

厚生労働省 医政局 委託事業

在宅医療連携モデル構築のための実態調査 報告書

平成 30 年 3 月

株式会社日本能率協会総合研究所

目次

I	実施概要	1
1.	事業の背景・目的	2
(1)	事業の背景	3
(2)	事業の目的	3
2.	事業の実施概要	4
(1)	プレ調査の実施	4
(2)	調査対象の選定	5
(3)	調査の実施	5
II	調査結果	7
	<在宅医療の連携に関するアンケート調査>	8
(1)	回答者数	9
(2)	診療所の施設概要	9
(3)	診療所の在宅医療の実施状況（往診について）	13
(4)	診療所の在宅医療の実施状況（訪問診療について）	14
(5)	診療所の在宅医療の実施状況（在宅看取りについて）	15
(6)	診療所の在宅医療における連携状況	16
(7)	診療所のある地域での在宅医療における課題（複数回答）	21
III	各地域の概要（事例集）	23
	<事例索引>	24
(1)	人口、高齢化率で探す	25
(2)	在宅医療連携のモデルで探す	27
1.	岩手県釜石市・大槌町(釜石医師会)	34
2.	山形県鶴岡市(鶴岡地区医師会)	49
3.	栃木県(みぶの会、栃木県医師会)	64
4.	東京都板橋区(板橋区医師会)	80
5.	千葉県柏市(柏市医師会&柏市)	96

6. 神奈川県横浜市青葉区(横浜市青葉区医師会)	118
7. 神奈川県横須賀市(横須賀市医師会&横須賀市)	138
8. 新潟県長岡市(長岡市医師会)	156
9. 福井県坂井地区(坂井地区医師会)	166
10. 長野県駒ヶ根市	186
11. 静岡県静岡市(静岡市静岡医師会)	198
12. 福岡県福岡市(福岡市医師会、福岡市南区医師会)	219
13. 長崎県長崎市(長崎在宅 Dr.ネット)	242
14. 大分県臼杵市(臼杵市医師会立コスモス病院)	261
附属資料	281
アンケート調査票	283

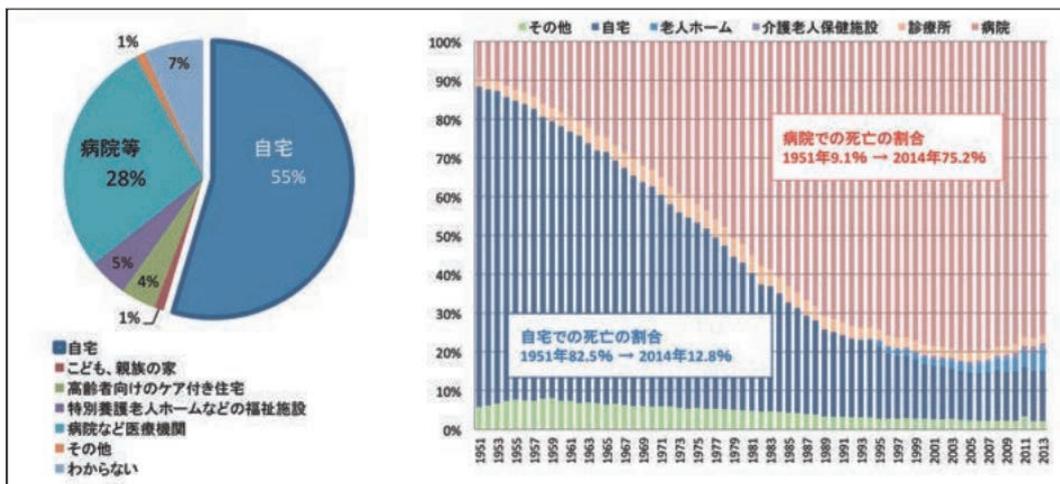
I 实施概要

1. 事業の背景・目的

(1) 事業の背景

日本の人口は減少局面を迎えているが、高齢者人口は増加し続けており、2030年には人口の30%超、2060年には40%前後になると予想されている¹。高齢化により、今後も医療ニーズは高まると見込まれる中、高齢者の55%が自宅で最期を迎えることを希望している一方で、在宅で看取りを行う医療機関数は病院・診療所ともに全体の約5%に留まっており、在宅医療の体制の整備が急務である。

図表 最期を迎えたい場所と実際の死亡場所の推移



出典 内閣「高齢者の健康に関する意識調査料（平成24年）」
厚生労働省「人口動態調査（平成26年）」

(2) 事業の目的

地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である中、その正否の鍵を握るのは、在宅医療である。また、今後、増大する慢性期の医療ニーズに対応するためには、地域の医療資源を踏まえた医療機関間の適切な役割分担により、在宅医療の提供体制を整備していくことが求められている。

そのため、本事業では、地域で有効に機能している在宅医療連携モデルの実態把握を行い、全国に情報提供することで、各地域が、その地域に合った在宅医療連携体制を構築できるよう支援することを目的として実施した。

¹ 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」より

2. 事業の実施概要

(1) プレ調査の実施

全国的に、在宅医療は、各地域で先駆的な医師が牽引してきたため、サービス提供者によって様々な考えや手法が存在していることや、多くが診療所を中心とした小規模な組織体制かつ24時間対応が求められる現場であることから、優良な連携事例があったとしても成果が体系的に蓄積、活用されていないのが現状であるとの認識の下、文献調査、電話ヒアリング調査を実施のうえ、調査対象候補をリストアップ後、現地にてヒアリングを実施した。

図表 文献調査について

調査目的	在宅医療連携の先進的な取組をしている地域の抽出を行い、電話ヒアリング候補先について検討を行う
調査方法	文献調査
調査時期（期間）	9月
調査の進め方	インターネット上で在宅医療連携の先進的な取組として取り上げられている地域の事例を収集し、30地域程度のリストを作成

図表 電話ヒアリングについて

調査目的	文献調査で作成したリスト、プレ調査結果をもつての特筆的な事例である地域のリストをもとに、分類わけを行ったうえで、実際にヒアリング調査(実地)を行う前に、どのような取組か概要について電話で現地にヒアリングを行い、把握を行う
調査方法	電話でのヒアリング調査
調査時期（期間）	10月
調査の進め方	<ol style="list-style-type: none"> 1. プレ調査の結果をもつて、特筆的な事例であった地域を抜き出してリストを作成 2. 1.で作成したリストと文献調査で作成したリストをあわせ、以下のように区分分けを行う。 <ul style="list-style-type: none"> 【プロセス分類】 推進体系、推進手法や方策、市町村・医師会等々の役割、成果と課題 等 【事例種類の分類】 退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り 3. 地域特性、都市規模、人口規模等に応じて分類 4. 上記1.～3.までをまとめてヒアリング候補の市町村リストを作成

図表 ヒアリング調査(実地)について

調査目的	電話ヒアリング調査結果で作成した市町村リストについて厚生労働省と協議のうえ、ヒアリング調査(実地)候補先を決め、現地へ赴きヒアリングを行う
調査方法	ヒアリング調査(実地)
調査時期（期間）	12月～1月初旬
調査の進め方	厚生労働省と協議して作成したヒアリング項目をもとに、取組の工程について詳しくヒアリングを行った

(2) 調査対象の選定

ヒアリング調査実施後、内容を確認した上で、公益社団法人 日本医師会のアドバイスも頂きつつ、在宅医療連携の取組を先進的に行っている地域の選定を行った。

調査対象としては以下の14つの団体を選定した。

調査対象先（都道府県順）

No.	所在地	団体名
1	岩手県 釜石市	釜石医師会
2	山形県 鶴岡市	鶴岡地区医師会
3	栃木県 下都賀郡 壬生町	みぶの会、栃木県医師会
4	東京都 板橋区	板橋区医師会
5	千葉県 柏市	柏市、柏市医師会
6	神奈川県 横浜市 青葉区	横浜市青葉区医師会
7	神奈川県 横須賀市	横須賀市医師会
8	新潟県 長岡市	長岡市医師会
9	福井県 坂井市、あわら市	坂井地区医師会
10	長野県 駒ヶ根市	駒ヶ根市
11	静岡県 静岡市	静岡市静岡医師会
12	福岡県 福岡市 南区	福岡市医師会、福岡市南区医師会
13	長崎県 長崎市	長崎在宅 Dr.ネット
14	大分県 臼杵市	臼杵医師会立コスモス病院

(3) 調査の実施

調査は、在宅医療を中心となって取り組む病院／診療所がどのような連携を行っているか、またどのような課題を抱えているのかを把握するため、該当の団体のなかでも、特に在宅医療を中心となって取り組んでいる病院／診療所に対して実施した。

調査概要

実施時期	平成30年2月～3月
調査対象	選定した14団体において、特に在宅医療を中心となって取り組んでいる病院／診療所
主な調査事項	<ul style="list-style-type: none"> ・病院／診療所の施設概要 ・病院／診療所の在宅医療の実施状況 ・病院／診療所の在宅医療における連携状況 ・病院／診療所がある地域での在宅医療の課題
調査の系統	病院／診療所——各団体——日本能率協会総合研究所 各団体から該当の病院／診療所に調査依頼を行い、各病院／診療所は日本能率協会総合研究所へ調査票の提出を行った。

※ 公益社団法人日本医師会から、14団体が所属する各都道府県医師会に対して調査実施についての連絡・協力依頼を行っている

調査対象となる病院／診療所については、各団体と相談して決定し、全体の集計は診療所のみで行った。

なお、集計結果については、前提として各地域で在宅医療を中心となって取り組んでいる診療所に回答を頂いているため、一般的な診療所の平均として数値を見ることはできないことに留意が必要である。

調査対象とした病院／診療所

No.	団体名	対象となる病院／診療所	調査対象数
1	釜石医師会	釜石ファミリークリニック	1診療所
2	鶴岡地区医師会	在宅医療を中心となって取り組んでいる診療所のグループ	18診療所
3	みぶの会	みぶの会に所属する在宅療養支援診療所	3診療所
4	板橋区医師会	在宅医会に所属する診療所	70診療所
5	柏市医師会	在宅プライマリケア委員会に所属する診療所	20診療所
6	横浜市青葉区医師会	在宅医療を実施する診療所	8診療所
7	横須賀市医師会	在宅医療部会に所属する診療所	10診療所
8	長岡市医師会	都合により実施せず	—
9	坂井地区医師会	在宅医療を中心となって取り組んでいる診療所のグループと関連する4病院	20診療所、4病院
10	駒ヶ根市	在宅医療を中心となって取り組んでいる診療所のグループ	8診療所
11	静岡市静岡医師会	在宅療養支援診療所	68診療所
12	福岡市南区医師会	南区在宅医療ネットワークに所属する診療所	60診療所
13	長崎在宅 Dr.ネット	長崎在宅 Dr.ネットの会員診療所(連携医)	90診療所
14	臼杵市医師会	臼杵市医師会立コスモス病院と在宅医療を中心となって取り組んでいる診療所のグループ	4診療所、1病院

計 380 診療所、5 病院

Ⅱ 調査結果

<在宅医療の連携に関するアンケート調査>

※「医師1人あたり」の数値については、診療所において在宅医療を行う医師数で各数値を按分したものである

(1) 回答者数

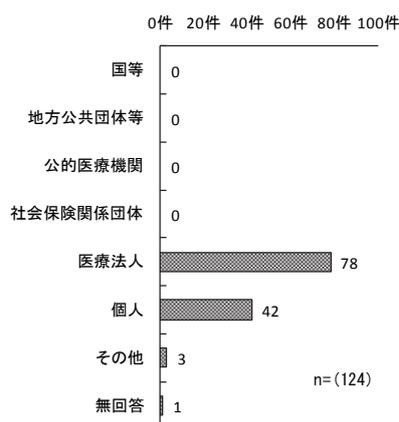
合計で124診療所からの回答を得た。地域区分については以下の通りである。

釜石市	鶴岡市	壬生町	板橋区	柏市	横浜市青葉区	横須賀市	
1	5	3	4	1	8	10	
坂井市	駒ヶ根市	静岡市	福岡市	長崎市	臼杵市	無回答	合計
19	7	37	4	22	3	0	124

(2) 診療所の施設概要

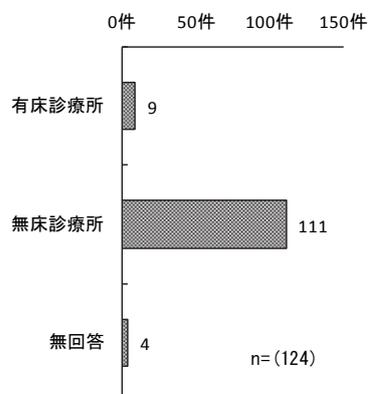
① 開設主体

開設主体については、「医療法人」(78件)と「個人」(42件)とで大半を占める。



② 診療所区分

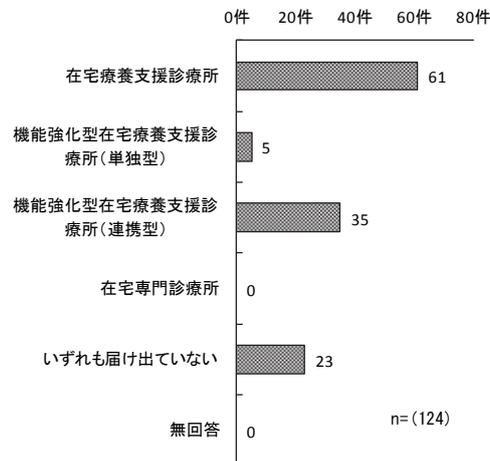
診療所区分は、「無床診療所」(111件)、「有床診療所」(9件)である。



③ 施設基準の届出状況

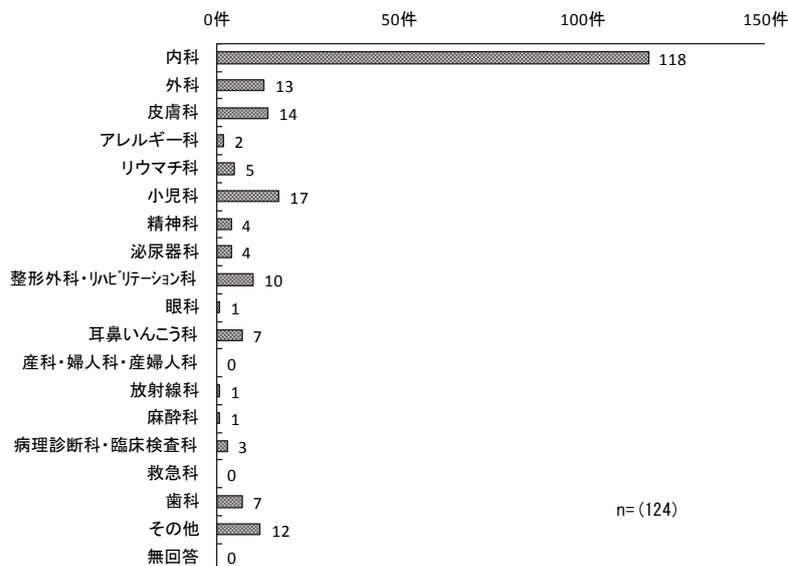
施設基準の届出状況は、「在宅療養支援診療所」(61件)が最も多く、次いで「機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)」(35件)と続いている。

なお、在宅医療に取り組んでいるとしながらも、「いずれも届け出ていない」と回答した診療所が2割弱(23件)見られた。



④ 標榜している診療科目(複数回答)

標榜している診療科目は、「内科」(118件)が最も多かった。



⑤ 職員数

職員数は以下の通りである。

職員区分(人)	n=	平均	中央値	最小値	最大値
1) 医師	106	1.62	1	1	12
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	106	1.33	1	0	10
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	106	0.34	0	0	1
2) 歯科医師	106	0	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	106	3.43	3	0	26
4) 薬剤師	106	0.08	0	0	1
5) リハビリ専門職員(PT、OT、ST)	106	0.26	0	0	15
6) 管理栄養士	106	0.11	0	0	2
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	106	0.08	0	0	2

※すべての項目を回答した方のみ抽出

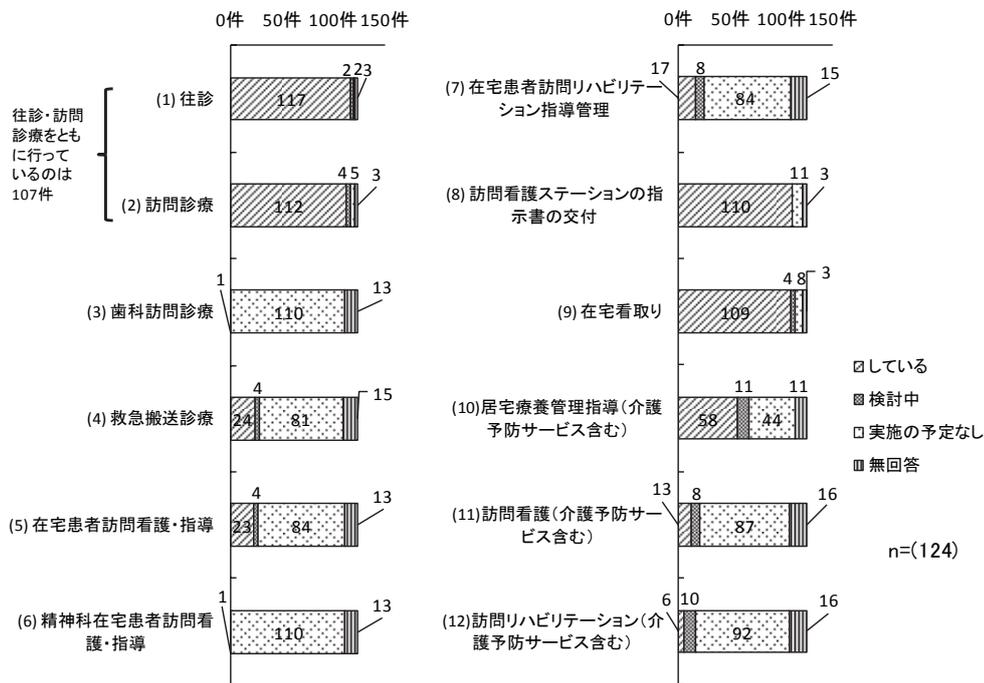
⑥ 外来診療日数、延べ外来患者数（1ヶ月）

医師1人あたりについての平成30年1月の数値は、以下の通りである。

区分	n=	平均	中央値	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数(日)	120	16.0	19.0	0.9	27
②平成30年1月の延べ外来患者数(人)	121	812.7	735.0	1	2972

⑦ 在宅医療の実施状況

診療所における在宅医療の実施状況については、「(1) 往診」、「(2) 訪問診療」「(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付」、「(9) 在宅看取り」を大半の診療所が実施していたが、その他の項目においては、実施していない診療所が多かった。



⑧ 在宅医療を担当した患者数（直近1年間）

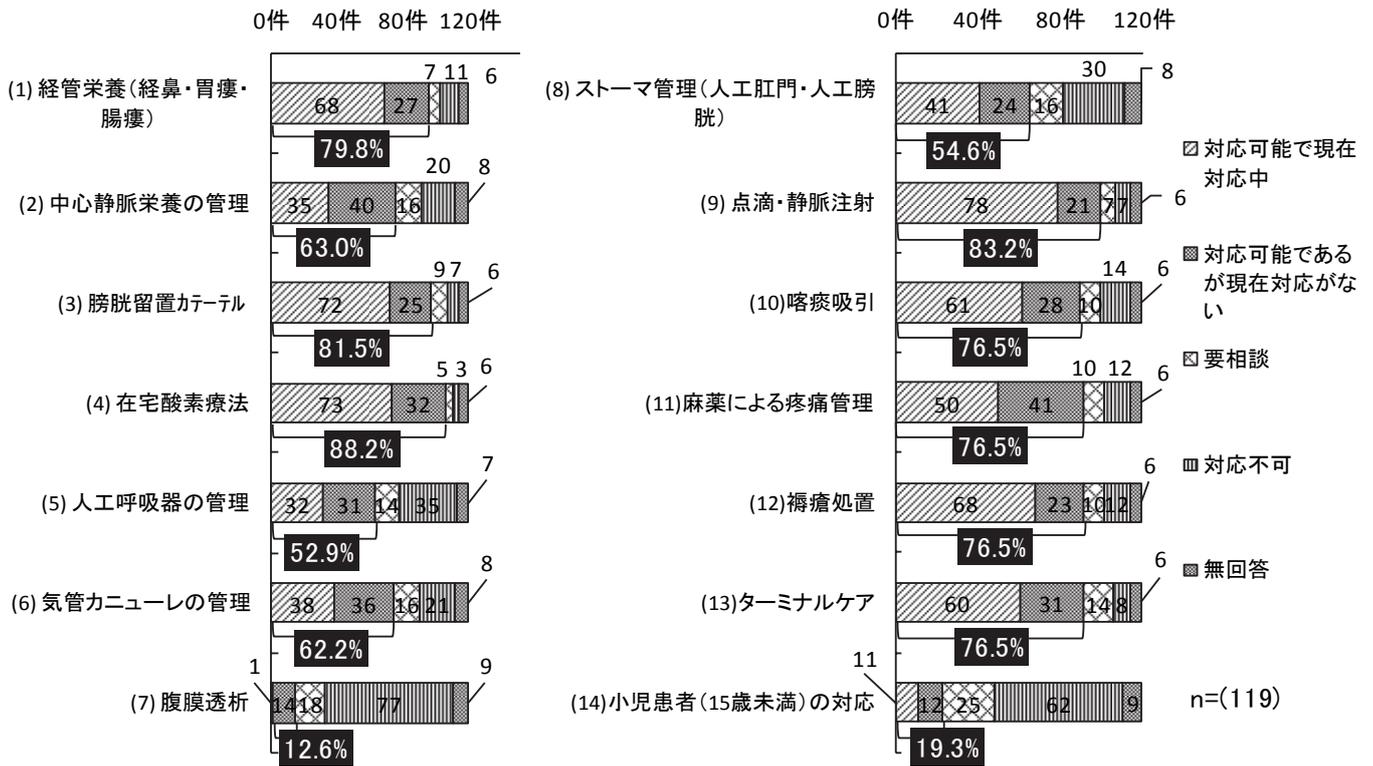
医師1人あたりの直近で在宅医療を担当した患者数（1年間）は、以下の通りである。

患者数(人)		n=	平均	中央値	最小値	最大値
合計診療患者数		86	80.7	32.5	1	1132.3
うち小児患者	合計診療患者のうち小児(15歳未満)患者数	86	0.4	0.0	0	8
うち受診経路	合計診療患者のうち自院に通院していた患者数	86	22.5	7.0	0	504
うち診療場所	合計診療患者のうち患者の自宅で診療をした患者数	86	49.8	20.0	1	732.7
うち死亡患者	合計診療患者のうち合計死亡患者数	86	13.2	7.5	0	53
	—合計死亡患者のうち医療機関以外で死亡した患者数	86	8.7	4.0	0	48
	—うち自宅での死亡患者数	86	6.1	3.0	0	35
	—うち悪性新生物を原因とする死亡患者数	86	4.1	1.3	0	33
	—合計死亡患者のうち医療機関で死亡した患者数	86	4.5	2.2	0	30
	—うち連携医療機関での死亡患者数	86	2.2	1.0	0	19
	—うち悪性新生物を原因とする死亡患者数	86	1.9	1.0	0	20

※すべての項目を回答した方のみ抽出

⑨ 在宅医療で対応可能な措置

在宅医療で対応可能な措置については、「(3)膀胱留置カテーテル」、「(4)在宅酸素療法」、「(9)点滴・静脈注射」、等は8割以上の診療所が対応可能（「対応可能で現在対応中」+「対応可能であるが現在対応がない」）としていたが、「(7)腹膜透析」で77件(64.7%)、「(14)小児患者(15歳未満)への対応」で62件(52.1%)の診療所が対応不可としている。



(3) 診療所の在宅医療の実施状況（往診について）

① 往診件数（直近1年間）

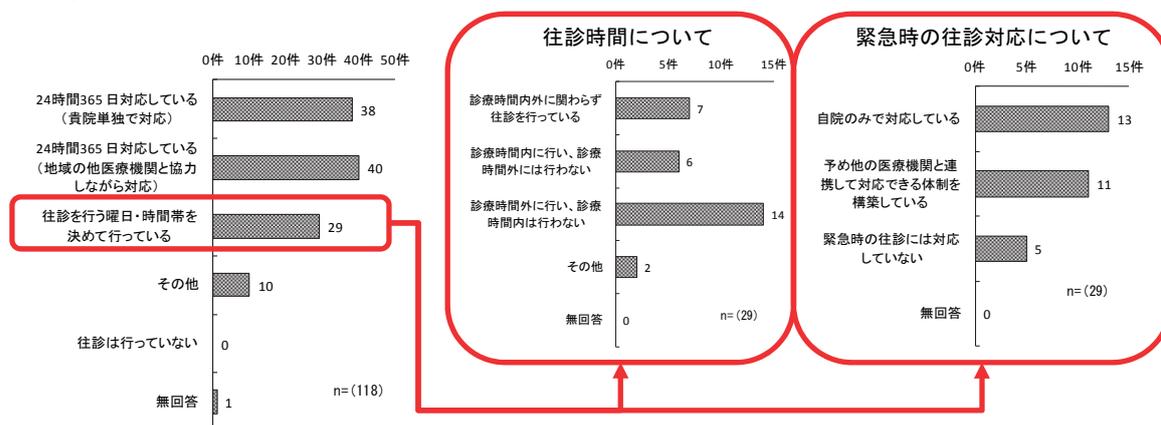
医師1人あたりの直近1年間における往診の実施件数は、以下の通りである。

区分	n=	平均値	中央値	最小値	最大値
往診実施件数(延)(1年間)	105	79.8	23.0	0.0	1166.0

② 往診の実施

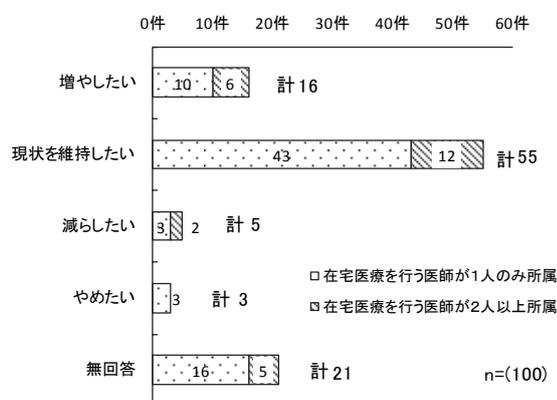
往診の実施については、「24時間365日対応している（地域の他医療機関と協力しながら対応）」(40件)が最も多く、次いで「24時間365日対応している（貴院単独で対応）」(38件)と続いている。

また、「往診を行う曜日・時間帯を決めて行っている」とした診療所の往診時間、緊急時の往診への対応については、以下の通りであり、往診時間については「診療時間外に行き、診療時間内は行わない」が最も多く、緊急時の往診対応については「自院のみで対応している」が多かった。



③ 往診に対する意向

往診に対する意向は、「現状を維持したい」が計55件と最も多く、内訳を見ると、在宅医療を行う医師が1人のみ所属する診療所で43件、在宅医療を行う医師が2人以上所属する診療所で12件であった。また、「現状を維持したい」と回答した診療所の直近1年間の医師1人あたりの平均往診件数は57.2件となった。



往診に対する意向	医師1人あたりの往診件数(1年間)		
	全体	医師1人のみ所属する診療所	医師2人以上が所属する診療所
増やしたい	110.4件	75.0件	169.5件
現状を維持したい	57.2件	45.4件	113.9件
減らしたい	144.3件	185.3件	82.9件
やめたい	32.5件	32.5件	該当無し

(4) 診療所の在宅医療の実施状況（訪問診療について）

① 訪問診療件数（1年間）

直近1年間で医師1人あたり 2,000 件以上訪問診療を実施している診療所の平均訪問診療件数は 3742.6 件で、1年間で概ね対応できる訪問診療件数の平均 2067.5 件を上回っており、対応可能件数よりも 1.5 倍以上を実施している。

一方、医師1人あたり 2,000 件未満の診療所では、平均訪問診療件数は平均 386.1 件で、1年間で概ね対応できる訪問診療件数の平均 461.0 件を下回っており、現状よりも対応は可能である。

全体数値

	n=	平均値	中央値	最小値	最大値
(A) 訪問診療実施件数 (直近1年間)(在宅医療実施する医師1人あたり)	102	649.3件	196.0件	0.0件	8691.0件
(B) 実施可能な訪問診療件数 (1年間)(在宅医療実施する医師1人あたり)	102	587.0件	240.0件	0.0件	4000.0件

直近1年間の医師1人あたり訪問診療件数が **2000件以上** の診療所

	n=	平均値	中央値	最小値	最大値
(A) 訪問診療実施件数 (直近1年間)(在宅医療実施する医師1人あたり)	8	3742.6件	3045.9件	2191.8件	8691.0件
(B) 実施可能な訪問診療件数 (1年間)(在宅医療実施する医師1人あたり)	8	2067.5件	1900.0件	0.0件	3600.0件

直近1年間の医師1人あたり訪問診療件数が **2000件未満** の診療所

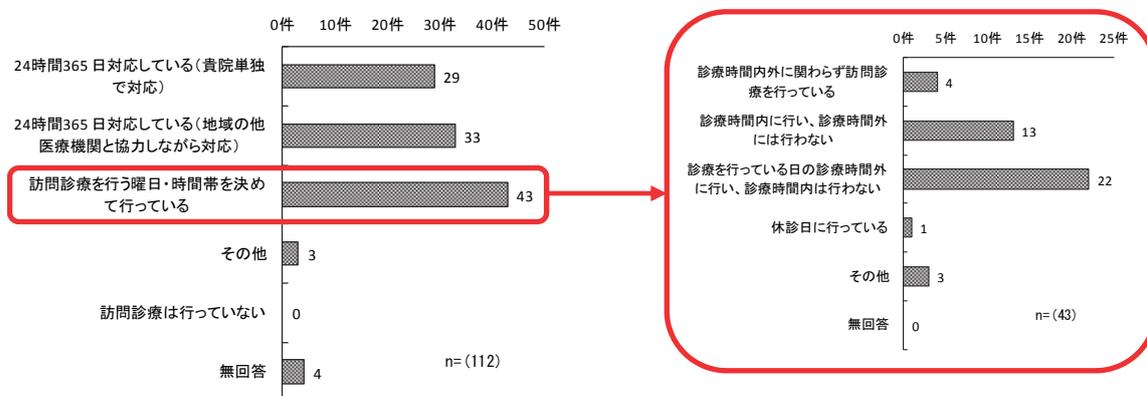
	n=	平均値	中央値	最小値	最大値
(A) 訪問診療実施件数 (直近1年間)(在宅医療実施する医師1人あたり)	94	386.1件	153.5件	0.0件	1898.0件
(B) 実施可能な訪問診療件数 (1年間)(在宅医療実施する医師1人あたり)	94	461.0件	240.0件	12.0件	4000.0件

※ (B)については、回答する診療所の現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合、概ね何件の訪問診療に対応することができるかと質問している

② 訪問診療の実施

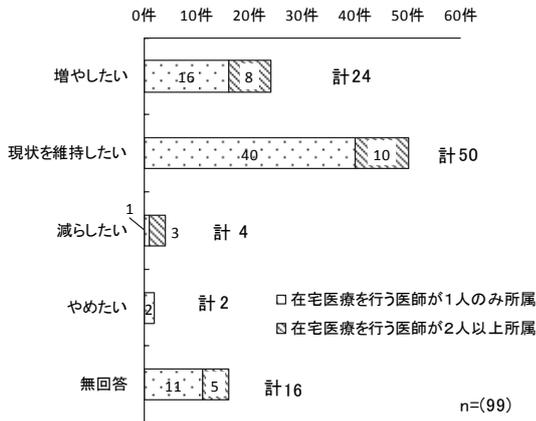
訪問診療の実施については、「訪問診療を行う曜日・時間帯を決めて行っている」(43件)が最も多く、次いで「24時間365日対応している(地域の他医療機関と協力しながら対応)」(33件)と続いている。

「訪問診療を行う曜日・時間帯を決めて行っている」とした診療所の往診時間、緊急時の往診への対応については、以下の通りであり、「診療を行っている日の診療時間外に行い、診療時間内は行わない」とした診療所が最も多かった。



③ 訪問診療に対する意向

訪問診療に対する意向は、「現状を維持したい」が計 50 件と最も多く、内訳を見ると、在宅医療を行う医師が 1 人のみ所属する診療所で 40 件、在宅医療を行う医師が 2 人以上所属する診療所で 10 件であった。また、「現状を維持したい」と回答した診療所の直近 1 年間の医師 1 人あたりの平均訪問診療件数は 413.3 件となった。



訪問診療に対する意向	医師1人あたりの訪問診療件数(1年間)		
	全体	医師1人のみ所属する診療所	医師2人以上が所属する診療所
増やしたい	1183.0件	882.9件	1783.2件
現状を維持したい	413.3件	354.4件	796.0件
減らしたい	436.2件	984.0件	162.3件
やめたい	34.5件	34.5件	該当無し

(5) 診療所の在宅医療の実施状況 (在宅看取りについて)

① 在宅看取りの件数 (直近 1 年間) (再掲)

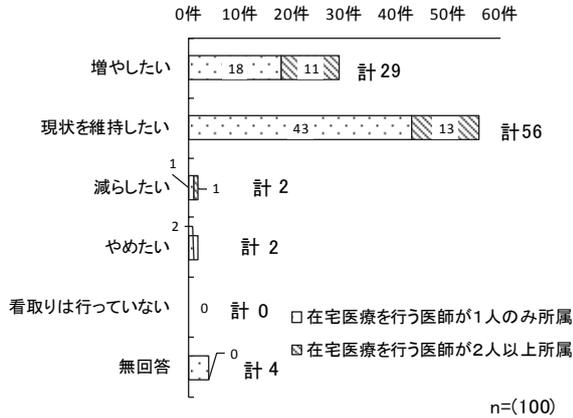
医師 1 人あたりが直近 1 年間に在宅医療を担当した患者のうち、在宅看取りを行った件数は以下の通りである。年間死亡患者数平均 13.2 人のうち、自宅での死亡者数は平均 6.1 人であり、約半数弱の患者が自宅で亡くなっている。

	n=	平均	中央値	最小値	最大値
合計診療患者のうち合計死亡患者数	86	13.2	7.5	0	53
合計死亡患者のうち医療機関以外で死亡した患者数	86	8.7	4	0	48
—うち自宅での死亡者数	86	6.1	3	0	35
—うち悪性新生物を原因とする死亡者数	86	4.1	1.25	0	33
合計死亡患者のうち医療機関で死亡した患者数	86	4.5	2.15	0	30
—うち連携医療機関での死亡者数	86	2.2	1	0	19
—うち悪性新生物を原因とする死亡者数	86	1.9	1	0	20

※すべての項目を回答した方のみ抽出

② 在宅看取りに対する意向

在宅看取りに対する意向は、「現状を維持したい」が計 56 件と最も多く、内訳を見ると、在宅医療を行う医師が 1 人のみ所属する診療所で 43 件、在宅医療を行う医師が 2 人以上所属する診療所で 13 件であった。また、「現状を維持したい」と回答した診療所の直近 1 年間の医師 1 人あたりの自宅での死亡者数は 5.8 件となった。

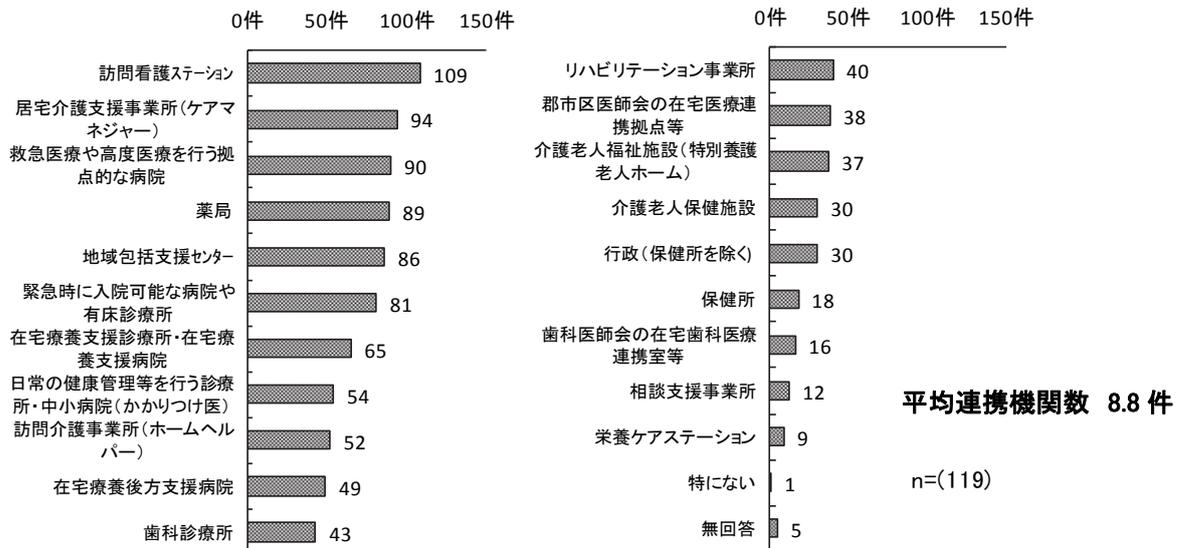


在宅看取りに対する意向	医師1人あたりの自宅での死亡者数(1年)		
	全体	医師1人のみ所属する診療所	医師2人以上が所属する診療所
増やしたい	8.3件	7.4件	9.7件
現状を維持したい	5.8件	4.8件	10.1件
減らしたい	1.3件	0.0件	2.5件
やめたい	2.5件	2.5件	該当無し

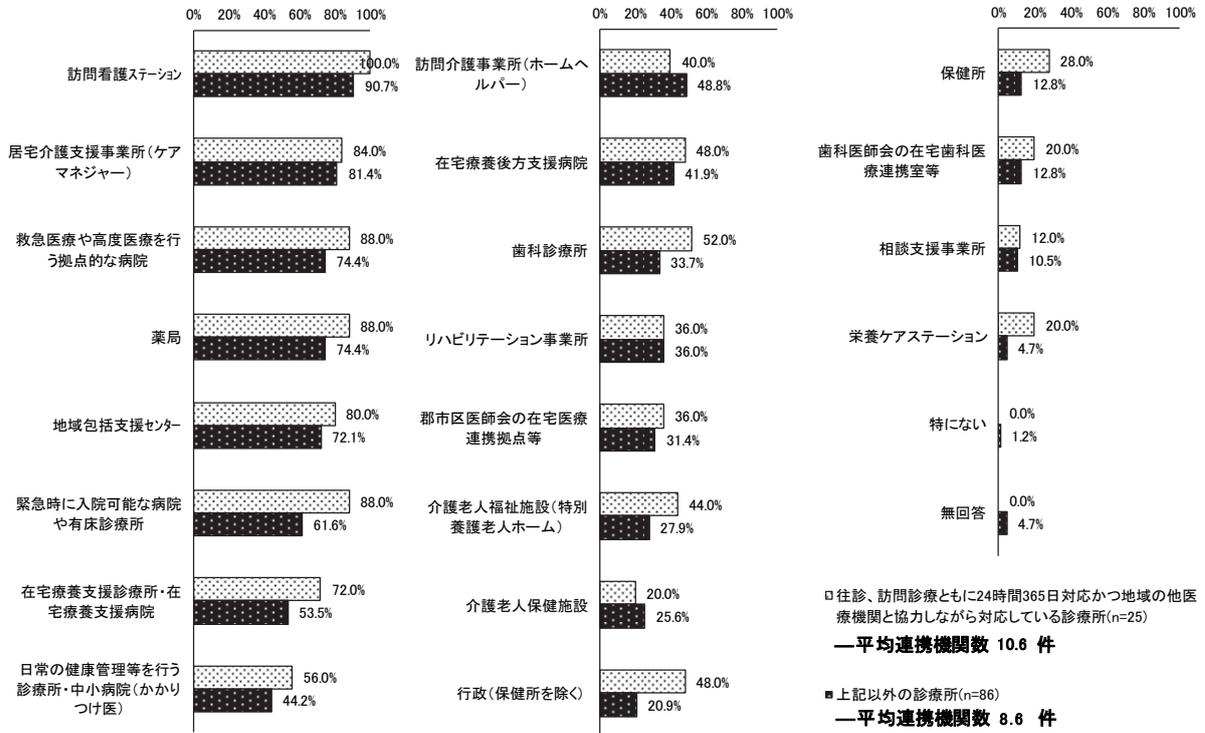
(6) 診療所の在宅医療における連携状況

① 在宅医療を行う上で連携している機関（複数回答）

在宅医療を行う上で連携している機関は、「訪問看護ステーション」(109件)が最も多く、次いで「居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)」(94件)と続いており、20種類の機関のうち、平均 8.8 機関と連携していた。

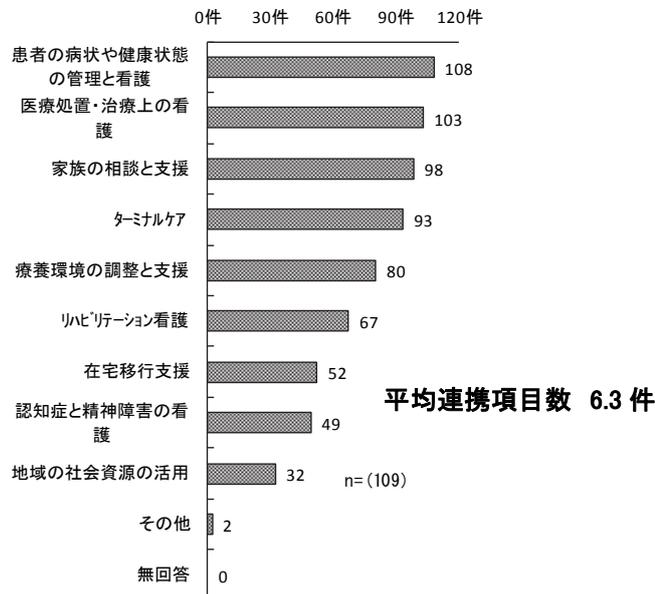


なお、往診・訪問診療ともに「24時間365日対応かつ地域の他医療機関と協力しながら対応している」診療所とそれ以外の診療所の連携している機関を比較したところ、以下の図のようになった。平均連携機関数は、それぞれ「24時間365日対応かつ地域の他医療機関と協力しながら対応している」診療所で10.6件、それ以外の診療所で8.6件となり、統計的に見ても、両者の連携先については差が見られなかった。



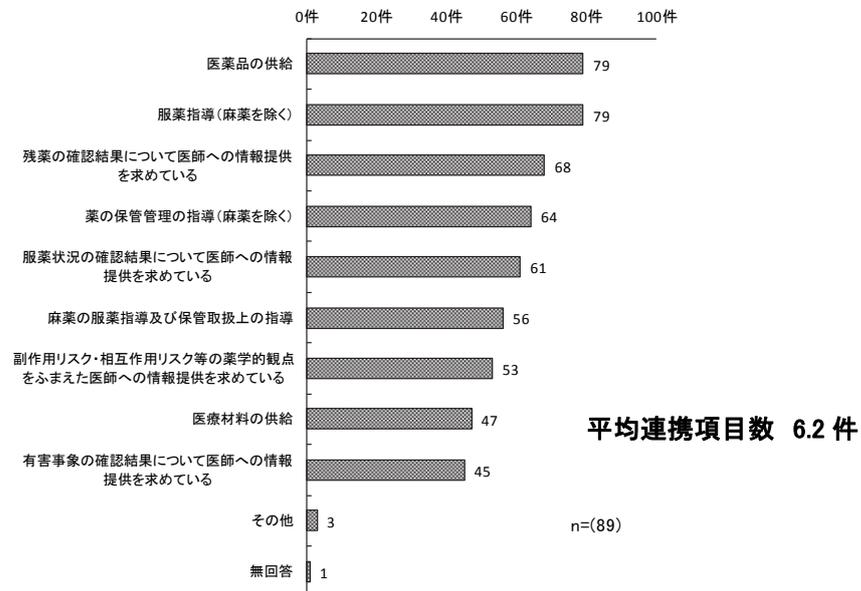
② 在宅医療における訪問看護との連携（複数回答）

診療所が訪問看護と連携している項目は、「患者の病状や健康状態の管理と看護」(108件)が最も多く、次いで「医療処置・治療上の看護」(103件)、「家族の相談と支援」(98件)と続いており、「その他」を除く9項目のうち、平均6.3項目で連携していた。



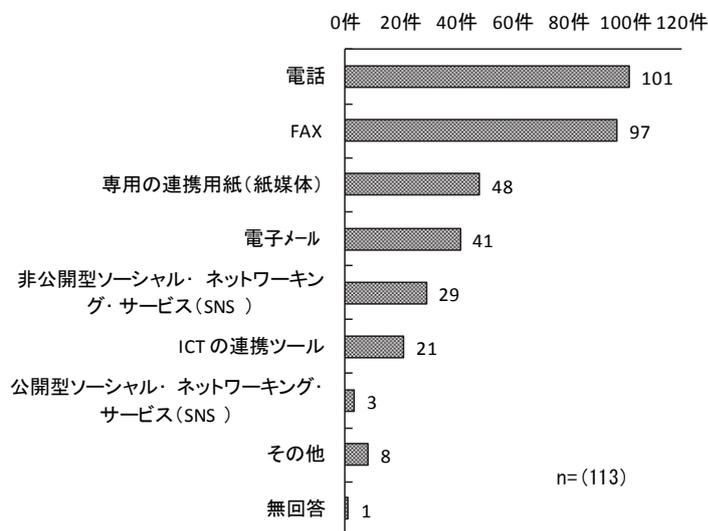
③ 在宅医療における薬局との連携（複数回答）

在宅医療における薬局との連携は、「医薬品の供給」（79件）および「服薬指導（麻薬を除く）」（79件）が最も多く、「残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている」（68件）と続いており、「その他」を除く9項目のうち、平均6.2項目で連携していた。



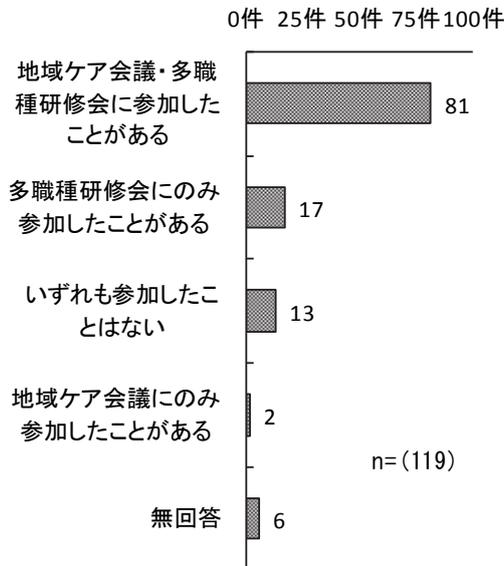
④ 連携している機関との患者情報の共有方法（複数回答）

連携機関との患者情報の共有方法は、「電話」（101件）が最も多く、次いで「FAX」（97件）、「専用の連携用紙（紙媒体）」（48件）と続いている。



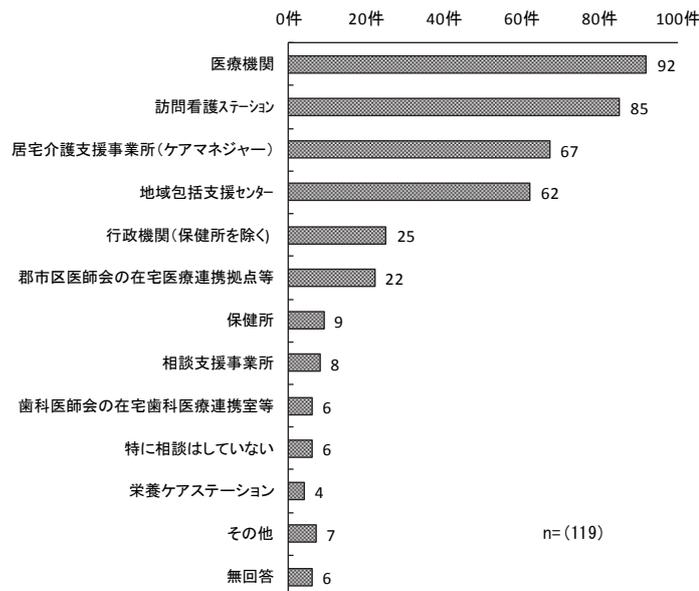
⑤ 市町村が開催する地域ケア会議や在宅医療連携拠点（郡市区医師会）等が行う在宅医療・介護に関する多職種研修会への参加

市町村が開催する地域ケア会議や在宅医療連携拠点（郡市区医師会）等が行う在宅医療・介護に関する多職種研修会への参加については、「地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある」（81件）が最も多く、次いで「多職種研修会にのみ参加したことがある」（17件）と続いている。



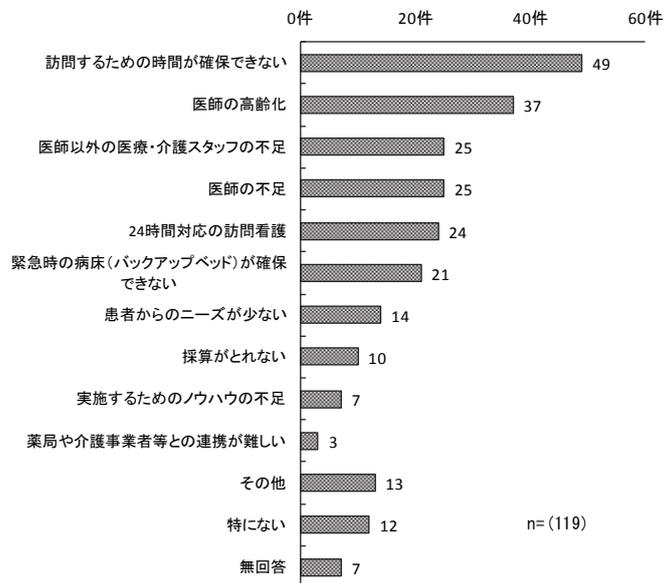
⑥ 在宅医療を行う中で、困難事例に遭遇した場合、相談を行う機関

在宅医療を行う中で、困難事例に遭遇した場合に相談を行う機関については、「医療機関」（92件）が最も多く、次いで「訪問看護ステーション」（85件）、「居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）」（67件）、「地域包括支援センター」（62件）と続いている。



⑦ 在宅医療を継続する上での課題（複数回答）

在宅医療を継続する上での課題については、「訪問するための時間が確保できない」(49件)が最も多く、次いで「医師の高齢化」(37件)、「医師以外の医療・介護スタッフの不足」(25件)、「医師の不足」(25件)、「24時間対応の訪問看護」(24件)と続いている。



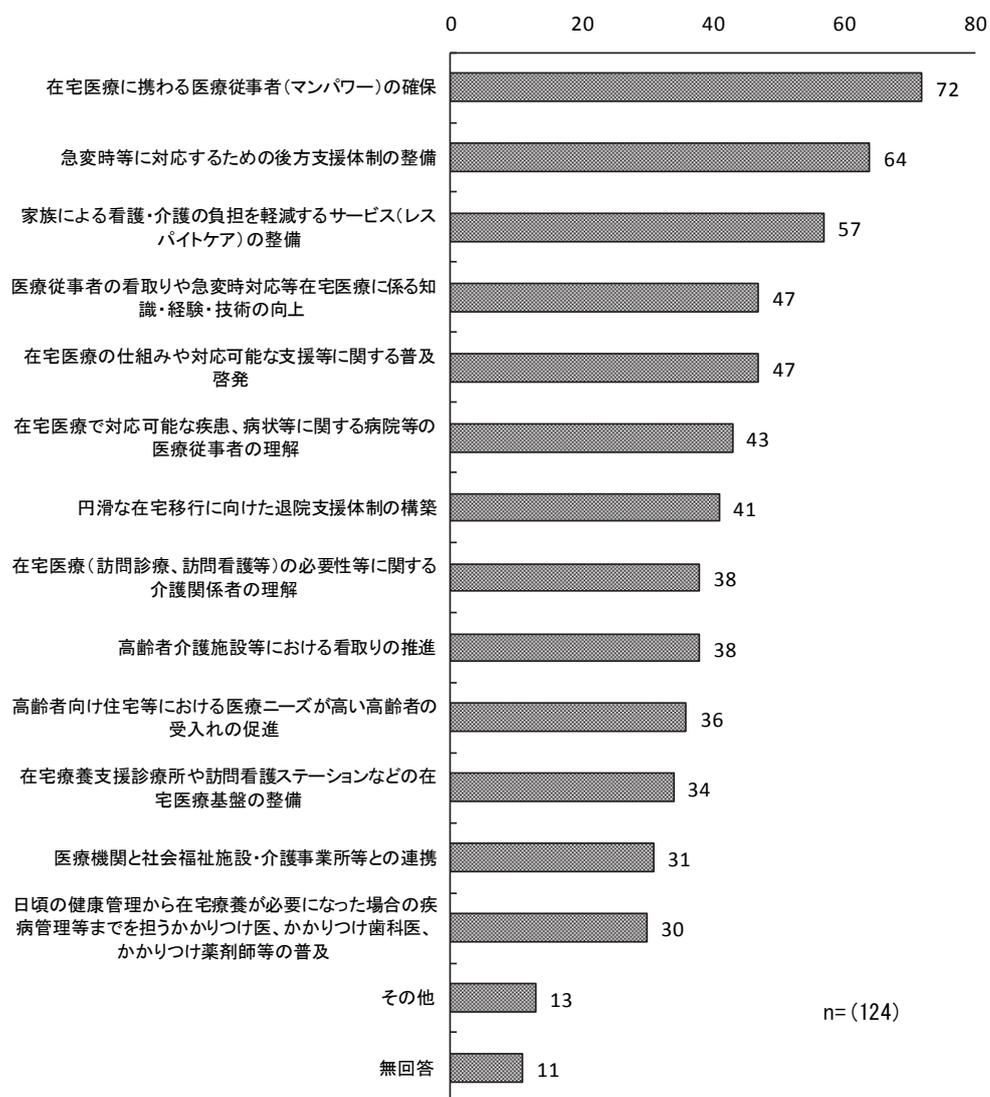
⑧ 他医療機関との在宅医療の連携の特徴と連携ができている要因

連携の特徴と連携ができている要因については、以下のようなものが挙げられた。

分類（特徴）	具体的意見
地域基幹病院との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 連携システムの中に基幹病院も含まれており、スムーズに連携できる ・ 地域の中小病院と医師会を通して連携の協定が出来ていて、急変時（急性合併症含む）、検査、レスパイトなどで優先的に空ベッドが利用できる
他職種間、同職種間との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 往診、在宅診療を行っている近くの開業医等の人間関係が基礎に存在する ・ 個人での開院が多い地域であり、個人の医師の力には限界があるが、地域として連携することで医師同士のプライベートな時間もとることができており「お互い様」の精神がはぐくまれている ・ 療養相談室や、訪問看護ステーション、医師会在宅ケアセンター、地域包括を運営管理しており、非常に連携が取りやすい ・ 看護師の病状・状況への適時適切な報告があるため、後方病院との連携がとり易い ・ 「看取り」目的での連携・共有ができています ・ 終末期医療に実績がある診療所と連携できている
情報共有システムやSNSを通じた連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICT連携ツール、非公開型 SNS の活用 ・ 医師会が積極的にシステム構築につとめている ・ 医療機関同士が共通するカルテを介して患者情報を落ちなく把握できる（直近の病状、処方薬、患者住所、病名、急変時の対応方法など）
地域包括支援センター、ケアマネジャー等との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターや介護支援専門員との距離が近く、ざっくばらんに話ができるため、もしものことが起こったとしても迅速な対応を取ることができる ・ 医師自ら、ケアマネジャーや介護員に対し患者の状況を発信しており、全てのスタッフが医療、介護の制度について理解している ・ 地域包括支援センターや、地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員と情報共有を図る窓口が、地域医師会の中でしっかりと機能を果たすことができている、そこから地域医師会へ情報を下ろしてもらっている
医師会の協力	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会主導の在宅医療を行なっている先生方との会合がある ・ 地区医師会で医療機関同士の連携や、地域の病院と在宅医療での連携協定を締結 ・ 連携先が主に医師会病院である
小児・障害者の在宅医療の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児・障害者の在宅医療を積極的に行っている。遠方の患者は、患者宅の近くの在宅医と連携している
行政の協力	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行政医師会が連携して医師に情報提供したり在宅診療支援をしている

(7) 診療所のある地域での在宅医療における課題（複数回答）

診療所のある地域での在宅医療を推進する上での課題については、「在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保」（72 件）が最も多く、次いで「急変時等に対応するための後方支援体制の整備」（64 件）、「家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備」（57 件）と続いている。



Ⅲ 各地域の概要（事例集）

<事例索引>

(1) 人口、高齢化率で探す

① 総人口で探す（降順）

地域名	総人口	65歳以上人口	高齢化率 (65歳以上)	75歳以上人口	高齢化率 (75歳以上)	ページ 番号
12. 福岡県福岡市(福岡市医師会、福岡市南区医師会)	1,514,924人	314,792人	20.8%	145,992人	9.6%	219
11. 静岡県静岡市(静岡市静岡医師会)	709,041人	205,114人	28.9%	101,534人	14.3%	198
4. 東京都板橋区(板橋区医師会)	557,309人	127,738人	22.9%	61,782人	11.1%	80
13. 長崎県長崎市(長崎在宅Dr.ネット)	432,088人	128,334人	29.7%	65,353人	15.1%	242
5. 千葉県柏市(柏市医師会&柏市)	412,690人	102,830人	24.9%	45,426人	11.0%	96
7. 神奈川県横須賀市(横須賀市医師会&横須賀市)	412,026人	124,035人	30.1%	60,024人	14.6%	138
6. 神奈川県横浜市青葉区(横浜市青葉区医師会)	308,963人	62,232人	20.1%	28,065人	9.1%	118
8. 新潟県長岡市(長岡市医師会)	274,977人	80,455人	29.3%	41,641人	15.1%	156
2. 山形県鶴岡市(鶴岡地区医師会)	130,108人	42,279人	32.5%	23,153人	17.8%	49
9. 福井県坂井地区(坂井市・あわら市)(坂井地区医師会)	121,565人	33,482人	27.5%	16,647人	13.7%	166
1. 岩手県釜石市・大槌町(釜石医師会)	47,570人	17,349人	36.5%	9,505人	20.0%	34
14. 大分県臼杵市(臼杵市医師会立コスモス病院)	39,952人	15,069人	37.7%	8,022人	20.1%	261
3. 栃木県壬生町(みぶの会、栃木県医師会)	39,807人	10,779人	27.1%	4,829人	12.1%	64
10. 長野県駒ヶ根市	33,207人	9,795人	29.5%	5,211人	15.7%	186

【出典】総務省「平成29年住民基本台帳人口・世帯数、平成28年度人口動態(市区町村別)」平成29年1月時点

② 65歳以上人口で探す（降順）

地域名	総人口	65歳以上人口	高齢化率 (65歳以上)	75歳以上人口	高齢化率 (75歳以上)	ページ 番号
12. 福岡県福岡市(福岡市医師会、福岡市南区医師会)	1,514,924人	314,792人	20.8%	145,992人	9.6%	219
11. 静岡県静岡市(静岡市静岡医師会)	709,041人	205,114人	28.9%	101,534人	14.3%	198
13. 長崎県長崎市(長崎在宅Dr.ネット)	432,088人	128,334人	29.7%	65,353人	15.1%	242
4. 東京都板橋区(板橋区医師会)	557,309人	127,738人	22.9%	61,782人	11.1%	80
7. 神奈川県横須賀市(横須賀市医師会&横須賀市)	412,026人	124,035人	30.1%	60,024人	14.6%	138
5. 千葉県柏市(柏市医師会&柏市)	412,690人	102,830人	24.9%	45,426人	11.0%	96
8. 新潟県長岡市(長岡市医師会)	274,977人	80,455人	29.3%	41,641人	15.1%	156
6. 神奈川県横浜市青葉区(横浜市青葉区医師会)	308,963人	62,232人	20.1%	28,065人	9.1%	118
2. 山形県鶴岡市(鶴岡地区医師会)	130,108人	42,279人	32.5%	23,153人	17.8%	49
9. 福井県坂井地区(坂井市・あわら市)(坂井地区医師会)	121,565人	33,482人	27.5%	16,647人	13.7%	166
1. 岩手県釜石市・大槌町(釜石医師会)	47,570人	17,349人	36.5%	9,505人	20.0%	34
14. 大分県臼杵市(臼杵市医師会立コスモス病院)	39,952人	15,069人	37.7%	8,022人	20.1%	261
3. 栃木県壬生町(みぶの会、栃木県医師会)	39,807人	10,779人	27.1%	4,829人	12.1%	64
10. 長野県駒ヶ根市	33,207人	9,795人	29.5%	5,211人	15.7%	186

【出典】総務省「平成29年住民基本台帳人口・世帯数、平成28年度人口動態(市区町村別)」平成29年1月時点

③ 75歳以上人口で探す（降順）

地域名	総人口	65歳以上人口	高齢化率 (65歳以上)	75歳以上人口	高齢化率 (75歳以上)	ページ 番号
12. 福岡県福岡市(福岡市医師会、福岡市南区医師会)	1,514,924人	314,792人	20.8%	145,992人	9.6%	219
11. 静岡県静岡市(静岡市静岡医師会)	709,041人	205,114人	28.9%	101,534人	14.3%	198
13. 長崎県長崎市(長崎在宅Dr.ネット)	432,088人	128,334人	29.7%	65,353人	15.1%	242
4. 東京都板橋区(板橋区医師会)	557,309人	127,738人	22.9%	61,782人	11.1%	80
7. 神奈川県横須賀市(横須賀市医師会&横須賀市)	412,026人	124,035人	30.1%	60,024人	14.6%	138
5. 千葉県柏市(柏市医師会&柏市)	412,690人	102,830人	24.9%	45,426人	11.0%	96
8. 新潟県長岡市(長岡市医師会)	274,977人	80,455人	29.3%	41,641人	15.1%	156
6. 神奈川県横浜市青葉区(横浜市青葉区医師会)	308,963人	62,232人	20.1%	28,065人	9.1%	118
2. 山形県鶴岡市(鶴岡地区医師会)	130,108人	42,279人	32.5%	23,153人	17.8%	49
9. 福井県坂井地区(坂井市・あわら市)(坂井地区医師会)	121,565人	33,482人	27.5%	16,647人	13.7%	166
1. 岩手県釜石市・大槌町(釜石医師会)	47,570人	17,349人	36.5%	9,505人	20.0%	34
14. 大分県臼杵市(臼杵市医師会立コスモス病院)	39,952人	15,069人	37.7%	8,022人	20.1%	261
10. 長野県駒ヶ根市	33,207人	9,795人	29.5%	5,211人	15.7%	186
3. 栃木県壬生町(みぶの会、栃木県医師会)	39,807人	10,779人	27.1%	4,829人	12.1%	64

【出典】総務省「平成29年住民基本台帳人口・世帯数、平成28年度人口動態(市区町村別)」平成29年1月時点

④ 高齢化率（65歳以上）で探す（降順）

地域名	総人口	65歳以上人口	高齢化率 (65歳以上)	75歳以上人口	高齢化率 (75歳以上)	ページ 番号
14. 大分県臼杵市(臼杵市医師会立コスモス病院)	39,952人	15,069人	37.7%	8,022人	20.1%	261
1. 岩手県釜石市・大槌町(釜石医師会)	47,570人	17,349人	36.5%	9,505人	20.0%	34
2. 山形県鶴岡市(鶴岡地区医師会)	130,108人	42,279人	32.5%	23,153人	17.8%	49
7. 神奈川県横須賀市(横須賀市医師会&横須賀市)	412,026人	124,035人	30.1%	60,024人	14.6%	138
13. 長崎県長崎市(長崎在宅Dr.ネット)	432,088人	128,334人	29.7%	65,353人	15.1%	242
10. 長野県駒ヶ根市	33,207人	9,795人	29.5%	5,211人	15.7%	186
8. 新潟県長岡市(長岡市医師会)	274,977人	80,455人	29.3%	41,641人	15.1%	156
11. 静岡県静岡市(静岡市静岡医師会)	709,041人	205,114人	28.9%	101,534人	14.3%	198
9. 福井県坂井地区(坂井市・あわら市)(坂井地区医師会)	121,565人	33,482人	27.5%	16,647人	13.7%	166
3. 栃木県壬生町(みぶの会、栃木県医師会)	39,807人	10,779人	27.1%	4,829人	12.1%	64
5. 千葉県柏市(柏市医師会&柏市)	412,690人	102,830人	24.9%	45,426人	11.0%	96
4. 東京都板橋区(板橋区医師会)	557,309人	127,738人	22.9%	61,782人	11.1%	80
12. 福岡県福岡市(福岡市医師会、福岡市南区医師会)	1,514,924人	314,792人	20.8%	145,992人	9.6%	219
6. 神奈川県横浜市青葉区(横浜市青葉区医師会)	308,963人	62,232人	20.1%	28,065人	9.1%	118

【出典】総務省「平成29年住民基本台帳人口・世帯数、平成28年度人口動態(市区町村別)」平成29年1月時点

⑤ 高齢化率（75歳以上）で探す（降順）

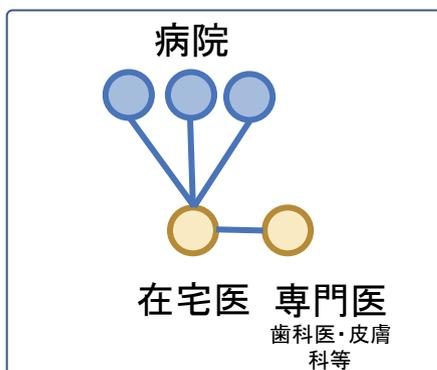
地域名	総人口	65歳以上人口	高齢化率 (65歳以上)	75歳以上人口	高齢化率 (75歳以上)	ページ 番号
14. 大分県臼杵市(臼杵市医師会立コスモス病院)	39,952人	15,069人	37.7%	8,022人	20.1%	261
1. 岩手県釜石市・大槌町(釜石医師会)	47,570人	17,349人	36.5%	9,505人	20.0%	34
2. 山形県鶴岡市(鶴岡地区医師会)	130,108人	42,279人	32.5%	23,153人	17.8%	49
10. 長野県駒ヶ根市	33,207人	9,795人	29.5%	5,211人	15.7%	186
8. 新潟県長岡市(長岡市医師会)	274,977人	80,455人	29.3%	41,641人	15.1%	156
13. 長崎県長崎市(長崎在宅Dr.ネット)	432,088人	128,334人	29.7%	65,353人	15.1%	242
7. 神奈川県横須賀市(横須賀市医師会&横須賀市)	412,026人	124,035人	30.1%	60,024人	14.6%	138
11. 静岡県静岡市(静岡市静岡医師会)	709,041人	205,114人	28.9%	101,534人	14.3%	198
9. 福井県坂井地区(坂井市・あわら市)(坂井地区医師会)	121,565人	33,482人	27.5%	16,647人	13.7%	166
3. 栃木県壬生町(みぶの会、栃木県医師会)	39,807人	10,779人	27.1%	4,829人	12.1%	64
4. 東京都板橋区(板橋区医師会)	557,309人	127,738人	22.9%	61,782人	11.1%	80
5. 千葉県柏市(柏市医師会&柏市)	412,690人	102,830人	24.9%	45,426人	11.0%	96
12. 福岡県福岡市(福岡市医師会、福岡市南区医師会)	1,514,924人	314,792人	20.8%	145,992人	9.6%	219
6. 神奈川県横浜市青葉区(横浜市青葉区医師会)	308,963人	62,232人	20.1%	28,065人	9.1%	118

【出典】総務省「平成29年住民基本台帳人口・世帯数、平成28年度人口動態(市区町村別)」平成29年1月時点

(2) 在宅医療連携のモデルで探す

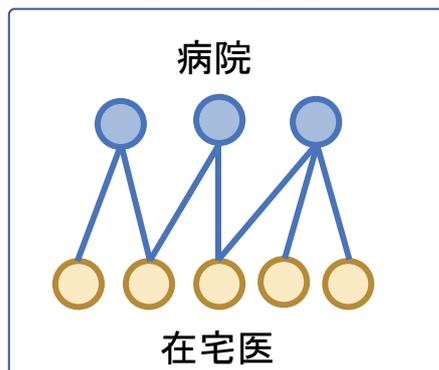
① 垂直連携（病診連携等）のモデルで探す

A. n対1



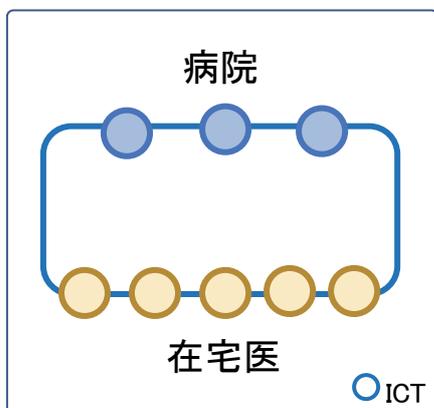
1. 釜石医師会
(チームかまいし)
→P.34

B1. n対n(病院医との二人主治医制)



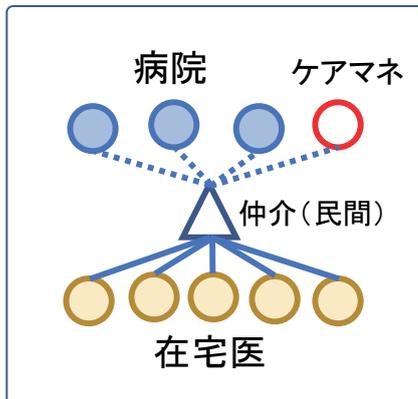
11. 静岡市静岡医師会
(イーツーネット)
→P.198

B2. n対n (ICT利用)



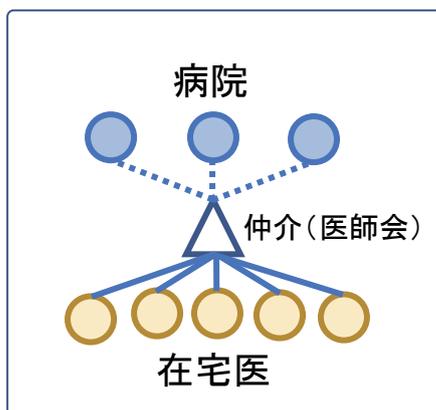
- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. 釜石医師会
(OK はまゆりネット)
→P.34 | 8. 長岡市医師会
(フェニックスネット)
→P.156 |
| 2. 鶴岡地区医師会
(Net4U、Note4U)
→P.49 | 9. 坂井地区医師会
(カナミックネットワーク)
→P.166 |
| 3. みぶの会
(栃木県医師会とちまるネット)
→P.64 | 12. 福岡市南区医師会
(メディカルケアステーション)
→P.219 |
| 5. 柏市医師会
(カナミックネットワーク)
→P.96 | 14. 臼杵市医師会立コスモス病院
(うすき石仏ねっと)
→P.261 |
| 7. 横須賀市医師会(かもめネット)
→P.138 | |

C1. n対n(民間が仲介)



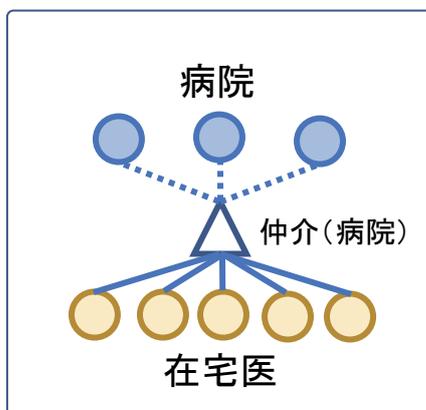
13. 長崎在宅 Dr.ネット
(コーディネーター医師が仲介)
→P.242

C2. n対n(医師会が仲介)



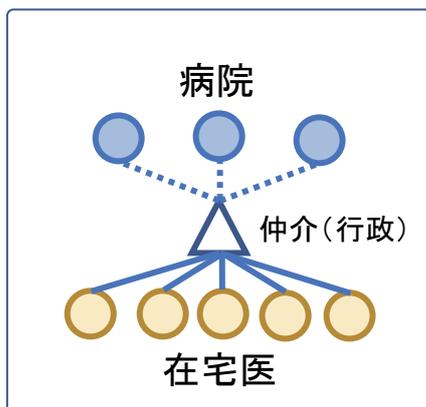
4. 板橋区医師会
(医師会連携拠点が仲介)
→P.80
6. 横浜市青葉区医師会
(医師会連携拠点が仲介)
→P.118

C3. n対n(病院が仲介)



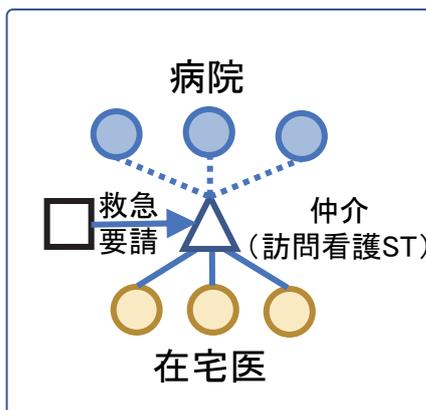
7. 横須賀市医師会
(ブロック病院の地域連携室)
※現在は主に幹事在宅医が調整
→P.138

C4. n対n(行政が仲介)



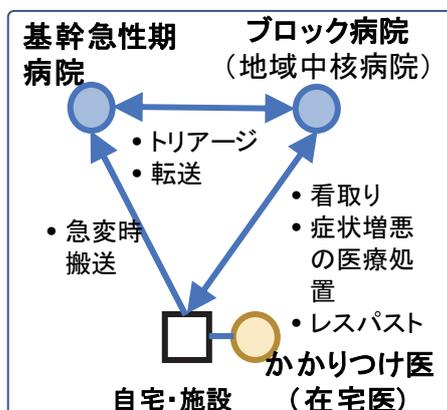
5. 千葉県柏市
 (行政連携拠点)
 ※柏市医師会も協力
 →P.96

C5. n対n(訪看STが仲介)



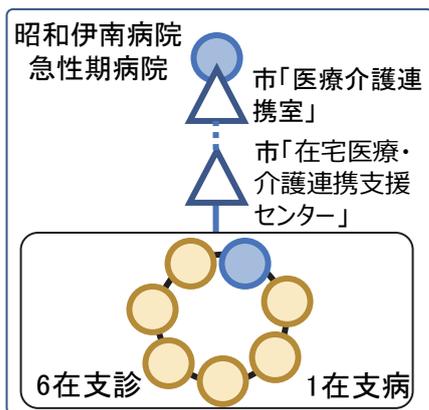
3. みぶの会
 (栃木県医師会運営の訪問看護ステーションが仲介)
 →P.64

D.ブロック支援病院体制



12. 福岡市南区医師会
 (かかりつけ医による在宅患者の「事前患者登録」で、地域のブロック病院が看取り・症状増悪時の医療処置・レスパイト入院に対応)
 →P.219

E. 1対n（行政窓口を中核病院内に設置）

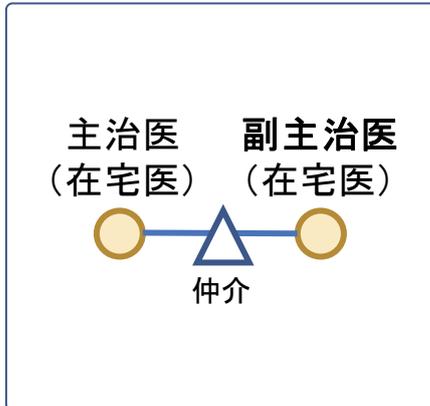


10. 長野県駒ヶ根市

（市「医療介護連携室」が、市「在宅医療・介護連携支援センター」を経由し、市内9在支診1在支病と連携）
→P.186

② 水平連携（診診連携、多職種連携等）のモデルで探す

あ1. 在宅医の相互協力(主治医・副主治医制)



4. 板橋区医師会

(医師会連携拠点が副主治医を指名)

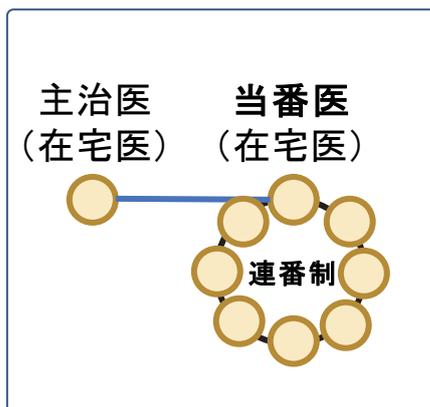
→P.80

9. 坂井地区医師会

(医師会コーディネーターが副主治医を指名)

→P.166

あ2. 在宅医の相互協力(当番医制)

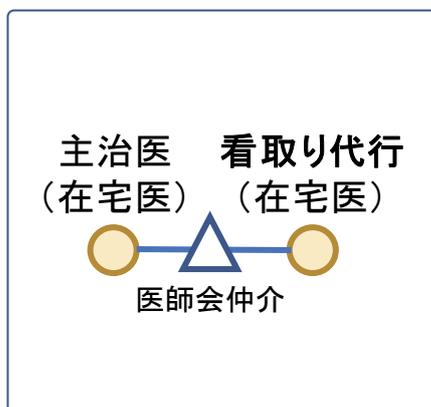


4. 静岡市静岡医師会

(看取り当番医制)

→P.198

あ3. 在宅医の相互協力(臨時の代診医)

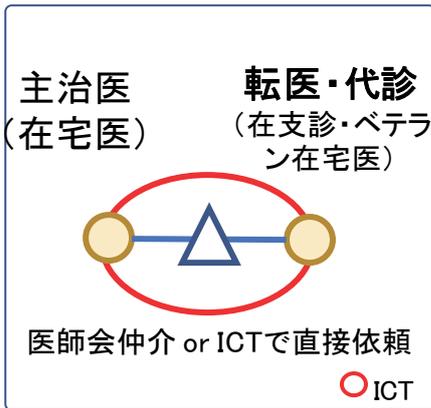


7. 横須賀市医師会

(ブロック幹事クリニックが調整し、看取り代行を支援)

→P.138

あ4. 在宅医の相互協力(転医・代診)



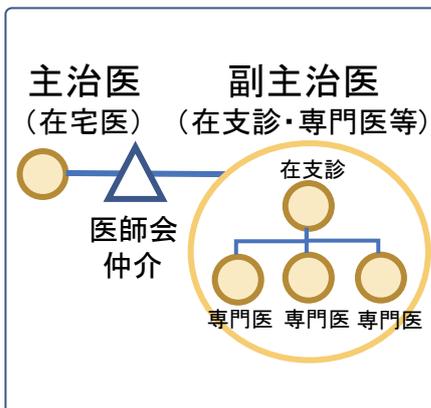
12. 福岡市南区医師会

(タテ連携: 診診リレー・転医、頻回対応患者を機能強化型在支診が受入)

(ヨコ連携: 代診・バックアップ、日の浅い在宅医をベテラン在宅医が支援)

→P.219

い1. グループ診療(在宅医を在支診・専門医が支援)



5. 柏市&柏市医師会

(柏市&柏市医師会が医師のグループ化に取り組む)

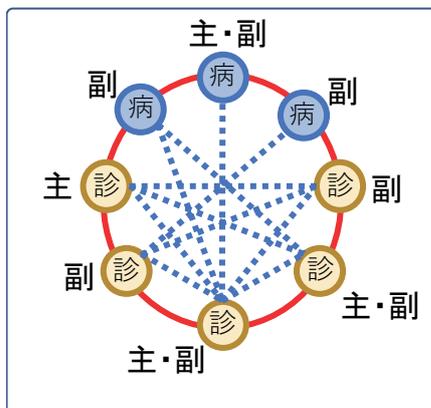
→P.96

6. 横浜市青葉区医師会

(グループ診あおばモデルの試行)

→P.118

い2. グループ診療(在宅医・病院医の相互協力)



10. 長野県駒ヶ根市

(市「医療介護連携室」が、市「在宅医療・介護連携支援センター」を経由し、市内9在支診1在支病と連携)

