

平成29年度 厚生労働省委託事業

在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

～高齢者を対象とした在宅医療分野～

【日 時】

2018年1月14日(日) 9:00～17:00

【場 所】

日本医師会館 大講堂

【主 催】

日本在宅ケアアライアンス (JHHCA)

【共 催】

公益社団法人 日本医師会

平成29年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

【目 的】

全国都道府県医師会から推薦された受講者の先生方が、地域において在宅医療に関する講師となれるよう本研修を位置付ける。

【日 時】

2018年1月14日(日) 9:00～17:00

【場 所】

日本医師会館 大講堂

【主 催】

日本在宅ケアアライアンス (JHHCA)

【共 催】

公益社団法人 日本医師会

はじめに

超高齢社会を迎えた我が国におきましては、2025年には団塊の世代が75歳以上となることに加え、認知症患者は700万人を超えるとも言われております。また、高齢者が高齢者を介護する「老々介護」が増加するとともに、高齢者世帯に占める独居高齢者の割合も増加しております。

こうした我が国の社会の現状を踏まえ、日本医師会では、会内に設置した生命倫理懇談会において、平成29年11月に「超高齢社会と終末期医療」に関する答申を取りまとめたところです。

「平穏な死」、あるいは「尊厳ある死」を実現するためには、患者さんやご家族、医療関係者等が、ケア全体の目標や具体的な治療・療養について、繰り返し話し合いを行うなかで、患者さん本人の意思決定を支援することが重要です。また、穏やかな終末を迎えるためには、ケアの質の向上を図ることも求められてまいります。

ご本人の人生にとって最善となるケアの実現のためには、「かかりつけ医」を中心に、医療・介護の専門職、行政などの関係者が協働し、地域住民を支えていく仕組みを構築していくことが重要になり、こうした体制こそがまさに地域包括ケアシステムそのものであると認識しております。

そのため、日本医師会では、かかりつけ医の社会的機能に主眼を置いた「日医かかりつけ医機能研修制度」を平成28年4月より開始し、既に全国から多くの医師に参加していただいているところですが、こうした取組みが、国民にこれまで以上に質の高い医療を提供するためのひとつの大きな力となればと考えているところです。

かかりつけ医として地域住民の生活と健康を支え、患者が外来に通えなくなった時は居宅に赴いて診療を継続していくことは、これまでも医師が行ってきた自然な診療の姿です。地域包括ケアシステムの中では、我々医師自身も、これまで地域住民を支えてきたかかりつけ医機能を再確認し、自ら研鑽し質の向上も図りながら、現在の地域社会に求められる姿へと変革していくことが必要になります。

本研修会では、研修修了者に地域において在宅医療に関する講師となっていただくことを目的としております。ご参画の先生方におかれては、かかりつけ医が地域の中で積極的に在宅医療に取り組んでいただけるよう益々のご尽力をお願いするとともに、本日の研修内容が少しでもご参考となれば幸いです。

あらためまして、本資料の作成及び研修会の開催にあたり、ご執筆・ご講演いただく先生方をはじめ、日本在宅ケアアライアンス及び公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団のご関係者の皆様方に深く感謝申し上げます。

平成30年1月

公益社団法人日本医師会

会長 **横倉 義武**

開催にあたって

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA：Japan Home Health Care Alliance）は、健全な在宅医療の普及推進を目指した18の学術団体や職能団体等によって、平成27年3月に組織され、さまざまな活動が始まっています。

このたび、「平成29年度在宅医療関連講師人材養成事業（厚生労働省）」をJHHCAが受託することとなりましたので、本事業の一環として講師人材育成研修プログラムを作成し、日本医師会との共催の下、引き続き研修会を開催する運びとなりました。

ご承知のように、地域包括ケアシステム構築が基礎自治体の重要な役割となり、在宅医療への期待はより一層高まりをみせておりますが、在宅医療という新しい医療の形態を社会に正しく認識して頂くための障壁は決して低いものではありません。

生活の場で提供される医療サービスの妥当性は、生活の質の向上という尺度で推し量ることとなり、多職種が協働し、地域の社会資源を有効に活用し、「くらし」を上位概念として提供されなければなりません。それこそ、望まれれば生活の場での看取りまで支えることも求められます。死を医学の敗北とし、命をつなぐことを最大の目的とみなした従来型の病院完結型医療から、「命の質・生活の質」を重視した地域完結型医療へ、病院、在宅医療の水平連携を基盤とした地域医療のかたちは大きく変わろうとしています。

尊厳ある療養生活を支えるには、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・リハビリ専門職（PT／OT／ST）・管理栄養士、さらにはケアマネジャーや介護職、もっといえば福祉タクシーのドライバーにも、そして行政にも「在宅医療に対する本質的な理解」が求められ、ケアチームの質が在宅医療の質を規定し、地域力が問われると言っても過言ではない状況となっております。

そこで、地域の「かかりつけ医」が良質な在宅医療を「医の原点」として積極的に実践するだけでなく、各地域の在宅医療普及推進のアドバイザー役として、行政とも足並みを揃えて地域包括ケアシステム構築の一翼を担えるようにと願い、本研修会を開催いたします。今年度からは、ワークショップ形式を取り入れ、多職種との連携がより強固なものとなることを期待しています。なお、シラバスの編纂を行いましたので、研修会を修了された皆様方には、在宅医療関連事業に各地域でご活用いただければと願っております。多職種協働を基盤として、地域連携で推進する日本の在宅医療のスタンダードを示すものとなれば幸いです。

最後に、日本医師会の強力なお力添えや、日本在宅ケアアライアンス加盟の組織団体の皆様のご支援、さらには公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団のご協力に、心より感謝申し上げます。

平成30年 初春

日本在宅ケアアライアンス

議長 **新田 國夫**

平成29年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

日時 2018年1月14日(日) 9:00～17:00 日本医師会館 大講堂

主催 日本在宅ケアアライアンス

共催 日本医師会

目的 全国都道府県医師会から推薦された受講者の先生方が、地域において在宅医療に関する講師となれるよう本研修を位置付ける。

総合司会：和田 忠志（全国在宅療養支援診療所連絡会）

プログラム [午前9:00～11:40]

9:00～9:05	開会の辞・本研修の趣旨説明 新田 國夫（日本在宅ケアアライアンス）
9:05～9:30	地域包括ケアシステムと在宅医療 ◆地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待 佐々木 健（厚生労働省） ◆かかりつけ医の在宅医療 地域特性を踏まえて 鈴木 邦彦（日本医師会）
9:30～11:20	地域での取り組みの紹介 ◆人口5万未満（カテゴリー A） 釜石市（岩手県） 寺田 尚弘（医療法人楽山会せいてつ記念病院） 臼杵市（大分県） 舩友 一洋（臼杵市医師会立コスモス病院） ◆人口5万以上20万未満（カテゴリー B） 東近江市（滋賀県） 小串 輝男（医療法人社団小串医院） ◆人口20万以上（カテゴリー C） 新潟市（新潟県） 永井 明彦（押木内科神経内科医院） 徳島市（徳島県） 豊田 健二（医療法人豊山会豊田内科）
11:20～11:30	新たに在宅医療に取り組む方のための研修教材のご案内 説明者：和田 忠志（全国在宅療養支援診療所連絡会）
11:30～11:40	ワークショップの趣旨と進め方 説明者：飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構）
昼食（60分）	

プログラム [午後12:40～17:00]

12:40～14:30	ワークショップ 座長：飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構） ※1グループ：6～8名 ◆カテゴリー 3区分 カテゴリー A：人口5万人未満 カテゴリー B：人口5万人以上～20万人未満 カテゴリー C：人口20万人以上 [テーマ] ①在宅療養の継続（望まれない形での在宅医療の中断） ②24時間の対応 医師の負担感 ③多職種協働（在宅医療の職際性）
会場移動（20分）	小講堂、他会議室から大講堂へ
14:50～16:50	発表 進行：草場 鉄周（日本プライマリ・ケア連合学会） カテゴリー A 太田 秀樹（全国在宅療養支援診療所連絡会） カテゴリー B 飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構） カテゴリー C ※3カテゴリー・3テーマ分の報告者（9名）が壇上で発表予定
16:50～17:00	閉会の辞 鈴木 邦彦（日本医師会）

目次

ご挨拶	1
はじめに	1
開催にあたって	2
プログラム	4
地域包括ケアシステムと在宅医療	7
◆地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待	8
◆かかりつけ医の在宅医療 地域特性を踏まえて	18
地域での取り組みの紹介	29
◆人口5万未満（カテゴリー A）岩手県釜石市	30
◆人口5万未満（カテゴリー A）大分県臼杵市	42
◆人口5万以上20万未満（カテゴリー B）滋賀県東近江市	54
◆人口20万以上（カテゴリー C）新潟県新潟市	64
◆人口20万以上（カテゴリー C）徳島県徳島市	76
新たに在宅医療に取り組む方のための研修教材のご案内	85
ワークショップの趣旨と進め方	93
参考資料	97
◆団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて	98
◆日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および有識者委員	102
◆プロフィール	103
◆「平成29年度在宅医療関連講師人材養成事業」委員名簿	107
ワークショップの趣旨と進め方	109
◆プログラム	110
◆ワークショップの進行	111
◆ワークショップQ&A	114

地域包括ケアシステムと在宅医療

地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待

かかりつけ医の在宅医療 地域特性を踏まえて

I 地域包括ケアシステムと在宅医療

地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待

佐々木 健

目 標 わが国において急速に進展している少子高齢化を踏まえた社会構造の変革を背景に、住み慣れた地域で自分らしく人生の最後まで過ごすことができるように医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制を構築するため「地域包括ケアシステム」の整備が進められている。この研修は、地域包括ケアシステムの概念や考え方、在宅医療が担う機能や役割、介護との連携、多職種連携や医療・介護提供体制の方向性について、理解することが目標である。

Keyword 在宅医療、地域包括ケアシステム、医療計画、介護保険事業計画

- 内 容**
1. 地域包括ケアシステムにかかる背景
 2. 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針
 3. 在宅医療の位置づけ及び現状
 4. 今後の方向性

1

厚生労働省 平成29年度 厚生労働省委託事業
「平成29年度在宅医療関連講師人材養成事業」研修会

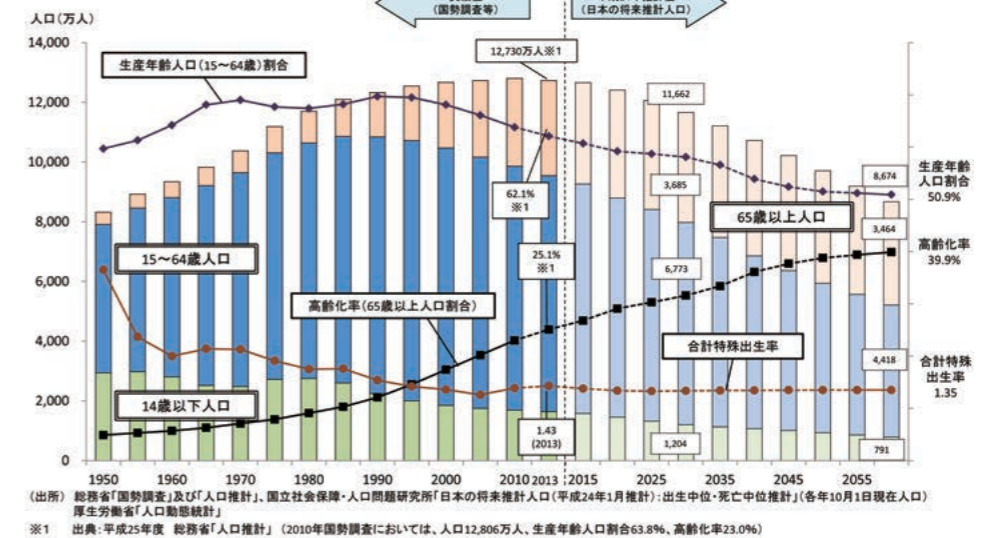
地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待

平成30年1月14日

厚生労働省医政局地域医療計画課

2 日本の人口の推移

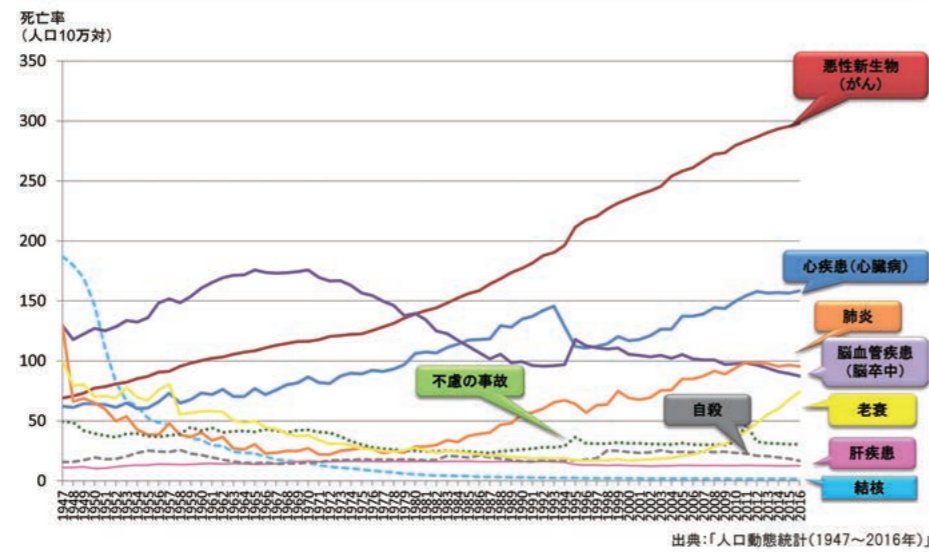
○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



日本の人口は近年横ばいだが、将来推計では今後人口減少の局面を迎えている。2013年の高齢化率は25.1%であるが、総人口に占める高齢者の割合は今後増加し、2030年には30%を超え、2060年には総人口9000万人を割り込み、高齢化率は40%前後になると予想されている。その一方で、15～64歳の生産人口と14歳以下の子どもの人口は減少傾向にある。

3 主な疾患別の死亡率の推移

高齢化の進展により、医療ニーズが、悪性新生物(がん)などを原因とする慢性疾患を中心とするものに変化。

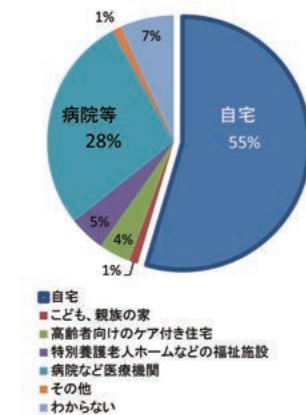


近年、高齢化の進展により、医療ニーズが悪性新生物(がん)や心疾患、脳血管疾患等の慢性疾患を中心とするものに変化してきている。

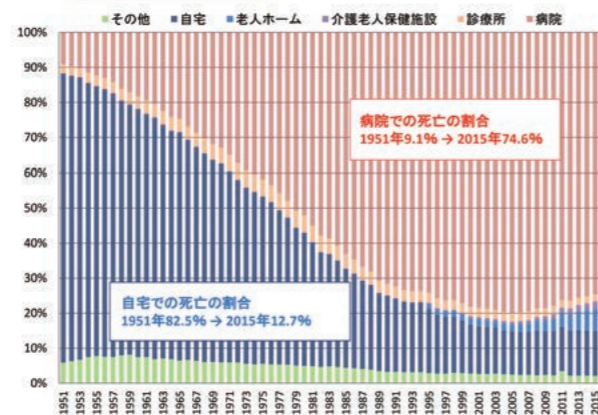
4 死亡場所の推移

- 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数を見ると、多くの方は「病院」で亡くなっている

最期を迎えたい場所



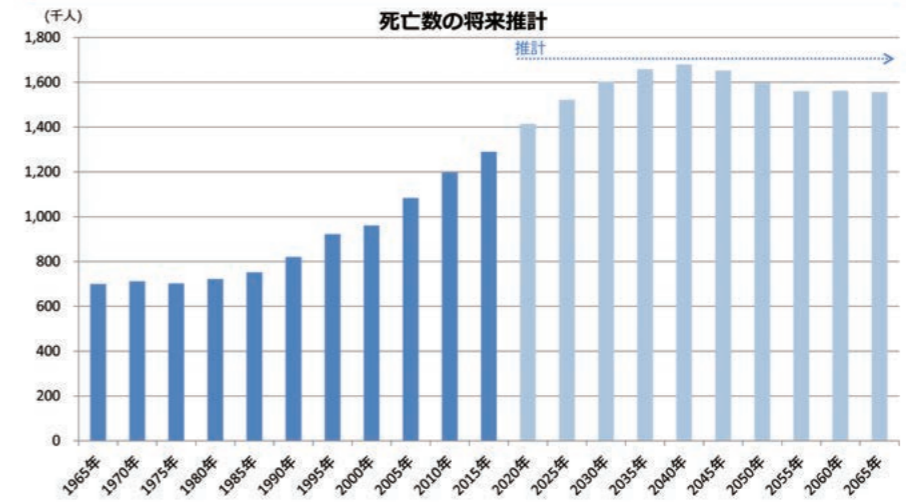
死亡の場所の推移



高齢者の健康に関する意識調査からは、国民の約半数は「最期を迎えたい場所」について「自宅」を希望している。その一方で、実際に死亡している場所は1975年前後を境に「病院」が「自宅」を上回り、近年では病院で約75%、自宅で約13%となっていて、希望と現実の間に乖離がみられる。

5 死亡数の将来推計

- 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



高齢人口の増加に伴い、年間の死亡者数は今後も増加することが予想されている。年間の死亡者数のピークは2040年前後を予想しているが、これは2015年よりも年間約39万人多くなると予想されている。

6 地域包括ケアシステム (医療介護総合確保促進法第2条第1項)

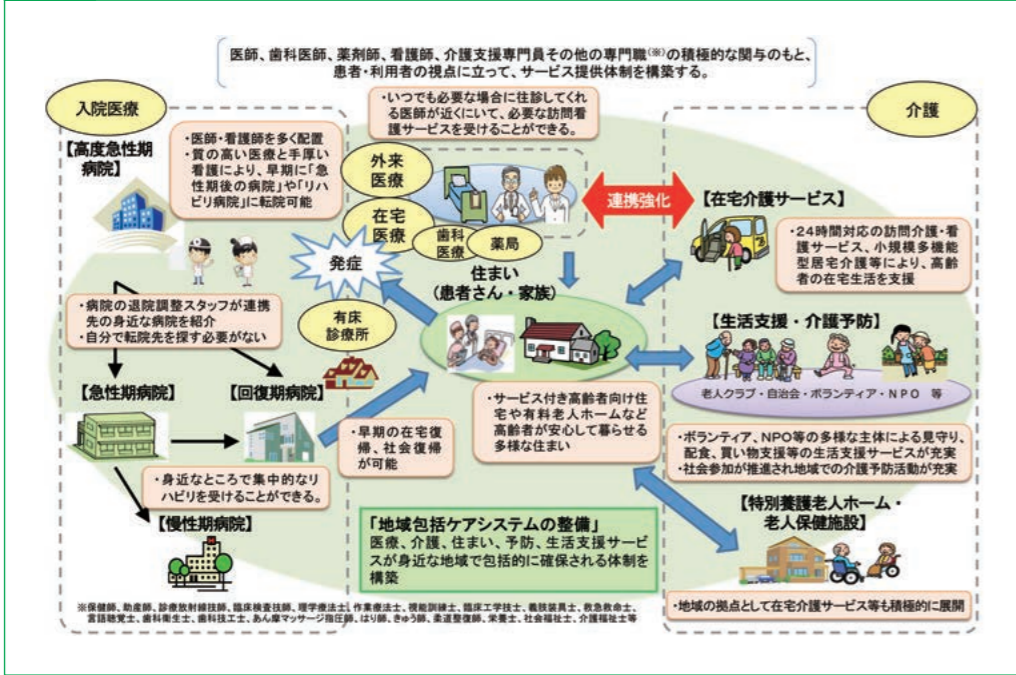
地域の実情に応じて、
高齢者が、可能な限り、
住み慣れた地域でその有する能力に応じ
自立した日常生活を営むことができるよう、
医療、介護、介護予防、
住まい及び自立した日常生活の支援が
包括的に確保される体制



【左図の出典】地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 報告書」(H28年3月)

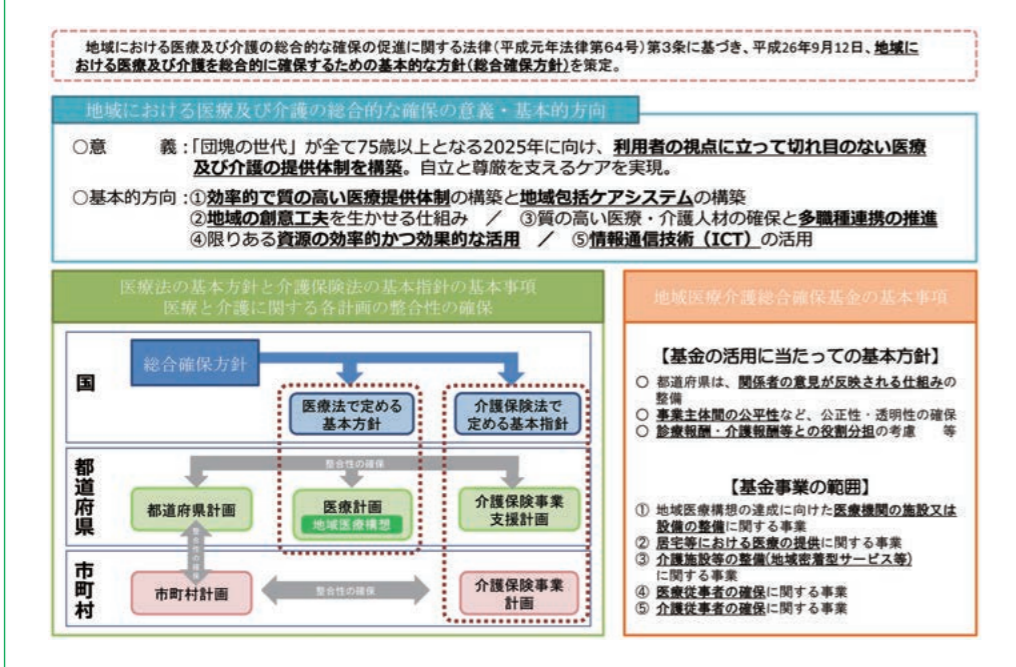
高齢化に伴い、医療ニーズだけではなく介護ニーズも増加していく。そのため、地域包括ケアシステムを促進することにより、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」を整備することが求められている。人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、すでに75歳以上人口も減少している町村部など、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。そのため、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である。

7 医療・介護サービスの提供体制改革後の姿 (サービス提供体制から)



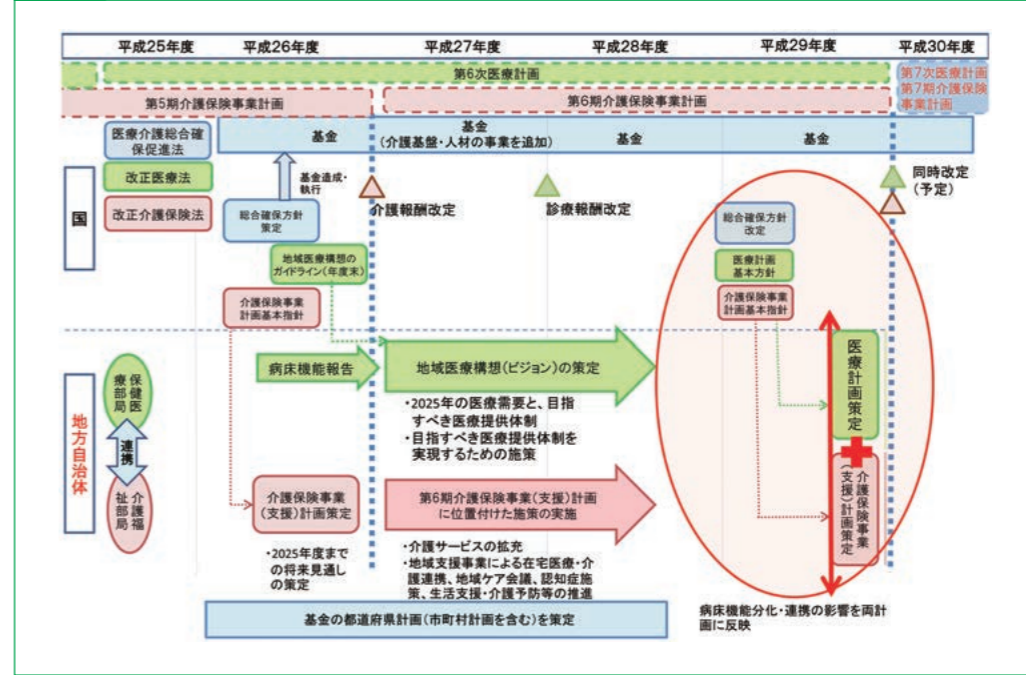
地域包括ケアシステムの整備についてサービスの提供体制からみると、医療と介護は車の両輪の関係になる。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職が積極的に関与し多職種連携を図り、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築していくことが重要である。

8 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針



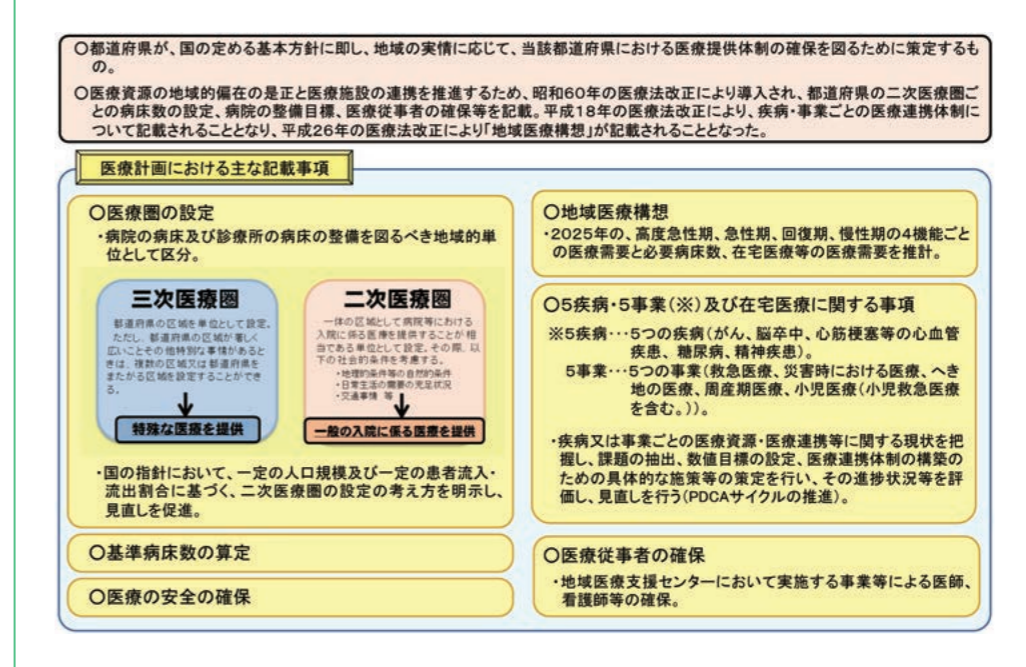
そこで、平成26年に「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)」が策定されている。「団塊世代」が全て75歳以上となる2025年を見据え、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、人生の最終段階を迎えることができる環境を整備し、切れ目のない医療及び介護提供体制の構築を目指す。この方針に即して、医療計画や介護保険事業計画を策定していく。また、こうした体制整備のために、地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置し、各種事業を行うこととしている。

