

平成25年度多職種協働による在宅チーム医療を担う人材養成事業  
在宅医療・介護連携推進事業研修会

# 戦略的な在宅医療の推進

2013年10月22日

東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授  
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、地域によっては限界に

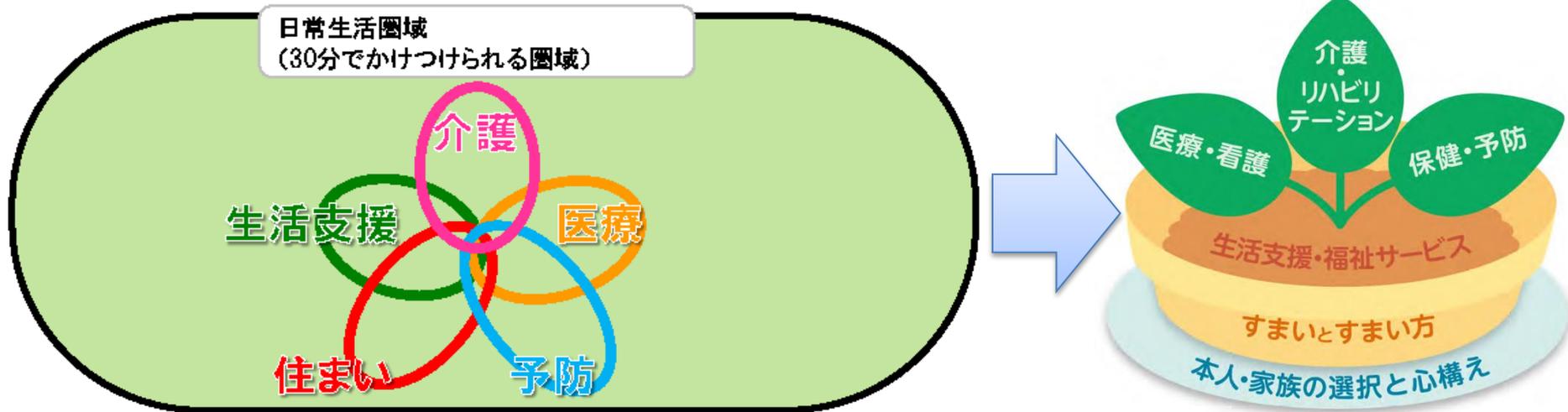


① 団塊の世代が75歳を越える2025年までを目途に、在宅医療を含む地域包括ケアの普及定着が必要

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

左図及び文章: 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

右図: 地域包括ケア研究会、「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」, 2013より

# 地域包括ケアシステムとは...

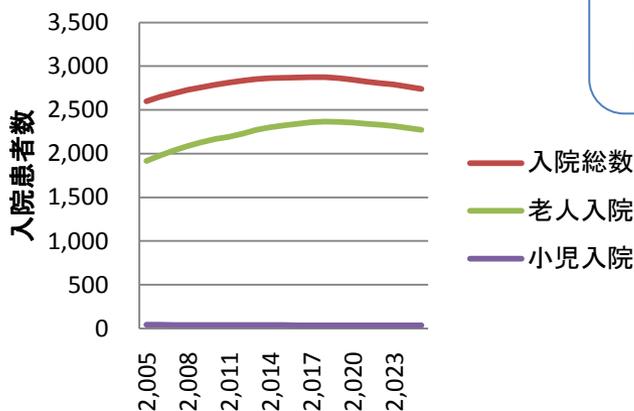
地域包括ケアシステムとは...