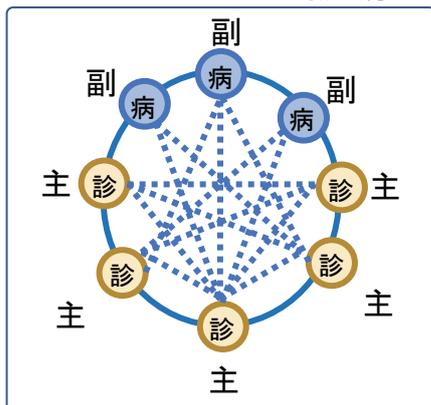
→P.186

13. 長崎在宅 Dr.ネット

(参加医師のメーリングリストで公募し、手挙げ方式で、主治医・副主治医を決定)

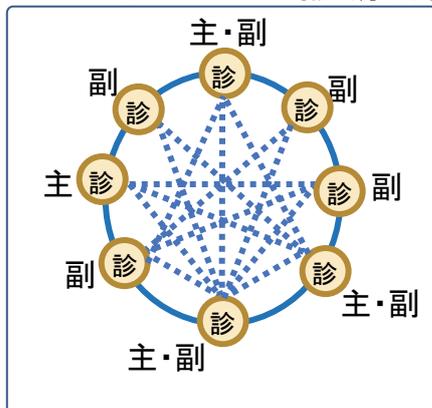
→P.242

い3. グループ診療(病院医が副主治医)



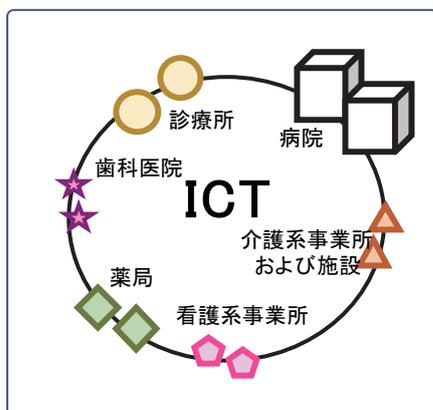
9. 坂井地区医師会
 (在宅医が主治医、病院が副主治医)
 →P.166

い4. グループ診療(在宅医の相互協力)



9. 坂井地区医師会
 (在宅医同士で相互協力)
 →P.166

う. ICT活用による多職種連携



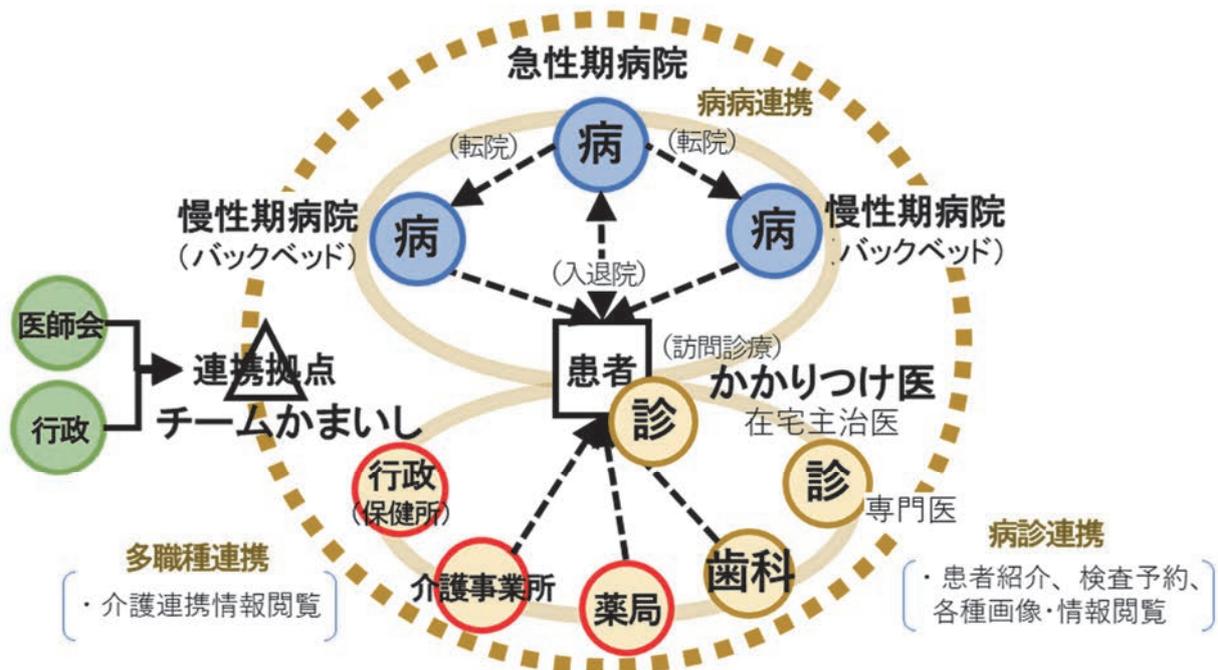
- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. 釜石医師会
(OK はまゆりネット)
→P.34 | 8. 長岡市医師会
(フェニックスネット)
→P.156 |
| 2. 鶴岡地区医師会
(Net4U、Note4U)
→P.49 | 9. 坂井地区医師会
(カナミックネットワーク)
→P.166 |
| 3. みぶの会
(栃木県医師会とちまるネット)
→P.64 | 12. 福岡市南区医師会
(メディカルケアステーション)
→P.219 |
| 5. 柏市医師会
(カナミックネットワーク)
→P.96 | 14. 臼杵市医師会立コスモス病院
(うすき石仏ねっと)
→P.261 |
| 7. 横須賀市医師会(かもめネット)
→P.138 | |

1. 岩手県釜石市・大槌町(釜石医師会)

連携拠点仲介による病診・多職種連携(行政主導・医師会協力)

- 地域医療連携拠点「チームかまいし」(行政)が、在宅医療に関わる職能団体との連携を積極推進(釜石市・釜石医師会)
- 「OK はまゆりネット」を利用した病病連携、病診連携の実現(釜石医師会・釜石市)
- 「OK はまゆりネット」を利用した診診連携、多職種連携の実現(釜石医師会・釜石市)

連携拠点仲介による病診・多職種連携 (行政主導・医師会協力)



「OKはまゆりねっと」(富士フィルムメディカル「C@RNA Connect」)利用

岩手県釜石市 & 大槌町の地域概要

<基本データ>

- ・釜石市：人口 35,272 人、高齢化率 36.9% (H29.1 住民基本台帳)
- ・大槌町：人口 12,298 人、高齢化率 35.4% (同上)
- ・訪問診療を実施する一般診療所：釜石市 2 か所、大槌町 3 か所
(H26.10 在宅医療地域別データ集)
- ・看取りを実施する一般診療所：釜石市 2 か所、大槌町 1 か所 (同上)
- ・看取り加算の算定件数のレセプト出現比 126.3 比率 (H27~28 内閣府)
- ・釜石市：病院 5 診療所 13 歯科 15 薬局 17 (H29、JMAP)
- ・大槌町：病院 1 診療所 5 歯科 3 薬局 4 (同上)



釜石市



大槌町

<在宅医療資源の情報>

- ・釜石市：在支診数 3、在支病数 0 (H29、JMAP)、訪問看護ステーション数 2 (H27.10 在宅医療地域別データ集)、訪問歯科 7、訪問薬局 4 (H29、JMAP)
- ・大槌町：在支診数 0、在支病数 0 (H29、JMAP)、訪問看護ステーション数 1 (H27.10 在宅医療地域別データ集)、訪問歯科 0、訪問薬局 0 (H29、JMAP)

事例の概要

<取組の背景・経緯>

釜石市民病院の統廃合により、平成 19 年に釜石のぞみ病院が開設。統廃合の影響で、釜石市民病院に東北大学より派遣されていた医師が引き上げられることとなり、地域の医師の数が大きく減少するとともに、それまで釜石市の在宅医療を担ってきた釜石市民病院が無くなることで、その機能を担う病院がなくなり、釜石医療圏は「医療崩壊の危機」に陥った。

このような背景を契機に、地域全体での役割分担の明確化とそれをつなぐ連携が要請され、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り、平成 19 年 6 月に釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会がスタート。

以後、平成 24 年にはチームかまいしの設置、OK はまゆりネットの稼働開始などに繋がり、釜石医療圏における在宅医療連携を推進している。

<取組の概要>

- 垂直連携：チームかまいし、OK はまゆりネット
- 水平連携：チームかまいし、OK はまゆりネット

<検討及び運用開始時期>

- ・平成 19 年：釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会
- ・平成 24 年：チームかまいし設置、OK はまゆりネット稼働開始

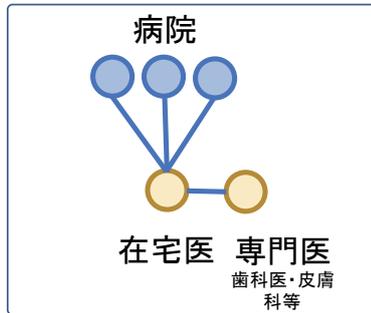
<今後の課題>

- ・さらなる連携の推進に向けた関係者の理解度向上
- ・適切な評価の必要性
- ・OK はまゆりネットのさらなる活用

釜石市の取組の概要(図)

①垂直方向の連携（病診連携）

病院n 対 診療所1



- 患者紹介、オンラインでの診療・検査予約及び情報提供
- 各種診療データ・画像等の公開・閲覧

<関連する協議会等>

①釜石医師会「介護在宅診療部会」

➢ 目的：連携拠点の構築・運営に係る全面的なバックアップ

②地域医療連携拠点「チームかまいし」（釜石市）

- 在宅医療に関わる職能団体との連携を推進。実践的な・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する
- 医師会からアドバイザー（医師）を派遣

②水平方向の連携（診診・多職種連携）

ICT活用の多職種連携



- OKはまゆりネットを利用した診診・多職種連携

<関連する協議会等>

①釜石医師会「介護在宅診療部会」

➢ 同上

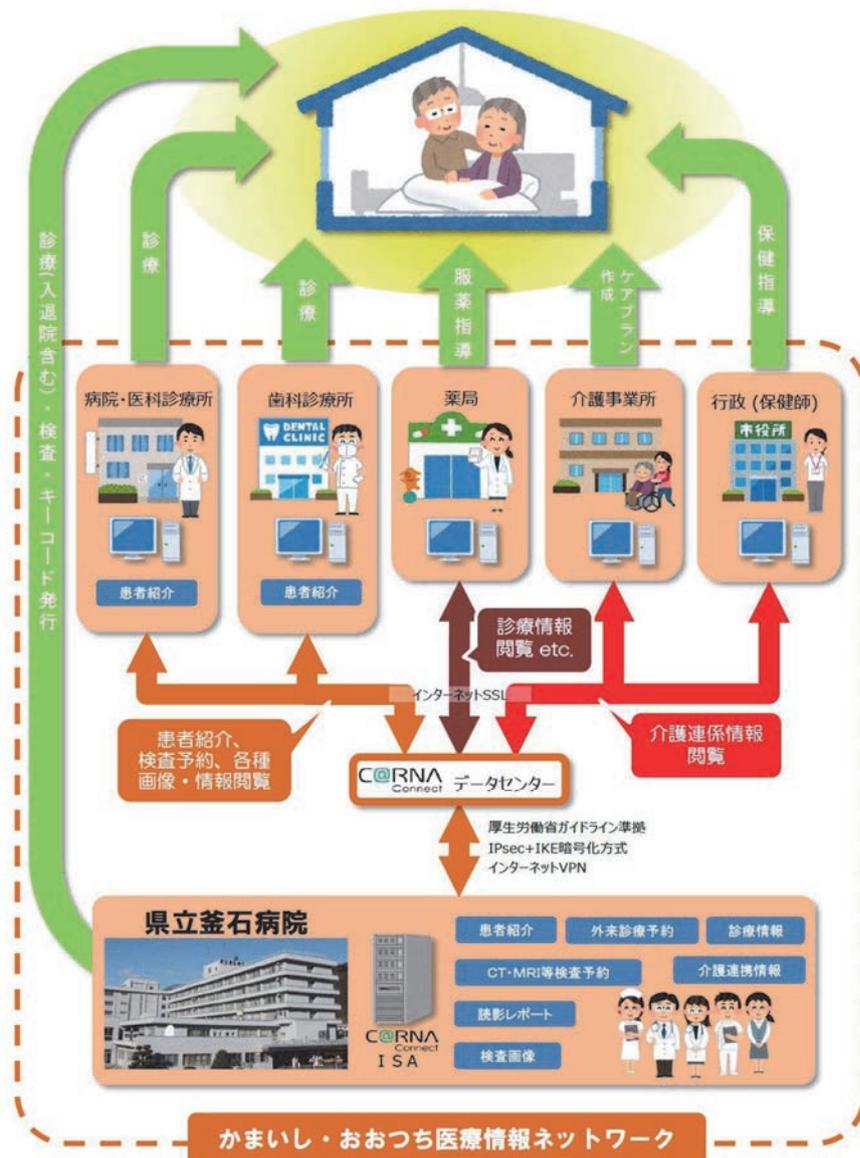
②地域医療連携拠点「チームかまいし」（釜石市）

➢ 同上

①垂直方向の連携

<OK はまゆりネット>

- ・オンラインでの診療・検査予約及び情報提供が可能
- ・各種診療データ等の公開・閲覧が可能
- ・運営は NPO 法人釜石・大槌地域医療連携推進協議会が実施



②水平方向の連携

<チームかまいし>

- ・釜石市保健福祉部内の専門部署
- ・医師会と行政との共同事業
- ・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

(1) かかりつけ医の協力体制の構築

平成 17 年当時、在宅医療は 1 病院の 1 機能でしかなかった。釜石市民病院（急性期病院）に在宅医療を行う在宅療養科があり、在宅医療に関する拠点となっていたが、2/3 の人口密集地には在宅医療を行う病院はなく、在宅療養患者はいない（サービスが提供されていない）状態であった。

さらに、釜石市民病院の統廃合により在宅療養を行う病院が無くなったことから、在宅医療を地域化する必要性が顕在化。平成 19 年 6 月に、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、負担軽減を目的として、釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会がスタート。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。

この検討会では、自治体が把握できていない医療資源について、どのような機能を有し、どのように活用していくかということについて、地域でのコンセンサスを得るための議論が行われ、在宅医療は急性期・慢性期病院の退院患者の受け皿としての必要性及び役割が位置付けられることになっていく。

これらの地域連携全体の構築をコーディネートする拠点は釜石医師会が担い、顔の見える連携の場を設け、役割分担と連携の枠組みを作っていった。しかし、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のが現実であった。

(2) 在宅医療連携拠点：チームかまいし

平成 24 年 7 月に、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「在宅医療連携拠点：チームかまいし」を設置。これは釜石市保健福祉部内の専門部署として設置されるものであり、事業運営は医師会と行政が協働で行うものである。アドバイザーとして医師会より医師が派遣されるとともに、連携をコーディネートする専門職種の配置も行っている。

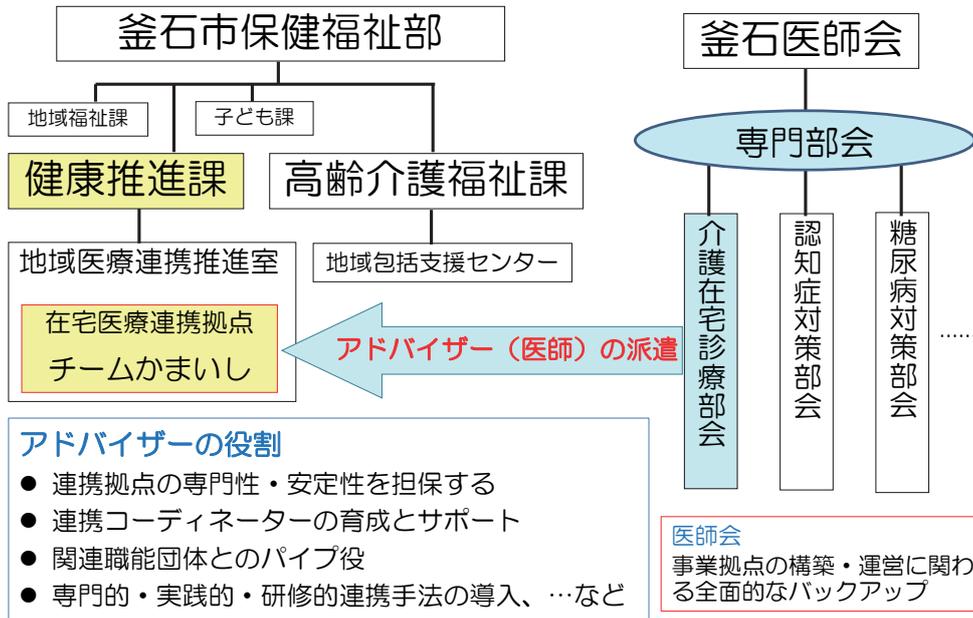
チームかまいしの事業計画、成果の承認、評価を行うのは、在宅医療連携拠点事業協議会である。これは、活動内容や成果物に、地域全体のコンセンサスが形成される場である。

チームかまいしでは、在宅医療介護連携推進事業におけるア～クの事業項目（タスク）に対するアプローチとして、ニーズ中心主義を掲げ、まずはニーズの確認をしてから取組を開始することとしている。

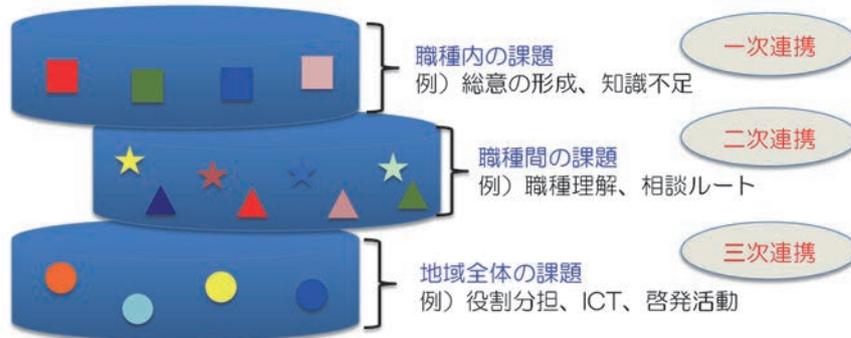
連携コーディネートの内容としては、大きく 3 つの階層に分けて取り組んでおり、

- ・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
 - …歯科連携や薬科連携、介護支援専門員連携などを行い、職能団体単位で公平な立場で課題を拾い上げる
- ・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
 - …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するもの。主な目的としては、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が挙げられる。具体的には、同行訪問やセミナー、共同研究や学会発表など。
- ・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
 - …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られている「釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会」や、チームかまいしの活動自体を評価し、活動成果を地域全体にフィードバックする場である「在宅医療連携拠点事業協議会」などでの議論・検討

釜石医師会と釜石市



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。

(3)OK はまゆりネット

OK はまゆりネットは、「かまいし・おおつち医療情報ネットワーク」の愛称である。

運営は、釜石医師会をはじめとした地域の職能団体で構成された、NPO 法人釜石・大槌地域医療連携推進協議会が行っている。

ICT を活用した OK はまゆりネットは、釜石保健医療圏内の、医療・介護・福祉・行政が患者の情報を共有し、より良質、効率的かつ包括的なサービス提供を実現することを目的として立ち上がったものである。

主な機能としては、オンラインでの診療・検査予約及び情報提供、また、各種診療データ等の公開・閲覧である。

<オンラインでの診療・検査予約及び情報提供>

- ・連携医療機関からのオンライン登録
- ・岩手県立釜石病院の外来診療予約と単純CT・MRI 検査予約が可能
- ・連携医療機関用に各診療科 2～5 枠の優先予約枠を設定
- ・予約の際に診療情報提供書や各種情報提供書、同意書などを添付することも可能

<各種診療データ等の公開・閲覧>

- ・データを公開するためのキーコード（認証コード）を釜石病院が発行
- ・釜石病院で管理している「処方履歴」、「注射履歴」、「検体検査結果」が時系列で表示
- ・そのほか、「放射線画像（PDI）」、「診療情報提供書（PDF）」、退院時要約などの各種サマリーデータのアップロードも可能
- ・JPEG や MP3 などの画像ファイル、OFFICE 文書のアップロードにも対応



公開されるデータは、そもそも利用同意をいただいた患者に限られ、かつ、キーコード無しでは閲覧ができない仕組みとなっている。さらに、職種別に閲覧可能な文書の権限設定を行っており、個人情報保護に努めている。

OK はまゆりネットは、加入する医療機関や介護事業所、行政等からの参加負担金により運営されており、1 アカウントごとに、病院では月額 5,000 円、診療所は 2,000 円、歯科診療所、薬局、介護事業所では 1,000 円の負担金を設定している。

OK はまゆりネットは、平成 21 年度から始まる「かまいし・おおつち医療情報ネットワーク」整備事業として整備が始まり、東日本大震災の混乱を経て、平成 24 年度より本格的な運用が開始されている。その後、平成 25 年 4 月には病院と診療所、平成 27 年 5 月には歯科診療所と薬局、同年 9 月には介護事業所、平成 28 年 1 月には行政とのネットワークが開通する形で拡大してきた。

(1) 地域医療に対するベースコンセンサスの形成

県立釜石（急性期）病院を守る、という地域全体における中心的な合意形成が成された。これは、地域で共有された連携のモチベーションであり、理念的統合・規範的統合の一部を構成する共通目的だといえる。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のか、という視点から役割分担を行うことができた。

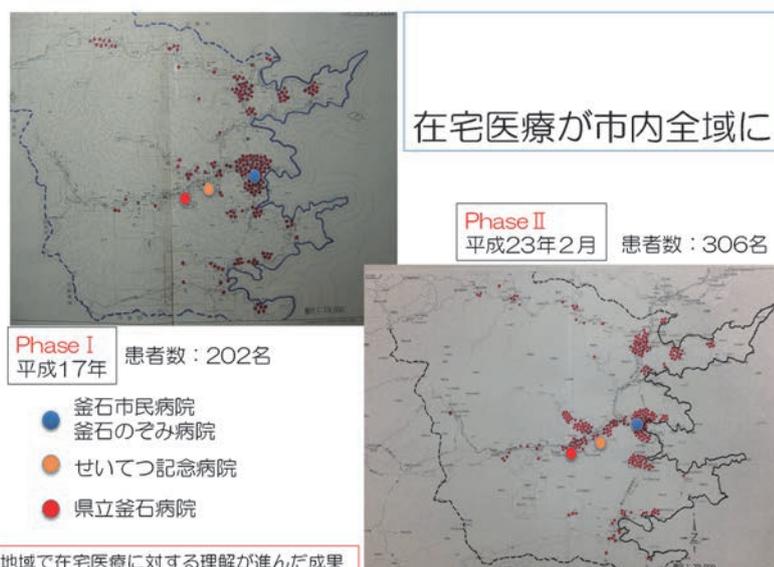
また、かかりつけ医が不在の場合、在宅療養中の患者が急性増悪した場合には、救急車で救急病院に運んでもらうこと、救急病院は必ず患者を受け入れることが整備された。365日、自院で患者を引き受けるというのではなく、自院でできないことについてはやってもらうという役割分担をし、コンセンサスを得た。

急性期病院はひとまず受け入れ、翌日、在宅医療のバックベッドになっている慢性期病院に転院させるという病院間同士のコンセンサスも確認した。



(2) 在宅医療が市内全域に拡大

平成17年当時は、2/3の人口密集地には在宅療養のサービスが提供されていない状態であったが、医師会が中心となり、拠点機能を担い、在宅医療を普及させた結果、在宅医療のエリアが市内全域に拡大し、どの医療機関にかかっても在宅医療を受けることのできる体制が整った。



(1)さらなる連携の推進に向けた関係者の理解度向上

在宅医療・介護連携をさらに推進していくために、まだまだ改善を必要とする点があると考えられている。

例えば、病棟の看護師の在宅医療に対する理解度の促進、行政が医療機関の有する機能についてさらに理解を深める必要性などが挙げられる。

脳卒中になった高齢者をめぐり、関係者の相互理解がないことでコーディネーターが介入した例

[病院] (退院支援を行う上でケアマネジャーが必要で、) 要介護認定の申請しても市が受け付けてくれない・・・

[市] (状態像が安定していない状況で申請すると介護度が重くなり、患者の介護保険の負担が増えるので状態が安定してからの方がよいので、) 要介護認定の申請は受け付けられない・・・

[チーム釜石] 双方の行動の背景にある理由を解説し、緊急を要するようなケースについては、事前に連絡を取り合えるように顔の見える関係を作ることを提案。

(2)適切な評価の必要性

垂直連携の評価においては、在宅までバスがどれだけ有効に使われているか、在宅普及の度合い、患者満足度、支援者満足度などで測ることが重要である。在宅死の数は、必ずしも在宅で亡くなるが良いとは限らないので適切ではないと考えている。

連携満足度をフェイススケールで出したところ、介護事業者の評価が低い。現場の介護事業者は不満がまだ高く、現場が連携の良さを実感できていないことかと理解している。

今後、より適切な評価について検討し、連携の深度について公正に判断していくことを検討している。

(3)OK はまゆりネットのさらなる活用

OK はまゆりネットは、人口の 7.7%の運用実績があるが、各職種の専門性を最大限生かすには、それを共有するための規範的統合がなされ、システムとして可動させていくことが重要だと考えている。

取組を進める上でのアドバイス

(1)拠点づくり及び拠点への意思の関与が重要

医療・介護連携においては、その拠点を整備すること、また、その拠点に医師が関与し、まとめていくことが重要である。

釜石市の場合であれば、地区医師会がリーダーシップを発揮しており、うまく機能しているといえる。

医師会が中心となり、地域の関係者が集まり、方向性を定め、さらに意思表示することまで達成できれば、行政においてもその取組を事業化し、継続させることができるようになる。

(2)コーディネーターの存在が大切

医療と介護をコーディネートする人材、また、診療報酬・介護報酬に詳しい人材が必要である。両報酬の知識が無ければ連携のコーディネート機能を発揮することは難しい。報酬の話ができなければ、総論では合意形成できたとしても、各論で合意が得られないケースが想定される。

(3)職種同士の連携が重要

職能団体や職種の数は人口規模に関係ないものだと考えることが大切である。小さな市町村であっても、職能（職種）同士の連携を丁寧に構築していくことが重要である。

釜石医師会 回収データ分類（診療所）

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	1	0	0	0

n=(1)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	0	1	0

n=(1)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	在宅専門診療所	いずれも届け出ていない	無回答
0	1	0	0	0	0

n=(1)

④ 標榜している診療科目（重複有）

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	n=(1)
0	0	0	0	0	0	0	0	0	

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	1	3	3	3
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	1	3	3	3
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	1	0	0	0
2) 歯科医師	1	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	1	11	11	11
4) 薬剤師	1	0	0	0
5) リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	1	0	0	0
6) 管理栄養士	1	0	0	0
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	1	0	0	0

⑥ 外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	1	5	5	5
②平成30年1月の延べ外来患者数	1	484.3	484.3	484.3

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	1	1	0	0	0
(2) 訪問診療	1	1	0	0	0
(3) 歯科訪問診療	1	0	0	1	0
(4) 救急搬送診療	1	1	0	0	0
(5) 在宅患者訪問看護・指導	1	1	0	0	0
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	1	0	0	1	0
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	1	0	0	1	0
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	1	1	0	0	0
(9) 在宅看取り	1	1	0	0	0
(10) 居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	1	1	0	0	0
(11) 訪問看護（介護予防サービス含む）	1	1	0	0	0
(12) 訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	1	0	0	1	0

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	1	1132.3	1132.3	1132.3
合計のうち小児（15歳未満）患者数	1	0	0	0
合計のうち自院に通院していた患者数	1	504	504	504
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	1	732.7	732.7	732.7
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	1	14	14	14
うち自宅での死亡者数	1	10	10	10
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	1	3.7	3.7	3.7
合計のうち医療機関で死亡した患者数	1	13	13	13
うち連携医療機関での死亡者数	1	7.7	7.7	7.7
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	1	2	2	2

⑨ 診療所に対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	1	1	0	0	0	0
(2) 中心静脈栄養の管理	1	1	0	0	0	0
(3) 膀胱留置カテーテル	1	1	0	0	0	0
(4) 在宅酸素療法	1	1	0	0	0	0
(5) 人工呼吸器の管理	1	1	0	0	0	0
(6) 気管カニューレの管理	1	1	0	0	0	0
(7) 腹膜透析	1	0	0	1	0	0
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	1	1	0	0	0	0
(9) 点滴・静脈注射	1	1	0	0	0	0
(10) 喀痰吸引	1	1	0	0	0	0
(11) 麻薬による疼痛管理	1	1	0	0	0	0
(12) 褥瘡処置	1	1	0	0	0	0
(13) ターミナルケア	1	1	0	0	0	0
(14) 小児患者（15歳未満）の対応	1	0	0	1	0	0

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	179.7	179.7	179.7

n=(1)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
1	0	0	0	0

n=(1)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	1	0	0	0

n=(1)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	2218.7	2218.7	2218.7

n=(1)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
2000.4	2000.4	2000.4

n=(1)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	訪問診療を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	訪問診療は行っていない	無回答
1	0	0	0	0	0

n=(1)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	1	0	0	0

n=(1)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	1	14	14	14
うち自宅での死亡者数	1	10	10	10

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	1	0	0	0

n=(1)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点的な病院	緊急時に入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0

n=(1)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
1	1	1	1	1	0
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(1)
1	1	1	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
0	1	0	1	1	1
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点を含めた医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(1)
1	1	1	0	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
1	1	1	1	0
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICT の連携ツール	その他	無回答	n=(1)
1	0	0	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
1	0	0	0	0

n=(1)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
1	1	1	1	0	0	1
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(1)
0	0	0	0	0	0	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
1	1	0	1	1	0	0
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(1)
0	0	0	0	0	0	

② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

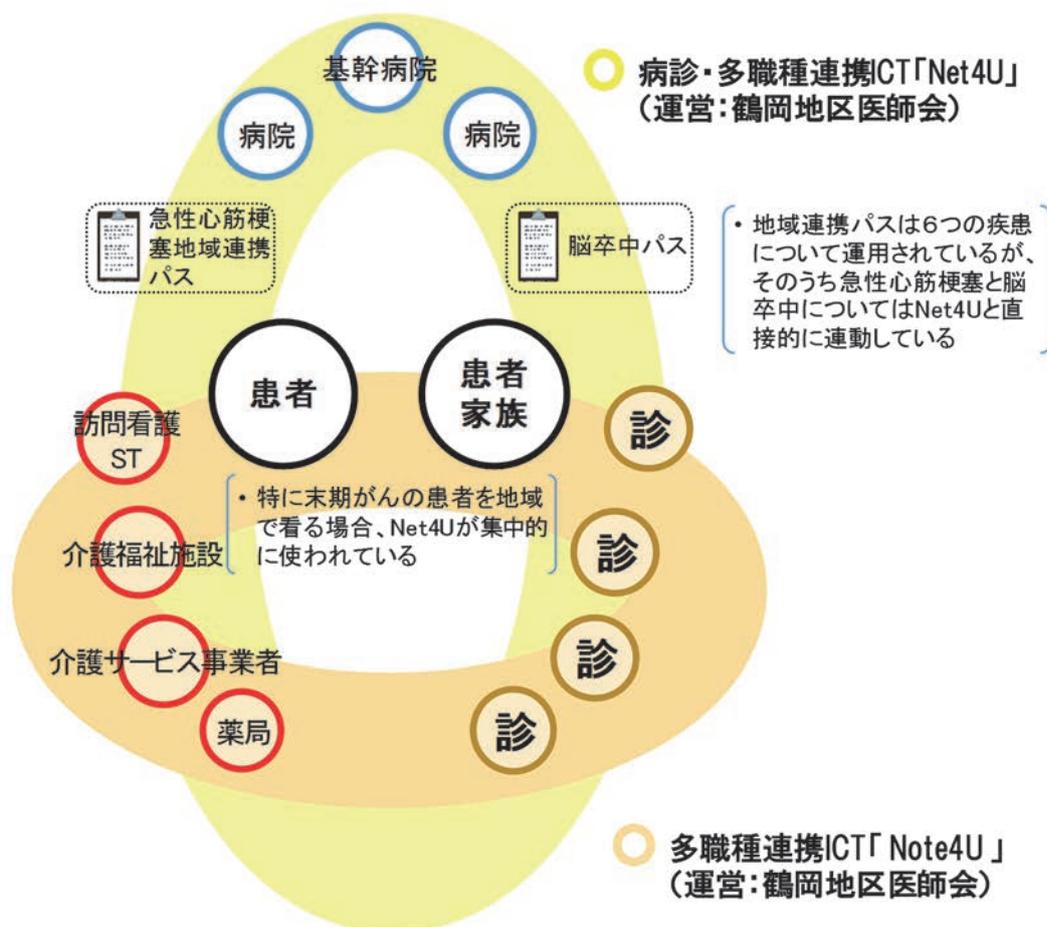
在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
1	0	0
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
0	0	0
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
0	0	0
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
0	0	0
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(1)
0	0	

2. 山形県鶴岡市(鶴岡地区医師会)

ICT 活用による、地域連携パスもからめた病診・多職種連携

- ICT ツール「Net4U」を活用し、患者情報を共有し、病病連携、病診連携を実現。退院支援、看取りなどに実績有り
- 基幹 1 病院、回復期 2 病院、慢性期 1 病院と、かかりつけ医が電子化された地域連携パスで結ばれ、特に脳卒中・心筋梗塞・糖尿病はスムーズに連携
- 「Net4U、Note4U」を活用し、在宅医を中心に、病院専門医（認定看護師）、訪問看護師、薬剤師、リハビリ、訪問入浴、ケアマネ等が情報共有し連携し、在宅療養患者の対応、看取り、在宅緩和ケアなどを行っている

ICT活用による、地域連携パスもからめた病診・多職種連携



鶴岡市地域概要

<基本データ>

- ・人口 130,108 人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・高齢化率 32.5% (同上)
- ・訪問診療実施率 17.1% (H26、山形県医療機関情報ネットワーク)
- ・看取り実施率 11.5% (H25、保健福祉統計年報)
- ・自宅死の割合 14.2%(H28、厚労省)
- ・病 7 診 93 歯 52 薬 64 (H28、日医 JMAP)

<在宅医療資源の情報>

- ・在支診数 19 (H28、厚生局調べ)
- ・在支病数 1 (同上)
- ・訪問看護ステーション数 8 (H29)
- ・訪問歯科 15 (H28、日医 JMAP)
- ・訪問薬局 53 (同上)



事例の概要

<取組の背景・経緯>

鶴岡市は、全国でも 7 番目となる広大な面積を有する市である。市内には、急性期病棟を備えた病院が 1 件しかなく、そこが基幹病院として、医師会と連携しながら市内の医療を推進してきた背景がある。

医療連携においては、旧来より脈々と培われてきた顔の見える関係性を土台として、インターネットを活用した地域の情報共有ツールである Net4U や Note4U、また、疾患別の連携パスなどが整備されている。

<取組の概要>

- 垂直・水平連携：Net4U
- 水平連携：Note4U

<検討及び運用開始時期>

- ・平成 12 年「先進的 IT 活用による医療を中心としたネットワーク化推進事業」
- ・平成 18 年「庄内南部地域連携パス推進協議会」発足
- ・平成 19 年「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（庄内プロジェクト）」
- ・平成 23 年「地域医療連携室ほたる」開設

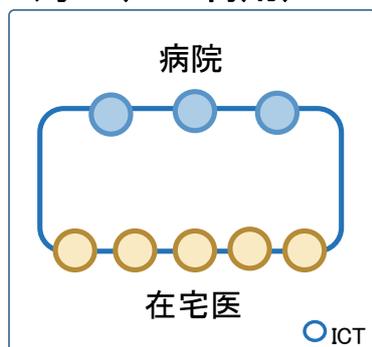
<今後の課題>

- ・IT ツールの活用の推進
- ・地域における看取りの体制整備
- ・医療依存度の高い高齢者を地域で受け入れる体制の整備

鶴岡市の取組の概要(図)

①垂直方向の連携（病診連携）

n対n (ICT利用)



- 6つの疾患(大腿骨近位部骨折パス、脳卒中パス、糖尿病パス、急性心筋梗塞パス、認知症個別パス、5大がんパス、地域連携パス)についての地域連携パスを運用(うち脳卒中パスと急性心筋梗塞パスについてはNet4U上で運用)。

<関連する協議会等>

「庄内南部地域連携パス推進協議会」(運営協議会隔月1回)

- 運営協議会、全体会を隔月1回開催するほか、6つの個別連携パスごとに委員会を開き、運営方法の確認等している。

②水平方向の連携（診診連携、多職種連携）

ICT活用による多職種連携



- 「Net4U」を使用した多職種連携
- 「Note4U」を使用した患者家族もからめた患者情報連携

<関連する協議会等>

①「在宅医療を考える会」(医師会主催)

- 鶴岡市で在宅医療を熱心に取り組んでいる医師たちが、任意の会を設立している。

②各職種の交流会を開催(年1回)

- 医師と訪問看護師の意見交換会、歯科医師とケアマネジャーの交流会、薬剤師とケアマネジャーの意見交換会、薬剤師と訪問看護師の意見交換会、医療と介護の連携研修会

①垂直方向の連携

<Net4U（地区医師会）> ※株式会社ストローハットのシステムを使用

- ・インターネットを利用した地域のカルテとして機能
- ・地域連携パスと連動し、医療から介護にまでわたる地域の関係者・関係機関が閲覧可能
- ・費用は医師会が負担

②水平方向の連携

<Net4U（地区医師会）> ※株式会社ストローハットのシステムを使用

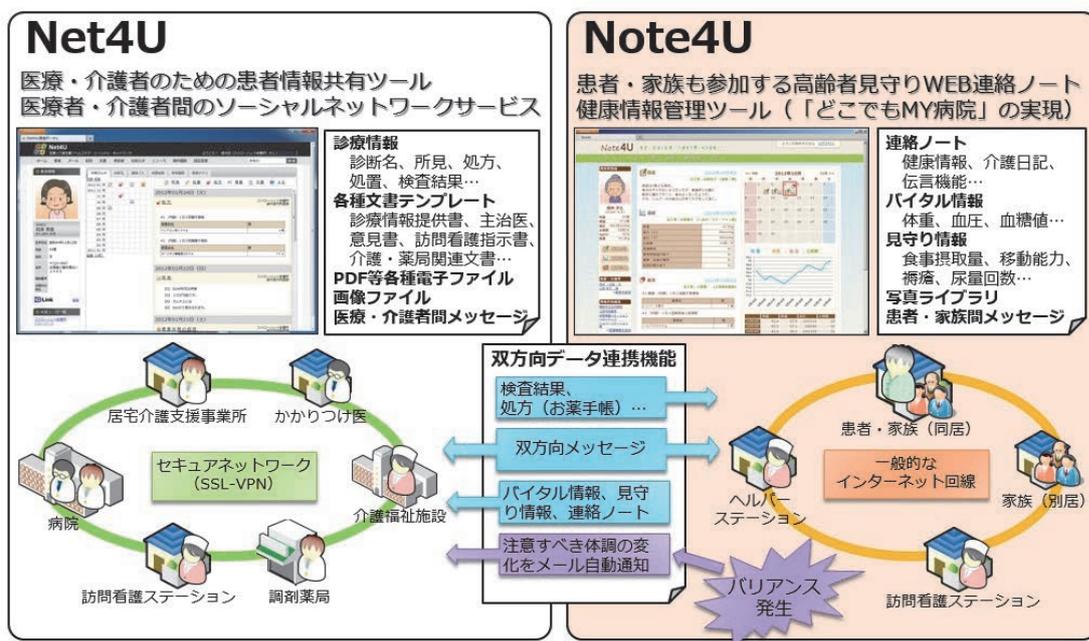
- ・同上

<Note4U（地区医師会）> ※株式会社ストローハットのシステムを使用

- ・患者・介護者参加型のWEB連絡ノートという位置づけ
- ・在宅患者の最も身近にいる家族やヘルパー等がサポートチーム全体とつながることを目的として構築
- ・Net4Uとは別システムとして、Note4UからNet4Uへは直接のアクセスを制限（セキュリティの担保）

Net4Uの新しい展開 ～患者・家族が参加する在宅ケア～

在宅高齢者の急変・重症化予防を目的とした、在宅高齢者見守り機能（高齢者見守りパス）を導入します。



取組の紹介

(1) 鶴岡地区医師会の取組

鶴岡市は、山形市から離れていることもあり、もとより必要な資源は自分たちで作りあげていく、という風土がある。その背景もあり、鶴岡地区医師会では、地域の医療を医師会が守るという意味のもと、医師会内に連携の中核となる事務局機能を有し、さまざまな取組を推進してきた。医師会が主導し、かつ、事務局機能も担いながら、在宅医療のみならず、広く、鶴岡市の医療・福祉の推進を図っている。

そのなかでは、多職種・多機関連携における組織マネジメントを円滑に行うため、医師会内の事務局体制強化として、会議の招集や議事録作成等の事務作業まで、すべてのマネジメントを行う人材を育成してきた。

事務局では、さまざまな取組における多職種・多機関の情報を集め、情報の発信を行うようくみづけている。これは、さまざまな主体からの発信が行われることで情報が錯綜したり、混乱の発生を防止することを狙ったものである。

① 顔の見える関係づくり

鶴岡地区医師会では、前述のとおり、地域の医療を医師会が守ろうという意味のもと、さまざまな事業を推進してきた。荘内地区健康管理センターの設立や、鶴岡准看護学院や訪問看護ステーションの設立、地域包括支援センターの運営や地域医療連携室ほたるの設置をはじめ、広く医療・福祉の分野での取組を展開している。主な流れは次の通りである。

昭和 34 年 3 月	鶴岡准看護学院を医師会館に開設
昭和 44 年 4 月	臨床検査センター開設
昭和 59 年 4 月	荘内地区健康管理センター 開設
平成 8 年 4 月	訪問看護ステーションハローナース 開設
平成 12 年 4 月	在宅サービスセンター 開設
	訪問リハビリテーション事業及び訪問入浴事業開始

平成 13 年 3 月	鶴岡市立湯田川温泉リハビリテーション病院の管理・運営
平成 17 年 5 月	介護老人保健施設みずばしよ 開設
平成 17 年 11 月	ケアプランセンターふきのとう 開設
平成 18 年 4 月	在宅介護支援センターふきのとう 開設
平成 21 年 4 月	地域包括支援センターつくし 開設
平成 23 年 4 月	新 荘内地区健康管理センター 開設

これらの多様な取組を推進すると同時に、顔の見える関係づくりに力を入れてきた経緯がある。医師会事務局が積極的に地域のさまざまな機関で行われる会議等へ出席したり、行政の取組における組織には医師会長が加わることなどをはじめ、地域住民の交流が行われる場や、介護保険で実施される地域ケア会議の場にも出席することなどを通じて、声を掛けたら集まることのできるようなネットワークづくりを推進してきた。

現在では、医師会主導のもと、すぐに地域の関係者が集まれる包括的なネットワークが形成されているばかりか、地域の医師同士で勉強会等を行うなど、自発的なネットワークも形成されている。

この顔の見える関係性が、鶴岡市における連携の土台となっている。

②医師会による地域の実態把握

鶴岡地区医師会が主体となって、さまざまな分野の実態調査を行い、それらの結果を地域医療の推進に向けて活用している。

地域にとって最も重要であると考え、調査をしている事項としては、在宅医療における実態調査がある。これは、鶴岡地区医師会が独自に、市内の全診療所に対して行った調査であり、在宅医がどの範囲で診療をしているか、できるのか、どれだけの数があるのか、ということ把握している。そして、それらの結果は、今後のさらなる在宅医療の拡大に向けた活動を検討する材料として活用されている。

そのほかにも、例えば介護保険の施設サービスにおける情報についても毎年調査を実施している。その内容としては、利用者のうち、喀痰吸引等が必要な利用者がどの程度いるのか、麻薬の使用の有無についての把握など、医療依存度が高い利用者およびその受入れ等について、実態把握を行っている。

(2)鶴岡市で活用されている連携ツール

①Net4U の概要

Net4U とは、the New e-teamwork by 4Units の略であり、4Units は病院・診療所・看護介護・検査センターを指す。また、その読みから、「患者（あなた）の健康のためのネットワーク」という意味も込められている。インターネットを利用し、地域の電子カルテとして、さまざまな情報を多職種・多機関で共有できるシステムである。

平成 12 年に経済産業省による「先進的 IT 活用による医療を中心としたネットワーク化推進事業」へ参加し、電子カルテを中心とした地域医療機関連携・統合型医療情報システムを開発・有用性の検証を行うことからスタートしている。当初は、新宿区医師会の包括的ケアシステム「ゆーねっと」をベースとして、鶴岡版に改編して構築された。

Net4U の特徴としては、中核病院の電子カルテと連動しており、患者同意のもと、関係者や関係機関がワンクリックで病院の情報を閲覧できることにある。また、そのカルテの画面は、複数の医療機関の診療情報も同時に表示される。在宅患者において、医療機関と訪問看護間などでの各種文書を、簡単に共有できることは大きな魅力といえる。

期待される医療上の効果としては、以下のような点があげられる。

- ・医療連携、かかりつけ医制、医療機能分担の推進
- ・重複検査、重複投薬、薬の飲み合わせによる薬害防止
- ・医療経済的観点からは医療提供の効率化による医療費の抑制

- ・医療の透明化
- ・中核病院や休日夜間診療所など救急外来での患者情報閲覧
- ・EBM への応用
- ・患者の受診場所にとらわれない、医療機関間での患者情報の共有

さまざまな機能を有し、活用方法についても多くのものが考えられる Net4U であるが、現在の主な活用のされ方としては、関係者・関係機関が好きなタイミングに、必要な情報を伝えていくためのツールとして利用されており、特段の情報連携のルール等は設定されていない。Net4U で不足する情報がある場合は、鶴岡市で醸成されている顔の見える関係をベースとして、直接、病診間等で連絡し、確認をすることで情報共有を補完している。

病院から在宅へと移るひとつの例として、末期がんの患者を地域で見るためのしくみとして、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（庄内プロジェクト）」があり、その事例の多くは Net4U を利用している。がん患者が在宅に戻る場合は多職種連携が不可欠であり、そのために Net4U が集中的に活用されている。

情報を書き込む職種のひとつである訪問看護師の例では、バイタル等の医学的な情報のみならず、患者や家族などの思いも含めた生活情報も書き込まれるため、医師にとっては往診に行かずとも在宅での生活状況が把握でき、診療に役立つものとなっている。

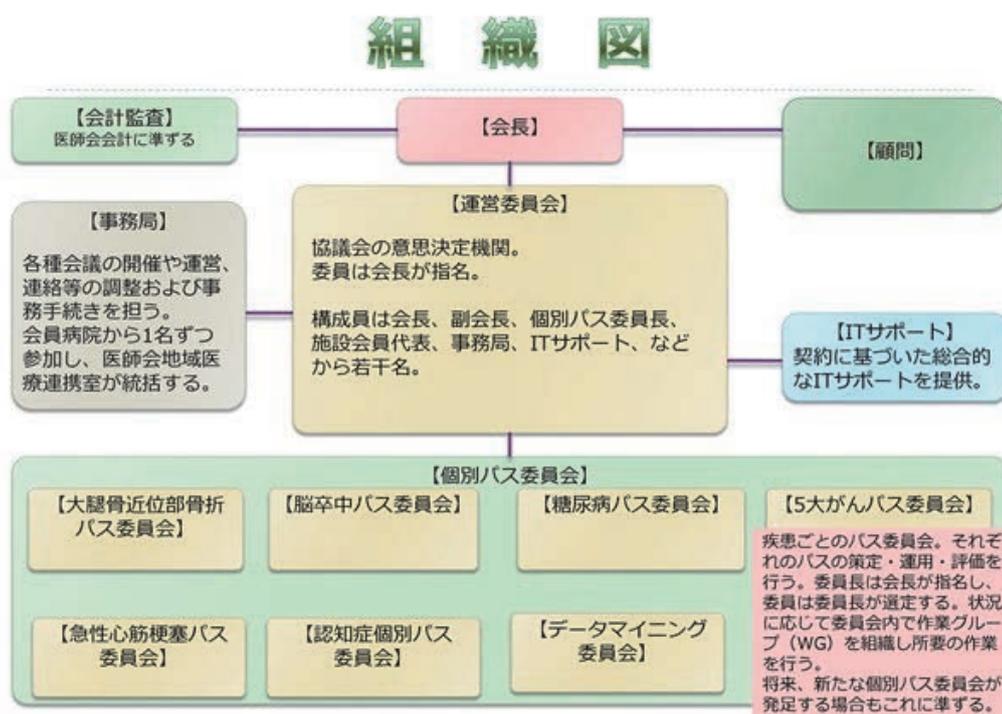
②連携パスの概要

鶴岡市では、大腿骨近位部骨折パス、脳卒中パス、糖尿病パス、急性心筋梗塞パス、認知症個別パス、5 大がんパスの 6 つの疾患について連携パスを構築し、運用している。

最初のきっかけとしては大腿骨近位部骨折パスであり、市内に 1 か所しかない急性期病院に市内ほぼ全例の患者が集まっていた背景から、連携パスを構築し、在宅へ移る流れを確立しなければ医療が行き届かなくなる恐れがあったことからスタートしている。

同様に、同急性期病院内の医師が主導し、脳卒中パスも構築している。その後、糖尿病や急性心筋梗塞などが追加されてきた流れである。

これらの取組は、庄内南部地域連携パス推進協議会にて推進されている。



2006年7月	大腿骨近位部骨折地域連携パス運用開始
2010年3月	脳卒中維持期パス運用開始
2011年6月	糖尿病地域連携パス IT システム稼働
2011年7月	5大がん地域連携パス運用開始（紙パス）
2013年1月	急性心筋梗塞地域連携パス IT システム稼働
	急性心筋梗塞地域連携パス「心臓ハンドブック」運用開始
2014年4月	脳卒中地域連携パス「わたしの健康ノート」運用開始
2017年5月	認知症地域連携パス「オレンジ手帳」運用開始

このなかで、特に、大腿骨近位部骨折と脳卒中については、地域のなかでのデータベース作成を念頭に、全例登録を基本とし、地域の疾病管理を行う、ということを中心としている。これらの全例登録をもとに、協議会にて、例えば、脳卒中の再発防止や寝たきり防止に資する活動・取組等を検討している。

地域の電子カルテとしてスタートした Net4U と、あくまでも連携パスとして動き出した疾患別のパスであったが、連携パスを電子化していく流れのなかで、Net4U のネットワークを活用していく流れとなっている。

平成 29 年 12 月現在、脳卒中と急性心筋梗塞は、Net4U と連動しており、その他のパスは単体で動くシステムとなっている。

(3)地域の連携体制

鶴岡市では、病診連携において特別のしくみやルールがあるわけではなく、あくまで顔の見える関係をベースとして、例えば診療所の患者で入院が必要になった場合には、紹介制で病院へと送り、在宅へ移行する際は同じ診療所へと逆紹介できるような関係性が醸成されている。このような連携において、送り先が無い、拒否がある、というような弊害は発生していない。

看取りにおいても、同様の病診連携にて対応がされている状況である。

また、在宅医療の現場においても、地域の診療所間での連携体制が自発的に展開されており、近しい圏域での診療所が互いにサポートをしながら往診等を行っている状況である。

①在宅医療を考える会

鶴岡市で在宅医療を熱心に取り組んでいる医師たちが、在宅医療を考える会という任意の会を設立しているほか、さまざまな圏域ごとに自主的に在宅医等が集まる勉強会などが開催されている。

小学校区や中学校区などの圏域ごとに診療所を分け、グループ体制を組むことで、例えば学会発表や長期の休暇などの際の看取りについて、医師同士でサポートしあう体制が構築されている。また、通常の往診等についても、医療機関の少ない地域やエリアが広い地域など、いわゆる僻地対応において、圏域内の医師同士で診療報酬のエリアをカバーしている。

②訪問看護と在宅医の連携

看取りを行うにあたり、医師同士のグループ体制構築のほか、医師と看護師の連携として、ファーストコールを訪問看護が受けるような連携を行っている圏域もある。具体的には、診療所の医師が近くのエリアの訪問看護ステーションに依頼し、ファーストコールを訪問看護が受けた際は、まず訪問看護が在宅確認のための訪問を行い、その場で医師に状況を報告。状況に応じて救急搬送を行ったり、医師が現地に向かうなどの対応が行われる。

このような連携は、これまでに述べた顔の見える関係や、鶴岡市の特徴としての訪問看護のモチベーションの高さに起因するものもあるが、そのほかにも、年に 1 回、訪問看護師と在宅医療を実施している診療所の医師が意見を交わす、意見交換会が実施されていることも重要なポイントだといえる。

(1) Net4U の活用度が向上

運用開始以来、Net4U を活用する事業所、また、登録患者の数は増加している。

また、一部ではあるものの、Net4U の機能をさまざまな形で活用する医師も増加している。例えば、診療所から病院へ送った自分の患者について、Net4U をチェックし、現在どのような医療を受けているのか、在宅に戻ってくる際にどのような用意をすべきか、などに役立っているケースもある。

(2) 脳卒中の再発率の低下

脳卒中の患者データについては、脳卒中パスを運用してから継続的に取り続けている。その結果を地域の大学機関等と連携し、データ分析を行ったところ、パスの導入・非導入にて、再発率に有意差が生じている。

今後について

(1) Net4U の活用度のさらなる向上

運用開始以来、利用者や登録者を増やしてきた Net4U であるが、まだ鶴岡市内のすべての医師等が利用するには至っていない。今後も利用者拡大に向けた普及啓発を行っていくことが重要であるとしている。

(2) Net4U と連携パスの連動の深化・推進

平成 29 年 12 月現在、脳卒中と急性心筋梗塞は、Net4U と連動しているが、その他のパスは単体で動くしくみになっており、今後、これらのパスについても Net4U と連動させていくことを予定している。

また、脳卒中パスについては、病診連携においておおいに活用されているものの、医療介護連携においてはまだ各事業所等に浸透していない状況にある。大腿骨近位部骨折パスについても、病病連携のみに活用されるのが主な状況となっている。

これらの活用状況を深化させ、Net4U を通じてすべての関係者・関係機関がつながることが目指されているとともに、それによる効果検証、効果の言語化を図っていくことが目指されている。

(3) 在宅における看取りの推進

在宅看取りを推進するうえで、地域住民に対する普及啓発活動が大変重要だと考えられている。地域医療連携室ほたる等においても、市民向けの公開講座等は実施しているものの、今後のさらなる取組が求められるところである。

(4) 僻地対応の今後

鶴岡市では、各圏域の診療所間でサポートしあう形で、僻地に対する対応を行っている。しかし、今後、何らかの物理的な要因にて現在の活動の継続が難しくなった場合は、行政による対応、または集約化といった対応が必要になると考えられている。

(5) 医療依存度の高い患者の受入れ体制

鶴岡市では、今後は介護保険施設が高齢者を引き受ける一番の場所になると想定されている。ただし、現状では看護師をはじめとした専門職の人材不足が深刻であり、医療依存度の高い高齢者の受入れが十分な状況ではない。今後、病院や診療所と介護保険施設の連携を深め、バックアップ体制等も構築しながら、医療依存度の高い高齢者の受け入れ態勢を構築していくことが目指されている。

(1) 事務局機能の確立

在宅医療の連携を推進するうえで、どこか特定の機関が主体的かつ責任をもって、事務局機能を持ち推進していくことが重要である。その機関については、行政や医師会、病院など、その地域の実情に応じてさまざまなものが考えられるが、いずれにしても、そのなかに事務を執り行える人材を配置し、連携推進に向けた組織を形成することが求められる。

そのうえで、組織や事業のマネジメントを行いつつ、事務局が積極的に地域の関係者・関係機関と対話する機会を持ち、地域のネットワークを形成・拡大していくことが、連携構築に向けた大事なポイントである。

(2) 求められる医師会のスタンス

医師会は、地域の特性を活かす視点を持ち、その医師会だからこそできる何かを探し出すことが重要である。そのためには、医師会が地域の関係者等と同じ目線で考え、リーダーシップを執っていくことが求められる。特に、地域における医療間または医療介護連携においては、医師会のスタンスがその成否に大きくかわるものである。

(3) 取組の効果測定

在宅医療を推進するうえで、その効果測定は大変重要である。しかし、その具体的な方法は確立されておらず、鶴岡市においてもさまざまなデータをさまざまな視点から分析し、試行錯誤を繰り返しているところである。

以下は、効果を測る上での視点の例を列記したものである。

- ・在宅医療を行っている医療機関の数
- ・訪問看護師の数
- ・在宅や施設における看取り率
- ・健康年齢の向上
- ・要介護認定率の低下（特に要介護4～5など）
- ・終末期に対する住民への普及啓発度

鶴岡地区医師会 回収データ分類（診療所）

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	2	3	0	0

n=(5)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	0	5	0

n=(5)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	在宅専門診療所	いずれも届け出していない	無回答
3	0	0	0	2	0

n=(5)

④ 標榜している診療科目（重複有）

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
4	0	0	0	1	0	0	0	0	1
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	n=(5)
0	0	0	0	0	0	0	0	0	

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	5	1	1	1
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	5	1	1	1
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	5	0.8	0	1
2) 歯科医師	5	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	5	2.6	1	5
4) 薬剤師	5	0	0	0
5) リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	5	0	0	0
6) 管理栄養士	5	0	0	0
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	5	0	0	0

⑥外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	5	20.1	19	21
②平成30年1月の延べ外来患者数	5	1054	615	1911

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	5	5	0	0	0
(2) 訪問診療	5	4	0	1	0
(3) 歯科訪問診療	5	0	0	5	0
(4) 救急搬送診療	5	0	0	5	0
(5) 在宅患者訪問看護・指導	5	0	0	5	0
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	5	0	0	5	0
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	5	0	0	5	0
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	5	4	0	1	0
(9) 在宅看取り	5	4	0	1	0
(10)居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	5	2	0	3	0
(11)訪問看護（介護予防サービス含む）	5	0	0	5	0
(12)訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	5	0	0	5	0

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	4	56	20	108
合計のうち小児（15歳未満）患者数	5	0	0	0
合計のうち自院に通院していた患者数	4	29.5	7	51
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	4	41.75	20	63
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	4	5.75	0	18
うち自宅での死亡者数	4	3.5	0	5
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	4	1.75	0	4
合計のうち医療機関で死亡した患者数	4	4	0	7
うち連携医療機関での死亡者数	4	4	0	7
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	4	1.5	0	3

⑨ 診療所に対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	5	3	0	0	1	1
(2) 中心静脈栄養の管理	5	1	2	0	1	1
(3) 膀胱留置カテーテル	5	3	0	0	1	1
(4) 在宅酸素療法	5	2	1	0	1	1
(5) 人工呼吸器の管理	5	2	1	0	1	1
(6) 気管カニューレの管理	5	2	1	0	1	1
(7) 腹膜透析	5	0	0	1	3	1
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	5	1	1	0	2	1
(9) 点滴・静脈注射	5	3	0	0	1	1
(10) 喀痰吸引	5	3	0	0	1	1
(11) 麻薬による疼痛管理	5	2	1	0	1	1
(12) 褥瘡処置	5	3	0	0	1	1
(13)ターミナルケア	5	2	1	0	1	1
(14)小児患者（15歳未満）の対応	5	0	1	2	1	1

<往診について>

① 1年間の往診対応件数 (n=8)

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	77	46	113

n=(4)

② 往診の実施の形態 (n=8)

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力 しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
2	2	0	1	0

n=(5)

③ 往診に対する意向 (n=8)

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	3	0	1	1

n=(5)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	137.5	0	449

n=(4)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
264	96	540

n=(4)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	訪問診療を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	訪問診療は行っていない	無回答
0	2	2	0	0	0

n=(4)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間内外に関わらず訪問診療 を行っている	診療時間内に行き、診療時間外には行かない	診療を行っている日の診療時間外に行き、診療時間内は行かない	休診日に行っている	その他	無回答
0	1	1	0	0	0

n=(2)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	2	0	1	1

n=(4)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	4	5.75	0	18
うち自宅で死亡者数	4	3.5	0	5

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	2	0	1	0

n=(4)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点的な病院	緊急時に入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
2	2	1	3	3	4	1	3	2	1	0
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
1	1	2	0	0	0	2	1	0	0	1

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
4	4	2	3	1	1
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(4)
2	1	0	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
2	3	2	2	2	1
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点から医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(3)
2	2	2	0	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
2	3	3	2	0
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICT の連携ツール	その他	無回答	n=(4)
1	2	0	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
3	0	1	0	1

n=(5)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
3	3	2	2	0	0	0
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(5)
1	1	0	0	1	1	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
1	1	0	0	0	0	0
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(5)
1	0	0	0	2	2	

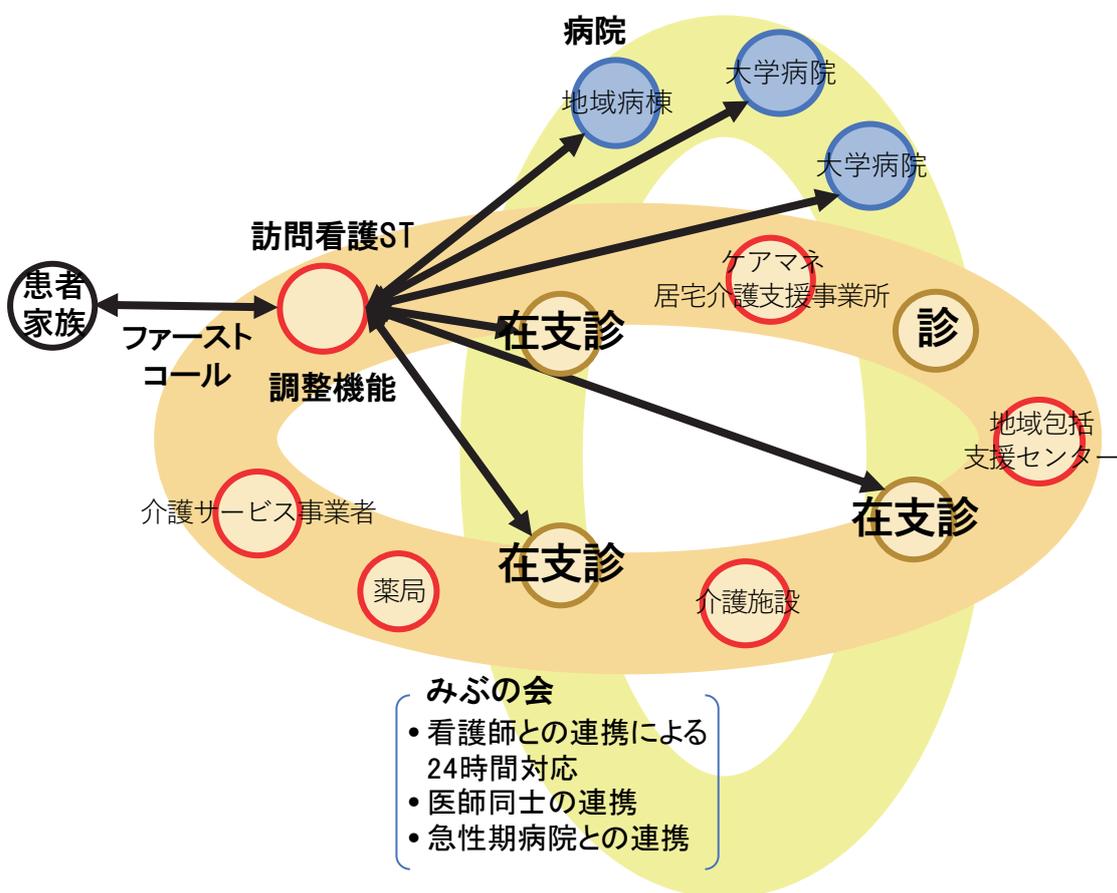
② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
1	0	0
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
1	0	0
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
1	0	1
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
0	0	2
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(5)
0	1	

3. 栃木県(みぶの会、栃木県医師会)

2つの ICT 活用による病診・多職種連携(みぶの会)

- 2つのICT「とちまるネット」と「どこでも連絡」を活用し、病診連携&多職種連携を推進
- 訪問看護ステーションとの連携で24時間・365対応を実現
- 医師同士の連携を重視
- 急性期病院との連携を実現



- 病診連携ICT「とちまるネット」
(運営: 栃木県医師会)
- 多職種連携ICT「どこでも連絡帳」(メディカルケアステーション)
(運営: 栃木県医師会)

壬生町地域概要 壬生町地域概要 栃木県都賀郡壬生町の地域概要

<基本データ>

- ・人口 3.98 万人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・高齢化率 27.1% (同上)
- ・訪問診療実施率 29.0% (H26.厚労省)
- ・看取り実施率 9.7% (同上)
- ・自宅死の割合 17.1%(H28.厚労省)
- ・施設数：病院 1 件、診療所 31 件、歯科 16 件、薬局 17 件 (H28.日医 JMAP)



<在宅医療資源の情報>

- ・在支診数 7 件 (H29.3.厚生局調べ)
- ・在支病数 0 件 (同上) ※栃木県内に 3 件のみ
- ・訪問看護ステーション数 2 件 (H29.厚労省特別集計)
- ・訪問歯科 2 件 (H28.日医 JMAP)
- ・訪問薬局 13 件 (同上)

事例の概要

<取組の背景・経緯>

壬生町には、町内に獨協医科大学病院（約 1,100 床）が、隣の下野市には自治医科大学付属病院があり、病院資源に恵まれた土地柄である。栃木県医師会が運用する、病床の機能分化と連携を推進する「とちまるネット」と、専門職間のコミュニケーションを補完・補強する「どこでも連絡帳」をはじめ、脳卒中などの地域医療連携パスや退院調整ルールなどを活用した、医療連携における垂直・水平の連携システムも構築されている。

壬生町においては、地域包括ケアステーションの構築を目指し、訪問看護ステーションを中心とした「みぶの会」を立ち上げ、町内の在宅医療連携を促進する役割を担っている。

<取組の概要>

- 水平連携：みぶの会（壬生町）
どこでも連絡帳（栃木県医師会）※壬生町での実証実験から県内全域に拡大
- 垂直連携：とちまるネット（栃木県医師会）

<検討及び運用開始時期>

- ・平成 19 年度「在宅療養支援者の会（みぶの会）」発足
- ・平成 23～24 年度「厚生労働省 在宅医療連携拠点事業」
- ・平成 25 年度「地域医療再生計画」
- ・平成 27～29 年度「在宅医療・介護連携推進事業」

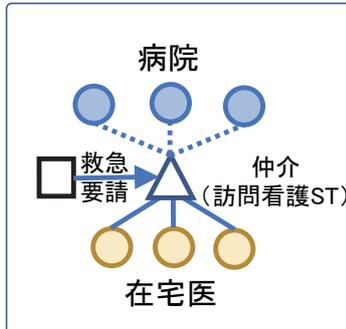
<今後の課題>

- ・在宅医療の推進に向けた地域（住民や行政、関係者等）の理解促進・意識改革
- ・医療職が患者の生活を見る視点の強化、医療行為の責任の所在の明確化
- ・キーパーソンに頼らない、在宅医療推進のしくみ化

みぶの会の取組の概要(図)

①垂直方向の連携（病診連携）

n対n(訪看STが仲介)



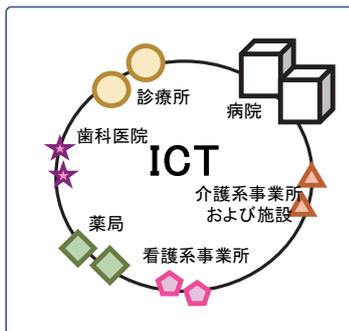
- 患者・ケアマネ等からの救急要請に対し、「訪問看護ステーションみぶ」（栃木県看護協会運営）が24時間対応し、必要に応じて病院や在宅診に取り次ぎを行う。平成19年～

<関連する協議会等>

- ①みぶの会（在宅診と訪問看護STによる任意団体）
 - 目的：訪看が中心となり、医療・介護をつなぎ、地域の在宅患者を支える仕組み
 - ②栃木県在宅医療推進協議会（事務局：栃木県）
 - 目的：県内在宅医療提供体制の充実
 - ③栃木県医師会在宅療養支援診療所・病院連絡会（事務局：栃木県医師会）
 - 県内在宅療養者を支援する連携医療機関の連絡会
- ※みぶの会として②③の協議体に参加

②水平方向の連携（診診連携）

ICT活用の多職種連携



- 「とちまるネット」病診連携のための患者情報（電子カルテ）の共有システム（運営：栃木県医師会）H25年5月～
- 「どこでも連絡帳」（メディカルケアステーション）SNS型の多職種連携のための情報共有システム（運営：栃木県医師会）H26年4月～

<関連する協議会等（県医師会）>

- ①「栃木県地域医療・介護連携ネットワーク協議会（通称：とちまるネット・どこでも連絡帳協議会）」（事務局：栃木県医師会）
 - 目的：地域医療連携や多職種連携をICTで支える安全なネットワークの構築・運営・普及を図る

取組の紹介

(1)壬生町の取組

①地域包括ケアシステム構築を目指した動き

壬生町の特徴として、町内に特定機能病院である獨協医科大学病院（病床数 1,100 超という県内最大クラス）が、また隣接する下野市には同規模クラスの自治医科大学付属病院がある。そのため、周辺には、多くの神経難病患者が在宅療養している。また、近年の入院期間の短縮により、早期の在宅療養者が増加し、かつ、今後もその傾向は進み、医療難民や介護難民となる患者の増加が危惧されていたことから、開業医・看護師・介護支援専門員等の連携の必要性が高まっていた。

平成 18 年 4 月より在宅療養支援診療所制度がはじまり、県医師会がネットワークづくりを試みていたなか、壬生町では地域包括ケアシステム構築を目指し、看護師を中心として医療と介護をつないでいくため、平成 19 年には「在宅療養支援者の会」（後の「みぶの会」）が発足し、活動を開始した。

②みぶの会の概要

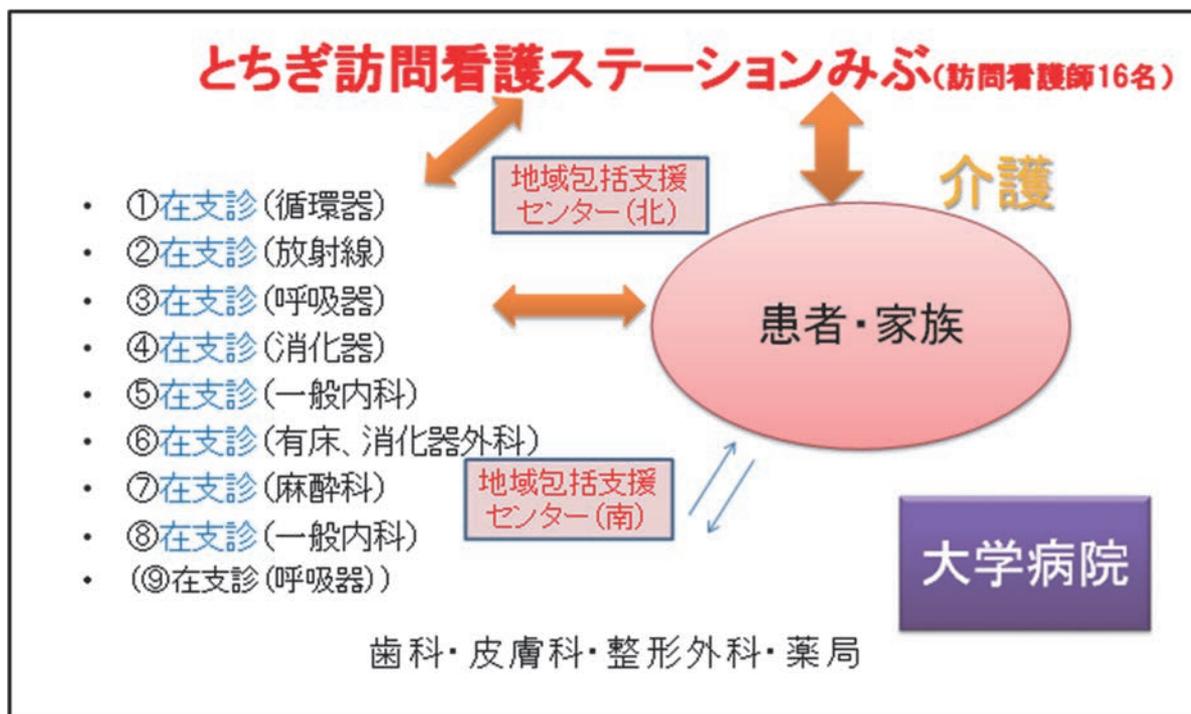
「みぶの会」は、地域包括ケアシステムの構築を目指したインフォーマル組織であり、訪問介護ステーションを中心として、在宅療養支援診療所、地域包括支援センター、大学病院、薬局などからなる組織である。

在宅療養支援診療所の 5 名の医師と、「とちぎ訪問看護ステーションみぶ」を発起人として平成 19 年に「在宅療養支援者の会」として発足。発足以来、現在まで毎月 1～2 回の症例検討会や勉強会等を欠かすことなく継続している。

訪問看護ステーションを要として、在宅療養における 24 時間対応や緩和ケアについて、壬生町の在宅療養支援診療所や大学病院、地域包括支援センター間の情報共有や連携促進に取り組んでいる。活動を推進するうえでは、地区医師会のリーダーシップが発揮されたことに加え、「どこでも連絡帳」などの ICT の活用により連携に必要な連絡がスムーズに行われている。

参加している機能強化型の在宅療養支援診療所数は、平成 24 年度には 9 件にまで増加したが、その後平成 28 年度には 4 件に、平成 29 年度には 3 件にまで減少した。しかし、一方で「みぶの会」全体の診療患者数は増加しており、平成 24 年度は 142 名の患者数で、自宅での看取りは 32 件であったものが、平成 28 年度においては 188 名の患者があり、うち、自宅での看取りは 35 件となっている。

その他、「みぶの会」の活動として、栃木県の事業として実施されている「栃木県在宅医療推進協議会」への参加、栃木県医師会が主催する「栃木県医師会在支診（病）連絡会」の設立のほか、「栃木県在宅医療地域リーダー研修」や地域における啓発活動などに取り組んでいる。



③在宅医療連携拠点事業への参加

「みぶの会」は、平成 24 年度より在宅医療連携拠点事業を活用し、毎月実施の症例検討会を開始した。第 1 回は平成 24 年 4 月に行われ、20 名の参加者であったが、平成 29 年度現在、参加者は、医師、看護師、介護職を含めた多職種で 50～60 名まで増加している。

この症例検討会をはじめとした、「みぶの会」のさまざまな取組みは、継続することの重要性を念頭に行われており、在宅医療の推進に興味・関心を持つ関係者が次第に参加し、会として活動も拡大している。

④看護師連携による 24 時間対応・在宅緩和ケアの推進

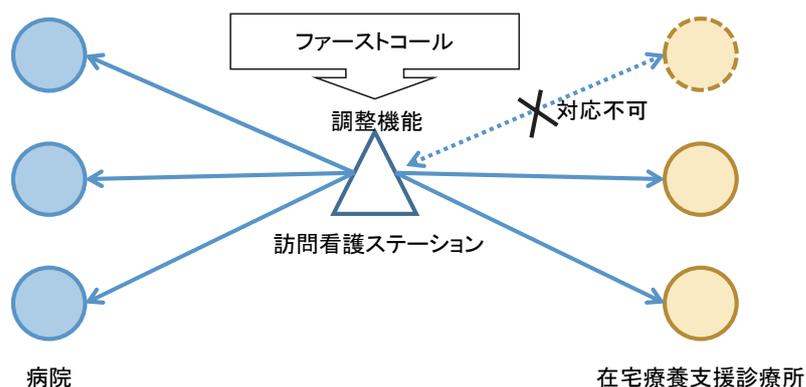
壬生町で行う在宅療養の患者に対する 24 時間対応においては、24 時間対応における問題点を「医師が日中に外来や検査・処置をしているとき」、「夜間・休日への対応」としてピックアップし、これらの問題に対して、「看護師との連携

(24 時間対応の訪問看護ステーション)」、「医師同士の連携」、「急性期病院との連携」で対応している。

看護師との連携における 24 時間対応は、医師が一人である場合に有力な方法であり、具体的な対応としては訪問看護ステーションがファーストコールを受ける形をとっている。在宅からの救急要請（医師や救急車を呼ぶなど）に対し、看護師がファーストコールを受け、状態像に応じて、対応する在宅療養支援診療所等を調整するしくみが構築されている。

また、壬生町では制度としての副主治医制は設けておらず、主治医が対応できない場合においても、この訪問看護ステーションが調整し、他の対応可能な医師へとつなぐ役割を担っている。

このような体制が、訪問看護ステーションを起点とした多職種連携を促進し、在宅における緩和ケアの推進にも寄与している。

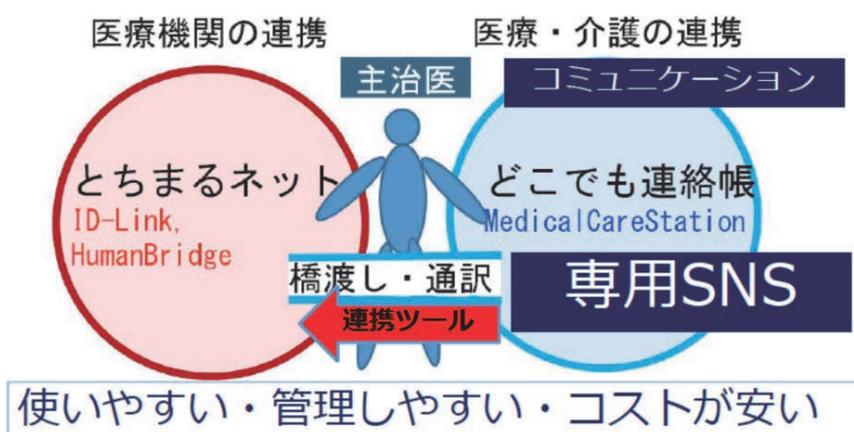


(2) 栃木県医師会の取組

① ICT ネットワーク構築による医療連携の推進

栃木県医師会が事務局となり、①病病・病診連携の垂直方向のネットワークとして「とちまるネット」、②在宅医療に関わる地域でのネットワークとして「どこでも連絡帳」を運用している。

連携のために必要な情報共有の質・内容・関係職種が大きく異なるため、これらの 2 種類の ICT ネットワークシステムを併用し、在宅医療連携の推進を図っている。



②システム概要

<とちまるネット>

「とちまるネット」は、平成 25 年 5 月 1 日より運用が開始された連携ネットワークであり、情報提供病院が薬剤や検査、画像、文書などの電子カルテの内容を掲載し、それを連携医療機関が閲覧することができるシステムである。

患者同意のもと、診療情報を医療機関（病病・病診）間で共有するネットワークであり、ID-Link（NEC）と HumanBridge（富士通）を使用している。

閲覧施設は無料で利用が可能

（開設以来現在まで試験運用期間中の位置付けで無料設定、事務局の維持管理費は県が負担）。情報提供施設は、専用サーバー設置&ネットワーク運用・保守管理費用が必要である。

<どこでも連絡帳>

「どこでも連絡帳」は、平成 26 年 4 月、壬生町での実証実験開始を経て、栃木県医師会の取組みとして県内全域に拡大中である。

医療介護の質を上げることを目的に、ICT を活用して在宅医療に関わる多職種間の情報共有を進め、連携を深める栃木県統一「医介連携専用ネットワーク」であり、「MedicalCareStation」（日本エンブレス）を採用した。

「どこでも連絡帳」は、医療介護専用 SNS で、在宅生活を送る患者の情報をタイムラインに文書として投稿できるだけでなく、画像（レントゲン写真や紙の資料等）やビデオ・音声ファイル、その他文書ファイルなども添付することができる。主治医が選定した関係者間でのみ活用（同じ患者の関係者のみが集う閉鎖的なネットワーク）で、従来の連絡手段を補強・補完する形で利用する。情報閲覧・書き込みは無料（但し、通信費用は別途負担）。

