

平成25年度各医師会在宅医療担当理事者会

△と き 平成25年 9月 6日(金) 17:00～18:30

△ところ 福岡県医師会館6階研修室3

△出席者 別紙出席者名簿のとおり

1. 開 会

2. 挨拶

3. 目的事項

1) 地域医療再生交付金(在宅医療推進事業)の活用について

①地域医療再生交付金(在宅医療推進事業)について (資料 1)

②先行事例紹介 (資料 2)

『宗像医師会在宅医療連携拠点事業について』

③在宅医療推進に向けて(情報提供) (資料 3)

2) 福岡県医師会認定総合医(新かかりつけ医)について (資料 4)

3) その他

4. 閉 会

平成25年度各医師会在宅医療担当理事者会出席者名簿

平成25年9月6日

医師会名	出席者氏名	役職名
北九州市	井 手 誠 一 郎	理 事
遠賀中間	豊 澤 賢 明	理 事
京 都	野 口 隆 義	理 事
豊前築上	野 中 史 郎	理 事
福 岡 市	田 中 三 津 子	常 任 理 事
筑 紫	三 原 宏 之	副 会 長
糸 島	冨 満 久 教	理 事
粕 屋	原 速	専 務 理 事
宗 像	吉 田 道 弘	理 事
直方鞍手	戸 田 幸 博	理 事
田 川	中 岡 幸 一	理 事
飯 塚	西 園 久 徳	専 務 理 事
久 留 米	関 幸 彦	理 事
大 牟 田	辻 克 郎	理 事
八女筑後	黒 岩 光	副 会 長
朝 倉	田 邊 庸 一	理 事
小郡三井	白 石 恒 明	理 事
大川三潞	本 村 精 二	理 事
柳川山門	入 江 章	理 事
浮 羽	菊 池 俊 夫	理 事
福岡県医師会	松 田 峻 一 良	会 長
	野 田 健 一	副 会 長
	堤 康 博	専 務 理 事
	大 郷 勝 三	常 任 理 事
	戸 次 鎮 史	理 事
	桑 野 恭 行	理 事

(1) 地域医療再生交付金「地域在宅医療推進事業」について

【課題】

● 地域の特徴から課題が違う

県全体として在宅医療にとり組む医療機関は増加しているが、地域によっては少ない地域も見られること、また、医師一人一人に負担がかかるため24時間365日対応できる医師が増えないことからそれぞれの医師会単位で、退院から療養支援、急変時の対応、看取りまで具体的な取り組みを検討する必要がある。

● 急激な高齢化と医療資源の不足

2025年に高齢化のピークを迎えることは必至であるが、医療機関や介護施設の受入れにも限界があることから、在宅を慢性期患者の受け皿とする医療提供体制を早急に作りあげる必要がある。

● 医療と介護の連携が不可欠

高齢者が増加する現状では医療と介護との連携は不可欠であるが、介護職から医師へのアプローチは敷居が高く、連携がとりにくい現状にある。

【事業の概要】

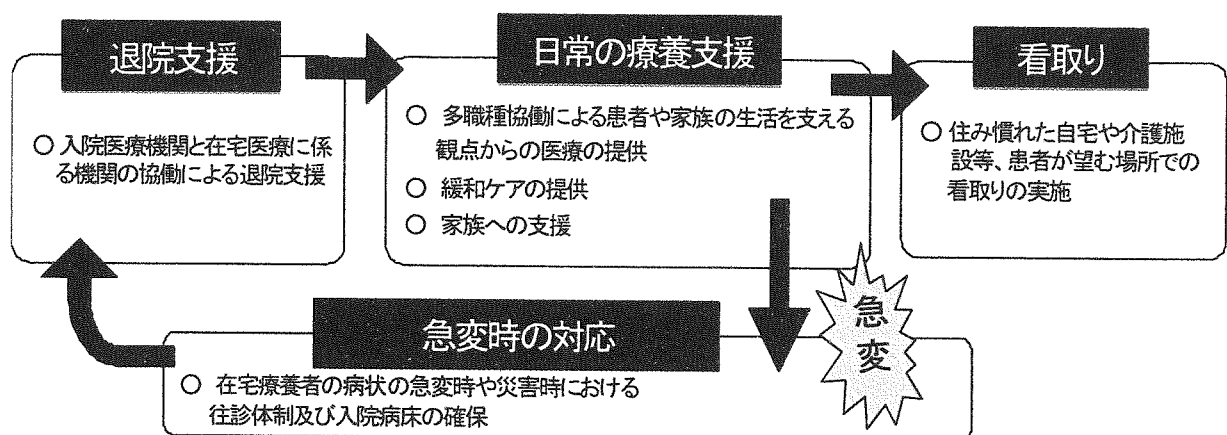
現在13保健医療圏で県保健福祉(環境)事務所を中心に行っている在宅医療推進事業について、より住民に身近な地域において医療と介護が連携した包括的かつ継続的な在宅医療の推進を目指すため福岡県内の各郡市区医師会(政令市においては各区)がそれぞれの地域における在宅医療の拠点となり、退院支援から日常の療養支援、急変時の対応、看取りまでのシームレスな在宅医療を進めるための事業を実施する。

【実施主体】

福岡市及び北九州市を除く23郡市区医師会及び福岡市の7地域の医師会

【補助対象経費】

退院支援から日常の療養支援、急変時の対応、看取りまでのシームレスな在宅医療を進めるための事業実施にかかる費用



【基準額】

平成25年度 1,500千円（1郡市区医師会あたり）
平成26年度、27年度はそれぞれ3,000千円の予定

【事業期間】

初年度：平成25年10月～26年3月31日
平成26年度～平成27年度

【具体的事業内容(例)】

①医療資源等の調査

医師会の管内で、どの診療科のどの医師がどのような専門技術を有し、どのような診療をしているか等の情報整理。

②医師会内での検討会

上記の資源を活かし、どのような医療提供体制が可能なのか、それぞれの医師会内で基本方針を決定

③在宅療養患者を支える医療体制の検討

医師会が示した基本方針を、在宅療養患者を支える様々な職種で検討

④多職種連携研修会

地域において、それぞれの専門性を生かしたチーム医療を目指すため、医療・介護それぞれの専門性を他の職種が理解し、連携するための研修会を開催

※8月に4つのブロックで実施した「地域リーダー研修会」で、多職種の地域リーダーとともに企画立案していただいている【多職種連携研修】をこの研修として実施する。
今年度は、平成26年1月末までに研修会を実施し、終了後速やかに県に報告する。

⑤市民啓発

地域医師会や関係職種による市民講座や老人会などへの出前講座の開催、パンフレット等の発行

⑥各地域在宅医療支援センターとの協働

県域の各地域在宅医療支援センターでは、①「地域在宅医療推進協議会」の開催、②訪問看護ステーション等の技術支援のためのスキルアップ研修③住民等からの相談支援・訪問、④事例検討会や関係団体との連携事業など、引き続き実施し、各郡市区医師会が実施する事業に対しても広域的に支援及び協働することとしている。

（2）具体的な手続き

- 今回の事業は、「地域在宅医療推進事業補助金」として交付予定である。
- 各郡市区医師会の事務局と県庁医療指導課で手続きを行う。
- 福岡市医師会、北九州市医師会については、それぞれ活動する区の医師会の窓口となり、予算の配分や事業終了後のとりまとめをして頂く。

- 県庁から各郡市区医師会あて、「地域在宅医療推進事業補助金交付要綱(以下交付要綱とする)」を送付する。交付要綱に、提出書類・様式は添付するので、書式に沿って手続きをする。

《スケジュール》

時期	郡市区医師会事務局	県庁医療指導課
10月上旬	①交付申請書の提出 交付要綱に基づき、 <u>交付申請書</u> を 県庁医療指導課へ送付する。 添付：事業計画書、対象経費の 支出予定額に関する調書	
10月中旬～ 下旬	③事業開始 交付決定後、事業開始となる。 交付決定日前の事業は、対象事業とならないため、費用がかかっても対象とならないため注意を！	②交付決定通知の発送 交付申請書の内容を県庁医療指導課で 審査後、順次交付決定通知を各郡市区 医師会へ発出。
平成26年1月 末	④多職種連携研修の実施報告書を 県庁医療指導課提出	
平成26年3月 31日	⑥今年度の事業終了	⑤県庁で実施する「地域リーダー プログラム検討会」で事業評価
平成26年4月 5日	⑦実績報告書の提出 交付要綱に基づき、 <u>実績報告書</u> を 県庁医療指導課へ送付する。 添付：事業実績報告書、対象経 費の精算所要額に関する調書	
4月中旬		⑧額の確定通知の発送及び補助金 支出 実績報告書の内容を県庁医療指導課で 審査後、順次「 額の確定 」を発出し、補 助金を支出。
4月末		

*かかった費用については、精算額内訳の支出額の根拠となる支出証拠書類（領収書や非常勤の場合出勤簿など）を保管して頂き、実績報告と一緒に提出する。

*事業の途中で、本事業の実施が困難となる場合、「概算払い」の手続きも可能である。その際は個別に相談をお願いします。（ただし、2月までに提出）

(3) 在宅療養機器予備電源確保事業

【事業目的】

災害等の停電による在宅療養患者の人工呼吸機器等の停止を防ぐため、在宅療養患者に人工呼吸機器を無償貸与している医療機関等に対して、無償貸与用の予備電源等の購入経費を助成するもの。

【事業内容】

- ① 各郡市区医師会内で、災害拠点となる医療機関（対象：「在宅人工呼吸指導管理料を算定している」もしくは「在宅療養患者の安全確保のため各種関係機関と連携して指導等を行う」医療機関）を2～3ヶ所選定し、その医療機関が、予備電源（発電機）等を購入する。
- ② 災害時の停電が起こった際、短時間の電源しか確保できていない在宅療養患者に予備電源（発電機）等は無償貸与し、在宅療養患者の生命の安全を確保する。
- ③ その後、災害から普及し通常の電力確保状態に戻れば、在宅療養患者から医療機関へ機器を返却する。

【予算額】

平成25年度 7,600千円

【補助対象経費】

- I 人工呼吸器予備電源：購入費 200,000円／台(基準額)
- II 蓄電池内蔵型吸引器：購入費 100,000円／台(基準額)

【補助率】 基準額の2／3

【事業期間】

平成25年度 ～平成26年度

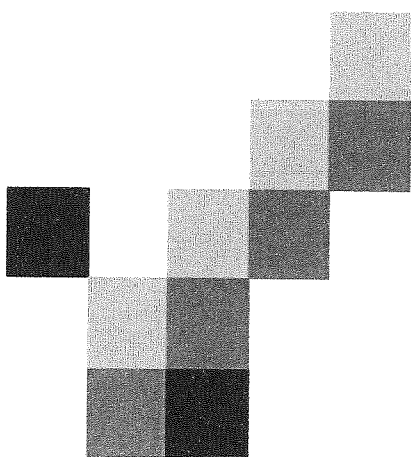
【配置予定】

各医療機関で、25年度：発電機1台、蓄電池内蔵型吸引器2台
26年度：発電機2台、蓄電池内蔵型吸引器2台

＊本事業にあたっては、医療機関が選定された時点で、医療機関に対し、事業説明会を開催する予定。

<参考>

- ・東日本大震災では、余震と思われる地震の後、東北電力管内の地域が停電となっている時間帯に、山形県尾花沢市で人工呼吸器と酸素濃縮装置を使用中の患者が死亡する事案が発生した。



平成24年度 宗像医師会 在宅医療連携拠点事業 成果報告

宗像医師会
在宅医療連携拠点事業室
むーみんネット 2013. 3月

宗像医師会在宅医療連携拠点事業室

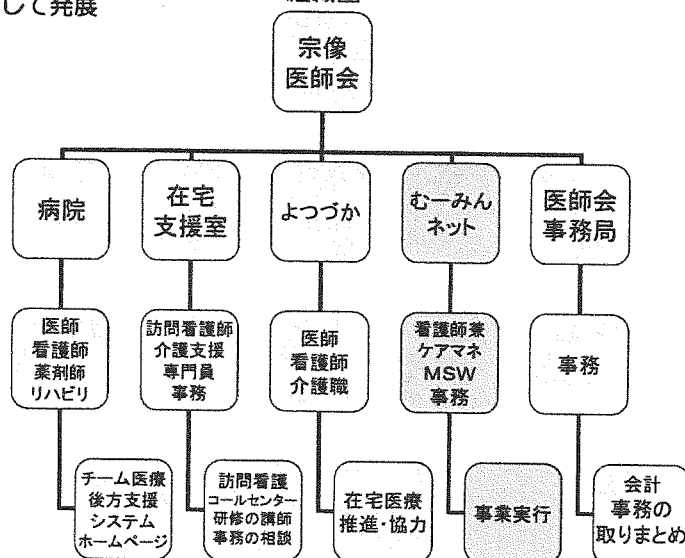
福岡市と北九州市の中間に位置しベッドタウンとして発展
大島や地島も地域に含む



むなかた地区(宗像市・福津市)

