

拠点の今後の方向性

(在宅医療推進会議資料)

東京大学高齢社会総合研究機構
辻 哲夫

現状認識

- **現在都道府県段階でリーダー研修実施中**

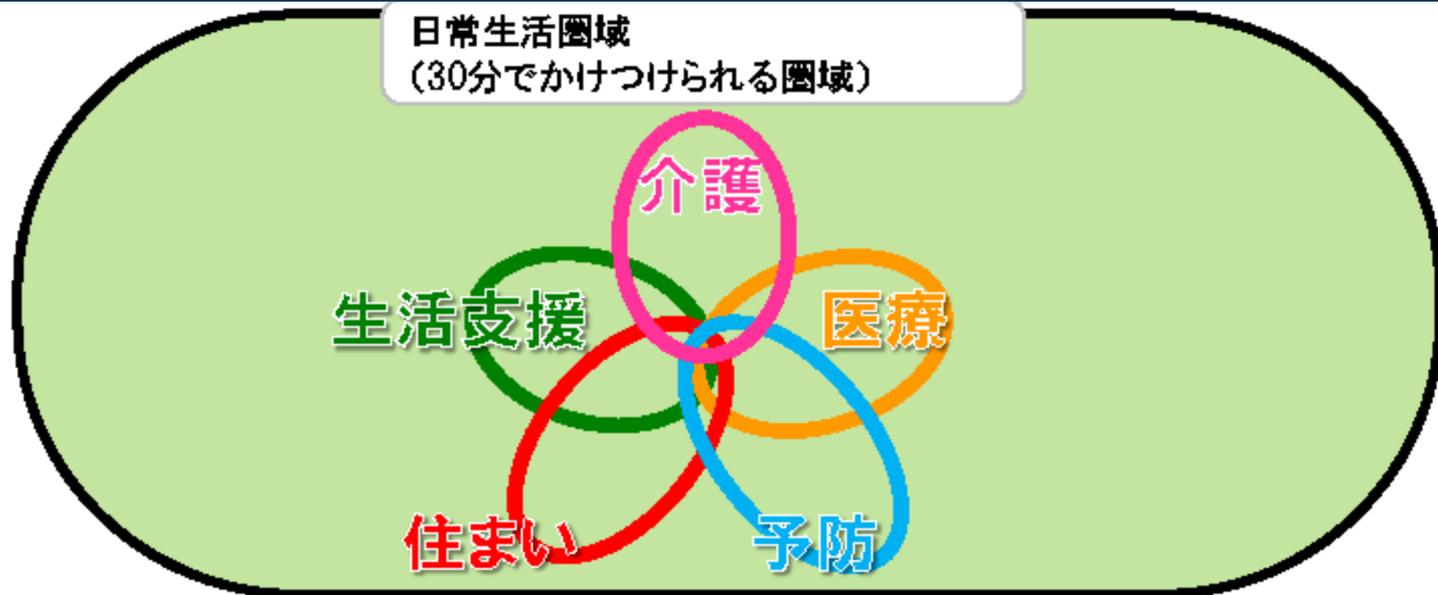
- 概ね、都道府県庁と都道府県医師会及び在宅医療連携拠点が中心となって、各市町村と各地区医師会を対象に展開中

- **課題**

- 各都道府県は国の研修の伝達研修の形をとっていると思われるが、都道府県段階、市町村段階で次にどのように進めたらよいのか、について、参考となる情報が必要ではないか

