相談事例から地域課題を抽出し、その解決に向けての検討・調整・中間的支援に取り組む
～「拠点」として果たすべき機能とその継続性確保、活動方針策定などの要諦について～

当医師会は、平成 28 年度から在宅医療・介護連携推進事業を市より受託し、在宅医療・介護連携支援センター（以下、C）を設置した。

C は相談支援業務として高齢や障害、児童等、世代や領域を問わず相談を受け、課題を抽出し解決を図ってきた。

当初の課題は多職種連携であり、グループワーク等多職種研修会を開催し「顔の見える関係」を構築、次いで医療介護資源の把握、その活用最適化を促した。医療機関（以下、D）や居宅介護事業所のハンドブックを作成し、地域資源としての所在や機能を可視化した。また多疾病、多領域の課題を有する患者は専門外来だけでは対応が困難であり、病院主治医を副主治医として支援する「二人主治医制」を推奨した。C は副主治医を選定して主治医と副主治医の連携を支援し、共同利用施設における地域連携室として機能する。また診療の質向上のため、常勤雇用が容易でない管理栄養士や歯科衛生士等のコメディカルを C に配置して D の助言要請に応じている。多機関間の連携に必要なツールである地域 ICT の登録や活用促進など事務局機能をも担っている。

より困難な個別事例や課題にも対応している。例えば、医療介護サービスを拒否している、セルフネグレクトが疑われるなどの事例に対して医師がアウトリーチする仕組みをつくり、C がその事務局機能を担っている。また令和 4 年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を C が一部受託し、ハイリスクアプローチに取り組む。

C は多機能化したが、その要因として、地域課題に愚直に対応する方針としたこと、常勤換算 3 人以上の専門職配置（D からの出向人事として地域との繋がりをもつ即戦力を雇用）と医師の深い関与、介護保険財源以外に一般財源も投入することで全世代に対応する枠組みの確保等が挙げられる。今後も、地域が「一つの病院」として機能するべく、医療・介護・福祉の規範的統合を促進する要として展開していく。

第4回 日本在宅医療連合学会大会

相談事例から課題を抽出し、その解決に向けての検討・調整・中間的支援に取り組む

～「拠点」として果たすべき機能とその継続性確保、活動方針策定などの要諦について～

令和4年7月23日

松戸市医師会
星野大和　川越正平

日本在宅医療連合学会
COＩ開示

星野大和

演題発表に関連し、開示すべきCOＩ関係にある企業などはありません。

松戸市

【位置】
都心から２０km圏内
千葉県の東葛地域（北西部）に位置

【日常生活圏域数１５】
基幹型地域包括支援センター　１
地域包括支援センター　１５

総人口	65歳以上人口	高齢化率	75歳以上人口	75歳以上（%）
496,899人	129,147人	25.99%	68,521人	13.78%

2021年12月31日現在

地域バーチャル病院という理念に基づく共同利用施設

地域バーチャル病院

- 自宅が病室、道路が廊下と見なし、在宅医や訪問看護師等が巡回する
- 患者に24時間365日の安心を提供する
- 検査が必要な時には病院の検査室、手術が必要な時には病院の手術室に紹介する
- 地域を一つの「バーチャル病院」ととらえて、多職種、多機関が協働する

松戸市在宅医療・介護連携支援センター（平成30年4月設置）

- 『地域を“一つの病院”としてとらえ 市内の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって機能を果たし 老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを目指します』
- センターが、「バーチャル病院」の地域連携課、歯科・栄養・リハビリサポートチーム、医療情報課、医事課の役割を果たし、共同利用施設としての要となっている

地域課題に取り組むことで、多機能共同利用施設となる

多職種連携の促進

「顔の見える関係」構築

- グループワーク等からなる多職種研修会

医療介護資源の把握

- 医療機関ハンドブック
- 居宅支援事業所ハンドブック

資源の活用最適化

- 二人主治医制
- 質向上支援
- 地域ICT
- 在宅医療スタートアップ支援

医師アウトリーチ

- 「助けを求める力が欠如した方」に対する重層的アウトリーチ

ハイリスクアプローチ

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業

困難な課題への取り組み

「地域連携課」 医療介護資源の把握

かかりつけ医が果たしている機能を見える化

地図上の番号です

その医療機関の診療科目です。略語の対応表をご参照ください。

在支援(在宅療養支援診療所／病院)とは住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができるよう24時間体制で往診または訪問看護の提供が可能な医療機関です。

