

浜田市令和6年度多職種連携勉強会講演
令和6(2024)年11月14日(木)

在宅医療を支える体制づくり

浜田保健所

中本 稔

☆24時間365日の医療 の 提供はできるか？

日常診療の患者対応もある。

スタッフの対応も限界がある。

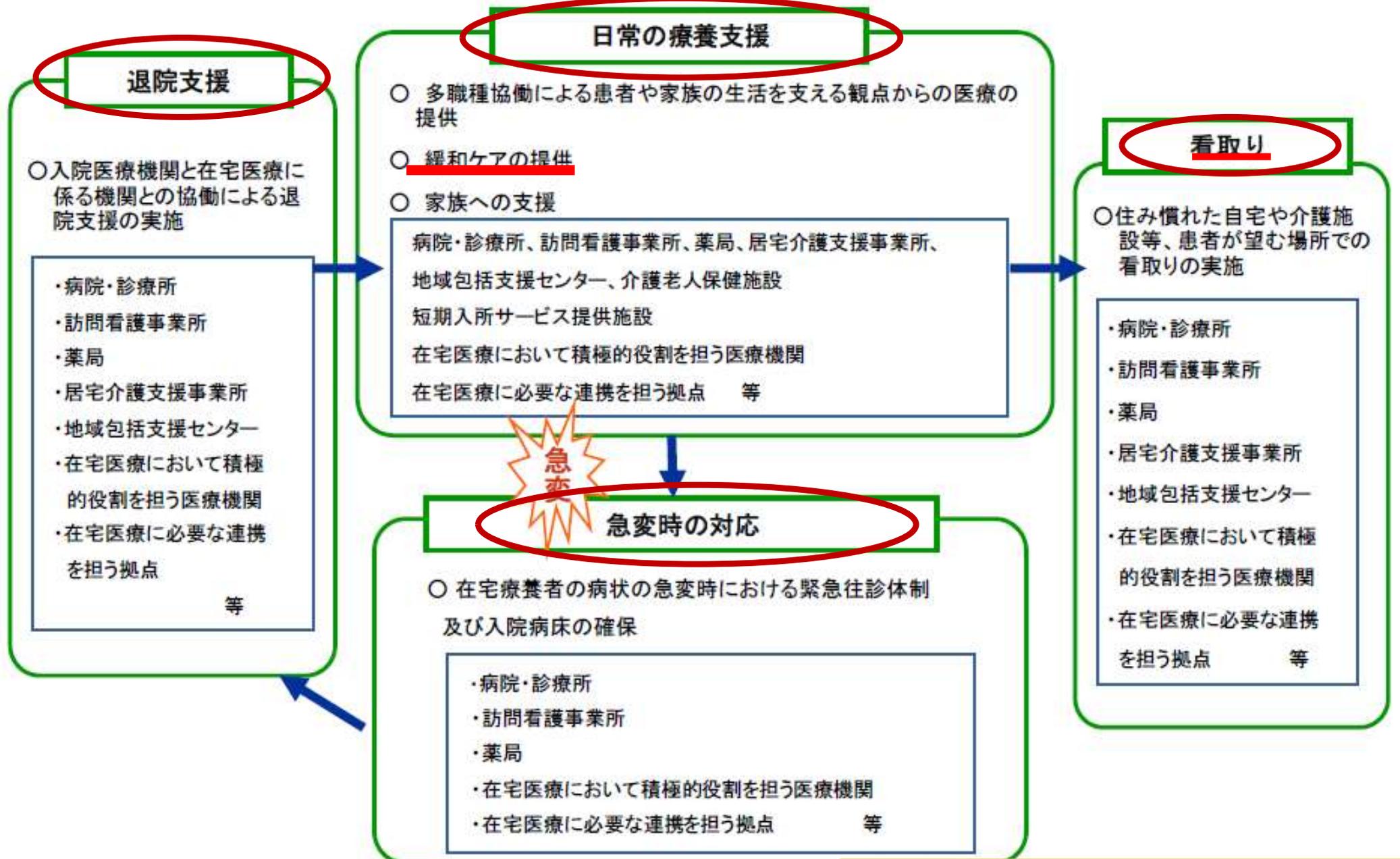
まして、医師自身の生活も守りたい。

「夜間、休日まで往診・訪問診療はできない。」