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

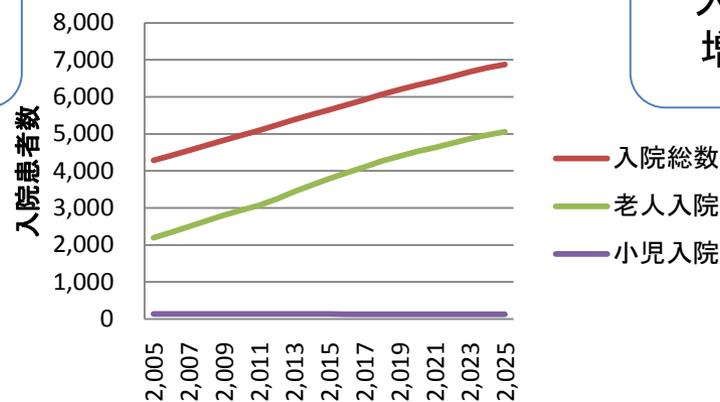
- ① 地域包括ケアを実現する上での最大の課題  
：在宅医療がなければ、住まいでの継続居住が困難
- ② 一方、都市部の病院は高齢化に伴い、限界を超える可能性大

### 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

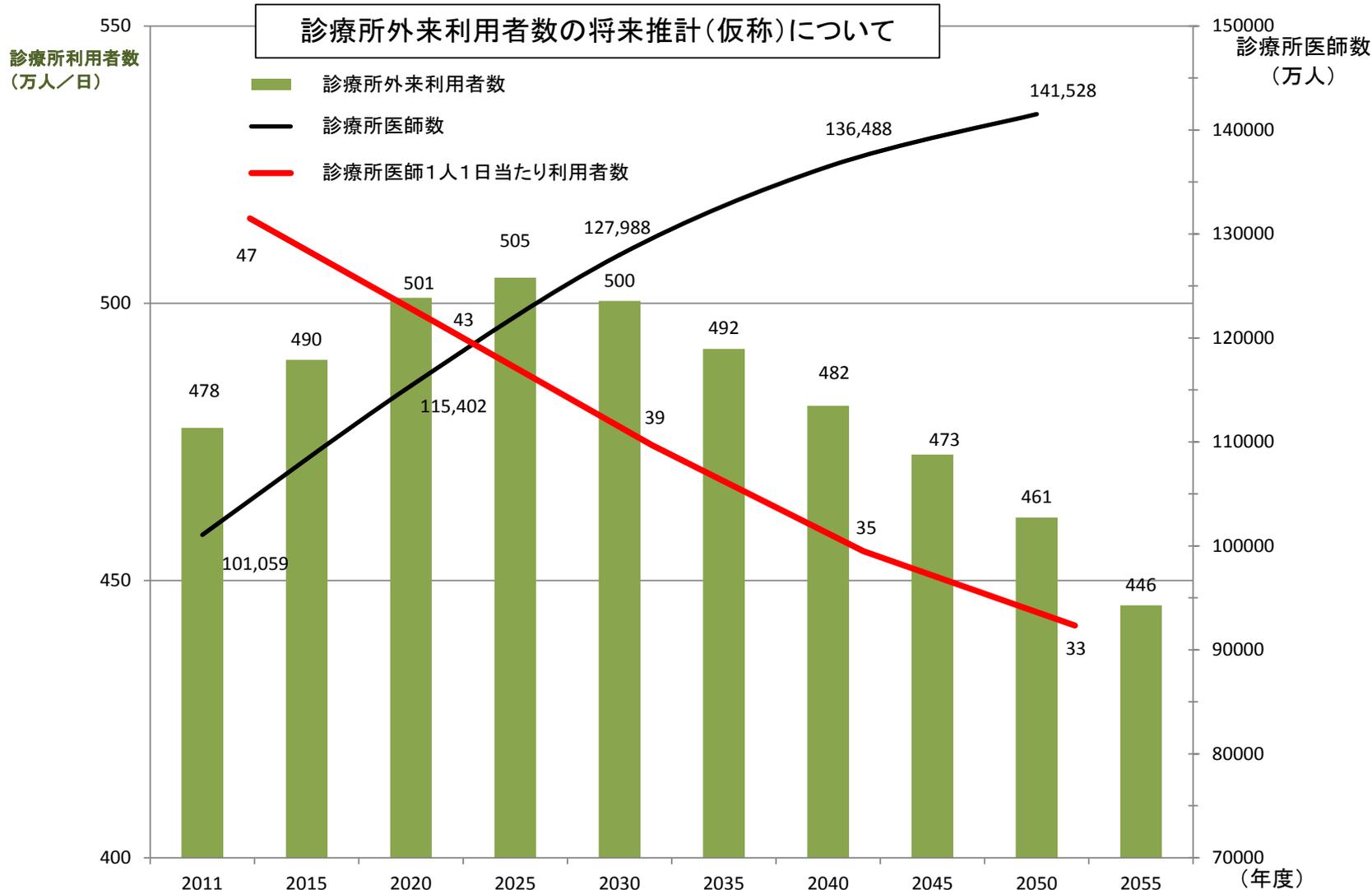
