

第7回九州厚生局地域包括ケア市町村セミナー

医師会からの市町村支援

～在宅医療・介護連携の推進に向けて～



公益社団法人肝属郡医師会
肝属郡医師会立病院
地域医療室

鹿児島県における当地域の現状



鹿児島県肝属郡錦江町/南大隅町

①高齢化率 ※2016年10月1日現在

南大隅町 46.0%（鹿児島県1位） **錦江町 43.9%**（鹿児島県2位）

- ・鹿児島県で最も高齢化率が高く、人口減少及び過疎化が進んでいる。
- ・高齢過疎の進行する地域であり、医療・介護を必要とする割合は高いが、支える医療及び介護資源が不足している。

②面積

- ・対象地域の面積も広く、管内での救急要請から当院への搬送時間は平均34分、南大隅町佐多署管内からは約60分要する。

③在宅医療従事者の人材不足

- ・在宅医：南大隅町佐多地区には2施設の診療所しかなく、週末は医師が不在となる場合もある。
- ・勤務医：地域には救急告示病院（二次救急）は1施設箇所のみであり、勤務医の負担が大きい。
- ・在宅療養支援診療所：南大隅町佐多地区は2施設しかなく、各施設の負担が大きい。
- ・訪問看護ステーション：地域には24時間体制の事業所が2施設と各自治体に1施設しかない。

市町村名	2017年2月1日現在							2016年10月1日現在		
	診療所		病院	病院	歯科医院	薬局	訪問看護ステーション	地域		65歳以上人口割合 (%)
	無床	有床	50~200床未満	200床以上				人口	面積 (km ²)	
錦江町	5	2	1	0	4	6	1	7,723	163.15	43.9%
南大隅町	6	0	0	0	2	3	1	7,356	213.61	46.0%

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 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、郡市区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。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的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。

○事業項目と取組例

【医師会へ委託】（ウ）、（エ）、（オ）

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

1. 入院医療について<在宅復帰の促進>

高度急性期・急性期



平成26年改定
自宅等退院患者割合
の導入
7対1の自宅等退院患者割合：
75%以上

地域包括ケア病床・回復期等



在宅復帰率
回復期リハ病棟1：7割以上
回復期リハ病棟2：6割以上

在宅復帰機能強化
加算を算定している
療養に限る
(回復期リハを除く)

平成26年改定
在宅復帰率の導入
地域包括ケア病棟1：
7割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭



外来・訪問サービス等

老健



長期療養



在宅復帰支援型老健等に限る

在宅復帰支援型老健等に限る
(回復期リハを除く)

【参考】在宅復帰率(介護保険)
在宅復帰支援型老健 > 5割
上記以外* > 3割
※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

在宅復帰率に係る加算の評価
療養：在宅復帰率**50%**以上の評価

平成26年改定

入院できる期間が限られる⇒地域の医療、介護事業所等が連携する仕組みを模索

* 高齢・過疎地域

* 支える「人」も「資源」も限られている

どのような形で地域を支えていけばよいのか

地域が困る

「地域包括ケアシステム」
の構築が急務の課題



郡医師会が拠点となり、限られた人材による
多職種連携

国の流れ～地域の取り組み

H24 在宅医療連携拠点事業モデル事業(全国105)

H25 認知症初期集中支援チーム設置モデル事業
(全国10) ⇒南大隅町より委託

H25 在宅医療連携拠点強化事業
(平成27年度まで)

H26 認知症初期集中支援チーム設置事業
(南大隅町より一部委託)

H28 錦江町・南大隅町

【地域支援事業】

* 在宅医療・介護連携事業

* 認知症初期集中支援チーム設置事業



肝属郡
医師会立病院

平成24年度中に組織化

在宅医療連携拠点連絡協議会

【構成メンバー】

肝属郡医師会、肝付歯科医師会、肝属薬剤師会、大隅地域振興局、錦江町、南大隅町、地域包括支援センター、社会福祉協議会、訪問看護ST、ヘルパーST、居宅介護支援事業所、肝属郡医師会立病院等

