

愛知県医師会における在宅医療充実に向けた取組

～在宅医療サポートセンター事業・
在宅医療連携システム整備事業～

公益社団法人 愛知県医師会理事
野田正治

平成27年3月12日 ウィルあいち

本日の内容

- 愛知県医師会在宅医療サポートセンター事業について
- ICT整備(在宅医療連携システム整備事業)について
- 地域包括ケアを構築するための問題点と課題

地域包括ケアシステムの構築



- 背景として医療と介護の乖離
- 介護保険制度の成果
- 今後、在宅医療が必須
- 医療・介護・行政・民生委員やNPO等との連携が必須
- 住まいを視野に入れる重要性

在宅医療サポートセンター事業



- 基金を使い県内すべての医師会に在宅サポートセンター事業を展開
- 在宅医療サポートセンターと中核センター
- 地域によって状況が異なるため地域包括ケアはそれぞれの地域事情に合わせる
- ICTを使った連携
- 多職種連携

在宅医療の充実

■ 在宅医療の提供体制の充実

□ 訪問診療・住診

- ・医師の在宅医療導入研修
- ・24時間体制等のための医師のグループ化

□ 訪問歯科医療

- ・在宅歯科医療連携室の設置支援
- ・在宅歯科医療技術研修

□ 医療機関間の連携体制構築、情報共有等

□ 訪問看護

- ・強化型訪問看護STやST空白地域への設置支援
- ・新任訪問看護師の研修充実、研修機関の集約化

□ 薬局・訪問薬剤管理指導

- ・衛生材料等の供給地点の設置支援
- ・訪問薬剤管理指導導入研修

■ 在宅医療推進協議会の設置・運営

在宅医療の推進について県内の在宅医療関係者等で協議を行う。

■ 個別の疾患、領域等に着眼した質の向上

医療関係者に対する専門的な研修や専門的に取り組む医療機関を支援

- 看取り
- 末期がん
- 疾患に関わらない緩和ケア
- 小児等在宅医療
- 難病在宅医療
- 在宅療養にかかる意思決定支援
- 認知症
- 精神疾患
- 褥瘡
- 口腔・栄養ケア
- リハビリ

■ 在宅医療に関する普及啓発

一般住民に対する在宅医療に関する理解を深めるための講演会の実施等

在宅医療・介護連携の推進

在宅医療・介護連携に関する事業

※在宅医療・介護連携のための事業で、右記以外の事業については、地域医療介護総合確保基金を活用することが可能
 ・在宅医療・介護連携のための相談員(コーディネーター)の育成
 ・ICTによる医療介護情報共有等

※市区町村との役割分担を明確にした上で、都道府県が広域的又は補完的に在宅医療と介護の連携に関する事業を行う場合は、地域医療介護総合確保基金を活用して差し支えない。

介護保険の地域支援事業(在宅医療・介護連携推進事業)での取組
(地域支援事業交付金)

- (ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議
- (ウ) 在宅医療・介護連携支援に関する相談の受付等
- (エ) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
- (オ) 在宅医療・介護関係者の研修
- (カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 二次医療圏内・関係市区町村の連携

目的

- 在宅医療提供体制を整備するにあたり、在宅患者の緊急時の入院受入れ体制の確立、退院調整など、医療機関との連携が不可欠であるとともに、在宅医療に従事する医師の負担を軽減することにより参入する医師を増加させるなどの基盤整備が重要。

- 市町村によって医療資源が異なることから、市町村内で在宅医療提供体制の整備が完結しない場合もあり、市町村を越えた広域調整が必要。



- 在宅医療において中心的役割を果たす医師の団体である地区医師会に在宅医療サポートセンターを設置し、全ての市町村において在宅医療提供体制の整備を図るとともに、平成30年度までに在宅医療・介護の連携を推進が図られるよう市町村を支援する。

財 源

■ 地域医療介護総合確保基金(新たな財政支援制度(新基金))

国 2/3、県 1/3

■ 要求額 1,190,262千円 (3年間)