9 医療・介護提供体制の見直しの今後のスケジュール



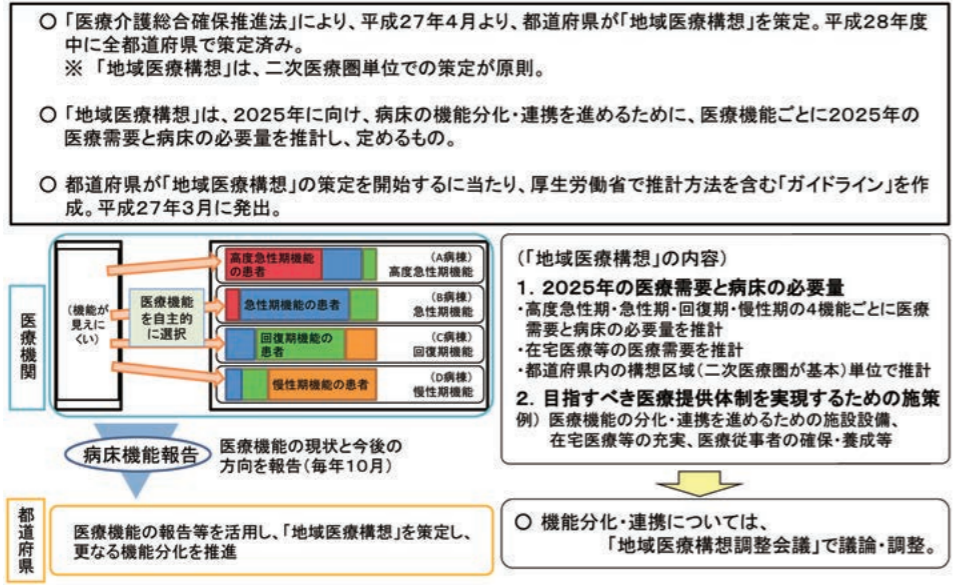
医療・介護提供体制の見直しの今後のスケジュールをスライドに示した。医療計画・介護保険事業計画ともに次の計画は平成30年度から開始となる。それに向けて、総合確保方針の改定、医療計画基本方針、介護保険事業計画基本方針が策定され、これらを受け都道府県、市町村は平成29年度に計画を策定中である。

10 医療計画について



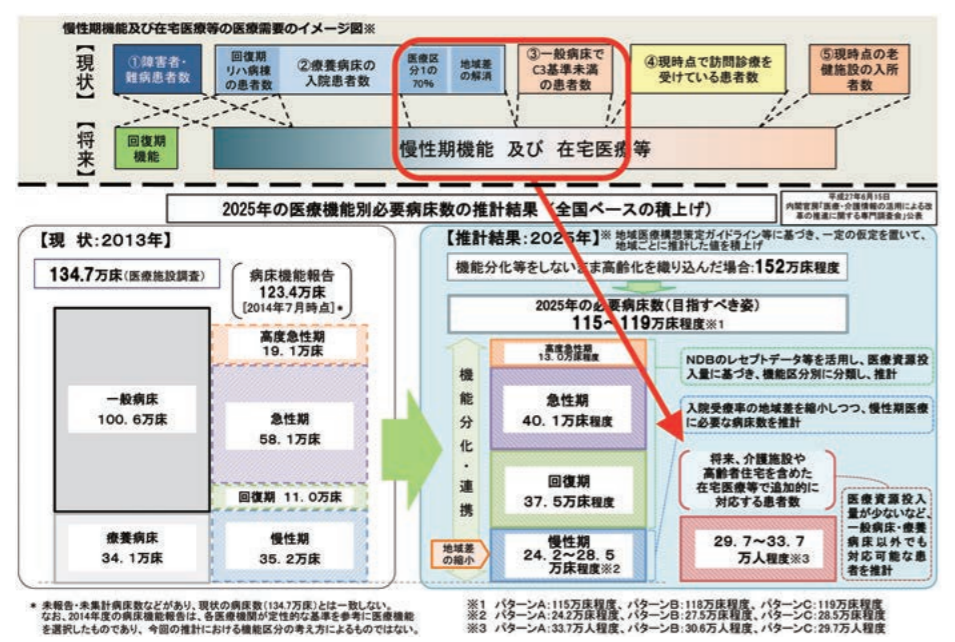
医療においては、都道府県が6年に一度医療計画を策定し、医療体制の整備を行っている。現在は、第6次医療計画中で、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の5疾病と救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療の5事業および在宅医療について進められている。在宅医療も医療計画の中に位置づけられており、都道府県の実情に応じて必要となる医療機能や数値目標や施策等を定めることとしている。

11 地域医療構想について



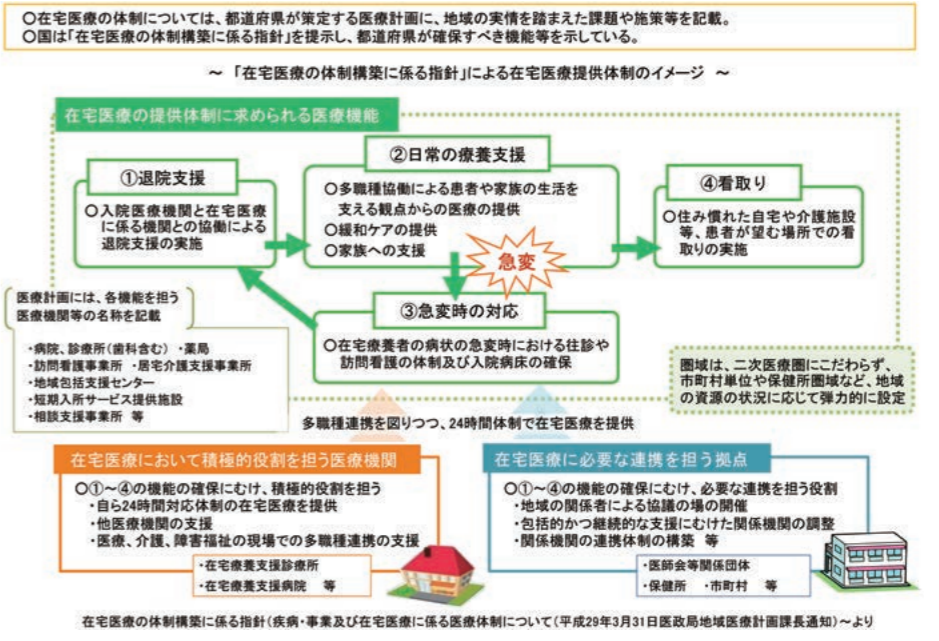
現在、都道府県が「地域医療構想」を策定中だが、これは2025年に向け、病床の機能分化、連携を進めるために行われている。具体的には、2025年の医療需要と病床の必要量を高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計する。在宅医療等の医療需要も推計を行い、都道府県内の構想区域単位で推計を行っていく。機能分化・連携については「地域医療構想調整会議」で議論、調整を進めていく。

12 いわゆる在宅医療等で追加的に対応する患者数について



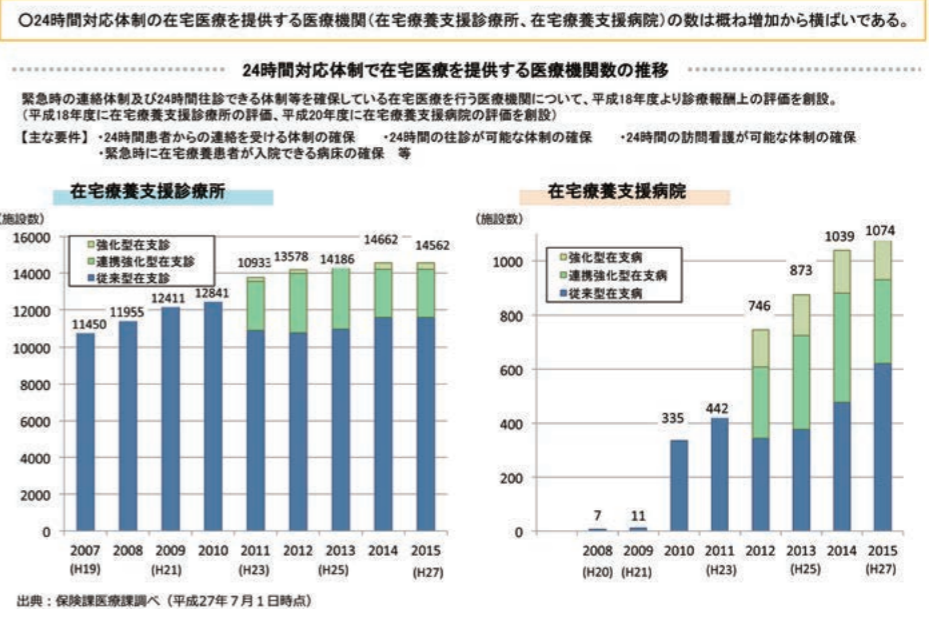
地域医療構想では、慢性期機能の医療需要と在宅医療等の患者数を一体的に推計している。ここでいう在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受けるものが療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。在宅医療等には、資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計している。そのため、地域医療構想では、在宅医療等で追加的に対応する患者数については2025年には29.7万~33.7万人程度とされている。

13 在宅医療の体制について



医療計画の中で在宅医療の提供体制に求められる医療機能として「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」をあげている。各機能を担う医療機関等の名称を記載していくとともに、都道府県が達成すべき目標や施策などを示している。その中で、多職種連携を図りつつ、在宅療養支援診療所・病院等の積極的役割を担う医療機関と医師会や保健所などの必要な連携を担う役割をもって、24時間体制で在宅医療を提供できるように整備していくこととしている。

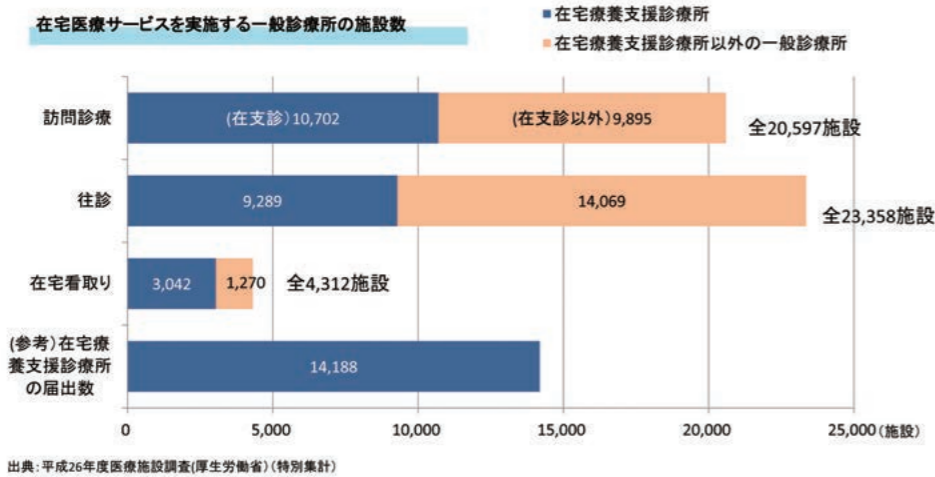
14 在宅医療の提供体制 ～急変時の対応～



緊急時の連絡体制及び24時間住診できる体制等を確保している在宅医療を行う医療機関について、平成18年度より診療報酬上の評価を創設している(平成18年度に在宅療養支援診療所、平成20年度に在宅療養支援病院)。これらの24時間体制で在宅医療を提供する医療機関の数は増加している。

15 在宅医療サービスを実施する診療所の属性

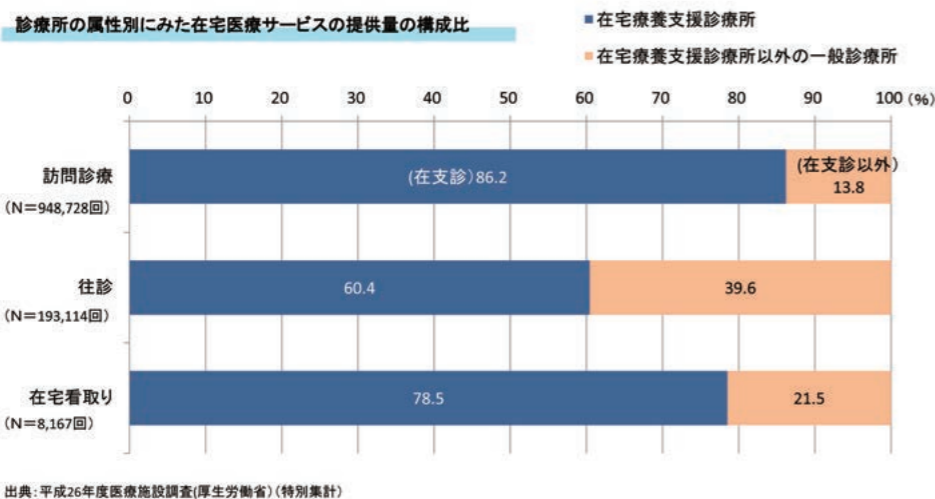
- 在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数をみると、在宅療養支援診療所(在支診)ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。
- 在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。



在宅医療サービスを提供している一般診療所の施設数である。在宅医療を在宅療養支援診療所(在支診)が全て担っているかという、そういうわけでもない。在支診以外の診療所も相当数あり、訪問診療では、在支診と在支診以外はほぼ同数、往診は在支診以外の方が多い状況である。また、全体的に看取りに関しては行っている施設が少ない状況であり、在支診の役割は大変大きい。在支診であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らないのが、現在の状況となっている。

16 属性による在宅医療サービスの提供量の違い

- 在宅医療サービスの提供量についてみると、訪問診療については、在支診によって全体の9割弱が提供されている。
- 往診や在宅看取りについては、在支診ではない一般診療所によって、全体の2~4割が提供されている。

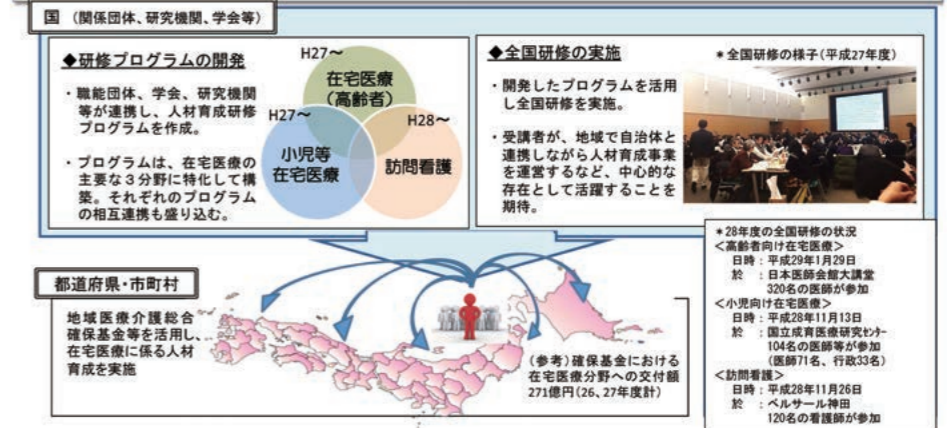


在宅医療サービスの提供量についてみると、訪問診療については在支診によって全体の約9割弱が提供されている。往診や看取りについては、在支診ではない一般診療所によって全体の2~4割が提供されている。

17 在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業

- 【趣旨】
 - 地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層活発化することが見込まれる。
 - 国において、将来の講師人材の不足や質の格差などの問題に対処し、地域の取組を財政面以外でも支えていくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を育成する。

- 【事業概要】
 - 医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児向け在宅医療」と、看護師を対象とした「③訪問看護」の3つの分野ごとに、人材育成プログラムの開発を行うとともに、相応の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に対し、中央研修を実施する。
 - ※小児分野では、行政職員が医師と共に研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組み演習も実施している。



最後に、在宅医療に関連する医政局地域医療計画課の取り組みを紹介する。「在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業」である。地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層重要となる。将来の講師人材不足や質の格差などの問題に対処するために、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる人材を育成する取り組みを行っている。本事業は在宅医療(高齢者)と小児等在宅医療向けには医師を対象に、訪問看護は看護師を対象に研修プログラムの開発と全国研修を行っている。

18 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組 ~人生の最終段階における医療体制整備事業~

- 【背景・課題】
 - 高齢化が進み、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療のあり方が大きな課題となる。
 - 人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による意思決定を基本として進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年策定、平成26年改称)を策定し、周知を図ってきた。
 - しかしながら、平成25年の調査によれば、当該ガイドラインは医療従事者に十分認知されているとは言えず、人生の最終段階における医療に関する研修も十分に行われていない状況である。

- 【事業内容】
 - 人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる体制を強化するため、平成26、27年度のモデル事業の成果を踏まえ、平成28年度から、医療・ケアチーム(医師、看護師等)の育成研修を全国8ブロックで実施。平成30年度は、平成29年度同様、人材育成研修を継続するとともに、国民への普及啓発のための取組を行う。

研修対象者

- ・人生の最終段階における医療に関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム(診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設が連携し、多職種チームとして参加することも可能)

プログラム

プログラム	主旨、構成内容	プログラム	主旨、構成内容
講義1	倫理的な問題を含む意思決定をどう進めるか?	ロールプレイ1	もしも、のときについて話し合いを始める
講義2	「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の解説	ロールプレイ2	代理決定者を選定する
講義3	アドバンス・ケア・プランニングとは	ロールプレイ3	治療の嗜好を尋ね、最善の選択を支援する代理決定者の数値を尋ねる
講義4	臨床における倫理の基礎	グループディスカッション1	多職種カンファレンスを効果的に行うには
講義5	意思決定に関連する法的な知識	グループディスカッション2	明日への課題
講義6	患者・家族の意向を引き継ぐには		

開催実績/予定

- ・平成26年、27年度は、モデル事業として実施。平成26年度10か所 24名、平成27年度5か所 25名が研修を終了。
- ・平成28年度は、214チーム、751名が研修を受講。

高齢化が進み、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療のあり方が大きな課題となっている。人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による意思決定を基本として進めることが重要である。これらの合意形成のプロセスを示す「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定している。人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応するためのプログラムを作成し、医療ケアチーム(医師、看護師等)の育成研修を全国展開して行っている。

I 地域包括ケアシステムと在宅医療

かかりつけ医の在宅医療 地域特性を踏まえて

鈴木 邦彦

目標 世界に類を見ない超高齢社会となるわが国においては、かかりつけ医機能をもつ診療所、有床診療所、中小病院という既存資源を活用し、かかりつけ医機能を充実・強化して、施設も在宅も利用する日本型の高齢者ケアシステムを構築していく必要性を理解していただく。

1. 世界に類を見ない超高齢社会の到来に伴い、これまでの急性期の大病院を中心とする垂直連携中心から、かかりつけ医を中心とする地域包括ケアシステムの水平連携中心へ、パラダイムシフトが起きていることを理解できる。
2. かかりつけ医機能の充実・強化と在宅医療の提供体制について理解できる。
3. 地域包括ケアシステムの構築における郡市区医師会の役割の重要性を理解し、地域で説明ができる。

Keyword 地域包括ケアシステム、在宅医療、かかりつけ医、中小病院・有床診療所・診療所、郡市区医師会、まちづくり・社会づくり

- 内容**
1. 今後わが国に必要な医療
 2. 超高齢社会における医療と介護の役割の変化
 3. 垂直連携中心から水平連携中心へのパラダイムシフト
 4. 超高齢社会に適した日本型医療システム
 5. かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果 (2016年11月実施)
 6. かかりつけ医の定義
 7. 日医かかりつけ医機能研修制度
 8. 既存資源を活用した日本型在宅支援モデル
 9. かかりつけ医を支援する日本型在宅支援システムの構築
 10. 地域包括ケアシステムにおける医療提供体制
 11. 地域密着型の中小病院・有床診療所の役割
 12. 日本型の高齢者介護の確立と地域性
 13. 地域包括ケアシステムの推進体制

1

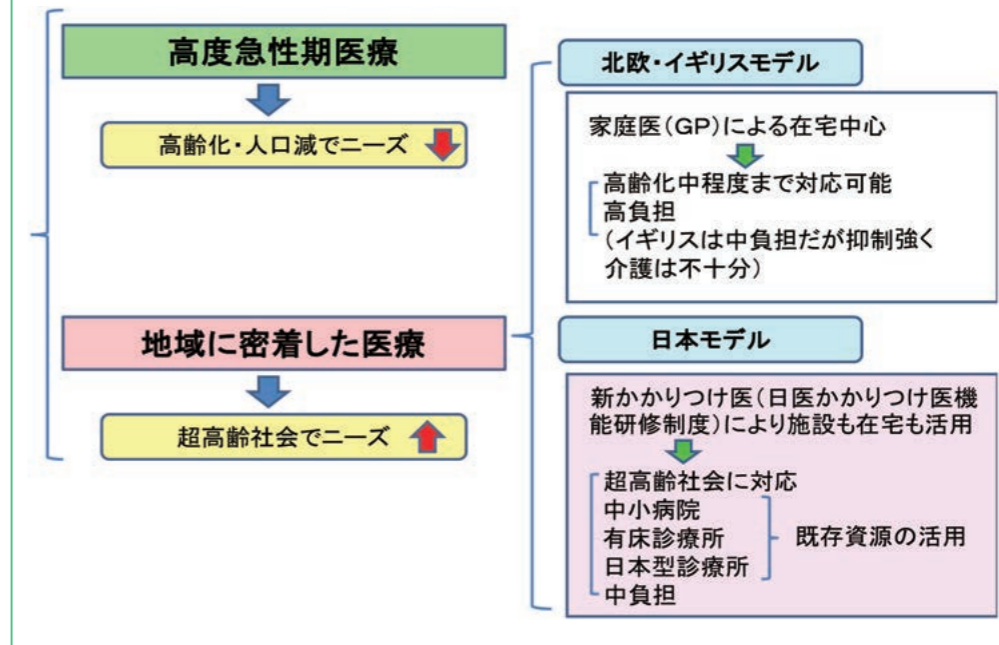
H29年度 在宅医療関連講師人材養成事業(日本在宅ケアアライアンス)

【総論1】地域包括ケアと在宅医療

かかりつけ医の在宅医療 地域特性を踏まえて

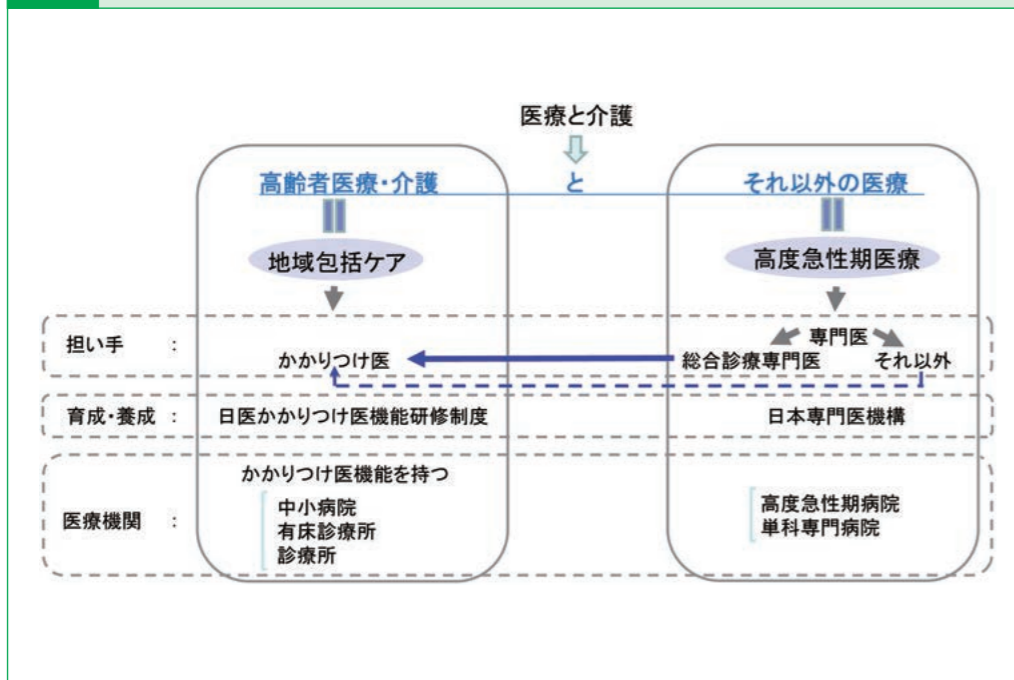
日本医師会 常任理事
鈴木 邦彦

2 今後わが国に必要な医療



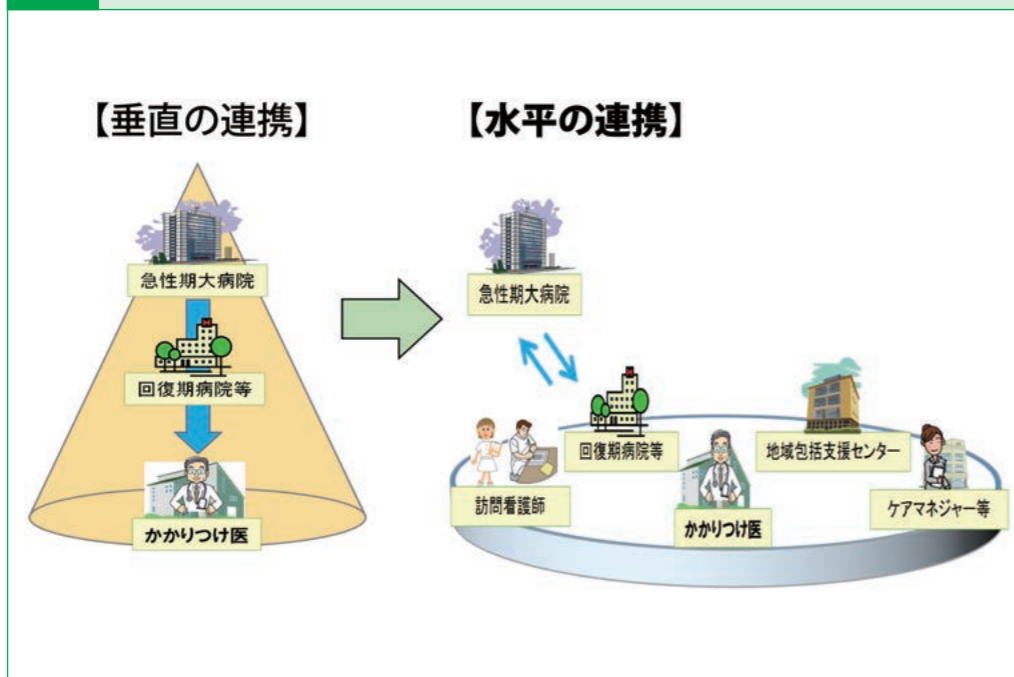
今後わが国に必要な医療は高度急性期医療と地域に密着した医療の二つであるが、前者のニーズは高齢化や人口減少により低下していくのに対して、後者のニーズは超高齢社会の進展に伴って増加していく。地域に密着した医療の担い手は、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所と専門医が開業する日本型の診療所であり、それらの既存資源を活用し、施設も在宅も利用する日本モデルを構築する必要がある。

3 超高齢社会における医療と介護の役割の変化



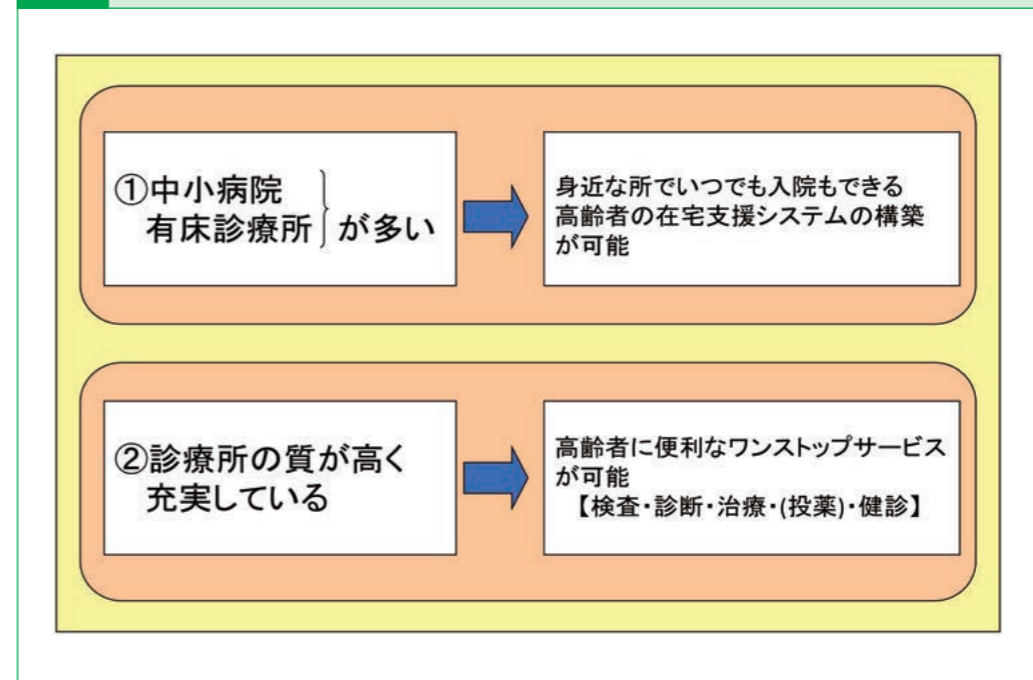
超高齢社会においては高齢者医療と介護は一体化していくと考えられるが、それが地域包括ケアに他ならない。その担い手はかかりつけ医であり、かかりつけ医機能をもつ診療所、有床診療所、中小病院の役割が重要になる。かかりつけ医を育成するために、日本医師会は平成28年4月より、「日医かかりつけ医機能研修制度」を開始した。

