

かかりつけ医と在宅医療の推進

東京大学高齢社会総合研究機構

辻 哲夫

かかりつけ医を基本とする在宅医療 (柏プロジェクトの試みから)

1. 柏プロジェクトの基本的な考え方

- 在宅医療は地域包括ケアの不可欠の要素である
- 在宅医療は、地域のかかりつけ医が担うことが本来の姿である

2. その背景

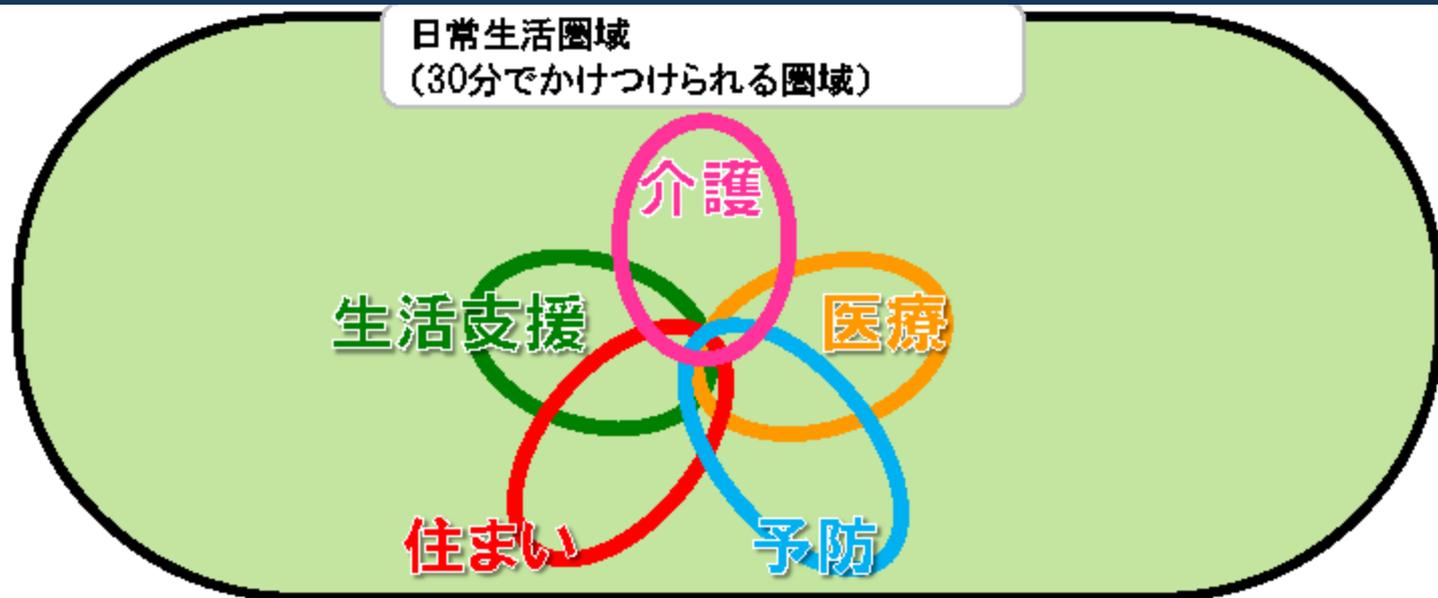
- 全国的には、当面は外来は増加しているが、遠からず減少に転じる一方、入院は増加し続け、限界に



- ① 団塊の世代が75歳を越える2025年までを目途に、在宅医療を含む地域包括ケアの普及定着が必要
- ② 地域のかかりつけ医がかかりつけの患者に対してその役割を果たし在宅医療を「点から面」へ広げる必要

→ 以上のことは、日本の今後の本格的な高齢化と高齢社会における医療のあり方を考えると、日本全体の課題であり、残された時間は少ない

地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

資料:2012年7月11日厚生労働省
在宅医療連携拠点事業説明会より

地域包括ケアシステムとは...

