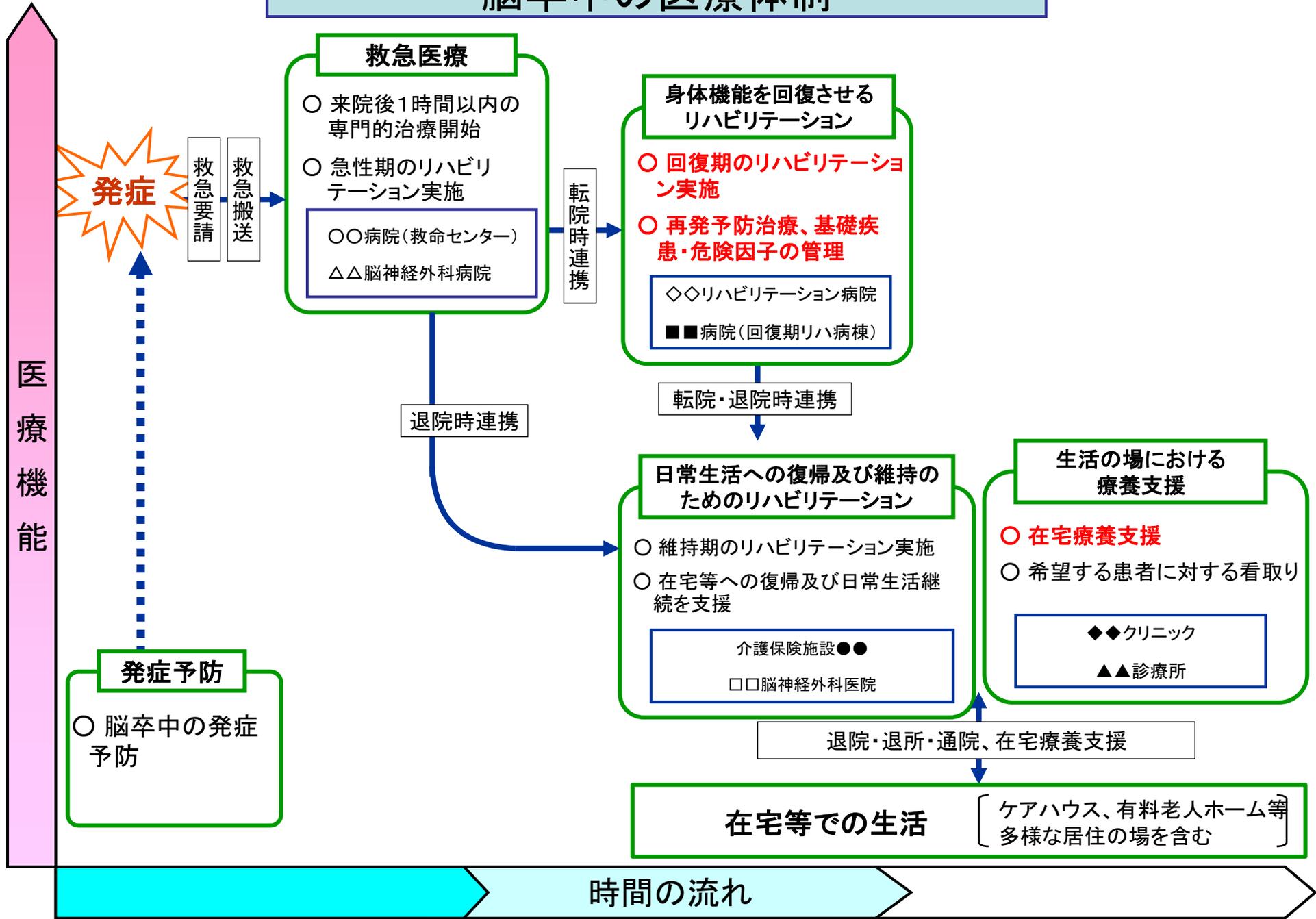


(参考資料)地域医療計画と医療・介護連携
〈順天堂大学医学部公衆衛生学講座 田城准教授〉

- **世田谷区医療連携推進協議会（在宅医療推進）
委員**
- **横須賀市医師会医療連携協議会 アドバイザー**
- **板橋区医師会医療連携アドバイザー**
- **文京区地域医療連携推進協議会 副会長**
- **文京区在宅医療推進部会 部会長**
- **豊島区在宅医療連携協議会 会長**
- **世田谷区 在宅医療電話相談センター**
- **板橋区 在宅医療多職種連携交流事業**
- **豊島区 在宅医療コーディネーター養成講座**