4 垂直連携中心から水平連携中心へ



これまでの医療システムは急性期の大病院を頂点として、かかりつけ医を底辺とする垂直連携が中心であったが、今後はかかりつけ医をリーダーとする訪問看護師や介護分野などの水平連携が中心になり、それが地域包括ケアシステムである。急性期の大病院はその外側にあつて、地域の最後の砦となることが求められる。

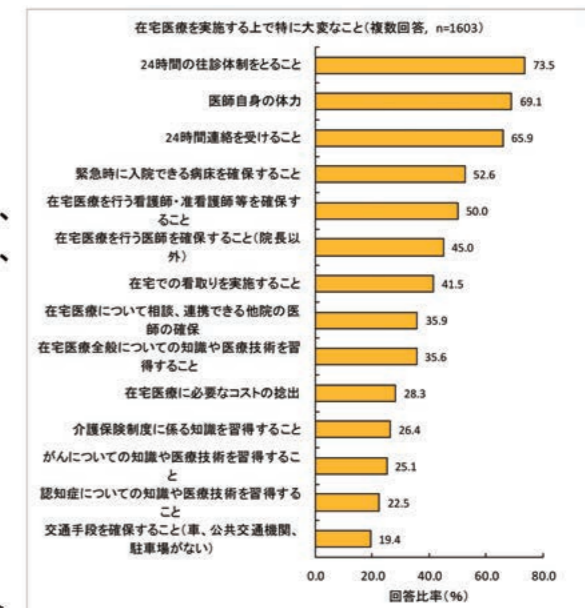
5 超高齢社会に適した日本型医療システム



中小病院や有床診療所が多いことは、身近な所でいつでも入院もできる。診療所の質が高くて充実していることは、検査・診断・治療、時に投薬・健診というワンストップサービスが可能で、いずれも超高齢社会に適している。地域包括ケアシステムの構築には既存資源の活用が重要である。

6 在宅医療を実施する上で特に大変なこと

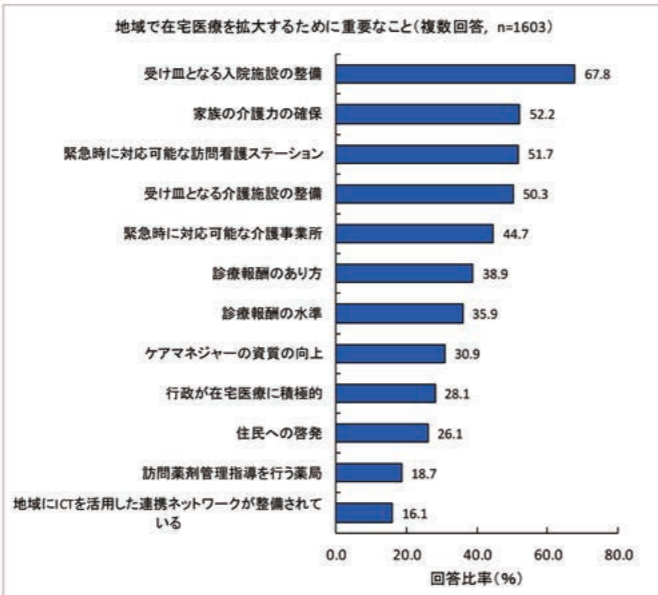
在宅医療を実施する上で特に大変なことは、高い順に「24時間の往診体制をとること」、「医師自身の体力」、「24時間連絡を受けること」であった。



日本医師会総合政策研究機構および日本医師会で調査を実施し、2017年2月28日に公表した「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果(2016年11月実施)」では、在宅医療を実施する上で特に大変なことは、高い順に「24時間の往診体制をとること」、「医師自身の体力」、「24時間連絡を受けること」であった。

7 地域で在宅医療を拡大するために重要なこと

地域で在宅医療を拡大するために重要と考えられていることでもっとも多かったのは、「受け皿となる入院施設が整備されていること」であった。



また、同調査において、地域で在宅医療を拡大するために重要と考えられていることでもっとも多かったのは、「受け皿となる入院施設が整備されていること」であった。

8 在宅医療3点セット

- 在宅医療を行う医師
- 24時間対応の訪問看護師
- 後方病床
(中小病院・有床診療所)

公益社団法人日本医師会

在宅医療の提供体制としては、①在宅医療を行う医師、②24時間対応の訪問看護師、③後方病床（中小病院・有床診療所）の3点セットで対応すべきであると考えている。

9 「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会



日本医師会では、かかりつけ医の定義を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」としている。

10 かかりつけ医機能

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会

また、かかりつけ医の機能として、スライドのとおり4点を示しているところである。

11 日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

平成28年4月1日より実施

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



平成28年4月1日より実施されている日医かかりつけ医機能研修制度の目的は、今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するためであり、実施主体は本研修制度の実施を希望する都道府県医師会である。かかりつけ医機能とは、①患者中心の医療の実践 ②継続性を重視した医療の実践 ③チーム医療、多職種連携の実践 ④社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践 ⑤地域の特性に応じた医療の実践 ⑥在宅医療の実践 である。

12 日医かかりつけ医機能研修制度

【研修内容】

基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

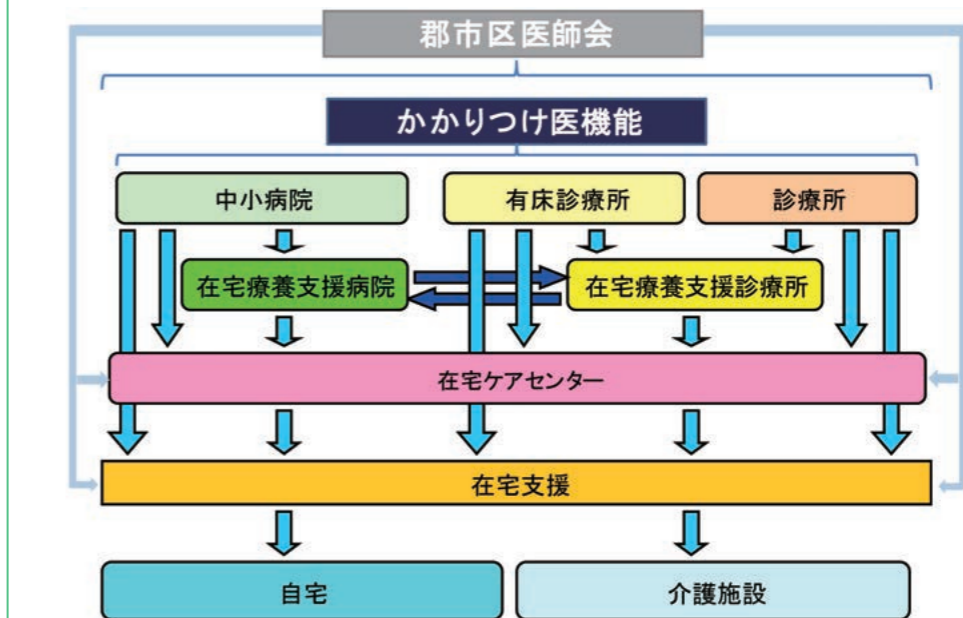
規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行(有効期間3年)。



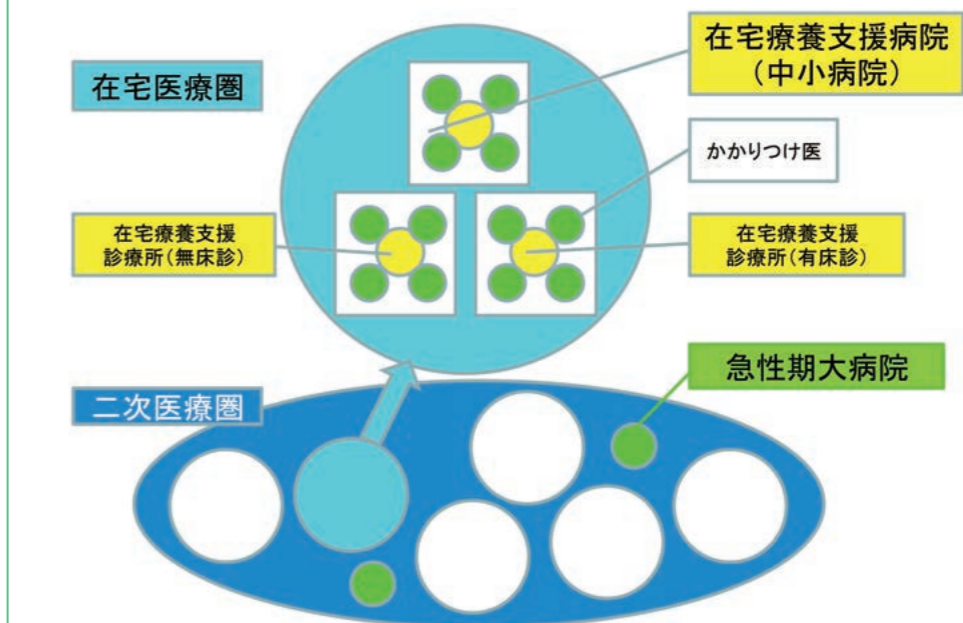
日医かかりつけ医機能研修制度は、基本研修、応用研修、実地研修から構成されており、基本研修は日医生涯教育認定証を取得していればよい。応用研修については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用し、3年間に10単位以上取得することとしている。実地研修については、かかりつけ医として通常実践していると考えられる16項目から2つ以上実践していることを要件とした。3年間で要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証が発行される。

13 既存資源を活用した日本型在宅支援モデル



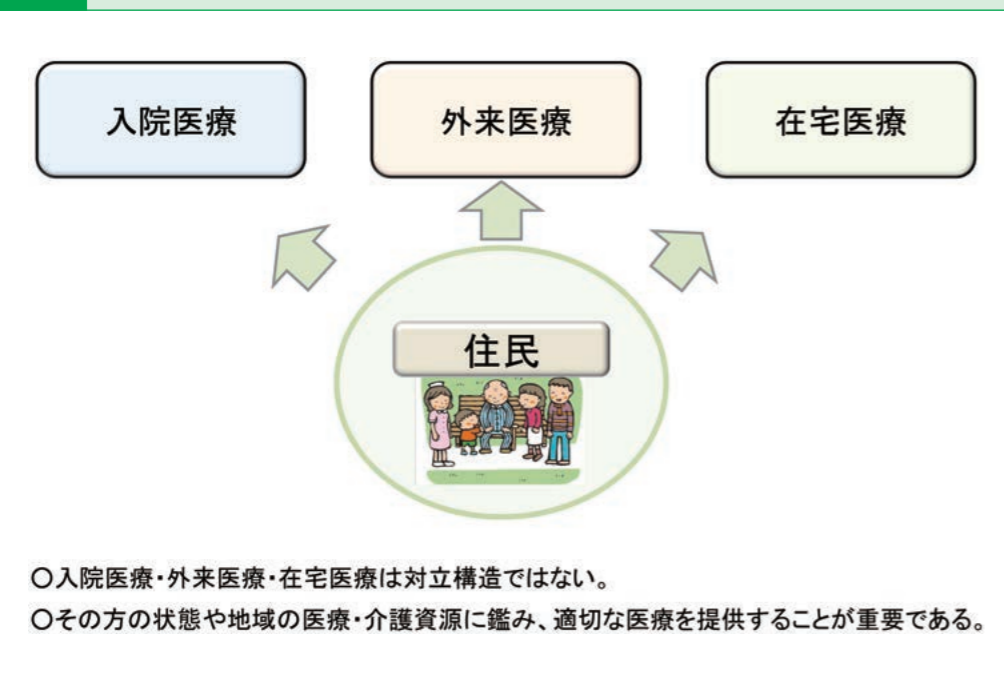
日本型の在宅支援モデルは、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所、診療所が、郡市区医師会の下でそれぞれ可能なところは在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所になった上で、可能な範囲で在宅ケアセンターを設置して、できるだけ総合的に在宅支援を行うことが望ましい。

14 日本型在宅支援システム



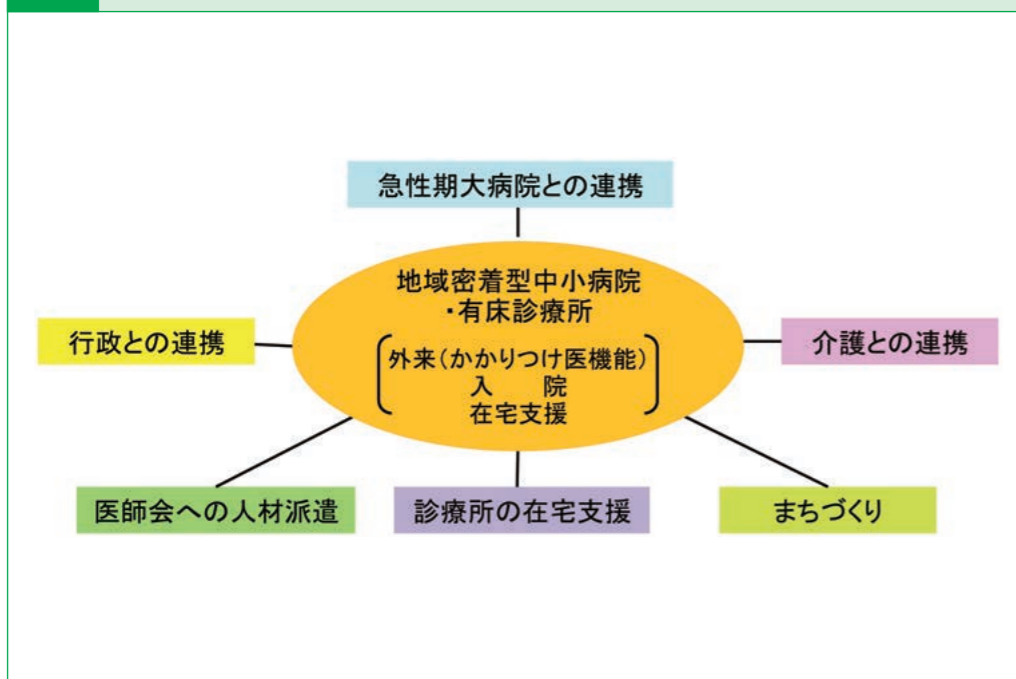
すべてのかかりつけ医が在宅医療に24時間365日対応するのは困難であるため、日常生活圏域において、かかりつけ医は可能な範囲で在宅医療を行い、不足する分は患者ごとに中小病院の在宅療養支援病院や、有床、無床の在宅療養支援診療所とグループを作り、全体として24時間365日対応できるようにすることが必要である。急性期の大病院はその外側で二次医療圏における最後の砦となることが求められる。

15 地域包括ケアシステムにおける医療提供体制



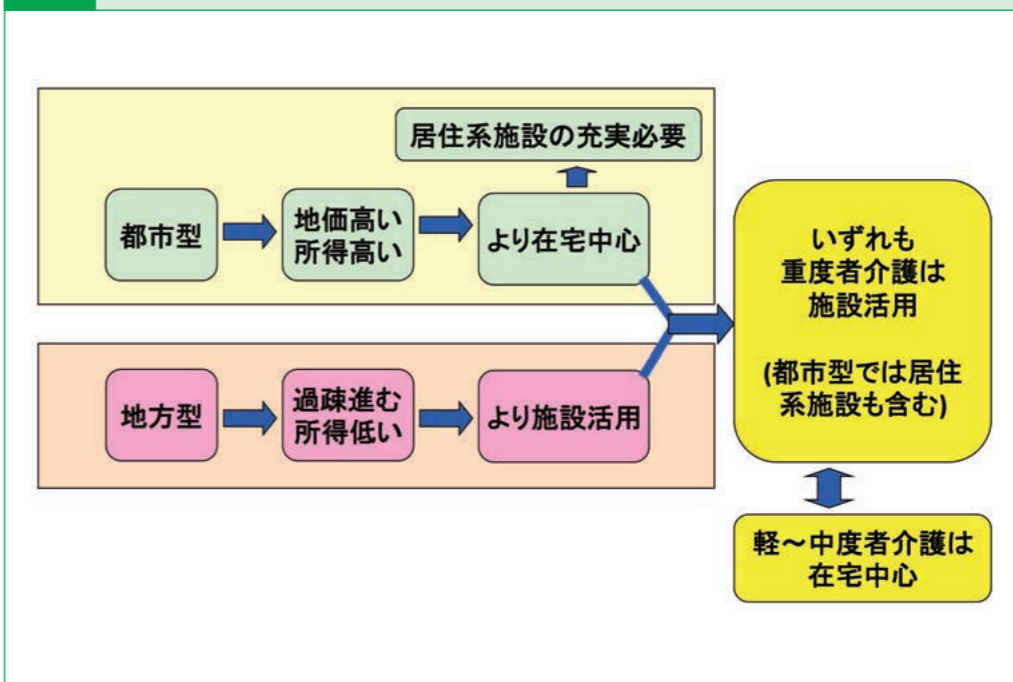
どのような状態の方であっても在宅で支えることができるという意見もあるが、地域包括ケアシステムにおいては、入院医療・外来医療・在宅医療は対立構造ではない。その方の状態や家庭環境、地域の医療・介護資源を見ながら、適切な医療を提供することが重要であると考えている。

16 地域密着型中小病院・有床診療所の役割



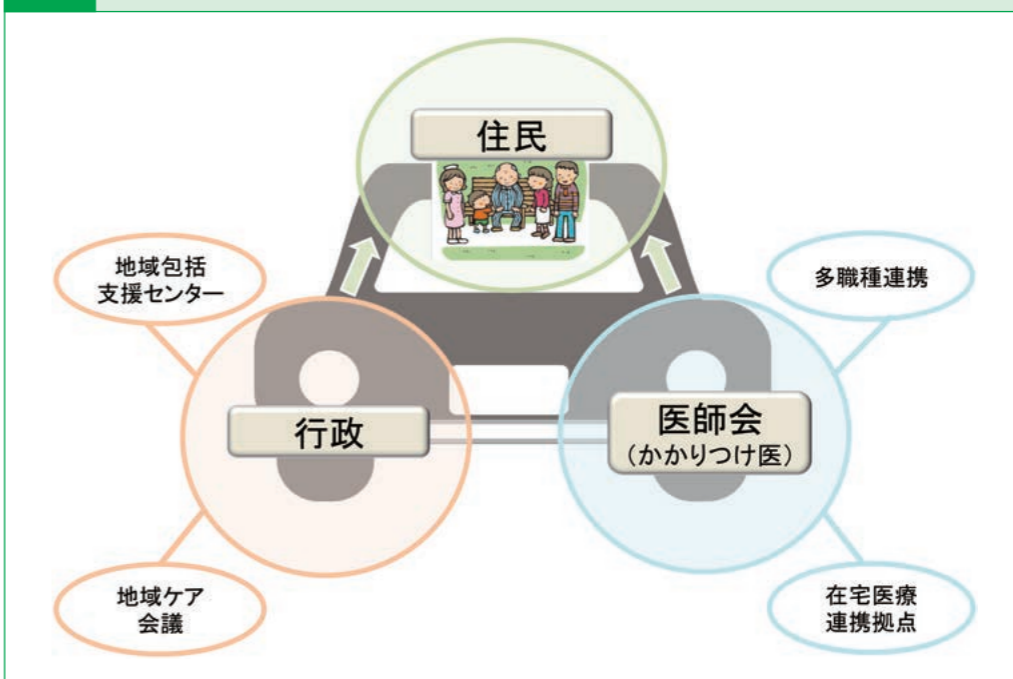
許可病床200床未満の中小病院や有床診療所は、かかりつけ医機能をもつだけでなく、病院の人的資源を活用し、診療所の在宅支援や医師会への人材派遣、まちづくりなどにも積極的に関わっていくべきである。

17 日本型の高齢者介護の確立



日本の高齢者介護は大きく都市型と地方型に分けられる。都市部では、今後大幅に介護の需要が増加するが、地価も高いが所得の高い方も多いので、居住系施設を充実させた上で、より在宅中心で対応する必要がある。一方、地方では、施設も多く、過疎化が進み、低所得の方も多いので、より施設を活用して対応することになる。いずれにしても重度者は施設を活用した上で、軽～中度者は在宅中心で見ていくことが必要である。

18 地域包括ケアシステムの推進体制



地域包括ケアシステムを推進するにあたっては、郡市区医師会(かかりつけ医)が多職種連携のまとめ役としての機能を担い、その上で行政と医師会とが車の両輪となった連携体制で地域住民を支えていくことにより、効率的かつ質の高い医療・介護提供体制が実現する。

地域での取り組みの紹介

人口5万未満（カテゴリー A）
大分県臼杵市

人口5万未満（カテゴリー A）
大分県臼杵市

人口5万以上20万未満（カテゴリー B）
滋賀県東近江市

人口20万以上（カテゴリー C）
新潟県新潟市

人口20万以上（カテゴリー C）
徳島県徳島市

II 地域での取り組みの紹介

人口5万未満 (カテゴリー A) 岩手県釜石市

寺田 尚弘

目 標 釜石医療圏の試行錯誤を参考に以下を学ぶ。

1. 在宅医療に対する地域のコンセンサス形成の重要性と形成過程。
2. 在宅医療介護連携拠点における医師の役割。
3. 在宅医療連携は在宅医の負担軽減に寄与する。

Keyword 在宅医療介護連携拠点、在宅医療、郡市区医師会、地域包括ケアシステム

- 内 容**
1. 釜石医療圏の概要
 2. 在宅医療の普及を支える要素
 3. 在宅医療連携を促進した出来事
 4. 医療機関の役割分担
 5. 在宅医療におけるかかりつけ医の役割
 6. 在宅医療連携拠点「チームかまいし」
 7. チームかまいしの連携手法
 8. 各職種が抱える課題の層別化
 9. 課題解決の手法と場

1

平成30年1月14日

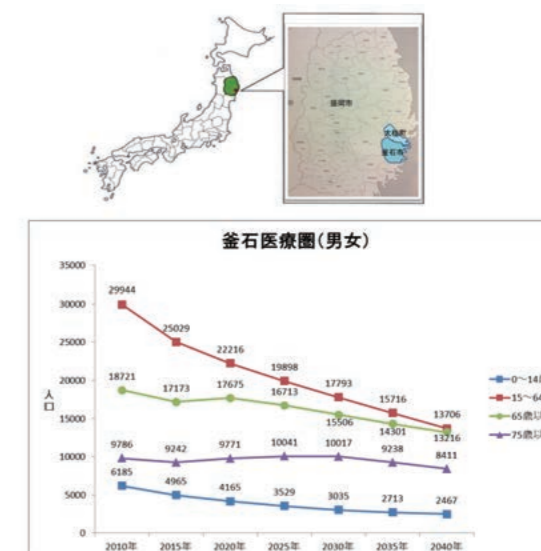
日本在宅ケアアライアンス
平成29年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会

釜石医療圏における在宅医療への取り組み
そのアプローチ・手法・実績・課題について

岩手県 釜石医師会
理事 寺田 尚弘
(介護在宅診療部会長)

2 釜石医療圏の概要

- 釜石市と大槌町
 - 人口約5万人
- 釜石市
 - 人口34,755人
 - 高齢化率37.6%
(平成29年10月末現在)
- 主な医療介護資源
 - ・ 病院：6 (979床)
 - ・ 医科：24 (在支診4)
 - ・ 歯科：20 薬局：20
 - ・ 特養：5 (336)
 - ・ 老健：3 (288)



3 在宅医療の普及を支える要素 患者・従事者・地域を支える環境の整備

●在宅医療に対するコンセンサスの形成

- 理念、具体的方向性
- 役割分担
- 位置付け

●医療連携と医療介護連携体制

- 連携拠点の構築と実践的稼働
 - ・各職種の課題抽出
 - ・解決の手法と実践

在宅医療の普及、在宅医の負担軽減には、地域全体の理解と協力が不可欠である。

5 最初の歯車：連携拠点としての釜石医師会 (平成19年6月～24年6月)

- ・平成19年6月
釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会がスタート

<成果>

- ベースコンセンサスの形成
 - 『急性期病院を守る』
- 役割分担の明確化
 - 病病連携・病診連携
 - 在宅医療の位置づけが明確に
 - ・市内に均等な患者分布
 - かかりつけ医と在宅医療



課題

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。

急性期病院の機能確保が在宅医療の普及を後押しする流れとなった。

4 引き金：2つあった急性期病院のうち1つが閉院 平成19年3月：釜石市民病院閉院（在宅療養科）

なぜこの閉院が在宅医療や地域連携体制構築の引き金となったか？

<急性期医療機能不全>

- 崩壊の危機
 - マンパワー不足
 - 負担の集中

<在宅医療機能不全>

- 通院困難となった自院患者の送り手としての機能
- 受け手として在宅医療機能
- 在宅患者のバックベッド機能



役割分担された病病連携

送り手機能及び受け手機能の地域化
在宅医療・バックベッドの地域化

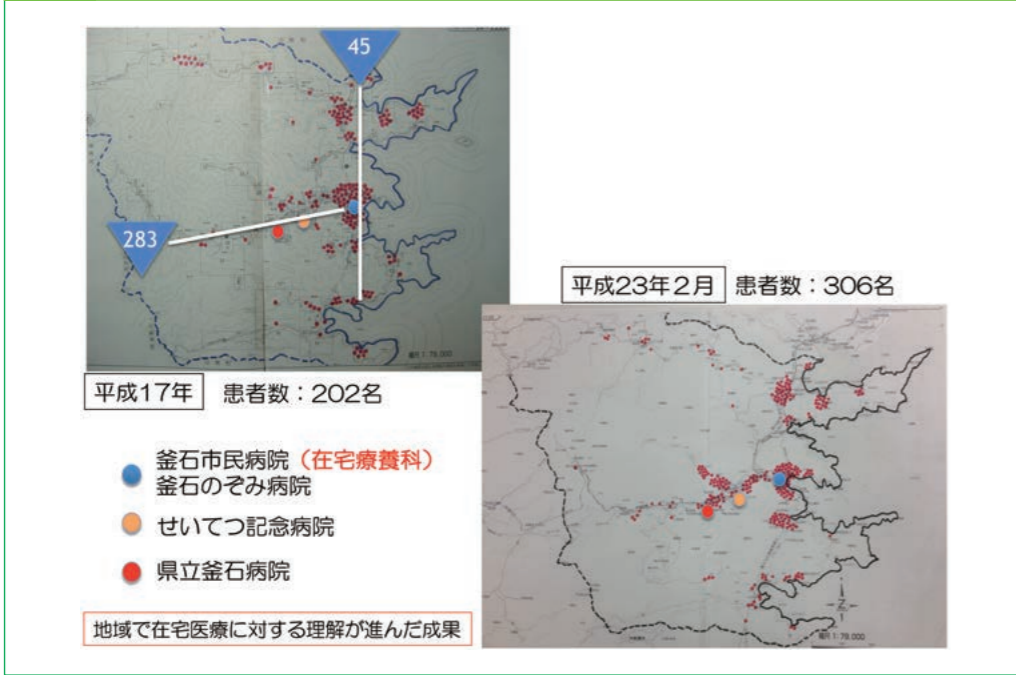
歯車が動き始めた引き金は、人口減少のまちに来るべくしてきた閉院という出来事。「地域化」とは、一つの医療機関の機能ではなく、地域の機能にすること。