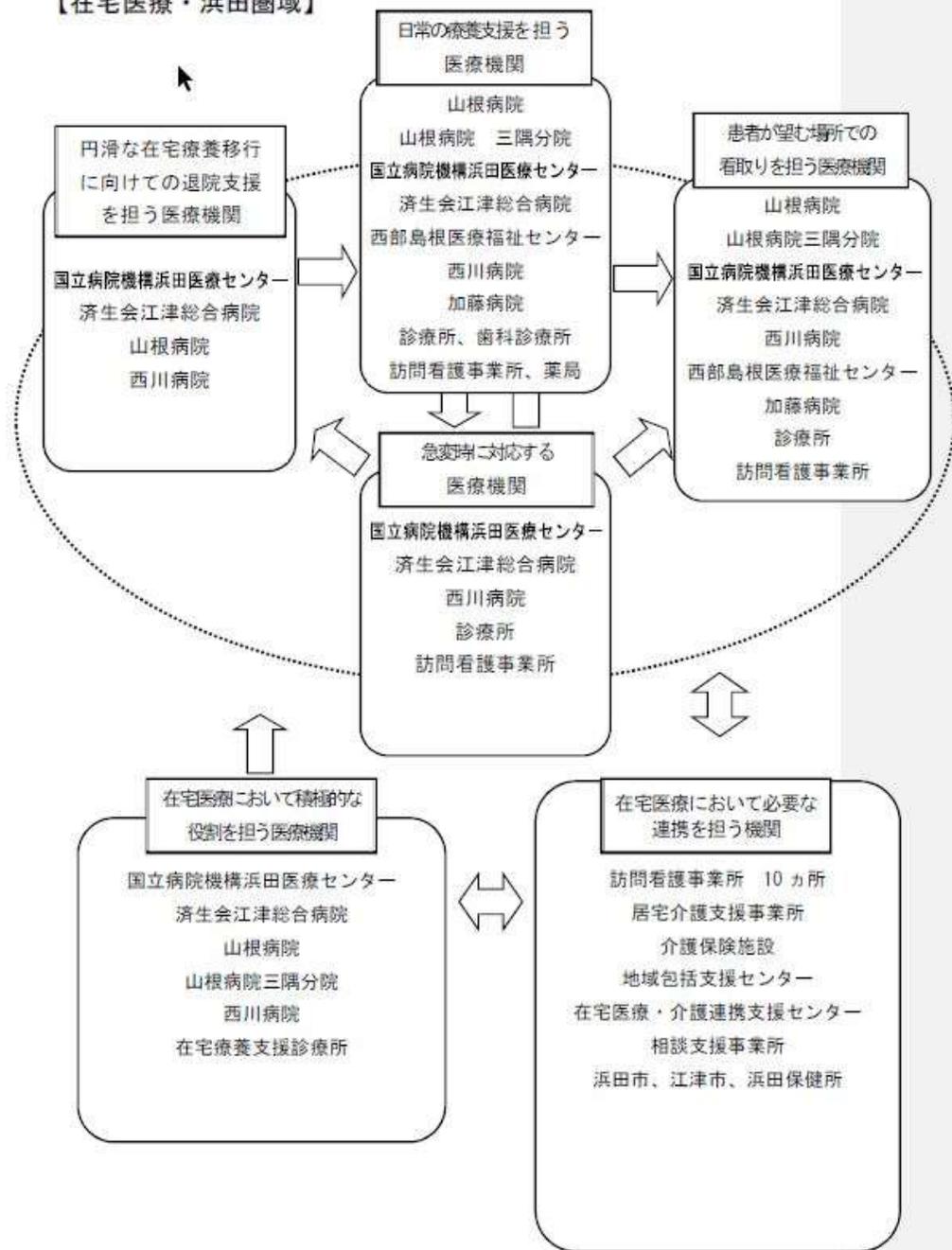
開業医 「在支診は難しいなあ」

「年をとると、辛いなあ」

在宅医療の体制



【在宅医療・浜田圏域】



島根県保健医療計画 (2024-2029) 浜田圏域

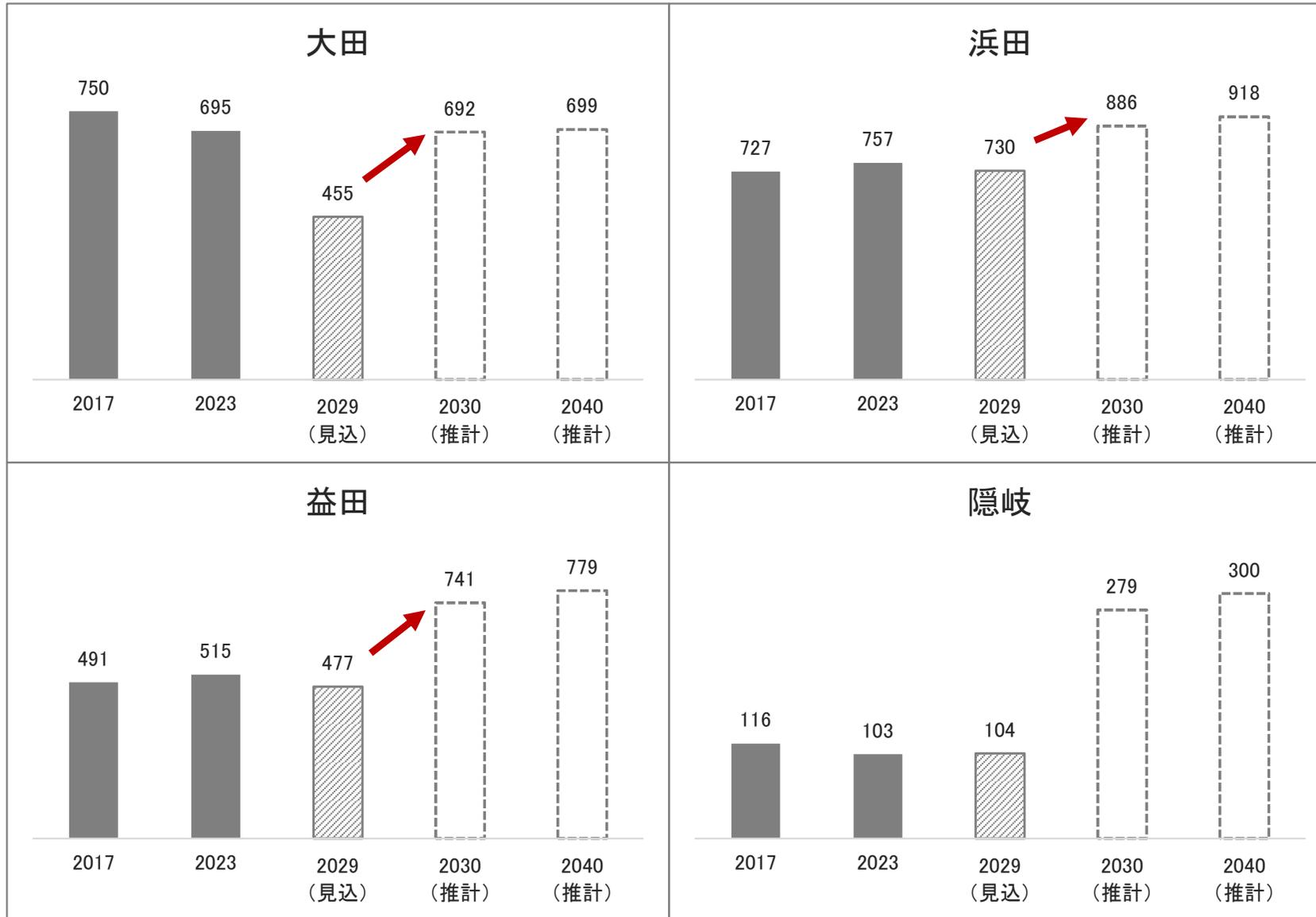
別表：在宅医療において積極的な役割を担う診療所：在宅療養支援診療所 22カ所
(令和5年4月1日時点)

