

堺市における在宅医療ネットワーク講演会
(2013. 01. 26)

多職種による地域連携を 推進するために

～これからの連携を考える5つのポイント～



宮崎県立日南病院
医療管理部 医療連携科
木佐貫 篤

(今日のもくじ)

1. 地域医療連携とは何か？

2. これまでの連携

～地域医療連携 First Decade～

3. 多職種ネットワークの構築

4. 地域医療連携のこれから



「医療連携とは」

地域内の医療機関（病院，診療所など）がそれぞれの役割（機能）を分担・発揮し，お互いにスクラムを組んで，患者や住民の健康と福祉を支えていく仕組み。あわせて質の高い医療を効率的に提供する。

連携を成功させるためには，パートナーシップ（共存共栄）の関係を築いていくことが求められる

WIN-WIN-WINの関係構築

「医療連携とは」

地域内の医療機関（病院，診療所など）がそれぞれの役割（機能）を分担・発揮し，お互いにスクラムを組んで，患者や住民の健康と福祉を向上させることを目指し，あわせて質の向上を図ります。

「三方よし」（近江商人の家訓）

売り手よし、買い手よし、世間によし

病院よし、診療所施設よし、患者によし

医療連携室の役割は？

地域の病院・診療所・介護施設・福祉施設や行政機関などそれぞれ異なる機能間の連携を調整するコーディネータの役割を果たす。

～よくわかる医療連携Q&A（じほう，2007）より～

連携部門は病院と院外をつなぐ窓口

連携部門は、

病院の営業窓口である

病院のよろず相談所である

病院内における横断的部署である

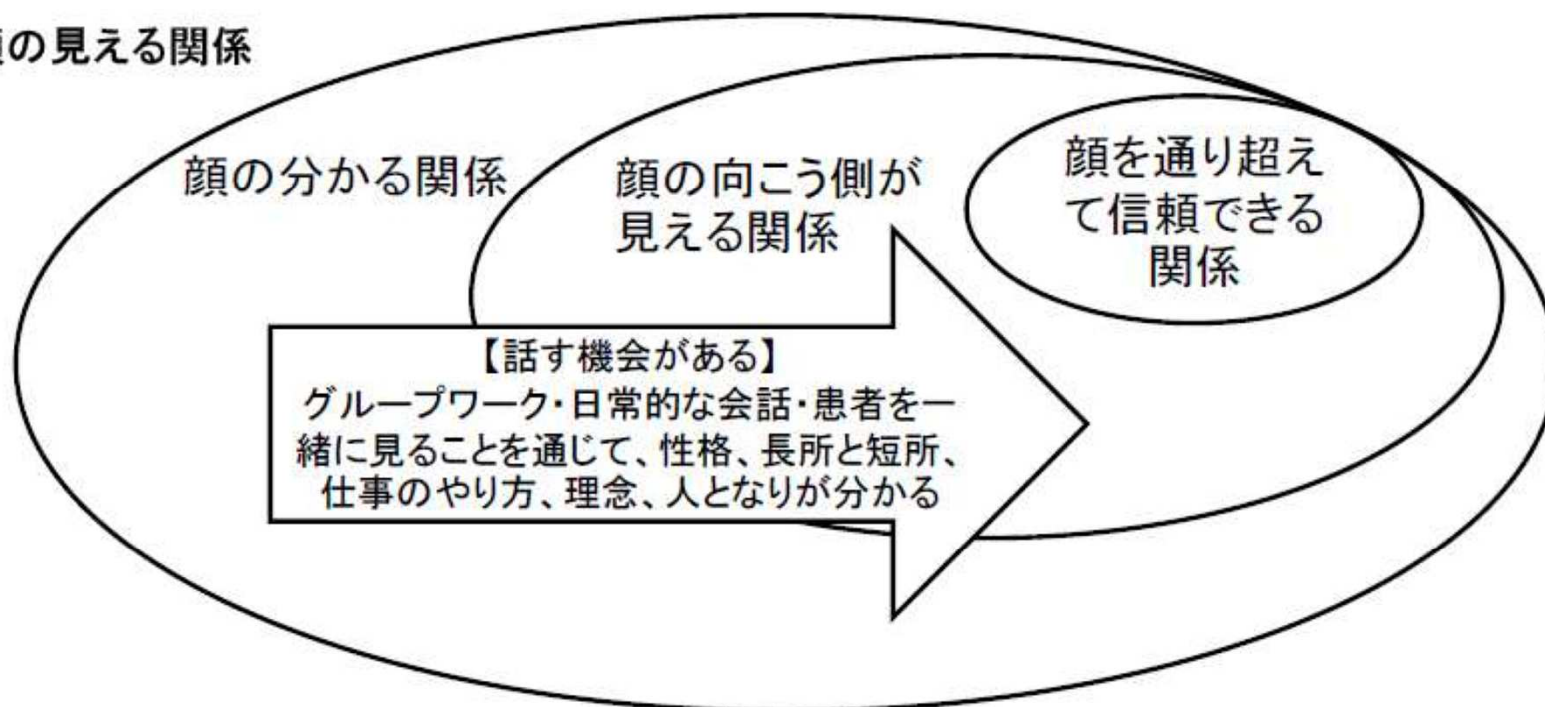
院内連携の推進の核となる部署である

院外との幅広いネットワークが必要である

医療連携はフェイス・トゥ・フェイス
(face to face) の関係作りから

「顔の見える関係」とは何か？

顔の見える関係



顔の見える関係と連携との関係

顔が分かるから安心して連絡しやすい
役割を果たせるキーパーソンが分かる
自分の対応を変えることでやりやすくなる
同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる
親近感がわく
責任のある対応をする



連携って誰のためのもの？
患者さん（利用者）のためのものである！

患者が、最も適切な時期に適切な場所で適切な医療を受けることができる事を保証されて、初めて安心して生活を継続する（入院・退院する）事ができる。



病院側の視点・経営側の視点に偏らない。
患者側の立場／視点に立ち、患者・家族の継続療養を保証し、健康を守り個人の尊厳を持った生活を支えていくことは地域連携室が担う大きな役割のひとつである。

**「入院した人が社会へもどる」という
意識をもつ事が大切**

連携なくして21世紀の病医院経営なし

まとめ (1)

「施設完結型」の医療から「地域完結型」医療への転換が求められている。そのなかで医療連携はすべての医療介護機関にとって、避けられない重要なマネジメント項目となっている。

医療連携のメリットを、病院、診療所だけではなく、患者にとってもメリットが感じられるシステム作りが重要である。(WIN-WIN-WINの関係構築)

医療連携は、患者のために行うものであり、連携室には、コーディネータの役割が求められる。そのためにはまず「face to faceの関係づくり」から。そして「mind to mindの関係へ」。

【地域医療連携の変遷】

第1フェーズ（2000年～）

「診療報酬で誘導した医療連携」（前方連携重視）
紹介状を介した病病連携・病診連携の発展
地域医療連携部門の設置、病院の営業活動

第2フェーズ（2006年～）

「療養環境重視の医療連携」（後方連携重視）
適切な退院調整による療養環境の継続、
地域医療連携部門への看護師配属、介護在宅との連携

第3フェーズ（2008年～）

「地域医療計画に基づく医療連携」（地域全体を包括）
地域性を踏まえた医療・介護・在宅支援機関同士の
ネットワークづくり、医療連携部門の役割変化

【第1フェーズの医療連携】

診療報酬制度が誘導した前方連携の広がり

平成12年4月改定で「急性期入院加算」が新設。
紹介率30%↑， 平均在院日数20日↓， 外来入院比1.5↓
→「医療連携」を行うと病院収益増につながる！

- ・ 新規紹介患者の獲得， 紹介率アップ
- ・ 入院患者増， 収益の低い再診患者の逆紹介（診療所へ）
- ・ 在院日数短縮のための取り組み
クリティカルパスの導入， 退院調整の推進



病院主導の連携推進・連携室設置へ

営業活動を推進（事務職員主体の医療連携部門設置）

【第2フェーズの医療連携】

療養環境を重視する後方連携への転換

- ・ 平成18年4月医療連携加算削除（紹介率ショック）
- ・ 退院調整（退院支援・連携パス加算，退院時共同指導料）
や在宅療養関連項目の評価（在宅療養支援診療所）導入