6 役割分担された医療機関と周知された在宅医療機能 送り手としてのスキルの蓄積が在宅医療の普及を促進



在宅医療もまた急性期・慢性期病院の退院患者の受け皿として役割を与えられ、地域連携全体の中で認知されることとなった。

7 在宅医療が市内全域に



地域化により均等な在宅療養患者分布が実現した。

8 連携拠点：釜石医師会 釜石医療圏のコンセンサス 在宅医療におけるかかりつけ医の役割

- 原則かかりつけ医が在宅医療に責任を持つが、在宅医療へのかかり方方には、患者の病状、自院の診療体制などにより様々な選択肢がある。

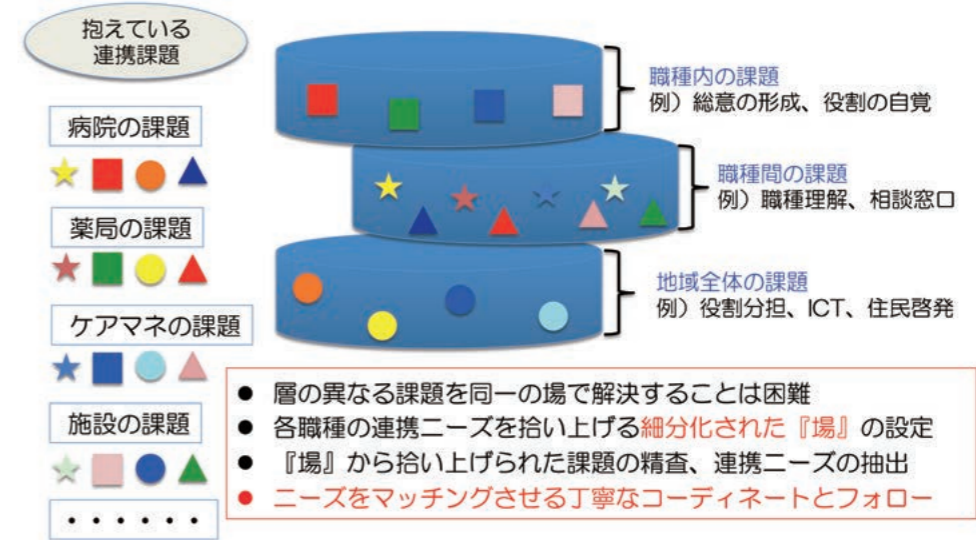
- ①訪問看護指示書でフォローする。
- ②往診を行う。
- ③訪問診療を行う。
- ④他院に紹介する。

水平連携の中心的な役割を果たす



地域の医療資源を勘案しつつ、入り口として24時間365日体制に縛られない在宅医療への参加が必要。

9 しかし現場レベルの多職種連携は進まなかった なぜか？ 各職種における課題の層構造と『場』



10 在宅医療連携拠点 チームがまいしとアドバイザーの役割

平成24年7月1日：厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機として釜石市が設置。以降財源を変えながら6年目となる。

医師会と行政との協働事業

- 庁内に専門部署があり、専任職員が配置されている
- 医師会からアドバイザーとして医師が派遣されている

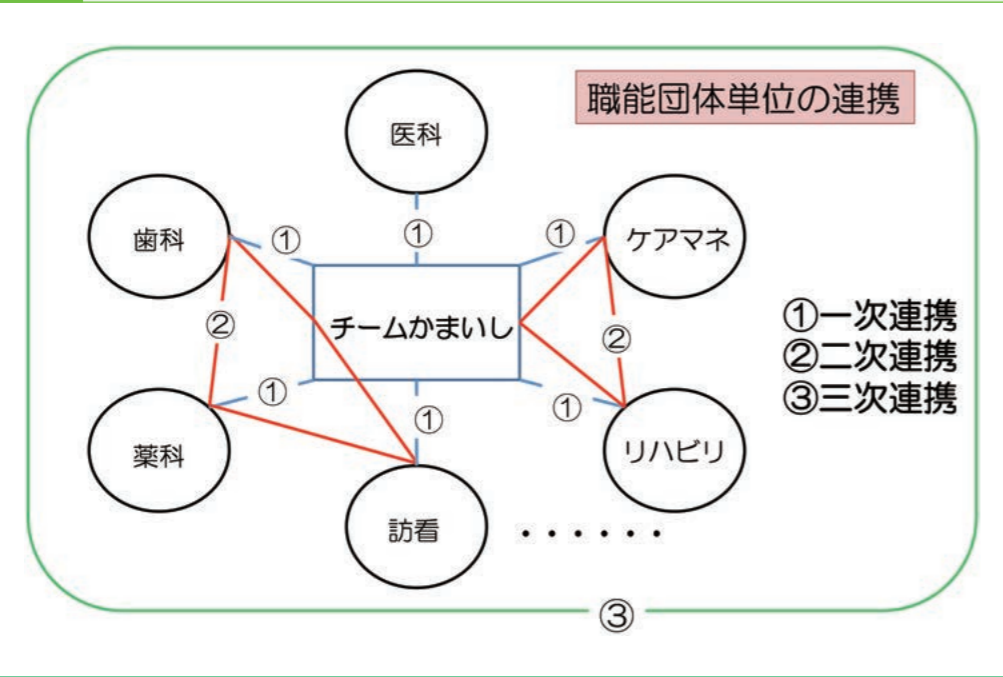


平成29年6月現在

アドバイザーの役割

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

11 チームかまいし 連携コーディネートの中心手法：連携の段階と役割



連携拠点が一つの職種とじっくり話し合う一次連携、その結果を受けて複数職種をコーディネートされて行われる二次連携、地域全体で解決すべき課題は三次連携で課題が抽出される。

12 一次連携：チームかまいしと一職種による詳細な課題の抽出



歯科連携（一次）（10）



薬科連携（一次）（10）



ケアマネ連携（一次）



リハ連携（一次）

「釜石リハ士会」の設立を支援

一次連携は各職種のキーマンを見つけることにも最適である。

13 一次連携：チームかまいしと一職種による詳細な課題の抽出



栄養士連携（一次）



地域包括支援センター連携（一次）



訪問看護連携（一次）



急性期病院 慢性期病院
医師
医師
病院連携室連携（一次） 垂直連携の課題抽出

アドバイザーには連携拠点の医療的専門性を担保する役割がある

14 一次連携で抽出された課題リスト（事例）

ケアマネジャー 病院

第1回ケアマネ連携に関する打ち合わせ会議（1次連携） 第1回病院連携に関する打ち合わせ会議（1次連携） 2014.3.9

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

役割について病院はわかっていない。

一次連携で出された意見を見つめ、内在する本質的な課題を抽出する。その課題解決に『場』と『手法』を選択し、適応することが、連携コーディネート拠点の仕事である。

連携の最大の課題はケアマネ。向こうもそう思っていると思う。

（病気が治ればすぐに退院）

のような思いがあるのを知りたい。

No.	職種	発言者	課題	備考
1	ケアマネ	新人ケアマネ	思ったより	院内
2	医師	知事	知事	ケアマネ
3	医師	医師	ケアマネが	ケアマネ
4	ケアマネ	ケアマネ	ケアマネ	院内
5	ケアマネ	ケアマネ	ケアマネ	ケアマネ
6	ケアマネ	ケアマネ	ケアマネ	ケアマネ
7	医師	医師	医師	ケアマネ
8	医師	医師	医師	ケアマネ

課題はリアルであるか。課題分析は方向性を導き出しているか。解決の手法と場の設定はシンプルか。解決策は職種間連携の自立性を志向しているか。

15 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



急性期病院医療福祉連携室と釜石地域介護支援専門員連絡協議会との二次連携

テーマ：職種理解／手法：顔合わせ

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

一次連携のニーズに基づいて、二次連携がセッティングされる。

17 二次連携：チームかまいしが仲介する
専門的・実践的な連携手法・研修の導入



同行訪問は在宅現場で行われる二次連携であり、研修は実践的であり、参加者の視野を広げる有効性の高い連携手法である。

16 三次連携課題を一次連携と二次連携で支える
医療機関の退院調整をチームかまいしがサポート



地域連携室や相談室という職種に着目し、そこに定期的に一次連携や二次連携を実施することで、時間とともに変化しうる病院事情に対して、連携拠点が病院間連携を常時メンテナンスすることが可能となる。

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



研修は最終的に本番にフィードバックされなくてはならない。

19

三次連携：地域全体に関わる
課題の解決・コンセンサス形成の場

釜石・大槌地域
在宅医療連携体制検討会

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

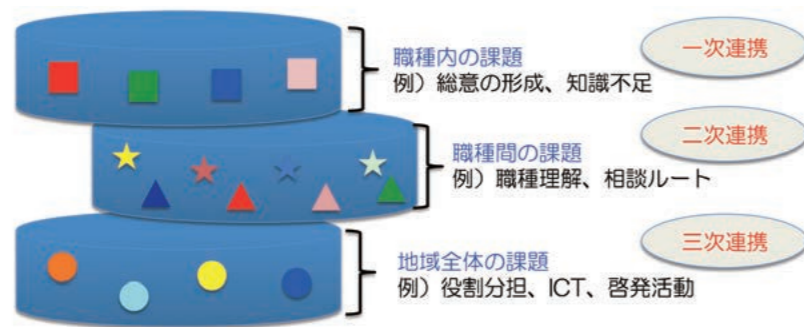
チームかまいしの活動自体を評価するし、チームかまいしの活動成果を地域全体にフィードバックする場

在宅医療連携拠点事業協議会



職種内、職種間で解決できない課題は三次連携で検討される。

20

チームかまいしのコーディネート機能のまとめ
課題に応じた解決の『場』と『手法』を提供

- 多職種の相互理解や協働を促進することで患者の健康と暮らしを支え、在宅医を含めた従事者の負担の軽減と円滑な活動をサポートしている。
- 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。

21 まとめ

- 釜石医療圏では医療危機を背景に、行政、医療、介護、福祉関連職種がお互いに無理のないコンセンサスと連携を作り上げてきた。
- 在宅医療の位置付けが明確になり、適応に関する理解が深まったことで普及が進んだ。
- 医療介護連携は地域包括ケアシステムの基幹連携であり、在宅医療普及の基盤である。その**第一歩はしっかりとした連携拠点の構築のための行政・医師会連携である**と考える。

II 地域での取り組みの紹介

人口5万未満（カテゴリー A） 大分県臼杵市

舩友 一洋

目標 市民が自分らしい生き方を選択し『石仏が見守るこの臼杵で、生きる・活きる・逝ききる』ために、「老いても・病んでも・障害者でも住み慣れた地域で自分らしい生活を送れる」地域づくりを目指している。このためには、在宅療養・介護に関わるスタッフの連携で満足するのではなく、行政や専門職を巻き込んだ協調を経て、地域の住民の皆様も方向性を共有した統合へと歩み続ける必要がある。

Keyword 在宅療養、地域包括ケアシステム、ICTシステム、多職種連携、医師会協働

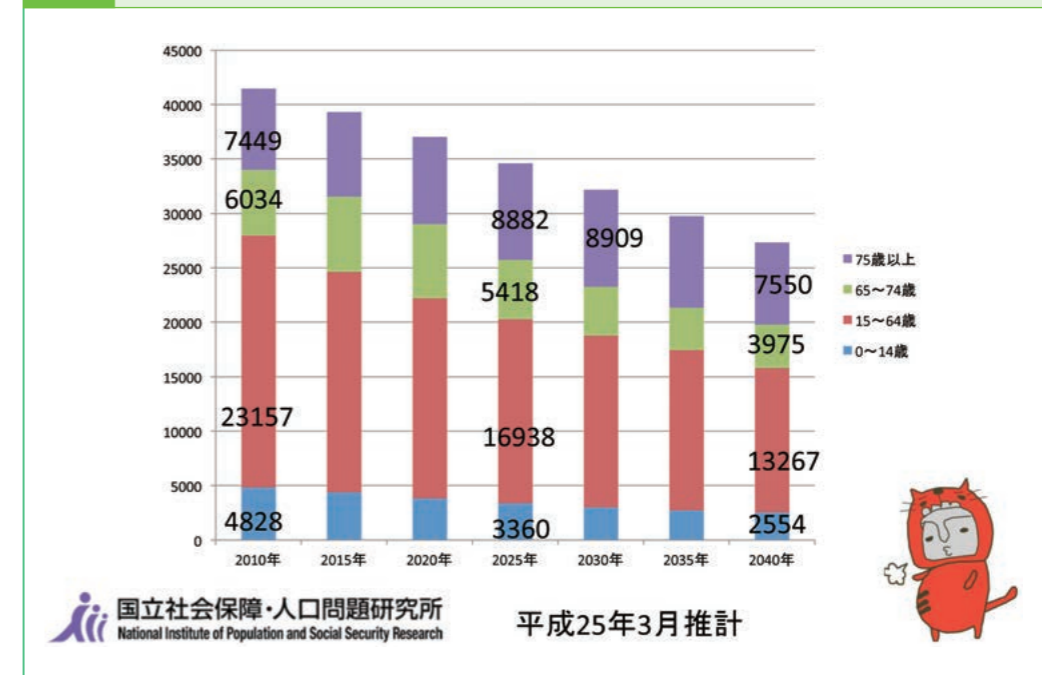
- 内容**
1. 臼杵市について
 2. 臼杵市医師会立コスモス病院について
 3. プロジェクトZおよび臼杵市Z会議
 4. 一歩先行くICTネットワーク“うすき石仏ねっと”
 5. 地域ケア会議の効果
 6. 今後の課題

1 臼杵市



臼杵市は大分県にある。人口はすでに4万人を切っている。医師会会員数59名、医療機関数29（病院4、診療所25）の小さな町である。

2 将来推計人口 —臼杵市—



ほとんどの5万人以下の町と同様、過疎化が進行し、高齢化率は38%を越えている。課題は生産者人口の激減である。10年後、医療介護に関連する職種の数不足が予測される。地域を支える若者の不足が地域包括ケアシステムの構築に及ぼす影響は計り知れない。

3 臼杵市医師会立コスモス病院

- 市内唯一の急性期病院
- 202床の災害拠点病院
- 紹介率90% (地域医療支援病院)
- 看護基準 10:1
- 平均在院日数 14日
- 常勤医 12人 (内科、整形外科、外科など)
- 総勢37名のリハビリスタッフ
 - PT:20名、OT:11名、ST:3名、助手:3名
 - 地域リハビリテーション広域支援センター
- 地域包括ケア病棟 (平成26年7月～) 現在90床

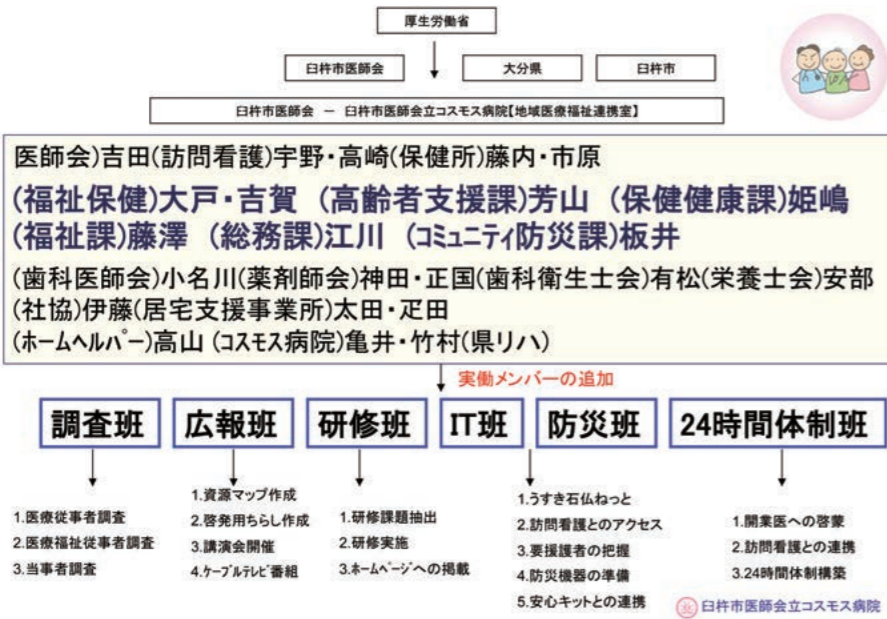


高度医療は大分市



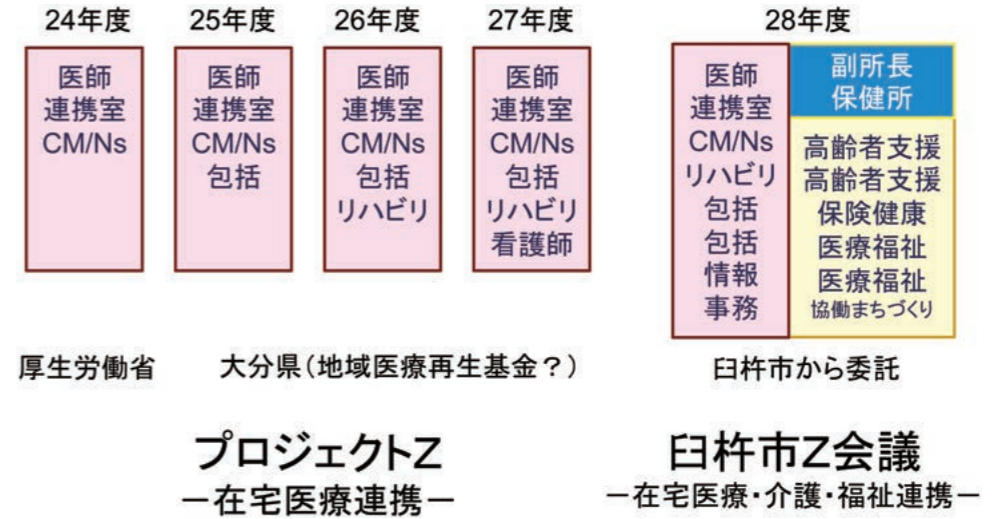
コスモス病院は医師会立病院である。市内唯一の急性期病院であり、災害拠点病院であり、地域医療支援病院である。202床あるが、常勤医師は12名である。このため、救急車は断らず受け入れるが、高度医療は隣の大分の専門病院や高度救命センターに依頼している。その代わりに、リハビリを充実し、元気に地域に戻っていただくことを目指している。このため、現在、半分近い病床が地域包括ケア病棟である。つまり、当院は地域からの入り口でもあり、地域への出口でもある。当院は24時間いつでも救急車や在宅現場での急変患者を受け入れている。したがって、24時間体制に関しては改めて話し合う必要はないと判断された。

4 プロジェクトZ12 組織図及び作業班



平成24年度在宅医療連携拠点事業では6つのタスクが課されたが、我々はプロジェクトZと銘打ち、6つのタスク全てに取り組んだ。ちなみに、“Z”は“Zaitaku (在宅) のZを意味していた。病院中心の活動であったにも関わらず、行政はもとより多くの職能団体に参加してもらい、当初より多職種協働を意識していた。

5 コアメンバーの変遷



平成24年は厚生労働省から支援いただき、平成25年～27年の3年間は大分県から支援をいただいた。病院職員がコアメンバーとして活動したプロジェクトZは4年間で終了し、平成28年度からは、市(市役所・地域包括支援センター)や県(保健所)も巻き込んだコアメンバーにより“臼杵市Z会議”として活動は継続されている。“Z”の意味は「在宅医療・介護・福祉連携」に拡大された。

6 プロジェクトZの市民啓発



この間我々は、市民公開講座、ホームページ開設、パンフレット作成、市報の活用、ケーブルテレビによる啓発などの市民啓発を行った。「カメのぼんちゃん」という絵本を作成し、教育委員会に贈呈したりもした。市民公開講座では、当初は高名な講師を呼んだりもしたが、市民からの「現実離れた話ではなく、臼杵市でできることを知りたい」との声に応じて、臼杵市でできることを伝えるように心がけた。ホームページには在宅医療・介護に関連する施設検索機能もある。

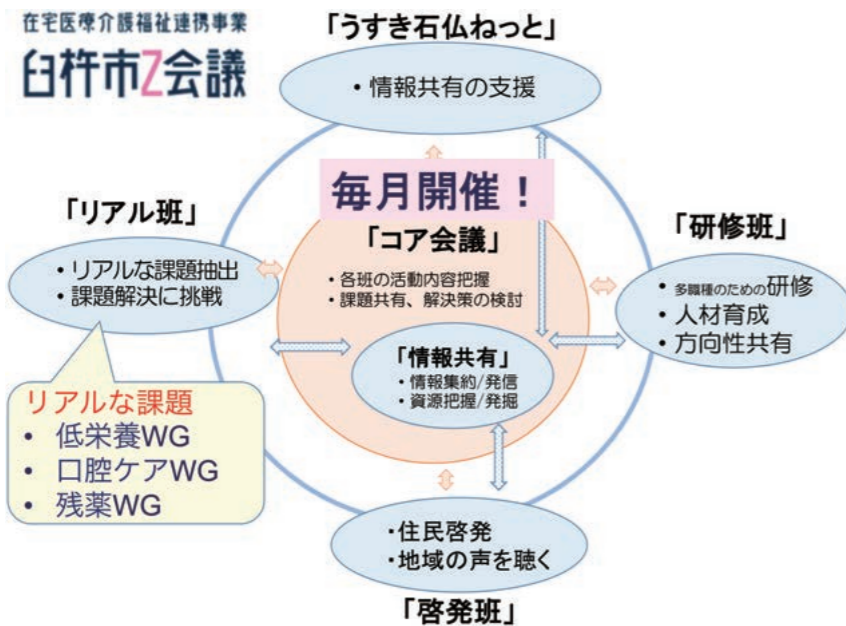
7 院内の変化

- ・ 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
- ・ 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)

入院直後から退院後の在宅療養支援強化

病院が中心となって進めたプロジェクトだったため、院内の体制は大きく変化した。入院時から退院後の生活を意識した在宅療養移行支援は開始され、目標を共有化した多職種協働により、在宅スタッフと適切な情報を共有する仕組みを構築しようとしている。患者が住み慣れた地域で自分らしい生活に戻れるように、病院スタッフが退院前・退院後在宅訪問する機会が増えた。

8 臼杵市Z会議の4つの活動班



臼杵市Z会議は、先に述べたコアメンバーを中心に、4つの活動班で構成されている。情報共有の支援を担当する「うすき石仏ねっと」。在宅療養の現場で活躍するほとんどの職種から構成される「リアル班」は、現場の課題を抽出し解決することに挑戦している。現在、「低栄養ワーキンググループ」「口腔ケアワーキンググループ」「残薬ワーキンググループ」が活動中である。人材育成・方向性共有が目的の「研修班」、および住民との方向性の共有が目的の「啓発班」は、今後「リアル班」から上がった課題を共有し解決していくことを目指す。

9 在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握 **コア**
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討 **リアルコア**
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進 **リアルコア**
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援 **ねっと**
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援 **連携室・包括・行政**
- (カ) 医療・介護関係者の研修 **研修**
- (キ) 地域住民への普及啓発 **啓発**
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携 **コア**

厚生労働省が示している、在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組すべてに取り組んでいる。中でもICTを活用した情報共有の支援は、「うすき石仏ねっと」の活用により大きく進んでいる。

10 5年間の成果

- ・ 地元を意識した住民への啓発
- ・ 情報交換を意識した研修(質の変化)
- ・ 病院内の意識改革・システム改革
- ・ 連携が取りやすくなったとの声
- ・ 信頼関係(顔の見える関係を超えた)
- ・ 行政・医師会・歯科医師会・薬剤師会との話し合いの増加
- ・ うすき石仏ねっとの発展



臼杵市医師会立コスモス病院

“Z”による5年間の活動の成果は病院スタッフ、行政、各種職能団体を巻き込んで、在宅療養を支える仕組みが構築されつつあることだと思う。「老いても・病んでも・障害者でも住み慣れた地域で自分らしい生活を送れる」という共通の目標の共有も徐々に広がり、多くの職種の意識改革が進みつつある。

11 「うすき石仏ねっと」とは



「うすき石仏ねっと」とは、臼杵市内の医療・介護機関を結ぶ情報ネットワークである。皆様に「石仏カード」を提示していただくことで、さまざまな機関にあるデータを共有することができるようになる。

12 参加施設数

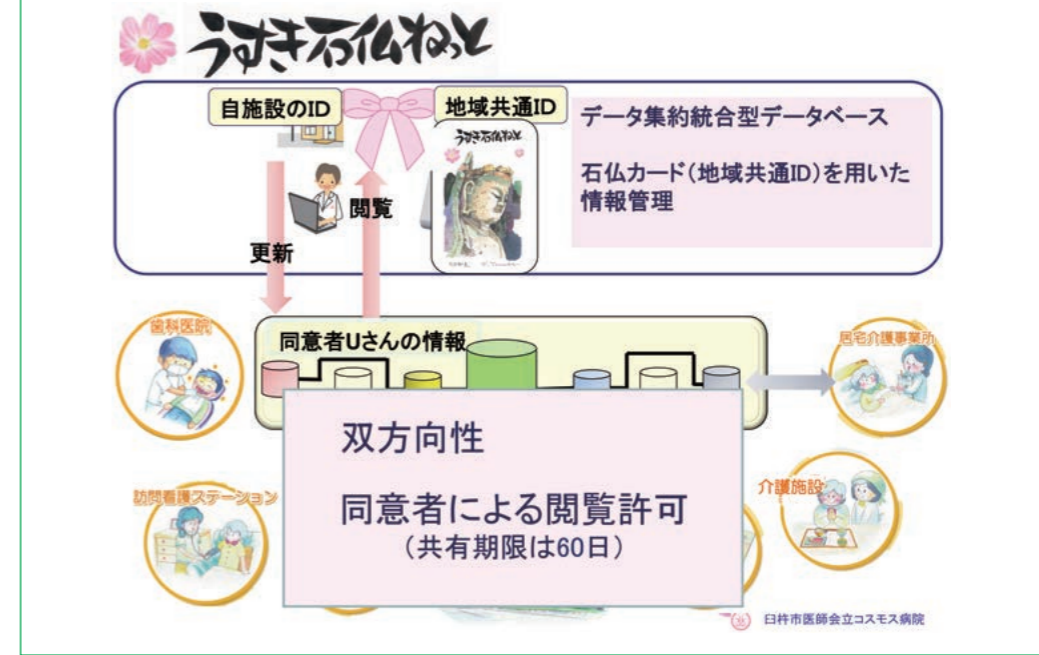
	稼働数(同意数)/総数
医療機関	26 (29)/32
調剤薬局	15 (17)/17
歯科医院	18 (18)/19
福祉施設	6 (6)/6
訪問看護	2 (3)/3
介護事業所	20 (21)/21
公的機関	臼杵消防署 地域包括支援センター 臼杵市役所
市民健康管理センター	
大分県中部保健所 (平成29年12月予定)	