そこで、これまで国の示した4枚の資料をもとに、理論(制度論)的観点から今後の進め方について意見を述べたい

地域包括ケアシステム



【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。

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

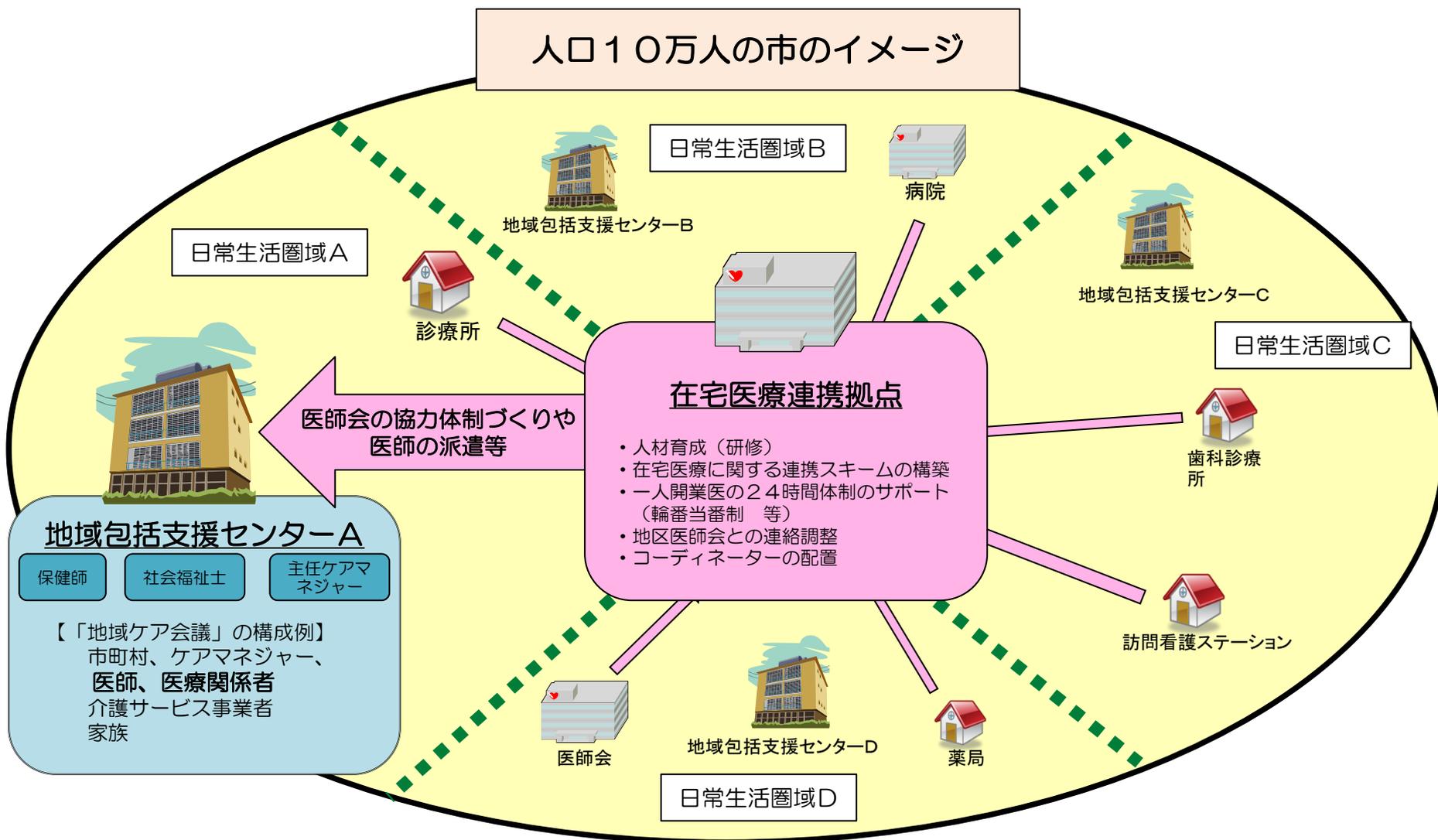
・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

資料:2012年7月11日厚生労働省
在宅医療連携拠点事業説明会より

地域包括ケア体制について(イメージ)



