

# 平成24年度 新潟市在宅医療ネットワーク研修会

日 時 平成25年3月24日(日)  
午後1時30分～4時30分  
会 場 黒埼市民会館

## ～ 次 第 ～

開 会

あいさつ 新潟市保健所長 月岡 恵

第一部 報 告① 『新潟市医師会の取組について』

講 師 新潟市医師会理事 五十嵐 昭夫 氏

報 告② 『地域連携ネットワークの構築に向けて』

講 師 済生会新潟第二病院地域医療連携室長  
齋川 克之 氏

第二部 講 演 『鶴岡地区医師会における在宅医療の推進』

講 師 鶴岡地区医師会長 三原 一郎 氏

座 長 新潟市保健所長 月岡 恵

閉 会

## 新潟市医師会の 在宅医療への取り組み

新潟市在宅医療ネットワーク研修会  
平成25年3月24日

## 今、在宅医療は

医療、介護、最期の場の需要が増加、  
更なる需要の増加が予想される

- 超高齢化、救命医療の進歩
- 療養の場の選択の多様化
- 医療経済的要請：病院→在宅

## 新潟市における在宅医療の現状

平成22年9月にいがた診療情報ネットより

区	訪問診療	往診	看取り
中央区	39	75	19
東区	14	27	3
西区	33	40	10
北区	10	15	4
南区	5	11	3
江南区	15	19	5
秋葉区	8	11	3
西蒲区	16	17	10
計	140	215	57

## 新潟市における在宅医療の現状

平成23年6月医師会アンケートより

区	訪問診療	往診
中央区	26	41
東区	8	14
西区	17	17
北区	1	2
南区	2	6
江南区	7	10
秋葉区	3	5
西蒲区	12	12
計	76	109

## 訪問診療・往診件数

平成23年6月医師会アンケートより

人数/月	訪問診療	往診
1~5	28	66
6~10	9	16
11~15	8	7
16~20	5	4
21人以上	25	11

## 在宅患者の時間外対応

平成23年6月医師会アンケートより

していない	50
携帯電話のみ対応	13
必要があれば往診	86
その他	7
回答なし	5

### 緊急・時間外・不在時対応

平成23年6月医師会アンケートより

後方支援病院	53
連 携	15
自 院	19
医師会でのシステムを期待	41

### 在宅看取りの件数

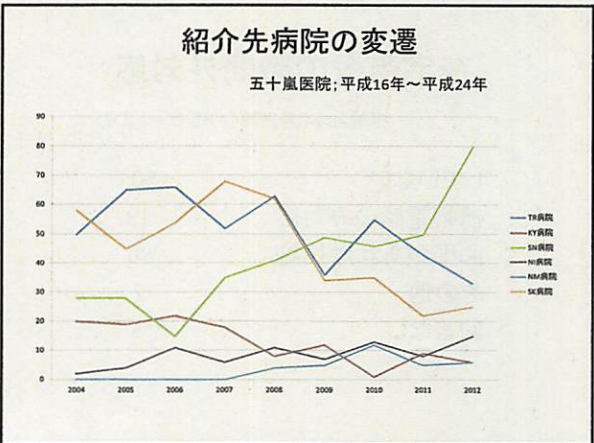
平成23年6月医師会アンケートより

各診療所での年間件数  
在宅看取りをしている診療所：72

0 件	80 診療所
1～5 件	47 診療所
6～10 件	12 診療所
11～15 件	5 診療所
16～20 件	4 診療所
21 以上 件	4 診療所

- ### 新潟市の在宅医療
- 地域的に偏りあり
  - 量的に不足 → 病院への負荷
  - 夜間・緊急対応が不十分→病院への負荷
  - どの地域でも受けられ、将来的に継続可能である在宅医療体制が必要
  - 診療所も無制限の負荷を負うのは困難
  - 急性期病院への過重負荷を避ける必要  
病院の疲弊は地域医療の破綻をもたらす

- ### 病院の受け入れ能力の限界
- 高度医療・侵襲的医療の普及  
医療の質確保の必要→病院機能の再編
  - 大規模急性期病院;入院需要の急増
  - 中小規模地域病院;医療資源欠乏
  - 病院勤務医の疲弊、救急医療の逼迫
  - 高齢在宅療養患者受け入れ能力の限界



### 新潟市内の在宅療養支援診療所

平成23年6月医師会アンケートより

中 央 区	16
西 区	5
東 区	2
秋 葉 区	2
南 区	1
江 南 区	1
北 区	1
西 蒲 区	6
計	34

### 在宅療養支援診療所について

平成23年6月医師会アンケートより

在宅療養支援診療所	16
将来なるつもり	7
将来もする予定なし	132
回答なし	6

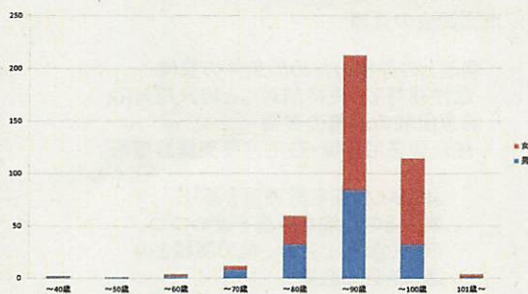
### 在宅療養支援診療所にならない理由

平成23年6月医師会アンケートより

24時間往診	99/132
24時間連絡	86/132
24時間看護体制	74/132
緊急入院先の確保	50/132

### 在宅看取り者年齢・性別

五十嵐医院;平成5年～平成24年



### 在宅での看取りの死因

五十嵐医院;平成5年～平成24年

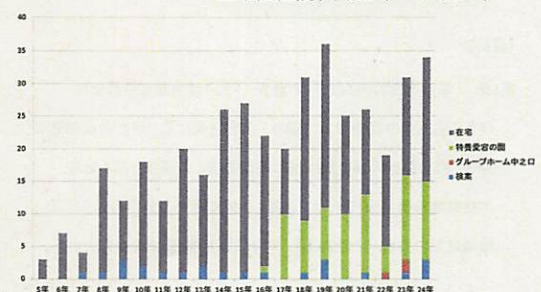
死因	自宅	受療の園	グループホームでの住	計
老衰	114	51	2	167
肺炎	59	12		71
消化器癌	32	5		37
心不全	19	5		24
肺癌	18	1	1	20
脳卒中	16	1		17
呼吸不全	7			7
自殺	7			7
泌尿器科領域がん	7			7
腎不全	7	1		8
脳腫瘍	5			5
肝硬変	3			3
その他	21	6		27
計	325	83	3	411

### 在宅看取りの実状

- 相当数の方は少なめの医療介入で自然な最期を迎え得る方である
- 医療者・受療者・受療者家族との信頼関係が成立していれば厳格な24時間応療体制は在宅医療の絶対的必要条件ではない
- 24時間いつでも見てもらえるではなく、必要なのは24時間の安心

### 看取りの場の変遷

五十嵐医院;平成5年～平成24年



## 最期の場の変遷

- 家庭介護力の低下・・・多様な施設介護に
- 医療介入の必要な施設療養者の増加
- 介護施設の不足・・・有料老人ホーム
- 経済力の逼迫・・・施設介護費負担に耐えられない在宅療養者

## 在宅看取りのこれから

病院から在宅への視点のみでなく、  
病院診療・在宅診療を適切に位置づけ、

医療が脇役であるべき状況では脇役で  
あることができるように、

医療者・市民の意識の変容も必要

## 在宅医療のこれから

- 在来型の在宅医療の維持推進  
厳格な24時間応答体制等は必ずしも必要条件ではない
- 在宅療養支援診療所の整備・ネットワーク化・相互協力
- 居住型施設での医療の有りようの検討。  
「家族の遠い親せき化」・病院依存を避ける
- 1次～1.5次診療能力向上を図って病院との連携を推進

## 新潟市にあっては

### 市医師会の責務

- 病院との連携のための条件の整備  
急性期対応、維持期対応と終末期対応
- 診療所間の連携の整備  
従来型在宅診療・在宅療養支援診療所

より多くの在宅診療医を募り、  
病院との適切な連携を進めつつ、  
市民(意識)、行政、他の職種との  
連携を図る必要

## 新潟市医師会在宅診療医ネットワーク事業規定

(目的)

第1条 新潟市医師会(以下「本会」という。)は急激な高齢化に伴う在宅医療の需要増大に鑑み、在宅診療に取り組む会員相互の連携、病診連携及び介護に関わる他職種との連携を図るため、本会在宅診療ネットワークを組織し、会員個々の負担軽減、地域住民の安心・安全なくらしづくりに寄与することを目的とする。