臼杵市医師会立コスモス病院

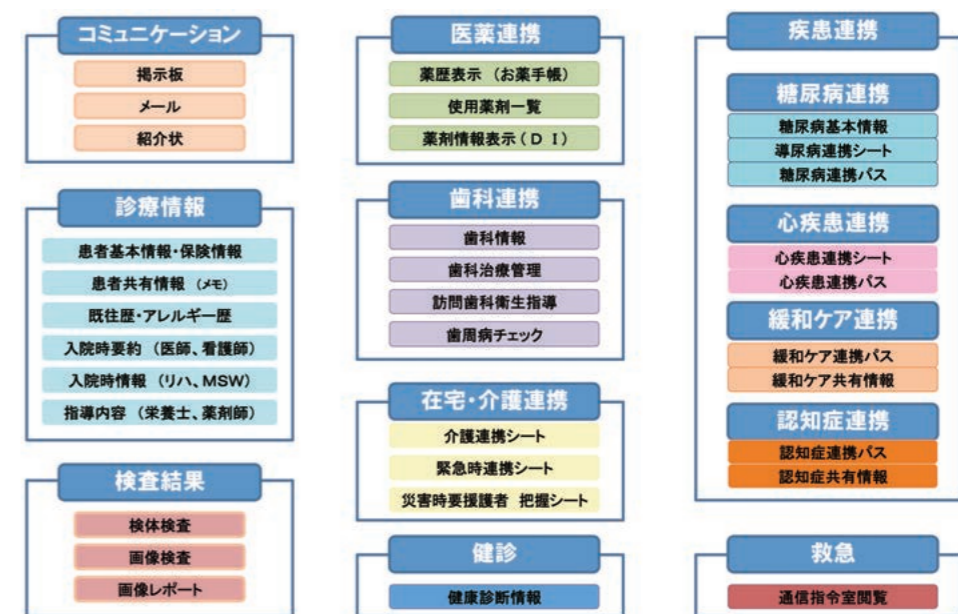
約4分の3の医療機関が参加している。調剤薬局、歯科医院、(特養や老健といった)福祉施設、訪問看護ステーションおよび介護事業所は、ほとんどの施設が参加している。臼杵消防署、地域包括支援センター、臼杵市役所などの公的機関でも運用されており、近々、大分県中部保健所も活用を開始する予定である。

13 「うすき石仏ねっと」により双方向で情報共有



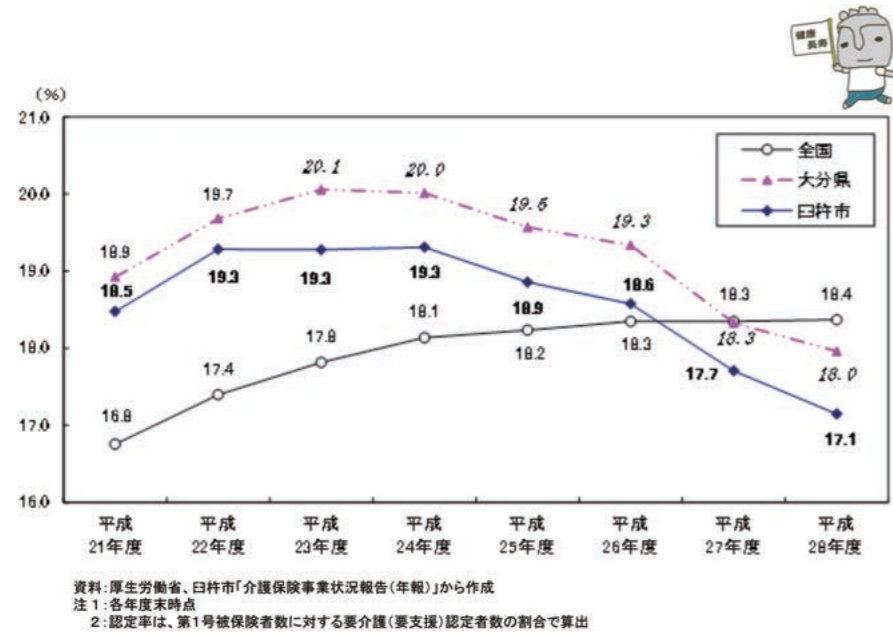
「うすき石仏ねっと」は病院の情報を見るだけの一方方向性ではなく、多くの職種からの情報を双方向性に共有していることが特徴である。機微な情報も含まれるこれらの情報は、石仏カード(フェリカカード)が提示されると、閲覧することができるようになる。

14 「うすき石仏ねっと」の機能概要図



「うすき石仏ねっと」にはさまざまな機能がある。メール、紹介状といったコミュニケーションツールから、既往歴・アレルギー歴などの診療情報、採血結果・画像検査情報などの医療情報、薬剤情報、歯科連携情報、介護連携情報、健診データなどが共有され、疾患連携や救急現場で活用されている。

19 要介護（要支援）認定率の推移



大分県では「地域ケア会議」を活用した自立支援により要介護（要支援）認定率が低下傾向にある。臼杵市では県平均より要介護（要支援）認定率は低く推移しており、健康寿命の延伸が実践されている。

20 現在の課題

- 在宅診療を行っている医師の協働
- 在宅看取りの実態の把握
- 終末期医療に関する市民啓発
- 市民の参加
- 介護人材不足

在宅診療医連携会議
 リアル班 終末期医療WG
 地域振興協議体との協働

我々の活動は病院スタッフから始まり、行政、各種職能団体を巻き込んで、在宅療養を支える仕組みを構築しつつある。しかし、老いても・病んでも・障害者でも住み慣れた地域で自分らしい生活を送れる仕組みを構築するためには、在宅診療を行っている医師との協働が必要である。また、市民と方向性を共有していくことも大切である。同じ方向性を共有し、臼杵らしい地域包括ケアシステムを構築していきたい。やがてやってくる人材不足も、臼杵らしく乗り越えていきたいと思う。

II 地域での取り組みの紹介

人口5万以上20万未満（カテゴリー B） 滋賀県東近江市

小串 輝男

目 標 医療法が平成18年6月に一部改正され、平成19年4月に発令された。ここには、スライド2の脚注に記載した1～4の目標が掲げられている。そのうち我々は、特に2～4の目標を目指し、そのための具体的な目標として以下を掲げた。

1. 医療機関の機能分化連携を推進
2. 入院から在宅療養に至るまでの切れ目のない医療提供体制の構築
3. 病気のステージに応じた患者中心の適切な医療の提供
4. 医療連携体制を構築し医療情報をわかりやすく公表
5. 長期入院している療養病棟を介護施設等に再編

これらの達成のために平成19年11月より月1回、手弁当で脳卒中クリティカルパス研究会（東近江医療連携ネットワーク研究会）を立ち上げた。以来一度も休むことなく、昨年11月で10年が経過している。

Keyword 多職種連携、顔の見える関係、クリティカルパス、急性期・回復期・維持期、三方よし研究会、三方よし手帳、まちづくり、地域包括ケア

- 内 容**
1. 医療連携を促進する改正医療法
 2. 医療機関完結型医療と地域連携完結型医療
 3. 三方よし研究会の経過
 4. 実際の三方よし研究会の写真
 5. 地域包括ケアがよくわかるビデオ
 6. 実際の三方よし研究会の様様と各種の活動のビデオ
 7. 町づくり=地域包括ケア
 8. 小生の町と共に散歩訓練
 8. チップを使った実際の訓練の様様のビデオ
 9. ビデオ『赤ひげのいるまち』小生の在宅看取りの実際
 10. 多職種連携を進めるためには

1

地域包括ケアシステムと在宅医療 地域包括ケアの完成を求めて ～三方よし研究会の試み～

NPO法人三方よし研究会
代表理事 小串 輝男（おぐしてるお）

平成30年1月14日（日）日本医師会館

2 医療制度改革

医療法（平成18年6月一部改正、平成19年4月施行）

4疾病

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病

5事業

（うつ病）

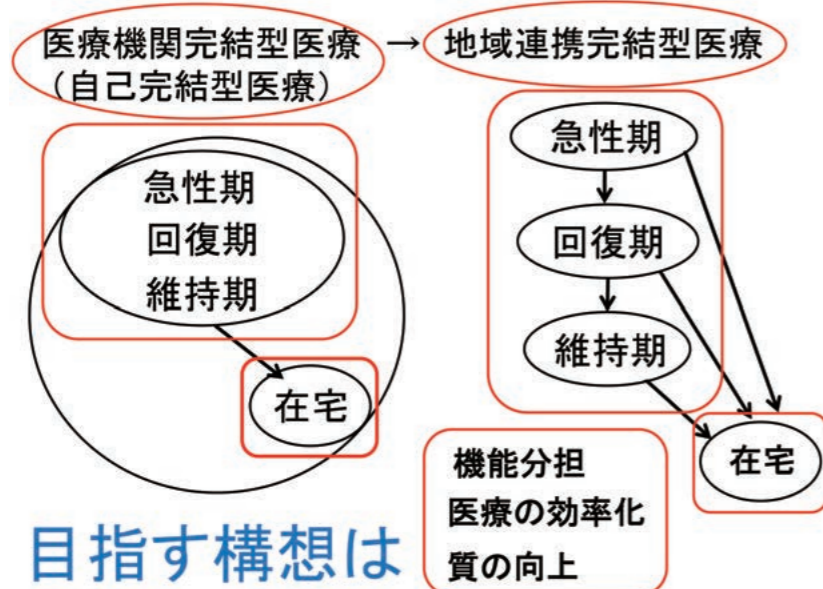
救急医療、災害医療、へき地医療、
周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）

4疾病・5事業に係る医療連携体制を構築するための
の方策を医療計画に定めること

（医療提供施設相互間の機能分担および
業務の連携を確保するための体制）

この医療制度改革の基本的な施策は、国民が求める安心・安全な医療を実現するため、①予防できる疾病（生活習慣病）についての健診や保健指導を徹底する、②医療機関の機能分化連携を推進することにより、入院治療から在宅療養に至るまでの切れ目のない医療提供体制を構築し、病気のステージに応じた患者中心の適切な医療を提供する、③患者が安心かつ納得して医療を受けられるよう医療連携体制をはじめとした医療情報をわかりやすく公表するとともに医療安全対策を推進する、④医療の必要性の少ない患者が長期入院している療養病棟を介護施設等に再編することにより、医療の効率化を図る、というものである。

3 研究会の構想



このような構想をもって、我々は平成19年（2007）11月より「東近江医療ネットワーク研究会」を手弁当で立ち上げた。そこではウイン、ウインの関係が語られた。しかし医療に勝った、負けたはそぐわないとして、われらが祖先、近江商人の家訓「売り手よし、買い手よし、世間によし」にならない「三方よし研究会」と改名された。研究会では、相互信頼の関係を施設間で急がず、焦らず立ち上げることをねらった。ところが、わが圏域には医師以外のリハビリ関係者、看護師などのメディカルスタッフは何とか患者ケアを積極的に連携してやりたいとのマグマのようなものがあった。

4 三方よし研究会の経過

- 圏域内の施設間の相互理解と信頼関係の構築に**マグマ**が原動力に
- この**マグマ**が**噴火**することにより、連携パスの開始に**時間**はかからなかった
- ここが三方よしの**売り、原点**
- 次の原則は、Face to Face 顔の見える関係でやらねばうまくゆかぬと

顔の見える関係づくりを目指して、頑ななまでに全員自己紹介から開始し、必ず車座で座るよう心がけた。2007年11月より毎月第3木曜日に集まっている。心がけたことは時間厳守。午後6時30分に開始し、8時30分にはきっかり終わるようにしている。誰でも、夜は早く帰りたい。主催者ファーストではなく、参加者ファーストを心がけている。三方よしの精神である。2016年3月に第100回記念講演会を、高橋紘士氏（高齢者住宅財団前理事長）および大熊由紀子氏（国際福祉大学教授）、唐沢剛氏（厚労省保険局長）を迎え、盛大に行った。2017年11月で10年目を迎えた。看護師以外にOT、PTの参画も多く、連携はまず脳卒中から始めてみようということとなった。

5 最近の三方よし研究会（平成25年5月16日）



三方よし研究会は初めは東近江保健所で開催されていたが、1～2年すると各施設のケア活動紹介と認識を兼ね、持ち回りで開催することとなった。皆でお互いの顔を見ながらワイワイ、ガヤガヤと話し合った。このワイワイ、ガヤガヤが顔の見える関係づくりで大いに大切であった。各施設でパス経過中の患者の成功例を自慢してもらい、難渋の事例の相談報告してもらうことに毎回なっている。

6 三方よし研究会 赤ひげ大賞受賞

地域包括ケアがよくわかるビデオ

赤ひげ大賞受賞の年
平成26年5月31日に
1時間15分間放映の
NHKスペシャル
『日本の医療は守れるか』
の一コマ

三方よし研究会は平成26年3月に第2回日本医師会赤ひげ大賞を受賞した。このビデオは同年5月に横倉日本医師会会長がメインゲストとして出席され、市民の代表者と意見交換されたNHKスペシャル番組であった。

7 三方よし研究会の実際①(ビデオ)



我々のやっている実際を撮影クルーが一週間にわたり取材、録画したものである。どんな言葉、発表よりわかりやすいと自負している。

8 三方よし研究会の実際②

でも、このビデオのように
全部がうまくいっている
訳ではありません

しかし理想は高く
出来ることからコツコツと
やって来ました
実際の三方よし研究会の模様を
次のDVDでお示します

実際の三方よし研究会の模様である。大体毎回100名以上の参加がある。DVDでさらに我々の種々の活動を紹介している。最後は我々の究極のまちづくり、あいとう福祉モールの紹介がある。

9 三方よし研究会の実際③(ビデオ)



最後に「子三方よし」の言及があったが、「住み慣れた地域で安心して暮らし続けること」を目指して現在11の子三方よしがわが地区にはある。そして全国に孫三方よしが広まるのが、我々の夢である。

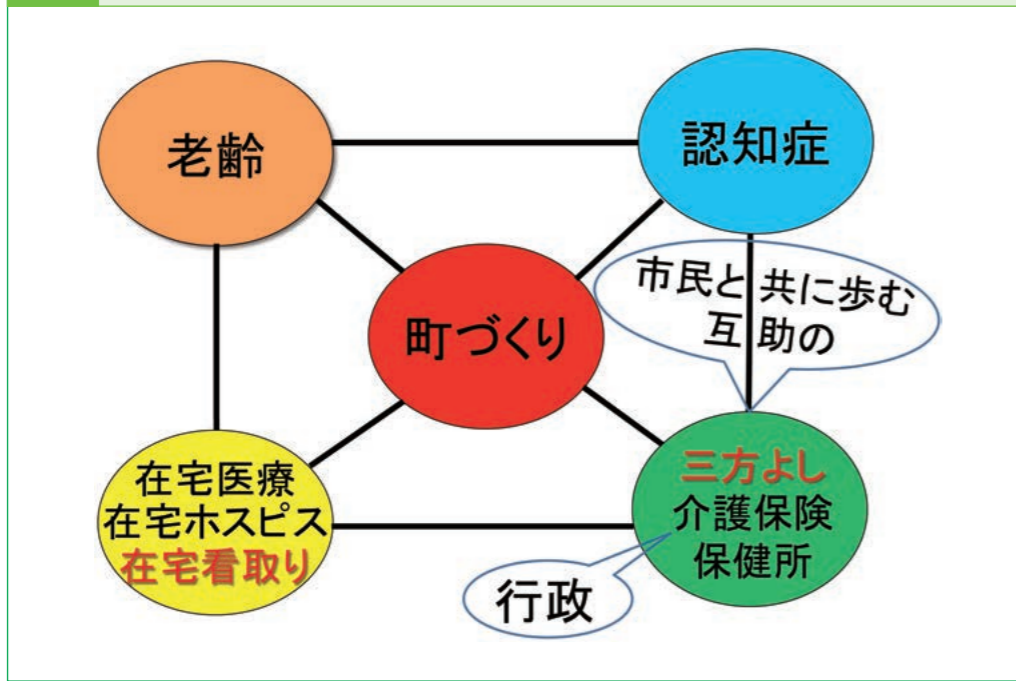
10 三方よし研究会の実際④

このようにたくさんの会員が
ビデオ出演されたことは
三方よしの誇りとするところ

- 賞を頂いたのに、水を差すようだが一人の赤ひげに頼る医療は終わった
- 今こそ多職種が協働して患者さんを囲み、切れ目なく寄り添う医療を
- そして究極は地域包括ケアの完成を

多職種連携こそ医師が目指すべき課題ではないだろうか。看取りが声高に叫ばれるが、それは医師として当然の仕事であると考えます。

11 地域包括ケア=まちづくり



年をとっても、認知症になっても、病気になっても、がんになっても安心して暮らせるまちづくり、それを支える行政、そして三方よし。当然、在宅看取りも重く考え、実行していかなければならない。

12 認知症徘徊者の早期発見訓練①

東近江五個荘地区(旧五個荘町で小生の医院のある地区)で認知症徘徊者早期発見訓練も行っている。五個荘地区は人口12,000人。この地区は東、南、北の三つに分画されている。この三区が三年ごとに交代して実行している。疲れなくてちょうどよい。最近は認知症の理解が住民に浸透してきた。

13 認知症徘徊者の早期発見訓練②(ビデオ)



チップを使って発見を促進した。

14 ビデオ『赤ひげのいるまち』①

ビデオを見て
いただきましょう

平成27年(2015)放映
『赤ひげのいるまち』
の一部

小生の看取りの現場を取り上げたDVDを示す。これまでは年間10例程度あったが、130名収容の老人ホームの嘱託医になってからは、昨年より30名を超えるようになっている。施設死も大きな選択肢であると、最近は考えるようになってきている。それは施設の職員の施設死に対する姿勢に大いに依存する。

15 ビデオ『赤ひげのいるまち』②



田舎をご堪能いただきたい。小生平成26年（2014）3月12日にALSで妻を亡くした。同年3月28日、赤ひげ大賞をいただいた。まさに地獄と天国を同時に味わった3月だった。

16 大往生

矢守 ちゑさん（101）
滋賀県東近江市、同市出身。平成26年7月25日没
義父を助け、六人の子どもを育てた義母。私は四十六年間、一緒に暮らしましたが、義母はいつも周りを支えてくれました。主治医の先生のアドバイスもあって、健康に長生きできたおかげで新聞やテレビにも取り上げられました。本人にも私たちにも良い思い出になりました。亡くなる1ヵ月くらい前から食欲がなくなり、最終は私の膝の上での大往生でした。いつも「ようなあ（よくしてくれなあ、お母ちゃん）と言ってくれました。一年以上過ぎた今も心に残っています。長男の妻の美智子さん（セ）

ラストワード
ようなあ、お母ちゃん

時間節約のために、スライドの説明はしない。この愉快的な102歳のおばあさんの最期をご想像いただきたい。主治医は小生のことである。

17 多職種連携を進めるには

- 何時やるの？ 今でしょ！
- これはパクリです
- 次は小生のオリジナル
- 誰するの？ 自分でしょ！
- 名を求めず、対価を求めず
バカになれる人が

小生各地で講演を行っているが、なかなか連携が進んでいるところは少ない。そのためのヒントを示した。

【引用情報】

- 小串（鳥）輝男：東近江脳卒中連携パス —「三方よし研究会」4年の歩み—。高齢者ケア実践事例集 追録55～56号：4245, 2012.
- 小串（鳥）輝男：東近江脳卒中連携パス「三方よし研究会」の活動。地域連携・人退院支援 5(3)：26-32, 2012.
- 小串（鳥）輝男：地域連携パスから地域連携プラットフォームへ～三方よし研究会の展開～。地域連携論—医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援—：188-204, 2015.

II 地域での取り組みの紹介

人口20万以上（カテゴリー C） 新潟県新潟市

永井 明彦

目 標 新潟市では、平成25年から新潟市医療計画に則り、在宅医療連携拠点の整備を本格的に進め、その実績をもとに、各区における在宅医療・介護連携のコーディネート機関として「新潟市在宅医療・介護連携ステーション」（以下、「連携ステーション」）を設置している（現在8区11か所）。その統括機関として、平成27年11月には新潟市医師会内に「新潟市在宅医療・介護連携センター」を設置した。連携ステーションは、各区において、在宅医療ネットワーク（多職種連携の会）の事務局を担ってきた医療機関に事業を委託。多くの在宅医療ネットワークでは、地域の関係者が集い、共通の研修を受けることやグループワークなどで課題抽出や改善へ向けた議論を行ってきた。連携ステーションの業務はそのノウハウを知る病院の連携部門と多くのMSWが担っている。また、基金の事業としての医師会在宅医療推進センター事業では、担当するコーディネーターが医師会だから可能な医療へのアプローチを検討している。政令市である新潟市において、行政と医師会、そして病院が一体的に取り組む、在宅医療・介護連携推進の取り組みを紹介する。

Keyword 新潟市医療計画、在宅医療連携拠点、在宅医療介護連携センター・ステーション、在宅医療ネットワーク、在宅医療推進センター

- 内 容**
1. 新潟市医療計画に基づく在宅医療連携拠点整備
 2. 在宅医療・介護連携センター・ステーション事業
 3. 新潟市医師会在宅医療推進室
 4. 医師会在宅医療推進センターについて
 5. 在宅医療・介護連携推進事業における研修体制について

1

平成29年度在宅医療連携講師人材養成事業研修会 20180114

新潟市における行政と医師会、病院の一体的な取り組み



新潟市医師会 副会長
新潟市在宅医療・会議連携センター長
新潟市医師会在宅医療推進センター長
永井 明彦 Akihiko Nagai

2 新潟市の概要

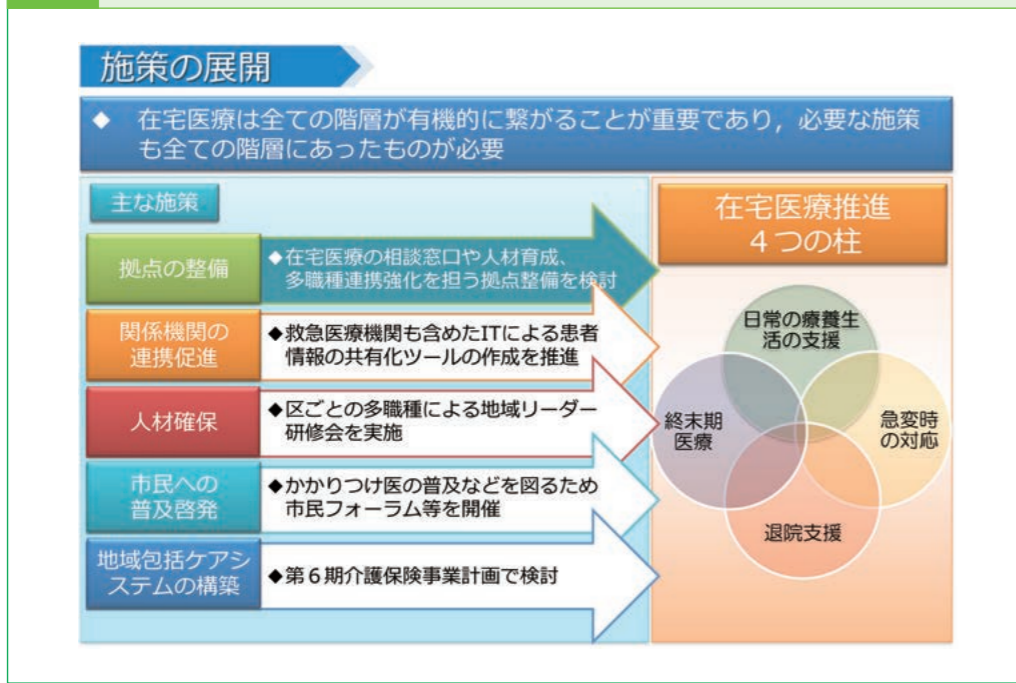
総人口	797,677人
総面積	727km ²
高齢者人口（65歳以上）	223,632人（28.0%）
後期高齢者人口（75歳以上）	111,331人（14.0%）
一般診療所／在宅療養支援診療所数	655／48
訪問診療可能な診療所数	158
病院数（医療圏病院数）	44（50）※五泉市、阿賀野市、阿賀町
地域包括支援センター数	27
要介護認定者／認定率	40,000人／18.4%

（平成29年7月1日現在）



新潟市は8区からなる人口80万人弱の政令市である。平成29年7月現在では、65歳以上の高齢者割合は28.0%、75歳以上の高齢者割合は14.0%、要介護認定率は18.4%である。

3 新潟市医療計画（在宅医療部分抜粋）



新潟市は、新潟県の定める保健医療計画に準じて、救急医療・精神医療・在宅医療の3つからなる新潟市医療計画を策定している。在宅医療においては、「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「退院支援」「終末期医療」に対し、5つの施策を計画しており、多職種連携の強化を担う「拠点の整備」、ITを用いた「関係機関の連携促進」、区ごとの多職種「人材確保」、市民フォーラム等の開催による「市民への普及啓発」に力を注いできた。

4 地域医療再生基金

	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
市区町村	在宅医療連携拠点事業（国補）							
			地域医療再生基金					
都道府県				在宅医療・介護連携推進事業（介護保険制度の「地域支援事業」）				
			地域医療再生基金					
			地域医療介護総合確保基金（新たな財政支援制度による「新基金」）					

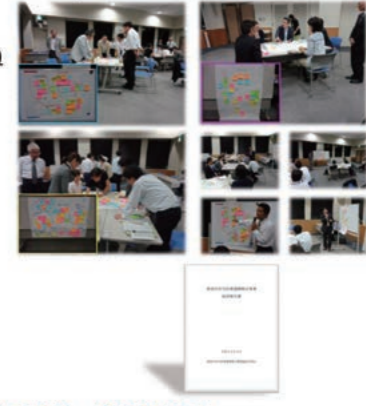
在宅医療連携拠点の体制整備に向け、平成26年と平成27年の2ヶ年「地域医療再生基金」を活用しモデル事業を実施した。

5 新潟市在宅医療連携拠点整備運営委員会

「新潟県在宅医療連携モデル事業」（県内5箇所採択）において、新潟市では新潟市医師会・斎藤内科クリニック・済生会新潟第二病院の3者連名によりH26～H27の2年間、「在宅医療連携拠点事業」と「在宅医療IT連携事業」を実施。新潟市は調整役として委員会を設置。拠点の全市長官に向けた検証・検討を開始。

在宅医療連携拠点整備運営委員会の開催状況（平成26年度5回、平成27年度3回）

- 第1回（H26.5月）新潟市の現状の把握、方針の確認、課題の抽出（グループワーク）
 - 第2回（H26.7月）拠点の業務内容について
 - 第3回（H26.9月）拠点の業務計画について
 - 第4回（H27.2月）IT連携運営委員会との合同会議、進捗報告（2事業）
 - 第5回（H27.2月）拠点事業報告・在宅医療介護連携推進事業について
 - 第6回（H27.6月）拠点事業評価アンケート、医療資源調査について
 - 第7回（H27.10月）中間評価・地域包括支援センターアンケート調査
 - 第8回（H28.3月）在宅医療介護連携推進事業、協議会設置について
- アンケート、医療資源調査の実施について
- 総括、総括報告書の検討 ⇒H28.4月「新潟市在宅医療連携拠点事業 総括報告書」作成



地域医療再生基金のモデル事業は新潟県内5カ所が採択され、その1カ所である新潟市において新潟市医師会・斎藤内科クリニック・済生会新潟第二病院の連名でモデル事業が行われた。モデル事業実施においては、「新潟市在宅医療連携拠点整備運営委員会」が設置され、8回に渡る議論がなされ、モデル事業の実施者の事業実施計画・事業進捗状況把握、管理などが行われた。

6 新潟市在宅医療連携拠点整備運営委員会

カテゴリ	方策	業務内容
多職種連携	顔の見える関係づくり	<input type="checkbox"/> 地域連携における課題を抽出 ↓ <input type="checkbox"/> 抽出した課題をカテゴライズ ↓ <input type="checkbox"/> カテゴリー化した課題ごとに方策案を検討 ↓ <input type="checkbox"/> 方策ごとに2つの拠点において実施する業務を決定 ↓ H26～H27の2年間計画業務を実施
	多職種連携の仕組みづくり	
	課題解決策の抽出	
人材育成	情報共有ツールの作成・活用	<input type="checkbox"/> 在宅医療従事者の育成 <input type="checkbox"/> 在宅医療従事者の負担軽減体制構築
	在宅医療従事者の育成	
情報	在宅医療従事者の負担軽減体制構築	在宅医療連携拠点整備運営委員会で作成した業務計画書が、現在の在宅医療・介護連携センター・ステーション業務計画書のベースとなっている。（ア～クは後付け）
	医療・介護資源の把握、活用	
普及啓発	情報提供、情報公開	
相談窓口	普及啓発	
	在宅医療総合相談窓口の設置	

