

大分県における在宅医療 介護連携の取り組み

大分県中部保健所

藤内 修二

大分県における在宅医療連携の取り組み

H20 H21 H22 H23 H24 H25 H26

本庁レベル

脳卒中地域連携対策事業

地域リハビリ推進事業

地域医療対策の推進

庁内連携による
地域包括ケアの推進

地域医療
再生基金

保健所

脳卒中地域連携対策事業(一部)

がん在宅医療連携

在宅医療連携
拠点整備事業

医師会

在宅医療連携拠点
(国のモデル事業)

1医師会 3医師会

保健所
市町村
拠点病院
医師会

市町村

医療機関普及啓発、
理解促進、
在宅医療推進
【医療政策課】

介護保険制度

- ・審査会委員
- ・認定調査員
- ・ケアマネージャー
- ・認定調査

【高齢者福祉課】

地域包括ケア推進班

介護予防制度

- ・地域包括支援センター
- ・特定高齢者施策
- ・地域支えあい制度

【高齢者福祉課】



地域リハビリテーション

- ・調整員、協力員の養成、
連携、研修

【健康対策課】

脳卒中地域連携対策

- ・パスの作成、共有
- ・医療と介護の連携
モデル、全県下

【福祉保健企画課】

国保医療制度

- ・医療費分析

【国保医療室】

社会福祉協議会

- ・地域支え合い

【地域福祉推進室】

福祉保健部内連携検討会(平成23年度)

〈開催日〉

(原則)毎月第2・第4火曜日 16:00~(1時間程度)

〈参加メンバー〉

1. 地域福祉推進室 地域福祉班 副主幹
2. 健康対策課 健康増進班 主幹
3. 国保医療室 保健医療指導班 主幹
4. 高齢者福祉課 長寿・介護予防班
課長補佐(総括)、主幹、副主幹、主任
介護保険推進班 課長補佐(総括)、主査
5. 福祉保健企画課 地域保健情報班(事務局)
課長補佐(総括)、副主幹、主任

計12名〔一般事務、保健師、管理栄養士〕

【連携検討会の検討テーマ】

1. 地域包括支援センターと介護予防の強化
2. 介護と地域リハビリの連携強化
3. 脳卒中の回復期と維持期の連携強化



3つのテーマをふまえた検討項目を設定し、
医療・保健・福祉の連携の方策を探る。



地域包括ケアの推進に向けた
県の役割を確認

【平成24年度の連携検討会】

- 住民（高齢者、障がい者、子どもなど）が地域で安心して暮らせる環境整備のために、医療、保健、福祉（介護）が連携し、包括的なケア体制づくりのための情報交換、検討、政策形成能力の向上を図る。

1. 地域包括ケア推進に向けた実働

2. 各課の役割の明確化

3. 平成25年度新規事業及び具体的施策の展開

【平成24年度連携検討会参加メンバー】

1. 地域福祉推進室 地域福祉班 主幹
2. 健康対策課 健康増進班 (参事(医師), 主幹)
3. 国保医療室 保健医療指導班 主幹
4. 高齢者福祉課 地域包括ケア推進班
参事、課長補佐(総括)、主幹、副主幹、主任他
- 介護保険推進班 課長補佐(総括)、副主幹
5. 医療政策課 地域医療班 課長補佐(総括)、主査
6. 薬務室 課長補佐(総括)
7. 福祉保健企画課 地域保健・情報班(事務局)
課長補佐(総括)、副主幹、主任

計19名 [事務職、保健師、管理栄養士、薬剤師、医師]

【検討項目1】

事業報告、各課の役割の明確化

- ① 地域包括支援センター機能強化事業について
モデル3市地域ケア会議進捗、介護予防事業
- ② 老人保健健康増進等事業の活用について
- ③ 地域リハビリテーション推進事業における
地域包括ケアの取組について
- ④ 在宅医療の推進について
医療計画改定、在宅医療リーダー研修他
- ⑤ 在宅医療推進における薬剤管理について
- ⑥ 医療費適正化計画について
- ⑦ 地域支え合い体制づくり支援事業について
- ⑧ 退院時調整実態調査結果について