人口 約 15万人
面積 約 172km²
高齢化率 約 25%

組織図



スタッフ

介護支援専門員・
看護師(常勤)

MSW(常勤)

事務員(パート)

宗像医師会としての強み

- 共同利用施設内での協力体制
【医師会病院・介護老人保健施設・在宅支援室（訪問看護ステーション・ケアプランサービス）】
- 地域に根ざした医療と看護の活動
【在宅診療をしている複数の医師の存在・地域に密着した先駆的な取り組みをしている訪問看護ステーション】
- 行政・職能団体との構築された関係性
【保健福祉環境事務所・宗像市・福津市・薬剤師会・歯科医師会等】
- 住民への普及・啓発活動
【在宅医療のテーマに取り組みやすい】

拠点事業運営委員会(年4回)

プロジェクト委員会(毎月開催)

地域の課題と対策

目標	課 題	対 策
①在宅医の確保	●在宅医の不足 ●熱心な医師の負担大 ●バックベットの確保ができない	●1人の患者を複数の在宅医が担当し、医師の負担を軽減 ●医師間の情報共有
②専門職の技術の向上	●医療ニーズの高い療養者の支援に対して専門職が自信を持ってない	●看護・介護・薬剤師等へのスキルアップ研修の実施
③関係機関の連携促進	●医療と介護の連携ができない ●情報共有ができない	●後方支援病院との連携促進 ●顔の見える関係づくり（医療と介護を結ぶ） ●IT・資源マップを利用した情報共有 ●各職種の連携に向けた取り組み
④住民意識の向上	●住民は、在宅療養や在宅看取りという選択肢を知らない	●住民啓発 ●社会資源の情報提供
⑤災害対策支援	●地域の災害への取り組みが見えない	●取り組みについての情報共有
⑥相談支援体制の構築	●住民および専門職が、在宅医療について相談できる窓口がない	●相談窓口の設置

①在宅医の確保

●医師の事例検討会・交流会 11月14日 参加者27名



- 一人の在宅医の負担を軽減するために医師間で情報共有する在宅用診療情報提供書の作成→不在時の代診が可能
- 受診歴のない方の情報を事前に登録し緊急入院に備えたバックベッドの体制の構築→在宅療養への安心を担保
- 連携の方法と代診の診療報酬算定の取り決め（看取りとターミナル加算の区分等）→取り決めに公表することにより気兼ねなく依頼が可能

在宅用診療情報提供書

バックベッド受け入れ手順書

在宅医療診療報酬

②専門職の技術の向上

●職種別研修

実施日	対象者	テーマ	参加者
7/13	訪問看護師・薬剤師	「スキンケア・褥瘡ケア」	45
8/9	介護職	「看護の視点を生かした高齢者ケア」	81
9/27	介護・看護職員	「慢性腎不全・透析に関する学習会1」	77
10/11	介護支援専門員	「地域包括支援センターの困難事例」	71
11/14	医師	「事例検討会」医師間の連携	27
2/14	訪問看護師	「事例検討会」	35
3/7	介護・看護職員	「慢性腎不全・透析に関する学習会2」	85



- 職種が抱える課題に焦点をあてたテーマを設定
- 在宅医療を支えるスタッフのスキルアップ
- 多数の参加者と継続研修を熱望
- 「同じ研修を職場研修でしてほしい」「企画や構成を参考にしたい」などの高い評価



③関係機関の連携促進

●多職種合同研修(2回)

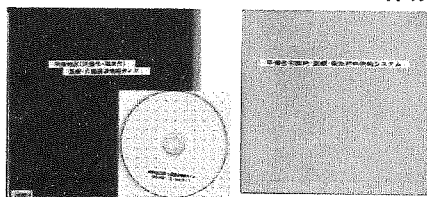
実施日	対象者	テーマ	参加者
12/6	多職種	「介護職との連携」	80
3/12	多職種	「噛む」	105

- グループワークを介して多職種間の顔の見える関係づくり
- 多職種間の事例検討は、職種による視点の違いが新たな気づきにつながった

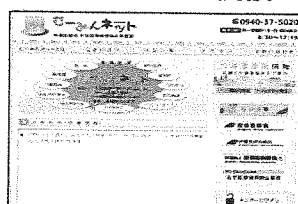


●資源ガイド・

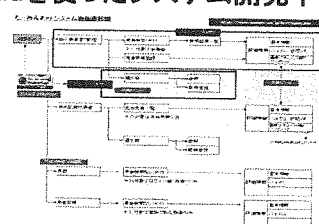
在宅支援ネットワークマニュアル作成



●ホームページ開設



●iPadを使ったシステム開発中!



- 医療機関・介護事業所の資源ガイドを作成
→CDを関係機関に配布
→マップはホームページにも掲載
→診療機能情報の作成(拠点で管理)
- 在宅支援ネットワークマニュアル(薬剤・医療材料供給システム、在宅医連携マニュアル、災害支援情報)を作成

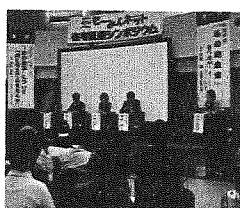
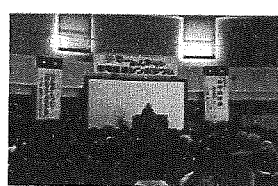
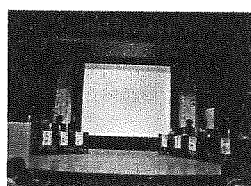
- 9月に開設、アクセスの増加
- 2月はシンポジウムの効果で「開催行事」「介護事業所マップ」へのアクセス増加
- 新規登録の依頼

- 在宅医・訪問看護師・ケアマネジャー・薬剤師・病院職員で2月よりシステムを開発し7人を登録、試験運用中

月	9	10	11	12	1	2	3	計
アクセス数	867	1,083	1,457	1,394	1,416	2,040	1,508	9,765

④住民意識の向上

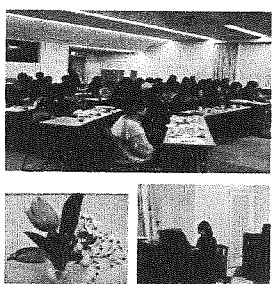
●在宅医療シンポジウム(2回)計550人



●パンフレット

- 第1回のテーマ「あなたの家にかえろう」参加者130人
- 第2回のテーマ「“終の棲家”について一緒に考えてみませんか」参加者420人
→参加した住民からは「在宅での療養でも、様々な支援がそろっていることがわかった」「残された最期を住み慣れた家で過ごすことを考えてみたい」と好評であった
- 多くの住民に参加していただくため無料健康測定コーナーを設置
- 相談コーナーを設置し、在宅医師・訪問看護師・ケアマネジャー・ソーシャルワーカーが住民相談を実施

●在宅ホスピスを語る会(参加者59人)



- 在宅看取りをされた方の体験談
- 在宅療養を選択したきっかけ苦労したこと看取り後の思いなどの話
- 質疑応答が盛んに行なわれ、住民の意識の高さを認識
- ピアノ演奏・プチケーキ・花で和やかな雰囲気を演出

●老人クラブの会合に参加(6回)計300人



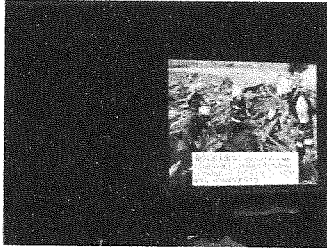
- 地域包括支援センターの依頼で事業開始
- 「在宅医療」という選択肢を説明
- 住民の意識が高いことを実感

⑤災害対策支援

11月29日(第1回 参加者 52人)医療依存度の高い方への支援

12月13日(第2回 参加者 48人)行政・消防署の取り組み

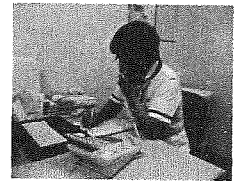
1月25日(第3回 参加者 32人)難病の方への支援(保健福祉環境事務所共催)



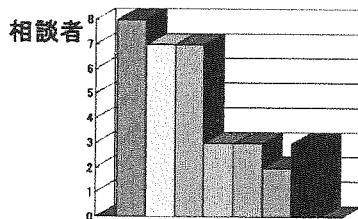
- 報告会の前に、介護支援専門員・地域包括支援センターに災害時要援護者把握のためのアンケート実施
→それぞれの取り組みについて情報共有の要望が多く、報告会を開催
- 報告会后に災害時必要備品を検討し配置

⑥相談支援体制の構築

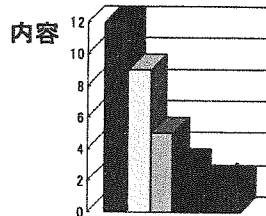
6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
1	3	6	1	5	3	5	5	5	5	39



相談風景



- 診療所医師
- 市民本人
- 市民家族
- 介護支援専門員
- 保健福祉環境事務所
- 地域連携室
- その他



- 在宅療養
- 社会資源
- 病院との橋渡し
- 介護事業所との橋渡し
- 病気について
- その他

【拠点活動の成果】

- ①一事業所では実施困難な多職種連携について、拠点がリーダーシップをとり、コーディネートできた
- ②在宅医療支援ネットワークマニュアルの活用により多職種24時間連携体制が始動
- ③地域の小さな活動から大規模なシンポジウムまでを企画・実施し、「在宅医療」という選択肢について住民へ普及啓発できた
- ④資源ガイドの配布、ホームページの開設、ITを利用した情報共有は、在宅医療・多職種連携の推進に効果を発揮
- ⑤災害対策については、初めての試みであったが行政・企業・医療・介護の職種を越えても学びの多い研修となった

- 1年間の活動で、多くの方に「むーみんネット」の名前を知ってもらえた
- 地域住民・支援スタッフがもともと持っている大きな「むなかつた」という基盤が「むーみんネット」事業のエネルギー源となった
- 病気もちつつも住み慣れたこの「むなかつた」の地で過ごせる在宅のシステムを、地域住民・支援スタッフとともにさらに発展させていきたい

【今後の展望】

- ①事業の継続と拡充
(点を線に→線を面に)
さらなる多職種連携のコーディネート
- ②24時間在宅医療を支えるシステムの構築
 - ・在宅医療を担う医師の増加
 - ・マニュアル周知とさらなる活用
 - ・ITを利用した情報共有システム本格稼働へ
- ③相談支援体制の充実と在宅医療現場へのアウトリーチ
- ④民生委員・ボランティア団体等、地域活動との連携を構築
- ⑤行政機関との連携および役割分担
- ⑥住民啓発の継続
- ⑦災害対策支援の継続
- ⑧地域リーダー研修への協力

第1回 日本医師会 在宅医療支援フォーラム
「平成24年度 在宅医療支援のための医師研修会」
プログラム

開催日：平成25年3月17日（日）

10:00	(1)開会・挨拶 (5分)	日本医師会 会長 横倉 義武
10:05	(2)基調講演等 (115分)	[座長:日本医師会 常任理事 高杉敬久] (午前の部)
	① 基調講演「超高齢社会のまちづくり ～柏プロジェクトを中心に～」 講師:辻 哲夫(東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授) (60分)	
11:05	② 千葉県柏市医師会からのご報告 (15分)	
11:20	③ 千葉県柏市役所からのご報告 (15分)	
11:35	・フロアーとの質疑応答 (25分)	
12:00 ～13:00	〈休憩 昼食〉 (60分)	
	(3)パネルディスカッション(230分/休憩20分含)	[座長:日本医師会 常任理事 鈴木邦彦] (午後の部-前半)
	テーマ:「都道府県医師会や地域医師会で核になるリーダーの育成を考える」 パネリスト(8名): ○在宅医療連絡協議会メンバー等による取り組み事例等のご報告	
13:00	【実践者の立場から】 (各20分/60分)	
	① 新田國夫(全国在宅療養支援診療所連絡会 会長) ② 太田秀樹(全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長) ③ 白髭 豊(長崎県医師会 理事)	
14:00	【医師会の立場から】 (各20分/40分)	
	④ 篠原 彰(静岡県医師会 副会長) ⑤ 土橋正彦(千葉県医師会 副会長)	
14:40 ～14:50	〈休憩〉 (10分)	
14:50	【病院・関係団体の立場から】 (各20分/40分)	(午後の部-後半)
	⑥ 梶原 優(四病院団体協議会 在宅療養支援病院に関する委員会 委員長) ⑦ 池端幸彦(日本慢性期医療協会 副会長)	
15:30	【厚生労働省の立場から】 (20分)	
	⑧ 平子哲夫(厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室 室長)	
15:50 ～16:00	〈休憩〉 (10分)	
16:00	・パネラーおよびフロアーとの質疑応答 (50分)	[座長:日本医師会 常任理事 高杉敬久] 日本医師会 常任理事 鈴木邦彦]
16:50	(4)閉会・挨拶 (5分)	日本医師会 副会長 中川 俊男
16:55	(5)終了	