これら両 ICT の活用により、かかりつけ医が病院から在宅へ、また、医療と看護、介護の橋渡しや通訳の役割を担うことが期待されている。

とちまるネットの利用状況（平成 29 年 9 月末）

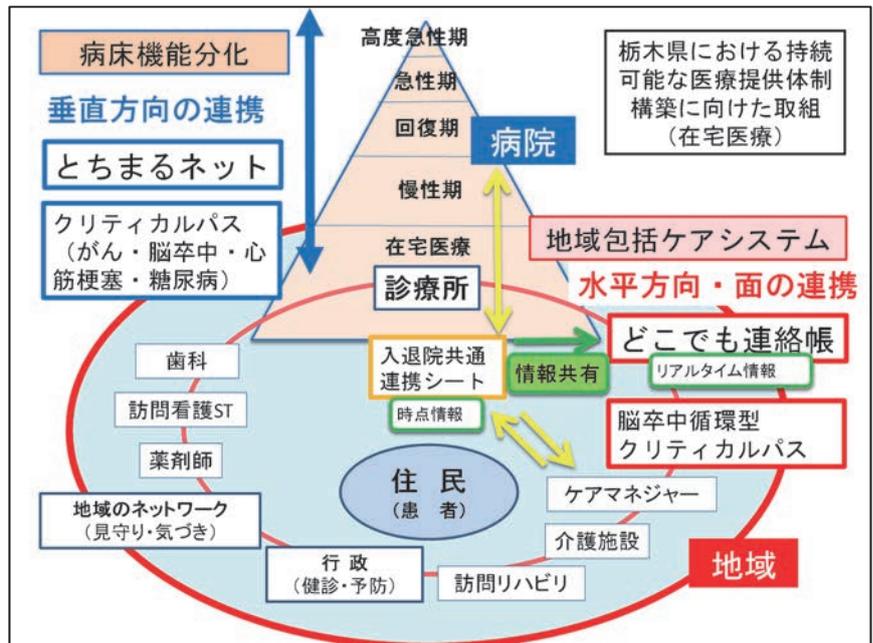
情報提供病院	25 病院 うち ID-Link 13 うち HumanBridge 12
連携医療機関	411 診療所
連携患者	16,137 名
参加職種	医師、歯科医師、薬剤師、病院の連携担当職員
費用負担	閲覧側施設：無し 情報提供施設：病院が個別に維持管理費を負担

どこでも連絡帳の利用状況（平成 29 年 11 月）

施設数	1,730 事業所
利用者数	2,681 名（多職種）
連携患者数	1,856 名
費用負担	無し

どこでも連絡帳の利用者アンケート例
（回答率 70%以上を抜粋）

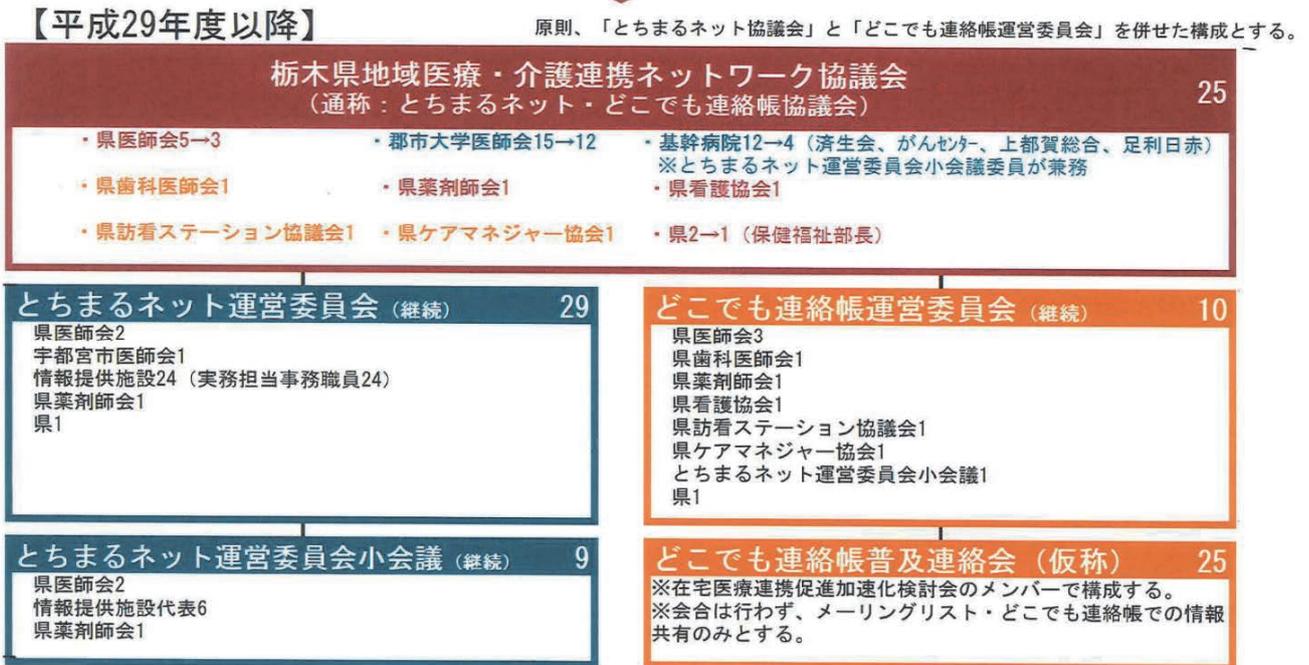
- ・多職種間の情報共有が容易になった
- ・多職種の意見を聞けるので、自身の勉強にもなる
- ・いつでも患者の情報を閲覧、発信できる



③運営体制

「とちまるネット」および「どこでも連絡帳」は、医師会が運営協議会事務局となり運用している。

平成 29 年度からは、地域医療連携や多職種連携を ICT で支える安全なネットワークの構築・運営・普及を図ることを目的とした「栃木県地域医療・介護連携ネットワーク協議会」（通称：とちまるネット・どこでも連絡帳協議会）を中心として、「とちまるネット運営委員会」、「とちまるネット運営委員会小会議」、「どこでも連絡帳運営委員会」、「どこでも連絡帳普及連絡会（仮称）」の 3 層構造で、取組を推進している。



(3)推進協議体

①栃木県在宅医療推進協議会（栃木県）

平成 23 年 6 月に設置、栃木県（保健福祉部医療政策課）が事務局で年 3 回程度の開催。

目的：急速な高齢化や生活習慣の変化により、介護の必要な高齢者や慢性疾患患者の増加が予想される中で、県民誰もが住み慣れた家庭や地域において安心して暮らせるよう、在宅医療提供体制の充実を図る

討議項目：①在宅医療に係る関係機関相互の連携体制の構築、②在宅医療提供体制の充実を図るための施策の検討、③その他

参加者：約 20 名で、保健医療関係団体等、社会福祉関係団体等、学識経験者、その他関係機関・団体の代表で構成。

②栃木県医師会在宅療養支援診療所・病院連絡会（県医師会）

目的：栃木県医師会に所属し、在宅医療を行い、又は県内の在宅医療療養者を支援しようとする診療所及び病院が連携し、活動することで、栃木県の在宅医療の推進を図る。

参加者（対象）：国に対する特掲診療料の施設基準等届出の有無にかかわらず、在宅医療を行い又は県内の在宅療養者を支援する全ての診療所及び病院。

平成 24 年 11 月発足

(1)在宅看取り率の増加

2つのICTネットワークシステム、「とちまるネット」、「どこでも連絡帳」の活用と、壬生町における「みぶの会」の活動により、壬生町の在宅看取り率は、平成24年度の17.18%から、平成26年度には19.35%まで上昇している。

(2)病院からの逆紹介の増加

とちまるネット等の活用により、診療所では患者の検査結果等を見ることができ、診療の見通しを立てやすくなっている。とちまるネット自体が持つ、病院と診療所間のやり取りを可能とする機能や、直接連絡等による情報共有・交換も行われており、診療所から病院へ患者を紹介するケースも見られている。

このような情報共有システムが土台にあることで、病院から診療所への逆紹介のケースも増加しており、患者の在宅生活への移行がスムーズに行われるしくみが醸成されてきている。

今後について

(1)地域における在宅医療連携の在り方の見直し

現在は垂直方向の連携としての「とちまるネット」、水平方向の連携としての「どこでも連絡帳」、そして、壬生町においては町内の連携促進を図る「みぶの会」の活動がある。今後の連携の全体像を考えるうえでは、住民を中心として、高度急性期・急性期・回復期なども含め、縦ではなく横の連携として見る視点を持ち、壬生町のみならず、栃木県全体として推進していくことを想定している。

(2)地域の人材の育成、意識改革の推進

栃木県の機能強化型訪問看護ステーション数の増加が課題であるが、他にも、以下の点も重要である。

- ① 特定行為を実施できる看護師の育成。
- ② 患者の「病気」ではなく、「生活」を診る医師の視点を持つ、医師や歯科医師、薬局の育成。
- ③ 在宅医療推進についての住民や行政の理解・協力を得ること。

(3)病院が診療所や訪問看護ステーション等をバックアップするしくみづくり

在宅医療を推進するうえで、診療所や訪問看護ステーション等を病院がバックアップする体制を構築していくことが重要である。病院と診療所等の連携を促進し、バックアップ体制が確立されることで、診療所からの紹介のみならず、今後、病院からの逆紹介が増加するものと考えている。

このような取組は、個人の努力で遂行されるものではなく、仕組みとして確立することが重要であり、それにより継続性が担保されることにもつながっていく。

(4)連携推進に向けた予算の確保

ICTツールの推進や人的資源の確保などにおいて、これまでは在宅医療連携拠点事業や在宅医療・介護連携推進事業などをはじめとした、基金等の活用がなされてきた。とちまるネットなどにおいても、サーバーの更新等々、今後は各病院や県医師会などにおける自主財源での運用が求められる状況にあり、現在行っている取組が断絶されてしまわないよう、継続するためのしくみや体制構築の見直しの必要に迫られている。

(1)取組を推進するリーダーとなる医師の存在が重要

在宅医療の連携を推進する上では、リーダーシップを発揮し、キーパーソンとなる医師や地区医師会などの存在が必要不可欠である。

(2)協力する診療所の確保・増加がカギとなる

リーダーとなる存在に加え、それに協力する診療所（開業医）をいかに増やすか、ということは大変重要である。はじめから協力を得られる環境があることは稀であり、関係性の構築に向けては日々の取組の積み重ねと継続が求められる。

また、診療報酬の問題等も無視はできない。個々の診療所の状況なども鑑みながら取り組んでいくことが大切である。

そのうえで、地域の実情に応じて関係性を構築していく柔軟な視点が必要となる。

(3)顔の見える関係をベースとして取組を推進することが肝要

ICT の導入をはじめとした、新たな連携ツールを作成し、それを運用すれば必ず連携がうまくいくということはない。あくまで、日常的な顔の見える関係や連携をベースとしなければ、いかに有効なツールができたとしても、効果的な運用にはつながっていかない。

(1) 壬生町及び周辺の医療資源の詳細

■ 獨協医科大学病院（特定機能病院）

○ 病院概要

- ・住所：〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町北小林 880 電話：0282-86-1111(代表)
- ・病床：一般 1,125 床、精神 42 床、合計 1,167 床
- 地域医療連携センター 総合医療連携室

■ 自治医科大学付属病院（特定機能病院）

○ 病院概要

- ・住所：〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1 電話：0285-44-2111
- ・病床：1,132 床
- 「患者サポートセンター」（旧地域医療連携・患者支援部）H28 年 9 月～

■ とちぎ訪問看護ステーションみぶ

○ 事業所概要

- ・住所：〒321-0218 栃木県下都賀郡壬生町落合 1-18-12、電話：0282-82-7262
- ・営業時間：平日 9 時 00 分～17 時 00 分
- ・定休日：土・日・祝祭日 夏季(8/13～8/16) 年末年始(12/29～1/3)
- ・サービス提供可能時間：平日 9 時 00 分～17 時 00 分
- ・運営法人：公益社団法人栃木県看護協会
- ・設立年月日：平成 9 年 4 月 15 日
- ・その他：居宅介護支援事業所併設

○ 特色：多職種と連携し難病やがんターミナル等、医療依存度の高い利用者や介護保険による高齢者(要支援・要介護の利用者)に質の高い看護を提供している。24 時間の電話相談の対応、急な病状の変化があった場合の対応、在宅での看取り対応

○ サービス対応地域：壬生町・下野市・宇都宮市・上三川町

○ 職員数：常勤 11 名(事務 1 名)、非常勤 6 名

○ 利用者数：111 名 (平成 25 年 1 月現在)

・指示書を受けている医師 79 人/指示書を受けている医療機関 39 施設

栃木県みぶの会 回収データ分類（診療所）

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	1	2	0	0

n=(3)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	0	3	0

n=(3)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	在宅専門診療所	いずれも届け出ていない	無回答
0	0	3	0	0	0

n=(3)

④ 標榜している診療科目（重複有）

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
3	0	0	0	0	0	0	1	0	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	n=(3)
1	0	0	0	0	0	0	0	0	

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	3	1.67	1	2
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	3	1.67	1	2
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	3	0.67	0	1
2) 歯科医師	3	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	3	1.87	1.6	2
4) 薬剤師	3	0.33	0	1
5) リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	3	0	0	0
6) 管理栄養士	3	0	0	0
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	3	0	0	0

⑥外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	3	12.83	7.5	20
②平成30年1月の延べ外来患者数	3	753	135	1140

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	3	3	0	0	0
(2) 訪問診療	3	3	0	0	0
(3) 歯科訪問診療	3	0	0	3	0
(4) 救急搬送診療	3	1	0	2	0
(5) 在宅患者訪問看護・指導	3	0	0	3	0
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	3	0	0	3	0
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	3	0	0	3	0
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	3	3	0	0	0
(9) 在宅看取り	3	3	0	0	0
(10) 居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	3	1	1	1	0
(11) 訪問看護（介護予防サービス含む）	3	0	0	3	0
(12) 訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	3	0	0	3	0

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	3	46.5	19.5	81
合計のうち小児（15歳未満）患者数	3	0	0	0
合計のうち自院に通院していた患者数	3	10.17	7	13.5
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	3	42	19.5	81
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	3	9.33	4.5	12.5
うち自宅での死亡者数	3	6.33	4.5	9.5
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	3	4.5	3	5.5
合計のうち医療機関で死亡した患者数	3	3.33	1	6
うち連携医療機関での死亡者数	3	2.5	0.5	6
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	3	1.17	0.5	2

⑨ 診療所で対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	3	3	0	0	0	0
(2) 中心静脈栄養の管理	3	0	3	0	0	0
(3) 膀胱留置カテーテル	3	2	1	0	0	0
(4) 在宅酸素療法	3	2	1	0	0	0
(5) 人工呼吸器の管理	3	0	2	1	0	0
(6) 気管カニューレの管理	3	1	2	0	0	0
(7) 腹膜透析	3	0	1	1	1	0
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	3	1	2	0	0	0
(9) 点滴・静脈注射	3	2	1	0	0	0
(10) 喀痰吸引	3	3	0	0	0	0
(11) 麻薬による疼痛管理	3	1	2	0	0	0
(12) 褥瘡処置	3	3	0	0	0	0
(13) ターミナルケア	3	1	2	0	0	0
(14) 小児患者（15歳未満）の対応	3	0	1	2	0	0

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	97	27	194

n= (3)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
0	3	0	0	0

n= (3)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	3	0	0	0

n= (3)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	481.83	170	984

n= (3)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
270	150	480

n= (3)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	訪問診療を行う曜日・ 時間帯を決めて行っている	その他	訪問診療は行っていない	無回答
0	2	1	0	0	0

n= (3)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間内外に関わらず訪問診療 を行っている	診療時間内に行い、診療時間外 には行わない	診療を行っている日の診療時間外 に行い、診療時間内は行わない	休診日に行っている	その他	無回答
0	0	1	0	0	0

n= (1)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	2	1	0	0

n= (3)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	3	9.33	4.5	12.5
うち自宅での死亡者数	3	6.33	4.5	9.5

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	3	0	0	0

n=(3)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点的な病院	緊急時に入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
1	3	2	2	2	3	1	3	2	2	0
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0

n=(3)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
3	3	2	3	2	2
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(3)
3	2	2	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
3	3	3	3	3	3
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点をもとに医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(3)
3	3	3	0	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
1	3	2	0	0
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICT の連携ツール	その他	無回答	n=(3)
3	0	0	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
2	1	0	0	0

n=(3)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
3	3	1	1	0	0	0
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(3)
0	0	0	0	0	0	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
1	0	1	1	0	1	0
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(3)
0	1	0	1	0	0	

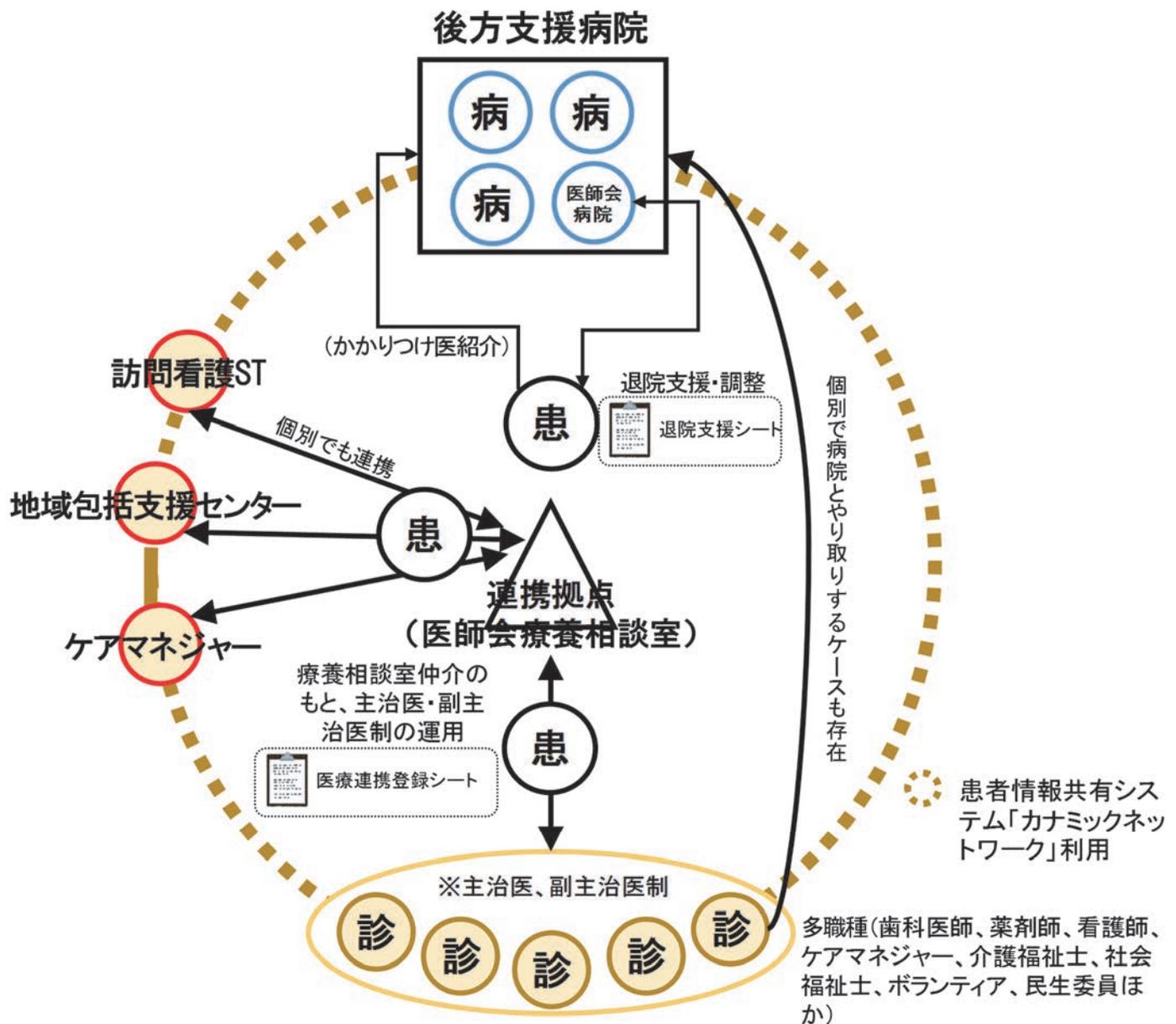
② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
3	2	1
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
1	3	1
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
3	1	1
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
0	1	3
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(3)
1	0	

4. 東京都板橋区(板橋区医師会)

医師会の連携拠点を中心とした垂直・水平連携

- 医師会連携拠点の調整のもと、カナミックネットワークを使用して主治医・副主治医制が構築されている
- 連携する4病院については年1回各病院と医師会での会議を実施しており、連携体制が構築されている



板橋区地域概要

<基本データ>

- ・人口 55.7 万人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・高齢化率 22.9% (同上)
- ※高島平地域 35% (人口 6.4 万人)
- ・訪問診療実施率 17.3% (H26)
- ・看取り実施率 2.6% (H26)
- ・自宅死の割合 17.5% (H28)
- ・病 42 診 350 歯 359 薬 262 (H28)

<在宅医療資源の情報>

- ・在支診数 86 (H28)
- ・在支病数 4 (H28)
- ・訪問看護ステーション数 29 (H27)
- ・訪問歯科 21 (H28)
- ・訪問薬局 208 (H28)



事例の概要

<取組の背景・経緯>

板橋区ではもともと地域に根付いた 2 代目、3 代目の在宅医が多く、地域に根付いた医療が行われていた。また、近年、大学病院等の立替があったこと等から病院側も地域からの新規紹介の受入により積極的になり、各病院の地域連携室と在宅医との関係性が深まっていった。

板橋区主催の「在宅医療推進協議会」（年 1 回開催）では病床確保等について協議が行われ、同じく板橋区主催（H28 までは医師会主催）の「在宅療養ネットワーク懇和会」（半年に 1 回開催）では、医師会・薬剤師会・歯科医師会・ケアマネジャー等が持ちまわりで主催を行い、地域医療についての検討が行われている。

また、主要 4 病院と医師会との会議である「医療連携連絡会議」が病院ごとに年 1 回行われ、当該会議には病院の各部長が参加し、病院と在宅医の連携等について意見交換が行われている。

さらに、各病院の医師が在宅医等を交えた研修会等に参加する確率も高く、多種多様な医療連携の検討が行われている。

<取組の概要>

- 垂直連携：在宅患者急変時の後方支援病床の確保（区 & 医師会）
退院支援シート（スクリーニングシート）作成（医師会）
→医師会病院から退院する患者の退院支援を連携して行うため作成。
- 水平連携：主治医・副主治医制の取組み
→医師同士が患者情報を共有するために医療連携登録シート作成（医師会）。

<検討及び運用開始時期>

- ・平成 18 年「高島平地域包括支援センター（高島平おとしより相談センター）」「在宅ケアセンター（居宅介護支援事業所）」「医師会訪問看護ステーション」を 1 箇所に統合設置※医療と介護のワンストップサービスの提供
- ・平成 20 年～「在宅医療推進協議会」（板橋区主催、年 2 回）
- ・平成 22 年 3 月～「在宅療養ネットワーク懇話会」（区医師会主催、半年に 1 回、10 職種以上が参加）
- ・平成 22 年度在宅医療助成（勇美記念財団）

- ・平成24年「在宅医療連携拠点事業」で療養相談室（在宅医療・介護連携支援窓口）を追加設置

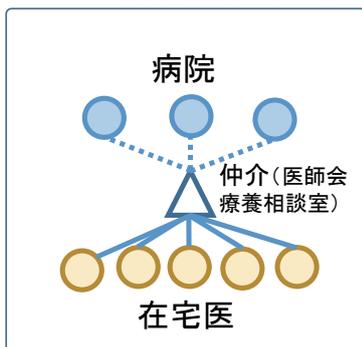
<今後の課題>

- ・病院と在宅医の取組のルール化
- ・24時間365日在宅医療・介護提供体制の構築

板橋区取組の概要(図)

① 垂直方向の連携（病診連携）

n対n(仲介機関が医師会)



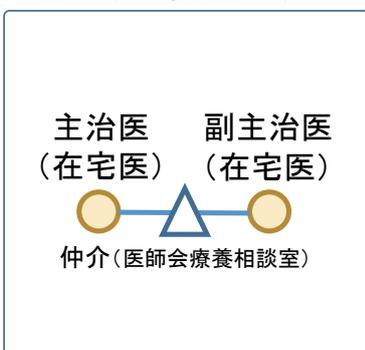
- 在宅患者急変時の後方支援病床の確保(区&医師会)H21年～
- 退院支援シート(スクリーニングシート)作成(医師会)
- 地域連携パス(脳卒中・大腿骨頸部骨折)の運用、糖尿病パスポートの作成等および病院医師等も巻き込んだ協議会等の運営

<関連する協議会等>

- ①「医療連携連絡会議」(主要4病院と医師会で各病院年1回)
 - 日本大学医学部附属板橋病院、帝京大学医学部附属病院、東京都健康長寿医療センター、豊島病院の4病院の各診療科部長等と医師会の会議を行っており、退院調整等病院と在宅の連携について課題を上げ、話し合っている。
- ②「在宅医療推進協議会」(年1回)(板橋区主催)
 - 病床確保、療養相談室の運営、利用状況の報告等

② 水平方向の連携（診診連携）

主治医・副主治医(医師会仲介)



- 医師会調整のもとで主治医・副主治医制の取組み開始(H22年～)

<関連する協議会>

- ①「在宅療養ネットワーク懇話会」(半年に1回)
 - 医師会・歯科医師会・薬剤師会・ケアマネジャー等が持ちまわりで主催を行い、地域医療についての検討が行われている。参加者は10職種以上(医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護福祉士、社会福祉士、ボランティア、民生委員、ほか)で、協議会傘下に世話人会があり、世話人会の参加者は、板橋区医師会、板橋区薬剤師会、板橋区歯科医師会、訪問看護ステーション会、ケアマネジャーの会、地域包括支援センター、地域密着型施設、病院連携室・相談室、施設長会、柔道整復師会、行政等の各代表者。

ICT活用の多職種連携



<関連する協議会>

- ①「医療連携連絡会議」(主要4病院と医師会で各病院年1回)
 - 同上
- ②「在宅医療推進協議会」(年1回)(板橋区主催)
 - 同上
- ③「在宅療養ネットワーク懇話会」(半年に1回)
 - 同上

(1) 垂直連携の取組

① 在宅患者急変時の後方支援病床の確保

在宅医で対応不可な対応CT等の検査やレスパイト入院等について、在宅医が普段から連携している病院にお願いする形となる。そもそも病院が多いうえ、在宅医と病院の連携が取れているため、特段のルール化は行っていない。急変時においては、主に自院で対応する在宅医が多い。

また、病院によっては在宅医の休暇中、一覧表に患者名を挙げ、紹介状を記載すれば対応する形で対応しているところもあり、近年は病院から医師会への歩み寄りが見られることから、急変時の対応もスムーズになりつつある。

病院と在宅医療との連携については、主要4病院（日本大学医学部附属板橋病院、帝京大学医学部附属病院、東京都健康長寿医療センター、豊島病院）の各診療科の全部長等と板橋区医師会で毎年1回病院ごとの会議が行われ、連携についての問題について検討を行っており、後方支援病床等の在宅急変時の病院の受け入れについても議論されている。

② 退院支援シート（スクリーニングシート）の作成

医師会病院との連携及び在宅療養支援の必要な潜在的ニーズを把握することを目的として作成。

入院1～2日目にスクリーニングシートⅠをチェック。一項目でもチェックが入ったものは1～2週間目にスクリーニングシートⅡをチェック。一項目でもチェックが入ったものは、退院支援の必要性があると判断し療養相談室へ連絡し共同で退院支援・調整を実施。

③ 各種地域連携パス、連携ルールの作成および病院医師等も巻き込んだ協議会等の運営

- ・ 脳卒中の地域連携パスの作成、運用とともに、地域連携パスに連動する「脳卒中在宅療養ノート」で、脳卒中患者の再発予防や、専門医とかかりつけ医の双方向の連携が可能となっている
- ・ 大腿骨頸部骨折の地域連携パスを作成、運用し、急性期から回復期、維持期へとリハビリテーションの継続、再骨折予防に向けた骨粗鬆症の治療や転倒予防対策、障害が残った場合の介護福祉との連携など、切れ目のない連携が可能となっている
- ・ 専門病院・行政とともに医師会が「板橋区糖尿病対策推進会議」を立ち上げ、かかりつけ医へ糖尿病連携医認定研修会の実施、専門病院、参加病院、糖尿病連携医、連携眼科医の機能表の作成などの準備を行い、「糖尿病地域連携パスポート」を作成。糖尿病の患者がかかりつけ医、眼科医と専門医による連携した診療を受けやすくなっている
- ・ 医師会で「乳がんを考える会」を設立し、検討の結果「板橋区 私のプレストケア手帳」を作成。乳がん専門医療機関、福祉サービスも含めた治療後の連携に至る地域医療連携パスの構築がされており、近日中の運用開始を目指している
- ・ 医師会で「板橋区の慢性腎臓病を考える会」を立ち上げ、専門病院、行政とともに協議を重ね地域医療連携パス運用を目指している
- ・ 関係医療機関の協力のもと「循環器疾患連携手帳」を発行し、患者と「かかりつけ医」・「専門医」とそれぞれの診療情報や治療計画を共有することを目的に連携手帳の運用を開始している
- ・ 医師会で「膠原病・リウマチ性疾患連携の会」を作り、かかりつけの内科の医師や整形外科の医師と、大学病院などのリウマチ専門医との密接な関係作りを進めている。どちらのクリニックでも適切な検査や治療を受けられ、必要ならすぐにリウマチ専門の医師に紹介してもらえるようなネットワークを作り、患者が安心して近くのかかりつけ医を受診できるように連携を進めている。また専門医からは、病気の落ちついた患者を逆にかかりつけ医に紹介し、自宅近くのクリニックで専門医と同じ治療を受けられるようにする連携の手伝いも行っている

(2) 水平連携の取組

① 医師会療養相談室が仲介を行う主治医・副主治医制の運用

在宅医が学会等へ参加する等の事情で看取りが必要な患者の対応ができない可能性がある等の場合、別の在宅医が当該患者の対応を行えるシステムの運用を行っている。

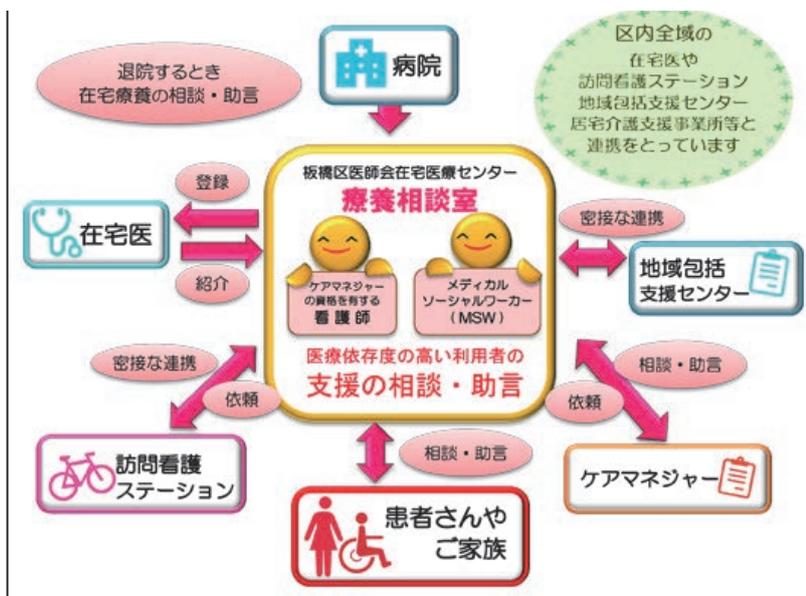
医師会療養相談室にて、毎月1回、「在宅医療副主治医調整会議」に参加の医師へ、医師の対応不可な日程を確認する。調整会議の場で別の在宅医へ対応の依頼を行う。

副主治医が対応する際には、カナミックネットワークを使用し、該当患者の情報を担当医師間で共有する。療養相談室は対応医師が情報を閲覧できるよう設定する。対応終了後には情報漏えいがないように対応医師の閲覧権限を削除する。

② 医療連携登録シートの作成

主治医・副主治医制において医師同士の患者情報共有のツールとして作成。現在は ICT を活用しており医師が記載した医療連携登録シートの内容を療養相談室が医師に代わり入力することで医師をサポートしている。

(3) 板橋区医師会在宅医療センター「療養相談室」での取組



板橋区医師会では、在宅医療センターにて「療養相談室」を設けており、垂直連携、水平連携において以下の内容で職務を行っている。

<板橋区医師会在宅医療センター療養相談室>

設置経緯：平成24年に板橋区医師会が設置、平成28年からは板橋区委託事業

※板橋区は都の補助金「東京都在宅療養推進基盤整備事業」で費用の全てをまかなっている

運営体制：3名（訪問看護経験有りケアマネ資格の看護師1名、栄養士資格の看護師1名、ケアマネ資格のMSW1名）

担当職務：主治医・副主治医の日程調整、マッチング協力、情報管理等

(1)板橋区版AIP(Aging in Place)－板橋区版「地域包括ケアシステム」における認知症施策についての推進

板橋区での地域包括ケアシステム構築のために以下 7 つの重点分野を挙げている。

1. 総合事業、地域リハビリテーション支援事業、生活支援体制整備事業
2. 医療・介護連携
3. 認知症施策
4. 住まいと住まい方
5. 施設介護サービス等の基盤整備
6. シニア活動支援
7. 啓発・広報

特に 3. 認知症施策については「認知症サポート医」、「かかりつけ医」、板橋区で研修を受けた医師が担う「もの忘れ相談医」の連携の上でその他多職種が連携を行い連携を進めている。

(2)病院との連携の推進

板橋区では病院の数が相対的に他地域に比べて多いことから、在宅医と病院の連携が密である傾向にあるが、特に板橋区では在宅医療・介護の需要が 2030 年にピークを迎えることが予測されており、それらに踏まえて今以上の連携を密に図っていくことが求められている。

取組を進める上でのアドバイス

病院と在宅医の連携の重要さ

板橋区では病院と在宅医の連携が密にできており、地域連携パスの運営でも協議会に病院の医師をメンバーとするなど、地域での在宅医療を進めるにあたって病院と在宅医が両輪で対応を検討できるところに強みがある。

また、在宅療養患者の急変時の対応においても、日ごろから病院と連携を取っているからこそ情報連携もスムーズにできる。このため、病院との関係性を以下に構築していくかが在宅医療をより推進していくためのポイントとなる。

医療連携登録シート

板橋区医師会

★必須項目

記入日	年 月 日
★記載者	
利用者情報	
★氏名(フリガナ)	★氏名(漢字)
★性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
★住所	郵便番号
	住所
★生年月日	年 月 日 (満 歳)
★電話番号	携帯番号
★医療保険情報	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 公費負担医療(他保険との併用) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
	保険者番号
	被保険者証の記号・番号
★公費の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
	生活保護 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
要介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 経過的要介護
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立
	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立
	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa
	<input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
現在の仕事	

備考

主訴・要望	
介護上特に注意すべき点等	
介護・看取りに関する本人・家族の意向等	★緊急時の対応場所 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 未定
	★看取り <input type="checkbox"/> 在宅で看取り <input type="checkbox"/> 緊急搬送(搬送先) <input type="checkbox"/> 未定
	その他
★本人に対する説明(病態変化・対処)	
その他	

住居の状況

同居家族	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
	同居家族: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()

その他連絡先	氏名:	続柄:	電話番号:(- -)
--------	-----	-----	-----------------------------

介護サービス利用状況

ケアマネジャー	事業所名	(TEL)	(携帯)
---------	------	-------	------

★訪問看護ステーション	事業所名	(TEL)	(携帯)
-------------	------	-------	------

★訪問看護ステーション	事業所名	(TEL)	(携帯)
-------------	------	-------	------

医療情報

予後・余命	
家族に対する説明 (病態変化・対処)	
状態変化の 警報閾値	
留意すべきこと	
指示したこと	
症状	
検査結果	
現在の治療	
痛み	

既往歴	平成 年 月頃 ()
	平成 年 月頃 ()
	平成 年 月頃 ()

★現在の疾患	

感染症	

装着・使用 医療機器等	<input type="checkbox"/> 1.自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 2.透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3.酸素療法 (/min)
	<input type="checkbox"/> 4.吸引器 <input type="checkbox"/> 5.中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6.輸液ポンプ
	<input type="checkbox"/> 7.経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻:チューブサイズ , 日に1回交換)
	<input type="checkbox"/> 8.留置カテーテル (サイズ , 日に1回交換)
	<input type="checkbox"/> 9.人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式:設定)
	<input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ (サイズ) <input type="checkbox"/> 11.ドレーン (部位)
	<input type="checkbox"/> 12.人工肛門 <input type="checkbox"/> 13.人工膀胱 <input type="checkbox"/> 14.その他 (/min)

医療処置の管理・実施・指導

カテーテルの 管理	<input type="checkbox"/> 硬膜外カテーテルの管理 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ挿入中の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養の管理(経鼻)
	<input type="checkbox"/> 経管栄養の管理(胃瘻) <input type="checkbox"/> 腹膜灌流の管理 <input type="checkbox"/> 各種ドレーン・ジチューブの管理
医療機器の 管理	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法の機器管理 <input type="checkbox"/> 血液浄化法の管理
	<input type="checkbox"/> その他 ()
排泄処置	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 持続導尿(膀胱内留置カテーテル) <input type="checkbox"/> 浣腸
	<input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> その他 ()
皮膚処置	<input type="checkbox"/> 創傷ケア <input type="checkbox"/> 創部ドレーンの管理 <input type="checkbox"/> その他 ()
吸引・吸入	<input type="checkbox"/> 経鼻・経口吸引 <input type="checkbox"/> 気管吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()
点滴・注射	<input type="checkbox"/> 筋肉内注射 <input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 静脈内注射
	<input type="checkbox"/> 点滴静脈内注射 <input type="checkbox"/> 中心静脈輸液の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()
麻薬などの管 理	<input type="checkbox"/> 麻薬、鎮痛剤補助薬などによるペインコントロールと薬剤の管 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査	<input type="checkbox"/> 採尿 <input type="checkbox"/> 採便 <input type="checkbox"/> 採痰 <input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔・咽頭粘膜採取
	<input type="checkbox"/> 静脈血採取 <input type="checkbox"/> その他 ()
医療処置・そ の他	<input type="checkbox"/> 診察・検査・処置の介助 <input type="checkbox"/> 冷電法 <input type="checkbox"/> 温電法 <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項	

★かかりつけ医情報

主病名			
医療機関等名称等			
診療科名等			
医師氏名			
受診状況等			
電話番号	-	-	携帯 - -
情報源	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等		

身体・生活機能等

聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活支障なし <input type="checkbox"/> 大声なら何とか聞こえる <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能			
補聴器	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り			
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可			
認知症症状	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 記憶障害 症状: <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()			
食事摂取	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管		方法: 内容: 量: cc 所要時間: 分
	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー		
	水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
	食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
薬の形状	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 液剤 <input type="checkbox"/> その他 ()			
具体的内容				

*内服薬、検査データがある場合はコピーの添付をお願いします。

板橋区医師会 回収データ分類（診療所）

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	3	1	0	0

n=(4)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	0	4	0

n=(4)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	在宅専門診療所	いずれも届け出していない	無回答
1	0	3	0	0	0

n=(4)

④ 標榜している診療科目（重複有）

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
4	1	1	1	0	2	0	0	1	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	n=(4)
1	0	0	0	0	0	0	1	0	

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	4	4.25	1	12
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	4	3.5	1	10
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	4	0	0	0
2) 歯科医師	4	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	4	3	1	4
4) 薬剤師	4	0.25	0	1
5) リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	4	0.25	0	1
6) 管理栄養士	4	0.25	0	1
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	4	0.5	0	2

⑥ 外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	4	10.6	0.9	19
②平成30年1月の延べ外来患者数	4	406.18	23.7	601.5

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	4	4	0	0	0
(2) 訪問診療	4	4	0	0	0
(3) 歯科訪問診療	4	0	0	3	1
(4) 救急搬送診療	4	2	0	1	1
(5) 在宅患者訪問看護・指導	4	1	0	2	1
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	4	0	0	3	1
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	4	0	1	2	1
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	4	4	0	0	0
(9) 在宅看取り	4	3	1	0	0
(10) 居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	4	3	0	1	0
(11) 訪問看護（介護予防サービス含む）	4	1	0	2	1
(12) 訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	4	0	1	2	1

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	4	62.13	10	168
合計のうち小児（15歳未満）患者数	4	0	0	0
合計のうち自院に通院していた患者数	4	15.63	1.5	35
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	4	37.75	8	76.5
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	4	6.7	0	19.8
うち自宅での死亡者数	4	4.13	0	9.5
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	4	2.55	0	7.2
合計のうち医療機関で死亡した患者数	4	3.48	0.5	10.4
うち連携医療機関での死亡者数	4	2.93	0.5	8.2
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	4	1.13	0	2.5

⑨ 診療所に対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	4	2	1	0	1	0
(2) 中心静脈栄養の管理	4	2	0	1	1	0
(3) 膀胱留置カテーテル	4	2	1	1	0	0
(4) 在宅酸素療法	4	2	2	0	0	0
(5) 人工呼吸器の管理	4	1	0	2	1	0
(6) 気管カニューレの管理	4	1	0	2	1	0
(7) 腹膜透析	4	0	1	0	3	0
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	4	1	1	1	1	0
(9) 点滴・静脈注射	4	4	0	0	0	0
(10) 喀痰吸引	4	3	1	0	0	0
(11) 麻薬による疼痛管理	4	2	1	0	1	0
(12) 褥瘡処置	4	4	0	0	0	0
(13) ターミナルケア	4	2	1	1	0	0
(14) 小児患者（15歳未満）の対応	4	0	0	2	1	1

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	124	10	372.8

n=(4)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
2	2	0	0	0

n=(4)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	2	0	0	2

n=(4)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	596.85	70	1558.9

n=(4)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
750	120	1920

n=(4)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	訪問診療を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	訪問診療は行っていない	無回答
1	2	1	0	0	0

n=(4)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間内外に関わらず訪問診療 を行っている	診療時間内に行い、診療時間外 には行わない	診療を行っている日の診療時間外 に行い、診療時間内は行わない	休診日に行っている	その他	無回答
0	0	0	0	1	0

n=(1)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	1	0	0	3

n=(4)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	4	6.7	0	19.8
うち自宅での死亡者数	4	4.13	0	9.5

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
2	1	0	0	0

n=(3)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点的な病院	緊急時に入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
1	2	3	4	1	4	3	4	4	4	2
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0

n=(4)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
4	3	2	4	2	1
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(4)
3	2	2	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
3	4	2	3	2	4
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点をもとに医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(4)
4	3	4	0	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
1	4	3	1	0
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICT の連携ツール	その他	無回答	n=(4)
1	2	1	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
3	1	0	0	0

n=(4)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
3	4	2	2	1	0	0
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(4)
0	0	0	0	0	0	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
0	1	1	2	1	0	0
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n= (4)
0	1	0	0	0	0	

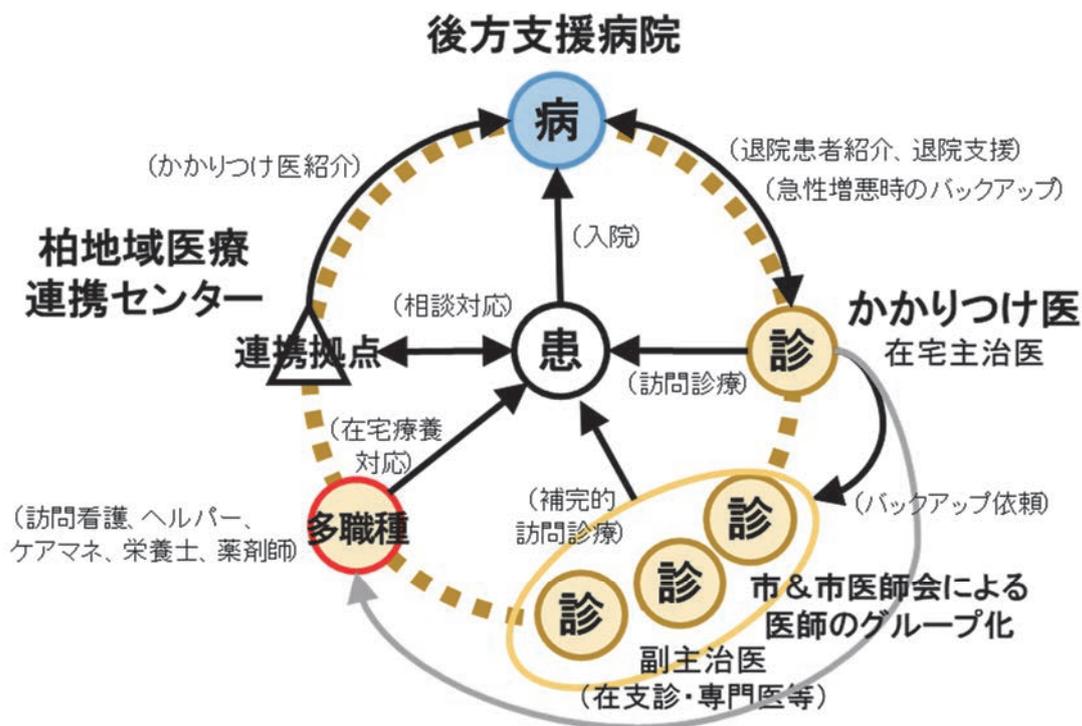
② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
1	1	2
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
0	1	0
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
2	2	1
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
3	2	1
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n= (4)
2	0	

5. 千葉県柏市(柏市医師会 & 柏市)

かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ体制の実現 (柏市医師会 & 柏市)

- 医師のグループ化による在宅医バックアップ体制の実現 (柏市医師会 & 柏市)
- 急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保 (柏市)
- 連携拠点「柏地域医療連携センター」が市民と医療介護機関を仲介 (柏市)
- 患者情報共有システムの利活用 (柏市医師会 & 柏市)
- 在宅医・多職種向け研修会の開催 (柏市医師会 & 柏市)
- 訪問看護ステーションの基盤強化支援事業 (柏市)



患者情報共有システム「カナミックネットワーク」利用

柏市(中核市)の地域概要

<基本データ>

- ・人口 41.2 万人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・高齢化率 24.9% (同上)
- ・訪問診療実施率 12.2% (H26.厚労省特別集計)
- ・看取り実施率 4.1% (H26.同上)
- ・市内診療所が柏市民を自宅で見取った数：47 件(H22)→209 件(H28) (柏市地域医療推進課)
- ・自宅死の割合 15.0% (H28. 厚労省特別集計)
- ・施設数：病院 18、診療所 210、歯科 204、薬局 138 (H28.日医 JMAP)



<在宅医療資源の状況>

- ・「在宅医療研修」修了者数 通算 413 人 (うち医師 62 人) (H28.3. 柏市地域医療推進課)
 - ・在支診数 14(H22)→ 20(H24)→ 27(H24)→ 32(H28,H29) (H29.6.柏市地域医療推進課)
 - ・在支病数 0 (H28. 日医 JMAP)
 - ・訪問看護ステーション数 11(H23.12)→ 13(H24)→ 27(H28.12) (H29.6.柏市地域医療推進課)
 - ・訪問歯科 30 (H28.日医 JMAP)
 - ・訪問薬局 108 (H28.同上)
- ※日医 JMAP：<http://jmap.jp/cities/detail/city/12217>
- ※開業医の医師会加入率 82%

事例の概要

<取組の背景・経緯>

柏市では、長寿化の進展により慢性疾患患者が増加し、「病院完結型」から、在宅生活を支える「地域完結型」の医療・介護サービス提供に迫られている（病院は多いが病床稼働率が高く、早晚患者受入れの限界になる）。

終末期の療養場所は現在、病院が約 8 割だが、市民の希望は「自宅」が多い。一方、診療所は外来対応で忙しく、専門領域外の医療や 24 時間対応に不安があり、在宅医療に取り組む医師が少なかった。

柏市による「訪問診療ニーズの推計」では、2015 年から 2020 年にかけて、600 名強の在宅医療の需要増加（内訳：訪問診療科対象者の増分約 400 名、入院患者からの移行分約 200 名）が生ずる可能性があり、またこれ以外に、特別養護老人ホーム等の整備状況も間接的に訪問診療ニーズに影響を与える可能性がある。

そこで、柏市は柏市医師会と理念共有のもとで、多職種を巻き込みながら、在宅医の増加・連携づくり・市民啓発に取り組んでいる。

○2015(平成 27)年から 2020(平成 32)年にかけて、約 600 人強の在宅医療の需要が増加する見込み
 ※平成 25 年 9 月時点で約 1400 人が在宅医療（訪問診療）を受けている

参考：柏市における訪問診療ニーズの推計

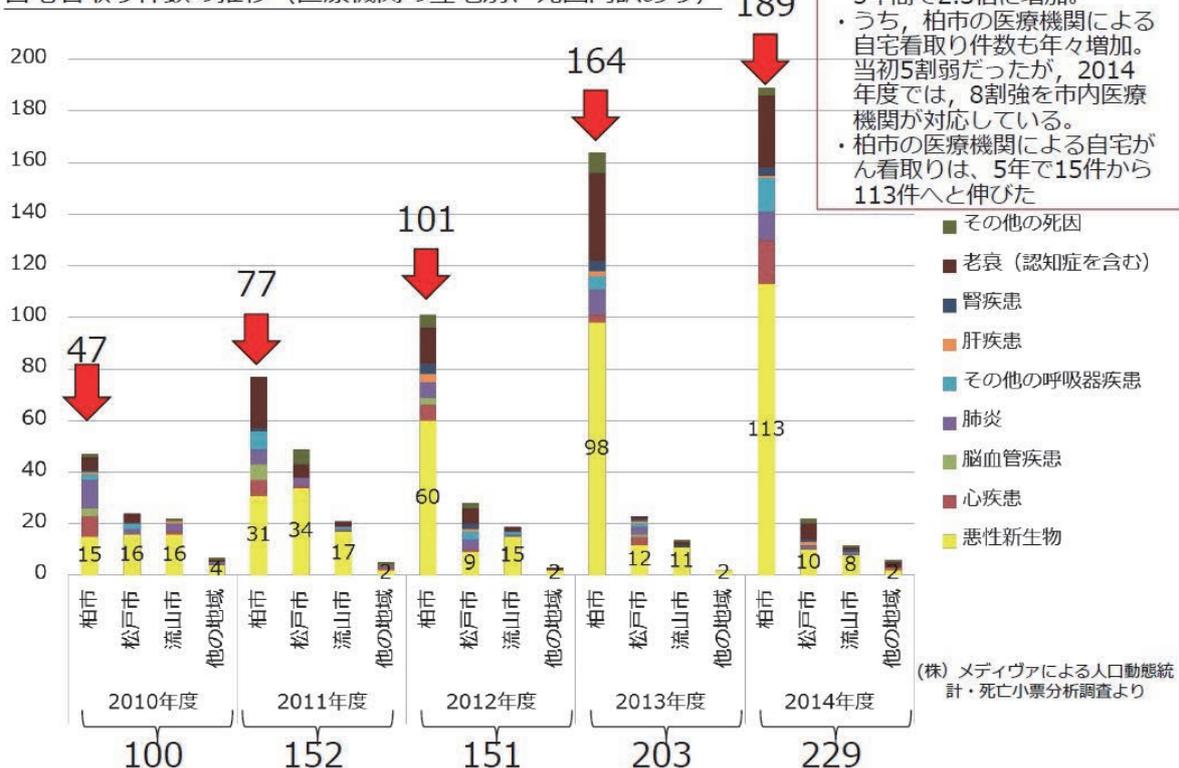


※自宅看取り件数は 5 年間で 2.3 倍に増加（市内医療機関による看取りは 5 割弱から 8 割強に増加）

在宅医療

5年間の自宅看取り件数の推移

自宅看取り件数の推移（医療機関の立地別、死因内訳あり）



<取組の概要>

- 水平連携：【診診連携】かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ（柏市&医師会）
【多職種連携】情報共有システムの利活用（柏市&医師会）
【多職種連携】在宅医・多職種向け研修会の開催（柏市&医師会）
【多職種連携】訪看ステーションの基盤強化支援事業（柏市）
- 垂直連携：【病診連携】急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保（事務局：柏市）
【病診連携】「病院と在宅のさらなる連携強化に向けた研修会」の開催（柏市&市医師会）
- 連携窓口：中核拠点（柏地域医療連携センター）の設置

<検討及び運用開始時期>

- ・平成 21 年 9 月：「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」発足（→柏市・東大・都市再生機構 3 者協定 H22.5.（5 ヵ年）締結、多職種連携ルールづくり開始）
- ・平成 22 年 2 月～：「柏市医療懇談会」市と市医師会が地域医療全般に関する議論（←市医師会からの要望 H21.12.に基づき設置）

【第 1 フェーズ】平成 22 年度～平成 26 年度

- ・平成 22 年：柏市が「福祉政策室」（4 名）を設置
- ・平成 22 年 5 月～：総合研究会内に「在宅医療委員会」設置、医療分野で 2 つの WG が活動を開始
 - ・「医療 WG」市と医師会とで在宅医療の推進方策について議論
 - ・「連携 WG」市と多職種団体とで在宅医療・介護の大まかな方向性について議論
- ・平成 23 年 5 月～：「(新)連携 WG」市と多職種団体とで在宅医療・介護の具体的連携ルールについて検討
- ・平成 24 年 6 月～：柏市「顔の見える関係会議」多職種が集まり顔の見える関係づくりと連携ルールの確認
- ・平成 24 年度：厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」受託
- ・平成 25 年度：千葉県「在宅医療連携拠点事業」受託

【第 2 フェーズ】平成 27 年度～平成 29 年度（最終年度）

- ※在宅医療・介護連携推進事業を介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ
- ・平成 27 年：柏市が福祉政策課内に「地域医療推進室」を新設
- ・平成 27 年 5 月：「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」協定の 3 年更新 ※生活支援サービス、健康づくり・介護予防の追加
- ・平成 29 年：柏市「地域医療推進課」に格上げ（計 12 名に増員）
- ・平成 29 年度：勇美記念財団助成「主治医・副主治医制における機能強化に関する研究」実施

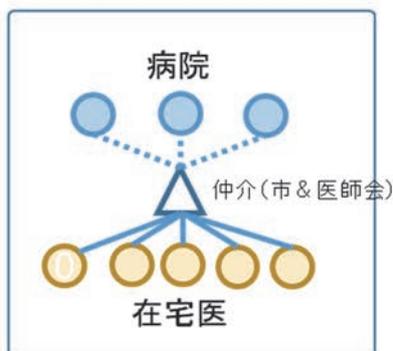
<今後の課題>

- ・在宅医療需要増に対応できる在宅医療関連の専門職（特に医師）を増やす必要がある
- ・訪問看護ステーションの効果的な基盤強化策が求められている
- ・「患者・家族の意思決定支援」を前提とした医療・介護人材の育成
- ・在宅医療に関する目標値や評価指標の共有化
- ・ICT ツール利用の普及・拡大

柏市医師会 & 柏市の取組概要図

① 垂直方向の連携（病診連携）

n対n（行政が仲介）



- 急性増悪時等における病院バックアップ体制の確保（柏市）H25年6月～
- 「病院と在宅のさらなる連携強化に向けた研修会」（地域包括ケアシステム研修会）の開催（柏市 & 市医師会）H29年6月～

<関連する協議会等>

① 10病院院長会議（事務局：柏市）

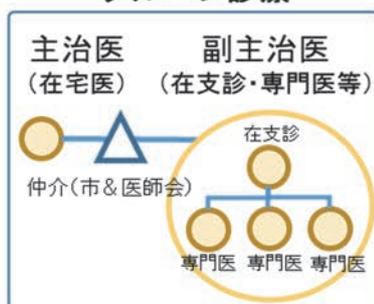
- 目的：在宅医療のバックアップ、退院調整について協議
- メンバー：国立がん研究センター東病院、市内の救急告示10病院、柏市医師会、柏市（地域医療、消防、保健所、医療公社管理）。病院長と地域医療連携室が出席

② 柏市在宅医療・介護多職種連携会議（事務局：柏市）

- 目的：医療・看護・介護の代表が集まり、多職種連携の課題抽出や解決策を議論。「研修部会」では医療機関間・多職種間の連携を進めるための研修を企画。

② 水平方向の連携（診診連携）

グループ診療



- かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ（柏市 & 市医師会）H22年5月～
- 情報共有システムの利活用（柏市 & 市医師会）H26年4月～
- 在宅医・多職種向け研修会の開催（柏市 & 市医師会）H26年4月～
- 訪問看護ステーションの基盤強化支援事業（柏市）H22年度～

ICT活用の多職種連携



<関連する協議会等>

① 在宅プライマリケア委員会（柏市医師会）

- 在宅医と主治医・副主治医制の支援、臨床実習生の受入れ、市民啓発等を通じて在宅医療を推進、「第2の医局」

② 柏市在宅医療・介護多職種連携会議（事務局：柏市）

- 目的：医療・看護・介護の代表が集まり、多職種連携の課題抽出や解決策を議論。「多職種連携・情報共有システム部会」では、情報システムの運用・多職種連携ルールを議論。

(1) 垂直連携の取組

①【病診連携】急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保（事務局：柏市）平成 25 年 6 月～平成 25 年 6 月 19 日開催「10 病院院長会議」において、病院側と在宅医療側（医師会担当理事等）との主な確認事項

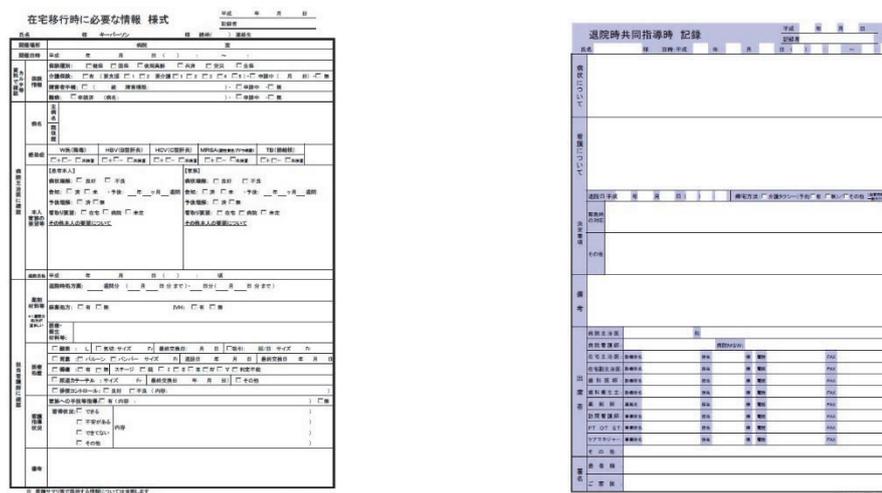
【病院側】

- ・在宅医療への移行時には、在宅側の要望を踏まえた「様式」（在宅移行時必要な情報）を使用する
- ・在宅患者の急性増悪時等には、原則として退院元の病院が受け入れる。
（夜間等で受入れ困難な場合には、他の病院が一旦受け入れ、後日、可能な場合は退院元に転院する）

【在宅医療側】

- ・急性増悪時には原則として在宅側スタッフが訪問して対応する。
- ・入院時には、在宅主治医等から病院救急担当に対し必要な診療情報や患者・家族の意向を情報提供する。

「在宅移行時に必要な情報」と「退院時共同指導」様式の活用



②【病診連携】「病院と在宅のさらなる連携強化に向けた研修会」（地域包括ケアシステム研修会）の開催（柏市&市医師会）平成 29 年 6 月～

○目的

- ・柏市と柏市医師会を中心とした多職種が推進している、在宅医療体制の整備のための取組内容及び成果と課題について病院関係者と共通理解を図る
- ・病院と在宅とのシームレスな連携の促進

○研修対象者

- ・病院連絡会議に出席依頼している 12 病院（市内救急告示病院及び災害拠点病院、国立がん研究センター東病院、東京慈恵会医科大学附属柏病院）の医師を含む病院関係者

○内容：講和と質疑応答の 1 時間程度

- ・行政より、柏プロジェクトの経緯と取組内容、柏地域医療連携センターの機能と役割等
- ・柏市医師会・在宅プライマリケア委員より、柏モデルにおける主治医・副主治医制と病院と在宅との連携、事例紹介等
- ・訪問看護より、病院と在宅のシームレスな連携（看看セミナー）、事例紹介等

○実績

- ・平成 29 年 6 月～10 月まで、11 回開催し計 625 人が受講（医師 9%、看護師 54%、リハ 10%他）

(2) 水平連携の取組

①【診診連携】かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ（柏市医師会&柏市）平成22年5月～

柏市医療の特徴：二代目・三代目の一人開業医の診療所が多い。現在、在宅診療専門クリニックは3施設（新規開業は医師会加入が条件）

○取組み内容

・共同で地域全体を支える体制の構築

1つの診療所が数多くの患者を支えるだけでなく、多くの診療所が少しずつ支える事で多くの患者を支えるシステムを構築する。※医師会長「点ではなく面で支える医療を実現する」

・主治医・副主治医の仕組みの構築

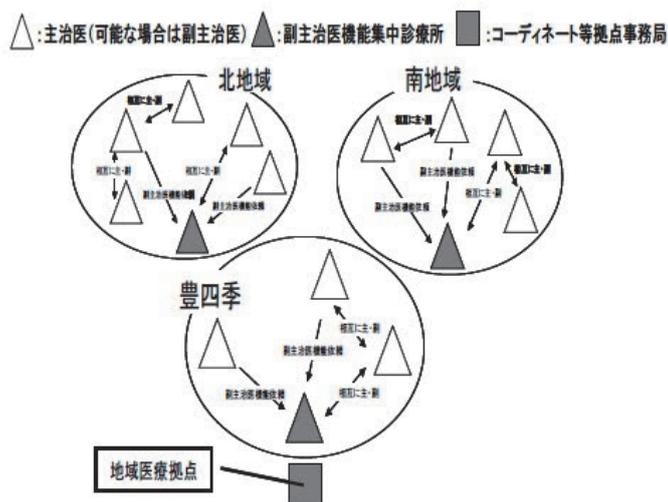
主治医（患者を主に訪問診療する医師）と副主治医（主治医が訪問診療できない時の訪問診療を補完する医師）とが相互に協力して患者に訪問診療を提供する。

- 1) 市内を3分割、3地域の診療所が訪問診療に携わり易いよう、副主治医機能集中診療所（▲）を各地区で相談して定める。具体的には、柏地域医療連携センターから各地域に1～2名のコーディネーター医師（在宅プライマリケア委員会の会員医師）に連絡し、連絡を受けたコーディネーターが中心になって主治医担当の調整を行う。副主治医は主治医が個人的に行っており、医師会は関与していない。決定後、柏地域医療連携センターから相談者に報告する。
- 2) 主治医（△）同士で主治医・副主治医の役割分担を行い+訪問診療を実施する。※相互補完が基本
- 3) 診療所間で役割分担ができない環境にある（になった）場合は、副主治医機能集中診療所（▲）が副主治医の役割を果たす。

※副主治医による往診代行実績は、主治医不在でも訪看STが対応できる事例が多いため、平成22年から現在までに数件しか発生していない。2020年以降の需要急増に対応するために、議論や試行を実施している。

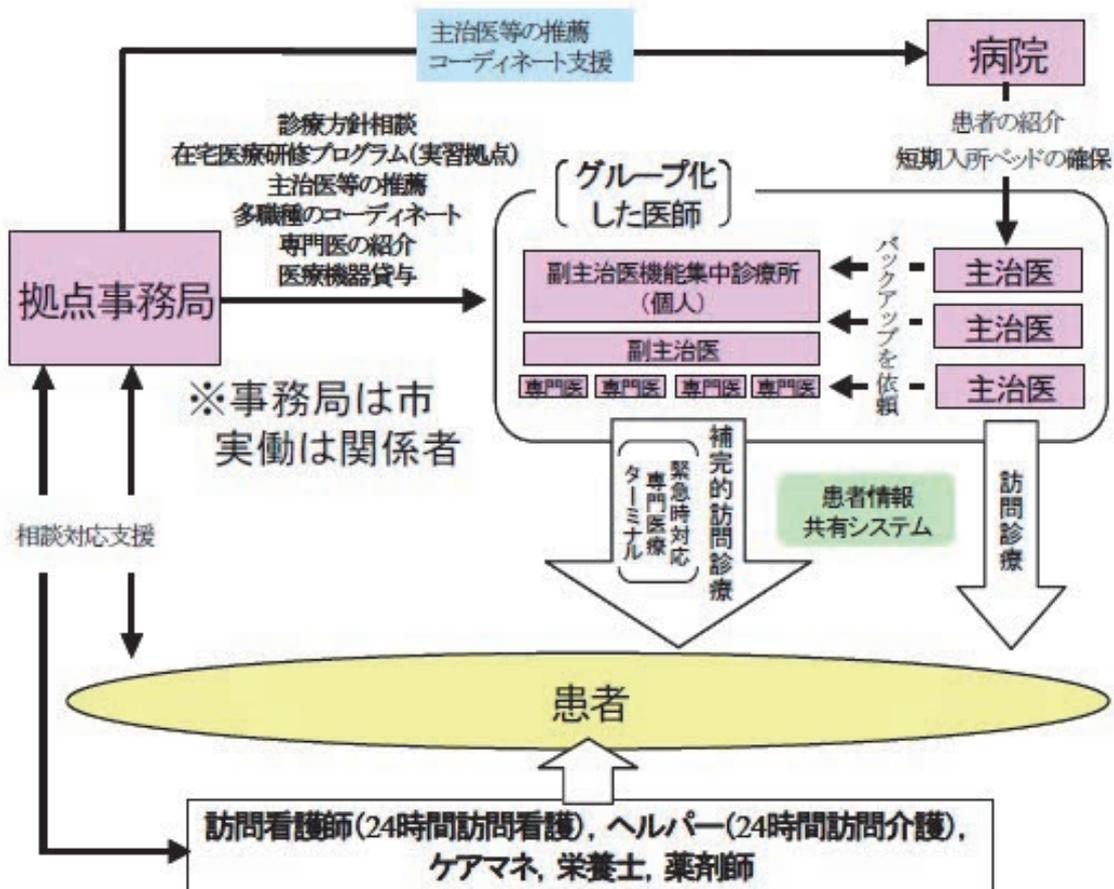
※主治医・副主治医の担当決定後には、「在宅移行時に必要な情報」様式が看護サマリーとともに共有される。

<柏市全域での動き>



※ システム全体を管理・運営する
運営委員会を設置

<システムの具体的な動き>



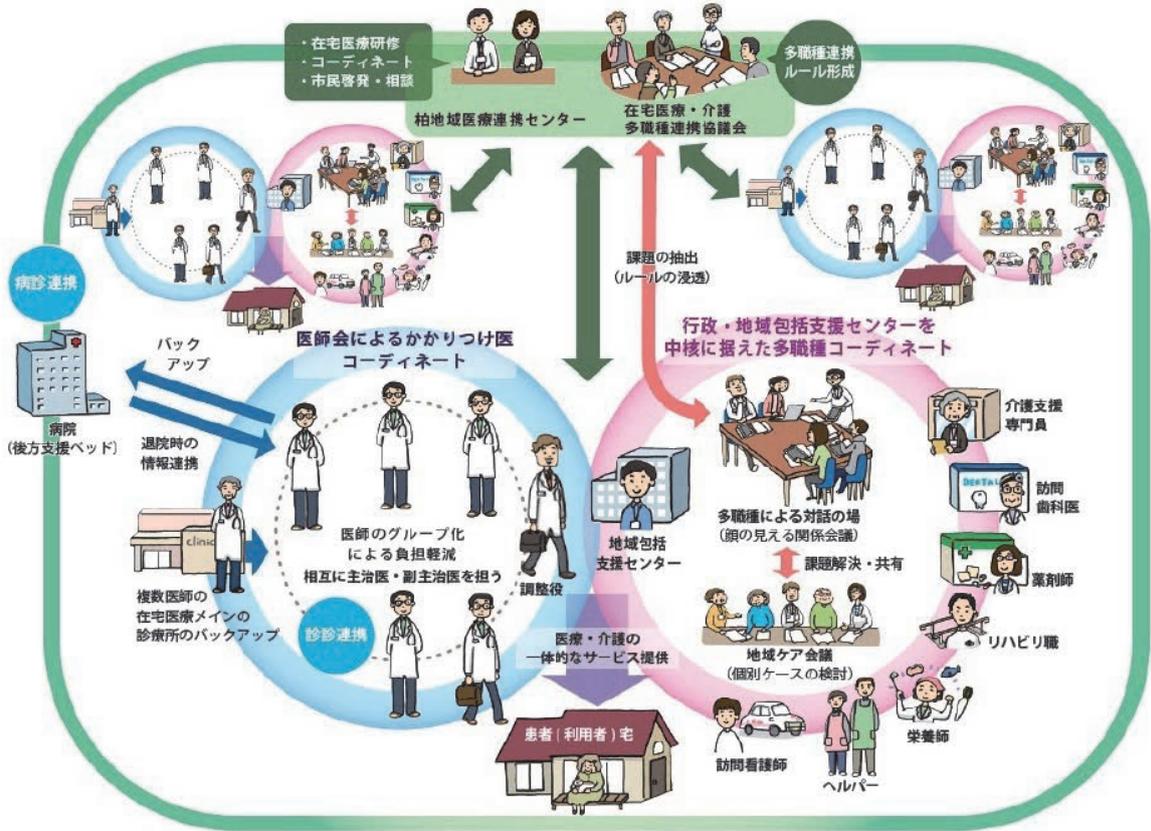
○活動経過

- ・平成 22 年 5 月～：「主治医・副主治医制」議論（最初は試行的な取組）
- ・平成 27 年～：本格的な取組を開始
- ・平成 29 年 6 月～：勇美記念財団助成「主治医・副主治医制における機能強化に関する研究」実施（訪問看護同行による安心感、代診報酬規程の見直しなど）

○協力報酬

- ・副主治医は、主治医の非常勤契約。
- ・当初は紳士協定で実施。勇美研究を機に見直し中。
 - ※長期休暇期間（GW、お盆、年末年始）は、学会等開催もあり、ほとんどの在宅医（主治医）が、副主治医に対し、往診代行依頼を実施している。副主治医は、在宅医療専門クリニック（3ヶ所）に集中しがちである。

柏プロジェクトにおける在宅医療・在宅ケアシステムのイメージ図



在宅医療を推進して、地域を病院に



②【多職種連携】情報共有システムの利活用（柏市&医師会） 平成 26 年 4 月～

○目的：タブレット端末、パソコン等により関係職種同士がリアルタイムに情報共有

○検討・推進チーム：在宅医療・介護多職種連携協議会「多職種連携・情報共有システム部会」

○利用システム：（株）カナミックネットワーク「TRITUS」

○活動経過

・平成 24 年 1 月～平成 26 年 3 月：試行期間（ID 保有 342 人、登録患者 64 症例）

・平成 26 年 4 月～：在宅医療・介護多職種連携協議会「多職種連携・情報共有システム部会」設置、本格稼働

○利用状況（平成 29 年 3 月末現在）

・ID/発行数：295 事業所/1,306 人（年間 498 人増）、通算利用症例数 273 件（年間 74 人増）

・新規症例数は、年 60～70 件増で推移（※H29 年のみ 108 件増）

・ID 発行は医師 39 名（入院退院担当の病院医師も含む）に対し、ケアマネ 228 名で最も多く、活用度も最も高い。在宅プライマリアケア委員会の全医師は登録済み。

・疾患別内訳では、がん> 非がんで、がんが約 8 割超を占める

・隣接の流山市とは同じシステムを利用し相互乗り入れをしている。

○費用負担：利用料は無料（柏市負担は年間 108 万円）、回線通信料のみ利用者負担

○利用上の課題

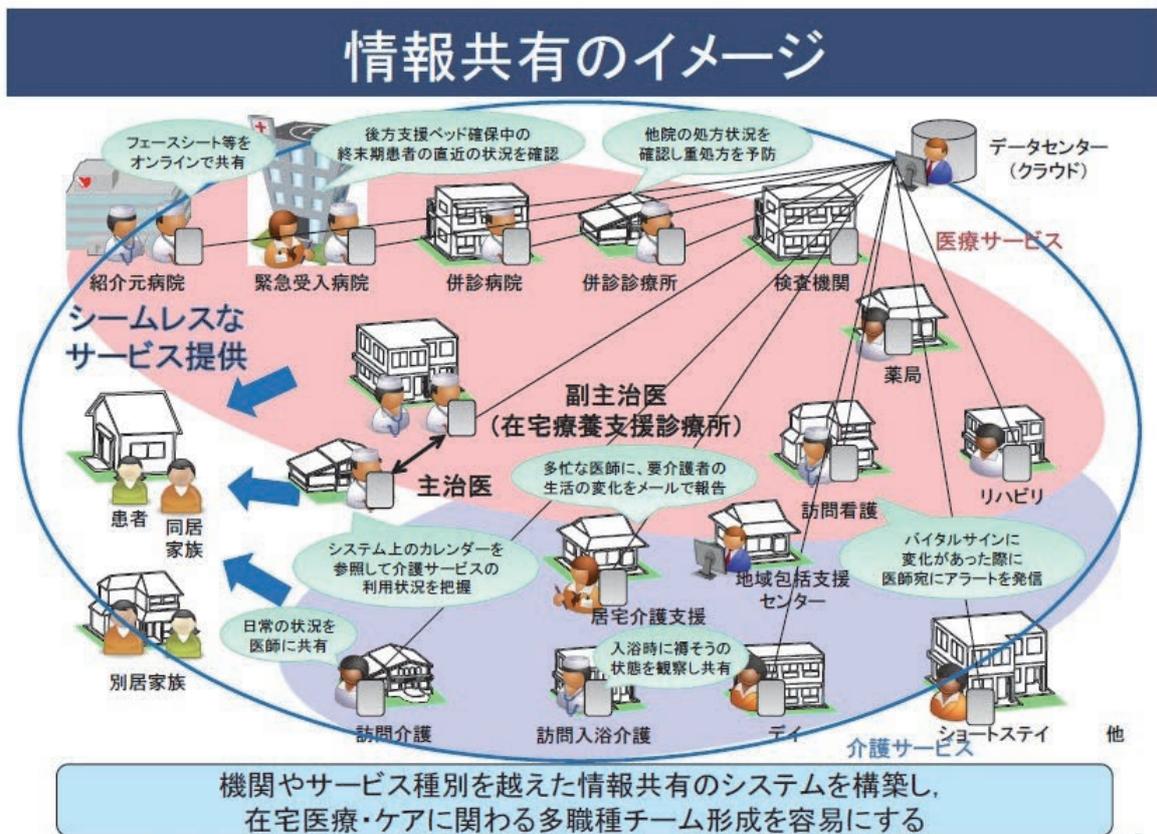
・患者情報入力の二度手間（電子カルテなど既存の電子媒体からの自動データ連動に未対応）。

・セキュリティ対策上の ID/PW 入力

○普及・促進策

・研修会開催：年数回（無料）

・各職能団体を通じての周知



（資料：柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会）

8

③【多職種連携】在宅医・多職種向け研修会の開催（柏市&医師会）

企画運営は、在宅医療・介護多職種連携協議会「研修部会」が担当
当初より東大が関わることで、高品質な研修が企画・実施できた（研修プログラムの内容や講師の充実）

○在宅医療多職種連携研修会（柏市医師会）H23年5月～

医師及び多職種を対象に在宅医療の推進及び多職種連携の促進を目的とした研修を実施。

- ・年1回程度開催、1回に50～60名が参加
- ・平成23年5月から8回開催し、28年10月までに425名が受講
- ・修了者数413名（うち医師：累計62名）、医師には別途「在宅診療の同行訪問研修」を実施

○顔の見える関係会議（柏市）H24年6月～

- ・柏市の医療、介護関係者が一堂に会し顔の見える関係を構築するための多職種研修
- ・年4回開催、1回に約100～200名が参加
- ・平成24年6月から20回開催、延4,031名が参加

④【多職種連携】訪問ステーションの基盤強化支援事業（柏市）平成22年度～

- ・訪問看護師向け研修会の開催支援 平成23年度～
- ・訪問看護体験フェア（同行体験）の実施 平成23年度～
- ・訪問看護の普及啓発のためのツール作成（訪問看護紹介DVD作成、在宅療養者写真撮影企画の実施、写真展開催） 平成23年度～
- ・訪問看護啓発のためのフォーラム実施 平成24年度～
- ・看護師復職フェア（技術研修+相談会）の実施 平成24年度～
- ・訪問看護ステーション大規模化への支援（H24年度：市単独事業「訪問看護ステーション基盤強化補助金」の設置、H25年度：地域介護・福祉空間整備推進交付金の活用）
- ・看護師地域連携セミナー開催支援（市内病院向け出前講座・同行実習）平成25年度～

(3)中核拠点「柏地域医療連携センター」の設置

○基本情報

所在地：千葉県柏市豊四季台 1-1-118、電話：095-811-5120
開所日：平成 26 年 4 月 1 日（火）
開館時間：午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分／休館日：土・日・祝日、年末年始
連絡先： 柏市地域医療推進課（総合窓口）電話 04-7197-1510
柏市医師会事務局 電話 04-7128-5551
柏歯科医師会事務局 電話 04-7147-6500
柏市薬剤師会事務局 電話 04-7142-7376

○概要

在宅主治医がいない市民の方に対して紹介を行うなどの相談を受ける他、医療・介護の多職種に対して『在宅医療多職種連携研修会』等の事業を実施するなど、市民の在宅療養を支援するための役割を担う。

※土地は柏市が提供し、建物は、柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会の寄附により建設

○機能

1. 医師・多職種による在宅医療・介護の連携支援機能
多職種連携ルールの確認・普及
情報共有システムの利用促進
2. 在宅医療に係る研修機能
在宅医療・多職種連携研修会の開催
顔の見える関係会議の開催
3. 患者が病院から在宅に戻る際などの調整支援機能
在宅主治医がいない場合の主治医・副主治医の推薦
必要に応じた多職種の推薦（歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ職、管理栄養士等）
4. 市民への啓発・相談機能
在宅医療や介護に関する啓発・相談

○相談実績

- ・相談件数（実人数）：537 件、月平均実数 44.8 件、延数 79.2 件（H28 年度）
- ・内容：「在宅医療に関すること」40.1%、「受診・受療に関すること」20.9%



(4)推進協議体

①「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」(東大からの声掛け)平成21年6月～

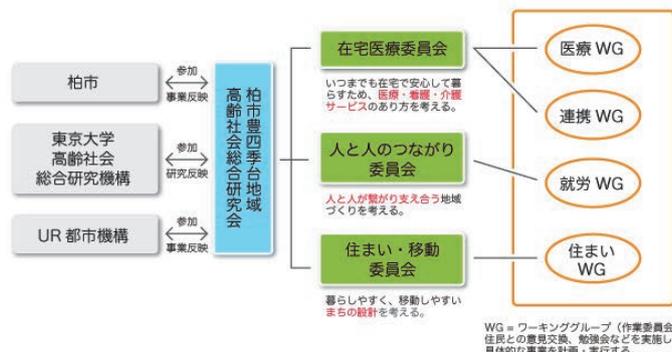
21世紀前半の課題とされる都市部の高齢化に対応した、長寿社会のまちづくりのありかたを検討、実践するため、千葉県柏市およびUR都市機構と連携し研究会を開催。

○構成メンバー

柏市、東京大学、UR都市再生機構

○活動経過

- ・平成21年6月発足
- ・平成22年5月三者協定締結
- ・平成22年5月～平成24年2月：「医療WG」の活動（医師会を中心に構成し主治医・副主治医制度や病院との関係を議論 →「在宅プライマリケア委員会」に継承）
- ・平成22年7月～平成23年7月：「連携WG」の活動（医療・介護の多職種団体の代表者等で構成し、多職種連携ルールを議論）
- ・平成23年10月～平成26年3月：「(新)連携WG」の活動（多職種連携ルールを議論） →「在宅医療・介護多職種連携協議会」へ移行
- ・平成23年6月：「長寿社会のまちづくり」発行
- ・平成23年11月～平成26年1月：「試行WG」「試行WG評価チーム」の活動（多職種連携ルールについて、具体的な症例に基づく試行と検証を実施）
- ・平成26年3月：「在宅医療・介護多職種連携 柏モデル ガイドブック」発行
- ・平成27年5月三者協定を3年間更新



