

宅医療者として活躍している。

今後の日本は急激な高齢社会に突入するとともに、自分らしく地域で住み続けられる地域包括ケアを推進するという喫緊の課題があり、在宅医療と多職種連携の2本柱を早急に構築しなければならない。この点に関して「在宅医療の臨床経験不足からの人材育成の困難」は大きな阻害因子である。

本ソフトのフェイスシートから6つのカテゴリー（メカニズム的対応）の情報をクラウド環境にて個人情報削除した形式にて活用することで、多数の実践症例を仮想体験できる教育ソフトを作製することができれば、不足する知識補充と難症例対応への思考や、原疾患や障害の予後予測が理解できると考えられる。

さらに、定型化された臨床介入方法をネット端末にて在宅現場の治療や診断に役立て、さらに遠隔支援システムに活用すれば質の高い在宅医療者を量産できる可能性がある。

本研究においては、実際の臨床における活用性やソフト作製における修正点などは行っていないが、当院の在宅嚥下障害患者においては適切な治療方針を導けたこと、対象者を直接見ないで「本ソフトからの最終画面（クラウド食支援連携表）」のみで、摂食嚥下障害の重篤度と対応ができることまでが明らかになった。

E. 結論

被災地医療や在宅医療を推進するために「ICTを活用した仮想同行訪問教育ソフト」と「摂食嚥下遠隔支援システム」開発のプログラミング資料を作製した。このソフトが実用化されれば、摂食嚥下リハビリテーションのみならず、他の障害（認知・肺炎・廃用・排便・緩和等）における在宅医療の均てん化のみならず遠隔支援システムが構築できる可能性が示唆された。

参考文献

- 1) 日本臨床 61 巻 増刊号 9 (2003) Functional Assessment Staging (FAST)
- 2) Leopold & Kagel, 1996
- 3) Logemann, J.A., Closure mechanisms of the laryngeal vestibule during swallow, American Journal of Physiology, 262 (Gastrointestinal Physiology, 25), G338-G344
1992
- 4) 日本老年医学会事業（平成22年度厚労省老健局老人保健健康増進等事業）「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・中止に関するガイドライン作成へ向けた検討」
- 5) 脳卒中の摂食・嚥下障害 第2版 藤島一郎著 1998 医歯薬出版
- 6) Barer. Jneuro, Neurosurg, Physchatry, 1989.
- 7) 才藤栄一他：総合リハ, 1991
- 8) Smithard, et al: Dysphagia, 1997

9) Nilsson et al: Dysphagia, 1998

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1 摂食嚥下障害の対象者の分類

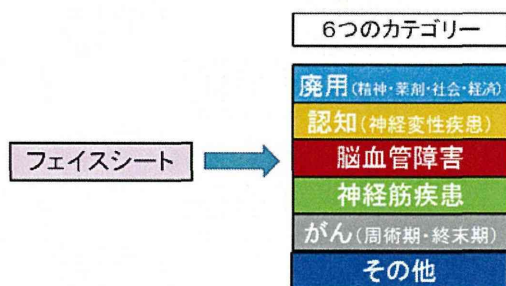


図2 基本ソフト構造 (食支援連携表)