※内容等に変更がある場合があります。

平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業成果報告会

平成 25 年 3 月 23 日 (土)

13:00 ~ 17:00

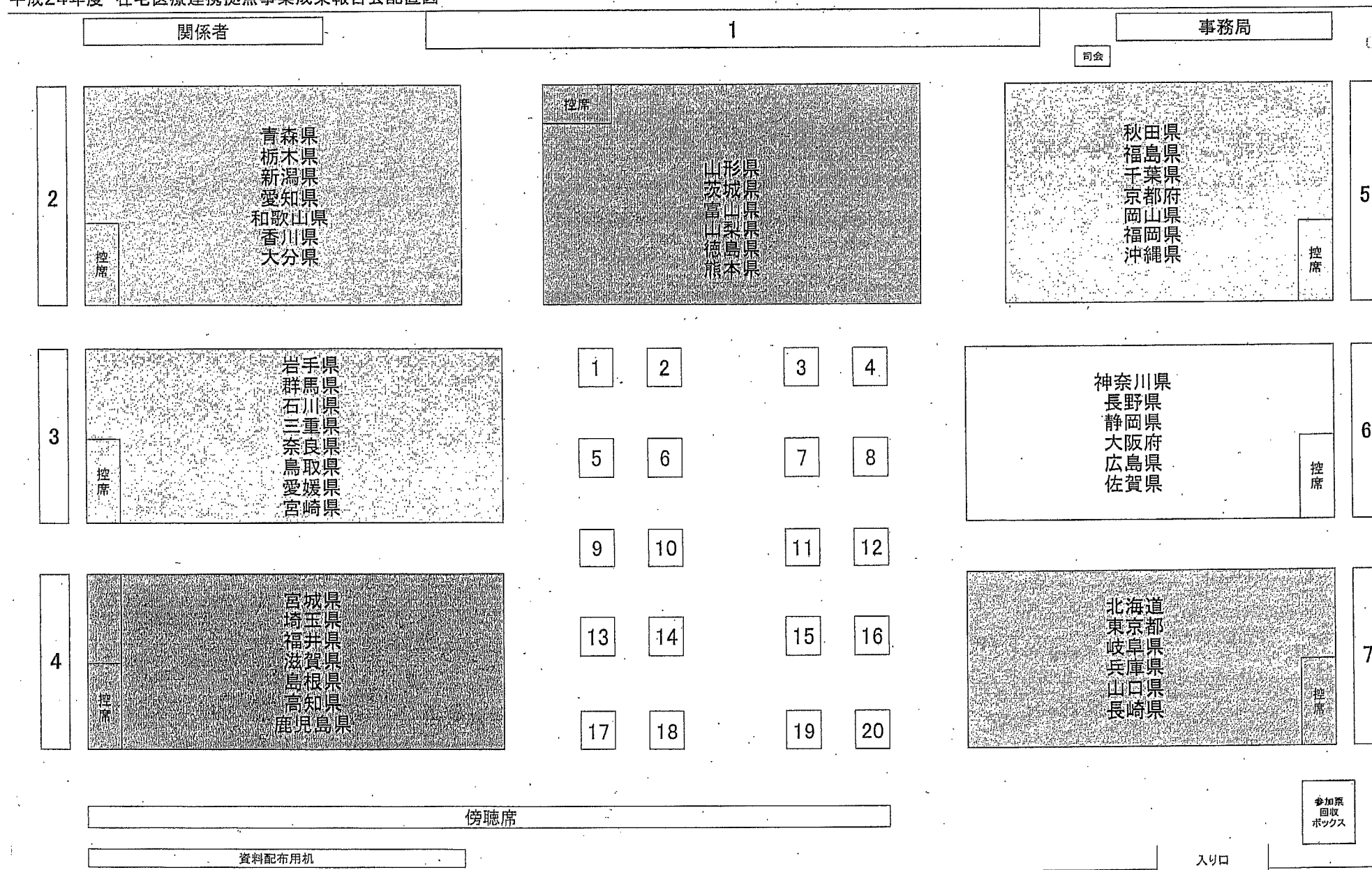
厚生労働省講堂 (低層棟 2 階)

次第

- 13:00～ 開会の挨拶 (厚生労働省医政局指導課長)
- 13:03～ 日本医師会高杉常任理事挨拶
- 13:06～ 国立長寿医療研究センター大島総長挨拶
- ① 13:10～ 拠点事業者から取り組みの発表
(1 事業者あたり発表 7 分、質疑 3 分)
- 14:30～ 休憩
- 14:45～ 拠点事業者から取り組みの発表
(1 事業者あたり発表 7 分、質疑 3 分)
- 15:55～ 休憩
- ② 16:15～ グループディスカッション
- 16:55～ 質疑
- 17:00～ 閉会の挨拶 (厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室長)

【受付配布資料】

- 配置図
- 参加者名簿
- 拠点事業者からの取り組みの発表の進め方について
- 拠点事業者からの取り組みの発表 タイムテーブル
- グループディスカッションの実施について
- グループディスカッション グループ編成
- 厚生労働省資料



平成 24 年度在宅医療連携拠点事業成果報告会

拠点事業者からの取り組みの発表の進め方について

- 会場内に発表ブースを 7 カ所設ける。
- 発表のタイムテーブルは別紙に示す通り。
- 参加者は、興味がある発表を自由に聞き、積極的に質疑に参加する。
- 拠点事業者からの取り組みの発表終了後（15：55 予定）、休憩をはさんで 16 時 15 分を目処にグループディスカッションを開始する。グループディスカッション参加者は、休憩時間の間に、指定された机の周りに各自の椅子を持って集合すること。

（発表者への連絡事項）

- 1 事業者当たりの持ち時間は、発表 7 分、質疑 3 分、合計 10 分とする。
- 全体の進行管理は事務局において行う。
- 発表者は、10 分前までに各ブースの所定の位置につき、ブースごとに配置された事務局に到着している旨を知らせること。

ブース5

発表時間	都道府県	市区町村	施設名
13:10～	5秋田県	横手市	横手市地域包括支援センター+
13:20～	5秋田県	湯上市	小玉医院+
13:30～	7福島県	東白川郡塙町	JA福島厚生連 塙厚生病院+
13:40～	7福島県	白河市	しらかわ在宅医療拠点センター+
13:50～	12千葉県	松戸市	医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所+
14:00～	12千葉県	市川市	市川市+
14:10～	12千葉県	柏市	柏市+
14:20～	26京都府	京都市中京区	社団法人京都府歯科医師会+
14:45～	33岡山県	新見市	一般社団法人新見医師会 在宅医療連携拠点まんさく+
14:55～	40福岡県	北九州市	株式会社フジケア訪問看護ステーション
15:05～	40福岡県	宗像市	社団法人宗像医師会+
15:15～	40福岡県	飯塚市	医療法人博愛会 頼田病院+
15:25～	47沖縄県	浦添市	一般社団法人浦添市医師会 浦添市在宅医療ネットワーク拠点+
15:35～	47沖縄県	中頭郡北谷町	社団法人中部地区医師会+

ブース7

発表時間	都道府県	市区町村	施設名
13:10～	1北海道	札幌市手稲区	医療法人溪仁会 手稲家庭医療クリニック+
13:20～	1北海道	札幌市東区	医療法人社団豊生会 東苗穂病院+
13:30～	1北海道	札幌市豊平区	社会医療法人恵和会 西岡病院+
13:40～	1北海道	夕張市	夕張市立診療所+
13:50～	13東京都	墨田区	医療法人財団はるたか会 子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田+
14:00～	13東京都	板橋区	社団法人板橋区医師会+
14:10～	13東京都	国立市	医療法人社団つくし会 新田クリニック+
14:20～	13東京都	新宿区	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション+
14:45～	21岐阜県	岐阜市	医療法人聖徳会 小笠原内科+
14:55～	21岐阜県	羽島郡岐南町	医療法人かがやき総合在宅医療クリニック+
15:05～	28兵庫県	神戸市北区	医療法人社団まほし会+
15:15～	28兵庫県	神戸市西区	医療法人社団倫生会 みどり病院+
15:25～	35山口県	宇部市	医療生活協同組合健文会 宇部協立病院+
15:35～	42長崎県	佐世保市	社団法人佐世保市医師会+

ブース6

発表時間	都道府県	市区町村	施設名
13:10～	14神奈川県	平塚市	医療法人救友会 湘南真田クリニック
13:20～	20長野県	須坂市	須坂市+
13:30～	20長野県	佐久市	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院+
13:40～	20長野県	安曇野市	地方独立行政法人長野県立病院機構長野県立こども病院
13:50～	20長野県	松本市	社会医療法人財団慈泉会 地域在宅医療支援センター+
14:00～	22静岡県	浜松市天竜区	社会福祉法人天竜厚生会+
14:10～	22静岡県	周知郡森町	森町家庭医療クリニック+
14:20～	27大阪府	大阪市東淀川区	宗教法人在日本南ブレスピテリアン ミッション淀川キリスト教病院
14:45～	27大阪府	大阪市東成区	東成区医師会+
14:55～	27大阪府	堺市西区	社会医療法人生長会 ペルピアノ病院+
15:05～	34広島県	広島市	折口内科医院
15:15～	34広島県	東広島市	社団法人東広島地区医師会+
15:25～	34広島県	尾道市	社団法人因島医師会 因島医師会病院+
15:35～	41佐賀県	佐賀市	佐賀県+

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業成果報告会
グループディスカッションの実施について

1 グループ編成

- グループディスカッションはあらかじめ示すグループごとに、あらかじめ指定したテーブルにおいて行う。
- テーブルの配置は、会場配置図に示すとともに、各テーブル上にもグループ番号を示す札を設置している。

2 グループディスカッションのテーマ

在宅医療連携拠点事業者からの「取り組みのうち、特に効果があったもの、苦労した点」に関する報告を踏まえ、今後、地域において、介護等と連携した在宅医療を推進するための具体的方策について、議論し、結論をまとめる。

3 グループディスカッションの進め方

- 時間配分は、ディスカッション 20 分、報告のまとめ 10 分、発表 10 分 とする。
- 全体の進行管理は事務局において行う。
- 各テーブル上には、グループディスカッション報告様式、メモ用紙（白紙）、筆記用具を用意している。

（ディスカッション）

- グループごとに、自己紹介後、司会 1 名、書記 1 名を選出する。司会者は発表者を兼ねる。
- 「拠点事業者から取り組みの発表」や、各グループの拠点事業者からの取り組みのうち、特に効果があったものや苦労した点などに関する事例提示などを踏まえ、今後、地域において介護等と連携した在宅医療を推進するための具体的方策について議論を深める。
- 司会者は、できるだけ多くの参加者から発言が得られるよう、配慮する。

（報告のまとめ）

- 今後、地域において介護と連携した在宅医療を推進するための具体的方策について、ディスカッションの結果得られた結論を報告様式にまとめる。

（発表）

- 全体で 10 分を目処に、グループごとの結論について数グループから簡潔に発表いただく。
- 記入した報告様式は、グループの卓上に残しておくこと。

グループディスカッショングループ編成

グループ番号	都道府県名
1	北海道
	京都
2	滋賀県
	鹿児島県
3	岩手県
	三重県
	熊本県
4	愛知県
	長崎県
5	山形県
	岐阜県
	佐賀県
6	長野県
	山口県
7	茨城県
	山梨県
	高知県
8	新潟県
	愛媛県
9	埼玉県
	千葉県
10	香川県
	福岡県

グループ番号	都道府県名
11	東京都
	石川県
12	群馬県
	神奈川県
	広島県
13	東京都
	岡山県
14	栃木県
	島根県
15	福島県
	福井県
16	秋田県
	富山県
	和歌山県
17	宮崎県
	宮城県
	奈良県
	静岡県
18	青森県
	兵庫県
	鳥取県
19	大分県
	沖縄県
20	大阪府
	徳島県