退院時連携に関する実態調査

- 県内の居宅介護支援事業者や地域包括支援センターのケアマネジャーを対象に、平成24年4、5月に退院した高齢者について、退院時の連絡の有無について調査を行った。
- 約1,900件の退院についてのデータが収集された。
- 退院時の病院からケアマネジャーへの連絡は73.5%の患者に実施されており、かなり高率だったが、連携の質に問題が多かった！

直前になっての連絡

電話のみの連絡

退院サマリーでは、状況がよくわからない

退院前カンファレンスには声がかからない

入院したことを知らせてほしい・・・

がん在宅医療連携推進事業(平成23年度)

保健所事業

地域の中核病院
(医師・看護師・MSW・
理学療法士・作業療法士)

訪問看護ステーション
(訪問看護師)

在宅療養支援診療所
(医師・看護師)

患者・家族

歯科診療所
(歯科医師・歯科衛生士)

訪問介護事業所
(ヘルパー)

地域包括支援
センター

居宅介護支援事業所
(ケアマネージャー)

薬局
(薬剤師)

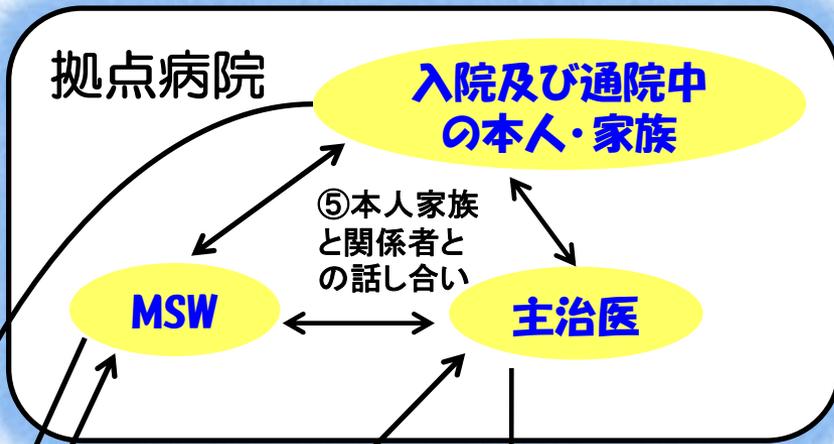


こうした「在宅ケアチーム」とがん診療連携拠点病院とをつなぐ
「ルールづくり」を進め、スムーズに地域に戻れる仕組みを作った

【臼杵市】

入院中

拠点病院から地域への要望
◆地域の情報を教えてほしい



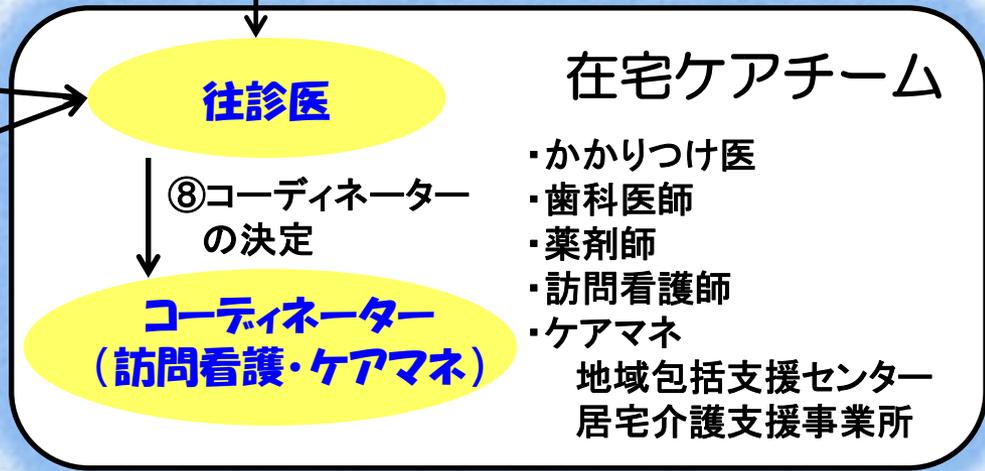
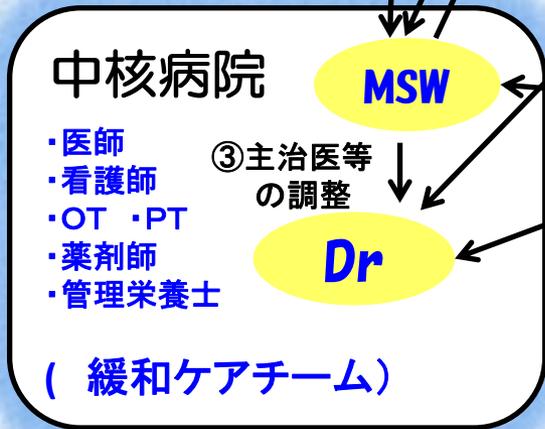
②在宅療養についての本人または家族との相談

①相談

④受入れについての情報提供

⑥紹介
・電話
・情報提供書

地域から拠点病院への要望
◆拠点病院からなるべく早い時期に地域につないでほしい



退院

在宅医療連携拠点事業について

- 平成23年度10施設，平成24年度105施設をモデルに以下の5つのタスクを行うことが要件
 - ①多職種連携の課題に対する解決策の抽出
 - ②在宅医療従事者の負担軽減の支援