医療法人社団花田医院波積診療所	都医院
医療法人社団花田医院浅利分院	さかね内科
医療法人心和会船津内科医院	医療法人社団 寺井医院
医療法人社団 能美医院	医療法人 中村呼吸器内科医院
医療法人社団花田医院	医療法人社団沖田内科医院金城沖田医院
おかだファミリークリニック	浜田市国民健康保険波佐診療所
敬川沖田クリニック	浜田市国民健康保険弥栄診療所
花田クリニック	中村医院
医療法人社団やすぎクリニック	野上医院
岡本胃腸科内科医院	浜田市国民健康保険あさひ診療所
医療法人社団彌重内科眼科医院	酒井外科内科医院

将来の在宅医療の需要と供給（受け持つ在宅療養患者数）

島根県在宅医療調査2023年

(単位:人)



1. グループ診療とは？

グループ診療とは

複数の医師が一定のルールで、

単一、または複数の患者を

協働して、診療管理する。

患者(家族)の選択、連携機関の選択が前提

○メリットが大きい

医師の時間管理(生活時間や休息、研修を確保)

△デメリット

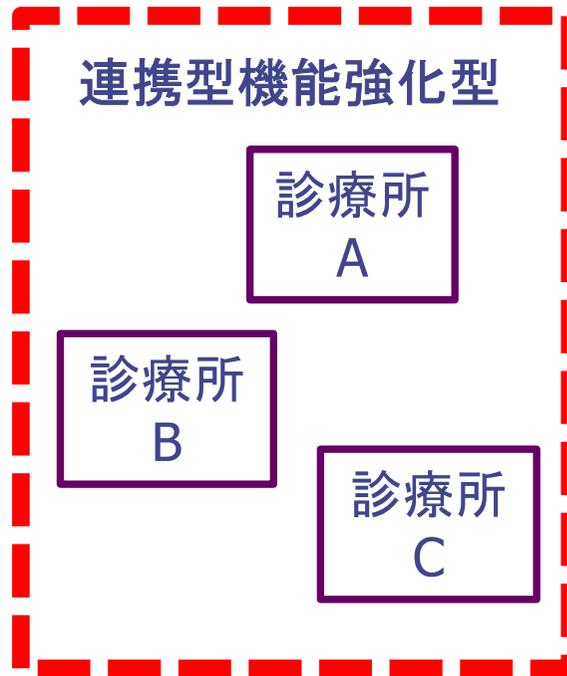
連携ルールの「しぼり」を嫌う在宅医は少なくない。

グループ診療のイメージ？

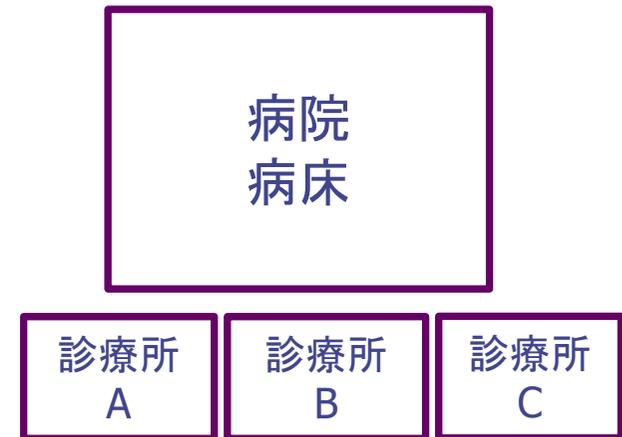
単独型機能強化型



連携型機能強化型



在支病、後方支援病院等



訪問看護ステーションや居宅介護事業所などと連携が必須

時に、老健や老人ホームなどの介護施設との連携や、ケアミックスなど多種多様

グループ診療を後押しする仕組み

診療報酬で、複数医師体制は単価高い

2012年「**機能強化型(連携型)**在宅療養支援診療所」

「機能強化型」の条件

- ①在宅医療を担当する常勤医師が連携内3人以上
- ②連携内で1年間に緊急往診**10**人以上、看取り**4**人以上
- ③在宅医療・介護連携推進事業で
積極的役割を担うことが望ましい