## (1) 在宅診療医等情報公開事業

- 医師会のホームページ等を使って在宅診療医の在宅診療の内容等を公開する。
  - \* まずは医師会会員のみ閲覧できるページで公開、お互いの連携の便宜を図る。
  - \* 将来的に会員の意識が共有化された時点で会員以外にも公開し、市民、病院からアクセスし易いネットワークとしていく。
  - \* 病院・行政との協力も必要。

**(2) 病院、諸施設、看護・介護事業者、行政等との連携事業**

- \* 急性期病院、後方支援病院にスムーズな受け入れを依頼し、確保に努める。
- \* そのために必要な条件を探り、環境整備を図る。
- \* 病院から在宅診療医への紹介の受け入れをスムーズにする窓口機能設置も視野に入れて行く。
- \* 施設における嘱託医、協力医としての活動での問題点等を整理・改善し、活動の標準化を図る。
- \* 他職種との連携・共同につき、各地域でスムーズに連携できるように支援する。

**(3) 在宅医療グループ及び在宅診療医相互の連携支援事業**

- メーリングリストを通して、診療医間、多職種間連携の情報交換を容易にし経験を共有化を図る。
- 医師会に在宅医療に関する担当部署・窓口を設置する。
  - \* 情報を集積、諸々の相談、問い合わせに迅速に答えられるようにする。
  - \* 要望、検討事項等の受け入れ窓口とする。
  - \* 在宅診療医のコーディネート機能も目指す。

**(4) 講演会、情報交換会等の研修事業**

- 在宅医療セミナー；在宅医療・介護能力の向上、多職種連携に資する目的で継続発展する。
- ネットワーク会員の顔の見える連携を深めるために、在宅診療医対象の研修会、情報交換会を開催する。

**(5) その他、目的達成に必要な事業**

当地の条件・状況に見合った24時間応療体制、休日、不在時応療体制を築くために総合的な対策・努力を行っていきます。

- \* ネットワークでの会員の経験の提供・交換、そして連携。
- \* 行政と共同で市民との意見交換を行い意識を共有化する。
- \* 日常診療を通して市民との意識の共有化を図る。
- \* 後方支援病院との連携を深める努力。
- \* 訪問看護ステーションとの連携を進める。

**新潟市医師会在宅ネット運営委員会規定**

- (目的)  
第1条 この規定は、新潟市医師会在宅診療医ネットワーク事業規定第5条第2項の規定に基づき、新潟市医師会在宅ネット運営委員会(以下「委員会」という。)の組織及び運営に關し必要な事項を定める。
- (組織)  
第2条 委員会は、次に掲げる者をもって組織する。  
 (1) 在宅診療医ネットワーク事業に参加する会員  
 (2) 新潟市医師会地域医療担当理事  
 (3) 新潟市医師会長が必要と認めた者  
 .  
 .  
 .
- 1 この規定は、平成24年11月19日から施行する。

**新潟市の在宅医療推進のキーワード**

**在宅医療により多くの診療所の参加を**

- \* 参加医師が多くなれば多くなるほど各診療所、病院の負担が減り、療養者にとっても、適切な選択が可能となり在宅医療の向上に資することとなります。
- \* 人的医療資源が圧倒的に不足するであろう中、「在宅医療の在り方」の固定観念に捉われず、多様な考えの会員が主体的に参加できるように市医師会はそのバックアップの方法を探り、推進。
- \* 現場、現場で実状にあったより良き在宅医療を。

地域連携ネットワークの構築に向けて  
～地域医療連携室の立場から～


済生会新潟第二病院 地域医療連携室 室長  
齋川 克之



### 医療連携について明文化

○平成12年4月の診療報酬改定で、医療連携の推進・医療機関相互の役割分担が明記。  
○紹介率30%以上、平均在院日数17日以下。

➡ 医療連携のコーディネート機能を期待し、各医療機関で地域医療連携室を設置。




### 医療供給体制について

公的病院の役割

地域の公的病院においては、医療機関の機能分担と連携の円滑な推進の観点から、地域の実情に応じて救急医療、共同利用、紹介患者に対する医療提供など地域医療支援病院が行わなければならないこととされている事項の実施についてできるだけ積極的に取り組む


医政局長通知  
「医療法等の一部を改正する法律等の施行について」  
(平成13年2月22日)



### 病院－診療所外来形態

病院と診療所が協力しあい、病院は入院治療を中心に、診療所は外来治療を中心に患者さんの治療を支援する。

↓  
かかりつけ医機能の推進と強化  
医療機関相互の役割分担推進




### 医療連携は新たなフェーズへ

第1フェーズ (2000年～)  
「診療報酬で誘導した医療連携」(前方連携重視)  
紹介状を介した病診連携・病病連携の発展  
地域医療連携部門の設置、営業的活動

第2フェーズ (2006年～)  
「療養環境重視」(後方連携重視)  
適切な退院調整による療養環境の継続  
地域医療連携部門への看護師配属、介護在宅との連携

第3フェーズ (2008年～)  
「地域医療計画に基づく医療連携」(地域全体を包括)  
地域性を踏まえた医療・介護・在宅支援機関同士のネットワークづくり、医療連携部門の役割強化



### 参考

社会保障・税一体改革案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○患者ニーズに応じた病状・病状機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】	【2025(H37)年】
<p>一般病床 (107万床)</p> <p>療養病床 (22万床)</p> <p>介護療養病床 (26万人)</p> <p>介護施設 (26万人)</p> <p>在宅サービス (27万人)</p> <p>在宅サービス (27万人)</p>	<p>高度急性期</p> <p>一般急性期</p> <p>慢性期等</p> <p>長期療養</p> <p>介護施設</p> <p>居宅サービス</p> <p>在宅サービス</p>
<p>【取組の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○入院患者の機能分化・適化と連携             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 急性期、慢性期医療の機能強化 等</li> </ul> </li> <li>○地域包括ケア体制の整備             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 在宅医療の充実                 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症を主眼とした在宅医療を担う診療所等の機能強化</li> <li>・ 訪問看護の計画の整備 等</li> </ul> </li> <li>- 在宅介護の充実                 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅サービスの実装・精緻ユニット化</li> <li>・ ケアマネジメント機能の強化 等</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し 基礎整備のための一括的法整備(2012年関連法案化)</p> <p>【患者・利用者の方々】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰</li> <li>- 医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続</li> </ul> <p>※ 在宅・介護の発展・高齢者のための集中的・計画的な投資</p>	<p>「施設から地域へ医療から介護へ」 相互の連携強化</p>



### 平成24年度診療報酬改定の概要①

#### 重点課題1 急性期医療等の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- 1 救急・周産期医療の推進
- 2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組
- 3 救急外来や外来診療の機能分化
- 4 病棟薬剤師や歯科医師等を含むチーム医療の促進

#### 重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実

- 1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進
- 2 看取りに至るまでの医療の充実
- 3 在宅歯科・在宅薬剤管理の充実
- 4 訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携

#### 医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

- 1 医療技術の適切な評価、がん医療や生活習慣病対策、精神疾患・認知症対策、リハビリの充実、生活の質に配慮した歯科医療
- 2 医療安全対策、患者への相談支援対策の充実
- 3 病院機能にあわせた入院医療、慢性期入院医療の適正評価、医療資源の少ない地域への配慮、診療所の機能に特化した評価
- 4 後発医薬品の使用促進、長期入院の是正、市場実勢価格を踏まえた医薬品等の適正評価など

Saiseikai Niigata Daini Hospital

### 求められる医療と介護の連携

- 医療と介護と制度はわかれているが、患者側からみると両者はつながっており区別することは難しい（制度の分かりにくさにも通じる）
- 医療系施設と介護系施設間の患者の移動が多くなっているが、相互理解がすすんでいない
- 医療と介護の連携を支援する（評価する）診療報酬体系ができていない

両者のシームレスな連携が必要！

(宮崎県立日南病院 木佐真馬 医師 資料提供)

Saiseikai Niigata Daini Hospital

### ●介護とのコミュニケーションがうまくいかない

医療職と介護職の目指すもの（ゴール）が違う



病気をなおすこと



病とうまく付き合いながら自分らしい生活を送ること（病気はケア全体の一部に過ぎない）

同じものをみても考えていることが違う（翻訳が必要）

治療に必要なアセスメント 在宅生活に必要なアセスメント  
欲しい情報が違う・立場が違うので気付かない

(宮崎県立日南病院 木佐真馬 医師 資料提供)