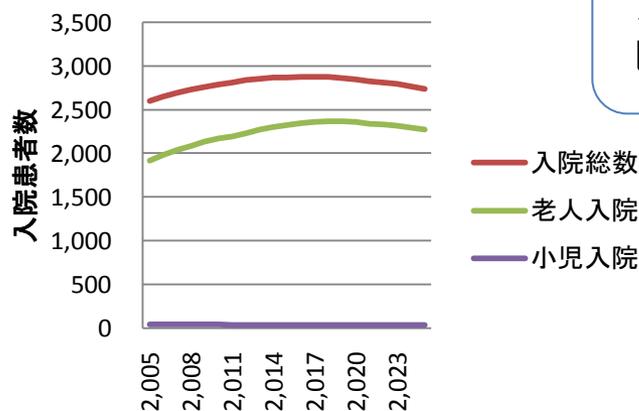
地域包括ケアシステムとは...

住まい・医療・介護・予防・生活支援が要介護者等に包括的かつ継続的に提供

→ 在宅ケアシステムを基本とし、住み慣れた地域で住み続けることを実現

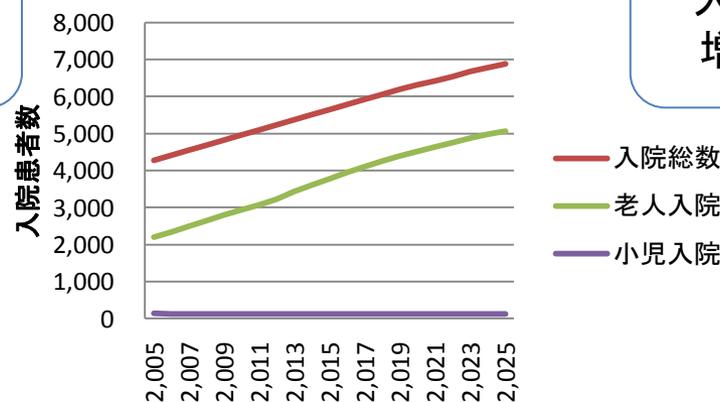
- ① 地域包括ケアを実現する上での最大の課題
：在宅医療がなければ、住まいでの継続居住が困難
- ② 一方、都市部の病院は高齢化に伴い、限界を超える可能性大

