

平成28年3月18日

第118回 市町村職員を対象とするセミナー
岩手県釜石市における在宅医療・介護連携の推進に向けた
医師会と市区町村との協力について①

在宅医療連携拠点「チームかまいし」に見る
行政・医師会連携の具体的手法

釜石医師会

理事・介護在宅診療部会長

寺田 尚弘

釜石市在宅医療連携拠点チームかまいし

アドバイザー

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27年11月末現在では、人口**35,876**人。高齡化率**36.1%**



本日私に与えられた課題

1. 医師の立場からの在宅医療・介護連携の重要性について
2. 在宅医療・介護連携の推進における医師・医師会の役割について
3. 医師会としてどのようなスタンスで行政と協働してきたかについて
4. これまで取り組みに関する医師会と市区町村との協力事例

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

生きるを支える

医療介護連携

例

『食べる』に関わる多職種連携



医師

歯科医

歯科衛生士



ご家族



ヘルパー

ボランティア



協働と情報共有
が重要

リハビリ

調理師

栄養士

ヘルパー

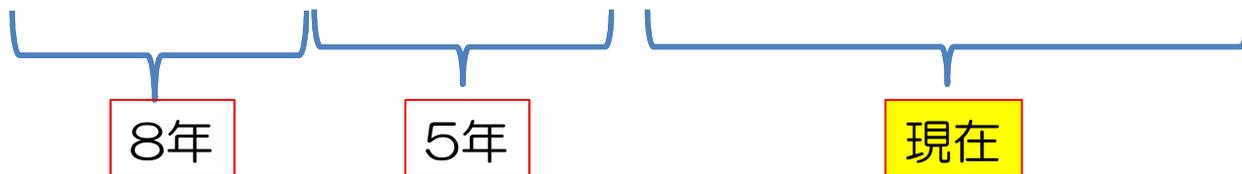
コーディネート機能
地域連携拠点



釜石医療圏：医療介護連携コーディネート拠点の変遷

現在に至る試行錯誤

	Phase 0	Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
連携コーディネート拠点	個別	在宅医療 専門医療機関 釜石市民病院 在宅療養科	医師会	行政と医師会 在宅医療連携拠点 チームかまいし	行政＞医師会 地域包括ケア 推進本部
期間	～平成11年3月	平成11年4月 ～平成19年3月	平成19年6月 ～平成24年6月	平成24年7月～	平成26年4月～



これまでにどのような連携拠点機能が必要とされ、その後なぜ役割の変容が求められたのか？

Phase II

連携拠点：釜石医師会

釜石医師会には何ができ、何ができなかったのか？

Phase II 連携拠点：釜石医師会

介護在宅診療部会

(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の役割分担の明確化と連携体制の構築が進められた。
- ▶ 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
- 各職種の課題の抽出・解決