委員会では、発足当初に委員がグループワークを行い、新潟市における地域連携の課題抽出を行い、抽出項目から課題をカテゴライズ、そのそれぞれに方策案を検討、方策ごとに2つの拠点における事業の業務を決定、2年間の事業計画業務を実施するプロセスを踏んだ。そしてこの委員会で作成した業務計画書の骨格は、現在の「在宅医療・介護連携センター・ステーション業務計画書」のベースとなっている。

7 在宅医療・介護連携推進事業

	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
市区町村	在宅医療連携拠点事業（国補）							
	地域医療再生基金							
都道府県	地域医療再生基金							
	地域医療介護総合確保基金 （新たな財政支援制度による“新基金”）							

在宅医療・介護連携推進事業
（第6期介護保険事業計画「地域支援事業」の見直し）

拠点の効果を受け、モデル事業実施1年後には、在宅医療・介護連携推進事業での事業実施計画を作成し予算計上、新潟市8区全域への拠点整備に向かう。

8 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討

新潟市在宅医療・介護連携推進協議会

- 平成27年7月28日設置（平成29年5月26日分科会名称変更・委員交代）
- 委員20名
 - 大学・市医師会・市歯科医師会・市薬剤師会・県ソーシャルワーカー協会
 - 県訪問看護ステーション協議会・県介護福祉士会・県理学療法士会
 - 市社会福祉協議会・市民生委員児童委員協議会・コミュニティ協議会
 - 地域包括支援センター・病院・在宅医療連携拠点事業実施者・在宅医療ネットワーク
- 協議会の役割
 - 在宅医療・介護連携の推進に必要な施策に関すること
 - 新潟市医療計画の進捗状況、具体策の協議に関すること



新潟市における在宅医療・介護連携の取り組みは全て新潟市在宅医療・介護連携推進協議会にて協議・実施されている。平成27年に設置された同協議会は、各領域の専門職種から構成され、「医療と介護の連携を深める分科会」と「市民の理解を深める分科会」の2つの分科会からなっている。

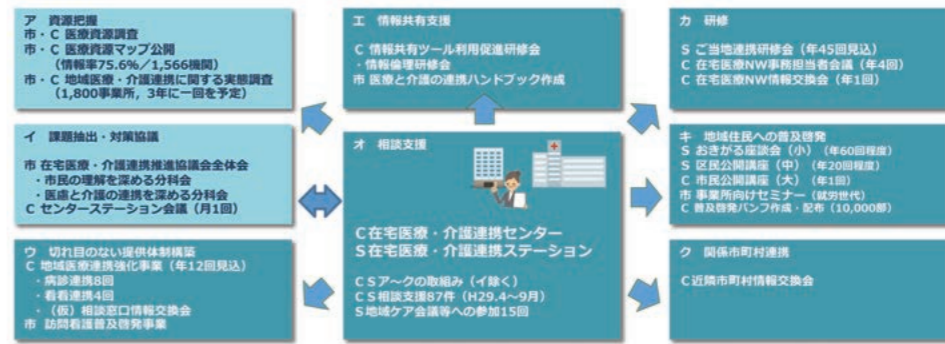
9 平成29年度 新潟市在宅医療・介護連携推進事業 業務計画

項目	具体的な取り組み	実施年度	実施主体				担当部署
			センター	ステーション	市	病院	
(ア) 地域医療・介護の連携の推進	1. 地域医療・介護連携に関する実証事業（アンサー）の実施 2. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催 3. アンサー・ステーションの開設・運営	第1回 第2回 第3回	○	○	○	○	H29 地域医療・介護連携推進協議会（事務局）
(イ) 在宅医療・介護連携の推進の推進	4. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催 5. アンサー・ステーションの開設・運営 6. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催	第1回 第2回 第3回	○	○	○	○	H29 地域医療・介護連携推進協議会（事務局）
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築	7. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催 8. アンサー・ステーションの開設・運営 9. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催	第1回 第2回 第3回	○	○	○	○	H29 地域医療・介護連携推進協議会（事務局）
(エ) 在宅医療・介護連携の推進の推進	10. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催 11. アンサー・ステーションの開設・運営 12. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催	第1回 第2回 第3回	○	○	○	○	H29 地域医療・介護連携推進協議会（事務局）
(オ) 在宅医療・介護連携の推進の推進	13. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催 14. アンサー・ステーションの開設・運営 15. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催	第1回 第2回 第3回	○	○	○	○	H29 地域医療・介護連携推進協議会（事務局）
(カ) 在宅医療・介護連携の推進の推進	16. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催 17. アンサー・ステーションの開設・運営 18. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催	第1回 第2回 第3回	○	○	○	○	H29 地域医療・介護連携推進協議会（事務局）
(キ) 在宅医療・介護連携の推進の推進	19. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催 20. アンサー・ステーションの開設・運営 21. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催	第1回 第2回 第3回	○	○	○	○	H29 地域医療・介護連携推進協議会（事務局）
(ク) 在宅医療・介護連携の推進の推進	22. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催 23. アンサー・ステーションの開設・運営 24. 在宅医療・介護連携推進協議会設置・開催	第1回 第2回 第3回	○	○	○	○	H29 地域医療・介護連携推進協議会（事務局）

平成29年度新潟市在宅医療・介護連携推進事業業務計画書の実施主体としては、国の定めるア) からク) のすべての項目を、医師会に設置したセンター、病院に設置したステーション、そして新潟市が分担して担当している。これらの事業実施においては、行政・医師会・病院とが「三位一体」となっている。

10 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を都市医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。



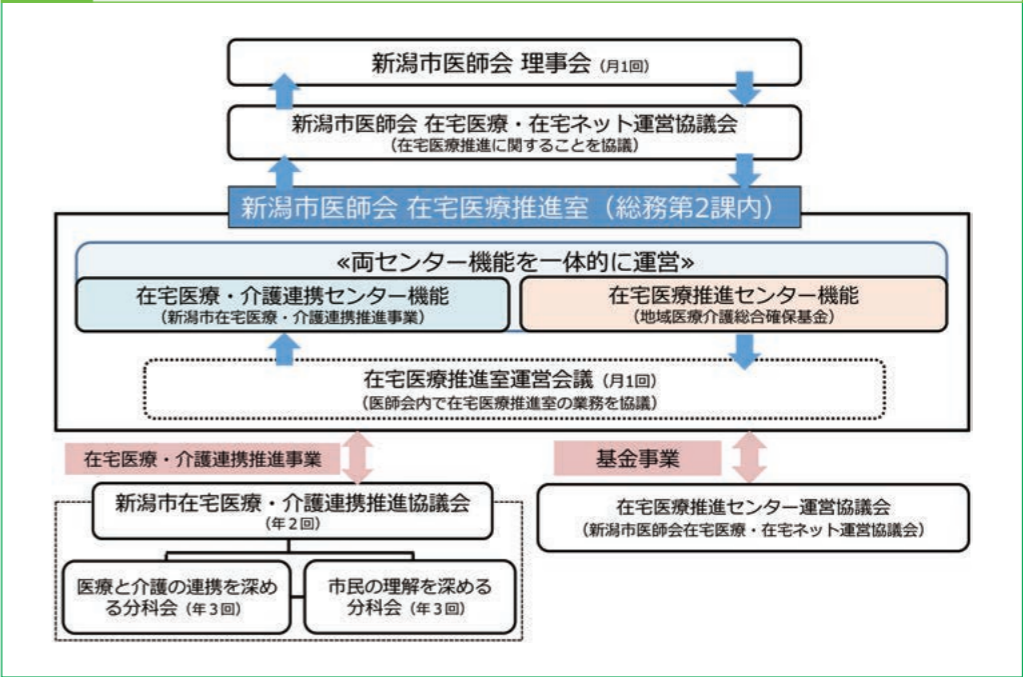
新潟市においては、ア) の資源把握を元に、すべての事業の骨格は在宅医療・介護連携センターとステーションが事業展開しており、その事業の実施・評価・課題などが、イ) の協議会で行われている。

15 地域医療介護総合確保基金

	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
市区町村	在宅医療連携拠点事業（国補）							
			地域医療再生基金					
都道府県								
								地域医療介護総合確保基金 （新たな財政支援制度による“新基金”）

地域医療介護総合確保基金についてふれる。

17 新潟市医師会在宅医療推進室とは （新潟市在宅医療・介護連携センター / 新潟市医師会在宅医療推進センター）

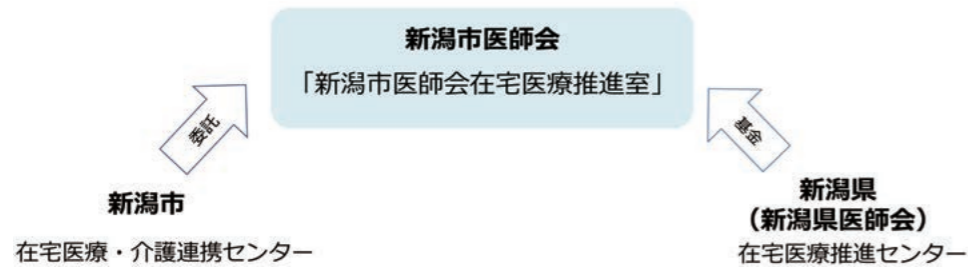


在宅医療・介護連携推進事業のセンターと基金からなるセンターの両センターを新潟市医師会在宅医療推進室が統括・一体的に運営を行い、それぞれの事業に関して在宅医療・在宅ネットワーク運営協議会と医師会理事会においても協議を行う。

16 新潟市医師会在宅医療推進室とは （新潟市在宅医療・介護連携センター / 新潟市医師会在宅医療推進センター）

- ◎「在宅医療・介護連携センター」
→ 新潟市が新潟市医師会へ委託
- ◎「在宅医療推進センター」
→ 新潟市医師会が新（県）基金補助事業により、設置・運営

新潟市医師会在宅医療推進室が両センター機能を運営



新潟県においては、新潟県・新潟県医師会の協議により郡市医師会内に「在宅医療推進センター」を基金事業として置いている。新潟市医師会においても新潟市医師会在宅医療推進センターを設置、同じ医師会内に設置された新潟市在宅医療・介護連携センターの業務推進の後押しともなっている。

18 新潟市医師会在宅医療推進室とは （新潟市在宅医療・介護連携センター / 新潟市医師会在宅医療推進センター）



- 設置について
新潟市医師会内に、地域医療介護総合確保基金事業と新潟市在宅医療・介護連携推進事業から成る両センターを設置し、一体的・効率的に運営
- 配置職員（※両センタースタッフは兼任）
センター長 永井 明彦
MSW（医療ソーシャルワーカー・社会福祉士） 斎川 克之
看護師（保健師・主任介護支援専門員） 細道奈穂子
事務（システムエンジニア） 今井 哲夫
MSW（医療ソーシャルワーカー・社会福祉士） 大泉瑠理子
- 主な業務
・円滑な事業実施に向けた運営・企画・調整・連携
・センター/ステーション会議の開催
・他市町村・各関係機関との連携構築
・在宅医療ネットワーク事務担当者会議の開催
・在宅医療ネットワーク情報交換会の開催
・医療・介護連携ガイドライン作成
・情報共有システム（ICT利用）の構築・運用・利活用
・医療・介護連携に関する病診/病病連携会議の開催
・市民フォーラム（公開講座）の開催
・医療資源調査・アンケートの実施・ホームページ開設



※【センター：基幹型】在宅医療・介護連携センター（医師会内）、【ステーション：サテライト型】在宅医療・介護連携ステーション（各区）

在宅医療推進室は、医師会副会長であるセンター長を筆頭に、MSW・看護師・SEの4名を配置。その中の1名のMSWは、モデル事業実施者でもある済生会新潟第二病院と新潟市医師会の併任といった変則勤務である。

19 在宅医療推進センター運営事業と地域支援事業

○在宅医療推進センター運営事業

- (ア) 在宅医療提供体制のコーディネート
- (イ) 運営会議の開催
- (ウ) 講演会等による在宅医療の普及啓発
- (エ) 実技研修等による在宅医療の人材育成
- (オ) その他必要な取組

○地域支援事業 (在宅医療・介護連携推進事業)

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

先の在宅医療推進センターと在宅医療・介護連携推進事業の業務項目の関連性についてである。医師会だからこそできること。それを念頭に置き、新潟県医師会コーディネーターと当医師会コーディネーターを含めた有志によりコーディネーター対象の研修会を実施している。

20 在宅医療推進センター運営事業と地域支援事業

基金事業 (医師会コーディネーター)



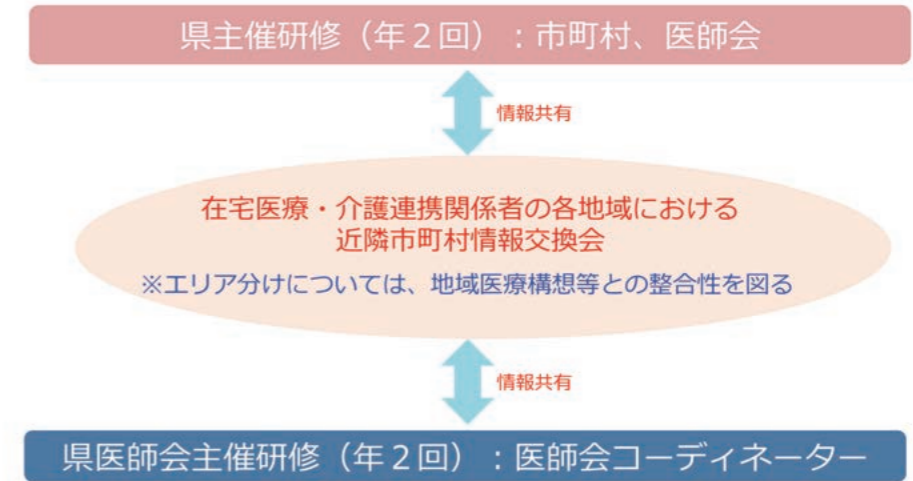
地域支援事業 (市町村)



関連性をイメージ図にて置き換えたものである。市町村の事業と医師会のセンターとの一体化を行うことで、まさに医療と介護の連携強化の活動が具現化される。医師会コーディネーターの配置は、新潟県の強みとなるといえる。

21 新潟県における在宅医療・介護連携を進める研修体制

現在、新潟・県央地区で実施している在宅医療・介護連携推進事業近隣市町村情報交換会を発展させ、県内の他地域においても立ち上げる。



在宅医療・介護連携推進においては、市町村・事業受託先・医師会が一体的に取り組むことが必須である。新潟県においては、県が当医師会も参加する有志の検討会で主催する合同の研修会と、先に述べた県医師会が主催する医師会コーディネーターの研修会を開催している。また、新潟市・県央地区が定期的で開催する近隣市町村情報交換会では、ゆるい関係性による、ざつとくばらんな情報交換の場が持ち回りで開催されている。このような取り組みが県下にも広まることが地域を広域的に連携させることに有益であると考えられる。

II 地域での取り組みの紹介

人口20万以上 (カテゴリー C) 徳島県徳島市

豊田 健二

目 標 わが国の人口は2013年をピークに減少の一途をたどる中、少子高齢化は予想を超えて加速的に進みつつあり、すでに医療と介護の需要が供給を上回る事態となっている。増え続ける社会保障費の抑制が最重要課題である今、この状況を打破するためには地域の一人ひとりが当事者となり知恵を出し合いながら、地域包括ケアシステムを進めて行くしかない。そして、そのリーダーシップを発揮するのは行政と、医療を支えているかかりつけ医の集合体である医師会といえる。医師会と行政が中心となって地域の担い手とどうつながっていけばいいのかを考えてみたい。

1. 地域包括ケアシステムを構築して行く中で、在宅医療の充実を主軸に医師会が果たすべき役割と重要性を再認識する。
2. 行政と医師会は進むべき将来像と着地点を共有しながら緊密に連携を図り、リーダーシップを持って専門職やインフォーマルサービスなど地域の担い手と協働しながら地域包括ケアシステムを推進していく。
3. 受け手に立ったシームレスな医療と介護の連携体制を考える。
4. ほかの地域と定期的に情報交換することでスピーディーに進めることができることを知る。

Keyword 行政との連携、多職種の連携とリーダーシップ、医療と介護の連携、面的で継続的な問題解決モデル、地域格差の是正、担い手の結集（専門職+地域力+民間力+行政）

- 内 容**
1. 徳島市の環境と現状
 2. 徳島市の将来予測
 3. 徳島市の社会資源の状況
 4. 徳島市の継続的な病診連携体制
 5. 徳島市医師会における在宅医療整備の流れ
 6. 行政と医師会との連携
 7. 徳島市在宅医療連携協議会及びワーキンググループの設置
 8. とくしま在宅医療と介護の総合支援センターの概要
 9. 徳島市在宅医療問題解決モデル（とくしま在宅PDCAサイクル）
 10. 四国四市医師会在宅部会web会議の概要
 11. 地域包括ケアシステム実現の担い手
 12. 今後の課題
 13. 多病・多死社会に向けての解決策

1

地域包括ケアシステムと在宅医療

平成30年1月14日(日)
徳島市医師会 豊田 健二

2 徳島市の環境と現状

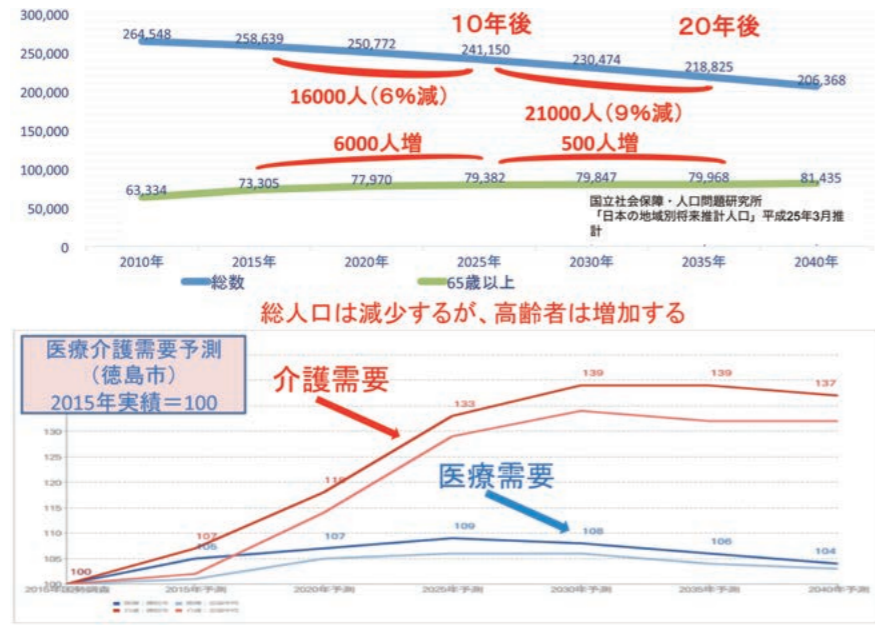


面積 **191.3**km²(東西16km 南北19km)
都道府県 県庁所在地面積 第45位
(徳島市1.0<福岡市1.8<新潟市3.8<京都市4.3<広島市=秋田市 4.7<札幌市5.6)
地 理 北部は平野部。西部南部に一部山間部。坂なし。
平均気温 **16.8**℃ 年間晴れ日数 全国 **3**位

総人口 **255,351**人 (人口密度 1,332.5人/km)
高齢者人口 **71,474**人 (高齢化率 **28.0**%)
独居高齢者数 **11,067**人 (**15** % 男3:女7)

徳島市の面積は47都道府県の中でも狭い市の一つであり、半径5km以内に県庁、市役所、医師会がある。平野部がほとんどを占め気候も年間を通じて良いことから、在宅医療を実践していく点では恵まれている環境にあるといえる。

3 徳島市の将来人口予測と医療介護の需要予測



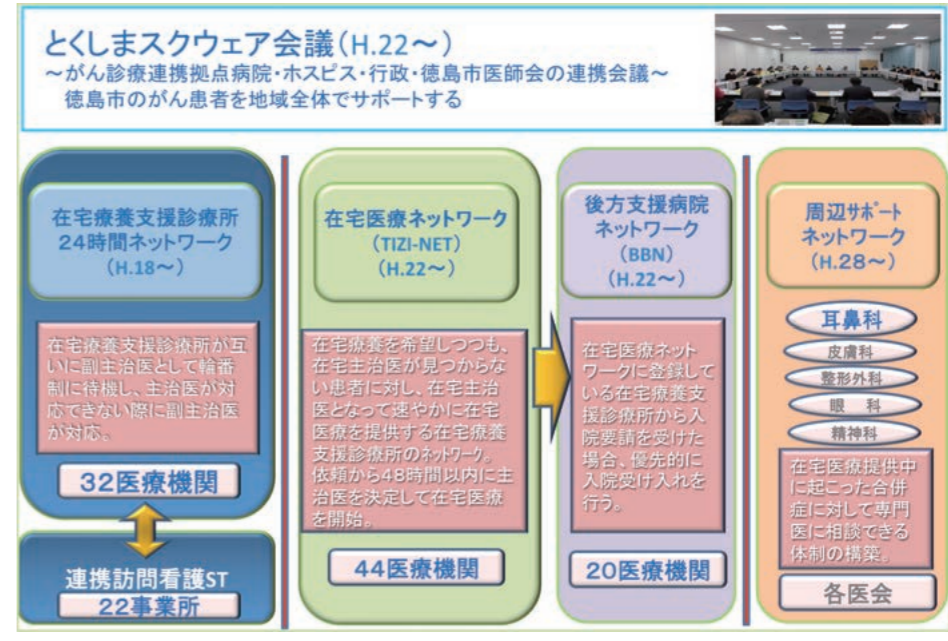
ほかの多くの地方都市と同様に、徳島市の将来人口も減少の一途をたどる一方で高齢者の人口は軽微ながら増加すると予測されている。高齢者の増加に伴って医療、介護の需要も増加する中で、支えるべき労働人口は減少していくことが予測されるため、地域全体で乗り越えていく早急な対策が必要である。

4 医療と介護の資源状況

医	診療所数	257機関 (支援診65 支援診1(0) 支援診2(2) 支援3(65))
	病院数	46機関 (支援病19 支援病1(2) 支援病2(1) 支援3(16)) がん診療連携拠点病院(3)
	訪問看護ST	36か所
療	歯科診療所数	174機関 (歯援診73)
	薬局数	160機関 (かかりつけ薬局67)
介	地域包括支援センター	1ヶ所 (徳島市の委託を受け徳島市医師会が運営) 〔スタッフ数は約50名、年間相談件数は3万4千件超〕
	在宅介護支援センター	14施設
護	老人保健施設	15施設
	訪問介護	144施設
	特別養護老人ホーム	11施設
	通所介護	75施設

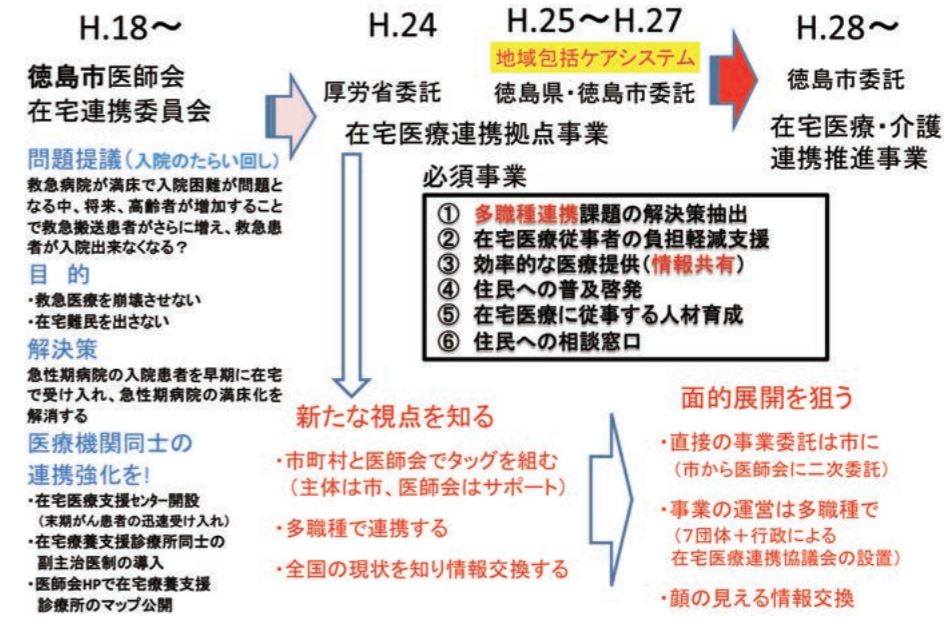
徳島市の医療資源はほかの地域に比べて比較的恵まれている。在宅療養支援病院も多く、特に在宅療養支援診療所は人口比では全国4位であり、そのうちの7割が看取りを実施している。徳島市の地域包括支援センターは1ヶ所、徳島市医師会が徳島市の委託を受け運営しており、職員数は50人を越え、年間相談件数は3万5000件にのぼる。地域の医療を担う医師会が介護を担う地域包括支援センターを同時に運営することは、医療と介護の連携が求められる上で極めて重要なことである。

5 徳島市の継続的な病診連携体制



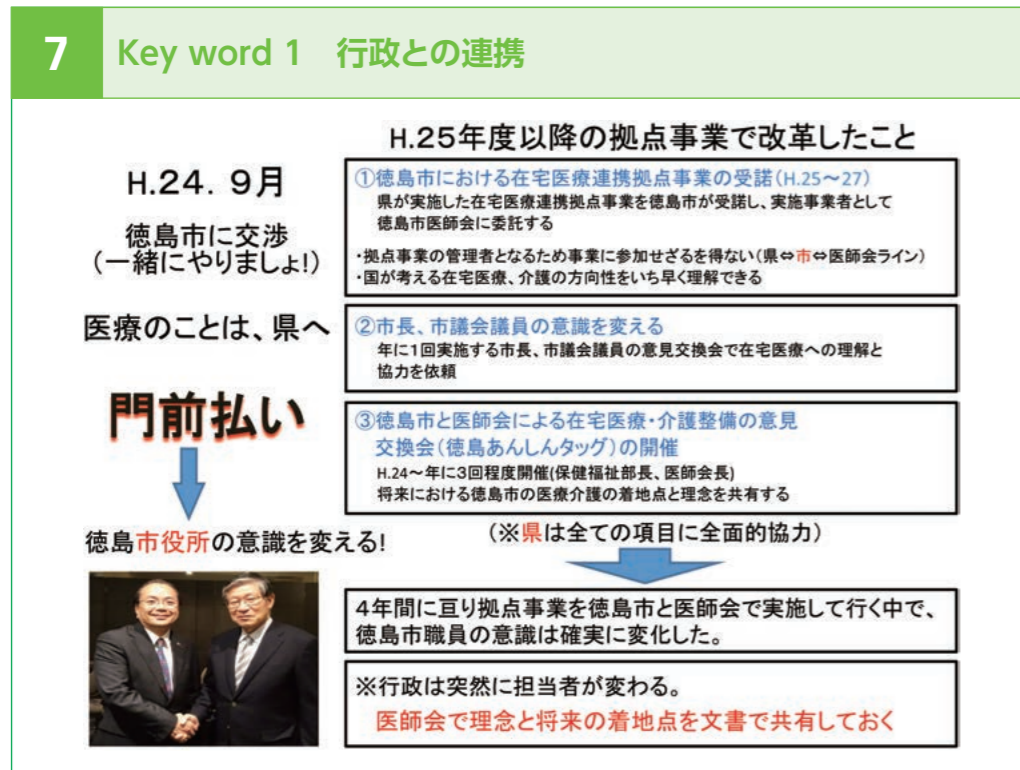
がん患者がどのような状態になっても最良の医療を提供できる病診連携体制を構築するために、平成22年より医師会とがん診療連携拠点病院、ホスピス、行政で会議（スクウェア会議）を実施している。また、徳島市の在宅を中心とした継続的で質の高い医療体制を構築するために4つのネットワーク（NW）を創設している。すなわち、32の在宅療養支援診療所が互いに副主治医として輪番制で24時間支え合うNW、在宅での療養を希望しつつも在宅主治医がいない患者に対し速やかに在宅医療を提供するNW、在宅医療実施中の急な入院を受け入れる病院のNW、在宅医療提供中の他科の共同訪問診療のNWである。