### 柏市入院患者予測



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ー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

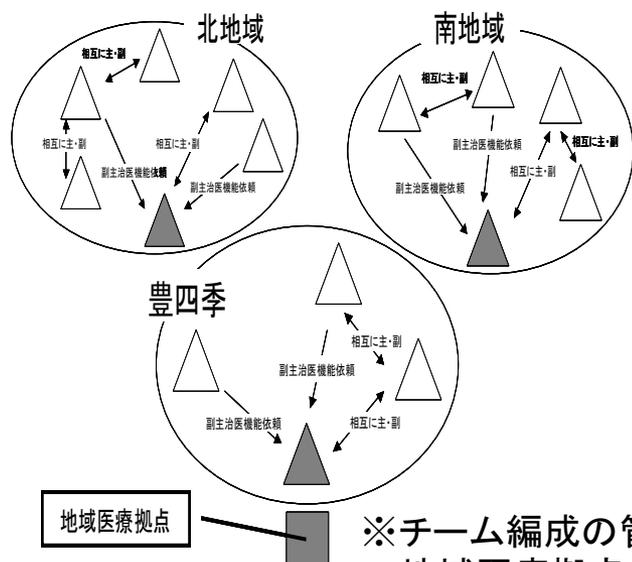
# 在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

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>

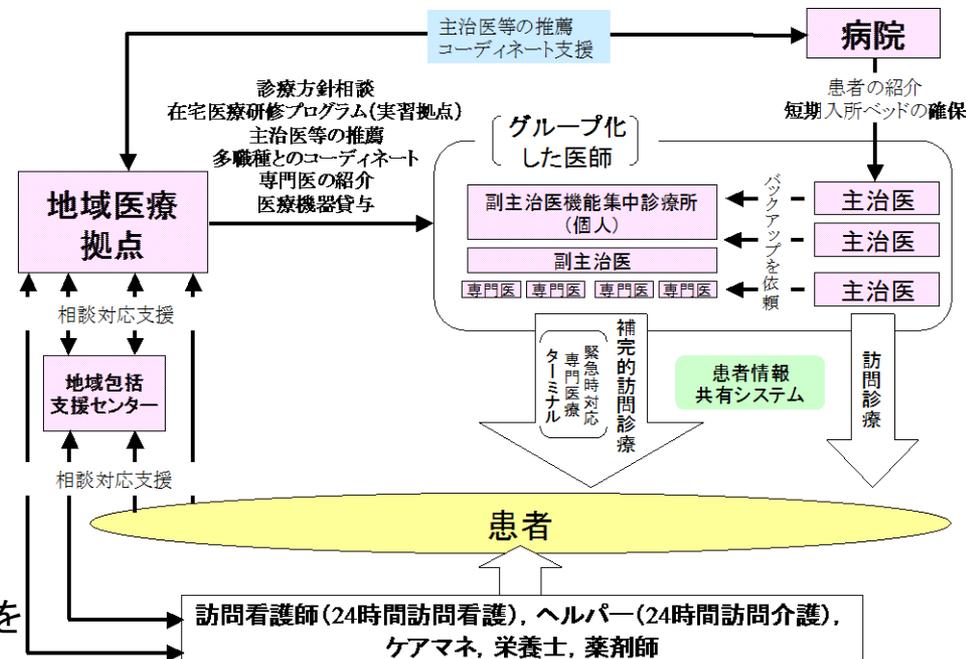
△:主治医(可能な場合は副主治医) ▲:副主治医機能集中診療所 ■:コーディネーター等拠点事務局