- 平成23年3月：東日本大震災

成果①

Phase II 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。

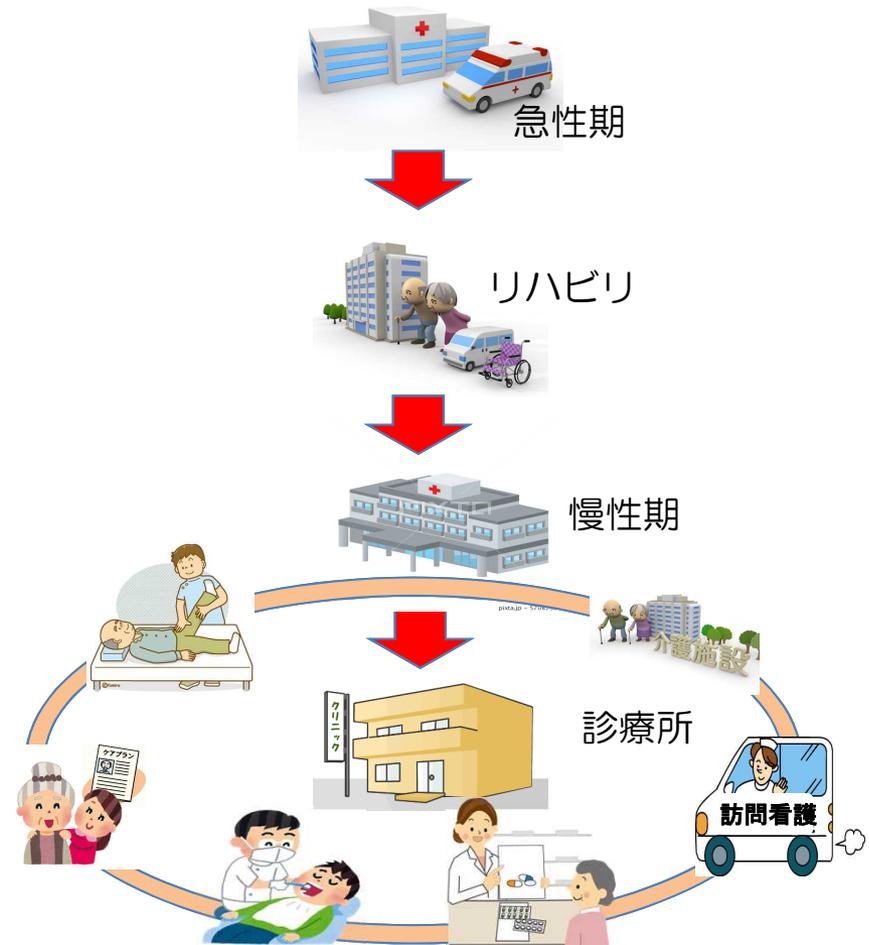
役割分担の視点

視点①『垂直連携』

- ▶ 病期に応じた切れ目のない連携

視点②『水平連携』

- ▶ 患者の生活を支える多職種連携