0-00 ●●●●診療所
内 | 在支援

〒000-0000 松戸市○○○○○○○○○○○
TEL.047-000-0000 FAX.047-000-0000

【担当している患者さんの主な状態】
■高血圧 ■糖尿病 ■脂質異常症 ■脳卒中後遺症 ■心疾患 ■がん
■肺気腫・喘息 ■胃腸の病気 ■肝疾患 ■慢性腎臓病 ■神経難病
■腰痛・関節症 ■うつ・不眠 ■小児 ■更年期 ■認知症
□その他(　　)

臨時往診	◎	24時間対応	◎
訪問診療(自院)	◎	訪問診療(紹介)	◎

【訪問診療で対応可能な状態・管理等】
■脳血管疾患 ■認知症
■整形外科疾患 ■内部臓器障害
■悪性腫瘍 ■神経難病
■医療的ケア児 ■精神疾患合併
■胃ろう管理 ■中心静脈栄養管理
■気管切開管理 ■人工呼吸管理

【院長からのメッセージ】松戸市の南部を中心に、訪問診療に力を入れて診療しています。当院の医師・看護師の他、地域の医療や介護に関わる方々とチームを組み、病気だけではなく生活面にも配慮するスタンスで、患者さんと家族を支援しています。

【診療以外の活動】総合内科専門医、東京医科歯科大学臨床教授、松戸市地域ケア会議会長、まちっこプロジェクト講師

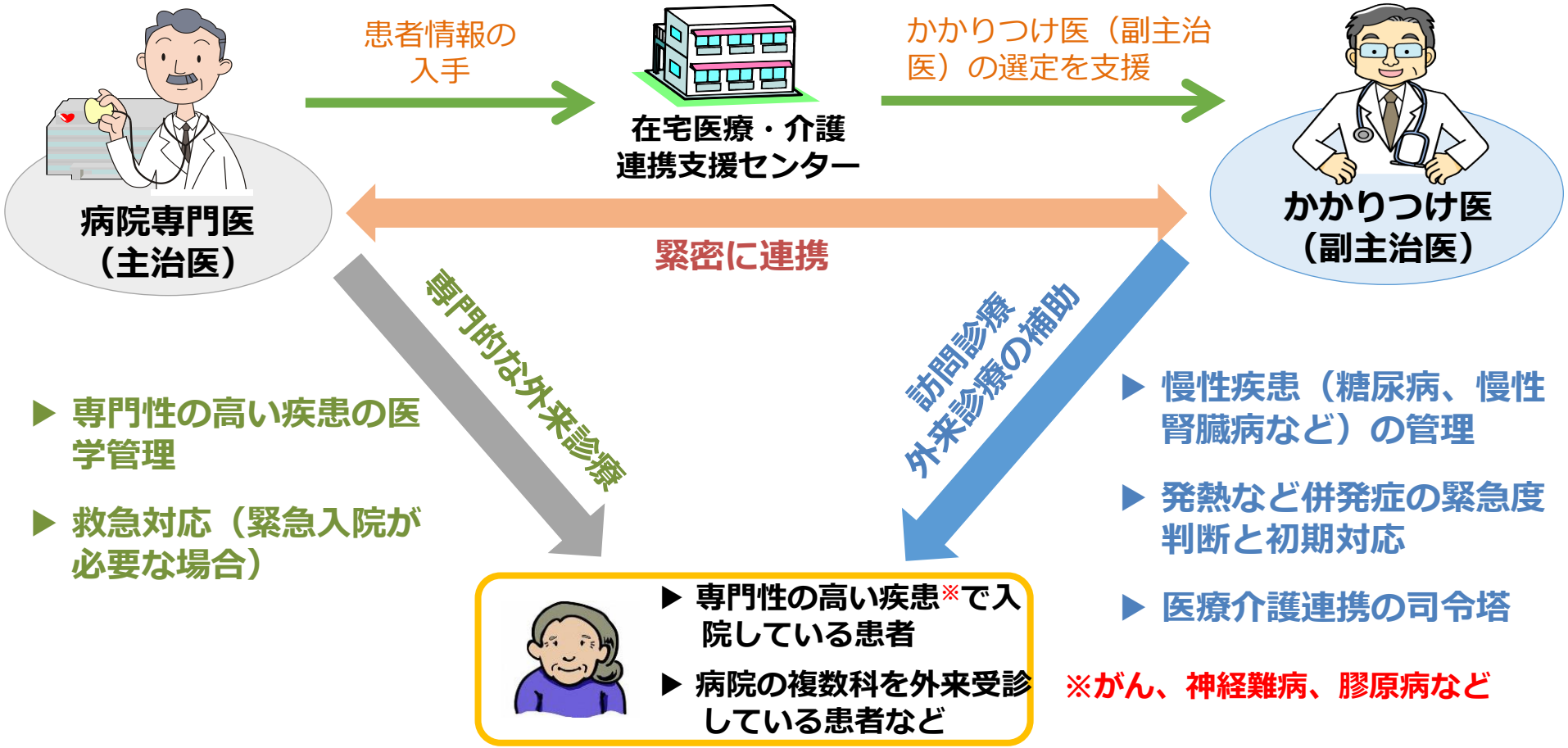
■はこの医療機関に通院されている患者さん方の主な病気です。
太字は特に力を入れている領域です。