適切な退院調整による療養環境の継続、
地域医療連携部門への看護師配属、介護在宅系との連携



入院から在宅への流れ推進・後方連携（退
院在宅への連携）への取り組み重視へ
（退院調整看護師・MSWが連携室の主体となる）

【第3フェーズの医療連携】

地域医療計画に基づく医療連携への展開

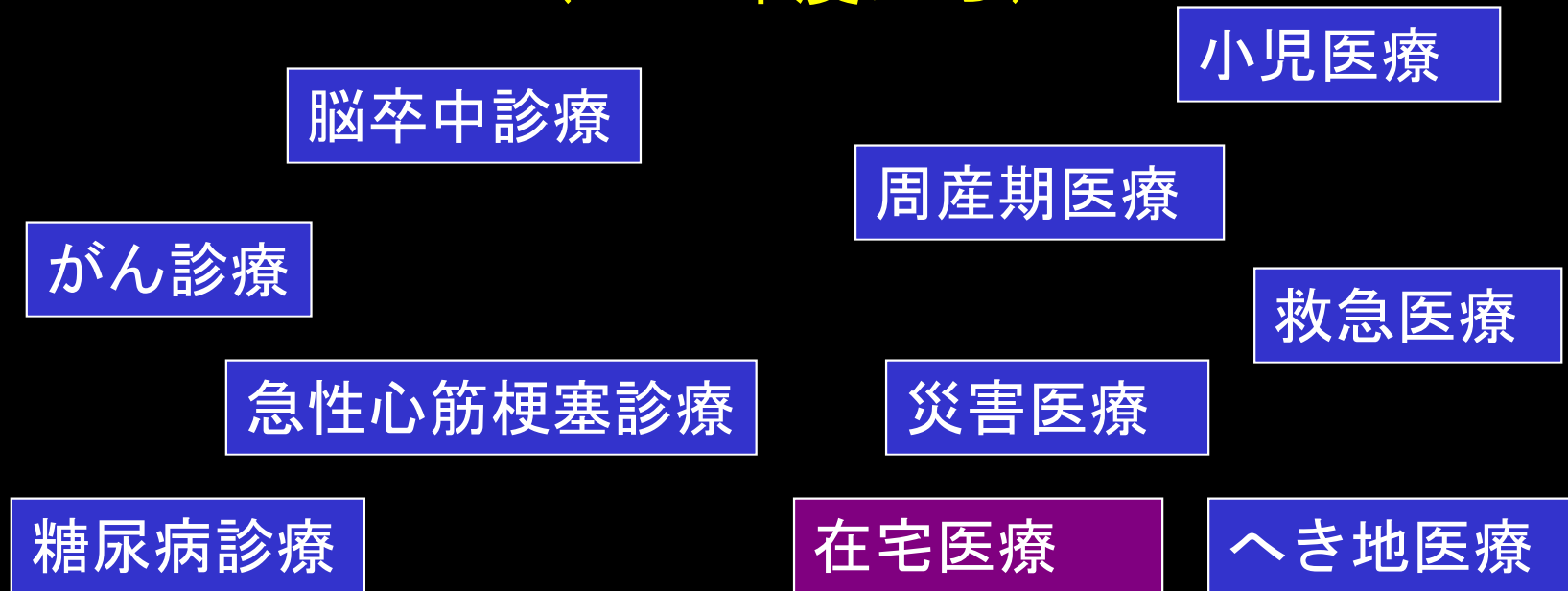
平成17年12月「医療制度改革大綱」（政府・与党医療改革協議会）に基づく医療制度改革



- 医療費適正化計画（平成20年4月から開始）
- 第5次改正医療法（良質な医療の提供体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律）
（平成19年4月から法律施行）
- 都道府県地域医療計画の改定
（全都道府県で平成20年4月から実施，平成24年度見直し）

地域医療計画提供体制の変革

(2008年度から)



- 4疾患5事業毎に住民にわかりやすい医療計画を提供
(住民, かかりつけ医, 病院を水平に結ぶ診療ネットワーク)
- 連携範囲は疾病毎に設定 (二次医療圏にとらわれない)
- 数値目標を導入 (例: 連携パス使用率〇〇%以上, 脳卒中による年間総入院日数を△△日に短縮, がん死亡率を××%以下)

宮崎県医療計画の基本理念

すべての県民が、質の高い医療サービスを安心して受けられる医療体制の確立

基本方針

○切れ目のない医療提供体制の構築

限られた医療資源を有効に活用するための機能分担と連携を促進し、疾病予防から治療、在宅まで切れ目のない医療提供体制の構築を目指します。

○安心・安全な医療体制の充実

市町村から関係団体、大学等と連携・協力しながら、小児救急をはじめ初期から3次までの救急医療体制等の充実を図ります。また、県境の地域における隣県医療機関との医療提供の連携強化を促進します。