脳卒中の医療体制



脳卒中の医療体制

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	《在宅療養》 生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後2時間以内の急性期病院到着	● 来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援	●在宅療養支援 ●希望する患者に対する看取り
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●脳卒中の専用病室を有する病院	●リハビリテーションを専門とする病院 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●介護老人保健施設 ●介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所	●診療所 等
求められる事項(抄)	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	● CT・MRI検査の24時間対応 ●専門的診療の24時間対応 ● 来院後1時間以内にt-PAによる脳血栓溶解療法を実施 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	● 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ● 抑うつ状態への対応 ● 生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ● 在宅復帰のための居宅介護サービスを調整	● 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ● 抑うつ状態への対応 ● 訪問看護ステーション、調剤薬局と連携した在宅医療 ● 希望する患者に対する居宅での看取り ● 居宅介護サービスとの連携
連携	●発症から治療開始までの時間短縮		●医療施設間における診療情報・治療計画の共有			
				●在宅等での生活に必要な介護サービスの調整		
指標による現状把握	●基本健診受診率	●発症から救急通報までの時間 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●SCU等を有する医療機関数・病床数 ● t-PAによる脳血栓溶解療法実施医療機関数、実施率 ●急性期リハビリテーション実施医療機関数	●回復期のリハビリテーション実施医療機関数 ● 入院中のケアプラン作成率	●介護保険によるリハビリテーション実施施設数	●在宅療養支援診療所数
	●地域連携クリティカルパス導入率					
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合 ●発症1年後のADLの状況 ●脳卒中を主原因とする要介護認定者数 ●年齢調整死亡率					

慢性期・長期療養期【回復期・維持期・再発予防】に求められる事項

【脳卒中】

- 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理
- 抑うつ状態への対応
- 生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施
- 在宅復帰のための居宅介護サービスを調整
- 訪問看護ステーション、調剤薬局と連携した在宅医療
- 希望する患者に対する居宅での看取り
- 居宅介護サービスとの連携

在宅医療推進の体制作り

- 入院又は通院医療を担う医療機関と、在宅医療を担う医療機関との適切な役割分担及び連携の体制
- **重症患者であっても、最後まで居宅等生活の場で暮らし続けたいと希望する者が、在宅医療を受けられる医療及び介護の体制**
- **在宅医療推進協議会**
⇒ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議
- もうひとつの在宅である介護老人施設、特定施設も充実し、選択肢を拡げる。

地域医療連携体制構築の手順

1. 地域医療連携推進協議会
 - 医師会・病院・行政・コメディカル
2. 多職種協同実践ワーキンググループ
3. 具体的に事例を動かす。
 - 病院医療連携職（MSW・退院支援看護師）・地域コーディネーター（医師会・NPOなど）
4. フィードバック（PDCA/PDSAサイクル）

（田城孝雄）

病診連携の課題 EC3

病診連携の課題・問題点を集約すると、

- Education
- Communication
- Coordination
- Cooperation

EC3が挙げられる

医療連携コーディネーター

I. 医療連携コーディネート機能 (谷水正人)

- 医療者間の連携を調整する機能・役割が必要であり、連携構築に関わる医療者の負担増を防ぐ必要がある。また複数の医療者に関わる患者の不安や疑問に応え患者を身近に支える存在が必要である。すなわち医療連携コーディネーターのあり方を検討する必要がある。

II. 医療連携コーディネーター機能には2種類ある。

(田城孝雄)