安房入院患者予測



千葉県の地方
入院患者は
ピークアウト

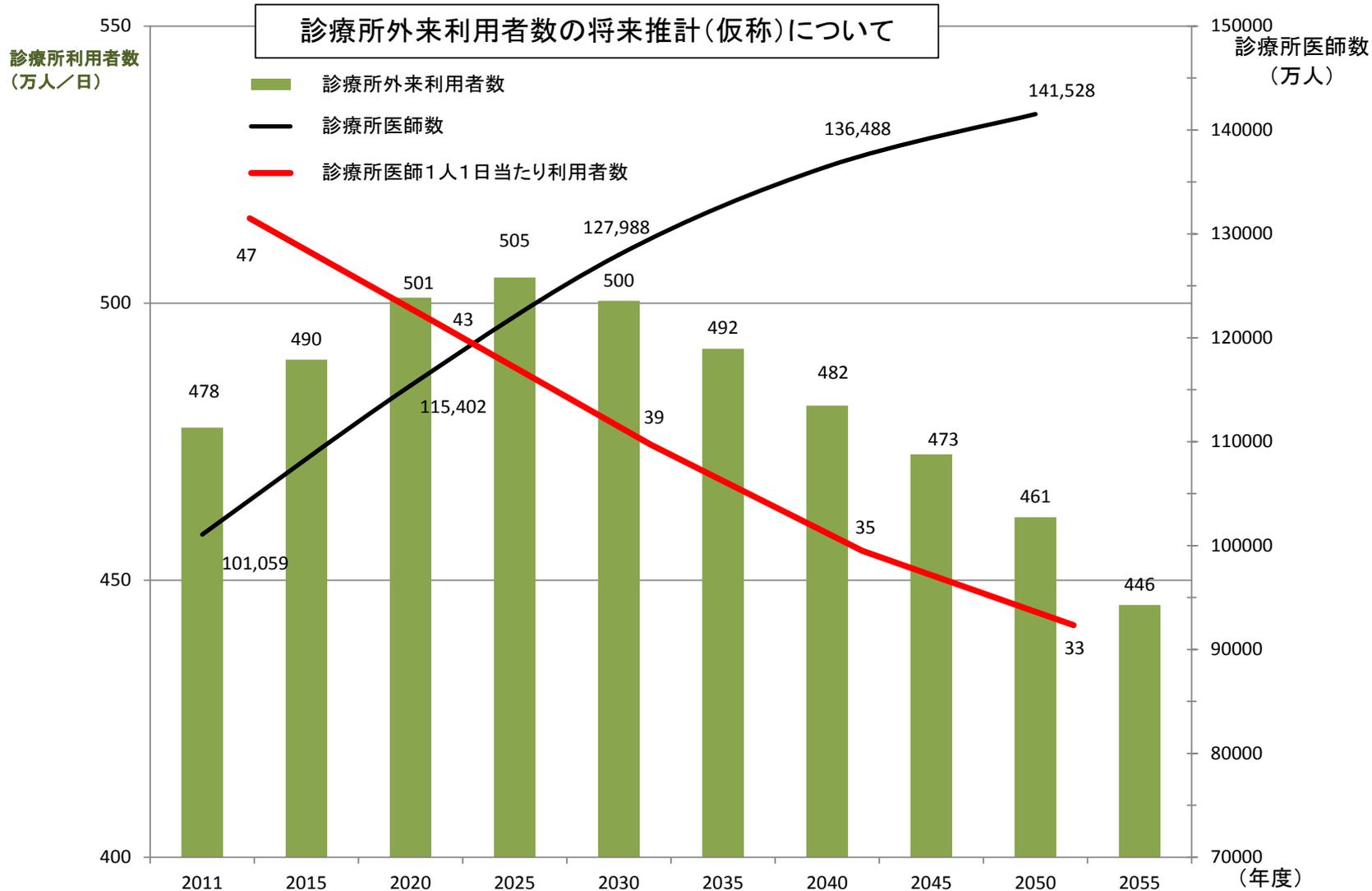
柏市入院患者予測



千葉県の都市部
入院患者は
増え続ける

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの構築が不可欠

診療所外来利用者数の将来推計(仮称)について



- 診療所外来利用者数は、「社会保障改革に関する集中検討会議(第十回)(参考資料1-2)医療・介護に係る長期推計」(平成23年6月2日 内閣官房)の現状投影シナリオを用い、同様の方法により延長したもの。
- 診療所医師数は、2010年医師・歯科医師・看護師調査を用いて10年毎に推計、①40歳以上は平成22年簡易生命表死亡率による死亡減少のみを見込み、②39歳以下は医学部定員(平成24年度以降は一定と仮定)に対する医療施設従事医師数の比率を一定と仮定して算出した。医療施設従事医師数のうち、診療所医師数の割合は足下実績で固定した。

(資料:東京大学辻作成)

柏市での地域包括ケアシステムの具現化

柏市の目指す姿（介護保険事業計画に位置づけ）

：いつまでも地域で暮らすことができる社会

<具体的手法>

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの実現

- ①地域のかかりつけ医が合理的に在宅医療に取り組めるシステムの日本のモデルの実現
- ②サービス付き高齢者向け住宅と在宅医療を含めた24時間の在宅ケアシステムの組み合わせによる、真の地域包括ケアシステムの日本のモデルの実現

柏プロジェクトの構造

1. ①かかりつけ医の参入とその負担軽減の仕組み(△▲) と
②多職種連携の調整の仕組み(■)の二重構造

- ■は市(介護保険者)の関与(市から拠点への委託も可能)
- かかりつけ医の負担軽減の仕組みは色々ありうる
- 柏市で現在試行作業中

2. プロジェクトの手順—話し合いの場づくり

- かかりつけ医の在宅医療への取り組みの在り方
→地区医師会が市と話し合いながら方針を決めた(医療WG)
(市の主体性と今後の方向性についての医師会の意志がポイント)
- かかりつけ医を含めた多職種連携
→協議の場(連携WG)を市役所が事務局となり設置し、勉強会から始め、
進め方を話し合った(医師会のリーダーシップと事務局の機能がポイント)
→この手順の過程で、東京大学が、勉強会講師のあっせんや
研修プログラムの開発、モデル的实施等の関わりを持っている