○山間へき地の医療確保

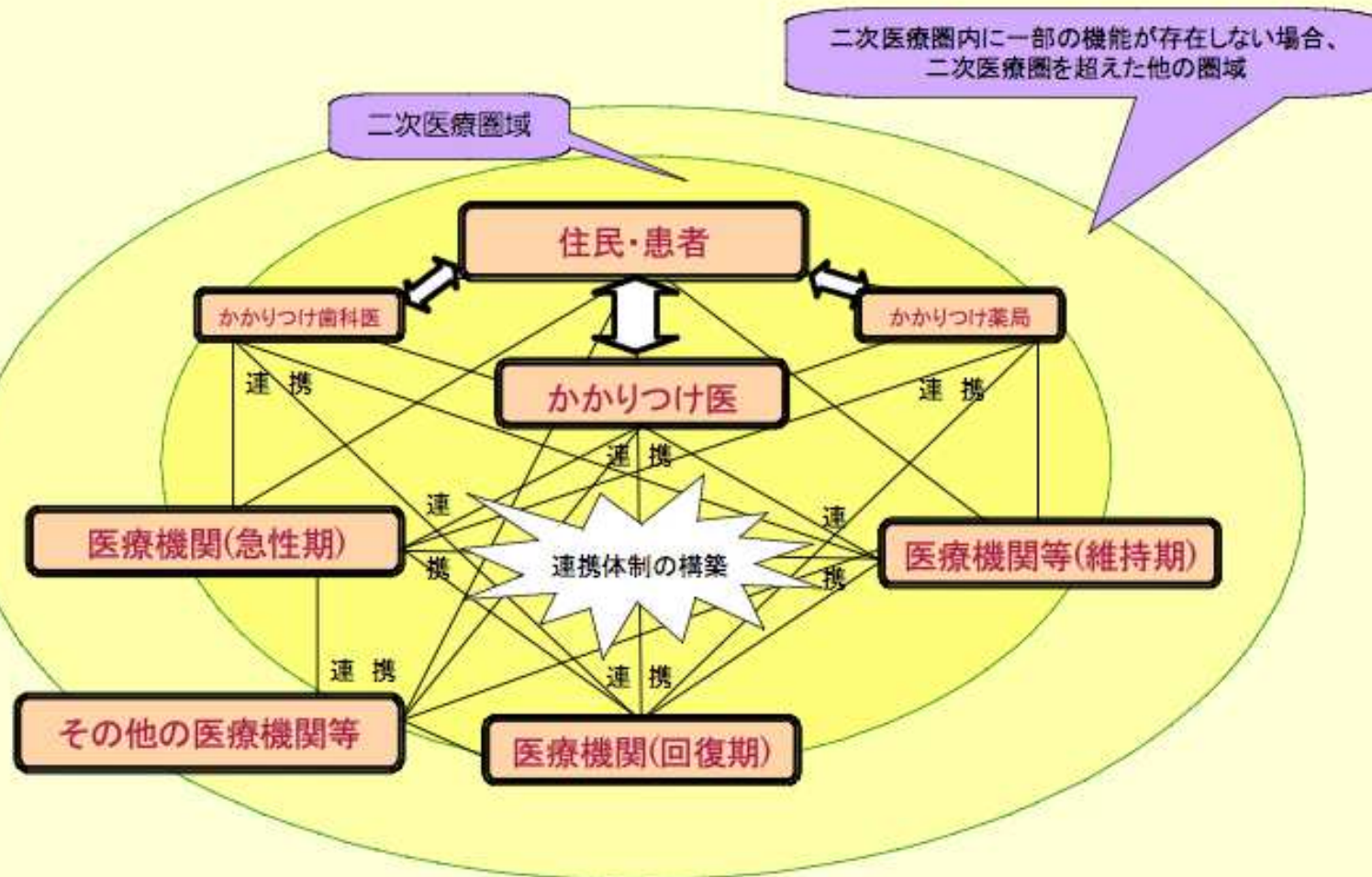
○医療従事者の養成・確保

○県民への情報提供

医療提供体制の考え方：医療機関の機能分担と連携

地域の「医療連携体制」のイメージ

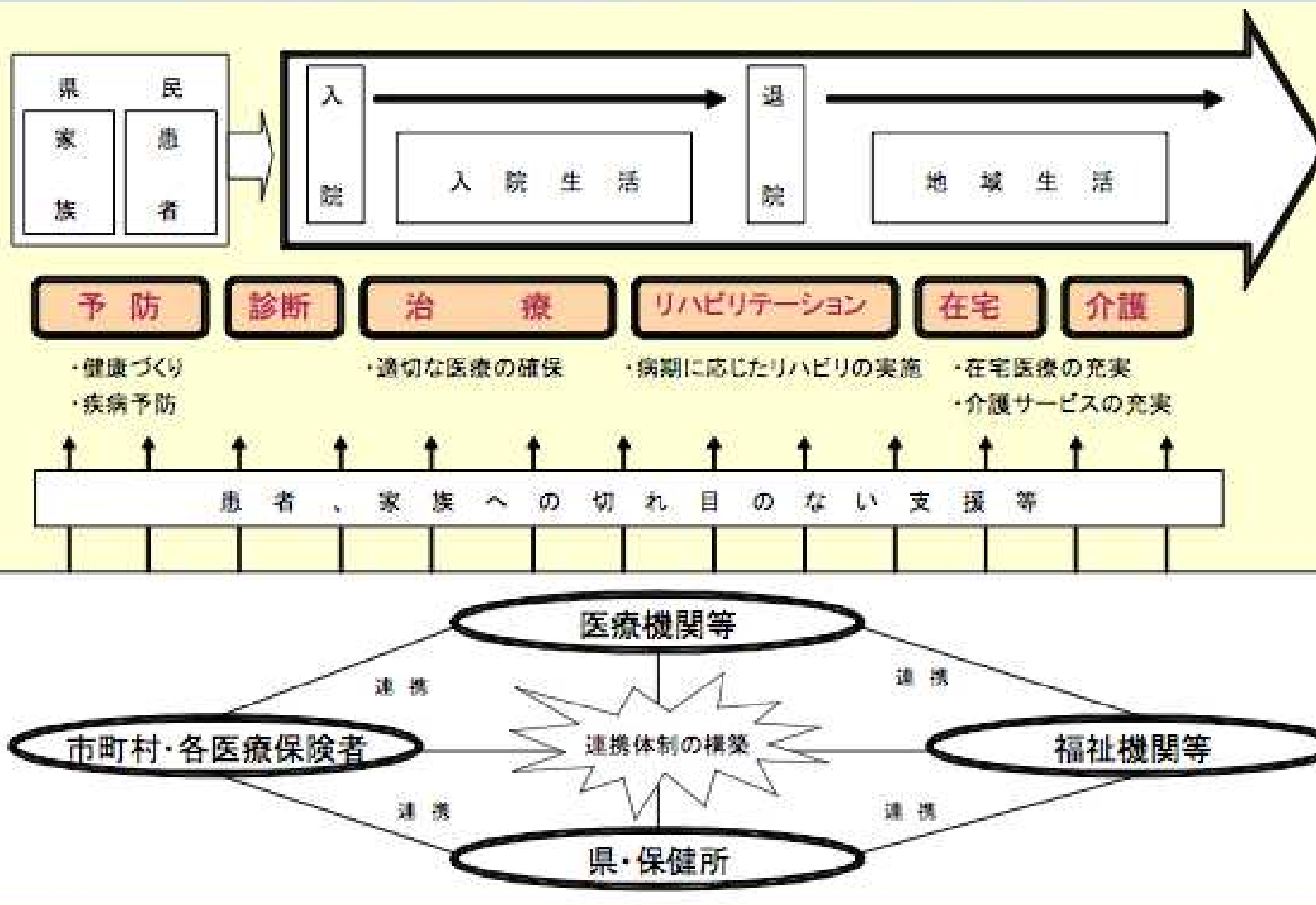
～ 「医療機関完結型医療」から「地域完結型医療」へ ～



医療提供体制の考え方：保健・福祉との連携

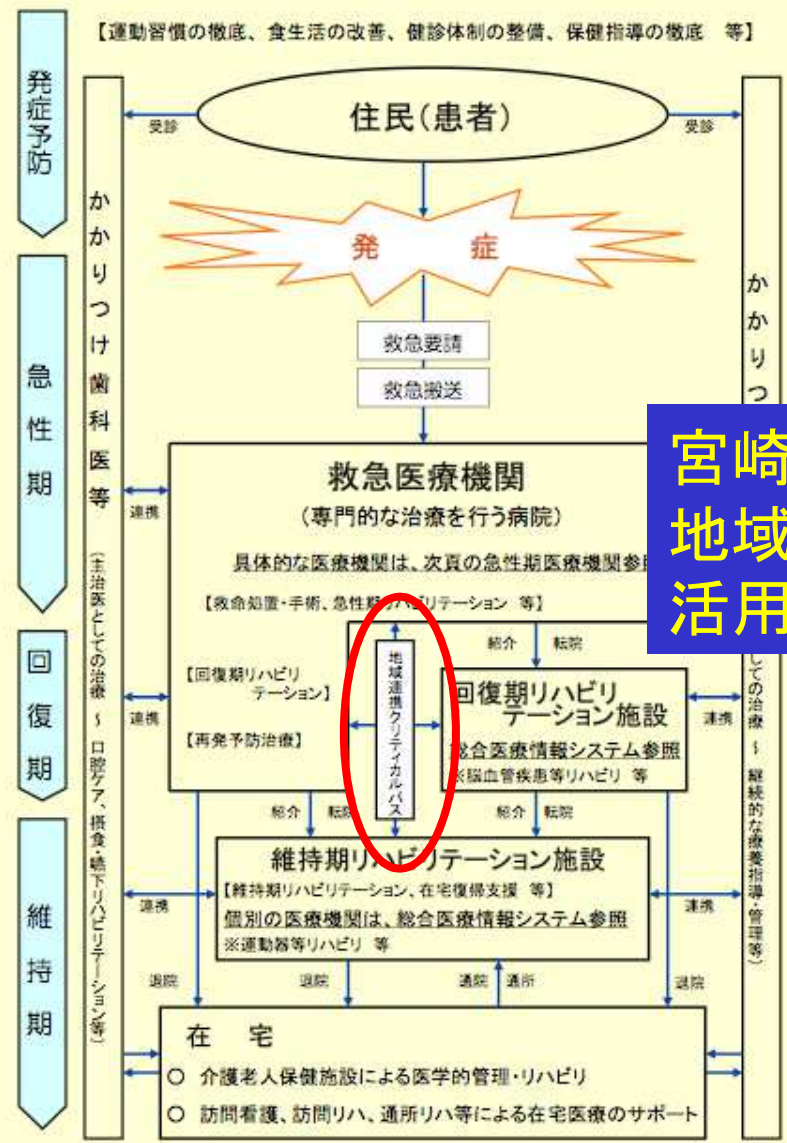
保健・医療・福祉連携のイメージ

～ 疾病予防から治療、介護まで切れ目のないサービスの提供 ～



宮崎県医療計画における脳卒中診療の医療提供体制

脳卒中の医療連携体制



宮崎県医療計画においても、地域連携クリティカルパスの活用が重視されている。

脳卒中にかかる医療圏（急性期の医療体制）

平成 20 年 3 月末時点



医療制度改革からみえてくるもの

- ・ 医療施設の機能分化（連携は当然のこと！）
- ・ 在院日数短縮
- ・ 疾病予備群への介入（治療から予防へのシフト）
→ 疾病管理の考え方
- ・ 多施設多職種による疾患毎（4疾患5事業）連携推進
- ・ 連携医療の目標設定・評価実施

●さらなる医療連携の推進

●幅広い領域にわたる連携体制作り

前方連携（患者受け入れ）から後方連携（退院調整、在宅療養支援）までのネットワーク

まとめ (2)

紹介率を要件とする診療報酬制度の導入が、地域医療連携推進の大きな牽引力となった。平成18年4月の診療報酬改定をうけ、前方連携主体の第1フェーズから、後方連携主体の第2フェーズへの転換が求められるようになった。診療報酬の動向からも医療介護連携推進が施策であることが見受けられ

平成20年度から新しい概念に基づく医療計画がスタートし、4疾患5事業への取り組み実施のなかで、医療連携・在宅医療が大きな役割を果たすことが求められている。(第3フェーズの医療連携時代) 連携部門には、大きな役割が期待されている。

宮崎県立日南病院 医療管理部医療連携科の概要

地域医療連携／医療相談室の設置：2003年4月

当院理念の一つ「地域社会に貢献する病院」の実現、及び病院機能評価審査による指摘「退院後の継続的な療養環境を整備して下さい」（留意事項）を受けて設置された。

医療企画部・医療連携科への組織改編：2006年4月

（2009年4月より医療管理部に名称変更）

現スタッフ：8名（2012年5月～）

医師 1名 総括（兼任）

看護師 2名（専任看護師長1，専任副看護師長1）
看護相談、退院調整

MSW 2名 退院調整（1名） [委託]