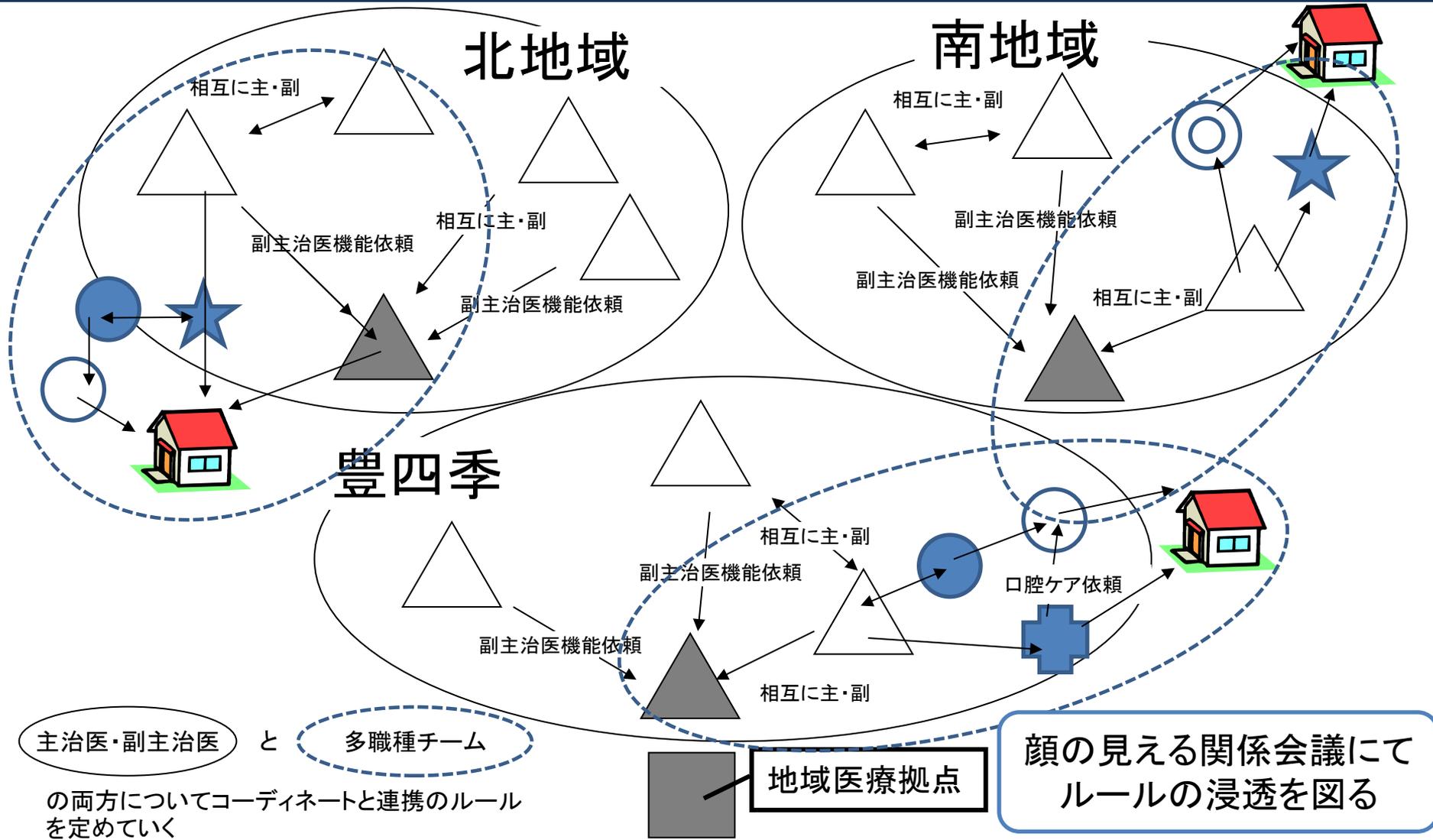
※チーム編成の管制塔機能を地域医療拠点が担う。

(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 規則の浸透を図る

- △ : 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

# 柏プロジェクト(ネットワーク化)の手順

## 1. 第1段階

- 医師会と市役所との話し合い(医療WG)