* **2022**~すべての在支診・在支病に

厚労省ガイドライン等にもとづく適切な意思決定支援に係る指針を策定

☆保健所としては、

市町村の在宅医療・介護連携推進事業への参画や、
地域での意思決定支援関連の事業などで、接点が作れそう

連携型機能強化型

在宅療養支援診療所(グループ診療)の例

出雲市内の6医療機関(開業医)が

平成24年からチームを組む。

平成28年からは夜間・休日の往診を「輪番」

自院の常勤医師に加えて、

他の5医療機関の開業医を非常勤医師に登録。

夜間・休日は看護師対応の「コールセンター」に1本化。

看護師が当番医師に連絡

電子カルテは、非常勤医師として閲覧権限。リモートも可

連携する他機関とは「まめネット」活用

参照 島根県医師会「島根県在宅医療介護連携推進事業 活動紹介」

訪問看護との連携

例えば、在宅がん医療総合管理料の算定

1週間に4日以上^の訪問診療＋訪問看護

(医師が1日、訪看が別日3日で満たす)

機能強化型訪問看護ステーション (区分1, 区分2)

常勤Ns 7人以上

24時間対応体制の届出

ターミナルケア療養費orターミナルケア加算算定が年20回以上

末期がん、難病など利用者が月10人以上

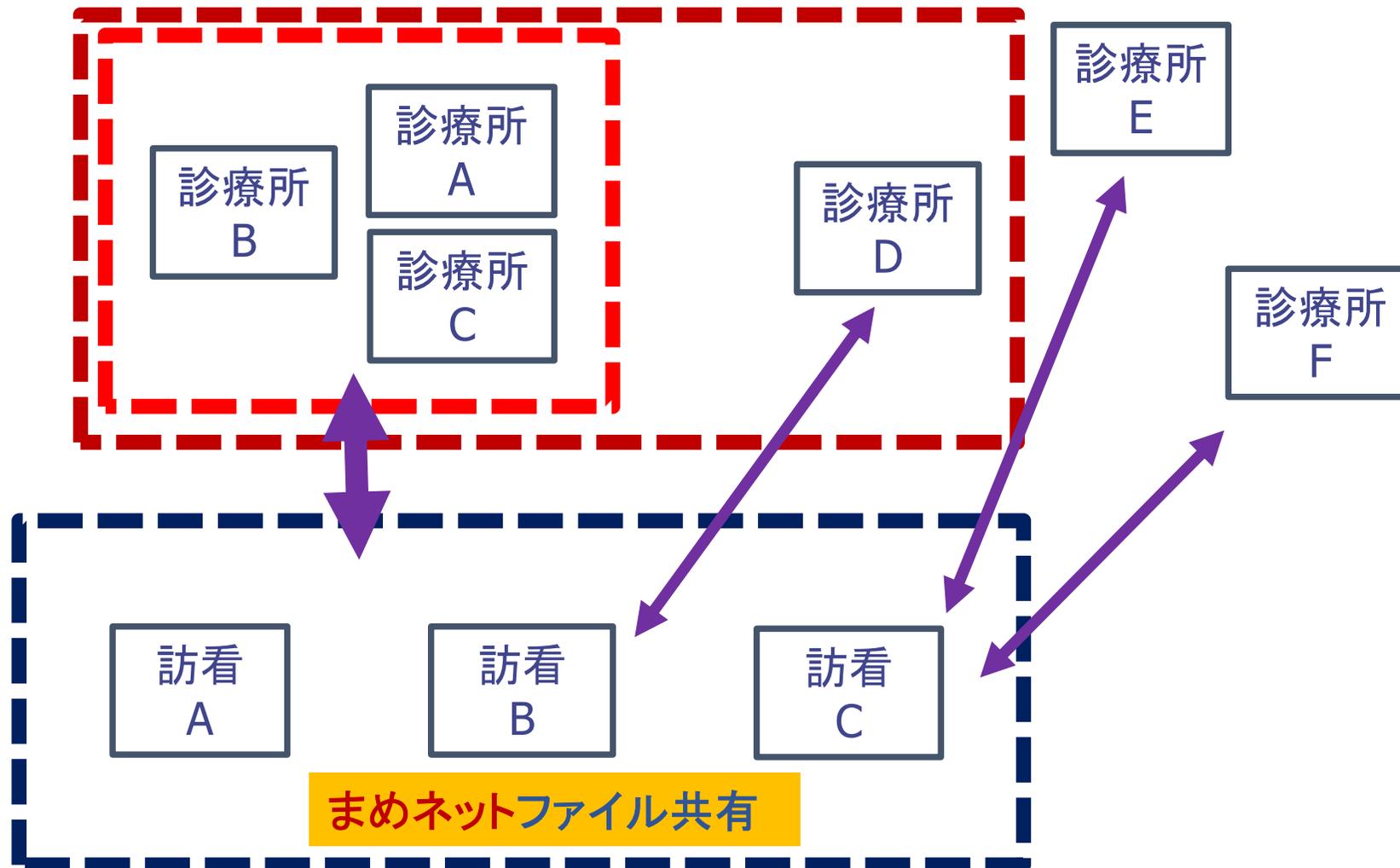
居宅介護支援事業所と同一敷地内にあり、ケアプランの1割に医療ケア

休日・祝日も含め計画的な指定訪問看護

地域住民に対する情報提供や相談、人材育成のための研修実施

出雲市内の訪問看護Stは、まめネットファイル共有で、訪問受け入れ可能な曜日時間を共有。空き時間を融通し合う取組

始まりはゆるく。
いつか、強くつながる

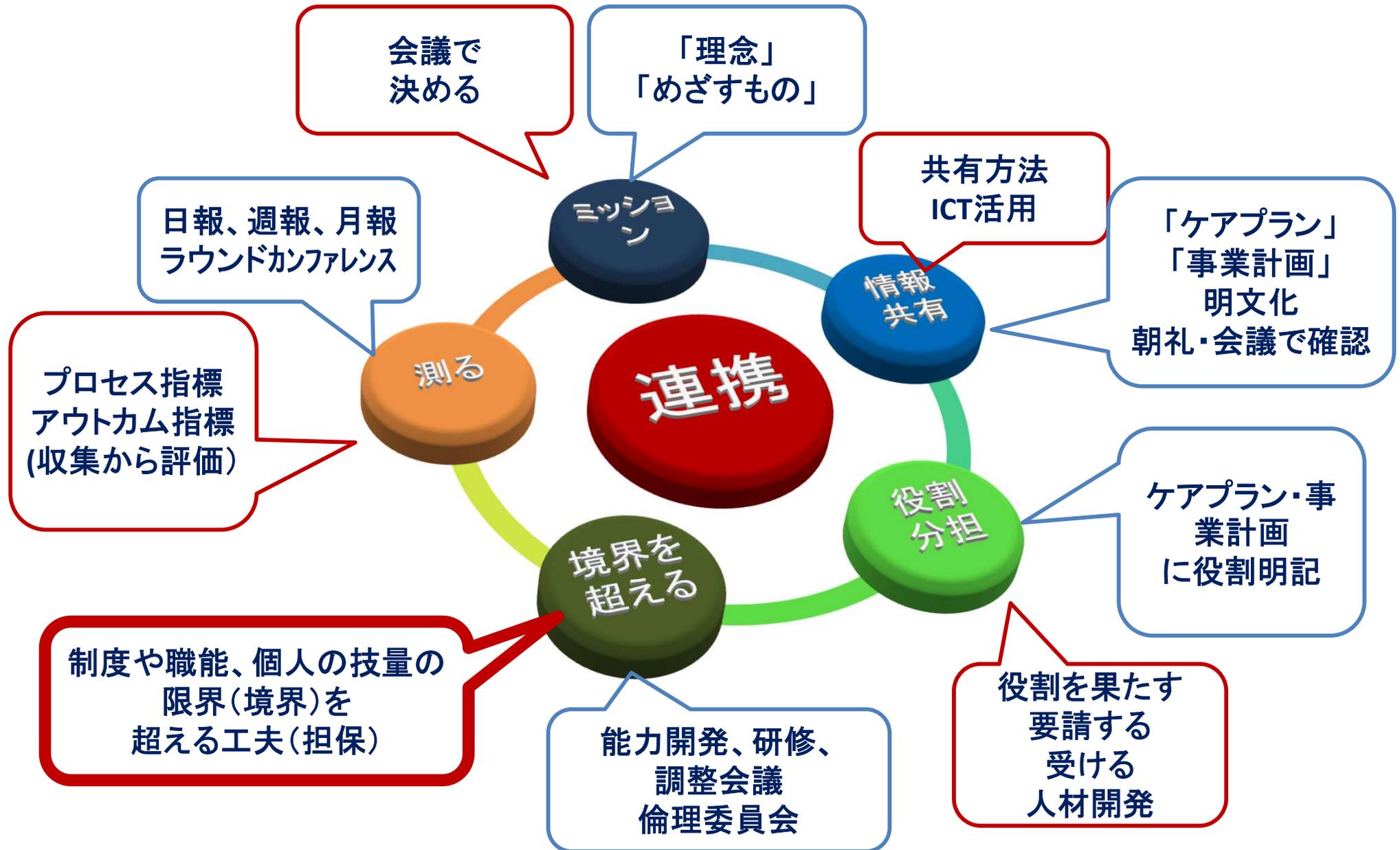


- 訪問看護とクリニックの関係を

包括ケアシステムを進める条件 連携

コミュニケーション力を高めつつ、

真の“組織内・地域内**連携**”を進める (加藤2015,中本改)



浜田医療センター腎臓内科 岩下裕部長

「お薬手帳にCKDシール」

浜田圏域糖尿病対策協議会の講演会から(2024.10.2)



