

都道府県リーダー研修の目的と関係者の役割
—2日間の学びを今後につなげていくために—

独立行政法人 国立長寿医療研究センター
在宅連携医療部

三浦久幸

本講義では、10月13日、14日の両日に行う、都道府県リーダー研修の学びを今後各地域における在宅医療連携の推進に活かしていく上で、必要な知識や考え方、研修プログラムが意図するところを順に説明していく。

お話する内容

- ①社会情勢と医療の変化
- ②医療計画にみる地域在宅医療推進と手順
- ③在宅医療連携における複眼的視野
 - ・在宅医療連携拠点と活動の展開
- ④まとめ
 - ・2日間の研修にのぞむ皆様へ

本講義のポイントは、四点である。

まず第一点目、在宅医療や都道府県行政、医師会、医療機関、看護や福祉領域の専門職が、連携して患者さんや家族を支える必要性の背景について説明する。次に第二点目、医療計画に規定されている、地域における在宅医療推進の方法と今回の研修プログラムのつながりを述べる。三点目では、今後、皆さんが各地域で在宅医療連携を進めていく上で是非、有していただきたい視点や考え方を述べる。最後に四点目では、各地域で在宅医療連携を進めていく原動力になる担い手を育成していくためのモデルプログラムを提示する。

社会情勢と医療の変化

- ・超高齢社会と疾病構造の変化
- ・医療技術の高度化
- ・家族形態の縮小化(独居、老老世帯)



変化にあわせた「**新しい仕組みと担い手**」が必要

言うまでもないが、社会の状況と医療は密接な関係にあり、超高齢社会の進行とともに、医療が対象とする疾患、技術も大きく変遷している。そして医療技術が進歩したことにより、障害や疾患を有したまま病院を退院し、療養生活の場所を検討しなければならない。

しかし、従来からの生活場所であった家庭が、核家族化や高齢化により、独居および老老世帯の増加を招き、介護力不足と言った課題を有している。これらの変化に合わせた、療養生活を支えるための、医療や介護の提供における新しい仕組みと担い手が必要となる。