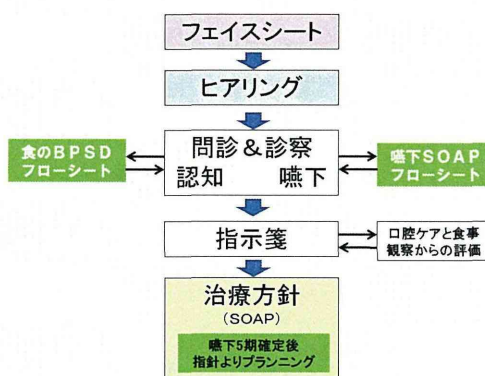


図3 認知症の軌道と食の行動心理徴候

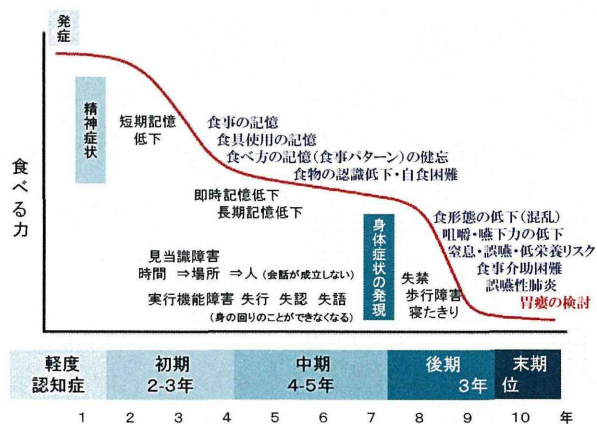


図4 ソフト開発のためのプログラミング原案

クラウド食支援連携表 画面構成①



クラウド食支援連携表 画面構成②

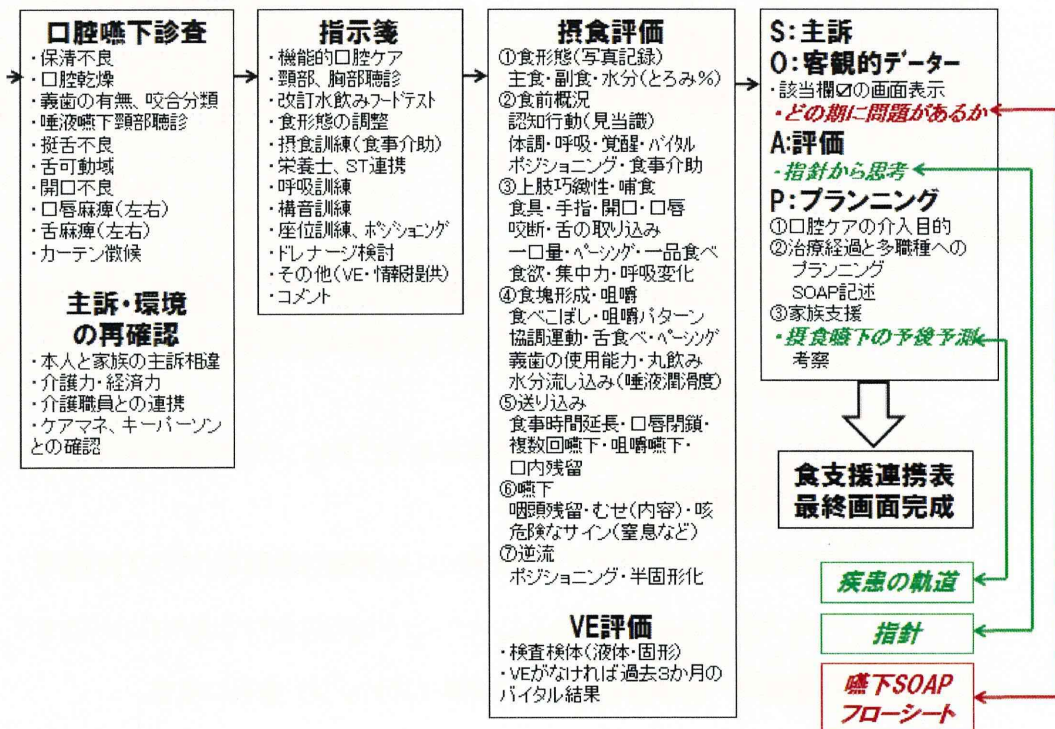


表1 医師への摂食嚥下情報提供書

摂食嚥下障害についての情報提供 (印刷画面)	
〇〇診療所 〇〇先生 御机下	利用者名_____歳 男・女 原疾患：_____
いつもお世話になります。〇〇様の経口摂取についての診察結果をご報告いたします。	
I 原疾患の軌道	
① 連携表原疾患の既往歴欄と ADL 該当欄の明示	
② 疾患の軌道 よりステージ評価 (軌道の位置☑) の明示	
以上より利用者の疾患のステージを家族や多職種と共有しております。	
II 客観的データ (連携表より 初診・指示箋・摂食評価欄を別紙添付)	
① 初診・摂食評価欄の該当欄明示	
② バイタルサインと口腔嚥下診査の該当欄の明示	
③ スクリーニング検査 (水飲み/フードテスト) 結果の明示	
III 基本的条件	
① 唾液が飲めて発熱がない (過去6ヶ月以上)	
② 気管切開をしていない (or スピーチキューブ装着は可能) ③ 覚醒あり	
利用者は3条件を満たしており、お楽しみ程度の摂食可能性が考えられます。	
IV 治療方針 食支援連携表より SOAP①~④の明記	
V 注意義務と安全管理	
① 誤嚥性肺炎の早期徴候である「微熱の出かた (熱型)」を検出するために、毎日定時検温を行い平均体温より1度上昇の場合は摂食を中止し、関節訓練 (非摂食) のみとします。	
② Spo2・胸部/頸部聴診・意欲低下等のモニタリングを家族や多職種と共に厳重管理を行います。	
③ 慢性期胃瘻からの回復では食形態のUp 期間は時間をかけて行います。 (廃用回復を鑑み各形態アップには2-3ヶ月程度かかる場合もあります)	
④ ある段階で、食形態や食事量の制限 (ストップ) を行います。	
VI 嚥下障害の予後予測	
原疾患のステージ評価から「予防できる誤嚥」と「避けられない誤嚥」を見極め、嚥下障害の予後予測とバイタル経過の報告を行います。	

2-3) 被災地における在宅医療の現状・課題と医療支援

2-3-1-1) 事例

『釜石における在宅医療へ地域医療連携コーディネート拠点の変遷から見た在宅医療の歴史・現状・展望』

研究分担者 寺田尚弘 釜石ファミリークリニック院長

1. はじめに

釜石医療圏は盛岡市の南東約 100 km、陸中海岸国立公園のほぼ中央に位置する。釜石市と大槌町からなり、圏域の人口は約 5 万人（平成 25 年 10 月末現在）を数える。釜石市では基幹産業である鉄鋼業の衰退などにより、昭和 38 年 9 万 2 千人をピークに東日本大震災を経て、平成 25 年 10 月末では 3 万 7 千人まで減少し、現在高齢化率は 34.6%、典型的な過疎、少子高齢化のまちとなった。

人口の減少をベースに、急性期病院の閉院とそれに伴う医師の大量流出、残された唯一の急性期病院の疲弊が象徴する医療崩壊の危機、東日本大震災および復興の遅れによる被災者の心身の疲労とさらなる人口減など、ここ 10 年間で当圏域が経験した健康を支える環境の変化は非常に激しいものであった。

当医療圏では、外部からの医師をはじめとしたマンパワーの流入が見込めない以上、限られた地域資源を有効に使う事しか、これら多くのネガティブな環境変化を乗り越えられる手段はなかった。釜石医療圏の連携はこのような差し迫った背景により誕生したものであり、医療・介護・福祉・行政の強固な連携体制が構築されたのも圏域全体に流れる健康の危機に対する緊張感があったからと考えられる。

これら健康を支える環境の変化に合わせ、当圏域では地域医療全体、とくには在宅医療をコーディネートする拠点が変遷してきた経緯がある。その時々事情に合わせた連携コーディネート拠点の変化は地域医療連携のあり方を反映させたものであり、概観するに進化（深化）のプロセスの途上にあると考えられる。医療連携コーディネート拠点の変遷、いわば歴史を振り返り、それぞれの連携拠点が生まれた背景と果たした役割、次の段階へと残した課題などを検討する事により、今後の地域包括ケアシステムの構築を念頭に置いた展開に大きな示唆が得られるものとする。

2. 第 0 期（平成 11 年 3 月）

包括的な連携コーディネート拠点は存在せず、在宅医療を行う個々の診療所が数カ所単位で不在時などの当番を輪番で担当していた。各診療所の在宅患者数は数名から数十名の規模であった。

3. 第 1 期（平成 11 年 4 月～19 年 3 月：8 年間）

連携コーディネート拠点：在宅医療専門医療機関（釜石市民病院）

釜石医療圏における本格的な在宅医療および医療連携の始まりは、平成 11 年 4 月に釜

石市立の急性期病院である釜石市民病院（250床）に訪問診療・往診を24時間体制で行う在宅療養科が新設された時点におく事ができる。開設時医師1名、看護師1名、患者約20名でスタートした。平成14年7月には医師2名、看護師2名体制となり患者は急増し、在宅医療に対する地域ニーズの存在が確認される事となった。平成17年には患者数は約220人にまで増加した。患者数の増加とともに在宅医療に関する知見やスキルが飛躍的に当医療圏に蓄積され、その後の在宅医療の基盤となった。患者の供給源は主に釜石市民病院の入院、外来で通院困難となった患者が中心であったことから、釜石市民病院在宅療養科の連携コーディネイト拠点としての役割は釜石市民病院における退院調整、在宅における急性増悪時の入院調整が中心であった。その意味では地域における在宅医療の拡大は見られたものの、あくまでも単一の医療機関の一部門としてのコーディネイト体制であり、釜石医療圏全体の医療・介護・福祉・行政を巻き込む包括的な体制ではなかった。図1は平成17年の在宅患者の地図上の分布を示したものである。市内の3つの病院所在地と在宅患者分布に大きな偏在が存在する事が明らかである。この図からもわかる通り、急性期病院を含めた地域連携全体に在宅医療の役割が認知されたとは言い難く、釜石市民病院在宅療養科のコーディネイトは有機的な地域連携に組み込まれてはいなかったと言える。