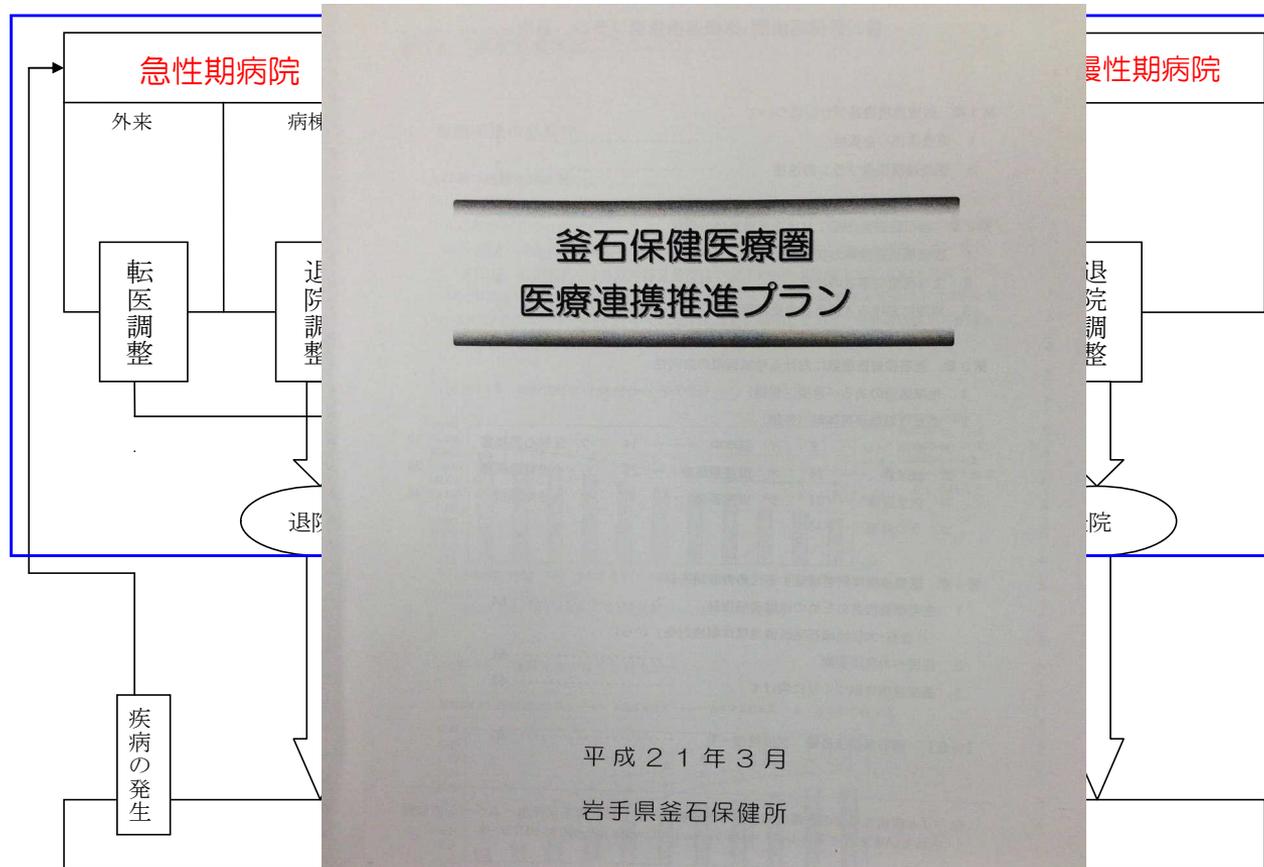


成果②

Phase II : 連携拠点 : 釜石医師会

役割分担の明確化・「垂直連携」の枠組み構築

(平成19年6月~21年3月)



- 一つ一つの連携を丁寧に調整
- 大枠の役割分担および連携に関する多職種間の基本合意を形成
- **在宅医療の位置づけもここで明確化**
→平成21年3月県の『釜石保健医療圏医療連携推進プラン』にまとめられた。