 - ③効率的な医療提供のための多職種連携
 - ④在宅医療に関する地域住民への普及啓発
 - ⑤在宅医療に従事する人材育成
- 大分県における在宅医療連携拠点事業の取り組み
 - 平成23年度 別府市医師会訪問看護ステーション
 - 平成24年度 別府市医師会訪問看護ステーション
 - 日田市医師会訪問看護ステーション
 - 臼杵市医師会立コスモス病院

臼杵市医師会立コスモス病院

- 病床数 202床(亜急性期病床28床) 開放型病院
- 診療科目 内科 循環器科 呼吸器科 胃腸科 外科
整形外科 リハビリテーション科 リウマチ科
肛門科 放射線科
- 看護体制 10対1 在院日数 21日 紹介率 92%
- 特徴
- ・地域医療支援病院
 - ・災害拠点病院
 - ・難病支援基幹協力病院
 - ・地域リハビリ広域支援センター

平成24年度在宅医療連携拠点事業

在宅医療連携拠点事業のタスク

- ①多職種連携の課題に対する解決策の抽出
- ②在宅医療従事者の負担軽減の支援
- ③効果的な医療提供のための多職種連携
- ④在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- ⑤在宅医療に従事する人材育成
- ⑥復興枠として、災害対応

1年の事業で基礎づくり → 今後10年にわたる取り組み

在宅医療連携拠点事業 組織図及び作業班

臼杵市医師会

大分県中部保健所

臼杵市

臼杵市医師会立コスモス病院 【地域医療福祉連携室】

プロジェクトZ

コアメンバー ケアマネを持った看護師 医療ソーシャルワーカー(連携室), 副院長
病院の事務長, 情報室部長, 医師会事務局長, 地域包括支援センター長

医師会担当理事, 訪問看護ステーション, 保健所長, 担当保健師, 臼杵市福祉保健部長, 高齢者支援課長,
担当保健師, 保険健康課保健師, 福祉対策課長, 総務課担当, コミュニティ防災課参事, 歯科医師会担当理事,
薬剤師会代表, 歯科衛生士会, 栄養士会, 社会福祉協議会, 居宅支援事業所, ホームヘルパー, コスモス病院
看護部長, リハ部長