グループ9

都道府県名	属性	所属する機関の名称	職名	氏名
千葉県	拠点事業者	市川市	主査	小林 きよみ
千葉県	拠点事業者	市川市	副主幹	笠原 早苗
千葉県	拠点事業者	柏市 保健福祉部 福祉政策室	室長	松本 直樹
千葉県	拠点事業者	柏市 保健福祉部 福祉政策室	主査	小林 唯浩
千葉県	拠点事業者	あおぞら診療所	院長	川越 正平
千葉県	拠点事業者	あおぞら診療所	研究員	友松 郁子
千葉県	都道府県	千葉県健康福祉部健康福祉政策課	副主幹	飯島 里美
千葉県	都道府県	千葉県健康福祉部健康づくり支援課	主査	須永 裕貴
千葉県	都道府県	千葉県医師会	副会長	土橋 正彦
埼玉県	拠点事業者	国立病院機構 東埼玉病院	病院長	川井 充
埼玉県	拠点事業者	国立病院機構 東埼玉病院	内科・総合診療科医長	木村 琢磨
埼玉県	拠点事業者	埼玉医科大学総合医療センター	医師	田村 正徳
埼玉県	拠点事業者	埼玉医科大学総合医療センター	医師	森脇 浩一
埼玉県	拠点事業者	東埼玉総合病院	在宅医療連携拠点事業 担当(看護師・介護支援専門員)	丑久保 広子
埼玉県	拠点事業者	東埼玉総合病院	在宅医療連携拠点事業 担当(社会福祉士)	原口 浩司
埼玉県	都道府県	保健医療部医療整備課	総務・医療企画担当主幹	武井 裕之
埼玉県	都道府県	保健医療部医療整備課	総務・医療企画担当主査	鈴木 健司

グループ10

都道府県名	属性	所属する機関の名称	職名	氏名
福岡県	拠点事業者	株式会社フジケア訪問看護ステーション	看護師	永松 京子
福岡県	拠点事業者	宗像医師会 在宅医療連携拠点事業室むい	医師	吉田 道弘
福岡県	拠点事業者	宗像医師会 在宅医療連携拠点事業室むい	MSW	久米 祥代
福岡県	拠点事業者	頤田病院	院長	本田 宜久
福岡県	拠点事業者	頤田病院	社会福祉士	小栗 和美
福岡県	都道府県	福岡県 保健医療介護部 医療指導課	在宅医療係長	馬場 順子
福岡県	都道府県	福岡県 保健医療介護部 医療指導課	主任主事	中野 聡
福岡県	都道府県	社)福岡県医師会	副会長	野田 健一
福岡県	都道府県	社)福岡県医師会	理事	戸次 鎮史
香川県	拠点事業者	綾川町国民健康保険 陶病院	院長	大原 昌樹
香川県	拠点事業者	綾川町国民健康保険 陶病院	看護師・介護支援専門員	郡 順子
香川県	都道府県	(社)香川県医師会	副会長	林 正作
香川県	都道府県	香川県庁医務国保課	副主幹	藤井 祥子

第1回日本医師会 在宅医リーダー研修会

平成25年7月28日（日）日医会館

1. はじめに : 横倉義武 会長

- 1) 国民の健康と生命を守る専門家集団
- 2) 責務を果たしていくために「継続と改革」
- 3) 「地域から国へ」をスローガン
- 4) 国民とともに歩む専門家集団としての医師会
- 5) かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門家、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、福祉を担う幅広い総合的な診療能力を有する医師」の定義している。
- 6) それぞれの地域特性にあった医療提供体制を構築
- 7) 「患者を最後まで責任を持って診る」在宅医を養成

第一部：「かかりつけ医の在宅医療」

1. かかりつけ医機能と基本理念：

鈴木邦彦（日本医師会常任理事）

ポイント

- ① 超高齢社会に対応した日本型医療システムの重要性
- ② 在宅医療は医師単独ではなく多職種協働で行い、そのチームでは医師が主導する存在になること

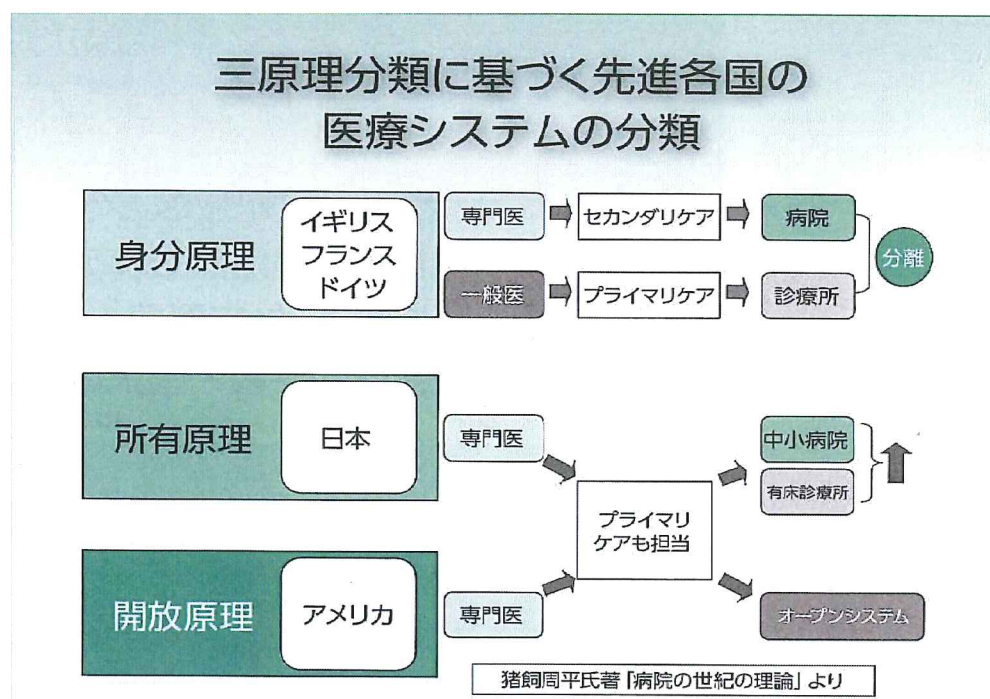
三大原理：所有原理：（日本）

専門医→プライマリケアも担当→中小病院、有床診療所

明治 20 年代西南戦争後、緊縮財政により公的病院が閉鎖

帝国大学出身者が続々と病床を持って開業

当時は 10 床以上が病院、9 床以下が有床診療所



日本型医療システムの特徴

- ①民間中心の医療提供体制
- ②専門医がプライマリケアを担当



- ①中小病院
有床診療所 } が多い
- ②診療所の質が高く充実している

中小病院、有床診療所は、専門医が開業するスタイルになっているが、低コストで隙間を埋めて充実した医療を提供し、医療費抑制に計り知れない貢献をしてきた。

かかりつけ医機能の推進

超高齢社会では、認知症などの疾病に加え、高齢者の日常生活の不具合も含めた早期発見、早期治療(対応)の必要性が高まり、かかりつけ医の役割はますます重要になる。外来医療、在宅医療に適切な資源を投入し、「かかりつけ医」を中心として、患者・国民の健康に幅広く対応していく。

かかりつけ医とは

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



公益社団法人 日本医師会

日本医師会のかかりつけ医の定義

かかりつけ医機能

医療的機能

- ・日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超えるケースに対しては、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介(病診連携・診診連携)を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。
- ・自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に関し、幅広く相談できる医師として全人的視点から対応する。

社会的機能

- ・日常行う診療の他には、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在宅医療を推進する。

公益社団法人 日本医師会

医療的機能と社会的機能に分けられる。

日本型在宅の主役は郡市区医師会



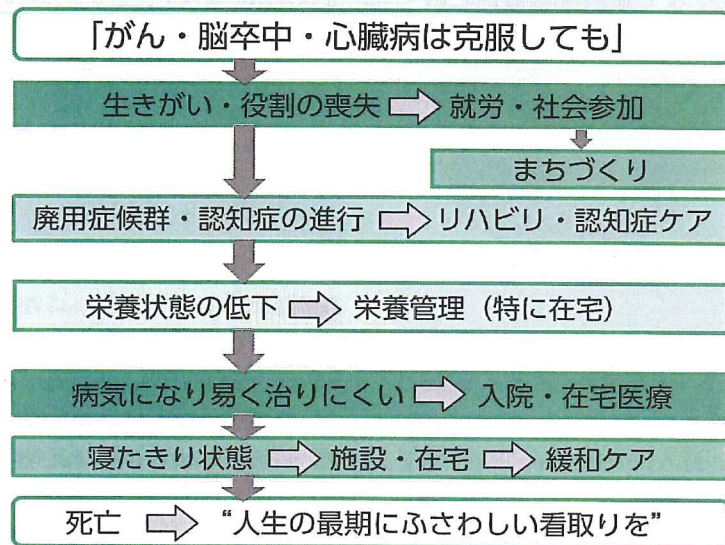
在宅医療だけでなく、医療と介護の連携や
在宅における多職種協働のリーダーは医師が最適



医学部教育の見直しによる一般臨床能力の向上と
日医生涯教育の充実による新かかりつけ医
＝日本型総合医の育成が必要

日本型総合医の育成が必要である。

超高齢社会の課題と対応



人生の最期にふさわしい看取りが求められている。

人口 10~20 万人規模の地域性に応じたサイズで、各郡市区医師会が中心となって、行政と連携し、日本型高齢者ケアシステム「地域包括ケアシステム」を確立させ、「顔の見える関係」の中で看取りまで行える体制作りが必要である。

2. かかりつけ医に求められる在宅医療：

新田國夫（社団つくし会）

ポイント

①治療のためだけでなく、生活を支え、QOL の改善と生命予後を良くすることがかかりつけ医の重要な役割である

前期高齢者 VS 後期高齢者

前期高齢者 (65～74歳)

- ・健康度が高く活動的
- ・社会的貢献度(プロダクティビティ)も高い
- ・就労意欲が高く欧米に比し就労率が高い

後期高齢者 (75歳以上)

- ・心身の機能の減衰が顕在化
- ・老年症候群、虚弱、認知症が増加
- ・医療機関受診の割合が高い(85.8%)
- ・要介護認定者の割合が高い(86.4%)

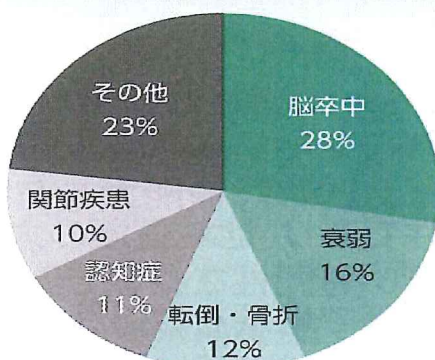
要介護認定者数(厚労省 2010)

	認定者数 (千人)	高齢者全体に 占める割合 (%)	要介護認定者に 占める割合 (%)
前期高齢者	654	2.3	13.6
後期高齢者	4,152	14.3	86.4

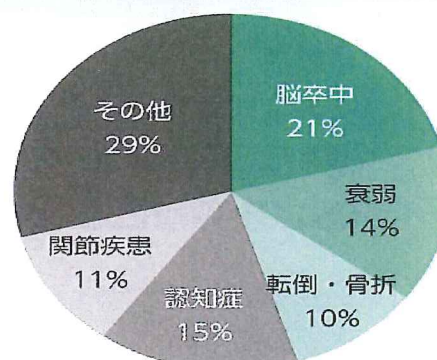
超高齢社会の基礎知識 国立長寿医療研究センター研究所 鈴木隆雄 参照

要介護認定者は、後期高齢者になると 86.4%を占める。

介護が必要になった原因



厚生労働省：国民生活基礎調査(2001年より)



厚生労働省：国民生活基礎調査(2010年より)

要介護の原因で、認知症が増加している。

かかりつけ医の重要な役割

- 1 かかりつけ医は高齢社会における健康寿命の確保に重要な役割を果たす
- 2 総合的な診療能力を有することはかかりつけ医の持つべき要件であり、地域医療の大半を支える
- 3 深い専門性を有したうえで、総合的な診療能力を持ち、幅広い視野で地域を診る医師
- 4 地域においては特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患を包括する
- 5 地域住民の生まれてから死に至る間に様々な患者が抱える医療をカバーする
- 6 患者や家族の人生も相手にする
- 7 生活機能の維持、向上をマネジメントする
- 8 暮らしの場で QOL の向上を支援する
- 9 認知症、リハビリテーション、がん緩和ケアにかかわる
- 10 在宅医療は外来医療のその先の医療

