携を作り上げてきた。
- 医療介護連携は地域包括ケアシステムの成否に関わる基幹連携であり、その**第一歩はしっかりとした連携拠点の構築のための行政・医師会連携である**と考える。
- 「住民の健康を守る責任」を共通項として医師会は強力に行政をサポートしている。

ご清聴ありがとうございました