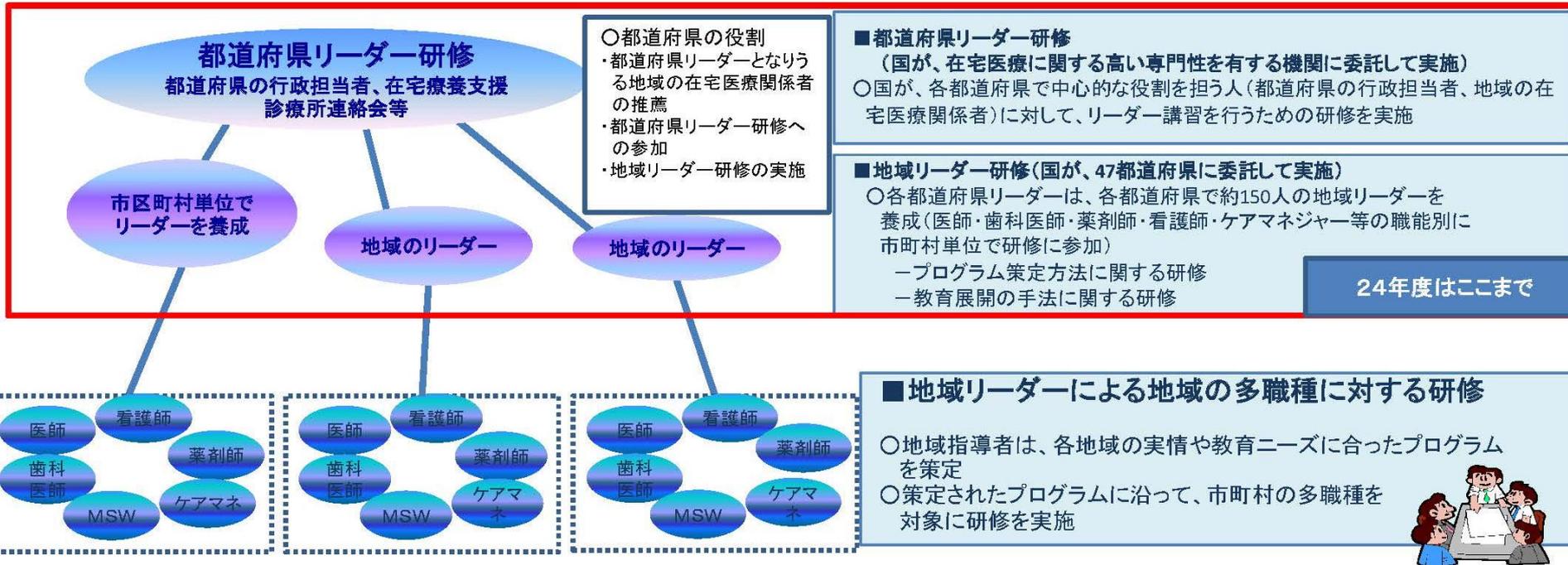
※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業

■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う(都道府県リーダー研修)
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う(地域リーダー研修)
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市区町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けることができる体制構築を目指す

※WHO(世界保健機関)は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。(2002年)



今後の進め方(意見)

I. 基本認識

国が示している前述4枚のイメージ図はかなり明快。これから見て理論(制度論)的には次のことが言えるのではないか。

1. 在宅医療の整備を「点」から「面」に展開するものであり、地域医療の在り方から見ても、在宅医療は、かかりつけ医が基本
2. かかりつけ医が在宅医療に参入することを基本に、多職種と連携する必要。バックアップ病床を持つ病院との連携も必要
3. 拠点の基本機能であるコーディネート機能は在宅医療との連携であり、地域包括ケアの概念そのものといえる。したがって、コーディネート機能が制度化される場合は、一義的には、介護保険サイドで位置づけられると考えられる
4. その場合の当事者として、介護保険サイド(在宅医療に関する連携スキームの構築)からは市町村、かかりつけ医の参入及びそのシステム化サイド(1人開業医の24時間体制のサポート(輪番当番制等))からは地区医師会(郡市医師会)が責任を持たねば実現できないといえる

今後の進め方(意見)