総合的な診療能力を有することが、かかりつけ医の要件として求められている。

65 歳以上になると、平均して 4 個以上の病気を有している。

病気の内、75%は、かかりつけ医による対応が可能である。

生活機能の維持・向上をマネジメントし、暮らしの場で QOL の向上を支援することが必要である。

今後の医療は、「連携」から「統合」としての考えが必要。

「治す医療」から「支える医療」として「地域包括ケア」が在宅医療の柱である。

地域包括ケアにおける かかりつけ医の在宅医療

- 1 在宅医療を地域で支える多職種、同職種スタッフによる連携
- 2 病院、在宅医療スタッフの相互理解、円滑な連携
- 3 医療、介護、福祉、生活支援を一元的に提供するトータルコーディネーターの役割
- 4 超高齢者に応じた医療対応
- 5 高齢者住宅、グループホームなど、多様な暮らしの中で支える
- 6 生活の質の向上のために地域社会における役割を果たす
- 7 治す医療から支える医療へ
- 8 連携から統合へ

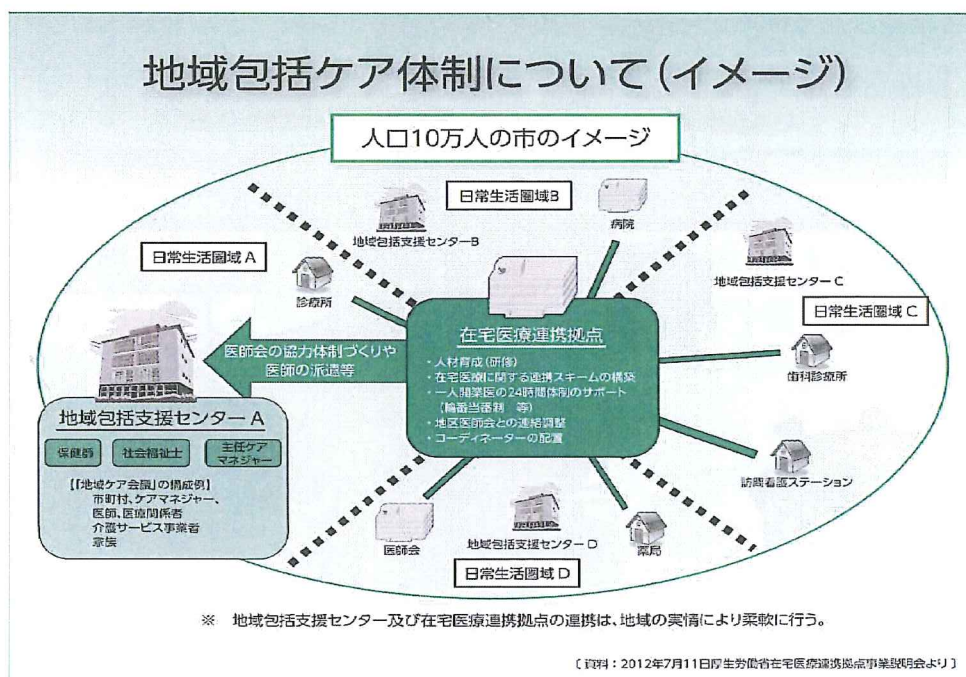
新しい価値観を持ち、終末期医療にも対応可能な医療が求められている。

3. 在宅医療と地域包括ケアシステム：

三浦久幸（国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長）

ポイント

- ① 地域医療にスタンダードはなく、各地域の資源を生かすことが重要



2060 年には、1 人の高齢者を 1. 2 人で支える社会構造になる。

医療・介護・福祉を統合し提供するシステムが、地域包括ケアシステムである。

30 分以内に駆け付けられる圏域で、人口 1 万人程度の、中学校校区を基本とする。

4. かかりつけ医と多職種協働：

篠原彰（篠原医院、静岡県医師会副会長）

ポイント

- ① 在宅医療は多職種で行うことで、各々の負担が減る
- ② 他の職種がかかりつけ医に求めていることを示し、それを行うことが患者の幸せにつながる

在宅医療・介護の連携推進の方向性

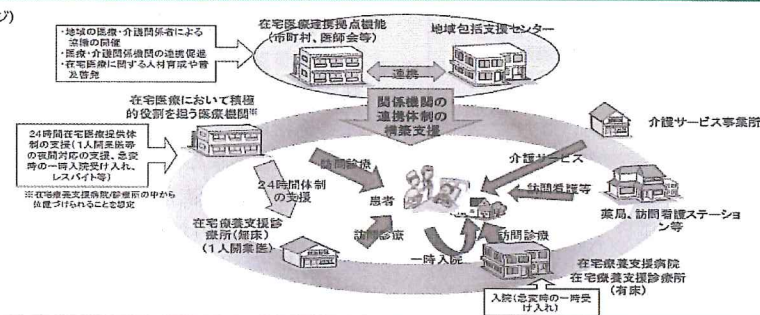
○疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。

（※）在宅医療を支える関係機関の例

- ・地域の医療機関（定期的な訪問診療の実施）
- ・在宅療養支援病院・診療所（有床）（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
- ・訪問看護事業所（医療機関と連携し、服薬管理や点眼、褥瘡の予防、洗滌等の看護ケアの実施）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

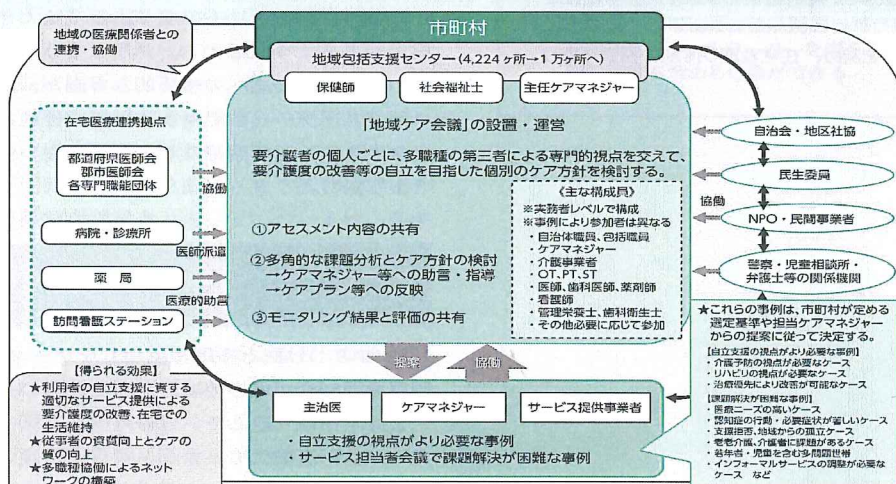
○このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。

（イメージ）



厚労省在宅医療・介護推進プロジェクトチーム「在宅医療・介護の推進について」より抜粋

「地域ケア会議」のイメージ（個別ケース検討の場合）



5. 高齢者の在宅医療①脳卒中とリハビリ：

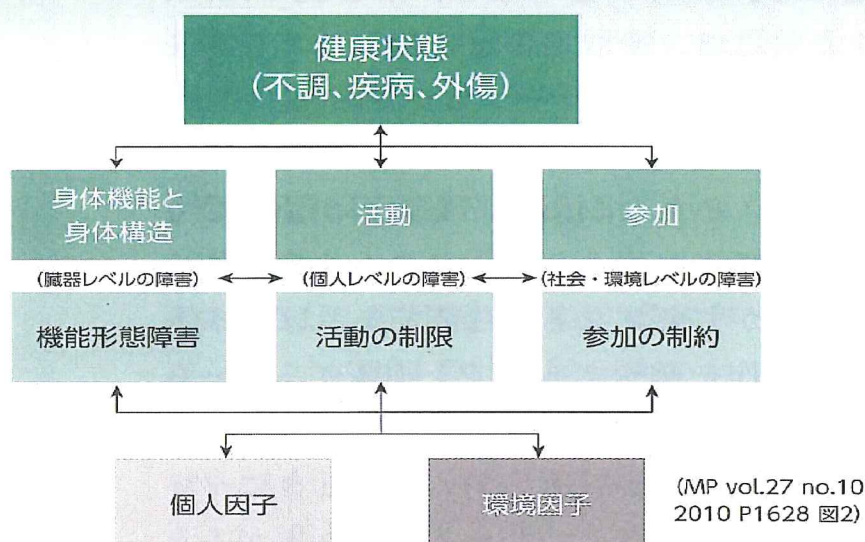
堀田富士子（東京都リハビリテーション病院

地域リハビリ科 科長）

ポイント

- ① 脳卒中等のリハビリにおける座位の重要性
- ② 座る姿勢を取ることで ADL の拡大が期待できる

機能と障害のICF（国際生活機能分類）モデル



「病気が個人にもたらす不利益は、病気そのものによる機能形態障害、それによってもたらされる活動制限や社会参加への制約、これらに個人の要因や環境因子が複雑に組み合わさってもたらされる。」とするのが WHO の ICF モデルである。

たとえば

高齢脳卒中患者の“機能形態障害”



高齢者では、「機能形態障害」とそれによる「活動制限」は非常に多くなり、どこにアプローチするか、包括的に考えなければならない。特に、脳卒中の場合は、複雑に障害像になる。

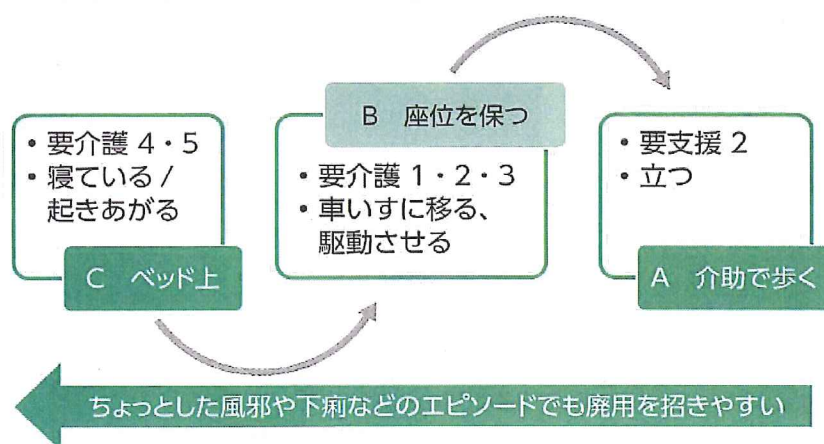
握力計を合目的的に握れることも、認知面の評価になる。

実際の握力データーはさまざまだが、80歳男性で25

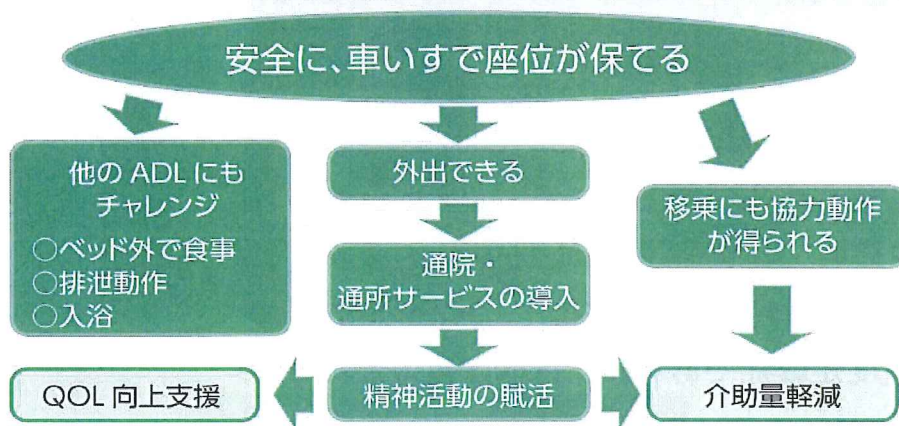
Kg、女性で10kg程度を目安としている。

一般の握力計で5kg程度計測できると、配慮は必要だが学習としての動作訓練が可能である。

“在宅でのリハ”は“座位リハ”