医療相談（1名） [非常勤]

事務員 1名 事務（紹介状管理等） [非常勤]

相談員 2名（がん相談支援センター） [非常勤]

医療管理部の理念

「地域医療連携・医療安全の推進及び医療に関わる様々な企画運営を通して、当院の人材育成や医療の質向上、地域の医療文化向上に寄与する」

医療連携科の目標

当院理念「地域社会に貢献する病院」の実現

- ・患者家族・地域医療介護機関・当院スタッフの間の相互理解を深め、患者を巡る様々な問題を解決し患者中心の医療が円滑に遂行できること
- ・県立日南病院を中心に地域全体の医療レベルが向上するための活動をサポートすること

それらを通じ南那珂地域の住民に満足度の高い良い医療を提供することを目指す

日南病院医療連携科の主な業務

- (1) 連携実績把握
(病院毎紹介実績の確認, 紹介状・返書等一括管理)
- (2) 連携に関する諸手続、問題
(院外からの相談, 苦情など)
- (3) 退院後の療養先に関する相談
(施設紹介・転退院調整、在宅サービス確認など)
- (4) 連携に関する情報提供・収集
(診療案内作成、病院・診療所訪問、院内への情報提供、地域での各種会議出席、等)
- (5) 各種研修会の実施、運営、協力
- (6) 地域連携パス事務局機能
(大腿骨頸部骨折、糖尿病、脳卒中、がん)
- (7) 医療相談 (高額医療、公費負担、介護保険など)

地域医療連携と職種間連携

(課題) いろいろな職種のつながりが希薄

同職種・多職種のつながりを広げていこう！

院内連携はすでにそこそこある

(ICT, パス, NST, 緩和ケアチーム, 褥創など)

ところで院外連携は？

多職種連携どころか同職種の連携も出来てない？

医療連携科が運営・協力する研修会等（1）

（1）全体対象

a) 県立日南医療連携セミナー

「リスクマネジメント」「褥瘡」など20回開催（参加者100名前後）

（2）疾患別連携

b) 在宅酸素重症児連絡会（小児科主催）

当院管理の在宅重症児について医療（病院、訪問看護）福祉（行政、保健所）消防等関係者が情報交換を行う。約10施設約20名参加。

c) 南那珂整形外科疾患連携協議会

管内の整形外科入院診療を行なう5施設の協議会。平成19年4月スタートで、同年10月より大腿骨頸部骨折地域連携クリティカルパスを運用。

d) 南那珂脳卒中連携の会

平成23年8月スタート。脳梗塞連携パスがほぼ完成。

e) 南那珂糖尿病連携ネットワーク会議

平成18年6月からの糖尿病勉強会（院内）を平成20年4月から院外オープンとした。糖尿病連携パスを運用している。

f) 南那珂感染対策セミナー（年2回開催）

g) 南那珂消化器カンファレンス（年10回程度、97回開催）

医療連携科が運営・協力する研修会等（2）

（3）職種別連携

h) スマイル会（南那珂地区透析施設看護師勉強会）

透析室勤務看護師の勉強会（年2回開催）。連携科が運営サポート。

i) 南那珂リスクマネージャー(RM)勉強会（看護部RM委員会主催）

地域の病院RMの交流を通じて医療安全文化の向上をめざす。

平成18年4月より6回開催し、現在は宮崎県看護協会支部事業として継続。

j) 南那珂栄養連携勉強会（栄養管理科主催）

地域の管理栄養士／栄養士が集まる。栄養連携情報提供書の作成。

k) 病院事務職員スキルアップセミナー（花立セミナー）

平成19年6月からこれまで5回開催（参加約30名/回）。

1泊2日合宿形式で病院事務職員のスキルアップと意識向上を図る。

県南地区リスクマネージャー (RM) 交流会

看護部RM委員会主催。地域の7病院RMの交流を通じて医療安全文化の向上をめざす。これまでに6回開催。

(平成18年4月18日, 10月13日, 平成19年3月2日, 7月6日,
平成20年7月4日: KYT研修, 10月10/11日: 静脈注射トレーニング)

[得られた成果]

- ・ RMスキルアップ (レベル分けの理解など)
- ・ 話しやすい、聞きやすい
- ・ 他施設の方法を参考にできる
- ・ ネットワークが出来た



第4回GW (事例分析)
第6回 (IVトレーニング)

花立セミナー（病院職員スキルアップセミナー）

病院職員のスキルアップと交流，意識向上を目的に，1泊2日合宿形式で行なう。



第1回（平成19年6月2-3日）

- ・ 事務職員のあり方
- ・ これからの地域医療連携
- ・ 病院経営とBSC（作成演習）
- ・ 広報戦略
- ・ 医事業務



第2回（平成20年5月10-11日）

- ・ 期待される事務職員の姿
- ・ 医療計画と地域連携
- ・ クリティカルパス（作成演習）
- ・ 医療安全
- ・ 物流・医療材料管理

われわれの取り組み

在宅酸素重症児連絡協議会

小児科と共催。 患児に関わる様々な人たちとの連携を図り、 児によりよい養育環境を提供する。

これまでに14回開催。 (平成16年12月～平成24年3月)



[得られた成果]

- ・ 児の状況改善（入院回数の減少）
- ・ 情報共有（疾患、生活環境、認定等）
- ・ 救急隊用緊急時対応手順表の作成
- ・ 訪問看護ステーションと病棟の連携推進
- ・ 在宅管理を開始する児のスムーズな移行
- ・ 学校（日常生活の場）との情報交換
- ・ 大災害時・台風時の対応手順確認

(第10回 H20.1.29)

[雑誌「エキスパートナーズ」平成20年8月号に記事掲載]

われわれの取り組み

南那珂在宅ケア研究会（日南）活動

- ・ 毎月1回（第2火曜日）夜に南那珂医師会で開催。
- ・ 目的は、多職種が一同に介して「在宅ケア」をキーワードにそれぞれの取り組み報告、事例検討などを行うことで、よりよい在宅ケア体制づくりを目指していくこと。
- ・ 医師， 歯科医師， 薬剤師， セラピスト（PT, OT, ST）， 看護師（病院， 訪問看護ST）， 保健所職員， ケアマネージャー（地域包括支援センター等）， 行政（市， 社会福祉協議会）， 介護施設職員， 民生委員， などが参加。
- ・ 平成7年4月に第1回を開催し、平成24年2月に第200回記念大会を開催。

多職種が集まってディスカッションする場

(連携担当者のつぶやき)

「連携， レンケイ， 連携っていわれるけど・・・うまくいかないんだなあ。どこが問題なのかなあ。」

「なにから取り組んでいけばいいんだろう？」



病院現場で抱えている問題点や課題

●お互いの情報不足, コミュニケーションがとれない

隣の施設が何をやっているのかがわからない

誰がどこで何をしているのかわからない (医療資源、介護資源の把握ができていない)

どこにコンタクトをとればいいのかわからない (窓口不明)

●医師とのコミュニケーションができない

こちらの話を聞かない、理解しない、怒られる

●退院調整がすすまない, 在宅医療がすすまない

経済的な問題, 地域性 (一人暮らし, 老老介護)

●介護領域とのコミュニケーションがうまくいかない

●お互いの情報不足, コミュニケーション不足

隣の施設が何をやっているのかがわからない

誰がどこで何をしているのかわからない (医療資源、介護資源の把握ができていない)

どこにコンタクトをとればいいのかわからない (窓口不明)

それだったら、仲間を増やそう、
実務者が集まって情報交換から始めよう！



連携実務者協議会を立ち上げよう！

連携部門のネットワークづくり

宮崎医療連携実務者協議会の設置

(これまで14回開催：2006年9月～2012年7月)



- ・ 講演，シンポジウム，グループワーク，など
- ・ 病院等の連携部門同士の情報交換・交流（地域で温度差あり）
- ・ 病院・連携部門紹介
- ・ 病院共通情報ツール作成

フェイス・トゥ・フェイス
（顔の見える連携）をめざして

われわれの取り組み

南那珂地区糖尿病地域連携パスの作成運用

●南那珂糖尿病連携ネットワーク会議の設立

(平成20年5月14日より1回／1-2月, これまで33回開催)

【参加施設】 (順不同)

基幹管理施設 : 県立日南病院, 日南市立中部病院

かかりつけ施設 : 島田内科胃腸科, 藤浦循環器科内科クリニック,
山元クリニック, 福岡医院

支援施設 : 日南歯科医師会 (安部歯科医院, 田島歯科),
松田整形外科 (運動療法)