① フレームワーク(枠組み)づくりのコーディネーター

- 協議会の設置・運営など、仕組み、取組み、合意事項などの協議

② 事例のコーディネーター

- 一例一例、個別の事例・症例のコーディネーションを行う。
- 事例を重ねることで、医療連携ネットワークを構築する。

豊島区の在宅医療の現状

区内・周辺訪問看護ステーションからの調査

(平成22年6月実施、区内及び区周辺訪問看護ST39か所、回収率69%)

平成22年6月時点での、訪問看護利用者数
604人(区内 524人、区外 80人)
訪問看護利用者の13%は区外ST利用

現在の豊島区民のケース数	医療処置のある豊島区民(延べ数)												
	持続皮下注管理	中心静脈栄養管理	点滴管理	経管栄養(胃ろう含む)	HOT管理	気管カニューレ	人工呼吸器管理	吸引	膀胱ろう、腎ろう膀胱留置カテーテル	ストーマ&ウロストミー管理	褥瘡管理	CAP D・A PD	ドレナージチューブ管理
604	2	18	11	44	38	9	5	31	57	19	36	5	2

豊島区の在宅医療の現状

介護事業者へのアンケート調査

(平成22年6月実施、区内130事業所、回収率41.2%)

退院時カンファレンスへの参加率	77.8%
かかりつけ医とのカンファレンス実施率	55.6%
ケアマネタイム利用率	42.6%
かかりつけ医との障害は？	医師等が診療等で忙しそうだから

地域医療連携について、本区で不足している事

- ①区としての検討体制連絡体制が未整備
- ②退院時における在宅医療・ケア関係職種の連携会議が不十分
- ③区として、地域医療連携の問題点が明確化されていない

地域医療について、本区に期待すること

- ①医療コーディネーターの設置や育成
- ②医療依存度の高い者へのサービス等不足しているサービスの充実
- ③医療・看護・介護関係者の共通認識の形成

在宅医療に関する 豊島区の現状と課題

区からみた問題点

区の検討体制・連絡体制の未整備

- 在宅医療所管部署が無い。
- 保健部門、福祉部門で個別に対応しており、区としての組織的な在宅医療対応は行われていなく問題点が明確化されていない。

点としての在宅医療

- 診療所単位や看護ステーション単位・ケアマネジャー単位で個別に対応している状況である。
- 区民への周知がほとんどされていない。

連絡会・研修の場などが少ない。

- 訪問看護ステーション連絡会等に区は参加しておらず、把握していない。
- 病院関係者や、在宅医療・ケアを支える関係者の連絡会などない。
- 重度の医療・ケアを要する在宅ケアが増加しているが、関係スタッフの勉強会等のレベルアップ機会は少ない。

在宅医療に必要なツールも検討されていない

- 病診連携時のクリティカルパスが作成されていない。
- 病診連携等組織的な取組みがなされていない。

在宅医療推進会議3年間の目標

平成22年度

- 在宅医療推進会議および各部会の開催による、顔の見える連携の基盤作り
- 地域の特色やニーズに応じた在宅医療推進サービスの在り方の検討
- 在宅医療、在宅ケアに関わる人材育成

平成23年度

- 在宅医療ネットワークの確立（医療職と福祉職の連携強化）
- 在宅医療推進サービスの実施
- 区民への在宅医療、在宅ケアに関する普及啓発

平成24年度

- 在宅医療ネットワークの充実（中小病院や、大病院との連携の強化）
- 在宅医療推進サービスの充実
- 救急体制の整備

平成22年度の取り組み（検討体制の整備）

豊島区在宅医療連携推進会議

（平成22年7月設置）

（学識経験者、三師会、病院関係者、高齢者総合相談センター、訪問看護ステーション、介護事業者、区民、行政で構成）

口腔・嚥下障害部
会

服薬支援
部会

訪問看護
ステーション部
会

リハビリ
テーション部
会

（仮称）医
療ネット
ワーク
部会

（仮称）糖
尿病連携
部会

豊島区在宅医療推進会議

- 三師会の代表
 - 歯科医師会立診療所
 - 各職種別分科会を設置
 - 口腔嚥下部会・服薬支援分科会
 - 各職種間連携
 - 在宅療養支援診療所を副会長に
 - 都立大塚病院は文京区と共通
 - **家族代表が参加**
- ⇒ **家族の希望する在宅医療 やはり医師の感性とは異なる。**