【構成】

＊各団体代表者、担当者が参加

＊開催頻度：年3回程度

【協議内容】

- 1) 連絡会にて協議した課題に対する意見交換
- 2) 地域の多職種にて構成するグループワーク
- 3) 外部講師による研修会の開催

【在宅医療連携拠点事務局】

企画運営班

- ・協議会、連絡会の企画、運営
- ・訪問、普及啓発活動
- ・情報共有ツールの検証
- ・ホームページの更新作業
- ・活動報告書の作成、広報

広報研修班

- ・連絡協議会の案内
- ・研修会の企画、広報
- ・医師会、訪看ステーション等への訪問活動
- ・医療、介護資源マップ作成

平成25年度以降に新たな組織

在宅医療連携連絡会

【構成メンバー】

肝属郡医師会、肝付歯科医師会、肝属薬剤師会、大隅地域振興局、錦江町、南大隅町、地域包括支援センター、社会福祉協議会、訪問看護ST、ヘルパーST、居宅介護支援事業所、肝属郡医師会立病院等

【構成】

＊各団体代表者が参加

＊開催頻度：年5回程度

【協議内容】

- 1) 連絡協議会に向けた事前協議
- 2) 各班、グループにおける進捗状況報告
- 3) 各団体からの情報提供

【各団体にて構成される作業グループ】

在宅医療グループ

- ・かかりつけ医間の連携
(在宅療養者合同支援カンファレンス)
- ・訪看ST、CM等との連携
- ・24時間体制の構築
(肝属郡医師会立病院との連携)

口腔栄養グループ

- ・口腔ケアの取り組み
- ・口腔関連研修会の企画、開催
- ・栄養関連研修会の企画、開催
- ・地域における栄養関連の課題抽出

認知症ケアグループ

- ・認知症初期支援チームによる早期診断、対応
- ・地域における認知症ケアの取り組み
- ・住民、関係機関への普及活動

薬剤グループ

- ・在宅訪問薬剤指導の取り組み
- ・研修会の企画、開催
- ・薬局サポート体制の充実

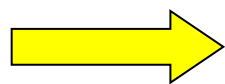
情報収集
意見交換

～医師会からの市町村支援①～

地域における医療と介護の連携上の課題



行政担当者、地域包括支援センター、訪問看護師、ケアマネージャーも同行



かかりつけ医との連携関係を築く

【課題】

- 書類遅延：主治医意見書、訪看指示書（市町村、訪看ステーション）
- かかりつけ医との面会が出来ない（CM、地域包括支援センター）
- 訪問診療を要請した時に断られる（CM）
- かかりつけ医との連携手法を知りたい（市町村、CM、訪看ステーション）
- かかりつけ医と夜間、急変時に連絡がとれない（CM、訪看ステーション）
- かかりつけ医へ医療材料の件を相談しにくい（訪看ステーション）

医療機関へ訪問活動(アウトリーチ)



【目的】

- 1、関係機関より抽出された連携上の課題について、意見交換
- 2、医師不在時や夜間の診療体制の協議
- 3、多職種連携を推進する為開業医より助言、指導を頂く

【得られた効果】

- * 在宅療養支援診療所の届出やエリア外への訪問診療も行われた(在宅医療への新規参入、対象エリア外の開拓)
- * 医師の診療スタイル(TEL、FAX、メール)を把握することができ、関係機関へ情報共有することが出来た(連携手法を知る⇒情報提供)
- * 医療材料の取り扱いは、かかりつけ医へ制度の説明を行うことで、訪問看護ステーションの負担軽減へ繋がった

医療機関（在宅医）の負担軽減

週末（土日）不在となり、訪問診療患者へ対応に不安がある



在宅療養支援診療所として連携医療機関があるにも関わらず、十分な**連携**がとれていなかった



南大隅町立
郡へき地診療所

⇒ **新たに**在宅医療を取り組む**医師を増やす**ことも重要だが、
現に取り組まれている医師の**負担**や**課題**を解決することも重要

郡市医師会が果たす役目

市町村と連携した取り組み



【課題】

- 地域に訪問入浴サービス(入浴手段)がない(CM)
- 行政として、認知症の取り組みを推進したいが、現場であるかかりつけ医の協力が必要となるが、どのように医師会と進めていけばよいのかわからない(市町村、地域包括支援センター)
- 行政として、住民へ在宅医療の普及、教育を推進したい(市町村)
- 人工呼吸器を使用しながら、在宅生活支援をしたいが、どのようにすればよいのかわからない(CM)
- 同じ町内だが、エリア外との理由で、宅配給食に制限がある(CM)