27年度 396,754千円 ≪国負担264,502千円 県負担132,252千円≫

28年度 396,754千円 ≪国負担264,502千円 県負担132,252千円≫

29年度 396,754千円 ≪国負担264,502千円 県負担132,252千円≫

事業内容



在宅医療サポートセンターを設置し、全ての市町村において在宅医療提供体制の整備を図る。

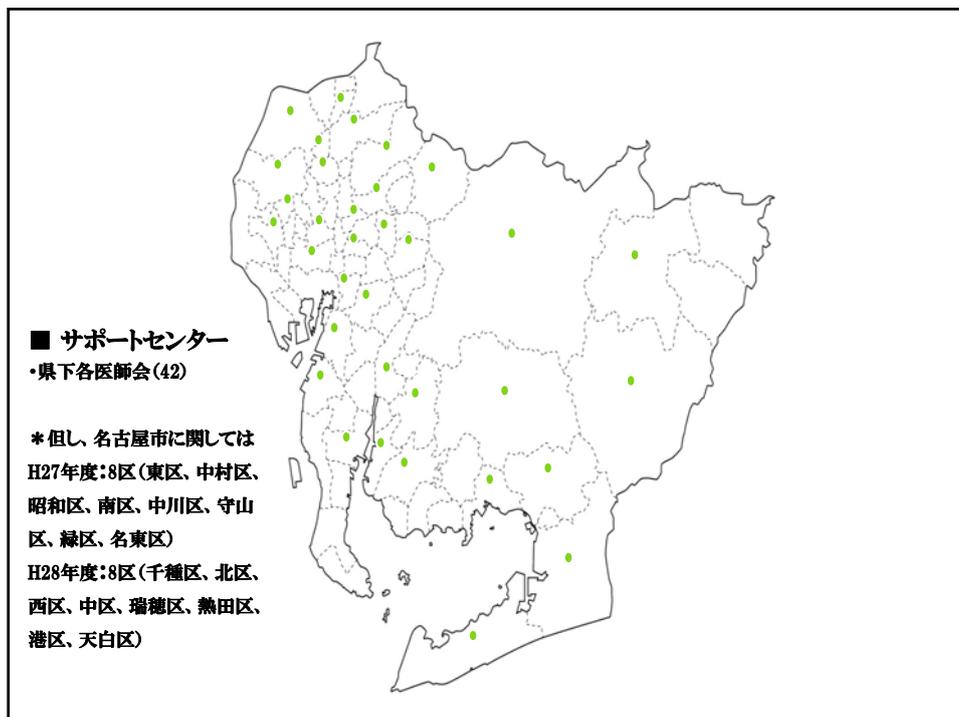
1. 市町村単位での在宅医療提供体制の整備【42か所で実施】
2. 広域的な在宅医療提供体制の整備【15か所で実施】
3. 合同会議の開催

1. 市町村単位での在宅医療提供体制の整備

▶ 全ての地区医師会で実施する事業【42か所】

▶ 看護師等の専任職員(コンダクター)を1名配置し、以下の業務を行う。

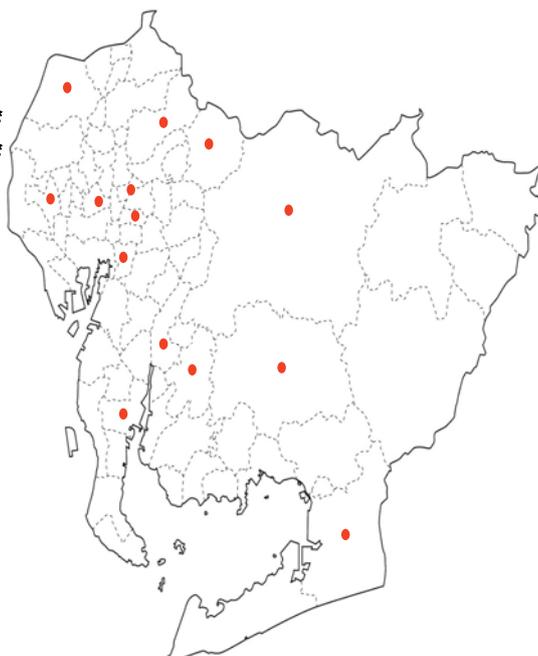
- 切れ目のない在宅医療提供体制の構築を支援する。
 - ・グループ化による主治医・副主治医制の導入
 - ・訪問看護ステーションとの連携体制の強化等
- 在宅医療に参入する医師を増加させるため、訪問診療導入研修を実施する。
- かかりつけ医の普及啓発を推進するため、地域住民へ普及啓発講習会を実施する。
- 地域住民や開業医等からの在宅医療に関する相談窓口を設ける。



2. 広域的な在宅医療提供体制の整備

- ▶ 二次医療圏の中心的な地区医師会に付加して実施する事業【15か所(名古屋地区は4か所)】
- ▶ 看護師等の専任職員(コーディネーター)を1名配置し、二次医療圏内のコンダクターと協力して以下の業務を行う。
 - 二次医療圏単位で患者急変時の入院受入可能な病院や後方支援病床が確保できる体制を構築する。
 - 入院から自宅等退院へ円滑に移行する体制を構築する(退院調整)。
 - 地区医師会単位で実施する訪問診療導入研修及びかかりつけ医普及啓発講習会の開催を支援する。
 - 市町村単位で導入される在宅医療連携システムの二次医療圏単位での互換性等について検討する。

- 中核センター
- ・名古屋市東区医師会
 - ・名古屋市中村区医師会
 - ・名古屋市昭和区医師会
 - ・名古屋市南区医師会
 - ・津島市医師会
 - ・瀬戸旭医師会
 - ・一宮市医師会
 - ・春日井市医師会
 - ・半田市医師会
 - ・豊田加茂医師会
 - ・岡崎市医師会
 - ・刈谷医師会
 - ・安城市医師会
 - ・豊橋市医師会



3. 県医師会で実施する事業



▶専任の事務職員を1名配置し、以下の業務を行う。

- 在宅医療提供体制の整備に対する課題等を把握・検討するため、全ての在宅医療サポートセンターで構成する合同会議を開催する。
- この事業に係る補助金の取り扱いや申請書の作成等について地区医師会への助言を行う。