## 2. 第2段階

- 医師会をはじめとする各職種団体の意見交換と意思決定の場(連携WG)

## 3. 第3段階

- 在宅医療多職種研修が土台となった
- 試行WGでモデル作業(情報システムの試行を含む)
- 顔の見える関係者会議(市内の繋ぎの場)

# 柏プロジェクトの連携の場

在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要。

→ システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置(事務局は柏市)。

## (1) 医療WG

医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論

## (2) 連携WG

医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論

## (3) 試行WG

主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく、試行と検証

## (4) 10病院会議

柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論

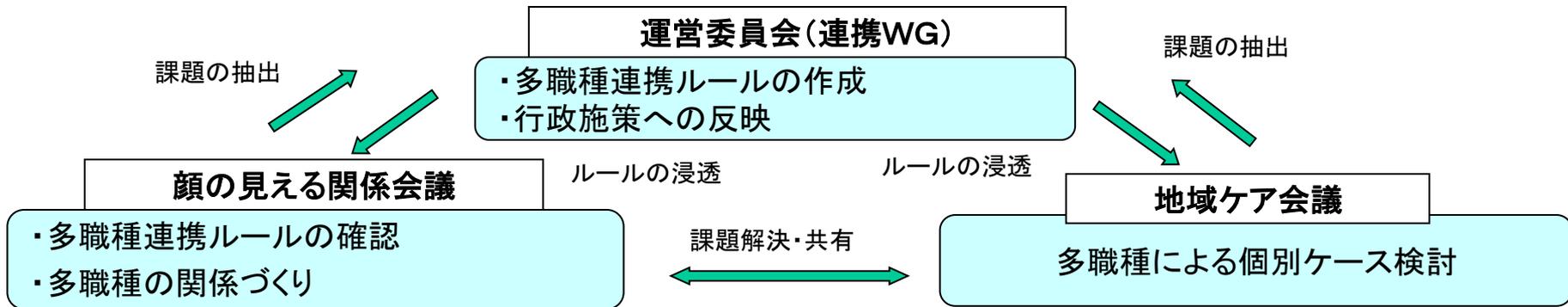
## (5) 顔の見える関係会議

柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議

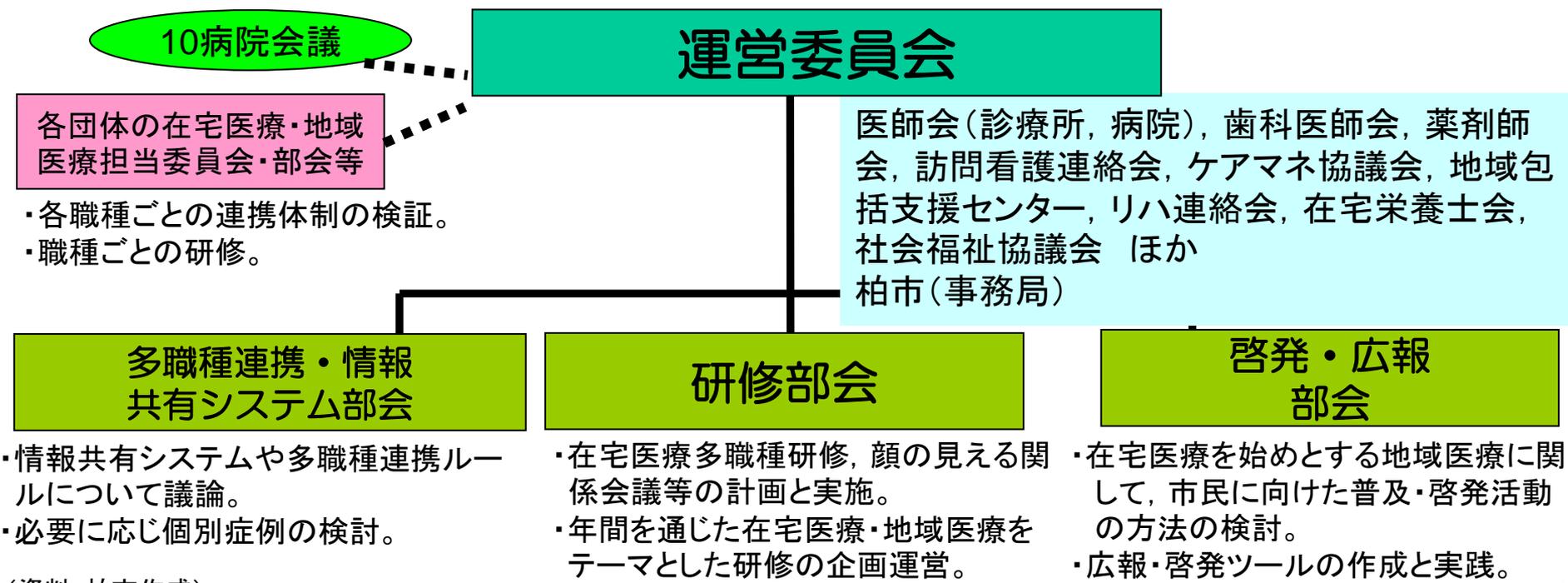