市町村と連携した取り組み



【得られた効果】

＊在宅人工呼吸器の支援については地域の医師、歯科医師、救急隊等の関係機関へ協力要請を行い、在宅療養が可能となった【在宅人工呼吸器】

＊町内に訪問入浴サービスがなく、担当市町村及び社会福祉協議会と協働で、町外へ働きかけを行い、サービス決定まで約4ヶ月要したが、過疎・高齢化地域を抱える行政間の協力体制が可能となった【訪問入浴サービス】

＊拠点機能が活かされ、市町村、かかりつけ医、民生委員等からの協力体制が得られ、平成25年度からは南大隅町にて「認知症初期集中支援チーム等設置促進事業」を実施することが決まり、行政、医師会等関係機関と連携する新たな取り組みがスタートした【地域における認知症ケアの取り組み】

～医師会からの市町村支援②～

(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供
体制の構築推進

在宅療養支援診療所／病院の主な基準

要件	1(強化型)	※2(連携型)	3(従来型)
医師	3名以上	他医療機関と併せ3名以上(10未満)	当直医師とは別
24時間往診体制	当該医療機関	当該医療機関又は他医療機関と連携	
患者への文書	24時間体制の管理が必要な患者について、24時間往診・訪問看護を行う担当医師、担当看護師等の氏名、担当日、連絡先等を患家に文書で提供		
緊急往診 ※1年間	10件以上	4件以上	
入院受入体制	常に確保	当該医療機関又は他医療機関と連携	当該医療機関又は他医療機関と連携
看取り ※1年間	4件以上	2件以上	
連携先の情報提供・共有体制	他の医療機関または訪問看護ステーションと連携する場合は患家の同意を得て、緊急時の対応に必要な診療情を文書により随時提供		
		連携医療機関間において、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施	

※2(連携型): 連携に参加する各医療機関が過去1年間の緊急往診件数4件以上と看取り件数2件以上または15歳未満の超・準重症児に対する総合的な医学管理の実績2件以上を満たすこと