○3つの委員会とWG

「在宅医療委員会」(医療WG、連携WG、新連携WG)

- ・いつまでも在宅で安心して暮らすため、医療・看護・介護のあり方を考える。
- ・「柏在宅医療研修試行プログラム」開講（平成23年5月21日～10月1日）

「人と人のつながり委員会」(就労WG)

- ・人と人は繋がり支え合う地域づくりを考える。

「住まい・移動委員会」(住まいWG)

- ・暮らしやすく移動しやすいまちの設計を考える。

②在宅プライマリケア委員会(市医師会)

○活動内容

在宅プライマリケア委員会は、柏市の主治医-副主治医制をバックアップするとともに、学生の臨床実習の受入れや市民啓発等の在宅医療を推進するうえで中心となる「第二の局所」として機能している。

- ・訪問診療を行っている会員が中心に約20名の医師が参加（機能強化型支援診療所も参加）
- ・月1回（第3火曜日）に委員会を開催
- ・主治医-副主治医制度について議論
- ・市民講座の講師を依頼、勉強会の開催

③ 10 病院地域連携会議（事務局：柏市）平成 23 年 10 月～

○目的

救急告示医療機関とがんセンターの院長、MSW で構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論

○構成（会議は、全体会と部会の 2 部構成）

全体会：院長又は地域連携を担当する医師及び地域連携室又はその役割を担う職種

部会：地域連携室又はその役割を担う職種

○構成メンバー

国立がん研究センター東病院、柏市内の救急告示 10 病院（含む災害拠点病院）、柏市医師会、柏市（地域医療、消防、保健所、医療公社管理）

④「柏市在宅医療・介護多職種連携会議」（事務局：柏市）平成 26 年 4 月～

○目的

医療・看護・介護の関係団体の代表が集まり、多職種連携の課題抽出や解決に向けた議論を行う。

○構成メンバー（約 40 名）

柏市医師会（会長【座長】・副会長・在宅プライマリケア担当理事、介護保険担当理事）、柏歯科医師会（会長・担当理事）、柏市薬剤師会（会長・担当理事）、病院関係者（2 病院の院長と MSW）、柏市訪問看護連絡会（会長・副会長）、柏市介護支援専門員協議会（会長・副会長）、地域包括支援センター（センター長）、東葛北部在宅栄養士会（会長・副会長）、柏市在宅リハビリテーション連絡会（会長・副会長）、介護サービス事業者協議会、ふるさと協議会、千葉大学、東京大学、都市再生機構、柏市福祉政策課（事務局）

○活動経過

- ・平成 26 年 4 月：発足
- ・平成 29 年度：「在宅医療・介護多職種連携 柏モデルガイドブック」改訂版の作成中

○3 つの専門部会（部会座長は医師会、事務局は柏市）

「多職種連携・情報共有システム部会」

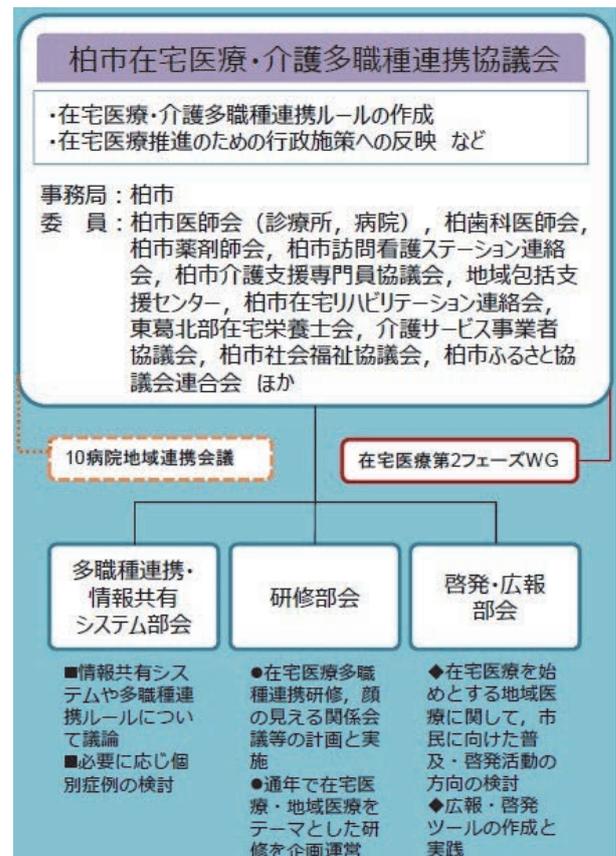
- ・情報共有システムや多職種連携ルールについて議論
- ・必要に応じ個別症例の検討

「研修部会」

- ・在宅医療多職種連携研修、顔の見える関係会議等の計画と実施
- ・通年で在宅医療・地域医療をテーマとした研修を企画運営

「啓発・広報部会」

- ・在宅医療を始めとする地域医療に関して、市民に向けた普及・啓発活動の方向の検討
- ・広報・啓発ツールの作成と実践



⑤在宅医療第2フェーズWG（柏市医師会）平成29年6月～（年4回程度開催）

〇目的

さらなる在宅医療推進体制の構築にむけて、主に以下の課題について検討を行う。

- ・主治医・副主治医制のさらなる機能強化
- ・訪問看護ステーション同士の連携等による基盤強化
- ・在宅医療に対応可能な医師の確保 等

〇WG 構成団体

柏市医師会プライマリケア委員会、柏市訪問看護ステーション連絡会、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構

〇主な検討議題

- ・勇美記念財団在宅医療助成事業について
主治医・副主治医制における機能強化に関する研究（勇美記念財団在宅医療研究）
小委員会を設置し推進中
- ・在宅と病院の連携について
「病院と在宅のさらなる連携強化に向けた研修会（地域包括ケアシステム研修会）」の開催
- ・訪問看護ステーションの基盤強化について
大規模化補助金要件の追加による見直し案の検討
市内訪問看護ステーションの可視化（マッピング）

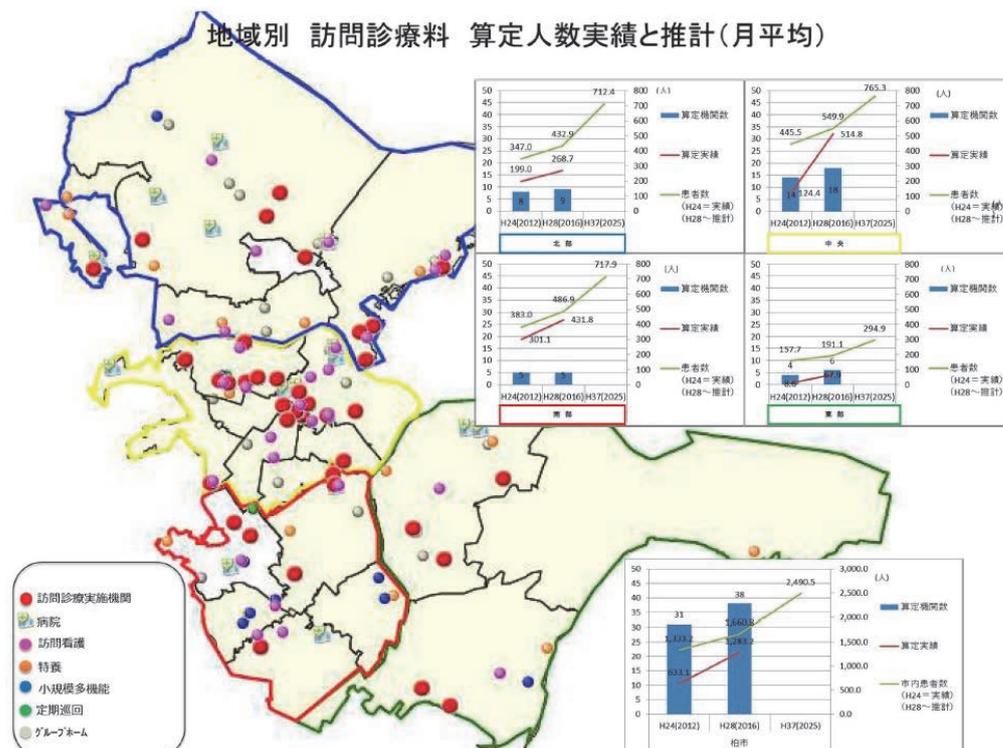
今後について

在宅医療介護連携の評価指標の設定と関係者間の共有化

レセプトデータや将来推計を基に、在宅医療に関する目標値や指標を設定し、医療・介護・多職種と目標を共有し、さらなる在宅医療の推進を図って行きたい（第7期介護保険事業計画「柏市高齢者いきいきプラン21」への組み込み）

例）死亡小票分析では、自宅だけでなく施設看取り件数が増加している

例）4ブロック別医療資源と今後の需要推計を見た場合、需給では北部に問題有りそう



頭打ちになっている在宅医を増やす取組

平成 32 年に向け約 600 人強の在宅医療需要増に対応できる在宅医療関連の専門職（特に医師）を増やす必要があるが、在宅医療に取り組む医師数は伸び悩んでいる（平成 22 年以降は着実に増加していたが、近年鈍化傾向に）。今後は、医師会を中心に、開業医に依頼し研修によって育成すべきか、在宅専門クリニックの新規参入を誘導するかを検討し基本方針を決定したうえで、具体的な対策を検討する予定である。

訪問看護ステーションの大規模化の誘導

医療・介護の橋渡し役として重要な訪問看護ステーションは、平成 23 年以降変わらずに小規模事業所（常勤換算 4.2 人～4.8 人）が多い。在宅医療の 24 時間 365 日対応体制を支えるために、訪問看護ステーションの効果的な基盤強化策が求められている。

「患者・家族の意思決定支援」の必要性

柏市地域医療連携センターの相談内容から、「患者・家族の意思決定支援」の必要性を改めて認識した。今後は「選択と心構えを支える役割」を果たせる医療・介護人材育成に努めたい。

取組を進める上でのアドバイス

これから取り組む地域へのアドバイス(成功のポイント)

【柏市（行政）】

- ・成功理由は、医師会との理念を共有したうえで協働できたことが大きい。
- ・委員会及び下部部会の各座長は医師会医師に依頼し、事務局（黒子）は行政が担当しスムーズに展開できた。
- ・完全な業務委託方式（医師会や地域包括支援センターへの丸投げ的な手法）ではなく、全ての協議体・会議に事務局として関与することで進捗状況・課題を把握できたこと、また資料作成・日程調整などを支援することで事務作業の滞りが発生しなかったことも、良かったと思う
- ・組織体制としても「地域医療推進課」人員 12 名と充実（職員の業務分析で勤務時間の 8 割は調整作業）
- ・各専門職の現場担当者を報酬無しの手弁当で集めて将来の議論をすることが大切。行政招集会議（出席報酬発生）では、どうしても形式的な会議になりがちで、現状や実態に即した提案や実行が伴わない。
- ・会議招集文章は、柏市長名と医師会長名の連名で実施することも出席率向上に効果的であると思う。

【柏市医師会】

- 高齢化が進行する中、市民の生活を支える在宅医療の推進が求められる。
- 在宅医療の推進には、医師だけでなく多職種との連携が必要不可欠。
- 多職種連携を進めるためには、市町村（行政）が重要な役割を果たす
- 市町村（行政）を動かすには、市町村医師会からの働きかけと協力が必要。

その他

県への要望

- ・県もしくは二次医療圏レベルで、患者情報共有システムの統一化を図って欲しい。大病院は広域対象しているので、地方自治体ごとに異なると混乱を招く（隣接の松戸市、我孫子市は千葉大学開発システムを導入検討中）（柏市）

柏市医師会 回収データ分類（診療所）

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	1	0	0	0

n=(1)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	0	1	0

n=(1)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	在宅専門診療所	いずれも届け出でない	無回答
0	0	1	0	0	0

n=(1)

④ 標榜している診療科目（重複有）

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	n=(1)
0	0	0	0	0	0	0	0	0	

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	1	2	2	2
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	1	1	1	1
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	1	0	0	0
2) 歯科医師	1	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	1	3	3	3
4) 薬剤師	1	0	0	0
5) リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	1	0	0	0
6) 管理栄養士	1	0	0	0
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	1	0	0	0

⑥外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	1	8.5	8.5	8.5
②平成30年1月の延べ外来患者数	1	350	350	350

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	1	1	0	0	0
(2) 訪問診療	1	1	0	0	0
(3) 歯科訪問診療	1	0	0	1	0
(4) 救急搬送診療	1	0	0	1	0
(5) 在宅患者訪問看護・指導	1	0	0	1	0
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	1	0	0	1	0
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	1	1	0	0	0
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	1	1	0	0	0
(9) 在宅看取り	1	1	0	0	0
(10)居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	1	1	0	0	0
(11)訪問看護（介護予防サービス含む）	1	0	0	1	0
(12)訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	1	0	0	1	0

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	1	15	15	15
合計のうち小児（15歳未満）患者数	1	0	0	0
合計のうち自院に通院していた患者数	1	7	7	7
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	1	5	5	5
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	1	8	8	8
うち自宅での死亡者数	1	3	3	3
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	1	1	1	1
合計のうち医療機関で死亡した患者数	1	4	4	4
うち連携医療機関での死亡者数	1	2	2	2
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	1	0	0	0

⑨ 診療所に対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	1	0	1	0	0	0
(2) 中心静脈栄養の管理	1	0	1	0	0	0
(3) 膀胱留置カテーテル	1	0	1	0	0	0
(4) 在宅酸素療法	1	0	1	0	0	0
(5) 人工呼吸器の管理	1	0	1	0	0	0
(6) 気管カニューレの管理	1	0	1	0	0	0
(7) 腹膜透析	1	0	1	0	0	0
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	1	0	1	0	0	0
(9) 点滴・静脈注射	1	0	1	0	0	0
(10)喀痰吸引	1	0	0	0	1	0
(11)麻薬による疼痛管理	1	0	1	0	0	0
(12)褥瘡処置	1	0	1	0	0	0
(13)ターミナルケア	1	0	1	0	0	0
(14)小児患者（15歳未満）の対応	1	0	0	0	1	0

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	85	85	85

n=(1)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
1	0	0	0	0

n=(1)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	1	0	0	0

n=(1)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	290	290	290

n=(1)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
300	300	300

n=(1)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	訪問診療を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	訪問診療は行っていない	無回答
0	1	0	0	0	0

n=(1)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	1	0	0	0

n=(1)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	1	8	8	8
うち自宅での死亡者数	1	3	3	3

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	1	0	0	0

n=(1)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点的な病院	緊急時に入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特にない	無回答
0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0

n=(1)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
1	1	1	1	1	0
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(1)
1	0	0	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
1	1	1	1	0	0
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点をもとに医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(1)
0	0	0	0	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
1	1	1	1	0
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICT の連携ツール	その他	無回答	n=(1)
0	1	0	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
1	0	0	0	0

n=(1)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
0	1	1	0	0	0	0
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(1)
1	0	0	0	0	0	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
1	0	0	0	0	1	0
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(1)
0	0	0	0	0	0	

② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

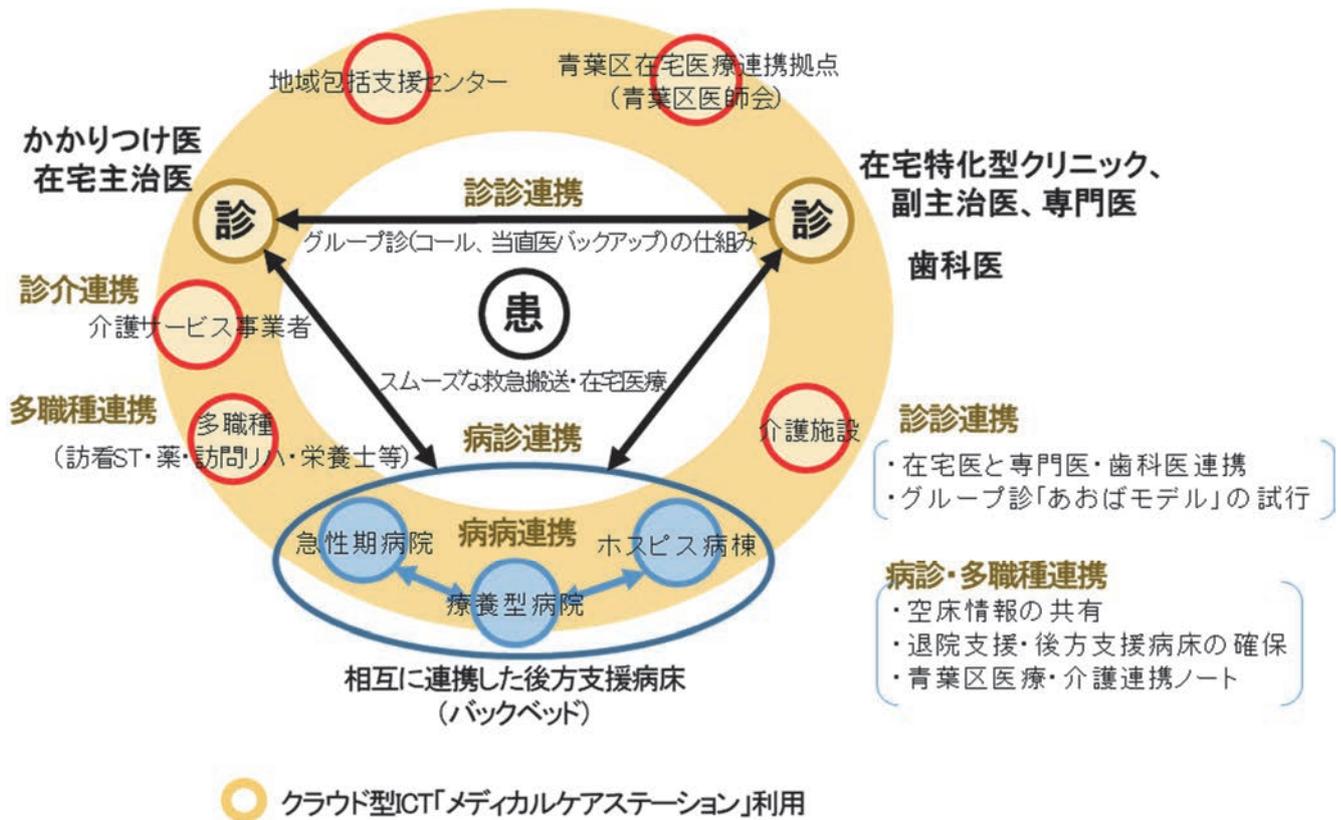
在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
1	0	0
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
0	0	0
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
0	0	0
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
0	1	1
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(1)
1	0	

6.

神奈川県横浜市青葉区 (横浜市青葉区医師会)

クラウド利用の診診・病診・多職種連携の展開 (横浜市青葉区医師会 & 青葉区)

- クラウド利用による病診連携（空床情報の共有・後方支援病床の確保）（青葉区医師会）
- クラウド利用による在宅医と専門医・歯科医・多職種との連携（青葉区医師会）
- クラウドでの退院支援機能の提供と、退院サマリーフォームの統一（青葉区医師会）
- グループ診「あおばモデル」構築に向けた試行（青葉区医師会）
- 救急搬送時の青葉区医療・介護連携ノートの活用（青葉区医師会）



神奈川県横浜市青葉区の地域概要

<基本データ>

- ・人口 30.8 万人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・高齢化率 20.1% (同上)
- ・自宅死率 13.4% (H28.横浜市)
- 参考：横浜市訪問診療実施率 14.9% (H26.厚労省)
- 参考：横浜市看取り実施率 4.3% (同上)
- ・施設数：病院 10 件 診療所 261 件 歯科 204 件 薬局 123 件 (H28.日医 JMAP)



青葉区のシンボルマーク

<在宅医療資源>

- ・在宅医療を行っている診療所 53 件 (地域医療情報システム)
 - ・在宅療養支援診療所数 27 件 (地域医療情報システム)
 - ・在宅療養支援病院数 1 件 (地域医療情報システム)
 - ・訪問看護ステーション数 24 件 (地域医療情報システム)
 - ・訪問歯科診療所数 33 件 (地域医療情報システム)
 - ・訪問薬局 51 件 (地域医療情報システム)
- ※日医地域医療情報システム <http://jmap.jp/cities/detail/city/14117>

事例の概要

<取組の背景・経緯>

横浜市青葉区は、平成 6 年の誕生以来人口増が継続し、平成 19 年に 30 万人に達した後も現在まで緩やかな増加傾向が続く。高齢化率は平成 12 年から 27 年までの 15 年間で 10.1 ポイント上昇し、急速な高齢化が進行中である。

青葉区では、「①2025 年以降は入院患者数が市内 18 区のうち最大に、②2025 年の死亡数は現在の約 2 倍 (年間 3 千人超) に、③在宅看取り増加率は 3.5 倍 (年間約 9 百人規模) になる」との予測から、今後の医療・介護需要の急増に向けた準備が求められている。

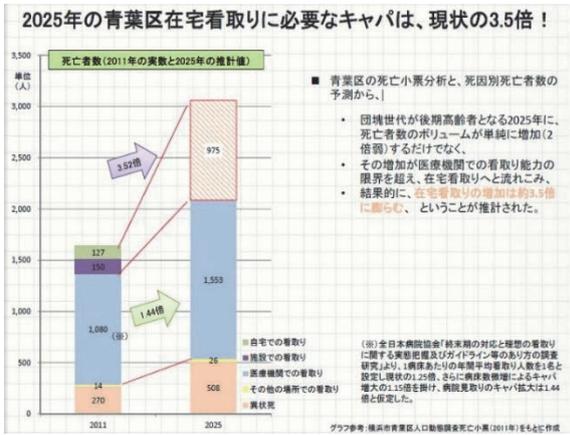
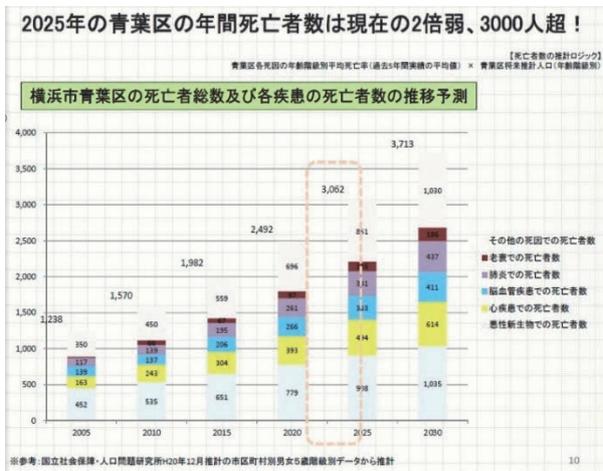
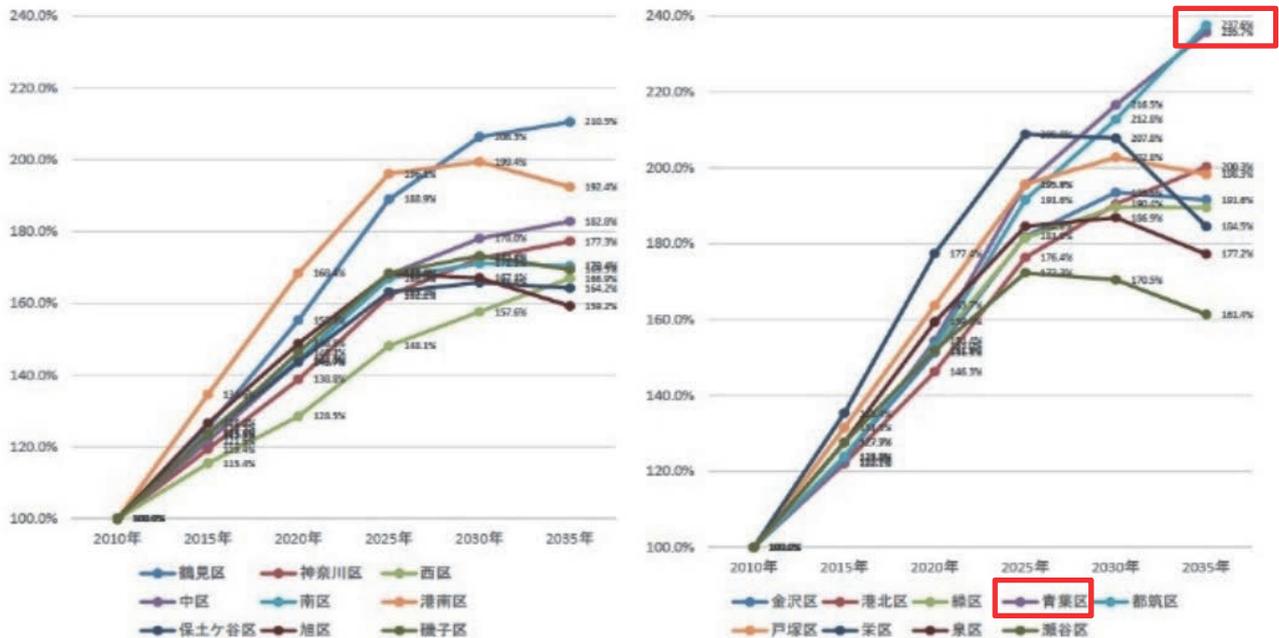
そんななか、平成 24 年 4 月に横浜市と東急電鉄との「次世代郊外まちづくり」包括協定締結をきっかけに、区内の医療・介護・行政関係者によって、地域包括ケアシステムあおばモデルの具体化と実現のために「横浜市青葉区医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会 (通称：ケア部会)」と「在宅医療ワーキンググループ」が同年 11 月に結成された。

その後平成 25 年には、ケア部会の傘下に、青葉区役所主催「医療・介護連携の顔の見える場づくり会議」と医師会主催「在宅医療介護保険委員会」が設置され、この 2 つの会議体を両輪にし、在宅医療分野では「クラウド連携 (病診・診診・多職種間)」「グループ診」「後方支援病床の確保」などが検討され、試行 (パイロットスタディ) が実施された。

平成 27 年 1 月「青葉区在宅医療連携拠点」(青葉区医師会) 開設後は、この施設・スタッフが、クラウド連携やモデル事業の事務局、あるいは医療・介護事業所等の相談・サポート役として機能し、文字通り連携拠点として青葉区の在宅医療の推進役となっている。

横浜市各区の高齢者数の増加率の推移の比較

18区における75歳以上高齢者数の増加率比較



「地域医療を語る会 第3回市民公開講座」(青葉区役所福祉保健センター)

<http://www.city.yokohama.lg.jp/aoba/00life/08korei/20150326200553.html>

<取組の概要>

テーマ「クラウド利用の診診・病診・多職種連携の展開」（医師会・行政協働）

- 水平連携：クラウド利用による診診・多職種連携の展開（医師会）
グループ診「あおばモデル」構築に向けた試行（医師会）
- 垂直連携：クラウド利用による病診連携の試行（空床情報の共有、後方支援病床の確保）（医師会）
退院支援（医師会）
救急搬送時の青葉区医療・介護連携ノート活用（医師会）
- 連携窓口：青葉区在宅医療連携拠点（医師会）

<在宅医療の対応状況>

- 在宅医療を行っているクリニック 22 件（訪問診療 16 件、往診 15 件、在宅療養支援診療所 3 件）

上記のうち対応可能なクリニック数の内訳（平成 29 年 12 月）

・在宅酸素療法の管理	17 件	・重度認知症患者の対応可能	10 件
・人工呼吸器装着の患者の管理	7 件	・褥瘡(床ずれ)の管理	11 件
・PEG(胃ろう)の管理	13 件	・麻薬施用者免許有り	13 件
・尿道留置カテーテルの管理	14 件	・在宅での看取り	7 件

※医師会アンケートにより各クリニックの在宅医療への対応状況を把握（年平均 5 件の新規開業医も回答済み）

<検討及び運用開始時期>

- ・平成 17 年より以前：職能団体別に課題検討や制度提案、個人レベルでの試行的な取組みの実施
- ・平成 17 年頃：介護系諸団体の連絡会「ねっとわーく青葉」発足、青葉区医師会内でバックベッド確保&グループ診構想の議論が具体化、医療・介護団体間での意見交換の開始
- ・平成 24 年 4 月：横浜市と東急電鉄「次世代郊外まちづくり」包括協定締結
- ・平成 24 年 11 月：「横浜市青葉区医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会」（隔月開催、略称：ケア部会）と「在宅医療 WG」（隔月開催）発足
- ・平成 25 年度～27 年度：「あおばモデル」が「次世代郊外まちづくり」リーディングプロジェクトの一つに採用
- ・平成 25 年 10 月～：青葉区役所「医療・介護の顔の見える場づくり会議」と青葉区医師会「在宅医療介護保険委員会」設置（ともに月 1 回開催で現在も継続中、この開設により「ケア部会」は年 3 回開催に、医師会「在宅医療 WG」は委員会内に再設置）
- ・平成 26 年 2 月：「ケア部会」が正式団体化（事務局は医師会、市補助金の受領可能団体に）
- ・平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月：クラウド連携パイロットスタディの実施（横浜市補助金を活用）
- ・平成 27 年 1 月：「青葉区在宅医療連携拠点」（青葉区医師会）開設
- ・平成 27 年 2 月～12 月：バックベッド確保モデルパイロットスタディの実施（11 医師参加）
- ・平成 27 年 5 月：青葉区在宅医療連携拠点がケア部会の事務局に、ケア部会は年 1 回開催に。
- ・平成 27 年夏：グループ診「あおばモデル」トライアル実施
- ・平成 28 年 2 月：在宅ケア地域資源マップ「あおばケアマップ」公開
- ・平成 28 年 4 月：クラウド連携の全区展開へ

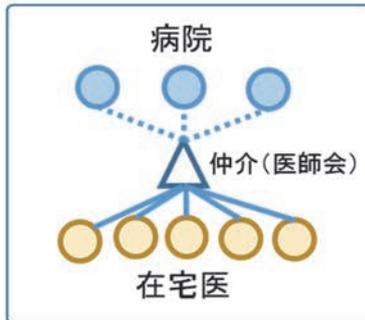
<今後の課題>

- ・来る医療・介護需要の急増に向けた準備（訪問診療を行う在宅医の増加・活動支援、バックベッド確保）
- ・病院と診療所の連携強化

横浜市青葉区医師会の取組の概要(図)

①垂直方向の連携（病診連携）

n対n(医師会が仲介)



- 空床情報の共有(クラウド利用)(連携拠点)H26年4月～
- 在宅患者急変時の後方支援病床の確保(青葉区医師会) 試行中
- 退院支援(クラウド利用、退院サマリー・フォーム統一)(連携拠点) H26年4月～
- 「青葉区医療・介護連携ノート」の配布・活用(青葉区医師会)H29年度～

<関連する協議会等>

①「横浜市青葉区医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会(通称:ケア部会)」(事務局:青葉区)

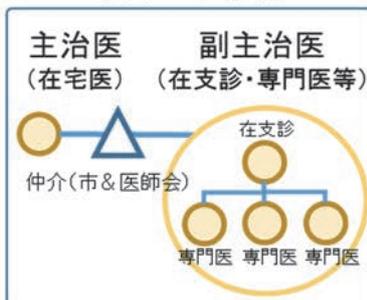
- メンバー:三師会代表、連携拠点、介護系5団体、地域包括、区内病院・在支診、社協、保健センター、市健康福祉局、東急電鉄など

②在宅医療介護保険委員会」(事務局:青葉区医師会)

- ケア部会の下部会議体。「医療・介護の顔の見える場づくり会議」(青葉区)と両輪で活動。
- メンバー:三師会代表、在支診医師、区内病院、連携拠点、行政等
- 討議テーマ:クラウド連携、パグベッド確保、グループ診、空床情報共有など

②水平方向の連携（診診連携）

グループ診療



- クラウドを利用した診診・診介・多職種連携(青葉区医師会)H26年4月～
- グループ診「あおばモデル」構築に向けた試行(青葉区医師会)H27年夏～

ICT活用の多職種連携



<関連する協議会等>

①「横浜市青葉区医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会(通称:ケア部会)」(事務局:青葉区)

- 同上

②在宅医療介護保険委員会」(事務局:青葉区医師会)

- 同上

青葉区が進める、郊外型地域包括ケアシステム「あおばモデル」のイメージ

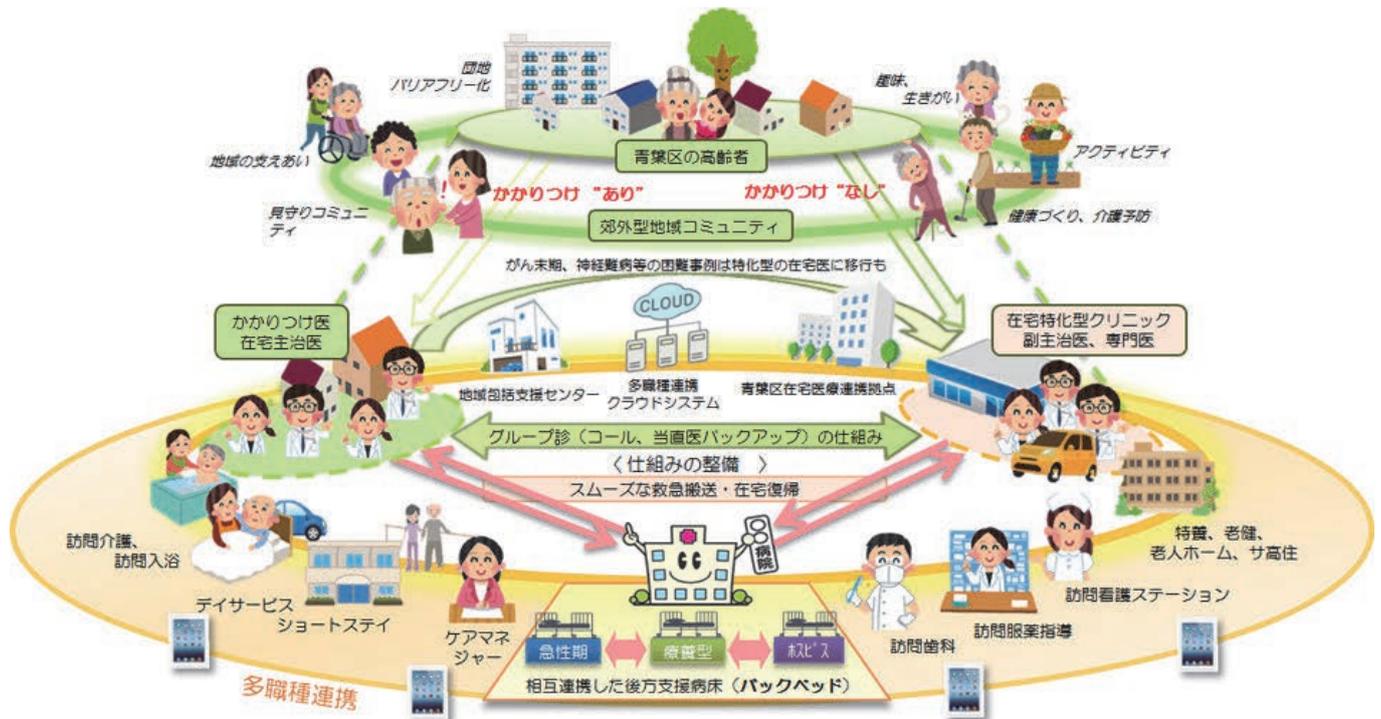
横浜市青葉区では、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する、郊外型地域包括ケアシステム「あおばモデル」の基本的な枠組みの整備・構築を2017年末までに行うことを目指す。

郊外型地域包括ケアシステム「あおばモデル」とは、かかりつけ医がいる人、そうでない人も区民誰もが住み慣れた自宅で療養することが可能に。在宅医をはじめ、訪問看護師、歯科医師、薬剤師、ヘルパー、ケアマネジャー他、様々な医療・介護の多職種が、クラウド型 ICT ツールと、実際の顔の見える関係に支えられたチームケアを提供するとともに、自宅で万が一病状が急変した際も、必ず近隣の病院に入院でき、在宅復帰までの治療とリハビリが可能なバックアップ体制を整えることで、区民の在宅療養を全面に支える仕組み。

【具体的な取組】

- ①医療・介護連携の「顔の見える場づくり」（青葉区役所）
- ②自宅で病状が急変しても入院できる仕組みづくり「バックヘッド確保モデル」（医師会）
- ③在宅医の負担を軽減するサポート体制モデル「グループ診あおばモデル」（医師会）
- ④在宅多職種クラウド連携パイロットスタディの実施（医師会）
- ⑤在宅医療や多職種連携の展開を促進・サポートする拠点体制の整備（医師会）
- ⑥在宅医や多職種へ向けた各種研修会・ワークショップの開催（医師会・各団体・青葉区役所）
- ⑦区民の皆様へ向けた、在宅医療や地域包括ケアシステム「あおばモデル」の普及啓発活動（青葉区役所・医師会・各団体）

郊外型地域包括ケアシステム「あおばモデル」



<http://www.aoba-caremap.org/model/>

(1) 垂直連携の取組

① 空床情報の共有（クラウド利用）

連携拠点では、平成 26 年 4 月のクラウド連携パイロットスタディ開始時より継続して、区内 10 病院の空床情報を在宅医に対し提供している。

連携拠点が、「神奈川県救急医療中央情報センター」が提供する空床情報（毎日朝夕の 2 回更新）から区内病院分を把握し、クラウド型 ICT ツールにアップする。区内 10 病院のうち 2 病院（緑協和、江田記念病院）は、同センターの空床情報に参加していないため、連携拠点が個別に把握し、毎夕アップする。

クラウド参加の在宅医は、在宅患者の急変時には、クラウドを通じて最新の空床情報を確認のうえで、病院に入院受入可否の照会ができる。また、クラウド不参加医師も、連携拠点に電話問い合わせれば確認できる。

区内で在宅医療に積極的なかかりつけ医は、医師会「在宅医療介護保険委員会」に参加（十数名）しており、利用しているとのことである。

② 在宅患者急変時の後方支援病床の確保

○課題（夜間・休日の在宅患者急変時の入院先の確保）

10 年ほど前に、医師会会員から「在宅患者急変時に対応できるバックベッドが欲しい」という要望が出て医師会としての取組み・検討が開始された。当時、救急車の搬送患者が病院の受入拒否でたらい回しになったというニュースがよく話題になっていた。従来の医師個人レベルでのつながりや交渉ではなく、医師会としての制度・仕組みづくりが改めて求められた。

昼間は受入要請をしてもほぼ問題がないが、現在でも夜間・休日は救急指定病院しか受入れてくれず、在宅医療を推進するうえでの不安要因となっている。

○バックベッド確保パイロットスタディの実施と失敗

青葉区版「バックベッド確保モデル」の構築に向けた試行として、クローズド方式でパイロットスタディを実施した。

まず、区内主要 8 病院に個別訪問し、バックベッド確保（夜間休日受入と転院先・一時入院先としてのトランジット病院）の協力要請を行った。

病院側の要望や不安要素を解消するため、クラウド連携を前提に詳細手順をルール化（細かい約束事をケア部会・あおば WG で検討・明文化）し、全病院の了解を得たうえで、平成 26 年 10 月 31 日に「青葉区医師会病院協議会」で承認してもらった。そのうえで、平成 27 年 2 月～12 月にクローズドなパイロットスタディ（一年前のクラウド連携のパイロットスタディの参加医師 11 名と既にクラウド登録済みの患者のみが対象）を実施した。

パイロットスタディの実施結果は「バックベッド利用者ゼロ」に終わった。その理由は、参加 8 病院を納得させるために、あまりに詳細なルール決めを行ったため、在宅医にとって煩雑で面倒な仕組みとなり、利用しづらい制度になってしまった。

例えば、8 病院ごとに異なる個別条件（疾病・病状による受入不可、個室料金・おむつ代の別途費用の発生など）を利用前に在宅医が患者に説明し事前了承を得なければならなかった。また、病院関係者によると、入院患者は、もともと転院しづらい事情があるとのことである。さらに、大学病院から私立病院に転院する際に、様々な追加費用がかかる場合がある。

一方実施当初、協力 8 病院の病棟看護師の間で、「夜間・休日に在宅患者が病院に押し寄せてくるかもしれない」と危惧する声が上がった。しかし、これをきっかけに、病院・訪問看護といった所属機関の垣根を超えた「青葉区看護職連絡協議会」が発足した。

○パイロットスタディ終了後の対応

平成 28 年 1 月以降は、パイロットスタディ不成功の反省に立ち、クラウド連携によるルールを省略化・簡略化し、原則として個別の診療所と病院間の交渉に任せる形にし、入院・転院先が見つからず困った時にだけ連携拠点が相談・支援

する制度に変更したが、今のところ「拠点仲介の相談実績もほぼゼロ」のまま経過している。

医師会としてバックベド確保の仕組みは出来たが、利用されてはいないのが現状である。但し、クラウド連携による「空床情報の共有」が利用されており、患者急変時入院に関しては、この情報に基づき、在宅医と各病院の個人的なつながりや交渉によって進められている。

③退院支援（病診連携）

○クラウド利用による病診連携

MCS には退院支援機能（情報共有）もあるが、現在のところ参加・利用はない。

医師会では、病院医師にも「退院支援」に利用して欲しいが、病院側の意向・ニーズが明確に掴めていない。MCS 運営会社側にもマンパワーがなく、病院向けの普及促進説明会も開催できない状態である。

現在の退院支援の連携は、従来通り紹介状（紙媒体）を使用している。なお、「看護職連絡会」で顔見知りとなった看護師が仲介する事例も増えつつある。

○退院サマリーのフォーム統一（連携拠点&看護職連絡会）

平成 29 年度、横浜市訪問看護連絡会が、従来、個別病院ごとに異なるフォームであった退院サマリーを市全域で統一化する検討を始めており、連携拠点と青葉区看護連絡会も協力している。既に、青葉区看護職連絡会でも議論していたテーマであったが、市全体として取り組むことになったことで、一緒に議論することになった。

④青葉区医療・介護連携ノート

「青葉区医療・介護連携ノート」とは、在宅患者の病状急変時・緊急時・災害時に安心して最善の医療が受けられるように、患者基本情報（疾患情報、処方箋、医療・介護機関名など）を記載したファイリング（紙媒体）で、患者宅に設置している。鶴見区「イエローノート」を参考に、平成 29 年度にパイロットスタディ（半年間）を実施。参加在宅医が訪問診療時に在宅患者に渡した。平成 30 年 4 月より、連携拠点の予算で、全区に拡大して配布で、訪問診療医および訪問看護・訪問介護事業者が配布を担当する。

今年度は、救急時、通所サービスの利用時に利用してもらった。平成 30 年 4 月からは、リビングウィル項目を追加。

普及促進のため、青葉区病院協議会で協力要請を行い、各病院の地域連携室に説明に訪れ見本を配布した。また、横浜市病院協会を通じて市内病院に協力要請を行っている。

MCS はリアルタイム情報を扱い、**青葉区医療・介護連携ノート**は救急・災害時の患者基本情報を扱うことで使い分けをしている。

(2) 水平連携の取組

① クラウドを利用した診診・診介・多職種連携の展開

○クラウド連携の仕組み

従来、患者宅に設置されていた「連絡ノート」（患者基本情報を記入した紙ファイル）を、クラウド型 ICT ツールを利用し電子化することで、医療・介護関係者がネットワーク上で情報共有できる仕組みを構築した。紙媒体と異なるメリットとして、患者の病状をリアルタイムで共有できる。

現在は、診診・診介連携のほか、医療関連の多職種連携に活用されている。

（診診連携） 在宅医（内科かかりつけ医）と専門医（皮膚科、泌尿器科、循環器、整形外科など）の連携
在宅医と歯科（歯科医師会）の連携

※クラウド型 ICT ツール経由で、在宅死が専門医に治療（ex.褥瘡措置）や処方・医材（ex.尿道バルーン）の選択などを相談したり、必要に応じて往診や訪問歯科診療を依頼する。

（診介連携） 在宅医と、患者で紐づけられた訪問看護ステーション・介護サービス事業者との連携

※看護・介護職員は患者情報を積極的に書き込む傾向があり、訪問診療日以外の患者の様子や病状変化が把握できるので、在宅医にとって有用な情報ツールとなっている。

（水平：多職種連携） 在宅医と薬局（薬剤師会）との連携

在宅医と訪問リハ（青葉区リハビリ職連絡会）との連携

在宅医と栄養士（青葉区医師会栄養ケアステーション）との連携

※医療関連専門職（薬剤師、PT/OT、栄養士）との連携によって、訪問リハや訪問指導につながる事例が増えつつある。

（垂直：病診連携） 在宅医と病院医師の連携

※病状急変時の入院先医師との連携や、退院後の在宅かかりつけ医との連携実績はまだない。

○クラウド利用実績（平成 29 年 11 月時点）

- ・利用者数：304 名（医師 & 医師以外の全職種の合計数）
- ・使用者の所属機関：病院 6 件、クリニック 12 件、歯科 2 件、訪問看護ステーション 11 件、居宅介護支援事業所 9 件、地域包括支援センター 1 件、小規模多機能 1 件、デイサービス 5 件、老健 1 件、特養 1 件、薬局 14 件、ヘルパーステーション 7 件、介護付有料老人ホーム 1 件
- ・登録患者数：421 名

○クラウド連携の取組み経過

- ・平成 24 年 2 月～25 年 9 月：システムの検討
- ・平成 25 年 10 月～26 年 3 月：システムの選定と整備（横浜市補助金の利用）
- ・平成 26 年 4 月～27 年 3 月：パイロットスタディの実施（カナミックが説明会を開催）
- ※最初の利用は訪問診療を行う医師が中心であったが、その在宅患者に紐づけられた訪問看護師 & ケアマネジャーが参加することで利用が拡大した。平成 27 年 2 月から「青葉区在宅医療連携拠点」が運営事務局に。
- ・平成 27 年 4 月～：青葉区全域に展開（全区の在宅療養関係者に利用を呼びかけ）

○システムの選定

医師間では、当初「患者診療情報（電子カルテ）の共有」の可否を議論していたが、むしろ「直近の患者情報のリアルタイム共有」することの重要性が共通認識となり、それに合致するシステムが求められていることが明確になった。そこで、柏市で先行導入実績があった「カナミックネットワーク TRITRUS（以下「カナミック」と表記）」を採用した。平成 25 年度の導入の際には市補助金を活用し、システム年間使用料と iPad 端末購入費（42 台）にあてた。

しかし、一年後の市補助金終了時に、メディカルケアステーション（以下「MCS」と表記）に乗り換えることになった。理由は、システムの機能や使い勝手の問題というよりも、費用負担の問題が大きかった。特に、介護系事業所が新たな費用

負担に難色を示したため、利用料無料の MCS を選択することになった（ケア部会での審議結果）

○利用システムの比較

カナミックは分析機能が多彩だが、普段の使用には不要な機能が多く、その分入力方法や構造が複雑で分かりにくいとの評価である。

一方、MSC は、LINE 類似の SNS 形式なので、機器・システムに対し苦手意識があっても、スマホ操作に慣れている普通の介護系職員にも馴染みや使いやすい。看護・介護職員から、MCS は、写真や動画の投稿も気軽に使えて大変に良いとの評価である。

○クラウド利用の課題と対応

導入検討時には、課題として「セキュリティ上の問題」（端末の紛失や患者データの外部保存などによる情報漏洩リスク）が挙げられ、医師会では、「利用ガイド」とともに「運用ポリシー」（一般利用者向け、管理者・事業者向け）を作成・公開することにした。両書を事前に承諾したもののみが参加・利用できる仕組み・ルールである。

「運用ポリシー」には、個人情報保護の考え方、セキュリティルール、患者同意書・スタッフ誓約書フォームなどを明示した。また、パイロットスタディの試行結果により、原則として、管理責任や問題発生時の対応は、参加事業所に任せることにした。情報漏洩リスクや管理責任があっても、使用メリットがあるため、参加事業者・利用者は増加している。

今後の課題（予想されるリスク）としては、MCS サービスの有料化の可能性が危惧される。MCS の利用者が増加しているためか、最近サーバーが一時停止したことがあった。

運営上の課題としては、病院医師の参加がないことである。MCS の機能として「退院支援」の情報共有にも利用できるが、まだ参加実績がない。医師会としても病院向けに普及促進の説明会を開催したいが、MCS は開催してくれないので、病院を巻き込むまでには至っていない。

②グループ診「あおばモデル」構築に向けた試行

○グループ診「あおばモデル」の検討

十数年前から個人的な取り組み（夏休み中の知人医師と相互フォロー、VPN 回線利用の患者情報共有など）を行っていたが、ケア部会の設置に伴い、医師会「在宅医療介護保険委員会」内の「在宅医療ワーキンググループ」において、『区内 1 馬力診療所と特化型在支診のグループ化を、訪問看護ステーションや夜間往診代行・バックベッドによるバックアップ体制で支える』形での、独自の青葉区版グループ診療の検討が開始された。

検討の際には、柏市や新宿区医師会方式を比較・参照したが、新宿区医師会方式（大規模な機能強化型在支診に待機料を払いサポート支援を要請）は、青葉区では予算確保が難しく断念せざるを得なかった。

在宅クリニックの種類(4タイプ)

- ・「外来型」外来をメインとし、自分のかかけ患者のみの在宅診療(数名程度)
- ・「併用型」外来機能をしっかり持ちつつ、在宅医療にも力を入れる
- ・「特化型」外来は行わず、在宅医療に注力
- ・「専門型」皮膚科や整形外科など専門領域を持ち、在宅主治医の補完的訪問診療を実施

○パイロットスタディの実施と失敗

平成 27 年夏に「グループ診あおばモデル」のトライアルを実施したが、結果は実質ゼロだった。利用がなかったのは、参加医師の好意に依存して（無報酬で）の実施だったため、医師同士が互いに遠慮したためと思われる。

医師の好意に頼るのではなく、きちんと報酬を支払う形で制度を整備すべきである。

(3)「青葉区在宅医療連携拠点」の概要

○基本情報

所在：横浜市青葉区荏田北 3-8-6 青葉区医師会荏田北事業所内

開設日：平成 27 年 1 月 5 日（月）

営業日：月曜日から金曜日まで（祝日、12/29-1/3 を除く）

営業時間：午前 9 時～午後 5 時まで

人員体制：介護支援専門員の資格を有する看護師 2 人

建物内の同居事業所：青葉区在宅医療連携拠点、訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、栄養ケア・ステーション、療養通所介護事業所、福祉用具事業所、居宅介護支援事業所

○主な業務・機能

相談室機能

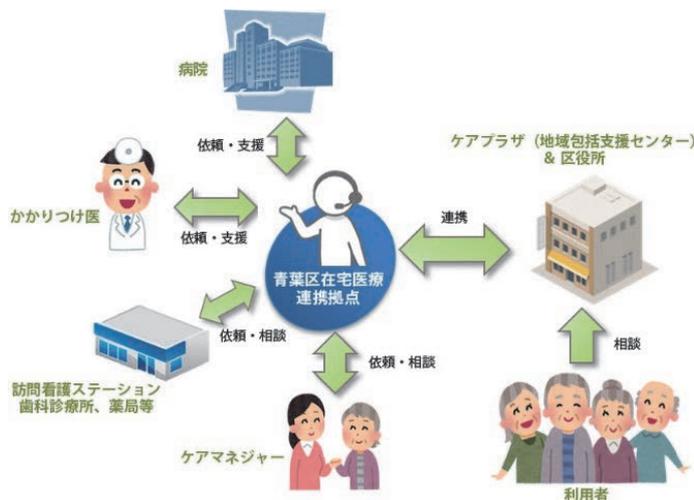
バックベッド調整支援機能

ICT クラウド連携支援機能

在宅医支援機能

多職種連携支援機能

区民向け企画



○財源・運営形態

横浜市が青葉区医師会に業務委託

平成 25 年～28 年で市内全区に整備済み

(4)推進協議体

○「横浜市青葉区医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会」（通称：ケア部会）

平成 24 年 11 月に、横浜市と東急電鉄が「次世代郊外まちづくり」プロジェクトの一環として、青葉区役所主催で設置。当初は医師会主催の「在宅医療 WG」ともに、交互に隔月開催し、郊外型地域包括ケアシステム「あおばモデル」の具体化を検討した。

平成 25 年 10 月からケア部会は年 3 回の開催とし、下部会議体に「顔の見える場づくり会議」（区主催）と「在宅医療介護保険委員会」（医師会主催）を設置し、両輪として活動。両会議体の大半のメンバーは重複する。平成 27 年 7 月以降、ケア部会は年 1 回開催となり、実質的な議論は、引き続き 2 つの下部会議体を中心に行われている。

ケア部会の参加者：三師会代表、連携拠点、介護系 5 団体、地域包括支援センター、区内病院、区内在支診、社会福祉法人、青葉福祉保健センター、横浜市健康福祉局、東急電鉄など

○「医療・介護の顔の見える場づくり会議」（主催：青葉区役所）

平成 25 年 10 月に、地域包括ケアシステム「あおばモデル」の普及・実現を目的に設置。設置以来、ずっと毎月開催し、現在も継続している。

開催日：毎月第二水曜日午後 7 時～、会場：青葉区区役所会議室、参加者：三師会代表、ねっとわーく青葉（介護系 4 団体）、青葉区 M S W 連絡会、青葉区特定施設連絡会、区内病院、区内介護施設、行政、※最近は消防・救急隊も参加

○「在宅医療介護保険委員会」（主催：医師会）

以前から存在したが、平成 25 年 10 月から毎月開催に。「あおばモデル WG」および青葉区在宅医療連携拠点運営

会議を兼ね、在宅医療の仕組みづくりに特化して協議・活動中。

開催日：毎月第三木曜日午後 7 時～、会場：青葉区医師会館、参加者：三師会の代表、在支診の医師、区内病院、連携拠点、行政、青葉区医師会栄養ケアステーション、青葉区リハビリ職連絡会など。参加者は「医療・介護連携の顔の見える場づくり会議」と一部重複する。討議テーマ：「クラウド連携」「バックベド確保」「グループ診」「空床情報共有」など

○看護師：「青葉区看護職連絡会」（主催：青葉区在宅医療連携拠点）

所属組織を超えて、病院・診療所・介護施設等の看護職が集まり、顔の見える関係構築を目的に開催。

MCS は訪看は使っているが、病院職員はまだ使用していない。使用する病院看護職が増えれば、情報共有・交換がさらにスムーズになるだろう。

○リハ職・管理栄養士：「青葉区リハビリ職連絡会」

所属組織を超えて、病院・訪問・通所施設等の理学療法士・作業療法士が集まり、顔の見える関係構築を目的に開催。代表者は区の「医療・介護の顔の見える場づくり会議」と医師会の「在宅医療介護保険委員会」に参加し、メンバーに決定事項をフィードバックしている。

○介護事業者団体の連絡会「ねっとわーく青葉」

約 10 年弱前に発足、当初の参加者は青葉区ケアマネジャー連絡会、青葉区訪問看護連絡会、青葉区訪問介護連絡会、青葉区通所介護連絡会の 4 団体のみ。

現在の参加者：青葉区内のケアマネジャー連絡会、訪問看護連絡会、通所介護連絡会、訪問介護連絡会、施設連絡会、地域包括支援センター、区福祉保健センターが参加

今後について

グループ診「あおばモデル」構築に向けた試行

○青葉区の取組【往診代行の試行】

外来型在宅クリニックをグループ化し、在宅主治医が往診できない場合に、在宅医療専門クリニックに往診代行サポートを依頼する方法での試行を検討中である。ファーストコールは訪問看護ステーションが対応し、クラウド型 ICT ツールを活用すれば、医師の判断・指示が必要な場合でもスムーズな対応が可能となる。また、実際に往診に結び付く件数はかなり限定されるので、待機料の負担も少なく済む見込みである。

○青葉区の取組【医師指示書のネット経由の送付】

パイロットスタディの iPad を利用して、診療所から訪問看護ステーションへ送付する医師指示書を、従来の FAX 送付ではなく、インターネット経由で送付する仕組みを検討中である。FAX 送付の場合、単純な FAX 番号の入力ミスでまったく違う場所に「患者情報」送付され、問題になったことが過去にあった。クラウドを経由すれば、あらかじめ登録認証された者にしか送付されないため、さらに安心である。

○横浜医師会の取組【看取り代行の試行】

横浜市医師会からの依頼で、来年度実施予定の「看取り代行の試行」（パイロットスタディ）の話が来ている（昨日）。横浜 18 区のうち 2～3 区で実施する計画で、予め登録した副主治医が、主治医が対応できない場合に看取り代行を行うというもの。青葉区で実施するかどうか未定。

在宅医の増加・養成

在宅医療需要が急増する 2025 年に向けて、開業医も高齢化するなか、在宅医療に取り組む医師を確保・増やすことが、医師会としても大きな課題である。

医師会としては在宅医を増やしたいが、開業医は「訪問診療＝24 時間・365 日対応」との認識が強く、在宅医療に消極的である。

今後は、訪問診療に特化した在宅クリニックだけでなく、かかりつけ医が現在の外来患者の訪問診療対応も急増するだろう。例えば、長年の患者であれば、80～90 歳でがん発症しても、家族や住環境もよく知っているので在宅療養や看取りもスムーズに行えるはずなので、24 時間対応の訪問看護ステーションと組むことで、大きな負担なく対応できるはずである。

特化型クリニックは、普通の診療所（年間看取り件数が少ない）と組むメリットはほとんどないが、開業医をグループ化し、在宅患者数を取りまとめることでメリットを生じさせることができる。開業医としても、特化型クリニックと連携することで 24 時間対応となり患者は安心する。患者側からしても、在宅医療の選択肢が多い方が良いと思う。

取組を進める上でのアドバイス

行政参加の誘導

青葉区の成功は、行政の参加があったことが大きい。言い換えれば、うまく行政を巻き込むことが最も重要な要因の一つといえる。

行政（青葉区役所）が事務局を引き受けてくれたことで、在宅医療の取組みが継続的な活動となった。（区役所が人・活動予算を確保）医療介護の現場は、患者対応や日々の事務処理業務に追われており、取組みの活動記録や説明資料作りなどに時間を割く余裕がないので、行政の参加は非常に助かった。

一方、横浜市も在宅医療の推進支援に積極的であり、非常に助かっている。18 区にそれぞれに地域包括ケアの担当係長を配置し、多職種連携や各種団体の会議体の参加呼びかけ、連携拠点の設置・活動も予算化してくれている（市医師会と一緒にやっている形）。

また、平成 24 年以来、東急電鉄が参画し、パイロットスタディの実施を支援してくれたのも大きかった。活動予算の提供だけでなく、事務局として資料作成も担当。

医師と医師以外の職種の垣根を取り払う工夫

在宅医療において、医師と医師以外の多職種との連携が必須である。しかし、医師以外の職種から、医師をみた場合に話しづらい・相談しづらいという意見が未だに多いのが現状ある。

青葉区では、当初、既存の介護系連絡会「ねっとわーく青葉」に、医師会が参加する形をとったり、対等の立場で議論や話し合いができる雰囲気づくりや、環境を用意したのがよかったと思っている。

普通に接していても、医師以外の職種から医師を上位に立てたり、医療職と介護職の間に垣根を作ってしまうがちである。医師側からも、かなり気を付けて対応する必要があると思う。

ICT ツールは、この点でも、垣根や上下関係がない平面での連携ができるツールであり、患者の最も近くにいる介護職や看護職が発言しやすく、職種を超え対等な立場で意見交換を促進するのに役に立つ。

在宅医療機関へのアンケート実施

横浜市医師会が、数年前に「訪問診療への研修推進」のために実態調査（青葉区の在宅医療取組み調査票を参考にした内容）を実施した。アンケート調査（自己申告方式）では、在宅医療の取組み実態と乖離する可能性があり、在宅支援診療所の登録を行っているが実働していない場合や、逆に在宅診療の認定を受けずに訪問看護ステーションをうまく利用して実質 24 時間対応している診療所もある。このような現状を数量化・定量化して把握するのは難しいのではないかと。

国への要望(バックベッドの制度化)

現在、青葉区では「在宅患者急変時のバックベッド確保」は、在宅医と各病院との個人的なつながりや交渉で進められており、大きな問題は発生していない。しかし、今後、在宅患者が急増した場合は、再びクローズアップされる問題である。

青葉区医師会では、在宅医からの要望により、地元病院を巻き込んで真正面から制度作りに取り組んだが、様々な可能性や問題点を議論したため制度が複雑化し、結局、在宅医が利用しづらいものになってしまった。医師会と個別病院間での協議では制度化やシステム化が難しい面が多い。

行政（国）が全国一律 & 費用負担しての制度化に取り組めば、病院側も安心して参加しやすいのではないだろうか。米国のある州では、州予算で空床を確保した病院側に費用補償を行いバックベッドを確保しているとのことである。

青葉区医師会 診療所アンケート回収結果

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	4	4	0	0

n=(8)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	0	8	0

n=(8)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)	機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)	在宅専門診療所	いずれも届け出でない	無回答
2	0	4	0	2	0

n=(8)

④ 標榜している診療科目(重複有)

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
8	1	0	0	0	0	1	0	0	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	
0	0	0	0	1	0	1	0	0	n=(8)

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	8	2	1	4
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	8	2	1	4
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	8	0	0	0
2) 歯科医師	8	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	8	2	0	4
4) 薬剤師	8	0	0	0
5) リハビリ専門職員(PT、OT、ST)	8	0	0	0
6) 管理栄養士	8	0	0	0
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	8	0.13	0	1

⑥ 外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	8	13.74	4.8	23
②平成30年1月の延べ外来患者数	8	301.46	1	743

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	8	8	0	0	0
(2) 訪問診療	8	8	0	0	0
(3) 歯科訪問診療	8	0	0	8	0
(4) 救急搬送診療	8	1	1	6	0
(5) 在宅患者訪問看護・指導	8	1	0	7	0
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	8	0	0	8	0
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	8	1	0	7	0
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	8	8	0	0	0
(9) 在宅看取り	8	8	0	0	0
(10) 居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	8	5	0	3	0
(11) 訪問看護（介護予防サービス含む）	8	0	1	7	0
(12) 訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	8	0	1	7	0

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	8	159.54	12	630
合計のうち小児（15歳未満）患者数	8	0.08	0	0.3
合計のうち自院に通院していた患者数	8	3.91	0	11
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	8	108.91	11	620
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	8	9.48	0	22
うち自宅での死亡者数	8	6.26	0	15
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	8	4.44	0	10
合計のうち医療機関で死亡した患者数	8	6.19	0.5	15
うち連携医療機関での死亡者数	8	1.34	0	4
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	8	1.14	0.3	3

⑨ 診療所に対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	8	6	1	0	1	0
(2) 中心静脈栄養の管理	8	5	2	1	0	0
(3) 膀胱留置カテーテル	8	6	1	0	1	0
(4) 在宅酸素療法	8	5	2	1	0	0
(5) 人工呼吸器の管理	8	4	2	0	2	0
(6) 気管カニューレの管理	8	3	2	0	3	0
(7) 腹膜透析	8	0	0	4	4	0
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	8	3	2	1	2	0
(9) 点滴・静脈注射	8	6	0	1	1	0
(10) 喀痰吸引	8	6	0	1	1	0
(11) 麻薬による疼痛管理	8	5	2	1	0	0
(12) 褥瘡処置	8	5	0	1	2	0
(13) ターミナルケア	8	6	2	0	0	0
(14) 小児患者（15歳未満）の対応	8	0	0	2	6	0

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	72	4	222.7

n= (8)

② 往診の実施の形態 (n=8)

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
3	3	2	0	0

n= (8)

②-1 往診の実施の形態

診療時間内外に関わらず 往診を行っている	診療時間内に行い、診療 時間外には行わない	診療時間外に行い、診 療時間内には行わない	その他	無回答
0	0	2	0	0

n= (2)

②-2 緊急時の往診の対応

自院のみで対応している	予め他の医療機関と連 携して対応できる体制を 構築している	緊急時の往診には対応 していない	無回答
1	0	1	0

n= (2)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持 したい	減らしたい	やめたい	無回答
1	5	2	0	0

n= (8)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	1420.14	12	3343.3

n= (8)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
1091.4	96	3039.6

n= (8)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応 している(貴院単独 で対応)	24時間365日対応 している(地域の他 医療機関と協力な がら対応)	訪問診療を行う曜 日・時間帯を決めて 行っている	その他	訪問診療は行って いない	無回答
2	3	3	0	0	0

n= (8)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間内外に関わらず訪問診療を行っている	診療時間内に行い、診療時間外には行わない	診療を行っている日の診療時間外に行い、診療時間内には行わない	休診日に行っている	その他	無回答
0	1	2	0	0	0

n=(3)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
3	4	1	0	0

n=(8)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	8	9.48	0	22
うち自宅での死亡者数	8	6.26	0	15

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
2	6	0	0	0

n=(8)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点病院	緊急時に入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
4	4	1	6	7	8	5	8	7	8	0
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
5	2	2	2	1	4	6	4	4	0	0

n=(8)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
8	8	5	8	8	3
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	
8	4	5	1	0	n=(8)

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
6	8	5	6	7	7
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点をふまえた医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(8)
5	6	5	0	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
2	5	4	3	0
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICTの連携ツール	その他	無回答	n=(8)
6	2	1	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
7	1	0	0	0

n=(8)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
6	7	7	7	2	1	3
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(8)
4	2	2	0	1	0	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
0	3	3	1	2	0	0
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(8)
0	4	0	2	2	0	

② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

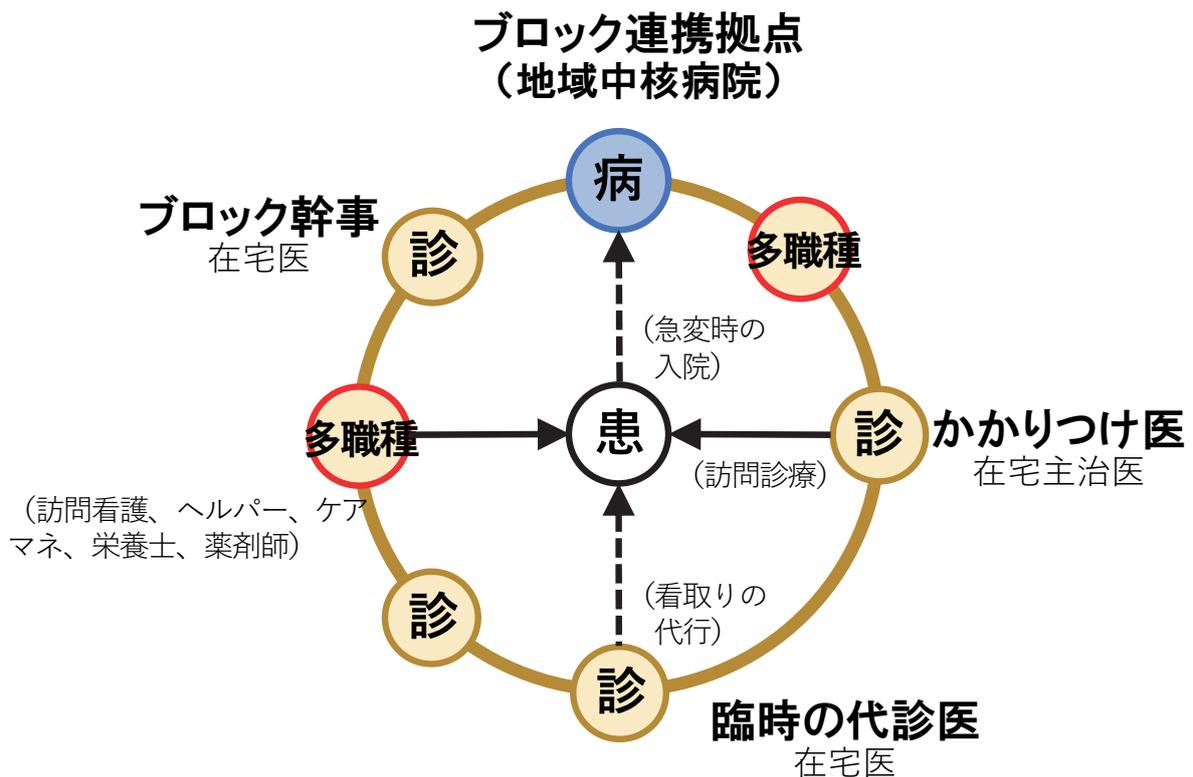
在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
5	4	5
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
4	5	2
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
7	3	5
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
4	3	4
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(8)
4	0	

7.