平成19年3月に釜石市民病院が閉院し、市内のもう一つの急性期病院である県立釜石病院との合併が行われる事となった。過疎地域における急性期医療機能の集約は地域医療に豊かな診療科と人的資源の余裕、結果として医療機関の役割分担が促進され、診療効率を大きく高める事が期待された。しかしながら現実には十分な医師の移行が実現しないままの合併は最終的には県立釜石病院の負担、とりわけ救急外来の負担を激増させる結果となり、医療崩壊の危機が眼前に迫った瞬間でもあった。

4. 第2期（平成19年6月～平成24年6月：5年間）

連携コーディネイト拠点：釜石医師会

医療崩壊の危機を踏まえ、医療機関の役割分担の明確化、急性期治療を終えた患者の受け皿となる慢性期病院との連携体制、自宅復帰後の在宅医療・介護のさらなる連携の充実が求められていた。これらの課題の解決を目的に平成19年6月に釜石医師会が中心となり『釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会』が開催され、在宅医療連携のみならず地域医療連携体制がコーディネイトされる場が誕生した。県立釜石病院の負担軽減を中心テーマとして始まり、在宅医療連携もまた県立釜石病院の負担軽減にどう関与できるかという視点から役割を分担された事で圏域全体の有機的な役割分担と連携体制の中に在宅医療連携が位置づけられる事になった。当検討会は地域医療介護連携に関わる多職種が一堂に会し、各職種の課題を全体で共有する事を目的とした、いわゆる『顔の見える』関係構築の基盤となっており、現在に至るまで継続して定期的開催されている。

当検討会はこれまで多くの課題を抽出し、共有し、全体の方向性やコンセンサス形成の

場として重要な役割を果たしてきた会議ではあるが、実際の現場レベルでの細かい課題や調整には不向きな会議である事が次第に明らかになってきた。個々の職種の、あるいは職種間の具体的連携プロジェクトを継続的にコーディネートするには大きすぎる会であったためであろう。一つの職種と対峙し、その職種の課題を徹底的に掘り下げ、当該職種や多職種との連携、地域のシステムや構造に内在する本質的に解決すべき課題を抽出し、改善・解決のためのコーディネートが可能にする小回りのきく拠点が要請される時期に入っていた。

また第2期には、医療機関の役割分担と連携体制の成果としての釜石市保健福祉センターは当医療圏の連携体制を象徴する「建物」となった。閉院した釜石市民病院を再利用している点、行政の保健福祉部門、社会福祉協議会、在宅療養支援診療所、一般病床と療養病床を兼ね備えた慢性期病院が同居している点が特徴である。慢性期病院は急性期病院を退院する患者の受け皿として、また在宅療養支援診療所の後方支援病床として機能し、在宅療養支援診療所は慢性期病院退院患者の支援を行っている(図2)。この慢性期病院・在宅療養支援診療所間の在宅患者入退院サイクルは在宅医療連携のみならず急性期病院の負担軽減にも貢献しているものと考えられる。

後述する在宅医療連携拠点『チームかまいし』は行政の保健福祉部門の階にあり円滑な連携を可能にしている。

平成23年3月11日の東日本大震災は多くの医療機関、介護関連事業所が壊滅的な被害を受けた。3月16日には災害対策本部医療班が立ち上がり、その後3ヶ月間の災害医療コーディネート拠点として活動したが、円滑な立ち上がりと運営を可能にしたのはそれまでの連携体制の堅牢さであったと考える。日常の連携体制を地域インフラの整備として捉えるとの多様な場面で応用が可能である事を大震災が証明した結果となった。

第2期は連携コーディネート拠点が単一の医療機関から医師会に移行したフェーズであった。その結果として市内の在宅患者の地図上の分布は第1期の分布とは大きく異なり、急性期病院の立地エリアを含めた市内全域に拡大している事がわかる(図3)。連携コーディネート拠点が変わり、在宅医療が地域連携全体の中で認知され、その機能が周知され役割分担された結果と考えられる。

5. 第3期(平成24年7月～現在)

連携コーディネート拠点：在宅医療連携拠点『チームかまいし』

平成24年7月に国のモデル事業として釜石市が在宅医療連携拠点『チームかまいし』を設置した。最大の特徴は医師会から連携拠点到医師が派遣されており、医師会を窓口にする事で、それまで地域で構築されてきた連携をストレスなく活用できることである。チームかまいしの発足により第2期で課題とされてきた『現場レベルでの』課題の抽出、具体的な連携コーディネート、各種プロジェクトの企画・実施が可能となり、地域包括ケアシステムにおける基幹連携のコーディネート拠点として位置付けられている。また連携

コーディネーター事業以外にも、相談窓口機能、人材育成事業、普及啓発活動などの活動を積み重ねている。ここでは連携コーディネーターの具体的な手法について述べる。

チームかまいしでは連携コーディネーターの手法として、機能分担された3層構造の連携階層単位で多職種連携を構築している（図4）。

一次連携はチームかまいしと一つの職種による課題抽出の連携である。職種の代表者による聞き取りやディスカッション、当該職種全体が集まる研修会の企画でのワークショップ、アンケートなどの手法を通じて詳細な課題の集約を行う（図5）。集められた課題を大きく、①当該職種内の課題（例；連携に対する自分たちの知識や認識の不足、同職種他事業所間での連携不足など）、②他職種と検討すべき課題（例；病院の敷居が高い、相手がどのような仕事をしているのかわからない、情報が入ってこないなど）、③地域全体で検討すべき課題（例；人材不足、報酬化されていない、など）に分類する。①は当該職種にフィードバックするとともにチームかまいしでも課題解決への推進をサポートする。②③についてはそれぞれ二次連携、三次連携への準備を進める。