役割分担された医療機関



県立釜石病院



せいてつ記念病院



釜石のぞみ病院

釜石(相釜番補民病院)一

釜石厚生病院



独立行政法人釜石病院

釜石市保健福祉センター 医療・介護・行政連携の中心



釜石市社会福祉協議会

釜石のぞみ病院

退院

入院

在宅療養支援診療所
釜石ファミリークリニック

釜石市保健福祉部

地域包括ケアシステム構築の視点からは、
「垂直統合」「水平統合」および「臨床的統合」「組織的統合」の一部が成立している。

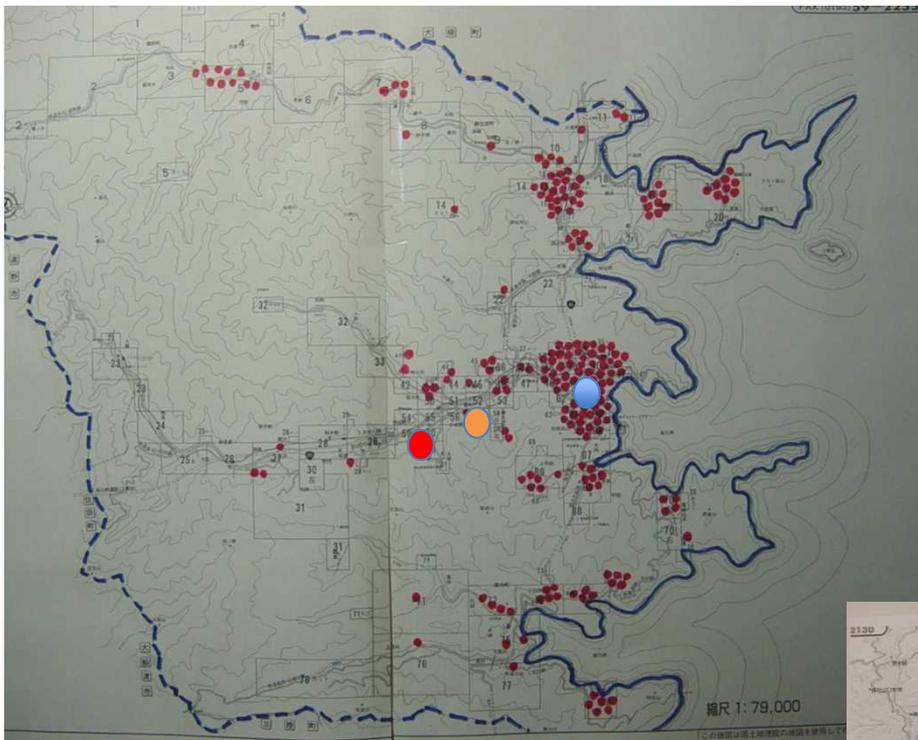
成果③

在宅医療が市内全域に

Phase II

平成23年2月

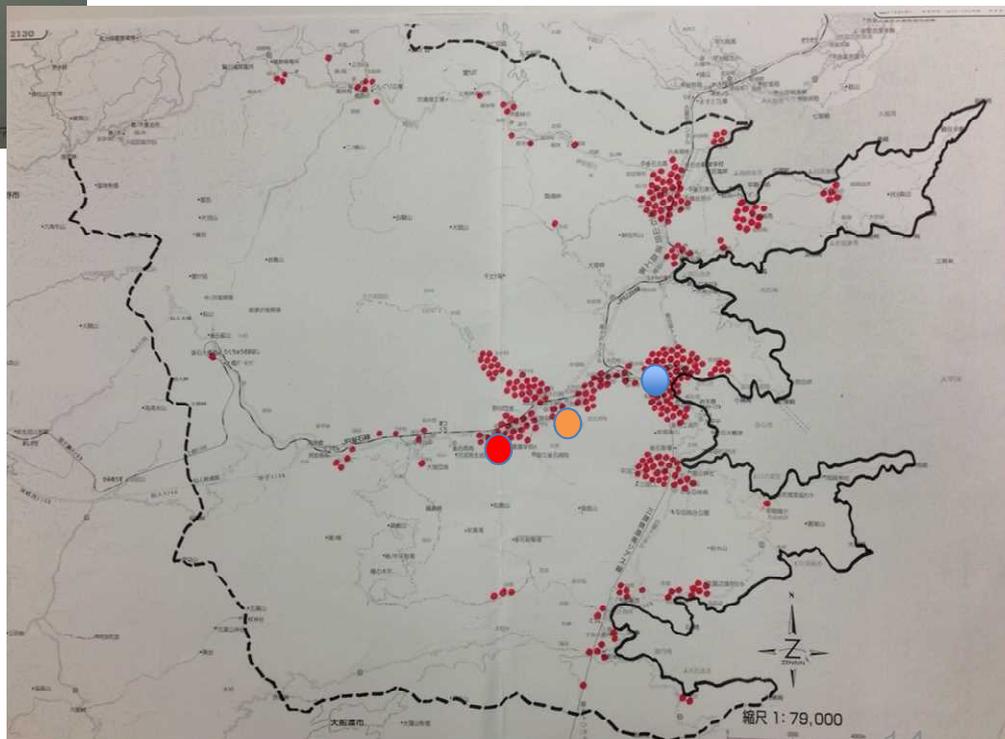
患者数：306名



Phase I
平成17年

患者数：202名

- 釜石市民病院
- 釜石のぞみ病院
- せいてつ記念病院
- 県立釜石病院



地域で在宅医療に対する理解が進んだ成果

Phase II (まとめ)

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。

課題

役割分担と連携（「垂直連携」）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（「水平連携」）は遅々として進まなかった。