◎積極的に対応しています。
○相談により対応可能です。
△対応できない場合があります。

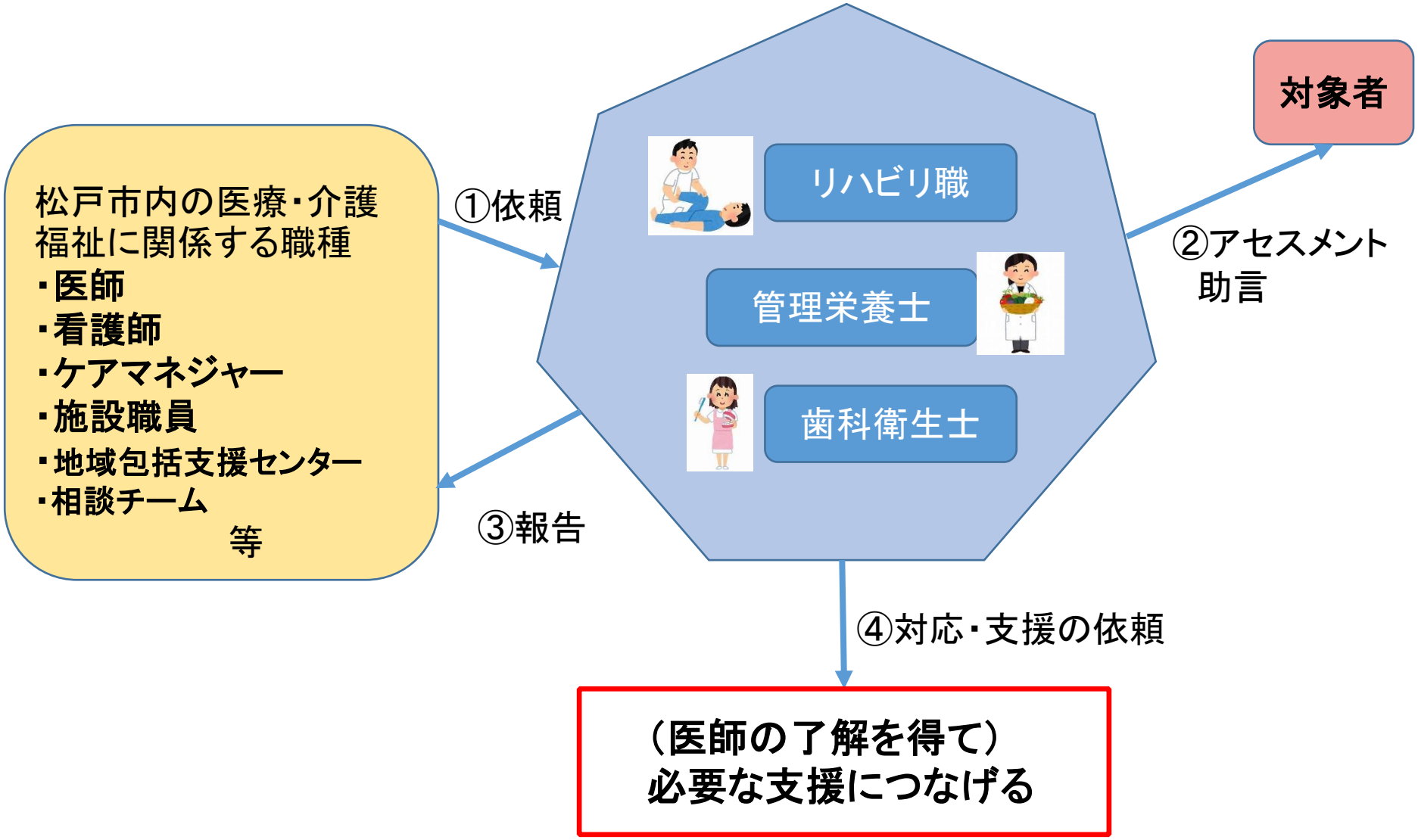
「地域連携課」二人主治医制における調整機能

○　在宅医療・介護連携支援センターにおいて、病院専門医を受診する患者に対して、入院・通院の段階から、副主治医たる「かかりつけ医」を選定できるよう支援を行う【二人主治医制の運用】