II. 在宅医療連携拠点の在り方

1. 現在指定されたモデル拠点到具体的な方向性を示し、それに沿ったものに絞っていく必要
2. 具体的な方向性
 - ① 市町村と地区医師会と拠点(市町村か地区医師会が拠点でない場合)が協議して、市町村に1つ(あるいは市町村の各圏域ごと)の在宅医療のコーディネート機能(在宅医療を必要とする者についての主治医の確保及び多職種との連携チームの調整)を拠点到置くという方針を確認すべき
 - ② 拠点是、介護保険者たる市町村自身、または地区医師会など市町村の委託を受けることができる者(地区医師会が典型であるが、医療機関や訪問看護ステーションの場合も考え得る)が運営することを想定し、現在そのパターンでないものは、将来的にはその可能性があるものに限定するという方針を出すべきではないか
 - ③ 拠点是、在宅医療を担当する主治医の確保及び多職種の連携の拠点である以上、その運営において、市町村と地区医師会を中核とした各種職種団体の代表からなる運営委員会を設置できるようなものである必要がある

今後の進め方(意見)

Ⅲ. 市町村多職種連携研修の推進

1. 研修の狙いとモデルを示し、モデル拠点的でない市町村であってもできる限り速やかに研修を実施することを目指すべき
2. 研修の狙いとモデル
 - ① 市町村ごとの多職種連携研修は、市町村単位の在宅医療の推進と多職種連携の基盤となるという認識の下で、市町村と地区医師会が主催となる形態が好ましい
 - ② 当面の研修の一義的な狙いは、かかりつけ医の在宅医療参入である(各地で最大の課題は、担い手医師の不足にある)。したがって地区医師会が主催者としてその会員の受講を推薦し、各他職種の団体も市町村の仲介の下で各職種を推薦することが好ましい
 - ③ モデルとしては、千葉県地域医療再生計画の寄附プロジェクトで、大島総長が座長とする委員会で開発したプログラムがあり、汎用性に配慮しているので、これが参考となる(大島総長からも推薦いただいている)
 - ④ 各県のモデル研修を在宅医連携拠点的のある市町村で行い、それを皮切りにオブザーバーとして参加した市町村から普及することも一法である。あるいは、県単位で、多職種研修のモデル研修を行い、それを市町村レベルに伝達する方法もある

3. 留意点

在宅医療連携拠点到指定された医療機関は、研修のプログラムの立案や実施のノウハウを持っており、それを活用するのが自然

→今回、モデル拠点的となった医療機関は、在宅医療の実践をしている先進機関といえるので、これを地区医師会が認め、活用することが、今回のポイントといえる

今後の進め方(意見)

IV. 具体的な業務の進め方

1. 在宅医療連携拠点への指導

- ① 都道府県、都道府県医師会が、前述のⅢ.の考え方に沿って在宅医療連携拠点の在り方について市町村、地区医師会に対して指導する
- ② 在宅医療連携拠点業務の市町村における窓口を最終的には医療担当課と連携しつつ介護保険担当課とする方針を示す必要(この方針がはっきりしないことが、うまく市町村に下りない大きな要因)
(参考1) 柏プロジェクトの例

2. 多職種連携研修の普及

- ① 国の予算に基づき、前述のⅢ.の考え方に沿って市町村単位での多職種連携研修を推進する
- ② 考えられるパターン
 - 市町村単位で(実質は在宅医療連携拠点が企画して)モデル研修を実施(他市町村からオブザーバー)し、他市町村に波及させる
(参考2) 柏市のモデル研修の例
 - 上記スタイルに移行する前段階として都道府県単位でモデル研修を実施する
(参考3) ある県の例
 - 第一段階 各市町村の多職種のチーム(地域リーダー)を県段階で一堂に会し国の研修を再度伝達(ステップアップ研修)
 - 第二段階 県段階で、医師の在宅参入を促すことに主眼を置いたモデル的な多職種研修(在宅医療セミナー)を実施し、地域リーダーが中心となってモデル市町村(在宅医療推進地域モデル)で医師の参加した市町村段階の多職種連携研修を実施
 - 第二段階までを25年度に実施
 - 第三段階 第二段階の作業を3年間繰り返し、4年目以降全市町村で多職種連携研修実施