“座る”で ADL の拡大が期待されます



座位を保つことは、大きな意味を持つ。

座位を保つことができれば、ADL の維持・拡大につながり、

車いすに座れば、外出も可能になる。

5・高齢者の在宅医療②肺炎 COPD：

中島一光（パリアンクリニック川越 副院長）

ポイント

- ① 在宅での肺炎患者の診療方法
- ② 患者の呼吸困難感の改善を図ることが重要

呼吸不全と呼吸困難

在宅酸素療法の適応

PaO₂が55Torr以下の者、およびPaO₂が60Torr以下で睡眠時または運動負荷時に著しい低酸素血症を来すものであって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めた者。適応患者の判定に、SpO₂から推測しPaO₂を用いることは差し支えない。

- ・ PaO₂ 60Torr=SpO₂ 90% が目安となる
- ・ 低酸素血症と呼吸困難感はしばしば乖離する
- ・ 患者にとっては呼吸困難感の改善が重要である

在宅でどこまで診るか

身体所見、年齢による肺炎の重症度分類（A-DROPシステム）

使用する指標

1. 男性70歳以上、女性75歳以上
2. BUN 21mg/dL以上または脱水あり
3. SpO₂ 90%以下（PaO₂ 60Torr以下）
4. 意識障害
5. 血圧（収縮期）90mmHg以下

重症度分類

- | | |
|-----------------------|-----------|
| 軽 症：上記のいずれにも該当しない | → 外来 |
| 中等症：上記の 1 or 2 つ を有する | → 外来または入院 |
| 重 症：上記の 3 つ を有する | → 入院治療 |
| 超重症：上記の 4 or 5 つ を有する | → ICU入院 |

- ・ 意識障害は、肺炎に由来する意識障害の変化とする
- ・ 呼吸数 30/分以上は生命予後と相関するため、呼吸数測定も推奨されている
- ・ 本人と家族の意向も踏まえ、あくまでも最終的には診察医の判断による

成人市中肺炎診療ガイドラインより改変引用

5・高齢者の在宅医療③認知症：

大澤誠（あずま会大井戸診療所 理事長）

ポイント

- ① 認知症を生活障害として捉える
- ② 認知症患者の生活のしやすさを改善するために支えることが重要

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数

平成24年8月24日 厚労省発表

2010年「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数は280万人であった。

2012年には305万人、2015年には345万人となると推計される。65歳以上の人口に占める割合は10%を超える。

*自立度Ⅰ(何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している人たち)に注目する必要がある。

認知機能などの衰えにより、日常生活に不都合が生じてきたり、環境やかかわり方への配慮が不足していたりする場合には、急激な状態変化が生じてくる可能性が高い人たちでもある。認知症の中核症状が進んでしまう前に、生活上のストレスを軽減し、不安や混乱を予防したりQOLの維持・向上を図っていくことは、認知症の重度化を予防していく上でも重要な取り組みとなる。

認知症の「人」を「地域」で かかりつけ医が診る

- ① 疾患情報 + 「生活情報」を得やすい
⇒ より正確な診立てと対応が可能となる
- ② 家族背景を考慮した医療がしやすい
⇒ 同じ症状でも、家族ごとに悩みの違うことが理解しやすい
- ③ 認知症の人の身体合併症
⇒ 既に対応しており、それとともに、認知症も診ていく

ADの重症度／FAST

FAST (Functional Assessment Staging)

重症度	臨床診断	FASTにおける特徴
1. 認知機能の障害なし	正常	主観的および客観的機能低下は認められない。
2. 非常に軽度の認知機能の低下	年齢相応	物の置き忘れを訴える喚語困難
3. 軽度の認知機能低下	境界状態	熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。 新しい場所に旅行することは困難。
4. 中等度の認知機能低下	軽度の AD	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする 程度の仕事でも支障をきたす。
5. やや高度の認知機能低下	中等度の AD	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにも なんとかかなだめずかして説得することが必要なこともある。
6. 高度の認知機能低下	やや高度の AD	(a) 不適切に着衣
		(b) 入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。
		(c) トイレの水を流せなくなる。
		(d) 尿失禁
		(e) 便失禁
7. 非常に高度の認知機能低下	高度の AD	(a) 最大限約 6 語に限定された言語機能の低下
		(b) 理解しうる語はただ 1 つの単語となる。
		(c) 歩行能力の低下
		(d) 着座能力の喪失
		(e) 笑う能力の喪失
		(f) 昏迷および昏睡

Reisberg B, et al.: Ann Acad Sci, 435: 481, 1984 より作成

5. 高齢者の在宅医療④緩和ケア：

白髭豊代理：大田秀樹（アスムス理事長）

ポイント

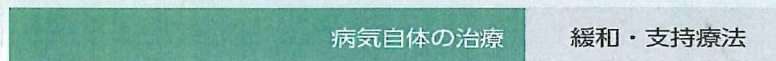
- ① 疼痛緩和やコミュニケーションの重要性
- ② 患者や関係職種の信頼を得るためにも顔の見える関係づくりが重要

緩和ケアとは(2002 WHOの定義)

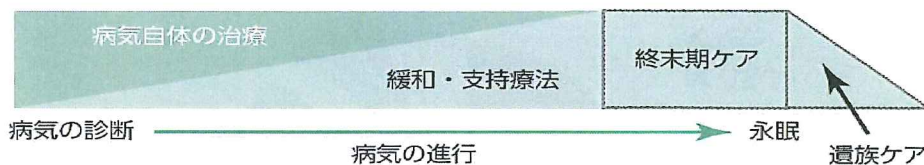
生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことにより、苦痛の予防と軽減を図りクオリティ・オブ・ライフを向上させるためのアプローチである。

日本のホスピス病棟では、がん末期とAIDSが対象

① 今までの考え方



② これからの考え方



病気の時期によって緩和・支持療法、終末期ケア、遺族ケアなど呼び方は異なるが、これらはすべて緩和ケアである



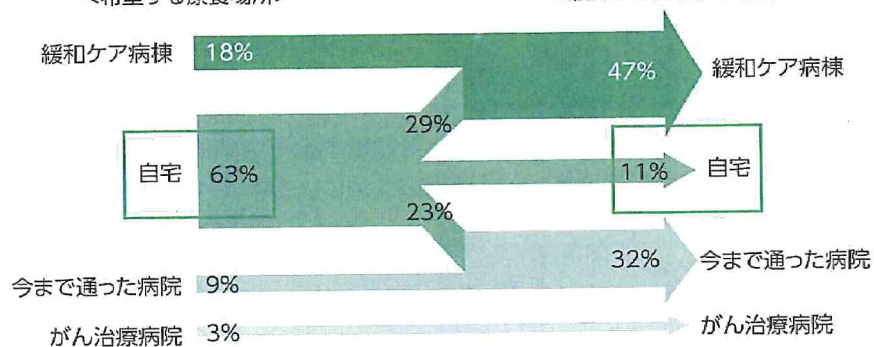
「病気の治療以外のすべて」が緩和ケア

希望する療養場所は変化する

「痛みを伴う末期状態(余命が半年以下)」の場合
一般集団 2,527 人 (2008 年)

<希望する療養場所>

<希望する看取りの場所>



⇒ いつでも、どこでも、切れ目のない緩和ケア
が提供できる体制を整備する必要がある

(PEACE M-2 緩和ケア概論より)

厚労省「終末期医療に関する調査」—平成20年10月27日

6・介護保険制度の活用：

土橋正彦（土橋医院 院長）

ポイント

- ① 在宅医療・ケアの実践のために、医師が介護保険制度や介護サービスの内容を把握しておくことが重要

地域包括支援センター 平成17年の介護保険制度改正で設置

- ・ 包括的支援事業
 - 介護予防ケアマネジメント業務
 - 総合相談支援業務
 - 虐待防止・早期発見、権利擁護業務
 - 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
- ・ 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築
- ・ 指定介護予防支援
 - 介護予防サービス計画の作成
 - 指定介護予防サービスの提供確保
- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業（平成24年新設）ほか

地域密着型サービス

- ・ 身近な生活圏域で高齢者の「生活の継続性」が確保されるようなサービス体制の整備が必要。
- ・ サービス利用が主として市町村の圏域内にとどまるような「地域密着型サービス」の創設。
- ・ 在宅での生活が困難になったときに、住み慣れた地域を離れずに暮らしていけるような地域特性を生かしたサービスの提供。
- ・ 施設は、グループホームなど比較的小規模なものが多いのが特徴。

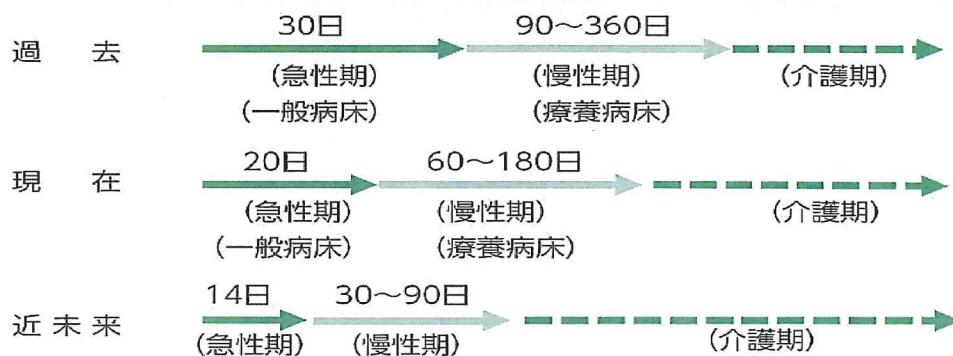
7・退院支援・調整：

池端幸彦（池端会 池端病院 理事長）

ポイント

- ① 医師の退院支援カンファレンスへ参加することの重要性
- ② 退院時カンファレンス参加時の在宅主治医心得10ヶ条

平均在院日数の推移



日本慢性期医療協会会長 武久洋三氏講演資料より一部改変

在宅医療を受ける場所と算定可能な主な診療報酬点数

場所	訪問診療	往診	管理料	在がん医総	備考
自宅	○ (1)	○	在医総管	○	2人目以降は在宅患者訪問診療料の代わりに初・再診料を算定
サ高住・有老ホーム (特定施設以外)	○ (1 or 2口)	○	在医総管	○	
グループホーム	○ (1 or 2口)	○	在医総管	○	
小規模多機能型 居宅介護	○ (1 or 2口)	○	在医総管	○	宿泊日のみ算定可。通いの日はデイサービスと同じ扱いとなるので注意
サ高住・有老ホーム (特定施設)	○ (1 or 2イ)	○	特医総管	×	
特別養護老人ホーム	○* (1 or 2イ)	○	特医総管*	×	※末期の悪性腫瘍、死亡日から遡って30日以内の患者に限る
ショートステイ (短期入所生活介護)	○* (1 or 2口)	○	特医総管*	×	※末期の悪性腫瘍、死亡日から遡って30日以内の患者に限る
デイサービス	×	×	×	×	生活の場ではないため算定不可

「訪問診療」の欄の「1」は在宅患者訪問診療料1（同一建物居住者以外）830点、「2イ」は在宅患者訪問診療料2（イ）（同一建物居住者・特定施設等）400点、「2口」は在宅患者訪問診療料2（口）（同一建物居住者・その他）200点
 注）在医総管：在宅時医学総合管理料 特医総管：特定施設入居時等医学総合管理料
 在がん医総：在宅がん医療総合診療料 サ高住：サービス付き高齢者向け住宅

退院時カンファレンス参加時の 在宅主治医心得10ヶ条

1. 入院時から門を叩け
2. 会議出席は、義務ではなく権利
3. できるだけ、平易な言葉で
4. 押さえておきたい「食べること」と「動くこと」
5. 退院直後の訪問看護・訪問リハは有効
6. 走りながら考える
7. 「ハウ・レン・ソウ」の時間と手段を確認
8. 在宅医療は、入院医療の出前ではない！？
9. 在宅は「希望」の光（「おうちパワー」を信じよう！）
10. 「いつでも入院ベッド」を担保に、共同診療

めざすべきこれからの 退院支援・調整10ヶ条

1. 尊厳を大切に
2. 生活の質・尊厳ある人生に視点を置く
3. 地域との連携がとれる
4. 医療との連携がとれる
5. デマンドとニーズの違いを理解
6. 食と栄養の理解
7. リハビリテーション・認知症の理解
8. ターミナルケアを理解
9. テーラーメイド医療・介護を目指せ
10. 多職種連携・チームアプローチを大切に

8・かかりつけ医と後方支援：

梶原優(弘仁会 理事長)

ポイント

- ① 後方支援として、看取りについて家族や関係職種に説明し、連携体制を作ることが重要

後方支援：訪問・外来機能

1. 専門医
精神科・皮膚科・眼科・耳鼻科・その他専門医
2. 包括支援センター・民生委員
虐待・生活支援
3. 保健所
精神疾患・感染症
4. その他
弁護士・ボランティアなど