多職種連携 連携って何？



職能として、葉っぱをしっかりと作る

職能としてできるものがある。互いに認め合う。
連携の顔も大事。目には見えない「腕」も大事。

めざすもの、共有できる目標花や実

この地で暮らす支援

互いに理解できるプロセス(指標)

ツール、評価、診療報酬？

具体的な「評価表」や数字がわかりやすい

事業活動を保障する法や予算、利益

協議会や手弁当の勉強会もある。

ときに「持ち出し」も

実績確認と課題・展望

月単位や年度単位、入退院のイベント単位など

「よくできているねえ」 PDCA

課題は施策化。

医師会に 何を求める？

滋賀県 機関が他機関に求めるもの

【 団体間の希望・期待 (H30.12.6第2回在宅医療等推進協議会結果)】の図

〔 囲み * 塗りつぶし:協働できそうな事項 〕

参考:滋賀県

	医師会	歯科医師会	薬剤師会	病院協会・MSW	看護協会・訪問看護	理学療法士	栄養士	介護支援専門員・介護サービス事業者協議会連合会	難病連・住民	行政	すべて
医師会		① ・訪問歯科依頼方法の案内が欲しい	② ・ハルモの活用 ・びわ湖あさがおネットの活用 ・在宅患者情報の共有	③ ・病診連携ツールとしてのびわ湖あさがおネットの利用拡大 ・AGPネットや情報帳等の一元化(びわ湖あさがおネット上での共有情報管理)	④ ・訪問看護報告書等のペーパーレス化対策(びわ湖あさがおネットの活用)	⑤ ・在宅リハビリテーションの拡大 ・地域でのフレイル予防啓発運動等、共同推進	⑥ ・在宅への栄養指導の誘導の連携の確立 ・ケアマネを介してのケースへのアプローチの手段構築	⑦ ・びわ湖あさがおネットの連携 ・医師との連携の確立		⑧ ・滋賀県独自のサービスの構築 一つは栄養士の活用問題。一つは八幡の訪問ステーションの問題 ・びわ湖あさがおネットの拡大のための方策(行政が広報等に積極的に活用してほしい)	⑨ ・在宅歯科医療連携の活用促進・関係機関への周知 ・数層の低い歯科医師会を目指す
歯科医師会	① ・都市医師会と積極的に連携を図る			・歯科医師等派遣事業を活用した歯科保険の充実							
薬剤師会	・連携継続	・連携継続		① ・入退院時のファリスへの参加要請	② ・医療材料、衛生材料供給拠点として薬局の活用 ・服薬状況スクリーニング訪問薬剤師の必要性の見極め	③ ・フレイル予防 ・薬剤によるADL低下の早期発見(新たに連携会議開催)	④ ・在宅同行訪問(栄養マネジメント) ・フレイル予防	⑤ ・退院前ケアやサービス担当者会議への参加要請 ・服薬状況のスクリーニング訪問薬剤師指導の必要性の見極め	⑥ ・出前講座や講演会の開催(薬剤師の説明、管理、服薬方法)	⑦ ・在宅栄養士薬剤師の啓発(地域創造会議とのコラボ)	・在宅栄養士薬剤師登録
病院協会・MSW	・病診連携推進のための協議検討を一層進める			・訪問看護体験の継続と充実							・多職種連携の推進
看護協会・訪問看護	・さらなる連携の推進	① ・在宅歯科診療の充実 ・診療結果の情報連携(歯科医師に直接連絡し、情報把握する)	・在宅患者の薬の管理に関する協働 ・…役割分担もできてきた			・病院と在宅を担当するサービス連携会議はあるのか? (PT) 現在は無い。地域単位で推進中。	② ・在宅訪問できる栄養士の増加	③ ・地域看護職間連携の推進 ・薬取りマニュアルの作成	④ ・難病連が発信される連携。在宅ケア情報の把握	⑤ ・地域包括ケアシステム構築の把握 ・地域包括ケアシステム構築の把握をしてほしい	
理学療法士			・薬剤師会主催事業への協力	① ・病院セブリストが在宅医療推進に協力できるよう病院の組織的理解と協働実践の実現				③ ・リハ専門職がないデイサービス等へPTが向うき体指導実施	④ ・難病連が連携する連携。在宅ケア情報の把握	⑤ ・地域包括ケアシステム構築の把握 ・自立支援個別会議への技術派遣 ・一病院長に対して文書依頼	・地域包括ケア人材認証制度の周知