豊島区在宅医療コーディネーター研修

①現状の課題

- 経験豊富なケアマネジャーで、知識はあっても他の資源へのアプローチがうまくいかない。

②コンセプト

- 豊島区の医療資源を活用し、患者・家族、医療者ともに納得のいく在宅医療を提供できる体制づくりのため、医療資源の有機的連携の担い手となるコーディネーターを養成する。

③研修の運営方針

- 研修そのものを、有機的連携の機会とする
- 単に知識の提供だけではなく、問題が生じた時に解決ができるノウハウを提供する
- 参加者全員で豊島区在宅医療コーディネーターの役割・機能を探求し共有する
- 受講生には修了証を発行し、在宅医療のパンフレットにその名前を掲載する。

豊島区在宅医療コーディネーター研修会

□受講要件:豊島区内のケアマネ(経験者のみ)

参加を希望する医師・訪問看護師等

□募集人数:50名

□認定要件:すべてのカリキュラムに参加した受講者に認定証を発行する。

□主催:豊島区在宅医療連携推進会議

教育プログラムの学習構造設計

□ 実施日時:1回/月 水曜日13:30~16:30(3時間)

□ 教育方法

- ・知識編+コミュニケーションスキル+グループワーク
- ・豊島区の在宅医療の実践者を講師に招く

□ 内容

実践的なスキルの習得

スキルを使うための基本的な思考方法・知識の習得

課題の設定・解決方法の共有

①在宅医療コーディネーター研修(22年10月～23年3月・全6回)

第1回(10月13日)	①サービス担当者会のあり方 ②コーディネーションコミュニケーションの考え方 ③グループワーク
第2回(11月24日)	①地域包括ケアの視点 ②グループワーク
第3回(12月15日)	①脳卒中、難病の疾病理解 ②リハビリテーションについて ③ニーズの把握と療養環境の調整
第4回(1月26日)	①がんの疾病理解 ②多職種連携について～病院医師の立場から～ ③薬剤師の役割と機能
第5回(2月16日)	①摂食嚥下機能障害 ②嚥下機能低下予防・口腔ケアの視点 ③連携の手法・グループワーク
第6回(3月16日)	①多職種連携について～在宅医師の立場から～ ②退院調整の理解 ③グループワーク

在宅医療関係者交流会

目的

- 医師、看護師、介護職、互いの顔の見えるまちにしよう！！
- 医師、看護師、介護職の中にある見えない壁を取り払おう！！
- お互いを知ろう！！ 懇談会

豊島区在宅医療連携推進会議第1回交流会

平成23年2月5日(土)

- 基調講演「在宅医療の現状と課題」
厚生労働省老健局老人保健課課長補佐 大竹 輝臣氏
- 事例検討会「在宅療養のコーディネーション」

③ 区民向け普及啓発

知って安心！やさしい医療健康講座
「信頼できるドクターの見つけ方」



平成23年度豊島区在宅医療推進事業計画

在宅医療連携推進会議	年3回
部会(4部会)	
交流会(事例検討会含む)	年1回
在宅医療関係研修 ●在宅医療コーディネーター研修 ●医療コミュニケーター(対ヘルパー)研修 ●訪問看護体験研修 ●他職種体験研修	
在宅医療地域資源マップ作成	
在宅医療シンポジウム(事例検討会含む)	年1回
在宅医療講演会(区民向け)	年1~3回
在宅医療関連部署(庁内)との連携会議	年2~3回