# 柏市の在宅医療・介護多職種連携の体制(案)

## (1) 在宅医療・介護多職種連携の会議体制(案)



## (2) 地域医療拠点運営委員会(案)



(資料: 柏市作成)

# 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

# 柏市 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

主催： 柏市医師会、柏市  
共催： 柏歯科医師会、柏市薬剤師会、柏市訪問看護連絡会、  
柏市介護支援専門員協議会、柏市在宅リハビリテーション連絡会  
後援： 国立長寿医療研究センター 協力： 東京大学高齢社会総合研究機構

## 1日目

- 午後半日で開催
- 内容
  - ・在宅医療が必要とされる背景(講義)
  - ・地域資源マッピング(GW)
  - ・領域別セッション(講義・GW)
  - ・懇親会



多職種によるGW

## 実習

(医師のみ)

- 3時間×2回
- 以下のメニューから選択
  - ・訪問診療同行
  - ・訪問看護同行
  - ・ケアマネジャー同行
  - ・緩和ケア病棟回診



訪問診療同行

## 2日目

(1日目の1~1.5ヶ月後)

- 終日開催
- 内容
  - ・在宅医療の導入(講義)
  - ・多職種連携協働:IPW(講義)
  - ・領域別セッション(講義・GW)
  - ・実習振り返り(GW)
  - ・在宅医療推進の課題とその解決策(GW)
  - ・制度・報酬(講義)
  - ・修了証書授与