連携拠点：釜石医師会

なぜ現場レベルの連携（水平連携）は進まなかったのか？

各職種における課題の層構造と『場』

Phase IIIへ

抱えている
連携課題

病院の課題



薬局の課題



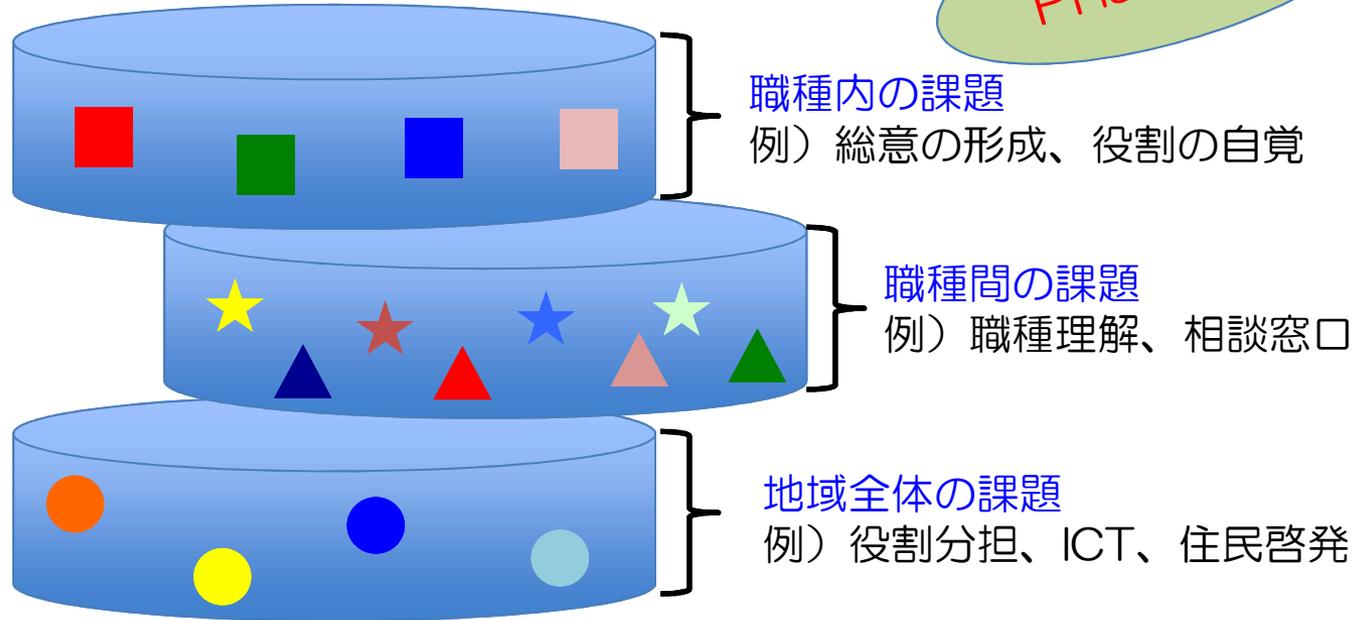
ケアマネの課題



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満たす『場』の設定と管理
- 『場』から吸い上げられる課題の精査・管理
- 解決手法の選択・実施・評価