超高齢社会に求められる医療像

【高齢者特有の疾患群や障害の増加】

- ・生活習慣病(循環器疾患、糖尿病等)
- ・がん、認知症、骨粗鬆症、排尿障害

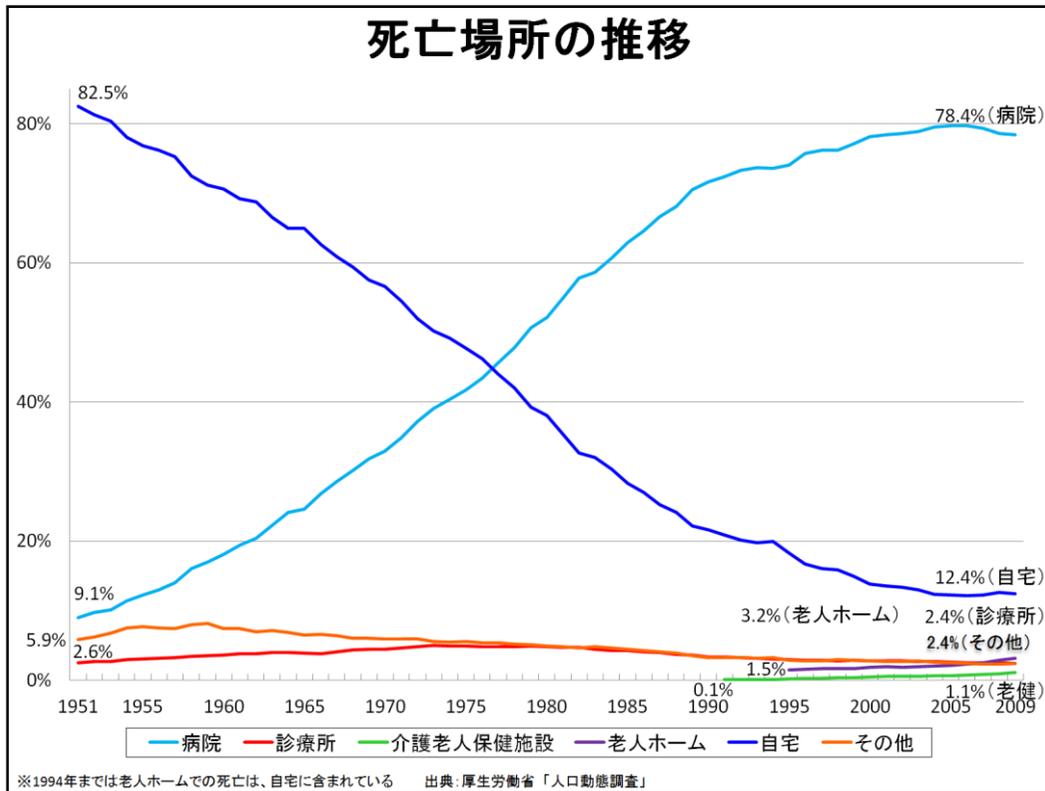


社会的価値	急性期医療	—	高齢者医療	個人的価値
	完全治癒	—	障害との共存	
	社会復帰	—	生活復帰	
	救命・延命	—	納得ゆく死	



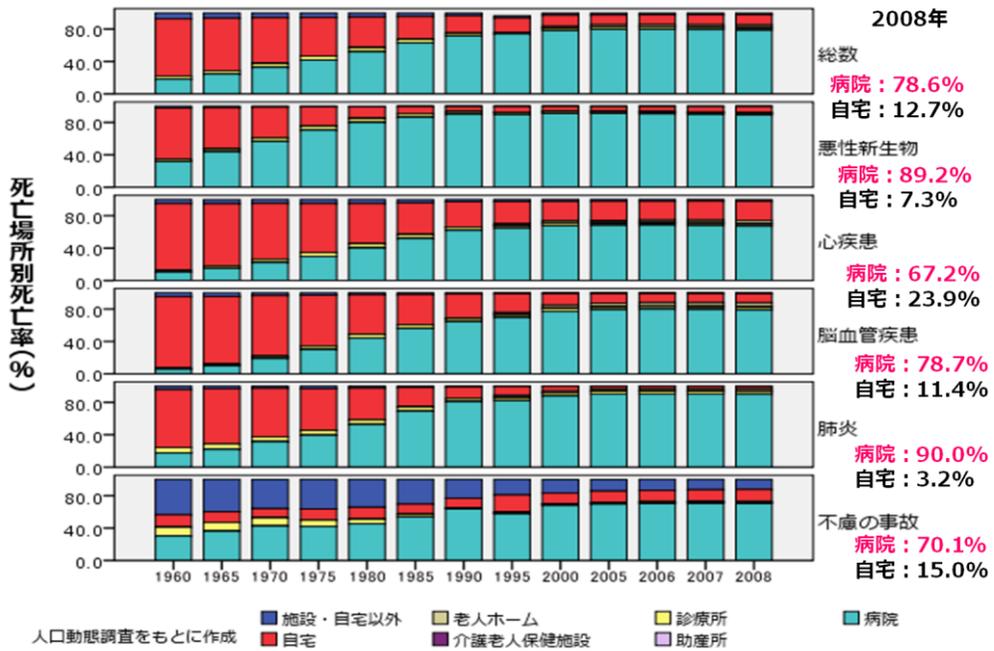
高齢者の個別的で多様なニーズへの対応vs 厳しい現実

次に、療養生活を支えるための医療や介護の提供における新しい仕組みと担い手を考える上で、先ほど述べた、超高齢化と疾病構造の変化をさらに詳しく見る必要がある。詳細は、この後の講義、「高齢者のニーズに応える在宅医療」「生活を支える、在宅ならではの医療の実際」「エンド・オブ・ライフ・ケアの視点を有する在宅医療の重要性」に委ねるが、図中のような高齢者特有の疾患や障害が増加し、疾患や障害に対する価値観の変化も相まって、医療は障害と共に生きる、社会参加など希望するライフスタイルの遂行、希望する人生の終え方をサポートするものとなった。そのため、高齢者の個別的で多様なニーズに対応する必要性が台頭したと同時に、先ほど述べたような、独居老人、老老夫婦世帯の増加による弊害、厳しい現実も台頭している。