[ホーム](#) > [業務内容](#) > [保険医療機関・保険薬局の方へ](#) > 保険医療機関・保険薬局の管内指定状況及び届出受理状況について

更新日:2017年1月10日

保険医療機関・保険薬局の管内指定状況及び届出受理状況について

お知らせ

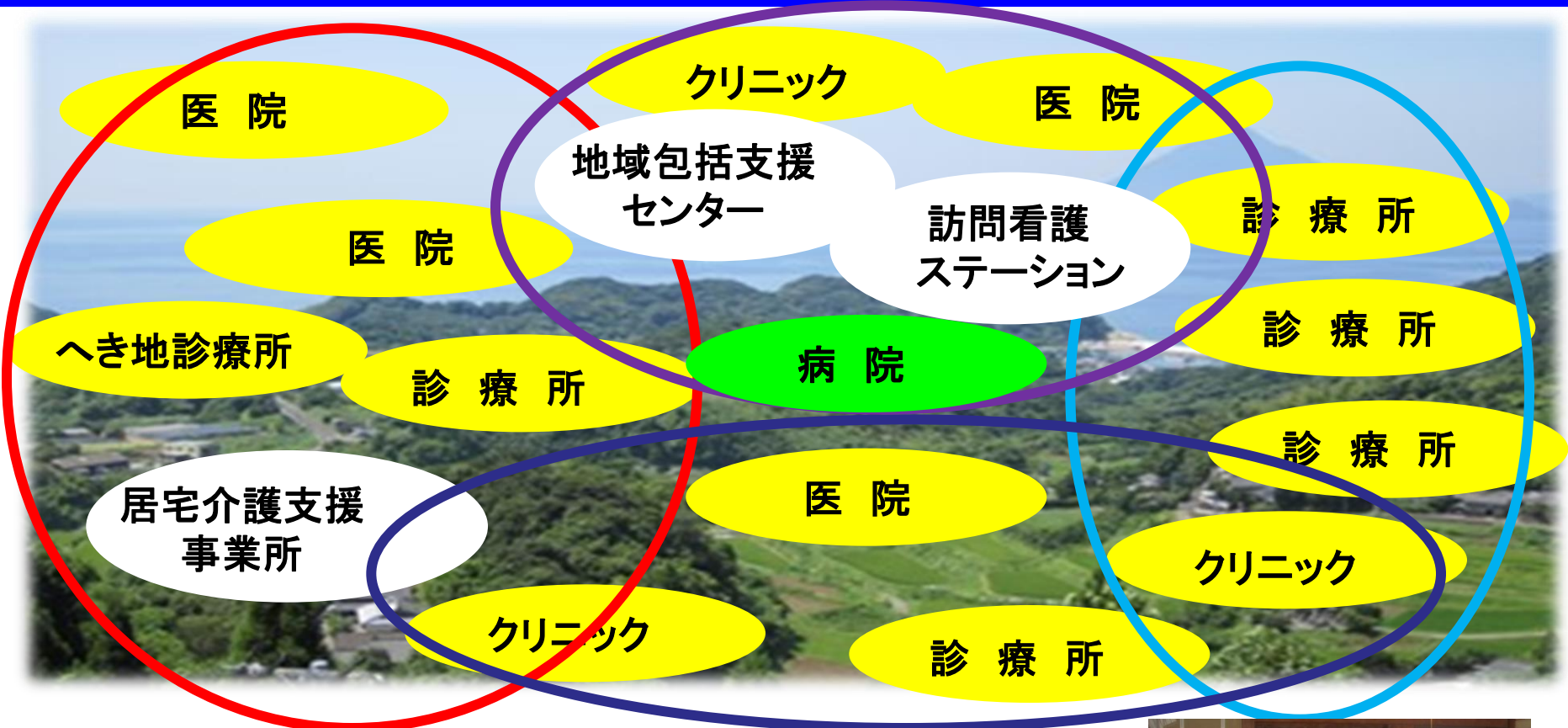
- 平成28年8月掲載分より、届出受理医療機関名簿(全体版)のエクセルデータを掲載しています。
- 平成27年4月掲載分より、これまで掲載していました全医療機関一覧表に変えて、コード内容別医療機関一覧表を掲載しています。
- [コード内容別医療機関一覧表における指定期間の確認方法については、こちらをご覧ください。\(PDF: 114KB\)](#)
- 各一覧表は、保険医療機関・保険薬局の届出に基づき登録された内容が表示されています。

コード内容別医療機関一覧表(指定一覧)(平成29年1月5日更新)

指導監査課(福岡)	佐賀事務所	長崎事務所	熊本事務所
<ul style="list-style-type: none"> • 医科(PDF: 7,447KB) • 歯科(PDF: 4,588KB) 	<ul style="list-style-type: none"> • 医科(PDF: 1,182KB) • 歯科(PDF: 634KB) 	<ul style="list-style-type: none"> • 医科(PDF: 2,165KB) • 歯科(PDF: 1,095KB) 	<ul style="list-style-type: none"> • 医科(PDF: 2,355KB) • 歯科(PDF: 1,276KB)

どこの医療機関が在宅療養支援診療所/病院等の基準を届け出ているか把握することにより在宅医療提供状況の把握に繋がる

日常的に診療報酬上で連携されている現状を知る



急変時の受入



24時間対応
(往診・訪問看護)



ターミナルケア/看取り

かかりつけ医との連絡手段

	医療機関	在宅訪問	往診	看取り	連絡手段	在宅療養支援診療所/病院
1	医院	○	○	○	看護師→医師	○
2	クリニック	×	×	×	×	×
3	医院	○	○	○	医師	○
4	医院	○	○	○	看護師→医師	○
5	診療所	○	○	○	医師	×
6	診療所	×	×	×	×	×
7	クリニック	○	○	○	携帯	○
8	クリニック	○	○	○	看護師→医師	○
9	医院	○	○	○	医師	×
10	診療所	○	○	○	医師	×
11	診療所	○	×	×	看護師→医師	×
12	診療所	○	○	○	医師	○
13	診療所	○	○	○	医師	○
14	肝属郡医師会立病院	○	○	○	医師	○