診療の片手間にできる
プロジェクトではない

Phase III：医師会・行政連携

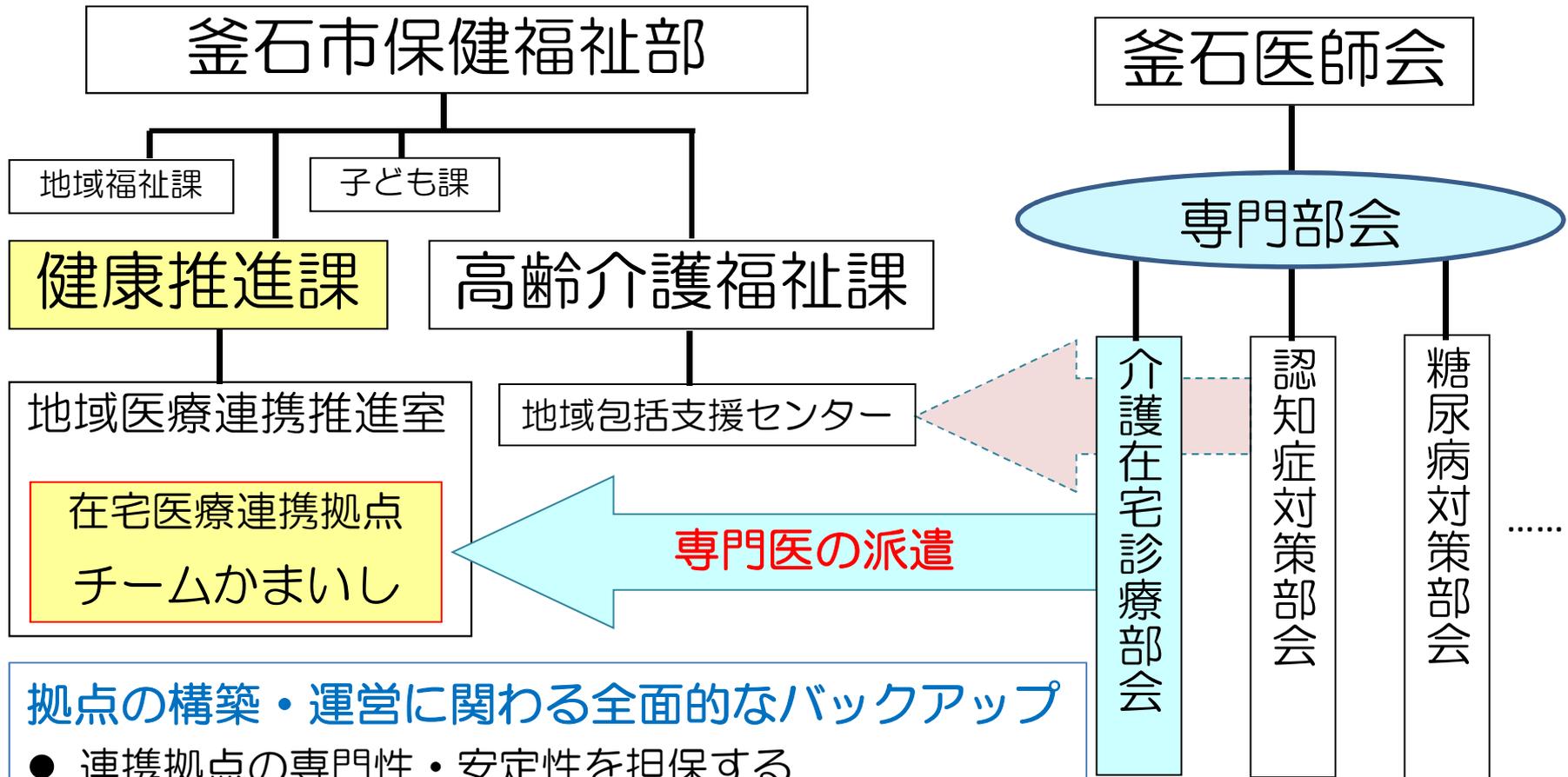
連携拠点：チームかまいし

医療・介護連携の実践拠点

在宅医療連携拠点：チームかまいし (平成24年7月～現在)

- 平成24年7月：国のモデル事業として釜石市が設置。
- 医療介護連携の専門部署の誕生
 - 連携をコーディネートする専門職種の配置
 - 地域包括ケアシステムにおける医療介護連携の位置づけが明確に
 - これまで実現しなかった現場レベル（『水平連携』）での課題抽出・解決をはじめとした多様なニーズに対応した連携事業が可能に
 - 連携拠点として各職能団体に対する公平性・中立性の確保
- 上位組織として在宅医療連携拠点協議会を持つ
- ケースコーディネートは行っていない

釜石医師会と釜石市



拠点の構築・運営に関わる全面的なバックアップ

- 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

チームかまいし

現場レベルの連携コーディネート



コアスタッフ



平成22年3月発行

地域連携だより
Face to Face 第4号

「かまいし・おまつち医療情報ネットワーク」運用開始
5月1日(月)にコンクリートセンター(新市医師会館第一ビル)

新市医師会の病院と診療所をつなぐ「かまいし・おまつち医療情報ネットワーク」が5月1日、本誌発刊しました。新市大地区総合診療所、18診療所、心臓血管病センターが中心を担ったネットワークの運用が、患者の病状が医師間で伝達されることで、専門医の検査や治療が受けやすくなるほか、新市病院での検査の結果がわかるなど、医療従事者と患者の両方に利便なシステムです。

運用開始を記念したセミナーには、新市医師会、新市保健所、県立新市病院、新市中、大塚野の出席。会場には新市医師会長のほか多くの新市医師が参加し、熱心な質疑応答が行われました。ネットワークは本誌発刊に際し、紙上掲載、印刷版だけでなく、関係機関との連携が「かまいし」の地域が期待されています。