Saiseikai Niigata Daini Hospital

### ●介護とのコミュニケーションがうまくいかない

情報の共有化や情報交換をしては？

同じ場所に集まって、お互いの立場で同じものをみればよい。自分の欲しい情報を聞けばよい。

- ・入院後／退院前訪問
- ・退院前カンファレンス、サービス担当者会議
- ・退院後の訪問、情報のフィードバック
- ・共有のアセスメントツール・支援計画の検討（言語の共通化をはかる）  
医療は国際疾病分類（ICD）  
介護福祉は国際生活機能分類（ICF）

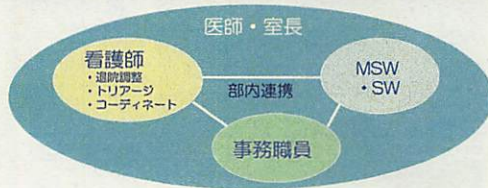
(宮崎県立日南病院 木佐真馬 医師 資料提供)

Saiseikai Niigata Daini Hospital

### 地域医療連携室について

地域医療連携室が、どの業務を行なうのか？ といった領域に重点を置くのか？ それは病院の運営方針、機能や経営戦略により異なるので、スタッフ構成人数等異なるのは当然。

連携室の数だけ、連携室の形態運営方法がある



Saiseikai Niigata Daini Hospital

### 医療連携推進の背景

昭和62年 新潟市医師会セミオープンシステムの導入  
登録医制度の開始

平成5・6年 病診連携推進事業（新潟県モデル事業）

平成12年 診療報酬改定⇒病診連携推進（機能分化推進）へ



新潟市医師会の登録医制度に基づく、オープンシステム導入病院 3病院  
セミオープンシステム導入病院 12病院  
新潟市内は、医療連携圏区！

地域医療支援病院7病院

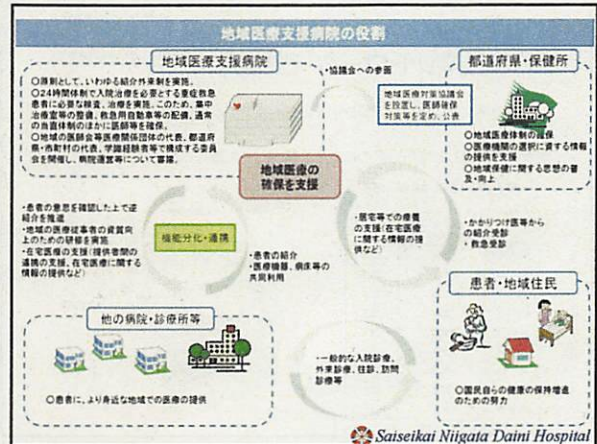
Saiseikai Niigata Daini Hospital



## 医療連携の経緯

- 昭和62年6月 新潟市医師会セミオープンシステム開始  
(当時公的4病院でスタート)
- 平成5年/6年 病診連携推進事業(新潟県モデル事業)
- 平成11年 院内にオープンシステム委員会を設置
- 平成12年4月 診療報酬改定⇒病診連携推進(機能分化推進)
- 平成12年7月 3医師会と協定締結(医師会との共同事業)  
オープンシステム稼働
- 平成13年4月 開放型病院の認可(厚生労働省)  
⇒登録医との連携強化(20床)
- 平成14年8月 地域医療支援病院の承認(新潟県)

Saiseikai Niigata Daini Hospital

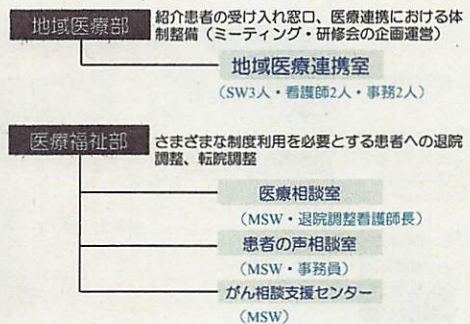


## 地域医療支援病院のミッション

- 紹介患者への医療提供
- 病院機能の共同利用(病床/機器)
- 医療従事者の研修体制整備
- 救急医療への対応
- 地域の医療連携ネットワーク構築

Saiseikai Niigata Daini Hospital

## 当院の地域連携部門



Saiseikai Niigata Daini Hospital

## 地域医療連携室の役割

### 役割・ミッション

- 1) 患者さん主体の調整をする
- 2) 地域における医療連携の円滑な運営のため、院内外における医療連携をコーディネートする
- 3) スムーズな双方向の医療連携を実現する  
⇒地域からの信頼の指標となる紹介率アップと逆紹介率アップ



### 配置職員

- ソーシャルワーカー : 3人
- 看護師 : 2人
- 事務員 : 2人

Saiseikai Niigata Daini Hospital

## 業務内容

- 1) 連携医療機関(登録医・病院)からの紹介窓口
- 2) かかりつけ医の紹介
- 3) オープンシステムに関する医師会、行政機関との連絡調整
- 4) 医療連携ミーティング・研修会の企画と運営
- 5) 地域医療連携室だより「Baton」の発行
- 6) 訪問活動(登録医・病病連携機関・関係機関)
- 7) セカンドオピニオン相談の受付
- 8) 地域連携クリティカルパス作成推進
- 9) 地域連携コーディネート業務



Saiseikai Niigata Daini Hospital

iseikai Niigata internal medicine Clinic  
岡村和気 医師 資料提供

## しもまちネットワーク その前に

- ・しもまちネットワークというシステムが必要であった理由
- ・新潟市中央区しもまち地区の高齢化の高さ、一人暮らしの比率の高さ

表2-2 ひとり暮らし高齢者の出現率  
平成21年9月末時点

区別	ひとり暮らし高齢者の出現率 (%)	高齢化率 (%)
新潟市	26.1	22.8
北区	20.4	21.9
東区	28.6	22.0
中央区	35.8	22.6
江南区	23.0	22.2
秋葉区	20.8	23.4
南区	15.3	22.6
西区	27.2	22.7
西蒲区	17.2	21.9

(資料) 住民基本台帳より作成

iseikai Niigata internal medicine Clinic  
岡村和気 医師 資料提供

## しもまち地域

- ・しもまち地域は新潟の他の地域に比べ、高齢化率が31.1%と高い。
- ・新潟市のなかでは、高齢化率がもっとも込んだ地域です。
- ・実質単身高齢者数が1159人存在します。

表3-08 主な外出手段 (整理) ×地域

外出手段 (整理)	地域別			
	しもまち	上新潟島	江東	みなみ
徒歩	82 25.9%	73 23.5%	49 25.2%	60 20.2%
自転車	74 23.2%	42 13.5%	34 17.5%	57 19.2%
自家車	21 7.6%	31 11.0%	30 15.5%	55 18.6%
バス	82 25.9%	111 36.8%	55 28.4%	78 26.4%
タクシー	50 15.8%	43 13.9%	24 12.4%	41 13.9%
その他	5 1.6%	4 1.3%	2 1.0%	3 1.1%
合計	317 100%	310 100%	194 100%	295 100%

※無回答は欠損値として処理  
n=36403 自由度=15 p=0.002\* \*p<0.05

iseikai Niigata internal medicine Clinic  
岡村和気 医師 資料提供

## しもまちネットワークグループ (診療所)

前田内科医院  
東堀内科放射線科クリニック  
東堀クリニック  
ひろさわ内科医院  
済生会新潟内科診療所

平成24年3月16日 19:00~  
チンサンホテル&コンファレンスセンター新潟 会議室

## しもまち地域連携ネットワーク総会 プログラム

- 挨拶 新潟県済生会 支部業務担当理事 上村 朝暉 先生
- 講演 「認知症疾患における製薬企業としての取り組み」 エーザイ株式会社
- パネルディスカッション

「しもまち地区における医療・福祉・介護の連携について  
～現状とこれから (高齢者認知症ケアを含めて)～」

座長 前田内科医院 院長 前田 和夫 先生

＜シンポジスト＞

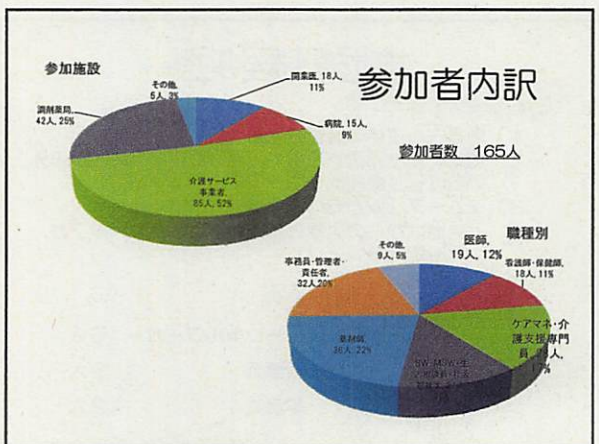
- ひろさわ内科医院 センター責任者 上村 恵子 先生
- 地域包括支援センターふなえ 院長 広沢 利幸 先生
- 新潟県看護協会訪問看護ステーションにいがた 所長 織田奈穂子 先生
- 新潟臨港病院 地域連携センター 主任 (MSW) 清治 智樹 先生