【コンセプト】

- ・内服などを必要としない比較的若い年齢層の掘り起こし

【主な取り組み】

- ・3泊4日糖尿病教育入院パスの開発 (中部病院, 県立日南病院)
- ・糖尿病地域連携パス作成 (平成21年6月より運用開始)
- ・地域医療機関等へ説明会 (平成21年5月14日, 平成22年5月19日)

糖尿病連携パスにおける歯科との連携

【歯周病と糖尿病の相関関係】

- ・ 糖尿病の人は、歯周病の罹患率が高い（約2倍）
- ・ 血糖コントロールが悪いと歯周病はより重症化しやすい
- ・ 歯周病治療をするとHbA1cが改善する
- ・ 歯周病の人は糖尿病でなくても糖尿病予備軍であることが多い
しっかりと噛めない場合、砂糖菓子類を好む傾向がある。

歯科受診をパスに組み込み

（かかりつけ医より特定健診歯周病検査協力歯科医へ紹介）

私のカルテ記載様式

退院後	○ヶ月目
期 日	/ /
歯科所見・CPIコード	無・軽症・中症・重症
歯科所見・咀嚼能力	良好・やや不良・不良

【CPIコード】 歯周炎指標

【咀嚼能力】

- レベル6 レベル5食品が噛めない
- レベル5 バナナ・煮豆・ウェハース
- レベル4 ご飯・りんご・つみれ
- レベル3 油揚げ・酢だこ・レーズン
- レベル2 生のにんじん・セロリ
- レベル1 さきいか・たくあん

研修会・勉強会等で得られた成果

- 1) 同じ職種スタッフのつながりができた
- 2) 多職種相互理解がはかられた
- 3) 様々な課題が協議され解決につながった
- 4) それぞれのスキルアップにつながった
- 5) 仕事に対するモチベーションの向上

連携科がコーディネートした様々な研修会が
同職種・多職種連携につながっている。

まとめ (3)

県立日南病院医療連携科では、連携推進の目的で疾患別の勉強会、同職種の交流会などを行ってきた。これらの取り組みにより、院内外のスタッフの相互理解がすすんだとともに、課題解決やスタッフのスキルアップなどがもたらされた。いかえれば、多職種連携が少しずつ進んできた、とも言える。

求められる医療と介護の連携

- 医療と介護と制度はわかれていても、患者側からみると両者はつながっており区別することは難しい（制度の分かりにくさにも通じる）
- 医療系施設と介護系施設間の患者の移動が多くなっているが、相互理解がすすんでいない
- 医療と介護の連携を支援する（評価する）診療報酬体系ができあがっていない

両者のシームレスな連携が必要ではないか？

●介護とのコミュニケーションがうまくいかない

- ケアマネージャーからみて**医師とのコミュニケーションがとれない**。
- 連携室の動きがまちまち。同じ連携室という名称でも、ケアマネから見ると**何をしているのかがよくわからない**（退院調整？前方連携？）。
- 病院の医師／看護師の**介護保険への理解不足**。ケアマネへ丸投げしてしまう。
- 突然当日退院の連絡**が来て困ってしまう。サービスプランができない。
- 病院とケアマネージャーの**スムーズな関係が出来ていない**、face to faceの連携ができていない。
- 入院時担当ケアマネがわからず**これまでのサービス情報がわからない**。
- 病院の**窓口がわかりにくい**→ケアマネ同士の情報交換はあるが、病院同士の情報交換ができていない
- お互い**必要な情報が伝わらない**（医療側／介護側の情報ミスマッチ）
- 退院後悪くなったときの**病院側の受け入れが悪い**（ベッドが空いていない、主治医がいないなどの理由）

（第9回宮崎医療連携実務者協議会
グループワーク「医療と介護の連携を目指して」より 2009.5）

●介護とのコミュニケーションがうまくいかない

医療職と介護職の目指すもの（ゴール）が違う



病気をなおすこと



病とうまく付き合いながら自分らしい生活を送ること（病気はケア全体の一部に過ぎない）

同じものをみても考えていることが違う（翻訳が必要）

治療に必要なアセスメント 在宅生活に必要なアセスメント
欲しい情報が違う・立場が違うので気付かない

●介護とのコミュニケーションがうまくいかない

情報の共有化や情報交換をしては？

同じ場所に集まって、お互いの立場で同じものを見ればいい。自分の欲しい情報を聞けばいい。

- ・入院後／退院前訪問
- ・退院前カンファレンスの実施
- ・サービス担当者会議
- ・退院後の訪問、情報のフィードバック
- ・共有のアセスメントツール・支援計画の検討
(言語の共通化をはかる)

連携実務者は医療と介護のかけはし

	医療モデル (病院)	連携 実務 者	福祉モデル (地域)
目標	健康		自立
目的	治療		その人らしい 生活の実現
対象	病気		障害

医療を福祉へ、福祉を医療変換させる役目！

黒田美穂氏（愛野記念病院）原図を一部改変 2009.05

Medical Community Relations, Miyazaki Prefectural Nichinan Hospital

これからの地域医療連携のポイント

1. 医療提供体制の新たな変革
2. 多職種からなる連携体制づくり
3. 地域医療連携の評価
4. 連携を担う人材育成
5. 地域住民・コミュニティとの連携

2013年の地域医療連携の展望

- 宮崎県医療計画の策定（改定）
- 地域包括ケアシステムにむけて
- 地域住民をどう巻き込むか

(1) 医療提供体制の新たな変革

- 次期都道府県医療計画（平成25年度～）
 - * 宮崎県医療計画はパブリックコメント終了、
3月県議会での承認へ
- 地域包括ケアマネジメントの考え方
- 平成24年診療報酬改定がめざすもの

次期医療計画の見直しに あたっての主な考え方

1. 二次医療圏の設定（見直し）
2. 疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進
3. 在宅医療に係る医療体制の充実・強化
4. 精神疾患の医療体制の構築
5. 医療従事者の確保に関する事項
6. 災害時における医療体制の見直し

医療計画の見直し等に関する検討会（平成23年12月16日発表）

次期医療計画について（2013年度から）

5疾患5事業＋在宅医療

がん

脳卒中

急性心筋梗塞

糖尿病

精神疾患

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（含小児救急）

在宅医療

- ・ 5疾患5事業、在宅医療毎に住民や患者が安心して医療を受けられる医療提供体制を構築する
- ・ 対象地域に医療連携体制をわかりやすく示すことで住民や患者が地域の医療機能を理解できるようにする。

宮崎県医療計画（次期）の基本理念

いつでも、どこでも必要医療サービスが、受けられる医療体制の確立

基本方針

県民が安心できる医療提供体制を構築するために、民間活力の積極的な活用を図るとともに、以下の基本方針のもと、各種施策を実施する。

- (1) 地域を支える医療体制の構築
- (2) 救急・災害医療体制の充実
- (3) 医療従事者の養成・確保
- (4) 医療と福祉が連携した在宅医療・介護体制の整備
- (5) 医薬品等の安全確保・安定供給の推進
- (6) 県民への情報提供

宮崎県次期医療計画における在宅医療の提供体制

(施策の方向性)

「多職種協働による在宅チームの構築」 「人材の養成確保」

(1) 退院支援の充実

退院支援担当者の配置 (入院医療施設) 在宅移行支援体制の整備
(在宅医療施設)