後方支援：入院機能

1. 病院
急性期対応病院(在宅療養支援病院など)
地域医療支援病院
2. 緩和ケア病棟
地域がん拠点病院
3. ホスピス
終末期ケア
4. 施設
介護療養・保健・福祉施設

9・在宅医療の過去・現在・未来：

太田秀樹（アスムス 理事長）

ポイント

- ① 今後の超高齢社会・多死社会に求められることは、急性期医療による「治す医療」から終末期医療による「支える医療」へのパラダイムシフト

1970年代の動き

1970年 高齢化社会に突入 高齢化率7.1%

1995年 高齢社会 (14.6%) 7%⇒14% 25年

2007年 超高齢社会 (21.5%) 14%⇒21% 12年

2012年 高齢化率 24% (4人に1人)

1973年 「一県一医科大学構想」 閣議決定

医科大学・医学部入学定員増

1976年⇒4,380人 1987年⇒8,360人 約10年で医師数倍増

40年後 開業医は臓器別専門医ばかり

1973年(東京都'69・秋田県'69)老人医療費無料化

社会的入院増加 福祉施策の貧困 医療が肩代わり

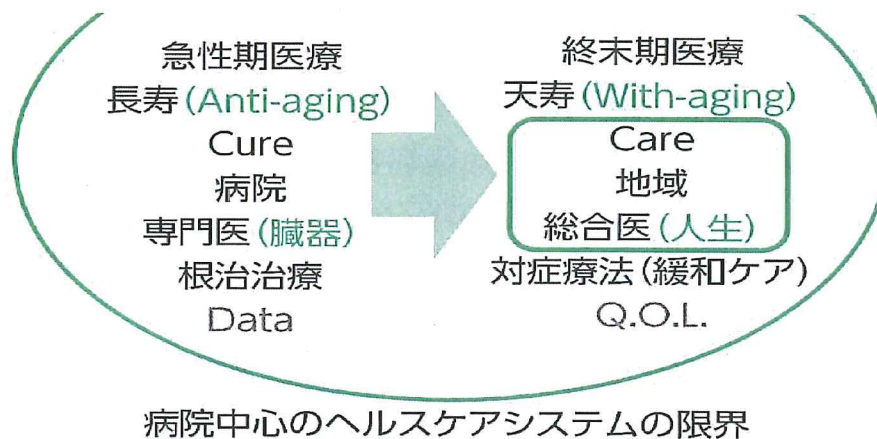
1976年 EMI社製頭部CT1010 東京女子医大に設置

(1975年 国産初のX線CT 藤田学園保健衛生大で稼働)

医療の高度化 病院信仰

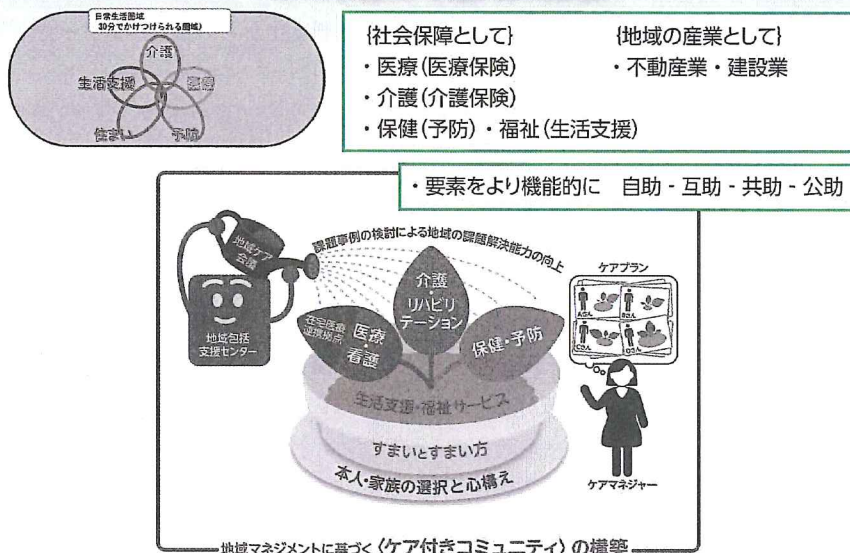
女性の社会進出 家族形態の変化(非婚化・晩婚化・DINKS・核家族化・老老世帯)
地域共同体(コミュニティーの崩壊)

超高齢社会・多死社会に求められる 医療のパラダイムシフト



地域包括ケアシステム基本スキーム

<5つの要素を並列に表現>



平成25年3月 持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書
「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」 31ページより引用

DVD 放映「かかりつけ医の在宅医療

超高齢社会—私たちのミッション—

(50分)

第二部「多職種協働の実践」

1. 在宅医療における歯科医療の関わり：

花形哲夫（日本歯科医師会 地域保健委員）

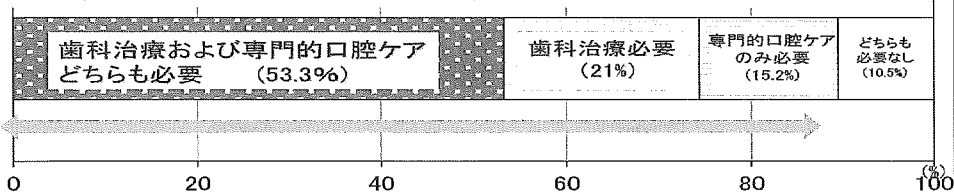
ポイント

- ① 要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性
- ② 在宅歯科医療を担う歯科医師・歯科衛生士の養成の必要性

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）2002
（対象：要介護者 368名 平均年齢81歳）

要介護者の約9割は何らかの歯科治療が必要！



しかしながら実際に歯科受診した要介護者は約27%！

要介護高齢者における歯科医療の需要・供給体制の
間に差がある。

平成20年 国勢調査・人口動態調査 医療施設調査、介護保険事業状況報告

総人口	127,692,000
要介護者	4,672,688 (3.7%)
歯科診療所数	67,779個
在宅医療実施歯科診療所	12,159個 (17.9%↓)
訪問(患家+患家以外)	183,801個 (要介護者の3.9%)
訪問歯科衛生指導	90,115個 (要介護者の1.9%)
居宅療養管理指導	98,508個 (要介護者の2.1%)

出典：厚労科研（H21－医療－一般－015）
歯科疾患等の需要予測および患者等の需要に基づく
適正な歯科医師数に関する研究（研究代表者：安藤雄一）2011.

高齢者の歯科診療と在宅歯科医療今後

- 在宅での高度医療を受ける患者さんへの歯科治療の必要性が高くなる
- 誤嚥性肺炎予防と摂食・嚥下障害への対応の要請が増加する
- 独居・老々介護が増える中、治せない障害(認知症等)を抱えた高齢者などが尊厳をもって地域で療養生活が送れるように構築された地域包括ケアシステムへの関わり
- 急性期～終末期ケアにおける歯科からの支援体制が必要となる緩和医療との関わり



在宅歯科医療を担う歯科医師・歯科衛生士の養成が急務であり、地域医療連携の更なる推進が求められる

2. かかりつけ薬局における薬剤師会の活動：

桂正俊（日本薬剤師 地域・在宅医療委員会 副委員長）

ポイント

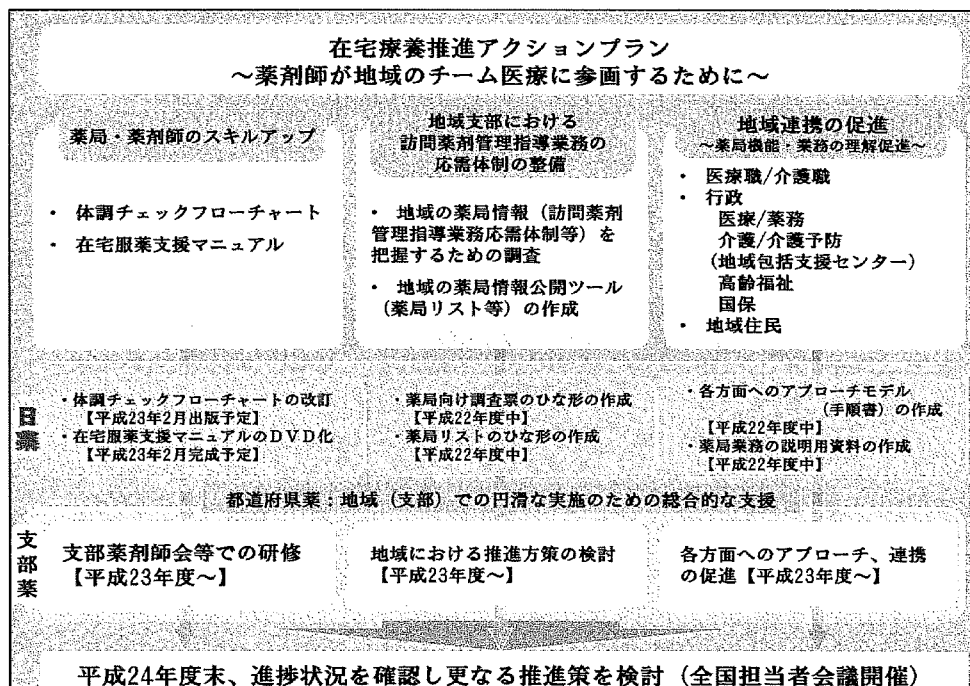
- ① 在宅医療では、患者が未使用の残薬の管理も注意が必要である

医療資源としての薬局

- ・ 保険薬局 53,000薬局
- ・ 保険薬剤師 150,000人
- ・ 訪問管理指導届出 40,000薬局(79%)
- ・ 薬局/人口1万人 4.2 (3.2) 薬局
- ・ 在宅・算定実績薬局 25%(推計14,000)