実働メンバーの追加

調査班

1. 医療従事者調査
2. 介護福祉従事者調査
3. 在宅療養家族調査

広報班

1. 資源マップ作成
2. 啓発用ちらし作成
3. 講演会開催
4. CTV番組の制作

研修班

1. 研修課題抽出
2. 研修計画策定
3. HPへの掲載

IT班

1. うすき石仏ねっと
2. 訪問看護への拡充
3. 要援護者の把握
4. 防災機器の準備
5. 安心キットとの連携

防災班

24時間体制班

1. 開業医への啓蒙
2. 訪問看護との連携
3. 24時間体制構築

在宅医療連携拠点事業のタスクに対するとりくみ

①多職種連携の課題に対する解決策の抽出→調査班

1. 医療福祉従事者の課題抽出ー75名によるグループワーク
→多職種連携の課題・人材育成の課題
2. 福祉にかかわる市民へ在宅医療の認知度についてアンケート
→啓発の課題抽出
3. 在宅医療を受けている方への聞き取り調査(地域包括と協働)
→在宅医療の基盤整備・効果的な医療福祉提供の課題
4. がんで亡くなった方の家族への聞き取り調査
→現在の医療福祉サービス提供の見直し

この他、臼杵市で実施済みの調査

- ・臼杵市における医療機関の課題→平成23年度保健所事業
- ・臼杵市民の意識調査→平成24年度臼杵市地域福祉計画

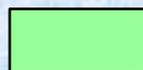
在宅医療連携拠点事業のタスクに対するとりくみ

②在宅医療従事者の負担軽減の支援 → 24時間体制班

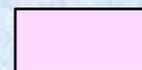
1. 24時間体制の構築

2. かかりつけ医と訪問看護ステーションとの連携強化

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜・祝日
8時半							
14時							
18時							
22時							
8時半							



夜間当番医



土日、祝日当番:コスモス病院

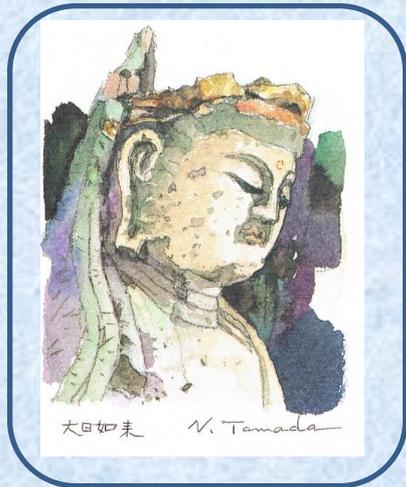


深夜の救急 コスモス病院が救急車を受け入れる

意識がない、反応がない、高度な外傷など命に関わる状態の患者は、24時間365日、コスモス病院が対応

在宅医療連携拠点事業のタスクに対すとりくみ

③効果的な医療提供のための多職種連携→IT班



1. IT化による情報の共有

→うすき石仏ねっとの開発

→訪問看護ステーションとうすき石仏ねっつとを繋ぐ

2. 共有情報のためのホームページ立ち上げ

→ホームページ プロジェクトZ

→臼杵市内の研修情報の公開

3. 情報共有のための情報ツールの開発

→看看連携シートの作成 — 特に医療ニーズの高い方

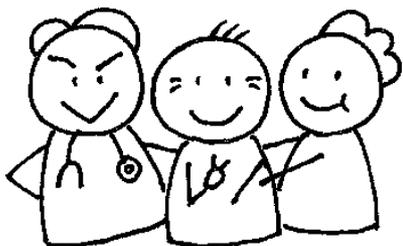
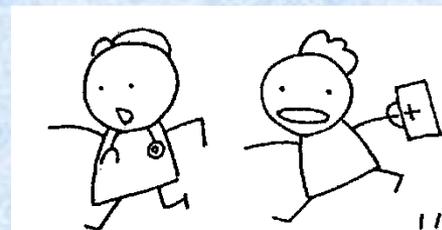
→現在の地域医療連携シートの電子カルテ化