二次連携は複数職種間の課題抽出と解決を目的として行われる連携である。一次連携の②などが該当する。2職種あるいは3職種による合同研修、同行訪問実習などの実践的手法を通じて新たな課題の抽出、共有、相互理解が推進される（図6）。いくつもの二次連携を実施してみて、有効な「顔の見える関係」の構築はこの連携段階、すなわち実際の診療や業務をお互いの現場で体験する段階を経て構築されるのではないかと考える。同時にこの実践的連携手法は在宅における臨床連携あるいは臨床協働（Bed Side Collaboration）として実診療に有益な結果をもたらすものと考えられる。

三次連携は一次連携、二次連携の成果に地域全体のコンセンサスを得る場として用いられる。第2期で連携コーディネーターの中心的役割を果たした釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会、チームかまいしの事業協議にあたる在宅医療連携拠点事業協議会における地域連携全体のバランスを考慮した方向感の確認や見直しは連携構築に一体感を与えている（図7）。

現在チームかまいしはこのような手法を用いて小さな連携構築を積み重ねながら最終的な医療介護連携構築の途上にいる。

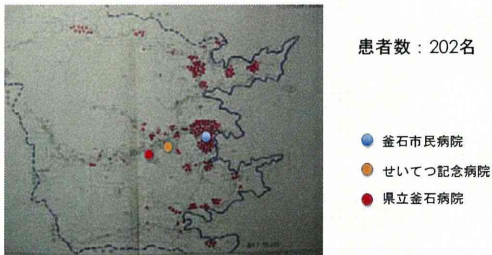
医療・介護連携の構築は地域包括ケアシステムの中にあって重要な要素である。チームかまいしは地域包括ケアシステムの推進拠点の一翼として今後も重要な役割を果たすことになる。またその他の構成要素である「予防」、「生活支援」、「住まい」それぞれのネットワークとの円滑な連携が、住民にとって実効性のある包括ケアには不可欠であろう。

6. さいごに

連携コーディネーター拠点の変遷の視点から当地域の現在に至る在宅医療および地域連携の姿を概観した。50年以上にわたる右肩下がりの人口、典型的な過疎化と少子高齢化、医療資源の不足、医療崩壊の危機、大震災などネガティブな事象を連携によって切り抜け

てきた地域であると考えている。健康を支えるインフラは地域包括ケアシステムの構築を軸に展開されてゆく。釜石における地域包括ケアシステムの構築は加えて復興を内包としたものにならなくてはならず、求められる連携は複雑で多岐にわたることが予想される。一つ一つの連携を時間的制約の中で丁寧に組み上げてゆくことが必要である。

(図1) 患者分布 (平成17年)

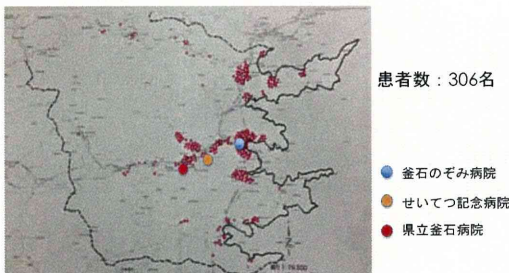


在宅医療を受ける患者が急速に拡大普及した。一方で患者の分布には偏りも見られている。

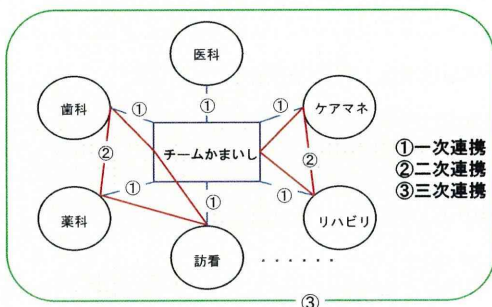
(図2) 釜石市保健福祉センターと在宅医療連携



(図3) 患者分布 (平成23年2月)



(図4) チームかまいし
連携コーディネートの手法：連携の段階と役割



(図5) 一次連携
チームかまいしと職種による課題の抽出



(図6) 二次連携
チームかまいしが仲介する
複数職種による課題の抽出と解決



(図7) 三次連携
全体のコンセンサス形成の場



2-3-1-2)

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

石巻の在宅医療について

研究分担者 武藤 真祐 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック

A. はじめに

東日本大震災後、我々は石巻市の住民の健康・生活復興に取り組んでいる。医療資源が不足していた石巻市に医療拠点を設置、求められた在宅医療の提供に尽力してきた。

また、孤立した高齢者の健康・生活を包括的に支えるプラットフォームを構築した。一人ひとりの住民とリアルな接点を持ち、ICT 技術を活用して多様なプレイヤーが有機的に連携し、行政や専門職、企業やNPO、さらに住民も協働しての活動をおこなった。一度崩壊したコミュニティは、元に戻すのではなく、環境を受け入れて地域コミュニティを再構築すべきである。新たな地域コミュニティモデルは、「人や社会との繋がり」「安心の医療・介護」「身体機能に適した健康・生活支援」「社会参加や生きがい」が包括的に提供される社会システムにより実現する。

本報告書では、これまでの活動について、甚大な被害を受けた宮城県石巻市で、高齢者が安心して、心豊かに暮らすことができる社会システムモデルの構築に努めること、さらに今後我が国が直面する超高齢社会の課題解決に生かしていくことを目的として、これまでの活動について報告する。