(2) 日常の療養支援

多職種協働のできる限り患者が住み慣れた地域で生活できるための
体制整備

(3) 急変時の対応

地域医療支援病院・在宅医療支援病院等との円滑な連携による診療
体制の確保

(4) 在宅での看取り

住み慣れた自宅等での看取りが出来る体制整備

(5) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

退院時から看取りまでの様々な支援が包括的かつ継続的に提供でき
るための調整拠点整備

地域包括ケアシステムとは？

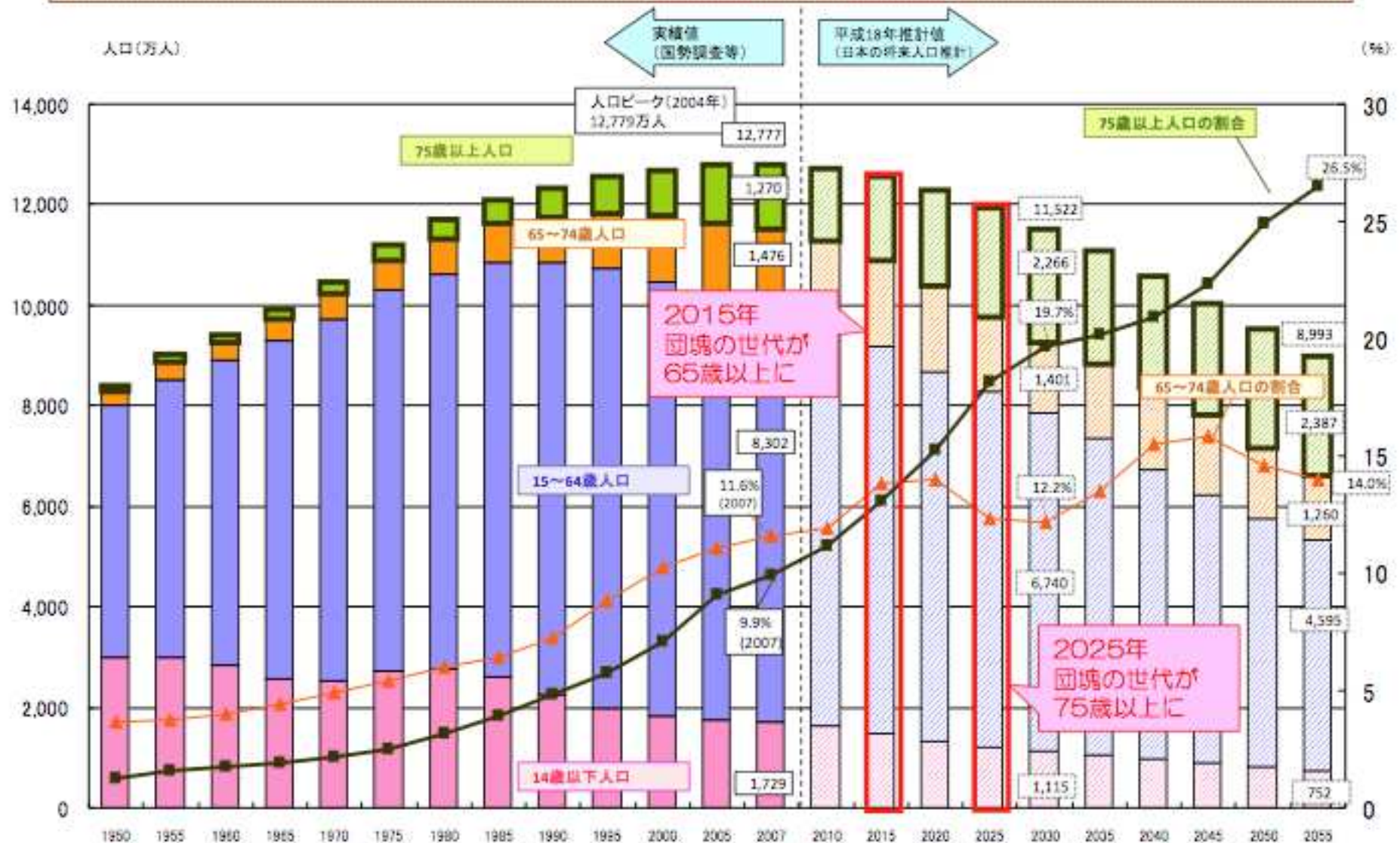
地域住民に対し、保健サービス（健康づくり）、医療サービス及び在宅ケア、リハビリテーション等の介護を含む福祉サービスを、関係者が連携、協力して、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供する仕組みです。

すなわち、ソフト（事業）面では、その地域にある保健・医療・介護・福祉の関係者が連携してサービスを提供するものであり、ハード面では、そのために必要な施設が整備され、地域の保健・医療・介護・福祉の資源が連携、統合されて運営されていることです。

（社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会HPより）

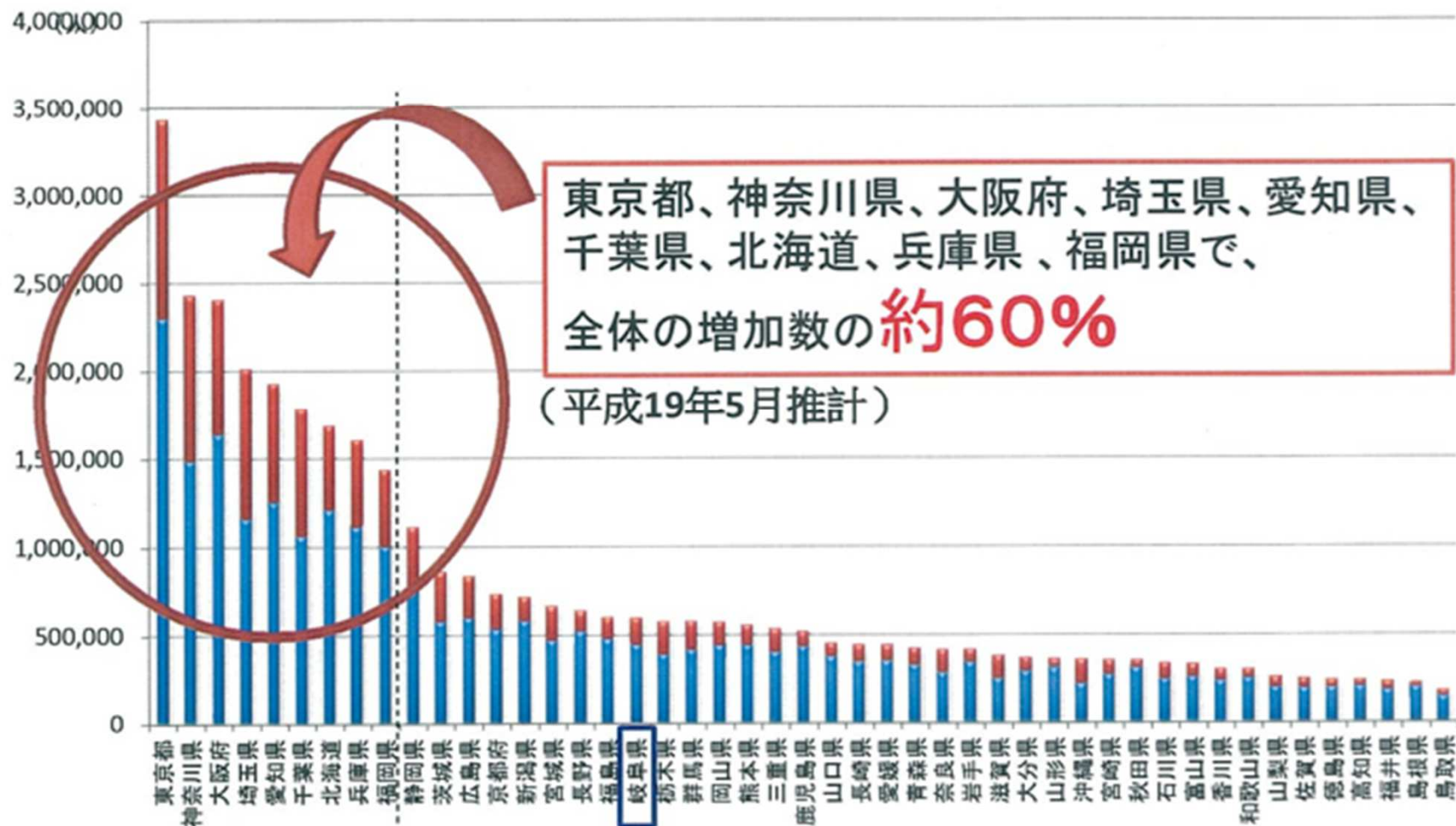
75歳以上高齢者の増大

○ 我が国の75歳以上人口の割合は現在10人に1人の割合であるが、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推計されている。



資料：2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口(年報)」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