神奈川県横須賀市 (横須賀市医師会 & 横須賀市)

在宅療養ブロック連携拠点による病診・診診・多職種連携の展開 (横須賀市医師会 & 横須賀市)

- 「在宅療養センター連携拠点事業」の推進 (横須賀市医師会：市からの委託事業)
- 「在宅療養ブロック連携拠点事業」の展開 (横須賀市・横須賀市医師会)
- 「横須賀リンクパスポート」の導入 (横須賀市医師会)
- 「横須賀市退院前カンファレンスシート」の策定・活用 (横須賀市)
- 「在宅患者入院支援登録システム (バックベッド)」の運用 (横須賀市医師会)
- 在宅医療・介護情報共有システム「かもめネット」の活用 (横須賀市医師会：市からの委託事業)



- ブロック会議 (相互協力と連携)
在宅医療・介護情報共有システム「かもめネット」利用

神奈川県横須賀市(中核市)の地域概要

<基本データ>

- ・人口 41.2 万人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・高齢化率 30.1% (同上)
- ・死亡者数 4,617 人(H27)→5,918 人(H37)→6,477 人(H47)
(H26.5 推計、横須賀市都市政策研究所)
- ・訪問診療実施率 17.7% (H26.厚労省特別集計)
- ・看取り実施率 4.1% (H26.同上)
- ・自宅死の割合 22.6% (H28. 厚労省特別集計)
- ・施設数：病院 11、診療所 273、歯科 236、薬局 188 (H28.日医 JMAP)



<在宅医療資源の情報>

- ・在支診数 35 (取組み前) →43 (H29.横須賀市医師会調べ)
- ・在支病数 0 (H29.同上)
- ・訪問看護ステーション数 19 (H26) →25 (H29.横須賀市医師会調べ)
- ・訪問歯科 28 (H28.日医 JMAP)
- ・訪問薬局 47 (H28.同上)

事例の概要

<取組の背景・経緯>

横須賀市は、平成 7 年から全市的な人口減少傾向にあり、一方、平成 12 年以降、老年人口が年少人口を上回り高齢化が進展している。2025 年には 65 歳以上人口の割合は約 32%、75 歳以上人口は約 20%に達する見込みである。また、それに伴い年間死亡者数も約 5,900 人(1,300 人増)と増加が予測されている。多くの市民が在宅での療養や看取りを希望しているが、実際には約 60%の市民が病院で死亡しているのが現状である。

横須賀市は医療・介護資源は全国平均かそれをやや下回る水準にあるものの、横須賀市(地域医療推進課)は早期から在宅医療や多職種連携に取り組んで来た。横須賀市医師会も一方では行政と協働し、また他方では医師会独自の事業を進めて来た結果、在宅看取りの割合が人口 20 万人以上の都市で日本一高くなっている。

<取組の概要>

○垂直・水平連携：

(病診・多職種連携)「在宅療養センター連携拠点事業」の推進(横須賀市医師会)

(病診・診診・多職種連携)「在宅療養ブロック連携拠点事業」の展開(横須賀市・横須賀市医師会)

(多職種・病診連携)「よこすかりンクパスポート」の導入(横須賀市医師会)

(病診・多職種連携)「横須賀市退院前カンファレンスシート」の策定・活用(横須賀市)

(病診連携)「在宅患者入院支援登録システム(バックベッドシステム)」の運用(横須賀市医師会)

(多職種連携)在宅療養・介護情報共有システム「かもめネット」の運用(横須賀市医師会)

○連携調整窓口：在宅療養ブロック拠点&センター拠点

<検討及び運用開始時期>

- ・平成 10 年～15 年：「三浦半島在宅医療連絡会議(在宅医療検討会/勉強会)」の活動。三浦半島 4 医師会が地域を超え在宅医療の取組み方策を検討し、多職種連携・病診連携の土壌作りに貢献した。
- ・平成 12～16 年：国・県・市の地域医療連携推進モデル事業として『24 時間在宅医療連携システム』と『高度医療機器の共同利用システム』を構築・展開(横須賀市医師会)
- ・平成 17 年：『病診連携紹介・逆紹介システム&マップ』の作成(横須賀市医師会)

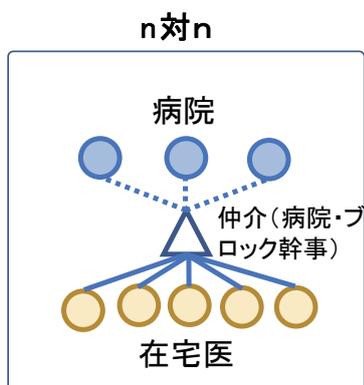
- ・平成 18～20 年：国・県の地域医療連携推進モデル事業として『地域連携クリティカルパス』・『地域連携外来管理システム』の策定・実施（横須賀市医師会）
- ・平成 21～22 年：横須賀市地域医療連携推進モデル事業として『地域医療連携マップ』作成と『在宅医療ネットワークミーティング』を開催（横須賀市医師会）
- ・**平成 23 年 4 月～：「在宅療養連携会議」の開催（横須賀市）**
- ・平成 23 年：勇美財団助成「在宅医療連携の窓口づくり/看取り連携」の実施（横須賀市医師会）
- ・平成 24 年度：国の在宅医療連携拠点事業「かもめ広場」（横須賀市医師会）と「チーム衣笠」（日本医療伝道会衣笠病院）の実施
- ・平成 25～26 年度：横須賀市地域医療連携推進事業（再生医療基金）の実施
- ・平成 26～27 年度：「在宅療養センター連携拠点運營業務」（横須賀市が市医師会へ委託）
- ・平成 27 年度～：『地域包括ケアシステム』の構築に向けての取組み

<今後の課題>

- ・制度の歪み（医療と介護保険の重複部分の発生による非効率、在宅医療事務の煩雑さなど）の解消
- ・病院と在宅医との連携不足（退院時の病診連携、在宅療養のバックベッド不足）

横須賀市及び市医師会の取組み「在宅療養ブロック拠点・センター拠点体制」

① 垂直方向の連携（病診連携）



- （病診・多職種連携）「在宅療養センター連携拠点事業」の運営（市医師会）H26年～
- （病診連携）「在宅療養ブロック連携拠点事業」の展開（横須賀市、市医師会）H25年～
- （多職種・病診連携）「よこすかリンクパスポート」の導入・運用（市医師会）H23年8月～
- （病診連携）「横須賀市退職前カンファレンスシート」の策定・活用（横須賀市）H26年6月～
- （病診連携）「在宅患者入院支援登録システム（バックベッド）」の運用（市医師会）H26年7月～

<関連する協議会等>

①「在宅療養連携会議」（事務局：横須賀市）

- 目的：市民が地域で安心して医療・介護が受けられるよう、関係者の連携を深め、在宅療養にかかる課題解決を話し合う。
- メンバー：三師会代表、市内中核病院、介護施設、地域包括センター連絡会、訪看・訪介事業所、GH協議会、行政等
- 専門部会：広報啓発検討、連携手法検討、研修・セミナー検討

②「ブロック会議」（事務局：横須賀市医師会）

- 活動内容：4ブロックの各地域に即した在宅医療を模索・展開
- メンバー：病院、診療所、歯科、訪看、介護、薬局、ケアマネ、包括、行政など

③「在宅医療委員会」（事務局：横須賀市医師会）

- 活動内容：在宅医療の推進、在宅医療ハンドブックの改訂
- メンバー：市内診療所医師14名

② 水平方向の連携（診診・多職種連携）

臨時の代診医



- （診診・多職種連携）「在宅療養ブロック連携拠点事業」の展開（横須賀市、市医師会）H25年～
- （多職種連携）「在宅療養センター連携拠点事業」の運営（市医師会）H26年～
- （多職種連携）「よこすかリンクパスポート」の導入・運用（市医師会）H23年8月～
- （多職種連携）「横須賀市退職前カンファレンスシート」の策定・活用（横須賀市）H26年6月～
- （多職種連携）在宅医療・介護情報共有システム『かもめネット』の活用（市医師会）H26年～

ICT活用の多職種連携



<関連する協議会等>

①「在宅療養連携会議」（事務局：横須賀市）

- 同上

②「ブロック会議」（事務局：横須賀市医師会）

- 同上

③「在宅医療委員会」（事務局：横須賀市医師会）

- 同上

(1) 垂直・水平連携の取組

①【病診・多職種連携】「在宅療養センター連携拠点事業」の運営推進（平成26年～、横須賀市医師会、市からの委託事業）

横須賀市医師会在宅医療推進連携拠点「かもめ広場」は、在宅医療の推進と関係機関・関係職種との連携に関する業務を担当し、在宅医療委員会の各事業実施機関として活動している。

○センター連携拠点の実施事業（横須賀市医師会）

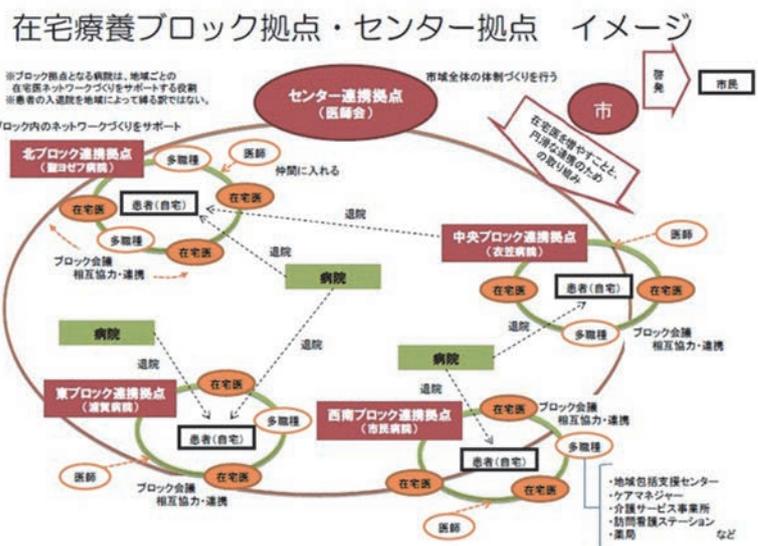
- ・病院長会議：病診連携推進が目的、11 病院長 + 市医師会・市が対象で年 2 回開催
- ・在宅医療街角出前講座の開催：在宅医療に関する意識啓発を目的に町内会・自治会等が開催する講座に在宅医を講師として派遣し、年 6～12 回、参加市民約 30 名～90 名、平成 29 年度年は 517 名が受講
- ・広域多職種合同研修会の開催
- ・在宅医療・介護情報共有システム「かもめネット」の管理運営、普及・運用：操作説明会・勉強会等の開催
- ・ブロック連携拠点との連絡調整：情報交換会は年 2 回程度開催
- ・「在宅患者入院支援登録システム」の運用
- ・「よこすかリンクパスポート」の運用
- ・病院医師同行指導研修：年 2 回開催、医師会独自事業
- ・市民公開講座：年 1 回、医師会独自事業

○事務局事業（横須賀市） ※印は市と市医師会の主催事業

- ・在宅医同行研修：年 3 回程度開催 ※
- ・医師向け在宅医療セミナーの開催 ※
- ・かかりつけ医セミナーの開催 ※
- ・退院調整ルールづくり
- ・多職種連携担当者ルールづくり
- ・市民向け出前トークの実施

②【病診・診診・多職種連携】「在宅療養ブロック連携拠点事業」の展開（平成 25 年～横須賀市事業）

横須賀市健康部地域医療推進課は、在宅医を増やす、スムーズな病診連携、多職種連携を図る等を目的としてブロック会議を創設し横須賀市医師会と協働して市内を 4 つのブロックに分け、各地域に即した在宅診療を模索、展開している。



○ブロック連携拠点の実施事業

- ・在宅医療ブロック会議の開催
- ・地区別多職種合同研修会の開催
- ・相談窓口の設置
- ・在宅医サポート隊パイロット事業（東・西南ブロック）：新たな在宅医療を担う医師を増やすための取り組み
- ・センター連携拠点や他のブロック連携拠点との連携

○ブロック会議

- ・幹事会：ブロックごとに年1～3回
- ・ブロック会議（全体会議）：ブロックごとに年1～3回開催、ブロック会議1回につき20名～70名

○4ブロックの取組状況

【4ブロックの対象エリアと幹事診療所】

ブロック幹事	北	三輪医院	千場 純
		金成医院	金成 正浩
	中央	横須賀中央診療所	春田 明郎
		上町在宅クリニック	渡邊 誠一
		ナーブケア在宅クリニック	落合 周太郎
		生協衣笠診療所	岡田 哲郎
	東	三屋内科	三屋 公紀
		湘南山手つちだクリニック	土田 匡明
		小磯診療所	磯崎 哲男
	西南	野村内科クリニック	野村 良彦
		ながいクリニック	小川 伸郎
		嘉山医院	嘉山 保美
秋谷潮かぜ診療所		西村 京子	



【北ブロックと中央ブロック】

- ・拠点病院（拠点事務局）：北ブロックは聖ヨゼフ病院、中央ブロックは衣笠病院
- ・北ブロックの幹事である三輪医院を中心に、同胞援護会衣笠診療所・フロムワン付属診療所・汐入ばくクリニックで「連携の会」を開催し、『相互の輪番でのセカンドコール支援体制』（きぬがさ倶楽部）を検討中です。中央ブロックと共同で在宅医療連携のコーディネートパートナー～オンコールストップ的な役割をもたせ、相談窓口の開設も予定している。中央ブロック単独では、独自の仕組みはまだないものの、医師間のメーリングリストがあり、いつでも情報交換ができる体制となっている。
- ※セカンドコール支援体制とは、グループ診療ではなく、あくまで臨時の代診医で、ほとんどが看取り代行を支援するものである。待機料・委託料の支払いはなく、診療行為があった場合は往診医が診療報酬を請求する。

【東ブロック】

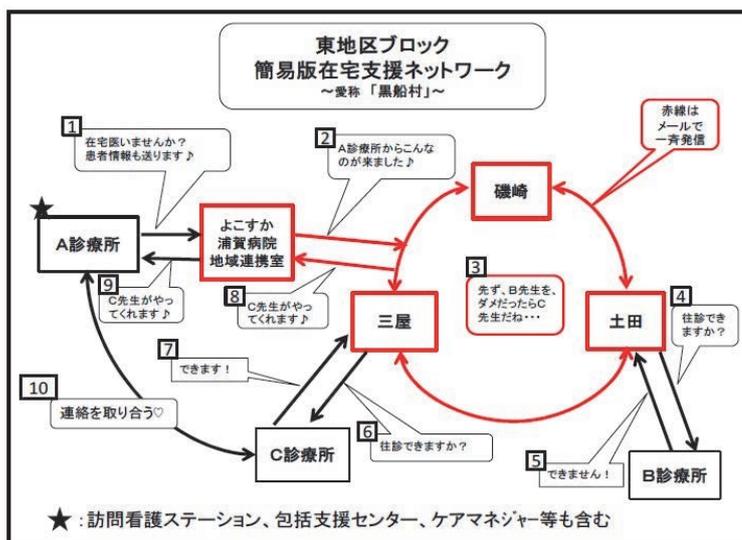
・拠点病院（拠点事務局）：よこすか浦賀病院

・平成 27 年 9 月から、「東地区ブロック簡易版在宅支援ネットワーク」（愛称『黒船村』）を開設し、運営を開始した。医療機関以外にも多職種からの在宅医、臨時在宅医の検索も一本化した。

・拠点病院よこすか浦賀病院地域連携室（841-1032）に相談すれば、東ブロック幹事（三屋内科、湘南山手つちだクリニック、小磯診療所）間で、かもめネット内の「黒船村役場の部屋」で情報共有し在宅

医を探し依頼可能なシステムを構築した。在宅医がアドバイスを必要とする場合と同じ要領で、幹事から回答がもらえる。また、在宅医が直接幹事に相談でき、希望すれば幹事の一人が密着サポートする体制も可能。

・平成 29 年度は、**在宅医サポート隊パイロット事業**（東・西南ブロック）を実施し、新規在宅医の掘り起こしとサポート及び地域内の在宅医の相互協力体制の構築を目指す。



【西南ブロック】

・拠点病院（拠点事務局）：市立市民病院

・西南地区の開業医どうしが気軽に連絡・相談できる関係づくりを図るため「西南ブロック在宅医療相談会」を開催。相談会には少しでも在宅医療に興味がある先生方にも声をかけ、出席していただき、食事をしながら行うこともあり、親睦会的な雰囲気の中で、疑問や不安に対応している。

・今後は、「西南ブロック在宅医看取り助け合いの会」の活動を通して、医師への啓発活動を展開予定。

・武山班内の医師間ではメールアドレスを公開し、随時、患者紹介や質問・相談できる環境整備に努めている。

【相談窓口】

将来、拠点病院に問い合わせ・相談窓口を設置する予定だが、現時点で統一窓口はなく、東ブロック以外では各ブロックの幹事（医師）に相談することになっている。

③【多職種・病診連携】「よこすかリンクパスポート」の導入（平成 23 年 8 月～、横須賀市医師会）

・医療機関が在宅患者の病状管理情報を収納した携帯用ファイル（A5 判）。

・かかりつけ医をはじめとする、医療・介護関係スタッフが患者の病状・治療状況をはじめとする医療・介護情報を共有し、適切で安心安全な在宅医療を継続するために活用するツールで、いわば『在宅医療・介護関連の通行手形』の役割を果たすもの。

○発行者：かかりつけ医（在宅療養を行う患者さんに発行）

○同意書：リンクパスポートにより情報を関係者で共有することについての同意サインが必要

○管理者：患者本人・家族

○情報共有者：患者本人・家族、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問介護員等の介護職、**入院時は病院主治医・看護師・医療ソーシャルワーカー等、救急車を呼んだときは救急隊員**



※平成 29 年度改訂版の製作コストは 1 冊約 300 円。市補助を活用。

④【病診・多職種連携】「横須賀市退院前カンファレンスシート」の策定・活用（平成 26 年 6 月～、横須賀市）

- ・横須賀市在宅療養連携会議（連携手法検討専門部会）において、病院退院後の在宅療養へのスムーズな移行と、多職種の情報共有を目的に、市内共通の退院前カンファレンスシートを作成した。
- ・平成 25 年 11 月から病院での試行した結果と、在宅療養に関わる多職種の意見を反映し、平成 26 年 6 月に改訂版（Ver. 2）を作成し配布した（活用・内容の改変は原則自由）。
- ・市内の病院、ケアマネ協議会、訪問看護ステーションにも情報提供。
- ・本カンファレンスシートを活用することで、①病院スタッフから在宅療養支援スタッフへ必要な情報が漏れなく提供される、②在宅療養支援スタッフが情報を共有することができることを狙う。

病院	病棟	年 月 日
退院前カンファレンスシート ※カンファレンスシートは退院前に行われることを前提とする		
病棟・ケアマネジャー・MD/看護師等による連携 ※自己紹介より診療は省略する	① 合併症の内容と対応 ※併発方法・併発方法は記載されているか	
1. 現在までの経過と治療（再発治療または再発 原因の検討、処置が必要かどうか）	② 定住薬と併用薬 ※必要な定住薬、併用薬は処方されたか	
2. 入院中の ADL とケア ① 移動と移動、入院中のリハビリテーション	③ 本人・家族の希望と心配	
② 食事の内容と食事介助の方法 ③ 排泄	4. 異状	
④ 器具と付具交換、並置トラブルの有無 ⑤ 入院中の入浴・清潔の方法と頻度	5. ケアプランの役割（ケアマネジャー）	
⑥ 認知機能・精神面 ⑦ 行なっている調剤処置 ※必要な調剤器具、投与機はありますか、また、使い方は習得できているか ※自宅に備わっている調剤器具などはあるか	6. ケアの観察と対応 ※退院後に利用する医療・介護の専門家は退院前を知っているか 退院後の日程 緊急連絡先や方法 ※患者や家族は体調が変わった時の緊急連絡先を知っているか ※診療時間延長と緊急サービスを知っているか	
	7. まとめ	

⑤【病診連携】「在宅患者入院支援登録システム（バックベッド）」の運用（平成 26 年 7 月～、市医師会）

在宅療養患者が、急な病状悪化あるいは検査や治療のための入院が必要な時に、患者情報を入院支援協力病院に事前に提供することで、病床利用がスムーズに行われるための入院支援システムである。

○登録対象

- ・横須賀市内居住の、在宅でかかりつけ医の診察を受けている患者

○入院支援協力病院（10 病院）

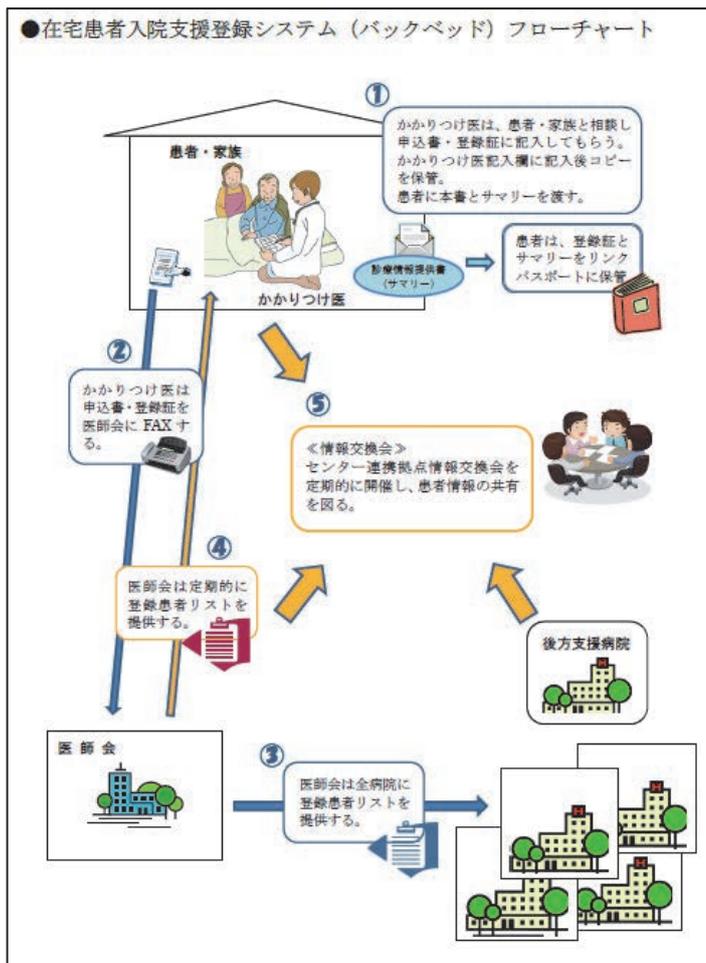
- ・湘南病院、自衛隊横須賀病院、聖ヨゼフ病院、横須賀共済病院、よこすか浦賀病院、パシフィックホスピタル、久里浜医療センター、横須賀市立うわまち病院、衣笠病院、横須賀市立市民病院

○在宅患者入院支援登録システムの仕組みと特徴

- ・あらかじめ必要な情報を入院先医療機関へ登録し、一時的に体調を崩し、在宅かかりつけ医が必要と判断した場合に、スムーズに入院できる。
- ・早めの対応により、病状の悪化や身体の働きの低下を防ぎ在宅生活を続けることを支援する。
- ・短期間の入院(約 2 週間)を想定し、かかりつけ医と登録病院が相談して受診や入院の必要性や退院の時期を判断する。
- ・入院先医療機関と在宅かかりつけ医が相談し、在宅での治療が可能と判断した時点で退院する。

○最新登録実績

- ・登録患者数 576 人、診療所 17 箇所（H29.10.26.現在）



⑥【多職種連携】在宅医療・介護情報共有システム「かもめネット」の活用（平成 26 年～、横須賀市医師会：市からの委託事業）

かかりつけ医、副主治医、病院医師、歯科医師、訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師などの関係職種が、在宅医療・介護サービスを行う中で、各自が持っている情報をタイムリーに共有することにより、各担当者間のスムーズな情報共有・情報交換を実現することを目的に導入。

○導入経緯

平成 26 年度 & 27 年度横須賀市「在宅療養センター連携拠点運営業務」の 1 項目として、市医師会に委託

- ・平成 26 年度 導入システムの検討・選定
- ・平成 27 年度 導入説明会・勉強会の開催、参加者募集と ID 発行（初年度発行 147ID）

○導入システム（株）カナミックネットワーク「地域包括ケアシステム」の特徴・採択理由

- ・クラウドシステムであるため、固定 PC・タブレット・スマホで運用可能
- ・マルチプラットフォーム（Windows、Mac、Android、iPhone）
- ・導入事例が多い（千葉県柏市、在宅医ネットよこはま ほか）
- ・東京大学高齢社会総合研究機構が開発に協力しており、使い勝手やセキュリティ面で安心
- ・運用費用が安い：システム利用料を必要とするのは管理者 ID のみ（横須賀市では診療所のみ）

○最新の利用実績

- ・ID 登録者 213 名、145 事業所（H29.10.26.現在）
- ・内訳：診療所 29 診療所（医師 36、看護師・事務等 51）、多職種 110 事業所（ケアマネ 49、訪看 19、歯科 8、薬局 31、老人ホーム 3）、その他 9 事業所（病院 4、施設 3、行政 1、横須賀市医師会事務局 1）

（2）推進協議体・会議体

①「在宅療養連携会議」（平成 23 年 4 月～、横須賀市 地域医療推進課）

市民が地域において安心して医療・介護を受けることができるよう、医療関係者、福祉関係者等の連携を深めることを目的に関係機関のネットワークを構築し、在宅療養にかかる課題解決策を話し合う。

○連携会議の構成員

- ・市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会、病院（共済、市立市民病院、市立うわまち、衣笠）、市介護老人保健施設連絡会、市地域包括支援センター連絡会、市居宅介護支援事業所連絡協議会、横三地域訪問看護ステーション連絡協議会 横須賀ブロック、市訪問介護事業所連絡協議会、市グループホーム協議会、横須賀市（福祉部介護保険課、福祉部高齢福祉課、健康部地域医療推進課）

○定員・任期・全体会議等

- ・定員 20 名以内（当初の委員は 11 名、現在は 19 名）。任期 2 年。全体会議は年 4 回開催予定。
- ・座長（議長）は横須賀市医師会副会長に依頼（行政と医師会とのパイプ役に）
- ・構成員が出席できない時は、構成員の所属する機関・団体からの代理出席可能。
- ・構成員は必要に応じて、所属する機関・団体からオブザーバー出席可能。オブザーバーは、会議の構成員からの求めに応じて発言可能。また、構成員は、いずれかの専門部会のメンバーとなる。

○専門部会（平成 25 年度までは「ワーキングチーム」と呼称）

- ・「広報啓発検討」「連携手法検討」「研修・セミナー検討」の 3 専門部会を置く。
- ・専門部会ごとに年 4 回開催予定。

○専門部会の検討課題（平成 29 年度）

（広報啓発検討専門部会）

- ・在宅療養シンポジウム（年 1 回）の企画検討
- ・横須賀版リビング・ウィルの検討

(連携手法検討専門部会)

- ・広域多職種合同研修会の開催（センター拠点で実施）
- ・在宅療養連携よこすかエチケット集の普及・改訂
- ・多職種連携による相談対応体制の構築にむけた検討

(研修・セミナー検討専門部会)

- ・病院出前セミナーの開催
- ・介護職向け在宅療養セミナーの開催

○連携会議の実施事業

- ・「多職種連携セミナー」（年1回開催、参加約190名）
- ・「ケアマネジャーのための在宅療養セミナー」：市福祉部介護保険課主催で年3回開催、各回参加約70名
- ・「ホームヘルパーのための在宅療養セミナー」：健康福祉財団主催で年3回開催、参加約60～140名
- ・「みんなで支える在宅療養シンポジウム」：一般市民・医療・福祉関係者を対象に年1回開催、基調講演+パネルディスカッション、参加約400～500名
- ・「医師のための在宅医療セミナー」：在宅医を増やすことを目的に開業医対象で年1回開催、参加約60名
- ・「病院医療職向け在宅療養出前セミナー」：平成26年～、3病院で開催、参加約40名～100名
- ・「まちづくり出前トーク」：市地域医療推進課主催、町内会・自治会・各種事業所等を対象に、年11～13回程度開催、年間参加累計約500名
- ・「多職種合同研修会」：横須賀市&市医師会主催、年1回開催、受講約60名、「よこすかエチケット集」に結実
- ・「横須賀市在宅医療・介護連携推進事業カレンダー」の情報更新（年4回、情報提供5団体）

②「在宅医療委員会」（横須賀市医師会、平成26年～）

- ・委員14名（市内診療所医師）
- ・年5回程度開催
- ・主な活動内容：在宅医療推進に係る協議及び事業の実施

①「退院調整ルールづくり」への取り組み

入退院における情報提供等について、統一ルールをつくることで、病院から在宅へのスムーズな退院が可能になる。市内全病院の退院調整担当者と在宅で支援する職種（ケアマネ・地域包括・訪問看護師など）が参加して、に各病院の退院調整担当者や、在宅療養を支援する多職種をメンバーとしたワーキンググループで検討した「退院調整ルール」を冊子等の形にまとめ、発行・周知を行う。

②「サービス担当者会議のルールづくり」への取り組み

在宅療養現場で、個々の患者について、担当する多職種が参加して実施する「サービス担当者会議」の開催ルールをつくることで、在宅療養を支える多職種の連携が推進される。在宅療養を支援する多職種をメンバーとしたワーキンググループを立ち上げ、ルールづくりに取り組む。

③「在宅医療ハンドブック」作成（市医師会）

新規で在宅医療に取り組む診療所を支援するため、在宅医療取り組みの糸口や地元の医療介護情報満載の分かりやすい手引き書を医師会在宅医療委員会で編著。

④「エンドオブライフ・ケア研修」(在宅療養ネットワークミーティング)への取り組み(市医師会)

人生の最終章に寄り添う援助者の養成、人材確保

⑤「在宅療養ガイドブックvol. 2「ときどき入院・入所ほぼ在宅」

平成 25 年度に市民向けに作成した、在宅療養ガイドブック vol.1「最期までおうちで暮らそう」に続き、第 2 弾「ときどき入院・入所 ほぼ在宅」を作成・配布した（平成 29 年 3 月初版発刊）。

vol.2 では、医療と介護サービスを上手に活用し、無理のない在宅療養生活を送ることを提案した。

⑥「横須賀版リビング・ウィル」と「エンディングサポート」の実現

人生の最終段階における医療について、市民が具体的に考えることのできる資料を作成する。療養場所や医療の選択などに対する市民の意識の高まりにつながる。市民啓発冊子「横須賀版リビングウィル」の作成・配布と、市民向け「エンディングサポート」事業の展開・実施について検討する。

⑦「街角在宅医療講座」継続と「診療所主導型在宅医療学習会」の展開(市医師会)

市民の在宅医療に関する意識醸成を目的に町内会等が開催する「街角出前在宅医療講座」に在宅医を講師として派遣、平成 24 年度から 29 年度まで 2,337 名が受講

診療所が企画して実施する診療所主導型研修会は、テーマごとに症例カンファレンスなど様々な切り口で行う勉強会で年間 20 回程度開催している。

①医師会からのアドバイス(医師会と行政協働の秘訣)

- 各関連分野が接点を持つことを認識する(仕事の重なり合いは分かり合いの第一歩)
- 要時相談を可能にする日頃からの顔の見える関係づくり
- 『医師会にしかできないこと』、『行政だからできること』・それぞれの強みを生かして使命感を共有する
- 『与えあい』から生まれる『分かち合い』と『譲り合い』
- 決める前の相談と、決めてからの協働実施
- 「事件は現場から」→まずは現場担当者同士のコミュニケーションから始めよう
- 定期的な顔合わせと交流会の開催

②行政側からのアドバイス(留意点・成功ポイント等)

○行政の各種データの整理と提示

- ・各種団体との共通認識を持つために客観的データ(国勢調査、人口動態、人口推計、市民アンケート結果等)を活用すると、納得性・説得性が向上する。

○関係団体には個別に当たって本音を聴き、各団体のキーパーソンを味方に付ける

- ・各団体が課題と感じていることをきちんと聴いて受け止めること、行政として目指すゴール・そのために考えている方策、各団体からの協力の必要性、そして行政の本気度を伝えることが大切である。
- ・各団体にキーパーソンが必ずいるので、徐々に味方を増やし、一緒に前に進むという雰囲気醸成できるよう努める。

○職員も一緒に頑張る覚悟を決める

- ・在宅医療・介護推進に協力頂く多職種の方は、それぞれ専門の仕事を抱えており、その仕事の合間を縫ってボランティアで参加・協力されている方がほとんどです。行政職は、そのことを忘れずに、先方に合わせた夜間の打合せ開催などに充分配慮すべきです。

○躊躇せず、できることから始める

- ・事業を展開するのに、順番もやり方も決まっていない。予算がなくてもできることはいっぱいある。厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」はあくまで参考例と考え、自治体にあったやり方で、できることから始める。
- ・多職種の方と一緒に検討し、企画し、動かして行くと、うまくいくはず。
- ・事業によっては、医師会を共催者(主催者)として肩を並べてもらうと進めやすい場合もある。

○多職種が声をかけてくれたら参加する

- ・様々な職種・団体が全体の動きに呼応するように、独自の動きを始めたなら、しめたものです。
- ・声をかけてくれるのは、行政にも自分たちの動きを知って欲しいからです。あるいは行政が応援しているというお墨付きが欲しい場合もあるからかもしれません。呼ばれたらできるだけ参加しましょう。

横須賀市医師会 回収データ分類（診療所）

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	5	2	3	0

n=(10)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	0	10	0

n=(10)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	在宅専門診療所	いずれも届け出していない	無回答
5	1	4	0	0	0

n=(10)

④ 標榜している診療科目（重複有）

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
10	2	1	0	1	3	0	0	1	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	n=(10)
0	0	0	0	0	0	0	0	0	

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	10	2.75	1	11
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	10	2.03	0.3	6
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	9	0.37	0	1
2) 歯科医師	9	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	10	3.49	0	9
4) 薬剤師	9	0	0	0
5) リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	9	0.11	0	1
6) 管理栄養士	9	0.09	0	0.8
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	9	0.11	0	1

⑥外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	10	10.22	2.6	19
②平成30年1月の延べ外来患者数	10	741.46	68.3	2644

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	10	10	0	0	0
(2) 訪問診療	10	10	0	0	0
(3) 歯科訪問診療	10	0	0	10	0
(4) 救急搬送診療	10	3	0	7	0
(5) 在宅患者訪問看護・指導	10	3	1	6	0
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	10	0	0	10	0
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	10	1	2	7	0
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	10	10	0	0	0
(9) 在宅看取り	10	10	0	0	0
(10)居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	10	8	1	1	0
(11)訪問看護（介護予防サービス含む）	10	2	2	6	0
(12)訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	10	1	1	8	0

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	10	106.82	19.5	303.3
合計のうち小児（15歳未満）患者数	10	0.48	0	2.5
合計のうち自院に通院していた患者数	10	15.75	2.5	60
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	10	65.93	5	180
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	10	16.54	2	26.8
うち自宅での死亡者数	10	14.51	2.5	21.7
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	9	7.42	0	16
合計のうち医療機関で死亡した患者数	9	8.6	1	30
うち連携医療機関での死亡者数	9	2.61	0	10
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	9	2.1	0	5.8

⑨ 診療所に対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	10	9	1	0	0	0
(2) 中心静脈栄養の管理	10	5	4	1	0	0
(3) 膀胱留置カテーテル	10	9	1	0	0	0
(4) 在宅酸素療法	10	9	1	0	0	0
(5) 人工呼吸器の管理	10	5	3	1	1	0
(6) 気管カニューレの管理	10	8	1	1	0	0
(7) 腹膜透析	10	0	3	1	6	0
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	10	9	0	0	0	1
(9) 点滴・静脈注射	10	5	3	2	0	0
(10)喀痰吸引	10	9	1	0	0	0
(11)麻薬による疼痛管理	10	9	1	0	0	0
(12)褥瘡処置	10	9	1	0	0	0
(13)ターミナルケア	10	9	1	0	0	0
(14)小児患者（15歳未満）の対応	10	4	1	3	2	0

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	127	5.5	295

n=(9)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
6	2	0	2	0

n=(10)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
1	5	0	0	4

n=(10)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	1175.18	45	2191.8

n=(9)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
1253.4	300	2000.4

n=(10)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	訪問診療を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	訪問診療は行っていない	無回答
5	2	2	1	0	0

n=(10)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間内外に関わらず訪問診療 を行っている	診療時間内に行い、診療時間外 には行わない	診療を行っている 日の診療時間外に行い、診療時間 内には行わない	休診日に行っている	その他	無回答
1	0	0	0	1	0

n=(2)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
3	4	0	0	3

n=(10)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	10	16.54	2	26.8
うち自宅での死亡者数	10	14.51	2.5	21.7

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
4	6	0	0	0

n=(10)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点的な病院	緊急時に入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
8	9	9	8	9	10	4	10	10	10	1
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
7	7	4	5	4	6	4	3	0	0	0

n=(10)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
10	10	7	10	10	6
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(10)
10	6	3	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
9	10	7	9	9	8
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点をふまえた医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(10)
8	6	7	1	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
6	10	10	5	0
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICT の連携ツール	その他	無回答	n=(10)
3	3	1	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
9	1	0	0	0

n=(10)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
9	8	7	9	0	2	4
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(10)
2	2	0	3	0	0	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
3	4	3	2	3	0	0
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(10)
0	1	1	3	2	0	

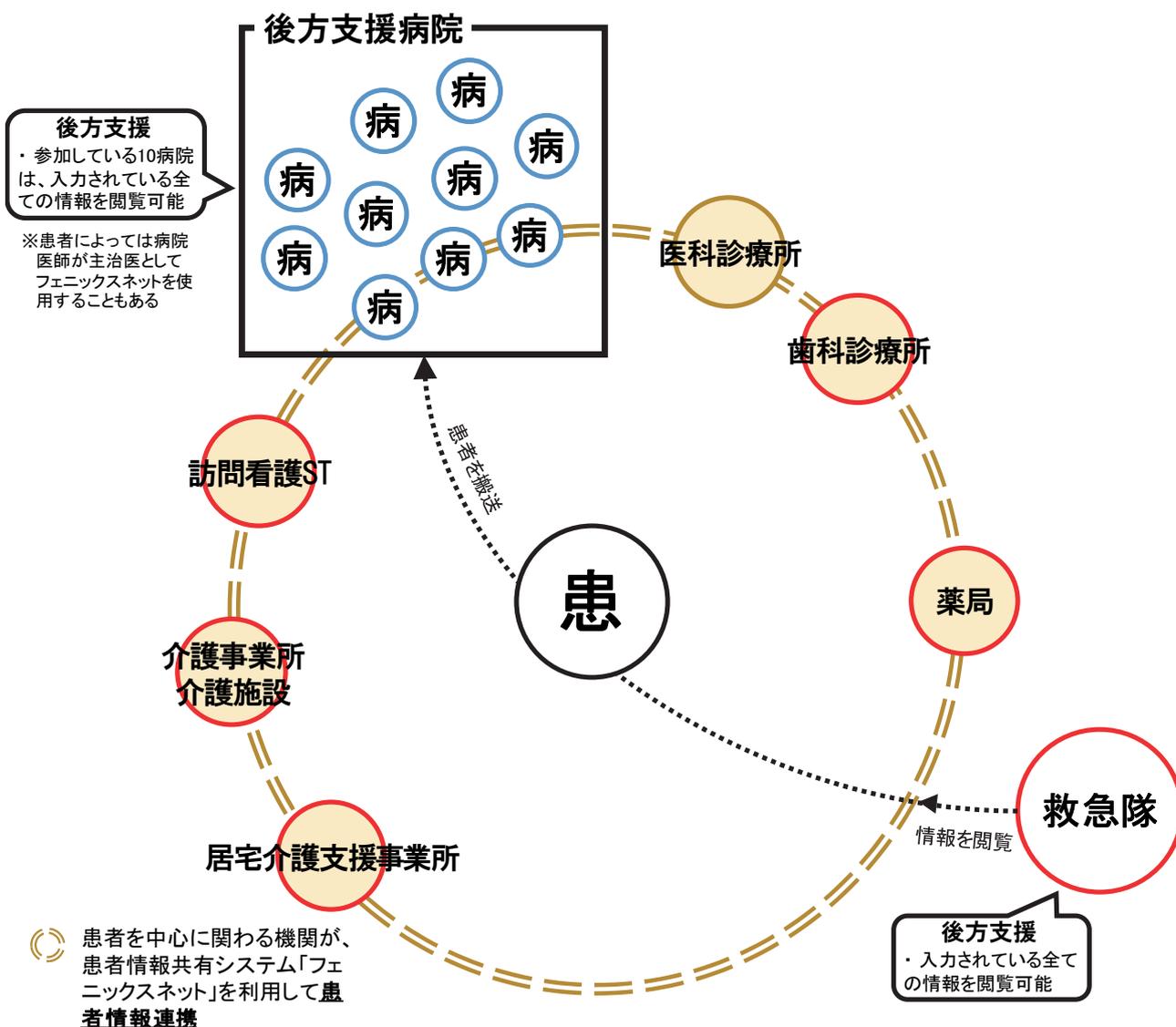
② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
4	6	5
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
4	3	3
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
6	3	1
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
1	3	5
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(10)
5	2	

8. 新潟県長岡市(長岡市医師会)

在宅患者急変時の ICT を使用した患者情報連携

- 「フェニックスネット」には、長岡市内 10 病院が参加し、在宅患者の後方支援病院としてバックアップ体制が構築されている
- ICT「フェニックスネット」の活用により、参加医療・介護機関は、受診時の状況や治療歴、在宅医療でのケア内容などの診療情報や介護等の生活状況をグループ内で共有し、日常の治療や生活支援に役立てることができる。
- 緊急時には、入力済の全ての情報を救急隊・後方支援病院が確認することができ、適切な治療や救急搬送に役立てることができる。



<基本データ>

- ・ 人口 27.4 万人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・ 高齢化率 29.3% (同上)
- ・ 訪問診療実施率 30.3%
- ・ 看取り実施率 5.1%
- ・ 在宅死率 12.7%
- ・ 病 11 診 147 歯 135 薬 108 (H28)

一般社団法人 長岡市医師会

<在宅医療資源の情報>

- ・ 在支診数 17 (H28)
- ・ 在支病数 0 (H28)
- ・ 訪問看護ステーション数 12 (H28)
- ・ フェニックスネット参加数：診 36 病院 (後方支援) 10 訪問看護 S16 薬局 22 歯 7
介護施設等 49 同意患者数 2,423 名
- ・ 訪問歯科 21 (H28)
- ・ 訪問薬局 93 (H28)

事例の概要

<取組の背景・経緯>

長岡市では、もともと市内の長岡福祉協会「こぶし園」が築き上げた“長岡モデル”として、高齢者を住み慣れた地域で支えるために、関係者が情報を共有しながら連携する仕組みづくりに取り組んでいた。医師会でも、在宅医療連携に関する委員会を設置するなど、医療ニーズ調査や地域医療マップの作成など、地域の医療を支えてきた。

しかし、患者が住み慣れた地域で在宅療養するためには 365 日 24 時間体制の支援が必要となり、医師会のみでは対応し切れない問題があった。このため、長岡市の協力も得ながら、医師と 16 グループの訪問看護師グループが連携しつつ、日ごろから ICT を使用して患者の情報連携ができ、患者急変時には後方支援病院の協力を仰ぐことができる「フェニックスネット」の仕組みを構築するに至った。

<取組の概要>

- 垂直連携：在宅患者急変時の後方支援病床の確保 (医師会および市内 10 病院)
- 水平連携：「フェニックスネット」を利用した多職種間の患者情報連携

<検討及び運用開始時期>

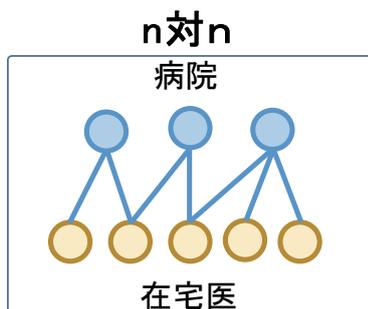
- ・ 平成 26 年 12 月 在宅医療連携に関する委員会を設置 (後の「在宅医療連携協議会」)
- ・ 平成 27 年 10 月 長岡在宅フェニックスネットワーク協議会を設置 (現在は「長岡フェニックスネットワーク協議会」)
(※構成：長岡市・長岡市医師会・長岡市訪問看護ステーション協議会)
登録受付・デモ運用開始
(※その後、構成団体の追加あり)

<今後の課題>

- ・ 市民の在宅看取りについての意識付け
- ・ フェニックスネットの対象者拡大 (高齢者のみから小児、障害者にも範囲を拡大)

長岡市医師会の取組の概要(図)

① 垂直方向の連携（病診連携）



<患者急変時の連携>

- 患者急変時には、水平連携で共有されているICTの情報を病院が閲覧する
- 後方支援病院として、10病院があり、その中の基幹3病院で病院郡輪番制を取っている

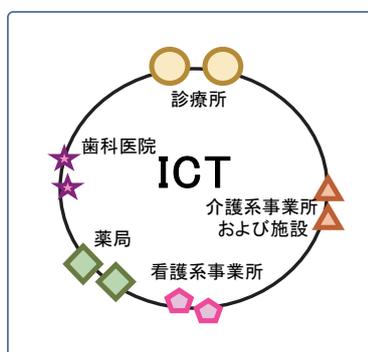
<関連する協議会等>

長岡地域救急懇談会(2ヶ月に1回程度)

- 消防署が事務局になり、病院関係者(長岡市・小千谷市・見附市・柏崎市の病院)、長岡市医師会、市役所、警察署、弁護士会、報道機関が参加し、長岡市の救急体制について議論を行っている。

② 水平方向の連携（診診連携・多職種連携等）

ICTを使用した多職種を含む水平連携



- ICT「フェニックスネット」を使用した患者情報連携(医師会)

<関連する協議会等>

長岡フェニックスネットワーク協議会(年2回程度)

- 医師会が事務局となり、長岡市、長岡市訪問看護ステーション協議会、長岡歯科医師会、長岡市薬剤師会、長岡地域介護支援専門員協議会、新潟県理学療法士会、新潟県作業療法士会、新潟県言語聴覚士会の各団体で構成されている
- 連携ルールの構築、課題等について協議されている。

取組の紹介

(1) 垂直連携の取組

<患者急変時の対応>

患者の急変時には、「フェニックスネット」で連携されている情報を、救急隊員および病院が閲覧できるようになっている。医療機関・訪問看護・薬局・ケアマネジャー・介護施設等が登録した患者情報を、患者急変時には後方支援機関である病院、消防が閲覧できるようになっている。



搬送を受ける病院については、長岡市では、合計 10 の後方支援病院が存在し、そのなかで 3 つの基幹病院が病院郡輪番制を取っており、3 病院間での連携が取れている。

後方支援病院	基幹 3 病院	長岡赤十字病院、長岡中央総合病院、立川総合病院
	基幹病院以外の 7 病院	長岡西病院、吉田病院、悠遊健康村病院、田宮病院、三島病院、長岡保養園、県立精神医療センター

なお、患者急変時の対応を検討する場として「長岡地域救急懇談会」が偶数月に開催されており、救急の体制等について議論を進めている。

長岡地域救急懇談会	参加者	長岡市内の医療機関の医師や看護師をはじめ、長岡市医師会、警察、市役所、消防、弁護士、福祉関係者、報道機関
	開催頻度	偶数月
	トピック	高齢者救急対応の課題、対応方法等

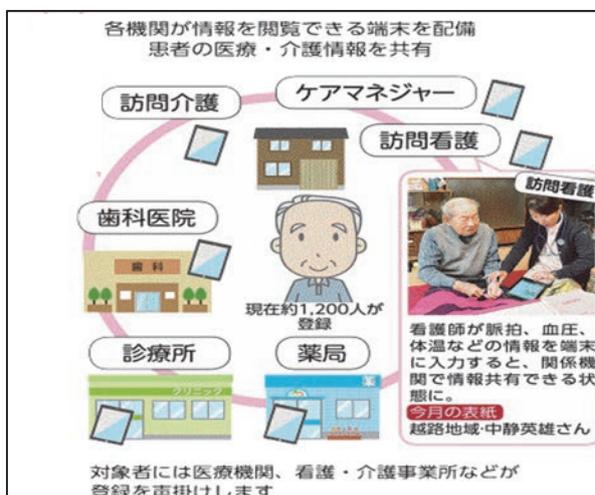
<退院支援の対応>

上記救急搬送された患者が退院する際、元々のかかりつけ医であった在宅医のもとに戻る際の退院連携についても、病院の地域連携室が診療所と連携して行っており、特段のルール化は行っていないが、希望する患者はスムーズに在宅療養に移ることができている。

(2) 水平連携の取組

① 「フェニックスネット」概要—在宅患者急変時の ICT を使用した患者情報連携—

長岡では、「長岡フェニックスネットワーク協議会」が運営している「フェニックスネット」システムを使用している。このシステムは、在宅で医療や介護サービスを受けている患者の情報をタブレット端末などで共有できるものであり、在宅医、病院、看護・介護事業所など、患者を支える関係者が、訪問時の状態など医療・介護情報を共有することで、適切な治療やケアにつなげている。



例えば端末で撮影した褥瘡写真を共有することで、感染症対策の薬を入れたり、エアマットを導入したりなど、すぐに医師の指示を仰ぎ、対応できるようになっている。



② 連携される患者情報

連携される患者情報は以下の通りである。これらの項目に設定した理由としては、病院⇄診療所 連携では、入院・退院時や在宅移行時に必要な情報である診療サマリーがあればよく、地域の医療・看護・介護の担当者間における連携では、在宅での医療・看護・介護中に発生する情報である日々の診療・看護・介護記録の共有が望ましいからである。

登録された姓名（漢字・カナ）、生年月日、性別の完全一致により患者情報を連携しており、連携が有効となった事業所間では「カレンダー」、「経過観察」、「書類一覧」を共有できる（その他の情報は共有されない）。

フェニックスネットで連携される情報	患者基本情報、身体状況、治療情報、サービス提供者情報、生活情報、介護状況、バイタルサイン、診療・ケア記録
-------------------	--



(1) 病院への連絡が円滑になった

患者の以下の情報については、消防が患者を搬送する際に役に立つ情報として消防から評価を受けている

- ① かかりつけ医療機関
- ② 病歴
- ③ 薬歴（今飲んでいる薬）
- ④ 緊急連絡先
- ⑤ 過去の観察記録

また、実際の「フェニックスネット」の情報を使用した救急搬送時の好事例として、以下のものが挙げられている。

事例①	【1人暮らしの高齢者（認知症）事例】 テレビ鑑賞中、急に後頭部痛で知人に助けを求めたもの。状況聴取が困難であり、タブレットで検索した結果、病歴や緊急時連絡先が判明した。
事例②	【画像登録事例】 胃瘻増設している患者が数日前からの腹痛で救急要請。胃瘻チューブの画像が登録されており、比較したところ、深く入り込んでいることが判明した。
事例③	【身元不明者事例】 不安を主訴に近所のコンビニエンスストアに駆け込んだもの。状況聴取が困難であり、タブレットで検索した結果、病歴や緊急時連絡先が登録されていた。

(2) 救急隊の現場所要時間が短縮された

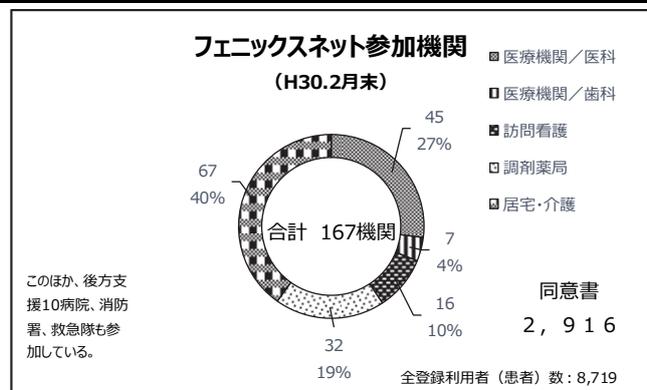
長岡市消防本部が平成 28 年 11 月 15 日にタブレットを使用開始してから平成 30 年 3 月末までの使用件数と現場滞在時間は以下の通りであり、フェニックスネット登録者と未登録者では、4.2 分の搬送時間短縮となっている。

	使用件数	搬送件数	不搬送件数	現場滞在時間 (搬送件数のみ)
タブレット使用件数	66件	59件	7件	16.34分
フェニックスネット登録者	34件	29件	5件	14.21分
フェニックスネット未登録者	32件	30件	2件	18.40分

(3) フェニックスネットの参加機関の増加

フェニックスネットの参加者は年々増加しており、現在では右記の通りである。

このほか、後方支援病院 10 病院、消防署・救急隊も参加している。



(1) 嚥下の問題について

高齢者施設や在宅における、接触嚥下の問題に対し、歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士のチームの参画による食形態の改善と誤嚥トラブルの防止や、食べる楽しみの実現。

(2) フレイル対策

元気な高齢者の増加に向け、上記(1)にさらに管理栄養士も加わった NST (Nutrition Support Team) の参加によるフレイル対策の進展。

取組を進める上でのアドバイス

(1) 多職種連携が鍵

在宅医療を推進していくには、医師が多職種とうまく連携することが重要であり、そのため的手段が「フェニックスネット」である。多職種との連携が進むことにより、在宅医療に取り組みやすい環境ができていく。

(2) 医師会と行政は両輪の関係

多くの関係者が一同に同じ方向に進んでいくには、市の理解と下支えが不可欠である。様々な面で医師会と市が密に連携することが、取組を進める原動力になる。

フェニックスネット 画面 (イメージ)

処方 (外来院内処方)		2017/12/25	版:01
中央 外未 内科			
1. オルメテックOD錠20mg	1錠		
1日1回 朝食後	28日分		
【服用開始日:2017/12/25(月)】			
2. ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」	3錠		
レノミド錠100mg「YD」	3錠		
1日3回 毎食後	7日分		
【服用開始日:2017/12/25(月)】			
3. アドナ錠 30mg	3錠		
トランサミンカプセル250mg	3CP		
1日3回 毎食後	7日分		
鼻出血に対して			
【服用開始日:2017/12/25(月)】			
薬剤情報提供料あり			

処方 (院外処方)		2017/12/25	版:01
日赤 外未 内科			
1. イドメシユクワパフ70mg 10cmX14cm 5枚/包	1包		
1日分相当使用			
貼付... 医師の指示通り	1日分		
【服用開始日:2017/12/25(月)】			
テスト			
後発薬品への変更可			

フェニックスネット 画面 (イメージ)

201 年 月 日 () 10:00 ~ 10:30 看護記録紙 ★★★★★

投稿日時: 201 / / 10:29

📄 🖨️

確認者(6)

	体温 (°C)	脈拍 (回/分)	最高血圧 (mmHg)	最低血圧 (mmHg)	SpO2 (%)
訪問時	36.4	45	142	58	97

排便量: 中

胸部症状なし。徐脈、屯用薬内服なし。被害妄想的発言なし。排便あり、固め。排尿はいつもと変わらず。冷房、ついている。薬セットすると有難うと。往診8/18、内服8/19まであり。右大転子、剥離あり、写真あり、乾いている。フィルムはる。痒みあり、軟膏使用。

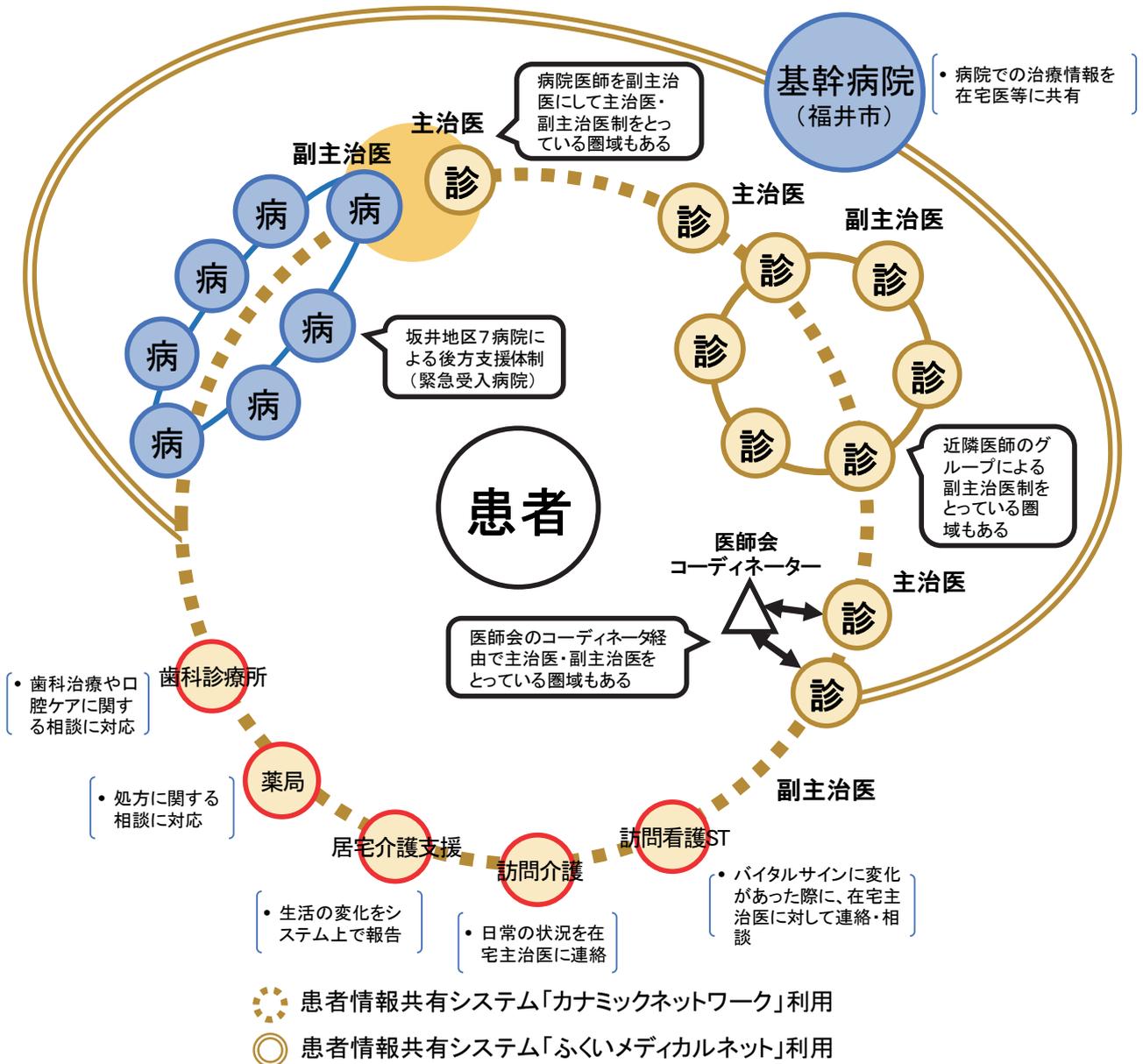


9.

福井県坂井地区(坂井地区医師会)

ICT 活用による医療・介護の多職種での患者情報連携

- 坂井地区の7病院で協定を締結して病病連携の仕組みができており、また坂井地区の在宅医療対応診療所と患者が希望する坂井地区内の病院間で診療情報を共有し、緊急入院や検査・処置などで受診が必要になった時、いつでも連携することができるための「安心連携カード」があり、かかりつけ医がカードを作成するなど病診連携もできている。その情報は ICT「カナミックネットワーク」により共有されている
- 医師会所属のコーディネーターが副主治医を選定している地域や、病院の医師を副主治医として連携をしている地域等、各圏域によって独自の主治医・副主治医制が運用されている



坂井地区地域概要

<基本データ>

- ・人口（坂井市 9.27 万人、あわら市 2.88 万人）（H29.1 住民基本台帳）
- ・高齢化率（坂井市 26.4%、あわら市 31.2%）（同上）
- ・訪問診療実施率（坂井市 34.5%、あわら市 50.0%）（H26、厚労省）
- ・看取り実施率（坂井市 9.1%、あわら市 5.6%）（同上）
- ・自宅死の割合（坂井市 11.5%、あわら市 10.4%）（H29、厚労省）
- ・（坂井市）病 4 診 40 歯 21 薬 30 （あわら市）病 3 診 11 歯 10 薬 6（H28、日医 JMAP）



<在宅医療資源の情報>

- ・在支診数（坂井市 7、あわら市 1）（H28、日医 JMAP）
- ・在支病数（坂井市 1、あわら市 1）（同上）
- ・訪問看護ステーション数（坂井市 6、あわら市 3）（H27 厚労省特別集計）
- ・訪問歯科（坂井市 3、あわら市 2）（H28、日医 JMAP）
- ・訪問薬局（坂井市 25、あわら市 4）（同上）



事例の概要

<取組の背景・経緯>

坂井地区は坂井市とあわら市からなる広域連合であり、地区内には病院 7 か所、医療機関 60 機関、診療所 49 か所（うち、内科・外科診療所 32 か所）を有している。内科・外科診療所のうち、在宅医療を実施しているのは 25 機関で、約 78%が在宅医療を行っている状況である。

地区内の医師においては、医療連携、また、医療介護連携に対する意識は高い。その背景としては、平成 5 年からの訪問看護事業所の運営、平成 12 年からのケアセンター（訪問看護のほか、居宅介護支援、通所介護、訪問介護などを合わせた介護事業所）の運営を、地区医師会が行ってきた経緯があり、医師会会員に在宅医療に対する意識や認識が醸成されてきたことがあげられる。

坂井地区における連携ツールとしては、ICT を活用した在宅患者情報共有システムである「カナミックネットワーク TRITRUS」や病院と診療所の情報共有ツールである「安心連携カード」、在宅医をバックアップする主治医・副主治医制や地区内 7 病院による在宅医のサポート体制などが構築されており、坂井地区における在宅医療が推進されている。

<取組の概要>

- 垂直・水平連携：カナミックネットワーク TRITRUS（広域連合）
- 垂直連携：安心連携カード（地区医師会）

<検討及び運用開始時期>

- ・平成 20 年 県委託「坂井地区在宅医療連携コーディネート事業」により、「坂井地区在宅ケアネット」発足
- ・平成 22 年 東京大学 IOG との共同研究協力開始
- ・平成 23 年 委託事業終了後も「坂井在宅ケアネット」を独自事業として継続運営
東京大学 IOG との共同研究協力開始
- ・平成 24 年 「坂井地区在宅ケア将来モデル事業」開始（平成 24 年度在宅医療連携拠点事業、
平成 25～27 年度在宅医療・介護連携事業、平成 28 年度地域支援事業として実施）
- ・平成 24 年 10 月 主治医・副主治医制の検討・運用開始
- ・平成 25 年 1 月 7 病院バックアップ体制の検討・運用開始
- ・平成 25 年 2 月 カナミックネットワーク TRITRUS 運用開始
- ・平成 25 年 7 月 安心連携カード運用開始

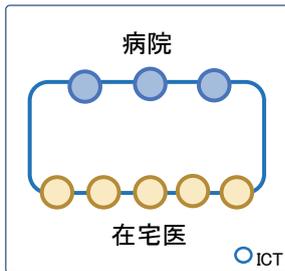
<今後の課題>

- ・安心連携カードおよび在宅患者情報共有システムの登録率の向上
- ・専門科医を含む医師会員全員の参加で取り組む在宅医療体制の構築
- ・安心連携カードの救急隊による活用（救急搬送時等）の仕組みづくり
- ・在宅医療の更なる質の向上を目指した多職種連携強化
- ・住みやすい地域づくりへの住民啓発（ACP、フレイル予防を含む）

坂井地区の取組の概要(図)

①垂直方向の連携（病診連携）

n対n（ICT利用）



- 「カナミックネットワーク」にて、インターネットを活用した診療情報や日々の生活情報等を共有している。紹介元等の病院医師、かかりつけ医、訪問看護・介護、担当歯科医師等の関係職種や患者家族等と情報共有が可能。運用主体は行政であり、運用に関する検討も行政主催の部会にて実施。運用にかかる費用は行政が負担し、利用者は無料で利用可能
- 在宅診療患者が緊急入院や検査・処置などで受診が必要にあった際に診療情報を共有し、連携することが出来るカードである「安心連携カード」があり、坂井地区医師会が発行及び費用負担を行っている
- 坂井地区のブロックによっては、病院医師が副主治医となり、在宅医が主治医となる主治医・副主治医制がとられているところも存在する

<関連する協議会等>

①坂井地区在宅ケア推進連絡協議会

（事務局：福井県、坂井地区広域連合）

- > 医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護事業者団体、東京大学、福井大学、行政（福井県、あわら市、坂井市、坂井地区広域連合）による協議会であり、坂井地区の在宅ケア体制整備の方針等を協議

②坂井地区在宅ケアネット事業運営委員会（2ヶ月に1回）

（事務局：坂井地区医師会）

- > 医師会を中心に、主治医・副主治医のコーディネート体制、バックアップ病院との連携、在宅医療を担う医師の育成など、地域の在宅医療体制を構築

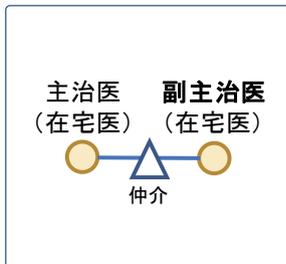
③坂井地区在宅医療連絡協議会（年2～3回）

（事務局：坂井地区医師会）

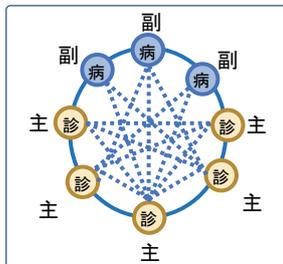
- > 坂井地区の7病院長と開業医の代表者（ケアネット事業運営委員）で構成する協議会を設け、在宅医療の支援に係る病診連携体制について協議

②水平方向の連携（診診連携、多職種連携）

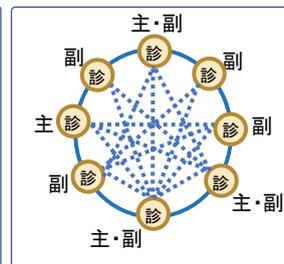
在宅医の相互協力 （主治医・副主治医制）



グループ診療 （病院医が副主治医）



グループ診療 （在宅医の相互協力）



- 主治医・副主治医制については、坂井地区在宅ケアネットのコーディネートによるもののほか、近隣医師のグループによるもの、病院医も含めたグループも存在する。
- 患者情報の連携は「カナミックネットワーク」にて、坂井地区の病院、多職種等も含め、インターネットを活用した診療情報や日々の生活情報等を共有している。

ICT活用の多職種連携



<関連する協議会等>

①坂井地区在宅ケア推進連絡協議会

（事務局：福井県、坂井地区広域連合）

- > 同上

②坂井地区在宅ケアネット事業運営委員会（2ヶ月に1回）

（事務局：坂井地区医師会）

- > 同上

③在宅情報共有システム検討部会

（事務局：福井県、坂井地区広域連合、地域包括支援センター、坂井地区医師会）

- > 医療・介護に携わる多職種が、在宅療養者の治療・ケア情報を共有するためのツール（ITシステム、情報連携シート）等について議論

※ 上記以外にも、「顔の見える多職種連携会議」や「住民啓発検討部会」、「生活支援・住民協働部会」を開催

取組の紹介

坂井地区では、医療・介護・生活支援を紹介する窓口が統一されていないこと、自宅での急変時の対応が確立されていないこと、家族介護がないと在宅療養が困難である、などの課題を抱えていた。これらの課題を解決する、坂井地区における在宅ケア体制モデル整備として、コーディネーターによる支援の紹介、中重度者も 24 時間 365 日対応の在宅医療・介護の提供、地域住民による日常生活のサポートなどの体制を推進・構築してきた。

在宅医療の推進においては、そもそもの取組の積み上げとして、坂井地区医師会では、在宅支援診療所の制度化を前に、平成 17 年度より在宅医療についての話し合いを開始してきた。翌 18 年度には、県内の大学病院が中心となり、病院と在宅医の連携のしくみづくりを行う運びとなり、坂井地区医師会としても参加・協力している。

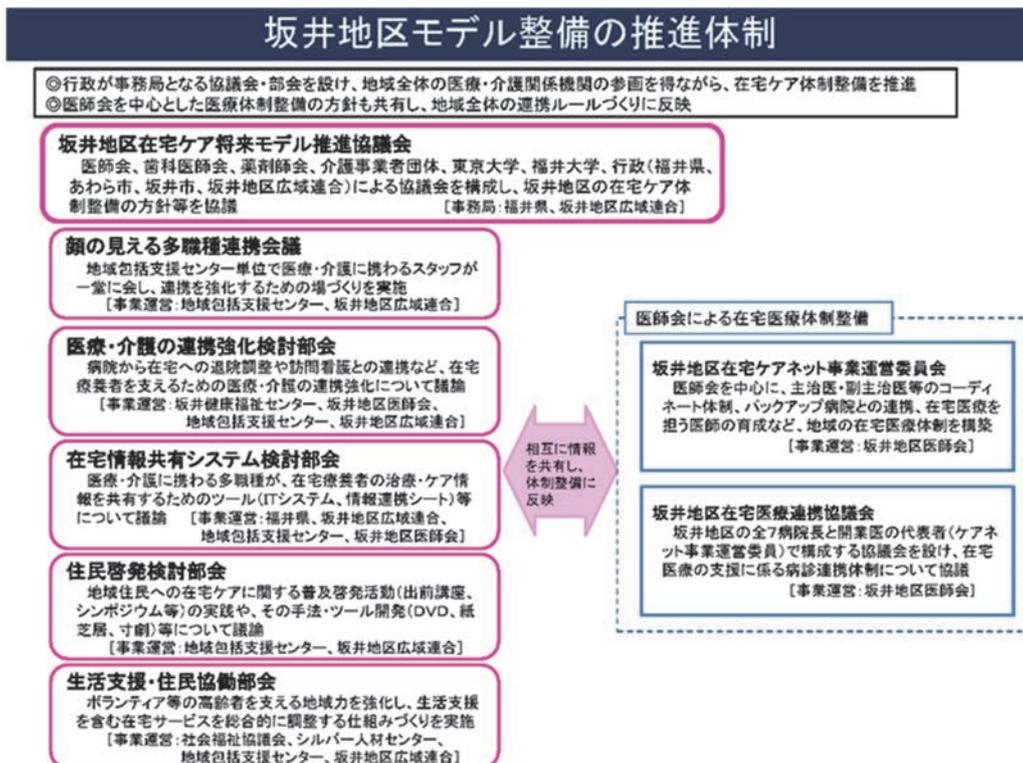
これらのような、在宅医療の連携における下地があったため、平成 20 年には福井県のモデル事業として、坂井地区医師会が在宅医療コーディネート事業の委託を受ける。この事業のなかで、坂井地区在宅ケアネットを発足させた（詳細は後述）。

県のモデル事業が 3 カ年事業として終了した後、平成 23 年 4 月から坂井地区在宅ケアネットは坂井地区医師会独自の在宅医療推進事業として継続運営。その半年前より、東大 IOG との共同研究協力が開始され、①IT を活用した患者情報共有システムの導入、②在宅医療における住民啓発、出前講座、③医療・介護の情報共有の一体化、④地域医療構想を踏まえたこれからの体制づくり、などが進められていくこととなる。

その後、坂井地区在宅ケア将来モデル推進事業として、平成 24 年度は坂井地区広域連合が在宅医療連携拠点事業を坂井在宅ケアネットへ業務委託、平成 25 年から 27 年度は在宅医療・介護連携事業として、平成 28 年度は地域支援事業として財源や内容を変えながら継続してきた。

在宅ケア体制整備においては、行政（坂井地区広域連合）が事務局となる協議会等と、坂井地区医師会を中心とした委員会等が相互に情報共有しながら、取組を推進している。

なお、坂井地区在宅ケア将来モデル推進協議会は、平成 29 年度現在、坂井地区広域連合が坂井地区在宅ケア推進連絡協議会という名称に変更し、介護保険法における地域ケア会議（地域ケア推進会議）に位置付けて実施している。



(1) 坂井地区在宅ケアネットと在宅医療コーディネーター

坂井地区在宅ケアネットは、「住み慣れた家で過ごしたい」と在宅医療を望む人がいるのならば、訪問診療を円滑に受けられるように、また、多職種専門チームに支えられながら安心して在宅生活が送れるようにサポートすることを趣旨として、平成20年に発足された。坂井地区在宅ケアネットの活動における意思決定は、医師会のなかに坂井地区在宅ケアネット事業運営委員会を設置し行っている。

目的としては、

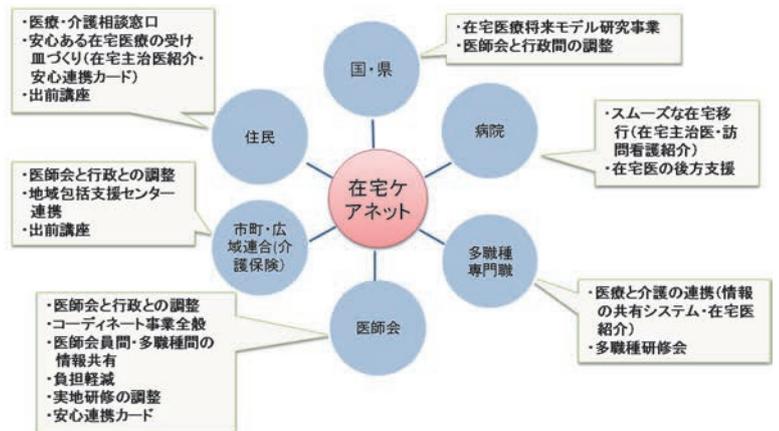
- 地域住民の在宅医療の受け皿となり、患者（利用者）本位の医療を提供する。
- 医療・介護・福祉サービス機関と連携を取りながら包括的な医療を目指す。
- 病診・診診連携・多職種連携を深め、相互協力により医師の負担を軽減する。
- 研修会等を通して医療情報を共有することで関係職の質の向上を目指す。

を掲げ、医師会雇用の在宅医療コーディネーターが役割を実践しながら、これらの目的達成に向けた事業を運営している。

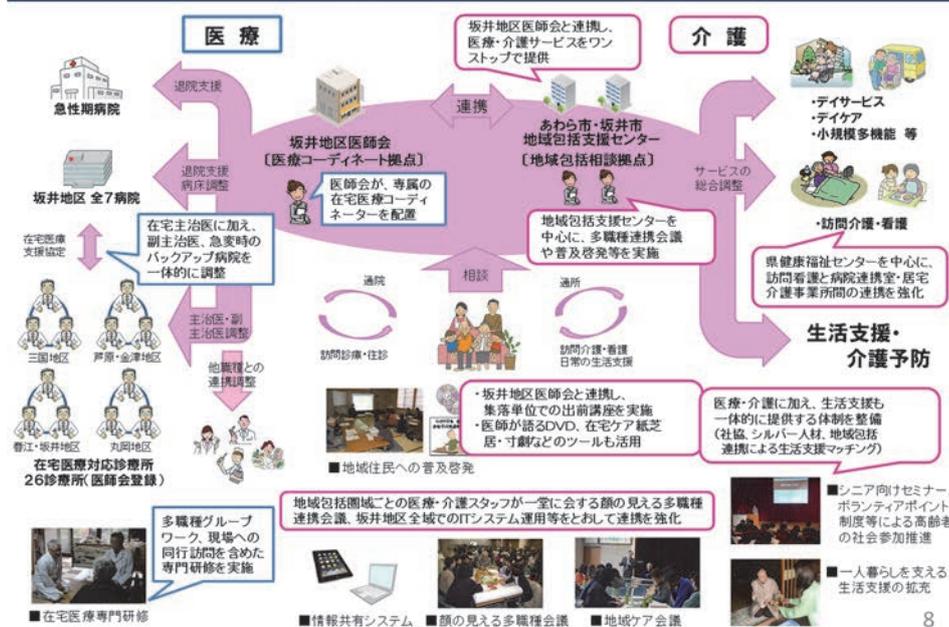
事業内容は、「在宅医療コーディネーター事業」、「在宅医療・介護に関連する研修の実施」、「東京大学・福井県ジェロントロジー共同研究協力」、「在宅医療後方支援システムの体制づくり」を4つの柱とし、図に示す役割を担っている。

在宅医療コーディネーターは、これらの役割を事務局として担い、地域包括支援センターとともに坂井地区の在宅ケア体制モデルの中心的存在として、医療・介護連携を推進している。

坂井地区在宅ケアネットが担っている役割



福井県坂井地区の在宅ケア体制モデル整備② ～地域包括を軸とした医療・介護・福祉の連携～



(2)在宅患者情報共有システム「カナミックネットワーク TRITRUS」

在宅患者情報共有システム「カナミックネットワーク TRITRUS」は、平成 22 年 11 月より開始された東京大学 IOG との共同研究事業であるジェロントロジー共同研究協力における「坂井地区における在宅ケア体制づくり」の一環として、平成 25 年 2 月より導入された ICT ネットワークシステムである。

カナミックネットワークは、在宅生活を送る患者に関する多職種での情報共有をスムーズに実施することを目的としたツールで、双方向での発信が出来る対話型のシステムである。在宅生活を送る患者の中で症状が安定しない患者や在宅医療コーディネイト事業により病院から紹介された患者等、多職種で連絡を取り合う必要がある患者を主な対象として、各患者の診療情報や日々の生活情報を共有するために用いられる。

使い方としては、当該患者のかかりつけ医が、ネットワーク上にそれぞれ患者ごとの情報をアップロードできるページ（以下、「部屋」という。）を作成し、その部屋を閲覧できる参加者を選定する。情報の閲覧は登録患者の支援チームである病院医師、かかりつけ医、副主治医、担当歯科医師、訪問看護、訪問・居宅介護、薬局、利用者家族等である。セキュリティの関係上、閲覧制限をかけることも可能であり、選定された参加者は ID とパスワードを入力することによってその部屋の閲覧および情報発信が可能となる。

機能としては、文書や画像のアップロード、メール機能等の対話機能がある。

カナミックネットワークの特徴として、対話機能が発達していることと、ID とパスワードさえあれば、パソコン・タブレット・スマートフォン等でもどこからでも閲覧・発信が可能であること。また、本来は患者 1 名に対してひとつの部屋を作成するものであるが、例えばある主治医の担当する患者で、訪問看護を利用している患者複数名をひとつの部屋に登録し、一括した情報共有を行うなど、柔軟な活用が可能である点も特徴的だといえる。

導入当時は東京大学が研究費補助金より負担していたが、共同研究終了後は坂井地区広域連合が運用費を負担している。また、「在宅情報共有システム検討部会」を設置し、カナミックネットワークの運用にかかるさまざまな検討を実施している。

平成 29 年 12 月の段階でシステム登録が 141 事業所、患者部屋作成数が 150 件となっている。

(3)安心連携カード

安心連携カードは、現在在宅療養中の患者で、診療所の訪問診療を受けている方が、緊急時や病院での治療・処置が必要となった際などに、患者・家族が希望する坂井地区内の 7 病院のいずれかに入院することが可能であることを表すツールである。病院からの退院時には、病院主治医と診療所の医師が連携することで、安心した在宅療養を実現するものである。このしくみは、平成 25 年 7 月より運用が開始されている。

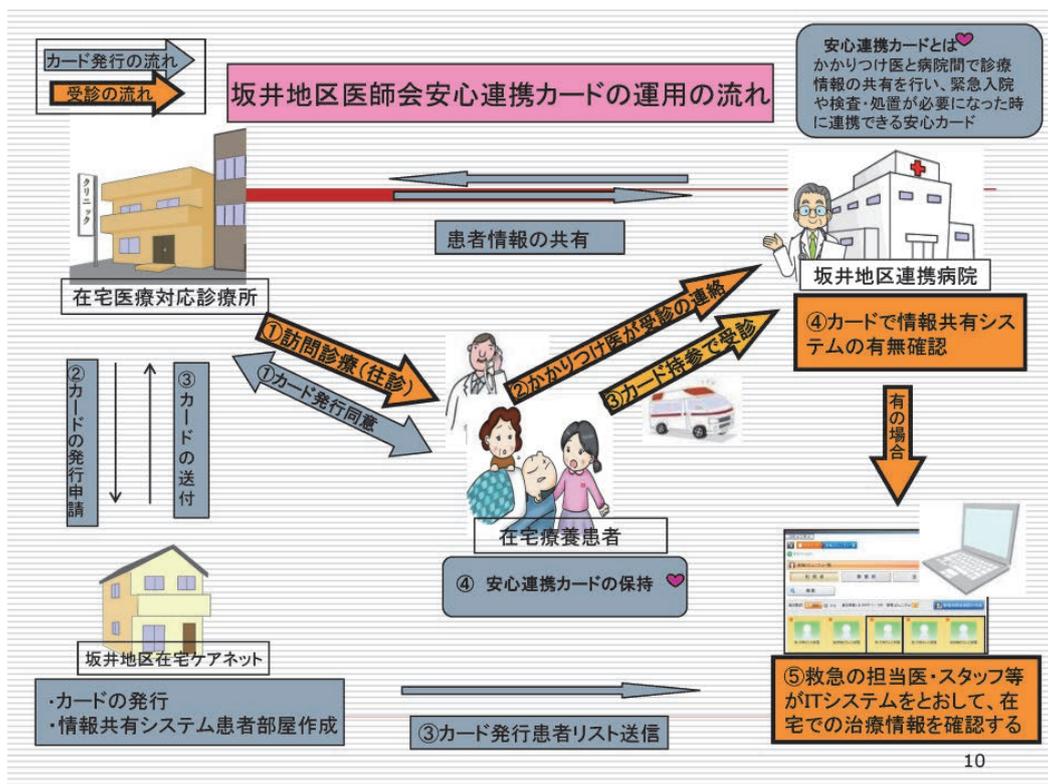
運用の流れとしては、かかりつけ医による訪問診療時等に受診・入院が必要だと判断した場合、連携病院担当医師（または外来担当者）に受診の連絡を行い、かつ、診療情報提供書を送付する。連絡を受けた病院担当者は、患者が持参した安心連携カードを確認し、カナミックネットワーク利用の有無等を確認。利用している場合は患者情報を確認することができる。その後、病院担当医の判断により、入院の必要性の有無が決定される。

このカードの発行は、原則としてかかりつけ医である訪問診療（往診）対応診療所が手続きを行うこととなっており、発行依頼を受けた坂井地区医師会の費用負担のもと、カードを発行。カードはかかりつけ医に送付され、かかりつけ医から患者本人に手渡される。

カードの発行条件も決められており、以下の項目が提示されている

- ・現在、かかりつけ医の訪問診療を受けていて、今後も在宅療養の継続を希望する患者
- ・連携を希望する坂井地区内の病院に通院歴・入院歴があることが望ましい（なくても連携は可能）
- ・病気の治療やケアに関する個人情報が多職種間で共有されることに同意できる
- ・以上のことを納得したうえで、「安心連携カード」の発行を希望する患者

安心連携カードの運用は、医師会主導の坂井地区在宅ケアネットが実施しており、平成 29 年 12 月の段階で登録件数は 45 件となっている。



(4)在宅医サポート体制

①主治医・副主治医制

坂井地区では、平成 24 年より医師会主催の坂井地区在宅ケアネット事業運営委員会にて、在宅医療を受けている患者に対して副主治医をつける体制等の協議を開始し、その体制整備を推進してきた。

坂井地区内のブロック（圏域）ごとに、その医療資源や状況に応じて取り組まれており、大別すると以下の 3 つのルールにより運用されている。

A	病診連携による選定。 連携病院が副主治医となり、必要時に入院可能。
B	グループによる選定。 近隣医師のグループによる副主治医制。
C	坂井地区在宅ケアネットのコーディネートによる選定。 診診連携による副主治医制。

在宅療養患者を複数で診ることにより、医師の負担を軽減するとともに、医師不在時の対応において患者に安心感を持ってもらうことを目的として実施されている。

副主治医の選定は主治医となるかかりつけ医の選定と同時に行われ、患者情報を共有し合う。これが、かかりつけ医の後方支援となり、かかりつけ医の負担が軽減される仕組みとなっている。副主治医が病院の医師の場合、有事の際に即時入院が可能な点もメリットのひとつといえる。

副主治医が活用される例として、かかりつけ医が不在時にターミナル期の患者が有事の際の対応が想定されており、それ以外のケースに関しては訪問看護等で対応するケースもある。

②7 病院のサポート体制

坂井地区医師会と坂井地区内の 7 病院は、坂井地区における在宅医療の活性化に寄与することを目的として、「坂井地区医師会在宅医療連携体制に関する協定」を締結している。

この協定の対象者は、前述の 7 病院と在宅医療を実施している坂井地区医師会員である。

安心連携カードやカナミックネットワークなどを活用した在宅医療連携の推進に資する内容が定められており、この協定をベースとして、情報共有や緊急入院の際の連絡体制の整備等、在宅医療に対する坂井地区のバックアップ体制が構築されている。

(5)その他の取組

坂井地区では、以上の取組の他に、「在宅医療現場への同行訪問研修」の実施や、「顔の見える多職種連携カンファレンス」等への協力を行っている。

在宅医療現場への同行訪問研修は、在宅医療に関する座学研修と実地研修（同行訪問）を組み合わせたプログラムで実施されており、在宅医療におけるノウハウを高め、多職種連携の強化を目的としている。具体的には、在宅医療の現場へ在宅医あるいは歯科医師や薬剤師等在宅医療を担う多職種と共に同行訪問を実施し、在宅医療の人材育成を実施している。

顔の見える多職種連携カンファレンスは、坂井地区の連携体制の前提となる「顔の見える関係」を構築するため、現場の医療・保健・介護・福祉従事者の交流の機会を確保し、日頃の業務をより円滑に進めることを目的として開催されるカンファレンスである。病院医師や診療所医師、歯科医師、看護師、ケアマネジャー、薬剤師、管理栄養士、PT・OT・ST、介護福祉士、地域包括支援センター職員や行政等が参加しており、約 100 名程度が出席している。

コラム：福井県の取組

福井県では、県内全域で運用医療情報連携システム「ふくいメディカルネット」と「退院支援ルール」がある。

①医療情報連携システム「ふくいメディカルネット」

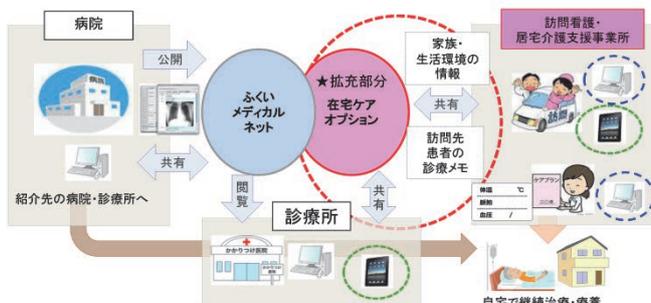
医療情報連携システム「ふくいメディカルネット」は、平成 26 年度より全県で運用している医療情報連携システムである。診療情報を地域の医療機関で共有することにより、安心・安全な医療サービスの提供や医療機関同士の連携の促進し、地域全体の医療の質を向上させることを目的として構築・運用されている。

開示病院は入院・外来受診の患者の同意のもと、ネットワーク上のそれぞれの患者ごとの情報をアップロードできる部屋を作成し、患者の基礎情報や検査情報・診察情報等を文書や画像により開示する。それを診療所医師等が専用パソコンから閲覧することにより、情報共有が出来る仕組みとなっている。看護記録等も登録できる患者メモやメール機能等の対話機能も完備されており、病院・診療所のみならず、介護施設や薬局等活用する団体も増加している。

システムの導入に関しては、端末購入補助を行っており、無償で借りることが出来るが、運用費は各機関で負担することとなっている。

②共通基盤による情報共有体制(ICT)

○ふくいメディカルネット在宅ケアオプション機能（H27～県医師会補助）
・平成26年度より全県で運用している医療情報連携システム「ふくいメディカルネット」（平成28年11月現在公開人数約15,000人）の基盤上に、在宅医と訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所が訪問記録の共有や相談が出来る機能を追加。平成28年4月から運用を開始し、現在端末購入の補助を行っている。



②退院支援ルール

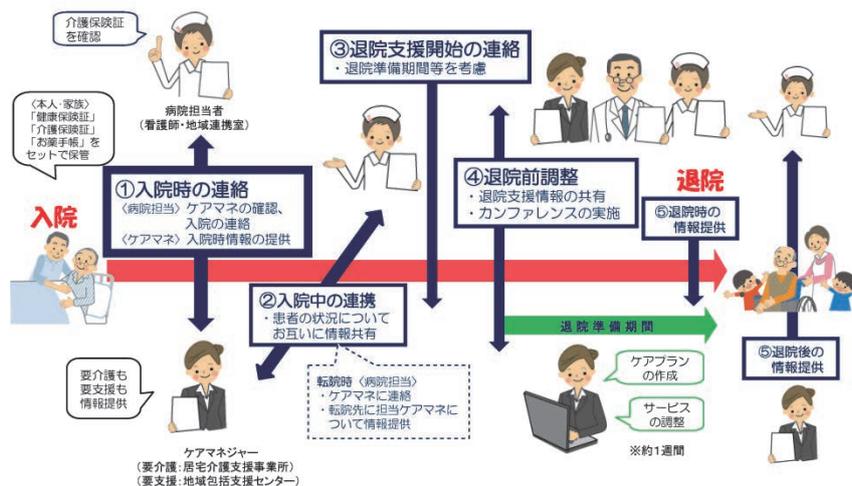
福井県における退院支援ルールは、要介護・要支援の状態の患者が自宅等へ退院する際に、病院からケアマネジャーに着実に引き継ぐための情報共有ルールである。病院関係者と在宅関係者が連携してルールを実践することで、引継ぎがないまたは不十分であるために在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくすことを目的としている。この退院ルールは、平成 27 年より県・市町・病

院・ケアマネジャーによる協議の場を設け、他事例の検証やケアマネジャーのアンケートの結果をもとに「福井県退院支援ルール」として策定し、平成 28 年 4 月より運用が開始され、福井県全域で活用されている。

ルール内容としては、入院時・入院中・退院前調整・退院時・退院後において、病院担当者とケアマネジャーが情報提供および共有を行うものである。また、入院前にケアマネジャーがついていない患者に対しては、入院時に病院担当者が介護保険申請の支援を行い、担当ケアマネジャー決定後に当該ケアマネジャーと連携を始めることとしている。情報提供や情報共有の際には、入院情報提供シートや退院支援情報共有シート等の様式を使用することになっている。

福井県「退院支援ルール」

A 入院前にケアマネがいる患者の場合



坂井地区は、福井県における退院支援ルール策定より以前は坂井地区独自の退院支援ルールを活用していたが、策定後は福井県による退院支援ルールへと順次、移行している。

取組の効果・成果

坂井地区の取組の効果・成果は、取組によって影響を受けると考えられる医療関係のデータから明らかである。具体的には、坂井地区と坂井地区以外の取組を実施していない地域、および在宅ケアネットを開始した当初と在宅ケアネットが整備された数年後の医療データの比較した結果を、取組の効果・成果として取り上げる。

(1) 県内の他地域との比較

坂井地区では、県内の他地区と比較して高齢者の自宅生活率が高く、後期高齢者の医療費の伸び率が低くなっている。

具体的には、高齢者の自宅生活が県内の他地区では 15,411 人の 52.4%なのに対し、坂井地区では 3,022 人の 61.2%と 8.8%の差が出ている。

同様に、後期高齢者の医療費の伸び率については、県内の他地区では平成 21 年が 739.1 億円、平成 25 年が 842.6 億円と伸び率が 14.0%であるのに対し、坂井地区では平成 21 年が 128.1 億円、平成 25 年が 140.4 億円と伸び率が 9.6%となっており、坂井地区と県内の他地区を比較すると 4.4%の差となっている。