3. これまでの流れを開いた大きな鍵

- かかりつけ医をメインとする多職種連携研修の実施

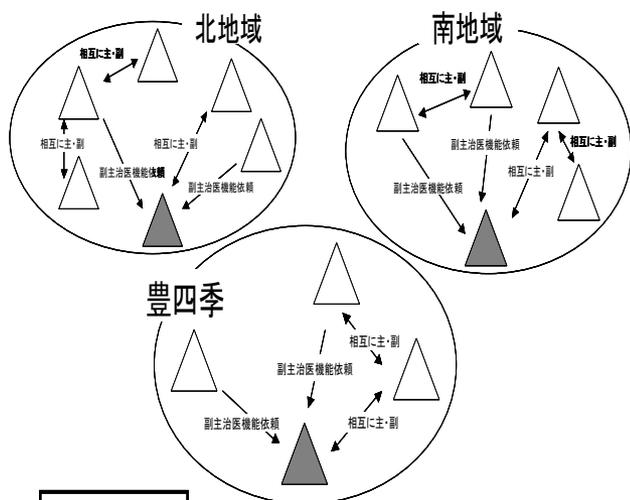
在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムをつくるポイント

- ① かかりつけ医の負担軽減
 - 主治医・副主治医システムの構築
- ② 主治医・副主治医のチーム編成と医療・看護・介護の連携
 - 地域医療拠点の整備

<主治医・副主治医システム>

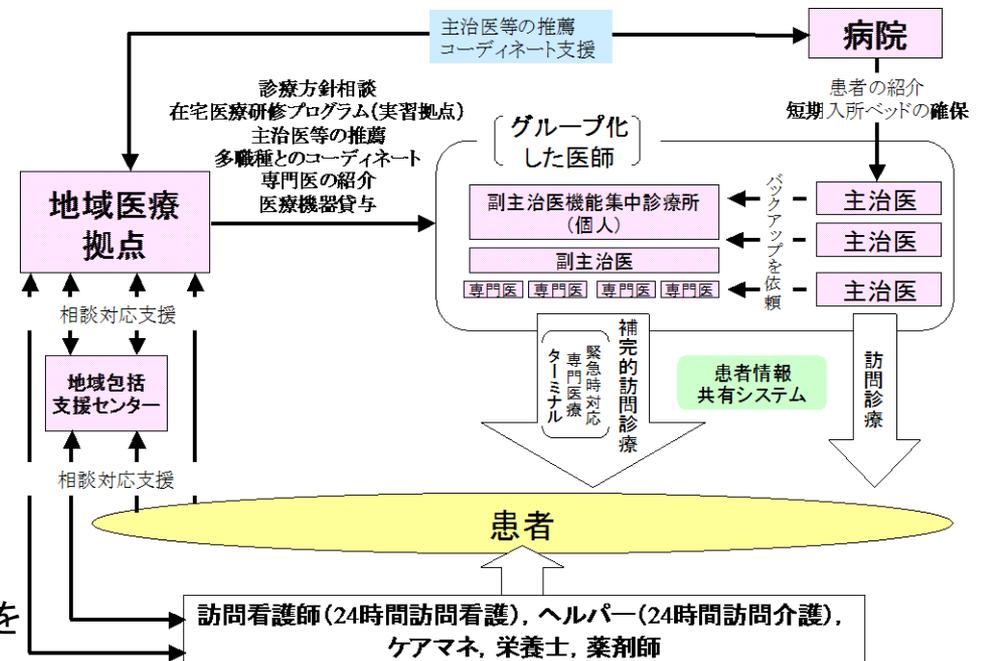
△:主治医(可能な場合は副主治医) ▲:副主治医機能集中診療所 ■:コーディネーター等拠点事務局