本日の内容



- 愛知県医師会在宅医療サポートセンター事業について
- ICT整備(在宅医療連携システム整備事業)について
- 地域包括ケアを構築するための問題点と課題

ICTでの連携 電子カルテ共有と医療・介護連携の違い

- 病診連携、病病連携には電子カルテ共有が必要になる
- 災害に備えてのクラウド化もこの流れの中で有用
- 重複検査を避ける。画像、検査結果の共有、服薬内容の確認などには有用。
- 訪問診療の主治医・副主治医間の情報共有にも有用。
- 介護・行政などとの共有には向いていない。
- 専門用語が多い、セキュリティの確保
- 医師資格証が重要

ICTでの連携とは

- 電子カルテ共有との違い
連絡ノータ的な意味合い。
- 問題は二重記載の煩雑さ
電子カルテの共有では二重記載は不要。

ICTの課題(1) ICTシステムの混在



東名古屋医師会・東三河・津島市医師会・大府市・瀬戸旭医師会
電子@連絡帳

名古屋市医師会・一宮市医師会 カナミック

半田市医師会 オリジナル

春日井市医師会 中部大学

尾張北部医療圏 Medical Station など

ICTの課題(2)



■ICTソフトウェアの違い

先進地域であるが故の悩み

県や市町村の境界を越える際の対応

■互換性

■セキュリティ確保と導入の容易さ

■長期的な維持管理費用

■院内・施設内での共有

ICTの課題(3)



- 職種の拡げ方 どこまで拡げるか

ヘルパー 福祉用具提供事業者 介護タクシー 保健所 民生委員 ボランティア 養護学校(特別支援学校)

- 組織化されていない職種の参加をどう促すか

小児での日中一時支援は社会福祉協議会にも参加していない

栄養士会 理学療法士PT,OT,ST. など県単位では会があるが、各自治体の支部が見えていないため声をかけにくい

多職種の問題とセキュリティ



- 多職種とは何か

- 介護ベッドなどの介護用品供給事業者

- 介護タクシー

- 個人情報の問題 スマートフォン、パソコン セキュリティ

- 地域ケア会議

- 多職種連携 職種によって組織化されていない問題

- PT OT ST 栄養士 看護師 鍼灸師 臨床工学士 歯科衛生士

- 医療機器など周辺業者 住まいを考えるなら老健や老施協も

本日の内容



- 愛知県医師会在宅医療サポートセンター事業について
- ICT整備(在宅医療連携システム整備事業)について
- 地域包括ケアを構築するための問題点と課題

医師会が中心になることの意味



- 行政よりも柔軟で動きやすい
- 多職種に声がかかりやすい
- 医師の意識改革も必要

主治医・副主治医の問題



- 地域割りで主治医・副主治医を決めることに対して抵抗感がある
- 診療報酬上想定されていないため、緊急往診とし初診料を算定するのか、主治医が保険請求して副主治医に支払うのか？その場合、非常勤医師としての届けが必要。
- むしろ看取りの際に副主治医が初診料と往診料などを算定した方が現実的
- 患者は副主治医を望んでいないかもしれない
- 皮膚科・眼科・精神科などの副主治医

小児在宅医療の問題



- 地域包括ケアシステムには小児在宅も含まれる
- 多くの小児科医は訪問診療をしたことがない
- 内科医や外科医にとってハードルが高く感じられる
- 高齢者の家族と重症心身障害児の家族との違い

認知症に対する視点



- 若年性認知症 就労支援
- 認知症サポーター
- 認知症疾患医療センター・認知症対応病院と認知症サポート医との連携
- 認知症疾患医療センターが相談窓口を作る
- 認知症カフェとの連携
- 徘徊と警察、振り込め詐欺 地域包括支援センターとの関係

老健と特養



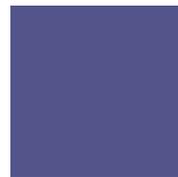
- これまで連携ができていないところが多い
- 連携協議会に参加していただかねばならない

有床診療所



- 有床診療所の役割は極めて重要
- レスパイト入院としての役割
- 有床診療所の意向などを調査項目とする必要がある

急性期病院



- 退院時共同カンファランス(退院前カンファランス)の重要性
- 病院内の個々の医師がネットワークに参加することは困難
- 地域連携室等が活躍

保健所の参加関与を考える視点 精神・感染症と地域包括ケア



- 保健所のできることは何か
- 結核や精神、難病について地域包括ケアに関与する

災害と地域包括ケアへの視点



- 災害に対する備えと地域包括ケアは一体
- 災害時への対応を常に考える

住居の問題

- サ高住の費用
- 住み慣れた地域で過ごすための住居

地域包括ケアシステムの構築

- 一度に全部はできない
- 地域によって課題は異なる
- 他地域の取り組みを学び、地域に合ったシステムを構築する
- しかし、残された課題は何かを常に頭に入れる
- 最後に残された課題はアウトカムを何で評価するかである
在宅死亡率？ or アンケートによる満足度調査？