(2) 訪問看護利用者の増加

在宅ケアネットが始まってから 2 年後の平成 22 年には、坂井地区内での訪問看護の利用者が 291 人であったのに対し、平成 27 年の訪問看護の利用者は 567 人であり、訪問看護利用者数の伸び率が 94.8%となっている。

(3) 在宅見取り率の上昇

在宅ケアネット利用患者による在宅看取り率を比較してみると、在宅ケアネットが開始してから 1 年後の平成 21 年では 29%であった看取り率が、平成 24 年には 66%と 37%増加している。また、平成 24 年から平成 28 年にかけては、10%前後の増加と減少を繰り返しながらも、50%以上を維持し続けている。



(1)在宅患者情報共有システム・安心連携カード運用の向上

① 在宅患者情報共有システムおよび安心連携カードの登録率の向上

平成 29 年 12 月のカナミックネットワークシステム利用登録事業所数は在宅医療対応診療所の 70%を占める 19 機関や地区内のすべての病院が登録しており、その他歯科診療所や薬局、訪問看護ステーション、居宅・通所介護事業所等を含めて 141 機関が登録している。対して、患者部屋作成数は 150 件（内稼働中 66 件、終了 84 件）であり、安心連携カードの発行数は 45 件である。いずれも、在宅療養患者の一部のみしか登録・発行が進んでいない（参考として、平成 27 年の訪問看護利用者数は 567 人である）。

坂井地区医師会としては、カナミックネットワークの患者部屋作成数および安心連携カードの登録率を向上させたいと考えている。

② 安心連携カードの救急隊による活用の仕組みづくり

現在、急変時等に救急隊が患者のもとに駆け付けた際、主治医に連絡がつかなかったり、搬送先に困る事例があり、救急搬送時にも安心連携カードを救急隊に提示することでかかりつけ医や後方支援病院を確認する等、活用範囲の拡大に取り組んでいく。

(2)在宅医療の推進における医師会の更なる体制整備

① 在宅医のバックアップ体制の強化

在宅診療の推進にあたり、行政や多職種に対して在宅医療を実施している医師（在宅医）の個人的な働きかけだけではなく、医師会全体として坂井在宅ケアネット運営委員会を通じ、組織的に取り組む体制作りは既にできている。今後はさらに同委員会においては、主な課題について担当を決め議論を深めていくことで、在宅医のバックアップ体制の強化を目指していく。

② 在宅医療体制の効率化と在宅医の負担軽減

在宅医だけでなく、専門科医を含む医師会全員の協力により在宅医療体制の効率化と在宅医の負担軽減を進めていく。

(3)在宅医療の質的向上

在宅療養者が増加するにあたり、多職種連携を強化することは非常に重要である。それと同時に医療関係者だけでなく介護職を含めた多職種で在宅医療の質的を向上させることが求められる。坂井地区医師会では在宅医療関係者を対象に顔の見える研修会を定期的開催するとともに、訪問診療に多職種が同行する実地研修も実施し職種間で新たな発見も得ている。今後は在宅医療の量的な面だけでなく質的向上を念頭に、管理栄養士や在宅リハビリ職等と更なる連携を強化したいと考えている。

(4)安心して生活できるまちづくり

在宅医療を進めるにあたり、住民の望む、住民が使い易い在宅医療を提供していくことが重要であり、住民が安心して生活できるよう、医師会が高齢者の生活の在り方に助言していくことも必要と考える。例えば高齢者へのフレイル予防や人生最終段階の過ごし方を共に考える A C P（アドバンス・ケア・プランニング）の啓発などへ積極的な介入をしていく。

(1)行政と医師会の適切な連携

地域包括ケアシステムの構築や在宅医療の推進においては、行政が明確なビジョンを持って地域に働きかけていくことが重要であり、医師会はそのビジョン形成の初期の段階から連携していくことで、地域づくり、街づくりのビジョンを共有できると思われる。

(2)在宅医の負担軽減

在宅医療を継続していくためには、在宅医の負担を軽減することが重要となる。そのためには、医師会には在宅医療に関する担当委員会（当医師会では在宅ケアネット運営委員会）等を立ち上げ、医師会という組織として対処していくことが必要である。例えば地域の病院と診療所との間で後方支援病床の確保や入退院に関する協定を結ぶなど、在宅医の働きやすいバックアップ体制を構築することなどである。また、もう一つの負担軽減策としては在宅医療関係者（専門科医、歯科医、薬剤師、栄養士、リハビリテーション職等）との連携である。連携を円滑にするために同行訪問や多職種参加の研修会開催、情報共有システムや連携依頼のルールづくりも重要である。

(3)介護・福祉分野との接点をつくる

地域包括ケアシステムを構築し高齢者を支えるためには在宅医療だけでは困難で、日常生活を支えるための介護や地域で見守り支えるための福祉が必要である。これらは医療と密接につながっており、絶えず情報交換が必要であるため、地域ケア会議（個別、圏域）や自治体レベルの地域ケア推進協議会、介護保険者の地域包括支援センター運営委員会等へ、積極的に参加し地域での問題点を共有し接点を作る必要がある。

カナミックネットワーク画面 (参照)

システム画面<ケアレポート (電子共有ノート)>
KANAMIC NETWORK

CONFIDENTIAL

ケアレポート (メッセージ機能)

介護 カナさんの部屋



本人 家族招待

ファイル添付
(写真/動画/書類)

SOAP記録



文字の書き込み

バイタルサイン (温度板)



食事・水分・排泄 (in-out)

項目	2015/05/16	2015/05/17	2015/05/18	2015/05/19	2015/05/20	2015/05/21
朝食	10	10	9	7	10	8
昼食	9	9	8	5	9	8
夕食	200cc	100cc	900cc			
水分	200cc	300cc	1200cc			
排泄	3	3				
インアウトバランス	+ 90	+ 400	- 300			

印刷

Copyright KANAMIC NETWORK Co.,LTD. 1

医師⇄コ・メディカルの運用事例
KANAMIC NETWORK

CONFIDENTIAL

連携先



医師

- ① 患者訪問時・往診後
 - 往診録作成 (訪問時の記録(SOAP形式での記録も可能))
- ② 医師からコ・メディカル等への連絡
 - 患者の病状管理(患者の症状、検査データ、治療方針等)
 - 服薬管理(薬の処方、病状変化に伴う服薬の変更指示等)
 - 本人、家族への病状、予後や余命の説明。
- ③ 副主治医への申送り
 - 患者情報、緊急時対応の確認等。

バイタルサイン共有

- 患者のバイタルデータをグラフ化
- 平均値の把握、急変の兆候察知

画像・各種データ共有

- 患部写真の共有
- 文書データ、検査データの共有

訪問看護師

閲覧・確認

ケアマネジャー

閲覧・確認

薬剤師

閲覧・確認

Copyright KANAMIC NETWORK Co.,LTD. 2

坂井地区医師会 診療所アンケート回収結果

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	12	7	0	0

n=(19)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	1	17	1

n=(19)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)	機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)	在宅専門診療所	いずれも届け出ていない	無回答
5	0	0	0	14	0

n=(19)

④ 標榜している診療科目(重複有)

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
18	4	2	1	0	5	0	2	3	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	n=(18)
2	0	0	0	0	0	0	2	0	

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	19	1.34	1	3
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	18	1.06	0	2
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	17	0.41	0	1
2) 歯科医師	14	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	19	3.22	1	6
4) 薬剤師	14	0.14	0	1
5) リハビリ専門職員(PT、OT、ST)	14	0	0	0
6) 管理栄養士	14	0	0	0
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	14	0	0	0

⑥ 外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	18	17.43	7	23
②平成30年1月の延べ外来患者数	19	1007.84	427.5	2972

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	19	19	0	0	0
(2) 訪問診療	19	17	0	2	0
(3) 歯科訪問診療	19	0	0	14	5
(4) 救急搬送診療	19	2	0	12	5
(5) 在宅患者訪問看護・指導	19	3	0	11	5
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	19	0	0	14	5
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	19	1	0	12	6
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	19	17	0	2	0
(9) 在宅看取り	19	15	1	3	0
(10) 居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	19	7	1	8	3
(11) 訪問看護（介護予防サービス含む）	19	2	0	11	6
(12) 訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	19	1	0	12	6

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	14	18.29	3	50
合計のうち小児（15歳未満）患者数	15	0	0	0
合計のうち自院に通院していた患者数	13	8.54	0	26
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	13	9.54	0	25
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	14	5.25	0	31
うち自宅での死亡者数	14	2.25	0	13
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	14	1.71	0	7
合計のうち医療機関で死亡した患者数	14	2.36	0	12
うち連携医療機関での死亡者数	12	2.04	0	12
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	12	1.04	0	5

⑨ 診療所に対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	19	9	5	2	2	1
(2) 中心静脈栄養の管理	19	2	11	2	3	1
(3) 膀胱留置カテーテル	19	9	6	0	3	1
(4) 在宅酸素療法	19	8	8	1	1	1
(5) 人工呼吸器の管理	19	2	5	3	7	2
(6) 気管カニューレの管理	19	4	6	4	3	2
(7) 腹膜透析	19	0	1	1	14	3
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	19	5	5	4	4	1
(9) 点滴・静脈注射	19	12	4	1	1	1
(10) 喀痰吸引	19	8	5	3	2	1
(11) 麻薬による疼痛管理	19	5	9	0	4	1
(12) 褥瘡処置	19	8	8	2	0	1
(13) ターミナルケア	19	4	11	1	2	1
(14) 小児患者（15歳未満）の対応	19	0	1	2	14	2

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	22	5	65

n=(14)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
4	2	10	2	0

n=(19)

②-1 往診の実施の形態

診療時間内外に関わらず 往診を行っている	診療時間内に行い、診療 時間外には行わない	診療時間外に行い、診 療時間内には行わない	その他	無回答
4	3	2	1	0

n=(10)

②-2 緊急時の往診の対応

自院のみで対応している	予め他の医療機関と連 携して対応できる体制を 構築している	緊急時の往診には対応 していない	無回答
5	3	2	0

n=(10)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持 したい	減らしたい	やめたい	無回答
2	11	1	1	4

n=(19)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	111.07	0	600

n=(14)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
152.52	24	360

n=(14)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応 している(貴院単 独で対応)	24時間365日対応 している(地域の他 医療機関と協力な がら対応)	訪問診療を行う曜 日・時間帯を決めて 行っている	その他	訪問診療は行ってい ない	無回答
3	3	11	0	0	0

n=(17)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間内外に関わらず訪問診療を行っている	診療時間内に行い、診療時間外には行わない	診療を行っている日の診療時間外に行い、診療時間内には行わない	休診日に行っている	その他	無回答
1	7	2	0	1	0

n=(11)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
2	15	0	0	0

n=(17)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	14	5.25	0	31
うち自宅での死亡者数	14	2.25	0	13

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
1	12	2	0	0

n=(15)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点的な病院	緊急時入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
9	4	9	13	12	17	6	10	10	14	0
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
11	3	6	8	1	2	8	0	0	1	1

n=(19)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
17	17	11	15	10	5
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(17)
15	7	3	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
10	6	5	3	8	5
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点をもつた医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(10)
4	1	2	0	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
6	15	14	7	0
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICTの連携ツール	その他	無回答	n=(17)
5	2	1	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
11	3	0	3	2

n=(19)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
14	14	4	13	0	0	3
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(19)
7	0	0	0	1	1	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
10	3	4	9	3	3	0
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(19)
2	3	0	3	0	1	

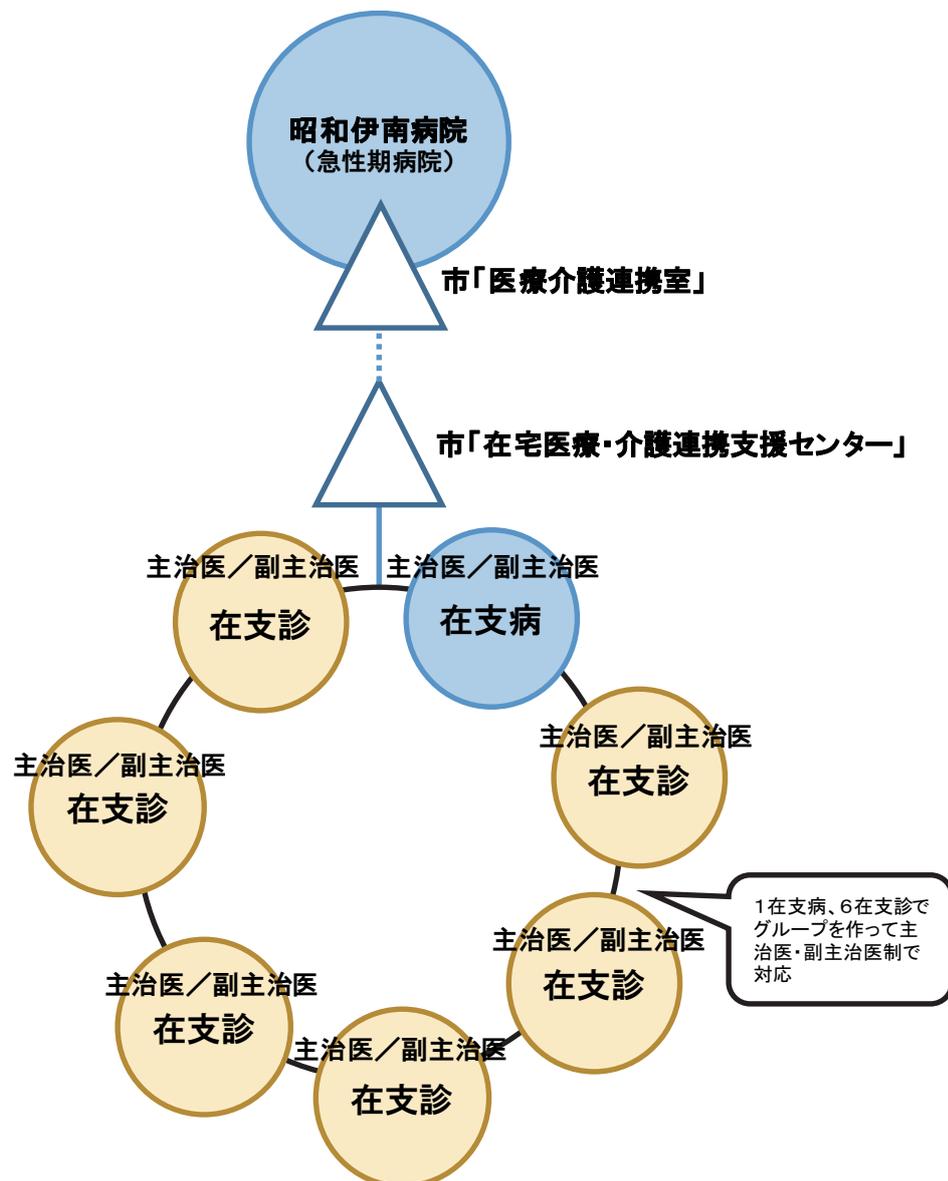
② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
14	6	5
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
4	6	3
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
12	4	5
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
2	6	7
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(19)
6	2	

10. 長野県駒ヶ根市

行政・病院協働の垂直・水平連携

- 医師会が8市町村の広域をカバーしており、駒ヶ根市に支部があるわけではなく、在宅医療に関する事務的な対応を行うことができないため、行政が昭和伊南総合病院に医療介護連携室を開設し、介護福祉の相談窓口を設置し対応している。
- 在宅医療については、その窓口が在宅医療・介護連携支援センター（市役所内）と連携し、地域の在支診につないでいる。
- 在支診の医師は、元昭和伊南総合病院に勤務経験があり、輪番制で当直を担当するなど、協力体制が整っている。



駒ヶ根地域概要

<基本データ>

- ・人口 3.32 万人（H29.1 住民基本台帳）
- ・高齢化率 29.5%（同上）
- ・訪問診療実施率 37.5%
- ・看取り実施率 9.4%
- ・自宅死の割合 16.5%
- ・病 3 診 25 歯 13 薬 14 （H29、JMAP）

<在宅医療資源の情報>

- ・在支診数 9（H29、JMAP）
- ・在支病数 1（H29、同上）
- ・訪問看護ステーション数 1
- ・訪問歯科 6（H29、JMAP）
- ・訪問薬局 14（H29、同上）



事例の概要

<取組の背景・経緯>

駒ヶ根市は数代前から開業している医療機関同士が、地域の医療をお互いに考え、支えてきた背景を持つ。そのような関係をベースとして、地域の在宅医療を支えるための、複数の医療機関と多職種が連携するチームでの在宅療養支援を展開してきている。また、水平連携体制の構築に向けた、積極的な顔の見える関係づくりとして、研修会や勉強会への積極的な参加も推進されている。

地域の中核病院としては、4市町村の組合立で運営している昭和伊南総合病院があり、市内の急性期医療を担っている。医師会は8市町村の広域をカバーしているが、駒ヶ根市に支部があるわけではないため、在宅医療・介護連携支援センターのような業務を担うのは難しい。そのため、昭和伊南総合病院と連携して、病院内に医療介護連携室を開設し、市のコーディネーター（看護師の資格を持った介護支援専門員）を派遣して、病院の地域連携室とともに在宅医療介護連携の相談支援にあたっている。

<取組の概要>

- 垂直：医療介護連携室、在宅医療・介護連携支援センター
- 水平連携：6医療機関によるチーム医療体制、顔の見える関係づくり

<検討及び運用開始時期>

- ・平成25年度：厚生労働省「認知症支援診療所（仮称）地域連携モデル事業」採択
- ・平成27年度：長野県地域医療再生計画「在宅医療連携拠点事業」採択
- ・平成28年2月：「医療介護連携室」開設

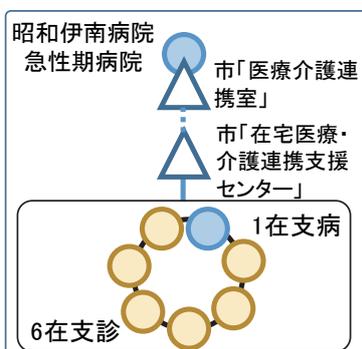
<今後の課題>

- ・緊急時における病院と介護支援専門員の連携の在り方
- ・基幹病院との病診連携の在り方の整理
- ・高齢者を地域で受け入れる体制の整備

駒ヶ根市の取組の概要(図)

①垂直方向の連携（病診連携）

1対n（行政窓口を中核病院内に設置）

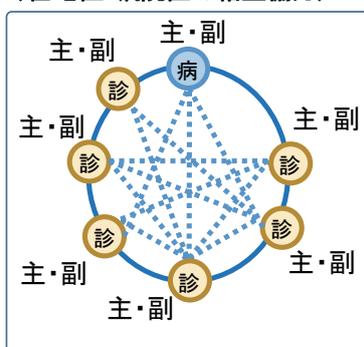


- 昭和在南総合病院が地域の中核病院であり、市の急性期医療を担っている。
- 医師会は8市町村の広域をカバーしており、駒ヶ根市に支部があるわけではなく、在宅医療に関する事務的な対応を行うことができないため、行政が昭和在南総合病院に医療介護連携室を開設し、介護福祉の相談窓口を設置し対応しており、在宅医療については、その窓口が在宅医療・介護連携支援センター（市役所内）と連携し、地域の在支診につないでいる。

②水平方向の連携（診診連携・多職種連携）

グループ診療

（在宅医・病院医の相互協力）



- 1在支病、6在支診でグループ診療を行っており、適宜主治医、副主治医の担当を連携して決めている。
- 医師は、元昭和在南総合病院に勤務経験があり、輪番制で当直を担当するなど、協力体制は整っている。

①垂直方向の連携

<医療介護連携室、在宅医療・介護連携支援センター>

- ・市の介護支援専門員が病院に出向き、介護・福祉サービスの相談・手続きに対応
- ・病院の地域連携室と連携して、市の介護支援専門員が退院支援に関わる
- ・市は事務的な連携を支援

②水平方向の連携

<6つの医療機関によるチーム医療体制>

- ・市内6か所の医療機関が連携した在宅療養支援における多職種連携チーム
- ・在宅担当医が不在の際にフォローしあう、看取りに関する診診連携を構築

<顔の見える関係づくり>

- ・研修会や勉強会における積極的な関係構築
- ・他業種・多職種との連携に向けたコミュニケーションの機会としての懇親会等の開催

昭和伊南総合病院 医療介護連携室のご案内

昭和伊南総合病院3階西病棟(地域包括ケア病棟)の「医療介護連携室」に、市の介護・福祉サービスに関する相談窓口を設けました。
この医療介護連携室には、市の介護支援専門員も常駐して、介護保険の申請手続きや市の福祉サービス等に関するご案内を行っています。
病院をご利用されている市民の方で、介護や福祉に関する相談をご希望の方は、病院の相談員(医療ソーシャルワーカー)までお気軽にお問い合わせください。



医療介護連携室は
市の介護支援専門員と連携した介護・福祉サービスの相談窓口です。

介護予防サービス	介護保険サービス	福祉サービス
<ul style="list-style-type: none"> ○活動量計を用いた健康づくり事業のご案内 ○認知症初期集中支援チームのご案内 ○介護予防事業のご案内 	<ul style="list-style-type: none"> ○介護保険の相談 ○介護保険の申請 ○要介護認定調査の日程調整 ○居宅ケアマネジャーの届出 ○施設申込の相談 	<ul style="list-style-type: none"> ○市の福祉サービスのご案内 ※裏面をご覧ください。 ○申請用紙のお渡し

取組の紹介

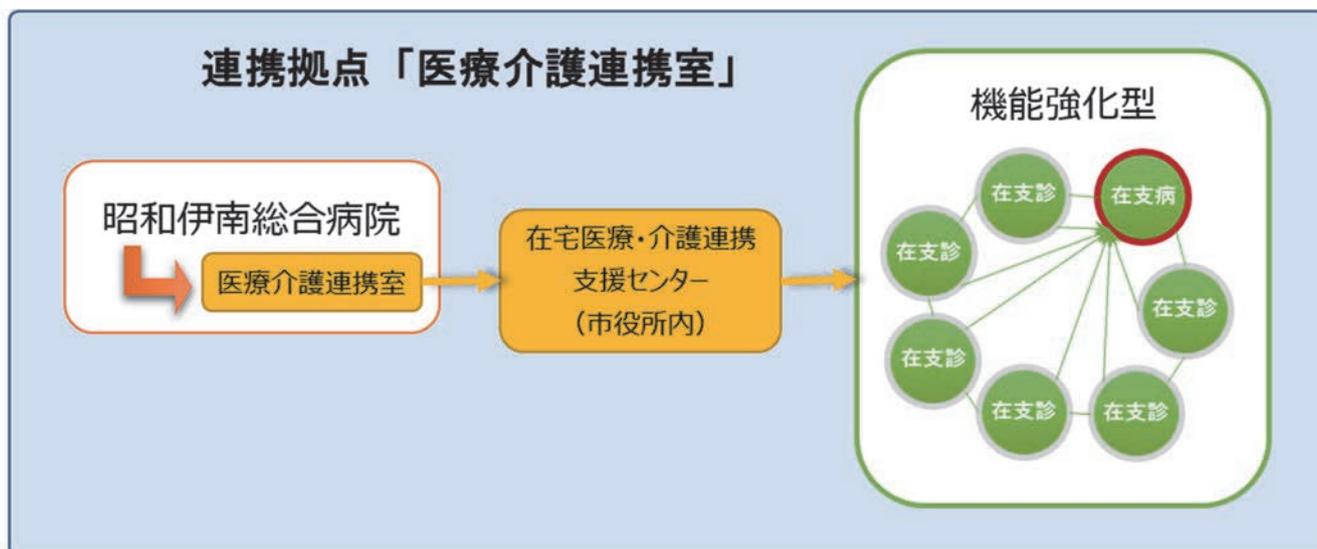
(1)医療介護連携室の設置

市内の中核病院である昭和伊南総合病院と連携して、病院内に「医療介護連携室」を開設した。ここには、市の介護支援専門員がいて、市のサテライト機能として介護・福祉サービスの相談・手続きの窓口を担っている。

この窓口では、病院の地域連携室と連携して、介護保険の相談や申請等を受け付けて認定調査を行うなど、退院支援にも関わっている。

在宅医療・介護連携支援センターの事務局は市役所(地域保健課)内にあり、市内の在支病・在支診と連携する形をとっている。

市は事務的な連携を支援しており、市役所(地域保健課)内に設置された直営型の地域包括支援センター等とも連携し、効率的な医療・介護の連携を実現している。



(2) 駒ヶ根市の在宅医療を支える新たなチーム医療

駒ヶ根市では、医師会主導でも、行政主導でもない、草の根活動から始まった在宅療養を支える連携のかたちが実を結び始めている。それは、一つの医療機関内のチームではなく、複数の医療機関と多職種が連携したチームともいえる在宅療養支援である。

在宅療養支援診療所の届出・認定が始まった時に、これを広げるためには単独の診療所だけでは難しいため、医師の呼びかけによって 6 医療機関が賛同した。その 6 つの医療機関は、先代、先々代から開業している医療機関で、従前から地域の医療について考える仲間であった。

駒ヶ根市は、従前から在宅医療が進んでいたという地域ではない。古くから開業している医療機関は開業当時の患者の高齢化に伴って往診をしていたため、以前から個々の診療所が在宅医療に取り組んでいたともいえる。駒ヶ根市では開業医が増えている中、往診をしない若い医師も増えてきているという。

このような在宅医療には信頼関係が欠かせない。退院後の初対面の患者の場合は関係作りをするまでに時間がかかる。もともと長年かけて築いた患者や家族との信頼関係がこういった取り組みにつながっている。

患者との信頼関係だけでなく、チームとして在宅診療にあたる医師同士の信頼関係も不可欠だ。6 医療機関による取り組みを始めるにあたっては、トップをつくらず、平等な関係でスタートした。事務局も持ち回りで、みんなで担当する。取り組みを進める中で、考え合い、勉強し合い、情報共有する機会を重ねてきた。その結果、担当医が学会などの不在時には、看取りに関してもこのチーム内でみる診診連携が形づくられた。

(3) 顔の見える関係づくりー多職種連携

駒ヶ根市が属する上伊那医師会は地域 4 ブロックにわかれている。駒ヶ根市は南部ブロックで、医師は約 35 名。上伊那医師会での勉強会とは別に南部ブロック独自の勉強会を以前から実施している。こういった勉強会に、現場の医師が参加することで、顔の見える関係づくり、情報の共有化が可能となる。

駒ヶ根市では多職種連携も積極的に取り組まれている。行政や医師会が主催するシンポジウム、多職種の会などを開催し、この会にはコメディカルを含め 90 名が参加する。

駒ヶ根市では、1999 年に発足した駒ヶ根市指定居宅介護支援事業者連絡会から派生したケアマネ部会が設立された。安心して暮らせるまちづくりをめざして、ケアマネジャーの専門的な知識や技術向上のためのケアプラン点検などを行っている。こうした行政の働きかけによる取り組みが、この部会との意見交換や異業種の研修会へとつながっていく。他業種・多職種との連携に向けて、コミュニケーションをとる機会として、ケアマネジャーをはじめとした多職種が参加する飲み会なども開かれるという。

このように駒ヶ根市では、顔の見える関係が構築されており、水平的な連携がとれている。

取組の効果・成果

(1) 看取りに関してチーム内で診る診診連携の構築

6 医療機関で連携して実施している在宅療養支援の状況であるが、このチームを形成したことで、担当医が学会等により不在とする際も、チーム内でフォローしあう、副主治医制度的なサポート体制が構築された。

(2) 顔の見える関係を拡充することによる水平連携の構築

現場で支援を行っている医師が積極的に研修会等に参加することや介護支援専門員の部会での意見交換等を積み重ねることで、在宅医療に資する関係職種間での顔の見える関係が醸成されている。

その結果、水平的な連携が担保されており、職種を超えた協力体制が構築されている。

(1)緊急時における病院と介護支援専門員の連携の在り方

患者の緊急時に家族が救急車を呼び急性期病院へ入院することが多くみられる。それは在宅医療のバックアップ機能としての基幹病院の役割の一つではあるが、緊急時の受け入れ時や退院時に課題が残されている。

急変等がかかりつけ医からの紹介入院でない場合、診断や入院期間、退院の見込みといった情報が、入院後、基幹病院から直にかかりつけ医に提供されることは少なく、家族やケアマネジャーを通じてとなっている。家族やケアマネジャーは病院のメッセンジャーではないので、基幹病院とかかりつけ医との情報共有があった上で、必要な介護サービスが検討されるという、病診連携・医療介護連携のあり方が求められている。

(2)基幹病院との病診連携の在り方の整理

駒ヶ根市におけるチーム医療は、在宅診療・入院機能・訪問看護ステーションという、在宅医療を支える基本的な機能を網羅している。今後の在宅医療のニーズは、最大でも1.2倍といわれており、このチームで対応ができるという。

この在宅医療を支えるバックアップ機能としての基幹病院との病診連携のあり方が整理されることが望まれている。

基幹病院が在宅医療や看取りなどまで担うのではなく、機能のスリム化を進め、地域の医療機関はプライマリ・ケアという面からも患者と関係性をもてる強みがあることから、在宅医療にあたる地域の医療機関と連携するという病診連携の整理が進むことで、安心できる在宅療養がより多くの患者や家族に対する一つの選択肢になりうる。

取組を進める上でのアドバイス

(1)平等な関係で連携を構築する

多職種・多機関同士の関係を構築し、在宅医療における連携を推進させる場合、その関係機関同士の間で、立場の優劣を作らないことが大切である。トップを作らず、平等な関係で連携をスタートさせること、また、事務機能においても負担を偏らせることなく、持ち回りなどの方針で行うことが望ましい。

(2)定期的な勉強会や情報共有などの場を設置する

多職種・多機関による連携は、まずは取組を開始することも有り得る。走り始め、走りながらも勉強し、振り返りを行うことが大切になる。

その振り返りや、さらなる学びを促進するため、勉強会や研修会、その他情報共有の機会などを、定期的に行うことが大切である。

(3)在宅医療がうまくいく理由はコミュニケーションにある

在宅医療がうまくいっている地域とは、コミュニケーションがうまく図れており、地域の人材の教育ができていところである。例えば、関係者みんなが仲良くなることを目指した場合、懇親会の開催が有効であったりもする。そのような場に多くの関係者が集まると、顔の見える関係が促進されるのみならず、駒ヶ根市内の取組を共有する場にもなる。

駒ヶ根市 診療所アンケート回収結果

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	5	2	0	0

n=(7)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	0	5	2

n=(7)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)	機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)	在宅専門診療所	いずれも届け出ていない	無回答
2	0	5	0	0	0

n=(7)

④ 標榜している診療科目(重複有)

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
7	0	0	0	0	3	0	0	0	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	n=(7)

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	7	1.29	1	3
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	7	1	1	1
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	5	0	0	0
2) 歯科医師	4	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	7	2.36	1	6
4) 薬剤師	4	0.25	0	1
5) リハビリ専門職員(PT、OT、ST)	4	0	0	0
6) 管理栄養士	4	0	0	0
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	4	0	0	0

⑥ 外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	7	18.93	6.5	23
②平成30年1月の延べ外来患者数	7	697.43	220	1452

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	7	7	0	0	0
(2) 訪問診療	7	7	0	0	0
(3) 歯科訪問診療	7	0	0	6	1
(4) 救急搬送診療	7	2	0	4	1
(5) 在宅患者訪問看護・指導	7	3	0	3	1
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	7	0	0	6	1
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	7	2	0	5	0
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	7	7	0	0	0
(9) 在宅看取り	7	7	0	0	0
(10) 居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	7	1	0	4	2
(11) 訪問看護（介護予防サービス含む）	7	0	0	5	2
(12) 訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	7	0	0	5	2

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	7	148	20	390
合計のうち小児（15歳未満）患者数	7	0.71	0	5
合計のうち自院に通院していた患者数	7	107.86	0	389
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	7	99.29	10	390
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	7	9	2	37
うち自宅での死亡者数	7	4.57	2	11
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	7	0.14	0	1
合計のうち医療機関で死亡した患者数	7	2.86	0	6
うち連携医療機関での死亡者数	7	0.43	0	2
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	7	0.43	0	2

⑨ 診療所で対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	7	3	4	0	0	0
(2) 中心静脈栄養の管理	7	3	3	0	0	1
(3) 膀胱留置カテーテル	7	7	0	0	0	0
(4) 在宅酸素療法	7	6	1	0	0	0
(5) 人工呼吸器の管理	7	0	3	1	3	0
(6) 気管カニューレの管理	7	0	4	1	1	1
(7) 腹膜透析	7	0	1	1	5	0
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	7	0	4	1	2	0
(9) 点滴・静脈注射	7	5	2	0	0	0
(10) 喀痰吸引	7	2	5	0	0	0
(11) 麻薬による疼痛管理	7	1	5	1	0	0
(12) 褥瘡処置	7	3	4	0	0	0
(13) ターミナルケア	7	3	3	1	0	0
(14) 小児患者（15歳未満）の対応	7	1	0	2	4	0

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	124	12	585

n=(7)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
2	5	0	0	0

n=(7)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
2	2	0	0	3

n=(7)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	280.14	102	750

n=(7)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
608.52	120	2400

n=(7)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	訪問診療を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	訪問診療は行っていない	無回答
2	3	2	0	0	0

n=(7)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間内外に関わらず訪問診療 を行っている	診療時間内に行い、診療時間外には 行わない	診療を行っている日の診療時間外 に行い、診療時間内には行わない	休診日に行っている	その他	無回答
1	1	0	0	0	0

n=(2)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
2	2	0	0	3

n=(7)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	7	9	2	37
うち自宅での死亡者数	7	4.57	2	11

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
3	4	0	0	0

n=(7)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点的な病院	緊急時に入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
5	7	2	4	3	6	4	4	5	5	0
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特にない	無回答
3	2	3	3	1	2	2	1	0	0	0

n=(7)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
6	5	3	5	3	2
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(6)
4	4	1	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
3	3	2	3	2	3
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点をもつた医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(4)
3	2	3	0	1	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
4	7	6	2	1
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICT の連携ツール	その他	無回答	n=(7)
0	0	1	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
5	2	0	0	0

n=(7)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
7	5	5	4	0	0	3
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(7)
0	0	0	0	0	0	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
2	0	1	0	3	2	0
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(7)
2	2	0	1	1	0	

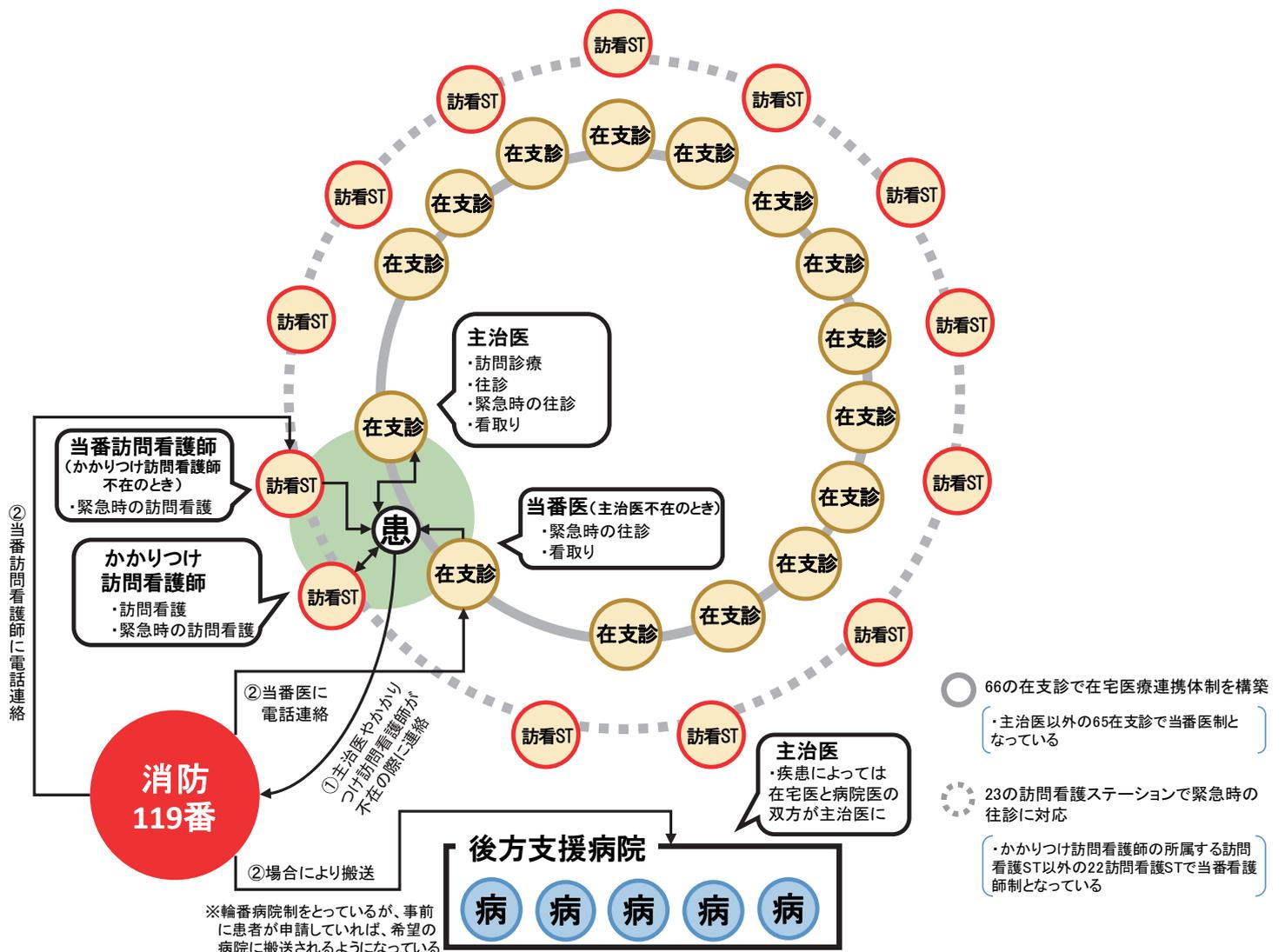
② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
4	0	1
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
1	2	1
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
1	0	2
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
3	0	3
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(7)
3	2	

11. 静岡県静岡市(静岡市静岡医師会)

当番在支診・当番訪問看護師に支えられた1疾患2人主治医制

- 1 診療科 1 疾患・2 人主治医制を基本に、公的 5 病院医師と診療所医師が診療情報を共有し役割分担をしながら継続的に患者を見守る病診連携システムを推進
- 患者の要望があれば緊急時に患者希望の病院に搬送ができる「連携安心カード」を発行
- 看取りの「グリーンカード」、緊急時の病院搬送「イエローカード」、緊急時の当番医、当番訪問看護師の対応が実現した「シルバーカード」の各種カードの運用



静岡市地域概要

<基本データ>

- ・人口 70.9 万人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・高齢化率 28.9% (同上)
- ・訪問診療実施率 20.4%
- ・看取り実施率 8.4%
- ・在宅死率 14.6%
- ・病 29 診 467 歯 347 薬 383 (H28)



<在宅医療資源の情報>

- ・在支診数 102 (H28)
- ・在支病数 1 (H28)
- ・訪問看護ステーション数 31 (H26)
- ・訪問歯科 46 (H28)
- ・訪問薬局 345 (H28)

事例の概要

<取組の背景・経緯>

静岡医師会では、1994 年に旧厚生省の「かかりつけ医推進事業」を受託し、1996 年には 700 人の静岡市民に対してアンケート調査を行った。その結果、約 3 分の 2 の市民が、在宅医療において、家族の負担、夜間休日の救急対応、病状悪化等の対応等について不安を持っていることが分かり、また、診療所と病院の長所・短所において、双方の短所を双方の長所で互いに補うことができると分かった。これらの結果を受け、静岡医師会では、診診連携および病診連携により市民の不安を解消することを目的とし、独自の在宅医療連携システムを構築してきた。

まず、垂直連携としては、病診連携として、「イーソーネット医療連携システム」として、医師会会員診療所の医師が、市内各病院の医師と連携して（1 疾患 2 人主治医制）、疾病ごとの地域連携パスの構築を行っている。また、患者急変時の救急搬送に役立つ「イエローカード」の運用を行っている。

次に、水平連携としては、診診連携として、在宅医が看取りできないケースにおいての市内診療所との連携ルールを取り決めた「グリーンカード」、在支診の制度ができてからは訪問看護ステーションとの連携も取り入れた緊急往診に対応する「シルバーカード」の 3 つのカードの運用を行っている。

<取組の概要>

- 垂直連携：「イーソーネット医療連携システム」、「イエローカード」
- 水平連携：「グリーンカード」、「シルバーカード」

<検討及び運用開始時期>

- ・ 「かかりつけ医推進事業」にて在宅医療支援体制の検討を開始（平成 6 年～）
- ・ 「かかりつけ医推進モデル事業」（平成 8～9 年）
- ・ 「かかりつけ医推進試行的事業」：「グリーンカード」システムを構築（平成 10 年）
- ・ 「イエローカード」システムを構築（平成 11 年）
- ・ 勇美記念財団在宅医療助成（平成 13～15 年）
- ・ 新設された在宅療養支援診療所の制度に対応した「シルバーカード」システムを構築（平成 18 年）

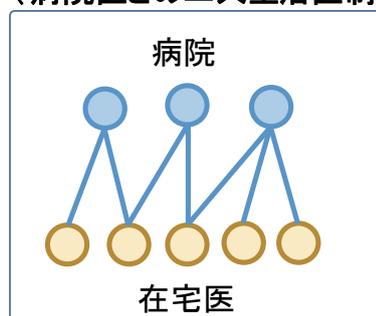
<今後の課題>

- ・ 糖尿病の地域連携パスの構築および当該パスに基づいた病診連携
- ・ 末期がん患者について病院からの逆紹介の在り方
- ・ 「シルバーカード」のシステム内への静岡県の ICT システム「シズケア＊かけはし」の導入

静岡医師会の取組の概要

① 垂直方向の連携（病診連携）

n対n （病院医との二人主治医制）



- 糖尿病、脳卒中、慢性腎臓病、がん、心房細動、虚血性心疾患、大腿骨頸部骨折、慢性頭痛、前立腺がんの9種について、「イーザーネット医療連携システム」に基づいた疾患別病診連携のシステムを運用
- 糖尿病、脳卒中、慢性腎臓病、がん、心房細動については、1疾病2人主治医制で運用
- 患者の容体が急変した際に当該指定病院に搬送ができる「イエローカード」システムを運用

<関連する協議会等>

- ① 各連携システムの協議会・世話人会（年各1～2回程度）
－ 静岡医師会地域医療委員会（年10回程度）

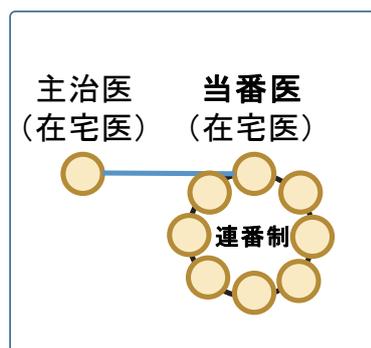
糖尿病、脳卒中、慢性腎臓病、がん、心房細動それぞれにおいてシステム参加病院ならびに医師会委員より、それぞれ担当世話人を選任し、システム運営を行っている。

- ② 各病院との病診連携協議会（年各1回）

システム参加病院ならびに医師会委員より、担当世話人を選任し、システムの改善点等の協議を行っている。

② 水平方向の連携（診診連携・多職種連携）

在宅医の相互協力（当番医制）



- 患者が亡くなった際かかりつけ医が不在になった時にも、コールセンター機能を持つ消防に患者家族等が電話すれば、代替りの在宅当番医が往診に行き、看取りを行える「グリーンカード」システムを運用
- 在宅患者からの緊急往診や緊急訪問の依頼があった際に在宅主治医やかかりつけ訪問看護師等と連絡が取れない場合、在宅往診当番医や当番訪問看護師に連絡がいき、往診や訪問看護をする「シルバーカード」システムを運用

<関連する協議会等>

- 静岡医師会在宅包括委員会（年3～5回程度）

医師会員のなかでも中心となって在宅医療に取り組む医師17名で、静岡市における在宅医療に関わる問題を議論している。トピックによって、必要があれば、訪問看護との協議も行っている。

① 垂直方向の連携

<イーザーネット医療連携システム>

- ・ 糖尿病、脳卒中、慢性腎臓病、がん、心房細動、虚血性心疾患、大腿骨頸部骨折、慢性頭痛、前立腺がんの9種の疾病について、地域連携パスに基づいた連携が図られており、特に糖尿病、脳卒中、慢性腎臓病、がん、心房細動の5種については、「イーザーネット医療連携システム」に基づいた1疾病2人主治医制に基づいて運用がされている

<イエローカード>

- ・ 在宅患者にイエローカードと診療情報が記載されたサマリーカードを手渡しし、患者の希望病院に医療情報を予めFAXで伝達しておけば、患者の容体が急変した際に当該指定病院に搬送ができる^(*)。

(*) 静岡市の救急搬送は輪番制となっているが、基本的にイエローカード保持者の患者の場合、指定された病院に搬送ができる仕組みとなっている

② 水平方向の連携

<グリーンカード>

・かかりつけ医である在宅医が患者にグリーンカードと患者情報が記載されているサマリーカードを渡しておけば、患者が亡くなった際にかかりつけ医が不在になった時にでも、コールセンター機能を持つ消防に患者家族等が電話すれば、代わりの在宅当番医が往診に行き、看取りを行えるシステムである。

<シルバーカード>

➢ 平成 18 年の診療報酬改定において在宅療養支援診療所の診療報酬が新設され、既存の「グリーンカード」、「イエローカード」のシステムを大幅に変更することなく制度を検討し、在宅療養支援診療所患者には、「シルバーカード」システムが適用されている。在宅患者からの緊急往診や緊急訪問の依頼があった際、在宅主治医やかかりつけ訪問看護師等と連絡が取れない場合、在宅往診当番医や当番訪問看護師に連絡がいき、往診や訪問看護をするシステムである。

取組の紹介

(1) 疾患別の病診連携システム—イーツーネット病診連携—

平成 13 年当初、糖尿病や気管支喘息、脳梗塞等の疾患で診療所と病院の登録制で病診連携をスタートさせたが、病院の問題として病院ごと、各科ごとの病診連携に対する取り組み方が違うことや、紹介患者を在宅医に戻さない等という問題、診療所の問題として病診連携患者である事を忘れる、逆紹介患者の受け入れを拒否する等といった問題があった。

このため、医師会として完全に疾患別にシステムと連携パスを作成し、病院と診療所の医師が、そのシステムによって診療を進めることによって機能分担と連携を推進するシステムに変更した。

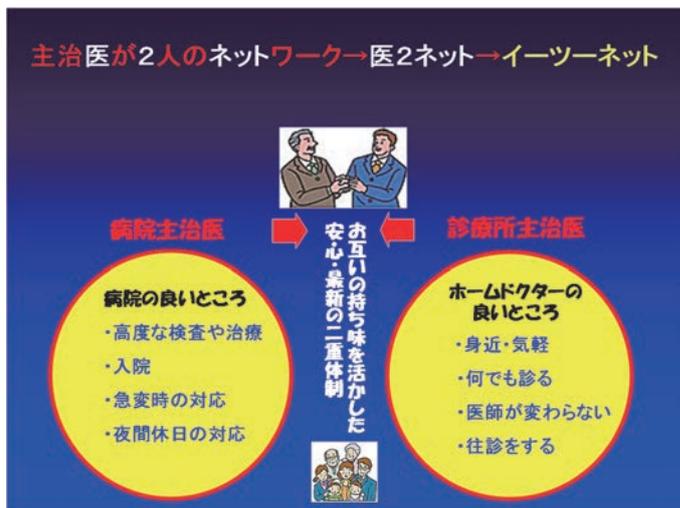
① 現在運用されている疾患種類

糖尿病、脳卒中、慢性腎臓病、がん、心房細動、虚血性心疾患、大腿骨頸部骨折、慢性頭痛、前立腺がんの 9 種の疾病

② 各疾患システム共通の約束事

- 原則として、病院と診療所間で共通のシステムを用いたイーツーネット^(*)による循環型連携システム

(*) イーツーネットとは、主治医が 2 人のネットワークのことを指す。病院と診療所間において連携パスを情報共有ツールとして使用し、診療所において日常診療を行い、CT・MRI 等の検査を含めて病院を定期受診する循環型の連携システム



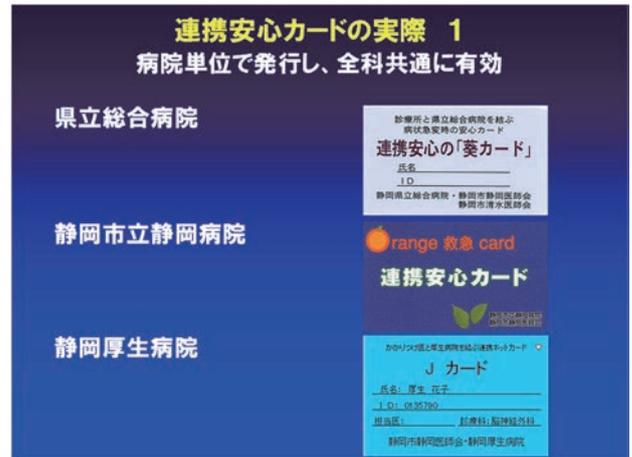
- 登録医制

病院も診療所も、連携パスを用いた連携システムで診療する場合には、連携システムに登録する。

- 病診連携室（地域医療支援室）のサポートによる定期受診の管理
登録病院の病診連携担当部署において、システム登録患者の次回病院受診予定の約2か月前までに、診療所へFAXにて定期受診時期が近いことを知らせる。

- **連携安心カードの発行**

患者を連携システムに登録し、病院から診療所に逆（戻し）紹介する時に、急変時にはいつでも病院が連絡を受け入れることを約束する連携安心カードを発行。静岡市は救急の受け入れについて輪番制であるが、当該カードを持つ患者に関しては原則、連携カードを発行した病院が受け入れを行うこととなる。



③ **各連携システムの概要**

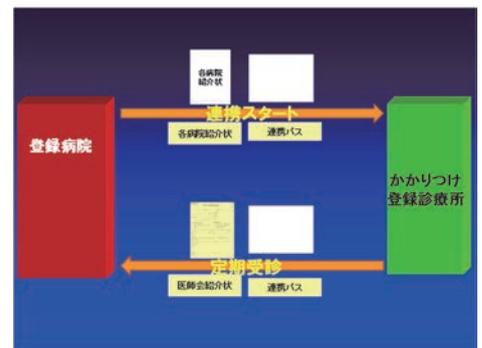
患者をシステムに登録して診療所に紹介する意義としては、連携パスの発行により、各疾患におけるリスクの標準化ができることや、病院医師と診療所医師によるリスク管理のダブルチェックができることにある。

また、連携安心カードを発行することで、救急搬送時と搬送後の治療の迅速性が保たれるだけでなく、患者の家族の安心につながる。

それぞれの連携システムの概要については以下のとおりである。

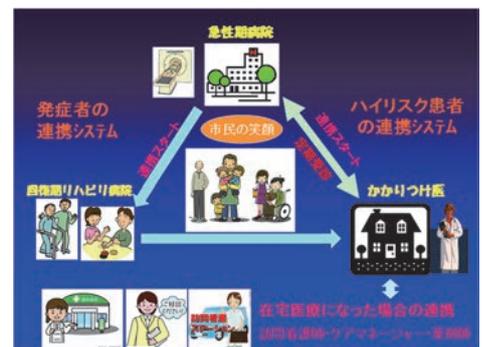
- **病院専門医と診療所かかりつけ医による2人主治医制の循環型連携システム**

該当システム：糖尿病連携システム、慢性腎臓病連携システム、ガン連携システム、心房細動連携システム、虚血性心疾患連携システム



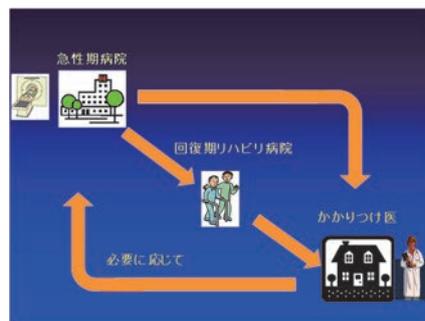
- **連携計画書による病病診の循環型連携システム**

該当システム：脳卒中連携システム



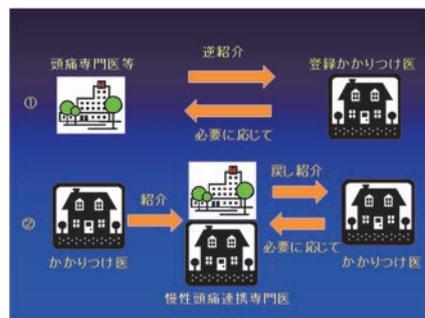
- 連携計画書による病病診の連携システム

該当システム：大腿骨頸部骨折連携システム



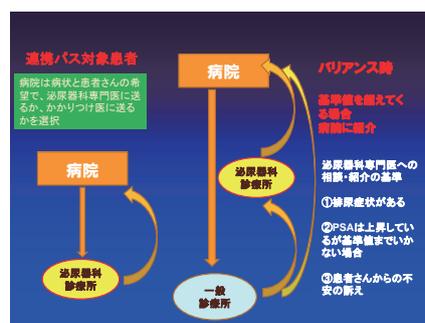
- 有事連携による連携システム

該当システム：慢性頭痛連携システム



- 診診連携が介在する病診連携システム

該当システム：前立腺がん連携システム



④ 各連携システムの活動状況

各疾患システムについては、システム参加病院ならびに医師会委員より、それぞれ担当世話人を選任し、システムの運営にかかわっている。また、地域連携室等の事務職も参加しており、また疾病によっては必要に応じて他の職能団体への声掛けによる多職種連携を行っている。

システム名	活動状況
糖尿病連携システム	糖尿病プライマリケア研究会として年2回、それぞれ協議会と講演会を開催
脳卒中連携システム	年2回、それぞれ世話人会、協議会、年1回、講演会を開催
慢性腎臓病連携システム	年1～2回、それぞれ世話人会と講演会を開催
ガン連携システム	年1回、協議会を開催、5年に1回講演会を開催
心房細動連携システム	2017年にスタートし、世話人会と講演会を開催
虚血性心疾患連携システム	年1～2回、それぞれ世話人会と講演会を開催
大腿骨頸部骨折連携システム	年2回の協議会と年1回の講演会を開催
慢性頭痛連携システム	年1回、それぞれ世話人会と講演会を開催
前立腺がん連携システム	2017年にスタートし、世話人会と講演会を開催

(2)3種の在宅安心カードを使用した在宅安心連携システム

病診連携である「イエローカード」、診診連携である「グリーンカード」、「シルバーカード」をもとに、医療連携が進んでいる。

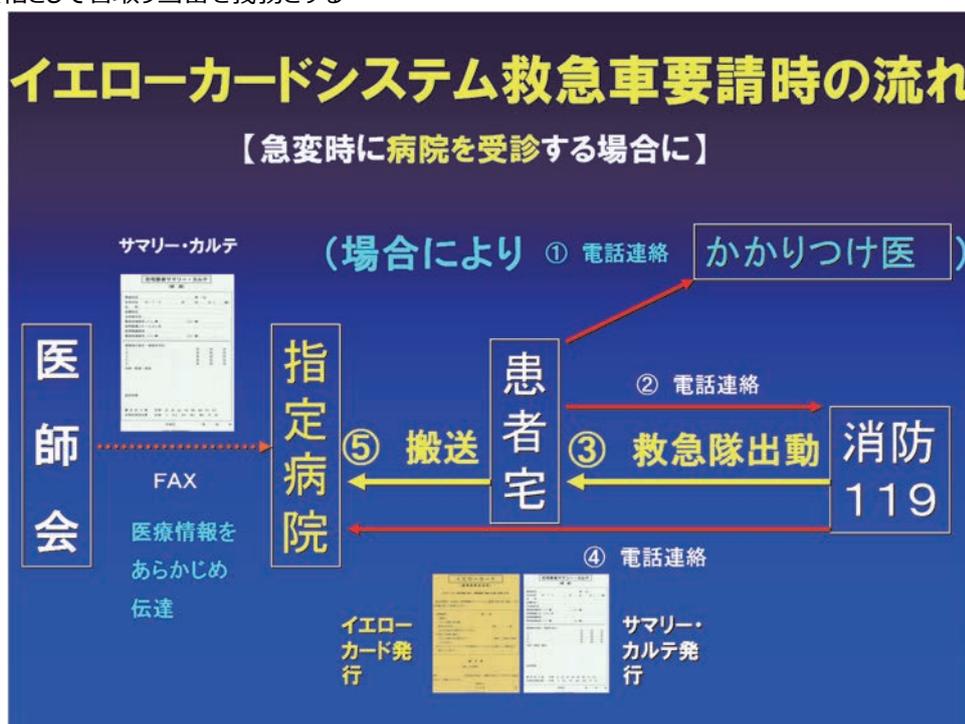
① イエローカード

イエローカードは、病状急変時に希望する病院への救急入院を要望する在宅患者に渡しておく療養カードであり、いざという時にかかりつけ医と連絡がとれなくても、希望病院にイエローカードを提示すればそこの治療が受けられることとなる。

この在宅医療後方支援病院連携システムは、静岡県立総合病院、静岡市立静岡病院、静岡赤十字病院、静岡済生会病院、静岡厚生病院と「在宅患者相互連携システム合意書」を取り交わし、2000年9月より順次稼働した。

これに先駆けて、医師会側では、病院が当該システムを受け入れ易くするために、以下の点を守っており、診療所からの無責任な病院入院を防ぎ、システムを継続するための条件としている。

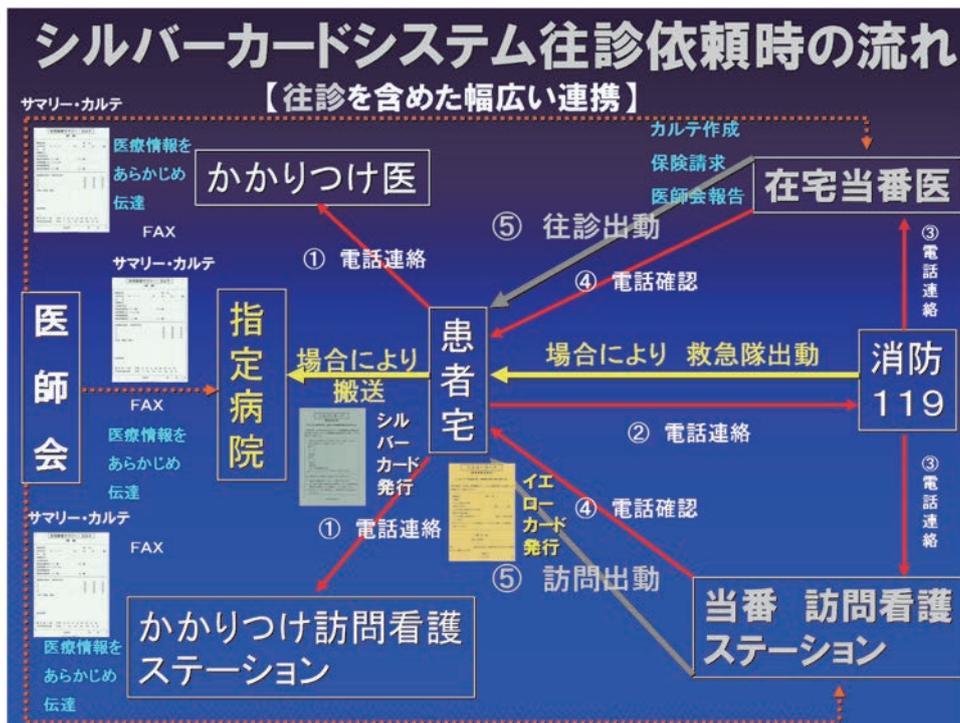
- ・ かかりつけ医として患者を最期まで看取る責任体制（グリーンカード）を組織
- ・ 参加資格として看取り当番を義務とする



② シルバーカード

2006年の診療報酬改定を受けて、既存の「イエローカード」「グリーンカード」の仕組みを使用しつつ運用が開始された。在宅患者からの緊急入院や緊急訪問の依頼があった際に在宅主治医やかかりつけ訪問看護師等と連絡が取れない時、在宅往診当番医や当番訪問看護師に連絡がいき、往診や訪問看護をするシステムである。

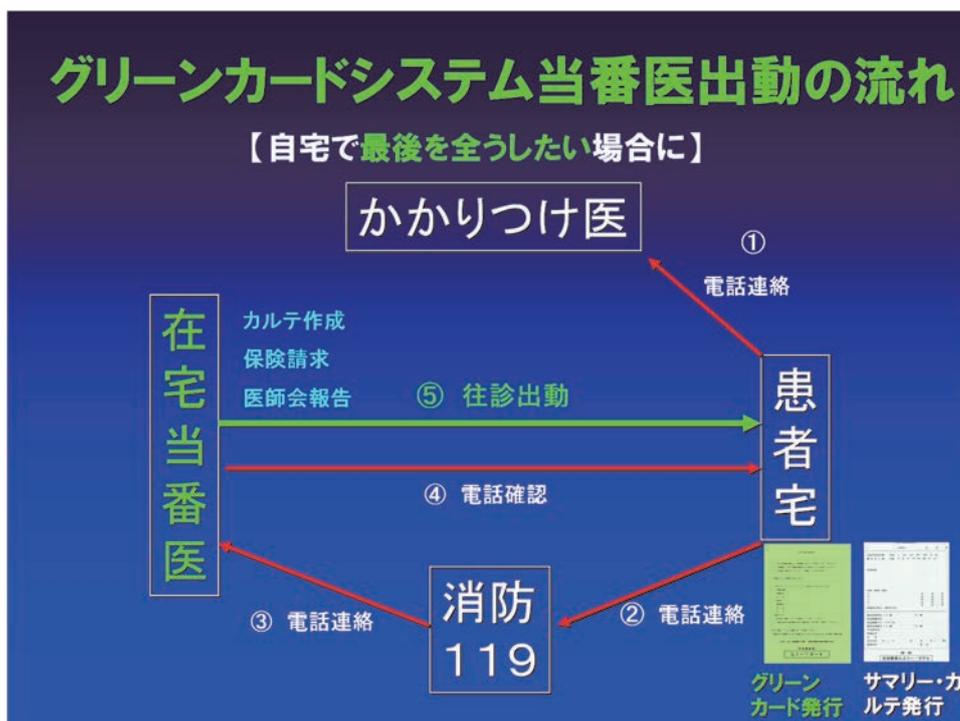
総登録医療機関は66診療所となるが、全て在宅療養支援診療所として認定されている。



③ グリーンカード

静岡市民で「在宅看取り」を希望する患者が看取りの状態になった時に、万一主治医と連絡の取れない場合、主治医に代わって看取り等に対処する当番医制度で、患者とその家族の不安を解消し、必要な処置、処理を行うシステムであり、静岡市医師会員 60 名で当番医制度を維持している。

この制度の中で患者と医療機関を結ぶ「テレフォンセンター」については、静岡市消防局の協力のもと消防の 119 番を「市民の不慮の在宅死に対する救急対策」として設定している。コール数については基本的にかかりつけ医である在宅医が原則看取りを行うこととなっているため使用数自体は少なく、制度発足後年間 1 ～ 2 例のみであり、119 番の通報に対して負荷はかかっている。

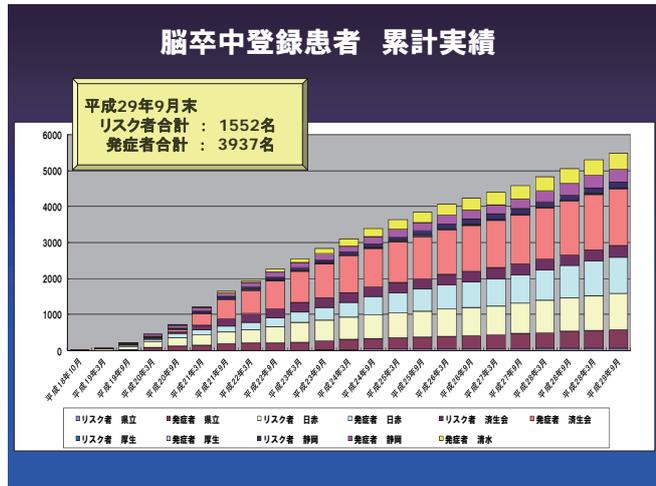


(1)疾患別の病診連携システム—イーツーネット病診連携—に対する効果

脳卒中の連携において、イーツーネット病診連携をしている患者の方が、連携していない患者よりも脳卒中の再発率が低いという結果が出ている。また、脳卒中の一番のリスクは年齢であり、高齢化が進んでいる静岡市は本来ならば脳卒中発生率が高まるはずが、連携を始めてから静岡市の脳卒中発生率が下がってきている。

脳卒中の連携システムについては急性期病院5つ、回復期5つ、診療所は計144と半数が加入しており、登録医師は162名となっている。登録患者数も年々増加している。

なお、「連携安心カード」の発行については、各病院で以下の通り発行されている。



病院名	連携安心カード発行数
静岡県立総合病院	4,721 枚
静岡市立静岡病院	6,788 枚
静岡厚生病院	230 枚
静岡赤十字病院	2,064 枚
静岡済生会総合病院	1,926 枚

(2)3種の在宅安心カードを使用した在宅安心連携システムに対する効果

＜各カードの登録医療機関および患者数（H29年）＞

各カードの登録医療機関数と登録患者数は以下の通り。シルバーカードについては登録はほとんどないが、使用しなくともいつもかかりつけ医が診ていることから、通常では特段必要とされず、主に使用されているものはグリーンカードとイエローカードである。

カード名	登録医療機関数	登録患者数
イエローカード（病診連携）	42 在支診	383 名
シルバーカード（病診連携）	2 在支診	3 名
グリーンカード（診診連携）	13 在支診	38 名

＜イエローカードの効果＞

どの病院も搬送数僅かであり、病院の負担にはなっていないことが確認済み。経年の搬送数は以下の通り。

病院名	イエローカードによる搬送件数
静岡県立総合病院	H29:2 件、H28:6 件、H27:2 件
静岡市立静岡病院	H29:9 件、H28:21 件、H27:16 件
静岡赤十字病院	H29:17 件、H28:20 件、H27:11 件
静岡済生会総合病院	H29:0 件、H28:0 件、H27:0 件
静岡厚生病院	※データなし

<シルバーカードの効果>

患者の急変時等に在宅主治医やかかりつけ訪問看護師等と連絡が取れない際の連絡体制のシステムの登録者については以下の通り。

分類	登録施設数	登録患者数
内科	55 診療所	40 名(現在 1 名)
外科	8 診療所	35 名(現在 2 名)
泌尿器	2 診療所	1 名
整形	1 診療所	0 名
総登録医療機関	66 診療所	76 名(現在 3 名)

<グリーンカードの効果>

当番医となっている医師の看取りについてはシステム発足以降年間 1～2 名とごく少数であるが、これは原則、かかりつけ医である在宅医が自ら看取りを行っているということであり、実数としては少なくとも、医師の中では「いざという時に使用できる」という安心感、セーフティーネットとして大きな存在となっている。

今後について

(1)静岡県在宅医療・介護連携情報システム「シズケア＊かけはし」との連動

2017 年 4 月から静岡県全土で運用が開始された静岡県医師会のシステム「シズケア＊かけはし」と「シルバーカード」システムの連携を推進している。現在は「イエローカード」、「シルバーカード」のシステムともに紙媒体での連携となっており、サマリーカルテ等を見ることで情報共有しているが、搬送された患者の直前の 2、3 か月の情報もあった方がなお良く、この情報を、「シルバーカード」システムにかかわる訪問看護師等が ICT に入力しておけば、多職種が閲覧できるようになる。

(2)糖尿病についての連携の強化

糖尿病については緩和のための病院医師と開業医が勉強する会等の集まりの場はあるが、病院から在宅へのスムーズな連携についての流れが構築できていないため、システムの今一度の構築が必要である。

(3)末期のがん患者の在宅療養に対する課題

病院の逆紹介として、末期がんの患者が在宅に戻る際に病状が相当程度進行した状態で在宅に戻ってくることが多い。在宅に戻ってから亡くなるまで 1 か月程度のことが多く、患者と在宅医や訪問看護師等の関係性が構築される前に亡くなってしまうため、できるだけ早い段階での在宅への移行を働き掛けていく必要がある。

(4)イーソーネット病診連携の講演会の費用繰りの問題

連携パス等の詳細な説明等を行う場はそれぞれの疾病ごとに講演会を開いてその場で説明しているが、その会費等のスポンサーとなる企業が規約の問題で撤退しつつあり、今後の方針を早急に決める必要がある。

(1) 地域の問題点を踏まえた上での対応

現状の地域の特性、問題点を踏まえた上での対応をしていかないと、問題点にそぐわない対応策となってしまう。

(2) できるところから行う

連携システムについても病院、診療所ともに手挙げ制としているが、強制的に行くと無理が生じてしまうポイントもあるので注意が必要。

グリーンカード

(在宅看取用)

このカードは、在宅看取りに際し、往診を希望する時に使用します。

患者さんが看取りに近い状態になったにもかかわらず、主治医と連絡が取れない場合、以下の手順に従ってお使い下さい。

(1) 静岡市消防本部通信司令室 (☎ ²⁸⁰⁻⁰¹²⁰~~255-9700~~) に電話してください。

「在宅安心連携システムに連絡してください」と伝え

患者さんの

氏名

住所

電話番号

主治医の

氏名

診療所名

診療所番号

を知らせ、この「グリーンカード」があることを伝えてください。

この連絡により当番医が往診します。

(2) 当番医は原則としてタクシー（実費）でうかがいます。

(3) 診療費は、後日当番医診療所まで保険証とともに持参して下さい。

(4) 死亡診断書が書けず、検案書となることがあることをご了承下さい。

イエローカード

(連携病院受診用)

このカードは、病状急変に際し、連携病院に受診する時に使用します。

病状急変時、主治医、訪問看護ステーションと連絡が取れない場合、以下の手順に従ってお使い下さい。

①連携病院〔 病院 ☎ 〕

に電話し、

イエロー患者である事と

患者さんの氏名

年齢

歳と

これから受診する事を教えてください。

②消防 119 番に電話し、

イエロー患者である事を告げ〔

病院〕への搬送を依頼

してください。

③この「イエローカード」と「在宅患者サマリーカルテ」を持参して、病院受付に

提示してください。

紹介状

病院 担当医様

患者 様の病状が急変し、貴院を受診いたしますのでご高配の
程よろしくお願ひいたします。

診療所名

担当医

印

社団法人静岡市静岡医師会

シルバーカード

(緊急往診用)

このカードは、病状急変に際し、往診あるいは訪問看護を希望する時に使用します。

病状急変時、主治医の往診あるいはかかりつけ訪問看護師の訪問看護を希望する時、主治医・かかりつけ訪問看護師と連絡が取れない場合、以下の手順に従ってお使い下さい。

(1) 静岡市消防本部通信司令室 (☎²⁸⁰⁻⁰¹²⁰~~255-9700~~) に電話してください。

「在宅安心連携システムに連絡してください」と伝え

患者さんの

氏 名

住 所

電話番号

主治医の

氏 名

診療所名

診療所番号

かかりつけ訪問看護師の名前

を知らせ、この「シルバーカード」があることを伝えてください。

後ほど当番医師あるいは看護師より連絡がありますのでお待ち下さい。

(2) 当番医師、看護師は原則としてタクシー（実費）でうかがいます。

(3) 後日、医師の診療費は当番医診療所に医療保険証とともに、また看護師の訪問看護費用は介護保険証とともに当番看護ステーションに持参して下さい。

(4) 病状によっては、往診、訪問看護をしないで電話指示だけになる事があることをご了承下さい。

社団法人静岡市静岡医師会

在宅患者サマリー・カルテ

患者氏名 _____ 男・女
生年月日 M・T・S _____ 年 月 日 (歳)
患者住所 _____
患者電話番号 ☎ _____
診療所名 _____
主治医氏名 _____
緊急時連絡先 (1) ☎ _____ (2) ☎ _____
訪問看護ステーション名 _____
訪問看護師名 _____
緊急時連絡先 (1) ☎ _____ (2) ☎ _____

診断名・発病年月日

1. _____ 年 月 日
2. _____ 年 月 日
3. _____ 年 月 日
4. _____ 年 月 日
5. _____ 年 月 日

経過・現状

投薬

寝たきり度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

作成日 _____ 年 月 日

社団法人静岡市静岡医師会

静岡医師会 回収データ分類（診療所）

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	26	10	0	1

n=(37)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	0	36	1

n=(37)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	在宅専門診療所	いずれも届け出していない	無回答
29	0	5	0	2	0

n=(36)

④ 標榜している診療科目（重複有）

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
37	5	1	0	2	3	2	1	4	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	n=(37)
0	0	1	1	1	0	0	2	0	

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	37	1.3	1	3
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	35	1.11	0	3
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	33	0.55	0	1
2) 歯科医師	30	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	37	3.06	0	15
4) 薬剤師	32	0.09	0	1
5) リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	32	0.19	0	6
6) 管理栄養士	32	0.13	0	2
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	32	0.06	0	2

⑥ 外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	37	18.39	8	23
②平成30年1月の延べ外来患者数	37	1150.62	20	2413

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	37	34	1	2	0
(2) 訪問診療	37	33	2	2	0
(3) 歯科訪問診療	37	0	0	34	3
(4) 救急搬送診療	37	4	2	26	5
(5) 在宅患者訪問看護・指導	37	6	2	26	3
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	37	0	1	33	3
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	37	1	5	26	5
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	37	32	0	5	0
(9) 在宅看取り	37	34	0	3	0
(10) 居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	37	16	3	15	3
(11) 訪問看護（介護予防サービス含む）	37	4	4	25	4
(12) 訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	37	1	7	25	4

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	34	59.91	1	598
合計のうち小児（15歳未満）患者数	32	0	0	0
合計のうち自院に通院していた患者数	34	12.15	0	107
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	35	19	1	177
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	35	8.09	0	81
うち自宅での死亡者数	33	5.67	0	66
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	32	3.56	0	49
合計のうち医療機関で死亡した患者数	33	3.39	0	35
うち連携医療機関での死亡者数	31	3.13	0	35
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	31	1	0	14

⑨ 診療所に対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	36	18	9	4	4	1
(2) 中心静脈栄養の管理	36	5	8	8	13	2
(3) 膀胱留置カテーテル	36	19	11	5	0	1
(4) 在宅酸素療法	36	22	11	2	0	1
(5) 人工呼吸器の管理	36	7	9	2	17	1
(6) 気管カニューレの管理	36	7	13	5	10	1
(7) 腹膜透析	36	0	3	1	30	2
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	36	7	7	5	15	2
(9) 点滴・静脈注射	36	22	7	3	3	1
(10) 喀痰吸引	36	13	10	5	7	1
(11) 麻薬による疼痛管理	36	12	11	7	5	1
(12) 褥瘡処置	36	18	7	5	5	1
(13) ターミナルケア	36	18	7	9	1	1
(14) 小児患者（15歳未満）の対応	36	1	4	5	24	2

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	110	0	2000

n= (35)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
9	10	12	4	0

n= (35)

②-1 往診の実施の形態

診療時間内外に関わらず 往診を行っている	診療時間内に行い、診療 時間外には行わない	診療時間外に行い、診 療時間内には行わない	その他	無回答
1	2	8	1	0

n= (12)

②-2 緊急時の往診の対応

自院のみで対応している	予め他の医療機関と連 携して対応できる体制を 構築している	緊急時の往診には対応 していない	無回答
4	6	2	0

n= (12)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持 したい	減らしたい	やめたい	無回答
7	16	2	1	9

n= (35)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	639.5	0	8691

n= (34)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
670.32	0	12000

n= (35)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応 している(貴院単 独で対応)	24時間365日対応 している(地域の他 医療機関と協力な がら対応)	訪問診療を行う曜 日・時間帯を決めて 行っている	その他	訪問診療は行ってい ない	無回答
7	5	15	2	0	4

n= (33)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間内外に関わらず訪問診療を行っている	診療時間内に行い、診療時間外には行わない	診療を行っている日の診療時間外に行い、診療時間内には行わない	休診日に行っている	その他	無回答
1	2	11	1	0	0

n=(15)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
5	18	3	1	6

n=(33)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	35	8.09	0	81
うち自宅での死亡者数	33	5.67	0	66

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
8	22	2	1	0

n=(34)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点的な病院	緊急時入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
11	15	12	31	23	35	6	26	26	29	4
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
12	9	6	7	2	6	7	1	0	0	0

n=(36)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
35	33	22	29	24	16
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(35)
30	11	5	1	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
23	23	13	19	9	21
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点をふまえた医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(26)
16	9	11	2	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
18	31	35	3	0
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICTの連携ツール	その他	無回答	n=(36)
2	2	0	1	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
20	5	1	10	0

n=(36)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
29	27	19	17	3	4	8
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(36)
4	0	0	0	2	1	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
21	8	6	15	8	3	4
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(36)
5	5	1	3	2	1	

② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
21	18	13
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
10	12	13
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
24	13	13
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
12	12	19
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(37)
14	5	

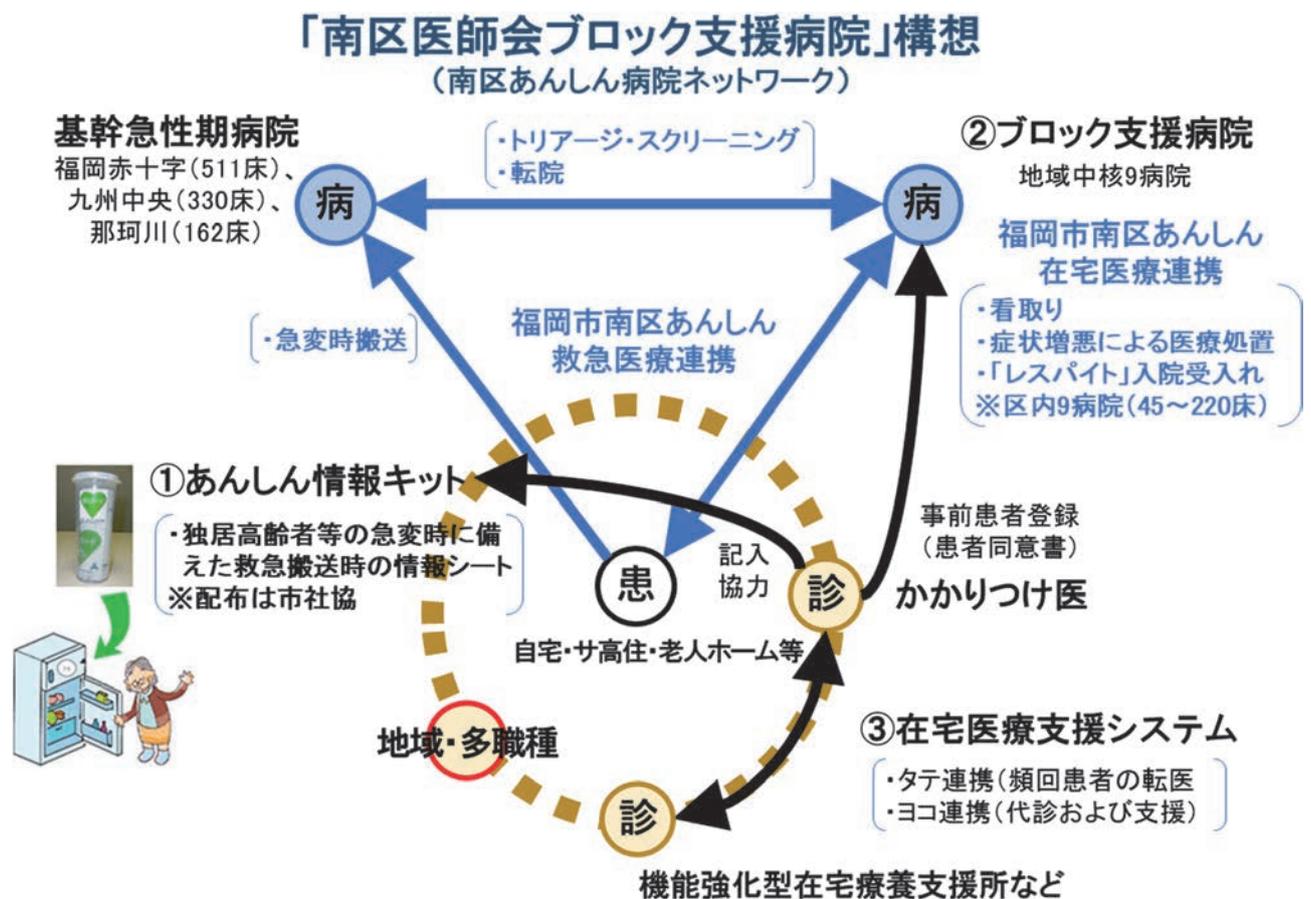
12.