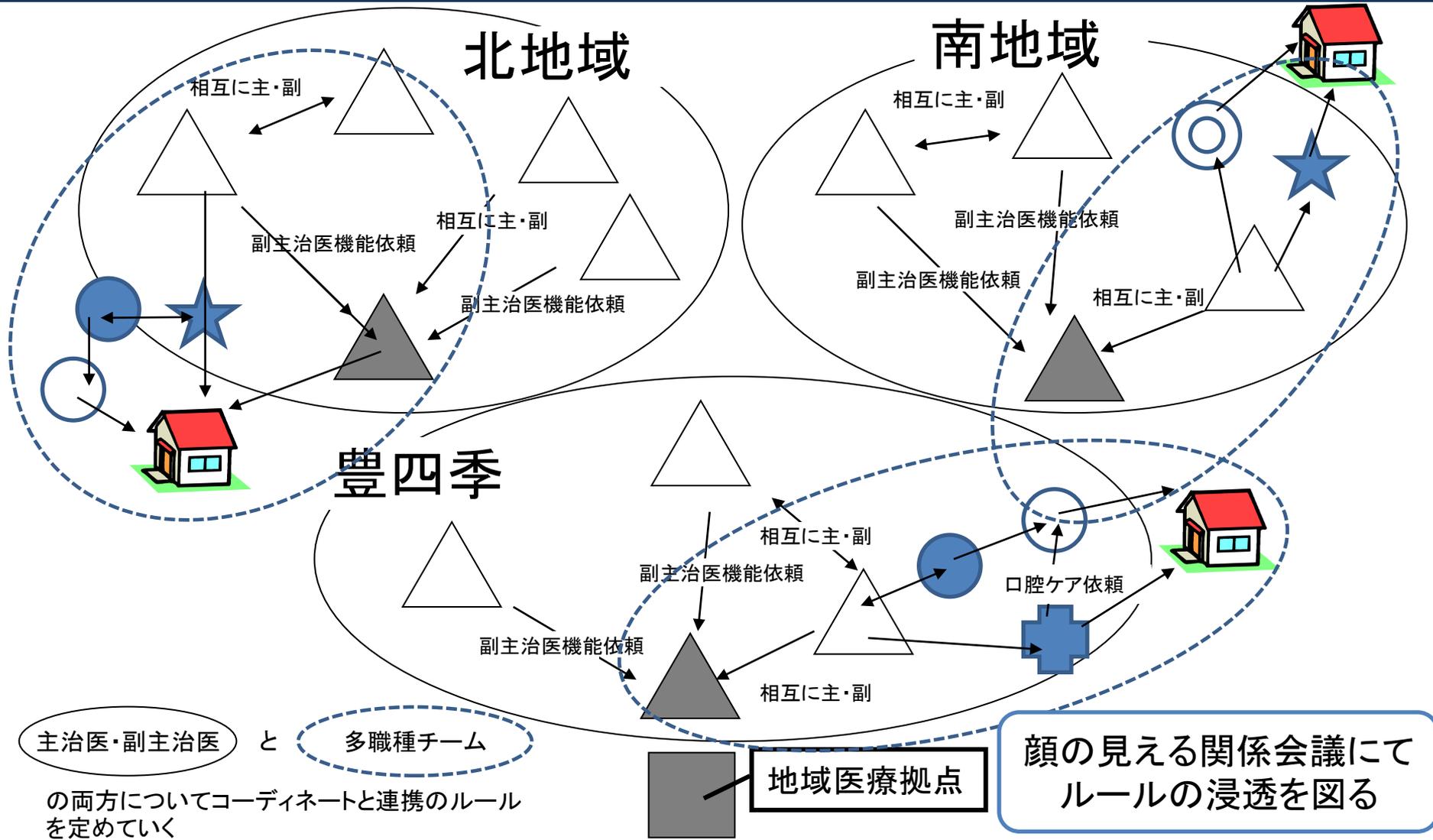
※チーム編成の管制塔機能を地域医療拠点が担う。

(資料: 柏市作成)

<地域包括ケアにおける地域医療拠点の位置づけ>



在宅医療・看護・介護の連携体制の確立



主治医・副主治医

と 多職種チーム

の両方についてコーディネートと連携のルールを定めていく

地域医療拠点

顔の見える関係会議にて
ルールの浸透を図る

- △ : 主治医(可能な場合は副主治医)
- ▲ : 副主治医機能集中診療所
- : コーディネート等拠点事務局
- ★ : 訪問看護
- : 介護支援専門員
- : 訪問介護
- ◎ : 訪問薬剤
- ⊕ : 訪問歯科