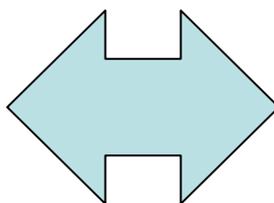
平成22年度在宅医療研修と 他課の関係者向け研修との関係 豊島区

介護保険課
事業者支援G

介護保険事業者連絡会

がん対策 担当課

- 在宅医療コーディネータ
研修 6回シリーズ
- 在宅医療に関する単発
の研修 主に各部会
- 在宅医療に関する区民
向け講座



「医療」に
関することは、
がん対策課

高齢者福祉課
地域包括
サポート係

- ケアマネ
向け研修
- 在宅ケア
関係者向け
研修

高齢者福祉課
地域ケア
推進係

- 訪問指導員
研修 年1回
- 認知症支援
講座 年3回

文京区の事例

在宅医療検討部会の構成

- 三師会の代表

(文京区はそれぞれ医師会・歯科医師会が2団体)

- 特定機能病院・都がん感染症センター・(＋都立大塚病院)からは**退院調整看護師**を委員に依頼

(都立大塚病院は豊島区にも関係)

⇒ 看看連携の構築

- 医師会から**病院部会**の代表も参加

⇒ 在宅医療後方支援病院

文京区在宅医療検討部会の成果

- 3回開催 第4回は3月28日に予定(震災のため延期)

1. **在宅訪問診療所名簿**(介護保険課所管、小石川医師会・文京区医師会作成)の共有

2. 在宅医療を支えるための**後方支援病床**

東京厚生年金病院:新宿区緊急一時入院病床確保事業に準じる形で申し合わせ(合意事項)

①開業医の先生が紹介しづらい在宅医療の患者さんを、気軽に紹介でき、基本的に病院側が拒否できないこと

②受ける病院側にとっても、勤務医がいやがる在宅医療の患者さんを、どうどうと受けられること

③在宅医療を行っている診療所には特に便利であること

3. 在宅療養を繋ぐためのツール

・**在宅療養手帳**

4. **在宅医療相談窓口**の設置 既存事業の再構築



板橋区医師会の医療連携

板橋区「認知症」を考える会

(平成16年1月28日)

板橋区脳卒中懇話会

(平成18年4月26日)

板橋区の乳がんを考える会⇒**私のブレストケア手帳**

(平成18年12月19日)

板橋区の慢性腎臓病を考える会

(平成20年7月24日)

板橋区糖尿病対策推進会議

(平成20年7月14日)

板橋区虚血性心疾患連携検討会

(平成21年12月)

板橋区在宅療養手帳の開発

(平成22年度) **(板橋区ブレストケア手帳を元に改変する)**

板橋区における地域連携ツール

- 脳卒中連携パス
- **在宅療養ノート**
(患者、家族、多職種の情報共有ツール)
- 糖尿病連携パス
- 乳がん 私のブレストケア手帳
- **退院支援シート(緩和ケアに統一パスは不向き)**

ポイントは

顔の見える連携ネットワークが出来ていれば
どんなツールも動きやすいこと!

板橋区在宅療養ネットワーク懇話会

- 尾道市医師会で行われていた勉強会と同じ形式
 - 行政(区役所・区議会議員) オブザーバー
 - 医師会・歯科医師会・薬剤師会・柔道接骨師会・訪問看護ステーション・病院医療連携室・大学病院緩和ケアチーム(医師・看護師・MSW)・ケアマネジャー・施設・地域包括支援センター
 - 10グループに別れ、グループワーク
 - 幹事は、各団体の持ち回り(2回ずつ)
 - 医師会幹部(副会長・理事)は在宅療養支援診療所である。(在宅医療専門クリニックもある)
- (長めの昼休みに在宅医療を行う・尾道市と同じ)

世田谷区の在宅医療推進体制

○医療連携推進協議会

- 2医師会、2歯科医師会、薬剤師会
- 区役所、世田谷区社会福祉事業団、社会福祉協議会
- 地域包括支援センター ・オブザーバー

○在宅医療電話相談センター

- 専任者(専従者)

○区民向啓発事業

- 医療と福祉の連携フォーラム

○24時間地域巡回型訪問サービス

○高齢者トワイライトステイ

- デイサービスを午後10時まで延長

○ショートステイ

- 有料老人ホームを活用したショートステイ

○世田谷介護の日