地域に既存の薬局が機能することが重要

 Japan Pharmaceutical Association



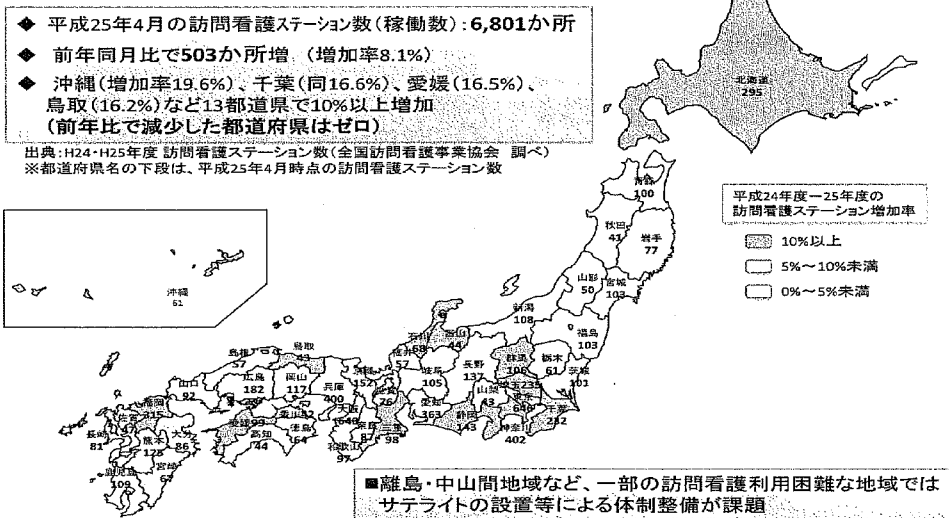
3. 多職種協働の実践－訪問看護の立場から－：

齋藤訓子（日本看護協会 常務理事）

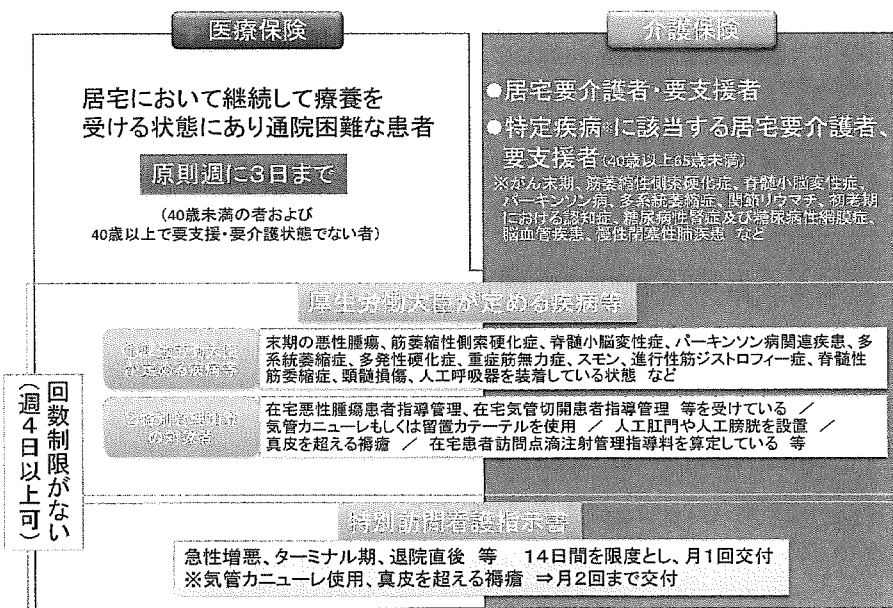
ポイント

- ① 診療報酬・介護報酬の改定において、退院前後に訪問看護が重点的に入れるよう評価が拡大

訪問看護ステーションの整備状況

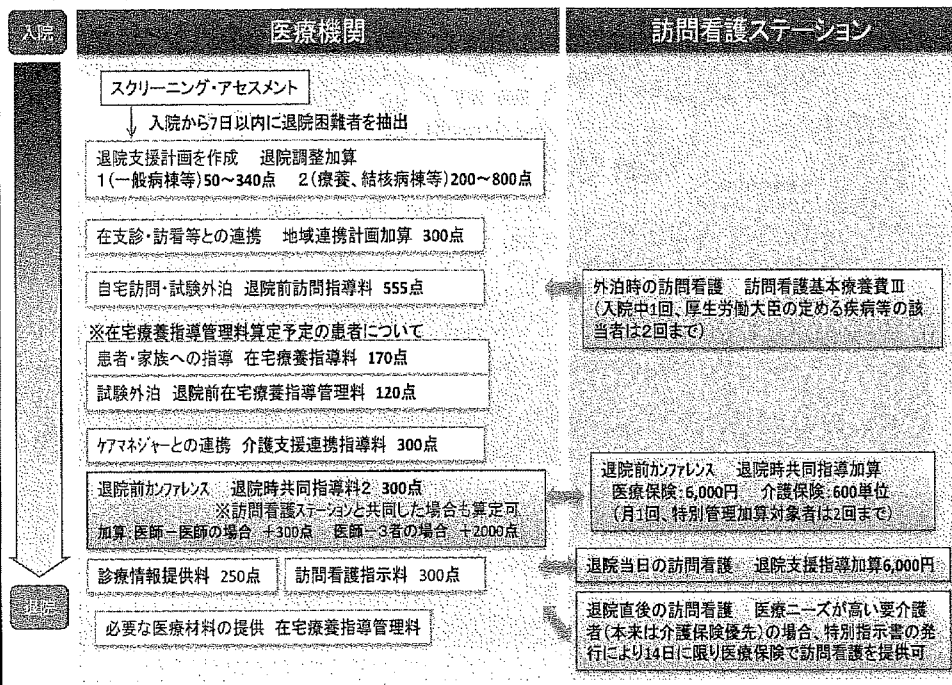


訪問看護における保険適用の区分



退院調整に係る主な診療報酬・介護報酬（医療機関・訪問看護）

- 平成24年度診療報酬・介護報酬改定において、医療機関－訪問看護の連携を評価
- 訪問看護については、特に退院前・後に訪問看護が重点的に入れるよう、評価を拡充



4. 地域包括ケアにおける多職種協働の意義：

土屋幸巳（富士宮市福祉総合相談課 参事

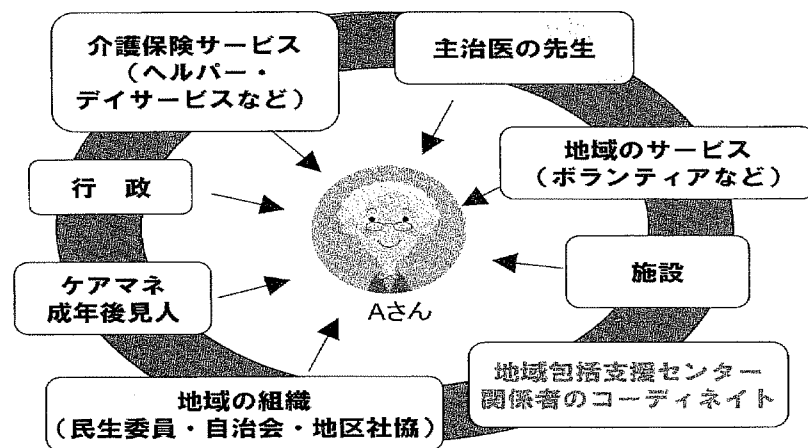
地域包括支援センター センター長）

ポイント

- ① 地域包括ケアは生まれてから人生を閉じるまで一生を通じた地域での包括的・継続的な支援である

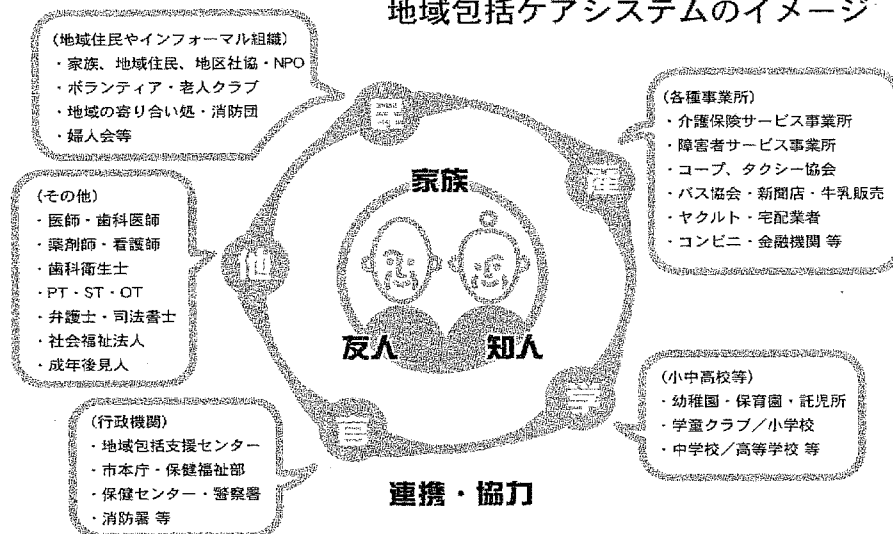
支援が必要な人を支えるための、
関係者によるネットワーク！

地域包括ケアのイメージ



支援が必要な人に関わる人・専門職・機関のネットワーク

地域包括ケアシステムのイメージ



5. 多職種協働によるケアマネジメントの課題：

水上直彦（日本介護支援専門員協会 副会長）

ポイント

- ① ケアマネジメントの課題と目標は、利用者とケアマネジャーが信頼関係を築きつつ、利用者が望む生活に近づけることである

ケアマネジメントをめぐる今後

- ・ **地域包括ケアシステムの推進**
 - － 介護保険以外のサービス(インフォーマル)のコーディネート
 - － 重度者について医療サービスを適切に組み込む
⇒急性期・回復期の入院から在宅への移行時等の適切な連携
 - － 自立支援型(機能促進型)のケアプランの促進
- ・ **自立支援を前提としたケアマネジメント**
 - － 多職種協働のケアカンファレンスの推進
 - ・ サービス担当者会議
 - ・ 退院時のカンファレンスなど
 - － 地域ケア会議の推進
 - ・ 地域包括支援センターに地域ケア会議を位置付ける。
(行政関係者・医療関連職種・介護事業者・地域住民等が参加する)
⇒地域課題を明確にしていくことを目的の一つとしている。
 - ・ 自立支援に資するケアマネジメントの周知・啓発
 - ・ 多職種協働による実効性のあるケアカンファレンスの促進

福岡県医師会認定総合医（新かかりつけ医）制度

1. 資格

- 1) 福岡県医師会会員であり、県内で診療活動を行っていること。
- 2) 福岡県医師会の「かかりつけ医の努め」を目標に日常診療に従事すること。
- 3) 福岡県医師会の「新かかりつけ医宣言」ポスターを施設内に掲示し、宣言を遵守すること。
- 4) 日本医師会生涯教育講座の受講を必修とし、認定証を取得していること。
- 5) 地域保健医療活動に1つ以上従事していること。

2. 申請書

- 1) 福岡県医師会より地区医師会を通じて申請書を送付する。

3. 更新

1) 要件

3年に1度、資格の4) 5) の要件を満たしていること。

2) 時期

6月1日とする。

3) 手続き

- ①地区医師会を通じて申請書を福岡県医師会へ提出する。
- ②福岡県医師会は、審査委員会を設置し、提出された申請者の日本医師会生涯教育認定証の取得状況並びに地域保健医療活動状況を審査する。
- ③審査会において認定された者に対し、認定証を交付する。
- ④日本医師会生涯教育制度認定証の取得に合わせて毎年申請を受け付ける。

4. かかりつけ医の努め

- 1) 健康相談、学校医、産業医、各種検診の協力などの社会的活動並びに医師会活動に積極的に取り組みます。
- 2) 保健・介護・福祉関係者との協働に努めます。
- 3) 地域の一員として地域住民の皆さんと信頼関係構築に努めます。
- 4) 患者さんには全人的に接し、プライマリーケアにも努めます。
- 5) 病院や他の診療所との連携により、継ぎ目のない医療を目指します。
- 6) 高齢者が安心して自宅で生活できる在宅医療にも取り組みます。
- 7) 上記を達成するため、自己の専門分野も含めて日常の研修に積極的に参加し、日本医師会生涯教育認定証を取得します。

--	--	--	--

福岡県医師会認定総合医(新かかりつけ医)制度申請書

申請期間:平成〇年〇月〜〇月

※地区医師会へご提出ください。

1. 地区医師会名 _____ 医師会

2. 氏 名 (フリガナ) _____

3. 連絡先住所 〒 _____

4. 電話番号 TEL () -

5. F A X 番号 TEL () -

6. 医療機関名 _____

7. 業務の種別 1. 開設者・管理者(A会員) 2. 勤務医(B会員) 3. 研修医(C会員) _____

福岡県医師会認定総合医(新かかりつけ医)制度の申請に必要な要件は下記のとおりです。

1) 日本医師会生涯教育講座の受講を必修とし、認定証を取得していること。2) 地域保健医療活動に1つ以上従事していること。

下記に必要事項をご記載ください。

8. 日本医師会生涯教育について

平成25年12月1日付の日本医師会生涯教育制度認定証を取得されていることが要件です。

認定証とは・・・連続した3年間で単位数とカリキュラムコード数の合計が60以上で日
医から発行されるもので、1年毎に発行される取得証のことではありません。

認定証

1. 取得している → 認定証のコピーを添付してください。

9. 地域保健医療活動について

平成25年12月1日現在で1つ以上に従事していることが要件です。

	項目	従事の有無 ○を記載
①	学校医・園医(福岡県性と心の健康相談事業含む)	
②	産業医・地域産業保健センター活動	
③	健康スポーツ医活動	
④	行政(保健所)と契約して行っている検診	
⑤	定期予防接種	
⑥	包括支援センター相談医	
⑦	認知症支援センター相談医	
⑧	在宅診療の実施	
⑨	医師会、専門医会、自治体、保健所関連の各種委員	
⑩	介護保険認定審査委員	
⑪	大学・看護学校等での講義、講演	
⑫	研修会等での講演	
⑬	臨床研修指導医	
⑭	平日夜間、休日当番、救急相談等の出務	
⑮	地域行事(健康展、祭りなど)への医師としての出務	
⑯	感染症発生動向調査・花粉情報定点医療機関	

学校医・園医、
産業医については
ご参考までに
件数をご記入く
ださい。

学校医・園医
() 校
産業医
() 社

上記以外に従事している活動があれば下記に記載してください。

⑰	
⑱	
⑲	

地区医師会記入欄

地域保健医療活動について上記記載のとおりと認めます。

医師会名

会長名

印

25年度												26年度		
4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
日医生涯教育制度 会員から各医へ24年度の申告	各医から県医へ申告	県医から日医へ申告					(従来の新かかりつけ医制度更新)	日医生涯教育認定証発行 (22・23・24年度取得分)		12月に発行された認定証取得者 (有効期限28年11月30日)で、現 在地域活動に1つ以上従事して いることを要件とする	12月に発行された認定証取得者 (有効期限28年11月30日)で、現 在地域活動に1つ以上従事して いることを要件とする	会員から各医へ25年度の申告	各医から県医へ申告	県医から日医へ申告
									認定総合医募集		各医から申請書提出		審査	認定書交付