在宅医療連携拠点事業のタスクに対すとりくみ

④在宅医療に関する地域住民への普及啓発→広報班

キャッチコピーとイメージキャラクターを決める

1. 講演会 160名
→行政・在宅医療・福祉専門職への啓発
2. 広報誌「コスモスの風」
→事業開始のお知らせ 回覧板にて市民へ周知
3. 在宅医療資源マップ 全戸配布17,000枚＋3,000枚
→かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局のすすめ
4. 啓発用ちらし 17,000枚
→行政などの窓口・病院・診療所へ配置 講演会での配布
5. ケーブルテレビの活用「お家で暮らそう」
→15分枠の番組 事業の周知から各専門職が番組企画
6. がん患者のためのリーフレット
→基幹病院－協力病院－かかりつけ医を繋ぐ
7. プロジェクトZ2012の事業報告書
→2025へ繋ぐための記録
8. 口コミの小さな講演会 7回
→専門職や地域の研修会で啓発

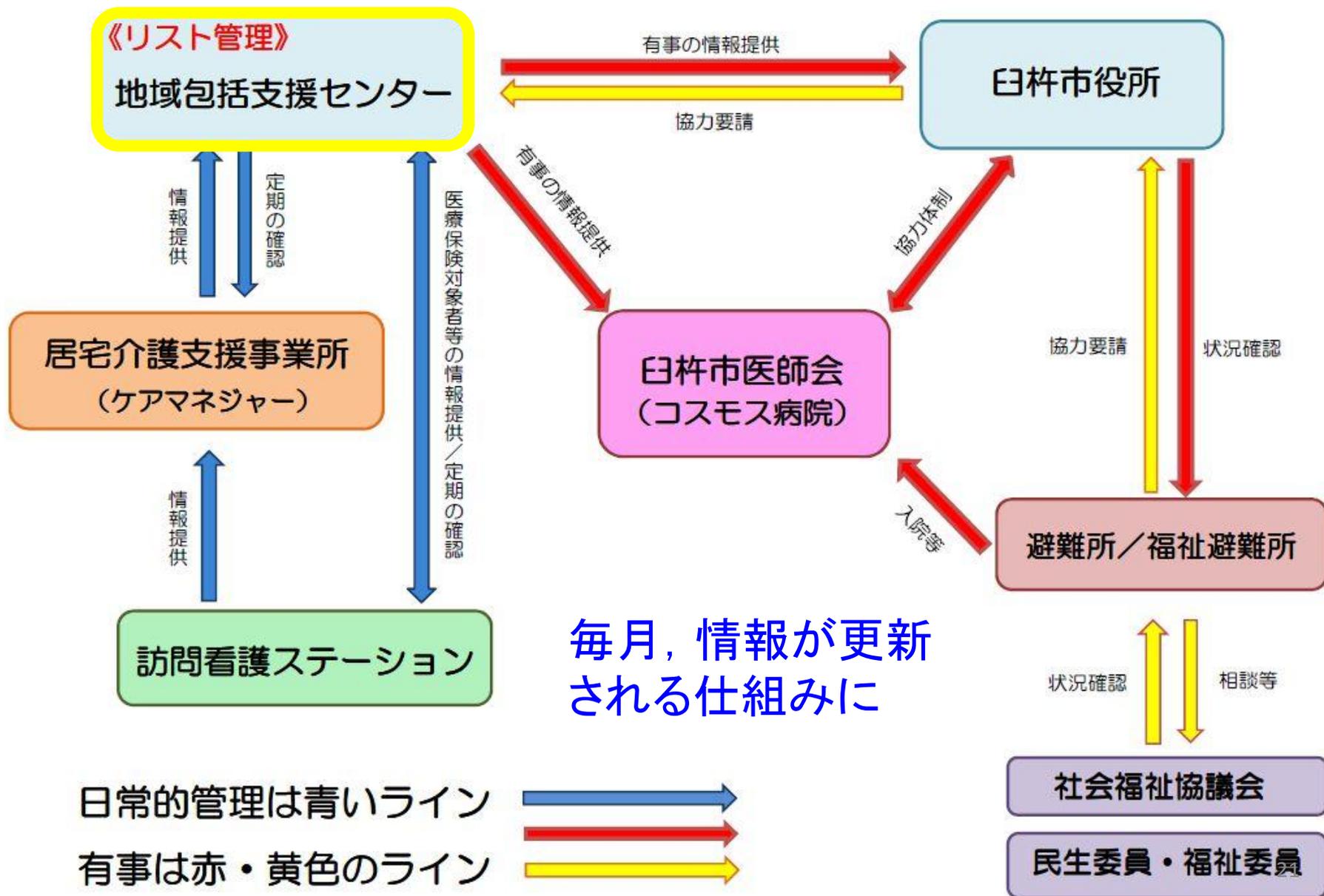


在宅医療連携拠点事業のタスクに対すとりくみ

⑤在宅医療に従事する人材育成 → 研修班 研修による**疲弊を防ぎ**効果的な研修を行う

1. 臼杵市内全部の研修を整理し、**協働で研修計画**を立てる