B. 活動について

(1) 活動主体

①組織体制等

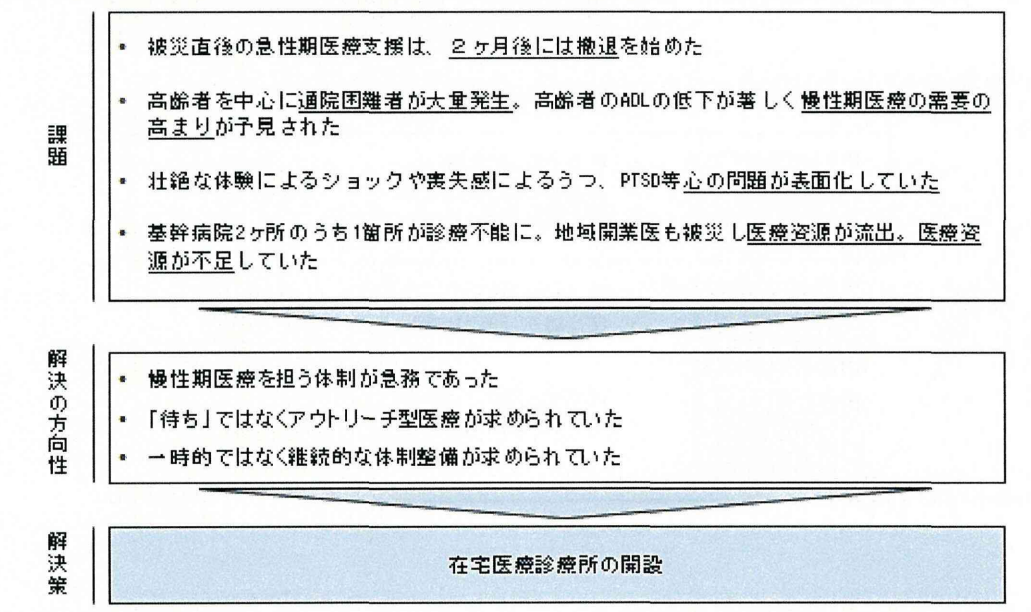
診療所名	医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック（東京都文京区） 祐ホームクリニック石巻（宮城県石巻市）
診療内容	在宅医療（24時間365日対応）
組織体制	60名 医師 常勤 6名 非常勤 27名 看護師等医療専門職 8名 事務職 19名
累計患者数	1,600人余（2014年1月現在）
代表者紹介	武藤 真祐 医学博士、循環器専門医、米国医師国家試験合格、米国公認会計士、MBA 1996年東京大学医学部卒業。2002年東京大学大学院医学系研究科博士課程修了。東大病院、三井記念病院にて循環器内科、救急医療に従事後、宮内庁で待医を務める。その後マッキンゼー・アンド・カンパニーを経て、2010年医療法人社団鉄祐会を設立。 内閣官房 IT 総合戦略本部 新戦略推進専門調査会 医療・健康分科会 構成員 厚生労働省 緩和ケア推進検討会 構成員 総務省 スマートプラチナ社会推進会議 構成員 総務省 在宅医療・介護分野における情報連携基盤の開発及び活用の実証に関する協議会 構成員

②医療法人社団 鉄祐会 祐ホームクリニック概要

診療所名	医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック（東京都文京区） 祐ホームクリニック石巻（宮城県石巻市）	
沿革	2010年 1月	「住み慣れた地域で自分らしく生きる」をコンセプトに、東京都文京区に在宅医療診療所「祐ホームクリニック」を開設
	2011年 3月	診療所を法人化。「医療法人社団鉄祐会」を設立
	2011年 1月	高齢者の孤立を防ぐ社会システム創造を目指し「高齢先進国モデル構想会議」を設立
	2011年 9月	石巻市に在宅医療診療所を開設。在宅医療・介護ネットワークの構築に取り組む
	2011年10月	石巻にて在宅医療診療所を核とし在宅被災住民の支援活動を開始
	2011年11月	石巻医療圏 健康・生活復興協議会を設立
	2012年 4月	石巻医療圏 健康・生活復興協議会が石巻市より事業委託を受け、現在に至る

(2) 震災復興活動について

避難所閉鎖に伴い、在宅医療診療所の開設が求められていた





山積する課題を克服し、在宅医療提供体制を構築した

課題	結果
院長	自らが院長となり、全国の医師の協力を得、24時間365日の診療体制を確保した
場所	土地建物、工事の人手の見込みがなかったが、地道に地元地主の理解に努め、確保できた
資金	必要な経費は莫大であったが、必要性和意義を訴え、日本財団より資金提供を受けることができた
時間	開設目標の「避難所閉鎖時」までは通常の1/5しか時間がなかったが行政の協力により実現した
地元との連携	地元を受け入れられ協力関係を作るため、地元医師会、中核病院、行政と密に相談を重ねた

- 震災から半年後、在宅医療診療所を開設した
- 地域の高齢者へ24時間365日の医療提供を行なっている

【診療所の現況】

- 医師数3名
- 職員数10名
- 延患者数 238人
うち、亡くなった方 3割
うち、自宅で看取った方 6割
(2013年5月現在)

7

Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

震災から半年が過ぎても在宅被災世帯に支援の手が届いていなかった

「在宅被災世帯」は、浸水被害エリアにおいて住居が被災をしたが、自宅で生活を続ける世帯。石巻市・女川町で5,000世帯、約15,000人が存在すると推察されていた(※)。



	実態把握・支援活動	支援団体
住宅損害あり 6万人	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 在宅被災 1.5万人 </div> <ul style="list-style-type: none"> 行政では、未実施 居住場所把握には、個別訪問が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 一部民間のボランティア
住宅損害なし 10万人	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 民間賃貸 1.8万人 </div> <ul style="list-style-type: none"> 行政で、一部実施 居住場所は県が把握 	<ul style="list-style-type: none"> 行政 その他不明
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 仮設住宅 2.7万人 </div> <ul style="list-style-type: none"> 行政で、実施 場所の把握は容易 	<ul style="list-style-type: none"> 行政 社協 民間ボランティア