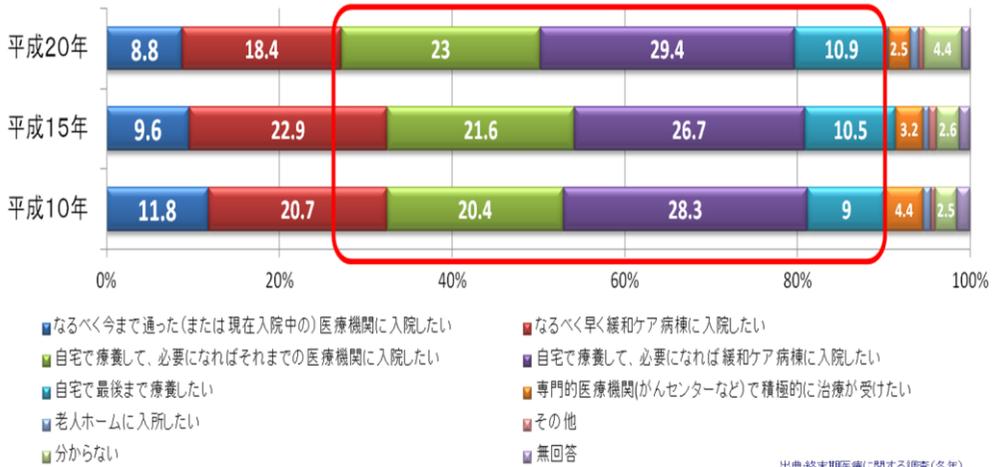
ここで先ほど挙げた、「厳しい現実の台頭」について、その具体例を3点示す。
 まず死亡場所の推移だが、2009年時点では、約80%近くが病院死を迎えている。

主な死因における死亡場所別死亡率の年次推移



次に、死亡原因別にみた死亡場所ごとの死亡率である。右側には病院と自宅の死亡率が列挙されているが、いずれの疾患も約80%~90%が病院死を迎えている。

人生の最後を迎えたい場所の希望



「できるだけ長く在宅で療養したい」=60%以上

希望する場所で過ごすことは患者の生活(人生)の質向上の必須条件
【在宅医療提供体制、在宅生活支援体制の整備推進へ】

では病院死が非常に多くを占める中、人生を終える場所の希望の実態を示したものが、この図である。先ほど見たデータとは裏腹に、できるだけ長く自宅での療養を希望する者が60%以上を占めている。

近年、人間の健康では、QOL(生活の質)の維持が非常に重要な要素となっているが、希望する場所で過ごすこともその一つであり、これらを総合してみると、QOLを維持、向上させるためには、できるだけ長い自宅での療養希望を叶えることが重要であり、そのための仕掛け、つまり在宅医療提供体制、在宅生活支援体制の整備や推進が必要なのである。

在宅医療を地域全体に普及させる活動の視点

—平成23年度 在宅医療連携拠点事業の総括—

【国立長寿医療研究センター】

どの拠点も有意義な取り組みを行ったが、
今後、在宅医療を地域全体に普及させていくためには、

- 1: 地域全体を見渡せ
- 2: 中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる
市町村が中心となり、
- 3: 医師会等の関係団体と協力しながら、
積極的に取り組む主体を支援し、医療・介護関係者の
緊密な連携を図ることが適切と考えられた。

言うまでもないが、在宅医療提供体制、在宅生活支援体制の整備や推進は、
短期間、そして単独でできるものではない。では、どのような視点、考え方を持っ
て在宅医療や在宅生活支援体制の整備や推進を行えばよいのか、その指針を
平成23年度 在宅医療連携拠点事業の総括を用いて説明する。

地域内で格差なく在宅医療体制を普及させていくための三点の視点として、

- 1: 地域の実情を広い視野で見れること
- 2: 中立的な立場である市町村行政が中心となって関係者の調整を行うこと
- 3: 医療には欠かせない医師会等の関係団体と協力すること

が挙げられる。以上、三点の視点を有しながら、医療・介護関係者間の緊密な連
携を図ることが適切だと考えられた。

「医療計画」にみる地域在宅医療推進

- (1)円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】
- (2)日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】
- (3)急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】
- (4)患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、**地域の実情に応じ、**病院、診療所、訪問に関する事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを**在宅医療に必要な連携を担う拠点**として医療計画に位置付けることが望ましい。

在宅医療に必要な連携を担う拠点は、標準的な規模の市町村の人口(7~10万人程度)につき、1カ所程度を目途に設けられることを想定しており、医療計画に位置付ける際には市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも想定される。

医政指発0330第9号 2012年3月30日

さて、様々なデータを用いながら、在宅医療体制を行政や医師会等を中心に、医療、介護関係者間の連携を図ることで、在宅医療の提供体制を整えていく必要性を述べたが、このことは、医療政策の中核を成す、医療計画の中でも示されている。以下、医療計画の内容を説明しながら、今回の都道府県リーダー研修のプログラムとの兼ね合いも説明していくが、図中の赤字、青字部分にも注目していただきたい。