4. 情報交換会  
各施設からの自己紹介

しもまち地域連携ネットワーク事務局：済生会新潟第二病院内 (地域包括支援センター)  
TEL: 025-221-4142 FAX: 025-221-3745  
員数：しもまち地域連携ネットワーク/エーザイ株式会社

## 案内発送先

送り先	発送数
開業医 (医師会名簿 2班、3班、4班)	86
病院 (新潟大学、県立がんセンター新潟病院、新潟通信病院、木戸病院、桑名病院、新潟臨港病院、日本医科大学新潟病院)	7
介護サービス事業者 (関屋・白新地区 47 寄居・双葉・舟米地区 22)	69
調剤薬局	46
合計	208

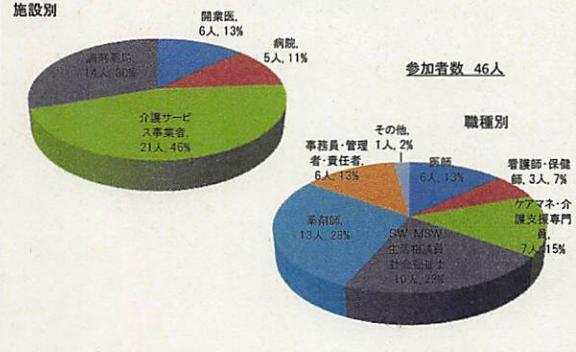


# メーリングリスト

しもまちネットワーク  
参加者数 46人  
平成24年5月8日現在

しもまち地域連携ネットワーク  
参加者数 7人(世話人)  
平成24年5月8日現在

# しもまちネットワークメーリングリスト 参加者内訳



# しもまち地域連携ネットワーク研修会

「褥瘡予防のポジショニングと褥瘡スキンケア」

平成24年9月28日 19:00～多職種による研修会

講師：済生会新潟第二病院

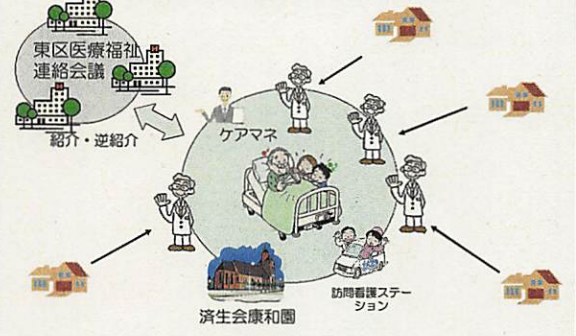
皮膚・排泄ケア認定看護師 小野塚明美 氏

～医師の立場から～

オヤケ医院 院長 竹内ひろみ 氏



# しもまち地域連携ネットワーク

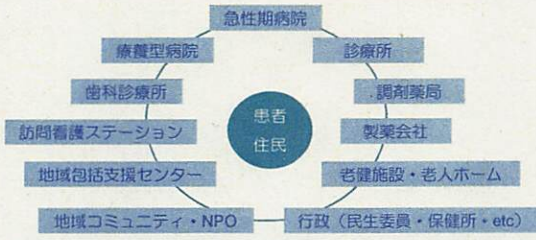


患者さんを地域で共に支えるネットワークシステム

Saiseikai Niigata Daini Hospital

患者さんの思いを大切に

より本質的な連携を目指して



患者さんを支えていく地域医療連携の輪を築いていく。

連携=つなぐ

**鶴岡地区医師会における  
在宅医療ネットワークの取組みについて**

鶴岡地区医師会会長 三原一郎

### 地域的背景

■ 診療圏：(南庄内地区)  
山形県鶴岡市・三川町

鶴岡市の面積は東北で一番大きく、全国で7番目である。

【市の面積ランキング】

1位 山形県鶴岡市 2,450平方キロメートル

2位 山形県酒田市 2,150平方キロメートル

3位 山形県尾花町 2,100平方キロメートル

4位 山形県大曲町 2,050平方キロメートル

5位 山形県大田町 2,000平方キロメートル

6位 山形県大内町 1,950平方キロメートル

7位 山形県大川町 1,900平方キロメートル

8位 山形県大野町 1,850平方キロメートル

9位 山形県大野川町 1,800平方キロメートル

10位 山形県大野原町 1,750平方キロメートル

11位 山形県大野原町 1,700平方キロメートル

12位 山形県大野原町 1,650平方キロメートル

13位 山形県大野原町 1,600平方キロメートル

14位 山形県大野原町 1,550平方キロメートル

15位 山形県大野原町 1,500平方キロメートル

16位 山形県大野原町 1,450平方キロメートル

17位 山形県大野原町 1,400平方キロメートル

18位 山形県大野原町 1,350平方キロメートル

19位 山形県大野原町 1,300平方キロメートル

20位 山形県大野原町 1,250平方キロメートル

21位 山形県大野原町 1,200平方キロメートル

22位 山形県大野原町 1,150平方キロメートル

23位 山形県大野原町 1,100平方キロメートル

24位 山形県大野原町 1,050平方キロメートル

25位 山形県大野原町 1,000平方キロメートル

26位 山形県大野原町 950平方キロメートル

27位 山形県大野原町 900平方キロメートル

28位 山形県大野原町 850平方キロメートル

29位 山形県大野原町 800平方キロメートル

30位 山形県大野原町 750平方キロメートル

31位 山形県大野原町 700平方キロメートル

32位 山形県大野原町 650平方キロメートル

33位 山形県大野原町 600平方キロメートル

34位 山形県大野原町 550平方キロメートル

35位 山形県大野原町 500平方キロメートル

36位 山形県大野原町 450平方キロメートル

37位 山形県大野原町 400平方キロメートル

38位 山形県大野原町 350平方キロメートル

39位 山形県大野原町 300平方キロメートル

40位 山形県大野原町 250平方キロメートル

41位 山形県大野原町 200平方キロメートル

42位 山形県大野原町 150平方キロメートル

43位 山形県大野原町 100平方キロメートル

44位 山形県大野原町 50平方キロメートル

45位 山形県大野原町 0平方キロメートル

山手線 ×2.0

### 山形県鶴岡地区医師会の概要

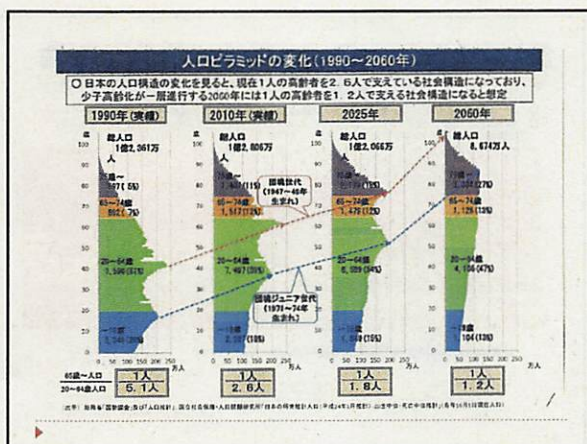
- ▶ A会員：85名 B会員：106名 準会員：3名
- ▶ 会員の医療機関数 94 (診療所:86 病院:8)
- ▶ 健康管理センター (健診、臨床検査)
- ▶ 准看護学院
- ▶ 在宅サービスセンター(訪問看護・訪問リハビリ、訪問入浴)
- ▶ ケアプランセンター、地域包括支援センター
- ▶ 湯田川温泉リハビリテーション病院
- ▶ 介護老人保健施設 を運営
- ▶ 職員数：434名 (H25.3.1現在)
- ▶ 事業規模：約30億/年

### 鶴岡地区医師の沿革

- ▶ 1984年 荘内地区健康管理センター開設
- ▶ 1996年 訪問看護ステーション開設
- ▶ 1999年 在宅サービスセンター開設
- ▶ 2000年 訪問リハビリテーション、訪問入浴開始
- ▶ 2001年 湯田川温泉リハビリテーション病院の管理・運営委託
- ▶ 2002年 地域電子カルテ「Net4U」運用開始
- ▶ 2005年 介護老人保健施設「みずばしょう」開設  
ケアプランセンター「ふきのとう」開設