「かまいし」に引き続き新市医師会が主催する「ネットワークセミナー」を開催し、多くの関係者から参加がありました。

ネットワークの開始を祝して、テープカットが行われました。

多くの参加者から「かまいし」の活用が期待されています。

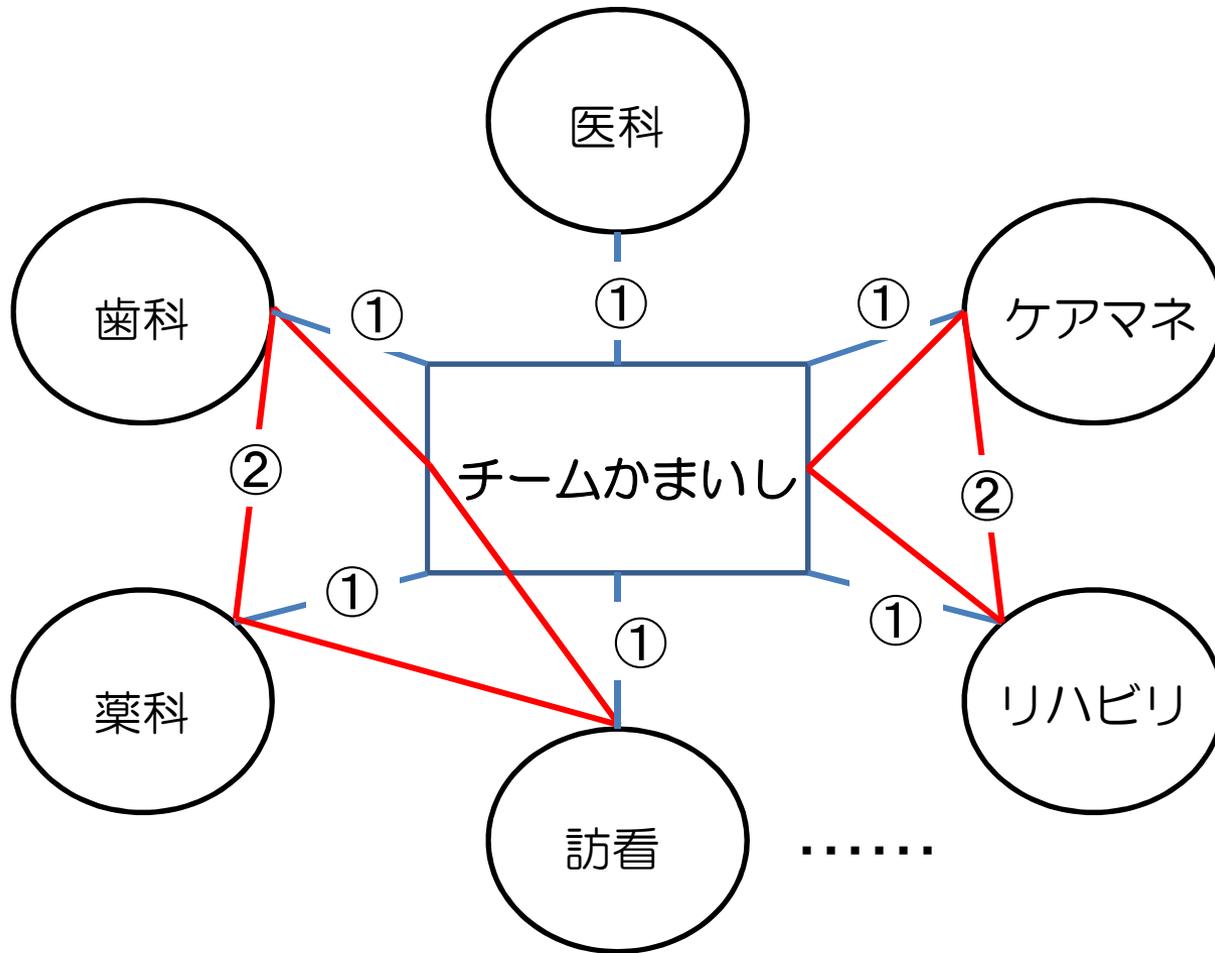
新市の発展を促すため、ネットワークを活用し、医療の質を向上させ、市民の健康を守ります。

チームかまいし:平成27年度プロジェクトリスト

事業	カテゴリー	プロジェクト番号	プロジェクト名	備考	
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	新規の資源については適宜訪問、場合に応じて広報。	
	2)住民啓発	I)-2)-①	①市民公開講座	(未定)	
		I)-2)-②	②出前講座	民生委員協議ほか随時受付	
	3)研修・人材育成	I)-3)-①	①従事者研修	医療・介護に関わる人材の育成	
		I)-3)-②	②連携コーディネーター研修	学会、研修会への参加	
	4)広報	I)-4)-①	①「地域連携だより」発行		
		I)-4)-②	②チームかまいしホームページ・ブログ		
	5)情報連携ツールの活用	I)-5)-①	①拠点一職種間連絡ツールの活用	一次連携としてのサイボウズlive活用	
		I)-5)-②	②多職種間情報共有システムの活用推進	OKはまゆりネット活用促進支援	
	6)広域連携	I)-6)-①	①県内連携	第17回日本在宅医学会盛岡大会、各拠点連携・情報交換	
I)-6)-②		②県外連携	全国の拠点との連携・情報交換		
II)連携コーディネート事業	1)連携に関わる専門窓口	II)-1)-①	①設置		
	2)職種間連携コーディネート	II)-2)			
		一次連携	II)-2)-①	①施設連携、②栄養士連携、③包括支援C	各職種における連携課題の抽出・分析
		二次連携	II)-2)-②	①施設連携、②栄養士連携	複数職種間の連携、新たな課題の抽出・分析
	三次連携	II)-2)-③	①釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会		
			②在宅医療連携拠点事業協議会		
3)連携手法	II)-2)-④	①連携手法の開発			
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	①地域包括ケア推進本部連携		
	2)地域ケア会議連携	III)-2)-①	①地域ケア会議連携	ケースにおける多職種連携の成果を応用、新たな連携課題抽出の場	
IV)成果管理事業	1)成果の分析・考察・まとめ	IV)-1)-①	①プロジェクト報告書、事業報告書	各年度活動報告・活動計画	
	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		