※ 2011年10月当時の推計

8

Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

支援が届いていない在宅被災世帯を全戸訪問し、サポートした

■ 被災者の状況

被災者の居住場所

状況

在宅被災世帯

- 行政の支援が届いていない
- 居住状況が把握されていない



外観



室内の状況

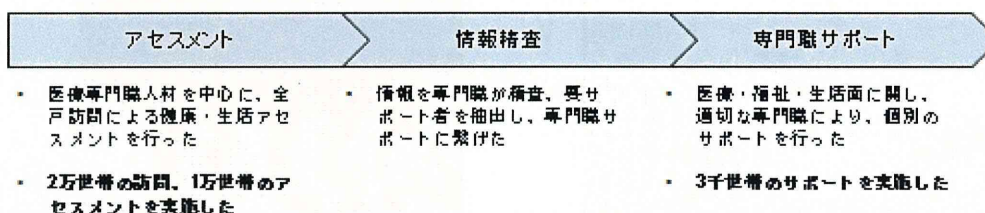
みなし仮設住宅

- 行政支援あり

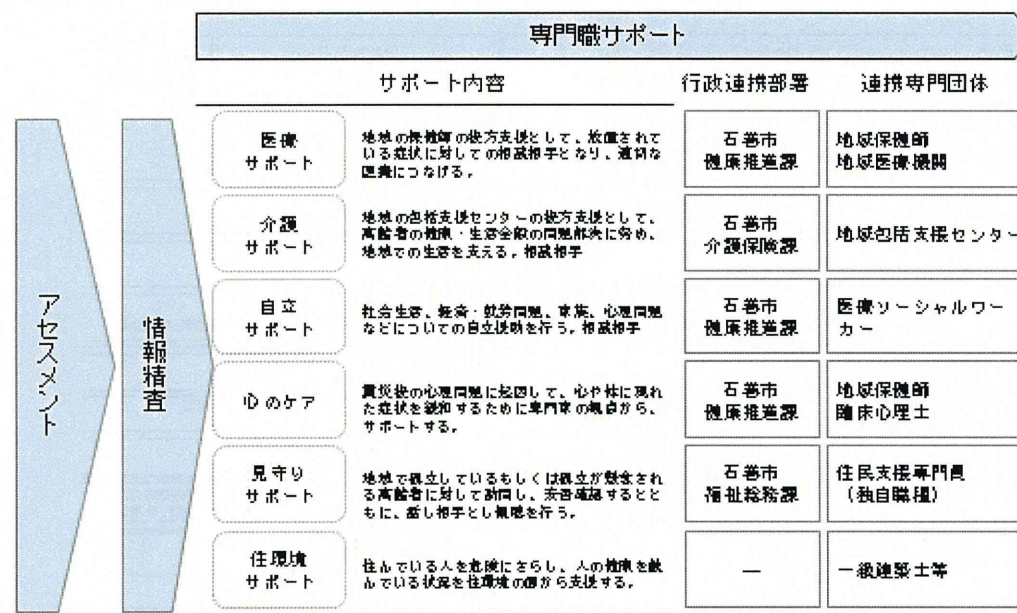
応急仮設住宅

- 行政支援あり

■ 在宅被災世帯支援活動の概要

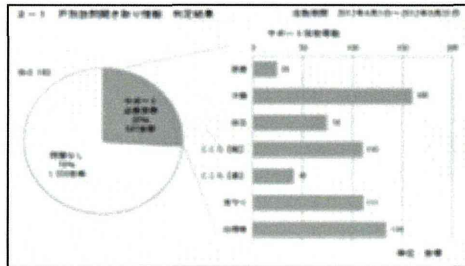


官民協働で、健康・生活支援を行った



情報はICTでデータベース化し、施策立案に活かした

■データの資料化



■月例報告会



■行政・NPOとのフォーラム開催



11

Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

震災1年目は、民の活動から行政の施策へと発展した

	フェーズ 1 発動・構築期	フェーズ 2 連携・組織化期	フェーズ 3 アセス&健康・生活フォロー 最盛期	フェーズ 4 行政施策化
	2011年 9月中旬 10月	11月	12月	2012年 1月 2月 3月
事業	アセスメント開始 在宅被災世帯を100%訪問、アセスメント実施(約8,000世帯、4,000アセスメント)	医療・福祉専門職サポートを実施 心のケア施設支援を実施	生活支援を実施 住環境支援(床・家具修理・申請支援) 買い物支援 移動支援 車庫整理 寒さ対策 子育て支援 情報提供 水害対策	
連携	企業連携開始 (情報システム) 専門職連携開始 (医療・福祉) NPO連携開始 (ボランティア)	企業連携開始 (生活支援) 専門職連携開始 (医療・福祉・心のケア)	NPOとの連携強化 心のケア・生活支援	企業連携開始 (生活支援) 専門職連携開始 (人員補強) NPO・ボランティアとの連携強化 (アセスメント・生活支援)
組織	被災者計 情報システム構築	データベース構築 情報共有開始	行政との連携開始 (フォロー・情報提供)	行政施策化 (政策反映、事業委託)
			行政との連携強化 (フォロー・対策検討・事業支援) (サポートセンター開設)	行政施策化 (政策反映、事業委託)
			・石巻市長、支川町長報告	
			県フォロー会議開始(毎月実施)計18回	

12

Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

震災後2年目には、官民連携しての仕組みへと発展した

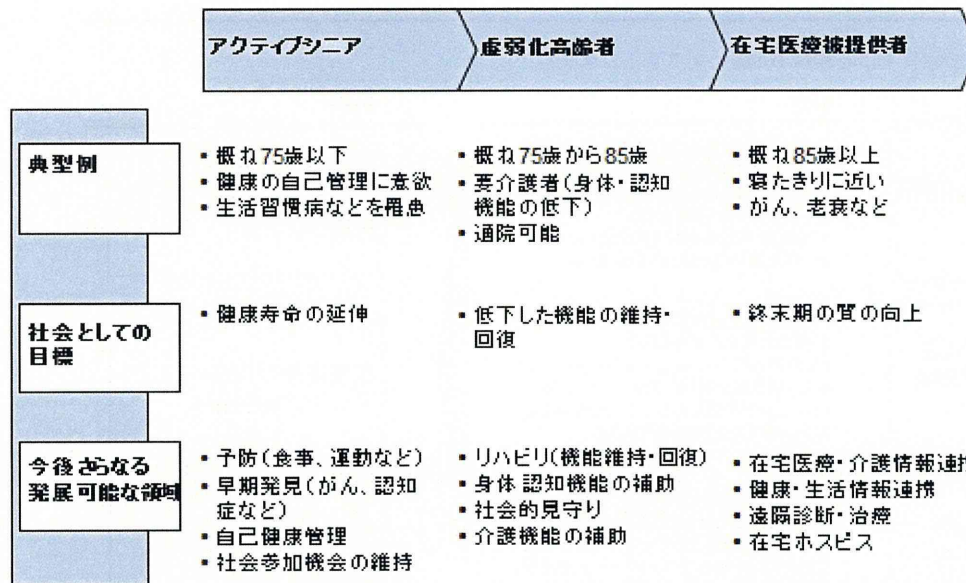
	フェーズ 1 運用立ちあげ期				フェーズ 2 活動の最盛期				フェーズ 3 次期活動検討				フェーズ 4 次期活動へのシフト											
	2012年								2013年															
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
事業	住民へのアセスメント実施(1万3千世帯、4000アセスメント)												アセスメントのノウハウ化											
	専門職サポート活動												専門職フォローの地元への継承											
					次期の検討				フォーラム開催				地域コミュニティへの新しい種類の取り組み											
連携	無感スキル研修		認知症研修		支援者支援(PFA・カンセリングなど)																			
	地域行政機関との連携		地域包括との連携開始		民生委員との関係構築				社協との関係構築				保健師・包括支援センター・ROによる地域の地域づくり活動実施											
	NPO・ボランティア団体との関係強化																							
組織	大学研究機関との連携																							
	体制構築		マネジメントスタッフの活用						地元人材との格差変化				次年度体制の構築											