○　二人主治医制の運用を通じて、早期の段階から、生活の視点や疾病の軌道を熟知し、在宅医療も行える「かかりつけ医」が総合的な立場から診療できるようになり、患者の心身機能の悪化防止・QOLの向上や円滑な退院支援の実現につなげられる。



「サポートチーム」 かかりつけ医の診察の質向上



「医療情報課」 地域ICTで職種間の情報格差をなくす

職能団体等に加入している機関・事業所が参入可能

- 団体と医師会が協定を結び、その会員であれば利用可能（組織的統合）

医師は各職種から出された質問にだけは返事をする

- 職種間の権威勾配の最小化を目指す（病院で医師PHSに電話するのと同じ）

“共有する価値のある情報”を置いておく（電子カルテではない）

- 体重ﾃﾞｰﾀや排泄の履歴、転倒や行方不明などの重要トラブル歴をも共有する

現在進行形としてのACP（意思決定支援）を実践する

- 聴取した「言葉」・エピソード や 人生会議出席者 を日々把握し、記録しておく

「医事課」 在宅医療スタートアップ支援

1）新規開業・在宅医療新規参入

2）推奨統一様式提供

3）医療保険請求作成支援・点検

4）介護保険請求作成支援・点検

5）届出・制度関係

6）個別指導対応支援

7）医療・介護連携

8）診療周辺支援

9）インフラ等環境整備

© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター　All Rights Reserved

地域課題に取り組むことで、多機能共同利用施設となる

多職種連携の促進

「顔の見える関係」構築

- グループワーク等からなる多職種研修会

医療介護資源の把握

- 医療機関ハンドブック
- 居宅支援事業所ハンドブック

資源の活用最適化

- 二人主治医制
- 質向上支援
- 地域ICT
- 在宅医療スタートアップ支援

医師アウトリーチ

- 「助けを求める力が欠如した方」に対する重層的アウトリーチ

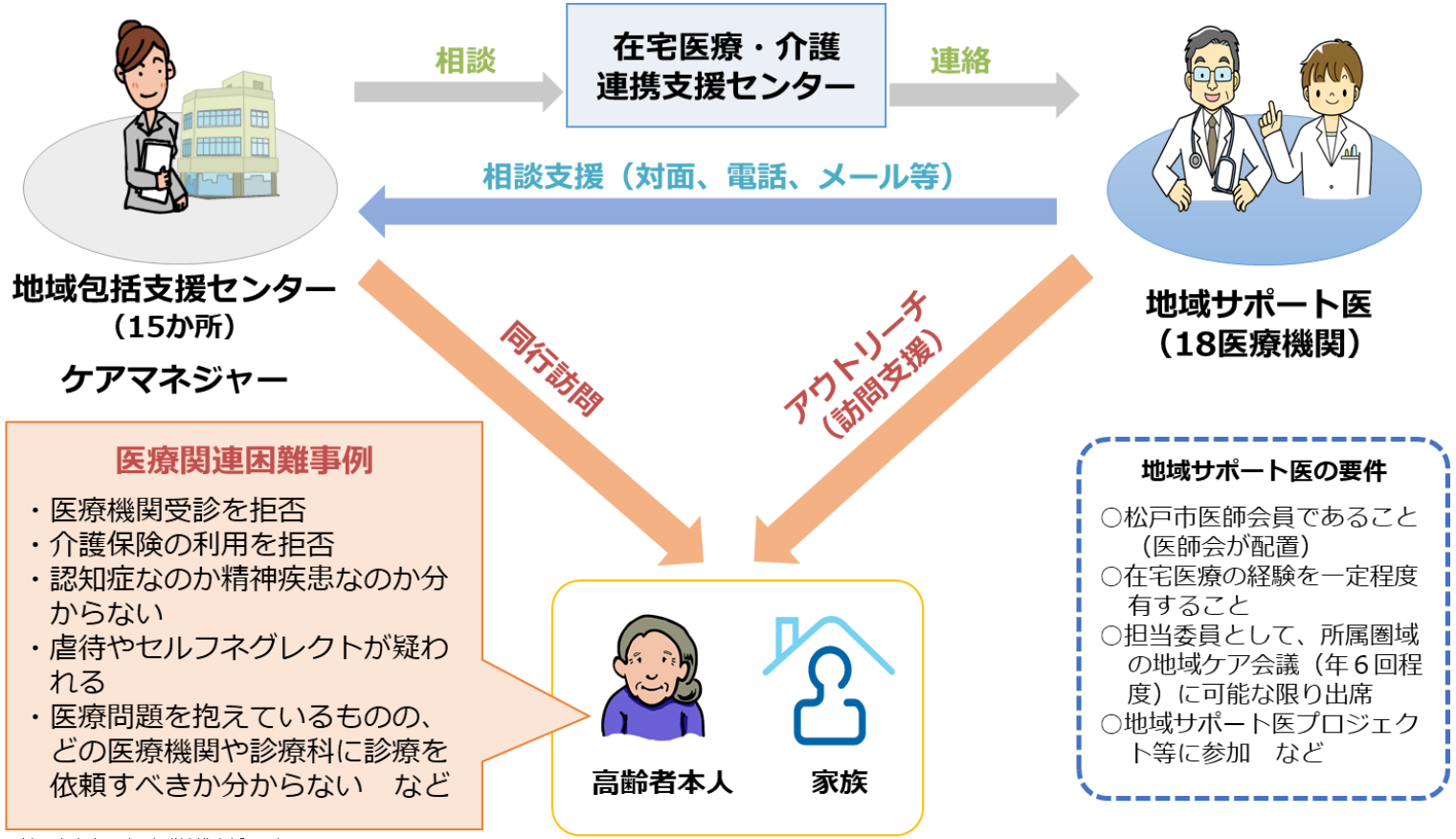
ハイリスクアプローチ

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業

困難な課題への取り組み

困難な相談事例に医師アウトリーチで対応する

医師会が圏域ごとに配置した地域サポート医と連携して、相談事例に対しておおまかな診立てや助言を行うとともに、医療機関受診や必要なサービスを拒否しているセルフ・ネグレクト事例に対して、包括職員とともに保険診療外で地域サポート医が現場に赴くアウトリーチを実施している



© 松戸市在宅医療・介護連携支援センター　All Rights Reserved