### 鶴岡地区医師の沿革

- ▶ 2006年 鶴岡地区地域連携バス研究会 設立
- ▶ 2007年 緩和ケア普及のための地域プロジェクト
- ▶ 2008年 庄内南部地域連携バス推進協議会 発足
- ▶ 2009年 コピキタスタウン構想事業を鶴岡市が受託し、共同で実施  
新Net4Uの開発開始、Web会議システム導入
- ▶ 2010年 地域包括支援センター つくし開設
- ▶ 2011年 在宅医療連携拠点事業 受託、拠点事業室「ほたる」を医師会内に開設
- ▶ 2012年 新Net4U、ちょうかいネット運用開始



### 医療の目標の変化

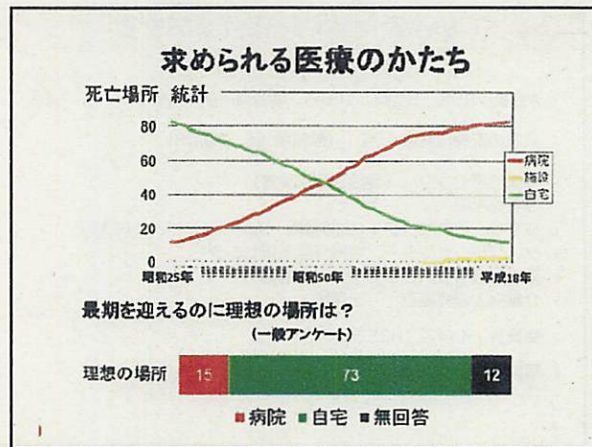
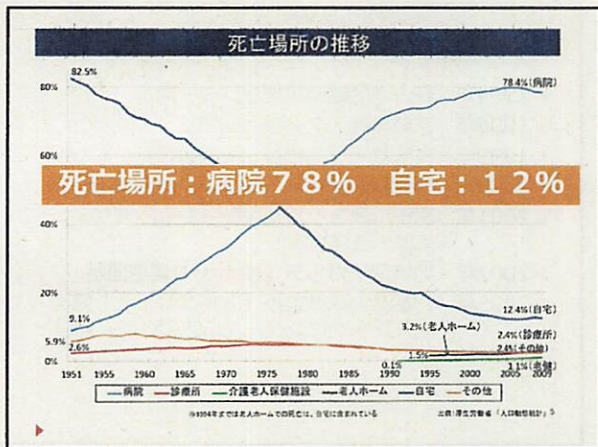
健康とは、「健やかに生活すること」

### 医療の目標の変化

互換可能な領域(CID)における顧客モデル

予防	病気	機能障害	能力障害	社会的不利
ならないようにする	脳卒中	手足の麻痺	歩けない	外出が困難
保健	医療	福祉(介護・生活支援)		

包括的ケアシステム



### 在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した(上図)。
- また要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた(下図)。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択様になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

## 60%以上の国民が自宅で療養したいと回答した


## 自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた

○ 調査対象：全国の65歳以上の男女3,099人  
 ○ 調査の方法：調査員による電話訪問法  
 ○ 調査の時期：平成25年4月15日～19日  
 ○ 有効回答数：3,079人(回答率99.3%)  
 ○ その他


### 死亡場所の構成比

	病院	自宅	施設
日本	81%	12%	4%
アメリカ	41%	31%	22%
オランダ	35%	31%	33%
最期の場所は？ (アンケート)	15%	73%	

## これからの医療・介護の場



Hospital



Home

「生活の質を支える」には、当事者の生活環境でのサービス提供が望ましい = 自宅、居住地域

## 平成19年度 厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究

### 緩和ケア普及のための地域プロジェクト

がん対策のための戦略研究 緩和ケア普及のための地域プロジェクト  
鶴岡・三川地域 (山形県)



私たちは『緩和ケア』を地域でサポートします!

## 庄内プロジェクト



**鶴岡地区 (鶴岡市と三川町)**  
面積1324km<sup>2</sup>、人口約15万人  
(高齢化率約28%)

**地区内の医療機関:**  
地域医療支援病院1  
一般病院4、診療所91

**鶴岡地区 (600人/年)**  
緩和ケアが整備されていない地域  
(国立がんセンター中央病院の支援で、市立荘内病院等が体制整備)  
※鶴岡(介入地区)と酒田(非介入地区)との比較可能性も

**長崎地区 (1500人/年)**  
医師会を中心に整備されている地域  
(長崎市医師会)


**浜松地区 (1600人/年)**  
総合病院を中心に整備される地域  
(聖隷三方原病院)

**鶴岡市立荘内病院 (520床)**

**鶴岡地区医師会**  
健診センター、リハビリ病院、老人保健施設、在宅サービスセンター(訪問看護・訪問リハ、入浴)、ケアプランセンター、地域包括支援センター等を運営  
職員数: 391名  
事業収入: 約30億/年




## プロジェクトの4本柱



- ▶ 医療者教育
  - ▶ 地域のどこでも同じレベルの緩和ケアが受けられる
- ▶ 市民啓発
  - ▶ 地域の方々が適切な緩和ケアの知識を得る
- ▶ 地域連携
  - ▶ 地域全体で緩和ケアの提供体制を整える
- ▶ 専門緩和ケア
  - ▶ 緩和ケア専門家による診療・ケアが受けられる

## H21 (2009) 年度アクションプラン策定

- ▶ 介入の四本柱(緩和ケアの標準化、市民啓発、地域連携、専門緩和ケアの充実)に沿ったワーキンググループをつくり、それぞれ何をすべきか議論
- ▶ 各職種毎でも何をすべきか議論

▶ 2009年1月に開催



解決すべき地域の課題は何か?

何からどうやって取り組みはいいのか?

コアメンバーが共有



### 地域アクションプランの具体例

**柱2：市民啓発（緩和ケアの正しい認識）**

- ▶ 地域独自のパンフレット作成
- ▶ 患者サロン「ほっと広場」を院内に開設
- ▶ 活動紹介用ニュースレターの作成
- ▶ 『緩和を知る100冊』ポップで紹介



～茶話会～



～訪問タイム～



緩和ケアポップコンサート

### 柱2：市民啓発

**出張講演会  
寸劇で緩和ケアを紹介**




庄内内で、所々で笑いあり、役者は本物の医療者たち・・・

叶野明美 他、緩和医療学会2010

▶ 20

### 多職種連携の会が次々と立ち上がる

- ▶ **庄内地域連携の会**
  - ▶ 連携実務者と多職種が、連携の課題を議論
- ▶ **南庄内在宅医療を考える会（2009年9月～）**
  - ▶ 在宅医と勤務医らが在宅医療の底上げを議論
- ▶ **医療と介護の連携研修会（2010年8月～）**
  - ▶ 市が主催し、病院看護師とケアマネらが議論
- ▶ **つるやくネットワーク（2009年7月～）**
  - ▶ 病院薬剤師と調剤薬局薬剤師の連携
- ▶ **医療福祉連携活動報告会（2010年3月～）**
  - ▶ 地域の各種の連携の会の活動報告会
- ▶ **地域連携交流会「ふらっと」（2010年10月～）**
  - ▶ 多職種による合同懇親会
- ▶ **南庄内 栄養と食の連携を考える会（2010年6月～）**
  - ▶ 病院および地域の（管理）栄養士
- ▶ **その他**
  - ▶ 緩和ケア症例検討会、がんサーボード
  - ▶ 緩和ケアスキルアップ研修会
  - ▶ 病院勤務医と医師会（診療医師）との懇談会






### OPTIMの成果

- ▶ 在宅死亡率、医療者の困難感、患者・家族の満足度などは向上した
- ▶ その要因として、地域での「顔の見える関係」（ネットワーク）の広がりがあげられた

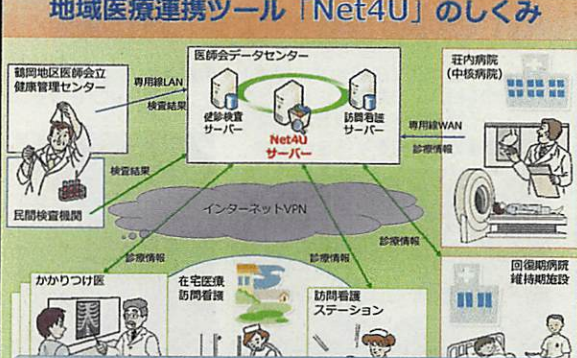
### 地域医療・介護連携プラットフォーム「Net4U」の紹介

社団法人鶴岡地区医師会

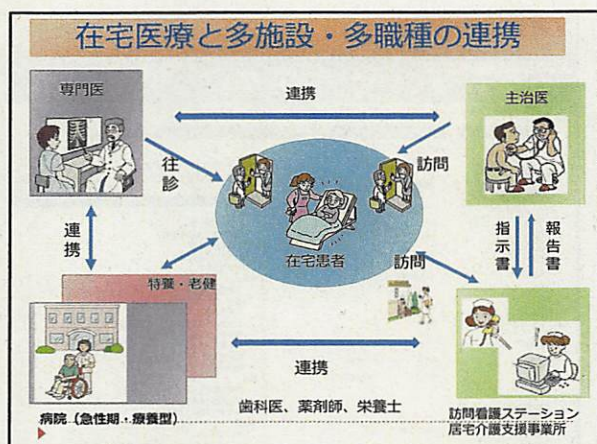


Copyright©2010, Straw-Hat Corporation Inc. All right reserved.