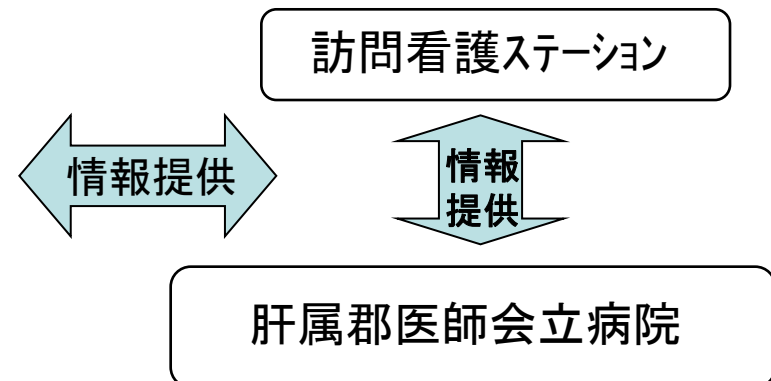
在宅療養者の連携体制

急変時の受入体制を強化する為、かかりつけ医との連携を強化

- 1、拠点**直通回線**(TEL/FAX)を活用した連絡調整
- 2、かかりつけ医、訪問看護ステーションとの**意見交換会**
- 3、病状不安定者やかかりつけ医不在時の情報提供

医療機関名	対象エリア
長浜医院	錦江町、南大隅町
濱畑クリニック	錦江町（田代地区）
津崎医院	南大隅町（根占地区） 錦江町（大根占地区）
じょうさいクリニック	南大隅町（根占地区）
南大隅町立佐多郡診療所	南大隅町（佐多地区）

かかりつけ医との意見交換会



- * 24時間体制
- * 緊急往診
- * 訪問看護、ケアマネージャーとの連携
- * カンファレンス等の開催
- * 患者家族へ主治医の連絡先の提示

在宅療養支援診療所/病院等における施設基準の遵守をサポート



郡市医師会の役目

病院から退院と言われたが、**自宅で介護する自信**がない

最近もの忘れが進み、**薬の管理**をどのようにすれば良いのか

医師より余命数か月の説明を受けた。**最期は自宅**で生活させたいが、どのようにすれば良いのか



地域包括支援センターへ相談をお願い



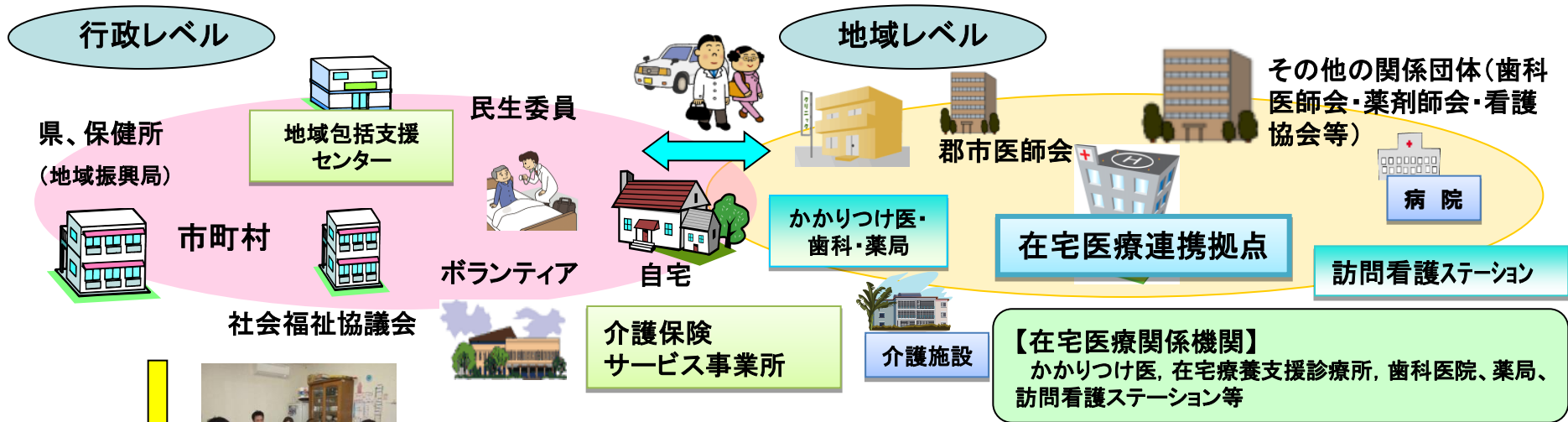
肝属郡医師会立病院(地域医療室)へ繋ぐ

在宅医療・介護提供状況(錦江町・南大隅町)