今後の展望:「川下」から「川上」へ早期介入を試みる

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業を一部委託し、ハイリスクアプローチを行う

地域バーチャル病院のプラットフォームとして機能する

高齢や障害、児童等、世代や領域を問わず、
医療・介護・福祉に携わっている方々からの様々な相談に応じます

高齢や障害、児童など、世代や領域を問わず、医療・介護・福祉に携わる方々からの課題に直面した相談から、当センターの全ての取り組みは出発している。

常勤換算3人以上の専門職配置と医師の関与

職種	常勤換算	雇用形態	備考
医師（1名）	-	管理責任者	在宅ケア委員会担当理事
医師（5名）	0.1	医師会員医院からの出向	
保健師（2名）	1.6	直接雇用	松戸市からの推薦等
看護師（1名）	1.0	直接雇用	
主			
歯			
作			
管理栄養士（2名）	0.7	医師会員医院からの出向	
薬剤師（1名）	0.7	薬剤師会からの出向	
専門職合計	5.1		
事務職（3名）	2.0	医師会員医院からの出向	
事務職合計	2.0		

市役所定年退職者の直接雇用、医師会員が所属する医院、地域の職能団体からの出向勤務とすることで、地域との繋がりを持つ、即戦力の専門職を、拠点に集中することができている。

一般財源も含めることで、全世代に支援できる

- 在宅医療・介護連携推進事業(3,800万円)
- 重層的支援体制整備事業(350万円)
- 医療と介護で作る多職種連携体制整備事業(30万円)
- 認知症サポート医フォローアップ研修(30万円)

介護保険財源だけでなく、一般財源も含めることで、
全世代に支援が可能となっている

まとめ

- 松戸市在宅医療・介護連携支援センターが「拠点」として有している主な機能
  医療介護資源を把握し、定期的に更新する
  二人主治医制において、かかりつけ医の選定、病院医師との連携を支援する
  歯科衛生士、管理栄養士などを雇用し、各医療機関の要請で派遣する
  地域ICTを運用し、ACPをサポート、教育効果のある優れた書き込みを共有する
  医師アウトリーチや**ハイリスクアプローチ**における事務局機能
- これらの機能は、明確な**理念**の下、日々寄せられる**相談から地域課題を抽出し愚直に対応した**結果である
- 実現性を担保するには、**専門職の深い関与**が欠かせない
- 継続性を担保するには、継続的な**専門職の雇用**、**財源の確保**が欠かせず、**出向人事制度**や行政との信頼関係が重要である
- 地域が「地域バーチャル病院」として機能すべく、**医療・介護・福祉の規範的統合を促進する要**として展開していく