■ 2025年までの増加数

■ 2005年

出典：国勢調査（平成17年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

地域包括ケアシステムが求められる理由

2025年の高齢社会を踏まえると、

①高齢者ケアのニーズの増大、②単独世帯の増大、③認知症を有する者の増加が想定される。



そのためには、

介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることは必要

だが……



現状では、

各々の提供システムは分断され、有機的な連携がみられない。



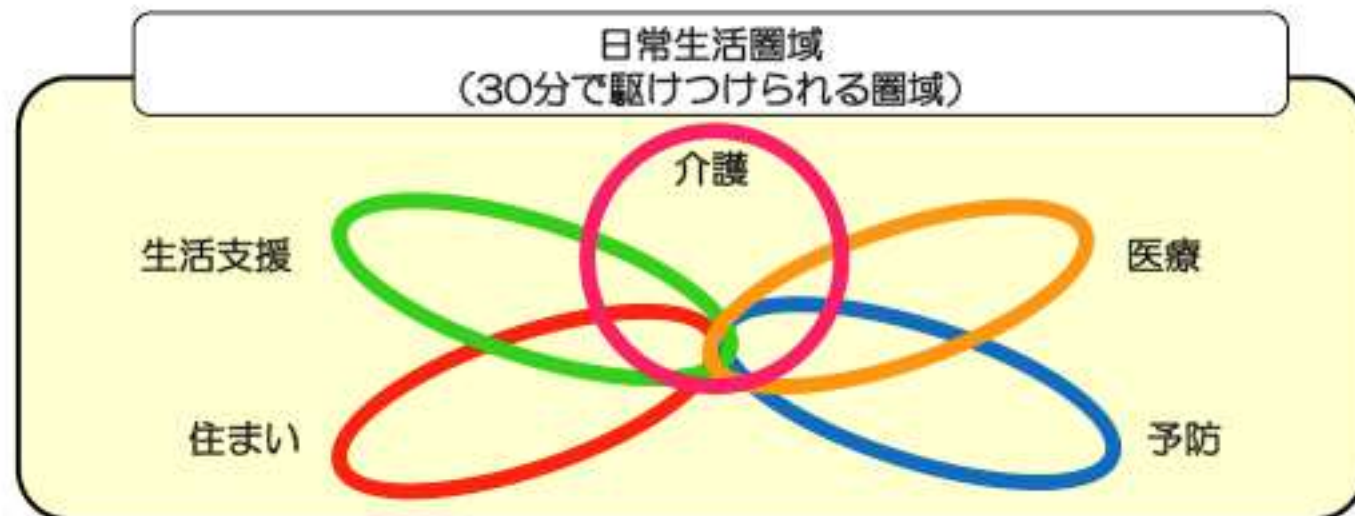
そこで、地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要

地域包括ケアの新規定

[介護保険法第5条第3項]

国及び地方公共団体は、被保険者が、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**、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、**医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。**

地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

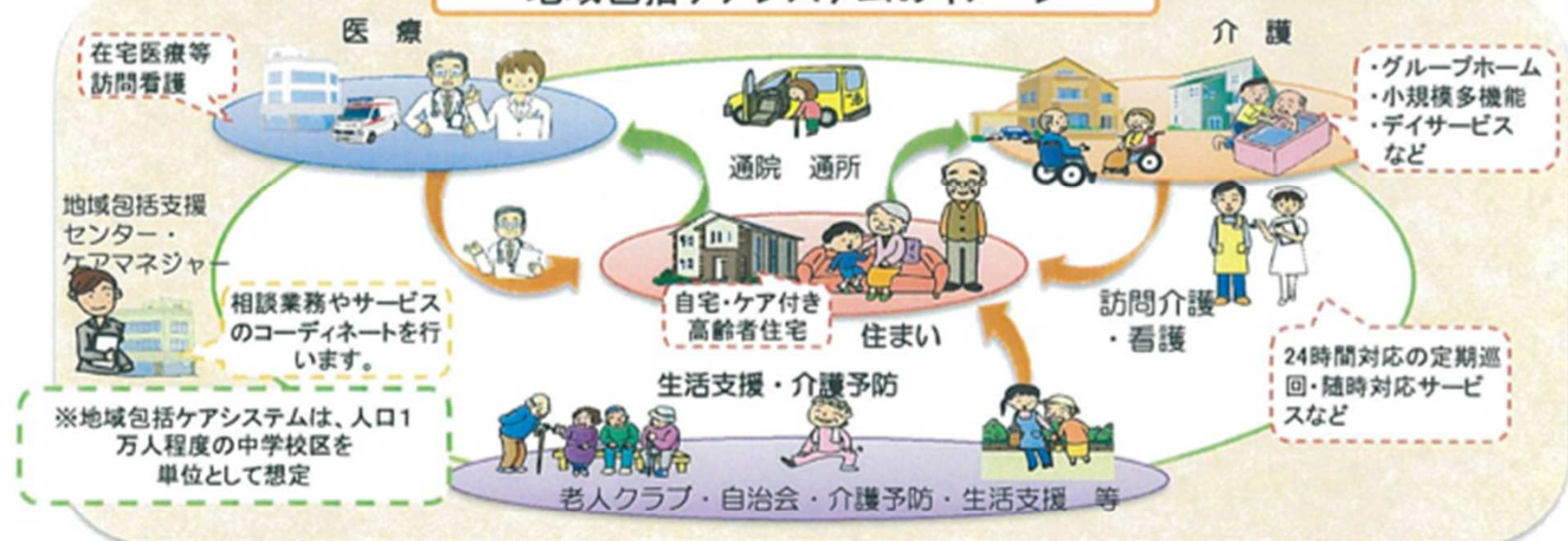
- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

平成24年度診療報酬改定の概要

医科における重点配分(4,700億円)

I 負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ◎ 今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。(1,200億円)

II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実

- ◎ 今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。

(1,500億円)

III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入

- ◎ 日々進化する医療技術を遅滞なく国民皆が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。

(2,000億円)

歯科における重点配分(500億円)

I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等

- ◎ 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。

II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価

- ◎ う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

調剤における重点配分(300億円)

I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実

- ◎ 在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。

II 後発医薬品の使用促進

- ◎ 薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

平成24年度介護報酬改定のポイントについて

地域包括ケアの推進

1. 在宅サービスの充実と施設の重点化

中重度の要介護者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できるようなサービスの適切な評価及び施設サービスの重点化。

- ・日中・夜間を通じた定期巡回・随時対応サービスの創設(新サービス)
- ・複合型サービス(小規模多機能+訪問看護)の創設(新サービス)
- ・緊急時の受入の評価(ショートステイ)
- ・認知症行動・心理症状への対応強化等(介護保険3施設)
- ・個室ユニット化の推進(特養、ショートステイ等)
- ・重度化への対応(特養、老健、グループホーム等) 等

2. 自立支援型サービスの強化と重点化

介護予防・重度化予防の観点から、リハビリテーション、機能訓練など自立支援型サービスの適切な評価及び重点化。

- ・訪問介護と訪問リハとの連携の推進
- ・短時間型通所リハにおける個別リハの充実(通所リハ)
- ・在宅復帰支援機能の強化(老健)
- ・機能訓練の充実(デイサービス)
- ・生活機能向上に資するサービスの重点化(予防給付) 等

3. 医療と介護の連携・機能分担

診療報酬との同時改定の機会に、医療と介護の連携・機能分担を推進。

- ・入院・退院時の情報共有/連携強化(ケアマネジメント、訪問看護等)
- ・看取りの対応の強化(グループホーム等)
- ・肺炎等への対応の強化(老健)
- ・地域連携パスの評価(老健) 等

4. 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ・介護職員処遇改善加算の創設
- ・人件費の地域差の適切な反映
- ・サービス提供責任者の質の向上 等

(5) 地域住民・コミュニティとの連携

医療とは、医療を提供する側と医療を受ける側（住民）がお互いに理解を深めておこなわれるもの

- ・ 一般住民への医療についての普及啓蒙
- ・ 医療を受ける立場から支える一員として協力

地域住民・コミュニティをいかに巻き込む？

市民行政向けの医療連携科等の取り組み

●市民向けの啓発活動

- ・ 県南の医療を考える集い（H20.6 講演）
- ・ 市民グループ「こども・いのち・つなぐ会」への協力
- ・ 市広報などでのアナウンス

●現状を知ってもらう努力

- ・ 日南急病センター運営会議での説明
（時間外救急，コンビニ受診の状況，など）
- ・ 地元（南那珂）医師会の理解協力

→日南休日夜間急病センター（日祝：19-22時30分）から
日南初期夜間急病センター（毎日：19-22時）へ



「こども・いのち・つなぐ会」 (日南市)

3つのキーワード

『こども』 こどもの可能性信じよう！

『いのち』 命のまなざし育てよう！

『つなぐ』 つながることで変えていこう！

平成20年 県立日南病院小児科廃止予定をきっかけに設立
(主な活動)

平成20-21年 県立日南病院小児科存続署名活動 (65,078筆)

平成20-23年 県立日南病院病院祭にブース参加

平成21年7月 わいわいフォーラム, 医学生講義

平成21年10月 県南の医療を考えるシンポジウム

平成22年11月 映画上映会, 医学生と語る会

平成23年6月 映画上映会

その他, 各団体(学校, 地域)での講演や陳情活動など

住民サイドからの活動は, 大きな力となる

「宮崎県北の地域医療を守る会」 (延岡市)

県立延岡病院医師6名退職 (2009.3) がきっかけ

延岡市民協働まちづくりセンターが中心となり、行政、医療現場、報道機関など約40名で設立。

地域医療問題を積極的に学習する活動の実施。



●延岡市の地域医療を守る条例の制定 (全国初)

(平成21年 延岡市条例 第29号)

医療について役割分担 市民の役割＝責務

- ①かかりつけ医を持つ
- ②適正な受診 (時間内の受診等)
- ③医師等への感謝
- ④検診、健康診査の積極的受診 (日頃からの健康管理)