	H23	H24	H25	H26	H27
訪問看護利用回数(延べ)	3395	4225	4802	5709	7699
看取り件数(在宅)	16	17	28	21	15
看取り件数(特養)	18	21	10	25	28

在宅医療提供状況を客観的に把握することで、現状や課題が抽出され、地域課題に対する対応策など協議する過程に繋がる

在宅医療・介護連携における拠点の役割



各機関において、果たしている機能

- ・保健行政的立場の指導的存在
- ・地域住民とのパイプ役的存在
- ・臨床機能
- ・医療、介護、福祉間の連携機能
- ・協議会、ネットワーク機能
- ・人材育成機能

在宅医療連携拠点機能として求められること

- ・地域リーダー育成
 - ・普及啓発
 - ・ネットワーク会議の開催 (顔の見える関係、連携上の課題解決)
 - ・切れ目のない在宅医療、介護の連携体制を構築する為のネットワーク化
 - ・多職種協働による医療と介護の連携体制の構築 (チーム医療の推進)
 - ・効率的な医療提供のための多職種連携
- (地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動、訪問支援)

【数値目標】
 ①在宅医療を実施している医療機関の割合↑
 ②訪問看護ステーション利用実人員↑ など

- 在宅医療・介護の推進を目指す
- 1、一つのレベルでも機能なくなると、全体に影響する
 - 2、各地域で連携拠点機能を担う機関が異なり、地域の実情に応じて構築される

[在宅医療・介護連携拠点イメージ図] ～住み慣れた地域で安心した生活を送る為に～

《医療》

【医療機関】



地域での社会資源（医療、介護サービス）がわからない

退院



退院後在宅でどのように生活していけばよいのか、不安

患者、家族

夜間病状が悪化した時が不安

相談



地域包括支援センター

《介護》

相談

在宅医との連携がとりにくい

- 【居宅系サービス】
- ・地域包括支援センター
 - ・居宅支援事業所
 - ・社会福祉協議会
 - ・ショートステイ事業所
 - ・デイケア事業所
 - ・訪問介護事業所
 - ・訪問入浴事業所
 - ・宅配給食事業所

《退院支援サポート》

《情報共有・連携》

在宅医療の普及啓発

- 【行政】
- ・保健所
 - ・保健センター
 - ・市町村担当者

《情報共有・連携》

- ・急性期
- ・亜急性期
- ・回復期
- ・療養型



24時間連携体制、チーム医療の提供

多職種協働による医療と介護の連携体制の構築

人材育成、普及啓発

人材育成、普及啓発

- ・在宅医（在宅支援診療所）
- ・歯科医
- ・歯科衛生士
- ・保険薬局
- ・訪問看護ステーション



・在宅医療を担う専門職種の人材育成
・多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成

-在宅医療連携拠点事務局- 肝属郡医師会立病院（地域医療室）

- 【職員体制】
2.5名：医療ソーシャルワーカー（社会福祉士） 2名：保健師
- 【業務内容】
- ①拠点事業企画運営業務
 - ・在宅医療連携連絡協議会、医療従事者研修会の開催
 - ・24時間体制を構築する為のネットワーク化
 - ・医療福祉従事者及び地域住民への在宅医療の普及啓発活動
 - ・医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動
 - ②相談支援業務
 - ・患者家族からの医療、介護、福祉等の相談窓口
 - ・他医療機関からの転院相談及び入院患者の退院調整
 - ・緊急一時入院の相談及び調整（災害時を含め）
 - ③連携促進業務
 - ・直通回線（電話、FAX）を活用した、他機関との連携強化
 - ・地域包括支援センター等への医療的なアドバイス
 - ・情報共有書式を活用した、他機関との情報交換及び伝達

訪問支援



- 【施設系サービス】
- ・介護老人福祉施設（特養）
 - ・介護老人保健施設
 - ・グループホーム

・在宅医療を担う専門職種の人材育成
・多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成

医療行為がある場合の手技に不安がある