13

Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

(3) 超高齢社会における事業領域と ICT—在宅医療・介護におけるシステム構築

超高齢社会においては高齢者の段階に応じた発展領域が存在する

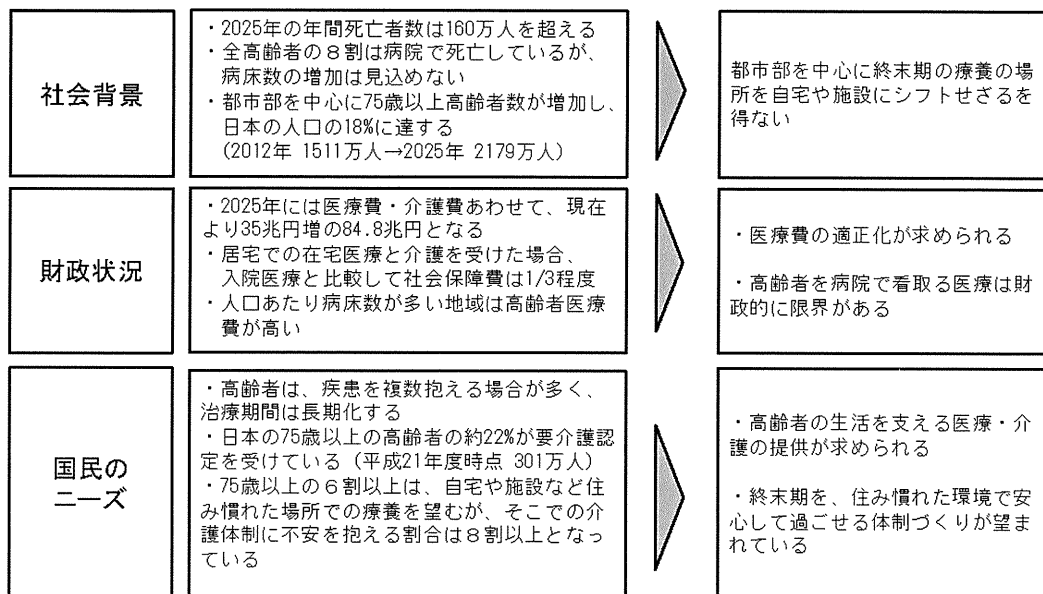


16

Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

在宅医療・介護の普及は、今後の日本社会に必須である

■日本の社会背景と在宅医療の重要性

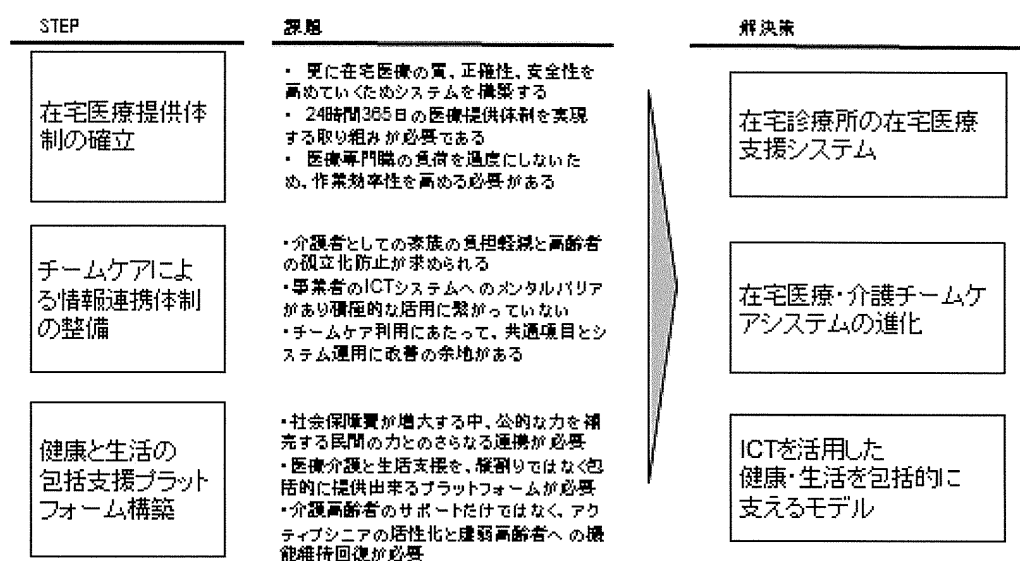


出所:厚生労働省「平成24年度 高齢社会白書」を中心に、人口問題研究所、各企業の各種統計により抜粋

Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

在宅医療と介護の課題解決に向けた取り組みのご紹介

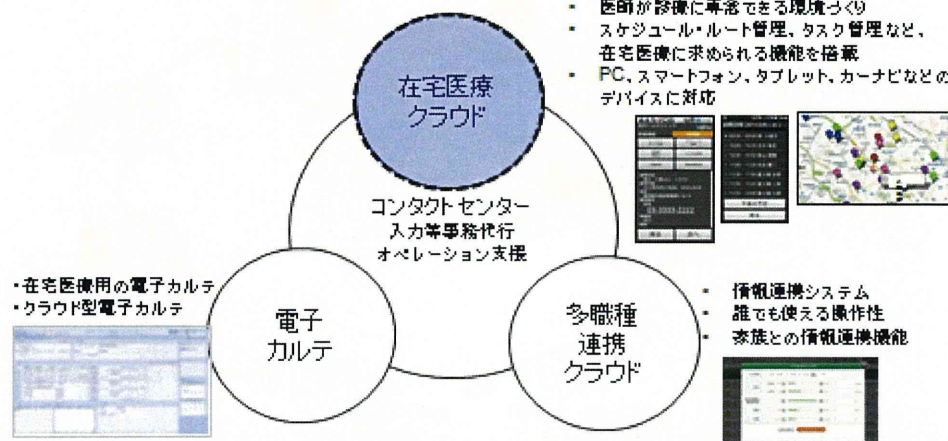
■在宅医療・介護における業務の課題と対応するシステム



STEP1:在宅医療体制確立にむけICTシステムを構築した

- 在宅医療のオペレーション改善のための「電子カルテ」「ロジスティクス」「連携システム」といった在宅医療に必要な業務を、クラウドシステムで一元的に連動して、支援する仕組みを構築した
- カルテの入力を補助するディクテーションの仕組みを構築した
- 上記のシステムを活用して、在宅医療のベストプラクティスを実現する