(参考1) 柏プロジェクトの例

柏プロジェクトの手順

- **第1段階**

- 医師会と市役所との話し合い(医療WG)

- **第2段階**

- 医師会をはじめとする各職種団体の意見交換と意思決定の場(連携WG)

- **第3段階**

- 在宅医療多職種研修が土台
- 試行WGでモデル作業(情報システムの試行を含む)
- 顔の見える関係者会議

柏プロジェクトの連携の場

在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要

→ システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置(事務局は柏市)

(1) 医療WG

医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論

(2) 連携WG

医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う

(3) 試行WG

主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく試行と検証を行う

(4) 10病院会議

柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論

(5) 顔の見える関係会議

柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。



(参考2) 柏市のモデル研修の例

在宅医療連携研修の意義

- 1. かかりつけ医が在宅医療に取り組む動機づけ
(現在の開業医の評価－動機づけで行動変容する)**
 - － 座学を最小限とし、同行訪問と多職種ของกลุ่มワークで動機づけ
- 2. グループワークによる他職種と医師との連携の学び**
 - － 市町村を単位とする地域における多職種のチームビルディング
- 3. 市町村単位の各地域での研修普及が今後のポイント**
 - － 国は、在宅医療連携拠点政策の次は、25年度以降研修の普及を目指している

プログラムの特徴

主催	○旗振り役としての <u>郡市医師会</u> ○多職種への声掛け等事務局としての <u>市町村</u>	
共催	○ <u>市内の職能団体</u> が名を連ねる → 地域全体の取り組みへ	
受講対象	○ <u>市内在勤者</u> を対象 → 受講後の実際の連携につながる	
内容 (計約 12時間)	講義	○ <u>講義は最小限度</u> (1講義あたり30～40分が限度) ○今後の高齢化を見越した <u>問題意識の喚起</u> ○知識獲得は在宅で基本となる「 <u>認知症</u> 」と「 <u>がん緩和</u> 」から ○ <u>多職種連携協働(IPW)</u> の意識を全職種で共有
	グループ ワーク	○地域資源のマッピング作業 → <u>アイスブレイキング</u> ○ <u>多職種による事例検討</u> → 各職種の強みを知る ○研修会の総括として <u>在宅医療推進の課題と解決策を議論</u> → 「この地域の在宅医療を支える同志」としての意識喚起
	実習	○質の高い <u>実践の見学</u> は動機付け効果が高い
	懇親会	○職種を越えた交流を目的として設定

柏市 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

主催	柏市医師会、柏市
共催	柏歯科医師会、柏市薬剤師会、柏市訪問看護連絡会、柏市介護支援専門員協議会、柏市在宅リハビリテーション連絡会
後援	国立長寿医療研究センター
協力	東京大学高齢社会総合研究機構

受講対象	柏市在勤の在宅医療・ケア関係者(開業医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、病院職員、他)各同数
-------------	---

内容 (計約 12時間)	講義	在宅医療が必要とされる社会背景、在宅医療の導入、多職種連携協働(IPW)、制度・報酬、認知症*、がん緩和ケア*
	グループワーク	地域の医療・介護資源マッピング、事例検討(認知症*、緩和ケア*)、在宅医療を推進する上での課題とその解決策
	実習	(医師のみオプション)訪問診療同行、他職種同行(訪問看護、ケアマネジャー、緩和ケア病棟等)
	懇親会	職種を越えた交流を目的として設定

* 認知症とがん緩和ケアについては、基本講義、事例検討、ミニレクチャーを組み合わせた構造化されたセッションとして実施

開催スケジュール(例)

1日目

- 午後半日で開催
- 内容
 - ・在宅医療が必要とされる背景(講義)
 - ・地域資源マッピング(GW)
 - ・がん緩和ケア(講義・GW)
 - ・懇親会



多職種によるGW

実習 (医師のみ)