在宅医療多職種研修の意義

1. かかりつけ医が在宅医療に取り組む動機づけ

- 在宅医療についての基本的認識の確認
- 多職種のグループワーク
- 同行訪問による現場の体験

2. 市町村における多職種のチームビルディング

- 医師と他職種の交流による互いの大きな学び



- かかりつけ医の在宅医療への参入が進み、多職種連携の機運も柏市全体に盛り上がってきた(顔の見える関係会議などが進行中)
- 成功の大きな要因は、市の呼びかけと地区医師会会員の積極的な参加だった。その際、研修プログラムを管理する研修リーダーが必要

開業医＋多職種を対象とした動機付け研修

市町村単位で実施することにより
顔の見える関係づくりを促進

動機付けコース

動機付けコース 指導者養成研修

2012年3月25日(日)

9:30～18:00

医師・多職種*

在宅医療の果たす
べき役割(総論)

在宅医療の導入

多職種WS①
緩和ケア

多職種WS②
認知症

制度・報酬

3月25日

～4月22日

医師

実地研修①
訪問診療同行

実地研修②
他職種同行
訪問看護
ケアマネジャー
緩和ケア病棟等

4月22日(日)

14:15～18:30

医師・多職種*

医療・介護資源

IPW

地域で求められる
在宅医療とは

目標設定

修了式

5月13日(日)

10:00～18:00

在宅医療に
積極的に取り組んで
いる医師

アイスブレイク

IPWの重要性

訪問診療同行
について

地域での役割

振り返り
決意表明

* 歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、病院退院調整部局スタッフ

柏プロジェクトから見た 在宅医療連携拠点の位置づけ

1. 拠点には2つの機能がある

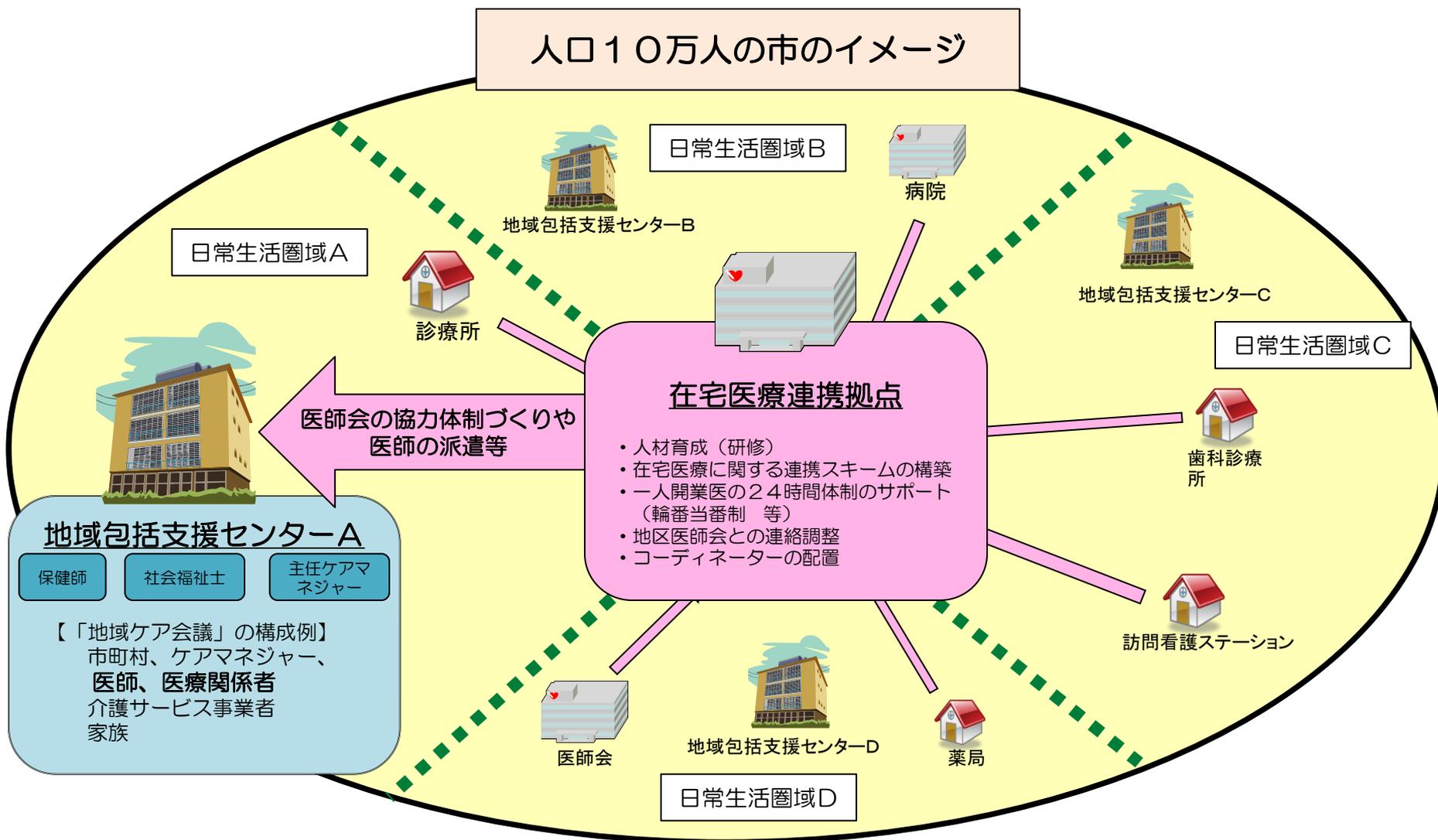
- ①かかりつけ医の負担軽減のための拠点
(例えば、▲△の機能とシステム)
- ②多職種連携、研修、啓発等の拠点(■の機能とシステム)