■ 祐ホームクリニックで構築したICTシステム



19

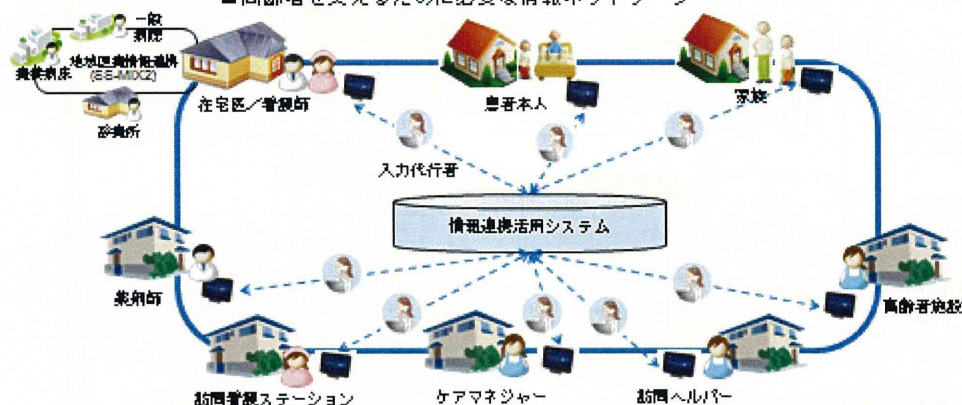
Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

STEP2:医療・介護事業者・家族とのチームケアシステムを構築した

- 在宅医療・介護の多職種連携によるチームケア体制を構築し、訪問時の様子を家族にも共有する仕組みを構築したことにより、高齢者の孤立化防止につなげる
- 地域に入力代行者を設置して、事業者のICTリテラシの支援を行なっている。電子化に対するメンタルバリアの払拭や入力負荷の解消を目指す
- 本プロジェクトは、平成24年度補正予算「ICT超高齢社会づくり推進事業」として石巻で実施している

— 熱的な病院ネットワーク

■ 高齢者を支えるために必要な情報ネットワーク

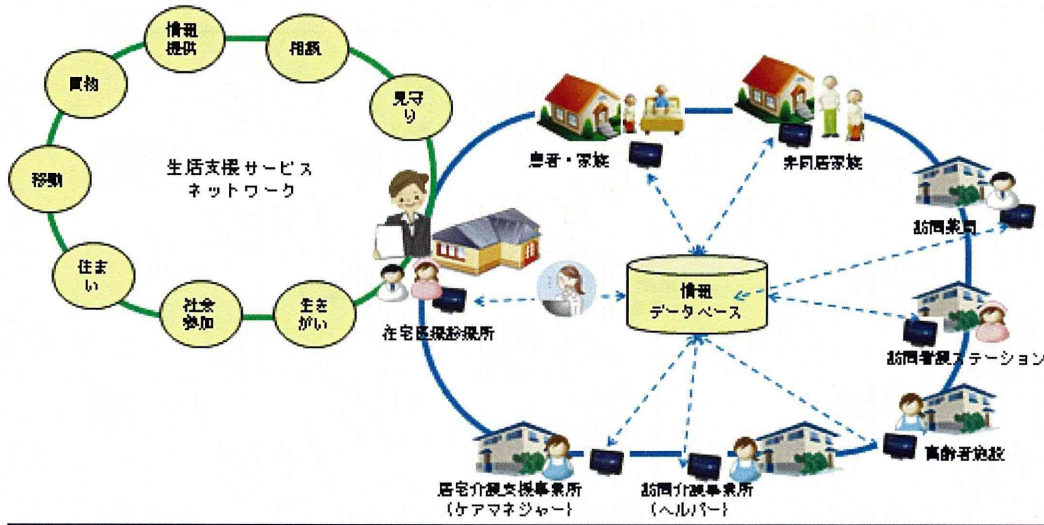


20

Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

医療介護・生活支援と包括的に高齢者を支える体制を構築する

- 在宅医療・介護のみならず、生活支援サービスとのネットワークを構築し、在宅患者の安心とQOLを高める

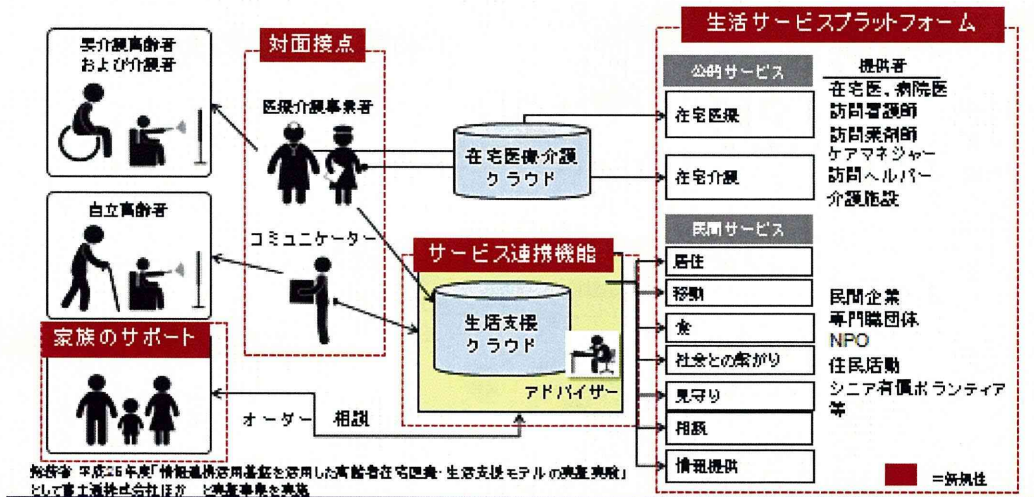


21

Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

STEP3: 高齢者を包括したライフサポートサービスを構築する

- 高齢者の安心・自立・生きがいある生活のために、公的サービス外の多様なサービス事業者が連携し最適なサービス提供を図るプラットフォームを構築する
- 離れて暮らす家族の「親を想う気持ち」を経済活動に転換し、採算性を確保する
- ICTを活用した高齢者の包括サービスモデルを構築し、新たな社会システムの創造を目指す



22

Copyright(C) 2014 You Home Clinic All Rights Reserved

C. 参考資料：地域の状況抜粋