- 3時間×2回
- 以下のメニューから選択
 - ・訪問診療同行
 - ・訪問看護同行
 - ・ケアマネジャー同行
 - ・緩和ケア病棟回診



訪問診療同行

2日目

(1日目の1~1.5ヶ月後)

- 終日開催
- 内容
 - ・在宅医療の導入(講義)
 - ・多職種連携協働:IPW(講義)
 - ・認知症(講義・GW)
 - ・実習振り返り(GW)
 - ・在宅医療推進の課題とその解決策(GW)
 - ・制度・報酬(講義)
 - ・修了証書授与



市町村単位のチームビルディング

(参考3)ある県(検討中)の例

在宅医療推進に向けた年次計画(案)

	H24	H25	H26	H27	H28	H29
I 《人材の確保・養成》						
・ 地域リーダー	市町単位の在宅医療チーム養成	ステップアップ研修	→ * 市町にて地域リーダーを増やす * 多職種協働の支援チームが増える			
・ 在宅医療を行う医師	開業医向けアンケート調査	在宅医療セミナー	在宅医療セミナー	在宅医療セミナー	→ 地域医師会と市町が中心に人材確保と養成	
・ 訪問看護師		新人養成プログラム作成	プログラムの実践・評価	プログラムの定着	→ プログラムの活用と人材の養成	
II 《資源の充実・拡大》						
・ 病院機能強化	20病院で補助事業	拡大(新規5病院)合計25病院	→ 各地域で在宅医療のバックアップ機能を果たす			
・ 基幹型訪問看護ステーション		モデル1ステーション	→ 『看護協会』『訪問看護ステーション協議会』が主体で各圏域で1か所以上の設置			
III 《ネットワーク・連携・地域ケア》						
・ 在宅医療推進地域モデル		3市町	6市町(新規3)	9市町(新規3)	→ 9モデルを参考に他市町に拡大	

在宅医療セミナー企画書（案）

背景 2025年の 在宅医療	◆ 人口の高齢化に伴う在宅医療ニーズの増大	◆ 病院と在宅医療の機能分担
	<ul style="list-style-type: none">・ 外来通院できない人の増加・ 慢性疾患で長期に療養する人の増加	<ul style="list-style-type: none">・ 病院ベッド数の増加は期待できない・ 病院から在宅医療へ

- 目指す地域の姿；医療依存度が高くても、住み慣れた場所で生活したいという希望や、在宅で最期を迎えたいという選択肢を、県内のどこに住んでいても実現できる、在宅医療福祉の一体的な提供が可能な地域をめざす。

- 目標；在宅医療（往診、訪問診療）により積極的に取り組む医師が増えること

- 対象；
 - ・ 新たに在宅医療に取り組もうとする医師
 - ・ 既に在宅医療を実施され、本セミナーへの参加を希望される医師

- プログラム内容(案) 計2.5日

〈講義〉

- ① (総論) 在宅医療の果たすべき役割
- ② 在宅医療の導入
- ③ (実務) 報酬・制度
- ④ 医療・介護資源

〈グループワーク〉

- ① 多職種とのチーム支援
(歯科医師、薬剤師、訪問看護師、
介護支援専門員、病院退院調整部門)
- ② 地域で求められる在宅医療とは

〈実地研修〉

- ① 訪問診療同行
- ② 他職種同行
(例) ・緩和ケア病棟回診
・サービス担当者会議
・訪問看護 など

- 在宅医療の推進に向けた主な関連事業(H25年度新規・拡大事業)
 - 在宅チーム医療推進のための地域リーダー研修
 - 在宅医療推進地域モデル事業
 - 基幹型訪問看護ステーション設置モデル事業
 - 新人訪問看護師の育成・確保事業
 - 在宅医療に協力する病院機能強化事業

- スケジュール(H25年予定)

- [2月] 在宅医療の推進に向けた現状調査
- [4月] (仮称)在宅医療セミナー企画委員会開催準備
- [5月] 第1回委員会
- [6月] 第2回委員会
- [8~10月] セミナー開催
- [11月] 実施後の評価と結果まとめ
- [12月] 第3回委員会