6 徳島市医師会における在宅医療整備の流れ



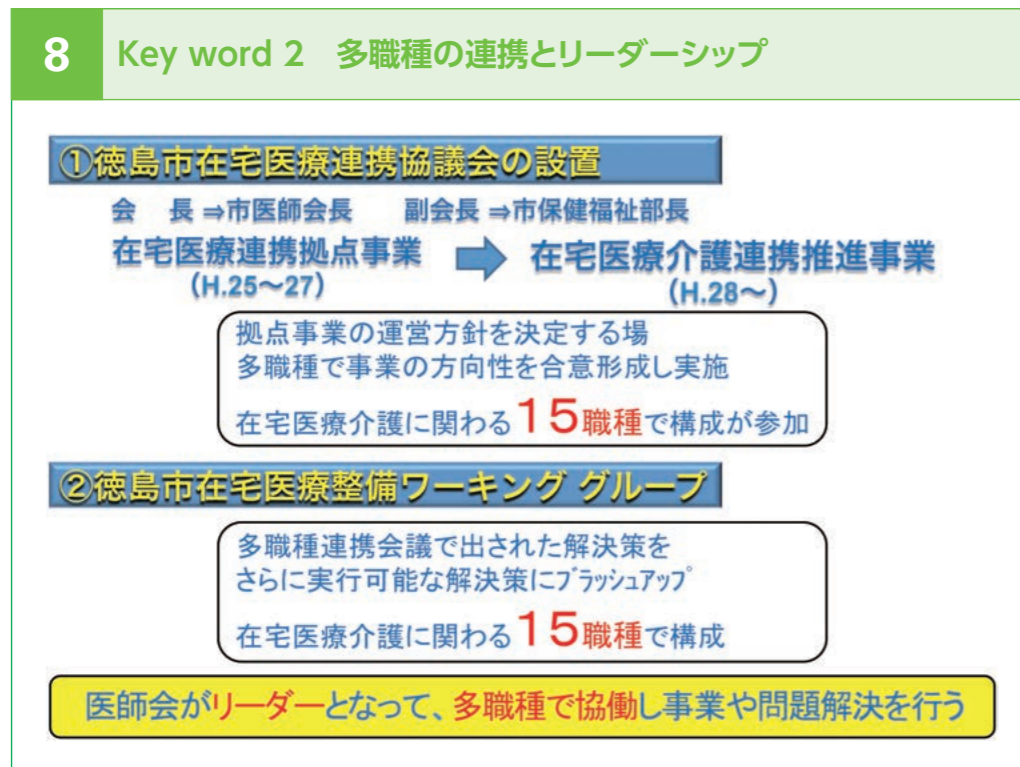
平成18年に委員会を立ち上げ在宅医療に取り組み始めた理由として、高齢者の増加に伴い救急医療の崩壊や在宅難民の発生を危惧したからであり、解決策として医療機関同士の連携を中心に在宅医療の整備を開始した。転機は平成24年の在宅医療連携拠点事業を実施したことで、①市町村とタッグを組む、②多職種連携、という新たな視点を知る。4年間にわたり拠点事業を実践して行く中で、行政との連携や在宅医療・介護に関わる多職種との面的な連携体制の構築、他市町村との情報交換など、さまざまな新しい感性を取り入れながら進めてきた。引き続き平成28年から徳島市からの委託で在宅医療・介護連携推進事業を実施している。

7 Key word 1 行政との連携



地域包括ケアシステムの成功の鍵は、医師会と市町村行政の双方がそれぞれの役割をいち早く理解し、タッグを組んで取り組むことである。徳島市行政も他の市町村同様に、拠点事業開始当時は在宅医療に関わることに消極的だったが、医師会のさまざまな働きかけにより市の意識は変わり、医師会と市は良好な関係を保ちつつ現行の在宅医療・介護連携推進事業を実施している。行政の担当者が異動してしまうことで、共有してきた理念や築いてきた方向性にブレーキがかかることがある。これを回避するためには地域包括ケアシステムに取り組む理念と将来の着地点を文書化し、行政と医師会で共有しておくことが重要である。

8 Key word 2 多職種の連携とリーダーシップ



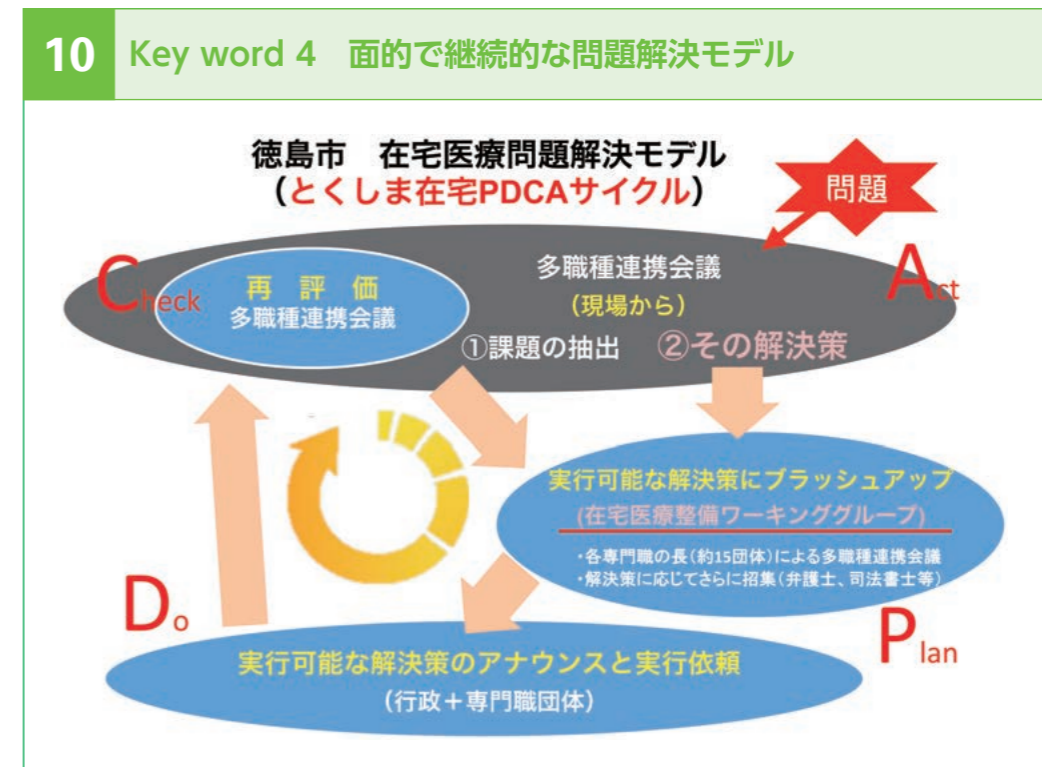
質の高い在宅医療を実現するためには多職種の連携が欠かせないが、同時に地域の多職種をまとめ牽引するリーダーが必要である。徳島市医師会は平成25年度の在宅医療連携拠点事業を実施するにあたり、事業の運営方針の決定の場として在宅医療・介護に関わる多職種の長で構成された在宅医療連携協議会を設置し、多職種と合意形成した上で同事業を実施してきた。現行の在宅医療・介護連携推進事業でもこの協議会は運営方針の決定の場として継続されており、参加団体も15職種へと拡大している。医師会は各専門職をまとめ牽引していくリーダーとして、多職種と連携しつつさまざまな問題解決を図っている。

9 Key word 3 医療と介護の連携



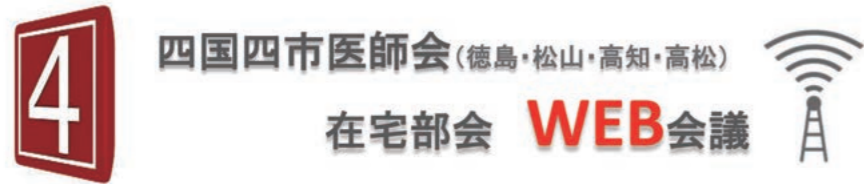
受け手にとっては難解に変化する保険制度を常に理解することは困難で、理解せずとも医療、介護ともに安心感を持てるよう一体的に提供されるべきである。徳島市医師会は、徳島市から委託を受けて医療と介護の要である在宅医療支援センターと地域包括支援センターを運営しているが、両センターを当医師会2階に集約して「とくしま在宅医療と介護の総合支援センター」と位置づけ、医療、介護に関わる全ての相談に対応している。さらに、緊密な医療と介護の連携体制を維持するため、両センター職員との連携会議(ニコイチ会議)を定期的実施している。

10 Key word 4 面的で継続的な問題解決モデル



在宅医療を進めていく上でさまざまな障害に直面するため、現場で活躍している多職種の連携会議とともに議論し解決策を見出していくことは、極めて有用な作業である。そこで出された解決策を生かすためには、さらに上位の在宅医療整備ワーキンググループでより実行可能な解決策にブラッシュアップし、それを行政を通じて地域で実行依頼し、一定の期間後に現場で再評価を受け、必要であれば再度ブラッシュアップする流れを作ることが重要である。この問題解決PDCAサイクルが地域で有効に機能すれば、大体の障害は地域全体で解決できるものと考えている。

11 Key word 5 地域格差の是正



目的
お互いに地方の県庁所在地。医療、介護資源が比較的似ている四市。抱える課題やその解決方法は類似。定期的に情報を交換することで、互いが効率良くスピーディーに在宅医療を整備。

議論
紹介して下さい。
議題1:《在宅医療に対して積極的に取り組んでいること、他の医師会に紹介したい取り組み》
議題2:《現在、在宅医療に取り組んでいる中で、他の医師会に教えて欲しいこと》

H.25～ 年2回 今までに8回実施

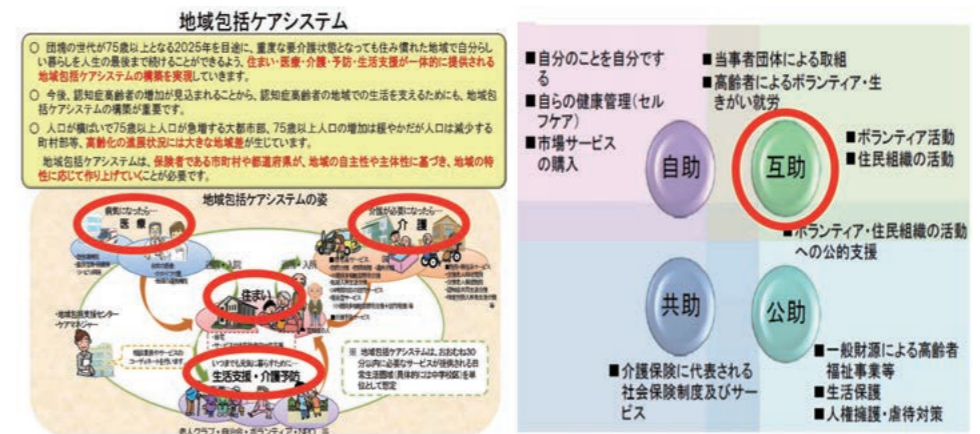
全国の市町村で地域包括ケアシステムの構築が取り組まれている中、表面化している問題の1つに地域格差が挙げられる。その是正策として四国では県庁所在地である徳島市、高松市、松山市、高知市医師会の在宅医療担当理事でWEB会議を実施している。

12 Key word 5 地域格差の是正



持ちうる医療・介護資源に近い地域であれば抱える課題や解決策も類似することから、定期的に他市の取り組みを参考にし意見交換することで、互いにスピーディーに在宅医療を推進することが可能であるとの思いで、平成25年から始めている。現在は市や県職員も参加するようになっており、各地域で同様の取り組みが成されれば地域格差の是正につながると思われる。

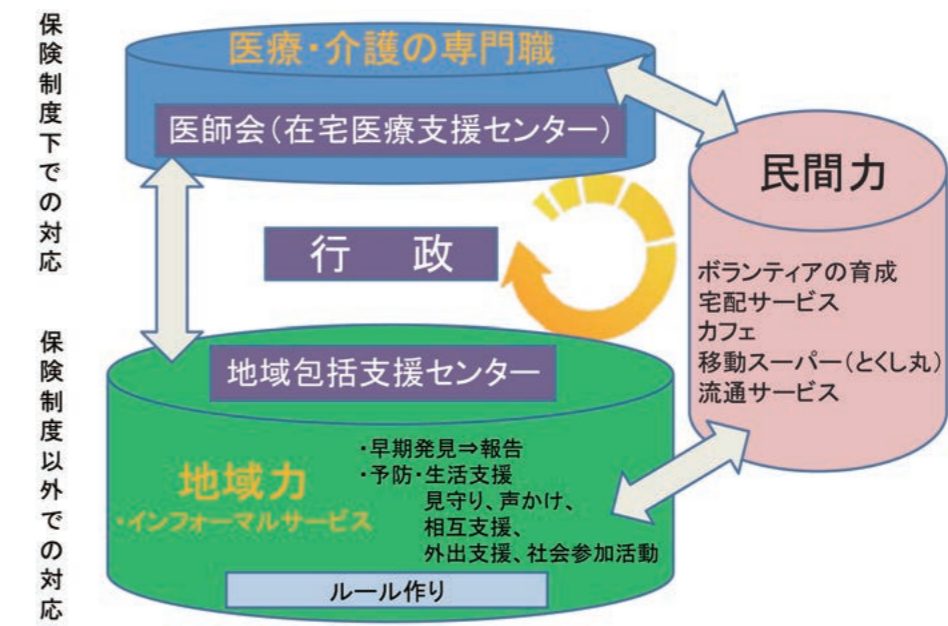
13 Key word 6 担い手の結集 (専門職+地域力+民間力+行政)



- 地域包括ケアシステム 実現の担い手は**
- ①行政(市町村)
 - ②医療・介護保険の専門職
 - ③地域力:住民(インフォーマルサービス、ボランティア)
 - ④民間力:宅配サービス、移動スーパーばど

地域包括ケアシステムの担い手は、①行政、②医療・介護保険の専門職、③地域力、④民間力、だと考えられる。この4つの資源をいかに1つの力に集約していくかが重要で、さらにそれを強力に牽引していく力が必要となる。

14 Key word 6 担い手の結集 (専門職+地域力+民間力+行政)



実際には、医師会が医療・介護保険の専門職を、地域包括支援センターがインフォーマルサービスを、そして行政が民間力を集約し、これらを総合的に牽引していくのは医師会と行政の役割なのだと考えている。

15 今後の課題

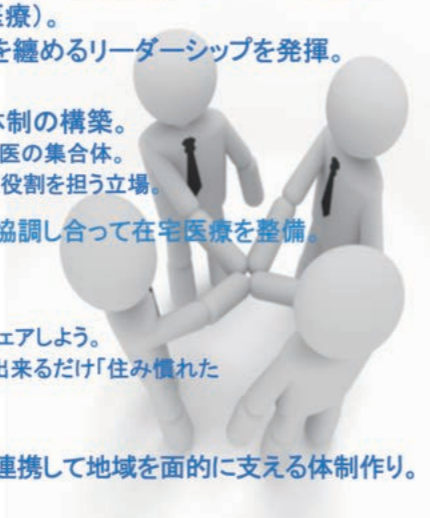
- ・徳島市役所内に在宅医療を整備する部署がない
- ・在宅医療に対する理解不足（病院スタッフ、市民）
- ・在宅医療に参入する医師が少ない(医師の高齢化)
- ・認知症患者に対する在宅医療が未整備
- ・インフォーマルサービスの団結が困難
- ・居住系施設における在宅医療の質の確保



新たに在宅医療に取り組む方のための 研修教材のご案内

16 多病・多死社会に向けての解決策 ～質の高い地域包括ケアシステムに向けて～

1. かかりつけ医:会員1人1人が自分の患者は最期まで自分で診る体制。
医師会:・できるだけ多くのかかりつけ医が在宅医療に参加できる環境の整備(負担の少ない在宅医療)。
・医療介護に携わる専門職を纏めるリーダーシップを発揮。
2. 医師会と行政(徳島市、徳島県)の協力体制の構築。
医師会:地域医療を担う役割を持つ、かかりつけ医の集合体。
行政:医療・介護体制のグランドデザインを描く役割を担う立場。
官民が理念と着地点を共有し、役割分担し協調し合って在宅医療を整備。
3. 市民への理解と協力依頼。
限られた医療資源(入院ベッド、介護施設等)をシェアしよう。
市民自ら当事者意識を持ち、病状が軽いうちは出来るだけ「住み慣れた家で過ごす」という地域の雰囲気作り。
4. 多職種とインフォーマルサービスが緊密に連携して地域を面的に支える体制作り。



全国在宅療養支援診療所連絡会 和田 忠志

在宅医療および地域包括ケアを学習するための優れた教材を各団体が作成・配布しています。なかでも、特に、「かかりつけ医が行う在宅医療」を正しく伝え、簡単に入手でき、多忙な医師が活用できるものを中心にをご紹介します。紹介する教材の多くはインターネットで入手可能です。また、その一部は本日の研修会で参加者に配布いたします。

■日本医師会編

「在宅医療 午後から地域へ」

日本医師会生涯教育シリーズ（書籍）医学書院（2010）

（入手方法：一般書店販売）



■日本医師会

「かかりつけ医の在宅医療」

（入手方法：インターネット）

「かかりつけ医の在宅医療」（インターネット映像配信）

テキスト「かかりつけ医の在宅医療」（ダウンロード可能）

<http://www.med.or.jp/doctor/work/zaitaku/001706.html>

「かかりつけ医が在宅医療を新たに開始するための教材」として日本医師会が作成した資料です。特に、映像教材は、かかりつけ医が、患者と家族の信頼にこたえて在宅医療を始める様子とそのノウハウを伝えるものです。医師会での在宅医療に関する研修会での利用はもとより、在宅医療を始めようとする医師の勉強会などで広く利用できる教材です。



■日本医師会

「地域包括ケアと多職種連携」

（入手方法：インターネット）

①「地域包括ケアと多職種連携」

「学習用ワークブック」「指導者用ガイドブック」（ダウンロード可能）

②「地域包括ケアと多職種連携」

【看護職向け】【ケアマネジャー向け】（インターネット映像配信）

<http://www.med.or.jp/jma/region/mdc/004304.html>

医療・介護の連携において、地域の診療所や中小病院の看護職員、訪問看護師、ケアマネジャーが果たす役割は重要です。日本医師会では、地域包括ケアシステム及び医療・介護の多職種連携を理解するためのDVDとワークブックを作成しています。医師会における多職種連携の研修会はもちろん、看護師・准看護師養成所における授業等で活用できます。

（文部科学省委託事業「地域包括ケアを担う医療・介護分野の中核的専門人材養成のための教育プログラム開発」平成26年度・27年度 日本医師会受託）

■東京大学医学部在宅医療学拠点／国立長寿医療研究センター

「在宅医療の風」(16分) (複製:勇美記念財団)

(入手方法：インターネット)

DVD「在宅医療の風」(16分)

(国立長寿医療研究センター在宅連携医療部のサイトより視聴可能)

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/dep_Video_link.html



■全国国民健康保険診療施設協議会 (略称「国診協」)

小規模自治体における多職種研修の実践に向けた研修プログラム

(入手方法：インターネット)

○多職種研修プログラム・運営ガイド PDF

○実施準備から～当日の運営～その後のフォロー PDF

○ロールプレイ (標準シナリオ)

- ・「シナリオ1」：胃がんのため余命2ヶ月の患者の在宅療養支援PDF
- ・「シナリオ2」：急遽退院が決まった、自宅での最期を希望するがん患者の退院支援PDF
- ・「シナリオ3」：妻よりも長く生きて、妻を看取ってから逝きたいと願う方への支援PDF
- ・「シナリオ4」：透析を拒否して退院希望の男性と自宅介護に戸惑う家族への支援PDF
- ・「シナリオ5」：重度者の退院支援の機会が少ない関係者による若年者遷延性意識障害の退院支援PDF

■日本在宅ケアアライアンス

「私たちの街で最期まで」

(入手方法：電子メールでの申し込み)

「私たちの街で最期まで～求められる在宅医療の姿～」(冊子)

入手申し込み先：日本在宅ケアアライアンス事務局 (ILC-Japan) 担当：志藤、橘

○電子メール：ilcjapan@mba.sphere.ne.jp

○問い合わせ：03-5470-6767

(冊子は無料配布、送料申込者負担)



IV ワークショップの趣旨と進め方

■プログラム

司会・進行 飯島 勝矢

時刻	時刻	会場	内容	解説・演者等
11:50-12:40	50分	各グループの会場	昼食	(大講堂から移動後) アイスブレイク*を兼ねた昼食
12:40-14:30	110分	各グループの会場	グループワーク	
14:30-14:50	20分		休憩	移動と休憩
14:50-16:40	110分	大講堂	グループ発表	9グループから発表いただく (各カテゴリーから3つずつ) ①プレゼンテーション (各グループ8分以内) ②討議 約30分
16:40-16:45	5分	大講堂	講評	草場鉄周

*アイスブレイク 参加者が初対面の場合もあり、話しやすい和やかな雰囲気をつくるための手法

■メインテーマ

- ①在宅療養の継続 (望まれない形での在宅医療の中断)
- ②24時間の対応 医師の負担感
- ③多職種協働 (在宅医療の職歴性)

これらをメインテーマとするが、関連したサブテーマを設定して、現状・課題・解決策につながる討論を行ってもよい。(方法、留意点、コツ等 Q&Aで解説)

■カテゴリー分け 勤務されている地域(基礎自治体)の人口規模別

- カテゴリー A: 人口5万人未満
- カテゴリー B: 人口5万人以上～20万人未満
- カテゴリー C: 人口20万人以上

■アイスブレイク

- ✓ 昼食時間を利用し、会食しながら行う
- ✓ 重要なコミュニケーションの場づくり

■討論の実際

- ✓ 各自の発言は、要点をまとめ、冗長にならないように
- ✓ 一回の発言は原則的に3分以内で: 各テーブルにアワーグラス(3分)を用意
- ✓ yes or noで回答できる質問は行わないほうがよい。たとえば、「在宅医療における訪問看護の役割についてのお考えは?」はよい質問だが、「在宅医療に訪問看護は必要でしょうか?」は、必ずしも好ましくない

■9グループの発表

- ✓ 事務局が全グループの中から9つのグループに発表を依頼する
- ✓ 発表の方式は定めないので、発表者の裁量の範囲内で
- ✓ 時間は「8分以内」

■発表のためのプレゼンテーションの資料作成

- ✓ 指名されたグループは、KJ法でまとめて図解した模造紙をデジタルカメラで撮影する
- ✓ この画像を発表時に投映する

参考資料

団体紹介

日本在宅ケアアライアンスについて

日本在宅ケアアライアンス・
加盟団体および有識者委員

プロフィール

「平成29年度在宅医療関連講師人材養成事業」
委員名簿

団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて

概要

平成27(2015)年3月1日、在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク、全国国民健康保険診療施設協議会、全国在宅療養支援診療所連絡会、全国在宅療養支援 歯科診療所連絡会、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会、日本介護支援専門員協会、日本ケアマネジメント学会、日本在宅医学会、日本在宅医療学会、日本在宅ケア学会、日本在宅ホスピス協会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本訪問看護財団、日本ホスピス緩和ケア協会、日本ホスピス・在宅ケア研究会という、在宅医療に深くかかわる15団体からなる「日本在宅ケアアライアンス」(Japan Home Health Care Alliance ; 略称JHHCA) が設立された。

その後、日本在宅栄養管理学会、全国訪問看護事業協会、日本訪問リハビリテーション協会、日本老年医学会の4団体が趣旨に賛同し、現在は19団体から組織されている。

「日本在宅ケアアライアンス (JHHCA)」は、我が国で在宅医療を普及推進させるための専門職団体による、ゆるやかな連合体といえる。

1. 設立までの経過

平成16(2004)年11月23日、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団が主催し、第1回在宅医療推進フォーラムが行われた。これは勇美記念財団が主催する「在宅医療推進のための会」が母体となって発案されたものである。第1回在宅医療推進フォーラムでは、在宅医療に携わる専門職団体が一体となって在宅医療推進に注力することを確認し、「在宅医療推進のための共同声明」が採択された。この共同声明で、11月23日を「在宅医療の日」と定め、在宅医療推進のためのフォーラムを毎年開催することとした。

その後、「在宅医療推進フォーラム」の会を重ねるごとに、その参加団体が増え、「在宅医療推進のための共同声明」も改定された。その間に、全国在宅療養支援診療所連絡会、全国在宅療養支援 歯科診療所連絡会、全国薬剤師在宅療養支援連絡会などの実践者団体が設立され、在宅医療実践者の交流と研鑽が進められた。

このような活動蓄積のもとに、平成27(2015)年3月1日に、「在宅医療推進フォーラム」参加団体を含めて、「在宅医療推進のための共同声明」に賛同する団体が、日本在宅ケアアライアンスを設立した。

2. 日本在宅ケアアライアンスの概要

日本在宅ケアアライアンスの最も重要な特徴の一つは、その構成団体が「在宅医療推進のための共同声明」(平成26(2014)年11月23日改定)に賛同している点である。

日本在宅ケアアライアンスの構成団体は、委員を選出し、その委員の合議によって運営される。委員には、団体から推薦された委員のほか、在宅医療に関する見識の深い有識者委員が論議に加わる。また、在宅医療に関し特に功績のある特別顧問がアドバイザーとして置かれている。事務局は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団に置かれている。

3. 日本在宅ケアアライアンスの主な活動

在宅医療関連講師人材養成事業

これまでの活動で主要なものは、日本医師会と共催で行った「平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会」である。本研修会は、全国の都道府県医師会から推薦された受講者が、地域で在宅医療普及推進活動のアドバイザーを担えるように位置づけられたものである。研修会は、平成28年(2016)年1月17日(日)に、日本医師会大講堂で行われた。41都道府県医師会から参加者があり、県医師会推薦医師参加者数271名であった。また、日本在宅ケアアライアンスから56名が参加した。参加者合計は327名であった。平成28年度に2回目を開催し、今回の開催が第3回となる。

在宅医療関連講師人材養成事業の考え方

在宅医療は、しばしば「病院のベッドが地域に広がった」と説明されているが、そこで提供されている医療の内容は、入院医療と大きく異なる。とりわけ疾病治療を目指す病院に対して、在宅医療は「生活を上位概念」として、医療介入の妥当性の尺度をQOL (Quality of Life) に求めている。したがって、治し、支える医療と表現されるが、命の質を重視し、自己実現を医療から支援し、人生とかかわる医療といえる。バイオメディカルな課題だけでなく、むしろサイコソーシャルな側面からとらえ、さらにマネジメントのスキルがより強く期待されるという点を重視してプログラムを作成した。

行政が主導的に行う在宅医療普及推進のための啓発活動に、即座に講師として積極的に参加できるよう、すでに在宅医療の経験のある医師に、在宅医療の標準的知識を整理し、さらにスキルアップを目指し、マインドを深められる内容とした。

特に新しい試みとして、「多職種協働」が在宅医療の根幹であるとの認識から、ケアカンファレンスの実際を「模擬カンファレンス」として、多職種で上演し、医師の多職種連携における役割を明確化するようにした。

在宅医療関連講師人材養成事業の展望

人材紹介体制については、人材育成プログラムに参加した医師にはプログラムの修了書を発行し、承諾を得た上で「修了者リスト」を作成、公開し、各地での研修会開催に積極的に協力する予定である。また、「レクチャーバンク (Lecturer bank)」を設置し、在宅医療推進のための各地での専門職向け研修会、市民向け研修会等に講師派遣という形も含めて協力する予定である。参加者が、自らの本拠地にこの成果を持ち帰り、現地で「在宅医療推進のための研修会」を地域の実情に合わせて構築してくれることを期待している。