医療計画の中で、在宅医療連携拠点を中心に地域在宅医療を推進することに関して述べられており、この拠点は病院診療所のみではなく、訪問に関する事業所、医師会、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として位置づけられている。また、医療計画では標準的な規模の市町村の人口(7~10万人程度)につき1カ所程度を目途に設けられることを想定しており、在宅医療推進に関わる基本は市町村単位であることが想定されている。

都道府県リーダー研修の参加者

①本会場(グループワーク実施)

- ・都道府県各1名
- ・都道府県医師会医師各1名
- ・平成24年度105個所の在宅医療連携拠点の研修担当者(主に医師)及び拠点との連携医師

②サテライト会場

- ・都道府県の追加参加者(各都道府県6名まで)

先ほどの医療計画の中で赤字や青字部分で強調されていたが、その強調されていた部分が、本日まで参加の皆様である。

本年度は、都道府県、都道府県医師会の協力のもと、2012年度在宅医療連携拠点の教育担当者(主に医師)が、主に都道府県リーダーの役割を担う意味から、都道府県各1名、都道府県医師会役員各1名、2012年度105個所の在宅医療連携拠点の研修担当者(医師)及び拠点との連携医師、及び医師のいない拠点においては、その連携医師を本会場出席者とした。

「医療計画」にみる地域在宅医療推進 —構築化のための具体的な手順①—

1: 患者動向に関する情報

- ・ 往診を受けた患者数
- ・ 訪問診療を受けた患者数
- ・ 訪問歯科診療を受けた患者数
- ・ 訪問看護利用者数
- ・ 薬剤師による訪問薬剤指導の利用者数
- ・ 管理栄養士による訪問栄養指導の利用者数
- ・ 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の利用者数
- ・ 訪問リハビリテーション利用者数
- ・ 短期入所サービス(ショートステイ)の利用者数
- ・ 退院患者の平均在院日数(患者調査)
- ・ 在宅死亡者数(人口動態統計)

講義
トピックス

「量的評価」= 拠点事業の質的評価と重ね合わせ

再び医療計画に戻るが、医療計画には、地域在宅医療推進のために必要な作業がいくつか示されているが、今回は二点挙げ、本研修プログラムとの兼ね合いを説明する。

まず一点目だが、医療計画では、図中に示す項目から成る、患者動向に関する情報を量的に評価する事となっている。今回の拠点事業にて行われる拠点活動に関しての質的調査との重ね合わせにより、拠点活動による地域活性化への影響が客観的に評価される。

「医療計画」にみる地域在宅医療推進 —構築化のための具体的な手順②—

2: 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 在宅医療を担う関係機関の数とその位置
(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護事業所等)
- ・ 在宅医療に携わる人員・体制
(在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医師数、訪問看護ステーションの看護師数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数や看護師数等)
- ・ 連携の状況(関係機関間での診療情報や治療計画の共有の状況)



講義
トピックス

地域の医療資源や連携状況の「視覚化」=資源マップ作成

次に二点目だが、医療計画の中で医療資源、連携等に関する情報の状況確認が挙げられている。また、今回研修で行う、地域資源マップは、医療資源・連携等に関する情報収集した内容を「視覚化」する作業であり、拠点のみでなく、都道府県や医師会にとっても重要な作業となる。

都道府県リーダー研修プログラムの基本構成

【10月13日(土)】

- ・在宅医療の制度上の位置づけ
- ・連携拠点事業との関わり
- ・リーダーを担う人材として必要な要素、知識
- ・多職種協働研修の意義、内容提示
- ・かかりつけ医への動機づけ研修
- ・各都道府県での在宅医療推進のための方略
(グループワーク1)

※お手元のプログラムを見ながら、お聞きください。

では、医療計画と本研修プログラムとの兼ね合いを説明したところで、二日間の本研修プログラムの基本構成について説明する。お手元のプログラムを見ながら、お聞きいただきたい。

研修初日は、地域在宅医療を展開していく上で重要な要素、かかりつけ医の動機づけ研修の必要性など、都道府県全域を俯瞰し、主軸として活動していく上で必要な知識や方略を研修する。

都道府県リーダー研修プログラムの基本構成

【10月14日(日)】

・グループワークによる

1:各地域での在宅医療の阻害要因の抽出法

2:1を解決していくための多職種協働チームの形成

(グループワーク2)