### 地域医療連携ツール「Net4U」のしくみ



セキュリティの保たれたネットワーク上で地域の様々な医療者が患者情報を共有できるツール



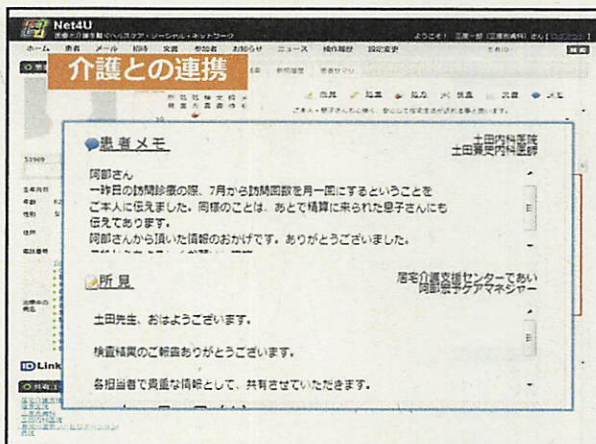
### 在宅緩和ケアにおけるNet4Uの効果

- ▶ 多職種が情報を共有し、相互にコミュニケーションできるツールとして有用
- ▶ 多職種がゆえに、ばらばらになりがちな治療方針を皆で共有することができ、同じ方向で患者に向き合える
- ▶ 他職種の処置内容や患者・家族への説明などがリアルタイムに把握できる
- ▶ 電話と異なり時間的制約がない
- ▶ ディスカッション内容などの記録が残る
- ▶ 画像、検査結果、処方などを共有できる



### 医療と看護の連絡用文書

文書名	文書の内容	送信元	受信先
入院前状況報告書	病院または、診療所に入院する利用者につき、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供する。	ケアマネジャー	病院または診療所
退院・退所情報提供	退院・退所にあたって、病院等の職員と連携を行い、利用者に関ケアマネジャーが必要な情報の提供を求めるとその他の連携を行なった場合に記載する。	ケアマネジャー	病院または診療所または介護保険施設
サービス利用確認書	以下のサービス利用の適否についての確認。(医療機関・訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハビリ・介護予防通所リハビリ)	ケアマネジャー	病院または診療所の主治医
サービス担当者会議に対する報告(依頼)書	サービス利用にあつての注意事項の確認等	ケアマネジャー	病院または診療所の主治医
サービス利用申込確認書	サービス利用希望の確認。(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・通所介護・短期入所生活介護・短期入所療養介護)	ケアマネジャー	サービス提供事業者
利用者情報提供連絡票	利用者の体調や、生活状況、サービス利用状況の情報を提供を行うことにより、利用者及びケアマネジャーが治療や生活への助言を受ける。	ケアマネジャー	病院または診療所の主治医
介護保険利用者情報提供	ケアマネジャーに対して居宅サービス計画の作成等に必要な情報を提供する。	主治医	居宅介護支援事業者
Net4U情報共有依頼書	Net4Uを利用して情報を提供することの確認	ケアマネジャー	病院または診療所の主治医



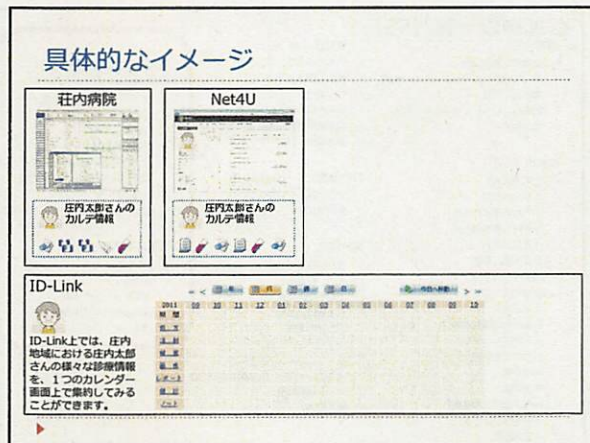
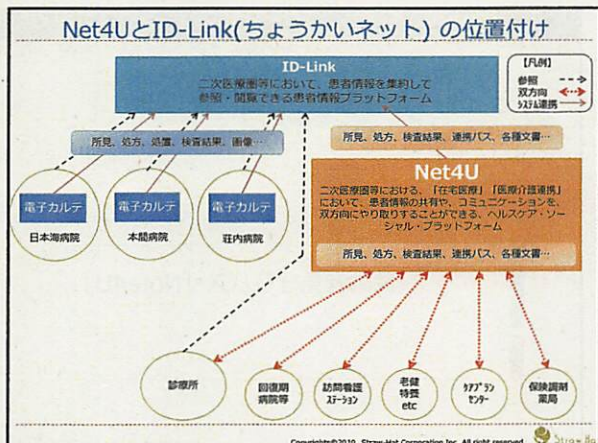
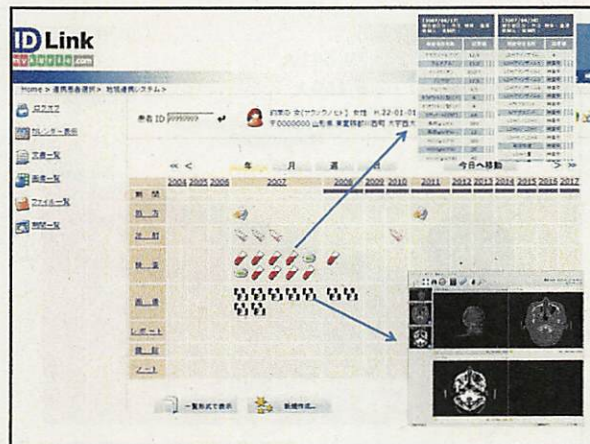
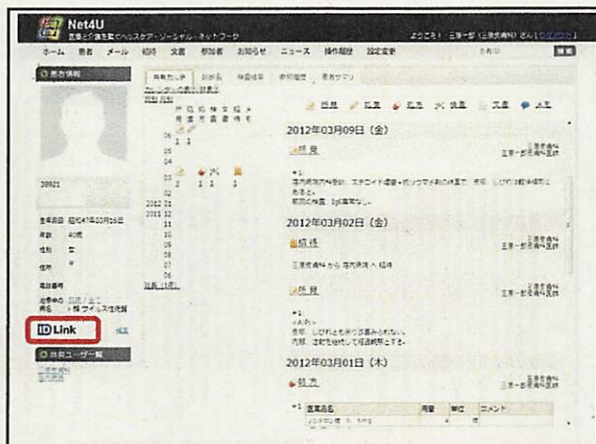
### ケアマネジャーの声

- ▶ 訪問看護師、医師の情報が正確にかつ迅速に知ることができる
- ▶ 薬の内容が分かるのは助かる
- ▶ 医療側の情報で下記の対応が迅速にできた
  - ▶ 歩けなくなってきた → ベットを導入
  - ▶ トイレにいけなくなった → ポータブルトイレをいれた
  - ▶ 褥創ができそう → エアマットを手配した
- ▶ 家族が疲弊しているなど医療者には言いづらい情報を伝えた

### 在宅かかりつけ医の声

▶ ケアマネさんは驚く程足繁く利用者を訪問し、主治医が知らない沢山の情報を教えてくれます。それは医療に直接関わる情報のことあれば、介護するご家族の時間的、肉体的、精神的負担感(ときにはその家の経済的なことも!)についての情報のことでもあります。主治医である私が、それらの情報に助けられたことは枚挙に暇がありません。まさに在宅医療の新しいパートナーを得たという思いです。