→ 地域リハビリテーション・緩和ケアチーム・NSTチーム
褥瘡チーム・地域包括支援センター
保健所・認知症を考える会
2. 今年度は**がん患者の支援**をテーマとする
→ 医療に強い在宅医療・福祉従事者の育成
4. ホームページで臼杵市内で行われる研修の公開
→ **だれでも参加できる研修**
5. 病院の研修も地域を見据えた研修のあり方を考える

⑥災害時要医療援護者の把握と情報提供の流れ



プロジェクトZの今後

1年目で在宅医療連携拠点事業で基礎づくり

→ 2025年へ向けての10年のプロジェクトとする

臼杵市長のマニフェスト—新時代の5つの基盤づくり

2. 高齢者が安心して生き生きと暮らせるまち～安心～

・地域医療連携の強化

25年度の課題

- ・プロジェクトメンバーは継続 「プロジェクトZ13」
- ・活動内容の検討 → 作業班の見直し
- ・市への移行までは医師会立コスモス病院が担当
- ・事業費の確保(地域医療再生基金の活用)

プロジェクトZ13のめざすもの

1. 自己決定できる」ための市民への啓発

- ・「最期まで家で暮らしたい」と言える患者
- ・「家がいいね」と言える家族と地域

在宅医療連携拠点事業市民公開講座

平成25年11月30日(臼杵市中央公民館)