2. 拠点が上記の機能を持つためには、

- ①に関しては、主として地区医師会(及び市町村)の関与
- ②に関しては、主として市町村(及び地区医師会)の関与が必須
- 研修や連携の企画などのノウハウを持ったコーディネーター機能も必須

3. 在宅医療連携拠点(様々なタイプ)が、上記の構造を念頭に置きつつ、市町村単位を基本にして、面的で恒久的な地域の在宅医療システムの拠点へと発展することが好ましい

地域包括ケア体制について(イメージ)



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

地域包括ケア体制について(平成24年度予算)

地域ケア多職種協働推進等事業(老健局)

24' 予算(案) 約8.2億円

<実施箇所数>

申請のあった
都道府県・市町村

○地域包括ケア推進指導者の養成

○「地域ケア会議」の運営指導

○専門職の派遣

・OT、PT、管理栄養士、
弁護士等

○ワンストップ相談支援事業

○家族介護者支援

<実施主体>

都道府県
市町村
地域包括支援センター

市町村

地域包括支援センター (4,065か所)

24' 予算(案) 約486億円

※包括的支援事業及び任意事業の国庫補助額

保健師

社会福祉士

主任
ケアマネジャー

人材育成や 後方支援

「地域ケア会議」の設置・運営

【趣旨】

医療・介護従事者、行政機関、家族等の支援関係者や対象者が一堂に会し、個々の利用者について、アセスメント結果を活用したケア方針の検討・決定等を行う。

(構成員の例)

市町村、ケアマネジャー、
医師、医療関係者、
介護サービス事業者、
家族

医師会の協力 体制づくりや 医師の派遣等

利用者

ケアマネ

介護事業者

医師等

在宅医療連携拠点事業(医政局)

24' 予算(案) 約21億円

<実施箇所数>

96箇所
※モデル事業

○多職種連携の課題に対する解決策の抽出

・在宅医療に関する連携スキームの構築

○在宅医療従事者の負担軽減の支援

・一人開業医の24時間体制のサポート(輪番当番制)

○効率的な医療提供のための多職種連携

・コーディネーターの配置
・地区医師会との連絡調整
・人材育成(研修)