受講者一同による集合写真

# 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

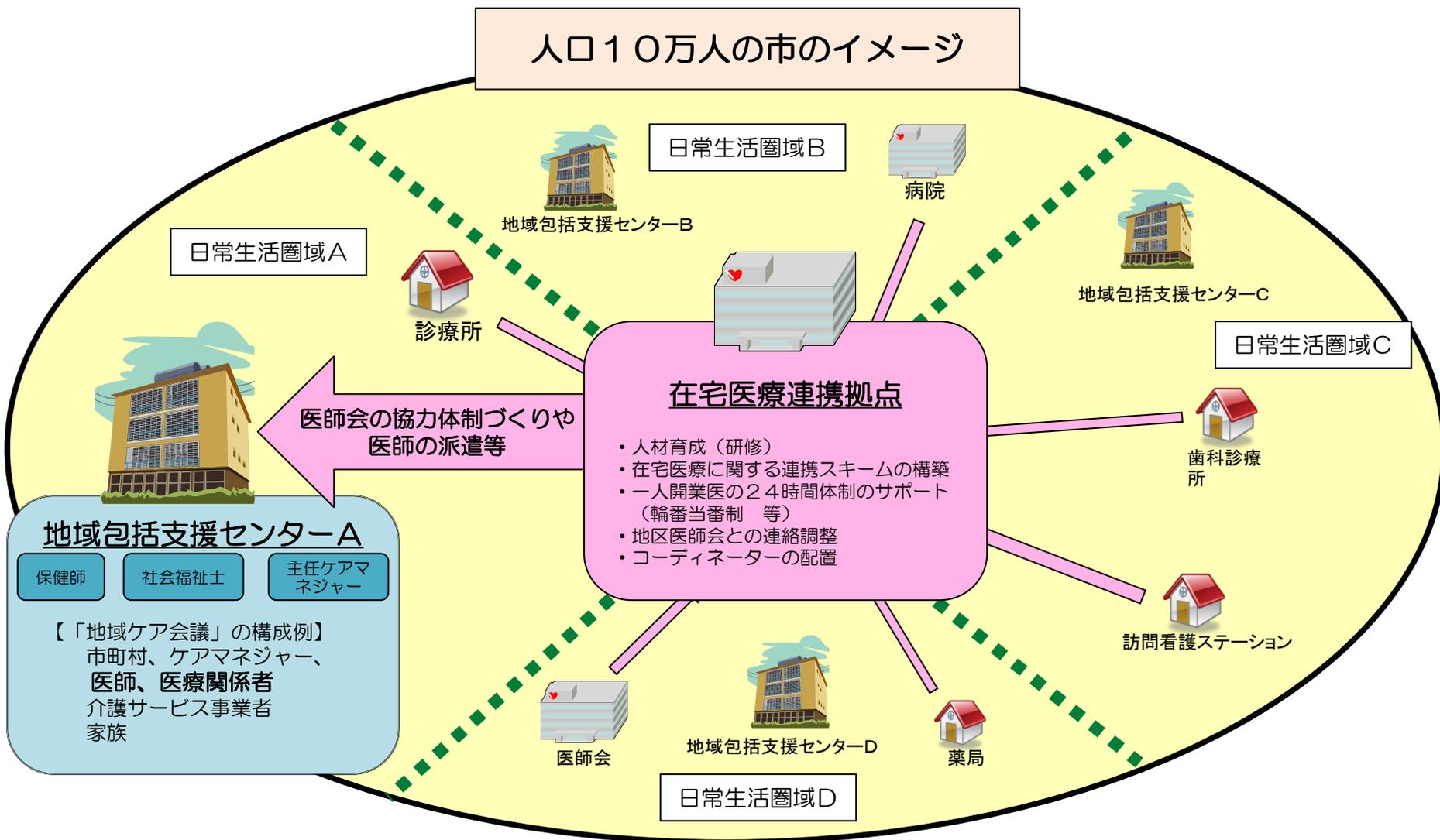
- ①かかりつけ医の負担軽減のための拠点  
(例えば、▲△の機能とシステム)
- ②多職種連携、研修、啓発等の拠点(■の機能とシステム)