チームかまいし

連携コーディネートの手法：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課題の抽出



歯科連携（一次）（10）



薬科連携（一次）（8）



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）



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

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	濱部	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

ケアマネは家族と同じ目線

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			病院にどのような思いがあるのか知りたい	ケアマネ

病院側にも患者の生活という

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

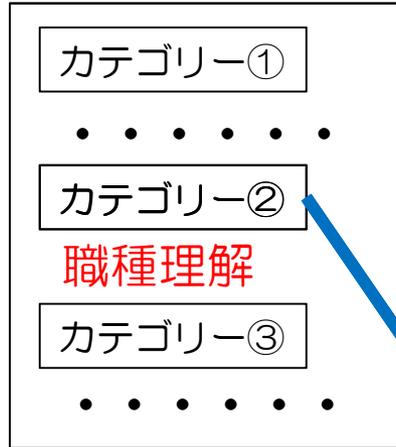
22	医師	寺田	組織の強化		22	MSW	病棟看護師の教育をどうするか	院内
----	----	----	-------	--	----	-----	----------------	----

思っていると思う。

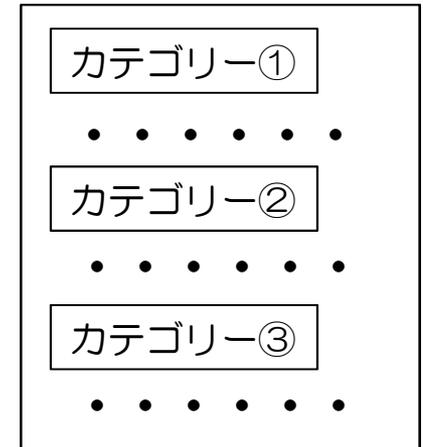
一次連携から二次連携へ

- ① 一次連携で得られた課題の 카테고리化し、対職種ニーズを把握する
- ② お互いが抱える共通課題や優先順位を指標に二次連携の職種と 카테고리をテーマとして選択する

<病院>

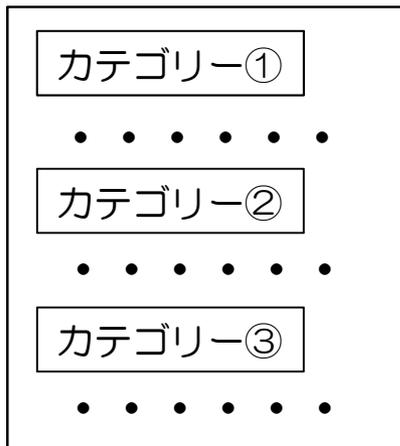


<薬局>

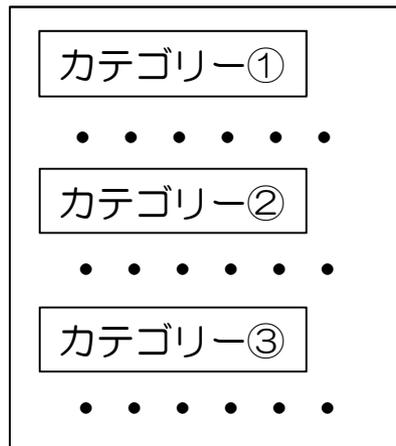


二次連携へ
テーマ設定

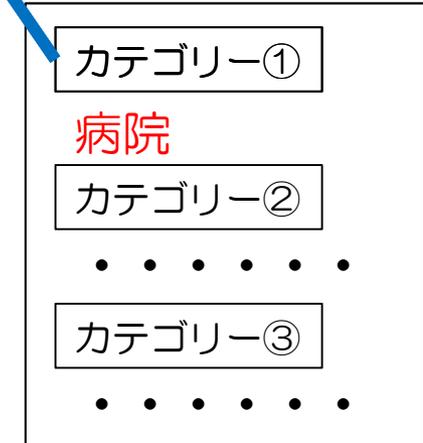
<訪問看護st>



<診療所>



<ケアマネ>



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

テーマ：職種理解／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

連携拠点は職種と職種を繋ぐという種をまく作業をし、その後は職種間の自律的な発展を支援する立場となる。