## ちょうかいネット (ID-Link) とNet4U



#### ID-Link

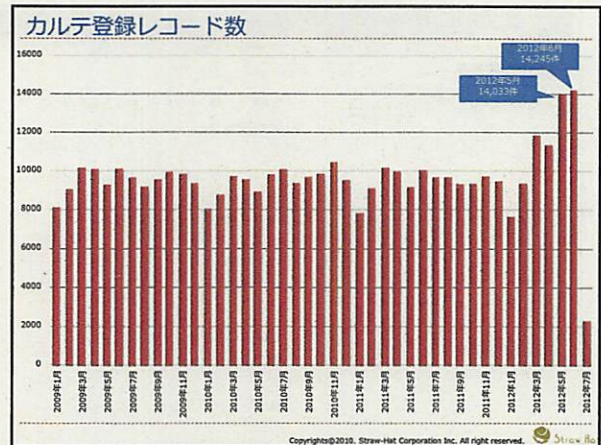
庄内地域全体における患者情報を集約して参照可能な情報共有ツールとして

#### Net4U

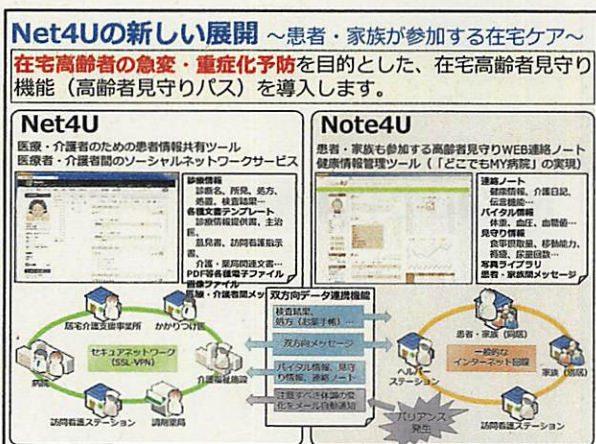
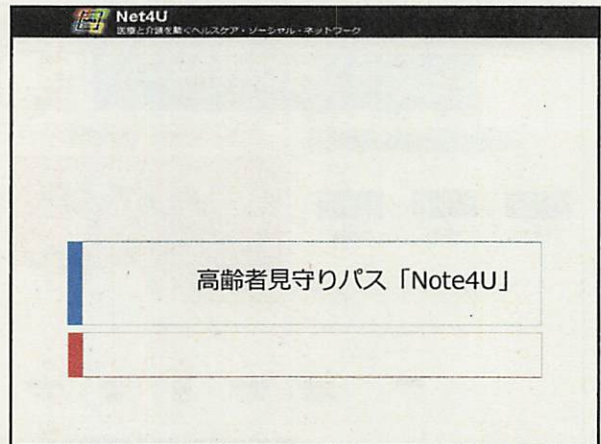
在宅医療や医師介護連携における双方向のコミュニケーションが可能なツールとして

2つのシステムを活用することで、病院から在宅まで、医療から介護までシームレスな情報共有が可能となる

## Net4Uの利用実績



- ### 参加施設一覧 (55)
- 病院 (5)**
    - 鎌倉市立荏内病院
    - 鎌倉市立荏内リハビリテーション病院
    - 鎌倉協立病院
    - 鎌倉協立リハビリテーション病院
    - 宮原病院
  - 診療所 (24)**
    - 三原皮膚科
    - 土田内科医院
    - 中目内科腎臓科医院
    - 中村内科腎臓科医院
    - 上野整形外科
    - 斎藤医院 (加賀)
    - 滝天クリニック
    - 協立附属クリニック
    - 大塚医院
    - 石橋内科腎臓科医院
    - 佐久間医院 (都引)
    - おのこども診療所
    - 福原医院
    - 中里医院
    - 佐藤診療所 (湯澤海)
    - 斎藤腎臓クリニック
    - 木根湖医院
  - 家庭クリニック**
    - いとろクリニック
    - 佐久間医院 (湯澤)
    - さくまクリニック
    - 池田内科医院
    - 西部泌尿器科内科医院
    - 岡田医院
  - 訪問看護ステーション (2)**
    - 訪問看護ステーションハローナース
    - 訪問看護ステーションきずな
  - 調剤薬局 (10)**
    - あかね薬局
    - みどり町薬局
    - にしき調剤薬局
    - さつき調剤薬局
    - ツルオカ薬局
    - くすりのフレンズ
    - くすりのフレンズ進田川店
    - イエロー・グリーン薬局にしご店
    - ハート調剤薬局
    - 斎藤薬局
  - 居宅介護支援事業所 (9)**
    - みきのどう
    - ケアプランセンター大地
    - であい
    - J&K福岡
    - 居宅介護支援センターおおよま
    - なつ居宅介護支援センター
    - 居宅介護支援センターふれあい
    - 瑞穂の郷
    - 居宅介護支援センターかみじ荘
  - 介護系事業所 (5)**
    - みずばしろう
    - 永寿荘
    - 在宅サービスセンター
    - 鎌倉市地域包括支援センター
    - 地域包括支援センターかみじ荘



在宅医療連携拠点事業室 **ほたる**

私たちは在宅医療にむかひたる  
多職種連携を支援し手立てをします。

総合的支援  
地域資源の活用  
研修会や学習会  
開催・支援

## 平成24年度在宅医療連携拠点事業 成果報告

社団法人鶴岡地区医師会 在宅医療連携拠点事業室「ほたる」

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### タスク1 多職種連携の課題に対する解決策の抽出

多職種が一堂に会する場の設定

訪問看護・訪問服薬指導に関する課題の抽出

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### 多職種が一堂に会する場の設定

【ほたる多職種研修会・意見交換会】参加者合計：478名

開催日	会名	参加者数
1 7月18日	第1回ほたる多職種研修会（脳卒中）	137名
2 8月22日	第2回ほたる多職種研修会（糖尿病）	105名
3 10月9日	第3回ほたる多職種研修会（リハビリ）	151名
4 2月15日	第4回ほたる多職種研修会（エンゼルケア）	45名
3 3月11日	「在宅医療連携拠点事業」に係る意見交換会	40名

【その他の主催・共催・後援した研修会】参加者合計：820名

開催日	会名	参加者数
1 4月24日	訪問歯科診療相談窓口設置に係る運用説明会	99名主催
2 5月21日	第1回南庄内在宅医療を考える会	29名共催
3 8月2日	第1回医療と介護の連携研修会	181名共催
4 9月14日	とよら臨空介護支援センターへの出張勉強会	7名主催
5 10月15日	第2回南庄内在宅医療を考える会	26名共催
6 11月22日	第2回医療と介護の連携研修会	137名共催
7 12月9日	在宅医療と介護ケアについての多職種連携研修会	123名後援
8 12月14日	鶴岡市立病院 高齢者・認知症ケア勉強会 例年2回講演会	140名共催
9 2月14日	歯科診療連携を考える会	77名共催

地域のニーズを把握  
今必要とされている  
テーマの研修会を  
開催します！

地域のニーズに応えた研修会を開催するとともに、既存の会に対する共催や後援による運営支援を行い、地域のイベントコーディネーター役を目指す！

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### 訪問看護・訪問服薬指導に関する課題の抽出

【課題】訪問看護師のマンパワー不足

地域的要因として訪問看護師が限定的に不足している。地域全体で考えた問題解決策を検討する。

◆1回目アンケート  
訪問看護師の本来的業務・役割の見直しを行い、訪問看護師の負担を軽減する対策を調べる。

◆2回目アンケート  
1回目アンケート結果から課題となった項目の、業務内容を調査する。

◆課題と対策  
①訪問時の薬剤管理作業（薬剤師との連携不足）  
②看護記録等の事務作業

【課題】訪問服薬指導を実施する  
薬局の不足と医師の理解不足

◆薬剤師会によるアンケート

	11	22	21	0	
H23年度	55	(20%)	(41.9%)	(38.1%)	(0%)
H24年度	56	10	24	16	6
		(17%)	(42.8%)	(28.5%)	(10.7%)

◆課題と対策  
①訪問服薬指導の実施状況に昨年度と大きな変化はない。  
②本年度のアンケートには、ほたるから依頼し、在宅医療に関する項目を追加して調査を実施。  
・訪問可能時間や訪問範囲  
・時間外対応  
・遠隔カンファレンスへの参加体制の有無