・視聴覚教材による

多職種協働カンファレンスの方法、あり方に関する

研修

(グループワーク3)

※お手元のプログラムを見ながら、お聞きください。

二日目の研修では、本研修に参加された方々が、各都道府県に戻った後の地域リーダー研修を想定して、地域資源マップ等を用いて、地域性や主体となる事業者の違いを考慮した阻害要因の抽出法やこの対策に向けての多職種協働の形成につき研修する。また、2013年度以降の実務者研修での多職種協働カンファレンスの実際につき、DVDを参照しての模擬カンファレンスにより研修し、まとめとする。

在宅医療連携における複眼的視野 —2日間の研修を実りあるものにするために—



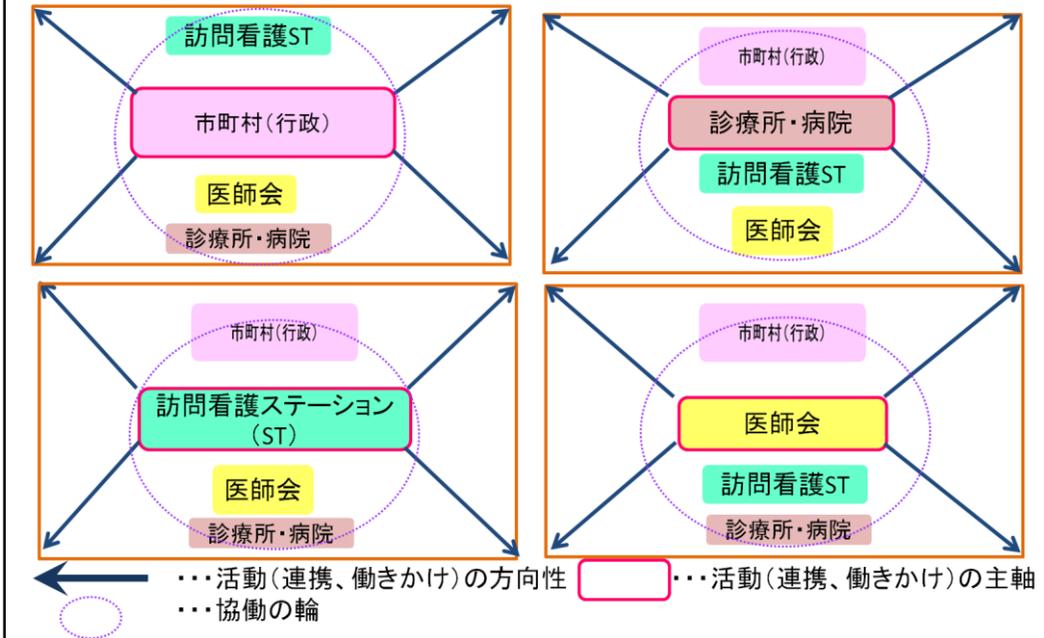
在宅医療連携拠点と活動の展開



ここまでの説明で繰り返し出てきていた言葉が、在宅医療連携拠点、連携であったことは、お気づきになられていると思う。ここからは、在宅医療連携拠点と医療や介護を支える多機関との活動を展開させていく上で必要な「複眼的」視野の重要性について説明していく。