栄養士	① ・栄養士を雇用してほしい。訪問栄養指導を活用してほしい	② ・訪問管理栄養士の活用に関する話し合いと活用拡大	③ ・薬剤師会、栄養士会の協働でフレイルのサポートを作成し、啓発を行う	④ ・退院から在宅療養へのスムーズな移行を目指した連携がしたい ・退院カンファレンスに呼んでほしい	⑤ ・訪問管理栄養士の活用	④ ・在宅療養を見据えた地域リハの視点を持った支援に一層力を入れてほしい(病歴リハと在宅リハの継続)	⑤ ・施設栄養士おししの施設を超えた連携	⑥ ・介護支援専門員・歯科衛生士・言語聴覚士と合同で研修実施予定	⑦ ・地域ケア会議への参加について地域包括、保健所に依頼済み	⑧ ・相談・依頼窓口の周知 ・栄養士会から情報提供する	
介護支援専門員	・さらなる連携の推進	① ・訪問歯科診療の一層の拡充 ・さらなる連携の推進	② ・訪問薬剤師指導の一層の充実 ・さらなる連携の推進	③ ・入退院時の連携の推進とシステムづくり	④ ・薬取りマニュアルの協働作成	⑤ ・在宅療養を見据えた地域リハの視点を持った支援に一層力を入れてほしい(病歴リハと在宅リハの継続)	⑥ ・訪問管理栄養士との連携手段を数えてほしい(連携手段) まづ連携の方法、内容の理解から始める		⑧ ・難病支援にかかわる制度を学ぶ機会に協力をしていただきたい	⑨ ・介護人材の確保と育成	
介護サービス事業者協	① ・ICTを活用した医療介護の情報連携の推進	② ・訪問歯科指導の増加	③ ・薬剤師に関する研修の共同企画と開催	④ ・入退院連携のさらなる推進	⑤ ・在宅を担う看護職(施設、病院、在宅、診療所等多分野)の育成とスキルアップ	⑥ ・生活機能向上加算の算定に向けた連携 ・STとの連携を促進拡大	⑦ ・施設栄養士おししの施設を超えた連携		⑧ ・疾患理解を進めるための研修への協力	⑨ ・人材確保と育成 ・災害時のネットワーク構築 ・県庁介護保険担当課との意見交換の場を持つ	
難病連	① ・治療とともに、生活・就労もみてほしい		② ・必要情報の薬剤提供で管理に関する対応情報の提供	③ ・治療とともに、生活・就労もみてほしい	④ ・治療とともに、生活・就労もみてほしい	⑤ ・生活機能向上加算の算定に向けた連携 ・STとの連携を促進拡大	⑥ ・施設栄養士おししの施設を超えた連携		⑧ ・疾患理解を進めるための研修への協力	⑨ ・人材確保と育成 ・災害時のネットワーク構築 ・県庁介護保険担当課との意見交換の場を持つ	
住民	① ・障害がある子どもを診てもらえる医療機関リストが欲しい	② ・訪問診療の普及・啓発(ケアマネとの関係構築等)	③ ・重複投薬・処方等に対する取り組み(訪問指導を含む)	④ ・5月の「オンライン」の体診情報「早目」に欲しい	⑤ ・病院の在宅医療バックアップ機能の充実 ・病院の人材活用の促進(訪問診療・看護への取り組み、栄養士・リハ職の地域活用への支援、スキルアップ研修) ・病院一体となった入退院支援への取り組み(病棟看護師やリハ職向け研修会の開催等) ・レスパイト入院システムの構築 ・在宅療養支援病院の地域訪問診療ネットワークへの取り組み	⑥ ・在宅医療ネットワークとの連携	⑦ ・施設栄養士おししの施設を超えた連携		⑧ ・疾患理解を進めるための研修への協力	⑨ ・人材確保と育成 ・災害時のネットワーク構築 ・県庁介護保険担当課との意見交換の場を持つ	⑩ ・講演会や交流会等の開催に当たり、どのような内容をお伝えすべきか、それぞれのご専門からご意見、情報提供をいただきたい。
行政	① ・訪問診療を実施する診療所の互助ネットワークの形成支援 ・認知症サポーターと在宅医療センターの関係構築	② ・口腔ケアのための歯科衛生士の在宅・専門所への訪問指導支援 ・歯科衛生士の研修、ケアマネ・住民等への啓発	③ ・重複投薬・処方等に対する取り組み(訪問指導を含む)	④ ・5月の「オンライン」の体診情報「早目」に欲しい	⑤ ・在宅医療ネットワークとの連携	⑥ ・在宅医療ネットワークとの連携	⑦ ・施設栄養士おししの施設を超えた連携	⑧ ・自立支援に向けたリハビリ等への取り組み ・入退院支援の強化への取組	⑨ ・疾患理解を進めるための研修への協力	⑩ ・人材確保と育成 ・災害時のネットワーク構築 ・県庁介護保険担当課との意見交換の場を持つ	⑪ ・講演会や交流会等の開催に当たり、どのような内容をお伝えすべきか、それぞれのご専門からご意見、情報提供をいただきたい。