「ひとりで、家で死ねますか？

～みんなで支える在宅医療～」

講師：小笠原 文雄先生

2. 医療と介護の連携と実践力の強化

- ・ 連携のしくみづくり — ITの活用
- ・ 在宅医療に関する理解と実践力

3. 予防事業から看取りに至る一貫した概念の共有

- ・ 行政と事業の連携と意識改革

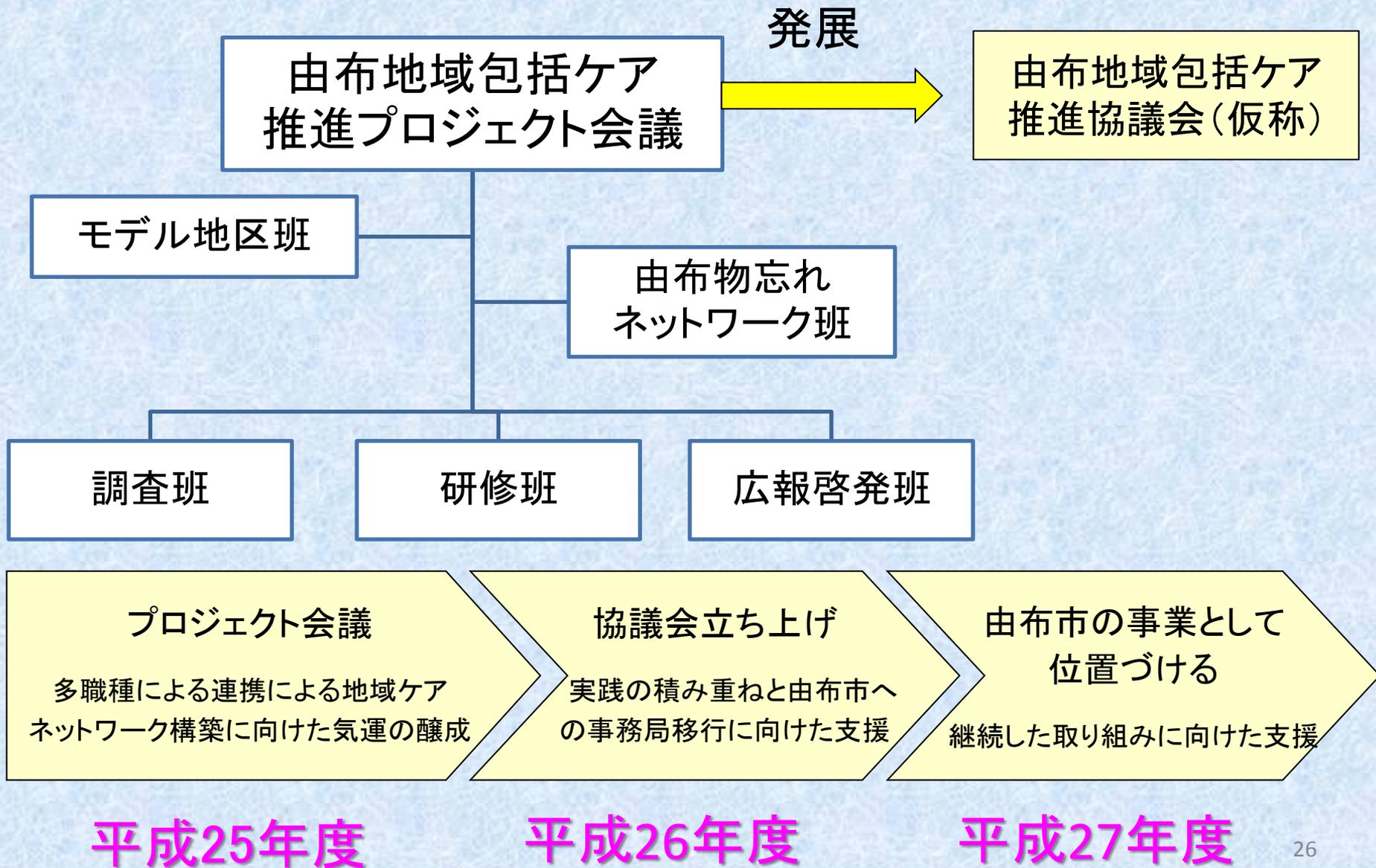
在宅医療連携拠点整備事業（地域医療再生基金）

- 在宅医療連携拠点事業の知見を参考に、在宅医療・介護提供体制の確保のため、市町村や地域医師会等の関係者と連携した取組を実施。
- 大分県が事業計画を作成し、各地域の拠点病院等に事業の実施を委託する形で実施（10/10）。
 - ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
 - ② 会議の開催（医療関係者の参加の仲介を含む）
 - ③ 研修の実施（多職種協働による人材育成研修）
 - ④ 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
 - ⑤ 地域包括支援センター・ケアマネを対象にした支援の実施
 - ⑥ 効率的な情報共有のための取組
 - ⑦ 地域住民への普及・啓発