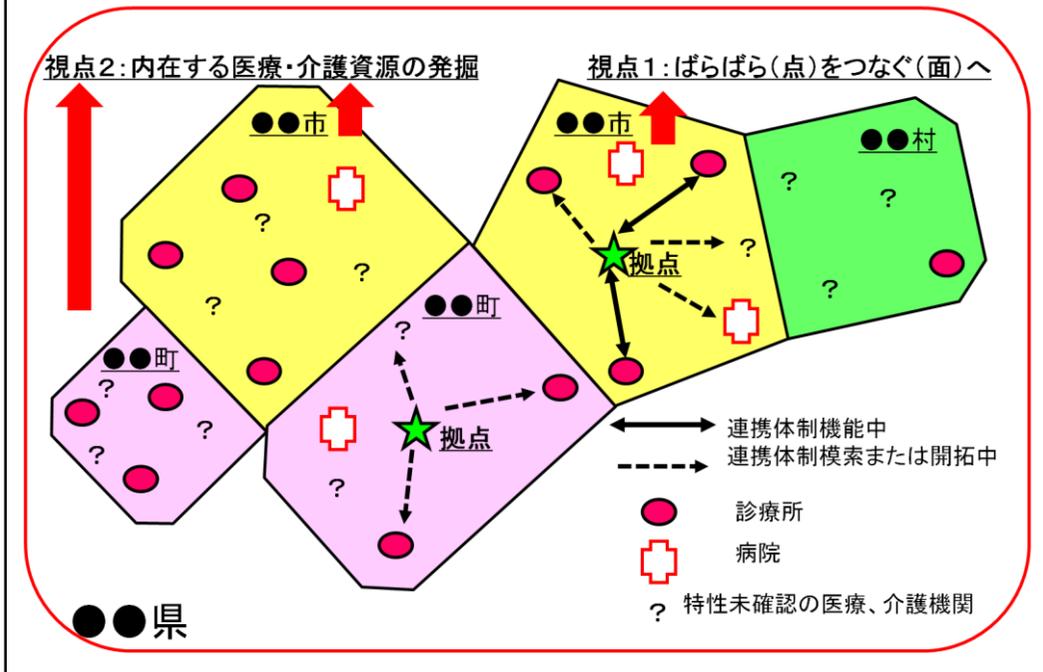
在宅医療連携拠点の事業体別に見た 連携体制の展開

各●●市町村内



在宅医療連携拠点の事業体の違いにより、点から面への展開に際しての阻害要因は異なることが予想される。拠点の事業体はさまざまだが、各市町村レベルにおいて、それぞれの阻害要因を克服していくような働きかけを実施し、最終的には行政、医師会、診療所・病院、訪問看護ステーション、介護機関等が連携した、協働で活動を行う必要がある。

在宅医療連携拠点と都道府県の役割



ここでは、在宅連携拠点と都道府県の役割について、考察する。

在宅医療連携拠点の一次的ターゲットは、市町村であるが、都道府県行政は、都道府県全体を俯瞰し、各市町村の地域特性に応じた対策を講じる必要がある。図は、都道府県内の多くの市町村では、在宅医療連携拠点が存在していない状況を示しているが、拠点のある地域では、点在する医療や機能が明確になっていない医療や介護機関等の社会資源に働きかけたり、つながりを作る、いわば点から面への展開を実施する必要がある。

また拠点のない地域については、地域に内在する医療や介護機関等、社会資源の現状を明確化していく、いわば「点」の存在を浮き彫りにさせる作業が必要となる。

顔が見える関係づくりと全国行脚の旅 —都市部編—



【A都市の拠点】

医療福祉資源の実情

資源が多数存在することで機関、専門職間が保有する情報量、内容に不均衡が発生し、関係構築が難しい。連携に時間を要する。

活動の特性

- ①行政(市保健センター)、在宅医療連携拠点、地域診療所を中心に「地域在宅医療推進会議」を開始。
- ②地域の医療機関(病院、在宅療養支援診療所)、地域包括支援センター、介護保険事業所等が①の会議に参加し、多職種連携の成功事例の蓄積と発信を開始。

先ほどの説明について、具体的なイメージが持てるよう、この4カ月間、全国行脚して各拠点の皆様方から教えていただいたことを中心に、一部をご紹介しますながら説明していく。ここでは、A都市を例に述べる。

A都市のある拠点では、医療福祉資源が多数存在し、多種多様の活動が展開されている。しかし、その弊害も生じていると言う。それは、医療福祉資源が多数存在することで、各機関や専門職間における支援対象者およびサービス提供内容等の情報量や内容に不均衡が発生し、関係構築の難しさ、連携困難が生じているということである。

しかし、このような課題を克服するために、以下二点の活動が展開されている。第一に、行政(市保健センター)、在宅医療連携拠点、地域診療所を中心に「地域在宅医療推進会議」を開始している。第二に、地域の医療機関(病院、在宅療養支援診療所)、地域包括支援センター、介護保険事業所等が、①の会議に参加し、多職種連携の成功事例の蓄積と発信を開始しているというものである。

顔が見える関係づくりと全国行脚の旅 —過疎地編—



【B都市の拠点】

医療福祉資源の実情

- ・地理的事情(山間部、過疎地内在等)により、一つの機関または医療、福祉従事者一人あたりの担当エリアや領域範囲が広い。

(例)