「宮崎県の地域医療を守り育てる条例 (仮称) の設立 (宮崎県議会)

宮崎県議会特別委員会が設立をめざし議員立案のかたちでとりまとめた。現在パブリックコメントが終了し、2013年3月県議会にて可決成立となる見込み。

(県民の役割)

- ・ 県民は、自らの地域の医療の現状を理解し、限りある医療資源を地域の財産として大切にするとともに、医療従事者との信頼関係の構築に努めるものとする。
- ・ 県民は、疾病の予防、早期発見のため、適正に検診、健康診査、保健指導を受けるとともに、健康や医療に関する基本的な知識を学ぶこと等により、健康づくりに努めるものとする。
- ・ 県民は、地域の医療提供体制を支える一員であることを認識し、共に支えあい、かつ助け合う地域コミュニティの構築に努めるものとする。

医療・介護・福祉・市民の連携



木星舎 2,100円 (2010年1月発行)

「病院から家に帰る時読む本 宮崎ホスピスガイドブック」

病院から自宅退院をすすめられたときに手にとるガイドブックがコンセプト。在宅にむけての支援体制、在宅を支えるシステムの紹介、在宅療養を可能にする県内の施設リスト、などを掲載。

「宮崎をホスピスに」プロジェクト
NPO法人「ホームホスピスみやざき」
(<http://www.npo-hhm.jp/index.htm>)
のメンバーを中心に医療連携担当者
(木佐貫)、行政、医療福祉担当者
などが分担執筆

患者相談窓口カンファレンスから

患者や家族が抱える多種多様な課題を改めて認識

- ・ 一人暮らしで、全財産を持参して入院した
- ・ 緊急入院が全く身寄りが見つからない
- ・ 親族はいるが、すべての親族から見放されている
- ・ 地区で日常的に問題を起こす人が事故で入院
- ・ 退院調整するなかで、高齢者の虐待があるらしいことに気付いた

課題解決には、他業種（法律、金融、すまい、運輸サービス、警察など）の協力も必要なのではないか？

医療介護福祉連携の推進にむけて

- ・ 医療を受ける側（患者市民） 提供する側（医療）の相互理解
- ・ 医療はインフラの一部であるという共通認識
- ・ 限りある医療資源を住民福祉のために最大限活かすためのコンセンサス形成
- ・ 医療倫理的配慮を踏まえてそのひとらしい生き方を容認する医療介護システムへの転換
- ・ 治す医療から支える医療への転換

地域医療連携を考えることは、地域で生きること／暮らすことを考えること、ひいては地域のあり方を考えることにつながる

【医療連携は*New Decade*へ】

2000年～2009年（2000年代）

第1フェーズから第2／第3フェーズへ

医療連携の黎明発展から前方連携・後方連携への展開



2010年～2019年（2010年代）

第3フェーズからさらなる展開（第4フェーズ）へ

地域医療計画改定をうけた医療提供体制に基づき

市民や他業種を巻き込みさらに地域全体を包括する連携へ

連携部門の組織改編／役割変化、連携システムそのものの
変革（ネットワーク、携帯端末など）

これからの地域医療連携のポイント

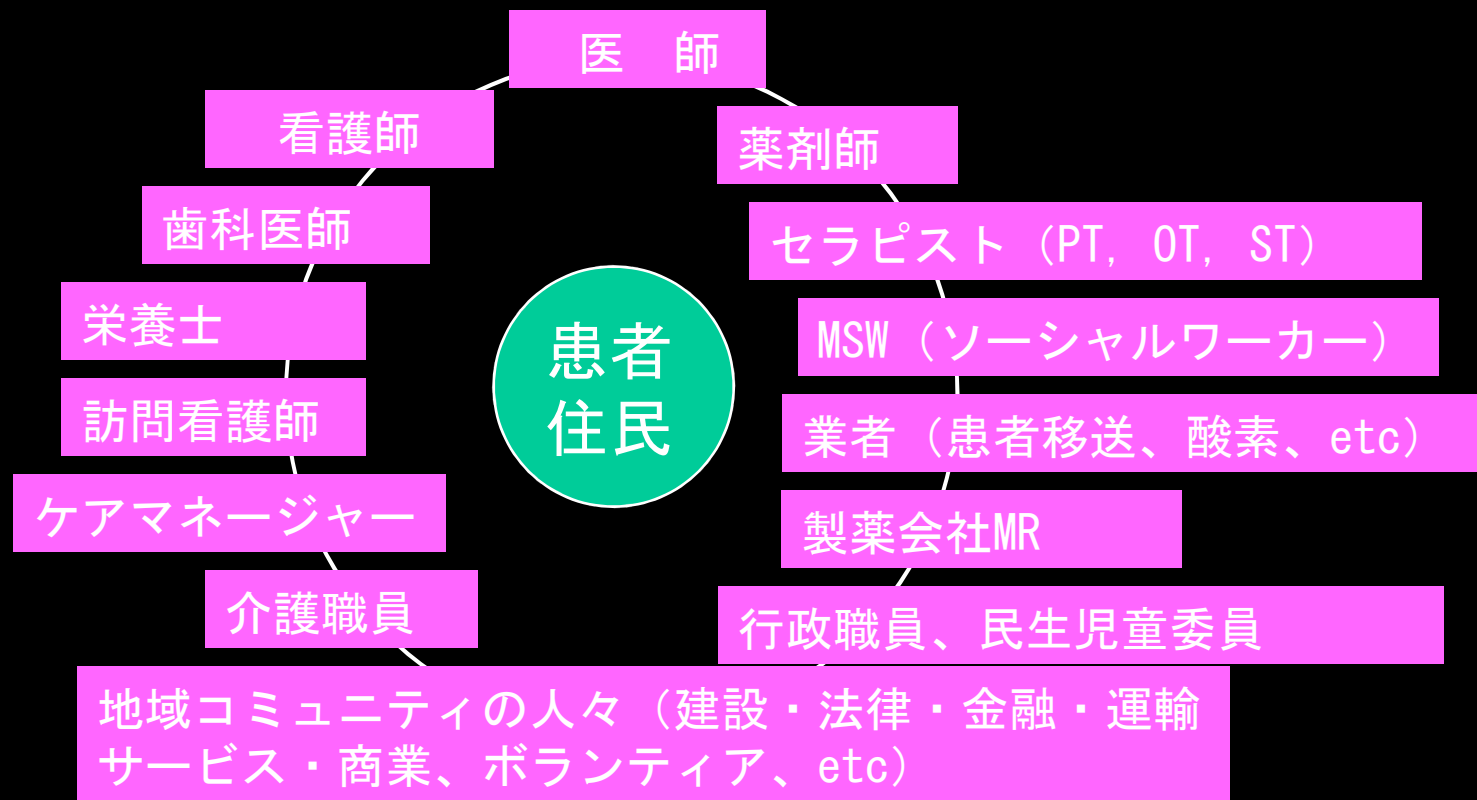
1. 医療提供体制の新たな変革
2. 多職種からなる連携体制づくり
3. 地域医療連携の評価
4. 連携を担う人材育成
5. 地域住民・コミュニティとの連携

『つなぐ』がキーワード

地域医療介護資源を「つなぎあわせる」

「競争」から「共存・協力」そして「協働」へ

多職種によるフラットな関係をめざして



様々な職種の人たちが、自分ができることを通して患者を支えていく輪を築く。それをコーディネートする人も大切。

多職種連携を推進するために

- 1) 相手を思いやる／理解する
職種が違えば当然考えることも違う
- 2) 本質を見極め、手段の目的化は避ける
何のためにするのか常に意識（お金じゃない）
- 3) 成功体験を積み重ねよう
失敗すれば改善すればいい、まずやってみる
- 4) コーディネータの存在
みんなのために汗をかく人は貴重
- 5) 医師が威張らない
それぞれがフラットな関係でお互いを尊重

地域医療のあしたは？

『つなぐ』をキーワードに医療介護福祉施設は「協働」し、限りある地域医療介護資源をつないで最大限活かす取り組みをおこなう（地域包括ケアシステム）。それをコーディネートする役割を担う人材の確保は重要である。

当然医療の限界はあるわけで、地域住民の理解が鍵となる。医療の現状を理解していただき、医療はインフラであるという共通認識をもっていただく。

そして治す医療（cure）から支える医療（care）への転換。

地域医療は、地域コミュニティにおける生活基盤のひとつであり、地域連携に取り組むことは、地域で生きること／暮らすことを考えること、ひいては地域のあり方を考えることにつながる

以上でおわりです。

長時間ご清聴ありがとうございました。



(お問合せ) kisanuki@pref-hp.nichinan.miyazaki.jp