由布市における在宅医療連携推進体制



由布市における在宅医療連携推進事業



第3回コア会議から(H26年1月10日)

各班の進捗状況の報告

- モデル地区班(旧湯布院町)

町内の各施設と課題について協議

グループワークを重ね、3月に解決策の検討

- 物忘れネットワーク班 (認知症対策)

認知症コーディネーター養成研修の報告

4回まで終了、施設間の相互研修も好評

4月以降に徘徊の模擬訓練を実施予定

- 調査班

高齢者サロンで聞き取り調査を実施し、地域の高齢者の在宅医療や介護について意向を調査

- 広報啓発班

在宅医療、認知症についてのリーフレット作成

第3回コア会議から(H26年1月10日)

各班の進捗状況の報告

- 研修班

12月に10人のメンバーで視察に行ってきた

新潟県医療法人社団萌木会(黒岩卓夫)の視察

地域医療「南魚沼学校」との交流

長野県佐久総合病院の在宅ケアの取り組み

多職種による同伴訪問や施設間の相互研修

市民講演会の企画案の検討

- テーマ 皆で支える由布市の医療と介護

～あなたは幸せに死ねますか？～

- 基調講演 黒岩卓夫先生

- 由布市のプロジェクト会議による取り組みの報告

- ミニパネルディスカッション

在宅医療連携の推進ポイント

大分県の取り組みに特有（普遍化は困難？）

- 地域における「拠点」病院が明確だった
医療資源の乏しさが幸いした！
在宅療養中の患者が急変したら、「うちが診る」
という覚悟ができていた
- これまでの医療連携を通じて、多職種が顔の見える
関係が構築されていた
糖尿病連携，がん在宅医療連携，認知症対策
- 医師ではなく，地域連携室のMSWや訪問看護ス
テーションの訪問看護師が中心的な役割を担った
これまで20年間。病院と地域の診療所をつなぐ
役割を担ってきた優れたMSWや看護師の存在

在宅医療連携の推進ポイント

普遍化できる推進ポイント

- 中核となる病院，医師会，市町村，保健所の4者が一緒になって進めたこと「コア会議」
地域によって，どこが牽引役になるか，保健所の役割については，柔軟に変えることがポイント
- 3年間のうちに，市町村が中心となって，在宅医療連携を進められるようにすること
それまでの保健所の支援が重要
- 具体的に何をするのかを県内の先進事例から明確に示すことができた。
- 議論だけでなく，4～6つ作業班に分かれて具体的なアクションを起こした。

在宅医療連携の推進ポイント

普遍化できる推進ポイント

- 看護師長とケアマネジャーの連携の促進
入退院時の情報提供の有用性を相互に理解
- IT化は「紙ベース」での仕組みを機能させてから
安易なIT化への期待や依存は禁物
- 住民に対する啓発が重要であること
回覧板，資源マップ，啓発用のチラシ，
ケーブルテレビ，などあらゆるメディアを使って
死に方・生き方を「自己決定できる市民」に
- 自分のまちをどんな地域にしたいのかを共有する
職種や立場によらず，同じものをめざせるはず
医療費抑制や在宅死亡率を目標にしない

在宅医療連携推進の課題

- 新たに在宅医療に取り組む医師の開拓
開業医の中には、他市から通勤する医師も多い
夜間の往診には応じられない！
→ 主治医・副主治医制度で、こうした医師も在宅医療の担い手にする
- 訪問看護ステーションとの連携の推進
自院の訪問看護を利用する医療機関が多い
土日や夜間の訪問看護には対応しない！
→ 訪問看護ステーション活用のメリットを強調
- 看護協会の看護ネットワークの活用
保健所の統括的な保健師の「腕の見せ所」
- 保健所による市町村への継続的な支援（H27年以降）