平成29(2017)年度の研修会では、ワークショップを組み入れ能動的学習プログラムとした。

4. 日本在宅ケアアライアンスの今後の活動について

日本在宅ケアアライアンスは、3つの「ワーキングチーム」を構成し、今後の活動の柱に据える予定である。現在、活動内容が検討されている3つのワーキンググループを紹介する。

①アカデミックグループ

学術研究および教育活動を主導的に行うグループである。外部研究費獲得にも主導的役割を担う。また、既存データ (レセプト等) の解析と今後の活用などもその活動範囲とする。日本在宅ケアアライアンス委員に加え、医学研究に精通した外部有識者を交えて、骨太の研究が可能な体制作りを目指す。すなわち、従来のエビデンスとは異なる「在宅医療分野ならではのエビデンス (知見)」を積み重ねていく。その研究成果を精力的に発信していく。

現在想定している活動内容としては、医学教育 (医学部学生教育、研究医教育等)、在宅医療の標準化研究および活動 (テキストの編纂、在宅医療リーダー養成研修会)、病院医療と在宅医療の両面からの水平連携を視野に入れた症例研究 (症例レジストリも含む。レセプト研究、QOLも絡ませる)、看取り医療の倫理研究、多職種協働 (IPW) / 多職種教育 (IPE) (専門職の行動変容にもつなげるもの)、在宅医療と救急搬送の在り方、在宅医療に関連する栄養管理 (フレイル対策も含む。最期まで食にこだわる等も含む)、などを想定している。

②システムグループ

政策提言を主導的に行うグループである。主に、日本政府 (厚生労働省)、国会等への政策提言を行う。

政策提言の源泉の一つは、アカデミックグループから得られる「研究成果および研究エビデンス」である。例えば、在宅医療が、医療内容において、病院 (療養病床等) と同等あるいはそれ以上の効果があることが分かれば、それは、国の在宅医療推進のゆるぎない根拠となるであろう。第二の源泉は、「在宅医療の実践を通じて得られる政策提言内容」である。例えば、在宅医療教育の必要性を提言することや、実践の見地から医療保険制度・介護保険制度・障害福祉制度などの改良に関する提言を行うことである。

③ムーブメントグループ

社会活動を行うグループである。システムグループが日本政府や立法府をその対象とするのに対して、ムーブメントグループは、どちらかといえば、市民や、県および市町村行政などを対象とし、運動論として在宅医療を推進するグループである。

現在考えられている活動内容としては、市民意識の改革、システムグループと連携しての制度・政策の提言、職能団体基本理念および専門職行動変容 (個別の質向上と多職種協働推進、在宅医療リーダー養成研修会の総括)、市町村行政への働きかけ、介護事業者の倫理問題 (特定の企業やグループによる患者囲い込み問題も含む)、などである。

その中で、特に、市民意識の改革は、老い方、死に方、住まい方、地域での暮らし方等を取り扱い、手法としては、メディア (ジャーナリズム) 活用を軸とする戦略的広報活動を想定している。また、主に行政向けに地域包括ケアシステム構築への一助になることを願って、冊子を編纂した。

④3つのグループによる在宅医療推進活動

日本在宅ケアアライアンスは在宅医療に携わる専門職団体のゆるやかな集合体であり、それらの力を結集することで、これらの3つのグループの活動が強く推進される。なお、これらの3つのグループの活動内容は、互いに重複することも多い。このため、グループ間での委員の相互意見交換を通じて活動の整合性をとる予定である。とりわけ、厚生労働省、日本医師会等と密接に連携し、在宅医療を推進する諸事業に積極的に携わる予定である。

日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および有識者委員

(掲載50音順)

プロフィール

飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構)

【略歴】1990年、東京慈恵会医科大学卒。千葉大学循環器内科、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、現在、東京大学高齢社会総合研究機構教授。「一億総活躍国民会議」有識者民間議員にも就任。

【資格・公職等】医学博士。専門は老年医学、総合老年学（ジェロントロジー）。特に①フレイル予防および住民主導の包括的フレイル予防活動、さらにその基盤となる高齢者大規模コホート研究、②課題解決型実証研究（アクションリサーチ）を基盤とした長寿社会に向けたまちづくり・地域包括ケアシステム構築、③在宅医療推進活動および多職種連携教育。

【主な著書等】『老いることの意味を問い直す -フレイルに立ち向かう-』（クリエイツかもがわ、共著）。

太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

【略歴】1953年、奈良市生まれ。1979年、日本大学医学部卒。日大医学部付属板橋病院麻酔科にて研修医。自治医大学大学院修了後、同大整形外科医局長、専任講師を経て、1992年に在宅医療を旗印におよま城北クリニック（栃木県）開設。現在、機能強化型在宅療養支援診療所として24時間×365日の在宅ケアサービスを展開し、地域包括ケアシステムの一翼を担う。

【資格・公職等】医学博士、日本整形外科学会認定専門医、麻酔科標榜医、介護支援専門員。日本医師会在宅医療連絡協議会委員、日本在宅医学会監事、全国知事会先進政策頭脳センター委員、在宅ケアネットワーク・とちぎ世話人、全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長、日本在宅ケアアライアンス共同事務局長など。

小串 輝男 (医療法人社団小串医院)

【略歴】1971年、京都大学医学部卒。1974年、京都大学大学院医学研究科博士課程(内科系)入学。1978年、京都大学医学部付属病院放射線・核医学科助手、同年ハーバード大学付属ピーター・ベンズブリッグム病院留学。2年半後、米国より帰国。1982年、福井医科大学放射線科助教授。1991年、同辞職と同時に小串医院副院長。1994年より同院長。

【資格・公職等】日本内科医学会認定医、日本消化器病学会専門医、日本医学放射線学会専門医、第一種放射線取扱主任者免許。東近江医師会長（2004～2010年）、三方よし研究会代表（2007年～）、滋賀県医師会代議員会議長（2008年～）、日本医師会代議員（2008年～）。2014年、日本医師会赤ひげ大賞受賞および厚生労働大臣表彰。

■ 加盟団体

(50音順)

- 一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
- 一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会
- 一般社団法人 全国訪問看護事業協会
- 一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
- 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
- 一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
- 一般社団法人 日本在宅医学会
- 一般社団法人 日本在宅医療学会
- 一般社団法人 日本在宅栄養管理学会
- 一般社団法人 日本在宅ケア学会
- 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
- 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
- 一般社団法人 日本老年医学会
- 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
- 公益財団法人 日本訪問看護財団
- 特定非営利法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- 特定非営利法人 日本ホスピス緩和ケア協会
- 特定非営利法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
- 日本在宅ホスピス協会

■ 有識者委員

- 鈴木 邦彦 (日本医師会 常任理事)
- 飯島 勝矢 (東京大学 高齢社会総合研究機構 教授)
- 井原 辰雄 (国立長寿医療研究センター 企画戦略局長)
- 田城 孝雄 (放送大学 教授)
- 辻 彼南雄 (在宅医療助成勇美記念財団 理事)
- 堀田 聰子 (慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授)
- 和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会 理事)

草場 鉄周 (日本プライマリ・ケア連合学会)

【略 歴】1999年、京都大学医学部卒。北海道室蘭の日鋼記念病院にて初期研修、北海道家庭医療学センターにて後期研修を修了。2006年、北海道家庭医療学センター本輪西サテライトクリニック院長。2008年より医療法人北海道家庭医療学センター理事長ならびに本輪西ファミリークリニック院長。

【資格・公職等】日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医、日本医師会認定産業医。日本プライマリ・ケア連合学会副理事長（2011年、同連合学会第2回学術大会大会長）、北海道医療対策協議会委員、室蘭市医師会監事、京都大学医学部非常勤講師。

【主な著書等】『家庭医療のエッセンス』（カイ書林）、『内なる診療』（カイ書林、監訳）など。

佐々木 健 (厚生労働省)

【略 歴】1993年、和歌山県立医科大学医学部卒。同年、厚生省入省。大臣官房厚生科学課、健康政策局計画課、環境庁環境保健部、医薬安全局監視指導課に配属。2000年、広島県福祉保健部健康対策課長。2005年、九州厚生局医事課長。2010年、岡山県保健福祉部長。2012年、厚生労働省健康局新型インフルエンザ対策推進室長。2013年、大臣官房総務課企画官。2015年、健康局がん・疾病対策課長。2016年6月より医政局地域医療計画課長。

鈴木 邦彦 (日本医師会)

【略 歴】1980年3月、秋田大学医学部卒。1993年7月、医療法人博仁会志村大宮病院。2006年4月、茨城県医師会理事。2009年4月、医療法人協会副会長。2009年10月、中央社会保険医療協議会委員。2010年4月、日本医師会常任理事。2014年7月、社会保障審議会介護給付費分科会臨時委員。

【資格・公職等】日本医師会常任理事。

寺田 尚弘 (医療法人楽山会せいてつ記念病院)

【略 歴】1986年、上智大学文学部卒。1994年、秋田大学医学部入学。2000年、同学卒。2002年7月、釜石市民病院在宅療養科勤務。2007年4月、釜石ファミリークリニック開業。2016年4月、医療法人楽山会せいてつ記念病院入職。2017年4月より同院長。

【資格・公職等】釜石医師会理事・介護在宅診療部会長、岩手県災害医療コーディネーター、2012年7月より釜石市在宅医療連携拠点「チームかまいし」チームアドバイザー。

豊田 健二 (医療法人豊山会豊田内科)

【略 歴】1957年、徳島県生まれ。1984年、埼玉医科大学医学部卒。徳島大学病院第一内科、徳島県立中央病院内科、東京慈恵会医科大学内視鏡科を経て、1993年より豊田内科院長。

【資格・公職等】徳島市医師会常任理事および在宅医療連携委員長（2007年～）、徳島県慢性期医療協会副会長（2014年～）。徳島県在宅医療・介護推進協議会委員、徳島市高齢者福祉計画および介護保険事業計画策定委員会委員など。

永井 明彦 (押木内科神経内科医院)

【略 歴】1947年、新潟県生まれ。1973年、順天堂大学医学部卒。新潟大学医学部附属病院内科と新潟市民病院内科で前期研修。1976年、新潟大学第二内科医員（呼吸器病学専攻）。1981年～1983年、米国国立癌研究所客員研究員（癌免疫研究）。1984年、新潟大学第二内科講師医局長。1989年、押木内科神経内科医院（在宅療養支援診療所）院長。

【資格・公職等】医学博士、日本内科学会認定内科医、日本呼吸器学会呼吸器専門医。新潟市医師会副会長、新潟市医師会在宅医療推進センター長。

「平成29年度在宅医療関連講師人材養成事業」 委員名簿

(50音順)

新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)

【略 歴】1967年、早稲田大学第一商学部卒。1979年、帝京大学医学部卒、帝京大学病院第一外科・救急救命センター勤務。1990年、東京都国立市に新田クリニック開設。1992年、医療法人社団つくし会設立、理事長に就任。

【資格・公職等】医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医。日本在宅ケアアライアンス議長、全国在宅療養支援診療所連絡会会長、日本臨床倫理学会理事長、福祉フォーラム・東北会長。

舩友 一洋 (臼杵市医師会立コスモス病院)

【略 歴】1988年、大分医科大学卒、大分医科大学第一内科入局。1989年、九州大学生体防御医学研究所気候内科医員。1990年、国立中津病院内科医員。1991年、九州大学生体防御医学研究所気候内科医員。1996年、緒方町国保総合病院内科医員。1998年、サウスカロライナ大学留学。2000年、臼杵市医師会立コスモス病院内科部長。2003年、同院副院長。2015年、臼杵市医師会医療福祉統合センター長。

【資格・公職等】医学博士、内科認定医、循環器専門医、心臓リハビリテーション認定医。大分県メディカルコントロール協議会委員、大分救急医学会世話人、大分県病院前救護検討部会委員、日本DMAT隊員（統括DMAT）、大分県医療情報ネットワーク検討会委員。

和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

【略 歴】1990年、東京医科歯科大学卒。1999年、千葉県松戸市にあおぞら診療所開設・院長。2009年、高知県高知市にあおぞら診療所高知潮江開設・院長。2012年、いらはら診療所在宅医療部、2013年12月、国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部医師併任。

【資格・公職等】日本在宅ケアアライアンス有識者委員、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、日本在宅医学会理事、日本ノーリフト協会理事、千葉県医師会在宅医療推進委員会委員。東京医科歯科大学臨床教授、千葉大学臨床教授。

【主な著書等】『在宅医療テキスト』(勇美記念財団、執筆・編集委員)、『明日の在宅医療(全7巻)』『在宅医療辞典』(中央法規出版、執筆・編集幹事)など。

■ 委員

蘆野 吉和 (日本ホスピス・在宅ケア研究会)

飯島 勝矢 (東京大学 高齢社会総合研究機構)

苛原 実 (在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク)

太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

草場 鉄周 (北海道家庭医療学センター)

鈴木 邦彦 (日本医師会)

鈴木 央 (日本プライマリ・ケア連合学会)

土橋 正彦 (千葉県医師会)

新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)

和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

■ アドバイザー

前田 憲志 (日本在宅医学会)

山脇 正永 (京都府立医科大学 総合医療・医学教育学)

ワークショップのご案内

- ・
プログラム
- ・
ワークショップの進行
- ・
ワークショップQ&A
- ・

平成29年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会
平成30年1月14日（於）日本医師会館

ワークショップについて

プログラム

司会・進行 飯島 勝矢氏

時刻	時刻	会場	内容	解説・演者等
11:50-12:40	50分	各グループの会場	昼食	(大講堂から移動後) アイスブレイク*を兼ねた昼食
12:40-14:30	110分	各グループの会場	グループワーク	
14:30-14:50	20分		休憩	移動と休憩
14:50-16:40	110分	大講堂	グループ発表	9グループから発表いただく (各カテゴリーから3つずつ) ①プレゼンテーション (各グループ8分以内) ②討議 約30分
16:40-16:45	5分	大講堂	講評	草場 鉄周氏

*アイスブレイク 参加者が初対面の場合もあり、話しやすい和やかな雰囲気をつくるための手法

ワークショップの進行

■メインテーマ

- ①在宅療養の継続 (望まれない形での在宅医療の中断)
- ②24時間の対応 医師の負担感
- ③多職種協働 (在宅医療の職歴性)

これらをメインテーマとしますが、関連したサブテーマを設定して、現状・課題・解決策につながる討論を行っていただいても結構です。(方法、留意点、コツ等 Q&Aで解説)

■カテゴリー分け

開業・勤務されている地域(基礎自治体)の人口規模でカテゴリーに分かれています。ワークショップに参加していただくカテゴリー分けは以下の通りです。

カテゴリー A：人口5万人未満

カテゴリー B：人口5万人以上～20万人未満

カテゴリー C：人口20万人以上

■アイスブレイク

昼食時間を利用し、会食しながら行います。

手順・方法はファシリテーターに一任しますが、通常は次のような要領で行います。

i) ファシリテーターの挨拶

ii) 参加者全員からの簡単な自己紹介

開業歴、専門領域、その他医師会での活動など、また、ご家族のことや趣味などについても触れていただくと場が和みます。また、最近経験した感動的ことを1つなどと、他愛無いテーマを盛り込むと、さらに打ち解けるかもしれません。

iii) 重要なコミュニケーションの場づくり

ファシリテーターは参加者のコメントについて、逆に質問したり、関連する話題で再度コメントしたりして、場を盛り上げるように努力します。

iv) 昼食後、グループ討議に入ります

■ 討論の実際

お一人お一人の発言は、要点をまとめてもらって、冗長にならないようにします。このことは、事前に参加者にファシリテーターから伝えておきます。

各テーブルにアワーグラス（3分）を用意しますので、一回の発言は原則的に3分以内としていただきます。なかには、発言時間が長くなる参加者もおられると思いますが、一方で、発言の回数の少ない参加者に対しては、指名して発言を促す配慮も必要です。「〇〇先生、今の〇〇先生のご発言については、どのようにお感じでしょうか？」など、開かれた質問が原則です。

なお、yes or noで回答できる質問は行わないほうがよいでしょう。たとえば、「在宅医療における訪問看護の役割についてのお考えは？」は、良い質問ですが、「在宅医療に訪問看護は必要でしょうか？」は、必ずしも好ましくない質問です。

■ 9グループの発表

事務局が全グループの中から9つのグループ（各カテゴリーを含む）に発表を依頼します。発表の方式は定めませんので、発表者の裁量のなかで、お願いします。ただし、時間は、8分以内としてください。

発表するグループの選別はファシリテーターからの推薦なども考慮いたします。

ご発表いただくグループ全てにおいて、テーマ①～③を簡潔に述べていただきます。

■ 発表のためのプレゼンテーションの資料作成（PPT等）

指名されたグループは、KJ法でまとめて図解した模造紙をデジタルカメラ / スマートフォンで撮影します。この画像を発表時に投映します。

■ 総括 講評

草場鉄周先生より、講評をいただきます。

付録-1

【ファシリテーター用 質問例】 参考にしてください

「現状」⇒「課題」⇒「解決策」⇒「提言」という流れが理想的です。

◆ 地域（診療圏）における在宅医療の現状について

先生方の地元において在宅医療の普及
在宅医療に関する医師会の関心
ケアマネジャーとの連携
在宅医療推進（地域包括ケアシステム構築）への行政の関わり
在宅医療に関する市民の期待
一方で、市民への啓発における活動
訪問看護ステーションの活動
地域の歯科医師会の関心
地域の薬剤師会の関心
中小病院の関わり、病院医師の関心
高齢者施設（特別養護老人ホーム・グループホーム・サ高住）のケア

◆ 在宅医療推進の課題について

医師の負担感について（24時間、365日の視点も含め）
訪問看護ステーションの質、および医師-看護間の連携について
診診連携、病診連携について
在宅医療の継続における課題
高齢者施設でのケアの質
在宅医療を選択する市民側の課題
終末期医療に関する課題（市民側 医療者側）
介護支援専門員の力量に関する課題
制度の課題
行政の積極的な関与について課題

◆ 在宅医療推進の方策

課題解決への方策 解決策
（まずはどこから 何を指標に どのように将来推計を立てながら、等）

◆ 提言として 具体性あるもの

|| ワークショップQ&A

今年度より本研修会に、「ワークショップ形式」を取り入れることとなりました。日本医師会会員の年齢層は幅広く、いわゆる参加型の学習に馴染の薄い世代の医師も少なくないと思われます。忙しい日常診療の合間の知識習得においては、書籍やAV教材などによる受動的学習に頼りがちで、グループディスカッションなどの能動的学習に参加する機会は乏しいのではないのでしょうか。

そこで、ワークショップによるグループワークを進めてゆく上での基本的事項に関して、Q&Aを編集いたしました。地域での活動にご活用いただければ幸いです。

Q-1 | ワークショップ (workshop) とはなんですか？

①仕事場、作業場 ②参加者が専門家の助言を得ながら問題解決のために行う研修会 ③参加者が自主的活動で行う講習会（出典；デジタル大辞泉）、と記載されています。このように、研修会や講習会でもあることがお分かりいただけると思います。

おそらく、ワークショップと聞くと、一般的なイメージは工房でしょう。ここでは、部品を組み立てながら製品を完成させますが、さまざまな意見を聴取し、整理して、何らかの結論を導き、そして提案する過程は、モノを産みだし、消費者の手に渡す作業と重ね合わせると分かりやすいかもしれません。

Q-2 | ワークショップの意義は？

課題について議論し、その結果を整理し、問題解決への提案を成果とします。他者との一連の共同作業を通して、異なる考え方や立場の違いを知ることができます。さらに、同じ目標を共有して協力することにより、ある種の達成感を得ることができるはずです。

また、仲間意識が芽生え、「連携」への一助となるでしょう。実際に膝を交え、意見を聞き、人柄を知ること、信頼関係も生まれます。複数の視点から導き出された成果は、それだけ重みのあるものとなります。

Q-3 | ワークショップの進め方は？

参加者が共有できるテーマを設定して、参加者全員が発言の機会を持てるように6～7人のグループに分かれます。各グループでは「ファシリテーター（後述）」が進行を行います。ワークショップ冒頭で「記録を取る人」、「発言を整理する人」、「結果を発表する人」など、役割を明確にします。

一定の時間内に発言内容を整理して、最後にグループごとに発表して頂きます。具体的な提言につながる結論が導かれれば理想ですが、仮に結論に至らなくとも、課題を整理するだけでも大きな成果といえます。

Q-4 | ファシリテーター (facilitator) の役割は？

ファシリテーション(facilitation)とは話し合いなどの集団で行う活動がスムーズに進行し、成果が上がるように支援することです。ワークショップの場面では、適切な質問を投げかけ、意見を引き出し、話し合いの方向性がずれないように修正したり、合意に向けて論点の整理を担当したりするのがファシリテーターです。

Q-5 | ワークショップは実際にはどのように行うのでしょうか？

- ①オープニング(話し合いをしやすい雰囲気づくりが重要)
- ②テーマを投げかけて、意見を引き出す (その際には開かれた質問が重要)
- ③出された意見を絞り込み、KJ法^{※(後述)}などを用いて整理する
- ④結論を提言としてまとめるために助言する

Q-6 | KJ法とは？

KJ法は、文化人類学者の川喜田二郎氏（東京工業大学名誉教授）がデータをまとめるために考案した手法で、考案者のイニシャルにちなんでKJ法と呼ばれます。

データや情報をメモ用紙（ポストイット[®]）やカードに記載し、これらの用紙やカードを、内容によって分類（グルーピング）し、図解しながらまとめていきます。

最近では、KJ法という名称が一般化し、企業研修や学校教育、各種のワークショップなどで広く用いられるようになりました。ブレインストーミング^{※(後述)}により、さまざまな断片的なデータを統合し、創造的に問題解決の糸口を探っていきます。

Q-7 | ブレインストーミング (brainstorm) とは?

集団でアイデアを出し合って、相互交錯の連鎖反応や発想の誘発を期待する技法といわれています。今回は好ましいとされる6～7人のグループで行い、先入観を与えないように、その場で資料を配布して行います。

Q-8 | ブレインストーミングのコツは?

その1 判断したり、結論を出したりしない

その2 批判的な意見は慎む

仮に否定的な意見を述べる場合には、肯定の可能性を広げるような発言を歓迎する。

例、「在宅で24時間の管理はできませんよ。晩酌もできないじゃないですか?」と否定する意見よりも、「晩酌していても、24時間管理できる方法はないのでしょうか?」という発展的な意見が期待されます。

その3 粗野な考えも歓迎する

なぜなら、既成概念を打ち破るアイデアが出てくる可能性があるからです。奇抜な考え方やユニークで斬新なアイデアは、最初は一笑に付されることがありますが、後に大きな発見や発展につながることもあります。

その4 他者の意見に便乗することを妨げない

他者からの、さまざまなアイデアを結合して、別のアイデアを創造したり、一部を改変したりすることで、新たなアイデアを生み出していくことができます。

Q-9 | KJ法は実際にどのように行うのでしょうか?

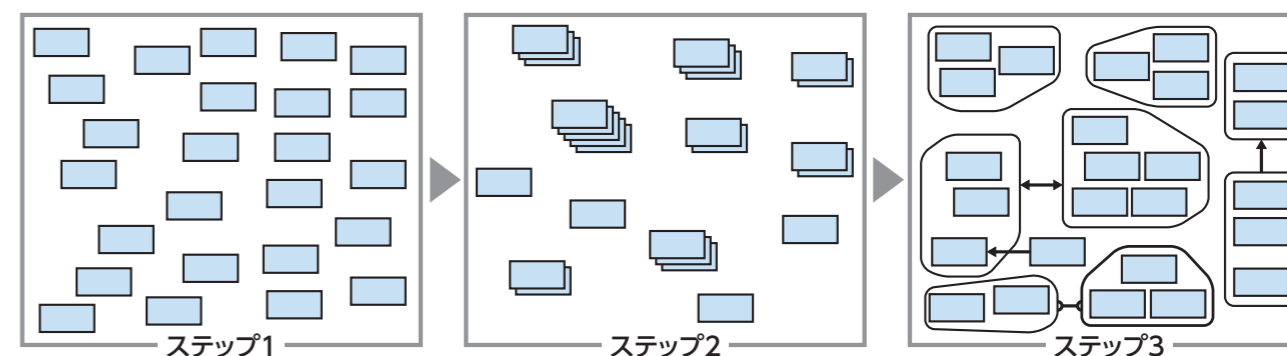
i) カード (ポストイット®) の記載

ワークショップに参加した全員が、同時進行で、1つのデータを1枚のカードに要約して記述します。1枚のカードに複数のデータを書き込まないのが原則です。

ii) グループピング

数多くのカードの中から似通ったものをいくつかのグループにまとめ、それぞれのグループに見出しをつけます。

iii) 整理には、図解化を行います

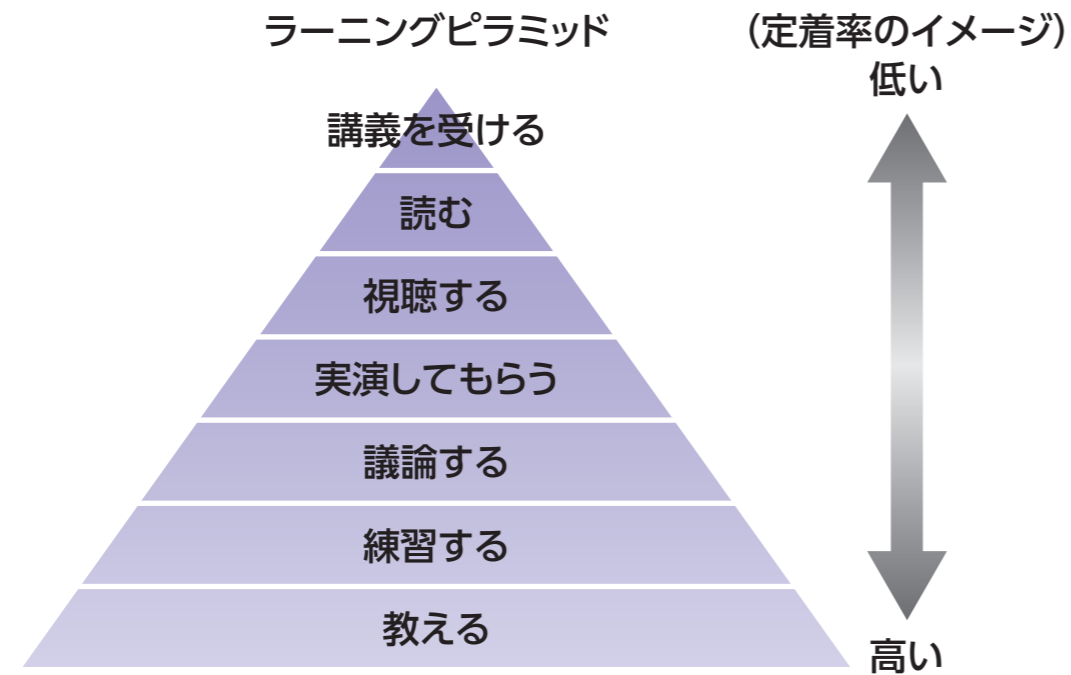


付録-2 学習方法を格付けした「ラーニングピラミッド」について

ラーニングピラミッドはあくまでも仮定されたモデルで、かりに数値が併記されていても、科学的な裏付けはありません。学習効果は、受動的な「講義を受ける」から能動的な「意見交換に参加」、さらに「教える」までの7段階にランク付けして、下段に行くほど、その効果が高いことを示すイメージ図です。

外科系の医師は、「See one Do one Teach one」と、教えられた経験があるかもしれません。技能を会得する時には、手術をみたり、手術書を読んだりして学習し (See)、実際に手術を体験して (Do)、それを教えられるようになって (Teach)、はじめて身につけたと言えるレベルとなるという格言です。

学習の円錐 (The Cone of Learning) も、See one, do one, teach one が意図することと同様でしょう。



■引用
Dale, Edgar. (1946) The "Cone of Experience", Audio-Visual Methods in Teaching. NY: Dryden Press.

平成29年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

発 行：公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1 全共連ビル麹町館
制 作：佐藤あゆ美、鈴木芳明（有限会社エス・アンド・エスクリエイティブ）