- 1: 医療の365日24時間体制は、医師個人に頼るところになり、遠方まで出向いて往診やリハビリ対応をしながら、外来や救急対応をこなしている。
- 2: 訪問看護ステーションが皆無のため、地域包括支援センターの看護師が在宅訪問し、服薬管理や受診支援を実施している。

先ほどの説明について、具体的なイメージが持てるよう、ここでも同様に、全国行脚の一部をご紹介しますながら説明していく。ここでは、B都市を例に述べる。

B都市のある拠点では、山間部、過疎地域が内在する等、地理的な事情に伴う在宅医療や介護支援の提供がままならない厳しい事情がある。山間部や過疎地域に支援を要する人がいたとしても、医療や介護支援を提供できる機関が少ないため、一機関あたり、そして一人の医療者、看護や介護従事者が担当するエリアや業務領域が広がっている現状がある。その一例として、二点挙げてみる。

まず、医療についてだが、医療の365日24時間体制は、医師個人に頼るところとなっており、山や峠を越える等、遠方まで出向いて往診やリハビリ指導の対応をしつつ、通常通りの外来や救急対応をこなしているとのことである。

また看護や介護についてだが、ケアミックス状態でサポートを提供しているとのことであった。例えば、地区内で訪問看護ステーションが皆無のため、地域包括支援センターの看護師が在宅訪問し、服薬管理や受診支援を実施する等、本来の業務を超えた取り組みについてお話をうかがった。

顔が見える関係づくりと全国行脚の旅 —過疎地編—



【B都市の拠点】(つづき)

活動の特性

①行政、在宅医療連携拠点、医療や福祉機関が職種や地域を超えて業務を補完できる体制づくりに向けて始動。

②内在するサポートの発掘も含めた在宅ケアネットワークの見直し

1: インフォーマルサポート(介護保険外サービス:保健師、地域包括支援センター、民生委員、住民等、自主的取り組み)の抽出、整理を開始。

2: 1の結果を地域全体で共有、連携し、住民に周知を図る活動へ。

以上のような課題に対し、二つの取り組みが非常に特筆すべきものであった。
まず第一に、行政、在宅医療連携拠点、医療や福祉機関が職種や地域を超えて、業務を補完できる体制づくりに向けて動き始められていることである。
第二に、各地域で個々に活動が実施されていて、表向きになっていないような地道な取り組みも含めた地域に内在するサポートの発掘、既存サポートおよび発掘されたサポートを併せた、在宅ケアネットワークの見直しが始められていることである。具体的には、第一に、インフォーマルサポート(介護保険外サービス:保健師、地域包括支援センター、民生委員、住民等、自主的取り組み)の抽出、整理の実施が挙げられていた。第二に、先ほど述べた抽出や整理の結果を地域全体で共有しながら、連携を図ると同時に、住民に対し、医療社会資源情報として周知を図る活動の展開が挙げられていた。

まとめ
 -2日間の研修にのぞむ皆様へ-

今回の学びの「リレー」を

	企画者	研修対象者	プログラム構成	研修素材
都道府県 リーダー研修	<ul style="list-style-type: none"> ・国立長寿医療研究センター (協力) ・東京大学 柏プロジェクト 	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県行政 ・都道府県医師会 ・在宅医療連携拠点 	<ul style="list-style-type: none"> ・座学 ・グループワーク 	※割愛
地域 リーダー研修 (モデル プログラム 提示)	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村 ・郡市医師会 ・多職種で構成の 地域在宅医療 連携拠点 	<ul style="list-style-type: none"> ・座学 ・グループワーク (多職種協働等) ・同行訪問 	【提供予定】 今回の研修で 用いた <ul style="list-style-type: none"> ・DVD ・講師パワー ポイントファ イル(PDF) ・研修会場の ビデオ映像

以上、二日間のプログラムが何を端に発しているのか、そして何を学ぶのか具体的に説明してきたが、最後に本日参加されている皆様にお伝えしたいことがある。この二日間の学びを二日間だけのものとせず、学んだエッセンスを地域リーダー研修に活かす、学びのリレーをそれぞれの地域で行っていただきたいということである。ここに地域リーダー研修のモデルプログラムを提示した。今回の研修で用いるDVD、講師が使用するパワーポイントファイル、二日間の研修会場を撮影したビデオ映像を提供させていただく予定である。これらの物だけではなく、各講師の先生方の講義内容や実践の熱意、グループワークにて行う協働作業で得られるであろう、新しい発見を是非、地域リーダー研修に活かしていただきたいと切に願いつつ本講義を終了する。