<実施主体>

市町村、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション、地区医師会、等

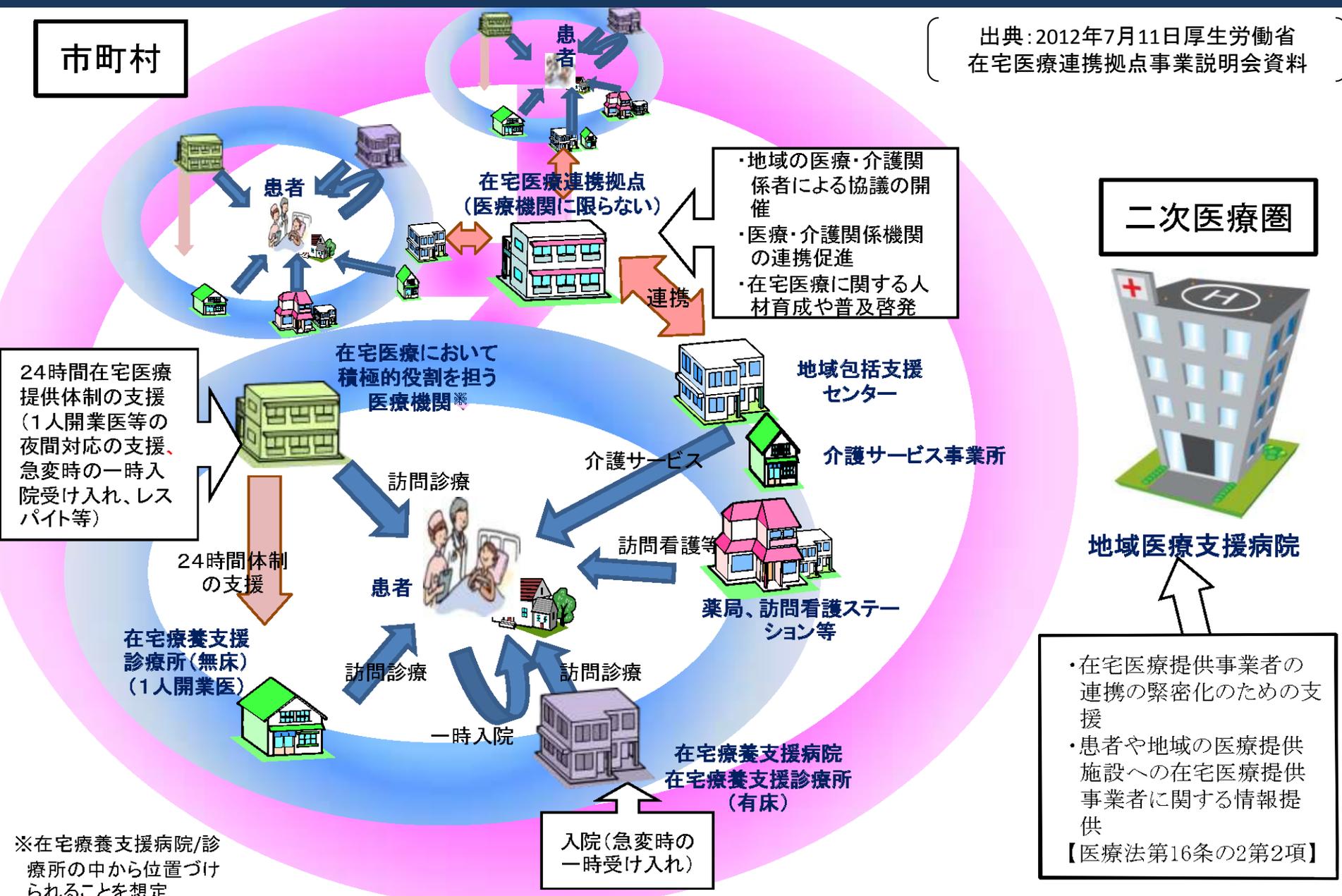
※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携については、地域の実情により柔軟に行うこととする。

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等の役割(イメージ)

出典:2012年7月11日厚生労働省
在宅医療連携拠点事業説明会資料

市町村

二次医療圏



※在宅療養支援病院/診療所の中から位置づけられることを想定