福岡県福岡市

(福岡市医師会、福岡市南区医師会)

「ブロック支援病院」構想による病病・病診・診診連携の推進 (福岡市南区医師会)

- 「南区医師会ブロック支援病院（福岡市南区あんしん在宅医療連携、福岡市南区あんしん救急医療連携）構想」の推進（福岡市南区医師会）
- 「福岡市南区在宅医療支援システム（タテ連携・ヨコ連携）」（福岡市南区医師会）
- 「あんしん情報キット」の配布（福岡市南区医師会、福岡市社会福祉協議会）



医療介護専用SNS「メディカルケアステーション」利用

福岡市(政令指定都市)及び福岡市南区の地域概要

●福岡市南区

<基本データ>

- ・人口 26.0 万人 (H29.12.福岡県調べ)
- ・高齢化率 22.7% (5.8 万人) (H29.12.福岡県調べ)
- ・施設数：病院 18、診療所 205、歯科 156、薬局 146 (H28.日医 JMAP)

<在宅医療資源の情報>

- ・在支診数 39 (H28.日医 JMAP)
- ・在支病数 5 (H28.同上)
- ・訪問看護ステーション数 33 (H29.福岡市調べ)
- ・訪問歯科 21 (H28.日医 JMAP)
- ・訪問薬局 49 (H28.同上)

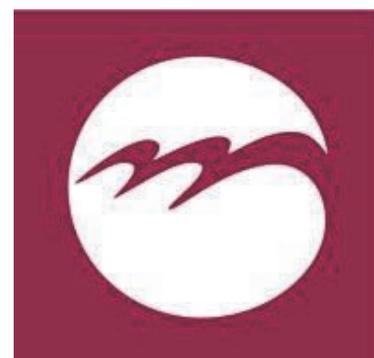
●福岡市

<基本データ>

- ・人口 151.4 万人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・高齢化率 20.8% (同上)
- ・訪問診療実施率 16.9% (H26.厚労省特別集計)
- ・看取り実施率 1.9% (H26.同上)
- ・自宅死の割合 12.0% (H28.厚労省特別集計)
- ・施設数：病院 114、診療所 1,347、歯科 998、薬局 873 (H28.日医 JMAP)

<在宅医療資源の情報>

- ・在宅医療受診高齢者の将来推計 3.5 千人 (H26) →6.5 千人 (H37)
- ・訪問診療可能な医療機関 205 (H29.12.福岡市医師会)
- ・在宅での看取りが可能な医療機関 87 (H29.12.同上)
- ・在支診数 232 (H28.日医 JMAP)
- ・在支病数 15 (H28.同上)
- ・訪問看護ステーション数 152 (H29.福岡市調べ) ※5-6 年前には 100 件程度であった (福岡市医師会)
- ・訪問歯科 113 (H28.日医 JMAP)
- ・訪問薬局 728 (H28.同上)



事例の概要

<福岡市南区：取組の背景・経緯>

南区では大規模な急性期病院が 2 つあり、急性期医療環境は恵まれている。また、南区医師会には、他区に比べ強化型在支診が多く、地域の在宅医療の推進にも積極的である。在支診の医師会入会率も高い。

南区の三師会を中心に医療と介護の多職種間連携に取り組んでおり、医師会内には「**南区地域包括ケア推進会議 在宅医療・介護部会**」が活動中である。

平成 11 年には「**南区在宅医療ネットワーク**」(通院困難な患者さんの在宅療養支援が目的)が、平成 24 年 10 月には「**南区認知症診療ネットワーク**」がそれぞれ立ち上がり、平成 28 年からは南区医師会として医療介護専用 SNS「**メディカルケアステーション**」を導入し、運用ルール「**南区医師会メディカルケアステーション運用ポリシー**」を策定した。

平成 29 年度は、「**区民と医師との会(認知症)**」「**在宅医のスキルアップ研修会**」「**急性期病院開催型の在宅医療**

検討会」をそれぞれ開催し、「ブロック支援病院（南区あんしん病院ネットワーク）」の本格稼働（H29.4）、「施設への出前講座（看取り）」を進めている。

区内在宅医のバックアップ、在宅医療ルールの整備として、①診診リレー、②主治医の学会出席等における不在時を支え合う体制、③在宅に取組みはじめて3年未満の会員に対する支援に取り組む。

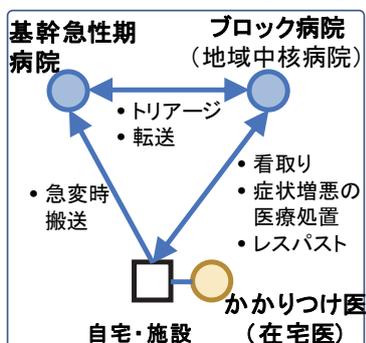
<福岡市南区医師会の取組の概要>

- 垂直連携：（病診・多職種連携）「安心情報キット」の配布（南区医師会 & 福岡市社会福祉協議会）
（病病・病診連携）「ブロック支援病院」体制の構築・運用（南区医師会）
- 水平連携：（診診連携）南区医師会在宅ネットワーク「在宅医療支援システム」の運用（南区医師会）
（多職種連携）SNS「メディカルケアステーション」の運用（南区医師会）

福岡市南区医師会の取組

① 垂直方向の連携（病診連携）

ブロック支援病院体制



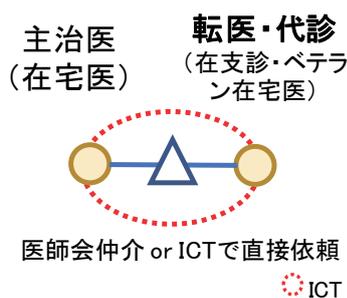
- 南区あんしん在宅医療連携（事前患者登録制度、ブロック病院での看取り目的の入院・肺炎等の治療入院・レスパイト入院）
- 南区あんしん救急医療連携（急変時の基幹病院への搬送、安心情報キットの活用）

<関連する協議会等>

- ① 「南区地域包括ケア会議 在宅医療・介護連携部会」（事務局：南区）
- ② 「南区医師会 在宅医療委員会」（事務局：南区医師会）
- ③ 「南区医師会 病院部会」（事務局：南区医師会）

② 水平方向の連携（診診・多職種連携）

転医・代診



- 南区在宅支援システム（タテ連携：転医、ヨコ連携：代診）
- 多職種連携SNS「メディカルケアステーション」の運用

ICT活用の多職種連携



<関連する協議会等>

- ① 「南区地域包括ケア会議 在宅医療・介護連携部会」（事務局：南区）
- ② 「南区医師会 在宅医療委員会」（事務局：南区医師会）

<福岡市南区医師会での検討及び運用開始時期>

○昭和 51 年～現在、「区民と医師の会」の活動

南区医師会発足時から、中断されることなく継続開催されている「市民向け啓発講座」（医師会の手弁当で運営）で、累計 1,000 回以上の開催。毎回の講演テーマは地域代表（地域公民館）、区役所と医師会が共同で検討し、講師は医師会員が交代で担当し、地域・行政と医師会との良好な関係性の土台となった。

○平成 11 年～現在、「在宅医療ネットワーク」の組織化と展開

平成 10 年の診療報酬改定で「寝たきり老人在宅総合診療料」および「24 時間連携体制加算」の新設を契機に、南区医師会が事務局となり、通院困難な患者の在宅療養支援を目的に、区内の 10 病院と 60 診療所が参加し仕組みを構築した。各医療機関が在宅医療にどんな貢献ができるかを登録し、参加医療機関の名簿（在宅医療機能一覧）を作成し、医療機関、行政、南区三師会、訪問看護事業所等に配布した（名簿は 4～5 年ごとに更新）。この仕組みが病診・多職種連携の取り組みの契機となり、「ブロック支援病院構想」を生み出すベースとなった。

○平成 24 年 10 月～現在、「認知症診療ネットワーク」の組織化と展開

区内の認知症相談医・サポート医が中心となり、かかりつけ医のボトムアップを図るための認知症研修会を開催。研修会開催を通じて、認知症患者への対応として「かかりつけ医→相談医・サポート医→認知症専門医療機関」の流れが機能するよう支援する。参加医療機関は約 80 機関。

○平成 25 年～27 年度、国・県のモデル事業への参画

地域在宅医療推進事業（平成 25～27 年度）・在宅医療拠点整備事業（平成 26 年度～）を活用し、以下のような医師会独自の取り組みを実施。

- ・「南区在宅医療ネットワーク」のリニューアル・HP 公開
- ・多職種連携 SNS「メディカルケアステーション」の導入推進
- ・「区民と医師の会」での認知症啓発講座や公開講演会（平穏死、在宅医療）の開催
- ・「南区骨粗鬆症リエゾンサービス研究会」発足（クリニックと病院の整形外科医師と多職種が参加）

○平成 27 年 6 月 22 日、南区多職種連携研修「在宅高齢者の救急搬送について」の開催

南区多職種連携研修「在宅高齢者の救急搬送について」において、以下の 3 つ課題が共通認識として取り上げられ、「病院部会」の立ち上げと、「南区医師会 在宅医療委員会」での継続議論へと発展した。

- ・基幹急性期病院における軽症者の長期入院
- ・看取り目的の救急搬送
- ・救急現場での患者情報不足（ケアマネも困惑）

<福岡市：取組の背景・経緯>

福岡市は、全国第五位の人口を抱える政令指定都市で全国一の人口増加率を誇る。その福岡市では、団塊世代が75歳以上となる2025年に、65歳以上の高齢化率は24.8%となり、さらに福岡市の人口ピークと予想される2040年には31%に達すると予測されている。福岡県地域医療構想の推計では、2025年における福岡市の在宅医療等の患者数は2013年の約2.48倍になり、在宅医療資源の不足が指摘されている。

このような状況のなか、福岡市と福岡市医師会は協働で協議会・委員会を設置し、地域包括ケアシステムにおける医療を中心とする多職種連携体制の整備を急速に進めているところである。

<福岡市医師会の取組の概要>

- 垂直連携：（病診連携）「ブロック支援病院体制」の構築（福岡市&福岡市・各区医師会）
- 水平連携：（多職種連携）「在宅カルテ」の運用（福岡市医師会）
（多職種連携）医療介護連携 ICT 導入モデル事業の実施（福岡市医師会）
（多職種連携）「在宅医療相談窓口」の開設（福岡市医師会）

<福岡市医師会での検討及び運用開始時期>

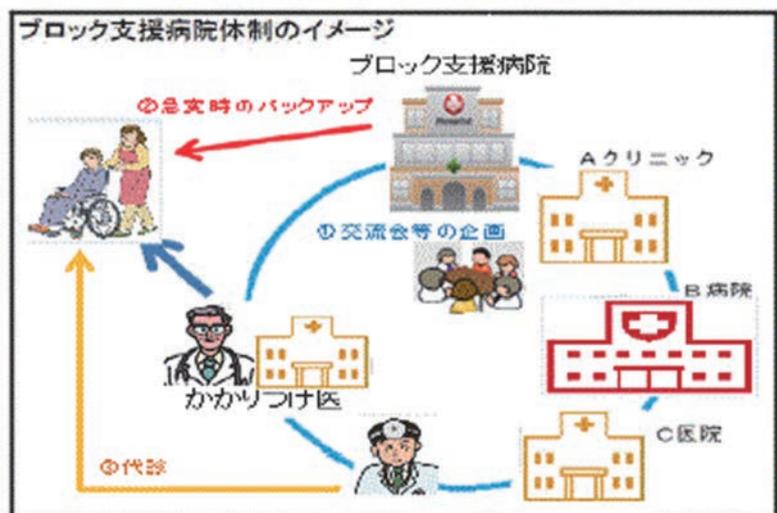
- ・平成24年8月～：「福岡市地域包括ケアシステム検討会議・専門部会」による検討（福岡市）
- ・平成25～26年度：「退院時連携モデル事業」の実施（福岡市）
- ・平成26年1月～：「福岡市在宅医療協議会」による検討（福岡市&医師会）
- ・平成26年度：「医療介護の連携強化モデル事業」の実施（福岡市）
- ・平成25年6月～：「在宅カルテ」運用開始（福岡市医師会）
- ・平成27年1月～6月：医療介護連携 ICT 導入モデル事業（福岡市医師会）
- ・平成27年11月：「福岡市在宅医療医会」発足（福岡市医師会）
- ・平成28年4月：県医師会「とびうめネット救急医療支援システム」に参画（福岡市医師会）
- ・平成28年6月：福岡市在宅医療協議会に「地域包括ケアシステム推進委員会」を設置（福岡市&福岡市医師会）
- ・平成29年2月～：「福岡市ケアノート」（日立製作所）実証実験開始（福岡市）

<今後の課題>

- ・行政区によって異なる医療事情と在宅医療への取り組み意識
- ・新規開業医（特に在宅診療特化型クリニック）の医師会離れ

福岡市医師会の取組み「ブロック支援病院体制」

7行政区を3～9ブロックに分け、ブロックごとに拠点となる病院を設定し、そのブロック支援病院を中心に、医師が在宅医療に取り組みやすい体制づくりを進める。



(福岡市医師会作成)

(1)福岡市南区医師会の取り組み

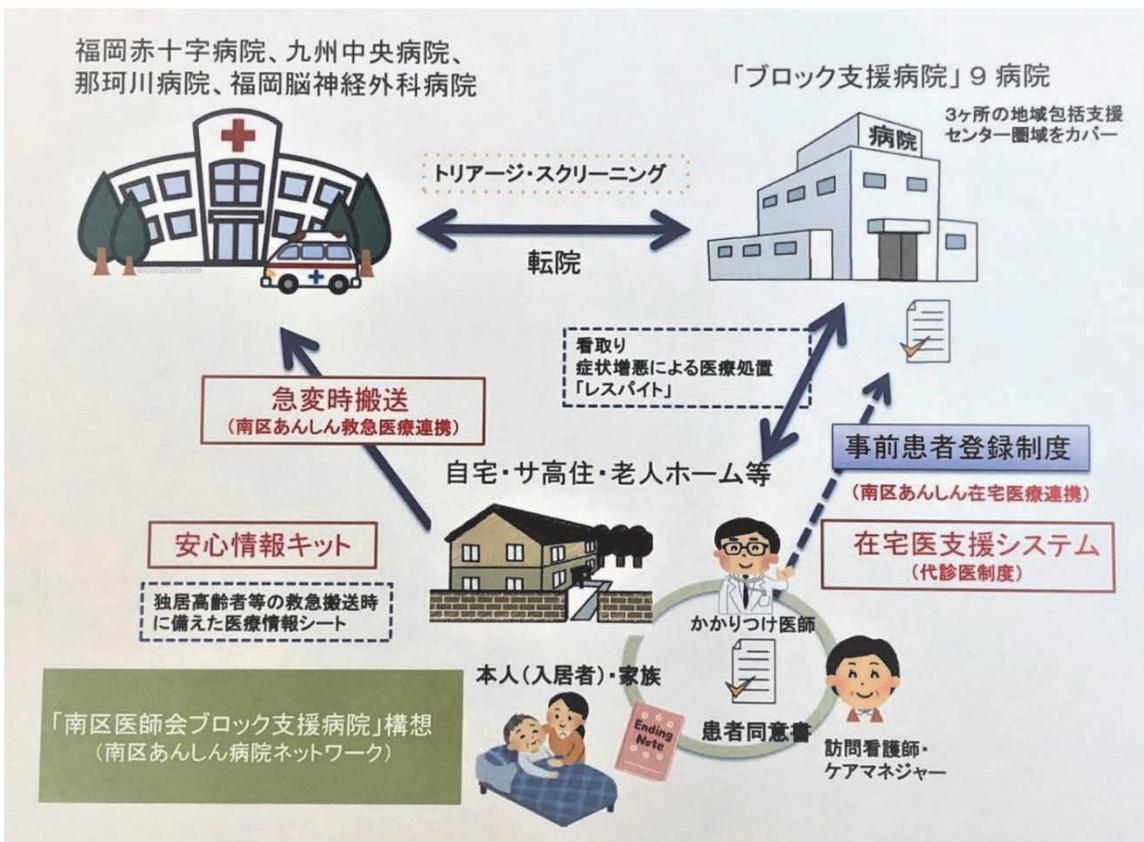
①【病診・多職種連携】「安心情報キット」の配布（南区医師会&福岡市社会福祉協議会）平成30年4月

～

「安心情報キット」とは、独居高齢者等の急変時に備えた救急搬送時の情報シートで、既に、福岡市社会福祉協議会が独自に配布していたものであるが、医師会が関与することで、改めて医療情報項目の見直し・追加を行い、来年度から区内の独居・老老世帯に対し全戸配布を実施することになった。今後、福岡市全区で拡大実施する予定である。

②【病病・病診連携】「ブロック支援病院」体制の構築・運用（南区医師会）

救急現場と在宅医療の現場の負担軽減を目指した仕組み。ブロック支援病院は、①救急搬送後の基幹病院でのトリアージにより、基幹病院での積極的な治療を要しない、あるいは希望しない患者の受け入れ（あんしん救急医療連携：病病連携 平成28年9月1日～）と、②予めブロック支援病院に、情報登録を同意した在宅患者に対し、「看取り目的の入院、肺炎等の治療入院、レスパイト入院など」に、24時間365日体制で受け入れる（南区あんしん在宅医療連携：病診連携 平成29年4月～）の2つの役割を持つ。入院する場合は、かかりつけ医の責任のもとで判断・決定する仕組みである。



ブロック支援病院には市内9病院が、11圏域（地域包括支援センター圏域）に対し、手上げ方式で各病院が参加した。その結果1圏域に1～5病院が担当することになった。内科総合病院だけでなく、精神科・整形外科の単科病院も参加している。

もともと、ブロック病院体制構想は、横須賀市医師会方式を参考にしたが、人口規模や医療資源等の違いもあり、拠点病院（地域中核病院）ではなく、「支援」病院（地域支援病院）とした。救急搬送は基幹病院（急性期）で受け入れることを前提としている。また、担当圏域はあくまで目安としての設定であり、「縛り」は一切ない、ゆるやかなものとなっているのが特徴である。

③【診診連携】南区医師会在宅ネットワーク「在宅医療支援システム」の運用（南区医師会）平成 29 年 12 月～

福岡市からの要請（在宅医を増やす仕組みづくり）に基づき、検討が始まった。外来診療を中心としつつも在宅医療を担う医師の確保のため、「頻回な往診が必要となった場合の対応」と「かかりつけ医不在時の患者急変時の補完体制整備」を目的に、①タテ連携と②ヨコ連携の仕組みを構築・運用している。なお、本システムへの参加希望会員は、「南区医師会在宅医療ネットワークへの参加」と「医師会正式採用 SNS メディカルケアステーションへの事前登録」が条件となっている。

当初、代診医機能をブロック病院に持たせることも検討したが、ほとんどの病院が夜間は 1 人当直医体制のため、対応が困難であったので、在支診がバックアップする体制で検討を進めてきた。

①タテ連携（診診リレー・転医）

外来中心で訪問診療も実施している診療所の、受け持ち在宅患者で、頻回な訪問・対応が予測される場合に、機能強化型在支診等への主治医交代を依頼できる仕組み。メディカルケアステーション上で、直接受入れ打診を行う。訪問診療料や在医総管等を算定している場合は、原則、月単位での交代とする。

※個々のやり取りで、交代医師が見つからない場合は、医師会（在宅医療委員会事務局）が仲介する。

②ヨコ連携（代診・バックアップ）

主として機能強化型在支診を取得するクリニック等が、在宅医療に取り組んで日の浅い診療所（3 年以内程度、現在 1 名）に対して、学会参加等の不在時の代診、診療および事務的な相談・助言等を行い、バックアップを担う仕組み。予め、支援可能な機能強化型在支診をリストアップしており、診療エリアを考慮して、メディカルケアステーションを介して打診・紹介する。

○留守番医の待機謝礼：3,000 円/日 ※実際に代診した場合は留守場医側で保険算定

○留守番期間：原則 2 日間（年 2 回程度、但しお盆・正月・大型連休は除く）

○診療方針：あくまで主治医（不在医）が判断・決定、留守番医は主治医が従う

④【多職種連携】多職種連携 SNS「メディカルケアステーション」の運用（南区医師会）平成 28 年～

無料で使い勝手がよく、全国 200 以上の医師会での実績があることから採用に至った。南区医師会長と栃木県医師会の長島医師とが同じ整形外科医で知り合いであったことが導入検討のきっかけになった。すでに、医師 61 名、歯科医師 29 名、歯科衛生士 10 名が登録済みである。掲示板としては、南区の全体 G、各職種団体 G、患者・利用者別 G ができているが、介護系の利用者数、登録患者数は把握していない。

メディカルケアステーションは、あくまでケアマネが中心となる介護保険領域の患者情報を共有する仕組みである。病診連携のための患者情報共有システムとしては、福岡県医師会が運営する「とびうめネット」が存在する。

(2)福岡市医師会の取り組み

<垂直連携（福岡市医師会）>

①「退院時連携モデル事業」の実施（福岡市）平成 25～26 年度

退院時に焦点をあて退院予定の高齢者支援を通じた退院調整の円滑化、専門職の連携強化を図るとともに、関係機関の協議のもとで下記の様式を策定し、「福岡市退院時連携の基本的な進め方の手引き」（平成 27 年 3 月）として完成・配布した。

- ・様式 1 入院時／退院時情報提供書
- ・様式 2 緊急時連絡先カード
- ・様式 3 退院支援スクリーニング票
- ・参考 1 医療処置別必要な物品リスト（例）

②【病診連携】ブロック支援病院体制の構築（福岡市&市・区医師会）平成 28 年～（検討）

神奈川県横須賀市の取り組みを参考に、福岡市と医師会の共同事業として「ブロック支援病院」体制の構築を進めている。福岡市は横須賀市に比べ人口規模が大きいため、行政区ごとのブロック設定数を検討し、地域事情に応じて 3～9 ブロックに分けた。1 ブロックに 1～2 箇所設置された拠点病院（ブロック支援病院）を通じ、地域の在宅医の負担軽減を図るための活動支援や情報交換の場を提供する。

平成 29 年 12 月現在、全ての行政区で、ブロック分けと支援病院の選定が完了し、今後は、ブロック支援病院を中心に、下記の 1.～3.に該当する、医師の交流、在宅患者急変時の受入体制づくり（バックベットの確保）、代診医システムの検討を進めていく予定となっている。

- 1.在宅医療に携わる医師を増やすための医師間の関係づくり
- 2.在宅医を支える急変時受入体制づくり
- 3.代診医システムの確立
- 4.ブロック支援病院体制の構築など

※在宅医療患者の容体急変時には一時的に「基幹病院」で入院を受けるが、その後の入院の受け皿として設けるのが「ブロック支援病院」

※ブロック支援病院体制の構築は「第 7 期福岡市介護保険事業計画（案）」にも盛り込まれている

③【病診・多職種連携】「病院+在宅＝地域医療連携研修会」の開催（福岡市在宅医療医会）平成 28 年～

福岡市在宅医療医会が、在宅医療への理解と協力の促進を目的に、勇美記念財団助成を受け開催中。在宅療養の受け皿として在宅医の活動・診療内容を理解して頂くことで、従来の「急性期病院から回復期病院への流れ」を、在宅療養に変えてもらうのが狙い。

対象：急性期病院に所属する医師・多職種、または在宅医療にかかわる多職種

講師：在宅医（福岡市在宅医療医会会員）

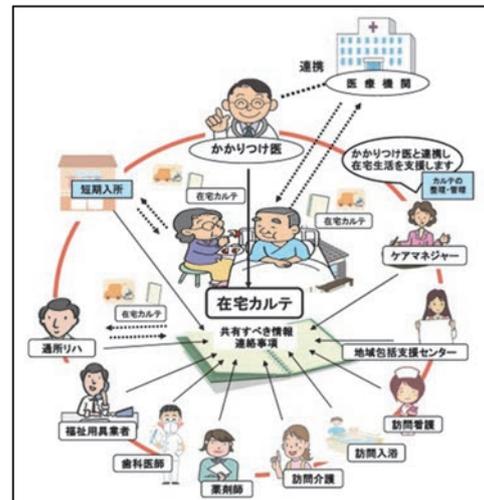
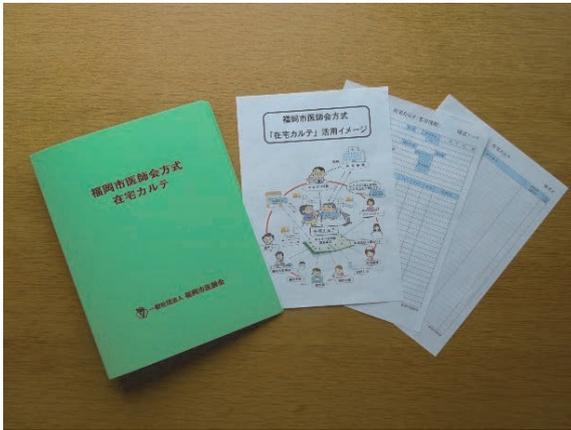
開催実績：平成 28 年 1 回、平成 29 年 2 回実施

<水平連携（福岡市医師会）>

①【多職種連携】福岡医師会方式「在宅カルテ」の運用（福岡市医師会単独）平成 25 年 3 月～

○「在宅カルテ」とは

「在宅カルテ」は、在宅医療においてより質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医を中心に在宅医療に関わる多職種が、患者の医療・介護情報等を共有し、スムーズな連携を図るための連携ツールとして考案された。



「在宅カルテ」は、患者宅に保管される紙媒体（在宅カルテをとり込んだバインダー）で、「様式 1」（基本情報）はケアマネジャーが記入し、「様式 2」（連携必要情報）はかかりつけ医・サービス提供事業者が記入する。医療・介護の全情報を記録するのではなく、多職種で共有すべき情報に絞って記入するのがポイントである。また、基本情報の記入（起点）をケアマネジャーに担当してもらうことで、介護・医療連携をより密に進めることを狙った。

在宅カルテ(記入例:要支援) 様式1-1

様式1は担当ケアマネジャーが全て記入する

緊急連絡先	要支援	H24/5/〇	障がい種別	J2	認知度	自立
介護度	要支援	H24/5/〇	障がい種別	J2	認知度	自立
事業所	〇〇〇〇いさいせき	緊急連絡先は緊急時に優先して連絡すべき家族の連絡先を記入する	担当ケアマネジャー	〇〇〇〇	TEL	092-000-0000
TEL	092-000-0000		FAX	092-000-0000		
かかりつけ医	氏名		TEL		FAX	
備考	難治性下腿潰瘍の処置、フットケア					
開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日	
訪問診療	23/8/18～	〇〇クリニック	000-0000	000-0000	●●	隔週(水)11:00～
	23/11/24～	〇〇整形外科クリニック	000-0000	000-0000	●●	1回/月
訪問看護	23/12/24～	〇〇訪問看護				訪問診療やサービスを開始している担当者名を記入する
訪問介護						訪問診療やサービスを開始した年月日を記入する
デイケア						訪問診療やサービスを開始する予定の曜日や時間を記入する
デイサービス	23/12/18～	〇〇デイサービスセンター	000-0000	000-0000	●●	毎(火、木、金)
ショートステイ	21/10/12～	〇〇ショートステイ	000-0000	000-0000	●●	
訪問リハ	23/11/24～	〇〇整形外科クリニック	000-0000	000-0000	●●	毎(火)11:00～12:00

在宅カルテ(記入例:要支援) 様式2

様式2は、かかりつけ医・サービス提供事業者が記入する

連携事項	事業所名	担当
2 20 12:00 朝は朝起きてきたが、前回の診療通りが通い、全体に軽微な悪化している。手足の痺れは1週間前と比較して軽微だが、日常生活には支障はない。食事量は減り、水分の摂取量は減っている。水分の摂取量は減っている。水分の摂取量は減っている。	〇〇クリニック	〇〇〇〇
2 21 05:00 朝から夕方までの体調は悪化している。手足の痺れは軽微だが、日常生活には支障はない。食事量は減り、水分の摂取量は減っている。水分の摂取量は減っている。	〇〇クリニック	〇〇〇〇
2 22 10:15 朝は朝起きてきたが、前回の診療通りが通い、全体に軽微な悪化している。手足の痺れは1週間前と比較して軽微だが、日常生活には支障はない。食事量は減り、水分の摂取量は減っている。水分の摂取量は減っている。	〇〇クリニック	〇〇〇〇
2 23 10:00 朝は朝起きてきたが、前回の診療通りが通い、全体に軽微な悪化している。手足の痺れは1週間前と比較して軽微だが、日常生活には支障はない。食事量は減り、水分の摂取量は減っている。水分の摂取量は減っている。	〇〇クリニック	〇〇〇〇
2 24 11:00 朝は朝起きてきたが、前回の診療通りが通い、全体に軽微な悪化している。手足の痺れは1週間前と比較して軽微だが、日常生活には支障はない。食事量は減り、水分の摂取量は減っている。水分の摂取量は減っている。	〇〇クリニック	〇〇〇〇
2 25 14:00 朝は朝起きてきたが、前回の診療通りが通い、全体に軽微な悪化している。手足の痺れは1週間前と比較して軽微だが、日常生活には支障はない。食事量は減り、水分の摂取量は減っている。水分の摂取量は減っている。	〇〇クリニック	〇〇〇〇
2 26 05:00 朝は朝起きてきたが、前回の診療通りが通い、全体に軽微な悪化している。手足の痺れは1週間前と比較して軽微だが、日常生活には支障はない。食事量は減り、水分の摂取量は減っている。水分の摂取量は減っている。	〇〇クリニック	〇〇〇〇
2 27 12:00 朝は朝起きてきたが、前回の診療通りが通い、全体に軽微な悪化している。手足の痺れは1週間前と比較して軽微だが、日常生活には支障はない。食事量は減り、水分の摂取量は減っている。水分の摂取量は減っている。	〇〇クリニック	〇〇〇〇

○「在宅カルテ」の運用状況

運用開始：平成 25 年 3 月～

原案企画：田中三津子医師（当時の市医師会常任理事で在宅医療担当）が原案を作成し、市内の居宅介護支援事業所・ケアマネージャーの意見を取り入れて完成させた。

普及方法：初年度から数年間は年 1-2 回程度の活用研修会を開催し、その受講者に配布して来たが、現在は積極的な普及促進活動は行っていない

※「退院時連携の基本的な進め方の手引き」（平成 27.3 発行）でも紹介

適応例：1. 介護度が高い利用者(患者)

2. 医療依存度が高い利用者(患者)

3. 複数のサービス事業所等が関わっている利用者(患者)

4. 独居や高齢者世帯で、的確な情報が入手しにくい場合

5. キーパーソンが、別世帯または日中就業のため、情報交換が困難な場合

6. その他、かかりつけ医が必要と判断した場合

利用状況：限られた事業所で利用。利用者数&利用事業所数は不明だが、多くはないのが現状。熱心な利用者が追加配布を希望して来るものの、新規の利用事業所は増えていない。

※平成 27 年実施調査では、少なくとも市内全域で医療機関 20 事業所、居宅介護支援事業所 40 事業所が利用（各事業所での利用者数は未把握）。

②【多職種連携】医療介護連携 ICT 導入モデル事業（福岡市医師会）平成 27 年 1 月～6 月

千葉県柏市の先行例を参考に、医師会事業として取り組む。「在宅カルテ」の電子化をイメージし、医療・介護の連携強化を図る目的で実施。半年間のモデル事業の結果、医療機関側の①労力的負担（電子カルテ情報を再入力する必要があり、二度手間だった）と②金銭的負担（初期費用とランニング費用）の大きさから、当該システムは正式採用には至らなかった。

○利用システム：（株）カナミックネットワーク「TRITUS」

○実施期間：平成 27 年 1 月～6 月

○実施方法：参加医療機関を限定し、協力同意患者とつながる多職種間で試行的に利用

○事業結果：医療機関の導入負担が大きく、採用には至らず

③【多職種連携】「在宅医療相談窓口」の開設（福岡市医師会）

市医師会に「在宅医療相談窓口」（7 地区別に専用電話）を設置し、医療機関・ケアマネージャー・介護事業所等からの在宅医療に関する相談に対応。市医師会では相談員 3 名を配置。

○受付：月～金曜日 午前 9 時～午後 5 時（休日・お盆・年末年始を除く）

東区専用番号 080 (8350) 2933 博多区専用番号 080 (8350) 2978

中央区専用番号 080 (8350) 2663 南区専用番号 080 (8350) 2702

城南区専用番号 080 (8350) 2569 早良区専用番号 080 (8350) 2830

西区専用番号 080 (8350) 2615

④【多職種連携】医師会共通様式「診療情報提供書」を運用（福岡市医師会）

ケアマネージャーのケアプラン作成にあたり、医師が文書で情報提供を行う場合の「診療情報提供書」の様式を医師会として統一した。

○中央区（人口 17.9 万人、高齢化率 18.3%）

中央区では、専門職間の連携強化と、各団体での次世代の担い手育成を目的とした、任意団体「中央区医療と介護のまちづくりプロジェクト」を横断的に、「地域ケア会議」と関わり、協働してシステム作りを進めている。

「中央区専門職による出前講座『いつまでもじぶんらしく講座（仮）』」や「医療・介護専門職による地域支援への情報シート」の活用などが、中央区の特徴的な取り組みである。他に、多職種連携研修会の開催、在宅医療に関する市民啓発や社会資源情報ブックの活用等を実施。

中央区の医療資源：病院 17（在支病 3）、診療所 320（在支診 44）、歯科診療所 212、薬局 164（H28.日医 JMAP）

○城南区（人口 12.2 万人、高齢化率 23.5%）

城南区では重点事業として「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり事業」（H20～28）を実施してきた。区内を 3 ブロックに分け、多職種連携研修会等を開催。区医師会の活動は活発ではない。

平成 29 年度は、健康寿命の延伸のために、地域と介護専門職が連携し、在宅の元気高齢者を増やす取り組みを強化している。具体的には「よかトレ講座（仮）」「はつらつメイト（介護予防リーダー）の養成」「各種教室の開催」などである。

城南区の医療資源：病院 9（在支病 2）、診療所 95（在支診 16）、歯科診療所 70、薬局 67（H28.日医 JMAP）

○早良区（人口 21.4 万人、高齢化率 22.4%）

早良区は、面積は最も広く、北部の商業・文教地域、中部の住宅地域、南部の農業・住宅地域に分かれる。校区別の高齢化率は 14.1%～47.9%と差が大きい。

平成 29 年度の主な取り組みでは、「早良区版地域等と共創した地域包括ケアの推進」と「認知症初期集中支援チーム」（含むモデル事業の実施）の施行を進めている。

早良区の医療資源：病院 12（在支病 2）、診療所 188（在支診 46）、歯科診療所 152、薬局 141（H28.日医 JMAP）

○西区（人口 20.2 万人、高齢化率 22.4%）

西区は、高齢化率は城南区に次いで 2 番目に高く、西部の山林・農地と東部の住宅地に分けられ、人口増減・少子高齢化など地域性が大きく異なる。

地域包括ケアでは区内を 3 ブロックに分け、多職種連携研修会や認知症に関する市民啓発セミナー等の開催している。平成 29 年度の主な取り組みとしては、「町内ごとの高齢化・取組みをまとめた校区マップの作成」「校区単位・町内単位での介護予防活動の場の充実」を進めている。

西区の医療資源：病院 20（在支病 2）、診療所 133（在支診 22）、歯科診療所 97、薬局 96（H28.日医 JMAP）

(4)福岡市の取組

①【多職種連携】「医療介護の連携強化モデル事業」の実施（福岡市）平成 26 年度～

退院時のみでなく在宅支援も含めた医療・介護の専門職の連携強化を図るため、多職種連携会議等を通じ現状・課題について意見交換を行うとともに、同一業種による連絡会の立ち上げ、他職種に向けた役割の情報発信や研修、市民啓発などを実施。

②「地域包括ケアアクションプラン」に基づいた全市的な取組み 平成 27～29 年度

福岡市では、地域包括ケアの実現を後押しするため、平成 27 年度から 3 年間の具体的な行動計画を取りまとめた「福岡市地域包括ケアアクションプラン 2015～2017」を策定し、同プランに基づき、関係機関・団体と行政が連携した取組みを推進している。

③福岡市地域包括ケア情報プラットフォーム「Care4FUKUOKA（ケアフォーフクオカ）」の構築

福岡市が保有する医療・介護レセプトや健診、要介護認定などに関する各種データを集約し、ビッグデータ分析を可能にすると同時に、これらの情報を関係事業者間で共有し、効率的な医療・介護サービスを支援するシステム。さらに、同意を得た患者の身体・生活情報等を多職種間で共有できる福岡市独自の連携ツールを導入し、平成 27 年度から 3 年計画で取り組んでいる。

(1) データ集約システム (careBASE)

行政内で断片的に管理されていた医療・介護・予防（健診）等に係る各種データを高いセキュリティレベルで集約・整理し、各システムで活用するためのデータベースの構築

(2) データ分析システム (careVISION)

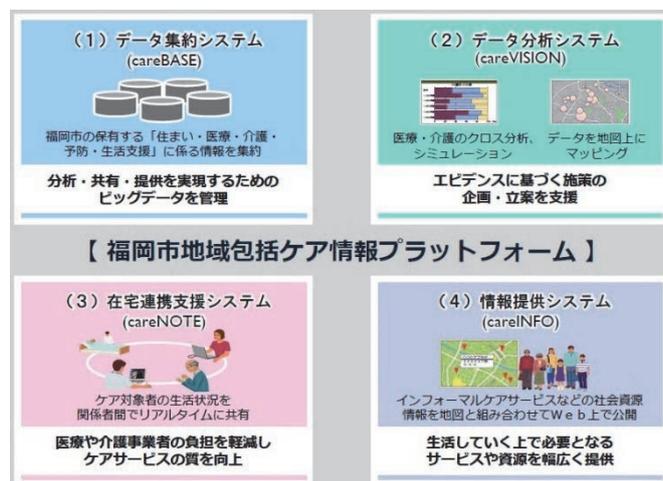
データ集約システムで蓄積したビッグデータを基に、地域ニーズの分析や課題の見える化を行い、科学的エビデンスに基づく最適な施策の企画・立案を実現し、住まい・医療・介護・予防・生活支援に係るサービスの充実化を図る。

(3) 在宅連携支援システム (careNOTE)

高齢者ご本人や家族の同意のもと、医療・看護・介護に係る関係者が高セキュリティな環境で対象者の身体状況等をシームレスに共有することで、効果的かつ効率的なケアサービスの提供を実現し、高齢者ご本人が住み慣れた地域で安心して暮らしていける環境の構築

(4) 情報提供システム (careINFO)

各地域における医療機関や介護施設の状況、民間企業や団体が提供する生活支援サービスなど、地域包括ケアの実現において必要となる様々な情報を Web サイト上で公開し、生活する上で必要となるサービスや資源を誰もが簡単に照会できる環境の提供



④【多職種連携】在宅連携支援システム「ケアノート」の実証実験（福岡市）平成 29 年 2 月～

「ケアノート」とは、福岡市が開発中の在宅連携支援システムで、現在、福岡市と医師会が共同で実証実験を展開中である。

「ケアノート」は、家族を含む在宅医療・介護関係者の間で、要支援または要介護認定を受けた対象者の医療や介護、日々の生活状況などを共有するためのシステムで、対象者本人の同意に基づき、福岡市が保有する介護認定情報や健診結果などの行政情報を中心に、各専門職が様々な情報をケアノート上で共有することで、ケアサービスの質の向上や家族を含む関係者の負担軽減を目指すシステムです。

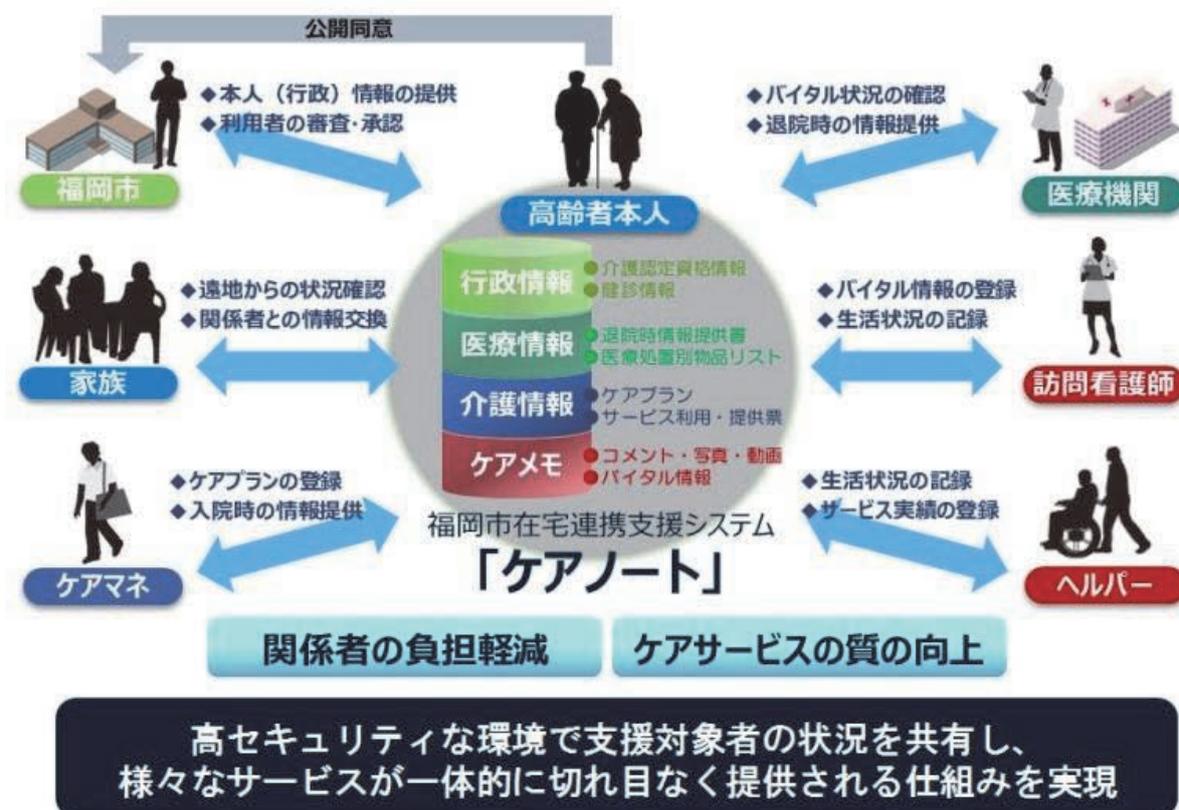
福岡市医師会が運営する居宅介護支援事業所「ケアプランセンター」（西部、中部、東部の 3 箇所、1 箇所に在宅

医が約 10 名) でも、実証実験に協力可能な患者・家族を募集しているが、本人・家族の同意はもとより、自宅のネット環境や PC スキルも必要のため、協力者の確保はあまり進んでいない。

「ケアノート」のシステム & プログラムは、日立製作所が開発を担当し、ノートパソコンだけでなく iPad も利用が可能である。

○利用システム：(株) 日立製作所「ケアノート」

○「ケアノート」導入メリット



- ・区役所に行かなくても介護認定結果や主治医意見書などが閲覧可能
- ・区役所に電話しなくても、介護認定審査の進捗状況も確認可能
- ・時間や場所を気にすることなく、専門職間での情報共有が可能

○利用料等：平成 29 年度中は無料

○セキュリティ対策

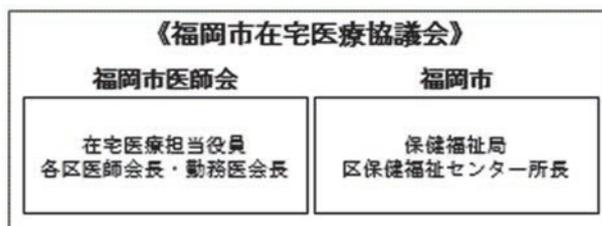
- ・システムの利用には事前に市への届出と審査が必要
- ・利用する方の担当者以外には情報は開示されない
- ・職種ごとに閲覧できる情報が制限
- ・通信データの暗号化やウイルス対策など、万全な情報漏洩対策を実施

(5) 推進協議体・会議体

福岡市&福岡市医師会

①「福岡市在宅医療協議会」(福岡市&福岡市医師会) 平成 26 年 1 月～

福岡市医師会及び行政の代表者で構成する「福岡市在宅医療協議会」(年 1 回開催)を設置し、福岡市における在宅医療のあり方や対応策等について検討を進めている。

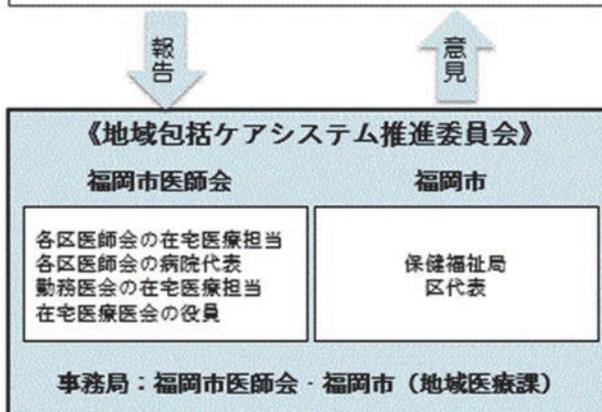


②「福岡市在宅医療医会」(福岡市医師会) 平成 27 年 11 月～

地域の在宅医が相互に顔の見える関係を深め、連携強化を図るための基盤として機能することを目的に、専門医会としては全国に先駆けて平成 27 年 11 月に発足した。強化型在支診の医師が中心メンバーである。福岡市医師会会員が入会条件であり、増加する在宅診療特化型クリニックの医師会加入促進策ともなっている。

医会では、在宅医療に関する調査研究事業、医療従事者の連携促進強化事業などを行い、福岡市の在宅医療提供体制の実現・充実を目指す。

- 役員：(会長) 二ノ坂保喜医師、(副会長) 伊藤新一郎医師、武富賢治医師
 - 会員数：130 名(福岡市医師会の会員で開業医・勤務医の合計、訪問診療検討中の医師も含む)
 - 活動内容：在宅医療研修会(年 3 回)、市民啓発講座(予定)、医師ミーリングリストによる情報交換
- ※福岡市医師会の外郭団体である「専門医会」に位置付けられる。



③「福岡市地域包括ケアシステム推進委員会」の活動(福岡市&福岡市医師会) 平成 28 年 6 月～

平成 28 年 6 月から、福岡市在宅医療協議会の下に「地域包括ケアシステム推進委員会」(年 4 回開催)を設置し、在宅医療を行う医師の確保や病診連携・診診連携体制構築など、在宅医療・介護連携推進内容(主に下記 4 項目)を検討し、7 行政区ごとでの導入検討・実施案の策定へと引き継がれている。

- 在宅医療に携わる医師を増やすための医師間の関係づくり
- 在宅医を支える急変時受入体制づくり
- 代診医システムの確立
- ブロック支援病院体制の構築など

④その他

「福岡市在宅医療協議会」と「福岡市地域包括ケアシステム推進委員会」とは別に、福岡市として 3 段階の「地域ケア会議」(多職種参加)が稼働している。市レベル、区レベルのケア会議にも、それぞれの区医師会の委員が参加し、在宅医療の整備策の検討・実現に参画している。

○「福岡市地域包括ケアシステム推進会議」(市レベルの協議、委員 8 名) 平成 27 年 7 月～

(目的) 福岡市の地域包括ケアシステム構築に向けて行政及び関係団体等が主体的な取組みを行うとともに、相互の連携強化を図り、システムのあり方を検討する。

(事務局) 市地域包括ケア推進課

(参加者) 職能団体、介護事業者、地域包括ケアに関する学識経験者 等

※平成 24 年度「福岡市地域包括ケアシステム検討会議」からの継続

○「区地域包括ケア会議」（区レベルの協議）

○「個別の地域ケア会議」（概ね小中学校校区レベル）

市レベルの「福岡市地域包括ケアシステム推進会議」の下には、「医療・介護合同部会」「保健（予防）・生活支援合同部会」「住まい部会」「認知症支援部会」の 4 つの専門部会、「多世代に向けた自立生活の啓発活動」と「専門職の地域包括ケアの理念共有・実践促進」の 2 つの分野横断的な取組ワーキングが置かれている。こちらにも福岡市医師会として委員参加している

福岡市南区医師会

○「南区地域包括ケア会議 在宅医療・介護部会」

○「南区医師会 在宅医療委員会」（平成 3 年～）

医師会委員会として、在宅医療推進策の検討を行い、多職種研修にも取り組んできた。委員は 10 名。

○「南区医師会 病院部会」（平成 29 年度～）

今後について

行政区によって異なる医療事情と在宅医療への取り組み意識の差の解消（市医師会事務局）

市医師会事務局として、2025 年に向けて在宅医不足を解消するため、既存の開業医が新たに訪問診療に参入するよう、研修会の開催、啓発活動を行っている。

福岡市は、他地域に比べ病院病床数が充足しており、在宅医不足を実感する場面が少なく、医師・市民ともに危機意識は低い。また、7 行政区によって医療資源にも差があり、区医師会ごとに、在宅医療への取り組み姿勢にも温度差が大きいのが実情である。福岡市では、医師の高齢化・後継者不足で廃業する開業医もあるものの、人口の増加傾向のなかで新規開業もあり、医療機関の減少は目立たない。

「福岡市在宅医療医会」を中心とした在宅医の活動支援の推進（市医師会事務局）

今後、増加するであろう、在宅医療への新規参入開業医や在宅医療特化型クリニックに対しては、「福岡市在宅医療医会」を通じて様々な支援を行い、同時に、医師会への加入促進も図っていく。

※平成 29 年度事業として、在宅医療を行う医師の普及及び在宅医療を実施する医師のための手引き書として活用できる「在宅医療ハンドブック」の作成に取り組んでいる。

在宅医以外の医師会会員への啓発活動（南区医師会「在宅医療委員会」事務局）

南区では、福岡市の中でも先行して在宅医療連携（病診・診診・多職種連携）の仕組みを作ってきた。在宅医療連携に関するインフラ的な仕組みは、もう十分に整備されていると思う。しかし、その活動や仕組みは、在宅医以外の医師会会員には、意外にも、あまり知られていない。今後、さらに在宅医療に携わる医師を増やすためにも、一般の医師会会員に向けた啓発活動の必要性を感じている。在宅医療連携に関する、リーフレットの作成・配布、セミナー・研修会の企画・開催に積極的に取り組んでいきたい。また、基幹病院では年間 80 名の医師の入れ替わりがあり、一度でも実施すれば大丈夫ではなく、継続的・定期的な啓発活動が必要である。

熱意のある医師を中心とした、協力医師ネットワークの構築(市医師会事務局)

(事務局の立場で) 全国、どの地域にも、在宅医療に熱心に取り組んでいる医師グループが必ずいる。これらの先生方と情報交換を重ね、在宅医療の必要性や目標、実現するための方策と地域の課題を共有化し、地元でしかできない、地元だからこそできる取り組み・アプローチ方法を一緒に考えるように進めていけば、必ず突破口は開ける。地元医師の協力・支えが無くして、在宅医療の推進は実現できない。

行政との協働プロジェクトの推進(南区医師会「在宅医療委員会」事務局)

在宅医療連携の推進のためには、行政と医師会の協働が必要であり、重要である。現段階で、行政との良好な関係づくりができていないのであれば、何でも良いので協働プロジェクトに取り組むべきである。南区医師会では、昭和 51 年から活動している「区民と医師の会」の活動によってベースが出来ていたため、進めやすかった。

また、行政(福岡市)の考え方を理解し、南区医師会として何が出来るかを提案するために、年 1 回、福岡市在宅医療関連の担当課長(5~6名)との懇談会の機会を設けている。国・県の施策も含め、福岡市としての長期計画や具体的な検討施策についての意見交換を毎年実施している。

福岡市南区医師会 回収データ分類（診療所）

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	2	2	0	0

n=(4)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	0	4	0

n=(4)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	在宅専門診療所	いずれも届け出ていない	無回答
3	0	1	0	0	0

n=(4)

④ 標榜している診療科目（重複有）

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
4	0	0	0	0	1	0	0	1	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	
0	0	0	0	0	0	0	2	0	n=(4)

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	4	1.05	1	1.2
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	4	1.05	1	1.2
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	4	0	0	0
2) 歯科医師	4	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	4	2.75	2	3
4) 薬剤師	4	0	0	0
5) リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	4	0	0	0
6) 管理栄養士	4	0	0	0
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	4	0	0	0

⑥ 外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	4	21.2	18	24
②平成30年1月の延べ外来患者数	4	681.05	59.2	965

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	4	4	0	0	0
(2) 訪問診療	4	4	0	0	0
(3) 歯科訪問診療	4	0	0	4	0
(4) 救急搬送診療	4	1	0	3	0
(5) 在宅患者訪問看護・指導	4	1	0	3	0
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	4	0	0	4	0
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	4	2	0	2	0
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	4	3	0	1	0
(9) 在宅看取り	4	3	1	0	0
(10)居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	4	3	1	0	0
(11)訪問看護（介護予防サービス含む）	4	0	0	4	0
(12)訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	4	0	0	4	0

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	3	44.6	3	100.8
合計のうち小児（15歳未満）患者数	3	0	0	0
合計のうち自院に通院していた患者数	3	11.17	1	30
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	3	41.17	3	92.5
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	3	8.1	0	23.3
うち自宅での死亡者数	3	8.1	0	23.3
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	3	6.43	0	18.3
合計のうち医療機関で死亡した患者数	3	7.9	0	21.7
うち連携医療機関での死亡者数	3	2.33	0	5
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	3	6.67	0	20

⑨ 診療所に対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	4	1	1	0	1	1
(2) 中心静脈栄養の管理	4	1	1	0	1	1
(3) 膀胱留置カテーテル	4	1	0	2	0	1
(4) 在宅酸素療法	4	2	1	0	0	1
(5) 人工呼吸器の管理	4	1	0	1	1	1
(6) 気管カニューレの管理	4	1	1	0	1	1
(7) 腹膜透析	4	0	0	2	1	1
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	4	1	0	2	0	1
(9) 点滴・静脈注射	4	3	0	0	0	1
(10)喀痰吸引	4	1	1	0	1	1
(11)麻薬による疼痛管理	4	1	2	0	0	1
(12)褥瘡処置	4	1	0	1	1	1
(13)ターミナルケア	4	1	1	1	0	1
(14)小児患者（15歳未満）の対応	4	0	1	0	2	1

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	56	5	150

n=(3)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力 しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
1	1	2	0	0

n=(4)

②-1 往診の実施の形態

診療時間内外に関わら ず往診を行っている	診療時間内に行い、診 療時間外には行わない	診療時間外に行い、診 療時間内には行わない	その他	無回答
2	0	0	0	0

n=(2)

②-2 緊急時の往診の対応

自院のみで対応している	予め他の医療機関と連 携して対応できる体制を 構築している	緊急時の往診には対応 していない	無回答
2	0	0	0

n=(2)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維 持したい	減らしたい	やめたい	無回答
0	3	0	0	1

n=(4)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	347.83	12	667.5

n=(3)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
339.96	180	600

n=(3)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応 している(貴院単独 で対応)	24時間365日対応 している(地域の他 医療機関と協力しな がら対応)	訪問診療を行う曜 日・時間帯を決めて 行っている	その他	訪問診療は行ってい ない	無回答
2	0	2	0	0	0

n=(4)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間外に関わらず訪問診療を行っている	診療時間内に行い、診療時間外には行わない	診療を行っている日の診療時間外に行い、診療時間内には行わない	休診日に行っている	その他	無回答
0	0	2	0	0	0

n=(2)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
2	1	0	0	1

n=(4)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	3	8.1	0	23.3
うち自宅での死亡者数	3	8.1	0	23.3

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
1	1	0	0	0

n=(3)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点病院	緊急時入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
0	1	1	3	2	3	1	3	1	3	1
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1

n=(4)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
3	1	1	3	2	2
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(3)
2	1	2	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
3	2	1	0	1	2
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点を含めた医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(3)
2	1	2	0	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
1	3	3	0	1
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICTの連携ツール	その他	無回答	n=(3)
0	0	0	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
3	0	0	0	1

n=(4)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
1	1	2	0	0	1	1
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(4)
0	0	0	0	1	1	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
1	1	0	0	0	1	0
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(4)
0	0	0	0	0	1	

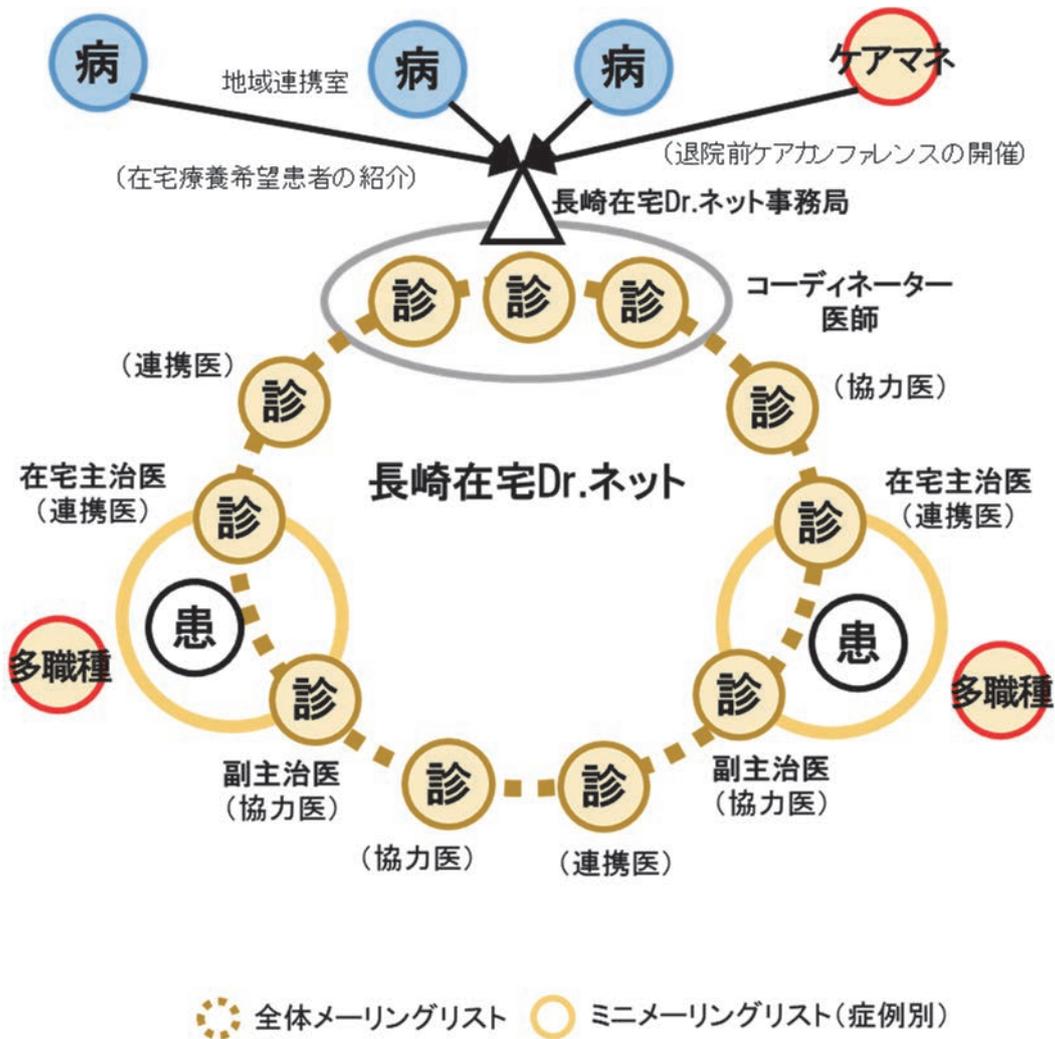
② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
2	2	1
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
1	1	1
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
1	1	1
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
1	1	2
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(4)
1	0	

13. 長崎県長崎市(長崎在宅 Dr.ネット)

在宅医ネットワークによる病診・診診連携(民間主導に行政・医師会が協力)

- 5 地区別にコーディネーター医師を配置 (長崎在宅 Dr.ネット)
- 主治医・副主治医による 24 時間診療体制とグループ診療の実現 (長崎在宅 Dr.ネット)
- 病院内での退院前カンファレンスの開催 (長崎在宅 Dr.ネット)



長崎県長崎市(中核市)の地域概要

<基本データ>

- ・人口 43.2 万人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・高齢化率 29.7% (同上)
- ・訪問診療実施率 29.5% (H26.厚労省特別集計)
- ・看取り実施率 4.3% (H26.同上)
- ・自宅死の割合 11.8% (H28. 厚労省特別集計)
- ・施設数：病院 47、診療所 481、歯科 278、薬局 277 (H28.日医 JMAP)



<在宅医療資源の情報>

- ・在支診数 141 (H28.日医 JMAP)
 - ・在支病数 8 (H28.同上)
 - ・訪問看護ステーション数 45 (H29.1.長崎県調べ)
 - ・訪問歯科 59 (H28.日医 JMAP)
 - ・訪問薬局 270 (H28.同上)
- ※日医 JMAP <http://jmap.jp/cities/detail/city/42201>

事例の概要

<取組の背景・経緯>

長崎市は、被ばく地域で診療所数・医師数が多く（H28 年度集計で人口 10 万人当たり一般診療所数は 111.9 件と、全国平均 67.8 件に比べ突出して高い）、一方で、市内では狭い坂道・階段が多く、往診時の自動車利用に制約がある。そのこともあり、「往診の際に複数の開業医で協力しよう」という考えは自然に生まれてきた。

平成 13 年に長崎市医師会内に医療・介護連携の勉強会「長崎在宅ケア研究会」が立ち上がり、多職種で在宅ケアの実践について情報交換を始めた。議論の中で、多職種連携のうち医師間連携（診診連携）が不十分との考えを持つ医師が中心となり、勉強会とは別に連携方法・仕組みを検討し始める。また、同じ頃に、市内若手医師グループの集まりで、往診の相互協力について検討しており、両者が合流し、「長崎在宅 Dr.ネット」原初メンバーとなった（13 名）。

このメンバーで他地域取り組み事例を研究し、「愛知診診連携連絡会」（代表：森博彦医師、1993 年から地区別グループ診療制に取り組む）を参考に、長崎在宅 Dr.ネットの原型を作り上げた。

長崎在宅 Dr.ネットの地区別グループ制の仕組みが十分に整う前に、病院からの患者紹介が事務局に対して始まり、グループ診療を実現するため、急遽「主治医・副主治医制」が出来上がった。その試行錯誤の中で、エリア（居住地域）でグループ制をとるよりも症例ごとに主治医を決め、疾患や居住地域によって副主治医を決める方がスムーズに運営できることを認識した。

現在は、長崎在宅 Dr.ネット内にも強化型在支診の連携型が増えつつあり、グループ内で主治医・副主治医制の役割を果たしている。

<取組の概要>

「長崎在宅 Dr.ネット」とは、在宅療養を希望する方に、在宅主治医を紹介し在宅療養をサポートする医師ネットワークで、患者が安心して在宅療養を行えるよう、複数医師の連携により、在宅訪問診療や往診の24時間対応を実現した。

- 水平連携：5地区別にコーディネーター医師の配置
主治医・副主治医制による24時間診療体制とグループ診療の実現
- 垂直連携：病院内での退院前カンファレンスの開催（多職種の関係者全員が参加）
- 連携窓口：長崎在宅 Dr.ネット事務局

<会の活動経緯>

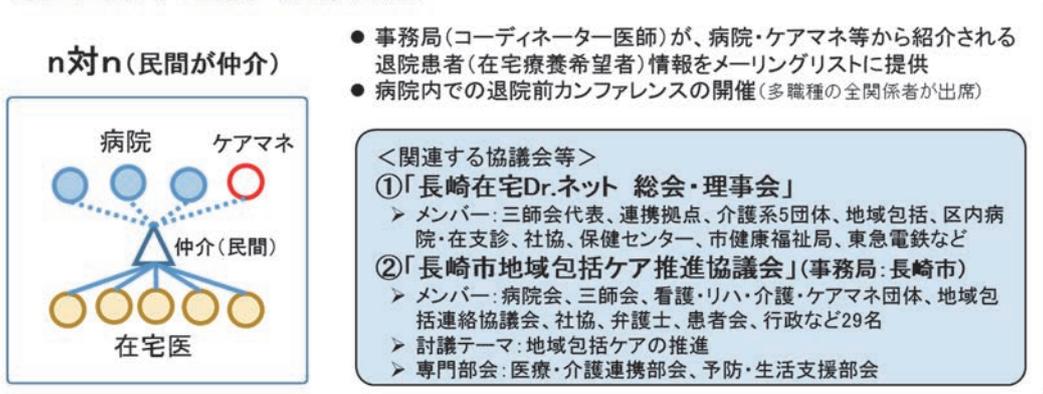
- ・平成13年：診診連携の仕組みを検討（原初の世話人（その後NPO法人化の際の理事）13名中心に）
- ・平成15年3月：「長崎在宅 Dr.ネット」発足
- ・平成15年12月：長崎市歯科医師会（口腔リハ部会・口腔リハ協力医）と訪問歯科診療の連携協力開始
- ・平成18年：長崎市医師会の部会組織と是認される
- ・平成19年春～：メンバー医師が大学病院緩和ケアカンファレンスに出席
- ・平成20年1月28日：NPO法人として認証・登記
- ・平成22年7月1日：認定NPO法人化 ※寄付金受付が可能に、長崎県内では3法人のみ
- ・平成23年3月：「在宅における口腔・気管内吸引の手引き」発行（長崎県委託事業）

<今後の課題>

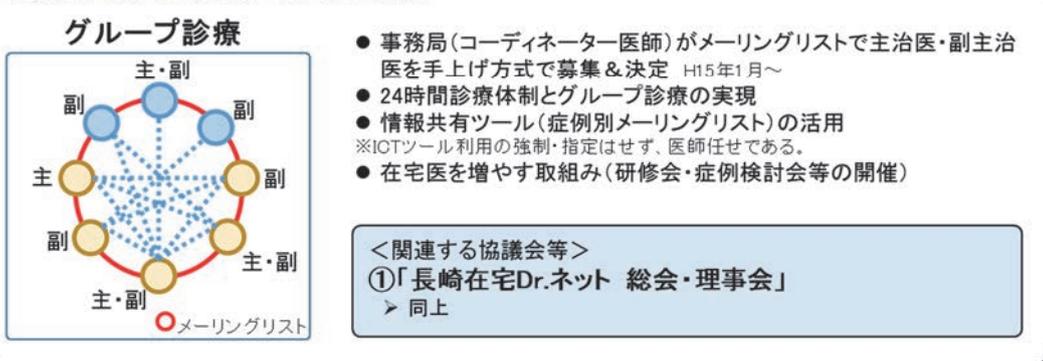
- ・在宅医の育成・確保

長崎在宅Dr.ネットの仕組み

①垂直方向の連携（病診連携）



②水平方向の連携（診診連携）

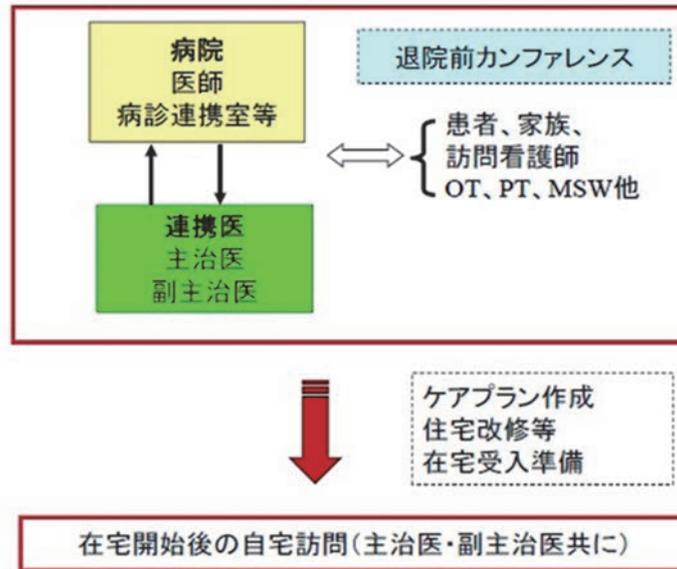


取組の紹介

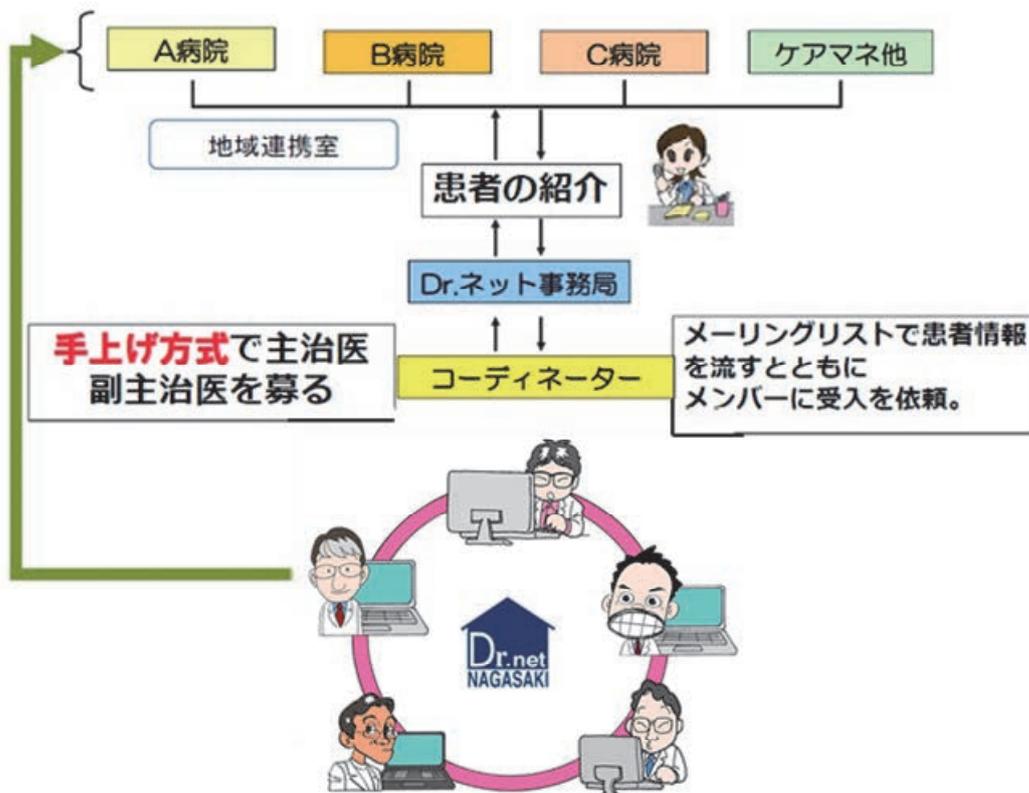
(1) 垂直連携の取組

① 病院内での退院前カンファレンスの開催（多職種の関係者全員が参加）

病院内で開催される患者・家族向けの退院前カンファレンスには、在宅医療側の主治医・副主治医に加え、訪問看護師、ケアマネジャー・OT・PT、MSW なども出席し、在宅療養での受入体制や注意事項を確認する。



(2) 水平連携の取組



第1回日本医師会在宅医療支援フォーラム配布資料（白髭）20130317より抜粋

①コーディネーター医師の配置と役割

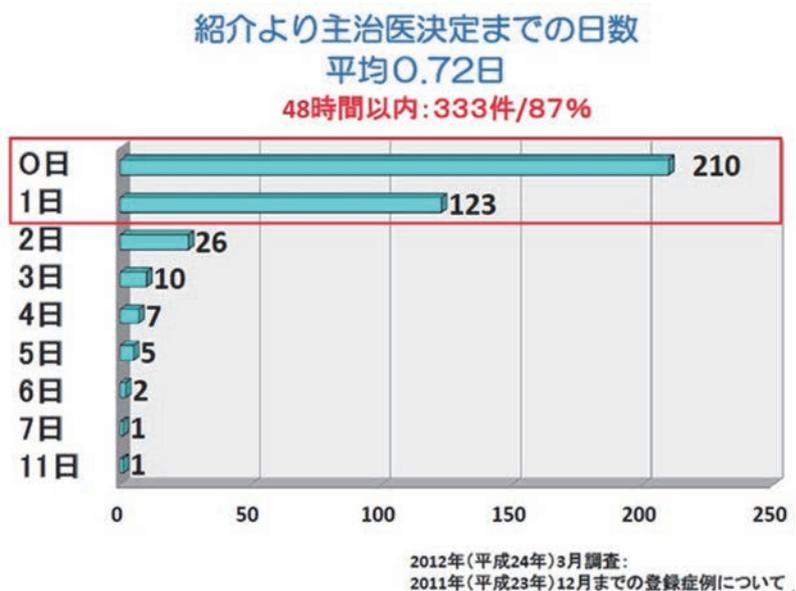
市内を5地区に分け、コーディネーター役の医師5名を配置（現在は4名で5地区を担当）。コーディネーターは、市内の病院（地域連携室）・居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）から依頼された在宅療養希望者（患者）に対し、主治医・副主治医を確保・紹介する。依頼方法はFAX利用がほとんどのこと。

コーディネーターが、氏名など個人情報に配慮した形で長崎在宅 Dr.ネットの全参加メンバーに対し、メーリングリストで受入要請を行う。主治医・副主治医は原則として手上げ方式で決定される。コーディネーターは、主治医・副主治医の決定までの責任を持ち、患者居住地・疾病・病状と在宅医の専門性・経験を考慮し選定する。副主治医は助言・往診代行を行える医師で、患者居住地の近隣の医師、患者の疾患に関する専門医などから1～数名を選定する。

メーリングリストの公募で主治医希望者がなかった場合は、コーディネーターが適任と思われる医師に直接主治医を依頼したり、コーディネーター自身が主治医となる。また、病院提供の患者情報に過不足があった場合は、コーディネーターが取捨選択し、病院側に再確認（入院前のかかりつけ医の有無、家族背景、生活歴等）して、在宅医療に必要な不可欠な情報に絞ってメーリングリストに流す。

これらのコーディネーターとのやり取りを通じ、病院人材、特に地域連携室の育成効果があった（在宅医療の治療内容・体制を理解し、必要な情報を予め整理・提供できる能力が育てられた）と認識されている。

メーリングリストを利用した手上げ方式で、主治医決定までは平均0.72日、87%は48時間以内に決定しているとのことである。



②主治医・副主治医制による24時間診療体制とグループ診療の実現

長崎在宅 Dr.ネットでは、主治医を決め、主治医をバックアップする副主治医（近隣医師、専門医）を確保することで、訪問診療の分担、万が一の際の緊急対応に備える仕組みを確立し、平成15年という早い時期から、在宅医療での24時間対応体制を実現した。

副主治医が主治医に代わって看取りや往診代行を行う件数は、年1～2件程度である。実際に副主治医に往診代行を依頼する件数は少ないものの、主治医にとっては、万が一の場合に代行依頼できる副主治医がいるという安心感が在宅医療を行う上での負担感軽減に大きな効果がある。

なお、看取り・往診の代行を依頼する際に、待機料は支払われていないことが多い。互いに助け合うという考えが根底にあるからである。

また、患者の治療方針は主治医が決定し、副主治医は、あくまで往診代行を行い、必要に応じて相談を受けたりアドバイスをを行う。長崎在宅 Dr.ネットとしても、在宅医療のサポート（研修、情報提供、アドバイスなど）はするが、診療方針に関しては主治医に一任している。長崎在宅 Dr.ネットが関与するのは、主治医・副主治医の決定までである。

③情報共有ツール

会員の連絡ツールは、電子メールを会員参加条件としている。

在宅療養に移行した患者の情報共有ツールとしては、担当主治医によって「症例別のメーリングリスト」が利用されている。内部では「プチメーリングリスト」と呼んでおり、当該患者に直接関わる医療・介護のスタッフのみが参加できる。当初、プチメーリングリストは医師のみの利用であったが、その後、必要に応じて訪問看護師・ケアマネージャー・薬剤師・病院医師・地域連携室担当者など、参加者が多職種へと拡大していった。

※主治医によっては、このプチメーリングリストを設定しない場合もある。

長崎在宅 Dr.ネットでは、参加者に患者情報共有のための ICT ツール利用の強制・指定はしていない。長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会「あじさいネット」（電子カルテ・看護記録等の情報共有）、民間の様々な ICT ツールの利用・選択は、個別の医師任せとなっている。

④在宅医を増やす取り組み

在宅医療への参加・協力医師を増やすため、「研修会」（随時）、「症例検討会」（年 1 回）を開催しているが、毎回約 150～300 名の参加があり、医師以外の医療・介護職員の参加が多くなっている。

また、市民向けの啓発講座の開催（年 1 回）にも力を入れている。

(3)長崎在宅Dr.ネットの概要

○基本情報

所在地：（事務局）〒850-0022 長崎県長崎市馬町 21-1 B-13、電話：095-811-5120

設立日：平成 15 年 1 月 5 日（月）

受付時間：（月・火・木・金）8：45～17：30 / （水）8：45～13：15

活動内容：訪問診療支援事業、学会発表事業、医療情報交換事業、学術講演会開催事業、症例検討会事業、栄養指導、その他

○ねらい・目的

- ・在宅医療を希望する方が医者に対応できないという理由で在宅に帰れないことがないようにする
- ・自宅で療養できるだけでなく、入院中に受けたのと同様の医療も受けられることを目指す
- ・医療、介護、福祉等の連携で最適な在宅医療を提供する

○主な役割

- ・在宅主治医の斡旋（同時に副主治医も決定）
- ・在宅医の支援（会員でサポート）

○組織体制

【会員数】 総計 196 名（2017.11.7 現在）

	会員数	連携医	協力医	病院施設医
		実際に在宅診療を行う	助言や必要時に往診を行う	助言や病診連携の橋渡しを行う
正会員	96 名	91 名	3 名	2 名
準会員	100 名		49 名	51 名
計	196 名	91 名	52 名	53 名

※近年は、年 5 名程度の新規加入がある

【連携医】

主治医として治療に当たる者と、これを連携協力して補佐する副主治医からなる。

【協力医】

皮膚科、眼科、脳外科、麻酔科、形成・整形外科、婦人科など専門性の高い診療科の医師で連携医からの医療相談を受け、必要に応じて往診を行なう者。または長崎市近郊ではない地域に所在し、本会の趣旨に賛同す

る者も含む。

【病院・施設医師】

病院、又は施設に勤務する医師で、当組織の趣旨に賛同する者。病診連携を実践し、専門的な立場よりの助言等を行なう。

【連携協力機関】

・長崎市歯科医師会では、訪問歯科診療を引き受ける受け皿として、口腔リハ部会の「口腔リハ協力歯科医」を組織。2003年12月から「長崎在宅 Dr.ネット」との連携協力している。