組織横断的な医療連携をより推進するため、ほたる、訪問看護師、薬剤師会とのミーティングを3月18日に開催

訪問看護師の負担の軽減や、訪問服薬指導の利用を促進するための検討の場を企画し、具体的な業務連携・問題解決を実現する！

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### タスク2 在宅医療従事者の負担軽減の支援

ホームページによる情報発信

患者情報共有ツールの活用と展開

総合相談窓口

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### ホームページによる情報発信

在宅医療地域資源マップ

学習会集約カレンダー

活動報告

ショートステイ空き情報

その他の情報発信

「医療・介護従事者」そして「市民」にとっての、地域における在宅医療の情報発信ステーションとして活用されるよう、情報の質と量を高めていく！

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### 患者情報共有ツールの活用と展開

**Net4U** ~地域で10年以上利用されているITツール~  
医療・介護従事者のための患者情報共有ツール

データ連携機能  
検索結果  
処方  
見守り情報  
連絡ノート  
バリエーション通知  
バリエーション発生  
訪問看護ステーション

地域で利用されている患者情報共有ツール。診察情報の共有・共有機能として利用され続けている。  
Net4Uの導入により在宅高齢者の見守り機能が強化でき、医師の対応に迅速な反応が期待できる。メールでも通知される。

**Note4U** ~本年導入したがる主体となりシステム構築~  
介護者参加型在宅高齢者見守りWVED連携ノート

家族やヘルパーが登録する見守り情報により、Net4Uを利用する主治医やケアマネジャーが、日々の在宅での状態を把握できる。Net4Uで登録された処方箋や検査結果の閲覧も可能と

患者情報共有ツールに機能拡張。家族やヘルパーが参加できる「在宅高齢者見守り機能」によって、在宅高齢者の急変、重症化の予防を実現する！

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### 総合相談窓口

相談件数

相談件数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平成24年度	7	2	6	6	7	9	7	3	9	9	4	5	74
(うち地域住民)	1	1	2	1	2	1	3	2	0	10			10
平成23年度				2	1	1	2	3	8	3	9		29

相談元施設

施設区分	件数	主な相談内容	件数
居宅介護支援事業所	32	地域資源の情報提供	19
医療機関	21	相談支援	13
地域住民	10	医療依存度の高い方の入所先	12
地域包括支援センター	3	住診医について	12
訪問看護ステーション	2	入所施設について	8
グループホーム	2	訪問歯科について	8
障がい者支援センター	1		
小規模多機能施設	1		

相談件数は昨年年度の約2割以上になりましたが、地域住民からの相談はまだ少ないです。

相談件数は地域からの信頼のリトマス試験紙。医療・介護従事者からの相談は増えているが、地域住民の認知度はまだまだ低い。周知の強化が必要！

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### タスク3 効率的な医療提供のための多職種連携

#### 口腔ケア提供体制の構築

地域包括支援センター・行政との連携

出張勉強会

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### 口腔ケア提供体制の構築

【課題】 歯科やケアマネジャーから歯科に繋がらない。繋ぐ窓口がない。

訪問歯科診療相談窓口の設置

ほたるが窓口となり、歯科、ケアマネジャーから歯科への繋ぎ役となり、スムーズな口腔ケアの利用が始まるようコーディネートする。

この在宅患者には口腔ケアが必要。ほたるに連絡！

訪問歯科診療の申し込みを代行します。

歯科やケアマネジャーから、訪問歯科診療の申し込みが来たら！

【介入状況】

	10月	11月	12月	合計
鶴岡中地域医師会/CS	12	7	12	31人
入居者数				
歯科診療実施者数	1	3	2	6人

1年開け組んできましたが、申込件数は伸び悩んでいます。

口腔ケアに対する理解が進んでいないことが原因が考えられる理由。来年は周知を強化しなす。

口腔ケアに対する認知度はまだまだ低いことが問題点。来年度は「**医療**」や「**市民**」に向けた普及啓発活動を更に強化する！

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### 地域包括支援センター・行政との連携

地域包括支援センターとの連携

同じ医師会が運営する地域包括支援センターとしての連携を、昨年度より一歩進め、具体的な共同での業務・事業を実施した。

- 地域ケア推進担当会議への参加 (毎月第1水曜日)
- 地域ケアネットワーク会議 (4回)
- 介護者のついで (2回)
- 町内会ごとの集会等 (6回)
- 山形県地域ケア会議等広域支援員等運営会議

地域で開催される会へ積極的に参加し、ほたるの周知、地域課題に対する医師的助言、参加者からの相談に対応。

協働体制を地道に継続していくことが、信頼関係を醸成し、地域包括支援センターと拠点のより良い関係作りにつながる。

地域包括ケアシステムの構築における医療者からの推進を、医師会が運営するほたるが担う。

行政との連携

昨年度より継続している行政との連携を継続するだけでなく、具体的な取り組みを実施。

- 定期的なミーティング (毎月第1水曜日)
- 医療と介護の連携推進担当会議 (研祥会定例会議)

昨年、行政と連携して作成した「連携シート」(医師への紹介に関するアンケート調査)のケアマネジャーの活用状況を行政が調査。結果を受けて今後の展開を検討していく。

いつも利用している 9名  
ときどき利用している 55名  
全く利用していない 68名

【利用されていない理由】  
※連携シートの活用はとれているので必要性が低い。  
※用子があることを知らない。

鶴岡市主催の「福祉体育祭」で、地域包括支援センターの利用方法を町内で宣伝したり、表示にて訪問診療や介護サービス、ほたるの周知活動を行った。(参加者780名)

地域包括支援センター・行政との定期的なミーティングや、事業での協力を通して信頼関係を醸成し、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

### 出張勉強会

きっかけ... ケアマネからほたるへの電話相談。

開催前に...聞きたいこと・学びたいことを事前に知るべく、事業所にアンケート調査を実施。

アンケート内容を右と、福祉(行政)担当部署、在宅医療は訪問看護師から情報を収集して開催準備。

ほたるのスタッフ(看護師・相談員)が事業所へ出向き、勉強会を開催。

【参加者の感想】

- 基礎資格が介護職のケアマネジャーは医療に馴染むため「**医療サービスに繋がられない**」という大きな不安を抱えて、ケアマネジメントを行っている。
- ケアマネジャーを対象にした研修会は多数行われているが、「**大きな開けられないこと**」を聞ける場を、小規模な勉強会として開催してくれることはとても嬉しい。
- ケアマネジャーの医療に関する知識の底上げのためひとつの手段として、出張勉強会にはニーズがあることがわかった。
- ほたるによる出張勉強会の開催について、地域全体に周知していく。

出張勉強会の開催が、ケアマネジャーの医療に対する苦手意識や不安感の軽減に繋がることを実感。継続事業として力を入れていく！

社団法人 鶴岡地区医師会 **ほたる**

**タスク4**  
**在宅医療に関する地域住民への普及啓発**

地域住民向け周知・啓発活動

社団法人 鶴岡地区医師会

**地域住民向け周知・啓発活動**

本年度から医療・介護従事者だけでなく、地域住民にも周知・啓発活動を強化！

<p><b>住民向けリーフレットの作成</b></p> <p>◆リーフレットを地域住民向けに作成。 4000部発行しました！</p>	<p><b>「市民健康のつどい」に参加</b></p> <p>◆多くの地域住民が参加する鶴岡市主催の大規模イベント。 ◆昨年度に引き続き参加して、ブースを出展。 ◆204人のブース訪問とアンケートへの記載を頂いた。</p>
<p><b>ニュースレター「ほたる便り」の定期発行</b></p>	<p><b>地域で行われる各種イベントに参加しPR</b></p> <p>◆区内プロジェクト市民公開講座 ◆区内地域医療連携推進市民公開講座 ◆鶴岡市生涯福祉体育祭</p> <p>在宅医療や「ほたる」の普及啓発だけではなく、地域住民からの声を直接聞ける良い機会でした！</p>

地域住民に新しい医療サービスを提供する「ほたる」を知ってもらうことが当面の課題。メディアの積極的活用等も含め、周知・啓発活動を拡大する！

社団法人 鶴岡地区医師会

**ほたる**

これからも「ほたる」では、在宅医療推進のための多職種の連携を支援していきます。

社団法人 鶴岡地区医師会

ご清聴ありがとうございました

株式会社 ストロウハット  
〒990-0001 秋田県鶴岡市大町1-1-1  
TEL: 0182-52-1111 FAX: 0182-52-1112  
E: info@strawhat.co.jp  
URL: http://www.strawhat.co.jp/

**地域連携を進めるための6つのノウハウ**

- ▶ 組織化とマネジメント
- ▶ PDCAサイクル
- ▶ 信頼関係の醸成
- ▶ 人材活用、育成
- ▶ ITの活用
- ▶ 介入

社団法人 鶴岡地区医師会