## 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

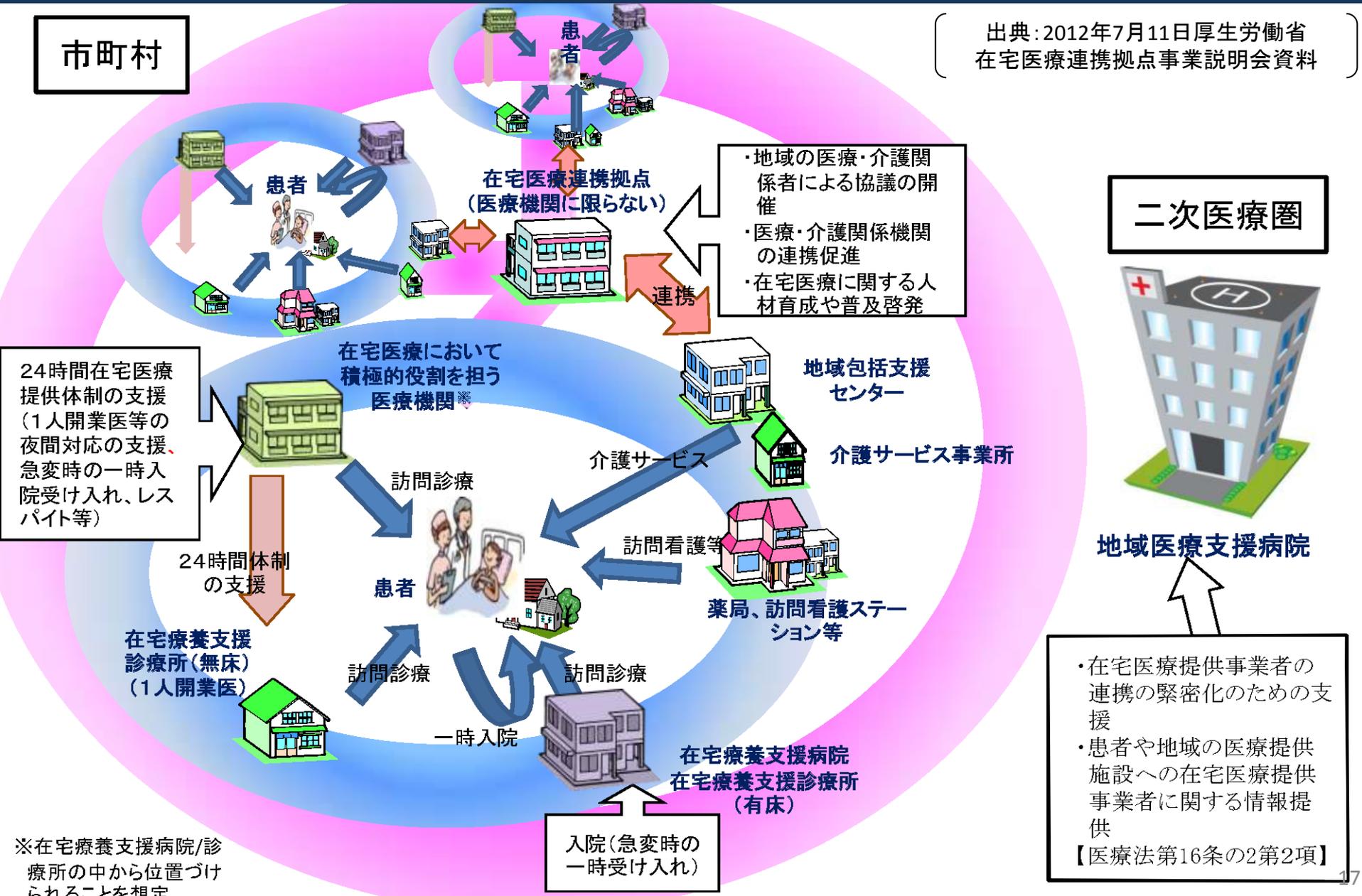
# 地域包括ケア体制について(イメージ)



※ 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。

# 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



# まとめー地域医療への期待

- 開業医と地域の病院の役割分担によるWin-Win関係
  - 支える医療(在宅)への方向性は揺るがない
    - ① 全体が地域の地区医師会と市町村と連携を
    - ② かかりつけの診療所は、午前中外来、午後訪問診療を
    - ③ 地域型の病院は、高度急性期病院と診療所間の機能を
      - 在宅を支える機能(入れては戻す機能)を
      - リハビリ等病床、高齢者の急変時の病床、総合医(家庭医)の採用、診療所の在宅医療のバックアップ機能、訪問看護、リハ等訪問系のサービス、高齢者向けの住まい(誘致も可)
- 地域包括ケア政策の進展と整合しつつ、政策推進のコンセンサスが必要(市町村、地区医師会の位置づけ、診療報酬等)