・長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）

2007年（平成19年）7月発足。訪問薬剤管理指導の依頼を常時受け付ける。

「在宅医療に関する研修会」を実施し技能向上を図る。24時間365日対応

平成26年（2014年）現在会員数：43名（33薬局10病院）。725症例/1年

○役員等

役員数13名（理事長1名、副理事長2名、理事10名）

理事長：藤井 卓（藤井外科医院）※長崎市医師会副会長

副理事長 兼事務局長：白髭 豊（白髭内科医院）

副理事長 兼広報部長：詫摩 和彦（たぐま医院）

※理事メンバー中には、長崎市医師会の理事兼務者もいる。

○会議・協議体

理事会：2ヶ月に1回程度

総会：年1回

○長崎市医師会との関係

発足3年後に長崎市医師会に活動を認可された。但し、医師会に対する報告・決裁義務はなく、「医師会内の部会」との認識で、在宅医療についての独自の活動をしている。

一方、長崎在宅 Dr.ネットの理事には、長崎市医師会の副会長・理事が含まれており、OPTIM プロジェクトのように、医師会名での受託事業であっても、実質的に長崎在宅 Dr.ネットメンバーが主力として活動した事業もある。対外的に（特に他県から）は、長崎市医師会の活動と捉えられることもある。一般市民もバックに市医師会があるということで安心感があるようである。

なお、長崎市医師会からの会活動支援は、年間数万円程度である。

○運営ルールや報酬規程

長崎在宅 Dr.ネットには「覚え書き」（運営規約）があり、その中で最重要ルールが『副主治医が患者を主治医に戻す』ことであった。これは（患者をとられてしまうという）不安を払拭するために明文化したものである。また、重症患者の紹介が多いことより、速やかに主治医、副主治医を決定すること、紹介を受けるに際して、かかりつけ医がいる場合はかかりつけ医を優先して在宅主治医となってもらい、Dr.ネットは必要に応じて副主治医としてサポートする存在であるというスタンスを徹底した。外部から患者困り込みのための団体と思われる懸念があったので、かかりつけ医の利害に反する活動は厳に慎むべきと考えたからである。

また、副主治医としての待機・助言・アドバイスに関する報酬は、原則設定されておらず、互いの助け合い精神を根底においた考え方で運営している。実際に往診した場合のみ、保険診療に準じた請求がなされるが、全体として統一したルール設定はなく、主治医・副主治医の間で決定する。

○僻地・離島診療への対応

長崎在宅 Dr.ネット方式は都市部（医師集中地域）における医師ネットワーク方式であり、離島・僻地での運営には適応が困難である。長崎在宅 Dr.ネット方式が対応可能なのは、『人口10万人以上で医師会員50名以上の地域』であろう。これ以下ではネットワークが組めない。

そのような地域では、訪問看護ステーションを充実させ、一次対応を行ったうえで、医師による訪問診療を効率的実施

できれば、うまく行く。さらに診療所が少ない医療過疎地では、地域の中核病院が訪問診療に対応できる仕組み（当直医が当番制で対応等）を新設しなければならないだろう。僻地対策としては、医療機関（診療所・中核病院）と訪問看護ステーションによる在宅医療体制の実現を支援する国の施策が求められていると思う。

○財源・運営形態

主な収入（活動財源）は会費と寄付金である。

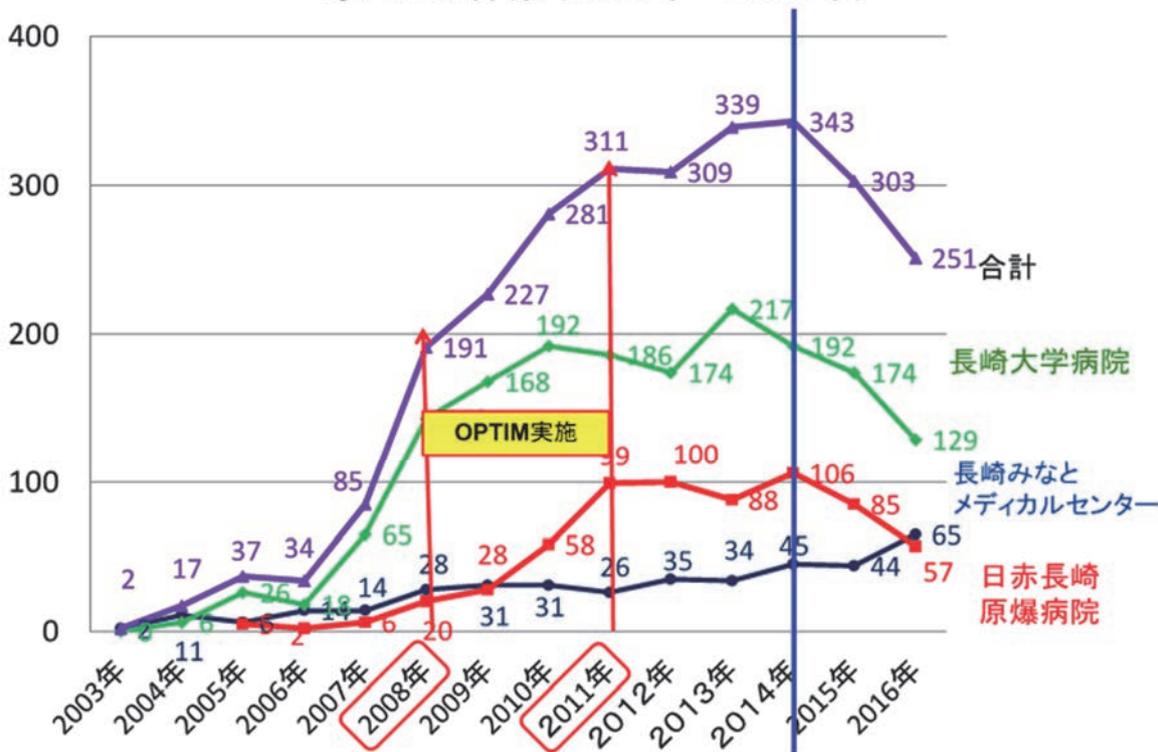
会費は年 24,000 円。企業・製薬メーカー等からの寄付が少ないため、視察・見学者に依頼したり、会員自身も寄付している。幅広い層から支援される団体運営を目指しているが、まだ広報活動が十分ではないかもしれない。また、県・市からの委託事業を受託した年度は、その事業費が追加される。

○活動実績

（在宅療養への移行）

「長崎在宅Dr.ネット」の活動開始（平成 15 年）により、長崎市内拠点 3 病院（長崎大学病院、日赤長崎原爆病院、長崎市立市民病）から在宅療養（訪問診療）への移行患者数は、平成 23（2011）年には年間 300 名超となった。2014 年まで順調に増加していたが、その後減少に転じている。

拠点病院から退院して訪問診療を導入した件数（2003年－2016年）



(自宅死率の推移)

長崎在宅 Dr.ネットの発足当初、長崎市の自宅死率は7～8%に低迷しており、長崎県内でも最低水準で、全国平均の12～13%と比べても大きく低迷していた。

その後の長崎在宅 Dr.ネットの活動やOPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）の取り組みによって、平成21（2009）年には10%を超えた。その後は横ばいで、平成27年で11.8%となっている。開業医のネットワーク化によって、自宅死率が現行水準まで押し上げられたと推察される。



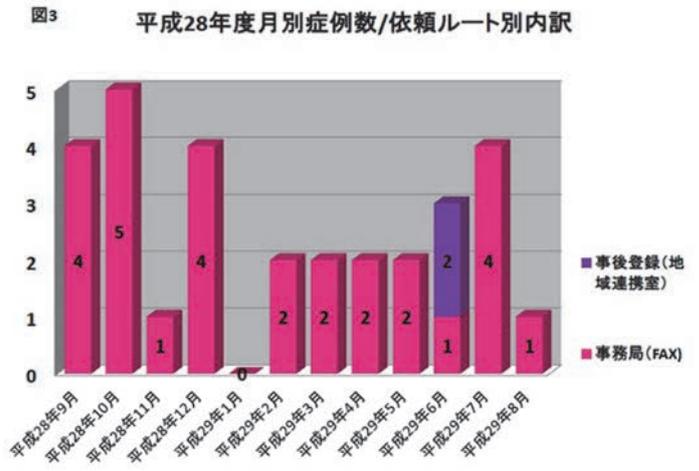
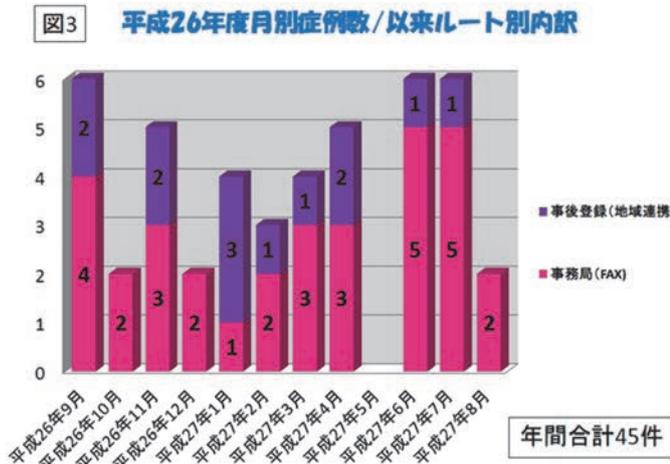
(取扱い症例数の推移)

「長崎在宅 Dr.ネット」の在宅医紹介実績は、平成15（2003）年の活動開始以来、累計で850症例を超えている。

年間件数では平成20（2008）年～22（2010）年頃をピーク（年間100症例前後）に、減少に転じ、近年はおよそ40症例で推移している。

平成26年頃までの減少は、メンバー間でも『紹介が事務局経由の依頼から、医師間で顔見知りが増えることでメンバーへの直接依頼が増加したため』と解釈されていたが、H27年以降もさらに減少傾向が続いており、『急性期病院から慢性期病院への転院、あるいは急性期病院での通院治療が増加し、在宅療養の移行件数の減少に繋がっている』と推定されている。

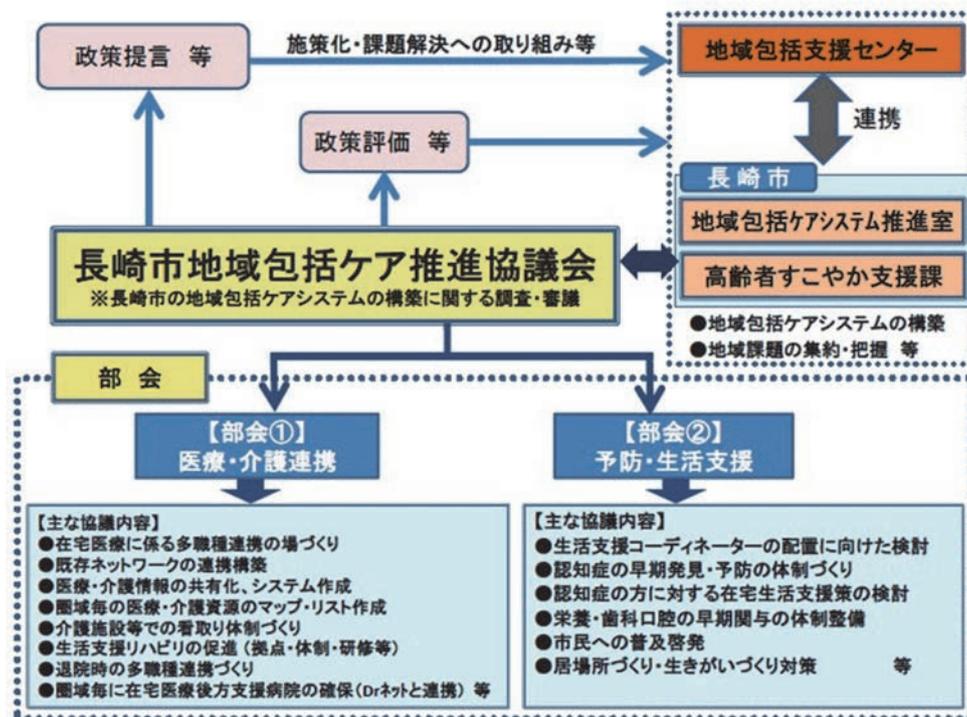
実際に、長崎大学病院内では、在宅療養移行者向けの退院前カンファレンス開催件数が減少し、通院による化学療法選択者が急増（7.4倍）している。こうした傾向は、長崎県内だけでなく、東京・大阪等でも確認されており、全国的な動きになりつつある。退院指導加算（1週間以内）が、急性期病院では、在宅移行から通院・転院治療への移行への動きを加速されているのかも知れない。



○その他

「在宅医療連携」の評価指標について

自宅死率・在宅死率は、必ずしも連携度を評価できない。在宅診療（看取り）に専門特化した診療所が参入すると、数値が跳ね上がる。『在宅医療における多職種従事者の満足度』が評価指標になるのでは？



協議会の参加者（29名）：日本病院協会長崎県支部、長崎医師会、長崎市歯科医師会、長崎市薬剤師会、長崎県看護協会県南支部、訪問看護ステーション連絡協議会、ながさき地域医療連携部門連絡協議会、長崎県指定認知症疾患医療センター、長崎市地域包括支援センター連絡協議会、長崎地域リハビリテーション広域支援センター、長崎県理学療法士協会、長崎県作業療法士会、長崎回復期リハビリテーション連絡協議会、長崎市老人福祉施設協議会、長崎県老人保健施設協会、長崎県介護福祉士会、長崎県栄養士会長崎支部、長崎市民生委員児童委員協議会、長崎市保健環境自治連合会、長崎市社会福祉協議会、認知症の人と家族の会 長崎支部、長崎県弁護士会、長崎大学大学院医歯薬総合研究科地域包括ケア教育センター、長崎純心大学医療・福祉連携センター、長崎市介護支援専門員連絡協議会、長崎住まい・まちづくりトラスト、公募委員など

○地域連携パスの推進

参加メンバーを病院医、在宅医に加え、OTPT、地域包括ケアセンター、ケアマネージャーにまで拡充

○「あじさいネット」利用した在宅医療の強化

長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会「あじさいネット」（電子カルテ共有システム）では、在宅医療の現場で医療・介護従事者がモバイル端末による利用や、診療所側の電子カルテ情報をアップロードするなど、在宅医療のための機能強化を進めている。長崎在宅Dr.ネットのメンバーが、あじさいネットの運営に関わる各種委員会に参加している。

今後について

「あじさいネット」機能強化への協力

商業ベースの「メーリングリスト」はセキュリティ上の対策が十分ではない（厚労省ガイドラインに合致していない）ため、「あじさいネット」へ患者情報の移行を進行中である。既に、あじさいネットでは市内2診療所が実証実験中で、診療所側から「電子カルテ」をアップロードし、あじさいネット会員が参照できる。

在宅医の育成

長崎県が、2015 年に向け長崎市市内の医療需要予測として、現在、医師 1 人当たり月 13 人の訪問診療を、1.3 倍の月 20 人に増やすことができれば、増加する医療需要を充足できるという推計値を公表したばかり。

これらを実現するためには、訪問診療に特化した在支診を増やすだけでなく、外来診療のみであった開業医にも訪問診療・往診を 1 人でも多くの患者を手掛けてもらうよう支援を必要とする。その意味で、長崎在宅 Dr.ネットの存在意義が認められている。

取組を進める上でのアドバイス

これから取り組む地域へのアドバイス

理事メンバーそれぞれから、ご意見を頂いた。

- ・長崎在宅 Dr.ネットは「互いに困っている部分を助けあう」ことから始まっている。皆が楽できる方法を考えたら、今の形になった。だから、継続できているとも言える。細かいルールを決めない（明文化しない）で、大雑把なままにしておいた方が参加しやすい。
- ・まずは人的ネットワークづくりに取り組むこと。個人的なつながりを大切にすれば、信頼関係が生まれ、ネットワークは自然に広がって行くはず。長崎在宅 Dr.ネットは、最初から今までずっと「クラブ活動的なノリ」で、参加していて楽しい。外から見ても楽しい雰囲気が伝われば、仲間は増えるはず。
- ・全国の他事例では「物凄く頑張っている医者だからこそできるのが在宅医療」、あるいは「物凄く頑張らないとできないのが在宅医療」と映ってしまっているのが問題である。在宅医療＝特殊なもの扱いになっている。普通の開業医が「通常の外来診療の延長で在宅診療ができる」ということを理解してもらうことが重要であり、それを実現する仕組みづくりが必要である。特化型在支診は、あくまで過渡期の特殊な形態であろう。「1 人の医師が 100 人の患者を診る」のではなく、「100 人の医師がそれぞれ 1 人の患者を診る」ことを目指す必要がある。
- ・合わせて、自宅だけでなく、介護施設への訪問診療・看取りの体制充実も課題である。今後、一気に増加する医療需要に対して予め対応策や準備が重要であろう。また、診療報酬改定への対応を視野に入れる必要がある。
- ・患者側にも、医療機関側にも、複数の選択肢があり、選ぶことできる環境を準備することも大切である。
- ・長崎在宅 Dr.ネットは、医師会内の組織ではなく、独立性・自主性のある NPO 法人であるために、自ら決め、行動ができる。地域の課題に対し、地域の人材や資源を活用し、やる気のある者が先導者となり、迅速に活動することで成果を上げて来た。医師会は、その活動を是認してくれている。他の地域でも、できれば同じような自主的な組織が立ち上がり、その活動を地域の医師会が支援・バックアップするような形になれば良いと思う。

参考になる全国の取り組み

全国の在宅医療の取り組み事例では、下記が参考になると思う。

- ・たまな在宅ネットワーク（熊本県玉名市）2008 年 2 月～、訪看中心 <http://tama7-wagaya.net/>
- ・岸和田在宅ケア 24（大阪府岸和田市）2005 年 2 月～、医師連携 <http://www.hck24.com/>
- ・熊本在宅ドクターネット（熊本市） <http://www.kumamoto-zaitaku.com/>
- ・浜松在宅ドクターネット（浜松市）医師会 http://hamamatsu-ishikai.com/doctor/doctor_net/
- ・チームドクターファイブ（京都府長岡京市）2006 年春～郡陪対応 <http://www.yokobayashi.com/20110605.html>
- ・宮崎市郡医師会在宅医会（宮崎在宅ドクターネット）2017 年 4 月～
http://blog.goo.ne.jp/cabinet_new_wave/e/7b4f40c8bc856d77234d6c06284fd9d7

長崎在宅Dr.ネット 回収データ分類（診療所）

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	13	9	0	0

n=(22)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	7	15	0

n=(22)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	在宅専門診療所	いずれも届け出ていない	無回答
9	3	9	0	1	0

n=(22)

④ 標榜している診療科目（重複有）

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
18	0	7	0	1	0	1	0	0	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	n=(22)
2	0	0	0	1	0	5	4	0	

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	22	1.41	1	4
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	22	1.05	1	2
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	22	0.32	0	1
2) 歯科医師	22	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	22	4.77	1	26
4) 薬剤師	22	0.05	0	1
5) リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	22	0.82	0	15
6) 管理栄養士	22	0.27	0	2
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	22	0.09	0	2

⑥ 外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	19	17.87	2.5	23
②平成30年1月の延べ外来患者数	19	710.89	168	1750

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	22	18	1	0	3
(2) 訪問診療	22	18	1	0	3
(3) 歯科訪問診療	22	0	0	19	3
(4) 救急搬送診療	22	6	1	12	3
(5) 在宅患者訪問看護・指導	22	4	0	15	3
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	22	0	0	19	3
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	22	7	0	12	3
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	22	18	0	1	3
(9) 在宅看取り	22	18	1	0	3
(10) 居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	22	9	3	7	3
(11) 訪問看護（介護予防サービス含む）	22	3	0	16	3
(12) 訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	22	2	0	17	3

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	17	47.94	2	177
合計のうち小児（15歳未満）患者数	18	1.33	0	8
合計のうち自院に通院していた患者数	17	11.41	0	30
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	17	34.71	1	81
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	17	10.94	0	41
うち自宅での死亡者数	17	8.94	0	35
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	17	7.41	0	33
合計のうち医療機関で死亡した患者数	17	5.53	0	19
うち連携医療機関での死亡者数	17	2.59	0	19
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	17	3.88	0	19

⑨ 診療所に対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	18	11	4	0	1	2
(2) 中心静脈栄養の管理	18	9	4	2	1	2
(3) 膀胱留置カテーテル	18	11	3	1	1	2
(4) 在宅酸素療法	18	12	3	0	1	2
(5) 人工呼吸器の管理	18	8	5	2	1	2
(6) 気管カニューレの管理	18	9	5	1	1	2
(7) 腹膜透析	18	1	3	5	7	2
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	18	11	1	2	2	2
(9) 点滴・静脈注射	18	12	3	0	1	2
(10) 喀痰吸引	18	11	4	0	1	2
(11) 麻薬による疼痛管理	18	10	4	1	1	2
(12) 褥瘡処置	18	11	2	0	3	2
(13) ターミナルケア	18	12	1	0	3	2
(14) 小児患者（15歳未満）の対応	18	5	3	4	4	2

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	87	2	320

n=(17)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
7	9	2	0	0

n=(18)

②-1 往診の実施の形態

診療時間内外に関わらず 往診を行っている	診療時間内に行い、診療 時間外には行わない	診療時間外に行い、診 療時間内には行わない	その他	無回答
0	1	1	0	0

n=(2)

②-2 緊急時の往診の対応

自院のみで対応している	予め他の医療機関と連 携して対応できる体制を 構築している	緊急時の往診には対応 していない	無回答
0	2	0	0

n=(2)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持 したい	減らしたい	やめたい	無回答
3	11	2	0	2

n=(18)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	951.31	30	4904

n=(16)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
699	12	3000

n=(16)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応 している(貴院単独 で対応)	24時間365日対応 している(地域の他 医療機関と協力な がら対応)	訪問診療を行う曜 日・時間帯を決めて 行っている	その他	訪問診療は行って いない	無回答
6	9	3	0	0	0

n=(18)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間内外に関わらず訪問診療を行っている	診療時間内に行い、診療時間外には行わない	診療を行っている日の診療時間外に行い、診療時間内には行わない	休診日に行っている	その他	無回答
0	1	2	0	0	0

n=(3)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
8	8	0	0	2

n=(18)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	17	10.94	0	41
うち自宅での死亡者数	17	8.94	0	35

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
8	8	0	0	0

n=(18)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点病院	緊急時に入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
10	15	8	13	14	14	9	13	14	14	2
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
10	11	4	8	5	6	5	3	5	0	2

n=(18)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
13	14	9	14	14	11
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(14)
13	12	7	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱いの指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
13	12	5	11	11	11
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点をもとに医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(13)
11	9	10	0	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワークワーキング・サービス（SNS）
4	15	15	14	1
非公開型ソーシャル・ネットワークワーキング・サービス（SNS）	ICTの連携ツール	その他	無回答	n=(16)
6	6	3	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
14	2	0	0	2

n=(18)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
13	10	8	10	2	1	2
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(18)
3	1	2	4	0	2	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
8	3	5	6	2	2	2
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(18)
0	4	1	0	2	2	

② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

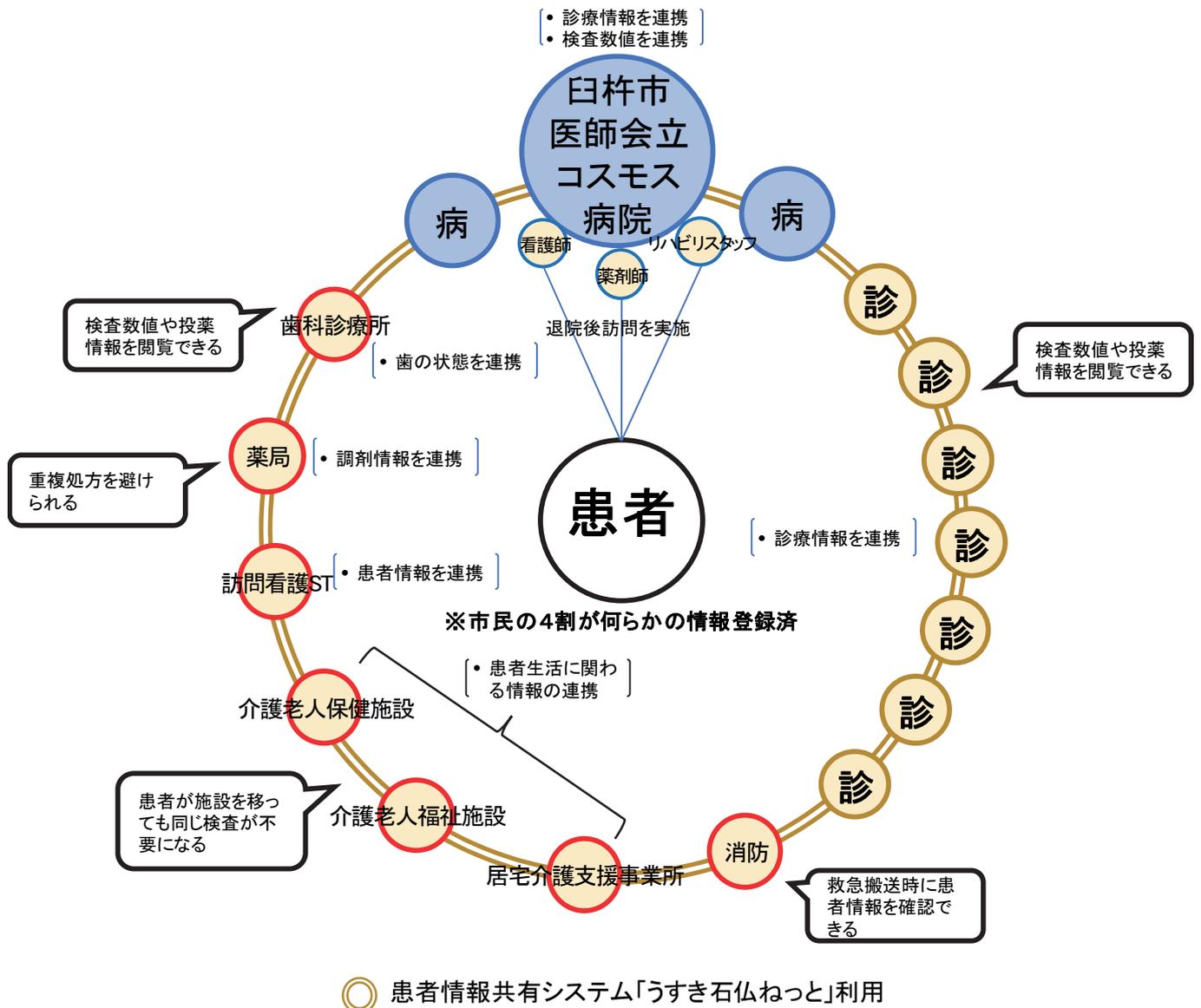
在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
13	7	9
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
8	8	6
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
6	4	8
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
10	9	10
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(22)
10	1	

14. 大分県臼杵市(臼杵市医師会立コスモス病院)

医師会と自治体が両輪で推進する 多角的な在宅医療連携の取組み

○市内唯一の急性期病院である臼杵市医師会立コスモス病院を中心に、中核病院、在宅医、薬剤師、訪問看護、介護等の多職種連携にもとづく「うすき石仏ねっと」にて、患者情報を共有する病病連携、病診連携の仕組みを構築

○「うすき石仏ねっと」が診診・診介連携も対応しており、多職種間での患者情報共有ができています



臼杵市地域概要

<基本データ>

- ・人口 3.99 万人 (H29.1 住民基本台帳)
- ・高齢化率 37.7% (同上)
- ・訪問診療実施率 27.3%
- ・看取り実施率 3.0%
- ・在宅死率 5.7%
- ・病 4 診 30 歯 18 薬 17 (H28)

<在宅医療資源の情報>

- ・在支診数 7 (H28)
- ・在支病数 0 (H28)
- ・訪問看護ステーション 6 (H29)
- ・訪問歯科 1 (H28)
- ・訪問薬局 16 (H28)

※うすき石仏ネット参加：登録 1.0 万人、参加 85 施設 (平成 30 年 3 月で 1.8 万人です)



事例の概要

<取組の背景・経緯>

臼杵市は人口 4 万人弱、診療所は一次救急を担う療養型病院は市内に 3 つ、診療所は 28 つ、二次救急を担う病院は、臼杵市医師会立コスモス病院のみである。高齢化は 37.7%となり、近年 40%を超える見込みである。このようななか、超高齢化を見越した在宅医療の体制作りが必要であり、臼杵市と医師会が中心となって取組を進めてきた。

しかしながら、医師・看護師の不足と開業医の高齢化が深刻な問題となっており、特に往診を行う医師が減少していることが問題となっていたため、在宅医療推進のために、開業医の啓発だけでなく、負担軽減のための IT 化として、「プロジェクト Z」を立ち上げ、「うすき石仏ねっと」の ICT の仕組みを構築、運用を進めてきた。

<取組の概要>

- 垂直・水平連携：うすき石仏ねっと

<検討及び運用開始時期>

- ・平成 15 年：医師会地域医療情報ネットワーク実験開始
- ・平成 18 年：「医師会情報化協議会」設立
- ・平成 20 年：「平成 19 年地域診療情報連携推進事業」参加 →「うすき石仏ねっと」稼動
- ・平成 25 年：「平成 24 年度在宅医療連携拠点事業」参加 →訪看連携開始
- ・平成 26 年：調剤薬局、福祉施設連携開始
- ・平成 27 年：「うすき石仏ねっと運営協議会」発足
- ・平成 27 年：歯科医院連携開始

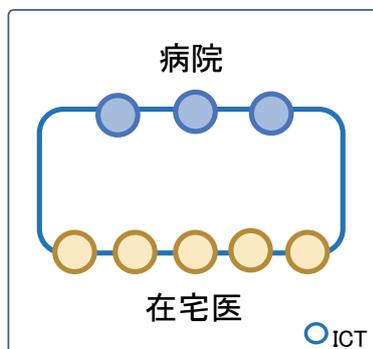
<今後の課題>

- ・診診連携
- ・同意は得たが「うすき石仏ねっと」の稼動ができていない診療所（4 分の 1 程度）の対応
- ・「うすき石仏ねっと」内の必要情報整理
- ・看取り、訪問看護の実態の把握

臼杵市の取組の概要(図)

①垂直方向の連携（病診連携）

n対n（ICT利用）



- 臼杵市医師会立コスモス病院を中心に、独自に開発した患者情報共有システムである「うすき石仏ねっと」にて、多職種にて患者情報連携を行っている
- 「うすき石仏ねっと」上では、糖尿病専門医等と病院が連携した電子化糖尿病連携、心疾患連携、既往歴・病名管理機能/禁忌・アレルギー歴、緊急時情報共有、検査結果履歴、画像検査結果閲覧機能・画像レポート、紹介状作成・閲覧等の機能が利用できる等の機能が備えられている

<関連する協議会等>

臼杵市Z議会（事務局：臼杵市医師会）

- 医療・介護・福祉に関わる専門職と市が力を合わせて「自分らしく暮らしていける」地域をつくるため、医師会、医師会立病院連携室、地域包括支援センター、大分県保健所等がメンバーとなり制度運営の検討を行っている。中心となる「コア会議」で施策を検討・計画・実施している
- もともと臼杵市医師会が運営していた「プロジェクトZ」の流れを引き継ぎ、現在は臼杵市の事業になったあとも医師会が受託して運営している

②水平方向の連携（診診連携、多職種連携）

ICT活用の多職種連携



- 診療情報、訪問看護の情報、災害時の身元不明者の確認にも役立てるように歯科基本情報、また診療所等での重複処方が避けられるように調剤薬局の投薬処方情報、また介護施設等が入力する身体/精神の状態・ADL・IADL・患者様家族のおもいなど生活にかかわる情報等を多職種で連携している

<関連する協議会等>

臼杵市Z議会（事務局：臼杵市医師会）

- 臼杵市医師会立コスモス病院が中心となり、地域の医療職や介護職等専門職の声を聴き、課題の抽出と対応策を検討する「リアル班」、「自分らしく暮らしていける」地域をつくるために、地域に出向き、声を聴き、一緒に考えていく「啓発班」等の会議を運営している

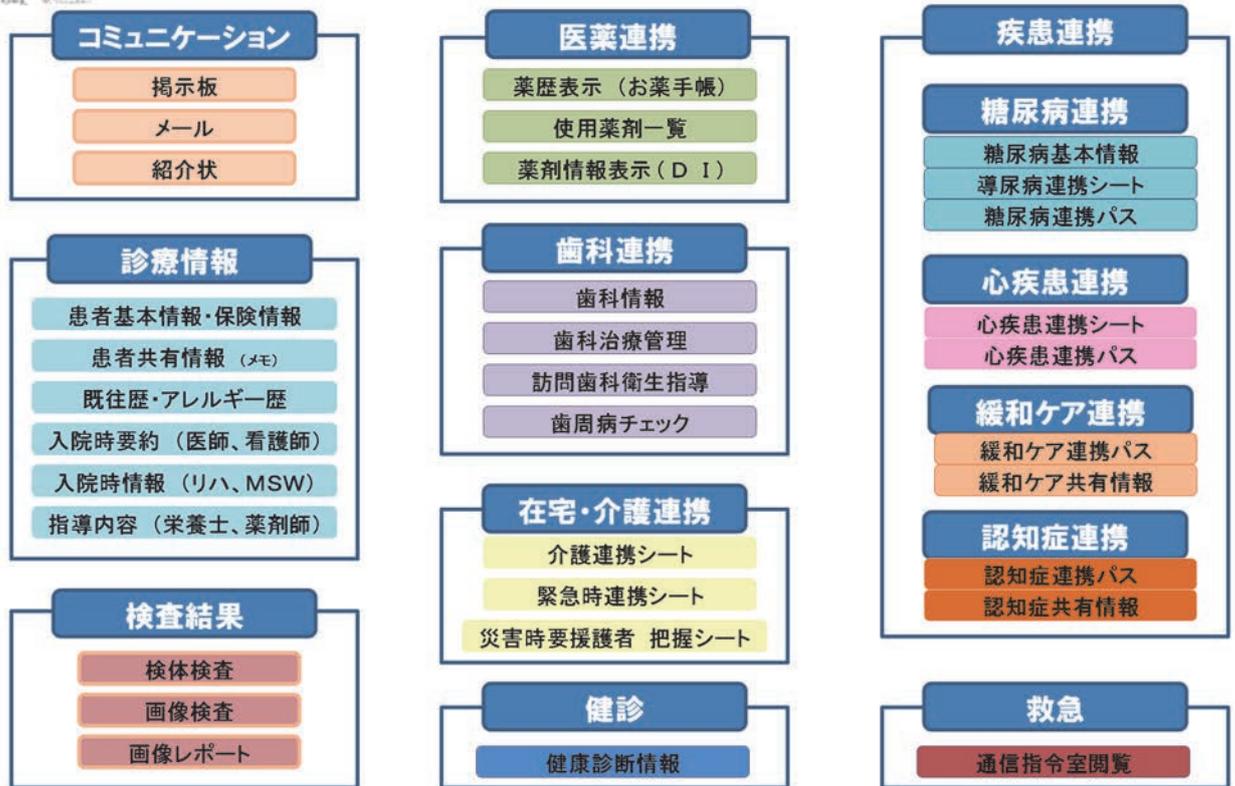
【ICTを使用した垂直方向及び水平方向の連携】

<うすき石仏ねっとを用いた患者情報の垂直連携・水平連携>

- ・同意者による閲覧許可制（共有期限は60日）
- ・以下表にあるような様々な情報が、病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、介護施設と連携されている。
- ・垂直連携部分では、糖尿病専門医等と病院が連携した電子化糖尿病連携、また心疾患連携、調剤薬局との連携での電子化お薬手帳等がある。
- ・水平連携部分では認知症患者への多職種（ケアマネジャー等）連携



機能概要図



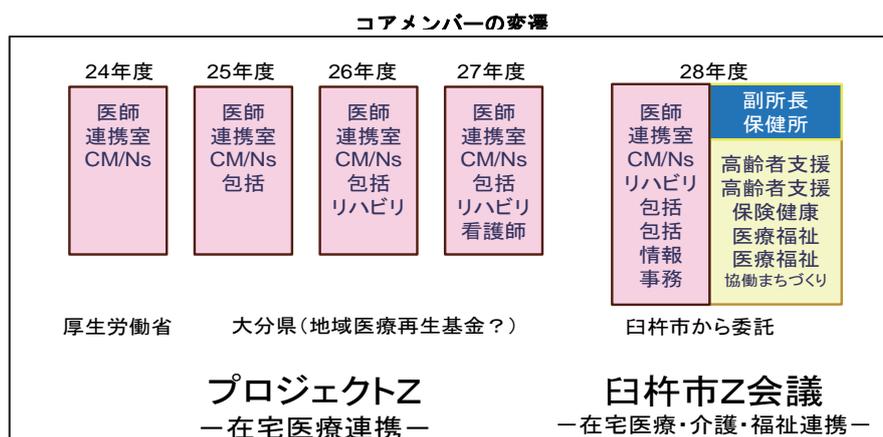
取組の紹介

(1)取組の流れ

臼杵市の在宅医療連携の取り組みは、医師会が取り組んだ「プロジェクト Z」の取り組みで本格化し、行政が引き継いだ「臼杵市 Z 会議」で現在も継続して取組が進んでいる。

臼杵市では、糖尿病ネットワーク（後述）や認知症を考える会等が他地域に先駆けて発足するなど、従来より医師会と行政の関係が密に取れていたとともに、臼杵市の医療の中心となる病院が医師会立病院（臼杵市医師会立コスモス病院）であり、市内の訪問看護ステーションも医師会立病院出身者が多く、地域包括支援センターも市から医師会に委託され、医師会立病院に併設されているなど、医師会が在宅医療の立場の内情も踏まえつつ、医療連携、医療と福祉の連携の中心を担うことができた（「地域医療福祉連携室」にて）経緯がある。

このため、医師会立病院を中心とし、在宅医療の連携の取組を進めていった。



① 具体的取り組み事項

プロジェクト Z では、初年度以下のような体制で、多職種による協業のもと、事業を遂行した。具体的取り組みである「調査」、「広報」、「研修」、「IT」、「防災」、「24 時間体制」については実働メンバーを追加して運営し、IT 班、防災班にて、「うすき石仏ねっと」の企画・運営を検討した。



② 取組の経過

取り組みの経過については、以下の通りである。

平成 15 年 3 月	医師会地域医療情報ネットワーク実験開始
平成 18 年 6 月	「医師会情報化協議会」設立
平成 20 年 2 月	コスモス病院 電子カルテシステム導入
平成 20 年 3 月	「平成 19 年地域診療情報連携推進事業」参加 ⇒「うすき石仏ねっと」稼動
平成 23 年 4 月	「平成 23 年画像診断情報ネットワーク体制整備事業」参加
平成 24 年 4 月	「うすき石仏ねっと」部会（医師会プロジェクトチーム）発足 「うすき石仏ねっと」勉強会（医師会、臼杵市共同）
平成 25 年 3 月	「平成 24 年在宅医療連携拠点事業」参加（訪問看護連携開始）
平成 25 年 4 月	「うすき石仏ねっと」リニューアル
平成 26 年 10 月	調剤薬局連携開始
平成 26 年 12 月	福祉施設連携開始（一部の介護事業所連携開始）
平成 27 年 4 月	「うすき石仏ねっと運営協議会」発足
平成 27 年 7 月	歯科医院連携開始
平成 27 年 10 月	消防署通信指令室にて運用開始
平成 27 年 12 月	介護事業所連携開始

(2)臼杵市で活用されている連携ツール

①「うすき石仏ねっと」の概要

高齢化が進み、充実した医療連携、医療介護連携等がますます求められているが、それを支える人材が不足しているため、無駄の少ない安全で質の高い医療、介護サービスを提供することを目的に「うすき石仏ねっと」が開発された。患者情報を取り扱うための同意書にサインした患者には、病院、施設等で「石仏カード」が発行され、病院のカルテや患者情報等特定の情報が一定期間（60日間）閲覧できるようになる。また、患者が合意した場合には、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所においても、同期間の間でカードなしでも患者情報を閲覧できるようになるだけでなく、患者が救急車で搬送された際等の緊急時においては、医療機関や消防署指令室等でカードなしで情報を閲覧できる。

情報を連携している機関	病院・医院・歯科医院・訪問看護ステーション・調剤薬局・介護施設・居宅介護支援事業所・消防署等
連携している情報	電子カルテから既往歴を時系列で引き出すことができ、お薬手帳に相当する薬歴、保険に関する情報、医師や歯科医師、看護師、理学療法士が書くサマリーも閲覧可能。2014年度に糖尿病連携機能と在宅医療・介護連携機能を追加、2015年度は癌・認知症の情報も連携 ※ 大分県は南海トラフ地震の被害が大きい地域として予測されており、その関係から、地震などの大災害時には、医療や援助が必要な患者の情報を行政等と共有できるようにしている。また、同時に石仏カードなしでも投薬情報等の情報は閲覧できるようになる。

「うすき石仏ねっと」概要

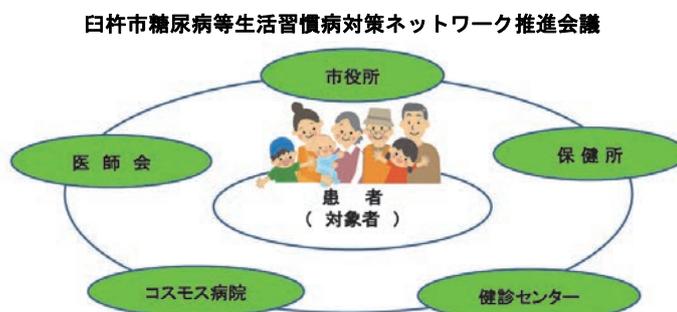


②具体的な患者情報の連携の内容

ア. 糖尿病患者情報連携

臼杵市での新規透析導入患者には糖尿病を持つ方が多かったが、臼杵市の糖尿病の医療機関受診率が低いという状況があり、取組を開始した。

医師会立病院に唯一の糖尿病専門診療部門があったことから、医師会、医師会立病院、市役所、保健所等で連携した取り組みを行った。



「うすき石仏ねっと」を使用し、糖尿病専門医とかかりつけ医である在宅医の連携を行いつつ、介入対象の絞り込み、治療障害要因の除去、腎症進展阻止療法の導入等、「JMAP」方式で地域ぐるみの透析予防を行っている。糖尿病連携パス、入院療養指導記録、糖尿病管理 MAP などを用いた、多職種による情報共有により早期治療・重症化予防に繋がることが期待できる。

臼杵市での糖尿病対策の全体像



イ. 歯科基本情報の連携

歯科医についても、「うすき石仏ねっと」を通して患者の投薬情報、検査数値を把握することで、よりよい処置ができるようになっている。また、歯の状態を記録し、災害時の身元不明者の確認にも役立つようになっている。

ウ. 投薬情報の連携

調剤薬局の持つ調剤情報が共有されており、異なる医療機関での処方確認が可能となっている。重複処方が避けられ、注意が必要な飲み合わせもチェックされることが期待できる。

※ 処方薬だけでなく、注射情報も表示される

(4) 取り組みを進めていくにあたっての病院内での体制変化

病院が中心となって取り組んだ連携であったため、病院の体制も変化していった。

- 地域医療福祉連携室が在宅医療・介護連携の窓口
- 療養支援室の設立
 - 療養支援専任ナース、管理栄養士、歯科衛生士、認定看護師（緩和、感染、嚥下）による療養支援体制
- 医療福祉統合センター設立
 - 訪問看護・訪問介護・居宅事業所・地域包括支援センター・情報管理センターの統合
- 訪問看護・訪問介護・居宅事業所・地域包括支援センター・情報管理センターの統合
- ナースステーションからスタッフステーションへ
 - ナースステーションを拡張し、療養支援専任ナース、MSW、薬剤師、PT/OT を病棟常駐化
 - 多職種協働を推進
- 在宅スタッフとの退院前情報共有カンファレンス開催
- 病棟看護師による退院後訪問
- 医科歯科連携推進（歯科医による病院・在宅への訪問歯科診療強化）

取組の効果・成果

(1) 糖尿病について目覚ましい効果

- 平成 23 年の取組開始から現在まで、透析患者の増加を抑えることができています

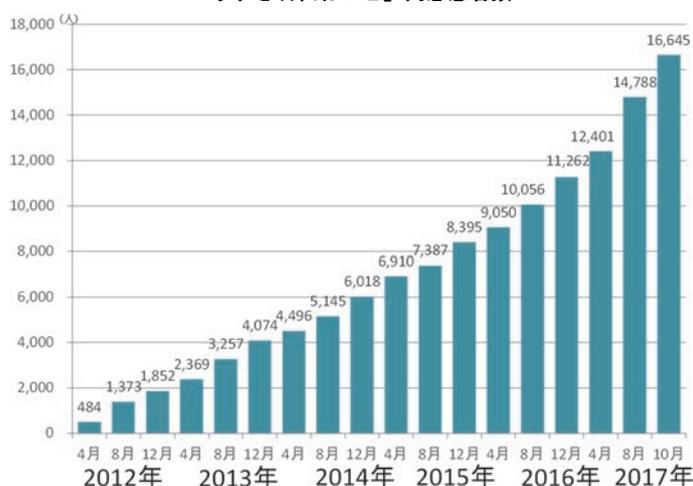
(2) 「うすき石仏ねっと」の登録患者数の更なる増加

多職種や病院、診療所を問わず情報を共有できる「うすき石仏ねっと」の規約に同意し、「石仏カード」を発行した患者数は上昇を続けており、2017 年 10 月では 16,645 人となり、臼杵市人口の 4 万人弱の半数に近づいている。

これは、多職種連携が上手く回っており、病院だけでなく様々な職種から「石仏カード」のことが住民に周知されていることが要因である。

多職種連携については、医師会立病院が在宅医療の輪の中心にあり、かつ競合する他の同規模の病院が市内に存在しないことで取組が進めやすいことと、開業医の医師会加入率が 100% であり、その医師会が中心となって様々な職種と取り組みを進めていることが上手く作用していることの現れである。

「うすき石仏ねっと」同意患者数



(1)在宅診療を行っている医師の協働

診療所と協業して在宅療養を進めていくに当たり、実際に「うすき石仏ねっと」を使用して診療所医師がどのような対応を行っているかについての統計がないため、医師会等でアンケートをとること等を検討中。

(2)「うすき石仏ねっと」の機能の再整理

「うすき石仏ねっと」の機能については、様々な患者情報連携ができるが、情報が膨大であるため、見づらいという指摘もある。このため、職種ごと等の必要情報の把握を行い、機能の再整理を行っていくことを検討中。

(3)在宅看取り、訪問看護の実態の把握

「うすき石仏ねっと」の活用により、救急車がかかりつけ医である在宅医と連絡がつかなくとも、訪問看護師が連携を行い病院に搬送できるというシステムは整っている一方、在宅での看取りの際にどのような連携が行われているか、訪問看護としてのかわり等が把握しづらくなっている。この点を把握すると共に、「うすき石仏ねっと」を活用しながら、在宅医の負担にならないような仕組みを構築していく必要がある。

取組を進める上でのアドバイス

(1)医師会との協働

医師会との協働が非常に重要であり、医師会の中に熱意のあるリーダーを作ることが鍵となる。

(2)行政職の異動

行政職には異動があるため、医療職側の取組の熱意が伝わりにくい可能性も考えられる。しっかりと引き継ぎの段階での交流を行っていくことが重要である。

(3)地域は沢山の情報を必要としており、職種によってその情報の種類が違う

在宅医療連携で重要な情報の受け渡しについて、地域のスタッフはより多くの医学的情報を必要としており、利用者を「なんとか元気にしたい」という思いを持っている。一方で、地域のスタッフの職種によって必要としている情報が違うため、地域での多職種協働教育（Interprofessional Education = IPE）を戦略的に実践する必要がある。顔の見える連携とは、必要なときに電話で相談できることではないだろうか。

「うすき石仏ねっと」画面 (参考)

糖尿病連携パス

コスモス病院 検索 一覧

- 検査結果参照
- 患者情報
- 医薬連携
- 歯科連携
- 紹介状
- サマリ
- 看護連携
- ケアマネ連携
- 糖尿病連携
- 心疾患連携
- 緩和ケア連携
- 認知症連携
- その他
- 管理

受診	医師名	診療日	診療時間
計測	体重	kg	
	BMI		
	脚囲	cm	
血糖	血糖/空腹	mmHg	
	血糖/1時間	mmHg	
	血糖/空腹	mg/dl	
	血糖/空腹	mg/dl	
糖化HbA1c	HbA1c	%	
	LDL-CHO	mg/dl	
尿検査	eGFR	ml/min/1.732	
	U-A/LB	mg/g・Cr	
尿蛋白	U-P/RO	g/g Cre	
	一日尿分	g	
尿蛋白	BNP	PG/mL	
	尿蛋白	mm	
尿蛋白	尿蛋白	mm	
	尿蛋白	mm	
運動処方			
エコー			
画像検査			
フットケア			
栄養指導			
糖尿病			
コメント			

栄養指導

日付: 2013年10月16日

入外区分: 外来 指示医: 近藤 誠哉

患者No: 26584 生年月日: 1941/09/19

患者氏名: 近藤 隆正 性別: 男

食種: 常食特大

指示事項: エネルギー 0 Kcal その他

たんぱく質 0 g

脂質 0 g

塩分 0 g未満

指導記録

指導日: 2013年10月16日 16:00 ~ 16:30

指導者: 無

身長: 168cm 肥満度: 20.5%

体重: 57.7kg 標準体重: 62kg

【S】
毎朝食事の前に1時間かけて運動しています。若い頃からスポーツをしていたので、体を鍛えることは苦になりません。楽しいです。ご飯の量は前より更に減らして茶碗1杯食べています。朝ご飯は、自分が作る出番です。
朝: ご飯・豆腐と油揚げ野菜入り味噌汁にカボスを絞る・卵焼・ピーマンと人参と白菜の炒め物
このメニューを毎日食べないと1日が始まらない
昼: 焼き餅か、カレーライスか、うどん (汁は飲まない) など
夕: ごはん・鶏肉や魚料理・野菜料理

【O】
検査項目: 13/10/16
γ-GTP: 24
AST: 22
ALT: 20
T-Bil: 0.4
ALB: 4.3
TG: 78
HDL: 37.0 LDL-Cho: 63.3

116

2016-05-18

コスモス病院

73.6

0.0

168

85

130

335分

8.5

75.7

56

13.7

1.57

2.44

歯科連携 歯周病画面

コスモス病院 検索 一覧

- 検査結果参照
- 患者情報
- 医薬連携
- 歯科連携
- 紹介状
- サマリ
- 看護連携
- ケアマネ連携
- 糖尿病連携
- 心疾患連携
- 緩和ケア連携
- 認知症連携
- 健診連携
- その他
- 管理

2011 (10003861) 平成 2年9月1日 (25歳)

白 黄色 (ウキ)

低血糖 トップ画面へ

出血傾向 ログオフ

腎機能

歯周病

新規作成 編集する コピー作成

診療日	医療機関	登録者
2015-09-18	こながわ歯科	海士野
2014-12-16	コスモス病院	管理者

診療日	2015年9月18日	医療機関	こながわ歯科
主治医	小名川 良輔	登録者	海士野 ミサコ
歯周病	中等症		
歯周病変化	不変		
口腔清掃状況	可		
歯磨き習慣	1日 3回		
咀嚼力	一部かめない歯がある		
残存歯	20歯以上		
次回受診	1ヶ月後		
備考	歯周病の原因にはブラークからの細菌性のもの、歯軋りなど機械的なもの、ストレスなどの精神的なものなど様々なことが挙げられますが、決して予防の出来ないものではありません。		

医科歯科連携 紹介状 医科→歯科

紹介状編集画面 - 糖尿病診断情報 (医科→歯科)

日行市医師会 | 検査依頼 | 日行市医師会以外 | 糖尿病診断情報 (医科→歯科) | 糖尿病診断情報 (歯科→医科)

戻る 前画面に戻る

紹介元 診療科 担当医 姓友 一洋

紹介先 *必須 施設名 医師名 選択

予約日時 日付: 時刻: 時 分

傷病名 1型糖尿病 2型糖尿病 その他 () 妊娠糖尿病

合併症 高血圧 脂質異常 腎機能低下 脳血管障害 閉塞性動脈硬化症 網膜症 神経障害 その他 ()

紹介目的 歯科治療 その他 ()

既往歴 有 () 無 不明

確病期間 確病期間 約 年 不詳

病状経過 及び 検査結果 最近の血液検査結果: 血糖値 (空腹時 随時 食後 約 時間)
HbA1c % 検査日 目標値 ~6 ~7 ~8
抗凝固剤の使用: 有 無 凝固異常: 有 無 血小板異常: 有 無
PT 秒 APTT 秒 INR 感染症 有 () 無

治療経過 食事療法 有 無

現在の処方 投与中の薬剤 内服 有 () 無
インスリン注射 有 () 無

備考

登録+印刷 登録 保存 削除

医科歯科連携 紹介状 歯科→医科

紹介状編集画面 - 糖尿病診断情報 (歯科→医科)

日行市医師会 | 検査依頼 | 日行市医師会以外 | 糖尿病診断情報 (医科→歯科) | 糖尿病診断情報 (歯科→医科)

戻る 前画面に戻る

紹介元 診療科 担当医 姓友 一洋

紹介先 *必須 施設名 医師名 選択

予約日時 日付: 時刻: 時 分

傷病名 歯周病: (軽度 中等度 重度) その他 ()

紹介目的 糖尿病治療 その他 ()

既往歴 有 () 無 不明

病状経過 及び 検査結果

【歯周組織検査の概要】
・4mm以上の歯周ポケット 有 無
・歯の動揺 重度 中等度 軽度 正常
・歯肉の腫れ 有 無
・歯の痛み 有 無
・その他 ()

【歯槽診断結果の概要】
・歯の支持骨吸収 高度 中等度 軽度 無
・その他の特記事項 ()

【ブラーク付着状況】 多い やや多い 少ない
【その他の留意点】 咀嚼機能 摂食・嚥下機能 構音機能

治療 (基本治療 歯周外科手術 症状安定期治療 その他 ()): 継続中 済

次回受診日

現在の処方 投与中の薬剤 内服 有 () 無

歯科連携 歯と口・口腔機能の治療管理



2011 (10003861) 平成 2年9月1日 (25歳) 低血糖
出血傾向
腎機能 トップ画面へ
ログオフ

歯と口・口腔機能の治療管理 (歯科疾患在宅管理料に係る管理計画書)

- コスモス病院 舞友 一洋
- 検査結果参照
- 患者情報
- 医業連携
- 歯科連携
- 紹介状
- サマリ
- 看護連携
- ケアマネ連携
- 糖尿病連携
- 心疾患連携
- 緩和ケア連携
- 認知症連携
- その他
- 管理

診療日	医療機関	登録者
2015-09-18	こながわ歯科	海士野
2014-12-16	コスモス病院	管理者

診療日	2015年9月18日	医療機関	こながわ歯科
主治医	小名川 良輔	登録者	海士野 ミサコ

全身の状態	
治療中の疾患	有り (疾患名: パーキンソン病)
服薬	有り (薬剤名: メネシット)
肺炎の既往	無し
低栄養リスク	無し
食事形態	普通食

歯と口の状態	
清掃の状況	不良
口腔乾燥	軽度
むし歯	有り (治療の緊急性: 無し)
歯周疾患	有り
・歯周の炎症	有り
・歯の動揺度	有り (治療の緊急性: 無し)
口腔軟組織疾患	無し
義歯の使用状況	上顎: 無し 下顎: 無し
噛み合わせの安定	有り (両側) 義歯制作 (修理等) の必要性: 無し

口腔機能の状態	
咀嚼機能	良好

臼杵市医師会 回収データ分類（診療所）

<回答のあった診療所について>

① 開設主体

国等	地方公共団体等	公的医療機関	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他	無回答
0	0	0	0	3	0	0	0

n=(3)

② 診療所区分

病院	有床診療所	無床診療所	無回答
0	1	2	0

n=(3)

③ 施設基準の届出状況

在宅療養支援診療所	機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）	機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）	在宅専門診療所	いずれも届け出していない	無回答
1	0	0	0	2	0

n=(3)

④ 標榜している診療科目（重複有）

内科	外科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科	泌尿器科	整形外科・リハビリテーション科	眼科
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
耳鼻いんこう科	産科・婦人科・産婦人科	放射線科	麻酔科	病理診断科・臨床検査科	救急科	歯科	その他	無回答	n=(3)
0	0	0	0	0	0	1	1	0	

⑤ 職員数

職員区分	n=	平均	最小値	最大値
1) 医師	3	1.33	1	2
1-1) 医師のうち在宅医療を担当する医師数	3	1	1	1
1-2) 医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数	3	0.33	0	1
2) 歯科医師	2	0	0	0
3) 看護職(助産師、看護師、准看護師)	3	4	2	6
4) 薬剤師	2	0	0	0
5) リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	2	1	0	2
6) 管理栄養士	2	0.5	0	1
7) 医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	2	0	0	0

⑥ 外来診療日数、外来患者数

区分	n=	平均	最小値	最大値
①平成30年1月の実外来診療日数	3	18.33	9.5	27
②平成30年1月の延べ外来患者数	3	673	30	1464

⑦ 診療所で実施している事柄

実施している事柄	n=	している	検討中	実施の予定なし	無回答
(1) 往診	3	3	0	0	0
(2) 訪問診療	3	2	1	0	0
(3) 歯科訪問診療	3	1	0	2	0
(4) 救急搬送診療	3	1	0	2	0
(5) 在宅患者訪問看護・指導	3	0	1	2	0
(6) 精神科在宅患者訪問看護・指導	3	0	0	3	0
(7) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	3	1	0	2	0
(8) 訪問看護ステーションの指示書の交付	3	2	0	1	0
(9) 在宅看取り	3	2	0	1	0
(10)居宅療養管理指導（介護予防サービス含む）	3	1	1	1	0
(11)訪問看護（介護予防サービス含む）	3	0	1	2	0
(12)訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	3	1	0	2	0

⑧ 診療所の患者数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計診療患者数	3	16.67	5	36
合計のうち小児（15歳未満）患者数	3	0	0	0
合計のうち自院に通院していた患者数	3	8	5	10
合計のうち患者の自宅で診療をした患者数	3	8.33	1	19
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	3	2	1	4
うち自宅での死亡者数	3	0.33	0	1
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	3	0.33	0	1
合計のうち医療機関で死亡した患者数	3	1.67	1	3
うち連携医療機関での死亡者数	3	1	0	2
うち悪性新生物を原因とする死亡者数	3	0.33	0	1

⑨ 診療所で対応可能な処置

処置種類	n=	対応可能で現在対応中	対応可能であるが現在対応がない	要相談	対応不可	無回答
(1) 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	3	2	0	1	0	0
(2) 中心静脈栄養の管理	3	1	1	1	0	0
(3) 膀胱留置カテーテル	3	2	0	0	1	0
(4) 在宅酸素療法	3	2	0	1	0	0
(5) 人工呼吸器の管理	3	1	0	1	1	0
(6) 気管カニューレの管理	3	1	0	2	0	0
(7) 腹膜透析	3	0	0	0	3	0
(8) ストーマ管理（人工肛門・人工膀胱）	3	1	0	0	2	0
(9) 点滴・静脈注射	3	3	0	0	0	0
(10)喀痰吸引	3	1	1	1	0	0
(11)麻薬による疼痛管理	3	1	2	0	0	0
(12)褥瘡処置	3	2	0	1	0	0
(13)ターミナルケア	3	1	0	1	1	0
(14)小児患者（15歳未満）の対応	3	0	0	0	3	0

<往診について>

① 1年間の往診対応件数

区分	平均	最小値	最大値
(1) 往診	11	1	26

n=(3)

② 往診の実施の形態

24時間365日対応している (貴院単独で対応)	24時間365日対応している (地域の他医療機関と協力しながら対応)	往診を行う曜日・時間帯を 決めて行っている	その他	無回答
0	1	1	1	0

n=(3)

②-1 往診の実施の形態

診療時間内外に関わらず 往診を行っている	診療時間内に行い、診療 時間外には行わない	診療時間外に行い、診 療時間内には行わない	その他	無回答
0	0	1	0	0

n=(1)

②-2 緊急時の往診の対応

自院のみで対応している	予め他の医療機関と連 携して対応できる体制を 構築している	緊急時の往診には対応 していない	無回答
1	0	0	0

n=(1)

③ 往診に対する意向

増やしたい	現状を維持 したい	減らしたい	やめたい	無回答
2	1	0	0	0

n=(3)

<訪問診療について>

① 1年間の訪問診療対応件数

	平均	最小値	最大値
(2) 訪問診療	104.67	0	306

n=(3)

② 1年間の訪問診療対応可能件数

※現在のスタッフ数や実施時間を基にして考えた場合の対応可能件数

平均	最小値	最大値
440.04	240	600

n=(3)

③ 訪問診療の実施の形態

24時間365日対応 している(貴院単独 で対応)	24時間365日対応 している(地域の他 医療機関と協力な がら対応)	訪問診療を行う曜 日・時間帯を決めて 行っている	その他	訪問診療は行ってい ない	無回答
0	1	1	0	0	0

n=(2)

③-1 訪問診療の実施時間

診療時間内外に関わらず訪問診療を行っている	診療時間内に行い、診療時間外には行わない	診療を行っている日の診療時間外に行い、診療時間内には行わない	休診日に行っている	その他	無回答
0	0	1	0	0	0

n=(1)

④ 訪問診療に対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
1	1	0	0	0

n=(2)

<看取りについて>

① 1年間の看取り実施件数

患者数	n=	平均	最小値	最大値
合計のうち医療機関以外で死亡した患者数	3	2	1	4
うち自宅での死亡者数	3	0.33	0	1

② 看取りに対する意向

増やしたい	現状を維持したい	減らしたい	やめたい	無回答
1	1	0	0	0

n=(2)

<多職種等との連携について>

① 在宅医療を行うにあたって連携している機関

日常の健康管理等を行う診療所・中小病院（かかりつけ医）	在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	救急医療や高度医療を行う拠点的な病院	緊急時に入院可能な病院や有床診療所	訪問看護ステーション	歯科診療所	薬局	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所
1	1	0	1	3	3	1	3	3	2	1
訪問介護事業所（ホームヘルパー）	リハビリテーション事業所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	保健所	行政（保健所を除く）	郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	特になし	無回答
0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0

n=(3)

①-1 訪問看護との連携状況について

患者の病状や健康状態の管理と看護	医療処置・治療上の看護	リハビリテーション看護	家族の相談と支援	療養環境の調整と支援	認知症と精神障害の看護
3	3	1	2	2	0
ターミナルケア	在宅移行支援	地域の社会資源の活用	その他	無回答	n=(3)
1	1	1	0	0	

①-2 薬局との連携について

医薬品の供給	服薬指導（麻薬を除く）	医療材料の供給	薬の保管管理の指導（麻薬を除く）	麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導	残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
3	3	1	3	1	2
服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている	有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている	副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点を含めた医師への情報提供を求めている	その他	無回答	n=(3)
2	2	3	0	0	

② 連携している他機関等との連携方法

専用の連携用紙（紙媒体）	電話	FAX	電子メール	公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）
1	3	0	2	0
非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）	ICTの連携ツール	その他	無回答	n=(3)
1	1	0	0	

③ 所属する医師の地域ケア会議等への参加状況

地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある	多職種研修会にのみ参加したことがある	地域ケア会議にのみ参加したことがある	いずれも参加したことはない	無回答
2	1	0	0	0

n=(3)

④ 在宅医療を行う上での困難事例の相談先

医療機関	訪問看護ステーション	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）	相談支援事業所	保健所	行政機関（保健所を除く）
3	1	3	1	0	0	0
郡市区医師会の在宅医療連携拠点等	歯科医師会の在宅歯科医療連携室等	栄養ケアステーション	その他	特に相談はしていない	無回答	n=(3)
0	0	0	0	0	0	

<在宅医療における課題について>

① 自院で在宅医療を継続する上での課題

訪問するための時間が確保できない	医師の不足	医師外の医療・介護スタッフの不足	医師の高齢化	24時間対応の訪問看護	患者からのニーズが少ない	実施するためのノウハウの不足
0	0	1	0	1	1	1
採算がとれない	緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない	薬局や介護事業者等との連携が難しい	その他	特になし	無回答	n=(3)
0	0	0	0	1	0	

② 自地域で在宅医療を推進する上での課題

在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保	医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上	在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
2	1	1
在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備	円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築	日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
0	0	0
急変時等に対応するための後方支援体制の整備	医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携	在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
1	0	0
高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進	高齢者介護施設等における看取りの推進	家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
0	0	0
在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発	その他	n=(3)
0	0	

附属資料

アンケート調査票

厚生労働省 医政局 委託事業
「在宅医療連携モデル構築のための実態調査等一式」

在宅医療の連携に関するアンケート調査

【本調査の目的】

地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である中、その成否の鍵を握るのは、在宅医療です。また、今後、増大する慢性期の医療ニーズに対応するには、地域の医療資源を踏まえた医療機関間の適切な役割分担により、在宅医療の提供体制を整備していくことが求められています。

本アンケート調査は、全国の各地域が、その地域に合った在宅医療連携体制を構築していただくため、全国 14～15 の地域で、有効に機能している在宅医療連携体制の実態を把握させていただくために実施するものです。

【本調査の対象】

調査対象となる在宅医療連携の取組みに参加いただいている医療機関

※調査対象地域については、公益社団法人日本医師会のご推薦をいただいております。

【ご回答にあたりまして】

ご記入にあたっては、自院の在宅医療の取組状況等について把握している院長様または事務長様等にご回答願います。

【ご返送に関しまして】

アンケート調査票は、以下の連絡先に、平成 30 年 3 月 20 日(火)までに FAX いただきますようお願い申し上げます。ご協力の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

※回答は 3 月 20 日(火)までの回答を有効とさせていただくこととしておりますが、年度末までの事業のため、**3 月 9 日(金)をめぐり**にご回答にご協力いただきたく存じます。

【FAX での送付先】 **03-3432-1837** (日本能率協会総合研究所 LLG 宛)

【調査票の取扱いに関しまして】

ご回答いただきました内容につきましては、次のように取扱います。

- ・ 調査結果については取りまとめを行い、厚生労働省に提出させていただきます。また、公益社団法人日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会に報告書についてご案内し、各地域でご参考いただくことを想定しております。
- ・ 調査への拒否や、一部の調査項目への回答拒否があっても、そのことで不利益が生じることはありません。

【調査全般に関するお問い合わせ】

本事業事務局： (株)日本能率協会総合研究所 川村 静香／合木 孝夫／岡田 泰治
電話：03-3578-7135 Fax：03-3432-1837 E-mail：taiji_okada@jmar.co.jp

【本事業の趣旨等に関するお問い合わせ】

厚生労働省担当： 厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室 田中・西出
電話：03-5253-1111(内線 2662) E-mail：zaitaku@mhlw.go.jp

貴院の施設概要についてお尋ねします。

問 1. 貴院のある市または郡を教えてください。(郡の場合は町名までご回答ください)
また、貴院の診療所名(病院名)とアンケートご回答の担当者名と連絡先を教えてください。

() 市・郡 () 町 () 診療所/病院

アンケート回答担当者	
ご所属	()
お名前	()
お電話番号	()
メールアドレス	()

問 2. 貴院の開設主体を教えてください。(1つ選択)

1. 国等(厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他(国の機関))
2. 地方公共団体等(都道府県、市町村、地方独立行政法人)
3. 公的医療機関(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)
4. 社会保険関係団体(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)
5. 医療法人
6. 個人
7. その他(公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人)

問 3. 貴院の区分について教えてください(1つ選択)

1. 病院 →問 4 へ
2. 有床診療所 →問 4 へ
3. 無床診療所 →問 5 へ

問 4. 貴院の病床数を教えてください。

病床数 () 床

問 5. 貴院の施設基準の届出状況を教えてください。(1つ選択)

1. 在宅療養支援病院
2. 在宅療養後方支援病院
(緊急時に入院を希望するとして予め届け出ている患者数：
平成 30 年 1 月 31 日現在 _____ 人)
3. 在宅療養支援診療所
4. 機能強化型在宅療養支援診療所(単独型)
5. 機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)
(連携している医療機関数(貴院含め):平成 30 年 1 月 31 日現在 _____ 機関)
6. 在宅専門診療所
7. いずれも届け出していない

問 6. 貴院が標榜している診療科目を教えてください。(いくつでも)

- | | | |
|--------------------|-------------------|----------------|
| 1.内科 ^{※1} | 7.精神科 | 13.放射線科 |
| 2.外科 ^{※2} | 8.泌尿器科 | 14.麻酔科 |
| 3.皮膚科 | 9.整形外科・リハビリテーション科 | 15.病理診断科・臨床検査科 |
| 4.アレルギー科 | 10.眼科 | 16.救急科 |
| 5.リウマチ科 | 11.耳鼻いんこう科 | 17.歯科 |
| 6.小児科 | 12.産科・婦人科・産婦人科 | 18.その他 |

※1 消化器内科、呼吸器内科など内科に分類される診療科目

※2 消化器外科、呼吸器外科など外科に分類される診療科目

問 7. 貴院の職員数（常勤換算数）を教えてください。該当者がいない場合は0と回答してください。

職 種	人
医師 ^{※3}	() 人
－医師のうち在宅医療を担当する医師数 ^{※3}	() 人
－医師のうち在宅医療を担当する医師のなかで65歳以上の医師数 ^{※3}	() 人
歯科医師	() 人
看護職(助産師、看護師、准看護師)	() 人
薬剤師	() 人
リハビリ専門職員 (PT、OT、ST)	() 人
管理栄養士	() 人
医療ソーシャルワーカー・社会福祉士	() 人

※3 院長など経営者も含む

問 8. 貴院の平成 30 年 1 月の外来診療日数と延べ外来患者数について教えてください。

なお、午後休診の場合は 0.5 日として回答してください。(数字を入力)

①平成 30 年 1 月の実外来診療日数^{※4} () 日

②平成 30 年 1 月の延べ外来患者数 () 人

※4 土曜・日曜日など通常の外来診療体制をとっている場合及び救急の輪番日などにより外来の応需体制をとっている場合は、当該診療日数に加える。前述の体制をとっていない場合で、臨時に患者を診察する場合は、診療日数に加えない。

貴院の在宅医療の実施状況についてお尋ねします

問 9. 貴院の在宅療養の実施状況を教えてください。併設施設によるサービスは除く（それぞれ1つ選択）

区分		している	検討中	実施の 予定なし
医療 保険	① 往診	1	2	3
	② 訪問診療	1	2	3
	③ 歯科訪問診療	1	2	3
	④ 救急搬送診療	1	2	3
	⑤ 在宅患者訪問看護・指導	1	2	3
	⑥ 精神科在宅患者訪問看護・指導	1	2	3
	⑦ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	1	2	3
	⑧ 訪問看護ステーションの指示書の交付	1	2	3
	⑨ 在宅看取り	1	2	3
介護 保	⑩ 居宅療養管理指導 ^{※5} （介護予防サービス含む）	1	2	3
	⑪ 訪問看護（介護予防サービス含む）	1	2	3
	⑫ 訪問リハビリテーション（介護予防サービス含む）	1	2	3

※5 医師・歯科医師・薬剤師等が、通院困難な要介護者等の自宅を訪問して、療養上の管理及び指導を行うもの

問 10. 貴院で往診の実施について、最も近いものを教えてください。（1つ選択）

1. 24時間365日対応している（貴院単独で対応） →問 11 へ
2. 24時間365日対応している（地域の他医療機関と協力しながら対応） →問 11 へ
3. 往診を行う曜日・時間帯を決めて行っている →問 10-1 へ
4. その他 →（具体的に ） →問 11 へ
5. 往診は行っていない →問 11 へ

問 10-1. 貴院での往診時間について、最も近いものを教えてください。（1つ選択）

1. 診療時間内外に関わらず往診を行っている
2. 診療時間内に行い、診療時間外には行わない
3. 診療時間外に行い、診療時間内には行わない
4. その他 →（具体的に ）

問 10-2. 貴院での緊急時の往診の対応について、最も近いものを教えてください。（1つ選択）

1. 自院のみで対応している
2. 予め他の医療機関と連携して対応できる体制を構築している
3. 緊急時の往診には対応していない

問 10-3. 2025年に向け、在宅医療に対する意向を教えてください。往診に対する意向を教えてください。（1つ選択）

1. 増やしたい
2. 現状を維持したい
3. 減らしたい
4. やめたい

問 11. 貴院での訪問診療の実施について、最も近いものを教えてください。(1つ選択)

1. 24時間365日対応している(貴院単独で対応) →問 12へ
2. 24時間365日対応している(地域の他医療機関と協力しながら対応) →問 12へ
3. 訪問診療を行う曜日・時間帯を決めて行っている →問 11-1へ
4. その他 →(具体的に) →問 12へ
5. 訪問診療は行っていない →問 12へ

問 11-1. 貴院での訪問診療時間について、最も近いものを教えてください。(1つ選択)

1. 診療時間内外に関わらず訪問診療を行っている
2. 診療時間内に行い、診療時間外には行わない
3. 診療を行っている日の診療時間外に行い、診療時間内は行わない
4. 休診日に行っている
5. その他 →(具体的に)

問 11-2. 訪問診療に対する意向を教えてください。(1つ選択)

1. 増やしたい
2. 現状を維持したい
3. 減らしたい
4. やめたい

問 12. 在宅看取りに対する意向を教えてください。(1つ選択)

1. 増やしたい
2. 現状を維持したい
3. 減らしたい
4. やめたい
5. 看取りは行っていない

[在宅医療を行っている方に伺います。在宅医療を行っていない方は問 23へお進みください]

問 13. 直近1年間に在宅医療(往診及び訪問診療)を担当した患者について教えてください。(数字を入力)

		患者数
(*) 合計診療患者数		() 人
小児患者		
上記(*)のうち小児(15歳未満)患者数		() 人
受診経路		
上記(*)のうち自院に通院していた患者数		() 人
診療場所		
上記(*)のうち患者の自宅 ^{※6} で診療をした患者数		() 人
看取りの状況		
死亡患者数(a+b)		
	上記(*)のうち医療機関以外で死亡した患者数(a)	() 人
	うち自宅 ^{※6} での死亡者数	() 人
	うち悪性新生物を原因とする死亡者数	() 人
	上記(*)のうち医療機関で死亡した患者数(b)	() 人
	うち連携医療機関 ^{※7} での死亡者数	() 人
	うち悪性新生物を原因とする死亡者数	() 人

※6 自宅とは本人・家族の持ち家又は賃貸を指し、老人ホームや施設は除く

※7 事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含む

貴院の在宅医療における連携状況をお尋ねします

問 17. 貴院が、在宅医療を行う上で連携している機関を教えてください。(いくつでも)

1. 日常の健康管理等を行う診療所・中小病院 (かかりつけ医)
2. 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院
3. 在宅療養後方支援病院
4. 救急医療や高度医療を行う拠点的な病院
5. 緊急時に入院可能な病院や有床診療所
6. 訪問看護ステーション →問 17A へ
7. 歯科診療所
8. 薬局 →問 17B へ
9. 地域包括支援センター
10. 居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)
11. 相談支援事業所
12. 訪問介護事業所 (ホームヘルパー)
13. リハビリテーション事業所
14. 介護老人保健施設-16
15. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
16. 保健所
17. 行政 (保健所を除く)
18. 郡市区医師会の在宅医療連携拠点等
19. 歯科医師会の在宅歯科医療連携室等
20. 栄養ケアステーション
21. 特にない →問 18 へ

[問 17 で 6 を選択した方のみ]

問 17A. 貴院での在宅医療における訪問看護との連携について、現在できていると思われるものを教えてください。(いくつでも)

1. 患者の病状や健康状態の管理と看護
2. 医療処置・治療上の看護
3. リハビリテーション看護
4. 家族の相談と支援
5. 療養環境の調整と支援
6. 認知症と精神障害の看護
7. ターミナルケア
8. 在宅移行支援
9. 地域の社会資源の活用
10. その他 ()

【問 17 で 8 を選択した方のみ】

問 17B. 貴院での在宅医療における薬局との連携について、現在できていると思われるものを教えてください。(いくつでも)

1. 医薬品の供給
2. 服薬指導（麻薬を除く）
3. 医療材料の供給
4. 薬の保管管理の指導（麻薬を除く）
5. 麻薬の服薬指導及び保管取扱上の指導
6. 残薬の確認結果について医師への情報提供を求めている
7. 服薬状況の確認結果について医師への情報提供を求めている
8. 有害事象の確認結果について医師への情報提供を求めている
9. 副作用リスク・相互作用リスク等の薬学的観点をふまえた医師への情報提供を求めている
10. その他 →（具体的に)

【問 17 で 1～20 と回答した方のみ】

問 17C. 貴院では、連携している機関との患者情報をどのような方法で共有していますか。(いくつでも選択可能)

1. 専用の連携用紙（紙媒体）※8
2. 電話
3. FAX
4. 電子メール
5. 公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）※9
6. 非公開型ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）※10
7. ICT の連携ツール ※11
8. その他 →（具体的に)

※8 情報共有シート等

※9 Facebook、LINE、Google+など

※10 メディカル・ケア・ステーション、カナミック等の会話ツール部分等の SNS として利用できるシステム

※11 地域で独自に作成した ICT 共有ツールやカナミック等の会話ツール以外の部分

問 18. 市町村が開催する地域ケア会議や在宅医療連携拠点（郡市区医師会）等が行う在宅医療・介護に関する多職種研修会への参加について、貴院の医師が参加したことはありますか。(1つ選択)

1. 地域ケア会議・多職種研修会に参加したことがある
2. 多職種研修会にのみ参加したことがある
3. 地域ケア会議にのみ参加したことがある
4. いずれも参加したことはない

問 19. 貴院が在宅医療を行う中で、困難事例に遭遇した場合、どのような機関に相談等を行っていますか。(いくつでも選択可能)

1. 医療機関
2. 訪問看護ステーション
3. 地域包括支援センター
4. 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）
5. 相談支援事業所
6. 保健所
7. 行政機関（保健所を除く）
8. 郡市区医師会の在宅医療連携拠点等
9. 歯科医師会の在宅歯科医療連携室等
10. 栄養ケアステーション
11. その他→（具体的に _____）
12. 特に相談はしていない

問 20. 貴院の現在のスタッフ数や実施時間等を基にして考えた場合、月あたり概ね何件の訪問診療に対応することができますか。(現在の実績は問いません)(数字を入力)

対応可能な訪問診療件数 _____ 月 延（ _____ ）件

問 21. 貴院と他医療機関等との在宅医療の連携の特徴と、その連携ができている要因となっている点について教えてください。(自由記述)

<連携の特徴>

<連携ができている要因>

問 22. 貴院が在宅医療を継続する上での課題を教えてください。(いくつでも)

1. 訪問するための時間が確保できない
2. 医師の不足
3. 医師以外の医療・介護スタッフの不足
4. 医師の高齢化
5. 24時間対応の訪問看護
6. 患者からのニーズが少ない
7. 実施するためのノウハウの不足
8. 採算がとれない
9. 緊急時の病床（バックアップベッド）が確保できない
10. 薬局や介護事業者等との連携が難しい
11. その他（ _____）
12. 特にない

[全員の方に伺います]

貴院がある地域での在宅医療の課題についてお尋ねします

問 23. 貴院のある地域の在宅医療を推進する上での課題を教えてください。(いくつでも)

1. 在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保
2. 医療従事者の看取りや急変時対応等在宅医療に係る知識・経験・技術の向上
3. 在宅医療で対応可能な疾患、病状等に関する病院等の医療従事者の理解
4. 在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療基盤の整備
5. 円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築
6. 日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理等までを担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
7. 急変時等に対応するための後方支援体制の整備
8. 医療機関と社会福祉施設・介護事業所等との連携
9. 在宅医療（訪問診療、訪問看護等）の必要性等に関する介護関係者の理解
10. 高齢者向け住宅等における医療ニーズが高い高齢者の受入れの促進
11. 高齢者介護施設等における看取りの推進
12. 家族による看護・介護の負担を軽減するサービス（レスパイトケア）の整備
13. 在宅医療の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発
14. その他 →（具体的に)

以上で終了です。

厚生労働省 医政局 委託事業

在宅医療連携モデル構築のための実態調査 報告書

平成 30 年 3 月発行

株式会社日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目 1 番地 2 2 号 TEL:03(3578)7135 FAX:03(3432)1837