【全ての機関とともに取り組む事項】
 ・在宅医療推進のための連携方法の検討
 ・ライフサイクルを通じた支援
 ・入退院から在宅療養への切れ目のない連携の促進
 ・在宅療養を支援する医療資源の整備・充実とネットワーク活動の促進
 ・人材育成とスキルアップ
 ・働き体制の整備

信頼って、どうつくる？

- 能力を伝える、持っている資源を見せる
ここを任せて安心
- 人柄を伝える
相談すれば聴いてくれる
とにかく前向き ピンチをチャンスに！
- 情報を共有する
隔てなく、正しい情報を、的確なタイミングで

コミュニケーションが基本です。(中本さんちHP)

山本五十六

やってみせ、言って聞かせて、させてみせ、褒めてやらねば人は動かじ。
話し合い、耳を傾け、承認し、任せてやらねば人は育たず。
やっている、姿を感謝で見守って、信頼せねば、人は実らず。

分け合えば足りる奪い合えば足りぬ

東京

桜の寺さん

連携の量・質を測る？

大事なものは、アウトカム
「このまちを選ぶ」「幸福」
「従事者も満足」

市町村の取組・住民の意識・ニーズ

研修、住民向け普及啓発、医・介希望、看取り希望、ACP普及

入退院時の連携

入退院時情報提供加算、退院カンファ(共同指導・加算)、ICT活用

連携に係る診療報酬

(医科)地域連携退院時共同指導、訪問看護指示、
在宅患者訪問薬剤管理、在宅患者訪問栄養指導等

連携に係る介護報酬

入院時情報連携加算、退院退所加算等

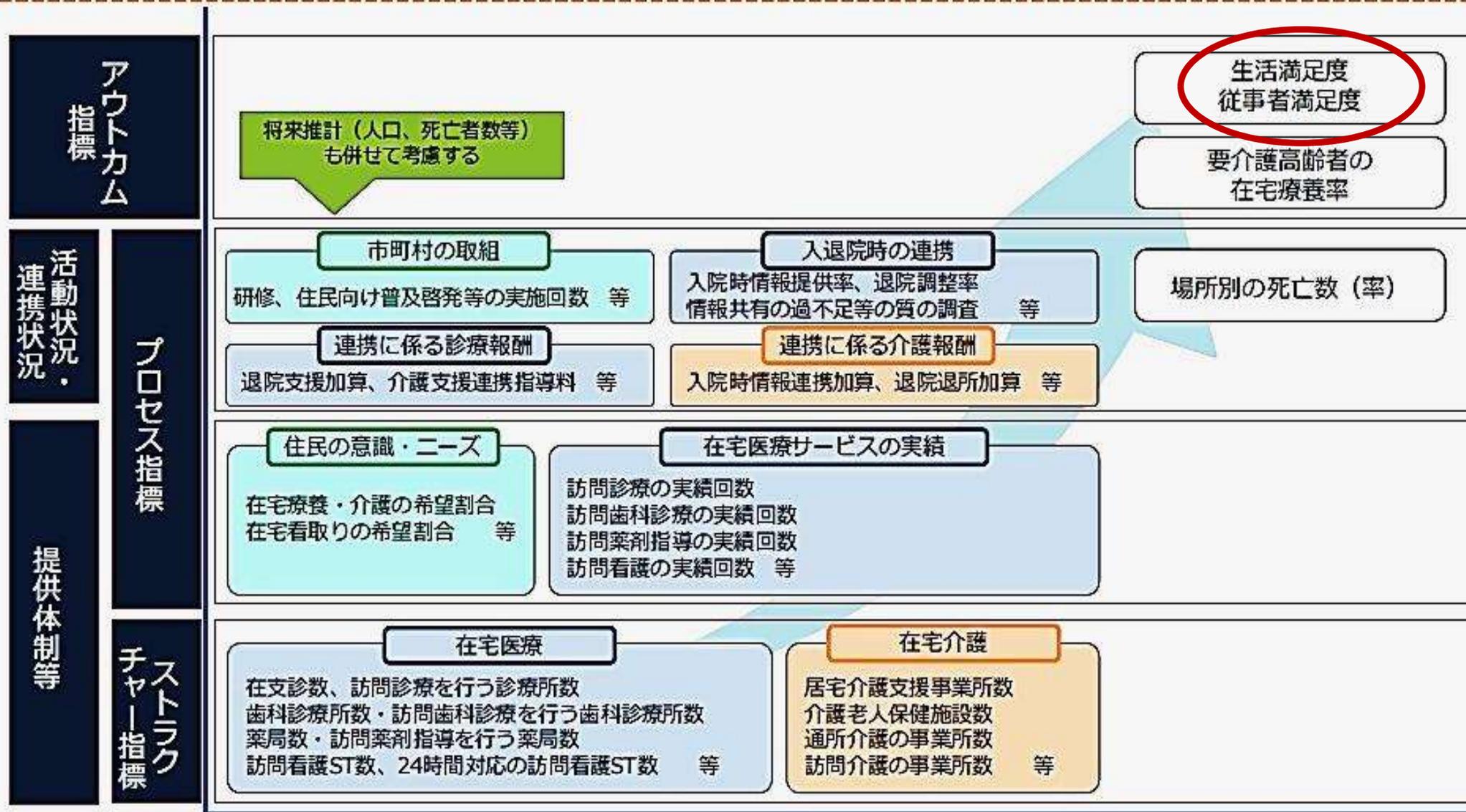
在宅医療・介護サービスの実績

(歯科)訪問診療、訪問歯科衛生指導、居宅療養管理指導、
介護予防居宅療養管理指導等

制度では賄えない
地域固有の課題に対して、
「限界を超える」取組に
職種や機関が対面するか、
が問われることもある

在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ（案）

○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。



*実績値は「後期高齢者1万人対」など人数比で把握するようにして、規模の異なる市町村間での横比較ができるようにする必要あり

参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

浜田圏域とくに浜田市域で

- 今年度7月から浜田市医師会が、
医療連携推進コーディネーター事業を展開
- 目標は、
質・量ともに在宅医療介護を高めて、域内完結をめざす。

医療、看護、介護の事業所が元気に
この浜田の地で、在宅医療・介護を進める。

☆介護保険計画の地域愛着(この地で最期まで暮らす)

本日は、よろしく申し上げます。